



# 中国商业长期护理保险 发展模式和实践研究报告

# 目录 / Contents

前言 .....	02
一、我国养老市场发展环境 .....	03
二、国际长期护理保险市场发展经验 .....	07
三、我国养老护理供需方现状分析 .....	17
四、我国长期护理保险保障现状和特点 .....	35
五、我国商业护理保险潜在机会和商业模式展望 .....	47
六、长期护理保险实践研究.....	53
七、总结与建议 .....	77
参考文献 .....	79

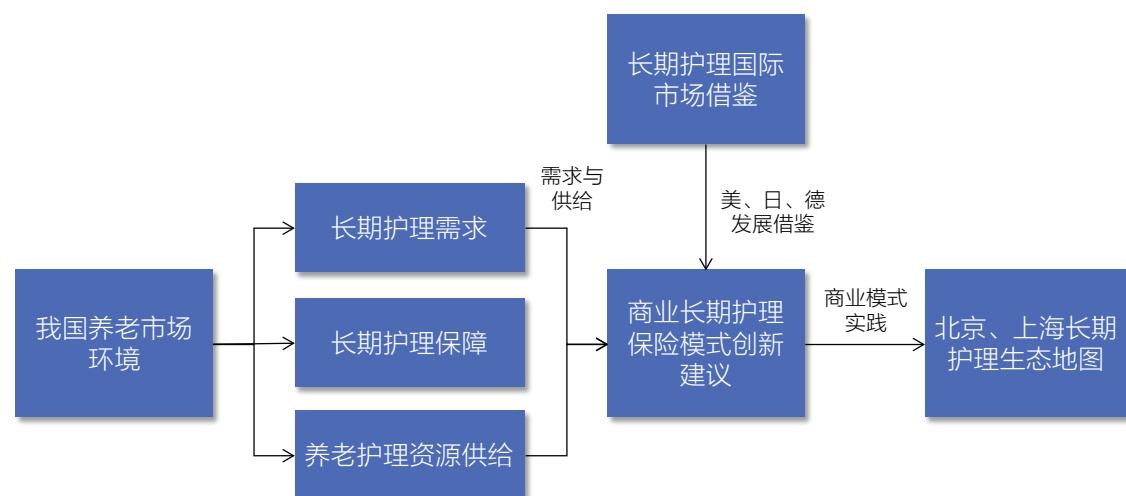
# 前言

21世纪以来，随着我国人口老龄化进程不断加快，人们越来越关注养老引发的社会问题，而老年人的长期护理问题便是其中重要的一项。长期护理保险对于加快发展养老服务业，不断满足持续增长的养老服务需求，妥善有效处理老年人的护理问题具有重要意义。同时，建立长期护理保险制度也是贯彻落实十三五规划，推动健康中国、养老服务事业改革创新的重要举措。

国家“十三五”规划明确提出“探索建立长期护理保险制度，开展长期护理保险试点”的要求。2016年6月，人力资源和社会保障部发布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》，政策实施三年以来，试点城市已经由国家和人社部最初指定的15个扩大到了50个。目前长期护理保险主要以政策性保险为主导，商业护理保险市场呈现规模小、产品价格高、保障功能弱、产品特色不明显等特征。

本报告将以美国、日本、德国长期护理保险发展历史和现状为借鉴，研究在我国养老护理需求和护理生态圈资源现状下，商业长期护理保险的创新发展模式，并选取上海、北京两大一线城市，将当地养老护理需求和长期护理保险的政策性实践相结合，探究商业长期护理市场空间和发展方向。

图0-1: 研究思路



太保安联健康保险股份有限公司(以下简称“太保安联健康险”)隶属中国太平洋保险(集团)股份有限公司(以下简称“中国太平洋保险”)旗下，由两家世界500强企业中国太平洋保险和德国家联保险集团(以下简称“安联集团”)联合成立。太保安联健康险致力于健康和关爱事业，为个人和团体客户提供全面的健康险保障和健康管理服务。依托中国太平洋保险根植于中国市场的丰富积淀，尤其是庞大的客户资源和广泛的销售网络，结合安联集团卓越的专业技术优势，太保安联健康险立志成为国内领先的、为客户不断创造健康价值的专业健康险公司。

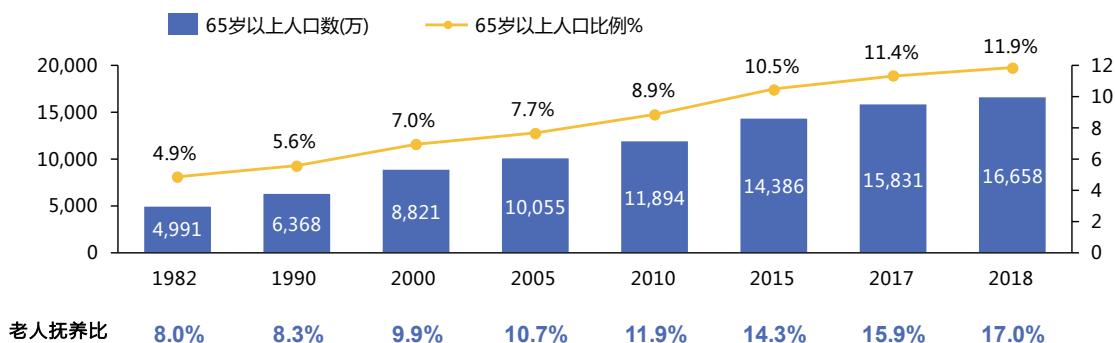
A close-up photograph of a blue bird, likely a swallow, feeding its chick. The adult bird is on the right, its head turned back to reveal a white patch around its eye and a yellow gape. It holds a small, pale insect in its beak. Its body is a vibrant blue with white wing patches. To its left, a chick with dark feathers and a bright orange-yellow gape is perched on a hole in a weathered wooden surface, looking up at the adult. The background is a soft-focus green.

# 一、我国养老市场发展环境

## 1.1 我国的人口老龄化现状

长期护理问题从本质上来说就是人口结构的问题。根据国家统计局的相关数据，截至2018年我国65岁以上人口占比已经达到11.9%，而在联合国的定义中，当一个国家或地区65岁及以上老年人口数量占总人口比例超过7%时，则意味着这个国家或地区进入老龄化社会，由此可见我国的人口老龄化情况已经非常的严重。如果用老人抚养比<sup>1</sup>来衡量，2005年为10.7%，即平均每9.4个劳动人口供养一个老人，而2018年抚养比已达17%，平均每5.9个劳动人口供养一个老人，我国老龄化程度日趋严重（见图1-1）。

图1-1：我国老龄人口及抚养比统计



我国人口老龄化的主要原因为生育率水平的不断降低。受社会经济发展、人口政策等因素的影响，我国少子化呈现预备时间短、发展速度快的特点。少儿人口比重从34%下降至20%，美国用了近60年，日本用了35年，而我国只用了24年。从数据上可以看出，我国老龄化程度形势严峻、且呈现加速态势，这给未来的长期护理问题带来了潜在的风险。

## 1.2 我国长期护理需求环境现状

在我国过去劳动人口占比较高的社会结构中，长期护理并不会成为一个严重的社会问题，但随着老年人口占比逐渐上升就产生了诸多问题，目前我国在长期护理方面面临的矛盾主要体现在以下三个方面：

### 1) 计划生育政策带来家庭养老功能的弱化。

我国70年代开始实施的计划生育政策有效控制了人口出生率，但随之带来的便是家庭规模的缩小和家庭结构的改变。我国家庭的户均人数从2003年的3.38人下降到了2015年的3.02人。同时随着第一代独生子女目前已经达到了适婚年龄，我国开始出现了大量的“421”倒金字塔型家庭模式，城镇化发展，使得年轻人在时间和精力上难以承担照顾家中老人的责任，加剧了家庭结构的小型化、空巢化，导致由家庭成员提供的非正规护理逐渐变得难以实现，甚至是开始缺失。据统计，我国空巢和独居老年人已经接近1亿人。

<sup>1</sup> 抚养比：即65岁老人的人口数量与15-64岁人口数量的比值

### 2) 未富先老的现状, 给国家财政在老年护理领域支出带来巨大压力。

纵观世界各国历史, 发达国家人口老龄化通常伴随着城市化和工业化呈现出渐进过程, 通常是“先富后老”, 在进入老龄化社会时, 人均GDP在5,000-10,000美元之间。而我国在2000年进入老龄化社会时, 人均GDP仅仅只有840美元, 远低于日本、韩国、美国等发达国家, 是一个“未富先老”的过程。这使我国将不得不面对经济发展水平与老龄化发展速度不同步带来的一系列问题, 即我国的社会养老保障体系、老年人护理医疗、资金储备等方面尚未做好应对。“未富先老”的现状将导致政府整体财政压力增大, 可以用于扶持长期护理的支出逐渐减少。

### 3) 我国护理市场尚不成熟, 劳动力的不足进一步加剧了供需失衡。

从人才缺口来看, 目前我国失能及半失能老人数量为4,063万, 若按照国际上失能老人与护理员3:1的配置标准推算, 我国至少需要1,300万名护理员。但目前我国各类养老服务设施服务人员不足50万人, 持证专业护理人员不足2万人, 全国养老服务人才需求缺口较大。我国养老护理人员普遍年龄大、学历低、流动性高, 且通常缺乏专业的护理知识和临床护理经验。随着老龄化的加剧, 对于由中低层劳动力所提供的护理服务, 劳动力来源的缺乏也会抬高整体成本, 加剧长期护理相关资源供给不足的现状。从护理设施来看, 目前老年人服务基础设施滞后, 不仅总量不足、规范性不够、地区及城乡间差距也较大。

以上问题促使长期护理问题在老年化的过程中愈发突出, 甚至成为国家和个人所面临的主要矛盾之一。

## 1.3 我国目前长期护理服务主要方式

我国老年人长期护理的方式主要有两种: 居家护理和机构护理。**居家护理**, 是指老年人在家中接受家庭成员提供的非正式护理。居家服务以家政服务为主, 以康复护理、医疗保健、心理咨询等服务内容为辅, 未能针对老人生活自理能力提供有区别的服务, 不能很好地满足老人多样化的养老需求。**机构护理**, 是指老人到养老院、养老公寓、康复护理或医疗机构接受护理。养老机构通常具有齐全的养老护理设施、正规的管理标准和个性化养老服务。近年来, 社区护理模式<sup>2</sup>在北京、上海、广州等为代表的一线城市快速发展, 社区护理是指以居家护理为主, 社区机构养老为辅的养老方式。通过在社区建立日间照料中心, 白天老人可在社区享受基本的医疗保健、护理服务、就餐服务、学习培训等服务, 晚上回到家中养老。

目前由家庭成员提供的非正式护理, 依然是我国长期护理服务最普遍的提供方式, 中国保险协会发布的《2017中国长期护理调研报告》<sup>3</sup>中, 60岁以上老年群体期望接受家庭护理和居家护理的比重接近70%。主要原因在于四个方面: 第一, 在中国人传统观念的影响下, 机构护理会使得老年人失去感情依托, 产生孤独感甚至心理问题; 第二, 我国社区为依托的老年护理服务体系尚未全面建立, 专业规划建设的养老社区数量寥寥无几, 整体服务供给能力不足; 第三, 我国养老护理机构数量少, 服务水平参差不齐, 远远无法满足老年人的需求; 第四, 专业养老机构往往费用高昂, 多数老人缺乏足够的经济能力接受机构护理或入住专业的养老社区。上海在2005年率先提出了“9073”养老服务格局, 即3%的老年人接受机构养老服务, 7%老年人可得到政府福利政策支持的社区养老服务, 90%的老人在家以自助或家庭成员照顾为主, 这也是现阶段中国众多专家推崇的养老模式。

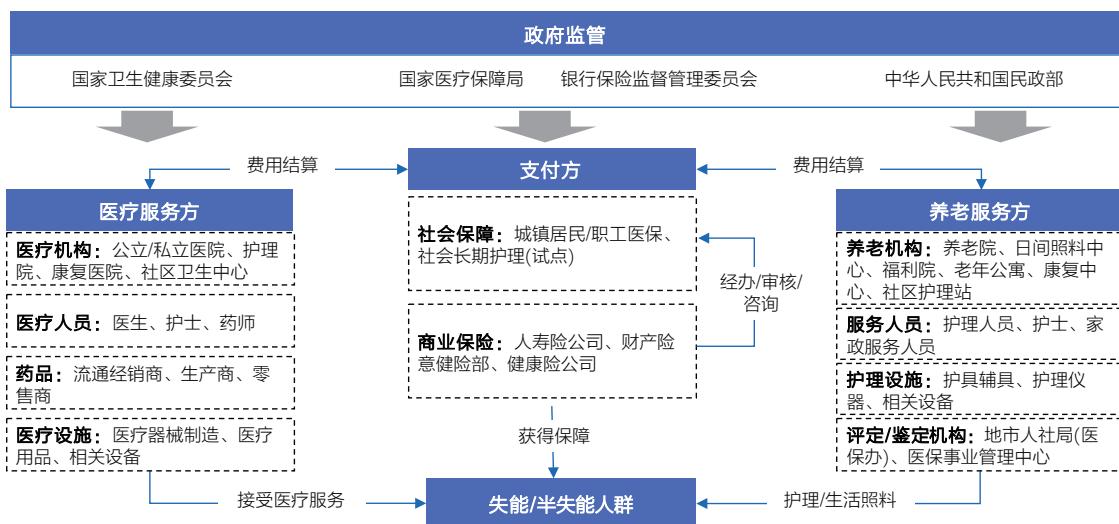
<sup>2</sup> 本课题将社区护理机构归入机构护理范畴, 下同

<sup>3</sup> 参见第3.5章我国长期护理需求现状调研

## 1.4 我国长期护理市场生态大图

中国的长期护理生态主要包括五大方面(见图1-2)。第一是监管部门,包括国家卫生健康委员会、国家医疗保障局、银行保险监督管理委员会以及中华人民共和国民政部;第二是支付方,包括社会保障体系和商业保险体系;第三是医疗服务方,包括医疗机构、医疗人员、药品生产流通、医疗设施提供;第四是养老服务方,包括养老机构、护理服务人员、鉴定评估机构和护理设施提供;最后是消费者,通过保险获得保障,接受医疗服务和护理生活照料。

图1-2: 我国长期护理的生态大图



目前长期护理保险生态体系主要存在三大特征。第一,当前我国社会保障体系尚不完善,养老保险仅仅提供基本生活保障,社会医疗保险项目中也并不包括长期护理费用,失能群体长期护理主要由政府补贴、政府救济、亲属资助等形式实现。第二,服务方既包括医疗机构,也包括养老机构,分属卫生和民政两个系统管理,存在服务衔接不强,职能存在交叉,标准制定不统一,系统和数据难互通等问题。第三,支付方和服务方间缺乏互通联动,既无法实现护理资源高效整合,也难以支持保险产品定价和创新。

The background of the slide features a photograph of an underwater environment. At the top, there is a clear blue water surface with some ripples. Below the surface, several clownfish are swimming among the tentacles of a large, light-colored anemone. The overall scene is bright and vibrant.

## 二、国际长期护理保险市场 发展经验

## 2.1 定义与综述

根据美国健康保险协会(HIAA)的定义,长期护理(Long-Term Care, LTC)是指“在一个较长的时期内,持续地为患有慢性疾病,譬如早老性痴呆等认知障碍或处于伤残状态下,即功能性损伤的人提供的护理,这种护理包括医疗服务、社会服务、居家服务、运送服务或其他支持性的服务”。世界卫生组织(WHO)将长期护理定义为“个人照料、家庭事务管理(例如房间清扫、做饭、购物等)、协助性服务(例如轮椅等行动辅助用品、安置扶手等安全用品)、技术性服务(例如安全报警装置、服药提醒系统)”等等。经济合作与发展组织(OECD)则定义为围绕日常生活活动提供的协助性服务,即通常所说的个人照料服务,包括洗浴、穿衣、行走等活动项目。

长期护理保险(Long-Term Care Insurance, LTCI),又称老年护理健康保险或长期看护保险,通用科隆再保险集团(General Cologne Re.)对其定义为:“当被保险人身体衰弱导致在无人帮助的情况下生活不能自理,甚至不能使用辅助设备时给付保险金的保险形式。日本对护理保险制度的界定更为强调为老年人的护理服务形式,其内容为:“针对瘫痪在床、痴呆等高龄者,以全社会相互扶持为目的,提供访问护理、定期入所护理、短期入所护理等服务的保险制度”。

随着老龄化的日趋严重,为应对老龄化挑战,20世纪70年代以来,各发达国家都相继建立起长期护理体系。按照政府是否提供补贴、是否强制经营和是否纳入社会基本医疗保险等划分,现今的长期护理保险类型可划分为:以美国为代表的私营、非补贴、自愿投保商业保险模式;以荷兰为代表的私营、补贴和强制投保模式;以德国、日本为代表的公营、部分补贴和法定长期护理社会保险模式;以英国为代表的公营、公费负担模式。

本章节以市场化长期护理制度代表——美国,以及政府主导下的社会长期护理保险制度代表——日本和德国为例,研究在不同制度下商业长期护理保险市场的发展经验和规律,并对中国商业长期护理保险的创新模式提供借鉴。



## 2.2 美国

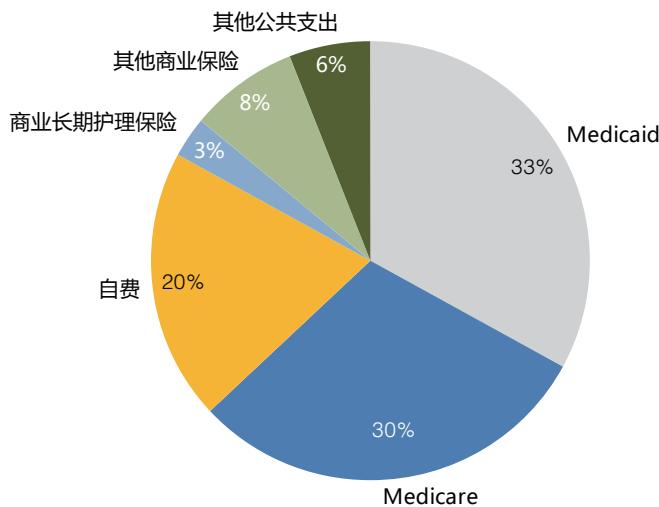
### 1. 美国长期护理保险的发展背景

美国的商业长期护理保险模式始于20世纪70年代。1986年，美国保险监督官协会（NAIC）制定了长期护理保险示范法，规定了保单的最低标准和投保方应享有的权利。20世纪90年代，随着1996年《联邦健康保险可转移与说明责任法案》（Health Insurance Portability and Accountability Act，简称HIPAA）等政策的出台，长期护理保险才得到迅速发展。

### 2. 美国的长期护理保险制度

美国没有建立强制的长期护理保险制度，政府主要通过Medicare（医疗保险，主要面向老人）和Medicaid（医疗救助，主要面向穷人）两项医保制度向特定人群提供有限的护理保障，其他人群由商业长期护理保险覆盖。根据Medicare & Medicaid中心编制的“国家卫生支出调查”统计，2014年美国在长期护理总共花费了2,390亿美元。其中，超过60%的护理费用来自Medicare和Medicaid的公共医疗计划，商业保险支付的费用仅占11%（见图2-1）。

图2-1：2014年美国长期护理费用的资金来源



将美国社会长期护理保险和商业长期护理保险进行对比（见表2-1），可以总结出三大特征：

1) **Medicare限制较大**: Medicare属于社会性医疗保险项目，为65岁以上的老年人、年轻的残疾人、肾衰竭末期患者、临终关怀患者提供服务。Medicare需要符合“近期住院3天以上，在前期住院时被确认在医疗保险认证的护理院中住院30天，需要专业护理(例如专业护理服务、物理治疗)”等条件，项目才予以支付100天专业护理的部分费用。其中，100%支付前20天的专业护理服务，而后21天到100天，将需要自己支付每天140美元(以2013年为例)的护理费用，而100天之后将由自己支付全额护理费用。

2) **Medicaid支出最大**: 美国长期护理机构大部分为营利性机构，长期护理费用昂贵，有限的个人资产和保险覆盖往往无法承担，在个人资产用尽后，有资格享受Medicaid，因此Medicaid成为美国长期护理服务的主要支付方。

3) **商业长护险可享受政策激励:** 商业长期护理保险主要针对富人或中产阶级自费购买，并通过税收激励、资产保留等政策鼓励购买。美国1996年联邦健康保险可转移与说明责任法案(HIPPA)，规定对个人和企业购买长期护理保险可税前抵扣，鼓励商业护理保险发展。此外，美国康涅狄格州、加利福尼亚州、印第安纳州和纽约州还试点实施“合作经营”项目，允许购买商业长期护理保险的个人在获得医疗救助时可以保留高于医疗救助所规定的准入门槛之上的个人财产，这一额外财产的上限通常等于所购保险支付的保险金。这一项目旨在以保护私有财产为激励，将商业长期护理保险的销售由较高收入人群扩展到中等收入人群。

表2-1: 美国社会长期护理保险和商业护理保险的对比

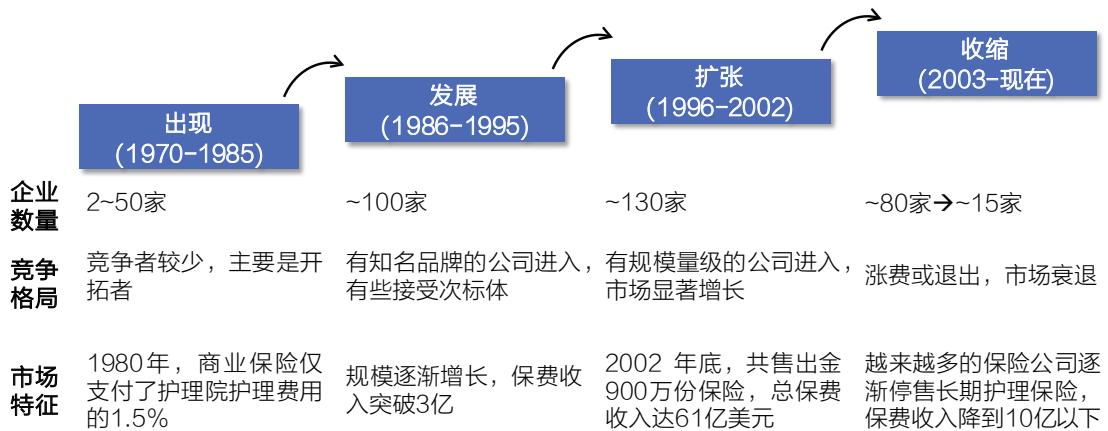
类型	社会医疗		商业保险
	Medicare	Medicaid	商业长期护理
监管部门	政府管理部门	政府管理部门	保险监督管理协会
保障对象	65岁以上的老年人、年轻的残疾人、肾衰竭期末患者、临终关怀患者	联邦贫困线及以下家庭，或由于支付医疗费用而财产殆尽	所有需要护理且有能力支付保费的人士
筹资来源	雇主和雇员的工资税，个人缴纳保费与联邦财政	联邦和州两级财政拨款	个人与雇主缴纳的保费
覆盖范围	只覆盖急性期护理、只支付需要专业医疗护理的费用，不支付生活护理和社会护理	意外或慢性病导致的长期护理费用，主要为机构护理	覆盖机构护理和非机构护理
给付条件	近期住院3天以上，并被确认需要专业护理	除专业护理条件，还需收入资产审核	根据ADL和认知障碍
参加条件	工作10年以上，年龄65岁以上者有资格参加	需要基于福利系统的收入审查	无限制

### 3. 美国商业长期护理保险的发展现状

尽管美国是商业长期护理保险最发达的国家之一，其市场规模依然十分有限，根据美国卫生部的数据，2014年美国一半以上65岁以上老年人有长期照护需求，但只有不足13%的人口购买了长期护理保险，平均购买年龄为60岁。商业护理保险支付占长期护理支出的比例在11%左右。

从发展历史来看，美国经营商业长期护理市场经历了先增长后衰退的过程。1980年，商业保险仅支付了护理院护理费用的1.5%，到1985年，只有不到2%的65岁及以上的老人得到长期护理保险的保障，不到25家保险公司从事长期护理保险的经营。90年代后随着长期护理保险法律的出台，市场快速发展，最高峰有超过130家商业保险公司经营长期护理保险，到2002年底，共售出金900万份保险，总保费收入达61亿美元。然而，随着竞争的白热化，商业长期护理产品特色和保险利益快速扩张，保险公司的风险敞口随之增加，由于从业者缺乏对风险的全面认知，到了2000年代中期，出现了保险利益缩减且保费增加的状况，越来越多的保险公司逐渐停售长期护理保险，市场从业者迅速缩减(见图2-2)。

图2-2: 美国商业长期护理险保险市场发展历程



美国商业长期护理保险经过20多年的快速增长，长期护理保险市场无论是在销量还是在参与的保险公司方面都经历了大幅萎缩。主要问题包括三个方面：

- 1) 定价缺乏经验数据：最初美国精算师厘定长期护理保险的保费时，本身并没有长期护理保险方面的理赔经验。长期护理险与残障失能收入补偿保险（Disability Income Insurance）在签单、赔付认证等方面非常类似，因此，保险公司借鉴了残障失能收入补偿保险的经验来建立模型，甚至有公司直接采用残障险的保费作为基准。长期护理险纵贯保单一生，会积累数额巨大的准备金，在定价初期极大地低估了保费。
- 2) 忽视了风险的快速增加：在全行业错误定价、低估保费的大环境下，涨价不可避免。美国许多保险公司的涨价幅度非常大，有的每年涨50%，连涨3年。这种做法将全行业推入了一个“涨价-退保-赔付恶化-再涨价”的恶性循环。最终，合理的保费厘定就成为一件“不可能完成的任务”，这也是许多美国保险公司决定退出长期护理保险市场的原因之一。
- 3) 公共保险的溢出效应：美国约有一半的长期护理费用是由政府通过老年和残障健康保险（Medicare）和医疗援助（Medicaid）两个项目来承担的。Medicaid是一项公共医疗救助计划，在这项制度下，满足条件的低收入人群可免费获得长期护理保障，对于中高收入人群则在因支付长期护理费用而耗尽资产时提供长期护理保障，Medicaid制度相当于是提供了一份低水平保障的保险，只有想要保护自己的私有财产或获得更高护理服务水平的人才有可能购买商业长期护理保险。在这样的情况下，社会救助将很多具有一定数量财产，本有能力购买商业长期护理保险的人排除在市场以外，挤出了很大一部分对商业长期护理保险的需求。

## 2.3 日本

### 1. 日本长期护理保险的发展背景

日本在1970年步入老龄化社会，65岁及以上老年人口占总人口比例达7%，仅25年后，该比例增加了一倍，达到14%。此外，由于二战后“婴儿潮”时期（1947—1949年）出生的人们逐渐进入老年，日本的老龄化速度逐渐加快，2010年日本60岁以上老年人的增长速率是30.5%。日本人口老龄化的加剧，带来了高龄化、失能化等一系列的社会问题，但是，日本护理服务的供给却没有显著增加，养老院或家庭护理仍处于初级发展阶段，护理服务供不应求。此外，随着“少子化”进程的发展，日本家庭规模趋于小型化，家庭护理功能趋于弱化，使老年人的社会性护理服务需求快速增加。

### 2. 日本的长期护理保险制度

日本目前实行强制性全民护理保险制度，于1994年提出，2000年4月正式实施。长期护理保险在日本被称为“介护保险”，兼有身体照料与家务支援的意思，目前65岁以上老年人群覆盖率几乎达100%。

表2-2: 日本的长期护理保险制度

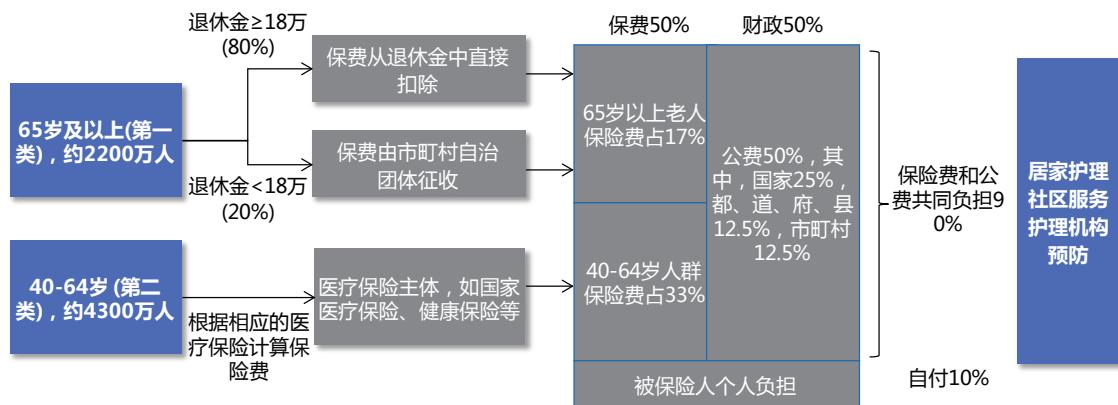
公共强制护理保险制度	
保障对象/ 给付条件	65岁以上(一类): 需要长期护理的人 40-64岁(二类): 仅因患脑血管疾病、癌症晚期、身体萎缩等16种特定疾病的护理需求
保险金	根据所需的支持和护理等级，提供非现金服务(家庭护理或护理中心)
护理等级 认定	协助1-2级: 仅需要协助，不需要持续协助，例如穿衣 护理1-5级: 需要持续护理，例如卧床不起，痴呆等
覆盖范围	<b>居家护理:</b> 家庭援助、成人日间护理、喘息服务、房屋改造、提供护理设备及家庭访问护理等服务 <b>紧贴社区型服务:</b> 巡回上门看护、痴呆日托护理、紧贴社区型特定机构、福利机构生活护理 <b>护理机构:</b> 福利设施护理、保健设施护理和医疗设施护理 <b>护理预防:</b> 预防型上门介护预、康复指导、预防型日托介护、预防福利用品租赁/销售等
筹资来源	65岁以上(一类): 从个人公共养老金中扣除 40岁-64岁(二类): 强制参保，从个人工资中直接扣除，雇主和个人各承担50%

日本的长期护理保险制度以40岁以上的国民为对象，强制参保（见表2-2）。覆盖的对象包括两类人，一类是65周岁及以上的老年人，二类是40周岁到64周岁之间参加了医疗保险的人。一类被保险人的保费从其养老金中扣除，缴费金额由所在地方基准额度乘以不同收入水平系数计算得出。二类被保险人的保费与其健康保险费一起由医疗保险机构征收，从工资中直接扣除，具体金额与医疗保险相关，雇主和个人各承担50%。

