

老年人长期护理 保险制度研究

.....刘金涛/著



科学出版社

本书由大连市人民政府资助出版

老年人长期护理保险制度研究

刘金涛 著

科学出版社
北 京

内 容 简 介

伴随我国老龄化进程的加快,老年人的生活保障问题成为社会关注的焦点。本书借鉴发达国家开展长期护理保险的成功经验,以日本介护保险为依托,主张建立社会型老年人长期护理保险制度。本书通过实证研究验证了该制度实施的必要性和可行性,对资金筹集机制进行深入研究,计算出政府、企业和个人三方各自的出资比例,并对制度本身进行了较为全面的设计。该制度的实施有助于缓解老龄化带来的社会问题,降低国家福利性支出,减轻医疗保险压力,减轻个人和家庭财力、体力和精神上的负担,提高老年人的生活质量。

本书既可作为社会保障相关专业的教学用书,也可作为社会保险工作者和医疗卫生从业人员等的参考用书。



责任编辑:方小丽 / 责任校对:贾如想
责任印制:阎磊 / 封面设计:无极书装

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号
邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2014 年 5 月第 一 版 开本:720×1000 B5

2014 年 5 月第一次印刷 印张:8

字数:161 000

定价:52.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前言

人口老龄化问题已经成为中国日益突出的社会问题。目前，中国老年人口中失去劳动能力和生活不能自理的人口比例逐年增加，护理需求增多，但是现行的城镇基本医疗保险并不包含对护理费用的支付，这使得社区老年护理工作从质和量上都与老年人群日益增长的需求存在较大差距。如何使老年人在身体和心理上得到全面的照护，是中国社会老龄化阶段面临的重要社会问题之一，也是构建和谐社会的内在要求。

长期护理保险是西方发达国家应对老龄化社会的重要途径之一，它包括以美国为代表的商业型护理保险和以日本为代表的社会型护理保险。目前，中国仅有为数不多的几家保险公司拥有这种险种，尚处在起步阶段，相关专家和学者对其日后在中国的发展模式仍在进一步的探讨中。本书认为，老年人长期护理保险制度的建立，能够为我国不完整的社会保障体系提供有力补充，缓解老龄化带来的社会问题，减轻社会压力，提高老年人的生活质量，实现老年人有尊严地养老，进而推动经济社会向前发展。

首先，本书对老年人长期护理保险的概念及优点等做了概述，并对国外该险种的不同发展模式进行了介绍和比较，尤其详细研究了日本的介护保险制度。本书在借鉴日本经验的基础上，分析了我国老年人长期护理保险的适应性模式和可能的制度安排，即主张构建政府主导型老年人长期护理保险制度，与我国其他社会保险基金筹措模式相一致，该保险仍按照政府、企业和个人三方共同负担的基本构架贯彻实施。

其次，结合中国国情，本书从潜在需求和供给模式两个方面对老年人长期护理保险进行了较为详尽的论证。对于护理保险的需求：一是通过问卷调查的方法对护理保险在政府、企业和个人三方的需求情况进行统计分析，匡算了三方对护理保险的现实需求，从而推导出我国建立该险种的必要性；二是基于人口发展规模的预测，参考1994年和2004年国家统计局专门针对老年人的生活自理能力进行的两次抽样调查结果，按照这十年间生活不能自理老人占比的增长速度，估算出基于此增长速度的我国老年人长期护理保险的需求量；并运用马尔科夫状态转移模型对该需求进行再估算，按照估算结果中显示的不同失能状态（即护理等级）

下的需求量,进一步计算出总的老年人长期护理需求量及护理费用。对于护理保险的供给,本书分析了我国商业性长期护理保险的现状,总结了其在供给上存在的问题,此外,又对我国老年医疗护理机构资源进行了分析,结果显示我国护理服务的供给存在明显不足。

再次,本书构建了基于个人、企业和政府三方共同参与的制度模式,在筹资比例和各自负担的承受程度等方面,本书通过实证研究得出相对合适的资金分配比例及出资方的最优承受度。其中,对于筹资模型的构建,本书在比较国外护理保险资金筹资机制的基础上,对筹资机制的影响因素进行了分析,借鉴日本介护保险的制度模式,确定了我国护理保险的参保对象、筹资渠道和筹资模式。

