doi:10.19920/j.cnki.jmsc.2026.09.015

医疗保险整合、医疗选择与城乡健康差异①

方迎风, 张 芬, 周辰雨
(武汉大学经济与管理学院, 武汉 430072)

摘要: 城乡医保整合是实现城乡融合、扎实推进共同富裕的一项重要的制度改革. 本研究构建了一个两部门、两种医疗服务的理论模型,从理论上探讨医疗资源约束下城乡居民医疗选择相互作用下的城乡健康差异,验证医保整合对城乡居民医疗选择的"挤出效应"和"促进效应". 本研究还使用家庭追踪调查面板数据,结合多时点双重差分方法与面板有序 Logit 方法,从实证分析中发现,城乡居民医疗保险整合显著提升了农村居民医疗选择而降低城乡健康差异. 其中,农村低收入群体、老年群体为主要受益群体,而城镇 25 岁 ~44 岁群体受到"挤出效应"的影响最为显著. 因此,优化医保制度设计保障各群体受益公平、构建多层级医疗服务体系、推进基层医疗机构和医疗人才队伍的建设是未来的主要工作.

关键词: 城乡居民医疗保险; 健康; 医疗选择
中图分类号: F061.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007 - 9807(2026)09 - 0224 - 15

0 引 言

健康作为人力资本的重要构成部分,对提升个体收入、促进国家经济增长起到显著的作用. 然而,中国居民的整体健康水平与发达国家相比仍有一定的差距,中国的预期寿命在 2019 年达到 77.4 岁,而同期英国为 81.4 岁、韩国为 83.3 岁、日本为 84.3 岁、美国为 78.5 岁等. 不仅如此,中国农村地区虽然在 2020 年底实现绝对贫困人口全部脱贫,但在健康冲击之下,依然存在因病致贫、因病返贫的可能性. 因此,保障并逐步提升居民的健康水平,是巩固脱贫攻坚成果、逐步实现共同富裕的重要手段. "十四五"规划强调,推进健康中国建设,把保障人民健康放在优先发展的战略位置. 其中,医疗保险能够保障个体健康,降低疾病冲击导致的贫困脆弱性,遏制因病致贫与因病返贫问题. 建立与完善城乡统一的医疗保障制度是推进城乡融合、实现共同富裕的一项非常重要的政策举措.

目前世界上主要有三种类型的医疗保障制度:以英国、加拿大等为代表的国家卫生服务制度;以美国为代表的商业医疗保险模式;以德国、韩国、日本等为代表的社会医疗保险制度. 国家卫生服务制度实行城乡一体化的医疗保障制度,政府主要通过税收的方式来统一筹资、管理和使用资金,实现全民相对公平合理地利用医疗卫生资源,但是缺乏效率. 商业医疗保险模式以商业健康保险为主,公共医疗保障为辅,医疗服务和医疗保险产品的供求状况由市场决定,医疗卫生资源城乡分布不均匀. 社会医疗保险制度以强制性的社会医疗保险为主,商业医疗保险为辅,社会和个人共同筹资,渐进地实现城乡统筹,该保险制度全球使用最广,中国目前使用的也可归属于这一类型.

中国医疗保障制度改革稳步推进,自 20 世纪 90 年代末以来,中国初步形成以新农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗

① 收稿日期: 2023 - 12 - 08; 修订日期: 2024 - 09 - 24.
基金项目: 国家自然科学基金资助项目(72003143); 教育部人文社会科学规划基金资助项目(24YJA790006; 19YJA790113).
作者简介: 方迎风(1986—), 男, 安徽枞阳人, 博士, 教授, 博士生导师. Email: eco_yingfeng@whu.edu.cn

保险制度和城乡医疗救助制度为主体的具有中国特色的医疗保障体系. 然而，在长期实践中，由于资源分散、管理分离、制度分设等问题，导致医保体系管理成本的提升与管理效率的降低. 医保分设导致异地医保关系续接困难严重影响人口流动，固化了城乡二元结构，不利于城乡融合，对振兴乡村和推动共同富裕都会造成一定的阻碍. 2016 年初，国务院印发《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（后文简称《意见》），指导各省推进城乡医保整合，逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医疗保险制度. 2020 年中共中央和国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》中更是强调基本医疗保险制度是完善公平适度的待遇保障机制. 习近平总书记在党的二十大报告中指出，推动基本医疗保险省级统筹，促进多层次医疗保障有序衔接，落实异地就医结算. 如此将加快中国城乡医保整合的步伐、提升城乡医保整合的层次.

城乡医疗保险整合存在正向促进效应，它能够缓解城乡医疗资源分配不均、提升城乡居民享受的医疗服务质量，从而能够改善个体的健康状况. 但与此同时，医保整合也会产生负向挤出效应，它会导致个体向具有优质医疗资源的大城市流动或更倾向去大医院就医，从而使大城市的医疗资源容易产生挤兑，出现过度医疗等问题. 在优质医疗资源整体有限的情况下，城乡医保整合对于农村居民的促进效应会超过挤兑效应从而带来正向作用，而对城市居民（尤其是大城市）则可能恰好相反. 因此，本研究以健康为研究对象，构建两部门医疗选择模型并采用多时点双重差分与面板有序 Logit 模型相结合的实证方法，研究城乡医疗保险整合对城乡居民健康水平和医疗服务选择的影响，评估城乡医保整合在改善城乡医疗资源分布不均、推进城乡融合中起到的重要作用.

1　文献综述

现有关于健康及医疗保险的研究非常丰富，本研究从医疗保险与健康、医疗选择等方面对现有文献进行梳理.

1.1　医疗保险对健康的作用

健康是人力资本的重要组成部分. 良好的健康能够提升个体生产和工作的效率，而负向健康冲击会对个体造成直接的收入损失和间接的效率损失[1]，还会传递给子代，影响子代的健康和福利[2]. 医疗保险作为对冲健康冲击的有效手段，对受益群体的健康状况有正向影响[3]. 不仅如此，拥有医疗保险的病人的收入降幅与破产概率要远小于没有医疗保险的病人[4]. 儿童生命早期拥有医疗保险资格对其成年后的健康与经济状况具有显著的长期正向作用，包括提高就业、提升收入、降低死亡率等[5].

国内的研究也同样证实了这一观点. 医疗保险能提升居民健康水平，减少健康冲击带来的贫困脆弱性，降低贫困发生率[6]. 然而，农村居民可能由于教育程度不高导致其思维有局限，出现“参保冷漠”现象，从而导致新农合不能有效地改善农村居民的健康状况[7]. 健康风险认知偏差对健康险购买决策会产生负向影响，从而影响保险对健康的促进作用[8].

国务院 2016 年发布的《意见》指导各省进行城乡医保整合. 此后出现了部分研究城乡医保统筹对居民健康作用的文献. 根据现有研究与实际执行情况来看，城乡医保整合对城乡居民健康水平的影响是多方面的. 城乡居民医疗保险可以通过医疗保障体系的再分配效应降低低收入人群受到的健康冲击，提高其健康水平，缓解健康不平等程度. 有文献证明城乡医保整合在提高居民健康水平方面的显著作用[9]，以及对农村中老年人健康的积极影响[10].

然而，医疗保险整合在提高居民健康水平的同时，也会因受保群体的异质性和保险制度设计不完善等问题，加剧健康不平等问题. 有文献指出，城乡医保统筹显著提升了城乡居民的健康水平，但加剧了健康不平等的程度[11]. 也有研究发现，城乡医保整合并没能显著地改善农村中老年居民的健康公平[12]. 在此背景下，做好城乡医保整合工作，不仅是提高农村居民健康水平、促进劳动力流动的应有之义，也是加强农村社会保障、建立公平和可持续医保制度的必然要求.

