

硕士学位论文

医疗保险对中老年人健康与医疗支出 影响的实证研究

**RESEARCH ON THE IMPACT OF MEDICAL
INSURANCE ON HEALTH CONDITION AND
MEDICAL EXPENDITURE OF THE
MIDDLE-AGED AND ELDERLY PEOPLE**

王梦

哈尔滨工业大学

2018年6月

国内图书分类号：F062.9
国际图书分类号：338.4

学校代码：10213
密级：公开

经济学硕士学位论文

医疗保险对中老年人健康与医疗支出 影响的实证研究

硕士研究生：王梦
导师：黄成教授
申请学位：经济学硕士
学科：应用经济学
所在单位：深圳研究生院
答辩日期：2018年6月
授予学位单位：哈尔滨工业大学

Classified Index: F062.9

U.D.C: 338.4

Dissertation for the Master Degree in Economics

RESEARCH ON THE IMPACT OF MEDICAL INSURANCE ON HEALTH CONDITION AND MEDICAL EXPENDITURE OF THE MIDDLE-AGED AND ELDERLY PEOPLE

Candidate :

Wang Meng

Supervisor :

Prof. Huang Cheng

Academic Degree Applied for :

Master of Economics

Speciality :

Applied Economics

Affiliation :

Shenzhen Graduate School

Date of Defence :

June, 2018

Degree-Conferring-Institution :

Harbin Institute of Technology

摘要

我国人口老龄化快速发展，已进入“老年型国家”行列，由于中老年人的医疗卫生需求会显著高于其他群体，加强对中老年人健康状况及医疗卫生支出的研究能够提高国家医疗卫生制度的公平性，为政府相关部门制定医疗卫生政策提供依据。

本文主要目标是研究医疗保险对中老年人健康状况、医疗总支出、自付医疗支出和自付比例的影响，选择使用中国健康与养老追踪调查（CHARLS）数据库 2013-2015 年的面板数据，分别利用固定效应模型和随机效应模型分析，通过豪斯曼检验选择更可靠的模型。实证分析的结果证明各类医疗保险对中老年人健康状况和医疗负担的影响存在显著差异，但对自付医疗支出的影响则不甚明确。以未参加医疗保险为参照组，新型农村合作医疗显著促进了中老年群体的健康状况，同时增加了医疗总费用、降低了医疗自付比例；商业保险及其他对中老年群体的健康状况也有显著促进作用，并且能够显著增加医疗总费用、降低医疗费用的自付比例；与未参保相比，公费医疗对医疗自付比例存在明显的负向作用，对健康状况和医疗总费用也有促进作用但并不显著；城镇职工医疗保险对其覆盖群体的健康状况有较强的正向影响，也对医疗总支出产生了显著的正向影响，降低了医疗支出中自付的比例；而城镇居民医疗保险则对医疗自付比例有明显的降低作用。

本文进一步提出，为提高中老年人健康状况、改善中老年人医疗服务利用情况、降低中老年人的就医自付比例，政府相关的医疗卫生部门需要积极推动医疗保险体制改革，减小不同类型医疗保险的保障范围及保障水平差异，降低中老年人的医疗负担。并且，要继续扩大社会基本医疗保险制度的覆盖范围；改进基本医疗保险制度，缩减医疗保险制度之间的保障水平与范围的差异；布局基层医疗服务机构，促进医疗机构竞争，降低医疗负担；发展商业医疗保险，出台长期护理保险政策，建立与中国社会经济发展水平、群众健康需求及购买力水平相适应的更公平的社会基本医疗保险制度。

关键词：医疗保险；健康状况；医疗卫生支出；医疗自付比例

Abstract

Nowadays, China is currently in a period of rapid population aging. The medical and health needs of middle-aged and elderly people are significantly higher than that of the general population. And due to China's unique dual economic structure, there is a big gap between the urban and rural area in terms of medical conditions, and quality of medical services, so strengthening the research on the health and the use of medical service of middle-aged and elderly people is an important method of actively responding to aging.

In order to explore the impact of medical insurance on the health status and the medical burden of the middle-aged and the elderly people, the two phases of the 'China Health and Retirement Longitudinal Study', 2013-2015, are used to establish fixed-effect models and random-effect models, respectively, which is mean to select a more reliable model for analyzing the impact of different medical insurances including commercial health insurance on the health status, total health expenditure, self-paid health care expenditure, and the proportion of self-pay for people aged beyond 45 in China. The results of this study show that there are significant differences in the impact of different medical insurances on the health status of the elderly, total expenditure on health care, and the proportion of self-payment, but the impact on health care outlay is not significant. Taking the non-participated medical insurance as the reference group, the new rural cooperative medical care has significantly promoted the health status of the middle-aged and old-aged people. Also, the new rural cooperative medical care has significantly increased the total medical expenses and reduced the conceit ratio of medical expenses. Commercial insurance and other insurances for middle-aged and old people promotes the health status significant as well. Furthermore, commercial insurance and other insurances significantly increase the total cost of medical care and reduce the proportion of self-conceited medical expenses. Compared with non-insured, publicly-funded medical services significantly reduce the proportion of self-conceited medical expenses, as well as promoting the health status and reducing the total cost of medical services, which is not significant. Medical insurance for urban employees has a greater effect on the health status of middle-aged and older people. It significantly increases the total cost of health care and reduces the proportion of health care costs. However, urban residents' medical insurance significantly reduces the proportion of health care costs.

This paper proposes that in order to further improve the health status of the

middle-aged and the elderly, increase the use of medical services for the middle-aged and the elderly, and reduce the proportion of self-pay for the medical expenses of the middle-aged and the elderly people. In addition, the government has to promote the reform of the medical insurance system and reduce the number of different medical insurance systems. The difference between the demand for medical services and expenditures for medical care will reduce the medical burdens of the middle-aged and the elderly. At the same time, rationally allocating of medical institutions, improving the service system for primary medical institutions, optimizing the medical environment, and ensuring the adequacy of medical funds are necessary to place on the agenda. During the period of constantly improving China's social medical insurance system, the advantages of commercial insurance management and operation should be fully utilized, the service quality and degree of specialization of social insurance should be improved. Finally, mechanism of sharing together in risks among individuals, governments, and commercial insurance agencies should be achieved. Besides, a more equitable social insurance system, fitting well with economic development and people's consumption ability, should be established.

Keywords: health insurance, health, medical expenditure, medical burden

目 录

摘 要	I
ABSTRACT	II
目 录	IV
第 1 章 绪 论	1
1.1 课题背景及研究意义	1
1.2 文献研究评述	2
1.2.1 医疗保险对健康的影响	2
1.2.2 医疗保险对医疗支出的影响	4
1.3 研究思路及方法	6
1.4 研究的创新点与不足	9
第 2 章 医疗健康理论	11
2.1 GROSSMAN 模型	11
2.2 医疗保险的福利分析	13
2.3 ANDERSEN 医疗服务利用模型	13
2.4 本章小结	14
第 3 章 医疗健康发展现状	15
3.1 我国中老年人健康现状	15
3.2 医疗卫生支出现状分析	16
3.3 我国医疗保险现状分析	17
3.3.1 新型农村合作医疗发展现状	18
3.3.2 商业保险及其他保险发展现状	19
3.3.3 公费医疗发展现状	20
3.3.4 城镇职工医疗保险发展现状	20
3.3.5 城镇居民医疗保险发展现状	21
3.4 本章小结	21
第 4 章 医疗保险对健康和医疗支出影响的实证分析	22
4.1 数据选取与计量模型设定	22

4.2 变量选取	23
4.2.1 因变量	23
4.2.2 自变量	24
4.3 描述性统计分析	25
4.4 实证结果与分析	29
4.4.1 医疗保险与健康状况实证分析	29
4.4.2 医疗保险与医疗支出实证分析	34
4.4.3 医疗保险与自付比例实证分析	39
4.5 实证结果的政策建议	42
4.6 本章小结	43
结 论	44
参考文献	46
哈尔滨工业大学学位论文原创性声明和使用权限	51
致 谢	52

第1章 绪论

1.1 课题背景及研究意义

我国开始推行改革开放之后，社会经济实现飞速增长，但在最基本的民生方面，即教育、医疗卫生、就业服务、社会福利等，不同群体间的差异却逐渐显现甚至有不断扩大的趋势。其中，健康作为整个人类发展的基础，健康方面的问题关系到人力资本能否存续而受到极大关注，看病难、医疗服务资源有限、药品价格居高不下等问题始终困扰着社会大众。中国在改善和促进人民群众健康方面付出了诸多努力，并取得巨大进步。目前已经建立起覆盖不同地区、不同人群的多种医疗保障制度，全方位为参保民众提供基础医疗服务，配合丰富多样的商业医疗保险，保障社会大众对医疗卫生服务利用的可及性。

中国现行的医疗保险制度包括社会基本医疗保险及商业保险。医疗保险中的基本医疗保险，是为补偿社会大众因疾病等原因造成的财务损失而建立的一项社会基本保障制度。通过国家政府补贴、用人单位与个人缴费，成立医保基金，医保受众在患病就诊后，由医保机构对参保人补贴一定的医疗卫生支出费用。社会各界的成员聚集经济力量来建立并实施社会医疗保险制度，再加上政府相关部门的政策支持与资金支持，能够使非健康人群从政府及社会组织获得必要的帮助，减轻医疗负担，防止出现患病群体为治疗疾病而承担巨大的财务风险的情况^[1]。商业医疗保险同样也是我国医疗保障体系的一部分，指由非政府部门的社会保险公司经营，具有赢利性的非基础医疗保障。按照保险公司的不同合约，商业医疗保险消费者按一定期限交纳约定金额的保险费用，身患重大疾病时，保险公司将赔付一定数额的医疗支出费用。单位和个人可自愿参加商业医疗保险，国家鼓励用人单位及居民参保，作为基本医疗保险的有力补充。

中国的社会医疗保险体系包含覆盖不同人群的各类医疗保险制度，以全民覆盖基本医疗保险为基础，具体细分为覆盖农村居民的新型农村合作医疗，针对城镇职工和居民的城镇居民医疗保险和城镇职工医疗保险，以及保障部分国家公职人员的公费医疗等。在过去的十几年中，中国社会基本医疗保障体系的覆盖范围在持续扩张，然而社会医疗保险覆盖面的扩大却不一定等同国民健康水平的全面提升。从经济学角度来探讨人口健康状况与可观测到的

经济社会变量之间的关联，还有决定医疗卫生支出费用的经济社会因素，都是需要特别关注的。我国各级政府投入大量财政资金合力建设全民覆盖的基本医疗保障体系，在未来将有更多的财政资金投入社会基本医疗保险制度的发展中，因此其具体实施效果需要进行实证的研究。

近年来，世界各国在推进医疗卫生体系改革时，主要的政策目标就是使全国民众均可被医疗保险覆盖，但达成全民覆盖医疗保险的目标耗资巨大，将给各国政府带来很大的财政压力，医疗保险制度消耗如此巨额的支出能否提高群众的健康水平引起全球经济学家的探讨与争论。随着我国政府在医疗卫生方面的持续投入，群众的健康水平有所改善，整个国家人口的平均寿命也在逐年提升。因而，中国已经步入“老年型国家”行列，老龄人口的快速增加将显著影响国民健康状况和医疗卫生服务需求，从而对医疗卫生支出产生影响，给现行的医疗卫生体系带来巨大挑战。中老年人作为有较多医疗卫生服务需求的社会弱势群体，享受不同保险的福利政策，但各类型保险的缴费标准、保障水平差异较大，医疗保障范围、费用报销比例等方面存在明显差距，严重影响医疗卫生服务使用和健康状况提升^[2]。

研究我国城乡中老年人的健康状况和医疗服务利用情况，探讨医疗保险与中老年人群的健康状况与医疗卫生支出和医疗负担之间的关系，并进一步讨论不同类型医疗保险对上述问题的影响水平差异，可以给政府相关部门制定医疗卫生政策提供实证数据支持。

1.2 文献研究评述

推行和实施医疗保险制度可以减控民众的医疗卫生费用负担，实现基本医保全民覆盖，进一步提升医疗卫生服务的可及性与公平性。关于医疗保险制度的研究，从制度最初的出现到目前的使用，受到许多专家及学者的重视，在其发展过程中，国内外学者做了大量理论及实证研究。尤其是中国特色社会主义医疗保险制度的特殊性，学者们对其效用和影响也展开了许多讨论，但是对医疗保险影响差异的研究中也存在大量分歧和争议，对中国各类型的医疗保险的研究是相对不充分的。

1.2.1 医疗保险对健康的影响

健康是全世界人民最根本的需求和毕生追求的目标之一，如何获得健康已成为社会大众重点关注的问题，并且，也受到了研究人员的重视。Wagstaff (2007) 对越南家庭的相关研究说明，不论是在无保险的家庭或有保险的家

庭中，健康带来的冲击均会对家庭成员产生较大影响，遭受健康冲击将使家庭饮食支出减少，但房屋等方面的支出增多，长此以往，家庭成员的健康状况会下降，因而，健康对整个家庭的影响十分巨大^{[3]95}。

医疗保险能够分摊群众患病时的风险，许多研究已表明，医疗保险覆盖范围的扩大对降低病患的医疗负担和促进医疗卫生服务的利用有积极影响^[4]，而使用医疗卫生服务的目的是获得健康，所以医疗保险实则是为了维护和提高居民健康状况^[5]。我国社会医疗保险在已基本接近全民参保，但医疗保险覆盖面对居民健康水平的影响却引起较多讨论。部分学者证明，医疗保险有利于提高其覆盖的群体的健康水平^[6-8]；还有部分学者认为医疗保险的覆盖范围扩大并不一定能提高健康水平^[9, 10]，相较于众多影响健康的因素，例如：基因、生活环境和家庭收入，医疗卫生服务对健康的影响相对较低，伴随边际效应递减，甚至会产生有害影响^[11-13]。所以医疗保险实际上能否对健康状况产生有效的促进作用还需要大规模的随机性研究^[14, 15]。

