

doi: 10.15936/j.cnki.1008-3758.2025.02.005

医保统筹能有效缩小城乡差距吗?

方迎风, 周世宏

(武汉大学 经济与管理学院, 湖北 武汉 430072)

摘 要: 基于中国家庭追踪调查数据, 构建双重差分模型并通过分组回归的方式从健康、收入、生活幸福感和恩格尔系数四个维度分析医保统筹政策对城乡不平等的影响。研究发现: 医保统筹显著提高了农村居民的健康、收入与生活幸福感, 降低其家庭恩格尔系数, 但对于城镇居民的影响十分有限。医保统筹会通过促进农村居民用非农就业代替农业工作来提高收入。通过异质性分析发现农村中老年人、患有慢性疾病的群体以及经常性就医于综合医院的群体为医保统筹政策的主要受益群体, 但农村低收入群体的收入和生活幸福感并没有得到有效改善。研究表明, 医保统筹政策的推行有利于缩小城乡差距、促进城乡协调发展, 但依然需要进一步完善相关制度安排, 关注低收入群体以降低城乡各自内部的不平等。

关 键 词: 医保统筹; 城乡差异; 居民健康; 低收入群体

中图分类号: F 061.3

文献标志码: A

文章编号: 1008-3758(2025)02-0040-14

Can Unified Medical Insurance Effectively Help to Reduce Urban-Rural Differences?

FANG Yingfeng, ZHOU Shihong

(Economics and Management School, Wuhan University, Wuhan 430072, China)

Abstract: By using the data from CFPS, a difference-in-difference model is set up to analyze the effect of unified medical insurance on urban-rural differences through grouping regression. It is found that unified medical insurance can significantly enhance rural residents' health, personal income, life well-being and it can also help to reduce their families' Engel's coefficient, while it has caused very limited impact on urban residents. Besides, unified medical insurance increases the income of villagers by substituting agriculture jobs with non-agriculture jobs. Based on the heterogeneity analysis, it is found that the beneficiaries of unified medical insurance mainly include the rural middle-aged and elderly people, the groups with chronic diseases and the groups with regular medical treatment in general hospitals, but the income level and life well-being of the rural low-income groups fail to be effectively improved. It is concluded that unified medical insurance is good at narrowing the gap between urban and rural areas, and promoting the coordinated development between urban and rural areas, but the system of medical insurance still needs to be improved to help the low-income groups so as to reduce inequality within urban and rural areas respectively.

Key words: unified medical insurance; urban-rural difference; residents' health; low income group

收稿日期: 2023-12-27

基金项目: 教育部人文社会科学研究规划基金项目(24YJA790006); 国家自然科学基金青年项目(72003143)。

作者简介: 方迎风, 武汉大学副教授, 博士生导师。

一、问题的提出

党的二十大报告提出,全面建设社会主义现代化国家,最艰巨最繁重的任务仍然在农村。提高农民收入和改善农民生活,缩小城乡差距、促进城乡协同发展是实现共同富裕的重要内容,有利于稳固经济秩序并维持社会稳定。中国城乡区域发展依然不均衡,城乡之间的不平等程度存在扩大趋势。根据中国国家统计局的数据^①,2023年中国城镇人均可支配收入51 821元,相较于2013年提升25 354元,而农村人均可支配收入在2023年为21 691元,相较于2013年仅提升12 261元,农村地区的人均可支配收入提升幅度在过去10年间不足城镇地区的一半。较低的收入水平制约了农村地区居民的消费能力,2023年农村居民人均消费支出18 175元,城镇居民人均消费支出32 994元,为农村居民的1.8倍,城乡居民的消费水平也存在很大差距。在医疗卫生方面,城乡之间也存在较大的差异,农村的医疗卫生资源十分匮乏,2023年城市每万人拥有卫生技术人员109人与医疗机构床位数80张,而农村分别仅为71人和65张。医疗卫生资源在城乡间分布不均衡的状况一直没有得到改善。由于农村地区医疗卫生条件相较于城市地区更差,且农村居民的整体生活水平不如城市居民,城乡之间存在着较强的健康不平等与医疗卫生服务不平等,城乡之间的收入和消费也存在着显著的差异,这不利于共同富裕的推进。

医疗保险是保障居民健康的重要手段。2003年,《关于建立新型农村合作医疗制度意见的通知》的出台,使得数亿农民开始享受到医保政策的福利。2007年,《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》出台,2010年在全国范围内开展试点工作,并逐渐覆盖所有非从业城镇居民,到2013年,城职保、城居保以及新农合参保人员总数超过13亿人,这标志着我国基本实现了全民医保。

在城乡医保统筹实行之前,农村地区的居民购买新农合,城镇地区的居民购买城居保,医保制度在城乡之间呈现出二元分割的局面。2013年城乡居民医保制度整合工作启动,2016年,《国务

院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》出台,整合工作驶入快车道,陆续有省市完成了医保在城乡之间的整合。城乡居民医疗保险相较于以往的新农合、城镇居民医疗保险,增大了报销比例,取消了对参保人员户籍的限制,提高了参保人员获取医疗卫生服务的便利性并降低了医疗卫生服务的成本,使得城乡居民能享受到的医疗保险福利提升到更高的水平。尤其对农村群体而言,城乡医保统筹制度的实行使得农村居民能与城镇居民享受到一样的医疗保障权益,在制度上体现了医保政策的城乡平等,使得有医疗卫生服务需求的个体能够更加便捷地获得医疗卫生服务,从而对其身体健康水平起到积极的促进作用。

健康作为一项重要的人力资本,直接影响到个体的收入水平,而收入又影响到个体的消费能力和生活水平,对其生活的幸福感产生显著影响。医保统筹是实现城乡融合和城乡协同发展的重要手段。与以往城乡分割的二元医保制度相比,医保统筹制度的实施是否能够有效缩小城乡之间健康、收入、消费支出等多个维度的差异,以及其背后的作用机制又是什么?科学地回答上述问题有利于改善医保统筹制度,使其能更好地契合城乡之间的协同发展,加快实现乡村振兴和城乡融合。

本文使用中国家庭追踪调查数据库(CFPS)2012年与2018年成人问卷与家庭经济问卷的数据,构建双重差分实证模型,从城乡居民身体健康、家庭恩格尔系数、个体收入与生活幸福感等四个维度分析城乡医保统筹对城乡不平等的影响。本文将受到城乡医保统筹制度影响的个体按照购买医疗保险类型的不同分为新农合与城居保两类,并用分组回归的方法探究医保统筹在农村与城镇居民之间影响的差异性。相较于以往的研究,本文的贡献在于:首先,从健康、收入、支出与生活幸福感等四个维度出发,将研究视角从医保统筹对于个体的影响转向对城乡差异的影响,而以往的文献则主要集中于医保统筹对于个体健康水平与医疗支出的研究;其次,以城乡差异的视角贯穿全文来研究城乡医保统筹的影响,在此基础上进一步分析不同特征的群体受到医保统筹政策影响的异质性,以及作用于城乡差异的可能机制渠道。这些分析有利于识别医保统筹政策的受益侧重性群体,从而可以为医保统筹的实施,以及城

① 数据来源于国家统计局网站,具体可参见 <https://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>。

