

# 基本医疗保险对农村低收入家庭韧性的影响

## ——基于健康冲击的视角

张广科<sup>1,2</sup> 王宗涵<sup>1</sup> 郑子媛<sup>3</sup>

(1.中南财经政法大学公共管理学院,湖北武汉430073;2.湖北重大风险防范与应急能力研究中心,湖北武汉430073;3.江苏省高校招生就业指导服务中心,江苏南京210024)

**摘要:**健康风险是导致农村低收入家庭返贫致贫的首要风险。传统健康风险管理以事后被动抵御为基本原则,忽略了风险应对中农户的适应性,而“韧性”理论则为新时代背景下健康风险管理范式转型提供了指引。本文构建了健康冲击视角下农村低收入家庭韧性分析框架,并基于2010—2022年CFPS面板数据,实证分析了基本医疗保险对农村低收入家庭韧性的促进作用。研究发现,基本医疗保险有助于提升家庭抗逆能力、恢复能力和学习能力,进而实现对农村低收入家庭韧性的系统性重塑。异质性分析表明,基本医疗保险的韧性提升效应不受家庭慢性病状况和区域医疗资源丰富程度影响,但在无儿童家庭中及2016年城乡统筹实施后更为明显。进一步分析发现,个人筹资负担加重对家庭韧性有负向影响,而医保报销水平提高则能显著提升家庭韧性。建议逐步完善基本医疗保险制度对农村低收入家庭心理韧性、健康知识学习的影响路径,提升基本医疗保险制度的“造血能力”和“亲贫性”。

**关键词:**基本医疗保险;农村低收入家庭;家庭韧性;健康冲击;韧性重塑

**中图分类号:**F840.684;F323.89 **文献标识码:**A **文章编号:**1003-5230(2026)02-0071-14

## 一、引言

确保不发生规模性因病返(致)贫是巩固脱贫攻坚成果、推进乡村全面振兴的底线任务。以覆盖近十亿人口的城乡居民基本医疗保险为主体的基本医疗保障制度是我国多层次医保体系建设的根本所在<sup>[1]</sup>,其在缩小城乡居民医疗资源服务差距、提升农村低收入家庭医疗资源利用能力方面发挥了重要作用<sup>[2]</sup>。《2023年医疗保障事业发展统计快报》显示,2023年农村低收入家庭和脱贫人口参保率稳

**收稿日期:**2025-09-14

**基金项目:**国家社会科学基金项目“动态监测农户“致贫—脱贫—返贫”中的生计韧性转换与政策介入研究”(25BGL226)

**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,湖北重大风险防范与应急能力研究中心教授;

王宗涵(1997—),男,河南郑州人,中南财经政法大学公共管理学院博士生;

郑子媛(1996—),女,江西上饶人,江苏省高校招生就业指导服务中心中级经济师,博士。

定在 99% 以上,且基本医保、大病保险、医疗救助三重制度已累计惠及农村低收入人口就医 18649.8 万人次,减轻医疗费用负担 1883.5 亿元。因此,基本医疗保险制度对农村低收入家庭的健康风险管理发挥了不可替代的作用。

然而,由于基本医疗保险定额筹资的额度标准不断提高,居民个人筹资负担持续加重。同时,各地医保基金结余的持续缩减也进一步导致基本医疗保险保障能力受限。由此,农村低收入家庭缴费积极性下降的现实问题日渐凸显。更为重要的是,当前健康风险仍然是导致农村低收入家庭的首要返贫致贫风险,这一客观现实并未发生改变。因此,低收入人口因病致(返)贫和医保基金不可持续的双重风险对乡村全面振兴、人口规模巨大的中国式现代化建设等都造成了严峻挑战<sup>[3]</sup>。由此,有必要重新审视基本医疗保险制度对农村低收入家庭健康风险的分担效应,识别中低收入家庭在健康风险应对中的适应和演化特征,进而推动农村低收入家庭实现由“风险抵御”到“韧性重塑”的健康风险管理范式转型。因此,亟待突破已有研究视角和范式,并结合大样本数据进行探索性分析。

已有研究遵循传统健康风险管理范式,从收入效应、分配效应、消费效应等不同视角对基本医疗保险制度在削弱健康风险冲击中的作用进行了测度和检验,认为其有效改善了参保居民在收入、消费、满意度等方面的福利水平。从收入效应来看,已有研究多认为基本医疗保险能显著降低居民贫困脆弱性并缩小收入差距,尤其在提升家庭精神富裕和促进社会共享方面作用突出<sup>[4][5]</sup>,且对于女性、年长者及健康状况较差群体的防返贫效应更加显著<sup>[6][7]</sup>。也有研究发现,农村居民基本医疗保险在报销环节具有一定亲贫性,但在筹资环节存在逆向收入分配效应<sup>[8]</sup>。从消费效应来看,医疗保险通过显著提升居民平均消费倾向有效激活了农村消费潜力,尤其表现为农村居民生存型消费增加,但对医疗自付费用与自费负担的影响并不显著<sup>[9]</sup>。同时,相较于中高收入家庭,低收入家庭的消费价格弹性与消费收入弹性更大,基本医疗保险对农村低收入家庭消费潜力的释放效应更为明显<sup>[10]</sup>。但也有研究发现,基本医疗保险的消费提振效应仅在短期内达到预期,长期来看呈现出先升后降的反向棘轮特征<sup>[11]</sup>。

传统健康风险管理范式往往以事后观测到的因病致(返)贫数据和事实为依托,强调以正式制度的外部介入或帮扶来削弱外部风险对个体的负向冲击,相对忽视个体在风险发生前的预防和事前安全网构筑的识别,以及个体在风险冲击过程和风险冲击后自发的适应性、发展性变革。在提升政策干预效率、防止规模性致(返)贫的底线目标及实现人口规模巨大的中国式现代化的高阶目标的约束下,我国农村低收入家庭的健康风险管理范式亟待转型,而应急管理学科中韧性理论的兴起为农村低收入家庭健康风险治理范式转换提供了方向性指引。《健康中国 2030 规划纲要》明确提出,要“坚持政府主导与调动社会、个人的积极性相结合”及“强化个体健康责任”。因此,立足于健康风险冲击的复杂性与特殊性,从韧性视角探究低收入家庭的健康风险管理模式和机理,不仅是对现实需求与政策要求的准确回应,更有助于推动低收入家庭从被动规避健康风险应对转向主动塑造家庭韧性,提升基本医疗保障制度对因病致(返)贫的政策干预效率。

基于 2010—2022 年 CFPS 面板数据,本文实证检验了基本医疗保险制度对农村低收入家庭韧性的促进效应及作用机制。相较于过往研究,本文在理论建构与实践支撑两个方面形成了边际贡献。一方面,将“韧性”视角引入健康风险管理领域,综合脆弱性与可行能力理论,构建了以农村低收入家庭在风险应对中的主观能动性为核心的家庭韧性分析框架,拓展了韧性理论在健康风险管理领域的应用。另一方面,从抗逆能力提升、恢复能力培育及学习能力重塑三个维度,检验基本医疗保险制度对农村低收入家庭韧性的影响程度和作用机理,并提出相关的政策建议,为防止规模性返贫致贫提供政策支撑。

## 二、文献回顾与影响机制

### (一)文献回顾与核心概念

“韧性”(resilience)最早起源于工程领域,用来测度材料在接受外部冲击后反弹并恢复至其原始

状态的能力,而后被生态社会学家用来分析自然风险对社会系统的影响<sup>[12]</sup>,在贫困治理领域则拓展为发展韧性或生计韧性,重点关注家庭或个体是否能在外部扰动和冲击下,在保持自身系统稳定的前提下进一步从所受扰动中恢复的能力。

