

新农合的福利效果与改革方向 ——基于供给者诱导需求的分析框架

宁满秀¹, 杨志武², 刘进¹

(1. 福州大学公共管理学院, 福建福州, 350108;
2. 东北农业大学经济管理学院, 黑龙江哈尔滨, 150030)

摘要: 现阶段新农合政策对医疗费用的控制主要着眼于共付机制的需求方约束, 这必然以降低农户福利水平为代价。在医疗服务供给者诱导需求的条件下, 供给方的道德风险引致的过度诊疗必然带来医疗费用急剧膨胀, 最终造成医疗资源配置严重浪费和低效率。基于以供给者诱导需求为分析框架, 从理论上对我国现阶段新农合政策的福利效果进行了阐述, 认为影响新农合政策中医疗服务供给者行为的主要因素有: 市场竞争形态、信息不对称以及医疗保险支付方式。并据此认为, 新农合的改革方向应以控制医疗供给方的道德风险为核心, 真正提高农户从新农合制度中享受到的福利和收益。

关键词: 新农合; 供给者诱导需求; 福利效果; 信息不对称; 支付制度; 可持续发展

中图分类号: F323.89

文献标识码: A

文章编号: 1672-3104(2013)05-0032-05

一、引言

2003年, 我国为解决低收入农民“看病难、看病贵”问题, 建立主要以政府投资、通过直接对医疗保险注资以补贴农户医疗消费的新型农村合作医疗制度(简称新农合, 下同), 截至2010年, 新农合参合人数为8.35亿人, 覆盖面达到95%(中国卫生部, 2011)。但是, 已有研究表明该公共政策实施效果的作用有限。新农合政策在一定程度上增加了农民对医疗服务的利用, 但是并没有减轻农民的医疗负担, 甚至导致医疗费用支出明显上涨^[1-4]。朱俊生^[5]、李玲^[6]认为, 导致我国新农合政策效果不明显的主要原因在于现行的制度设计不能有效地控制医疗服务供给方的道德风险; 尤其是, 按服务项目付费制度对医疗服务的过量提供缺乏控制力, 医生利用自己的信息优势, 诱导不必要的医疗需求, 医院甚至利用“挂床”的方式套取医保资金。

在中国农村, 特别是经济欠发达地区, 农民对医疗信息的了解及医疗常识的熟悉程度普遍偏低, 而且

由于医疗行业的高度专业性和技术性, 医生比患者拥有更多的信息, 从而造成医患之间信息不对称, 医疗供方可以从新农合中获得一部分补偿, 因此, 这种医患之间的信息不对称会导致供方诱导需求(Supplier-induced demand, SID)的状况, 供给方的道德风险在一定程度上导致医疗费用的急剧膨胀, 造成医疗资源配置的严重浪费和低效率。因此, 如果在分析新农合政策福利效果的研究中, 不考虑供给者诱导需求这一因素, 需求曲线就不一定代表病人对医疗服务能够给自己带来的效用大小的评价, 许多新农合政策的福利经济学分析结论就会出现偏差, SID的存在将直接或间接地造成医疗资源的浪费, 抵消新农合政策给农户带来的福利效果, 将高估新农合减轻农民就医负担的作用, 价格管制与部分负担等控制医疗利用的政策措施将无效。

因此, 本文基于机制设计一般原理, 瞄准提升财政支出效率这一政策目标, 将供给者诱导需求理论纳入到新农合政策的福利效果分析框架中, 全面评价我国新农合制度的福利效果与可持续性, 这对我国农村医疗保障政策的进一步完善和发展具有理论和现实的双重意义。为实现这一研究目标, 本研究拟从供给者

收稿日期: 2013-03-07; 修回日期: 2013-09-10

基金项目: 教育部人文社科规划青年基金(11YJC790138); 中国博士后科学基金特别资助(201003329); 福建省杰出青年科研人才培养计划阶段成果(JA11029S)

