

# 商业健康保险需求理论与实证研究综述

朱铭来\* 尚颖

南开大学卫生经济与医疗保障研究中心 天津 300071

【摘要】系统归纳和总结了国外商业健康保险需求的基本经济学理论和最新发展动态,同时对国内近年来在商业健康保险需求方面的实证研究进行了综述,将商业健康保险需求的影响因素主要归结为收入水平、健康状况、教育水平和强制性社会保险等方面。分析了我国商业健康保险需求不足的原因,并提出如下解决措施:提升公众健康保险的需求意识;准确定位社会医疗保险和商业健康保险之间的关系;保险经营者要不断改进和完善产品与服务,以满足人们多层次、多样化的健康保障需求。

【关键词】商业健康保险;需求;风险规避;获得动机;综述

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.11.011

## Review on the theoretical and empirical research of commercial health insurance demand

ZHU Ming-lai, SHANG Ying

Center for Health Economics and Medical Insurance Research, Nankai University, Tianjin 300071, China

【Abstract】In this paper, we summarize the traditional economic theoretical models on commercial health insurance demand and introduce the recent development in this area. We also provide full descriptions of empirical studies on commercial health insurance demand in China. We find that factors which have significant effects on commercial health insurance purchases include income level, health status, educational level and compulsory social insurance. Finally, we analyze the reasons of low demand for commercial health insurance in China and give some suggestions for further improvement. First, to raise people's awareness of commercial health insurance demand; Second, to clearly define the relationship between social health insurance and commercial health insurance; Third, commercial health insurance providers need to improve their products and services to meet the various demands of all consumers.

【Key words】Commercial health insurance; Demand; Risk aversion; Access motive; Review

商业健康保险是指保险公司通过疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险等方式对因健康原因导致的损失给付保险金的保险。按照微观经济学的基本理念,所谓商业健康保险的需求是指在一定时期内购买者愿意并且有能力购买的商业健康保险产品的数量。换言之,形成对商业健康保险市场上商品的需求必须满足两个方面的要求:一是购买者的购买意愿;二是购买者的实际购买能力,二者缺一不可。与其它产品一样,商业健康保险市

场也受价格机制的影响,存在供给与需求之间的相互制约,这就意味着人们不可能对保险产品产生无止境的需求。此外,商业健康保险产品的需求又具有其自身的特殊性:它是医疗服务支出的一种融资方式,是国民健康与医疗需求的派生需求(derived demand);它还存在严重的信息问题,由于道德风险和逆向选择的存在,往往会扭曲其需求水平,破坏市场均衡等。因此,对商业健康保险需求的准确分析和预测,是商业健康保险市场科学发展的根本所在。

\* 基金项目:中央高校基本科研业务费专项(NKZXB10041)

作者简介:朱铭来,男(1970年—),教授,博士生导师,南开大学卫生经济与医疗保障研究中心主任,主要研究方向为保险经济学、卫生经济与医疗保障。E-mail:zhuml@nankai.edu.cn

## 1 商业健康保险需求的经济学理论分析

### 1.1 传统健康保险需求理论概述

关于人们为什么要购买商业健康保险,即购买商业健康保险的必要性问题,国外很多学者长期从事该领域的理论研究。传统的“保险需求理论”模型是建立在预期效用理论基础之上的。该理论认为人们购买保险的欲望来自对财务风险的规避(或称回避),即相对于风险发生的不确定性,人们普遍偏好确定性,愿意通过支出保险费这种确定性代价,而换取对未来不确定性损失发生的补偿的一种承诺(或称保证)。根据这种理论,只要消费者足够的厌恶财务风险,保险公司收取的保费即使不够完全公平(fair premium),保险依然能够销售出去。<sup>[1]</sup>传统的“保险需求理论”模型得到了经济学大师 Kenneth Arrow 的首肯,他在 1963 年明确指出了健康保险需求的一般原因在于风险规避特征。<sup>[2]</sup>

