

中国城镇居民基本医疗保险初期评价 ——谁参保、谁受益、谁满意

林莞娟 刘国恩 熊先军 陈钢

摘 要 城镇居民基本医疗保险（以下简称“城居保”）是国务院进行医疗体制改革最新举措，2007年夏开始在全国79个城市开展试点工作。本研究采用国务院城镇居民基本医疗保险试点评估入户调查基线数据，是第一篇从经济学角度对城居保进行分析的论文。我们主要关心三个问题：谁参保、谁受益、谁满意。研究结果如下：首先，我们发现参保存在逆选择问题，具体来看，过去一年内曾住过院的人群更倾向于参加城居保。此外，经济原因依然是束缚贫困人群参保的重要因素。第二，城居保在减轻医疗费用负担、促进主动就医方面有积极的贡献，其中低收入和过去一年住过院的人群更加明显地感觉到医疗费用负担的减轻。第三，总体来说，人们普遍对城居保比较满意，其中低收入人群对城居保更满意。

关键词 中国，城镇居民医疗保险，医疗改革

林莞娟，通讯作者，北京大学光华管理学院应用经济学系助理教授，电邮：wlin@gsm.pku.edu.cn，wanchuan@gmail.com；刘国恩，北京大学光华管理学院经济学教授，电邮：ggliu@unc.edu，gordon@gsm.pku.edu.cn；熊先军，中国医疗保险研究会秘书长，电邮：xiongxianjun@molss.gov.cn；陈钢，北京大学中国医药经济研究中心访问学者，电邮：chengang1029@gmail.com。

基金项目：国务院城镇居民基本医疗保险试点评估入户调查（2007）支持项目（SMA20070947）。

Extending Health Insurance to All Urban Population: An Impact Evaluation of China's Urban Resident Basic Medical Insurance

Wanchuan Lin, Guanghua School of Management, Peking University

Gordon G. Liu, Guanghua School of Management, Peking University

Xianjun Xiong, China Health Insurance Research Association

Gang Chen, China Center for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, Peking University

Abstract

As the latest government effort to reform China's healthcare system, Urban Resident Basic Medical Insurance (URBMI) was piloted in seventy-nine cities during the summer of 2007. This study presents the first economic analysis of URBMI, following a national household survey in nine representative Chinese cities. The survey aimed to answer three questions: Who is covered by the plan? Who gains from the plan? Who is most satisfied with the plan? We have found that firstly, those who are richer and those with any inpatient treatment last year are more likely to enroll in URBMI. Secondly, in reducing financial barriers to care, URBMI most significantly benefits the poor and those with previous inpatient care. Finally, those participants in the bottom twenty percent of family incomes are happier with URBMI than are their more affluent counterparts.

Key words: China, Urban Resident Basic Medical insurance, Medical reform

JEL classification I10, D10, R20

一、引言

伴随着经济的快速转型及医疗费用的迅速增长，中国的医疗体制面临着前所未有的挑战：第一，中低收入家庭承担医疗费用有较大的困难（Liu, 2004）；第二，因病致贫、因病返贫现象持续存在（Liu *et al.*, 2003）；第三，城乡人口、贫富人口医疗保险覆盖不均（Zhao, 2006）。为了克服这些困难，构建和谐社会，国务院进行了一系列医疗体制改革，而本研究关注的是 2007 年夏启动的最新改革措施——城镇居民基本医疗保险（以下简称“城居保”）。

2007 年以前，中国基本医疗保险体系由两个医疗保险政策构成：一个是城镇职工享受的城镇职工基本医疗保险（以下简称“城职保”）；另一个是农村人口享受的新型农村合作医疗体系（以下简称“新农合”）。截止 2007 年底，城职保参保人数超过了 1.8 亿，新农合参保人数超过了 7.2 亿（中国国家统计局, 2008）。4.2 亿城镇非从业居民作为第三类人群，却不在任一保险政策的保障范围内。而这部分人群又主要是由城镇非从业人员构成的弱势群体，他们可能非常迫切地需要医疗保险的保障。为了保障他们的医疗需求，中央发布了国发〔2007〕20 号文件，在全国 79 个城市开展了一场大规模的城镇居民基本医疗保险的试点工作。城居保政策的目标是在 2009 年前试点城市达到 80% 以上，2010 年在全国全面推开，逐步覆盖全体城镇非从业居民（国务院, 2007）。

为了及时评价各地政策实施效果，受国务院城镇居民基本医疗保险试点评估专家组委托，北京大学光华管理学院牵头成立了由中国医疗保险研究会、清华大学、中国人民大学、华中科技大学、天津大学等院校组成的入户调查课题组，在全国范围内展开了一次大规模的入户调查（北京大学光华管理学院, 2008）。本研究旨在利用此基线调查数据，通过实证研究回答政策制定者最关心的三个问题：哪一类人群参加城居保的积极性最高？哪一类人群从城居保中有所受益，这些受益是通过哪些方面的改善所体现的？哪一类人群对城居保最为满意？

我们认为对“谁参保、谁受益、谁满意”这三个问题的研究具有重要的政策价值。第一，作为一项以自愿参保为原则的医疗保险，参保人数增加可以增大了保险的抵抗风险能力。然而，若参保人员存在严重的逆选择问题，那么必然增加保险透支的危险。作为政策制定者，需要对此信息有一定的了解与认识。此外，了解未参保人员的未参保原因可有针对性地开展宣传，调整实施方案等进一步吸引符合资格的人群纳入保险范畴。第二，加入城居保后，参保者是否能够受益，如在患病时是否能够切实减轻其疾病经济负担，对于参保者的持续参保，即对保险的可持续性开展具有重要影响。第三，参保后是否满意也同样决定了参保的持续性。上述分析均有助于为政策制定者完善政策提供实证依据，为早日实现全民医保提供有效建议。

二、文献回顾

（一）城职保

作为城镇居民的主要保险政策，城职保资金充足，管理有序，可持续性也比较强。有很多关于城职保的研究从可及性、成本、公平等角度衡量了它的实施效果。

Liu and Cai (1999) 以及 Liu *et al.* (1999) 使用镇江市的年度职工调查数据分析了城职

保带来的医疗总费用和医疗服务利用率的变化。两个研究一致表明，城职保增加了较为便宜的门诊服务利用率而减少了较为昂贵的住院服务与急诊服务利用率。这些变化对节省医疗服务成本是很有帮助的。Yip and Hsiao (1997) 的研究也报告了类似的结果。

另外一些研究从横向公平和纵向公平两个角度对城职保的公平性进行了分析。横向公平要求同样需求的人有同样的机会获得医疗服务，纵向公平要求不同需求的人应该得到不同的治疗 (Alberts *et al.*, 1997; Gerdtham, 1997; Smaje and Le Grand, 1997)。横向公平和纵向公平又均从两个角度进行衡量：医疗服务的可及性和医疗服务的筹资。

Liu *et al.* (2002) 从医疗服务可及性是否公平的角度评估了城职保。该研究发现，城职保实施后，弱势群体的门诊服务利用率有了很大的提高。这一提高反映了医疗服务可及性的横向公平的改善。此外，城职保增加了所有医疗服务的纵向公平。但是，在利用昂贵医疗服务和先进诊断技术上，弱势群体在城职保实施后仍然处于不利地位。

医疗服务的筹资公平是指，医疗服务的实际花费应该与家庭的可支付能力成比例。对筹资公平的研究通常是结合了家庭可支付能力和医疗花费来看的，比如低收入家庭是否比高收入家庭在同样条件下支付的医疗费用要少一些。一些研究发现城职保可以增进医疗服务的筹资公平。比如，刘国恩等 (2003) 分析了城职保实施后就诊时个人自负医疗费用的重新分配。他们发现，这一费用在所有人中都有所增长，而且在弱势群体中的增长也并不比其他群体高。Yi *et al.* (2005) 发现设计有个人医疗存款帐户和社会统筹医疗基金模式¹的城职保可以增进医疗保险的筹资公平，但低收入人群的医疗费用负担仍然比高收入人群要沉重。吴成丕 (2003) 研究了 1999 到 2001 年威海市的数据库，他们的研究发现，世界卫生组织所使用的“筹资分布公平性指标”²在实行了城职保后有所提高。

总之，从以上的研究中，我们可以发现城职保在减轻居民医疗服务费用上有积极的贡献。城职保增加了较为便宜的门诊服务的利用率和个人自负医疗费用，减少了比较昂贵的住院服务和急诊服务的利用。城职保在基本医疗服务的可及性和筹资两方面改善了横向公平，同时也保持了纵向公平。

(二) 新农合

对于新农合，Mao (2005) 和 Brown *et al.* (2008) 对各地的政策模式、变化和影响做了详细的综述。

另有一些实证研究针对新农合和医疗服务利用与受益是否存在因果关系进行了分析。高建民和陈钢 (2007) 利用中国互助医疗项目³陕西省镇安县 2005 年的横断面数据分析了互助医疗是否改善了参保农民的就医可及性。其研究发现互助医疗显著提高了参保居民的门诊服务利用，尤其对自评健康较好者改善最为显著；互助医疗对住院服务利用改善不显著。Yip *et al.* (2008) 使用中国互助医疗项目贵州省数据发现该政策增加了门诊服务的利用，并减少了自我药疗。此外，该实验项目的对照组所实施的新农合对门诊服务和自我药疗没有显著影响。Lei and Lin (2009) 用中国健康与营养调查 (CHNS) 面板数据研究了新农合对医疗服务与

1 个人医疗存款帐户是指用于参保人看病的专用帐户。具体到说，是指职工个人缴纳的医疗保险费用与用人单位为职工缴纳的医疗保险费的一定比例一并计入职工个人名下，单独列帐，用于保障职工基本医疗需要的专项医疗经费。个人帐户中的本金和利息均归职工个人所有，只能用于医疗支出。社会统筹医疗基金是指用人单位为职工缴纳的医疗保险费中，扣除个人帐户后的其余部分。社会统筹医疗基金属于全市参保人员，针对大病补偿，由社会保险机构集中管理，统一调剂使用。

2 筹资分布公平性指标是世界卫生组织定义的一个指数，为医疗服务费用占家庭全部开支的比例。

3 中国农村互助医疗是哈佛大学在中国农村开展的一项解决农民健康保障问题的重要研究项目，是根据目前中国西部农村地区所面临的基本问题，与卫生改革的相关理论如经济理论、社会学理论、管理学理论等，以及中国和国际实践经验相结合，从需求、供给和政府等多方面同时入手而设计的一种解决中国农村卫生问题的综合模式。也可以认为是新型农村合作医疗的模式之一。