在筹资比例模型的建立和设计上,将国际劳工组织(International Labour Organization, ILO)提供的一套建模思路及数量技术应用到中国老年人长期护理保险筹资模型的建立中来,主要从人口统计与经济模型、收入估计模型、成本估计模型与结果模型四个方面估算出一年期老年人长期护理保险的筹资比例为3.3%,介于德国和日本相同保险的筹资比例之间,结果相对来说比较合理。在总的筹资比例确定之后,利用风险函数的概念来建立分担比例模型,并基于资金成本研究,构建了使资金成本偏离度与预设成本资金率变化最小的风险最小化条件下的分担比例模型。计算结果表明,政府在筹集资金中担负的比例较小,几乎为零,企业筹资部分与个人筹资部分的比例为1.36:1,与国外现行的筹资比例较为接近。之后,运用支出绩效评估模型将筹资比例进行优化,构建了老年人长期护理保险支出绩效评估指标体系,为老年人长期护理支出的运作结果与绩效目标进行比较提供测量指标。

最后,本书对于老年人长期护理保险在我国的建立和发展进行了较为全面的制度设计,具体包括护理保险的主体经营制度、管理监管制度、服务提供制度以及配套的保障措施等,试图为我国的护理保险事业、老年保障等方面的制度建设提供有价值的参考依据。

本书的创新之处主要有以下几点。

第一,运用实证方法验证了老年人长期护理保险在政府、企业和个人三方均存在现实需求,并通过马尔科夫状态转移模型对这种需求进行量化,显示出不同失能状态(即护理等级)下老年人长期护理服务的需求量,进而估算出总的长期护理费用。

第二,建立护理保险的政府、企业和个人三方的筹资模型。依据国际劳工组织提供的建模思路及数量技术,计算出符合我国国情的老年人长期护理保险总的筹资比例,并就出资方各自负担资金的比例问题进行了最优化设计。

第三,通过支出绩效评估模型对筹资比例进行了优化,并构建了科学合理的社会保障支出绩效评估指标体系,为老年人长期护理保险支出的运作结果与绩效

目标进行对比提供测量标准。

第四，设计符合我国国情的老年人长期护理保险主体制度和配套保障制度。将护理保险的发展与运作具体设计成主体制度中的经营制度、监管制度和服务提供制度，以法律制度、政策扶持、信息网络系统的构建等配套保障制度来支持主体制度的发展。

目 录

第一章 导论	1
第一节 长期护理保险概述	1
第二节 长期护理保险相关的基本概念	3
第二章 长期护理保险概述	6
第一节 国内外长期护理保险研究现状	6
第二节 国外长期护理保险的发展	9
第三章 我国老年人长期护理保险的需求与供给分析	20
第一节 老年人长期护理保险需求的实证研究	20
第二节 老年人长期护理保险需求评估及费用测算	36
第三节 我国老年人长期护理保险的供给分析	49
第四章 老年人长期护理保险筹资机制研究	57
第一节 老年人长期护理保险筹资相关概念界定	57
第二节 国外老年护理保险制度的资金筹集机制分析	58
第三节 我国老年护理保险筹资内部机制分析	59
第四节 我国老年人长期护理保险的筹资机制	64
第五节 政府、企业、个人出资承受能力研究	77
第五章 我国老年人长期护理保险制度设计	87
第一节 老年人长期护理保险经营制度	88
第二节 老年人长期护理保险的监管制度	93
第三节 老年人长期护理服务提供制度	98
第四节 老年人长期护理保险的配套保障制度	102
第五节 总结与展望	105
参考文献	106
附录	111



导 论

第一节 长期护理保险概述

一、长期护理保险的产生

20 世纪 60~70 年代以来,人口老龄化趋势开始在发达国家蔓延,相继出现人口生育率降低、生命周期延长等现象。不仅如此,离婚率上升、家庭结构小型化和单亲家庭增加等社会现象也逐渐凸显出来,于是,老年人的医疗和护理问题成为政府和社会关注的焦点。为了应对老龄化带来的一系列社会问题,发达国家普遍采用的策略是政府出资和商业保险相互补充,在保障本国的经济和福利状况的前提下,共同为老年人的医疗和护理费用提供经济保障。