在实证分析中,很多学者对商业健康保险需求的价格弹性做出了测算。对于个人投保,其价格弹性有  $-0.16$ 、 $-0.41$ 、 $-0.32$ 、 $-0.54$ 、 $-0.33$ 。<sup>[3-7]</sup>虽然得出的价格弹性各不相同,却充分说明了健康保险需求对价格具有较强敏感性。在团体投保中,由于雇主提供的各种员工福利计划保障水平和内容都大大优于同类个人保险产品,导致其成本更加昂贵,因此团体健康保险的需求对价格则会更加敏感。<sup>[8-10]</sup>

另外,商业健康保险还会因税收政策的实施而发生实际价格的改变。由于政府对商业健康保险的购买多采取税收优惠的激励政策,导致健康保险的需求往往受实际价格影响高于名义价格。健康保险的价格也会随着免税比例的提高而降低。Thomasson 采用历史数据,探究了美国 20 世纪 50 年代税收改革前后,人们拥有的健康保险的差异。最终得到的结论是,1954 年美国实行税收补贴后,导致健康保险实际价格下降,保险需求增加。通过相关调查数据进行实证分析,得出税收补贴大约增加了 9.5% 的保险额度,价格需求弹性为  $-0.54$ 。<sup>[11]</sup>

关于税收政策对团体保险需求的影响,美国麻省理工学院经济系 Gruber 教授近年来作了系统实证研究,发现税收优惠政策(税率的变化)在雇主决定

是否为其雇员提供健康保险的时候将会产生巨大影响,具体数据结论有三个:第一,企业提供保险的需求弹性是中等的,大约为  $-0.25$ ,企业保费支出相对于税后价格的需求弹性更大,大约为  $-0.7$ ,政策模拟显示税收补贴是雇主提供健康保险计划的重要推动力。第二,小企业的雇主提供健康保险的弹性更大一些,而大企业在保费支出上的弹性相对更大一些,即针对小公司或平均工资较低的公司采用税收补贴政策效率较高。第三,对雇员承担部分保费实行税收优惠政策是最低效的,其原因主要在于雇员决策力的有限性、个人需求的多样性、团体保险与个人保险之间的替代性等。<sup>[12-16]</sup>

### 1.2 商业健康保险需求与道德风险

自保险制度产生以来,道德风险始终像阴影一样伴随左右,特别是对于健康保险,其问题更加明显和突出。Pauly 最早系统分析了健康保险的需求与道德风险的相关性,认为健康保险会诱发道德风险,从而导致资源配置的无效率。他的这一论点是通过构建一条固定的个人健康护理需求曲线来实现的,指出对于未购买保险的病人而言,效用最大化选择需要满足的条件是医疗服务的边际购买意愿等于其边际成本;而对于同一个体而言,投保使其能对医疗服务支付更低的价格,由于价格的降低,一方面可以导致正常的医疗服务需求增加或享受更高质量的医疗服务;另一方面也会引起道德风险的发生,即人们消费更多的不必要的医疗服务,最终导致医疗服务的边际成本超过消费者的支付意愿,从而造成资源配置的无效率状态,进而弱化了国民购买健康保险的可能性。<sup>[17-18]</sup> Pauly 断言,由于道德风险的普遍存在,无论是自愿性的还是强制性的购买健康保险,都可能降低消费者福利。<sup>[19]</sup>这种观点得到了大多数经济学家的认可。因此,如何充分发挥保险的风险分散经济补偿作用,而同时又有效的控制道德风险,这种关系的平衡成为了健康保险制度构建的永恒主题。<sup>[20-25]</sup>

很多学者通过实证研究,试图计算出过度保险需求(或称超额保险需求,是由于道德风险造成的)对福利损失数量的影响。Feldstein 是早期的代表,他通过衡量医疗服务的需求量和保险的共付比例来计

算福利的损失。他发现,任何提高共付比例的措施都会降低过度保险需求,在当时参数设计条件下,通过提高共付比例可以导致的福利收益大约是每年278亿美元。<sup>[26]</sup> Feldman 更新了 Feldstein 的估计,计算的福利损失范围在330亿~1 090亿美元之间,大小取决于具体参数设计。<sup>[27]</sup> 此后, Newhouse, Feenberg, Nyman 对因道德风险造成的福利无效率又做了补充性的测算。<sup>[28-30]</sup>