1.2　医疗保险对医疗服务选择的作用

现有文献还广泛研究医疗保险计划对医疗服务利用水平的影响[13]. 医疗保险对受保人的需求侧有激励. 即使会导致高额的医疗费用，医疗保险

拥有者会选择从初级保健机构转诊到医院接受专家医疗. 一般存在一个疾病严重程度的分界点,精准划分了病人对医疗服务类别的选择,当且仅当疾病超过某个严重程度时,病人才会选择医院专家问诊[14]. 不过,医疗保险的存在将使得这个临界点左移,并存在道德风险,即受保群体倾向于选择超出有效水平的医疗服务.

因为国情差异,国外学者更多侧重于研究病人和医院的需求供给关系. 从需求侧来看,更多患者带来的成本分担,能够帮助医院控制成本[15]. 赔付比例高的患者更有可能会选择医院专家服务,这进一步体现了患者对需求侧激励的高度敏感. 医疗保险同样会对供给端造成影响而改变受保人的医疗选择. 对中国新农合成本端控制进行研究发现,虽然新农合为农村人口提供健康保障方面发挥了关键作用,但政府补贴在医院收入中占比很小,公立医院产生收入的动机很强,导致处方和医疗程序被过度使用,医疗支出大幅增加[16]. 尤其在“明星医院”中,存在大量逆向选择问题,忠实于“明星医院”的消费者体现出很强的增量成本异质性,这对医保政策的制定造成了巨大障碍[17].

国内虽有研究探讨医保预付方式对医疗质量和医院利润的影响[18],但更多还是侧重于医疗保险对医疗服务需求侧的影响,即对受保群体医疗选择的影响. 新农合显著提升了农村居民对医疗保险的理解程度,从而提升受保人对医疗服务的利用水平,改善了农村居民就医现状[19]. 还有研究基于“互联网 +”医疗健康的案例研究探索数字赋能下弥合服务鸿沟的服务重塑机制[20]. 城乡医保整合虽然在制度上统一了城镇和农村的医疗保障体系,但在实际执行过程中,由于城乡差异较大,许多地区提供不同的缴费档次和补偿标准,让城乡居民自行选择,后续再逐渐过渡到同一标准. 因此,实现制度上融合而实践中依然分割的城乡居民医疗保险对居民健康与医疗选择的实际影响仍有待检验.

近年来,城乡医保整合的影响也开始受到广泛的关注. 城乡医保融合增加对低收入人群的医疗费用赔付来提高其医疗服务利用水平[11]. 与此同时,医保还能通过改善农村居民患病避医行为,从而提升其健康水平[9]. 与之相反,也有研究得出,城乡医保统筹对于居民的医疗服务利用水平不存在显著影响[21]. 因为城乡医保统筹的作用在于事前补偿,其顶层设计仍需完善[22]. 限制居民医疗选择的因素很可能并不只是医疗负担. 虽然新中国成立以来农村居民基本健康权利保障体系不断完善,但城乡居民健康服务均等化还需进一步改善[23]. 中国基层卫生机构服务质量的巨大差异降低了患者到基层医疗机构就医的意愿,多数基层卫生技术人员教育程度低,缺乏诊断能力,使得公众不相信他们的能力,限制了农村居民的医疗选择[24].

然而,现有文献并没有关注城乡医保整合所带来的城乡间居民医疗选择的相互影响. 虽然部分研究论证了医疗保险通过提供更好的医疗服务来改善健康的作用机制,但其对于城乡居民医疗保险提升健康的效果尚没有统一结论. 并且国内文献绝大部分没有关注城乡医保统筹试点到推广的渐进过程. 其更多地考虑医疗保险对需求侧(患者)的激励,忽略了对于供给侧(医院)的作用,更是很少关注城乡居民医疗服务选择相互影响下的健康差异. 有研究讨论医保门诊共济改革与居民健康[25],还有研究发现医保药品目录改革所带来的住院天数和住院医疗费用的增加[26]. 而本研究则从理论与实证两个角度讨论城乡医疗保险整合对城乡居民医疗选择和健康的影响.

2 医保整合下医疗选择的理论机制分析

本研究的理论模型主要考虑医疗保险对医疗服务需求侧的作用. 本研究参考 Hess 等[14]的设计,首先,结合《意见》中支付方式的改革和就医新秩序的推进,构建一个基层卫生医疗与医院专家医疗两种医疗服务的医疗选择模型,分析医保对受保群体的医疗选择和保险赔付的影响;其次,结合中国城乡二元结构与特有的医疗保障体系,对模型进行扩展,研究医疗资源约束下城乡居民间医疗选择的相互影响.

2.1 模型设定

假设只存在两种医疗服务提供商,如中国的基层卫生医疗机构(诊所、村镇卫生所)的初级医疗服务和如中国公立医疗(综合医院、专科医院)的医院专家医疗. 医院医疗比初级医疗拥有更高级别的医

疗技术，且需要更多先进设备以及有技术的人员.

假设患者的疾病严重程度用 γ 来衡量，且 γ 的累积分布函数已知，γ 的数值大小决定了疾病的严重程度，患者可以自己根据 γ 选择接受初级医疗或医院医疗. 将个体初始健康设计为一种禀赋 H，健康冲击导致了禀赋的外生损失，同时医疗服务可以生产 q 单位的健康以抵消这种损失. 考虑到初级医疗服务所生产的健康是规模报酬递减的，因此当 γ 较小时，接受初级医疗是有效的且成本较低. 当 γ 较大时，患者需要利用医疗服务获得大量的健康禀赋，此时选择医院医疗的平均成本将低于初级医疗.

分别使用 $C_G(q)$ 与 $C_S(q)$ 表示使用初级医疗服务（以下均简称 G）与医院专家医疗服务（以下均简称 S）来获得 q 单位健康的总支出，则定义医疗的边际成本为

$$C_J'(q) = c_J(q),\ J \in \{G,S\} \tag{1}$$

由于医院提供的医疗服务具有一定程度的不可分割性，一次医院问诊到手术的完整流程存在固定成本 F_S，因此有

$$C_G(q) = \int_0^q c_G(q)\mathrm{d}q \tag{2}$$

$$C_S(q) = F_S + \int_{q_0}^q c_S(q)\mathrm{d}q \tag{3}$$

式中 q_0 为医院医疗最低可获得的健康数量，本研究假设

$$\forall q, c_s(q) < c_G(q) \tag{4}$$

那么

$$\exists q^*, \forall q > q^*, C_s(q) < C_G(q) \tag{5}$$

两种医疗服务的边际成本如图 1 所示.

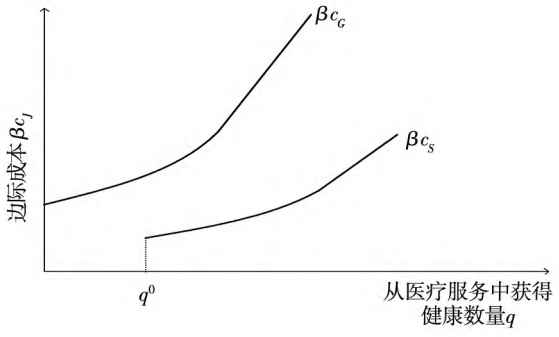

图 1　医疗服务的边际成本

Fig. 1 The marginal cost of medical service

注： β 为保险赔付之后患者自掏腰包的比例.

2.2　医疗服务的最优选择

患者在面临损失为 γ 的健康冲击时，该如何选择医疗服务呢？定义患者从医疗服务中得到的效用 U 是财富 X 和健康状况 H 的函数，则患者面临最优化问题为

$$\max_{J,q} U(X,H),\ J = G \text{ 或 } S \tag{6}$$

而患者面临的约束条件为

$$\begin{cases} X = I - \beta C_J(q) - \alpha \\ H = q - \gamma \end{cases} \tag{7}$$

式中 I 为当期收入，β 为保险赔付之后患者自付的医药费比例，则 $\beta C_J(q)$（$J = G$ 或 S）为患者自付医疗支出，α 为参与医疗保险的保费，q 为从医疗服务中得到的健康数量，γ 为健康冲击导致损失的健康量，因此，H 为接受医疗服务后健康水平的变化. 最优化问题的一阶条件为

$$-\beta c_J(q) \times U_X + U_H = 0 \tag{8}$$

式中 $U_i = \partial U/\partial i,\ i \in \{X,H\}$.

