

分类号
UDC

密级
编号 10741

兰州财经大学
LANZHOU UNIVERSITY OF FINANCE AND ECONOMICS

硕士学位论文
(专业学位)

论文题目 多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响研究

研究生姓名: 闫新月

指导教师姓名、职称: 王振军、教授

学科、专业名称: 应用经济学、保险硕士

研究方向: 社会保险理论与政策

提交日期: 2024年6月1日

独创性声明

本人声明所呈交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 闫新月 签字日期： 2024.6.3

导师签名： 王振宇 签字日期： 2024.6.3

导师(校外)签名： _____ 签字日期： _____

关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定， 同意（选择“同意”/“不同意”）以下事项：

1. 学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；

2. 学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊（光盘版）电子杂志社”用于出版和编入CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分内容。

学位论文作者签名： 闫新月 签字日期： 2024.6.3

导师签名： 王振宇 签字日期： 2024.6.3

导师(校外)签名： _____ 签字日期： _____

Research on the impact of multi-level medical insurance on rural residents' medical behavior

Candidate : Yan Xinyue

Supervisor: Wang Zhenjun

摘 要

随着我国多层次医疗保险体系的基本建立与不断发展,国民可参与的医疗保障形式更加丰富。处于多层次医疗保险体系主体地位的基本医疗保险以“广覆盖、保基本”的特点为国民提供基本的医疗保障服务,处于补充地位的商业医疗保险以多样的产品类型、丰富的保障责任满足国民医疗保障的差异化需求。通过文献研究发现,医疗保险深刻影响着我国国民的生活方式。农村居民的就医行为一直以来备受关注,不同层次医疗保险因覆盖范围,报销比例等方面的差异可能使得农村居民的就医行为有所不同,因此研究多层次医疗保险对农民就医行为的影响有一定的必要性。

本文采用理论与实证研究相结合的方法。首先,通过文献梳理明晰相关的概念与理论,再进一步分析多层次医疗保险影响农村居民就医行为的作用机制。最后依据中国国家家庭追踪调查(CFPS)2014-2020年4期的调查数据,选取就医主动性、就医机构的选择、就医总费用及就医自付费用作为衡量就医行为的指标,利用stata17.0统计软件构建二元Logit模型、多元Logit模型、双向固定效应模型来分别探究多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响,并对研究结果进行稳健性检验与异质性分析。

研究表明:多层次医疗保险对促进农村居民就医行为具有积极作用,不同层次保险的作用有所差异。其中基本医疗保险对农村居民主动就医以及到基层医院就医具有显著的促进作用;商业医疗保险显著提升了农村居民到综合医院、专科医院就医的概率;基本医疗保险与商业医疗保险显著降低了农村居民的就医费用自付比例;慢性病对农村居民各项就医行为有显著影响。基于此,本文建议加强农村基层医疗卫生服务体系的建设,强化农村地区商业医疗保险的补充作用,提升农村居民的健康意识与医保认知,在农村地区建立完善的慢性病管理体系。论文旨在推动农村地区医疗卫生事业的发展,提升农村居民生活幸福感,并为多层次医疗保险体系的建设与政策制定提供有益参考。

关键词: 多层次医疗保险 中国国家家庭追踪调查数据 Logit 模型 基层医疗

Abstract

With the basic establishment and continuous development of China's multi-level medical insurance system, the forms of medical security that citizens can participate in are more abundant. Basic medical insurance, which is the main body of a multi-level medical insurance system, provides basic medical security services for citizens with the characteristics of "wide coverage and basic protection", while commercial medical insurance, which is in a supplementary position, meets the differentiated needs of national medical security with various product types and rich guarantee responsibilities. Through literature research, it is found that medical insurance has a profound impact on the lifestyle of Chinese people. The medical treatment behavior of rural residents has always attracted much attention. Differences in coverage and reimbursement ratio of different levels of medical insurance may lead to differences in the medical treatment behavior of rural residents. Therefore, it is necessary to study the influence of multi-level medical insurance on farmers' medical treatment behavior.

This paper adopts the method of combining theoretical research with empirical research. Firstly, the relevant concepts and theories are clarified through literature review, and then the mechanism of multi-level medical insurance affecting rural residents is further analyzed. Finally, according to the

survey data of China Family Tracking Survey (CFPS) from 2014 to 2020, the initiative to seek medical treatment, the choice of medical institution, the total cost of medical treatment and the out-of-pocket cost of medical treatment were selected as indicators to measure medical treatment behavior. stata17.0 statistical software was used to construct binary logit model, multiple logit model and two-way fixed effect model to explore the influence of multi-level medical insurance on rural residents' medical treatment behavior, and the robustness test and regional heterogeneity analysis of the research results were carried out.

The research shows that multi-level medical insurance has a positive effect on promoting the medical treatment behavior of rural residents, and the effect of different levels of insurance is different. Among them, the basic medical insurance plays a significant role in promoting the initiative of rural residents to seek medical treatment and to seek medical treatment in grass-roots hospitals. Commercial medical insurance has significantly increased the probability of rural residents seeking medical treatment in general hospitals and specialized hospitals. Basic medical insurance and commercial medical insurance have significantly reduced the proportion of out-of-pocket payment for medical treatment of rural residents. Chronic diseases have significant influence on various medical treatment behaviors of rural residents. Based on this, this paper proposes to strengthen the construction of rural primary medical and health service system, strengthen the complementary role of commercial medical insurance in rural areas, enhance rural residents' health awareness and medical

insurance cognition, and establish a sound chronic disease management system in rural areas. This paper aims to promote the development of medical and health undertakings in rural areas, improve the happiness of life of rural residents, and provide useful reference for the construction of multi-level medical insurance system and policy formulation.

Keywords: Multi-level medical insurance; Chinese family tracking; Survey data; Logit model; Primary health care

目 录

1 绪言	1
1.1 研究背景及意义.....	1
1.1.1 研究背景.....	1
1.1.2 研究意义.....	2
1.2 国内外研究现状综述.....	2
1.2.1 国外研究现状综述.....	2
1.2.2 国内研究现状综述.....	4
1.2.3 国内外研究现状评析.....	6
1.3 研究内容与研究方法.....	7
1.3.1 研究内容.....	7
1.3.2 研究方法.....	7
1.4 可能的创新点与不足.....	8
1.4.1 可能的创新点.....	8
1.4.2 论文不足之处.....	8
2 相关概念与理论基础	8
2.1 相关概念.....	8
2.1.1 多层次医疗保险.....	9
2.1.2 基本医疗保险.....	9
2.1.3 补充医疗保险.....	10
2.1.4 普惠型商业医疗保险.....	12
2.2 理论基础.....	13
2.2.1 Andersen 医疗服务利用理论.....	13
2.2.2 福利多元主义理论.....	14
2.2.3 人力资本投资理论.....	15
2.2.4 马斯洛需求层次理论.....	16
3 多层次医疗保险的发展概述	17
3.1 基本医疗保险的发展现状.....	19
3.2 商业医疗保险的发展现状.....	21
3.3 多层次医疗保险影响就医行为的作用机制.....	23
4 多层次医疗保险对农村居民就医行为的实证研究	26
4.1 数据来源与变量选取.....	26
4.2 描述性统计分析.....	29
4.3 研究假设.....	30
4.4 模型设定.....	31
4.5 基准回归.....	33

4.6 异质性分析.....	37
4.6.1 地区异质性分析.....	38
4.6.2 年龄异质性分析.....	40
4.7 稳健性检验.....	42
5 研究结论与对策建议.....	44
5.1 研究结论.....	44
5.2 对策建议.....	45
5.2.1 加强农村基层医疗卫生服务体系的建设.....	45
5.2.2 强化农村地区商业医疗保险的补充作用.....	46
5.2.3 提升农村居民的健康意识与医保认知.....	47
5.2.4 在农村地区建立完善的慢性病管理体系.....	48
参考文献.....	50
后 记.....	56

1 绪言

1.1 研究背景及意义

1.1.1 研究背景

自新中国成立以来，我国的医疗保障随社会经济的发展、国民生活方式的变化而不断演进，并在此过程中逐渐形成了具有中国特色的多层次医疗保障体系。2020年2月国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出：到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，确立了我国多层次医疗保障体系的基本框架。我国医疗保险制度经过不断的改革、发展，已经取得了巨大的成效，实现了最初“广覆盖、保基本”的目标，“看病贵、看病难”问题也得到根本性缓解。根据国家医疗保障局的相关数据统计显示，截止2022年底，我国基本医疗保险的参保人数为134570万人，参保覆盖面稳定在95%以上，参保质量持续提升。基本医疗保险基金总收入、总支出分别为30697.72亿元、24431.72亿元，年末基金累计结存42540.73亿元。商业健康险原保费收入8653亿元，赔付支出3600亿元。其中，基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度累计惠及农村低收入人口就医14481.7万人次，减轻医疗费用负担1487亿元。

2016年10月25日，国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》，明确提出推进健康中国，必须把健康摆在优先发展的战略地位，立足国情，将促进健康的理念融入公共政策制定实施的全过程，加快形成有利于健康的生活方式、生态环境和经济社会发展模式，实现健康与经济社会良性协调发展。

在当前健康中国与乡村振兴战略的大背景下，农村居民的看病就医问题备受关注，学者们也对此进行了大量的研究。一方面，农村居民的就医行为依赖医疗保险体系的建设，另一方面，居民的就医行为又可以在部分程度上反映医疗保险体系的建设效果。现阶段我国多层次医疗保险体系基本建立，由于不同层次医疗保险覆盖范围，报销比例，筹资机制等方面的差异性，加之受制于年龄，收入，性别，到医院的距离等多种因素的影响，农村居民参保者的就医行为也有所不同。本文将依据中国家庭追踪调查微观数据（CFPS）实证探究多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响，旨在为我国农村地区的

医疗保障体系建设、农村居民的健康生活做出有益贡献。

1.1.2 研究意义

医疗保障体系的建设是关系民生福祉的重大制度安排，医保体系的保障范围、保障层次、保障程度等都与国民的身体健康、就医选择息息相关。尤其是随着对二元城乡结构的改革，整合后的城乡居民医疗保险、大病保险等为农村居民“看病就医”提供了更加公平、坚实的制度保障。目前已有不少学者的研究集中在基本医疗保险对居民就医行为、医疗利用的影响，商业医疗保险对居民就医行为、医疗利用的影响。但较少有文献研究多层次医疗保险对农村居民的就医行为影响，本文将在以往文献研究的基础上建立相关模型，通过对微观数据的实证研究分析不同层次的医疗保险对农村居民就医行为的影响。以期通过农村居民的就医行为来反映医疗保障体系的建设成果及相关问题，并针对这些问题提出可行性建议，从而为优化农村居民的就医问题、推动农村地区医疗卫生事业建设贡献绵薄之力。

理论意义：通过大量阅读、梳理相关文献发现，随着我国多层次医疗保障体系的基本建立，学界对于我国多层次医疗保险的研究聚焦于多层次医疗保险体系的建设、完善以及各层次医疗保险之间的衔接问题，较少有学者从多层次医疗保险的视角进行微观研究，本文将以此视角进行多层次医疗保险对农村居民就医行为的研究，以丰富现有文献。

现实意义：随着我国全面建成小康社会，全面脱贫相继取得伟大胜利，农村居民的生活水平也得到了质的提升。但农村居民的就医行为依然收到经济水平、教育水平、医疗保障程度、政策制度、医疗资源可及性等现实条件的制约。尤其是在当前乡村振兴与健康中国的大背景下，农村居民的健康问题也受到了社会各界的重点关注，而就医行为与居民的健康息息相关，本文将从医疗保障的角度来研究农村居民的就医行为，一方面可以评估当前多层次医疗保险的政策效果，另一方面可针对研究结论为农村居民更好的看病就医提供切实可行的建议，使得我国的医疗保险制度建设更好的服务于基础民生。

1.2 国内外研究现状综述

1.2.1 国外研究现状综述

(1) 关于就医行为的影响因素研究

Andersen (1968) 就医行为模型认为个体决定是否利用医疗服务主要考虑三大类因素：倾向特征或预置因素、能力资源、医疗需要。其中倾向特征主要是包括性别、年龄、教育水平、婚姻状况在内的社会人口学特征。能力资源代表使用卫生服务和设施的可用资源，包括财富状况、获得医疗资源的机会、社会支持等。医疗需要则代表患者对于医疗保健服务的感知需求。N. Douthit (2015) 通过研究发现美国农村居民就医行为受到文化、经济、医生专业素质、就医便捷性等方面的影响，从而难以维持与城市同等水平的卫生服务。Jeon B Christianson (1980) 认为医疗支出、经济水平、医疗保险、医疗观念等是影响居民就医选择的重要因素，其中医疗支出的影响最为显著。Boran B. J. (2006) 采用 SML 方法对印度国家抽样调查的数据实证研究发现医疗产品的价格与到医疗机构的距离在患者就医行为的决策中起到重要作用。Thompson A E 等 (2016) 通过对加拿大 10 个省份的 7260 名患者的调查数据研究发现年龄、疾病预防、对医生的信任与是否患有慢性病是患者寻求医疗保健行为的重要因素。Mohd Noh S N 等 (2022) 运用多元 logistic 回归分析法对马来西亚全国健康和发病率调查数据进行研究发现受教育程度、就业状况、自评健康、是否患有慢性病在城市与农村人口就医行为方面具有重要影响。

(2) 关于医疗保险对就医行为的影响研究

多数学者通过研究发现医疗保险显著促进了居民的就医行为。Card David 等 (2009) 利用美国相关调查研究数据发现医疗保险显著提升了患者对医疗服务的利用，尤其是对低收入者的影响更加明显。Matthew Jowett (2004) 运用多项 logistic 模型对越南地区三个省的实证研究表明拥有健康保险对患者使用门诊设施与公共服务有最显著的促进作用，此作用对于低收入水平的患者更加显著。Sarma (2009) 利用印度第 52 轮全国抽样调查的微观数据发现医疗价格、收入、到医院距离显著影响了印度农村居民医疗保健的选择。Boyoung Jeon 等利用韩国私人健康保险调查数据 (KHPS) 研究发现拥有私人健康保险对促进患者利用门诊服务和住院服务的具有显著的正向作用。Al-Hanawi M K 等 (2020) 利用 2018 年沙特阿拉伯家庭健康调查数据，采用逆向倾向加权法与工具变量法研究得出健康保险显著促进了沙特阿拉伯公民寻求医疗服务的机会，该项研究还表明健康保险对沙特阿拉伯境内的非沙特阿拉伯国民就医行为的影响更高。Setyawati A 等 (2021) 通过对印度尼西亚国家社会经济数据进行 Logit 回归后得出投保国民健康保险的公民更有可能利用医疗保健服务，并且对低收入、受教育程度较低、失业人群和农民等社会弱势群体的影响更为显著。

1.2.2 国内研究现状综述

(1) 多层次医疗保险体系的内涵

多层次医疗保险体系的内涵根据不同时期医保政策的不同进行不断演变。仇雨临(2004)指出我国的医疗保险体系应该是由城镇职工基本医疗保险、补充医疗保险、商业医疗保险、灵活就业人员特殊医疗保险、弱势群体的医疗救助和农村人口的新型合作医疗制度所构成。王保真(2008)指出我国多层次的医疗保险体系包括:职工医疗保险、居民医疗保险与新农合、城乡医疗救助、城乡医疗福利、商业医疗保险以及互助医疗等。许飞琼(2020)立足于公平性强弱和政府在其中扮演的角色将多层次医疗保险体系解构为政府主导的基本医疗保险;特定政策支持下由用人单位举办的补充医疗保险;商业健康险。我国多层次医疗保险体系建设还存在各层次发展不平衡、定位不清晰、衔接不畅等问题。郑功成,桂琰(2020)等认为我国的医疗保险体系的基本法律框架尚未成熟,各层次医疗保险之间的权责界定,衔接机制等问题缺乏明确统一的制度指导,在实践过程中往往会出现碎片化、重复性等问题。董克用等(2019)认为我国医疗保险严重依赖基本医疗保险,各层次发展不平衡。许飞琼(2020)认为我国的商业健康险发展目标模糊,发展空间不清,我国多层次医疗保险体系的发展需要细化商业健康险的政策支持。徐徐,姚岚(2022)指出我国多层次医疗保险中普惠型商业医疗保险产品同质化严重,应引导产品设计契合当地需求,实现深度定制。张宗良,褚福灵(2023)指出我国各层次的医疗保险之间功能交叠与保障空缺并存,统筹设计,协同衔接势在必行。

(2) 就医行为的影响因素

在实证研究方面。姚兆余,张娜(2007)认为农村居民的受教育程度与经济水平、居民当地的医疗服务与医疗保障形式都是影响农村居民就医行为的主要因素。王敏等(2010)通过对中国健康与营养调查2006年数据的分析得出影响患者进行就医选择的主要因素为疾病严重程度、医疗服务价格和是否购买医疗保险。姚兆余,朱慧劼(2014)基于江苏省的调查数据发现健康自评对住院机构选择存在显著影响。曾雁冰等(2020)认为安德森模型中倾向特征、使能资源和医疗需要能较好的解释老年人的就医行为,并且老年人在选择医疗机构时会重点考虑医疗费用及自付比例、疾病的紧急程度,到医院的交通方式也会被老年人考虑在内。何艳婷等(2022)基于2018年中国家庭追踪调查数据证实主观态度、结构性因素和知觉行为控制因素对农村妇女就医选择产生正向影响,其中医疗自付费用在主观态度与就医行为选择之间起部分中介作用。陈晨等(2022)