### 1.3 商业健康保险需求理论的新发展

2003年,加州大学教授 Nyman 在其专著“Demand for Health Insurance”一书中,大胆提出了一种与传统健康保险需求不同的理论,对于人们为什么购买健康保险给出了全新的解释。他认为,购买商业健康保险,并不一定是为了规避风险,在相当大的程度上是因为存在获得动机(access motive),即获得收入转移的动机。Nyman 发现,一些因为生活水平较低而无法负担高昂医疗成本的人,可以通过购买健康保险获得一定的医疗救助。他认为,健康保险合同是一种补偿交易,消费者如果同意在健康时放弃其它一部分开销花费(其他相应的商品和服务消费),用来支付一定的保费,那么在他们生病时就可以从那些身体健康的人身上获得一定的收入转移,从而获取原本无法负担的医疗服务,正是这种巨大的收入转移效应才使得人们有动力去购买健康保险。<sup>[31]</sup>

根据 Nyman 提出的新理论, Rexford 从数学模型的角度进行了验证,认为健康保险边际获得动机效用可以通过将健康保险价格与医疗价格相除来合理反映。在 Rexford 的模型当中,将取得更大的边际获得效用作为度量健康保险需求的因素。模型把获得效用看作是基于一身身体健康需求所产生的健康保险的需要,提出了边际获得效用指标。Rexford 描绘了美国1960—2002年健康保险边际获得效用随时间变化的序列(图1)。<sup>[32]</sup> 这只是表明一种发展趋势,并不需要考虑某一时间点上的具体数据值。根据这个图,健康保险边际获得效用是随着时间不断增长的,但也出现了一些波动。

针对商业健康保险边际获得效用随时间而发生的明显变化, Rexford 用多元回归分析对此进行了解

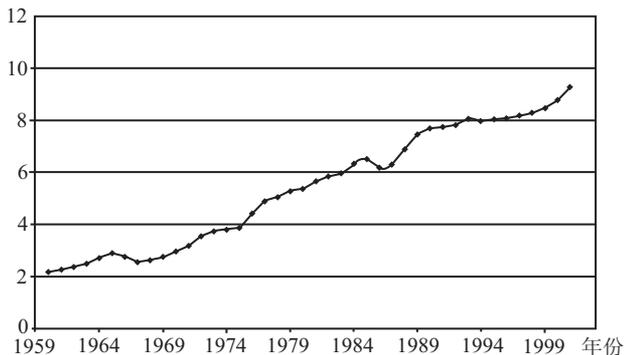


图1 健康保险的获得效用

释。实证结果显示,实际收入和边际获得效用之间存在直接关系。医疗技术的提高导致了预期寿命的变化,直接影响获得效用。<sup>[32]</sup> Nyman 也认为,商业健康保险效用往往随着时间而增加,主要是因为健康保险保障了人民生活得到改善以及新医疗技术的不断产生。但是,边际获得效用也并非一直以固定的速率在增长,例如,在20世纪60年代后期、70年代中期、80年代中期和90年代,其增长速度明显放慢。<sup>[31]</sup> 这可能与 Medicaid 的实施有关,Medicaid 计划在20世纪60年引入、80年代初用以克服医疗费用的膨胀、90年代实现了医疗保障项目的扩大,其时间恰与边际获得效用的波动相吻合。原因很简单,因为 Medicaid 计划是免费的,所以其范围的扩展将导致商业健康保险边际获得效用的降低。此外,实例研究结果也表明,当管理式医疗(HMO)有更多的登记人数时,边际获得效用会减少。也就是说,管理式医疗能通过其对医疗资源使用的限制性政策减少了健康保险获得效用。

## 2 国内商业健康保险需求的实证分析

### 2.1 商业健康保险需求影响因素分析

对于商业健康保险需求的理论探讨和实证分析,近年来国内一些学者也日益关注和探索。商业健康保险需求的决定性因素有很多,许多学者在各自实证研究的基础上提出了不同的看法。

#### 2.1.1 收入水平

徐美芳对上海的商业健康保险市场做了调研和数据处理,选择了4 070个个体作为样本进行了分析,按照不同的收入层次进行分组。最后研究显示,中低收入人群的个人收入与健康保险需求是有关系

