

医疗保险论丛

国家自然科学基金资助项目

SHEHUI YILIAO BAOXIAN ZHONG DE
DAODE FENGXIAN

社会医疗保险中的
道德风险

SHEHUI YILIAO BAOXIAN ZHONG DE DAODE FENGXIAN

赵曼 吕国营 著

医疗保险论丛


国家自然科学基金资助项目

SHEHUI YILIAO BAOXIAN ZHONG DE
DAODE FENGXIAN

社会医疗保险中的
道德风险

SHEHUI YILIAO BAOXIAN ZHONG DE DAODE FENGXIAN

赵曼 吕国营 著

 中国劳动社会保障出版社

图书在版编目(CIP)数据

社会医疗保险中的道德风险/赵曼,吕国营著. —北京:中国劳动社会保障出版社, 2007

ISBN 978-7-5045-6166-4

I. 社… II. ①赵…②吕… III. 医疗保险-制度-研究 IV. F840.62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 040970 号

中国劳动社会保障出版社出版发行

(北京市惠新东街 1 号 邮政编码: 100029)

出版人: 张梦欣

*

北京人卫印刷厂印刷装订 新华书店经销

787 毫米×1092 毫米 16 开本 15.75 印张 259 千字

2007 年 4 月第 1 版 2007 年 4 月第 1 次印刷

定价: 30.00 元

读者服务部电话: 010-64929211

发行部电话: 010-64927085

出版社网址: <http://www.class.com.cn>

版权专有 侵权必究

举报电话: 010-64911344

内 容 提 要

道德风险问题是医疗保险领域最根本的问题之一，主要包括患者的道德风险和医生的道德风险。其中医生的道德风险是原生道德风险，而患者的道德风险则是派生道德风险。解决医生道德风险问题是解决我国社会医疗保障体系中所有问题的关键。医疗卫生体制改革、医疗保险制度改革和药品流通体制改革等“三改联动”的基本思路应该是，以建立医疗市场声誉机制为核心推动医疗卫生体制改革，并由此带动医疗保险制度和药品流通体制改革；确立医疗保险机构“谈判大户”的地位，充分发挥其信息功能、威慑功能和讨价还价功能，强化对医生和医院的制约作用；在药品市场供求关系中需方行为非常特殊，患者对药品的消费是通过医生实现的，因此，建立医生市场声誉机制以规范医生行为，是解决药价虚高问题的根本出路。

根据以上逻辑线索，本书第1章介绍医疗保险领域道德风险的形成、特点及影响，分析患者道德风险与医生道德风险的关系以及影响道德风险严重程度的因素。第2章针对中国医疗费用攀升问题分析各种影响因素，强调道德风险尤其是医生道德风险的严重性。从第3章到第5章着重分析患者的道德风险，分析患者道德风险与社会医疗保险覆盖范围的关系、筹资中的道德风险、费用支付方式对患者道德风险的影响。从第6章到第8章着重分析医生的道德风险，分析医生道德风险的必然性以及对医疗需求的影响、以医生为中心的联盟及其被扭曲的行为、“三改联动”的基本逻辑及其突破口。

目 录

引言	(1)
1. 社会医疗保险的理论基础	(5)
1.1 风险、保险与道德风险	(5)
1.2 医疗保险与社会医疗保险	(10)
1.3 目标与手段	(15)
2. 医疗费用的变动趋势	(25)
2.1 医疗费用的攀升	(26)
2.2 非体制性因素	(28)
2.3 体制性因素——道德风险	(33)
3. 社会医疗保险的覆盖范围	(42)
3.1 社会医疗保险覆盖的人群范围	(42)
3.2 社会医疗保险覆盖的项目范围	(49)
4. 筹资机制与道德风险	(60)
4.1 筹资模式的选择基准	(60)
4.2 三种筹资模式	(62)
4.3 社会医疗保险筹资的计征办法	(68)
4.4 政府的作用	(70)
4.5 “统账结合”筹资模式	(77)
5. 第三方支付与道德风险	(86)
5.1 三种支付方式	(87)

