

需求视角下的老年长期护理保险研究

—基于浙江省 17 个县市的调查

孙正成

【摘要】老年长期护理保险（LTCI）是转移老年长期护理（LTC）风险的有效措施，但 LTCI 的探索体现为一个体系的构建。浙江省老龄化、经济和城镇化水平在我国均处前列，故本文选择有代表性的 17 个县市调查民众对 LTCI 的认知和需求。以期以小见大，对我国 LTCI 进行探索性研究。文章以需求为视角，基于浙江省实际，分析实施 LTCI 的可行性和阻碍因素，得出了可单独设置社保型 LTCI 的基本结论，勾勒出包括具体险种安排、服务输送和质量控制及其他支撑为主体的老年 LTCI 体系。具体给出将 60 岁以上的老年人作为保障对象，采用基金积累（FF）的方式进行筹资，财源主要包括个人和各级财政，给付以实物为主；应积极完善需求评估、重视服务输送和质量管理，探索相关法律等建议。

【关键词】需求，老年人，长期护理保险，体系，在地老化，浙江

联合国 2007 年的研究指出，老龄化影响保健制度的一个重要方面就在于如何为健康状况已不可逆转的人提供长期护理^[1]。OECD（2005）将长期护理（Long Term Care, LTC）定义为在生活方面需要提供长期照顾的人提供的护理，协助其各项日常生活活动（ADL）为主，通常由家人、朋友、缺乏技术的照顾者或护士提供，区别于急性医疗的“治愈”疾病^[2]。老年 LTC 问题是我国当前面临的最大挑战之一。

一、问题的提出和视角

成员减少（尤其是女性外出工作）的家庭开始依赖专业人员来履行（即转移）对老年人的 LTC 义务，这就必然产生一定的费用。主要有四种方式解决老年 LTC 及其费用问题：（1）依靠个人储蓄，绝大多数发展中国家采用（包括我国）；（2）税收独立支持的国家完全责任，以北欧为代表；（3）依靠社会互助的社会保险，日本、德国等；（4）国民个人自愿承担责任，如美国。可将其总结为两类：LTC 风险自留（家庭为责任体）和转移（国家、社会或保险公司为责任体）。

现行国家（地区）实践证明长期护理保险（Long Term Care Insurance, LTCI）是解决 LTC 的有效措施。Yoshisa Hirakawa 等（2004）通过对日本实施 LTCI 前后的对比调查研究，发现 LTCI 不仅可减轻照料者的负担，也可提高了护理质量^[3]。《保险术语》中的护理保险：以保险合同约定的因日常生活能力障碍需要的护理为给付保险金条件，为被保险人的护理费用支出提供保障的保险^[4]。美国健康保险学会（HIAA）将 LTCI 定义为“为消费者设计的，对其在发生长期护理时发生的潜在的巨额护理费用提供保障”^[5-6]。

我国亟待通过 LTCI 以缓解老年 LTC 问题（荆涛，2005；戴卫东，2007；孙正成，2013）。老年 LTC 问题不仅是费用安排，还有赖于有效服务，故应将 LTCI 视为体系进行安排。浙江省人口老龄化、城镇化和经济水平均在全国居首，本文从老年 LTCI

基金项目：浙江省民政研究中心规划课题（ZRCA201110）；浙江省社会科学界联合会研究课题（2013N140）；温州市哲社规划课题（12WSK185）阶段性研究成果。

作者简介：孙正成（1986—），女，云南保山人，西南财经大学保险学院博士研究生，温州医科大学讲师。

的必要性出发，以浙江省 17 各县市为调查点探索 LTCI 需求为视角，结合浙江实际，分析可行性和阻碍因素，试图以小见大，对我国老年 LTCI 体系进行有效探索。

二、实施老年 LTCI 的必要性分析——以浙江省为例

（一）日益严重的老龄化

按照联合国的四项指标，浙江省自 1994 年已进入全面老年型社会，老龄化速度急剧加快，如表 1 所示。第六次人口普查数据显示 2010 年浙江人口老化系数比全国高出 0.47 个百分点，不难看出，浙江省是我国老龄化的先行者，也是我国人口老龄化的一个缩影。反观已实施 LTCI 的国家，日本 1999 年 65 岁以上老年人占总人口 17%^[7]，于 2000 年开始实施 LTCI；德国 1998 年 65 岁以上老年人占总人口 20.7%^[8]，于 1995 年实施 LTCI。这均说明 LTCI 是老龄化的产物之一。

