



分类号 F323.89

学号 2015206015

南京农业大学

博士学位论文

城乡医保统筹下的居民健康和医疗支出
——基于城乡差别的视角

常雪

指导教师 苏群 教授

学科门类 管理学

一级学科 农林经济管理

二级学科 农业经济管理

研究方向 农业经济与社会保障

答辩日期 二〇一九年六月

**Health and Medical Expense under Urban-Rural
Integrated Medical Insurance System from the
Perspective of Urban-Rural Differences**

By

CHANG XUE

A Dissertation

Submitted to Nanjing Agricultural University

in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Doctor of Management Science

in

Agricultural Economics and Management

Supervised by

Professor SU QUN

Nanjing Agricultural University

Nanjing, China

June, 2019

目 录

摘要	I
ABSTRACT	V
第一章 绪论	1
1.1 研究背景及问题的提出	1
1.2 研究目标和研究内容	2
1.2.1 研究目标	2
1.2.2 研究内容	3
1.3 数据来源、研究方法和技术路线	3
1.3.1 数据来源	3
1.3.2 研究方法介绍	4
1.3.3 技术路线图	4
1.4 论文结构安排	5
1.5 可能的创新与不足之处	6
1.5.1 可能的创新	6
1.5.2 存在的不足	7
第二章 城乡医保统筹制度的介绍和文献综述	9
2.1 城乡医保统筹制度的建立背景及政策变化	9
2.1.1 统筹前的农村医疗保险制度	9
2.1.2 统筹前的城镇医疗保险制度	11
2.1.3 统筹制度的建立及优势	11
2.1.4 城乡医保统筹制度的主要政策变化	13
2.2 文献综述	17
2.2.1 医疗保险对居民健康影响的研究	17
2.2.2 医疗保险对居民医疗支出影响的研究	18
2.2.3 医疗资源的分配和受益分析	21
2.2.4 城乡医疗保险统筹的相关研究	23
2.2.5 研究评述	25
第三章 分析框架、理论基础和研究假说	27

3.1 分析框架	27
3.2 理论基础和研究假说	29
3.2.1 医疗保险与医疗服务供求的关系	29
3.2.2 健康需求理论及研究假说	30
3.2.3 医疗需求行为理论及研究假说	33
3.2.4 医疗公正理论及研究假说	35
第四章 城乡医保统筹对居民健康的影响及作用机制	39
4.1 研究方法和变量	39
4.1.1 研究方法介绍	39
4.1.2 变量选择和样本特征	42
4.2 实证结果分析	47
4.2.1 双重差分模型回归结果	47
4.2.2 城乡医保统筹对健康的影响机制验证	50
4.3 本章小结	56
第五章 城乡医保统筹对居民医疗支出的影响	57
5.1 不同参保类型居民的就医概况	57
5.1.1 患病及就医情况	57
5.1.2 未就诊原因	58
5.1.3 就诊地点	59
5.2 研究方法和变量	61
5.2.1 研究方法介绍	61
5.2.2 变量选择和样本特征	62
5.3 实证结果分析	67
5.3.1 双重差分模型的回归结果	67
5.3.2 分收入组的回归结果	69
5.3.3 不同医疗支出群体的回归结果	74
5.4 本章小结	77
第六章 城乡医保统筹下居民医疗资源利用的差异	79
6.1 研究方法和变量	79
6.1.1 研究方法介绍	79
6.1.2 变量选择和样本特征	80
6.2 城乡居民医疗资源利用的差异	83
6.3 城乡居民医疗资源利用差异的分解结果	85

6.4 统筹对城乡居民医疗资源利用差异的影响	87
6.5 本章小结	89
第七章 结论与政策启示	91
7.1 全文结论	91
7.2 政策启示	92
7.3 研究展望	94
参考文献	97
致谢	111
攻读学位期间发表的学术论文目录	113

表目录

表 2-1 实行城乡医保统筹后的主要变化.....	13
表 4-1 双重差分法参数说明.....	40
表 4-2 变量的描述性统计（2012 年统筹组）.....	44
表 4-3 变量的描述性统计（2012 年非统筹组）.....	45
表 4-4 变量的描述性统计（2014 年统筹组）.....	46
表 4-5 变量的描述性统计（2014 年非统筹组）.....	47
表 4-6 双重差分模型估计结果.....	48
表 4-7 医保统筹通过促进积极就诊影响城乡居民健康的机制分析.....	51
表 4-8 医保统筹通过提高实际报销比例影响居民健康的机制分析.....	53
表 5-1 不同参保类型居民的患病及就医情况.....	57
表 5-2 不同参保类型居民患病后未就诊的原因.....	58
表 5-3 该住院而未住院的主要原因.....	59
表 5-4 不同参保类型居民患病后初诊医院分布.....	60
表 5-5 住院的医疗机构类型.....	60
表 5-6 双重差分法参数说明.....	62
表 5-7 变量的描述性分析（2014 年统筹组）.....	64
表 5-8 变量的描述性分析（2014 年未统筹组）.....	65
表 5-9 变量的描述性统计（2016 年统筹组）.....	65
表 5-10 变量的描述性统计（2016 年未统筹组）.....	66
表 5-11 双重差分模型估计结果.....	67
表 5-12 城乡医保统筹对不同收入家庭医疗支出的影响.....	70
表 5-13 城乡医保统筹对不同收入家庭医疗支出占比的影响.....	72
表 5-14 按医疗支出分组城乡医保统筹对家庭医疗支出的影响.....	74
表 6-1 变量及统计性描述.....	83
表 6-2 城乡居民医疗资源利用的差异.....	84
表 6-3 各变量对总医疗费用和报销费用差异的贡献.....	86
表 6-4 统筹对城乡居民医疗资源利用差异的影响.....	88

图目录

图 1-1 技术路线图.....	5
图 3-1 研究框架.....	28
图 3-2 保障水平提高情况下的市场需求变化.....	29
图 3-3 城乡医保统筹对居民健康的影响.....	32
图 3-4 城乡医保统筹对居民医疗支出的影响.....	35
图 3-5 城乡居民医疗服务利用和医保基金利用存在差异的路径分析.....	37
图 4-1 中介变量示意图.....	42

城乡医保统筹下的居民健康和医疗支出

——基于城乡差别的视角

摘要

疾病风险具有不确定性和对健康的严重危害性，医疗保险既是一种健康保障，也能为居民降低疾病带来的经济损失，同时从社会的角度具有收入分配的功能。城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险制度三种制度的建立标志着中国基本医疗保险体系的初步形成，但是长久以来城乡分割的管理体制存在诸多弊端。中国正积极推进将城镇居民和农村居民的医疗保险制度整合，本文的研究目的为从城乡居民异质性的角度，考察城乡医保统筹制度对居民健康和医疗支出的影响，并探讨其中的机制和原因。

文章首先分析城乡医保统筹对居民健康的影响及影响机制，其次考察医疗服务利用增多和医保待遇提高的综合影响下，居民医疗支出的变化，并分析不同收入人群、不同支出人群的作用效果是否具有异质性。最后通过对城镇居民和农村居民的横向比较，从城乡居民医疗总费用、报销费用和实际报销比例几方面，考察统筹的城乡居民医疗资源利用情况和差异的主要来源，借以比较统筹后的城乡居民之间医疗支出的差异。由于城乡居民在就医观念、健康意识、以及城乡医疗资源分布存在差异，农村居民在城乡分割的医保制度中处于劣势，实行城乡医保统筹后，城乡居民的医保制度环境发生不同程度的变化，城乡居民针对制度变化做出的响应也有所不同，因此，以上分析均是从城乡差异的视角展开的。主要的研究内容和相关结论如下：

研究内容一：城乡医保统筹政策对居民健康的影响。

本部分利用2012年和2014年的CLDS数据，建立双重差分回归模型，实证检验实行城乡居民医疗保险统筹对城乡居民健康的影响，并从“促进患病后就医”和“提高医保待遇”两个方向验证其作用机制。回归结果发现，城乡医保统筹并不能降低居民的患病率，但是能减轻疾病的严重程度，对农村居民客观健康水平的提升作用大于城镇居民，降低了农村居民因病影响工作的程度。该作用主要通过改变农村居民的健康意识、减少了农村居民患病后不就诊的行为实现的。对城镇居民健康的积极作用主要体现在提高了居民的主观自评健康。因此，为了改善居民的健康状况，应当从改变居民就医行为入手，鼓励居民患病后及时就医，但也应当注意到，当前的医保政策无益于降低患病率，所以还应当加强疾病的预防。

研究内容二：城乡医保统筹政策对居民医疗支出的影响。

本部分利用2014年和2016年的中国劳动力动态调查数据(CLDS),首先对不同参保类型居民的患病、就诊情况和未就诊原因进行描述性统计,再运用双重差分模型分析城乡医保统筹制度对居民医疗支出的影响。统计结果表明,与其他参保形式相比,统筹医保的居民由于经济负担重等因素患病后未采取治疗措施的比例最低。回归结果表明,推行城乡医保统筹制度会增加农村低收入居民和医疗服务利用不足家庭的医疗支出。而中高收入群体和城镇居民的医疗服务利用行为受经济约束程度较低,医疗消费几乎不受医保政策的影响。中等收入的农村居民医疗支出占总支出的比重下降。按医疗支出分组的回归结果还表明,医疗负担较重的家庭医疗支出主要受家庭成员的健康状况和医疗机构的可达性的影响,现行的医保制度并不能为他们分担就医压力。因此,从政策制定的角度,还应当提高重疾病病种的医保待遇,减轻重负担人群的就诊压力,避免因病致贫的发生。

研究内容三:城乡医保统筹背景下居民医疗资源利用的差异。

本部分运用CLDS调查数据,从医疗总费用(含报销部分与未报销部分)、报销费用、实际报销比例几方面比较城乡居民对医疗资源的利用。首先构建医疗费用的决定方程,再借助Oaxaca-Blinder分解方法对实行医保统筹的城乡居民在医疗费用和报销费用的差异进行分解,并考察统筹制度对促进城乡居民医疗服务利用和基金使用公平性的作用。研究结果表明,在控制其他因素的情况下,城乡居民的医疗资源利用存在显著的差异,城镇居民对医疗服务利用和占用的医保基金均高于农村居民,农村居民未能与城镇居民平等地享受医疗资源,且实际报销比例较低。城镇居民选择县级以上医疗机构就诊的比例更高,是导致城镇居民报销的医疗费用远高于农村居民的主要原因。但与未推行城乡医保统筹的地区相比,统筹的实施有助于缩小城乡居民在医疗服务利用和报销费用上的差异,但实际报销比例并没有显著的提高,仍旧与城镇居民存在差异。

综合上述几方面的研究内容,可以得出如下结论和政策建议:推行城乡医保统筹制度有利于农村居民患病后积极就医,进而改善健康状况。农村居民的医疗服务利用增多后,由个人承担的医疗总支出增加。从统筹的双方看,农村居民对医疗服务的利用虽增多,但与城镇居民相比仍有一定差距,城镇居民从医保基金中获得了更多报销金额,且实际报销比例更高。与未统筹的居民相比,统筹制度能缩小城乡居民医疗利用的差异。鉴于城乡统筹医疗保险不能降低居民患病率,医疗保险赔付方案的制定应当从“重医轻防”向“预防为主、防治结合”转变,从改善居民健康的角度,医保政策的制定应当降低就医门槛,激励患病居民及早治疗。城镇居民在高级医院就诊比例高是导致医疗费用高于农村居民的主要原因,因此,从政策制定的角度应该迅速推动分级诊疗制度,充分利用基层医疗资源,避免医疗资源的浪费。

关键词：城乡医保统筹制度；健康；医疗支出；双重差分模型

HEALTH AND MEDICAL EXPENSE UNDER URBAN-RURAL INTEGRATED MEDICAL INSURANCE SYSTEM FROM THE PERSPECTIVE OF URBAN-RURAL DIFFERENCES

ABSTRACT

The risk of disease is uncertainty and serious harmful to health. Medical insurance can not only protect people's health, but also reduce the economic loss caused by diseases for residents, and it has the function of income distribution from the perspective of society. The establishment of Urban Employees Basic Medical Insurance, New Rural Cooperative Medical System and Urban Resident Basic Medical Insurance System is a symbol of the initial formation of China's basic medical insurance system. However, there are many defects in the management system of binary urban and rural division system. China is promoting the exploration of integrating urban and rural medical insurance system actively. The purpose of this study is to investigate the impact of the urban-rural medical insurance pooling system on residents' health and medical expense from the perspective of the heterogeneity of urban and rural residents, and to discuss the mechanism and reasons.

Firstly, the paper analyzes the impact of Urban-Rural Integrated Medical Insurance System on residents' health, and verifies the impact mechanism. Then investigate residents' medical expense change under the comprehensive impact of increased medical service utilization and improved security level. At last, investigate the utilization gap of medical resource between urban and rural residents from perspective of total medical cost, reimbursement expense and reimbursement ratio. For the different in health awareness and medical resource distribution between urban and rural, rural residents are in a disadvantage side in divided insurance system. After the implementation of integrated medical insurance system, urban and rural resident have different response to the change, as a result, the above analysis is carried out from the perspective of urban and rural comparison. The main research contents and relevant conclusions are as follows:

Content 1: The effects of Urban-Rural Integrated Medical Insurance System on health

In this part, we used the CLDS data to establish a Difference-in-difference regression model, which was used to test the effect and mechanism of urban-rural integrated medical insurance system on health. The mechanism was verified from the two directions of "promoting medical treatment after illness" and "improving medical insurance treatment".

Regression results show that the urban and rural medical insurance can reduce the extent to which rural residents are affected by illness, mainly by changing the rural residents' health consciousness and reducing the phenomenon of rural residents not seeking medical treatment after illness. The positive effect on the health of urban residents is mainly to improve the subjective self-assessment health of residents, but the impact is small. Overall, the positive effects on the health of rural residents are stronger than urban residents. Therefore, in order to improve the health status of residents, we should make effort to change the behavior of medical treatment and encourage residents to take active treatment after getting sick.

Content 2: The influence of urban-rural integrated medical insurance system on the utilization of medical services and medical expense

Based on the Chinese Labor-force Dynamic survey data in 2014 and 2016, First of all, descriptive statistics were conducted for residents of different insured types in terms of disease, medical treatment and reasons for not seeking medical treatment. Then we built the Difference-in-difference model to analyze the impact of Urban and Rural Medical Insurance System on the medical expense of residents. Statistical results show that, the proportion of integrated insured residents who fail to take treatment measures due to heavy economic burden is the lowest. The results show that the implementation of the Urban and Rural Medical Insurance System will increase the medical expenditure of low-income rural residents and families with insufficient medical services. However, medium and high income community and urban residents are less subject to economic constraints, their medical consumption is hardly affected by the medical insurance. The improvement of medical insurance treatment has alleviated the medical expense of the medium-to-income rural residents. The regression results by medical expenditure group also showed that the medical expenditure of families with high medical expense was mainly affected by the health condition of family members and the accessibility of medical institutions, and the current medical insurance system could not share the pressure of medical treatment for them. Therefore, from the perspective of policy making, we should improve the medical insurance treatment for serious diseases and reduce the pressure of medical treatment for people with heavy burden to avoid the occurrence of poverty caused by diseases.

Content 3: The difference of medical resource utilization between urban and rural residents under the background of integrated medical insurance

In this part, we compare the utilization of medical resources between rural and urban

residents from aspects of total medical expenses (including reimbursed and unreimbursed part), reimbursed expenses and actual reimbursement ratio. We first construct the determination equation of medical expenses. Then *Oaxaca-Blinder* method is used to decomposition the differences of medical expenses and reimbursement expenses between urban and rural residents who carry out Urban-Rural Integrated Medical Insurance System. Results show that after other factors controlled, there are significant differences in the utilization of medical resources between urban and rural. The utilization of urban residents is far higher than that of rural residents due to urban residents usually choose hospitals above the county level. Rural residents fail to enjoy equal access to medical resources with urban residents. However, compared with regions that do not implement the integrated insurance, the integrated insurance helps to narrow the differences between the total medical expenses and reimbursement expenses, but not actual reimbursement ratio.

Based on the above several aspects, the following conclusions can be drawn: In terms of health performance, the implementation of the urban-rural integrated medical insurance system is conducive for residents to seek medical care after falling ill, and then gain better health. But the total medical expenditure payed by individual increases. While rural residents medical service utilization has improved, there is still a gap compared with urban residents, urban residents occupy more medical insurance resources. The actual reimbursement ratio of urban residents is higher. Compared with the residents without overall planning, the integrated medical system can narrow the difference of medical utilization between urban and rural residents. In view of the fact that urban and rural medical insurance cannot reduce residents' morbidity rate, the medical insurance compensation scheme should focus on prevention rather than treatment. From the perspective of improving residents' health, the medical insurance policy should lower the threshold of medical treatment and encourage the patients to receive early treatment. The high proportion of urban residents in senior hospitals is the main reason for higher medical costs. Therefore, in order to avoid the waste of medical resources, the hierarchical medical system should be promoted rapidly.

KEY WORDS: Urban-Rural Integrated Medical Insurance System; health; medical expense; Difference-in-differences model

第一章 绪论

1.1 研究背景及问题的提出

中国基本的医疗保险体系主要由城镇职工基本医疗保险（简称城职保）、新型农村合作医疗（简称新农合）与城镇居民医疗保险（简称城居保）三种制度构成，这三种模式在保费筹资、医疗待遇和可及性方面均存在较大差异，参与群体的身份和属地呈现碎片化特征（何子英等，2017）。城乡分割的医疗保险制度使城乡居民在医保待遇、就医环境和医疗资源等方面面临较大的不公平性（胡宏伟等，2012a），医保待遇的差异是导致城乡居民的医疗需求呈现异质性的主要原因（顾海等，2012），与城镇居民相比，农村居民享受的医疗保障待遇处于劣势，医疗负担更加沉重^①。除此之外，城乡分割的医疗保险制度还存在流动人口的医疗保险归属不明确，或是由于统筹层次较低，难以实现异地结算等问题，使参保者的利益受损。总体而言，城乡分割的医保制度存在诸多弊端，农村居民在整个医保体系中更是处于不利地位。

为了使城乡居民公平享受医疗保障，城乡医疗保险统筹成为必然趋势。2016年1月，《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》指出要推进城居保和新农合制度整合，逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度。统筹的城乡医保按照“待遇就高不就低、范围就宽不就窄”的原则对原本的新农合和城居保进行调整，意味着城乡居民将打破户籍的限制，享受同等的待遇标准。统筹后的医保政策在多方面进行了调整，具体体现为统一城镇和农村的医保筹资和基金管理、提高了医保报销水平、扩大了医保范围内诊疗项目和药品目录、增加了医保定点医疗机构数量。

健康是一项重要的可行能力，改善健康和为居民分担疾病风险，避免因病致贫是医疗保险的主要目标，城乡医保统筹后，是否能够改善居民的健康状况？从理论上讲，提高医保待遇和提高医疗服务利用应该有利于居民健康，中国当前推行的医保统筹制度改善健康的途径是什么？在成本分担作用和医疗服务利用同时提高的情况下，居民的医疗支出是加重还是减轻？在统一的医保制度中，城乡居民对医疗服务和医保基金等资源的利用是否存在差异？虽然制度设计实行“城乡统一”，但由于城乡居民在就医观念、健康意识、以及城乡医疗资源分布存在差异，农村居民在城乡分割的医保制度中处于劣势，实行城乡医保统筹后，城乡居民的医保制度环境发生不同程度的变化，城乡居民针对制度变化做出的响应也有所不同，因此以上分析均是从城乡差异的视角展开的。

^① 2013年，农村居民医疗保健支出占消费性支出比重为9.3%，城镇居民医疗保障支出占消费性支出比重为6.2%。

城乡居民医疗保险统筹后，城乡居民风险共担，如果城镇居民医疗需求更大、就医质量更好，就会从医保基金中获取更多的资源，甚至出现农村居民筹资补贴城镇居民的现象，则会影响他们参保和就医的积极性，面临健康受损和病情加重的可能，政策实施的侧重点就应当进行调整。对上述问题的回答，有助于区分城乡统筹下受益更多的一方，促进城乡居民平等的享受医疗保障待遇，有针对性的改善居民健康，避免因病致贫，因病返贫。

构建城乡统一的医疗保险制度是促进城乡经济社会协调发展的必然要求，现有研究多是关于统筹前后政策内容的介绍和制度管理方面的讨论，主要以评述的方式居多，定量研究较少，现有的实证分析认为，在城乡统一的医疗保险中，参保档次越高，医疗支出越多（郭华、蒋远胜，2014），城乡医保统筹能促进城乡居民在门诊就诊次数的机会平等（马超等，2016b），以江苏省三个不同统筹模式的地区为例的研究发现，未统筹地区的城乡居民医疗服务利用差距最大（马超等，2017），自由选择的参保模式更加有利于城乡公平（顾海等，2013b）。现有研究对城乡居民本身的健康改善和医疗支出的影响尚未得到充分的论证。统筹政策在全国推行之前，一些地区已经率先展开积极的尝试和探索，如天津和宁夏在2010年开始实施城乡医疗保险统筹，重庆、广东、浙江、山东、江苏等地也是整合城乡居民医疗保险制度较早的地区。本文从城乡差异的视角，根据中国劳动力动态调查数据（CLDS）对试点地区城乡居民医保统筹前后的追踪调查，重点考察城乡医保统筹对居民健康的影响及作用机制，并分析居民健康改善的情况下居民医疗支出的变化，有利于正确认识城乡居民医疗保险统筹的实施效果和进一步完善政策。

1.2 研究目标和研究内容

1.2.1 研究目标

本文的总体目标是从城乡差异的视角，分析城乡医保统筹制度背景下居民健康和医疗支出的变化，并探讨影响机制和原因，具体目标体现为以下三方面：

（1）考察城乡医保统筹制度对居民健康改善的效果，并探索统筹政策改善健康的路径。

（2）分析政策对减轻居民医疗支出方面的作用以及对城乡居民、不同收入群体、不同医疗支出人群的影响，有利于完善制度方案。

（3）比较统筹后城镇和农村居民对医疗资源利用的差异，区分统筹制度下占用医保基金更多的一方。

1.2.2 研究内容

为了实现上述研究目标，具体研究内容如下：

(1) 研究内容一：城乡医保统筹对改善居民健康的作用及影响机制。

改善健康是医疗服务利用的主要目的，本文将样本按照是否推行城乡医保统筹政策和居民在政策实施前的参保类型分为四组，匹配两期追踪数据比较城乡居民在医保统筹前后健康的改善情况，并从“提高医保待遇”和“促进患病后就诊”两方面验证其中的影响路径。

(2) 研究内容二：城乡医保统筹对居民医疗支出的影响。

从医疗支出和医疗支出占家庭总支出的比重两个指标，考察医保统筹对城乡居民医疗支出的影响。由于不同收入水平的人群边际收入效用存在差异，低收入人群受经济约束，时常有小病拖成大病甚至放弃就诊的情况发生，因此再分别按收入分组和按医疗支出分组，分析不同支出人群对医保政策变化作出的响应。

(3) 研究内容三：实行医保统筹的城镇和农村居民医疗资源利用存在差异的原因及统筹制度对缩小该差异的作用。

从医疗总费用（包含报销费用和未报销费用）、从医保基金中获得的报销费用和实际报销比例三方面考察城乡居民医疗资源利用的差异，并借助分解方法计算差异的来源，最后分析医保统筹对缩小城乡居民上述差异的作用，以此来比较统筹的城乡居民从医保基金中获益的情况和医疗费用的差异。

1.3 数据来源、研究方法和技术路线

1.3.1 数据来源

本文的微观数据主要来自中国劳动力动态调查数据（China Labor-force Dynamic Survey，简称 CLDS），该调查于 2012 年启动了在全国范围的第一次调查，2014 年和 2016 年分别对已经访问过的村居、家庭以及个体进行追踪访问。样本覆盖了中国 29 个省市（除港澳台、西藏、海南外）。该调查采用多阶段、多层次的概率抽样方法，并在国内率先采用轮换样本追踪方式，既能较好地适应中国剧烈的变迁环境，又能同时兼顾横截面调查的特点。

本文所涉及的变量主要来自于家庭问卷和个体问卷，家庭信息包括家庭的人口结构、家庭收入、居住环境、家庭支出等。个体问卷的调查对象为样本家庭户中年龄 15 至 64 岁的家庭成员，关键的信息包括参保类型、人口特征、收入情况等，其中最主要的是健康状况、就医状况及医疗支出和报销的医疗费用几方面。

本文所重点关注的对象是实行城乡医保统筹的居民,2016年1月,《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》指出,要逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度,一些试点地区在2010年之前就已展开统筹制度的推行,截至2016年8月,全国已完成全面整合城乡居民医保制度的省份包括天津、上海、浙江、山东、广东、重庆、宁夏、青海等8省和新疆生产建设兵团,从试点的选择看,既包含了部分发达地区,也涵盖了部分欠发达地区。除了上述已经完成整合的省份和地区外,还有一些地区只实现了部分整合,本文中涉及统筹的样本,即是来自问卷中这些试点地区。

1.3.2 研究方法介绍

根据研究内容的不同,本文采用的分析方法主要包括一般统计分析和计量经济分析。

(1) 文献研究法。通过对现有医疗保险制度的评价方法的学习和整理,了解已有研究的研究方法和研究成果,能够为本文的研究带来启发,同时为本文的研究思路提供文献佐证和科学依据。

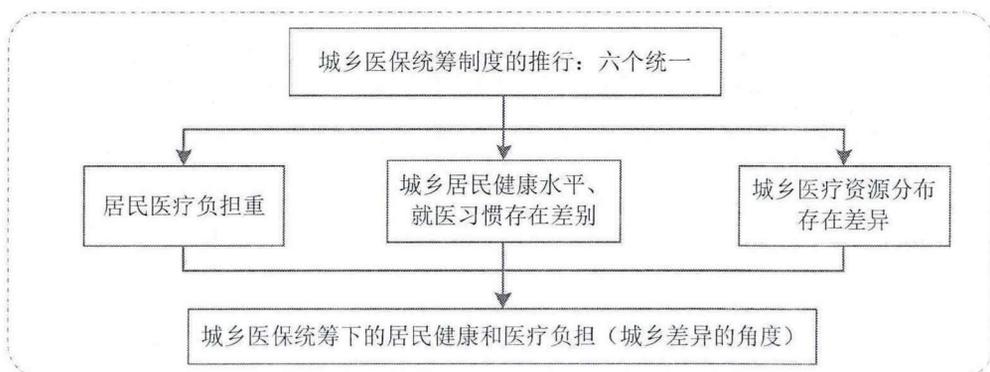
(2) 统计分析法。通过对样本的医疗支出、健康状况等指标的统计性描述,掌握统筹组与非统筹组之间、城镇和农村居民之间的基本特征和差异。

(3) 计量分析法。本文使用的计量经济模型和估计方法主要包括普通最小二乘法、双重差分法以及分解方法等。在分析统筹制度对城乡居民健康和医疗支出的影响时,由于遗传因素和健康意识、就医习惯等非观测变量有重要的影响,本文采用两期数据构建双重差分模型控制个体不可观测的特征。在具体指标的回归中再根据因变量的特征采用二元 *Probit* 模型、有序 *Probit* 模型和最小二乘法。在分析城乡居民医疗费用和报销费用差异的问题时,本文借助 *Oaxaca-Blinder* 分解方法分析导致城乡居民的医疗费用和报销的医疗费用存在差异的主要因素。

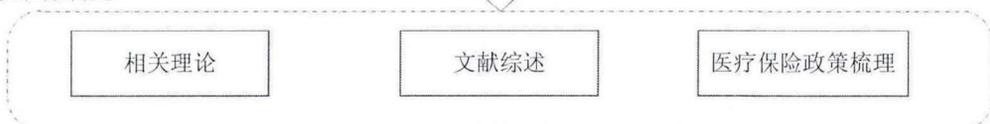
1.3.3 技术路线图

根据以上的研究目标和研究内容,本文的技术路线图如图 1-1 所示。

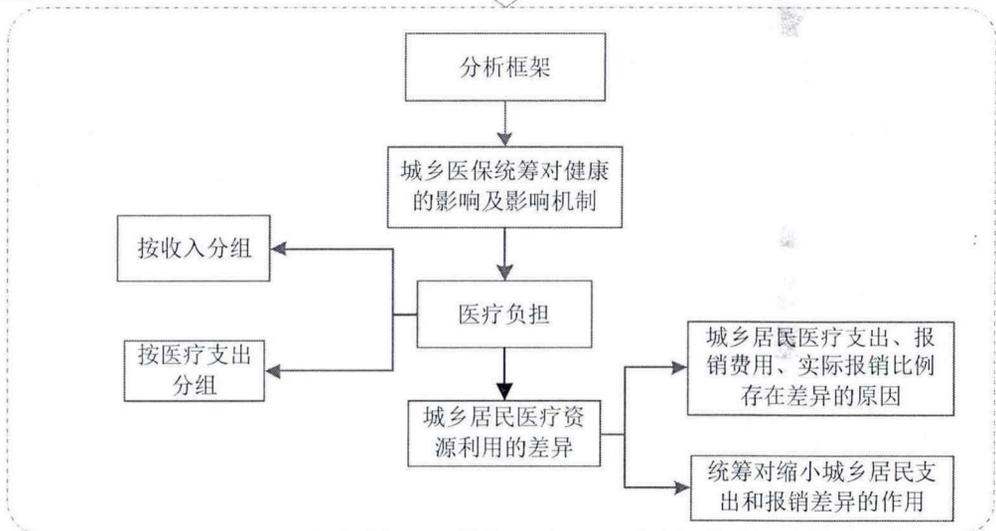
1、问题的提出



2、研究框架构建



3、实证分析



4、研究总结



图 1-1 技术路线图

Figure 1-1 Technical route

1.4 论文结构安排

本文分为七章，各章节安排如下：

第一章为绪论。主要介绍研究背景、问题的提出、研究目标、研究内容、数据来源、研究方法、以及本文的创新和不足。

第二章为城乡医保统筹制度的介绍及文献综述。主要梳理了城乡医保统筹制度的建立背景和主要政策变化，并对医疗保险相关的研究结论进行文献综述。

第三章为分析框架、理论基础和研究假说。主要构建本文的分析框架，并结合医疗保险、医疗服务需求、健康等方面的相关理论提出研究假说。

第四章为医保统筹制度对城乡居民健康影响的实证分析。选择多个健康指标分析城乡居民受统筹医保制度的影响程度，再从“促进居民积极就医”和“提高医保待遇”两方面对影响机制进行验证。

第五章为医保统筹制度对城乡居民医疗支出影响的实证分析。首先对不同参保类型居民的患病率、未就诊原因和就医情况进行横向比较，对居民的就诊状况作初步了解，再分不同收入组、不同医疗支出组通过实证的方法分析各组居民的医疗支出受政策影响的程度。

第六章主要分析城乡居民医疗资源利用的差异。首先分析实行医保统筹的城乡居民之间医疗总费用、报销费用和实际报销比例的差异，再分析城乡居民在医疗资源利用存在差异的原因，最后分析统筹制度在缩小城乡居民报销费用差异的作用。

第七章为研究结论和政策启示。首先总结全文的研究结论，并根据本文的研究结论，从改善居民健康和促进城乡居民医疗资源利用公平性方面提出完善中国医保政策的政策建议及未来需要深入研究的方向。

1.5 可能的创新与不足之处

1.5.1 可能的创新

本文主要从微观个体的视角对城乡医疗保险统筹的实施效果进行评价，主要创新如下：

第一，本研究从城乡差别的视角，以实证的方法分析城乡医保统筹政策的实施对居民健康和医疗支出的影响，并探讨其中的影响机制及原因，有助于为政策改进提供参考。城乡医保统筹是今后的必然趋势，现有研究对整合后的城乡居民医疗保险的关注还较少，且主要集中于对统筹制度的描述或实施前后的制度比较，对效果评价还不够全面和深入，并且主要以现状的描述性分析为主，实证分析较少，医保统筹的实施对医疗支出的影响和改善健康的作用以及影响机制还不明确。本文主要探讨统筹制度改善健康的途径及对居民医疗支出的影响，有利于针对性的改善居民健康和促进城乡居民医疗服务利用的公平性。

第二，现有研究认为医疗保险的差异是导致城乡居民医疗服务利用不同的重要原因，与现有研究的研究背景不同，本研究的结论表明，即使实行城乡统一的医保制度，城乡居民医疗服务利用和医疗支出仍旧存在差异。中国长期以来实行城乡分割的医疗保险制度，以往研究对城乡居民就医行为的分析是基于不同的医疗保障环境分别展开的，而实际上，城乡实施的两种医保制度在医保待遇上差别较大，医保待遇的差异会进一步影响居民的就医行为，因此，基于分割的医保制度背景得出的城乡居民就医行为差异方面的结论不能反映当前状况。且现有文献对整合后的城乡居民医疗费用差异的来源未做充分的研究，本文比较了统一医保制度下城乡居民医疗费用的差异，有助于针对性的促进公平。

第三，当前关于统筹制度的研究已经涉及到城乡居民之间医疗服务利用不平等和健康不平等的分析，但对医保资金的分配及统筹制度所起的作用并未得到充分的研究。城乡医保统筹的一项重要变革便为实行城乡居民统一筹资和统一基金管理，本文不仅考虑到城乡居民医疗服务利用的差异，还考虑到医保基金占用的差异，涉及到更广大参保人员的切身利益，有助于区分医保制度中受益的群体，为政策改进提供参考。

1.5.2 存在的不足

本研究在以下几个方面存在不足，有待进一步改进和完善：

第一，城乡医保统筹制度全面推行的时间较短，本文的研究样本来自于各地试点地区，样本量比较有限，且本文使用的 CLDS 数据库涵盖的样本为 15 到 64 岁劳动力年龄的人口，因此本文部分章节中针对个体样本分析得出的结论不能反映儿童和老年人的情况。

第二，各个地区的政策推行进度不一致，在统筹模式、筹资水平、医保待遇等方面存在差异，由于数据的限制，难以从政策的细节展开深入分析，只能分析统筹政策的综合影响。

第三，在当前可获取的数据库中，缺乏居民患病种类的相关变量，而政策对大病和小病的影响可能并不是同质的，受数据的限制本文只能分析政策的平均影响，未能精确的按病种分别讨论，在此方面不能针对性的提出政策建议，是今后有待改进的。

第二章 城乡医保统筹制度的介绍和文献综述

本章详细描述城乡医保统筹政策的实施背景和政策改革的重点，并对现有文献进行梳理，主要目的在于为下文的实证分析提供相关的背景知识和文献基础。

2.1 城乡医保统筹制度的建立背景及政策变化

在城乡医保统筹前，中国的社会医疗保险体系主要由城职保、城居保和新农合三部分组成。在这三大保险中，城职保建立最早，缴费水平和保障水平最高，主要针对城镇所有用人单位的在职员工和退休人员，于 1999 年初开始启动，为了解决广大群众的就医问题，中国又分别于 2003 年和 2007 年推行新农合和城居保，将农村居民和未参保城职保的城镇居民纳入到社会医保体系中，这三种基本医疗保险制度的参保率覆盖 95%以上人群。然而，城乡分割的医保制度导致城乡居民在报销待遇、医疗环境等方面的不公平，为了消除城乡医疗保险分割制度的弊端，促进医疗保障的公平性，开始推行将农村与城镇的医保并轨，根据国务院印发的《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，整合的对象主要为新农合和城居保的参保人员，即将新农合和城居保统一为城乡居民医疗保险。下面重点梳理城乡医保统筹制度建立前，农村和城镇独立运行的医疗保险制度。

2.1.1 统筹前的农村医疗保险制度

统筹前农村实行合作医疗制度，中国历史上第一个正式确立的农村合作医疗制度建立于 1955 年年初，山西省高平县米山乡联合保健站采取社员群众支付一定的保健费、合作社提供补助的办法，建立了新中国第一个合作医疗保健站。到 1976 年文化大革命结束后，全国农村 90%的生产队都办起了合作医疗，基本解决了广大农村社会成员看病难的问题。在中国实行家庭联产承包责任制改革之后，农村合作社体制逐渐解体，农村的医疗机构也失去了集体经济的依托，但各级政府未能增加投入，财务制度不可持续，资金来源有限但支出却没有控制，过度消费的现象很普遍，甚至一些干部及其家属带头欠账，打击了社员缴费的积极性，加剧了合作医疗制度的财务困难（朱玲，2000）。资金不足、医务人员缺失、制度背离等多种因素导致难以继续发展，参合率急速下降，1989 年全国行政村参合率仅为 4.8%，自费医疗重新成为农村地区主导性的医疗制度。农村重新出现了大量因病致贫、因病返贫的现象。

