

Economics Analysis on China's New Rural Cooperative Medical

Scheme:

for Example, Chao-yang District in Beijing

Analyse économique de l'assurance médicale coopérative de la campagne:

prenant comme exemple l'arrondissement Chaoyang de Beijing

新型農村合作醫療保障的經濟學分析

——以北京市朝陽區為例

Qin Lijian

秦立建

Received 15 January 2007; accepted 16 April 2007

Abstract: This paper uses economic theory to analyze China's New Rural Cooperative Medical Scheme, and with empirical research, finds that there are still some problems that need urgent solution in the scheme. And at last the paper recommends: medical service providers should be more competitive, third party to purchase should be executed and improve the regional to enhance the medical funds balance ability.

Key words: New Rural Cooperative Medical Scheme, Economic theory, Fairness and Efficiency, Chao-yang District, Beijing

Résumé: L'article présente analyse, avec la théorie de l'économie, le système de la nouvelle coopérative médicale rurale et trouve, sur la base des recherches des faits, qu'il existe des problèmes dans la nouvelle coopérative médicale rurale mise en application de notre pays. L'article propose enfin des conseils sur l'introduction du mécanisme compétitif de l'institution fournisseuse des services médicaux, l'introduction du mécanisme d'achat de la troisième partie, l'élargissement du domaine de planification et le renforcement de la capacité de régularisation des fonds.

Mots-clés: nouvelle coopérative médicale rurale, théorie de l'économie, équité et efficacité, arrondissement Chaoyang

摘要: 本文運用經濟學理論對新型農村合作醫療制度進行分析，並結合實證研究，發現我國目前實施的新型農村合作醫療還存在一些亟待解決的問題。本文最後提出了引入醫療服務提供機構的競爭機制，引入第三方購買機制和擴大統籌區域增強基金調劑能力的政策建議。

關鍵詞: 新型農村合作醫療；經濟學理論；公平與效率；北京市朝陽區

1. 引言

我國作為一個發展中大國，醫療資源還不十分豐富，讓有限的醫療資源最大限度的滿足廣大

人民群眾的基本醫療需求，應成為我國醫療保障制度的目標。建立與我國國情相適應的社會醫療保障制度，不僅能有效提高我國人民的生活品質，同時對於促進社會穩定和經濟發展也具有十分重要的意義（朱銘來，2006）。20世紀90年代，在全國範圍內的市場化的醫療體制改革，雖然極大地提高了醫療機構的運營效率，但同時也引發了新的矛盾，其中一個突出的問題便是大多數居民沒有醫療保障，承擔了過多的改革成本（代英姿，2006）。市場經濟的引入導致了農村合作醫療的解體，農村合作醫療的覆蓋比例由1975年的85%-90%降至1997年的5%-10%（Tomlinson,1997;Wang等，2005）。根據衛生部公佈的2003年第三次國家衛生服務調查主要結果，我國有44.8%的城鎮人口和79.1%的農村人口沒有任何醫療保障，基本上靠自費看病，患者有48.9%的人沒有到醫院就診，醫生診斷應該住院治療而沒有住院的比例為29.6%。而從患者未就診、未住院的原因來看，門診患者中，38.2%的人是由於

經濟困難；在應該住院而未住院的患者中，70%也是由於經濟困難的原因（衛生部統計資訊中心，2004）。

醫療衛生保健市場的市場失靈和農村初級醫療衛生保健服務的准公共品特徵成為政府介入農村醫療保障的依據，社會和經濟的可持續發展也需要政府扮演家長式的角色，以維護社會公正和關注弱勢群體。中央政府決定於2004年在全國開始新型農村合作醫療的試點工作，統籌城鄉經濟社會和諧發展，以達到減少農民因病致貧、因病返貧現象的政策目標。與以往歷次合作醫療相比，本次新型農村合作醫療最大的區別就是：政府明確了出資責任，首次承諾對參加新型農村合作醫療的農民每人每年補助20元（中央政府出10元，地方政府出10元）。在隨後的幾年試點中，中央政府加大了出資力度（見表1）。這些資金的投入，對於增強農民人力資本，解決農民看病難、看病貴的問題起到良好的作用。

