

社会医疗保险中的道德风险与费用控制

黎 民, 崔 璐

(武汉大学 社会保障研究中心, 湖北 武汉 430072)

摘 要: 有效地规避道德风险、控制医疗费用以满足国民的基本医疗需求, 是一个难度甚大的课题。本文分析了社会医疗保险、道德风险与医疗费用不合理增长三者之间的关系, 认为社会医疗保险制度的特殊性决定了道德风险具有巨大的活动空间, 道德风险的肆虐又直接导致了医疗费用的不合理增长甚至失控; 而防范道德风险、控制医疗费用, 则需要从宏观和微观两个层面构建相应的制度约束机制。

关键词: 社会医疗保险; 道德风险; 费用控制

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2007)04-0074-05

Moral Hazard and Expenditure Control in Social Health Insurance

LI Min, CUI Lu

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

Abstract: It has been a difficult problem how to preclude moral hazard and control medical expenditure to satisfy national basic medical demands. This paper looks at the relationship among social medical insurance, moral hazards and the increase of irrational medical expenditure. It argues that the special features of social medical insurance system provide great possibility of moral hazard, and moral hazard leads the increase of irrational medical expenditure, even leading it out of control. It proposes that restriction systems on micro level and macro level should be established to preclude moral hazard and control medical expenditure.

Keywords: social health insurance; moral hazard; medical expenditure control

社会医疗保险费用的过快增长是一类全球性现象, 如何有效规避道德风险、控制医疗费用以满足国民的基本医疗需求, 则是一个世界性难题。医疗费用控制成为难题的一个重要原因, 在于社会医疗保险制度的特殊性决定了道德风险具有巨大的活动空间, 而道德风险的肆

虐又直接导致了医疗费用的不合理增长甚至失控。在我国, 新的社会医疗保险制度正在全国逐步推行, 对新制度下道德风险的控制与规避, 更是直接关系到能否实现“用比较低廉的费用, 提供比较优质的医疗服务, 努力满足广大人民群众基本医疗服务的需要”^①的目标,

收稿日期: 2006-02-13

作者简介: 黎民(1952-), 男, 湖北武汉人, 武汉大学社会保障研究中心(教育部重点研究基地)教授, 博士生导师, 主要研究方向为社会保障与公共经济。

① 李岚清. 在全国城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上的讲话, 2000年7月26日。

关系到新的社会医疗保险制度能否持续运行。因此,分析社会医疗保险、道德风险与医疗费用不合理增长三者之间的关系,对提出道德风险的控制策略,并最终实现医疗费用合理、有效的支出,具有重要的理论意义和现实意义。

一、道德风险与社会医疗保险

作为一个源于保险业的术语,道德风险一般是指在社会过程中产生的人为损害或危险,具体可定义为:从事经济活动的人,在最大限度地增进自身效用,做出的不利于他人的行动。近年来,这个术语已经引申到现实生活中的诸多领域,成为微观经济分析的一个重要概念,用来泛指市场交易中的一方由于难以观测或监督另一方的行动而导致的风险。

道德风险产生的内在根源是人的自利性与机会主义倾向。根据经济学理论,自利是人类行为的一个基本出发点,机会主义倾向则是指人们在谋取自身利益的过程中具有的不择手段的倾向。由于人的自利性与机会主义倾向是不能被根除的,因而道德风险也是不能杜绝的。但是,道德风险的不可杜绝性,并不意味着道德风险在社会生活中的分布是均匀的。事实上,在不同领域,道德风险发生的概率和程度差异甚大,这种差异的形成,是由以制度环境为核心的内外部条件的差异性引起的。具体来说,引起道德风险分布不均衡的条件主要包括:(1)相关利益主体的信息不对称程度:信息不对称程度越高,道德风险就越容易发生。(2)成本和收益在不同利益主体之间转移空间的大小:转移空间越大,道德风险就越容易发生。(3)委托代理关系的复杂程度:委托代理关系越复杂,道德风险就越容易发生。(4)制度的约束力度:约束力度越弱,道德风险就越容易发生^[1]。