表 1 浙江省人口年龄结构变化情况

		少儿系数	老年人口系数		老化指数	年龄中位数	年龄结构类型
			60 +	65 +			
普查年份	1953 年	35.24	6.90	4.08	11.58	23.10	年轻型
	1962 年	29.30	8.69	5.76	19.65	24.70	成年型
	1990 年	23.29	10.38	6.83	29.33	27.74	单指标进入老年型
	1994 年	22.27	11.47	7.23	32.47	30.43	全面进入老年型
	2010 年	13.21	13.89	9.34	70.70	36.59	

浙江统计局:人口年龄结构变迁及对消费的影响, http://www.zj.stats.gov.cn/art/2011/11/23/art_54_48064.html

（二）日益明显的老年 LTC 需求

实践证明，年龄与患慢性病和失能的比例呈正相关。以浙江省的相关调查为例：浙江省老龄委 2011 年的调查显示，浙江省失能老年人 27.43 万人，占老年人总数的 3.48%；半失能老年人 51.57 万人，占老年人总数的 6.53%^[9]。孙正成（2013）的调查结果也验证了这一结论，浙江省 60%的慢性病患者是年龄在 60 岁及以上的老年人，所患疾病大多数集中为老年痴呆、白内障、慢性消化疾病等，5%左右的被调查者表示身体状况不能自理或部分不能自理^[10]。另有调查表明，我国当前老年人慢性病发病率为 53.9%，3260 万人需要长期护理^[11]。这一系列的调查结论折射出浙江及全国强烈的老年 LTC 需求。

（三）传统的老年 LTC 方式受到严峻挑战

《马德里老龄问题国际行动计划》（联合国，2002 年）研究指出，发展中国家越来越难以维持现有形式的非正规（即主要依靠家庭的）长期护理安排，主要原因在于人口的流动和家庭结构的缩小。这一论点在城镇化最为明显的浙江得到了实践的验证：第六次人口普查显示，浙江省 2010 年城镇人口比重为 61.6%（全国的城镇化水平为 49.7%）。随着全国的城镇化的加速，导致大量的农村人口流动到城市，这与出生率降低的现实形成强烈的长期护理家庭成员之间供需的悖论。

孙正成（2013）关于浙江省老年 LTC 需求的调查显示，当前 80%以上的家庭选择在家提供长期护理。自我照料是最为主要的一种方式，对老年人长期护理按介入和承担责任顺序依次为：配偶、儿子（儿媳）和女儿^[12]。但由于在家缺乏持续的人员保障和基本的护理技巧，护理效果不尽如人意，也会影响其他家庭成员的生活质量^[13]。各类家庭对转移护理费用有潜在需求。现实是：家庭小型化、城镇化过程中，无论城镇还是农村，老年人传统的长期护理方式受到了挑战。

表2 浙江省有老年人的家庭户数量比较 单位:万户

特殊老人户	1990 年	2000 年	2010 年
有 60 岁及以上老人的家庭户户数	331.00	415.20 ↑	529.82 ↑ ↑
有二个 60 岁及以上老年人的户数	91.82	138.15	207.61 ↑ ↑
有 65 岁及以上老人的家庭户户数	234.15	318.72 ↑	382.96
有二个 65 岁及以上老年人的户数	84.33	116.19 ↑ ↑	

来源:浙江统计局. 浙江婚姻与家庭的变动特征, http://www.zj.stats.gov.cn/art/2012/12/11/art_281_53670.html

(四) 当前社保政策不能满足日益增长的老年 LTC 需求

当前对于老年人的 LTC 支持网络主要包括家庭和社会,如前所述,家庭支持网络已经受到冲击。老年人 LTC 需求主要表现为生活和生理两方面,但当前的社会保障体系并没有将生活照料纳入其中:(1)养老保险的覆盖范围、项目和水平并不能满足日益增长的老年护理费用。(2)医疗保险没有专门针对慢性病老年人或者专项的老年护理服务:分析浙江省基本医疗保险目录(2005 年版),共有 14 项关于护理服务为甲类项目,均属于专业治疗护理项目。各年龄段人群相等的“封顶线”导致老年人医疗费用补偿不足而不能支持 LTC。(3)医疗救助严格的审核标准使得收入较低(尤其农村和失能)的老年人更陷窘境。