健康的影响,研究发现新农合显著增加了参保人员对保健服务的使用,但并没有增加对正规医疗服务的使用,参保人员健康状况也没有明显得以改善。

相反地,Wagstaff *et al.* (2009) 基于 2003 年实施新农合的 189 个县的数据发现,总体而言,新农合在全国范围内增加了门诊服务和住院服务的利用,但这一增加在富裕家庭幅度更大(在富裕家庭中,医疗服务的利用有所增加;而在贫困家庭中,维持原状)。他们还发现,贫困家庭的参保率较低,有慢性病患者的家庭参保率较高。此外,弱势群体在改革后就昂贵医疗服务和先进诊断仪器的利用方面仍然处于不利地位。

Wang *et al.* (2005) 对于参保者受益的研究有类似的发现。他们运用贵州省开阳县冯三镇 2002 年家庭调查的数据,发现无论保费如何低,总存在一些低收入家庭无力负担,也因此无法参加农村合作医疗。此外,在共付率⁴较高的情况下,从合作医疗受益最大的是富裕农户。

从这些研究中我们发现,富裕的群体从新农合中受益较大,而弱势群体在某些医疗服务的利用上仍然遭遇着不平等。但对于新农合在门诊服务、住院服务、自我药疗方面的作用目前尚无定论。为什么会有这些分歧呢?一个可能的解释是这些研究均针对某一地区的政策实施情况进行分析,而没有统观全国、综合考虑;既然各地政府有权自行设计实施新农合,各地新农合的效果也会有较大差异。

(三) 城居保

对城居保的研究非常有限。丁敬芳等(2008)详细比较了 11 个省的城居保的实施情况,发现 11 种模式的最主要区别体现在参保人群、参保方式、筹资和费用补偿三个方面。代志明(2008)分析了郑州市城居保的盈余,认为在盈余存在的情况下,政府应该提高补偿标准,降低起付线和共付率来维持参保者的热情。仇雨临等(2009)通过浙江省天台县的调研数据,分析了城居保满意度的影响因素。研究发现医院的医疗条件是影响满意度最大的因素而报销比例则是最受居民关注的因素。

三、城居保政策介绍

2007 年以前,中国基本医疗保险体系仅包括城职保和新农合,覆盖了中国 9 亿人口(孙祁祥等, 2007)。但是, 4.2 亿城镇非从业居民却无法加入上述任一保险。而由于没有正式职业,这一群体可能是面对疾病风险最无抵御能力的人群。他们如果不能参加政府资助的医疗保险,无疑是恶化了医疗服务的不公平性。

近年来,中央逐渐意识到了这一问题的严重性,并开始尝试为这 4.2 亿人建立合适的医疗保障制度。2006 年 9 月,经国务院批准,由国家发改委、卫生部、财政部牵头,劳动和社会保障部、民政部等 14 个部委(后增加至 16 部委)组成医疗体制改革协调小组,联合开展工作。2007 年 7 月,国务院发布了国发〔2007〕20 号文件,正式启动了城居保的试点工作。在这一政策的指引下,城职保、城居保和新农合将共同为全体中国居民提供医疗保障。

(一) 参保范围

4 共付率(copayment)是指在保险补偿中个人需要自行支付的比例。这一规定是为了防止道德风险的发生,即投保人虽然可以得到补偿,但自己也需要相应地付出一定成本,便不会刻意承担不必要的损失以获得补偿。

根据国发〔2007〕20号文件，城居保的覆盖范围主要是“不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段的学生（包括职业高中、中专、技校学生）、少年儿童和其他非从业城镇居民”。城居保的参保要求一户内符合参保条件的居民以户为单位，自愿参保。以人为单位强制参保虽然可减少逆向选择，但也会带来高昂的管理费用，所以以户为单位自愿参加是一折衷方案。

（二）筹资水平、缴费和补助

依据国务院政策，城居保的保费标准高于新农合，低于城职保。政府补助多少则由当地居民家庭和财政的负担能力而定。中央规定，对试点城市的参保居民，政府每年按不低于人均40元给予补助，其中，中央财政从2007年起每年通过专项转移支付，对中西部地区按人均20元给予补助。在此基础上，对丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭、60周岁以上的老年人等困难居民参保所需家庭缴费部分，政府每年再按不低于人均60元给予补助。同时，地方政府有权限根据当地具体情况自行制订城居保管理办法。各地医疗保险管理局负责设定筹资标准（国务院，2007）。初步调查显示，2007年在试点城市，成年人筹资标准平均为236元；未成年人筹资标准平均为97元；财政对成年人和未成年人补助标准占筹资标准的平均比例分别为36%和56%。（城镇居民基本医疗保险试点评估专家组，2008）

（三）费用支付

全国平均来看，城居保的政府补助覆盖了参保者15%的医疗开支，参保者个人支付保费的补偿覆盖了25%的医疗开支。剩下的60%需要个人在就诊时自行支付。城居保主要针对住院费用设计，平均覆盖了45%的住院相关花费，每人住院可得补偿高至1436元（城镇居民基本医疗保险试点评估专家组，2008）。尽管大部分地区的城居保不报销门诊服务费用，但在一些富裕地区，城居保也逐渐扩展到门诊服务的报销上。

四、数据和结果

（一）入户调查

2007年，受国务院城镇居民基本医疗保险试点评估专家组委托，以北京大学光华管理学院为首的课题组在首批试点城市中开展了国务院城镇居民基本医疗保险试点评估入户调查。根据研究计划，基线调查在2007年12月展开，并在2008、2009、2010分别进行三轮随访调查。

调查内容主要包括社会人口学特征、健康状况、医疗服务需求与利用、医疗服务费用、医疗保险相关信息、家庭经济状况等。在79个试点城市中，在对人均国内生产总值、全市年末人口数，人均筹资额度，上年度人均城镇职工基本医疗保险统筹基金支出，人口密度，人均床位数及人均医生数共七个指标进行聚类分析后，随机挑选出九个有代表性的城市——内蒙古自治区包头市、湖南省常德市、四川省成都市、吉林省吉林市、浙江省绍兴市、新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市、福建省厦门市、青海省西宁市及山东省淄博市作为样本城市。基线调查为期3周，采用多阶段、概率与规模成比例抽样（PPS）方法，共在九个样本城市调查了42个区（县），100个街道（办事处），141个社区（居委会），成功调查11674户、

32989 人⁵。

由于各地政府基于自身财政状况及医疗服务需求设计保险的福利包，城市间的政策大不相同。表 1 从起始日期、参保资格、筹资、福利包四个方面详细介绍了九个样本城市的城居保政策。

表 1 第 3 列显示，这九个城市的城居保的启动时间最早为成都市的 2006 年 10 月，最晚为包头、常德及淄博的 2007 年 10 月。表 1 第 5 列标出了城居保对流动人口的相关政策，可以发现，绝大多数城市未覆盖流动人口，仅厦门市及乌鲁木齐市在医保政策中明文规定对外来打工人员的子女有所照顾。

表 1 还分别列举了九个城市的筹资策略。表中显示，城居保的筹资主要为个人支付的保费。对于工作年龄的无业居民，人均年筹资额从厦门市的 110 元至绍兴市的 300 元不等。其余部分来自中央及地方各级财政，而地方财政补助高于中央财政。九个城市中厦门市各级政府财政补助总额最高，达到人均 460 元/年，其他八个城市从 40 元至 100 元不等。随着中央在 2009 至 2011 三年内对医改财政投入 8500 亿资金计划的逐步落实（魏恒, 2009），以及对政府主导公共医疗保险的承诺（深化医药卫生体制改革部际协调工作小组, 2008），这种以个人缴费为主的筹资模式在今后几年可能将逐步转变为以政府财政补助为主的模式。

表 1 最后 8 列总结了九个城市对住院、门诊、急诊及免费体检的福利包设计细则。纵观九个城市政策可发现，首先，居民享受的保险补偿待遇与城市的经济发展水平呈正比，如厦门市居民的保险报销待遇在九个城市中最好。其次，福利包的设计还体现出城居保希望使病患依据病情主动分流的意图，即随着医疗机构级别的提升，起付线上升、报销比例降低。第三，报销比例随医疗总费用增加而增加。另外，对于门诊服务，城居保在绝大多数城市仅针对门诊大病或慢性病进行补偿，仅在厦门、西宁和淄博三个城市对普通门诊费用也予以报销。

另一方面，预防保健未列入城居保补偿的范围内，但也有少数城市开始注意到预防保健的作用，如厦门市政策规定，若去年一年未利用城居保，则今年可免费体检一次。部分居民，尤其是文化程度较低者，可能还未体会到参保目的在于避免大病所造成的严重经济负担，从而参保热情不高。类似地，部分缴费后未使用过医保的居民可能会觉得钱白交了，从而退保。而通过给予未使用医保的居民一些优惠措施，如免费体检，一方面做到了疾病的早发现、早诊断、早治疗；另一方面扩大了保险的受益面，增加了满意度，维持了参保率，这对医保的可持续发展是相当重要的。

