

管理式医疗保险——多重信息不对称下的医疗行为^{*}

● 彭晓娟¹, 王健²

(1. 厦门兴才学院, 福建 厦门 361024; 2. 厦门大学 计划统计系, 福建 厦门 361005)

摘要: 医疗保险涉及投保人、保险机构和医疗机构三方利益, 且三者之间存在多重信息不对称。在传统的医疗保险模式中, 控制医疗成本的主导权掌握在医生手中, 存在着促使医疗费用上涨的驱动因素。这不仅造成了医疗资源的极大浪费, 而且成为促使医疗保险费用急剧上涨的主因。管理式医疗保险模式通过保险机构与医院或医生签订的契约, 整合了保险机构与医疗机构之间的利益, 从而达到了降低医疗费用的目的。本文通过模型的建立, 分别描述了在两种医疗保险模式下医生的行为方式, 并通过模型求解, 分析了管理式医疗保险模式的利弊之处。

关键词: 信息不对称; 管理式医疗保险; 契约理论

中图分类号: F840.684

文献标识码: A

文章编号: 1004-5465(2008)03-067-05

Managing Medical Insurance——Medical behavior under the multiple information dissymmetry

PENG Xiao-juan¹, WANG Jian²

(1. Xiamen Xingcai College, Xiamen 361024;

2. Department of Planning and Statistics, Xiamen University, Xiamen 361005, China)

Abstract Medical insurance refers to the common interest of policy-holder, insurance institution and medical institution, and there is the multiple information dissymmetry between the three of them. However, in traditional mode of medical insurance, physicians take a leading role in medical cost which can lead medical cost to rise. It not only wastes medical resources, but also the main factor of forcing the medical insurance cost to increase rapidly. Medical insurance through insurance institution signing a contract with hospital or physicians integrates the interest between insurance institution and medical institution, and obtains the purpose of reducing medical cost. This article uses the principal-agent theory to analyze the physician behavior under the two different modes of medical insurance, and analyzes the advantages and drawbacks of managing medical insurance.

Key words information dissymmetry; managing medical insurance; contract theory

* 收稿日期: 2008-04-15

作者简介: 彭晓娟(1981-), 女, 河南平顶山人, 厦门兴才学院讲师, 厦门大学公共事务学院硕士, 研究方向: 社会保障、演化博弈论; 王健(1981-), 男, 福建厦门人, 厦门大学经济学院计划统计系博士生, 研究方向: 计量经济学、演化经济学。

一、管理式医疗保险概述

医疗保险是社会保障安全网的一个重要组成部分,对社会稳定和人民生活起着不可低估的作用。早在1963年,阿罗就在其经典论文“不确定性与卫生保健的福利经济学”(Arrow, 1963)中指出,医疗保险市场上存在两种不确定性,一种是疾病治疗的不确定,另一种是疾病发生的不确定,这两种不确定性在医疗保险市场上则表现为信息的高度不对称。具体说来,由于医疗保险涉及医疗机构、保险机构和投保人(患者)多维关系,因而三者之间存在多重信息不对称。

第一,投保人与保险机构之间的信息不对称。这就是保险理论中著名的“道德风险”问题。通常认为,投保人在向保险机构购买医疗保险之后,由于投保人只承担部分医疗费用,他们就存在过度利用医疗保健的问题。而保险公司由于信息不对称,无法监控投保人的行为,从而产生了额外的费用。

第二,医疗机构与患者之间的信息不对称。由于患者缺乏对医疗服务的质量和数量做出正确判断的知识和能力,在接受治疗时对医疗消费的种类与数量选择的余地很小,而医生则具有专业性和垄断性。因此,医生往往会利用这方面的优势,采用“开大药方”和“小病大医”等手段,损害患者的利益。

第三,保险机构与医疗机构之间的信息不对称。保险机构对医疗机构治疗和收费的信息了解很少。由于治疗质量和数量不能简单地量化,又难以契约化,因而在有医疗保险的情况下,虽然治疗方案并非越贵越好,但医生会在利益驱动下,诱导患者过度消费、开大处方、提高医疗成本,从而加大了保险机构的负担。

在传统的医疗保险模式下,第一种信息不对称,即投保人与保险公司之间的信息不对称已经得到了很好的解决。在实际操作中,保险机构常在保险合同中规定免赔额和共保比例,要求投保人必须承担部分医疗费用。这样,医疗筹资的财务风险由保险机构和投保人共同承担,投保人也会有意识地控制医疗费用。通过保险合同的设