利用 2015 年中国健康与营养调查数据实证得出地区、医保类型和居民健康状况会影响居民的就医意愿，婚姻状况、年龄和地区会影响居民对医疗机构的选择。

在实地调研方面。郭文芹等（2010）通过对常州、南通和淮安三地的农村居民的实地调研发现农村慢性病患者进行就医选择时更易受自评健康状况、经济水平、到医院的距离以及就医后是否能够报销等因素的影响。胡思洋（2016）通过对谷城、南阳两地的数据实证分析得出经济状况、医保、医疗可及性对农村老年人就医行为有显著影响，并提出交通成本是广义的医疗费用中的重要部分。张黎，李伟（2016）通过对青岛、潍坊、临沂三个地级市的入户调查发现年龄、收入、受教育程度、健康状况会在不同程度上影响不同类型居民的就医行为。贾清萍，甘筱青（2010）对江西省萍乡市东桥镇的调查问卷分析得出农村医疗服务水平、医疗保障报销政策、就医距离、农民年收入对农村居民看病就医产生重要影响。

（3）医疗保险对就医行为的影响

国内学者认为医疗保险对就医行为产生积极的影响，但不同类型的保险影响有所差异。郑莉莉（2017）利用中国健康与营养调查数据库 1989-2011 年的数据研究发现医疗保险对居民患病就医时选择就诊起到了正向作用。其中享受公费医疗、城职保、商业医疗保险的居民到高一级医院就诊的可能性更高，参加城居保和新农合的居民更倾向于到基层医院就医。张开翼等（2021）基于 2018 年中国家庭追踪调查数据实证发现有公费医疗、城居保、城职保的居民倾向于选择综合医院就诊，而有新农合的居民更倾向于选择基层医疗机构进行诊疗。于大川等（2019）基于 2015 年中国健康与养老追踪调查数据研究发现城镇居民医疗保险制度显著增加了参保人的就诊次，同时提高了参保人到非基层医院就医的可能性。牛建林，齐亚强（2016）以全国性抽样调查数据研究发现医疗保险提高了参保人利用医疗服务的可能性，其中新农合与城镇居民医疗保险的促进作用相对较小，城镇职工医疗保险与商业医保的促进作用相对较大。蒋云赞，郑恺（2022）利用 2010-2018 年中国家庭追踪调查数据实证得出城乡居民医疗保险统筹显著增加了农村居民的家庭医疗支出，且受影响较大的群体为无慢性病患者家庭和收入较低的纯农就医家庭。于长永（2017）基础 2014 年全国 12 省的调查数据分析得出医疗保险对农民就医机构的选择行为有显著影响，但这种影响不在于是否参加医疗保险，而在于医疗保险补偿机制的合理性。罗静娴（2022）基于中国健康与营养调查 2015 年数据分析得出购买商业医疗保险后的城乡保患者相对于城职保患者更容易去市级医院就医，显著缩小了两者在未购买商业医疗保险时的医疗服务利用差异。任向英，王永茂（2015）以农村的

固定观察点统计数据发现新农合的普及明显改善了参合者“小病拖、大病扛”的状况，且显著提升了乡镇医疗卫生机构的利用率。肖莹莹（2016）利用中国健康与养老追踪调查 2013 年数据发现公费医疗、商业保险、城镇职工医疗保险可以显著增加老年人的就医可能性，同时显著增加老年人的医疗卫生支出，并降低个人自付医疗卫生支出与自付比例。张剑松（2022）以居民医疗总费用与自付费用作为医疗服务利用的代理变量，根据 2018 年中国家庭追踪调查数据研究发现城镇职工医疗保险显著提高了参保者的医疗服务利用并有效缓解了医疗负担，而城乡居民医疗保险作用甚微。经姗姗，李勇（2015）采用中国健康与营养调查 2011 年数据，通过建立多项 Logistic 回归方程研究发现城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险、新农合由于报销比例的不同使得患者分流于不同的医院。曾雁冰等（2020）基于 2015 年中国健康与养老追踪调查数据实证发现当前的基本医疗保险制度提高了老年人的就诊率，但对就诊机构选择影响不明显。徐晓丹，吴文强（2016）认为医疗保险在减少消费者经济风险的同时，可能过度释放消费者的医疗需求，促使居民在不必要的条件下选择到高层级医院就医。李珊珊，陈在余（2022）利用 2018 年中国老年健康调查数据分析得出医疗保险对老年人的住院服务利用和住院医疗支付具有显著正向作用，对老年的门诊服务利用和门诊医疗支出有显著负向作用，医疗保险重住院轻门诊的给付结构释放了大病患者的住院需求，但引发了小病患者过度医疗的道德风险。

1.2.3 国内外研究现状评析

通过文献梳理发现，多数学者将我国的多层次医疗保险按照政府承担责任大小与公平性的强弱来进行划分，并指出我国医疗保险各层次之间存在衔接不畅、发展不平衡的问题，基本医疗保险尚未成熟，商业健康险的目标模糊，补充作用有待加强。在农村居民的就医行为的影响因素方面，多数学者指出居民的就医行为受到个体特征、家庭特征、医疗保障、医疗机构特征的影响，本文将参考此类影响因素设置实证研究的控制变量。此外国内外研究表明医疗保险对居民的就医行为具有正向的促进作用，且不少学者认为医疗保险对农村居民等低收入群体的影响更为显著。

但是通过文献对比发现，大多学者研究医疗保险对居民就医行为的影响时采用的是单一的医疗保险类型，较少有学者从多层次医疗保险的角度深入分析。而探讨不同层次医疗保险对居民就医行为的影响将有利于明晰各层次医疗保险的作用效果，并通过对比

分析进一步明确各层次医疗保险在实践中的成就与不足。基于此，本文将采用中国家庭追踪调查数据(CFPS)实证分析多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响，以期为我国多层次医疗保险体系的建设以及相关政策的制定与完善提供有益参考。

1.3 研究内容与研究方法

1.3.1 研究内容

本文的研究内容主要分为五个部分，具体内容如下：

第一章，绪言。主要介绍文章主题的研究背景，并在此基础上阐述本文研究的理论意义与现实意义，其次对多层次医疗保险与就医行为的相关国内外文献进行梳理与评述，最后介绍本文研究的主要内容、研究方法、可能的创新点与不足。

第二章，相关概念与理论基础。本章对论文所涉及的多层次医疗保险、基本医疗保险、补充医疗保险、普惠型商业医疗保险的基本概念进行明晰，并对 Andersen 医疗服务利用理论、福利多元主义理论、人力资本投资理论、马斯洛需求层次理论进行简要介绍，为后文的实证研究提供理论基础。

第三章，多层次医疗保险的发展概述。本章主要介绍基本医疗保险与商业医疗保险的发展现状，并在此基础上探讨多层次医疗保险影响农村居民就医行为作用机制。

第四章，多层次医疗保险对农村居民就医行为的实证研究。本章将主要介绍实证研究的数据来源、变量的选取并对相关数据进行描述性统计分析，在此基础上做出理论假设、建立模型，最后对微观数据进行基准回归、异质性分析、稳健性检验。

第五章，结论与建议。本章主要内容为实证研究的结论，并根据相关结论结合第三章多层次医疗保险的发展现状对当前多层次医疗保险的建设提出相关建议，以期为我国农村居民的健康生活、农村医疗卫生事业的发展提供有益参考。

1.3.2 研究方法

文献研究法。本文利用中国知网，万方数据，谷歌学术，百度学术等数据库通过对“医疗保险”“多层次医疗保险”“就医行为”“医疗服务利用”等关键词进行搜索并下载大量国内外文献进行阅读研究，并汇总阅读笔记，对前人的研究进行深入的了解分析，为文章的后续进展打下坚实的基础。

理论研究法。本文将采用 Andersen 医疗服务利用模型、福利多元主义理论、人力资本投资理论、马斯洛需求层次理论作为本文的理论支撑。

实证研究法。本文将运用 stata17.0 计量软件对中国家庭追踪调查 CFPS 微观数据进行处理,并通过基准回归、异质性分析、稳健性检验探究多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响。

1.4 可能的创新点与不足

1.4.1 可能的创新点

在研究的视角上,多数学者将研究重点聚焦在单一的医疗保险类型上,多为城乡居民医疗保险或者新农合医疗保险以及商业医疗保险对居民就医的影响,较少探讨各类型医疗保险对居民就医的影响。本文将在多层次医疗保障体系基本建立的背景下研究各层次医疗保险对农村居民就医行为的影响,为研究医疗保险对就医行为的影响方面的文献相对提供相对新颖的视角。

在就医行为的指标选取上,本文将采用“就医主动性”“就医机构的选择”“医疗费用总支出及自付支出”作为衡量就医行为的指标,以往的研究大多选用单一或其中两个指标来进行衡量。本文将合并三个指标以期对农民的就医行为进行更加全面的探讨。

在采用的数据上,本文将采取最新的 2020 年中国家庭追踪调查数据(CFPS)作为数据之一,相比大多数学者采用的年代较远的的数据更具有时效性。

1.4.2 论文不足之处

由于数据的可获得性,本文将多层次医疗保险仅区分为基本医疗保险与商业医疗保险,不能完整的得出更为细化的多层次医疗保险对农村居民就医行为影响的研究结论,期待未来随着多层次医疗保险的不断发展与相关数据的不断成熟,可利用更加完整的数据对农村居民的就医行为进行更加深入的研究。

2 相关概念与理论基础

2.1 相关概念

2.1.1 多层次医疗保险

2020年2月国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出：到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，确立了我国多层次医疗保障体系的基本框架。经过多年的实践与应用，我国的多层次医疗保险体系已发展成为由政府主导的基本医疗保险、市场主导的补充医疗保险和政商协同的普惠型商业医疗保险三个层次。由于数据的局限性，本文后续将商业补充医疗保险、普惠型商业医疗保险纳入商业医疗保险的范畴，主要探讨处于主体层的基本医疗保险与处于补充层的商业医疗保险对农村居民就医行为的影响。

多层次医疗保险体系的建设为我国居民提供了多样化的医疗保障形式，满足了人民群众多元化的医疗保障需求。基本医疗保险定位于多层次医疗保险的主体部分保障我国人民群众的基本医疗需求，商业医疗保险定位于多层次医疗保险的补充部分满足民众进一步提升自身健康水平的医疗保障需求。各层次医疗保险相互衔接，协同发展，对进一步提高人民群众医疗保障水平、减轻居民就医负担、提升国民健康水平，促进社会和谐稳定发展具有重要意义。

2.1.2 基本医疗保险

基本医疗保险是指国家通过立法强制规定，用人单位和社会成员个人共同缴纳医疗保险费，建立医疗保险基金，当社会成员个人因疾病或者意外伤害需要获得必需的医疗服务时，按规定提供医疗服务补偿的一种社会保险。现阶段我国基本医疗保险主要包括城镇职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险。城镇职工基本医疗保险由国家强制规定，由用人单位和职工共同缴纳保费，当职工因疾病风险造成的经济损失，依法对职工予以补偿的基本医疗保险。城乡居民基本医疗保险是整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的医疗保险制度，面向除职工医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，由居民与政府共同缴纳保费。

基本医疗保险覆盖全民构成多层次医疗保险的主体部分，旨在保障全体公民的基本医疗需求。政府通过基本医疗保险实现医疗卫生服务的广泛覆盖，促进医疗卫生服务的公平性与可及性。基本医疗保险对保障全民身体健康、提升国民幸福感、稳定社会秩序、促进社会和谐发展起着重要作用。主要特点有：

第一：广覆盖、保基本。基本医疗保险制度是面向我国全体公民的重大制度安排，是我国社会保障体系的核心组成部分。截止 2022 年底，我国基本医疗保险的覆盖率稳定在 95%以上，医保政策惠及全国超 13 亿人。基本医疗保险主要用于满足群众基本的医疗保障需求，并与我国的社会经济发展水平相适应，坚持“以收定支、收支平衡”的原则，保障医保基金的可持续发展。基本医疗保险通过制定基本药品目录、基本诊疗项目目录和基本医疗服务设施标准，规范基本医疗服务行为。满足人民群众对门诊、住院等基本医疗服务与基本药物的需求，确保参保的人民群众在面临疾病时可以得到最基本的、必要的医疗服务、不因看不起病而失去生命，缓解因疾病带来的经济负担。

第二：费用分摊、共同缴纳。城镇职工基本医疗保险由用人单位和个人共同缴纳保费，用人单位缴费比例控制在职工工资总额的 6%左右，职工缴费比例一般为本人工资收入的 2%。其中职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人账户，用人单位缴纳的基本医疗保险费计入统筹基金。城乡居民基本医疗保险的保险基金则由政府和个人共同筹集，《关于 2022 年中央和地方预算执行情况与 2023 年中央和地方预算草案的报告》中明确要求 2023 年城乡居民基本医疗保险的筹资标准为 1020 元，其中人均财政补助标准达到每人每年不低于 640 元，个人缴费标准每人每年 380 元。并且通知中明确中央财政继续按规定对地方实施分档补助，对西部、中部地区省份分别按照人均财政补助标准 80%、60%的比例给予补助，对东部地区省份分别按照一定比例补助。共同缴费机制集合社会多方力量为全体民众提供健康保障，不仅在一定程度上减轻了群众的就医负担，缓解群众经济压力，同时通过个人缴费部分有效防止由于患病群众对医疗资源的过度利用而造成的医疗资源紧缺，确保国家医疗保障服务的平稳有序运行。

第三：政府统一管理。基本医疗保险实行属地管理，原则上以地级以上行政区（包括地、市、州、盟）为统筹单位，也可以县（市）为统筹单位。所有用人单位及其职工都要按照属地管理原则参加所在统筹地区的基本医疗保险。由政府统一规定基金的筹集标准与支付标准，保证基本医保基金的足额征缴、合理利用和及时支付。政府统一管理有助于避免医疗资源的浪费、优化医疗资源配置，使得属地公民更加公平的享有基本医疗保障权益，同时，统一管理保险基金可以确保医疗保险制度的财务稳定性与可持续性，进一步降低管理成本、提高管理效率。

2.1.3 补充医疗保险

补充医疗保险是相对于基本医疗保险而言的，用于满足参保人基本医疗保险之外的多样化保险需求，对基本医疗保险起进一步补充作用的医疗保险，是我国多层次医疗保险体系的重要组成部分。我国现行的补充医疗保险形式多样，主要包括以城乡居民大病保险、公务员医疗补助、职工医疗互助和大额医疗费用补助在内的社会补充医疗保险与企业补充医疗保险、普惠型商业医疗保险、普通商业健康保险和个人税收优惠型商业健康保险在内的商业补充医疗保险。本文主要探讨的是商业补充医疗保险。

商业补充医疗保险定位于多层次医疗保险体系的补充地位，凭借产品的多样化、服务的专业性以及高额的保障责任满足投保人在基本医疗保障之外的差异化需求，对我国医疗保障体系的完善、群众对抗疾病风险能力的提升，社会的稳定发展具有重大意义。主要特点有：

第一：自愿性与盈利性。商业补充医疗保险强调投保自愿性，投保人可以根据自己的需求和经济条件选择是否购买，以及购买何种类型的产品，投保人为保费的缴纳主体。同时，商业补充医疗保险作为一种市场行为，以追求保险公司利润最大化为目标。保险公司在开发保险产品时要更加注重迎合市场的需求，提供满足不同消费者的多样化产品。此外，保险公司必须进行不断地产品创新与服务优化来增强消费者粘性从而提高自身的盈利能力。

第二：保障范围广、金额高。商业补充医疗保险的保障范围不仅包括基本医保目录内外的门诊、住院、手术等医疗费用，并在此基础上增加了康复管理、术后护理、重疾绿色通道等增值服务，为民众在基本医疗保险的基础上提供更加多样化的医疗保障。例如目前市场中常见的百万医疗保险产品的保障项目中除了住院医疗、住院前后门急诊、特殊门诊、门诊手术等基础保障项目，还增加了就医绿色通道、住院医疗垫付、质子重离子治疗等增值项目。

第三：保险公司自行管理。区别于基本医疗保险实行的政府统一管理，商业补充医疗保险则由商业保险公司进行管理，并受国家相关机构进行监管。商业补充医疗保险属于市场化产品，由保险公司自行负责保险产品的开发、销售与理赔等全流程。保险公司需要通过对市场研究、分析了解市场需求和竞争态势，并在此基础上制定科学的经营策略和产品规划。其次，保险公司需要加强内部控制和风险管理，建立健全的风险管理机制和内部控制体系，从而确保保险业务的稳健运营和资金安全。此外，保险公司还需要加强客户服务和投诉处理，提高客户满意度和忠诚度。

2.1.4 普惠型商业医疗保险

普惠型商业医疗保险是一种由各地政府及相关部门指导、商业保险公司运作、多方机构共同参与，有效衔接基本医疗保险的商业补充医疗保险。普惠型商业医疗保险作为一种特殊的商业补充医疗保险，以政府指导+市场化运行的模式，突破传统商业医疗保险的限制，实现了政府与市场在医疗保险领域的有效结合，构成我国多层次医疗保险体系的重要组成部分。

普惠型商业医疗保险弥补了我国基本医疗保险与传统商业健康险之间的空白，成为我国多层次医疗保险体系建设的重要突破口，有效满足了我国居民多样化的医疗保障需求，为进一步提升我国居民医疗保障水平、促进医疗服务公平性、减轻居民就医经济负担起到重要作用。主要特点有：