国外学者对医疗保险与健康的关系进行了多层次的研究。Levy 等人（2016）研究发现美国健康保险对健康的因果效用并不明显，还需经过大量社会实验的验证^[16]。Polsky 等人（2009）研究得出老年人加入美国健康保险计划，提升了其健康状况变好的概率^[17]。Card 等人（2008）预测随着大多数人拥有医疗保险，医保特征在 65 岁时会发生变化，通过不连续回归的方法，认为医保没有明显降低老年人死亡率，因为 65 岁及以上老年人的死亡率没有出现大幅度的改变^[18]。Finkelstein 和 McKnight（2008）通过研究老年健康保险计划在美国不同地区落实的特点，发现该计划在刚建立的 10 年中对死亡率无显著影响^[19]。Hadley（2003）则谨慎提出，由于缺乏具有权威性的研究支持，需要对大量的研究结果进行总结归纳，进而得出结论^[20]。此外，学术界也存在许多关于美国老年医疗保险（Medicare）的研究。Card 等人（2009）使用断点回归设计的方法研究美国老年医疗保险对 65 岁急诊入院老年人健康状况的影响，结论指出美国老年医疗保险对其 7 日内的死亡数有显著的降低作用^{[6]597}。Manning 等人（1987）对 1971 年开始的 RAND 医疗保险实验进行研究，采用设置实验组和对照组的方法，将不同类型的医疗保险项目随机分配给不同个体，研究不同类型的医保对样本健康状况和医疗卫生服务利用的影响，并且该实验中所有的样本都被不同的医疗保险覆盖，因而不是对有无参保的影响的研究^[21]。

国内对医疗保险与健康状况相关关系的研究并不多，主要研究群体集中在农村居民和中老年人群。黄晓宁和李勇（2016）使用 CHNS 面板数据，通

过 OLS 及 Logit 模型分析发现，新型农村合作医疗增强了农村居民日常活动能力，提高了其健康水平^[22]。而 Lei 和 Lin (2009)、Chen 等人 (2012)、吴联灿和申曙光 (2010) 考虑到参合群体和未参合群体的异质性特征，选择采用倍差法和趋势得分法相结合的方法评估我国新农合的实施效果，并考察新农合对中国农村居民健康状况的影响^[23-25]。其中，吴联灿和申曙光 (2010) 研究得出新农合对居民自评健康状况存在正影响，但影响有限^[25]，其他两组均没有发现新型农村合作医疗显著提高了参保农民的健康^[23, 24]。Wang 等人 (2009) 通过进行实验，研究发现农村互助医疗保险 (RMHC) 显著提高了农民的健康水平，对 55 岁以上中老年人的日常生活能力有显著的正向影响^[26]。陈华和邓佩云 (2016) 使用中国健康营养调查 (CHNS) 2009-2011 年的数据，分别使用长、短期健康指标对城镇职工基本医疗保险的影响进行实证研究，发现参加城职保对参保者的短期健康状况有一定正向影响，并可显著提升参保人群的长期健康状况^[27]。叶文君和李勇 (2016) 通过中国健康与养老追踪调查 (CHARLS) 2013 年数据，建立有序 Logit 模型来探讨城居保对中老年人健康状况的效应，发现样本中城居保覆盖人群的健康状态比未覆盖人群要差，考虑到逆向选择和道德风险的影响，应深入改进城居保制度^[28]。此外，黄枫和吴纯杰 (2009)、黄枫和甘犁 (2010) 表明有无医疗保险对城镇老人健康状况的影响存在差异，均发现参与医疗保险降低了参保老人的死亡率，提升了其健康水平^[29, 30]。朱昕婷和徐怀伏 (2016) 利用 CHARLS 2011-2013 年的数据，实证分析发现不同类型医疗保险对老年人健康状况的影响均存在一定程度的差异^[31]。

1.2.2 医疗保险对医疗支出的影响

关于医疗保险对医疗卫生支出的影响也众说纷纭，有学者认为医疗保险降低了个人就医所需支付的费用，将使大众的医疗卫生服务需求得以释放，进而促进医疗卫生服务的利用；另外一部分学者则认为，医疗保险将给参保群体带来更优质、更低价的医疗卫生服务，人们会及早治疗身体上的小毛病，健康状况将随之变好，在长期来看，医疗卫生支出不会上升，反而可能会降低^[32-35]。另外，有研究人员将研究医疗保险对医疗支出影响的课题扩展到福利、收入分配、经济增长等更广泛的范围^[36-38]。

在国外学者的研究中，通过 Rand 实验的研究发现，民众的医疗卫生服务利用情况会因参加医疗保险有所增加，从而提高了医疗卫生支出；进一步研究表明，若提高医疗保险的共付比例，会对医疗卫生服务使用情况有负向

影响，显著降低了医疗卫生支出^[39]。Kananurak (2014) 分析发现泰国退休老人的医疗保险与真实的医疗服务利用情况存在较大不同，医疗卫生服务利用情况与真实医疗卫生支出也存在一定程度的差异^[40]。Biro (2014) 通过研究发现社会医保全民覆盖后，商业医疗保险不仅提升了 50 岁及以上中老年人医疗卫生服务的利用情况，也显著降低了中老年人的自付医疗支出，减轻研究对象及其家庭的医疗负担^[41]。此外，Kalenscher (2014) 独辟蹊径从决策的角度分析了欠发达国家的医疗保险发展状况^[42]。Wagstaff 等人 (2007) 通过使用 2003-2005 年 12 省的面板数据，分析发现中国新农合制度对参合者自付医疗支出无显著影响，考虑到是由于新农合保障范围和报销水平相对较弱^{[3]95}。

国内学者针对医疗保险与医疗支出之间关系的研究也存在分歧。王新军、郑超 (2014) 建立模型分析发现，参加中国基本医疗保险制度影响了老年人的医疗服务使用情况，使得就医概率明显增加，同时老年人自付医疗支出也显著降低^[43]。陈璐、范红丽 (2015) 使用中国家庭营养健康调查 2004-2009 年的面板数据，分析发现新型农村合作医疗对农民的医疗卫生服务利用情况有显著的积极影响，而且新农合确实减轻了农村居民的医疗负担^[44]。周蕾 (2015) 的研究表明基本医疗保险无法满足大众全部的医疗卫生需求，而推进大病医保可以在适度分担参保者的患重大疾病时的财务风险，除政府医疗卫生部门之外的商业保险公司应充分发挥自身网点密集和管理灵活的优势，积极推进运作大病医疗保险^[45]。沈政和李军 (2015) 利用调研我国农民工的实际数据来研究其医疗卫生服务利用情况，分析得出医疗保险对农民工的医疗服务利用有明显的促进作用，在具体的医保类型中，城镇医疗保险减轻了样本的医疗负担，而新农合没有对其产生显著影响^[46]。刘国恩、蔡春光和李林 (2011) 通过建立两部模型 (two-part model)，使用 CLHLS 2005 年数据，探究发现社会医疗保险的影响主要表现在提高了 65 岁及以上老年人的医疗服务利用情况，并且基本医疗保险也明显减轻了老年人的医疗负担，其中城镇职工医疗保险和公费医疗的影响最为明显^[47]。胡宏伟、张小燕和赵英丽 (2012) 则通过倾向得分匹配法 (PSM)，研究结果表明基本医疗保险能促进老年人对医疗服务的使用，对老年人的医疗卫生服务利用情况有显著的积极影响^[48]。

此外，有一部分学者研究了除医疗保险外其他个人特征因素对医疗支出的影响，如：性别、年龄、教育水平、城乡户口和婚姻状况等。Mocan 等人 (2004) 使用中国 6000 余户城镇家庭的调查数据来研究影响医疗服务利用情

况的因素，通过建立两部模型和离散因子模型，分析家庭经济因素、个人基本信息、家庭成员特征等因素对医疗卫生支出的影响^[49]。林相森和舒元（2007）发现，不论在农村还是城镇，年龄、教育水平均会对居民的医疗支出水平产生显著的积极影响，不过影响比较有限^[50]。宋璐和左冬梅（2010）发现农村 60 岁以上老人的医疗卫生支出水平中有着明显的性别差别，更多农村老年女性存在医疗支出，但其支付水平较低^[51]。顾海等人（2012）研究婚姻状况的影响，已婚农村居民有着高于单身农民的医疗卫生支出，但个人婚姻状况并不影响城市居民的医疗卫生支出^[52]。柴化敏（2013）分析认为，社会基本医疗保险实际上对 45 岁以上中老年人群的就医行为有明显积极影响，显著提高了总医疗支出，且在农村地区的医保政策效应更为明显^[53]。当然，姚瑶等人（2014）认为医疗保险将对城镇和农村居民的就医行为带来显著正向影响，而且可能显著减少患者住院支出及自我治疗支出的自付比例^[54]。

1.3 研究思路及方法

本文的理论框架受 Becker 模型、Grossman 模型与 Andersen 模型启发，使用中国健康与养老追踪调查（CHARLS）数据库 2013-2015 年两期的面板数据，利用固定效应模型及随机效应模型来分析不同类型医疗保险对我国 45 岁以上中老年人健康状况、医疗总支出、自付支出和自付比例的影响，旨在研究各类医疗保障制度在提升中老年人健康状况，促进中老年人医疗服务利用情况，还有减轻中老年人医疗负担的影响差异。研究内容如下：

(1) 介绍文章的研究背景和目的、研究思路以及研究方法，通过充分阅读浏览国内外文献，围绕本文研究内容对相关文献进行分层次论述，分析不同学者的研究思路及使用实证模型的特点；再次，对论文的研究框架、研究内容以及研究的创新点与不足进行阐述。

(2) 阐述本文研究的理论基础，介绍健康经济学经典理论：Becker 与 Grossman 模型，以及 Andersen 模型。

(3) 从宏观角度分析我国中老年人的健康状况，探讨中国医疗支出状况的变化情况。此外，研究目前现有的不同几类医疗保险的发展现状，包括所覆盖群体的医疗服务利用和医疗支出情况。

(4) 实证分析。本文采用 CHARLS 数据库 2013-2015 年两期面板数据，通过固定效应模型和随机效应模型分别进行研究，通过豪斯曼（Hausman）检验，选择更可靠的模型来分析不参加医疗保险与参加各类医疗保险对我国

中老年人健康及医疗支出情况的影响差异，并得到显著性检验结果。

(5) 研究结论。本文就医疗保险对中老年人健康状况及医疗支出影响的实证研究结果进行了分析和总结，并给出合理的解释，进而从中得出了能够为政策制定者、投资者提供参考的分析结论。

本文旨在分析不同医疗保障对我国 45 岁以上中老年人健康状况、医疗卫生支出和自付比例的影响，主要研究以下几个要点：第一，各类医疗保险对研究对象中老年人的健康状况产生的作用；第二，各类医疗保险对中老年人医疗卫生支出的作用，包括对医疗总支出、医疗自付支出的作用差异以及对医疗自付比例的作用。本文研究技术路线图如图 1-1 所示：

