

CHINA LABOR
ECONOMICS 2009 Vol.5 No.2

中国劳动经济学

中国社会科学院人口与劳动经济研究所 组织编写
华南师范大学经济与管理学院

- Philip H. Brown Alan de Brauw 都 阳 新型农村合作医疗与农户消费行为
- Davina C. Ling 经济增长的不平衡对中国老年人健康的影响
- 金成武 健康变量的讨论：以农民工健康状况研究为例
- 张彬彬 新型农村合作医疗与农村患者就医地点选择的决定因素
- 孙 颖 中国农民“轻保健、重医疗”行为的经济学解释
- 王国成 葛新权 高校毕业生择业行为的实验经济学分析
- 周小博 金融危机对外向型企业就业的影响
- 米建伟 梁 勤 收入流动性：收入分配研究的新领域



中国劳动经济学

(第5卷第2期)

China Labor Economics
(Vol. 5 No. 2)

主编 都 阳 张建武 王德文

社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

图书在版编目 (CIP) 数据

中国劳动经济学 (2009 年第 5 卷第 2 期) / 中国社会科学院人口与劳动经济研究所, 华南师范大学经济与管理学院组织编写.
—北京: 社会科学文献出版社, 2009. 11
ISBN 978 - 7 - 5097 - 1117 - 0

I. 中… II. ①中… ②华… III. 劳动经济学 - 中国 - 文集
IV. F240 - 53

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 187170 号

中国劳动经济学 (2009 年第 5 卷第 2 期)

主 编 / 都 阳 张建武 王德文

出 版 人 / 谢寿光
总 编 辑 / 邹东涛
出 版 者 / 社会科学文献出版社
地 址 / 北京市西城区北三环中路甲 29 号院 3 号楼华龙大厦
邮政编码 / 100029
网 址 / <http://www.ssap.com.cn>
网站支持 / (010) 59367077
责任部门 / 社会科学图书事业部 (010) 59367156
电子信箱 / shekebu@ssap.cn
项目经理 / 王 绯
责任编辑 / 胡 涛
责任校对 / 马 剑
责任印制 / 郭 妍 岳 阳 吴 波

总 经 销 / 社会科学文献出版社发行部
(010) 59367080 59367097
经 销 / 各地书店
读者服务 / 读者服务中心 (010) 59367028
排 版 / 北京中文天地文化艺术有限公司
印 刷 / 北京季蜂印刷有限公司

开 本 / 787mm × 1092mm 1/16
印 张 / 11.25 字数 / 160 千字
版 次 / 2009 年 11 月第 1 版
印 次 / 2009 年 11 月第 1 次印刷

书 号 / ISBN 978 - 7 - 5097 - 1117 - 0
定 价 / 29.00 元

本书如有破损、缺页、装订错误,
请与本社读者服务中心联系更换

版权所有 翻印必究

中国劳动经济学

China Labor Economics

主 编 都 阳 张建武 王德文

学术委员会主任 蔡 昉

学术委员会成员 (以姓氏笔画为序)

王小鲁 王延中 孔泾源 左学金 田小宝
白南生 朴之水 (Albert Park) 刘燕斌
苏海南 李永杰 李 实 李培林 杨云彦
杨河清 杨宜勇 何 平 宋洪远 张车伟
张俊森 陈金永 (Kam Wing Chan)
金喜在 孟 昕 赵耀辉 胡鞍钢 姚先国
袁志刚 莫 荣 葛 强 (John Giles)
曾湘泉 蔡 昉



CONTENTS

论 文

新型农村合作医疗与农户消费行为

..... Philip H. Brown Alan de Brauw 都 阳 / 1

经济增长的不平衡对中国老年人健康的影响 Davina C. Ling / 30

健康变量的讨论：以农民工健康状况研究为例 金成武 / 51

新型农村合作医疗与农村患者就医地点选择的决定因素

——基于安徽、江苏两省的调查 张彬彬 / 78

中国农民“轻保健、重医疗”行为的经济学解释 孙 颖 / 104

高校毕业生择业行为的实验经济学分析 王国成 葛新权 / 123

调研报告

金融危机对外向型企业就业的影响

——基于珠三角地区外向型企业的调查 屈小博 / 145

文献综述

收入流动性：收入分配研究的新领域 米建伟 梁 勤 / 154



CONTENTS

Papers

- The New Cooperative Medical System: Does It Help
Farmers with Health Shocks Maintain Living Standards?
Philip H. Brown Alan de Brauw Du Yang / 1
- The Impact of Growing Economic Disparities
on Health of Older Adults in China *Davina C. Ling / 30*
- A Study on the Health Status of China's Migrant Workers
and Health Variable Specification *Jin Chengwu / 51*
- Research on Factors Affecting Rural Patients'
Choices of Hospitals *Zhang Binbin / 78*
- The Economic Explanation of Farmers' "Belittling Health-keeping,
Valuing Medical Treatment" Behavior in China *Sun Ying / 104*
- Experimental Economics Approach to Job-searching
for Chinese Students *Wang Guocheng Ge Xinquan / 123*