5.2	起付线法、封顶法与共付法	(92)
5.3	支付方式对医疗供方竞争方式的影响	(100)
6.	医患双方道德风险	(110)
6.1	道德风险的本质	(110)
6.2	患者的道德风险	(112)
6.3	医生的道德风险	(122)
6.4	医疗领域道德风险的顽固性	(130)
7.	联盟博弈与医疗供方行为扭曲	(139)
7.1	分析背景	(139)
7.2	医疗系统的行为扭曲过程	(141)
7.3	医疗市场行为纠正及“经济”监管机制	(154)
8.	“三改联动”及其突破口	(170)
8.1	“三改联动”的基本思路	(171)
8.2	声誉机制与医疗机构产权改革	(181)
8.3	医疗保险机构改革的思路	(187)
8.4	“药价虚高”实证分析与综合治理措施	(204)
8.5	建立社会医疗保险费用约束机制的路径选择	(215)
	参考文献	(222)
	附录 医疗保险系统下的医院管理系统开发	(224)
	后记	(245)

引 言

本书系国家自然科学基金资助项目《监管、自律与医生道德风险规避》（批准号：70673114）的阶段性研究成果，同时吸收了前一个国家自然科学基金资助项目——“中国医疗社会保险制度改革与医患双方道德风险规避”（批准号：79870101）的部分研究成果。

早在1993年，作者已经认识到将医生道德风险与患者道德风险结合起来进行研究的重要性，在其后的研究工作中视角逐渐发生转移，核心观点日益明朗化。作者的研究历程大致可以分为三个阶段。第一阶段意识到为了遏制医疗费用攀升的势头，不仅要约束患者道德风险，还应该约束医生道德风险，但当时把医生道德风险与患者道德风险置于并列地位，没有意识到医生道德风险的核心重要性。这是1998年以前的事情。第二阶段即1999年以后的三年时间，主要研究工作是国家自然科学基金资助项目——“中国医疗社会保险制度改革与医患双方道德风险规避”，在这一阶段作者认识到患者道德风险与医生道德风险不是并列的两个问题，医生道德风险更重要，患者道德风险只有通过医生才能实现。可以说，医生道德风险是原生道德风险，而患者道德风险是派生道德风险，所以医生道德风险问题是社会医疗保险的核心问题。第三阶段从2002年到现在，主要工作包括现在正在研究的国家自然科学基金资助项目“监管、自律与医生道德风险规避”。在这一阶段，作者对第二阶段形成的观点更加坚定，并进一步认为，在患者、医生和保险公司三者关系中，医生处于关键地位；解决医生道德风险问题是解决医疗保险体系中所有问题的关键，而医疗卫生体制改革就是要解决医生道德风险问题，所以，医疗卫生体制改革是“三改联动”的关键。

通过十几年的研究，作者基本上可以提出一个医疗保障制度改革的大体思路。

基本出发点——经济体制的转轨。中国正处在从计划经济向市场经济转轨时期，一方面，计划经济体制的影响依然存在；另一方面，市场经济体制

的规则尚未真正建立，尤其是市场尚未形成克服自身缺陷的有效机制，这是正确理解中国医疗保险制度改革和医疗卫生制度改革的基本出发点。

在中国，医生道德风险十分严重，具体表现在医生与医药代表合谋、与医用耗材经销商合谋、对患者乱开大处方等方面。这种现象在发达市场经济国家中也存在，但只是个别现象而非普遍现象。在发达市场经济国家，如美国，市场已经演化出克服自身缺陷的、能够有效解决道德风险问题的种种机制，如中介机制和声誉机制等，所以医疗保险费用控制的重点在于因医疗保险制度造成的医疗技术过度进步，而不是医生的道德风险；改革的重点在于以缓解高成本医疗技术的过度进步，鼓励使用低成本医疗技术为目标的医疗保险制度改革，而不是以规范医生行为为目标的医疗卫生体制改革。中国正处于体制转轨阶段，市场机制虽然初步形成，但尚未形成克服市场自身缺陷的机制，医疗卫生领域尤其如此。因此，解决“看病难”“看病贵”问题的关键在于医疗卫生体制改革而非医疗保险制度改革，以尽快形成医疗市场声誉机制遏制医生道德风险。当然，这个过程需要一定的时间。如果政府急于干预，不给市场留下克服自身缺陷的时间和空间，那么市场机制永远不会发展和完善。必须注意，政府干预对声誉机制有一定的“挤出效应”，政府对医疗市场急不可待的干预抑制了医疗市场声誉机制的形成，这正是中国医疗卫生体制改革的写照。