⁵ 本次调查基于严格的论证及质量控制，详见附录 3。

表1 样本城市城居保政策归纳表

城市/省份	地区	起始日期	参保准则		筹资/每人每年（元）					福利包							
			一般标准	流动人口	中央财政	省财政	市财政	区县财政	个人	住院			门诊			急诊	免费体检
										起付线	报销比	封顶线	常频	慢性病或重病	意外伤害事故		
包头市/内蒙古自治区	西部	2007/10/1	①市中专院校、中技、普通高中、职业高中、初中、小学和特殊学校的在校学生（以下简称在校学生）；②具有我市辖区内非农业户口，未参加城镇职工基本医疗保险且男年满60周岁、女年满55周岁以上无从业经历的居民、法定劳动年龄段内的重症残疾人和18周岁以下非在校居民	否	20元	10元	20元	20元	①城镇居民：170元； ②在校学生及18周岁以下非在校居民：50元	①市外医疗机构：700元；②市内三级、二级、一级医疗机构及社区卫生服务机构分别为：600元、500元、400元及100元	统筹基金起付线以上符合规定的医疗费用，依据医疗机构级别及医疗费用级距报销45%-70%不等	30000元	否	否	仅学生	仅学生	否
常德市/湖南省	中部	2007/10/1	①在校的中小學生（包括职业高中、中专、技工学校）和城镇居民未滿18周岁的不在校子女（以下与在校的中小學生一起简称居民子女）；②18周岁至60周岁的非从业城镇居民；③60周岁以上，未纳入城镇职工基本医疗保险覆盖范围的城镇居民	否		40元 ¹			①城镇居民：160元； ②居民子女：40元	三级、二级、一级医疗机构分别为：600元、200元及100元	统筹基金起付线以上符合规定的医疗费用，依据医疗机构级别报销40%-65%不等	①城镇居民：30000元； ②居民子女：50000元	否	城镇居民；恶性肿瘤、肾功能衰竭、器官移植、再生障碍性贫血、精神分裂症、脑部疾病全瘫等6种疾病	仅居民子女	仅居民子女	否
成都市/四川省	西部	2006/10/1	①中小學校（含中专、技校、职校、特殊教育学校）在册学生、托幼机构在园幼儿；②具有本市户籍或本市居住证和父母一方具有本市户籍或本市居住证的18周岁以下的散居学龄前儿童和因病（残）未入学的少年儿童；③年滿18周岁以上从业年限内非从业的本市户籍的城镇居民；④男年滿60周岁、女年滿50周岁以上未参加城镇职工基本医疗保险的本市户籍的城镇居民	否	20元	7元	18元 ¹		①城镇居民：275元 ² ； ②中小學生、婴幼儿：35元 ³	①城镇居民：参照城职工标准，略有下调，三级、二级、一级医疗机构及社区卫生服务机构分别为：2708元、1805元及564元 ⁴ ； ②中小學生、婴幼儿：0	①城镇居民：统筹基金起付线以上符合规定的医疗费用，依据医疗机构级别报销50%-65%不等； ②中小學生、婴幼儿，依据医疗费用级距报销65%-90%不等	①城镇居民：51156元 ⁵ ； ②中小學生、婴幼儿：8000元	否	①城镇居民：恶性肿瘤的门诊放疗、化疗；慢性肾功能衰竭的门诊透析；肾移植术后的抗排斥药物治疗；慢性白血病；再生障碍性贫血；帕金森氏症；红斑狼疮；肝硬化；精神分裂症；其他必须长期不间断地进行门诊治疗并且每季度门诊药品费用超过本市上年度职工平均工资15%以上的病种； ②少年儿童：在上述病种基础上再增加血友病、患苯丙酮尿症	否	可	否
吉林市/吉林省	中部	2007/4/13	不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段的学生（包括职业高中、中专、技校学生）、少年儿童和其他非从业城镇居民 ^{6、7} 。	否	20元	12元	5元	3元	①城镇居民：160元； ②学生、儿童：30元 ⁸	①城镇居民：按省级及省级以上医疗机构、市级医疗机构、县（市）区级（含下级）依次为900元、600元、300元； ②学生、儿童：无	①城镇居民：起付线以上最高支付限额以下的医疗费用，依据医疗机构级别及医疗费用级距报销30%-60%不等； ②学生、儿童：因疾病发生的医疗费，符合城镇居民基本医疗保险支付范围的，依据医疗费用级距报销50%-50%	①城镇居民：45000元； ②学生儿童：60000元	家庭帐户限额内的记账门诊医疗待遇	3种大病病种：恶性肿瘤门诊放疗、化疗、慢性肾功能衰竭的肾透析和器官移植后抗排斥医疗费用	学生在校期间、儿童在幼儿园期间，发生的符合规定的属于意外伤害的（按照民事诉讼法规定应由相关责任人承担的费用除外）门诊医疗费	学生在校期间、儿童在幼儿园期间，发生的符合规定的属于意外伤害的（按照民事诉讼法规定应由相关责任人承担的费用除外）急诊医疗费	否
绍兴市/浙江省	东部	2007/1/26	(1) 城镇居民：①非户籍且未参加市区城镇职工基本医疗保险或异地医疗保障的18周岁及以上人员（不含市区在校生）；②市区非户籍的被征地农民，可自行选择参加市区新型农村合作医疗或本医疗保障，但不能同时对参加两种医疗保障；(2) 未成年人（含在校学生，下同）；③市区学校、幼儿园在册的学生儿童 ⁹ ；④市区非户籍未滿18周岁且未入学校、幼儿园就读的人员；⑤市区非户籍未滿18周岁因故在市区外学校、幼儿园就读的人员	否	0元	0元		0元	①城镇居民：100元； ②老年居民（60周岁及以上）：200元； ③未成年人：60元	①城镇居民：300元； ②老年居民（60周岁及以上）：200元； ③未成年人：50元	①城镇居民：起付线以上最高支付限额以下的医疗费用，依据医疗费用级距报销45%-55%不等； ②未成年人：起付线以上最高支付限额以下的医疗费用，依据年龄分组（是否已滿6周岁）及医疗费用级距报销60%-90%不等	①城镇居民：80000元； ②未成年人：100000元	否	10种特殊病种：恶性肿瘤放疗、化疗；尿毒症透析；组织器官移植后抗排斥治疗抑制剂；脏器功能衰竭症（心、肺、肝、脑、肾）；脑血管意外恢复期；高血压病III期（有心、脑、肾并发症之一者）；糖尿病（合并感染或心、肾、眼、神经系统并发症之一者）；慢性再生障碍性贫血；系统性红斑狼疮（有心、肺、肾、肝及神经系统并发症之一者）；精神病	否	否	2008年9月30日前参加市区城镇居民和未成年人医疗保障人员

表1 样本城市城镇居民基本医疗保险政策 (续)

城市/省份	地区	起始日期	参保范围		筹资/每人每年(元)					福利包							
			一般标准	流动人口	中央财政	省财政	市财政	区财政	个人	住院		门诊			急诊	免费体检	
										起付线	报销比	封顶线	常规	慢性病或重病			意外伤害
厦门市/福建省	东部	2007/1/1	(1) 城镇居民: ①男60周岁、女55周岁以上; ②持有《中华人民共和国残疾人证》的残疾人; ③持有《厦门市最低生活保障金领取证》并享受城镇居民最低生活保障待遇的人员; (2) 未成年人: ①具有本市户籍, 年龄在18周岁以下的未成年人; ②经政府有关部门批准设立的高中、中专、特殊教育学校、技校、职校等学校中具有本市户籍, 年龄在18周岁以上的在籍学生; ③在本市小学、初中和普通高中就读的非本市户籍在籍学生, 其父亲或母亲与本市用人单位签订劳动合同, 并缴纳了社会保险费的	在本市小学、初中和高中就读的在册学生, 其父亲或母亲与本市用人单位签订劳动合同, 并缴纳了社会保险费的	0元	0元	①城镇居民: 230; ②未成年人: 25元 ¹⁰	①城镇居民: 230; ②未成年人: 25元 ¹⁰	①城镇居民: 179元10; ②未成年人: 80元	①城镇居民: 三级、二级、一级医疗机构分别为: 1277元、766元及255元 ¹¹ ; ②未成年人: 无	①城镇居民: 起付线以上最高支付限额以下的医疗费用, 依据医疗费用等级及医疗机构级别报销55%-85%不等; ②未成年人: 依据医疗费用等级及医疗机构级别报销55%-85%不等;	53000元	可	否	否	否	在一个医疗保险年度内参保居民未发生医疗费用的, 可在下一医疗保险年度到规定的定点医院免费体检一次
西宁市/青海省	西部	2007/7/18	具有西宁市城镇户籍未参加城镇职工基本医疗保险的城镇居民, 包括未成年人、老年人、大中专院校在校学生、职工家属、无业人员、转为城镇户籍的农民以及城镇其他非农业人员	否	①19-59岁男性和19-54岁的女性居民: 0元; ②60岁以上男性和55岁以上女性居民: 0RMB; ③18岁以下居民: 0元	①19-59岁男性和19-54岁的女性居民: 35元; ②60岁以上男性和55岁以上女性居民: 70元; ③18岁以下居民: 56元	①19-59岁男性和19-54岁的女性居民: 7.5元; ②60岁以上男性和55岁以上女性居民: 15元; ③18岁以下居民: 12元	①19-59岁男性和19-54岁的女性居民: 7.5元; ②60岁以上男性和55岁以上女性居民: 15元; ③18岁以下居民: 12元	①19-59岁男性和19-54岁的女性居民: 110元; ②60岁以上男性和55岁以上女性居民: 60元; ③18岁以下居民: 80元; ④全日制大中专院校在校学生: 80元 ¹²	省级医疗机构(含部队医院)、市级医疗机构、社区卫生服务中心(县、区、一级医疗机构)分别为: 450元、350元及250元	依据医疗机构级别报销40%-60%不等	30000元	可	7种特定病(2008年9月1日起): Ⅱ型糖尿病、高血压Ⅲ期、冠心病(陈旧性心肌梗塞)、癌症放化疗和镇痛治疗、尿毒血液透析、器官移植后的抗排治疗	否	否	否
乌鲁木齐/新疆维吾尔自治区	西部	2007/9/26	①具有本市城镇户籍、不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围内的中小学阶段的学生(含职业高中、中专、技工学校学生,下同)、学龄前儿童和其它非城镇户籍居民; ②长期随父母在本市上学、生活的农民工子女, 未参加户籍所在地新型农村合作医疗的	长期随父母在本市上学、生活的农民工子女, 未参加户籍所在地新型农村合作医疗的	60元 ¹		①城镇居民: 110元; ②学龄前儿童、小学生: 20元	①城镇居民: 110元; ②学龄前儿童、小学生: 20元	三级、二级、一级医疗机构(含社区卫生服务中心)分别为: 600元、300元及200元	符合规定的医疗费用, 在起付标准以上最高支付限额以下的, 依据医疗机构级别报销40%-60%不等	25000元	门诊医疗费用统筹制度	门诊医疗费用统筹制度	14种特殊慢性病(2009年9月1日起): 慢性支气管炎; 肺源性心脏病; 高血压Ⅲ期以上(含Ⅲ期); 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 糖尿病; 糖尿病并发症; 脑血管意外后并发症、后遗症; 恶性肿瘤; 重型系统性红斑狼疮; 慢性活动性肝炎; 肝硬化; 癫痫; 精神病; 慢性肾炎、肾病综合征、慢性肾功能衰竭	否	否	①急诊后, 不需要住院的, 其急诊费用由个人承担; ②经急诊后住院的, 其符合规定的急诊费用可并入住院费用
淄博/山东省	东部	2007/10/1	①不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的非城镇户籍居民(以下简称“一般城镇居民”); ②本市城镇居民中男满60周岁、女满55周岁且户籍在本市满两年的人员(以下简称“老年城镇居民”); ③未满18周岁的未入园、入学的具有本市城镇户籍的少年儿童(以下简称“少年儿童”); ④中小学阶段的学生及托幼机构的在园儿童(以下简称“中小学阶段学生”);	否	①一般城镇居民: 60元; ②老年城镇居民: 100元; ③中小学阶段学生、少年儿童: 40元		①一般城镇居民: 120元; ②老年城镇居民: 120元; ③中小学阶段学生、少年儿童: 40元	三级、二级、一级医院分别为: 700元、500元及300元	起付标准至最高支付限额部分, 依据医疗机构级别报销50%-60%不等	30000元	普通门诊医疗费用实行社区定点定额管理	9种慢性病: 恶性肿瘤(包括白血病)、尿毒症、脏器移植、糖尿病(合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一者)、高血压三期(有心、脑、肾并发症之一者)、类风湿病(活动期)、肺源性心脏病(出现右心衰竭)、脑出血(包括脑梗塞)恢复期、慢性病毒性肝炎等	否	否	①因患危、急、重病经门诊紧急治疗后不需要住院的, 其急诊医疗费用由个人负担; ②经门诊紧急治疗后住院的, 其符合规定的急诊医疗费用可并入住院费用; ③经门诊紧急抢救无效死亡的, 其符合规定的急诊医疗费用由统筹基金中支付50%		