乡融合与城乡协同发展提供有针对性的政策建议。

二、文献综述

城乡医保统筹制度的实行加大了医保报销范围和报销力度,在整合中实行“就宽不就窄,就高不就低”的原则,使得城乡居民能够享受到的医保福利提升到了更高的水平^[1]。更高的医保福利待遇有助于促进居民对于医疗服务的利用并改善他们的健康状况^[2]。城乡医保统筹结束了医保制度在城乡之间二元分割的局面,使得农村居民能够跟城镇居民享受到相同的医保福利待遇,有利于促进城乡之间平等地利用医疗资源^[3],从而缩小城乡之间的健康差距。城乡医保统筹显著提高了参保农民的医疗服务利用率、自评健康与客观健康^[4],能够增强他们抵御贫困风险的能力^[5]。马超等指出参合更高档次的医保对健康水平具有显著的促进作用,与未实行城乡医保统筹的地区相比,医保统筹缓解了城乡居民健康水平的不平等程度^[6]。郑超等基于中国健康与养老追踪调查数据研究发现城乡医保统筹显著提升了居民的自评健康、心理健康和客观健康水平,并且对于健康不平等的缓解具有积极作用^[7]。

现有文献大都认为医保统筹的实施有利于促进城乡居民的身体健康并缩小城乡之间的健康差距。健康作为人力资本的重要组成部分,会对居民收入产生重要影响^[8-9]。方迎风等指出健康人力资本对居民收入存在显著的正效应,并影响子代的发展^[10]。居民的收入差异与健康差异往往呈现出密不可分的关系,健康状况的恶化会影响个体的工作收入并增加他们的医疗支出^[11]。家庭成员的健康状况会显著影响家庭的收入,尤其对农村地区而言^[12],中国农村贫困人口健康状况不容乐观,51.63%的人将贫困归因于家庭成员患病,因病致贫是我国农村的贫困根源之一^[13]。

提高农村居民的健康水平将有助于避免其落入贫困陷阱,良好的健康能够提升个体收入、减少医疗相关支出,降低贫困脆弱性^[14]。健康状况与劳动供给和家庭收入显著正相关^[15],健康水平会显著地影响农户的种植业收入表现,健康水平每上升一个等级将带来约 5.8% 的家庭年均种植业收入的提升^[16]。良好的健康状况对我国农村居民参与非农就业和获取非农就业收入也具有显

著正向影响,它能够提升农村居民外出参与非农就业活动的概率^[17],在健康水平提高对居民收入增长的影响中,低收入阶层受益更大,从而缓解了收入不平等^[18]。既然医保统筹对城乡居民有显著的促进作用,而健康作为一项重要的人力资本又会影响到个体的收入,那么城乡医保统筹的实施是否有利于提升城乡居民的收入水平? 是否有利于缩小城乡之间的收入差距? 目前针对这一问题的研究较少,本文将从多个维度对该问题进行分析。

医疗支出作为居民生活支出的重要组成部分对居民的消费与储蓄行为产生着重要的影响。医疗支出的不确定性显著增强了城乡居民的预防性储蓄动机^[19],而医疗保险有助于降低未来医疗支出的冲击,从而降低居民的预防性储蓄并给予其增加消费支出的正向激励^[20]。Gruber 等研究发现美国基本医保的推行使得低收入家庭消费提高了 5.2%^[21]。甘梨等研究发现医疗保险能够刺激居民消费,基本医疗保险约带动中国 7% 的消费^[22]。邹红等还发现医疗保险的缴费率对居民消费具有促进作用,医疗保险缴费率增加 1%,消费将增加 2.1%^[23]。保障水平越高的医疗保险对流动人口消费的促进作用越大^[24]。

城乡医保统筹提升了基本医疗保障水平,能够降低自付医疗支出比例,缓解就医支出的压力,减少整体受益群体的医疗负担^[25],将有助于提升城乡居民的生活水平并刺激非医疗支出的增加^[26],其对于居民消费的影响逐渐受到学者的关注。有研究发现城乡医保统筹会降低家庭储蓄率,并且激励农村家庭增加教育支出^[27]。不仅如此,城乡医保统筹能够促进农村流动人口的消费,并且对中等消费水平的农村流动人口效果更为明显^[28],也有研究发现城乡医保统筹显著提高了农村老年人的家庭人均日常消费与家庭人均年消费,且对高消费的提升作用更大^[29]。农村居民的收入水平整体落后于城镇居民,而低收入家庭受流动性约束的概率与边际消费倾向都远大于高收入家庭^[30],故农村居民的消费意愿比城镇居民更易受到医保政策变动的影响。然而,关于医保统筹对居民消费支出的影响在城乡之间的差异的研究还很少。中国居民消费不平等主要缘于城乡间的消费不平等^[31]。因此,厘清医保统筹对居民消费支出的影响的城乡差异对于解决我国居民消费不平等问题具有重要意义。

总而言之,现有关于城乡医保统筹制度的研究大都集中在其对于城乡居民健康差异与医疗支出方面,较少有研究关注医保统筹制度对于城乡居民收入与生活水平方面的影响。本文将研究视角放在医保统筹制度与城乡差异上,使用中国家庭追踪调查数据库的数据分析城乡医保统筹制度对于农村与城镇居民在健康、收入、生活幸福感以及家庭恩格尔系数等多个维度的影响。医保统筹制度的实施使得农村与城镇在医保待遇方面得到了统一,与以往城乡分割的二元医保制度相比,其是否有利于缩小城乡之间的差异? 回答该问题,不仅能够从建立健全社保政策的角度出发为医保统筹政策的推行对于城乡居民之间各自的效用提供实证依据,还能为推动城乡融合、促进城乡经济协同发展、推进共同富裕提供有针对性的政策建议和参考。

三、数据和模型

1. 数据来源

本文所使用的数据来源于中国家庭追踪调查(CFPS)数据库 2012 年与 2018 年两年的数据,CFPS 数据库抽样本覆盖 25 个省区市,具有全国代表性,目标样本规模为 16 000 户,调查对象包含样本家户中的全部家庭成员,CFPS 调查问卷共有社区问卷、家庭问卷、成人问卷和少儿问卷四种主体问卷类型,本文使用的相关变量均来源于家庭问卷与成人问卷。截至 2012 年,天津、青海、重庆、宁夏、广东以及新疆生产建设兵团已经实现了城乡居民医保的整合^[32]。2016 年国务院发布了《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,要求各地在当年年底前出台具体实施方案,截止到 2018 年全国除辽宁省外的地区均已完成医保的整合工作。结合 CFPS 数据库的特点,本文剔除了广东、天津、重庆、辽宁等 4 个不适宜作为本文研究对象的地区,并利用其余省市城乡居民的问卷数据准确地评估医保统筹政策的影响。

2. 实证模型

双重差分模型(difference-in-difference,简称 DID)的研究方法在实证研究中得到越来越广泛的应用,因为其可以控制个体不随时间改变的不可观测的变量的影响,并且可以消除控制组与实验组所经历的共同时间趋势的影响。本文采用传

统双重差分模型的方法理性评估医保统筹对于城乡居民的影响。本文设置的对照组为不受到城乡医保统筹政策影响的个体,包括购买城镇职工医疗保险、除新农合和城居保以外的其他商业保险以及没有购买医疗保险的个体,由于新农合和城居保存在差异,所受到城乡医保统筹的影响可能存在差异,故本文设置了两个实验组,分别为购买新农合和城居保的个体,并通过分类别回归的方式探究这两类医保的参保个体分别受到的影响。构建回归模型如下:

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{treat}_i \times \text{year}_t + \beta_2 \text{treat}_i + \beta_3 \text{year}_t + \delta X_{it} + \epsilon_{it} \quad (1)$$

其中, y_{it} 为被解释变量,表示个体*i*在时间*t*的各项指标,主要包括城乡居民自评健康、个人收入、家庭恩格尔系数、生活幸福感等四个方面。本文的核心解释变量为 $\text{treat}_i \times \text{year}_t$,代表了医保统筹的政策效应,其中, treat_i 为分类变量,若个体*i*购买新农合或者城居保,那么会受到城乡医保统筹制度的影响,属于处理组,则 $\text{treat}_i = 1$,否则属于对照组, $\text{treat}_i = 0$; year_t 为时期变量,如果个体在 2012 年被观测,属于城乡医保统筹制度的基期,则 $\text{year}_t = 0$,如果个体在 2018 年被观测,则 $\text{year}_t = 1$ 。 X_{it} 为控制变量,包括个体*i*在观测期*t*的年龄、性别、婚姻状况、最高学历、是否患有慢性疾病、是否吸烟、家庭人口数、家庭收入对数、城乡变量等。