的,而对于其他人群来说,个人收入水平与健康保险消费需求并没有显著关系。但是从有效需求角度讲,中高收入群体是健康保险的主要消费群体,所以总体看来,健康保险需求与个人收入水平关系不大。相反,家庭其他成员的收入水平却与该消费者的健康保险需求有着显著的关系。她认为,这种现象的产生可能是与我国普遍存在的以家庭为保障单位的观念有关,收入较高的家庭成员可能为收入较低的家庭成员承担保费或其它方面的支出。<sup>[33]</sup>

与之类似,李琼认为可支配收入对商业健康保险需求的影响分为三个阶段:低、中、高收入水平时期,低收入时期可支配收入对健康保险需求影响不大,中收入时期健康保险的需求会随着可支配收入的增加而增加,但到了高收入阶段,对健康保险需求又会表现出抑制作用。<sup>[34]</sup>王璐则采用宏观整体商业健康保险市场数据进行需求分析,并得出健康保险需求与城镇居民家庭人均可支配收入密切相关的结论。她特别指出,目前因为商业健康保险的销售主要集中于城镇,因此将该影响因素的内涵缩小到城镇范围更加合理。<sup>[35]</sup>刘芳芳等也通过回归分析证明了我国城镇居民人均可支配收入对商业健康保险的发展起到了显著的促进作用。<sup>[36]</sup>

### 2.1.2 价格水平

正如其它商品一样,价格是影响商业健康保险需求的主要因素之一,一般来讲,价格越高,商业健康保险的需求也就越少。商业健康保险产品的价格主要是指健康保险保费,包括两个部分:一是产品的实际价格,即纯保费部分;二是产品的额外价格,即附加保费部分,也是我们通常所说的交易成本。关于交易成本可以从以下两方面进行理解:一方面,如果交易成本过高,可能使健康保险的实际价格部分相对较低,而纯保费的厘定势必与风险概率、个人健康以及赔付情况紧密联系在一起,低缴费对应的一定是低回报,这样就会降低投保者的福利水平;另一方面,如果交易成本过高,也会使保险公司提高健康保险价格,健康保费相应增加,对商业健康保险的需求便会减少,当超过了人们对风险的回避限度时,人们便不会再选择购买保险。陈文、应晓华都提出并证实了商业健康保险价格对需求的重要影响。<sup>[37-38]</sup>

### 2.1.3 健康状况

这里提到的与商业健康保险需求相关的健康状况可以体现在如下两个方面:一是客观存在的个人健康状况;二是人们对自身健康状况进行的主观评价。客观存在的健康状况就是人们发生疾病风险的概率和程度。张新民等称之为客观疾病风险,即疾病发生和死亡的概率及其对居民经济、生活等方面影响的严重程度。他们并不认为人们的健康保险需求直接取决于人们的客观疾病风险,而是认为取决于人们对疾病风险的主观认识和主观决策的心理过程。他们这样解释:现阶段我国居民的客观疾病不断加重,经济风险也会因此加剧,但事实上其并没有促进人们对健康保险需求的增加,这可能是因为人们的主观风险认识能力尚且不足、整体素质较差,在一定程度上抵消了客观疾病风险的推力。<sup>[39]</sup>其实,这一论点也为许多学者所阐述,认为疾病发生的主观概率影响健康保险的需求量,即感觉自身健康状况越不好购买保险越多,魏华林等也曾指出人们往往由于对自身健康状况的高估自信而抑制了对健康保险的需求,这也是逆向选择产生的原因。<sup>[40]</sup>

### 2.1.4 教育水平

张新民等将健康保险需求的因素归因于人们的素质水平和文化程度。<sup>[39]</sup>徐美芳经过调查研究,证明了教育水平也是影响健康保险需求的一个主要因素,但是她指出,健康保险需求与教育水平并非呈现单一的同向发展趋势。并且研究表明,健康保险需求最多的人群为大专学历者,本科及其以上学历人群的平均健康保险需求量并不是很高。原因在于教育主要通过保险意识和收入两个途径影响健康保险的消费,对于高学历人群来说,尽管他们的风险意识较强,但现有的保险产品并不被他们认可;对于大专以下教育水平的人群来说,由于收入水平较低,可能限制了其购买力,因此,他们的健康保险需求也不会很高。<sup>[33]</sup>

