

A low-angle, upward-looking photograph of several large, light-colored classical columns. The columns are fluted and have ornate capitals. The perspective makes them appear to converge towards the top of the frame. The background is a clear, bright blue sky.

# 第9章 保健市场

# 1. 医疗保健的特殊性

- 医疗健康支出在经济中的地位越来越重要
  - 事关生死大事
  - 保健开支规模越来越大（见图9-1）
- 保健的哪些独特性证明政府介入该市场是合理的？
  - （1）保险的作用
    - ①为什么要买保险？
    - ②风险共担的作用
  - （2）医疗保险市场失效
    - ①不对称信息（逆向选择、道德风险）
    - ②保健的外部性

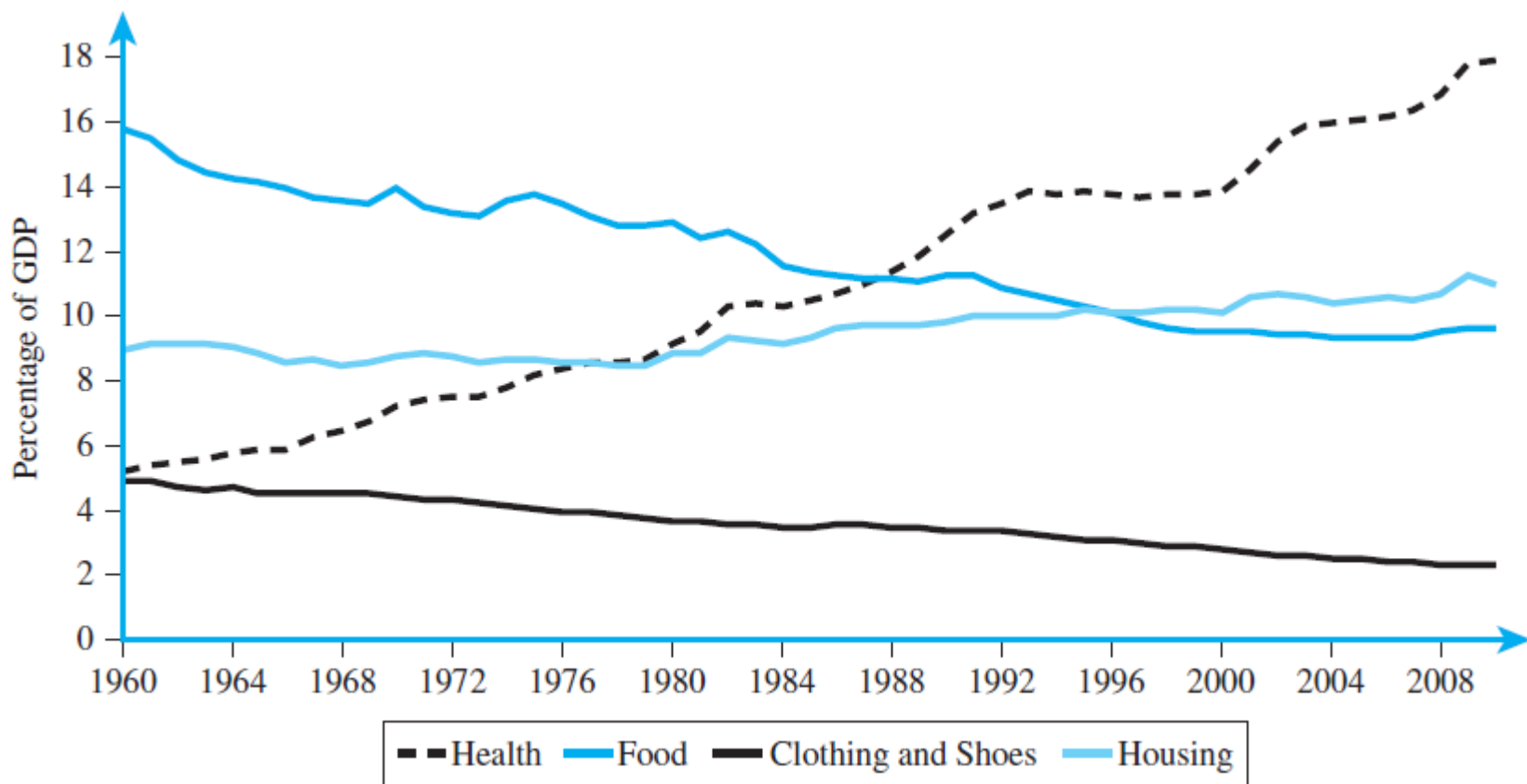


图9-1美国部分商品和服务开支占GDP的比重（1960-2010）

Source: Centers for Medicare & Medicaid Services, National Health Expenditure Data, and National Income and Product Accounts