患者会对不同的 J 分别求解最优化问题得到最大效用 $V_J(\gamma, \beta)$，$J = G$ or S，并取最大值. 当给定 γ 与 J 时，由一阶条件（8）得到医疗服务的需求曲线

$$\beta c_J(q) = U_H/U_X \tag{9}$$

引理 1　医疗服务（健康数量）的需求 q 随着疾病严重程度 γ 的提升而提升，即

$$\partial q_J(\gamma)/\partial\gamma > 0,\ J = G \text{ 或 } S \tag{10}$$

由此得到本研究的关键定理 1 如下.

定理 1　存在一个关键的疾病严重程度点，当且仅当疾病严重程度超过这个点时，患者一定会选择医院医疗②，即

$$\exists \gamma^C, \forall \gamma > \gamma^C, V_S(\gamma,\beta) \geqslant V_G(\gamma,\beta) \tag{11}$$

2.3　医疗保险对医疗服务选择的影响

医疗保险对患者的医疗选择会产生的正向显著影响. 基于定理 1 的分析可得到定理 2.

定理 2　保险赔付比例的提高会使得定理 1 中医疗服务选择的分界点左移，患者会在更轻的疾病程度选择医院专家医疗，即

② 引理 1 和定理 1 的证明过程可联系作者备索.

$$\partial\gamma^C/\partial\beta > 0 \tag{12}$$

定理 2 的证明较为简单，保险赔付比例提高，则自付比例 β 变小，因此补偿曲线 $(1/\beta)D(\gamma, G, q)$ 会向上移动，导致 $A + C$ 面积变大，在初始的 γ^C 处，等式由 $F_S = A + C$ 变成 $F_S < A + C + \Delta(A + C) = A' + C'$，如图 2 所示，则新的 $\gamma^C_{\text{New}} < \gamma^C_{\text{Old}}$.

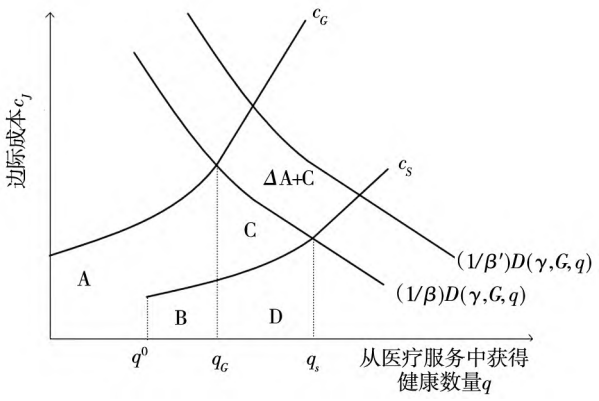

图 2 保险赔付比例提高的变化

Fig. 2 The change in the increase of insurance compensation ratio

定理 2 的证明从理论上说明了，城乡医疗保险整合提高了城乡居民的赔付比例，将会改善城乡居民的医疗选择，进而提升城乡居民的医疗服务利用水平.

2.4 医疗保险整合下城乡居民的医疗选择

医保整合前后的城乡医疗保险的赔付模式是不一样的，因此，对基准模型进一步拓展，以便对城乡居民分开考虑. 现假设城乡医保统筹之前，城镇居民的自付比例为 β_{Urban}，农村居民的自付比例为 β_{Rural}，且根据实际政策情况，有 $\beta_{Urban} < \beta_{Rural}$. 在基础模型中，医院医疗的固定成本 F_S 包含了使用医院服务的不可分割的最小成本（医疗器械、人力）以及其他风险（手术风险等），但是没有考虑排队、挂号之类的医疗资源的约束. 现假设 $F_S = F_M + F_T$，其中 F_M 和 F_T 分别为医疗方面和时间方面的固定成本.

由于医疗资源的约束，设 $\partial F_T/\partial\gamma^C < 0$，即医疗选择临界点（疾病严重程度）的右移（$\gamma^C \uparrow$）带来的部分医疗选择的降级会导致使用医院服务的时间成本减少，医疗选择临界点的左移带来的医疗选择的提升会导致使用医院服务的时间成本增加，容易证得

$$\frac{\partial F_T}{\partial\beta} = \frac{\partial F_T}{\partial\gamma^C} \times \frac{\partial\gamma^C}{\partial\beta} < 0 \tag{13}$$

在以上假设下，由定理 2 可知，因为 $\beta_{Urban} < \beta_{Rural}$，因此有 $\gamma^C_{Urban} < \gamma^C_{Rural}$ 所以城镇居民相比农村居民会在较低的疾病严重程度选择医院医疗.

城乡医保统筹之后，报销比例服从“就高不就低”原则，这意味着

$$\beta^{New}_{Urban} = \beta^{New}_{Rural} < \beta^{Old}_{Urban} < \beta^{Old}_{Rural} \tag{14}$$

首先，对城镇居民来说，在 γ^C_{Urban} 处

$$F_S = F_M + F_T = (A + C)_{Urban} \tag{15}$$

在城乡医保统筹管理之后，则式（15）两侧分别变为 $F_M + F_T + \Delta F_T$ 和 $(A+C)_{Urban} + \Delta(A + C)_{Urban}$，此时两者的大小关系不再确定.

其次，对农村居民来说，在 γ^C_{Rural} 处

$$F_S = F_M + F_T = (A + C)_{Rural} \tag{16}$$

在城乡医保统筹管理之后，则式（16）两侧分别变为 $F_M + F_T + \Delta F_T$ 和 $(A + C)_{Rural} + \Delta(A + C)_{Rural}$，两者大小关系同样不再确定，因此，城乡医保统筹对于城乡居民医疗选择的作用将难以得到定性结论. 但由 β 的大小关系（$\beta^{New}_{Urban} = \beta^{New}_{Rural} < \beta^{Old}_{Urban} < \beta^{Old}_{Rural}$），并结合定理 2，可以得到

$$\Delta(A + C)_{Urban} < \Delta(A + C)_{Rural} \tag{17}$$

因此，在不同条件下，会存在三类情形.

首先，如果 $\Delta F_T < \Delta(A + C)_{Urban} < \Delta(A + C)_{Rural}$，赔付比例提升带来的需求侧正向激励超过了供给侧医疗资源限制的负向激励，城镇居民与农村居民的 γ^C 都变小，医疗选择均出现显著提升，城乡医保整合对城乡居民的医疗选择均有促进效应.

其次，如果 $\Delta(A + C)_{Urban} < \Delta F_T < \Delta(A + C)_{Rural}$，农村居民受到的需求侧激励超过医疗资源限制，但城镇居民受到的需求侧激励则无法覆盖医疗资源拥堵导致的成本上升，会导致 γ^C_{Rural} 变小而 γ^C_{Urban} 变大，即农村居民的医疗选择提升而城镇居民医疗选择下降，医保整合对农村居民的医疗选

择有促进效应，对城镇居民的医疗选择则有挤出效应.

最后，如果 $\Delta(A+C)_{Urban} < \Delta(A+C)_{Rural} < \Delta F_T$，则城乡居民受到的需求侧激励都无法覆盖医疗资源拥堵导致的成本上升，γ^C_{Rural} 与 γ^C_{Urban} 均变大，城乡居民医疗服务利用水平均下降，医保整合对城乡居民的医疗选择均有挤出效应. 但是，第三种条件相对极端.