第一：低门槛、低保费。目前我国的大多数的普惠型商业医疗保险产品投保覆盖人群广泛，不存在年龄、职业、健康等多种条件的限制，只要参与基本医疗保险并处于在保状态，既往症患者也有资格参保。普惠型商业医疗保险以低门槛的特点更加公平的满足了高龄人群和带病人群等传统弱势群体的医疗保障需求。此外，普惠型商业医疗保险产品大多保费亲民，人均年保费一般集中在 50-200 元。例如甘肃省推出的“金城·惠民保”，保障责任包含住院医疗费用、个人自费住院医疗费用、特定药品费用和质子重离子医院医疗费用及其他健康增值服务，基础版与升级版两种保障方案的保费仅分别为 69 元/人/年和 99 元/人/年。较低的保费切实减轻了民众的参保经济负担，从而提升其参保积极性，进一步减轻民众患病后的就医经济压力。

第二：政府信用背书。普惠型商业医疗保险是一种由各地政府及相关部门指导、商业保险公司运作、与基本医保衔接的地方型商业补充医疗保险。各地普惠型商业医疗保险的推出与发展都需要政府的参与和支持，而政府的参与会使得广大消费者对普惠型商业医疗保险产品的可靠性、保障力度以及服务质量都更加认可。普惠型商业医疗保险根据政府的介入程度分为政府主导型、政府指导型以及政府支持型三种模式。通过政府的推动和宣传，普惠型商业医疗保险能够更好地发挥其在多层次医疗保险体系中的补充作用，为民众提供实惠、多样化的医疗保障服务。

第三：地域特征明显。普惠型商业医疗保险采用“一城一策”的发展模式，因此产品设计通常需要契合当地民众实际的医疗保障需要，政府与保险公司会根据当地的经济、社会、医疗等实际情况来制定科学合理的保障方案。例如浙江丽水市充分利用当地

民企强、村级经济强的优势深度参与“浙丽保”的产品设计与宣传，并将“浙丽保”的参保率作为基层政府考核标准之一，使之为浙江省参保率最高的市。此外，“浙丽保”接通了省级智慧医保平台，实现参保群众医治疗费用的实时结算，大大提高了理赔效率。广州市作为外来人口众多的发达城市，允许在广州居住 30 天的异地医保参保人投保升级版广州“惠民保”，进一步提升了普惠型商业医疗保险的保障水平。

2.2 理论基础

2.2.1 Andersen 医疗服务利用理论

Andersen (1968) 就医行为模型认为个体决定是否利用医疗服务主要考虑三大类因素：倾向特征或预置因素、能力资源、医疗需要。倾向特征包括人口学因素、社会结构因素、健康信念因素三个方面，一般是指个体的年龄、性别、婚姻状况、受教育程度等。能力资源包括家庭收入、医疗保险、医疗服务的可及性。医疗需要包括认知需要和评估需要，其中认知需要是个体对自身疾病或疼痛的主观感受，评估需要是指临床需要，医疗需要是决定个体利用医疗服务最重要的因素。尽管该模型对就医行为因素进行了分层概括，但忽略了社会因素对就医行为的影响。Andersen 模型经过多次扩展和完善，形成了包括反馈回路在内以健康结果为卫生服务利用终极目标的最新模型，它包括环境因素、人群特征、健康行为和健康结果。环境因素包含外部环境与服务体系，其中外部环境一般指该地区所处的自然、经济、政治环境。人群特征包含倾向特征、能力资源与医疗需要。健康行为是指个人自我医疗、医疗服务过程与医疗服务利用。健康结果包含认知健康状况、评估健康状况与患者满意度。环境因素与人群特征影响健康行为并进一步影响健康结果，健康行为与健康结果又反过来影响人群特征。

安德森医疗服务利用理论的应用非常广泛，主要集中在医疗服务利用领域。不仅适用于研究普通人群的医疗卫生服务利用行为，也适用于研究老年人、妇女、低收入者、儿童、艾滋病毒感染者等特殊人群的医疗卫生服务利用行为。同时，该模型也适用于研究个体医疗卫生服务利用行为的全过程，包括个体就医方式选择、自我护理、疾病筛查、药物使用、慢性病患者生活质量等方面的影响因素。本文将依据该理论设置实证研究的控制变量，从而探究能力资源中医疗保险对个体利用医疗服务的影响。

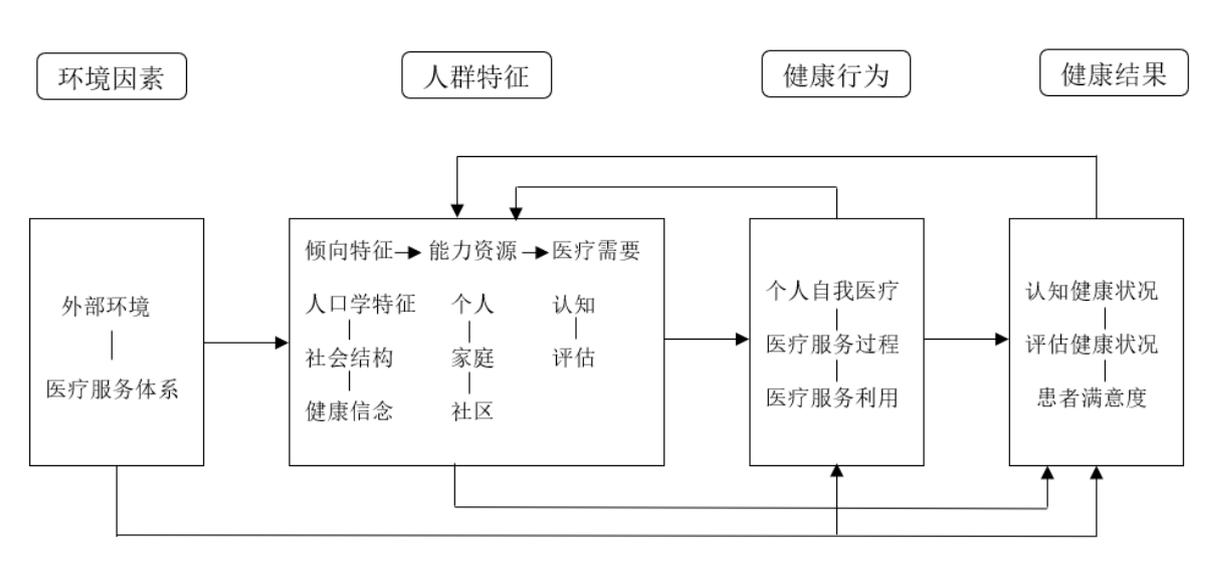


图 2.1 Andersen 医疗服务利用模型

2.2.2 福利多元主义理论

福利多元主义是指福利的规则、筹资和提供不局限于单一的政府部门，而是由不同的部门共同负责，共同完成。该理论主张福利是全社会的产物，其来源既不能完全依赖市场，也不能完依赖国家，应由多方主体共同参与。福利多元主义理论最早起源于 1978 年英国《沃尔芬德的志愿组织的未来报告》，该报告指出应把社会组织加入到福利的提供主体中来。随后，福利多元主义理论经过不断地发展形成以罗斯、伊瓦斯的观点为代表的福利多元主义三分法与约翰逊、吉尔伯特的观点为代表的福利多元主义四分法的理论范式。福利多元主义三分法认为福利是国家、家庭和市场共同合作努力的产物，并且在阐述每个国家的福利多元主义时应与该国的政策、经济、文化背景联系起来。福利多元主义四分法认为除政府、市场、家庭之外还应重视志愿组织在提供社会福利方面的作用，志愿组织能够较好的承担政府、市场、家庭之间的纽带作用，有效调和私人利益与公共利益之间的矛盾，从而使福利多元主义的效用最大化。

福利多元主义理论的实践有效缓解了 20 世纪 40-70 年代西方国家的社会矛盾，为西方国家的政治稳定、经济发展起到了巨大作用。目前，福利多元主义理论被广泛运用于社会服务、资源分配、政策制定等多个领域，并取得良好的实践成果。本文所讨论的由政府、企业、保险机构、个人、社会等多方力量参与的多层次医疗保险与福利多元主义的核心观点不谋而言。依据福利多元主义理论，多层次医疗保险多元主体的参与加速

了社会福利高效、高质量发展，各福利提供主体之间协同合作、互相补充、相辅相成，才能最大程度的发挥各层次医疗保险的效用。多层次医疗保险因为多元主体的参与将更加高效、可持续的为人民的身体健康、社会的稳定发展做出积极贡献。

2.2.3 人力资本投资理论

人力资本是西方经济学概念，与物质资本相对，表现为蕴含在劳动者身上的资本。例如劳动者本人的知识、技能、健康等。美国著名经济学家、诺贝尔经济学奖获得者西奥多·舒尔茨在《论人力资本投资》中首次指出：“资本”有两种存在形式，一种是物质资本形态，一种是人力资本形态。人力资本形态即为凝结在人体中迅速增值的知识、体力和价值的综合。其中，体力可以通过“营养及医疗保健费用”的投资形成。迈克尔·格罗斯曼在该理论的基础上提出健康能增加人们工作时长，使人们获得更多的收入而成为一种被人们需要的投资品。人力资本投资理论的主要观点包括：人力资本是经济增长的重要源泉，与物质资本相比，人力资本能够带来更大的经济回报从而获得更高的收益率，该理论强调人力资本的投资和积累是经济增长的主要动力之一。其次，人力资本投资是一个长期而持续的过程，需要不断地进行投入和积累。同时，人力资本的形成也具有一定的滞后性，需要一定的时间来发挥作用。人力资本投资需要政府和社会各界的共同努力，人力资本投资涉及到政府、企业、家庭和社会等各个方面。政府可以通过加强教育让民众获得更加丰富的知识、技能，还可以通过提供医疗保障来提升民众的健康水平，从而为国家经济的发展和和社会发展提供源源不断的活力。企业可以通过加强员工培训、提供各项医疗保障福利来保障员工身心健康，进一步提升企业生产效率与竞争力。家庭可以通过加强对教育、健康等各方面投入来加强自身及孩子在未来的竞争力。社会各界通过慈善医疗、支援教育、公益讲座等各种方式均可以参与到人力资本的投资中来，为社会的进步与发展贡献各自的力量。人力资本投资需要多元主体的参与，只有各方共同努力，才能更好的推动人力资本的发展，为经济增长与社会发展提供有力支持。

人力资本投资理论认为通过对人力资本的投资，可以获得长期持续的经济回报与巨大的社会价值。医疗服务的需求是健康需求的衍生，健康不仅与个人的生存发展息息相关，更可以给社会带来巨大收益，因此医疗服务实质上就是个人、社会对人力资本的一种投资。该理论为医疗保险的建立与发展提供了坚实的理论支撑，医疗保险是为了防范劳动者因疾病风险而造成的经济损失而建立。在工业化不断发展的现代社会，劳动的协

作化、生活节奏的加快以及多种风险因素的增加都使得劳动者个人的健康风险向社会风险转化，所以要集合社会风险，共同承担才能时每个人都更好的抵御风险。医疗保险作为对人力资本的一种投资不仅能够保障国民的身体健康，更对劳动力的再生产、社会的稳定发展都有重大意义。

2.2.4 马斯洛需求层次理论

美国心理学家亚伯拉罕·马斯洛从人类动机的角度把人的需求分成生理需求、安全需求、归属与爱、尊重需求和自我实现五个层次。该理论认为人的动机是由人的需求决定的，且需求的产生由低级到高级的发展是波浪式推进的，在低一级的需求部分满足时，高一级的需求就产生了。但在每一个特定时期，都会有一种需求占主导地位，而其他需求占从属地位。生理需求是马斯洛需求层次中人类维持自身生存最基本的需求，包括空气、食物、水、健康等。安全需求是指人类对安全、稳定生活，免除恐惧威胁的需要，包括对外部环境、社会制度、就业状况等安全稳定的需求。归属与爱的需求是指个体与他人需要建立情感联系以获得归属感的要求。尊重需求强调个体自尊、自信以及被他人尊重的感受，属于较高层次的需求。自我实现是马斯洛需求层次中的最高层次的需求，是指个体希望最大限度的发挥自身的潜能，实现理想抱负。

医疗保险制度的建立与发展不仅满足了个体的生理需求，还满足了个体更高层次的安全需求。当人在患病时，对身体健康有本能的渴望，医疗保险通过促进健康行为的方式积极保护人的身体健康以满足其生理需求。同时，人在健康状态时，对未来不确定的疾病风险以及疾病带来的经济损失感到恐惧与焦虑，医疗保险通过集合社会风险，参保人共同承担的方式最大限度的减少个体未来所需承担的风险损失，并以此满足个体的安全需求。医疗保险制度是促使社会成员的需求获得满足并由低级向高级转移的良好的社会制度，不仅对保障人民身体健康有积极的作用，更能显著提升人民生活幸福感、维护社会的和谐稳定发展。

3 多层次医疗保险的发展概述

自新中国诞生以来,我国的医疗保险制度随经济、政治、社会环境的发展而不断演进(王东进,2019),并在此过程中逐渐形成了具有中国特色的中国特色医疗保障体系。自1951年《中华人民共和国劳动保险条例》建立劳保医疗制度至今,我国的医疗保险制度大致经历计划经济时期的初步探索、改革开放后的变革试点、基本医疗保险制度的基本建立几个阶段,并最终基本形成了我国的多层次医疗保险制度。

(1) 计划经济时期的初步探索(20世纪50年代)

1951年政务院颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》,列明相关国营、私营、公私合营单位以及合作经营社、工矿、铁路、航运、邮电等的各企业单位与附属单位的工人因病或非因工负伤就医时,到医院就医时花费的诊疗费、住院费、手术费及普通药费均由企业负担。且该项制度指出工人的直系亲属患病就医时可以由企业负担一半的费用。1952年,公费医疗制度建立,对国家机关与事业单位的人员发放公费医疗诊疗证,患者可以凭证到指定医院就诊,产生的医疗费用由国家承担。但由于上述两项制度都不涉及患者个人支出,且缺乏有效的制度约束,对当时的医疗资源造成了较为严重的浪费,过度医疗和过度报销极大的加重政府当时的财政负担。1956年,农村合作医疗初次建立,但因农村人口众多与国家财政薄弱的现实,此时的农村合作医疗制度是由农民自发创立,由参与的农民共同出资,风险共担。

(2) 改革开放后的变革试点(1978年-1998年)

为适应改革开放后市场经济体制的大环境,中央采取局部地区试点,总结经验、查漏补缺后扩大试点范围的措施开展医保改革工作。其中较为著名的是1994年国务院在江苏镇江、江西九江实施的“两江试点”职工医保制度改革。“两江试点”的重点在于探索社会统筹与个人账户的结合,并建立了与经济水平相适应的筹资机制、运行标准、监管体系等。1996年,国务院在总结“两江试点”经验的基础上,将医疗保障制度的改革试点范围扩大到全国的56个城市,为之后基本医保制度的建立打下了良好的基础。

(3) 基本医疗保险制度的基本建立(1998年-2007年)

1998年12月,国务院发布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,确立了现行职工基本医疗保险制度的框架与实质内容。该政策明确规定职工基本医疗保险的主要缴费主体为所有用人单位与员工个人,用人单位和员工个人分别按照员工工资收入的6%与2%左右缴纳,具体缴费比例可以参考该比例由各统筹地区根据经济发展情况及

其他相关情况确定，确保医保建设与经济水平的发展相适应。2003年1月，《卫生部、财政部、农业部关于建立新型农村合作医疗制度意见》中表明政府决定从2003年开始按照“财政支持、农民自愿、政府组织”的原则组织进行试点。此时的新型农村合作医疗以政府资助为主，个人缴费为辅，并对中西部的农民补助进行了一定程度的倾斜。2007年，国家为解决城镇中非就业居民的基本医疗保险空缺的问题建立了城镇居民基本医疗保险，以家庭缴费为主，政府给予适当补助的形式筹集基本医疗保险基金，为城镇非就业人员解决看病难、看病贵的问题起到积极作用。至此，我国逐步建立起由城镇职工医疗保险、新型农村合作医疗保险、城镇居民医疗保险组成的覆盖全民的基本医疗保险体系。

(4) 多层次医疗保险制度的建立与发展（2009年至今）

2009年3月，国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中，强调要“加快建立和完善以基本医疗保障为主体，其他多种形式补充医疗保险和商业健康险为补充，覆盖城乡居民的多层次医疗保障体系。”该意见在继续筑牢基本医疗保障底线的同时，积极发展补充医疗保险与商业健康险，并鼓励和引导其他社会组织和个人积极发展医疗互助与社会慈善医疗救助，多层次医疗保障体系已初见雏形。2016年1月，国务院发布《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，要求将原来分割的城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险进行整合，从而形成方便政府统一管理、减少城乡居民医疗保障服务差距的城乡居民医疗保险制度。2020年2月，中共中央、国务院正式发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》指出，到2030年末，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系。对多层次医疗保障制度体系的内涵进行了规范与诠释。