护理保险的给付方式仅仅是提供护理服务，而没有现金给付，即主要是直接提供居家护理服务和设施护理服务作为保险的给付。居家护理服务包括家庭援助、成人日间护理、喘息服务、房屋改造、提供护理设备及家庭访问护理等服务。被保险人根据需要可以申请接受长期护理服务，依据健康状况被划分为七个等级，依据被保险者的等级来进行保险的给付，并且每过半年就要被重新审查。40-64岁国民（二类被保险人）只有因患脑血管疾病、癌症晚期、身体萎缩等16种特殊疾病需要接受护理时方可申请。

接受长期护理保险的参保人，需要自付服务费用的10%，剩余的90%由市町村政府制定的长期护理保险预算进行支付。该预算的一半来自参保人的缴费收入，另一半来自税收收入（见图2-3）。日本长期护理保险制度分工是以基层行政组织市町村及特区作为护理保险制度的运营主体，负责具体实施，管理被保险者的相关事务，而中央政府、都道府县作为制度的协作者，为市町村提供财政等方面的支持和帮助。国家统一规定护理保险年龄范围、护理服务的分类及价格、费用负担份额及上限等；各基层根据人口规模和结构、收入水平、护理服务充足性等差异，确定被保险人缴纳的保险金额，以实现护理制度的高效运行。

图2-3：日本长期护理费用交纳与护理给付机制



### 3. 日本商业长期护理保险发展现状

长期以来，日本的公共长期护理保险体系，对商业长期护理保险造成了强大的挤出效应。但是，随着出生率进一步下降、人口老龄化加剧，护理费用快速上涨，加上1999年开始日本经济萎缩，日本政府在收入来源有限、支出刚性增长的共同作用下债台高筑，这使得政府主导的日本社会长期护理制度正面临诸多挑战。公共长期护理保险在筹资和给付范围方面经历了不断的调整和变化。在缴费方面，个人缴费标准每三年调整一次，2000年一类被保险人每月平均缴纳保险费2,911日元，而2012年上升到4,792日元，涨幅超过60%，缴费水平提高挤占了参保人可支配收入，对低收入老年群体带来很大压力。在护理服务给付方面，为了减少财政压力，2005年改革以来，除了增加个人缴费比例外，还减少给付范围，如伙食费、住宿费不再作为机构护理给付项目。

社会长期护理制度不足，恰好为商业护理保险的发展提供了条件。第一，日本公共长期护理保险中的个人自费部分费用约为每年100万日元(9,000美元)，为商业护理创造了空间。日本在商业护理险进行了局部的创新尝试。第二，老年长期护理的普遍性和发生率非常高，平均3人中有1人需要长期护理，长期护理逐渐成为刚性需求。第三，在社会性资金给付的带动下，服务供给迅速民营化，护理服务提供、护理器械生产等产业快速发展成熟。第四，为了控制护理服务成本，政府对预防性护理高度重视，预防服务费用占比不断上升，为多元化、多层次增值服务需求，也为商业保险企业创造了客观条件。

近年来，日本出现不少在商业长期护理保险进行探索，产品主要与公共长期护理制度完全挂钩，作为公共制度的补充，保障范围为终身，保险金给付从护理一级开始，可选择年金给付和一次性给付，无退保现金价值，一些公司提供长期护理协助服务。在2016年4月，日本太阳生命保险开创了业界先河，发售“老年痴呆症治疗险”及相关产品，截至2017年7月已售出17万余件。

## 2.4 德国

### 1. 德国长期护理保险的发展背景

自20世纪90年代起,德国便面临着严重的人口老龄化问题,1995年德国60岁以上人口占总人口的比重高达21%,2030年该比重预估将上升到36%。人口迅速老龄化带来的诸多问题,尤其是高龄老人对长期护理服务的膨胀性增长需求是德国出台长期护理保险制度的基本背景。按照1961年德国颁布的《联邦社会救济法案》,以家庭为基础或在护理员发生的护理支出由以征税为基础的社会福利救助体系支付,仅提供给“特别需要”长期护理服务而又不能满足其成本支出的人。此时,申请长期护理救助资金必须通过严格的收入审查程序,申请人需要借助个人资产以及家庭收入支付护理成本,才可以申请社会救济。这使得德国大多数家庭中的家属不得不放弃本职工作留下来照顾老人,导致多数人失去全日制工作,收入不断减少。多数家庭不堪重负,不得不去依赖当地的社会救济。据此,各地区社会救助支出增加,德国的社会保障体系面临着巨大的经济压力。经过近20年的思辨,1994年德国联邦议院颁布《长期护理保险法案》,立法实施普遍、强制的长期护理社会保障体系,对各年龄人口的家庭护理和护理院护理服务进行覆盖。

### 2. 德国长期护理保险制度

德国自1995年起开始实施强制长期护理保险制度。采取“护理保险跟从医疗保险的原则”,即所有参加法定医保或私人医疗保险的参保人都要参加强制长期护理保险,且强制长期护理保险的体系选择跟从医疗保险,即如果医疗保险选择公保体系,长护险也需加入公保,如果医疗保险选择私保体系,长护险则跟从私保。公保和私保体系的强制长期护理保险具有统一的标准及审查程序,统一的保险责任,但前者采取护理服务给付原则(社保与护理机构直接结算,不经过被保险人),后者采取被保险人申请费用报销原则。经过二十多年的发展,德国已经形成社保与商保双轨并行的长期护理保险体系,基本实现全民覆盖。在强制长护险外,德国还有商业补充护理保险,包括有国家补贴和无国家补贴两种计划。商业补充护理保险保单数量超过360万张(约占4.4%的总人口数)(见图2-4)。

图2-4: 德国的长期护理保险制度



### 3. 德国法定和商业长期护理保险对比

强制护理保险责任包括护理服务、实物给付、适老性住宅改造等形式。护理辅具是强制护理保险特色之一。德国有关于详细的医疗辅助用具清单，共两万五千条，在官网可查询。保险公司根据护理等级评级报告中的相关辅具建议做出是否承担责任的决定。客户可以在保险公司提供的辅具供应商清单中购买或租用相关辅具，将账单提交保险公司申请赔付；也支持通过保险公司直接购买或租用辅具，省去另行申请的过程。

强制护理保险还为居家护理人员提供社会保险。德国法律规定护理人员为需要护理者无偿提供不少于每周2次、总计10小时家中护理服务时，保险公司要为其提供养老保险、事故保险、失业保险。

德国强制和商业补充护理保险产品的定价要求是一致的。护理保险产品为终身期限，缴费期一般也为终身，交费方式为月交。产品一旦开卖，则不能停售，但可以调整费率，各家公司审慎推出新产品。

对于长期护理保险，投保人退保时，产品没有现金价值。这一方面提高了保单的持续率，另一方面对客户选择保险公司提出了较高要求。也因为这个审慎的因素，保险公司更需要维持良好的声誉，以吸引优质的客户群。此外，虽然没有现金价值可以直接给付投保人，但对于在同一企业内更换同类型保单，投保人有权要求保险企业折算个人理赔保障准备金部分，并保留自己原保单的部分权力。另外，对2009年1月1日之后签订的合同，保户转投其他保险公司时，原保险公司需将客户理赔保障准备金部分转交给新保险公司。

为了确保投保人的利益，监管规定护理险盈利的80%以上需要返还给客户，剩余部分留给公司。盈利返还不表现为客户的现金红利，而是计提理赔特别储备，用于降低将来保费的增幅或弥补当期理赔不利偏差带来的亏损。

护理险的行业平均赔付额和理赔天数等信息由保险行业协会发布，供所有公司定价参考。此外，目前保险行业要求同年龄的男性和女性保费相等，各家公司推出了不分性别费率的保险产品。

表2-3: 德国的长期护理保险制度对比

	法定长期护理保险	强制商业长期护理保险
保障对象	所有年龄均可参与，参保率达到90%左右	通常是高收入人群和自由职业者
筹资方式	基于缴费分摊，与个人收入有关，而与风险无关	资本保证制度+对当前有护理需求的人群的拨付流程，与风险相关，而与收入无关
缴费期限	终身缴费，月缴，可定期调整筹资比例	终身缴费，月缴。产品一旦开卖，则不能停售，但可以调整费率
给付认定标准	统一的标准及审查程序，评估机构为MDK(法定保险)和Medicproof(商业保险)	
给付方式	实物给付原则	费用报销原则
覆盖范围	制度的待遇给付只与参保人的护理需求相关，与参保人的年龄和收入均无关 服务内容包括居家护理、日间夜间护理中心、护理院三种 为提升居家护理的便利性，还可提供家庭设施改造、咨询服务、护理辅具等	

## 2.5 国际经验总结与借鉴

从发达国家长期护理制度对比来看，可以得出几个借鉴，第一，长期护理险的发展成熟需要较长时间。从制度建立到市场快速发展，美国经历了20余年，日本经历了17年，德国经历了21年时间。商业长期护理险的发展，依赖于经验数据的积累和护理供给市场的成熟，需要较长时间的产品试点、模型验证和政策迭代。第二，在所有发达国家，长期护理制度都面临护理费用快速上升，筹资收入难以覆盖支出的状况，为了实现长期护理保险的可持

续发展，日本和德国均采用了终身缴费的模式，且商业机构可根据过去的经验赔付实行费率调整，美国商业保险机构在产品设计开发初期低估了风险，最终不得不采用上涨费率予以应对。第三，商业长期护理保险的发展，需要充分重视政府扮演的作用。德国政府通过强制民众参加法定长期护理保险和强制商业长期护理保险，实行民众的全覆盖；日本40岁以上民众的长期护理保费直接从工资中扣除，而65岁以上可以从养老金中扣除，而美国采用市场化机制，最终导致商业护理保险风险快速提升，带来了市场的快速衰退。第四，积极发展养老护理产业，是长期护理保险市场发展的外部条件。

表2-4：国外案例中国商业长期护理保险的借鉴

国家	长期护理制度	核心特征	对中国商业保险的借鉴
美国	市场化长期护理制度代表	从业者缺乏风险的全面认知和经验数据，导致定价灵活性不足，早期长期护理险板块的损失直线上升，行业出现了先增长后衰退的状况	<ul style="list-style-type: none"> <li>长期护理产品开发和定价，依赖长期和广泛的经验数据积累，成功的商业模式在短期内很难实现</li> </ul>
日本	全民强制性护理保险制度	由个人、中央政府、地方政府共同建立筹资机制，构建全民强制护理保险，长期来看筹资费率课可调整，护理范围可更改，并且通过增加预防性护理减少风险	<ul style="list-style-type: none"> <li>长期护理险长期可持续经营，费率和覆盖范围的灵活调整难以避免</li> <li>法定护理险在经营一定年限后，为商业保险公司带来了补充产品和增值服务机会</li> <li>风险控制不仅在产品经营本身，也需充分引导和发展护理服务市场</li> </ul>
德国	社保与商保双轨并行的长期护理保险体系	所有参加法定医保或私人医疗保险的参保人都要参加强制长期护理保险，并通过鼓励居家、可调费率、无现金价值、计提盈利等方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>全民覆盖的长期护理保险有助分摊风险和长期稳健经营</li> <li>商业长期护理险很长一段时间需要在政策的导向下发展</li> </ul>

借鉴国际经验来看，我国商业长期护理保险发展模式需要考虑四个条件：**第一，数据积累长期性**。产品定价开发依赖多年经验数据积累，商业险快速发展需要一定时间，预计短期内长期护理仍以政府项目及商保经办为主。**第二，费率服务灵活性**。长期来看，通货膨胀、老龄化等因素都将推高长期护理成本，商业保险公司需要更灵活的费率和服务以保证经营可持续性，如延长缴费期、费率可调整、灵活化服务等。**第三，服务群体广泛性**。零散的商业长期护理难以支撑大数法则和风险共担原理，商保在试点推广过程中应充分考虑广泛的覆盖范围，以快速形成费用及分布数据积累，减少逆向选择和潜在道德风险。**第四，护理生态融合性**。需要充分考虑护理服务生态圈在支付方的引导下，形成有机发展。

### 三、我国养老护理供需方 现状分析



### 3.1 我国护理服务模式概述

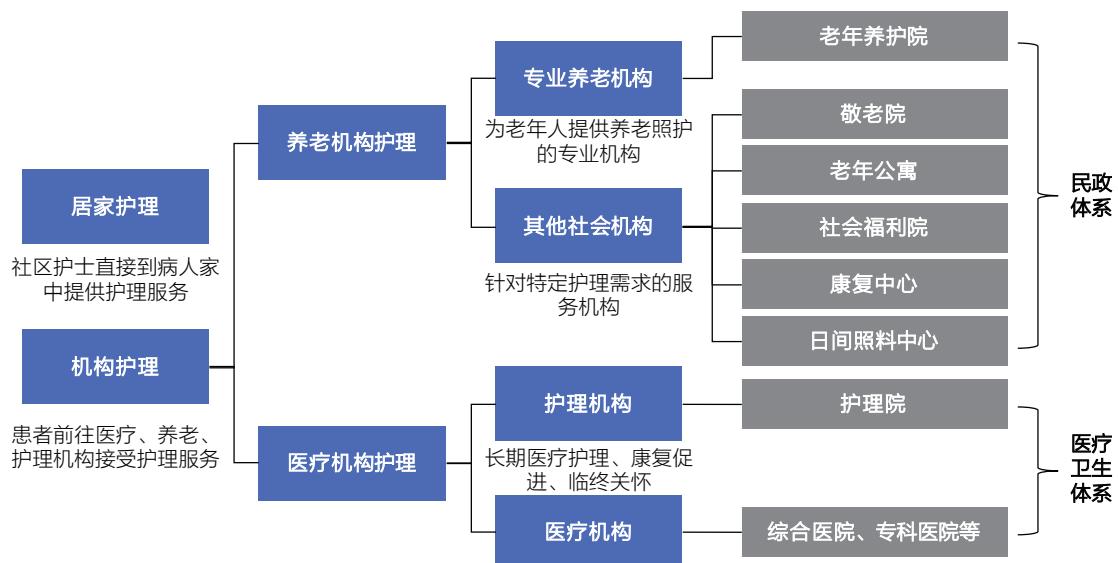
我国长期护理模式主要包括“居家护理”和“机构护理”两种。

**居家护理**是指在有医嘱的前提下，社区护士直接到病人家中，应用护理程序，向社区中有疾病的个人即出院后的病人或长期家庭疗养的慢性病病人、残障人、精神障碍者，提供连续的、系统的基本医疗护理服务，居家护理通常依托社区护理站进行承接。

**机构护理**是指患者前往医疗、养老、护理机构接受护理服务。包括医疗机构护理和养老机构护理两类。医疗机构护理有代表性的是护理院。护理院更准确来说叫做护理医院，是为长期卧床患者、晚期姑息治疗患者、慢性病患者、生活不能自理的老年人，以及其他需要长期护理服务的患者提供医疗护理、康复促进、临终关怀等服务的医疗机构<sup>4</sup>。护理院属于医疗系统，归属卫健委管理。养老机构中，有代表性的是老年养护院，或养老院，是为入住的丧失生活自理能力的失能老年人，提供生活照料、健康护理、休闲娱乐和社会工作等服务，满足失能老年人生活照料、保健康复、精神慰藉、临终关怀等基本需求的专业照料机构<sup>5</sup>。此外，还有敬老院和老年公寓，分别针对困难老人和中高端老人提供服务。除此之外，针对特定的长期护理需求，还有其他社会组织提供服务，包括社会福利院、康复中心、日间照料中心等。近年来，社区护理模式<sup>6</sup>在北京、上海、广州等为代表的一线城市快速发展，通过建立日间照料中心、为老服务中心等，白天老人可在社区享受基本的医疗保健、护理服务、就餐服务、学习培训等服务，晚上可以回到家中养老。养老机构及各类提供养老服务的社会组织，属于民政系统管理<sup>7</sup>，更强调生活类照料与护理功能。

因此，从我国目前的长期护理模式来看，服务机构种类众多，功能存在交叉，且分属民政和卫生两个政府体系管理（见图3-1）。

图3-1: 我国长期护理服务主体



<sup>4</sup> 参照原卫计委《护理院基本标准(2011版)》卫医政发〔2011〕21号

<sup>5</sup> 参照民政部《老年养护院建设标准》建标144-2010

<sup>6</sup> 本课题将社区护理机构归入机构护理范畴，下同

<sup>7</sup> 养老院中如设置医疗机构、门诊部、医务室、护理站超过一定面积或床位的，除了民政管理外，还接受医疗卫生体系管理

## 3.2 长期护理资源供给现状

### 1. 我国养老护理机构床位情况

我国60周岁及以上占据总人口比重逐年增长，2018年占比达17.9%，人口数接近2.5亿人（见图3-2）。2018年我国各类养老服务机构和设施16.8万个，养老床位总数727.1万张，每千名老年人拥有养老床位20.1张，虽然与2011年每千名老人19.1张床位相比有所增长，但近年来增速放缓，且和发达国家每千名老人50-70张床位的标准相比，仍然有较大差距（见图3-3）。

图3-2: 我国60周岁以上老年人数量(万人)

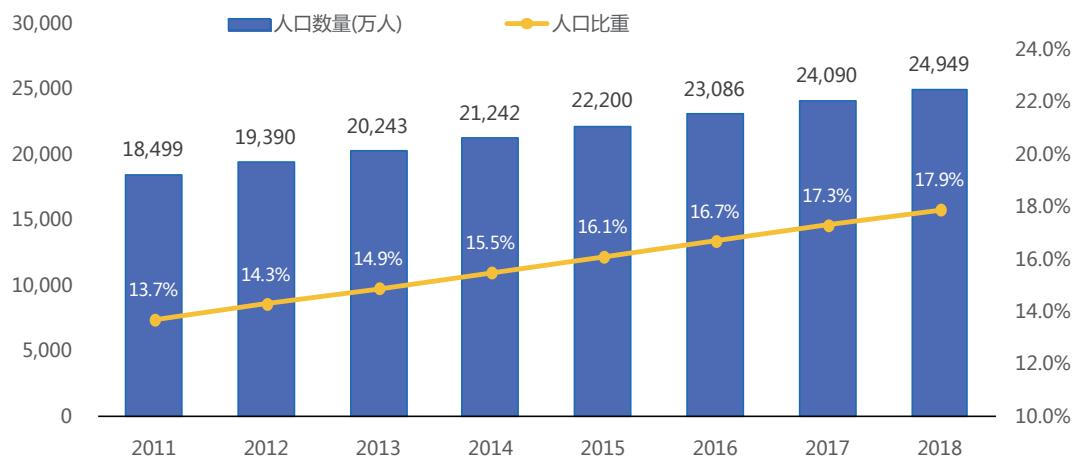
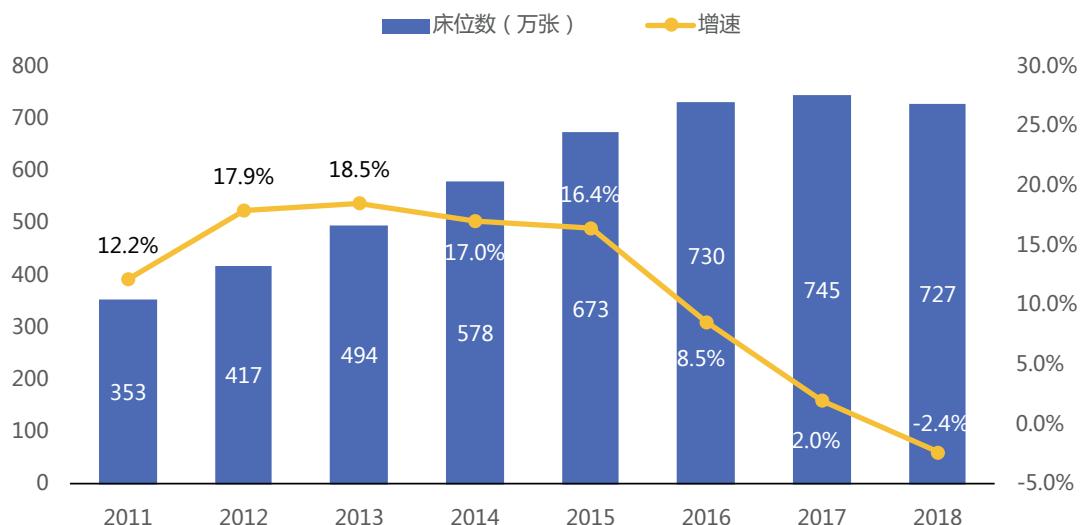


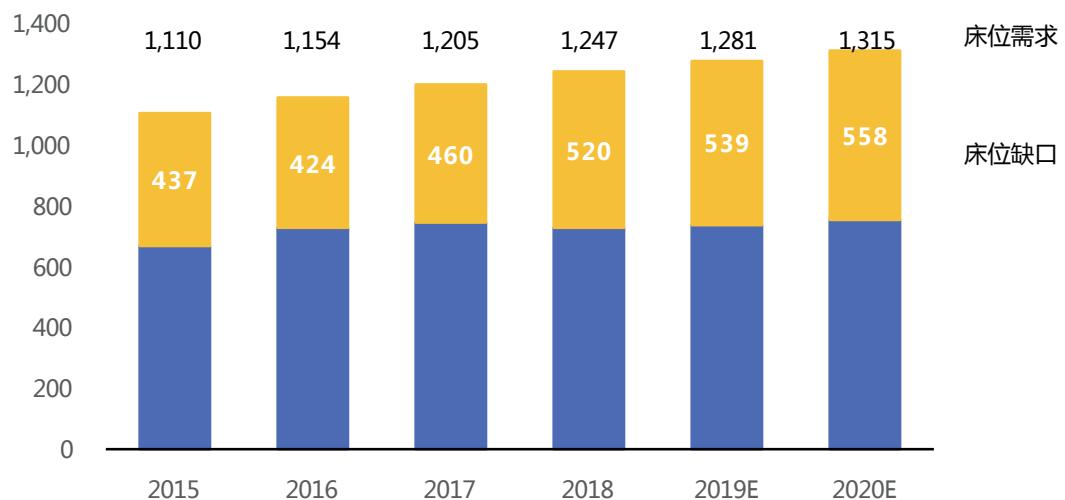
图3-3: 我国养老机构床位数(万张)



如果按照“百名老人5张床位”的国际标准计算，到2020年我国养老床位总需求将超过1,315万张，假设2018年我国养老机构床位数保持年均2%的增长，未来3年每年依然将存在500-550万张床位需求缺口（见图3-4）。据统计

计,所有养老床位中,满足失能半失能老人需求的护理性养老床位仅占不到三成,随着老龄化的不断加剧,对护理床位的实际缺口将更大。

图3-4: 我国养老机构床位需求缺口(万张)



从本课题第六章长期护理生态地图中可以看出,一线城市的养老护理床位供给矛盾已经非常突出。如果将已失能老人与养老护理床位数对比,2017年上海市60岁以上失能人口数量预计为68.4万人,长期护理保险定点机构总床位数仅4.1万张,供给充足度<sup>8</sup>为0.06,即每100名失能老人,仅有6张床位可提供,其中护理资源缺口最大的区县为普陀区、徐汇区、嘉定区和金山区,平均每100名重度失能老人,仅有不足2张床位提供;2017年北京市60岁以上失能人口数量预计为38.5万人,养老护理机构床位总数8.3万张,供给充足度为0.22,即平均每100名失能老人,有22张床位可提供,其中资源缺口较大的东城区和西城区,平均每100名重度失能老人,仅有不足5张床位提供。

## 2. 养老护理服务人员情况

从养老护理人员现状来看,存在三大特征:第一,专业性不强。从业人员多来自农村进城务工人员和城市失业下岗人员,且多为“40后、50后”,文化素质普遍不高,大多未经岗前培训和专业技能培训,缺乏专业的护理知识和临床护理经验。第二,收入待遇低。养老护理员来源以农村富余劳动力和就业困难人员为主,从业人员薪金主要集中在3,000元以下,三甲医院的护士平均月薪可达7,000-8,000元人民币,养老护理人员面临劳动投入和回报严重失衡,社会保险的覆盖率较低且福利待遇差的问题。第三,流动性高。由于薪酬待遇不高、劳动强度大、社会认同低等问题,老年护理行业普遍招人困难、流动性高。根据广州市民政局一项面向全市养老机构的人才数据统计显示,养老护理员的流失率一般在40%左右,个别民办养老机构的养老护理员流失率高达八成。护理人员供给不足,专业性不强、流动性高是长期护理市场有序发展的主要阻碍。

<sup>8</sup> 供给充足度: 长期护理服务机构提供的实际床位数和失能人群数量的比值,具体请参照第七章上海、北京长期护理生态地图

我国失能半失能老人4,063万，若按照国际失能老人与护理员3:1标准推算，至少需要1,300万护理员。截至2017年3月，我国注册的养老护理员仅50万人，持有职业资格证书的不足2万人，服务需求缺口超过1,000万人。

### 3. 养老护理机构供需匹配情况

从机构属性来看，我国养老护理机构为公办与民营双轨运行，且市场竞争机制不完全，目前公办养老机构约4万多家，占比三分之二以上，基本为非盈利性机构，在土地、房屋、床位等方面享受政府补贴，费用偏低，入住门槛高，往往一床难求。2017年国务院印发了关于《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知》，重点提出了“加快推进具备向社会提供养老服务条件的公办养老机构转制为企业或开展公建民营，完善公建民营养老机构管理办法，鼓励社会力量通过独资、合资、合作、联营、参股、租赁等方式参与公办养老机构改革，2020年政府运营养老床位数占当地养老床位总数的比例不超过50%”的要求，预计未来民营养老机构占比将出现快速增长。

从护理等级和服务标准来看，首先，失能评估标准不统一。各地、各部门采用不同的量表进行失能评估，如上海市卫生、民政和医保部门参考interRAI量表等国际经验，制定了《上海市老年照护统一需求评估标准》，将失能程度评估等级分成一至六级；而苏州市人力资源和社会保障局联合、民政、卫生等部门制定了《苏州市长期护理保险失能等级评估参数表和自测表（试行）》，将失能等级分正常、轻度、重度和重度四个等级。第二，护理服务等级不统一。众多养老机构中，护理等级划分缺乏全国统一的标准和依据，大部分养老机构目前执行的护理等级基本上是自行制定。三是收费标准不统一。目前民政系统的养老院与卫生系统的护理院之间、公立的养老院与私立的养老院之间、不同地区的养老院之间收费标准差异很大。

从资源分布来看，养老护理资源过度集中在城市，农村公共服务设施体系建设比较落后，此外，由于受传

---

“目前护理人员还是40-50岁的居多。护理员不求发展多好，就是干活挣工资的，因此流动性很大。虽然护理员招聘要求必须有资质认证，但认证的门槛不太高，决定服务好坏的不在于证书，而在于责任心。”——北京某老年公寓项目负责人表示

---

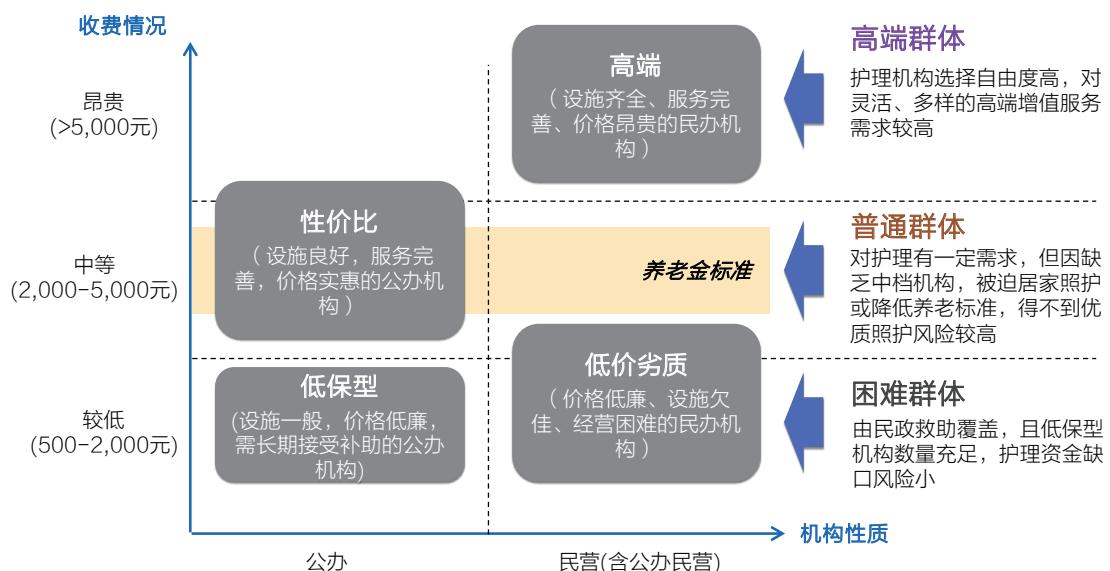
统文化、生活习惯和消费理念等影响，很大比例老年人愿意选择居家或社区养老。上海在2005年率先提出了“9073”养老服务格局，即3%的老年人接受机构养老服务；7%老年人可得到政府福利政策支持的社区养老服务；90%的老年人在家以自助或家庭成员照顾为主，这也是现阶段中国众多专家推崇的养老模式，但相对于机构养老，居家和社区养老服务资源不足。

从机构入住率来看，中国老龄科学研究中心发布的《中国养老机构发展研究报告》显示，全国养老机构空置率高达48%，在被访养老机构中，有利润盈余的养老机构比例仅为19.4%，32.5%的机构亏损，48.1%的机构基本持平。

课题组对上海、北京两地的超过1,000家养老护理机构经营情况进行了盘点，根据机构性质和收费状况，将长期护理机构分成四大类。公立机构占比约三分之二，分为“低保型”、“性价比”两类，其中，“低保型”机构通常只面向五保、失独老人等困难群体，而提供良好配套设施且价格实惠的“性价比”机构往往入住条件严格，如只收住本街道户籍老人，只收住重度失能人群（如4级以上）等。民营机构占比约三分之一，分为“高端”和“低价劣质”两类，由于房屋租金、人力成本等高昂的运营费用，民营养老护理机构运行成本通常比公办机构高出很多，导致服务供给两极分化，即“高端”机构设施齐全、服务配套完善，管理水平高，不仅能够为失能和半失能老人提供照护服务，还可针对活力老人提供旅居、娱乐、健

