

二孩政策、人口老龄化和财政社会福利支出预测

鲁 蓓*

内容提要 最近出台的“二孩政策”旨在调整中国的人口结构，扭转人口老龄化趋势，减轻公共财政的福利支出压力。本文在三种不同的生育率假设下，通过建立人口模型，预测了到2050年公共财政在教育、养老和医疗卫生上的支出。预测结果显示，三项支出在2050年以前受生育率的影响很小。把劳动参与人口占劳动年龄人口的比重大幅提高，是解决短中期公共财政转移支付压力的有效途径。延迟退休年龄和降低养老及医疗保险的缴费比例是提高劳动参与率的必要措施。

关键词 财政支出 教育 养老 医疗卫生 人口 生育率

一 引言

为了应对快速老龄化时代的到来，中国开始采取措施调整人口结构。最近出台的“全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策”（以下简称“二孩政策”）似乎为未来的人口问题打开了缓解之门。中国目前的人口结构基于两个重要的历史原因：20世纪50年代以及之前的高生育率和高死亡率、20世纪80年代以后的低生育率和低死亡率。这两个历史阶段演变成过去20~30年的快速劳动力增长，以及将来20~30年的急剧老龄化趋势。从人口结构来看，中短期内快速老龄化趋势不会有很大的变化。

人口和公共财政密切相关。社会福利作为公共财政的重要支出，与人口变化的关系尤其紧密。公共财政的福利支出主要体现在教育、医疗保障、养老和残疾人福利以及其他支出（包括贫困、失业和基本生活保障等）。在发达国家的今天，其中的教育、

* 鲁蓓，澳大利亚老龄化研究中心，电子邮箱：lubei@unsw.edu.au。本文代表作者个人观点，不代表所在机构观点。

养老和医疗支出占了各级财政收入的 50% 以上，而发达国家的财政收入稳定在国民生产总值的 1/3 左右，因此控制这三项支出也是财政预算的重点。表 1 是澳大利亚、日本、美国和中国的这三项支出占国内生产总值（GDP）的比重。

表 1 教育、医疗和养老支出占 GDP 的比重

单位：%

国家	教育	医疗	养老	合计
澳大利亚(2010年)	5.73	6.13	3.50	15.36
日本(2010年)	3.78	7.87	10.00	21.65
美国(2010年)	5.42	8.10	6.60	20.12
中国 ^① (2014年)	3.62	3.71	3.83	11.16

资料来源：澳大利亚、日本和美国数据来自世界银行（World Bank）和经济合作与发展组织（OECD）网站，中国数据来自《2014年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》以及国家统计局网站。

对比发达国家，中国目前在这三方面的支出是偏低的，还有一定的上升空间，合理的政策规划可以伴随着老龄化的速度逐步调整这三项主要支出的增长，保障财政运行的可持续性。

本文结合“二孩政策”，从生育率变化的角度预测相应人口结构对公共财政教育、养老和卫生医疗支出的影响。本文主要的人口模型建立在 Lu et al.(2014) 基础之上，其他数据来源于统计局、公共卫生年鉴、教育统计公报、人力资源和社会保障统计公报等。本文预测的另外一个假设是人力资源和社会保障部关于延长退休年龄的表态。本文假设到 2050 年，男女的退休年龄都为 65 岁。预测也提出了医疗和养老保险改革的方案，核心思路是逐步提高劳动参与率，并降低医疗和养老保险的缴费率，使企业的劳动力成本控制在合理范围内，同时倒逼医疗和养老保险体制的改革。

下一部分介绍不同生育率下的赡养率；第三部分讨论人口结构与教育投入的关系；第四部分引入人口变化和医疗卫生支出的关系；第五部分讨论养老金的缴费和支出；第六部分综合这三项公共财政支出并进行总结。

二 中国的人口预测及生育率假设

基于 Lu et al.(2014) 的人口模型，图 1 描述了未来的人口趋势。三种生育率假设

① 中国的养老金支出除了职工和城乡居民养老金外，还包括了 50% 的最低生活保障（老人部分）以及五保户的全部津贴。

分别是：“生育率2.2”是指每个育龄妇女从2010年的平均生育1.55个孩子逐渐增加到2050年的2.2个，“生育率0.9”是指逐渐递减到0.9个，“生育率1.55”是指保持生育率水平1.55个孩子不变。