# (1) 保险的作用

## ①为什么要买保险？

### 保险术语

- 社会保险 (Social Insurance): 帮助人们防范各种不利事件的政府计划。
- 保险费 (Insurance Premium): 在特定不利事件发生时, 为取得赔偿保证, 保险的购买者向保险的提供者支付的数额。
- 期望值 (Expected Value): 当个人面对不确定结果时, 她能期望获得的平均数额。计算上, 是用各个事件发生概率为权重计算加权平均数。
- 精算公平保费 (Actuarially Fair Insurance Premium): 一定时期内的保费收入等于保险公司同期预期赔偿金。

举个例子：

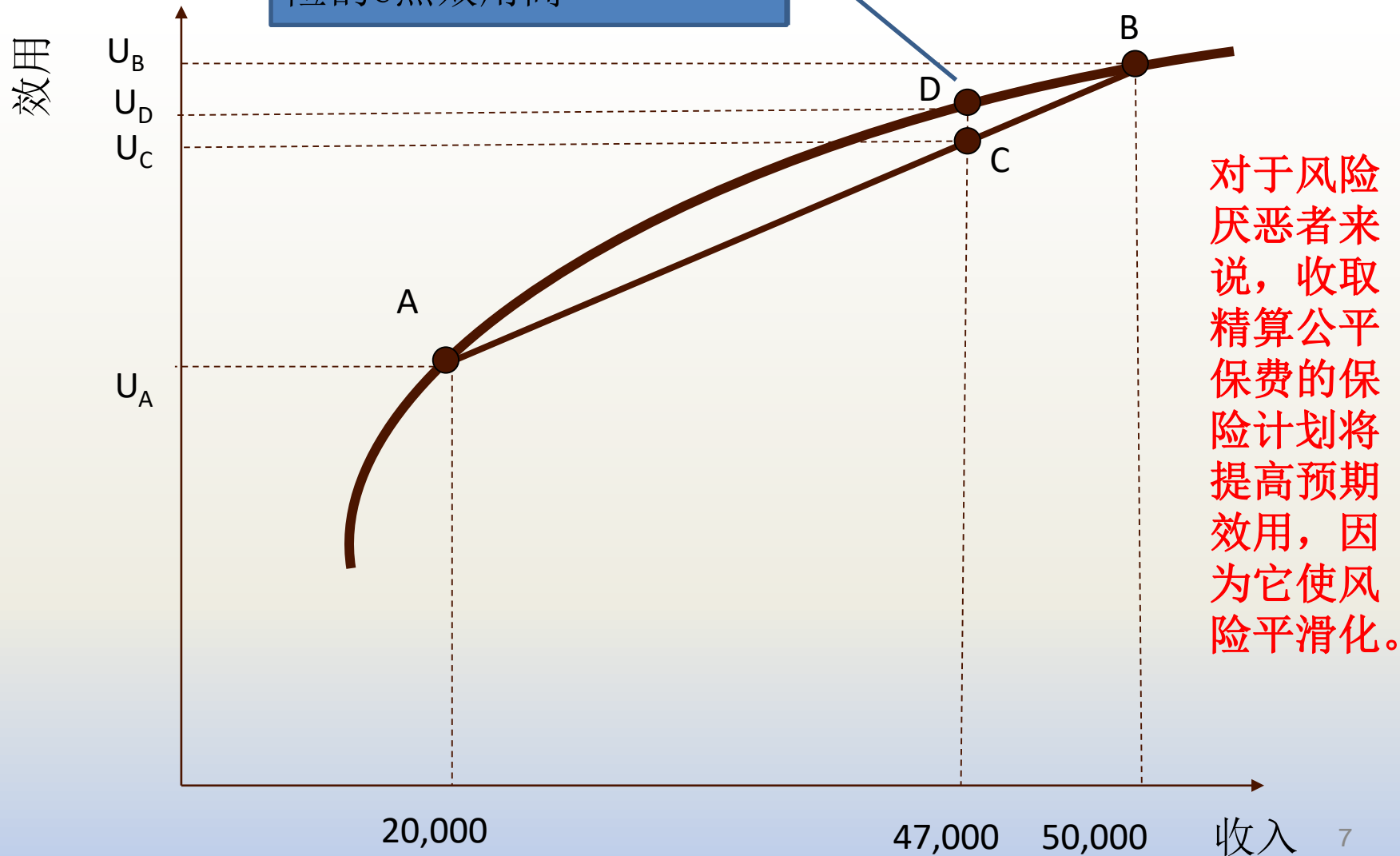
- Emily年收入\$50,000，假定某一年她得病的概率是1/10，一旦得病会损失\$30,000（包括医药费和工资损失），这一年的收入变为\$20,000。
- 期望值  $EV = p_1 * V_1 + p_2 * V_2$
- 精算公平保费是：  $\$30000 * 1/10 + \$0 * 9/10 = \$3000$
- Emily需要买保险吗？

