

# 职工医保缓解相对贫困脆弱性的效应与路径

张广科 郑子媛

(中南财经政法大学 公共管理学院, 湖北 武汉 430073)

**摘要:**我国居民医保需求持续扩大但医保待遇不均问题日益突出,这一现象持续发展可能加剧收入不平等和因病致贫产生新的不平等。本文使用CFPS2018数据实证检验职工医保相比于居民医保在缓解因病致贫风险中的作用,研究发现户主参加职工医保能有效减缓由健康风险冲击引致的相对贫困脆弱性,且该减缓效应对于慢性病风险的效果最大,住院风险次之,健康恶化风险最弱。异质性分析表明,职工医保对因病致贫的影响存在居住地异质性、户主年龄异质性和家庭受教育程度异质性。机制分析表明,职工医保可以降低家庭就业率、平均劳动时间和增加患者外出工作概率的分工调整;增加家庭公共转移支付、替代私人转移支付和增加人均纯收入的收入保障,以及增加家庭生存型消费、发展型消费和享受型消费的消费平滑,这些效应发挥了降低相对贫困脆弱性的作用。因此,建议逐步缩小职工医保与居民医保待遇差距,改善医保受益不均的结构性矛盾,将医疗保险对家庭低效风险应对策略的替代作用纳入医疗保险最优保障水平的考量之中。

**关键词:**健康风险冲击;职工基本医疗保险;居民基本医疗保险;相对贫困脆弱性;因病致贫

**中图分类号:**F842.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1003-5230(2023)04-0053-17

## 一、引言

党的二十大报告提出要“把保障人民健康放在优先发展的战略位置,完善人民健康促进政策”。社会医疗保险制度是满足群众日益增长的健康需求、防范化解因病返贫致贫风险的重要健康促进政策,具有减轻群众就医负担、改善医疗服务利用和增进健康的作用。根据《2022中国卫生健康统计年鉴》,2018—2021年间门诊病人次均医药费增长了20.1%、住院病人次均医药费增长了18.4%,与此同时,社会卫生支出在卫生总费用构成中占比从2018年43.7%上升到2021年45.5%。随着医疗保险覆盖范围的扩大和待遇的提高,医疗保险在保障居民健康和防范因病致贫风险中发挥的作用不断增强。但是由于医疗保险制度的政策性分割,地区之间、城乡之间和不同保险类型之间在统筹基金规模、覆盖范围、保障待遇等方面仍存在较大差异(见表1),从而造成不同人群医疗服务利用的不平等和受益的不均衡,进而可能加剧收入不平等和因病致贫风险产生新的不平等。因此,保障公平的基本

**收稿日期:**2023-03-30

**基金项目:**国家社会科学基金项目“后小康时代农户相对健康贫困的演变逻辑及其长效治理机制研究”(20BZZ044)

**作者简介:**张广科(1977—),男,河南南阳人,中南财经政法大学公共管理学院教授,博士生导师;

郑子媛(1996—),女,江西上饶人,中南财经政法大学公共管理学院博士生,本文通讯作者。

医疗保险权益,强化基本医疗保险对居民健康风险的防范化解作用,对于人口规模巨大的中国,实现全体人民共同富裕的中国式现代化至关重要。

中国的贫困治理已经由对绝对贫困的治理转变为对发生相对贫困风险的治理。相对贫困脆弱性表示家庭由于受到不确定性事件冲击而在未来陷入相对贫困的可能性,是新时代进行事前的风险监测、动态的风险管理和相对贫困治理的重要指标。部分文献研究发现,医疗保险主要通过分担患病家庭的疾病经济风险的直接减贫效应<sup>[1]</sup>,提高参保者健康行为能力和劳动效率的间接减贫效应<sup>[2]</sup>,达到降低贫困脆弱性的目标。而另一部分文献发现,医疗保险减贫效果微弱<sup>[3]</sup>,可能存在逆向补贴和扩大收入差距的负面影响<sup>[4][5]</sup>。本文基于2018年中国家庭追踪调查(CFPS)数据和预期贫困脆弱性(VEP)法,测度了样本家庭的相对贫困脆弱性,并在健康风险视域下探讨了户主参加职工医保对所在家庭的相对贫困脆弱性的影响及机制。由于疾病风险分担及经济决策通常是以家庭为单位做出的,因此本文以家庭中重要成员发生健康风险作为家庭经济的外部冲击来源,实证检验家庭成员医疗保险参保状况对于缓解各类健康风险冲击、避免家庭因病返贫的重要溢出效应,并着重从医疗保险对家庭低效的风险应对策略的替代效应的角度对职工医保减贫机制进行探讨。

表 1 城乡居民基本医疗保险与城镇职工基本医疗保险筹资与待遇水平比较

年份	医保类型	参保人数 (万人)	收入 (亿元)	支出 (亿元)	基金累 计结存 (亿元)	人均待遇 享受次数 (次/人)	次均住 院费用 (元)	全国平均政策 内支付比例 (%)
2021	职工医保	35431	11864	9321	17686	5.8	12948	84.4
	居民医保	100866	9724	9296	6717	2.1	8023	69.3
2020	职工医保	34455	9145	7931	15327	5.0	12657	85.2
	居民医保	101676	9115	8165	6077	2.0	7546	70.0
2019	职工医保	32925	10005	7939	14128	6.4	11888	85.8
	居民医保	102483	8575	8191	5143	2.1	7049	68.8
2018	职工医保	31681	8241	6494	11466	6.2	11181	81.6
	居民医保	89736	6971	6277	4372.3	1.8	6577	65.6

资料来源:《全国医疗保障事业发展统计公报》。

## 二、文献综述

目前关于贫困脆弱性的研究较为丰富,一部分学者关注在不同情形(冲击类型、不同区域、城乡差异)下的贫困脆弱性的测算<sup>[6]</sup>,以及对不同测算方法的评价<sup>[7]</sup>;另一部分学者在测算贫困脆弱性的基础上检验各类致贫原因,如教育<sup>[8]</sup>、社会资本<sup>[9]</sup>等,以及减贫机制,如社会医疗保险制度<sup>[10][11]</sup>、公共转移支付<sup>[12]</sup>、产业扶贫<sup>[13]</sup>等对贫困脆弱性的影响。贫困脆弱性本质上是一种风险<sup>[14]</sup>,反映了家庭受到不确定性事件带来的福利损失的特性,因此对可能的致贫风险的分析是研究贫困脆弱性的重要内容。

疾病经济负担和健康受损是我国农村最主要的致贫因素。以疾病为代表的健康风险冲击会对患者及所在家庭的劳动力市场表现<sup>[15][16]</sup>、消费投资行为<sup>[17]</sup>、生计资本积累<sup>[18]</sup>等产生重要影响。方迎风和邹薇用健康状况等级的变化表示健康冲击,并进一步分析了健康冲击对家户收入、家户支出的影响<sup>[18]</sup>,当家庭重要成员出现健康风险冲击时,家庭的经济承受能力和风险应对能力至关重要<sup>[19]</sup>,一旦出现突发性巨额医疗支出可能会对家庭的物质资本、人力资本和社会资本产生全方位不可逆的影响,进而减弱家庭长期的创收能力和发展能力,使家庭陷入贫困陷阱并引起贫困的代际传递<sup>[20]</sup>。Ma等用健康状况和疾病经济负担表示健康冲击,实证考察健康冲击、家庭应对能力和医疗卫生体系对家庭贫困脆弱性的影响<sup>[21]</sup>。Kim用家庭所有成员的住院总天数超过30天表示健康冲击,研究发现健康冲击通过增加灾难性医疗支出和降低劳动力参与的渠道增加了贫困的可能性<sup>[22]</sup>。高梦滔和姚洋将大病冲击界定为接受住院治疗或合计医疗支出超过5000元,研究发现大病冲击对农户收入的影响是长期的<sup>[23]</sup>。李华和李志鹏用是否发生灾难性医疗支出表示大病冲击,研究发现社会资本尤其是家

庭亲友内部交往的“结型”社会资本有利于降低因病致贫概率<sup>[24]</sup>。此外,还有一些文献使用健康状况恶化<sup>[25]</sup>、慢性病发作<sup>[26]</sup>、日常活动能力(ADL)受限<sup>[17]</sup>等来衡量健康风险冲击。