3. 变量说明及描述性统计分析

被解释变量包括自评健康、个人收入、家庭恩格尔系数、生活幸福感。自评健康是一项能综合反映个体身体健康的主观衡量指标。本文使用成人问卷中个体的自评健康水平作为被解释变量来衡量个体的身体健康程度,在 CFPS 数据库中自评健康水平分为“1—非常健康、2—很健康、3—比较健康、4—一般、5—不健康”五个等级,数值越小代表个体的身体健康水平越好,为了使结论更加直观易于理解,本文在使用该项指标时将自评健康数值作了逆序调整,使得数值越大代表个体身体健康水平越高。

本文还使用个人收入作为被解释变量。为了减少变量的波动并降低样本异方差的影响,本文对个人收入作了对数化的处理。个体的生活水平和其收入密切相关,城乡收入差距是影响城乡区域发展差距和城乡居民生活水平差距的重要因素,城乡医保统筹政策的实施虽然不会直接影响

到城乡居民的个体收入水平,但是城乡医保统筹制度可能通过促进城乡居民的身体健康水平,提高他们的劳动供给,从而增加他们的收入,同时,城乡医保统筹政策提高了医疗福利,有助于降低城乡居民受到重大健康风险冲击的影响,减少他们因病致贫、因病返贫的现象发生的可能性。

家庭恩格尔系数是食品支出总额占消费支出的比重,是衡量一个家庭富裕程度的重要指标。食品支出在家庭支出中相对比较刚性,在食物需求得到基本满足的情况下,消费才会向其他方面进行转移,恩格尔系数越低的家庭在非食品支出方面面临的预算约束相对更加宽松,生活水平更高。由于各项支出决策都是以家庭为单位进行的,本文使用家庭经济问卷中的食品支出与消费性支出的比值计算家庭的恩格尔系数,并以恩格尔系数作为被解释变量衡量家庭的消费能力与生活水平。

本文使用 CFPS 数据库成人问卷中“对自己生活幸福感”作为衡量城乡居民生活水平的变量,该变量为从 1 至 5 的序数变量,数值越大代表个人的生活幸福感越高。城乡医保统筹制度提高了医保福利,使得农村居民能够与城镇居民享受到相同的医保待遇,使得医疗资源在政策上实现了城乡之间的公平,有利于提升城乡居民在国家共享共建的发展中的获得感,保障和改善城乡居民关注的医疗卫生问题,缩小基本公共服务在城乡之间的差距,让社会发展进步的成果更多更公平地惠及全体人民,使得人民享有更加幸福安康的生活。

本文的控制变量包括个体的性别、婚姻状况、年龄、受教育程度、是否患有慢性疾病、是否吸烟等被广泛应用的人口特征学变量。个体所能享受到的生活条件与家庭的经济实力密切相关,经济实力强的家庭中的个体往往有着更好的营养摄入以及更舒适的居住条件,而这些物质条件也将会对个体的身体健康水平产生不可忽视的影响,同时也会明显地影响到个体的消费能力与生活水平。故本文也将家庭收入对数和家庭人口数作为控制变量纳入分析,同时为了控制地区差异的影响,本文控制了省份固定效应。

相关变量的描述性统计如表 1 所示。其中,总样本中自评健康为“不健康”的比例由 2012 年的 18.59% 下降至 2018 年的 16.46%,“非常健康”的比率由 9.03% 上升至 13.24%,居民的整体

健康水平有所提升,其中购买新农合的个体在增幅上高于购买城居保的个体。从 2012 年到 2018 年,居民整体生活幸福感由 3.32 提升到了 4.01,个人收入对数由 9.50 提升到 10.23,家庭恩格尔系数则由 0.45 降低到了 0.36,这反映了我国的经济增长及居民整体生活水平的上升。

四、实证结果分析

1. 主要实证结果

本文基于分类别回归的方法分别考察了城乡医保统筹对城乡居民在收入水平、生活幸福感、健康水平以及家庭恩格尔系数方面的影响,其中,由于自评健康与生活幸福感为序数变量,回归分析时采用的是 order probit 模型,实证结果如表 2 所示。城乡医保统筹政策的推行显著提高了购买新农合的个体的身体健康水平和生活幸福感。然而,对于购买城居保的个体而言,虽然健康水平有所提高,但其生活幸福感所受到的影响很小甚至不显著。城乡医保统筹政策实行前新农合在医疗卫生福利方面的待遇整体上弱于城居保,农村地区的居民面临报销力度小、报销门槛高、报销便利性低等困难。医保统筹制度的推行打破了医疗保险在城乡之间二元分割的格局,尤其对于农村地区的居民而言,在提升了他们所能享有的医保福利的同时使得他们能够更加高效地利用医疗保险,从而促进他们的就医积极性并有利于他们改善身体健康状况。农村居民所面临的医保问题随着医保统筹政策的推进而逐渐得到解决,他们的生活幸福感也随之提高。

医保统筹政策的推行能够通过健康、消费等多种作用机制间接地影响到个体的收入水平。通过回归结果可以发现,医保统筹显著地提升农村居民的收入约 28%,而对于城镇居民的影响没有通过显著性水平的检验。医保统筹促进农村居民收入水平提高,放松了他们的预算约束,使得他们有了更强的消费能力,同时医保统筹有利于降低未来大额医疗支出的风险,根据预防性储蓄理论,这有利于促进其增加当下的消费性支出,特别是在食物需求基本得到满足的情况下对于非食品支出的增加。回归结果也显示,城乡医保统筹显著降低了农村居民的家庭恩格尔系数约 8 个百分点,提高了他们的消费能力和生活水平。除此之外,相较于 2012 年,城乡居民在 2018 年健康水平

有所改善,收入水平和生活幸福感显著提升,家庭恩格尔系数显著降低,经济增长的福利同时在城镇和农村居民身上得以体现,而医保统筹政策对于农村居民的影响显著强于其对于城镇居民的影

响。因此,其对缩小中国城乡之间的健康差距、收入水平差距、以恩格尔系数衡量的消费能力差距以及生活幸福感差距发挥了不可忽视的积极作用。

表 1 描述性统计

变量	2012 年				2018 年			
	新农合	城居保	对照组	总样本	新农合	城居保	对照组	总样本
城镇地区	0.29	0.84	0.72	0.44	0.36	0.90	0.75	0.50
年龄	45.39	46.40	44.89	45.33	47.49	48.27	44.29	46.78
性别	0.48	0.43	0.52	0.49	0.49	0.44	0.54	0.50
自评健康(%)								
不健康	20.86	17.34	13.22	18.59	18.52	14.05	11.61	16.46
一般	18.12	25.06	20.34	19.20	13.66	16.24	12.10	13.51
比较健康	31.40	35.46	38.54	33.57	38.35	45.14	48.03	41.29
很健康	20.24	15.23	19.18	19.61	15.39	15.46	15.83	15.50
非常健康	9.38	6.90	8.71	9.03	14.09	9.11	12.41	13.24
受教育程度(%)								
文盲	38.09	18.01	16.34	30.92	30.21	14.14	10.04	23.92
小学	24.36	13.12	14.15	20.86	23.11	12.96	10.30	19.12
初中	27.22	33.04	26.17	27.36	30.79	29.29	23.90	28.99
高中及以上	10.33	35.82	43.35	20.86	15.89	43.61	55.76	27.97
有无配偶	0.81	0.77	0.76	0.80	0.81	0.75	0.74	0.79
有无慢性病	0.12	0.17	0.14	0.13	0.17	0.19	0.16	0.17
是否吸烟	0.29	0.25	0.28	0.29	0.29	0.25	0.27	0.29
生活幸福感	3.31	3.37	3.35	3.32	4.03	3.99	3.95	4.01
家庭人口数	4.70	3.86	3.95	4.44	4.56	3.88	3.81	4.32
个人收入对数	9.12	9.70	9.95	9.50	9.98	10.27	10.60	10.23
家庭收入对数	9.94	10.49	10.58	10.15	10.43	11.21	11.25	10.69
恩格尔系数	0.46	0.42	0.42	0.45	0.34	0.43	0.39	0.36
样本量	18 175	1 943	7 211	27 329	17 344	2 284	6 254	25 882

