

长期护理保险制度的选择： 一个研究综述^{*}

赵曼 韩丽

【摘要】在中国老龄化程度不断加深,失能、失智和高龄老人规模越来越大的背景下,对长期护理保险制度选择问题的研究意义重大。已有文献虽然在研究方法和侧重点上各不相同,但有关制度选择的观点基本可以分为以社会保险为主体和商业保险作为补充、采取商业保险模式、采取过渡型长期护理策略三类。文章在对国内研究成果进行回顾的基础上,借鉴美国长期护理商业保险规模有限的经验,对中国长期护理保险制度的选择提出了政策建议。

【关键词】长期护理保险 逆向选择 替代品

【作者】赵曼 中南财经政法大学公共管理学院,教授;韩丽 中南财经政法大学公共管理学院,博士研究生。

在国际上,较早步入人口老龄化社会的发达国家,大多采用长期护理保险制度化解老年人长期护理费用的风险,如美国、德国和日本等。随着中国老龄化程度的加深,失能、失智等有长期护理需求的老年人口规模日益庞大,中国老年人、家庭和社会面临严重的长期护理风险。因此,借鉴国际先进经验,建立适合中国国情的长期护理保险制度势在必行。

一、概念界定与研究内容

(一) 概念界定

美国是较早建立长期护理保险制度的国家之一,美国健康保险学会对长期护理给出了明确定义:“在一个比较长的时期内,持续地为患有慢性疾病,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。它包括医疗服务、社会服务、居家服务、运送服务或其他支持性的服务。”世界卫生组织认为,长期护理是指由非专业照料者(家人、朋友或邻居等)和专业照料者进行的照料活动,以保证自我照料能力不完全的人的生活质量、

^{*} 本文为国家社会科学基金重点项目“成本转移与养老保险风险评估研究”(项目编号:11AGL006)的阶段成果。

最高程度的独立生活能力和人格尊严。这两个定义都强调长期护理的目的是对患慢性疾病或丧失日常生活能力的人进行修复和修补,并不是指治愈疾病或保全生命。与慢性疾病的治疗不同,长期护理旨在为失能、失智或半失能、半失智等失去或缺乏生活自理能力的人提供支持性服务,尽可能持久地维持和增进患者的生理机能,保证其生活质量。

长期护理通常是指老年人长期护理,周期通常较长,一般可长达半年、数年甚至十年以上,护理费用高昂。1988年有学者研究伤残老人护理的费用筹资和费用补偿问题(Alice等,1988)。较多是利用保险的大数法则机制分散老年人长期护理费用支付的风险。美国健康保险学会认为,长期护理保险是为消费者设计的,对其在发生长期护理时存在的潜在巨额护理费用支出提供保障。美国寿险管理协会和科隆通用再保险公司等也对长期护理保险进行了定义。纵观国内外机构与学者观点,长期护理保险是对因年老、慢性疾病等导致生活部分或完全不能自理的老年人的护理费用进行的一种补偿。

(二) 研究内容

虽然中国人口老龄化问题严重,但至今却无真正意义上的长期护理保险产品。尽管最近两年,加快养老服务产业发展和促进健康保险业发展的公共政策中有涉及发展长期护理保险产品,但没有明确的法律法规和政策措施。学术界对长期护理保险制度安排展开了讨论。辜胜阻(1988)指出了长期护理问题的重要性,介绍了美国学者测量生活能力丧失程度的4种测量方法和功能丧失的3种类型(轻度、中度和重度)。1988~2014年,中国知网上共有5766篇论文涉及长期护理保险制度安排,且主要集中在3个方面。一是中国建立长期护理保险制度的必要性和可行性研究,学者们一致认为建立长期护理保险制度势在必行。二是从长期护理保险需求展开研究,主要运用微观数据分析长期护理保险需求的影响因素,试图将长期护理保险较大的潜在需求转化为现实需求。三是对国际先进经验展开分析,梳理不同国家建立长期护理保险制度的契机、各自面临的挑战,以及对中国的启示。

