

城乡居民医保制度整合提升了农村参保居民的公平感吗?

雷咸胜*

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】当前,关于城乡医保制度整合的研究是共识与分歧并存,分歧的核心是医保制度整合与公平的关系。为了进一步分析城乡居民医保整合对农村参保居民公平感的影响,本研究利用中国综合社会调查(CGSS)2015年的数据,通过Logit回归和PSM分析得出,城乡居民基本医疗保险制度整合降低了农村参保居民的公平感。在城乡医疗资源配置不均衡的背景下,城乡居民医保的初步整合难以提升参保居民的公平感,因此需要城乡医疗资源均衡配置与城乡医保制度融合发展的协同推进。

【关键词】城乡居民医保整合;农村参保居民;公平感;医疗资源配置

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.01.004

Does the integration of urban and rural residents' medical insurance system enhance the sense of equity of rural insured residents?

LEI Xian-sheng

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 At present, the research on the integration of urban and rural medical insurance system is the coexistence of consensus and divergence. The divergence is characterized by the relationship between medical insurance system integration and equity. In order to further analyze the impact of integrated urban and rural residents' medical insurance on rural residents' sense of equity, this paper used data from the 2015 China's General Social Survey (CGSS) by means of Logit regression and PSM method to conclude that the urban and rural residents' medical insurance system integration plays an important role in the reduction of rural residents' sense of equity. Under the background of unbalanced allocation of medical resources between urban and rural areas, the initial integration of medical insurance for both residents is difficult to positively influence the sense of equity of the rural insured residents. Therefore, it is necessary to promote the coordinated development of balanced urban-rural medical resources allocation and the urban-rural medical insurance system integration.

【Key words】 Integration of medical insurance for urban and rural residents; Rural insured residents; Sense of fairness; Medical resources allocation

1 引言

整合城乡居民基本医疗保险为我国实现一体化的医保制度迈出了重要一步。城乡分割的医保制度阻碍了市场的劳动力流动,增加了医保制度的管理成本,也为居民重复参保和财政重复补贴提供了政策土壤。^[1]2016年国务院出台《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号),指出从

“六统一”方面实现城乡居民基本医疗保险制度的整合。当前,政界和学界关于整合城乡居民医保已经取得基本共识,即医保整合有利于降低医保制度碎片化程度,顺应市场资源配置的要求,节省管理成本和财政投入等。然而,也存在分歧,分歧的核心是城乡居民医保整合与公平的关系。有研究认为城乡居民医保的差异就是不公平^[2],如体现在筹资水平差距大导致的待遇享受不公平^[3]。因此,有研究指出

* 基金项目:国家社会科学基金青年项目(18CSH060);中国人民大学2018年度拔尖创新人才培养资助计划成果(2017000300)
作者简介:雷咸胜(1988年—),男,博士研究生,主要研究方向为社会保障理论与实践。E-mail:leixiansheng1988@163.com

整合城乡居民医保是为了追求公平^[4-5],应该树立公平理念,逐步缩小城乡之间的待遇差别^[6],进而实现权利公平、机会公平和规则公平^[7]。相反,有研究指出上述观点混淆了公平与平等的概念,以不公平之语言不平等之实,指出城乡医保差异是不平等,而非不公平。^[8]也有研究认为由于农村居民的医疗服务可及性远低于城市居民,农村居民的医保基金会倒贴“共济”的城镇居民^[9],也就是所谓的逆向再分配^[10],因此医疗卫生资源配置不均衡会引发整合后的不公平问题^[11]。

基于当前存在的分歧,本研究探讨的核心议题是城乡居民医保整合与公平的关系。由于公平具有一定的相对性,城乡医保整合中的不公平问题主要是基于农村参保居民而言的,所以本文主要回答的问题是城乡居民基本医疗保险整合是否提升了农村参保居民的公平感。当前关于医保整合对公平的影响主要是定性分析为主,相应的定量研究较少。为了丰富当前的研究成果,本文试图从定量角度来分析城乡居民医保整合对农村参保居民公平感的影响。

