

# 城乡医保统筹对居民健康的影响\*

常雪 苏群 周春芳

**【摘要】**文章利用2012和2014年中国劳动力动态调查(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15~64岁城乡居民健康的影响及作用机制。回归结果表明,推行城乡医保统筹有利于居民健康,能够减轻健康对工作的负面影响,提高居民的自评健康水平。医保统筹对城乡居民的影响存在差异,对农村居民的影响大于城镇居民。通过对影响路径的分析发现,统筹制度减少了农村居民患病后不就诊的行为,进而降低了农村居民因病影响工作的程度,对城镇居民健康的积极作用则主要体现为可以提高其自评健康水平。虽然城乡医保统筹对改善健康具有积极作用,但并不能降低居民的患病率,因此,应当倡导保健和疾病预防,降低居民患病率,从改善健康的路径看,应当从改变就医行为入手,鼓励居民患病后采取积极的治疗方式。

**【关键词】**城乡医保统筹 两周患病率 健康 双重差分模型

**【作者】**常雪 南京农业大学经济管理学院,博士研究生;苏群 南京农业大学经济管理学院,教授;周春芳 江苏省社会科学院农村发展研究所,副研究员。

## 一、引言

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。国内外的研究表明,医疗保险的普及对居民健康有积极作用(Card等, 2009; 潘杰等, 2013),能减少急诊发病(Kwack等, 2004),降低婴儿和老人的死亡率(Keng等, 2013; Chou等, 2014)。然而,中国以往的基本医疗保险制度由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三种体系构成,这三种体系在筹资、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碎片化特征(何子英等, 2017)。城乡分割的医疗保险制度导致城乡居民在医保待遇、医疗环境等方面的不公平,为了使城乡居民享受公平的医疗保障,城乡医疗保险统筹成为必然趋势,

\* 本文为国家自然科学基金项目“职业流动视角下我国农民工社会分化与市民化研究”(编号:71503107)的阶段性成果。

一些地区率先开展积极的尝试和探索,如成都市于2009年将新农合和城镇居民医疗保险整合为城乡居民医保,天津市2010年实现了城乡居民基本医疗保险的一体化,成为率先实施城乡居民医疗统筹的省份,广东、宁夏和重庆也是整合城乡居民医疗保险制度较早的地区。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。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,医疗保障水平进一步提升。

以往关于城乡医保统筹的研究多为统筹模式、制度设计与管理等政策性或理论性研究,由于城乡医保统筹的实施时间较短,相关的定量分析还比较少。近年来的部分实证研究涉及了医疗支出(郭华、蒋远胜,2014)、城乡居民的受益归属(顾海等,2013)、健康不平等(马超等,2017)、就医行为(马超等,2016a)和医疗服务公平利用(马超等,2016b)等方面。这些研究认为统筹制度会导致医疗供方诱导需求,但也具有积极作用,显著缓解了城乡居民在门诊利用次数和医疗费用的不平等,有利于农村居民获得更高的报销费用,并促进了城乡居民的健康平等。虽然以上研究从不同角度对城乡统筹的政策效果进行了实证分析,但关于实行城乡医保统筹对居民健康的影响及作用机制的分析还比较欠缺,对城乡居民医疗保险统筹制度实施效果的判断不够全面。事实上,在中国所有医保类型中,新农合改善健康的作用最弱(邹红、刘亚平,2016),效率不高且影响有限(张哲元等,2015)。那么,统筹后的医疗保险能否改变新农合健康效果不佳的情况?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?城乡医保统筹制度改善健康的作用机制是什么?

鉴于此,本文利用2012和2014年中国劳动力动态调查(CLDS)中劳动年龄人口数据,构建双重差分模型,实证检验城乡居民医保统筹对城乡居民健康的影响,并探究其影响机制,以期为制度效果的全面评估提供参考,并为城乡医保统筹在全国范围内的推行提出有针对性的政策建议。

## 二、理论分析与研究假说

根据典型的Grossman(1972)健康需求模型,典型消费者的健康资本变化方程为:

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

受遗传因素的影响,每个人的初始健康存量 $H_0$ 不同, $t$ 时期健康的变化受健康资本的投资和健康折旧的影响。 $I_t$ 是 $t$ 时期对健康的投资,包括投资于健康的商品(如医疗保健服务和营养品)、用于提高健康水平的时间和其他影响健康投资的因素(如教育)。 $\delta_t$ 表示 $t$ 时期的健康折旧率( $0 < \delta_t < 1$ ),影响健康折旧率的因素有年龄、环境、生活习惯等。