Survey Report

- Impact on Financial Crisis with Labor Employment
of Export-oriented Enterprise in China : From
Enterprise Survey of Pearl River Delta Area *Qu Xiaobo / 145*

Literature Review

- Income Mobility, the New Research Area
of Income Distribution *Mi Jianwei Liang Qin / 154*



新型农村合作医疗与 农户消费行为

Philip H. Brown Alan de Brauw 都阳^{*1}

摘要 本文根据安徽和江苏农村 1500 个农户的调查资料，使用倾向值匹配的方法分析了参加新型农村合作医疗对农户消费行为的影响。分析结果表明，在安徽和江苏两个省，参加新型农村合作医疗有助于农民在遭遇健康风险的时候平滑消费，但新型农村合作医疗的报销力度尚不足以提升农户的消费水平。考虑到新型农村合作医疗项目具体的执行情况，尽管对平滑消费产生了一定的影响，但新型农村合作医疗项目所起到的整体效应仍然有限。尤其是目前绝大多数新型农村合作医疗项目都只报销大病医疗的费用，而很少报销门诊等小病的费用，使得新型农村合作医疗项目的受益面受到一定的影响。

关键词 新型农村合作医疗；健康冲击；消费平滑；倾向值匹配

* Philip H. Brown, Colby College Department of Economics, E-mail: phbrown@colby.edu; Alan de Brauw, International Food Policy Research Institute, E-mail: a.debrauw@cgiar.org; 都阳, 中国社会科学院人口与劳动经济研究所, E-mail: duyang@cass.org.cn。
作者感谢福特基金会对项目的资助，以及王美艳、钟甫宁、何军、孙群、刘民权和 Adam Wagstaff 所提供的有益建议。最后，我们感谢张彬彬、Andrei Roman、Xu Yilin 以及 Zhang Lei 的研究助理工作。

一 引言

即便是在发达国家，当一个家庭面临健康冲击时，也会对其经济行为带来负面影响。最为明显的是，负面的健康冲击与家庭用于医疗的现金支出有直接的关联（Smith, 1999），同时，也会对收入和消费产生影响。例如，Stephens（2001）发现户主有残疾的家庭，其家庭成员的消费水平会明显降低。Smith（1999）的研究表明，健康冲击使家庭的财富和消费水平都显著下降。Himmelstein 等（2005）则发现，美国的个人破产有接近一半是因为遭遇了健康困境。考虑到美国等发达国家的居民大多可以获得比较好的健康保险，可健康冲击仍然会对家庭的消费行为产生如此大的影响，这就足以令人担忧了。

对于发展中国家而言，由于普遍面临着信贷和保险市场的不完善，因此，家庭遭遇健康冲击所产生的负面效应会更加明显。Dercon 和 Krishan（2000）发现，在埃塞俄比亚，当家庭遭遇健康冲击时，妇女的消费会下降。针对埃塞俄比亚的另一项研究表明，风险共担机制似乎在平滑食品消费水平方面能起积极的作用，但就非食品消费而言，遭受健康冲击的家庭的消费水平要比其他家庭的平均消费水平低 24%。Gertler 和 Gruber（2000）也有类似的研究结果，他们发现，即便是有健康保险的印度尼西亚家庭，在遭受健康冲击时也会明显减少消费。

除了观察健康冲击对消费的直接影响以外，以前的研究也试图更好地理解这种现象作用的途径。例如，Gertler 和 Gruber（2000）发现，健康冲击明显降低了劳动参与率，并进而导致收入减少。Wagstaff 和 Lindelow（2005）的研究也表明，在中国，遭受健康冲击的家庭劳动参与率会降低。家庭层面劳动参与的下降，直接导致了家庭总收入的下降。根据 Wagstaff 和 Lindelow（2005）的估算，中国遭受严重健康冲击的农户，家庭年收入减少约 12.4%。此外，当女性遭遇健康冲击时，家庭消费购买的食物和其他物品的比例会显著上升（Wu, 2003）。

