

医疗保险制度对流动人口卫生服务利用的影响^{*}

孟颖颖 韩俊强

【摘要】文章利用2017年中国流动人口动态监测调查数据,从医疗保险制度的模式差异与参保地点差异两个维度讨论了医疗保险制度对流动人口在居住地卫生服务利用的影响。研究表明,参加任何一种社会医疗保险制度均显著提高流动人口在居住地的卫生服务利用,无论参加城镇职工医疗保险还是城乡居民医疗保险,对流动人口的卫生服务利用没有显著差异。进一步分析发现,无论参加何种社会医疗保险,在居住地参保均显著提高流动人口的卫生服务利用。采用PSM方法进行稳健性检验,结论依然成立。文章认为,现行医保制度存在的“地域区隔”构成了影响流动人口卫生服务利用的制度藩篱,应尽快解决跨统筹地区就医结算的“不便捷”,合理配置医疗卫生资源均衡分布,消除地方本位主义,鼓励地方政府探索制度创新,吸纳更多的流动人口参加居住地医疗保障体系。

【关键词】流动人口 医疗保险 地域区隔 卫生服务利用

【作者】孟颖颖 武汉大学社会保障研究中心,副教授;韩俊强 中南民族大学公共管理学院,副教授。

一、研究背景

“没有全民健康,就没有全面小康”,构建覆盖全民的基本医疗保障体系是践行健康中国行动的重要内容与郑重承诺。目前,中国的基本医疗保障体系主要由城镇企业职工基本医疗保险(简称“城职保”)和城乡居民基本医疗保险^①(简称“城乡居保”)制度构成。制度层面的全覆盖使广大人民群众切实享有了医疗保障,从整体上推动了全民健康水平的快速提高。然而,随着工业化、城镇化、人口老龄化进程加快,居民生产生活方式

^{*} 本文为国家社科基金青年项目“医疗保险制度对农民工消费的影响研究”(编号:15CGL046)的阶段性成果。

^① 2015年由“新型农村合作医疗保险制度”(简称“新农合”)与“城镇居民基本医疗保险制度”(简称“城居保”)制度合并建立。

不断发生变化。新形势下,这些制度的实施效果究竟如何?是否真正实现了提高国民卫生服务利用率、改善健康公平的设计初衷?

关于中国医疗保险制度对参保者卫生服务利用率的影响,有学者利用“新农合”制度实施时间在各地存在先后差异的“天然”政策实验条件,发现该制度显著提高了农村居民的卫生服务利用率与健康水平(Wang等,2010;周俊婷、李勇,2018)。也有学者评估了“城居保”制度对城市居民卫生服务利用率的影响,认为该制度整体上提高了参保居民健康水平,对低收入群体健康水平的改进作用更大(潘杰等,2013)。还有研究关注“城职保”制度对城镇职工卫生服务利用率的影响,发现该制度在提高参保者长期健康水平,降低疾病概率上具有积极作用(刘晓婷,2014;陈华、邓佩云,2016)。

与此同时,在保障对象上,一些学者特别关注现行医保制度对老年人及儿童等特殊群体卫生服务利用的影响。黄枫和甘犁(2010)、胡宏伟等(2012)发现,参加医保制度能够在一定程度上提高老年人的卫生服务利用率,降低老年人的死亡风险。杜本峰等(2018)研究发现,参加基本医疗保险制度与流动老年人的卫生服务利用相关性并不显著,将现有医保制度进行整合有利于提高流动老年人的卫生服务利用水平。周坚等(2019)认为,与“新农合”相比,“城乡居保”显著促进了农村老年人口的健康水平,降低其贫困发生率。李娇媛、方向明(2018)基于中国家庭追踪调查2012、2014年数据的分析发现,医保制度提高了儿童自评健康水平,参保儿童的卫生服务利用率显著提高。