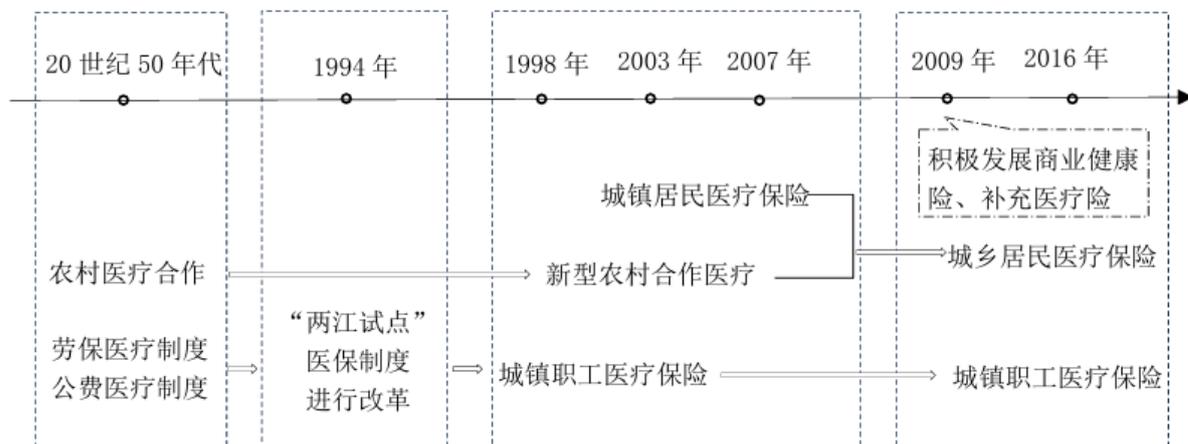


图 3.1 多层次医疗保险的发展历程

3.1 基本医疗保险的发展现状

(1) 城乡全民覆盖，整体运行平稳

截至 2022 年底，我国全国基本医疗保险参保人数 13.6 亿人，参保率稳定在 95% 以上。其中，城镇职工医疗保险（以下简称职工医保）参保人数 36243 万人，同比增长 2.3%，城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保人数 98349 万人，同比减少 0.8%。职工医保次均住院费用为 12884 元，比上年下降 0.5%，职工医保住院费用目录内基金支付比例 84.2%，三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用目录内基金支付比例分别为 79.8%、87.2%、89.2%。居民医保次均住院费用 8129 元，比上年增长 1.3%，居民医保住院费用目录内基金支付比例 68.3%，三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用目录内基金支付比例分别为 63.7%、71.9%、80.1%。其中一级医院是直接为社区提供医疗、预防、康复、保健综合服务的基层医院，是初级卫生保健机构。二级医院是跨几个社区提供医疗卫生服务的地区性医院，是地区性医疗预防的技术中心。三级医院是跨地区、省、市以及向全国范围提供医疗卫生服务的医院，是具有全面医疗、教学、科研能力的医疗预防技术中心。

(2) 保障范围与支付水平不断提高

为进一步提高基本医疗保险的保障水平，切实减轻人民群众的就医负担，国家医保局持续扩大医保内目录药品并大力推进省异地结算工作。2023 年国家医保目录调整共新增 126 种药品，目录内药品数截止当前增加至 3088 种。新增药品类型包含肿瘤用药、糖尿病、精神病、风湿免疫病、抗感染用药等慢性病用药、其他罕见病用药及其他领域用药，群众的医疗用药保障得到进一步提升。为解决异地就医报销目前存在的诸多问题，国家医保局大力推进异地就医报销工作，达成全国住院费用跨省联网定点医疗机构 6.88 万家、普通门诊费用跨省联网定点医疗机构 38.21 万家、门诊慢特病跨省联网定点 2.46 万家，着力解决群众异地就医报销难的问题。在中央与地方草案报告中，我国城乡居民医疗保险的补助标准再一次提升，草案中明确要求 2023 年城乡居民基本医疗保险人均财政补助标准与个人缴费标准分别为每人每年不低于 640 元、380 元，总计筹资标准为 1020 元。我国基本医疗保险的支付水平也继续保持稳定提高，截止 2022 年底，全国基本医疗保险（含生育保险）基金总收入 30922.17 亿元，比上年增长 7.6%；全国基本医疗保险（含生育保险）基金总支出 24597.24 亿元，比上年增长 2.3%，医保内外报销比例逐步提高，其中职工医保住院费用报销比例达到 80% 左右，居民医保政策范围内住院

费用报销比例达到 70%左右。

(3) 医保待遇差距较大

由于制度的不同,现行的城镇职工基本医疗保险与城乡居民医疗保险在报销比例的起付标准、封顶险方面存在较大差异,不同区域之间的医疗保险待遇水平也存在较大的不同,基本医疗保险发展不平衡、不公平的问题凸显。截止 2022 年,我国职工医保基金支出 15243.80 亿元,住院费用目录内基金支付比例为 84.2%,三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用目录内基金支付比例分别为 79.8%、87.2%、89.2%。居民医保基金支出 9353.44 亿元,住院费用目录内基金支付比例 68.3%,三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用目录内基金支付比例分别为 63.7%、71.9%、80.1%。居民医保的待遇水平显然低于城镇职工医保的待遇水平。此外,不同城市之间因经济发展水平与其他因素的不同而制定了差异较大的医保待遇标准,如表 3.1,与北京、杭州等经济发展较好的城市相比,兰州市的医保待遇水平明显不足。政府应进一步平衡由于制度差异、地区差异而引起的基本医疗保险的待遇差异问题。

表 3.1 部分城市的基本医疗保险待遇比较

保险类型		城镇职工医疗保险	城乡居民医疗保险
基金支付		15243.80 亿元	9353.44 亿元
住院费用目录内基金支付比		84.20%	68.30%
北京	起付线	门诊类	1800 元
		住院类	本年度第一次 300 元 之后每次 650 元
	封顶线	门诊类	无封顶线
		住院类	50 万
兰州	起付线	门诊类	200 元
		住院类	一级医院 200 元 二级医院为 400 元 三级乙等医院为 600 元 三级甲等医院为 1000 元
	封顶线	门诊类	2500 元
		住院类	6 万,超出部分纳入大额医疗保险
杭州	起付线	门诊类	1000 元
			300 元

续表 3.1

		住院类	一级医院 300 元 二级医院 500 三级医院 800 元	一级医院 300 元 二级医院 500 三级医院 800 元
封顶线		门诊类	无	无
		住院类	40 万	30 万

资料来源：根据各地医疗保障局信息整理

3.2 商业医疗保险的发展现状

(1) 政府大力支持，保费增长稳定

为更大程度的发挥商业医疗保险在多层次医疗保障体系中的补充作用，国家自2014年起先后多次出台相关文件，鼓励商业医疗保险的建设。商业医疗保险也是商业健康险的一种，由于数据的可得性，本文用商业健康险代替商业医疗保险的发展。2014年11月《国务院办公厅关于加快发展商业健康保险的若干意见》指出：要加快发展商业健康保险，将商业健康保险与基本医疗保险衔接互补、形成合力，鼓励商业保险机构积极开发与健康管理、特需医药、养生保健等多元化产品满足人民群众多样化的健康保障需求。2020年2月，国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出要加快发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给，用足用好商业健康保险个人所得税政策，研究扩大保险产品范围。截止2022年底，我国商业健康险的原保费收入为8653亿元，商业健康险的保费收入由2011年的692 亿元增长到2022年的8653亿元，整体增长了12.51倍。从商业健康保险近十年的保费收入可以看出，我国商业健康保险整体上呈现稳步增长的态势。

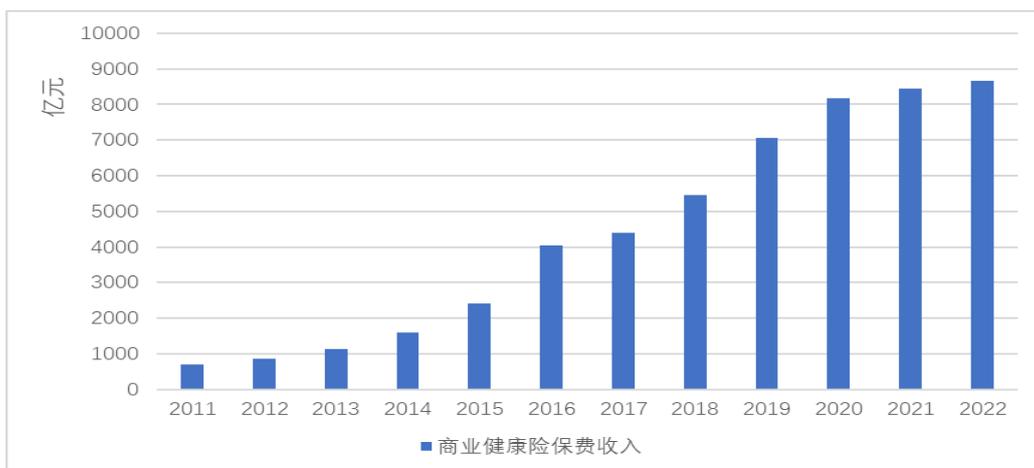


图 3.2 2011-2022 我国商业健康险保费收入

资料来源：由中国医疗保障统计年鉴整理得来

（2）产品类型多样，保障责任丰富

近年来，在政策大力扶持下，商业保险机构不断探索创新推出多种健康险产品满足民众的多样化医疗保障需求。截止2022底，我国商业健康险原保费收入8653亿元，全国170多所保险机构在售的商业健康险产品覆盖29个省市，保险责任根据险种类别的不同涵盖医保内住院责任、医保外住院责任、特药费用、健康管理等多个方面，实现全方位的保险保障服务。其中以普惠型商业医疗保险和百万医疗险为主要代表。

惠民保是一款低门槛、低保费、高保额、广覆盖的由政府准入并支持的普惠型商业医疗保险。据不完全统计，惠民保产品的年缴费区间主要集中在50元-200元不等，付费方式为医保个人账户与个人缴费共同承担或个人缴费为主，总保额区间为100万-300万，报销方式主要采取法定医保目录内个人自付费用的在报销，报销比例集中在80%。保障责任随着产品的创新不断完善。广州“城惠报”产品的保障责任涵盖住院与18种特定高额药品费用，并在此基础上增加了包括拆卸、拔管和灌肠在内的护理服务。杭州“西湖益联保”保障责任包括医保目录内的住院与门诊、医保目录外诊疗项目及耗材、特定肿瘤、危重症创新药品、耗材、种罕见病专项药品医疗保障。成都“惠蓉保”的保障责任包括医保目录内外的自付费用与特定药品，还加入了包含电话医生咨询、分诊服务等12项健康增值服务。但由于宽松的准入门槛引发的逆选择问题、赔付率过高、续保率过低等问题仍在不同程度上限制着惠民保的发展。

百万医疗保险通常指的是保险金额可以达到百万级别，可报销各种高额医疗费用，包括住院费用、手术费用、药品费用等费用的商业医疗保险。据不完全统计，百万医疗保险的年交保费在500-800元之间，保额通常在100万到500万之间，免赔额的大致区间为5000元-10000元。报销比例一般在75%-90%之间，此外，百万医疗保险通常要求被保险人健康状况良好，没有患有特定的疾病，年龄要求一般在在0-60岁之间，指定的医疗医院范围为大陆境内二级及以上公立医院。百万医疗保险的保障责任丰富，保障水平较高。平安健康保险推出的“平安e保”保险责任涵盖疾病种类为120种、用药范围为105种，还包括住院绿色通道、康复护理等增值服务。众安保险推出的“尊享e生”可以理赔的疾病种类与用药范围分别为100种与102种，投保人还可享受医疗垫付、视频问诊、类器官个体化药敏检测等增值服务。目前百万医疗保险还存在理赔流程复杂、赔付标准不统一、被保险人过度医疗、续保不足等问题。

（3）产品渗透率较低、续保率不足

根据2022年《中国医疗保障统计年鉴》以及中国国家统计局所显示的数据，我国

的商业健康险的保险深度、保险密度仍处于较低水平。保险深度是指某地保费收入占该地国内生产总值之比，可以反映了该地保险业在整个国民经济中的地位。保险密度是指按限定的统计区域内常住人口平均保险费的数额。它标志着该地区保险业务的发展程度，也反映了该地区经济发展的状况与人们保险的保险意识。截止 2022 年，我国商业健康险的保险密度与保险深度分别为 612.82 元/人与 0.72%，出于较低水平，虽然在近十年内这两项数据均实现了稳定增长，但相比发达国家的数据，我国商业健康险的发展仍有较大空间。根据相关调查研究，很多国民对于商业医疗保险的认识不足，对保险产品中的报销范围及保障作用都比较模糊，加之大多商业健康险产品都是一年期的短期保险期限，投保人由于缺乏对保险产品的了解而经常出现的放弃续保的选择。

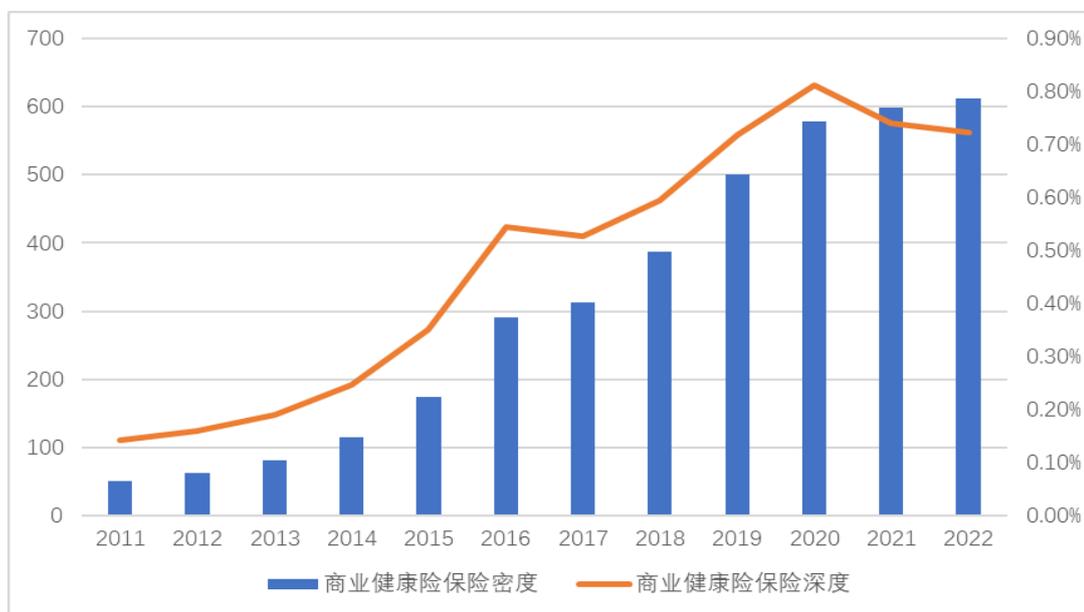


图 3.3 2011-2022 我国商业健康险的保险密度与保险深度

资料来源：由中国医疗保障统计年鉴与中国统计年鉴整理得来

3.3 多层次医疗保险影响就医行为的作用机制

(1) 减轻就医压力，降低医疗负担。医疗保险建立的目的本质上就是集合大多数人的风险，建立共同分担机制，从而降低未来每个人所需面对因疾病带来的预期风险与医疗负担。我国多层次医疗保险一直致力于保障全体国民的身体健康，降低所有参保者的因患病而引起的经济压力，从而使人民生活更加幸福，社会发展更加稳定。基本医疗保

险中的城镇职工基本医疗保险，由用人单位和个人共同缴纳保费，在职工患病时由医保基金为职工提供经济补偿，截止目前，我国城镇职工基本医疗保险的报销比例维持在 80% 左右，保障水平与保障范围仍在持续扩大。城乡居民医疗保险由政府和个人共同缴纳保费，居民患病后可以凭借本人医保卡进行医保报销，目前我国城乡居民基本医疗保险的报销比例稳定在 70% 左右，大大减轻了群众的就医负担。商业医疗保险以更加多样化的保障责任、较高的保障水平与基本医疗保险互相衔接，满足人民群众的差异化医疗保障需求。商业医疗保险年缴保费在集中 200-500 元，保额却高达 100 万-300 万，报销比例集中在 70%-80%，显著降低了民众患重大疾病时的医疗负担。基本医疗保险与商业医疗保险均可为参保人患病就医时产生的费用提供一定比例的补偿，包括住院费用、药品费用，检查费用等，这些补偿将在一定程度上降低参保人到医院就医费用的自付费用比例。除此之外一些医疗保险产品还可为投保者提供视频问诊、住院绿色通道、康复护理等增值服务。随着我国多层次医疗保险制度的不断完善，参保者在患病时到各机构就医的负担都有明显的降低，而医疗负担的降低一般会减轻患病居民的经济压力，进一步促进患者对医疗服务的积极利用。此外，参与医疗保险会显著减少居民为预防未来不确定性的医疗消费而进行的预防性储蓄，从而提升当期的医疗消费。

(2) 培养健康观念，增强就医意识。医保制度在建立的过程中，不断影响着农村居民的健康观念。从公费医疗、劳保医疗到医保制度全民覆盖的进程中，医疗保险对居民的健康观念产生着积极的影响。医疗保险的建设势必要加强健康观念的宣传与普及，居民参保的过程中也对就医问题与自身的健康问题有了更加深入的了解，例如医保建设工作中经常开展的健康教育活动，帮助农村居民了解健康的生活方式，加强疾病的早期预防，鼓励居民建立长期的健康管理习惯等。在多层次医疗保障制度逐步建立的同时，农村居民“小病挺大病拖”的就医观念也得到逐步改善。当疾病发生时，农村居民的就医意识得到明显增强，到正规医院就医的主动性也在逐步加强。基本医疗保险与商业医疗保险的发展都需要进一步对参保者进行健康观念的培养，才能使得医疗保险工作平稳有序的进行。各地医保局会定期开展医保宣传工作，并利用政府官网、微信公众号、抖音等各种网络平台编发与医疗保障相关的政策解读、典型案例、知识问答进行线上宣传，加上定期的主题现场宣传工作让人们群众更好的了解医保政策、提升健康观念，在患病后可以更加积极主动的利用医疗保障服务保护自己的身心健康。