表 2 实证结果

变量	个人收入		生活幸福感		自评健康		恩格尔系数	
	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇
DID	0.276*** (0.026)	−0.028 (0.041)	0.126*** (0.021)	−0.017 (0.038)	0.064*** (0.021)	0.089** (0.038)	−0.082*** (0.004)	0.039*** (0.007)
treat	−0.431*** (0.022)	−0.220*** (0.029)	−0.055*** (0.016)	0.035 (0.028)	−0.057*** (0.016)	−0.111*** (0.027)	0.031*** (0.003)	−0.014*** (0.005)
year	0.200*** (0.019)	0.205*** (0.021)	0.642*** (0.018)	0.641*** (0.020)	0.126*** (0.017)	0.125*** (0.020)	−0.032*** (0.004)	−0.024*** (0.004)
性别	0.470*** (0.017)	0.258*** (0.019)	−0.009 (0.012)	0.023 (0.019)	0.179*** (0.012)	0.172*** (0.020)	−0.002 (0.002)	−0.007* (0.004)
年龄	−0.008*** (0.001)	0.002*** (0.001)	0.007*** (0.000)	0.008*** (0.001)	−0.019*** (0.000)	−0.019*** (0.001)	0.000*** (0.000)	0.001*** (0.000)
婚姻	0.325*** (0.020)	0.219*** (0.023)	0.018 (0.013)	0.029 (0.021)	−0.056*** (0.013)	−0.114*** (0.021)	0.004* (0.002)	−0.001 (0.004)
小学	0.206*** (0.026)	0.123*** (0.040)	−0.037** (0.016)	−0.060* (0.036)	0.057*** (0.016)	0.073** (0.037)	−0.009*** (0.003)	−0.004 (0.006)

续表 2

变量	个人收入		生活幸福感		自评健康		恩格尔系数	
	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇
初中	0.221*** (0.025)	0.172*** (0.038)	-0.046*** (0.015)	-0.104*** (0.033)	0.120*** (0.016)	0.120*** (0.033)	-0.019*** (0.003)	-0.015*** (0.006)
高中及以上	0.341*** (0.027)	0.370*** (0.039)	-0.088*** (0.017)	-0.107*** (0.033)	0.096*** (0.017)	0.103*** (0.033)	-0.046*** (0.003)	-0.047*** (0.006)
患慢性病	-0.053** (0.021)	-0.034 (0.021)	-0.138*** (0.015)	-0.132*** (0.024)	-0.784*** (0.015)	-0.723*** (0.025)	-0.025*** (0.003)	-0.025*** (0.004)
城镇地区	0.101*** (0.015)	-0.032 (0.021)	0.026** (0.011)	-0.043** (0.021)	0.020* (0.011)	-0.047** (0.022)	0.003 (0.002)	0.012*** (0.004)
是否吸烟	0.096*** (0.016)	0.066*** (0.019)	-0.110*** (0.013)	-0.149*** (0.022)	0.039*** (0.013)	-0.013 (0.022)	0.025*** (0.003)	0.031*** (0.004)
家庭收入	0.521*** (0.012)	0.601*** (0.018)	0.035*** (0.004)	0.087*** (0.009)	0.030*** (0.004)	0.047*** (0.009)	-0.003*** (0.001)	-0.013*** (0.002)
家庭人口数	-0.074*** (0.004)	-0.090*** (0.005)	0.017*** (0.003)	0.009* (0.005)	0.017*** (0.003)	0.008 (0.005)	-0.005*** (0.001)	-0.005*** (0.001)
常数项	4.276*** (0.141)	3.238*** (0.194)	— —	— —	— —	— —	0.488*** (0.014)	0.562*** (0.021)
样本量	20 544	10 509	48 866	17 661	48 982	17 690	44 472	15 897

注：*、**、*** 分别表示变量在 0.1、0.05、0.01 的水平上显著,括号中数字为稳健标准误,下同。

2. 异质性分析

目前中国的医疗卫生资源主要聚集在城镇地区,农村地区的医疗卫生条件相对落后,城乡医保统筹的出发点是使得农村群体所能享受到的医保福利待遇向城镇地区看齐,方便农村群体看病就医从而提升其获取医疗资源的便利性。表 2 的实证结果也显示,受到城乡医保统筹政策影响的群体主要是购买新农合的农村居民。因此,本文将围绕农村居民作进一步的异质性分析以更精确地识别医保统筹政策的受益侧重群体,虽然城镇居民受到医保统筹政策的影响程度有限,本文仍然对城镇居民作了异质性分析,以便与农村地区居民进行对比分析。

根据经常性就医地点、是否患有慢性疾病对样本进行分类,异质性分析结果如表 3 所示。从

经常性就医地点分析结果可以看出,城乡医保统筹政策对于经常性就医点为综合医院的农村居民在健康与生活幸福感方面的影响明显强于在乡镇卫生院就医的农村居民,而对于家庭恩格尔系数的影响程度也略微更强,这可能跟医保的报销门槛与地区限制有关,一些规模较小的诊所可能并不支持医保的使用,使得那些在诊所就诊的个体享受到的医保福利较少。对于没有慢性疾病与患有慢性疾病的农村居民的实证结果,可以发现政策效应在患有慢性疾病的农村居民中的体现程度明显强于没有慢性疾病的农村居民,这是因为患有慢性疾病的群体需要长期服药,其对于医疗药品与医疗服务的需求整体而言更强,所以更容易受到医保政策变动的影响。城镇居民受到政策影响的程度有限,其估计系数大多没通过显著性水平检验。

表 3 异质性分析

变量	农 村				城 镇			
	综合医院	乡镇医院	无慢性病	有慢性病	综合医院	乡镇医院	无慢性病	有慢性病
自评健康	0.155*** (0.034)	0.044 (0.029)	0.068*** (0.022)	0.112** (0.056)	0.081 (0.052)	0.096* (0.056)	0.090** (0.041)	0.101 (0.095)
样本量	16 099	32 883	41 901	7 081	9 655	8 035	14 934	2 756
生活幸福感	0.179*** (0.034)	0.105*** (0.030)	0.104*** (0.023)	0.262*** (0.055)	0.037 (0.052)	-0.071 (0.056)	-0.050 (0.042)	0.176* (0.093)
样本量	16 073	32 793	41 811	7 055	9 642	8 019	14 912	2 749

变量	农 村				城 镇			
	综合医院	乡镇医院	无慢性病	有慢性病	综合医院	乡镇医院	无慢性病	有慢性病
个人收入	0.216*** (0.044)	0.280*** (0.036)	0.239*** (0.027)	0.539*** (0.083)	−0.040 (0.052)	−0.010 (0.066)	−0.007 (0.045)	−0.108 (0.103)
样本量	7 769	12 775	18 309	2 235	5 926	4 583	9 117	1 392
恩格尔系数	−0.081*** (0.007)	−0.068*** (0.006)	−0.075*** (0.004)	−0.117*** (0.011)	0.011 (0.009)	0.074*** (0.010)	0.051*** (0.008)	−0.022 (0.017)
样本量	14 557	29 915	38 059	6 413	8 641	7 256	13 414	2 483