计,保险机构可以实现和投保人的“利益捆绑”,使保险机构和投保人成为一个利益整体,而降低医疗费用则是他们的共同目标。

而上述的第二、三种信息不对称的实质是相同的,即由于保险机构和患者对于医疗服务不了解,致使控制医疗成本的主导权掌握在医生手中,而医生不承担任何医疗费用的财务风险。对医院、医生而言,提供的医疗服务越多得到的收益越多,这就存在着促使医疗费用上涨的驱动因素。而且出现了有些医生向病人提供不必要的医疗服务,或者偏好采用昂贵的疗法等缺乏费用控制意识的情况。这不仅造成了医疗资源的极大浪费,更加剧了我国医疗保险费用不足的局面。有数据表明,现在中国个人年均医疗费用的支出已由1980年的1451元上涨到5125元,28年增加了30多倍!

管理式医疗保险就是为解决上述问题而产生的。所谓管理式医疗保险,英文是“Managed Care”,国内有译成“管理保健”,或“有管理的保健”,或“管理式医疗”。本文作者采用仇雨林、孙树菡教授“管理式医疗保险”的提法。管理式医疗保险自20世纪70年代起逐渐在美国医疗保险市场上盛行,目前占据了全美医疗保险市场90%以上的份额。其典范是美国健康维护组织(Health Maintenance Organizations HMO)、优先提供者组织(Preferred Provider Organizations PPO)等。

管理式医疗保险并不是一个新的概念,但被广泛地讨论在国内却是一个新的现象。管理式医疗保险是一种集融资和供应、医疗与保险为一体,针对医疗保险参加者提供综合性医疗照顾服务的运营管理模式。它把管理学的理念和方法如组织绩效管理、质量管理、过程管理和360度管理等,引入医疗保险领域,对医疗服务三要素——医疗质量、医疗费用和医疗服务利用度进行管理,最终将医疗成本控制和医疗服务质量整合起来的保险方式。管理式医疗保险明确医生是控制医疗费用的关键。因此,它在补偿医生时,通过协商不同的付费方式,将部分财务风险转移给医生,促使医生

树立费用控制意识。其主要内容包括:

1 医疗服务筹资和医疗服务提供有机结合, 管理医疗组织与诊所和医院签订合同或者直接拥有自己的医院和诊所。

2 采取多种费用支付方式, 使医疗服务提供方与第三方利益共享, 风险共负, 费用分担。

3 成立第三方协会负责对医疗服务提供方的医疗质量进行监督、计量和评估。

在管理式医疗保险模式下, “病人不能再像过去那样自由选择医院和医生, 而是要到指定的医院和医生看病, 保险机构直接参与对医疗保险整个运行过程的管理, 与医院谈判医疗保险的价格; 改变医疗保险费用实报实销的支付方式” (仇雨林、孙树菡, 2001)。管理式医疗保险较之传统医疗保险最大的变革是在于整合了医疗机构和保险机构的利益关系, 改变了传统模式下医疗机构及医生的行为模式 (本文主要讨论医生行为, 因为医疗保险中, 医生是影响医疗费用最直接最主要的因素)。

二、两种医疗保险模式的对比——一个数学模型

在以下的模型中, 笔者重点分析在中国传统的医疗模式与管理式医疗保险模式中不同的医疗行为, 以及由此引起的不同结果。

1 模型的基本假设。首先假设医疗市场上有一家保险机构和一个医生, 二者都是风险中立的经济人, 即他们会追求自身的期望效用最大化。保险机构的效用取决于投保人交的保费和病人的医疗费用。医生的效用来自于收入 W 和他提供给 n 位病人的治疗水平。假设每位病人 i ($1 \leq i \leq n$) 都有一个最优的医疗费用 m_i^* , 任何对于这个最优医疗费用的偏离, 都会降低医生的效用。这个医生的效用函数可以用下式表示:

$$U = W - \sum_{i=1}^n v(m_i - m_i^*)$$

其中, m_i 表示医生想要对病人 i 收取的医疗费用。 $v(m_i - m_i^*)$ 表示每位病人产生的“偏离成本”, 当 $m_i < m_i^*$ 时, $v < 0$ 当 $m_i > m_i^*$ 时, $v > 0$