(3) 医保政策引导，影响就医选择。从定位角度而言，我国的基本医疗保险起着广覆盖、保基本的核心基础作用，而商业医疗保险则发挥补充保障作用。基于定位的不

同，基本医疗保险与商业医疗保险的在覆盖人群、缴费方式、保障水平、报销比例、起付线与封顶线、政策倾向等方面都有较为明显的差别。这些差别会对农村居民的就医行为进行不同程度的影响。例如在同等条件下，居民会更倾向于到报销比例更高的医院就医。为破解我国“看病难、看病贵”的问题，优化我国卫生资源的分配，政府自 2009 年就指出要通过增强服务能力、降低收费标准、提高报销比例等措施引导一般诊疗下沉到基层并逐步实现基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动。通过基本医疗的报销比例可以看出，基层医院的门诊起付线相对较低、住院报销比例相对较高。以兰州市职工医保的门诊起付线为例，一级医院、二级医院、三级乙等医院、三级甲等医院的门诊起付线分别为 200 元、400 元、600 元、1000 元，逐级上升。我国职工医保三级、二级、一级及以下医疗机构住院费用目录内基金支付比例分别为 79.8%、87.2%、89.2%。而商业医疗保险公司一般指定的医疗医院范围为大陆境内二级及以上公立医院。这些政策都清晰的表明我国医保政策对居民就医选择的引导，另有文献表明，知晓分级诊疗政策会影响居民的就医机构选择。我国基本医疗保险门诊与住院起付线通常为 1000 元左右，相比基本医疗保险较低的起付标准，商业医疗保险设置了相对较高的免赔额，惠民保产品的免赔额集中在 2 万元，百万医疗保险的免赔额大多在 1 万元左右，这将可能使得商业医疗保险与基本医疗保险在促进患者积极利用医疗服务方面产生不同的表现。因此，医疗保险相关政策的制定也是影响居民就医行为的重要因素之一。

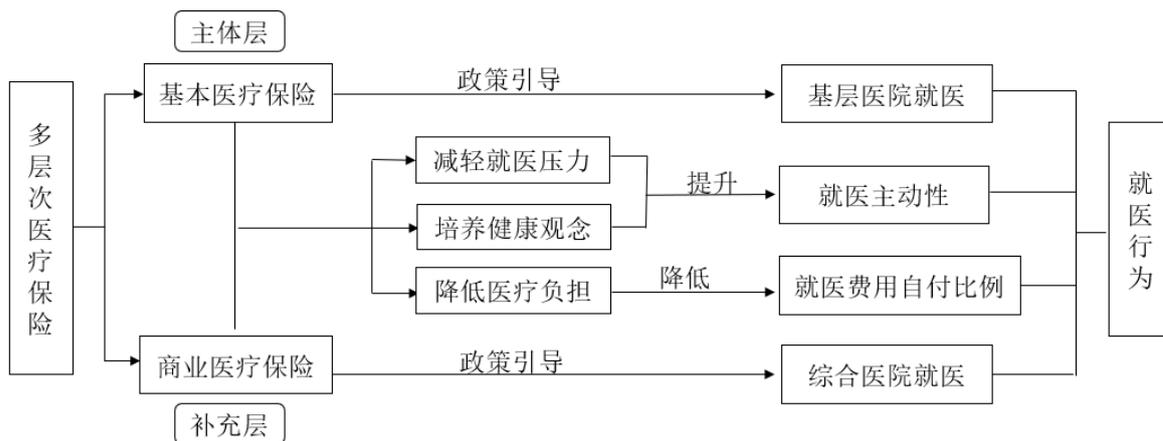


图 3.4 多层次医疗保险影响农民就医行为的作用机制

4 多层次医疗保险对农村居民就医行为的实证研究

4.1 数据来源与变量选取

本文实证分析所采用的基本数据是由北京大学社会科学调查中心追踪收集整理的中国家庭追踪调查（CFPS）2014、2016年、2018年、2020年的四次调查数据。CFPS所涉及的调查数据聚焦中国居民的经济活动、社会活动、家庭关系、健康与教育等多个领域，样本覆盖中国25个省/市/自治区，样本规模为16000户，且经2010年基线调查界定出来的所有基线家庭成员作为CFPS的永久追踪对象，为本文实证研究提供了良好的数据支撑。为贴合本文选题，经过相关变量提取、缺失值处理等多项数据清洗工作后，保留19013条样本量作为实证分析的基本数据。以下是本文的变量选取：

（1）被解释变量

本文衡量农村居民的就医行为主要采取三个方面的指标，分别为“就医主动性”“就医机构的选择”“医疗总费用及自付费用”。

其中“就医主动性”采用的是问卷中“过去两周是否不适”“看过医生吗”两个问题，筛选过去两周回答不适的样本后再将回答看过医生的变量赋值为1，表示“就医主动”，没有看过医生的样本赋值为0，表示“就医不主动。”

“就医机构的选择”选取问卷中“去哪里看病”的问题将回答情况按照选项依次划分为“综合医院”“专科医院”“社区卫生服务中心/乡镇卫生院”“社区卫生服务站/村卫生室”“诊所”，并依次赋值为1、2、3、4、5。

“医疗总费用及自付费用”采用的是问卷中“将检查、治疗、住宿、看护等各项费用都算在内，过去12个月，包含已报销和预计可报销的部分，您住院总共花费了多少钱？”、“过去12个月，包含已报销和预计可报销的部分，您由于其他伤病总共还花费了多少钱？”、“不含已经报销或预计能报销的部分，过去12个月，您伤病所产生的费用中，您自家直接支付了多少钱？”三个问题来衡量，医疗总费用为第一个问题与第二个问题所回答数据的加总，自付费用为第二个问题所回答的数据。

（2）核心解释变量

本文所探究的是多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响，故多层次的医疗保险为本文的核心解释变量，由于数据的可得性，本文将CFPS为问卷中“您享有哪些医疗保险”这一问题进行筛选，并将回答“以上都没有”的变量赋值为0，表示没有医疗保

险；将回答仅有“公费医疗”“城镇职工医疗保险”“城镇居民医疗保险”“新型农村合作医疗”其中一项的变量赋值为 1，表示仅购买基本医疗保险；将回答仅有“补充医疗保险”变量赋值为 2，表示仅购买商业医疗保险；将回答“公费医疗”“城镇职工医疗保险”“城镇居民医疗保险”“新型农村合作医疗”中至少其中一项并回答“补充医疗保险的”变量赋值为 3，表示同时购买基本医疗保险与商业医疗保险。

(3) 控制变量

为了更好的解释不同层次的医疗保险对农村居民就医行为的影响，本文选取 CFPS 问卷中的年龄、性别、婚姻状况、学历、自评健康、是否患有慢性病、伤病程度、医疗满意度、地区、以及做对数处理后的家庭人均纯收入作为本文的控制变量。

1. 年龄

由于少儿的就医行为主要取决于家长的相关判断与决策，并不具有完全程度的自主性，故本文将直接采用 CFPS 问卷中成人问卷的限制标准，选取 16 岁及以上的样本作为基础样本。

2. 性别

将数据库中性别选项的“男性”赋值为 1，“女性”赋值 0。

3. 婚姻状况

依据问卷中“当前婚姻状态”，将“有配偶（再婚）”、“同居”定义为有配偶，赋值为 1；将“未婚”、“离婚”、“丧偶”、定义为无配偶，赋值为 0。

4. 学历

依据问卷中“您当前完成的最高学历”，将“文盲/半文盲”赋值为 0；将“小学”赋值为 1；“初中”赋值为 2；“高中”赋值为 3；“高中/中专/技校/职高”、“大专”、“大学本科”、“硕士”、“博士”赋值为 4，定义为“大学及以上”。

5. 自评健康

依据问卷中“您认为自己的健康状况如何”的问题，将回答“不健康”的样本赋值为 0，定义为不健康；回答“比较健康”、“一般”的样本赋值为 1，定义为比较健康；回答“非常健康”“很健康”的样本赋值为 2，定义为非常健康。

6. 慢性病

依据问卷中“半年内是否有慢性病”的问题，将回答“是”的样本赋值为 1，定义为有慢性病，“否”的样本赋值为 0，定义为无慢性病。

7. 伤病程度

依据问卷中“您觉得伤病的程度”的问题，将回答“不严重”的样本赋值为0，将回答“一般”的样本赋值为1，将回答“严重”的样本赋值为2。

8. 医疗满意度

依据问卷中“对看病条件满意度”的问题，将回答“很不满意”“不满意”的样本赋值为0，将回答“一般”的样本赋值为1，将回答“满意”“很满意”的样本赋值为2。

9. 地区

根据国家统计局对东、中、西部地区的划分标准，以受访者所在省份为依据进行划分为“西部地区”、“中部地区”、“东部地区”，并依次赋值为0、1、2。

10. 家庭人均纯收入的对数

关于家庭人均纯收入变量，本文采用中国家庭追踪调查数据库介绍及数据清理报告中的方法：将CFPS原始数据进行清理后，分别生成工资性收入、经营性收入、财产性收入、转移性收入、其他收入这五项收入。进一步将生成的五个分项收入进行加总，将加总的数值与经济问卷受访者所回答的家庭年总收入进行比较，最终的家庭总收入综合变量取值为二者中的高值。家庭人均纯收入为总收入除以家庭人口数，最后对家庭人均纯收入做对数处理。变量的定义情况如表4.1所示。

表 4.1 变量选取及定义

变量类型	变量名称	变量定义
被解释变量	就医主动性	“就医主动”赋值为1； “就医不主动”赋值为0
	就医机构的选择	“综合医院”“专科医院”“社区卫生服务中心/乡镇卫生院”“社区卫生服务站/村卫生室”“诊所”依次赋值为1、2、3、4、5
	就医总费用	依据一年内“住院费用+其他费用”生成
	就医自付费用	依据一年“医疗费用自付部分”生成
核心解释变量	医疗保险类型	“无医疗保险”赋值为0； “享受基本医疗保险”赋值为1； “享受商业医疗保险”赋值为2； “享受基本+商业医疗保险”赋值为3
控制变量	年龄	依据成人问卷选取16岁及以上
	性别	“男性”赋值为1；“女性”赋值为0
	婚姻	“有配偶”，赋值为1；“无配偶”，赋值为0

续表 4.1

控制变量	学历	“文盲/半文盲”赋值为0；“小学”赋值为1； “初中”赋值为2；“高中”赋值为3； “大学及以上”赋值为4
	慢性病	“半年有慢性病”赋值为1；“半年内无慢性病”赋值为0
	自评健康	“非常健康”赋值为0；“比较健康”赋值为1；“不健康”赋值为2
	伤病程度	“不严重”的样本赋值为0；“一般”的样本赋值为1， “严重”的样本赋值为2
	医疗满意度	“不满意”赋值为0；“一般”赋值为1；“满意”赋值为3
	地区	“东部地区”“中部地区”“西部地区”依次赋值为0、1、2
	ln 家庭人均纯收入	“家庭人均纯收入”做对数处理

4.2 描述性统计分析

本文最终选取中国家庭追踪调查（CFPS）2014、2016年、2018年、2020年的19013例样本作为基本分析数据。如表4.2的描述性统计结果所示，农村居民在两周内感到身体不适时选择主动就医的占比77.73%，有22.27%的居民仍在感到不适时不选择就医。对医院的选择上，28.20%的样本选择到综合医院就医，到专科医院就医的样本占比4.93%，选择到社区卫生服务中心/乡镇卫生院、社区卫生服务站/村卫生室、诊所的样本量相差不大，分别为24.69%、20.09%、22.09%，这表明农村居民在看病就医时，对专科医院仍保持谨慎态度，对其余机构的选择未产生明显的差异，对比来看，略倾向于到综合医院看病就医。农村居民的就医总费用主要集中在2000元，均值为7509元，剔除各种报销后的自付费用集中在1000元，均值为3182元。总样本年龄均值为51.08岁，女性样本为59.68%，男性样本为40.32%。从受教育程度的类别可以了解仍有53.32%农村居民样本没有上过学或是小学学历，初中学历的样本占比为24.76%，高中学历的样本占比15.24%，大学及以上的样本仅占总样本的6.68%。有81.92%的样本均处在有配偶的状态，患慢性病的样本占比为33.70%。在自评健康方面，39.53%的样本认为自己身体状况不健康，48.42%的样本认为自己的身体状况比较健康，只有12.05%的样本认为身体状况非常健康。总样本的地区分布较为均衡，西部地区、中部地区、东部地区的占比分别

为 35.32%、36.7%、27.98%。有 18.86%的居民认为自己的伤病程度不严重，43.68%的居民认为伤病程度一般，37.47%的居民认为伤病程度严重。在总样本中只有 9.72%的样本对看病条件不满意，61.68%的居民表示满意。的家庭人均纯收入主要集中在 10050 元，均值为 15287 元。

表 4.2 变量描述性统计

变量名称	样本量	平均值	中位数	标准差	最小值	最大值
就医主动性	19013	0.777	1	0.416	0	1
就医机构的选择	19013	3.029	3	1.504	1	5
就医总费用	19013	7509	2000	17894	0	220000
就医自付费用	19013	3182	1000	6542	0	50000
医疗保险类型	19013	0.935	1	0.301	0	3
年龄	19013	51.08	52	15.68	16	98
性别	19013	0.403	0	0.491	0	1
婚姻	19013	0.819	1	0.385	0	1
学历	19013	1.358	1	1.314	0	4
慢性病	19013	0.337	0	0.473	0	1
自评健康	19013	1.275	1	0.664	0	2
伤病程度	19013	1.186	1	0.727	0	2
医疗满意度	19013	1.520	2	0.666	0	2
地区	19013	1.021	2	0.853	0	2
ln 家庭人均纯收入	19013	9.166	9.216	1.015	5.011	11.99

4.3 研究假设

随着经济水平的发展和基本医疗保险在农村地区的广泛覆盖和深度实施，农村居民的健康意识不断提升，健康意识在某种程度上可以支配健康行动，健康意识的提升使得居民对自己的身体情况更加关注，继而更有可能在感到身体不适时积极的寻求就医。基本医疗保险的筹资方式、报销比例、报销方式都在很大程度上为农村居民提供了经济支

持，减轻他们的医疗负担。这也可能激励农村居民更主动地寻求医疗服务。由于商业医疗保险在农村的渗透率较低，加之农村居民受教育程度有限，缺乏对保险知识的认知与了解，不清楚具体的报销流程和保障范围，以及商业医疗保险较高的免赔额，可能导致部分农村居民即使购买了商业医疗保险，也无法充分利用其保障功能，从而对就医主动性的影响有限。基于此本文提出第一个假设：

H1：基本医疗保险与商业医疗保险对农村居民就医主动性会产生不同的影响。

由于基本医疗保险的报销比例向一级基层医院倾斜，而商业医疗保险报销要求的就医机构一般为二级及以上公立医院，居民出于效用考虑，会优先到指定可报销的机构就医。基于此本文提出第二个假设：

H2：基本医疗保险与商业医疗保险对农村居民就医的选择产生不同的影响，参与医疗保险的农村居民倾向到基层医院就医，参与商业医疗保险的人倾向到综合医院就医。

参与医疗保险在增强居民就医主动性的同时，将提升居民的就医总费用与自付费用，但随着国家对医疗服务费用的控制以及医疗服务程序的优化，又可以降低居民的就医总费用与自付费用，据此，提出本文的第三个假设：

H3：参与各层次医疗保险对就医总费用及就医自付费用的影响不同，但对居民就医的自付比例的下降产生明显的作用。

4.4 模型设定

(1) 就医主动性的模型设定

本文涉及的第一个被解释变量为“就医主动性”，考虑到被解释变量的离散选择性，本文采取在学界已被证实理论与实际契合度较高的 Logit 模型来进行回归。

将显示过去两年身体不适的农村居民是否选择看病的决策作为因变量， $y=1$ （主动就医）和 $y=0$ （不主动就医）。为了使 y 的预测值介于 $[0, 1]$ 之间，在给定 x 的前提下，考虑 y 的两点分布概率为：

$$\begin{cases} P(y = 1 | \mathbf{x}) = F(\mathbf{x}, \beta) \\ P(y = 0 | \mathbf{x}) = 1 - F(\mathbf{x}, \beta) \end{cases}$$

函数 $F(\mathbf{x}, \beta)$ 为将 y 与 x 连接起来的“连接函数”，进一步的二值 logit 回归模型为：

$$P(y = 1 | \mathbf{x}) = F(\mathbf{x}, \beta) = \Lambda(\mathbf{x}'\beta) \equiv \frac{\exp(\mathbf{x}'\beta)}{1 + \exp(\mathbf{x}'\beta)}$$

$$\ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = x'\beta = \beta_1x_1 + \dots + \beta_Kx_K$$

其中，P 表示在给定自变量的情况下 $y=1$ 的概率， y 表示被解释变量“是否就医”， x 为自变量“医疗保险的类型”， $\Lambda(x'\beta)$ 为逻辑分布的累计分布函数。