Falkingham (2003) 利用来自塔吉克斯坦的数据表明, 家庭通过出售生产性的资产来抵抗健康冲击所带来的风险, 使得未来的潜在消费水平降低。

关于医疗保险是否能够减轻对收入和消费的冲击, 经验研究的结果并不一致。一方面, 如 Jowett、Deolalikar 和 Martinsson (2004), 以及 Wagstaff 和 Pradhan (2005) 发现, 在越南有医疗保险的病人更愿意接受治疗, 尤其是就低收入的家庭而言。Jütting (2003) 也有类似的发现, 在塞内加尔, 参与社区医疗保险者使用医疗服务的可能性更高, 负担的医疗成本较非会员少。但是, Wagstaff 和 Lindelow (2005) 发现, 中国有医疗保险的农户的现金医疗支出, 比没有保险的农户更高。这似乎意味着农户即便有了医疗保险, 仍然存在由健康冲击所导致的脆弱性。

本文使用的数据来自于我们对安徽和江苏两省 30 个县、1500 个农户的抽样调查。此次调查的目的是评价新型农村合作医疗对家庭经济行为的影响, 特别关注新型农村合作医疗是否有效降低了健康冲击对各个社会阶层消费的影响。中国的实践提供了有意义的案例, 因为相比改革开放以来所取得的举世瞩目的经济成就而言, 人文发展的成就相对较小, 例如改革开放以来预期寿命的增长非常有限。有的学者认为, 中国在降低儿童死亡率方面取得的成就要小于其他经济快速发展的国家 (Grigoriou, Guillaumont and Yang, 2005)。同时, 城乡差异的存在使得城乡间获得医疗服务的差距也在明显扩大, 因病致贫成为一个突出的现象 (Zhang and Kanbur, 2005)。

中国政府为了解决这些问题从 2003 年开始着手建立新型农村合作医疗。新型农村合作医疗旨在提供自愿参与、低成本和保大病的风险分担体系。虽然中央和省级政府在新型农村合作医疗的筹资中占主导地位, 但县级政府在方案设计和执行环节方面, 仍然可能会导致新型农村合作医疗制度在各个县之间有很大的差异, 其中的某些方面也可能会影响到农户平滑消费的行为。

我们发现, 参与新型农村合作医疗的确对与消费有关的行为产生了

积极的影响，特别是那些医疗费得到报销的农户，他们总支出中食品消费所占的比例更低。但是，参加了新型农村合作医疗而且医疗费得到报销的农户，可能在很多可以观测到的特征上与其他农户有差异。为了考虑这种可能性，我们在分析问题时使用了倾向分值匹配的方法。

文章的其他内容安排如下：第二部分介绍中国农村医疗改革的情况。第三部分介绍数据情况，我们着重考察在所调查的 30 个县之间，新型农村合作医疗项目以及个体水平的差异性。第四部分描述参加新型农村合作医疗与消费平滑之间的关系，然后通过倾向分值匹配的方法来解决识别的问题。第五部分是结论。

二 中国农村的医疗改革

众所周知，在改革以前中国农村的医疗服务是集体经济体系的一个组成部分。在以前的合作医疗体系下，社员把收入的一部分缴纳到合作医疗机构形成合作医疗基金。合作医疗的成员如果发生了医疗费用，由合作医疗基金支付所有的医疗费用。因此，合作医疗体系发挥了风险共担的作用。随着 1980 年代初集体经济的逐渐解体，农村合作医疗体系也逐渐瓦解。到 1993 年，大约仅有 10% 的农村人口有医疗保险，患病的农民要么用以前的储蓄来支付医疗费用，要么干脆放弃治疗。到 1990 年代中期，2.5% 的家庭因病致贫（Gustafsson and Li, 2003），并将其陷入贫困的原因归咎于疾病所致的医疗花费（卫生部，1999）。到 2003 年，有 96% 的农户缺乏医疗保险，38% 的患病者没有寻求医疗服务。因医疗支出的费用增加，很多家庭减少了食品消费支出（Hsiao, 2005）。

2002 年 10 月，为 9 亿农民提供医疗服务开始纳入政府的议事日程。在新型农村合作医疗的框架下，政府寻求一种新的风险共担机制以保障农民的健康。与以往实行的合作医疗制度相比，新型农村合作医疗具有以下几个突出的特点：各级政府和农民共同融资；地方政府负责项目的设计、执行和管理；自愿参与。

