

# 我国医疗市场主体行为分析及其道德风险控制

张莹

(山东财经大学公共管理学院,山东 济南 250014)

**【摘要】** 医疗市场的信息不对称特性使医疗市场主体极易产生道德风险,造成医疗费用上涨、医疗资源浪费等严重社会后果。通过建立我国医疗市场主体行为模型,得到完全信息下抑制道德风险的主要因素——自付比例与偿付比例。进而在不完全信息情况下,将该主体行为模型进行修正,找到制约因素失效的原因,并对自付比例与偿付方式及比例提出相应修正政策建议,恢复其行为制约能力,有效抑制道德风险的发生,最终有效控制医疗费用的快速不合理增长。

**【关键词】** 医疗市场主体行为;道德风险;控制机制

**【中图分类号】**F840 **【文献标识码】**A **【文章编号】**2095-3410(2013)06-0037-07

## 一、引言

近年来,医疗卫生费用的不断上涨成为我国医疗保险制度改革不可回避的重要问题。根据国家卫生计生委日前发布的《2012 年中国卫生和计划生育事业发展统计公报》显示,2012 年全国卫生总费用预计达 28914.4 亿元,比 2011 年增长 18.8%,比起 2009 年的 17204.81 亿元,增长了 68%。医疗费用的上涨可分为合理与不合理两部分,其中合理上涨的部分主要是由经济发展、通货膨胀、人口老龄化、生活水平提高等因素造成,不合理上涨部分则主要是由医疗市场中大量存在的道德风险造成。不合理的上涨部分实质上为社会医疗资源的浪费,一方面严重威胁到我国社会医疗保险制度的运行,另一方面造成沉重的财政负担,使得医疗保障制度效率低下,无法满足公众的基本医疗需求,形成社会福利的净损失。因此,对我国医疗市场中的主体行为进行分析,进而找到产生道德风险的主要影响因素,并在此基础上设计出有效的医疗道德风险控制机制就成了控制医疗费用上涨,保障我国社会医疗保险制

度稳定运行的关键问题。<sup>[1]</sup>

## 二、医疗道德风险及控制相关研究

道德风险(Moral Hazard)指从事经济活动的人在最大限度地增进自身效用的同时做出不利于他人的行动。或者说是:当合约一方不完全承担风险后果时所采取的自身效用最大化的自利行为。<sup>[2]</sup>在医疗市场中,供给方道德风险表现在为医疗服务的供给者有利用其信息优势进行诱导消费,从而获得更多收益的激励。需求方道德风险产生的前提是保险的介入,当被保险人购买了医疗保险,保险将会分担甚至是全额负担被保险人的医疗支出,被保险人就产生了要求更多医疗服务的激励,即使这些服务并不是必须的。在保险的参与下,双方产生合作动机,也就是产生供需双方合谋道德风险。

最早将道德风险(moral hazard)引入医疗领域的为阿罗(Arrow),他通过建立期望效用函数对医疗市场中的道德风险、第三方支付和逆向选择进行了较为深刻的研究,建立了在风险规避条件下的最优保险理论模型(Arrow,1963)<sup>[3]</sup>。随后,国内外学

**【基金项目】** 本文是国家社会科学基金项目“城乡统筹背景下我国医疗费用增长影响因素测度及控制机制仿真研究”(项目编号:13CGL136)的阶段性成果。

**【作者简介】** 张莹(1982-),女,陕西西安人,山东财经大学公共管理学院讲师,博士。主要研究方向:社会性规制与医疗制度改革。

者分别针对医疗产品的供给方——医生,医疗产品的需求方——病人可能出现的道德风险及控制机制进行了深入研究。

### (一)供给方道德风险

国外对供方道德风险的研究较早也较为深入。Evans(1974)提出了医生收入目标假说及医生诱导需求(Physician Induced Demand)概念,指出政府应该制定有效的干预政策和较为健全的管理体制来约束医生的行为,保护病人的利益。<sup>[4]</sup> McGuire(1983, 1997, 2000)、Frank(1997)等利用信息不对称建立医患行为模型及PID模型,发现信息不对称是医生产生诱导需求的根本原因,随后指出可以通过设计适当的激励机制,依靠一个包括医患相互作用的联合模型控制医生的诱导需求。<sup>[5]~[7]</sup> Katherine(2012)提出当患者具有医疗保险时,医生将会产生更多的诱导需求,所以需要良好的制度约束医生所产生的道德风险。<sup>[8]</sup>

