

社会保障研究

论社会医疗保险中的道德风险及其制度消解

王锦锦

(武汉大学 社会保障研究中心, 湖北 武汉 430072)

摘要: 道德风险源于人的机会主义倾向, 在社会医疗保险领域中积弊已久, 主要表现为需求方的过度消费和供给方的诱导需求, 其原因在于第三方支付效应、价格补偿效应和医疗伦理的异化。只有医、患、保三方进行制度创新才能对其有效消解。

关键词: 道德风险; 医疗保险; 制度消解

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2007)03-0062-05

Moral Hazard in Social Health Insurance and the Clearing-up of it

WANG Jin-jin

(Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan, Hubei Province, China, 430072)

Abstract: Moral hazard originates in human beings' opportunism. There are mainly two types of moral hazards in social health insurance: the demand-side's excessive consumption and the supplier-induced demand. This paper argues that they result from the effects of the Third-party payment system, medical price reimbursement policies and the alienation from medical ethics. The clearing-up of them could be effectively achieved only through institutional innovation in hospitals, patients and insurance organizations.

Key words: moral hazard; health insurance; institutional clearing-up

著名经济学家阿罗在考察医疗市场的不确定性时首先开河提出了道德风险问题^[1]。作为一种市场失灵的形式, 道德风险是指市场参与者一方在信息不对称条件下为增进自身效用而做出的不利于另一方的行动。道德风险源于人的机会主义倾向。人们在非均衡市场上往往产生收益内在、成本外化的动机和追求。一旦周围环境和条件允许, 这种逃避经济责任的行为就会转化为具体行动。人的这种本性不仅增加了市场交易的复杂性, 影响了市场效率, 引起经济活动者之间发生效用冲突, 而且也是交易费用产生的根本原因。

在我国, 道德风险的存在不仅加剧了医疗价格的攀涨和医疗费用的激增, 破坏了稀缺性医疗资源的合理配置, 而且对社会医疗保险基金的安全和稳定造成了巨大冲击。因而如何有效地对其进行消解显得十分迫切。

收稿日期: 2006-11-07

作者简介: 王锦锦(1979-), 男, 河南襄城人。武汉大学社会保障研究中心博士生, 主要从事医疗保障研究。

一、社会医疗保险中的道德风险

在社会医疗保险中，由于参保人患病后向医疗保险机构申报的赔偿额取决于患者和医生的决定，因此道德风险主要表现为需求方（参保人）的道德风险和供给方（医院或医生）的道德风险。

需求方的道德风险是指过度消费。假设 E_0 表示在没有医疗保险制度条件下的供需平衡点，此时消费者支付的价格为 P_0 ，需求量为 Q_0 （见图 1）。如果引入医疗保险制度，医疗保险机构支付部分费用，个人自负价格降至 P_1 。此时消费者所付费用远低于服务的全部成本，在预算软约束下其医疗需求就会大于实际需求，需求量增加到 Q_1 。显然，在医疗保险机构所分担的价格 $(P_0 - P_1)$ 下，消费者的过度需求就造成了医疗费用损失，表示为 $(P_0 - P_1)(Q_1 - Q_0)/2$ 。

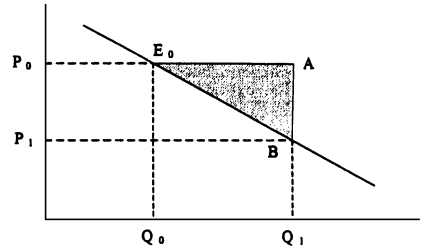


图 1

供给方的道德风险是指诱导需求。患者一般对医疗卫生知识了解十分有限，医生（或医院）可以利用专业优势诱发患者的过度消费。这种变相的过度供给是由医疗行业的特殊性决定的。由于医生对患者的诱导，例如建议做过度不必要的检查，即使在同一价格水平上，患者的消费需求也会上升，医生还可将某些药品或服务的价格提高，诱使患者在需求量一定的条件下增加医疗费用。

道德风险的第三种形式是医患合谋。在缺乏有效监管的条件下，第三方支付制度会激励医患双方协同诈保实现利益共享，它是由医疗服务供给方和需求方共同制造的道德风险。患者重视服务质量，在某些患者看来，医院服务质量的标准不仅取决于医术和医院的硬件设施，甚至还取决于不合理要求被满足的程度。为吸引患者同时也为增加自身利益，医方开始与患者暗中操作共同对付医保部门，于是大处方、人情方、营养方大肆泛滥，造成卫生费用的急剧增长。