在健康风险冲击的应对方面,许多研究强调医疗保险具有疾病风险分摊功能,有助于家庭在应对健康风险冲击时进行消费平滑<sup>[27]</sup>,从而降低因病致贫概率。一些非正式的收入风险应对策略,诸如自我保障、非正式保险等都面临着对贫困人口的排斥问题,建立广覆盖的健康保障安全网是保障贫困人口规避风险的有效办法<sup>[28]</sup>。社会医疗保险的福利收益一方面在于医疗保险具有缓解健康风险冲击的作用,医疗保险的报销政策减轻患者自付医疗负担,从而降低家庭因病致贫的概率<sup>[29]</sup>。另一方面,医疗保险改变家庭面对健康风险冲击时事前和事后的策略行为,有效替代了家庭事前预防性储蓄和事后出卖生产工具、减少子女教育投资、子女作为替代劳动力等低效的平滑消费方式,从而带来更持久的福利<sup>[27]</sup>。

已有关于健康风险的福利成本和基本医疗保险的福利收益的研究已取得诸多成果,但较少将基本医疗保险、健康风险冲击与相对贫困脆弱性放在统一框架下进行研究。与已有研究相比,本文的创新点可能有以下三方面:首先,本文着重关注相对贫困风险,主要考察了户主参保类型的差异会在多大程度上导致健康风险群体间的相对剥夺,从而说明医疗保险的正式保障对于统筹居民健康贫困风险、缩小健康不平等并促进共同富裕的重要作用。其次,本文是在健康风险视域下的探讨,以相对外生的健康风险冲击作为识别医疗保险政策发挥减贫作用的条件,考察了不同类型医疗保险在缓解因病致贫风险上的作用差异性,拓展了医疗保险减贫效果评估的研究。最后,本文从医疗保险作为家庭健康风险应对能力的外部补充的角度,探讨了医疗保险能在多大程度上改变家庭低效的健康风险应对策略,进而影响家庭的可持续生计能力和长期发生贫困的概率,补充了已有关于可持续生计能力建设和精准健康扶贫政策的研究。

### 三、理论分析与研究假设

健康状况不佳可能会通过限制一个人的劳动力供给或增加医疗费从而降低其获取收入和积累财富的能力<sup>[30]</sup>。健康风险冲击至少存在两种影响家庭劳动力市场表现的渠道:一是患者及家庭照顾者因劳动时间的损失而带来的收入减少;二是患病者因工作能力和工作效率的降低而引起的经济损失<sup>[20]</sup>。研究发现慢性病显著降低了患者劳动力供给,且对于老年人和受教育程度较高的人影响更大<sup>[26]</sup>。疾病至少使工资减少10%,工作时长减少3%<sup>[31]</sup>。除患者自身,患者之外的家庭成员的劳动供给也会因照料负担增加而受到影响。研究发现在配偶被诊断患有慢性病后,妻子和丈夫的平均周工作时间分别显著减少3.7~4.2小时和3.8~4.4小时<sup>[32]</sup>。失能照料负担使城镇困难家庭的劳动力就业概率下降77%~100%,使农村困难家庭的劳动力就业概率下降25%~53%<sup>[33]</sup>。但也有研究得出相反的结论<sup>[15][34]</sup>。如Alam等研究发现短期内疾病使农村家庭的劳动力参与率下降1%~3%,工作时长下降4~15天,工资收入下降374~837卢比,与之相对应非患病成员的劳动力参与度急剧增加了14%~16%,以弥补短期内收入来源的不足<sup>[15]</sup>。这种“应急”的劳动供给增加往往是低报酬、高延时加班型的,甚至可能以子女放弃教育来充当替代劳动力为代价,从而对家庭的整体健康资本和未来收入产生负面冲击。

患者是否参加基本医疗保险以及基本医疗保险的保障水平决定了由健康风险冲击实际带来的收入冲击的大小。保障程度较高的医疗保险一定程度上避免了家庭成员为了“应急”而改变劳动供给和家庭分工模式进而造成家庭劳动力过度消耗和家庭潜在劳动力的过度投入的问题,有利于保存家庭的长期劳动能力,降低家庭未来发生贫困的概率。另一方面,医疗保险保障可以提升患者就医的财务可及性,有助于支付能力受限的患者释放有效医疗服务需求<sup>[1]</sup>,改善了患者“有病不医”“大病小治”的状况<sup>[35]</sup>,虽然在短期内可能引起患者工作时间的减少和治疗时间的增加,但长期来看医疗保险有效保障患者的健康资本<sup>[2]</sup>、劳动效率和外出工作的劳动能力,从而降低家庭的贫困脆弱性。基于以上分析,本文提出研究假设H1:

H1:职工医保短期会降低家庭面对健康冲击时的就业率、劳动时间,长期会增加患者外出工作概率。

在面对风险冲击时,家庭劳动所得可能下降,而非劳动所得则因转移性收入的增加而增加<sup>[18]</sup>。转移性收入可以分为公共转移支付和私人转移支付。公共转移支付包括政府部门、社会团体对居民的转移支付,而私人转移支付是指居民部门内部的收入转移,公共转移支付与私人转移支付分别代表了正式保障与非正式保障。在家庭遭遇健康冲击时,基于亲缘、邻里及社区内的社会网络所提供的非正式信贷、现金、礼物赠与等私人转移支付形成非正式的风险分摊机制,有助于缓解因病致贫带来的家庭经济危机。但同时非正式保障的有效性和经济支持力度又受到家庭的社会经济条件、疾病严重程度等制约,可能在应对大病冲击时不具有稳定性和约束力<sup>[24][28]</sup>,因此正式保障对于非正式保障不足的弱势群体的健康风险应对至关重要。然而,正式保障的程度越大,也越有可能挤出私人转移支付<sup>[36]</sup>,从而影响家庭的收入结构和贫困概率。据此,本文提出研究假设 H2:

H2:职工医保会增加家庭面对健康冲击时的公共转移支付、家庭人均纯收入,降低私人转移支付。

根据莫迪利安尼的生命周期消费理论,家庭会平滑一生的消费,当不可预期的健康冲击发生时,个体会偏重当期消费,生产性支出与健康投资下降<sup>[18]</sup>。参考现有研究本文将重点关注家庭消费中的生存型消费、发展型消费和享受型消费<sup>[37][38]</sup>。生存型消费主要包括食品开支和日常生活开支等,家庭为应对风险冲击可能存在减少食物摄入等影响正常生活的行为<sup>[34]</sup>。发展型消费主要包括家庭对设备用品、文教娱乐、交通通讯等的支出,反映家庭对长期发展的投资行为,但当家庭遭受较大的收入冲击时,家庭可能通过减少能力投资,甚至采取动用储蓄、变卖动产或不动产等减少资本存量的方式来缓解家庭的流动性约束。而随着家庭发展型投资和可变现资源的减少,家庭抵御疾病风险的能力被削弱,当家庭再次遭受健康风险冲击时极易陷入贫困状态。享受型消费包括家庭旅游、看电影、健身、美容等支出,反映家庭对生活质量的追求,在家庭面临因健康风险冲击导致的流动性约束时,这类消费可能会最先被大幅度地削减。与健康冲击引致的消费水平和消费结构的变化相对应的是,医疗保险通过健康者与患病者之间疾病经济风险的分摊,起着平滑消费的作用<sup>[17]</sup>,进而缓冲家庭当期的消费波动并减少由消费和投资减少带来的长期贫困脆弱性。据此,本文提出研究假设 H3:

H3:职工医保会增加家庭面对健康冲击时的生存型、发展型和享受型消费。

#### 四、实证方法、数据与变量

##### (一)相对贫困脆弱性的测度方法

虽然贫困与贫困脆弱性具有内在联系,但是当前的贫困状态与未来发生贫困的可能性并不等价<sup>[39]</sup>。基于对未来发生贫困概率测度的视角,Chaudhuri 等率先提出了一种使用截面数据测算贫困脆弱性的方法,学界称之为预期的贫困脆弱性(VEP)法<sup>[40]</sup>。这种方法的主要策略是运用三阶段最小二乘法估计截面数据的收入或消费的条件分布,并以此作为测算家庭未来发生贫困概率的依据。本文使用家庭总支出在扣除医疗支出后的余额(即医疗外支出)来表示家庭在面对健康风险冲击时的福利状况,比较医疗外支出与相对贫困线来判断家庭的相对贫困状态,并运用 VEP 法测算样本家庭的相对贫困脆弱性。在相对贫困脆弱性的具体测度方法上,假设影响家庭医疗外支出的水平和波动的因素中,家庭层面的特殊冲击及风险抵御能力可以由家庭人口学特征和家庭资产状况来识别,而社区层面的共同冲击及风险应对能力主要用省份固定效应来识别。相对贫困线的构造参照欧盟统计局标准,选择样本家庭医疗外支出的中位数的 60%来表示。首先假设家庭的医疗外支出由一系列的家庭层面的结构性因素决定:

$$\ln C_h = X_h \beta + \pi_p + \epsilon_h \quad (1)$$

式(1)中,h代表家庭,p代表省份。 $C_h$ 为家庭成员的人均医疗外支出。 $X_h$ 为对家庭消费产生一系列影响的结构性因素,包括家庭人口学特征,如家庭规模、抚养比、居住地、户主年龄、健康率、最高

