



医疗服务可及性对居民健康状况的影响研究

——基于CFPS数据的实证分析

陈兰馨¹, 李跃平²

1. 福建医科大学公共卫生学院, 2. 卫生健康研究院, 福建 福州 350122

摘要:为了探讨医疗服务可及性与居民健康状况之间的关系,并在此基础上提出可行性的参考建议,选取自评健康作为健康指标,利用中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies, CFPS) 2014年、2016年和2018年三期数据整理成面板数据,运用随机效应Logit回归模型进行分析。结果显示,“一般性疾病的就医机构等级”和“医疗费用占家庭人均年收入的比重”与居民自评健康呈负相关。“对医疗水平的评价”“对医生的信任度”和“家庭人均纯收入”与居民自评健康呈正相关。医疗服务可及性与居民健康状况之间存在显著关系,提升医疗服务可及性能够有效改善居民的健康状况。

关键词:医疗服务;可及性;自评健康;随机效应模型

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2022)03-278-007

doi:10.7655/NYDXBSS20220312

健康是人类生存与发展的基础,是人类社会最主要的价值取向^[1]。随着经济社会的快速发展和人民生活水平的提高,党和政府把人民健康摆在首要位置^[2]。2016年8月,习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调,“没有全民健康,就没有全面小康”,要坚持基本医疗卫生事业的公益性,让广大人民群众享有公平、可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。2019年12月,《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》提出,各级各类医疗卫生机构应当分工合作,为公民提供预防、保健、治疗、护理、康复、安宁疗护等全方位、全周期的医疗卫生服务,保障基本医疗卫生服务公平可及。

目前许多研究表明,医疗服务可及性与健康状况之间存在密切的关系。从经济学角度来看,健康是产出,医疗服务是投入。人们对健康的需求将引发对医疗服务的需求,而满足医疗服务需求的前提是医疗服务的可及性^[3-4],所以研究医疗服务可及性与健康之间的关系,对于提高医疗服务可及性以改善人类健康具有重要意义。因此,本文将中国家庭追踪调查(China Family Panel Studies, CFPS)成人数

据库中2014年、2016年以及2018年数据整合成面板数据,以我国16岁及以上居民作为研究样本,在界定医疗服务可及性概念的基础上,运用随机效应Logit回归模型对医疗服务可及性与居民健康状况之间的关系进行分析,从而有针对性地提出相关建议。

一、理论分析框架

Anderson^[5]认为医疗服务可及性是指个体对医疗服务的真实享有量以及得到医疗服务的方便程度。苗艳青^[6]认为医疗服务可及性包括供方可及性与需方可及性,供方可及性即医疗服务机构是否提供充足的医疗服务资源,需方可及性即居民是否有能力得到医疗卫生资源。曾伏娥等^[7]从可获得性和空间可达性两个角度界定医疗服务可及性。李从容等^[8]将医疗服务可及性分解为经济可及性、可保障性、地理可及性、可接受性四个维度。仇雨临等^[4]认为医疗服务可及性体现在空间、时间和经济等多维医疗服务可及或者供需双方共同形成的医疗服务可及。

综上所述,医疗服务可及性的概念尚未统一,

基金项目:漳州市卫生健康事业十四五规划编制研究(2021B007)

收稿日期:2022-03-08

作者简介:陈兰馨(1997—),女,福建漳州人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策;李跃平(1974—),男,福建龙岩人,教授,博士生导师,研究方向为卫生政策,通信作者,fmulyp@163.com。

但是大致都是从居民是否容易获得医疗卫生服务角度,经济、地理、时间等多维角度,供需双方角度等对医疗服务可及性进行定义。这些定义的相同点是都将医疗服务提供方和医疗服务需求方联系在一起。因此,借鉴上述学者的观点,本文将医疗服务可及性界定为服务可及性和经济可及性。服务可及性即医疗服务机构是否能够提供数量充足、质量良好、关系密切的医疗卫生服务,这部分内容主要体现在就医机构类型、医疗水平和对医生的信任度上。经济可及性即居民是否有承担医疗费用的经济能力,具体体现在医疗费用和经济收入这两个方面。