二、社会医疗保险中道德风险的成因

1. 保险市场：第三方支付效应

第三方支付制度是导致道德风险产生的制度因素，它的特殊性在于医疗费用不是由参保人而是由医疗保险机构事后直接支付。这种支付制度产生两种效应。

一是免费效应。由于患者没有直接支付医疗费用，所以在心理上使医方感到医疗服务的供给不受消费者支付能力的约束。与医生相比，参保人受这种免费效应的激励作用更为明显。我国目前社会医疗保险实行的是“统账”模式，患者首先使用个人账户支付医疗费用。个人账户基金用完后，患者还必须支付一定的现金，直到支付总额达到年工资 5% 的起付线时，才能申请使用统筹基金。在统筹阶段实行自负率累退制，患者的费用越高，其自负率就越低，造成的免费效应也就越强烈，所以参保人往往倾向于过度消费。一方面尽快用完个人账户，另一方面尽可能多侵占统筹基金，其后果是医疗保险基金出现收不抵支的严重亏损局面。

二是委托代理问题。社会医疗保险领域中的供给方、需求方和支付方，实质上是一种委托代理关系。医生是患者和医疗保险机构的代理人，患者是医疗保险机构的代理人。以医生和医疗保险机构为例，假定产出是代理人医生努力的一个函数，则两者的关系可以用公式表示为： $\pi = \pi(a)$ 。 π 是医生产出， a 是医生的努力程度， $\pi(a)$ 是以医生努力表示的生产函数。该公式表明，不管代理人医生的目标函数如何，他的努力是可以被委托人医疗保险机构观察到的，因而代理人不会损害委托人的利益。但是由于客观存在的信息不对称，上式就变成了： $\pi = \pi(a, Q)$ 。该式

表明, 医生的产出不仅取决于努力程度, 还取决于一个外在变量 Q (如疾病的不确定性)。此时医生的机会主义行为就难以判断出来, 因为医生会谎称由于 Q 而不得不对患者进行过度治疗, 而由于对 Q 的信息所知有限, 医疗保险机构无法知道医生所说的真伪, 也无从验证是否存在医患共谋, 从而无法对医生的诱导需求 (或患者的过度消费) 进行有效制约, 于是就产生了委托代理问题。

2. 医疗市场: 价格补偿效应

如果说第三方支付制度是医生或参保人员发生道德风险的外因, 那么不健全的医疗价格补偿机制则是医生 (医院) 发生道德风险的內因。在我国计划经济体制下, 公立医院 50% 以上的收入来自政府预算。医护人员的工资和医疗服务价格低于成本, 政府全额补贴医院因此造成的赤字。政府于 20 世纪 80 年代开始对医院融资体制进行改革, 逐步降低对医院的财政投入, 到 90 年代末政府补贴比重仅占医院收入的 6%。同时政府在对医院的价格补偿方面实行双轨制, 一方面要求医院以低于实际成本的价格为公众提供基本医疗服务; 另一方面允许医院通过抬高某些服务 (例如采用高技术的诊疗手段) 的价格来弥补上述损失, 并且允许医院对药品收入的 15% ~ 20% 进行提成。这就形成了“以药养医”的复合补偿模式, 即财政差额补助加上业务经营收入, 其中以经营收入为主。财政拨款仅占医疗机构支出的 30%^[2]。该制度的目的是减轻财政负担, 但它忽略了医院激励机制的变化。由于用药利益与医院经济利益一致, 而医生的个人收入又与为医院创造的经济收入直接相关, 所以这个制度意味着可以通过医生的诱导需求而达到增加个人收入的目的。经验表明, 为了自身利益最大化, 医生通常都会让病人做过度的昂贵的医疗诊断, 并且开过量的药品。

3. 医学伦理的异化

事实上, 医患双方的道德风险还与医学发展的特点密不可分。现代医学是一种生物医学模式, 建立在实验和解剖的基础之上, 特点是崇尚理性, 认为医学全知全能, 任何疾病都能通过器官、细胞或生物大分子的测定查出根源, 从而确定治疗手段。这种医学模式深受自然科学形而上学思维的影响, 它会带来以下两种结果。

首先是科学家为追求诊疗的精确性日益注重高新技术的研发。例如 20 世纪 70 年代以来, 以基因工程为主导的现代生物技术在医学部门开拓出一个全新的应用领域, 使人类对生命的复杂现象和本质有了更深刻的认识。高科技在医学领域中的应用标志着医学的高水平服务, 大大提高了人们的生命价值。