该模型为本文构建居民健康模型提供了参考,虽然 Grossman 模型中未直接引入医疗保险,但医疗保险的作用相当于降低了个人支付的医疗服务价格,在收入约束下,可购买的医疗服务数量增多,提高了用于健康的投资  $I_h$ ,有助于增加健康存量。医疗保障水平的提高会影响居民的就医行为,有助于减缓健康随时间的折损  $\delta_h$ 。具体而言,城乡居民医保统筹可能改善居民健康的路径有以下几点。

第一,从马斯洛需求层次理论看,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易采取消极的处理方式。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,居民为了节约就医成本,会选择一些价格低廉但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,有的地区按照城镇目录不变、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,提高医疗服务利用的质量和数量,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。具体影响路径如图所示。

基于以上分析,本文提出研究假说 1:推行城乡医保统筹有利于改善居民健康,其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,理论分析难以明确判断

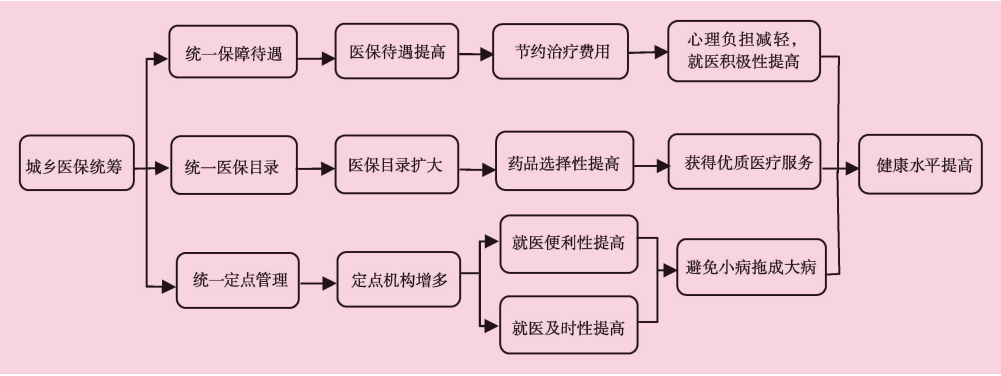


图 城乡医保统筹对居民健康的影响路径

医保统筹政策对城镇和农村居民健康状况影响的大小,需要进一步的实证检验,原因如下:(1)健康与收入的良性循环有利于城镇居民的健康改善。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,且医疗资源的分配集中于城市,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,健康不佳的时间更短,在时间约束下,其用于工作和改善健康的时间更充裕,这会带来收入的增长,进一步导致其保健品和优质医疗服务投资的增加,更加有利于健康状况的改善。(2)农村居民原本的健康存量较低,健康改善的空间更大。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,医保对医疗服务利用率影响越大,低收入群体对医疗服务的需求价格弹性更高(Mocan 等,2004),农村居民可能受医保制度的影响更大,健康改善的效果更明显。因此,本文提出研究假说 2:城乡医保统筹制度对城乡居民健康的影响存在差异。

### 三、研究方法 with 变量选择

#### (一) 数据来源与变量选择

本文的数据来自 2012 和 2014 年中国劳动力动态调查(CLDS),样本覆盖了中国 29 个省份(除港澳台、西藏、海南外),调查对象为样本家庭户中 15~64 岁的家庭成员。本文选择 2012 年参保新农合或城镇居民医疗保险的个体且 2014 年参保类型保持不变或转变为城乡居民医疗保险的个体作为本文的研究样本。为了提高样本的可对照性,本文剔除了重复参保的样本,并剔除了农村户籍但参保城镇医保和城镇户籍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分别为 133 个和 234 个,与此形成对照的城乡控制组分别为 703 个和 4 550 个。

健康指标。本文的因变量为健康,在众多健康评价指标中,“自评健康”能够比较全面地反映个人的健康状况(Burström 等,2001),也有研究将自评健康与客观患病情况相结合(俞林伟,2016;宋全成、张倩,2016)。根据以往的研究经验,本文从主观健康指标(自评健康)和客观健康指标(两周患病率和由于身体健康影响工作的程度)两个维度衡量居民健康状况。

控制变量。参照 Grossman 的健康需求模型,本文的解释变量除了医疗保险制度外,其他影响健康的因素从个体特征、生活习惯和环境特征、医疗服务的可及性 3 个角度选取。(1)个体特征包括年龄、性别、受教育程度和收入。健康随年龄的变化是难以控制的生理过程(孙博文等,2016),教育水平较高的人健康风险更小,死亡率更低(Saegert 等,