学历、非农工作等,以及家庭资产状况,如房产净值、土地、耐用品价值、生产性固定资产、金融资产等。 $\pi_p$ 为省份固定效应,反映省份层面共同的风险冲击和经济状况。 $\epsilon_h$ 为随机误差项,反映家庭层面的随机性冲击。由于不同经济状况家庭面临的消费波动程度不同,一般而言高收入家庭面临的风险较小且风险应对能力较强,所以表现出较低的消费波动,因此,需要对随机误差项的同方差假设做出修正,允许家庭间存在异质性的冲击。假设 $\epsilon_h$ 是异方差的,其方差 $\sigma_{\epsilon,h}^2$ 也取决于家庭的特征变量及省份固定效应。

$$\sigma_{\epsilon,h}^2 = X_h \theta + \gamma_p + \mu_h \quad (2)$$

式(2)中, $X_h$ 的含义如模型(1), $\gamma_p$ 为省份固定效应, $\mu_h$ 为随机误差项,假设 $\mu_h$ 服从零均值同方差的正态分布。模型在估计上采用三阶段最小二乘法。首先估计模型(1)得到随机误差项方差估计值 $\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2$ ,以此代替 $\sigma_{\epsilon,h}^2$ 估计模型(2):

$$\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2 = X_h \theta + \gamma_p + \mu_h \quad (3)$$

然后利用模型(3)的估计结果 $\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2 = X_h \hat{\theta} + \hat{\gamma}_p$ 对模型(2)进行如下变换,并重新进行估计。

$$\frac{\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2}{\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2} = \frac{X_h \theta}{\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2} + \frac{\gamma_p}{\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2} + \frac{\mu_h}{\hat{\epsilon}_{OLS,h}^2} \quad (4)$$

估计结果可以得到 $\theta$ 和 $\gamma_p$ 的渐进有效估计,分别为 $\hat{\theta}_{FGLS}$ 和 $\hat{\gamma}_{p,FGLS}$ ,随机误差项 $\epsilon_h$ 标准差的一致估计 $\hat{\sigma}_{\epsilon,h} = \sqrt{X_h \hat{\theta}_{FGLS} + \hat{\gamma}_{p,FGLS}}$ ,以此对模型(1)再进行变换。

$$\frac{\ln C_h}{\hat{\sigma}_{\epsilon,h}} = \frac{X_h}{\hat{\sigma}_{\epsilon,h}} \beta + \frac{\pi_p}{\hat{\sigma}_{\epsilon,h}} + \frac{\epsilon_h}{\hat{\sigma}_{\epsilon,h}} \quad (5)$$

估计模型(5)即可得到 $\beta$ 和 $\pi_p$ 的渐进有效估计值,分别为 $\hat{\beta}_{FGLS}$ 和 $\hat{\pi}_{p,FGLS}$ 。根据以上估计结果可以测算各个家庭对数医疗外支出的期望均值和期望方差。

$$\hat{E}(\ln C_h / X_h, \pi_p) = X_h \hat{\beta}_{FGLS} + \hat{\pi}_{p,FGLS} \quad (6)$$

$$\hat{V}(\ln C_h / X_h, \gamma_p) = \hat{\sigma}_{\epsilon,h}^2 = X_h \hat{\theta}_{FGLS} + \hat{\gamma}_{p,FGLS} \quad (7)$$

基于以上均值和方差,以及对数正态分布的假设,可以得到家庭的相对贫困脆弱性 $\hat{v}_h$ 。

$$\hat{v}_h = \widehat{\Pr}(\ln C_h \leq \ln z / X_h, \pi_p, \gamma_p) = \Phi\left(\frac{\ln z - X_h \hat{\beta}_{FGLS} - \hat{\pi}_{p,FGLS}}{\hat{\sigma}_{\epsilon,h}}\right) \quad (8)$$

式(8)中, $\hat{v}_h$ 为相对贫困脆弱性的拟合值。 $\ln z$ 为相对贫困线取对数,相对贫困线采用的是样本家庭医疗外支出的中位数的60%。此外,还需要设定相对贫困脆弱性的门槛值,主要有三种门槛值设定方法:第一种是以50%为门槛值<sup>[40]</sup>;第二种是根据未来两年内有50%以上的概率会发生贫困,即以29%为脆弱性门槛<sup>[6]</sup>;第三种以观测到的贫困发生率为脆弱性门槛。由于使用t期截面数据测算的贫困脆弱性衡量的是家庭在t+1期陷入贫困的概率,是事前的预测,所以t+1期实际的贫困发生率是未知的。本文在这里分别选择0.29和0.5作为低贫困脆弱性门槛和高贫困脆弱性门槛<sup>①</sup>。相对贫困脆弱性低于0.29的家庭为非贫困户;相对贫困脆弱性高于0.5的家庭称为深度贫困户,其贫困往往是由结构性因素导致的支出水平长期低于贫困线的状态(结构性贫困);相对贫困脆弱性高于0.29但低于0.5的家庭称为贫困边缘户,其贫困主要是由随机性风险事件发生而家庭不具有相应的抗风险能力导致的。

## (二)模型设定

本文旨在检验户主参保类型对家庭因病致贫风险的影响。首先,由于医疗保险仅针对疾病经济风险进行分担,考察医疗保险减贫作用主要是指医疗保险对于缓解因病致贫的作用,所以在模型中引入健康风险与医疗保险的交乘项以探讨医疗保险能在多大程度上降低因病致贫概率。其次,健康风险代表家庭发生疾病经济支出的可能性,用过去一年是否健康恶化、住院或患慢性病等外生健康风险

冲击事件来表示,并在模型中控制健康状况,从而克服由疾病与收入间双向因果关系引起的内生性问题。最后,之所以用户主的健康风险和参保类型来研究家庭贫困问题,是因为户主通常是家庭的经济支柱,户主的健康状况恶化会明显地减少家庭的经济收入来源,对家庭经济冲击较大<sup>②</sup>,而户主参加职工医保具有分担户主医疗风险进而对家庭贫困产生溢出效应的作用。本文构建的计量模型具体如下:

$$v_h = \alpha + \beta HR_h \cdot MI_h + \delta HR_h + \lambda MI_h + X'_h \gamma_0 + \xi_p + \tau_h \quad (9)$$

式(9)中, $v_h$ 为家庭相对贫困脆弱性, $HR_h$ 为户主是否有健康风险, $HR_h = 1$ 表明户主有健康风险,否则 $HR_h = 0$ 。 $HR_h$ 主要用健康恶化、住院和慢性病三类变量表示,其中,健康恶化是户主健康风险的主观判断,代表一般性的疾病风险;住院和慢性病是户主健康风险的客观指标。 $MI_h$ 为户主是否参加职工医保, $MI_h = 1$ 表明户主参加职工医保(城镇职工基本医疗保险、公费医疗), $MI_h = 0$ 表明户主参加居民医保(城镇居民基本医疗保险、新农合、城乡居民基本医疗保险)。 $X_h$ 包括家庭人口学特征,如家庭规模、抚养比、居住地、户主年龄、健康状况、最高学历、非农工作等。 $\xi_p$ 为省份固定效应。本文主要关注交乘项的系数 $\beta$ ,即职工医保能在多大程度上缓解因健康风险引致的相对贫困脆弱性,估计结果均使用稳健标准误。

### (三)数据来源与变量定义

本文所使用的数据来源于北京大学中国社会科学调查中心(ISSS)发布的中国家庭追踪调查(CFPS)数据库。调查对象包括25个省市自治区样本,调查采用了分层随机抽样的方法,通过2010年基线调查确定基因成员后,随后每两年跟踪调查一次,得到具有全国代表性的追踪数据。主体问卷包括村居问卷、家庭成员问卷、家庭问卷、少儿问卷和成人问卷五类。本文使用了2018年的CFPS数据,根据家庭编号和个人编号对不同子库进行匹配,在识别户主的基础上以家庭为基本单元进行后续实证分析。参照已有研究的做法,本文选取CFPS数据中的“财务回答人”作为户主,对于“财务回答人”缺失的样本使用“储蓄保险主事者”为户主。在剔除户主未参加基本医疗保险的样本及主要变量缺失的样本后,样本量共计10382户,其中户主参加职工医保的家庭共2130户,户主参加居民医保的家庭共8252户。具体变量设定如表2所示。