(2) 就医机构选择的模型设定

本文涉及的第二个被解释变量为“就医机构的选择”，居民可选择就医的医院分别为“综合医院”“专科医院”“社区卫生服务中心/乡镇卫生院”“社区卫生服务站/村卫生室”“诊所”。由于被解释变量五个选项之间并无优劣等级之分，本文采取多项 Logit 模型来进行对该被解释变量的回归。具体的模型设定如下：

$$\ln\left(\frac{P(y_i = j|x)}{P(y_i = b|x)}\right) = x'_i\beta_j$$

其中， b 为选定的基准组。 J 设定为类别变量包含的种类总数。因本文被解释变量有五个选项，所以 $j=1, 2, 3, 4, 5$ 。 $P(y_i = j|x)$ 表示在给定自变量 x 的条件下，因变量 y_i 取 j 的概率， $P(y_i = b|x)$ 表示在给定自变量 x 的条件下，因变量 y_i 取 b 的概率， $x'_i\beta_j$ 表示自变量 x 对因变量 y 的影响。在模型中，每种选择的预测概率为：

$$P(y_i = j|x) = \frac{\exp(x'_i\beta_j)}{\sum_{m=1}^5 \exp(x'_i\beta_{jm})}$$

本文被解释变量就医机构的选择分别为“综合医院”“专科医院”“社区卫生服务中心/乡镇卫生院”“社区卫生服务站/村卫生室”“诊所”。以到诊所就医为基准组， $P(y_i = 1|x)$ 为样本选择到综合医院就医的概率， $P(y_i = 2|x)$ 为样本选择到专科医院就医的概率， $P(y_i = 3|x)$ 为样本选择到社区卫生服务中心/乡镇卫生院就医的概率， $P(y_i = 4|x)$ 为样本选择到社区卫生服务站/村卫生室就医的概率。

(3) 就医总费用与就医自付费用的模型设定

本文使用的数据为面板数据，考虑由于就医行为是个体的个人行为，可能存在不随时间而变化的遗漏变量，为控制个体与时间的异质性，本文考虑使用双向固定效应模型。为缩小原始数据的绝对差距以及便于模型的预测，本文参考以往文献对就医总费用以及就医自付费用做对数处理。具体的模型设定为：

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1x_{it} + \Sigma controls + \alpha_i + \gamma_t + \varepsilon_{it}$$

其中, y_{it} 表示第 i 个个体在第 t 时刻的就医费用, x_{it} 表示第 i 个个体在第 t 时刻的医疗保险类型, β_0 表示截距项, β_1 表示自变量的系数。 $\Sigma controls$ 表示本模型所涉及的所有的控制变量, α_i 表示个体固定效应, γ_t 表示时间固定效应, ε_{it} 表示误差项。

4.5 基准回归

(1) 以就医主动性为被解释变量的回归结果分析

由于 logit 模型回归结果的系数无法直观的解释各变量之间的关系, 本文在 Logit 模型回归的基础上附加了几率比 (odds ratio) 平均边际效应 (dy/dx) 的汇报, 以求对因变量与自变量之间的关系做出更为直观的解释。

从表 4.3 以就医主动性为被解释变量的回归结果可以看出在控制其他变量不变的前提下, 相比于没有医疗保险的农村居民, 参与基本医疗保险显著提升了农村居民就医的主动性, 且在 1% 的水平上显著。参与基本医疗保险的居民就医的主动性是没有医疗保险居民的 1.31 倍。参与商业医疗保险与基本+商业医疗保险对农村居民的就医主动性没有显著影响。在其他变量保持不变的情况下, 年龄的增长显著提升居民主动就医的可能, 年龄每增加 1 岁, 农村居民选择就医的概率平均提升 0.2%。在性别层面, 女性居民在患病更倾向于主动就医。婚姻状态为有配偶的居民主动就医的可能性是没有配偶的居民的 1.31 倍, 这可能是因为有婚姻状态的人对生活的态度更为积极, 更加关心自身的身体状况。患慢性病、身体自评不健康、自认为伤病程度严重、对就医条件满意均会显著提升居民就医的主动性。学历的提升对居民的主动就医有负向影响, 家庭人均纯收入的对数对居民就医的主动性影响并不显著。

表 4.3 以就医主动性为被解释变量的回归结果

变量名称	(1) 就医主动性 (cofe)	(2) 就医主动性 (odds ratio)	(3) 就医主动性 (dy/dx)
基本医疗保险	0.309*** (0.065)	1.363*** (0.088)	0.051*** (0.011)
商业医疗保险	-0.102 (0.338)	0.903 (0.305)	-0.018 (0.061)
基本+商业医疗保险	0.172 (0.261)	1.187 (0.309)	0.029 (0.043)

续表 4.3

年龄	0.011*** (0.001)	1.011*** (0.001)	0.002*** (0.000)
性别：男	-0.062 (0.039)	0.940 (0.036)	-0.010 (0.006)
婚姻：有配偶	0.271*** (0.047)	1.311*** (0.062)	0.044*** (0.008)
学历：小学	0.080 (0.062)	1.083 (0.068)	0.012 (0.009)
初中	-0.029 (0.053)	0.971 (0.052)	-0.004 (0.008)
高中	-0.117* (0.060)	0.890* (0.054)	-0.018* (0.010)
大学及以上	-0.342*** (0.079)	0.710*** (0.056)	-0.056*** (0.014)
慢性病：是	0.979*** (0.049)	2.662*** (0.131)	0.139*** (0.006)
自评健康：比较健康	-0.044 (0.055)	0.957 (0.053)	-0.007 (0.009)
不健康	0.142** (0.064)	1.153** (0.074)	0.022** (0.010)
伤病程度：一般严重	0.449*** (0.045)	1.567*** (0.071)	0.083*** (0.009)
不严重	1.099*** (0.055)	3.002*** (0.167)	0.176*** (0.009)
医疗满意度：一般	0.059 (0.066)	1.060 (0.070)	0.010 (0.011)
满意	0.302*** (0.063)	1.352*** (0.085)	0.048*** (0.010)
地区：中部地区	0.187 (0.049)	1.019 (0.050)	0.003 (0.007)
东部地区	-0.152*** (0.044)	0.860*** (0.038)	-0.024*** (0.007)
ln家庭人均纯收入	-0.019 (0.020)	0.982 (0.019)	-0.003 (0.003)
_cons	-0.632*** (0.227)	0.531*** (0.121)	
N	19013	19013	19013

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

(2) 以就医机构的选择为被解释变量的回归结果分析

从表 4.4 以就医机构的选择为被解释变量的回归结果我们可以看出，在控制其他变量不变的情况下，相对于到诊所就医的基准组，参与基本医疗保险对农村居民到综合医

院、社区卫生服务中心/乡镇卫生院、社区卫生服务站/村卫生室就医机构就医都有显著的促进作用。参与基本医疗保险的农村居民到综合医院就医、乡镇卫生院村卫生室就医的概率分别是无医疗保险的农村居民 1.17、1.66 倍、1.32 倍。参与商业医疗保险对农村居民到综合医院、专科医院就医具有显著的促进作用，分别是无医疗保险农村居民的 2.11 倍、2.96 倍。从个人特征来看，除专科医院外，年龄对居民到各机构就医的选择都具有显著的促进作用，男性居民到乡镇卫生院的概率是女性的 1.16 倍，且在 1%的水平上统计显著。小学学历的农村居民更偏好到村卫生室就医，初中、高中、大学及以上学历的居民到综合医院就医的概率更高，且显著水平随着学历的上升不断提高。患有慢性病显著促进居民到各个机构就医的概率，自评身体不健康、自认伤病程度严重的居民到综合医院、专科医院就医的概率显著提升。家庭人均收入的提高显著降低农村居民到村卫生室的概率，显著提升其到综合医院、专科医院就医的概率。

表 4.4 以就医机构的选择为被解释变量的回归结果

(OR值)	(1) 综合医院	(2) 专科医院	(3) 社区卫生服务中心 /乡镇卫生院	(4) 社区卫生服务站/ 村卫生室
基本医疗保险	1.166** (0.087)	1.200 (0.161)	1.660*** (0.140)	1.422*** (0.121)
商业医疗保险	2.108* (0.921)	2.956* (1.867)	2.061 (1.028)	1.587 (0.840)
基本+商业医疗保险	1.251 (0.387)	1.365 (0.712)	1.419 (0.504)	1.189 (0.450)
年龄	1.008*** (0.002)	0.992*** (0.003)	1.024*** (0.002)	1.022*** (0.002)
性别：男	1.029 (0.046)	1.124 (0.086)	1.157*** (0.053)	1.052 (0.051)
婚姻：有配偶	1.047 (0.058)	1.193* (0.119)	1.086 (0.062)	1.060 (0.064)
学历：小学	1.061 (0.077)	1.005 (0.130)	1.045 (0.074)	1.235*** (0.089)
初中	1.121* (0.067)	1.175 (0.121)	0.921 (0.056)	0.923 (0.059)
高中	1.219*** (0.084)	1.304** (0.152)	0.954 (0.068)	0.833** (0.064)
大学及以上	1.775*** (0.164)	1.223 (0.198)	0.863 (0.092)	0.775** (0.090)
慢性病：是	1.776*** (0.086)	2.036*** (0.165)	1.309*** (0.066)	1.109* (0.059)

续表 4.4

自评健康：比较健康	1.117 (0.076)	1.084 (0.134)	1.031 (0.071)	0.966 (0.068)
不健康	1.407*** (0.106)	1.462*** (0.195)	0.977 (0.075)	0.854** (0.068)
伤病程度：一般严重	1.154** (0.068)	1.251** (0.137)	1.145** (0.068)	1.011 (0.061)
不严重	1.603*** (0.103)	1.857*** (0.216)	1.132* (0.074)	0.877* (0.060)
医疗满意度：一般	0.865* (0.070)	0.834 (0.124)	0.780*** (0.060)	1.003 (0.086)
满意	1.394*** (0.105)	1.607*** (0.215)	0.679*** (0.049)	0.997 (0.081)
地区：中部地区	1.156*** (0.062)	0.988 (0.104)	0.861*** (0.048)	1.554*** (0.092)
东部地区	1.170*** (0.046)	0.967 (0.102)	0.843*** (0.070)	1.532*** (0.085)
ln家庭人均纯收入	1.238*** (0.028)	1.261*** (0.051)	1.020 (0.023)	0.899*** (0.021)
<i>N</i>	19013	19013	19013	19013

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

(3) 以就医总费用与自付费用为被解释变量的回归结果分析

从表 4.5 以就医总费用与自付费用为被解释变量的回归结果可以看出，基本医疗保险、基本+商业医疗保险显著降低了农村居民的就医自付比例，对就医总费用与自付费用影响不显著。在控制变量中，有慢性疾病、自评不健康、疾病程度严重更为显著的提升了农村居民的就医总费用与自付费用，伤病程度严重的居民就医自付的比例降低更为显著，这可能是由于相对于伤病程度不严重的居民，大多伤病程度严重的居民的就医花费达到了各类医疗保险的起付线，自付比例的降低就更为明显。

表 4.5 以就医总费用与自付费用为被解释变量的回归结果

变量名称	(1) 就医总费用	(2) 就医自付费用	(3) 就医自付比例
基本医疗保险	0.013 (0.063)	-0.003 (0.063)	-0.005** (0.002)
商业医疗保险	-0.238 (0.276)	-0.397 (0.288)	-0.016 (0.012)
基本+商业医疗保险	0.023 (0.219)	-0.108 (0.211)	-0.014** (0.013)

续表 4.5

年龄	0.049 (0.033)	0.033 (0.033)	-0.002** (0.001)
性别：男	0.503 (0.472)	0.220 (0.549)	-0.029 (0.022)
婚姻：有配偶	-0.092 (0.100)	-0.073 (0.097)	-0.001 (0.003)
学历：小学	0.304 (0.187)	0.378** (0.191)	0.008 (0.007)
初中	0.292 (0.181)	0.341* (0.185)	0.008 (0.007)
高中	0.293 (0.193)	0.346* (0.196)	0.010 (0.007)
大学及以上	0.173 (0.214)	0.192 (0.217)	0.004 (0.008)
慢性病：是	0.382*** (0.033)	0.348*** (0.032)	0.001 (0.001)
自评健康：比较健康	0.180*** (0.061)	0.188*** (0.062)	0.001 (0.003)
不健康	0.612*** (0.066)	0.606*** (0.066)	0.003 (0.003)
伤病程度：一般严重	0.273*** (0.043)	0.293*** (0.044)	0.007*** (0.002)
严重	0.588*** (0.048)	0.615*** (0.048)	0.012*** (0.002)
医疗满意度：一般	-0.037 (0.054)	-0.061 (0.053)	-0.004* (0.002)
满意	-0.001 (0.478)	-0.046 (0.480)	-0.005*** (0.002)
地区：中部地区	-0.436 (0.319)	-0.675 (0.058)	-0.026 (0.023)
东部地区	-0.156 (0.321)	-0.323 (0.351)	-0.014 (0.018)
ln家庭人均纯收入	0.024 (0.019)	0.015 (0.019)	-0.001 (0.001)
_cons	2.979* (1.608)	3.762** (1.605)	1.081*** (0.052)
<i>N</i>	19013	18690	18690

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

4.6 异质性分析

为进一步探究多层次医疗保险对农村居民就医行为的影响, 本文将以地区分组及年龄分组分别进行异质性分析。地区分组是将样本内 25 个省/地区以经济发展状况分组为“西部地区”、“中部地区”、“东部地区”, 年龄分组是按样本个体按照世界卫生组织的年龄划分标准划分为 45 岁以下的青年组、45 岁-60 岁的中年组、60 岁及以上的老年组。并以此讨论就医行为在不同组别的差异状况。

4.6.1 地区异质性分析

(1) 以就医主动性为被解释变量的异质性分析

从表 4.6 的回归结果可以看出, 相较于西部地区, 中部、东部地区参与基本医疗保险的农村居民显示出更强的就医主动性, 且在 1% 的水平显著。参与商业医疗保险对西部地区的居民就医主动性产生了显著的负向影响, 对中、东部地区影响不显著。这可能是因为西部的经济发展水平较低, 民众的健康意识不足, 且商业医疗保险的免赔额较高, 对居民就医主动性产生负向作用。

表 4.6 以就医主动性为被解释变量的异质性分析

OR值	(1) 西部地区	(2) 中部地区	(3) 东部地区
基本医疗保险	0.106 (0.128)	0.514*** (0.132)	0.309*** (0.093)
商业医疗保险	-1.413* (0.803)	0.109 (0.688)	0.218 (0.453)
基本+商业医疗保险	-0.240 (0.522)	0.405 (0.443)	0.297 (0.416)
控制变量	控制	控制	控制
<i>N</i>	6716	5185	7112

注: ***, **和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著, 括号内数字为标准误。

(2) 以就医机构选择为被解释变量的异质性分析

如表 4.7 的异质性分析结果显示, 参与基本医疗保险显著促进了各地区农村居民到乡镇卫生院、村卫生室就医的概率, 且在 1% 的水平显著, 参与基本医疗保险对农村居民到基层医院就医的显著性并未因地区经济发展水平的差异而产生巨大的区别。此外, 参与基本医疗保险、基本+商业医疗保险显著促进了中部农村居民到综合医院就医的概率,

参与商业医疗保险显著促进了东部居民到综合医院、专科医院就医的概率。

表 4.7 以就医机构选择为被解释变量的异质性分析

变量名称	西部	中部	东部	西部	中部	东部
	综合医院			专科医院		
基本医疗保险	1.255 (0.179)	1.374** (0.204)	1.034 (0.114)	1.600* (0.442)	0.858 (0.199)	1.346 (0.285)
商业医疗保险	1.438 (1.217)	1.554 (1.226)	3.715* (2.913)	3.371 (4.040)	0.000 (0.001)	8.667** (8.191)
基本+商业医疗保险	0.322 (0.261)	3.459** (1.917)	1.074 (0.540)	3.189 (2.374)	0.000 (0.001)	1.473 (1.235)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
	乡镇卫生院			村卫生站		
基本医疗保险	1.727*** (0.262)	2.088*** (0.372)	1.443*** (0.180)	1.098 (0.176)	2.164*** (0.384)	1.373*** (0.168)
商业医疗保险	0.000 (0.001)	1.566 (1.487)	5.853** (4.767)	0.000 (0.001)	3.312 (2.619)	2.469 (2.284)
基本+商业医疗保险	1.117 (0.672)	2.724 (1.819)	1.152 (0.696)	0.301 (0.325)	2.796 (1.852)	1.497 (0.861)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
N	6716	5185	7112	6716	5185	7112

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

(3) 以就医总费用与就医自付费用为被解释变量的异质性分析

如表 4.8 所示，参与商业医疗保险对西部地区就医总费用与就医自付费用的提升有显著的正向作用，但却对其就医自付比例并未有显著的降低作用，这可能是由于西部地区的农村居民由于健康知识及保险知识的缺乏不能很好的利用商业保险的作用。参与基本医疗保险、基本医疗+商业医疗保险未对就医总费用显著的影响，但对东部地区农村居民的就医自付费用与就医自付比例的降低有显著的负向作用，这说明东部居民充分利用了基本医疗保险的报销原则。

表 4.8 以就医总费用及自付费用为被解释变量的异质性分析

变量名称	就医总费用			就医自付费用		
	西部地区	中部地区	东部地区	西部地区	中部地区	东部地区

续表 4.8

基本医疗保险	-0.048 (0.120)	-0.047 (0.121)	0.062 (0.096)	-0.020 (0.120)	-0.101 (0.122)	0.035 (0.095)
商业医疗保险	1.138*** (0.179)	-0.176 (0.577)	-0.429 (0.332)	1.067*** (0.260)	-0.644 (0.519)	-0.482 (0.371)
基本+商业医疗保险	0.399 (0.328)	-0.071 (0.411)	-0.232 (0.327)	0.333 (0.304)	-0.018 (0.408)	-0.580** (0.291)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
N	6716	5185	7112	6639	5091	6960