身、医疗、保健、教育等多元化服务，这类机构通常收费高，存在一定空置率。“低价劣质”机构由于经营收入无法弥补高昂的经营成本，往往会陷入“缺钱-低质-低价-缺钱”的恶性循环，而收费介于两者之间的中端民营护理机构依然存在市场空白。根据人社局的数据，上海和北京2017年企业退休人员月均基本养老金标准分别为3,754元和3,770元，月收入在此区间的普通群体在发生失能风险时，往往只能被迫选择由家属居家照护，或降低服务标准入住“低价劣质”的民营机构（见图3-5）。

图3-5: 上海、北京老年人护理供需匹配度分析



#### 4. 养老护理相关产业情况和特征

##### 1) 养老护理产业上下游资源分散，产业链联动性不足。

养老护理产业覆盖面广，涉及多个领域，能直接促进诸如老年疗养、老年用品、老年家政服务、养老地产、老年文化、老年旅游、老年餐饮等相关产业发展。我国养老护理产业还处于初级发展阶段，目前大部分养老护理机构提供的服务较为单一，主要集中于老年人的生活护理层次，养老产业上下游资源整合和联动方面投入不足。

##### 2) 养老护理服务公益性的特征，决定了股东利益和经营目标的不匹配。

通常服务质量与收入会存在正相关关系，良好的质量才能带动收入，而品质优先则意味着成本投入。然而，由于老年群体已经不创造价值了，他们的收入是有限的，养老护理不管是做什么形式，都会带有公益性的特征，在老年客户消费的时候，很难建立品质带动收入导向的正向循环。其次，只有让养老护理机构员工有工作和生活的尊严，才能将良性情绪传递给老人，从而让老人有尊严、有自立的生活，而这也意味着投入的增加。这就意味着在养老护理行业，很难既追求服务质量优先，又追求股东利益最大化。目前社会资本的投资方向，侧重于医养结合、老年公寓、生态养老院等高端养老项目，次重点则是综合服务、福利中心、康复中心等，而居家社区的投资比重最小，造成中低端需求与高端服务供给不平衡。

### 3) 养老产业需要重资产投资, 回报周期长, 经营风险高。

在国家政策的引导和激励下, 养老正在成为未来健康医疗产业发展新的增长极。地产、保险、医疗等各路资本纷纷加大了对养老服务产业的投资。但养老服务产业存在投入大、投资周期长、收益慢的特点, 养老服务属高风险行业, 特别是面对一些有顽疾的高龄老人或失智、失能的老人, 风险将非常大。

## 3.3 长期护理市场的发展趋势和创新模式

在需求、资本和技术的共同推动下, 养老产业出现诸多创新模式, 主要包括养老+医院、养老+资本、养老+保险资产管理以及养老+新兴科技四大协同方式。

### 1. 医养结合

“医养结合”是近几年逐渐兴起于各地的一种新型养老服务模式。由于其将现代医疗服务技术与养老服务有效结合, 实现了“有病治病、无病疗养”的养老服务。医养结合的优势在于整合医疗和养老两方面的资源, 提供持续性的老年照顾服务, 能够满足高龄、失能、空巢、患病老人的医疗与养老多重需求, 是一种创新型的养老服务模式。

虽然近年来各地都在探索医养结合的实践, 从实施成效来看, 目前我国医养结合发展进程依然比较缓慢。截至2018年末, 全国医疗卫生机构总数达99.7万个, 各类养老服务机构和设施16.8万个, 然而其中医养结合机构约5,800余家, 大约仅占养老机构总量的不到4%。医养结合实施的瓶颈主要来自两个层面。从顶层监管来看, 养老机构隶属于民政部门管辖, 而医疗机构隶属于卫生计生部门管辖, 涉及到参加医保及医疗保险费用报销等事宜又由人社部门主管, 牵扯到资金保障又与财政部门有关, 主管部门功能交叉重叠、责任边界不清晰为医养结合的实践造成一定阻碍。从执行层面来看, 医养结合所要求的经营模式, 和传统养老或医疗机构的目标和需求之间存在较大差异。对于医疗机构而言, 第一是养老产业盈利性不强。养老服务带有公益属性, 投资回报周期长, 运营成本高, 盈利性不如医疗机构。第二是护理人才紧缺。养老服务人才紧缺是养老产业普遍存在的问题, 即使有了人才, 专业能力也未必能够满足需求, 人才瓶颈阻碍了医疗机构投资养老服务的动力。第三是护理过程的高风险性。养老服务对象大多为失能、失智老人, 即使护理服务完全合规, 也会存在一些无法控制的意外因素, 比起医院, 养老

机构在这类问题发生时所处的角色往往更为弱势。对于养老机构而言, 最主要的问题在于医保支付政策难以保障。从医保政策来看, 除了部分与公立医院合作目的养老机构外, 绝大部分养老机构自设的医疗配套设施, 申请划入医保比较困难。北京目前500多家养老机构, 其中有医保资格的不足100家, 即使“放管服”改革把审批制改为登记制, 实际上进展也不大。其次是多点执业政策尚未落地。公立医院在职医生到养老机构去行医, 因执业地点不能增加, 会带来很大的职业风险, 医院体制内的医生, 也缺乏去养老机构执业的动力。第三是吸引医护人员困难。养老机构公益的属性, 往往缺乏吸引优质医生和护士的客观条件。

2013年开始, 国务院、原卫计委、民政部等部门多次发布政策, 推进医养结合的开展, 在《2018年国务院政府工作报告》中明确提出“积极应对人口老龄化, 发展居家、社区和互助式养老, 推进医养结合, 提高养老院服务质量”, 可以看出, 医疗服务与养老服务的融合将会是中国长期护理市场的发展重点方向之一。

“我们作为医保定点单位, 是可以真正解决很多老人后顾之忧的, 然而只有没有进入医保的护理院才可以加入试点的长期护理险, 我们已经是医保单位了, 所以无法加入。”——上海某医保定点护理院负责人表示

表3-1: 医养结合政策汇总

发布时间	发布机构	政策名称	主要内容
2013.9	国务院	《关于加快发展养老服务业的若干意见》	推动医养融合发展，探索医疗机构与养老机构合作新模式
2013.9	国务院	《关于促进健康服务业发展的若干意见》	推进医疗机构与养老机构等加强合作
2015.3	国务院	《关于印发全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020年)的通知》	推进医疗机构与养老机构等加强合作，支持有条件的医疗机构设置养老床位；支持有条件的养老机构设置医疗机构
2015.11	卫计委	《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见》	建立健全医疗卫生机构与养老机构合作机制，到2017年建成一批兼具医疗卫生和养老服务资质和能力的医疗卫生机构或养老机构
2016.3	国务院	国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要	推动医疗卫生和养老服务相结合
2016.6	民政部、卫计委	《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》	确定北京市东城区等50个市（区）作为第一批国家级医养结合试点单位；2016年底前每省份至少启动1个省级试点
2016.9	卫计委	《关于确定第二批国家级医养结合单位的通知》	确定北京市朝阳区等40个市（区）作为第二批国家级医养结合试点单位
2016.10	国务院	《“健康中国2030”规划纲要》	推进老年医疗体系建设，健全医疗卫生机构与养老机构合作机制，支持养老机构开展医疗服务；推进中医药与养老融合发展，推动医养结合；鼓励社会力量兴办医养结合机构
2017.2	国务院	《关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知》	建立健全医疗卫生机构与养老机构合作机制；支持养老机构按规定开办康复医院、护理院、临终关怀机构和医务室、护理站等。鼓励执业医师到养老机构设置的医疗机构多点执业
2017.6	国务院	《关于制定和实施老年人照顾服务项目的意见》	加大推进医养结合力度，鼓励医疗卫生机构和养老服务融合发展，倡导社会力量兴办医养结合机构
2017.11	卫计委	《“十三五”健康老龄化规划重点任务分工的通知》	明确“医养结合示范工程”由国家卫生计生委牵头，民政部、国家发展改革委配合
2017.11	卫计委	《关于养老机构内部设置医疗机构取消行政审批实行备案管理的通知》	养老机构内部设置诊所、卫生所（室）、医务室、护理站，取消行政审批，实行备案管理
2018.3	国务院	2018年国务院政府工作报告	强调要积极应对人口老龄化，发展居家、社区和互助式养老，推进医养结合，提高养老院服务质量

从政策的演变过程来看，2013年到2015年期间，医养结合政策主要是由国务院主导的顶层设计，明确鼓励“医疗机构设置养老床位”和“养老机构内设置医疗机构”的重大方针，2016年以后，医养结合政策进入了由原卫计委主导的任务规划、实施细则落实和区域试点阶段，包括“推进中医药与养老服务融合”、“鼓励社会力量兴办医养结合机构”、“放开养老机构内设医疗配套的审批”、“鼓励医护人员在养老机构多点执业”等具体实施要求。密集颁布的政策文件、明确的发展方向定位及具体的政策指导思路，为我国医养结合创新模式的快速发展创造了良好的制度环境，可预见到不久的将来，医养结合将成为最具有前景的养老模式之一。

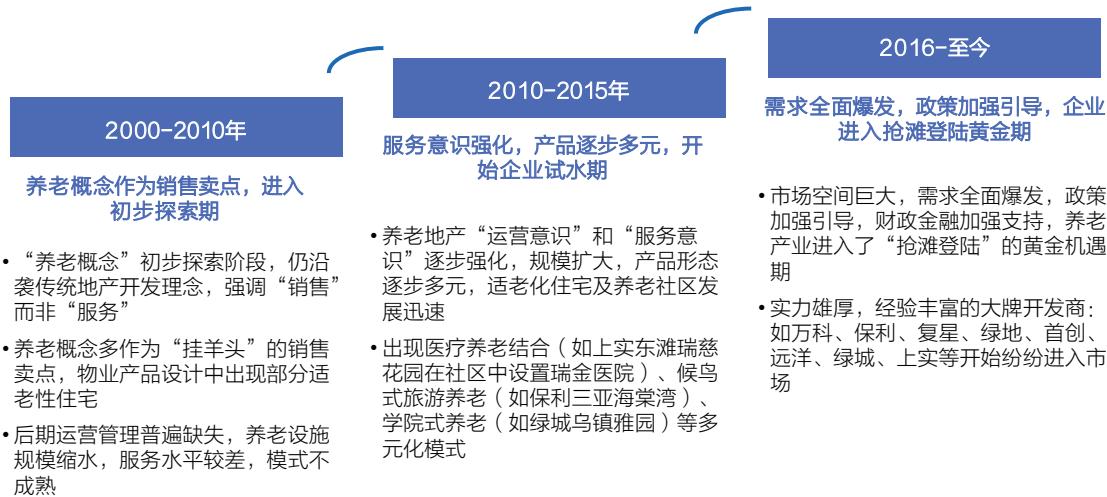
## 2. 医、健、康、养产业一体化服务

随着人民生活水平的提升，老年人从基本健康和生理需求，逐渐向社交需求、被尊重需求、甚至自我实现需求转变。新型养老模式不再是简单以“康养”为核心，而需要更加重视医养结合、旅居分时、社团活动等高品质、高品位需求。在资本的推动下，目前市场上诸多企业正在探索从“康养”到“医养”的新型养老产业模式。根据前瞻产业研究院预计，2019年中国养老行业市场规模将达6.8万亿元，预计2019-2023年年复合增速约为17.13%，到2023年市场规模将达到12.8万亿元。在需求驱动下，近年来众多投资者将目光投向了养老地产，打造医、健、康、养产业一体化服务。

医、健、康、养产业一体化服务中最有代表的应当属于养老地产行业。近十年来养老地产逐渐成熟，而养老护理机构也逐渐从地产销售卖点，逐渐过渡为将医疗、健康、养老、护理、旅游等相关产业实现一体化服务整合，2016年以后，各大开发商纷纷进入养老地产领域，进入了“抢滩登陆”的黄金机遇期，预计2020年我国养老地产

市场空间将达7.7万亿元，2030年市场空间将达到22.3万亿元。护理医院、护理中心、日间照料中心等延伸性服务，也逐渐成为养老地产项目吸引中高端客户的重要增值服务之一。

图3-6: 中国养老地产市场发展进程



### 3. 保险投资养老社区

保险资金规模大、成本低、期限长、追求长期稳定的收益，这些特点决定了保险资金与养老产业之间具有天然的契合点和良好的匹配度。原保监会数据显示，截至2017年6月末，共有中国人寿、泰康人寿、太平人寿等8家机构投资29个养老社区项目，分布于北京、天津、河北、上海、江苏、海南等东部沿海的18个省区，占地面积超过1,200万平方米，计划投资金额678亿元，床位数超过4万个。

表3-2: 保险机构投资养老社区典型案例

主体	投资项目	位置	总投资	建成时间	特点	入住条件
平安	平安养生养老综合服务社区	浙江省桐乡市	170亿	2012年	总建筑面积150万平方米，由瑞金医院提供社区内部全套医疗体系，以养老服务为核心，在社区中配置“自型养老公寓、非护理型养老公寓、半护理型养老公寓”一站式养老	购买与养老社区挂钩的特定分红险产品以及在单张保单下单一险种的应交保费达到200万元
泰康	布局全国连锁的养老社区	北京、上海、广州、成都等13个核心城市	>200亿	2010年起	已开业的北京燕园、上海申园、成都蜀园的等共有入住长辈1,500多人，每个社区都配建了康复医院，全部建成后可提供养老服务及护理床位超2万张	1.购买泰康“幸福有约终身养老保险”产品累计总保费达到200万，2.根据城市和户型缴纳一定数额的押金和月费
中国人寿	国寿嘉园	北京、苏州、三亚、天津	N/A	2015-2017年	与美国最大的非上市养老运营管理机构Merrill Gardens（魅力花园）联手建设复合型中高端养老养生社区，提供养老服务、康复护理、失智照料等专业服务	1.购买国寿颐享金生年金保险(分红型)达300万，2.缴纳138万—488万不等入门费，及每月6,000元及以上服务费
中国太平	梧桐人家	上海市周浦镇上海国际医学园区内	近40亿元	建设中	每个房间都有健康监测设施，社区内含自建的以小综合、大专科为特色的6万多平方米的康复护理中心，确保入住长者不出社区就能看病、配药	1.太平人寿累计保费达到一定金额，2.会籍制，根据入住房型不同面积，支付入住资格费，入住后按月支付服务管理费

保险资金进入养老产业投资具有三大价值：一是可以通过在养老领域的不动产投资来实现保险资金的保值增值；二是可以延伸产业链，通过深度挖掘保险公司现有客户的保险需求，将传统养老保险、健康险与入住养老社区相结合，打造保单实物化；三是保险公司投资的养老社区可以通过自身稳健经营获取良好的长期收益。

然而，保险企业投资养老产业后，构建保险+养老服务融合模式相对简单，主要呈现三大特征：**第一，门槛高，覆盖范围有限**。“买保险入住养老社区”通常需要缴纳累计上百万保费才能实现，且保费只不过是入住社区的敲门砖，之后还需每月缴纳不菲的服务费用，才可以真正享受到养老相关的服务。此类产品通常只能覆盖中高端客群，覆盖范围有限。**第二，产品结合模式单一**。各大保险养老社区基本上实现了与特定养老保险产品相挂钩。从目前整体情况来看，保险产品与养老社区的对接尚属浅层次，所谓的“对接”主要是一种销售策略——目前依然停留在保险产品销售辅助和展业工具层面上。**第三，护理保障功能偏弱**。保险产品通常为长期寿险或年金类产品，其中所包含的护理风险保障很低或没有；养老社区即使包含了护理院或康复医院，其护理费用也与保险给付缺乏直接关联，因此与长期护理保险设计的初衷并不一致。总体来看，保险资本与护理产业的结合，仅针对高端小众人群，依然无法解决市场普遍存在的护理缺口。

#### 4. 新科技推动养老护理产业创新

在新技术的推动下，老年服务业也在不断改进，一方面科技能够有效提高养老服务水平和服务质量，另一方面科技可以减轻劳动强度，缓解医护人员短缺的窘境，使其更有效地为老年人提供服务。

##### 1) 互联网+

2018年7月国家卫健委、国家发改委、教育部、民政部、财政部、人社部、国家市场监督管理总局、中国银行保险监督管理委员会、国家中医药管理局、中国

残疾人联合会、中央军委后勤保障部11部门联合发布《关于印发促进护理服务业改革与发展指导意见的通知》，提出“借助大数据、云计算、物联网和移动通讯等信息技术的快速发展，大力推进护理信息化建设，积极优化护理流程，创新护理服务模式，提高护理效率和管理效能”。

在医护领域，从2015年开始，就有不少互联网平台就开始探索互联网护理服务，主要表现为两种模式。第一，“养老+互联网”模式，即传统养老护理机构利用互联网，运用信息技术，实现线下养老护理服务的延伸，实施主体包括政府类养老机构、医疗护理机构、以及互联网医院平台。第二，“互联网+养老”模式，即互联网平台或创业企业，运用技术，实现线上+线下养老护理服务资源整合，创新模式包括护理共享平台、培训认证平台以及技术服务平台等。互联网+养老护理平台主要服务类型包括护理人员居家服务、养老/护理床位预约、护理培训认证、在线护理咨询、慢病管理远程监控、陪同就诊转诊等服务、以及护理数据/信息服务。

2019年2月，国家卫生健康委员会发布《“互联网+护理服务”试点工作方案》，确定在北京市、天津市、上海市、江苏省、浙江省、广东省6省市进行“互联网+护理服务”试点，试点时间为2019年2月至12月，试点地区卫生健康行政部门可结合实际，确定取得《医疗机构执业许可证》并已具备家庭病床、巡诊等服务方式的实体医疗机构，依托互联网信息技术平台，派出本机构注册护士提供“互联网+护理服务”，将护理服务从机构内延伸至社区、家庭。从试点要求来看，实体医疗机构将成为互联网+护理服务的主要服务商，互联网平台或创业企业构建的护理平台将面临重新洗牌。

##### 2) 物联网和可穿戴设备

依托物联网和互联网技术，结合通信和智能感知控制技术，实施监控老年人的身体情况，使老年人与医疗服务机构的工作人员紧密联系起来，定期智能化为老人提供生活指导建议。

可穿戴设备是指可以安装在人和物品上，利用传感器节点，传递和处理信息的电子设备，可穿戴设备可以采集用户血糖、血压、心率等健康数据和环境监测数据，并且对不同时间点的数据进行比对分析，并将数据发送给中央处理器，在数据异常时会发出报警，实时发送给家庭医生、医疗部门、保险机构等相关机构和个人，医生能够对用户进行专业、全面的数据分析并且给出指导或治疗建议。通过感应器感知老年人的行为状态，并且与家电与地板感应，防止老人在家中不慎摔倒。针对阿尔兹海默病人，可穿戴设备还可通过定位系统，在老人离开居住地一定距离后自动报警和定位。

### 3) 智能照护机器人

智能照护机器人通常利用AI技术，具备语音识别功能、人物识别功能、以及智能避障，人机对话、服药提醒等多项功能，机器人不仅能够与网络连接，而且安装激光和热成像摄像机，可以基于声音识别技术来辅助完成日常护理工作。此外，机器人还可以通过红外线传感器随时监测病人的体温，所有监测结果都会发送到负责老年人健康的社区医生，通过接收医生的指令，与老人交流，并且向老人提供有针对性的保健建议。

### 4) 大数据分析及早期干预

运用大数据分析能够精准失能或失智的早期风险，并建立提前干预的创新模式。如早期发现失能/失智前兆并加以干预，可延迟长期护理责任发生时间。对于经营长期护理保险的机构而言，除了可将预防性护理和早期干预作为增值服务，吸引健康人群、活力老人参与项目，还可以对被保险人进行早期干预和管理，减少护理服务相关的赔付支出。目前市面上已经出现了通过APP、问卷、电波等方式进行老年人认知障碍筛查服务，并且根据特定人群的风险阶段，提供体脑激活、社交生活干预、在线记忆力强化等个性化健康管理服务。

## 3.4 养老护理供给方现状和趋势总结

目前国内长期护理供给存在养老床位缺口、护理人才不足、服务水平两级分化，供需结合不平衡、护理标准缺失、养老产业链联动不足等问题。近年来随着医养结合、医健康养一体化、保险投资、科技创新等诸多模式，为商业保险公司经营护理保险保障产品和参与护理生态服务协同，构建创新的商业模式提供了良好的发展条件。

首先，医养结合模式将医疗资源与养老资源相融合或衔接，解决老人护理过程中的医疗需求，对商业保险机构来说，能够将医疗保险、重疾保险和护理保险的责任相融合，覆盖医疗相关的护理风险。其次，将医疗服务、养老服务、旅居分时、社团活动等高品质需求进行整合，打造医、健、康、养产业一体化服务，可以助力商业保险机构将目标人群向活力老人甚至青年人延伸，并结合入住客户远期护理需求，实现长期护理产品创新。第三，保险投资养老社区，在资产端能够实现保险资金保值增值，通过经营实现稳健收益，在服务端能够将寿险、养老保险、健康险与入住社区结合。第四，运用互联网、可穿戴设备、物联网、机器人、大数据等科技创新，优化并辅助养老服务形态，并有助于识别早期失能症状，进行社交生活干预，不仅可帮助保险机构将预防性支出作为增值服务，吸引健康人群参与，还可以在早期发现失能/失智前兆并加以干预，延迟长期护理责任发生时间，减少保险长期护理的赔付支出。

## 3.5 我国长期护理需求现状调研

为了更好的了解我国长期护理保险客户需求,识别商业健康保险公司未来的发展机遇和挑战,中国保险行业协会联合团中央,于2017年在12个试点城市和12个对照城市进行了长期护理专项调研,完成问卷10万余份<sup>9</sup>。

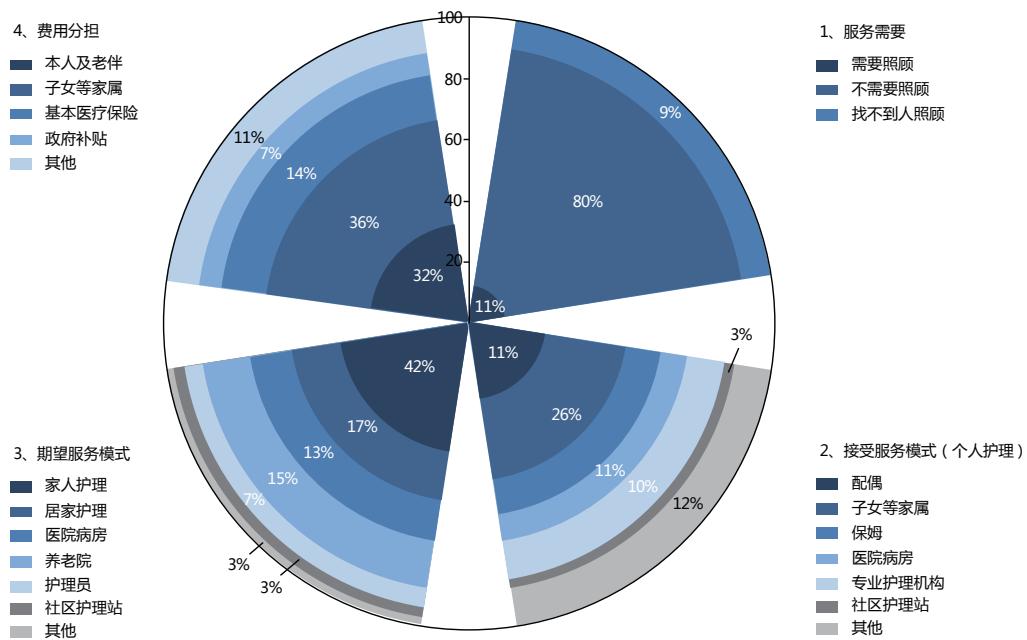
为真实反映调查地区长期护理的服务及保障情况,本次调研从“现状”和“未来”两个角度,把受调查人群分为两个群体:60岁以上老年人及30-59岁中青年人。前者重点关注其目前的护理服务使用情况及护理服务需要;后者则关注对未来失能风险的认知、护理服务规划、对商业护理保险的需求。

需求市场调研结果如下:

### 1) 60-69岁的老年人中,配偶和子女是主要护理服务提供者,服务模式多元化、专业化趋势已初现端倪:

60-69岁的老年人80%能自理,但仍有9%得不到应有的服务。在接受护理服务的老年人中,配偶和子女是主要服务提供者。医院、养老院、护理院等第三方专业机构的服务占比在个人护理、生活照料和基本医护三类服务中都接近或超过了30%。和理想的服务模式相比,“低龄”老年人的服务缺口主要在居家护理——即在家由专业护理人员照料的模式。

图3-7: 60-69岁老年人护理服务群像



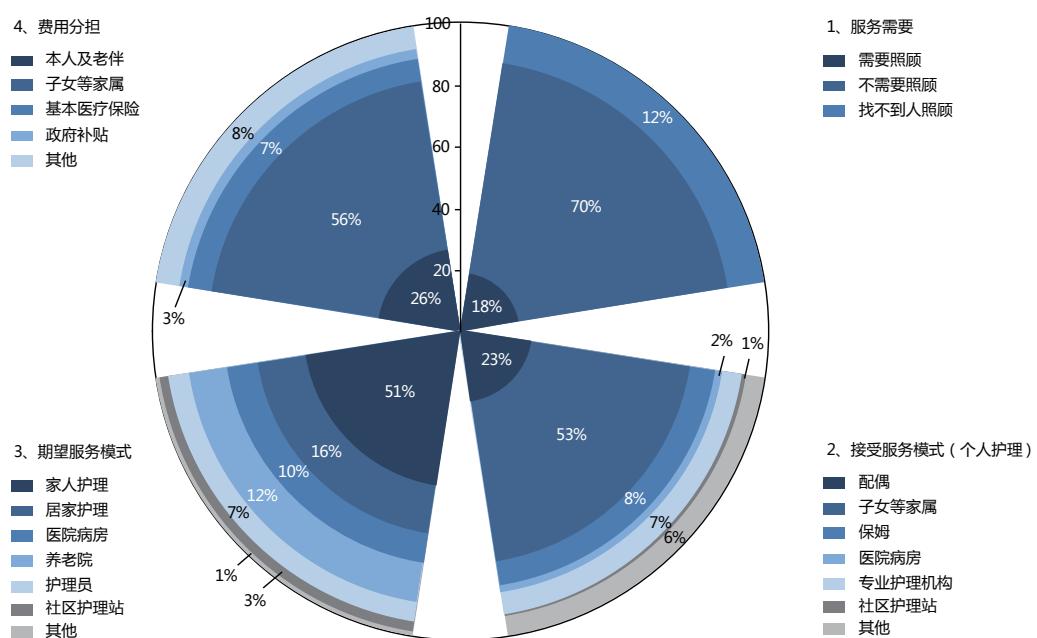
<sup>9</sup> 本节内容主要摘自2017年12月中国保险行业协会和普华永道联合开展的《2017中国长期护理调研报告》

## 2) 70-79岁是失能状况变化的重要转折期，护理缺口集中在居家和护理机构两个专业模式。

进入70岁后，老年人的生活自理能力出现显著下降：受访人群重度失能率从60-69岁的5.3%上升至8.8%，并且随着年龄增长而持续退化。分性别来看，女性老年人不仅整体失能率比男性要高，且自理能力退化的速度显著高于男性。

70-79岁老年人中接受护理服务的比重上升（18.1%），但同时得不到应有服务的风险也在增大（11.7%）。老年人的服务重心明显转移至家庭，约四分之三的个人护理和生活照料服务都是非专业的家庭式服务，并且由子女等家属承担主要护理责任，与理想状态相比，目前以家庭式服务为主的模式不符合老年人的实际需要，缺口集中在居家（期望占比16.4%，实际8%）和护理机构这两个专业模式方面。

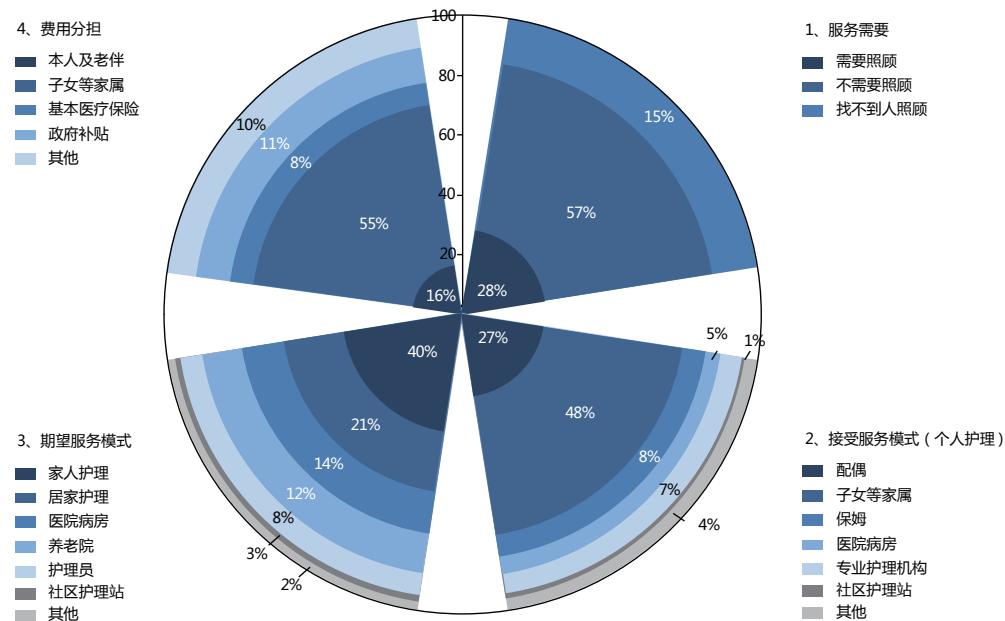
图3-8: 70-79岁老年人护理服务群像



## 3) 80及以上“高龄”老年人得不到照顾的风险继续上升，正在面临更为严重的服务短缺问题。

“高龄”老年人的失能程度以及阿尔茨海默症等慢性病的患病率最高，因此，他们对护理服务的需要，无论是在复杂程度、服务量、时间长度，还是在专业水平上都显著高于其它两个年龄组。有更多的“高龄”老年人在使用护理服务（占比27.7%），同时得不到应有服务的人群比例也还在继续上升（15.1%）。“高龄”老年人的护理责任主要由家人、特别是子女承担（个人及生活照料服务中，家庭服务占比72-75%），除医院病房外的专业护理机构的供给占比则很小。从理想模式来看，由于客观需要，“高龄”老年人接受家庭服务的意愿下降（期望占比40.6%，实际75%），而居家（期望占比21.3%，实际8%）和专业机构模式重要性进一步上升（期望占比19.6%，实际7%）。