3　制度背景与数据

3.1　城乡医保统筹的制度背景

中国医疗保障体系中针对农村居民的是新农村合作医疗制度. 为了给广大农村居民提供基础的医疗保障，中央政府于 2003 年开始推行新农村合作医疗制度. 新农合由政府组织、引导和支持，农民自愿参加，以大病统筹为主要救济措施，资金来自于个人出资、集体筹资和政府补助等方面. 在城镇方面，国务院于 1998 年 12 月下发了《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，部署全面推进职工医疗保险制度改革工作. 城镇职工基本医疗保险制度的覆盖范围为城镇所有用人单位. 然而，还有其他具有城镇户籍的居民，却出于未就业等原因，不在城镇职工基本医疗险和新农村合作医疗保险等保障之内. 为了完善城镇医疗保障体系，中国建立了城镇居民基本医疗保险作为补充，城镇居民医疗保险资金主要由个人自行缴费和政府财政补助构成.

在以新农村合作医疗制度、城镇居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险制度和城乡医疗救助制度为主体的中国医疗保障体系形成之后的长期实践中，一些深层次的矛盾与问题逐渐浮现出来，亟需进一步深化医疗体制改革以实现医疗保障制度的稳健运行. 在国家制定基本医疗保险制度框架和政策下，各地方政府创造条件逐步提高统筹层次，有效整合基本医疗保险，实现城乡基本医疗保险行政管理的统一，逐步实现城乡医保融合. 2016 年初国务院发布《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发[2016]3 号），提出统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理六项整合基本制度政策. 截至 2016 年 8 月，已有天津、上海、浙江、山东、广东、重庆、宁夏、青海、河北、湖北、内蒙古、江西、新疆、湖南、北京、广西共 16 个省及直辖市明确了城乡医保统筹的具体部署，其中天津、上海、浙江、山东、广东、重庆、宁夏、青海在国务院《意见》发布前就已经推进城乡医保统筹工作[27]. 截至 2018 年初，包含上述 16 个省及直辖市在内，又有山西、黑龙江、江苏、河南、四川、云南 6 个省份，共 22 个省及直辖市实现了城乡医疗保险的统一管理.

3.2　数据及变量介绍

本研究使用中国家庭追踪调查（China Family Panel Studies，CFPS）数据，选取 2012 年、2014 年、2016 年、2018 年共 4 轮微观层面的调查，匹配个人与家庭信息，并利用调查问卷对变量进行选取与清洗，最终得到本研究使用的面板数据，共包含 17 501 个家庭，49 091 个成年个体的 123 298 个观测值. 针对成年个体的健康与医疗情况，模型使用的数据集包含了 35 658 个成年人在 4 年里的 59 487 个观测值. 模型主要选取个体的性别、年龄、户籍、居住地、健康、医疗和保险等相关数据. 基于分析需要，还对部分变量做了处理. 首先，结果变量，为了符合直观认知，将自评健康的枚举值变为：1 表示不健康；2 表示一般；3 表示比较健康；4 表示很健康；5 表示非常健康. 将医疗选择处理为：1 表示诊所；2 表示社区卫生服务站；3 表示乡镇卫生院；4 表示专科医院；5 表示综合医院. 其次，控制变量，将是否生病、是否住院、是否吸烟饮酒等问题的枚举值修改为 0 和 1. 最后，以该省份是否完成城乡医保整合为处置变量来区分控制组与实验组. 变量描述如表 1 所示.

表 1 变量说明与描述性统计

Table 1 Variables and statistical description

变量名称		变量说明	实验组		控制组	
			均值	标准差	均值	标准差
结果变量	自评健康	对自身健康状况的自我评价	3.032	1.196	2.945	1.234
	生病情况	近两周是否生病,生病 = 1	0.246	0.431	0.294	0.456
	医疗选择	生病时选择的医疗机构类型	2.912	1.500	2.917	1.556
控制变量	性别	男 = 1	0.507	0.500	0.510	0.500
	婚姻	结婚 = 1	1.912	0.767	1.984	0.773
	城乡类别	城镇 = 1	0.480	0.500	0.347	0.476
	受教育程度	1. 半文盲/文盲; 2. 小学; 3. 初中; 4. 高中/中专/职高; 5. 大专; 6. 大学本科; 7. 硕士; 8. 博士	2.991	1.756	2.865	1.935
	年龄	调查年份的年龄	44.006	15.436	43.855	14.862
	是否饮酒	过去一月是否饮酒大于三次,1 = 是	0.164	0.370	0.153	0.360
	收入对数	个体在调查年份的劳动收入对数	4.754	4.989	4.171	4.850

4 实证模型与分析

4.1 多时点 DID 实证模型

双重差分法(DID)是政策效应评估的常用方法,它的经典形式为

$$Y_{it} = \alpha + \rho Treat_i \times Post_t + \theta_1 \lambda_i + \theta_2 \eta_t + \varepsilon_{it} \quad (18)$$

式中 $Treat_i$ 为政策处置的虚拟变量,$Post_t$ 为政策时间的虚拟变量,λ_i 为个体固定效应,η_t 为时间固定效应,ε_{it} 为误差项. 事实上,在组内存在时期间相关性的情况下,普通最小二乘法(OLS)并不能得到 DID 的一致估计. 在实际应用的过程中,很多时候政策实施的时间点并非统一的,存在试点到推广的过程,传统 DID 无法适应该问题,且无法估计政策持续的多期处理效应. 针对政策交错采用的情形,发展出了渐进 DID 方法,并被广为使用. 近两年,大量学者也指出传统多时点 DID 容易产生无效估计,并针对多时点 DID 进行了理论纠偏[28].

国内有部分文献对城乡医保统筹进行了研究[9, 10, 21]. 但是,现有文献大多只使用两期的面板数据,无法避免 DID 的固有偏误,且大多研究的数据时点在 2016 年之前. 部分使用了 2016 年以后数据的文献也都在实证过程中将 2016 年初国务院发布《意见》的时间点作为 $Post_t$,这也是有偏的,《意见》要求各省在 2016 年底之前完成规划与部署,并不意味着政策的落地与统筹完成,$Post_t$ 可能在 2018 年. 另一方面,城乡医保融合是由试点到全国逐步推广的渐进过程,在 2016 年《意见》印发之前,就有广东、天津、重庆等多省(市)开展了城乡医疗保障体系融合的规划与部署,$Post_t$ 并不是单一时间点,因此实际上适用渐进 DID 方法(多时点 DID),而国内几乎没有文献使用多时点 DID 对城乡医保统筹进行评估. 本研究使用的多时点 DID 方法在式(18)中体现为 $Treat_i \times Post_t$ 修改为 $Treat_{it}$,如下式所示

$$Y_{it} = \alpha + \rho Treat_{it} + \theta_1 \lambda_i + \theta_2 \eta_t + \boldsymbol{X}_{it} \beta + \varepsilon_{it} \quad (19)$$

式中 $\boldsymbol{X}_{it}$ 为一组控制变量.

4.2 城乡医保统筹对健康水平的作用

因为被解释变量自评健康与医疗选择都是 1 ~ 5的离散值,因此,使用面板 Ordered Logit 模型. 回归结果如表 2 所示,其中,DID 项为式(19)中的 $Treat$ 项,反映了城乡医保统筹对于城乡居民自评健康水平的因果效应. 式(1)的回归结果显示,在控制了固定效应的情况下,城乡医保整合显著提升了城乡居民的自评健康水平,在加入控制变量后,结论依然稳健. 同时,式(2)和式(3)的回归结果显示,城乡医保整合对城镇居民或农村居民自评健康的提升都是显著的,并且农村居民自评健康的提升要显著大于城镇居民,则城乡医保整合显著降低了城乡居民的健康差异. 然而,自评健康受到认知水平的影响,因此最高学历可能一定程度上导致了自评健康估计的偏误. 因此,本研究会在稳健性分析中使用近两周生病情况这一

客观健康水平进行分析.

表 2　城乡医保整合对健康的影响

Table 2 The effect of medical insurance integration on health

自评健康	(1)	(2)	(3)
	全样本	城镇	乡村
DID	0.083***	0.077**	0.130***
	(0.027)	(0.038)	(0.039)
控制变量	是	是	是
固定效应	是	是	是
样本量	59 487	26 069	33 418

注：1. 括号中为稳健标准误；2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著；3. 固定效应包括年份和地区固定效应，控制变量包括教育程度、年龄、性别、婚姻状况、是否饮酒、收入对数，下文表 3 和表 4 作相同处理，不再详细说明.