作者简介: 宁满秀(1979-), 女, 湖南隆回人, 农业经济管理专业博士, 福州大学公共管理学院副教授, 硕士生导师, 主要研究方向: 农村社会保障; 杨志武(1980-), 男, 黑龙江绥化人, 农业经济管理专业博士, 东北农业大学经济管理学院讲师, 主要研究方向: 农业经济; 刘进(1989-), 男, 湖北监利人, 福州大学公共管理学院硕士研究生, 主要研究方向: 社会保障。

诱导需求的角度, 深度解析和重新评价现阶段新农合的政策效果, 为新农合制度下医疗服务市场的运行构建一个逻辑一致的理论分析框架。在加深对制定公共政策所依据的市场及其主体行为认知的基础上, 不仅可以为现阶段新农合政策的可持续发展提供科学的参考依据, 而且可以增进对一般医疗保障政策制定的理解。

二、供给者诱导需求行为对 新农合福利效果的影响

(一) 供给者诱导需求行为的理论分析

供给者诱导需求是指: 由于医疗供给者相对于购买者而言通常拥有信息优势, 且医疗供给者具有代理人身份, 当医疗供给者的收入受到挤压时, 在利益极大化的驱使下, 容易利用医生本身的信息优势来增加病患对医疗服务的需求。同时, 医生也必须权衡成本(声誉)和收益(医疗收入)做出是否诱导需求的决策。

假定医生是追求效用极大化的“理性人”, 医疗服务市场竞争程度增加会导致医生收入下降, 而医疗保险支付方式(如按服务项目付费制度)不能有效地约束医生供给行为, 作为代理人 and 医疗咨询者的医生会利用医患之间信息不对称的优势来诱导病患过度地消费医疗服务。

医生追求效用最大化的行为可以表示为:

$$\text{Max} U = U(Y, W, S) \quad (1)$$

式中: U 代表医生的效用水平, Y 代表医生的收入所得, W 代表医生的工作负荷, S 为医生对病患的诱导需求; 同时, $dU/dY > 0$ 说明医生的效用水平随着医生收入增加而增加, $dU/dW < 0$, $dU/dS < 0$ 说明工作负荷与诱导需求的增加将带给医生负效用。 $dU/dS < 0$ 可视为医生诱导需求的“良心成本”。^[7] 假定某一代表性病患对医生提供的医疗服务的需求函数为 $D(P, S)$, P 为医疗服务的价格, $dD/dS > 0$ 。假设医生服务的市场是一个垄断竞争性市场, 每一个医生所分配到的市场额度用 R 表示, 则:

$$W = RD(P, S) \quad (2)$$

式(2)表示为某一医生在特定期间的总工作负荷。为简化起见, 假定提供医疗服务的成本固定, 用 C 表示, 因此, 医生的收入函数可以表达为:

$$Y = PRD(P, S) - C \quad (3)$$

在式(2)、(3)的限制条件下, 医生选择最优的 P 、 W 和 S 使其效用最大化。在式(1)中关于 S 求一阶偏导

可得:

$$PR \frac{dD}{dS} \frac{dU}{dY} = - \left(R \frac{dD}{dS} \frac{dU}{dW} + \frac{dU}{dS} \right) \quad (4)$$

式(4)表明: 医生多诱导一单位需求使收入增加后所导致的效用增加(边际收益)等于由医生多诱导一单位需求所增加的工作负荷带来的负效用与诱导需求行为本身所直接产生的负效用构成的边际成本时, 医生的效用达到最大。

由此可见, 供给者诱导需求的存在应该有以下条件: 第一, 医生和患者之间存在信息不对称是诱导需求产生的前提; 第二, 医生是“理性人”, 追求自我效用的最大化是诱导需求产生的动机; 第三, 外在环境发生变化后(如付费方式改变), 医生通过不适当的影响(undue influence)来控制患者利用医疗服务的数量, 而不是通过配给(rationing)来进行医疗服务数量的设定。