图3-9: 80岁及以上老年人护理服务群像



#### 4) 护理支出根据年龄呈现指数型递增，“高龄”慢病及失能老年人将面临巨大的风险和经济负担。

60-69岁老年人护理费用和经济负担水平均较低，且主要由子女等家属和老年人本人承担。此外，基本医疗保险也发挥了较大作用。70-79岁老年人的整体费用和负担水平均有较明显的上升：一半老年人的每月三项服务总费用超过1,000元，相应护理支出占月可支配收入的比例也上升至50%，与服务重心向家庭转移的趋势相呼应，费用负担也主要落在子女等家属身上。“高龄”老年人护理费用在整体上升的同时，呈现出更显著的“长尾”特征：月护理支出的中位数大幅上升至1,510元，许多老年人出现高额支出，更有一半以上老年人的费用负担占可支配收入的比例超过80%。在费用分担方面，子女等家属(占比55.2%)同样是“高龄”老年人护理支出的主要承担者。同时，许多地方政府开展实施的“高龄”老年人补助政策已显成效。

表3-3: 各年龄层三项护理服务支出和费用负担情况

年龄组	服务支出(元/月)		费用承担				
	三项服务支出 中位数	占可支配 收入比	老人本人	子女等家属	医疗保险	政府补贴	其他
60-69岁	900	35.6%	32.7%	36.6%	13.5%	6.5%	10.7%
70-79岁	1,000	50.0%	26.0%	56.5%	7.0%	3.0%	7.5%
80岁及以上	1,510	80.0%	16.0%	55.2%	8.0%	11.0%	9.8%

注: 服务支出指个人护理、生活照料和基本医疗三类服务支出

## 5) 几乎一半中青年人对长期护理问题感到忧虑，这种焦虑感在自认健康良好的人群中反而更为严重

调查显示，我国中青年人普遍对自己未来的护理前景在服务可及性、价格承受能力及对家人影响等各个方面都有着很强的忧患感：约有44%-47%的受访者担心自己将来“给家人造成很大的负担”，或在有需要时“找不到合适的护理人员或机构”，或“护理费用上涨过快”。有趣的是，这种焦虑感在自评健康状况较好的人群中尤为显著。

图3-10: 感到担忧的年轻人比例

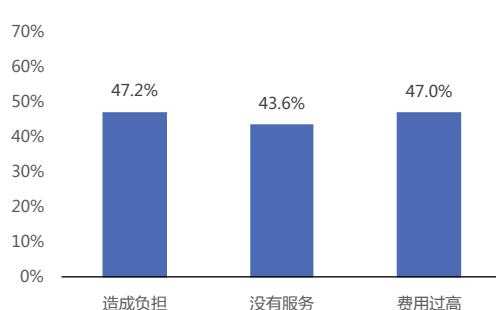
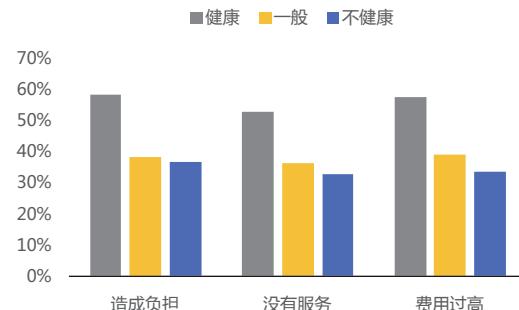


图3-11: 感到担忧的年轻人比例



## 6) 大多数中青年人希望得到家庭护理，但同时对居家和机构专业护理模式的接受度也较高

符合传统“居家养老”的社会共识，三个服务模式的受欢迎程度依次是家庭护理（选择人群比例49%）、居家护理（41%）和机构护理（37%）（见图3-12）。从绝对选择比例来看，中青年人对两种专业护理模式的接受度也较高。三项服务的选择占比加总超过100%，这可能说明中青年人的护理偏好较为复杂，希望将来能够根据不同的护理需要灵活地选择服务模式。护理需要的多样性也将带动多层次、多元化护理服务市场的发展。从教育水平来看，高学历会加强对专业护理的接受度，而本科以上学历的中青年人则可能由于在护理服务方面的要求更丰富、更复杂（见图3-13）。

图3-12: 中青年人的护理模式偏好

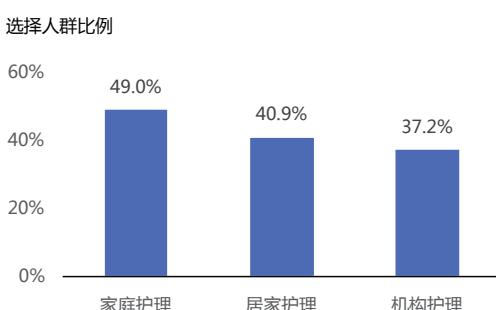
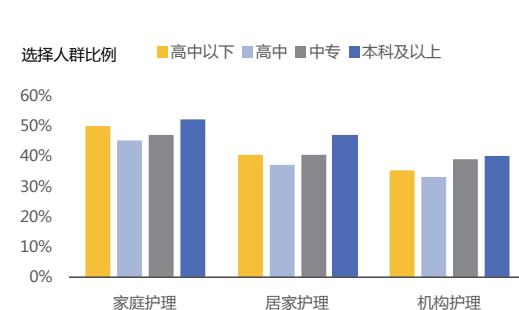


图3-13: 不同学历中青年人护理模式偏好



## 7) 无论长幼、学历、收入，中青年人已认识到护理规划的重要性，但又对怎样规划充满了迷惘。

“养儿防老”仍是当前中国社会主流的养老观念：大多数中青年人认为，子女应承担护理给老年人造成的经济风险（见图3-14），然而，随着家庭小型化加速，子女在照顾父母方面的时间却越来越少。认为子女应承担主要照料

责任的人群占比大幅下降，而选择居家专业护理模式的占比上升为第一位（见图3-15）。51.5%的中青年人认为有必要在年轻时就对自己的老年护理问题进行安排，但也有同样比例的人认为护理规划受不确定因素的影响太多，很难开展。受调查人群对两个问题选择的分布几乎完全一样，并且这一致性不受年龄、教育水平、收入水平等各种因素的影响（见图3-16）。

图3-14: 中青年人护理筹资责任态度

■主要本人 ■主要子女 ■主要政府

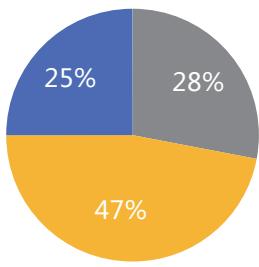


图3-15: 中青年人护理服务责任态度

■家庭护理 ■居家护理 ■机构护理

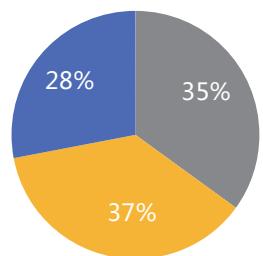
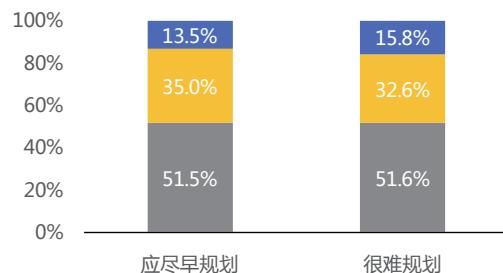


图3-16: 中青年人对护理规划的态度

■同意 ■不知道 ■不同意



## 8) 商业护理保险存在小众特点，人们不同的风险保障意识和规划态度正影响商业护理险需求

商业护理保险存在“小众”特点——目前主要客户群集中在中青年、高财富、自有保障充分、偏好专业护理服务的人群中（见表3-4）。此外，人们不同的风险保障意识和规划态度会对商业护理保险市场产生影响。第一，医疗保险和护理保险一定程度上相互替代，拥有商业医疗险的人购买护理险的可能性较低。第二，在护理规划态度方面，商业护理保险对“迷茫型”消费者来说是一种有用的规划工具，而对“早鸟型”消费者来说却吸引力不大。许多人甚至可能在意识到自己面临较高失能风险时才考虑购买护理保险，导致逆向选择问题。第三，作为一种护理服务筹资模式，护理保险和房产套现之间有较强的替代性。随着家庭结构和代际关系的变化，房产的传承性在减弱，在养老筹资方面的功能在加强。

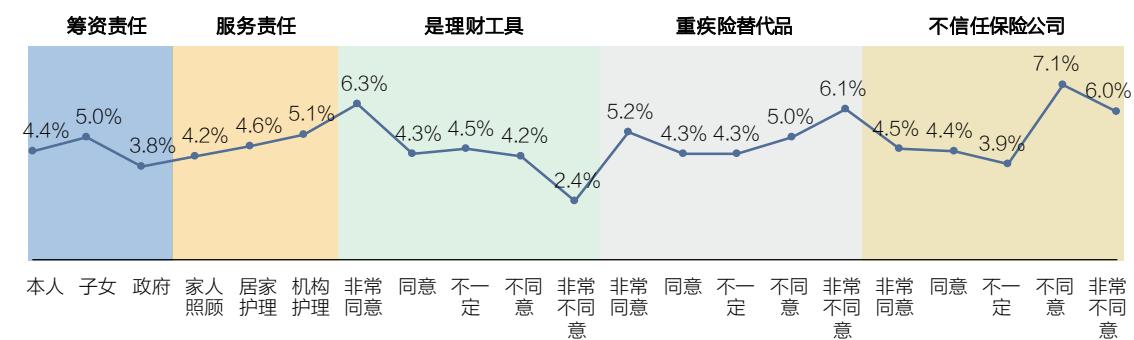
表3-4: 商业护理保险持有人特征

年龄	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 更为年长</li> <li>· 保险持有率最高的是50-54岁和45-49岁的中青年人</li> </ul>
财富	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 家庭财富水平高，金融资产规模达30万元以上</li> </ul>
自有保障	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 本人同时拥有至少一种其它商业人身保险</li> <li>· 与护理保险关联度最高的险种是商业养老保险和商业人寿保险</li> <li>· 拥有商业医疗保险反而会降低购买护理保险的可能</li> </ul>
护理模式偏好	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 希望接受比家人护理更专业的服务</li> </ul>
家庭情况	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 家中有老年人已经失能并需要护理</li> </ul>
护理规划态度	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 越是觉得不确定因素太多，规划太难，越有可能购买商业护理保险</li> <li>· 相反，越是认为须尽早规划，越不会购买商业护理保险</li> </ul>
其他筹资模式	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 不愿意以出售或抵押房产来支付护理费用</li> </ul>

#### 9) 护理责任认知态度、保险属性的了解度、对保险公司的信任度会影响消费者商业护理险的需求

为了解为什么许多中青年人不购买商业护理保险，调查通过对护理责任的态度、对护理保险的看法、对商业护理保险的熟悉程度三个方面来探查其中的原因。第一，责任认知。一旦个人责任（包括本人和子女责任）在认知中成为主角，相应的风险和经济压力会促发商业护理保险需求，政府主导的公共保障体系短期内可能会对商业护理保险产生“挤出”作用。第二，保险属性认知。在许多人的认知中，护理保险的投资属性远强于其保障属性，这也是近年来商业护理险以理财型中端存续期产品为主要形态的重要原因之一，另一方面，重疾保险一定程度上是护理保险替代品，认为它们之间不存在替代关系的人会更积极地购买护理保险。第三，信任度认知。对保险公司信任度越低，购买商业护理保险的比例就越低。

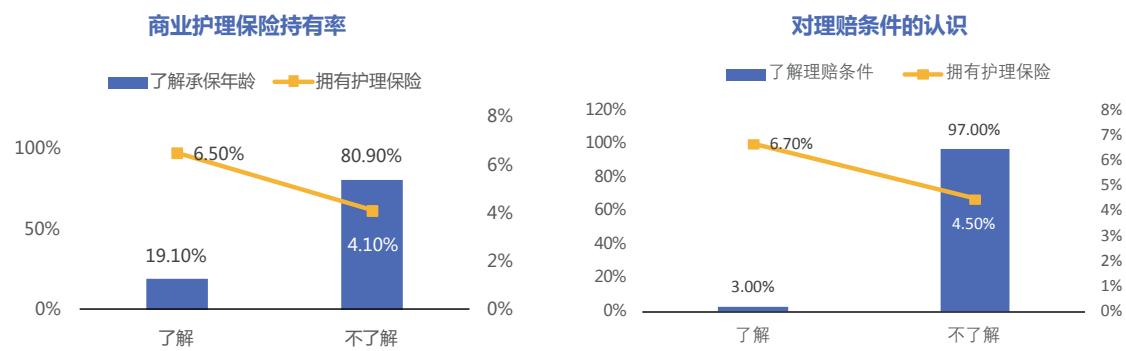
图3-17: 对商业护理保险不同认知人群的保险持有率



## 10) 大部分年轻人对商业护理保险产品所知甚少

中青年人对真正的商业护理保险产品所知甚少：约19%了解投保的年龄限制，仅3%了解必须满足几项日常活动能力失能条件才能获得赔付。对产品基本条件的了解程度显然与商业护理保险持有率有正向相关的关系。但令人意外的是，“了解”和“不了解”两个人群的保险覆盖率并没有巨大差别；相对于“了解”人群，“不了解”的持有率仅下降33%-37%。这说明相当一部分人即使购买后也不十分关心护理保险的产品条款（见图3-18）。

图3-18: 中青年人对商业护理保险产品的了解程度



总结来看，对于老年人群调研组来说，70岁以下的低龄老年人承担护理服务费用水平和经济负担较轻。而当老年人年龄超过70岁，导致服务缺口显著扩大。专业服务的空白主要由家属、尤其是子女来填补。中高龄和高龄老年人的护理费用显著上升，在第三方支付体系缺失的情况下，大部分负担也同样落在子女身上。特别是处于费用分布高端的老年人，其家庭承担的护理负担和经济负担令人堪忧。对中青年调研组来说，大部分中青年人对于长期护理问题感到忧虑，且大部分对于远期的护理规划处于迷惘状态。从产品认知来看，商业长期护理保险依然是“小众”市场，消费者依然存在一定的误解。



## 四、我国长期护理保险保障 现状和特点



## 4.1 我国护理保险市场发展历史

当前我国社会保障体系尚不完善，养老保险提供的仅仅是基本生活保障，社会医疗保险项目中也并不包括长期护理费用，如果面临高额的护理费，会给家庭带来沉重的经济压力。

从历史来看，我国的长期护理发展经历了空白期、萌芽期和探索期三个阶段。新中国成立后30-40年间，老年群体的护理需求，主要由家属照护和民政救助的方式来实现。早在20世纪50年代，民政部门就开始对无子女、无依靠、无劳动能力和收入的“三无”老人提供社会救助，针对困难群体，政府提供免费住宿、机构服务。20世纪70年代计划生育政策出台和社会转型前，中国老年长期护理制度处于相对均衡状态，体现了两代人之间的互惠关系，即家庭中的“育儿”和“养老”之间、“父代”和“子代”的一致性和平衡性。20世纪80-90年代，随着经济的快速发展，计划生育政策的实施，家庭小型化、老人空巢化等问题逐渐显现出来，以“家庭责任为主导”的老年照护模式被打破，以公益性、福利性为主的社区照护模式远远无法满足老年人的照护需求，社会福利和救助也难以支撑老龄群体长期照护所需的资金来源。到了2000年以后，随着人口老龄化日趋严重，青岛、上海、南通、长春等城市率先探索长期护理保险体系，制度设计核心通常是以社会保险为基础，将城镇和居民医保基金划拨出部分资金，设立长护基金，为重症、失能、半失能等特殊人群提供医疗护理服务的报销支持。

## 4.2 政策性护理保险发展现状

我国目前的长期护理政策仍在探索之中。在2016年6月，人力资源和社会保障部发布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（以下简称“指导意见”），决定在15个城市进行长期护理保险的试点，长期护理保险制度正式启动试点。

2016年首批试点包括上海、广州、青岛、承德、长春等15个城市和山东、吉林两个重点联系省份。试点内容是要探索建立以社会互助共济方式筹集资金，为长期失能人员的基本生活照料与基本生活密切相关的医疗护理，提供资金或服务保障的社会保险制度。截至2017年底，在15个长期护理保险试点城市中，参保人数已经超过了4,400万人，当年受益7.5万余人，赔付护理保险金约5.7亿元，基金支付比例达到70%以上，人均支付7,600多元。

《2019年国务院政府工作报告》首次提出“扩大长期护理保险制度试点”。2019年6月4日，国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革2019年重点工作任务》再次提出“扩大长期护理保险制度试点”，并指定国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家中医药局等部委负责。长护险实施三年以来，试点城市已经由国家和人社部定的15个扩大到了50个。

目前15个试点城市长期护理保险筹资模式来看（见表4-1），主要存在以下三大特征：

表4-1: 15个试点城市长期护理保险筹资模式对比

试点城市	人员范围	筹资方式	筹资标准
上海	职工医保、居民医保参保人、60岁以上人	比例	<ul style="list-style-type: none"> <li>职工医保缴费基数，单位1%，个人0.1%；城乡居民占筹资总额15%</li> <li>个人部分暂予减免，退休人员个人不缴费</li> </ul>
安庆	城镇职工医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>每人每年30元，医保统筹基金结余中划入20元，个人缴费10元</li> </ul>
成都	城镇职工医保参保人	比例	<ul style="list-style-type: none"> <li>城镇职工医保缴费基数，单位0.2%，个人0.2%(40岁以下0.1%)；</li> <li>退休人员个人账户划入基数0.3%缴费；城镇医保一次性安排5,000万启动资金</li> </ul>
广州	职工社会医保参保人员	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>职工社会医疗保险统筹基金划拨130元/人</li> </ul>
长春	城镇职工基本医保、居民基本医保参保人	比例+定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>职工医保缴费工资基数，个人0.2%，统筹基金0.3%，医保统筹基金0.5%(参加住院统筹医疗保险人群)；居民医保按每人每年30元/人，城镇医保一次性划拨10%作为启动资金</li> </ul>
荆门	基本医保参保人、城乡居民医保参保人(2017年后)	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>以上年度居民人均可支配收入0.4%确定筹资标准，2017年度为80元</li> <li>个人承担37.5%，医保统筹基金划拨25%，财政补助37.5%</li> </ul>
南通	城镇职工基本医保、居民基本医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>以上年居民人均可支配收入3%确定筹资标准，暂定100元/人</li> <li>个人缴费30元，医保统筹基金划拨20元，财政补助30元</li> </ul>
齐齐哈尔	城镇职工基本医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>以上年度在岗职工月平均工资1.5%确定筹资标准，试点阶段每人每年60元</li> <li>参保人员个人缴纳30元，医保统筹基金每人筹集30元</li> </ul>
青岛	职工社会医保、居民医保参保人	比例	<ul style="list-style-type: none"> <li>以基本医保缴费基数0.5%，从统筹基金划转</li> <li>以个人缴费基数0.2%，从个人账户的金按月代扣</li> </ul>
上饶	职工基本医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>以人均可支配收入一定比例确定筹资标准，暂定100元/人</li> <li>个人缴费每人40元；医保统筹基金划转每人30元；单位缴纳每人30元</li> </ul>
八狮石河子	职工基本医保、居民基本医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>按15元/人月的标准从职工医保统筹基金结余中划转，年度为180元</li> </ul>
苏州	职工基本医保、城乡居民基本医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>不高于全市常住居民人均可支配收入0.2%</li> <li>城镇职工每人每年120元(个人缴费暂由政府补助50元，统筹基金划转70元)</li> <li>城乡居民每人每年85元(个人缴费暂由政府补助50元，基金划转35元)</li> </ul>
承德	城镇职工基本医疗保险的参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>参保人员(含退休人员)上年度工资总额的0.4%，2017年筹资额196.28元</li> <li>城镇职工基本医保基金0.2%，参保人员(含退休人员)个人负担0.15%，政府财政补助0.05%</li> </ul>
宁波	职工基本医保参保人	暂不缴费	<ul style="list-style-type: none"> <li>市区职工基本医保统筹基金累计结余安排2,000万作为启动资金</li> </ul>
重庆	城镇职工基本医保参保人	定额	<ul style="list-style-type: none"> <li>2018年筹资标准150元/人/年，其中医保基金补助60元，个人承担90元</li> </ul>

### 1) 以社保参保人群为试点基础，逐渐向全民参保过渡

《指导意见》指出，“长期护理保险制度原则上主要覆盖职工基本医疗保险参保人群”。从政策指导导向性可以看出，试点阶段的参保范围主要采取从职工医疗保险的参保人起步，以稳妥的方式进行推进，随着制度的完善，远期再过渡到全民参保。各城市在实践中略有不同，安庆、成都、广州、齐齐哈尔、上饶、承德、宁波、重庆8个城市规定职工参加医保的同时需要参加长期护理保险；长春、石河子、南通、青岛4个地区参保范围覆盖城镇职工和城镇居民；苏州、荆门2个城市则将城乡居民与职工一并纳入参保范围；上海优先和重点保障老年人的长期护理需求，职工医保参保人和60岁以上居民医保参保人强制参加长护险。



### 2) 长护筹资以医保基金划拨为主体,个人企业缴纳、财政补助、社会捐助为支撑

从筹资渠道来看,长期护理保险的资金主要从“个人缴纳、医保划拨、财政补助”三个方面来筹集,目前大部分城市采用了多元化筹资模式,医保统筹基金划转依然是长期护理保险制度主要的筹资来源。具体来看,广州采用医保基金划拨的单一筹资模式,上饶市是唯一通过优化职工医保统账结构进行筹资的城市,南通市、石河子除了通过医保统筹基金、政府补助、个人缴费等渠道,还包括福利彩票公益基金,以及慈善机构、社会团体和个人的捐助。

### 3) 定额筹资和比例筹资两种形式共存

从筹资标准来看,各地区主要根据自身经济发展水平、护理需求和成本、保障范围水平、医保账户收支平衡等情况出发制定筹资标准,主要分为按比例和按定额两种。按比例筹资主要是上海、成都、长春、青岛5个城市,筹资基数大多依据城镇职工医保缴费基数来确定,其余11个城市采用定额筹资,筹资标准通常根据上年度人均可支配收入或城镇职工年度工资总额的一定比例来确定,年度人均筹资额从30元-200元不等,较低的城市为安庆仅30元/人年,定额筹资金额较高的城市为石河子、承德、重庆。此外,成都和承德缴费来源还包括退休人员,其中上海退休人员暂不缴费,成都退休人员个人账户划入基数0.3%缴费,承德退休人员个人需要负担37.5%。宁波市直接从职工基本医保统筹基金累计结余中,划拨2,000万作为启动资金,参保人员暂不缴费。

从目前15个试点城市长期护理保险支付待遇来看(见表4-2),主要存在以下三大特征:

表4-2: 15个试点城市长期护理保险支付待遇对比

试点城市	补偿对象	支付方式	支付比例/金额
上海	失能评估二至六级	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>居家护理90%，机构护理85%，住院医疗参照医保</li> </ul>
安庆	Barthel评定重度失能	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>医疗机构护理60%（上限50元/天），同时享受医保住院待遇</li> <li>养老服务护理50%（上限40元/天）</li> <li>上门护理限额750元/月</li> <li>非协议机构护理补助15元/天</li> </ul>
成都	重度失能人员	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>居家护理75%，机构护理70%</li> </ul>
广州	Barthel评定不高于40分，或不高于60分且二级以上医疗机构诊断痴呆症	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>居家护理90%（上限115元/天）</li> <li>机构护理75%（上限120元/天）</li> <li>医疗护理按服务价格（上限1,000元/月）</li> </ul>
长春	Barthel不高于40分、《综合医院分级护理指导意见（试行）》一级护理条件、卡氏评分KPS不高于50分的癌症晚期患者	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>养老或医疗机构护理：职工医保补偿90%，居民医保补偿80%</li> </ul>
荆门	Barthel评定低于40分	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>居家护理：全日限额100元/天，基金支付80%，非全日限额40元/天</li> <li>养老机构护理：床日限额100元/天，基金支付75%</li> <li>医院护理：床日限额150元/天，基金支付70%</li> </ul>
南通	Barthel评定重度失能	按比例补偿	<ul style="list-style-type: none"> <li>定点医疗机构60%，同时享受基本医保待遇</li> <li>定点养老机构50%</li> <li>定点机构上门照护限额1,200元/月</li> </ul>
齐齐哈尔	Barthel评定40分以下	定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>医养护理机构：30元/天，基金支付60%</li> <li>养老护理机构：25元/天，基金支付55%</li> <li>居家护理：20元/天，基金支付50%</li> </ul>
青岛	Barthel低于60分，2017年纳入重度失智人员	定额包干结算	<ul style="list-style-type: none"> <li>医疗护理：三级医院210元/天，二级医院180元/天，失智65元/天（日间50元/天）</li> <li>生活照料：评估三级22元/天，四级35元/天，五级（和重度失智）50元/天，个人自负10%</li> <li>居家照护：50元/小时，个人自负10%</li> </ul>
上饶	重度失能、失智人员	定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>居家护理：450元/月</li> <li>居家上门护理：限额支付900元/月</li> <li>机构护理：每月1,080元/月</li> </ul>
八狮石河子	人社局劳动能力鉴定办评定失能等级为长期重度失能	费用补偿+定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>协议服务机构：70%，限额750元/月</li> <li>非协议机构/居家：25元/日，参保人员在住院期间享受护理保险待遇</li> </ul>
苏州	中度失能或重度失能	定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>机构：重度失能26元/天，中度失能20元/天</li> <li>居家：重度失能30元/天，中度失能25元/天</li> </ul>
承德	Barthel评定低于40分	定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>定点医疗机构护理：60元/天</li> <li>定点护理服务机构、养老服务机构：50元/天</li> </ul>
宁波	失能评估为重度失能	定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>医疗、养老服务机构护理：40元/天</li> <li>享受专护服务的，可同时在该医疗机构按规定享受基本医疗保险住院待遇</li> </ul>
重庆	经评定达到重度失能标准	定额支付	<ul style="list-style-type: none"> <li>50元/人/日</li> </ul>

1) 保障范围以重度失能为核心，部分城市扩大到轻中度失能、失智和肿瘤晚期人群。

《指导意见》指出，“长期护理保险制度以长期处于失能状态的参保人群为保障对象，重点解决重度失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等所需费用”。15个试点城市大多选择《日常生活活动能力评定量表》Barthel指数评定量表为依据，以重度失能老人为保障对象，其中上饶、青岛、广州将因失智导致的重度失能人员也作为保障对象，长春以肿瘤患者卡氏（KPS）评分为依据，加入了癌症晚期患者。部分地区根据具体情况

扩充了保障范围,如苏州将中度失能人员列入范围,上海将范围扩大到了轻度失能人员,待遇享受对象为60周岁以上,经统一需求评估,护理需求等级为二至六级的参保人。

### 2) 待遇支付标准大多偏重居家护理模式,对养老机构护理补偿有限

在保障内容上,长期护理保险的待遇一般以医疗机构护理、养老机构护理、居家护理服务区分。“机构+居家”照护是目前各地试点地区普遍采用的支付方式,总体基金支付水平在70%左右,上海、广州、青岛等城市部分报销比例达到80%以上。由于大部分试点地区护理机构数量不足、成本较高,以及考虑中国传统习惯等因素,支付政策往往向居家照护倾斜。例如成都在照护等级对应的月定额标准基数下,居家照护支付比例为75%,机构为70%,上海社区居家照护基金支付比例90%,机构为85%。从补偿程度来看,大部分试点城对于居家服务补偿相对较为充分,但机构养老的补偿水平却有限。例如从上海长期护理对于机构养老支付标准为600-900元每月,长期护理基金支付85%,但从上海、北京护理机构供给情况来看,目前普通中档养老服务机构每月花费通常可达4,000-5,000元,中高端机构可超过1万元,社会长期护理保险仅能负担15-20%的机构费用支出,补偿水平有限。

### 3) 原则上需在指定医疗、养老和护理机构接受服务,由市区医保机构或医保经办机构与护理机构统一进行结算。

在服务机构和计算方式上,15个试点城市均需通过定点医疗、养老和护理服务机构签订服务协议,约定长期护理服务的协议价格和保险支付标准。在提供护理服务时,由参保人员结算自付部分,由长期护理保险经办机构定期与机构结算属于长期护理保险基金支付部分。对于居家护理或在非协议机构接受护理服务,少数城市还可以对参保居民进行补助,如安庆对居家接受非协议护理服务机构护理服务的发放护理15元/天补助,八师石河子对选择居家自行护理或者在非定点养老院、护理院入住的参保人员,由社保经办机构按25元/日计算、每月750元的标准,将护理保险金直接支付给参保人个人。

## 4.3 商业护理保险发展现状和痛点

### 1. 商业护理保险政策背景

2015年国务院印发《关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》,指出探索建立长期护理保险制度,积极探索多元化的保险筹资模式,保障老年人长期护理服务需求。鼓励老年人投保长期护理保险产品。2016年6月人社部印发《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,明确鼓励商业保险公司开发适销对路的保险产品和服务,发展与长期护理社会保险相衔接的商业护理保险,满足多样化、多层次的长期护理保障需求。积极引导发挥社会救助、商业保险、慈善事业等的有益补充,解决不同层面护理需求。2017年《国务院办公厅关于加快发展商业养老保险的若干意见》中,指出针对老年人养老保障需求,坚持保障适度、保费合理、保单通俗原则,大力发展老年人意外伤害保险、老年人长期护理保险、老年人住房反向抵押养老保险等适老性强的商业保险。逐步建立老年人长期照护、康养结合、医养结合等综合养老保障计划。

### 2. 商业护理保险发展现状

#### 1) 经办社会长期护理保险,提供专业化服务支持

由于长期护理保险的管理对公共服务供给者的专业性要求较高,享受待遇的人员个体化需求不同,导致长期护理保险服务个性化要求相对较高。而商业保险机构以下三方面具有专业能力:**第一是专业的精算技术**。商业保险机构可以充分发挥自身精算人才和经验数据积累优势,为长期护理保险的基金筹集、待遇给付等提供精算测算,以保证长期护理保险制度的长期精算平衡,确保方案的长期有序运行。**第二是专业的运营和风控能力**。商业保险公司具备丰富的保险业务运营管理经验,充分发挥保单管理、理赔勘察、资金结算、系统建设、控费机制等方面做好服务。例如在控费机制上,借鉴保险理赔、风险审查、客户服务等经验,可以为长期护理保险建立动态风险管理机制,保证长期护理保险基金的安全性。在客户服务上,利用商业保险机构已有的线上、

