

内容提要：医疗保险中的道德风险是一个无法回避的问题。道德风险使医疗费用快速不合理地增长，过度消耗有限资源，给社会造成了极大的浪费。本文对我国医疗保险及其表现，道德风险产生的原因，医疗保险制度、医疗卫生体制等方面进行了论述，分析了医疗保险中道德风险的约束机制和防范措施，对当前医疗保险进行制度上的改革与完善方面提出一点建议。

关键词：医疗保险；道德风险；风险防范

## 一、引言

社会保障制度作为一种社会经济制度，是公共选择的结果，具有准公共产品的特点，即具有社会性、非竞争性和非排他性的特点；是社会经济发展到一定阶段的产物，并随着社会经济的发展和自身实践活动的发展而不断发展变化。完善的社会保障制度作为现代社会文明的一个重要标志，使它在社会生产和社会生活中起着“减震器”和“安全网”的作用。随着社会主义市场经济的发展，社会保障制度的作用也显得越来越重要。社会医疗保险是社会保障制度的重要组成部分，对维护社会稳定担负着巨大作用，因而世界上绝大多数国家都非常重视医疗保险，政府以各种形式来组建、完善和提供社会医疗保险。在理想的情况下，医疗保险的提供不应改变被保险事件发生的概率和医疗费用的变化，也就是说，保险当事人的行为不应该影响保险事件发生的概率及增加医疗费用的支出。但是，在现实生活中，这一条件是很难满足的。在医疗保险中，医疗费用并不是完全由个体所患疾病来决定的，它还受个体对医生的选择、就医习惯和医生提供的医疗服务内容等因素的影响。大量的事实表明，由于医疗保险的提供，它为患者提供了过度利用医疗服务的动机和激励机制，也给医疗机构的过度供给创造了更多机会和条件。即通常会引发所谓的“道德风险”问题。医疗保险中的道德风险是医疗保险机构所面临的一个最重要风险，也是一个世界性的难题。在我国如何减少道德风险，提高对有限资源的利用率，防止对医疗卫生资源的过度消耗，却值得我们认真去探讨与研究。

## 二、道德风险及表现形式

在保险领域里，道德风险是任何一个保险人都必须面对的一个无法回避的风险。国家实行基本社会医疗保险制度后，使医疗机构和患者都成为“经济人”，而“经济人”在做决策时就会以自身利益最大化作为其出发点。我国的基本社会医疗制度推出时间较晚，医疗卫生体制也存在诸多的缺陷，医疗保险中的道德风险在我国就更为严重。如何对其加以有效的防范与控制显得极为迫切。

(一)道德风险的概念及其影响 道德风险最早源自于保险业，现在已经被广泛应用到经济生活中各个领域的各个方面，成为微观经济学的一个重要概念。道德风险亦可称之为“败德行为”，一般是指一种无形的人为损害或危险，是市场失灵的一种形式。泛指市场交易中一方难以观测或监督另外一方的行为而导致的风险。[1]在医疗保险领域，道德风险是指一方为追求自身利益的最大化而损害他人利益的行为。在经济活动中，道德风险问题相当普遍。获 2001 年度诺贝尔经济学奖的斯蒂格里茨在研究保险市场时，发现了一个经典的例子：美国一所大学学生自行车被盗比率约为 10%，有几个有经营头脑的学生发起了一个对自行车的保险，保费为保险标的 15%。按常理，这几个有经营头脑的学生应获得 5%左右的利润。但该保险运作一段时间后，这几个学生发现自行车被盗比率迅速提高到 15%以上。何以如此？这是因为自行车投保后学生们对自行车安全防范措施明显减少。在这个例子中，投保的学生由于不完全承担自行车被盗的风险后果，因而采取了对自行车安全防范的不作为行为。而这种不作为的行为，就是道德风险。可以说，只要市场经济存在，道德风险就不可避免。



## (二)不同角度下的道德风险

1、从时间的角度分析道德风险。道德风险来自于个人的机会主义倾向，机会主义倾向假设以有限理性假设为前提。[2]是指人们借助于不正当的手段谋取自身利益的行为倾向。医疗保险中的道德风险以发生时间上的先后为依据，可以将道德风险分为事前的道德风险和事后的道德风险。事前的道德风险与事后的道德风险相互之间存在一定的联系。