注：控制变量结果及固定效应控制都省略没有展示。

本文还按照年龄与家庭收入层级进行组别划分，检验医保统筹的政策效应在不同年龄段与不同收入群体中的异质性，具体结果呈现在图 1 当中。

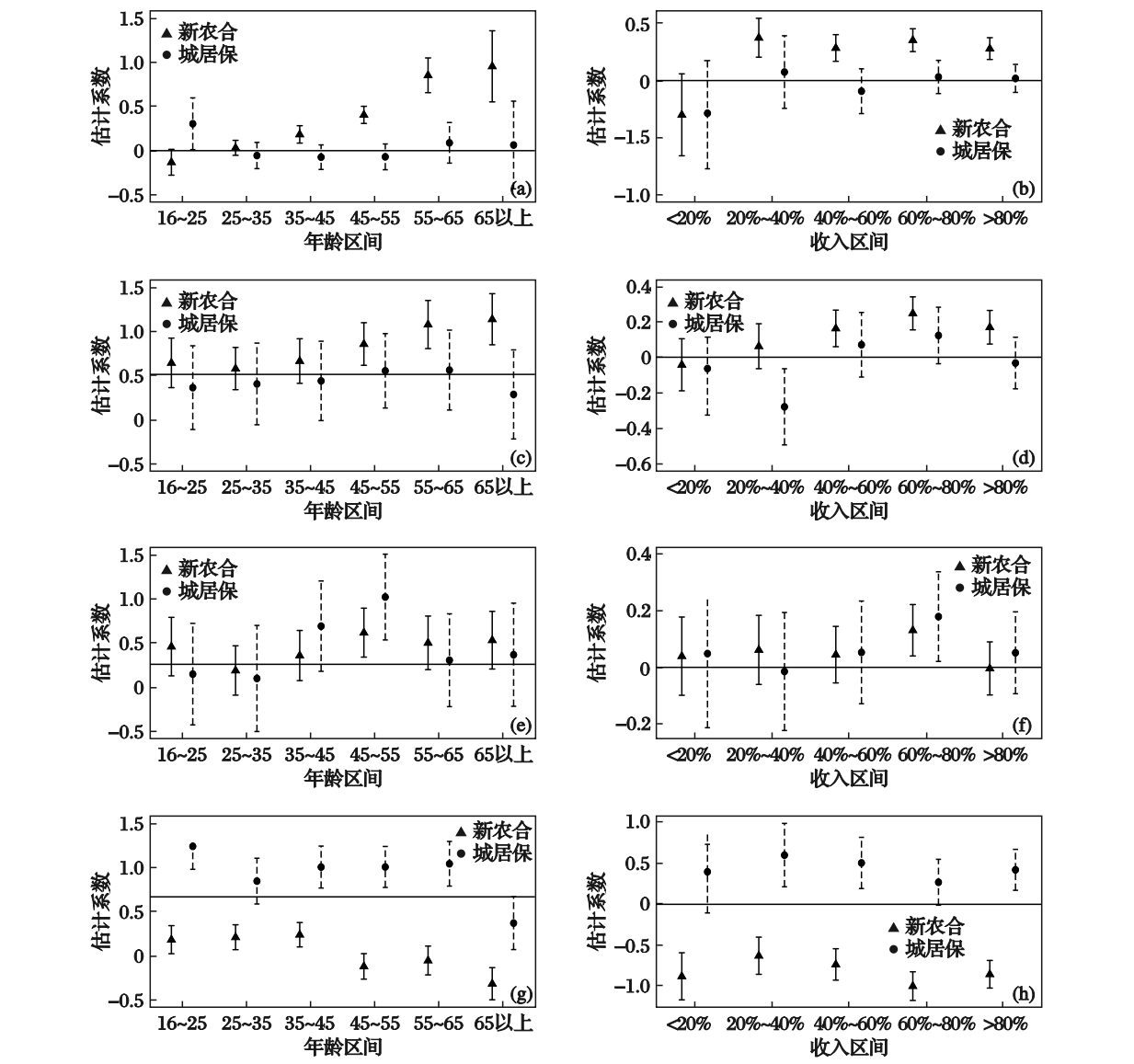


图 1 异质性检验图

(a)一个人收入关于年龄的异质性；(b)一个人收入关于家庭收入的异质性；(c)一生活幸福感关于年龄的异质性；
(d)一生活幸福感关于家庭收入的异质性；(e)一自评健康关于年龄的异质性；(f)一自评健康关于家庭收入的异质性；
(g)一恩格尔系数关于年龄的异质性；(h)一恩格尔系数关于家庭收入的异质性

总体而言,医保统筹政策对于农村中老年人的影响程度强于年轻群体,因为中老年人对于医疗卫生服务的需求相较于年轻人更大,从而更容易受到医保政策变动的影响。同时农村群体所受到的政策效应在收入方面的异质性总体而言并不明显,值得一提的是,农村收入最低的 20%群体的收入水平和生活幸福感没有得到有效的改善,反而有所加剧。城镇居民的自评健康水平有所提升,特别对于城镇的中年人群体而言,但是城镇居民在个体收入、生活幸福感方面的估计系数都在 0 附近波动,几乎没有受到医保统筹政策的影响,并且家庭恩格尔系数有所增加。

3. 稳健性检验

由于 CFPS 数据库每年的调查数据都有追访

样本的缺失和新样本的加入,而如果样本的缺失原因具有内生性,则样本的代表性会降低,这可能导致估计量存在偏误。因此,本文采用缩小样本区间的方法进行稳健性检验,将样本数据转化为平衡面板进行回归,结果如表 4 所示。转化为平衡面板数据后,医保统筹的实施有助于提高农村居民的自评健康水平、个体收入以及生活幸福感并且降低了家庭中食品支出的占比,但对于城镇居民在自评健康、个体收入以及生活幸福感方面没有显著的影响,且提高了城镇居民家庭支出中食品支出的比例。本文的结果表明城乡医保统筹制度有助于缩小城乡之间在健康、收入、消费能力以及生活幸福感方面的差距,与表 2 中基准回归结果几乎一致,印证了本文结论的稳健性。

表 4 稳健性检验

变量	生活幸福感		个人收入		自评健康		恩格尔系数	
	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇
DID	0.148*** (0.027)	-0.021 (0.048)	0.092** (0.038)	-0.009 (0.067)	0.089*** (0.026)	0.077 (0.048)	-0.086*** (0.005)	0.035*** (0.009)
treat	-0.077*** (0.021)	0.037 (0.036)	-0.237*** (0.034)	-0.233*** (0.056)	-0.082*** (0.020)	-0.103*** (0.036)	0.031*** (0.004)	-0.009 (0.007)
year	0.616*** (0.023)	0.613*** (0.026)	0.293*** (0.029)	0.227*** (0.033)	0.097*** (0.022)	0.075*** (0.025)	-0.031*** (0.005)	-0.028*** (0.005)
控制变量	是	是	是	是	是	是	是	是
省份效应	是	是	是	是	是	是	是	是
样本量	32 038	10 889	7 693	4 013	32 146	10 911	27 152	9 009