4.3　城乡医保整合对医疗选择的作用

首先，表 3 式(1)的全样本回归结果显示，在控制了固定效应的情况下，城乡医保统筹显著地提升了城乡居民的医疗选择水平，在加入控制变量后，结论依然稳健. 其次，式(2)和式(3)的回归结果显示，城乡医保整合对于城镇居民的医疗选择没有产生显著影响，因为城镇居民的医疗选择本身就明显高于农村居民. 但是，城乡医保整合显著提升了农村居民的医疗选择，在一定程度上能够缩小农村居民相较城镇居民的医疗机构资源劣势. 该结果证明了城乡医保统筹相较于新农合，显著提升了农村居民对于医疗保险的认知与利用率. 农村居民由于城乡医保统筹带来的医保关系续接，可选范围扩大以及报销比例提高等改变，更倾向于选择比之前高级的医疗机构，农民进城去大医院看病行为更加普遍，城乡医保统筹通过影响医疗服务水平而提高农村居民健康水平的机制. 但与此同时，在医疗资源有限的情况下，城乡居民的医疗支出也随之上升. 式(2)和式(3)中收入系数体现了高收入者对于医疗服务的利用度更高，一定程度上意味着城乡医保融合虽然制度上使得参保机会均等，但并没能做到受益结果的实质公平.

表 3 的结果说明了城乡医保整合提高了城乡居民可获得的医疗服务水平，增强了城乡居民主动接受医疗服务的意识，从而提升城乡居民的健康水平. 但是，在医疗资源有限的情况下，城乡医保整合对农村居民的医疗选择有促进效应，对城镇居民的医疗选择作用不显著，从而降低城乡居民健康差异.

表 3　城乡医保整合下的医疗选择

Table 3 The effect of medical insurance integration on medical choices

医疗选择	(1)	(2)	(3)
	全样本	城镇	农村
DID	0.079***	−0.056	0.180***
	(0.026)	(0.038)	(0.037)
控制变量	是	是	是
固定效应	是	是	是
样本量	59 487	26 069	33 418

注：1. 括号中为稳健标准误；2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著.

4.4　异质性分析

4.4.1　城乡医保整合对流动人口健康与医疗选择的作用

城乡居民医疗保险制度的融合、平台的统一已经成功提高了城乡居民的健康水平与医疗服务利用水平. 城乡居民医疗保险还有一个目标是促进城乡间要素自由流动，优化人力资源在城乡间的配置，因此，本研究进一步探讨城乡医疗保险整合对流动人口与常住人口的不同作用. 由于 CFPS 数据库中并没有关于流动人口的定义与调查，因此本研究将四个调查年度间居住地由农村变为城市的样本或者户籍为农业户口但居住地在城镇的两类人群定义为流动人口. 表 4 中式(1)～式(3)结果显示，城乡医保统筹对于城镇常住居民与流动人口的自评健康水平没有显著作用，但是显著提升了农村常住人口的自评健康水平. 这很可能是由于医保覆盖范围与报销比例的扩大导致，而流动人口自评健康提升不明显，可能是由于进城之后生活环境的变化和认知水平的变化，健康状况的评价标准发生变化，也可能是由于进城人员主要从事一些体力劳动导致健康变差等.

城乡医保整合对三类居民的医疗选择的作用如表 4 中所示. 式(4)的结果显示，城乡医保统筹对于城镇常住居民的医疗选择没有显著影响，但式(5)和式(6)的结果显示，城乡医保统筹对于农村常住居民与流动人口的医疗选择有显著的提升，农村常住居民与流动人口都因为城乡医保统筹而倾向于选择更高级别的医疗机构，但流动人口的提升小于农村常住居

民. 这可能是因为“异地报销”的观念与习惯在农业流动人口心中暂时还没完全形成,这一情况在城乡医保统筹的推进与持续中将逐渐好转. 结果也证明了,城乡医保统筹能够显著提升农村居民享受的医疗服务水平与他们的医疗服务利用率,但是对流动人口的医保关系续接、医保流程简化、报销习惯培养等方面还有待提升.

表 4 城乡医保整合对流动人口健康与医疗选择的影响

Table 4 The impact of medical insurance integration on migrants' health and medical choices

被解释变量	自评健康			医疗选择		
按户籍分类	(1) 城镇常住	(2) 农村常住	(3) 流动	(4) 城镇常住	(5) 农村常住	(6) 流动
DID	0.097 (0.061)	0.141*** (0.041)	0.039 (0.046)	−0.044 (0.065)	0.193*** (0.038)	0.099** (0.044)
控制变量	是	是	是	是	是	是
固定效应	是	是	是	是	是	是
样本量	11 014	29 792	18 681	11 014	29 792	18 681

注: 1. 括号中为稳健标准误; 2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著.

4.4.2 年龄维度的异质性分析

本研究将年龄划分为 0 岁 ~ 24 岁、25 岁 ~ 34 岁、35 岁 ~ 44 岁、45 岁 ~ 54 岁和 55 岁 +. 首先,从表 5 分年龄段和分城乡自评健康的回归结果可以看出,无论是城镇还是乡村,城乡医保统筹对自评健康提升的效果都只在 45 岁以上群体中是显著的,其他年龄段则几乎没有效果. 同时,农村居民的健康提升效果要大于城镇居民,城镇居民的自评健康 2012 年之后一直高于农村居民,而城乡居民基本医疗保险整合则缓和城乡 45 岁以上群体间的健康差异.

表 5 城乡医保整合对不同年龄段健康和医疗选择的影响

Table 5 The impact of medical insurance integration on health and medical choices across different age groups

按年龄分类		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		0 ~ 24	25 ~ 34	35 ~ 44	45 ~ 54	55 +
自评健康	全样本	0.063 (0.086)	−0.043 (0.055)	0.003 (0.055)	0.371*** (0.078)	0.307*** (0.068)
	样本量	6 073	12 409	13 582	11 857	15 566
	城镇	0.053 (0.125)	0.022 (0.076)	−0.011 (0.077)	0.320*** (0.115)	0.278*** (0.101)
	样本量	2 451	6 270	6 380	4 836	6 132
	农村	0.108 (0.121)	−0.066 (0.082)	0.010 (0.080)	0.370*** (0.107)	0.379*** (0.093)
	样本量	3 622	6 139	7 202	7 021	9 434
医疗选择	全样本	0.015 (0.085)	−0.132** (0.052)	0.020 (0.053)	0.052 (0.075)	0.222*** (0.063)
	样本量	6 073	12 409	13 582	11 857	15 566
	城镇	−0.121 (0.121)	−0.233*** (0.075)	−0.181** (0.077)	0.061 (0.115)	0.116 (0.094)
	样本量	2 451	6 270	6 380	4 836	6 132
	农村	0.099 (0.121)	−0.022 (0.074)	0.182** (0.073)	0.097 (0.099)	0.337*** (0.085)
	样本量	3 622	6 139	7 202	7 021	9 434

注: 1. 括号中为稳健标准误; 2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著; 3. 控制变量结果、地区和年份固定效应控制不再呈现, 下文表 6 至表 9 作相同处理,将不再说明.

其次，表 5 的第二部分还汇报了分年龄段和分城乡对医疗选择进行回归的结果. 从全样本角度看，城乡居民医疗保险提升了 55 岁以上群体的医疗选择，但是对 25 岁 ~ 34 岁群体的医疗选择有抑制作用，对其他年龄段则没有显著影响. 拆分城乡来看，城乡居民医疗保险整合对 25 岁 ~ 44 岁的城镇居民的医疗选择有显著的负面影响，25 岁 ~ 34 岁群体受到的抑制大于 35 岁 ~ 44 岁群体. 而 35 岁 ~ 44 岁的农村居民与 55 岁以上的农村居民的医疗选择则从城乡居民医疗保险中得到了显著提升，可以判断为 35 岁 ~ 44 岁的农村流动劳动力与 55 岁以上的老年群体，这也符合表 4 中流动人口医疗选择的提升低于农村常住人口这一结论.