(二) 供给者诱导需求行为的影响因素及作用机理分析

1. 市场竞争形态

医疗服务是一种专业服务且具有异质性和无法再转售的特性^[8], 而病患对医生的偏好也具有异质性, 因此, 专业医疗服务的异质性及其病患对该服务偏好的差异导致医疗服务市场处于垄断竞争的状态^[9]。

在病患自由选择医院和医生的竞争环境下, 由于医患之间存在严重的信息不对称, 患者缺乏搜索最低价格的意愿与能力, 通常会选择品牌医院、选择名医和高新设备; 消费者对价格的敏感度因为医疗保险中第三方付费机制而降低, 对医疗质量的需求则随之提升, 更增加医院购置高科技医疗设备以满足市场需求的诱因; 最终的结果是在医疗保险的介入下, 将会促进医疗提供者之间医疗竞武的行为, 使得医疗市场上高科技医疗仪器与技术的累积蔚为风潮。医疗院所为了吸引病人就医, 倾向于投入大量资本, 购置先进的高科技医疗仪器设备或发展技术, 以释放出高质量服务的信息, 从而提升医院形象、增加医院行销时吸引病人的筹码。这导致医院之间的竞争是以病患为主导的非价格竞争方式, 即医武竞争^[6, 10-11], 成为医疗保险制度下医疗市场竞争的主要形态。医院之间医疗竞武的竞争行为会导致医疗市场上高科技医疗设备的过度供给, 形成设备的闲置与浪费, 诱导病人过度或者重复检查, 造成医疗资源配置的无效率, 医院多提供设备所增加的成本, 在以成本为支付基础的制度下, 被转嫁给病人。这就表明, 在患者主导的医疗市场上, 竞争不仅不能降低医疗费用, 反而会刺激医疗价格快速上升。

2. 信息不对称

在医疗服务市场中,由于医学专业的特殊复杂性,病患缺乏相关的专业医学知识,对自己的病情采取何种治疗方式等专业的咨询,都会受到医生医学知识的影响,他们对健康服务的需求都是由专业医生建议甚至决定。实际上,病患和医生之间构成了委托代理关系,病患委任医生作为完全代理人,并期待医生能做出对自己最为有利的决策。朱恒鹏^[12]指出,医疗机构既作为医疗服务的提供者又同时扮演代理人。因此,医疗机构、医生面临着自利和患者的经济利益相冲突的现象,从而产生了医生的道德风险:医生扮演着不完全代理人的角色,凭借信息优势诱使患者消费过多的医疗服务及药品。研究表明,相较于基准价格,医患双方间的信息不对称因素对最终的医疗服务价格有正向影响:在医疗服务价格形成中,医生利用自己的医学信息将以50.17%的幅度提高医疗服务价格;而患者凭借其掌握的信息将以23.56%的幅度降低医疗服务价格,二者的差额达成的医疗服务价格相对于基准价格上涨了26.61%。^[13]

现有制度安排中的激励机制使医生收入与其诊疗收入密切相关,他们将充分利用信息不对称和不确定性,诱导更多医疗需求,增加病患或医疗体系的卫生支出^[14-15]。在市场机制下,医生的收入主要来自于服务收费,如果追求利润最大化的医生个人利益受到威胁时,医疗服务的边际收益高于提供服务的机会成本,病患不能判断医生是否做出了符合自己利益的建议,此时,医生就产生了诱导病患进行过度治疗的动机,出现了供给诱导需求的问题。医生对于患者的诱导需求受到患者所掌握的病情以及相关的医疗知识的影响,这两者呈现反向关系:患者掌握的信息越多,医生的诱导需求量也就越小;患者掌握的信息越少,医生就越能够实施诱导需求。医患之间的信息不对称可以决定诱导需求的程度。