# 为什么要买保险？

保险选择	收入	健康概率	生病概率	生病的损失	(A)	(B)	(C)
					健康时的收入	生病后的收入	期望
选择1： 不保险	\$50,000	9/10	1/10	\$30,000	\$50,000	\$20,000	\$47,000
选择2： 保险 (支付 \$3000 保障 \$30000 损失)	\$50,000	9/10	1/10	\$30,000	\$47,000	\$47,000	\$47,000

# 为什么要买保险

买保险的D点，比不买保险的C点效用高

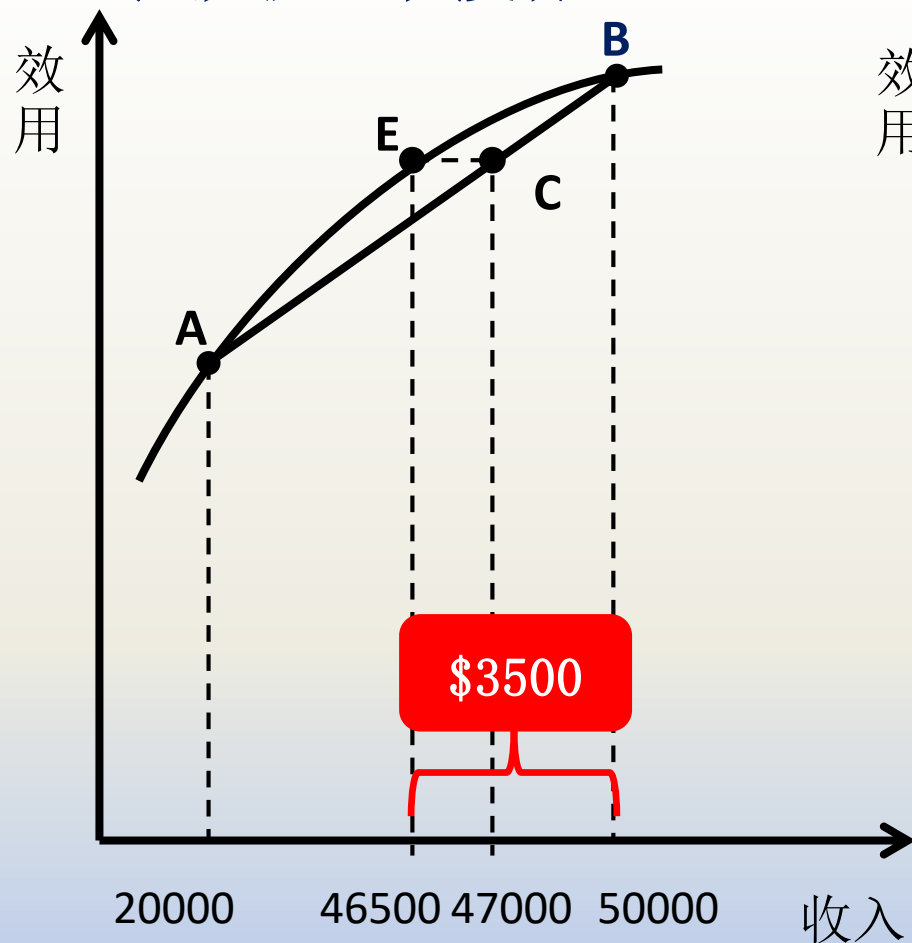


- **基本结论**，在标准的收入边际效用递减的情况下，当一个人有精算公平保险可供选择时，她就会买全险以防生病可能造成的收入损失。
- **保险术语**
  - **风险厌恶** (Risk Aversion)：为在不利事件发生后取得赔偿，愿意支付高于精算公平保费的倾向，即在期望收入相同时，风险厌恶者偏好于确定性收入而不是不确定性收入。
  - **风险溢价** (Risk Premium)：为在不利事件发生后取得赔偿，风险厌恶者愿意支付的金额大于精算公平保费，其差额被称为风险溢价。
  - **保险附加费** (Loading Fee)：保险公司收取的保费与精算公平保费之间的差额。