三、老年 LTCI 需求分析——基于浙江省的调查

LTCI 实施的目的是满足需求,课题组设计了《关于老年长期护理保险需求的调查》问卷,旨在挖掘被调查者对 LTCI 的了解程度、参保意愿、支付能力(意愿)和服务期望等方面的需求信息。选择浙江省经济、人口结构存在一定差异性的杭州、温州、宁波、绍兴、台州、金华、衢州等 7 个地级市^①,17 个县市区作为调查地点。采用偶遇和目标选择相结合的方式,利用当地学生作为辅助调查员,于 2011 年 2—4 月发放了 1400 份问卷,回收有效问卷 1137 份,有效率为 87.5%。最后利用 SPSS19.0 统计分析。样本选择充分考虑了不同地区人口、经济、文化等定性特征和被调查者的人口学特征。年龄、性别、居住地的分布均衡^②,比较符合现实。为保证调查的严谨性,在问卷设计中针对不同年龄段的被调查者(主要是 60 岁以上和 60 岁以下的人群)进行了分类调查(LTC 服务需求主要针对老年人)。被调查者基本情况如表 3 所示。

表3 被调查者基本情况 单位:人,%

		人数	%			人数	%			人数	%
年龄	<25 岁	206	18.1	婚姻状况	未婚	250	22	家庭人均年收入	<3 万	423	37.2
	25-39 岁	301	26.5		已婚	797	70.1		3-5 万	343	30.2
	40-59 岁	360	31.7		离婚	27	2.4		5-10 万	244	21.5
	≥60 岁	270	23.7		丧偶	63	5.5		≥10 万	127	11.2
性别	男性	564	49.6	子女数	暂无	287	25.2	职业	学生	145	12.8
	女性	573	50.4		1 个	453	39.8		职工	403	35.4
兄弟姐妹	0 个	144	12.7		≥2 个	397	34.9		公务员	87	7.7
	1 个	284	25	居住地	城区	383	33.7		医护人员	42	3.7
	2 个	310	27.3		乡镇	371	32.7		农民	223	19.6
	≥3 个	399	35.1		农村	382	33.6		其他	237	20.8

（一）参保意愿及意愿主体特征分析

调查显示，1137 位被调查者中，725 位（即 63.8%）的被调查者愿意参加 LTCI。具体如表 4 所示。

表 4 参加长期护理保险的意愿调查

是否会参保 LTCI		频率	有效百分比	累积百分比
N = 1134	会	725	63.9	63.9
	不会	409	36.1	100.0

注：样本缺失 3 个

根据信息经济学的结论，保险市场是信息不对称最严重的市场，也是逆选择和道德风险最为严重的市场。因此，建立一个有效的 LTCI 体系，必须考虑的一个因素是愿意参保主体的群体特征。将参保意愿与人口学特征进行交叉分析，发现人口学特征对参保意愿有显著影响，如表 5 所示。

表 5 参保意愿主体特征分析(与人口学特征的交叉分析)

	Pearson 相关性		Pearson 相关性		Pearson 相关性
年龄	0.148 **	婚姻状况	.069 *	家庭成员健康状况	0.074 *
居住地	0.098 **	职业	0.095 **		
兄妹数量	0.174 **	性别	0.008	被调查者健康状况	0.044
子女数量	0.135 **	家庭人均年收入	-0.034		

注：* 在 0.05 水平(双侧)上显著相关。** 在 0.01 水平(双侧)上显著相关。

从上表中，不难看出，参保意愿与被调查者本身的身体状况和家庭收入无必然联系，可将其它影响因素综合为三个维度：家庭维度（子女数量、兄弟姐妹数量、婚姻等变量构成）、经济收入维度（居住地、家庭人均年收入两个变量构成）和健康维度（年龄家庭成员身体状况等变量构成）。对各维度进行 Logit 分析发现，三个维度共同影响被调查者参保意愿：（1）家庭维度：子女数量与意愿成负相关；已婚者参保意愿最高（均 70%以上）；有 1 个兄弟姐妹的参保意愿相对最强，有 2 个子女 1 个兄弟姐妹的已婚被调查者参保意愿最强（86.8%）。（2）经济收入维度：参保意愿最强的是乡镇，城区和农村相当；无论是乡镇、农村还是城区，参保意愿与家庭人均年收入之间呈现明显的倒“V”型的相关性，即收入较高和较低的两极家庭参保意愿较低。（3）健康维度：家中有慢性患者的参保意愿较强；60 岁及以上的参保意愿相对较弱（家中没有和有慢性病患者被调查者参保意愿分别是 44.9%和 52.7%），而 40 岁以下的参保意愿较高（家中没有慢性患者的 25 岁—39 岁和 40—59 岁的被调查者参保意愿分别是 66.1%和 67.9%）。这部分调查结论说明建立 LTCI 体系需考虑主体广泛性和公平性。