问题关键——医生道德风险的规避。药品流通秩序混乱、虚假广告、药价虚高、医生与药商合谋、医疗保险机构与医疗机构合谋以及所有这些问题的集中体现——“看病难”和“看病贵”，无不与医生道德风险密切相关。原因在于医疗领域的特殊性和医生的特殊地位。在医生、患者、药商和医疗保险机构以及由此组成的医疗服务市场、药品市场和医疗保险市场之间，各方利益主体地位并不平等，三个市场也并非并列关系。其中，医生处于主导地位，患者的道德风险只有通过医生才能实现，药商的道德风险也只有通过医药合谋才能实现，可以说，医生的道德风险是医疗保险领域、医疗卫生领域和药品流通领域中一切问题的根源；在医药、医疗和医保所组成的产业链中，医疗卫生行业处于核心和枢纽地位，三者呈“一体两翼”，即以医疗为主体，以医药和医保为两翼。“三改联动”的关键在于医疗卫生体制改革，其突破口则是建立规避医生道德风险的有效机制。

治本之法——医疗市场声誉机制的形成。自律与监管是遏制道德风险的两个途径。医疗领域的特殊性在于：（1）医生具有双重身份，既是医疗产品的供给者，又是患者的代理人；（2）“医学不是严格的科学而是不严格的艺

术”；(3) 广泛存在不确定性。医疗产品的不确定性与医生的双重身份导致医疗领域道德风险不可避免。后者提供了医生道德风险的动机和实现道德风险的部分可能性，这里的部分可能性是指医患双方信息不对称、地位不对等，医生具有绝对优势；前者解释了医生道德风险实现可能性的另一部分，即医疗产品的不确定性导致缺乏评判标准，不仅患者难以评判，就连第三方专家也难以鉴定，换句话说，监督费用高昂。

正是这些特殊性决定了解决医生道德风险最根本的途径在于自律而不是监管。自律与否取决于自律是否符合理性人自身利益，换句话说，取决于医生声誉是否具有市场价值。因此，医疗市场声誉机制的形成便成为规避医生道德风险最根本的途径。

市场声誉机制是否有效受以下几个因素影响：一是重复博弈的可能性。只有在重复博弈环境中才能克服短期行为，树立声誉才有价值。二是医疗信息传播速度和准确程度。三是无形资产的产权是否明晰。声誉是医疗机构最重要的无形资产，医疗卫生体制改革必须重视该项无形资产的产权问题，正确界定医疗机构的集体声誉和医生的个体声誉。只有这样才能赋予医院院长、科室主任、专家以及其他利益相关者合理的剩余索取权和剩余控制权，形成有效的激励机制。四是政府干预对市场声誉机制的扭曲。中国医疗服务定价由政府严格控制，虽然不同等级的医院和不同级别的医生其医疗服务定价不同，但这是一种政府定价而不是市场定价，政府对医疗服务定价的控制削弱了市场声誉机制的作用。最后一点特别值得注意，因为医生声誉及医院声誉来源于市场，来源于人们的口碑，而不是来源于政府和行政级别。因此，必须改革政府主导的医院等级评定制度和医生职称评审制度，以形成正确的信号发送机制。

治标之法——医疗领域的适度监管。适度监管有益于声誉机制的形成，而过度监管则会对声誉机制产生“挤出效应”，因此，把握监管的力度和边界十分重要。监管和自律是克服医生道德风险的两种方法，这两种方法都有各自的适用条件，适用单一的方法效果不太理想。监管与自律机制都有相应的运行成本，如果将两种机制配合使用，可以降低总的运行成本。值得强调的是，应尽量避免过度监管对声誉机制的削弱。