与国外研究相比,国内研究还处于初级阶段。在研究内容上,仅侧重需求和制度安排,而国外的研究主要侧重于制度运行效率及绩效。在研究方法上,国内以定性研究为主,辅以少量微观数据用于平均护理时间的测算和参保意愿研究;国外研究则侧重于定量分析,主要运用生命周期模型、博弈论与信息经济学等工具分析非正式护理对长期护理保险的替代作用、长期护理保险市场信息不对称程度,以及如何保证长期护理保险的可持续发展。本文梳理了国内外有关长期护理保险制度安排及改革的文献,对主流观点进行了总结和阐释。

二、国内外关于长期护理保险制度的研究

(一) 建立长期护理保险制度的必要性和可行性研究

国内学术界已经就建立长期护理保险制度的必要性达成一致,该制度的建立是应对人口老龄化的有效途径之一。人类疾病谱的变化、家庭结构的变化、女性就业率的上升等都给失能、失智的老年人带来长期护理的现实需求。尽管中国已经建立了较为完善的社会保险

体系,但有关长期护理费用却未涵盖在内。建立长期护理保险制度有明显的现实需求。国内学术界认为,整合城市医院或社区卫生服务站的老年护理病床和乡镇卫生院等医养资源,建立具有较好医疗和服务的老年护理院,能促进长期护理保险制度的建立和推广。借鉴发达国家先进经验可降低制度的设计成本和公共政策的执行成本。

(二) 长期护理保险需求的研究

长期护理保险的需求与长期护理的需求是两个概念,要明确区分。长期护理的需求与身体健康状况有关,而长期护理保险的需求与财务状况有关。

老年人的健康状况直接影响老年人的长期护理需求(王新军、郑超,2014)。根据健康状况的不同,可将老年人分为健康的老年人和不健康的老年人^①。健康的老年人尽管年老,但依然可以为家庭和社会做贡献,属于老年人人力资源开发的对象。不健康的老年人需要家庭和社会的帮助,需要“被养”和“被护理”,属于需要长期护理的对象。在不健康的老年人中,特别是失能、失智群体,对长期护理的需求最为明显。

老年人的财务状况直接影响老年人的长期护理保险需求。老年人需要长期护理保险,是为了解决因失能、失智不确定性带来的财务风险问题(吕国营、韩丽,2014;景跃军、李元,2014)。这些不确定性包括长期护理时间的不确定和长期护理费用的不确定(吕国营、韩丽,2014)。长期护理时间的不确定包括老年人从什么时候开始需要长期护理和需要多长时间的长期护理。尽管国内学者黄匡时、陆杰华(2014)认为,中国老年人的平均预期照料时间为4~8年(其中男性为4~5年,女性为7~8年),但每个老年人所需要的长期护理时间仍不确定。随着医疗技术的进步,寿命大大延长,需要长期护理的时间可能也会不断延长。长期护理费用的不确定是失能、失智老年人面临财务风险的主要原因(Jeffrey等,2007、2008;吕国营、韩丽,2014;王新军、郑超,2014)。这个不确定性是指一旦需要长期护理,护理费用可能极其高昂。失能老年人的护理费用是同龄全能老人的2倍以上(景跃军、李元,2014)。2011年中国老年健康影响因素跟踪调查数据显示,中国接受长期护理的老年人平均每月护理费用约为2000元(王新军、郑超,2014),是大多数老年人及家庭负担不起的。

国内外有关长期护理保险需求影响因素的研究较多,但研究方法不同。国内的研究多侧重影响因素的描述性分析,仅有少数学者利用回归模型进行实证。如荆涛等(2011)选取收入、利率、通货膨胀、社会保险支出4个变量运用对数模型进行线性回归分析长期护理保险发展的影响因素。而国外的研究明显不同,更多侧重某单一影响因素的具体分析,较少涉及所有影响因子的全面分析。如Lakdawalla等(2002)研究家庭成员对长期护理保险需求的影响时,将长期护理提供者分为正式护理和非正式护理两类。当人均寿命延长,婚姻保持更持久时,由配偶提供的非正式护理会减少对专业长期护理的需求,进而降低对长期护理保