鉴于城镇居民受到的抑制作用与农村居民的促进作用，结合理论推导，本研究认为实际情形是理论推导的第二种情形，即农村居民受到的需求侧激励超过医疗资源限制，但城镇居民受到的需求侧激励则无法覆盖医疗资源拥堵导致的成本上升，会导致 γ^{C}_{Rural} 变小而 γ^{C}_{Urban} 变大，最终农村居民的医疗选择提升而城镇居民医疗选择下降，意味着城乡医保统筹对农村居民的医疗选择有促进效应，对城镇居民的医疗选择则有挤出效应. 25 岁 ~ 34 岁的事业上升期城镇居民往往因为大医院的拥挤会占用自己大量工作时间而放弃去大医院，到 35 岁之后事业稳定且对自身健康重视程度有增加，因此受到的抑制作用变小.

4.4.3　收入维度的异质性分析

本研究还按收入将整体样本划分为贫困线（2010 年不变价，家庭人均年收入 2 300 元）0.5 倍（1 150 元）以下、0.5 倍（1 150 元）~ 1 倍（2 300 元）、1 倍（2 300 元）~ 2 倍（4 600 元）、2 倍（4 600 元）到 1 万元、1 万元到 2 万元以及 2 万元以上共 6 类群体. 回归结果如表 6 所示，城乡居民医疗保险主要提升了农村家庭人均年收入低于 1 150 元家庭成员的自评健康，对城镇家庭人均年收入在 10 000 元 ~ 20 000 元的家庭成员的自评健康有显著负向影响，此外对农村家庭人均年收入在 4 600 元 ~ 10 000 元和 20 000 元以上的家庭成员自评健康有一定提升，验证了城乡居民医疗保险对低收入群体的健康提升作用，有利于共同富裕.

表 6　城乡医保整合对不同收入等级的健康和医疗选择的影响

Table 6 The impact of medical insurance integration on health and medical choices across different income levels

按收入分类		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		1 150 元以下	1 150 元 ~ 2 300 元	2 300 元 ~ 4 600 元	4 600 元 ~ 1 万元	1 万元 ~ 2 万元	2 万元以上
自评健康	全样本	−0.053	−0.039	0.230**	0.080	−0.046	−0.003
		(0.118)	(0.160)	(0.104)	(0.068)	(0.062)	(0.066)
	样本量	7 760	5 600	10 796	22 807	23 664	16 560
	城镇	0.040	0.005	0.347*	−0.076	0.013	−0.052
		(0.199)	(0.346)	(0.188)	(0.109)	(0.087)	(0.077)
	样本量	2 649	1 495	3 292	8 484	11 576	11 800
	农村	−0.117	−0.046	0.131***	0.140**	−0.148	0.106
		(0.149)	(0.183)	(0.028)	(0.067)	(0.090)	(0.131)
	样本量	5 111	4 105	7 504	14 323	12 088	4 760
医疗选择	全样本	0.207***	0.143	0.101	0.055	−0.097**	−0.026
		(0.080)	(0.110)	(0.077)	(0.049)	(0.045)	(0.051)
	样本量	7 738	5 589	10 766	22 753	23 594	16 502
	城镇	−0.044	0.072	0.181	−0.051	−0.230***	−0.097
		(0.131)	(0.200)	(0.144)	(0.076)	(0.062)	(0.061)
	样本量	2 649	1 495	3 292	8 484	11 576	118 00
	农村	0.333***	0.174	0.075	0.130**	0.035	0.175*
		(0.102)	(0.132)	(0.093)	(0.064)	(0.064)	(0.093)
	样本量	5 096	4 098	7 484	14 295	12 054	4 742

注：1. 括号中为稳健标准误；2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著.

表 6 还汇报了分收入与分城乡对医疗选择进行回归的结果. 可以看出,城乡医保整合主要提升了农村家庭人均年收入低于 1 150 元家庭成员的医疗选择,对城镇家庭人均年收入在 1 万元 ~2 万元的家庭成员的医疗选择有显著负向影响,此外对农村家庭人均年收入在 4 600 元 ~ 10 000 元或 2 万元以上的家庭成员医疗选择有一定提升. 这一结果验证了城乡居民医疗保险对于农村低收入群体医疗服务利用水平的提升作用,但是同样体现了对城镇相对富裕家庭的医疗选择的挤出效应,与分年龄层的结果一致.

4.4.4 稳健性分析

首先,将自评健康指标更换为近两周是否生病,使用面板 Logit 方法得到回归结果,如表 7 所示,结果是稳健的. 城乡医保整合显著降低了居民的生病情况. 当区分城镇居民与农村居民后,城乡医保整合显著地降低了城镇居民的生病概率,但是对农村居民的生病概率却没有显著影响. 从表 7还可以看出,城乡医保整合显著降低了城镇常住人口的生病概率,但是对于农村人口、流动人口的生病概率并没有显著影响.

其次,将医疗选择指标更换为生病后是否就医,即选取近两周生病样本,以是否就医作为结果变量,并使用面板 Logit 方法. 如表 7 所示,无论是全样本还是分城乡,城乡医保整合均显著提升了城乡居民生病后选择去看医生的概率,城乡的比较分析更是说明了,农村居民从城乡医保统筹中得到的医疗服务利用率的提升比城镇居民更大. 不仅如此,农村常住人口的就医情况得到了显著提升,而流动人口的提升幅度低于农村人口,这与前文的结果一致. 可能是出于医保关系续接、居民医疗习惯养成等原因,流动人口因已身处城镇,其就医行为向城镇居民靠拢,因而提升没有农村常住居民那么大. 综上所述,城乡医保统筹对农村居民医疗选择有显著的提升作用,并由此渠道提升了农村居民的健康水平.

表 7 城乡医保整合对生病情况的影响

Table 7 The impact of medical insurance integration on illness

按户籍分类	(1)	(2)	(4)	(5)	(6)
	全样本	城镇居民	城镇常住居民	农村常住居民	流动
生病情况	-0.131***	-0.240***	-0.448***	-0.035	-0.087
	(0.037)	(0.052)	(0.085)	(0.056)	(0.063)
样本量	59 481	26 061	11 003	29 792	18 681
生病后是否就医	0.296***	0.244**	0.231	0.374***	0.189*
	(0.072)	(0.097)	(0.165)	(0.113)	(0.113)
样本量	15 547	6 348	2 680	8 299	4 569

注: 1. 括号中为稳健标准误; 2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著.

最后,本研究将样本扩大到包含了购买商业保险的样本,并对是否购买商业保险进行控制. 分析结果如表 8 所示,医疗保险整合对自我健康评价依然具有正向效应,但结果显著性不高. 而城乡医疗保险整合下的医疗选择结果与前文结论一致.

表 8 考虑商业保险样本下的医保整合与自评健康、医疗选择

Table 8 The impact of medical insurance integration on self-rated health and medical choices with consideration of commercial health insurance

变量名称	自评健康			医疗选择		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	全样本	城镇	农村	全样本	城镇	农村
DID	0.007	0.024	0.030	0.088***	-0.010	0.167***
	(0.025)	(0.035)	(0.037)	(0.025)	(0.035)	(0.035)
商业保险	0.044*	0.063*	0.047	0.194***	0.146***	0.077**
	(0.025)	(0.033)	(0.042)	(0.025)	(0.034)	(0.038)
样本量	59 487	26 069	33 418	59 487	26 069	33 418

注: 1. 括号中为稳健标准误; 2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著.

4.4.5　安慰剂检验

为了对多时点 DID 的适用性进行检验，本部分进行安慰剂检验，考虑到有 23 个省份在 2016 年底完成城乡医保统筹的规划部署，安慰剂检验选择 2014 年作为虚拟政策时间点，并对自评健康与医疗选择进行回归，结果如表 9 所示. 安慰剂政策对于城乡居民的自评健康与医疗选择均没有显著影响. 安慰剂检验通过.