由于学界对生计韧性概念的不同阐释和争议,生计韧性目前在不同学科背景下拥有不同的测度标准。学界现有关于“韧性”在贫困治理领域的定量研究主要聚焦于影响因素、形成机理及其实际应用等不同维度,逐步形成了脆弱性视角与可行能力视角两类研究范式。“脆弱性范式”的优势在于考虑了前期冲击、事中应对以及危机恢复对未来状况的影响,进而可将贫困问题从静态拓展至动态,更适用于预测家庭长期发展状态<sup>[13]</sup>。代表性观点包括生计韧性是个体的福利水平高于某一福利阈值的条件概率,由此采用个体达到特定福利水平的条件概率来衡量其发展的“韧性”<sup>[14]</sup>,常用的福利水平指标包含家庭净资产、主观福利水平、消费和收入等。较高的生计韧性水平意味着上述福利水平需超过一定的阈值标准,所以该方法依赖于福利水平指标的选取和阈值的设定。基于脆弱性的研究范式和分析框架,已有研究测度了脱贫农户返贫风险中的生计韧性<sup>[15]</sup>,并检验了最低生活保障制度对家庭发展韧性的积极作用<sup>[16]</sup>。“可行能力范式”则主张可行能力缺失是贫困产生的根本原因,并将可行能力内涵嵌入发展韧性的分析范畴。代表性研究包括基于“韧性”与“适应能力”融合的视角,将生计韧性定义为个人或家庭在遭遇社会或物质环境变化的冲击时能够维持其生计状况不致陷入贫困的能力<sup>[17]</sup>,并将生计韧性划分为缓冲能力、自组织能力以及学习能力等三个主要组成部分<sup>[18]</sup>;或将生计韧性定义为个体在社会和经济等环境因素干扰下维持并改善生计机会的能力<sup>[19]</sup>。在此基础上,后续研究普遍将生计韧性划分为社会系统在对外部冲击时保持自身特征功能的抗逆能力、冲击后的复原能力以及对外部环境的学习和调适能力<sup>[20]</sup>。

显然,与传统风险研究方式不同,韧性理论强调风险全过程管理下的个体能动性,即个体在风险中的应对能力、适应能力和学习能力等,目标是在面临风险冲击过程中有足够的恢复韧性,甚至是跃迁到更强大、更先进的样态。综上所述,目前将“韧性”视角引入健康风险管理领域的研究尚较为匮乏,且以农村低收入家庭在风险应对中的主观能动性为核心,构建“家庭韧性”分析框架的相关研究则更鲜见。在政策实践中,我国健康风险管理政策长期坚持“重医疗、轻预防”的事后干预政策导向,“重预防”的理念和政策工具在实践层面的落地效果欠佳,叠加农村低收入群体生活习惯、生活环境等健康素养的不足,两者相互强化,形成负向循环,对健康中国战略及防止规模性因病致贫、返贫形成严峻挑战。基于此,本文锚定于防止规模性因病致贫返贫的现实背景,将“发展韧性”细化至健康风险领域,并综合脆弱性范式与可行能力范式,构建健康冲击视角下的家庭韧性分析框架。在本研究中,家庭韧性是指在遭遇健康风险冲击(如疾病、伤残、公共卫生事件等)时,家庭福利水平呈现出的“维持—恢复—跃迁”型动态稳定状态。具体而言,得益于“抗逆—恢复—学习”三重能力的系统性提升,在维持阶段,家庭可通过维持医疗支出的可负担性而避免陷入因病致贫返贫陷阱;在恢复阶段,家庭以健康人力资本的快速恢复为核心并传导至物质与精神层面实现双重恢复;在跃迁阶段,家庭通过健康危机管理经验的积累实现健康行为范式升级,进而促使福利水平进一步提升。

综合来看,本研究所讨论的“家庭韧性”是“发展韧性”在健康风险管理领域具体化与情境化的概念延展。首先,从理论范式来看,“家庭韧性”分析框架综合了脆弱性与可行能力范式,不仅关注低收入群体在遭受健康风险后能否维持并恢复其福利水平,更强调从健康冲击的视角实现韧性水平提升。其次,从作用机制来看,“家庭韧性”的提升以健康风险应对为具体情境,更集中于低收入群体在健康领域的特定响应。最后,从目标导向来看,家庭韧性不仅服务于家庭整体福利的持续增长,更直接指向了阻断因病致贫、返贫的恶性循环,由此具有更强的领域专属性与政策指向性。

## (二)影响机制

与传统健康风险管理不同,韧性治理以全过程管理为原则,强调发挥主体能动性,以此形成从被动抵御风险走向主动塑造健康的范式转型。本文借鉴可行能力理论分析框架,从抗逆能力提升、恢复能力培育及学习能力重塑三个方面来考察基本医疗保险制度对低收入家庭韧性的影响机制。

1.基本医疗保险制度对农村低收入家庭抗逆能力的影响机制。抗逆能力处于风险防御前端,是家庭韧性系统的“第一道防线”,指家庭在健康风险发生前,通过预置性资源储备与家庭外部资本所共同构建的系统性防御能力。其中,预置性资源储备来自家庭内部的资源配置,由流动性资产、生活性资产与生产性资产构成,体现家庭在应对健康风险时的内部防御能力。家庭外部资本在乡村“熟人社会”中是指低收入家庭的社会资本,使低收入家庭可从日常的人情消费中获取应对风险冲击所亟需的经济和劳动力支持,进而实现风险分担<sup>[21]</sup>。因此,提升抗逆能力旨在降低健康冲击的损失,避免家庭因高昂的医疗支出而陷入贫困陷阱。

在实践中,基本医疗保险制度通过以下两条路径促进农村低收入家庭抗逆能力提升。第一,基本医疗保险制度通过降低自付比例显著减轻家庭医疗负担,进而直接削弱健康风险冲击的负向影响。第二,基本医疗保险制度构建起充分的制度预期,降低家庭为应对健康风险而预留的准备金,使可支配收入更多用于当期消费与投资,从而增加财产积累。同时,部分可支配收入转向人情支出,强化社会资本网络,进而提升家庭的长期风险抵抗能力。

2.基本医疗保险制度对农村低收入家庭恢复能力的影响机制。恢复能力本质上是指遭遇健康风险冲击后,通过经济调整与心理调适维持或尽快恢复福利水平的能力,其目标在于防止短期健康损失向长期贫困的恶性转化,避免低收入家庭因病返贫,并保有持续发展的可能。因此,恢复能力是继抗逆能力后的第二道保障,并为后续调整创造基础条件。恢复能力由经济恢复与心理恢复两个维度构成,前者聚焦于劳动力的就业参与及就业质量,决定了家庭收入水平及其稳定性;心理恢复能力是指对未来生活的积极预期及对医疗机构的信任。两者共同形成了低收入家庭主动进行心理恢复行为的重要支撑。

在实践中,基本医疗保险制度对低收入家庭恢复能力的影响一般包含两条路径。第一,基本医疗保险制度显著提升了家庭医疗服务可及性,直接改善了劳动力健康状况,由此降低了因病导致的劳动能力损失,从而维持或增加家庭劳动力供给。第二,基本医疗保险制度通过减少因病致(返)贫风险,有助于缓解农村低收入家庭的心理压力,增强个体面对风险冲击时的心理韧性。同时,经济能力与心理资本正向交互,就业质量改善带来的收入增长可以强化风险应对信心,而心理安全感的提升又促使家庭更积极地参与劳动力市场,从而形成恢复能力提升的倍增效应。