2 中国传统的医疗保险模式下的医疗状况。

在传统的医疗保险模式下, 人们向保险机构投保, 保险机构负责负担投保人生病时的全部医疗费用。传统的医疗保险计划一般都是后付制, 即在医疗服务发生后由保险机构和医疗机构按服务项目结算。保险机构向被保险人收取保险费来筹集医疗资金, 以补偿被保险人的医疗费用。如果被保险人缴纳的保险费形成的基金不足以支付医疗费用, 保险机构将面临财务风险。而病人的医疗费用往往是和医生的收入直接挂钩的, 即 $W = W(m_i)$, 且 $W > 0$

医生的效用最大化问题是:

$$\max U = W(m_i) - \sum_{i=1}^n v(m_i - m_i^*)$$

$$\frac{\partial U}{\partial m_i} = W'(m_i) - v'(m_i - m_i^*) = 0$$

因为 $W'(m_i) > 0$

所以 $v'(m_i^* - m_i^*) > 0$

即有: $m_i^* > m_i$ (m_i^* 表示最优化的 m_i)。这就得出了人们在实际生活中发现的结论: 在传统的医疗保险模式下, 作为代理人的医生为了自身利益最大化, 总倾向于扩大医疗费用, 而这显然会伤害到保险机构的利益。

3 管理式医疗保险模式下的医疗状况。在管理式医疗保险模式下, 保险机构一般通过和医生签订合同的方式, 使医生成为管理式医疗保险网络中的医疗服务提供者。在本模型中, 保险机构提出: 如果某医生诊治的病人的平均医疗费用低于某个特定的值, 保险机构就给该医生 B 元/人的额外报酬。

由于信息不对称, 保险机构并不知道每位病人的最优医疗费用, 也无法观察到医生想要对病人 i 收取的医疗费用 m_i , 它只能观察到实际产生的医疗费用 x_i , 且有

$$x_i = m_i + \varepsilon_i$$

其中的 ε_i 表示由于医生无法完全控制实际产生的医疗费用而产生的偏差。我们假设 ε_i 是一个零均值的随机变量, 它的概率分布密度和累计分布函数分别用 ϕ 和 Φ 表示。

从而, 保险机构给医生的期望报酬可用下式表示:

$$E(W) = W_0 + nB\Phi(X_T - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n m_i)$$

这时, 医生的期望效用为:

$$E(U) = E(W) - \sum_{i=1}^n v(m_i - \hat{m}_i)$$

根据本模型的假设, 医生是风险中性者, 所以他会追求期望效用的最大化。当医生最大化其期望效用时, 就有:

$$\frac{\partial E(U)}{\partial m_i} = -B\phi(X_T - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n m_i) - v'(m_i - \hat{m}_i) = 0$$

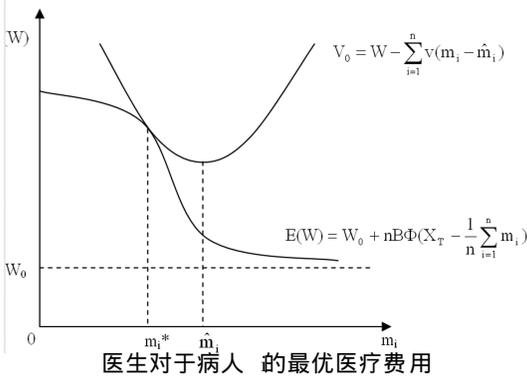
$$\text{即 } B\phi(X_T - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n m_i^*) = -v'(m_i^* - \hat{m}_i)$$

$$\text{因为 } B\phi(X_T - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n m_i^*) > 0$$

$$\text{所以 } v'(m_i^* - \hat{m}_i) < 0$$

$$\text{即有 } m_i^* < \hat{m}_i$$

这个结论从下图中也可清楚地看出。



医生对于病人的最优医疗费用

从而, 我们可以知道, 在管理式医疗保险模式下, 保险机构可以促使医生尽量控制医疗费用水平, 从而达到其利润最大化的目的。

4 模型的结论。通过对模型的分析, 我们可以看出: 从节约成本的角度而言, 管理式医疗保险模式显然是有效率的。然而, 正如模型显示的那样, 在管理式医疗保险模式下, 医生对病人提供的诊疗水平往往会低于最优水平。因此, 也有很多学者质疑管理式医疗保险模式仅仅是为了使医疗成本降至最低限度, 而不惜以医疗保健水平的降低为代价。

米勒和勒夫特 (1997) 对医疗保健质量和消费者的满意程度进行了研究。研究认为, 与传统的医疗保险相比, 管理式医疗保险的参与者获得了更多的预防性检查, 大量重病的治疗结果至少

