

城乡统筹医保能促进农村老年人消费吗?

——来自 CHARLS 的证据

刘琪¹, 何韶华¹, 李飞飞¹, 秦帅^{2*}

(1.华南农业大学 经济管理学院, 广东 广州, 510642; 2.中山大学 管理学院, 广东 广州 510275)

摘要:城乡统筹医保通过两条路径影响农村老年人消费:一是通过提高其预期健康,弱化其预防性储蓄动机,从而促进农村老年人消费;二是通过减轻其医疗负担,增加其相对收入,从而促进农村老年人消费。基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS)2015年和2018年的面板数据,使用PSM-DID方法构造反事实因果识别框架,考察了城乡统筹医保对农村老年人消费的影响。结果表明:城乡统筹医保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;城乡统筹医保能同时提升农村老年人的初级消费与高级消费,但对高级消费的提升作用更大;城乡统筹医保对收入较高、健康状况较差的农村老年人的影响效应较大。

关键词:城乡统筹医疗保险;农村老年人;消费

中图分类号:C979;F842.684

文献标志码:A

文章编号:1009-2013(2021)04-0040-12

Can urban-rural integrated medical insurance system promote consumption of the rural elderly? Evidence from CHARLS data

LIU Qi¹, HE Shaohua¹, LI Feifei¹, QIN Shuai^{2*}

(1.College of Economics & Management, South China Agricultural University, Guangzhou 510642, China;
2.School of Business, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510275, China)

Abstract: Urban-Rural Integrated Medical Insurance System influences consumption of the rural elderly through two ways: on the one hand, it improves their expected health and weakens their precautionary saving motivation; on the other hand, it reduces their medical burden and increases their relative income. Based on the panel data of CHARLS2015 and CHARLS 2018 and the counterfactual causal identification framework constructed through PSM-DID method, the influence of urban-rural integrated medical insurance system on consumption of the rural elderly has been investigated. The results show that urban-rural integrated medical insurance system significantly improves per capita daily household consumption and per capita annual household consumption of the rural elderly; it promotes their primary consumption as well as advanced consumption, but it has a greater effect on the advanced consumption; its has a greater effect on the rural elderly with high income and poor health.

Keywords: Urban-Rural Integrated Medical Insurance System; old people in rural areas; consumption

一、问题的提出

消费关系着老年人的晚年生活福祉。然而,我国老年人口消费水平低、消费结构不合理的问题长

期存在。第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查数据显示,2014年我国农村老年人人均消费支出为8884元,城市老年人为20186元。农村老年人人均消费支出仅为城市老年人的44%。还有一些地区的农村老年人甚至出现了“零消费”现象,回归了自给自足的自然经济^[1]。就城乡老年人的消费结构而言,居前三位的是食品烟酒、医疗保健和居住支出。其中,城乡老年人在医疗保健方面的消费存在明显的结构差异,农村老年人医疗保健支出占其总支出的比重超过城市老年人9个百分点。过高比重的医

收稿日期:2021-06-12

基金项目:教育部哲学社会科学重大课题攻关项目(20JZD031);2020年度广东省哲学社会科学“十三五”规划学科共建项目(GD20XLJ02);广州市哲学社会科学规划2020年度课题(2020GZGJ74)

作者简介:刘琪(1991—),女,河南郑州人,博士研究生,主要研究方向为农村社会保障。*为通信作者。

疗支出严重挤压了农村老年人其他的消费,阻碍了其消费结构升级。在农村人口老龄化趋势加剧的背景下,老年人的低水平消费不仅影响了其生活质量,更制约了整个农村消费市场的繁荣。遗憾的是,我国农村老年人的消费行为仍未引起学界的足够重视^[2,3]。在经济增长下行压力增大和乡村振兴的背景下,提升农村老年人的消费水平和优化其消费结构不仅有利于改善其生活福祉,使其共享社会发展的成果,同时也有利于开发“银色经济”,助力乡村振兴。

老年人多受疾病困扰,尤其农村老年人收入较低,疾病风险应对能力明显不足,没有足够的社会保障托底会使其预防性储蓄动机很高^[4]。因此,拉动农村老年人消费的一项关键措施是完善社会保障体系。医疗保险制度作为社会保障的核心板块之一,能在很大程度上影响居民的消费决策。一方面,医疗保险(简称“医保”)有利于保障健康,提升人口预期寿命^[5-7]。健康风险的降低将使老年人减少家庭预防性储蓄,因而会对其消费意愿产生影响^[8]。另一方面,医疗保险减轻了老年人的自付医疗支出。一旦发生医疗支出,保险出大头,个人出小头,老年人的经济负担能得到很大程度缓解^[9]。这将带来老年人相对收入的增加,从而促进其消费能力的提升。

现有不少研究就新型农村合作医疗(简称“新农合”)对农村居民消费的影响效应进行了评估,但结论迥异。出现分歧的原因可能在于新农合的保障水平仍较低,在促进农民健康、减轻医疗负担等方面效果不甚理想^[10-13],因此对消费的激励作用有限。在国家大力推进城乡基本公共服务均等化的背景下,许多地区对城乡统筹医保进行了探索。2016年,国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》正式出台,这标志着新农合与城镇居民医保将在全国范围内逐步合并为城乡居民医保。与新农合相比,城乡居民医保在报销比例、定点医院数量、药品报销目录以及大病保障等方面均具有优势。尤其是“报销比例就高不就低、用药就宽不就窄、定点医院就多不就少”的整合原则使统筹医保覆盖下的农村家庭具备了更强的风险承担能力。在我国医疗保险制度变迁的背景下对医疗保险与农村老年人消费二者之间的关系进行探索,不仅对促

进农村的可持续消费有着较强的现实意义,同时也能为完善社会保障制度、提高农村老年人的生活福祉提供政策启示。

二、文献综述与理论分析

1. 文献综述

我国自 20 世纪 90 年代末以来逐渐建立了城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗保险和城镇居民基本医疗保险制度,形成了“三险分立”的局面。然而,这三种基本医疗保险在保费筹资、医疗待遇和可及性方面存在较大差异,引发了人们对医保制度公平性的讨论^[14-16]。2008 年后,青海、重庆、天津、宁夏、广东等多个地区对城乡统筹医保开展了积极探索,逐步将新农合与城镇居民医疗保险合并为城乡居民医保。2016 年,国务院正式出台了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》,就整合新型农村合作医疗保险与城镇居民基本医疗保险两项医保制度提出了统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理的“六统一”要求。仇雨临等认为这项政策取消了城乡分割的基本医疗保障制度,打破了按照户籍、行政区划分参保人员的做法,有效地保障了城乡医疗公平。尤其是“报销就高不就低、用药就宽不就窄、定点医院就多不就少”的整合原则使农村居民从中受益良多^[17]。