但在另一方面, 这种医学模式在追求技术潜力的同时忽视了它的有效性, 造成医务人员单纯依赖高新技术的思维定式, 缺乏临床实践、观察和思维能力的训练。由于媒体的夸大宣传, 患者也对高新技术存在过高期望, 在就医时也往往选择高昂费用的新技术、新设备。医生在医疗纠纷诉讼面前没有确切的安全保障, 这又从一定程度上加强了医生的自我保护意识, 为避免承担责任, 一般都鼓励患者去作额外的检查。

这些因素导致医学伦理的异化, 即医学的手段背离医学的目的。目的是防病治病, 手段是诊治方法。目的决定手段, 手段为目的服务。如果医生不根据患者的实际病情进行合理诊断, 而是动辄就建议患者进行过度检查 (或过度用药), 那么不仅会损害病人的健康和经济利益, 也会增加医疗保险基金的负担。

三、社会医疗保险中道德风险的制度消解

道德风险的消解理论主要有两种, 一是实施道德规范教育; 二是制定和完善各种规章制度。第一种理论是价值导向。道德风险的发生主体是人, 如果能从人自身进行防范, 那么这种办法不仅成本极低, 而且能取得良好的经济效益和社会效益。但是个人信仰、意识的改变具有时滞性,

往往需要漫长的过程，而且道德教育对个人行为的约束力也不具有刚性。实践表明，虽然我国已经出台了医德规范实施办法，但是诱导需求现象仍然层出不穷，医德评价与医德监督形同虚设。

第二种理论是通过制度约束可以有效克服人的缺点并能弥补道德教育方式的不足。这是因为制度作为行为规则具有符号性和禁止性两个特点。简单的符号明确给定了行为标准，省略了隐藏在符号背后的深刻哲理，大大节约了认识成本。同时符号本身也蕴含着制度的强制力，透露出制度所排斥和拒绝的行为及对象。符号和禁令通过将复杂的问题简单化以更加直接的方式执行规则，能够有效约束人的机会主义倾向。

因此，笔者认为应根据医疗保险领域所涉及的利益方的特点，进行相应的制度安排和创新，最大限度地对道德风险进行消解。

1. 患方道德风险的约束机制

首先是提高自负率。美国政府曾委托兰德公司进行了著名的兰德健康保险试验（RHIE）。图2中的 α 、 β 分别表示共同保险中的个人自负率和卫生相对消费量。研究表明，随着医疗费用中自负率的增加，卫生消费量呈下降趋势^[3~4]。在不影响健康状况的条件下，当 $\alpha = 0.95$ 时，与个人免费即 $\alpha = 0$ 时的个人消费量相比，人均医疗卫生费用减少了60%。

费尔德斯坦在1969年美国私营医院支出额为126亿美元的水平上，通过极大似然值估计（MLVE）对福利损失进行了经验研究，发现当平均自负率从0.33提高到0.57或0.67时，个人减少了保险购买量和增加了风险损失，但是由于同时也减少了过度需求，所以每年福利净增量仍超过40亿美元，甚至在参数保守估计的情况下，也接近20~30亿美元^[5]。因此，适当提高自负率能有效遏制患方的过度消费。

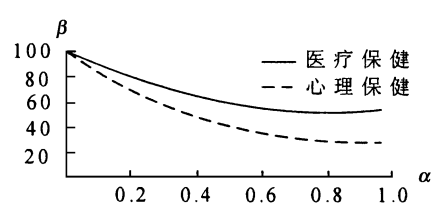


图2 医疗保险中的过度消费

其次，建立守门人制度（gatekeeper）。为了限制患者向大医院盲目流动，鼓励个人在社区卫生服务机构合理就医，社会医疗保险领域有必要建立守门人制度，即门诊服务一般由社区卫生服务机构（一般是全科医生，俗称守门人）来承担，而各类医院多提供专科医疗服务。例如，一般常见的、多发的小病在社区卫生服务机构治疗，大病则转向大医院，而在大医院确诊后的慢性病治疗和手术后的康复则可转至社区卫生服务机构，这样就实现了分级医疗和双向转诊。在由社区卫生服务机构向大医院的转诊过程中，没有全科医生这个“守门人”的首诊和准许，所有社会医疗保险的参保人不得住院或看专科医生。由此，就从医疗价格和疾病的预防方面大大降低了医疗费用，将患者的过度需求在客观上降低到最低限度。

