

治理我国医疗服务领域供方道德风险的策略研究

戈文鲁* 葛洪刚 兰迎春

山东济宁医学院社会科学部 山东济宁 272013

【摘要】信息不对称和医疗服务供方的机会主义倾向而导致的供方道德风险是医疗服务领域普遍存在的现象,因此必须通过合理、科学的制度设计比如政府积极介入、加强医院和医生自身建设、完善激励机制和声誉机制、第三方积极介入等手段,才能抑制由于信息不对称等原因而引发的供方道德风险,从而有效维护患者的切身利益。

【关键词】医疗服务;道德风险;制度设计

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.02.012

Strategies of inquiry on the governance of supplier' moral hazard in health care sector in China

GE Wen-lu, GE Hong-gang, LAN Ying-chun

Social Science Department, Jining Medical University, Shandong Jining 272013, China

【Abstract】The moral hazard is the universal phenomenon based on the asymmetry information and the opportunism of the suppliers, so we must adopt effective measures to control it through scientific system designs such as government actively intervention, strengthening the construction of hospitals and doctors, improving inventive mechanism and credit mechanism, third-party actively intervention. This could effectively preserve the vital interest of the patients.

【Key words】Medical service; Moral hazard; System design

信息不对称是医疗服务市场中的一个重要现象,经济学家斯蒂格利茨在比较了医疗服务市场和标准竞争性市场后,发现信息高度不对称是医疗服务市场的典型特殊性之一。^[1]信息经济学认为:只要存在信息不对称问题就必然会产生拥有私人信息的代理人与不拥有私人信息的委托人之间的博弈即委托——代理问题,因而会出现道德风险问题。^[2]《新帕尔格雷夫经济学大辞典》认为道德风险是由于不确定性或不完整的合同而使得从事经济活动的人在最大限度的增进自身效用时做出不利用他人的行动,其中从事经济活动的人可能拥有包括隐藏行动和隐藏信息在内的独家信息而导致的掌握信息不等是最主要的原因^[3];医疗服务高度专业化的特征以及消费者缺乏医疗保健知识导致医患之间严重的信

息不对称,加之威廉姆森所界定的机会主义倾向以及保险的存在会导致医疗服务领域供方道德风险普遍存在,即医生对患者进行的供给诱导需求,“卫生保健提供者拥有并利用信息优势去影响需求以谋取利益”^[4];毛正中等利用 2003 年全国卫生服务调查的横断面数据证实了我国诱导需求的存在,并估计了诱导需求的数量及程度。^[5]因此必须采取积极有效的措施才能有效制约医生的机会主义行为和道德风险,从而间接提高患者在医患博弈中的讨价还价的能力,进而切实有效地维护患者利益。

本文认为,供需双方信息不对称的主要原因是由于患者缺乏医疗保健知识和医疗服务高度专业化的特征,但是加强居民健康意识教育和普及医学知识进而缓解甚至消除医患之间的信息不对称非朝夕

* 作者简介:戈文鲁,男(1978 年-),讲师,硕士,主要研究方向为政治经济学、卫生经济学。E-mail:forestsong2007@163.com
通讯作者:兰迎春。E-mail:lych-729@163.com

之间能够实现,需要从长计议,而通过科学合理的制度设计却能比较有效方便地降低由于医患之间信息不对称以及医疗服务供方的机会主义行为而引发的道德风险。中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出“建立信息公开、社会多方参与的监管制度。鼓励行业协会等社会组织和个人对政府部门、医药机构和相关体系的运行绩效进行独立评价和监督,加强行业自律”。新医改的精神必将为建立和健全医疗服务领域供方道德风险行为的治理机制提供有益指导。