已有关于城乡统筹医保的研究主要可以分为两类。一类研究从就医行为、健康以及公平性等视角探讨了城乡统筹医保政策的健康绩效。许多证据表明整合后的医保制度打破了城乡分割的医疗保障体系,使农村居民能够享受到与城镇居民同等的医保待遇^[18-20]。在这一制度设计下,农村居民的就医积极性、医疗服务利用水平以及健康状况均得到了改善^[21-23]。但由于制度设计本身存在缺陷和医疗资源配置不合理等原因,城乡统筹医保对缩小城乡居民健康不平等贡献有限,且会加剧农村居民群体内的健康不平等^[24,25]。还有一类研究从医疗负担、缓解贫困等视角评估了城乡统筹医保的经济绩效。不少研究指出,推行新的医保制度后,农村居民比城镇居民更多地从医保基金补偿中受益^[17,26]。尽管与帮助贫困人口减轻医疗负担的目标仍有差距,但城乡统筹医保相较于新农合对农村参保者的医疗

费用补贴比率更高，并带来了医疗服务价格的下降，因此对于降低农村居民的医疗负担有着显著效果^[27,28]。此外，还有一些研究认为城乡统筹医保具有良好的减贫效果，其不仅有助于显著降低农村老年群体陷入收入贫困与健康贫困的概率，同时也有助于改善个体的贫困脆弱性^[29,30]。

基本医疗保险作为社会保障体系的核心板块之一，能在很大程度上减少消费者面对未来的不确定性，从而减少人们的预防性储蓄^[31,32]。目前，已有众多学者评估了不同地区的医疗保险制度对当地居民消费的影响。Gruber 等发现，美国 Medicaid 医疗保险条件的放宽降低了低收入家庭的资产净值，使消费提升了 5.2%^[33]。Chou 等研究台湾 1995 年推行的全民医疗保障政策发现，全民医疗保障体系的实施使居民储蓄水平显著降低了 8.6%~13.7%^[34]。Wagstaff 等证实越南健康保险 (VHI) 显著降低了家庭每年的自付医疗费用，促进了家庭非医疗消费，尤其是非食品消费^[35]。国内也有不少研究利用我国医疗保险制度改革的契机，评估了医疗保险对消费的影响。这些研究多以新农合为研究对象，且结论仍存在争议。一部分研究结论显示，新农合对消费存在促进效应。马双等发现，新农合能显著增加农民当期营养物质摄入量，提升其食物消费^[36]；白重恩等认为，新农合对于消费的刺激作用比政府直接的现金转移支付更为有效，增加了非医疗支出类家庭消费近 5.6 个百分点^[37]。还有一部分研究认为，新农合并不必然会带来居民消费水平的提高。如 Brown 等基于安徽和江苏的农户调查数据发现，新农合并没有显著提高农户的非医疗类消费和总消费^[38]；熊波等认为，新农合对提高中等收入群体消费水平作用显著，但并没有从根本上解决贫困人群的医疗支出和消费问题^[39]。与该结论类似，不少学者认为医疗保险对高收入群体消费支出的正效应要大于低收入群体。文乐等发现商业医疗保险能促进农民工人均家庭消费，但对高收入群体的

影响更大^[40]；Maynard 等证实，医疗补助与家庭储蓄之间的负相关关系在低收入家庭中并不存在^[41]；Gallagher 等指出，对于没有经历财务困难的家庭来说，医疗保险确实能减少家庭的预防性储蓄，但对于经济较困难的家庭，医疗保险反而将提升家庭储蓄率^[42]。

通过对国内外相关研究的梳理有几点发现：一是尚未有文献讨论城乡统筹医保政策对居民消费的影响，更不用说对农村老年人消费的影响。二是虽然多数文献认为医疗保险能通过减少居民的预防性储蓄增加其消费，但少有文献就其影响机理展开深入细致的分析。三是已有文献并未就医疗保险对消费的影响完全达成一致，争议的焦点主要在于医疗保险能否促进弱势群体的消费。本文的研究对象是农村老年人。由于面临着低收入、子女外出务工无暇照顾、社会保障体系不健全以及健康资本流失等多种不利因素，我国的农村老年人处于家庭和社会中的双重弱势地位。在此背景下，聚焦城乡统筹医保政策对农村老年群体消费的影响对于回答新的医保政策是否能改善弱势群体福利这一问题更具有代表性，同时也有着较强的现实意义。

2. 理论分析

农村社会保障体系发展相对滞后，为了促进城乡公平，整合后的城乡居民医保待遇在很大程度上是向城镇居民医保看齐。相较于城市居民，农村居民从中受益更多^[26]。而在各年龄段群体中，农村老年人的健康尤为脆弱，他们是医疗服务利用最频繁的群体。因此，农村老年人是城乡统筹医保政策的最直接利益相关者，其行为决策受新制度的影响更大。当前文献已指出，医疗保险政策主要会对居民的健康与经济两个方面产生重要影响^[39,43]。鉴于此，本文将从健康绩效与经济绩效两个角度就城乡统筹医保对农村老年人消费的影响展开分析。图 1 为本文的逻辑分析框架。