（二）不参保原因分析

近 36%的被调查者不愿意参加 LTCI，因此对此进行原因分析有重要作用：若 LTCI 的运行采用社会保险的方式，需探究不愿意参保的原因，并尽可能地提升民众意愿，以保证效率；若采用商业保险型的运行，则需挖掘原因以便更优地进行险种设计。因此，本文对不愿意参加 LTCI 的原因进行了调查分析，如表 6。从表中看出，不愿意参加 LTCI 的主要原因在于对 LTCI 的不了解（72.13%），本身对保险的抵触心理（51.34%）。这说明 LTCI 的新颖性和当前其它保险业务在一定程度上干扰了民众对保险的信任。

表6 不参加护理保险的原因分析

原因		对这项保险不了解	不喜欢参加保险	能自己支付护理费用	现阶段目前没必要
N	有效	295(72.13%)	210(51.34%)	181(44.25%)	286(69.93%)

注：问卷为多选，各个选项的统计结果为重复选择的最终结果。

认为当前没有必要是主要原因之一，发现该选择与年龄和居住地有一定相关性，进一步交叉分析：主要集中在 25 岁以下（占同类样本的 74.0%）和 60 岁以上（占同类样本的 79.9%）的人群；居住地看，主要集中在农村，详见表 7。本文认为这一结论与现实是吻合的：年龄小的群体还没有承担家庭责任而年龄较大的群体可能考虑经济等因素认为没有必要，农村家庭更容易依赖非正式照顾。

表7 认为目前没有必要参加 LTCI 的群体特征分析

目前没必要	年龄	占同组百分比 %	居住地	占同组百分比 %
1 = 没有必要	<25	75.0%	城区	59.9%
1 = 没有必要	25-39	51.8%	乡镇	65.5%
1 = 没有必要	40-59	65.4%	农村	72.0%
1 = 没有必要	≥60	79.9%		

（三）运行方式的选择和保费支付意愿

对愿意参保的 725 名被调查者进行运行方式调查，68.3%的被调查者支持社保运行方式。为进一步分析社会群体对 LTCI 运行方式的期望，将年龄、性别等因素与运行方式选择进行交叉分析，发现：性别、居住地和健康对选择无明显影响：①男性、女性选择社会保险型的比例分别为 69.3%、67.2%。②居住在城区、乡镇、农村的调查对象选择社会保险型的分别占 68.8%、66.2%、70.1%。③家庭成员健康状况对运行方式的选择无明显影响，均在 70%左右。但年龄、职业、收入方面表现出一些组间差异。④年龄方面：25 岁以下的年轻人选择商业保险型的比例最高，为 39.86%；25—39 岁和 40—59 岁的群体选择的比例分别为 28.3%、34.75%，其中 60 岁以上的群体选择社保模式的比例最高，达 76.87%。⑤78.5%的家庭人均年收入在 3 万元以下的选择 SLTCI（最高），其他的在 60%—70%之间，说明较低收入的家庭更希望依靠政府。⑥45.0%以上的学生选择商业保险型的运行模式，其它职业中近 70%选择 SLTCI。⑦选择 SLTCI 的比例基本与子女数量、兄弟姐妹数量呈正相关。

关于保费支付意愿：选择社保的被调查者中 79.6%表示应当由政府承担，认为地方和中央政府承担主要责任的比例分别是 39.6%和 39.0%，87.9%的社保支持者表示个人负担应在 30%以下（其中认为应该是 10%以下的占 48.7%），9.9%的认为个人可以承担 50%。选择商保的被调查者中 55.2%能接受的缴费年限为 10 年，20.0%的被调查者能接受缴费年限为 15 年；78.7%选择年缴费小于 3000 元（其中小于 2000 元的占比为 39.6%），5.2%的选择年缴费 5000 元以上。这部分调查为构建 LTCI 险种安排提供了一定的依据。

（四）对 LTCI 的期望调查

1. 期望被保对象及主体特征分析

国际上 LTCI 一般都以某个年龄段的群体作为参保对象。问卷根据“意愿为谁投保”来反映期望的被保险人：选择为自己参保和为父母参保的比例分别是 62.5%和 69.1%，愿意为其他家庭成员参保的有 32.3%。

健康状况和职业对该选择无显著影响，但年龄出现一定规律：60 岁以下的被调查者为自己投保的意愿随年龄增加而提高；40—59 岁的调查对象愿意为父母投保意愿高（超过 92%）；相对而言，子女数量与为自己投保的意愿正相关（一般而言，子女数量与年龄呈反比），见表 8。本部分结论证明了大多数“421”家庭面临着严峻的老年人 LTC 问题，也为建立 LTCI 体系中参保人群年龄的确定提供了一定的支持和启示。