表1 全國新型農村合作醫療基金籌資情況 單位：億元

| 項目 | 當年籌資總額 | 中央財政 | 地方財政 | 農民籌資 | 其他管道 | 非農民籌資比例（%） |
|-------|--------|-------|--------|-------|------|------------|
| 2004年 | 40.13 | 6.50 | 15.62 | 12.34 | 5.67 | 69.25 |
| 2005年 | 75.35 | 5.42 | 36.93 | 28.73 | 4.27 | 61.87 |
| 2006年 | 213.59 | 42.70 | 107.77 | 58.01 | 5.11 | 72.84 |

資料來源：作者根據有關資料整理所得

2. 新型農村合作醫療保障的經濟學分析

2.1 共付保險與衛生保健需求

共付保險對農民衛生保健的需求會產生影響。圖1表示的是醫療的邊際成本和農民在兩種保險條件下對醫療的需求。如果農民沒有參加保險，也就是消費者的共付比例為100%時，那麼醫療保健的最佳消費數量是 Q_0 單位。這時，根據消費者偏好，由需求曲線表示的邊際收益等於邊際成本，價格（包括路上的時間、停車和將服務提供給市場的成本）反映的是將整個服務提供給市場的社會成本。此時，資源達到了有效配置。

現在如果農民參加合作醫療，假設農民的共

付保險率是60%，則這時農民的需求曲線就會向外旋轉，達到新的平衡點，此時的需求量是 Q_1 ，而服務提供給市場的成本仍舊是 P_0 。現在所提供的服務價值是 P_0Q_1 而不是 P_0Q_0 ，增量費用是 $P_0(Q_1-Q_0)$ ，或者表示為長方形 ABQ_1Q_0 。增量效益可以用初始需求曲線下的區域 ACQ_1Q_0 衡量，剩下的三角形 ABC 代表福利損失，之所以產生這個損失是由於農民購買的醫療保健數量超過了最佳數量。由此可見，醫療保險能夠在衛生保健需求和其他商品中扭曲資源的配置。

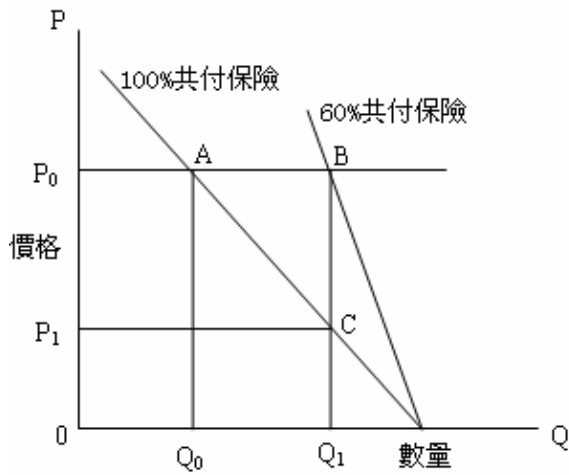


圖 1 保險存在時的衛生保健需求

2.2 起付線與衛生保健需求

起付線是指在醫療保險起付以前，參保農民首先應支付的醫藥費用的數額。醫療保險設置起付線的目的一般是為了不賠付小病小傷所帶來的損失，以減少醫療保險機構的管理成本和參保農民的道德風險。如圖 2 所示，當參合農民面對某