2 文献综述

2.1 医保公平性的内涵研究

当前学者们对医保公平性内涵的界定是多样的,如申曙光等认为全民医保的公平应该包括制度覆盖全体国民、医疗费用与个人的负担能力相关及医疗服务供给与需求相匹配三个方面。^[12] Saltman 在比较分析不同国家医保体系中将医保公平性理解为筹资的公平性和医疗服务利用的公平性。^[13] 李珍等认为二元化结构下的医保公平性包含制度全覆盖、公平负担保费和就医行为的便捷性和经济性平等。^[14] 由此可见,医保公平性主要体现在两大方面,一是制度的覆盖人群,二是医保制度的义务与责任。在医保制度的覆盖上,全体国民应该参与到统一的制度中来,实现全体国民在医保制度面前人人平等;在医保的权利与义务上,主要体现在医保的缴费端和待遇端上,缴费端应该各尽所能,而在服务利用上坚持公平原则,同等情况下参保者的待遇水平相同。

2.2 医疗保险公平性的测量指标研究

对医疗保险公平性测量的文献较多,具体的测量指标存在差异。如李珍等提出了衡量“健康公平性”的三维度标准,分别是医疗保障覆盖的宽度、深

度和高度。^[15] 侯小娟等从概要公平性、与社会经济状态相关的公平性、社会经济各变量对不公平程度的贡献三个方面评价新农合参合人群医疗服务利用、受益、基金使用的公平性。^[16] 李扶摇等将医疗保险的公平性分解为参保机会公平性、卫生筹资公平性、卫生资源公平性三个方面。^[17] 马蔚姝认为医保的公平性包括同代人的横向公平性和代际间的纵向公平性。^[18]

2.3 医疗保险与公平的关系研究

医疗保险与公平的关系一直是研究者关注的重点问题,已有研究大体可分为以下几类,一是从宏观层面分析医疗保险与公平的关系。为了提高医疗保健的公平性并为贫困家庭提供风险保护,低收入国家越来越多地转向社会医疗保险^[19],但是无论是全民医保计划还是以社区为基础的医疗保险都有其局限性,如 Bachmann 的研究认为全民医保计划有公平高效筹集和分配资金的潜力,但并非是一个完整的方案,需要与国家整体的健康计划相结合。^[20] Aggarwal 则认为以社区为基础的医疗保险虽然可以作为一种机制惠及弱势群体,但不能被视为政府提供的健康基础设施的替代品。^[21] 二是从中观层面研究不同国家医保的公平性问题。Glazier 对加拿大安大略省医师服务使用的公平性进行了研究,得出全民医保下受教育程度不同的群体在初级保健服务利用上是公平的,但是在专家接触等方面是不公平的。^[22] Hajizadeh 基于伊朗的全国家庭年度调查数据分析得出,扩展公共医疗保险会对已有私营部门的慈善产生排挤,反而不利于卫生资金的筹集。^[23] Yip 对埃及建立的学校医保项目(School Health Insurance Programme)进行研究,得出该计划仅能使中等收入家庭的儿童获益。^[24] Liu 对比中越两国的医保制度,认为越南的医疗保险体系在保障参保者的医疗服务使用公平性方面做得更好。^[25] Odeyemi 对加纳和尼日利亚的医保制度进行比较,得出尼日利亚的医保公平性较加纳弱。^[26] 三是从微观层面研究医保制度如何提高公平性的问题。如在医保的保费如何减免问题上,Aryeetey 的研究认为在贫困发生率低的农村和城市环境中,经济状况调查(means testing)是最有效和公平的;在贫困发生率高的半城市环境中,地理定位(geographic targeting)是最有效和公平的。^[27] Yu 研究认为马来西亚新的国民健康保险制度将比现行的税收融资制度更不公平,并提出了一个具有渐进式

全民医保计划的系统,来保证筹资的公平性。^[28]

3 数据、变量与模型

3.1 数据来源

中国综合社会调查(Chinese General Social Survey, CGSS)是一项全国性和综合性的学术调查项目,是目前国内诸多领域研究的权威数据来源。2015年CGSS项目在全国搜集到10 968份有效问卷。本研究选取户籍为农村且参加了基本医疗保险的群体作为研究对象,通过筛选得到5 631个样本。

3.2 变量界定

本研究的被解释变量为公平感(Equity),主要通过问卷中“总的来说,您认为当今的社会不公平?”这一问题来体现,选项为“完全不公平”、“比较不公平”、“一般”、“比较公平”和“完全公平”。在此需要

