

国 锋·著

医疗保险中的 道德风险



上海社会科学院出版社

国 锋 · 著



医疗保险中的 道德风险



上海社会科学院出版社

图书在版编目(CIP)数据

医疗保险中的道德风险/国锋著. —上海:上海
社会科学院出版社, 2010
ISBN 978-7-80745-706-0

I. ①医… II. ①国… III. ①医疗保险-研究-中国
IV. ①F842.684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 113569 号

医疗保险中的道德风险

作 者: 国 锋

责任编辑: 言 孙

封面设计: 闵 敏

出版发行: 上海社会科学院出版社

上海淮海中路 622 弄 7 号 电话 63875741 邮编 200020

<http://www.sassp.com> E-mail: sassp@sass.org.cn

经 销: 新华书店

印 刷: 上海新文印刷厂

开 本: 890×1240 毫米 1/32 开

印 张: 5.25

插 页: 2

字 数: 146 千字

版 次: 2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-80745-706-0/F · 125

定价: 22.00 元

版权所有 翻印必究

目 录

CONTENTS

第一章 绪论	001
一 研究背景	001
(一) 医疗服务费用支出的急剧上涨	002
(二) 医疗保险需求增加和保险体制问题	004
(三) 国内医疗保险理论研究滞后	007
(四) 道德风险损失导致医疗费用增加	008
二 研究的目的和意义	009
(一) 控制医疗费用的过快增长——医疗保险目的的实现	009
(二) 合理化医疗保险计划的设计	010
三 理论背景	011
(一) 基本理论背景	011
(二) 国外研究综述	013
(三) 国内研究	026
四 主要研究内容和结构体系	027
第二章 医疗保险理论分析	032
一 医疗保险与医疗服务	032
(一) 健康与疾病风险	032
(二) 医疗保险与医疗保险制度	033
(三) 医疗保险体系的现状与主要问题	034
(四) 社会医疗保险的作用	038

(五) 社会医疗保健制度模式的比较	040
(六) 我国医疗保险的属性	042
二 医疗服务需求的影响因素	043
(一) 医疗服务的特殊性	043
(二) 文化—人口特征	046
(三) 疾病发病率及疾病谱	047
(四) 经济因素	047
(五) 服务提供方行为	049
三 医疗保险需求理论	051
(一) 需求理论	051
(二) 保险需求理论的福利意义	058
(三) 医疗保险需求特点	058
四 影响医疗保险需求的因素	059
(一) 避险心态	059
(二) 疾病发生概率	059
(三) 损失大小	059
(四) 保险价格	060
(五) 个人收入	060
(六) 需方风险	060
本章小结	063
 第三章 事前道德风险的产生与影响	064
一 概述	064
(一) 定义	065
(二) 道德风险、激励、福利	066
(三) 减少道德风险的措施	066
二 医疗保险中的道德风险	069
(一) 道德风险分类	069

(二) 事前道德风险	070
三 健康特性及个人对健康所持的态度	071
(一) 健康与效用	071
(二) 健康生产	072
四 对健康及医疗的需求	074
五 个人生活方式	074
六 医疗保险覆盖范围和共保率	076
(一) 前提假设	076
(二) 保险收益 I 和预防投入 V 之间的关系	078
七 事前道德风险在保险设计中的忽略	081
本章小结	082
第四章 事后道德风险	084
一 概述	084
二 医疗保险和服务需求	085
(一) 医疗保险需求	085
(二) 医疗服务需求	087
三 道德风险下的医疗保险需求	089
(一) 前提假设	089
(二) 总体最优	090
(三) 最优医疗服务需求量	092
(四) 最优共保率	093
(五) 最优共保率影响因素的经济解释及意义	094
本章小结	096
第五章 道德风险福利损失	097
一 单个消费者的福利损失	097
(一) 医疗保险下的消费者预算	097

(二) 讨论	099
二 消费者群体的福利损失	102
(一) 公平性	103
(二) 筹资方式与道德风险损失	104
三 道德风险净损失计量	106
(一) 收入转移	107
(二) 两种需求曲线	108
(三) 替代效用和收入效用	108
(四) 弹性与福利损失	110
四 道德风险损失估计	114
(一) 医疗服务花费比例	114
(二) 共保率	116
(三) 马歇尔价格弹性	117
(四) 需求收入弹性	117
(五) 道德风险损失估计比较	122
(六) 道德风险福利损失政策意义	124
本章小结	125
第六章 道德风险福利收益	126
一 福利的含义	126
(一) 福利经济学	126
(二) 福利的实现	128
(三) 福利经济学与社会医疗保险	129
二 真实医疗需求	131
(一) 消费者真实医疗需求概念提出背景	131
(二) 消费者真实医疗需求定义	133
(三) 真实医疗需求概念的运用	134
三 道德风险福利收益	134