### 2.1.5 强制性社会保险

对于商业保险与社会保险之间的关系,一直以来就是人们所关注的话题。学术界关于二者之间关系的研究,主要表现在两个方面,即替代关系和互补关系。

魏华林等认为社会医疗保险会弱化人们对商业健康保险的需求,在我国这样的一个发展中国家,往往社会医疗保险与商业健康保险之间会产生一种替代关系,他们指出,对于最为关注自身健康状况的中高收入人群,如企、事业机关人员构成了我国商业健康保险消费的主力,但他们一般又享有较好的社会医疗保险,因此就失去了关注和选择商业健康保险的兴趣。<sup>[40]</sup>相反,王璐收集了我国近年来基本医疗保险基金收入和覆盖人群的数据,并在此基础上通过实证分析验证了在当前的保障水平、覆盖范围内,社会医疗保险与商业健康保险之间并不是一种负相关关系,并未产生替代作用。<sup>[35]</sup>甚至,商业保险的补充作用变得越来越显著,我国各地区在社会基本医疗保险基础之上,多通过商业保险运作方式,为城镇职工开办了补充医疗保险。陈文<sup>[37]</sup>、应晓华<sup>[38]</sup>、卢宪中<sup>[41-42]</sup>、张帆<sup>[43]</sup>等分别对上海、成都、温州、黑龙江等地区开展的补充医疗保险需求状况做了深入的实证分析,并对各种补充医疗保险的价格和收入弹性做了估计和测算。

总之,影响商业健康保险需求的因素很多,如税收政策、年龄、性别、种族、保险意识等。<sup>[36]</sup>值得一提的是信息的对称性对保险需求的影响也开始为国内学者所关注,刘一鸣等通过实证分析证实了信息的充分提供可以使得小额健康保险需求水平显著提高。<sup>[44]</sup>此外,徐美芳又提出了一种新的分析方法,即交叉分析理论,上述影响健康保险需求的各种因素可能会产生交叉项,这样就会缩小或增加某种因素的影响程度。而且,在不同的分析条件下,得出的结论也可能不同,如在低收入组与中高收入组中,社会保险与健康保险需求会出现一种明显的负相关关系;而在中低收入组中,社会保险与健康保险需求出现的却是显著的正相关关系等。<sup>[33]</sup>这种分析方法的运用,使得对商业健康保险影响因素的分析更加具体化,具有较强的实用价值,也为今后学者的相关研究提供了借鉴意义。

## 2.2 我国健康保险需求不足的原因

目前,我国对健康保险的需求依然不足。所谓健康保险需求不足,是指保险购买不足(under-insurance)或者保险未购买(un-insurance)。Ahking等从

总体上分析了美国健康保险市场上的需求水平,将人们不购买商业健康保险的原因分为五类:自愿性未保险(voluntary un-insurance)、摩擦性未保险(frictional un-insurance)、结构性未保险(structural un-insurance)、周期性未保险(cyclical un-insurance)和替代性未保险(alternatives)。<sup>[45]</sup>自愿性未保险是指由于经济环境等的改变,比如保险价格的上升或收入的减少,有些人可能会选择不参加商业健康保险或者选择只投保最低限度保障范围的险种。摩擦性未保险发生在人们因信息不匹配而造成暂时性的失去健康保险,由于信息的不对称,消费者不得不花费时间去四处寻找合适的保险公司,而健康保险公司也同样在花费时间寻找适合的客户群。结构性未保险是指对那些因慢性疾病或先前就存在健康问题的人群不提供健康保险,即商业健康保险未实现合理匹配。而这些情况的循环往复就构成了周期性未保险。替代性未保险是指公共保险(社会保险)的存在减少了购买商业健康保险的人口数量。