3. 医疗保险支付方式

1980年以来,我国医疗卫生体制“放权让利”的市场化改革虽然增加了医疗服务的有效供给,但是,这一改革将医疗服务提供者推向市场的同时并没有形成有效的第三方成本控制机制,医院成为追求利益最大化的“经济人”,其公益性日趋淡薄。显然,供方费用共担比例的大小导致其提供服务所受到预算约束不同,不同的支付方式会对医疗服务供给者的行为产生不同的约束和激励作用,从而改变医生的治疗方式,进而影响着医疗资源的配置方向。一般来讲,支付方式主要分为按服务项目付费制和按病种付费制。

按服务项目支付是医疗服务发生后对作为医疗服

务供方进行事后补偿且供方不承担任何费用的一种方式,这种方式使得病患和医生没有形成有效的激励相容机制,为供给方利用自己的信息优势为病患提供过度的服务提供了机会,致使合作医疗基金使用效率降低,造成资源浪费。按病种支付是指对某一特定病种所包括的全部治疗服务预先支付一个固定补偿价格。由于这种支付方式是由病人或保险机构预先支付给供给方,其提供服务所受到预算约束比较严格,供给方提供服务的费用都是由预先设定的预算支付,医疗供给方的共担比例较高,由于只能获得固定的补偿,医疗供给方的收益取决于自身经营的成本,因此,按病种付费偿付制度相对于按服务项目付费方式而言,能够形成对医务人员的内部激励机制,使得医院从诱导需求的激励转变为降低医疗成本的激励。在利润最大化的假设下,完全由需求方负担费用的按服务项目支付方式将导致供给诱导需求;而按病种支付方式可以让医疗服务供给方承担更多的成本,从而规制了其过度提供医疗服务的行为。

三、新型农村合作医疗制度改革的方向

目前,我国新农合制度将医疗费用控制的重点放在了患者道德风险方面,主要着眼于共付机制的需求方约束,这必然以降低保障程度为代价。在现行的农村医疗体系中并不存在有效的费用约束机制,尤其是对使用药品的管理,在引入医疗保险后,按服务项目付费的支付方式将导致供给方诱导需求即医生道德风险的发生,导致的过度诊疗必然带来医疗费用急剧膨胀,最终造成医疗资源配置严重浪费和低效率。从社会福利角度看,供方道德风险才是原生风险,其存在同样会导致社会福利损失。如果新农合不能给予农民切实有效的保障,不仅难以达成政策的预期目标,其稳定性、连续性也将受到极大挑战。因此,控制供给方的道德风险才是提高农民从新农合中受益水平的核心和关键。

(一) 以分级医疗为基础,重新理顺医疗市场的竞争关系

重新构建三级医疗服务网络体系,在鼓励医院竞争和引入社会资金以恰当的形式进入医疗卫生领域的同时,要对医疗区域构建有效的三级网络与转诊体系,并对其功能进行明确划分,避免医疗机构的过度供给,从而规避过度供给诱发的过度需求,在提高医疗服务可及性的同时切实降低农户的医疗负担。同时,政府应当加大对公共卫生领域和基本医疗服务体系的投

入, 加强政府对医疗和医药的监管, 使得医院和医生的行为进一步规范。

医院服务与收费所采取的支付制度, 对医院的市场竞争本质起着决定性的作用。目前, 我国在医疗卫生领域的改革过程中, 一方面要促进竞争格局的形成, 在医疗卫生领域形成百家争鸣的局面。同时也要深化支付制度改革, 引入医疗费用总额控制机制, 理顺医生收入分配机制, 真正使医生的收入体现其人力资本价值和承担的风险。即便不能直接采用与管理保健组织类似的模式, 而只是逐步地将按服务项目付费改为按病种付费, 也是现阶段新农合制度下控制医疗费用快速上涨的一种有益尝试和探索。健全分级诊疗制度, 使一级医疗机构到三级医疗机构均围绕着成本控制形成一个共同体, 真正实现内部医疗资源的流动、病人的流动, 用最少的成本为农户的健康提供保障。