为此必须考虑，谁来监管——确定监管主体，监管什么——确定监管内容，监管与自律的边界，谁来监管监管者等问题。

威慑力量——医疗保险机构的大户地位。从理论上讲，医疗保险机构比单个患者拥有更强的市场力量，包括搜集信息能力、谈判能力和威慑能力，

因此其能够有效遏制医疗供方的道德风险。但是，这种情况在中国并未出现。由此可以推断，要发挥医疗保险机构的大户作用必须满足一定条件，而中国目前尚未具备这些条件。

信息、谈判与威慑功能发挥作用的必要条件包括两个方面：一方面，医疗保险机构有动力发挥这些作用；另一方面，医疗保险机构有能力发挥这些作用。就第一方面而言，医疗保险机构要么有自身的利益来这样做，正如营利性商业医疗保险机构那样，要么具有外在的竞争压力。在中国，社会医疗保险机构不满足这个条件，以至于出现医疗保险机构与医疗供方合谋的现象。就第二方面而言，医疗保险机构必须具备奖惩医疗供方的手段，例如确定定点医院，限制患者对医疗供方的选择权。

最后进行总结。第一，医药、医疗和医保是同一系统中密切联系的三个子系统，在产业链中呈上下游关系，其中医疗卫生行业处于核心和枢纽地位。三者呈“一体两翼”，即以医疗为主体，以医药和医保为两翼。“三改联动”必须中心突出、层次分明、相互协调。第二，“三改联动”的关键在于医疗卫生体制改革，其突破口则是建立约束医生行为的市场声誉机制，辅之以适度的行业监管。医生是一切医疗费用的策源地，规范医生行为既可以解决药价虚高问题，又能降低医疗保险费用支出，具有“纲举目张”之效。第三，医疗保险机构是天然“谈判大户”，具有潜在的信息功能、讨价还价功能和威慑功能。如果把这些潜在功能变成现实功能，将对医疗供方产生强大的制约作用。第四，在药品市场供求关系中，需方行为非常特殊，患者对药品的消费是通过医生实现的。因此，集中招标采购、控制药品价格等措施只能是权宜之计，根本出路在于形成医疗市场声誉机制，规范医生行为。

1. 社会医疗保险的理论基础

1.1 风险、保险与道德风险

1.1.1 风险与风险厌恶

理清风险、保险与道德风险的关系是分析社会医疗保险中道德风险问题的基础。无论是管理学还是经济学，都认为人们厌恶风险。在管理学中，马斯洛的层次需求论就有对安全的需求，而对安全的需求反映了人们对风险的厌恶；在经济学中则干脆假定人是风险厌恶型的。

虽然人们厌恶风险，但风险却无处不在。人类在生产和生活过程中，经常可能遭受自然灾害和意外事故的袭击，如水旱虫灾、地震海啸、山体滑坡、火烧雷击、工程伤害等；同时，还要受到疾病的侵袭，影响和危害身体健康的不测事件也时有发生。所有这些不测事件都有以下两个特征：

一是随时都有可能发生，谁也不敢保证肯定不受不测事件的侵袭。但是，何时发生，发生在什么地区，发生在谁的身上，危害程度有多大，事先是不能确定的。必然发生的事情和必然不发生的事情都不是不测事件，只有依概率发生的事件才是不测事件，即随机事件。

二是一旦发生将产生不良结果，这种不良结果会对人产生负效用，因而人们厌恶这种结果。

强调不测事件的两个特征是为了突出风险的特点，为引出保险的概念做铺垫。其实际意义也很明显，如健康的人可能生病，但何时生病是不确定的，生病产生的不良结果也是不确定的，因而可以确认生病对健康的人而言是不测事件；但是，对于已经生病的人，生病却是确定性事件而不是不测事件，虽然其也会产生不良结果，但在政策意义上，前者可归于医疗保险，后者可归于社会救助。