(1) 事前道德风险。保险可能会影响被保险人的防灾、防损措施，改变被保险人的行为，个体通过选择不同预防措施会影响自身疾病发生的概率。事前道德风险会对被保险人疾病发生的概率产生一定的影响，从而增加保险人在医疗费用方面的支出，给医疗资源带来更多的消耗。心理风险是与人的心理状态有关的一种无形的因素，它指由于人的不注意、不关心、侥幸或存在依赖保险的心理，以致增加风险事故发生的概率和损失幅度的因素。如企业或个人投保了财产保险后放松对保险财产的保护措施；投保人身保险后忽视自己的身体健康等。逆向选择是信息不对称所造成的现象。逆向选择是说一个制度的实施非但没有把好的对象选出来，反而使比较差的入选了，逆向选择的存在说明此项制度是不合理的或者说是有待改进的。利用制度缺陷而获得额外利益的行为肯定是非道德的，或者是道德水平下降的。逆向选择使社会承担的风险随着道德水平的下降而提高。心理风险直接影响个体的逆向选择，也影响事后道德风险发生的概率。个体的心理活动必须通过其行动来实现其目的，但心理风险是个体的心理活动，法律无法对其加以控制，只能通过制定相应的规章制度对其具体行动进行约束来减少心理风险。事前道德风险的发生是制度安排不合理所造成市场资源配置效率扭曲的现象。

(2) 事后道德风险。个体在患病后相应的治疗成本不是固定的，患者可以在从便宜到昂贵的各种治疗方案中进行选择。实际上，对于治疗方案的选择并非越昂贵越好。由于这种形式的道德风险对于医疗费用的影响更大，因此，在医疗保险中，事后道德风险的防范就显得尤为重要。由于道德风险的发生与疾病费用的价格弹性有关，价格弹性大的医疗服务可能产生更大的道德风险。在这种道德风险的作用下，享受医疗保险待遇相对较高的个人可以靠玩弄道德风险来解决不能享受医疗保险或享受待遇较低的家属及亲戚朋友的看病吃药等问题。[3]因此，在经济学中，将道德风险看作是人们医疗保健服务价格的需求弹性造成的经济激励机制的理性反应。

2、从微观的角度分析。根据道德风险中不同主体在微观上的表现，可以将医疗保险中的道德风险分为患者的过度消费引起的道德风险和医疗服务人员的诱导性需求而引起的道德风险。

(1) 患者的过度消费心理。患者在投保之后，其实际承担的医疗费用下降导致其对医疗服务需求的上升现象。由于社会医疗保险的提供减免了个体所需支付的部分或全部医疗费用，造成个体对医疗服务的需求就会比没有医疗保险时的需求量大，从而导致对医疗卫生资源的过度利用。

(2) 医疗服务人员的诱导性需求。医疗服务人员利用其信息优势诱导患者接受过度医疗服务的现象。在诱导需求中，患者的不合理的医疗需求并非出于自愿，而是被医疗服务人员激发出来的。医生兼具医疗服务的指导者和提供者的双重身份，医生与患者之间的信息又存在严重不对称，医疗服务机构和医生的收入与医疗费用的高低成正比，促使医生对诱导需求产生强烈的愿望和动机。他们就会通过增加服务量和提高服务价格来实现自己目的。

三、医疗保险中道德风险分析 医疗服务具有准公共性及专业性的特点，决定了其在提供服务价格和数量时，可能偏离市场的实际需求水平，造成医疗费用的过快增长。经济学对医疗服务的观念，在于强调医疗服务的需求是强调医疗服务是消费者用于生产健康的投入要素。世界卫生组织认为，健康不仅是没有疾病或不受伤害，而且还是生理、心理和社会幸福的完好状态。由于疾病风险的不确定性，医疗服务又具有



高度专业性，这导致消费者和医疗服务的提供者之间的信息严重不对称。信息不对称使得医疗服务的供给方缺少内在的成本约束机制和激励机制，甚至可以造成供给方的诱导性需求，必然使医疗费用上涨的趋势得不到有效抑制。确立医疗保险制度，其初衷在于分散疾病风险，减少因医疗费用开支过大而造成的家庭收入水平的大幅度下降，从而保障公众基本生活，维护社会稳定。但是，医疗保险制度的实施，客观上提高了对医疗服务的需求水平，加大了对医疗卫生资源的消耗。我们必须看到，医疗保险制度在其实实施过程中，不可避免的造成了消费者的道德风险意识，使得人们对医疗服务产生过度消费，进而导致全社会医疗费用开支不合理的过快上涨。医疗保险领域所涉及的医院（医生）、患者、医疗保险机构三方都非常清楚自己的利益所在，并且都会尽量维护自己的利益，相互之间就形成了一个微妙的博弈关系，于是，道德风险也由此而生。在医疗保险运行过程当中，无论是医疗机构还是患者都不需要自己掏钱，而是由第三方来支付的，因此造成道德风险的概率就大大增强。