表2 主要变量定义

变量名称	指标	描述
医疗外支出		家庭总支出中扣除实际医疗支出的剩余部分求人取对数
职工医保		户主参加职工医疗保险=1;户主参加居民医疗保险=0
健康风险	健康恶化	户主自评健康状况变化:变差=1;否则=0
	住院	户主过去12个月是否因病住院:是=1;否=0
	慢性病	户主半年内是否患过经医生诊断的慢性疾病:是=1;否=0
分工调整机制	就业率	家中劳动年龄人口参加工作的比例
	平均劳动时间	工作的家庭成员平均每周的工作时间(小时)
收入保障机制	外出工作率	家中替他人作农活或外出打工人员占比
	公共转移支付	主要包括政府补助、社会捐助、养老金等收入(元)求人取对数
	私人转移支付	主要包括子女、亲戚、朋友等私人性的经济支持或赠与(元)求人取对数
消费平滑机制	人均纯收入	家庭纯收入(元)求人取对数
	生存型消费	主要包括食品、服装、水、电、暖气及物业管理费、日用品消费、房屋修缮等支出(元)求人取对数
	发展型消费	主要包括家庭设备用品、教育文娱、交通通信等支出(元)求人取对数
	享受型消费	主要包括家庭旅游、看电影、健身、美容等支出(元)求人取对数
家庭规模		家庭成员人数
抚养比		家庭成员中非劳动年龄人口与劳动年龄人口数之比
居住地		农村=1;城镇=0
户主年龄		户主年龄
健康状况		成年家庭成员健康比率
最高学历		家庭成员的最高受教育年限(年)

续表

变量名称	指标	描述
非农工作		过去 12 个月内是否开展农、林、牧、副、渔(简称农业)方面的生产活动:是=0;否=1
房产净值		总房产价值减去房贷(元)取对数
土地		是否分得集体土地:是=1;否=0
耐用消费品		家庭拥有的耐用消费品总价值(元)取对数
生产性固定资产		包括经营性企业资产、农业使用机械等总价值(元)取对数
金融资产		包括存款、股票、基金、债券、金融衍生品、其他金融产品及借款等总价值(元)取对数

#### (四)变量描述性统计

表 3 是样本家庭相对贫困脆弱性的测算结果及其分布特征。总体来看,样本家庭陷入相对贫困的概率平均为 29.5%。城镇的相对贫困脆弱性比农村的相对贫困脆弱性要低,且城镇的相对贫困脆弱性的离散程度比农村更高。不论是在农村还是城镇,户主参加居民医保家庭的相对贫困脆弱性的均值都比户主参加职工医保家庭更高。从不同贫困程度的人群来看,在城镇,非贫困户占比较高,贫困边缘户占比次之,深度贫困户较少,只占 9.68%。在农村,深度贫困户占比达 39.24%,贫困边缘户占比达 27.6%,说明农村样本家庭存在较高的因病返贫风险,其他主要变量的描述性统计见表 4。

表 3 样本家庭相对贫困脆弱性测算结果

	城镇			农村			总体		
	观测值	均值	标准差	观测值	均值	标准差	观测值	均值	标准差
居民医保	3456	0.215	0.222	4796	0.441	0.248	8252	0.347	0.262
职工医保	1875	0.0745	0.122	255	0.226	0.244	2130	0.0926	0.150
总体	5331	0.166	0.204	5051	0.430	0.252	10382	0.295	0.264
	频数	均值	百分比(%)	频数	均值	百分比(%)	频数	均值	百分比(%)
非贫困户	4221	0.0755	79.18	1675	0.150	33.16	5896	0.0968	56.79
贫困边缘户	594	0.381	11.14	1394	0.395	27.60	1988	0.391	19.15
深度贫困户	516	0.656	9.680	1982	0.692	39.24	2498	0.685	24.06

表 4 主要变量描述性统计

变量	观测值	均值	标准差	最小值	最大值
医疗外支出	10382	9.574	0.993	0	13.11
职工医保	10382	0.205	0.404	0	1
健康恶化	10379	0.353	0.478	0	1
住院	10381	0.136	0.342	0	1
慢性病	10377	0.215	0.411	0	1
就业率	10382	0.710	0.319	0	1
劳动时间	10200	37.88	25.96	0	351
外出工作率	10382	0.212	0.266	0	1
正式转移性收入	10382	4.112	3.574	0	11.37
非正式转移性收入	10382	1.779	3.110	0	10.82
人均纯收入	10382	9.754	0.986	5.969	13.18
生存型消费	10382	8.857	0.966	5.597	12.32
发展型消费	10382	7.955	1.295	3.164	12.08
享受型消费	10381	4.891	2.431	0	10.57
家庭规模	10382	3.843	1.880	1	21
抚养比	10382	0.508	0.589	0	6
居住地	10382	0.487	0.500	0	1
户主年龄	10382	48.58	13.53	4	91
健康状况	10382	0.724	0.322	0	1
最高学历	10382	11.02	4.340	0	23
非农工作	10382	0.482	0.500	0	1
房产净值	10382	12.18	1.925	0	17.73
土地	10382	0.527	0.499	0	1
耐用消费品	10382	9.043	2.681	0	15.42
生产性固定资产	10382	2.976	4.378	0	17.73
金融资产	10382	8.000	4.454	0	16.17

## 五、实证结果分析

### (一) 基准估计结果

表 5 基准回归结果显示,不论是以健康恶化、住院还是慢性病为健康风险的代理变量,健康风险与职工医保的交乘项前系数都显著为负,其中户主参加职工医保比参加居民医保因健康恶化致贫的可能性要低 2.7%,因住院致贫的可能性要低 4%,因慢性病致贫的可能性要低 5.2%。说明户主参加职工医保比参加居民医保更具有缓解健康风险致贫的作用,且对于慢性病风险的效果差异最大,住院风险次之,健康恶化风险最小。

表 5 基准回归结果

变量	(1)	(2)	(3)
	相对贫困脆弱性	相对贫困脆弱性	相对贫困脆弱性
职工医保	-0.009** (-2.19)	-0.013*** (-3.38)	-0.007* (-1.74)
健康恶化	0.021*** (5.91)		
健康恶化×职工医保	-0.027*** (-4.01)		
住院		0.012** (2.49)	
住院×职工医保		-0.040*** (-4.24)	
慢性病			0.020*** (4.79)
慢性病×职工医保			-0.052*** (-7.13)
家庭规模	0.043*** (44.91)	0.043*** (44.86)	0.043*** (45.03)
抚养比	0.037*** (14.29)	0.037*** (14.21)	0.037*** (14.18)
居住地	0.096*** (26.62)	0.096*** (26.69)	0.095*** (26.52)
户主年龄	0.005*** (37.81)	0.005*** (38.17)	0.005*** (37.78)
健康状况	-0.085*** (-17.36)	-0.091*** (-18.74)	-0.088*** (-18.29)
最高学历	-0.013*** (-33.23)	-0.013*** (-33.25)	-0.013*** (-33.22)
非农工作	0.124*** (31.86)	0.124*** (31.75)	0.124*** (31.86)
省份固定效应	YES	YES	YES
常数项	-0.033** (-1.97)	-0.026 (-1.57)	-0.031* (-1.82)
观测值	10379	10381	10377
R <sup>2</sup>	0.703	0.702	0.703

注:括号内为稳健标准误下的 t 统计值;\*\*\*、\*\* 和 \* 分别表示在 1%、5% 和 10% 的统计水平下显著(下同)。

### (二) 异质性分析

鉴于城镇与农村家庭在职工医保参与率和保障待遇上存在差异,且不同年龄段的户主在健康风险类型、医保利用程度等方面存在差异,不同学历家庭在社会经济地位、医保政策信息获取能力上存在差异。因此,本文分别对城镇和农村样本、户主不同年龄段、家庭最高学历是否高于初中(九年义务教育)的样本进行分组检验,具体估计结果见表 6。