此外,有学者比较了不同医保制度对参保者卫生服务利用及健康的影响。Liu等(2015)研究发现,参加“城职保”老年人的健康状况明显好于参加“城居保”和“新农合”制度的老年人,而参加“城居保”老年人的心理健康状况明显差于“新农合”参保老年人。Pan等(2016)研究发现,参加“新农合”和“城居保”患者的住院费用明显低于“城职保”参保者,医保制度上的差异可能导致参保者在卫生服务利用上的差异。朱铭来、史晓晨(2016)研究发现,“城职保”显著降低了流动人口的灾难性医疗支出发生率,制度的保障效果优于“新农合”。Lin等(2017)基于山西省的研究发现,不同医保制度对急性心肌梗死、心力衰竭、肺炎3种常见疾病患者的医院护理存在明显差异,“新农合”参保患者的住院时间较短,且住院死亡率明显高于“城职保”参保患者。

综合已有研究可以发现:(1)既有研究集中于探讨某一项医疗保险制度对参保者卫生服务利用的影响,虽然也有学者比较了不同类型医疗保险制度对参保者卫生服务利用影响的差异,但多为基于对某些地区的调查数据或某些病种的微观考察,缺乏以宏观视角就现行多种医保制度是否对参保者卫生服务利用的影响存在差异的综合判断。(2)既有研究中缺少针对现行医保制度存在的地域区隔现象,分析其对参保者卫生服务利用的影响。事实上,在城镇化发展加速、人口流动日益频繁的今天,这一问题是现行中国医保制度运行不可避免。

目前,中国的基本医疗保险制度仍以县、市为统筹单位,当医疗服务发生地点与参保地点不在同一个统筹地区时,不仅医疗保险报销比例较低,且需要在异地定点医院就诊,并存在各种繁琐的报销流程。这种制度层面上的地域区隔,在一定程度上抑制了参保者的卫生服务利用。而这一现象对流动人口的影响尤为明显,国家统计局数据显示,2017年中国流动人口达2.45亿人,其中约69.9%(1.7亿)的流动人口医疗保险的参保地点与居住地点不一致^①。涉及如此庞大规模群体的切身利益,识别地域区隔对参保者卫生服务利用的影响机制,对切实提高流动人口的卫生服务利用,提升其健康水平,实现健康中国战略具有重要的现实意义。鉴于此,本文以流动人口群体为研究对象,利用2017年中国流动人口动态监测调查数据(CMDS),试图从医疗保险制度的模式差别和地域区隔探讨医疗保险制度对流动人口卫生服务利用的影响。

二、变量介绍与研究方法

2017年中国流动人口动态监测调查数据(CMDS)以在本地居住1个月及以上,非本区(市、县)户籍的15周岁及以上流动人口为调查对象,以中国31个省份和新疆生产建设兵团2016年全员流动人口年报数据为基本抽样框,采取PPS方法进行抽样。2017年调查共采集流动人口样本169 989个,删除重要变量缺失、存在极端值的样本后,共获得有效样本143 815个。鉴于本文的研究目的是评估流动人口的卫生服务利用情况,因此,本文选择最近1年有患病或身体不适情况发生的流动人口为研究对象,同时删除了在流入地居住时间小于1年的样本^②,共69 631人,占总样本的48.42%。

(一) 变量介绍

1. 因变量:流动人口居住地卫生服务利用情况

借鉴已有相关研究通常采用就诊率和住院率来衡量患者卫生服务利用状况的做法(Pan等,2016;Lin等,2017),本文采用流动人口患病时的就诊情况来测量流动人口的卫生服务利用状况。CMDS 2017问卷中的设计题目为“最近一次患病(负伤)或身体不适时,您去哪里看的病或伤?”其中,选择在“居住地社区卫生站”就诊的人数占18.97%(13 210人);在“居住地综合或专科医院”就诊的人数占15.57%(10 837人);在“老家”和“本地及老家以外的其他地方”就诊的人数分别占0.6%(420人)和0.35%(243人);“未去治疗”的人数占17.19%(11 966人)。根据就诊地点的不同,本文将在“居住地社区卫生站(中心或街道卫生院)”、“居住地综合或专科医院”就诊的样本归为“利用居住地

① 2017年流动人口规模数据来自《中国流动人口发展报告2018》(http://www.gov.cn/xinwen/2018-12/25/content_5352079.htm)。69.9%的比例根据2017年中国流动人口动态监测调查数据计算得出。