四、道德风险产生的途径 探讨如何防范医疗保险中的道德风险，必须首先对道德风险产生的途径进行分析，才能对如何防范道德风险提出有针对性建议。医疗保险市场与普通的市场相比有它的特殊性，医疗保险市场实际上存在三个主体，即：保险人、被保险人和医疗服务提供者。医疗保险中的道德风险也来自这三个方面，即：一是被保险人（患者）；二是医疗服务提供者（医院）；三是保险人（医疗保险机构），医疗保险机构的职能是直接由法律、法规规定的，因而其实质上属于医疗卫生体制范畴。在我国，由于体制原因而给医疗保险带来的道德风险更为严重。

（一）患者的道德风险 作为医疗保险的需求方，患者就诊时医药费不需要自己支付，而由第三方（即医疗保险机构）来支付，患者的医疗消费需求可能会无限膨胀，出现小病大养、门诊改为住院等现象。在参加医疗保险的情况下，人们将面临较低的医疗价格，当消费者只需支付其医疗费用的一小部分，且他们的消费行为又难以观察时，过度消费医疗服务的需求就不可避免。这种因医疗服务的提供使社会边际成本大于边际收益而形成的过度使用医疗服务资源的道德风险与医疗保险的目标相冲突，不利于医疗风险的完全彻底转移。而且会严重破坏医疗保险系统的正常运行，造成医疗保险机构支出增加，甚至亏损，正常运行难以为继，进而导致医疗保险市场萎缩。患者对医疗服务需求的膨胀主要体现在以下几个方面：

1、对预防的忽视从而增加疾病发生概率。众所周知，良好的生活习惯、合理的饮食结构、自我保健行为可以预防疾病的发生，减轻疾病造成的危害。参加医疗保险后，被保险人往往认为自己参加了保险，患病时医药费可以报销，不需要自己掏钱，对如何避免风险的工作可能就会较少去做，如吸烟、不太注意饮食和不太注意锻炼身体等等；个人减少了健康预防措施，从而改变疾病发生的概率，增加了医疗费用的支出，导致资源配置效率低下。短期内虽然无法观察到，从长期上看却增加了医疗卫生费用的支出。

2、患者的“过度消费”心理。参加社会基本医疗保险后，患者就诊时不需要自己付费或付费很少，部分患者会提出要求给予过度检查及选择昂贵治疗方案。“过度消费”的心理倾向很普遍，人们普遍存在着一种“多多益善”的消费动机。许多患者会提出一些不合理的要求。在许多情况下，治疗方案的选择可以有多种，使用其中任何一种治疗方案都可以使患者恢复健康，而使用何种方案取决于医生的偏好和患者个人的意愿，在提供社会医疗保险的条件下，患者相互之间存在攀比心理，使用低成本方案治疗的患者会觉得自己吃亏，因此往往会放弃“便宜”的治疗方案而选择“昂贵”的治疗方案，出现医疗费用不合理增长的现象，从而影响医疗保险机构的成本控制。

（二）医疗服务提供者的道德风险 在医疗卫生服务过程中，医、患双方的信息不对称以及患者对医疗知识的匮乏，使患者缺乏对医疗服务的质量和数量进行事先判断的知识和能力，缺乏对医疗服务的提供者所提供服务的质与量是否符合自己病情的准确信息。国家不允许其他资本进入医疗市场，医疗行业具有较高的垄断性，造成医疗服务提供者的道德风险是各类道德风险中最为严重的。



1、医疗机构对医疗服务的垄断性。医生在其提供医疗服务的整个过程中，掌握着主动权，对医疗技术又拥有足够多的信息，患者在接受治疗时不能讨价还价，难以控制卫生消费的种类与数量，加上疾病具有突发性和需求缺乏弹性的特点，患者的被动地位非常明显。病人在接受医疗卫生服务时，通常不能像在完全竞争市场上购买一般物品那样可以通过比较的方式来进行选择。医生则可以通过抬高医疗费用，或降低收治标准或分解住院套取结算单元等方式增加医疗机构收入。在医疗卫生市场，病人获得的信息是相当不充分和不透明的，如医疗卫生的服务质量，医生的工作资质与技术水平等几乎找不到客观真实的鉴别资料。尤其对要支付的价格具有不可预测性，病人对医疗服务的需求就更没有选择余地，一直要到医疗服务提供结束后才能知道。医疗卫生市场存在的这些信息障碍使其不能正常而又有效地运转。