社会医疗保险是建立在传统医疗服务市场(即仅由医患双方构成的市场)基础之上的一种制度设计。总体上看,医疗服务市场所具有的专业化程度高、需求弹性小、治疗方案可选择性强的特点,决定了较高的道德风险发生率,医疗保险的介入,则更为道德风险肆虐提供了适宜的土壤。

1. 在医疗服务市场,医患双方之间具有

很高的信息不对称性。这种信息的不对称性,源于医生职业的特点:医生职业必不可少的长期专业化培训,造就了医生的职业化;医生长期从事医疗服务活动,使他们拥有普通患者不可能有的医疗服务完备信息。相比之下,患者对于所需医疗服务的信息则相当缺乏。这种情况决定了在医患关系中,医生处于明显的主导地位,而患者则处于服从地位,即后者不得不相对被动地接受前者提出的各种治疗方案。因此,传统医患关系中的道德风险,集中体现为医疗服务供方的道德风险。不过,在传统医疗服务市场中,由于医疗服务的成本完全是由患者支付的,因而医方道德风险通常会受到需方的强有力遏制。

2. 医疗保险介入医疗服务市场后,传统的医疗服务市场由原先的医患关系转变为医疗保险机构、医院(医生)、参保人三方关系。保险制度要求,保险当事人的行为不应该影响保险事件发生的概率。但是在社会医疗保险中,这一条件是很难满足的。在社会医疗保险中,医疗费用并不完全由个体所患疾病决定,它还受到个体的就医习惯和医生的处方偏好等因素的影响。医疗保险所固有的第三方(医疗保险机构)付费制度,使医疗成本的支付由原来的一个主体变为多个主体。第三方付费的存在,使参保人只需支付他们所消费全部医疗服务的部分价格。受医疗费用减免的刺激,参保人往往倾向于扩大医疗消费,并形成对医疗服务的过度需求。同时,参保人对供方提供过度服务的制衡也会因第三方付费而大大松懈乃至纵容。这种情况,不仅使医疗服务供方道德风险发生的几率大大增加,还出现了道德风险的新形式——医患通过合谋以最大限度地套现医疗保险费。

3. 与同属医疗保险的商业寿险医疗服务相比,社会医疗保险所体现的是一种更为复杂的委托代理关系。尽管社会医疗保险与商业寿险医疗服务一样,在医保部门、医生(医院)和参保人之间都涉及多重委托代理关系,但社会医疗保险委托代理关系所涉及的人数更多,委托人利益不一致的程度更高,委托代理链更长,支付能力不平衡的问题更突出,从而信息

不对称现象更突出，对代理人监管的难度也更大。

4. 从制度设计和制度约束的层面看，社会医疗保险在规避道德风险上面临一些特殊的困难。(1) 社会医疗保险作为一项公共政策，受制于社会公平的目标，对承保的风险因素和风险标的都缺乏选择性，这就大大增加了规避道德风险的难度。(2) 社会医疗保险参与各方的产权难以明晰，契约关系难以严格，这使得对保险当事人尤其是对管理者难以形成有效的激励和约束机制，表现在道德风险上，就是约束不够、防范不力。(3) 社会医疗保险的非营利特点，使其缺乏严格的成本效益核算，保险基金的运作也缺乏盈利的动机和压力。(4) 社会医疗保险作为一个庞大的系统工程，涉及多个部门的部门利益，管理者的自主权较为有限，容易造成管理者缺乏责任感和效率低下。(5) 由于国家财政必须扮演社会医疗保险最后付款人的角色，医疗保险的参保人和管理者也会因此产生依赖心理，不愿主动关心社会医疗保险运行的效率，甚至会产生吃国家财政“大锅饭”的冲动。以上这些因素的存在，使社会医疗保险在提高制度的有效性方面确有特殊的难度。缺乏有效的制度约束的直接结果，是社会医疗保险中经常出现医疗服务的过度提供或过度消费、医疗服务的低效率和医疗保险费用的长期居高不下等问题。