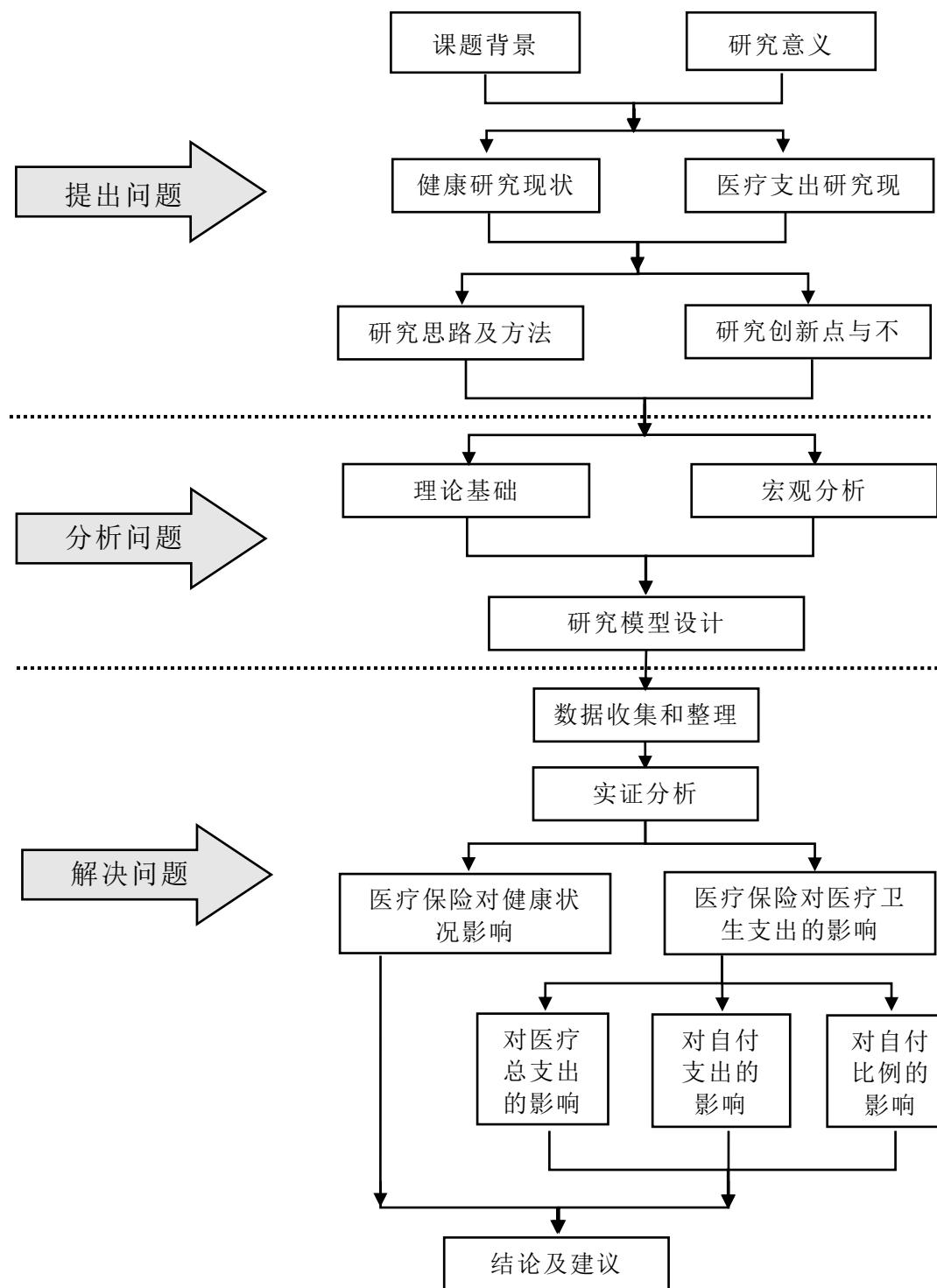


图 1-1 研究技术路线图

1.4 研究的创新点与不足

针对医疗保险效用的相关问题，国内外学者和专家都展开了大量的分析探讨，提出各种看法和意见。对现有的关于我国医疗保险运行现状及保障水平差异的文献进行梳理，可以发现：

第一，以往研究的实证评估部分使用截面数据较多，无法克服样本的内生性偏差，缺乏科学的微观数据支撑。本文采用中国健康与养老追踪（CHARLS）数据库 2013-2015 年两期面板数据，2015 年相关数据是目前 CHARLS 数据库最新更新的统计调查结果，具有时效性，且采用两期面板数据，追踪固定人群在此期间健康状况、医疗总支出及医疗自付支出的变化，在一定程度上克服样本的选择性偏差和异质性因素。在分析医疗保险与中老年人健康状况、医疗费用和自付比例的过程中，分别采用固定效应模型及随机效应模型，利用豪斯曼检验选择更合理的解释模型，得到随个体变化但不随时间变化的结果。

第二，前人研究内容涉及医疗保险对健康状况的影响的分析相对较少。本文探讨医疗保险制度由于保障水平的差异是否有效提高了样本的健康状况，现有文献对医疗保险影响健康状况的研究大多还未进行有效数据的实证研究，仅进行了理论分析。本文选择 CHARLS 数据库中健康变量的主观性指标和客观性指标，通过计量经济学的计量模型和方法展开分析，研究各种类型医疗保险对中老年人健康状况影响的不同。

第三，现有文献偏向于将未参与医疗保险和参与医疗保险的个体进行对照，往往集中于分析具体某一类医疗保险对样本医疗服务需求等的影响，而当前社会医疗保险基本辐射全国，分析各类型医疗保险对样本的影响差异是十分有必要的，能够为相关部门的政策制定提供理论和数据支持。本文以未参加医疗保险的个体为对照组，以目前中国社会主流的五大类保险覆盖的个体作为实验组，探讨各类型保险因覆盖比例、保障水平的差别对中老年人健康状况、医疗总支出、自付支出及自付比例的效用差异。

本文的不足主要在进行实证研究时，由于 CHARLS 数据库内样本的限制，以至于未参加医疗保险的样本和参加各类型医疗保险的样本数量分布不均衡。其中样本量最多的是新型农村合作医疗，占总体比例高达 69%，而城镇职工医疗保险样本占总体比例 12% 左右，城镇居民医疗保险样本占主体达 5.2%，商业保险及其他占比约 5%，而公费医疗的样本量最少，仅占比 2.5% 左右，此外，未参保任何保险的个体则占总体的 6% 以上。样本分布情况的

较大差异可能导致部分样本量较少的医疗保险适用性不强，这是文章得出结论时需要考虑的情况。

本文使用的数据是 CHARLS 2013-2015 年两期面板数据，由于调查问卷中问题统计口径的差异，导致数据可能与真实情况有差距。本文在分析医疗保险对中老年人医疗卫生总支出和医疗自付支出的效用时，计算个体的医疗总支出及自付支出方面，使用的数据为过去一年住院治疗费用与门诊治疗费用之和。CHARLS 数据库 2015 年的调研问卷中包含了过去一年全部的住院治疗费用和门诊治疗费用，能够直接计算出医疗卫生总支出和医疗自付支出；但 2013 年数据库的调查问卷中，包含的是过去一年的住院治疗费用与过去一个月的门诊治疗费用。本文在计算时为将统计口径一致，以最近一个月的门诊治疗费用的 12 倍与过去一年住院治疗费用之和作为过去一年的医疗总支出及医疗自付支出。这一操作可能导致使用数据与中老年人真实医疗支出有出入。另外，本文使用面板数据在一定程度上规避样本的选择性偏差和异质性因素，但却无法避免商业医疗保险的内生性偏误。我国社会医疗保险基本全面覆盖，只有新农合和城居保是自愿参与，且覆盖人群不能自主选择保障水平，但商业保险的投保个体可自主选择保障额度和保障水平，将会存在部分内生性误差。

本文在分析中老年医疗卫生支出和医疗自付比例方面，对中老年人患病情况考虑不充分，要深入了解中老年人健康水平的变化以及患病类型的微观数据；同时，本文没有考虑到医疗卫生价格的因素，医疗支出的价格弹性可能导致医疗总支出及医疗自付支出被医疗卫生的价格所影响。

第2章 医疗健康理论

居民对医疗卫生服务的需求实际上是源自对健康资本的需求，在经济学定义里医疗卫生需求也被视作是对健康的引致需求。健康与医疗卫生其实是相互联系但却完全不同的两个概念。虽然个体不能直接获得健康资本，但人们可以利用看诊、服药、手术治疗等医疗手段，配合健康良好的生活习惯，将对改善居民的健康状况有促进作用^[55, 56]。因此，研究医疗卫生服务需求对研究健康需求具有很大价值。

医疗卫生服务中，消费者往往无法准确跟踪了解其患病情况；这种不确定性使人们如果身患疾病，往往不能明确知晓各种治疗方案的预期效果以及医疗卫生支出费用的金额，这是医疗卫生服务市场上的一个突出的特征。很多时候伴随着后续疾病发展可能会产生巨额医疗支出，对其正常生活造成毁灭性影响；并且患病将存在进一步降低其获得货币收入能力的可能。而医疗保险就是为应对患病的不确定性，在疾病出现时补贴医疗支出费用，分担个体患病后随之出现的财务风险，解决上述问题。因而，医疗保险利用情况的研究对改善民众医疗卫生服务的使用有重要影响。

2.1 Grossman 模型

Grossman (1972) 健康需求模型最大的特点是区别了健康和其他人力资本的不同，即个体通过接受教育可提高其劳动效率^[57]，而健康提高个人效用则是通过提升个人工作总时长，该模型的特点把健康视作随年龄增长而折旧的资本存量；还提出了个体对医疗卫生服务的需求实际上是为了获得健康资本而引出的需求，个体的健康资本折旧率会在达到一定年龄之后有所提高，因而人在医疗卫生服务方面的需求会随着年龄增长而增加。个体是在收入约束和时间约束下做出效用最大化决策，Grossman 模型考虑到个人在某个时点的选择，不仅会影响到现在的效用，还会影响到未来的效用^[58]。

Grossman 将个体需要获得健康的原因归纳为两方面：一是消费利益，健康作为一种消费品，影响个人消费的效用函数；二是投资利益，健康可被视为一种投资品，决定个人能够从事各类活动的总时间。

Grossman 模型的基础，即消费者一生的效用函数如下：

$$U = U(\varphi_0 H_0, \dots, \varphi_n H_n, Z_n, \dots, Z_n) \quad (2-1)$$

φ_i 为每一单位健康存量对应的健康收益天数; H_0 代表个人刚刚诞生时的健康资本存量; H_i 代表个人第 i 期的健康资本存量; $h_i = \varphi_i H_i$ 代表个人在第 i 期的总共的健康时间; Z_i 代表个人在第 i 期拥有的其他商品; n 是个体的生命年限。

个人在第 i 期的健康存量达到最小值, 即当 $H_i = H_{min}$ 时, 生命将结束, 因而 n 是个人可选择的变量。

健康资本存量的净投资, 具体可理解为上一期的健康投资与经过折旧的上期健康存量余额之和等于个人在新一期的健康资本存量:

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_i H_i \quad (2-2)$$

I_i 为第 i 期的毛投资; δ_i 为第 i 期健康资本的折旧率(模型假设折旧率是由外在因素决定, 但是可能会随个人的年龄而变动)。

至于以家庭生产函数来表示个人生产健康与其他消费品的方式, 表示如下:

$$I_i = I_i(M_i, Th_i; E_i) \quad (2-3)$$

$$Z_i = Z_i(X_i, T_i; E_i) \quad (2-4)$$

M_i 代表个人从市场购买的卫生服务, 即生产健康所需投入的要素; X_i 代表个人生产消费品 Z 所需投入的要素; Th_i 是个人投资健康所花费时间; T_i 是生产消费品 Z 所需时间要素; E_i 代表人力资本存量。

式(2-3)代表, 个人投入一定时间并从市场购买医疗卫生服务来生产健康, 而此生产健康的效率会被不断改变的人资存量影响。式(2-4)表示意义与式(2-3)相仿。

财富约束条件公式为:

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i T_w i}{(1+r)^i} + A_0 \quad (2-5)$$

时间约束条件公式为:

$$T_w i + Th_i + T_l i + T_i = \Omega \quad (2-6)$$

P_i 为消费医疗服务的价格, V_i 是消费其他商品的价格, r 是当前的利率, W_i 为个人的工资率, 假设是外部因素决定的。 $T_w i$ 是个人的工作时间, A_0 为非薪资收入, $T_l i$ 代表个人患病的时间, Ω 则为个人的总时间。式(2-5)代表, 个体花在消费医疗服务和消费其他商品上的费用不能大于总收入的现值。式(2-6)代表, 用于工作生产、健康投资等的时间不能大于个体总的时间。

Grossman 模型中, 一般医疗卫生服务需求模型如下:

$$M(t) = (H(t), W(t), P(t), A(t), E(t), X(t)) \quad (2-7)$$

$M(t)$ 为 t 时的设施利用率或医疗支出（指代医疗服务需求）； $H(t)$ 代表 t 时的健康状况； $P(t)$ 代表 t 时的医疗卫生服务利用的价格； $W(t)$ 为工资率； $A(t)$ 指年龄； $E(t)$ 指教育水平； $X(t)$ 为其他的环境影响变量。

同时，健康水平 $H(t)$ 也受个人年龄、收入、医疗卫生服务的价格、受教育水平等因素影响：

$$H(t) = (W(t), P(t), A(t), E(t), X(t)) \quad (2-8)$$

综合考虑公式 (2-8) 与 (2-7)，能够推论出最终模型来探讨影响医疗卫生服务支出费用的各类因素。

2.2 医疗保险的福利分析

(1) 风险规避价值 根据期望效用理论，假设个体效用随着收入和财富递增，且收入与财富带来的边际效用递减。当面临不确定的疾病可能带来不确定的医疗支出，给自身造成较大财务风险时，购买医疗保险可以避免个体效用受损，提高个体福利水平。

(2) 医疗保险的价格效应 医疗保险在一定程度上降低了医疗服务价格，除非个体对医疗服务需求无价格弹性，否则都会增加对医疗卫生服务的需求，然而医疗卫生服务的边际成本超过患者的边际支付意愿，造成了资源浪费。医疗服务市场的结构也造成了医疗保险的福利损失。医疗卫生服务价格因医疗保险的存在而降低，进而造成市场上整体医疗卫生服务需求的增加，如果考虑到向上倾斜的供给曲线，相对应的总医疗卫生服务价格和数量都会提升，接着刺激对医疗保险更大的需求。对整个市场来说，医疗保险需求与医疗卫生服务价格相互影响，是一个交错上升的循环过程。

(3) 医疗保险的收入效应 个体在参与医疗保险和不参与医疗保险的情况下，其对医疗卫生服务的需求变化是截然不同的。医疗保险提供就医费用的报销，参保者实则相当于得到一笔转移收入，对医疗卫生服务的支付意愿上升。若未考虑到转移收入带来的支付意愿增加，也会使得过分估计道德风险带来的效率损失。

2.3 Andersen 医疗服务利用模型

Andersen (1974) 对个体医疗服务利用的可及性情况进行讨论，分别对医保政策条款、医疗卫生服务利用情况、医疗卫生服务体系、个人的风险偏

好、医疗服务消费满意程度以上几个维度进行分析，提出了医疗卫生服务相关的影响因素分析理论。该模型主要根据医疗卫生服务利用的理论框架，挖掘对人们使用医疗卫生服务产生积极和消极影响的因素，研究医疗卫生服务的可及性情况。在该理论中，对人们使用医疗卫生服务产生影响的几类因素主要包括倾向因素、使能因素以及需求因素^[59]。

医疗卫生服务利用的倾向因素（predisposing）中的解释变量分为人口特征、社会结构层次特征还有健康观念。这三类解释变量中的人口特征变量指的是年龄、性别、户口等。社会结构层次变量一般指教育、职业、种族、人脉资源等。健康观念是代表个人对健康相关服务及概念的态度和认知程度。