在国外相关研究的基础上,国内对供方道德风险的分析大量始于医疗体制改革之后。赵曼(2002, 2003)认为医疗市场存在的严重信息不对称使道德风险频发,且难以规避和控制,致使我国医疗费用急剧上涨,医疗保险制度丧失效率。<sup>[9]~[10]</sup>王塑峰(2007)认为供方的诱导需求是导致医疗服务费用快速增长的根本原因,而不合理的偿付体制是诱导需求行为产生的根本,所以要控制道德风险就必须对我国目前的医疗偿付体制进行改革。<sup>[11]</sup>唐芸霞和王旭(2012)通过借鉴德国、加拿大和美国的需方成本分担制度,总结有效的供方约束,进而有效控制医疗费用不合理上涨。<sup>[12]</sup>胡宏伟(2013)解释了过度医疗行为产生的原因,提出综合的过度医疗解决框架。<sup>[13]</sup>

### (二)需求方道德风险

Pauly(1968)根据病人可能产生的道德风险程度,让其承担一定的费用,即通过控制需求方道德风险进而控制医疗费用。<sup>[14]</sup> Dardanoni and Wagstaff(1990), Selden(1993), Liljas(1998)发现当存在不确定性及医疗保险时,消费者对健康的需求和医疗需求都会提高。<sup>[15]~[17]</sup> Phelps(1999), Zweifel and Manning(2000), Breyer(2000)等研究发现保险的购买将导致保险购买人对自身健康的重视程度下降,生病概率增加,最终造成医疗费用上涨。<sup>[18]~[19]</sup>

Çagatay(2005)认为应对病人实行费用分担机制以降低需求方的道德风险和过度医疗消费,可有效控制医疗费用。<sup>[20]</sup> Rebitzer(2008)指出存在医疗保险时,个人医疗产品消费量增加。<sup>[21]</sup> Liran(2011)发现,个人购买医疗保险后会导致医疗需求过度,需要设计合理的自付比例对需求方道德风险可以进行抑制。<sup>[22]</sup>

郑秉文(2002)认为社会医疗保险无法从根本上解决需求方的道德风险,控制需求方的过度消费。<sup>[23]</sup>李娟(2005)指出控制医疗费用上涨,需要从供需双方扼制道德风险的发生。<sup>[24]</sup>蒋涌(2010)运用离散变量回归的计量分析方法,得知需求方的事前道德风险与自付比例相关,并提出相应控制机制。<sup>[24]</sup>臧文斌(2012)证实检验了逆向选择对医疗费用上涨的推动作用。<sup>[26]</sup>刘钰(2012)通过剖析我国医疗保险需方道德风险存在的制度原因,最终提出相应支付制度及分担制度改革对策。<sup>[27]</sup>

国内外相关文献研究都显示:医疗费用的快速不合理上涨与医疗市场大量存在的供需双方道德风险频发紧密相关。供方的道德风险集中表现为医生的引致需求,需方的道德风险主要为过度消费,要想有效控制医疗费用增长,需从供需双方着手。本文正是在国内外相关文献的基础上,做出一定的改进:首先,结合我国医疗市场及社会医疗保险现状,构建医疗市场主体行为模型对我国医疗道德风险的形成过程进行剖析,获得抑制道德风险的核心影响因素。其次,将通过道德风险引入主体行为模型,探讨道德风险抵制机制失效的原因。最后,将医疗市场道德风险作为系统工程,不再仅仅从供给与需求单方面进行控制,同时考虑双方合谋情况,设计有效合理的多方控制机制,有效控制医疗费用的快速不合理上涨。