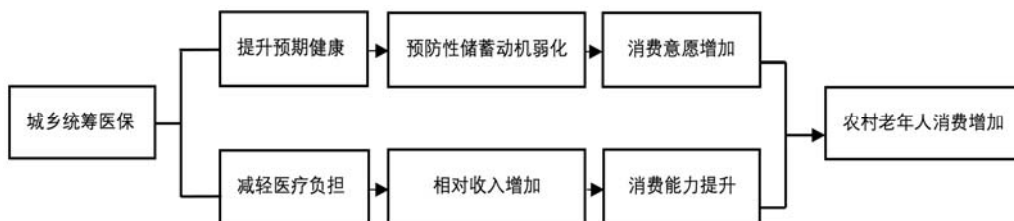


图 1 城乡统筹医保对农村老年人消费的影响路径

第一,生理机能退化导致老年人多遭受疾病困扰,尤其是对于支付能力有限的农村老年人而言,一场疾病很可能会导致家庭陷入经济困境。为了防止此类健康冲击给家庭成员带来沉重的经济负担,农村老年人普遍存在“讳疾忌医”“小病靠扛,大病靠拖”的心理。即使得知自己生病,也会更加省吃俭用,将储蓄尽可能留给家属^[44]。实施城乡医保统筹后,原新农合参保居民的药品报销目录大幅扩大。据统计,新农合医疗保险的目录种类约为 700~1300 种,而城镇居民基本医疗保险目录约为 2200 种^[17]。制度整合后,原新农合参保人的医疗保险报销目录与原城镇居民相同,更有一些地区将之前城乡均未覆盖的药品纳入了报销范围,使其报销范围更宽^[23]。药品报销目录的扩大不仅能减少农村老年人治疗的后顾之忧,使之前由于药品昂贵而对疾病抱有消极治疗态度的农村老年人积极买药服药,从而得到及时治疗,同时也有利于老年人获得更优质的治疗方案,改善其健康。与此同时,城乡统筹医保相较于新农合增加了定点医院的数量(例如,天津市城乡医保并轨后,农村居民就医定点医院的数量也由原来的 30 家左右,扩大到目前的 1400 余家^①)。可选择医疗机构的增多有利于居民实现对疾病的及早预防与治疗,使之前由于路途遥远、交通不便而延误治疗的农村老年人更方便就医,提升他们对自己健康状况的认知程度。健康状况、预期寿命会对老年人的资产配置产生重要影响^[6,45]。研究发现,健康风险越小的家庭往往消费倾向越高^[8],尤其老年人口健康状况的改善将显著弱化其储蓄动机^[46]。综上,城乡统筹医保的实施为保障居民健康、提高居民预期寿命提供了支撑性制度保障。随着预期健康资本提升,老年人对自己未来劳动供给与收入的期望将增加,其预防性储蓄动机将减少,消费意愿会随之增加,这有利于带动其消费增长。

第二,医疗卫生需求增加带来的医疗消费快速增长严重地挤压了老年人其他方面的消费,从而导致其生活质量的下降^[47]。尤其在低收入家庭中,医疗消费挤占正常消费的情况更加严重^[48,49]。凯恩斯主义认为,财政支出的增加有利于国民收入提高,进而会促进居民消费。医保统筹后,农村老年人看病时在报销力度与补贴力度方面相较新农合有了

很大程度提升。一方面,政策范围内住院报销比例有了很大提升,门诊保障水平也在逐步提高(例如,浙江省将县域内政策范围内住院费用报销比例从 62%提高到 75%,门诊费用报销比例从 35%提高到 50%左右^②)。另一方面,提高了大病保险保障能力。许多地区降低并统一了大病保险的起付线,同时也提高了住院报销费用的封顶限额。这些举措均反映了政府在不断加大对农村地区的医疗公共品投入力度。可以预期,政府对城乡居民基本医保财政补助的增加能够在一定程度上减轻农村老年人患病就医的经济负担,增加其相对收入,从而会对老年人的消费产生“挤出效应”^[43]。

基于以上分析,本文提出如下假设:

H₁: 城乡统筹医保能显著提升农村老年人的消费。

H_{1a}: 城乡统筹医保能通过提升农村老年人的预期健康,进而促进其消费。

H_{1b}: 城乡统筹医保能通过减轻农村老年人的医疗负担,进而促进其消费。

三、数据、变量与模型

1. 数据来源

本文使用的数据来自北京大学国家发展研究院中国经济研究中心的中国健康与养老追踪调查(China Health and Retirement Longitudinal Study,简称 CHARLS)2015 年和 2018 年的数据。CHARLS 曾于 2011 年、2013 年、2015 年、2018 年分别在全国 28 个省(自治区、直辖市)的 150 个县、450 个社区(村)开展调查访问,其调查对象是随机抽取的家庭中 45 岁及以上的中老年居民。

本文使用 CHARLS2015 和 CHARLS2018 构造了两期平衡面板数据,并对数据进行了以下处理:1)选取年龄为 60~85 岁、户籍为农业户口的样本;2)对所有连续型变量在 1%的水平上进行双缩尾处理;3)选择 2015 年参保新农合的个体且 2018 年保持不变或转为城乡居民医保的个体作为本文的研究样本;4)剔除关键变量缺失的样本。经过筛选后共得到 5 358 个有效样本。其中,在 2015 年和 2018 年均参保新农合的样本有个 4 586。在 2015 年参保新农合而在 2018 年参保城乡居民医保的样本有 772 个。

2. 变量赋值与描述性统计

(1) 结果变量。本文选择以家庭为单位研究农村老年人的消费,原因在于:第一,在 CHARLS 问卷中,家庭消费项目有着不可分割性。第二,由于长期居住在一起,家庭会潜移默化地影响其内部生活成员的个性特征、消费观念、生活方式等。在共有收入以及共同消费需求的影响下,家庭成员会形成相似的消费行为以及家庭行为特征^[2]。第三,进入到本文最终样本的老年人均是 CHARLS 问卷中的“家庭主要受访者”。在此类家庭中,老年人在家庭消费决策中往往占据着主导地位,这使本文的研究结果更加贴近现实。因此,使用老年人家庭消费代表老年人消费是具备合理性与可行性的。考虑到医疗保险与医疗消费之间存在强相关关系,将医疗消费纳入总消费中将使研究结果出现较大偏差,因此本文所研究的消费均是不包含医疗消费的非医疗消费。CHARLS 中主要有两个板块涉及了家庭消费情况。第一个板块问及了家庭过去一个月的各项消费情况,第二个板块问及了家庭在过去一年的各项消费情况,且两个板块涉及的消费项目有较大差异。除此之外,问卷还问及了家庭最近一周的食品支出费用。据此,本文设计了两个指标,一是家庭人均月消费(日常消费),对家庭每月的通讯、水电、燃料、日用品消费、交通费和文娱娱乐费用进行加总后,再加上四倍的每周食品消费数额,得到家庭每月的日常消费,最后除以家庭总人口即可。二是家庭人均年消费,将第一个指标得到的日常总消费乘以 12,再加上衣着、旅游、家具电器、教育培训等年消费,得到家庭年消费总和,最后除以家庭总人口即可。值得注意的是,为了剔除物价变动的影响,本文将所有消费指标使用 2015 年的 CPI 指数进行平减处理。

(2) 处理变量。由于统筹制度是逐步推行的,即使是同一地区的人也可能享有不同的医疗保险类型^[23]。据此,本文根据被访者所回答的参保类型判断个体所在地区是否推行了城乡统筹医保。倘若被访者和其配偶中至少有一人参加了城乡统筹医保,则视作该样本参加了城乡统筹医保。