使能因素（enabling）是保证人们可以得到医疗卫生服务的必要因素，分为个体资源、家庭资源和社区资源。首先，在人们的住所能否近距离获得医疗卫生服务；并且到达医疗服务地点的方式是否易于获得。另外，重点的影响因素还包括收入、医疗保险类型、到达医疗卫生服务机构所需时间以及等待就医服务所需时间。

医疗卫生服务利用的需求因素（need）主要指需要考虑人们的自评健康状况和日常生活功能的情况。需求因素在部分维度上弥补了前两个方面解释力的不足，在一定程度上解释了人们消费医疗卫生服务及资源的原因，例如通过接受测评得到的客观健康状况比自评的健康状况更准确。

根据不同类型医疗卫生服务的特点，Andersen 模型假设中的倾向因素、使能因素、以及需求因素，具有不同的解释能力，将为后文实证研究部分的模型构建与变量选取提供理论依据。

2.4 本章小结

本章对医疗服务相关的经典模型进行介绍，并从中梳理与本文研究内容相关的因素。首先，研究了 Grossman 健康需求模型，该模型提出个体对医疗卫生服务的需求实际上是为了获得健康资本而引出的需求，为探讨医疗保险与健康状况和医疗卫生服务利用情况的关系提供了理论基础；其次，对医疗保险的福利以及其中的道德风险进行了分析。此外，对于 Andersen 医疗服务利用模型也进行了阐述，其中对个体使用医疗服务影响因素的分类，也对后文的实证研究部分有所启发。

第3章 医疗健康发展现状

3.1 我国中老年人健康现状

随着中国改革开放的发展，经济、科技、文化进步，人民生活水平以及医疗卫生服务技术不断提高，我国公民人均寿命在逐年提高。根据中国统计局的 2017 年统计年鉴，如表 3-1 所示，2015 年我国人均预期寿命已达到 76.34 岁，由 1981 年的平均寿命 67.77 岁增长了 12.6%。国际人口年龄分类准则表明，“老年型国家”是指 65 岁及以上的国民人口在总国民人口中的占比超过 7%，则被定义为。千禧年后，人们的生活水平的提高，死亡率和人口出生率开始逐渐下降。随后，这样的情况造成了人口自然增长率的下跌，而且 65 岁以上老龄人口占比已达 7%，说明我国已经步入“老年型国家”行列，且老龄人口占比逐年提升至 2016 年的 10.8%。此外，我国的老龄人口抚养比也由 2000 年的 9.9% 飙升至 2016 年的 15%，逐年递增，这将给我国劳动人口和政府带来巨大负担，也将对未来的我国人口结构的优化和经济社会的和谐发展造成极大的不利影响^[60]。

虽然我国中老年人平均预期寿命延长，但很大一部分中老年群体的日常生活并未得到较好保障，他们身患各种疾病，且要承受经济的压力和生活的不便。根据《中国中老年健康状况白皮书》披露，与我国十几年前相比，中老年群体在认知功能方面的患病率提升到 1.8 倍；60 岁及以上老年人中，由于身体机能退化，出现骨质疏松的概率明显升高。数据显示，每年年过半百的中老年群体因骨质疏松会出现近 40 万起骨折事件；60 岁及以上中老年群体患心血管疾病的概率约为 50%，且年龄越大，心血管疾病发病率也随之提高，已经是严重的健康问题。

我国老龄化程度持续加深，虽然中老年人口城镇化水平不断提高，但中老年人健康状况不容乐观，中老年贫困问题日益严峻，中老年群体相关医疗服务业发展不平衡，且随着我国近年来持续的低生育状况、家庭规模不断缩小，家庭老年抚养的功能逐步减弱，使得中国中老年人安置问题越发严峻。要重点关注中老年人健康状况和医疗保障问题，不断深化改革医疗服务体系，加强社会保障制度，提高中老年群体的健康意识，切实减轻中老年人医疗经济负担。

表 3-1 中国老龄人口信息

年份	65 岁及以上人口	老年抚养比	死亡率	自然增长率 (%)
2000	7.0	9.9	6.45	7.58
2001	7.1	10.1	6.43	6.95
2002	7.3	10.4	6.41	6.45
2003	7.5	10.7	6.40	6.01
2004	7.6	10.7	6.42	5.87
2005	7.7	10.7	6.51	5.89
2006	7.9	11.0	6.81	5.28
2007	8.1	11.1	6.93	5.17
2008	8.3	11.3	7.06	5.08
2009	8.5	11.6	7.08	4.87
2010	8.9	11.9	7.11	4.79
2011	9.1	12.3	7.14	4.79
2012	9.4	12.7	7.15	4.95
2013	9.7	13.1	7.16	4.92
2014	10.1	13.7	7.16	5.21
2015	10.5	14.3	7.11	4.96
2016	10.8	15.0	7.09	5.86

来源：中国统计年鉴（2017）

3.2 医疗卫生支出现状分析

医疗卫生总支出是代表在某个时间段内一个国家或地区在医疗卫生服务上所支出的金额，个人、社会、政府是医疗卫生支出的三个主体。根据中国2017年最新发布的统计年鉴，伴随着中国经济社会不断发展，政府、社会，甚至个人的卫生支出每年都会大幅度提高，医疗卫生总支出增量也随之提高。我国卫生总支出从1978年的110.21亿元提高到2016年的46344.88亿元，增长了419倍多；人均卫生支出也由1990年的65.37元到2016年的3351.74

元，实现 50 多倍的增长。卫生总支出占国内生产总值的比重也在不断增长，1978 年卫生总支出占国内生产总值 3.00%。而这个数据在 1997 年时突破 4.00%，到 2016 年时更是达到了 6.23%。但与此同时，国民个人负担的卫生支出比例从 1978 年开始不断上涨，在 1992-2001 年期间，个人卫生支出迅猛增长，在 2001 年时发展到占总卫生支出的比例达到最高点约 60%；并且从 1992 年开始到 2011 年，卫生支出部分，个人方面一直高于政府和社会，甚至一度个人卫生支出占比高于其它两项之和，自 2005 年之后才开始缓慢下降。经过了医疗制度改革，社会卫生支出从 2005 年以前占比不足 30% 提升到 2016 年占比 41.21%，政府卫生支出则从占比不足 20% 提升到了 30% 左右。造成上述状况的原因是：在刚刚推进开展医改时，政策制定者认为以往制度的缺陷在于政府干涉过多，社会化、市场化程度不足，因而政府采取的政策手段是放权让利，加大个人责任，给予社会医疗机构充分自主权进行多方集资，减少政府应肩负的责任，降低政府卫生支出；但这一政策使得民众医疗负担日益加重，遂在 2005 年，政府转变政策方向，持续提高在医疗领域的影响，真正减轻了居民个人的医疗负担。

3.3 我国医疗保险现状分析

目前阶段，我国医疗保险体系主要包括两个大类，基本医疗保险与商业医疗保险。就基本医疗保险而言，有一些劳动者因病患等原因而丧失工作能力，国家会通过基本医疗保险的方式给予他们经济补偿和帮助。

基本医疗保险是社会安全垫，基本医保的覆盖率和完善程度在很大程度上决定了国民健康的保障程度以及医疗风险的保障程度。除此之外，商业医疗保险根据不同群体和标准制定价格，分散某些特殊人群或者特殊疾病的风脸，有利于国民医疗健康保障程度的提升。但因为我国医疗制度本身存在多种弊端，所以国务院自 1994 年开始持续在进行医疗保险制度改革的探索和完善，通过实践进一步探寻发展新途径，且受益于政府、企业、职工、医院四方的共同努力。基本医疗保险制度中的城镇参保人数每年稳步提升，而新型农村合作医疗参保人数虽有所下降，但其覆盖范围是在不断扩大的。

我国现行的几类医疗保险制度，在负担主体、保障范围和报销比例方面有明显的差别，进而给参保人群的健康状况和医疗支出带来不同程度的影响效应。首先，在负担主体方面，新型农村合作医疗、城镇职工医疗保险以及城镇居民医疗保险均是由参保人自付一部分费用，再加上政府相关部门或社会团体的出资与补助，共同构成医保基金，为参保人群提供医疗保障；而公

费医疗的费用来自财政拨款，纳入单位预算。其次，就保障范围而言，公费医疗保障范围最广，涵盖了医药费保健费等多种医疗支出，城职保、城居保和新农合的保障范围则相对有限，一般只涵盖规定的医药费用和手术检查费用。再次，各类医疗保险的报销比例也各不相同，其中公费医疗是由单位负担，基本报销全部医疗费用。然而，其他医疗保险是按照国家和各省市规定的报销比例来执行，根据就医机构的等级不同和所花费的医疗费用金额不同，其报销比例也会有所差别。城职保参保人住院就医的最低报销比例是在三级医院就诊的 85%，最高可达 97%；城居保针对不同人群的住院报销比例也不同，医疗费用报销比例大约集中在 50%-65% 这个区间内；至于新农合，其报销比例相对来说是最低的，集中在 30%-60% 的范围。不同类型医疗保险在负担主体、保障范围和报销比例的差异，导致参保人群对医疗服务的利用情况不同，随之而产生的医疗支出也会有所不同，同时对个体的健康状况带来的影响也会有差别。

现阶段，基本医疗保险的保障范围和保障水平受到现实国情的限制，个人负担的比例相对较重，因而发展基本医疗制度的补充性制度是有重大现实意义的。为研究不同类型医疗保险保障效果的差异，进一步对中国现行的社会基本医疗制度以及商业保险的发展历程与现状进行研究。

3.3.1 新型农村合作医疗发展现状

新型农村合作医疗，又称“新农合”，是为了解决农村居民获得医疗卫生服务问题而设立的，通过个人支付部分保费，集体提供适当的补助金还有政府进行扶持来收集资金。合作农村居民可以选择独立参加，针对农民医疗保健互助系统的主要疾病进行统筹^[61]。

20世纪 40 年代，农村合作医疗萌芽于陕甘宁边区。从 1958 年开始正式实施，一度发展良好，以“村办村管”、“村办乡管”、“乡村联办”等多种管理机制在全国大范围地发展起来，直到 1981 年农村经济体制进行改革，农村合作医疗因依赖于集体经济而失去主要资金基础，逐步衰落。2003 年，国家开始试点新型农村合作医疗。到 2015 年，全国范围内加入新型农村合作医疗的人数规模达到 6.7 亿，参合率约 99%，国家采取各类综合措施方便就医和报销。新农合在 2018 报销比例的调整中，根据不同区域，报销比例有不同规定，提高报销标准、拓宽报销限额、规范报销条件，调整后的新农合给农民带来更多看病福利。

新农合在相关部门的大力支持下发展迅速，覆盖了农村人群住院和重大

疾病的医疗卫生需求，同时相关部门建立了医保管理信息系统，一定程度上反映了政府部门对于农村相关问题的关注。进一步剖析新农合的发展状况，可以发现以下不完善之处：首先由于对大量资金支持的需求，新农合的筹资机制与相关支出的增加很难匹配；其次农村医保点建设不甚完善、农村医疗水平低下，加之与城镇居民相比，农民的健康医疗知识相对缺乏削弱了新农合对医疗服务利用的促进效应；再者，区域筹资标准与补贴水平和总体发展之间存在差距，农村居民的期望值和总体水平之间也存在一定的差距，只追求覆盖的广度，但忽视了新农合制度覆盖的深度。

要走好新型农村合作医疗的改革发展之路，需要完善法制、优化规划，改进医疗体系和基本卫生服务，缓解农民的医疗支出压力，改善他们的医疗保障水平。

3.3.2 商业保险及其他保险发展现状

中国商业医疗保险随着基本社会医疗保险的发展而迅速发展，两者相互依存，共同发展壮大。从历史上看，中国的商业保险于 1984 年恢复；然而商业医疗保险一直发展得非常缓慢。自 1998 年以来，因职工医疗保险的迅速发展，商业医疗保险开始了第一段黄金发展期。尤其是 2008 年以后，伴随新基本医疗体制改革的开始，政府鼓励商业医疗保险向成为国家战略发展，并出台相关文件，商业医疗保险始于对大病保险以及参与长期护理保险等的判断。在相关领域已经取得一定进展。2017 年商业医疗保险实现保费收入达 4389 亿元，赔付支付约 1330 亿元，正处于快速发展时期。

商业保险机构正试图摆脱传统的人寿保险业务思想，其对医保的经营管理越来越丰富。除积极发展商业医疗保险之外，商业保险公司还在持续探索商业医疗保险与健康管理的结合以及参与医疗改革的新方式，如智能医疗保险监测系统的开发与应用，医疗责任保险的推广，努力推动和促进社会办医。

目前，商业医疗保险已发展为我国社会基本医疗保障制度的重要补充，补充了社会基本医疗保险制度的保障能力和范围，延伸其服务水平并且强化了风险控制能力。虽然商业医疗保险发展迅速，但总体来说发展得还不够成熟，在我国多层次医疗保障体系中它发挥的作用十分有限，费用支出在总卫生费用中占比仍然较低。同时，社商合作机制有待完善，商业保险公司自身也有待完善，公共保险意识薄弱导致购买保险的意愿相对有限，医疗卫生体制的改革还有较大空间。

3.3.3 公费医疗发展现状

公费医疗是指由国家实施，保障国家公职人员的、利用公共资金提供医疗服务的社会保障体系，并且由医疗卫生部门根据需要来提供免费的卫生保健以及预防服务。目前，中国很多国家已经取消了公共卫生体系，但一些城市仍在实施。其资金来自财政拨款，结算方式适用于实报实销，或者除个人承担的比例外，由国家机关实报实销。