2、医疗服务的过度供给创造了需求。较高的专业性使医疗服务常常处于垄断地位，医院具有医疗服务供给的排异特权，不允许外行提供医疗服务。在信息不对称严重存在的条件下，医生要求病人做什么检查，吃什么药，病人只能唯命是从。一方面，医生为了保护自己，减少医疗事故发生的风险，存在着不适当服务现象，医务人员从最大限度减少自身利益损失的角度出发，要求患者做“高、精、尖”医疗设备的检查，甚至在病情已确定的情况下，仍然建议患者做这些检查。另一方面，来自医疗服务提供者的道德风险表现为医疗服务提供者的“过度供给”行为，也就是在传统的按服务付费制度的情况下，医疗服务提供方因为其提供服务越多，得到的收益就会越大，医生的收入与其提供服务量的多少是成正比的，这种经济利益上的好处往往鼓励医疗服务提供者提供过多的或昂贵的医疗服务，从而诱发了需求。并且医院和医生的收入与其所提供的医疗服务数量相联系时，在利益驱动下，开大处方、小病大医等就成了一种必然出现的现象。由于医疗行业的特殊性，通过更换不同剂量的药品，提高用药档次，将过去价廉、疗效高、实用的药品变为价格昂贵的药品。这就是所谓的医疗服务领域的“萨伊定律”：医疗供给创造医疗需求。[4]

(三)医疗卫生体制造成的道德风险 我国长期实行的计划经济体制以及城乡二元结构下的医疗卫生体制，也使我国医疗卫生领域道德风险更具有复杂性。实行医疗卫生体制改革后，对基本医疗保险政府在认识上存在误区，认为医疗卫生服务不创造经济效益，为减少医疗卫生费用的支出而把医疗卫生事业市场化、产业化，许多道德风险也由此而生。

1、“第三方支付”制度 医疗服务提供者的道德风险在很大程度上与“第三方支付”的制度设计有关，医疗服务的费用不是由被保险人本人直接支付，而是由第三方支付。这种“第三方支付”的特点和结果是：（1）患者（被保险人）和医生（医疗服务机构）在“交易”过程中的感觉是“免费的”。在“第三方支付”制度下，尽管医疗费用在交易过程中金额可能很大，但他们双方在整个“交易”过程中都面临着“零”成本；由于医疗服务的需求者并没有受到其支付能力的限制，其结果必将是私人成本与社会成本的背离。（2）在“第三方支付”制度下，医生事实上是被保险人和保险人这两个委托人共同的代理人，在这复杂的委托代理关系中，由于信息严重不对称，医疗机构、保险机构、患者三方之间信息不畅通，加之健康的标准和治疗的效果与其他服务相比很难界定和度量。所以，“健康”这个标准就难以写进合同之中，更何况一种疾病存在着多种治疗方案，不同个体之间在体质上也存在差异，采取哪一种为最佳就更难以明文规定了。由于医、保、患三方权利义务的不对等，医务人员和投保人为了各自的利益可能联合起来对付保险机构。[5]

2、卫生资源配置不合理 我国对卫生资源的配置过多地集中在东部地区、大城市、大医院，集中在医疗上，而不是公共卫生和广大农村基层，造成了卫生资源分配的不合理状况。受市场经济作用的影响，卫生资源的重复配置所形成的闲置和浪费，加上医疗机构基础设施的改造、医疗补偿机制不完善所引发的诱导需求等因素。[6]

表 1 卫生总费用



年份 卫生总费用 (亿元) 卫生总费用构成 (%) 城乡卫生费用 (亿元) 卫生总费用占 GDP%  
 合计 政府预算卫生支出 社会卫生支出 个人现金卫生支出 政府预算卫生支出 社会卫生支出 个人现金卫生支出 城市 农村