(3) 协变量。本文的协变量包括个体层面的户主性别、年龄、婚姻、教育程度、是否有慢性病、是

否残疾、社会交往情况,同时也包含家庭层面的家庭人均收入、人均土地面积、人均宅基地面积、是否与子女同住、16 岁以下成员占比。此外,本文还控制了省份虚拟变量。具体的变量赋值如表 1 所示。

表 1 变量赋值

变量	赋值
城乡统筹医保	家庭主要受访者和其配偶任一人参加城乡统筹医保=1, 否则=0
家庭人均月消费	$\ln(1+\text{家庭人均月消费})$
家庭人均年消费	$\ln(1+\text{家庭人均年消费})$
性别	男=1, 女=0
年龄	岁
婚姻	已婚=1, 其他=0
教育	文盲、小学、初中、高中(中专)及以上分别为 1—4
是否有高血压	是=1, 否=0
是否有糖尿病	是=1, 否=0
是否有心脏病	是=1, 否=0
是否中风	是=1, 否=0
是否有老年痴呆	是=1, 否=0
是否有风湿病	是=1, 否=0
是否有肿瘤	是=1, 否=0
是否残疾	是=1, 否=0
社会交往	拜访朋友、娱乐活动、社团活动、志愿活动频率相加。没有=0, 不经常=1, 每周=2, 每天=3
家庭人均收入	$\ln(1+\text{家庭人均收入})$
家庭人均土地面积	$\ln(1+\text{家庭人均土地面积})$
家庭人均宅基地面积	$\ln(1+\text{家庭人均宅基地面积})$
是否与子女同住	是=1, 否=0
16 岁以下成员占比	16 岁以下成员数/家庭总人口

本文设定 2015 年为初始期,2018 年为干预期。处理组为 2015 年参保新农合而在 2018 年参保城乡统筹医保的样本,控制组为 2015 年与 2018 年均参保新农合的样本。表 2 汇报了各变量在处理组与控制组中的描述性统计。不难发现,与 2015 年相比,2018 年处理组与控制组在两个消费指标上均有所增加。其中,就家庭人均月消费而言,处理组在两期之间增加了 0.2,控制组增加了 0.11。就家庭人均年消费而言,处理组增加了 0.12,控制组增加了 0.06。处理组消费的增量大于控制组消费的增量,这初步反映了统筹医保政策的实施能在一定程度上增加农村老年人的家庭消费。

对于其他变量,从组间差异来看,多数变量在两个组之间差异不大,控制组的残疾率、人均土地

面积、人均宅基地面积均值略高于处理组。从时间趋势上来看，处理组与控制组均在健康方面有所恶化，老年人患慢性病、残疾的比例在提高，这与老年人的生理规律相一致。此外，随着年份增加，两

组在家庭人均收入、与子女同住、16 岁以下成员占比等方面呈上升趋势，在家庭人均土地面积、家庭人均宅基地面积方面呈下降趋势。

表 2 实验组与控制组的变量描述性统计

变量	2015 年		2018 年	
	处理组	控制组	处理组	控制组
家庭人均月消费	5.69(0.94)	5.74(0.94)	5.89(1.04)	5.85(0.98)
家庭人均年消费	8.41(0.95)	8.46(0.96)	8.53(1.06)	8.52(0.97)
性别	0.51(0.50)	0.50(0.50)	0.51(0.50)	0.50(0.50)
年龄	67.03(5.89)	66.84(5.82)	70.04(6.03)	69.83(5.78)
婚姻	0.88(0.33)	0.88(0.33)	0.82(0.39)	0.83(0.37)
教育	1.78(0.71)	1.81(0.73)	1.79(0.71)	1.81(0.74)
是否有高血压	0.34(0.47)	0.34(0.47)	0.49(0.50)	0.47(0.50)
是否有糖尿病	0.10(0.29)	0.08(0.28)	0.16(0.37)	0.14(0.35)
是否有心脏病	0.16(0.37)	0.16(0.37)	0.22(0.41)	0.25(0.43)
是否中风	0.04(0.19)	0.04(0.19)	0.09(0.28)	0.10(0.31)
是否有老年痴呆	0.04(0.21)	0.02(0.15)	0.05(0.21)	0.05(0.21)
是否有风湿病	0.43(0.50)	0.46(0.50)	0.45(0.50)	0.48(0.50)
是否有肿瘤	0.01(0.10)	0.01(0.12)	0.03(0.16)	0.02(0.15)
是否残疾	0.35(0.48)	0.41(0.49)	0.43(0.50)	0.52(0.50)
社会交往	0.96(1.51)	1.04(1.54)	1.05(1.53)	0.93(1.46)
家庭人均收入	8.03(1.42)	8.03(1.42)	9.01(0.88)	8.86(0.88)
家庭人均土地面积	0.88(0.78)	0.90(0.76)	0.76(0.66)	0.84(0.69)
家庭人均宅基地面积	4.26(0.88)	4.38(0.82)	3.73(1.74)	3.81(1.75)
是否与子女同住	0.25(0.43)	0.30(0.46)	0.31(0.46)	0.32(0.46)
16 岁以下成员占比	0.05(0.14)	0.05(0.15)	0.10(0.25)	0.10(0.25)

注：括号内数值为标准差。

3. 模型设定

为了控制不可观测且不随时间变化的组间差异，本文参考韩华为^[50]、柳清瑞等^[51]的做法使用 PSM-DID 方法来估计城乡统筹医保对农村老年人消费的影响。与单纯的 DID 相比，PSM-DID 能更好地满足处理组与控制组的共同趋势假设。与普通的 PSM 相比，PSM-DID 能够在一定程度上消除不可观测异质性的影响，由此可以观察某一外生因素对因变量产生的净效应。PSM-DID 方法的实现步骤是：第一，建立 2018 年个体是否获得城乡统筹医保与 2015 年特征变量之间的关系。以表 1 中的协变量为自变量，通过建立 Logit 模型，估计出样本获得城乡统筹医保的概率，得到倾向得分。第二，使用核匹配的方法为每个处理组匹配尽可能相似的控制组，即在 2018 年末参与城乡统筹医保的样本中匹配与 2018 年参与城乡统筹医保样本的倾向