## 三、我国医疗市场主体行为模型构建

通过对国内外文献的梳理可知,医疗市场中由于供给方及需求方道德风险的存在,使得市场效率丧失,医疗保险制度功能扭曲,形成医疗资源的大量浪费,医疗价格的不断上涨。就我国而言,社会医疗保险制度虽在一定程度上提升了国民健康水平,促进了社会卫生事业的发展,为我国国民提供了基本的医疗卫生保障。但由于我国社会医疗保险制度中

约束与惩罚机制的缺失与不力,造成我国医疗市场道德风险普遍,医疗费用大幅快速上涨,公众医疗负担加重,社会医疗保险基金吃紧等一系列问题,严重影响我国社会医疗保险制度的发展与功能发挥。合理控制道德风险的前提是准确刻画出医疗市场主体的行为选择,本文在借鉴 CTAM 模型的基础上,将我国医疗市场的实际引入模型,构建出我国医疗市场主体行为模型。

基于 CTAM 模型<sup>[28]</sup>的基本模型假设:

1. 需求方生病的概率为  $p$ ,其恢复健康的要素包括治疗数量和供给方提供的医疗服务,且需求方对这两个变量进行选择。
2. 用需求方接受治疗的医院个数以及住院时间定义治疗数量;用供给方付出的治疗时间简单衡量供给方提供的医疗服务。
3. 将供给方提供的医疗产品及服务量设定为  $\alpha$ ,需求方根据自身需求在供给量中选择购买  $\theta$ 。
4. 治疗完成后,医疗供给方将治疗结果及成本提供给我社会医疗保险机构进行审核,之后得到相应的资金赔付。
5. 医生或医院提供给社会医疗保险机构的治疗成本为  $C'$ ,而真实的治疗成本为  $C$ ( $C'$ 不一定与  $C$ 一致)。

### (一)需求方行为选择

当需求方参加医疗保险,则会形成“第三方支付”的消费形式。设定需求方(患者)的效用函数为  $U(X)$ ,  $U' > 0$ ,  $U'' < 0$ , 收入为  $w$ ,生病的概率为  $p$ 。需求方参加社会医疗保险需要支付  $b$  的保费,患病给需求方带来的损失为  $L$ ,治疗后所能得到的健康收益为  $Y(\theta, \alpha)$ (该函数为  $\theta$  和  $\alpha$  的增函数,且  $0 < Y(\theta, \alpha) < L$ ),需求方自付比例为  $\beta$ 。根据假设可得需求方的期望效用为:

$$EU = pU(w - b - \theta c' - L + Y(c, \alpha)) + (1 - p)U(w - b) \quad (1)$$

若为完全信息,则一阶最优条件为:

$$U' = -\beta + Y_c(c, \alpha) = 0 \quad (2)$$

$$\beta = Y_c(c, \alpha) \quad (3)$$

由公式(3)可知需求方的健康边际收益与其自付比例相等,需求方想要从消费更多的医疗服务中获得更多健康收益,就必须支付更多的医疗费用,此

时自付比例可对需求方过度消费起到约束作用。

### (二)供给方行为选择

根据假设,医疗服务的供给方在完成治疗之后通过向社会医疗保险机构报告治疗成本而获得相应补偿,为了获得更多资金就会产生虚报医疗成本的动机。假设提供一单位医疗产品的固定成本为  $z$ ,每单位成本获得的补偿为  $\gamma$ ,则供给方净收益为  $(\gamma + z)c' - cz$ 。只要  $\gamma + z \geq 0$ ,选择诱导消费或虚报治疗成本就会变得有利可图。在我国,由于公众专业医疗知识的缺乏,医疗服务供给方在整个治疗过程中占有绝对的信息优势,采取何种治疗方案,使用何种药物,需要做何种检查,治疗时长完全由供给方决定,需求方往往只能被动接受。同时,社会医疗保险机构对整个治疗过程进行监控难度较大,作为第三方的医疗保险仅仅能够通过治疗结果来判断治疗是否合理,却无法判断治疗的方案、所用药物、所做检查是否合理。社会医疗保险机构基于治疗结果对由供给方提供的医疗产品消耗量和治疗项目进行审查,却难以对真实的治疗过程进行完全监控,供给方较容易隐藏其自身诱导消费的动机。