为了解决农村居民的就医负担重的问题和提高农村居民医疗服务的可及性，2003 年开始重新推行合作医疗制度，为了与旧的制度区分开来，将新推行的制度称为新型

农村合作医疗制度。农村居民以户为单位自愿参加，政府和居民共同筹资，按年度缴费，当年缴费，当年获益。新农合实行属地管理，以县区统筹为主，农村居民需要在户籍所在地的医保经办机构办理参保手续，因此制度的实施在各地区具有差异性，各地的医保政策会根据当地的财政情况而定，经济发达地区的医保待遇要高于欠发达地区。

新农合的推行主要经历两个阶段，2003年到2007年间以提高覆盖面为主，2008年以后以提高保障水平为主：

(1) 在新农合实施的最初几年，试点范围不断扩大。先从各省、自治区、直辖市选择2-3个县（市）作为先行试点，随后再将财政支持范围扩大到农业人口较多的市辖区和东部省份，逐步覆盖所有农村地区，到2009年，全国的参合率达到94%，基本实现建立覆盖全国农村居民的新型农村合作医疗制度的目标。理论界甚至已形成共识，认为新型农村合作医疗制度已经由居民“自愿参保”转变为“强制性参保”（张广科，2010），在基本实现医疗保险全覆盖之后，政策改革的重点以逐步提高医保待遇为主。

(2) 医保待遇的提高体现为补偿模式、报销种类、报销水平几方面。①医疗补偿模式最初以大病统筹为主，逐步将门诊纳入到医保体系中，并增加中医（含民族医）诊疗项目、中药（含民族药）品种。②疾病种类上逐步增加重大疾病的报销种类，如2011年将重性精神疾病治疗费用、残疾人康复项目、儿童白血病、先天性心脏病、妇女宫颈癌、乳腺癌等纳入保障范围；2012年将血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食道癌、胃癌、1型糖尿病、甲亢、急性心肌梗塞、脑梗死、结肠癌、直肠癌等12个病种纳入大病保障试点范围；2014年，将儿童苯丙酮尿症和尿道下裂纳入大病保障范围。③个人缴费金额和财政支持逐年增加，其中财政支持的增长幅度大于个人缴费的增长幅度，且中央财政支持向中西部地区倾斜，而在东部地区，地方财政承担了更多的责任。筹资水平的上升为医保基金提供了保障，门诊和住院的报销比例和封顶线逐年有一定的提高，2010年前，多数地区的住院报销比例不足50%，门诊报销处于起步阶段，2012年以后，住院报销比例提升到75%的水平，门诊报销比例达到50%。

尽管新农合的实施取得了较好的效果，但是也存在一定的问题。虽然医保待遇逐年提高，但仍旧与城镇居民的医疗保障水平有一定的差距，极易导致居民心理的不平衡，不利于城乡的协调发展。除此之外，新农合由于统筹层次低，大量农村人口在城市居住或就业，面临异地就诊和报销的问题。在新农合的管理系统中，保险机构和医疗机构均由卫生部门管理，会弱化医保机构的信息和谈判功能，不利于控制医疗费用，难以对医疗机构起到监督的作用（赵曼、吕国营，2007b）。

2.1.2 统筹前的城镇医疗保险制度

统筹前的城镇医疗保险制度主要包括城职保和城居保两种，针对城镇居民，城乡医保统筹的对象主要为城居保的参保人员。该项制度于 2007 年起开始实行试点并快速扩大试点范围，到 2010 年基本实现覆盖全部城镇非从业居民。城居保与新农合在参保对象和筹资方式上均具有类似之处，城镇居民医保的参保对象为城镇中没有工作的老年居民、低保对象、重度残疾人、学生儿童及其他城镇非从业人员，即城镇户籍人口中除去参与城镇职工医保的居民，持居住证参保并缴费的居民也能获得相同标准的补助，保障期限为缴费的当年。

在筹资方式上，医保筹资由个人缴费和财政支持共同组成，每年的筹资标准由省人力资源社会保障部门、财政部门确定，财政补贴的最低标准与新农合的筹资中财政补贴基本一致，中央财政对中西部居民的财政支持承担更大的责任，对低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人和低收入家庭的老年人也会提供更多的补助。个人缴纳的保费为固定金额，不受参保人收入的影响，多数地区针对老年人、儿童、大学生、城乡居民制定不同的筹资方案，也有地区实行多档的筹资方案，参保档次越高，对应的住院和门诊特定疾病的赔付标准更高。各地在执行过程中，可根据实际情况确定个人缴费标准和财政补贴标准，但必须高于最低标准。一般来讲，同一地区的城居保的筹资水平高于新农合，城镇居民缴纳的保费高于农村居民。

在医保待遇上，城居保的起付线通常较高，同一地区的城居保的报销比例和封顶线与新农合制度比较接近，或略微高于新农合。城居保与新农合制度在医保待遇上的主要差别在于城居保医保囊括的药品目录和诊疗项目目录更多，且定点医疗机构数量更多。整体看来，城居保虽然制度建立晚于新农合，但是医保待遇高于新农合，居民获得的报销金额也较多。

2.1.3 统筹制度的建立及优势

随着人员流动性加大和城乡协调发展，城乡医保统筹的呼声越来越大，为了使城乡居民公平享受医疗保障，一些地区率先取消户籍的限制，对城乡居民实行统一的缴费和报销政策。广东东莞市是全国范围内率先推行“三保合一”的地区，于 2008 年将全市职工(不分户籍)、城乡居民纳入统一的社会基本医疗保险体系，社会医疗保险从制度上覆盖到城乡所有人群。其余的大多数地区以实现城镇居民医保和新农合“两保合一”为主。学术界根据这些试点地区的实施情况，对城乡医保统筹制度的可行性进行了分析，户籍制度的改革为统筹提供了制度基础，信息化服务体系的建设为统筹提供了管理基础，经济发展和人民增收为统筹提供了经济基础，基本医疗保险的高参

与率和统筹前城居保和新农合的筹资形式比较接近为统筹提供了现实条件（盛钢、黄东平，2008；顾海等，2009；赵艺菲等，2016；唐昌敏等，2016）。

与城乡分割的医保制度相比，城乡医保统筹的确体现了较明显的优势，化解了城乡医保分割制度下的诸多弊端：

（1）统筹后的医保制度更加便于管理。在制度管理方面，新农合由国家卫生部门管理，城居保由人力资源与社会保障局管理，整合前，基础的经办资源需要各自建设完备，不便于统一管理。城乡医保并轨后统一由人社部门管理，建立统一的参保人员信息库，负责医保的筹资和赔付，避免经办机构和网络系统重复建设。

（2）统筹后的医保制度减少了资金的浪费。在各自独立的医保制度下，农村大量流动人口的医疗保险归属不明确，新农合规定农户需在户籍所在地参保，流动人口在城镇持暂住证能参保城居保，两类医保在参保对象上出现了交叉，一部分人重复参保，而按照规定，重复报销是不被允许的，导致参保人支付了不必要的保费，同时财政对医保筹资的重复补贴，造成了资金的浪费。将城乡居民医保实行统一管理，既降低了管理成本，也减少了居民的损失。如内蒙古、山东、浙江3省在城乡医保统筹后分别剔除重复参保133万、250万和150万人，分别节约财政重复补助资金6亿、8亿和7亿多元^①。

（3）统筹后的医保制度解决了居民报销面临的实际问题。医保基金实行属地管理，统筹前，居民在未经参保地点的医疗机构转诊的情况下，难以实现异地就诊和结算，也限制人力资源的流动。城乡医保统筹后，统筹层次提高，居民可选择的医保定点机构数量增多，提高了就诊便利性，有利于疾病的治疗和恢复，而且医疗保险的保障水平提高，有利于减轻居民的就医负担。

（4）提高了统筹层次，降低了基金风险。新农合为县级统筹为主，城镇医保普遍达到了市级统筹的水平，城乡医保并轨后，提高了基金的共济能力，抵御风险的能力更强，能为居民提供更加充分的保障。

（5）能缩小城乡居民医保待遇上的差距，促进城乡协调发展。政府提供的基本医疗保障使得居民的基本健康权得以实现（尹媛媛，郭小燕，2004），而城乡居民医疗保障存在差异，意味着城乡居民未能平等的享受健康权，城乡医保待遇的差异大，不利于城乡的协调发展。城乡医保统筹后，城乡居民实行统一的医保待遇，城乡居民的医保待遇均有不同程度的提高，农村居民提升幅度更大。

^①数据来源：彭训文,贾平凡.城乡医保并轨吹响“集结号”[OL],中国政府网,

http://www.gov.cn/xinwen/2018-01/15/content_5256625.htm, 2018-01-15

2.1.4 城乡医保统筹制度的主要政策变化

城乡居民医疗保险统筹具体体现为实行六个统一，即统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。为了直观地说明实行城乡医保统筹后的主要变化，首先以下述几个地区为例，列举一些地区的医保政策变化，如表 2-1 所示。

表 2-1 实行城乡医保统筹后的主要变化

Table 2-1 Main Changes after the Unification of Health Care System

地点	主要变化
北京市	<p>1、医保待遇全面提升：门诊最高报销比例提高 5 个百分点，住院最高报销比例提高 5-10 个百分点，大病保险报销比例提高了 10 个百分点，住院年度封顶线由 18 万提高到 20 万，城镇居民一级及以下医院门诊起付线降低，农村居民不变。2、在报销方式上，统筹前城镇居民医保已实现持卡就医实时结算，而农村居民就医实行先由个人垫付后报销，城乡统一后全部实现实时结算。3、筹资方面，财政人均补助标准由原来的 1000 元、1040 元统一提高到 1430 元。4、定点医疗机构方面，将社区首诊的范围扩展到一级及以下的医疗机构，且转诊有效时限由 90 天延长至 180 天。5、药品目录方面，可报销的药品种类将由目前的 2510 种扩大到 3000 多种。</p>
新疆维吾尔自治区	<p>1、医保目录方面：原新农合参保人员的药品范围由不足 1500 种扩大到近 3000 种。2、医保待遇方面：在自治区三级医院的报销比例提高。</p>
福建省 莆田市	<p>1、医保目录方面：执行全市统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和标准，主要提高原新农合的医保目录。2、定点机构方面：调整统筹门诊，将符合一体化管理条件的村卫生所纳入医保定点。3、医保待遇方面：提高住院报销待遇，大病保险的报销门槛由扣除基本医保报销后超过 2 万元降为 1.5 万元；提高重大疾病报销比例，将儿童白血病等 9 种重大疾病的报销比例统一提高到 80%。重性精神病报销比例由原 80%提高到 90%，提高糖尿病等 17 种慢性病年度报销封顶线。4、关注贫困人口：加强对贫困人口患病后的经济支持，建档立卡的贫困人口当年度发生的合规医疗费用总的报销比例提高到 96%以上。5、提升服务质量：在全市二级及以上定点医院设置医保服务站，方便群众就医。</p>

江苏省
南京市

1、医保目录方面：原新农合的医保目录覆盖范围窄，药品约 1000 种，原居民医保的医保目录相对宽多，共涉及药品 2800 种，诊疗和医用耗材 6.6 万条，定点医疗机构全市近 850 家，2017 年起执行统一的城乡居民医保药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施等。**2、医保待遇方面：**到区以外定点医院住院的起付线由 1200 元降到 1000 元。**3、医保筹资方面：**原新农合居民的筹资未按人群分类，统筹后按参保人为老年、学生儿童等不同身份实行差别化缴费。

天津市

1、医保筹资方面：城乡居民打破户籍限制，统一执行“一制多档”的缴费。**2、医保目录方面：**农村居民就医定点医院范围、用药目录、诊疗项目目录、服务设施目录与职工医保资源共享，可选择的定点服务机构扩大到 1600 多家、医保报销药品 7000 余种；居民医保门诊特殊病种扩大到 13 种，较新农合制度相比增加近十种。**3、医保待遇方面：**提高了报销比例。居民医保政策范围内农村居民门诊报销从无到有，与新农合时期相比，报销比例提高了 30 多个百分点，最高支付限额平均由 3 万元提高到 18 万元。**4、支付方式方面：**全市乡镇卫生院全部纳入医保支付系统，实现刷卡就医、联网结算。

河南省

1、医保待遇方面：将城镇居民和新农合大病保险的起付线由原来的分别为 1.8 万元和 1.5 万元调整为 1.5 万元；将大病保险的年度最高支付限额由 30 万元提高至 40 万元。**2、医保目录方面：**将城镇医保和新农合都未包含、但临床必需的医疗服务项目，尤其是肝移植、脊柱侧弯矫正术等用于危重病人治疗的高额医疗服务项目及儿科相关的 88 个项目纳入到医保目录。**3、在医疗机构方面：**将原城镇居民医保和新农合定点医疗机构，整体纳入城乡居民医保定点管理范围。

苏州吴江区

主要体现在医保待遇方面：参保居民因恶性肿瘤放疗化疗、重症尿毒症透析、再生障碍性贫血患者、血友病患者、器官移植后在门诊使用抗排斥专科药物的治疗费用的基金结付比例由 70% 提高到 90%；起付线和封顶线也调整到与苏州城区的标准一致；在苏州市范围内定点或指定转诊医院住院的报销比例提高 5 个百分点。

资料来源：根据各地文件整理

从上表可以看出，各地在制定城乡医保的整合方案时，基本是按照“六个统一”的指导思想从医保目录、定点医疗机构、医保待遇等几个方面做出了调整。概括而言，实行统筹后城乡居民医保主要发生了以下几方面的变化：

(1) 统一覆盖范围。原新农合的参保对象主要为农村居民，城镇居民医疗保险

的参保者为城镇除城镇职工医疗保险参保者以外的居民，统筹医保打破了户籍制度的限制，将上述两种医保制度的参保人合并，基本涵盖了原新农合和原城镇居民医疗保险的参保人员，避免了重复参保的现象。

(2) 统一筹资政策。原新农合与城镇居民保险的筹资标准不同，在大多数地区，农村居民筹资低于城镇居民。城乡居民医疗保险的筹资来自于个人缴纳、中央和地方财政补贴，由于中国的医疗保险实行属地管理原则，受各地区经济发展水平的影响，各地区医疗保险制度的筹资有所差异。统筹医保中常见的筹资方式有统一筹资、按人群分类筹资、多档次筹资三种。多数地区不对居民身份进行区分实行统一缴费，部分经济实力雄厚的地区，地方政府有经济能力为居民提供更多的财政补贴，相应的个人缴费标准也更高，低保家庭和低收入家庭救助人员可少缴或免缴保费。有的地区针对老年人、儿童、大学生、城乡居民制定不同的筹资方案，如江苏省南京市在政府补贴方面给予城镇老年人和农村所有居民提供更多的经济支持。天津市实行多档的筹资方案，城乡居民可以根据自己的支付能力自由选择参保档次，各档次间的财政补贴金额相同，不同档次间缴费金额的差值由个人支付，选择更高档次的居民需要支付更多的保费。杭州市同样实行多档的筹资方案，与天津市的差别在于财政为更高档次的筹资提供更多的财政支持。不同的缴费标准下普通门诊的报销待遇不存在差异，但是对应的住院和门诊特定疾病的待遇不同。

城乡统一后，各地区结合实际情况及基金收支平衡需要，逐步过渡到相同的筹资标准，合理确定筹资标准以及财政补贴与个人的缴费比例，财政提供了更多的经济支持，如北京市的财政人均补助标准由原来的1000元、1040元统一提高到1430元，提高了40%。多数地区统筹后，城乡居民的财政补贴和个人缴费均增多，医保资金更加充足。

(3) 统一基金管理。实行医保统筹前，新农合由国家卫生部门管理，城居保由人力资源社会保障局管理，城乡居民的医保基金各自独立运行。统筹后，将统筹前的城居保基金和新农合基金统一设立为城乡居民医疗保险基金，体现基本医疗保险的共济性，用于应对参保者的疾病风险，扩大了基金的抗风险能力，一般来讲，基金当年结余率控制在10%以内，既要保障城乡居民公平享有基本医保待遇，也要兼顾城乡居民医保制度的可持续发展。

(4) 统一保障待遇。在城乡实行分割的医疗保险制度的情况下，新农合的保障水平明显低于城镇居民医保。统筹后，城乡居民可享受统一的医保待遇，无论是门诊治疗还是住院，城乡居民均可享受相同的诊疗项目和报销比例。门诊方面保障城乡居民在基层定点医疗机构就医的门诊常见病、多发病和慢性病医药费、一般诊疗费和家庭医生签约服务等，基金支付比例原则上不低于50%。住院医疗费用方面，起付标

准、支付比例、最高支付限额等逐步统一，政策范围内基金平均支付比例在75%左右。多数地区的报销比例和医保最高支付限额有不同程度的提高，其中，农村居民的提高更为明显，有助于降低居民患病后的就医成本，减轻医疗负担。以宁夏为例，城乡统筹前，城镇居民政策范围内报销比例约为57%，农村居民政策范围内报销比例为53.59%，统筹后城乡居民在医保政策范围内报销比例达到66%。北京市统筹后门诊报销比例由50%提高到55%，住院报销比例提高了5%-10%，达到80%，住院年封顶线提高到20万元。山西省城乡居民住院医保目录内总费用平均报销比例提高到80%，比调整前提高了15%。

(5) 统一医保目录。统一城乡居民医保药品目录和医疗服务项目目录，明确药品和医疗服务支付范围。一般来讲，城镇居民医保的药品目录种类要多于新农合，新农合医保范围内的诊疗项目主要为手术、常规检查和治疗，城镇居民医保的诊疗项目涵盖的范围更广。统一后按照“临床必需、安全有效、价格合理、技术适宜、基金可承受”的原则执行统一的城乡居民医保药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施等基本医疗保险三个目录。大多数地区在城乡医保目录统一后，医保用药种类大幅度增加。以河北省为例，河北省原新农合的医保用药有1000种左右，城镇居民基本医保用药目录约有2400种，整合后城乡居民基本医保用药目录能达到2900种左右。山东可报销药品种类由1100种扩大到2400种，天津市农村居民医保药品的数量从原来的2000多种增加到7300多种，增加了2倍。内蒙古、广东、宁夏城乡医保并轨后，农民的医保目录分别从1988种、1083种、918种扩大到2600种、2450种、2100种。云南省城乡居民报销药品达到2888种，农村居民报销药品增加了1476种，城镇居民增加了442种；可报销诊疗项目达到5003种，农村居民报销诊疗项目增加了1203种。安徽省新农合报销药品目录现阶段包括1400余种药品，整合后增加到2300种。

(6) 统一定点管理，将符合条件的城居保和新农合定点医疗机构，统一划为城乡居民医保定点医疗机构，实行统一管理、统一结算。如北京市将新农合的800多家定点医疗机构和城居保的2000多家定点机构共同增加到3000余家，山西省定点医药机构从2000多家增加到7000多家。通过规定定点准入条件和定点退出机制，能起到监督管理定点医疗机构的作用，实行统一定点管理后，也便于进行城乡一体化管理，多数地区加快了信息系统的建设，并开通医保刷卡结算服务，方便居民的异地就诊和结算。而在此之前，一些地区的新农合制度在支付方式上以个人先垫付、后报销为主，异地就医也受到诸多限制，实现实时报销后，农村居民的就医便利性大幅度提高。

对以上政策变动的梳理可以看出，统筹前城乡地区的医保制度差异较大，统筹政策实施后，农村居民的医保制度在医保目录、医保待遇和定点医疗机构方面的提升幅度更大，因此城乡居民受政策的影响也会有所不同，对政策的梳理有助于理解城乡居

民受政策影响的异质性和分析居民受政策影响的原因。

2.2 文献综述

现有文献对医疗保险的效果评估进行了较充分的研究,但是其中专门针对城乡统筹医疗保险的研究较少,本章对当前的医疗保险相关研究进行综述,这些研究为本文的分析提供了有益的参考。

2.2.1 医疗保险对居民健康影响的研究

健康需求是基本的生理需求,国外的研究多数认为医疗保险对改善居民的健康有积极的作用,且积极作用体现在各年龄段。儿童早期的参保状况会对未来健康产生影响(Currie et al.,2008),美国51-65岁中老年保健医疗制度能降低健康受损的风险(Baker et al., 2002),未参保个体在面临慢性病冲击后,健康的恶化程度超过参保个体(Cutler and Vigdor,2005),并且医疗保险能降低65岁前的死亡率(Hadley and Waidmann, 2006),保险覆盖范围扩大有利于改善自评健康状况(Card, et al.,2009)。没有医疗保险的癌症患者在后期休养过程中死亡率高于医疗保险的参保人员(Ayanian et al.,1993)。

在针对中国医疗保险的研究结论中,城居保可以促进参保居民的健康水平(潘杰等, 2013),降低参保者的死亡风险(黄枫、吴纯杰, 2009)。医疗保险对健康的改善作用是通过促进医疗服务利用实现的(程令国、张晔, 2012; 王丹华, 2014),也有研究认为是提高了预防性卫生保健服务从而改善的健康状况(王翌秋、雷晓燕, 2011)。医疗保险的参合时长和是否享受大病报销对农村居民的身心健康有积极作用(郑适等, 2017b)。不同保险类型的作用具有异质性,城职保和商业保险比城居保和新农合的参保者健康状况更好(邹红和刘亚平, 2016)。甚至新农合与职工医保呈现相反的作用效果,职工医保可以改善老年人的健康水平,新农合却不具备改善作用,主要原因在于这两类保险在医保目录和报销比例等方面都存在比较大的差距(刘晓婷, 2014)。

事实上,多数针对新农合的研究结果都表明健康效果有限,如吴联灿、申曙光(2010)将倍差法和PSM法相结合控制了样本偏差的情况下检验农合制度对农民健康的改善作用,研究结果表明改善的效率不高、影响有限。还有些研究认为新农合制度对健康不存在改善作用(Lei and Lin, 2009; 张哲元等, 2015)。孟德锋等(2011)基于2006年和2000年CHNS江苏农民的调查数据,运用倍差法控制个体的不可观测特征,回归结果表明农户健康水平的改善更大程度上来源于家庭收入等其他影响因素的不

断完善,参与新农合并没能改善健康状况,并且有可能存在事前道德风险。产生机制为由于参保者享受医疗保障,从健康行为上,导致个体自发的疾病预防动机下降,并且可能有损健康的习惯增加,吸烟、饮酒、久坐等不健康行为有所增加,体检和锻炼身体的频率降低,营养结构向不健康的高脂肪营养摄入转化(Dave and Kaestner, 2009; 彭晓博和秦雪征, 2014; 任燕燕等, 2014; 傅虹桥等, 2017)。即使是同一种保险,对于不同人群,作用也可能不同,如新农合显著提高了高收入参保人群的健康状况,而对中低收入人群的影响不显著(李湘君等, 2012)。由于影响健康的因素复杂而且广泛,研究方法及其控制变量的选择都可能会影响到研究结论的可靠性。

2.2.2 医疗保险对居民医疗支出影响的研究

(1) 医疗保险对居民医疗支出的影响。

由于研究目的和视角各异,在考察医疗保险对居民医疗支出影响的问题上,常见的指标主要有两大类,一类是以自付金额或是医疗支出的自付比例衡量,第二类评价指标将医疗支出与家庭收入或支出相结合。

针对两类指标的研究得出的一系列相关结论。在第一类指标中,自付金额是患者医疗支出的最直接反映,自付比例衡量了医疗保险的补偿力度,但是未考虑到参保人的经济实力和抗风险能力,难以准确的评估疾病风险对患者的冲击。以此为衡量指标的研究得出了不同的结论。多数研究认为医疗保险并不能降低居民的医疗支出,基于新农合的研究表明虽然新农合制度的实施有利于就医行为的改善,使居民更加注重疾病预防和体检,但是不具有减少医疗支出的作用(Wagstaff and Lindelow, 2008; Lei and Lin, 2009; Wagstaff et al., 2009),甚至会增加患者的就医支出。究其原因,除了合理的医疗需求的释放提高了医疗费用外,还由于新农合政策缺乏有效的措施控制对医疗服务的过度使用,人们倾向于选择更高水平的治疗方案,导致人们实际自付的费用并没有减少,并且患者实际获得的补偿比例远未达到政策规定(Ma et al., 2016)。在报销水平提高的情况下,医疗保险已经不仅仅是一种保险制度,更体现为一种福利获得。参保人医疗服务需求的价格弹性绝对值要大于收入弹性绝对值,补偿水平过高将刺激参保人的医疗服务需求,也将诱发参保群体医疗费用的上涨(周坚、申曙光, 2010),或是存在小病大治,如利用更为昂贵的医疗设备、药品或服务(赵曼、吕国营, 2007a)。

另外一些研究认为由于医疗保险具有分担风险的功能,医疗保险能为居民分担医疗费用,如著名的兰德实验结果表明,医保报销比例增加会使得患者对医疗服务的利用增多(Manning et al., 1987),医疗价格对于参保人和未参保人产生医疗费用的差异

具有较强的解释力 (Cardon and Hendel, 2001)。美国针对困难群体的医疗补助计划 (Medicaid) 提高了保健和诊疗服务的利用, 并且自付的医疗费用降低, 借款减少 (Finkelstein et al., 2012), 越南和墨西哥的研究也表明医疗保险能降低居民自付的医疗费用 (Jowett et al., 2003; Wirtz et al., 2012), 也有新农合相关的研究表明能够有效降低农民的自付比例 (刘明霞、仇春涓, 2014)。

除了上述研究认为医保与医疗支出存在单向的影响方向外, 也有研究认为医保基金支出与居民的医疗支出呈现“倒 U 型”曲线的关系, 在医保基金支出较低时, 医疗保障主要起到释放医疗服务需求的作用, 当医保基金支出提高到一定程度时, 保障水平上升, 才能起到减轻负担的作用 (王晓亚等, 2018)。这些研究结论不一致的原因主要在于保障水平的差异, 新农合制度由于保障水平低, 多数研究否定了其分担风险的功能, 而且不同人群对保险的响应不同, 且如果调研数据来自医疗保险发展的不同阶段和调查的不同地区, 结论也会有差异。

第二类评价指标将医疗支出与家庭收入或支出相结合, 更多的反映了地区或家庭的贫困问题。代表性研究有齐良书 (2011) 基于 2003-2006 年全国大范围的微观面板数据证实新农合在微观的农户层面有助于农民避免因病致贫, 从省区层面也有助于降低贫困率。多数研究肯定了新农合在降低家庭发生灾难性卫生支出方面的作用, 但是整体的补偿效果比较有限 (宫习飞等, 2009; 郭娜等, 2013), 减贫的效果也不太明显 (Sun et al., 2016)。具体来看, 农户获得新农合补偿金后, 参合者的大病支出发生率从 14.3% 下降到 12.9%, 因病致贫率从 8.2% 下降到 7.5%, 总体支出情况和贫困发生率仍维持在较高水平 (Shi et al., 2010), 家庭由此出现灾难性支出的可能性下降, 补偿后这些贫困家庭需要支付的医疗费用仍旧很高, 占家庭支付能力的 6.34 倍 (Sun et al., 2009)。农户因医疗支出而落入贫困线以下的概率由新农合补偿前的 5.06% 下降到 4.03% (Sun et al., 2010), 相比较而言, 新农合对住院患者的补偿力度更大, 住院患者贫困人口比例由 7.50% 下降到 2.09% (Yang et al., 2016)。当然, 也有少数研究认为新农合的普及并不能降低农村居民的灾难性医疗支出发生率及发生强度 (陈在余等, 2016)。以此为指标展开的研究较多关注到可能因病致贫的农户或家庭, 对于大多数农村居民来讲, 即使没有由于疾病风险导致贫困, 但是也因此不同程度地加重了经济负担, 可能会影响到生活质量, 因此将研究样本仅仅限定于低收入有陷入贫困风险的人群存在一定的局限性。

以上研究从是否参与医疗保险的角度展开的, 还有一些学者从医疗保险的制度内容方面对政策实施的效果进行了评价, 丁锦希等 (2012) 研究筹资金额、筹资所占比重和实际报销比例对医疗负担的影响, 结果表明提高农户筹资金额和降低筹资中农户个人资金所占比重会加重农户的小病就诊的医疗支出, 文章认为可能由医疗保险导致

过度开药、过度检查所导致的，农户难以从门诊统筹中获益。姚兆余和张蕾（2013）通过对比补偿水平各异的三个地区居民的就医行为发现，高补偿水平并未导致农民选择更高级别医院就诊。方黎明（2013）同样选择新农合制度具有差异性的三个地区为研究样本，讨论不同新农合制度对减轻农村居民医疗负担的影响，通过比较医疗费用的自付比例，将不同地区经济负担的差异归因于新农合制度的差异，该研究方法不能排除其他影响因素的作用，有失严谨性。宁满秀和刘进（2014）针对福建省400份农户的调查数据讨论了新农合支付方式的改革和不同级别医疗机构的补偿比例对农户就医的影响，研究认为按病种付费比按服务项目付费的住院总支出低，但是不能降低农户住院自付费用支出，并且乡级住院报销比例越高，自付住院费用越高。新农合实施以来，学者就新农合的保障重点应当是小概率发生的重大疾病还是常见的一般风险疾病展开了讨论。主张只补偿住院或补偿大额费用的观点基于医疗保险的效率，认为农村合作医疗应重点关注重大疾病，避免产生因病致贫、因病返贫的问题。主张保险范围扩大到门诊治疗的出发点在于扩大受惠范围，门诊费用特别是患有慢性病居民的门诊费用是一笔不小的开支，将门诊治疗排除在补偿范围外会影响居民的参合积极性。研究认为门诊与住院均补偿对于居民就医和减轻负担起到更积极的作用（封进和李珍珍，2009），只保大病导致居民的受益范围受限（赵志刚、高启杰，2006），欠发达地区适合住院与门诊大病相结合的模式（焦克源、李魁，2010）。

参保居民医疗支出较多的另一种解释是参保者的逆向选择。预防大病、节省医药开支是农村居民参保的主要原因（郑适等，2017a）。由于新农合以自愿参加为基本原则，因此在实施过程中，不可避免存在逆向选择问题，身体健康较差、患病风险高的人更积极的加入新农合，而身体健康状况好的不愿意加入，会导致总的参合率和筹资额较低，且所有参合人的平均患病风险较大，意味着新农合基金未来可能面临更大的支出，使得医保体系难以实现收支平衡或为了实现收支平衡，只能提供较低的补偿方案。实证研究也进一步证实新农合的实施过程中确实存在逆向选择的问题，即参保人的健康水平低于未参保人员，医疗费用高于非参保人员（蒋远胜等，2009），姚瑶等（2014）认为农村居民就医时面临更多的诱导需求。但是封进、宋铮（2007）从理论上表明由于个人缴费金额很低，农村居民有较低的医疗支出倾向，加之政府补贴力度较大，导致新农合实施过程中的逆选择问题并不严重。

（2）医疗保险对医疗服务利用的影响

医疗费用的产生源于对医疗服务的利用，医疗保险对医疗服务利用的影响获得了国内外学者的广泛研究。医疗服务利用从处理过程的角度可以划分为“预防行为、门诊治疗、住院治疗、恢复护理”，也有的研究从疾病的自我诊断问题，就医的主动性问题 and 医疗机构的选择问题方面进行分析。总体而言，包括所有处于非健康状态的个

体为了提高健康存量而以各种方式对身体状况进行检测,确定患病原因并接受治疗采取保健的行为(Dean, 1989),医疗服务需求可以看做是健康需求的衍生需求。

Card et al.(2008)和 Finkelstein et al.(2012)分别对美国针对老年人的 Medicare 和针对困难群体的 Medicaid 两种社会医疗保险的分析发现,健康保险有助于提高参保人的就诊率。Gakidou et al.(2007)的研究表明,墨西哥的医保制度对居民的门诊就诊和住院均有促进作用。

国内医保制度的研究中多数认为医疗保险促进了就医行为的发生(程令国、张晔, 2012; 王新军、郑超, 2014),特别是医疗保障形式和医疗服务体系会影响就医行为(姚兆余、张娜, 2007)。研究结果显示,医疗保险能显著提高老年人群的住院率,并伴随着更高的住院支出,但是可以显著减少农民的自我治疗行为(Qian et al., 2009)。城镇居民医疗保险能增强居民的医疗服务利用(潘杰等, 2013),促进居民的体检行为,有利于弱势群体的医疗服务利用(胡宏伟, 2012b),但是改善作用比较有限(于大川, 2015)。新农合的影响也不是恒定的,研究表明在实施初期,新农合能够显著增加农村居民利用县乡医疗机构的作用,但随着政策的全面覆盖,政策的作用迅速下降(江金启, 2014)。在农村居民的就诊类型上,但是 Yip and Hsiao(2009)和 Yu et al.(2010)均发现新农合促进医疗服务利用的作用仅体现在住院率方面,而对门诊就诊率不存在明显的促进作用。蒋远胜等(2009)的研究也表明新农合促进了农村居民住院服务的利用。与上述结果不同的是,李燕凌和李立清(2009)的研究认为新农合促进了农村居民门诊服务的利用效率,但是住院服务的利用水平未得到显著提升。这些研究结论不一致的原因主要在于调查时点和调查范围存在差异,而医保推行的不同阶段和不同区域,制度内容和保障水平均存在较大的差别。

就医行为还体现为就诊地点的选择上,农村新农合的实施促进了居民在基层医院就诊的概率(李亚楠等, 2012)。由于新农合的报销比例具有向基层卫生机构倾斜的特点,因此新农合政策的实施提高了农村居民在乡镇、县级医院就医的比例,减少了在村卫生所和县级以上医院就医的比例,说明新农合政策的实施能在一定程度上起到分级治疗的效果(任向英、王永茂, 2015)。影响就医地点的其他因素还包括家庭收入和交通费用(张彬彬, 2009),认为自身疾病危害性相当严重的群体,更倾向于选择去私人及单位诊所或者县级及以上医院就诊(李湘君, 2013)。

2.2.3 医疗资源的分配和受益分析

医疗资源的分配和医疗保险参保者受益分析实际上涉及到公平性的问题,实现公平性要遵循可及性和可支付性两个原则,医疗保险的不公平主要体现为不同群体之间

医疗服务利用的差异。

城乡居民医疗服务利用存在较大的差异，在城乡分割的医保制度下，参加城职保的居民就医概率最高，医疗支出较多，其次是参加城居保的居民，参与新农合的居民就医概率最低，农村居民的医疗支出明显少于城镇居民（刘柏惠等，2012；熊跃根、黄静，2016），且农村居民的自付比例更高（姚瑶等，2014）。城镇老年人在患重病后比农村居民更能得到及时的医治（李建新、夏翠翠，2014），尤其在患病较严重的情况下，城镇居民的医疗支出显著高于农村居民（林相森、艾春荣，2009）。医疗保险类型、健康意识和社会经济地位的差异均会导致城乡居民医疗支出存在差异（顾海等，2013a；顾海等，2015）。

当前关于居民从医疗保险中受益差异的研究主要分为两类，一类是对比城乡不同保险对居民影响的差异；另一类是分别以城镇或农村的医疗保险为研究对象，对城镇或农村内部不同特征群体医疗服务利用的差异性展开分析。由于医疗保险在医疗服务充足的地区更能促进就医（Parker et al.,2018），城乡居民的医疗可及性和医疗资源存在明显的差异，因此医疗保险会促进城镇参保者积极就医，农村医保对促进居民就医没有显著影响（柴化敏，2013），城镇医保比农村医保降低自付比例的作用更强（刘明霞、仇春涓，2014）。上述研究对城乡居民就医行为的分析是基于不同的医疗保障环境分别展开的，一些对城乡居民就医行为的比较也是仅从“是否有医保”的角度展开讨论的，而实际上，城乡实施的两种医保制度在医保待遇上差别较大，而就医行为受医保待遇的影响，因此对城镇医疗保险和农村医疗保险的独立研究并未得出一致的结论。