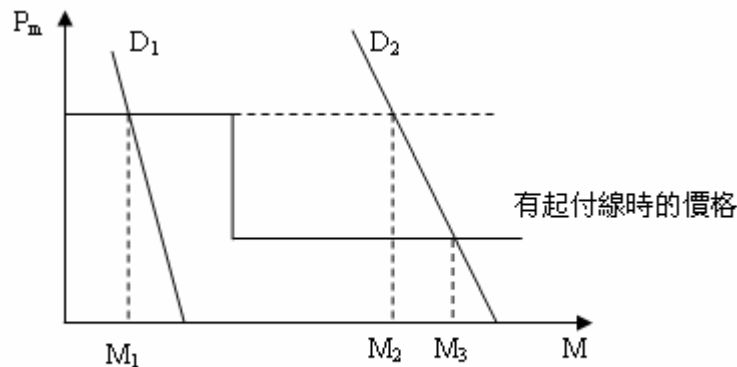


圖 2 起付線對消費者醫療服務需求的影響模型

2.3 誘導需求與衛生保健需求

供給誘導需求的起源可以追溯到謝恩和羅默 (Shan and Romer, 1959)，他們發現了短期普通醫院的每千人床位數和每千人住院天數之間的正相關關係，這種現象被稱為“只要有病床，就有人來用病床”。圖 3 演示了醫生導致的誘導需求。最初，假設醫療服務市場在需求曲線 D_0 和供給曲線 S_0 相交點 (Q_0P_0) 達到市場均衡，現在假設由於

種小病時，其需求曲線是 D_1 ，即使有保險由於其醫藥費低於起付線，仍需要自付全部費用，也就是說有保險者面臨著與無保險者同樣的價格，在這種情況下，醫療保險不會對消費者的醫療服務需求產生影響，不論其是否參加保險，衛生保健的需求量均是 M_1 。當某種更為嚴重的疾病發生時，參合農民的需求曲線變為 D_2 ，在這種情況下，由於醫藥費遠遠高於起付線，而且有保險的消費者能夠報銷起付線以上的醫藥費用，相當於醫療服務的價格有所下降，所以醫療服務需求會有所增加。由該圖也可以看出，如果農民沒有參加合作醫療，其需求量为 M_2 ；如果參加了合作醫療，則需求量为 M_3 。起付線的高低對衛生保健需求的影響極大，起付線越低就越容易導致農民的道德風險。北京市朝陽區新農合的基本醫療由各個鄉自行制定起付線，2006 年設有起付線的 4 個鄉其資金結餘在 26%-45% 之間，但零起付線的大多數鄉其資金處於赤字狀態。

醫生數量增加，供給曲線由 S_0 移至 S_1 。在一般市場環境下，均衡價格應該下降至 P_1 ，均衡服務量應當增加至 Q_1 。但是，在醫療服務市場中，醫生為了消除服務價格下降對其收入的影響，可以人為的製造誘導需求，使需求曲線上移至 D_1 。最終，導致醫療服務價格和數量分別增加至 P_2 和 Q_2 。

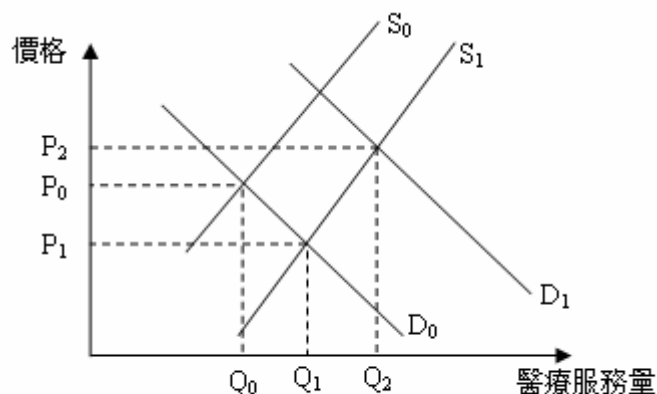


圖 3 誘導需求模型

北京市朝陽區近幾年參合人數變化不大，但是如表 2 和表 3 所示，其補償資金卻呈現逐年上升趨勢。雖然在政府單處方限額政策的管制下次均補償額有所下降，但是無論基本醫療還是大病統籌的人均診次呈快速增加狀態：基本醫療人均診次三年上升 2.25 倍，大病統籌上升 1.54 倍。由此可以看出，不論政府的管制如何變化，醫生總有辦法追求自身利益最大化，導致誘導需求的形成。