表 6

## 异质性分析

变量	被解释变量:相对贫困脆弱性								
	城镇	农村	30岁 以下	30~ 40岁	40~ 50岁	50~ 60岁	60岁 以上	初中以 上学历	初中及 以下学历
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
A:健康恶化									
职工医保	-0.018*** (-4.35)	-0.017 (-1.38)	0.011 (1.25)	-0.005 (-0.59)	-0.024*** (-3.16)	-0.020** (-2.25)	-0.058*** (-5.64)	-0.009** (-2.06)	-0.037*** (-3.47)
健康恶化	0.023*** (4.18)	0.016*** (3.45)	0.004 (0.28)	0.022** (2.16)	0.009 (1.31)	0.013** (2.09)	0.016** (2.37)	0.027*** (5.37)	0.012** (2.28)
健康恶化×职工医保	-0.024*** (-3.22)	-0.016 (-0.81)	-0.003 (-0.20)	-0.015 (-1.03)	0.001 (0.09)	-0.033*** (-2.99)	-0.021 (-1.54)	-0.025*** (-3.29)	-0.024 (-1.58)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	5331	5048	1037	1717	2477	2745	2403	6187	4192
R <sup>2</sup>	0.598	0.651	0.571	0.658	0.655	0.696	0.742	0.692	0.678
B:住院									
职工医保	-0.023*** (-5.92)	-0.016 (-1.50)	0.012 (1.46)	-0.005 (-0.65)	-0.023*** (-3.23)	-0.029*** (-3.73)	-0.067*** (-7.44)	-0.013*** (-3.13)	-0.044*** (-4.89)
住院	0.015* (1.93)	0.003 (0.50)	0.004 (0.16)	0.031* (1.90)	-0.006 (-0.57)	-0.005 (-0.54)	0.007 (0.92)	0.012* (1.70)	0.008 (1.08)
住院×职工医保	-0.026** (-2.20)	-0.048** (-2.36)	-0.021 (-0.47)	-0.045** (-2.10)	-0.004 (-0.21)	-0.018 (-1.14)	0.002 (0.14)	-0.035*** (-3.13)	-0.011 (-0.57)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	5330	5051	1040	1717	2476	2745	2403	6188	4193
R <sup>2</sup>	0.597	0.650	0.569	0.658	0.654	0.696	0.741	0.691	0.676
C:慢性病									
职工医保	-0.018*** (-4.42)	-0.012 (-1.13)	0.013 (1.46)	-0.005 (-0.62)	-0.023*** (-3.20)	-0.029*** (-3.50)	-0.055*** (-5.47)	-0.008* (-1.93)	-0.037*** (-3.78)
慢性病	0.021*** (3.16)	0.009 (1.64)	0.010 (0.44)	0.027** (2.07)	0.008 (0.82)	0.002 (0.26)	0.014** (1.98)	0.017*** (2.83)	0.019*** (3.19)
慢性病×职工医保	-0.039*** (-4.54)	-0.049** (-2.31)	-0.031 (-1.09)	-0.029 (-1.63)	-0.002 (-0.15)	-0.010 (-0.79)	-0.030** (-2.17)	-0.043*** (-5.10)	-0.035** (-2.21)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	5330	5047	1036	1717	2477	2745	2402	6186	4191
R <sup>2</sup>	0.598	0.651	0.571	0.658	0.654	0.695	0.742	0.692	0.678

表 6 第(1)(2)列估计结果显示健康恶化与职工医保的交乘项系数仅在城镇家庭样本中估计结果显著,住院与职工医保交乘项系数以及慢性病与职工医保交乘项系数在城镇和农村样本家庭中估计结果均显著,且对农村样本的影响更大。具体来看,在城镇,户主参加职工医保比参加居民医保的情形下因健康恶化致贫的可能性要低 2.4%,因住院致贫的可能性低 2.6%,因慢性病致贫的可能性低 3.9%;在农村,户主参加职工医保与参加居民医保的情形下因健康恶化致贫的可能性差异不显著,户主参加职工医保比参加居民医保的情形下因住院致贫的可能性低 4.8%,因慢性病致贫的可能性低 4.9%。可见,农村中户主参加职工医保与户主参加居民医保对于慢性病、住院的保障作用差异比城市中更大,但农村中户主参加职工医保与户主参加居民医保对于一般性疾病的保障无显著差异。

表 6 第(3)~(7)列估计结果显示户主参加职工医保与居民医保对一般性疾病的保障作用差异在户主年龄介于 50~60 岁之间的家庭中较为显著,对住院的保障作用差异在户主年龄介于 30~40 岁之间的家庭中较为显著,对慢性病的保障作用差异在户主年龄处于 60 岁以上的家庭中较为显著。这是因为不同年龄段家庭对不同类型的医疗服务需求存在差异,而不同保险类型在医疗服务保障范围

上的差异将可能导致不同年龄段家庭对医疗保障资源的利用程度和受益程度的不均等。

表 6 第(8)(9)列估计结果显示对于初中以上学历家庭,职工医保与健康恶化、住院、慢性病的交乘项系数都显著为负;对于初中及以下学历家庭,职工医保与慢性病的交乘项系数显著为负,职工医保与健康恶化、住院的交乘项系数不显著。说明与居民医保相比,户主参加职工医保对高学历家庭中各类健康风险致贫的缓解作用都更大,但仅对低学历家庭因慢性病致贫有更大的缓解作用。可见,医疗保险政策效果不仅取决于不同类型医疗保险本身的待遇差距,而且受到政策对象的社会经济地位、对医疗保险报销信息的获取和利用能力等因素的影响。在受教育程度低的家庭中,职工医保受益率较低,也没能发挥理想的政策效果。

### (三)稳健性检验

#### 1. 替换被解释变量

为检验上述结果的稳健性,本文首先将被解释变量由相对贫困脆弱性替换为灾难性医疗支出强度。灾难性医疗支出强度一定程度上反映家庭的因病致贫风险大小,使用家庭医疗支出占家庭总支出的比重来表示<sup>③</sup>,估计结果见表 7 第(1)~(3)列。其次,改变测算相对贫困脆弱性的相对贫困线,将相对贫困线由家庭医疗外支出中位数的 60%改为家庭医疗外支出中位数的 50%和 70%,分别测算相对贫困脆弱性用来替换原模型的被解释变量,估计结果见表 7 第(4)~(9)列。根据表 7 实证结果可知,更换被解释变量后健康风险(健康恶化、住院、慢性病)与职工医保的交乘项系数都显著为负,说明户主参加职工医保相比于户主参加居民医保更能降低因病致贫风险的结论较为稳健。

表 7 替换被解释变量

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	灾难性医疗支出强度			相对贫困脆弱性 (贫困线为中位数 50%)			相对贫困脆弱性 (贫困线为中位数 70%)		
职工医保	-0.009*** (-2.94)	-0.010*** (-4.03)	-0.010*** (-3.44)	0.002 (0.40)	-0.002 (-0.62)	0.004 (1.00)	-0.021*** (-4.72)	-0.024*** (-6.05)	-0.018*** (-4.44)
健康恶化	0.024*** (7.22)			0.021*** (5.87)			0.020*** (5.74)		
健康恶化× 职工医保	-0.021*** (-4.11)			-0.028*** (-4.48)			-0.024*** (-3.46)		
住院		0.088*** (15.22)			0.014*** (2.80)			0.010** (2.11)	
住院×职工 医保		-0.038*** (-3.77)			-0.044*** (-4.85)			-0.034*** (-3.53)	
慢性病			0.035*** (8.37)			0.020*** (4.87)			0.018*** (4.48)
慢性病×职工 医保			-0.030*** (-4.81)			-0.054*** (-7.73)			-0.046*** (-6.31)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	10378	10380	10376	10379	10381	10377	10379	10381	10377
R <sup>2</sup>	0.137	0.174	0.140	0.655	0.654	0.655	0.737	0.736	0.737

#### 2. 工具变量法

本文使用相对外生的户主健康风险冲击来识别医疗保险的减贫作用,但仍无法排除由职工医保内生性造成估计结果有偏。一方面如果具有更高健康风险的人倾向于参加保障程度较高的职工医保,那么健康风险与职工医保变量之间正相关;另一方面如果参加职工医保的人通常社会经济地位较高,相应也具有较低的健康风险,那么健康风险与职工医保之间负相关。所以本文采取工具变量方法,选择户主所在省份的劳动合同签订率作为职工医保的工具变量,进而规避自选择问题。根据《社会保险法》,签订劳动合同用人单位必须为劳动者缴纳社保,因此签订劳动合同能显著提升职工医保的

参保率。地区劳动合同签订率反映所在地区的劳动市场规范程度,当地劳动合同签订率越高,则户主参与职工医保的可能性越大,满足相关性。而当地劳动合同签订率与户主是否有健康风险及户主所在家庭的贫困状态无直接联系,满足排他性。表 8 为工具变量估计结果,根据第一阶段估计,F 统计值都远大于 10,第二阶段估计健康风险与职工医保的交乘项前系数均显著为负,与主模型估计结果一致。