1978	110.21	35.44	52.25	22.52	32.2	47.4	20.4	3.04
1988	488.04	145.39	189.99	152.66	29.8	38.9	31.3	3.27
1998	3678.72	590.06	1071.03	2017.63	16.0	29.1	54.8	4.70
1999	4047.50	640.96	1145.99	2260.55	15.8	28.3	55.9	4.93
2000	4586.63	709.52	1171.94	2705.17	15.5	25.6	59.0	5.13
2001	5025.93	800.61	1211.43	3013.89	15.9	24.1	60.0	5.16
2002	5790.03	908.51	1539.38	3342.14	15.7	26.6	57.7	5.51
2003	6584.10	1116.94	1788.50	3678.66	17.0	27.2	55.8	5.62

注：①本表系调整后的测算数；②按当年价格计算；③2001年起卫生总费用不含高等医学教育经费。数据来源：卫生部《2005年中国卫生统计年鉴》

数据显示，从1978年到2003年，卫生总费用占国内生产总值的比重从1978年的3.04%上升到1988年的3.27%，1998年则上升为4.7%，特别是1998年到2003年的短短5年，上升到了5.62%（见表1）。卫生总费用的筹资渠道不外乎三种：即政府、社会和家庭。政府财政预算中用于卫生的总费用在全国的卫生费用支出中所占比重从1982年最高时38.9%下降到2000年最低时的15.5%。家庭筹资却从1978年20.4%上升为2001年60.0%，并且城乡差距越来越大。我国政府在医疗卫生方面的投入不断地大幅度减少，个人支出自然大幅度增加。最后都表现为个人看不起病、吃不起药。国家相对减少对卫生事业的投资和拨款，又对集资加以限制，鼓励卫生医疗机构广开财源，提高效益，采取的措施是把医药费收入与医院利益挂钩，把医疗卫生事业作为一个产业来经营，这一切都具有促使卫生保健系统进入市场，或使其逐步适应商品化的倾向。医疗机构对资源的利用极不合理，存在极大的浪费。

3、医疗保险覆盖范围太窄。目前，我国基本医疗保险覆盖率非常低（见表2），承保范围和水平也有很大的不足。新实行的基本医疗保险也没有为职工家属和学生提供保障，在实际运作中更没有覆盖城镇非正规就业的劳动者。从表2中我们可以发现，截至2003年底，基本医疗保险仅覆盖城镇职工人口的31.10%，其所占城镇总人口的比例仅为20.81%（不包括全国农民）。基本医疗保险覆盖面过窄，造成一种普遍的现象就是一人生病，全家吃药，一卡多用（医疗保险卡）等中国特有的风险问题。

表2 我国城镇社会医疗保险发展概况

年份	参保职工人数 (万人)	离退休人员 (万人)	基金收入 (亿元)	基金支出 (亿元)	参保人数占城镇就业人口%	参保人数占城镇总人口%
1994	374.60	25.70	3.20	2.90	2.01	1.17
1995	702.60	43.30	9.70	7.30	3.69	2.12
1996	791.20	64.50	19.00	16.20	3.97	2.29
1997	1588.90	173.10	22.90	17.10	7.65	4.47
1998	1508.70	369.00	19.50	15.60	6.98	4.51
1999	1509.40	555.90	24.50	16.50	6.73	4.72
2000	2862.80	924.20	170.00	124.50	12.37	8.25
2001	5470.70	1815.20	393.60	244.10	22.85	15.16
2002	6925.80	2475.40	607.80	409.40	27.95	18.72
2003	7975.00	2927.00	890.00	654.00	31.10	20.81



数据来源：根据各年度“劳动和社会保障事业发展统计公报”和《中国劳动统计年鉴》有关资料汇总

4、医疗制度不完善 具体表现为政府制定的“以药养医”政策，使医疗服务的提供者（医院）必须依靠销售药品实现自己的生存，并且还要从药品的销售中获利，医务人员的收入也与开出药品价值的多少相联系。医生的工资奖金与医院的经济收入挂钩，想方设法从病人身上创收就成了医生的本能选择。部分地区出现平时不参加社会医疗保险，身体出现不适需要住院，就以自由职业者身份去参加医疗保险，出院后就停止缴费。也是制度上的缺陷。常宁市中医院的“经济管理方案”，就是一种“以药养医”政策的具体体现。这种制度的存在更促使医疗机构想方设法从患者身上创收，并且这种制度并未触犯现有的法律和政策。院方声称，经济管理方案符合《劳动法》第47条和国家三部委2000年31号文件，具有明确的政策法律依据。[7]这种“不给钱给政策”的方式已经成为主管部门纵容医院乱收费的通行方式。政府一味鼓励卫生行业去讲究经济效益，财政自给，这就相对地转移开了对“预防为主”政策的关注，因为预防和保健在经济上是不盈利的，因此出现了整个社会对预防保健和公共卫生事业越来越不重视的倾向，从而给未来的健康和医疗埋下了巨大的隐患。湖南等地几乎灭绝的血吸虫病又有复发抬头的迹象，就是忽视预防和公共卫生事业的恶果之一。之所以出现这种情况，就是国家体制和政策造成的。