1 政府积极介入

1.1 建立信息披露制度

政府作为监控医疗服务信息发布、传播、利用和调控的部门,有义务建立一个高效的信息公开和传递系统,同时加大对医院和医生的强制性的信息披露,这不仅可以大大降低患者搜寻信息的成本,降低医生和医疗机构的信息垄断,缩小医患之间的信息不对称的程度,而且可以对医生建立良好的信誉具有重要的作用,促使医生和医院主动提高医疗服务的质量,从而减少道德风险。

针对事前的信息不对称问题,政府应该积极推动我国医疗卫生领域知识服务和知识管理的实践,提高国民健康信息的可及性、促进共享和再利用经验知识、努力将研究发现转化为政策和实践、构建卫生电子信息系统,兴建“一站式”医学信息服务平台,推动医疗卫生知识和信息的整合与共享^[6];就服务质量、服务态度、服务效率、行为表现、价格水平、患者满意度等方面定期对医疗机构进行评价,并免费向社会发布,增加医疗服务市场服务和收费的透明度,以便患者根据医生技术水平、诊治能力、服务质量等选择就医,降低就医成本;“选择完善客观的医疗质量指标,构建医疗资信评级系统,全面真实地反映医院和医务人员的服务质量水平、医疗服务价格水平,防止医院靠降低服务质量来增加利润”。^[7]

1.2 颁发专业资格证书

尽管弗里德曼认为,行医执照的存在侵犯了个人从事自己选择活动的自由,是牺牲其他公众利益而取得垄断地位的特殊生产者集团手中的工具,阻

碍医学本身和医疗组织的技术发展,是对技术效率和经济效率之间差异的一种漠视,表现了我们对于某些领域的想象力的匮乏。^[8]但是,不确定性是生活的常态,医疗服务中的不确定性正是医疗服务市场的基本特征;而“制度可以被设计成人类对付不确定性和增加个人效用的手段”^[9],通过颁发执照和证书可以确保医疗服务的质量水平,又可以达到保护患者生命和利益的目的,因而是一种有效降低医疗服务质量不确定性的制度设计。执照和证书还可以比较准确而权威的向患者传达关于医疗服务质量和水平的相关信息,降低患者搜寻的成本。1999年颁布的《中华人民共和国执业医师法》规范了医师的执业行为,促进了医生队伍建设的法制化和有序化。但是我国的这种医师准入制度仍然在一定程度上加剧了医疗卫生人才的紧缺和医学教育资源的浪费,对比中美两国医师资格考试制度,我们可以发现我国的医师资格考试制度考试类别划分太过复杂、考试通过率特别低、临床技能考试借助模拟人体,忽视对临床思维能力以及语言和非语言交流能力的考察等种种弊端。^[10]

2 加强医院和医生自身建设

2.1 信号传递机制

2010年诺贝尔经济学奖获得者 Peter Diamond 认为,搜寻摩擦即买卖双方寻找和了解对方所耗费的时间和精力是导致市场冲突的重要原因,而在非标准化的产品和服务市场中搜寻摩擦更容易出现;医疗服务是高度非标准化、个性化的服务,因此搜寻摩擦的普遍存在会加剧医患之间的信息不对称。信息不对称会导致逆向选择即劣币驱逐良币。技术水平和服务质量良好的医院和医生尽管处于信息的优势地位,但是由于逆向选择往往会处于竞争的劣势地位。市场竞争可能会导致这些本来技术和服务优良的医院和医生采取其他替代性的措施来弥补自己在医疗服务收入上与竞争对手的差距,比如过度医疗、医疗服务与药品强制性捆绑销售、开大处方,处方高价药、特效药等道德风险。因此,必须建立一种信号传递机制,促使医院和医生主动向患者发布可靠的资讯来显示他们真实的水平,比如医生毕业的

学校, 专业技术证书或经营执照, 获得的成就或发表高质量论文, 获得的荣誉或奖励, 先进的医疗仪器, 医院品牌, 向社会公开承诺等, 进而缩小医患之间信息不对称的程度, 促使医院和医生主动抑制道德风险, 真正通过提供优良的医疗服务来实现自身价值和社会价值。

