

全民医保的实施为什么没有降低医疗负担?

四川大学 赵绍阳 西南财经大学 臧文斌*

目前我国已基本实现了全民医保覆盖,城镇职工基本医疗保险(以下简称城镇职工医保)、新型农村合作医疗(以下简称新农合)和城镇居民基本医疗保险(以下简称城镇居民医保)分别覆盖了城镇就业人员、农村居民以及城镇非就业居民,使得超过 13 亿的人民群众看病就医有了基本的保障;虽然医疗保障水平不高,但是基本医疗保险的全民覆盖还是对满足我国居民基本医疗服务的需求及改善其健康状况都具有积极作用。大量相关的实证文献证实:新农合和城镇居民基本医保的实施不仅显著提高了医疗服务利用率,因此使得参保者“有病不医”的状况得到控制,同时也促进了居民健康状况的明显改善(Lei and Lin, 2009; 刘国恩等, 2011; 程令国、张晔, 2012; 潘杰等, 2013; Chen et al., 2012; Liu et al., 2014);此外,由于降低了参保者面临的未来不确定性,基本医疗保险也被证实显著降低了家庭的预防性储蓄,因此大大提高了消费水平。所以全民医保的实施对于拉动内需具有极其重要的作用(马双等, 2011; 白重恩等, 2012; 臧文斌等, 2012)。

不过与此同时,出乎意料的是,最近的一些研究也发现:医疗保险(包括新农合、城镇居民医保)并没有显著减轻参保者的实际医疗支出负担和大病支出发生率(Lei and Lin, 2009; Wagstaff et al., 2009; Yip and Hsiao, 2009; Sun et al., 2009; Hou et al., 2014; Li et al., 2014)。这些结论使得我们需要更加全面地审视全民医保实施的效果,也对下一步深化医改具有很强的指导意义。那么为什么全民医保的实施并没有显著降低参保者的医疗负担呢?

这必须结合我国医疗服务市场的供求体制才能解释清楚。医保覆盖(或者医保待遇提高)之后,居民的医疗服务需求增加,可能表现为医疗服务利用率和医疗服务花费的显著增加。那么此时,存在两种可能会导致实际的医疗负担最后不会下降的原因。首先,可能是因为供给面的垄断。由于医疗服务供给缺乏弹性,医疗服务需求增加的结果是医疗服务价格(次均就诊费用)也会随之提高。如下图所示,分 A、B 两种情形:刚性的医疗供给与弹性的医疗供给。很明显,弹性供给体制下,就诊量会显著提高,同时医疗服务价格则变化不大;刚性供给体制下,就诊量的变化不大,但是价格会显著提高。由于实际支付的医疗服务价格提高了,就很可能抵消医保报销部分,结果导致医疗负担没有明显下降。封进等(2010)的文章使用

* 赵绍阳获西南财经大学经济管理研究院经济学博士学位,现为四川大学经济学院讲师;他的电子邮箱是 zhaoshaoyang@scu.edu.cn。臧文斌获美国肯塔基大学经济学博士学位,现为西南财经大学公共管理学院教授;他的电子邮箱是 zangwenbin@gmail.com。

CHNS 的调查数据证明:在我国农村地区推行新农合之后,医疗服务价格有显著提高^①。这一效应主要体现在县级医院,而在诊所等基层医疗机构则不明显。作者因此认为,是县医院的垄断地位导致了在新农合实施之后医疗服务价格的提高,诊所则因为相对缺乏垄断力量,对价格的影响较小。其次,则是从需求释放的层面给出的解释:由于我国大部分居民长期缺乏医疗保障,导致有病不医或者得不到及时医治,而一旦参保,医疗服务的需求短期得到释放,从而使得参保者对医保覆盖的反应是医疗服务需求的急剧增加,结果也会导致实际医疗负担不会下降(程令国、张晔,2012)。所以,一方面的因素是供给缺乏弹性,另一方面的因素是需求的急剧释放。现实中,极有可能是二者的共同作用导致了在医疗服务利用率大幅提高、健康状况明显改善的同时,医疗负担却没有显著下降。