美国是当时受老龄化影响较大的国家之一,日益加快的老龄化速度成为影响美国社会发展的一大问题,老年人失去劳动能力后的护理问题也随之得到极高的关注,特别是一些高龄老人,因经常出现严重的伤残情况或丧失生活的自理能力而迫切需要不同程度的长期护理。尽管当时美国具备较完善的社会保障体系,但在医疗保险项目中并不存在对老年人长期护理的保障,并且美国老年护理服务费用相当昂贵,总的护理费用常常超过美国家庭的给付能力。

美国的医疗保障主要是对患者发生的住院及治疗费用进行补偿,很少涉及护理项目。在美国,65 岁以上老人或失能患者在提供医生出具的专业护理需求证明的前提下,才可以享受联邦医疗补助计划(medicare)为其提供的短期护理费用津贴,而且数额极其有限。联邦医疗保险只承担 100 天的护理费用,前 20 天内给付全额,后 80 天作适当扣除给付,仅占长期护理总费用的 18%。医疗保险未能偿付的住院和治疗费用,可由补充性医疗保险为这些缺额提供保障,但也不包括非专业护理的日常护理和监护护理。美国政府的医疗救助(medicaid)仅为生活

水平在州贫困线以下的人提供不包括家庭护理在内的部分长期护理费用，能够享受这种救助待遇的家庭基本上都因高昂的护理费用耗尽大部分资产，如果仅依靠家庭护理，会在护理人员、时间、体力和精力、护理专业性以及照护双方的情感代价、地域限制等方面存在诸多困难^[1]。

基于这个社会问题，美国于 20 世纪 70 年代率先开发了长期护理保险产品，之后，该险种逐渐在其他国家得到了尝试和发展，如法国和英国相继在 20 世纪 80~90 年代推出了商业型护理保险；而社会型的护理保险则最先于 1986 年在以色列建立，随后，在奥地利、德国、日本等相继建立。其中，日本 2000 年正式实施的全民长期护理保险计划颇为典型。

二、长期护理保险的研究意义

长期护理保险是在老龄化社会下应运而生的。人口老龄化的日益突出，让老年生活的保障问题成为关注的焦点。老年生活的保障包括老年人的物质供养、生活照料和精神慰藉等多个方面，与经济保障相比，老年人的服务保障在中国仍然非常有限，老年人的照护在质和量上都亟待提高。

目前，中国是世界上拥有老年人口最多的国家。第六次全国人口普查显示，我国 60 岁及以上人口占 13.26%，比 2000 年增加 2.93 个百分点，说明我国老龄化进程逐步加快^[2]。不仅如此，老年人口因失去自理能力而需要长期护理的情况持续增多，使得老年人口护理需求基数和增长速度给健康护理带来巨大压力。如何实现老有所养、老有所居、有尊严地养老，这些问题摆在个人和政府面前，对护理产业及相关保障机制建设的重视不得不提上议事日程。所以，研究中国的长期护理保险制度，健全护理服务保障，将对解决养老难题的关键性问题具有重要的现实意义。

在计划生育政策的实施下，20 世纪 80 年代出生的第一批独生子女目前已达到适婚年龄，逐渐步入结婚生子阶段，且数量庞大，“四·二·一”的家庭模式将成为主流，以往多个儿女侍奉老人的情况逐渐减少，照顾双方老人的责任和负担压在独生子女这一代的肩上。家庭规模缩小的同时，人口流动性在增大，大量“空巢家庭”相继出现，这部分老人往往难以得到身体上妥善的照料，心理上和精神上的情感关爱也存在一定程度的缺失。面对上述人口老龄化、高龄化、少子化、空巢所致的社会护理需求日趋旺盛，各地普遍出现老年护理机构供给不足的现象。此外，护理费用标准不一也是导致老年护理市场供需矛盾的又一原因；而由“政策碎片化”所带来的各部门之间缺乏相互配合，是造成目前养老服务与社会需求巨大差异的重要原因之一。