得分值相近的个体作为控制组，以此来最大限度地使处理组与控制组在各方面特征上尽可能相似，从而消除系统性差异。第三，分别计算处理组及与其匹配的控制组在 2015 年和 2018 年间的处理变量变化均值，再计算 PSM-DID 估计量。由此可以较为准确地评估城乡统筹医保对农村老年人消费的影响效应。

$$ATT_{\text{PSM-DID}} = E(Y_{18}^T - Y_{15}^T | X_{15}, D=1) - E(Y_{18}^C - Y_{15}^C | X_{15}, D=0) \quad (1)$$

式(1)中， T 代表干预组， C 代表通过匹配获得的控制组， Y_{15} 代表干预前的结果变量， Y_{18} 代表干预后的结果变量， D 代表是否参加城乡统筹医保， X_{15} 代表匹配过程中所控制的 2015 年的各类特征变量和省份虚拟变量。 ATT 为本文关注的处理效应，代表处理组在 2015 年和 2018 年的结果变量之差与控制组在 2015 年和 2018 年的结果变量之差的差额。

四、研究结果及其分析

1. 方法适用性检验

在进行 PSM-DID 估计之前,需对模型的适用性进行检验,即检验匹配后的处理组与控制组是否

变得平衡,满足共同支撑假设。表 3 展示了平衡性检验的结果。 T 检验表明匹配后的两组样本在主要变量上均不存在显著差异,两组样本满足平行趋势假定。这证实了使用 PSM-DID 方法的合理性,匹配后的估计结果将是有效可靠的。

表 3 平衡性检验

变量	控制组均值	处理组均值	差分	T 值	P 值
性别	0.499	0.505	0.007	0.33	0.743
年龄	66.942	67.034	0.092	0.39	0.694
婚姻	0.879	0.876	-0.004	0.28	0.778
教育	1.784	1.782	-0.002	0.07	0.945
是否有高血压	0.337	0.342	0.005	0.26	0.795
是否有糖尿病	0.098	0.096	-0.002	0.19	0.853
是否有心脏病	0.160	0.161	0.001	0.02	0.981
是否中风	0.034	0.039	0.005	0.65	0.517
是否有老年痴呆	0.038	0.044	0.006	0.8	0.421
是否有风湿病	0.434	0.427	-0.007	0.33	0.742
是否有肿瘤	0.009	0.010	0.001	0.38	0.706
是否残疾	0.354	0.347	-0.007	0.37	0.714
社会交往	0.977	0.959	-0.018	0.31	0.760
家庭人均收入	7.977	8.031	0.053	0.91	0.360
人均土地面积	0.854	0.884	0.030	0.98	0.329
人均宅基地面积	4.264	4.255	-0.009	0.27	0.786
是否与子女同住	0.270	0.249	-0.022	1.23	0.218
16 岁以下成员占比	0.046	0.046	0	0	0.998

2. PSM-DID 的估计结果

本文使用 Stata14.0 软件中的 diff 命令进行回归。表 4 报告了基于 PSM-DID 方法估计的城乡统筹医保对农村老年人消费的影响。结果显示,参加城乡统筹医保能显著提升农村老年人的家庭人均月消费和人均年消费。以人均月消费为例进行说明,2015 年处理组与控制组之间的消费水平差异不显著,处理组略低于控制组。然而,在 2018 年政策实施后,处理组农村老年人的人均月消费水平得到了明显提升,超过了控制组,且两个组之间出现了显著差异。在使用双重差分消除时间变化的趋势后,城乡统筹医保依然在 5%的水平上显著增加了农村老年人的家庭人均月消费。这意味着,该政策的实施有效提升了农村老年人的日常消费水平。同理,农村老年人的家庭人均年消费也在 5%的水平上得到显著提高。这些结果符合本文的预期,本文的假设 H_1 得到验证。

表 4 城乡统筹医保对农村老年人消费的影响

	(1)人均月消费	(2)人均年消费
2015 年		
控制组	5.708	8.441
处理组	5.688	8.413
T-C	-0.021 (0.040)	-0.028 (0.041)
2018 年		
控制组	5.769	8.436
处理组	5.871	8.525
T-C	0.102** (0.040)	0.089** (0.041)
PSM-DID	0.123** (0.057)	0.116** (0.058)
样本量	4978	4978

注: ** $p < 0.05$ 。

3. 影响机制检验

正如理论分析部分所阐述的,城乡统筹医保可能通过提升农村老年人的预期健康水平和减少医疗负担两个路径影响其消费,接下来本文将对这两个中间机制进行验证。对于预期健康,本文拟使用问题“设想自己能再多活十年的可能性”进行衡量,

将“几乎不可能”“不太可能”赋值为 0，将“有可能”“很可能”“简直一定”赋值为 1。可能性越大意味着老年人对自身应对健康风险的能力越有信心，其预期健康水平越高。对于医疗负担，使用农村老年人的年医疗消费占其家庭年消费的比重来衡量。

参考韩华为等^[52]的做法，本文采取如下步骤检验中介效应是否存在。第一步，依旧使用 PSM-DID 法来评估城乡医保统筹对中介变量的影响。第二步，通过倾向值匹配法为处理组匹配尽可能相似的控制组，然后在包含处理组与控制组的总样本中，进行 OLS 回归。

$$\Delta Y_i = \beta_0 + \beta_1 D_i + \beta_2 \Delta M_i + \beta_3 \Delta X_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

其中， ΔY_i 代表第 i 个样本在初始期与干预期之间消费的变化， D_i 代表该样本是否参加城乡统筹医保的虚拟变量， ΔM_i 则代表中介变量在两期之间的变化， ΔX_i 为控制变量在两期之间的变化， ε_i 为随机扰动项。如果 β_1 和 β_2 的系数均显著，则说明中介效应显著，且该中介变量起着部分中介效应。如果 β_1 的系数不显著而 β_2 的系数显著，则说明中介变量起着完全中介效应。如果 β_2 的系数不显著，那么该中介效应不存在^[53]。

首先，基于 PSM-DID 法评估城乡统筹医保对农村老年人预期健康以及医疗负担的影响（表 5）。列(1)显示，城乡统筹医保在 10%的水平上显著地提高了农村老年人的预期健康。列(2)的结果也显示城乡统筹医保显著地减少了农村老年人医疗消费占家庭总消费的比重。以上结果表明，城乡统筹医保对于预期健康和医疗负担两个中介变量均产生了显著影响。

表 5 机制检验的第一步

	(1)预期健康	(2)医疗消费占比
2015 年		
控制组	0.574	0.370
处理组	0.636	0.384
T-C	0.062*** (0.021)	0.014 (0.030)
2018 年		
控制组	0.512	0.603
处理组	0.630	0.495
T-C	0.118*** (0.022)	-0.108*** (0.030)
PSM-DID	0.055* (0.031)	-0.123*** (0.042)
样本量	4107	4978