在融资方面，中央、省、市、县各级政府都承担出资的责任。在新型农村合作医疗实施初期，中央政府每年为每一个参加者出资 10 元，地方政府和农民也相应配套 10 元。但富裕地区的地方政府，往往配套 20 ~ 30 元不等。随着中央政府对新型农村合作医疗的投入加大，中央政府的出资比例也在增加。

尽管中央政府就个人出资，资金配套，项目的设计、执行和管理等提出了指导原则，但在很多实施新型农村合作医疗的县，县级政府仍然有很大的自主权，这也和中央政府希望医疗服务的供给分散化思路是一致的。这种分散化的模式激励了地方政府进行广泛的实践，也产生了一系列好的实践方案，并为其他一些后实施新型农村合作医疗的县所采纳（Wagstaff et al. , 2007）。于是，在各个县之间，参与项目的资格、费用、覆盖率、报销比例及项目管理等一系列环节，都存在比较大的差异。

参加新型农村合作医疗的一个最基本条件就是参与者需要持有农村户口，而且项目管理单位不得因健康状况或其他理由拒绝农民参与。鉴于新型农村合作医疗参与的自愿原则，可以预期逆向选择的问题会很突出。因此，很多县要求以家庭为单位参加项目，而拒绝以个人身份参与。这就是说，所有的家庭成员都被要求参与项目，而不仅仅是那些有可能从项目中获益的家庭成员。有意思的是，在部分县外出的迁移人口可以不参与。中央政府也考虑到了逆向选择的问题，因此对获得中央政府补助资金提出了县的参合率不得低于 80% 的要求。

因此，地方政府就有了要求农民广泛参与的激励，所采取的手段包括要求所有的家庭成员都参与否则不得获益等。为鼓励农民参与新型农村合作医疗，地方官员经常采取广泛宣传、入户劝说，以及其他一些积极的手段（Brown and Brauw, 2004）。由于地方政府的努力，而且参合的费用低廉，因此即便是在贫困地区参合率也非常高。

尽管参合率很高，而且其中很多人可能不会使用该保险，但几乎没有哪个县提高参合的费用，因此新型农村合作医疗项目存在资金不足的

风险。在目前的水平下，大多数县的基金只够支付预期总医疗费用的 20% ~ 30% (WHO, 2003)。于是，很多县将受益面限制在只报销大病的住院费用，例如癌症、中风、心脏疾病等，事故、住院分娩以及门诊费用无法得到报销。

覆盖的医院类型也有差别。在本县医院看病，可以获得更高的报销比例以及其他一些激励^①，报销比例从 10% 到 80% 不等，取决于在哪一级医院看病以及医疗费用总额等因素 (Brown and Brauw, 2004; Wagstaff et al., 2007)。此外，起付线往往很高，而最高报销限额则很低。

新型农村合作医疗的第一个试点项目始于 2003 年。试点县并不是随机选择的，而是考虑了地方的兴趣、管理能力、经济发展水平和地方医疗设施的质量等因素 (Wagstaff and Lindelow, 2005)。由于试点县的收入水平和制度基础都比较好，新型农村合作医疗的试点工作大多比较成功。到 2006 年秋，已经有超过 4 亿农民参加了新型农村合作医疗，2008 年已经基本覆盖了中国农村。

三 数据和统计描述

本研究使用的数据来源于中国社会科学院人口与劳动经济研究所在 2006 年 10 月进行的农户调查。样本包括安徽省的 1000 个农户 (20 个县，每个县 50 户) 和江苏省的 500 个农户 (10 个县，每个县 50 户)。另外，在 30 个县的卫生监管部门做了调查。

(一) 新型农村合作医疗项目的差异性

在我们调查的时点，安徽有 16 个县实施新型农村合作医疗至少一年以上，这 16 个县均包含于我们的样本之中。此外，我们还调查了在

^① 的确存在一些县要求外出口回到县内接受治疗 (Brown and Brauw, 2004)。

当时没有实施新型农村合作医疗项目的县。在调查时，江苏的所有县均已实施了新型农村合作医疗至少一年。所以我们按照县的收入分层，随机抽取了 10 个县。两个省的农户样本均从国家统计局的样本框里抽取。我们的调查包括健康状况、每个家庭成员使用医疗服务的情况、个人及家庭参加新型农村合作医疗的情况、时间分配、消费和收入等。