2.2 采取“有选择性的激励”机制

美国经济学家奥尔森在《集体行动的逻辑》中分析了利益集团采取集体行动的现实困境, 他认为采取“有选择性的激励”机制可以促使集体行动成为可能。“有选择性的激励”即赏罚分明, 对每一个成员区别对待: 对于积极推动集体行动从而做出贡献的个人要在正常的集体收益以外再给予一些额外的奖励, 而对于某些违背集体行动的个人要进行罚款、通报批评甚至开除等严厉的处罚手段。^[11]“有选择性的激励”可以在医疗服务领域发挥重要的作用, 一方面对于医疗技术水平和医德医风优良的医务人员在正常的收益以外给予很高的额外奖励, 这种强大的正向激励会促使医务人员在遵纪守法所获得的合法收益与采取机会主义行为和实施道德风险所获取的收益之间权衡利弊, 从而主动的抑制道德风险; 另一方面, 强化监督机制和评价机制, 大大提高机会主义行为和道德风险的发现概率, 同时加大对采取机会主义行为和实施道德风险的医务人员的惩罚力度, 从而提高医疗服务供方实施机会主义行为的风险和成本, 从反向激励机制入手抑制供方的道德风险。

2.3 强化道德伦理约束

医疗服务是一种特殊的服务, 健康所系, 性命相关, 我国自古以来就提倡“医者仁心也”, 西方有医学从业人员职业操守的经典训条——希波克拉底誓言。道德伦理是意识形态的基本组成部分, “意识形态是使个人和集团行为范式符合理性的智力成果; 作为一种节省的方法, 个人用它来与外界协调, 是决策过程简化”。^[12]所以, 医疗服务提供者需要道德和伦理的约束, 医务人员必须具有强烈的社会责任感和正确的经济伦理价值观, 能主动克制机会主义行为; 建立和健全行业自律组织, 强化行业自律行为, 让希波克拉底誓言真正成为每一位医疗服务提供者践行的规范, 矢志不渝, 从而真正实现雅诺什·科尔

纳所阐述的医疗卫生部门改革的一致性原则: 帮助受苦的人、困境中的人和处于劣势地位的人。^[13]

2.4 完善激励机制

医患之间信息不对称在事后表现为道德风险, 所以委托人需要设计合理有效的机制激励代理人努力工作, 避免机会主义行为, 实现委托人利益的最大化。在信息不对称的情况下, 如果代理人的收益或报酬与最终的产出无关, 那么代理人会降低自己的努力程度, 甚至会损害委托人的利益。因此, 必须使代理人的报酬与最终结果息息相关。

基于未来的不确定性和契约的不完备性, 一个有效率的激励机制应该满足这样一个原则: 拥有剩余控制权的人应该同时拥有剩余索取权, 因为如果剩余控制权与剩余索取权完全对应, 那么拥有剩余控制权的人就无法向他人转嫁成本而必须为自己的行动承担完全的责任。巴泽尔认为, 决定所有权最优配置的原则是: 对资产平均收入影响倾向最大的一方, 得到剩余的份额也应该更大; 从而使能影响收入流的人对他的行动承担全部的责任, 就能保证所有权的安全可靠。^[14]张维迎认为, 在一个团队中地位最重要、行动最难观察和监督、人力资本专用性最强的成员应该拥有团队的剩余权力, 而委托权应该是剩余索取权和剩余控制权的统一。^[2]很明显符合上述条件的只有医生, 因此医生应该拥有剩余索取权和剩余控制权, 当然剩余索取权和剩余控制权完全对应是不可能的, 但是有效的契约能使二者尽量保持一致。