^① 该观点来自2014年11月24日在北京召开的全国民政论坛(第十二届)上中南财经政法大学吕国营教授的汇报。

险的需求。

（三）国际长期护理保险的制度设计

不同国家建立长期护理保险制度的契机不同。美国建立长期护理保险制度是为了解决老年人的道德风险引起的医疗费用攀升的问题(杨红燕,2004)。美国较早进入人口老龄化社会,无论是社会保险医疗照顾计划还是私人医疗保险均不包含长期护理费用的补偿;医疗救助计划也仅覆盖贫困老年人的一部分长期护理费用。大多数投保医疗保险的老年人将医院当成护理院,加剧了医疗保险费用的攀升,因此美国开始探讨建立专门的保险制度。日本的情况与美国类似,老年人也是通过住院享受长期护理服务,导致医疗保险基金严重收不抵支,因此在 2000 年启动介护保险。德国的情况有别于美国和日本。德国在推行长期护理保险制度之前,其健康社会保险体系严格区分为“疾病”和“护理”(郝君富、李心愉,2014)。因“疾病”导致的护理费用由健康保险疾病基金支出,而因“失能”等导致的长期护理费用主要由社会救助计划支付。社会救助提供的长期护理服务融资受益范围有限,护理方式以非正式的家庭护理为主,但又缺乏对非正式护理人员的法律认可和支持,导致部分有长期护理需求的老人只能去护理院入住。相对居家护理而言,护理院护理费用较高,且远高于平均的养老金水平。在 20 世纪 80 年代,德国大约有 70% 的老人无法支付护理费用,因此德国开始尝试社会救助计划改革,并促成了长期护理保险的建立。

不同国家长期护理保险制度的融资方式不同。美国的长期护理保险属于商业保险范畴,虽然经过多年的发展,其覆盖面仍非常有限。德国的长期护理保险是强制性的社会保险,在 1995 年启动,是德国社会保险中最年轻的分支,其实行“护理保险跟随医疗保险”的原则,由雇员和雇主各承担一半的保费,覆盖面约 90%。日本的长期护理社会保险于 2000 年正式实施,是社会保险体系的“第五支柱”,由税收和社会保险 1:1 共同筹资。日本政府以中央政府:都道府县:市町村 =2:1:1 比例负担 50% 的资金,另外 50% 由公民负担,其中 19% 的保险费来自 65 岁以上的第一类参保对象,31% 的保险费来自 40~65 岁的第二类参保对象。韩国在 2008 年建立了长期护理社会保险制度,采取了与日本类似的护理保险制度,但也有别于日本(高春兰、班娟,2013)。韩国将全民纳入长期护理保险制度,其保险费被列入国民健康保险框架内,在原健康保险的基础上增收一定比例的护理保险费。韩国与日本在资金筹集方式上类似,区别在于韩国的保险缴费比例和个人承担部分高于日本。

不同国家长期护理保险制度的共同点在于鼓励家庭护理。美国的长期护理商业保险经过多年发展,虽然规模有限,但在接受过护理服务的被保险人中有 4/5 选择的是在家中或社区接受护理。德国的长期护理社会保险也是“居家护理优先”,其在政策制定时对居家护理提供了更高的支付水平。日本长期护理保险的给付主要包括居家给付和住院给付。二者相比,居家给付范围更宽,涉及护理计划和居家护理给付的支出及用于购买辅助设备甚至用于危房改造的补贴。

三、中国长期护理保险制度的选择

(一) 国内学术界的共鸣与争论

时至今日,不少国家已经建立了长期护理保险制度。根据主要筹资来源不同,全球共有三类长期护理保险制度,一是来源于税收的福利模式,以奥地利、丹麦和瑞典等国家为代表;二是来源于个人缴费的长期护理商业保险模式,以美国和法国为代表;三是来源于企业缴费的长期护理社会保险模式,以德国、日本、韩国和中国台湾地区为代表。关于中国长期护理制度的选择,国内学术界已经达成共识(吕国营、韩丽,2014)。中国长期护理制度应采取保险模式而不是福利模式。与福利模式相比较,保险模式更加强调市场机制的作用,与十八届三中全会精神高度契合。相比而言,商业保险以盈利最大化为目标,保费相对高昂,覆盖面较窄。社会保险不追求经济效益,无需核保,采取强制参保方式,覆盖面更广。