可见，风险是指人们总是面临不测事件。就个体而言，风险具有偶然性或随机性，风险发生的时间、地点、对象及危害程度难以事先确定，这正是

“天有不测风云，人有旦夕祸福”。但就总体而言，风险的发生具有一定的统计规律性，表现出必然性的一面，正所谓“东方不亮西方亮”。

1.1.2 风险规避与保险

人们为了规避风险，运用各种技术手段，探索、总结了许多预测和防范风险的措施与方法，形成了一些有效的制度安排，取得了一定的效果。这些制度安排大致遵循两种思路，一是“不要把所有鸡蛋放在一个篮子里”，二是通过保险来分散风险。当人们主动涉足风险领域时，如进行投资，通常遵循前一种思路；当人们被动涉足风险领域时，如面临可能发生的疾病、意外伤害、财产损失时，通常遵循后一种思路。显而易见，社会医疗保险遵循的就是后一种思路，下面仅就这种思路进行分析。

我们已经知道，对个体而言风险具有随机性或偶然性，不能完全准确预测，但就总体而言具有一定的统计规律性和必然性。因此，从总体出发，依大数法则，可以测算一定时期内一定风险发生的频率和损失。这样，对个体而言的不确定性对总体而言就具有相当的确定性，而不确定性的消除或降低则意味着风险的消除或降低。同时，人们在实践中发现，虽然单靠个人力量难以承受突如其来的风险所带来的巨大压力，但依靠集体力量互助互济，分担风险，可以有效降低个体风险。于是，各种保险制度安排应运而生。

保险是消除风险或降低风险的一种制度安排，通过保险可以提高风险厌恶者的效用水平。当保险机构的运行成本低于风险溢价时，对全社会而言，引入保险制度安排是一种帕累托改进，增加了社会福利。但是，保险制度并非完美无缺，它与所有新制度一样，在解决已有问题的同时也带来了新的问题。其中最突出的问题之一就是道德风险问题。

1.1.3 道德风险的产生

道德风险属于经济学范畴而非伦理学范畴，在保险领域中是指参保人参保前后的行为变化，这种变化导致不测事件发生率的提高或发生之后的后果更加严重。例如，某人投保火灾保险之后便放松了对火灾的防范，从而导致发生火灾的实际概率提高。这是因为，防范火灾是有成本的，人们在投保后放松对火灾的防范可以降低防火成本，而火灾一旦发生，所造成损失的相当部分由保险公司承担。参保人进行成本—收益比较，自然会做出放松防范火灾的选择，这是符合理性人假设的。在该例中，道德风险的另一种表现是，投保之后一旦发生火灾，参保人不再像未投保时那样积极救火，从而导致火灾后果更加严重。

医疗保险中的道德风险比较特殊。就患者而言，参保之后一般不会放松

对健康的保护，不会放松对疾病的预防，更不会有意做出可能提高患病概率的事情。没有听说参保之前烟酒不沾的人参保之后拼命酗酒、抽烟，也没有听说参保之前坚持体育锻炼的人参保之后突然停止体育锻炼。参保患者生病之后，也不会有意增加疾病的严重性，如故意把小病拖成大病。患者的道德风险主要表现为小病大养，利用昂贵医疗设备，住豪华病房等。这个问题后面将有专门论述。

道德风险是保险制度运行成本产生的根源之一，核保和理赔成本都与道德风险关系密切。表面上看，与核保密切相关的是逆向选择而不是道德风险，其实，道德风险也是核保必须考虑的一个重要因素。在保险合同签订之前，保险公司必须分析、预测参保人未来的道德风险。这样做有两个目的：一是完善保险合同，在合同中规定相关约束与激励条款，以降低未来的道德风险。从这种意义上说，保险合同就是降低道德风险的一种机制设计。二是确定合理的费率。该费率起码受到两个因素影响，一个是精算费率，另一个是道德风险。但是，在签约之前道德风险只是潜在的，交易双方很难就此达成共识，需要进行艰苦的讨价还价，以决定相关约束与激励条款及潜在道德风险对保险费率的影响程度。因此，道德风险产生了两种交易成本，一种是保险公司分析预测的成本，另一种是保险公司与参保人讨价还价的成本。可见，潜在的道德风险是产生事前交易成本的重要根源。