2003; Braveman, 2006)、患慢性病和身体机能损伤的时间更晚(Herd 等, 2007)。收入会通过影响生活质量、营养水平、生活方式等对健康产生影响(杨默, 2011)。(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。另外,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;“家庭卫生的整洁程度”按照 1~10 分打分,家庭卫生越好,越有利于健康。(3)医疗服务的可及性用“离最近医疗点的距离”衡量,离医疗机构越远,就医的机会成本越高,会影响就医的积极性,进而影响到健康。

文章所涉及变量的描述性统计如表 1 所示。从表 1 可以看出,与城镇居民相比,农村居民的自评健康更低,因病影响健康的程度略高,整体健康状况劣于城镇居民。与 2012 年相比,2014 年各组的两周患病率均有明显下降,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。影响健康的其他变量存在明显的城乡差异,与农

表 1 变量的描述性统计

变 量	2012 年				2014 年			
	农村 统筹	城镇 统筹	农村 非统筹	城镇 非统筹	农村 统筹	城镇 统筹	农村 非统筹	城镇 非统筹
两周患病率 (0= 未患病;1= 患病)	0.205	0.165	0.195	0.207	0.085	0.098	0.097	0.094
自评健康	3.538	3.640	3.454	3.600	3.671	3.955	3.519	3.687
因健康影响工作的程度 (1= 很少;2= 有时;3= 经常)	1.342	1.301	1.316	1.287	1.286	1.203	1.414	1.238
年龄	45.158	41.586	45.168	42.826	47.158	43.586	47.168	44.826
性别(0= 男性;1= 女性)	0.530	0.496	0.535	0.575	0.530	0.496	0.535	0.575
受教育程度(1= 未上过学;2= 小学;3= 初中;4= 高中及以上)	2.517	3.421	2.404	3.063	2.520	3.429	2.416	3.133
是否吸烟(0= 否;1= 是)	0.333	0.338	0.318	0.275	0.243	0.315	0.293	0.261
是否每周饮酒(0= 否;1= 是)	0.269	0.278	0.236	0.228	0.222	0.240	0.193	0.188
收入(元)	11855	22488	11697	25600	18227	37963	16191	36501
家庭做饭用水主要来源 (0= 地表水;1= 自来水)	0.504	0.970	0.548	0.879	0.530	0.977	0.571	0.888
家庭卫生的整洁程度打分 (1~10 分)	5.449	6.301	5.550	6.213	6.389	7.112	6.192	6.670
离最近医疗机构的距离	1.039	0.735	1.532	0.816	1.507	0.856	1.794	0.953
样本量	234	133	4550	703	234	133	4550	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。

村居民相比,城镇居民的收入更高,平均年龄偏低,整体受教育程度更高,家庭做饭用自来水的比例更高,家庭卫生更整洁,离医疗机构的距离较近。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,处理组和控制组在政策实施前特征差异不明显,年龄结构、健康状况、收入和生活环境均比较接近,但处理组在地理位置上离医疗机构更近,家庭用自来水的比例略高。从时间序列看,城乡居民的收入均有大幅度提升,家庭卫生的整洁程度都有所改善。

## (二) 研究方法

由于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,本文利用两期调查数据,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,比较处理组和控制组在政策实施前后健康变化的差异,以此作为政策的净效应,该方法的优势在于既能控制样本之间不可观测的个体异质性,又能控制不随时间变化的不可观测变量的影响。本文的处理组为实行城乡医保统筹的样本,控制组为未实行医保统筹的样本。由于实行医保统筹前,城镇和农村分别实行不同的医疗保险制度,且医保待遇差别较大,本文的目的之一是考察医保政策对城乡居民健康的影响是否相同,因此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。由于统筹制度的推行是逐步实现的,即使同一城市,进度也并不是完全一致,因此本文根据受访者的参保类型判断是否实行了城乡医保统筹。具体而言,2012年参保新农合且2014年参保城乡统一医保的样本为农村统筹组;两期调查中均参保新农合的样本为农村非统筹组;2012年参保城镇居民医保且2014年参保城乡统一医保的样本为城镇统筹组;两期调查中均参保城镇居民医保的样本为城镇非统筹组。构建双重差分回归模型为:

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

式(2)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*为农村统筹组,则 $G_{1i}=1$ ;如果样本*i*为城镇统筹组,则 $G_{2i}=1$ ;如果样本*i*未实行城乡医疗保险统筹,则 $G_{1i}=G_{2i}=0$ 。 $R_i$ 代表地区虚拟变量, $R_i=1$ 代表城镇地区, $R_i=0$ 代表农村地区,如果样本未实行城乡医保统筹并且 $R_i=1$ ,表示该样本为城镇未统筹组,否则为农村未统筹组。 $T$ 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2所示,其中 $\alpha_4$ 表示城乡医保统筹对农村居民健康的净影响, $\alpha_5$ 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, $\alpha_1$ 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; $\alpha_2$ 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; $\alpha_3$ 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; $\alpha_6$ 表示基期(2012年)未实行医保统筹地区居民健康的城乡差异; $\alpha_7$ 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 2 双重差分法参数说明

	农村非统筹组 (1)	城镇非统筹组 (2)	农村统筹组 (3)	城镇统筹组 (4)	差异 1 (3)-(1)	差异 2 (4)-(2)
基期(2012 年)	$\alpha_0$	$\alpha_0+\alpha_6$	$\alpha_0+\alpha_2$	$\alpha_0+\alpha_3+\alpha_6$	$\alpha_2$	$\alpha_3$
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	$\alpha_1$	$\alpha_1+\alpha_7$	$\alpha_1+\alpha_4$	$\alpha_1+\alpha_5+\alpha_7$	$\alpha_4$	$\alpha_5$

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。模型形式为:

$$y_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 \times T + \alpha_2 \times G_{1i} + \alpha_3 \times G_{2i} + \alpha_4 \times T \times G_{1i} + \alpha_5 \times T \times G_{2i} + \alpha_6 \times R_i + \alpha_7 \times T \times R_i + \gamma \times X_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

根据双重差分的思路,本文在模型中引入多个交互项的形式,可能会导致多重共线性的问题,本研究在回归前进行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”及其交互项之间相关性较强。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。经过处理后再进行诊断,模型的多重共线性问题减弱。

在具体回归模型中根据因变量的特点,运用二元 Probit 模型分析政策对“两周患病率”的影响,运用有序 Probit 模型分析政策对“自评健康”的影响。为了验证假说中的影响机制,本文构建中介效应模型,对推行城乡医保统筹政策改善健康的实现途径进行实证检验,所要验证的影响路径为“促进患病后就医”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有效,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得不显著,则说明存在该影响机制。

四、实证结果分析

(一) 双重差分模型回归结果

运用式(3)进行双重差分回归分析,结果如表 3 所示。

根据本文推导的双重差分参数说明,农村(城镇)统筹组与时期的交互项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,虽然城乡医保统筹制度不能降低居民的两周患病率,但有利于减轻农村居民因疾病耽误工作程度,而对城镇居民则有利于提高其主观的健康感受,对客观健康指标没有积极影响。

农村统筹组和城镇统筹组的系数分别表示农村地区 and 城镇地区统筹组和非统筹组基期的健康差异,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,

表 3 双重差分模型估计结果(N=11240)

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(农村)	0.167*** (0.058)	0.184*** (0.061)	-0.050 (0.045)
时期(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(男性)	0.172*** (0.037)	0.129*** (0.044)	-0.172*** (0.029)
教育(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)
吸烟(否)	0.056 (0.040)	0.058 (0.046)	-0.025 (0.030)
是否每周饮酒(否)	-0.080** (0.037)	-0.131*** (0.043)	0.134*** (0.028)
收入对数	-0.024*** (0.003)	-0.004 (0.004)	0.024*** (0.002)
家庭做饭用水的主要来源(地表水)	-0.071*** (0.027)	-0.035 (0.032)	0.090*** (0.021)
家庭卫生的整洁程度	-0.068*** (0.007)	-0.042*** (0.009)	0.081*** (0.006)
离最近医疗点的距离	0.018*** (0.005)	0.015** (0.006)	-0.027*** (0.004)
常数	-	-1.297*** (0.143)	-

注:括号内为参照组;括号内数值为标准误;\*、\*\*、\*\*\* 分别表示在 10%、5%、1%的水平上显著。

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,在控制其他影响因素的情况下,城镇地区居民的两周患病率和因健康问题影响工作的程度更高。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,但因健康问题影响工作的程度加深。地区与时期的交互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的改善程度好于农村居民。

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有重要的作用,受教育程度越高,健康意识越强,越能意识到疾病的危害,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,工作环境的疾