3.基本医疗保险制度对农村低收入家庭学习能力的影响机制。在传统健康风险管理中,受信息不对称与健康知识不足制约,农村低收入家庭往往难以精准评估健康风险并形成有效应对策略,进而陷入“冲击—应对—一贫困”的静态恶性循环。韧性治理的关键在于通过主体与健康冲击的持续互动,将健康风险管理经验转化为适应性动能,形成以学习能力为引擎的长效机制。学习能力包含认知改善与行为调适,前者是指家庭健康素养,后者指向家庭健康行为。同时,健康资本的代际传递也是家庭学习能力的重要组成部分,其通过健康风险管理经验在家庭内部的溢出效应规避因病致贫的代际传递。作为韧性系统的核心机制,学习能力从根本上重构了风险治理范式,并形成“冲击—应对—学习—适应与演进”的福利动态增强机制,实现健康治理从被动承压到主动适应的根本转型。

在实践中,基本医疗保险制度主要通过三条路径促进农村低收入家庭学习能力重塑。首先,通过医疗服务网络完善和政策信息传递,提升农村低收入家庭就医和报销信息获取能力。其次,有助于农村低收入家庭形成更加健康的生活习惯与就医习惯,比如加强体检、减少抽烟、提升个体就医及时性等,进而实现健康风险的基础治理。最后,制度的不断完善与深化使得个人和政府的筹资责任更加均衡,进而有助于提升农村低收入家庭对未来的投资能力,使得家庭有更多的资源投入到下一代教育领域,实现代际投资策略的适应性转换,提高家庭整体学习能力和健康资本积累水平。

### 三、数据来源与研究设计

#### (一)数据来源

本文以2010—2022年共7期的中国家庭追踪调查(CFPS)为数据基础。该调查是由北京大学中国社会科学调查中心实施的大型微观入户调查,以分层多阶段方式进行抽样,覆盖了中国25个省、自

治区和直辖市,时间跨度从2010年至2022年,具有较强代表性。需要注意的是,家庭韧性意在刻画家庭面对健康风险冲击后在下一期的福利状态,因此在韧性测度时需要引入一期滞后项,即以 $t-1$ 期的家庭福利水平来解释 $t$ 期的韧性水平。然而,由于2010年作为首期调查缺乏 $t-1$ 期观测值,故无法生成相应的韧性水平进入回归样本。故本文最终获得了涵盖2012—2022年的20652户农户家庭样本数据,其中低收入家庭样本数量为2627户。

## (二)变量说明

1.被解释变量。本文的核心被解释变量为家庭韧性水平。借鉴Cisse和Barrett(2018)的模型与估计方法对家庭韧性水平进行测度<sup>[14]</sup>。假设家庭福利水平服从一阶马尔可夫过程,如下所示:

$$W_{it} = \sum_{j=1}^k \beta_{Mj} W_{i,t-1}^j + \gamma_M X_{it} + \epsilon_{Mit} \quad (1)$$

式(1)中, $W_{it}$ 表示农户家庭 $i$ 在 $t$ 时期的福利水平, $W_{i,t-1}^j$ 则表示福利水平滞后项, $j$ 表示高阶中心距的阶数。 $X_{it}$ 为福利水平的协变量,涵盖户主特征、家庭特征及区域特征等。同时,由于本文关注健康管理,故将健康冲击视作核心协变量纳入回归分析中; $\beta$ 与 $\gamma$ 为待估系数, $\epsilon$ 为随机扰动项;下标 $M$ 表征期望方程。

进一步地,基于随机误差项的零均值假设,可以估计农户家庭的条件期望,如下所示:

$$\hat{\mu}_{1it} = \sum_{j=1}^k \hat{\beta}_{Mj} W_{i,t-1}^j + \hat{\gamma}_M X_{it} \quad (2)$$

在此基础上,二阶中心矩可用一阶中心矩残差预测值的平方 $\hat{\epsilon}_{Mit}^2$ 来表达,且遵循随机误差项零均值假设,可以估计农户家庭的条件方差,如下所示:

$$\hat{\mu}_{2it} = \hat{\epsilon}_{Mit}^2 = \sum_{j=1}^k \hat{\beta}_{Vj} W_{i,t-1}^j + \hat{\gamma}_V X_{it} \quad (3)$$

式(3)中, $V$ 表示方差方程。最后,通过假设福利水平的分布形式,并采用条件均值和条件方差,即可计算福利水平的条件概率密度函数和累积概率密度函数。由此,可将家庭韧性水平 $\hat{\rho}_{it}$ 定义为福利水平高于阈值 $\bar{W}$ 的概率。如下所示:

$$\hat{\rho}_{it} = P(W_{it} \geq \bar{W}) = \bar{F}_{W_{it}}[\bar{W}; \hat{\mu}_{1it}(W_{it}, X_{it}), \hat{\mu}_{2it}(W_{it}, X_{it})] \quad (4)$$

式(4)中, $F(\cdot)$ 为累积概率分布函数, $\bar{F}(\cdot)$ 则表示在给定条件矩 $\hat{\mu}_{1it}$ 与 $\hat{\mu}_{2it}$ 下, $W_{it}$ 的生存函数,由 $1-F(\cdot)$ 计算得到。借鉴李晗等(2022)的研究<sup>[16]</sup>,本文以家庭人均消费的对数表征家庭福利水平。同时,通过绘制家庭人均消费对数的概率密度图发现,其分布接近正态分布,故假设家庭福利水平服从正态分布,而后采用广义线性模型进行估计。除此以外,以世界银行极端贫困线为基准,本文将阈值 $\bar{W}$ 设定为1.9美元/人/天。

2.核心解释变量。本文的核心解释变量之一为是否为低收入家庭。由于本文聚焦于农村低收入家庭的韧性水平,故采用国家贫困线标准(2300元/人/年,2010年不变价)识别农村低收入家庭。具体来看,当调查年份家庭人均纯收入低于国家贫困线标准时,则将其视作低收入家庭,赋值为1;反之则为非低收入家庭,赋值为0。

本文的另一核心解释变量之二为基本医疗保险参保行为。已有研究多以家庭中是否有人参与基本医疗保险为代理变量<sup>[22]</sup>,但该指标将所有“至少一人参保”的家庭视为同质样本,忽略了家庭内部参保程度差异。由此,本文选择家庭参保率作为核心解释变量,由参保人数与家庭规模的比值进行计算。该指标更直接反映了家庭作为一个整体获得基本医疗保险保障的强度,更加契合基本医疗保险“应保尽保”的政策目标。由于2016年实施城乡居民基本医疗保险整合,因此本文将参与新型农村合作医疗保险或城乡居民基本医疗保险视为农村低收入家庭参与基本医疗保险。

3.机制变量。根据理论分析,本文从抗逆能力、恢复能力和学习能力三个维度构造机制变量考察

基本医疗保险对家庭韧性水平的影响。

(1)抗逆能力。抗逆能力主要使用家庭预置性资源储备与家庭外部资本两个方面的指标来表示。家庭预置性资源储备主要使用家庭流动性资产、生活性资产和生产性资产三个指标来表示,分别使用现金及存款的自然对数、生活性耐用品价值的自然对数、生产性固定资产价值的自然对数来衡量。家庭外部资本则使用人情礼金支出的自然对数来衡量。

(2)恢复能力。恢复能力主要包含经济恢复和心理恢复两个维度。经济恢复能力主要体现为家庭成员的劳动状况及劳动收入,使用工作性质、工作时长和工资性收入三个指标来表示,分别为工作性质(0=农业工作,1=非农工作)、每周工作时长及工资性收入的自然对数。心理恢复能力主要体现为家庭对医生的信任。其中,心理恢复能力包括对自己未来信心程度(取值范围为1~5)与对医生的信任程度(取值范围为1~10),数字越大则信心程度及信任程度越高。

(3)学习能力。学习能力主要体现为家庭健康素养、家庭健康行为和健康资本的代际传递。其中,本文以家庭是否使用互联网指标测度家庭健康知识获取能力;以医疗支出的自然对数及家庭中是否有人吸烟来衡量家庭健康行为,以教育支出的自然对数来测度家庭健康资本的代际传递。