理赔与道德风险的关系显而易见。不测事件一旦发生，保险公司就要调查当事人的道德风险，依据保险合同确定哪些道德风险行为是合同允许的，哪些道德风险行为是违反合同的，进而确定赔偿数量。如发生火灾后，保险公司就要调查有关当事人是否对火灾疏于防范，是否采取了必要的救火行动，是否在第一时间报火警，甚至是否为骗保而故意纵火。这样就会产生理赔成本，这是交易成本的又一个重要来源。

保险的作用在于降低风险，风险厌恶型的当事人通过保险可以形成风险溢价，而对风险溢价的分割可以提高保险合同双方的福利水平，形成帕累托改进。但是，形成帕累托改进的基本条件是保险管理成本小于风险溢价。核保和理赔成本是保险管理成本的重要组成部分，如果相关当事人行为很隐蔽且道德风险很严重，那么由道德风险引起的核保和理赔成本就会很高，从而引起保险管理成本的上升。当保险管理成本大于风险溢价时，保险市场就会逐步萎缩甚至崩溃，正如逆向选择导致市场萎缩、崩溃一样。保险管理成本与风险溢价的对比分析不仅具有理论意义，而且具有一定实际应用价值，在第3章中我们将运用这种方法研究社会医疗保险的范围选择，为“保大病抑

或保小病”进行论证。

1.1.4 影响道德风险的因素

一个险种在保险市场中能否生存下来，主要受以下两个因素影响。

第一，是否具有系统性风险。如果存在系统性风险，相应的险种将失去分散风险的作用，从而失去存在的意义，当然，大数法则也失去作用。如大规模流行病和传染病，像2003年的“非典”就是一种系统性风险，是不可保的。这就要求不测事件的发生在人们之间是相互独立的。心脑血管疾病、肿瘤、糖尿病等疾病的发病情况基本上满足独立性要求。由此可以看出，在保险意义上，卫生防疫与普通疾病的临床治疗是截然不同的。

第二，道德风险是否严重。道德风险的存在严重影响保险市场的运行，而克服道德风险需要一定的保险管理成本，当管理成本大于风险溢价时保险市场将逐渐消失。管理成本的大小取决于道德风险的严重程度以及克服道德风险的困难程度，而道德风险的严重程度及克服道德风险的困难程度取决于相关当事人影响相关事件发生的能力以及影响事件结果严重程度的能力。如商业医疗保险一般不保正常妊娠，但可以保正常妊娠的并发症^①。在古代社会，当事人控制正常妊娠的能力非常有限。避孕药具的发明，极大地提高了人们控制正常妊娠的能力，因此，在现代社会中正常妊娠已经不再被看成随机事件。但是，正常妊娠的并发症却是随机事件，不受当事人主观愿望的影响。在该例中，当事人有一定能力控制正常妊娠的发生，并且在整个过程中当事人的行为不可观测，这就决定了道德风险的严重性和克服道德风险的困难性。当然，这个例子也可以看做逆向选择问题，即打算怀孕的妇女投保正常妊娠，不打算怀孕的妇女则不投保，从而形成逆向选择；而保险公司又无法辨别哪些妇女打算怀孕，哪些妇女不打算怀孕，从而无法消除逆向选择。因此，逆向选择的结果同样使正常妊娠保险在市场上无法生存。

在医疗保险中，患者的道德风险与需求价格弹性有关，而不同的病种具有不同的需求价格弹性，因此，必须针对具体病种研究患者道德风险。对此我们将在第3章深入研究。

在上面的论述中，我们一直只关注道德风险对保险人的不利影响，没有考虑其对被保险人的不利影响。其实，在很多情况下被保险人的道德风险行为是需要自身付出成本的。比较坊间流传的两个例子可见一斑。

例一，近日，某女明星出高价为自己美丽的鼻子买保险，保险公司愿意

^① 尼克拉斯·巴尔. 福利国家经济学. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2003. 119