说明的是,由于问卷中没有直接关于医疗保险公平感的问题,所以只能选取总的公平感来替代;然而,总的公平感是受到多方面因素共同影响的结果,而医保整合是其中的一个影响因素,为了进一步消除误差,后文在稳健性检验部分将利用医疗服务满意度(Satisfaction)这一变量做进一步分析。

解释变量是城乡居民医保整合(Integration),该变量主要通过问卷中的省份来确定,2015年之前全国实现城乡居民医保整合的省份有天津、浙江、山东、广东、重庆、青海、宁夏和新疆,其余的省份未实现医保整合。本文将实现医保整合的界定为1,未实现医保整合的界定为0。同时,本文选取性别(Gender)、年龄(Age)、民族(Nation)、受教育水平(Education)、政治面貌(Political)、身体健康(Health)和社会层级(Level)作为控制变量。具体的变量界定和描述性统计如表1所示。

表1 各变量的描述性统计与界定

| 变量代码 | 变量界定 | 样本量 | 均值 | 标准差 | 最小值 | 最大值 |
|--------------|--|-------|--------|--------|-----|-----|
| Equity | 1 = “完全不公平”; 2 = “比较不公平”; 3 = “一般”; 4 = “比较公平”; 5 = “完全公平” | 5 592 | 3. 241 | 1. 004 | 1 | 5 |
| Integration | 0 = “未整合”; 1 = “整合” | 5 631 | 0. 164 | 0. 370 | 0 | 1 |
| Gender | 0 = “女”; 1 = “男” | 5 631 | 0. 461 | 0. 499 | 0 | 1 |
| Age | 1 = “18岁~29岁”; 2 = “30岁~49岁”; 3 = “50岁~69岁”; 4 = “70岁及以上” | 5 631 | 2. 539 | 0. 895 | 1 | 4 |
| Nation | 1 = “汉族”; 2 = “其他” | 5 619 | 1. 099 | 0. 299 | 1 | 2 |
| Education | 1 = “小学及以下”; 2 = “初中”; 3 = “高中”; 4 = “大学及以上” | 5 619 | 1. 688 | 0. 862 | 1 | 4 |
| Political | 0 = “其他”; 1 = “党员” | 5 603 | 0. 042 | 0. 202 | 0 | 1 |
| Health | 1 = “很不健康”; 2 = “比较不健康”; 3 = “一般”; 4 = “比较健康”; 5 = “很健康” | 5 629 | 3. 543 | 1. 111 | 1 | 5 |
| Level | 1代表“最低”,10代表“最高” | 5 581 | 4. 111 | 1. 618 | 1 | 10 |
| Satisfaction | 1 = “非常满意”; 2 = “满意”; 3 = “一般”; 4 = “不满意”; 5 = “非常不满意” | 5 578 | 2. 515 | 0. 886 | 1 | 5 |

3.3 模型建立

由于被解释变量为多项有序变量,适合运用Logit回归分析。依据解释变量和被解释变量的关系,下面建立本研究的基准模型,如下:

$$Equity = \theta + \lambda_1 Integration + \lambda_2 Gender + \lambda_3 Age + \lambda_4 Nation + \lambda_5 Education + \lambda_6 Political + \lambda_7 Health + \lambda_8 Level + \varepsilon \quad (1)$$

上式中的 θ 为截距, λ_i 为自变量的回归系数, ε 为残差项。

3.4 反事实匹配与方程估计

为了能够克服样本选择偏误带来的误差和内生

性问题,本文采用Rosenbaum等人提出的倾向得分匹配法(Propensity Score Matching, PSM)^[29],是一种接近自然实验的方法。该方法的核心思想是将实现城乡居民医保整合省份的农村参保者视为处理组(treated),将未实现城乡居民医保整合省份的农村参保者作为控制组(control);接着将处理组和控制组按照一定的匹配原则进行逐一匹配,使处理组和控制组样本特征相同或接近,进而比较医保整合和未整合两种相反情形下的公平感差异。倾向得分一般可以表示为:

$$p(X_i) = P(D_i = 1 | X_i) = \frac{\exp(\beta X_i)}{1 + \exp(\beta X_i)} \quad (2)$$

其中, X_i 表示参保者 i 的多个维度的特征, D_i 为虚拟变量, 当实现医保整合时取值为 1, 未整合时取值 0。 β 为相应的参数向量。接着, 依据倾向得分, 可以获得被处理组的平均处理效应(ATT):

$$ATT = E [Y_{1i} - Y_{0i} | D_i = 1] = \{ E [Y_{1i} - Y_{0i} | D_i = 1, p(X_i)] - E [Y_{0i} | D_i = 1, p(X_i)] | D_i = 1 \} \quad (3)$$