注：*** $p < 0.01$, * $p < 0.1$ 。

接下来进行中介效应第二步的检验，表 6 给出了基于式(2)OLS 模型的回归结果。其中，列(1)的基准模型中仅包括是否参加城乡统筹医保的虚拟变量以及各控制变量的变化量，列(2)与列(3)在基准模型的基础上分别添加了预期健康的变化与医疗消费占比的变化。结果显示，城乡统筹医保在 5%的水平上对农村老年人家庭人均年消费变化有显著正向影响。在分别加入预期健康的变化与医疗消费占比的变化后，城乡统筹医保的系数依然显著，两个中介变量变化量的系数也均在 1%的水平上显著。预期健康的变化系数为正，医疗消费占比的变化系数为负。

综合表 5 和表 6 的结果可以得出结论，提高预期健康与减轻医疗负担是城乡统筹医保影响农村老年人消费的两个重要中间机制。一方面，城乡统筹医保政策的实施为农村老年人保障自身健康提供了制度支撑，提升了其预期健康水平，从而可以弱化老年人的预防性储蓄动机，有助于提升其消费意愿。另一方面，城乡统筹医保也降低了农村老年人家庭医疗消费所占比重，这意味着老年人的医疗负担得到减轻，相对收入增加，消费能力得到了提升。综上，农村老年人的消费水平在其享受到新的医保政策后有了明显的提升。本文的假设 H_{1a} 与 H_{1b} 也得到了验证。

表 6 机制检验的第二步

	(1)	(2)	(3)
	Δ 人均年消费	Δ 人均年消费	Δ 人均年消费
城乡统筹医保	0.139** (0.062)	0.154** (0.074)	0.127** (0.059)
Δ 预期健康		0.150*** (0.051)	
Δ 医疗消费占比			-0.398*** (0.023)
Δ 控制变量	YES	YES	YES
Constant	-0.028 (0.024)	-0.033 (0.028)	-0.025* (0.023)
R-squared	0.028	0.029	0.125
样本量	2679	1851	2679

注：*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ 。

五、扩展性分析

1. 统筹医保与农村老年人的消费类型

为了更深入地评估医保统筹后农村老年人消

费的变化,本文按照满足农村老年人生活消费的层次将其消费分为了初级消费和高级消费。其中,初级消费指老年人生活所必需的消费,具体包括食品、衣服、水电、燃料和日用品方面的消费。高级消费指带有一定享受需要而产生的消费,包括教育、旅游、购买汽车、文化娱乐、外出吃饭以及烟酒方面的消费。接下来,本文将从消费数额与消费结构两个方面评估城乡统筹医保对农村老年人消费类型的影响。

表7中列(1)和列(2)结果显示,就消费数额而言,在城乡统筹医保的影响下,农村老年人的家庭人均初级消费和人均高级消费都有了明显提升,统计结果均在5%的水平上显著,且城乡统筹医保对高级消费的影响效应(0.432)要高于对初级消费的影响效应(0.085)。可见,这项医保的实施有助于同时提升农村老年人的初级消费与高级消费,但对高级消费的刺激作用更大。这也从侧面说明,过去较低水平的医疗保障抑制了农村老年人高级消费的增长。随着农村经济条件不断改善,老年人的基本生活已可以得到较好的保障,因此新的医保政策对有关基本生活的初级消费影响较小。在不同的消费产品中,高级消费产品的需求收入弹性更大,因此当经济福利有所改善,农村老年人将不仅满足于基本生活需要,而是会追求更高层次的需求,从而带来高级消费数额的明显提升。就消费结构而言,表7中列(3)和列(4)显示,初级消费占总消费的比重虽然有所减少,但该结果不显著;高级消费占总消费的比重提升了5.4个百分点,且该结果在1%的水平上显著。由此可见,尽管人均初级消费数额有所

表7 城乡统筹医保对农村老年人消费类型的影响

	(1)人均初级消费	(2)人均高级消费	(3)初级消费占比	(4)高级消费占比
2015年				
控制组	7.954	4.836	0.655	0.227
处理组	7.915	4.810	0.659	0.200
T-C	-0.039 (0.029)	-0.025 (0.148)	0.003 (0.010)	-0.027** (0.012)
2018年				
控制组	8.003	4.282	0.673	0.195
处理组	8.049	4.688	0.653	0.221
T-C	0.046 (0.029)	0.406*** (0.148)	-0.020* (0.010)	0.027** (0.012)
PSM-DID	0.085** (0.041)	0.432** (0.210)	-0.023 (0.014)	0.054*** (0.016)
样本量	4974	4796	4974	4796

注:*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ 。

提升,但其变化幅度较小,因此初级消费占比没有发生明显变化。高级消费占比的显著提升则说明城乡统筹医保的实施不仅能带来农村老年人高级消费数额的提升,还能在相当程度上起到优化农村老年人消费结构、提升其消费档次的作用。

2. 不同收入水平下农村老年人的消费差异

以人均年消费为例,讨论城乡统筹医保对不同收入水平的农村老年人消费的影响。本文先取家庭两期收入的均值来衡量家庭经济水平,再根据家庭经济水平的均值将样本分为高收入样本和低收入样本,以此进行分组估计。

表8中列(1)和列(2)结果显示,城乡统筹医保仅对高收入组农村老年人的消费产生了显著正向影响,其对低收入组消费的影响不显著。对于低收入的农村老年人而言,尽管城乡统筹医保能在一定程度上起到医疗成本分摊的作用,但由于其收入的不确定性较大,该群体面临的因病致贫、因病返贫的风险也更高,因此其消费行为会更加谨慎。即使经济福利有所改善,他们仍倾向于抑制当期消费、增加储蓄来应对未来不确定性事件带来的经济风险。因此,城乡统筹医保并没有使低收入组农村老年人的消费得到显著提升。这一结果也反映了当前城乡统筹医保在改善农村老年贫困群体的生活质量方面所发挥的作用仍较有限。

表8 城乡统筹医保对不同收入、不同健康水平的农村老年人消费的影响

	人均年消费 ^①		人均年消费	
	(1)低收入	(2)高收入	(3)较不健康	(4)较健康
2015年				
控制组	8.186	8.817	8.365	8.513
实验组	8.207	8.632	8.212	8.590
T-C	0.021 (0.059)	-0.185*** (0.057)	-0.153*** (0.055)	0.076 (0.063)
2018年				
控制组	8.209	8.817	8.329	8.644
实验组	8.167	8.906	8.446	8.606
T-C	-0.042 (0.059)	0.086 (0.057)	0.117** (0.055)	-0.038 (0.063)
PSM-DID	-0.063 (0.084)	0.273*** (0.081)	0.270*** (0.077)	-0.114 (0.089)
样本量	2286	2234	2820	1922