五、道德风险的防范 以上分析了道德风险产生的原因及其根源，道德风险给多方的利益带来了损失，是各方主体为追求自身利益最大化以及制度约束软化而导致的一些不符合社会道德和法规的社会现象。加强对道德风险的防范也是势在必行。如何防范道德风险自然应从其产生的根源着手。

#### (一)对被保险人的防范措施

1、适当提高医疗保险自负的比例。提高医疗费用的个人支付比例，可以鼓励参加保险的患者参与成本管理，监督医疗供方道德风险并防止其与医生合谋。但是，患者在医疗服务市场上处于劣势，医生对医疗费用的影响力远远强于患者，且患者的过度消费也必须通过医生的配合才能实现[8]。由此可见，这种作用是非常有限的。所以，此种方法必须与其它方法配合使用。

2、基本医疗保险实行全民覆盖。当前，我国应取消二元社会，不应该像现在这样搞城乡二元化的社会管治，通过户籍管理制度强化社会等级身份等歧视性的制度，扩大医疗保险的覆盖范围，真正实现广覆盖。如果全社会中每个公民都享有基本的卫生医疗保健，根本就不可能也不会出现中国特有的一人生病，全家吃药，用别人的医疗保险卡来冒名顶替的现象。国家应强制无论从事何种职业均应参加基本医疗保险，不允许“想保就保，不想保就不保”的现象。

3、提高全民的卫生保健意识。参加医疗保险后，参保人认为自己拥有保险，患病不需自己付医药费或只需支付其中很少的一部分，往往会放松对自己的卫生保健工作。针对此种情况，可以采取经医疗机构诊断，因患者吸烟、酗酒等不良卫生习惯等原因而直接引起的疾病提高自付比例或者拒保。而对很少患病的参保者则可采取降低自付比例、提供免费体检等方法作为一种奖励。鼓励大家加强自我保健，增强体质，减少疾病的发生。城市以社区、农村以村庄为单位，定期举办卫生保健知识讲座，提高人民的卫生保健意识。

(二)医疗服务机构道德风险的防范与控制 医疗机构是医疗服务的提供者，医、患双方的信息存在严重不对称，现行的“以药养医”的医疗服务价格补偿机制，医务人员的个人收入与医务人员为医院创造的经济效益挂钩，也推动了医疗机构道德风险的滋生和蔓延。

1、改革医疗服务机构的管理部门。当前我国医疗机构的管理机关是各级卫生部门，而保险机构作为“第三方支付”者，没有对医疗机构的管理权，起不到监督作用。应对卫生医疗体制进行改革，将医疗机构的管



理权交给保险机构，卫生部门则监督医疗机构和保险机构相互之间业务往来关系，对医疗机构提供技术上的指导。

2、行使对医疗机构的检查权。医疗保险机构要定期对病人的付费单据对照病历、处方等进行核对检查。要建立和加强医疗服务质量的评审和鉴定制度。社会医疗保险机构、企业和病人对医院服务质量、费用等有权进行监督，包括对不合理的医疗服务拒绝支付医药费，索取赔偿直至解除医疗保险合同。[9]也可以参照商业保险的做法，即在病人住院后的规定时间内，必须向医疗保险机构报案，否则，医疗费用将要被保险机构扣除一定的比例，医疗保险机构则应及时派人员到医院进行实地检查，予以核实。在患者治疗过程还应不定期进行巡查。

3、切断“以药养医”的渠道。政府及有关管理机构应该加大药品市场改革力度，一方面，加大医药产品生产结构的改革，规定医疗机构采取招标采购，提高采购的透明度避免众厂家竞相向医疗机构推销药品，暗地给付医生回扣，导致医药价格严重偏离成本；另一方面，可以借鉴国外经验，实行医药分离，即医生只拥有处方权，医院只提供诊疗服务，除备有急救所需药品外，不能直接向患者出售药品，患者凭医生的处方在定点药店购买药品。在这样的情况下，由于医院和医生不直接涉及药品利益，可以有效地遏制医药费用的大量增加。