一般认为,医疗服务可及性是通过影响医疗服务的利用来影响居民的健康状况。所以,如果医疗服务机构能够提供给居民可以负担得起的、良好的医疗服务和就医条件,那么居民对其利用程度就会提高,患病风险就会降低,从而达到改善居民健康状况的目的。

二、数据和变量描述

(一)数据来源及样本构成

本文数据来源于CFPS数据库,该数据库涵盖经济、教育、健康等多个主题,反映了中国经济、教育、卫生的动态变化。本文以我国16岁及以上居民为研究样本,选取了成人数据库中2014年、2016年和2018年三期数据,将这三期数据中连续追踪到的样本个体进行匹配,一共获得19 175例成人样本。在处理各指标中的不适用值以及剔除“不知道”“拒绝回答”和缺失值之后,保留了16 318例成人样本,最终三期数据共得到48 954次观测值,由此获得一个平衡的短面板数据。

(二)变量选取及说明

1. 被解释变量

本文选取CFPS成人问卷中的自评健康状况作为被解释变量。目前自评健康状况被广泛应用于健康测量与评价,它综合评价了个体生理、心理和社会等方面的健康,可以反映居民自身对健康状况的感知^[9]。考虑到自评健康可能存在一定的主观性,本文还选取“您是否患有经医生诊断的慢性病”作为稳健性检验的被解释变量。

2. 解释变量

“一般性疾病的就医机构”“对医疗水平的评价”“对医生的信任度”“家庭人均纯收入”和“医疗费用占家庭人均年收入的比重”被纳入解释变量共同衡量医疗服务可及性。

“一般性疾病的就医机构”“对医疗水平的评价”和“对医生的信任度”作为服务可及性的衡量指标。黄瑞芹等^[10]认为一般性疾病的就医机构、医疗

技术水平、医疗服务内容等是衡量医疗服务可及性的重要指标。麻宝斌等^[11]认为医疗服务可及性离不开医患双方的沟通问题,如果患者不信任医生必然会影响到医疗服务利用,因此,对医生的信任程度也应该看作是医疗服务可及性的内容。“家庭人均纯收入”和“医疗费用占家庭人均年收入的比重”作为经济可及性的衡量指标。成德宁等^[12]认为经济可及性体现在家庭支付负担上,可以通过医疗费用占家庭收入的比重、家庭付费比等进行衡量。卫生部统计信息中心在第四次国家卫生服务调查研究报告中指出,经济上的可及性指有无支付能力,通常考察医疗费用和经济收入水平^[13]。

3. 控制变量

控制变量包括年龄、性别、是否锻炼身体、是否吸烟、是否喝酒、生病时的主要照顾者、是否参加医疗保险、婚姻状况、工作状况、受教育水平,赋值见表1。

表1 变量赋值说明

变量	赋值说明
被解释变量	
自评健康	健康=1,不健康=0
是否患有慢性病	否=1,是=0
解释变量	
一般性疾病就医机构	诊所=1,社区卫生服务站/村卫生室=2,社区卫生服务中心/乡镇卫生院=3,专科医院=4,综合医院=5
对医疗水平的评价	不好=1,一般=2,好=3
对医生的信任度	不信任=1,一般=2,信任=3
家庭人均纯收入(元)	家庭人均纯收入取对数
医疗费用占家庭收入的比重	过去一年医疗总费用/家庭人均年收入
个体特征变量	
年龄	受访者的实际年龄
性别	男=1,女=0
行为习惯变量	
是否锻炼	是=1,否=0
是否吸烟	是=1,否=0
是否喝酒	是=1,否=0
家庭特征变量	
生病时的照料者	无人照料=1,其他人照料=2,亲属照料=3
社会特征变量	
是否参加医疗保险	是=1,否=0
婚姻状况	未婚=1,已婚=2,离婚=3,丧偶=4
工作状况	在业=1,其他=0
受教育水平	小学及以下=1,初中=2,高中/中专/技校/职高/大专=3,本科及以上学历=4

三、模型设定

在明确样本数据和变量的基础上,为了分析医疗服务可及性与居民健康状况之间的关系,构建如

下计量方程:

$$\text{Health}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{Accessibility}_{it} + \beta_2 X_{it} + \mu_i + \varepsilon_{it}$$