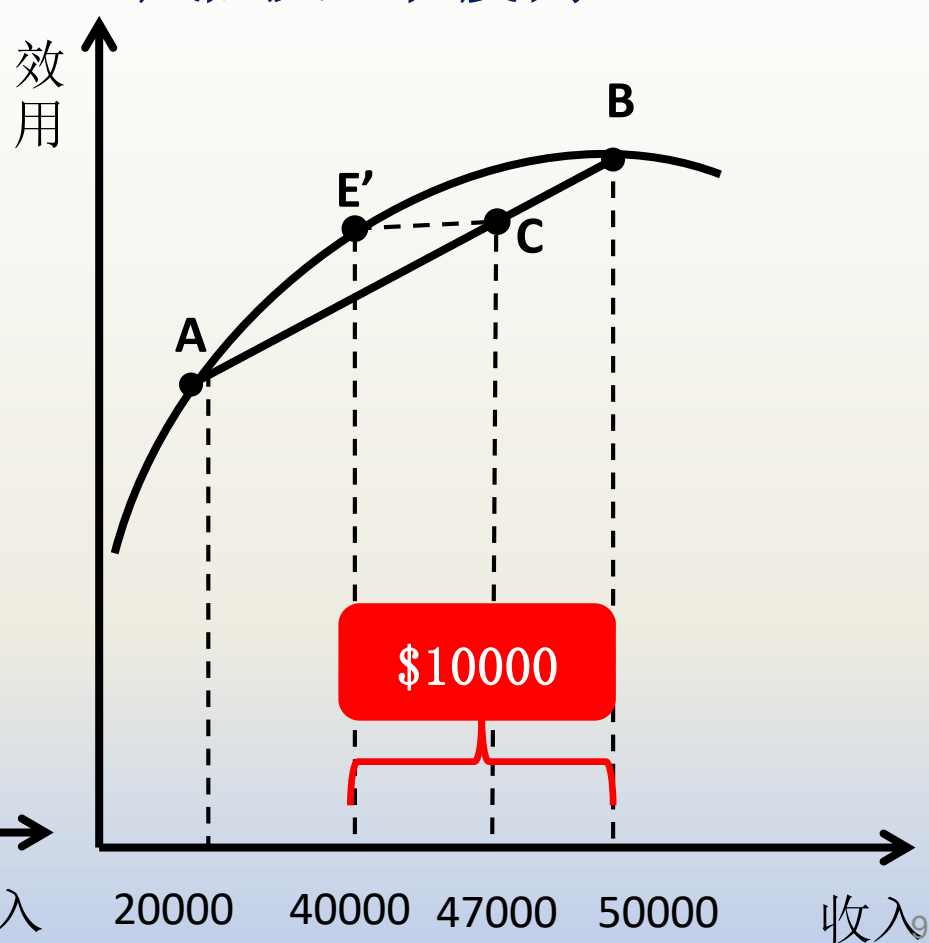


效用函数弯曲度越大，风险厌恶程度越高，投保支付意愿也就越大。  
年保费为4000美元的话，效用函数为A的人不会买保险，而效用函数为B的人会买保险。

A. 风险厌恶程度低



B. 风险厌恶程度高



## ②风险共担的作用

- 参与保险的越多，保险公司的赔付金额越容易预测。在这种可预测性较大的情况下，保险公司有一定把握收取能弥补其成本的保费，降低了它所面临的风险。
- 从全社会的角度来看，通过人们共担风险，保险公司的风险实际上降低了。

## (2) 医疗保险市场失效

当交易中的一方拥有的信息不能为交易的另一方所用时，就存在不对称信息。不对称信息在健康保险市场尤其成问题。

①健康保险市场中的逆向选择

②保险与道德风险

③保健市场的其他信息问题

④保健的外部性

## ①健康保险市场中的逆向选择

- 当保险公司按人群平均健康风险收取保费时，身体状况不好的人更积极投保，而身体状态比较好的人没有积极性投保。由于信息不对称，保险公司得到的客户恰恰是有毛病的人，这现象称为逆向选择。
- 如果保费根据社会的平均健康风险来确定，比较健康的人就会拒绝保险。这又会导致保费提高，健康人选择退出。随着越来越多的人参与者选择退出，保险市场就会停止运转，这种现象有时被生动地描述为“死亡螺旋”。