4.控制变量。考虑到遗漏关键变量将会导致回归结果有偏,本文选择三类控制变量。第一,户主特征,包含户主性别(0=女,1=男)、年龄、婚姻状况(0=未婚、丧偶、离婚等,1=已婚)及受教育程度(0=文盲/半文盲及未上过学,1=小学,2=初中,3=高中/中专等,4=大专,5=本科及以上)。第二,家庭特征,包含家庭规模、老年抚养比(60岁及以上老年人占比)及子女抚养比(少年儿童及上学子女占比)。第三,区域特征,包含城市人均GDP(所在城市地区生产总值与常住人口规模之比)、城镇化水平(城镇居民人口规模占常住人口规模的比重)及工业产值占比(工业产值占地区生产总值的比重)。各变量的描述性统计结果见表1。

表 1 描述性统计结果

| 变量       | 观测量   | 均值         | 标准误        | 最小值        | 最大值    |
|----------|-------|------------|------------|------------|--------|
| 家庭韧性水平   | 20652 | 0.6955     | 0.2041     | 0.0079     | 1      |
| 参保率      | 20652 | 0.7181     | 0.2902     | 0          | 1      |
| 是否为低收入家庭 | 20652 | 0.1272     | 0.3332     | 0          | 1      |
| 性别       | 20652 | 0.5913     | 0.4916     | 0          | 1      |
| 年龄       | 20652 | 49.3008    | 11.7474    | 16         | 91     |
| 受教育程度    | 20652 | 1.6074     | 1.3659     | 0          | 5      |
| 婚姻状况     | 20652 | 0.8579     | 0.3491     | 0          | 1      |
| 健康情况     | 20652 | 2.8836     | 1.2597     | 0          | 5      |
| 家庭规模     | 20652 | 3.1181     | 1.3581     | 1          | 11     |
| 子女抚养比    | 20652 | 0.3252     | 0.4554     | 0          | 1      |
| 老年抚养比    | 20652 | 0.1953     | 0.3974     | 0          | 1      |
| 人均GDP    | 20652 | 46424.6872 | 22973.5710 | 18946.8600 | 189988 |
| 城镇化水平    | 20652 | 0.5530     | 0.1052     | 0.3630     | 0.8930 |
| 工业产值占比   | 20652 | 0.3501     | 0.3628     | 0.1180     | 0.5420 |

### (三)模型设定

为检验基本医疗保险参保行为对农村低收入家庭韧性水平的影响,构建如下基准回归模型:

$$RES_{it} = \beta_0 + \beta_1 MED_{it} + \beta_2 Linc_{it} + \beta_3 MED_{it} \times Linc_{it} + \beta_4 X_{it} + \mu_i + \lambda_t + \epsilon_{it} \quad (5)$$

式(5)中,  $RES_{it}$  为被解释变量,表示农户家庭  $i$  在  $t$  时期的家庭韧性水平;  $MED$  表示家庭参保率;  $Linc$  表示是否为低收入家庭;  $X$  为控制变量集,包括户主特征、家庭特征及区域特征;  $\beta_1$ 、 $\beta_2$  及  $\beta_3$  均为待估系数;  $\beta_0$  为常数项;  $\mu_i$  和  $\lambda_t$  分别表示个体固定效应与时间固定效应,  $\epsilon$  为随机扰动项。

## 四、实证分析

### (一)基准回归

表2汇报了基本医疗保险参保行为对农村低收入家庭韧性水平影响的基准回归结果。第(1)列

的结果表明,家庭参保率提高有助于提升家庭韧性水平,参保率的回归系数为0.0155且在1%的统计水平上显著。第(2)列的结果表明,农村低收入家庭韧性水平显著低于其他群体,是否为低收入家庭的回归系数为-0.2289且在1%的统计水平上显著。第(3)列的结果表明,核心解释变量参保率与是否为低收入家庭的交互项在1%的统计水平上显著为正,系数为0.0565。这表明,家庭参保率将显著提升农村低收入家庭韧性水平。第(4)列为加入控制变量的回归结果,与第(3)列的结果在系数大小、方向及显著性上并无区别,表明本文结论具有一定稳健性。除此以外,控制变量中户主年龄与家庭抚养比均会导致农户家庭韧性水平显著下降,而教育水平、婚姻状况、区域经济发展及城镇化水平均会显著促进农户家庭韧性水平提升,此处不再赘述。

表 2 基准回归结果

|                | (1)                    | (2)                     | (3)                     | (4)                     |
|----------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 参保率            | 0.0155 ***<br>(0.0051) |                         | -0.0047<br>(0.0048)     | 0.0062<br>(0.0041)      |
| 是否为低收入家庭       |                        | -0.2289 ***<br>(0.0042) | -0.2689 ***<br>(0.0107) | -0.2253 ***<br>(0.0093) |
| 参保率×是否为低收入家庭   |                        |                         | 0.0565 ***<br>(0.0134)  | 0.0488 ***<br>(0.0117)  |
| 控制变量           | 不控制                    | 不控制                     | 不控制                     | 控制                      |
| N              | 20652                  | 20652                   | 20652                   | 20600                   |
| R <sup>2</sup> | 0.246                  | 0.375                   | 0.375                   | 0.540                   |

注:括号内为标准误,\*、\*\*和\*\*\*分别表示在10%、5%和1%的统计水平上显著,各模型均对个体效应及时间效应进行固定,下表同。

## (二)影响机制分析

1.基本医疗保险对农村低收入家庭抗逆能力的影响机制。表3汇报了基本医疗保险对农村低收入家庭抗逆能力影响的回归结果。第(1)~(3)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭资产存量的影响,显示农村低收入家庭的资产存量显著低于非低收入家庭。核心交互项的回归系数显示,参保率提高能显著提升低收入家庭的生活性资产,但会显著降低低收入家庭的生产性资产,且未对现金及存款产生显著影响。第(4)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭人情支出的影响,显示农村低收入家庭的人情支出显著低于非低收入家庭,但参加基本医疗保险能显著提升农村低收入家庭的人情支出。综合来看,在抗逆能力中,农村低收入人口参保行为通过促进生活性资产积累及扩大人情支出,有效提升了家庭韧性水平。可能的解释是,参保行为有助于缓解医疗负担,但由于农村低收入家庭面临各类消费缺口,医疗负担下降所释放的可支配收入并不会直接转化为现金及存款,而是优先满足了家庭对生活性资产的需要,由此带来生活质量与福利水平的提高。然而,参保率的提高也进一步加重了家庭负担,进而导致农村低收入家庭难以有效积累生产性资产,其将会对家庭韧性水平的长效提升形成一定隐患。除此以外,由于在乡村熟人社会中人情往来支出的优先级较高,故低收入家庭也会通过加强人情往来建构来自社区层面的非正式社会安全网,进而有助于应对未来风险。

表 3 基本医疗保险对农村低收入家庭抗逆能力的影响结果

|                | (1)                     | (2)                     | (3)                    | (4)                     |
|----------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
|                | 预置性资源储备                 |                         |                        | 家庭外部资本                  |
|                | 现金及存款                   | 生活性资产                   | 生产性资产                  | 人情支出                    |
| 参保率            | 0.2558 **<br>(0.1159)   | -0.2830 ***<br>(0.0445) | 1.8223 ***<br>(0.2543) | -0.0888<br>(0.0664)     |
| 是否为低收入家庭       | -1.4374 ***<br>(0.2048) | -0.8686 ***<br>(0.0912) | -0.6128<br>(0.4511)    | -1.0286 ***<br>(0.1946) |
| 参保率×是否为低收入家庭   | 0.1022<br>(0.2642)      | 0.3361 ***<br>(0.1155)  | -1.0371 *<br>(0.5823)  | 0.4945 **<br>(0.2392)   |
| 控制变量           | 控制                      | 控制                      | 控制                     | 控制                      |
| N              | 20600                   | 19584                   | 20600                  | 16082                   |
| R <sup>2</sup> | 0.139                   | 0.223                   | 0.093                  | 0.108                   |