应当承认,早期我国商业健康保险需求不足的重要原因在于收入问题,可支配收入水平越高就越有能力为购买健康保险支付保费。张新民等认为,我国居民收入水平不一,大部分农民的收入不高,商业健康保险可能属于第一态,即健康保险为无能力消费品;大多数城市职工及沿海地区农民收入水平介于温饱和小康之间,商业健康保险可能属第二态,即健康保险为奢侈品;另外还有少部分先富起来的居民,商业健康保险可能属第三态,即必需品。显而易见,第一、第二状态的健康保险只能带来极少的保险需求,而第三状态的保险又占据较小的份额,所以,必然引起我国商业健康保险需求的不足。<sup>[39]</sup>魏华林等却提出了相反的观点,强调我国商业健康保险需求不足的真正原因并不是因为买不起保险,他们通过对我国中部三城市商业健康保险需求的调研,给出了三个原因:一是风险意识不强,二是保险供给不当,三是社会保险的替代作用。<sup>[40]</sup>所谓保险供给不当,实际上就是造成上述摩擦性未保险和结构性未保险的祸首。调研显示,人们是这样评价我国商业健康保险的:一些人觉得没有合适的商业健康保险可供选择,一些人觉得商业健康保险不稳定,还有一

些人觉得保险公司的信誉低、理赔难等,这些客观原因使得人们并没有购买商业保险,而是选择自保的方式。究其原因,主要是因为保险公司的产品供给并没有满足人们的需求,其产品的个性化和专业化水准还有待于一定程度的提升。这种需求方与供给方的不匹配现象,也导致了摩擦性未保险的产生。

当前,在我国的健康保险市场上,商业健康保险供给方对疾病高发人群采取谨慎承保甚至拒保的方式,这对于一个以盈利为目的的商业健康保险公司是无可厚非的。但究其原因所在,是当前我国保险公司对于健康风险不具有较高的风险控制能力、医疗数据的不完善导致精算基础缺失、公司管控能力不足导致医疗机构协调能力欠缺。所以,保险公司出于自身公司运营角度的考虑,必然要对高风险人群采取更为保守的风险估计,结果就是拒保或者对其大幅度提高保费,这就导致了高风险人群的结构性未保险。

其实,就目前来看,我国健康保险需求不足的主要原因更在于人们对社会保险的依赖,社会保险与商业保险之间的关系不明确。由于我国商业健康保险的起步比较晚,同时社会医疗保险尚不完善,在过去一段时间内,出现了二者之间混乱、分流、定位不明确的现象。现在出现的一种很明显的现象就是:有些人认为投保了社会医疗保险就没有必要再投保商业健康保险,因此,其综合的健康保障范围比较有限,保障水平也不是很高;而另一些人却走了相反的极端,买了许多种商业健康保险,最后却发现和已有的社会医疗保险相重复。

虽然社会医疗保险与商业健康保险都是针对人们的身体健康问题而设计的险种,但是,它们又存在着显著的差别。这种差别可以体现在性质上的不同,一个是强制性,而另一个是自愿性;也可以体现在经营主体和目的上的不同,一个是政府主办的不以盈利为目的,而另一个是公司主办的以盈利为目的;还可以体现在保障层次上的不同,一个以基本保障为主,而另一个则具有更高层次的保障水平。正是这些差别的存在,也恰恰说明了社会医疗保险与商业健康保险之间不可能只是一种简单的替代关系。因此,即使对于已经拥有社会医疗保险的群体,

还可以购买一些社会保险无法提供的商业健康保险产品,以满足他们多样化、深层次保障的需要。总之,商业健康保险的重要地位不容忽视。商业健康保险是社会医疗保险的有效补充,填补了现有社会医疗保险的“真空地带”,并且已成为了多层次医疗保障体系的有机组成部分。

### 2.3 应对我国商业健康保险需求不足的建议

目前,解决我国健康保险需求不足问题,大体可以从以下三方面入手:

第一,提高健康保险需求意识。提高人们的健康保险需求意识是健康保险业发展的基础。为了增强人们对保险的认知、认可程度,各商业保险公司应加大对商业健康保险的宣传力度,鼓励人们进行早期健康投资,用今天的支出来换取未来的赔付,用现在少量分散的投入来换取未来大额集中的回报。不断强化国民的健康保险意识,促进商业健康保险的发展。

第二,准确把握社会医疗保险和商业健康保险之间的关系,并在此基础上,充分发挥各自优势。首先,社会医疗保险的基础作用不容忽视,其有利于消除由于疾病带来的社会不稳定因素,调动人们工作的积极性。而对于更高层次的健康保险需求,则可以通过购买商业健康保险来实现。例如在重大疾病领域内,社会保险不仅设有起付线,而且还有封顶线,这些限制会使许多重大疾病患者的高额医疗费用无法得到充分的保证,也给患者家庭和单位造成了巨大的经济负担;而商业健康保险就弥补了社会保险在此方面的缺陷,可以为消费者提供充足的健康保障。