针对城镇或农村内部群体的研究多是按收入或健康水平将研究对象分组分析。现有文献对农村医疗保险的受益分析并未得出一致的结论。一些研究认为低收入农民中卫生服务需求未能得到充分满足的现象更为常见，他们从合作医疗中受益相对较少，而高收入、健康状况较好的农民受益更大即补偿费用更多集中于高收入人群（汪宏等，2005；田庆丰等，2006；解垚，2009；李湘君等，2012）。袁辉（2010）认为新农合制度在医疗卫生服务提供上未体现普惠性，政策定位以保大病为主，居民自愿参保以及运行上缺乏对费用的合作控制，使得“新农合”制度公平性缺失。参保者的收入能力会影响卫生服务利用程度，由此产生了农村卫生服务利用不公平问题（袁兆康，2010），高收入群体会更多的利用医疗服务（Chaudhuri and Roy, 2008），低收入群体受支付能力的限制对医疗服务的利用较低（Musgrove et al., 2002）。而不同收入群体的医疗支出也会随收入变化而波动，周钦等（2016）构建理论模型讨论不同收入水平人群的保险受益分布问题，在全民保费相等的情况下，低收入者的医疗支出随收入的增长而增加，高收入群体的个人医疗支出不随收入变化。汪宏等（2005）以农民个

人参保获得的医疗服务总费用与自付费用的差额定义合作医疗净收益,认为经济富裕和健康状况更好的农民比贫穷、健康状况差的农民从合作医疗中获得的净收益更大一些。Ma et al.(2016)基于2011年浙江、湖北和重庆的截面数据,从医疗补偿的有效性和公平性的角度分别比较了医疗补偿前后的灾难性卫生支出和集中指数,研究结果发现农民所获得的实际的有效补偿比例远低于政策规定的补偿比例,补偿后的集中指数更高,意味着医疗补偿加剧了不平等。解垚(2008)通过对1989-2006年中国健康与营养调查(CHNS)数据的分析,由于最低收入的群体其医疗费用超过收入的比例增加,因此医疗保险的补偿对于这部分群体减少收入不平等只起到微弱作用。

另一部分研究认为,医疗保险的补偿机制具有正向的福利分配作用。代表性的研究有王翌秋(2012)认为医疗费用的产生加大了人群收入的不平等,新农合补偿后,不公平程度有所减小。区分治疗类型的情况下,王翌秋(2011)应用基尼系数分析新农合的收入再分配效应,采用集中指数与集中度曲线来分析新农合补偿的受益分布,研究结果表明新农合门诊受益公平性高于住院治疗,贫困人群和健康状况差的居民能够从中受益。齐良书(2011)基于2003~2006年覆盖全国30个省区的微观面板数据的分析认为,在有利的外部经济环境作为支持条件时,新农合能显著促进低收入和中等收入农民增收,并且降低农村内部收入分配不均等程度。谭晓婷、钟甫宁(2010)关注到新农合的补偿模式,分析了住院统筹,门诊统筹,家庭账户等不同补偿模式的收入分配效应,医疗支出发生后,导致贫富差距拉大,住院统筹或住院统筹加门诊统筹的补偿模式具有较大的改善收入分配的作用。城镇居民医疗保险促进了居民患病后就医和体检,有利于提高低健康、低收入群体的住院利用率,促进了住院服务利用的公平性(胡宏伟,2012;于大川,2015)。在地区层面,卢洪友和刘丹(2016)测度2007~2011年中国244个地级市(州)的新农合边际受益率,认为贫困地区的边际受益率更高。

2.2.4 城乡医疗保险统筹的相关研究

由于医疗保险城乡统筹尚处于试行阶段,相关研究较少,该小节对城乡医疗保险统筹的研究进行集中整理,当前研究内容主要包括对制度内容的介绍和实施效果的评价。

一些学者以试点地区为例,通过描述性统计分析对城乡居民医疗保险统筹制度展开描述(许敏旋等,2017;李忠等,2017)或是通过统筹前后的制度比较反映统筹制度的实施情况。研究结果发现农村居民对城乡医疗保险并轨的积极性高于城镇居民(秦立建、苏春江,2014),经济发达地区的居民将医疗保险合并的意愿更强,不愿意合并的理由中“不同制度的缴费和标准不同”,“管理能力跟不上”占较高的比例

(仇雨临等, 2011)。在统筹医保的三档缴费制度中, 96%的原新农合参保者选择了较低的一档(谢泽宁等, 2017), 而城镇居民倾向于选择更高档次的筹资方案(秦立建、付云云, 2014), 自评健康和就医频次影响居民选择的缴费档次(Mao et al., 2018)。城乡居民医保统筹后, 有的地区农村居民门诊报销比例有所增加(殷恭等, 2010), 但是筹资标准和起付线也随之上升, 城乡居民收入水平的差异会影响城乡医保统筹的推进(何桂香等, 2017)。各地的统筹程度存在差异, 有些地区将城居保和新农合两种制度并轨, 有些地区实行城职保、城居保和新农合三种制度并轨, 并轨后医保统筹层次和整体待遇水平都有所提高(李长远、张举国, 2016)。实施城乡居民医疗保险统筹后居民对门诊和住院服务的综合满意度有所提高, 选择县级以上医院住院的比例提高(谢泽宁等, 2017)。参保者对统筹保险的满意度主要体现在医疗保险价值感知、医疗服务价值感知、政府支持价值感知等方面(杨红燕、阳义南, 2017)。在城乡医保统筹后, 居民的就医行为也发生了改变, 农村居民在省市级医院住院次数和医疗支出增多, 选择基层医院就诊的比例降低(于洗河等, 2016)。

试点运行过程中也存在一些问题, 从制度管理上, 还存在行政管理部门不明确、城乡医疗资源配置不均、药品生产流通体制不完善、与职工医保缺乏有效的衔接等问题(侯明喜, 2008; 仇雨临、吴伟, 2016), 以45岁以上居民为对象的研究中, 城乡居民医疗保险未能改变农村居民的参保意愿, 也并不能提高居民的医疗服务利用水平(刘小鲁, 2017)。要实现城乡统筹, 要从制度设计、服务供给和经济支持三方面做出努力(仇雨临、翟绍果, 2014)。促进卫生资源的合理分配, 加强医德教育、推动信息系统的统一化(秦立建、蒋中一, 2012)。在推进城乡医保统筹的过程中, 各地政府应当结合当地的财政实力、经济水平等实际情况, 选择恰当的方式(郝佳、仇雨临, 2011; 顾海、李李佳, 2012)。

由于城乡医保统筹的实施时间较短, 实证分析医保统筹效果的研究还比较少。相关的研究结论主要为, 医保统筹显著提高了农村居民过去一个月门诊次数和医疗费用(马超等, 2016a), 居民的参保档次越高, 医疗支出越多(郭华, 蒋远胜, 2014)。在城乡医疗服务利用上, 城乡医保统筹能缓解城乡居民在门诊就诊次数的机会不平等, 但是对促进住院利用的机会平等没有显著的作用(马超等, 2016b)。与未实行城乡医保统筹的地区相比, 统筹缓解了城乡居民健康水平的不平等程度(马超等, 2017), 在城乡医疗统筹背景下, 自由选择参保模式有利于缩小贫富人群、城乡人群获得的医疗补偿差异(顾海等, 2013b)。

2.2.5 研究评述

综上所述，国内外学者对医疗保险的效果从多方面进行了研究，这些研究为本文的研究思路和研究方法提供了有益的参考。城乡医疗保险统筹制度尚处于推行阶段，现有文献对医保统筹效果的评估还不全面，仍存在进一步改善的空间：

第一，由于过去实行城乡分割的医疗保险制度，因此现有研究主要对比城乡不同保险的差异，或是分别以城镇和农村的医疗保险为研究对象，对城镇或农村内部不同特征群体医疗服务利用的差异性展开分析。由于过去城乡医疗保险的保障水平不同，且城乡地区的医疗可及性和医疗资源、城乡居民的健康意识等方面都存在明显差异，导致现有文献对医疗保险的绩效评估得出了不同的结论，且现有研究缺乏对人群的细分。在城乡医保逐步统一的趋势下，已有结论并不能反映城乡居民在相同制度背景下的就医情况，城乡居民实行统一的医疗保险制度的情况下能否得出类似的结论还有待验证。

第二，在对统筹医保的研究中，现有研究对制度内容、统筹模式、制度管理方面的现状描述居多，无论是从医疗支出方面还是健康绩效方面的考察都比较缺乏。虽然有研究对城乡医保统筹的公平性问题进行讨论，但是主要集中在医疗服务利用不平等和健康不平等方面，对城镇和农村居民本身而言，医保统筹的实施对医疗支出的影响和改善健康的作用以及影响机制还不明确，对城乡居民医疗保险统筹制度实施效果的判断还不够全面。

第三，当前文献对整合后的城乡居民医疗费用差异的来源未做充分的研究，且现有文献鲜有关注到医保基金的分配问题，医保基金与居民筹资息息相关，既涉及到患病群体，也涉及到未患病群体，关乎每个居民的利益。

基于此，本文考虑到城乡居民统筹前的保险制度差异较大，从城乡差别的角度，考察城乡医疗保险统筹对居民健康和医疗支出的影响及作用机制，提出研究假说并构建计量模型进行验证，是对当前研究的有效补充。

第三章 分析框架、理论基础和研究假说

通过第二章对城乡居民医疗保险统筹制度政策变化的整理可以发现，政策改革主要体现在六个统一，即统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理，城乡医疗保险统筹的实施效果主要通过以上几项内容的变动起作用的。本章首先基于上述政策变化和已有文献基础构建分析框架，再根据本文的研究目的，结合健康需求理论、医疗需求理论和医疗公正理论，提出本文的研究假说。

3.1 分析框架

医疗服务利用的主要目的是改善健康，文章首先分析城乡医保统筹制度对城乡居民的健康改善作用如何。从政策变化看，在定点医院和医保目录方面，大多数地区的整合方案将原有两项制度规定的定点机构和医保目录合并，居民可享受医疗保障的定点医疗机构数量增多，提高了就诊的便利性，在统一医保下，统筹层次提高到市级，居民在区县定点机构就诊不再需要开具转诊证明，如果外出期间患病，在不同的区县看病也可以享受相同的待遇，更便于居民患病后得到及时的治疗。统一医保目录意味着可以报销的药品种类增多，更多诊疗项目的纳入（尤其是重疾病常见诊疗项目的纳入）为居民看病免除了后顾之忧，重拾治疗的信心。统一保障待遇意味着居民的医保待遇按照“就高不就低”的原则进行相应的调整，居民的实际报销比例提高，统筹制度的优越性还体现为实现了医保费用的实时结算，简化了后续的报销手续，居民就诊更为便捷。综合以上政策变化，城乡医保统筹应当利于改善居民健康，文章将从“促进患病后就医”和“提高医保待遇”两条影响路径进行验证。

从改善健康的路径看，居民获得医疗保障的待遇水平提高，虽然能够为居民节约医疗支出，但同时由于促进身体不适者就医，增加医疗服务利用，也会产生更高的治疗费用，如果增加医疗服务利用额外产生的费用多于医保报销后减少的自费费用，居民的医疗支出将加重，因此文章将进一步分析城乡医保统筹后居民医疗支出的变化。

虽然按照政策规定，城乡居民享受的医保待遇是平等的，但是由于存在城乡居民的健康差异、医疗资源分布的失衡等问题，实际的平等可能很难达到。统筹后，城乡实行统一的筹资政策，且个人缴费金额与财政支持同时增加，一些地区设置多档参保的方式，而实际上多档的缴费方式可能会导致支付能力强的群体多缴费，由于城乡实行统一的基金管理，城镇居民医疗保险基金和新农合基金合并，城乡居民风险共担，城镇居民更容易在疾病风险发生后，产生医疗资源的过度利用并占用更多的医保基

金，甚至导致农村居民缴纳的筹资补贴了城镇居民看病。因此本文进一步分析医保统筹背景下，城乡居民在医疗总费用和医保基金利用方面的差异。

城乡医保统筹实行统一覆盖范围，新农合参保居民和原城居保参保居民纳入到统一制度内，执行统一的缴费标准。由于原新农合的定点医院数量少于城镇居民医保，医保目录和诊疗项目也较少，因此，对于原有新农合参保人员来讲，定点医院数量和医保范围内能报销的药品和诊疗项目增长幅度更大，也有的地区将以前未被医保覆盖的项目加入到医保目录中。在医保待遇上，对于多数地区而言，统筹前，新农合的报销比例更低，统筹后多数地区提高了报销比例及住院和大病门诊的封顶线，原城居保起付线高于新农合，统筹后基本上执行城乡统一的起付标准，城镇居民就诊报销的起付线有所降低。从制度变化看，城乡医保涵盖的内容均有不同程度的提高，城乡居民均能够从中获益，但受益程度有所差别，所以本文将城乡居民置于统一分析框架中，从城乡差异的角度对上述问题进行分析，具体研究框架如图 3-1 所示。

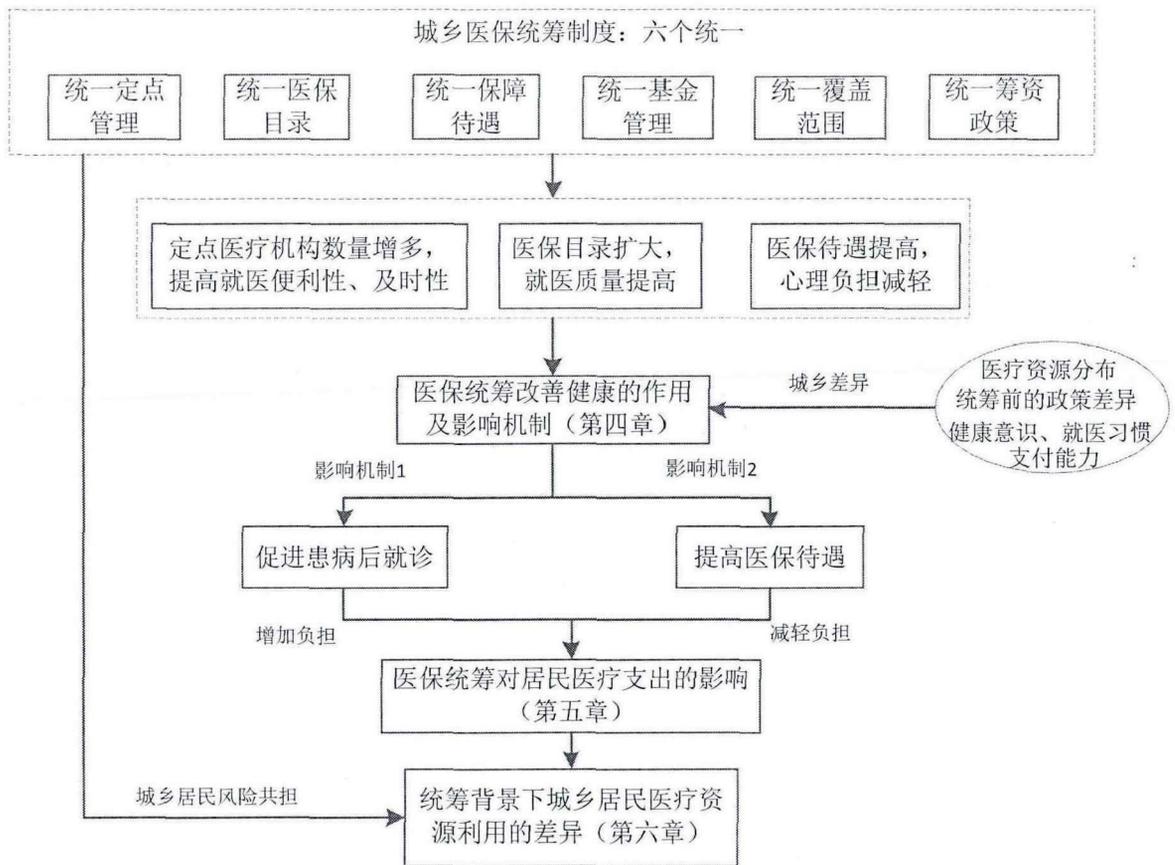


图 3-1 研究框架

Figure 3-1 Framework

3.2 理论基础和研究假说

本节首先对医疗保险和医疗服务供求的关系进行阐述，城乡医保统筹制度的实施相当于提高了医疗保障水平，降低了就医成本，居民医疗服务需求有增大的可能性，这是本文所有分析的前提和基础。在此基础上，本文根据所要研究的问题，借助健康需求理论构建健康模型，分析医保统筹制度对居民健康的影响；借助医疗需求行为理论分析医保统筹制度对居民医疗支出的影响；借助医疗公正理论分析统筹背景下，城镇和农村居民医疗支出和报销费用的差异，根据上述理论分析，提出本文的研究假说。

3.2.1 医疗保险与医疗服务供求的关系

医疗服务是一种特殊的商品，既然称之为商品，就具有商品的需求与供给属性，医疗服务的需求指在特定时间内，对一定的价格水平上，人们对维持健康和生命的基本要求和需要，医疗服务的供给指医疗机构和医生能够提供的满足人们医疗需求的产品。从马斯洛层次需求理论看，医疗服务的需求是人们的基本生活需求，是一种缺乏价格弹性的商品。

医疗保险的介入主要影响到就医成本，城乡医保统筹之后，居民的医保待遇提高，医疗费用中由医保基金支付的比例提高，通过影响有效价格影响到患者对医疗服务的需求和消费。对于整个医疗市场，供给曲线向右上方倾斜，意味着价格越高，生产者提供更多市场供给量的动机越强(如图 3-2 所示)，但是医疗服务作为一种特殊的商品，其供给需要专业知识长时期的累积和较高的技术投入，因此供给的价格弹性较小。需求曲线 D_0 代表保障水平较低的情况下的市场需求，假设市场的均衡价格为 P_0 ，均衡数量为 V_0 。如果保障水平提高，由第三方承担部分医药费用，患者的共付保险率比较低的情况下，居民的就医成本越低，越有利于患者采取有效的治疗方式，增加对医疗服务的利用，医疗需求曲线会由 D_0 移动至 D_1 ， D_1 代表保障水平较高的情况下的市场需求，此时均衡的市场需求量上升到 V_1 。

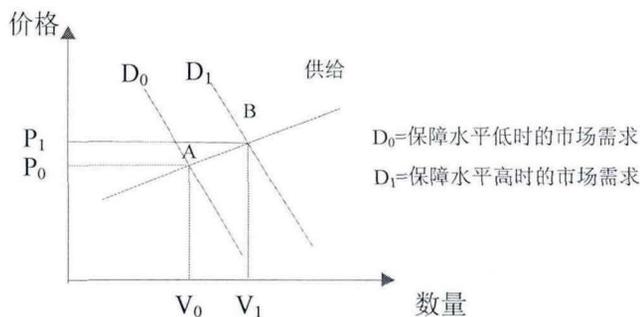


图 3-2 保障水平提高情况下的市场需求变化

Figure 3-2 Market Demand Changes with the Improvement Level of Assurance

上述理论与本文的关注重点相契合,本文关注到居民对医疗服务的利用随医保统筹制度的变化,根据该理论,虽然医疗服务是缺乏价格弹性的商品,但是在保障水平提高时,医疗服务的需求会有一定程度的增大,有助于理解推行城乡医保统筹制度后,居民的医疗支出反而增多的现象。

3.2.2 健康需求理论及研究假说

本文在考察医保制度对健康的影响效果时,主要参考了健康需求理论。根据Grossman(1972)健康需求模型,典型消费者的跨期效用可以表示为:

$$U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_0, \dots, Z_n) \quad (3-1)$$

其中 Z_t 是第 t 期其他商品的总消费, H_t 是第 t 期累积的健康资本存量, ϕ_t 表示每单位健康存量增加带来的效益, n 代表人的寿命。进一步地,其他商品 Z_t 的生产函数可以表示为:

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t, E) \quad (3-2)$$

上式中, X_t 表示可以购买到的一系列健康以外的产品, T_t 表示用于生产商品 Z_t 的时间, E 表示其他类型的人力资本。第 t 期的健康资本方程为:

$$H_t = I_t + (1 - \delta_t)H_0 \quad (3-3)$$

每个人从生命开始就拥有健康存量 H_0 ,受先天遗传因素的影响,每个人的初始健康存量 H_0 不同。健康的变化受健康资本的投资和健康折旧的影响。 I_t 是第 t 时期用于健康的投资, δ_t 表示第 t 时期的健康折旧率,健康投资的函数 I_t 可以表示为:

$$I_t = I_t(M_t, TH_t, E) \quad (3-4)$$

M_t 是投资于健康的商品,如医疗保健服务和营养品, TH_t 是用于提高健康水平的的时间, E 代表其他影响健康投资的因素,如教育。健康折旧率受年龄等外生变量的影响,可以表示为:

$$\delta_t = e^{\delta t} E_t^\varphi G_t^\varphi \quad (3-5)$$

其中 $0 < \delta_t < 1$, $e^{\delta t}$ 代表健康随年龄的折损, E_t 是工作中不利于健康的环境因素, G_t 表示生活习惯等其他可能对健康产生影响的因素。

综合上式(3-1)-(3-5),构成效用函数的因素中,其他商品和时间均是有限的,受到预算约束和时间约束,时间约束可以看作是用于健康投资的时间、工作时间、消费其他种类商品的时间和损失的时间总和不能超过总时间,时间约束条件为:

$$TW_t + TH_t + T_t + TL_t = \Omega \quad (3-6)$$

Ω 代表总时间, TW_t 是工作时间, TH_t 是用于健康投资的时间, T_c 是用于消费其他商品的时间, TL_t 是由于健康状况不佳导致时间浪费。

用于购买商品支付的财富不超过初始财富和累积收入的总量, 消费者的预算约束为:

$$\sum_{t=0}^n \frac{P_t M_t + V_t X_t}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^n \frac{W_t \cdot TW_t}{(1+r)^t} + A_0 \quad (3-7)$$

上式中, P_t 和 V_t 分别是商品 M_t 和 X_t 的价格, W_t 是工资率, r 是工资率, TW_t 是工作时间, A_0 是原始的财富积累。

以上便为经典的 Grossman 模型, 虽然医疗保险未被直接引入到 Grossman 模型中, 但是城乡医保统筹制度的实施相当于降低了个人支付的医疗服务价格, 若保持收入不变, 可购买的医疗服务的数量 (式 3-4 的 M_t) 增多, 即提高了用于健康的投资 I_t , 有助于健康存量的增加 (式 3-3 的 H_t)。医疗保障水平的提高会影响到居民的就医习惯 (式 3-5 的 G_t), 有助于减缓健康随时间的折损 (式 3-5 的 δ_t)。

上述理论对于本文构建居民健康模型提供了参考。具体而言, 城乡居民医保统筹可能改善居民健康的原因有以下几点:

第一, 从马斯洛层次需求理论看, 健康保障是基本的安全需要, 特别是农村医保体系发展滞后, 农村居民的医疗保障缺失, 农村因病致贫的比例较高, 患病后容易产生悲观情绪, 在面临疾病和贫困风险时采取消极的处理方式。研究表明, 医疗保险的实施有助于心理健康的改善, 减轻心理压力 (郑适等, 2017b), 医保统筹后, 医保待遇提高能够降低患病后的预期支出, 减轻患者治疗的心理负担, 缓解因病致贫、因病返贫的困扰, 更积极地配合治疗, 因此, 推行医保统筹后, 医保待遇提高有利于居民健康;

第二, 医保目录扩大前, 居民的医疗负担较重, 为了节约就医成本, 会选择一些价格低廉但是在医保报销范围内的药品, 可能治疗效果不佳。城乡医保统筹后, 有的地区保持城镇目录不变、原新农合的药品目录扩大到与原城镇居民医保相同, 有的地区将两种制度的药品目录合并, 也有的地区将原先均未涵盖的药品纳入到医保体系, 总体而言, 原城镇居民的药品目录增长幅度较小, 原新农合居民的医保目录大幅度扩大, 多数地区的药品种类达到以前的两倍以上, 患者在治疗和用药方面的可选择性提高, 可以获得更优质的治疗方案, 提高医疗服务的质量和数量, 对恢复健康树立信心。特别是将重疾病的用药纳入到医保目录中, 既降低了居民的自付比例, 也有助于缩短患病时间和恢复健康;

第三, 医保统筹统一定点管理会增加定点医院的数量, 尤其是原新农合制度规定

内的定点机构较少，统筹后居民可选择的医疗机构更多，提高医疗服务的可及性，降低就诊的机会成本，在患病后更容易及时就医，实现对疾病的及早预防和治疗，避免小病拖成大病，有利于健康的改善。具体如图3-3所示。

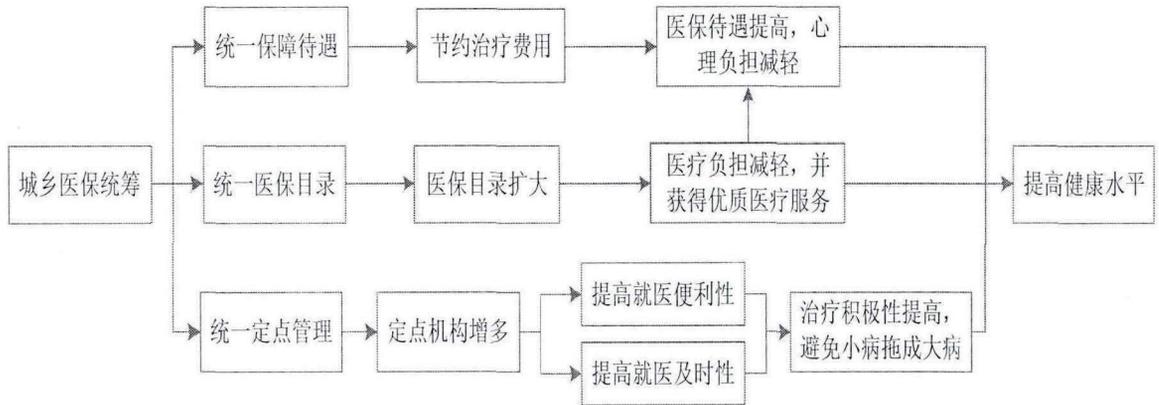


图 3-3 城乡医保统筹对居民健康的影响

Figure 3-3 The Effects of Urban-Rural Integrated Medical Insurance System on Health

基于以上分析，提出如下**研究假说 1**：**推行城乡医保统筹有利于改善居民健康，且促进作用是通过促进患病后就医和提高医保待遇实现的。**

但是想要判断城镇和农村居民哪一方的健康状况受医保统筹政策的影响程度更大难以从理论上得到明确的结论，还需要实证分析得出，这是因为：一方面健康与收入的良性循环有利于城镇居民的健康改善（尹庆双等，2011）。随着城乡居民整体健康水平的提高，健康提升的程度会减缓，而不同人群相对健康差距会扩大（Tang et al.,2008）。社会因果论认为，较高的社会经济地位有利于健康（王甫勤，2011），从城乡居民的收入、教育、职业等特征看，城镇居民整体的社会经济地位要高于农村居民，虽然城乡居民享受的医保政策相同，但是医疗资源的分配集中于城市，农村居民就诊仍旧有诸多不便，城镇居民的医疗环境可能更有利于健康。城镇居民的健康存量更高，生产效率更高，从 Grossman 模型看，在时间约束下，健康不佳的时间更短，则用于工作和改善健康的时间更充裕，会带来收入的增长，进一步能用于保健品和优质医疗服务的投资增多，有利于健康的改善。从这个角度看，城乡医保统筹有利于城镇居民的健康改善。

另一方面，农村居民原本的健康存量较低，健康改善的潜力更大。整合后的城乡居民实行统一的医保政策，由于整合前的新农合制度在报销制度、医保目录、定点医院数量等方面均处于劣势，因此，城乡医保统筹后，农村居民的医保待遇提升应该更为明显，农村居民的健康改善效果也应当大于城镇居民。医疗服务作为一种商品，价格弹性越大，受医保的影响越大，一般来讲，低收入群体对医疗服务的需求价格弹性

更高 (Mocan et al., 2004), 从这个角度看, 农村居民的支付能力低于城镇居民, 可能受医保制度的影响更大, 健康改善的效果更明显。综合以上两方面, 医保统筹政策对城乡居民健康的影响程度难以从理论上得到明确的结论, 但可以明确的是, 城乡居民均能够从统筹医保中获益。

3.2.3 医疗需求行为理论及研究假说

从患者追求效用最大化的角度, 假设医疗服务按等级可以分为 j 类, 级别越高, 需要支付的费用越高。其中 $j=0$ 表示不接受治疗, $j=1, 2, \dots, n$ 分别表示不同级别的治疗机构或服务。根据 Gertler 等 (1987) 的理论模型, 患者接受第 j 层级医院的治疗后所获得的预期效用可以表达为:

$$U_j = U(H_j, C_j, T_j) \quad (3-8)$$

使得效用最大化的就医决策受以下几个因素的影响: 在第 j 级医院治疗后的预期健康状况 H_j 、可用于一般消费的 C_j 和其他客观因素 T_j 的影响 (如治疗所花费的就医距离和误工费用等机会成本)。患者在接受医疗服务后预期的健康状况受初期健康状况和治疗后健康的变化影响, 可以进一步表示为:

$$H_j = H_0 + Q_j \quad (3-9)$$

Q_j 是健康的变化, 受到医疗服务单位的特性的影响, 如较高层次的医院可能具备更为先进的医疗设施, 医生水平和治疗方案更加有利于恢复健康。除此之外, 健康存量的变化还受到个人身体素质、疾病的严重程度以及个人特征的影响。一般消费 C_j 取决于患者的经济能力和医疗服务支出, P_j 为患者在 j 级医院就诊支出的费用, Y 为患者的收入水平。则一般消费 C_j 可以表示为:

$$C_j = Y - P_j \quad (3-10)$$

进一步地, 定义治疗产生的总费用为 E_j , 医疗保险的平均报销比例为 ϕ , 则个人支付的费用 P_j 可以表示为:

$$P_j = (1 - \phi)E_j \quad (3-11)$$

综合以上公式 (3-8) - 公式 (3-11), 患者就医的效用函数可以进一步表示为:

$$U_j = U(H_0 + Q_j, Y - (1 - \phi)E_j, T_j) \quad (3-12)$$

患者承担的医疗费用受到就医决策和医保政策的影响, 根据以上的推导, 影响居民就医决策的因素包括健康状况、收入水平、预期的医疗费用、看病的机会成本等几方面, 其中, 预期的医疗费用和看病的机会成本均会受到医疗保险的影响。城乡医疗保险统筹以后, 实行统一的保障待遇, 按照“待遇就高不就低”的原则, 农村居民在统筹后的医保待遇应当有所提高。统一医保目录后, 一部分统筹前医保报销范围外的

药品和诊疗项目被纳入到医保体系中，居民享受医疗保障的范围进一步扩大，报销水平（公式 3-12 中 ϕ ）提高，会刺激参保人的医疗服务利用增多（Phelps and Newhouse, 1974；周坚、申曙光，2010），因此，扩大补偿范围和保障水平后，人们出于风险规避的态度会释放合理的医疗需求，缓解该治疗而未治疗的情况，居民的医疗服务利用增多，甚至可能产生医疗服务的过度利用，使得医疗总费用提高（公式 3-12 中 E_j ）。统一定点管理，农村居民可就诊的医保定点医院数量增多，提高了就医的便利性和及时性，降低了就医的机会成本（公式 3-12 中 T_j ）。

综合以上分析，城乡医保统筹能增加居民的医疗服务利用，如果就医支出增加的部分能够被医疗补偿所弥补，则体现为患者个人支付的医疗费用不变或降低；如果医疗保障水平的提高不能抵消增加就医导致医疗费用增长的部分，则体现为医疗支出增多。因此，医疗保险统筹对就医支出的影响方向难以从理论上做出预期判断，还需要通过对具体实施情况的分析，但是由于人群的异质性，不同人群受保险政策的影响程度的比较可以从理论上做出预期判断。

对于不同收入组的家庭，医疗保险所起的激励作用是不同的。首先，由于边际收入效用与收入成负相关关系，高收入群体边际收入效用更低，健康存量增加相比节约医疗支出所能带来的效用提升更高，就医决策受医疗价格的制约较小，医疗服务是健康的衍生需求，从医疗服务需求弹性的角度来讲，高收入人群的需求弹性较小，受保险的影响要弱于低收入者。其次，居民中存在与收入相关的健康不平等，高收入人群的健康状况更好（解垚，2009；王翌秋，2012）。高收入者在医保统筹前抑制医疗服务需求的可能性较小，就医决策受医保水平的影响较小，而低收入群体对医疗服务的需求价格弹性高于高收入群体，用于医疗方面的支出受医疗服务价格的影响更大（Mocan et al., 2004）。低收入者更加可能在医保待遇提高后释放医疗服务需求，医疗支出增大的可能性较高。与此类似地，过去由于农村居民医疗保障不足，医疗服务利用受经济约束的程度更高，因此受医保政策的影响更大。由此提出**研究假说 2：不同群体的医疗支出受城乡医保统筹制度的影响具有异质性，与高收入群体相比，低收入群体医疗支出受政策影响更大；与城镇居民相比，农村居民医疗支出受政策影响更大。**

具体影响机制如图 3-4 所示。

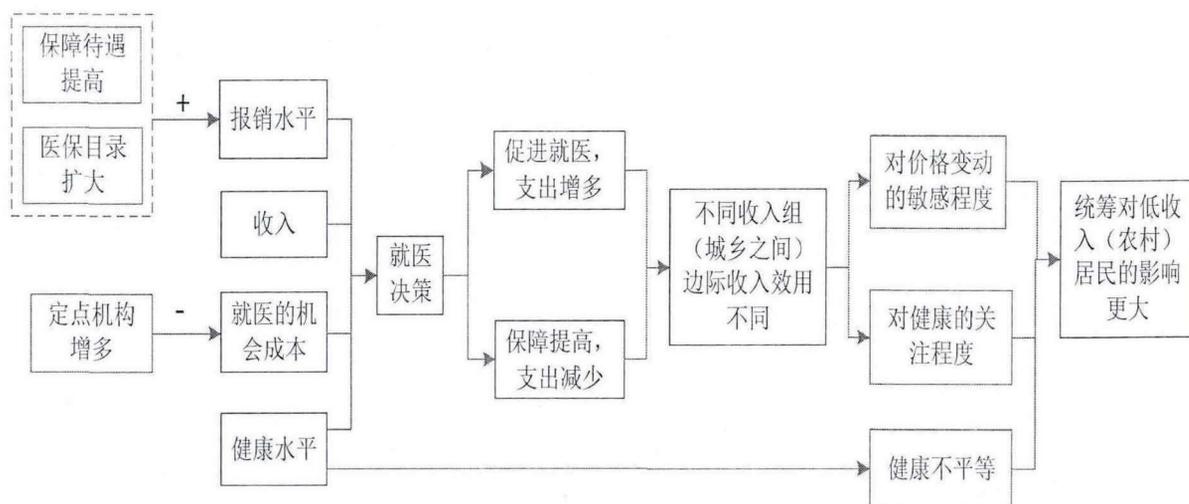


图 3-4 城乡医保统筹对居民医疗支出的影响

Figure 3-4 The Effects of Urban-Rural Integrated Medical Insurance System on Medical Expenditure

3.2.4 医疗公正理论及研究假说

因为医疗资源有限，社会中一个人的医疗服务消费会影响其他人的就医机会或利益，由于疾病风险具有不确定性和严重性，健康状况会影响到收入能力，甚至可能危及生命，保障居民健康也是政府的职责所在，社会医疗保险承担着全体社会成员的基本生存权益保障的责任。诺曼·丹尼尔斯于1985年发表《医疗公正论》，这一理论著作将罗尔斯的正义理论应用到医疗保健领域，医疗公正表面意义上是医疗资源分配的公正，其实质是生命权和健康权的公正，根据机会公平均等理论，医疗保健公正的实现要以实现基本需求为前提。

上述思想与本文要讨论的城乡居民医疗服务和医保基金利用的问题密切相关，有助于对公共政策的实施效果做出正确的判断。在城乡医保并轨的背景下，医疗资源的分配也应当以实现城乡居民基本医疗均等化为最终目的，学界对于“城乡基本医疗均等化”的界定尚无定论，概括而言，主要指医疗资源的分配应当基于城乡居民对卫生服务的需求而不是支付能力，城乡居民无论社会地位、收入水平如何，都拥有平等的获得健康的机会。这种均等不仅仅体现在医疗服务上，也体现在医保基金的分配上。医疗保险的基金由个人筹资和财政补贴共同组成，既具有社会公益的性质，也兼具排他性。丹尼尔斯提出“适度的最低限度”的概念，即在有限医疗资源和社会负担的前提下，社会医疗保险要优先保障每个居民的最低限度的医疗利用，而不是保证每个人的医疗需求和偏好都得到满足。在城乡医保统筹的背景下，城乡居民实行统一的医保筹资标准，个人对医疗资源利用的越多，也就意味着在医保基金的分配中占用了更大