注: 1. 政策文件未指明各级财政分担比例。

2. 符合参保条件的居民(非少年儿童)参加城镇居民基本医疗保险, 个人缴费计算公式为: 上一年度城镇居民家庭人均可支配收入×2.5%-政府补助金额, 计算单位精确到元。

3. 中小学生在、婴幼儿2007学年度个人缴费40元, 2008学年度及以后个人缴费35元。

4. 其他人员参加城镇居民基本医疗保险, 统筹基金起付标准按城镇职工基本医疗保险统筹基金起付标准执行, 其中定点社区卫生服务机构、一级定点医院各降低50%。一个自然年度内多次住二级以上医院的, 统筹基金起付标准逐次降低100元, 最低不低于100元; 由低级别定点医院转往高级别定点医院治疗的, 统筹基金起付标准只补缴差额部分; 因病所需由定点医院转往符合住院条件的定点社区卫生服务机构, 不再另行支付统筹基金起付标准。

5. 成都市上一年城镇居民家庭人均可支配收入的4倍。

6. 本表中所有政策选取自《吉林省城镇居民基本医疗保险试行办法》, 于2008年1月1日起实施。

7. 2007年4月13号颁布的《吉林省城镇居民基本医疗保险暂行办法》所规定适用范围: 吉林市区内未纳入城镇职工基本医疗保险覆盖范围的非城镇户籍居民和学生儿童; 灵活就业人员、进城务工人员以及经各级医疗保险管理部门审核暂时没有能力参加城镇职工基本医疗保险的困难企业职工。

8. 对于市属中小学、幼儿园学生儿童的8元补助, 由市财政负担。此外, 《吉林省城镇居民基本医疗保险暂行办法》中规定: 中学生(含中专、职校、技校学生)、小学生(含学龄前儿童)缴费标准为每人每年50元, 其中由财政给予每人每年10元的补贴, 其中: 省财政负担5元, 市财政负担市属中小学5元和区属中小学2.5元, 区财政负担区属中小学2.5元。

9. 前款所称市属学校、幼儿园, 是指市区符合学校设置条件, 依法经有关部门批准的公办或民办的幼儿园、小学、初级中学、高级中学、完全中学、中等专业学校、中等职业学校、中等技术学校和普通高校。

10. ①城镇居民: 财政部门按参保人数每人每年以上年度全市职工平均工资的1.8%予以补助, 补助资金由市、区两级财政分别承担50%; 参保个人按年缴纳医疗保险费, 年缴费标准为上年度全市职工平均工资的0.7%。②未成年人: 财政部门对参保的未成年人按每人每年50元的标准给予补助, 补助资金由市、区两级财政各承担50%。

11. 首次住院, 三级、二级和一级定点医院分别为上年度全市职工平均工资的5%、3%和1%; 二次及二次以上住院的, 起付标准在首次住院的基础上降低一个百分点, 但不得低于上年度全市职工平均工资的1%。

12. 全日制大中专院校在校学生每年每人缴纳80元, 政府补助80元。按隶属关系, 财政分级承担。

（二）描述统计

我们的原始数据共有 32989 个样本。在描述统计中，我们排除了包头和乌鲁木齐两个城市共 6059 个样本（调查时两城市城居保尚未实施）。变量定义参见附录 1。本文中“无保险人群”是指符合资格的未参保人群。对于符合资格人群的界定，本文是基于各城市城居保相关文件进行的筛选，其中主要排除了三类人群：一为非本地户籍者（应在户籍所在地参保）；二为农业户口者（应参加新农合）；三为正式员工（应参加城职保）。表 2 按照医疗保险的种类对关键变量进行了分类统计。第 1 列是对所有样本的描述统计。第 2 列是对无保险人群的描述统计。第 3、4、5 列分别是对城居保、城职保和新农合的参保人群的描述统计。样本筛选的具体步骤参见附录 2。

我们分别采用自评健康状况和客观健康指标作为健康状况的代理变量。该调查中，自评健康有 5 个程度，分别为非常健康、健康、一般、差和很差。第 2 行计算了定义为“自评健康状况不尽人意”的变量均值。该变量在回答为“一般、差、很差”的时候取值为 1，否则为 0。约有不到一半的人在这一类别里。在回归分析中，我们使用该变量来表示健康状况是不是较差。从第 3 行开始，我们分别计算了自评健康状况为“非常健康、健康、一般、差、很差”的均值。比之于无保险群体，我们看到城居保参保者的健康状况为一般的可能性更小，健康状况为差的可能性更大。“自评健康水平为差”者在城居保人群显著高于无保险人群，这一点是符合直觉的。但由于表 2 中没有控制其他混杂因素（confounding factors），如家庭收入、教育状况等，所以对于自评健康是否存在逆选择这个问题，需在控制其他影响因素后作回归分析来进行进一步的检验（表 3）。

通过是否患有医生诊断的慢性病及过去一年有没有住院两个哑变量，我们进一步分析健康状况对参保的影响。如前所述，城居保主要针对住院服务进行补偿，所以我们可以看到，6%的城居保的参保者在过去一年住过院，而无保险的人群中只有 4%的人过去一年住过院。在第一部分的最后一行，23%的城居保的参保者在过去两周内曾患病，而无保险人群中只有 18%在过去两周内曾患病，这表明身体健康状况较差的人参加城居保的积极性比较高。

表 2 的第二部分描述了医疗服务使用变量的均值。城居保的参保者中，54%的人过去两周患病而未就诊，这一比例在无保险人群中为 59%，这表示城居参保者相比于无保险者在患病时去诊治的可能性更大一些。

表 2 的第三部分描述了人们因为医疗费用负担而无法就医的比例。在城居保参保者患病而未就诊的人群中，44%的人是因为经济上无法承受。在无保险人群中，这一比例高达 61%。城居保的参保者因医疗费用负担而无法就医的比例显著下降，说明城居保提高了参保者医疗费用的承担能力，这无疑是城居保成功实施的佐证。

城职保的参保者和无保险人群患病而未就诊的比例相同。高达 59%的城职保参保者在过去两周患病而未就诊。但实际上他们是最不会因为医疗费用负担而不去看病的人群，因此不去诊治可能另有原因，比如和上班时间冲突等等。

在表 2 的第四部分，我们描述了一组回归模型中的控制变量。城职保的参保者经济状况最为优越，家庭平均月收入为 3484.97 元。其次是新农合的参保者，家庭平均月收入为 2825.05 元。这是因为城市中的新农合的参保者为民工，而城居保的参保者主要为无业人员、学生、老人，所以城居保的参保者的月收入比新农合的参保者还要低并不奇怪。无保险者是最为贫困的人群，这不能不引起我们的担忧：最为贫困的人群，恰恰是那些最难获得保险的人群，因为他们甚至无力支付城居保的保费。由于各地区参保费标准存在较大差异，所以家庭收入分组变量按城市分组后再排序比较合理。因此，在七个城市内，我们进一步分别将样本按家庭收入分成 5 等引入回归分析中。这一部分还显示，比之于那些无保险人群，城居保参保者

更可能为学生或学龄前儿童，更可能年龄低于 18 岁或高于 60 岁。

表2 医疗保险状况描述性统计

	全部	无保险	城居保	城职保	新农合
第一部分：健康状况					
自评健康水平 (5为很差; 4为差; 3为一般; 2为健康; 1为非常健康)	2.45	2.50	2.53	2.48*	2.31*
自评健康水平为一般、差或很差	0.46	0.48	0.48	0.48	0.39*
自评健康水平为非常健康	0.15	0.14	0.13	0.14	0.20*
自评健康水平为健康	0.39	0.38	0.39	0.38	0.42*
自评健康水平为一般	0.34	0.35*	0.32	0.37*	0.29*
自评健康水平为差	0.10	0.10*	0.13	0.10*	0.08*
自评健康水平为很差	0.02	0.03	0.02	0.02*	0.02*
去年住过院	0.06	0.04*	0.06	0.07*	0.05
过去两周内曾患病	0.20	0.18*	0.23	0.23	0.15
第二部分：医疗服务使用					
没有看过医生 (如果过去两周感到身体不适)	0.58	0.59*	0.54	0.59*	0.56
第三部分：医疗费用负担					
无法承担医疗费用 (如果感觉身体不适且未去看医生)	0.37	0.61*	0.44	0.27*	0.38
第四部分：其他控制变量					
家庭收入 (元, 2007)	2980.43	1967.16*	2474.73	3484.97*	2825.05*
最低的 20%	0.20	0.29	0.29	0.13*	0.24*
次低的 20%	0.20	0.22	0.23	0.18*	0.26*
中间的 20%	0.20	0.19	0.18	0.21*	0.22*
次高的 20%	0.20	0.17	0.16	0.23*	0.16
最高的 20%	0.20	0.13*	0.14	0.24*	0.12*
男性	0.49	0.45*	0.42	0.53*	0.44
家庭成员数	3.36	3.58*	3.34	3.15*	3.97*
婚姻状况:					
已婚	0.69	0.59*	0.45	0.86*	0.70*
单身	0.24	0.33*	0.45	0.07*	0.25*
离婚	0.02	0.03*	0.02	0.02	0.00*
丧偶	0.05	0.06*	0.07	0.05*	0.05*
教育状况					
小学及以下	0.24	0.30*	0.33	0.18*	0.40*
初中	0.25	0.28*	0.18	0.28*	0.30*
高中	0.24	0.23*	0.15	0.30*	0.15
大学及以上	0.15	0.06*	0.03	0.23*	0.03
在读学生	0.13	0.12*	0.31	0.00*	0.12*
职业:					
正式员工	0.20	0.00	0.00	0.38*	0.08*
临时工	0.09	0.16*	0.09	0.07*	0.15*
钟点工	0.00	0.01*	0.00	0.00	0.01*
个体及自由职业者	0.08	0.12*	0.06	0.05*	0.20*
离退休	0.24	0.08	0.09	0.41*	0.04*
无业	0.19	0.38*	0.33	0.08*	0.31*
在读学生或学龄前儿童	0.17	0.22*	0.41	0.00*	0.18*
其他	0.02	0.03	0.03	0.01*	0.05*
民族:					
汉	0.94	0.93*	0.89	0.97*	0.96*
回	0.03	0.04*	0.09	0.02*	0.03*
其他	0.02	0.03*	0.03	0.02*	0.01*
年龄:					
< 18	0.15	0.18*	0.37	0.00*	0.15*
18~60	0.65	0.69*	0.43	0.74*	0.72*
> 61	0.20	0.13*	0.20	0.26*	0.13*
城市:					
常德	0.17	0.35*	0.12	0.11	0.14*
成都	0.14	0.12*	0.09	0.19*	0.06*
吉林	0.13	0.18*	0.21	0.08*	0.01*
绍兴	0.12	0.05*	0.12	0.15*	0.06*
西宁	0.15	0.09*	0.30	0.15*	0.06*
厦门	0.15	0.05*	0.10	0.18*	0.35*
淄博	0.15	0.16*	0.06	0.13*	0.32*
样本数量	24,665	4,434	4,265	11,124	1,900