(一) 道德风险福利收益定义	135
(二) 广义、狭义道德风险福利收益的关系	136
(三) 属性与意义	137
(四) 损失与收益平衡	137
(五) 适度保险、不足保险、过度保险	138
四 保险对需求的校正	139
(一) 保险下的收入与医疗需求	139
(二) 道德风险的福利成本	141
(三) 收入对福利的影响	142
五 道德风险福利损益平衡点	143
本章小结	146
 第七章 结语与展望	147
一 结论与总结	147
二 创新	150
三 对该领域未来研究的展望	151
 注 释	153

第一章 绪 论

一 研究背景

医疗保险是以被保险人的医疗费用损失和其他相关损失为保险标的一类保险。

医疗保险根据经营主体的不同,分为社会医疗保险和商业医疗保险。由于疾病及医疗卫生服务的特殊性,医疗保险一般纳入社会保险的范畴,是社会保险的一个主要分支,也是社会保障体系的重要组成部分。社会保险是一种政策性、强制性的保险,指国家通过立法强制实施的,对劳动者和一定范围的社会成员在其特定情况下给予物质帮助的保障制度。社会医疗保险是社会保险的组成部分,通常由政府部门承办,政府部门利用经济手段、行政手段、法律手段强制实行并进行管理。但一小部分医疗保险由商业保险经营,作为社会医疗保险的补充。商业医疗保险由商业保险公司经营,以赢利为目的。商业医疗保险自愿参加,在弥补了社会医疗保险的不足之处的同时满足了一部分人对医疗服务较高层次的需求。二者相互配合,共同发挥保险保障作用。

按照我国目前医疗保险的所保范围,医疗保险又可分为基本医疗保险和补充医疗保险。正在实行的城镇职工基本医疗保险制度即为基本医疗保险,补充医疗保险是对基本医疗保险的补充,主要用于支付基本医疗保险不支付的费用,补充医疗保险也应是自愿参加的,

大部分补充医疗保险仍由各级政府及组织承办,商业医疗保险也可以成为补充医疗保险的一部分。

随着医学科学的迅速发展,医疗市场竞争的日趋激烈和卫生体制改革的不断深入,随着国内社会医疗保险制度改革的全面展开,一个以基本医疗保险为主体,补充医疗保险为辅助,商业医疗保险为补充,医疗救助为托底的多层次医疗卫生保障服务体系正在逐步建立发展过程中,有效地提高了人民生活质量,保障了人民的健康安全。

(一) 医疗服务费用支出的急剧上涨

近些年来,医疗服务费用支出的急剧上涨是全球性的问题,不论是发达国家还是发展中国家,医疗费用占国民生产总值比例以及占国民生产总值比例的平均增长率上涨速度都过快。高增长的医疗费用已成为各国政府一个越来越沉重的经济负担。而我国的医疗保险体系正在逐步完善中,如果不能有效控制医疗费用的迅速增加,将会阻碍医疗保险体系的正常运行和健康发展,甚至会危及医疗保险体系的安全。

1960年到1989年,英国、加拿大、美国、德国、意大利、法国、日本七个主要经济发达国家医疗费用占国民生产总值比例的增长幅度分别是:48.7%、58.1%、59.5%、70%、94.9%、102.3%、123.3%。以最典型的美国为例,1960年、1970年、1980年、1990年医疗费用占国民生产总值的比例分别是:5.3%、7.6%、9.1%、12.2%,1993年高达14.6%。1960年、1970年、1980年、1990年,美国人均医疗费用分别是:142美元、349美元、1 054美元、2 500美元。1960年至1970年增长了145.8%,1970年至1980年增长了202%,1980年至1990年增长了137.2%,1990年人均医疗费用为1960年的17.6倍。

1970年到1989年间,澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、丹麦、芬兰、法国、美国等24个发达国家医疗费用占国民生产总值比例的平均值从5.4%增至7.6%,增加了41%;人均医疗费用的平均值从

175 美元增至 1 094 美元,增长了 525%。

在医疗保险体制改革前的 1978 年至 1988 年间,我国职工人数增长了近 30%,而同期相应的总医疗费用却上涨了 414%,人均医疗费用增长了 310%。1988 年以来,我国公费医疗费用每年以 20% 的速度递增,大大超过了同期国民经济的增长速度。^[1]