线下客户服务体系和全国性客户服务网络,为客户提供一站式服务。**第三是灵活的资源配置**。商业保险机构在人才队伍招募、管理及培训机制方面具有明显的专业化和系统化运作优势。经办长期护理保险可以根据工作量灵活配置人员、网点、硬件或系统建设支持,与社保经办部门相比,商业保险机构可以有效解决人员编制、信息系统等服务供给不足的问题。此外,商业保险机构在经办保险的过程中,还可以有效推进养老、护理、医疗等上下游资源整合,推动养老服务产业的长足发展。

目前太平洋寿险、中国人寿、泰康人寿等10家商业保险公司参与了长期护理保险经办。通过政府购买的方式,参与政策性长期护理保险试点,通过护理保险经办,提供政策咨询、资质认定核查、费用审核(初审)、资金结算拨付等服务。

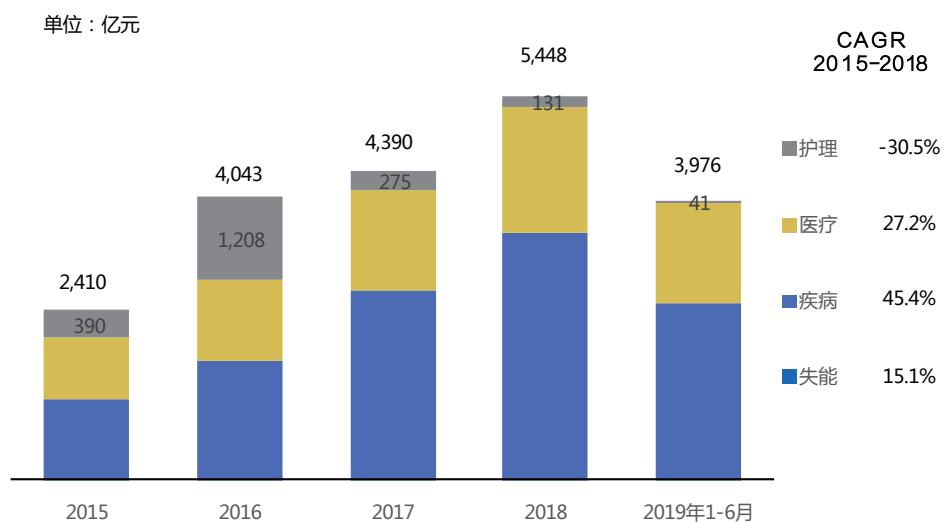
## 2) 开发并销售商业长期护理险,满足多层次需求

我国商业长期护理保险先于社会长期护理保险进行探索,至今已经有十余年时间。国内首个具有商业性质的长期护理保险产品是国泰人寿在上海推出的“康宁长期护理健康保险”,该产品主要满足被保险人因年老或疾病而需要被人看护时提供护理费用补偿,此外,在保障期间,还提供被保险人身故、第一级残疾保险金以及1倍满期保险金。2006年中国人民健康保险股份有限公司推出了首个全国性的具有全面保障功能的长期护理保险。该产品除了长期护理保险金外,还提供生存保险金、满期关爱保险金和身故保险金。

2012年开始,随和国民财富逐渐积累以及个人理财意识的逐渐增强,保险行业针对兼具有保险保障和理财投资功能的“高现金价值产品<sup>10</sup>”开发和推广力度日益加大,由于专业健康险公司受到经营范围限制,因此转而借助商业护理保险,推出一系列具有高现金价值性质的,可提供短期高收益预期的护理保险产品,为保险公司吸引了大量的消费者,迅速实现了规模增长。

根据原保监会公布的数据,2016年,保险业在售护理保险产品超过200个,原保费收入达到了1,208亿,占据健康险总保费29.9% (见图4-1)。从健康险不同险种保费增速来看,2015-2016年护理险同比增速超过了210% (见图4-2)。

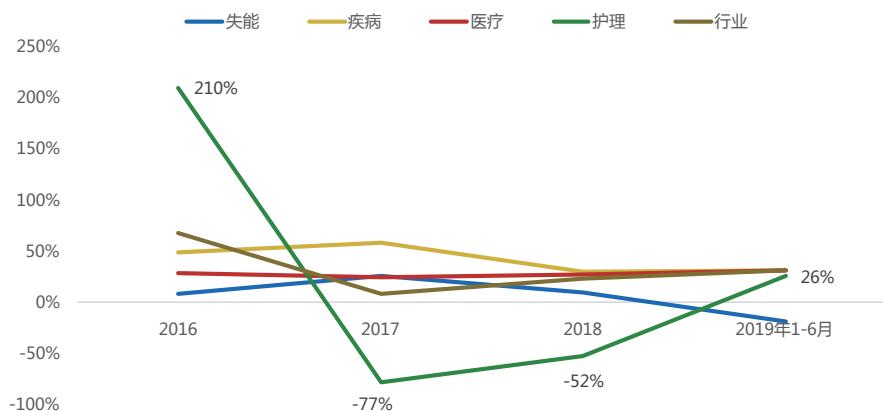
图4-1: 商业健康险原保费收入和构成



<sup>10</sup> 高现金价值产品:根据《中国保监会关于规范高现金价值产品有关事项的通知(保监发〔2014〕12号)》,高现金价值产品是指第二保单年度末保单现金价值与累计生存保险金之和超过累计所缴保费,且预期该产品60%以上的保单存续时间不满3年的产品。投资连结保险产品、变额年金保险产品除外。2016年变更为中短存续期产品

由于长期护理保险产品在实际运行中呈“责任短期化”现象，以中短存续期产品<sup>11</sup>为主要形态。2017年原保监会发布《关于规范人身保险产品开发设计行为的通知》，指出护理保险产品在保险期间届满前给付的生存保险金，应当以被保险人因保险合同约定的日常生活能力障碍引发护理需要为给付条件，而仅以生存为给付条件的保险责任，将不在长期护理保险产品中出现。在“保险姓保”的监管基调下，中短存续期护理险发展得到规范，2017-2018年护理险增速快速下滑，分别为-77%和-52%（见图4-2）。

图4-2: 商业健康险分险原保费同比增速



2016年，护理险保费主要来源于以失能为给付条件之一的理财型保险，以和谐健康的安赢一号护理保险、康赢一号护理保险（万能型）、人保健康的福利双全护理保险为典型代表，保费占比95%以上。特征是保险期间短，现金价值高，保障功能弱。例如投保10,000元福利双全个人护理保险，在合同生效一年后退保，现金价值高达10,350元（见表4-3），产品的投资属性远远超过了保障属性。此外，市场上的护理保险还有与重大疾病结合的健康保险，以及与养老年金结合的两全保险两种类型，真正意义上的护理风险保障类产品非常少。

表4-3: 2016年商业护理险销量领先产品

公司	产品名称	投保年龄	保险期间	交费期间	等待期	观察期	保险责任	2016规模保费	2016年新单标准保费
和谐健康	和谐安赢一号护理保险	出生满28天-65周岁	5年	趸交	无	180天	1.意外护理金:保险费×150% 2.满期金:保险金额	1,069亿	106.9亿
和谐健康	和谐康赢一号护理保险（万能型）	出生满28天-65周岁	5年	趸交	无	180天	1.疾病身故保险金：账户价值的105% 2.意外护理保险金：因意外导致的长期护理状态，给付105%账户价值 3.关爱满期金：账户价值 4.持续奖金：期满仍生存，给付（保费-领取金额）*1.5% 5.最低保证利率：2.5% 6.无初始费用、保单管理费、风险管理费，第3年起退保和部分领取手续费为0	145亿	14.4亿
人保健康	福利双全个人护理保险	出生满28天-65周岁	5年	趸交	无	180天	1.护理保险金：被保险人丧失日常生活能力，给付保险金额 2.疾病身故保险金：所交保险费与现金价值的较大值 3.健康维护保险金：保险期间届满时，给付基本保险金额 4.合同生效一年后，每万元保费，现金价值高达10,350元	128亿	12.8亿

<sup>11</sup> 根据《中国保监会关于规范中短存续期人身保险产品有关事项的通知》（保监发〔2016〕22号）中短存续期产品是指前4个保单年度中任一保单年度末保单现金价值（账户价值）与累计生存保险金之和超过累计所缴保费，且预期该产品60%以上的保单存续时间不满5年的人身保险产品。投资连结保险产品、变额年金保险产品除外。

### 3. 商业护理保险面临的痛点

长期来看，随着中国老龄化进程的加快，人们的护理意识逐渐提高，特别是中国的社会长期护理保险制度建立以后，会进一步产生对商业护理保险的需求，商业长期护理保险将存在很大的发展空间。但当前商业长期护理险发展依然面临诸多痛点：

#### 1) 产品: 缺乏精算数据导致产品形态单一, 定价过高

长期护理保险设计与开发需要对老年人长期护理风险进行测算，包括发生率、依赖概率、持续时间、单位护理费用等诸多因素，美、日、德等发达国家长期护理精算数据积累至少需要10-20年的时间。由于我国长期护理制度建设刚刚起步，目前尚缺乏长期护理产品精算所需要的发病率、依赖概率、护理费用分布等数据，数据不足限制了保险公司在长期护理保险领域进行风险测算的能力，较小的市场规模又不利于获得充足的经验数据。这也是目前市场上商业长期护理产品普遍存在同质化、偏理财化的重要原因之一。

长期护理产品期限较长，保单设计与最后保险金给付可能相隔数十年，即使获得了当期的真实的数据，仍然难以预估未来护理市场的发展形式，在现阶段几乎不可能实现对定价参数在未来数十年的变化进行准确预测。如果在定价中引入安全系数，将进一步提高保费，抑制产品需求，如果采用保守定价，日后调整费率，则可能会削弱消费者对产品的信心。

#### 2) 客户: 客户对护理险认知度低, 承保范围过窄

从客户对产品认知来看，从《2017中国长期护理调研报告》<sup>12</sup>中可以了解到，大部分年轻客户并不了解长期护理保险，约19%了解投保的年龄限制，仅3%了解必须满足几项日常活动能力失能条件才能获得赔付。在许多人的认知中，护理保险的投资属性远强于其保障属性。

发达国家通常将护理保险承保年龄设定在19-99周岁，最大范围覆盖长期护理保险保障需求人群。而我国目前被保险人承保年龄要求基本在60-65岁以下，但从需求来说，60周岁以上老人对长期护理保险的需求最为迫切，如排除在外，则失去了长期护理保险最为主要的消费群体，承保范围过窄将阻碍产品的推广、降低保险公司经营利润，从而产品的社会效益将大打折扣。

#### 3) 服务: 护理服务供给市场不成熟, 给付模式单一, 需求和保障供给存在需求错配

长期护理机构管理方法、服务规范、质量评价都不够健全，服务项目、标准及评价机制尚未自成系统。例如，民政部门制定的标准，是以生活照料水平为基准判断能否进养老院；而卫生部门制定的标准，是以身体健康水平为基准判断能否进护理院。此外，不同区域的评估标准不尽统一，导致两个达到同样照护要求的老人，因在不同区域而不能享受相同的服务。

护理服务市场不成熟，导致我国现有长期护理保险产品基本只设定了一种给付方式即定额给付型，类似于年金给付，仅涉及保险公司和被保险人两者，两者间具有明确的权利和义务关系。如果商业保险机构采取补偿型赔付模式，则长期护理保险赔付需要与护理费用挂钩，医疗护理机构就成了相关方。由于医疗护理行业缺乏相应的评价标准和相应的配套支持，护理机构合作意识也不强，这种建立在长期护理产业链上的多方合作模式建设难度极大，最终限制了保险公司长期护理保险产品的开发和创新。而对于消费者而言，单一的赔付模式无法直接反应长期护理费用的高低和接受护理服务的程度，违背了长期护理保险为被保险提供护理保障服务的初衷。

<sup>12</sup> 参见第3.5章我国长期护理需求现状调研

课题组在上海市长期护理机构调研中发现，目前长期护理保险试点政策落地现状并不尽人意，政策性护理补偿针对重度失能人群护理需求的满足程度只能是杯水车薪，而针对轻度失能及活力老人来说，服务形态与需求往往存在错配。

“从居家护理现状来看，对重度失能老人而言，每天仅上门1小时是远远无法满足需求的，即使提供居家上门护理，老人依然需要另外雇佣保姆全程照护。而对于活力老人来说，在做完上海长期护理政策规定的项目后，剩下时间可能还会陪老人出去走走、聊聊天，实际上老人的需求远超过这42项，有些老人甚至会提出帮助买菜、修理电器、做家务等服务需求。”——上海某知名护理机构项目经理表示

**4) 风控: 缺乏费用管控手段, 存在较强的逆选择风险**  
不论是居家护理还是机构护理，不同的城市、甚至同一个城市不同的区县的评估标准都不统一，例如上海标准分为正常、照护一到六级，计7个等级，而南京标准是正常、半失能、失能3个等级。而各地养老服务机构内部的评估标准更是千差万别，通常根据自己的收费模式设置不同的护理级别，护理级别设置较为简单的仅有3个级别，比较复杂的有11个级别，甚至更多。这就导致保险机构很难针对服务级别和费用标准建立有效的评估体系，缺乏护理支出费用的有效性和合理性评价，将极大增加理赔端控费的难度。

此外，逆选择和道德风险商业长期护理保险市场必须面对的问题。从《2017中国长期护理调研报告》<sup>13</sup>中

可以了解到，在护理规划态度方面，商业护理保险对“迷茫型”消费者（即认为不确定因素太多）来说是一种有用的规划工具，而对“早鸟型”消费者（即认为应尽早规划）来说却吸引力不大。因此，当人们有护理规划需要时，商业护理保险的“避险”功能得以发挥，但它并不是有较强规划意识的人群的首选，许多人甚至可能在意识到自己面临较高失能风险时才考虑购买护理保险，将导致较严重的逆向选择问题。

## 4.4 护理险产品定价、设计和利弊分析

目前市场上的护理险产品主要分为三个大类别：以巴氏量表为给付条件的产品、以重疾为给付条件的产品、以伤残程度为给付条件的产品，但是现行产品在国内均没有真正打开护理险市场，销量整体偏低，其产品定价、设计上仍存在着一定的问题。

### 1. 以巴氏量表为给付条件

以巴氏量表(Barthel Index)为给付条件的长期护理保险责任以进入长期护理状态为给付条件，给付方式为年金或一次性给付的传统型定额给付长期护理保险。一般来说，长期护理状态指被保险人经专科医师诊断判定，符合以下两种情形之一的情况：

- 1) 生理功能障碍。被保险人经专科医师依据巴氏量表判断其穿衣、移动、行动、如厕、进食、洗澡等六项日常生活自理能力中存在三项（含）以上的障碍
- 2) 认知功能障碍。被保险人患阿尔茨海默病性痴呆、血管性痴呆、帕金森性痴呆或非由酒精和其他精神活性物质所致的器质性遗忘综合征导致器质性认知功能障碍且在意识清醒的状态下有分辨上的障碍，达到中度或中度以上痴呆状态，其日常生活必须持续受到他人监护。

<sup>13</sup> 参见第3.5章我国长期护理需求现状调研

以“国寿康馨长期护理保险”为代表的，依据巴氏量表判断是否处于长期护理状态为给付条件的保险类型已经在国内销售多年，有比较充分的核保、理赔经验。但是实践中，此类产品的保险责任界定依靠巴氏量表的判断，但是却缺乏专业第三方机构对其进行判断，因此理赔上存在一定的困难；另外，此类产品在被保险人从护理状态转为正常状态或在护理状态的死亡率的分析上面的有所欠缺，目前的形态设计上都没有考虑过状态转换的问题；最后，此类产品对于较轻度的失能情况无法进行保障，客户体验不是很理想。由于上述的问题以及目前人们的护理保险意识普遍较低，因此此类产品已有的销售经验均不理想。

## 2. 以重疾为给付条件

重疾险在我国已有24年的实践经验，类似重疾险的长期护理产品保险责任以确诊被保险人罹患易于进入长期护理状态的特定疾病为给付条件，疾病种类往往参考现有重疾险所保障的病种，并从中选取出相应的特定疾病。此产品若采用年金给付的形式，可以加入定额的死亡给付和年金一定年限内保证给付的责任来对冲长寿风险带来的影响。该模式的保险产品既可作为主险也可以作为附加险进行销售。作为主险可以销售给有明确护理需求的人群，也可以作为附加险附加在重疾、年金等主险上，作为主险的一个有益补充。

该类产品保险责任更接近于医疗保险，其保障范围也只能涵盖少部分的护理需求，并且此类产品与提前给付型重疾险一样，都不会再理赔发生之后考虑状态转换的问题；另外，此类产品的赔付经验局限在部分特定疾病的发病率之内，这很难指导下一步费用补偿型长期护理保险的定价和利润分析，也使得此类产品的升级更新的潜力较低；最后，此类产品作为重疾产品的附加险或者在销售策略上与重疾险相捆绑的销售情况较为理想，这也注定了其保费很难超过作为主要责任的重疾产品，这进一步限制了护理保险的发展。

## 3. 以伤残程度为给付条件

基于残疾等级的定额给付长期护理保险是参考台湾的照看护理险的形态，根据被保险人因为意外或疾病达到《残疾程度与保险金给付表》的伤残程度为给付条件，给付方式为年金或一次性给付的长期护理保险。

产品的给付形式和给付金额将根据被保险人的残疾等级来进行区分，一般来说会分为一次性给付和年金给付两部分。其中，一次性给付将根据被保险人的伤残程度在《残疾程度与保险金给付表》中对应的比例来进行给付；年金给付则在被保险人达到一定的伤残等级之上后，进行全额给付。

此产品的责任更接近于失能保险，在责任上没有充分考虑进入长期护理状态的标准而强调了肢体的确实与残疾，因此在保障内容上不够充分；另外此产品的赔付情况也很难指导下一步费用补偿型长期护理保险的定价和利润分析，进一步开发的潜力较小。

## 4.5 护理险产品开发风险分析

长期护理保险曾经在美国20世纪80年代盛行一时，到上世纪90年代共有超过130家保险公司经营长期护理保险。但是由于对定价风险估计不足，产品盈利性难以得到保证，至2010年仅剩余12家公司依然经营长期护理保险。其中暴露出定价方面的问题，对于我国长期护理保险仍有一定的借鉴意义。具体涉及的问题如下：

### 1. 发生率风险

长期护理保险的发生率风险主要集中在长期护理状态恢复概率的问题。早期美国长期护理产品中，都假设了20%以上的长期护理恢复概率，即从长期护理

状态转换为正常状态结束长期护理给付。在实际业务中，从长期护理状态恢复的概率远低于假设的情况，而且从核赔角度来看，即便发生了状态转换，从成本和可操作性的角度来看也难以实时确认被保险人的实际状态，这带来了较高的赔付风险。

## 2. 退保率风险

早期美国长期护理产品中，对于产品稳定期的退保率假设采用了寿险长期产品一般的经验数据，即5%的退保率假设。而实际业务中，各公司发现长期护理产品的实际退保率远小于5%，达到1%左右，其中已进入长期护理状态的客户更是几乎没有主动退保行为。而从产品本身的来看，此类产品在一定保单年度后，往往退保率越高利润情况越好，这使得各公司高估了退保所带来的利得，对产品整体的利润情况判断造成了一定的偏差，这也带来了一定损失。

## 3. 死亡率风险

早期美国长期护理产品在目标客群的假设中，认为自身健康风险较高、死亡率较高的人群更倾向于购买长期护理保险，因此采用了一般寿险生命表的死亡率假设，而没有采用年金生命表的死亡率。但实际经验中此业务的死亡发生率更趋近于年金表的死亡率数据，承保人群并没有显著的死亡率偏高的情况，因此会产生一定程度的死差损。

## 4. 费用风险

长期护理的成本在较长的时间段中存在着一定的费用通胀问题，并且护理成本通胀水平高于一般物价的通胀水平，因此会产生一定的定价损失。

## 5. 利率风险

利率问题不限于长期护理产品，在80年代美国长期险的普遍定价利率都相对较高，其中长期护理产品的平均定价利率高达7%。而近年，随着美国经济增长的放缓，目前美国保险公司的投资收益普遍下滑，如今美国长期险的定价利率已经回落至3%左右，对于保险期间长达30年甚至终生的长期护理保险而言，这就产生了很高的利差损。

以上几点为美国过去长期护理产品定价时遇到的主要问题，我国长期护理产品若想避免重蹈覆辙，建议在产品设计时考虑以下几点方案：

### 1) 建立一定的费率调整机制

面对我国长期护理市场经验缺乏、各地护理政策不统一的现状，考虑到美国经验中多种风险的不确定性影响，长期护理险需要一定的调费机制来为保险公司止损，以便各保险公司在长期护理险市场培养阶段能够以一个比较符合我国当前阶段消费水平的价格来吸引客户参与投保。如果费率调整机制透明公开，并受到一定程度的监管，那么就可以防止保险公司的不当得利。

### 2) 行业协同建立长期护理数据库

长期护理保险所面临的各种风险其根源都在于假设与实际的不匹配，若想得到更准确、客观的假设数据，那么各家公司自身积累的数据明显是不充分的。这就需要监管或者行业协会来牵头，组织保险行业协同来建立长期护理的发生率数据库。另外，长期护理费用支出的变化趋势、客户理赔状态变化的判断标准等同样需要行业数据的长期积累来建立相应的理赔数据库来更精确的对长期护理产品未来现金流进行预测。

A close-up photograph of an adult Emperor penguin and its chick. The adult penguin is on the right, facing left, showing its dark grey/black back and white belly. Its yellow-orange beak is slightly open. A smaller, fluffy chick with dark grey down feathers is on the left, facing right, looking up at the adult. They are standing on a light-colored, textured surface, likely snow or ice.

## 五、我国商业护理保险潜在 机会和商业模式展望

## 5.1 商业护理保险发展的关键要素

长期护理由于生命周期跨度长、风险不可预测、信息不对称等问题，在供需双方都存在“市场失灵”的情况，造成市场供给不足、消费不足的情况同时存在，与寿险、养老保险、医疗保险等商业保险产品相比，商业长期护理保险的规模非常小，从OECD国家情况来看，大部分国家商业护理保险占长期护理支出比例不足2%，即便是商业长期护理保险最发达的美国，也低于10%。而我国商业护理保险的未来发展，将依赖于数据、费率、覆盖和生态四大关键要素：

- 1) **长期性的数据积累。**从制度建立到市场快速发展，美国经历了20余年，日本经历了17年，德国经历了21年。商业长期护理险的发展，依赖于长期经验数据的积累、模型验证和产品的迭代，成功的商业模式在短期很难建立。
- 2) **灵活的费率服务。**从长期来看，长期护理的成本存在着一定的费用通胀问题，并且护理成本通胀水平高于一般物价的通胀水平，商业保险公司需要更灵活的费率和服务以保证经营可持续性，包括延长缴费期、可调整费率、灵活的服务内容等。
- 3) **广泛的覆盖群体。**以零散的个人产品进行承保，将难以支撑大数法则和风险共担原理，商业长期护理的切入点，应建立在广泛的覆盖群体的基础上（对于特定市场表现为“强制性”），从而快速建立精算数据积累，减少逆向选择和潜在道德风险。
- 4) **充分的护理生态融合。**与养老服务方进行有机整合，在提供保障服务的同时，提供预防性健康干预、健康管理服务、护理咨询等增值服务，降低失能风险的发生，预防性支出也可以成为保障提供的重要方式。

在我国长期护理保险刚刚起步的背景下，政策性保险由于可以在诸多方面实现经济效率配置的最优化，因此在很长一段时间将成为长期护理保险的主流方式。

## 5.2 商业护理保险创新的发展机会

### 1. 护理保险的目标细分客群

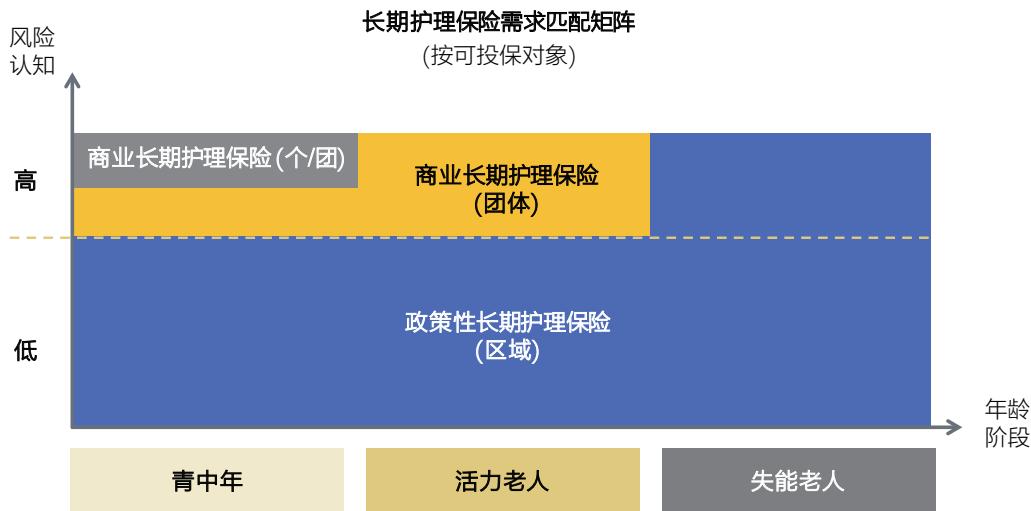
《2017中国长期护理调研报告》<sup>14</sup>中，调研对象为两个群体：

60岁以上老年人及30-59岁中青年人群。从调研结果出发，结合课题组线下走访的信息，可根据人的生命周期，将“年龄阶段”分为三类，第一类是中青年人群，年龄30-59岁不等，通常具有持续收入来源，目前处于健康状态下，其中小部分群体开始做长期的养老规划，但“失能”、“照护”的观念，对这部分群体而言依然非常遥远。第二类是活力老人，年龄大于60岁，通常已处于退休状态，平均收入明显低于中青年人群，已开始规划并享受老年生活，部分人群对失能风险开始有一定的认知。第三类是已经失能的人群，主要为80岁以上的高龄老人，主要依靠退休金维持生活，由于失能需要长期接受护理服务。在这各年龄段人群中，部分人群对失能风险、长期照护需求、护理保险概念有较强认知，并且愿意或已经开始提前做好相关风险规划，而其他人群对失能风险、长期护理保险并不知晓，或存在一定的误解。

<sup>14</sup> 参见第3.5章我国长期护理需求现状调研

如果将护理保险服务与三大类群体进行需求匹配,可以得到图5-1的矩阵。课题组认为,商业长期护理保险的潜在创新机会,只存在于中年青和活力老人中具有较高风险意识的人群中,而对于其他大部分低风险意识群体及已失能群体,在一段时期内,强制性的社会长期护理保险将是唯一的覆盖模式。

图5-1: 长期护理保险需求匹配矩阵(按投保对象)



## 2. 针对细分人群的服务模式

针对细分人群进行进一步服务模式展开,可以总结出六大类服务模式(见表5-1)

表5-1: 不同细分人群的商业护理保险模式

人群细分	风险认知	保险服务	增值服务
中青年	高认知	•医疗延伸性护理保险(个险) •团体护理保险基金(团险)	
活力老人	高认知	•康养一体化服务(团险)	以降低失能发生率为目的的健康增值服务
中青年	低认知		
活力老人	低认知	•社会保险(经办或补充)	
失能老人	-		

### 1) 中青年人

对于失能风险认知度较高的中青年群体,主要存在三种产品服务模式。第一,年金养老保险模式。那些愿意为重大疾病时或退休后可能出现的风险做提前规划,并转化为一定的资金安排,而兼具储蓄理财功能的两全保险和年金保险类产品,对于该需求的销售场景最强,也最容易形成规模化,此类保险在2015-2016年成为个人规模保费的主要险种,实现快速增长,但在2017年原保监会“保险姓保”的基调下,此类产品出现迅速调整。第二,

医疗延伸性护理保险。随着民众对于健康意识的提升,医疗保险、重大疾病保险需求快速提升,将护理责任嵌入医疗保险或重大疾病,有助于弥补传统医疗、疾病类保险往往无法保障就诊前后护理支出的不足。第三,团体护理保险基金模式。随着老龄化的加剧,部分企业将员工的养老保障计划作为一项重要福利。可以由企业作为投保主体,组织建立团体护理保险基金,保障患病员工或退休员工失能时的护理需求,商业保险机构可借助在精算定价、运作管理、专业人才、医疗网络等专业能力,充当基金管理方或增值服务提供方。

### 2) 活力老人

对于活力老人而言,即使存在很强的风险意识和保险购买意愿,也很难形成个人商业护理保险的销售,主要原因包括,第一,超过可投保年龄,或因为健康原因而被拒保,这就意味着医疗疾病延伸性保险无法将此纳入可投保群体。第二,缴费期间过长或面临极高的费率,降低投保意愿。第三,存在可能的逆选择和道德风险,降低保险机构的承保意愿。因此,这部分人群很难形成个人保险的销售目标。活力老人细分群体可以团体模式,与康养一体化服务进行整合。由于这部分老人往往有很强的意愿投资或购买生活、健康、养老、医疗、教育等一系列养老产业相关服务,为即将到来的老年生活做好准备。商业保险机构可将康养一体化服务提供商作为投保人,将护理保险保障作为养老服务的一项内容进行打包,提供给活力老年群体。可探索与养老地产相结合,将住宿、医疗、养生、教育、护理、保险等融为一体。

### 3) 低风险意识人群和已失能老人

此类人群很难成为商业长期护理保险保障对象,在一段时期内,强制性的社会长期护理保险将成为唯一的覆盖模式。商业保险机构主要可以利用自身的专业性优势,提供政策性保险的经办服务,或作为政策性保险的补充,覆盖政策性保险无法覆盖的自负部分支出。

## 5.3 护理险产品创新思路

针对不同细分人群的商业护理保险模式,将其中典型的五类服务模式下的产品思路做进一步分析:

### 1. 社会长期护理保险补充

强制性的社会保险虽然能够实现广覆盖,但仅能满足人们最基础的护理需求,甚至只能满足部分最基础需求,那么商业保险可以就此分为补足基本需求的商业护理险、提供升级服务的商业护理险以及提供高端服务的商业护理险。