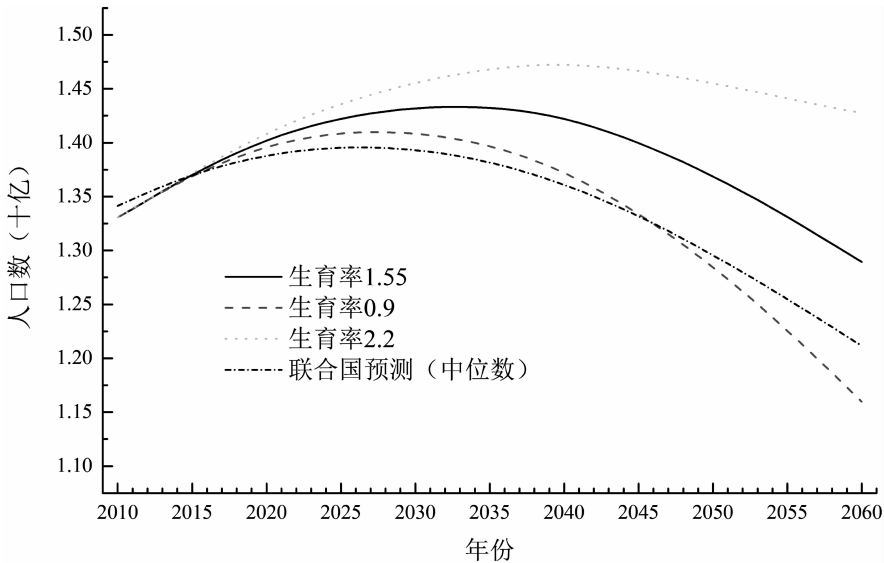


图1 中国的人口预测：2010-2060年

资料来源：根据 Lu et al.(2014) 中的人口模型以及联合国人口数据库计算得到。

对中国的人口结构来说，最大的特点是快速老龄化。图2呈现了65岁以上人口占总人口比例的变化。到2060年，在低生育率情形下，65岁以上人口在全部人口中的比例为37%，在高生育率情形下为30%。分别把16~64岁和20~64岁劳动年龄人口作为分子，其他年龄人口为被赡养人口作分母，就可以计算赡养率。图3描述了三种生育率情形下的赡养率变动趋势。

由图3可见，在2050年以前，对本文定义的两类劳动年龄人口来说，高生育率情形下的赡养率均低于低生育率情形，原因是多生育孩子增加了劳动力对幼儿、青少年的赡养负担，但没有减轻对老年人的赡养负担。同样，低生育率没有增加劳动力对老年人的赡养负担，但减轻了对幼儿、青少年的赡养负担。在公共财政转移支付的年龄结构中，如果对低年龄组的转移支付（如教育）相对较大，那么“二孩政策”的效果明显，在今后30~40年间，公共财政可能面临更大的支付挑战。