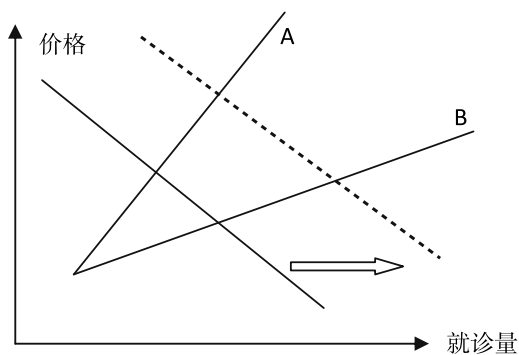


图 1 全民医保实施的效果

以上的分析可以很好地解释新农合的效果。相比之下,由于我国城乡医疗市场存在的巨大差异,这一分析框架可能难以直接应用于对城镇居民医保实施效果的解释。首先,从医保覆盖的人群来说,二者的差异实际上并不大。与广大农村居民一样,城镇居民医保覆盖的人群(主要是老年人、小孩以及非从业人员)也是在相当长的时间内没有医保覆盖,所以全民医保的实现都会极大地提高其医疗服务需求。但是,城乡医疗市场的供给状况却存在较大的差别。县医院在农村地区可能具有一定的垄断地位,而垄断地位可能是农村地区医疗服务市场供给缺乏弹性的最主要原因。但是对于城市地区来说,医疗资源相对要丰富得多,医疗市场可能相对更具竞争性。当然,优质的医疗资源肯定是极度稀缺的,即大医院实际上具有较强的垄断力量。因此,全民医保实施的效果在城乡地区可能存在较大差异。

迄今为止尚无文献考察医保覆盖对城市地区医疗服务价格的影响。我们利用某地区的微观数据,结合一次城乡(中心城区与郊县地区)居民医疗保险的政策变化过程,考察医保报销比例提高之后城乡地区参保者医疗服务利用率以及医疗负担的不同效果(赵绍阳、臧文斌等,2014,2015)。从实证结果来看,中心城区与郊县地区的结果差异较大。医保档次提高对郊县地区参保者的住院率、住院费用都有显著正向的影响,并降低自付医疗费用;并且这一作用在基层医疗机构以及小医院更加明显,对大医院就诊的参保者影响则并不显著。而医保档次提

^① 这里的“医疗服务价格”其实指的是医疗服务的“总价格”(例如,一次感冒的总花费),不是单项服务或药品的价格。一次感冒总花费=挂号费+药品价格*药品数量+其他费用,虽然药品单价不会变化,但是“总价格”的变化却相对容易。

高对中心城区参保者的住院率、住院费用都没有显著的影响(降低自付医疗费用),并且这一作用机制并不依赖于医院的规模大小。

表 1 档次提高效果的城乡比较

		郊县	中心城区
住院率		显著正影响	不显著
住院费用	所有医院	显著正影响	不显著
	二级以下医院	显著正影响	不显著
	二级及以上医院	不显著	不显著
住院天数	所有医院	显著正影响	不显著
	二级以下医院	显著正影响	不显著
	二级及以上医院	不显著	不显著
自付费用	所有医院	显著负影响	显著负影响
	二级以下医院	显著负影响	显著负影响
	二级及以上医院	显著负影响	显著负影响

以上的实证结果无法基于医院的垄断地位来解释。郊县地区的结果与封进等(2010)对农村地区新农合的研究结论基本一致。但是基于垄断地区的理论无法解释医保在中心城区发挥的作用效果。按照垄断地位的假说,医保档次的提高应该使在大医院就诊的参保者的住院费用上升。但实际情况是,医保档次提高对中心城区参保者的住院费用没有显著影响。而在郊县地区,虽然整体而言,档次提高导致了住院费用的提高,但是影响主要发生在小医院,而非理论预期的大医院。我国医疗资源,尤其是优质的医疗资源过于集中,因此大医院实际上具有较强的垄断定价力量,大医院更有动机提高医疗服务价格,而这恰恰与本文的实证结果相悖。可见,当医疗覆盖引起居民医疗服务需求增加时,“垄断地位”并不必然导致医疗机构诱导需求量的增加。

我们主要基于医疗市场的价格管制来解释这一现象。我们的结论显示:在医疗服务价格受到较为严格的管制、医疗机构(尤其是公立医院)的供给能力有限(甚至是供不应求)的条件下,参保居民增加的医疗服务需要并不会转化为有效的需求,因此医疗总费用基本不变,医疗负担会有所下降;而对于医疗服务价格不受管制或者供给能力充足的医疗机构(基层医疗机构、小医院)而言,医疗总费用则会显著提高(医疗负担可能会下降)。