表 8 工具变量法

变量	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)		(7)		(8)		(9)			
	第一阶段		第二阶段		第一阶段		第二阶段		第一阶段		第二阶段		第一阶段		第二阶段		第一阶段		第二阶段	
	职工医保	健康恶化 * 职工医保	健康恶化	相对贫困脆弱性	职工医保	住院 * 职工医保	健康恶化	相对贫困脆弱性	职工医保	住院 * 职工医保	健康恶化	相对贫困脆弱性	职工医保	慢性病 * 职工医保	健康恶化	相对贫困脆弱性	职工医保	慢性病 * 职工医保	健康恶化	相对贫困脆弱性
合同率	0.491 *** (8.57)	-0.186 *** (-17.86)			0.499 *** (10.14)	-0.068 *** (-12.59)							0.527 *** (9.99)	-0.128 *** (-16.50)						
健康恶化×合同率	-0.037 (-0.40)	1.003 *** (13.51)																		
健康恶化	0.020 (0.49)	-0.272 *** (-8.09)	0.050 *** (2.94)																	
健康恶化×职工医保				-0.167 * (-1.94)																
住院×合同率					-0.198 (-1.45)	0.898 *** (6.86)														
住院					0.089 (1.46)	-0.252 *** (-4.32)	0.062 ** (2.12)													
住院×职工医保																				
慢性病×合同率																				
慢性病																				
慢性病×职工医保																				
职工医保																				
控制变量	YES	YES	YES		YES	YES	YES		YES	YES	YES		YES	YES	YES		YES	YES	YES	
省份固定效应	YES	YES	YES		YES	YES	YES		YES	YES	YES		YES	YES	YES		YES	YES	YES	
观测值	10379	10379	10379		10381	10381	10381		10377	10377	10377		10377	10377	10377		10377	10377	10377	
F 统计量	316.7	105.8	403.7		317.1	31.32	381.5		318.4	70.31	399.1									

#### (四)影响机制分析

##### 1.职工医保减贫的分工调整机制检验

表 9 为职工医保减贫的分工调整机制检验结果。首先,由健康风险前系数显著性可知,户主健康恶化使所在家庭的就业率平均上升 2.8%,平均劳动时间每周增加 2.4 小时,外出工作率上升 1.1%。这表明在面对健康恶化类一般疾病风险时,家庭成员可能通过让待业家庭成员参与劳动、增加劳动时间和外出打工等方式来赚取更多的收入。而户主住院和患慢性病对所在家庭的就业率、平均劳动时间、外出工作率的影响均不显著。其次,由健康风险与职工医保的交乘项系数显著性可知,户主参加职工医保显著降低了发生各类健康风险时的就业率、平均劳动时间,而对外出工作率的影响不显著。这表明户主参加职工医保具有缓解医疗费用压力的作用,从而避免家庭为“应急”而采取增加就业和劳动供给的策略。

为了更具体地呈现户主参保类型不同的家庭在面对健康风险时采取的家庭分工策略的差异,本文进一步考察了职工医保对户主本人及户主以外其他家庭成员的就业率、平均劳动时间、外出工作率的影响(表 10)。首先,由健康风险前系数显著性可知,不论是哪类健康风险(健康恶化、住院、慢性病),均显著增加了患者之外其他家庭成员的就业率、平均劳动时间和外出工作率,与家庭通过创收来

表 9

职工医保对出现健康风险时家庭分工的影响

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	就业率			平均劳动时间			外出工作率		
职工医保	0.070*** (7.09)	0.060*** (6.61)	0.068*** (7.29)	-2.028*** (-2.84)	-2.096*** (-3.16)	-2.253*** (-3.23)	-0.102*** (-12.70)	-0.099*** (-13.55)	-0.101*** (-13.12)
健康恶化				2.397*** (3.90)			0.011* (1.77)		
健康恶化×职工医保				-0.076*** (-4.69)				0.015 (1.26)	
住院		-0.014 (-1.43)			0.190 (0.23)			0.001 (0.14)	
住院×职工医保		-0.123*** (-4.80)			-5.328*** (-3.11)			0.020 (1.18)	
慢性病			0.001 (0.12)			0.018 (0.03)			0.002 (0.27)
慢性病×职工医保			-0.103*** (-5.25)			-2.149* (-1.70)			0.018 (1.41)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	10379	10381	10377	10197	10199	10195	10379	10381	10377
R <sup>2</sup>	0.180	0.182	0.181	0.121	0.120	0.120	0.127	0.127	0.127

表 10

职工医保对出现健康风险时家庭分工的影响：区分户主与其他家庭成员

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	患者	其他成员	患者	其他成员	患者	其他成员
	就业率		平均劳动时间		外出工作率	
A: 健康恶化						
职工医保	0.090*** (7.38)	0.015 (1.08)	-2.791*** (-3.19)	-2.142** (-2.13)	-0.122*** (-11.04)	-0.088*** (-11.35)
健康恶化	0.003 (0.38)	0.041*** (4.54)	0.966 (1.18)	3.098*** (3.99)	-0.016 (-1.59)	0.017*** (2.61)
健康恶化×职工医保	-0.086*** (-4.41)	-0.060** (-2.57)	-0.474 (-0.33)	-4.021** (-2.57)	0.043** (2.57)	0.009 (0.73)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	10379	8459	9835	7964	10379	9750
R <sup>2</sup>	0.202	0.095	0.123	0.063	0.075	0.125
B: 住院						
职工医保	0.079*** (6.99)	0.004 (0.29)	-2.395*** (-2.86)	-2.962*** (-3.29)	-0.119*** (-11.68)	-0.084*** (-11.63)
住院	-0.054*** (-4.27)	0.020* (1.73)	-1.928* (-1.75)	1.732* (1.75)	-0.042*** (-3.47)	0.018* (1.95)
住院×职工医保	-0.148*** (-4.74)	-0.062* (-1.80)	-5.193*** (-2.79)	-3.370 (-1.33)	0.085*** (3.89)	-0.015 (-0.82)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	10378	8461	9834	7966	10381	9752
R <sup>2</sup>	0.207	0.093	0.124	0.061	0.076	0.125
C: 慢性病						
职工医保	0.094*** (8.14)	0.007 (0.55)	-2.686*** (-3.09)	-2.569*** (-2.64)	-0.126*** (-11.91)	-0.084*** (-11.23)
慢性病	-0.026** (-2.51)	0.019* (1.79)	-2.605*** (-2.79)	2.074** (2.37)	-0.038*** (-3.56)	0.019** (2.47)
慢性病×职工医保	-0.141*** (-5.90)	-0.054** (-2.04)	-0.598 (-0.38)	-4.048** (-2.42)	0.087*** (4.83)	-0.008 (-0.55)
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	10377	8457	9833	7962	10377	9748
R <sup>2</sup>	0.206	0.094	0.124	0.062	0.076	0.125

应对健康风险冲击的动机一致。同时,住院和慢性病会显著降低患者自身的就业概率、劳动时间和外出工作概率,这与患者自身因健康受损而劳动能力下降有关。其次,由健康风险与职工医保的交乘项系数的显著性可知,职工医保显著降低户主出现各类健康风险时户主和其他成员的短期就业概率,会增加户主自身外出工作的概率。这表明职工医保能有效缓解健康风险带来的医疗费用压力,保存患者外出工作的劳动能力。同时,职工医保能显著降低户主健康恶化和患慢性病时其他家庭成员的平均工作时长,并降低户主住院时户主自身劳动时长。这是因为户主参加职工医保减轻了户主健康恶化和患慢性病时的医疗负担,使家庭其他成员具备减少劳动时间而增加对患者的照料时间的财务承受能力,但住院对患者自身劳动能力和家庭经济冲击较大,住院情形下职工医保可以保障患者进行充分的住院治疗,使患者自身劳动时间降低,而家庭其他成员同时存在增加照料时间及增加工作强度、劳动时间的动机,所以总体上看家庭其他成员的平均劳动时间无显著变化。

## 2. 职工医保减贫的收入保障机制检验

表 11 给出了户主参加职工医保对出现健康风险时家庭收入的影响回归结果。第(1)~(3)列为职工医保对公共转移支付的影响,第(4)~(6)列为职工医保对私人转移支付的影响,第(7)~(9)列为职工医保对家庭人均纯收入的影响。第(1)~(3)列实证结果表明户主参加职工医保与参加居民医保相比,将户主健康恶化时的公共转移支付提高 50.8%,住院时的公共转移支付提高 78.3%,慢性病时的公共转移支付提高 71.5%。这表明职工医保在出现健康风险时能提供更高的正式保障待遇。第(4)~(6)列实证结果表明户主参加职工医保与参加居民医保相比,将户主健康恶化时的私人转移支付降低 35.7%,住院时的私人转移支付降低 75.9%,慢性病时的私人转移支付降低 63.9%。可能的原因是医疗保险提供的正式保障与以居民互济为主的非正式保障之间可能存在替代关系,正式保障待遇越好,非正式保障在应对健康风险时所起的作用越小。第(7)~(9)列实证结果表明户主参加职工医保与参加居民医保相比,将户主健康恶化时家庭人均纯收入提高 7.6%,住院时家庭人均纯收入提高 14%,慢性病时家庭人均纯收入提高 16.1%。说明户主参加职工医保的家庭比参加居民医保的家庭在户主出现健康风险时能获得更高的收入,一方面说明职工医保提供的正式保障高于居民医保,虽然正式保障与非正式保障之间存在替代或挤出,但总体而言待遇净值有所提高;另一方面由于户主参与职工医保的家庭医疗费用压力较少,患者更能获得及时的救治并恢复劳动能力,所以健康风险对家庭劳动效率和收入的冲击也较小。