其中 Health_{it} 为被解释变量,表示第 t 年第 i 个样本个体的健康状况; $\text{Accessibility}_{it}$ 为解释变量,包括一般性疾病的就医机构、对医疗水平的评价、对医生的信任度、家庭人均纯收入、医疗费用占家庭人均年收入比重 5 个变量; X_{it} 为控制变量; μ_i 为未观察到且不随时间而变的个体效应; ε_{it} 为随机误差项。

本文被解释变量是二分类变量,所以采用 Logit 回归模型进行分析。由于本文的数据属于面板数据,需要通过豪斯曼检验进一步选择面板数据模型。固定效应模型和随机效应模型是面板数据最常用的两种模型,这两种面板数据模型各有优劣^[14]。豪斯曼检验结果显示 $P > 0.001$,应该选择固定效应模型。但固定效应模型只能估计随时间变化的变量,不随时间变化的变量会在模型中被删除。虽然本文删除了不随时间改变的变量,但是其他变量中也会存在部分样本值没有随时间而发生改变的。若采用固定效应模型进行分析,样本量会由 48 954 个减少至 11 217 个。此外本文将 CFPS 三期成人数据库

中连续受访的个体筛选为最终样本,存在随机抽样。LaMotte 认为如果研究数据不是特意选择,而是随机抽样,则一般使用随机效应模型^[15]。本研究综合考虑研究目的和实际情况,认为随机效应模型更为适合。

四、结 果

(一)不同年份调查对象的基本情况

2014 年、2016 年及 2018 年样本量均为 16 318。在个体特征方面,男女比例基本持平;中年人数较多[平均年龄 2014 年为 (46.876 ± 15.080) 岁,2016 年为 (48.947 ± 15.034) 岁,2018 年为 (50.877 ± 15.082) 岁]。在行为习惯方面,三年间锻炼、吸烟行为有显著差异,锻炼人数和吸烟人数逐年增加;饮酒行为没有显著差异。在家庭特征方面,三年间生病时的照顾者存在显著差异,由亲属照料的比例最高,但呈现下降趋势。在社会特征方面,三年间参加医疗保险、婚姻状况、受教育水平均存在显著差异,参加医疗保险的人数比例为 92% 以上且逐年增加;已婚比例最高;本科及以上比例最低;工作状态差异没有统计学意义(表 2)。

表 2 不同年份调查对象基本情况

变量	2014年(n=16 318)		2016年(n=16 318)		2018年(n=16 318)		χ^2 值	P值
	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)	例数	百分率(%)		
性别							0.000	1.000
女	8 415	51.57	8 415	51.57	8 415	51.57		
男	7 903	48.43	7 903	48.43	7 903	48.43		
是否锻炼							569.160	<0.001
否	10 225	62.66	9 404	57.63	8 107	49.68		
是	6 093	37.34	6 914	42.37	8 211	50.32		
是否吸烟							154.598	<0.001
否	11 575	70.93	11 060	67.78	10 525	64.50		
是	4 743	29.07	5 258	32.22	5 793	35.50		
是否喝酒							0.798	0.671
否	13 722	84.09	13 779	84.44	13 738	84.19		
是	2 596	15.91	2 539	15.56	2 580	15.81		
生病时的照顾者							34.651	<0.001
无人照料	4 772	29.24	5 030	30.82	5 234	32.08		
其他人照料	226	1.38	205	1.26	179	1.09		
亲属照料	11 320	69.37	11 083	67.92	10 905	66.83		
是否参加医疗保险							7.774	0.021
否	1 201	7.36	1 115	6.83	1 076	6.59		
是	15 117	92.64	15 203	93.17	15 242	93.41		
婚姻状况							115.979	<0.001
未婚	1 582	9.70	1 356	8.31	1 198	7.34		
已婚	13 828	84.74	13 893	85.14	13 847	84.86		
离婚	202	1.23	238	1.46	285	1.75		
丧偶	706	4.33	831	5.09	988	6.05		
工作状态							0.215	0.898
在业	12 167	74.56	12 134	74.36	12 137	74.38		
其他	4 151	25.44	4 184	25.64	4 181	25.62		
受教育水平							125.842	<0.001
小学及以下	7 602	46.59	7 531	46.15	7 079	43.38		
初中	5 015	30.73	4 735	29.02	4 846	29.70		
高中/中专/技校/职高/大专	3 230	19.79	3 482	21.34	3 633	22.26		
本科及以上	471	2.89	570	3.49	760	4.66		