4 结果

4.1 回归结果

首先利用 Logit 回归和 OLS 回归分别分析医保整合对农村参保居民公平感的影响, 如表 2 所示, 模型一和模型三是未加入医保整合变量的回归结果, 模型二和模型四是加入医保整合变量的回归结果。通过结果可以发现, Logit 回归和 OLS 回归结果是一致的, 医保整合均在 0.05 水平上对农村参保居民的公平感有显著影响, 且在控制其他变量的情况下, 实现医保整合的农村参保居民的公平感要比没有实现医保整合的农村参保居民分别低 13.6% 和 7.5%。另外, 在两个回归中, 年龄、民族、社会层级均在 0.001 水平上对参保居民的公平感有显著影响, 且年龄越大, 民族为其他少数民族的及社会层级越高者, 公平感程度越高; 身体健康状况在 0.01 水平上对参保居民公平感有显著影响, 且身体健康状况越好, 公平感越强。

表 2 医保整合对农村参保居民公平感影响的 Logit 和 OLS 回归结果

| 变量 | Logit | | OLS | |
|--------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | 模型一 | 模型二 | 模型三 | 模型四 |
| 整合 | | -0.136* (0.069) | | -0.075* (0.036) |
| 性别 | 0.098 (0.052) | 0.096 (0.052) | 0.047 (0.027) | 0.046 (0.027) |
| 年龄 | 0.384*** (0.035) | 0.381*** (0.035) | 0.202*** (0.018) | 0.200*** (0.018) |
| 民族 | 0.324*** (0.087) | 0.320*** (0.087) | 0.162*** (0.044) | 0.160*** (0.044) |
| 受教育水平 | 0.007 (0.035) | 0.008 (0.035) | 0.006 (0.018) | 0.007 (0.018) |
| 政治面貌 | 0.167 (0.137) | 0.166 (0.137) | 0.039 (0.067) | 0.039 (0.067) |
| 身体健康状况 | 0.076** (0.026) | 0.075** (0.026) | 0.042** (0.013) | 0.042** (0.013) |
| 社会层级 | 0.182*** (0.017) | 0.184*** (0.017) | 0.092*** (0.008) | 0.093*** (0.008) |
| N | 5 492 | 5 492 | 5 492 | 5 492 |

注: 括号内为标准误; * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

4.2 倾向得分匹配的结果

经过倾向得分匹配方法排除选择性偏差后的更为精准的回归结果(表 3), 结果显示, T 值均大于 2, 说明结果是显著的, 实现医保整合的参保居民公平感比未实现医保整合的参保居民的程度低 10.6%, 与 Logit 回归和 OLS 回归结果是一致的。因此, 不论是 Logit 回归和 OLS 回归的方法, 还是 PSM 的方法, 均支持城乡居民医保整合降低了农村参保居民的公平感这一结论。

表 3 倾向得分匹配(PSM)结果

| 因变量 | 匹配 | 处理组 | 控制组 | 差异 | 标准误 | T 值 |
|-----|-----|-------|-------|--------|-------|-------|
| 公平感 | 匹配前 | 3.173 | 3.254 | -0.081 | 0.037 | -2.20 |
| | 匹配后 | 3.173 | 3.279 | -0.106 | 0.040 | -2.66 |

4.3 匹配的平稳性检验

为了确保 PSM 方法的估计质量, 本文在匹配后进行了平稳性检验(表 4), P-R2 的值很小。匹配前, 似然比检验在 0.001 水平上被显著拒绝, 而匹配后却未被拒绝; 标准偏差在匹配后下降, 说明本次匹配的结果稳健可信。

表 4 平稳性检验

| | P-R2 | LR 统计量 | $P > \chi^2$ | MeanBias | B |
|-----|-------|--------|--------------|----------|------|
| 匹配前 | 0.009 | 42.25 | 0.000 | 7.9 | 24.2 |
| 匹配后 | 0.000 | 0.59 | 0.997 | 1.4 | 3.6 |