表 8 保障对象意愿分析

影响因素	投保对象	具体因素	同组中占比 %	投保对象	具体因素	同组中占比 %
年龄	父母	25 岁以下	97.4	自己	25 岁以下	75.9
		25-39 岁	98.7		25-39 岁	81.4
		40-59 岁	92.6		40-59 岁	92.8
		≥60 岁	43.1		≥60 岁	79.9
子女数量	父母	无子女	98.0	自己	无子女	80.3
		1 个子女	92.5		1 个子女	85.2
		≥2 个	81.9		≥2 个	98.4

2. 保险服务及给付方式的期望调查

老年 LTCI 的保障主要体现为未来的给付，国际上给付方式主要表现为现金、实物和服务给付三类。给付方式和服务内容是 LTCI 的主要内容，也是控制 LTCI 道德风险的主要阀门，LTCI 体系构建的关键之一。本文将愿意参保的 725 名被调查者为样本，调查对服务和给付方式的期许，如表 9 所示。

表 9 给付方式意愿调查

给付方式	现金 给付	提供专业人 员上门护理	实物给付 (护理器材等)	提供日/夜护理	提供合作 机构护理	提供护 理课程	其他
累计频数	530	323	319	294	265	197	133
累计比率	73.1%	44.6%	44.0%	40.6%	36.6%	27.2%	18.3%

注：本项调查样本为 725，问卷为多选，各个选项的统计结果为重复选择的最终结果。

调查显示：现金给付最受欢迎，且群体间性别差异不明显（男性选择略高于女性，这与当前主要的照料任务主要依靠女性家庭成员完成的现实相符），但年龄组之间出现一定的差异（40—59 岁的年龄组最高，男女选择比例分别为 82.5%、77.5%；≥60 岁的年龄组最低，男女选择比例分别是 46.5%和 48.5%；25—39 岁组分别为 75.5%、68.5%；25 岁以下年龄组分别为 51.5%、44.5%）。选择实物和服务给付中：专人上门护理最受欢迎，城区的被调查者更期望这种服务（40%左右，高于乡镇和农村），护理时间期望包括了白天和夜间，对护理教育的选择与年龄呈负相关（以城区为例：<25 岁、25—39 岁、40—59 岁和≥60 岁的被调查者选择护理课程的比例分别是：11.7%、11.7%、6.1%、3.9%）；丧偶的被调查者选择实物的比例最高（90%）；40—59 岁的群体更倾向于实物给付，农村居民选择实物比例最低（55.77%）。这部分的调查结论可为 LTCI 的服务输送提供一定的依据。

四、实施老年 LTCI 的可行性和阻碍分析——基于对浙江的考察

（一）可行性分析

老年 LTC 逐渐成为一个突破了家庭范围的社会问题。对老年 LTC 的重视可从各层面政策窥见一斑：①国家“十二五”规划中提出“实现养老服务从基本生活照料向医疗、精神援助等方面延伸”。②国家老龄事业发展“十二五”规划中正式鼓励有条件的地区进行探索老年人长期护理制度。③国务院转批的社会保障“十二五”规划鼓励有条件地区积极探索为失能老人提供护理补贴。④浙江省老龄事业发展“十二五”规划中，“护理”出现 9 次，并明确提出探索建立长期护理保险制度。

2. 良好并相对平衡的经济基础

良好的经济发展是保障 LTCI 发展的重要基础，浙江经济水平为开展老年 LTCI 奠定了一定的基础。（1）宏观层面，国家统计局《2010 年地区综合发展指数报告》显示：浙江省的综合发展指数、人均 GDP、全面小康指数以及人类发展指数在全国排位分别为 5、5、6、5。（2）中观层面，浙江省级和地方财政预算收入和支出均为全国前列，能够为建立广覆盖的 LTCI 奠定财政基础。（3）微观层面，浙江省城乡家庭和人均收入均在全国前列，并相对均衡，城乡差距相对较小。2003 到 2010 年浙江省城镇和农村年人均收支具体情况见表 10。从表中不难看出，浙江省的城镇差距相对较小，民众有一定的可支配收入。上述三个层面的分析说明可以实现较广范围的 LTCI。

表 10 浙江省家庭平均每人收支情况(2003-2010 年) 单位:元,%

家庭类型	项目	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
城镇居民	全年总收入	14295	15882	17877	19954	22584	24981	27119	30135
	全年总支出	13692	15220	16906	18984	20097	20642	24111	25853
农村居民	全年总收入	6709	7584	8580	9164	10391	11748	12695	14545
	全年总支出	5908	6574	7534	8121	9071	10246	10762	12361