(三)改革现行的医疗卫生体制 现存的许多医疗道德风险从表面上看是医院和患者两方造成的。笔者却认为，其实许多问题都是政府在体制上没有理顺，各职能部门没有负起应承担的责任而引起的。必须对现行的医疗卫生体制进行改革。

1、改革药品生产和流通模式。药品由药品生产企业流通到消费者身上时，是通过层层加价的方式进行的。我国生产药品的企业有5千多家，存在药品生产企业重复建设多、规模小、水平低，竞争激烈，药品超额利润多数被药品经销商所赚取，企业在销售领域投入的经费过大，销售成本过高，不利于企业的长远发展。对现有的药品生产企业进行兼并，减少企业数量，提高规模生产能力。药品营销企业更有1万7千多家，同样存在小而多的现象，相互之间为生存，不断进行着恶性的竞争，经销商为了使自己代理的药品及医疗器械能推销出去，采取给医生药品回扣、对招标方或医疗机构的人员进行商业贿赂等方式，成为医疗界的一个毒瘤。可以实行由药品生产企业直接参与投标，减少中间环节。也可以采取药店直接由医疗保险机构经营，药品生产企业只需要通过竞标的方式与社会医疗保险定点药店之间产生业务往来，有利于企业的长远发展。

2、将事后按服务项目后付制改为按病种预付制。按病种预付制，就是根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度等因素，将病人归入不同组，每个分组都代表具有相似病症和适用相似治疗方案的病例。再根据疾病轻重程度及有无合并症、并发症等将每组分为若干级，对每一组及其不同级别都制定相应的支付标准。[10]借鉴国外一些国家的成功经验，按病种预付制强化了医院降低成本的动机，使医疗服务提供者承担了部分医疗成本风险，同时考虑不同病种和不同医院的级别，议定各项服务的合理收费标准。美国和其他发达国家实施按病种定额预付制后，在促进医院努力提高医疗服务的有效性、避免不必要的支出方面取得了显著成效。按病种预付制成为世界卫生组织竭力推荐的一种支付方式。

3、提高国家在卫生费用方面的投入。尽管卫生费用的总额增长较快，但卫生事业本身的发展却赶不上国民经济的发展速度。且这种增长是在国家投入不断减少，个人支出不断增长，个人在卫生费用支出所占的比重不断扩大的情况下实现的。只要多数百姓自费就医，看病贵永远是制度难解之痛；只要多数医院还要直接向病人赚取维持运转的费用，看病贵就是社会挥之不去的阴霾。不从根本上改革现行的医疗卫生筹资机制，不从分配制度上兑现宪法的承诺，看病难、看病贵的问题就会一直持续下去。因此，提高国家对卫生事业的投入是根本。



4、加强疾病的预防和保健工作。国家对预防和公共卫生事业的忽视，也体现了这种重眼前而忽视长远的社会哲学。今天忽视了对慢性病发生和扩散的主要危险因素（如吸烟、高血压、食物构成、环境污染等）的预防，今后将要为此付出高昂的代价，更何况健康方面的损失具有不可逆性。世界银行 1992 年的一个研究报告预测，按照中国目前的人口、健康及政策状况发展下去，卫生健康费用在国民生产总值中的比例将由今天的 3.4% 增长到 2030 年的 24%。如果是加强预防，提高现有的医学水平和服务效率，这个比例到 2030 年则可以保持在 10% 左右；而仅仅是预防本身就可以把这个比例降低 15%。可见预防对整个国民经济是一种效益极高的投资，它对中国未来的健康卫生状况、人民生活水平和社会经济发展具有特殊的意义。建议将基层的卫生医疗机构改为保健康复机构，为本社区居民提供医疗保健及预防知识。