4.4 结果的稳健性分析

由于医疗保险是参保者购买医疗服务的代理人, 一般情况下, 医疗保险的公平性与医疗服务的满意度之间存在正相关的关系, 所以可以通过医疗服务满意度来反映医疗保险的公平性。下面选取农村参保居民对医疗服务的满意度作为因变量进一步分析(表 5), 整合地区的农村参保居民的医疗服务满意度要低于未整合地区农村参保居民。

表 5 医保整合对农村参保居民医疗服务满意度的影响

| 变量 | 系数 | 标准误 |
|--------|-----------|---------|
| 整合 | 0.167* | (0.069) |
| 性别 | 0.041 | (0.052) |
| 年龄 | -0.134*** | (0.035) |
| 民族 | -0.333*** | (0.088) |
| 受教育水平 | 0.142*** | (0.035) |
| 政治面貌 | 0.002 | (0.130) |
| 身体健康状况 | -0.016 | (0.026) |
| 社会层级 | -0.097*** | (0.016) |
| N | | 5481 |

注: 括号内为标准误, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

5 讨论

5.1 医疗服务资源的城乡差距是导致公平感下降的主要原因

我国长期处于城乡二元分割的状态,尤其是改革开放以来,城乡的差距不断拉大,1990—2014年我国城乡卫生总费用的差距不断扩大(图1),与此同时大量的优质医疗服务资源聚集在城市,而农村居民在获取医疗服务上的便利性

和可及性远低于城市居民。^[30]城乡医保整合实现了城乡居民医保基金池的合并,在城乡医疗服务配置不均衡的背景下,城市居民在医保基金的利用上要优于农村居民。而且也有研究得出实施城乡居民医保整合后,农村居民在医疗服务支出及就诊次数上均得到了有效提升,但与城镇居民相比还存在较大差距。^[31]因此,医疗服务资源配置的城乡失衡是导致医保整合后参保居民公平感下降的主要原因。

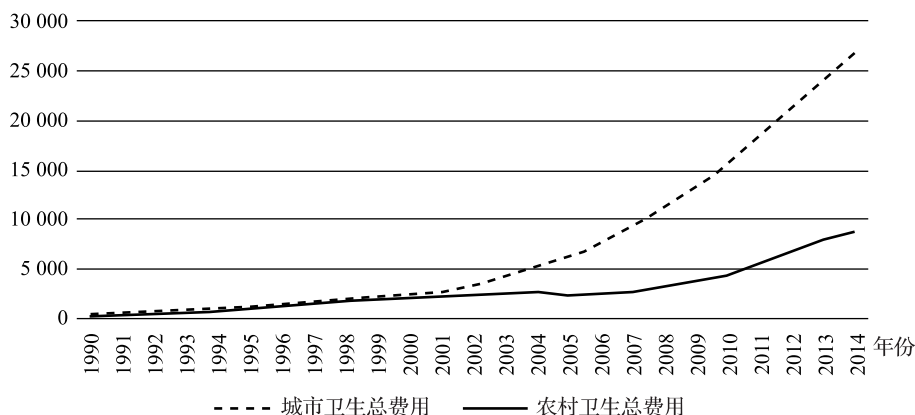


图1 1990—2014年城市和农村的卫生总费用对比

5.2 城乡居民医保投入与获得之比的差距拉大了不公平效应

依据亚当斯对公平的定义,个体在进行公平的横向比较时往往会以自己的所得和自己的付出之比与他人的所得和他人的付出之比进行比较。在城乡医保整合中,农村参保居民会以自身的医保待遇和获取医疗服务的成本之比与城市参保居民进行比较。在医保待遇方面,由于医疗服务的城乡差异,城市居民利用医保基金具有优势,所以农村参保居民会感觉城市参保居民获得了更多的医保待遇;在获取医疗服务的成本上,由于优质的医疗服务聚集在城市地区,农村居民为获得医疗服务需要付出比城市居民更多的成本,如交通费、伙食费等,所以在成本上农村参保者会觉得比城市参保者要高。在二者的共同作用下,相对于城市参保者而言农村参保者会觉得不公平。