比例,如果某一方有大量由个人偏好引起的医疗费用仍旧由公共基金承担,就会损害一部分参保者的利益,为了收支平衡,居民的整体筹资就会提高,相当于医疗资源利用较少一方的筹资补贴了医疗资源利用更多的一方。若是高收入一方的医保筹资补贴低收入一方,则体现出社会保障的收入再分配功能,但若是低收入一方的筹资补贴了高收入一方,则会拉大收入差距。

假设城乡居民医保独立运行,参保的城市居民人数为 n_1 ,每人筹资金额为 m_1 ,城市居民的平均就诊率为 k_1 ,平均医疗费用为 p_1 ,医疗保险基金支付的比例为 q_1 ,医疗保险的基金结余为 α_1 。农村参保的人数为 n_2 ,每人筹资金额为 m_2 ,农村居民的就诊率为 k_2 ,平均医疗费用为 p_2 ,医疗保险基金支付的比例为 q_2 ,医疗保险的基金结余为 α_2 。按照医疗保险基金“收支平衡”的原则,则有:

$$\begin{cases} n_1 \cdot m_1 \cdot (1 - \alpha_1) = n_1 \cdot k_1 \cdot p_1 \cdot q_1 \\ n_2 \cdot m_2 \cdot (1 - \alpha_2) = n_2 \cdot k_2 \cdot p_2 \cdot q_2 \end{cases} \quad (3-13)$$

如果城乡居民的筹资金额相同 ($m_1 = m_2$),医疗保险基金的支付比例相同 ($q_1 = q_2$),则上式可以简化为:

$$\frac{1 - \alpha_1}{1 - \alpha_2} = \frac{k_1 \cdot p_1}{k_2 \cdot p_2} \quad (3-14)$$

因此,基金结余受居民的平均就诊率和平均医疗费用的影响,平均就诊率和平均医疗费用越高,则基金结余越少。而如果实行统一的基金管理,也就意味着就诊率和医疗费用更高的一方将从医保基金中获得更多的报销费用,占用更多的医保基金。尽管城乡居民面临相同的制度背景,他们在医疗费用方面可能仍旧存在差异,主要原因有以下三点:

第一,城乡居民在居住区域上具有较为明显的分割性,医疗资源的分布有较强的地域差异性,农村地区医疗资源无论在数量上还是质量上均低于城镇地区。比如2017年城市每万人医疗机构床位数为87.54张,而农村平均只有41.87张,城市每万人平均拥有的卫生技术人员数、职业医师数是农村的2.5倍^①,医疗资源的分配倾向于城镇居民,即便实行统一的定点管理,受医疗资源可及性的影响,城市居民和农村居民就医的便利性仍旧存在较大的差别,导致就医的机会成本不同,城镇居民就医比农村居民积极,且选择的医疗服务的质量和医疗机构的级别更高,城乡居民医疗服务利用的差异性难以完全消除。

第二,城乡居民的支付能力存在差异,虽然统筹后医保待遇提高,但是居民个人仍需支付一部分费用,购买能力更强的一方更容易从医保基金中获得更多的补贴。中

^①数据来源:《中国第三产业统计年鉴》

国的城乡居民之间有较明显的收入差距，城镇居民人均可支配收入是农村居民人均纯收入的2.9倍¹，城镇居民购买优质医疗服务的意愿和能力更强。有些地区统筹后的医疗保险制度采用参保人自主选择筹资档次的方式，城镇居民的收入水平明显高于农村，这导致城镇居民可能选择更高档次的筹资方案，在疾病发生时获得更多的医疗补偿。

第三，城乡居民在就医习惯和健康意识方面存在差别，城镇居民的健康意识更强，就诊的积极性更高，城镇老年人在患重病后比农村居民更能得到及时的医治（李建新和夏翠翠，2014），城镇居民平均每人医疗保健现金消费支出是农村居民的2倍²。在所有保险中，城镇居民对门诊、住院经历的不满意程度更高（Chen et al.,2016），而实际上，城镇居民的医保待遇及就医环境优于农村居民，说明城镇居民对医疗环境、医保待遇方面的要求更高，在统一的医保框架下，城镇居民的就医质量更高，容易产生更多的医疗费用。

综合以上分析，虽然统筹后的城乡居民享受同样的医疗保障，但是很可能整合后城镇居民就诊率和平均医疗费用高于农村居民，从医保中获得的报销金额也越多，实质上是农村居民的一部分筹资会补贴城市居民。因此，推行城乡医保统筹很可能并不能消除城乡居民医疗服务利用的差异，反而会出现农村居民补贴城镇居民的现象，具体影响路径如图3-5所示。

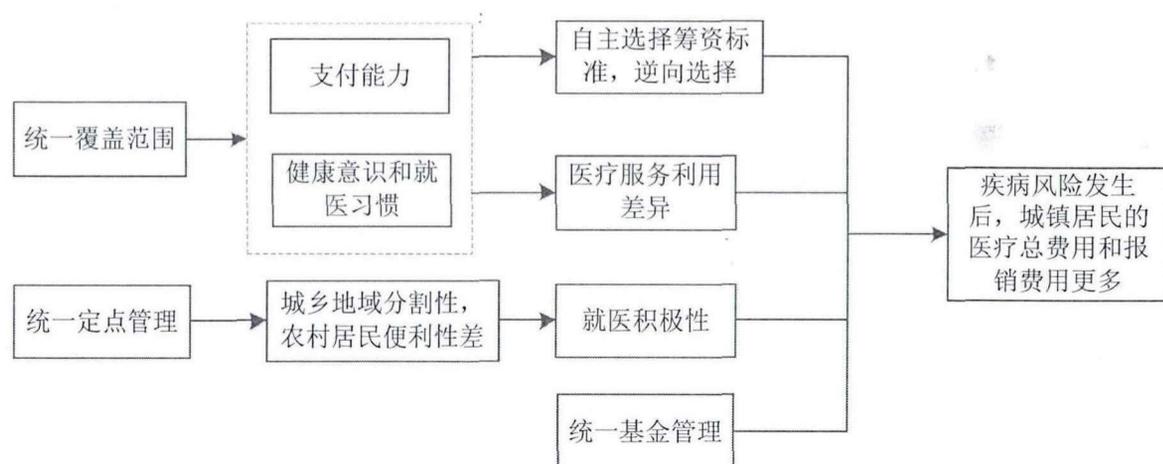


图 3-5 城乡居民医疗服务利用和医保基金利用存在差异的路径分析

Figure 3-5 Mechanism Analysis of the Differences in the Utilization of Medical Services and Medical Insurance Funds between Urban and Rural Residents

尽管统筹的城乡居民在医疗服务利用上的差距难以消除，但是根据前文的分析，

¹数据来源：《中国住户调查年鉴》

²数据来源：国家统计局网站 <http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>

统筹制度无论在医保待遇还是就诊便利性上均具有明显的优势，与统筹前实施的新农合和城镇居民医保制度相比，并且农村居民的医保待遇提升幅度更大，基于以上分析，提出本文的研究假说 3：**在实行医保统筹的居民中，农村居民的医疗总费用和从医保基金中获得的报销费用低于城镇居民，医保统筹有利于缩小城乡居民医疗总费用和报销费用方面的差距。**

第四章 城乡医保统筹对居民健康的影响及作用机制

改善或恢复健康是医疗服务利用的主要目的(Grossman, 1972),也是社会医疗保险的重要政策目标之一,本章重点分析城乡医保统筹的健康效果。国内外研究多数认为医疗保险的普及对居民健康有积极作用(Card et al.,2009; 潘杰等, 2013),能增加居民接受初级护理的次数,减少急诊发病(Steiner et al.,2002; Kwack et al.,2004),降低婴儿和老人的死亡率(黄枫、吴纯杰, 2009; Keng and Sheu,2013; Chou et al.,2014)。然而,以中国新农合制度为例的研究得出的结论多数是医疗保险改善健康的效率不高、影响有限(Lei and Lin, 2009; 吴联灿、申曙光, 2010; 孟德锋等, 2011; 张哲元等, 2015),这可能是由于新农合制度补偿力度不够导致的。整合后的医疗保险制度按照“待遇就高不就低、范围就宽不就窄”的原则对城乡居民执行统一的药品目录、诊疗项目收费标准、筹资和报销政策,对农村居民而言,实行城乡医疗保险统筹相当于医疗保障在新农合制度基础上的进一步完善。那么,统筹后的医疗保险是否能改善新农合健康效果不佳的情况,提高农村居民的健康水平?城乡居民处于相同的医疗保险体系框架下,是否具有相同的健康效果?本章依据健康需求模型,构建双重差分模型,考察城乡医保统筹对居民健康的影响,并验证影响机制。

4.1 研究方法和变量

4.1.1 研究方法介绍

本章的模型整体思路为双重差分法,在具体回归模型中再根据因变量的特点,分别运用 *Probit* 模型、有序 *Probit* 模型回归,为了验证政策影响健康的作用机制,构建中介效应模型进行分析,下面将分别对模型进行介绍。

(1) 双重差分模型。

影响健康的非观测因素较多,为了控制不可观测特征的影响,本章利用两期调查数据,建立双重差分模型分析城乡医保统筹对城乡居民健康的影响。通过比较政策实施前后,处理组与参照组在健康方面的差异,以此作为政策的净效应。本文的处理组为实现城乡医保统筹的样本,参照组为未实行医保统筹的样本。由于实行医保统筹前,城镇和农村各自实行独立的医疗保险制度,且医保待遇差别较大,本章的目的之一是考察医保政策对城乡居民的影响程度是否相同,因此在评估统筹政策的效果时设定两个处理组,并加入地区虚拟变量控制城镇和农村地区的差异。构建双重差分回归模型如下:

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot T + \alpha_2 \cdot G_{1i} + \alpha_3 \cdot G_{2i} + \alpha_4 \cdot T \cdot G_{1i} + \alpha_5 \cdot T \cdot G_{2i} + \alpha_6 \cdot R_i + \alpha_7 \cdot T \cdot R_i + \varepsilon_{it} \quad (4-1)$$

上式中， y_{it} 为被解释变量，表示个体 i 在第 t 期的健康状况。 G_{1i} 和 G_{2i} 是处理组的虚拟变量，如果样本 i 为实行医保统筹的农村地区样本，即参保类型由新农合转变成城乡居民医疗保险，则 $G_{1i} = 1$ ；如果样本 i 为实行医保统筹的城镇地区样本，即参保类型由城居保转变为城乡居民医疗保险，则 $G_{2i} = 1$ ；如果样本 i 未实行城乡医疗保险统筹，则 $G_{1i} = 0$ 并且 $G_{2i} = 0$ 。 R_i 代表城乡的虚拟变量， $R_i = 1$ 代表样本为城镇居民， $R_i = 0$ 代表样本为农村居民。 T 为实验期的虚拟变量，如果 $T = 1$ ，代表是实验期（2014 年）的观测样本；如果 $T = 0$ ，代表是基期（2012 年）的观测样本。双重差分法参数说明如表 4-1 所示，其中 α_4 表示城乡医保统筹对农村居民健康的净影响， α_5 表示城乡医保统筹对城镇居民健康的净影响，在其余参数中， α_1 表示没有实行医保统筹的农村地区样本在实验期和基期之间健康的变化； α_2 表示基期（2012 年）农村地区统筹组与非统筹组两个群体健康的差异； α_3 表示基期（2012 年）城镇地区统筹组与非统筹组两个群体健康的差异； α_6 表示基期（2012 年）未实行医保统筹地区居民健康的城乡差异； α_7 表示未实行医保统筹的居民两年间健康变化的城乡差异。

表 4-1 双重差分法参数说明

Table 4-1 Parameter Specification of Difference-in-difference Method

	(1)	(2)	(3)	(4)	差异 1	差异 2
	农村非统筹组	城镇非统筹组	农村统筹组	城镇统筹组	(3)-(1)	(4)-(2)
基期（2012 年）	α_0	$\alpha_0 + \alpha_6$	$\alpha_0 + \alpha_2$	$\alpha_0 + \alpha_3 + \alpha_6$	α_2	α_3
实验期（2014 年）	$\alpha_0 + \alpha_1$	$\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_6 + \alpha_7$	$\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_2 + \alpha_4$	$\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_3 + \alpha_5 + \alpha_6 + \alpha_7$	$\alpha_2 + \alpha_4$	$\alpha_3 + \alpha_5$
实验期-基期	α_1	$\alpha_1 + \alpha_7$	$\alpha_1 + \alpha_4$	$\alpha_1 + \alpha_5 + \alpha_7$	α_4	α_5

在实证分析中，为了控制其他因素的影响，在模型中加入影响健康的其他控制变量，用 X_{it} 表示。模型形式如 4-2 式所示。

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot T + \alpha_2 \cdot G_{1i} + \alpha_3 \cdot G_{2i} + \alpha_4 \cdot T \cdot G_{1i} + \alpha_5 \cdot T \cdot G_{2i} + \alpha_6 \cdot R_i + \alpha_7 \cdot T \cdot R_i + \gamma \cdot X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (4-2)$$

根据双重差分的思想，本文在模型中引入了多个交叉项的形式，可能会导致多重共线性的问题，本文在实证回归前做了条件数检验判断多重共线性的严重程度，结果显示“地区”和“时期”及其交叉项之间相关性较强。为此，本文采用“对中处理”的方法，将低次项减去样本均值后再构造交互项，同时将减去均值后的低次项带入回归模型（谢宇，2010）。经过处理后再进行诊断，模型的多重共线性问题减弱。

(2) 二元 Probit 模型

被解释变量为“两周患病率”(0=未患病; 1=患病)时, 运用二元 *Probit* 模型, z_i^* 为不可观测的潜变量:

$$z_i^* = w_i' \gamma + \mu_i \quad (4-3)$$

当 $z_i^* > 0$ 时, $z_i = 1$; 当 $z_i^* \leq 0$ 时, $z_i = 0$, μ_i 服从正态分布, 则 z_i 为 *Probit* 模型:

$$\text{Prob}(z_i = 1 | w_i) = \phi(w_i' \gamma) \quad (4-4)$$

其中 w_i 表示影响患病的相关变量。

(3) 有序 *Probit* 模型

当因变量为“自评健康”(1=非常不健康; 2=比较不健康; 3=一般; 4=健康; 5=非常健康)和“因健康影响工作的程度”(1=很少; 2=有时; 3=经常)时, 变量取值都是离散的, 并且不同选项之间的差异不同, 因此采用有序 *Probit* 模型, 基本形式为: $Y^* = \beta X + \varepsilon$, 其中, Y^* 是不可观测的潜变量, X 是影响个人健康的一系列特征, 不可观测变量 Y^* 与可观测变量 Y 之间存在如下关系:

$$Y = \begin{cases} 1 & \text{if } Y^* \leq \alpha_1 \\ 2 & \text{if } \alpha_1 < Y^* \leq \alpha_2 \\ \dots & \dots \\ N & \text{if } Y^* > \alpha_n \end{cases} \quad (4-5)$$

上式中 $\alpha_1 < \alpha_2 < \dots < \alpha_n$ 称为切点, 为待估参数, Y 是取值为 1~N 的离散变量, 代表不同自评健康水平或影响工作程度的次序, 在因变量为“自评健康”时, N 的取值为 1~5, 在因变量为“因健康影响工作的程度”时, N 的取值为 1~3。事件 j 发生的概率为 $P(Y = j | X)$, 则有:

$$P(Y = 1 | X) = P(Y^* \leq \alpha_1 | X) = P(\beta X + \varepsilon \leq \alpha_1 | X) = F(\alpha_1 - \beta X)$$

$$P(Y = 2 | X) = P(\alpha_1 \leq Y^* \leq \alpha_2 | X) = P(\alpha_1 \leq \beta X + \varepsilon \leq \alpha_2 | X) = F(\alpha_2 - \beta X) - F(\alpha_1 - \beta X)$$

...

$$P(Y = N | X) = P(Y^* > \alpha_n | X) = P(\beta X + \varepsilon > \alpha_n | X) = 1 - F(\alpha_n - \beta X) \quad (4-6)$$

(4) 中介效应模型

为了验证假说中的影响机制, 本章构建中介效应模型, 对推行城乡医保统筹政策改善健康的实现途径进行验证, 所要验证的影响路径有“促进患病后就医”和“提高医保待遇”两条。根据理论假说, 参考温忠麟(温忠麟等, 2004; 温忠麟等, 2014)对中介效应模型的相关研究经验, 构建中介变量示意图如图 4-1 所示。

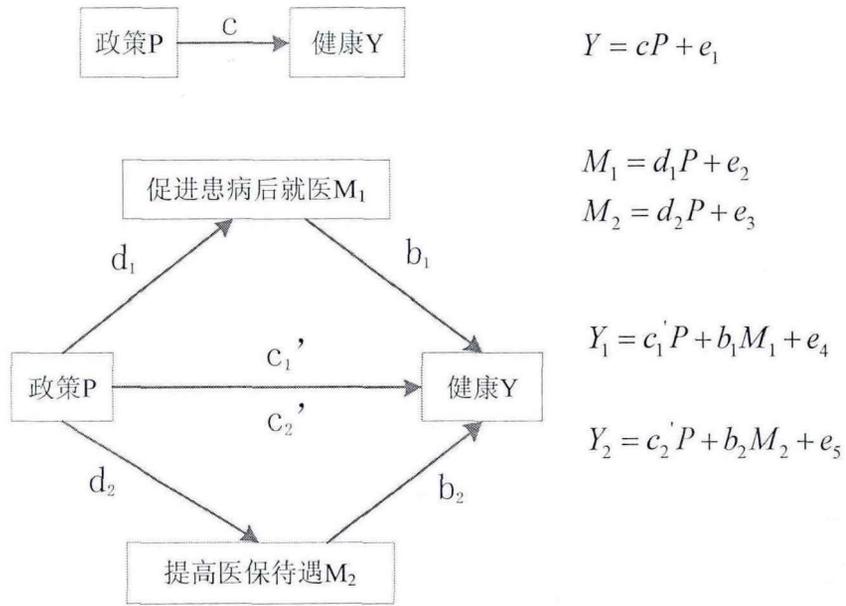


图 4-1 中介变量示意图

Figure 4-1 Mediation Variable Declaration

其中， Y 代表健康的衡量指标， P 代表政策， M_1 和 M_2 是影响路径，分别是促进患病后积极就医和提高医保待遇。模型设定方法为首先将健康指标对基本自变量回归，其次用中介变量对基本自变量回归，最后用健康指标对基本自变量和中介变量同时回归。如果推行医保统筹对促进积极就医和提高医保待遇是有效果的，并且在健康效应模型中控制居民就医行为和医保待遇的相关变量后，政策的效应变小或变的不显著，则说明存在该影响机制。系数 c 为政策对健康效果的总效应；系数 d_1 和 d_2 为政策对中介变量的效应；系数 b_1 和 b_2 是在控制了政策效应后，中介变量对健康的影响；系数 c_1' 和 c_2' 是控制了中介变量后，政策对健康的直接效应。 $e_1 \sim e_5$ 是回归残差。

4.1.2 变量选择和样本特征

本章在样本中挑选 2012 年参保新农合或城镇居民医疗保险的个体，并进一步筛选出 2014 年参保类型保持不变或整合为城乡居民医疗保险的个体，将两轮调查均有效的个体作为本章的研究样本。

健康指标。本文的因变量为健康的评价指标，常见的衡量健康的指标有死亡率（黄枫、吴纯杰，2009；Card et al., 2009）、自评健康（吴联灿、申曙光，2010；姜明伦等，2015）、身体质量指数（Fogel, 1994）、生活质量指标（赵忠、侯振刚，2005；李湘君等，2012）、患病情况或是行动障碍变量（岳经纶、李晓燕，2014；王翌秋、刘蕾，2016）。其中“自评健康”能够比较全面的反映个人的健康状况，可以预示死亡率（Idler and Benyamini, 1997；Burström and Fredlund, 2001），也有研究将自评健康与客观患

病情况相结合(齐亚强等, 2012; 程令国、张晔, 2012; 王丹华, 2014; 俞林伟, 2016)。根据以往的研究经验, 本文从主观和客观两个维度衡量居民健康状况, 其中, 主观健康指标选择自评健康状况, 客观健康指标选择两周患病率和由于身体健康影响工作的程度。

控制变量。根据 Grossman 的健康需求理论, 健康状况的改变由健康投资和折旧率决定, 影响健康投资的因素包括投资于健康的商品(如医疗服务)、用于提高健康水平的时间和其他个体特征; 健康的折旧率受年龄、环境等因素的影响。参照该模型, 本文的解释变量除了医疗保险制度外, 影响健康的其他因素从个体特征、生活习惯和环境特征、医疗服务的可及性几个角度选取。

①个体特征包括年龄、性别、受教育程度和收入。健康随年龄的折旧是难以控制的生理过程, 年龄越大, 身体的各项机能及免疫系统越弱, 患各种疾病的比例提高, 且身体恢复慢于年轻人。社会经济地位(教育、收入等)对健康差异有重要的解释作用(Link and Phelan, 1995; 刘昌平、汪连杰, 2017), 研究表明更高教育水平的人健康风险更小(Braveman, 2006; 胡安宁, 2014)、患慢性病和身体机能损伤的时间更晚(Herd et al., 2007), 受过大学教育的居民死亡率更低(Saegert and Evans, 2003)。这是因为获得更高教育水平的人更具有主动权选择相对安全的工作环境, 暴露于极端温度、粉尘、噪声等恶劣工作环境的可能性较低, 且能够有更多渠道获取健康知识, 从而更有效的减少危害健康的行为(De Walque, 2007; Jürges et al., 2011), 良好的教育背景也使得他们更易于接受新的医疗技术。与此类似地, 收入会通过影响生活质量、营养水平、健康的生活方式等对健康产生影响(Cutler and Lleras-Muney, 2010; 杨默, 2011; 辛怡, 2012), 高收入人群更容易选择舒适、安全的生活环境, 有更多机会接触和使用优质的医疗服务。

②生活习惯和环境特征。常见的影响健康的生活方式包括吸烟、饮酒和锻炼频率, 因 2012 年锻炼相关的变量缺失, 本文选择吸烟和饮酒衡量生活方式, 研究表明适量饮酒有利于健康, 而吸烟对于短期的健康没有显著的影响(吴联灿、申曙光, 2010; 王丹华, 2014; 王新军、郑超, 2014)。居住条件、住房的空气质量等因素会对健康产生影响(Dunn and Hayes, 2000; 王桂新等, 2011; 牛建林等, 2011; 俞林伟, 2016), 缺乏安全的饮用水与传染性疾病的传播有密切关系, 对健康有显著影响(苑会娜, 2009), 受污染的饮用水会影响婴儿出生的体重(Currie et al., 2013), 提高儿童营养不良、患痢疾的概率和婴幼儿死亡率(Semba et al., 2009)。因此, 本文以“家庭做饭用水的主要来源”、“家庭卫生的整洁程度”衡量环境特征, 其中“家庭做饭用水的主要来源”按照是否易受污染, 将江河湖水、井水等划为“地表水”, 将自来水、矿泉水划为“自来水”, 一般来讲, 地表水受污染程度高、细菌和杂质更多, 对健康危害更

大，自来水相对受污染程度低，对健康危害小；“家庭卫生的整洁程度”按照 1-10 分打分，家庭卫生越好，应该越有利于健康。

③医疗服务的可及性以“离最近医疗点的距离”直接衡量，研究表明，距医疗点、药店距离对农村居民的健康状况尤其有着重要影响（叶华、石爽，2015）。离医疗机构越远，就医过程中所花费的时间、交通费用、误工成本等机会成本越高，会影响就医的积极性，进而影响到健康。

根据本文的模型设定，样本需要按照参保前的医保类型和是否统筹分为四组，“农村统筹”表示该组样本 2012 年参加新农合、2014 年参加城乡统一保险；“城镇统筹”表示该组样本 2012 年参加城居保，2014 年参加城乡统一的医疗保险；“农村未统筹”表示在两轮调查中参保的都是新农合；“城镇非统筹”表示在两轮调查中参保的都是城镇居民医保。为了增强结论的说服力，本文剔除了重复参保的样本，并剔除了地区与参保类型不一致的样本（如农村地区但参保城镇医保、城镇地区但参保新农合的样本）。筛选后得到两期平衡面板数据，每一期城镇和农村已经推行城乡医保统筹制度的样本各有 133 个和 234 个，与此形成对照的城乡参照组各有 703 个和 4550 个。文章所涉及变量的描述性统计如表 4-2 至表 4-5 所示，其中表 4-2 和表 4-3 为 2012 年城乡统筹组和未统筹组的样本情况，表 4-4 和表 4-5 为 2014 年的样本情况。

表 4-2 变量的描述性统计（2012 年统筹组）

Table 4-2 Descriptive Statistics of Variables (Experimental Group in year 2012)

变量	农村统筹		城镇统筹	
	均值	标准差	均值	标准差
两周患病率（0=未患病；1=患病）	0.205	0.404	0.165	0.372
自评健康	3.538	0.976	3.640	0.972
因健康影响工作的程度（1=很少；2=有时；3=经常）	1.342	0.653	1.301	0.603
年龄	45.158	13.272	41.590	12.028
性别（0=男性；1=女性）	0.530	0.500	0.496	0.502
受教育程度（1=未上过学；2=小学；3=初中；4=高中及以上）	2.517	0.890	3.421	0.761
是否吸烟（0=否；1=是）	0.333	0.472	0.338	0.475
是否每周饮酒（0=否；1=是）	0.269	0.445	0.278	0.450
收入（元）	11855	15224	22488	27637
家庭做饭用水主要来源（0=地表水；1=自来水）	0.504	0.501	0.970	0.171
家庭卫生的整洁程度打分（1分-10分）	5.449	1.748	6.301	1.741

离最近医疗机构的距离	1.039	1.069	0.735	0.656
样本量	234	234	133	133

注：自评健康：1=非常不健康；2=比较不健康；3=一般；4=健康；5=非常健康

表 4-2 统计了参保类型由新农合或城镇居民保险转变为城乡居民保险的样本在基期的基本特征。从上表可以看出，原本参与新农合的居民两周患病率为 20.5%，高于原本的城居保参保者，并且自评健康状况和因健康影响工作的程度两个健康指标均显示农村居民的健康状况劣于城镇居民。农村居民的平均年龄为 45.158 岁，比城镇居民高 3.5 岁，城镇居民平均收入水平更高。城乡居民在吸烟、饮酒等生活习惯方面的差异不大，但是在家庭做饭用水方面，农村居民家庭以地表水作为饮用水主要来源的比例更高，面临饮用水污染的风险更大，农村家庭卫生的整洁程度低于城镇，总体而言，农村居民的居住环境更加不利于健康。在医疗服务的可及性方面，农村居民到最近的医疗机构的平均距离为 1 公里，城镇居民离医疗机构更近，平均距离只有 735 米。

一直保持新农合或城镇居民医疗保险类型的样本于 2012 年的样本特征如表 4-3 所示。

表 4-3 变量的描述性统计（2012 年非统筹组）

Table 4-3 Descriptive Statistics of Variables (Reference Group in year 2012)

变量	农村非统筹		城镇非统筹	
	均值	标准差	均值	标准差
两周患病率（0=未患病；1=患病）	0.195	0.396	0.207	0.406
自评健康	3.454	1.020	3.600	0.034
因健康影响工作的程度（1=很少；2=有时；3=经常）	1.316	0.668	1.287	0.923
年龄	45.510	12.616	42.826	12.007
性别（0=男性；1=女性）	0.535	0.499	0.575	0.495
受教育程度（1=未上过学；2=小学；3=初中；4=高中及以上）	2.404	0.914	3.063	0.889
是否吸烟（0=否；1=是）	0.318	0.466	0.275	0.447
是否每周饮酒（0=否；1=是）	0.236	0.425	0.228	0.420
收入（元）	11815	20860	25600	27271
家庭做饭用水主要来源（0=地表水；1=自来水）	0.548	0.497	0.879	0.326
家庭卫生的整洁程度打分（1分-10分）	5.573	1.754	6.213	1.697
离最近医疗机构的距离	1.516	2.284	0.816	1.3
样本量	4550	4550	703	703

注：自评健康：1=非常不健康；2=比较不健康；3=一般；4=健康；5=非常健康

从表 4-2 和表 4-3 的统计数据中可以看出，无论是参保类型发生变化的样本，还是参保类型未发生变化的样本均具有类似的城乡特征。农村内部，处理组和参照组在政策实施前特征差异不明显，人群的年龄结构、健康状况、收入和生活环境均比较接近。但是统筹组在地理位置上离医疗机构更近。

统筹组和未统筹组 2014 年的样本特征如表 4-4 和表 4-5 所示。

表 4-4 变量的描述性统计（2014 年统筹组）

Table 4-4 Descriptive Statistics of Variables (Experimental Group in year 2014)

变量	农村统筹		城镇统筹	
	均值	标准差	均值	标准差
两周患病率（0=未患病；1=患病）	0.085	0.280	0.098	0.298
自评健康	3.671	0.892	3.955	0.903
因健康影响工作的程度（1=很少；2=有时；3=经常）	1.286	0.607	1.203	0.473
年龄	47.158	13.272	43.590	12.028
性别（0=男性；1=女性）	0.530	0.500	0.496	0.502
受教育程度（1=未上过学；2=小学；3=初中；4=高中及以上）	2.517	0.890	3.421	0.761
是否吸烟（0=否；1=是）	0.243	0.430	0.315	0.466
是否每周饮酒（0=否；1=是）	0.222	0.416	0.240	0.429
收入（元）	18227	29249	37963	66846
家庭做饭用水主要来源（0=地表水；1=自来水）	0.530	0.500	0.977	0.149
家庭卫生的整洁程度打分（1分-10分）	6.389	1.728	7.112	1.569
离最近医疗机构的距离	1.507	1.469	0.856	0.856
样本量	234	234	133	133

注：自评健康：1=非常不健康；2=比较不健康；3=一般；4=健康；5=非常健康

表 4-4 和表 4-2 的对比表示统筹组两年之间特征的变化，与 2012 年相比，2014 年居民的两周患病率有明显下降，自评健康有所提高，因健康影响工作的程度稍微缓解。两组居民的平均收入有大幅度提升，城镇居民收入增长的绝对量和相对量都高于农村居民。

表 4-5 变量的描述性统计 (2014 年非统筹组)

Table 4-5 Descriptive Statistics of Variables (Reference Group in year 2014)

变量	农村非统筹		城镇非统筹	
	均值	标准差	均值	标准差
两周患病率 (0=未患病; 1=患病)	0.097	0.313	0.094	0.292
自评健康	3.519	1.038	3.687	0.908
因健康影响工作的程度 (1=很少; 2=有时; 3=经常)	1.414	0.697	1.238	0.533
年龄	47.510	12.616	44.826	12.007
性别 (0=男性; 1=女性)	0.535	0.499	0.575	0.495
受教育程度 (1=未上过学; 2=小学; 3=初中; 4=高中及以上)	2.404	0.914	3.063	0.889
是否吸烟 (0=否; 1=是)	0.293	0.455	0.261	0.440
是否每周饮酒 (0=否; 1=是)	0.193	0.395	0.188	0.391
收入 (元)	15751	26702	32265	51337
家庭做饭用水主要来源 (0=地表水; 1=自来水)	0.571	0.495	0.888	0.316
家庭卫生的整洁程度打分 (1分-10分)	6.175	1.741	6.670	1.616
离最近医疗机构的距离	1.818	2.432	0.953	1.320
样本量	4550	4550	703	703

注: 自评健康: 1=非常不健康; 2=比较不健康; 3=一般; 4=健康; 5=非常健康

综合以上几组数据可以看出, 与 2012 年相比, 2014 年各组的两周患病率均有明显的下降, 除了农村未实行医保统筹的样本外, 各组因健康影响工作的程度都有所下降。整体看来, 影响健康的其他变量存在明显的城乡差异, 与农村居民相比, 城镇居民的收入更高, 平均年龄偏低, 家庭卫生更整洁, 离医疗机构的距离更近, 家庭饮用水更安全, 总体看来城镇居民的生活环境和个人特征更有利于健康, 医疗服务的可及性也更好。在农村和城镇内部统筹组与非统筹组的比较上, 除了统筹组距离医疗点比非统筹组更近以外, 其他各项指标差异不大。从时间序列看, 城乡居民的收入均有大幅度提升。

4.2 实证结果分析

4.2.1 双重差分模型回归结果

根据本文设定的双重差分模型的基本形式, 再结合因变量的特征设定模型的具体

形式，“两周患病率”为二分变量，运用二元*Probit*模型进行回归分析，“自评健康”和“因健康影响工作的程度”为有序多分类变量，运用有序*Probit*模型进行回归分析。按照基本公式4-2进行双重差分回归分析，结果如表4-6所示。

表 4-6 双重差分模型估计结果

Table 4-6 Estimation Results of Difference-in-difference Model

变量	因健康影响工作的程度	两周患病率	自评健康
农村统筹组×时期	-0.348*** (0.131)	-0.112 (0.154)	0.074 (0.101)
城镇统筹组×时期	-0.054 (0.193)	0.208 (0.216)	0.255* (0.144)
农村统筹组	0.085 (0.091)	0.068 (0.096)	0.061 (0.071)
城镇统筹组	0.121 (0.132)	-0.105 (0.142)	-0.075 (0.101)
地区（参照组：农村）	0.167*** (0.058)	0.184*** (0.061)	-0.050 (0.045)
时期（参照组：2012年）	0.640*** (0.095)	-0.317*** (0.109)	-0.017 (0.072)
地区×时期	-0.396*** (0.081)	-0.097 (0.092)	0.057 (0.061)
年龄	0.023*** (0.001)	0.008*** (0.001)	-0.023*** (0.001)
性别（参照组：男性）	0.172*** (0.037)	0.129*** (0.044)	-0.172*** (0.029)
教育（参照组：未上过学）			
小学	-0.104*** (0.037)	0.010 (0.044)	0.012 (0.031)
初中	-0.228*** (0.041)	-0.146*** (0.049)	0.146*** (0.034)
高中及以上	-0.368*** (0.053)	-0.175*** (0.062)	0.235*** (0.041)
是否吸烟（参照组：否）	0.056	0.058	-0.025

	(0.040)	(0.046)	(0.030)
是否每周饮酒 (参照组: 否)	-0.080**	-0.131***	0.134***
	(0.037)	(0.043)	(0.028)
收入 (对数)	-0.024***	-0.004	0.024***
	(0.003)	(0.004)	(0.002)
家庭做饭用水主要来源 (参照组: 地表水)	-0.071***	-0.035	0.090***
	(0.027)	(0.032)	(0.021)
家庭卫生的整洁程度	-0.068***	-0.042***	0.081***
	(0.007)	(0.009)	(0.006)
离最近医疗点的距离	0.018***	0.015**	-0.027***
	(0.005)	(0.006)	(0.004)
常数	-	-1.297***	-
	-	(0.143)	-
样本量	11,240	11,240	11,240

注: 括号内的数值为标准误, ***, **, *分别表示在 1%, 5%, 10%的水平上显著。为了节约篇幅, 有序 Probit 模型的切点估计值省略未报告。

在本文构建的双重差分模型中, 农村 (城镇) 统筹组与时期的交叉项系数是本文要重点关注的, 反映了控制非时变未观测效应和差异效应的情况下, 城乡医保统筹对农村 (城镇) 统筹样本的净影响, 回归结果显示, 城乡医保统筹制度对城乡居民的影响存在差异, 虽然不能降低居民的两周患病率, 但是有利于减轻农村居民因疾病耽误工作程度, 而对城镇居民有利于提高主观的健康感受, 说明城乡医保统筹具有改善居民健康的作用。

农村统筹组系数表示农村地区统筹组和非统筹组基期的健康差异, 城镇统筹组的系数含义与此类似, 该系数在所有健康指标的回归中均不显著, 意味着实行医保统筹前, 无论是农村地区还是城镇地区, 统筹的样本和非统筹的样本健康状况均不存在显著差异, 说明城乡医疗保险统筹制度在试点选择方面不具有选择性, 试点地区与非试点地区差异不明显。地区虚拟变量的系数显著说明基期非统筹地区存在明显的城乡差异, 在控制其他因素影响的情况下, 城镇地区居民的两周患病率和因健康影响工作的程度更高, 总体健康水平更差。时期虚拟变量系数显著, 说明随时间变化, 农村未实行城乡医保统筹的居民两周患病率下降, 但是因健康问题影响工作的程度加深。地区与时期的交叉项反映未实行医保统筹的居民两年间健康变化的城乡差异, 整体看来,