有关中国长期护理保险制度的选择,国内学术界观点也有3种:一是以社会保险为主体、商业保险作为补充(吕国营、韩丽,2014;荆涛、谢远涛,2014;朱铭来、贾清显,2009;戴卫东,2012)。这种观点主要认为社会保险可以解决长期护理保险市场的逆向选择问题。二是采取商业保险模式(王新军、郑超,2014)。这种观点主要认为社会保险会给企业和政府带来更大压力。三是少数学者建议采取过渡型长期护理策略,作为基本医疗保险的补充在尚未建立长期护理保险制度时,采取“家庭医疗保险包”^①的过渡型策略,将老年长期护理作为基本医疗保险的补充,这一方案看似可取,实则忽略了制度依赖。一旦长期护理保险制度出台,“家庭医疗保险包”制度被替换,中国社会保险制度将面临较大的转制成本。前两种观点的分歧在于长期护理商业保险的覆盖面问题。支持以社会保险为主体的认为,商业保险覆盖面无法解决人口老龄化背景下的长期护理保险需求;支持仅采取商业保险的认为,商业保险的逐步发展会扩大其覆盖面,并降低企业和政府的压力。

(二) 长期护理保险制度选择的条件

长期护理保险制度的选择取决于3个条件:首先,长期护理保险市场信息是否对称?如果信息对称,则长期护理商业保险市场不会失灵,这样政府也无须介入长期护理保险市场。其次,老年人的风险偏好如何?如果不考虑风险偏好,信息不对称带来的逆向选择或道德风险均能导致长期护理保险市场偏离最优状态。有学者早在1976年指出,高风险的个体会选择更多的保险合同(Rothschild等,1976)。而长期护理保险市场私人信息是多维的,投保越多并不意味着风险越高(Finkelstein等,2006)。第三,长期护理保险的替代品的作用如何?如果不存在替代品,即便信息不对称,长期护理保险需求也不会受到限制。舍曼·富兰德等(2011)认为高龄、失能、失智的老年人丧失消费者主权,无法对自己所接受的服务质量做出评价。因此,护理人员道德风险行为时有发生。居家护理或日常护理的角色极其重要。非

^① “家庭医疗保险包”,是指以家庭户为单位,设立家庭医疗健康保险账户,放宽了对职业、年龄、地域的限制,父母、配偶、子女都可随家庭参保,共用一个保险账户,谁需要谁使用。

正规护理付费早已被认为是解决长期护理市场道德风险行为的有效手段。老年人丧失消费者主权可能会引发护理人员的道德风险行为。

（三）中国长期护理保险制度的选择

中国长期护理保险制度应以社会保险为主体,以商业保险为补充。有学者对中国 2010~2050 年的长期护理保险供给进行了动态测算(魏华林、何玉东,2012),结果显示,基于政府保障能力和个人支付能力的筹资机制是可行的,甚至完全基于个人支付能力的筹资机制也有一定的可行性。在国际上,德国、日本和韩国等都采取的是由个人、企业和政府共同付费的长期护理社会保险制度,确实化解了老年人的护理费用危机。而中国的社会保障制度与德国最接近,可借鉴德国“长期护理保险跟随医疗保险”的经验,采取社会保险与商业保险相结合的模式,以社会保险为主体,以商业保险为补充,建立保基本、全覆盖、多层次的长期护理保险体系。