(二)不同年份调查对象健康情况及医疗服务可及性情况

在健康状况方面,2014、2016、2018年受访样本中健康居民比不健康居民多,但不健康居民呈现小幅度增加,三年的变化趋势差异具有统计学意义。80%以上的居民没有患慢性病,但慢性病人数量呈上升趋势,变化趋势差异在1%水平上显著(表3)。

在医疗服务可及性方面,2014、2016、2018年受访样本一般性疾病的就医机构、对医疗水平的评价、对医生的信任度,差异均具有统计学意义。在

一般性疾病的就医机构中,到基层医疗机构就医的居民减少,到综合医院就医的居民增加。对医疗水平的评价中,“一般”的比例下降,“好”的比例上升。对医生的信任度中,“信任”比例最高,但三年间呈下降趋势,“不信任”和“一般”比例呈上升趋势(表3)。家庭人均纯收入逐年升高[2014年为(8.676±2.207)万元,2016年为(9.406±1.100)万元,2018年为(9.616±1.124)万元; $F=1\ 621.866, P<0.001$],但三年间医疗费用占家庭收入的比重没有显著差异。

表3 不同年份调查对象健康情况及医疗服务可及性情况

变量	2014年(n=16 318)		2016年(n=16 318)		2018年(n=16 318)		χ^2 值	P值
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)		
自评健康							70.733	<0.001
健康	13 843	84.83	13 709	84.01	13 301	81.51		
不健康	2 475	15.17	2 609	15.99	3 017	18.49		
是否患有慢性病							13.492	0.001
否	13 362	81.89	13 328	81.68	13 123	80.42		
是	2 956	18.11	2 990	18.32	3 195	19.58		
一般性疾病的就医机构							457.143	<0.001
诊所	2 942	18.03	3 140	19.24	3 528	21.62		
社区卫生服务站/村卫生室	3 954	24.23	3 300	20.22	2 612	16.01		
社区卫生服务中心/乡镇卫生院	3 895	23.87	3 715	22.77	3 552	21.77		
专科医院	854	5.23	811	4.97	924	5.66		
综合医院	4 673	28.64	5 352	32.80	5 702	34.94		
对医疗水平的评价							2 528.890	<0.001
不好	947	5.80	941	5.77	2 017	12.36		
一般	9 475	58.06	9 407	57.65	5 610	34.38		
好	5 896	36.13	5 970	36.58	8 691	53.26		
对医生的信任度							21.805	<0.001
不信任	2 008	12.31	2 003	12.27	2 138	13.10		
一般	3 179	19.48	3 334	20.43	3 427	21.00		
信任	11 131	68.21	10 981	67.30	10 753	65.90		

(三)医疗服务可及性对健康状况影响的实证结果

1. 核心解释变量对自评健康状况的影响

如表4所示,在控制个体特征、家庭特征、社会特征、行为习惯特征、省份虚拟变量及年份虚拟变量的基础上,“一般性疾病的就医机构等级”“对医疗水平的评价”“对医生的信任度”“家庭人均纯收入”和“医疗费用占家庭收入的比重”对居民的健康状况均有显著影响。

“一般性疾病的就医机构等级”与居民健康状况呈负相关,在专科医院就医的居民相较于在诊所就医的居民,不健康风险更高(OR=0.437, 95%CI: 0.363~0.526),在综合医院就医的居民相较于在诊所就医的居民,不健康风险更高(OR=0.511, 95%CI: 0.453~0.577)。“对医疗水平的评价”与居民健康状况呈正相关,对医疗水平评价一般的居民健康概率