没有政策干预时，城镇居民的健康状况比农村居民好转的趋势更强，因健康影响工作的程度减弱。

其他控制变量的影响方向与健康经济学的理论一致，年龄对健康变化有显著的负向影响，年龄越大，健康受损的概率越大，两周患病率越高，因健康问题影响工作的程度越高，自评健康越差。教育对改善健康状况起到重要的作用，受教育程度越高，健康意识越强，越能够意识到疾病的危害，更加注重疾病的预防，并且作为一项重要的人力资本，有较高文化水平的人更容易从事技术含量高、体力劳动少、工作环境好的工作，所从事的职业、行业也会与低文化水平的人存在差别，工作环境的疾病风险更低，健康受损的可能性越低。与现有文献的研究结论一致，吸烟在短期内健康没有显著影响，适量饮酒有助于健康（王新军、郑超，2014）。收入与健康之间互相促进的循环效应已得到学者的广泛认可，收入越高，可以提高用于健康的投资，如增加营养摄入、改善居住环境等，本文的研究结论也表明收入提高有利于改善健康。家庭卫生越整洁，能减少细菌和疾病的传播，有利于身体健康。离医疗点越远，表明医疗服务的可及性越差，就医的机会成本越高，就医越不积极，患病后不去就诊的现象越常见，两周患病率增加，因病影响工作的时间越久，自评健康越差。

4.2.2 城乡医保统筹对健康的影响机制验证

根据本文的影响机制分析，本部分验证城乡医保统筹的实施是否通过“促进了居民积极就医”和“提高医保待遇”这两个途径影响居民的健康。按照中介效应模型的思路逐步检验模型的回归系数，判断是否存在对应的影响路径，中介效应变量分别是“是否患病后未就诊”和“实际报销比例”。模型设定方法为首先将健康指标对基本自变量回归，其次用中介变量对基本自变量回归，最后用健康指标对基本自变量和中介变量同时回归。如果推行医保统筹对促进积极就医和提高医保待遇是有效果的，并且在健康效应模型中控制居民就医行为和医保待遇的相关变量后，政策的效应变小或变的不显著，则说明存在该影响机制。根据上文的回归结果，推行城乡医疗保险统筹对以“因健康影响工作的程度”和“自评健康”衡量的健康状况有促进作用，因此以这两项指标为因变量，对“促进居民积极就医”和“提高医保待遇”两条影响路径进行验证，验证结果如表 4-7 和表 4-8 所示。

4.2.2.1 通过促进积极就诊影响健康的机制验证

对促进就医影响机制的验证采用双重差分方法，表 4-7 为以“患病后是否就诊”为中介变量构建的中介效应模型回归结果。模型(1)为城乡医保统筹对城乡居民患病后未就诊行为的影响，模型(2)和模型(4)为未控制就医行为时，城乡医保统筹对居民

因健康影响工作的程度和自评健康的影响。模型(3)和模型(5)为控制就诊行为后,城乡医保统筹对健康影响工作的程度和自评健康的影响。农村(城镇)统筹组与时期的交叉项表示城乡医保统筹对农村(城镇)居民健康的净效应,在模型(1)和模型(2)中,农村统筹组与时期的交叉项系数在10%水平上显著,说明对农村地区推行医保统筹有助于农村居民患病后积极就医,降低健康影响工作的程度,而对城镇居民不具有显著作用。在模型(3)的控制变量中加入“是否患病后未就诊”后,农村实行统筹的样本影响工作的程度比未控制该变量时小,说明统筹政策对健康的影响有一部分是通过改变患病后的就诊行为进而影响健康的,减轻了疾病对生活造成的负面影响,存在该影响路径。在模型(4)和模型(5)以“自评健康”为因变量时,城镇居民在医保统筹后自评健康的改善作用比农村居民更明显,并且患病后不就诊的行为会显著降低居民的自评健康,控制就医行为的变量后,城乡医保统筹对自评健康的影响下降,说明促进居民患病后积极就医有助于提高自评健康,但是结合模型(1)的回归结果,城乡医保统筹虽能降低患病后未就诊的概率,但是对城镇居民的影响并不显著,说明还需要其他途径辅助提高居民就诊的积极性。

表 4-7 医保统筹通过促进积极就诊影响城乡居民健康的机制分析

Table 4-7 The Effect of Integrated Medical Insurance on Health by Promoting Medical Treatment

变量	(1)患病后未就 诊(中介变量)	(2)因健康影 响工作程度	(3)因健康影 响工作程度	(4)自评健 康	(5)自评健 康
农村统筹组×时期	-0.433* (0.253)	-0.348*** (0.131)	-0.320** (0.132)	0.074 (0.101)	0.058 (0.101)
城镇统筹组×时期	-0.206 (0.296)	-0.054 (0.193)	-0.048 (0.194)	0.255* (0.144)	0.245* (0.144)
患病后未就诊	- -	- -	0.754*** (0.064)	- -	-0.593*** (0.057)
农村统筹组	0.237 (0.151)	0.085 (0.091)	0.067 (0.092)	0.061 (0.071)	0.072 (0.071)
城镇统筹组	0.089 (0.184)	0.121 (0.132)	0.122 (0.133)	-0.075 (0.101)	-0.070 (0.101)
地区(0=农村; 1=城市)	0.420*** (0.088)	0.167*** (0.058)	0.131** (0.059)	-0.050 (0.045)	-0.027 (0.045)
时期(0=2012年; 1=2014年)	0.226 (0.158)	0.640*** (0.095)	0.621*** (0.095)	-0.017 (0.072)	-0.003 (0.072)

地区×时期	-0.203 (0.126)	-0.396*** (0.081)	-0.377*** (0.081)	0.057 (0.061)	0.045 (0.061)
年龄	0.004* (0.002)	0.023*** (0.001)	0.023*** (0.001)	-0.023*** (0.001)	-0.023*** (0.001)
性别 (参照组: 男性)	0.049 (0.051)	0.172*** (0.037)	0.167*** (0.038)	-0.172*** (0.029)	-0.169*** (0.029)
教育 (参照组: 未上过学)					
小学	0.007 (0.071)	-0.104*** (0.037)	-0.107*** (0.037)	0.012 (0.031)	0.012 (0.031)
初中	-0.112 (0.079)	-0.228*** (0.041)	-0.227*** (0.041)	0.146*** (0.034)	0.144*** (0.034)
高中及以上	-0.061 (0.095)	-0.368*** (0.053)	-0.374*** (0.054)	0.235*** (0.041)	0.236*** (0.041)
是否吸烟 (参照组: 否)	- (0.040)	0.056 (0.040)	0.048 (0.040)	-0.025 (0.030)	-0.020 (0.030)
是否每周饮酒 (参照组: 否)	- (0.037)	-0.080** (0.037)	-0.072** (0.037)	0.134*** (0.028)	0.129*** (0.028)
收入 (对数)	-0.004 (0.006)	-0.024*** (0.003)	-0.024*** (0.003)	0.024*** (0.002)	0.024*** (0.002)
家庭做饭用水主要来源 (0=地表水; 1=自来水)	- (0.027)	-0.071*** (0.027)	-0.065*** (0.007)	0.090*** (0.021)	0.087*** (0.021)
家庭卫生的整洁程度	- (0.007)	-0.068*** (0.007)	-0.065*** (0.007)	0.081*** (0.006)	0.080*** (0.006)
离最近医疗点的距离	0.023** (0.009)	0.018*** (0.005)	0.017*** (0.005)	-0.027*** (0.004)	-0.026*** (0.004)
常数项	-2.589*** (0.202)	-	-	-	-
样本量	11,240	11,240	11,240	11,240	11,240

注: 括号内的数值为标准误, ***, **, *分别表示在 1%, 5%, 10%的水平上显著。为了节约篇幅, 有序 Probit 模型的切点估计值省略未报告。

在患病后是否就诊模型的控制变量中, 年龄越大, 患病后未就诊的概率越高, 这

可能是因为老年人中讳疾忌医的情况更普遍，或是本身有疾病史，对身体状况和治疗方法比较了解，在患病后可以根据以往的经验自我治疗。医疗机构的可及性会促进居民就医，距离医疗机构越远，就医的机会成本越高，患病后不就诊的概率越高。在健康指标的回归模型中，相关变量的回归结果与表 6-6 的结论基本一致，此处不再赘述。

4.2.2.2 通过提高医保待遇影响健康的机制验证

在验证“医保统筹提高了医保待遇，进而改善了居民健康”的路径时，由于医保待遇由报销的起付线、报销比例、封顶线、医保目录等多个方面组成，因此本文以“实际报销比例”作为综合评价医保待遇的指标。由于患病的群体数量有限，有医疗支出的样本较少，难以将两轮调查的样本匹配分析，受数据的限制，对“提高医保待遇”路径的验证使用 CLDS 数据库 2014 年的截面数据，将农村和城镇未统筹地区的样本与已经统筹为城乡居民医疗保险的样本进行对比，即对不同参保类型进行比较。

表 4-8 以“实际报销比例”为中介变量构建中介效应模型，验证影响路径。根据中介效应模型的思路，模型(7)和模型(9)为医保类型对健康的影响，模型(6)为医保类型对中介变量（实际报销比例）的影响，模型(8)和模型(10)为将医保类型和中介变量同时加入模型对健康的回归。

表 4-8 医保统筹通过提高实际报销比例影响居民健康的机制分析

Table 4-8 The Effect of Integrated Medical Insurance on Health by Increasing Reimbursement Rate

变量	(6)实际报销比 例（中介变量）	(7)因健康影响 工作的程度	(8)因健康影响 工作的程度	(9)自评 健康	(10)自评 健康
医疗保险类型（参照组：城乡居民医疗保险）					
新农合	-0.158*** (0.041)	0.627*** (0.176)	0.599*** (0.177)	-0.355** (0.160)	-0.363** (0.161)
城居保	-0.038 (0.047)	0.462** (0.201)	0.451** (0.201)	-0.372** (0.186)	-0.375** (0.186)
实际报销比例	- -	- -	-0.194 (0.127)	- -	-0.046 (0.127)
年龄	0.003*** (0.001)	0.023*** (0.003)	0.024*** (0.003)	-0.029*** (0.003)	-0.029*** (0.003)
性别（参照组：男性）	-0.014 (0.019)	0.024 (0.103)	0.025 (0.103)	0.098 (0.104)	0.098 (0.104)
教育（参照组：未上过学）					
小学	-0.031	-0.083	-0.091	0.056	0.054

	(0.025)	(0.102)	(0.102)	(0.105)	(0.105)
中学	0.008	-0.193*	-0.194*	0.107	0.107
	(0.029)	(0.117)	(0.117)	(0.118)	(0.118)
高中及以上	0.080**	-0.165	-0.154	0.387***	0.390***
	(0.035)	(0.144)	(0.144)	(0.142)	(0.143)
医院级别(参照组:县级以下医院)					
县级	-0.025	-	-	-	-
	(0.023)	-	-	-	-
市级及以上	-0.105***	-	-	-	-
	(0.024)	-	-	-	-
是否吸烟(参照组:否)	-	0.154	0.157	0.024	0.025
	-	(0.112)	(0.112)	(0.112)	(0.112)
是否每周饮酒(参照组:否)	-	-0.284**	-0.282**	0.113	0.113
	-	(0.122)	(0.122)	(0.121)	(0.121)
收入	0.002	-0.034***	-0.034***	0.036***	0.036***
	(0.002)	(0.008)	(0.008)	(0.008)	(0.008)
家庭做饭用水主要来源 (0=地表水: 1=自来水)	-	0.023	0.019	0.031	0.031
	-	(0.078)	(0.079)	(0.079)	(0.079)
家庭卫生的整洁程度	-	-0.089***	-0.089***	0.099***	0.100***
	-	(0.021)	(0.021)	(0.021)	(0.021)
离最近医疗点的距离	-	-0.003	-0.002	-0.011	-0.011
	-	(0.011)	(0.011)	(0.011)	(0.011)
地区(以东部为参照组)					
中部	-0.032	-	-	-	-
	(0.021)	-	-	-	-
西部	-0.048**	-	-	-	-
	(0.024)	-	-	-	-
常数项	0.484***	-	-	-	-
	(0.082)	-	-	-	-

样本量	1039	1,039	1,039	1,039	1,039
-----	------	-------	-------	-------	-------

注：括号内的数值为标准误，***，**，*分别表示在 1%，5%，10%的水平上显著。有序 Probit 模型的切点估计值省略未报告。

在影响实际报销比例的模型中，医保筹资受地方政府的支持，经济越发达的地区，地方政府的财政支持力度越大，医疗保障水平越高，因此在该回归的影响因素中加入地区变量，将样本分为东部、中部和西部三组，西部地区的实际报销比例显著低于东部地区。中国正大力推进分级诊疗制度，提倡不同层级的医院实行阶梯式的报销制度，就诊的医院级别越高，起付线越高，平均报销比例越低，因此本文将住院的医院级别按照所属行政级别划分为县级以下医疗机构、县级医疗机构、县级以上医疗机构三类纳入到影响报销比例的模型中，而水污染、家庭卫生、工作环境和地理位置等可能影响健康的因素不会影响居民享受的医保待遇，因此不纳入模型中。

从上文的回归结果可以看出，统筹医保参保人员的实际报销比例显著高于参保新农合的居民，但与城镇居民医保相比，并没有显著差异。推行医保统筹政策有利于提高患者的健康水平，对参保新农合的居民而言，疾病对工作和正常生活造成了更大的影响。但是将中介变量和自变量同时加入模型的时候，中介变量的作用并不显著，说明提高医保待遇，能够降低居民的自付比例，最终作用在于从经济上减轻居民的就医负担，但并不能借此改善居民的健康状况。

在影响报销比例的控制变量中，年龄越大，实际报销比例越高，这是因为在一些地区的政策制定向老年人倾斜。有较高教育背景的人医疗知识更丰富，更擅长合理选择诊疗项目，避免不必要的支出，减少供方诱致性需求。县级以下医院市级保险比例显著高于县级以下医院，但是与县级医院相比差别不大，原因可能是在县级以下医院主要医治轻微疾病，本身医疗费用不高，而政策规定只有起付线以上的部分才能按比例报销，实际上，不同级别医院医保待遇差别小也是中国分级诊疗制度未取得显著成效的因素之一，如果在基层医院总体诊疗费用不高，实际报销比例就会低于政策规定，导致实际报销比例与县级医院治疗的差别不大。不同地区来看，西部的报销比例显著低于东部地区，说明居民所享受的医保待遇和承受的医疗负担与当地的经济状况息息相关。

值得注意的是，城居保的参保者与统筹的城乡居民医疗保险相比，虽然实际报销比例的差别不大，但是可能两类保险的参保居民的用药种类、诊疗项目不同，享受的医疗服务质量存在差别，导致统筹医保的健康效应更强。在健康影响工作程度的模型中，从不同参保类型看，新农合参保人员患病后对工作的不良影响最大，城镇居民医疗保险的参保者次之。参加统筹保险的居民对工作的不良影响最低，体现了统筹政策

的优越性。在控制变量中，年龄越大，患严重疾病的概率越大，身体的恢复也比年轻人慢，因此年龄越大，患病后对工作的影响程度越大。有教育经历的居民比未受过任何教育的居民健康状况好，其中中学学历的居民影响程度最小。在县级以上级别医院治疗的人往往患病更严重，需要治疗的时间更长。收入水平高的人更加注重对健康的投资，讲究健康的生活方式，健康状况越好。家庭卫生脏乱差容易滋生细菌，传播疾病，室内的空气质量更为重要，除了室内装修，室内烹饪和吸烟也会散发出大量有害物质，尤其不利于心脑血管和肺部，室内通风不畅，不利于有害物质排出，整体看来，家庭环境卫生越好，越有利于健康。

4.3 本章小结

本章利用 CLDS 于 2012 年和 2014 年两期的追踪调研数据，将城乡居民置于统一医疗保险框架下，建立双重差分模型，设置两个处理组和两个参照组，从两周患病率、疾病影响工作的程度和自评健康三方面考察城乡医疗保险统筹对城乡居民健康的影响，并构建中介效应模型，从“促进患病后就诊”和“提高医保待遇”两个方面对影响机制进行讨论，得到以下主要结论：

第一，总体看来医保统筹政策的实施有利于健康改善，减少了疾病对农村居民工作和生活的恶性影响，可以理解为提高了治疗的效果、减轻了疾病的严重程度，农村居民在患病后能很快恢复，并且提高了城镇居民的自评健康，但是城乡医保统筹的实施并不能显著降低居民的患病率，因此，医保政策的制定还应关注到疾病的预防。

第二，通过对健康影响机制的分析发现，健康改善主要是通过改变就医行为实现的，且对城乡居民的影响具有异质性，尤其有利于农村居民患病后积极就医，避免小病拖成大病，有利于健康的恢复。虽然推行城乡居民医疗保险统筹也提高了医保待遇，但并不能借此改变居民健康，只能从经济上减轻居民的医疗负担。因此，要实现全民健康的目标，应当主要从提高居民的健康意识和改变就医行为入手。

第五章 城乡医保统筹对居民医疗支出的影响

第四章分析了城乡医保统筹对居民健康的影响及影响机制，结论表明统筹制度促进了农村居民患病后就诊，进而改善了居民健康，本章将进一步分析在医疗保障待遇提高的前提下，居民医疗服务利用增多，将导致居民的医疗支出如何变化。本章重点回答如下两个问题：城乡医保统筹制度对居民医疗支出有何种影响？对城乡居民和不同收入群体之间的作用是否存在差异？

5.1 不同参保类型居民的就医概况

在实证分析前，为了客观、科学地了解居民的就医状况，本章首先按照居民的参保类型分组，对不同组居民的患病及就诊情况进行统计。

5.1.1 患病及就医情况

表 5-1 对比了新农合、城乡居民统筹医保和城居保三种参保类型的居民的患病情况和就诊情况。

表 5-1 不同参保类型居民的患病及就医情况

Table 5-1 Illness and Medical Treatment Behavior of Different Insured Residents

患病及就医情况	新农合		城乡居民统筹医保		城居保	
	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)
过去两周是否患病	2545	9.98	251	10.53	435	8.77
是否需要住院	2368	9.29	180	7.55	356	7.18
是否因病就诊	1619	63.61	159	63.35	243	55.86
是否住院	1926	81.33	142	78.89	289	81.18
样本总量	25500	100	2383	100	4958	100

数据来源：根据 CLDS 数据整理。

从上表可以看出，不同参保类型居民两周患病率和需要住院的情况相差不多，平均看来，城镇居民医保参保者的患病率最低，健康状况更好，基本符合中国城镇居民健康优于农村居民的整体现状。虽然新农合参保人员的平均患病率不是最高的，但是医生诊断需要住院的比例略高于其他两组，说明农村居民患重病的比例更高。患病后城镇居民医保参保者的就诊率最低，这是因为城镇居民的健康知识更加丰富，在患病较轻的情况下，自我治疗的比例较高。在医生诊断需要住院的情况下，三组居民的住

院率相差不大，且住院率达到 80%，说明在患病情况较重的情况下，居民对疾病的态度比较谨慎和重视。

5.1.2 未就诊原因

通过对居民患病后未就诊原因的统计，原因主要可以归为两类：第一类原因是根据患病程度主动放弃就诊，这类人群多数能对患病情况做出基本判断，病情较轻，没必要到医院就诊，或以前出现过类似症状，可以根据经验通过服药自我恢复，或是一些患有慢性病或有较长疾病史的人群，对自身的疾病比较了解，认为就诊也难以改变疾病状况从而主动放弃了就诊；第二类人群没有及时就诊是出于个人或家庭客观原因，包括经济困难、要顾及工作或家庭没有时间就诊、离医院较远、交通不便等被迫放弃就诊，由这一类原因导致患病后未能及时就诊可能会延误病情，由此对居民健康造成的负面影响应当能够通过社会的各方面改善而避免。不同参保类型居民就诊原因分布如表 5-2 所示。

表 5-2 不同参保类型居民患病后未就诊的原因

Table 5-2 The Main Reason for not Seeking Medical Treatment

患病后未就诊原因	新农合		城乡居民统筹医保		城居保	
	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)
病轻或无有效措施	608	65.66	70	76.09	138	71.88
经济负担重、看病不方便等客观因素	318	34.34	22	23.91	54	28.13
合计	926	100	92	100	192	100

数据来源：根据 CLDS 数据整理。

从上表可以看出，无论参保的哪一类保险，出于“病轻或无有效措施”的原因未就医的人群均占有更高的比例，说明居民的就诊决策很大概率上受疾病状况和对疾病恢复程度期望的影响。在新农合参保的人群中，由于“经济困难”、“看病不方便”等原因没有就诊的比例高于其他保险参保人群。究其原因应当是农村居民的经济状况较差，支付能力低，加之医保保障水平低，未能给患者提供充足的安全感，农村居民医疗资源的可及性也远不如城镇，医疗设施的人均占有量低，医疗水平差。城乡统筹医保的参保者受经济条件、时间等方面原因的限制未能及时就医的比例最低，体现了医保制度的优越性。

医生建议该住院而没有住院的原因主要包括两类，一类是从疾病的角度认为“没必要住院”或“住院也无助于身体恢复”，“可以在家调养”；另一类则是从疾病以外的因素考虑，如限于经济条件，认为“住院价格高”、或是“时间上不充裕”、“去医

院不方便”，还有少数患者“感觉住院不舒服”、“医院环境不好”，这些与疾病本身无关的原因全部划为一类。不同参保类型的居民该住院而未住院的统计结果如表 5-3 所示。

表 5-3 该住院而未住院的主要原因

Table 5-3 Main Reason for not Seeking Inpatient Care

未住院原因	新农合		城乡居民统筹医保		城居保	
	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)
认为没必要或无有效措施	151	34.16	18	47.37	25	37.31
医疗负担重、没时间、医院服务差	291	65.84	20	52.63	42	62.69
合计	442	100	38	100	67	100

数据来源：根据 CLDS 数据整理。

从统计结果可以看出，与表 5-2 未就诊的原因分布不同，由于疾病原因未就诊占了较小的比例，“医疗负担重、没时间、医院服务差”等非疾病因素在导致居民该住院而未住院的原因中占了更大比例，在各种原因中以“医疗费用高，难以支付”居多，这既有可能是家庭经济拮据，也有可能是医疗保障缺失造成的，新农合参保者出于非疾病原因未就诊的比例最高，城乡医保统筹参保者中因客观条件受限未能遵医嘱住院的比例最低，说明统筹制度下，居民患病更能得到及时的治疗。

5.1.3 就诊地点

就诊地点是就医行为的一种体现，患者在不同地点就医反映了医疗服务需求状况，也涉及到不同级别医疗机构的医疗资源利用问题。医疗保险会促进居民选择定点医院就诊，中国当前的医疗保险制度为了引导居民在基层就医，在不同级别医疗机构实行差别化报销，在级别越高的医院，报销比例越低。居民对就诊医院的选择应该是基于成本与收益的权衡，成本既包括经济成本也包括机会成本（误工时间、交通费用），收益主要指在不同层次医疗机构获得的医疗体验和治疗效果。医院级别越高，医疗资源也会更加丰富，但同时报销比例越低，对起付线的要求越高，个人需要承担的费用越多。基层医院的就医成本则更低，当对治疗的预期效果较高或基层医院难以满足医疗服务需求时，居民会选择更高一级的医疗机构就诊。居民患病后初诊医院的选择如表 5-4 所示。

表 5-4 不同参保类型居民患病后初诊医院分布

Table 5-4 Type of Medical Institutions Firstly Visited for Health Care

医院类型	新农合		城乡居民统筹医保		城居保	
	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)
诊所/村卫生室	560	34.59	49	30.82	47	19.34
乡镇卫生院	459	28.35	30	18.87	23	9.47
社区卫生服务中心	36	2.22	18	11.32	39	16.05
县区属卫生机构	370	22.85	27	16.98	40	16.46
省辖市/地区/直辖市属卫生机构	164	10.13	29	18.24	80	32.92
省/自治区/直辖市属及以上卫生机构	30	1.85	6	3.77	14	5.76
合计	1619	100	159	100	243	100

数据来源：根据 CLDS 数据整理。

表 5-4 的统计表明新农合参保者患病后首先选择诊所或村卫生室的比例最高，其次是乡镇卫生院，两类医疗机构的总和达到 60% 以上。与此形成对照的，城居保的居民在市级医疗机构就诊的比例最高。中国实行分级诊疗制度，鼓励居民首先选择基层医疗机构就诊，将诊所、村卫生室、乡镇卫生院和社区卫生服务中心几类机构划为基层医疗机构，新农合参保者选择基层医疗机构初诊的比例达到 65%，城乡居民统筹医保在基层医疗机构的比例达到 61%，城居保的参保者在基层医疗机构就诊的比例只有 45%，远低于其余两组。以上数据表明在城镇存在基层医疗机构大量的空置和浪费，离真正实现“基层首诊”还有一定的差距，为了缓解高级医院医疗资源紧张的现状，一方面要提高城镇社区医院的诊疗水平和设施完善程度，提高居民对基层医院的信任感，另一方面扩大社区医院与市级医院的报销差距，突出基层医疗机构就诊的优越性。而农村居民就近选择医院治疗的比例高于城镇，其实质并不是农村基层医院的医疗水平较城镇好，而是农村交通不便，农村居民多数本着就近和低成本的原则选择就诊地点。

与此对应的，各参保类型居民最近一次住院治疗选择的医疗机构类型分布如表 5-5 所示。

表 5-5 住院的医疗机构类型

Table 5-5 Type of Medical Institutions Visited for Last Inpatient Care

医疗机构类型	新农合		城乡居民统筹医保		城居保	
	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)	频数	百分比(%)
村、社区、乡镇卫生服务中心	499	25.91	26	18.31	19	6.57

县区属卫生机构	868	45.07	48	33.80	83	28.72
省辖市/地区/直辖市市区属卫生机构	485	25.18	49	34.51	158	54.67
省/自治区/直辖市属及以上卫生机构	74	3.84	19	13.38	29	10.03
合计	1926	100	142	100	289	100

数据来源：根据 CLDS 数据整理。

在表 5-5 不同参保类型居民住院机构的比较中，新农合、城乡居民统筹医保和城居保的参保对象的住院医院级别分别呈逐渐上升的趋势。新农合参保者选择在县区卫生机构住院的比例最高，占 45% 以上，在乡镇以下级别看病的比例接近 26%，市属及以上级别医疗机构住院的比例不足 30%。城乡居民统筹医保和城居保的参保者则是在市级医疗机构住院的比例最高，一半以上的城居保参保人员选择在市级医院住院，统筹保险的居民在县区 and 市级医院住院治疗的各占三分之一。

本小节通过对不同参保类型居民的就医行为的统计发现，新农合参保人员由于经济负担重、没时间等因素患病后未就诊和该住院未住院的比例最高。实行医保统筹的居民因客观因素未采取治疗措施的比例最低，参保居民的就诊积极性最高，在一定程度上反映了比其他两种制度的优越性。新农合参保人员的住院地点集中在县级以下医疗机构，统筹医保的居民住院地点集中于县区和市级医院，城镇居民医保的参保者在市级医院住院的比例最高，达到一半以上，总体看来，城镇居民在基层医疗资源的利用率还需加强。

5.2 研究方法和变量

5.2.1 研究方法介绍

本章利用 CLDS 2014 年和 2016 年两期的调查数据，基于双重差分模型分析城乡医保统筹对城乡居民医疗支出的影响。该方法的基本思路是比较政策实施前后，处理组与参照组医疗支出的差异，以此作为政策的净效应。本文的处理组为实现城乡医保统筹的样本，参照组为未实行医保统筹的样本。由于城乡医保制度统筹是逐步实现的过程，通过对同一地区居民参保类型的统计发现，相同城市的受访者的参保类型并不完全一致，所以本文通过家庭问卷受访者的参保类型判断家庭所处地区是否推行城乡医保统筹制度。如果家庭问卷的受访者参保的是城乡居民医疗保险，则认为该地区推行了城乡医保统筹；如果家庭问卷的受访者参保的是新农合或城居保，则认为该地区没有推行城乡医保统筹。由于实行医保统筹前，城镇和农村分别实行不同的医疗保险制度，且制度差异明显，因此本文在考察统筹政策的效果时设定两个处理组，并加入

地区虚拟变量控制城镇和农村地区的差异。为了提高样本的可对照性，本文剔除了重复参保的样本，并剔除了农村地区但参保城镇医保和城镇地区但参保新农合的样本。构建双重差分回归模型如下：

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot T + \alpha_2 \cdot G_{1i} + \alpha_3 \cdot G_{2i} + \alpha_4 \cdot T \cdot G_{1i} + \alpha_5 \cdot T \cdot G_{2i} + \alpha_6 \cdot R_i + \alpha_7 \cdot T \cdot R_i + \varepsilon_{it} \quad (5-1)$$

上式中， y_{it} 为被解释变量，表示个体 i 在第 t 期的医疗支出。 G_{1i} 和 G_{2i} 是处理组的虚拟变量，如果样本 i 为实行城乡医保统筹的农村地区，即居民参保的医疗保险由新农合转变成城乡居民医疗保险，则 $G_{1i} = 1$ ；如果样本 i 为实行城乡医保统筹的城镇地区，即居民参保的医疗保险由城镇居民医疗保险转变为城乡居民医疗保险，则 $G_{2i} = 1$ ；如果样本 i 未实行城乡医疗保险统筹，则 $G_{1i} = 0$ 并且 $G_{2i} = 0$ 。 R_i 代表城乡的虚拟变量， $R_i = 1$ 代表样本是城镇居民， $R_i = 0$ 代表样本是农村居民。 T 为实验期的虚拟变量，如果 $T = 1$ ，代表是实验期（2016 年）的观测样本；如果 $T = 0$ ，代表是基期（2014 年）的观测样本。双重差分法参数说明如表 5-6 所示，其中 α_4 和 α_5 表示政策的净效应，其统计显著性决定政策的效果， α_4 表示城乡医保统筹对农村居民医疗支出的净影响， α_5 表示城乡医保统筹对城镇居民医疗支出的净影响，在其余参数中， α_1 表示没有实行医保统筹的农村地区样本在实验期和基期之间医疗支出的变化； α_2 表示基期（2014 年）农村地区统筹组与非统筹组两个群体医疗支出的差异； α_3 表示基期（2014 年）城镇地区统筹组与非统筹组两个群体医疗支出的差异； α_6 表示基期（2014 年）未实行医保统筹地区居民医疗支出的城乡差异； α_7 表示未实行医保统筹的居民两年间医疗支出变化的城乡差异。

表 5-6 双重差分法参数说明

Table 5-6 Parameter Specification of Difference-in-difference Method

	(1)	(2)	(3)	(4)	差异 1	差异 2
	农村非统筹组	城镇非统筹组	农村统筹组	城镇统筹组	(3)-(1)	(4)-(2)
基期（2014 年）	α_0	$\alpha_0 + \alpha_6$	$\alpha_0 + \alpha_2$	$\alpha_0 + \alpha_3 + \alpha_6$	α_2	α_3
实验期（2016 年）	$\alpha_0 + \alpha_1$	$\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_6 + \alpha_7$	$\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_2 + \alpha_4$	$\alpha_0 + \alpha_1 + \alpha_3 + \alpha_5 + \alpha_6 + \alpha_7$	$\alpha_2 + \alpha_4$	$\alpha_3 + \alpha_5$
实验期-基期	α_1	$\alpha_1 + \alpha_7$	$\alpha_1 + \alpha_4$	$\alpha_1 + \alpha_5 + \alpha_7$	α_4	α_5

在实证分析中，为了控制其他因素的影响，在模型中加入影响医疗支出的其他控制变量，用 X_{it} 表示。模型形式如 5-2 式所示。

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot T + \alpha_2 \cdot G_{1i} + \alpha_3 \cdot G_{2i} + \alpha_4 \cdot T \cdot G_{1i} + \alpha_5 \cdot T \cdot G_{2i} + \alpha_6 \cdot R_i + \alpha_7 \cdot T \cdot R_i + \gamma \cdot X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (5-2)$$

5.2.2 变量选择和样本特征

(1) 因变量

一般来讲, 医疗消费会受家庭的人口结构和经济特征的影响, 往往是家庭决策的结果 (Andersen, 1995), 因此本文以家庭作为研究对象。选择医疗支出和医疗支出占家庭总支出的比重两个指标作为因变量。

(2) 控制变量

Andersen (1995) 以家庭为单位构建了医疗服务利用行为的模型, 借鉴该模型, 本文选择影响医疗支出的因素包括人群特征、健康状况、环境因素和医疗服务的可及性几部分。

①人群特征包括家庭人数、15 岁以下儿童数量、65 岁以上老人数量。家庭人数体现了家庭规模, 家庭人数越多, 家庭的绝对医疗消费越多 (胡宏伟等, 2013)。一般认为老年人口身体机能老化更容易增加医疗服务利用, 因此一部分研究认为老龄人口抚养系数对医疗保健支出有显著的正向影响 (唐齐鸣、项乐, 2014), 但也有文献表明, 65 岁以上老人生病后有医疗支出的概率更低 (叶春辉等, 2008), 特别是 65 岁及以上的农村慢病患者相对于年龄较低者, 患病后更倾向于不去就诊, 若就诊, 则更倾向于选择基层医疗机构就诊 (赖莎等, 2015)。人口结构在不同地区的影响程度也有差异, 西部地区老龄化程度越高, 人均医疗费用越低, 而在中东部地区, 人均医疗费用随老龄负担比的变化呈现先下降后上升的趋势 (徐芳、刘伟, 2014)。儿童数量对医疗费用的影响存在两种效应, 一种是数量效应, 认为儿童是免疫力较低的群体, 儿童数量越多, 家庭需要支付的医疗费用越高; 另一种是质量效应, 认为子女数量较少的家庭会更加重视儿童的健康, 会增加健康投资用于维持健康 (周凤秀、张建华, 2016)。也有研究认为年龄结构对医疗支出的影响非常微弱 (Baltagi and Moscone, 2010), 远不及医保政策和收入的解释力强。

②健康状况主要以家庭中身体不健康的人数衡量。医疗服务利用的目的就在于改善健康状况, 健康状况作为基本的生理需求, 是影响医疗支出最重要的指标之一 (Ellis and McGuire, 2007; Prinsze and Van Vliet, 2007; 胡宏伟等, 2012b)。家庭身体不健康的人数越多, 需要的医疗服务越多, 家庭医疗支出越多。身体健康程度也会影响到劳动供给, 会给家庭收入带来损失, 从家庭决策的角度, 会缩减家庭支出用于应对疾病风险, 因此身体不健康的人数越多, 医疗支出占家庭支出的比例也越高。

③环境因素主要衡量居民的患病风险, 从空气污染严重程度、水污染严重程度两方面衡量。环境污染严重的地区医疗支出更高 (Jerrett et al., 2003), 生活环境会影响居民疾病谱、发病率等指标, 恶劣的环境容易滋生细菌, 传染疾病, 进一步恶化居民的健康状况, 也不利于患病后恢复, 会对居民的医疗保健支出产生影响 (高洪洋等, 2016), 特别是一氧化碳和氧化硫的排放量会增加居民的医疗支出 (Narayan and

Narayan, 2008; 徐冬林、陈永伟, 2010)。

④医疗服务的可及性分别以家庭收入和社区内医疗机构数量度量。收入反映了医疗服务的经济可及性,反映居民对医疗服务的购买能力,对居民医疗支出有重要影响,高收入群体的就医行为无需受到经济条件的制约,可以选择更高级别的医疗机构、优质的医疗设备,多数研究认为收入越高的群体,医疗支出越多(胡宏伟等,2013;王新军、郑超,2014)。社区内医疗机构数量越多,代表就近的医疗资源越丰富,居民就诊的机会成本较低,会增加看病的频次,可能医疗支出越多,就医便利性尤其对农村居民就医有非常重要的影响(贾清萍、甘筱青,2010)。

变量的描述性统计包括两个统筹组(参保类型由新农合或城居保转为城乡居民医保统筹的样本)和两个未统筹组(保持新农合不变的样本和保持城居保不变的样本)分别于基期(2014年)和实验期(2016年)的基本特征。表5-7为农村和城镇参保类型发生变化的样本在2014年的特征。

表 5-7 变量的描述性分析(2014年统筹组)

Table 5-7 Descriptive Statistics of Variables (Experimental group in year 2014)