以社会保险为主体的长期护理保险制度,筹资应以企业和个人缴费为主,政府适当补贴。在“新常态”背景下,此做法看似有悖于十八届三中全会提出的“适时适当降低企业社会保险费率”的精神,但随着人口老龄化程度的加深,长期护理保险制度的建立是大势所趋。从长远看,企业缴纳长期护理保险费用的收益高于支出。建立长期护理保险制度,在增加参保人健康保障的范围和程度之余,可抓住医疗保险扩面契机,作为医疗保险事业新的增长点。同时,政府主导长期护理保险的建立,势必要推进公共政策及配套措施的发展,进而培育和完善长期护理服务市场,带动长期护理商业保险市场的发展。2014 年 8 月,《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》指出,要构筑保险民生保障网,完善多层次社会保障体系,建议把商业保险建成社会保障体系的重要支柱,并鼓励继续发展长期护理商业保险。中国长期护理商业保险发展过于缓慢,覆盖面及规模难以化解老龄护理危机,可能的原因是商业保险固有的弱点——逆向选择。美国主要采用长期护理商业保险制度,但其规模非常有限。长期护理商业保险覆盖面的影响因素是什么,为什么只能在中国长期护理保险制度中处于补充地位,我们可以通过美国的经验予以部分解释。

四、长期护理商业保险只能处于补充地位——来自美国的经验

美国主要采取的是长期护理商业保险模式。美国的社会性长期护理由医疗照顾和医疗救助两大医疗保障计划覆盖。二者都只包含长期护理项目费用的补偿,其区别在于,前者是老年医疗保障计划,只包含不超过 100 天的短期康复护理费用补偿;后者虽然提供范围更广的长期护理服务费用补偿,但仅限于贫困人群。美国的社会性长期护理并不能满足本国老年人的长期护理需求。因此,在医疗照顾和医疗救助长期护理项目涵盖范围外的老年人选择购买长期护理商业保险。美国学者的研究显示,仅有 10% 的 60 岁以上老年人拥有私人长期护理保险(Jeffrey 等,2008),在已发生的长期护理费用中,仅有 4% 是由私人保险支出的,有 1/3 是由老年人自费(Jeffrey 等,2008)。在美国,尽管私人长期护理保险市场潜力较

大,商业保险市场非常完善,但长期护理商业保险在市场中所占份额仍然较低。

美国长期护理商业保险市场可能存在逆向选择。传统经济学认为,逆向选择的存在会影响长期护理商业保险的规模。部分学者(Jeffrey 等,2008;Finkelstein 等,2006)在仅考虑投保人风险类型的标准逆向选择模型中,引入投保人的风险偏好,将保险市场中投保人的私人信息由一维变为多维后,并未发现保险范围和风险发生率存在正相关。并无证据直接表明美国长期护理商业保险市场存在逆向选择,但也不能排除逆向选择的存在。即使长期护理商业保险市场不存在逆向选择,保险市场处于均衡状态,绝大多数的老年人依然认为购买长期护理商业保险不具有吸引力(Jeffrey 等,2007)。主要原因是:(1)长期护理保单的溢价高于保险精算的平均水平。有学者估计长期护理保险中1美元的平均负担为51美分,远高于其他保险市场(Jeffrey 等,2007)。也有学者估算美国养老保险1美元平均负担为15~25美分(Mitchell 等,1999);团体医疗保险保单为6~10美分,非团体医疗保险保单为25~40美分(Newhous,2002)。(2)长期护理保险保费无性别差异,但保险的利用率性别差异极大。女性长期护理利用率远高于男性,因此男性的负荷明显高于女性。尽管学者未曾观察到长期护理保险覆盖面中显著的性别差异,但也证明了女性不会比男性购买更多的保险(Jeffrey 等,2007)。

