

保险资讯 2010年第31...

保险研究 2010年第11...

保险研究—实践与探...

保险资讯 2010年第30...

保险资讯 2010年第29...



欢迎订阅 << 保险研究 >>

首页 >> 资料库 >> 论文

标题: 浅谈商业健康保险的道德风险
作者: 刘芳芳 郭永姗
作者单位:
导师:
其他作者:
中文摘要:
关键字: 商业健康保险
类型: 其他保险 来源: 中国保险报
正文:

在我国,商业健康保险是社会医疗保险必要而有益的补充,发展商业健康保险对于分散居民的医疗费用风险、构建和谐社会具有重要意义。据中国卫生部统计,2008年我国卫生总费用增长率约为10%,其中,政府、社会、个人承担的比重分别为24.7%、34.9%、40.4%。卫生费用的显著增长和个人卫生支出的沉重负担均表明:商业健康保险有广阔的市场空间。近几年来,尽管商业健康保险保费增长迅速,但放眼保险密度和保险深度,却不尽人意。2009年我国健康保险深度为0.17%,只相当于同期美国商业健康保险深度的1/10。同年的保险密度为43元,与发达国家人均上千美元的健康险保费更是相差甚远。面临良好的发展机遇,我国商业健康保险公司却总是持观望态度,不敢阔步向前,原因是多方面的,较高的道德风险就是一个主要原因。

所有的保险市场普遍面临着道德风险问题,其中健康保险市场尤为严重。现代商业健康保险通常由三方参与:被保险人、医疗机构和保险人。其他形式的保险通常只需考虑保险人和被保险人的相互作用,而商业健康保险由于引入了医疗服务提供者,其间的相互作用关系更为复杂,因而产生的道德风险也更加复杂且难以控制。主要表现为以下两个方面:

第一,被保险人的过度消费问题。被保险人之所以能进行过度消费,是因为保险人和被保险人之间信息不对称问题的存在以及第三方付费制度的采用。被保险人通常很清楚自己的身体健康状况、病史、投保理赔记录等,而保险人仅能凭借对方的“如实告知”、核保体检和医疗费用单等获取信息,因此,被保险人带病投保、冒名就诊、编造虚假医疗事故或夸大医疗费用损失程度等恶性行为的发生在所难免。同时,我国目前商业健康保险采用的是第三方付费制度,即被保险人向保险方缴纳保费,医疗机构为被保险人提供医疗服务,保险人为被保险人向医疗机构买单。第三方付费制度的存在使得被保险人几乎没有动机去关心或监督医疗服务和成本,并且本着既定成本效用最大化的原则,被保险人完全有可能选择费用较为高昂的医疗服务,这就进一步激发了对医疗服务的过度需求。

第二,医疗机构的过度供给问题。医疗机构之所以能进行过度供给是因为信息不对称问题的存在和我国医疗卫生体制的不合理之处。首先,医疗机构和患者和保险人的信息不对称使得医疗机构有过度供给的能力。由于医疗行业的高度专业性和技术性,医生拥有处方权和医疗技术的足够信息,而被保险患者和保险人处于医疗信息的劣势地位,这就导致了医疗服务提供者的道德风险。其次,我国当前的医疗卫生体制激发和助长了医疗机构的道德风险。我国目前的医疗服务价格补偿机制由药品收入、医疗服务、财政补贴和税收优惠构成,由于药品收入与医院的经济利益挂钩,而医生收入与其为医院的创收水平相挂钩,这就使得大处方、贵重药和不必要的检查等道德风险屡见不鲜。

由于被保险人对医疗服务的过度需求及医疗机构对医疗服务的过度供给等道德风险问题的普遍存在,我国商业健康保险的赔付风险大大增加,各保险公司的赔付率居高不下已经成为遏制我国商业健康保险发展的瓶颈。因此,采取有效措施来控制商业健康保险的道德风险和医疗费用的过度膨胀已经成为发展商业健康保险的当务之急。笔者认为可以从以下几个角度展开:

第一,建立健康档案。保险公司可以充分利用网络系统为健康险客户免费建立完整的健康信息档案,包括个人的健康状况、家庭病史、诊疗历史、投保索赔情况等,并将其上传至国际互联网上,客户、保险公司和医院可以随时随地查询权限范围内的健康信息。这样不仅可以使保险公司全面掌握每个客户的详细健康状况信息,最大限度地降低被保险人的道德风险,而且也便于保险学、医学研究人员从健康档案中获得全面详细的数据和参考资料。

第二,参考美国“健康管理”模式,引入管理式医疗保险。管理式医疗保险的核心是通过健康保险参与三方中的

用户名
密码
[免费注册](#) [登录](#)

书刊快讯

- 2010年第31期总第17...
- 2010年第30期总第17...
- 2010年第29期总第17...
- 2010年第28期总第17...
- 2010年第27期总第17...