注:*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ 。

3. 不同健康水平下农村老年人的消费差异

此外,本文还依据农村老年人两期自评健康水平的均值,将样本分为较不健康组与较健康组,检

验了城乡统筹医保对不同健康水平下的老年人消费的影响。表 8 中列(3)和列(4) 结果显示, 城乡统筹医保仅对较不健康组的消费水平有显著促进作用, 对较健康组的消费无显著影响。原因可能在于, 较不健康组的农村老年人对医疗服务的需求更大, 对医疗保险的利用也更为频繁, 新医保政策的实施将使该群体从中受益更多。因此, 城乡统筹医保能在更大程度上改善较不健康群体的福利状况, 从而能有效释放其消费需求。这也从侧面说明, 过去身体状况较差的农村老年人因医疗保障不足而被压抑的消费需求较大。而对于身体状况较好的农村老年人而言, 由于其所感知的健康风险较小, 对医疗服务的需求也较低, 城乡统筹医保的实施并未让其明显地感受到获益, 所以也没有对其消费决策产生显著影响。

六、结论与启示

城乡统筹医保影响农村老年人消费的路径主要有两个方面: 一是通过提升农村老年人的预期健康水平, 弱化其预防性储蓄动机, 增加其消费意愿, 从而促进其消费; 二是通过减轻农村老年人的医疗负担, 增加其相对收入, 提高其消费能力, 从而促进其消费。本文基于 CHARLS2015 年和 2018 年的数据, 使用 PSM-DID 的方法, 实证评估了城乡统筹医保对农村老年人消费的影响并验证了其机制。得到的结论如下: 1) 城乡统筹医保对农村老年人的消费具有明显的促进作用。无论是按月计算的老年人家庭人均日常消费, 还是按年计算的老年人家庭人均总消费, 都在医保统筹政策实施后得到显著提升。2) 进一步分析表明, 城乡统筹医保不仅促进了农村老年人的初级消费, 更显著促进了其高级消费。从消费结构上来看, 农村老年人的初级消费占比没有发生显著变化, 高级消费占比显著上升, 消费结构得到了优化。在区分了收入、健康因素后发现, 城乡统筹医保仅对收入较高、健康状况较差的农村老年人的消费有显著促进作用。

本文的政策启示是: 1) 政府应加快推行城乡统筹医保, 实现医疗保障的全民覆盖。通过发放宣传手册、开展宣讲活动、加大媒体宣传等方式提升农民尤其是农村老年人对统筹医保政策的知晓率, 让更多人了解新政策的惠民性, 并借助社会舆论引

导农村老年人弱化预防性储蓄动机, 改善其福利水平。2) 在医疗服务上, 进一步优化经办流程, 为农村老年人看病提供便捷服务, 增强农村老年人就医的积极性, 提高农村老年人对自身健康状况的认知。相关部门应定期举办乡村义诊活动与健康知识讲座, 帮助农村老年人树立科学的防病治病观念。在医疗待遇上, 及时针对现代社会的新型多发病对医保目录进行调整更新, 科学设计起付线、封顶线与住院报销比例, 完善大病保险制度, 切实减轻农村老年人患病后的经济负担, 从而保障其消费基础。3) 通过合理的制度设计, 加大对低收入、健康差的弱势群体的政策倾斜力度, 降低其因病致贫、因病返贫的风险。运用合理的财政补贴机制, 改善其生活困境。例如, 适当降低贫困老人的参保门槛、扩大其报销目录、增加报销比例等, 从而保障弱势群体的健康公平权, 增加他们对医疗保障体系的信任, 逐渐释放弱势群体的内在消费需求。4) 在农村人口老龄化加快的背景下, 应大力发展农村的“银发产业”。一方面政府应加大对农村医疗的投入, 不断完善优待老年人的政策, 提高其收入以及消费能力, 同时要加强对农村老年消费市场的监管力度, 保障农村老年人的合法权益。另一方面, 企业应根据农村老年人的消费特点, 推出更多适销对路的产品和服务, 严把质量关, 努力降低生产成本, 从而优化农村老年人的消费结构, 改善其生活质量。

注释:

- ① 海外网, http://m.haiwainet.cn/middle/352345/2016/0822/content_30245856_1.html
- ② 海外网, http://m.haiwainet.cn/middle/352345/2016/0822/content_30245856_1.html
- ③ 本文所使用的匹配方法均为核匹配, 原因是命令 diff 不提供其他匹配方法。
- ④ 这里的初级消费和高级消费均以年为统计单位。
- ⑤ 限于篇幅, 此处只汇报了家庭人均年消费的回归结果, 使用家庭人均月消费作为结果变量可得到与之相同的结论。

参考文献:

- [1] 张岭泉, 郭沧萍, 段世江. 解读农村老年人的“零消费”现象[J]. 甘肃社会科学, 2008(1): 217-220.
- [2] 石贝贝. 我国城乡老年人口消费的实证研究——兼论“退休—消费之谜”[J]. 人口研究, 2017(3): 53-64.