二、道德风险与医疗费用不合理增长

社会医疗保险中的道德风险所导致医疗费用不合理增长，是通过特定的主体，遵循一定的路径来实现的。具体可以根据行为主体和行为路径这两个视角来分析医疗费用的不合理增长。

1. 行为主体视角下的医疗费用不合理增长

由行为主体导致的医疗费用不合理增长，直接表现在供方和需方这两个方面。

(1) 在供方，主要表现为过度提供医疗服务

目前，我国医院的大部分收入来自药品。在药品生产的竞争不充分的格局下，药厂以哄抬药价并向有处方权的医生转移一部分利润的办法来获取超额利润，药价的虚高又反过来强

化医生开大处方的动机，促使医院更加依赖药品销售来增加收入。有关学者对一家综合性医院内、外科近3年住院病例按10%比例进行整群随机抽样，作了例均住院及其分项检查、治疗费用构成及变动情况的研究，得出如下结论：药品在床/日费用中所占比例达到一半，耗材在治疗总费用中所占比例居于首位，医院收入高度依赖于药品和耗材^[9]。在社会医疗保险制度中，这事实上是代表药品厂商利益的医药代表和医生以合谋的方式来变相套现医保费用。该研究还表明，随着医疗保险的逐步推进，当药品费用的增长受阻时，其他项目费用则可能成为导致医疗费用上涨的新热点。可以说，医院以药品和耗材为主的收入结构和医院实行二级目标责任制造成的医院科室利益驱动这两个因素，是社会医疗保险中供方道德风险产生的重要诱因。

(2) 在需方，主要表现为参保人过度消费医疗服务

由于医疗保险第三方付费的存在降低了参保人支付医疗费用的费用，参保人便存在过度消费的倾向，这样，参保人所消费的医疗服务量往往会高于完全由自己付费时的水平。这种由吃“免费午餐”而导致的对于医疗服务的过度需求，又反过来要求更高的保险支付，并最终导致保险费水平居高不下。这种由道德风险造成的消费者增加医疗服务的需求量，最终造成了医疗卫生资源的浪费。研究表明，医疗保险在医疗消费中所占比例越高，参保人的医疗需求越容易膨胀，相应的医疗资源的浪费也就越严重。

2. 行为路径视角下的医疗费用不合理增长

如前所述，委托——代理关系广泛存在于现代经济生活中，社会医疗保险中的委托——代理关系尤其复杂。在社会医疗保险制度中，医生是作为医保机构与参保人的双重代理人而存在的。因此，医院和医生在医疗费用控制上处于核心的地位。医生相较于医保机构和参保人这两类委托人，既是一类特殊的利益主体，又具有信息上的优势。由于医疗监督的特殊困难，医生就容易受私利驱使而采取机会主义的行事方式，即违背委托人尤其是医保机构的利

益,使得医疗费用不合理增长。在第三方付费的情况下,医方和患方的违规成本可以通过医保基金向医保机构转嫁。在现实中。这种转嫁往往是医患双方合谋共同违规,结果则是双方均获利益。但这种行为方式的代价是大大提高了制度的运行成本:供需双方在自身利益最大化的同时往往将成本外部化,即由政府财政,最终由社会中的每个纳税人承担了不应承担的经济负担。

具体地,医疗费用不合理增长的路径如下:(1)医生不是根据患者的实际需要,而是通过提供过量过度的服务来实现自身收益最大化;(2)医生与药厂等其他医疗服务资源的提供方合谋,通过哄抬医疗服务价格的方式从中获利;(3)医生与需方(参保人)合谋,以需方个人成本尽可能向第三方(医保机构)转移为诱因,通过推动需方消费来实现最大限度的获益。由此可见,在社会医疗保险中,医疗费用的增长不是仅仅由某一方面,而是由供需双方共同推动,这就大大增加了控制费用增长的难度。