② 本文选择了对“本次流动时间”回答为“2016年4月及之前”的样本,即流入本地的时间在1年及以上,以此来识别流动人口的患病地点为居住地。

的卫生服务”(共 24 047 人,占 34.53%),赋值为 1,即指流动人口在居住地发生卫生服务利用。将其他地方就诊及未去治疗等样本归为“未利用居住地的卫生服务”(共 45 584 人,占 65.47%),赋值为 0,表示没有利用居住地的卫生服务。

2. 自变量:流动人口参加医疗保险状况

从制度层面来看,流动人口对居住地卫生服务利用的情况主要受参加医疗保险制度的类型与参保地点两个方面的影响。因此,本文通过“参保制度类型”和“参保地点”来描述流动人口的医疗保险参保行为。其中,“参加保险制度类型”变量分为“城镇职工基本医疗保险”、“城乡居民基本医疗保险”和“没有医疗保险”3 种类型。“参保地点”变量根据流动人口参加医疗保险所在地,分为“居住地参加医疗保险”和“户籍地或其他地方参加医疗保险”两种类型。从表 1 可以看出,从参保制度类型看,近 3/4 的流动人口参加了“城乡居保”,但只有不到 1/5 的流动人口参加了“城职保”。从参保地点看,约 70% 的流动人口在户籍地或其他地方参保,只有 23.26% 的流动人口在居住地参保。样本平均年龄为 36.85 岁,同住家庭成员数平均为 3.23 人。主要变量描述性统计如表 1 所示。

3. 其他控制变量

经验分析表明,流动人口的个体特征、家庭资源禀赋、卫生服务获取便捷程度等因素均可能导致其卫生服务利用的差异。因此,本文首先控制了性别、年龄、民族、户籍类型、婚姻状况、受教育程度,家庭月收入等个体特征变量。其次控制了流动人口的自评健康、流动范围、到最近医疗机构花费的时间等可能影响流动人口卫生服务利用的变量。最后考虑到现行各统筹地区不同的医疗保险报销政策,如报销标准、报销病种目录的差异均可能影响所在地居民对医疗保险制度的利用,进而影响其卫生服务利用;同时考虑到目前各地区经济社会发展较为不平衡,地区差异也可能影响所在地居民的卫生服务利用情况,研究还控制了流动人口所居住的省份。

(二) 研究方法

本文利用过去 1 年患病的流动人口是否到当地医院就诊来测量流动人口在居住地的卫生服务利用状况,因变量取值为 1 或 0(1 为就诊,0 为不就诊),因此本文采用 Logit 模型估计医疗保险制度对卫生服务利用的影响^①。计量模型为:

$$\log \frac{P_i}{1-P_i} = \beta_0 + \beta_1 Insurance_i + \beta_2 Control_i + \varepsilon_i$$

其中, P_i 为流动人口患病时到本地医院就诊的概率; β_0 为截距项; $Insurance_i$ 为流动人口的参保情况; β_1 为医疗保险参保状况的系数; β_2 为控制变量的系数; $Control_i$ 为控制变量,包括流动范围、家庭收入状况、流入地省份等; ε_i 为随机扰动项。