由于缺乏有效的监督和体制优势，以公共资金出资的公费医疗已经陷入了入不敷出的困境，并带动了公费医疗改革。经过多年的努力，公费医疗改革工作取得一定进展。取消公费医疗特权促进了社会公平与民主正义，是制度层面公共服务均等化的重要进展，取得了一定效果，减少了财政费用，提高了医疗卫生公共资源的使用效率^[62]。

到目前为止，除 24 个省市以外，我国还有其余七个省份未取缔所有的公费医疗，但也已经开始改革下属市相关公共部门。从实施改革比例的角度看，公费医疗改革取得很大进展。但是，改革实际是否有效，有必要进一步调查改革方案和实际成果。由于公费医疗在 1998 年改革之初，改革的目的是包括由最初的公费医疗体系内的公务员和机关员工整合，均纳入城镇职工医疗保险。在改革前后，原有公费医疗人口的医疗福利保持或增加，减轻了财务负担，差额由城职保支付，这基本上是老百姓付账的结果^[63, 64]。

3.3.4 城镇职工医疗保险发展现状

城镇职工基本医疗保险的保险费用是由个人和单位同时缴纳的，在被保险人就医产生费用后，健康保险机构必须支付一定数额的经济补偿，避免或降低随之而来的经济风险。

资料显示，最初的城镇医保出现在 1951 年，但由于缺乏限制和过度使用问题，市场占有率较低且存在不公平的现象，因此自 1998 年始，我国政府相关部门开始逐渐对城镇职工医保制度进行完善。改革之后的医疗制度开始凸显其优势：首先，个人账户和社会团体的结合可以稳定融资渠道，控制医疗费用；其次，医保的社会化统一管理增强了与单位合作的便利性，有助于减少医疗资源的浪费，降低道德风险。截至 2015 年，我国城职保的参保人数超过 2.95 亿人，在规模上有了较大发展，但仍存在一些问题。例如，在企业制度化改革中，非公有公司员工不能享受城职保，其直系亲属也未包括在内；该制度的基础是代际转移和医疗卫生费用转嫁，这将越来越受到人口老龄化

的影响。另外，医疗服务提供者被迫接收病人拖欠费用有关的经济风险，不利于医患关系的稳定。

与新农合、城居保相比，城镇职工医疗保险的制度具有更完善的保护作用及更高的支付水平。虽然其发展历程是最长的，但实践中发现的问题不可忽视。资金余额必须平衡，另一方面，要保证医疗服务资源的合理使用和实际减轻医疗负担，保护员工的医疗保险待遇。

3.3.5 城镇居民医疗保险发展现状

作为我国基本医疗保险制度的重要组成部分，城镇居民医疗保险覆盖了城镇范围内的未就业人口。

1998 年政府开始筹建城镇职工医疗保险制度，2002 年准备发展新农合医疗，2005 年确定开始城乡医疗救助工作，但社会基本医疗保障体系中未覆盖数量可观的城镇非就业人员^[65]。之后国家提出将“覆盖城乡居民的社会保障体系基本建立”作为我国和谐社会的方向和主要工作重点之一。因而在 2007 年，城居保在 79 个城市进行了试点工作，并且在 2008 年时试点城市扩大到 308 个，该计划在 2009 年在全国范围内实施，其中包含以下原则：自愿参与；主要对城镇非就业人口的重大疾病医疗卫生需求进行保障；中央政府明确原则和政策主线，地方政府制定具体的参与范围和融资水平。城镇居民医疗保险没有对个人参保进行限制。自试点工作开始以来，参保人数一直增长。其中，城镇居民基本医疗保险还有不完善之处，例如：覆盖人群积极性不足。随着我国医疗保险制度的不断完善，需要加强基础医疗保障平台构建，让医疗保险真正地给城镇居民带来诸多益处。

3.4 本章小结

本章从宏观角度对我国医疗健康发展状况进行分析。首先，根据中国统计年鉴，研究我国中老年人健康状况，为本文研究的现实背景打下基础；其次，对我国医疗卫生支出现状进行讨论，支出的主体包括了政府、社会、个人这三个角度；接着，还阐述了现行的几类医疗保险制度发展历程和现状，为之后实证部分的研究做铺垫。

第4章 医疗保险对健康和医疗支出影响的实证分析

4.1 数据选取与计量模型设定

本文选择中国健康与养老追踪调查（CHARLS）2013年与2015年的数据库，CHARLS数据库搜集了中国45岁及以上中老年人群及相关的微观信息，其中包含个人信息、家庭成员情况、健康状况、医疗保险情况、收入、支出及资产状况等丰富的数据。CHRLAS数据库最早收集了2008年甘肃、浙江两省的试调研数据，2011年正式开展全国调研，调研范围覆盖了中国分散在一百五十个县区的一万多户家庭。本文选择使用CHARLS数据库2013-2015年的面板数据，分析医疗保险对我国45岁及以上中老年人的健康状况、医疗卫生支出及自付比例的作用。因研究对象为中老年人，其年龄应不小于45岁，并且由于部分调研数据缺失，对2013年和2015年的CHARLS数据进行筛选与匹配，最后本文整理的样本量共6322人，其中男性有3197人，女性有3125人，男性和女性的人数基本持平，男女比例达1.02:1。

由于本文使用数据为CHARLS数据库2013-2015年两期面板数据，根据数据特征，本文运用固定效应模型（FE）和随机效应模型（RE）分别进行估计，对估计的结果进行豪斯曼（Hausman）检验之后来确定更具说服力的数据模型，进行数据实证的分析。使用面板数据，可以消除不随时间而改变的样本个体差异及时间效应，从而得到医疗保险政策冲击变量的净效应。研究医疗保险对健康状况、医疗支出和自付比例的影响，本文构建基本的模型如式（3-1）所示：

$$Y_{it} = INS_{it}\beta_0 + X_{it}'\beta I + \varepsilon_{it} \quad (3-1)$$

式中 i —— 个人；

t —— 时间；

Y_{it} —— t年中个人i的健康状况、医疗支出以及医疗自付比例；

INS_{it} —— 个人i是否参加保险及参加了哪一类型的保险；

X_{it} —— 个人基本信息控制变量；

ε_{it} —— 个人层面的误差项。

4.2 变量选取

4.2.1 因变量

4.2.1.1 健康状况因变量

健康：健康经济学的研究中，用来评价健康的衡量标准多种多样。国内外学者研究个体健康状况的影响因素和健康不平等的问题时，较多采用自评健康、日常生活能力（Activity of Daily Living, ADL）或死亡率对微观个体的健康状况进行度量，也有很多研究同时采用多种健康指标进行稳健性检验。CHARLS 数据库里有大量的健康信息可用来作为多样的健康状况衡量标准，本文采用自评健康作为健康的主观性衡量标准，同时，采用 ADL 作为客观性衡量标准：

（1）**自评健康** 最常用的健康指标，要求受访者从健康状况非常好、好、一般、不好、非常不好五个类型中选择一个最符合自身状况的类型。自评健康这一衡量标准带有很强的主观性，但同时又可以全面综合地展示个体的健康状况。本文对自评健康的不同状况赋值，以 1 分代表自评健康状况“很不好”，以 2 分代表自评健康“不好”，以 3 分代表自评健康“一般”，以 4 分代表自评健康“好”，而以 5 分代表自评健康“很好”。

（2）**日常生活能力（ADL）** 代表性的身体机能障碍衡量标准，用来测度个人在日常生活中执行某类活动遭遇的困难，且该指标很少被其他因素干扰，相对客观。文中根据 CHARLS 数据库对研究对象是否可以独立无困难地做到跑步、提重物、穿衣、吃饭、洗澡、室内活动、自己去厕所和随后自我清洗以及控制大小便等 21 个项目进行的调查，将调研结果为“无困难”赋值为 0，将“存在困难仍可完成”、“有困难，需要辅助”或者“无法独立完成”的赋值为 1，计算 21 个项目合计的分数，得分越高的个体有着越差的健康状况。样本的平均 ADL 分值是 1.72。

4.2.1.2 医疗支出及自付比例因变量

医疗卫生支出：CHARLS 数据中，由于调研问卷中分别设置了对门诊费用和住院费用的问题，包含了过去一年住院的医疗卫生支出和过去一年的门诊费用支出，便于统计和时间维度上的统一，本文选择以过去一年研究对象的住院医疗费用与门诊医疗费用之和作为总的医疗卫生支出、住院自付医疗费用与门诊自付医疗费用作为自付医疗卫生支出来展开研究，并进行转化处理，取医疗总支出和自付医疗支出的对数。此外，考虑到每个研究对象的健康状况和医疗服务利用情况不一致，为了更好地研究医疗保险是否真正减轻

了中老年人的医疗负担，选择对每个样本的自付比例进行分析。

- (1) 医疗卫生支出总额 过去一年住院费用与门诊费用之和。
- (2) 自付医疗支出 过去一年住院自付费用与门诊自付费用之和。
- (3) 医疗自付比例 自付医疗卫生支出占医疗卫生总支出的比例。

4.2.2 自变量

本文在医疗保险影响的实证研究过程中，根据 Andersen (1974) 提出的医疗服务利用模型，从 CHARLS 数据库筛选了以下几类变量作为自变量展开分析：

(1) 医疗保险 实证模型中主要的研究变量，根据我国实际医疗保险制度的发展状况，将数据库中的医保变量划分为五类：以没有医疗保险=0 为对照，定义新型农村合作医疗保险=1，商业保险及其他=2，公费医疗=3，城镇职工基本医疗保险=4，城镇居民基本医疗保险=5。

(2) 个人特征 包括基本信息中的性别、年龄、教育水平、城乡户口和婚姻状况。定义性别变量中，女性=0，男性=1。研究对象的年龄在 45 岁以上，以 45-54 岁为对照组，分别赋值 55-64 岁、65-74 岁、75-84 岁、85 岁及以上四个年龄组为 1、2、3、4。受教育水平高的群体，其健康理念往往更加理性，实证研究中令教育程度为文盲=0 作为对照组，分别赋值教育水平为未完成小学但掌握读写=1、小学=2、初中=3、高中（包括中专、大专和高职类院校）=4、本科及以上=5。考虑到中国独有的二元经济结构，城乡经济发展差距较大，并且基层医疗机构提供的服务水平和质量相差甚远，将样本户口所在地为农村的赋值为 0，户口所在地为城市（包括主要城市、县市、集镇、特殊地区等）的赋值为 1。婚姻状况对健康状况的影响并不清晰，定义研究对象中状态为已婚且未分居=1，未婚、离异、丧偶等其他情况=0。

(3) 健康状况 在研究样本医疗卫生支出及自付比例时，自评健康和 ADL 同时将被选为控制变量，研究对象对自身健康状况的主观性评价及客观性指标在一定程度上会影响其就医行为及医疗服务的利用情况。本文以自评健康“非常好”为对照组，以 1、2、3、4 分别表示自评健康好、自评健康一般、自评健康不好、自评健康非常不好；合计 21 个功能障碍衡量项目的分数来表示 ADL 分数。

(4) 健康行为 最具代表性的是吸烟和饮酒两个健康行为变量，考虑到当下的状态体现个人的健康防范意识，定义不吸烟和已戒烟=0，吸烟=1，定义平月均饮酒超过一次=1，不饮酒和月均饮酒不超过一次=0。

(5) 慢性病数量 代表个人对自身健康状况的理性评估，慢性病会对身体机能产生影响，CHARLS 数据库的问卷调查了 14 种慢性病的情况，以调研数据的结果设置慢性病数量这一变量。

(6) 经济因素 经济因素会造成消费层次、营养条件和医疗卫生服务利用等多方面的差异，进而影响健康状况和医疗支出。本文综合筛选了 CHARLS 数据中的经济变量，决定以家庭年收入水平作为代表变量，分别为 2013 年与 2015 年全年所有家庭成员的工资合计数。在本文的研究样本中，家庭年收入的均值为 3115.064 元，远小于全国平均水平，主要是由于部分样本数据的缺失或被调查者不愿透露家庭收入情况，以致一些研究对象的家庭年收入数值为 0。

4.3 描述性统计分析

从变量的描述性统计来看，研究对象的健康状况方面，自评健康状况一般的人数占比 52.10%，是占比最大的一部分，而自评健康状况差的样本人数稍多于比自评健康状况好的样本人数，日常生活完全无困难（即 ADL=0）的人约有 59.13%，所有研究对象中约有 65% 的人患有慢性病，且 55.77% 的研究对象患有 1-3 种慢性病。样本中研究对象属于农村户口的占比 46.52%，女性占比 49.42%。从年龄分组来看，55 岁到 64 岁的样本数最多，占比 32.24%，45 岁到 54 岁为的样本人数占比 24.69%，65 岁到 74 岁的人数占 28.75%，剩余样本中随着年龄升高人数减少。在受教育水平中，文盲占比最高为 24.35%，高中（包括中专、大专和高职类院校）和本科及以上的样本合计仅占 12.61%，除此之外，接近一半的研究对象为初中及以下文化水平，考虑到我国年代特征，分布比较合理。婚姻状况方面，样本中有 72.49% 的人为已婚，剩下小部分属于未婚、离婚或丧偶。在健康行为方面，约有 45.73% 的研究对象有抽烟习惯，仅 26.14% 的研究对象平均每月饮酒超过一次。

针对主要研究变量医疗保险，各类医疗保险的参保人数差异较大，研究对象中参与新型农村合作医疗保险的人数占 69.04%，占比超过一半，其次是城镇职工医疗保险占比 12.16%，剩下几类医疗保险的占比则相对更少，城镇居民医疗保险占比 5.21%，商业保险及其他占比 5.07%，公费医疗仅占比 2.50%，此外作为对照组，未参加基本医疗保险的人数占 6.02 %。见表 4-1 和表 4-2：