# 不对称信息是如何引起保险市场失灵的

	(A) 生病概率	(B) 生病损失收入	(C) 期望损失	(D) 期望收入减去 保费 差别保费	(E) 期望收入减去 去保费 (保费 = \$3, 000)	(F) 期望收入减去 去保费 (保费= \$4, 500)
Insurance Buyer						
Emily	1/5 (High Risk)	\$30,000	\$6,000	\$0	\$3,000	\$1,500
Jacob	1/5 (High Risk)	\$30,000	\$6,000	\$0	\$3,000	\$1,500
Emma	1/5 (High Risk)	\$30,000	\$6,000	\$0	\$3,000	\$1,500
Michael	1/5 (High Risk)	\$30,000	\$6,000	\$0	\$3,000	\$1,500
Madison	1/5 (High Risk)	\$30,000	\$6,000	\$0	\$3,000	\$1,500
Joshua	1/10 (Low Risk)	\$30,000	\$3,000	\$0	\$0	-\$1,500
Olivia	1/10 (Low Risk)	\$30,000	\$3,000	\$0	\$0	-\$1,500
Matthew	1/10 (Low Risk)	\$30,000	\$3,000	\$0	\$0	-\$1,500
Hannah	1/10 (Low Risk)	\$30,000	\$3,000	\$0	\$0	-\$1,500
Ethan	1/10 (Low Risk)	\$30,000	\$3,000	\$0	\$0	-\$1,500
Insurer's Net Profits				\$0	-\$15,000	\$0

- 为避免逆向选择，保险公司根据健康历史记录筛选客户并向客户收取不同的保费，这种做法称为**经验费率法**。
  - 经验费率法提高了保险市场的效率，但引起了严重的不公平问题，因为健康记录不好的人不得不在保险多花钱，也许甚至定价过高以致无人问津。
- 政府通过提供统一的健康保险，收取统一的保费可解决逆向选择问题。向某一由不同健康风险的个人组成的团体收取统一保费称为**团体费率法**。
  - 团体费率法能消除按健康风险分类带来的不公平，但无效率。因为有些人缴纳的保险费超出其所值，而有些人愿意多付钱以购买更多的保险。
  - 风险水平不同的人支付相同的保费，是无效率的。

## ②保险与道德风险

- 保险可能扭曲人们的行为。
- 有了保险，投保人很可能干有风险的事，降低采取健康预防措施，也可能倾向于过多地消费保健，经常看医生。这些激励问题称为道德风险。
- 道德风险使人们在保险后可能更容易冒险，这将增加不利事件发生的概率。
- 保险公司可以通过一些要求防止道德风险。