4. 平行趋势检验

本文使用 CFPS 数据库 2010 年、2012 年、2014 年、2016 年和 2018 年五年的样本数据,绘制了实验组与对照组被解释变量的均值走势图。由于数据的局限性,本文实证分析中所使用的样本数据为平行趋势检验所使用的样本数据的子集。尽管平行趋势检验中所使用的样本数据与在本文实证部分回归分析中所使用的样本数据不完全重合,但若这五年的样本数据满足平行趋势,可以在一定程度上验证本文在分析中所使用的样本数据的相关变量具有相同的时间趋势。被解释变量在这五年的均值走势图如图 2 所示,可以发现除了 2012 年至 2014 年实验组样本的恩格尔系数有一个较大幅度的下降外,其余年份实验组与对照组的变化具有基本平行的趋势,个人收入对数、自评健康、生活幸福感也都在政策实行前期具有几乎平行的时间趋势。自评健康的数据标签在 2010 年与其余年份的不一致,本文依据自评健康等级

为“一般”的数值作了相应调整使得五年数据标签相吻合,这并不会影响我们对于其时间趋势的判断并且有利于更加直观地观察。

5. 安慰剂检验

本文采取虚构实验组的方式进行安慰剂检验。在本文的实证部分已经论证了受到城乡医保统筹政策影响的群体主要为购买新农合的农村居民,下述的检验将面向该类群体进行,以此来增强本文结论的稳健性。在关于医保统筹对农村居民自评健康、个人收入对数、家庭恩格尔系数以及生活幸福感的影响的双重差分模型中,实验组为购买新农合的农村居民,而对照组为没有参保新农合或者城居保的个体。在对每个被解释变量进行安慰剂检验时,本文从总样本中随机抽取等量个体作为实验组,其他样本作为对照组,按照相同的方法进行回归分析,重复抽取并进行回归系数的估计 500 次并记录每一次回归得到的双重差分交互项的估计系数,并以此绘制政策效应估计系数的核密度曲线图。

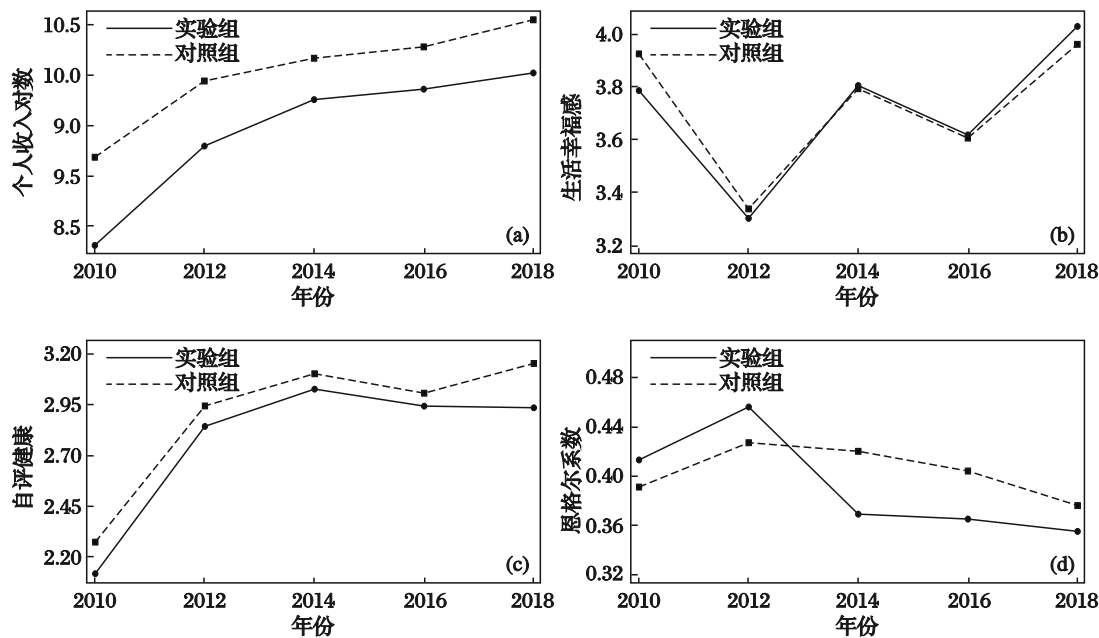


图 2 平行趋势检验图

(a)一个人收入对数;(b)一生活幸福感;(c)一自评健康;(d)一恩格尔系数

通过绘制出的图形可以发现双重差分估计系数的数值几乎对称分布在 0 的两端,并且总体上呈现出正态分布的形态,这表明使用随机抽取实验组进行回归分析得到的医保统筹制度的政策效应是一个近似服从零均值正态分布的随机变量。使用真实的实验组与对照组进行回归得到的城乡医保统筹关于自评健康、个人收入对数、家庭恩格

尔系数以及生活幸福感的影响的估计系数分别为 0.06、0.28、 -0.08 与 0.13,均位于估计系数核密度曲线图的尾部,这表明城乡医保统筹制度的政策效应确实客观存在。城乡医保统筹确实有助于提高农村居民的身体健康水平、增加农村居民的个体收入、降低其家庭恩格尔系数并提升他们的生活幸福感,印证了本文结论的稳健性。

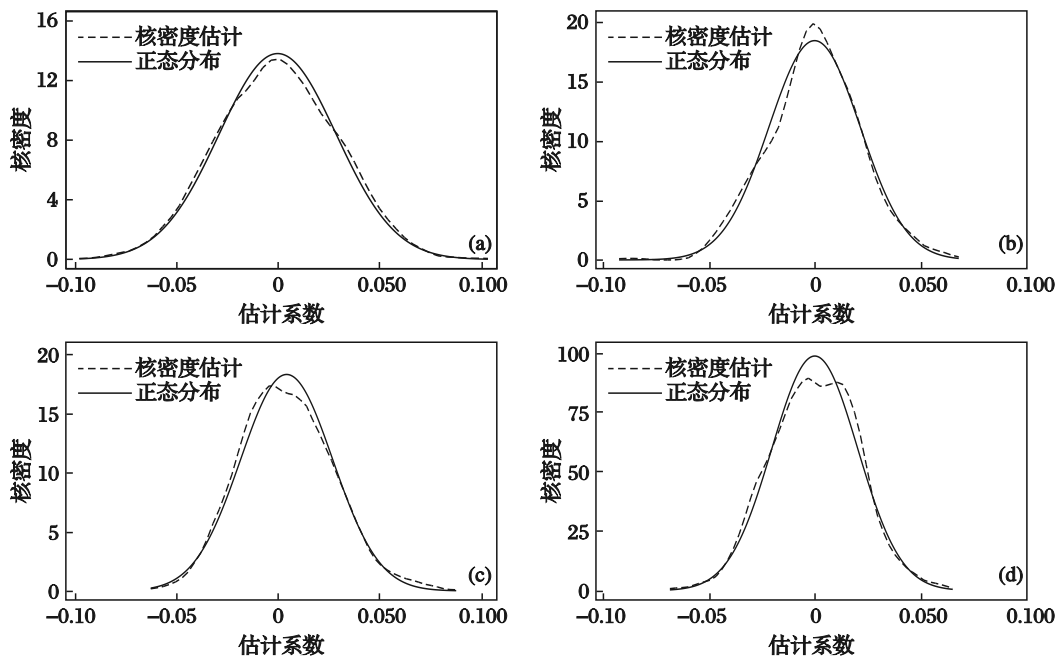


图 3 安慰剂检验图表

(a)一个人收入对数;(b)一生活幸福感;(c)一自评健康;(d)一恩格尔系数

五、影响机制分析

本文发现医保统筹政策的推行显著提高了农村居民约 25% 的个体收入水平,本文使用三步检验法验证医保统筹政策的推行对于农村居民个体收入的影响路径,结果如表 5 所示。

首先,在控制了省份固定效应和个体特征后,本文发现医保统筹政策的实施显著促进了农村居民参加工作,而参加工作能够显著提升个体的收入水平。不仅如此,本文发现医保统筹政策的推