注: 1. 无保险指符合参保条件, 但未参加任何医疗保险者。2. * 表示城居保和其他三类人群的差异在5%的水平上显著。3. 关于表2-6中变量定义请见附表1, 样本筛选细节请见附表2。

五、回归结果

本部分回归分析选取原始数据中符合参保条件之样本作为分析对象。由于城居保旨在覆盖被城职保和新农合遗漏的社会群体，故此从表 3 开始，我们首先排除了城职保和新农合的参保者。

政策研究的核心问题是谁从城居保中受益。特别的，我们关心这一政策是否惠及城镇居民，如果能够惠及，则进一步关心受益表现在哪些方面，我们尤其关心这一政策对于弱势群体的影响。表 3-5 为一系列回归结果，分别描述是否加入城居保、是否在患病时就医、医疗费用负担是否减轻等变量的变化。表 6 为城居保参保者的满意度分析。所有的模型均控制了一组详尽的特征变量，如教育、年龄、性别、民族、婚姻、职业、家庭成员数量和居住城市。

（一）谁参加了城居保？

表 3 的第 1 列为对所有样本的回归结果。第 2、3、4 列分别是对不同年龄段的样本的回归结果。“家庭收入为最低的 20%”的系数显著为负，表明对最低收入组来说，贫困依然是参加城居保的障碍之一。进一步从分年龄组来看，这一系数仅在 0-17 岁组显著。其原因可能为在贫困家庭中，有限的积蓄更倾向于为患病风险较高的人群支付医疗费用，而儿童的健康状况较好，18-60 岁与 60 岁以上的人群患病概率较大，因此，低收入是参加城居保的障碍之一，其对儿童的影响更为明显。

本研究选取自评健康和客观健康两大类指标来分析健康状况是否存在逆选择。在控制相关变量后，如表 3 所示，自评健康的系数不显著，即基于自评健康这个指标，不存在逆选择；而基于去年住过院的客观健康指标，回归证明存在逆选择。过去一年住过院的人比其他人加入城居保的可能性高出 9.2%。当进一步分析各年龄组人群可发现，0~17 岁人群过去一年住过院的人参保的可能性要高出 8.3%；这一比例在 18~60 岁年龄组更高，达到 10.2%。

总体而言，我们发现经济原因依然是束缚贫困人群参保的重要因素之一，此外，在客观健康方面，健康状况的逆选择现象在城居保中依然存在。

表3 选择是否参加城居保

	所有年龄	0-17岁	18-60岁	61岁以上
因变量均值	0.48	0.63	0.37	0.59
家庭收入为最低的20%	-0.027 [0.011]**	-0.066 [0.023]***	0.005 [0.014]	-0.016 [0.029]
自评健康水平为一般、差或很差	0.013 [0.011]	-0.014 [0.021]	0.006 [0.013]	-0.011 [0.028]
去年住过院	0.092 [0.022]***	0.083 [0.045]*	0.102 [0.032]***	0.056 [0.037]
样本数量	8,461	2,156	4,856	1,449
R-平方	0.26	0.34	0.24	0.26

注：1. 括号中为标准误。2. * 10%水平显著；** 5%水平显著；*** 1%水平显著。3. 除了表中所示，控制变量还包括一组教育变量、年龄、性别、民族、婚姻、职业、家庭成员数量和城市哑变量。4. 只考虑符合城居保参保条件的样本。

（二）谁从城居保中受益？

本文对“谁受益”的分析基于两类人群。一是有就医需求的人群，二是所有被政策覆盖的人群。第一，针对有就医需求的人群，我们从问卷中可以得到的是过去两周内是否患病且患病后是否就诊的信息。我们通过过去两周是否患病来识别是否有就医需求，以两周内患病未就诊来作为衡量有就医需求的人是否看得上病的指标。通过将“参加了城居保”引入回归模型，我们希望判断参加城居保是否显著地增加了就医的可及性（参见表 4）。另外，我们认为城居保之所以能够增加就医的可及性，主要在于其减轻了医疗费用的负担。因此，我们进一步通过回归分析，判断“参加了城居保”是否显著降低“因为无法承受医疗费用而未就诊”的发生（参见表 5 第一、二部分）。第二，针对被政策覆盖的人群，我们选取所有参加城居保的样本，分析哪部分人群自我感觉相对于未参加城居保以前，医疗费用负担有所减轻（参见表 5 第三部分）。

表 4 分析城居保是否改善了人们患病时医疗服务的可及性。研究对象设定为过去两周内曾患病的人群。在第一部分的回归结果中，城居保的系数为负，表示城居保促进了主动就医，但并不显著。出现这一结果并不意外，因为城居保以大病统筹为主，主要针对住院服务，而模型的因变量是所有医疗服务，可能会稀释该政策对住院服务的作用。第一部分还表明，那些“自评健康状况不尽人意”和“过去一年住过院”的人群在患病时去就医的可能性更大。此外，通过加入一系列的交叉变量（即把是否加入城居保的哑变量和描述收入、健康状况、是否利用过住院服务的哑变量相乘得到新的变量），我们分析了城居保在不同的人群中影响是否有差异。如表 4 第二部分所示，这三个交叉项的系数均不显著，表明城居保在不同收入、健康状况人群中所产生的影响没有显著差异。

表4 城居保在医疗服务使用方面的作用

第一部分				
因变量：过去两周内患病未就诊				
	(1)	(2)	(3)	(4)
	所有年龄	0-17岁	18-60岁	61岁以上
因变量均值	0.57	0.41	0.61	0.57
参加了城居保	-0.027 [0.029]	-0.077 [0.093]	-0.045 [0.041]	-0.023 [0.053]
家庭收入为最低的20%	0.083 [0.028]***	0.079 [0.088]	0.066 [0.036]*	0.118 [0.056]**
自评健康水平为一般、差或很差	-0.080 [0.032]**	-0.039 [0.065]	-0.120 [0.044]***	-0.068 [0.071]
去年住过院	-0.208 [0.038]***	-0.002 [0.096]	-0.321 [0.057]***	-0.190 [0.061]***
样本数量	1,763	276	935	552
R-平方	0.15	0.19	0.14	0.17

注: 1. 请查阅表3的注释1-3。2. 只考虑过去两周患病的样本。

第二部分				
因变量：过去两周内患病未就诊				
	所有年龄	0-17岁	18-60岁	61岁以上
因变量均值	0.57	0.41	0.61	0.57
参加了城居保	-0.065 [0.059]	-0.090 [0.131]	-0.065 [0.088]	0.114 [0.144]
家庭收入为最低的20%	0.089 [0.038]**	0.138 [0.176]	0.077 [0.047]	0.143 [0.075]*
参加了城居保*家庭收入为最低的20%	-0.009 [0.049]	-0.083 [0.204]	-0.021 [0.067]	-0.041 [0.092]
自评健康水平为一般、差或很差	-0.100 [0.046]**	-0.091 [0.122]	-0.131 [0.058]**	0.024 [0.111]
参加了城居保*自评健康水平为一般、差或很差	0.037 [0.062]	0.082 [0.144]	0.028 [0.089]	-0.147 [0.145]
去年住过院	-0.266 [0.061]***	0.082 [0.180]	-0.358 [0.088]***	-0.248 [0.102]**
参加了城居保*去年住过院	0.094 [0.078]	-0.126 [0.221]	0.065 [0.116]	0.083 [0.128]
样本数量	1,763	276	935	552
R-平方	0.15	0.20	0.14	0.18

注: 1. 请查阅表3的注释1-3。2. 只考虑过去两周患病的样本。

最后，表 5 通过两个变量对城居保能否在人们就医时减轻医疗费用负担进行分析。前两部分的因变量描述“是否因为无法承受医疗费用而不去就医”，回答为是，取值为 1，否则为 0。果然，收入为最低的 20% 的人群和自评健康状况不尽人意的人更容易没钱就医。健康状况较差的人，病情可能更为严重，医疗费用负担也更为沉重，所以会减少就医。总体来说，52% 的人病时不就医是因为医疗费用负担。

比之于未参保的人，城居保显著减轻了医疗费用负担，在所有年龄群体的人中，因经济无法承受而不去就医的比例减少了 14.8%。此外，将是否参加城居保的哑变量和与描述收入、健康、住院服务利用的哑变量相乘得到新变量加入模型，我们发现交叉项的系数均不显著，说明城居保对不同收入和健康状况的人群的医疗费用负担的缓解作用是公平的。

在表 5 的第三部分，因变量描述“是否感到参加城居保减轻了医疗费用负担”，回答为是，取值为 1，否则为 0。我们仅针对城居保参保人群，研究哪些人群感到参保之后医疗费用负担有所减轻。从自变量的均值可以看出，57% 的参保者感到城居保后医疗费用负担有缓解。控制其他变量后，回归结果显示在城居保参保者中，低收入者和过去一年住过院的人群更可能感觉到医疗费用负担的减轻。