是对医疗水平评价不好的1.946倍(OR=1.946, 95%CI: 1.694~2.234),对医疗水平评价好的居民健康概率是对医疗水平评价不好的1.763倍(OR=1.763, 95%CI: 1.529~2.032)。“居民对医生的信任度”与居民健康状况呈正相关,同不信任医生的居民相比,对医生信任度一般的居民(OR=1.268, 95%CI: 1.112~1.445)和信任医生的居民(OR=1.560, 95%CI: 1.386~1.755)健康概率更高。“家庭人均纯收入”与居民健康状况呈正相关,家庭收入高的居民健康概率比家庭收入低的居民高(OR=1.118, 95%CI: 1.091~1.145)。“医疗费用占家庭收入的比重”与居民健康状况呈负相关,医疗费用占家庭收入比重高的居民相较于比重低的居民,不健康风险更高(OR=0.146, 95%CI: 0.068~0.316)。

2. 控制变量对自评健康状况的影响

年龄、性别、是否锻炼身体、是否饮酒、生病时

的照顾者、婚姻状况、工作状况、受教育水平均对居民的健康状况有影响。年龄与健康状况呈负相关(OR=0.935, 95%CI: 0.931~0.940), 这符合人的生命健康周期; 男性的健康概率是女性的1.895倍(OR=1.895, 95%CI: 1.644~2.183), 这可能与男性拥有生理上先天的体质优势有关^[16]; 锻炼身体的居民健康状况更好(OR=1.408, 95%CI: 1.293~1.533); 饮酒居民健康概率更高(OR=1.639, 95%CI: 1.429~1.879), 和相关研究结论一致^[17]; 无人照料相较于其他人照料或亲属照料者健康状况更好, 这是因为居民在健康水平较好的情况下可以自我照料, 只有病情较为严重时才需由他人照料; 离婚居民不健康风险更高(OR=0.502, 95%CI: 0.320~0.788), 可能是离婚居民承受舆论压力大, 心理负担重; 在业居民健康概率更高(OR=1.654, 95%CI: 1.491~1.834), 说明拥有更高的经济收入和社会保障者, 更加注重卫生保健; 初中及以上学历的居民健康状况更好, 说明受教育水平越高, 健康意识越强。是否吸烟、是否参加医疗保险对居民健康状况没有影响。

(四) 稳健性检验结果

本文还采用替换被解释变量进行稳健性检验, 即将基本回归中的“自评健康”替换为“是否患有经医生诊断的慢性病”, 运用随机效应Logit回归模型进行分析, 结果显示(表4), 一般性疾病的就医机构、医疗费用占家庭收入比重与居民健康状况呈负相关; 对医疗水平的评价、对医生的信任度、家庭人均纯收入与居民健康状况呈正相关, 说明本研究结论通过稳健性检验。

五、讨 论

本研究基于2014年、2016年和2018年CFPS三期数据, 探讨医疗服务可及性情况、居民健康状况以及两者之间的关系。研究发现居民总体健康状况较好, 但是患慢性病人数量随着时间的推移呈现上升趋势。这提示未来居民对健康及卫生服务需求会更为迫切, 如何进一步提高居民健康水平、满足卫生服务需求是医疗卫生事业面临的重要任务。此外, 研究还发现医疗服务可及性对居民健康状况起着至关重要的作用。因此, 可从提升医疗服务可及性角度出发, 探讨改善居民健康状况的途径和方法。

(一) 优化医疗资源配置, 提高基层医疗机构服务水平

回归结果显示, 一般性疾病的就医机构对居民健康状况有显著影响。具体表现为到基层医疗机构就医的居民健康水平高于到综合医院就医的居民。原因可能为, 基层医疗机构的就诊流程简便且距离居住地较近, 可及性和便捷度高, 居民能够及

时利用卫生资源, 疾病预防意识相对较强^[18], 基层医疗机构对居民健康有基础性保护作用。但值得注意的是, 研究结果还显示, 到基层医疗机构就诊的居民逐年减少, 到综合医院就诊的居民增多, 说明居民对基层医疗机构利用不足, 仍然存在不合理的就医选择行为。孟庆跃^[19]、李勇等^[20]认为基层医疗机构能力不足、医疗资源配置不合理影响了患者的合理流向。鉴于此, 政府应加快推进区域内医联体建设, 整合医疗服务资源, 引导优质资源向基层医疗机构下沉; 完善农村及社区医疗服务网络, 打造15分钟基本医疗卫生服务圈, 让居民能够及时、就近获得基本医疗服务。