目前国内的医疗医药价格格局是:基本医疗服务的价格,包括医务人员劳务价格、传统设施、设备的检查治疗收费以及普药价格被严重低估,而新设施、设备的检查治疗收费、新药、外资药企生产的药品以及进口药的价格则明显偏高(朱恒鹏,2010)。在这样的价格体系下,一方面导致了医院为了增加收入,必然会倾向于提供更多的非基本医疗服务、包括特需医疗服务,而减少对基本医疗服务项目的提供;另一方面,则导致相对于小医院,对大医院的医疗服务是严重供不应求的。图 2 较为细致地描述了在这一现状条件下全民医保增加医疗服务需求之后的影响。假定初始的状态下,对于小医院,管制价格相对合理,供求相对平衡;对于大医院,由于管制医疗价格相对偏低,导致对其医疗服务供不应求(存在排队或配给现象)。如果实施

全民医保导致了需求的增加(需求曲线右移),此时如果价格管制没有变化,对于大医院而言,只会导致供不应求的状况更加严重。而对于小医院或基层医疗机构来说,则可能导致医疗服务价格提高。

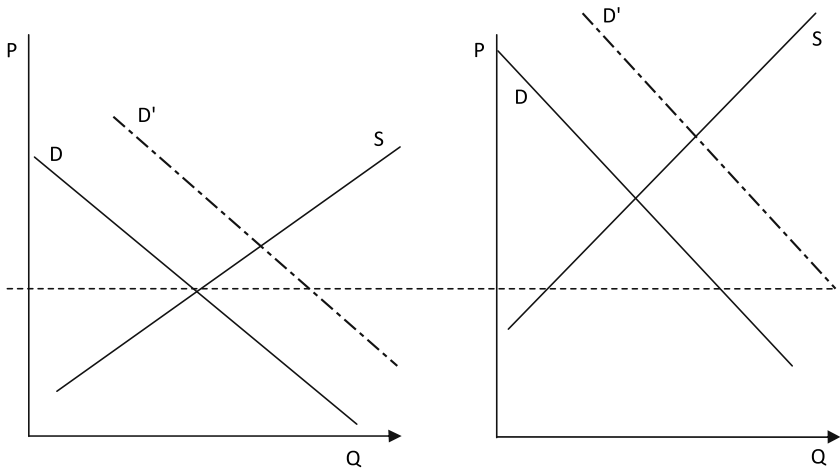


图2 全民医保的效果:不同规模医院的比较(左图为小医院,右图为大医院)

以上的实证结果与当地医疗市场的结构变化也是一致的,反映的恰恰是该地区医疗资源存在进一步向大医院集中的趋势,结果导致了医疗市场资源配置的结构矛盾更加突出。首先,虽然当地不同规模医院的数量都有所增加,其中三级医院的数量从2007年14家已经迅速增加到2013年的39家,但另一方面,大医院的医疗资源以及患者人数等增长更快,结果导致医疗资源和患者都呈现出向大医院(三级医院)集中的趋势:一方面,三级医院的职工总数、卫生技术人员、护士人员以及床位数的份额则一直占据市场的主导地位;另一方面,三级医院的总收入份额、门诊收入和住院收入份额都有所增加,截至2013年,三级医院的门诊收入份额超过了62%,住院收入份额也超过了67%,相应的,三级医院的年诊疗人次、门诊人次和入院人次份额自2007年以来也保持持续稳定的增长,目前已经超过了50%。

表2 不同等级医院数量及比重

	三级医院		二级医院		一级医院		未定级		总数
	数量	比例	数量	比例	数量	比例	数量	比例	
2007	14	4.3%	93	27.1%	47	13.7%	189	55.1%	343
2008	14	4.2%	88	26.7%	39	11.9%	189	57.3%	330
2009	17	5.0%	82	24.0%	45	13.2%	197	57.8%	341
2010	16	4.2%	75	20.0%	47	12.4%	240	63.5%	378
2011	21	4.7%	82	18.5%	64	14.5%	276	62.3%	443
2012	31	6.6%	91	19.2%	63	13.3%	288	60.9%	473
2013	39	7.8%	92	18.5%	64	12.9%	303	60.8%	498