病风险更低,健康受损的可能性越小。与现有文献的研究结论一致,吸烟在短期内对健康没有显著影响,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,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。家庭卫生整洁,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,越不利于健康。

## (二) 城乡医保统筹对健康的影响机制验证

按照中介效应模型的思路逐步检验模型的回归系数,本文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。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,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 和表 5 所示。

对促进就医影响机制的验证采用双重差分方法,表 4 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。其中,模型 2 和模型 4 表示未控制就诊行为时,城乡医保统筹对居民因健康问题影响工作的程度和自评健康的影响,与表 3 中的双重差

表 4 医保统筹通过促进居民积极就医影响健康的机制分析(N=11240)

变 量	模型 1 患病后未就诊 (中介变量)	模型 2 影响工作 程度	模型 3 影响工作 程度	模型 4 自评健康	模型 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)
是否患病后未就诊(无)			0.754*** (0.064)		-0.593*** (0.058)

注:括号内的数值为标准误。为了节约篇幅,有序 Probit 模型的切点估计值省略。其他控制变量包括年龄、性别、教育、吸烟、是否每周饮酒、收入、家庭做饭用水主要来源、家庭卫生的整洁程度、离最近医疗点的距离等,其他控制变量的回归结果未列出。\*、\*\*、\*\*\* 分别表示在 10%、5%、1%的水平上显著。

表 5 医保统筹通过提高报销比例影响健康的机制分析(N=1039)

变 量	模型 6 实际报销比例	模型 7 影响工作程度	模型 8 影响工作程度	模型 9 自评健康	模型 10 自评健康
医疗保险类型(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)
城镇居民医疗保险	-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)

注:同表 4。

分回归结果一致。模型 1 表示城乡医保统筹对城乡居民患病后未就诊行为的影响,模型 3 和模型 5 表示控制就诊行为后,城乡医保统筹对疾病影响工作的程度和自评健康的影响。农村(城镇)统筹组与时期的交互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 中,农村统筹组与时期的交叉项系数在 10%的水平上显著,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,而对城镇居民影响不显著。在模型 2 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。在模型 4 和模型 5 以“自评健康”为衡量指标时,城乡医保统筹有利于提高城镇居民的自评健康状况,在加入中介变量后,政策的作用效果下降,说明实行医保统筹改善自评健康是通过减少患病后不就诊的行为实现的。

整体看来,实行医保统筹有利于减少城乡居民患病后不就诊的行为,提高健康意识,农村居民通过及早防治减轻了疾病对生活造成的负面影响,统筹制度对城镇居民的影响主要体现为提高了主观的健康感受。

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,因此受数据的限制,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。表 5 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。

表 5 显示,不同参保类型的居民之间自评健康状况存在差异,无论是以“影响工作程度”衡量还是“自评健康”衡量,统筹医保的居民健康状况最好,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。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,优势比较明显,但与城镇居民医保相比没有显著差异,由此推断出推行城乡医保统筹对原新农合参保者的福利变化更大。但是将中介变量和自变量同时加入模型时,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,但并不能因此改善居民的健康状况。

## 五、主要结论

本文主要结论为:(1)总体来看,与统筹前的新农合和城镇居民医疗保险相比,医保统筹政策的实施有利于健康改善,降低了疾病影响工作的程度,提高了居民的自评健康,可以理解为减轻了疾病的严重程度,提高了治疗的效果,虽然统筹制度的优势明显,但是该制度的实施并不能显著降低居民的患病率,可见,统筹制度改善健康的作用并不全面,还有待进一步完善,尤其应当致力于疾病的预防,降低居民的患病率。(2)城乡居民均能从医保统筹制度中受益,但政策对城乡居民的影响存在差异,与城镇居民相比,农

村居民就诊的便利性大幅度提高,统筹制度对促进农村居民患病后积极就诊的作用更大,进而减少了疾病对农村居民工作和生活的不利影响,且在实际报销水平方面,农村居民受益更多,制度实施能缩小城乡居民的健康差异,对促进健康平等有积极作用。(3)通过对影响机制的分析发现,健康改善主要是通过改变居民就医行为实现的,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。虽然居民的医保待遇也得到显著提升,但只能从经济上减轻居民的医疗负担,并不能借此改善居民健康。因此,从改善健康的角度,应当注重促进居民患病后及时就诊。