表 11 职工医保对出现健康风险时家庭收入的影响

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	公共转移支付			私人转移支付			人均纯收入		
职工医保	0.745*** (6.74)	0.811*** (8.12)	0.745*** (7.14)	-0.048 (-0.48)	-0.069 (-0.77)	-0.033 (-0.35)	0.422*** (19.46)	0.431*** (21.78)	0.413*** (19.99)
健康恶化	-0.326*** (-4.70)			0.409*** (5.54)			-0.033* (-1.79)		
健康恶化×职工医保	0.508*** (2.88)			-0.357** (-2.16)			0.076** (2.23)		
住院	-0.153 (-1.62)			0.495*** (4.80)			-0.024 (-0.92)		
住院×职工医保	0.783*** (2.90)			-0.759*** (-3.15)			0.140*** (2.74)		
慢性病	0.049 (0.60)			0.426*** (4.89)			-0.035 (-1.58)		
慢性病×职工医保	0.715*** (3.49)			-0.639*** (-3.41)			0.161*** (4.16)		
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省份固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
观测值	10379	10381	10377	10379	10381	10377	10379	10381	10377
R <sup>2</sup>	0.283	0.282	0.283	0.061	0.061	0.061	0.434	0.434	0.435

### 3. 职工医保减贫的消费平滑机制检验

表 12 检验健康风险下户主参加职工医保对三类消费——生存型消费、发展型消费和享受型消费的影响,进一步说明职工医保对于家庭生计和发展的重要保障作用。第(1)~(3)列为户主参加职工医保对家庭生存型消费的影响。结果表明与居民医保相比,户主参加职工医保使户主健康恶化时的生存型消费增加 8.2%,住院时的生存型消费增加 17.9%,患慢性病时的生存型消费增加 13.3%,这说明职工医保对于保障家庭成员患病时家庭的基本生存具有明显的效果。第(4)~(6)列为户主参加职工医保对家庭发展型消费的影响。结果表明与居民医保相比,户主参加职工医保使户主住院时的发展型消费增加 6.2%,患慢性病时的发展型消费增加 21.3%,但对健康恶化时的发展型消费影响不显著。这说明户主参加职工医保能有效缓解住院和慢性病风险对家庭发展型投资的挤出作用,从而有利于家庭的可持续发展、防止贫困的代际传递。第(7)~(9)列为户主参加职工医保对家庭享受型消费的影响。结果表明与居民医保相比,户主参加职工医保使户主健康恶化时的享受型消费增加 19.3%,住院时的享受型消费增加 31.5%,患慢性病时享受型消费增加 28.3%。说明职工医保对于保障家庭成员患病时家庭的生活质量具有明显效果。

表 12 职工医保对出现健康风险时家庭支出的影响

变量	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	生存型消费			发展型消费			享受型消费		
职工医保	0.303*** (13.99)	0.310*** (16.00)	0.302*** (14.95)	0.420*** (12.11)	0.408*** (12.96)	0.381*** (11.76)	1.114*** (18.19)	1.141*** (20.26)	1.110*** (19.27)
健康恶化	-0.025 (-1.38)			0.011 (0.43)			-0.083* (-1.69)		
健康恶化×职工医保	0.082** (2.48)			0.028 (0.52)			0.193** (2.01)		
住院		-0.009 (-0.36)			0.062* (1.68)			0.098 (1.42)	
住院×职工医保		0.179*** (3.45)			0.185** (2.27)			0.315** (2.11)	
慢性病			-0.023 (-1.11)			0.046 (1.48)			0.154*** (2.71)
慢性病×职工医保			0.133*** (3.38)			0.213*** (3.32)			0.283** (2.47)
控制变量	YES								
省份固定效应	YES								
观测值	10379	10381	10377	10379	10381	10377	10378	10380	10376
R <sup>2</sup>	0.455	0.455	0.455	0.306	0.306	0.307	0.341	0.342	0.343

## 六、结论与建议

本文基于 CFPS2018 数据测算了样本家庭的相对贫困脆弱性,实证检验了职工医保与居民医保相比能在多大程度上减缓由健康风险冲击引致的相对贫困脆弱性,并探讨职工医保减轻因病致贫的分工调整机制、收入保障机制和消费平滑机制。本文得出以下结论:首先,户主参加职工医保比居民医保更能起到缓解健康风险致贫的作用,且该作用对于慢性病风险的效果最大,住院风险次之,健康恶化风险最小。其次,异质性分析表明,城镇中户主参加职工医保能有效缓解各类因病致贫风险,农村中户主参加职工医保能有效缓解因慢性病和住院风险致贫,而对于因健康恶化风险致贫无显著影响;职工医保在年龄介于 50~60 岁之间户主的健康恶化、30~40 岁之间户主的住院、60 岁以上户主的慢性病上的保障作用较大;户主参加职工医保对于缓解家庭成员最高学历为初中以上的家庭的因病致贫风险作用较大。最后,机制分析表明,职工医保通过降低风险发生时短期家庭就业率、平均劳动时间和增加患者外出工作概率的分工调整机制降低相对贫困脆弱性;职工医保通过增加风险发生

时家庭公共转移支付、替代私人转移支付和增加人均纯收入的收入保障机制降低相对贫困脆弱性；职工医保还通过增加风险发生时家庭生存型消费、发展型消费和享受型消费的消费平滑机制降低相对贫困脆弱性。

根据以上分析,本文提出以下几点政策建议:首先,逐步缩小居民医保和职工医保制度筹资和待遇的差距,探索建立集中化、一体化的全民健康保障安全网。未来的政策设计可以通过增多居民医保的缴费和待遇档次,缩小居民医保最高档次的待遇水平与职工医保之间的差距,避免因两种类型的基本医疗保险的保障对象固化(职工医保保障城镇职工、居民医保保障城乡居民)造成的人群间医疗服务利用不平等和因病致贫风险的不平等。在此基础上,应建立健全多层次医疗保障体系,发挥大病保险、医疗救助、商业补充医疗保险、医疗捐赠等制度对基本医疗保险受益对象和受益水平的调整和补充作用,纠正由基本医疗保险受益不均造成的逆向收入再分配问题。其次,优化基本医疗保险制度设计和医保基金配置,着力化解基本医疗保险受益不均的结构性矛盾。结合职工医保减贫的异质性分析结果,未来的政策设计应增强职工医保对农籍职工健康恶化的保障作用,加强居民全生命周期的健康风险管理并提供适时有效的保障措施,破解低受教育人群对医疗服务利用和医保报销政策运用的信息壁垒、技术难题。最后,基本医疗保险待遇的长期福利效果需要得到重视,基本医疗保险不仅具有在面对健康风险冲击时平滑消费、减低当期贫困的作用,而且良好的医疗保障待遇还能有效替代家庭低效的风险应对策略行为,避免由不合理的风险应对行为对家庭的可持续生计能力造成不可逆的后果,进而产生规避长期贫困的福利收益。因此,应综合考察基本医疗保险待遇水平的短期、长期的福利效果作为评判医保待遇水平的合理性标准。

#### 注释:

①类似思想参见 Günther & Harttgen,将贫困脆弱性介于 0.29~0.5 之间称为风险引致的脆弱性,贫困脆弱性高于 0.5 称为贫困引致的脆弱性<sup>[6]</sup>。

②方迎风和邹薇在文中指出农户中的主要收入来源者在受到负的健康冲击时可能会对家庭的经济决策产生持久的影响<sup>[18]</sup>。

③世界卫生组织(WHO)将灾难性医疗支出定义为“家庭医疗卫生支出超出家庭实际支付能力的 40%”。因此家庭医疗卫生支出占家庭年总支出的比重可以反映发生灾难性医疗支出的可能性和强度。