供给方的收益由每个患者的固定费用和保险机构对每个患者的赔付共同构成,设定每个患者的固定费用为  $A$ ,每个患者的赔付则为  $(A + (\gamma + z)c' - cz)$ ,将供给方的劳动付出设定为  $G(\alpha)$ 。根据以上假设可知提供方收入的期望效用函数为:

$$V = p[A + (\gamma + z)c' - cz - G(\alpha)] \quad (4)$$

一阶最优条件为:

$$G'(\alpha) = \gamma \frac{dc}{d\alpha} = -\frac{Y_{c\alpha}}{Y_{cc}} \quad (5)$$

整理得:

$$\gamma \frac{dc}{d\alpha} - G'(\alpha) = -\frac{Y_{c\alpha}}{Y_{cc}}\gamma - G'(\alpha) \quad (6)$$

由公式(5)可知,单位补偿  $\gamma$  与供给方劳动的边际效果成正比,每单位劳动可获得的补偿越高,供给方可从中获取的收益越多。一方面,供给方产生诱导消费的动机,增加需求方对医疗产品的消费量,另一方面,供给方产生虚报成本的动机,企图通过增加医疗成本获取更多的偿付。合理的偿付机制可有效控制供给方道德风险。

若需求方具有完全信息,出于控制自身医疗支

出的目的,会对供给方提供的医疗产品数量及向社会医疗保险上报的治疗成本进行有效监督,在此情况下供给方只能如实向社会医疗保险机构提供治疗成本,供给方的最优规划可写为:

$$\begin{aligned} &\max A + \gamma c - G(\alpha) \\ &\begin{cases} \beta = Y_c(C, \alpha) \\ 0 \leq \beta \leq z, \gamma + z \geq 0 \end{cases} \end{aligned} \tag{7}$$

在完全信息条件下,医疗服务需求方的消费量受其自付比例的制约,自付比例越高,需求方过度消费的倾向越低。由于自付比例的约束,需求方不允许供给方进行诱导消费及虚报治疗成本,供给方只能如实向社会医疗保险机构上报治疗成本,获取资金补偿。即在信息完全的条件下,供需双方道德风险得到了有效控制。然而在实际生活中,医疗市场具有典型的信息不对称性,不仅仅表现为医患之间信息不对称,还包括社会医疗保险机构与医患双方的信息不对称,从而医疗市场产生大量的道德风险,包括供给方的诱导消费、治疗费用虚报、需求方的过度消费,及在此基础上形成的双方合谋道德风险。在此情况下,医疗市场主体行为将发生变化,故而需要对该基本模型进行修正。

四、道德风险下的我国医疗市场主体行为模型

当医疗市场为非完全信息时,道德风险随即产生,一方面医疗市场主体选择行为发生变化,并产生合谋动机。另一方面,在完全信息条件下的约束机制也可能失去其制约效果。本部分将在行为模型的基础上引入道德风险,对行为模型进行修正。

在我国医疗市场上,信息不对称主要表现为医患之间信息不对称与社会保险机构与医患间信息不对称。医患间的信息不对称使得医疗服务需求方处于信息劣势,只能被动接受治疗方案,消费更多的医疗服务,医疗服务供给方通过诱导消费获得更多收益,需求方产生了被动的道德风险。社会保险机构与医患间信息不对称使得社会医疗保险机构处于信息劣势,治疗过程形同黑箱,医患通过合谋共同增进自身利益,需求方产生主动的道德风险。