2.基本医疗保险对农村低收入家庭恢复能力的影响机制。表4汇报了基本医疗保险对农村低收入家庭恢复能力影响的回归结果。第(1)~(3)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭经济恢复能力的影响,其中核心交互项的回归系数均在1%的统计水平上显著为正。这表明,基本医疗保险参保率的提升有助于农村低收入家庭形成更积极的经济恢复能力,表现为非农就业概率提升、工作时长增加及工资性收入增长。在政策实践中,健康风险冲击往往会对农村低收入家庭非农就业及就业质量造成负面影响,而基本医疗保险则通过提升医疗服务可及性显著促进了劳动者健康人力资本的恢复,由此带动家庭福利水平快速恢复至受到健康风险冲击之前。第(4)(5)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭心理恢复能力的影响,其中核心交互项的回归结果表明,基本医疗保险参保率显著提升了农村低收入家庭对医生的信任程度,但对低收入家庭的未来信心程度并未有显著影响。可能的解释是,参保行为将大大提高农村低收入家庭医疗资源利用水平,进而提高其与医生的接触频率而增强其信任程度。对医生信任程度的增加将直接增强其心理安全感,并间接促进农户形成更积极的健康行为、做出更优质的健康决策,由此带来家庭韧性水平的显著提升。但未来信心的形成则不仅仅来自医疗负担的降低,对于低收入家庭而言,其仍然面临教育、就业等多维困境。综合来看,在恢复能力中,农村低收入人口参保行为通过促进农户非农就业、延长工作时长、提高工资性收入以及增强对医生的信任,实现了家庭韧性水平的有效提升。

表4 基本医疗保险对农村低收入家庭恢复能力的影响结果

|                | (1)                    | (2)                    | (3)                    | (4)                    | (5)                   |
|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
|                | 经济恢复能力                 |                        |                        | 心理恢复能力                 |                       |
|                | 工作性质                   | 工作时长                   | 工资性收入                  | 未来信心                   | 对医生信任                 |
| 参保率            | -0.0831***<br>(0.0129) | -0.6212<br>(0.8341)    | -1.8262***<br>(0.1095) | 0.0259<br>(0.0289)     | 0.1782***<br>(0.0684) |
| 是否为低收入家庭       | -0.1885***<br>(0.0174) | -8.9042***<br>(1.9234) | -5.4612***<br>(0.2059) | -0.1723***<br>(0.0657) | -0.3592**<br>(0.1463) |
| 参保率×是否为低收入家庭   | 0.1041***<br>(0.0217)  | 7.4320***<br>(2.5069)  | 0.8981***<br>(0.2545)  | 0.0678<br>(0.0843)     | 0.4828***<br>(0.1850) |
| 控制变量           | 控制                     | 控制                     | 控制                     | 控制                     | 控制                    |
| N              | 18563                  | 11355                  | 20600                  | 20518                  | 20549                 |
| R <sup>2</sup> | 0.263                  | 0.094                  | 0.277                  | 0.115                  | 0.031                 |

3.基本医疗保险对农村低收入家庭学习能力的影响机制。表5汇报了基本医疗保险对农村低收入家庭学习能力影响的回归结果。第(1)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭健康知识获取的回归结果,显示家庭基本医疗保险参保率显著提高了家庭互联网使用行为,并且显著改善了农村低收入家庭的“数字鸿沟”现象。这与实地调研的经验事实相符,即医保线上缴费的便捷性以及医保信息线上输出的丰富性将倒逼低收入人口接入互联网,进而有助于其获得更丰富的健康信息,从而提升家庭韧性水平。第(2)(3)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭健康行为改进的回归结果,显示家庭基本医疗保险参保率显著提升了农户家庭的医疗支出,且低收入家庭积极缴纳基本医疗保险后医疗支出显著提升。需要说明的是,在控制健康状况的情况下,医疗支出的提高并不意味着家庭生病次数的增加或健康情况的恶化,而是反映了低收入家庭对医疗资源的利用能力得到了显著提升<sup>[23]</sup>,其大大缓解了低收入家庭因“小病不治、大病难医”而返贫、致贫的困境,由此对家庭韧性水平形成长效支撑。第(4)列呈现了基本医疗保险对农村低收入家庭健康资本代际转移的回归结果,显示家庭基本医疗保险参保率显著降低了低收入家庭的代际人力资本投资行为。可能的解释是,低收入家庭在强预算约束和高不确定性情景下更易表现出短期主义的时间偏好,即更加关注当期效用,对长期回报的贴现率更高。因此,医疗负担下降所释放的资金往往优先用于满足食品、养老等能及时改善生活状态的基本生存需求支出,而非回报周期更长且收益不确定性更高的教育投资<sup>[24]</sup>。同时,教育投资往往与子女学制安排及教育阶段紧密相关,故其具有刚性特征,由此导致家庭教育投资对收入变化并不敏

感。综合来看,在学习能力中,家庭基本医疗保险参保率通过缓解接入性“数字鸿沟”并优化及时就医行为,显著提升了农村低收入家庭韧性水平。

表 5 基本医疗保险对农村低收入家庭学习能力的影响结果

|                | (1)                     | (2)                    | (3)                    | (4)                     |
|----------------|-------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
|                | 健康知识获取                  | 健康行为                   |                        | 健康资本代际转移                |
|                | 互联网使用                   | 医疗支出                   | 吸烟行为                   | 教育支出                    |
| 参保率            | -0.0055<br>(0.0124)     | 0.4182 ***<br>(0.0741) | -0.0247 **<br>(0.0125) | -0.8301 ***<br>(0.1081) |
| 是否为低收入家庭       | -0.1358 ***<br>(0.0252) | -0.4054 **<br>(0.1956) | 0.0181<br>(0.0233)     | -0.5607 ***<br>(0.2155) |
| 参保率×是否为低收入家庭   | 0.0712 **<br>(0.0310)   | 0.2217 **<br>(0.0988)  | -0.0494<br>(0.0305)    | 0.2546<br>(0.2675)      |
| 控制变量           | 控制                      | 控制                     | 控制                     | 控制                      |
| N              | 16690                   | 20600                  | 20565                  | 20585                   |
| R <sup>2</sup> | 0.404                   | 0.090                  | 0.360                  | 0.233                   |

### (三)稳健性检验<sup>①</sup>

1. 更换被解释变量。家庭韧性水平测度结果依赖于福利水平指标的选择,而家庭福利水平指标的选择具有很强的灵活性,包括人均消费、人均收入和家庭总资产等<sup>[25]</sup>。因此,为了使研究结论更具稳健性,本文选择家庭人均收入来衡量福利水平,以收入型韧性水平为被解释变量进行回归。结果显示,基本医疗保险能显著提升收入型韧性水平。更为重要的是,参保行为与农村低收入家庭的交互项系数在 1% 的统计水平上显著,即参与基本医疗保险对农村低收入家庭韧性水平具有显著正向提升作用的结论具有稳健性。

2. 更换农村低收入家庭识别标准。本文聚焦于农村低收入家庭韧性水平,因此低收入家庭识别标准的选择可能会对研究结论造成影响。现阶段,在彻底消除绝对贫困与区域性整体贫困后,以原有国家贫困线标准来识别低收入家庭有悖于共同富裕远景目标的实现。因此,更多学者通过重新划定相对贫困线来识别低收入家庭。基于此,本研究参考庞泓和刘穷志的研究<sup>[26]</sup>,以调查年份中国农村居民人均可支配收入的 40% 及 50% 作为相对贫困线,以此重新识别低收入家庭。在 40% 标准下,样本中低收入家庭规模由原先的 2627 户提高至 7805 户;在 50% 标准下,低收入家庭规模达到 9603 户。更换识别标准后,核心交互项的系数大小、方向及显著性均未发生明显变化。这不仅表明本文结论具有较强稳健性,更表明基本医疗保险制度在中低收入群体间具有较强的普惠性。