医疗保险制度改革是中国社会保障制度全面发展的主要内容,面对巨额的财政赤字,许多西方国家开始重新审视自己已有百年历史的社会医疗保险制度。人均收入超万美元的北欧国家,因医疗费占国民生产总值的份额不断上升,政府的财政负担非常沉重。即使经济强大的美国,其医疗费投入占国民生产总值的 14% 左右,绝对值超过 8 000 亿美元,还是不能覆盖全体人群,医疗费用支出已迅速上升,速度逐渐超过社会经济发展水平和承受能力。无论是发达国家,还是发展中国家,都面临医疗费用开支日益庞大问题。医疗费用的高速增长,已经给社会、单位和个人带来沉重的压力,广大居民需要通过商业医疗保险来化解潜在的医疗费用风险。要想使卫生费用保持在国民经济可以承受的范围之内,任何国家都要进行医疗服务体制的改革,以控制卫生费用的过度膨胀,化解低速经济与高额医疗费用之间的矛盾,平衡医疗保障水平与经济发展的关系,减少卫生资源浪费,提高卫生资源配置与利用效率。中国的医疗保险制度的改革主要参照和综合了发达国家的医疗保险制度,力图改革原有医疗保障体制,寻找投入少、效益高、覆盖面广的医疗保障制度。能否有效控制医疗费用过快增长成为建立新型社会医疗保险制度的焦点问题,也是保持社会稳定的重要因素。

产生医疗费用长涨问题原因主要有:(1)一般经济原因。如通货膨胀、医疗服务量的增加、人口的增长、医疗服务成本的增加。(2)医疗消费供求关系的特殊性,医疗商品物价指数(MCI)增长幅度通常要高于一般商品物价指数(CPI)。(3)医疗保险制度本身的问题。

医疗保险制度本身的问题是造成医疗费用长涨最核心的原因,也是我国医疗保险改革一个关键问题。由于医疗保险制度的存在,医疗保险覆盖下的患者在医疗服务消费上缺乏成本意识,患者过度消费医疗服务的现象普遍存在,加之医生自身利益的驱动、医生与消费者之间严重的信息不对称或合谋,使医疗费用的过快增长难以有效控制。由于医疗保险降低了消费者支付医疗服务的价格,消费者过度利用医疗服务造成的费用增加就成为道德风险的福利损失。也就是说,道德风险是医疗服务费用不断增长的重要因素之一,同时,道德风险的大小与医疗保险制度的设计和具体安排有很大关系。

医疗保险制度是国家政策和政府行为的结果,政府的政策是决定医疗保险制度优劣的根本原因,市场化对于医疗保险制度来说并不一定意味着高效率,这从实施规划导向型全民医疗保险制度的多数发达国家和实施市场导向型商业保险模式的美国对比中可以看出。1970年到1989年,德国、加拿大医疗费用占国民生产总值的比例分别增加了2.3%和1.6%,而同期美国却增加了4.4%。因此,如何控制道德风险及所带来的损失主要应依赖于社会医疗保险制度的合理设计。

(二) 医疗保险需求增加和保险体制问题

保险需求是指在一定时期内,社会组织及个人在一定保险价格下对保险经济保障这一特殊商品的需求量。

我国医疗保险制度改革前的职工医疗保险制度建立于20世纪50年代,有两大组成部分:一是公费医疗制度,保障对象为机关、事业单位工作人员、伤残军人和大学生;二是劳保医疗制度,主要保障对象是国有企业职工、部分集体企业职工。在改革开放后又引进了统筹医疗、补充性的商业医疗保险等。对于占人口大多数的农民,采用了农村合作医疗制度。多年来,公费医疗和劳保医疗制度以及农村合作医疗制度对保障人民身体健康、促进经济发展以及维

护社会稳定起到了重要作用。但随着时代的发展和改革的进程,旧的医疗保险制度的弊端越来越明显,医疗保险制度的改革成为必然。

1998年12月,国务院决定在全国范围内进行城镇职工基本医疗保险制度的改革,并下发了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》。基本医疗保险制度的指导思想是“低水平、广覆盖”,这与目前我国国民经济发展水平是相适应的。基本医疗保险制度规定单位缴费比例6%,个人缴费比例2%,在这种筹资水平下,社会医疗保险只能提供最基本的医疗保障,除了对检查、用药、治疗等方面规定有严格的补偿范围外,每年对统筹基金的支付还有一个限额,即“封顶线”,为当地平均工资的4倍左右。此外,基本医疗保险制度采用统账结合的方式,筹集到的保障费按一定比例分配到个人账户和统筹基金中,个人账户主要支付门诊费用,自储自用;统筹基金主要补偿住院费用。职工个人要负担住院费用中起付线以下(约为社会平均工资的10%)和比例自付部分(自付比例约为20%)。基本医疗保险制度,试图通过降低筹资水平缓解有限保险能力和职工实际医疗需求间的矛盾,利用“统账结合”解决横向积累和纵向积累相结合的问题。