(一)需求方被动道德风险下的主体行为模型

当需求方由于缺乏专业的医疗常识,形成“信息缺口”时,则无法获取治疗过程中的全部信息,无力与作为供给方的医生进行讨价还价或进行必要的

监督,大多数的时候只能被动接受治疗方案,产生了被动的过度消费,即被动需求方道德风险。此时,理想状态下的自付比例  $\beta$  失去了约束消费的作用。在此,将需求方期望效用函数修正为:

$$EU = pU(w - b - k_i c - L + Y(c, \alpha) + (1 - p)U(w - b)) \tag{8}$$

其中  $k_i$  为过度治疗的费用,且  $k > 1$ 。

一阶最优条件为:

$$k = \frac{\partial Y(c, \alpha)}{\partial c} \tag{9}$$

此时,供给方占有完全的信息优势,需求方无法对供给方的医疗方案选择、药物选择、甚至是治疗成本报告进行有效监督。供给方的选择只受其自身的道德约束,而一般来说道德的约束力是非常弱的,加之我国社会医疗保障体制中对供给方道德风险的约束及惩罚机制匮乏,出于自身利益最大化的原则,供给方一定会选择诱导消费。此时,供给方的最优规划修正为:

$$\max V = p[A + (\gamma + z)c' - z\alpha - G(\alpha)] \tag{10}$$

$$\begin{cases} k = \frac{\partial Y(c, \alpha)}{\partial c} \\ c' > c, 0 \leq \beta \leq z, \gamma + z \geq 0 \end{cases} \tag{11}$$

在此情况下,医疗市场的道德风险主要为供给方的诱导需求,需求方在无法对供给方进行有效监督并无法通过自付比例进行医疗费用自主控制的情况下,被动消费了更多的医疗服务,加重了自身的医疗负担。

(二)需求方主动道德风险下的主体合谋行为模型

在保险机构第三方付费的情况下,需求方在进行医疗产品消费时,并不由其直接支付价格,而是由承保的保险机构进行支付,由此需求方在医疗产品消费过程中产生消费错觉,感觉成本为零或是很低。需求方通过消费医疗产品,获取健康和精神的双重收益,在成本为零或很低的情况下,就会出现过度消费倾向。即使需求方支付了其中的部分费用,只要支付成本小于从医疗产品消费中获取的收益,需求方就会继续增加对该项服务的购买,直到其边际成本等于边际收益为止,需求方产生主动道德风险。需求方的主动道德风险使供给方诱导消费更加容易

实现,在效用最大化的前提下,供给方和需求方产生了合谋的动机并具备了基础,双方会为了共同的利益而进行合作。基于 CTAM 模型框架,结合我国的实际情况,将双方合谋的最优规划修订为:

$$\begin{aligned} \max V &= p[ A + (\gamma + z) c' - z\alpha - G(\alpha) ] + pU(w - b - \beta c - L + Y(c', \alpha) + (1 - p)U(w - b)) \\ 0 &\leq \beta \leq z, \gamma + z \geq 0 \end{aligned} \quad (12)$$

$$U'(\beta - Y_c) = \gamma, G'(\alpha) = U'Y_\alpha \quad (13)$$

从目标函数(12)可知,总效用由供给方效用和需求方效用共同构成,需求方在未增加自付支出的情况下消费了更多的医疗服务,获得了额外的效用。供给方在并未提高医疗服务价格的情况下将社会保险外的医疗费用变为保险内,提供了更多的医疗服务,自身效用也得到增进。在约束条件没有发生变化的情况下,双方均实现了效用最大化,这也是供需双方进行合谋的最根本原因。

由以上分析可知,当医疗市场存在信息不对称进而产生道德风险时,医疗市场主体行为发生改变,在效用最大化原则下,供给方均会选择诱导消费策略,需求方为被动过度消费时加重了自身的医疗负担,为主动过度消费时增加了自身效用。道德风险的存在使得医疗服务消费量增加,造成社会医疗资源浪费,加重了政府的医疗财政负担,破坏了医疗市场秩序,需采取有效措施对其进行控制。

### 五、我国医疗市场道德风险控制机制

通过构建我国医疗市场主体行为模型并引入道德风险进行修正的结果可知,当医疗市场存在信息不对称时,需求方自付比例和供给方补偿比例这两个本应能够约束需求方和供给方行为的主要因素失去了其约束力,使得医疗市场道德风险频繁发生,并产生合谋。若要有效控制道德风险,就需对自付比例及补偿比例机制进行修正与完善,恢复约束力。