提供基础服务的商业护理险与政策性护理险保障责任相同,主要保障其非100%给付的部分与给付额度不足以满足基础需求的部分;提供升级服务的商业护理险主要责任为在政策性护理险的基础上满足市面上中端水平的居家护理和住院护理支出,目前在一一线城市此类支出每月约为5,000-10,000元,政策性补助每月约为1,000元,有4,000-9,000元的缺口可以作为风险保障责任;提供高端服务的商业护理险往往与高端护理机构直接挂钩,提供每月1万元以上的护理保障内容,并且附带提供护理咨询、专家协助、护具提供等全方位的护理辅助。

在上海现行长期护理试点政策下,对于重度失能人员,不论是居家护理还是机构护理,政策性长期护理保险供给都存在较为严重的短缺,如将社会保障体系不足以支付护理支出的部分,作为商业保险补充的服务空间,则在完全满足全市失能人群的护理服务需求条件下,商业长期护理补充护理保险将存在165亿元保障市场空间<sup>15</sup>,同样可以计算出北京商业长期护理补充保险将存在50-80亿元保障市场空间<sup>16</sup>,两地加总接近250亿元,如果折算为保费,则仅北京和上海商业护理保险潜在规模就已接近千亿。

<sup>15</sup> 详见第6.2章上海市长期护理生态地图

<sup>16</sup> 详见第6.3章北京市长期护理生态地图

2018年太保安联健康险与上海市徐汇民政合作，开发了“乐龄宝团体护理保险”，主要覆盖辖区内60周岁及以上参加法定长护险人群，如经过约定的评估机构或上海民政认定为照护级别4至6级老人，在接受社区居家照护、养老机构照护时，可以提供法定长护险个人自负部分100%赔付，同时为了促进失能人群的康复，公司还为参保人提供理疗、行动障碍康复、认知障碍康复相关服务。

## 2. 医疗延伸性护理保险

在部分意外伤害或重大疾病之后，患者往往需要一定的恢复期，而这一期间对于患者照料支出部分的损失补偿是市场上所欠缺的。这部分保障责任从严格来讲并不能算是长期护理，但是其可以被看做长期护理的“简化版”。这种产品给付的触发条件更加明确、护理时间更短、护理难度更低，因此此类产品可以作为长期护理的先行产品探索长期护理赔付的整体流程和中间的过程控制，是对费用补偿型长期护理产品非常有益的探索。具体的产品形态可以作为附加险附加在长期重疾险上，对长期重疾部分后续护理需求较强的重大疾病进行保障，护理时间上可以设定为180天至1年，具体也可以根据所保障的病种不同设定不同的护理时间。

太保安联健康险于2019年8月29日推出了“爱+护理”计划，在保险保障的基础上，提供专业院后生活护理服务，涵盖康复促进、心理关爱、起居照顾、复诊陪同、交通安排等方面，缓解康复期的心理焦虑、恢复困扰及起居护理难题。实现“诊后、术后、院后”的生活全覆盖，满足医疗延伸性健康管理需求。

## 3. 团体护理保险基金

人口老龄化的长期照护风险不仅针对个人，同样也适用于企事业单位和特定组织。由于当前社会基本医疗保险主要覆盖民众看病就医所产生的医疗费用，而因疾病、医疗或失能而产生的护理费用并不在其

中。对于企业或特定组织而言，如果老龄人员、退休人员快速增加，会导致企业或组织在福利保障方面的巨大的支出负担。

因此，企业可以团体员工福利的形式，利用广覆盖的员工，以福利支出的形式，进行筹资，成立长期护理保险基金，以解决员工老龄化背景下护理需求矛盾。商业保险机构可以通过两种方式参与其中，第一，以商业保险机构进行承保。由商业保险机构进行基金管理，为企业员工或辖区成员提供护理服务、护理支出补偿或健康促进服务。第二，以商业保险机构提供专业服务。由企业或组织作为基金的管理主体，商业保险机构可利用其在精算定价、运营风控、资金结算、人员配置、服务网络、健康管理等方面的专业优势，帮助企业或组织提升基金的运作效率。

## 4. 康养一体化服务（以养老地产切入）

长期护理的一个主要痛点就是此类需求没有得到充分开发，在市场上没有被被保险人普遍的认可，因此寻找嵌入的销售场景对于长期护理产品推广和销售而言十分重要。在养老相关产业链环节中，养老产业服务目标大多属于高净值客户，该群体既考虑未来的养老护理规划，具有较高的风险意识和较强的购买力，是长期护理保险重要的潜在客户人群。目前养老地产的模式往往是自建养老公寓、护理医院、提供基础居家护理服务、住房出售或出租。在这种模式下，医院护理和居家护理都是另行收费，老人未来是否有能力长期支付此类费用存在不确定性。这样，就催生了对于长期护理产品的需求。

在这种模式下，长期护理产品的形态可以与传统的长期护理产品类似，在给付责任上可以与地产公司所属医院和护理机构直接挂钩，在产品设计之初约定好给付额度，以打消被保险人未来长期护理支出来源的顾虑。值得注意的是，此类产品可以考虑以地产商为投保人，为所有租期在一定期限以上或者直接购买住房的客户集体投保此类产品，这样可以作

为养老地产生态中的一环，为入住老人提供完善的保障，并形成与其他养老地产商的差异化竞争，而此成本也可以通过租金或房价的形式转嫁给租户或住户。

## 5. 健康增值服务

一些发达国家已经将护理护具、失能预防性服务纳入了长期护理保险的保障范围，不论是青中年群体、活力老人，还是已经失能群体，商业保险机构都可以提供风险筛查、事前干预、失能预防、护理咨询、护理监测、就医协助等一系列增值服务，以降低目标人群的失能风险发生率。

将护理相关的健康干预服务与长期护理保险相结合，不仅能够提升长期护理保险产品的差异化，提升未出险客户的服务体验，同时还能够提前预防和教育被保险人，并对潜在风险人群提供帮助，降低相应疾病及失能风险的发生概率。



## 六、长期护理保险实践研究

## 6.1 综述

为了更深入了解长期护理保险生态圈的发展现状，探究商业长期护理保险的发展空间，课题组选取上海和北京两个一线城市作为研究对象，对全市长期护理服务现状进行盘点，形成《长期护理生态地图》。

长期护理生态地图主要希望分析三大问题：[第一](#)，区域养老护理机构资源分布、费用分布和床位充足程度，对当前失能需求满足情况。[第二](#)，从失能人口、服务价格、筹资标准三个维度，探究长期护理保险基金的可持续程度，以及影响基金充足程度的关键因素。[第三](#)，当前长期护理政策制度下，商业长期护理保险未来的市场空间以及潜在机遇。

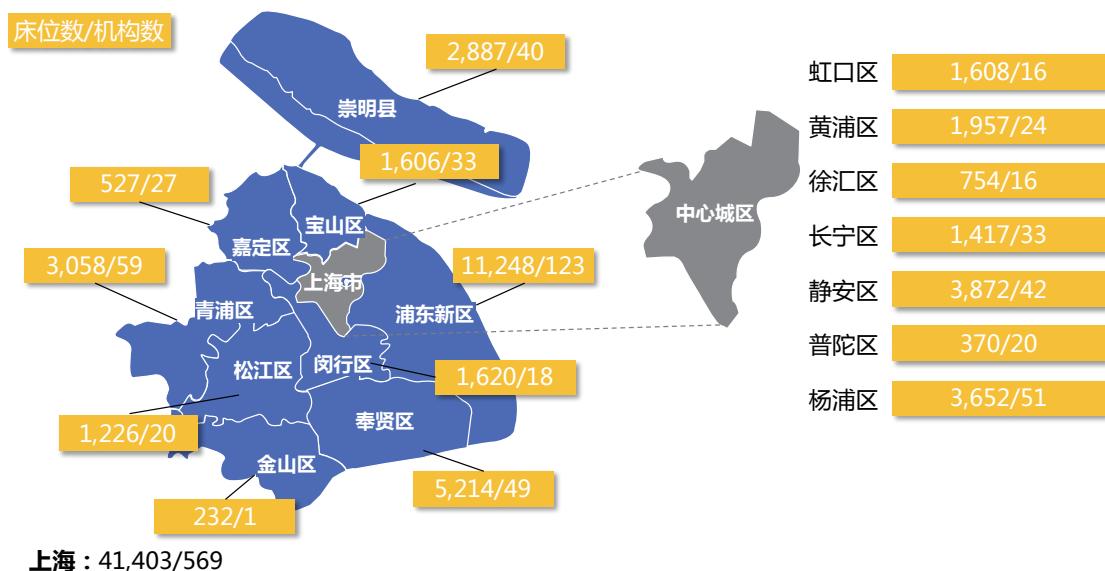
## 6.2 上海市长期护理生态地图

上海是长期护理保险首批15个试点城市之一，早在2000年就开始了长期护理保险体系的探索。根据上海民政统计，2017年全市共有养老机构703家，床位13.83万张。由于数据可得性的问题，本次案例调研主要收集上海医保局公开发布的长期护理保险试点定点机构，覆盖16个区县总计569家机构<sup>17</sup>，统计床位数量、收费情况、医疗资源对接、入住情况、入住条件等信息，并选取8家养老护理机构进行了线下深入调研走访。

### 1. 上海市长期护理资源总量统计

目前上海市定点长期护理机构共计569家，每个区平均为35.6家，床位数总量超过40,000张<sup>18</sup>，床位绝对数量最多的为浦东新区，总共123家长期护理保险定点机构，床位数11,248张，床位绝对数量最少的是金山区，长期护理保险定点机构仅1家，床位数仅为232张（见图6-1）。

图6-1: 上海市长期护理服务总量统计



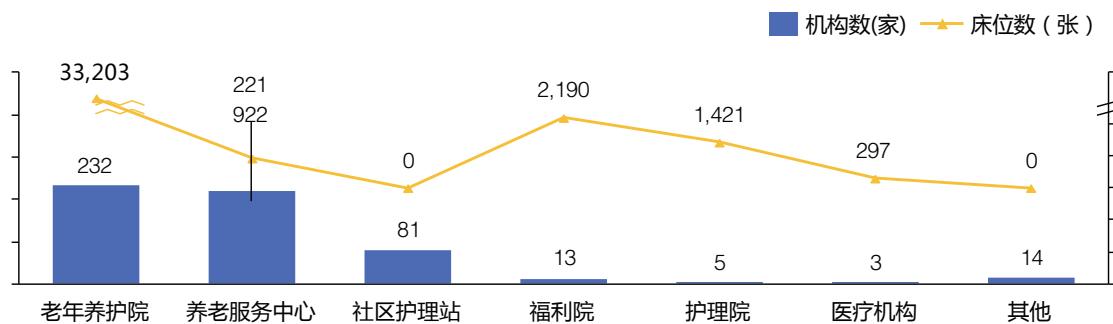
<sup>17</sup> 长期护理定点机构统计截至2018年11月末

<sup>18</sup> 由于数据可得性问题，床位数为不完全统计，根据统计假设略作微调，下同

## 2. 上海市长期护理资源分类情况

从长期护理提供主体来看，主要包括六大类，其中，属于民政系统的养老院、养老服务中心、福利院数量明显多于医疗系统的医院和护理院（图6-2）。

图6-2: 上海长期护理机构分类情况(单位: 家)



数量最多的是老年养护院，包含养老院、敬老院、托老所、老年公寓等机构，合计232家，合计可查询总床位数33,203张。其次是养老服务中心，包括为老服务中心、长者照护之家、居家养老服务、公益服务社等为老服务机构，共计221家，分布在各区人口较为集中的社区，其中仅12家机构拥有床位，床位合计922张，其中闵行区某养老管理服务中心床位数达到了519张。社区护理站包含社区护理站点、社工服务事务所、康复护理服务社共计81家，均无床位。福利院共计13家，可查询合计床位数2,190张。护理院共计5家，基本位于远郊，床位数1,421张。医疗机构包括奉爱、奉浦、力泉医院等三家，均位于奉贤远郊。此外，还有其他商业公司兼做养老服务的，如养老服务运营、人力资源外包、家政服务等，合计14家，均无床位。

从分类特征来看，老年养护院、养老服务中心占据了长期护理机构总数的80%，床位数占比接近90%，平均分布在各区域，而护理院、医疗机构、福利机构等通常分布在近郊和远郊，原因可能是医疗机构希望通过护理服务来吸引更多的客流。

从医疗机构角度来看，医院、护理院成为长期护理定点机构的总数不到10家，其主要原因首先是政策，已经获得医保定点资质的医院，从政策上很难再享受长期护理保险定点资质，其次是由于养老机构的投产比低、经营风险高、人才招募难等问题，阻碍了医疗机构提供养老服务的意愿。课题组在调研中了解到部分医保定点的民营护理院，虽然没有加入长期护理保险试点，但却是以失能、半失能老人长期护理作为主要服务对象，利用医院床位提供长期护理服务，既满足了老年人长期照护需求，又能就近提供医疗服务，并实现医保结算。

而从养老机构角度来看，由于失能和半失能群体对医疗服务衔接存在较高的要求，目前养老护理机构中已经和医院建立对接占比达61.7%<sup>19</sup>，对接方式包括内设医疗机构或与医疗机构合作提供转诊服务。但从服务内容来看，内设医疗机构的主要形式为医务室或护士站，仅提供基础的用药指导、药品分发和管理等服务，对于复杂的临床护理、诊断治疗等服务需求，依然需要自行前往医院或通过机构转诊来实现，机构养老人群的医疗服务需求仍然无法得到较好满足，未来医养结合模式仍然存在进一步创新和优化的空间。

<sup>19</sup> 在上海市16个区县长期护理机构中随机抽样进行统计

### 3.上海市长期护理服务充足度

根据太保安联健康险对于失能发生率的精算假设,得出上海市各区县户籍老人失能人口数量如表6-1:

表6-1: 2017年上海市失能人口年龄构成(万人)

地区	合计	60~64岁	65~79岁	80岁及以上
全市	68.44	2.65	38.41	27.38
浦东新区	12.95	0.49	7.46	5.00
黄浦区	4.41	0.19	2.32	1.91
徐汇区	4.58	0.16	2.40	2.02
长宁区	2.99	0.11	1.52	1.36
静安区	4.79	0.20	2.57	2.02
普陀区	4.54	0.20	2.49	1.85
虹口区	3.96	0.16	2.11	1.69
杨浦区	5.24	0.22	2.79	2.23
闵行区	4.76	0.17	2.75	1.83
宝山区	4.43	0.18	2.62	1.62
嘉定区	2.93	0.11	1.71	1.11
金山区	2.31	0.09	1.39	0.83
松江区	2.55	0.09	1.51	0.95
青浦区	2.10	0.08	1.22	0.80
奉贤区	2.38	0.09	1.44	0.86
崇明区	3.51	0.11	2.11	1.29

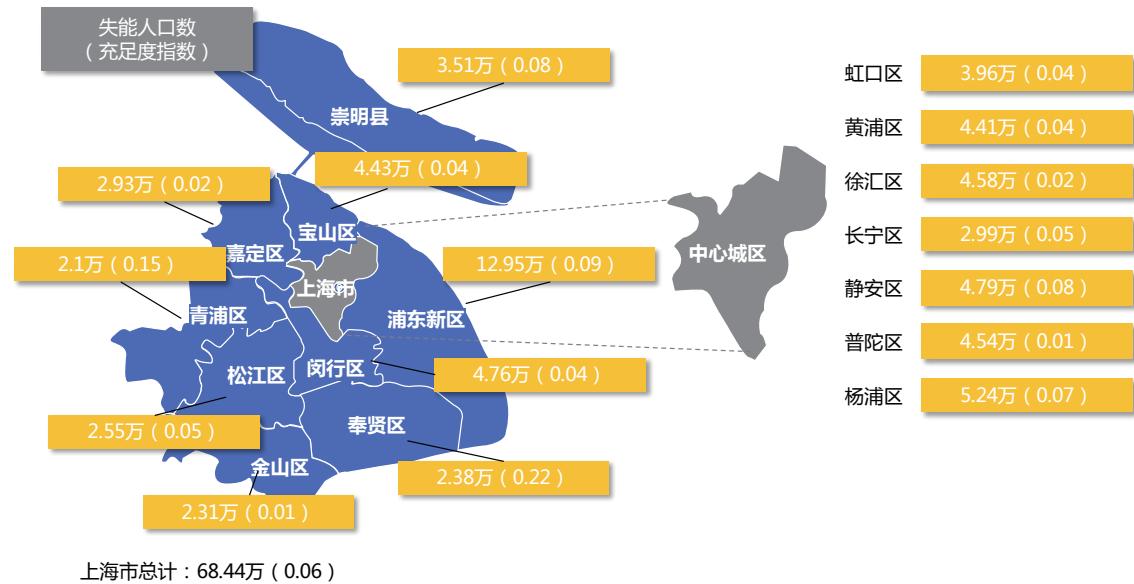
为了衡量长期护理服务的充足程度,在此将各区县长期护理服务机构提供的实际床位数和失能人群数量的比值定义为“护理供给服务充足度指数<sup>20</sup>”,该指数越接近0,说明长期护理服务资源缺口越大,该指数接近1,说明长期护理资源供给和需求缺口越小,如果该指数大于1,说明长期护理资源供给存在过剩。

2017年上海市60岁以上失能人口数量预计为68.4万人,长期护理服务充足度指数仅为0.06,表明每100名失能老人,仅有6张床位可提供。从区县分布来看,护理资源缺口最大的区县为普陀区、徐汇区、嘉定区和金山区,平均每100名重度失能老人,仅有不足2张床位提供;护理资源较为丰富的区县为青浦区和奉贤区,充足度指数分别为

<sup>20</sup> 暂不考虑护理床位和养老床位之间的差异,不考虑未纳入长期护理保险试点的养老护理机构;个别机构所在区县和服务人群户口所在地不一致的,以户口所在地为标准,如上海谷翠老年公寓虽然位于杨浦区,但只接受黄浦区的老人,因此统计时算在黄浦区

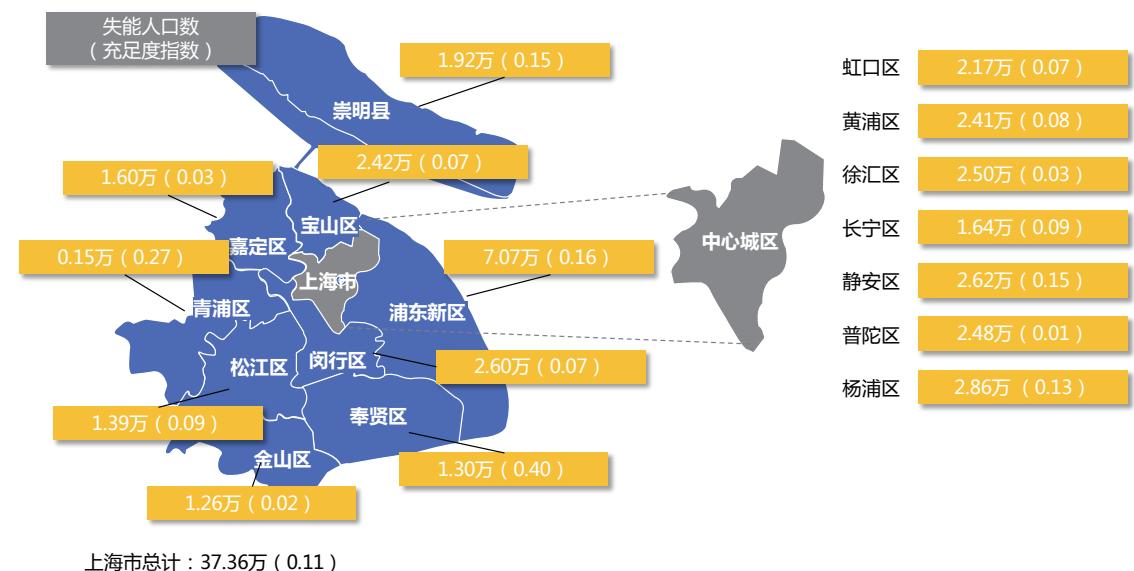
0.15和0.22，即平均每5-6位重度失能老人，有1张长期护理床位供给。在区县不平衡性和支出收入不匹配性的共同作用下，实际养老床位的供给充足度更低。

图6-3: 上海市护理供给服务充足度(60岁以上失能人口)



考虑到重度失能人群对于机构养老的需求更加强烈，如将5-6级失能人群作为基础进行计算，则上海市整体的长期护理充足度指数为0.11，表明每10名失能老人，仅有1张床位可提供，针对重度失能的整体护理床位供给较为短缺。如果从区县分布来看，护理资源缺口最大的普陀区、徐汇区、嘉定区和金山区，针对5-6级重度失能人群的护理供给充足度指数依然最低，同时，在远郊的青浦区和奉贤区，长期护理供给充足度指数分别为0.27和0.4，供给相对充足。

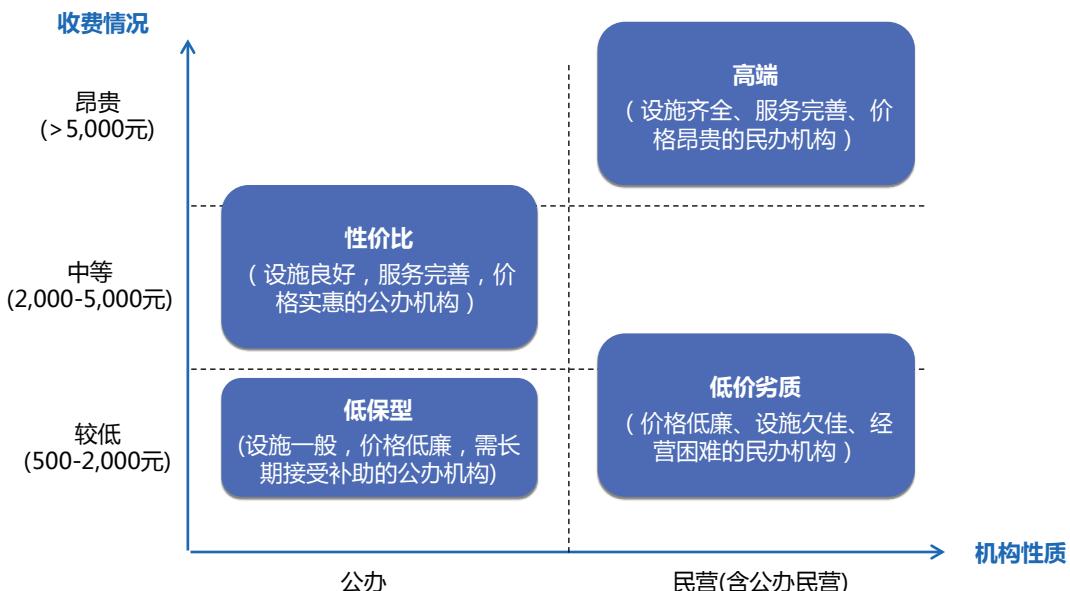
图6-4: 上海市护理供给服务充足度(5-6级重度失能人口)



#### 4. 上海市长期护理供需匹配分析

上海市16个区县长期护理机构每月护理费从500元到14,000元不等，平均为每月3,812元<sup>21</sup>。根据调研走访结果，可以根据机构性质和收费状况，将长期护理机构分成四大类（见图6-5）：

图6-5：长期护理机构的分类矩阵

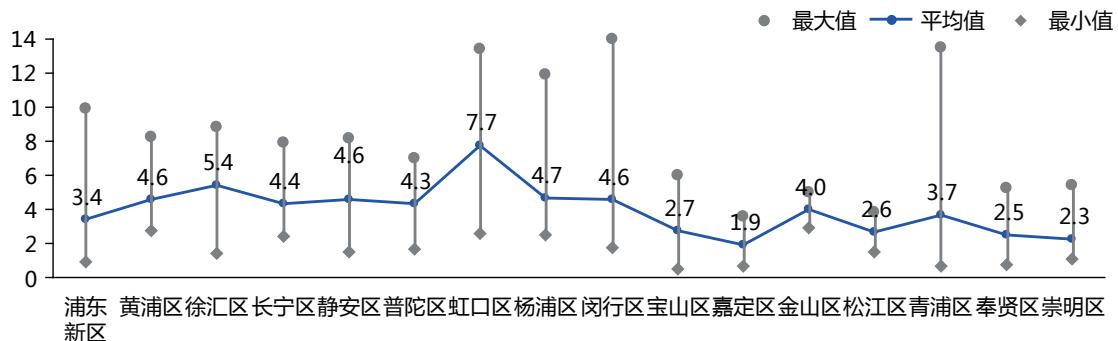


公办长期护理机构中，第一类是“性价比”机构，即在提供良好的护理设施和配套服务的同时，收入可接受的实惠价格（2,000-5,000元左右/月），然而，这类机构往往入住条件较为严格，如只收住本街道户籍老人，或重度失能人群（如4级以上）等等，少数机构还采用差异化收费，如非本街道户籍老人收费高于本街道户籍老人。即使如此，此类机构往往仍会面临一床难求的境况。第二类是“低保型”机构，提供的设施和服务相对简单，收费非常低（每月收费低于2,000），此类机构通常面向困难老人为主，如五保、失独老人，由于收入无法覆盖经营成本，此类机构通常需要长期接受政府补助才能实现经营，且部分公立养老院由于资金不足和需求量大，存在着服务质量低，设施不完备等弊端。民办机构目前存在非常明显的两极分化状况，第一类是高端机构，通常设施齐全、服务配套完善，管理水平高，不仅能够为失能和半失能老人提供长期护理服务，还可针对活力老人提供旅居、娱乐、健身、医疗、保健等多元化服务，这类机构通常收费较高，每月收费超过5,000元，部分机构甚至超过万元。第二类是低价劣质机构，每月收费低于2,000元，甚至低至百元，由于经营收入难以覆盖支出，往往会陷入“缺钱-低质-低价-缺钱”的恶性循环，此类机构不仅硬件设施、服务质量、管理水平等较低，安保状况、消防设施等也存在隐患。上海市定点长期护理保险定点机构中，平均收费高于5,000元的中高端机构约占15%，主要为民营机构，平均收费位于2,000-5,000元之间的占66%，主要为公立机构。

从不同区县的收费情况来看（图6-6），收费平均值较高的机构主要位于中心城区，平均收费基本都在4,000元以上，其中徐汇区平均收费达到了7,700元，该区某高端老年公寓平均收费接近1万元/月，而收费平均值较低的区县主要位于郊区，大多在2,000元附近，其中嘉定区、奉贤区和崇明区最低，其中针对特殊困难群体的敬老院，每月费用仅500-700元。

<sup>21</sup> 费用包括床位费、护理费、伙食费等全部费用

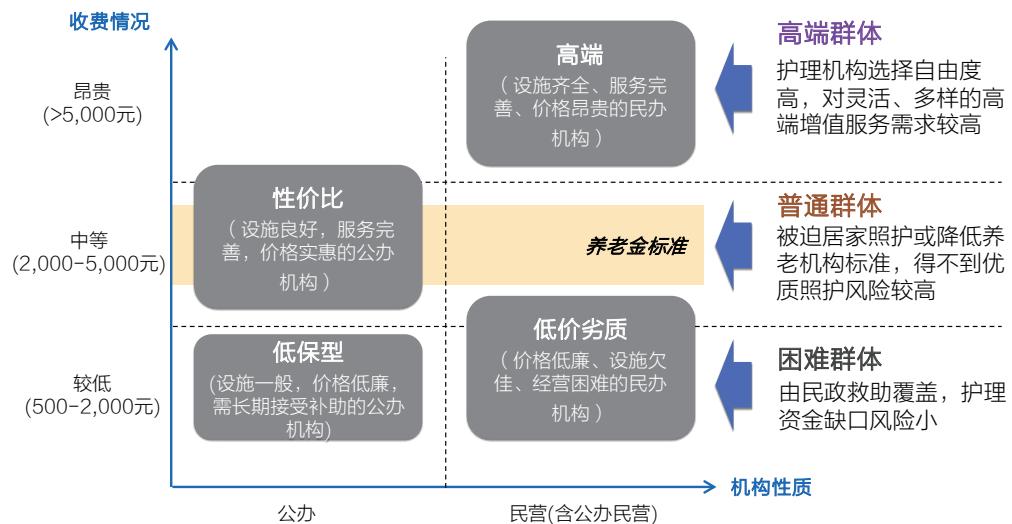
图6-6: 上海长期护理机构收费情况(单位: 千元)



注: 平均收费根据各区域养老机构床位数加权计算

根据上海市人社局公布的数据,上海市2017年企业退休人员月均基本养老金标准为3,754元,从上海市老年人口收入情况来看,总体分为三类: **第一类, 困难群体**。即五保、贫困、失独老人,每月收入往往低于上海市平均养老金标准。**第二类, 普通群体**。大部分老年人属于此类人群,月收入在平均养老金水平上下。**第三类, 高端人群**。包括特定职业退休人群,或具有租金、分红等额外收入的老年人,这部分人群月收入通常显著高于平均养老金水平。将三类老人与长期护理机构四大分类进行匹配,可以得出以下结论(见图6-7):

图6-7: 上海老年人护理供需匹配度分析



第一, 低保群体在发生失能风险时,虽然其收入低于平均养老机构水平,在民政补助支持下,恰好匹配公办“低保型”和“性价比型”护理机构,通常不存在太大的资金缺口风险。第二, 普通群体月收入水平正好处于第一类“性价比”机构收费平均线,虽然从收入角度似乎能匹配大部分公立“性价比”机构,但由于上海养老护理机构充足度整体不高,且存在公立“性价比”机构入住条件严格、民营机构存在缺位的问题,如果老人没有额外的收入来源,在发生失能风险时,往往只能被迫选择由家属居家照护或入住“低价劣质”的民营机构,因此,该群体失能时得不到优质照护的风险更高。第三,针对高端群体来说,由于目前民营中高端养老机构的充足度高、选择余地大,并不会出现供给风险,更多的需求将聚焦于灵活、多样化的高端增值服务,包括高端诊疗机构对接、定制化护理方案、疾病风险早期筛查、高端社区配套服务等。从供需匹配结果来看,第二和第三类群体将成为商业保险机构的潜在的服务群体。