^① 本文认为,流动人口过去 1 年是否患病或身体不适可以视为随机发生,而不是其自主选择的结果,因此,没有采用 Heckman 样本选择模型来估计参数。

表 1 主要变量的描述性统计

变 量	人数	百分比	变 量	人数	百分比
居住地卫生服务利用	24047	34.53	户籍类型		
未利用居住地卫生服务	45584	65.47	农业	54207	77.85
参保类型			非农业	9161	13.16
没有医疗保险	4743	6.81	农转居	6263	8.99
参加城职保	13056	18.75	政治面貌		
参加城乡居保	51832	74.44	党员或团员	7575	10.88
参保地点			群众	62056	89.12
居住地	16195	23.26	婚姻状况		
户籍地或其他地方	48694	69.93	未婚	9747	14.00
健康状况			已婚	58000	83.30
生活不能自理	105	0.15	离婚	1884	2.70
不健康但生活能自理	2990	4.29	流动范围		
基本健康	13615	19.55	跨省流动	33034	47.44
健康	52921	76.00	省内跨市流动	23929	34.37
性别			市内跨县流动	12668	18.19
男性	34604	49.70	到最近医疗机构的时间		
女性	35027	50.30	≤15 分钟	58827	84.48
民族			15~30 分钟	9684	13.91
汉族	63427	91.09	30~60 分钟	987	1.42
其他民族	6204	8.91	>60 分钟	133	0.19
受教育程度			就业单位性质		
没上过小学	2091	3.00	机关事业单位	1341	1.93
小学	10734	15.42	国有及国有控股企业	2790	4.01
初中	30453	43.73	股份、联营企业	2074	2.98
高中 / 中专	14690	21.10	个体工商户	23338	33.52
大学专科	7025	10.09	私营企业	16341	23.47
大学本科	4294	6.17	港澳台独资企业	2113	3.03
研究生	344	0.49	其他	8549	12.28
			没有单位	13085	18.79

三、实证结果分析

(一) 医疗保险制度的模式差异对流动人口卫生服务利用的影响

表 2 中,模型 1 的回归结果显示,当流动人口患病时,参加“城乡居保”者比未参加社会医疗保险者去医院就诊的概率提高了 1.72%,且在 5%的水平上显著;参加“城职保”者比未参加社会医疗保险者去医院就诊的概率提高了 5.32%,且在 1%的水平上显著。这说明,与未参保者相比,参加社会医疗保险能够显著提高参保者的卫生服务利用率。模型 2 以参加“城乡居保”为基准变量,比较了两种医疗保险制度对流动人口卫生服

表 2 医疗保险制度模式差异的 Logit 回归结果

变 量	全体样本		参保样本		居住地 参保	户籍地和其他 地方参保
	(模型 1)	(模型 2)	(模型 3)	(模型 4)	(模型 5)	(模型 6)
没有医疗保险		-0.0172** (0.0073)				
城乡居保	0.0172** (0.0073)					
城职保	0.0532*** (0.0087)	0.0360*** (0.0058)	0.0365*** (0.0059)	-0.0028 (0.0074)	-0.0063 (0.0119)	0.0089 (0.0127)
居住地参保				0.0541*** (0.0062)		
自评健康	-0.0676*** (0.0035)	-0.0676*** (0.0035)	-0.0676*** (0.0037)	-0.0675*** (0.0037)	-0.0678*** (0.0084)	-0.0670*** (0.0040)
男性	-0.0136*** (0.0038)	-0.0136*** (0.0038)	-0.0138*** (0.0039)	-0.0131*** (0.0039)	-0.0210*** (0.0080)	-0.0103** (0.0045)
年龄	0.0004* (0.0002)	0.0004* (0.0002)	0.0004* (0.0002)	0.0005** (0.0002)	0.0014*** (0.0005)	0.0002 (0.0002)
汉族	-0.0052 (0.0067)	-0.0052 (0.0067)	-0.0046 (0.0070)	-0.0038 (0.0070)	-0.0051 (0.0152)	-0.0013 (0.0079)
非农业	-0.0082 (0.0060)	-0.0082 (0.0060)	-0.0072 (0.0064)	-0.0061 (0.0064)	-0.0282*** (0.0101)	0.0042 (0.0087)
农转居	-0.0039 (0.0071)	-0.0039 (0.0071)	-0.0028 (0.0074)	-0.0021 (0.0074)	-0.0370*** (0.0134)	0.0129 (0.0090)
党员或团员	0.0136** (0.0062)	0.0136** (0.0062)	0.0145** (0.0064)	0.0168*** (0.0064)	0.0189* (0.0111)	0.0156** (0.0079)
家庭收入对数	0.0196*** (0.0036)	0.0196*** (0.0036)	0.0186*** (0.0037)	0.0194*** (0.0037)	0.0220*** (0.0078)	0.0176*** (0.0042)
同住家庭成员人数	-0.0039** (0.0018)	-0.0039** (0.0018)	-0.0041** (0.0019)	-0.0045** (0.0019)	-0.0002 (0.0041)	-0.0056*** (0.0022)
到最近医疗机构需要的时间						
15~30 分钟	-0.0259*** (0.0051)	-0.0259*** (0.0051)	-0.0251*** (0.0053)	-0.0258*** (0.0053)	-0.0174 (0.0109)	-0.0287*** (0.0061)
30~60 分钟	-0.0317** (0.0147)	-0.0317** (0.0147)	-0.0401*** (0.0153)	-0.0415*** (0.0153)	-0.0360 (0.0324)	-0.0409** (0.0174)
60 分钟以上	-0.0107 (0.0398)	-0.0107 (0.0398)	0.0093 (0.0425)	0.0096 (0.0424)	0.0441 (0.0890)	0.0069 (0.0483)
样本量	69631	69631	64888	64888	16195	48693