基于上述研究结论,要实现全民健康的目标,本文提出以下政策建议:(1)加快城乡医保统筹的推行速度,按照“六个统一”的要求<sup>①</sup>,尽早实现城乡居民公平享受医保待遇,降低居民就诊的约束,促进城乡居民的健康平等。(2)从改善健康途径的角度,促进居民患病后积极就诊。在医保政策方面,降低就医的门槛,调低就诊的起付标准,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,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。在就医观念方面,加强居民的就医意识,鼓励居民患病后及时采取科学的治疗方法。在就医条件方面,加强对基层医疗机构的建设,提高居民就近就医的便利性和积极性,尤其要加强农村地区基层医疗机构的建设和规范管理,引进高学历医护人员,提高医疗水平和服务质量,强化居民对基层医疗机构的信任,加强居民就医的及时性。(3)从制度内容的角度,应当加强疾病预防项目的保障水平。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,所以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、保健等非疾病类支出纳入到医保体系中,加强对疾病的预防,定期开展全面检查,实现疾病的早期诊断和治疗。

#### 参考文献:

1. 郭华、蒋远胜(2014):《医疗保险保障水平提高是否增加医疗服务的诱导需求——以成都市城乡居民为例》,《农业技术经济》,第1期。
2. 顾海等(2013):《城乡医疗保障制度的受益归属及政策含义》,《南京农业大学学报(社会科学版)》,第1期。
3. 何子英等(2017):《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》,《浙江社会科学》,第12期。
4. 马超等(2016a):《城乡医保一体化制度对农村居民就医行为的影响》,《统计研究》,第4期。
5. 马超等(2016b):《医保统筹对医疗服务公平利用的政策效果研究》,《中国人口科学》,第1期。

---

<sup>①</sup> 国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》提出“六个统一”的要求: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。

6. 马超等(2017):《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》,《公共管理学报》,第2期。
7. 潘杰等(2013):《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》,《经济研究》,第4期。
8. 宋全成、张倩(2018):《中国老年流动人口健康状况及影响因素研究》,《中国人口科学》,第4期。
9. 孙博文等(2016):《社会资本的健康促进效应研究》,《中国人口科学》,第6期。
10. 王甫勤(2011):《社会流动有助于降低健康不平等吗?》,《社会学研究》,第2期。
11. 王新军、郑超(2014):《医疗保险对老年人医疗支出与健康的影响》,《财经研究》,第12期。
12. 杨默(2011):《中国农村收入、收入差距和健康》,《人口与经济》,第1期。
13. 俞林伟(2016):《居住条件、工作环境对新生代农民工健康的影响》,《浙江社会科学》,第5期。
14. 张哲元等(2015):《健康保险能改善健康吗——“新农合”的健康绩效评估》,《社会保障研究》,第4期。
15. 邹红、刘亚平(2016):《异质性医疗保险、自费医疗支出与中老年人健康水平》,《财经科学》,第6期。
16. Braveman P.(2006), Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*. 27: 167-194.
17. Burström B., Fredlund P.(2001), Self Rated Health: Is It as Good a Predictor of Subsequent Mortality among Adults in Lower as well as in Higher Social Classes?. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55(11): 836-840.
18. Card D., Dobkin C., Maestas N.(2009), Does Medicare Save Lives?. *The Quarterly Journal of Economics*. 124(2): 597-636.
19. Chou S.Y., Grossman M., Liu J.T.(2014), The Impact of National Health Insurance on Birth Outcomes: A Natural Experiment in Taiwan. *Journal of Development Economics*. 111: 75-91.
20. Grossman M.(1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. 80(2): 223-255.
21. Herd P., Goesling B., House J.S.(2007), Socioeconomic Position and Health: The Differential Effects of Education versus Income on the Onset versus Progression of Health Problems. *Journal of Health & Social Behavior*. 48(3): 223-238.
22. Keng S.H., Sheu S.J.(2013), The Effect of National Health Insurance on Mortality and the ESE-health Gradient: Evidence from the Elderly in Taiwan. *Health Economics*. 22(1): 52-72.
23. Kwack H., Sklar D., Skipper B., et al.(2004), Effect of Managed Care on Emergency Department Use in an Uninsured Population. *Annals of Emergency Medicine*. 43(2): 166-173.
24. Mocan H. N., Tekin E., Zax J. S.(2004), The Demand for Medical Care in Urban China. *World Development*. 32(2): 289-304.
25. Saegert S., Evans G.W.(2003), Poverty, Housing Niches, and Health in the United States. *Journal of Social Issues*. 59(3): 569-589.

(责任编辑:李玉柱)