表 4-1 描述性统计分析表

变量名称	占比
自评健康	
1	.0537
2	.2025
3	.5210
4	.1305
5	.0923
性别	
女性=0	.4942
男性=1	.5058
年龄	
45-54=0 (对照组)	.2469
55-64=1	.3224
65-74=2	.2875
75-84=3	.1238
85 及以上=4	.0194
城乡	
农村=0 (对照)	.4652
城镇=1	.5348
受教育水平	
文盲=0 (对照)	.2435
未上学, 可读写=1	.1935
小学=2	.2343
初中=3	.2026
高中=4	.1256
本科及以上=5	.0006

表 4-1 (续表)

变量名称	占比
婚姻状况	
未婚、离异、丧偶等=0	.2751
已婚且与配偶居住=1	.7249
吸烟	
不吸烟=0	.5427
吸烟=1	.4573
饮酒	
不饮酒=0	.7386
饮酒=1	.2614
医疗保险	
未参加医疗保险=0	.0602
新型农村合作医疗=1	.6904
商业保险及其他=2	.0507
公费医疗=3	.0250
城镇职工医疗保险=4	.1216
城镇居民医疗保险=5	.0521

表 4-2 描述性统计分析表

变量名称	均值	标准差	极小值	极大值
自评健康	3.005141	.9576439	1	5
ADL	1.72137	3.230493	0	21
医疗卫生总支出	1742.599	12462.26	0	600000
自付医疗支出	1044.456	7976.995	0	360000
自付比例	.6669417	.5260176	0	10
性别	.5057735	.4999864	0	1

表 4-2 (续表)

变量名称	均值	标准差	极小值	极大值
年龄	63.0779	10.03916	45	101
城乡	.5347991	.4988073	0	1
受教育水平	1.774992	1.351668	0	5
婚姻状况	.7249288	.7249288	0	1
吸烟	.457292	.4981924	0	1
饮酒	.2613888	.4394087	0	1
慢性病	1.412449	1.484718	0	10
医疗保险	1.613651	1.327544	0	5
家庭年收入	3115.064	12281.31	0	250000

如表 4-3 所示，分开来观察参与每一类医疗保险的研究对象的特征。对于未参与保险和参与了新农合的样本，自评健康水平略逊于参与其他四大类保险的人群；在日常生活能力方面，无保险研究对象的日常生活有障碍的项目平均得分为 3.41，明显多于参保的群体。参加商业保险及其他，公费医疗和城镇职工医疗保险的样本，其医疗卫生总支出明显高于无保险及参与新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险的样本，自付医疗卫生支出方面没有太大差别。针对个人基本特征的性别、年龄、城乡户口、婚姻状况等方面，每一类保险中的比例都基本保持一致，符合社会结构特征。但是，就受教育水平而言，城职保、公费医疗以及城居保覆盖的群体会普遍高于没有参与保险的人群及参与新农合和商业保险的人群。

表 4-3 变量的均值描述性统计

变量名称	无保险	新农合	商业保 险及其 他	公费医 疗	城职保	城居保
自评健康	2.9566	2.9498	3.0718	3.2690	3.2075	3.1305
ADL	3.4139	1.6942	1.9688	1.3671	1.0260	1.6783
医疗卫生总支出	1714.62	1405.652	2537.969	2756.013	3047.634	1935.211
自付医疗支出	1282.593	926.7206	1483.871	1208.608	1400.1	993.5402
自付比例	.8763	.7138	.6119	.4243	.4568	.5779
性别	.4258	.4978	.5133	.7848	.5706	.4112
年龄	1.5572	1.3129	1.2090	1.7405	1.4346	1.2822
城乡	.4218	.5773	.4680	.4652	.4236	.4598
受教育水平	1.3141	1.5409	1.8471	3.0063	2.8302	2.2868
婚姻状况	.5572	.7245	.7348	.8386	.7957	.6950
吸烟	.4336	.4595	.4477	.6139	.4522	.4021
饮酒	.2024	.2603	.2683	.3639	.2778	.2504
慢性病	1.3850	1.3806	1.3729	1.5823	1.5055	1.6055
家庭年收入	2076.715	2363.132	3368.265	6377.25	6951.213	3517.542

4.4 实证结果与分析

4.4.1 医疗保险与健康状况实证分析

研究医疗保险与个体的健康状况之间的关系，本文采用自评健康作为健康状况的主观性衡量标准，而健康的客观性衡量标准则以日常生活能力（ADL）作为代表。首先，将中老年人自评健康状况作为因变量进行研究，进行豪斯曼（Hausman）检验之后确定使用固定效应模型来进行估计更为可靠，具体结果见表 4-4：

表 4-4 自评健康回归模型结果

解释变量	被解释变量：	
	自评健康	t
性别	-.5325***	-2.82
年龄（以 45-54=0 为对照组）		
55-64=1	.1003	1.00
65-74=2	-.1812	1.40
75-84=3	-.1435	0.89
85 及以上=4	.0846	0.39
城乡	.0294**	2.12
受教育水平（以文 盲=0 为对照组）		
未上学，可读写=1	-.0199	0.23
小学=2	.0244	0.22
初中=3	.1187	0.88
高中=4	.1712	0.90
本科及以上=5	.4269	0.74
婚姻状况	.0878	1.48
吸烟	-.0672	-0.78
饮酒	.0744**	2.18
慢性病	.0311**	2.28
Ln 家庭年收入	.0049*	1.78
医疗保险（以未参 加医疗保险为对 照组）		

表 4-4 (续表)

解释变量	被解释变量:	
	自评健康	t
I 医疗保险_1 (新农合)	-.0439	-1.04
I 医疗保险_2 (商业保险及其他)	.0281	0.49
I 医疗保险_3 (公费医疗)	-.0706	-0.79
I 医疗保险_4 (城职保)	-.1151*	-1.76
I 医疗保险_5 (城居保)	-.0522	-0.78
常数项	3.0444***	18.71

注: * $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

由回归结果能够看出,个人特征中的性别和城乡户口会显著对中老年人自评健康状况产生影响,而年龄、教育水平和婚姻状况对中老年人自评健康状况影响不显著。男性研究对象比女性研究对象的自评健康水平要显著降低,城镇户口的研究对象自评健康水平要显著高于农村户口的研究对象。健康行为方面,吸烟与中老年人自评健康状况负相关,即吸烟的个体自评健康状况更差,但并不显著。表格中数据显示饮酒对样本的自评健康状况有明显的积极影响,也许是因为本文对饮酒变量的解释是月均饮酒次数大于1次,然而这一指标并不能实际说明样本存在过量饮酒行为;此外,也不排除饮酒行为存在社交属性,是为了进一步增加收入,造成了估计上的偏差。经济因素中,家庭年收入明显影响了中老年人健康的自评状况,但提高自评健康的作用并不大。患慢性病数量对中老年人健康的自评状况存在明显的负效应。

在控制了个人基本信息、健康行为、慢性病和经济因素等变量后,分析医疗保险对中老年人自评健康状况的影响。与没有参与基本医疗保险进行对照,新农合、公费医疗和城居保的回归系数为接近0的负数,且不显著,商业保险及其他保险回归系数为正,商业保险及其他所覆盖群体自评健康状况更好的概率增加2.81%。但是,城职保在10%的水平上显著降低其所覆盖群体的自评健康状况,表明城职保覆盖的群体自评健康状况更糟糕,由于自评健康作为主观性指标,且医疗保险覆盖样本人群的内生性不可预估因素较多,导致出现偏离理论预测的误差。

总体来看，医疗保险与中老年人自评健康状况并未十分显著相关，与商业保险及其他、新农合、公费医疗、城居保相比，仅有城职保对老年人自评健康状况有显著影响，可能是由于自评健康状况这一变量具有较强主观性，以致出现较大的内生性误差。此外，性别、城乡、饮酒行为、家庭年收入和患慢性病数量等对中老年人自评健康状况影响显著。

将中老年人日常生活能力（ADL）作为因变量进行研究，进行豪斯曼（Hausman）检验之后确定使用固定效应模型来进行估计更为可靠，具体回归结果如下表 4-5 所示：

表 4-5 日常生活能力回归模型结果

解释变量	被解释变量：ADL	t
性别	-.6024	-0.73
年龄（以 45-54=0 为对照组）		
55-64=1	.1757	0.40
65-74=2	.0955	0.17
75-84=3	.4732	0.67
85 及以上=4	.0615	0.06
城乡	-1.9672***	-32.42
受教育水平（以文 盲=0 为对照组）		
未上学，可读写=1	-.12725	-0.33
小学=2	.0227	0.05
初中=3	-.3426	-0.58
高中=4	.0086	0.01
本科及以上=5	2.8638	1.13
婚姻状况	-1.7071***	-6.57
吸烟	1.7250***	4.55

表 4-5 (续表)

解释变量	被解释变量:	
	ADL	t
饮酒	-0.0930	0.62
慢性病	1.3822***	23.15
Ln 家庭年收入	-.0595***	-4.97
医疗保险（以未参加医疗保险为对照组）		
I 医疗保险_1 (新农合)	-1.8138***	-9.81
I 医疗保险_2 (商业保险及其他)	-1.3997***	-5.58
I 医疗保险_3 (公费医疗)	-.3644	-0.93
I 医疗保险_4 (城职保)	-1.5168***	-5.29
I 医疗保险_5 (城居保)	-.9380***	-3.21
常数项	3.1334***	4.40

注: * $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

日常生活能力 (ADL) 是检验个人在日常活动中完成某类动作遇到的困难, ADL 分值代表所有 21 个项目的总分, ADL 分值越大表示研究对象的健康水平越低, 因为其无法顺利独自完成的日常活动种类更多。在表中, 控制了个人基本信息、健康行为、慢性病数量和经济因素等变量后, 所有医疗保险的回归系数都为负, 显示医疗保险对 ADL 数量存在显著负向影响, 也就是说与没有参与医疗保险的个体相比, 参与医疗保险对个体的健康状况有积极效应。其中新农合、商业保险及其他、城职保和城居保的效用显著, 公费医疗保险不显著。与没有参与基本医疗保险对 ADL 数量的边际效应相比, 新农合覆盖群体的 ADL 数量显著减少 181.38%, 商业保险及其他参保人群

ADL 数量显著减少 139.97%，城职保覆盖群体、城居保覆盖群体的 ADL 数量减少较显著，分别是 151.68%、93.80%。而公费医疗人群的 ADL 减少量达 36.44%，并不显著。个人特征方面，性别没有对 ADL 数量产生显著影响；虽然年龄对 ADL 数量的影响也不显著，但与 45-54 岁年龄段的人相比，55-64 岁年龄段的人 ADL 数量增加 17.57%，65-74 岁年龄段的人 ADL 数量增加 9.55%，75 岁到 84 岁年龄段的人 ADL 数量增加 47.32%，85 岁及以上老年人 ADL 数量增加 6.15%；对照农村户口的研究对象，城镇户口的研究对象 ADL 数量在 1% 的置信水平上要显著低 196.72%，城镇个体的生活水平和可利用的医疗卫生服务更好，更具有健康意识；受教育水平对 ADL 数量有些微不显著的影响；婚姻状况方面，婚姻关系对 ADL 数量有显著影响，已婚且未分居的样本 ADL 数量更少。健康风险意识影响 ADL 数量，吸烟的人 ADL 数量会显著增加 172.50%，但饮酒的人回归系数为负，可能出现与上文相同的估计偏差。随着患慢性病的种类增加一种，ADL 数量也会显著增多 1.38%。ADL 数量随家庭年收入增加而减少，家庭年收入高的个体 ADL 数量显著减少 5.95%。

总体来看，医疗保险与中老年人日常生活能力（ADL）十分显著相关，医疗保险可以显著提升中老年人的日常生活能力，并且与新农合、商业保险及其他、城职保和城居保相比，公费医疗对老年人日常生活能力的促进作用并不明显。同时，城乡、婚姻关系、吸烟行为、家庭年收入和患慢性病数量等因素对中老年人日常生活能力影响作用显著。

4.4.2 医疗保险与医疗支出实证分析

研究不同医疗保险对中老年人医疗卫生支出的影响。个体的医疗卫生总支出不应该出现负值，而医疗卫生支出费用为零的情况包括：一不必就医而未就医；二应就医而未就医。部分研究对象患病后，考虑到就诊支出高昂、看病不方便等原因，不能及时进行医治，使得医疗支出等于零。这种情况下，数据中存在因中老年人就医的自我选择造成的样本选择性偏差，使用 2013-2015 年的面板数据可以在过程中适度纠正这种偏差。回归方程用来估计各类医疗保险对研究对象的医疗总支出、自付支出与自付比例的影响，其中以过去一年住院治疗和门诊治疗总费用的自然对数、过去一年自付住院治疗和门诊治疗费用的自然对数以及自付医疗支出占医疗总支出的比例作为被解释变量。

首先将中老年人医疗总支出和自付医疗支出分别作为因变量进行研究，

进行豪斯曼 (Hausman) 检验之后发现，针对两个因变量，均是使用固定效应模型来进行估计更为可靠，具体的回归结果见表 4-6、表 4-7：

表 4-6 医疗总支出回归模型结果

解释变量	被解释变量：	
	\ln 医疗总支出	t
性别	-0.0272	-0.04
年龄（以 45-54=0 为对照组）		
55-64=1	-.4386	-1.13
65-74=2	-.8118	-1.63
75-84=3	-.7218	-1.16
85 及以上=4	-.8988	-1.06
城乡	-.0943	-1.63
受教育水平（以文盲=0 为对照组）		
未上学，可读写=1	-.1105	-0.33
小学=2	-.2209	-0.53
初中=3	-.0932	-0.18
高中=4	-.2714	-0.37
本科及以上=5	-3.1151	-1.39
婚姻状况	-.4583**	-1.99
吸烟	-.3155	-0.94
饮酒	-.2574*	-1.95
自评健康（以非常好=0 为对照组）		
好=1	.1678	1.05
一般=2	.2511*	1.71