热点文章

- 1 保监会拟出台银保新政
- 2 保险公司刷卡手续费已
- 3 北大保险评论:基本养
- 4 企业年金纳税实施EET
- 5 湖南省人民政府关于开

热点词

- 1 保险法
- 2 企业年金
- 3 交强险
- 4 巨灾风险
- 5 保险学会
- 6 保险营销员
- 7 保险监管
- 8 学术年会
- 9 保险数据
- 10 地方保险

某两方联合，将三方参与简化为两方参与，从而简化复杂的利益冲突关系，最终达到控制医疗费用过度增长的目的。国际上比较典型的管理式医疗保险有两种，一种是首选医疗服务机构或优先供给者组织（Preferred Provider Organizations, PPO）。这是美国新兴的一种健康保险组织，代表投保人的利益，针对医疗服务收费与医院或医生进行价格谈判，最终选择同意降低收费价格并愿意接受监督的医院或医生签订合同。由于PPO按服务项目收费，一般将医疗服务价格降低15%左右，并且被保险人可以自由选择医院和医生，因此，自推出以来大受欢迎。另一种典型代表是美国的健康维护组织（Health Maintenance Organization, HMO）。HMO开办自己的合同医院及招收医生，直接为参保人提供医疗服务，将医疗服务的提供者和医疗保险经费的出资者合二为一。据调查，在美国实行HMO的地区医疗费用下降约25%，成效显著。在我国，管理式医疗保险的探索已经起步，如健康保险公司同医院签订合同，但双方联盟深度显然不够，我们可以进一步借鉴国际成熟经验，加大双方的相互渗透，如允许保险公司参股或投资医疗机构等方式，使两者从更深层次上实现“风险共担，利益共享”，以有效遏制医疗费用的不合理上涨。

第三，引入成本分担机制，主要包括引入共付额或共保率、起付线和封顶线等。实行成本分担机制使得消费者（患者）部分承担了经济损失的风险，从而提高了医疗需求的价格弹性，因此提高共保率将会降低患者过度消费医疗保健服务的倾向，从而降低健康保险的成本。设定共保率和起付标准的方式很早就在美国被普遍采用，如很多健康险机构规定，按就医时序每季度有25美元的初始医疗费用不予受理，25美元以上的部分只受理80%。

医疗保险涉及保险、医学两大领域，信息不对称以及由此引发的道德风险问题十分严重且难以控制，显然仅靠道德约束和节约意识是不能解决问题的，我们有必要建立合理的约束和控制机制。但要注意的是，控制的目的是绝对的减少医疗费用支出，而是适当的满足人们的医疗需求，减少医药资源的浪费，更好地保障人们身体健康、生活幸福。

近年来，我国商业健康保险保费增长较快，但保险密度和深度却不尽人意。何以致此？笔者认为，道德风险因素为其中一个主因，并对其主要表现进行了剖析，进而参照国外成熟做法提出了解决途径。

上一篇：[国内保险经纪行业面临的问题及发展趋势](#)

下一篇：[保险资金开展私募股权投资的策略选择](#)

[点击下载](#)

相关杂志：

■ [热点分析](#)

■ [监管信息](#)

相关图书：

■ [保险法新论](#)

■ [最新社会保险法律政策手册](#)

相关文集：

■ [中国养老保险发展国际研讨会暨第二届企... 共同成长（下）](#)

相关论文：

■ [云南省农房保险的发展与建议](#)

■ [对保险公司抢占高端医疗保险市场的几点...](#)

[联系方式](#) | [LOGO说明](#)

技术支持：北京甘同风险管理咨询有限公司 中国保险网(RMIC.CN)



中国保险学会网
THE INSURANCE INSTITUTE OF CHINA

Copyright (c) 1997-2005 www.iic.org.cn All Rights Reserved. 版权所有：中国保险学会 京ICP备05048800号

地址：北京市西城区金融大街15号鑫茂大厦北楼7层 邮编：100033 电话：010-66290379 66290392 传真：010-66290378