2. 医方道德风险的约束机制

医生在医疗信息方面享有垄断优势，具有处方配置权，医疗服务市场实际上是一个由医方起主导作用的不完全竞争市场。因此对道德风险的防范重点应放在对医方的约束上。

第一是转换经营机制，实行医药分家，从根本上切断医疗机构效益与医疗服务供给量之间的联系。由于定点医院不是完全市场化的卫生服务机构，政府应加大财政投入，逐步提高医务人员的技术劳务价格。同时，医院也要通过控制人力资源投入、优化医疗服务流程等措施，降低成本、吸引患者，实现规模效益。例如2005年武汉市北湖医院通过实行“医药分家”改革，药价平均下降了40%，日门诊量和药品日销售额分别增加了2倍和9倍，实现了医院、药企、患者三方的共赢^[6]。对医药分家改革难度较大的医院，当务之急是让其不再充当药品招标主体，而由政府取而代之。因为把医院作为招标主体，它既能招标又能制定规则，既当运动员又当裁判员，难以有效抑制医商合谋。据媒体报道，通过由政府招标，宁夏2006年招标药品价格比去年招标同类药品价格总降幅达到48.76%，降价幅度50%以上的品种占34.51%，30%~49%的品种占

19. 22%^[7]。

第二是改进支付方式。社会医疗保险的支付方式分为后付制和预付制两种。后付制是指按服务项目付费 (FFS)，它将一个疾病的完整的诊疗过程 (如诊断、化验、麻醉、护理等) 分解为若干部分，由医疗保险机构分别予以支付费用。由于医方收入同服务项目多少有关，这种支付方式下的医疗费用不易控制。预付制是近年来许多国家纷纷采用的支付方式，主要包括按人头付费、总额付费和按病种付费 (DRGs)。按人头付费是指医疗保险机构按医院服务的参保人数定期向医院拨付一笔固定费用。总额付费是按预先确定的年度预算计划向医院支付固定经费。按病种付费是把疾病分成若干类，并对每种疾病制定出标准费用，并按这个价格对该类疾病的治疗全过程一次向医院支付。

我国社会医疗保险支付方式的发展趋势是由后付制向预付制转变。从下表可看出，预付制的优越性整体上要大于后付制，其原因是在预付制下医疗保险机构根据约定或测算已经事先确定了医疗费用的发生范围。按病种付费科学性最强，但在诊断分类技术不成熟、全科医生短缺的情况下，实行按病种付费管理成本较高，而且当诊断界限不确定时可能诱使医生诊断升级。按人头付费有可能使医院推诿重病患者，发生风险选择性行为。实行总额付费似乎可行，但是如何厘定预算，考虑的因素异常复杂，例如医院规模、服务质量和数量、通货膨胀等等。因此，在我国卫生体制发育不健全和医疗保险机构管理水平不高的大环境下，以上三种支付方式各有利弊长短。社会医疗保险机构应根据各地实际情况将其优化组合，实现对医疗费用的最优控制。

表 各种支付方式特点的比较

支付方式	项目付费	人头付费	总额付费	病种付费
管理成本	高	低	低	高
费用控制	极难	易	易	较易
服务质量	较高	低	低	较高
诱导需求	极多	无	无	少
风险选择	少	多	少	少

3. 社会医疗保险机构的机制创新

社会医疗保险机构应该运用其强大的购买力代表患方与医方进行讨价还价，如果医方无法满足医疗保险机构代表患方所提出的要求，则后者可以主动退出这种委托关系，寻找新的医疗服务代理人。为了给实行退出机制创造条件，必须由政府鼓励民间资本进入医疗服务市场，打破当前主要由公立医院垄断的局面。相互竞争的医疗服务机构使各自私人信息公开化并趋近于市场均衡水平，因此能极大地降低信息不对称给医疗保险机构造成的损失。

参考文献:

[1] Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963, 53: 541- 567.
[2] 陈佳贵. 中国社会保障发展报告 (1997- 2001) . 北京: 社会科学文献出版社, 2001, 103.
[3] Keeler EB and Rolph JE. The Demand for Episodes of treatment in the Health Insurance Experiment. Journal of Health Economics 1998, 7: 333- 367.
[4] Keeler EB and Manning WG. The Demand for Episodes of Mental Health Services. Journal of Health Economics 1988, 7: 369- 392.
[5] Feldstein. The Welfare Loss of Excess Health Insurance. Journal of Political Economy. 1973, 81: 251- 280.
[6] 俞 俭, 魏梦佳. 武汉一基层医院尝试医药分家获成功. 医学产业资讯, 2006, (3) .
[7] 刘煜晨. 宁夏掀起“药改” 风暴: 新药品招标方式全国首创. 中国经济网, 2006- 10- 25.

[责任编辑 王树新]