表 4-6 (续表)

解释变量	被解释变量:		t
	ln 医疗总支出		
不好=3	.6905	4.03	
非常不好=4	1.3426	5.88	
ADL	.0271**	2.42	
慢性病	-.0329	-0.60	
Ln 家庭年收入	.0037	0.35	
医疗保险 (以未参加医疗保险为对照组)			
I 医疗保险_1 (新农合)	.3104*	1.89	
I 医疗保险_2(商业保险及其他)	.5151**	2.32	
I 医疗保险_3 (公费医疗)	.5179	1.50	
I 医疗保险_4 (城职保)	.4546*	1.79	
I 医疗保险_5 (城居保)	-.1070	-0.42	
常数项	1.6374**	2.68	

注: * $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

从中老年人医疗卫生总支出的回归方程来看,相比不参与任何医疗保险,新农合、商业保险及其他、公费医疗和城职保覆盖的中老年人医疗支出更高,城居保覆盖的中老年人的回归系数为负,其中新农村合作医疗和城镇职工医疗保险在 10%水平上显著,分别提升医疗总支出 31.04% 和 45.46%,商业保险及其他在 5%的水平上显著,提升总费用 51.51%,另外两类医疗保险形式均不显著。除了医疗保险,参保人群婚姻状况、饮酒行为、自评健康状况和日常生活能力也与中老年人医疗卫生总支出显著相关。有配偶的研究对象医疗总支出会降低 45.83%,在婚姻关系中,婚姻的保护机制可能提升个体健康

状态，减少医疗开支。而饮酒这类健康行为将显著降低医疗总支出的概率为 25.74%，可能出现与上文相同的估计偏差。自评健康状况对医疗总支出也存在明显影响，自评健康越差，个体的医疗总支出更易提升，其中自评健康一般的群体，可提升医疗总支出 25.22%，其他均不显著。此外，日常生活能力也有显著增加医疗总支出的倾向，在 10% 的置信水平上，提升医疗费用约 2.71%。

表 4-7 医疗自付支出回归模型结果

解释变量	被解释变量：	
	\ln 医疗自付支出	t
性别	.0799	0.12
年龄（以 45-54=0 为对照组）		
55-64=1	-.4473	-1.24
65-74=2	-.9514**	-2.04
75-84=3	-.9181	-1.59
85 及以上=4	-1.2721	-1.61
城乡	-.1135**	-2.10
受教育水平（以文 盲=0 为对照组）		
未上学，可读写=1	-.2052	-0.65
小学=2	-.1839	-0.47
初中=3	-.0652	-0.13
高中=4	-.5508	-0.80
本科及以上=5	-3.0411	-1.45
婚姻状况	-.4151*	-1.93
吸烟	-.3540	-1.13
饮酒	-.2326*	-1.89

表 4-7 (续表)

解释变量	被解释变量:	
	\ln 医疗自付支出	t
自评健康 (以非常 好=0 为对照组)		
好=1	.1937	1.29
一般=2	.2500*	1.83
不好=3	.6642***	4.16
非常不好=4	1.2082***	5.66
ADL	.0320***	3.06
慢性病	.0090	0.18
\ln 家庭年收入	.0039	0.39
医疗保险 (以未参 加医疗保险为对照 组)		
I 医疗保险_1 (新农合)	.1603	1.04
I 医疗保险_2(商业保险 及其他)	.2922	1.41
I 医疗保险_3 (公费医 疗)	.4510	1.40
I 医疗保险_4 (城职保)	.2877	1.21
I 医疗保险_5 (城居保)	-.3226	-1.34
常数项	1.6747***	2.96

注: * $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

从中老年人自付医疗支出的回归方程来看, 新农合、商业保险及其他、公费医疗和城职保对于中老年人的医疗卫生自付支出有提升作用, 然而城镇居民医疗保险对自付支出影响的系数为负, 会降低医疗自付支出, 但各类医疗保险的影响均不显著。考虑到研究对象个体的健康状况与医疗服务利用情

况有较大差异，单纯的自付费用数值不能很好说明情况，即使在有医疗保险的情况下，其对医疗自付支出的作用依旧不甚明确。随着年龄的增大，医疗自付支出有所减少，且年龄越大，自付支出减少的边际效应更大，其中，年龄为 65-74 岁的群体在 5% 水平上显著减少 95.14% 的自付费用。城乡户口会对自付费用产生显著影响，城市户口的个体的自付费用会显著减少 11.35%。有配偶的研究对象在 10% 的水平上降低医疗自付支出 41.51%。健康行为饮酒会在 10% 的水平上显著降低医疗自付支出 23.26%，可能出现与上文相同的估计偏差。自评健康状况对医疗自付支出也存在显著正向影响，其中，自评健康状况一般的个体在 10% 的水平上显著提高自付支出 25.00%，自评健康不好的个体在 1% 的水平上显著提高自付支出 66.42%，自评健康非常不好的个体在 1% 的水平上显著提高自付支出 180.82%。日常生活能力则会显著增加就医自付支出。

此外，针对医疗支出的两个组成部分——门诊支出与住院支出，本文分别研究了各类型医疗保险对总门诊支出、总住院支出以及自付门诊支出、自付住院支出的影响，但实证结果与前文关于医疗保险对总体作用效果的结果无显著差异，所以未在实证中具体阐明。

综合来看，医疗保险对中老年群体的医疗卫生总支出有显著提升作用，显著提高了中老年人对医疗卫生服务的利用，具体来看商业保险及其他、城职保和新农合的效用最为明显；但由于医疗自付支出基于医疗总支出的基础之上产生，且社会基本医疗保险的保障水平和保障范围不可自主选择，所以医疗保险对中老年群体的医疗卫生自付支出影响并不显著，考虑到医疗卫生自付支出的绝对数值不能较好说明情况，后文将对医疗卫生自付支出与医疗卫生总支出的比例进行研究，进一步探讨不同类型医疗保险对中老年人医疗自付负担的影响差异。除此之外，年龄、城乡户口、婚姻状况、健康行为、自评健康、日常生活能力和慢性病数量会在不同程度上对医疗卫生总支出及自付支出产生显著影响。

4.4.3 医疗保险与自付比例实证分析

将中老年人自付医疗比例作为因变量进行研究，进行豪斯曼（Hausman）检验之后确定使用随机效应模型来进行估计更为可靠，具体回归结果如下表 4-8 所示：

表 4-8 医疗自付比例回归结果

解释变量	被解释变量:	
	自付比例	t
性别	-.0136	-0.33
年龄 (以 45-54=0 为对照组)		
55-64=1	-.0903**	-2.36
65-74=2	-.1247***	-3.16
75-84=3	-.1612***	-3.18
85 及以上=4	-.2711***	-2.87
城乡	-.0700**	-2.50
受教育水平 (以文 盲=0 为对照组)		
未上学, 可读写=1	-.0435	-1.07
小学=2	-.0902**	-2.29
初中=3	-.0336	-0.76
高中=4	-.0053	-0.10
本科及以上=5		
婚姻状况	.0124	0.40
吸烟	-.0268	-0.69
饮酒	.0032	0.10
自评健康 (以非常 好=0 为对照组)		
好=1	.0540	0.65
一般=2	.0372	0.52
不好=3	.0042	0.06
非常不好=4	.0900	1.15

表 4-8 (续表)

解释变量	被解释变量:	
	自付比例	t
ADL	.0005	0.14
慢性病	.0088	1.11
Ln 家庭年收入	-.0031	-0.71
医疗保险(以未参加医疗保险为对照组)		
I 医疗保险_1(新农合)	-.1445**	-2.39
I 医疗保险_2(商业保险及其他)	-.2541***	-3.22
I 医疗保险_3(公费医疗)	-.3979***	-3.96
I 医疗保险_4(城职保)	-.4165***	-5.88
I 医疗保险_5(城居保)	-.2875***	-3.33
常数项	.9923***	9.80

注: * $p<0.1$, ** $p<0.05$, *** $p<0.01$

从个人医疗卫生自付比例的回归方程可看出, 控制了研究对象的个人基本信息、健康行为、健康状况及经济因素等变量后, 以不参加医疗保险为对照组, 新农合、商业保险及其他、公费医疗、城职保、城居保所覆盖的中老年群体的个人医疗卫生支出自付比例均下降, 其中新农合在 5% 的水平上显著, 其他保险变量在 1% 的置信水平下显著。从医疗支出自付比例的边际效用来看, 与不参加医疗保险相比, 参加了新农合的中老年人自付比例明显降低 14.44%, 而商业保险及其他保险参与者的自付比例明显降低约 25.41%,

公费医疗群体的自付比例明显减少约 39.79%，城镇职工医疗保险参保者的自付比例明显降低 41.65%，城镇居民医疗保险参保者的自付比例明显减少 28.75%。除医疗保险外，年龄、城乡户口与受教育程度对中老年群体的个人医疗自付比例的影响明显。年龄越大，其个人医疗支出自付比例越低，且随着年龄的增大，自付比例的边际效应更大。与农村样本相比，城镇户口的样本医疗自付比例会显著降低 7%。受教育水平高的样本医疗支出自付比例将会减少，教育程度为小学的个体医疗自付比例在 10% 的水平上明显降低 9.01%。

总体而言，各类型医疗保险均对中老年人的医疗自付比例有显著的影响，年龄和受教育水平对个体的自付比例也存在显著的影响。

4.5 实证结果的政策建议

针对实证部分得出的结论，本文就提高中老年人健康状况，改善医疗卫生服务利用情况，降低医疗自付比例提出相应的建议。

(1) 继续提高社会基本医疗保险的覆盖范围 根据本文的研究，医疗保险对中老年群体的健康状况及医疗卫生支出产生了积极影响，与未参与医保的人群相比，被医疗保险覆盖的群体更能充分享受医疗卫生服务的益处，拥有更加健康的身体状况。在本文研究对象中，无论在农村还是在城市，整体参加医疗保险的概率都较高，但依然要注意到，样本中有 6.02% 的人没有参保社会基本医疗保险。政府相关部门需要持续推动医保改革，实现医疗保险全民覆盖的目标，改善居民的医疗服务利用情况。

(2) 完善基本医疗保险制度，缩小制度间差距 本文研究的几类医疗保险制度中新农合的覆盖率最高，但通过分析，新农合对健康状况的作用效果是最大的，对提高参合者的医疗总支出影响最小，且降低参合者医疗自付比例的程度最小。研究还表明不同医疗保险覆盖群体使用医疗资源的情况存在较大差异，除医疗保险覆盖群体自身的原因，医疗保险制度也显著地影响了参保人员的医疗服务利用情况。此外，各类医疗保险所提供的保障范围、保障水平等标准之间差异较大。政府相关部门应出台相关政策来改进医疗保险制度，例如：统一城居保和新农合的标准，后续逐渐达成所有医疗保险制度的一体化。为实现社会医疗保险制度的公平，让所有民众均能在统一的标准下，使用优质的医疗服务。

(3) 布局基层医疗服务机构，促进医疗机构竞争，降低医疗负担 医疗卫生服务的利用情况在一定程度上会被其潜在的可及性影响。因此，政府

要加大力度投资建设农村门诊和合理配置医疗服务机构，改善基层的医疗服务体系，使基层民众更易获得医疗卫生服务，进而对医疗卫生服务利用情况产生正向影响。现有的社会医疗资源不足以覆盖群众的医疗卫生需求，同时，获取医疗服务所需支付的费用也是影响医疗卫生服务可及性的重要因素。医疗机构的竞争能够降低门诊服务费用，应逐渐放宽医疗机构准入的门槛，促进民间资本投入医疗卫生领域，来降低使用医疗卫生服务的价格，并提升其质量。

(4) 完善商业医疗保险体系，出台长期护理保险政策 商业医疗保险和社会基本医疗保险共同构成我国医疗保险体系，但商业保险公司经营成熟，而且有很多销售网点，商业保险参与社会保险的运营不仅能够提高服务水平，还减轻了政府财政负担。因此我国应完善相关法律法规，鼓励长期护理保险向市场化方向发展。政府相关部门需要持续完善我国社会基本医疗保险体系，并结合商业保险的管理运营优势，分散风险，建立与实际国情相适应的更为公平的社会基本医疗保险制度。

4.6 本章小结

本章使用中国健康与养老追踪（CHARLS）数据库 2013-2015 年两期面板数据，运用固定、随机效应模型分别进行估计，对估计的结果进行豪斯曼（Hausman）检验之后确定更为可靠的数据模型，进行数据结果的分析，研究未参与医疗保险与参加各类医疗保险对中老年人健康状况及医疗总支出和自付支出的影响，并进一步分析医保对自付比例的效用。实证结果发现，医疗保险显著提升了中老年人的健康状况，但医疗保险对个体的日常生活能力提升作用较明显，对个体自评健康的影响则不明显；促进了中老年人医疗总支出的提升，但不影响个体的医疗自付支出；此外，医疗保险明显降低了中老年人医疗支出中的自付占比，但是不同医疗保险对于降低医疗自付比例的作用相差较大。