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

表 4.9 以就医自付比例为被解释变量的异质性分析

变量名称	(1) 西部地区	(2) 中部地区	(3) 东部地区
基本医疗保险	0.001 (0.004)	-0.005 (0.004)	-0.008*** (0.003)
商业医疗保险	-0.007 (0.014)	-0.004 (0.020)	-0.023 (0.016)
基本+商业医疗保险	-0.003 (0.018)	0.017 (0.029)	-0.049*** (0.016)
控制变量	控制	控制	控制
N	6639	5091	6960

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

4.6.2 年龄异质性分析

(1) 以就医主动性为被解释变量的异质性分析

从表 4.10 的回归结果显示，基本医疗保险对全年龄组的就医主动性都具有显著的促进作用，且促进作用随着年龄的增长而增强，相比于青年组，参与医疗保险更能促进中年组与老年组的农村居民在患病时积极就医。商业医疗保险对各年龄组的影响未表现出显著作用，可能是因为商业医疗保险较高的免赔额不能对居民积极就医产生显著的正向作用。

表 4.10 以就医主动性为被解释变量的异质性分析

OR值	(1) 青年	(2) 中年	(3) 老年
基本医疗保险	0.177*	0.401***	0.444***

续表 4.10

	(0.095)	(0.119)	(0.131)
商业医疗保险	0.306	-1.156	-0.723
	(0.424)	(0.756)	(0.733)
基本+商业医疗保险	-0.123	0.694	0.346
	(0.330)	(0.521)	(1.082)
控制变量	控制	控制	控制
<i>N</i>	5881	6785	6347

注：***、**和*分别表示在 1%、5%和 10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

(2) 以就医机构选择为被解释变量的异质性分析

如表 4.11 所示，参与基本医疗保险显著增强了青年组与中年组的农村居民到综合医院及基层医院就医的概率。对老年组的农村居民而言，参与基本医疗保险显著增强了其到基层医院就医的概率，参与商业医疗保险显著增强了其到专科医院就医的概率。

表 4.11 以就医机构选择为被解释变量的异质性分析

变量名称	青年	中年	老年	青年	中年	老年
	综合医院			专科医院		
基本医疗保险	0.249**	0.249*	-0.092	0.105	0.357	0.157
	(0.112)	(0.136)	(0.151)	(0.188)	(0.257)	(0.302)
商业医疗保险	0.977*	0.940	-0.470	0.604	-10.820	1.831*
	(0.545)	(1.172)	(1.021)	(0.863)	(1.374)	(1.055)
基本+商业医疗保险	0.456	-0.221	13.300	0.372	0.591	-0.251
	(0.400)	(0.564)	(2.943)	(0.680)	(0.837)	(2.903)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
	乡镇卫生院			村卫生室		
基本医疗保险	0.644***	0.514***	0.347**	0.269**	0.601***	0.210
	(0.141)	(0.145)	(0.161)	(0.137)	(0.154)	(0.161)
商业医疗保险	0.774	1.480	-0.181	0.881	0.542	-0.784
	(0.687)	(1.166)	(1.020)	(0.653)	(1.423)	(1.236)
基本+商业医疗保险	0.421	0.362	12.347	0.409	-0.753	13.818
	(0.520)	(0.522)	(2.943)	(0.523)	(0.807)	(2.954)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
<i>N</i>	5881	6785	6347	5881	6785	6347

注：***、**和*分别表示在 1%、5%和 10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

(3) 以就医总费用与就医自付费用为被解释变量的异质性分析

根据回归结果，参与医疗保险对农村居民到医院就医的就医总费用及自付费用的影响不显著，这可能是由于居民积极就医产生的费用与医保报销政策相互作用的结果。如

表 4.12, 从就医自付比例的角度分析, 参与商业医疗保险显著降低了老年组农村居民的就医费用自付比例, 参与基本医疗保险显著降低了青年组的农村居民就医费用的自付比例。这可能是因为随着年龄的增长, 老年组的农村居民患复杂疾病的概率更高, 这些疾病的治疗费用或许只能被基本医疗保险部分覆盖, 因此仍需要支付较高的自付费用, 而商业医疗保险可以更好的满足老年组农村居民的更高级别的保障需求从而降低其在患病后的就医费用的自付比例。

表 4.12 以就医自付比例为被解释变量的异质性分析

变量名称	(1)	(2)	(3)
	青年	中年	老年
基本医疗保险	-0.009** (0.003)	-0.004 (0.003)	-0.002 (0.004)
商业医疗保险	-0.001 (0.014)	-0.004 (0.013)	-0.056** (0.024)
基本+商业医疗保险	-0.010 (0.041)	-0.016 (0.012)	-0.031* (0.018)
控制变量	控制	控制	控制
<i>N</i>	5772	6711	6207

注: ***, **和*分别表示在 1%、5%和 10%的水平上显著, 括号内数字为标准误。

4.7 稳健性检验

为进一步检验本文实证研究基准回归结果的稳健性, 本文采用调整样本期的方法进行稳健性检验。因2020年处于新冠疫情的高发期, 对国民的生活方式的改变造成较大的影响, 有可能进一步改变农村居民的就医行为, 为避免由于样本时期的不同造成实证结果的不同, 本文将剔除2020期中国家庭追踪调查数据, 仅采用中国家庭追踪调查数据 (CFPS) 2014、2016、2018三期的数据进行实证回归。回归结果表明, 更换样本期后的回归结果与基准回归基本一致, 从而验证了基准回归结果的稳定性。

表 4.13 以就医主动性为被解释变量的稳健性检验

变量名称	(1)	(2)	(3)
	就医主动性 (cofe)	就医主动性 (odds ratio)	就医主动性 (dy/dx)
基本医疗保险	0.318***	1.374***	0.050***

续表 4.13

	(0.075)	(0.103)	(0.012)
商业医疗保险	-0.081	0.923	-0.014
	(0.366)	(0.338)	(0.063)
基本+商业医疗保险	0.060	1.062	0.010
	(0.297)	(0.315)	(0.048)
控制变量	控制	控制	控制
N	15577	15577	15577

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

表 4.14 以就医机构的选择为被解释变量的稳健性检验

(OR值)	(1) 综合医院	(2) 专科医院	(3) 社区卫生服务中心/ 乡镇卫生院	(4) 社区卫生服务站/村 卫生室
基本医疗保险	1.147	1.156	1.595***	1.371***
	(0.099)	(0.176)	(0.151)	(0.129)
商业医疗保险	2.337*	3.682*	2.425	1.819
	(1.161)	(2.465)	(1.311)	(1.035)
基本+商业医疗保险	1.094	1.213	1.381	1.167
	(0.388)	(0.710)	(0.537)	(0.474)
控制变量	控制	控制	控制	控制
N	15577	15577	15577	15577

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误。

表 4.15 以就医总费用与自付费用为被解释变量的稳健性检验

变量名称	(1) 就医总费用	(2) 就医自付费用	(3) 就医自付比例
基本医疗保险	0.056	0.028	-0.004*
	(0.077)	(0.078)	(0.002)
商业医疗保险	-0.030	-0.283	-0.021
	(0.352)	(0.368)	(0.015)
基本+商业医疗保险	-0.090	-0.206	-0.006**
	(0.284)	(0.280)	(0.024)
控制变量	控制	控制	控制
N	15577	15305	15305

注：***、**和*分别表示在1%、5%和10%的水平上显著，括号内数字为标准误

5 研究结论与对策建议

5.1 研究结论

本文基于多层次医疗保险体系的视角来探究医疗保险与农村居民就医行为之间的关系，通过文献研究法与理论研究法对基本概念与相关理论进行明晰，采用中国家庭追踪调查（CFPS）2014-2020 四期的调查数据，构建二元 logit 模型、多元 logit 模型、双向固定效应模型探讨多层次医疗保险对农村居民的影响，并进一步对不同地区的异质性进行分析。主要研究结论如下：

第一：基本医疗保险显著提升了农村居民患病后就医的主动性，并对农村居民到各医疗机构就医的概率有显著的增强作用，尤其是显著提升了居民到基层医院就医的概率。这与基本医疗保险报销比例向一级基层医院倾斜的分级诊疗政策相适应，也表明我国的基本医疗保险制度建设对于农村居民利用医疗服务具有积极作用，对保护农村居民身体健康、提升农村居民幸福生活具有重大意义。参与基本医疗保险、基本医疗+商业医疗保险未对就医总费用显著的影响，但对东部地区农村居民的就医自付费用与就医自付比例的降低有显著的负向作用，这说明东部地区的农村居民相较于中、西部地区更加充分理解与利用了基本医疗保险的报销政策，而在基本医疗保险政策的管理下，通过加强费用控制、优化医疗服务、提升居民健康管理意识等措施都使得参与基本医疗保险的农村居民就医总费用没有发生显著变化。

第二：商业医疗保险显著提升了农村居民到综合医院、专科医院就医的概率，表明商业医疗保险对基本医疗保险在就医机构的选择方面起到良好的补充作用。此外，商业医疗保险对东部地区农村居民的影响更为显著，表现为到综合医院、专科医院就医的概率显著性更高以及在 1%的水平上显著降低了东部农村居民的就医自付费用与自付比例。而参与商业医疗保险对西部地区农村居民的就医总费用与就医自付费用的提升有显著的正向作用，但却对其就医自付比例并未有显著的降低作用，这可能是由于地区经济发展水、居民健康意识的不同而导致的不同结果。以上结果也表明商业医疗保险与基本医疗保险在农村居民的就医行为方面协同衔接，互相补充，商业医疗保险在更高保障水平上满足着居民对医疗服务利用差异化的需求。

第三：在控制变量中，年龄、性别、是否患慢性病、受教育程度、自评健康、就医条件满意度均对农村居民的就医行为产生重要影响。年龄的增长显著提升农村居民主动

就医的可能性，参与基本医疗保险显著增加了老年组农村居民到基层医院就医的概率，参与商业医疗保险显著增加老年组农村居民到专科医院就医的概率，相对于男性居民，女性居民在患病后更倾向于主动就医。婚姻状态为有配偶的居民主动就医的概率更高。患慢性病、身体自评不健康、自认为伤病程度严重、对就医条件满意均会显著提升居民就医的主动性，且到综合医院、专科医院就医的概率更高。小学学历的农村居民更偏好到社区卫生服务站/村卫生室就医，初中、高中、大学及以上学历的居民到综合医院就医的概率更高。家庭人均收入的增长对西部农村居民主动就医有显著的正向影响，但却对东部农村居民的主动就医有显著的负向影响，这可能随着收入的增长，居民可以采取除医疗服务以外的措施来减轻身体的轻度不适从而降低对医疗服务的依赖。

第四：患慢性病对农村居民的就医行为具有显著影响，农村医疗卫生事业的发展需要重点关注慢性病患者。本文通过构建二元 logit 模型、多元 logit 模型、双向固定效应模型来分别探究多层次医疗保险对农村居民就医行为的主动性、就医机构的选择、就医总费用与自付费用的影响。从实证结果可以看出，是否患有慢性病在几乎都在 1% 的显著水平上影响农村居民的各类就医行为，这表明慢性病已成为威胁我国国民健康的重要因素，慢性病的患病周期长、用药频次多，对农村居民的经济生活造成较大压力。我国目前已进入中度老龄化阶段，据相关资料显示，我国超 70% 的老年人至少患有一种慢性病，慢性病已成为健康中国与健康老龄化目标路上的重大阻碍。因此，在多层次医疗保险体系的建设中，应重点提升农村地区的慢性病综合防控能力和治理水平。

5.2 对策建议

5.2.1 加强农村基层医疗卫生服务体系的建设

农村医疗卫生体系的建设是提升农村居民安全感与幸福感的基础性工程，也是乡村振兴战略的内在要求。基本医疗保险在农村地区的广泛覆盖显著提升了农村居民到基层医院就医的概率，同时减轻了综合医院的医疗服务负担，起到了一定的分流作用，与我国的分级诊疗政策相适应。因此需不断加强农村基层医疗卫生服务体系的建设，让农村居民在基层医院就可以享受到专业的服务，持续增强基层医疗的首诊作用。

加强农村基层医疗卫生服务体系的建设，可以基础设施与人才配置两个方面入手。首先，政府应继续加强对农村基层医疗卫生机构的投入，增加对基层医疗设备购买、医

疗设备更新的财政支持，比如增加心电图机、彩超、呼吸机等必要的基础医疗器械，减少因基础医疗仪器不足而带来的就诊负担。另外，基层医护人员的专业技术与整体素质一直以来都是制约农村医疗服务水平提升的重要因素，提升农村医疗服务水平，就必须加强医护人员专业技能与整体素质。可以通过定向培养、专业培训等方式，提高基层医务人员的专业水平和医疗服务能力。具体而言，定期组织业务优秀的医务人员到上级医院进修学习，再将上级医院的学习成果教授给基层的医务人员，同时可以邀约上一级医院的优秀专家、科室精英下沉基层为基层医护人员进行技能培训、并对基层人员在工作中遇到的问题进行答疑解惑，不断提升基层医务人员的整体素质。同时，制定优惠政策，吸引和留住优秀的医务人员，提高基层医疗队伍的整体素质。政府应提升基层医护人员的薪酬待遇，减少基层医护人员的“后顾之忧”，使其潜心投入基层的一线医务工作中。定期激励表现优秀的医护工作者，提升基层医疗工作人员的工作积极性。加强农村基层医疗卫生服务需要政府、医疗机构、医务人员和农村居民的共同努力和参与，通过完善制度、加强服务、增进设备、提升医护人员整体素质等措施，不断提高基层医疗服务的质量和管理水平，促进农村基本医疗卫生事业的发展。

5.2.2 强化农村地区商业医疗保险的补充作用

推进商业医疗保险在农村地区的发展，不仅可以弥补现有基本医疗保险的不足，同时还可以提高农村居民的医疗保障水平，减轻其医疗负担。政府可以通过制定优惠政策鼓励和支持商业医疗保险在农村的发展：如减免税收、提供财政补贴等，此外还需加强对商业医疗保险市场的监管，确保保险公司的合规经营和保险产品的公平合理，保护农村居民的合法权益。2023年07月，国家金融监督管理总局关于适用商业健康保险个人所得税优惠政策产品有关事项的通知中对适用个人所得税优惠政策的商业健康保险产品的保险期间、设计原则、保险公司标准等做出了具体要求，个人所得税优惠政策商业医疗保险推出的目标是为了鼓励该类产品惠及更多的有医疗保障需求的群众，充分发挥商业医疗保险对基本医疗保险的补充作用。本文建议相关的政策制定与财政补贴向经济发展水平较低、医疗服务资源相对落后的农村地区倾斜，从而减少农村群众购买商业医疗保险的经济压力，进一步提升基层群众的医疗保障水平。

此外，商业保险公司可以针对农村居民的需求和特点创新保险产品和服务模式，开发多样化的医疗保险产品，如住院保险、门诊保险、慢性病保险等。同时，可以根据农

村居民的实际需求提供个性化的保险方案。从本文的研究结论还可以得出，西部地区购买商业医疗保险的农村居民到医院就医的自付比例并未减少，而东部地区的农村居民的就医自付费用与就医自付比例都显著降低。这表明在经济发展落后的基层地区，居民对商业医疗保险的认识不足，根据相关调查发现有些村民购买了商业医疗保险，但是却对保障范围与报销比例却模糊不清，甚至到医院就医后会忘记自己拥有商业医疗保险，更无从谈到商业医疗保险的理赔。因此，商业保险公司必须加强在农村地区的产品宣传工作，让农村居民真正了解商业医疗保险的真正作用，消除农村居民由于观念保守造成的对商业医疗保险的误解。商业保险公司还可以同政府联合宣传，加强合作，共同开展医疗服务、保险理赔等活动，提高保险理赔的效率和医疗服务的质量，提升农村居民对商业医疗保险公司及其产品的信任度。

5.2.3 提升农村居民的健康意识与医保认知

从本文的研究结论可以发现参与基本医疗保险、商业医疗保险对东部地区农村居民的就医自付费用与就医自付比例的降低有显著的负向作用，但在提升西部地区居民就医总费用与就医自付费用的同时并未对其就医自付比例并有显著的降低作用。这说明西部地区的居民对医保的了解与利用还不充分。相关研究表明有很大一部分农民在医院就医时并不了解具体的医保报销政策与保障范围，只知道带上自己的医保卡可以少花点钱，还有些农民在购买商业医疗保险后对其保障的疾病内容、保险期限、报销方式等方面都认知不足，这表明我国医疗保险的宣传工作还有待加强。

建议通过开展各种形式的宣传教育活动，如医疗保险知识讲座、医疗保险知识宣讲活动等。在活动过程中，以宣传册、宣传片的形式向农村居民普及医疗保险知识，让他们了解医保政策的具体内容、参保方式、报销流程等，同时可以对居民不理解的问题进行答疑解惑。并根据这些问题开展有针对性的培训课程，让他们更加深入地了解医疗保险政策和具体的操作流程。此外，可以让村干部成为医疗保险宣传和推广的重要力量，利用村干部的公信力让农村居民更便捷、更放心的了解医疗保险知识和政策信息。通过加强医疗保险政策的宣传，一方面可以引导群众了解医疗保险的相关知识，帮助其更好的利用基本医疗保险的服务，另一方面，通过对保险知识的了解，也让农村居民对商业医疗保险有了更加深入的认知，进一步消除农村居民对商业医疗保险的偏见，促使基本医疗保险与商业医疗保险协同发展，互相补充。