社会医疗保险主要采取个人自付和社会统筹相结合保障方式。根据医疗费用的不同,需自付15%—5%不等的费用;社会保险主要保障的是基本的医疗项目和基本的医疗费用,门诊费用由个人支付,对医疗服务项目和医疗费用均有详细规定,住院费用有封顶,对待特殊的检查、治疗、用药都有限制。对非基本医疗项目和用药,如某些先进的治病技术和药品,某些特需治疗的疾病则需职工自付费用。《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》确定了“以收定支”的原则,并采取多道“防险堤”,即用完个人账户结余后超支自负;住院设置“起付线”和“封顶线”,超过“封顶线”部分用各种医疗保险补充办法支持,包括公务员医疗补助、企业补充医疗保险、大额医

疗费互助和商业性医疗保险等。现行医疗保险制度主要体现社会保障的共济性与公平性,还难以适应广大职工群众医疗需求的差异性与多层次性。

在旧制度废除、新体制建立的过渡阶段,原本属于政府的医疗费用财政负担开始部分转移到消费者头上。由于近年来医学科技水平和服务能力的不断提高导致的成本增加,加之医疗服务提供机构改革方向偏差造成的医疗服务价格、收费水平的暴涨,使消费者的医疗费用负担不断加重。在这个过渡阶段,各种问题突显出来,主要有:(1)医疗费用开支的增加使消费者负担过重,以致出现有病不敢就医的情况。(2)庞大的医疗开支占消费者支配收入比例过大,这一现象在中低收入者当中尤其突出。(3)消费者一旦患重病,医疗费用根本无法负担,近些年经常出现的为重病者募捐的现象亦是医疗保险制度不完善的表现。

原有医疗保障的消失、新医疗保险保障水平的低下都使消费者对更合理的医疗保险的需求增加。归根结底,由于医疗费用开支不断增加引起了消费者对医疗保险需求的增加。这些医疗保险需求包括对现行医疗保险制度主体的完善需求,也包括对各类补充医疗保险的需求。补充医疗保险可以反映不同群体的现实差别,适应参保职工多层次的医疗需求,可以进一步发挥补充性调节职工收益与福利分配的功能。

在补充医疗保险中,商业医疗保险是较为重要的一部分,政府也明确要发挥商业医疗保险对基本医疗保险制度的补充功能。国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》中提出:“……超过最高支付限额的医疗费用,可以通过商业医疗保险等途径解决。”

商业医疗保险则是一种自愿保险,也是一种赢利性的保险,它严格遵循对等的权利义务关系,即保险费和保险保障程度成正比,因而其保障充分、水平高,能满足不同层次的需求。在保险业发达的国

家,公民在享受社会提供的医疗保障之外,还能充分地享受保险公司提供的商业医疗保险。与社会医疗保险相比,我国商业医疗保险的发展一直相对滞后。

根据目前社会医疗保险的规定,城镇职工高层次、特殊的医疗需求问题,可由职工个人或所在单位投保的商业保险公司提供的住院费用保险、住院津贴保险、重大疾病和癌症保险等险种来解决,“封顶线”以上的医疗费用保障问题也可通过投保商业保险公司提供的高额医疗费用保险来解决。而对商业保险公司而言,对大额医疗费用的补充保险,由于这一部分医疗费用起点高,发生率较低,运作起来也较其他医疗保险容易。

但是,用补充医疗保险尤其是商业医疗保险解决基本医疗保险不能解决的问题,其效果是十分可疑的。医疗保障水平较低的人群大多数是社会阶层中经济弱勢的群体,而商业医疗保险的高昂保险费会将这些群体的大部分排除在医疗保险之外。