因此亟须一种事先分散和转移风险、事后及时补偿损失的制度安排，以满足老年人及其家庭的需要，防范和化解老年护理造成的家庭财务风险^[3]。老年人长

期护理保险的实施,有助于缓解老龄化带来的社会问题,减轻社会压力;能够有效利用护理资源,降低国家福利性支出,减轻医疗保险压力,也减轻个人及家庭财力、体力和精神上的负担;通过为老年人提供完善的护理服务,提高老年人的生活质量,实现老年人有尊严地养老。

■第二节 长期护理保险相关的基本概念

长期护理保险从产生至今虽近 40 年,但由于各国对其采取的制度模式及运作方案等的不同,国内外学者们对该领域的研究存在一些概念上的争议和混乱,因此,本书有必要对护理保险相关的基本概念及有关问题加以阐释。

从归类上看,长期护理保险属于健康保险的一种,通过健康保险定义的阐述能够体会到长期护理保险的基本内涵。

一、健康保险

美国健康保险协会(Health Insurance Association of America, HIAA)将健康保险定义为:为被保险人的医疗服务需求提供经济补偿的保险,也包括为因疾病或意外事故导致工作能力丧失而引起的收入损失提供经济补偿的保险。其分为医疗费用保险、补充医疗保险、长期护理保险、丧失工作能力收入保险和管理式医疗保险五类。

日本对健康保险虽没有做出过明确的定义,但其对“第三领域”的解释将健康保险包含在内。“第三领域”是日本《保险业法》中的一个概念,它是指约定对意外伤害和疾病给付一定金额的保险金,并对由此产生的该当事人受到的损害予以补偿。由此可见,常规意义上的意外伤害保险和健康保险都被包含其中,且护理保障保险属于日本健康保险的其中一类^[4]。

我国关于健康保险的类别划归起初并没有与发达国家的规定趋于一致。根据《中华人民共和国保险法》第 95 条规定,健康保险连同人寿保险、人身意外伤害保险等都属于人身保险范畴,2000 年中国保险监督管理委员会(简称保监会)在对健康保险的类别划分中,也没有提及护理保险的概念。后来,我国保监会意识到了这种划归的片面性,于 2006 年颁布实施的《健康保险管理办法》中首次明确提到了护理保险,即健康保险是指保险公司通过疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险等方式对因健康原因导致的损失给付保险金的保险^[5]。

通过对健康保险概念界定的修正和补充可以看出我国保险业发展的进步和完善,这从某种程度上也标志着护理保险作为一个新兴险种,将成为我国健康保险市场上的一颗冉冉升起之星。

二、长期护理

护理保险虽属于健康保险范畴,但长期护理却不同于健康护理,它是个人在无法自理的情况下需要长期地通过各种护理服务来帮助自己更好地生活的一种照护模式。像这种需要被长期照护的人群在各个年龄段都存在,他们可能是伤残人士,也可能是因精神疾病而需要护理的人,但更多的需求者还是高龄老人和失能老人。因此,不同范围的需求对象使得人们在对长期护理的概念和含义进行界定时产生了一些争议。而且,在护理服务项目上,个人治疗期间的护理和失能时所需的护理也是不一样的,当二者发生重叠时,如何界定长期护理,也是学者们面临的一个问题。

由此可见,长期护理概念的界定仍未达成统一,学者们只能从不同角度对长期护理进行解释。例如,陈杰认为,老年人长期护理是指老年人由于其生理、心理受损而生活不能自理,因此在一个相对较长的时期里,甚至在生命存续期内,都需要别人在日常生活中给予帮助^[6];徐为山认为,老年人长期护理有别于传统的医疗护理,长期护理是以辅助方式维持人们的正常生活,而不是治疗性的服务与照顾^[7];荆涛认为,长期护理是指个体由于意外、疾病或衰弱而导致身体或精神受损,致使日常生活不能自理,在一个相对较长的时期里,需要他人在医疗、日常生活或社会活动中给予广泛的帮助^[8];台湾学者陈晶莹的界定较为全面,她认为长期护理是指对失能者或失智者,配合其功能或自我照顾能力,提供不同程度的照顾措施,使其保持自尊、自主和独立性而享受有质量的生活^[9]。