长期护理保险潜在替代品影响着长期护理保险的需求和覆盖面。一是“医疗救助计划”对长期护理商业保险的挤出效应。美国学者发现,在医疗救助计划存在的情况下,即使没有其他任何供给或需求的限制,在基于精算价格的长期护理保险市场,仍然有2/3的人不愿意购买长期护理商业保险(Jeffrey 等,2007)。二是家庭日常护理对长期护理保险的替代作用。以Finkelstein 等(2006)为代表的部分美国学者认为,医疗救助隐形税收的降低对长期护理商业保险的刺激是必要的。但并没有足够证据。即使没有医疗救助计划,隐形税收也不存在,美国长期护理保险市场也会因为其他因素保持较小的规模。比如,家庭提供的非正式护理的替代作用等。有学者证实了家庭日常护理和长期护理的可替代性(Van Houtven 等,2004)。还有研究表明,婚姻的存在带来非正式护理的增加,会替代正式的长期护理,进而影响长期护理保险的市场需求。此外,家庭还有可能通过遗产影响长期护理保险的覆盖面,但这种影响不显著(Lakdawalla 等,2002)。

美国现存的医疗救助计划对长期护理保险市场形成了很大的挤出效应(Jeffrey 等,2007)。美国长期护理保险市场规模的扩大,或许可以通过重新设计医疗救助计划得以解决。如果废除医疗救助计划,全部依赖长期护理商业保险是不合适的,必须考虑到市场中有长期护理需要的贫困群体(Jeffrey 等,2008)。但是,如果完全由政府提供长期护理保险,则会带来很大挑战。尽管中美国情不同,社会保障制度设计、保险市场环境均存在差异,但社会保障制度“托底线”的本质是相同的。当前中国仅有十几家保险公司建立了长期护理保险,甚至很多是以附加险形式存在,经过15年的发展,其覆盖面仍非常有限。与美国长期护理商业保险多年的发展相比较,存在共同点,但美国的商业保险市场比中国更成熟,或许美国的实践

可以用来说明长期护理商业保险很难成为一种主流模式。美国的经验说明,长期护理保险制度的设计要明确政府与市场的关系。完全期待商业保险解决长期护理问题是不现实的,政府对长期护理保险的主导责任毋庸置疑。商业保险仅能解决中高收入家庭的老年护理问题,而无法化解低收入家庭的护理危机。

五、对中国的启示

中国目前尚未将长期护理纳入社会保障体系内,基本医疗保险制度只支付住院即特别护理费用,这混淆了长期护理保险和医疗保险的作用。首先,基本医疗保险是为了补偿患者因疾病带来的治疗费用,不涵盖非基本医疗护理和生活照料等项目。长期护理保险则主要针对护理、照看等助老服务。其次,长期护理保险与医疗保险是两个性质不同的项目。前者是长期项目,后者是短期项目。长期项目重在基金积累,短期项目重在收支平衡。因此,长期护理保险应该独立于基本医疗保险,独立筹资,专款专用。

中国长期护理保险制度既要借鉴德国、日本和美国等发达国家的先进经验,也要吸取其失败的教训。长期护理保险在德国接受度较高,取得了积极的成果。德国“居家护理优先于住院护理”的基本原则使护理保险成为德国社会政策积极的调控手段。为提升长期护理质量,德国的长期护理保险不仅将为家属或邻居提供护理服务的人员纳入养老保险体系,并在 2008 年赋予护理人员法定护理时间来调控老年人对护理院的需求,进一步鼓励居家护理和子女护理,促进护理资源的有效利用。日本的长期护理保险制度也是如此,2005 年改革后,日本政府仍面临严重的财政负担,因救助和有护理需求的人数逐步上升,护理给付的总支出持续攀升。日本长期护理保险制度面临挑战的根本原因是一开始就设置得过于“慷慨”。

德国、日本和韩国建立的长期护理社会保险制度的覆盖面要远高于美国。长期护理保险市场可能存在逆向选择,而社会保险的强制性恰恰是解决逆向选择最好的办法。即使有数据证明中国长期护理商业保险市场不存在逆向选择,社会救助的挤出效应和家庭护理的替代作用也可能影响中国长期护理保险的规模。中国的社会保障制度与德国最接近,可以借鉴德国“长期护理保险跟随医疗保险”的经验,建立以社会保险为主体的长期护理保险制度。