- [3] 蔡昉涓. 老年人口的消费行为——以刚退休人口进行前后配对的实证研究[J]. 台湾经济预测与政策, 2016(2): 45-85.
- [4] 刘艳华. 农业信贷配给对农村居民消费的间接效应——基于面板门槛模型的阐释[J]. 农业经济问题, 2016(7): 98-105.
- [5] POLSKY D, DOSHI J A, ESCARCE J, et al. The health effects of medicare for the near-elderly uninsured[J]. Health Services Research, 2009(3): 926-945.
- [6] 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): 107-121.
- [7] 王翌秋, 雷晓燕. 中国农村老年人的医疗消费与健康状况: 新农合带来的变化[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2011(2): 33-40.
- [8] 何兴强, 史卫. 健康风险与城镇居民家庭消费[J]. 经济研究, 2014(5): 36-50.
- [9] 周钦, 刘国恩. 健康冲击: 现行医疗保险制度究竟发挥了什么作用?[J]. 经济评论, 2014(6): 78-90.
- [10] WAGSTAFF A, LINDELOW M, JUN G, et al. Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme[J]. Journal of Health Economics, 2009(1): 0-19.
- [11] LEI X, LIN W. The new cooperative medical scheme in rural China: Does more coverage mean more service and better health?[J]. Health Economics, 2009(2): 25-46.
- [12] CHEN Y, JIN G Z. Does health insurance coverage lead to better health and educational outcomes? Evidence from rural China[J]. Journal of Health Economics, 2012(1): 1-14.
- [13] 邹红, 刘亚平. 异质性医疗保险、自费医疗支出与中老年人健康水平[J]. 财经科学, 2016(6): 112-123.
- [14] 王晶. 中国农村医疗筹资公平性研究——基于全国八个农业县医疗筹资系统的实证研究[J]. 社会学研究, 2008(5): 164-189.
- [15] 刘晓婷, 黄洪. 医疗保障制度改革与老年群体的健康公平——基于浙江的研究[J]. 社会学研究, 2015(4): 94-117.
- [16] 李扶, 王红漫. 京津冀社会基本医疗保险公平性研究[J]. 中国软科学, 2016(6): 129-135.
- [17] 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(10): 30-36.
- [18] 彭浩然, 岳经纶. 中国基本医疗保险制度整合: 理论争论、实践进展与未来前景[J]. 学术月刊, 2020(11): 55-65.
- [19] 马超, 顾海, 孙徐辉. 统筹医保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): 102-114.
- [20] 马超, 曲兆鹏, 宋泽. 城乡统筹医保背景下流动人口医疗保健的机会不平等——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.
- [21] HUANG X, WU B. Impact of urban-rural health insurance integration on health care: Evidence from rural China[J]. China Economic Review, 2020, 64: 101543.
- [22] 马超, 赵广川, 顾海. 城乡医保一体化制度对农村居民就医行为的影响[J]. 统计研究, 2016(4): 78-85.
- [23] 常雪, 苏群, 周春芳. 城乡统筹医保对居民健康的影响[J]. 中国人口科学, 2018(6): 103-114.
- [24] 范红丽, 王英成, 亓锐. 城乡统筹医保与健康实质公平——跨越农村“健康贫困”陷阱[J]. 中国农村经济, 2021(4): 69-84.
- [25] 何文, 申曙光. 城乡居民医保一体化政策缓解了健康不平等吗?——来自中国地级市准自然实验的经验证据[J]. 中国农村观察, 2021(3): 67-85.
- [26] 顾海, 张希兰, 马超. 城乡医疗保障制度的受益归属及政策含义[J]. 南京农业大学学报(社会科学版), 2013(1): 88-94.
- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 周坚, 周志凯, 何敏. 基本医疗保险减轻了农村老年人口贫困吗——从新农合到城乡居民医保[J]. 社会保障研究, 2019(3): 33-45.
- [30] 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(7): 7-14.
- [31] HUBBARD R G, SKINNER J, ZELDES S P. Precautionary saving and social insurance[J]. Journal of Political Economy, 1995(2): 360-399.
- [32] 谢邦昌, 韩静舒. 社会基本医疗保险对家庭消费的影响[J]. 商业经济与管理, 2015(5): 79-87.
- [33] GRUBER J, YELOWITZ A. Public health insurance and private saving[J]. Journal of Political Economy, 1999(6): 1249-1274.
- [34] CHOU S Y, LIU J T, HAMMITT J K. National health insurance and precautionary saving: Evidence from Taiwan[J]. Journal of Public Economics, 2003(9): 1873-1894.
- [35] WAGSTAFF A, PRADHAN M. Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country[J]. World Bank Policy Research Working Paper,

- 2005 .
- [36] 马双,臧文斌,甘犁.新型农村合作医疗保险对农村居民食物消费的影响分析[J].经济学(季刊),2011(1):249-270 .
- [37] 白重恩,李宏彬,吴斌珍.医疗保险与消费:来自新型农村合作医疗的证据[J].经济研究,2012(2):42-54 .
- [38] BROWN P H, BRAUW A D, 都阳,等.新型农村合作医疗与农户消费行为[J].中国劳动经济学,2009(2):5-33 .
- [39] 熊波,李佳桐.新型农村合作医疗保险与农村居民消费[J].财经科学,2017(7):64-76 .
- [40] 文乐,李琴,周志鹏.商业医疗保险能提高农民工消费吗——基于流动人口动态监测数据的实证分析[J].保险研究,2019(5):81-96 .
- [41] MAYNARD A, QIU J. Public insurance and private savings :Who is affected and by how much [J]. Journal of Applied Econometrics , 2009(2) : 282-308 .
- [42] GALLAGHER E ,GOPALAN R ,SABAT J .Medicaid and household savings behavior : New evidence from tax refunds[J]. Journal of Financial Economics , 2020(2) : 523-546 .
- [43] 顾海,孙军.统筹城乡医保制度绩效研究[J].东岳论丛,2016(10):37-43 .
- [44] 郑沃林,吴剑辉,郑荣宝.养老观念、健康状况预期、社会公平感知对农民社会养老保险参保行为的影响[J].经济经纬,2020(1):41-49 .
- [45] 周钦,袁燕,臧文斌.医疗保险对中国城市和农村家庭资产选择的影响研究[J].经济学(季刊),2015(3):109-138 .
- [46] 李猛.预期寿命延长对储蓄率的影响研究[J].中国人口科学,2020(1):29-40 .
- [47] 杨赞,赵丽清,陈杰.中国城镇老年家庭的消费行为特征研究[J].统计研究,2013(12):83-88 .
- [48] 胡希家,徐芸,徐盛鑫,等.我国医疗保健消费的现状分析[J].卫生软科学,2012(12):1009-1011 .
- [49] 杨丽,陈超.政府公共品供给对农村居民消费结构的影响——基于教育和医疗投入的分析[J].南京农业大学学报(社会科学版),2013(6):62-70 .
- [50] 韩华为.农村低保会引致负向就业激励吗?——基于CFPS 面板数据的实证检验[J].人口学刊,2019(6):89-102 .
- [51] 柳清瑞,刘淑娜.农村基本养老保险的减贫效应——基于 PSM-DID 的实证分析[J].人口与发展,2019(3):38-46 .
- [52] 韩华为,高琴.中国城市低保救助的主观福利效应——基于中国家庭追踪调查数据的研究[J].社会保障评论,2018(3):82-97 .
- [53] 温忠麟,侯杰泰,张雷.调节效应与中介效应的比较和应用[J].心理学报,2005(2):268-274 .

责任编辑: 李东辉