## 5. 上海市长期护理政策敏感度分析

### 1) 试点政策

2016年12月，上海市政府关于印发《上海市长期护理保险试点办法》的通知，2017年1月起，上海徐汇、普陀、金山三个区先行试点，2018年1月在全市开展。

上海长期护理政策主要覆盖两类人员：第一类人员为参加本市职工基本医疗保险人员，由用人单位按照本单位职工医保缴费基数之和1%的比例，缴纳长期护理保险费；在职职工个人按照其本人职工医保费基数0.1%的比例，缴纳长期护理保险费，试点阶段个人部分暂予减免。退休人员个人不缴费。第二类人员为参加本市城乡居民基本医疗保险的60周岁及以上的人员。按照略低于第一类人员的人均筹资水平确定其人均筹资标准，个人缴费部分占总筹资额的15%左右。其余部分，由市、区财政按照1:1比例分担。

第一类人员中60周岁及以上且已按照规定办理申领城镇职工基本养老金手续的人员和第二类人员，按照上海老年照护统一需求评估的有关规定，提出需求评估申请，由定点评估机构对其自理能力、疾病状况等进行综合评估后，达到照护等级2至6级的，可以享受相应的长期护理保险待遇。

从待遇提供方式来看，主要包括社区居家照护、养老机构照护和住院医疗护理三种模式，其中除了住院医疗护理待遇仍执行本人所参加的本市职工医保或居民医保的相关规定外，社区照护和养老机构照护服务可享受长期护理保险待遇，由长期护理保险定点护理服务机构与所在地区医保中心统一结算，具体待遇参见表6-2。依法成立具有法人资质、能开展长期护理服务的养老机构、社区养老服务机构以及医疗机构（如护理站等），可以提出申请，经评估后与市医保中心签订服务协议，成为长期护理保险定点护理服务机构。

表6-2: 上海市长期护理待遇表

单位：人民币元

居家护理				机构护理			
失能等级	2-4	4	5-6	失能等级	2-4	4	5-6
每周上门时间 (小时)	3	5	7	支付标准 (每天)	20	25	30
给付比例	90%	90%	90%	给付比例	85%	85%	85%
支付标准 (每小时)	执业护士80元、养老护理员65元、其他40元						
失能评估费				200			

### 2) 筹资总额

截至2017年末，上海市职工基本医疗保险参保人数达到1,496.8万人；其中参保职工1,005.4万人，离退休人员491.4万人。以上海2017年职工平均工资7,132元，按照全市1,005.4万参保职工计算，则城镇职工医保长护基金人均年筹资额941.4元，年筹资总额为94.7亿元。截至2017年末，本市城乡居民基本医疗保险参保人数达到344.6万人，按照

略低于城镇职工医保的标准进行筹资，假定为每年人均筹资500元<sup>22</sup>，则年筹资总额为17.2亿元，可以估算出上海市长期护理基金总额约为111.9亿元。

### 3) 长期护理支出

根据上海市户籍老人失能人口统计（见表6-1），结合上海市长期护理待遇，可以计算出居家护理和机构护理的年累计基金支出<sup>23</sup>，见表6-3。

表6-3：居家护理和机构护理年累计支出对比

人群分布	2-3级	4级	5-6级
人群占比假设	32.14%	13.27%	54.59%
人群总量（万人）	22.00	9.08	37.36

居家护理支出	2-3级	4级	5-6级
每周上门服务时间(小时)	3	5	7
单价（元/小时）	40	65	65
长期护理基金负担比例	90%	90%	90%
年累计基金支出（元）	5,616	15,210	21,294

机构护理支出	2-3级	4级	5-6级
单价（元）	20	25	30
长期护理基金负担比例	85%	85%	85%
年累计支出（元）	6,205	7,756	9,308

注：失能人群分布数据取自太保安联健康险失能发生率精算假设

如果所有老人均能够申请并享受长期护理政策待遇，如果所有老人都采用机构护理模式，则年基金支出总额为31.5亿<sup>24</sup>，在考虑10%的基金管理费情形下，按照总筹资人数1,350万人计算，人均年最小筹资额为467.6元，同样，如果所有老人都采用居家护理模式，则年基金支出总额将达107.1亿，同样场景下计算出的人均年最小筹资额为881.4元。

<sup>22</sup> 上海市暂未公开第二类人员长期护理保险年筹资标准

<sup>23</sup> 从实际调研情况来看，目前居家护理中，医疗临床护理服务的情况非常少，因此模型中将轻度失能支付标准设定为40元，中度和重度失能设定为65元，暂不考虑执业护士80元的支付标准

<sup>24</sup> 支出总额包括长期护理评估费每次200元，由长护基金100%支付

#### 4) 上海市长期护理基金敏感性分析

为了探究上海市长期护理制度可否有效覆盖当前和未来的长期护理服务需求, 定义长期护理基金充足度等于年筹资总额扣除手续费及基金总支出后的结余, 在此根据以从失能人口、服务价格、筹资标准三个维度, 进行长期护理基金充足度的敏感性分析<sup>25</sup> (见表6-4)。

表6-4: 上海市长期护理基金的充足程度(亿元)

年累计筹资总额 : 111.9亿元

筹资标准 给付	基础场景	失能人数变化		护理价格变化	
		+25%	+50%	+25%	+50%
基础场景	35.8	19.6	3.4	19.9	4.1
-25%	10.6	(5.6)	(21.8)	(5.2)	(21.1)
-50%	(14.5)	(30.7)	(47.0)	(30.4)	(46.3)

注: 为方便计算, 基础场景假设2-3级轻度失能人群10%选择机构护理, 4级30%选择机构护理, 5-6级90%选择机构护理。

在基础场景下, 上海市长期护理基金将实现35.8亿的结余, 结余度约为32%。随着老龄化的不断加剧, 失能人群将逐渐扩大, 如失能人群数量扩大25%, 将导致充足度下降45%, 即结余19.6亿, 如扩大50%, 将导致充足度下降91%, 即结余3.4亿。在人力资本、租金的推动下, 未来护理成本将逐渐上升, 如果护理支出标准上涨25%, 将导致充足度下降44%, 即结余19.9亿, 如上涨50%, 将导致充足度下降89%, 即结余4.1亿。

另一方面, 出生率下降、人口外流等因素可能导致年轻工作人口减少, 而国家减税降费等政策, 可能会导致筹资标准下降, 这些因此都将直接影响长期护理筹资总额。如果长期护理保险筹资人数或筹资标准减少25%, 将导致长护基金充足度下降70%, 即结余10.6亿, 如减少50%, 将导致充足度下降140.6%, 将出现14.5亿的基金缺口。

## 6. 商业补充护理保险的市场空间探索

从敏感性分析来看, 目前上海长期护理政策下, 居家护理占比是影响长期护理支出的最敏感要素, 筹资人数和筹资标准是长期护理基金长期充足度和可持续性的最敏感要素, 人口老龄化、生育率下降、租金护理成本上升等诸多因素, 都会导致失能人数的增长、护理支出上涨、筹资来源缩减等结果, 以至于政策性长期护理充足度难以持续满足老年人的护理服务需求, 在这样的趋势下, 长期来看, 商业长期护理保险将发挥越来越重大的作用。在此将将商业补充护理保险市场空间, 定义为实际失能护理支出需求与政策性长期护理供给之间的差值。

### 1) 失能护理支出需求

对于居家护理而言, 轻度、中度失能老人专门雇佣保姆或护工提供全天候居家护理的情况并不多见, 而重度失能老人往往需要接受全天居家看护服务, 根据上海市护理服务行业的现状, 居家看护服务平均收费约为200-

<sup>25</sup> 敏感度分析中假设所有参保人员充分使用长期护理待遇, 且均不考虑基金投资收益率因素

250元/天，即6,000元/月，则每年实际护理支出需求约为7.2万元。根据基础场景假设，采用居家护理的重度失能人群约为3.7万人，实际资金需求约为26.9亿元/年。对于机构护理而言，根据护理资源地图调研结果，上海市定点养老护理机构平均月收费为3,812元，即年均支出4.6万元，根据基础场景的假设，需要机构护理人群数量约为38.5万人，实际资金需求约为176.3亿元/年（见表6-5）。

表6-5: 上海市失能人群实际护理资金需求

实际护理需求	居家护理			机构护理		
	2-3级	4级	5-6级	2-3级	4级	5-6级
人群比例	90%	70%	10%	10%	30%	90%
保障人数（万人）	19.8	6.4	3.7	2.2	2.7	33.6
实际护理支出（元/人）	-	-	72,000	45,748	45,748	45,748
实际护理需求（亿元）	-	-	26.9	10.1	12.5	153.8

## 2) 政策性长期护理供给

从政策性供给来看，居家护理每年的待遇支付水平，2-3级年支出为5,616元，4级为15,210元，5-6级为21,294元<sup>26</sup>，如果考虑基金10%手续费的基础上，居家护理基金可支出规模为分别为10.0亿、8.7亿和7.16亿。机构护理每年的待遇支付水平，2-3级年支出为6,205元，4级为7,756元，5-6级为9,307元<sup>27</sup>，如果考虑基金10%手续费的基础上，机构护理基金可支出规模为分别为1.2亿、1.9亿和28.2亿。因此，如需完全满足上海市失能人群的护理服务需求，商业长期护理补充护理保险将存在164.7亿元市场空间（见表6-6）。

表6-6: 上海市商业长期护理保险市场空间

商保潜在空间	居家护理			机构护理			累计
	2-3级	4级	5-6级	2-3级	4级	5-6级	
基金支出规模（亿元/年）	10.0	8.7	7.2	1.2	1.9	28.2	38.5
商保潜在空间（亿元/年）	(过剩)	(过剩)	19.7	8.9	10.6	125.6	164.7

因此，在上海现行长期护理试点政策下，对实际失能人员护理资金需求覆盖存在不平衡性，对于轻度和中度失能人员，目前长期护理政策提供的居家护理，存在过剩的情况，而对于重度失能人员，不论是居家护理还是机构护理，政策性供给都存在较为严重的短缺，即使将基础场景下长期护理基金可能的结余考虑进来，对该缺口的弥补作用也微乎其微。建议商业机构重点考虑覆盖机构护理服务、以及重度失能人员的居家护理需求，结合养老服务相关的健康管理、就医协助、风险筛查等增值服务，开发相应的长期护理保险产品，并与政策性长期护理险衔接。

<sup>26</sup> 居家护理支付标准计算已扣除自费比例部分，下同

<sup>27</sup> 机构护理支付标准计算已扣除自费比例部分，下同

## 7. 上海市长期护理生态地图总结

综上所述, 北京市长期护理保险市场以下六大特征:

**第一, 医养结合不足。**试点机构中养老机构床位数占比超过90%, 医院、护理院成为长期护理定点机构总数不到10家, 医院端建立医养结合的意愿偏低。另一方面, 养老机构中已经建立已经和医院有对接的养老护理机构比重达61.7%, 但服务内容偏重基础的用药管理。

**第二, 长期护理供给充足度依然不高,且存在结构不平衡。**2017年全上海市60岁以上失能人口数量预计为68.4万人, 每100名失能老人, 仅有6张床位可提供, 整体来看长期护理资源缺口较大。如仅以5-6级重度失能人口为衡量口径, 市区和远郊区护理资源依然存在结构上的供需失衡。

**第三, 中档性价比机构缺失。**公立护理机构往往入住条件严苛, 而私立护理机构费用存在两极分化, 普通收入群体得不到优质护理资源的风险更高, 部分失能老人将被迫选择居家家属照护或入住低价劣质的机构的情况。

**第四, 居家护理占比是影响长期护理支出的最敏感要素。**居家护理比例越高, 基金的支出增长速度越快, 如果所有老人均选择居家护理, 为了确保当期收支平衡, 上海市政策性长期护理人均年最小筹资额将达881.4元。

**第五, 筹资人数和筹资标准是长期护理基金可持续发展的最敏感要素。**随着在长期护理支出上涨、失能人员的增加的情况下, 提高筹资标准、扩大筹资范围将有效解决长期护理服务需求缺口。

**第六, 商业补充护理保险存在发展空间, 机构服务、居家服务将成为重点。**目前长期护理政策提供的居家护理, 存在过剩的情况, 而对于重度失能人员, 不论是居家护理还是机构护理, 政策性供给都存在较为严重的短缺。商业保险每年的市场空间总额大约在164.7亿左右。未来机构护理服务、以及重度失能人员的居家护理需求将成为商业保险的重点发展领域。

### 6.3 北京市长期护理生态地图

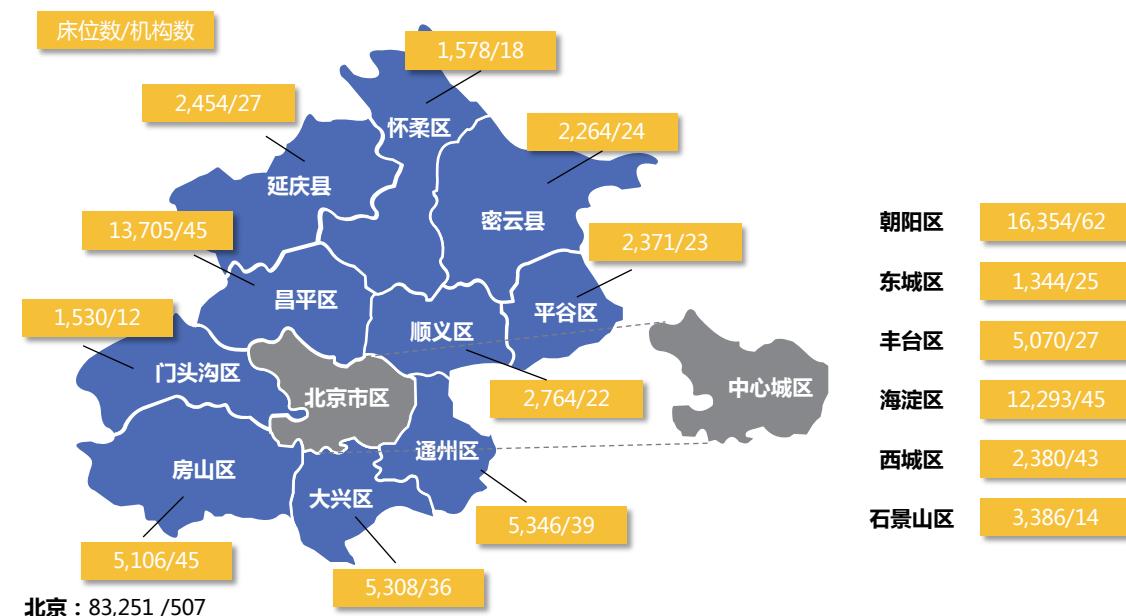
北京市并不是15个长期护理试点城市之一, 近几年随着老龄化问题日益严峻, 北京市开始了长期护理保险体系的探索。2015年和2018年分别海淀区和石景山区开展了长期护理保险试点工作。根据民政部的统计, 截至2017年12月, 全市共有老年人与残疾人服务机构672家, 总床位15.09万张, 由于数据可得性问题, 本次调研从公开数据渠道收集共计507家养老护理机构<sup>28</sup>, 统计床位数量、收费情况、医疗资源对接、入住情况、入住条件等信息, 并选取1家连锁养老护理机构进行了线下深入调研走访。

<sup>28</sup> 统计数据截止至2018年12月

## 1. 北京市长期护理资源总量统计

本次调研范围的507家养老护理机构，每个区平均为31.7家，床位数总量超过80,000张<sup>29</sup>，床位绝对数量最多的为朝阳区，总共62家养老护理机构，床位数16,354张，床位绝对数量最少的是东城区，仅为1,344张。平均每家机构床位数达到了164张，而上海仅为74张，北京是上海的一倍多（见图6-8）。

图6-8: 北京市长期护理服务总量统计



## 2. 北京市长期护理资源分类情况

从长期护理提供主体来看，主要包括六大类，其中，属于民政系统的养老院、养老服务站、福利院数量明显多于医疗系统的医院和护理院。数量最多的是老年养护院，包含养老院、敬老院、托老所、老年公寓、光荣院等机构，合计415家，可查询总床位数57,055张。其次是福利院，合计56家，可查询床位数7,901张。养老服务站，包括为老服务中心、长者照护之家、居家养老服务站、公益服务社等为老服务机构，共计26家，床位合计3,678张。护理院6家，床位合计1,028张。社区护理站包含社区护理站点、社工服务事务所、康复护理服务社共计2家，均无床位。医疗机构2家，合计床位16张。从分类特征来看，老年养护院不论是机构数量还是床位数量，都占据了养老护理机构资源总数的81%而护理院、医疗机构等专业性机构供给资源较少。

<sup>29</sup> 由于数据可得性问题，床位数为不完全统计，根据统计假设略作微调，下同

### 3. 北京市长期护理服务充足度

根据太保安联健康险对于失能发生率的精算假设, 得出北京市各区县户籍老人失能人口数量如表6-7:

表6-7: 2017年北京市失能人口年龄构成(万人)

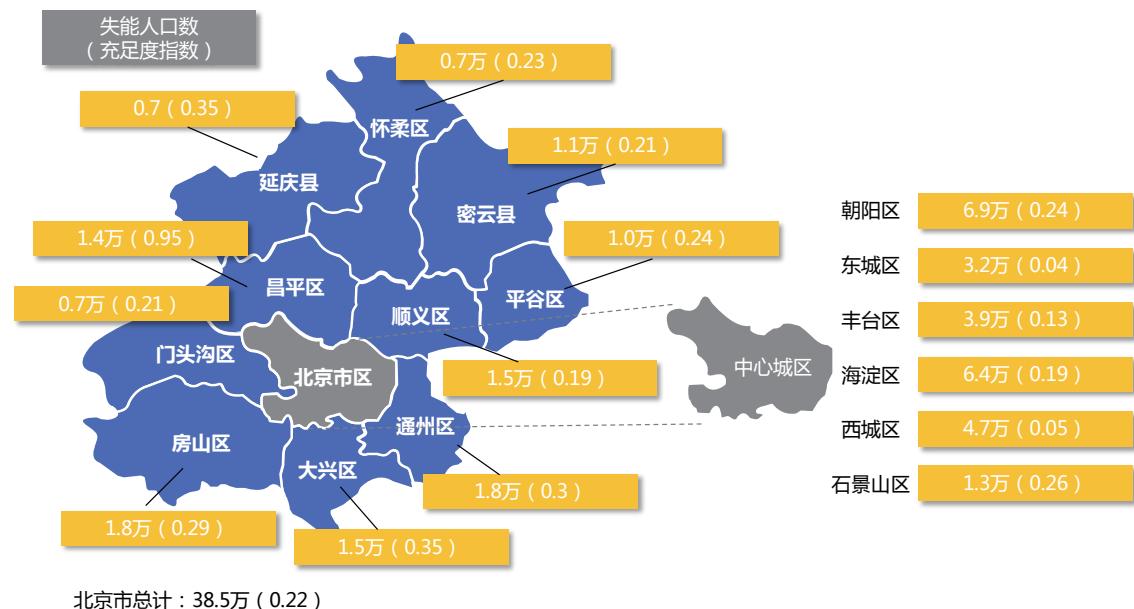
地区	合计	60~69岁	70~79岁	80岁及以上
合计	38.53	7.56	12.05	18.92
昌平区	1.44	0.31	0.51	0.61
朝阳区	6.95	1.23	2.19	3.53
大兴区	1.51	0.34	0.55	0.61
东城区	3.15	0.64	0.82	1.70
房山区	1.79	0.45	0.69	0.65
丰台区	3.93	0.75	1.18	2.00
海淀区	6.37	1.01	1.92	3.43
怀柔区	0.69	0.15	0.24	0.31
门头沟区	0.73	0.15	0.24	0.34
密云县	1.06	0.23	0.36	0.48
平谷区	0.97	0.22	0.35	0.41
石景山区	1.30	0.25	0.37	0.68
顺义区	1.46	0.35	0.54	0.58
通州区	1.79	0.44	0.66	0.68
西城区	4.71	0.89	1.20	2.62
延庆县	0.69	0.15	0.24	0.31

为了衡量长期护理服务的充足程度, 在此将各区县长期护理服务机构提供的实际床位数和失能人群数量的比值定义为“护理供给服务充足度指数<sup>30</sup>”, 该指数越接近0, 说明长期护理服务资源缺口越大, 该指数接近1, 说明长期护理资源供给和需求缺口的缺口越小, 如果该指数大于1, 说明长期护理资源供给存在过剩。

<sup>30</sup> 暂不考虑护理床位和养老床位之间的差异; 个别机构所在区县和服务人群户口所在地不一致的, 以户口所在地为标准, 如上海谷翠老年公寓虽然位于杨浦区, 但只接受黄浦区的老人, 因此统计时算在黄浦区

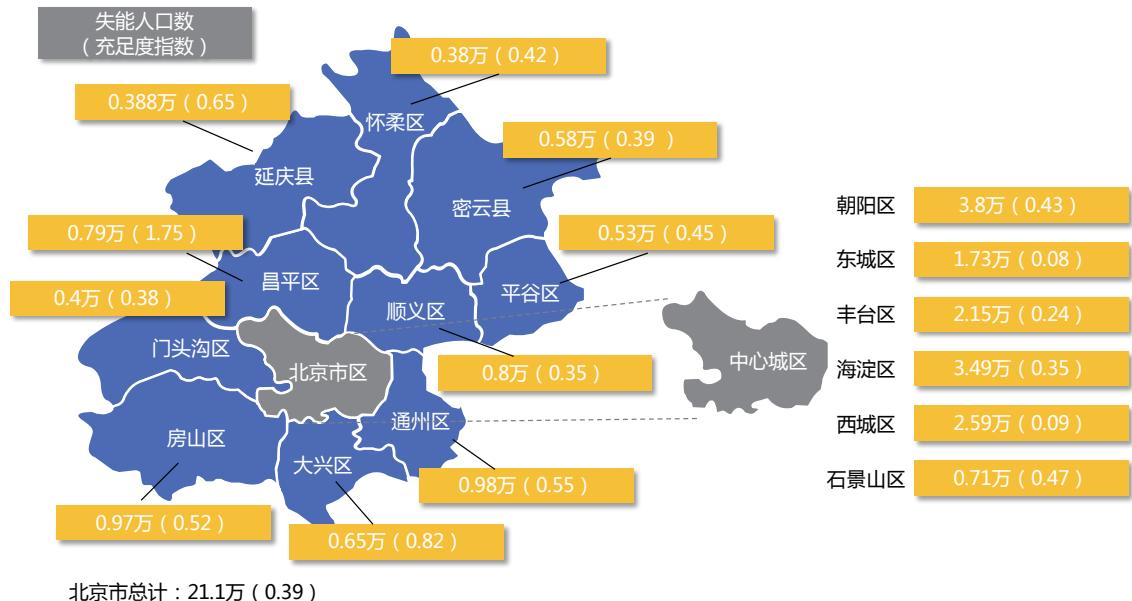
2017年北京市60岁以上失能人口数量预计为38.5万人，总量小于上海市同期失能人口数量。长期护理服务充足度指数为0.22，表明每100名失能老人，有22张床位可提供。护理机构资源供给充足度整体大于上海市。从区县分布来看，远郊县的充足度普遍高于城区，护理资源缺口最大的区县为东城区和西城区，充足度指数分别为0.04和0.05，平均每100名重度失能老人，仅有不足5张床位提供；护理资源较为丰富的区县为昌平区，充足度指数达到了0.95，也就是说，几乎所有失能老人的护理床位需求都可以被覆盖（见图6-9）。

图6-9: 北京市护理供给充足度(60岁以上失能人口)



考虑到重度失能人群对于机构养老的需求更加强烈，如将5-6级失能人群作为基础进行计算，则北京市整体的长期护理充足度指数为0.39，表明每3名失能老人，仅有1张床位可提供，针对重度失能的整体护理床位供给较为丰富。如果从区县分布来看，远郊县的充足度普遍高于城区的情况依然存在，护理资源缺口最大的依然为东城区和西城区，针对5-6级重度失能人群的充足度指数不到0.1，在远郊的昌平区，充足度指数为1.75，出现了供给过剩，延庆县、大兴区、通州区、房山区的充足度指数也超过了0.5（见图6-10）。

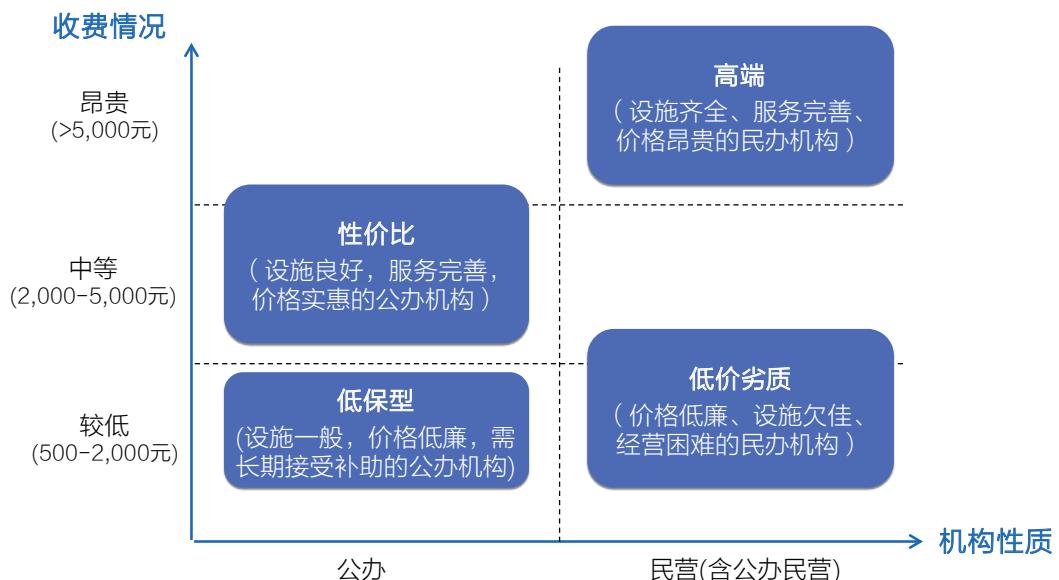
图6-10: 北京市护理供给充足度(5-6级重度失能人口)



#### 4. 北京市长期护理供需匹配分析

北京市16个区县长期护理机构每月护理费从300元到20,000元不等，平均为每月3,336元<sup>31</sup>。与上海的情况类似根据机构性质和收费状况，同样可以将长期护理机构分成四大类（见图6-11）：

图6-11: 养老护理机构的分类矩阵



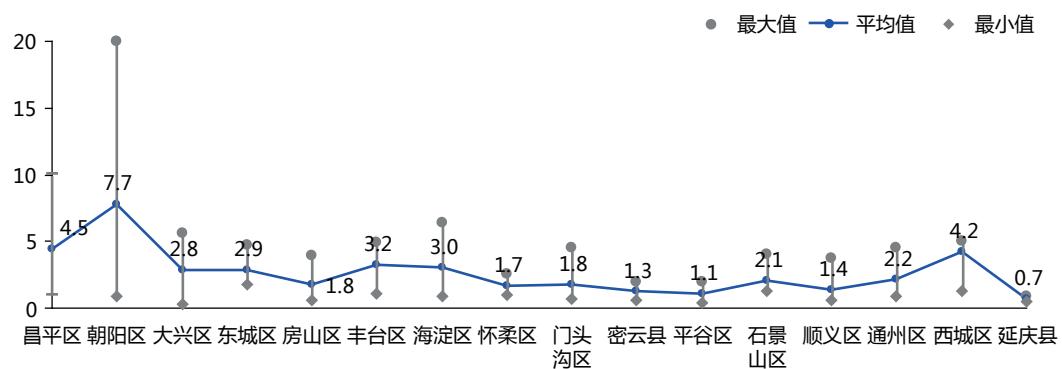
<sup>31</sup> 费用包括床位费、护理费、伙食费等全部费用

公办长期护理机构中，**第一类是“性价比”机构**，即在提供良好的护理设施和配套服务的同时，收入可接受的实惠价格（2,000-5,000元左右/月），然而，这类机构往往入住条件较为严格，如只收住本街道户籍老人，或重度失能人群（如4级以上）等等，少数机构还采用差异化收费，如非本街道户籍老人收费高于本街道户籍老人。即使如此，此类机构往往仍会面临一床难求的境况。**第二类是“低保型”机构**，提供的设施和服务相对简单，收费非常低（每月收费低于2,000元），此类机构通常面向困难老人为主，如五保、失独老人，由于收入无法覆盖经营成本，此类机构通常需要长期接受政府补助才能实现经营，且部分公立养老院由于资金不足和需求量大，存在着服务质量低，设施不完备等弊端。民办机构目前存在非常明显的两极分化状况，**第一类是高端机构**，通常设施齐全、服务配套完善，管理水平高，不仅能够为失能和半失能老人提供长期护理服务，还可针对活力老人提供旅居、娱乐、健身、医疗、保健等多元化服务，这类机构通常收费较高，每月收费超过5,000元，部分机构甚至超过万元。**第二类是低价劣质机构**，每月收费低于2,000元，甚至低至百元，由于经营收入难以覆盖支出，往往会陷入“缺钱-低质-低价-缺钱”的恶性循环，此类机构不仅硬件设施、服务质量、管理水平等较低，安保状况、消防设施等也存在隐患。

与上海不同的情况是，北京市养老护理机构每月平均收费低于2,000元的占比接近70%，大部分为“低保型”机构，远超过上海市同类型机构数量，平均收费位于2,000-5,000元之间的数量占比27%，平均收费高于5,000元的高端机构数量占比仅占5%，如果按照床位来计算，低于2,000元的床位占比接近50%，2,000-5,000元之间的床位占比为37%，高于5,000元的床位占比为15%。

从不同区县的收费情况来看（图6-12），收费平均值较高的机构主要位于中心城区，其中朝阳区每月平均收费达到了7,746元，该区域双井某高端老年公寓平均收费达到了20,000元/月。而每月收费平均值较低的区县主要位于郊区，房山区、怀柔区、顺义区、密云县、平谷区、延庆县平均每月收费不到2,000元，针对特殊困难群体的敬老院，每月费用仅300-500元。

图6-12: 北京市各区县养老护理机构收费情况(单位: 千元)