备注:根据医院的等级将医院分为三级、二级、一级医院以及未定级医院,未定级医院主要是一些未参加评级的医院,以民营医院为主。

表 3 三级及以上医院各项指标的市场占比

	卫生技术人员	护士人员	床位数量	诊疗人次	门诊人次	入院人次
2007	28.17%	31.61%	28.36%	33.99%	33.83%	29.75%
2008	27.80%	30.31%	29.94%	33.65%	33.75%	30.50%
2009	33.18%	37.64%	32.65%	34.13%	33.74%	31.17%
2010	32.36%	36.05%	31.46%	37.02%	36.41%	32.22%
2011	35.85%	38.88%	34.05%	40.12%	39.77%	36.54%
2012	44.79%	48.81%	40.13%	51.10%	50.84%	43.37%
2013	48.50%	51.15%	42.13%	55.40%	55.62%	47.15%

因此,综合以往的文献以及本文的研究结果,我们认为:实际上并不是医院的垄断地位导致了全民医保对于降低医疗负担没有效果,而主要是因为当全民医保的实现大大释放了医疗服务需求的同时,由于医疗市场的价格管制,医疗服务供给没有相应增加,结果导致参保者医疗负担并没有明显下降。也就是说,全民医保实施的效果与医疗服务市场的供给条件密切相关。目前针对医疗服务价格的管制、医疗服务要素、市场投入要素的限制,可能大大制约了医疗机构增加供给的激励,结果导致了医保覆盖没有导致医疗负担的下降。

参考文献:

- Chen, Y. and Jin, G., 2012, Does health insurance coverage lead to better health and educational outcomes? Evidence from rural China, *Journal of Health Economics*, 31(1), 1-14.
- Hou Z., Van de Poel E., Van Doorslaer E., Yu, B. and Meng, Q., 2014, Effects of NCMS coverage on access to care and financial protection in China, *Health Economics*, 23, 917-934.
- Lei, X. and Lin, W., 2009, The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health? *Health Economics*, 18, S25-S46.
- Li Y., Wu, Q., Liu, C., Kang, Z., Xie, X., Yin, H., Jiao, M., Liu, G. and Hao, Y., 2014, Catastrophic Health Expenditure and Rural Household Impoverishment in China: What Role Does the New Cooperative Health Insurance Scheme Play? *PLOS ONE*, 9(4), e93253.
- Lin, W., Liu, G., and Chen, G., 2009, The Urban Resident Basic Medical Insurance: a landmark reform towards universal coverage in China, *Health Economics*, 18, S83-S96.
- Liu, H. and Zhao, Z., 2014, Does health insurance matter? Evidence from China's urban resident basic medical insurance, *Journal of Comparative Economics*, 42(4), 1007-1020.
- Wagstaff, A. and Lindelow, M., 2008, Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China, *Journal of Health Economics*, 27, 990-1005.
- Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu, L. and Qian, J., 2009, Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme, *Journal of Health Economics*, 28(1), 1-19.
- Yip, W. and Hsiao, W., 2009, Non-Evidence-Based Policy: How Effective is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment? *Social Science and Medicine*, 68, 201-209.
- 白重恩、李宏彬、吴斌珍, 2012, 医疗保险与消费: 来自新型农村合作医疗的证据, 《经济研究》第 2 期, 41-53。
- 程令国、张晔, 2012, “新农合”: 经济绩效还是健康绩效? 《经济研究》第 1 期, 120-133。

- 封进、刘芳、陈沁,2010,新型农村合作医疗对县村两级价格的影响,《经济研究》第11期,127-140。
- 刘国恩、蔡春光、李林,2011,中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析,《经济研究》第3期,95-107。
- 马双、臧文斌、甘犁,2010,新型农村合作医疗保险对农村居民食物消费的影响分析,《经济学(季刊)》第10卷第1期,249-270。
- 潘杰、雷晓燕、刘国恩,2013,医疗保险促进健康吗?《经济研究》第4期,130-142。
- 臧文斌、刘国恩、徐菲、熊先军,2012,中国城镇居民基本医疗保险对家庭消费的影响,《经济研究》第7期,75-85。
- 赵绍阳、臧文斌、傅十和、刘国恩,2013,强制医保制度下无保险人群的健康状况研究,《经济研究》第7期,118-131。
- 赵绍阳、尹庆双、臧文斌,2014,医疗保险补偿与患者就诊选择:基于双重差分的实证分析,《经济评论》,第1期,3-11。
- 赵绍阳、臧文斌、尹庆双,2015,医疗保障水平的福利效果,《经济研究》第8期,130-145。
- 朱恒鹏,2010,还医生以体面:医疗服务走向市场定价,《财贸经济》,第3期,123-129。