表5 城居保在减轻医疗费用负担方面的作用

第一部分				
因变量：因为无法承受医疗费用而不去就医				
	所有年龄	0~17岁	18~60岁	61岁以上
因变量均值	0.52	0.13	0.61	0.50
参加了城居保	-0.148 [0.037]***	-0.004 [0.090]	-0.197 [0.048]***	-0.098 [0.071]
家庭收入为最低的20%	0.237 [0.035]***	0.120 [0.084]	0.234 [0.045]***	0.336 [0.072]***
自评健康水平为一般、差或很差	0.144 [0.041]***	0.245 [0.072]***	0.114 [0.059]*	0.183 [0.087]**
去年住过院	0.018 [0.060]	0.046 [0.139]	-0.117 [0.091]	0.105 [0.092]
样本数量	999	111	573	315
R-平方	0.36	0.46	0.35	0.31

注: 1. 请查阅表3的注释1-3。2. 只考虑过去两周患病且未去就医的样本。

第二部分				
因变量：因为无法承受医疗费用而不去就医				
	所有年龄	0~17岁	18~60岁	61岁以上
因变量均值	0.52	0.13	0.61	0.50
参加了城居保	-0.092 [0.076]	0.139 [0.145]	-0.142 [0.112]	-0.014 [0.175]
家庭收入为最低的20%	0.186 [0.047]***	0.254 [0.229]	0.200 [0.057]***	0.195 [0.094]**
参加了城居保*家庭收入为最低的20%	0.102 [0.063]	-0.151 [0.264]	0.076 [0.083]	0.263 [0.118]**
自评健康水平为一般、差或很差	0.201 [0.061]***	0.397 [0.150]**	0.150 [0.077]*	0.295 [0.127]**
参加了城居保*自评健康水平为一般、差或很差	-0.116 [0.078]	-0.182 [0.161]	-0.091 [0.113]	-0.211 [0.178]
去年住过院	0.065 [0.090]	0.177 [0.274]	0.035 [0.118]	0.100 [0.161]
参加了城居保*去年住过院	-0.068 [0.120]	-0.151 [0.336]	-0.260 [0.177]	-0.006 [0.198]
样本数量	999	111	573	315
R-平方	0.36	0.48	0.35	0.33

注: 1. 请查阅表3的注释1-3。2. 只考虑过去两周患病且未去就医的样本。

第三部分				
因变量：自感相对于未参加城居保以前，医疗费用负担有所减轻				
	所有年龄	0~17岁	18~60岁	61岁以上
因变量均值	0.57	0.49	0.62	0.59
家庭收入为最低的20%	0.046 [0.025]*	0.045 [0.048]	0.049 [0.037]	0.069 [0.063]
自评健康水平为一般、差或很差	-0.023 [0.024]	-0.046 [0.041]	0.018 [0.036]	-0.100 [0.061]
去年住过院	0.115 [0.042]***	0.197 [0.089]**	0.008 [0.066]	0.194 [0.073]***
样本数量	2,300	839	1,002	459
R-平方	0.11	0.11	0.09	0.18

注: 1. 请查阅表3的注释1-3。2. 只考虑实际参加了城居保的样本。

(三) 谁最满意城居保?

我们分析的最后一步关心人们对城居保的满意度。我们问卷中的问题有 5 个程度的选项，5 表示非常满意，4 表示比较满意，3 表示一般，2 表示不太满意，1 表示很不满意。如图 1 所示，城居保总体来说是广受欢迎的：48.7% 的人比较满意，29.1% 的人非常满意，只有 1.5% 的人表示很不满意。图 2 显示收入和满意度呈负相关。在收入最低的 20% 人群中，35.3% 的参保者对城居保非常满意，在收入最高的 20% 人群中，只有 22.7% 的参保者表示非常满意。总体来说，人们普遍对城居保比较满意，其中低收入者满意程度最高。表 6 的回归

分析得到了类似的结果，其中第 1、2 列的因变量分别是 5 维满意度问题的回答，其中 5 表示非常满意；第 3、4 列的因变量是一个哑变量，如果非常满意，值为 1，否则为 0。和图 2 的结果一致，表 6 的系数显示低收入家庭比富裕家庭对城居保更为满意。表 6 的第 1、2 列则显示自评健康状况为好或很好的人对城居保更为满意。

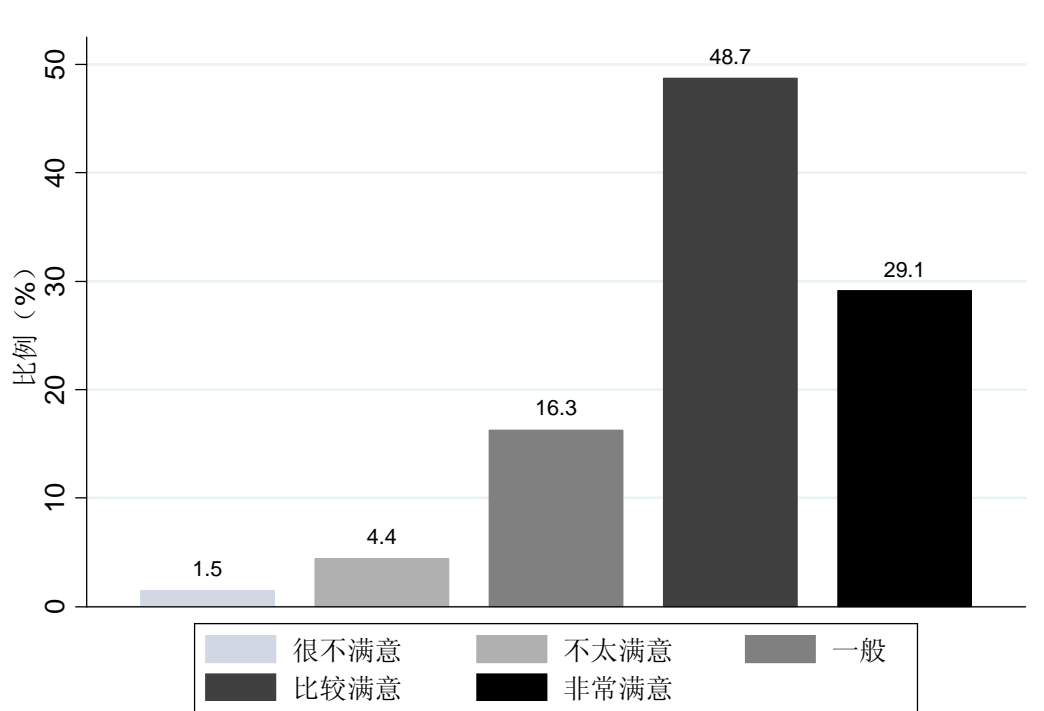


图1 城镇居民基本医疗保险满意度

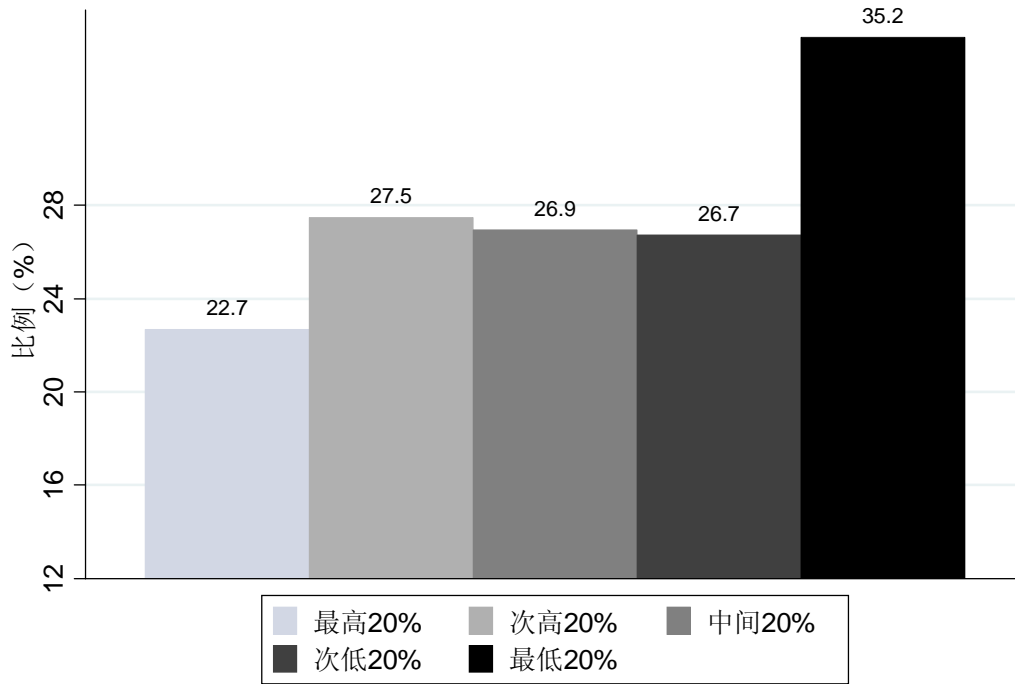


图2 非常满意比例（按经济分组）

表6 对城居保的满意度

	(1) Ordered Probit	(2) OLS	(3) Probit	(4) OLS
因变量均值	4.00	4.00	0.29	0.29
家庭收入为最低的20%	0.158 [0.048]***	0.110 [0.037]***	0.194 [0.060]***	0.064 [0.019]***
自评健康水平为一般、差或很差	-0.117 [0.046]**	-0.098 [0.036]***	-0.077 [0.058]	-0.024 [0.019]
去年住过院	0.046 [0.086]	0.031 [0.067]	0.068 [0.105]	0.020 [0.035]
样本数量	3,188	3,188	3,176	3,188
R-平方	0.04	0.08	0.07	0.09

注: 1. 请查阅表3的注释1-3。2. 只考虑实际参加了城居保的样本。

六、结论

城居保是国务院进行医疗体制改革的最新举措，接下来的两年里要在全国范围内推行（国务院，2007）。这一大型政策有两层重要意义：首先，如果能顺利推行，城居保可以成功覆盖被其他保险遗漏的人群，是向着全民保险迈出的重要一步。第二，这一政策也体现了政府在2020年实现人人享有基本医疗卫生服务的坚定决心和严肃承诺。

由于推行时间较短，对这一重要政策的实证研究还较为匮乏。我们关注的核心问题是谁参保、谁受益、谁满意。具体研究结果分析如下：

首先，城居保更吸引曾经住过院的人群。对于一项自愿参加的医疗保险，是否存在逆选择是其中最为重要的一个研究命题。若参保人员存在严重的逆选择问题，那么必然增加保险透支的危险。本研究结果进一步证实逆选择不仅在中国的农村医疗保险中存在，同样在城