变量	农村统筹组				城镇统筹组			
	均值	标准差	最小值	最大值	均值	标准差	最小值	最大值
医疗支出	4318	7508	0	63000	5099	9249	0	60000
医疗支出占家庭支出的比例	0.149	0.195	0	0.877	0.094	0.125	0	0.800
家庭人数	3.767	1.751	1	12	3.652	1.426	1	8
身体不健康的人数	0.418	0.777	0	4	0.222	0.555	0	3
15岁以下儿童数量	0.830	1.008	0	6	0.504	0.597	0	2
65岁以上老人数量	0.287	0.565	0	2	0.267	0.588	0	4
家庭收入	10.290	1.263	6.398	13.603	11.049	0.882	8.294	13.492
空气污染严重程度	0.185	0.389	0	1	0.274	0.448	0	1
水污染严重程度	0.167	0.374	0	1	0.185	0.390	0	1
社区内医疗机构数量	2.099	3.261	0	50	2.452	4.396	0	50
样本量	323	323	323	323	135	135	135	135

在以上两组样本的对比中,城镇家庭医疗支出的平均水平高于农村家庭,城乡家庭医疗支出的最高额相差不大,但是由于城乡居民的经济条件和消费能力存在差距,尽管农村家庭的平均医疗支出低,但是医疗支出占家庭支出的比例却更高,接近15%,而城镇居民医疗支出占家庭支出的比重只有9.4%。虽然农村家庭的家庭规模与城镇家

庭相差不大，但是农村家庭中身体不健康的人数较多，15岁以下儿童和65岁以上老人数量均高于城镇家庭，总体而言，农村家庭的人口结构特征更容易产生更高的医疗支出。农村家庭的总收入低于城镇家庭。农村地区的空气和水污染情况要比城镇乐观，城镇居民的自然生活环境更差，容易引起健康恶化导致产生更高的医疗费用。城镇地区社区内医疗机构数量更多，就近就医的便利性更高。

表 5-8 为农村和城镇参保类型未发生变化的样本在 2014 年的特征。

表 5-8 变量的描述性分析（2014 年未统筹组）

Table 5-8 Descriptive Statistics of Variables (Reference group in year 2014)

变量	农村非统筹组				城镇非统筹组			
	均值	标准差	最小值	最大值	均值	标准差	最小值	最大值
医疗支出	4395	8397	0	100000	4911	12615	0	140000
医疗支出占家庭支出的比例	0.156	0.190	0	0.98	0.096	0.135	0	0.927
家庭人数	3.650	1.826	1	16	3.170	1.284	1	8
身体不健康的人数	0.494	0.828	0	7	0.262	0.698	0	5
15岁以下儿童数量	0.834	0.956	0	8	0.492	0.684	0	3
65岁以上老人人数	0.300	0.582	0	3	0.297	0.592	0	2
家庭收入	9.898	1.504	0	14.1376	10.886	0.883	6.909	13.592
空气污染严重程度	0.137	0.344	0	1	0.305	0.461	0	1
水污染严重程度	0.149	0.356	0	1	0.151	0.359	0	1
社区内医疗机构数量	1.839	2.783	0	50	3.505	6.974	0	50
样本量	4791	4791	4791	4791	370	370	370	370

从表 5-8 可以看出，未统筹组的城乡差异与统筹组类似，主要体现为农村居民的医疗支出数额少、但医疗支出占家庭生活成本的比重高、家庭人数偏多、身体不健康人数多、儿童人数多、家庭收入低、自然环境好、社区内医疗机构数量少等。

通过对表 5-7 和表 5-8 的对比可以发现，无论是农村内部还是城镇内部，统筹组和未统筹组在政策实施前居民的医疗支出和医疗支出占家庭总支出的比重均比较接近。未统筹的城镇和农村家庭的收入均低于统筹组，其余变量的差别不明显。

表 5-9 为农村和城镇参保类型发生变化的样本在 2016 年的特征。

表 5-9 变量的描述性统计（2016 年统筹组）

Table 5-9 Descriptive Statistics of Variables (Experimental group in year 2016)

变量	农村统筹组				城镇统筹组			
	均值	标准差	最小值	最大值	均值	标准差	最小值	最大值
医疗支出	6149	12701	0	120000	5800	9680	0	60000
医疗支出占家庭支出的比例	0.158	0.183	0	0.971	0.098	0.133	0	0.840
家庭人数	5.161	1.943	1	14	4.570	1.934	2	10
身体不健康的人数	0.570	0.906	0	5	0.126	0.375	0	2
15岁以下儿童数量	0.904	1.098	0	8	0.504	0.645	0	3
65岁以上老人人数	0.358	0.631	0	2	0.319	0.642	0	4
家庭收入对数	10.011	1.604	0	13.743	11.090	0.988	7.696	13.444
空气污染严重程度	0.161	0.368	0	1	0.326	0.470	0	1
水污染严重程度	0.158	0.365	0	1	0.237	0.427	0	1
社区内医疗机构数量	2.018	2.874	0	31	2.200	3.282	0	31
样本量	323	323	323	323	135	135	135	135

与表 5-7 相比, 2016 年城乡居民的医疗支出均有较大幅度的增长, 其中农村家庭的生长更加明显, 城镇家庭医疗支出占家庭支出的比例有所增加。城乡家庭医疗支出占比也有小幅度增加。城乡家庭的家庭总人数增多, 其中农村统筹组家庭身体不健康成员人数、儿童和老人的数量均有增加, 城镇家庭老年人口数量增多, 但不健康成员数下降。农村统筹地区空气、水污染程度下降, 城镇统筹组的环境污染程度上升。社区内医疗机构数量变化不大。

表 5-10 为农村和城镇参保类型未发生变化的样本在 2016 年的特征。

表 5-10 变量的描述性统计 (2016 年末统筹组)

Table 5-10 Descriptive Statistics of Variables (Reference group in year 2016)

变量	农村非统筹组				城镇非统筹组			
	均值	标准差	最小值	最大值	均值	标准差	最小值	最大值
医疗支出	5504	12763	0	150000	6919	14996	0	130000
医疗支出占家庭支出的比例	0.166	0.198	0	0.988	0.123	0.169	0	0.909
家庭人数	5.136	1.990	1	16	3.959	1.491	1	11
身体不健康的人数	0.588	0.885	0	5	0.292	0.672	0	5
15岁以下儿童数量	0.898	1.019	0	10	0.451	0.682	0	4
65岁以上老人人数	0.389	0.648	0	3	0.349	0.625	0	2

家庭收入对数	9.878	1.538	0	14.006	10.929	1.158	0	13.815
空气污染严重程度	0.139	0.346	0	1	0.303	0.460	0	1
水污染严重程度	0.169	0.375	0	1	0.149	0.356	0	1
社区内医疗机构数量	1.645	1.953	0	31	3.208	4.879	0	31
样本量	4791	4791	4791	4791	370	370	370	370

与2014年相比,2016年未统筹组居民特征变化与统筹组基本一致,主要差别在于城镇未统筹组身体不健康人数增多,并且城镇地区的环境污染未发生明显的变化,农村地区的环境反而恶化。

通过以上对城乡统筹组与未统筹组2014年与2016年基本特征的统计可以发现,城乡之间有较明显的特征差异,而统筹组与未统筹组之间的差异不明显。与2014年相比,2016年各组样本特征均发生了不同程度的变化。

5.3 实证结果分析

5.3.1 双重差分模型的回归结果

本章以“医疗支出”和“医疗支出占总支出的比重”为因变量,运用公式(5-2)构建双重差分模型,进行计量分析,回归结果如表5-11所示:

表5-11 双重差分模型估计结果

Table 5-11 Estimation Results of Difference-in difference Model

变量	医疗支出(对数)	医疗支出占总支出的比重
农村统筹组×时期	0.445*	-0.010
	(0.257)	(0.015)
城镇统筹组×时期	-0.015	-0.011
	(0.449)	(0.026)
农村统筹组	0.040	0.005
	(0.182)	(0.010)
城镇统筹组	0.134	0.009
	(0.318)	(0.018)
地区(0=农村;1=城市)	0.458***	-0.026***
	(0.174)	(0.010)
时期(0=2014年;1=2016年)	0.062	0.013***
	(0.071)	(0.004)

地区×时期	0.091 (0.241)	0.018 (0.014)
家庭人数	0.033 (0.021)	-0.005*** (0.001)
身体不健康的人数	0.790*** (0.037)	0.063*** (0.002)
15岁以下儿童人数	0.115*** (0.039)	0.003 (0.002)
65岁以上老人人数	-0.003 (0.051)	0.001 (0.003)
家庭收入(对数)	0.107*** (0.021)	-0.013*** (0.001)
空气污染严重程度(0=不严重; 1=严重)	0.097 (0.092)	-0.007 (0.005)
水污染严重程度(0=不严重; 1=严重)	0.201** (0.090)	-0.002 (0.005)
社区内医疗机构数量	0.028*** (0.010)	0.000 (0.001)
区域(东部为参照组)		
中部	0.361*** (0.077)	0.024*** (0.004)
西部	0.813*** (0.086)	0.058*** (0.005)
常数项	3.880*** (0.261)	0.248*** (0.015)
样本量	11,238	11,238
R-squared	0.058	0.126

注: 括号内的数值为标准误, ***, **, *分别表示在 1%, 5%, 10%的水平上显著。

处理组与时期交互项的系数是本文重点关注的, 该系数反映了政策的净效应, 控制因变量随时间的变化以及其他因素的影响后, 农村统筹组与时期的交叉项在 10%水平下显著, 说明农村家庭在医保政策与城镇并轨后医疗支出有所增加, 家庭的医疗服务利用水平增多, 但医疗支出占家庭支出的比重未有显著变化, 说明统筹对家庭整体

的医疗支出情况影响不大。而实行医保统筹对城镇家庭的医疗支出和医疗支出占比都不存在显著的影响。可能由于过去城乡医保差异大，城镇居民的医疗保障水平相对较高，医疗服务需求受到抑制的情况不常见，在医保制度改革后，受医保政策的影响较小，就医习惯和行为并未发生明显的改变，对医疗资源的利用变化不大或只有小幅度增加，由药品价格上涨和医疗利用增多导致的费用增加与医保赔付的增加能够基本持平。

时期的系数显著性反映没有实行医保统筹的农村地区样本在实验期和基期医疗支出的变化，本文的回归结果表明，说明随着时间发展，原本的新农合参保对象医疗支出变化不大，但是医疗支出占家庭支出的比重在增加。地区的系数显著说明政策实施前，参保新农合的居民和参保城镇居民医保的居民之间无论在医疗支出还是医疗支出占家庭支出比例方面均存在显著的差距，农村居民医疗支出更少，但是医疗支出占家庭总支出的比重更高。

在其他影响因素中，家庭总人数增多，家庭的医疗支出并未有明显的增多，从家庭结构看，家庭成员的健康状况和年龄结构会影响家庭的医疗费用。但是家庭规模越大，相应的抗风险能力越强，医疗支出占总支出的比重更低。身体不健康的人数越多，需要的医疗服务越多，家庭医疗支出越多，身体健康程度影响到劳动供给，会给家庭收入带来损失，从家庭决策的角度，会缩减家庭支出将节约的费用用于应对疾病风险，因此身体不健康的人数越多，医疗支出占家庭支出的比例也越高。15岁以下儿童人数越多，医疗支出越多，说明儿童是疾病的高发群体。65岁以上老人数量不会对医疗支出产生影响。家庭收入越高，医疗支出越多，说明高收入家庭更加注重卫生保健，享受更多的医疗服务，高收入家庭其他方面的消费能力也更高，因此医疗支出占总支出的比重偏低。水污染程度会恶化家庭成员健康，导致家庭的支出增多。社区内医疗机构数量越多，医疗的可及性越强，可能产生的支出越多。在东、中、西不同地区之间，中西部居民的医疗支出更多，这可能是由于中西部居民的健康程度更差导致的，加之经济发展水平的差异，中西部地区居民的医疗支出在家庭总支出中占有更大的比例。

5.3.2 分收入组的回归结果

收入是影响医疗服务利用的重要指标之一，中国存在不同收入群体之间医疗服务利用的不平等，低收入群体因经济困难患病后不就诊的更多，不同收入群体对医疗服务的需求价格弹性存在差异，根据保险政策的变化会做出不同的响应。以2014年的收入为基准，将总样本按照收入分为高收入、中等收入组和低收入三组。按收入分组后，不同收入组家庭的医疗支出受医保政策影响的回归结果如表5-12所示。

表 5-12 城乡医保统筹对不同收入家庭医疗支出的影响

Table 5-12 The Effect of Integrated Medical Insurance on Household Medical Expenses by Income

变量	Group		
	低收入组	中等收入组	高收入组
农村统筹组×时期	0.870*	0.064	0.320
	(0.455)	(0.449)	(0.432)
城镇统筹组×时期	0.565	-0.164	-0.030
	(2.332)	(0.936)	(0.543)
农村统筹组	-0.466	0.031	0.477
	(0.322)	(0.319)	(0.306)
城镇统筹组	2.040	0.271	-0.015
	(1.651)	(0.664)	(0.385)
地区 (0=农村; 1=城市)	-0.329	0.259	0.653***
	(0.592)	(0.347)	(0.228)
时期 (0=2014年; 1=2016年)	0.012	-0.067	0.257*
	(0.115)	(0.121)	(0.132)
地区×时期	-0.486	-0.104	0.068
	(0.831)	(0.483)	(0.316)
家庭人数	0.047	0.030	0.013
	(0.035)	(0.039)	(0.036)
身体不健康的人数	0.812***	0.785***	0.878***
	(0.053)	(0.064)	(0.086)
15岁以下儿童人数	0.095	0.083	0.168**
	(0.066)	(0.069)	(0.068)
65岁以上老人人数	0.087	-0.146*	0.029
	(0.087)	(0.089)	(0.092)
家庭收入 (对数)	0.023	0.017	0.146**
	(0.034)	(0.047)	(0.064)
空气污染严重程度(0=不严重; 1=严重)	0.108	0.196	-0.034
	(0.173)	(0.157)	(0.151)

水污染严重程度 (0=不严重; 1=严重)	0.228 (0.164)	0.345** (0.147)	0.032 (0.157)
社区内医疗机构数量	0.053* (0.029)	0.020 (0.017)	0.020 (0.015)
区域 (东部为参照组)			
中部	0.743*** (0.169)	0.031 (0.133)	0.469*** (0.121)
西部	0.937*** (0.172)	0.840*** (0.152)	1.007*** (0.155)
常数项	4.113*** (0.425)	4.952*** (0.538)	3.666*** (0.754)
样本量	3,714	3,728	3,796
R-squared	0.081	0.061	0.054

注：括号内的数值为标准误，***，**，*分别表示在 1%，5%，10%的水平上显著。

从上表可以看出，在本文关注的交互项系数中，统筹政策对医疗支出的影响仅限于对低收入家庭起作用，低收入家庭医疗服务利用增多，但医疗保障水平提高并不能为居民分担增加的成本，导致低收入家庭医疗支出增多。而中高收入家庭的医疗支出既没有显著增长也没有显著降低，说明医保待遇的提高恰好能弥补增加利用医疗服务的费用。

农村统筹组和城镇统筹组的系数不显著，说明在任何一个收入组内，统筹的样本和未统筹样本在实验基期家庭医疗支出都没有显著的差异。高收入组的地区变量显著，说明在政策实施前，参照组的城乡居民医疗支出存在差异，城镇高收入居民比农村高收入居民的医疗支出更多，高收入组的时期变量显著说明对于高收入的新农合参保人员，虽然参保类型未变，但是两年间的医疗支出仍呈增长趋势，而中低收入的新农合参保人员的医疗支出未发生显著增长，相比较而言，高收入人群的医疗服务利用情况不易受医保政策的影响。

在其他控制变量中，低收入组中，对医疗支出有显著影响的变量较少，家庭的医疗支出主要由家庭成员的身体健康状况决定，受其他因素影响的程度较小，并且地区之间差异明显。家庭成员的健康状况在所有收入组的回归中均有重要影响，身体不健康的人数越多，支付的医疗费用越高。儿童数量仅在高收入家庭对医疗支出有显著影响，有研究表明 2007 至 2014 年间，高收入地区的新生儿低体重率远高于其他地区，且呈现逐年增长的趋势（姚瑶、刘国恩，2018），新生儿的体重是反映健康状况的重

要指标，因此高收入地区儿童健康水平可能略差，用于儿童健康的投资可能更多。本文得出了与此类似的结论，即高收入家庭儿童数量越多，医疗支出越高，并且高收入家庭更加重视儿童的健康和保健，用于儿童的医疗支出更高。在中等收入家庭的回归中，老人数量越多，家庭支出反而减少，王力男等（2018）的统计表明，老年人在社区卫生服务中心就诊的比例接近 50%，高于儿童和劳动年龄群体，在所有年龄组中，老年人在二级、三级医院就诊的比例最低，且老年人报销比例较高，导致老年人虽然是疾病高发群体，但是自付的医疗费用并不一定高于其他年龄组，以上因素可以解释回归结果显示老年人数量增多反而降低了家庭用于医疗方面的支出。水污染严重的地区，越容易对居民的健康造成损害，增加家庭用于医疗的支出。社区内医疗机构的数量越多，只会增加低收入组的医疗支出，这是由于低收入人群经济条件有限，获取优质资源的能力差，就近治疗的比例更高，就医受社区医疗资源的影响更大，而中高收入组在社区医院就诊的比例较低，因此不受社区医疗资源的影响。在所有收入组，地区差异都比较明显，基本符合西部支出最多、中部其次、东部地区平均支出最少的规律，也基本与地区之间的健康情况相符合。

城乡医保统筹对不同收入组家庭医疗支出占比的回归结果如表 5-13 所示。

表 5-13 城乡医保统筹对不同收入家庭医疗支出占比的影响

Table 5-13 The Effect of Integrated Medical Insurance on the Share of Household Medical Expenses by

变量	Income Group		
	低收入组	中等收入组	高收入组
农村统筹组 * 时期	0.001 (0.031)	-0.045* (0.027)	0.012 (0.019)
城镇统筹组 * 时期	-0.192 (0.158)	0.007 (0.055)	-0.007 (0.023)
农村统筹组	0.018 (0.022)	0.012 (0.019)	-0.012 (0.013)
城镇统筹组	0.081 (0.112)	-0.018 (0.039)	0.011 (0.017)
地区 (0=农村; 1=城市)	-0.066* (0.040)	-0.018 (0.020)	-0.021** (0.010)
时期 (0=2014年; 1=2016年)	0.018** (0.008)	0.002 (0.007)	0.015*** (0.006)
地区 * 时期	0.085	0.028	0.006

	(0.056)	(0.028)	(0.014)
家庭人数	-0.008***	-0.001	-0.002
	(0.002)	(0.002)	(0.002)
身体不健康的人数	0.068***	0.060***	0.052***
	(0.004)	(0.004)	(0.004)
15岁以下儿童人数	0.007*	-0.001	0.002
	(0.004)	(0.004)	(0.003)
65岁以上老人人数	0.015***	-0.006	-0.004
	(0.006)	(0.005)	(0.004)
家庭收入(对数)	-0.010***	-0.007***	-0.011***
	(0.002)	(0.003)	(0.003)
空气污染严重程度(0=不严重; 1=严重)	-0.028**	0.001	0.001
	(0.012)	(0.009)	(0.007)
水污染严重程度(0=不严重; 1=严重)	-0.019*	0.001	0.008
	(0.011)	(0.009)	(0.007)
社区内医疗机构数量	0.003*	-0.000	0.000
	(0.002)	(0.001)	(0.001)
区域(东部为参照组)			
中部	0.036***	0.023***	0.017***
	(0.011)	(0.008)	(0.005)
西部	0.068***	0.068***	0.036***
	(0.012)	(0.009)	(0.007)
常数项	0.251***	0.181***	0.202***
	(0.029)	(0.032)	(0.033)
样本量	3,714	3,728	3,796
R-squared	0.119	0.087	0.080

注: 括号内的数值为标准误, ***, **, *分别表示在 1%, 5%, 10%的水平上显著。

表 5-13 的结果表明, 在以医疗支出占家庭总支出比例为因变量的回归中, 政策只在中等收入组的回归中显著, 能够降低中等收入农村家庭医疗支出占家庭总支出的比重, 表 5-12 的结果表明推行医保政策后, 中高收入家庭的医疗支出并未显著增加, 考虑家庭总支出的情况下, 中等收入家庭用于医疗支出的比重反而减小, 意味着医疗支出在家庭生活成本中的比重下降。城乡医保统筹虽然会提高低收入家庭的支出,

但受通货膨胀及消费结构变动的影响，家庭总支出也同时增多，并未影响到医疗支出占家庭总支出的比重，尽管如此，但也反映出统筹医保在减轻居民医疗负担方面的作用比较微弱。

城乡统筹组均不显著说明政策实施前，本文选择的处理组和参照组医疗支出占家庭总支出的比重没有显著差异。地区系数显著说明在制度实施前，城镇家庭医疗支出占总支出的比重低于农村家庭。时期变量显著，说明对于农村未受到统筹政策影响的人群来说，无论是低收入农村家庭还是高收入农村家庭，2016年医疗支出占家庭总支出的比重都高于2014年。

在其他控制变量中，低收入家庭的医疗支出占总支出的比重更容易受家庭成员结构和社区内医疗机构数量等因素的影响，说明低收入家庭的抗风险能力较弱。空气和水污染严重程度与医疗支出有负向关系，这是因为城乡居民的生活环境存在差异，城镇居民的空气和水质量更差，城镇居民的医疗支出占比更低，导致空气和水的污染程度与医疗支出占家庭总支出的比重之间存在较强的相关关系。社区内医疗机构数量对医疗支出有正向影响，社区内医疗机构数量越多，会增加看病频率，增加医疗支出，并增加医疗支出占家庭总支出的比重。无论是高收入组还是低收入组，家庭收入越高的家庭，医疗支出占比越低。中高收入群体经济条件更好，在社区以外医院就诊的比例较高，因此医疗支出不受社区内医疗资源的影响。中高收入人群的医疗支出主要由医保政策、家庭成员的健康情况和家庭收入决定，几乎不受其他客观因素的影响。所有收入组的地区之间差异明显，东、中、西部呈医疗支出递增的趋势。

5.3.3 不同医疗支出群体的回归结果

从保险精算学的角度，医疗费用的分布具有明显的“右偏性”。伏天伟（2016）在抽样的11万人次的数据统计中发现，7%比例的患者的住院费用占全部住院费用的40%。医疗支出高的家庭往往是重疾病户，应当是政策需要重点关注的对象。按医疗支出分组进行分析有助于理解医保政策对不同患病程度的群体医疗支出的影响。按医疗支出分组的回归结果如表5-14所示。

表 5-14 按医疗支出分组城乡医保统筹对家庭医疗支出的影响

Table 5-14 The Effect of Integrated Medical Insurance on Household Medical Expenses by Medical Expense Group

变量	低支出组	中等支出组	高支出组
农村统筹组 * 时期	1.562*** (0.440)	-0.327 (0.315)	0.081 (0.303)

城镇统筹组 * 时期	-0.059 (0.866)	-0.353 (0.519)	0.136 (0.509)
农村统筹组	0.007 (0.311)	0.036 (0.223)	0.032 (0.215)
城镇统筹组	0.265 (0.614)	-0.034 (0.368)	0.147 (0.361)
地区 (0=农村; 1=城市)	-0.376 (0.335)	-0.028 (0.203)	0.097 (0.198)
时期 (0=2014年; 1=2016年)	3.200*** (0.121)	-1.094*** (0.089)	-1.657*** (0.082)
地区 * 时期	0.216 (0.467)	0.528* (0.279)	0.332 (0.273)
家庭人数	-0.091** (0.037)	0.019 (0.027)	0.004 (0.024)
身体不健康的人数	0.762*** (0.081)	0.305*** (0.050)	0.304*** (0.036)
15岁以下儿童人数	0.214*** (0.068)	0.074 (0.048)	0.055 (0.046)
65岁以上老人人数	0.155* (0.091)	0.017 (0.066)	-0.039 (0.057)
家庭收入 (对数)	0.058* (0.035)	0.041 (0.029)	-0.002 (0.024)
空气污染严重程度(0=不严重; 1=严重)	-0.054 (0.162)	0.073 (0.113)	-0.101 (0.106)
水污染严重程度 (0=不严重; 1=严重)	0.469*** (0.160)	0.140 (0.109)	-0.132 (0.104)
社区内医疗机构数量	0.024 (0.023)	0.028** (0.011)	0.026** (0.012)
区域 (东部为参照组)			
中部	-0.092 (0.123)	-0.108 (0.103)	-0.091 (0.095)
西部	0.226 (0.146)	0.187 (0.115)	0.175* (0.103)

常数	1.417*** (0.429)	6.480*** (0.350)	8.940*** (0.305)
样本量	3,692	3,716	3,830
R-squared	0.247	0.069	0.145

注：括号内的数值为标准误，***，**，*分别表示在 1%，5%，10%的水平上显著。

在对医疗支出进行细分后，交互项的显著性说明医保统筹政策的实施主要对农村低支出组起作用，原本支出较高的家庭并未受到政策的影响，并且城镇居民的医疗支出不受政策的影响。医疗支出较高的家庭是本文重点关注的对象，较高的医疗支出多来自于重疾病，高支出组意味着健康状况更差，研究表明低健康水平的居民事前道德风险很弱（傅虹桥等，2017），并且有更大概率会因医疗支出挤出正常的生活支出（谢明明，2016），因此对这类人群而言，医疗服务的需求弹性较小，几乎不存在过度利用的问题，医疗保险的作用更应该体现为帮助居民分担风险，减轻医疗负担，避免因病致贫。本文的回归结果表明推行城乡医保统筹并不能帮助医疗负担较重的群体，未能缓解重病家庭因病致贫的风险，因此在政策制定上还应当有侧重点的关注高医疗负担群体，提高他们的医疗保障待遇，如提高高额医疗支出的报销比例，扩大重疾病的医保药品和诊疗项目目录等。

对于医疗支出较低的家庭，一种情况是由于经济约束，合理的医疗服务需求受到抑制，用于医疗方面的消费较低；另一种情况是健康状况较好，本身需要的医疗服务就比较少。如果是第一种情况，医疗支出低的家庭是经济困难、抑制医疗需求的群体，说明实行医保统筹后增加了这类群体的医疗服务利用，但同时医疗支出也随之增多，在福利改善的同时也有可能加重了他们的医疗负担，仍旧有因病致贫的风险，说明医保制度风险分担的作用有限。如果是第二种情况，本身健康状况较好、医疗服务需求较少的居民医疗支出增多，很可能存在道德风险的问题，比如这类人群可能在医保待遇提高后不注重日常保健，减少个人预防性健康投资，使得治疗费用增多，或是过度利用医疗资源，也可能是由于医疗机构方面过度供给导致医疗自付的医疗支出增多，无论是需方还是供方可能存在的道德风险形式都不利于医保制度的运行。综合以上两种情况的分析，城乡医保统筹对低支出家庭的影响有两方面，一是促进了经济困难的患病家庭积极就诊，但同时也增加了他们因病致贫的风险，二是造成了未患病群体的过度利用。为了避免医疗资源的浪费和患病人群因病致贫，在医保政策的制定方面，应当关注对健康危害大、有致贫风险的疾病种类，为真正有健康需求的人就诊免除后顾之忧。

上述模型中时期变量显著，说明一直保持新农合未变的样本两年之间的医疗支出

发生了显著的变化，基期支出较少的样本两年后支出有了非常显著的增长，而基期家庭支出处于中高水平的家庭在两年后支出有了显著的降低。说明以家庭为单位的医疗支出是波动变化的，高医疗支出和低医疗支出并不是持续不变的。

其他控制变量中，医疗支出较低的家庭医疗支出受人口结构的影响，儿童数量、老年人数量、身体不健康人数均会增加家庭的医疗支出。而对于医疗支出较高的群体，人口结构、生活环境、家庭收入等因素都不会对家庭支出产生影响，说明对于重病患者的家庭而言，医疗服务的收入和价格弹性较小，主要影响因素是家庭成员的健康状况和社区内医疗机构的数量。

5.4 本章小结

本章首先以描述性统计的方式对不同参保类型居民的患病及就诊情况进行总结，再以家庭为研究单位，建立双重差分模型，利用 CLDS 2014 年和 2016 年的追踪数据，通过城乡家庭医疗支出和医疗支出占家庭总支出比重的变化，考察推行城乡医保统筹对居民医疗支出的影响，得到以下主要结论：

第一，与统筹前的新农合和城镇居民医疗保险相比，统筹的医保制度具有优越性。本文对居民患病后未就诊的原因统计发现，医疗负担重、便利性差是居民该住院而未住院的主要原因。在所有参保类型中，经济约束对新农合参保者的制约作用更强，统筹医保参保者受就医负担等客观因素的限制导致患病后未就医的比例在所有类型保险参保者中最低，说明城乡医保统筹后，居民的医保待遇有所提高，减少了居民就诊的后顾之忧，在一定程度上体现了制度的优势。

第二，在控制其他因素的情况下，推行城乡医保统筹政策有利于农村居民增强医疗服务利用，但仅对低收入群体有效。城镇居民历来医保制度较农村健全，居民的就诊行为受经济约束的程度较低，且实行医保统筹后的医保政策相比统筹前的城居保，提高程度有限，城镇居民和农村高收入居民的医疗支出未发生显著变化，对比之下，说明农村低收入居民的医疗需求还未完全释放。

第三，在按医疗支出分组的讨论中，统筹制度增加了低支出群体的支出，说明当前政策虽在促进居民医疗服务利用方面起到了积极的作用。医疗支出较高家庭的医疗费用主要受家庭成员的健康程度和医疗机构的可达性影响，其医疗支出不受医保制度的影响，也反映出医保制度的风险分担的作用比较有限，这也是我们政策改进需要关注的地方。

根据本章的研究结论，低收入群体是健康需求受到抑制的主要群体，医疗支出高的群体则是需要政策给予重点经济支持的群体。城乡医保统筹制度虽然已在诸多方面

进行了改善，居民的医疗服务需求得到释放，但也可以看出制度在减轻医疗负担方面的作用不强。因此在医保政策的制定方面，应当提高重疾病的报销比例和封顶线，特别要对健康危害较大、致贫风险高的疾病给予较多的经济支持，扩大医保范围内的药品和诊疗项目目录，消除经济约束对合理的医疗服务的需求，为居民分担医疗负担，避免因病致贫。

第六章 城乡医保统筹下居民医疗资源利用的差异

第五章借助双重差分方法,通过统筹组和未统筹组的比较,以追踪的平衡面板数据分析了城乡医保统筹制度对居民医疗支出的影响。本章以已经实施城乡医保统筹的居民为研究样本,通过对城镇居民和农村居民的横向比较,从城乡居民医疗总费用、报销费用和实际报销比例几方面,分析统筹的城乡居民医疗资源利用的差异及差异的主要来源。由于整合前的新农合制度在医保待遇、目录范围、定点医院数量等方面均处于劣势,因此,城乡医保统筹后,农村居民的医保待遇提升幅度大于城镇居民。但是医疗资源的分布具有明显的地域差别,农村居民医疗服务的可及性较差,在这种情况下,虽然制度设计实行“城乡统一”,实际实施过程中城乡居民的医疗服务利用情况可能并不一致,如果城镇居民医疗服务利用更多,城乡居民医保统筹后,就会导致农村居民的医保筹资更多的补贴城镇居民,不利于实现城乡医保待遇的公平。

本章的研究试图回答如下三个问题:实行医保统筹的城乡居民之间在医疗费用、从医保基金中获得的报销费用和实际报销比例是否存在差异?产生差异的主要原因是什么?推行城乡居民医保统筹是否能缩小城乡居民对医疗资源利用的差异?