本书认为,从广义上来讲,长期护理是指因疾病或意外导致生活自理能力下降从而需要持续较长一段时间的护理性医疗或生活服务。由于需要长期护理的多为老年人,所以也叫做老年人长期护理。长期护理通常周期较长,一般可长达半年、数年甚至十几年,它并不是以完全康复为目标,而是尽最大可能长久地维持和增进患者的身体功能,提高其生存质量,它也是预防新的疾病发生的重要措施。

三、长期护理保险

长期护理保险是健康保险的重要组成部分,在国外比较流行。作为一种新型的保险产品,长期护理保险与其他保险产品有着不同的产品特点。例如,传统的人寿保险是在被保险人突然死亡,尤其是早期突然死亡时,保险公司为其家人提供经济保障,这也可以作为一种变相储蓄;传统的健康保险是在被保险人因急性病症接受治疗时,保险公司为其发生的医疗费用提供保障;典型的失能收入保险是在被保险人因意外或疾病而产生暂时或永久失能时,保险公司为其遭受的收入损失提供保障,通常这一保障在被保险人到达退休年龄时终止。典型的长期护理保险则是在被保险人因疾病、意外或年老而带来的身体机能衰竭等状况导致的慢

性病症而接受长期护理时，保险公司为其发生的护理费用提供保障，这种保障通常是终身的。而一般的医疗或其他老年医疗保险不提供长期护理的保障。

很明显，长期护理保险与失能收入保险一样，是一类有着显著特征的保险产品，不同于传统的人寿和健康保险产品。对产品的归类，不同国家有不同的标准，在我国，长期护理保险和失能收入保险均属于健康保险的范畴。

在近三十年的产品发展中，保险公司对长期护理保险设计过两种较为典型的给付标准，一种是健康标准，一种是失能标准。在健康标准下，被保险人提出索赔时需要满足下面的一项或几项：一是有专业医生提供的医疗必要性证明，二是接受了三天以上的住院治疗，并仍有必要继续接受护理的。在失能标准下，保险公司根据被保险人不能完成规定的日常生活活动(activities daily living, ADL)情况决定是否赔付。

在实际中，人们对健康标准的不满主要出于两个原因：一是医生的必要性确定过于主观。不同医生对同一疾病的诊断存在差异，对其是否有必要接受长期护理的诊断也可能各不相同；医生在做出被保险人是否必须接受长期护理的决定时，可能会面临来自被保险人家庭的各种压力，诊断的科学性将受到影响。二是预先住院治疗的限制。如果被保险人购买了一份有预先住院治疗期限限制的保险，那么在他因智力损伤，如罹患老年性痴呆时，在接受长期护理前可能并未接受住院治疗，同时因为老年性痴呆是一种慢性病，他将因此无法满足索赔条件而得不到保险保障。对失能标准，人们则普遍比较接受，因为这一标准也可以进一步用来判定智力损伤(如罹患老年性痴呆)的被保险人是否满足保险给付的条件，只要被保险人不能完成规定的日常生活活动，他就可以被判定为有长期护理的需要，得到对应的保险保障。可见，长期护理保险在缓解被保险人可能产生的长期护理需求以及护理费用压力方面，是一种比较有效的保障方案。

由于需要长期护理的多为老年人，本书广义上将护理保险界定为老年人长期护理保险，即指一个国家或地区按照保险原则为解决老年人护理问题而筹集、分配和使用老年护理保险基金的制度。它是社会保障体系的一个重要组成部分，有助于维护社会稳定，促进经济增长和社会进步。

老年人长期护理保险制度的优点主要体现为以下两个方面：一是随着人口老龄化程度的不断加深，政府用于老年人社会保障方面的财政支出日益增多。老年人长期护理保险可以通过完善的筹资模式确保稳定的资金来源，多方出资，多方负担，从而有效减轻政府财政压力。二是老年人长期护理保险在制度上能够为老年人提供完善的长期护理服务项目，补偿高昂的护理费用，满足老年人的现实需求，不仅降低了个人负担，还能够把家庭成员从繁重的护理任务中解放出来，使家庭成员间的情感得以维系。