表 9　健康与医疗选择的安慰剂检验

Table 9 Placebo test for health and medical choice

按城乡分类	(1)	(2)	(3)
	全样本	城镇	乡村
自评健康	0.002 2	−0.000 9	0.035 3
	(0.038 0)	(0.063 8)	(0.048 6)
医疗选择	−0.075 9	−0.074 9	−0.086 1*
	(0.136 7)	(0.064 7)	(0.045 6)
样本量	59 487	26 069	33 418

注：1. 括号中为稳健标准误；2. ***、**、* 分别表示系数在 1%、5% 和 10% 的水平上显著.

4.4.6　多时点 DID 的多期处理效应

参考现有文献对多时点 DID 的修正[28]，研究城乡医保整合对城乡医疗选择的多期因果效应，结果如图 3 所示. 随着政策落地时间的增长，医保整合对城乡居民的医疗选择的提升幅度逐渐变大，第三期不再显著为正，可能是因为第三期样本过少. 这体现了医保整合的实施是循序渐进的，医保关系的续接、报销习惯的养成、居民医疗意识的培养持续提升城乡居民的医疗选择. 由于样本与期数的限制，本研究无法再对城乡以及流动人口分开研究，因此无法测算挤出效应和促进效应的多期作用.

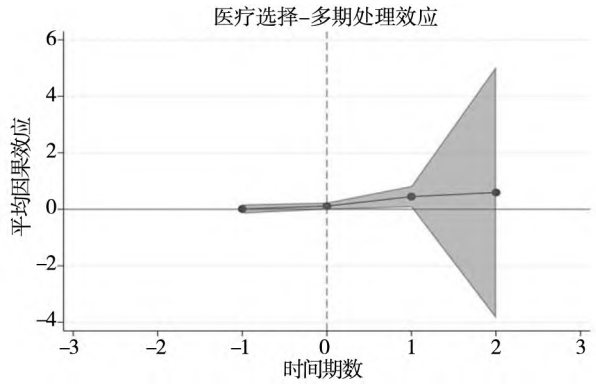

图 3　医疗选择−多期处理效应

Fig. 3 Multi-period treatment effect on medical choice

注：以政策时间点为 0 时刻.

然而，随着中国城乡居民基本医疗保险制度的不断完善，可以预见，医保整合的长期效应将会进一步突显，城乡间健康不平等将得到缓解. 虽然城乡医保整合能够缓解城乡间医疗资源分布不均所导致的健康不平等，但是由此所引发的大医院拥挤效应会导致过度医疗和医疗效率损失. 医保整合下个体的最优医疗选择并不是社会最优的. 重大公共卫生安全事件爆发之初所产生的大医院医疗挤兑问题能够间接反映出医保整合所可能带来的挤出效应. 随着医保整合的区域层次由省内向省级进一步推进，医保整合的促进效应和挤出效应将进一步强化，多期效应将变得更加显著. 因此，中央全面深化改革委员会在近几年多次会议中强调，进一步加强基层医疗卫生体系和分级诊疗制度的建设，尤其是乡村医疗卫生体系，合理配置医疗资源，提高基层医疗卫生服务水平，以此促进医疗资源使用的最优化，降低挤出效应.

5　结束语

城乡居民医疗保险的整合从医疗选择、健康、人口流动等多角度促进城乡融合、推动乡村振兴和共同富裕. 本研究构建两部门医疗模型从理论上研究城乡居民医疗保险对于城镇居民与农村居民医疗服务利用水平的因果效应，并利用多时点双重差分方法与面板有序 Logit 模型测算城乡居民医疗保险整合对城乡居民健康水平、医疗选择等的作用. 研究发现，首先，城乡医保整合显著地提升了城乡居民的健康水平，尤其是 45 岁以上群体和农村低收入群体，且农村居民受到的提升大于城镇居民. 因此，城乡医保整合具有一定的益贫性，能够降低城乡不平等；其次，城乡医保整合显著改善了农村居民的医疗选择，缓解了城乡医疗资源分布不均所导致的乡村医疗保障能力不足的问题，而医保整合对城镇居民的医疗选择没有显著影响. 城乡医保整合显著改善了中老年农村群体的医疗选择，显著恶化了中青年城镇居民的医疗选择. 与此同时，农村低收入群体医疗服务水平得到了显著地提升，而城镇中等收入群体受到了显著地抑制. 结合理论分析，这证明城乡医保整合对农村居民的医疗选择有“促进效应”，对城镇居民的医疗选择有一定的“挤出效应”.

因此,提出推进健康中国建设和健全社会保障体系,进一步完善人民健康促进政策建议. 首先,通过完善财政转移支付制度和提供财政专项补助,增加基层和低收入地区的公共卫生投入,促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局. 加强居民的健康教育以提升其认知水平,通过深化医药卫生体制改革和优化医保设计来保障各个群体的受益公平;其次,需要从省或国家层面统一规范医疗救助基本政策,加快医疗保障信息系统全国联网建设,尤其要加快基层医疗卫生机构的信息系统建设,进一步提升基本医疗保险统筹层次,落实异地就医结算. 简化城乡医疗保险异地报销流程,推进制度与平台的深入融合,完成信息共享,加强流动人口的宣传教育以培养其报销习惯,最终提升流动人口的医疗选择以改善其健康水平,加快推进城乡融合;再者,完善医疗保障应急救助的制度性安排,制定重大公共卫生安全事件医疗保障的响应机制. 统筹医保基金和公共卫生经费使用,提高对基层医疗机构的支付比例,实现医疗服务与公共卫生服务的有效衔接;最后,加强基层医疗服务机构和医疗人才队伍的建设,通过城乡医疗机构共建、给予人才下沉补助、提供医疗技术培训和进修机会等手段,提升基层医疗服务能力,加快构建多层级医疗服务体系和病诊相容的医疗保险报销体系,解决过度医疗所导致的医疗资源挤占问题.

参 考 文 献:

[1]Carneiro P, Kraftman L, Mason G. The impacts of a multifaceted prenatal intervention on human capital accumulation in early life[J]. American Economic Review, 2021, 111(8): 2506 – 2549.

[2]方迎风, 刘浩然, 张 芬. 中国健康的代际流动性[J]. 中国软科学, 2024, (3): 188 – 200.
Fang Yingfeng, Liu Haoran, Zhang Fen. Intergenerational mobility of health in China[J]. China Soft Science, 2024, (3): 188 – 200. (in Chinese)

[3]Shigeoka H. The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection[J]. American Economic Review, 2014, 104(7): 2152 – 2184.

[4]Finkelstein A, Nathaniel H, Mark S. Subsidizing health insurance for low-income adults: Evidence from Massachusetts[J]. American Economic Review, 2019, 109(4): 1530 – 1567.

[5]Goodman-Bacon A. The long-run effects of childhood insurance coverage: Medicaid implementation, adult health, and labor market outcomes[J]. American Economic Review, 2021, 111(8): 2550 – 93.