3. 更换回归模型。由于韧性水平本质上是测度农户家庭福利水平高于某一福利标准的概率,其取值范围在 0~1 之间,当农户福利水平远低于或远高于阈值时,韧性水平将被分别观测为 0 和 1,即有部分观测值被压缩在 0 和 1 这两点之上,此时使用 Tobit 模型将能有效解决被解释变量受限的问题。回归结果显示,研究结论具有稳健性。

4. 内生性讨论。由于家庭基本医疗保险参保率并非严格的外生变量,其可能受到家庭经济状况、劳动力健康程度及政策执行强度等因素影响,故存在样本动态自选择问题。基于此,本文通过构建年度村级参保率指标作为家庭参保率的工具变量。一方面,我国农村地区基本医疗保险参保率与基层干部动员能力紧密相关,且年度村级参保率是基层考核指标之一,基层干部也具有较强的动员动机。同时,村庄内部可通过居民间紧密的社会网络将参保的示范效应充分发挥,由此带动其他居民参加医保。因此,年度村级参保率与家庭参保决策在理论层面有相关性。另一方面,年度村级参保率作为群体行为统计变量,不直接改变农户家庭韧性水平函数,因此仅通过影响家庭参保决策来影响韧性水平。内生性检验结果显示,研究结论具有稳健性。

### (四)异质性分析

1. 按家庭健康风险差异分组。由于不同类型家庭间健康风险存在较大差异,其直接影响了家庭

应对风险的能力和基本医疗保险使用情况。其中,慢性病患者与儿童均为高健康风险群体,故本部分按家庭成员中是否包含慢性病成员及儿童进行分组,以此检验基本医疗保险参保行为对不同健康风险下低收入家庭韧性水平影响的差异。

如表 6 的第(1)(2)列所示,家庭参保率与是否低收入家庭交互项的回归系数分别为 0.0480 与 0.0553,分别在 1%及 5%的统计水平上显著。这表明,无论家庭成员中是否包含慢性病患者,提升参保率均有助于低收入家庭韧性水平的提升。虽然慢性病对低收入家庭的个体医疗支出成本造成了严峻挑战,但近年来我国进一步加强对门诊慢特病的医疗保障制度建设,探索将门诊慢特病医疗费用纳入医保支付方式范围,切实保障了参保人权益和医保基金安全。第(3)(4)列结果表明,核心交互项仅在无儿童家庭样本中显著为正,但对于有儿童家庭来说并不显著。虽然基本医疗保险参保行为显著提升了低收入家庭儿童身体健康水平<sup>[27]</sup>,但当前针对困难群体的儿童医疗保障仍面临儿童慢特病保障不足及兜底性医疗救助力度不够的现实困境<sup>[28]</sup>,由此导致对于有儿童的低收入家庭而言,参保率提升仍难以提高家庭韧性水平。

表 6 家庭健康风险异质性结果

|                | (1)                     | (2)                     | (3)                     | (4)                     |
|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                | 非慢性病患者                  | 慢性病患者                   | 无儿童家庭                   | 有儿童家庭                   |
| 参保率            | 0.0113 **<br>(0.0044)   | -0.0168 *<br>(0.0101)   | -0.0067<br>(0.0052)     | 0.0193 ***<br>(0.0064)  |
| 是否为低收入家庭       | -0.2225 ***<br>(0.0101) | -0.2380 ***<br>(0.0227) | -0.2383 ***<br>(0.0133) | -0.2052 ***<br>(0.0128) |
| 参保率×是否为低收入家庭   | 0.0480 ***<br>(0.0129)  | 0.0553 **<br>(0.0281)   | 0.0639 ***<br>(0.0164)  | 0.0291<br>(0.0185)      |
| 控制变量           | 控制                      | 控制                      | 控制                      | 控制                      |
| N              | 17054                   | 3510                    | 10044                   | 10554                   |
| R <sup>2</sup> | 0.542                   | 0.527                   | 0.527                   | 0.551                   |

2.按区域医疗保障差异分组。现阶段我国区域间卫生医疗条件及医疗保障基金运行情况差异较大,在医疗保障基金支出持续扩张的现实背景下,医疗资源不足或医保基金可持续性较弱的地区往往面临更加严峻的挑战。基于此,本部分从医疗资源丰富度与医保基金可持续性维度进行异质性分析。其中,医疗资源丰富程度由各省份每千人医疗卫生机构床位数测度,单位为张/千人,当该指标高于 2022 年全国平均值(6.92 张/千人)时赋值为 1,否则为 0。医保基金可持续性由可支付月数表征,按照可支付月数=基金累计结余/(当年基金支出/12 个月)的公式计算<sup>[29]</sup>,当该指标高于当年各省份均值时赋值为 1,否则为 0。

如表 7 的第(1)(2)列所示,核心交互项回归系数分别为 0.0408 与 0.0534,均在 1%的统计水平上显著。这表明无论区域内医疗资源丰富与否,低收入家庭提高参保率均有助于家庭韧性水平的提升。这在一定程度上说明,当前我国基本医疗服务具有较强的区域普惠性,且能有效弥补区域间医疗资源差异所造成的健康风险保障隐患。在此基础上,本文进一步采用 7.5 张/千人及 6.5 张/千人为分组标准进行稳健性检验,回归分析结果与上述并无差异。因此,可以认为当基本医疗保险的制度保障足够强时,医疗资源的空间分布不再对农村低收入家庭韧性提升构成刚性约束。第(3)(4)列的结果表明,核心交互项仅在医保基金可持续性强的地区样本中显著,但对处于可持续性较弱地区的低收入家庭而言,提高参保率难以有效推动家庭韧性水平的提升。这是由于医保基金可持续性较弱意味着该区域医保偿付能力不足,表现为报销比例不足、报销时效性不强等现实困境,其将对居民就医行为和报销信心产生负面影响,由此导致低收入家庭韧性水平下降。

3.按城乡居民基本医疗保险统筹前后分组。自 2016 年《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》发布后,我国农村居民原先享有的新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险开始了统

筹合并工作。城乡居民基本医疗保险的统筹打破了原先二元分割的医疗保障结构,为抹平城乡居民医保待遇差距提供了重要支撑<sup>[30]</sup>。因此,本文按时间维度进行分组回归,统筹前是指2016年之前,统筹后是指2016年及之后。回归结果如表7第(5)(6)列所示,发现在统筹后核心交互项的回归系数为0.0437,且在1%的统计水平上显著;但在统筹前核心交互项并不显著。究其原因,相较于新农合而言,城乡居民医保统筹制度显著提升了农村居民定点医疗机构层次,扩大了农村居民报销药品范围及比例,进而有效缓解了居民医疗服务利用和健康水平上的机会不平等<sup>[31][32]</sup>,由此对低收入家庭韧性水平提升形成显著的正向影响。