第二章

长期护理保险概述

第一节 国内外长期护理保险研究现状

一、国外研究现状

对长期护理保险的研究始于 Rivlin 和 Wiener，他们在其《谁为老年人长期护理付费？》(1988 年)一文中提出护理费用负担的问题，产生了怎样为伤残老人的长期护理费用进行筹资补偿，以及以什么方式组织补偿的思考^[10]。Schnepper 在其《你能负担得起长期护理保险的费用吗？》一文中讨论了长期护理保险产品的一般功能^[11]。Murray 将其引申到对雇主和雇员的福利方面，认为长期护理保险可以成为雇主吸引和留住企业员工的一个手段^[12]。在针对长期护理保险运营管理方面，Wager 和 Creelman 分析了美国几十年运营经验，并于 2004 年提出了改善护理管理现状的六条策略^[13]。而道德风险问题研究最早始于 Arrow，他认为“保险单背离了它本身的激励方向，从而改变了保险公司所依赖的保险事故发生频率”^[14]。Sloan 和 Norton 在其论文《逆向选择、遗产、挤出效应及私人保险需求——影响长期护理保险市场的因素》中对影响长期护理保险市场的因素进行分析，并从中找到了逆向选择和老年医疗辅助计划对长期护理保险挤出效应(crowding out effect)的证据。挤出效应被普遍认为是美国私人保险市场发展缓慢的理论原因^[15]。随后，Edwards 在其《被低收入家庭医疗救助计划“挤出”的私人长期护理保险》中认为美国低收入家庭医疗救助计划对私人长期护理保险也起到了“挤出效应”，这使得政府财政负担加重，长期护理保险发展缓慢，但也为商业护理保险的发展留下空间^[16]。

Meier 通过工作期和退休期模型的分析，合理解释了晚年购买长期护理保险产品的理由^[17]。在长期护理保险产品的销售及产品开发方面，Anonymous 认为，

长期护理保险的焦点应集中在 50 岁、已婚、中产阶级妇女的身上^[18]。Murtaugh 等对 1986 年美国死亡表进行了一定的数据调整,按照年龄阶段、残疾程度和性别,分别就联合长期护理保险产品对风险、保费、保险收益进行数量分析^[19]。模型结果表明,联合产品可以大大降低两种产品的现有成本,由此带来比现有水平增长 21% 的潜在客户群。这说明,要想使长期护理保险长盛不衰,就应不断识别、开发和细分人群,并采用不同的渠道销售产品,同时不断开发新产品,以满足不同人群的需求^[20]。

二、国内研究现状

国内学者开展长期护理保险研究的时间较晚,自 20 世纪 90 年代末期才开始,研究成果也不多。截至 2010 年,国内学者对长期护理保险的相关论文只有百余篇,其中有几篇较典型的研究长期护理保险的论文,下面分别对其论文观点进行简要介绍。

范永霞对我国长期护理保险发展进行了研究,提出市场应在老年长期医疗护理保障的资源配置中起基础性作用,构建具有中国特色的长期护理保险分三步走的模式设想,即首先由商业长期护理保险带动该市场的发展;其次过渡到商业保险与社会保险相结合,即建立由国家、企业、个人共同参与的社会基本长期护理保险;最后,顺利实现政府主导型的全民长期护理保险运作模式^[21]。

邹晓菲在《长期护理保险的全球发展趋势及对中国的展望》一文中总结了国外长期护理保险的发展经验,肯定了发展我国长期护理保险的必要性,并对我国政府、保险公司、护理机构和家庭四个经济主体在发展长期护理保险中的角色予以定位,文章最后还对产品设计的精算问题、护理场所和护理内容的设定等问题提出了意见和建议^[22]。

余涛在《我国开展长期护理保险的研究》一文中结合我国国情,对护理保险产品做了风险研究,并提出我国最好采取由商业性保险公司经营的模式,走市场化的道路,同时在模式运行上提出分三个阶段运行的设想^[23]。