行对于农村居民参加农业工作具有挤出效应,而促进了其参与到个体私营工作中。农村地区的资源相对于城镇地区更加匮乏,工作机会也相对稀缺,医保统筹政策实施后,城乡之间所享有的医疗卫生资源在政策端得到进一步协调,城乡一体化程度有所提高。在中国城镇化推进过程中,这促使一部分农村居民放弃农村的农业劳动工作,而涌入城镇地区寻求更多的工作机会,从而促进他们非农就业,并且农业劳动附加值通常较低,参与到个体私营等性质的工作中将有助于农村居民提高收入水平。

表 5 统筹政策促进农村居民参加工作

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	个人收入	参与工作	个人收入	农业工作	私营工作
DID	0.251*** (0.030)	0.264*** (0.028)	0.280*** (0.028)	-0.235*** (0.030)	0.064* (0.035)
treat	-0.562*** (0.022)	-0.035* (0.021)	-0.561*** (0.021)	0.875*** (0.022)	0.199*** (0.027)
year	0.539*** (0.023)	0.347*** (0.024)	0.398*** (0.022)	-0.054** (0.026)	-0.006 (0.030)
参与工作		—	0.032* (0.018)	—	—
常数项	9.505*** (0.076)	0.403*** (0.080)	9.940*** (0.073)	-0.239** (0.104)	-1.950*** (0.105)
省份效应	是	是	是	是	是
控制变量	是	是	是	是	是
样本量	21 011	47 995	20 497	50 261	50 261

其次,医保统筹政策的推行有助于提升个体的身体健康水平,而健康水平作为一项重要的人力资本,会影响个体的劳动供给能力和生产效率,从而对个体收入水平造成影响,回归结果如表 6 所示。本文发现医保统筹政策显著提升了个体自评健康水平,而健康的提升显著促进了农村个体参加工作,相较于自评健康水平最差的一类群体而言,自评健康水平为 2~5 层级的个体参与到工作生产中的概率都有不同程度的提升。参加工作又能显著提升个体的收入水平,本文发现相较于自评健康水平最低的一类群体,自评健康水平为 2~5 层级的个体收入水平都有不同程度的提高,并且自评健康水平越高的个体收入水平提振的幅度越大,最健康的群体比最不健康的群体收入水平平均高出 20%。本文的研究证实了医保统筹政策对于农村居民身体健康水平的促进作用,身体健康水平的提升有助于促进其参与到生产工作中,从而提升个体收入水平。

再者,本文还探究了医保统筹政策对于家庭恩格尔系数的影响路径,具体结果详见表 7。医保统筹政策的实施结束了医保制度在城乡之间二元分割的格局,使得农村居民能够更加便捷地使用医保,使得他们能够享受到的医保福利向城镇居民看齐,有利于提升他们对于医保使用的积极性,促进他们看病就医,增加对于医疗卫生服务资源的利用。本文研究发现医保统筹政策的实施显著提升了农村家庭约 5% 的医疗保健支出。医疗保健支出作为除食品支出外家庭支出的一项重要组成成分,较为直接地受到医保政策的影响,并且将对家庭的恩格尔系数产生不可忽视的影响,本文发现家庭医疗保健支出的增加会造成家庭恩格尔系数的降低。除家庭医疗保健支出外,本文还分析了家庭总的消费性支出所受到医保统筹政策的影响,研究发现医保统筹政策的实施显著提升了农村家庭约 4.1% 的消费性支出,消费性支出的增加相应地也将带来家庭恩格尔系数的降低,

医保统筹的实施降低了未来家庭所面临的大额医疗支出的风险,有助于提振他们对于未来的信心,进而有助于农村家庭降低他们的预防性储蓄,并

促进他们增加当期的消费,从而提升他们当下的消费能力和生活水平。

表 6 统筹政策促进健康－参加工作－收入提升

变量	(1) 自评健康	(2) 个人收入	(3) 个人收入	(4) 参与工作	(5) 参与工作
DID	0.070*** (0.021)	0.251*** (0.030)	0.248*** (0.029)	0.264*** (0.028)	0.261*** (0.028)
treat	−0.063*** (0.016)	−0.562*** (0.022)	−0.561*** (0.022)	−0.035* (0.021)	−0.028 (0.021)
year	0.140*** (0.018)	0.539*** (0.023)	0.534*** (0.023)	0.347*** (0.024)	0.340*** (0.024)
健康等级－2			0.125*** (0.029)		0.153*** (0.021)
健康等级－3			0.169*** (0.026)		0.207*** (0.019)
健康等级－4			0.176*** (0.029)		0.114*** (0.022)
健康等级－5			0.200*** (0.032)		0.156*** (0.025)
常数项	—	9.505*** (0.076)	9.337*** (0.080)	0.403*** (0.080)	0.252*** (0.082)
省份效应	是	是	是	是	是
控制变量	是	是	是	是	是
样本量	50 555	21 011	21 009	47 995	47 992

表 7 医疗支出增加、消费性支出增加

变量	(1) 恩格尔系数	(2) 医疗支出	(3) 恩格尔系数	(4) 消费支出	(5) 恩格尔系数
DID	−0.065*** (0.004)	0.052** (0.026)	−0.058*** (0.004)	0.041*** (0.014)	−0.063*** (0.004)
treat	0.043*** (0.003)	−0.138*** (0.020)	0.033*** (0.003)	−0.191*** (0.011)	0.033*** (0.003)
year	−0.051*** (0.003)	0.486*** (0.021)	−0.033*** (0.003)	0.317*** (0.012)	−0.034*** (0.003)
家庭收入	−0.004*** (0.001)	0.049*** (0.005)	−0.001 (0.001)	0.197*** (0.003)	0.006*** (0.001)
家庭人口数	−0.005*** (0.000)	0.090*** (0.003)	−0.001 (0.000)	0.080*** (0.002)	−0.001** (0.000)
医疗支出			−0.043*** (0.001)		
消费支出					−0.051*** (0.001)
常数项	0.483*** (0.012)	6.906*** (0.087)	0.761*** (0.013)	8.304*** (0.048)	0.909*** (0.015)
省份效应	是	是	是	是	是
样本量	53 106	53 222	48 642	53 106	53 106

最后,本文进一步分析医保统筹政策对家庭

支出的各组成部分的影响(见表 8)。研究发现,

除家庭食品支出外,其余主要支出均在医保统筹政策实施后呈现上涨态势,其中家庭设备及日用品支出上涨约 21.8%,衣着支出上涨约 5%,交通支出上涨约 26.4%,文娱支出上涨约 13.4%。年份变量在各项回归中的系数均显著为正,表明随着经济的增长,农村家庭的各项消费能力有所提升,生活质量在不断提高,其中食品支出作为生存

较为基础性的支出部分,随着时间的增长幅度明显小于其余支出部分,这表明农村家庭对于食品的需求基本得到满足,要提高其消费能力和生活质量。本文的研究结论支持了医保统筹政策的实施降低了未来医疗支出的风险,从而降低家庭的预防性储蓄并刺激他们提升消费水平的影响机制。

表 8 除食品支出外的其他支出增长

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	日用品支出	衣着支出	交通支出	文娱支出	食品支出
DID	0.218*** (0.027)	0.050*** (0.019)	0.264*** (0.018)	0.134*** (0.031)	-0.136*** (0.015)
treat	-0.269*** (0.021)	-0.194*** (0.015)	-0.312*** (0.014)	-0.264*** (0.025)	-0.091*** (0.012)
year	0.413*** (0.022)	0.318*** (0.015)	0.350*** (0.015)	0.268*** (0.025)	0.166*** (0.013)
家庭收入	0.300*** (0.005)	0.220*** (0.004)	0.213*** (0.004)	0.134*** (0.007)	0.185*** (0.003)
家庭人口数	0.084*** (0.003)	0.083*** (0.002)	0.100*** (0.002)	0.044*** (0.004)	0.061*** (0.002)
常数项	4.191*** (0.090)	4.702*** (0.063)	5.291*** (0.061)	6.577*** (0.104)	7.502*** (0.052)
省份效应	是	是	是	是	是
样本量	56 006	54 921	56 546	39 265	57 194