长期来看，鼓励生育的政策会扭转老龄化的人口结构，从图4可以看出这种特点。

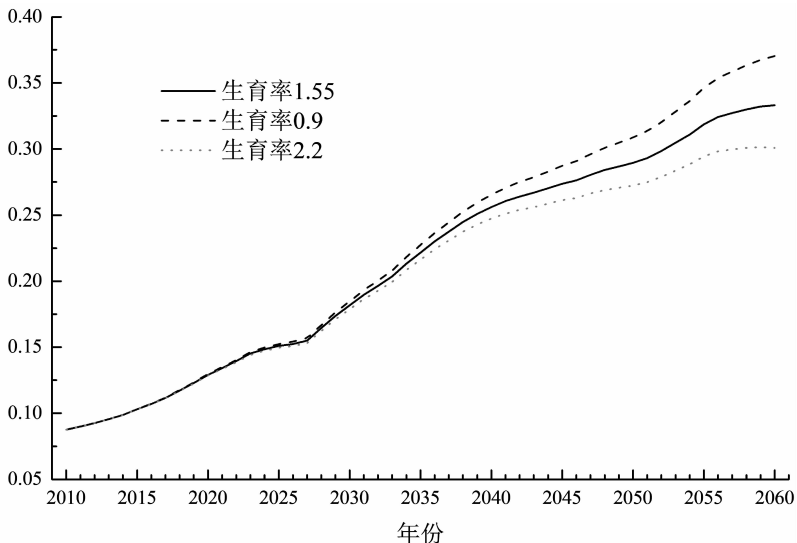


图2 三种生育率假设下的65岁以上人口占比变化

资料来源：作者计算。

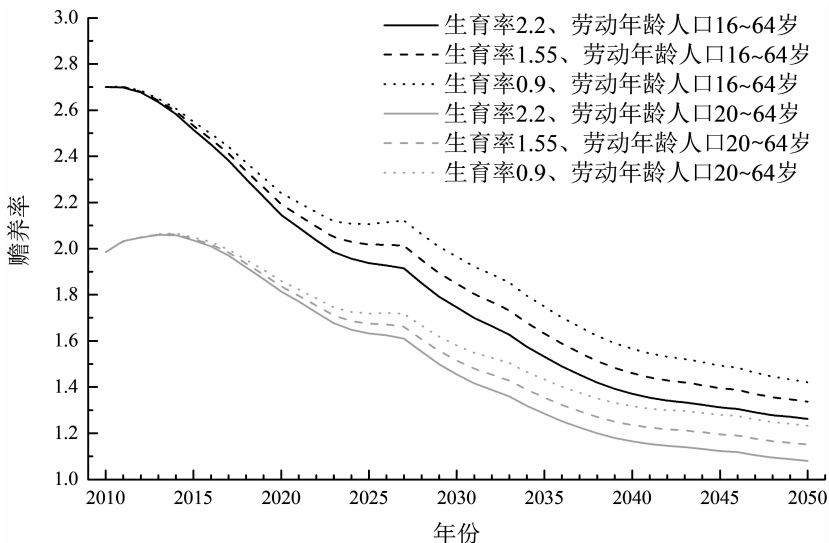


图3 三种生育率假设下的赡养率变化：2010-2050年

注：赡养率为劳动年龄人口（分16~64岁和20~64岁两种）与非劳动年龄人口的比值。

资料来源：作者计算。

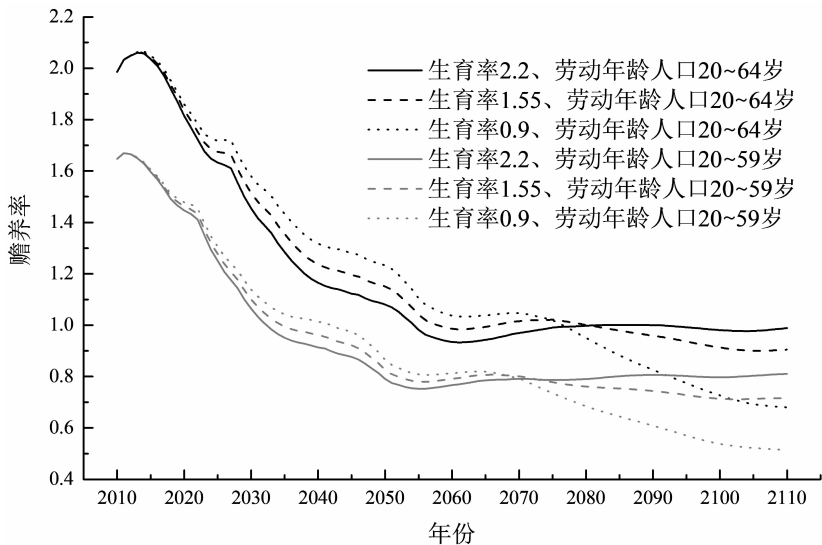


图 4 三种生育率假设下的赡养率变化：2010 - 2110 年

资料来源：作者计算。

生育率对人口结构的调整在 2060 年以后开始体现。到 2070 - 2080 年左右，赡养率维持稳定而不再继续下降。但是，今后 30 ~ 50 年，赡养率将会下降一半左右，这对以劳动力的税收和缴费为主要来源的公共财政将会产生重大影响。从下面分析的教育、养老和医疗卫生支出与人口变化的关系可以看出这种与日俱增的压力。

三 生育率和教育支出

在中国政府的“十二五”规划中，教育投入要达到国内生产总值（GDP）的 4%，2014 年的教育投入为 GDP 的 4.13%，其中绝大多数投入是在校学生的经费支出。以当前的人口结构来分析各阶段学生的生均投入，这已经是合理的支出比例。教育部统计公报中报告了表 2 中的数据，表 3 比较了澳大利亚、日本和美国的相应数据。

根据以上数据，结合当前的人口年龄组数据，可以计算出基本教育投入的总和是 GDP 的 3.71%，是总投入的 90%。后面的预测均假设今后这些基本教育投入占全部教育投入的 90% 不变。

表2 中国2014年各阶段生均财政支出

学习阶段	生均财政支出(元)	占人均GDP的比例(%)	入学率(%)
小学	9923	21.34	100
初中	13480	28.98	100
高中	11725	25.21	85
本科	23741	51.05	17
职业教育和专科	12810	27.54	20

资料来源:根据《2014年全国教育事业统计公报》以及国家统计局人口数据计算。

表3 澳大利亚、日本和美国生均财政支出占人均GDP比重(2010年)

单位: %

学习阶段	澳大利亚	日本	美国
小学	25.04	23.81	22.10
中学	28.60	24.41	24.34
高等教育	37.95	25.35	20.88

资料来源:根据世界银行数据(<http://databank.worldbank.org/>)计算得到。

对比表2和表3,中国小学和初中的生均投入已经接近甚至超过了发达国家,教育的总投入应该已经到位,主要问题是可能存在资源配置的区域不合理、城乡不公平等。因此本文的预测将维持现有的生均投入占人均GDP的比例,只是在本科和职业教育的比例上进行相应的提高,以达到目前发达国家的水平。