荆涛在其《长期护理保险——中国未来极富竞争力的险种》(2006 年)一书中提出了分三步建立适合中国国情的长期护理保险制度的设想,即首先采取商业长期护理保险的模式;其次,将国家、企业、个人共同参与的社会基本长期护理保险和商业长期护理保险相结合的模式作为过渡,且由商业长期护理保险作补充;最后,实行政府强制的全民长期护理保险模式^[4]。

蒋虹在《论发展我国长期护理保险》中提出,基于我国国情,长期护理保险的发展应由商业保险开始,逐渐过渡到社会保险;应建立国家、企业、个人三方共同作用的机制,政府给予税收方面的优惠减免,国家应承担起低收入人口的全部长期护理费用。同时,要建立完善的配套护理体系,为客户提供优质的护理服务

和护理信息^[24]。

安徽师范大学教授戴卫东认为,北京市可以借鉴国外护理保险制度实行长期护理保险,一方面,解决老年人面临的生活护理问题;另一方面,也可以作为国内法定护理保险的试点,为应对人口老龄化高峰到来的其他地区实行长期护理保险而提供经验。在保险制度模式设计上可以效仿德国“护理保险跟从医疗保险”的原则,上调医疗保险的社会统筹比例,给护理保险留出资金,采取现收现付。在制度层面,要充分发挥社区的功能,大力推行居家护理,多开设家庭病床^[25]。

武汉大学社会保障研究中心的杨红燕则认为,我国的长期护理保险应采用商业保险制度^[26],主要是因为我国现有的较低经济发展水平、巨大的城乡和地区差异决定了建立统一的社会护理保险制度不具备可行性。开展商业护理保险还可以弥补社会保障的不足,老年人需要的不仅仅是生活费用的保障,还有生活的照料和精神的慰藉。商业护理保险与医疗、护理、保健和生活照料紧密相关,能真正解决老年人“老有所养”的问题,提高其生活质量。

张晓峰在《我国商业性长期护理保险产品开发研究》一文中首先比较了国外发展护理保险的经验,提出可供我国发展该险种的借鉴之处;其次,简要介绍了商业性长期护理保险产品在我国发展的情况,并以市场上主要的两款商业性长期护理保险产品为例,详细分析了其特点和不足之处,主张开发商业性长期护理保险产品^[27]。

张斌比较并借鉴了美国和日本两国长期护理保险的发展经验,对我国长期护理保险的需求和供给进行了预测,指出长期护理保险的发展现状和障碍,在模式选择上主张从商业性的长期护理保险模式逐渐过渡到社会性的长期护理保险模式^[28]。

刘宇娇从保险精算的角度研究了影响长期护理保险定价的因素以及定价模型,对长期护理保险产品进行了设计^[29]。贾清显预测了我国老年长期护理服务的需求趋势及总体费用支出,主张通过参与全民强制型长期护理保险来缓解最基本的、必要的长期护理服务或其费用支出,并主张继续大力发展商业性护理保险,以满足民众对护理的多样化和多层次需求^[5]。

总的来说,国内学者关于长期护理保险的观点主要体现在两个方面:一是我国长期护理保险的潜在需求巨大,建立并将其实施非常必要;二是国外的研究经验具有重要的借鉴意义,但亟须探讨适合我国国情的长期护理保险模式。

我国健康保险业起步晚、精算基础数据缺乏,加之政府、社会和学术界对长期护理保险的重视不够,使得我国关于长期护理保险的系统性、理论性研究非常少。大多数文献仅限于长期护理保险政策、需求和必要性等方面的讨论,定性研究居多,很少结合中国实际情况提出具体、全面的,经得起实证检验的护理保险模式。

纵观国内外的现有研究，以老年人长期护理费用的解决方法为核心来建立老年人长期护理保险制度的构想已经成为主流，并达成了基本共识；所不同的是，究竟应采取何种方式建立老年护理保险制度。

■ 第二节 国外长期护理保险的发展

一、美国长期护理保险制度概况

为了保障需要长期护理服务的家庭或个人的利益，美国最先推出了长期护理保险产品。该险种一经问世便广受好评，据悉，目前该险种已经成为受美国广大家庭欢迎的险种之一，约占美国人寿保险市场 30% 的份额。