市医疗保险中存在。从长期来讲，该政策并不鼓励逆向选择，但目前它并不排斥低收入和健康状况较差的人群的加入。

第二，城居保在促进主动就医、减轻医疗费用负担两方面有积极的贡献。从主动就医角度看，城居保起到了一些促进作用，尽管比之于未参保者这一促进作用并不显著。从费用负担来看，城居保使所有年龄人群的医疗费用负担显著降低，其中低收入和过去一年住过院的人群更加明显地感觉到医疗费用负担的减轻。

第三，低收入人群对城居保更为满意。一种解释是这体现了城居保在促进主动就医、减轻医疗负担和增大覆盖率等方面着重关心低收入者的倾向。另一种解释是低收入者对政策的期望收益比较低，所以边际回报比较高，从而满意度也更高一些。

总体来看，城居保的试点工作增加了保险覆盖率、改善了医疗服务可及性，减轻了医疗费用负担，目标人群的满意度也比较高。在某些情况下，这些影响在低收入者和健康状况较差的人群中更为显著。

但是数据也显示，有相当大一部分符合参保条件的城镇居民实际上没有参加保险，所以很有必要知道他们不参加保险的原因。如图3所示，有21.2%的受访未参保居民认为“保费太高”，位于各种原因之首；接下来是“从未听说”、“身体好没必要”。未参保居民认为“保费太高”的原因除了指缴费负担太重外，还可能是指相对参保成本，参保所带来的受益还不够高，因此觉得参加城居保有些不值得。这些发现对我们改进现有医保政策、进一步扩大目标人群覆盖面提供了很好的参考。

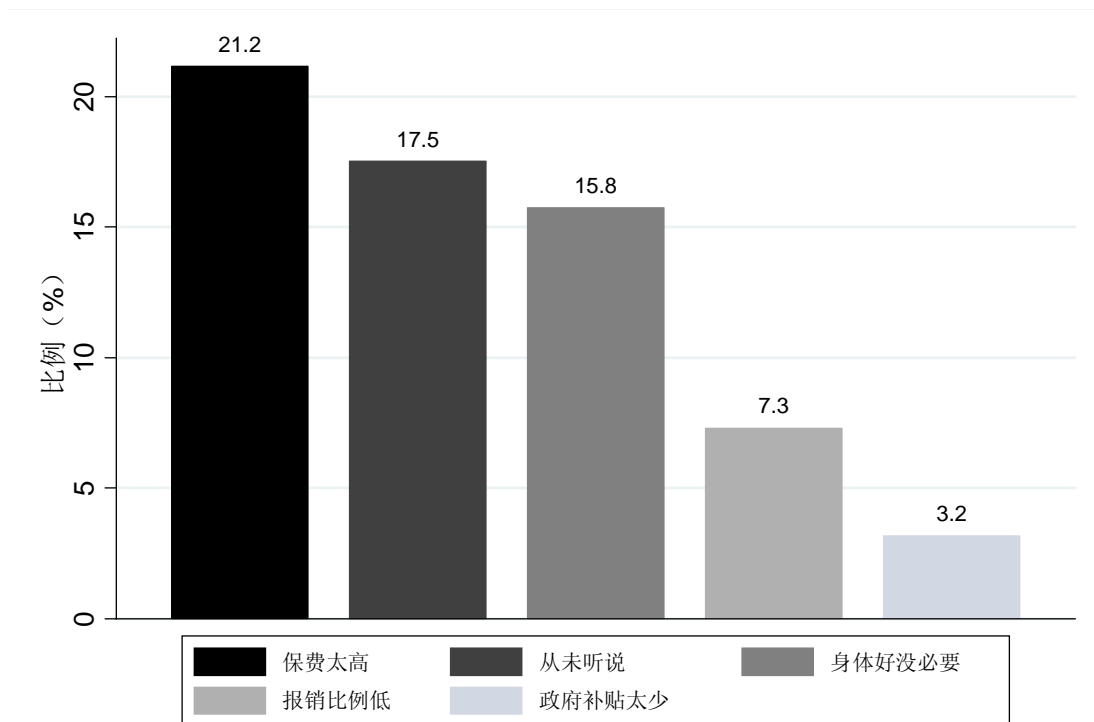


图3 城镇居民基本医疗保险未参保原因

参考文献

- [1] Albert, J.F., Sanderman, R., Eimers, J.M., Van Den Heuvel, W.J.A., 1997. "Socioeconomic Inequality in Health Care: a Study of Services Utilization in Curacao." *Social Science & Medicine* 45(2), pp. 213-220.
- [2] Brown, P.H., de Brauw, A., Du, Y., 2008. "Understanding Variation in the Design of China's New Cooperative Medical Scheme." *2008 CES Annual Conference*.
- [3] Gerdtham, U.G., 1997. "Equality in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data." *Health Economics* 6(3), pp.303-319.
- [4] Lei, X., Lin, W. 2009. "The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health?" *Health Economics*, 18(2), pp. 25-46.
- [5] Liu, G., Cai, R. 1999. "China's Urban Health Insurance Experiment in Zhenjiang: Cost and Utilization Analyses." In Hu T, Hsieh C (eds.), *Economics of Health Care Reform in Pacific Rim*, Edward Elgar: England, pp. 143.
- [6] Liu, G., Cai, R., Zhao, Z., Yuen, P., Xiong, X., Chao, S., Wang, B., 1999. "Urban Health Care Reform Initiative in China: Findings from Its Pilot Experiment in Zhenjiang City." *International Journal of Economic Development* 1(4), pp. 504-525.
- [7] Liu, G., Zhao, Z., Cai, R., Yamada, T., 2002. "Equity in Health Care Access to: Assessing the Urban Health Insurance Reform in China." *Social Science & Medicine* 55(10), pp. 1779-1794.
- [8] Liu, Y., 2004. "China's Public Health-care System: Facing the Challenges." *Bulletin of the World Health Organization* 82(7), pp. 532-538.
- [9] Liu, Y., Rao, K., Hsiao, W.C., 2003. "Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China." *Journal of Health, Population and Nutrition* 21(3), pp. 216-222.
- [10] Mao, Z., 2005. "Pilot Program of NCMS in China: System Design and Progress." *Working Paper No. 34527*, The World Bank, Washington, DC.
- [11] Smaje, C., Le Grand, J., 1997. "Ethnicity, Equality and the Use of Health Services in the British NHS." *Social Science & Medicine* 45(3), pp. 485-496.
- [12] Wang, H., Yip, W., Zhang, L., Wang, L., Hsiao, W., 2005. "Community-based Health Insurance In Poor Rural China: the Distribution of Net Benefits." *Health Policy and Planning* 20(6), pp. 366-374.
- [13] Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu, L., Qian, J., 2009. "Extending Health Insurance to the Rural Population: an Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme." *Journal of Health Economics* 28(1), pp.1-19.
- [14] Yi, Y., Maynard, A., Liu, G., Xiong, X., Lin, F., 2005. "Equity in Health Care Financing: Evaluation of the Current Urban Employee Health Insurance Reform in China." *Journal of the Asia Pacific Economy* 10(4), pp. 506-527.
- [15] Yip, W., Hsiao, W., 1997. "Medical Savings Accounts: Lessons from China." *Health Affairs* 16(6), pp. 244-251.
- [16] Yip, W., Wang, H., Hsiao, W., 2008. "The Impact of Rural Mutual Health Care on Access to Care: Evaluation of a Social Experiment in Rural China." *Harvard Working Paper*.
- [17] Zhao, Z., 2006. "Income Inequality, Unequal Health Care Access, and Mortality in China." *Population and Development Review* 32(3), pp. 461-483.
- [18] 北京大学光华管理学院, 2008: 《中国城镇居民基本医疗保险入户调查报告》, 北京: 北京大学光华管理学院内部资料。
- [19] 城镇居民基本医疗保险试点评估专家组, 2008: 《关于城镇居民基本医疗保险试点的评估报告》, 北京: 中国医疗保险研究会内部资料。
- [20] 代志明, 2008: 中国“城镇居民医保”基金盈余敏感性分析——以郑州市为例, 《人口与发展》, 第 14 卷第 3 期。
- [21] 丁敬芳、陈文、蒋虹丽、应晓华, 2008: 城镇居民基本医疗保险试行方案比较分析, 《中国卫生资源》, 第 11 卷第 1 期。
- [22] 高建民、陈钢, 2007: 互助医疗改善卫生服务可及性的效果评价, 《中国卫生经济》, 第 26 卷第 296 期。
- [23] 国务院, 2007: 国发(2007) 20 号《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》, http://www.gov.cn/zwggk/2007-07/24/content_695118.htm。

- [24]刘国恩、蔡仁华、熊先军、赵忠云，2003：中国城市医疗保险体制改革：论成本分摊的公平性，《经济学季刊》，第2卷第2期。
- [25]仇雨临、张静祎、徐璨、许晓丽、黄华鸯，2009：城镇居民基本医疗保险满意度研究：以天台县为例，《中国卫生政策研究》，第2卷第2期。
- [26]深化医药卫生体制改革部际协调工作小组，2008：《关于深化医药卫生体制改革的意见（征求意见稿）》，http://shs.ndrc.gov.cn/yg/qwll/t20081014_240214.htm。
- [27]孙祁祥、朱俊生、郑伟、李明强，2007：中国医疗保障制度改革：全民医保的三支柱框架，《经济科学》，第5期。
- [28]魏恒，2009：《国务院通过医改方案 3年内预计投入8500亿元》，<http://www.chinanews.com.cn/gn/news/2009/01-21/1537737.shtml>。
- [29]吴成丕，2003：中国医疗保险制度改革中的公平性研究——以威海为例，《经济研究》，第6期。
- [30]中华人民共和国国家统计局，2008：《2007国民经济和社会发展统计公报》，http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20080228_402464933.htm。