结合人口预测模型,表4报告了未来的教育支出随着生育率变化而发生的改变。高生育率和低生育率对教育投入的影响极大。如果生均支出占人均GDP的比例不变,假设到2050年高中入学率保持不变,仍为85%,40%的19~21岁年龄组人口接受职业教育和专科培训,30%的19~22岁年龄组人口接受本科教育,到2050年财政支出差距将达到近1.6%的GDP。教育的财政投入应该制定对应人口结构的支出预算。

表4 2030年和2050年中国教育财政支出预测

单位: %

	生育率1.55	生育率2.2	生育率0.9
占2030年GDP百分比	4.35	4.57	4.16
占2050年GDP百分比	3.73	4.54	2.95

资料来源:根据人口模型和表2资料计算得到。

四 生育率和医疗卫生财政支出预测

医疗卫生财政支出与国家的制度设计密切相关。澳大利亚公费医疗占全部支出的2/3，并且全民享有免费公费医疗。澳大利亚的政府医疗支出只占GDP的6%左右，人口寿命排名世界前三位。美国的医疗体系以市场化为导向，享有免费医疗的只有低收入人群和65岁以上人群，医疗公共财政支出占GDP的8%以上，人口寿命也在发达经济体中落后。中国的医疗制度也在不断改革完善中，目前医疗卫生总支出已经达到GDP的5.56%，其中公共财政占了3.7%（包括医疗保险缴费等社会支出）^①。

预测人口结构变化带来的医疗支出变化需要有各个年龄段的医疗卫生费用。学术界对每个年龄段的医疗支出有各种研究，有些研究指出65岁以上人群的平均医疗支出是65岁以下人群的2.7~4.8倍（黄成礼，2004）。澳大利亚的公共医疗支出与年龄的关系可以作为参考（图5）。

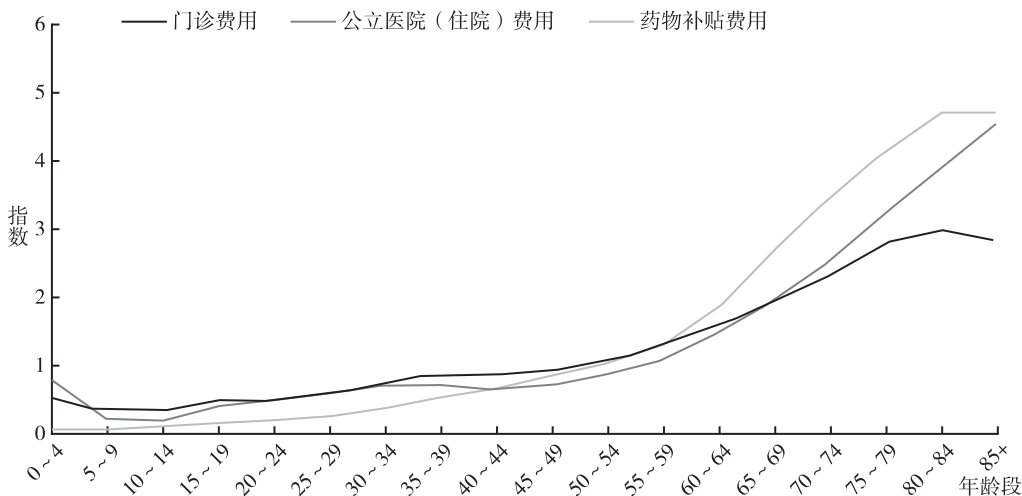


图5 澳大利亚各年龄段医疗支出与全国平均支出水平的比例

注：数据为2012-2013年财政年度。

资料来源：澳大利亚健康卫生部网站。

中国进行的4次大范围的全国调查涉及各年龄段人口的就医状况，最近一次是在2008年进行的。调查对每个年龄的门诊次数和住院比例进行了统计，根据这个数据可

^① 来自《2014年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》。

以画出图6。结合《2014年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》中的门诊量和平均住院费用，可以得出表5。