表 2 北京市朝陽區新型農村合作醫療基本醫療次均補償額 單位：元

| 年份 | 補償金額 | 補償人次 | 次均補償額 | 參加人數 | 人均診次(次) |
|--------|----------|--------|--------|--------|---------|
| 2004 年 | 21644500 | 203923 | 106.14 | 136591 | 1.4929 |
| 2005 年 | 25273700 | 361237 | 69.96 | 136648 | 2.6436 |
| 2006 年 | 27147600 | 440218 | 61.67 | 130824 | 3.3650 |

資料來源：作者根據有關資料整理所得

表 3 北京市朝陽區新型農村合作醫療大病統籌次均補償額 單位：元

| 年份 | 補償金額 | 補償人次 | 次均補償額 | 參加人數 | 人均診次(次) |
|--------|----------|------|---------|--------|---------|
| 2004 年 | 12314500 | 2372 | 5191.61 | 150950 | 0.0157 |
| 2005 年 | 14293600 | 2667 | 5359.43 | 128739 | 0.0207 |
| 2006 年 | 15345033 | 3171 | 4839.18 | 131335 | 0.0241 |

資料來源：作者根據有關資料整理所得

2.4 醫療服務供方壟斷與衛生保健需求

如果長期內供給是完全彈性的競爭性供給，供給曲線同時代表了產業的平均成本 AC 和邊際成本 MC，則競爭性的價格與產量分別是 P_C 和 Q_C 。如果該產業是壟斷的並且需求和成本是不變的，利潤最大化的產出為 Q_M ，此時 $MR=MC$ ，壟斷價格為 P_M ，高於 P_C ，福利損失由三角形 ABC 表示。然而，壟斷勢力並不僅僅指完全壟斷，壟斷模型普遍適用於一個或少數幾個賣方占主導地位的市場。而我國醫療市場雖然允許民營資本進入、允許個體診所的存在，但在整個醫療服務市場上，國有醫療服務機構還處於絕對壟斷地位。

政府干預的不當，新農合定點服務傾向於公立機構的制度安排，強化了其原有的壟斷地位，不利於費用控制。北京市朝陽區 2006 年醫療保健支出同比增長 30.8% 確切的說明了壟斷的福利損失。

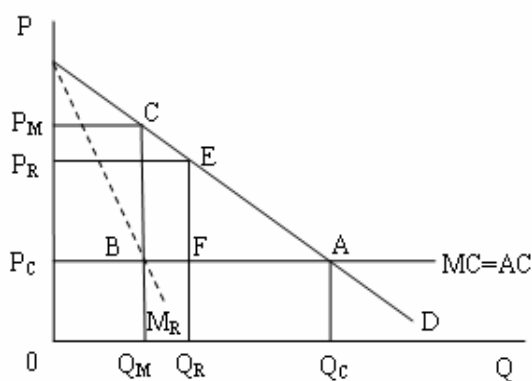


圖 4 壟斷的福利損失

3. 完善新型農村合作醫療制度的建議

3.1 引入醫療服務提供機構的競爭機制

加強醫療服務提供機構之間的競爭機制是控制醫療機構誘導需求的一種有效的方法。但在我國由於醫療機構國有壟斷的特殊性，始終難以對此動“手術”，現行的改革也只是簡單化處理：私有化或轉制非贏利機構。但所有制改變只是一個方面，醫療機構的地域性自然壟斷性質並不是所有制就能解決的，公有制的壟斷變為私有制的壟斷並不能改變醫療機構的行為模式。這方面，山西省潞城市的經驗值得借鑒¹：該市在行政村或自然村裏實行衛生所“一村多所”機制，多個定點醫療診所和醫療機構相互競爭。不論所有制如何，軟硬體達到要求的醫療機構只要申請就可以成為定點醫療機構。一村多所的競爭機制，讓市場監督村衛生所醫技人員的行為，有效降低了監督成本，避免了“一所獨大”的局面，促進了衛生所與農民長期和諧發展的局面。朝陽區新農合管理機構規定只有公立醫療機構才能成為定點醫療機構的做法不利於醫療費用的控制。