且整合中坚持的按档缴费及待遇就高不就低等原则也是为了能够减少整合的阻碍。然而一些深层次的问题却未能涉及,如缴费责任与个人能力的关系,缴费的多寡应该由收入水平的高低来决定,整合前城市居民医保的缴费档次一般会高于农村居民,而医保整合后大多地方选择“一制多档”,这就为部分高收入群体选择缴纳低档留下了政策空间;再如医疗服务利用与待遇享受之间的关系等,整合前城乡居民各自使用分设的基金池,整合后城乡居民医保基金池合并,导致接近优质医疗服务的城市居民会更多地使用医保基金。因此医保制度改革单兵突进未能与医疗资源改革相结合,难以发挥医保制度改革应有的效应。

5.3 机械式的城乡居民医保整合未能有效发挥制度改革效应

当前城乡居民医保制度整合仅仅是初步的整合,主要基于两种保险制度的共性多而易于整合^[32];

6 结论与建议

整合城乡居民基本医疗保险制度是实现全国医保一体化的重要一步,当前关于医保整合的研究既存在共识,也存在分歧,而分歧的核心体现在医保整合与公平性的关系上。本文利用中国综合社会调查(CGSS)2015年的数据,通过Logit回归和

PSM 分析得出整合城乡居民基本医疗保险降低了农村参保居民的公平感。从理论层面和实际层面来看,医保整合降低了农村参保者的公平感的主要原因是当前城乡医疗服务资源配置的不均衡,因此为了提升农村参保者的公平感,当前城乡医保改革需要与医疗服务资源配置改革相结合,利用城乡融合发展的有利背景,实现城乡医疗服务资源的均衡配置和城乡医保的融合发展。基于此,本文提出如下几点建议:

6.1 实现城乡医疗服务资源的均衡配置

公平利用医疗服务是确保医保公平的重要支撑,而我国医疗服务资源呈现城强乡弱的格局,农村医疗资源的不足和低效是主要矛盾,因此改变当前城乡医疗资源不均衡状况的关键是要增强农村地区的医疗服务水平。首先,要加快分级诊疗的步伐,实现优质医疗资源的下沉,增强农村居民医疗服务的可及性。其次,财政用于城乡卫生的支出比例需要有所改变,适当增加对农村地区,尤其是偏远农村地区的财政投入。三是加快公立医院改革进度,对公立医院和社会办医一视同仁,鼓励医生自由执业,增强农村居民的可选择性。最后,利用乡村振兴战略和城乡融合发展的有利契机,实现城乡医疗服务资源的协调和均衡推进。

6.2 加快城乡医保制度的融合发展

城乡医保待遇上的差距是一种不平等的体现,并非简单的不公平问题。当前城乡医保制度需要从机械型整合向实质型融合方向转变,探索制度整体性的框架设计,一是全民医保已经是共识,平等的健康权是实现城乡医保融合的逻辑起点。二是在缴费端上,要实现参保者各尽所能,这才是医保公平之要义,而不能只看结果论公平。当前由于医保制度的分割,不能简单地用城乡医保制度之间的差距进行对比,而忽视了缴费端人人尽责的问题,应该尽快实现缴费多寡与人均可支配收入的高低相关联。三是在待遇端上,在保证参保者缴费公平和医疗服务利用公平的前提下,实现参保者待遇的相对平等,也就是要坚持同病种同待遇的原则,加强医保支付方式改革与之配合。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 王国惠, 尚连山. 城乡居民医疗保险差异性分析——从公平理论角度探讨[J]. 经济问题, 2013(8): 87-91.
- [3] 郑功成. 从整合城乡制度入手建设公平普惠的全民医保[J]. 中国医疗保险, 2013(2): 8-10.
- [4] 熊先军. 整合城乡居民医保 意在公平[N]. 人民政协报, 2016-02-25(003).
- [5] Su M, Zhou Z, Si Y, et al. Comparing the effects of China's three basic health insurance schemes on the equity of health-related quality of life: using the method of coarsened exact matching[J]. Health & Quality of Life Outcomes, 2018, 16(1): 41.
- [6] 何文炯. 从“人人享有”到“人人公平享有”——社会医疗保险需要解决四大问题[J]. 中国医疗保险, 2012(1): 13-16.
- [7] 仇雨临, 张鹏飞. 从“全民医保”到“公平医保”:中国城乡居民医保制度整合的现状评估与路径分析[J]. 河北大学学报(哲学社会科学版), 2019, 44(2): 128-138.
- [8] 李珍. 重构医疗保险体系 提高医保覆盖率及保障水平[J]. 卫生经济研究, 2013(6): 5-11.
- [9] 袁涛, 仇雨临. 从形式公平到实质公平:居民医保城乡统筹驱动路径反思[J]. 社会保障研究, 2016(1): 55-60.
- [10] 王超群, 李珍, 刘小青. 中国医疗保险制度整合研究[J]. 中州学刊, 2015(10): 69-73.
- [11] 雷咸胜, 崔凤. 城乡居民基本医疗保险制度整合与完善[J]. 西北农林科技大学学报(社会科学版), 2016, 16(5): 1-7.
- [12] 申曙光, 彭浩然. 全民医保的实现路径——基于公平视角的思考[J]. 中国人民大学学报, 2009, 23(2): 18-23.
- [13] Saltman. Social health insurance systems in Western Europe [M]. Open University Press, 2013.
- [14] 李珍, 黄万丁. 全民基本医保一体化的实现路径分析——基于筹资水平的视角[J]. 经济社会体制比较, 2017(6): 138-148.
- [15] 李珍, 赵青. 制度变迁视角下的城镇职工基本医疗保险公平性评估[J]. 北京社会科学, 2014(7): 31-37.
- [16] 侯小娟, 郑倩昀, 初可佳. 新型农村合作医疗保险公平性研究——基于广州市 A 区的实证分析[J]. 金融经济研究, 2014, 29(1): 57-66.