权利和责任的对称会促使医生理性地对比由于实施机会主义行为和道德风险而带来的现期利益与主动消除道德风险和负外部性而带来的远期利益, 从而会主动地约束自己的非理性行为, 积极地维护医院声誉。因此要完善激励机制, 就必须建立合理的收入分配机制, 让医生成为医院的委托人, 拥有医院, 而管理人员和其他辅助人员成为医生的雇佣人员, 从而使医生自觉约束自己的不合理行为。目前很多医院的运营实际掌握在一些医生手中, 这必然会带来一些问题, 比如管理人员和其他辅助人员积极性降低等。但是, 任何一种方案都不是完美的, 无论剩余权利如何分配都会导致其他各方的道德风险

以及代理成本。归根究底,经济学是把人类行为当作一种选择的科学,即“经济学是把人类行为当作目的与具有各种不同用途的稀缺手段之间的一种关系来研究的科学”^[15],剩余权利的配置也无非就是要选择一种能把道德风险以及代理成本降到最低的方案。这种方案应该成为公立医院改革的方向^[16],当然这种设想在目前的环境下实现有很大的难度,但是至少应该建立一种新的作为替代方案的激励机制,即:使医生的收入不与其所提供的服务量成正比,而是与其医术水平、治疗的效果以及患者的满意程度直接相关,从而有效抑制医生诱导需求的机会主义行为,进而克制供方的道德风险。

2.5 建立声誉机制

患者和医生之间在大多数情况下属于一次博弈,但是,“伦德纳和罗宾斯泰英使用重复博弈模型证明,如果委托人和代理人保持长期的关系,那么帕累托最优激励可以实现;在长期关系中,委托人可以相对准确的推断代理人的努力水平,代理人会自觉遵守合同。法玛认为,在竞争性的经理人市场上,经理的价值和收入决定于过去的经营业绩,从长期来看,即使没有显性激励合同,经理也会为自己的行为负完全的责任,也会积极努力工作”。^[2]如果医患之间建立长期稳定的就医关系,那么长期的就医关系会让患者逐渐积累起丰富的信息来监督和评价医生的医疗服务质量,而且也会减少寻医问药的信息成本,医生也希望通过维持一种稳定的关系来扩大自己的声誉。那么声誉机制就会发生作用,在这种情况下,医生就不会利用信息优势从事机会主义行为。尽管医生采取机会主义行为会增加现期的收入,但是由于声誉的受损会减少未来的收入,因此,在声誉机制充分发挥作用的情况下,医生特别是良医会主动积极的维护自己的声誉。当然,“声誉机制的作用还有赖于一个完善的经理人市场,医生的收入取决于其过去的业绩与声誉,一旦其败德行为被揭露,那么其声誉就会受到严重的损害,进而会导致未来收入大幅度降低;按照效用最大化的原则,医生会主动减少机会主义行为,抑制道德风险”。^[17]

3 第三方介入

信息不对称会产生不完全代理行为,而消费者

显然无力约束代理人的这种行为,最终导致契约失灵。博弈论认为,引进第三方博弈主体可以有效改变博弈的进程和结果。因为在新的博弈格局中,参与人拥有的信息和所处的地位都会因为第三方博弈主体的介入而发生变化,进而参与人的支付矩阵也会发生变化,并最终改变所有博弈参与主体的收益情况。因此,引进第三方博弈主体是改变博弈结果的一种可行方式。在医患之间积极引入第三方主体,可以明显缓解医患之间信息不对称和地位不对等的局面,提高患者讨价还价的能力,有效制约医生机会主义行为。第三方主体可以是医保机构即第三方购买者,也可以是第三部门即非营利组织。