此外, 医疗水平也是影响居民健康的重要因素。研究结果显示, 对医疗水平评价高的居民健康概率更高, 这与黄瑞芹等^[10]研究结果一致。医疗水平直接影响着治疗效果, 医疗机构的技术水平越高, 治愈疾病的概率越高。因此, 政府应该加大对基层医疗机构的政策支持, 完善医疗设备, 增加药品种类; 保障基层医务人员培训经费投入, 定期进行规范培训。基层医疗机构也应该转变医疗服务模式, 大力培养全科医生, 持续推进家庭医生签约制度, 坚持主动服务、上门服务, 为居民提供常见病、多发病等初级诊疗服务。

(二) 多举措增强居民对医务人员的信任程度

实证结果表明, 对医生信任度高的居民, 健康状况更好。这是因为医疗服务供需双方存在信息壁垒, 患者往往只能通过医生声望、信任度等来判断是否利用医疗服务^[21]。当医务人员为患者提供信息和情感支持时, 患者会认为医务人员是可信任的, 从而增加对医疗服务的利用, 改善健康状况^[22]。由此可见, 可以通过增加患者对医务人员的信任来进一步提高健康水平。具体措施如下: 第一, 设立医患沟通交流室, 定期召开医患座谈会, 加强医患双方的沟通和理解; 第二, 加强对医务人员沟通技能的培训与考核, 制定医患沟通培训大纲, 引入情景模拟、巴林特小组、标准化病人等先进培训方式; 第三, 拓宽与社会公众的沟通渠道, 利用医院官方网站、公众号等新媒体平台, 宣传医务人员的医德医风和感人事迹, 树立正面舆论导向。

(三) 重点关注低收入人群, 减轻疾病经济负担

经济困难是阻碍居民及时获取医疗卫生服务进而影响健康状况的重要因素^[23]。实证结果显示, 家庭人均纯收入越低、医疗费用占家庭人均年收入的比重越高, 居民不健康的风险越高, 这与刘宇等^[16]的研究结果一致。收入低、家庭支付负担重意味着在疾病初期, 居民可能会由于经济压力而减少或放弃对医疗服务的利用, 造成小病拖延成大病的现象。