结 论

本文在我国已步入“老年型国家”的背景下，回顾了国内外相关研究，分析现行各类医疗保险制度的发展现状，利用 CHARLS 数据库 2013-2015 年两期的面板数据进行实证分析，构建并选择可靠模型来研究现有各种类型医疗保险对中老年人健康状况及医疗总支出和医疗自付支出的影响，并深入研究了医疗保险对医疗负担自付比例的影响，主要结论如下：

(1) 在宏观层面，从国家统计数据来看，每一次医保制度的改革都对人民群众的医疗需求产生显著的促进作用。1998 年开始的城镇职工医疗保险制度改革使得全国医疗卫生总支出大幅上升，在之后两年时间内医疗卫生总支出超过 4500 亿元。2003 年国内新型农村合作医疗试点卓有成效，使得 2006 年我国医疗卫生总支出高达 9800 亿元以上。此后实施的城镇居民基本医疗保险制度，使得我国医疗总支出在 2011 年、2013 年、2015 年分别突破两万亿、三万亿和四万亿，到 2016 年底全国医疗卫生总支出已超过四万六千亿元。从个人支出来看，我国医保制度的革新明显降低了个人在医疗卫生方面的花费，个人卫生支出在总支出的占比已降至 30% 以下，政府的医疗投入在降低民众个人医疗负担方面取得了一定效果，但仍有改善空间。

(2) 医疗保险显著提升了中老年人的健康状况，其中医疗保险对个体的日常生活能力提升作用较明显，对个体自评健康的影响则不甚明显。医疗保险导致了 ADL 数量的减少，对照没有参与医疗保险的个体相比，参保人员的健康状况较好，其中新农合、商业保险及其他还有城职保的促进作用较明显。此外，城乡居民的健康水平也存在较大差距，城镇居民自评健康水平和日常生活能力要显著优于农村居民。

(3) 医疗保险正向影响中老年人医疗总支出，但对个体自付支出无明显影响，同时，医疗保险负向影响中老年人自付比例，不同类型医疗保险对降低医疗自付比例的影响差距较大。几类医疗保险对医疗卫生总支出的作用显著，其中新农村合作医疗、商业保险及其他、城镇职工医疗保险对医疗总支出产生显著的正向影响，其他保险类型的影响不显著。中老年群体的医疗卫生自付支出存在明显的城乡差异，得益于城镇相关保险的保障水平和报销额度，城镇居民医疗自付费用支出远小于农村居民。自付比例方面，城职保与公费医疗这两类保险降低中老年人医疗自付比例时发挥作用最大，城居保与商业保险及其他对降低自付比例的作用较大，但新农合覆盖群体的医疗自付

比例并没有较大幅度的减少，存在比较明显的城乡差异。

虽然本文在一定程度上有所创新，但也存在一些局限和不足：

(1) 本文使用 CHARLS 数据库，库内样本的限制导致未参加医疗保险的样本和参加各类型医疗保险的样本数量相差较大，分布不均衡。样本分布情况的差异可能导致参与某些类型医疗保险的样本量较少，适用性不强。

(2) 本文使用面板数据在一定程度上来规避样本的选择性偏差和异质性因素，但却无法避免商业医疗保险的内生性偏误。我国社会医疗保险基本全面覆盖，覆盖人群不能自主选择保障额度和保障水平，但商业保险的投保个体可以自主选择保障额度和保障水平，可能会存在内生性误差。

(3) 本文在分析中老年医疗卫生支出和医疗自付比例方面，对中老年人患病情况考虑不充分，要深入了解中老年人健康水平的变化以及患病类型的微观数据；同时，本文没有考虑到医疗卫生价格的因素，医疗支出的价格弹性可能导致医疗总支出及医疗自付支出被医疗卫生的价格所影响。

参考文献

- [1] 赵曼. 中国医疗保险制度改革回顾与展望[J]. 湖北社会科学, 2009 (7): 60-63.
- [2] 余央央. 中国人口老龄化对医疗卫生支出的影响[D]. 复旦大学, 2012: 170.
- [3] Wagstaff A. The Economic Consequences of Health Shocks: Evidence from Vietnam[J]. Health Economics, 2007, 26 (1): 82-100.
- [4] Hanh B. Health care utilization: The Effect of Extending Insurance to Adults on Medicaid or Uninsured[J]. Medical Care, 1994, 32 (3): 227-239.
- [5] Skipper B, Kaufman A, Fingado E, et al. Effect of Managed Care on Emergency Department Use in an Uninsured Population[J]. Annual of Emergency Medicine, 2004, 43 (2): 166-173.
- [6] Card D, Dobkin C, Maestas N. Does Medicare Save Lives?[J]. Quarterly Journal of Economics, 2009, 124 (2): 597.
- [7] Meer J, Rosen H S. Insurance and the Utilization on of Medical Services[J]. Social Science and Medicine, 2004, 58 (9): 1623-1632.
- [8] Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health[J]. Journal of Political Economy, 1972, 80 (2): 223-255.
- [9] Decker S L, Remler D K. How Much might Universal Health Insurance Reduce Socioeconomic Disparities in Health? A Comparison of the US and Canada[J]. Applied Health Economics and Health Policy, 2004, 3 (4): 205-216.
- [10] Lichtenberg F R. The Effects of Medicare on Health Care Utilization and Outcomes[J]. Frontiers in Health Policy Research, 2002, 5 (1): 27-52.
- [11] World Health Organization. The Determinants of Health[S]. 2011.
- [12] Phelps C E. Health Economics[M]. Addison Wesley, 2003.
- [13] Levy H, Meltzer D. What Do We Really Know About Whether Health Insurance Affects Health?[J]. University of Michigan, 2004.
- [14] Fisher E S. Medical care--is more always better?[J]. New England Journal of Medicine, 2003, 349 (17): 1665-1667.
- [15] Baicker K, Finkelstein A. The Effects of Medicaid Coverage-Learning from

- the Oregon Experiment[J]. New England Journal of Medicine, 2011, 365 (8): 683-685.
- [16] Levy H, Meltzer D. The impact of health insurance on health.[J]. Social Science Electronic Publishing, 2016, 29 (29): 399.
- [17] Polsky D, Doshi J A, Escarce J, et al. The Health Effects of Medicare for the Near-Elderly Uninsured[J]. Health Services Research, 2009, 44 (3): 926-945.
- [18] 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.
- [19] Finkelstein A, McKnight R. What did Medicare do? The Initial Impact of Medicare on Mortality and Out of Pocket Medical Spending[J]. Journal of Public Economics, 2008, 92 (7): 1644-1668.
- [20] Hadley J. Sicker and poorer--the consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, and income.[J]. Medical Care Research & Review Mcrr, 2003, 60 (2 Suppl): 3S.
- [21] Manning W G, Newhouse J P, Duan N, et al. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment[J]. Journal of Health Economics, 1987, 2 (1): 47.
- [22] 黄晓宁, 李勇. 新农合对农民医疗负担和健康水平影响的实证分析[J]. 农业技术经济, 2016 (4): 51-58.
- [23] 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, 18 (S2): S25-S46.
- [24] Chen Y, Jin G Z. Does health insurance coverage lead to better health and educational outcomes? Evidence from rural China[J]. Journal of Health Economics, 2012, 31 (1): 1.
- [25] 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.
- [26] Wang H. The impact of rural mutual health care on health status : evaluation of a social experiment in rural China.[J]. Health Economics, 2009, 18 (S2): S65-S82.

- [27] 陈华, 邓佩云. 城镇职工基本医疗保险的健康绩效研究——基于 CHNS 数据[J]. 社会保障研究, 2016 (4): 44-52.
- [28] 叶文君, 李勇. 城镇居民医疗保险对我国中老年人健康影响研究[J]. 中国卫生产业, 2016, 13 (3): 1-3.
- [29] 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.
- [30] 黄枫, 甘犁. 过度需求还是有效需求?——城镇老人健康与医疗保险的实证分析[J]. 经济研究, 2010 (6): 105-119.
- [31] 朱昕婷, 徐怀伏. 医疗保险对老年人健康影响研究[J]. 中国卫生经济, 2016, 35 (1): 38-40.
- [32] Wagstaff A. Poverty and Health Sector Inequalities[J]. Bull World Health Organization, 2002, 80 (2): 97-105.
- [33] Dollar D, Kraay A. Growth Is Good for the Poor[J]. Journal of Economic Growth, Springer, 2002, 7 (3): 195-225.
- [34] 封进, 余央央. 中国农村的收入差距与健康[J]. 经济研究, 2007 (1): 79-88.
- [35] 马双, 甘犁, 高香花. “收入冲击”对家庭营养结构的影响分析——来自高等教育改革的“自然实证”[J]. 管理世界, 2009 (5): 48-55.
- [36] 齐良书. 收入分配、医疗资源与人口健康: 一个跨国研究[J]. 南方经济, 2008 (4): 27-40.
- [37] 骆永民. 公共卫生支出、健康人力资本与经济增长[J]. 南方经济, 2011 (4): 3-15.
- [38] 解垩. 城镇医疗保险改革对预防性储蓄有基础效应吗?[J]. 南方经济, 2010 (9): 64-72.
- [39] Schiff G, Group I E. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment[J]. Journal of Public Health Policy, 2001, 22 (2): 244-247.
- [40] Kananurak P. Healthcare Use and Voluntary Health Insurance After Retirement in Thailand[J]. Applied Health Economics & Health Policy, 2014, 12 (3): 299.
- [41] B róA. Supplementary Private Health Insurance and Health Care Utilization of People Aged 50+[J]. Empirical Economics, 2014, 46 (2): 501-524.
- [42] Kalenscher T. Attitude toward health insurance in developing countries from a decision-making perspective.[J]. Journal of Neuroscience Psychology &

- Economics, 2014, 73 (3): 174-193.
- [43] 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) .
- [44] 陈璐, 范红丽. 新型农村合作医疗制度对农户医疗负担的影响研究[J]. 上海研究, 2015 (11): 35-48.
- [45] 周蕾. 大病医保与家庭灾难性医疗支出[J]. 经济师, 2015 (12): 52-53.
- [46] 沈政, 李军. 农民工医疗支出影响因素的实证分析——基于全国 3078 个农民工的调查数据[J]. 东岳论丛, 2015, 36 (12): 24-33.
- [47] 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.
- [48] 胡宏伟, 张小燕, 赵英丽. 社会医疗保险对老年人卫生服务利用的影响 ——基于倾向得分匹配的反事实估计[J]. 中国人口科学, 2012(2):57-66.
- [49] Mocan H N, Tekin E, Zax J S. The Demand for Medical Care in Urban China[J]. World Development, 2004, 32 (2): 289-304.
- [50] 林相森, 舒元. 我国居民医疗支出影响因素的实证分析[J]. 南方经济, 2007 (6): 22-30.
- [51] 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.
- [52] 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.
- [53] 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.
- [54] 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.
- [55] Folland S, Goodman A C, Stano M. The economics of health and health care[J]. Bmj British Medical Journal, 2003, 306 (6889): 1358-1359.
- [56] Rice T H. The Economics of Health Reconsidered[M]. Chicago: health administration press, 1998.
- [57] Becker G S. Human Capital[M]. University of Chicago Press, 1964.
- [58] Wilkinson R. Social determinants of health: The solid facts[J]. International Centre for Health & Society, 2003, 9 (4): 1227-1228.
- [59] Andersen R. A behavioral model of families' use of health services.[J]. Journal of Human Resources, 1968, 7 (1): 125.

- [60] 中华人民共和国国家统计局. 中国统计年鉴[EB/OL]. (2017-10-12) [2018-04-15]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2017/indexch.html>.
- [61] 王兰芳, 孟令杰, 徐芳. 新型农村合作医疗对农民影响的实证研究——以江苏的调查为例[J]. 农业经济问题, 2007, 28 (7): 53-60.
- [62] 廖保平. 公费医疗改革应从何入手[J]. 小康, 2013 (1): 107.
- [63] 王君平. 取消公费医疗是“特权缩步”[J]. 健康必读, 2013 (2): 17.
- [64] 蔡皓东. 从公费医疗到医保是一种进步[J]. 中国医药科学, 2013, 3 (1): 8.
- [65] 胡晓义. 把好事办好办实——关于城镇居民基本医疗保险制度的思考[J]. 中国社会保障, 2007 (11): 16-19.

致 谢

时光荏苒，转眼间就到了毕业季，在哈尔滨工业大学深造的两年中，收获了太多，也成长了太多。

毕业设计前后历时近一年，过程中一直很充实，收获颇丰。能完成这篇论文首先要感谢导师黄成教授的悉心指教。从始至终，黄老师都在学术上指导我，思想上启发我，生活上关照我。仰之弥高，钻之弥坚，他广博的学识以及做学问踏实严谨的精神，令我钦佩，我深受其鼓舞。教诲如春风，师恩似海深。经师易遇，人师难遇。黄老师严谨踏实的工作态度是我们每个人都应该学习和具备的，他对学生那种发自内心的好也是我们每个人深有体会的，能在研究生期间接触到这样一位良师益友，是我的荣幸。

此外，我还十分感谢学院的其他各位老师，因为他们每位老师都在预开题、开题、中期、预答辩以及答辩的各个阶段，给我提出了很多中肯的意见，让我砥砺前进，也使我的论文得到完善，在平时的授课中，他们也无私地、热心地为我解惑。

最后，我想感谢给予我帮助的师兄师姐师弟师妹，也许只是一句话，一个词语，也给我增添了灵感，让我更加快捷地去找到解决问题的答案和方法。感谢两年一同上课一起努力的同学们，是你们让我的研究生生活变得丰富多彩。很荣幸我可以成为一名哈尔滨工业大学的学生，感谢学校给了我们学习、研究和实践的平台，毕业之后，我也会继续努力学习、努力工作，希望有一天可以有能力回报母校。