接受。

例二，近日，某女明星出高价为自己的贞操买保险，保险公司拒绝接受。

在例一中，保险公司之所以愿意接受，是因为女明星投保后不会产生严重的道德风险。女明星投保后不会故意伤害自己的鼻子，甚至不会放松对鼻子的自我保护。理由是，容貌是女明星最具价值的人力资本，伤害自己美丽的鼻子等于自毁职业生涯，这对女明星来说成本太大了。

在例二中，保险公司拒绝接受，因为女明星投保后的道德风险行为对女明星自身的损害是很小的，甚至不但无害反而有利。在当今社会，女明星失身不但不会降低其身价，反而可能因媒体炒作而身价倍增。如果把例子修改一下，把近日换成清朝，把女明星换成名门闺秀，结果就会大不一样。在那个时代贞操对个人及整个家族的声誉都是非常重要的，失去贞操的高昂代价足以遏制名门闺秀的道德风险行为。

可见，道德风险是否严重，受道德风险制造者制造道德风险成本（包括心理成本）的影响，该成本越小道德风险越严重，该成本越大越能抑制道德风险。

保险原则中的第一个原则就是可保利益原则，这个原则正是针对道德风险问题的。可保利益原则规定了投保人的身份，即投保人与保险标的的利益关系，同时也规定了保额的上限，从而消除了投保人故意纵火或谋财害命的动机。道德风险制造者制造道德风险的成本与因道德风险而骗取的利益之比较，可以准确解释可保利益原则。若前者大于后者，则风险可保；若前者小于后者，则需要慎重考虑；若前者远远小于后者且投保人的行为很难监督，则风险不可保，如例二中女明星的贞操风险就是不可保的。

总结上述分析思路，客观上存在风险加之人们主观上厌恶风险，导致保险的产生；保险能够降低风险，但同时也带来了道德风险，而道德风险的存在严重影响保险制度的运行，在很大程度上决定了什么风险可保，什么风险不可保；道德风险可能给道德风险制造者带来成本，包括精神成本，这种成本的大小直接影响道德风险的严重程度。

道德风险与保险如影随形，自从有了保险便产生了道德风险。激励理论的核心问题就是保险和激励的关系，换句话说，就是保险和道德风险的关系。这里，与激励相对应的就是道德风险，激励就是为了克服或抑制道德风险。一般来说，保险与道德风险呈正向关系，保险程度越高道德风险就越严重，欲降低道德风险则需降低保险程度。“鱼和熊掌不可兼得”，必须在二者之间折中，以取得最佳效果，这正是设计保险制度（包括社会医疗保险制度）的

基本思路。

1.2 医疗保险与社会医疗保险

1.2.1 医疗保险

从宏观上看，国民健康是一个国家国民素质的重要方面，是决定人力资源总体存量的重要因素之一，是提高劳动生产率和国际竞争力的重要手段；同时，国民健康也是经济发展和社会进步的目的，反映一个国家的总体福利水平。因此，现代国家无不关注国民健康保障体系的建立和完善。历史上，疾病和灾荒是诱发社会动荡的主要导火索，大规模流行病和传染病改变着人们的观念、习惯和生活方式，甚至改变人们的信仰，导致改朝换代。随着国民经济的发展和医疗技术的进步，一方面，人们对生命质量的需求越来越高；另一方面，供给的能力越来越强。于是，医疗费用占国民生产总值的比重越来越大。现在，健康产业已经成为国民经济的重要部门甚至已经是国民经济的支柱产业。在我国，医疗消费支出已经成为继食物支出、教育支出之后居民的又一项重要支出。因此，无论从社会稳定还是从经济增长、人民消费的角度，各国政府都没有理由不重视国民健康及其相关产业。