资料来源:浙江省 2011 年统计年鉴,浙江省统计局主页电子版

3. 民众强烈的参保意愿和有效需求

事物或制度的形成和发展总是以强烈的需求为主要动力的，我国当前商业型的长期护理保险主要集中在沿海等发达地区也说明了这一规律。如前所述，课题组进行的参保意愿调查显示，64%的被调查者愿意参加 LTCI，结合家庭收支情况，大多数的参保意愿主体的需求表现成一种有效需求。

（二）阻碍因素分析

1. 缺乏恰当的护理需求评估和认定体系

对老年人护理需求的评估、长期护理的内容界定和标准认定是实施 LTCI 的重要条件，合理制定老年护理分级标准，不仅可以使老人得到应有的护理服务，保证护理服务的质量，更可以使国家护理资源得到合理有效的配置。日本将护理需求分为 7 个等级，上海 2005 年建立了老年人照料需求评估体系，将护理需求分为“重度、中度、轻度”三个等级^[14]，按分级评估提供服务，但仍不成熟。缺乏统一的需求评估体系和认定标准，这为提供合理的 LTCI 带来了较大的困难。

2. 缺乏充足的专业护理机构和人员

良好的护理效果取决于充足的资源和规范化 LTC 服务，日本、韩国、德国等国家 LTCI 的发展已经验证了这一规律。LTCI 的实施需要第三方提供专业的 LTC 服务，这离不开充足的护理服务机构和人员。2010 年浙江省共有床位 19.42 万张，收养老人 10.88 万人，全部职工约 26.71 万人^⑧。对比前文老年人和不能自理的比例可看出，当前福利机构数量和质量均不能满足当前 LTC 需求者的需要，以温州民营养老机构为例，每名护理人员看护老人数均在 6 人以上，低于国家 1:4 的标准^[15]。尤其缺乏专业人员和以老年 LTC 为主要业务的专业机构和社区服务机构。

3. 民众对 LTCI 缺乏全面的认识

民众对寿险的信任和依赖是日本 LTCI 运行成功不可忽略的一个基础。由于文化习惯等方面的原因，我国民众普遍对保险行业并没有很强的信任感。我国还未进行过长期护理保险的试点工作，商业保险市场上的 LTCI 产品也并不是当前寿险产品的主流产品，这些都导致民众对 LTCI 缺乏全面的认识。很多被调查者表示未曾听说过 LTCI，不愿参保的主要原因是了解（72.13%）和对保险的抵触心理（51.34%）。

4. 缺乏老年人健康信息跟踪管理

老年人健康信息的追踪管理和记录共享可以一方面保障护理服务的合理给付和控制服务质量，另一方面为管理控制提供了有益的数据，提高管理内部的管理效率。遗憾的是，目前我国还未为老年人建立健康档案进行持续管理，难以掌握具体需要 LTC 的老年人的有效信息，也难以追踪了解 LTC 服务的效果。因此，可以建立一个专门的健康档案数据库在各类医疗机构、养老机构、护理机构和社区共享，便于实现护理需求的评估和申请以及护理服务的转接和效率的追踪。

五、需求视角下老年 LTCI 体系构建的探索

针对上述需求调查的基本结论和分析的相关问题，本文认为可积极探索独立的老年 LTCI 体系，利用各类资源解决老年 LTC 问题。结合实际和国际经验，可以“低保障、广覆盖、保障老年人基本生活为目标”为基本定位，坚持和鼓励“在地老化（Aging in the place）”的基本理念，选择社保模式运行 LTCI，因为：（1）SLTCI 是大多数国家（地区）的共同选择。（2）民众支持社保的方式。（3）结合实际，社保的效率更高。当前解决老年 LTC 问题需要政府积极介入调动各方资源，形成一个体系和垂直管理机制。

开展 LTCI 的核心目的在于能为老人提供优质的 LTC 服务，满足被保险人的需求，其中保险服务和 LTC 服务相互影响。因此，LTCI 体系至少包括：保险险种的安排、LTC 护理服务输送及质量管理体系和其它方面的支撑体系。需要说明的是，LTCI 体系也许以此为主要内容，但应不局限于此。具体建议如下。

（一）险种安排

一个险种主要包括以下内容：（1）参保对象；（2）资金筹集和管理；（3）给付方式。由于 LTCI 中保险服务和护理服务并非同一个机构提供，在 LTCI 中还需考虑护理服务提供、给付和质量控制等方面。