#### (一)需求方——自付比例的修正

需求方自付比例失灵的原因有很多,由于患者医疗常识的缺失,医疗技术的专业性与不确定性所造成的患者无法有效控制医疗费用为医疗市场的固有特征,无法从根本上进行解决。但在我国造成自付比例失效的更重要原因则在于医疗成本信息的不透明,自付费用的计算繁琐。

目前我国社会医疗保险制度支付的主要为住院

费用,要求需求方在住院时先缴纳起付线金额,不同等级医疗机构的起付线标准与自付比例都不尽相同,一般等级越高则起付线标准与自付比例越高。住院治疗过程中所使用的全部药品和治疗项目需按照我国社会医疗保险目录进行划分,只有目录内的药品和治疗项目才可使用保险按照不同的偿付比例进行费用补偿,整个计算过程十分繁琐复杂。需求方本就因为不具备专业医疗知识处于信息劣势,再加上医疗费用计算过于复杂,使得需求方更加无法判定供给方所提供的治疗方案、药品、检查等是否合理,而只能被动接受。加之,我国医疗信息公开机制不完善,患者无法确切掌握自身的全部医疗成本。自付比例此时对于需求方来说形同虚设,失去了约束作用。需求方只能被迫承受高额的医药费,或是减少医疗服务的购买抑制其合理的医疗需求,而失去对医疗成本的自我控制能力,过度消费医疗产品,增加治疗成本。

如果可以进一步推进治疗成本信息透明化,同时简化医疗费用中自付部分的计算方法,就可以使自付比例发挥其本来的作用,增强需求方对医疗成本的控制能力,进而实现医疗费用的有效控制。一个可行的做法是将目前社会医疗保险中的目录内医疗产品及项目、目录外医疗产品及项目,以及不同的自付比例医疗产品及项目进行统一调整,采取总费用比例自付方法,以此简化费用的计算,便于患者计算自付费用,更加明确的掌握自身医疗成本,进而自觉控制医疗费用。同时社会医疗保险机构应向公众公布每个病种的平均治疗费用范围,需求方可根据该平均费用范围对自身费用进行监控,增强与供给方谈判的能力,从而可在一定程度上约束供给方的诱导消费行为,减少患者被动道德风险的发生。

目前我国各地社会医疗保险的自付比例因地域不同而差异较大,某些地区自付比例过低,无法有效抑制患者的主动道德风险,也降低了患者对医疗供给方进行监督的积极性,甚至导致医患合谋,共同骗取社会医疗保险基金的现象。相关研究显示当自付比例低于 10% 时,对控制患者进行不必要医疗消费没有明显效果,当自付比例介于 18% - 20% 时,对患者医疗费用的制约效果较为明显。因此,在设置自付比例时应基于 18% - 20% 这一区间,结合我国

各省市之间经济发展情况及个人收入差异进行适当调整。与此同时,应对不同的病种及治疗项目设置不同自付比例。对于治疗效果较好且费用较低的医疗产品和项目,通过设置较低的自付比例鼓励患者更多地选择和使用;对于费用高但并非必要的医疗产品与项目,通过设置较高的自付比例提高患者的使用成本,减少不必要的医疗支出,降低患者主动道德风险。另外,在自付比例的设置上可采取累进制,对不同医疗费用金额等级设置不同自付比例,医疗费用总额越高,自付比例越高,使需求方主动控制自己的医疗费用,有效减少过度消费。

## (二)供给方——偿付方式及比例的修正

对供给方的传统偿付方式为后付制,即保险机构按照医疗机构提交的费用清单与治疗成本对医疗机构进行偿付。在该种偿付机制下,医疗机构可得偿付总额与其上报给保险机构的费用总额表现为正相关关系,上报总额越多,可获得的偿付金额越多,故医疗机构将产生诱导消费和虚报费用的动机,鉴于此,要抑制供给方道德风险首先要对偿付方式进行修正。