三、对防范道德风险、控制医疗保险费用的制度性思考

对于道德风险所导致的医疗费用不合理上涨的控制,可以从宏观和微观两个层面进行。在宏观层面上,主要是建立对于道德风险的制度性约束机制,减少和规避道德风险产生的各种诱因;在微观层面上,则主要是有针对性的采取对策,堵塞道德风险产生的具体路径。

从宏观上看,制度作为人为制定的、旨在维持和增进秩序的规则体系,其主要功能之一,就在于通过稳定、系统的奖惩机制,抑制着人际交往中可能出现的机会主义行为或者说当事人的道德风险倾向。所以,一个合理有效的社会医疗保险制度对于防范医疗保险中的道德风险,从而控制医保费用是至关重要的。

在国外,社会医疗保险体制主要有以下5种模式^[3]:(1)政府筹资,公立医院提供服务的计划型体制。(2)政府筹资,私立医院提供服务,计划与市场相结合体制。(3)社会筹资,私立医院提供服务,市场与计划相结合体制。(4)私人筹资,公立医院提供服务的市场

型机制。(5)私人筹资,私立医院提供服务的完全市场型体制。

我国现行的社会医疗保险制度是根据国务院于1998年颁布的《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》[国发(1998)44号]建立起来的。统账结合是新的职工基本医疗保险制度基金运行的法定模式,其核心内容是:医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳;医疗保险费按一定比例划入统筹基金和个人账户;统筹基金和个人账户划定各自的支付范围,分别核算,不得相互挤占;确定统筹基金的起付标准和最高支付限额。对比国外,这一制度带有明显的中国特色,其筹资方式为社会筹资,医疗服务提供者为公立医院。这一制度与上述的类型都不一样,因而可以称为第6种类型。

我国的城镇职工医疗保险制度在运行中产生的费用失控问题,与现行医保制度模式之间有密切关系,社会筹资、公立医院提供医疗服务的模式具有容易诱发道德风险的特性。这里所说的社会筹资,是指医保费用是实行社会统筹的方式,即由雇主和雇员共同缴纳而形成医保基金。此外,我国医保费用的筹集在社会统筹之外还增加了个人账户部分。不难发现,我国医保费用的社会筹资方式的背后是政府支出的淡出。这种淡出源于国家对计划经济体制下公费医疗和劳保医疗弊端的反思,它构成了向市场经济转型的一个配套环节。但这里的问题是,旧有的政府责任解除以后,新的政府责任并没有确立起来,即政府应该在医保制度中扮演怎样的角色并不明晰。医保费用的社会筹资作为一种以职业资格认定为标准的筹资方式,事实上将广大农村居民和城镇低收入和无业居民排除在外。对于医疗服务而言,社会筹资降低了消费者对它的有效需求,它意味着医院(尤其是中小医院和等级较低的医院)的诊治能力会产生相对过剩。当然,这样一种过剩不是真正的过剩,而是由支付能力不足导致的虚假过剩。在这种格局下,医院和医生为了提高收入或者维持业已取得的高收入水平,必然有在医保制度中通过刺激参保人需求而获利的强烈冲动。这种医疗服务供需的不平衡,会直接

导致道德风险频繁发生。与此同时，作为医疗服务的提供者，公立医院占据了几乎全部的医疗市场份额，医院之间竞争不足，医院自身也缺乏降低成本、提高效率的意愿。我国的公立医院目前尚不具有独立法人资格。它们作为卫生管理部门的附属物，其运行和“经营”受到上级主管部门追求政绩的影响，也受到同期政府政策的左右。作为非营利机构，公立医院的成本和收益比较难以衡量，政府卫生部门也没有控制道德风险、提高效率的动力。