1. 参保对象的确定

一般通过年龄、自理能力和健康状况及收入水平三个维度来确定 LTCI 的保障对象。本文建议优先将失能（包括部分失能和完全失能）、低收入、独居等老年人纳入保障对象范围；在参保对象的年龄方面，可借鉴日本逐步实现全覆盖的经验，将 60 岁

以上的老年人纳入保障范围。而根据前文的调查结论，在地域上，LTCI 的需求并无显著差异，因此，根据前文的调查结论，LTCI 应有广泛的覆盖性。

2. 资金筹集和管理

LTCI 作为独立的险种，资金应进行专项筹集和管理，主要可以借鉴国际经验和 LTCI 的特征进行分析，过程中需要实现资金和负债的长期、动态匹配。德日两国均采用现收现付（Pay As You Go, PAYG）的方式，但本文认为 LTC 风险具有典型的“厚尾分布”、给付长期性、给付有较高的必然性。因此，可采用基金积累（Fully Fund, FF）的方式进行筹资，借鉴延期给付年金保险的运作机制，参保者 65 岁进入给付期，期间由于意外、慢性病导致的 LTC 需求可优先得到满足。客观的城乡差异决定了工业化国家三方负担在我国不适用，结合前文的调查结论和日本的经验：可依靠政府和个人两个责任主体，政府包括两个层面——中央和地方财政，地方财政可包括省级和地市级。可采用个人账户的方式对资金进行管理，考虑到 LTC 与医疗护理有一定的交叉，可由现行的医疗保险基金管理中心管理，设置专门机构对基金进行监督。

3. 给付方式的确定

给付方式可从调查结论出发，借鉴德国、日本等国家或地区的经验，遵循“便于提供服务和控制道德风险”的给付原则。日本通过实物给付和实物器械租赁等服务来控制支出和道德风险^[16]，德国通过设置起付线和赔付限额来控制现金给付的道德风险。尽管大多数被调查者期望现金给付，但考虑到 LTCI 的特征，应采用实物和护理服务为主的给付方式^④，结合实际，这需要积极发展社区和专业机构和护理人员。可部分实施现金给付（主要适用于非正式 LTC^⑤或者其它特殊情况），并设置限付额和自负比例；可借鉴台湾地区经验，对预期寿命较短或者居住较分散之少数民族地区（或者山区）进行特殊的评估和服务集中供给^[17]。

4. 给付的审核与控制（体系有效运行的基础）

不同的给付方式决定了给付条件的差异性，但均可通过事前和事后，即服务享受条件的审核和给付标准控制两方面进行控制支出。实物给付中，审核服务享受（即身体评估和所需服务等级）条件是控制支出的关键，可通过三个环节“申请——评估——给付”进行过程控制^[18]。现金给付中，赔偿标准的建立是控制支出的关键。结合我国实际，可以各地平均护理支出成本作为给付最高标准，对提供 LTC 的家庭成员或者偏远山区进行现金给付，鼓励老年人和家庭承担部分长期护理的责任。

（二）LTC 服务输送和服务质量监督体系

保险给付以实物为主决定了 LTCI 服务输送和质量管理的的重要性。LTC 服务可按提供者分为非正式护理（家庭等）、以社区为基础的护理和专业机构护理^[19]。结合前文调查的结论和在地老化的基本理念，本文认为老人 LTC 护理服务应该以社区和居家提供为主，主要由专业的人员和家庭共同进行提供 LTC 护理服务。各个国家或者地区在服务输送过程中均重视服务质量，台湾地区设立了 LTC 管理中心。结合我国当前机构和资源，可在社保部门中设立一个“长期护理保险与服务管理中心”，各县市设分点，负责保险服务的推动和管理，负责 LTC 服务需求的登记、审核和质量的监督；各级政府主要在财力和机构资源上配合。如此便可形成一个能自上而下调动资源的垂直服务输送和能够相互制约的水平服务质量监督交错的服务体系。

（三）其它支撑体系

LTCI 的发展离不开长期护理产业、数据信息平台、法律法规等方面的支撑。台湾地区 LTC 的发展得益于其完善的人才培养和教育培训体系。德国最大的养老集团法兰克福 Verband 集团在每个护理单元都有一个电脑工作站系统，记录老人需要服务的项目和护理计划及实施情况，以保障老年 LTC 服务质量。而相对独立的老年 LTCI 法律法规体系是众多国家 LTCI 实施成功的必要条件。建议在当前的《社会保险法》、《老年人保护法》等相关法律基础上，积极探索 LTC 需求评估体系，完善老年 LTCI 法律