6.1 研究方法和变量

为了回答上述的几个问题,本章首先构建医疗费用的决定方程,分析在统筹医保制度下,城乡居民在医疗总费用和获得报销方面的差异,再借助 *Oaxaca-Blinder* 分解方法对城乡居民医疗资源利用的差异进行分解,最后通过反事实的方法计算城乡医疗费用的差异,分析推行城乡医保统筹制度对缩小城乡居民医疗支出报销金额差异的作用。

6.1.1 研究方法介绍

本章的主要目标为分析城乡医保统筹背景下,城乡居民医疗资源利用的差异及来源,为了实现该目标分别构建医疗资源利用的方程和分解模型。

(1) 城乡居民医疗资源利用的方程:

$$w_i = \beta_0 + \beta_1 R_i + \beta_2 X_i + \varepsilon_i \quad (6-1)$$

上式中, w_i 表示因变量,主要为居民的医疗费用、获得的报销费用或实际报销比例, R_i 为表示城乡的虚拟变量,如果样本 i 是城镇居民,则 $R_i = 1$,如果样本 i 是农村居民,则 $R_i = 0$ 。系数 β_1 的显著性反映了在控制其他影响因素的情况下,城乡居民之间医疗费用及报销费用是否存在显著的差异。 X_i 表示影响医疗费用的其他因素。

(2) Oaxaca-Blinder 分解模型

使用 Oaxaca-Blinder 方法分解各项因素对城乡居民医疗资源利用差异的贡献。以医疗总费用为例,假设农村居民方程的特征变量的样本均值为 \bar{x}_r , 系数为 $\hat{\beta}_r$, 城镇居民方程的特征变量为 \bar{x}_u , 系数为 $\hat{\beta}_u$, \bar{w}_u 和 \bar{w}_r 分别表示城镇居民和农村居民医疗费用对数的样本均值。城镇居民与农村居民医疗费用的差异可以分解为两部分:

$$\begin{aligned}\bar{w}_u - \bar{w}_r &= \bar{X}_u \hat{\beta}_u - \bar{X}_r \hat{\beta}_r = (\bar{X}_u \hat{\beta}_u - \bar{X}_r \hat{\beta}_u) + (\bar{X}_r \hat{\beta}_u - \bar{X}_r \hat{\beta}_r) \\ &= (\bar{X}_u - \bar{X}_r) \hat{\beta}_u + \bar{X}_r (\hat{\beta}_u - \hat{\beta}_r)\end{aligned}\quad (6-2)$$

其中, $(\bar{X}_u - \bar{X}_r) \hat{\beta}_u$ 表示依据城镇居民医疗费用方程的系数, 由城镇和农村居民特征变量不同导致的医疗费用的差异, $\bar{X}_r (\hat{\beta}_u - \hat{\beta}_r)$ 表示由城镇和农村居民医疗费用方程的系数不同导致的差异。再借助上述方法对城乡居民从医保基金中获得的报销金额和实际报销比例进行分解。

(3) 反事实的方法计算城乡医疗费用的差异

由于城乡居民在生活环境、健康意识等方面的差异, 个体特征对医疗费用的效应存在城乡差异, 为了分析统筹能否缩小城乡居民医疗费用的差距, 本文利用反事实的方法计算城镇居民与农村居民具备相同特征前提下的医疗费用。城镇居民的医疗费用的估计方程可以表示为:

$$y_i = \lambda_0 + \lambda_1 X_i + \mu_i \quad (6-3)$$

通过以上回归, 可以得到一组估计系数 Λ , X_i 表示影响医疗总费用的因素。对于每个农村样本 j , 保持特征变量不变, 假使按照城镇居民医疗费用方程的系数 Λ , 得到反事实的估计值 $X_j \Lambda$, 可以将该估计值理解为具有同样特征的城镇居民的医疗费用, 则估计值与真实值的差即为城乡居民医疗费用的差距, 以得到的差值为因变量, 考察实行医保统筹制度是否能缩小城乡居民医疗费用的差异, 模型可以表示为:

$$\Delta y = X_j \Lambda - y_j = \gamma_0 + \gamma_1 D_j + \gamma_2 X_j + \varepsilon_j \quad (6-4)$$

关键解释变量 D_j 为“是否统筹”, X_j 为农村居民的其他影响医疗费用的特征变量。以类似的方法计算城乡居民在报销费用和实际报销比例上的差异。

6.1.2 变量选择和样本特征

以往涉及城乡居民异质性的研究主要以户籍标准区分城乡居民, 本章的分析主要以居住地为划分标准, 原因主要有两点: 第一, 随着城乡一体化的推进, 户籍概念越来越模糊, 特别是本文所关注的已经实施城乡医保统筹的地区中有很多是户籍制度改革先行地区, 难以用户籍对人群进行划分; 第二, 在实施城乡医保统筹的情况下, 限制农村居民就医或使得农村居民的医疗保障处于劣势的不再是户籍制度的约束, 更多

的应该是医疗服务可及性的限制和就医观念、健康意识的差异，因此根据本文的研究目的，以居住地划分城乡更加符合本文的要求。

根据本文的研究目标，在分析城乡医疗费用和医保基金占用是否存在差异的问题上，本文从 CLDS 2016 年的调查中已经实行城乡医保统筹的城乡居民中筛选出有医疗费用和报销费用的样本，共得到 406 个有效样本。在分析统筹政策对扩大或缩小城乡居民医疗费用差异的问题上，筛选出有医疗费用支出的农村居民样本共 1013 个，并通过与反事实的医疗费用做差，求得农村居民与具备相同特征的城镇居民之间医疗服务利用和获得报销的差异。

本章的因变量为衡量医疗资源利用的相关指标，医疗费用是医疗服务利用数量和质量的综合反映，本章以过去一年住院治疗的医疗总费用（包含报销费用和未报销费用）反映居民对医疗服务的利用，以报销费用和实际报销比例反映居民对医保基金的利用情况。自变量的选择借鉴经典的 Andersen 模型（Andersen et al., 1983），影响医疗费用的因素主要包括三大类，分别是先决变量、使能变量和需要变量。

①先决变量主要指个人特征，如年龄、性别、受教育程度。健康状况随年龄的损耗是自然的生理现象，年龄与医疗费用的关系得到了诸多验证，年龄越大，住院的概率越大（瞿婷婷、申曙光，2013），但并不等同于较高的医疗费用，有研究表明虽然老年人医疗服务利用增多，但并没有产生更高的医疗费用（王海鹏、孟庆跃，2013），原因在于老年人选择基层服务机构就诊的比例更大。通过对疾病的细分发现，随着年龄增长，居民患普通疾病的医疗支出越多，但是大病支出并没有显著影响，说明患大病的概率与年龄结构的关联并不大（丁锦希等，2012）。男性和女性的健康状况存在差异，女性平均寿命更长，但疾病发病率也更高，女性失能老人数量是男性的两倍（庄绪荣、张丽萍，2016），健康的差异导致男性和女性的医疗费用在很大程度上不同，医疗费用的性别差异也与社会性别的不平等有关，整体水平上，男性的经济水平高于女性，在家庭就医决策中享有优先权，并且男性老年人自我承担医疗费用的能力更高，而女性老年人的医疗费用受子女支持的程度更高，因此男性的医疗支出要多于女性（宋璐、左冬梅，2010）。受教育程度较低的人群日常保健的意识较弱，疾病预防的知识较为缺乏，患病的概率更大，医疗费用更高（叶春辉等，2008），但与此同时，也正是由于文化水平低的人对疾病的认知度低，生病后不就诊以致延误治病的现象更常见（刘昌平、赵洁，2016）。受教育水平高的居民获得医药知识的渠道更加丰富，自行购买医药物资等方面的费用更高（姚瑶等，2014）。从地区层面看，文盲率对人均医疗支出有负向影响，文盲率低的地区，人均医疗消费相对较高（邓兴磊、陈燕武，2016）。

②使能变量主要指使用医疗服务的能力和资源，既包括个人的经济条件，也包括

家庭和社会提供的资源，总体而言包含医疗保险、经济条件、医疗资源的可及性等。由于本文的研究样本全部实行的是城乡居民医疗保险，不存在保险制度的差异，因此本章的分析不需要控制医疗保险变量。经济条件以收入衡量，收入对医疗费用的影响存在两种效应，一种是财富效应，即收入越高，支付能力越高，对健康的需求越高，用于医疗方面的消费越多；另一种是健康的折旧效应，即低收入群体更倾向于牺牲健康资本获得收入，导致健康受损，患病率更高，对医疗服务的需求增多（叶春辉等，2008），居民收入与医疗费用之间无论是长期还是短期都存在相关关系（顾卫兵和张东刚，2008），多数研究认为收入对医疗费用有正向影响（赵广川等，2016）。医疗资源的可及性以社区内医疗机构的数量衡量，根据 Penchansky 等（1981）对卫生服务可及性的定义，社区内医疗机构的数量反映了卫生服务的可得性和可接近性。社区内医疗机构数量越多，居民的就诊频率越高，可能产生更高的医疗费用。另外，由于中国地区发展不平衡，总体而言，东部地区居民的医疗服务利用多于中西部地区（刘国恩等，2011），因此增加地区变量。

③需要因素为反映对医疗服务需求的指标，在本文中，以自评健康和就诊的医院级别衡量。医疗服务需求直接来自对疾病治疗和健康恢复的需要，健康作为一种生理需求，患病的严重程度会影响医疗服务的使用（刘国恩等，2003；曾智等，2012），对医疗费用有着重要的影响（Ellis and McGuire, 2007；Prinsze and Van Vliet, 2007）。自评健康是反映健康状况的综合指标，一般来说，健康水平差意味着患病频率及严重程度越高，对医疗服务的需求更多，相应的医疗费用越多。不同医院级别对应着不同的医疗水平和质量，也能在一定程度上反映疾病的严重程度，一般来讲，本身具有疾病史或自评健康差的居民患病后由于担心慢性病复发或者并发症的出现，多选择高一级医院治疗（王翌秋、张兵，2009），相对应的医疗费用也更高。

表 6-1 报告了本文涉及变量的描述性统计。在本文关注的因变量中，城镇居民的年住院总费用多于农村居民，其中报销的医疗费用和实际报销比例也明显高于农村居民。从上述描述性统计的结果看，在统一的医保制度下，虽然城乡居民实行统一的医保待遇，但是城镇居民在医疗服务和医保基金的利用均多于农村居民，在基金分配中占用了更大比例。

城乡居民的个人特征存在明显差异。在人口结构上，农村居民的平均年龄比城镇居民高 5.7 岁左右，但是城镇居民的年龄分布更分散。城乡居民的性别比例差异不大，整体看来，女性比例高于男性，占总体的 62% 左右。城镇居民的受教育水平和收入水平有更明显的优势。由于居住地的分割性，城乡居民的医疗资源的分布也有较明显的差距，城镇居民医疗服务的可及性更高，社区内医疗机构数量是农村居民的 2 倍。在健康水平方面，城镇居民的自评健康水平明显优于农村居民。就诊地点反映就诊的

层次和质量，将医疗机构按照级别分类，其中诊所、乡镇卫生院和社区卫生服务中心归为基层医疗机构，县区及市级以上级别的医疗机构划为高级医疗机构，城镇居民选择县级以上高级医院就诊的概率更高。对于农村居民而言，距离县区及以上级别的医院更远，到高级医院就诊需要付出更多的交通费用、时间成本和误工机会成本，而城镇居民交通便捷程度更高，到县区及以上级别的医院与到社区医院的距离和时间可能相差不多，不需要付出额外的成本，为了享受更好的医疗资源，选择高级医院就诊的比例高于农村居民。

表 6-1 变量及统计性描述

Table 6-1 Descriptive Statistic of Variables

变量	农村		城镇		
	均值	标准差	均值	标准差	
因变量	年住院总费用（元）	14483	29009	22847	36741
	年住院报销费用（元）	6232	17671	11843	29133
	实际报销比例	0.394	0.290	0.467	0.325
先决变量	年龄	51.982	12.824	46.327	14.609
	性别（0 男性；1 女性）	0.620	0.486	0.629	0.477
	教育	6.520	3.724	9.095	3.877
使能变量	年人均收入（元）	17728	26031	25281	33854
	社区内医疗机构数量	1.327	1.275	2.590	2.842
	地区：东部	26.25%		37.10%	
	中部	45.00%		40.32%	
西部	28.75%		22.58%		
需要变量	自评健康（0 不健康；1 健康）	0.531	0.500	0.664	0.478
	就诊医院级别（0 是基层医院；1 是高级医院）	0.486	0.500	0.603	0.491
样本量	290		116		

6.2 城乡居民医疗资源利用的差异

本部分以已经推行城乡医保统筹的居民为研究样本，以年住院总费用（含报销和未报销的部分）表示医疗服务的利用，年住院报销费用和实际报销比例表示城乡居民对公共医疗基金的占用情况，分析城乡居民的总医疗费用和报销医疗费用是否存在显著差异。回归结果如表6-2所示。

表 6-2 城乡居民医疗资源利用的差异

变量	年住院总费用	年住院报销费用	实际报销比例
城镇（参照组：农村）	0.829** (0.394)	0.639** (0.263)	0.062* (0.037)
年龄	0.025* (0.013)	0.025*** (0.009)	0.005*** (0.001)
性别（参照组：男性）	-0.830** (0.349)	-0.442* (0.233)	-0.015 (0.033)
教育年限	0.025 (0.048)	0.032 (0.032)	0.008* (0.005)
自评健康（参照组：不健康）	-0.916*** (0.334)	-0.402* (0.223)	0.021 (0.032)
收入	-0.025 (0.035)	-0.014 (0.023)	0.000 (0.003)
医院级别（参照组：基层医院）	1.971*** (0.311)	0.930*** (0.207)	0.085*** (0.029)
社区内医疗机构数量	-0.060 (0.084)	-0.083 (0.056)	-0.007 (0.008)
地区（参照组：东部）			
中部	-0.323 (0.353)	-0.111 (0.235)	-0.025 (0.033)
西部	-0.843 (0.619)	-0.251 (0.413)	0.111 (0.058)
常数项	1.308 (1.277)	-0.136 (0.852)	0.067 (0.121)
样本量	406	406	406
R-squared	0.175	0.130	0.093

注：***、**、*分别对应1%、5%和10%的显著水平，括号内为标准误。

在控制其他影响因素的情况下，城镇居民的医疗费用和获得的报销金额仍显著高于农村居民，说明在控制人口特征、健康水平、就诊医院级别等因素的情况下，即使城乡居民实行相同的医保政策，城乡居民也不能实现相同的就医数量和质量，且城镇

居民占用了更多的医保资金，会损害到农村居民的实际利益。在实际报销比例的模型中，城乡居民的实际报销比例也存在显著差异，城镇居民的实际报销比例显著高于农村居民，这与政策制定保障城乡居民医保待遇平等方面的目标不符。原因可能在于，按照医保政策规定，只有在起付标准以上的诊疗费用才能按比例报销，起付线以下的费用全部由居民个人承担，而从统计结果和住院模型的结论可知，农村居民的住院医疗总费用显著低于城镇居民，起付标准在农村较少的住院总费用中占了更大的比例，导致农村居民的实际报销比例较低。

报销的医疗费用受总医疗费用和报销政策的共同影响，因此多数影响因素对总医疗费用和报销费用的作用方向相同。在个人特征方面，由于健康水平会随年龄的增长而下降，年龄越大，可能健康损耗更严重，对应着医疗服务利用越多，报销的医疗费用也越多，意味着年龄长者对医保基金的利用率更高。男性居民的医疗费用显著多于女性，与现有文献中得出的男性社会经济地位更高，医疗费用一般多于女性的结论一致。自评健康状况是影响医疗费用的重要指标，健康水平更高的居民总医疗费用显著低于不健康的人群，且报销费用较少，与实际情况相符，说明低健康水平的居民更能够从中获益。收入对医疗费用没有显著影响，说明收入水平并不是制约居民对住院服务利用的因素，在当前医保制度下，也不存在高收入群体对医疗资源的过度利用。就诊医院的级别越高，一方面医疗价格越高，包括医疗设备费用、医生诊疗费、床位费等均会高于基层医疗机构，另一方面可能患病更严重才选择高级的医疗机构，对应着更复杂的治疗方案，总体就医成本增加。与预期相反的是，社区内医疗机构数量对总医疗费用有负向影响，这是因为本章选择的衡量医疗费用的指标为过去一年的住院费用，而社区内的医疗机构通常提供门诊服务，技术水平及医疗设备难以应对重疾病的住院治疗，因此社区内医疗机构的数量增多并不会导致更多的住院费用，但是从另一个角度看，社区内医疗机构数量越多，居民就诊越方便，更加能够通过预防和及早治疗避免小病拖成大病，这也就解释了在该模型的回归结果中，社区内医疗机构数量越多，居民报销的住院费用越低。

在影响实际报销比例的其他控制变量中，年龄增加和在较高级别的医院就诊会使得实际报销比例越高，这是因为年龄增长和在县级以上医院就诊对医疗总费用有正向影响，实际报销比例与医疗总费用有关，一方面，较多的医疗费用弱化了起付线对平均报销比例的影响，另一方面，一些地区的政策规定对于重疾病或医疗费用达到一定水平时，报销比例有所提高。受教育程度越高的居民实际报销比例越高，这是由于高教育水平的居民更能够判别和使用医保范围内的诊疗项目，从而降低自付比例。

6.3 城乡居民医疗资源利用差异的分解结果

本小节主要考察城乡医保统筹背景下，受到政策干预的城镇和农村居民之间医疗费用和报销费用差异的来源，各变量对总医疗费用和报销费用差异的贡献如表 6-3 所示。

表 6-3 各变量对总医疗费用和报销费用差异的贡献

Table 6-3 Differential Decomposition of Medical Expenses and Reimbursement Expenses

变量	总住院费用		报销的住院费用		实际报销比例	
	禀赋差异	系数差异	禀赋差异	系数差异	禀赋差异	系数差异
年龄	-0.057	1.613	-0.067	1.405	-0.026	0.001
教育年限	0.069	-0.239	0.073	-0.135	0.023	-0.077
性别	-0.006	-0.617	-0.004	0.037	-0.000	0.200
自评健康	-0.052	-1.455	-0.019	-0.807	0.003	-0.034
收入	-0.014	-0.353	-0.015	-0.208	-0.005	-0.031
就诊医院级别	0.217	0.093	0.099	0.021	0.011	-0.032
社区医疗机构数量	-0.079	-0.068	-0.049	-0.237	0.009	-0.055
中部	0.026	-0.140	0.005	-0.050	0.001	-0.022
西部	-0.016	-0.191	0.002	-0.081	0.002	0.018
常数项		2.107		0.591		0.088
总差异	0.087	0.749	0.025	0.536	0.017	0.056
合计		0.836		0.561		0.073
样本量		406		406		406

为了便于直观的理解，本章以“万元”作为费用单位，从上述分解结果可以看出，城乡居民总医疗费用的差异在 0.836 万元，报销费用的差异在 0.561 万元，由上述结果可以看出城乡居民医疗总费用的大部分差异都是由医保基金支付的，即虽然城镇居民对医疗服务的利用更多，但是由居民个人承担的比例非常低，医保基金在为城镇居民分担费用方面起到了非常重要的作用，而农村居民在统一的保障政策中，明显处于不利地位。

在总住院费用的差异中，有 0.749 万元的差异由城乡居民医疗服务利用方程的系数差异造成的，由禀赋差异解释的部分只有 0.087 万元，尽管总体看来城乡居民的禀赋差异只能解释医疗费用差异中较小的份额，但由于该数值是由不同因素综合作用的结果，因此并不能否定其中重要影响因素的作用。从各影响因素看，城乡居民医疗总费用的差异主要来自就诊医院级别，城镇居民选择县级以上医院的比例更高，从而产生较高的医疗费用。年龄和健康的禀赋差异为负数，这是因为农村居民的平均年龄

更高、平均健康状况更差，这些特征均导致农村居民需要付出更多的医疗费用，起到缩小城乡居民医疗费用差异的作用。城乡居民在性别比例上差别并不大，因此性别这一指标对城乡居民的医疗费用差距贡献较小。根据表 6-2 的回归结果，社区内医疗数量越多，越有利于居民及早防治，有利于减少住院费用，城镇地区社区内医疗机构数量更多，因此该指标能缩小城乡医疗费用的差异。

城乡居民住院费用方程的系数差异能解释 0.749 万元的费用差异，在总医疗费用的系数差异上，人口基本特征的系数差异对总差异的影响较大，其中以年龄的系数差异为主，年龄增长导致城镇居民总医疗费用的增长更加迅速，会拉大与农村居民的差距。健康系数的差异对总体差距也有较明显的贡献，城镇居民健康对医疗费用的影响程度大于农村居民，健康水平提高时，医疗费用下降更多，反之，健康受到损害时，医疗费用增加也比城镇居民迅速，反映了城镇居民更加重视健康状况，对健康变化做出的响应更大。收入的系数差异对总体医疗费用差异的影响为负，这是因为城镇居民因收入变化而导致的医疗费用的增加幅度小于农村居民，说明城镇居民中医疗服务利用对收入的依赖性较低，而农村居民更加可能受收入的限制而抑制医疗服务需求。就诊医院级别的系数差异对城乡居民总医疗费用差异的影响为正值，说明医院级别的改变对城镇居民医疗总费用的影响大于农村居民，城镇居民在县级以上级别医院就诊的费用更高。对城镇居民而言，社区内医疗机构数量增多对降低住院费用的作用更大，说明对城镇居民更能起到疾病预防作用，农村地区居民对基层医疗机构的利用还未起到很好的效果。报销费用的差异来源与总医疗费用的差异基本一致，此处不再赘述。

城乡居民实际报销比例的差异在 7.3%，其中起到重要作用的仍旧是城乡居民在就诊医院级别上的差异。由以上结果可以看出，城镇居民选择高级医院就诊的比例更高是导致城乡居民医疗服务利用存在差异的主要原因，也是导致城镇居民占用更多医保基金的原因，而城镇居民的年龄更低，且健康状况优于农村居民，从健康需求的角度，在高级医院就诊的比例本应当低于农村居民，反映出城镇对基层医疗机构就诊的引导还有待加强，当前的就医习惯容易产生过度利用的问题和造成高级别医院资源的紧张。

6.4 统筹对城乡居民医疗资源利用差异的影响

从以上分析可以看出，城镇居民的就医习惯和健康观念更倾向于在就诊过程中多使用医疗资源，这既是长期以来生活环境影响的结果，也会受到保险制度的影响。本文接下来考察实行城乡医保统筹能否缩小城乡居民在医疗费用和报销费用方面的差异，回归结果如表 6-4 所示。

表 6-4 统筹对城乡居民医疗资源利用差异的影响

Table 6-4 The Influence of Policy on the Difference of Medical Resource Utilization between Urban and Rural Residents

变量	总医疗费用的差异	报销费用的差异	实际报销比例的差异
是否实行城乡医保统筹(参照组:否)	-0.301* (0.166)	-0.185** (0.081)	-0.024 (0.023)
年龄	0.053*** (0.006)	0.030*** (0.003)	0.003*** (0.001)
性别(参照组:男性)	-0.382*** (0.142)	-0.252*** (0.069)	0.018 (0.020)
教育年限	0.054*** (0.020)	0.035*** (0.010)	0.004 (0.003)
自评健康(参照组:不健康)	-0.577*** (0.137)	-0.392*** (0.067)	-0.001 (0.019)
收入	-0.026* (0.015)	-0.001 (0.007)	0.002 (0.002)
医院级别(参照组:基层医院)	0.351*** (0.129)	0.248*** (0.063)	-0.019 (0.018)
社区内医疗机构数量	-0.008 (0.050)	-0.005 (0.024)	-0.019*** (0.007)
地区(参照组:东部)			
中部	-0.973*** (0.178)	-0.685*** (0.086)	-0.019 (0.025)
西部	-1.061*** (0.204)	-0.611*** (0.099)	0.063 (0.028)
常数项	-0.851 (0.540)	-0.382 (0.262)	-0.108 (0.075)
样本量	1,013	1,013	1,013
R-squared	0.165	0.237	0.042

注: **、*、*分别对应 1%、5%和 10%的显著水平, 括号内为标准误。

整体看来, 实行医保统筹的农村居民的医疗总费用和获得的报销费用情况与城镇居民更接近, 说明在农村推行城乡医保统筹能够缩小城乡居民医疗服务利用和报销的

医疗费用的差异，但是无益于缩小实际报销比例的差距。以上结果说明推行城乡医保统筹制度促进了城乡居民医疗资源利用的公平，使得农村居民在医疗服务利用上与城镇居民更加接近，医保基金也补贴了居民一部分治疗费用，但是医保待遇的提升使得农村居民的报销比例并没有显著改善。

在其他影响医疗费用的控制变量中，年龄增长会扩大医疗费用的城乡差异，说明在老年群体中，城镇居民与农村居民医疗费用的差异更大。城镇和农村的女性居民就医行为更加接近，男性之间的差异较大。受教育程度越高，城乡居民的医疗费用差异越大。健康人群的医疗费用较少，对应的医疗费用的城乡差异也较小，不健康人群的就医频率和费用更高，因此差异也较大。收入增加会缩小城乡居民医疗费用方面的差异，高收入的农村居民与城镇居民的医疗服务利用行为较为接近，低收入的农村居民更有可能受收入的限制，医疗服务需求不能得到充分满足，与城镇居民的差异较大。在县级以上高级医疗机构就诊的样本中，城乡居民的医疗总费用差异较大。中部和西部地区居民的城乡差异均低于东部，东部的城乡居民医疗费用的分化更严重。

在影响实际报销比例的因素中，年龄越大的农村居民与城镇居民的报销比例差异越大，农村社区内医疗机构数量越多，与城镇的差异越小，由于分级诊疗政策引导居民在基层医疗机构就诊，一般来讲，在乡镇医院治疗的报销比例高于县级以上医院，从描述性统计中可以看出农村居民选择基层医疗机构就诊的比例更高，因此社区内医疗机构的数量能起到缩小实际报销比例差距的作用。

6.5 本章小结

本章以实行城乡医保统筹的城镇和农村居民为研究对象，分析城乡居民医疗资源利用的差异，对参保双方医疗费用（含报销部分和未报销部分）、报销费用和实际报销比例的差异进行分解，并分析实行统筹制度对缩小该差异的作用。主要研究结论如下：

第一，在城乡医保统筹的背景下，虽然医保待遇相同，且城镇居民的健康水平更高，但是在控制人口特征、健康状况等因素的情况下，参保的城乡居民双方在医疗资源利用方面仍存在较明显的差异，城镇居民利用的医疗服务更多，在医保基金的分配中占有更大的比例，并且实际报销比例也高于农村居民，本章的计算结果表明，城乡居民总医疗费用的差异为 0.836 万元，其中报销费用的差异为 0.561 万元，城乡居民医疗总费用的大部分差异都是由医保基金支付的，由居民个人承担的比例较低。以上结果表明城镇居民从统筹制度中受益更多，统一筹资水平下，农村居民的利益会受到损害。

第二,通过对城乡居民报销费用的分解发现,城镇居民选择县级以上医院就诊的比例较高是导致城镇居民获得的报销金额高于农村居民的重要原因之一,除此以外,在其他影响因素中,城镇居民年龄增大、健康变差的边际效应更倾向于更多的利用医疗服务,社区内医疗机构数量对城镇居民预防大病,减少住院费用有更重要的作用。

第三,虽然城乡居民的医疗服务利用存在差异,但是在农村居民中推行城乡医保统筹有利于促使农村居民的医疗服务利用向城镇居民靠近,并缩小城乡居民报销费用的差距,意味着能够促进城乡居民医保基金利用的公平性,但是农村居民的实际报销比例与城镇居民的差距未受到影响,反映出统筹制度虽提高了农村居民的医保待遇,但是还未能降低实际报销比例。东部地区城乡医疗利用和基金分配的分化更为严重,低收入、低健康状况、老年人、男性农村居民与城镇居民的医疗服务利用差异较大,从医保基金中获得的报销金额更少,是应当重点关注的对象。

本文的研究结论意味着统筹制度缩小了城乡居民报销费用的差异,农村居民的医保待遇有所提高,但是并未能缩小城乡居民实际报销比例的差异。在城乡居民实行统一医保制度的情况下,城乡居民的医疗服务利用仍存在较大的差距,且医保基金统一管理实际上使得农村居民的筹资更多补贴了城镇居民,为了医保基金的平衡,农村居民的筹资水平会提高,实际利益受到损害。为了促进城乡居民公平的享受医保政策,在政策制定方面,应当将医保筹资与收入挂钩,实现医保筹资的社会共济,减轻农村居民特别是农村低收入群体的筹资,关注农村低收入、老年人等弱势群体的就医情况。在医疗资源配置方面,鼓励优质医疗资源下沉到基层,推进分级诊疗制度建设,尤其要加强城镇居民对基层医疗机构的信任,提高基层医疗机构的服务能力,引导城镇居民到基层医院就诊,降低就医成本。

第七章 结论与政策启示

7.1 全文结论

中国过去城乡分割的医疗保险制度不仅增加了政府的管理成本，造成财政的重复补贴，也不利于社会公平和人员流动，当前正从城乡分割的医疗保险制度向统一的医保制度过渡，这也是中国社会保险发展的必然趋势。本文基于该背景，使用 CLDS 数据，分析城乡医保统筹对居民健康和医疗支出的影响并进一步分析其中的影响机制。本文首先基于医保统筹实施前后的两期数据，建立双重差分模型分析城乡医保统筹改善健康的效果及影响机制，再对比了统筹保险的居民与其他类型保险参保者就诊情况的差异，分析城乡医保统筹对居民医疗支出的影响，最后通过截面数据的比较分析已经推行医保统筹的城乡居民对医疗资源的利用情况。对应于本文的研究假说，对上述问题的主要研究结论如下：

第一，推行城乡医保统筹制度有利于居民健康改善，具体而言，减轻了疾病对生活工作的影响程度，提高了居民的自评健康状况，但是不能降低居民的患病率。通过对影响机制的分析发现，改善健康的作用是通过促进居民患病后积极就诊实现的，与城镇居民相比，农村居民的就医行为改变尤其明显。而提高医保待遇等措施虽然有利于为居民分担压力但并不能起到改善健康的作用。

第二，农村低收入群体是健康需求受到抑制的主要群体，推行城乡医保统筹有助于提高农村低收入居民的医疗服务利用，但是医保在医疗成本分担上的作用非常微弱，并不能为居民尤其是高负担家庭分散因病致贫的风险。。城镇居民以及农村高收入群体的医疗服务需求受经济约束的程度较低，他们的医疗支出几乎不受医保制度的影响。

第三，在城乡医保统筹的背景下，农村居民与城镇居民的医疗服务利用仍存在较大的差距，在控制其他影响医疗费用因素的情况下，城镇居民医疗服务利用更多，且城乡居民医疗总费用中差异的大部分是由医保基金承担的，城镇居民在城乡统一筹资的医保基金中占用了更大比例，农村居民的报销比例低于城镇居民。虽然城乡居民实行统一的医保待遇和医保目录，但未消除城乡居民医疗资源利用的差异，统一筹资政策和基金管理实际上还会导致农村居民补贴城镇居民的现象。

第四，城镇居民就诊的医疗机构级别更高是导致占用更多医保基金的主要原因。与未统筹的居民相比，推行城乡医保统筹有利于缩小城乡居民之间医疗服务利用和获得医疗报销的差距，但对城乡居民的实际报销比例的差异没有显著影响。在人群特征上，农村中低收入、低健康状况、老年人、男性居民与城镇居民的医疗资源利用差异

较大，是政策应该重点关注的群体。

7.2 政策启示

本文的研究结论对于科学评判城乡医保统筹制度的政策效应有重要的政策含义，基于本文的研究结论，提出如下政策建议：

第一，完善分级诊疗制度，提高基层医疗机构的服务能力和资源利用效率，降低就医成本。

本研究的结论表明城镇居民选择乡镇以外医院就诊比例高是导致医疗总费用和占用的医保基金更高的主要原因，也是进一步导致城乡居民医保基金利用存在差异的主要原因，说明城镇在分级诊疗制度的实行上有待加强。中国提出要在 2020 年全面建立基层首诊，双向转诊、急慢分诊、上下联动的分级诊疗模式，而当前的现状是基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例低，大型公立医院床位紧张，基层医疗机构床位闲置率高，归根结底在于基层的医疗水平尚未能满足居民的就医需求，患者对基层医院的信任度不高。为了落实好初级首诊制度，提高基层医疗资源利用率，降低就医成本，还应该从以下几方面入手：首先，提高全科医生的薪资待遇和职业地位，鼓励优质资源下沉到基层，树立居民对基层医务人员的认同和信任，提高全科医生团队的业务能力，使得全科医生制度真正发挥作用；其次，提高基层医疗机构的规范性，明确基层机构的执业范围，严格审查医务人员的执业资格，为患者建立健康档案，确保诊疗的可追溯性，规范医疗器械的定期消毒和灭菌，承担居民的日常健康管理和健康教育责任；再次，加强基层医疗设施的建设，增加资金投入用于大型医疗设备的购买，提高诊疗能力；最后，运用价格杠杆引导居民选择初级医疗机构首诊，拉大不同级别医疗机构的报销比例。

第二，从社会公平性角度出发，优化筹资方案，促进城乡地区医疗资源和医护人员分布的均衡性。

本文的研究表明，在城乡医保统筹背景下，城镇居民的医疗服务利用多于农村居民，在医保基金中占用了更高的比例，社区内医疗机构数量能缩小城乡居民医疗费用的差异，医疗服务的可及性无论对居民的医疗服务利用还是健康都有重要的影响，医疗资源的分配应当基于居民的医疗服务需求，而不是收入或社会经济地位等其他特征。因此，从促进社会公平性的角度，应当在筹资和医疗资源分配两方面改善。

1、优化医护人员人力资源和医疗资源的空间分布。依据村落、乡镇的聚集密集，合理设置基层医疗机构的辐射范围，建立中心医院与基层机构的紧密医联体合作机制，为农村居民就医提供更多的便利性。

2、改进医保筹资方式，在筹资政策上建立与收入相关联的筹资机制。从社会公平性的角度，医保筹资的一般原则应当是根据参保人的支付能力高低缴纳保费（World Bank, 2010），中国当前实施的按固定金额缴费的筹资方式和多档筹资方案不利于社会公平，可以参考日本、德国、美国社会医疗保险的筹资经验，无论户籍和职业，全部以收入为标准进行筹资，并且日本在报销方面也按收入实行差别化制度，高收入者在赔付过程中自付比例更高，承担更多的责任。在保障社会基本医疗保险运行效率的前提下，可以针对不同人群的个性化需求，鼓励高收入人群购买商业保险。

第三，降低就医的门槛，为低收入群体就诊解除经济约束，促进居民患病后积极就医。

本文的研究表明低收入群体是健康需求受到抑制的主要群体，他们的医疗支出受医疗保险的激励，通过对健康影响机制的分析发现，促进患病后积极就诊是改善健康的有效途径。因此从促进健康的角度，应当避免居民因经济困难、交通不便等原因而拖延看病时间或不看病的情况。从政策制定上，降低就诊的起付标准，鼓励居民患病后及时采取科学的治疗方法。实行健康扶贫，为贫困人口就医开通“绿色通道”，实行“先看病，后付费”的优先服务。

第四，重点为重负担人群分担就医压力。

医疗支出高的群体是需要政策给予重点经济支持的群体，本文的研究表明城乡医保统筹并未能帮助医疗支出较多的家庭减轻医疗负担，农村低收入群体的医疗支出增多，虽体现为改善了居民医疗服务利用情况，但也反映了医保制度在为居民分担负担方面作用较弱，因此，还需在以下几方面做出努力：

1、关注大病医疗保险和弱势群体就医问题。建立健康扶贫基金，对因病致贫、因病返贫的重病户家庭或特殊慢性病家庭实行精准救助，从医保政策上，取消重大疾病和特殊慢性病补贴的封顶线，还可适当扩大医保目录，将特殊慢性病和重大疾病的常用药纳入到医保目录中。但同时也要避免基金的过度支出，考虑不同疾病和不同人群的发病特点，结合保险精算和临床医学合理制定医保目录。

2、实行医药分离，降低医疗成本。药价高、药费支出多是中国存在已久的问题，由于医院兼具开具处方和销售药品的权力，“以药养医”的现象大量存在，医院允许在采购价的基础上加价卖给患者，高价药的利润空间更大，逐渐将廉价药挤出市场，既加重了患者的医疗负担，也在一定程度上造成了财政补贴的浪费。中国住院病人的人均药费占总费用的40%，而检查费所占比例不足8%^①，药费支出给居民造成不小的负担。德国的“医药分离”制度提供了成功的经验，药店分为社会药店和医院药店，

① 资料来源：2016年《中国卫生和计划生育统计年鉴》

医院药店的药品仅限于住院患者使用，所有门诊患者的药品都需要从药店购买和结算。由于医生与药店不存在利益关系，诊所的医生在开药方时考虑的是治疗效果而不是能否拿到药品回扣，这在一定程度上避免了医院的药品垄断，降低了就医成本。应当推动医药分离，注重提高药品的质量，取消药品加成，完善对医生的激励机制，压缩药品流通的中间环节，降低药品虚高价格，推动医药行业的良性循环，减轻居民的就医负担。

3、加大财政支持力度。中国政府的医疗卫生财政支出与世界平均水平还有一定差距，中国政府卫生支出占 GDP 和政府总支出的比重低于世界平均水平，更是远低于发达国家。中国居民医疗费用自付比例偏高，平均个人自付比例 32.39%，不仅远高于发达国家水平，甚至高于同是发展中国家的巴西和泰国^①，居民承担的医疗支出较多。中国医务人员数量、卫生设施情况等方面也都还未达到世界平均水平，中国现行的社会福利水平与相对雄厚的物质基础是不匹配的（李迎生，2014），在中国当前经济能力范围内，还应当提高政府财政支出中用于公共卫生的比例，为提高医疗卫生设施建设、医护人员队伍建设和减轻居民医疗负担提供更多的经济支持，并平衡城乡医疗资源配置的供求。

第五、重视疾病预防，降低患病率。

本文的研究表明，城乡统筹医疗保险虽然能改善居民的自评健康，降低疾病影响工作的程度，但是并不能降低患病率，这说明医疗保险赔付方案的制定应当从“重医轻防”向“预防为主、防治结合”转变。中国当前居民医疗保险报销范围主要包括因病在定点医院产生的治疗性费用，而不包括预防保健等非疾病治疗项目。而预防性的支出有利于降低疾病风险，减少医疗费用（Gao et al.,2014），通过心脑血管疾病、糖尿病、癌症等方面的体检筛查，多数患者可在疾病初期治愈或得到有效控制，并且早期的治疗费用更低。全日本约 80%的肿瘤和癌症于早初期阶段得到诊断，而中国恰恰相反，80%以上的医疗资源集中于疾病的中晚期治疗阶段。出于提高国民健康水平和降低医疗成本的目的，可以适当扩大医保目录，将自由职业者、不稳定就业者和无业居民的体检、保健等非疾病类支纳入到医保体系中，定期开展全面检查，特别是癌症的体检筛查，加强对疾病的预防，实现疾病的早期诊断和治疗，既有利于降低治疗的难度，又能够节约成本，从根本上实现健康脱贫。

7.3 研究展望

^① 资料来源：世界卫生组织数据库

本文主要考察了城乡医保统筹政策对居民健康和医疗支出的影响，获得了一些有益的结论，受数据资料的限制，未来还可以在以下几方面展开更深入的讨论：

第一，城乡医保统筹制度按照“六个统一”的原则，主要做了如下的改变：（1）在筹资和财政补贴上，城乡居民实行相同的医保政策；（2）缩小城乡居民在医保待遇的差距，逐步实行统一的医保目录和统一的报销政策；（3）在管理上，由统一的部门管理，加强城乡制度的衔接。限于数据资料的限制，本研究考察的政策效果实际上是上述几个方面的综合效果，还不能通过政策实施的细节对改革中涉及的举措一一验证。并且各地开展的进度不一，统筹的程度也有所不同，今后的研究有必要选择几个代表性地区作为研究样本，对政策的细节展开更加细致的分析。

第二，由于数据的限制，本文未能分病种讨论，在现有政策调整下，可能有些病种受政策影响较大，有些病种不受制度影响，在未来的研究中，应当尽可能细分，这也是政策改革需要关注的。

第三，本文从微观个体的视角展开讨论，主要分析了政策对居民的影响，未来还可以从整个医保系统平衡的角度分析医保系统的可持续性，既要考虑政策实施结果，也要考虑财政支持和居民筹资等成本投入。

参考文献

- [1] Andersen R M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?[J]. *Journal of Health & Social Behavior*, 1995, 36(1):1-10.
- [2] Andersen R, Mccutcheon A, Aday L A. Exploring dimensions of access to medical care[J]. *Health Services Research*, 1983,18(1):50-74.
- [3] Ayanian J Z, Kohler B A, Abe T, et al. The relation between health insurance coverage and clinical outcomes among women with breast cancer.[J]. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329(5): 326-331.
- [4] Baker D W, Sudano J J, Albert J M, et al. Lack of health Insurance and decline in overall health in late middle Age[J]. *American Journal of Ophthalmology*, 2002,133(3): 1106-1112.
- [5] Baltagi B H, Moscone F. Health care expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data[J]. *Economic Modelling*, 2010, 27(4):804-811.
- [6] Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement[J]. *Annu Rev Public Health*, 2006, 27(1):167-194.
- [7] Burström B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?[J]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2011,55(11):836-840.
- [8] Card D, Dobkin C, Maestas N. The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization: evidence from Medicare[J]. *American Economic Review*, 2008, 98(5): 2242-2258.
- [9] Card D, Dobkin C, Maestas N. Does Medicare save lives?[J]. *Quarterly Journal of Economics*, 2009,124(2):597-636.
- [10] Cardon J, Hendel I. Asymmetric information in health insurance: evidence from the National Medical Expenditure Survey[J]. *Rand Journal of Economic*,2001, 32(3):408-427.
- [11] Chaudhuri A, Roy K.Changes in out-of pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments,1992-2002[J]. *Health Policy*,2008,88(1): 38-48.
- [12] Chen R, Jing L , Xu J , et al. Satisfaction with basic medical insurance in China: a stratified cluster sampling survey[J]. *Lancet*, 2016, 388:S14-S14.
- [13] Chou S Y, Grossman M, Liu J T. The impact of National Health Insurance on birth outcomes: A natural experiment in Taiwan[J]. *Journal of Development Economics*.2014, 111:75-91.
- [14] Currie J , Graff Zivin J , Meckel K , et al. Something in the water: Contaminated drinking water and infant health[J]. *Canadian Journal of Economics*, 2013, 46(3):791-810.