从微观上看，人们患病不仅影响工作和经济收入，更重要的是需要支付医疗费用以治疗疾病，由此带来的经济负担往往超出人们的负担能力，甚至产生因病致贫、因病返贫现象，这就是所谓的疾病风险。这种现象在 20 世纪早期已经存在，费孝通先生早年从英国归来在江苏省做过调查，发现江苏省无田的佃户，其中一半以上从前家里有地，只是近两代才开始做佃农。其中有 1/3 是因为户主生病后为治病而卖地，甚至倾家荡产。新中国成立后，由于计划经济固有的保障作用，加之公共卫生建设、三级医疗网络建设、农村合作医疗制度的建立以及公费医疗和劳保医疗制度的建立，极大地降低了人们的疾病风险，国民健康水平显著提高。20 世纪 80 年代以后，伴随着计划经济向市场经济的转轨，原有的医疗保障机制逐步瓦解，而新的医疗保障制度未能及时建立和完善，尤其是作为科技进步的一部分，医疗技术的飞速发展极大地推动了医疗费用的攀升，人们“体面生活”的标准随着医疗技术的提高而提高，在过去因医疗技术的限制而无法治疗的疾病开始变得可以医治，而这些疾病的治疗费用高昂，这就极大地增加了人们面临的疾病风险，于是因病致贫、因病返贫现象重新出现。

1. 社会医疗保险的理论基础

可见,疾病风险主要体现在两个方面,一是健康状况欠佳降低了人们获取收入的能力,二是治疗疾病的医疗费用支出。尤其是后者,随着医疗技术的进步其作用越来越突出,因此客观上要求产生分散风险的机制。近100多年来,随着工业化大生产体系的建立和市场机制的形成,传统的家庭保障功能逐渐弱化,需要新的保障制度来弥补。商业医疗保险虽然顺应了市场经济发展的要求,但是,其本身固有的逆向选择^①制约了医疗保险市场的有效运行,甚至导致市场失灵。社会医疗保险是一种可以克服保险市场逆向选择的医疗保险机制,100多年的实践证明,这种机制在分散风险、分摊损失、保障人民健康和生活水平稳定、增强民族的向心力和凝聚力等方面行之有效,已经成为维持劳动力再生产乃至社会再生产所不可缺少的重要环节。

关于医疗保险的概念,在理论上,国内外学术界尚未形成一致认识,对医疗保险表述及内容界定千差万别;在实践上,各国也不尽相同,不仅保障项目、保障层次、保障水平等方面各有差异,就连名称也不一致,有的叫医疗保险,有的叫健康保险,有的叫疾病保险津贴。

健康保险是广义的医疗保险,英文为“health insurance”。发达国家的健康保险不仅包括补偿由于疾病给人们带来的直接经济损失(医疗费用),还包括补偿疾病带来的间接经济损失(如误工费),对分娩、疾病、死亡给予的经济补偿以及疾病预防、健康维持等。简言之,健康保险包括了支出补偿、收入补偿以及卫生保健服务等内容。

狭义的医疗保险是社会保险的一个险种,英文为“medical insurance”,仅指对医疗费用的保险或补偿,或仅限于支出补偿。

为了进一步理解健康保险与医疗保险的联系与区别,弄清健康与医疗的关系是有益的。健康是一种结果,这种结果是由多种因素共同发挥作用形成的,包括生活水平、营养状况、生活习惯、生活方式、生活环境、工作环境、劳动强度、医疗水平等因素,医疗水平只是影响健康状况的因素之一^②,既不是最重要的因素,更不是唯一因素。我国人民目前的健康状况,既与经济转轨时期的医疗卫生体制和医疗保险体制有关,又与环境污染、市场竞争激烈、生活方式和行为不科学有关,是近20多年来经济高速增长的沉重代价。

^① 信息经济学的奠基性文献之一——阿克洛夫(G. Akerlof, 1970)的“柠檬市场:质量不确定性与市场机制”中就涉及了商业医疗保险中的逆向选择。参见阿克洛夫、斯彭斯和斯蒂格利茨论文精选。北京:商务印书馆,2002.9。

^② 阿罗(Kenneth J. Arrow)1963年在卫生经济学经典文献“不确定性和医疗保健的福利经济学”中就明确指出了这一点。参见比较(第24期)。北京:中信出版社,2006.73。