表4 随机效应和稳健性检验Logit回归结果

变量	随机效应					稳健性检验				
	β	SE	Z	P	OR(95%CI)	β	SE	Z	P	OR(95%CI)
一般性疾病的就医机构(参照组:诊所)										
社区卫生服务站/村卫生室	0.071	0.066	1.080	0.282	1.073(0.944~1.221)	-0.041	0.056	-0.740	0.457	0.960(0.860~1.070)
社区卫生服务中心/乡镇卫生院	-0.025	0.065	-0.380	0.701	0.976(0.860~1.107)	-0.270	0.054	-5.040	<0.001	0.763(0.687~0.848)
专科医院	-0.828	0.094	-8.770	<0.001	0.437(0.363~0.526)	-1.145	0.075	-15.320	<0.001	0.318(0.275~0.368)
综合医院	-0.670	0.062	-10.880	<0.001	0.511(0.453~0.577)	-0.853	0.051	-16.750	<0.001	0.426(0.385~0.471)
对医疗水平的评价(参照组:不好)										
一般	0.666	0.071	9.430	<0.001	1.946(1.694~2.234)	0.291	0.059	4.920	<0.001	1.338(1.191~1.502)
好	0.567	0.072	7.830	<0.001	1.763(1.529~2.032)	0.282	0.060	4.670	<0.001	1.326(1.178~1.493)
对医生的信任度(参照组:不信任)										
一般	0.237	0.067	3.550	<0.001	1.268(1.112~1.445)	0.122	0.056	2.200	0.028	1.130(1.013~1.260)
信任	0.445	0.060	7.390	<0.001	1.560(1.386~1.755)	0.079	0.049	1.610	0.108	1.082(0.983~1.192)
家庭纯收入										
医疗费用占家庭收入的比重	-1.921	0.392	-4.900	<0.001	0.146(0.068~0.316)	-1.906	0.281	-6.780	<0.001	0.149(0.086~0.258)
年龄	-0.067	0.003	-26.670	<0.001	0.935(0.931~0.940)	-0.056	0.002	-31.660	<0.001	0.945(0.942~0.949)
性别(参照组:女)										
是否锻炼(参照组:否)	0.342	0.043	7.890	<0.001	1.408(1.293~1.533)	-0.198	0.034	-5.820	<0.001	0.821(0.768~0.877)
是否吸烟(参照组:否)	-0.038	0.072	-0.540	0.592	0.962(0.836~1.108)	0.202	0.051	3.930	<0.001	1.224(1.107~1.354)
是否喝酒(参照组:否)	0.494	0.070	7.080	<0.001	1.639(1.429~1.879)	0.273	0.053	5.170	<0.001	1.314(1.185~1.457)
生病时的照顾者(参照组:无人照料)										
其他人照料	-0.579	0.196	-2.960	0.003	0.560(0.382~0.822)	-0.589	0.156	-3.770	<0.001	0.555(0.409~0.753)
亲属照料	-0.522	0.048	-10.870	<0.001	0.593(0.540~0.652)	-0.550	0.038	-14.350	<0.001	0.577(0.535~0.622)
是否参加医疗保险(参照组:否)										
婚姻状况(参照组:未婚)	0.016	0.081	0.190	0.848	1.016(0.866~1.191)	-0.154	0.068	-2.280	0.023	0.857(0.751~0.979)
已婚	-0.029	0.132	-0.220	0.824	0.971(0.749~1.259)	-0.042	0.095	-0.440	0.656	0.959(0.797~1.154)
离婚	-0.689	0.230	-3.000	0.003	0.502(0.320~0.788)	-0.290	0.172	-1.680	0.092	0.748(0.534~1.049)
丧偶	0.150	0.168	0.890	0.372	1.162(0.836~1.614)	0.004	0.123	0.030	0.973	1.004(0.790~1.277)
工作状况(参照组:其他)	0.503	0.053	9.540	<0.001	1.654(1.491~1.834)	0.068	0.041	1.640	0.100	1.071(0.987~1.161)
受教育水平(参照组:小学及以下)										
初中	0.743	0.068	10.960	<0.001	2.103(1.841~2.402)	0.132	0.048	2.750	0.006	1.141(1.039~1.254)
高中/中专/技校/职高/大专	1.154	0.085	13.530	<0.001	3.169(2.682~3.746)	0.266	0.057	4.640	<0.001	1.305(1.166~1.460)
本科及以上	1.422	0.199	7.160	<0.001	4.145(2.808~6.119)	0.198	0.117	1.690	0.090	1.219(0.969~1.534)
时间虚拟变量(参照组:2014年)										
2016年	-0.038	0.043	-0.880	0.379	0.963(0.885~1.048)	0.189	0.037	5.170	<0.001	1.208(1.125~1.298)
2018年	-0.197	0.045	-4.370	<0.001	0.821(0.752~0.897)	0.176	0.037	4.720	<0.001	1.193(1.108~1.283)

鉴于此,现阶段提高经济可及性应重点关注低收入人群,建立健全低收入人群的医疗救助制度;继续发挥医保基金的作用,逐步提高医保基金的报销比例,减轻居民的个人医疗支出负担;将健康体检纳入医保支付范围,鼓励居民通过体检尽早发现潜在疾病;完善大病保险制度,加快形成以基本医疗保障为主的多元化医疗保障体系。除此之外,医疗机构也应通过控制药品、耗材采购成本,转变医疗保险支付方式等途径控制医疗费用上涨。

参考文献

[1] 申曙光,曾望峰. 健康中国建设的理念、框架与路径[J]. 中山大学学报(社会科学版),2020,60(1):168-178

[2] 岳经纶,黄博函. 健康中国战略与中国社会政策创新[J]. 中山大学学报(社会科学版),2020,60(1):179-187

[3] 叶文君,李勇. 医疗保险对医疗服务利用影响研究综述[J]. 现代商贸工业,2016,37(6):135-136

[4] 仇雨临,冉晓醒. 医疗服务可及性对老年人健康的影响——基于CLHLS数据的分析[J]. 中国卫生政策研究,2019,12(7):1-10

[5] ANDERSEN R. A behavioral model of families' use of health services[R]. Chicago:Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968