注：表中系数为平均边际效应结果的系数，括号内数据为稳健标准误；变量“居住地参加医疗保险”、“户口状况”和“居住地到最近的医疗服务机构所需时间”的基准变量分别是“户籍地或其他地方参加医疗保险”、“农业户口”、“15 分钟以内”；对流动人口婚姻状况、受教育程度、就业的单位性质、流动范围和居住地省份均已控制；*、**、*** 分别表示在 10%、5%、1%的水平上显著。

务利用的影响。结果显示,与参加“城乡居保”的流动人口相比,参加“城职保”使流动人口去医院就诊的概率提高 3.6%,且在 1%的水平上显著。

为了验证参保制度类型差异对流动人口卫生服务利用的影响。模型 3 在去掉没有参保的样本后,比较参加不同的医保制度对流动人口卫生服务利用的影响,结果与模型 2 相似,与参加“城乡居保”的流动人口相比,参加“城职保”的流动人口患病时去医院就诊的概率提高了 3.65%,且在 1%的水平上显著。模型 4 在模型 3 的基础上进一步控制了流动人口参加医疗保险的地点,发现变量“城职保”的系数在 10%的统计水平上不显著。这说明控制参保地点后,相对于参加“城乡居保”而言,参加“城职保”并没有提高流动人口在居住地的卫生服务利用率。由于医疗保险参保地点和制度模式之间有相关性^①,真正影响流动人口卫生服务利用的因素可能是医疗保险参保地点的选择,而不是医疗保险制度模式的差异。

为了进一步识别参保制度模式差异对流动人口卫生服务利用的影响,模型 5 和模型 6 将样本分为在居住地参加医疗保险和在户籍地(或其他地方)参加医疗保险两类子样本,比较参加“城乡居保”和“城职保”对流动人口卫生服务利用的差异。回归结果显示,模型 5 和模型 6 中“城职保”变量的系数在 10%的水平上均不显著,这说明无论是参加“城职保”还是“城乡居保”,对流动人口卫生服务利用的影响均没有显著差异,这一结果进一步验证了模型 4 的结论。

然而,为什么参加不同的医疗保险制度并没有影响流动人口患病时的就医选择?本文认为可以从两个方面来解释。一是流动人口患病时在是否就医的选择上,考虑更多的可能是是否拥有医疗保险的保障,而不是保险制度模式之间的差异。二是从保障程度来看,现行两种制度的报销比例虽然有差异,但并不明显。例如,“城职保”的住院报销比例为 80%左右,“城乡居保”的住院报销比例为 70%~75%^②,因此,医疗保险制度的差异并没有显著影响流动人口患病时的就医选择。

(二) 医疗保险制度的“地域区隔”对流动人口卫生服务利用的影响

表 3 中模型 7 将医疗保险参保地点分为“居住地参加医疗保险”和“户籍地或其他地方参加医疗保险”,基准变量为“户籍地或其他地方参加医疗保险”。回归结果显示,与在户籍地或其他地方参保的流动人口相比,在居住地参保的流动人口患病就诊率提高了 5.41%,且在 1%的水平上显著。

① 从样本中医疗保险参保地点和制度模式之间的分布来看,参加城镇职工医疗保险的流动人口中,有 13.86%是在非居住地参加医疗保险,86.14%是在居住地参加医疗保险,占样本的多数;而参加城乡居民医疗保险的流动人口中,只有 9.55%是在居住地参加医疗保险,90.45%是在非居住地参加医疗保险,占样本的多数。