(三) 国内医疗保险理论研究滞后

我国基本医疗保险制度的建立主要参考了国外各种医疗保障体系的现成经验,并在国内改革试点多年,经验不可谓不丰富,但就其理论研究方面还很欠缺。国内目前商业医疗保险还处于起步阶段,各商业保险公司推出的医疗保险项目多为寿险附加险,医疗保险所占保险公司份额也很小,至今国内还没有自营医疗保险机构。保险公司由于医疗保险业务开展较晚,所依据的无论理论还是经验都很不足。另外,医疗保险理论本身也比较边缘,是卫生经济学的重要组成部分,也是保险经济学的一部分(保险经济学在国内也还是个新学科,一般保险经济学的研究先排除健康保险,因为健康保险在保险经济中是个特例,许多保险经典理论不适用),但离主流经济学较远,发展不受重视。

就医疗保险理论本身来说,近年来受到关注的主要研究方向为医疗保险精算,就风险控制方面的研究来说,还只停留在宏观和定性

研究层面。尽管社会医疗保险和商业医疗保险在运营方式上有很大差别,但就风险本身来说,并无质的差别,医疗保险风险的控制和管理研究对社会医疗保险和商业医疗保险都具有非常重要的意义,其理论意义和应用价值不可低估。

(四) 道德风险损失导致医疗费用增加

从保险业的发展来看,其发展之初都是市场行为,但医疗保险除外,因为相对于其他保险标的物,健康是不可保风险(医疗费用是不可保风险)。一般说来,最重要的可保风险的条件是要求风险的发生可根据统计观察的相关概率进行可靠的估计,也就是说一种风险只有符合大数法则的要求,它才是可保的。但目前,大多数人认为如果双方签订了一份保险合同,那么合同中的风险就可以定义为可保风险。在理论上,可以认定几乎任何风险都是可保的。

在实践中,有两个主要因素导致一种风险不可保,即逆选择和道德风险。这两个因素的影响在健康保险中比在其他保险中要严重得多。

道德风险问题是信息经济学中一个主要问题,是由于信息不对称造成的。非对称信息指市场上交易双方所掌握的信息是不对称的,在大多数商品和生产要素市场上,卖者掌握的信息多于买者,但在保险市场与信用市场买方所掌握的信息多于卖方。医疗保险购买者显然比保险公司更了解自己的健康状况。如果供求双方所掌握的信息不对称,市场将出现问题,在此情况下所导致的均衡结果对社会来说将是一种无效率。拥有信息优势的一方,就可能产生机会主义行为,为了获得更有利于自己的交易条件,故意隐瞒某些不利于自己信息,甚至可能制造虚假信息。这种在交易前隐瞒自己掌握的信息,或利用对方知情来作出有利于自己的选择的行为称为逆选择。与隐藏信息相类似的另一类经济行为是隐藏行动,即道德风险,也是由信息不对称造成的。

社会医疗保险由于是强制保险因而在制度设置上消除了逆选

择,但道德风险造成的医疗费用增加却是社会医疗保险能否正常运行的关键,也是政府关心的主要问题。

产生道德风险的原因之一在于代理人拥有私人信息,这从道德风险对策环境中看得很清楚:委托人与代理人签订合同之后,委托人无法观察到代理人的某些私人信息,特别是代理努力程度方面的信息。在这种情况下,代理人可能利用其私人信息采取某些损害委托人利益的行为。

一般认为,道德风险主要影响为:健康保险中的投保人一旦获得了健康保险,相当于降低了投保人的医疗护理费用。因此,理性的个人将增加他在这方面的消费量,这就相应地增加了医疗保险支付的数量,即增加社会成本的数额,因为个人保险赔付的增加意味着社会医疗支出费用的增加。在这种状态下,风险服务和医疗服务都将出现低效率。该结论也说明,当保险合同提供能够影响服务需求的保险方法时,全面保险的最优性将不再有效。道德风险使完备的经济刺激难以达到最优的资源配置。为此,委托—代理理论普遍发展了以合作和分担风险为中心的信息激励机制理论,使非对称信息条件下的市场能够产生次优经济效率,并最终接近对称信息条件下的最优状态。

社会医疗保险无论在哪个国家,其运行的根本问题就是医疗费用的控制。道德风险导致的消费者过度利用医疗资源是医疗费用不断增加的主要因素之一,因此,控制医疗费用上涨最主要就是控制道德风险造成的损失,而关于道德风险对医疗费用以及医疗保险的具体影响状况和程度的研究就成为解决医疗费用上涨和医疗保险计划正常运行的理论基础。

二 研究的目的和意义

(一) 控制医疗费用的过快增长——医疗保险目的的实现

20世纪80年代开始,中国医疗保险制度开始阶段性地不断改