中国长期护理保险制度的选择,在借鉴德国、韩国、日本和美国等国家先进经验的基础上,要充分发挥市场在资源配置中的决定性作用,要立法先行,在短期内出台长期护理保险市场的法律法规,尽早建立全覆盖、保基本、多层次的长期护理保险体系。然而,中国当前企业的社会保险缴费率已超过 40%,如果继续单独新建一个法定的长期护理保险并独立收费,企业将不堪重负。在“新常态”背景下,企业会适时适当降低缴费率,因此由个人和企业缴纳为主的长期护理社会保险制度尚未建立便已困难重重。关于中国长期护理保险制度的研究,可在以下几方面继续深化:一是运用商业保险公司数据做实证,分析中国长期护理商业保险市场的逆向选择是否存在;二是中国长期护理保险市场的挤出效应和替代效应是否存在;三是如何解决中国长期护理人员的道德风险问题等。

参考文献:

1. 戴卫东(2012):《中国长期护理保险制度构建研究》,人民出版社。
2. 高春兰、班娟(2013):《日本和韩国老年长期护理保险制度比较研究》,《人口与经济》,第3期。
3. 辜胜阻(1988):《中美老年人生活功能丧失问题的比较研究》,《中国人口科学》,第6期。
4. 郝君富、李心愉(2014):《德国长期护理保险:制度设计、经济影响与启示》,《人口学刊》,第2期。
5. 黄匡时、陆杰华(2014):《中国老年人平均预期照料时间研究——基于生命表的考察》,《中国人口科学》,第4期。
6. 荆涛等(2011):《影响我国长期护理保险需求的实证分析》,《北京工商大学学报(社会科学版)》,第6期。
7. 荆涛、谢远涛(2014):《我国长期护理保险制度运行模式的微观分析》,《保险研究》,第5期。
8. 景跃军、李元(2014):《中国失能老年人构成及长期护理需求分析》,《人口学刊》,第2期。
9. 吕国营、韩丽(2014):《中国长期护理保险的制度选择》,《财政研究》,第8期。
10. 舍曼·富兰德等(2011):《卫生经济学》(第六版),中国人民大学出版社。
11. 王新军、郑超(2014):《老年人健康与长期护理的实证分析》,《山东大学学报(哲学社会科学版)》,第3期。
12. 魏华林、何玉东(2012):《中国长期护理保险市场潜力研究》,《保险研究》,第7期。
13. 杨红燕(2004):《发达国家老年护理保险制度及启示》,《国外医学(卫生经济分册)》,第1期。
14. 朱铭来、贾清显(2009):《关于构建我国长期护理保险制度的思考》,北京大学中国保险与社会保障研究中心(CCISSR),《金融危机:监管与发展——北大赛瑟(CCISSR)论文集》。
15. Alice M. Rivlin, Joshua M. Winener, Raymond J. Hanley, Denise A. Spence(1988), Who Should Pay for Long-term Care for the Elderly? *The Brookings Review*. 6(3):3-9.
16. Jeffrey R. B., Finkelstein A. (2007), Why is the Market for Long-term Care Insurance So Small? *Journal of Public Economics*. 91:1967-1991.
17. Jeffrey R. B., Finkelstein A. (2008), The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-term Care Insurance Marke. *American Economic Review*. 98(3):1083-1102.
18. Finkelstein A., Kathleen McGarry. (2006), Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-term Care Insurance Market. *American Economic Review*. 96(4):938-958.
19. Lakdawalla D, Philipson T. (2002), The Rise in Old-Age Longevity and the Market for Long-term Care. *American Economic Review*. 92(1):295-306.
20. Mitchell O.S., Poterba J.M., Warshawsky M., Brown J.R. (1999), New Evidence on the Money's Worth of Individual Annuities. *American Economics Review*. 89(5):1299-1318.
21. Newhous J. (2002), *Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum*. Cambridge. MA: MIT Press.
22. Rothschild M., Stiglitz J.E. (1976), Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*. 90(4): 630-649.
23. Van Houtven C.H., Norton E.C. (2004), Informal Care and Health Use of Older Adults. *Journal of Health Economics*. 23:1159-1180.

(责任编辑:李玉柱)