## 保险公司常见的要求：

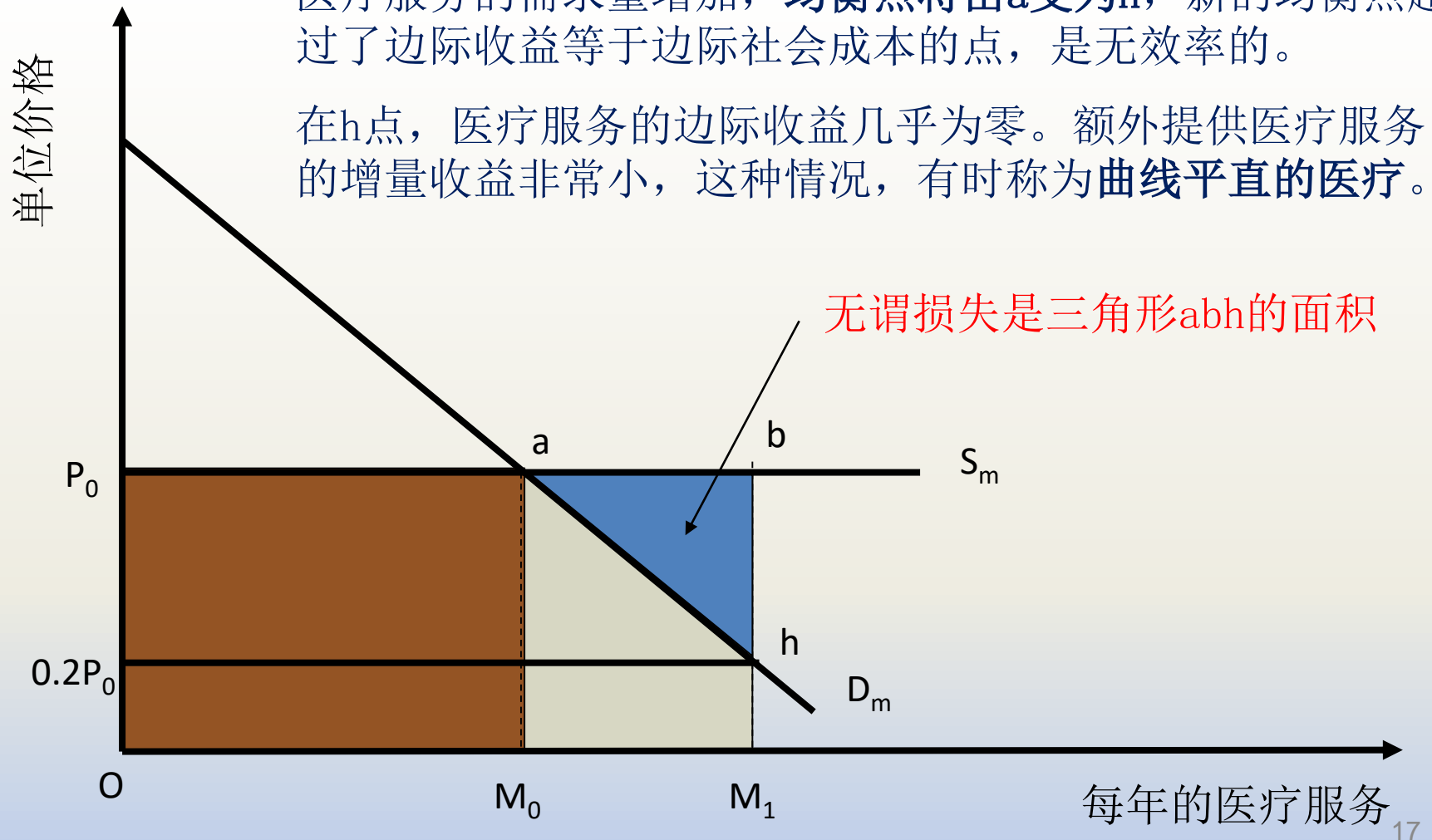
- 扣除额 (Deductible)：在一年内，被保险人可以取得保险赔偿前，必须自己支付的保健成本数额。
- 共同支付 (Copayment)：被保险人为一次医疗服务支付的固定金额。
- 共同保险 (Coinsurance)：被保险人必须支付一定比例的医疗服务支出。



# 医疗服务市场中的道德风险

20%的共同保险费率相当于病人支付的价格降低了80%，导致医疗服务的需求量增加，均衡点将由a变为h，新的均衡点超过了边际收益等于边际社会成本的点，是无效率的。

在h点，医疗服务的边际收益几乎为零。额外提供医疗服务的增量收益非常小，这种情况，有时称为曲线平直的医疗。



# 部分发达国家的保健支出与保健结果（2004年）

- 美国在平直医务曲线上吗？
- 美国花费在保健上的人均支出高于其他发达国家，但并没有取得较好的保健结果。
- 然而，根据这种简单的比较作出推断要小心谨慎。
  - 医疗技术的R&D
  - 生活方式、文化、人种、收入分配等因素的差异
  - 保健质量的指标

	Per Capita Expenditures (Dollars)	Life Expectancy at Birth (Years)	Infant Mortality Rate (Deaths per 1,000 Live Births)
Australia	2,876	80.6	4.7
Austria	3,124	79.3	4.5
Belgium	3,044	78.1	4.3
Canada	3,165	79.7	5.3
Czech Republic	1,361	75.8	3.7
Denmark	2,881	77.6	4.4
Finland	2,235	78.8	3.3
France	3,159	80.3	3.9
Germany	3,005	78.6	4.1
Greece	2,162	79.0	4.1
Hungary	1,323	72.8	6.6
Iceland	3,331	81.0	2.8
Ireland	2,596	77.8	4.9
Italy	2,392	79.9	4.1
Japan	2,249	82.1	2.8
Korea	1,149	76.9	5.3
Luxembourg	5,089	78.2	3.9
Mexico	662	75.2	19.7
Netherlands	3,041	79.2	4.1
New Zealand	2,083	79.2	6.2
Norway	3,966	79.9	3.2
Poland	805	75.0	6.8
Portugal	1,813	77.3	4.0
Slovak Republic	777	74.1	6.8
Spain	2,094	80.5	3.5
Sweden	2,825	80.6	3.1
Switzerland	4,077	81.2	4.2
Turkey	580	71.2	24.6
United Kingdom	2,546	78.5	5.1
United States	6,102	77.2	6.9
Average	2,550	78.1	5.7