#### 参考文献:

- [1] 黄枫,甘犁.过度需求还是有效需求?——城镇老人健康与医疗保险的实证分析[J].经济研究,2010(6):105—119.
- [2] 赵为民.新农合大病保险改善了农村居民的健康吗? [J].财经研究,2020(1):141—154.
- [3] Li, Y., Wu, Q., Liu, C., et al. Catastrophic Health Expenditure and Rural Household Impoverishment in China: What Role Does the New Cooperative Health Insurance Scheme Play? [J]. Plos One, 2014, 9(4):1—9.
- [4] 任志江,苏瑞珍.增强医疗保障减贫效应的再分配实现机制研究——基于改善亲贫性的视角[J].中国行政管理,2020(8):88—93.
- [5] 齐良书.新型农村合作医疗的减贫、增收和再分配效果研究[J].数量经济技术经济研究,2011(8):35—52.
- [6] Günther, I., Harttgen, K. Estimating Households Vulnerability to Idiosyncratic and Covariate Shocks: A Novel Method Applied in Madagascar[J]. World Development, 2009, 37(7):1222—1234.
- [7] 万广华,章元,史清华.如何更准确地预测贫困脆弱性:基于中国农户面板数据的比较研究[J].农业技术经济,2011(9):13—23.
- [8] 斯丽娟.家庭教育支出降低了农户的贫困脆弱性吗? ——基于 CFPS 微观数据的实证分析[J].财经研究,2019(11):32—44.
- [9] 何军,沈怡宁,唐文浩.社会资本、风险抵御与农村女户主家庭贫困脆弱性的研究——基于 CFPS 数据的实证分析[J].南京农业大学学报(社会科学版),2020(3):146—157.
- [10] 赵梦媛,张开云.农户健康风险管理过程、传导机制与治理路径——以安徽省岳西县 G 村为例[J].贵州社会科学,2023(1):106—113.
- [11] 刘子宁,郑伟,贾若,景鹏.医疗保险、健康异质性与精准脱贫——基于贫困脆弱性的分析[J].金融研究,2019(5):56—75.

- [12] 龚锋,邓龙真. 人口老龄化、跨区人口流动与县域经济增长[J]. 中南财经政法大学学报,2022(1):147—160.
- [13] 顾宁,刘洋. 产业扶贫降低了贫困农户的脆弱性吗[J]. 农业技术经济,2021(7):92—102.
- [14] 万广华,刘飞,章元. 资产视角下的贫困脆弱性分解:基于中国农户面板数据的经验分析[J]. 中国农村经济,2014(4):4—19.
- [15] 刘朝帅,王立胜. 中国特色反贫困道路深化:乡村振兴战略[J]. 经济与管理评论,2022(6):144—160.
- [16] 张利庠,王录安,刘晓鸣. 基于医疗保障差异的健康冲击与劳动力供给——以中国2011—2013年劳动力市场为对象[J]. 中国软科学,2017(7):55—65.
- [17] Gertler, P., Gruber, J. Insuring Consumption against Illness[J]. *American Economic Review*, 2002, 92(1): 51—70.
- [18] 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.
- [19] Abegunde, D.O., Stanciole, A.E. The Economic Impact of Chronic Diseases: How Do Households Respond to Shocks? Evidence from Russia[J]. *Social Science & Medicine*, 2008, 66(11):2296—2307.
- [20] 洪秋妹,常向阳. 我国农村居民疾病与贫困的相互作用分析[J]. 农业经济问题,2010(4):85—94.
- [21] Ma, Y., Xiang, Q., Yan, C., et al. Poverty Vulnerability and Health Risk Action Path of Families of Rural Elderly with Chronic Diseases: Empirical Analysis of 1,852 Families in Central and Western China[J]. *Frontiers in Public Health*, 2022, 10:1—12.
- [22] Kim, C.O. Effect of Health Shocks on Poverty Status in South Korea: Exploring the Mechanism of Medical Impoverishment[J]. *International Journal of Health Policy and Management*, 2021, 10:1—13.
- [23] 高梦滔,姚洋. 健康风险冲击对农户收入的影响[J]. 经济研究,2005(12):15—25.
- [24] 李华,李志鹏. 社会资本对家庭“因病致贫”有显著减缓作用吗? ——基于大病冲击下的微观经验证据[J]. 财经研究,2018(6):77—93.
- [25] 苑会娜. 进城农民工的健康与收入——来自北京市农民工调查的证据[J]. 管理世界,2009(5):56—66.
- [26] Zhang, C. Chronic Diseases, Labor Supply and Medical Expenditure at Older Age: Evidence from China[J]. *Frontiers of Economics in China*, 2013, 8(2):233—259.
- [27] Chetty, R., Looney, A. Consumption Smoothing and the Welfare Consequences of Social Insurance in Developing Economies[J]. *Journal of Public Economics*, 2006, 90(12):2351—2356.
- [28] Dercon, S. Income Risk, Coping Strategies, and Safety Nets[J]. *The World Bank Research Observer*, 2002, 17(2):141—166.
- [29] 郑超,王新军,孙强. 城乡医保统筹政策、健康风险冲击与精准扶贫绩效研究[J]. 公共管理学报,2022(1):146—158.
- [30] Smith, J.P. Unraveling the Ses: Health Connection[J]. *Population and Development Review*, 2004, 30: 108—132.
- [31] Schultz, T.P., Tansel, A. Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote D'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled[J]. *Journal of Development Economics*, 1997, 53(2):251—286.
- [32] Shen, Z., Zheng, X., Tan, Y. The Spillover Effects of Spousal Chronic Diseases on Married Couples' Labour Supply: Evidence from China[J]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16(21):1—17.
- [33] 戈艳霞,李强. 疾病照料负担对困难家庭劳动力就业的影响[J]. 人口与经济,2018(1):79—89.
- [34] Heltberg, R., Lund, N. Shocks, Coping, and Outcomes for Pakistan's Poor: Health Risks Predominate[J]. *The Journal of Development Studies*, 2009, 45(6):889—910.
- [35] 程令国,张晔. “新农合”:经济绩效还是健康绩效? [J]. 经济研究,2012(1):120—133.
- [36] 解垩. 公共转移支付和私人转移支付对农村贫困、不平等的影响:反事实分析[J]. 财贸经济,2010(12):56—61.
- [37] 尹志超,郭沛瑶. 精准扶贫政策效果评估——家庭消费视角下的实证研究[J]. 管理世界,2021(4):64—83.
- [38] 黄薇,曹杨. 常态化精准扶贫政策的完善:反福利依赖的视角[J]. 经济研究,2022(4):172—90.
- [39] Koomson, I., Villano, R., Hadley, D. Effect of Financial Inclusion on Poverty and Vulnerability to Poverty: Evidence Using a Multi-Dimensional Measure of Financial Inclusion[J]. *Social Indicators Research*, 2020, 149(2):613—639.

[40] Chaudhuri, S., Jalan, J., Suryahadi, A. Assessing Household Vulnerability to Poverty from Cross-Sectional Data: A Methodology and Estimates from Indonesia[C]. Discussion Paper Series 0102—52, 2002. New York, USA, Department of Economics, Columbia University.

## **The Effect and Approach of Employee Medical Insurance to Alleviate Vulnerability to Relative Poverty**

ZHANG Guangke ZHENG Ziyuan

*(School of Public Administration, Zhongnan University of Economics and Law, Wuhan 430073, China)*

**Abstract:** The demand of medical insurance in China has continued to expand, but the uneven levels of medical insurance treatment are prominent, which exacerbates income inequality and create new inequality due to poverty caused by illness. Based on CFPS2018, this paper examines the impact of employee medical insurance on alleviating the risk of poverty due to illness compared with the role of basic medical insurance for residents. The results show that employee medical insurance effectively reduces the vulnerability to relative poverty caused by health risks. The impact is the largest in the risk of chronic diseases, followed by risks of hospitals and health deterioration. Heterogeneous analysis shows that the impact of employee medical insurance on poverty reduction due to illness varies according to the residence, the age of the head of household, and the degree of family education. The mechanism analysis shows that the employee medical insurance reduces the employment rate and the average labor time and increases the probability of patient's being out-of-work through the division of labor adjustment mechanism. The employee medical insurance increases the public transfer payment, replaces private transfer payment, and increases per capita income through the income security mechanism. Moreover, the employee medical insurance increases the family's survival consumption, development consumption, and enjoyment consumption through the consumption smoothing mechanism, which all plays a role in reducing vulnerability to relative poverty. Therefore, we recommend gradually reducing the gap between employee medical insurance and basic medical insurance for residents, and eradicating the structural contradictions of uneven benefits of medical insurance, in addition to considerate the substitution of medical insurance for family's inefficient strategies to deal with risk when we analyze the optimal level of medical insurance.

**Key words:** Health Risk Shock; Employee Medical Insurance; Basic Medical Insurance for Residents; Vulnerability to Relative Poverty; Poverty Due to Illness

(责任编辑:肖加元)