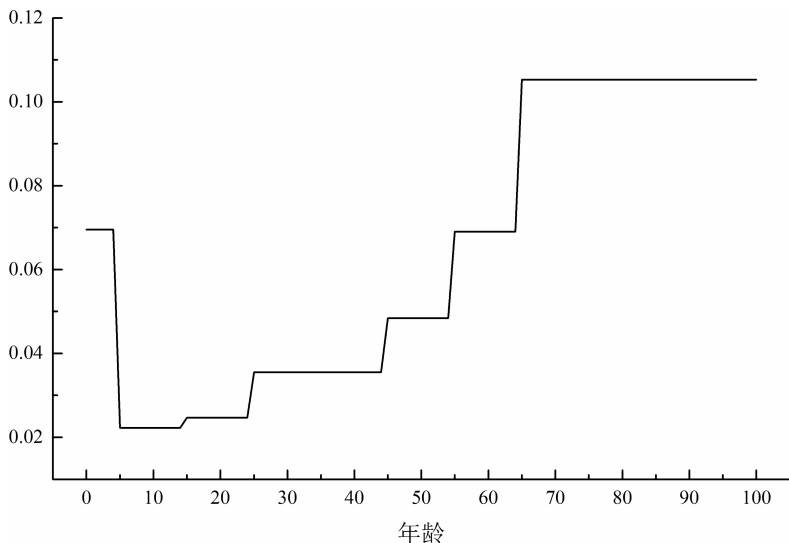


图6 各年龄段人均医疗费用中公共医疗支出占人均GDP的比例

资料来源：根据《中国卫生统计年鉴2012》计算得到。

表5 2014年医疗使用和平均费用

	门诊		住院	
	人次(亿)	单次费用(元)	人次(万)	次均费用(元)
医院	29.7	220	15375	7832
社区	17.1	92	3733	2635
乡镇/村	26.5	57	364	1383
其他	2.7	200	972	8000
合计(平均)	76	134	20444	6776

注：“其他”一行的“单次费用”为作者估算。

资料来源：根据《2014年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》计算得到。

本文不对医疗卫生的总费用作预测，只是分别在维持占GDP的比例不变和到2050年上升到占GDP的比例达到10%两种情形下进行分析。假设人均费用占比不变（见图6），根据人口模型可以预测不同生育率情形下的医疗支出差别。

根据表5的结果，2014年人均门诊费用为人民币134元，平均住院费用为6776

元。以此为基础，可以计算出从 2008 年到 2014 年门诊频率上升了 54%，住院增加了 1.2 倍。使用 2014 年各个年龄人口数，可以计算出 2014 年的医疗总费用为 GDP 的 3.8%，是医疗卫生总支出的 68%（其余 32% 为投资、健康推广以及行政费用等）。

假设未来的总需求频率不变，医疗价格上涨与人均 GDP 的增长同步。如果公共财政（包括缴费部分的社会支出）占整体费用的 2/3（即个人卫生医疗支出为 1/3），医疗服务（门诊和住院，包括药费）占整体医疗支出的 68%，可以计算不同生育率下的公共财政医疗支出（见表 6）。这也是单纯由人口结构变化带来的医疗支出变化。

表 6 三种生育率假设下的 2050 年公共财政卫生医疗支出占 GDP 比重

单位：%

	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9
2014 年价格	7.28	6.99	7.56
其中公共支出	4.86	4.66	5.04

资料来源：根据人口模型以及图 6 结果计算得到。

支出的差别主要是由于人口结构的差异。在高生育率下，老年人口比例相对减少。由于老年人口对应的医疗人均支出高于其他年龄人口，因此医疗支出在两种极端生育率下的差距达到 GDP 的 0.6%。

目前中国的医疗制度设计是职工的高缴费以及城镇居民的政府高补贴。2014 年职工医疗保险的缴费人员为 2.1 亿左右，退休人员为 7255 万，缴费总额为 8038 亿元（基本是企业职工缴费）。以这部分人口单独计算，平均缴费（平摊给退休人员）相当于人均 GDP 的 6.1%（很多地方的缴费率超过工资的 10%），而城镇居民医疗保险缴费人员为 3.145 亿人，缴费总额（包括政府补贴）为 1649 亿元，平均相当于人均 GDP 的 1.1%。绝大多数地区两种制度没有合并运行，而是分两套，甚至三套财务系统（农村和城镇居民也分开）。在如此巨大的差距之下，两种制度在 2014 年支出后都有结余，分别为职工和城镇居民缴费总额的 16.3% 和 12.9%^①。同样生活在城镇的人口，医疗资源的享用差距达 6 倍，并且都有结余，这使我们不得不反思缴费率的合理性。也许正是高昂的职工医保缴费率导致了医疗系统的种种顽疾，创造了寻租空间，包括过度医疗、过度用药、医疗系统的腐败等。高昂的职工医保缴费率也阻碍了发展壮大职工

① 来自国家统计局网站，网址：<http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。

劳动力队伍,阻碍了医疗保障事业的发展。

日本的老齡化程度比目前的中国高,65岁以上人口占总人口的1/4(中国2014年刚刚超过10%)。日本的医疗成本控制在发达国家中比较成功,而且人口寿命也最高。日本一半以上的人口参加了公务员、专业人员和职工的医疗保险制度,缴费总和(企业和个人)为工资水平的7.9%~10%不等。在全部6504万参保人员中,有45.6%是被抚养人,所以平摊到每个成员缴费率只是工资的4.29%~5.44%。即使如此,这些缴费的40%以上被转移到了全体老人的医疗开支上,也就是说这种缴费相当于医疗税而不仅仅是医疗保险缴费。日本75岁以上老人在2014年占所有人口的12.5%^①,他们的平均医疗支出是职工保险人群的7~8倍,这种人群间的保费支付转移有效控制了整体需求,使得医疗的合理性得以保障(IPSS,2014)。