Source: OECD [2006].

# 医疗服务的需求弹性

- 有人认为医疗服务是没有弹性的。
- 但有些人认为医疗服务是有弹性的，当人们需要支付医疗服务成本时，他们会谨慎做出选择。
- 研究医疗服务的需求弹性有两种方法：
  - 观察慷慨医疗保险的被保险人与不慷慨医疗保险的被保险人之间医疗行为的差异。不太可能提供可信的结果。
  - 兰德（RAND）公司的随机实验。结果表明，医疗服务的需求对其价格的确有反应。

# 政府介入可以减少道德风险吗？

- 任何第三方支付医疗服务的全部或部分边际成本都会带来道德风险。
- 由于政府提供健康保险是一种第三方支付制度，也会引致道德风险。政府介入不会减少道德风险现象。
- 第三方支付随着时间的推移而日益重要。保健支出总额当中由消费者直接融资的比例已大幅下降。
- 有效率的保险通过对低成本医疗服务要求高自行支付和对昂贵医疗服务给予更加慷慨的保险金，来平衡降低风险的收益与道德风险的损失。

### ③保健市场的其他信息问题

- 保健市场的另一个问题是，人们可能不完全了解他们所购买的服务，如病人缺乏医生的信息。
- 医生是销售者，却拥有很多的信息。在很大程度上，病人需要听从医生。
- 政府要求取得医生资格需要特定机构认证，如美国医学会。
- 但是，认证会导致医生供给被控制，从而抬高医生收入水平。

## ④保健的外部性

- 购买医疗服务可能导致外部性，也许是正的，也许是负的。
  - 正外部性：疫苗或者传染病治疗
  - 负外部性：滥用抗生素，可能产生新的免疫细菌
- 但在很多情况下，保健不具有外部性。保健会一般只提高被保健者的福利，但不会增加他人的效用。

## 2. 我们想要有效率的保健提供吗？

- 如果医疗保险市场是有效的，为什么政府需要介入医疗服务市场？
- 即便健康市场是有效的，社会可能认为这个结果是不公平的。有效健康市场运行的结果将使医疗保险覆盖范围差异和健康保障服务随收入水平变化而变化。这可能引起社会的强烈关注。
- 基于公平目标，政府介入医疗服务市场。
- 这些基于公平目标的考虑包括：
  - ①家长主义
  - ②未保险者问题
  - ③高额保健成本