3.2 引入第三方購買機制

對於公共產品，其供給方式不是唯一的，實際上，可以通過發揮市場機制的的作用來提供。我

¹資料來源於作者 2006 年 9 月在山西省潞城市的實地調查。

國目前的公費醫保和商業保險減輕國民的醫療負擔可以看作一種具有市場化性質的解決方式。但是目前由於北京市朝陽區等地方的農村合作醫療還存在鄉辦鄉管、甚至村辦村管的低級形式，這導致合作醫療管理中心沒有足夠的力量與醫療機構博弈，最終導致參合農民的利益受損失。不少地方新農合採取事後報銷制，即就診者作為單個的主體接受醫療服務時，必須自己預支全部費用，然後才能到醫療保險機構尋求報銷，從醫療服務機構的角度看，新農合參合病人與未參合病人區別不大，只不過前者的費用節省意識稍微弱一點而已（顧昕，2005）。所以，應切實引入第三方購買機制，改變農民看病和新農合管理機構的被動地位。

3.3 擴大統籌區域增強基金調劑能力

我國新型農村合作醫療在統籌層次上與傳統合作醫療有明顯的差別：新合作醫療要求在以縣區為單位進行試點，但各地可以根據實際情況另行規定統籌層次的高低；傳統合作醫療一般以村或鄉鎮為統籌單位。統籌層次低的時候，參保的人數相對較小，資金抗風險的能力較弱。在實際執行的過程中，由於各鄉、甚至有的村經濟差距巨大，可能制定了不同的保障水準，統籌層次較低而制定不同的政策這種做法在發達地區是存在的。比如北京市朝陽區、上海市楊浦區以及擁有 5 個全國百強縣的浙江嘉興市，縣（區）級合管辦管理統籌基金，對大病進行補償；基本醫療由鄉鎮基金負責補償。朝陽區東風鄉 2007 年共參合農民 196 人，參合率 100%，基本醫療籌集基金共 31360 元，而 2007 年第一季度該鄉基本醫療報銷費用 34253.78 元，超支 2893.78 元。由此可見，擴大統籌區域迫在眉睫。

*致謝：本文感謝“首都高校博士進朝陽”專案的資助。

參考文獻

- [1] 朱銘來. 我國醫療保障制度再構建的經濟學分析. 南開經濟研究, 2006 (6)
- [2] 代英姿. 試論我國醫療體制改革的路徑. 瀋陽師範大學學報, 2006 (6)
- [3] Tomlinson, R. (1997), *Health Care in China is Highly Inequitable*. British Medical Journal, 315,835
- [4] Wang, H., Yip, W., Zhang, L., Wang, L., and Hsiao,

W.(2005),Community-based Health Insurance in Poor Rural
China: the Distribution of Net Benefits. *Health Policy and
Planning*, 20(6):366-374

[5] 衛生部統計資訊中心.中國衛生服務調查研究.北京:
北京協和醫科大學出版社, 2004

[6] 顧昕. 走向有管理的市場化: 中國醫療體制改革的戰
略性選擇.經濟社會體制比較, 2005 (6)

作者簡介:

Qin Lijian (秦立建), 男 (1976--), 安徽臨泉人, 中國農
業大學經濟管理學院博士研究生, 從事衛生經濟學研究。

通訊位址: 北京市圓明園西路 2 號中國農業大學經濟管理
學院 06 級博士研究生 100094

E-mail: qinlj28@163.com