根据我国的现行社会医疗保险制度,可将按病种类付费与总额预算控制相结合的方式,以加强对供方的费用约束。具体做法如下:

1. 根据近年该医疗机构发生的实际费用总额,参考参保人数的变动、疾病谱变化、年龄变动、医药及项目品种和价格变化等因素,每年年底由社会医疗保险机构与医疗机构进行协商,确定下年度的医疗费用总预付额。

2. 每年年底或次年初,社会医疗保险机构根据国际疾病分类法和医疗机构的具体状况,对每一类疾病制定相应的治疗价格(成本)标准及所需的医疗服务支出,并根据医疗机构所报送的服务项目和收费账单,得出医疗机构按服务项目计算的服务支出。

3. 将平均治疗成本与医疗机构治疗成本进行比较,采取平均法确定最后的应付总额。对应付总额大于总预付额的部分,可由治疗机构和社会医疗保险基金按一定比例分担;对应付总额低于总预付额部分,可留作第二年的医疗机构预付基金;若医疗机构在提供了优良服务的同时也较好的进行了费用

控制,也可返还一定比例作为奖励。

对于偿付比例的修正,根据之前对供给方的行为分析可知,只要偿付与治疗成本之和大于零( $\gamma + z > 0$ ),诱导消费或者谎报治疗成本对于供给方就有利可图,如果这一结果小于零( $\gamma + z < 0$ ),供给方不仅不会谎报成本或者诱导消费,反而会设法降低成本以获得更多收益。所以采取累退制对偿付比例进行修正,使其发挥对供给方的约束作用是最为有效的方法。社会医疗保险机构根据医疗机构上报的医疗费用总金额由低到高,采取偿付比例累退,甚至当总额超过一定标准之后采取负补偿比例,即供给方承担部分成本,由此在一定程度上约束供给方诱导消费和虚报成本。

通过对自付比例、偿付比例及偿付方式的修正,可恢复其对需求方与供给方的道德风险约束功能。使需求方在明确自身医疗成本的前提下减少对医疗产品的过度消费,使供给方在不减少医疗产品供给的数量与质量的前提下减少对患者的诱导消费,从而从根源上杜绝了双方形成合谋的可能。最终,在不降低我国目前医疗保障水平的基础上,有效抑制我国医疗费用的快速不合理上涨。

## 六、小结

通过对道德风险相关文献的梳理可知,医疗市场中的信息不对称特征造成了道德风险普遍存在,影响了医疗市场效率,造成了医疗资源浪费,加重了政府财政负担。通过对医疗市场主体行为及道德风险模型构建,得到的主要结论如下:

首先,医疗市场中的道德风险可分为供方道德风险与需方道德风险,基于在两者道德风险的基础上可能产生双方合谋道德风险。在完全信息情况下,需方道德风险被自付比例有效抑制,并主动监督供给方的治疗行为,供方道德风险因需方的积极监督与偿付比例约束也被有效抑制。

其次,当医疗市场为非完全信息时,偿付比例与自付比例的约束力下降甚至完全丧失,市场主体道德风险发生。供给方选择诱导消费与向社会医疗保险机构虚报治疗成本,以得到更多收益。需求方若发生被动道德风险,则加重自身医疗负担,若发生主动道德风险,则会选择与供给方合谋。

最后,要有效控制道德风险,则需要恢复自付比

例与偿付比例的约束力。鉴于我国的现实,在自付比例修正时应在医疗成本透明化基础上尽量简化自付费用的计算方式,同时结合自付比例累进制;在偿付方式与比例修正时,应采取按病种类付费与总额预算控制相结合的方式,同时结合偿付比例累退制。

#### 参考文献:

[1] 张红凤,杨慧. 规制经济学沿革的内在逻辑及发展方向[J]. 中国社会科学,2011,(06).

[2] David L. Weimer & Aidan R. Vining. Policy Analysis: Concepts and Practice, 4th Edition. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2005, P121.