和传统医疗保险模式下一样好。尽管管理式医疗保险方案削减了住院及较昂贵的检查和治疗的用量, 但这通常只对保健质量产生极其微小的影响。另外, 尽管参与者对费用的满意程度较高, 但是对医患互动关系的满意度比较低。

由此可见, 尽管管理式医疗保险模式在医疗成本的控制上所取得的成就是值得充分肯定的, 然而并不必然说明这种模式是完美的 (事实上在医疗保险领域并不存在完美的一劳永逸的模式)。我国医疗保险部门应当借鉴国外管理式医疗保险模式下的费用控制机制及重视预防保健的理念, 同时积极探索适合本国国情的医疗保险模式。

三、国外管理式医疗保险对国内商业医疗保险的启示意义

尽管管理式医疗保险在理论上是成熟的, 国外的实践也很成功, 但是在我国的发展却遇到了制度瓶颈。

1 医院没有参与商业医疗保险运作的法律地位。《保险公司管理规定》第2章第5条规定: 设立保险公司或保险公司设立分支机构必须经保监会批准; 非经中国保监会批准, 任何单位、个人不得在中华人民共和国境内经营或变相经营商业保险业务。这条规定明确了参与商业保险经营活动的首要条件必须是经保监会批准的保险公司, 显然医院要想参与商业医疗保险活动, 就必须申请成立保险公司。

2 根据法律, 保险公司不能设立保险业务以外的机构。《保险法》第4章第105条规定: 保险公司的资金不得用于设立证券经营机构, 不得用于设立保险业以外的企业。从而, 通过保险公司办医院或收购医院来控制医疗费用增长也找不到法律依据。

本文建议, 我国在以后的医疗保险事业改革中应通过政策支持和税收优惠鼓励商业医疗保险机构实行管理式医疗保险模式。

首先, 从解决医院参与商业医疗保险经营管理的法律地位着手。医院参与医疗保险活动的法律地位可以参照兼业代理人资格认定的方法 (保

险兼业代理人是指受保险人委托, 在从事自身业务的同时, 为保险人代办保险业务的单位), 但其职能可以补充, 即医院要参与医疗保险经营管理活动必须由其合作的另一方(有资格从事医疗保险经营管理的保险公司)向当地保监办申报, 有效期由保监办掌控。医院一旦获得这个资格, 只能在本院范围内参与保险公司投保人住院管理和医疗费用控制活动, 从而合法地取得收益。

其次, 应该允许保险公司参股组建医疗机构。通过建立保险公司参股或出资投资医疗机构, 使保险公司和医疗机构形成利益共同体, 就可以最大程度地避免投保人被动受制于医院、医院与投保人合谋的道德风险。如: 因体检结果直接影响到客户要交纳的保险费用, 如果客户存在身体健康问题, 保险业务员或客户本人都会积极寻找关系删去记录, 以期降低保费; 业务员不愿丢掉任何作单的机会, 医院的医生朋友给他们提供了这种机会, 最后受损的将是保险公司。但是, 如果保险公司参股医疗机构, 受到共同利益约束, 医院会积极参与与控制道德风险的发生。同时, 通过这种方式, 医疗机构能够更好地帮助保险公司收集保险数据资料, 有利于保险公司获得投保人的完整的

健康信息档案, 稳定保险客源。

参考文献

- [1] 舍曼·弗兰德. 卫生经济学 [M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2004 208~ 226.
- [2] 仇雨林, 孙树菡. 医疗保险学 [M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2001 45~ 67.
- [3] 周卓儒. 管理式医疗保险对我国基本医疗保险的启示与借鉴 [N]. 中国劳动保障报, 2005- 08- 19.
- [4] 温小霓, 宋国乡. 医疗保险博弈与激励 [J]. 西安电子科技大学学报 (自然科学版), 2006 (2): 126~ 128.
- [5] Arrow, Kenneth Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care [J]. American Economic Review, 1963, (53): 207~ 234.
- [6] Martin Gaynor, James B Rebitzer, Lowell J Taylor. Physician Incentives in Health Maintenance Organizations [J]. Journal of Political Economy, 2004 (4): 34~ 76.
- [7] Miller, Robert H, Harold S Luft. Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? [J]. Health Affairs, 1997, (16): 254~ 279.
- [8] 姚红梅. 我国商业医疗保险存在的问题及对策 [J]. 山西财经大学学报, 2007, (S2).