表7 区域医疗资源与城乡居民基本医疗保险统筹前后异质性结果

|                | (1)                    | (2)                    | (3)                    | (4)                    | (5)                    | (6)                    |
|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                | 医疗资源不足                 | 医疗资源丰富                 | 可持续性弱                  | 可持续性强                  | 统筹前                    | 统筹后                    |
| 参保率            | 0.0069<br>(0.0067)     | 0.0073<br>(0.0051)     | 0.0027<br>(0.0058)     | 0.0073<br>(0.0058)     | -0.0026<br>(0.0067)    | 0.0100**<br>(0.0047)   |
| 是否为低收入家庭       | -0.2237***<br>(0.0165) | -0.2251***<br>(0.0112) | -0.1969***<br>(0.0132) | -0.2325***<br>(0.0093) | -0.1379***<br>(0.0118) | -0.3008***<br>(0.0121) |
| 参保率×是否为低收入家庭   | 0.0408**<br>(0.0203)   | 0.0534***<br>(0.0140)  | 0.0225<br>(0.0169)     | 0.0612***<br>(0.0134)  | 0.0097<br>(0.0148)     | 0.0437***<br>(0.0158)  |
| 控制变量           | 控制                     | 控制                     | 控制                     | 控制                     | 控制                     | 控制                     |
| N              | 7075                   | 13525                  | 8120                   | 12480                  | 7564                   | 13036                  |
| R <sup>2</sup> | 0.570                  | 0.518                  | 0.580                  | 0.515                  | 0.537                  | 0.553                  |

### (五)进一步讨论

在政策实践中,基本医疗保险从缴费和报销待遇两个环节对家庭韧性水平产生影响。

第一,我国城乡居民医疗保险采取个人缴费与政府补助相结合的筹资模式,由国家规定每年最低的个人缴费标准和财政补贴标准,并进行年度动态调整。当家庭成员参保人数较多,或当医疗保险个人缴费标准增速远超个人可支配收入增速时,家庭的缴费负担较重,可能不利于家庭韧性水平提升。鉴于各地政策实践中主要按照国家标准进行医疗保险征缴,本文通过收集各年度的城乡居民医疗保险全国个人缴费标准数据,并将个人缴费标准乘以家庭居民医疗保险参保人数并取自然对数作为衡量家庭缴费负担的代理变量。第二,城乡居民医疗保险对参保者产生的政策范围内的医疗费用进行报销,有效分担了参保者的疾病经济风险,进而有利于提升家庭韧性水平。不同地区的医疗保险待遇水平存在差异,因此本文利用数据库中同一区县内的城乡居民医疗保险参保者的平均报销比例作为报销待遇水平的衡量指标。

表8汇报了城乡居民医疗保险的缴费和报销待遇对家庭韧性水平的影响。表8第(1)列估计结果显示,相较于高收入家庭,缴费负担对低收入家庭韧性水平产生显著的负向影响。这表明低收入家庭的经济承受能力较弱,过高的医疗保险缴费负担可能会削弱居民医疗保险对家庭韧性水平的正向赋能作用。表8第(2)列估计结果显示,相较于高收入家庭,报销待遇水平对低收入家庭韧性水平产生显著的正向影响。这表明低收入家庭更能从医保报销待遇提高中获益,医疗保险报销待遇水平的提高增加了家庭发生疾病经济风险时的净补偿,进而提升了家庭

表8 城乡居民医疗保险的缴费和报销待遇对家庭韧性水平的影响

|                 | (1)                    | (2)                    |
|-----------------|------------------------|------------------------|
|                 | 家庭韧性水平                 | 家庭韧性水平                 |
| 缴费负担            | 0.0066**<br>(0.0032)   |                        |
| 缴费负担×是否为低收入家庭   | -0.0523***<br>(0.0049) |                        |
| 报销待遇水平          |                        | -0.019***<br>(0.0046)  |
| 报销待遇水平×是否为低收入家庭 |                        | 0.095***<br>(0.0078)   |
| 是否为低收入家庭        | 0.1288***<br>(0.0303)  | -0.1269***<br>(0.0057) |
| 控制变量            | 控制                     | 控制                     |
| N               | 19678                  | 20536                  |
| R <sup>2</sup>  | 0.533                  | 0.531                  |

韧性水平,并有助于低收入家庭平稳地实现财富积累。

## 五、研究结论与对策建议

防止因病致(返)贫是巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的底线任务,家庭韧性视角为新时代背景下低收入农户的健康风险管理范式转型提供了新指引。本文基于2010—2022年CFPS数据,实证检验了基本医疗保险对农村低收入家庭韧性的影响程度及作用机制。

本文主要得出四点研究结论。第一,参加基本医疗保险有助于提升农村低收入家庭韧性水平,且该结论在经过更换解释变量、更换低收入家庭识别标准、更换回归模型及内生性讨论等稳健性检验后依然成立。第二,机制检验结果表明,基本医疗保险家庭参保率的提升通过优化家庭内外部资源配置实现抗逆能力强化,通过提升经济恢复能力和心理恢复能力实现恢复能力培育,通过提高健康知识获取能力和形成健康行为实现学习能力重塑。第三,异质性分析发现,基本医疗保险的韧性提升效应不受家庭慢性病状况和区域医疗资源丰富程度影响,但在无儿童家庭中及2016年城乡统筹实施后更为明显。第四,进一步研究发现,个人缴费负担加重对低收入家庭韧性水平的影响为负,而医保待遇水平提升对低收入家庭韧性水平有显著的正向影响。

本文的研究结论表明,基本医疗保险对我国农村低收入家庭韧性的提升具有重要意义。这一结论为新时期农村低收入家庭韧性管理及基本医疗保险制度改革提供了有力的理论依据与实践指导。基于上述研究结论,本文提出四点对策建议。

第一,关注基本医疗保险制度对农村低收入家庭人情支出及家庭抗逆力的延伸影响。基本医疗保险除了显著影响样本区域农村低收入家庭的预置性资源储备(生活性资产、生产性资产)外,也显著增加了农村低收入家庭的人情支出。虽然近年来城镇化进程和农村“空心化”可能弱化了农村人情社会网络的部分功能,但乡村熟人社会的本质属性并没有发生方向性改变。为实现乡村振兴、共同富裕等政策目标,在农村“空心化”等人口变动背景下反而更应完善通过基本医疗保险制度的“提标扩面”对低收入家庭的人情往来支出的影响方式,优化农村的社会资本等非正式社会安全网络,进而提升农村低收入家庭健康风险的抗逆力。

第二,重视基本医疗保险制度对农村低收入家庭心理韧性及恢复力的延伸影响。基本医疗保险除了通过非农就业概率提升、工作时长增加及工资性收入增长等路径提高农村低收入家庭的经济恢复能力外,还显著提升了农村低收入家庭的心理恢复力,尤其是和医生的接触频率和信任程度增加,以及为低收入家庭构建起充分的制度预期,进而降低农村低收入家庭应对健康风险的准备金,提升低收入家庭在储蓄和投资领域的配置比例,进而促进家庭财富积累。未来可将医生和基层医疗机构的信任提升等心理韧性建设纳入基础医保服务,对恢复滞后家庭提供定向心理支持等。

第三,强化基本医疗保险制度对农村低收入家庭的健康知识获取、健康行为、代际健康投资及学习力的延伸影响。预防和健康素养提升、健康行为改善、代际健康投资是提升农村低收入家庭韧性的最有效路径。但在政策实践中,基本医疗保险只是显著提高了低收入家庭互联网使用行为,并未显著改善其“数字鸿沟”现象。减少抽烟、增加代际人力资本投资,则从侧面显示了目前基本医疗保险政策的薄弱环节和未来的着力点。可行的路径包括:一方面,应强化对农村低收入家庭的健康素养、健康行为、健康代际投资等方面的学习、宣传,帮助其改善健康习惯,同时引导他们了解起付线、封顶线、报销范围、报销比例等基本医疗保险的政策知识;另一方面,可以考虑尝试将低收入家庭参加健康和登记在册的基本医疗保险制度学习、年度规定体检次数、全家参保比例等行为和参保缴费档次、享受医疗救助档次,甚至是医疗保险比例的额外增加等挂钩,以推动农村低收入家庭健康风险韧性提升的基础治理。

第四,多维度、多路径提升基本医疗保险制度的“造血能力”和“亲贫性”。首先,进一步扩大基本医疗保险的覆盖面,以取消参保户籍限制、推动随迁子女及学龄前儿童参保等形式强化参保激励,实现农村低收入家庭应保尽保。其次,着力构建家庭健康资产保护机制,拓展医保个人账户功能,允许