[3] Kenneth J. Arrow. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, 53(5), 1963, pp. 942 - 975.

[4] R. G. Evans. Supplier - induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. in Perlman, The Economics of Health and Medical Care, 1974, pp. 162 - 73.

[5] T. G. McGuire & L. K. Frisman. Reimbursement Policy and Cost - effective Mental Health Care. The American psychologist, 38(8), 1983, PP. 35 - 40.

[6] R. G. Frank & T. G. McGuire & J. P. Bae, A. Rupp. Solutions for Adverse Selection in Behavioral Health Care. Health Care Financing Review, 18(3), 1997, PP. 109 - 22.

[7] R. G. Frank & J. Glazer & T. G. McGuire. Measuring Adverse Selection in Managed Health Care. Journal of health Economics, 19(6), 2000, PP. 829 - 54.

[8] Katherine Baicker & Sendhil Mullainathan & Joshua Schwartzstein, Behavioral Hazard in Health Insurance, National Bureau of Economic Research, Massachusetts Avenue, Cambridge, 2012.

[9] 赵曼. 关于社会医疗保险承保范围分析[J]. 财政研究, 2002, (03).

[10] 赵曼. 社会医疗保险费用约束机制与道德风险规避[J]. 财贸经济, 2003, (02).

[11] 王塑峰. 医疗服务领域供给方诱导需求及其治理研究[D]. 吉林大学, 2007.

[12] 唐芸霞, 王旭. 供方道德风险与不合理医疗费用增长控制[J]. 卫生经济研究, 2012, (08).

[13] 胡宏伟, 高敏, 赵英丽, 李延宇. 过度医疗行为研究述评[J]. 社会保障研究, 2013, (01).

[14] Mark V. Pauly, The Economics of Moral Hazard: Comment, The American Economic Review, 58(3), Part 1, pp. 531 - 537.

[15] Adam Wagstaff, Uncertainty and The Demand for Medical Care, Journal of Health Economics, 9(1), 1990, PP. 23 - 38.

[16] Thomas M. Selden, Uncertainty and Health Care Spending by The Poor: The Health Capital Model Revisited, Journal of Health Economics, 12(1), 1993, PP. 109 - 115.

[17] Bengt Liljas, The Demand for Health With Uncertainty and Insurance, Journal of Health Economics, 17, (2), 1998, PP. 153 - 170.

[18] Peter Zweifel & Willard G. Manning, Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care, Handbook of Health Economics, 2000.

[19] Friedrich Breyer & Andreas Haufler, Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, International Tax and Public Finance, Springer, vol. 7(4), 2000, pp. 445 - 461.

[20] Çagatay Koç, Health - Specific Moral Hazard Effects, Southern Economic Journal, 72(1), 2005, pp. 98 - 118.

[21] James B. Rebitzer, Influence, Information Overload and Information Technology in Health Care, National Bureau of Economic Research, Massachusetts Avenue, Cambridge, MA 02138, 2008.

[22] Liran Einav, Selection on Moral Hazard in Health Insurance, Stanford Institute for Economic Policy Research Stanford University, Stanford, CA 94305, (650) 725 - 1874, 2011.

[23] 郑秉文. 信息不对称与医疗保险制度, 经济社会体制比较[J]. 2002, (06).

[24] 李娟. 我国社会医疗保险中的道德风险及其规避[D]. 湘潭: 湘潭大学, 2005.

[25] 蒋涌. 第四次国家卫生服务调查数据对规避需方道德风险的启示[J]. 卫生经济研究, 2010, (06).

[26] 臧文斌, 赵绍阳, 刘国恩. 城镇基本医疗保险中逆向选择的检验[J]. 经济学(季刊), 2012, (01).

[27] 刘钰, 王伊欢. 中国社会医疗保险道德风险刍议[J]. 经济研究导刊, 2012, (13).

[28] Ching - to Albert Ma & Thomas G. McGuire, Cost and Incentives in a Mental Health and Substance Abuse Care Out, Boston University Industry Studies Programme, 1997.

(责任编辑: 郝 涛)