目前我国的社会医疗保险制度是在改革原有劳保医疗的基础上发展起来的，覆盖范围仍限于城镇职工，而在计划经济体制下与劳保医疗并行的公费医疗——即公务员医疗保险——至今仍在沿袭旧有的制度，未加改变。这样，两种医保制度（社会筹资模式与政府筹资模式）并存的格局使得控制道德风险从而控制医保费用变得更为困难，对这一制度的改革也会涉及重大的利益调整。

如果将目光进一步深入到社会医疗保险制度运行的内部，我们不难发现，这一制度运行中出现的道德风险和费用控制问题，与现行制度安排的不合理存在密切关系。一方面，该制度对于不同的参保对象采取了不同的待遇，这使得医疗保险基金在支付上不公平；另一方面，由于这一制度还是粗线条的，在具体实施上还存在过大的不确定性和弹性，这使得制度的约束力严重不足。这种情况，就使社会医疗保险的各参与方，包括供方和需方，以至基层医保部门，在与社会医疗保险制度博弈中，屡屡出现严重的越轨行为。

社会医疗保险在支付上陷入困境的另一个重要原因，是其固有的第三方付费并没有找到一种理想的实现形式。目前医改方案中采用较多的支付方式是按服务单元定额结算，但是在实行医改试点后，由于医疗单位补偿机制等相关问题没有解决，医院便千方百计地把处方值控制在定额以内，出现了“小处方、分解处方”的现象。而按病种付费的方式，也会诱发人为的诊断升级和分解住院的现象，管理成本也会居高不下。显然，只改变具体的支付方式，却没有解决对医疗服务机构的监督管理和

需方的控制问题，医保费用控制的效果也是不理想的。

因此，堵塞道德风险在社会医疗保险中的发生路径，一是需要有对医疗供给能力与医疗预算总额的控制，二是需要有对医疗服务费用支付方式的控制。

在第三方支付和医疗费用控制上，西方国家的实践提供了三种解决问题的思路。（1）私有化，即建立完全的商业化的医疗保险市场。不过这样做的一个弊端，就是会加剧社会的二元化或社会不平等。（2）管理式医疗，即消费者向一个私人的医疗服务公司预先付款订购产品，医疗服务公司向消费者提供一揽子服务计划。该体制可以有效地使第三方支付产生的问题内在化，而医疗服务公司的实质是取消了医生作为患者和保险公司这两个委托人的代理人地位，将委托——代理关系由三角变为双向。（3）混合供给，即对医疗保健采取公共提供、私人生产的办法。这种强制性的公共融资与有弹性的私人供给的混合方案可以规避第三方支付问题即过度供给的问题，使总支出得到一定程度的控制^[4]。

我们认为，在对我国的城镇职工医疗保险服务费用的控制上，就供方而言，主要应放在支付控制上，即通过各种手段控制资金从医疗保险机构到医疗服务提供者的流程。就需方而言，控制主要应放在筹资控制上，即通过医疗保险费率和税率，控制资金从缴费者到医疗保险机构的流程。目前，社会医疗保险供方费用支付方式所采取的费用控制办法，包括按服务项目支付、按人头支付、按平均费用支付、按病种分类支付、总额预算制、工资制、以资源为基础的相对价值标准制（Resource Based Relative Value Scale, RBRVS）和按资源利用组 III（Resource Utilization Group III RUG III）^[5]，应在继续试点的基础上不断完善。而对社会医疗保险需方费用支付方式的控制，主要应采取定额（或按比例）自付、扣除保险和限额保险控制的方式，并应从单一的控制转向多元化的控制。对需方费用分担应实行在达到一定限度后封顶的政策，对少数特殊困难人群应实行特殊照顾的政策，并应注意解决（下转第 80 页）