以保基本、广覆盖为原则的社会保障要回归普惠性、合理性和公平性,医疗乃至养老等社会福利制度的改革应该围绕这个原则展开。医疗费用的政府支出与缴费的社会支出关系密切。控制医疗开支的一个途径是合并不同人群的基本医疗保障。如果合并难以在短期内实现,可以通过扩大职工医保的缴费人数,同时降低缴费率,来提高基金的效率,并在机制上对不同参保人群进行基金的调剂,逐步达到资源和人口的相对平衡。假设到2050年,各年龄段人口的劳动参与率如表7。根据这个指标,劳动参与率将从目前的30%左右提高到2030年所有20~64岁人口的53%、2050年的64%左右,初步与发达国家的劳动参与率接轨。

表7 2030年和2050年各年龄段的劳动参与率目标假设

单位: %

年龄段(岁)	2030年劳动参与率	2050年劳动参与率
20~22	20	20
23	50	60
24~57	60	70
58~61	40	60
62~64	30	50

提高劳动参与率的一个直接效果是增加了社会福利缴费的基础群体。在目前的人口结构下,10%的缴费率虚高,其中的一个改革路径是直接降低职工医保缴费率,给

^① 来自 <http://www.chinanews.com/gj/2014/09-15/6592853.shtml>。

企业留下空间雇佣正式职工。如果按照表 7 的劳动参与率，设定 4%、6% 和 8% 的医保缴费率后，财政需要支付的医疗补贴为表 8。

表 8 2030 年和 2050 年不同生育率趋势下的医疗财政补贴占 GDP 比重

单位：%

医保缴费率	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9
2050 年			
4%	3.47	3.34	3.59
6%	2.78	2.68	2.87
8%	2.09	2.02	2.14
2030 年			
8%	1.65	1.70	1.62

资料来源：根据表 7 参数以及人口模型计算得到。

如果其他非缴费人群也需要征收相应的医保费，以保持目前生育率不变的情况为例，到 2050 年，非缴费人群占全部人口的 66% 左右。如果他们缴纳人均 GDP 的 1% 为保费，那么财政支出会降低 GDP 的 0.66%。在职工医保费率为 6%、生育率为 1.55 的情况下，总财政补贴支出将降低到 GDP 的 2.12%。

如果维持目前的劳动参与率，只有 30% 的劳动年龄人口缴费（20~64 岁人口）^①，即使缴费率为 10%，总职工缴费也只有 GDP 的 1.7%，财政支付高达 GDP 的 3%，比 6% 的缴费率高，但受惠群体小一半。当然，降低缴费率会伴随着医疗福利的调整，比如调整药物的补贴，这样也可以从源头上抑制以药养医的不合理现状，倒逼医疗体制的改革^②。

财政医疗支出的预测显示，人口生育率的变化对未来 30~40 年的医疗成本影响轻微，医疗的改革更应注重制度改革。以上分析为适当降低医疗保费提供了实证基础。

- ① 通常劳动参与率在发达国家指 15 岁或 16 岁以上人口的劳动参与率。由于本文强调生育率以及各个年龄人群，这里主要指劳动年龄人口的劳动参与率，分为 16~59 岁、20~64 岁两种。
- ② 根据张兴和龚双红（2014）的计算，在 2002-2009 年间，中国医院收入的 42% 来自于药物，而发达国家如澳大利亚，药物补贴在公共卫生医疗支出中仅占 6.2%（AIHW, 2016），而药品消耗在所有医疗卫生支出中，澳大利亚在 2008 年仅为 14.6%，医疗开支相对较大的美国只有 11.9%（来自 <http://www.pbs.gov.au/info/statistics/asm/asm-2010>）。

扩大劳动参与率，不仅仅会改善医疗服务和支出结构，并且对养老保险有更深远的影响。

五 生育率和养老保险基金预测

传统的养老金体系是现收现付的社会制度，也就是劳动者的缴费转移给退休人员。中国现在的制度虽然有个人账户部分，但大部分处于空账状态。在实际运行中，养老制度主体还是一个现收现付体系。迅速的老龄化给这种体系带来空前压力。推迟退休年龄，增加职工缴费人群，降低退休待遇，成了绕不过的三个法门。

而另一个方面，压力还来自于老人群体的巨大贫富差距。目前的职工养老金平均每月超过2000元人民币，而占60岁以上人口3/4的城乡居民的养老金每月只有91元，并且没有一定的调整机制，这使得两者的差距越来越大。老年人收入的不公平也迫切需要财政的公共转移支付进行调整。