[6]方迎风, 邹 薇. 能力投资, 健康冲击与贫困脆弱性[J]. 经济学动态, 2013, (7): 36 – 50.
Fang Yingfeng, Zou Wei. Capability investment, health shock and poverty vulnerability[J]. Economic Perspectives, 2013, (7): 36 – 50. (in Chinese)

[7]邹 薇, 宣颖超. 新农合、教育程度与农村居民健康的关系研究——基于中国健康与营养调查数据的面板分析[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2016, 69(6): 35 – 49.
Zou Wei, Xuan Yingchao. New rural cooperative medical system, education attainment and rural residents' health: A panel data approach to the CHNS data in China[J]. Journal of Wuhan University(Philosophy and Social Sciences), 2016, 69(6): 35 – 49. (in Chinese)

[8]王伊琳, 陈先洁, 孙 蓉. 健康风险认知偏差对商业健康保险购买决策的影响——基于行为经济学视角[J]. 中国软科学, 2021, (9): 66 – 74.
Wang Yilin, Chen Xianjie, Sun Rong. Effect of health risk cognitive bias on the purchasing decision of commercial health insurance: A perspective of behavior economics[J]. China Soft Science, 2021, (9): 66 – 74. (in Chinese)

[9]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, (6): 103 – 114.
Chang Xue, Su Qun, Zhou Chunfang. The effects of urban-rural integrated medical insurance system on health[J]. Chinese Journal of Population Science, 2018, (6): 103 – 114. (in Chinese)

[10]洪灏琪, 宁满秀, 罗 叶. 城乡居民医保整合是否抑制了农村中老年人健康损耗[J]. 中国农村经济, 2021, (6): 128 – 144.
Hong Haoqi, Ning Manxiu, Luo Ye, Does integrated medical insurance system curb the health impairment of the middle-

aged and elderly people in rural China[J]. Chinese Rural Economy, 2021, (6): 128 – 144. (in Chinese)

[11]何　文, 申曙光. 城乡居民医保一体化政策缓解了健康不平等吗——来自中国地级市准自然实验的经验证据[J]. 中国农村观察, 2021, (3): 67 – 85.
He Wen, Shen Shuguang. Does the integration of urban and rural medical insurance policy alleviate health inequality? Evidence from a quasi-natural experiment in prefecture-level cities of China[J]. China Rural Survey, 2021, (3): 67 – 85. (in Chinese)

[12]范红丽, 王英成, 亓　锐. 城乡统筹医保与健康实质公平——跨越农村"健康贫困"陷阱[J]. 中国农村经济, 2021, (4): 69 – 84.
Fan Hongli, Wang Yingcheng, Qi Rui. An empirical study on urban-rural integrated basic medical insurance and health equity striding over the health poverty trap in rural China[J]. Chinese Rural Economy, 2021, (4): 69 – 84. (in Chinese)

[13]Blomqvist A, Pierre-Thomas L. Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize[J]. Journal of Health Economics, 2005, 24(4): 775 – 793.

[14]Hess F, Mcfadden D, Winter J, et al. Inattention and switching costs as sources of inertia in Medicare Part D[J]. American Economic Review, 2021, 111(9): 2737 – 2781.

[15]Ponzo M, Scoppa V. Does demand for health services depend on cost-sharing? Evidence from Italy[J]. Economic Modelling, 2021, (103): 105599.

[16]Marc K C, Zeng G. Unintended consequences of supply-side cost control? Evidence from China's New Cooperative Medical Scheme[J]. Journal of Health Economics, 2018, (61): 27 – 46.

[17]Shephar M. Hospital network competition and adverse selection: Evidence from the Massachusetts health insurance exchange[J]. American Economic Review, 2022, 112(2): 578 – 615.

[18]甘燕红, 周文慧, 陈　妍. DRGs 与 DIP 的对比研究：基于医院运营的视角[J]. 管理科学学报, 2023, 26(6): 114 – 125.
Gan Yanhong, Zhou Wenhui, Chen Yan. DRGs vs. DIP: From the perspective of hospital operations management[J]. Journal of Management Sciences in China, 2023, 26(6): 114 – 125. (in Chinese)

[19]方迎风, 周辰雨. 健康的长期减贫效应——基于中国新型农村合作医疗政策的评估[J]. 当代经济科学, 2020, 42(4): 17 – 28.
Fang Yingfeng, Zhou Chenyu. The long-term effects of health on poverty reduction: The evaluation based on the New Cooperative Medical Scheme[J]. Modern Economic Science, 2020, 42(4): 17 – 28. (in Chinese)

[20]许　晖, 周　琪, 庄伟芬, 等. 服务重塑：数字化如何弥合服务鸿沟——基于"互联网 +"医疗健康的探索性案例研究[J]. 管理科学学报, 2024, 27(7): 34 – 55.
Xu Hui, Zhou Qi, Zhuang Weifen, et al. Service reshaping: How does digitalization bridge the service divide? An exploratory case study based on "Internet +" healthcare[J]. Journal of Management Sciences in China, 2024, 27(7): 34 – 55. (in Chinese)

[21]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, 40(3): 169 – 192.
Liu Xiaolu. The integrated urban and rural medical insurance and the utilization of medical care: Evidence from China[J]. The Journal of World Economy, 2017, 40(3): 169 – 192. (in Chinese)

[22]马　超, 曲兆鹏, 宋　泽. 城乡医保统筹背景下流动人口医疗保健的机会不平等——事前补偿原则与事后补偿原则的悖论[J]. 中国工业经济, 2018, (2): 100 – 117.
Ma Chao, Qu Zhaopeng, Song Ze. Inequality of opportunity of floating population's health care under the integrated medical insurance system: Paradox of the ex-ante or ex-post compensation principle[J]. China Industrial Economics, 2018, (2): 100 – 117. (in Chinese)

[23]尚虎平, 黄六招. 农民基本健康权利保障体系建构与演进逻辑——"防大疫克常疾"实践经验探索[J]. 中国社会科学, 2022, (6): 122 – 138 + 207.
Shang Huping, Huang Liuzhao. The logic of the construction and evolution of the system of protection of farmers' basic health rights[J]. Social Sciences in China, 2022, (6): 122 – 138 + 207. (in Chinese)

[24]Fang Y, Zhang F, Zhou C, et al. Governance capability of the public health system: A comparative analysis of the control of COVID-19 in the different provinces of China[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health,

2021, 18(8): 4210.

[25]刘 宏, 段雪怡, 王天宇. 价值医疗视角下的医保门诊共济保障与居民健康[J]. 管理世界, 2024, 40(2): 134 -150.

Liu Hong, Duan Xueyi, Wang Tianyu. Outpatient cost-sharing and people's health from the value-based healthcare perspective[J]. Journal of Management World, 2024, 40(2): 134 - 150. (in Chinese)

[26]高 鹏, 陈 佳, 黄秀娟. 医保药品目录改革、健康改善与医疗服务利用[J]. 保险研究, 2023, (1): 101 - 115.

Gao Peng, Chen Jia, Huang Xiujuan. The social medical insurance drug catalogue reform, health improvement and medical service utilization[J]. Insurance Studies, 2023, (1): 101 - 115. (in Chinese)

[27]金维刚. 城乡居民医保整合及其发展趋势[J]. 中国医疗保险, 2016, (3): 35 - 38.

Jin Weigang. The integration of urban and rural medical insurance and the trend of development[J]. China Health Insurance, 2016, (3): 35 - 38. (in Chinese)

[28]Roth J, Sant'anna P, Bilinski A, et al. What's trending in difference-in-differences? A synthesis of the recent econometrics literature[J]. Journal of Econometrics, 2023, 235(2): 2218 - 2244.

Medical insurance integration, medical choice and urban-rural health discrepancy

FANG Ying-feng, ZHANG Fen, ZHOU Chen-yu

School of Economics and Management, Wuhan University, Wuhan 430072, China

Abstract: The integration of medical insurance is a critical institutional reform aimed at promoting urban-rural integration and advancing common prosperity. The paper develops a theoretical model incorporating urban and rural sectors, as well as primary health care and specialist hospital care, to explore the influence of medical service choices on rural-urban health disparities under medical resource constraints. It aims to determine whether the integration of medical insurance generates a "crowding-out effect" or "promoting effect" on urban-rural residents. Then employing a time-varying difference-in-differences approach and a panel-ordered Logit model, the study utilizes data from the China Family Panel Studies. The results indicate that the urban-rural medical insurance integration significantly improves the rural medical choice, thereby reducing the rural-urban health gap. Rural low-income groups and the elderly emerge as the primary beneficiaries, while the urban labor force is most affected by the "crowding-out effect". The paper concludes with recommendations for government policy, suggesting the optimization of medical insurance system design to ensure equitable benefits across all groups, the acceleration of multi-level healthcare system development, and the strengthening of primary healthcare institutions.

Key words: medical insurance for urban-rural residents; health; medical choice