第三,保险公司要不断完善健康保险产品,使健康保险产品的供给以需求为准绳,以增进广大人民群众满意度为目标。健康保险应该遵循专业化与多样化相结合的发展道路,进一步明确健康保险的发展定位。这种专业化发展主要体现在三个方面:产品设计的专业化、服务技术的专业化和人才的专业化。另外,保险公司更要勇于创新,尝试新产品的开发,尤其是在扩大保障人群、提高保障水平、提升服务品质等方面开拓创新,开发长期医疗险、护理险等,以满足人们多层次、多样化的健康保障需求。

参 考 文 献

- [1] Friedman M, Savage L J. The Utility Analysis of Choices involving Risk[J]. *Journal of Political Economy*, 1948, 66(4): 279-304.
- [2] Arrow K J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care[J]. *American Economic Review*, 1963, 53(5): 941-973.
- [3] Holmer M. Tax Policy and the Demand for Health Insurance [J]. *Journal of Health Economics*, 1984, 3(3): 203-221.
- [4] Farley P J, Wilensky G R. Household Wealth and Health Insurance as Protection against Medical Risks[M] //Martin, Smeeding. *Horizontal Equity, Uncertainty, and Economic Well Being*. Chicago: University of Chicago Press, 1984.
- [5] Short P F, Taylor A K. Premiums, Benefits, and Employee Choice of Health Insurance Option[J]. *Journal of Health Economics*, 1989, 8(3): 293-311.
- [6] Manning W G, Marquis M S. Health Insurance: the Tradeoff between Risk Pooling and Moral Hazard[J]. *Journal of Health Economics*, 1996, 15(5): 609-639.
- [7] Liu C F, Christianson J B. The Demand for Health Insurance by Employees in a Voluntary Small Group Insurance Program[J]. *Medical Care*, 1998, 36(3): 497-443.
- [8] Dowd B, Feldman R. Premium Elasticities of Health Plan Choice[J]. *Inquiry*, 1994/1995, 31(4): 438-444.
- [9] Royalty B A, Solomon N. Health Plan Choice: Price Elasticities in a Managed Competition Setting[J]. *Journal of Human Resources*, 1999, 34(1): 1-41.
- [10] Strombom B A, Buchmueller T C, Feldstein P J. Switching Costs, Price Sensitivity and Health Plan Choice[J]. *Journal of Health Economics*, 2002, 21(1): 89-116.
- [11] Thomasson M A. The Importance of Group Coverage: How Tax Policy Shaped U. S. Health Insurance[J]. *American Economic Review*, 2003, 93(4): 1373-1384.
- [12] Gruber J. The Effect of the Tax System on Health Insurance Coverage[J]. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2001, 1(3-4): 293-304.
- [13] Gruber J. Taxes and Health Insurance[M]// Poterba. *NBER/Tax Policy and the Economy*, Vol 16. Cambridge: MIT Press, 2002.
- [14] Gruber J. Tax Policy for Health Insurance[M] // Poterba. *NBER/Tax Policy and the Economy*, Vol. 19. Cambridge: MIT Press, 2005.
- [15] Gruber J, Washington E. Subsidies to Employee Health Insurance Premiums and the Health Insurance Market[J]. *Journal of Health Economics*, 2005, 24(2): 253-276.
- [16] Gruber J, Lettau M. How Elastic is the Firm's Demand for Health Insurance[J]. *Journal of Public Economics*, 2004, 88(7-8): 1273-1293.
- [17] Pauly M V. The Economics of Moral Hazard: Comment [J]. *American Economic Review*, 1968, 58(3): 531-537.
- [18] Pauly M V. A Measure of the Welfare Cost of Health Insurance [J]. *Health Services Research*, 1969, 4(4): 281-292.
- [19] Pauly M V. More on Moral Hazard[J]. *Journal of Health Economics*, 1983, 2(1): 81-86.
- [20] Zeckhauser R. Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives[J]. *Journal of Economic Theory*, 1970, 2(1): 10-26.
- [21] Manning W G, Marquis M S. Health Insurance: the Tradeoff between Risk Pooling and Moral Hazard[J]. *Journal of Health Economics*, 1996, 15(5): 609-639.
- [22] Manning W G, Marquis M S. Health Insurance: Tradeoff Revisited[J]. *Journal of Health Economics*, 2001, 20(2): 289-293.
- [23] Nyman J A. The Value of Health Insurance: the Access Motive[J]. *Journal of Health Economics*, 1999, 18(2): 141-152.
- [24] Zweifel P, Manning W G. Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care[M]// Culyer, Newhouse. *Handbook of Health Economics*, Volume 1A. Amsterdam, New York: Elsevier, 2000.
- [25] Cutler D M. The Anatomy of Health Insurance[M]// Culyer, Newhouse. *Handbook of Health Economics*, Volume 1A. Amsterdam, New York: Elsevier, 2000.
- [26] Feldstein M S. The Welfare Loss of Excess Health Insurance[J]. *Journal of Political Economy*, 1973, 81(2): 251-280.
- [27] Feldman R, Dowd B. A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance[J]. *American Economic Review*, 1991, 81(1): 297-301.
- [28] Newhouse, the Insurance Experiment Group. *Free for All?* [M]// *Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.
- [29] Feenberg D, Skinner J. The Risk and Duration of Catastrophic Health Care Expenditures[J]. *Review of Economics and Statistics*, 1994, 76(4): 633-647.