体系。

六、结语

本文基于经济、人口老龄化、城镇化等水平处于我国前列的浙江省实践分析了 LTCI 的必要性和可行性及面临的阻碍因素，通过调查分析了当前老年 LTCI 的需求。得出一个核心观点：可采用社保模式，独立设置 LTCI 险种，通过 LTCI 体系的构建来解决日益严峻的老年 LTC 问题，险种安排和 LTC 服务输送及质量保障构成了 LTCI 的核心体系。需要说明的是，LTCI 的发展不是一蹴而就的，需多方、多机构的通力合作。各国（地区）探索 LTCI 历时之久，其内容之复杂略见一斑。老年 LTCI 探索、发展的趋势不可避免，但不能为追求短期效益而冒然决策，可以采取地区、保障群体循序渐进的方式。LTCI 体系的构建可以本文为主要内容，但绝不仅仅如此，更需要政策的支持和各类资源的调动和整合运用。

注释：

①杭州、温州、宁波等为经济层次第一阶梯，台州、绍兴为第二阶梯，衢州为第三阶梯；杭州、宁波属于人口老龄化较为严重的地方，温州老龄化程度相对较弱；2010 年浙江省城镇人口比重最高的前三位是杭州、宁波和温州，比重最低的后三位分别是衢州、丽水和湖州。

②由于尚未确定长期护理保险安排中的年龄限制，不能贸然将 60 岁以上老年人排除在 LTCI 需求群体之外。

③资料来源：2011 年浙江省统计年鉴，浙江省统计局网站主页。

④除此之外，有学者认为现金给付不利于实现女性社会价值，史倩玲. 长照现金给付让女性更弱势 [N]. 台湾立报，2012-5-06。

⑤本文认为：通过现金给付鼓励家庭成员承担起照料老人的任务是一个非常重要的过渡性措施。

参考文献：

[1]联合国. 第二次老龄问题世界大会以来老龄问题领域的重大发展秘书长的报告. E/CN. 5/2007/7: 8-9.

[2]OECD. Long-term Care: Growing Sector, Multifaceted Systems[R]. Paris: OECD. 2011: 39.

[3]Yoshisa Hirakawa, Yuichiro Masuda, Kazumasa Uemura, Masafumi Kuzuya, Akihisa Iguchi. Effect of Long-Term Care Insurance on Communication/Recording Tasks for In-Home Nursing Care Services[J]. Arch Gerontol Geriatr, 2004, 38 (2): 101-113.

[4]全国保险业标准技术委员会. 保险术语 [M]. 北京: 中国财政经济出版社, 2009: 49.

[5]荆涛. 长期护理保险——中国未来极有竞争力的险种 [M]. 北京: 对外经济贸易大学出版社, 2006: 19.

[6]戴卫东. 中国长期护理保险制度构建研究 [M]. 北京: 人民出版社, 2012: 6.

[7]王伟. 日本人口结构的变化趋势及其对社会的影响 [J]. 日本学刊, 2003 (4): 127-139.

-
- [8]关于德国人口的老龄化问题[J]. 国外社会科学, 1998 (4): 96.
- [9]浙江省老龄委. 浙江省老年人口基本状况暨人口老龄化对策. 浙江在线新闻网站 <http://zjnews.zjol.com.cn/05zjnews/system/2011/03/24/017387593.shtml>.
- [10][12][13]孙正成. 老年长期护理现状调查与需求分析[J]. 社会保障研究. 2013 (2): 16—22.
- [11]刘红尘, 张晶晶. 养老床位不足——医养结合模式成发展主流[N]. 老年时报, 2007—04—03.
- [14]高菊兰. 上海: 倾力打造老年人照料需求评估体系[J]. 社会福利, 2007 (5): 12—13.
- [15]朱婷婷, 孙正成. 需求视角下温州养老机构服务优化研究[J]. 医学与社会, 2013 (3): 47—49, 57.
- [16]尹成远, 田伶, 李浩然. 日本长期护理保险对我国的借鉴与启示[J]. 日本问题研究, 2006 (2): 14—17.
- [17]孙正成. 台湾地区长期护理体系概述及启示[J]. 台湾研究集刊, 2013 (1): 31—37.
- [18]张珊珊. 发展我国长期护理保险的模式研究[D]. 天津: 天津财经大学, 2010: 28.
- [19]Kristina L. Guo and Richard J. Castillo. The U. S. Long Term Care System: Development and Expansion of Naturally Occurring Retirement Communities as An Innovative Model for Aging in Place[J]. Ageing International, 2012, 37 (2): 210—227.