② 数据均来源于国家统计局网站。

为了分别识别“城乡居保”和“城职保”制度模式下,参保地点差异对流动人口卫生服务利用的影响,模型 8 显示,与在户籍地或其他地方参加“城乡居保”的流动人口相比,在居住地参加“城乡居保”的流动人口患病时到当地医院就诊的概率提高了 6.04%,并且在 1%的水平上显著。模型 9 显示,就在户籍地或其他地方参加“城职保”的流动人口而言,在居住地参加“城职保”的流动人口患病时到当地医院就诊的概率提高了 2.80%,并且在 10%的水平上显著。

由表 3 的回归结果可以看出,无论参加哪一种医疗保险,在居住地参保均能够显著提高流动人口的卫生服务利用。那么,为什么参保地点的选择会影响流动人口的卫生服务利用状况?本文认为,这可能与我国现行医疗保险制度存在的“地域区隔”现象有关。

我国现行的医疗保障制度以县、市级为统筹单位,为防止医疗资源的不合理浪费,降低道德风险的发生,控制制度开支,“城职保”与“城乡居保”均鼓励参保者在参保地接受医疗服务。在同一制度中,如果参保者的参保地点与接受医疗服务的地点不在同一统筹地区,即参保者在参保地之外的其他地区接受医疗服务,则制度给予补偿的报销比例、报销标准均比在参保地接受医疗服务低。例如,河南省有关管理部门对“城乡居保”制度的报销比例规定,在本省内市级地区参保的,如果在参保地医院就诊,报销的起付标准为 500 元,报销比例为 55%(500~3 000 元)和 75%(3 000 元以上);如果在参保地之外的本省内医院就诊,报销的起付标准提高为 600 元,报销比例下降为 53%(600~4 000 元)和 72%(7 000 元以上);如果在参保地之外的省外医院就诊,报销的起付标准提高为 1 500 元,报销比例下降为 50%(1 500~7 000 元)和 68%(7 000 元以上)。

其次,虽然中央及各级政府近年来一直在努力解决异地报销难问题,但事实上,现行制度在报销异地发生的医疗服务费用时,由于全国层面的异地就医信息互联系统尚未真正建成,不少地区的就医信息数据无法共享,异地就医结算时需要参保者提供各种证明材料,手续繁琐,还有一些地区需要参保者在接受医疗服务前先到参保地的医保局报备才能报销,办理程序不便捷,甚至无法报销。因此,较低的补偿水平、无法共享的医保信息、不便捷的报销程序等因素共同导致了流动人口在非参保地的卫生服务利用率较低。

(三) 不同“行政区划距离”下,医疗保险制度对流动人口卫生服务利用的影响

进一步考察现行医保制度的“地域区隔”问题可以发现,

表 3 医疗保险制度参保地点差异的 Logit 回归结果

变 量	参加医疗保险 (模型 7)	参加城乡居保 (模型 8)	参加城职保 (模型 9)
居住地参加医疗保险	0.0541*** (0.0062)	0.0604*** (0.0072)	0.0280* (0.0155)
城乡居民保险	0.0028 (0.0074)		
样本量	64888	51832	13056

注:(1)表中系数为平均边际效应结果的系数,括号内数据为稳健标准误;
(2)居住地省份和其他控制变量已控制;(3)*、**、*** 分别表示在 10%、5%、1%的水平上显著。

现行制度对跨统筹地区就医报销的政策规定还可能导致参保者流动的“行政区划距离”越远,医疗保险的报销比例和报销方便程度越低,地域区隔现象越严重。如河南省报销比例规定,流动的“行政区划距离”越远,制度给予补偿的报销比例及报销标准越低。那么,是否可以推断:流动的“行政区划距离”也影响流动人口的卫生服务利用,流动的行政区划距离越远,制度的地域区隔现象越严重,选择在居住地参保还是户籍地或其他地方参保对流动人口卫生服务利用影响的差异越大。为了验证这一推断,本文将样本按照流动的行政区划距离划分为“跨省流动”、“省内跨市流动”和“市内跨县流动”三类,并对每个子样本分别进行回归,以探讨“地域区隔”的程度对流动人口卫生服务利用的影响。