- [15] Currie J, Decker S, Lin W C. Has public health insurance for older children reduced disparities in access to care and health outcomes[J]. *Journal of Health Economics*, 2008, 37(6):1567-1581.
- [16] Cutler D M, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education[J]. *Journal of Health Economics*, 2010, 29(1):1-28.
- [17] Cutler D M., Vigdor E. R. The impact of health insurance on health: evidence from people experiencing health shocks. National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper No.16417, 2005, Cambridge, MA.
- [18] Daniels N. *Just Health Care*[M]. New York: Cambridge University Press, 1985.
- [19] Dave D, Kaestner R. Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare[J]. *International Journal of Health Care Finance & Economics*, 2009, 9(4):367-390.
- [20] De Walque D. Does education affect smoking behaviors? Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education.[J]. *Journal of Health Economics*, 2007, 26(5):877-895.
- [21] Dean K. Self-care components of lifestyle: The importance of gender, attitudes and social situations[J]. *Social Science and Medicine*. 1989, 29(2):137-152..
- [22] Dunn J R, Hayes M V. Social inequality, population health, and housing: a study of two Vancouver neighborhoods[J]. *Social Science & Medicine*, 2000, 51(4):563-587.
- [23] Ellis R P, McGuire T G. Predictability and predictiveness in health care spending[J]. *Journal of Health Economics*, 2007, 26(1):25-48.
- [24] Finkelstein A, Taubman S, Wright B, et al. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year [J]. *Quarterly Journal of Economics*, 2012, 127(3):1057-1106.
- [25] Fogel R W. Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy[J]. *American Economic Review*, 1994, 84(3): 369-395.
- [26] Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card[J]. *Salud Pública De Mexico*, 2007, 368(9550): 1920-1935.
- [27] Gao Y, Babazono A, Nishi T, et al. Could investment in preventive health care services reduce health care costs among those insured with Health Insurance Societies in Japan?. *Population Health Management*, 2014, 17(1):42-47.
- [28] Gertler P, Locay L, Sanderson W. Are user fees regressive? The welfare implications of health-care financing proposals in Peru[J]. *Journal of Econometrics*, 1987, 36(1):67-88.
- [29] Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health[J]. *Journal of Political Economy*, 1972, 80(2):223-255.
- [30] Hadley J, Waidmann T. Health Insurance and Health at Age 65: Implications for Medical Care

- Spending on New Medicare Beneficiaries[J]. *Health Services Research*, 2006, 41(2):429-451.
- [31] Herd P, Goesling B, House J S. Socioeconomic Position and Health: The Differential Effects of Education versus Income on the Onset versus Progression of Health Problems[J]. *Journal of Health and Social Behavior*, 2007, 48(3):223-238.
- [32] Idler E L, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies.[J]. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997,38(1):21-37.
- [33] Jerrett M, Eyles J, Dufournaud C. Environmental Influences on HealthCare Expenditures: An Exploratory Analysis from Ontario, Canada [J]. *Journal of Epidemiology and Community Health* , 2003,57:334-338.
- [34] Jowett M, Contoyannis P, Vinh N D. The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam[J]. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(2):333-342.
- [35] Jürges H, Reinhold S, Salm M. Does schooling affect health behavior? Evidence from the educational expansion in Western Germany[J].*Economics of Education Review*,2011,30(5): 862-872.
- [36] Keng S H, Sheu S J. The Effect of National Health Insurance on Mortality and the ESE-health Gradient: Evidence from the Elderly in Taiwan[J]. *Health Economics*. 2013,22(1):52–72.
- [37] Kwack H, Sklar D, Skipper B, et al. Effect of managed care on emergency department use in an uninsured population[J]. *Annals of Emergency Medicine*, 2004,43(2):166-173.
- [38] Lei X, Lin W. The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health?[J]. *Health Economics*.2009,52(18): S25-S46.
- [39] Link B G , Phelan J C . Social Conditions as Fundamental Causes of Disease[J]. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, Spec No(extra issue):80-94.
- [40] Ma J D, Xu J, Zhang Z, et al. New cooperative medical scheme decreased financial burden but expanded the gap of income-related inequity: evidence from three provinces in rural China[J]. *International Journal for Equity in Health*. 2016,15(1):72-82.
- [41] Manning W G, Newhouse J P, Duan N,et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment[J]. *American Economic Review*.1987,77(3): 251-277.
- [42] Mao W, Zhang L, Hu M, et al. Evaluation of the enrolment of health insurance after the integration between the New Cooperative Medical Scheme and the Urban Residents Basic Medical Insurance scheme in Hangzhou, China: a longitudinal study[J]. *Lancet*, 2018, 392(S1):S27.
- [43] Mocan H N, Tekin E, Zax J S. The Demand for Medical Care in Urban China[J]. *World Development*, 2004, 32(2):289-304.

- [44] Musgrove P, Zeramdini R, Carrin G. Basic patterns in national health expenditure[J]. *Bulletin of the World Health Organization*,2002,80(2):134-146.
- [45] Narayan P K, Narayan S .Does Environmental Quality Influence Health Expenditures? Empirical Evidence from a Panel of Selected OECD Countries[J]. *Ecological Economics*, 2008 , 65:367 -374 .
- [46] Parker S W, Saenz J, Wong R. Health Insurance and the Aging: Evidence From the Seguro Popular Program in Mexico[J]. *Demography*, 2018,55(1):361-386.
- [47] Penchansky R, Thomas J W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 1981,19(2) : 127-140
- [48] Phelps C E, Newhouse J P. Coinsurance, The Price of Time, and the Demand for Medical Services[J]. *Review of Economics & Statistics*, 1974, 56(3):334-342.
- [49] Prinsze F J, van Vliet R C. Health-based risk adjustment: improving the pharmacy-based cost group model by adding diagnostic cost groups.[J]. *Inquiry*, 2007, 44(4):469-480.
- [50] Qian D, Pong R W, Yin A, et al. Determinants of health care demand in poor, rural China: the case of Gansu Province[J].*Health Policy and Planning*,2009,24:324-334.
- [51] Saegert S, Evans G W. Poverty, Housing Niches, and Health in the United States[J]. *Journal of Social Issues*. 2003,59(3):569-589.
- [52] Semba R D, Pee S D, Kraemer K, et al. Purchase of Drinking Water is associated with increased Child Morbidity and Mortality among Urban Slum-dwelling Families in Indonesia[J]. *International Journal of Hygiene & Environmental Health*, 2009, 212(4):387-397.
- [53] Shi W X, Chongsuvivatwong V, Geater A, et al. The Influence of the Rural Health Security Schemes on Health Utilization and Household Impoverishment in Rural China: Data from a Household Survey of Western and Central China[J].*International Journal for Equity in Health*,2010,9(1):1-11.
- [54] Steiner J F, Price D W, Chandramouli V, et al. Managed care for uninsured adults: the rise and fall of a university-based program.[J].*American Journal of Managed Care*, 2002,8(7):653-61.
- [55] Sun M, Shen J J, Li C, et al. Effects of China's New Rural Cooperative Medical Scheme on reducing medical impoverishment in rural Yanbian: An alternative approach[J]. *BMC Health Services Research*.2016,16(1):422-428.
- [56] Sun X Y, Jackson S, Carmichael G, et al. Catastrophic Medical Payment and Financial Protection in Rural China:Evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province[J]. *Health Economics*,2009,18(1):103-119.
- [57] Sun X Y, Sleigh A C,Carmichael G A, et al. Health Payment-induced Poverty under China's New Cooperative Medical Scheme in Rural Shandong[J].*Health Policy and Planning*,2010,25(5):1-8.

- [58] Tang S, Meng Q, Chen L, et al. Tackling the challenges to health equity in China[J]. *Lancet*, 2008, 372(9648):1493-1501.
- [59] Wagstaff A, Lindelow M, Gao J, et al. Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme[J]. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(1):1-19.
- [60] Wagstaff A, Lindelow M. Can Insurance Increase Financial Risk? The Curious Case of Health Insurance in China[J]. *Journal of Health Economics*, 2008, 27(4):990-1005.
- [61] Wirtz V J, Santaanatteliez Y, Servanmori E, et al. Heterogeneous effects of health insurance on out-of-pocket expenditure on medicines in Mexico[J]. *Value in Health*, 2012, 15(5): 593-603.
- [62] World Bank. *The Path to Integrated Insurance Systems in China*, Washington, D.C. The World Bank, 2010 (6).
- [63] Yang X W, Gao J M, Zhou Z L, et al. Assessing the Effects of the New Cooperative Medical Scheme on Alleviating the Health Payment-Induced Poverty in Shaanxi Province, China.[J]. *PLoS ONE*. 2016, 11(7):1-12.
- [64] Yip W, Hsiao W C. Non-Evidence-Based Policy: How Effective is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment?[J]. *Social Science and Medicine*, 2009, 68(2): 201-209.
- [65] Yu B, Meng Q, Collins C, et al. How does the New Cooperative Medical Scheme influence health service utilization? A study in two provinces in rural China[J]. *BMC Health Services Research*. 2010, 10(1):116-124.
- [66] 柏惠刘, 俞卫, 寇恩惠. 老年人社会照料和医疗服务使用的不均等性分析[J]. *中国人口科学*, 2012(3): 86-95.
- [67] 曾智, 陈雯, 夏英华, 等. 广州市户籍人口与流动人口就医行为差异及影响因素分析[J]. *中国卫生事业管理*. 2012, 29(6): 417-419+450.
- [68] 柴化敏. 中国城乡居民医疗服务需求与医疗保障的实证分析[J]. *世界经济文汇*, 2013(5):107-119.
- [69] 陈在余, 江玉, 李薇. 新农合对农村居民灾难性医疗支出的影响——基于全民覆盖背景分析[J]. *财经科学*, 2016(12):110-120.
- [70] 程令国, 张晔. “新农合”: 经济绩效还是健康绩效?[J]. *经济研究*, 2012(1):120-133.
- [71] 仇雨临, 吴伟. 城乡医疗保险制度整合发展: 现状、问题与展望[J]. *东岳论丛*, 2016, 37(10):30-36.
- [72] 仇雨临, 翟绍果, 郝佳. 城乡医疗保障的统筹发展研究: 理论、实证与对策[J]. *中国软科学*, 2011(4):75-87.
- [73] 仇雨临, 翟绍果. 我国医疗保障的制度转型与发展路径研究[J]. *人口与经济*, 2014(2):114-119.

- [74] 邓兴磊,陈燕武.“新医改”背景下我国城镇居民医疗保健支出行为研究[J].消费经济,2016,32(4):32-37+73.
- [75] 丁锦希,李晓婷,顾海.新型农村合作医疗制度对农户医疗负担的影响——基于江苏、安徽、陕西的调研数据[J].农业经济问题,2012(11):91-112.
- [76] 方黎明.新型农村合作医疗和农村医疗救助制度对农村贫困居民就医经济负担的影响[J].中国农村观察,2013(2):80-92.
- [77] 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.
- [78] 封进,宋铮.中国农村医疗保障制度:一项基于异质性个体决策行为的理论研究[J].经济学(季刊),2007,6(3):841-858.
- [79] 伏天伟.医疗费用分布及住院医疗保险费率研究——基于成都市基本医疗保险人群的实证研究[D].西南财经大学,2016.
- [80] 傅虹桥,袁东,雷晓燕.健康水平、医疗保险与事前道德风险——来自新农合的经验证据[J].经济学(季刊),2017(2):159-180.
- [81] 高洪洋,胡小平,王彦方.中国农村居民医疗保健支出的影响因素[J].财经科学,2016(2):82-92.
- [82] 宫习飞,于保荣,孟庆跃,等.新型农村合作医疗对灾难性卫生支出的影响研究[J].卫生经济研究,2009,9:27-29
- [83] 顾海,胡大洋,李佳佳.江苏省构建城乡医保统筹制度研究[J].江苏社会科学,2009(6):96-101.
- [84] 顾海,李佳佳,马超.我国城乡居民的医疗需求差异研究——基于 Oaxaca-Blinder 方法的回归分解[J].学海,2012(3):75-78.
- [85] 顾海,李佳佳.城乡医疗保障制度的统筹模式分析——基于福利效应视角[J].南京农业大学学报(社会科学版),2012,12(1):112-117.
- [86] 顾海,马超,吉黎.医疗领域的城乡差距与城乡不公正——以门诊患者为例[J].南京农业大学学报(社会科学版),2015,15(4):53-61.
- [87] 顾海,马超,李佳佳.医保统筹地区城乡医疗服务利用差异的因素分解[J].统计与信息论坛,2013a,28(6):89-94.
- [88] 顾海,张希兰,马超.城乡医疗保障制度的受益归属及政策含义[J].南京农业大学学报(社会科学版),2013b,13(1):88-94.
- [89] 顾卫兵,张东刚.城乡居民收入与医疗保健支出关系的实证分析[J].消费经济,2008(1):43-46.
- [90] 郭娜,朱大伟,Tor Iversen,等.新农合对灾难性卫生支出影响及公平性[J].中国公共卫生,2013,29(11):1584-1587.
- [91] 郝佳,仇雨临.城乡医疗保障一体化的群众意愿及影响因素研究[J].经济管理,2011(7):167-173.
- [92] 何桂香,丽扎·江阿别克,刘金宝.乌鲁木齐市城乡居民医保统筹整合前后比较分析[J].中国卫生经济,2017(11):20-23.

- [93] 何子英,邱越,郁建兴.“有管理的竞争”在破除医疗保险区域碎片化中的作用——德国经验及其对中国的借鉴[J].浙江社会科学,2017(12):82-87.
- [94] 侯明喜.统筹城乡医疗保险体制:重庆市的初步实践及发展路径[J].经济体制改革,2008(1):117-120.
- [95] 胡安宁.教育能否让我们更健康——基于2010年中国综合社会调查的城乡比较分析[J].中国社会科学,2014(5):116-130.
- [96] 胡宏伟,李杨,郑丽莎.统筹城乡基本医疗保险体系实现路径分析[J].社会保障研究,2012a(1):16-22
- [97] 胡宏伟,刘雅岚,张亚蓉.医疗保险、贫困与家庭医疗消费——基于面板固定效应 Tobit 模型的估计[J].山西财经大学学报,2012b(4):1-9.
- [98] 胡宏伟,曲艳华,高敏.医疗保险对家庭医疗消费水平影响的效应分析——兼论医疗保险与贫困的联合影响[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2013,43(4):20-27.
- [99] 胡宏伟.城镇居民医疗保险对卫生服务利用的影响——政策效应与稳健性检验[J].中南财经政法大学学报,2012(5):21-28.
- [100] 黄枫,吴纯杰.中国医疗保险对城镇老年人死亡率的影响[J].南开经济研究,2009(6):126-137.
- [101] 贾清萍,甘筱青.农村居民就医行为影响因素的实证分析[J].安徽农业科学,2010,38(11):5940-5942.
- [102] 江金启.新农合政策与农村居民就医地点选择的关系[J].中国人口.资源与环境,2014,24(S1):199-202.
- [103] 江治强.城乡困难家庭的医疗负担及其救助政策完善——基于“中国城乡困难家庭社会政策支持系统建设”项目调查数据的分析[J].社会保障研究,2018(4):48-55.
- [104] 姜明伦,于敏,李红.农民工健康贫困测量及影响因素分析——基于环境公平视角[J].农业经济与管理.2015(6):17-23.
- [105] 蒋远胜,宋青锋,韩诚.新型农村合作医疗中农户的逆向选择、寻医行为和住院决策——基于重庆市忠县的经验分析[J].农业经济问题,2009(3):52-57+111.
- [106] 焦克源,李魁.新型农村合作医疗制度补偿模式的分析、比较与选择——基于甘肃省的实践调研[J].农村经济,2010(8):75-79.
- [107] 解垚.医疗保险与城乡反贫困:1989-2006[J].财经研究,2008,34(12):68-83
- [108] 解垚.与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究[J].经济研究,2009(2):92-105.
- [109] 赖莎,高建民,杨晓玮,等.新医改背景下农村慢性病患者就医行为研究——基于陕西农村家庭健康询问调查数据的分析[J].中国卫生事业管理,2015(4):291-293+316.
- [110] 李华,徐英奇,高健.分级诊疗对家庭医疗经济负担的影响——基于基层首诊视角的实证检验[J].江西财经大学学报,2018(5):49-61.

- [111] 李建新,夏翠翠.我国城乡老年人口医疗服务可及性差异研究——基于 2011 年中国老年健康影响因素跟踪调查数据[J].中国卫生政策研究,2014,7(9):39-44.
- [112] 李湘君,王中华,林振平.新型农村合作医疗对农民就医行为及健康的影响——基于不同收入层次的分析[J].世界经济文汇,2012(3):58-75.
- [113] 李湘君.江苏农村居民就医行为影响因素分析[J].南京中医药大学学报(社会科学版),2013,14(1):40-43.
- [114] 李亚楠,陈在余,马爱霞.新型农村合作医疗制度对农民就医流向的影响——基于“中国健康与营养调查”数据的双重差分估计[J].湖南农业大学学报(社会科学版),2012,13(3):38-43.
- [115] 李燕凌,李立清.新型农村合作医疗卫生资源利用绩效研究——基于倾向得分匹配法(PSM)的实证分析[J].农业经济问题,2009,10:51-58.
- [116] 李迎生.中国普惠型社会福利制度的模式选择[J].中国人民大学学报,2014,5:52-61.
- [117] 李长远,张举国.城乡医疗保险制度整合对参保居民待遇水平的影响——基于三种典型整合模式的比较[J].求实,2016(2):75-82.
- [118] 李忠,李伯阳,吴悦,等.我国各省“两保合一”政策分析[J].中国卫生经济,2017,36(6):28-31.
- [119] 林相森,艾春荣.对中国医疗服务利用不平等问题的实证检验[J].中国人口科学,2009,3:86-95.
- [120] 刘昌平,汪连杰.社会经济地位对老年人健康状况的影响研究[J].中国人口科学,2017,5:40-50+127.
- [121] 刘昌平,赵洁.新农合制度的医疗服务可及性评价及其影响因素——基于 CHARLS 数据的实证分析[J].经济问题,2016(2):86-91.
- [122] 刘国恩,蔡春光,李林.中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析[J].经济研究,2011(3):95-107+118.
- [123] 刘国恩,蔡仁华,熊先军,等.中国城市医疗保险体制改革:论成本分担的公平性[J].经济学(季刊).2003,2(2):435-452.
- [124] 刘明霞,仇春涓.医疗保险对老年人群住院行为及负担的绩效评价——基于中国健康与养老追踪调查的实证[J].保险研究.2014(9):58-70.
- [125] 刘小鲁.中国城乡居民医疗保险与医疗服务利用水平的经验研究[J].世界经济,2017,3:169-192.
- [126] 刘晓婷.社会医疗保险对老年人健康水平的影响:基于浙江省的实证研究[J].社会,2014,34(2):193-214.
- [127] 卢洪友,刘丹.贫困地区农民真的从“新农合”中受益了吗[J].中国人口资源与环境.2016,26(2):68-75.
- [128] 马超,顾海,孙徐辉.医保统筹模式对城乡居民医疗服务利用和健康实质公平的影响——基于机会平等理论的分析[J].公共管理学报,2017,14(2):97-109.

- [129] 马超,宋泽,顾海.医保统筹对医疗服务公平利用的政策效果研究[J].中国人口科学,2016b(1):108-118.
- [130] 马超,赵广川,顾海.城乡医保一体化制度对农村居民就医行为的影响[J].统计研究,2016a,4:78-85.
- [131] 孟德锋,张兵,王翌秋.新型农村合作医疗保险对农民健康状况的影响分析——基于江苏农村居民的实证研究[J].上海金融,2011,(4):110-114.
- [132] 宁满秀,刘进.新型农村合作医疗制度对农户医疗负担的影响——基于供给者诱导需求视角的实证分析[J].公共管理学报.2014,11(3):59-69+141.
- [133] 牛建林,郑真真,张玲华,等.城市外来务工人员的工作和居住环境及其健康效应——以深圳为例[J].人口研究.2011(3):64-75.
- [134] 潘杰,雷晓燕,刘国恩.医疗保险促进健康吗?——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J].经济研究,2013(4):130-142+156.
- [135] 彭晓博,秦雪征.医疗保险会引发事前道德风险吗?理论分析与经验证据[J].经济学(季刊),2014(1):159-183.
- [136] 齐良书.新型农村合作医疗的减贫、增收和再分配效果研究[J].数量经济技术经济研究.2011,8:35-52.
- [137] 齐亚强,牛建林,威廉·梅森,唐纳德·特雷曼.我国人口流动中的健康选择机制研究[J].人口研究.2012,(1):102-112.
- [138] 秦立建,付云云.我国城乡居民医疗保险缴费意愿研究——基于城乡医疗保障一体化制度设计的分析[J].价格理论与实践,2014(7):95-97.
- [139] 秦立建,蒋中一.新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险合并研究[J].经济体制改革,2012(6):101-103.
- [140] 秦立建,苏春江.新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险两制衔接研究[M].经济科学出版社,2014:149.
- [141] 瞿婷婷,申曙光.参保机会、保障水平与医疗服务利用均等化——基于广东省A市的地区差异分析[J].财经研究,2013(7):96-109.
- [142] 任向英,王永茂.城镇化进程中新农合政策对农民就医行为的影响分析[J].财经科学,2015(3):121-130.
- [143] 任燕燕,阚兴旺,宋丹丹.逆向选择和道德风险:基于老年基本医疗保险市场的考察[J].上海财经大学学报,2014,16(4):54-63.
- [144] 盛钢,黄东平.构建城乡一体化的医疗保障体系[J].中国社会保障,2008(8):76-77.
- [145] 宋璐,左冬梅.农村老年人医疗支出及其影响因素的性别差异:以巢湖地区为例[J].中国农村经济,2010(5):74-85.

- [146] 谭晓婷,钟甫宁.新型农村合作医疗不同补偿模式的收入分配效应——基于江苏、安徽两省 30 县 1500 个农户的实证分析[J].中国农村经济,2010(3):87-96.
- [147] 唐昌敏,付晓,张霄艳,等.城乡居民医疗保险制度整合的必要性和可行路径分析[J].中国卫生经济,2016,35(5):38-40.
- [148] 唐齐鸣,项乐.中国居民医疗保健支出的影响因素及区域差异性研究[J].金融研究,2014(1):85-98.
- [149] 田庆丰,李小芳,李中琳.新型农村合作医疗的受益公平性研究[J].医学与哲学,2006(8):8-9.
- [150] 汪宏,Winnie Yip,张里程,等.中国农村合作医疗的受益公平性[J].中国卫生经济,2005(2):25-29.
- [151] 王丹华.“新农合”健康绩效及其作用机制研究——基于 CLHLS 数据[J].社会保障研究,2014(5):59-67.
- [152] 王甫勤.社会流动有助于降低健康不平等吗?[J].社会学研究,2011(2):78-101.
- [153] 王桂新,苏晓馨,文鸣.城市外来人口居住条件对其健康影响之考察——以上海为例[J].人口研究,2011(2):60-72.
- [154] 王海鹏,孟庆跃.应用匹配倍差法评估城镇居民医疗保险对医疗服务利用的影响[J].中国卫生经济,2013(6):8-10.
- [155] 王力男,丁玲玲,方欣叶,等.老年人消耗的医疗资源分析:基于上海市医疗机构数据[J].中国卫生经济,2018(4):61-66.
- [156] 王晓亚,黄德海,卜鹏滨.医疗保险的双重效应与居民医疗支出:作用机理及实证检验[J].当代经济科学,2018,40(5):1-11.
- [157] 王新军,郑超.医疗保险对老年人医疗支出与健康的影响[J].财经研究,2014,40(12):65-75.
- [158] 王翌秋,雷晓燕.中国农村老年人的医疗消费与健康状况:新农合带来的变化[J].南京农业大学学报(社会科学版),2011,11(2):33-40.
- [159] 王翌秋,张兵.农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析[J].中国农村经济,2009(2):77-85.
- [160] 王翌秋.谁从新型农村合作医疗制度中受益——兼论健康和医疗服务利用的公平性[J].农村经济,2012(2):84-88.
- [161] 王翌秋.新型农村合作医疗制度的公平与受益:对 760 户农民家庭调查[J].改革,2011(3):73-81.
- [162] 温忠麟,叶宝娟.中介效应分析:方法和模型发展[J].心理科学进展,2014(5):731-745.
- [163] 温忠麟,张雷,侯杰泰,等.中介效应检验程序及其应用[J].心理学报,2004(5):614-620.
- [164] 吴联灿,申曙光.新型农村合作医疗制度对农民健康影响的实证研究[J].保险研究,2010(6):60-68.
- [165] 谢明明,王美娇,熊先军.道德风险还是医疗需求释放?——医疗保险与医疗费用增长[J].保险研究,2016(1):102-112.
- [166] 谢宇.回归分析[M].2010 北京:社会科学文献出版社.
- [167] 谢泽宁,胡敏,陈文.基本医疗保险城乡统筹前后宁夏农村居民的就医选择及满意度分析[J].中国卫生资源,2017,20(4):308-312+335.

- [168] 辛怡.卫生服务可及性与农村居民健康不平等[J].农业技术经济,2012(8):105-112.
- [169] 熊跃根,黄静.我国城乡医疗服务利用的不平等研究——一项于 CHARLS 数据的实证分析[J].人口学刊,2016,38(6):662-676.
- [170] 徐冬林,陈永伟.环境质量对中国城镇居民健康支出的影响[J].中国人口·资源与环境,2010,20(4): 159-164.
- [171] 徐芳,刘伟.中国城镇居民医疗保健支出的增长机制研究[J].中国人口.资源与环境,2014,24,(3):239-243.
- [172] 许敏旋,左根永,贾莉英.我国部分地区城乡居民基本医疗保险制度比较[J].中国卫生事业管理,2017,11:824-825+869.
- [173] 杨红燕,阳义南.城乡居民医疗保险制度满意度研究——以湖北省鄂州市为例[J].中央财经大学学报,2017(8):113-120.
- [174] 杨默.中国农村收入、收入差距和健康[J].人口与经济,2011(1):76-81.
- [175] 姚瑶,刘斌,刘国恩,等.医疗保险、户籍制度与医疗服务利用——基于 CHARLS 数据的实证分析[J].保险研究,2014(6):105-116.
- [176] 姚瑶,刘国恩.健康与卫生服务利用的不平等:来自省级数据的证据[J].中国卫生经济,2018(2):62-65.
- [177] 姚兆余,张蕾.新型农村合作医疗制度模式对农民就医行为的影响——基于苏南三市的比较分析[J].南京农业大学学报(社会科学版).2013,13(1):95-102.
- [178] 姚兆余,张娜.农村居民就医行为及其影响因素的分析[J].南京农业大学学报,2007,7(3):12-17.
- [179] 叶春辉,封进,王晓润.收入、受教育水平和医疗消费:基于农户微观数据的分析[J].中国农村经济,2008(8):16-24.
- [180] 叶华,石爽.健康的教育梯度、城乡差异与影响机制[J].学术研究,2015(9):50-59.
- [181] 殷恭,金志强,沈洪,等.常熟市城乡统筹医疗保险体系的主要做法[J].中国卫生政策研究,2010,3(4):37-41.
- [182] 尹庆双,王薇,王鹏.我国农村居民的收入与健康状况循环效应分析——基于 CHNS 数据的实证分析[J].经济学家,2011(11):43-51.
- [183] 尹媛媛,郭小燕.公民健康权与基本医疗保险[J].统计与决策,2004(5):58-59.
- [184] 于大川.城镇居民医疗保险是否促进了医疗服务利用?——一项对制度运行效果的实证评估[J].金融经济研究,2015,3(5):117-128.
- [185] 于洗河,赵璐,李晓彤,等.城乡医保一体化下新型农村合作医疗住院患者费用流向实证分析[J].中国卫生经济,2016,35(4):31-33.
- [186] 俞林伟.居住条件、工作环境对新生代农民工健康的影响[J].浙江社会科学,2016(5):75-84.
- [187] 袁辉.我国新型农村合作医疗制度:公平与合作视角的分析[J].农业经济问题.2010(7):30-36.

- [188] 袁兆康,韩冰,廖小兵,等.新农合对健康产出公平性影响的四年连续追踪调查[J].中国卫生事业管理,2010(6):401-404.
- [189] 苑会娜.进城农民工的健康与收入——来自北京市农民工调查的证据[J].管理世界,2009(5):56-66.
- [190] 岳经纶,李晓燕.社区视角下的流动人口健康意识与健康服务利用——基于珠三角的研究[J].公共管理学报.2014 (4):125-135.
- [191] 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——基于安徽、江苏两省的调查[J].中国劳动经济学,2009,5(2):78-103.
- [192] 张广科. 新型农村合作医疗研究现状及展望[J]. 农业经济问题, 2010, 31(1):67-73.
- [193] 张哲元,陈华,李臻. 健康保险能改善健康吗——“新农合”的健康绩效评估[J]. 社会保障研究,2015(4): 28-35.
- [194] 赵广川,顾海,郭俊峰.社会经济地位变迁与医疗服务利用不平等[J].公共管理学报,2016,13(2):107-118+158.
- [195] 赵曼,吕国营.关于中国医疗保障制度改革的基本建议[J].中国行政管理, 2007b(7):17-20.
- [196] 赵曼,吕国营.社会医疗保险中的道德风险[M].北京:中国劳动社会保障出版社.2007a.
- [197] 赵艺菲,文卫勇,勾小星.我国新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险并轨问题研究[J].农业经济,2016(5):87-88.
- [198] 赵志刚,高启杰.农户医疗需求的约束因素分析——以京郊农村为例[J].中国农村观察,2006(3):32-39+81.
- [199] 赵忠,侯振刚.我国城镇居民的健康需求与Grossman模型——来自截面数据的证据[J].经济研究, 2005 (10):79-90.
- [200] 郑适,周海文,周永刚,等.“新农合”改善农村居民的身心健康了吗?——来自苏鲁皖豫四省的经验证据[J].中国软科学,2017b,1:139-149.
- [201] 郑适,周永刚,王志刚.农村居民对新农合的参与和支付意愿研究[J].南开经济研究.2017a(3):3-17.
- [202] 周凤秀,张建华.人口年龄结构对居民医疗保健支出影响的区域及城乡差异[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(10):48-50.
- [203] 周坚,申曙光.社会医疗保险政策对医疗服务需求影响效应的实证研究——基于广东省云浮市参保群体的分析[J].保险研究.2010(3):63-71.
- [204] 周钦,田森,潘杰.均等下的不公——城镇居民基本医疗保险受益公平性的理论与实证研究[J]. 经济研究, 2016(6):172-185.
- [205] 朱玲.政府与农村基本医疗保健保障制度选择[J].中国社会科学,2000(4):89-99.
- [206] 庄绪荣,张丽萍.失能老人养老状况分析[J].人口学刊,2016,38(3):47-57.

- [207] 邹红,刘亚平.异质性医疗保险、自费医疗支出与中老年人健康水平[J].财经科学,2016(6): 112-123.

致谢

感谢我的导师苏群教授，这篇文章的完成离不开苏老师的辛勤指导，在学术指导上，苏老师是严格而有计划的。作为跨专业的学生，入学第一年，几乎所有的时间都用在补修课程上，虽然着手写论文较晚，但是理论和方法的学习使得后面的论文写作少走了许多弯路。第二年，老师鼓励我在学习方法和文献积累的基础上动手实践，指导我完成了第一篇经济学范式的学术论文。从分析框架的构建到摘要引言的书写，老师拿着笔在论文上逐字逐句勾勾画画，细微之处连标点符号都帮我修改了无数个。博士论文的完成过程无疑是坎坷的，回想论文开题的日子，在逸夫楼的办公室与苏老师从午后讨论到夕阳西沉，余晖洒在桌上的场景历历在目。在我不知所措时，苏老师总是鼓励我放松心态，掌握好自己的节奏，有条不紊地完成自己的任务。在生活中，老师善良真诚，更像亲人和长辈，关心学生的健康，鼓励我们多去运动和看世界，每次与老师促膝长谈，都能受益匪浅。

在此，也要感谢我的硕士导师李静教授，李老师潇洒但严谨的风格使我对学术产生了兴趣，带我进入学术之门，犹记得李老师生病哑着嗓子打电话鼓励我读博，感谢老师那时的鼓励和支持。

我还要感谢经管院诸多老师的无私帮助和指导。博士入学上的第一课便是钟甫宁教授的专题课，那时跨专业的我并不懂农经，钟老师的课堂让我学会思考，从注重方法的工科思维逐渐转变为关注事物本质和原因。感谢朱晶教授在我几次的开题和预答辩中给予指导，使我的文章不断完善。感谢易福金教授、林光华教授、孙顶强副教授、胡浩教授、刘华教授、韩纪琴教授、应瑞瑶教授、何军教授等学院老师从论文开题到完成过程中给我提供的建议和帮助。也是在反复修改论文的过程中，我的学术水平才有了稍许的提高。学院老师低调谦虚、严谨务实的风格也深深的影响着我。

感谢苏师门的兄弟姐妹四年的陪伴，能够进入温馨团结的苏师门是我读博最大的幸运。感谢优秀而温暖的师兄师姐们对我的照顾、关怀和指点，感谢可爱热情的师弟师妹们，祝愿你们在校的时光丰富而有意义。尤其要感谢周春芳师姐在忙碌的工作和照顾家庭之余帮助我整理思路和修改文章，感谢刘明轩师姐带我们玩耍和认识世界，感谢陈杰师兄、吴奇峰师兄、李美玲和仲漫在生活上给予了我莫大的帮助。

感恩相识博士班级的同学们以及我的室友毛慧、唐淑芬、吴金红和李玲秀的陪伴，我们一起上课，一同考试和开题的日子虽辛苦，却是令我难忘的时光，感谢我的饭友祁玉雯在修改论文的日子与我互相相伴，学术之路因有同窗的陪伴而顺畅许多。

感谢刁先生，吸收了我所有的负能量，帮我排解学术上所有的不顺利，理解我的紧张和坏脾气。感谢我的爸爸妈妈们和哥哥姐姐们，一直给予我们最多的宠爱，无条件支持我们俩做的所有决定，虽然你们怕我压力大很少过问我学业的进展，但我能感受你们的关怀，每每想到拥有这些爱我的家人，我都觉得无比幸福和幸运。

十年的时光默然逝去，在这里遇到的一切都将成为我的宝贵财富。流年笑掷，未来可期，不负光阴，感谢相遇！

攻读学位期间发表的学术论文目录

- [1].常雪,苏群,周春芳.城乡医保统筹对居民健康的影响[J].中国人口科学, 2018,38(6):42-53.
- [2].常雪,苏群,周春芳.新农合补偿方案对农村中老年居民医疗负担的影响[J].农村经济,2019,3: 105-112.
- [3].常雪,苏群,周春芳.房价、住房支付能力与刑事犯罪——基于中国省级面板数据的实证分析[J].上海财经大学学报, 2018,20(1):72-86.
- [4].Chang Xue, Li Jing, Rodriguez Daniel & Su Qun. Agent-based simulation of pricing strategy for agri-products considering customer preference. International Journal of Production Research.2016,54(13): 3777-3795.