同时，应在医疗保险的宣传教育活动中培养农村居民的健康意识。健康意识是 Andersen 医疗服务利用模型中影响患者就医行为的重要因素，对自身健康状况更加关注与了解的个体在患病后能更好的利用自己所拥有的医疗资源。因此，基层医疗卫生事业的发展过程中必须要提升农村居民的健康意识，通过定期举办健康教育活动，让农村居民通过学习更加了解自己的健康情况，并能在患病后能够更加积极的利用医疗服务，通过科学的方式进行疾病预防、就医选择、康复护理等。健康意识的提升也有利于农村居民养成良好的生活方式，健康的生活习惯，从而提升身体抵抗能力减少疾病的发生，进一步减轻自身的医疗负担。

5.2.4 在农村地区建立完善的慢性病管理体系

本文通过研究发现，患慢性病对于农村居民的各种就医行为都具有显著的影响。随着我国老龄化进程的不断加快，慢性病已成为影响我国国民健康的重要因素。在农村地区，经济发展水平较低、农民健康意识不足，疾病认知程度低，农民患病后不自知或缺乏健康养护从而加重了慢性病的发展，并随之为农民带来了较大的经济负担。因此在农村地区建立完善的慢性病管理体系具有重要意义。

首先应加强农村地区慢性病的筛查和监测，定期开展慢性病筛查和监测工作，及早发现慢性病患者，并提供及时有效的治疗和管理。建立慢性病患者档案，对患者的病情状况和治疗情况进行跟踪管理，确保患者的治疗质量和效果。例如浙江省长兴县在当地政府的大力支持下展开慢性病健康管理工作，通过扩大慢性病种类筛查、为居民建立慢性病信息档案、增加基层医疗服务人员的数量显著提升了慢性病患者的身体健康水平。山东省日照市岚山区以高血压、高血糖、高血脂三高为介入点，打造区镇村三级联动的慢性病管理体系，建立由医院牵头组建的健康管理、医学影像、检查检验、远程会诊、后勤服务为一体的健康管理中心为慢性病患者提供线上线下一体化服务，并最终使得“三高”慢性病患者的管理成效显著。建议各地政府可学习参考其他地区的优秀慢性病管理经验，并根据地方慢性病的发展情况与经济水平制定适应的慢性病管理方案。同时政府可以将慢性病治疗和管理纳入医疗保险的保障范围，提高慢性病患者的医疗保障水平，加强基层医疗机构的建设，提高医务人员的专业水平和服务能力，为农村居民提供全面、规范的慢性病管理服务。

其次可以通过开展健康教育活动，提高农村居民对慢性病的认识和了解，增强健康

意识和自我保健能力。同时，鼓励农村居民养成良好的生活习惯和健康生活方式，降低慢性病的发生风险。世界卫生组织的调查显示，慢性病的发病原因与个人的生活方式之间存在重要联系。因此提升农村居民对慢性病的认知，鼓励农村居民养成健康的生活方式意义重大。随着信息技术的发展，大多农村居民已经通过信息媒体了解到吸烟、饮酒、暴饮暴食、高油高糖等不良生活习惯会损害身体健康，然而对不良的生活习惯如何影响身体健康并诱发慢性病的发生却知之甚微，以至于即便知道这些行为有害健康当下也觉得无所谓，只有让居民清楚直观地认识到不良生活方式是如何带来严重危害的，才能促使其养成健康的生活习惯与生活方式。通过政府定期开展健康教育活动，邀请专家或医护人员下沉基层讲解心脑血管疾病、糖尿病、脂肪肝、血脂异常等高发性慢性病与不良生活习惯之间的紧密联系，从而引导农村居民合理膳食、规律作息、戒烟限酒、适当运动并最终提升农村居民的慢性病自我管理意识。

参考文献

- [1] Andersen R. A behavioral model of families' use of health services[J]. A behavioral model of families' use of health services, 1968 (25).
- [2] Andersen R M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?[J]. Journal of health and social behavior, 1995: 1-10.
- [3] Al-Hanawi M K, Mwale M L, Kamninga T M. The effects of health insurance on health-seeking behaviour: evidence from the Kingdom of Saudi Arabia[J]. Risk Management and Healthcare Policy, 2020: 595-607
- [4] Borah B J. Econometric models of provider choice and health care use in India [D]. Indiana University, 2006.
- [5] Christianson J B. The impact of HMOs: Evidence and research issues[J]. Journal of health politics, policy and law, 1980, 5(2): 354-367.
- [6] Card David and Dobkin Carlos and Maestas Nicole.DOE MEDICARE SAVE LIVES?[J].The quarterly journal of economics,2009,124(2):597-636.
- [7] Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, et al. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA[J]. Public health, 2015, 129(6): 611-620.
- [8] Jowett M. Health insurance and treatment seeking behavior: evidence from a low-income country. Health Economics.2004 (9):845-857.
- [9] Jeon B, Kwon S.Effect of private health insurance on healthcare utilization in a universal public insurance system: A case of South Korea [J]. Health Policy, 2013, 113:69-76.
- [10] Mohd Noh S N, Jawahir S, Tan Y R, et al. The health-seeking behavior among Malaysian adults in urban and rural areas who reported sickness: findings from the national health and morbidity survey (NHMS) 2019[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022, 19(6): 3193.
- [11] Setyawati A, Marohabutr T, Meemon N, et al. National Health Insurance in Indonesia and Its Impact on Health-Seeking Behavior[J]. Asia-Pacific Social Science R

- review, 2021, 21(3).
- [12] Sarma,Sisira.Demand for outpatient healthcare:empirical findings from ruralIndia[J]. Applied health economics and health policy.2009,Vol.7(No.4): 265-277.
- [13] Thompson A E, Anisimowicz Y, Miedema B, et al. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study[J]. BMC family practice, 2016, 17: 1-7.
- [14] 陈小进, 苏敏艳, 高山, 等. 基本医疗保险对居民医疗费用及贫困情况的影响[J]. 中国农村卫生, 2022, 14(08):70-72.
- [15] 仇雨临, 王昭茜. 从有到优:医疗保障制度高质量发展内涵与路径[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2020, 34(04):55-62.
- [16] 仇雨临. 中国医疗保障体系的现状与完善[J]. 北京市计划劳动管理干部学院学报, 2004(03):11-16.
- [17] 陈晨, 郑梦, 高一瑞等. 分级诊疗背景下基于CHNS数据的我国居民就医行为影响因素分析[J]. 中国医院, 2022, 26(06):19-22.
- [18] 仇雨临, 王昭茜. 我国医疗保险制度发展四十年:进程、经验与展望[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2019, 58(1):23-30.
- [19] 豆月. 国外就医行为研究综述[J]. 农村经济与科技, 2017, 28(15):222-223+244.
- [20] 董克用, 郭珉江, 赵斌. “健康中国”目标下完善我国多层次医疗保障体系的探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(01):2-8.
- [21] 丁少群, 苏瑞珍. 我国农村医疗保险体系减贫效应的实现路径及政策效果研究——基于收入再分配实现机制视角[J]. 保险研究, 2019, (10):114-127.
- [22] 封进, 陈昕欣, 胡博. 效率与公平统一的医疗保险水平——来自城乡居民医疗保险制度整合的证据[J]. 经济研究, 2022, 57(06):154-172.
- [23] 郭雅倩. 慢性病健康管理服务的影响因素研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2023.
- [24] 郭文芹, 武亚男, 姚兆余. 农村慢性病患者就医行为及其影响因素分析[J]. 中国初级卫生保健, 2010, 24(01):65-67.
- [25] 顾雪非, 赵斌, 刘小青. 全民医疗保障体系:成就、形势与展望[J]. 中国发展观察, 2019(06):5-7+20.
- [26] 郝佳. 构建我国多层次医疗保障体系[J]. 中国保险, 2007(05):16-21.
- [27] 何艳婷, 余伯韬, 王若楠等. 农村妇女就医选择行为的影响因素——基于2018年CFPS

- 数据分析[J]. 现代预防医学, 2022, 49(24):4457-4461
- [28] 胡思洋. 农村老年人就医行为的影响因素研究——来自谷城、南阳两地数据的实证[J]. 人口与发展, 2016, 22(05):69-74+60.
- [29] 贾清萍, 甘筱青. 农村居民就医行为影响因素的实证分析[J]. 安徽农业科学, 2010, 38(11):5940-5942.
- [30] 蒋云赟, 郑恺. 城乡居民医疗保险统筹、农村就医行为与消费支出[J]. 北京航空航天大学学报(社会科学版), 2022, 35(05):126-138.
- [31] 经姗姗, 李勇. 医保种类对患者就医选择行为影响研究——基于CHNS 2011调查数据的实证分析[J]. 现代商贸工业, 2015, 36(06):182-185.
- [32] 罗静娴. 商业医疗保险对城乡医疗服务利用差异的影响[D]. 成都:西南财经大学, 2022.
- [33] 李珊珊, 陈在余. 医疗保险对我国老年人就医行为的影响——基于门诊和住院行为的比较分析[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(11):823-828.
- [34] 李锐, 吴菁, 杨华磊. 职工医保省级统筹对医疗费用支出的影响——基于CFPS数据的研究[J]. 保险研究, 2022, (06):83-98.
- [35] 李欣瑞, 袁辉. 共同富裕视角下“惠民保”发展的再思考[J]. 上海保险, 2022, (07):39-42.
- [36] 劳文艳, 赵玉华, 崔正一等. 用健康生活方式预防或干预慢性病[J]. 北京联合大学学报, 2023, 37(02):58-63+71.
- [37] 卢佳, 邵海亚, 彭翔. 完善全民健康支持体系: 商业健康保险税收优惠政策分析[J]. 医学与社会, 2021, 34(12):39-44.
- [38] 李月娥, 卢珊. 医疗卫生领域安德森模型的发展、应用及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(11):77-82.
- [39] 马聪, 王伟, 袁颖, 等. 基于制度关键实践者视角的分级诊疗制度感知及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(07):822-828.
- [40] 牛建林, 齐亚强. 中国医疗保险的地区差异及其对就医行为的影响[J]. 社会学评论, 2016, 4(06):43-58.
- [41] 平欲晓, 刘月平. 乡村振兴背景下完善农村多层次医疗保障体系研究——基于中部S县的调查[J]. 农业考古, 2022, (04):247-252.
- [42] 任向英, 王永茂. 城镇化进程中新农合政策对农民就医行为的影响分析[J]. 财经科

- 学, 2015(03):121-130.
- [43] 孙东雅. 发展商业健康保险助力健康中国建设[J]. 中国医疗保险, 2020, (12):27-29.
- [44] 宋占军, 胡文婕. 商业医疗保险促进国民健康的作用与发展建议[J]. 中国保险, 2023, (03):28-31.
- [45] 王保真. 浅析我国多层次医疗保障体系的建立与完善[J]. 卫生经济研究, 2008, No. 2 53(11):3-7.
- [46] 王敏, 张开金, 姜丽等. 中国城乡患者就医行为影响因素模型研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(19):2127-2129.
- [47] 王东进. 与时偕行的中国医疗保障制度(上)[J]. 中国医疗保险, 2019, (08):1-5.
- [48] 吴菁, 李锐, 鲁佳倩. 基本医保均等化能缩小健康差距吗? ——来自职工医保省级统筹的证据[J]. 中国医疗保险, 2022, (08):43-52.
- [49] 王延中, 龙玉其, 江翠萍等. 中国社会保障收入再分配效应研究——以社会保险为例[J]. 经济研究, 2016, 51(02):4-15+41.
- [50] 王鹏, 马丽君, 宫春博. 基本医疗保险对农村老人医疗负担影响研究[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(10):747-751+761.
- [51] 汪曾子, 刘娅莉, 邱增辉, 等. 分级诊疗制度下重庆市患者就医行为及影响因素分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(11):28-32.
- [52] 徐丽荣, 崔斌, 徐莉莉, 等. 老年糖尿病患者的并发症医疗费用分析——基于年度城镇职工基本医疗保险数据[J]. 中国社会医学杂志, 2021, 38(06):689-692.
- [53] 谢汀芬, 阳敏欣. 关于湖南省普惠型补充医疗保险产品的几点思考[J]. 保险职业学院学报, 2021, 35(06):50-53.
- [54] 许闲. 惠民保推动医疗保障层面政府治理能力现代化发展[J]. 上海保险, 2021, (02):9-11.
- [55] 肖营营. 医疗保险对城乡老年人就医行为选择及医疗负担的影响[D]. 济南: 山东大学, 2016.
- [56] 许飞琼. 中国多层次医疗保障体系建设现状与政策选择[J]. 中国人民大学学报, 2020, 34(05):15-24.
- [57] 徐晓丹, 吴文强. 我国城乡中老年群体基层就医的影响因素分析——基于CHARLS数据的实证研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(04):23-30.

- [58] 徐徐, 姚岚. 城市定制型商业医疗保险可持续性发展思考[J]. 中国保险, 2022, (01): 37-41.
- [59] 于大川, 李晓玲, 冯仕飘. 社会医疗保险是否改变了参保人的就医行为?——来自城镇居民医疗保险制度的证据[J]. 广西经济管理干部学院学报, 2019, 31(01): 19-25.
- [60] 于长永. 疾病类型、医疗保险与农民就医机构选择行为研究[J]. 农业技术经济, 2017(02): 82-92.
- [61] 姚兆余, 张娜. 农村居民就医行为及其影响因素的分析——基于苏北地区X镇的调查[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2007(03): 12-17.
- [62] 姚兆余, 朱慧劫. 农村居民医疗机构选择行为及其影响因素研究——基于门诊就医和住院就医的比较[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2014, 14(06): 52-61.
- [63] 张宗良, 褚福灵. 中国多层次医疗保障体系再思考——兼析补充保障的模式创新与协同发展[J]. 经济社会体制比较, 2023(01): 79-92.
- [64] 曾雁冰, 袁志鹏, 方亚. 中国老年人就医行为及其影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2020, 37(02): 199-205.
- [65] 张黎, 李伟. 山东省城乡居民就医行为影响因素调查研究[J]. 医学与哲学(A), 2016, 37(12): 43-46.
- [66] 郑莉莉. 医疗保险改变了居民的就医行为吗?——来自我国CHNS的证据[J]. 财政研究, 2017, (02): 84-97.
- [67] 张开翼, 褚越亚, 石鹏. 基于多分类logistic模型的我国城乡居民选择医疗服务机构的影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2021, 38(03): 405-408.
- [68] 张剑松. 基本医疗保险对我国居民医疗服务利用的影响研究[D]. 成都: 西南财经大学, 2022.
- [69] 曾雁冰, 袁志鹏, 方亚. 中国老年人就医行为及其影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2020, 37(02): 199-205.
- [70] 周作斌. 我国农村合作医疗制度的变迁分析——从公共政策系统与过程的视角[J]. 特区经济, 2014(5): 37-39.
- [71] 郑功成, 桂琰. 中国特色医疗保障制度改革与高质量发展[J]. 学术研究, 2020(04): 79-86+177.
- [72] 郑岚公. 完善农村居民医疗保险制度的思考——以L镇医疗保险为视角[J]. 唯实, 2023, (09): 76-78.

- [73] 郑功成. 多层次社会保障体系建设:现状评估与政策思路[J]. 社会保障评论, 2019, 3(01):3-29.
- [74] 张钰康, 彭波丽. 数字保险的发展现状、挑战及未来展望[J]. 上海保险, 2023, (10):35-38.
- [75] 赵紫荆, 王天宇. 城乡居民医保整合对农村居民城市定居意愿的影响——来自中国劳动力动态追踪调查的证据[J]. 保险研究, 2021, (12):97-119.
- [76] 朱忠军, 张金. 创新服务模式强化慢病全周期健康管理[J]. 中国农村卫生, 2023, 15(09):52-53.

后 记

时光荏苒，转眼间又是三年，回到三年校园生活的起点，是一个下着小雨气温略低的阴雨天，因为提早一天到的原因仍能看到学校的老师、同学们在淅淅沥沥的小雨中忙碌的准备着迎新工作。透过匆忙的人群、醒目的迎新条幅、指示牌，终于跟这个有些历史厚重感、面积不大却有独特风景的校园见了正式的第一面，随后的记忆就是现在这群可爱室友略带尴尬的初次见面、氛围不错的导师双选会. ……岁月匆匆，三年的校园生活已接近尾声，感恩在过去的三年里，给予我温暖与力量的所有人。

感谢我的导师王振军教授在我研究生学习期间在学术上以及生活上给予我悉心指导与宝贵建议，尤其在论文的写作过程中，从选题到研究方法，再到论文修改，导师的的指导与建议都给了我极大的帮助。感谢我可爱的舍友们与我一起经历这宝贵的三年校园时光，让我的宿舍生活温暖而又快乐，也愿你们在今后的生活里依然明媚，不乏勇气。感谢我的朋友们在我生活中给我的鼓励与爱护，因为有你们，生活总能充满电量再出发。感谢王同学给予我精神上与生活上的支持，愿我们在彼此支持的路上都能成为更好的自己。感谢我的家人，永远做我最坚实的后盾，支持我的决定，认可我的想法，让我可以在任何时刻勇敢做自己。

最后，征途漫漫，愿我们永远不缺乏热爱生活的能量与前行的勇气。