六、结 语

城乡医保统筹是一项旨在消除城乡医保二元分割的政策,是体现国家致力于在政策端缩小城乡差距从而实现城乡间协同发展的重要举措。本文构建双重差分模型从收入、生活幸福感、健康和恩格尔系数等多个维度研究城乡医保统筹对城乡不平等的影响效应及机制。研究发现,受到统筹政策影响的群体主要是购买新农合的农村居民,而对于购买城镇居民基本医疗保险的个体影响有限,并且医保统筹会通过促进农村居民非农就业代替农业就业,提高农村居民衣物、文教娱乐等相关支出。但研究也发现医保统筹对农村低收入群体影响有限。基于研究结论,对城乡医保政策提出如下建议:

首先,加强农村地区医疗卫生资源的投入。城乡医保统筹虽然在医保政策上给予了农村居民与城镇居民享有同样的医保福利的权利,但却并没有改变医疗卫生资源在城乡之间分布不均衡的事实。医保统筹政策在健康方面的改善作用相对

乏力。因此,加大农村地区医疗卫生投入与医疗基础设施的建设是促进城乡健康平等的关键。其次,促使医保报销政策尽可能简化且易于理解。让更多的人了解医保政策并且在就医时能够积极使用医保。在医保政策的设计与推行过程中应当重点考虑中老年人、患有慢性疾病的群体、低收入群体,中老年人相较于年轻群体往往更容易患有各种慢性疾病,需要长期服药,有着更高的医疗需求。最后,医保政策应适当地向中老年人、低收入群体以及患有慢性疾病群体倾斜。该类群体往往所获得的医疗卫生服务质量偏低,并且其就医意愿受就医成本的影响程度更高,将治疗普发的慢性疾病的药品都纳入医保药品报销目录,对低收入群体在医保缴费和报销上给予一定的补贴,减轻他们的医疗支出负担,从而提高他们的生活水平。

参考文献:

[1] 仇雨临,吴伟. 城乡医疗保险制度整合发展:现状、问题与展望[J]. 东岳论丛,2016,37(10):30-36.
[2] 陈钰晓,赵绍阳,卢历祺. 医保扶贫政策对农村低收入人口

- 医疗服务利用的影响研究[J]. 中国农村观察, 2022(6): 122-141.
- [3] 马超, 曲兆鹏, 宋泽. 城乡医保统筹背景下流动人口医疗保障的机会不平等——事前补偿原则与事后补偿原则的悖论[J]. 中国工业经济, 2018(2): 100-117.
- [4] 马万超, 李辉. 从新型农村合作医疗到城乡居民基本医疗保险: 城乡医保统筹的政策效应分析[J]. 中国经济问题, 2021(4): 146-157.
- [5] 郭庆, 吴忠. 城乡居民医保制度统筹会产生促健防贫效用——基于 PSM-DID 方法的研究[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(7): 7-14.
- [6] 马超, 顾海, 孙徐辉. 医保统筹模式对城乡居民医疗服务利用和健康实质公平的影响——基于机会平等理论的分析[J]. 公共管理学报, 2017, 14(2): 97-109.
- [7] 郑超, 王新军, 孙强. 城乡医保统筹政策、居民健康及其健康不平等研究[J]. 南开经济研究, 2021(4): 234-256.
- [8] 张芬, 何艳. 健康、教育与经济增长[J]. 经济评论, 2011(4): 5-13.
- [9] 方迎风, 邹薇. 能力投资、健康冲击与贫困脆弱性[J]. 经济学动态, 2013(7): 36-50.
- [10] 方迎风, 刘浩然, 张芬. 中国健康的代际流动性[J]. 中国软科学, 2024(3): 188-200.
- [11] Bartel A, Taubman P. Health and labor market success: the role of various diseases[J]. The Review of Economics and Statistics, 1979, 61(1): 1-8.
- [12] Liu G, William H, Fu Z, et al. Income productivity in China: on the role of health [J]. Journal of Health Economics, 2008, 27(1): 27-44.
- [13] Zhou Y, Guo Y, Liu Y. Health, income and poverty: evidence from China's rural household survey [J]. International Journal for Equity in Health, 2020, 19: 1-12.
- [14] 方迎风, 周辰雨. 健康的长期减贫效应——基于中国新型农村合作医疗政策的评估[J]. 当代经济科学, 2020, 42(4): 17-28.
- [15] 张川川. 健康变化对劳动供给和收入影响的实证分析[J]. 经济评论, 2011(4): 79-88.
- [16] 于大川, 潘光辉. 健康人力资本与农户收入增长——基于 CHNS 数据的经验研究[J]. 经济与管理, 2013, 27(3): 25-29.
- [17] 邓力源, 唐代盛, 余驰晨. 我国农村居民健康人力资本对其非农就业收入影响的实证研究[J]. 人口学刊, 2018, 40(1): 102-112.
- [18] 刘李华, 孙早. 人口老龄化、居民健康与收入不平等[J]. 经济科学, 2022(5): 135-149.
- [19] 朱波, 杭斌. 流动性约束、医疗支出与预防性储蓄——基于我国省际面板数据的实证研究[J]. 宏观经济研究, 2015(3): 112-119.
- [20] 黄家林, 傅虹桥, 宋泽. 补充医疗保险对居民消费的影响——来自城乡居民大病保险的证据[J]. 金融研究, 2022(10): 58-76.
- [21] Gruber J, Yelowitz A. Public health insurance and private savings[J]. Journal of Political Economy, 1999, 107(6): 1249-1274.
- [22] 甘犁, 刘国恩, 马双. 基本医疗保险对促进家庭消费的影响[J]. 经济研究, 2010, 45(S1): 30-38.
- [23] 邹红, 喻开志, 李奥蕾. 养老保险和医疗保险对城镇家庭消费的影响研究[J]. 统计研究, 2013, 30(11): 60-67.
- [24] 宋月萍, 宋正亮. 医疗保险对流动人口消费的促进作用及其机制[J]. 人口与经济, 2018(3): 115-126.
- [25] 刘莉, 林海波. 医保一体化降低了健康状况不佳城乡居民的医疗负担吗? ——基于分位数倍差法的分析[J]. 财经论丛, 2018(8): 22-31.
- [26] 常雪, 苏群, 谢浩然. 城乡医保统筹对居民医疗负担的影响——基于城乡差别的视角[J]. 贵州财经大学学报, 2021(2): 80-89.
- [27] 袁辉, 李欣瑞. 城乡医保统筹、预防性储蓄与农村家庭教育支出[J]. 农村经济, 2022(1): 118-126.
- [28] 郭爱妹, 刘禹江. 城乡医保统筹对农村流动人口消费的影响——基于倾向得分匹配的反事实估计[J]. 消费经济, 2020, 36(6): 76-84.
- [29] 刘琪, 何韶华, 李飞飞, 等. 城乡统筹医保能促进农村老年人消费吗? ——来自 CHARLS 的证据[J]. 湖南农业大学学报(社会科学版), 2021, 22(4): 40-51.
- [30] 甘犁, 赵乃宝, 孙永智. 收入不平等、流动性约束与中国家庭储蓄率[J]. 经济研究, 2018, 53(12): 34-50.
- [31] 刘子兰, 李晨, 刘辉. 城镇化对中国居民消费不平等的影响[J]. 产业经济评论, 2022, 21(2): 47-72.
- [32] 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.