附录1

变量	定义
因变量	
参加了城居保	如果参加了城居保，值为1；否则为0
未去医疗机构就诊（过去两周内最近一次患病）	过去两周内最近一次患病的样本中，如果未去医疗机构就诊，值为1；否则为0
无法承担医疗费用（过去两周内最近一次患病但未去看医生）	过去两周内最近一次患病但未去看医生的样本中，如果是由于经济原因，值为1；否则为0
自感到相对于未参加城居保以前，医疗费用负担有所减轻	如果感到相对于未参加城居保以前，医疗费用负担有所减轻，值为1；否则为0
满意度（5维变量）	如果家庭回答的满意度为非常满意，值为5；比较满意，值为4；一般，值为3；不太满意，值为2；很不满意，值为1
非常满意	如果家庭回答的满意度为非常满意，值为1；否则为0
自变量	
与健康状况相关的变量：	
自评健康水平	5为很差；4为差；3为一般；2为健康；1为非常健康
不尽人意	如果自评健康状况为一般、差或很差，值为1；否则为0
非常健康	如果自评健康状况为非常健康，值为1；否则为0
健康	如果自评健康状况为健康，值为1；否则为0
一般	如果自评健康状况为一般，值为1；否则为0
差	如果自评健康状况为差，值为1；否则为0
很差	如果自评健康状况为很差，值为1；否则为0
去年住过院	如果调查前一年曾经住过院，值为1；否则为0
过去两周内曾患病	如果过去两周内曾患病，值为1；否则为0
社会经济特征变量：	
家庭收入（元，2007年）	调查前一年的家庭收入（元，2007年）
最低的20%	如果家庭收入在最低的20%，值为1；否则为0
次低的20%	如果家庭收入在次低的20%，值为1；否则为0
中间的20%	如果家庭收入在中间的20%，值为1；否则为0
次高的20%	如果家庭收入在次高的20%，值为1；否则为0
最高的20%	如果家庭收入在最高的20%，值为1；否则为0
男性	如果是男性，值为1；否则为0
家庭成员数	家庭常住人口数量
婚姻状况：	
已婚	如果已婚，值为1；否则为0
单身	如果单身，值为1；否则为0
离婚	如果离婚，值为1；否则为0
丧偶	如果丧偶，值为1；否则为0
教育状况：	
小学及以下	如果最高教育水平是小学或更低，值为1；否则为0
初中	如果最高教育水平是初中，值为1；否则为0
高中	如果最高教育水平是高中，值为1；否则为0
大学及以上	如果最高教育水平是大学或更高，值为1；否则为0
在读学生	如果是在读学生，值为1；否则为0
职业：	
正式员工	如果是正式员工，值为1；否则为0
临时工	如果是临时工，值为1；否则为0
钟点工	如果是钟点工，值为1；否则为0
个体及自由职业者	如果是个体及自由职业者，值为1；否则为0
离退休	如果离退休，值为1；否则为0
无业	如果无业，值为1；否则为0
在读学生或学龄前儿童	如果是在读学生或学龄前儿童，值为1；否则为0
其他	如果在其他行业就业，值为1；否则为0
民族：	
汉	如果是汉族，值为1；否则为0
回	如果是回族，值为1；否则为0
其他	如果是其他少数民族，值为1；否则为0
年龄：	
< 18	如果年龄小于18岁，值为1；否则为0
18-60	如果年龄大于等于18岁、小于等于60岁，值为1；否则为0
> 60	如果年龄大于60岁，值为1；否则为0
城市：	
常德	如果居住在常德，值为1；否则为0
成都	如果居住在成都，值为1；否则为0
吉林	如果居住在吉林，值为1；否则为0
绍兴	如果居住在绍兴，值为1；否则为0
西宁	如果居住在西宁，值为1；否则为0
厦门	如果居住在厦门，值为1；否则为0
淄博	如果居住在淄博，值为1；否则为0
交叉项变量	
参加了城居保*家庭收入为最低的20%	参加了城居保与家庭收入为最低的20%的交叉变量
参加了城居保*自评健康水平为一般、差或很差	参加了城居保与自评健康水平为一般、差或很差的交叉变量
参加了城居保*去年住过院	参加了城居保与去年住过院的交叉变量

附录2

数据	排除样本数量	保留样本数量	在之后表中的使用
城居保2007年基线调查		32989	
排除了调查时尚未试行城居保的两个城市	6059	26930	
排除了保险状况缺失的样本	208	26722	
排除了年龄缺失的样本	693	26029	
排除了民族缺失的样本	9	26020	
排除了婚姻状况缺失的样本	32	25988	
排除了教育状况缺失的样本	27	25961	
排除了工作状况缺失的样本	46	25915	
排除了自评健康状况缺失的样本	6	25909	
排除了户口不在当地但参加了城居保的样本	110	25799	
排除了非城镇户口但参加了城居保的样本	79	25720	
排除了有正式工作但参加了城居保的样本	56	25664	
排除了户口不在当地而且无保险的样本	515	25149	
排除了非城镇户口且无保险的样本	252	24897	
排除了有正式工作但无保险的样本	232	24665	表2
仅保留无保险或者参加了城居保的样本	16204	8461	表3
以下对数据进行不同处理，分别应用于不同的表中：			
(1) 仅保留过去两周曾患病的样本	6,698	1,763	表4
排除了缺失不去就医原因的样本	4	1759	
只保留最近两周曾患病且未就医的样本	760	999	表5第一、二部分
(2) 仅保留对“城居保是否减轻了医疗费用负担”评价没有缺失的样本	6161	2300	表5第三部分
(3) 仅保留了对城居保满意度没有缺失的样本	5273	3188	表6

附录 3 城镇居民基本医疗保险调研实施

1. 抽样方案

本次调查的抽样方案由北京大学人口所负责设计，采用多阶段、概率与规模成比例抽样（Probability Proportionate to Size Sampling，如下简称 PPS）方法。街道较多的城市以街道（乡镇）的总户数为规模度量，街道少的城市直接以居委会（社区）为规模度量。每个城市调查样本量为 1320 户。抽样所需资料由政府发文，地方社保系统及民政系统配合提供。调查对象为城市的常住人口。

具体分为以下几个步骤：

1) 按系统 PPS 的方法抽选调查街道。搜集整理市内所有街道（乡镇）的名称及住户数量资料，按照各个街道（乡镇）的总户数由大到小顺序排列编制抽样框。计算抽样间距及确定随机起点，并最终确定 9 个调查居委会。

2) 以类似方法按系统 PPS 的方法抽选居委会（社区）。

3) 在调查居委会（社区）按系统 PPS 的方法抽选调查户。

2. 质量控制

(1) 核查制度主要包括：

1) 入户调查实行调查员双人双记录模式。在每户询问并记录完毕后，调查员都要对填写的内容进行全面的检查，并进行相互核查，如有疑问应重新询问核实，如有错误要及时改正，有遗漏项目要及时补填；

2) 培训员要对每户的调查表进行当场核查验收，检查调查表的准确性和完整性，发现错漏项时，要求调查员重新询问予以补充更正，认真核实无误后，方可签字验收；

3) 指导老师在每天的调查完成后进行复查考核，在已完成户数中随机抽取 5%，观察复核调查与调查结果的符合率；

4) 对复查过程中不一致的地方，调用现场录音进行复核。

(2) 调查质量指标包括：

1) 一致性百分比：要求同组双人记录的调查员一致性达到 100%；

2) 符合率：在录音复查、电话回访复查、入户回访复查考核中，同户复查与调查结果的符合率要求在 95% 以上；

3) 调查完成率：在出现了三次上门无法调查而放弃该户时，应从候补户数中按顺序递补。调查完成率应控制在 98% 以上；

4) 本人回答率：回答应以本人为主，本人不在场时可由熟悉其情况的人代替回答；未成年人一般可由直接家长代替回答；要求成年的本人回答率不低于 50%。

(3) 数据录入模式与核查：

数据录入采用 EpiData v3.2 软件实施。首先，在编辑录入环境时依据问卷变量及选项设置自动核实组件；其次，对录入专员进行培训，并要求录入专员至少参与 1 天实际调查以熟悉问卷；再次，对问卷进行双录入，并对查出的错误通过问卷、录音或电话回访修订。

数据采取双人分别录入模式，即对同组调查员记录的同一户两份问卷分别进行录入。培训员每晚将当天录入数据审核无误，传至中国医药经济研究中心进行复核并将当天数据复核结果反馈回各调研课题组。

3. 样本代表性检验

本次调查采用了玛叶指数（MYER's INDEX）来检验调查数据样本的代表性。玛叶指数是判断调查质量的一种方法，它先假设在一个不存在任何数据偏好的人口中，以 0-9 中的任何一个数字结尾的年龄别人口数，应该占总人口的十分之一。实际人口年龄分布与理论分布差数的绝对值之和，称为玛叶指数。玛叶指数不能大于 60，大于 60 可以肯定该调查人口数据存在严重的年龄偏好。用本次调查的数据计算得出：MYER's INDEX = 4.34，说明样本代

表性较好，详见下表 1。

附表1 调查人口玛叶指数

年龄结尾数字	10-99岁区间			20-99岁区间			(3)+(6)	占累计人口百分比	与10%的离差
	混合人口	权重系数	(1)×(2)	混合人口	权重系数	(4)×(5)			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
0	3070	1	3070	2771	9	24939	28009	9.88	0.12
1	2880	2	5760	2613	8	20904	26664	9.4	0.6
2	2970	3	8910	2652	7	18564	27474	9.69	0.31
3	3101	4	12404	2807	6	16842	29246	10.31	0.31
4	3251	5	16255	2933	5	14665	30920	10.9	0.9
5	3244	6	19464	2898	4	11592	31056	10.95	0.95
6	2723	7	19061	2457	3	7371	26432	9.32	0.68
7	2881	8	23048	2504	2	5008	28056	9.89	0.11
8	2791	9	25119	2465	1	2465	27584	9.73	0.27
9	2810	10	28100	2559	0	0	28100	9.91	0.09
合计							283541		4.34

4. 存在问题

1) 调查过程中可能存在的统计偏差

调查对象为抽样户内的每一位常住人口，可由于各家庭成员在家时间不定，且考虑反复入户会增加拒访率，故此，对非主观问题（如教育程度等）允许由某位知情受访者代答，其可能造成统计偏差。

2) 流动人口是否包括在本调查研究中

国家尚未出台关于流动人口的统一界定标准，各个部门从各自的工作需要出发，对流动人口概念的界定不一，口径差异很大。例如，全国人口普查统计对于流动人口的定位为，外地户籍，在现居住地居住半年以上；全国农业普查统计对于流动人口的定义为，农村户籍，十六岁以上有劳动能力，本乡以外，从业一个月以上；全国暂住人口统计对于流动人口的定义为，离开常住户口所在地、拟在暂住地居住一个月以上年满十六周岁；全国流动育龄妇女统计对于流动人口的定义为，离开户籍地，跨县流动 30 日以上，从事务工、经商等活动的 18-49 周岁女性人口，包括农村户籍，也包括城镇户籍。若参照全国人口普查统计对于流动人口的定义，流动人口属于现居住地之常住人口，属于调查对象。但若根据其他普查统计对于流动人口的定义，此调查研究是否包含流动人口尚存疑问。