[6] 苗艳青. 卫生资源可及性与农民的健康问题:来自中国农村的经验分析[J]. 中国人口科学,2008(3):47-55,96

[7] 曾伏娥,王瑞娟,池韵佳. 可及性视角下医疗组织分布

- 特征及其对疫情防控的影响研究[J]. 管理学报, 2021, 18(5):643-652
- [8] 李从容,王萍. 医疗服务可及性对老年人慢性病治疗影响研究[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(8):592-595,610
- [9] JYLH Å M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model [J]. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(3): 307-316
- [10] 黄瑞芹,易晶晶. 民族地区医疗服务可及性对农村居民健康的影响——基于湖北省建始县的调查[J]. 中南民族大学学报(人文社会科学版), 2017, 37(5):138-141
- [11] 麻宝斌,杜平. 医疗卫生服务可及性如何影响民众的公共医疗公平感——基于七省市问卷调查数据的分析[J]. 甘肃行政学院学报, 2019(1):56-63
- [12] 成德宁,潘昌健. 农村医疗服务可及性和质量对老年人健康不平等的影响——基于 CLHLS(2011—2014年)数据的实证分析[J]. 广西社会科学, 2020(6):76-82
- [13] 卫生部统计信息中心. 中国基层卫生服务研究:第四次国家卫生服务调查专题研究报告(一)[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2009:16
- [14] 杨菊华. 数据管理与模型分析:STATA 软件应用[M]. 北京:中国人民大学出版社, 2012:304
- [15] LAMOTTE L R. *Encyclopedia of statistical sciences* [M]. New York: Jon Wiley & Sons, 1983:138-139
- [16] 刘宇,聂荣. 收入差距、医疗保险与健康贫困的实证研究——基于CFPS数据的证据[J]. 辽宁大学学报(哲学社会科学版), 2019, 47(4):55-63
- [17] 曹瑞红,雷振河. 饮酒与健康之间的关系研究分析[J]. 酿酒科技, 2019(2):135-142
- [18] 杨慧康. 个体医疗资源及其可及性对老年人健康的影响[J]. 人口与社会, 2015, 31(4):79-88
- [19] 孟庆跃. 医疗服务需求管理是解决“看病难、看病贵”的关键路径[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(6):5-8
- [20] 李勇,邢影影. 分级诊疗背景下患者门诊就医选择行为实证研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(6):50-54
- [21] 赵世超,童西洋,张安琪,等. 患者信任模式和水平对基层首诊意愿的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(8):16-20
- [22] 冯祥,华召来,周琴,等. 社会支持网络视角下某市中老年居民就医行为及其影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(4):317-320
- [23] 郭爱妹,顾大男. 健康不平等视角下医疗服务可及性对老年健康的影响——基于 CLHLS 数据的实证分析[J]. 人口与发展, 2020, 26(2):60-69

(本文编辑:姜 鑫)

A study on the impact of medical service accessibility on residents' health status

——empirical analysis based on CFPS data

CHEN Lanxin¹, LI Yueping²

1. School of Public Health, 2. Institute of Health Research, Fujian Medical University, Fuzhou 350122, China

Abstract: This study was aimed to explore the relationship between the accessibility of medical services and the residents' health to make feasible reference suggestions. The self-rated health was selected as the health indicator while the three phases of the China Family Panel Studies (CFPS) data in 2014, 2016 and 2018 were used to organize the panel data. On this basis the random effects Logit model was used for analysis. The results showed that the level of medical institutions for general diseases and the proportion of medical expenses in the family's per capita annual income were negatively associated with residents' self-rated health. Evaluation on medical level, trust in doctors and family net income per capita were positively related to residents' self-rated health. There was a significant relationship between the accessibility of medical services and the health status of residents. Therefore, improving the accessibility of medical services can effectively improve the health status of residents.

Key words: medical services; accessibility; self-rated health; random effects model