3.1 医保机构介入

第三方购买主体介入,可以改变医患之间直接博弈的局面,加入医保的病人在接受医疗服务以后只需支付自付费用,其余由医保机构支付。“医保机构的优势之一是在信息获取上实现规模经济。医保机构通过专门的信息搜集和分析单位来获取信息。而且医保机构要与医院进行重复博弈,信息就可以得到重复利用,提高信息获取的投入产出比。医保机构的优势之二就是有更强的讨价还价能力,通过有效的制度设计来制约医院的道德风险”。^[18]但是,中国的医疗保障制度仅仅履行了保障的职能,根本没有行使第三方购买者的职责,没有运用其强大的购买力对医疗服务的质量和价格实施有效的控制,反倒“通过设定自付率、起付线、封顶线、可报销药品目录等各种手段,对病人的就医行为施加了严格的控制,但是对服务提供者的行为却近乎不闻不问”。^[19]问题的症结在于医疗保障没有实现真正意义上的全民覆盖。因此,必须建立全民覆盖的医疗保障体制,这不仅能实现医疗费用的公平负担和医疗风险的共同分摊,而且能建立医疗服务的第三方购买者,有效降低医患之间信息不对称的程度,抑制道德风险,进而在确保医疗服务质量的前提下有效的控制医疗费用,切实维护患者利益。

3.2 第三部门介入

第三部门的介入,可以有效推进医疗服务相关信息的披露以及对医疗服务质量的客观公正的鉴定和评价。第三部门(the third section)是指除政府和

营利性机构以外的一切社会组织,在我国公民社会组织、民间组织、非营利组织、中介组织和社会团体等概念一般都可以与第三部门通用。美国约翰·霍普金斯大学莱斯特·M·萨拉蒙教授认为,第三部门具有如下特征:一是组织性,即要有正式组织或常设机构;二是民间性,即在体制上独立于政府;三是非营利性,即不以营利为目的,且受到不可分配约束(non-distribution constraint);四是自治性,即具备充分自主权;五是志愿性,即自愿参与而非强制参与。^[20]

任何一个健康成熟的现代社会需要存在大量的专业性的民间组织即第三部门,他们是在国家权力体制外自发形成的一种自治性公民社会,是衡量一个社会组织化和制度化的重要指标。一种传统的思维是直接通过市场失灵来论证政府干预的必要性,仿佛市场失灵是政府干预的充分条件,世界被机械单纯的划分为了市场和国家两个部分。其实,市场失灵只是论证了集体行动的必要,而国家行动仅仅是集体行动的一种形态而已,奥斯特罗姆在《公共事务的治理之道》中就充分论证了通过社区自主组织和自主治理来提供公共池塘资源的可能性与支持条件。^[21]魏伯乐直截了当指出要避免有害的二元论,要充分认识到介于政府和企业之间的市民社会,它为公共部门和私营利益集团之间权力的重新平衡带来了希望。^[22]第三部门由于一般在某一领域掌握了极其专业的知识和理论,又由于具有不可分配约束,即不能把获取的净收益分配给对该组织实施控制的个体,因而会为了维护公共利益而充满热情。“在日本围绕药品的民间组织多如牛毛,市场上存在的每一种药品,都能轻易找到精通其各方面技术和经营指标的民间组织。因此,在日本,任何一种药品定价的听证会,都是这些民间组织作为消费者代表出席,他们才能真正有效地防范定价过高的现象出现。”^[23]德国的医疗管制机构特别强调第三部门在医疗卫生体系中的作用,组建了包括疾病基金协会、医院协会和医生协会等非营利组织,加强对行业的监控。

尽管我国医疗卫生领域陆续出现了大量的第三部门,出现一些关于健康咨询和维护的协会,政府也一再鼓励行业协会等社会组织和个人对政府部门、

医药机构和相关体系的运行绩效进行独立评价和监督,但是“第三部门发展所必要的法律制度、社会支持、文化背景还不够健全;市场经济发育程度较低,社会的自治传统与公民参与意识、权利意识较差;官办性质浓厚,自主性和自治性不足;组织的管理能力、创新能力较差;条块分割严重”。^[24]因此,必须采取有效措施积极促进第三部门发展,最根本的是要“超越部门主义,在国务院甚至全国人大的层级上,制定一部《非营利组织管理条例》或者《非营利组织法》,从而为非营利部门的全面发展提供一套完整的制度框架”^[25],这一框架的基本内容包括:营利组织非营利性质的界定、非营利组织的法人资格确定、非营利组织免税资格的认定、非营利组织法人治理结构的建立等。