养老保险的顶层设计迫在眉睫，用现有的养老制度预测未来并没有很大意义。这里我们用一个改革模式，讨论三种不同生育率下的养老支出。

根据《2014年度人力资源和社会保障事业发展统计公报》^①，在城乡居民养老保险系统中有5亿参保人员，其中1.43亿领取养老金，平均每人的缴费为每年186元人民币，养老金为一年1097元人民币，分别相当于2014年人均GDP的0.04%和2.23%。总支出减去总缴费后各级财政的补贴为905亿元人民币。

职工养老保险在2014年有3.41亿参保人员，其中8600万为退休人员。总缴费为人民币20434亿元，总支出为人民币21757亿元，分别相当于2014年人均GDP的17%和54%，各级财政补贴共2226亿元人民币。

城乡居民养老保险的参保人员多于职工养老保险参保人员的60%，公共转移支付却只有职工养老保险财政支出的45%，职工的退休福利比城乡居民高26倍，公共财政收入转移的公平性有待提高，对弱势群体的财政支持有待改善。

对现有体制进行改革一个可行的方法是提高劳动参与率，扩大缴费职工人数，尽可能将非正规渠道的就业人员纳入社会保障平台。除了延长退休年龄，增加缴费人员的一个重要措施是降低缴费率，让企业可以在合理负担内给职工加入社会保障系统。

^① 来自 http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshhzb/dongtaixinwen/buneyiawen/201505/t20150528_162040.htm。

建议到 2050 年缴费率在人均 GDP 的 10% ~ 14% 之间，同时待遇下降到人均 GDP 的 30% ~ 40%。这是一个渐进的过程，2030 年达到缴费率 14%，总体待遇为人均 GDP 的 47%。

同时，增加财政对城乡居民补贴的力度，不计算缴费部分的待遇，达到人均 GDP 的 6%。假设到 2030 年 50% 的老人享有职工养老金，50% 享受城乡居民补贴，到 2050 年，60% 享有职工养老金，40% 享受城乡居民补贴。表 9 计算了两个阶段三种生育率下所需的财政总转移支付（占 GDP 的比例）。在没有计算城乡居民缴费的前提下（目前缴费非常低，抵消行政费用后可以暂时忽略不计），到 2050 年不同生育率下改革后的养老金系统的财政支出相差 0.8% ~ 1% 的 GDP。

表 9 不同缴费率和退休待遇下 2030 年和 2050 年财政净支出

单位：%

职工缴费率	退休待遇	城乡退休津贴	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9
2050 年					
14%	40	6	3.01	2.49	3.49
12%	35	6	2.81	2.34	3.24
10%	30	6	2.61	2.19	2.99
2030 年					
14%	47	6	0.34	0.33	0.38

注：“退休待遇”和“城乡退休津贴”为占人均 GDP 的比重，其他列为占 GDP 的比重。

资料来源：根据人口模型和表 7 参数计算得到。

低缴费低待遇模式对财政的压力最小。如果城乡退休津贴不是普惠的，而是沿用目前的城乡低保模式，那么财政压力还会进一步降低。如果计算一定的居民缴费，财政支付也会减小。

六 教育、医疗和养老的综合财政支出预测和结论

如果“二孩政策”对将来的人口结构产生积极的效应，中短期内会有更多的青少年和不变的老人绝对数。如果以劳动力赡养率计算，高生育率会产生更高的劳动力人口负担。真正改变人口的结构需要 50 ~ 60 年时间，那时赡养率才开始慢慢逆转。在 2050 年以前，财政负担不会因为“二孩政策”的实施而减轻压力，相反可能需要比低

生育率做更充足的准备。

假如医疗保费在 2030 年降到 8%，到 2050 年降到 6%，职工养老保险在 2030 年降到 14%，替代率为 47%，到 2050 年缴费为 12%，替代率为 40%，表 10 和表 11 分别计算了不同生育率下的教育、养老和医疗的三项总财政支出和三项净财政支出（扣除养老和医疗缴费后）。

表 10 2030 年和 2050 年教育、养老和医疗在三种生育率下的总财政支出

	2030 年(占 GDP 百分比, %)			2050 年(占 GDP 百分比, %)		
	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9
教育	4.35	4.57	4.16	3.73	4.54	2.95
养老	4.86	4.72	4.98	6.04	5.49	6.57
医疗	4.26	4.23	4.29	4.86	4.66	5.04
总计	13.47	13.52	13.43	14.63	14.69	14.56