(二) 改变医疗供需双方信息不对称的格局

在医疗市场领域, 由于医疗服务的专业性、不可替代性导致了医疗机构与病患之间的信息不对称, 医疗机构垄断了信息, 是信息优势方, 病患为信息劣势方。改善医疗供需方之间信息不对称的程度, 医疗机构的行为与表态至关重要。医疗机构发布医疗信息比如药品价格信息、治疗方案以及普及某些医疗服务的相关专业信息, 可以降低患者搜寻信息的时间成本。因此, 政府须制定相关的政策及相应的标准, 建立信息披露制度, 强制医疗机构发布上述信息, 使得普通公众容易识别。二是, 构建医疗市场信誉驱动机制, 通过保持信息畅通、政府加大监督检查力度、曝光医疗机构的失信行为、以客观的标准扩大失信行为的影响面等措施来加强医疗机构自身的形象, 迫使医疗机构提高自身的内涵建设。三是, 将医生的职业道德建设和患者对医生的评分制度纳入医生的考核体系, 并与医生的收入挂钩, 适当予以公开, 这样既保障了患者正常就医的权利, 可以减少供给诱导需求, 避免服务质量下降, 减少风险选择。

(三) 加大力度进行支付制度改革

从供给方进行费用控制的关键是建立一套更为有效的支付系统, 激励医疗服务提供者把控制费用的目标和临床医疗相结合。从国际经验来看, 按照病种支付方式和总额预付制是目前控制医疗价格上涨最为有效的方式, 对诱导需求有一定的抑制作用。在按病种支付方式下, 医生的收入主要来自医疗支付方规定的不同的病种的支付标准, 医生提供多样的服务项目的检查并不包含在支付标准里, 实际上是按照病种的固定额度预先支付给医疗服务方, 医疗供给方承担着很大的费用风险, 供方一定会力图使自己的成本费用减

少从而采用最小合理的医疗方案, 从而降低医生的诱导需求。而在总额预付制方式下, 医疗供给方在一定的时期及范围内仅可以得到一部分补偿, 如果病患的费用超过了规定的总额, 超额部分需要由医疗服务单位及医疗支付单位按照比例来支付, 这样使得医疗服务单位面临着承担治疗成本的风险, 因此, 按总额付费方式可以使得医疗服务的价格下降, 遏制供给诱导需求的情况发生。已有研究也表明, 上述支付方式对于控制医疗费用的上涨具有一定效果, 在一定程度上规范了医疗服务方的行为, 避免了供给诱导需求现象的发生, 使得医疗资源能够有效的配置。^[16-18]

根据机制设计(Mechanism Design)理论中“激励相容”(incentive compatibility)的核心原则, 在自由选择、信息不对称及决策分散化的条件下, 一项制度安排若能使自利(self-interest)的行为人追求个人利益的行为, 正好与制度设计者追求价值最大化的目标相吻合, 这一制度安排就是激励相容的。^[19-20]现代经济学理论与实践表明, 贯彻“激励相容”原则, 能够使参与者实现个体利益最大化的策略, 与机制设计者所期望的策略一致, 从而使参与者自愿按照机制设计者所期望的策略采取行动。由于医疗资源的稀缺性, 从体制和政策的有效性和可行性要求看, 只有形成尽可能有效的激励机制, 让医疗机构、病患、保险机构、政府等各类主体具有实现改革目标的内在动力, 也就是让激励与政策目标的方向尽可能一致, 才能使医疗事业沿着正确合意的方向发展, 使所设计与安排的体制和政策具有真正的可行性。

参考文献:

- [1] Wagstaff A., Yu S. Do health sector reforms have their intended impacts? The world bank's health VIII project in Gansu Province, China [J]. Journal of Health Economics, 2007, 26(3): 505-35.
- [2] 王翠玲, 吴建明, 张文杰. 安溪县实施新型农村合作医疗的运行绩效分析[J]. 中国初级卫生保健, 2007(5): 12-14.
- [3] 解莹. 新型农村合作医疗的福利效应分析——微观数据的证据[J]. 山西财经大学学报, 2008(9): 12-17.
- [4] 封进, 李珍珍. 中国农村医疗保障制度的补偿模式研究[J]. 经济研究, 2009(4): 103-115.
- [5] 朱俊生. 对我国农村合作医疗变迁的制度经济学解释[J]. 人口与经济, 2009(5): 77-83.
- [6] 李玲. 健康强国——李玲话医改[M]. 北京大学出版社, 2010.
- [7] Evans R G. Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications, in M. Perlman, Ed., The Economics of Health and Medical Care. London: Macmillan, 1974.
- [8] Gaynor M. Issues in the Industrial organization of the Market for

- physician services [J]. *Journal of Economics and Management Strategy*, 1994, 3(1): 211-255.
- [9] 卢瑞芬, 谢启瑞. 医疗经济学[M]. 学富文化出版社, 2000.
- [10] Robinson, J. C., Luft, H. S.. The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and the Cost of Care[J]. *Journal of Health Economics*, 1985(4): 333-356.
- [11] Dranove, D., Shanley, M., Simon, C. Is hospital competition wasteful?[J]. *The Rand Journal of Economics*, 1992, 23(2): 247-263.
- [12] 朱恒鹏. 医疗体制弊端与药品定价扭曲[J]. *中国社会科学*, 2007(7): 89-103.
- [13] 卢洪友, 连玉君, 卢盛峰. 中国医疗服务市场中的信息不对称程度测算[J]. *经济研究*, 2011(4): 94-105.
- [14] 高春亮, 毛丰付, 余晖. 激励机制、财政负担与中国医疗保障制度演变——基于建国后医疗制度相关文件的解读[J]. *管理世界*, 2009(4): 66-74.
- [15] 李晓阳, 张一. 我国医疗市场供给诱导需求实证分析[J]. *中国软科学*, 2009(2): 214-219.
- [16] 陈瑶, 戴伟, 傅卫. 论我国农村医疗机构单病种定额付费质量监控[J]. *中国卫生经济*, 2007(8): 18-19.
- [17] 周晓媛, 毛正中, 蒋家林, 等. 对新型农村合作医疗补偿方案中起付线的探讨[J]. *中国卫生经济*, 2008(1): 47-49.
- [18] 罗奎. 新型农村合作医疗医药费用控制的实践与思考[J]. *卫生经济研究*, 2007(3): 26-27.
- [19] Hurwicz, Leonid. The design of mechanisms for resource allocation [J]. *American Economics Review*, 1973(63): 1-30.
- [20] Roger Myerson. Optimal Auction Design [J]. *Mathematics of Operations Research*, 1981(6): 58-73.

Study on New Rural Cooperative Medical System's Welfare effects in China and Reform Direction——An analytic framework based on supplier induced demand

NING Manxiu¹, YANG Zhiwu², LIU Jin¹

(1. College of Public Administration, Fuzhou University, Fuzhou 350108, China;

2. School of Economics and Management, Northeast Agricultural University, Harbin 150030, China)

Abstract: In the present stage, the new rural cooperative medical care system (NCMS) tries to control medical expenses by focusing on co-payment mechanism which imposes restrictions on health care utilization of the demander and hence reduces the farm household's welfare. Under the conditions of the supplier-induced demand, the excessive treatments caused by suppliers' moral hazard must bring about drastic increase for medical expenses, and moreover, eventually lead to serious waste and low efficiency of medical resources allocation. This paper theoretically analyzes the welfare effects of New Cooperative Medical System from the perspective of supplier-induced demand, and concludes that reforming orientation for NCMS should be directed to control the medical supplier's moral hazard so that really to improve farmer's welfare from the NCMS.

Key Words: New Rural Medical System; Supplier Induced Demand; Welfare; Information Asymmetry; Payment Method; Sustainable Development

[编辑: 汪晓]