- [17] 李扶摇, 王红漫. 京津冀社会基本医疗保险公平性研究[J]. 中国软科学, 2016(6): 129-135.
- [18] 马蔚姝. 天津市基本医疗保险制度公平性评价[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(7): 41-45.
- [19] Jehu-Appiah C, Aryeetey G, Spaan E, et al. Equity aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who is enrolling, who is not and why? [J]. *Social Science & Medicine*, 2011, 72(2): 157-165.
- [20] Bachmann M O. Would national health insurance improve equity and efficiency of health care in South Africa? [J]. *South African Medical Journal*, 1994, 84(3): 153-157.
- [21] Aggarwal A. Achieving Equity in Health through Community-based Health Insurance: India's Experience with a Large CBHI programme [J]. *Journal of Development Studies*, 2011, 47(11): 1657-1676.
- [22] Glazier R H, Agha M M, Moineddin R, et al. Universal Health Insurance and Equity in Primary Care and Specialist Office Visits: A Population-Based Study [J]. *The Annals of Family Medicine*, 2009, 7(5): 396-405.
- [23] Hajizadeh M, Connelly L B. Equity of Health Care Financing in Iran: The Effect of Extending Health Insurance to the Uninsured [J]. *Oxford Development Studies*, 2010, 38(4): 461-476.
- [24] Yip W, Berman P. Targeted health insurance in a low income country and its impact on access and equity in access: Egypt's school health insurance [J]. *Health Economics*, 2010, 10(3): 207-220.
- [25] Liu X, Tang S, Yu B, et al. Can rural health insurance improve equity in health care utilization? a comparison between China and Vietnam [J]. *International Journal for Equity in Health*, 2012, 11(1): 1-10.
- [26] Odeyemi, Nixon. Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: a review-based comparative analysis [J]. *International Journal for Equity in Health*, 2013, 12(1): 9.
- [27] Aryeetey G C, Jehu-Appiah C, Spaan E, et al. Costs, equity, efficiency and feasibility of identifying the poor in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of various strategies [J]. *Tropical Medicine & International Health*, 2012, 17(1): 43-51.
- [28] Yu C P, Whynes D K, Sach T H. Reform towards National Health Insurance in Malaysia: The equity implications [J]. *Health Policy*, 2011, 100(2-3): 256-263.
- [29] Rosenbaum P, Rubin D. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects [J]. *Biometrika*, 1983, 70(1): 41-55.
- [30] 雷咸胜. 城乡居民医疗服务满意度比较研究——基于CGSS(2015)数据的实证分析[J]. *农业技术经济*, 2019(4): 16-28.
- [31] 黄远飞, 张家业. 城乡医保整合对农村居民医疗服务利用的影响——以广州市为例[J]. *中国公共政策评论*, 2017, 12(1): 34-52.
- [32] 彭晓博, 孟伟, 朱恒鹏. 城乡居民医保制度融合基础与困难[J]. *中国社会保障*, 2014(12): 71-73.

[收稿日期:2019-09-12 修回日期:2019-11-12]

(编辑 赵晓娟)