参 考 文 献

- [1] Stiglitz J E. Economics of The Public Sector[M]. 2nd. New York: W. W. Norton& company, 1988.
- [2] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海: 上海人民出版社, 2004.
- [3] 约翰·伊特维尔. 新帕尔格雷夫经济学大辞典: 第三卷[M]. 北京: 经济科学出版社, 1996.
- [4] 舍曼·富兰德. 卫生经济学[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2004.
- [5] 毛正中, 蒋家林. 我国诱导需求的数量估计[J]. 中国卫生经济, 2006, 25(1): 65-67.
- [6] 代涛, 钱庆, 王小万, 等. 医疗卫生领域知识服务与知识管理的理论和实践[J]. 医学信息学杂志, 2008, 29(4): 1-10.
- [7] 郭阳旭. 信息不对称条件下的医疗服务价格规制研究[J]. 价格理论与实践, 2007(8): 32-33.
- [8] 米尔顿·弗里德曼. 资本主义与自由[M]. 北京: 商务印书馆, 2004.
- [9] 林毅夫. 关于制度变迁的经济学理论——诱致性变迁与强制性变迁[J]. 转引自 R. 科斯等. 财产权利与制度变迁[M]. 上海: 上海人民出版社, 1994.
- [10] 高惠霞, 杨君. 美国医师执照考试制度对我国医师准入制度的启示[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(4): 84-85.
- [11] 曼瑟尔·奥尔森. 集体行动的逻辑[M]. 上海: 上海人民出版社, 1995.

- [12] 诺斯. 经济史上的结构和变革[M]. 北京: 商务印书馆, 1992.
- [13] 科尔奈. 转轨中的福利、选择和一致性[M]. 北京: 中信出版社, 2003.
- [14] 巴泽尔. 产权的经济分析[M]. 上海: 上海人民出版社, 1997.
- [15] Lionel Robbins. 经济科学的性质和意义[M]. 北京: 商务印书馆, 2009.
- [16] 吕国营. 中国公立医院改革的逻辑[J]. 湖北社会科学, 2009(7): 56-59.
- [17] 周春红. 论我国医疗服务市场中的信息不对称[J]. 卫生经济研究, 2010(4): 13-15.
- [18] 谢子远, 鞠芳辉, 郑长娟. “第三方购买”: 医疗服务市场化改革的路径选择及其经济学分析[J]. 中国工业经济, 2005(11): 51-58.
- [19] 顾昕. 全球性医疗体制改革的大趋势[J]. 中国社会科学, 2005(6): 121-128.
- [20] 莱斯特·M·萨拉蒙. 全球公民社会—非营利部门视界[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2007.
- [21] 奥斯特罗姆. 公共事务的治理之道[M]. 杭州: 浙江人民出版社, 2000.
- [22] 魏伯乐. 私有化的局限[M]. 上海: 上海人民出版社, 2006.
- [23] 王信川. 药价死结[N]. 经济, 2005-10-13.
- [24] 吴湘玲. 公共管理的重要主体: 迅猛崛起的第三部门[J]. 武汉大学学报: 人文科学版, 2004, 57(5): 613-617.
- [25] 顾昕. 能促型国家的角色: 事业单位的改革与非营利部门的转型[J]. 河北学刊, 2005, 25(1): 11-17.

[收稿日期:2010-07-28 修回日期:2010-11-12]

(编辑 薛云)

· 动态讯息 ·

欢迎订阅 2011 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是中华人民共和国卫生部主管, 中国医学科学院主办, 中国医学科学院医学信息研究所和中国医学科学院卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 15 元/册, 全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicyn@gmail.com

电话: 010-52328667 52328669

传真: 010-52328670