- [30] Nyman J A, Maude-Griffin R. The Welfare Economics of Moral Hazard[J]. International Journal of Health Care Finance and Economics, 2001, 1(1): 23-42.
- [31] Nyman J A. The Theory of Demand for Health Insurance [M]. Stanford: Stanford University Press, 2003.
- [32] Rexford J. Route optimization in IP networks [M]// Resende, Pardalos. Handbook of Optimization in Telecommunication, Chapter 2. New York: Elsevier, 2006.
- [33] 徐美芳. 中国健康保险需求决定因素分析——以 2006 年上海保险市场为例[J]. 世界经济文汇, 2007(10): 30-40.
- [34] 李琼. 商业健康保险保费收入影响因素分析——基于湖北、北京、上海三地的比较[J]. 南方金融, 2009(7): 55-59.
- [35] 王璐. 我国健康保险有效需求的实证分析[J]. 技术经济与管理研究, 2009(1): 100-102.
- [36] 刘芳芳, 王秀华, 卞虎. 我国商业健康保险发展影响因素实证分析[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(9): 38-44.
- [37] 陈文, 应晓华, 胡善联, 等. 补充医疗保险的需求研究 [J]. 中国卫生经济, 2002, 21(12): 17-21.
- [38] 应晓华, 姜丽萍, 陈文, 等. 温州市补充医疗保险的需求及其影响因素研究[J]. 中国卫生资源, 2005, 8(1): 30-33.
- [39] 张新民, 周海洋, 沈杰, 等. 我国居民健康保险需求现状剖析[J]. 中国医院管理, 1995, 15(1): 24-26.
- [40] 魏华林, 李文娟. 中部三城市健康保险需求调研[J]. 中国保险, 2007(5): 29-31.
- [41] 卢宪中, 陈文, 周艳阳, 等. 成都市补充医疗保险需求的影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2004, 23(10): 27-30.
- [42] 卢宪中, 姜丽萍, 应晓华, 等. 温州市高收入职工对特需服务补充医疗保险的需求分析[J]. 中国卫生资源, 2005, 8(2): 76-78.
- [43] 张帆, 孙涛, 林海峰, 等. 黑龙江省城镇职工补充医疗保险需求调查与影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(2): 20-21.
- [44] 刘一鸣, 段誉, 李昭. 信息对小额健康保险需求影响的实验经济学分析[J]. 保险研究, 2010(10): 97-106.
- [45] Ahking, Giaccotto, Santerre. The Aggregate Demand for Private Health Insurance Coverage in the United States[J]. Journal of Risk and Insurance, 2009, 76(1): 133-157.

[收稿日期:2011-09-15 修回日期:2011-10-25]

(编辑 薛云)

## · 信息动态 ·

# 欢迎订阅《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管,中国医学科学院主办,中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670