资料来源：综合以上计算所得。

表 11 2030 年和 2050 年教育、养老和医疗在三种生育率下的总财政净支出（扣除缴费）

	2030 年(占 GDP 百分比, %)			2050 年(占 GDP 百分比, %)		
	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9	生育率 1.55	生育率 2.2	生育率 0.9
教育	4.35	4.57	4.16	3.73	4.54	2.95
养老	0.34	0.33	0.38	2.81	2.34	3.24
医疗	1.83	1.87	1.80	2.98	2.87	3.07
总计	6.52	6.78	6.34	9.52	9.75	9.26

资料来源：综合以上计算所得。

虽然其中的医疗支出是以 2014 年不变价格计算的，但即使到 2050 年总医疗支出达到日本目前的水平（10%），再加 3% 的 GDP，总体的财政三项支出也可控制在 GDP 的 18% 以内，处于目前发达经济体的可控范围之内。

在提高全社会的劳动参与率，扩大职工的缴费队伍后，表 11 显示了不到 GDP 的 10% 的财政转移目标。在合理的财政预算结构调整后，这样的支出需求是可以实现的。如果在 2050 年中国的财政收入可以达到 GDP 的 30%，那么其中的一半将被用于教育、养老和医疗这三项支出。如果医疗总支出达到 10%，那么需要再增加 10% 左右的财政支出。生育率对这些支出的影响幅度较小。财政支出结构需要更多向弱势群

体倾斜。

在未来的30~40年中，中国没有太多的选择来应对老龄化对财政带来的压力，本文着重分析了以提高劳动参与率、扩大养老和医疗保险的缴费人群为基础的改革方向。本文建议将劳动参与率大幅度提高。为了鼓励和促进提高劳动参与率，除了基本确定的延长退休年龄政策外，适当降低缴费率和待遇是合理的途径。

目前中国的职工养老保险缴费政策基本为工资的20%社会统筹和8%个人账户，共28%；医疗缴费基本为8%社会统筹和2%个人账户；加上失业、工伤、生育保险和公积金，以上海为例^①，单位共需缴纳基础工资的42.5%，个人需缴纳工资的17.5%。如此高的缴费，极大增加了提高劳动参与率的难度。如果以本文中测算提议的12%养老缴费和6%医疗缴费作改革，仅仅这两项可以使得总体缴费下降12个百分点（养老保险个人账户8%缴费仍然保留，但应该进入缴费待遇型的做实的投资账户以增加退休收入）。如果再对其他险别做进一步调整，可以进一步减轻企业负担，真正为供给侧结构性改革提供土壤。提高全员的劳动参与率不仅能使社会福利制度更具可持续性，实现二次收入分配向弱势群体倾斜的功能，并且一定程度上缓冲了老龄化的实际影响力，更可以为一个合理的个人税收体系创造条件，改善目前个人税收在财政税收中严重偏低的现状。

生育率变化带来的三项支出总和表明，到2050年，社会主要的三项福利净支出在高生育率下会比低生育率多出0.5个百分点。“二孩政策”对社会经济的积极影响是一个长期的过程，50年后的经济财政状况现在也难以预测，关注目前和中短期的养老、医疗和财税挑战是改革的重中之重。

参考文献：

黄成礼（2004），《人口老龄化对卫生费用增长的影响》，《中国人口科学》第4期，第36-43页。

张兴、龚双红（2014），《论公共财政医疗卫生支出结构对卫生资源配置效率的影响》，《岭南学刊》第5期，第101-106页。

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2016). *25 Years of Health Expenditure in*

^① 来自 http://chaoshi.pingan.com/tool/wxyj_shanghai.shtml。

Australia 1989 – 90 to 2013 – 14 (Health and Welfare Expenditure Series No. 56).
Canberra: AIHW.

Lu, Bei, Wenjong He & John Piggott (2014). Should China Introduce a Social Pension?
Journal of the Economics of Ageing, 4, 76 – 87.

National Institution of Population and Social Security Research (IPSS) (2014). *Social Security in Japan*. Published online at <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/PDF/ssj2014.pdf>.

Fertility, Population Ageing and Public Transfers on Social Welfares

Lu Bei

(The ARC Centre of Excellence in Population Ageing Research, Australia)

Abstract: The recent changes to the ‘One Child Policy’ in China aim to change the demographic structure, to ease the ageing trend and to reduce the pressure on fiscal transfers. This paper seeks to estimate the effect on public costs of education, pension and health by 2050 based on a demographic model with three fertility scenarios. The results indicate that the three aggregated public costs change slightly with fertility scenarios. A more effective way to deal with the short and medium fiscal pressure is to increase the formal labor force participation rate with a large extent. To achieve that, a higher pension age and a reduction in pension and medical insurance contribution rates may be necessary in order to delay retirement and reduce the effective tax wage that keeps people out of the formal sector.

Keywords: fiscal expenditure, education, pension, health, population, fertility

JEL Classification: H5, I13, I18, J11

(责任编辑: 西 贝)