将账户结余转化为健康储蓄并获取稳健收益,并联动金融机构开发基于生产性固定资产价值的组合信贷产品。最后,弱化缴费负担对农村低收入家庭韧性的负向影响。借鉴我国城镇职工医疗保险中具有“累进”性质的按比例缴费模式,推动城乡居民基本医保缴费水平与农村居民人均可支配收入按比例挂钩,并完善对脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等农村返贫动态监测人口的分类资助机制。

注释:

①篇幅所限,稳健性检验回归结果未展示,留存备案。

参考文献:

- [1] 华颖. 中国居民医保制度:现实问题与改革出路[J]. 学术研究, 2023(9):87—95.
- [2] 储怡菲, 吴方卫. 从机会公平到结果公平城乡居民基本医疗保险制度的演进逻辑[J]. 农业经济问题, 2025(1):119—131.
- [3] 王昭茜. 城乡居民基本医疗保险中断参保的典型特征与治理路径——基于制度主义的分析视角[J]. 学习与实践, 2025(1):95—107.
- [4] 张广科, 郑子媛. 职工医保缓解相对贫困脆弱性的效应与路径[J]. 中南财经政法大学学报, 2023(4):53—69.
- [5] 崔靖茹, 田玲, 章成. 医疗保险、分享发展与共同富裕[J]. 保险研究, 2025(3):3—18.
- [6] 罗文剑, 罗梁秀. 农村医疗保险的减贫效应研究——基于 CFPS 2018 的实证分析[J]. 北京航空航天大学学报(社会科学版), 2024(1):101—107.
- [7] 丁继红, 张宝月, 康琢. 医疗保险能缓解农村居民贫困脆弱性吗? ——基于新农合收入支出效应的视角[J]. 南开经济研究, 2023(7):49—69.
- [8] 陶纪坤, 张胜杰. 农村居民基本医疗保险收入再分配和减贫效应研究[J]. 当代经济研究, 2024(3):105—115.
- [9] 李亚青, 黄苑晴, 徐鑫宇. 医疗保险对农村居民消费的影响:经济效应还是心理效应[J]. 广东财经大学学报, 2024(5):102—116.
- [10] 蒋云赞, 郑恺. 城乡居民医疗保险统筹、农村就医行为与消费支出[J]. 北京航空航天大学学报(社会科学版), 2022(5):126—138.
- [11] 张开然, 胡鑫怡. 整合型社会保险能释放更多消费吗——基于居民医疗保险和养老保险的准实验研究[J]. 山西财经大学学报, 2022(7):56—71.
- [12] Adger, W.N., Hughes, T.P., Folke, C., et al. Social-Ecological Resilience to Coastal Disasters[J]. Science, 2005, 309(5737):1036—1039.
- [13] 蔡睿堃, 叶胥, 毛中根. 消费帮扶是否提升了脱贫农户家庭发展韧性? [J]. 财贸研究, 2023(10):30—41.
- [14] Cissé, J.D., Barrett, C.B. Estimating Development Resilience: A Conditional Moments-Based Approach [J]. Journal of Development Economics, 2018, 135:272—284.
- [15] 贾男, 王赫. 脱贫农户返贫风险防范政策研究[J]. 经济研究, 2022(10):121—137.
- [16] 李晗, 陆迁. 无条件现金转移支付与家庭发展韧性——来自中国低保政策的经验证据[J]. 中国农村经济, 2022(10):82—101.
- [17] Nyamwanza, A.M. Livelihood Resilience and Adaptive Capacity: A Critical Conceptual Review[J]. Jambá: Journal of Disaster Risk Studies, 2012, 4:1—6.
- [18] Speranza, C.I., Wiesmann, U., Rist, S. An Indicator Framework for Assessing Livelihood Resilience in the Context of Social-Ecological Dynamics[J]. Global Environmental Change-Human and Policy Dimensions, 2014, 28:109—119.
- [19] Tanner, T., Lewis, D., Wrathall, D., et al. Livelihood Resilience in the Face of Climate Change[J]. Nature Climate Change, 2015, 5(1):23—26.
- [20] Walker, B.W., Holling, C.S., Carpenter, S.R., et al. Resilience, Adaptability and Transformability in Social-Ecological Systems[J]. Ecology and Society, 2004, 9:5.
- [21] 管睿, 余劲. 外部冲击、社会网络与移民搬迁农户的适应性[J]. 资源科学, 2020(12):2382—2392.
- [22] 岳威, 王雄, 张强. 健康风险、医疗保险与家庭财务脆弱性[J]. 中国工业经济, 2021(10):175—192.
- [23] 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.
- [24] 李超. 老龄化、抚幼负担与微观人力资本投资——基于 CFPS 家庭数据的实证研究[J]. 经济学动态, 2016(12):61—74.

[25] 胡联, 盛迪, 朱婷. 低保促进了农户减贫韧性吗? ——兼论中国低保政策的完善[J]. 财经研究, 2024(9): 63—77.

[26] 庞泓, 刘穷志. 收入增长与相对贫困治理——一种新的相对贫困变动测度模型及应用[J]. 统计研究, 2024(8):126—138.

[27] 黄维, 颜佳琳. 新人力资本视角下的贫困资助对儿童健康的影响研究——基于 CEPS 数据的实证分析[J]. 南方人口, 2024(6):64—78.

[28] 柏雪, 曲宸佶. 低生育率背景下儿童医疗保障制度优化路径探析——基于江苏省的实证研究[J]. 中国医疗保险, 2025(3):19—33.

[29] 赵久洋, 郭琨. 中国医疗保险基金发展的影响因素研究——基于省际面板数据的分析[J]. 管理评论, 2023(8):71—84.

[30] 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.

[31] 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.

[32] 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(2):97—109.

## The Impact of Basic Medical Insurance on the Resilience of Low-Income Rural Households: A Health Shock Perspective

ZHANG Guangke<sup>1,2</sup> WANG Zonghan<sup>1</sup> ZHENG Ziyuan<sup>3</sup>

(1.School of Public Administration, Zhongnan University of Economics and Law, Wuhan 430073, China;

2.Hubei Research Center for Major Risk Prevention and Emergency Response Capabilities, Wuhan 430073, China;

3.Jiangsu Provincial College Enrollment and Employment Guidance Service Center, Nanjing 210024, China)

**Abstract:** Health risks remain the primary risk leading to large-scale poverty recurrence and new poverty among low-income rural households. Traditional health risk management takes ex post passive defense as its basic principle, neglecting rural households' adaptation and evolution in response to risk, while resilience theory provides guidance for the transformation of health risk management paradigm in the new era. This study constructs an analytical framework of rural low-income household resilience from a health shock perspective. Based on panel data from the China Family Panel Studies (CFPS) for the period 2010—2022, it empirically analyzes the promoting effect of basic medical insurance on the resilience of rural low-income households. The research finds that basic medical insurance helps enhance family resistance capacity, recovery capacity, and learning capacity, thereby achieving a systematic reshaping of rural low-income household resilience. Heterogeneity analysis shows that the resilience-enhancing effect of basic medical insurance is not affected by household chronic disease status or regional medical resource endowment, but is more pronounced in families without children and after the 2016 urban-rural integration. Further analysis reveals that an increase in individual contribution burden exerts a negative impact on household resilience, whereas improvements in insurance benefits significantly enhance household resilience. It is recommended to gradually improve the influence pathways of basic medical insurance system on psychological resilience and health knowledge learning among rural low-income households, and enhance the self-sustaining capacity and pro-poor nature of the basic medical insurance system.

**Key words:** Basic Medical Insurance; Rural Low-Income Households; Household Resilience; Health Shocks; Resilience Reshaping

(责任编辑:郭 策)