

健康保险的公共提供和挤出

I. 定义

- a. 医疗保险——老年人的健康保险
- b. 医疗补助——穷人的健康保险

II. 理论（用医疗补助为例）

个人如果不能购买补充医疗补助。假设他们符合医疗补助的条件，他们有 3 种选择：

1. 私人健康保险
2. 医疗补助
3. 无任何健康保险（不保险）

符合条件的个人也许会基于各种原因拒绝医疗补助：

1. 医疗补助偿还率低使得健康服务的提供者拒绝提供服务。
2. 耻辱
3. 如果现有的条件继续存在的话，转回私人保险将很困难

由于这些原因，医疗补助对于个人的价值比私人健康保险价值较低。

这种情况很类似于教育水平的选择——应用 Peltzman 分析框架。相对于健康保险质量的基本需求，增加医疗补助的价值将引导个人退出私人保险而转向医疗补助。但是在实践中检验这一预测却是非常困难的。一般来说，Peltzman 模型同样预测符合医疗补助条件的个人将减少他们的私人健康保险购买。

这个模型显示，拓宽医疗补助的受众将导致私人保险的挤出。这也许被认为是一个问题，因为它减少了医疗补助支出的“巨大冲击”。

III.应用：

Culter 和 Gruber 1996 年在《经济学季刊》上的一篇文章中指出了医疗补助的挤出效应。

我们想知道医疗补助资格的扩展将怎样影响私人健康保险的覆盖的数量。这篇文章检验了 Peltzman 模型的第二个预测：平均地，个人符合医疗补助的条件将减少私人健康保险的覆盖。

自然实验：

医疗补助以前是和参与“独生子女家庭”福利（AFDC）相联系的。在 1980 年代末和 1990 年代初的时候，为了扩大医疗补助的人口，这个联系被打破了。截至 1992 年，这些州

被要求覆盖所有的孕妇和 6 岁以下的小孩，直到贫困线以上 133% 的人口。州能够自动把这些受益扩展到覆盖贫困线以上 185% 的人口。这个自然实验有 3 个变化：

1. 各个州有着不同的初始条件限制
2. 各个州在扩张补偿政策的执行时间不同
3. 各个州对于所覆盖儿童的年龄门槛不同

利用这些变化避免立法的内生性这一问题。

结果:

看表格 IV.

对于每个小孩:

医疗补助资格上升 10%导致了私人保险下降 0.74%。

医疗补助上升 10%导致了没有保险的州的小孩数量下降 1.2%。

挤出效应计算:

如果挤出效应被定义为: 随着医疗补助范围的扩大而导致的私人保险的缩小, 那么这个比例大约为 31%。

如果挤出效应被定义为与未保险人数减少不相关的医疗补助上升的百分比, 大约为 49%。

最终, 结果显示挤出效应在通过雇员有着更低的参与比例, 而不是雇主提供更低比例的保险的情况下发生。