抽中的样本县对农村医疗服务的需求存在着很大的差异，而且公共支出的水平也存在很大差异（如表 1 所示）。虽然我们所选中的安徽各县，农村人口平均占 75%，但经济发展水平仍然存在着很大的差别，人均地区生产总值从 3499 元到 15119 元不等。而江苏各县的经济发展水平差别更大，人均地区生产总值最高的县是最低的县的 8 倍。江苏各县人口构成中农业户口所占的比重也有着很大的差异。此外，表 1 还清晰地告诉我们，江苏和安徽的调查县存在着明显的结构差异：平均而言，江苏的收入水平是安徽的 3 倍，对农业收入的依赖程度更低，而且平均的人口规模也更大。

表 1 样本县基本情况

样本县	2005 年人口(千人)	人均地区生产总值(元)	农业人口比重(%)
安 徽			
1	605	3967	90.6
2	399	4511	90.3
3	534	5243	90.1
4	504	7738	86.9
5	618	10032	75.0
6	377	15119	81.1
7	442	6787	81.3
8	295	7119	84.9
9	745	7517	86.1
10	461	9978	76.0
11	970	7113	86.6
12	730	5342	85.9
13	493	8925	87.5
14	647	8964	84.9

续表 1

样本县	2005 年人口(千人)	人均地区生产总值(元)	农业人口比重(%)
15	646	4489	84.6
16	593	11298	81.9
17	962	4782	89.8
18	919	4244	—
19	1182	4146	87.3
20	1429	3499	93.9
平均值	678	7041	85.5
中位数	612	6950	86.1
江 苏			
21	811	28360	65.3
22	388	47036	40.2
23	554	47834	62.7
24	1014	21006	85.8
25	1077	6964	57.7
26	1054	5882	86.3
27	1090	7339	81.6
28	827	12696	74.2
29	803	31756	74.6
30	662	20091	52.3
平均值	828	22896	68.1
中位数	819	20548	69.8

安徽有 16 个县和江苏所有的县都已经在 2005 年 10 月之前实施了新型农村合作医疗。表 2 至表 5 描述了这 26 个县实施的项目的不同特征。表 2 表明, 这 26 个县的参合率都比较高, 没有一个县低于 65%。尽管强调了新型农村合作医疗是针对农民的医疗服务, 但有些县也允许非农户籍人口参与, 所以我们看到一些县的参合人口数超过了农业人口数。安徽和江苏两省的参合率的平均值分别为 84% 和 95%。在不同群体参加新型农村合作医疗方面, 根据报表统计, 两个省五保户和特困户的参合率都达到 100%, 贫困户的参合率稍低^①。大多数县都积极鼓励贫困人口参加新型农村合作医疗, 并降低他们的参合费用。例如,

① 关于中国各种扶贫项目的介绍, 可参见 Liu (2005)。

22 个县减少了五保户的参合费用，9 个县减少了贫困户的参合费用，15 个县减少了特困户的参合费用。此外，还有 6 个县降低了残疾人的参合费用，以避免他们因参合陷入贫困。

表 2 样本县的参合情况

县	参合人口比重(%)				费用 (元)	允许降低收费的群体			
	全部农村人口	五保户	贫困户	特困户		五保户	贫困户	特困户	残疾
安 徽									
1	68	100	34	25	10	×		×	×
2	89	100	81	80	10	×	×	×	×
3	85	100	68	100	10	×		×	
4	82	76	61	100	10	×	×	×	×
5	89	100	100	100	10	×		×	
6	85		80		15	×			
7	84	59	86	41	10	×		×	
8	85	92	55	100	10	×	×	×	
9	84	100	84	100	10	×		×	
10	126	88	99	100	10	×			
11	82	100			10	×			
12	86	100	100	100	10	×		×	
13	66	100	70	100	10	×	×	×	
14	83	91	83	89	10	×		×	
15	89	99			10	×			
16	67	100	100	100	10	×			×
平均值	84	94	79	87	10.3				
中位数	84	100	82	100	10				
江 苏									
21	86				24	×	×	×	
22	149	96	100	100	30	×			
23	107	30			40	×	×		
24	82	100	64	99	15				
25	125	94	94	94	12	×	×	×	×
26	75	100	100	100	10				
27	76				10				
28	79				15	×	×		
29	90	100	100	100	25			×	
30	86	100			25	×	×	×	×
平均值	95	89	92	99	20.6				
中位数	86	100	100	100	19.5				