（一）美国长期护理保险制度的基本内容

1. 保险责任

在美国，当被保险人在除急症治疗以外的任何场所接受各种个人护理服务时，其所产生的护理费用由商业性的老年护理保险承担^[30]。老年护理保险的保险责任按照被保险人所需护理的程度可分为三种护理类型：①在医生指导下，由专业人员提供医疗服务并具有治疗性质的专业护理；②无需专业人员看护、非医疗性质，只需为病人提供日常生活帮助的日常护理；③介于前两种类型之间，无需专业人员看护、非连续性的中级护理。第一种类型是全日制的特别护理，后两种类型是非全日制的一般护理。在老年护理保险中，家庭健康护理及高龄老人所需的其他护理也占较大一部分比重。

2. 承保方式

美国老年长期护理保险的保单有两种签发形式，既可独立签发，也可以终身寿险保单的批单形式签发；投保人可以是个人，也可以是团体，对个人投保的要求更高^[21]。在对被保险人进行风险选择时，保险人一般不会组织被保险人进行身体检查，而是根据被保险人在保单上所做陈述及医院对其健康状况的证明来筛选。健康状况差的人一般不予承保。承保期限可根据投保人的年龄和实际需要进行选择，一般分为 40~79 岁、50~84 岁、55~79 岁等年龄段^[30]。

3. 保险费

美国老年护理保险采用年均费率收取保险费。影响保险费用的因素有很多，如被保险人的年龄、性别、健康状况及被保险人选择的给付期、等待期、保险责任范围等^[31]。实际费率通常也受投保人的年龄、津贴的给付方式以及投保人选择的保险利益和条款的影响^[1]。例如，被保险人与其配偶同时投保的保险费率比

被保险人单独投保要高。

4. 保险金

保险金的支付方式因保单签发形式的不同而不同。若老年护理保单是独立签发的,那么保险人可以在最高支付额、支付期和等待期这三种方式中选择一种进行支付。

在最高支付额下,被保险人可以自由选择每日津贴,即每日支付限额。一旦选定,保险人支付给被保险人的每日护理费用不能超过规定的给付限额(美国的每日津贴一般是 50~250 美元)^[1]。同时,老年护理保单也规定了整个给付期内给付限额和每日津贴的方式供被保险人选择,即当每日津贴累计达到整个给付期的总限额时,保险责任终止。

在支付期下,被保险人可以根据老年长期护理保险的规定,自由选择一年、数年或终身等不同形式的给付期。保险人必须在被保险人所选择的给付期内,履行保险津贴的给付义务。

在选择保险单时,被保险人一般会自由选择 20 天、30 天、60 天、90 天、100 天或 100 天以上多种等待期。若假设被保险人选择 30 天的等待期,则开始受护理的前 30 天不属于保险的保障范围。只有在等待期过去之后,保险人才承担对被保险人因仍需要护理服务而支出的费用(包含等待期内支出的护理费用)进行给付的责任。通常,等待期越长,保险费越低,这样既可以避免被保险人的小额索赔,又缩减了保险人的工作量^[32]。

保险单中,护理费用的支付一般以现金(即保险金)支付为主,但随着美国老年护理保险制度的完善以及美国保险市场的发展,实物(护理服务)支付方式也日益得以推广,一些保险公司将保险人与护理服务人的职能合二为一,形成了一种“管理式看护”的模式^[26]。

(二) 美国老年长期护理保险制度的特征

1. 通货膨胀保护条款

近年来,在美国通货膨胀预期的影响下,不断上升的护理费用的数额势必要赶超保险人应向被保险人支付的保险津贴的数额。针对这种情况,保险单规定可以按照每年 3% 或 5% 的比率增加给付额;有的保险单还规定允许被保险人定期购买额外的保险,并按其购买时的年龄决定缴费率,且被保险人无需再提供身体健康或具可保价值的证明。但是,被保险人的年缴费额也会随着这些保护措施的实施而大幅提高^[32]。

2. “不没收价值”条款

“不没收价值”条款是指,当被保险人撤销现存保单时,保险人向被保险人履