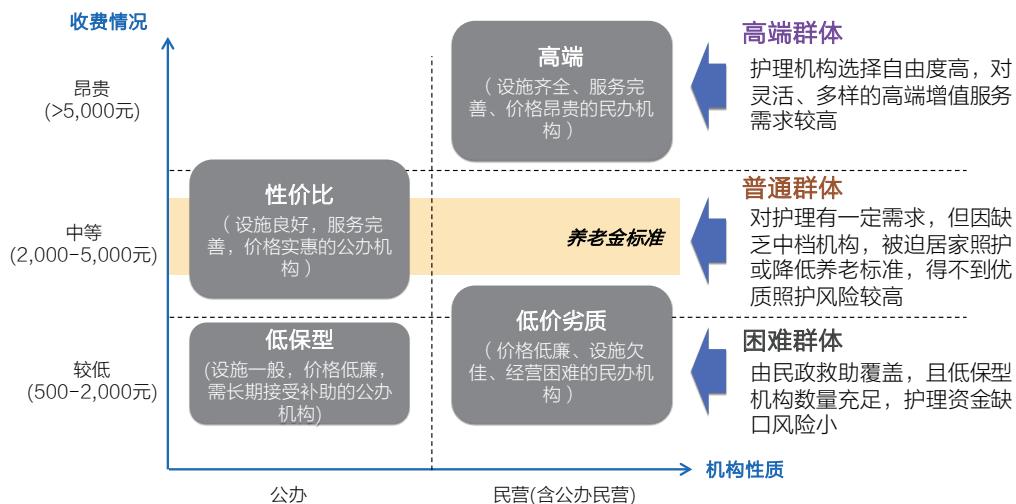


注: 平均收费根据各区域养老机构床位数加权计算

根据北京市人社局公布的数据，北京市2017年企业退休人员月均基本养老金标准为3,770元。从北京市老年人口收入情况来看，总体分为三类：**第一类困难群体**，即五保、贫困、失独老人，每月收入往往低于北京市平均养老金标准；**第二类普通群体**，大部分老年人属于此类人群，月收入在平均养老金水平上下；**第三类高端人群**，包括特定职业离退休人员，或具有租金、分红等额外收入的老年人，这部分人群月收入通常显著高于平均养老金水平。将三类老

人与长期护理机构四大分类进行匹配,可以得出以下结论(见图6-13)。

图6-13: 北京老年人护理供需匹配度分析



## 5. 北京市长期护理政策敏感度分析

### 1) 长期护理保险的政策探索

虽然北京市不在首批15个长期护理试点城市之列, 但近年来北京市也在不断探索长期护理保险保障的制度创新, 在海淀区和石景山区开展了相关试点工作。

2015年海淀区人民政府与中国人民人寿保险股份有限公司合作, 联合推出护理保险, 于6月27日颁布了《海淀区居家养老失能护理互助保险试点办法》。覆盖人员为海淀区城乡户籍年满18周岁(在校学生除外)以上的居民以及在本行政区域内各类合法社会组织工作的具有本市户籍人员。从筹资方式来看, 长期护理互助保险资金实行社会统筹基金账户与个人账户相结合。长期护理互助保险资金由个人缴费、政府补贴、照护服务机构缴纳互助基金组成。个人缴费记入个人账户, 政府补贴、照护服务机构互助基金记入统筹基金账户。互助保险资金统筹使用

于失能照护服务。长期护理互助保险基金按年龄段不同实行差别化缴费。基金缴费标准基数，2016年暂按每人每年1,140元的标准筹集，政府按不同年龄段缴费额度20%的比例予以补贴。个人连续缴费不得低于15年。财政补贴不超过15年。从待遇来看，满足最低缴费年限的、达到65岁以上的被保险人因身体、心智等原因，经连续不少于6个月以上治疗，经医疗机构出具证明，达到本办法规定的失能标准的，可向保险经办机构申请享受护理保险待遇。由符合准入条件的专业照护服务机构以“实物”形式为参保人提供相应的照护服务，基金支付标准为：轻度失能等级老人900元/月，中度失能等级老人1,400元/月，重度失能等级老人1,900元/月。

表6-8: 北京市海淀区失能互助保险待遇

**单位：人民币元**

筹资标准（每人每年）			
18-39岁		1,140（含补贴）	
40-59岁		1,254（含补贴）	
60岁及以上		1,368（含补贴）	

	居家护理或机构护理		
失能等级	轻度	中度	重度
支付标准	900元/月	1,400元/月	1,900元/月
提供形式	实物服务		

2018年3月，北京市石景山区人民政府办公室印发了《石景山区长期护理保险制度试点方案（试行）》的通知，覆盖范围为石景山区范围内参加北京市城镇职工基本医疗保险的所有用人单位及其在职职工、退休人员和参加北京市城乡居民基本医疗保险的人员（暂不含学生、儿童）。从筹资来看，主要通过政府、单位和个人缴费的方式筹集资金，筹资比例为4:4:2，同时接受社会捐助，筹资标准暂按每人每年160元的标准确定。保障对象为因年老、疾病、伤残，经过不少于6个月的治疗（康复）并经失能等级评估，失能程度达到重度失能的参保人员。长期护理保险服务分为机构护理和居家护理。居家护理包括机构护理人员或失能人员的亲属（家政护理员）提供的护理服务。基金支付标准如下：在机构享受符合规定的护理服务的，每天支付标准为70元，其中基金支付70%，个人支付30%。由机构提供符合规定的居家护理服务的，每小时支付标准为85元，其中基金支付76%，个人支付24%，每月限支付30小时。由亲属（家政护理员）提供符合规定的居家护理服务的，每小时支付标准为50元，其中基金支付64%，个人支付36%，每月限支付30小时。

表6-9: 北京市石景山区长期护理保险试点待遇

单位:人民币元

筹资标准(每人每年):160

	居家护理 (机构提供)	居家护理 (亲属提供)	机构护理	
失能等级	重度	重度	失能等级	重度
每月上门时长(小时)	30	30	支付标准(每天)	70
支付标准(每小时)	85	50	给付比例	70%
给付比例	76%	64%		
失能评估费			60	

注:根据《北京市老年人能力综合评估实施办法》(京民养老发[2019]42号),重度失能对应综合能力评估6-8级;一般上门评估的指导价为60-80元人民币/次,申请人到机构内评估的指导价为40-50元人民币/次,在此假设评估费为60元人民币/次,下同

## 2) 长期护理分析场景设定

目前石景山长期护理模式与上海市试点模式在筹资模式和待遇支付方面体现了不同的特征,石景山试点偏重“聚焦模式”,即以较低的筹资标准,为急需照护的人群(仅重度失能)提供更高的保障,而上海试点偏重于打造更广的覆盖范围(重度+轻度失能),实现“普惠模式”。由于目前北京市并未出台全市范围的长期护理保险筹资方案和待遇模式,在此假设参照上海市长期护理试点方案进行筹资,并且以石景山待遇支付方案(简称“聚焦模式”,下同)和上海市待遇支付方案(简称“普惠模式”,下同)两种情形进行敏感性分析(见表6-10)。

表6-10: 北京市长期护理保险场景假设<sup>32</sup>

长期护理制度场景		聚焦模式	普惠模式
筹资模式	筹资来源	职工医保企业缴1%、个人缴0.1%,即1117元/年;城乡居民500元/年	职工医保企业缴1%、个人缴0.1%,即1,117元/年;城乡居民500元/年
待遇给付	居家(机构提供)	支付标准85元/小时,每月30小时,基金支付比例76%	2-3级:支付标准40元/小时,每周3小时 4级:支付标准65元/小时,每周5小时 5-6级:支付标准65元/小时,每周7小时 基金支付比例90%
	居家(家属/护工提供)	支付标准50元/小时,每月30小时,基金支付比例64%	-
	机构护理	支付标准70元/天,基金支付比例70%	2-3级支付标准20元/天,4级25元每天,5-6级30元/天,基金支付比例86%
评估费用		60元/次	60元/次

<sup>32</sup> 从实际调研情况来看,目前居家护理中,医疗临床护理服务的情况非常少,因此模型中将轻度失能支付标准设定为40元,中度和重度失能设定为65元,暂不考虑执业护士80元的支付标准

根据北京市户籍老人失能人口统计(见表6-7),可以计算出两种场景下的年累计基金支出(见表6-11):

表6-11: 北京市护理基金年累计支出对比<sup>33</sup>

人群分布	轻度失能	中度失能	重度失能			
人群占比假设	32.2%	13.3%	54.5%			
人群总量(万人)	12.3	5.1	21.1			
聚焦模式	居家护理(机构提供)	居家护理(家属提供)	机构护理			
每月服务时间(小时)	30	30	30			
单价(元/小时)	85	50	70			
长期护理基金负担比例	76%	64%	70%			
年累计基金支出(元)	23,256	11,520	17,885			
普惠模式	居家护理			机构护理		
	轻度失能	中度失能	重度失能	轻度失能	中度失能	重度失能
每月服务时间(小时)	3	5	7	-	-	-
单价(元/小时)	40	65	65	-	-	-
单价(元/天)	-	-	-	20	25	30
长期护理基金负担比例	90%	90%	90%	85%	85%	85%
年累计基金支出(元)	5,616	15,210	21,294	6,205	7,756	9,308

注: 失能人群分布数据取自太保安联健康险失能发生率精算假设

在“聚焦模式”下,如果所有老人都接受机构照护,则年基金支出总额为37.9亿<sup>34</sup>,在考虑10%的基金管理费情形下,按照总筹资人数1,469.9万人计算,人均年最小筹资额为281.7元,同样,如果所有老人都接受机构提供的居家照护,则年基金支出总额为49.2亿<sup>34</sup>,则人均年最小筹资额为371.8元。在“普惠模式”下,如果所有老人都接受机构照护,则年基金支出总额为31.5亿<sup>34</sup>,在考虑10%的基金管理费情形下,按照总筹资人数1,469.9万人计算,人均年最小筹资额为237.9元,同样,如果所有老人都接受居家照护,则年基金支出总额为59.8亿,则人均年最小筹资额为452.2元。由此可见在同等筹资标准和待遇模式下,由于北京老年失能人口数量少于上海,无论采用“聚焦模式”还是“普惠模式”,年均最小筹资额标准显著小于上海市。

### 3) 北京市长期护理基金敏感性分析

为了探究北京市长期护理制度对当前的长期护理服务需求覆盖的潜力,定义长期护理基金充足度等于年筹资总额扣除手续费及基金总支出后的结余,在此根据以从失能人口、服务价格、筹资标准三个维度,进行长期护理基金充足度的敏感性分析<sup>35</sup>(见表6-12)。

<sup>33</sup> 北京市失能评估标准为0-8级,假设6-8级重度失能对应上海评估标准的5-6级,3-5级中度失能对应上海市4级标准,1-2级轻度失能对应上海市2-3级标准

<sup>34</sup> 包括长期护理评估费每次60元,由长护基金100%支付

<sup>35</sup> 敏感度分析中假设所有参保人员充分使用长期护理待遇,且均不考虑基金投资收益率因素

表6-12: 北京市长期护理基金的充足程度<sup>36</sup> (亿元)

年累计筹资总额 : 152.7亿元						
聚焦模式	给付 筹资标准	现状	失能人数变化		护理价格变化	
			+25%	+50%	+25%	+50%
	现状	99.7	90.3	80.8	90.3	80.9
	-25%	65.3	55.9	46.5	55.9	46.5
	-50%	31.0	21.5	12.1	21.6	12.2

年累计筹资总额 : 152.7亿元						
普惠模式	给付 筹资标准	现状	失能人数变化		护理价格变化	
			+25%	+50%	+25%	+50%
	现状	101.5	92.5	83.5	92.5	83.6
	-25%	67.1	58.1	49.1	58.2	49.2
	-50%	32.7	23.7	14.7	23.8	14.8

在“聚焦模式”下, 现状下北京市长期护理基金将实现99.7亿的结余, 结余度约为65%。随着老龄化的不断加剧, 失能人群将逐渐扩大, 如失能人群数量扩大25%, 将导致充足度下降9%, 即结余90.3亿, 如扩大50%, 将导致充足度下降19%, 即结余80.8亿。在人力资本、租金的推动下, 未来护理成本将逐渐上升, 如果护理支出标准上涨25%, 将导致充足度下降9%, 即结余90.3亿, 如上涨50%, 将导致充足度下降19%, 即结余80.9亿。另一方面, 出生率下降、人口外流等因素可能导致年轻工作人口减少, 而国家减税降费等政策, 可能会导致筹资标准下降, 这些因此都将直接影响长期护理筹资总额。如果长期护理保险筹资人数或筹资标准减少25%, 将导致长护基金充足度下降34.5%, 即结余65.3亿, 如减少50%, 将导致充足度下降69%, 即结余31亿。

在“普惠模式”下, 现状下北京市长期护理基金将实现101.5亿的结余, 结余度约为66%。如失能人群数量扩大25%, 将导致充足度下降9%, 即结余92.5亿, 如扩大50%, 将导致充足度下降18%, 即结余83.5亿。如果护理支出标准上涨25%, 将导致充足度下降9%, 即结余92.5亿, 如上涨50%, 将导致充足度下降18%, 即结余83.6亿。另一方面, 如果长期护理保险筹资人数或筹资标准减少25%, 将导致长护基金充足度下降33.9%, 即结余67.1亿, 如减少50%, 将导致充足度下降67.7%, 即结余32.7亿。

## 6. 商业补充护理保险的市场空间探索

从敏感性分析来看, 目前北京市长期护理政策下, 由机构提供的居家护理和机构护理是影响长期护理支出的最敏感要素, 筹资人数和筹资标准是长期护理基金长期充足度和可持续性的最敏感要素, 人口老龄化、生育率下降、租金护理成本上升等诸多因素, 都会导致失能人数的增长、护理支出上涨、筹资来源缩减等结果, 以至于政策性长期护理保险无法满足老年人的护理服务需求, 在这样的趋势下, 长期来看, 商业长期护理保险将发挥一定的作用。在此将商业补充护理保险市场空间, 定义为实际失能护理支出需求与政策性长期护理基金可支付金额的差值。

<sup>36</sup> 为方便计算, 在普惠模式下基础场景假设2-3级轻度失能人群10%选择机构护理, 中度失能人群30%选择机构护理, 中度失能人群90%选择机构护理。

从北京市长期护理需求角度来看，全市护理机构提供的居家看护服务平均收费约为200-250元/天，即6,000元/月，则每年实际护理支出需求约为7.2万元，考虑到轻度、中度失能老人专门雇佣保姆或护工提供全天候居家护理的情况并不多见，而重度失能老人往往需要接受全天居家看护服务，因此目前需要居家护理人群数约为2.1万人，根据平均收费来计算，居家护理总资金需求约为15.2亿元/年。根据护理资源地图调研结果，全市养老机构护理平均月收费为3,337元，即年均支出4.04万元，目前机构护理人群数量约为21.7万人，机构护理总资金需求约为87.1亿元/年（见表6-13）。

表6-13: 北京市失能人群实际护理资金需求

实际护理需求	居家护理			机构护理		
	轻度失能	中度失能	重度失能	轻度失能	中度失能	重度失能
人群比例	90%	70%	10%	10%	30%	90%
保障人数（万人）	11.12	3.56	2.11	1.2	1.5	19.0
实际护理支出（元/人）	-	-	72,000	40,040	40,040	40,040
实际护理需求（亿元）	-	-	15.2	4.9	6.1	76.0

从政策性供给来看，依据场景设定的长期护理基金支付标准，在“聚焦模式”下，机构提供的居家护理人均基金支付标准为23,256元/年<sup>37</sup>，家属或护工提供的居家护理人均基金支付标准为11,520元/年，机构护理人均基金支付标准为17,885元/年，如果考虑基金10%手续费的基础上，居家护理基金可支出规模为3.3亿，机构护理可支出规模为30.6亿，如需完全满足北京市失能人群的护理服务需求，商业长期护理补充护理保险将存在57.4亿元的市场空间。在“普惠模式”下，居家护理轻度失能人均基金支付标准为5,616元/年，中度失能为15,210元/年，重度失能为21,294元/年，如果考虑基金10%手续费的基础上，居家护理基金可支出规模为14.5亿，机构护理轻度失能人均基金支付标准为6,205元，中度失能为7,756元，重度失能为9,307元<sup>38</sup>，如果考虑基金10%手续费的基础上，机构基金可支出规模为21.7亿。如果要完全满足北京市失能患者的机构护理服务需求，商业长期护理补充护理保险将存在80.6亿左右的市场空间（见表6-14）。

表6-14: 北京市商业长期护理保险市场空间

聚焦模式	居家护理			机构护理			累计
	轻度失能	中度失能	重度失能	轻度失能	中度失能	重度失能	
基金支出规模-扣除手续费（亿元/年）	-	-	3.3	-	-	30.6	
商保潜在空间（亿元/年）	-	-	11.9	4.9	6.1	45.5	57.4

普惠模式	居家护理			机构护理			累计
	轻度失能	中度失能	重度失能	轻度失能	中度失能	重度失能	
基金支出规模-扣除手续费（亿元/年）	5.6	4.9	4.0	0.7	1.1	15.9	21.7
商保潜在空间（亿元/年）	(过剩)	(过剩)	11.1	4.3	5.0	60.1	80.6

<sup>37</sup> 居家护理支付标准计算已扣除自费比例部分，下同

<sup>38</sup> 机构护理支付标准计算已扣除自费比例部分，下同

因此，假设北京市全面执行长期护理保险政策，在“聚焦模式”和“普惠模式”两种情形下，对实际失能人员护理资金需求覆盖依然存在不足，长期护理需求和政策性基金支出之间的差值，即商业保险每年的市场空间总额分别在50.4亿和80.6亿左右，考虑北京推行政策后短期内长期护理基金充足度较好，在极端情况下，商业补充护理保险空间很容易被社会长期护理基金覆盖，整体来看商业补充护理保险在北京市场的潜在空间小于上海市。建议商业机构重点考虑覆盖机构护理服务、以及重度失能人员的居家护理需求，结合养老服务相关的健康管理、就医协助、风险筛查等增值服务，开发相应的长期护理保险产品，并与政策性长期护理险衔接。

## 7. 北京市长期护理生态地图总结

综上所述，可以得出北京市长期护理保险市场四大特征：

**第一，长期护理供给相对整体充足，区域间结构失衡。**2017年北京市60岁以上失能人口数量预计为38.5万人，床位充足度指数为0.22，即每100名失能老人，有22张床位可提供，整体来看长期护理资源充足，但市区充足度较低，部分远郊区存在过剩，供给结构失衡较为严重。**第二，低保类机构充足，中档性机构缺失。**北京市养老护理机构每月平均收费低于2,000元的占比接近70%，大部分为“低保型”机构，满足基本养老金范围的中档机构占比较低，普通收入群体得不到优质护理资源的风险更高，部分失能老人将被迫选择家人居家家属照护或被迫降低养老服务标准。**第三，筹资人数和筹资标准是长期护理基金可持续发展的最敏感要素。**由机构提供的居家护理和机构护理是影响长期护理支出的最敏感要素，筹资人数和筹资标准是长期护理基金长期充足度和可持续性的最敏感要素。如要确保当期收支平衡，政策性长期护理基金最小筹资标准为452.2元。**第四，商业补充长期护理保险存在发展空间，机构服务、居家服务将成为重点。**在“聚焦模式”和“普惠模式”两种情形下，对实际失能人员护理资金需求覆盖依然存在不足，商业保险市场空间分别在50.4亿和80.6亿左右，未来机构护理服务、以及重度失能人员的居家护理需求将成为商业保险的重点发展领域。



## 七、总结与建议

我国老龄化程度形势严峻、且呈现加速态势，在家庭养老功能的弱化、未富先老、护理市场供需失衡的背景下，长期护理问题在老龄化过程中愈发突出，甚至成为国家和个人所面临的主要矛盾之一。

从美国、日本、德国等发达国家长期护理保险发展历程来看，长期护理保险制度从建立到成熟发展，依赖于经验数据的积累和护理供给市场的成熟，需要较长时间的产品试点、模型验证和政策迭代。在所有发达国家，长期护理制度都面临护理费用快速上升，筹资收入难以覆盖支出的状况，商业长期护理保险的发展，需要充分重视政府扮演的作用。

我国长期护理制度仍在探索之中，目前商业保险机构主要承担“经办社会长期护理保险”和“开发并销售商业长期护理险”两大角色。由于生命周期跨度长、风险不可预测、信息不对称等问题，长期护理保险在供需双方都存在“市场失灵”的情况，造成市场供给不足、消费不足的情况同时存在，因而与寿险、养老保险、医疗保险等商业保险产品相比，商业长期护理保险的规模非常小。从市场角度来看，主要面临四大痛点：缺乏精算数据导致产品形态单一、定价过高；客户对护理险认知度低，承保范围过窄；护理服务供给市场不成熟，需求和保障供给存在需求错配；缺乏费用管控手段，存在较强的逆选择风险。从产品开发角度来看，发生率风险、退保率风险、死亡率风险、费用风险和利率风险都会影响到产品经营的可持续性。

基于本课题分析，现提出以下建议：

### 1) 建立一定的费率调整机制。

面对我国长期护理市场经验缺乏、各地护理政策不统一的现状，考虑到美国经验中多种风险的不确定性影响，建议从制度层面，建立一定的调费机制来为保险公司止损，以便各保险公司在长期护理险市场培养阶段能够以一个比较符合我国当前阶段消费水平的价格来吸引客户参与投保。

### 2) 建立行业共享的长期护理数据库。

从制度建立到市场快速发展，美国经历了20余年，日本经历了17年，德国经历了21年。商业长期护理险的发展，依赖于长期经验数据的积累、模型验证和产品的迭代，成功的商业模式在短期很难建立。长

期护理保险所面临的各种风险其根源都在于假设与实际的不匹配，若想得到更准确、客观的假设数据，那么各家公司自身积累的数据明显是不充分的。建议由监管或者行业协会来牵头，组织保险行业协同来建立长期护理的发生率数据库，并在行业内建立共享机制。

### 3) 建立统一的护理标准体系。

我国养老护理机构为公办与民营双轨运行，失能评估标准、护理等级划分、收费标准在不同区域，或在同一地区不同机构之间差异较大。建议保险行业协会协同监管、卫健委共同建立统一的长期护理等级标准，区别于各地医保需考虑收支平衡下的长期护理标准，以支持保险机构的长期护理产品开发。

### 4) 建立商业护理保险筹资的财税优惠政策。

从国际经验来看，完善税收优惠政策助推保险发展是世界各国普遍采用且行之有效的手段，美国1996年出台的联邦健康保险可转移与说明责任法案(HIPAA)规定了购买商业长期护理保险的个人和企业的税收优惠政策，该法案出台使得商业长期护理保险快速发展。建议我国可参照个人税收优惠型健康保险、个人税收递延型养老金保险中实践经验，对单位和个人不超过规定标准的补充商业长期护理保险缴费，准予在企业所得税和个人所得税上做税前扣除。

### 5) 鼓励生态方的合作融合。

商业长期护理保险不仅需要承担护理费用的补偿，而更需要与养老护理生态服务方进行有机整合，构建保险与养老护理机构的利益共同体，在护理责任发生前，提供预防性健康干预、健康管理服务、护理咨询等增值服务，降低失能风险的发生，在需要护理服务时，主动控制护理费用，向参保人提供恰当合理的护理方案。建议从政策层面，支持并鼓励保险机构参与养老机构、护理机构、以及养老护理相关的健康管理机构、互联网平台开展股权合作或业务合作。

A close-up photograph of a lioness's head and upper body. She is facing right, with her mouth slightly open and her tongue visible, suggesting she might be panting or yawning. Her fur is a light tan color, and the background is a soft-focus view of a grassy field.

## 参考文献

- [1] 《2017年社会服务发展统计公报》.民政部.2017
- [2] 《2017年中国养老服务业发展年报(人才篇)》.中国公益研究院养老研究中心.2017,(7)
- [3] 《2017中国长期护理调研报告》.中国保险行业协会.2017, (12)
- [4] 《北京市老龄事业和养老服务发展报告(2016-2017年)》.北京市老龄工作委员会办公室,北京师范大学中国公益研究院. 2017, (10)
- [5] 《北京市老龄事业发展和养老体系建设白皮书(2017)》.北京市老龄工作委员会办公室, 北京师范大学中国公益研究院编.中国社会文献出版社.2018,(10)
- [6] 《第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查》.全国老龄办、民政部、财政部.2016,(9)
- [7] 《护理院基本标准(2011版)》.国家卫生部.2011, (3)
- [8] 《健康保险管理办法(征求意见稿)》.中国保监会.2017, (11)
- [9] 《老年养护院建设标准》.住房和城乡建设部.2010,(11)
- [10] 《中国家庭发展报告(2015年)》.国家卫计委.2015,(5)
- [11] 《中国养老产业发展白皮书》.中国社科院.2016,(8)
- [12] 《中国养老机构发展研究报告》.中国老龄科学研究中心.2015
- [13] 陈晨, 黄万丁.日本长期护理保险制度的经验与启示[J].《中国卫生政策研究》.2016, (2).Vol.9, No.2
- [14] 陈冬梅, 袁艺豪.人口老龄化背景下我国长期护理保险需求的分析:以上海市为例[J].《上海大学学报(社会科学版)》.2015, (11). Vol.32, No.6
- [15] 戴卫东.国外长期护理保险制度: 分析、评价及启示[J].人口与发展,2011,(5):80-86
- [16] 国家卫健委.《2017年我国卫生健康事业发展统计公报》
- [17] 韩丹.利用财税政策促进长期护理保险的发展.对外经济贸易大学.2006
- [18] 何玉东, 孙湜溪. 美国长期护理保障制度改革及其对我国的启示[J]. 保险研究, 2011, (10)
- [19] 胡宏伟, 李佳怿, 汤爱学. 日本长期护理保险制度: 背景、框架、评价与启示. 人口与社会,2016,(1):32
- [20] 荆涛, 杨舒. 商业保险公司在长期护理保险制度建设中的作为.《商业保险》.2016,(9), No.9
- [21] 雷咸胜, 崔凤.我国构建长期护理保险制度的现实要求和政策选择[J].《湖湘论坛》.2016.No.4: pp74-80
- [22] 李慧欣.美国商业长期护理保险的发展及其启示.《保险研究》.2014,(4):88-92
- [23] 李文群.长期护理保险国际经验与政策建议[J].经济研究导刊, 2012, (1): 74.
- [24] 林宝.对中国长期护理保险制度模式的初步思考[J].《老龄科学研究》.2015, (5).Vol.3, No.5
- [25] 柳海飞.人口老龄化背景下的长期护理保险制度[J].保险职业学院学报.2016,(6):Vol.30,No.3
- [26] 齐忆虹.中等收入国家长期护理保险研究: 韩国与日本及德国的比较[J].《国外医学卫生经济分册》.2016,(2).Vol.33, No.1

- [27] 全国老龄办召开的人口老龄化国情教育新闻发布会.全国老龄办.2018,(2)
- [28] 孙正成, 兰虹.“社商之争”我国长期护理保险的供需困境与出路[J].人口与社会.2016, (1).Vol.32,No.1
- [29] 吴贵明, 钟洪亮.德日长期护理保险模式及其启示[J].《护理学杂志》.2010, (12).Vol 25, No.23
- [30] 徐敬惠, 梁鸿.《长期护理保险的理论与实践》.复旦大学出版社.2018,(6)
- [31] 许思涛, 陈岚, 刘科宇.《探索健康养老的“最后一公里”：中国医养结合趋势展望》.德勤.2018,(7)
- [32] 婴儿潮的老龄化和不断增长的护理差距.AARP公共政策研究所2013,(8)
- [33] 张慧芳, 雷咸胜. 我国探索长期护理保险的地方实践、经验总结和问题[J].《当代经济管理》.2016, (9). Vol.38,No.9
- [34] 张盈华.《老年长期照护: 制度选择与国际比较》.经济管理出版社.2015,(12): P80-96
- [35] 周坚,丁龙华, 韦一晨.老年长期护理制度模式的国际比较及其启示[J].《社会保障研究》.2018,(3)
- [36] 郑秉文.《中国养老金发展报告(2017)——长期护理保险试点探索与制度选择》,经济管理出版社.2017,(12): P198-P211
- [37] 朱铭来, 李新平.《护理保险在中国的探索》.中国财经经济出版社.2017,(12): P71-96, P108-112
- [38] 朱秋莲, 谭睿.青岛长期医疗护理保险: 政策设计、实施成效与展望[J].《人口与社会》,2015,(3):P96-104
- [39] 朱勇.《中国智能养老产业发展报告(2018)》.社会科学文献出版社.2018, (11):P36-59
- [40] John Creighton Campbell, Naoki Ikegami, Gibson Mary Jo. Lessons From Public Long - Term Care Insurance In Germany And Japan [J] . Health Affairs, 2010,(1): 88-89,92-93
- [41] John Creighton Campbell, Naoki Ikegami. Long - term Care Insurance Comes To Japan [J] . Health Affairs. 2000,(3):27-29
- [42] Long-Term Care Insurance Research Brief[EB/OL]. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2012/ltcinsRB.pdf>,2012
- [43] Mark R Meiners. The Case for Long-Term Care Insurance [J]. Health Affairs, 1983, 2(2)
- [44] Matsuda S, Yamamoto M. Long-term Care insurance and Integrated Care for the Aged in Japan [J] . International Journal of Integrated Care, 2001(1):1-7
- [45] Ministry of Health, Labour and Welfare. Overview of Discussion on “Active Aging” [EB/OL] . 2013,(06)
- [46] OECD Health Statistics 2018.2018, (6). <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- [47] Paul, David, P., III, D.D.S., Schaeffer, Chad, K., MS, & Alberto Coustasse, Dr. PH. “Long-term care policy: What the United States can learn from Denmark, Sweden, and the Netherlands”, 2017,(3), Business & Health Administration Proceedings: 223-236
- [48] WHO, Long-term Care Laws in Five Developed Countries: A Review, 2000, Geneva

**技术支持：**

中国保险行业协会

**特别鸣谢：**

中国太平洋保险（集团）股份有限公司  
太平洋保险养老产业投资管理有限责任公司  
北京光大汇晨养老服务有限公司  
上海新东苑快乐家园  
爱以德医院投资管理（上海）有限公司  
宝石花医疗健康投资控股集团有限公司

## **关于太保安联健康险**

太保安联健康险隶属中国太平洋保险（集团）股份有限公司（以下简称“中国太平洋保险”）旗下，由两家世界500强企业中国太平洋保险和德国安联保险集团共同设立。

公司致力于健康和关爱事业，为个人和团体客户提供全面的健康保险保障和健康管理服务。依托中国太平洋保险根植于中国市场的丰富积淀，尤其是庞大的客户资源和广泛的销售网络，结合安联集团卓越的专业技术优势，太保安联健康险致力于成为国内领先的、为客户不断创造健康价值的专业健康保险公司。

## **联系我们**

太保安联健康保险股份有限公司

地址：上海市浦东新区世纪大道1229号世纪大都会1号楼13楼

邮编：200122

电话：021-33960000

<http://health.cpic.com.cn>

## **关注太保安联健康险微信公众号**

扫描二维码，获取最新资讯。