鉴于新型农村合作医疗项目的设计存在着广泛的差异，各个县的参合率大致相当就有点出乎意料。安徽的大多数县参合费为 10 元，但江苏却从 10 元至 40 元不等。安徽唯一例外的县是一个比较富裕的县，其人均水平是省内平均水平的两倍。江苏的情形也大致相当，收入水平高的县，收取的费用也高。这一趋势在两个省的省际差异中也得到体现。

各个县的起付线、报销比例以及封顶金额都有很大的差异（见表 3）。以上几个方面的差别既见之于省内，也见之于各省之间，而且有时差异还相当显著。例如，在乡镇医院就诊的住院费报销起付线就有很大的差别，安徽为 200 ~ 500 元不等，江苏为 0 ~ 1500 元不等。从乡镇医院、县医院到县以上医院，随着就诊医院级别的升高，起付线也会不断升高。类似的，住院费用的报销比例也会有很大的差异。报销的封顶金额从 3000 元到不封顶都有。江苏的起付线中位数低、报销比例的中位数高，意味着江苏实施该项目受到的资源约束较小。

表 3 给出了在各种类型的医院就诊所获得的实际报销比例。20 个县在乡镇卫生院就诊的实际报销比例低于名义的报销比例，这意味着这些医院提供了很多新型农村合作医疗项目未覆盖的医疗服务，如意外伤害、分娩等。在县和县以上医院就诊，实际报销比例和名义报销比例很接近。此外，在乡镇医院就诊的实际报销比例高于县及县以上医院。因此，新型农村合作医疗项目的设计提供了让患者就近就诊的激励。

表 4 说明了各个县不同类型的诊所和医疗服务报销的情况。1/3 的样本县允许参合者在县内的任何医院和诊所就诊，2/3 的县则只允许在指定的医院和诊所就诊。虽然只有 11 个县允许本县迁移到外地的居民参合（这可能是因为迁移目的地的医疗费用更高），但除了 1 个样本县以外，其他县都报销了县外医疗的费用。1/2 的样本县允许报销意外伤害的医疗费用，约 1/3 的县支付分娩和体检的费用。就覆盖率而言，安徽和江苏没有显著差异。

表 3 按就诊医院类型的报销方案

	乡镇医院				县 医 院				县以上医院			
	起付线 (元)	报销范围 (%)	报销上限 (元)	实际报销 比例(%)	起付线 (元)	报销范围 (%)	报销上限 (元)	实际报销 比例(%)	起付线 (元)	报销范围 (%)	报销上限 (元)	实际报销 比例(%)
安 徽												
1	200	60 ~ 60	15000	40. 9	400	40 ~ 50	15000	26. 8	500	30 ~ 40	15000	29. 2
2	200	50 ~ 50	3000	37. 0	300	40 ~ 40	10000	30. 8	500	40 ~ 40	30000	30. 0
3	400	30 ~ 70	None	26. 5	400	20 ~ 60	None	23. 2	400	10 ~ 50	3000	15. 6
4	500	40 ~ 50	15000	25. 5	500	30 ~ 50	15000	21. 6	N/A	N/A	N/A	15. 6
5	280	35 ~ 70	30000	27. 1	280	20 ~ 70	30000	38. 2	280	10 ~ 60	30000	19. 7
6	200	40 ~ 80	50000	32. 1	200	10 ~ 80	50000	21. 0	200	10 ~ 60	50000	25. 2
7	301	35 ~ 60	16000	29. 0	301	20 ~ 60	16000	21. 9	301	10 ~ 50	16000	22. 2
8	200	40 ~ 80	20000	30. 5	400	35 ~ 80	20000	28. 6	600	20 ~ 70	20000	21. 2
9	200	30 ~ 50	30000	35. 6	400	30 ~ 60	30000	22. 6	400	15 ~ 40	30000	13. 5
10	300	35 ~ 80	40000	29. 1	300	15 ~ 70	40000	15. 9	300	10 ~ 60	40000	28. 1
11	200	20 ~ 50	30000	N/A	200	15 ~ 50	30000	N/A	200	10 ~ 30	30000	N/A
12	200	20 ~ 45	10000	49. 9	300	25 ~ 50	10000	38. 4	400	30 ~ 50	10000	21. 5
13	200	40 ~ 65	10000	29. 2	400	30 ~ 75	10000	22. 9	500	15 ~ 50	10000	17. 8
14	301	30 ~ 70	40000	23. 3	301	20 ~ 70	40000	20. 4	301	10 ~ 60	40000	20. 5
15	300	30 ~ 70	17510	29. 9	300	20 ~ 60	14140	19. 4	300	10 ~ 50	11170	22. 7