表 4 结果显示,对跨省流动,在居住地参保可以使流动人口在居住地的患病就诊率提高 5.79%,在 1%的水平上显著。对省内跨市流动,在居住地参保可以使流动人口在居住地的患病就诊率提高 5.08%,在 1%的水平上显著。对市内跨县流动,在居住地参保可以使流动人口在居住地的患病就诊率提高 4.66%,在 1%的水平上显著。从概率降低的趋势可以看出,当流动的行政区划距离越远,在户籍地或其他地方参保的流动人口对当地的卫生服务利用越低,与在居住地参保的流动人口对当地卫生服务利用的差异越大,地域区隔现象越明显。相反,随着流动的行政区划距离的缩小,这种地域区隔现象逐渐减小,在户籍地或其他地方参保的流动人口对当地卫生服务利用率有所提高,这一结果与本文的推断一致。

(四) 基于PSM 方法的稳健性检验

为了进一步检验结果的稳健性,本文采用倾向得分匹配法(PSM)^①分别分析了制度差异和地域区隔对流动人口卫生服务利用的影响(见表 5)。

表 5 中模型 13 至模型 15 给出了制度差异对流动人口卫生服务利用的 PSM(ATT)结果,处理组是参加“城乡居保”,控制组是参加“城职保”,其中模型 13 的样本是参加社会医疗保险的流动人口,模型 14 的样本是居住地参加社会医疗保险的流动人口,模型 15 的样本是户籍地或其他地方参加社会医疗保险的流动人口。结果显示,在 5%

的水平上,参加“城乡居保”和“城职保”对流动人口的卫生服务利用在统计上没有显著差异。模型 16 至模型 18 给

表 4 不同统筹地区级别下的地域差异的 Logit 回归结果

变 量	跨省流动 (模型 10)	省内跨市 (模型 11)	市内跨县 (模型 12)
居住地参加医疗保险	0.0579*** (0.0096)	0.0508*** (0.0145)	0.0466*** (0.0098)
城乡居民医疗保险	0.0004(0.0113)	0.0037(0.0120)	-0.0018(0.0177)
样本量	30153	22519	12216

注:同表 3。

① PSM 方法主要用来进行政策和社会工作效果评估,当因变量为二分变量时,ATT 的结果可视为概率变化。本文中的 ATT 结果为患病流动人口在居住地就诊概率的变化。

表 5 制度差异、地域区隔对流动人口卫生服务利用的 PSM 结果(ATT)

样 本	制度差异			地域区隔		
	参加医保	居住地参保	户籍地和其他 地方参保	参加医保	参加城乡居保	参加城职保
	(模型 13)	(模型 14)	(模型 15)	(模型 16)	(模型 17)	(模型 18)
处理组	0.4077	0.4127	0.3756	0.4027	0.3798	0.4123
控制组	0.4107	0.4535	0.3415	0.3498	0.3216	0.3339
差异	-0.0031	-0.0408	0.0341	0.0528	0.0582	0.0783
标准误	0.0157	0.0219	0.0202	0.0072	0.0086	0.0253
T 值	-0.20	-1.86	1.69	7.35	6.81	3.09
样本量	64888	16195	48693	64888	51832	13056

注:样本只选择了参加社会医疗保险的流动人口,没有参加社会医疗保险的流动人口排除在外;在 PSM 过程中采用卡尺内 1 对 4 匹配,卡尺设定为 0.01。

出了地域区隔对流动人口卫生服务利用的 PSM 结果,处理组为“居住地参加医疗保险”,控制组为“户籍地或其他地方参加医疗保险”,其中模型 16 的样本是参加社会医疗保险的流动人口,模型 17 的样本是参加城乡居民医疗保险的流动人口,模型 18 的样本是参加城镇职工医疗保险的流动人口。结果显示,在 5%的水平上,在居住地参加医疗保险显著提高了流动人口的卫生服务利用状况。整体来看,稳健性检验的结果与表 2、表 3 的结果一致,说明研究结果较为稳健。