## ①家长主义

- 家长主义认为健康服务决定太过复杂，不能由人们自己决定。

## ②未保险者问题

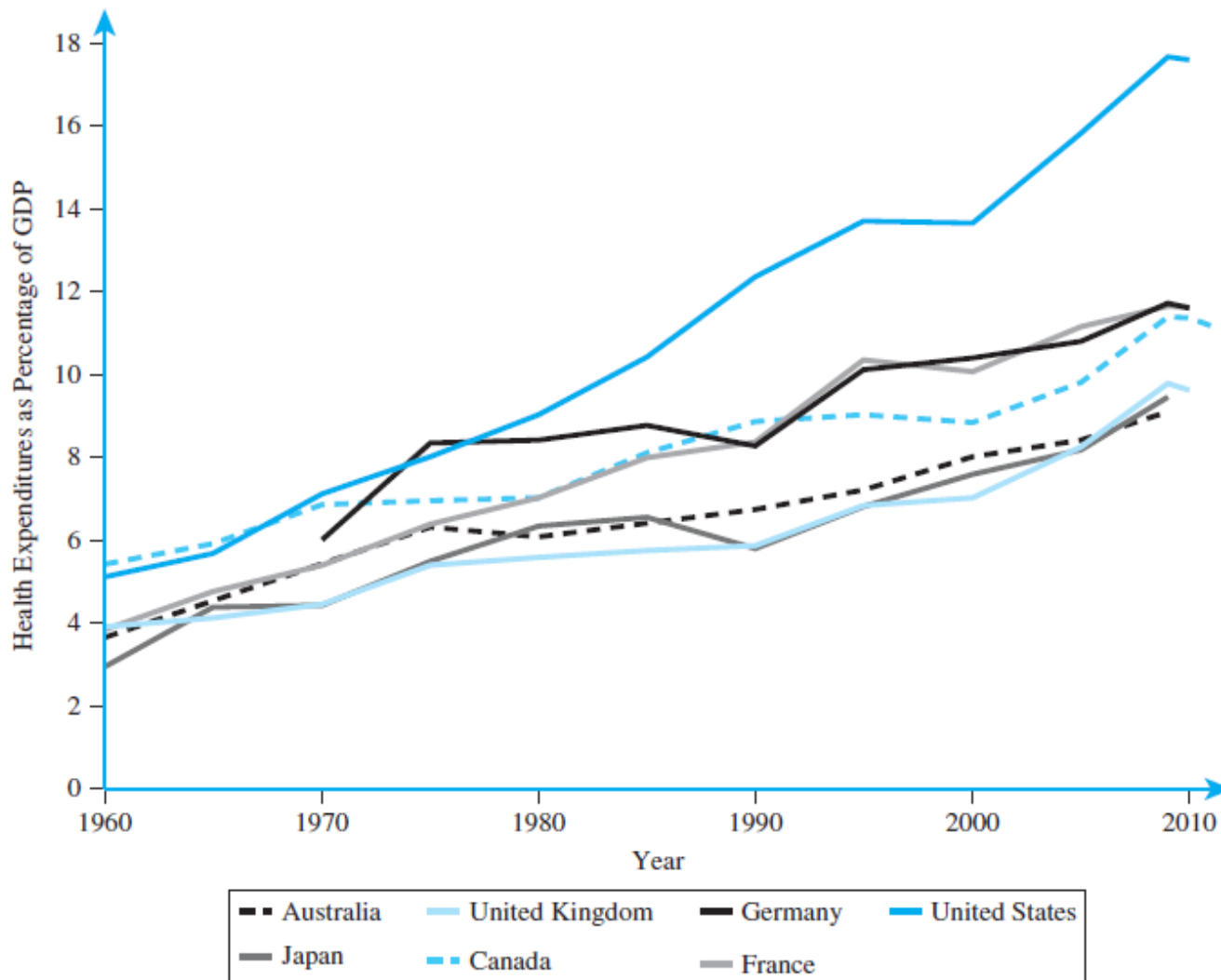
- 由于收入水平过低，或者成本过高，有些人没有购买健康保险。
- 在美国大约有16%的人口（约4700万）没有任何医疗保险。
- 未保险人口是一个很分散的群体。

## ③高额保健成本

- 美国的保健支出占GDP的比率要比其他发达国家高的多，但从长期来看其支出增长率却与这些国家大致相近。



## 部分国家的医疗保健支出占GDP比率（1960-2009）



Source: Organization for Economic Cooperation and Development [2012a].

## 高额保健成本的原因：

- 第三方支付引起的道德风险可能是高额保健成本的原因，如果第三方支付是保健支出增长的原因，那么保险范围必然在扩大。但是，Newhouse(1992)指出没有多少证据表明投保人数变化一直大得足以解释支出增长的大部分。
- 美国老龄化问题 (The Graying of America)
  - 老年人占总人口的比例上升；因为老年人对保健服务的需求大，随着人口老龄化，保健支出也将增长。  
Newhouse (1992) 的研究发现年龄结构的变化只能解释支出增长的很少一部分。

# 高额保健成本的原因：

- 收入增长

- 人均收入增长很快。医疗服务需求随着收入增加而增加。但Newhouse的研究也认为这只能解释一部分原因。

- 质量的改善

- 医疗技术进步提高了保健质量，保健质量提高了医疗开支。
- 肯尼斯·阿罗认为美国保健支出增加的最重要原因是医疗技术进步。

# 总结

- 倘若保健市场是有效的，但导致如此高的价格以至很多人最终得不到健康保险，那么，社会就要决定牺牲多少效率以获取更大的公平。
- 商品平均主义（Commodity Egalitarianism）认为不管人们的环境如何，也不论对社会是否有净收益，有些商品应该被分配给每一个人。
- 每个人都应当至少获得基本的医疗服务。