许多开拓创新的见解。比如，作者设计了人口现代化通用测度指标体系。这是作者参考借鉴了国内外已有的许多量化指标，特别是英格尔斯现代化指标中有关人口现代化指标、人口可持续发展指标、联合国开发计划署（UNDP）设置的 HDI 人类发展综合指标等加以整合而设计出的，并且初步运用指标对世界人口现代化水平进行了评估。又比如，作者总结了历史上人口现代化的生成背景和推进模式，提出了人口现代化有自发型内生模式、外推型外生模式、内生模式与外生模式相结合的混合型模式等三种模式，并对每一种模式产生的背景、特点进行了详细的分析和比较。再比如，作者深入地分析了人口现代化的效应表征和制度安排，在其中提出了许多有价值的概念和观点。例如，关于人口控制力、人力资本力、社会资本力、城市化力与人口现代化的经济社会发展效应的阐释，以及全面现代化前提下人口现代化的制度设计、制度创新的研究等等。许多都是发前人所未发，具有原创性价值，是作者概括人口现代化历史演变而作出的论断。反映了人口现代化的规律性，是本书独到的新鲜见解。本书是一部具有创新价值的著作，包含理论创新和思维创新的地方不少，限于篇幅就不再一一列举了。

第三，对人口现代化理论作出了十分科学的定位。任何一种理论都有一个定位问题，理论的定位就是揭示这种理论属于哪门学科以及在这门学科中的地位。与我国一些研究人口现代化的学者不同的是，作者没有把人口现代化仅仅看成是人口理论研究的内容，而认为人口现代化也是当代世界广泛流行的现代化理论的

研究内容。因此作者在本书中不仅较为仔细地介绍了当代的现代化理论，包括经典现代化理论、后现代化理论，以及中国学者对现代化理论的新贡献，而且运用现代化的理论和方法来研究人口现代化。这就使对人口现代化的研究视角更新颖、内容更丰富，同时也就顺理成章的把人口现代化纳入了整个经济社会现代化的组成部分，成为现代化建设不可缺少的内容。事实上人口现代化理论决不是无源之水、无本之木，它是人口理论和现代化理论相互拓展、相互渗透、相互结合的产物。人口现代化的研究既在人口理论中占有重要地位，也在现代化理论中占有重要地位。

第四，由于作者既重视理论分析，又重视实证研究，因而该书资料丰富、翔实、新颖。书中运用了我国国家统计局及其下属机构发表的统计资料，联合国开发计划署、联合国人口司、世界银行、美国人口咨询局等国内外权威机构发表的统计资料。这些统计数据不仅翔实可靠，而且新颖、全面。这不仅反映了作者求真务实的学风，而且为读者查阅关于人口现代化的有关资料、数据，提供了方便。

总之，《人口现代化研究》是我国人口科学研究战线近年来一项不可多得的佳作。它的公开问世把我国人口现代化的研究推到了一个新的阶段，为今后的研究提供了一个新的基础。当然作为我国人口现代化的第一部系统研究的科学著作，书中难免也会有疏漏之处，有些提法还可以进一步推敲，有些用语也可以进一步斟酌。但是本书所具有的学术价值和应用价值，是无可争辩的，本书不失为研究人口现代化的优秀著作，值得向读者推荐。

(上接第 78 页)

好需方费用分担不公平的问题，使医疗费用在得到有效控制的前提下，能够顺利实现城镇职工医疗保险的基本目标。

参考文献:

[1] 黎民. 社会保障领域的道德风险及其规避 [J]. 社会科学. 2004, (5).

[2] 程茂金, 李颖, 王红, 周锐. 综合性医院住院病例费用水平及结构分析 [J]. 中国卫生事业管理. 1999, (11).

[3] 王鸿勇. 国际医疗保险模式和改革发展比较分析 [J]. 国外医学卫生经济分册. 1999, 16 (2).

[4] [英] 尼古拉斯·巴尔. 郑秉文, 穆怀中等译. 福利国家经济学 [M]. 北京: 中国劳动和社会保障出版社. 2003, 546- 547.

[5] Clarence L. Brumback & Jean M. Malecki. Health Care Reform and the Role of Public Health Agencies. *Journal of Public Health Policy*. Vol. 17. 1996: 153- 169.

[责任编辑 童玉芬]