四、结论与政策建议

本文基于 2017 年 CMDS 数据,从医疗保险制度的模式差异与地域区隔两个维度分析了医疗保险制度对流动人口卫生服务利用的影响。研究发现:(1)与没有参加社会医疗保险的流动人口相比,参加城乡居民医疗保险和城镇职工医疗保险均能够显著提高流动人口在居住地的卫生服务利用;(2)与参加城乡居民医疗保险的流动人口相比,参加城镇职工医疗保险对其在居住地的卫生服务利用并没有显著影响;(3)无论参加城乡居民医疗保险还是城镇职工医疗保险,在居住地参保能够显著提高流动人口的卫生服务利用。

现行医保制度存在的“地域区隔”构成了影响流动人口卫生服务利用的制度藩篱,未来应以此为切入点重点突破,本文建议:(1)提高统筹层次,打破地域区隔的制度藩篱是根本。考虑到中国各地区经济发展水平极不平衡,统筹层次的提高又涉及多方利益主体的权益平衡,因此,应“小步慢行”,分地区、分时段试点推行。(2)以现实可操作方案的落地为解决路径,逐一突破障碍因素。一是尽快解决跨统筹地区就医结算的“不便捷”。通过建立全国统一的医疗保障基础性标准化体系,包括统一信息业务数据编码、统一医保报销目录、统一档案管理规范,形成全国医疗保障系统共建共享、各统筹地区相关部门单位认可的“通用语言”,消除制度上的接续障碍。二是理顺地方政府府际关系,消

除地方本位主义。以公共利益为导向,改革现行医保以县市为统筹单位的属地化管理模式,合理调整配置医疗卫生资源均衡分布,鼓励各地市探索制度创新,吸纳更多的流动人口参加本地医疗保障体系。三是加强政策宣传,完善各项配套制度措施。医保制度改革涉及管理部门、参保群体等众多利益群体,主体繁多、关系复杂,除了做好制度的顶层设计构建外,还应加强政策宣传,扩大流动人口对医疗保险参保政策的知晓、了解程度,协同多部门联动配合,完善细化各项配套措施,防范道德风险的发生。

参考文献:

1. 陈华、邓佩云(2016):《城镇职工基本医疗保险的健康绩效研究——基于 CHNS 数据》,《社会保障研究》,第 4 期。
2. 杜本峰等(2018):《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》,《中国卫生政策研究》,第 5 期。
3. 黄枫、甘犁(2010):《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》,《经济研究》,第 6 期。
4. 胡宏伟等(2012):《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》,《中国人口科学》,第 2 期。
5. 李姣媛、方向明(2018):《社会医疗保险对儿童健康和医疗服务消费的影响研究》,《保险研究》,第 4 期。
6. 刘晓婷(2014):《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》,《社会》,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. 周俊婷、李勇(2018):《新型农村合作医疗对我国农村中老年人健康状况的影响》,《中国药物经济学》,第 2 期。
9. 周坚等(2019):《基本医疗保险减轻了农村老年人口贫困吗——从新农合到城乡居民医保》,《社会保障研究》,第 3 期。
10. 朱铭来、史晓晨(2016):《医疗保险对流动人口灾难性医疗支出的影响》,《中国人口科学》,第 6 期。
11. Lin, X., Cai, M., Tao, H., Liu, E., Cheng, Z., Xu, C., & Jiang, T. (2017), Insurance Status, Inhospital Mortality and Length of Stay in Hospitalised Patients in Shanxi, China: A Cross-Sectional Study. *BMJ Open.* 7(7): e015884.
12. Liu, X., Wong, H., & Liu, K. (2015). Outcome-based Health Equity Across Different Social Health Insurance Schemes for the Elderly in China. *BMC Health Services Research.* 16(9).
13. Pan, Y., Chen, S., Chen, M., Zhang, P., Long, Q., Xiang, L., & Lucas, H. (2016), Disparity in Reimbursement for Tuberculosis Care among Different Health Insurance Schemes: Evidence from Three Counties in Central China. *Infectious Diseases of Poverty.* 5(7).
14. Wang, H., Yip, W., Zhang, L., & Hsiao, W.C. (2010), The Impact of Rural Mutual Health Care on Health Status: Evaluation of A Social Experiment in Rural China. *Health Economics.* 18(S2):S65-S82.

(责任编辑:李玉柱)