六、结语 本世纪上半叶我国人口进一步老龄化，对现有的医疗保险制度的可持续性构成双重的压力。目前我国医疗保险制度仍然存在成本高、效率低与公平性差等问题，不深化改革就难以应对经济转型和人口老龄化的挑战。我国医疗保险制度进一步改革的关键是更加有效和充分地提高医疗服务资源利用的效率，同时强化政府在保护消费者利益和为弱势群体提供最后医疗保障等方面所肩负的职责。表面上看，患者、医疗机构存在的道德风险是信息不对称造成的。根本的原因是国家对医疗卫生事业的管理与政策体制不符合医疗卫生事业。只有国家改变认识，改革目前的医疗制度，才能改变目前的状况。不管是从社会效益还是从经济发展的角度，国家都应该更加重视医疗保健事业，应该把预防疾病和公共卫生事业建设用法律的形式变成国家行政和财政支出固定的一部分。预防为主，免除后患。曾被联合国称赞的初级卫生保健网和公共卫生网是中国的长处，是中国能在短期内提高人民健康水平的法宝，应该保持和发扬。应该使公共卫生事业制度化、规范化、群众化。当前，我国医疗保健的重点已不再是流行病和急性病，而是预防和治疗慢性病；不再仅仅是妇幼保健问题，而是越来越多的中老年人的健康问题；不再仅仅是饮食和水的卫生问题，而是综合的环境污染和生活方式变迁所带来的健康问题。健康是人类共同美好的追求，每一名患者都应该享有平等的受治疗的权利，医疗卫生服务不论从经济，还是从医疗的角度，均应体现“以人为本”的原则。国家理应实现全民医保，不要再让“人人享有卫生保健”只是一句口号。

#### 参考文献：

- [1] 赵小苏、王永其、宋余庆、王建宏：“我国城镇职工基本医疗保险的道德风险及其防范”，《中国卫生事业管理》，2001 年第 8 期
- [2] 陈永升：“医疗保险中医疗供方道德风险分析”，《新疆财经学院学报》，2002 年第 4 期
- [3] 赵曼：“社会医疗保险费用约束机制与道德风险规避”，《财贸经济》，2003 年第 2 期
- [4] 贺巧知、慈勤英：“医疗保险道德风险的控制机制”，《中国卫生事业管理》，2003 年第 6 期
- [5] 张晓燕：“医疗保险中的道德风险分析与控制”，《江苏卫生事业管理》，2004 年第 1 期
- [6] 姜新旺、黄劲松：“社会医疗保险中医方道德风险的防范与控制”，《软科学》，2005 年第 1 期
- [7] 洪铮、李珍：“医院和医疗保险的经济学分析”，《卫生软科学》，2005 年第 3 期
- [8] 李玮、黄丞、蒋馥：“存在道德风险的我国基本医疗保险体系中各市场主体行为分析”，《预测》，2003 年第 1 期
- [9] 邓超、侯建明：“对医疗保险中道德风险及其约束机制的探讨”，《金融与经济》，2005 年第 4 期
- [10] 代志明、周浩杰：“试论社会医疗保险中的道德风险及防范”，《卫生经济研究》，2005 年第 5 期
- [11] 余艳莉：“浅谈健康保险中如何控制‘过度医疗’”，《经济师》，2005 年第 6 期
- [12] 史文璧、黄丞：“道德风险与医疗保险风险控制”，《经济问题探索》，2005 年第 2 期

- [1] 赵曼：“社会医疗保险费用约束机制与道德风险规避”，《财贸经济》，2003 年第 2 期，第 54 页。
- [2] 赵曼、柯国年：“医疗保险费用约束机制与医患双方道德风险规避”，《中南财经大学学报》，1997 年第 1 期，第 113 页。





- [3] 张晓燕：“医疗保险中的道德风险分析与控制”，《江苏卫生事业管理》，2004年第1期，第11页。
- [4] 陈永升：“医疗保险中医疗供方道德风险分析”，《新疆财经学院学报》，2002年第4期，第35页。
- [5] 张晓燕：“医疗保险中的道德风险分析与控制”，《江苏卫生事业管理》，2004年第1期，第11页。
- [6] 李凯峰、王小平、张越、林世昌：“现行医疗保险制度的缺失及对策”，《中国卫生经济》，2005年第6期，第11页。
- [7] 莫林浩：“收入不如门卫，医生良心的逆淘汰”，载《中国青年报》，2006年7月27日。
- [8] 史文璧、黄丞：“道德风险与医疗保险风险控制”，《经济问题探索》，2005年第2期，第62页。
- [9] 姜新旺、黄劲松：“社会医疗保险中医方道德风险的防范与控制”，《软科学》，2005年第1期，第62页。
- [10] 于良春、李丽：“医疗费用预付制及其政策启示”，《社会保障制度》，2006年第6期，第51页。

