

城乡差异视角下医疗保险的隐性福利 估值及机制研究

——基于 CGSS 主观幸福感数据的实证分析

黄秀女, 郭圣莉

(华东理工大学 社会与公共管理学院, 上海 200237)



摘要 基于中国社会科学综合调查(CGSS)2005年、2010年和2015年的三期截面数据,运用OLS及PSM方法研究医疗保险对主观幸福感的影响及作用机制,并首次运用LSA估值法测算了隐性福利的货币价值。研究发现,医疗保险显著地促进了居民主观幸福感的提升,总体上隐性福利价值约为年收入的24.58%,农村隐性福利提高的幅度高于城镇;但进一步按收入从低到高分组,则发现农村低收入人群的隐性福利并没有得到显著提高,原因可能在于农村低收入人群就医时仍具有较高家庭负担。据此提出,提高农村低收入人群医疗保险的报销比例,或者降低其就医时的门槛,灵活设置低收入人群的医疗保险降低其就医负担,才能达到精准健康扶贫和提高其隐性福利的目标。

关键词 医疗保险; LSA估值法; 主观幸福感; 隐性福利; 风险分担

中图分类号:F 062.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1008-3456(2018)06-0093-11

DOI 编码:10.13300/j.cnki.hnwkxb.2018.06.013

医疗保险是民生之本,因此这一政策的绩效评估受到广泛关注。当前学界对医疗保险的实施效果存在争议。一部分学者认为医疗保险的实施不仅促进了医疗服务的财务可及性和家庭的消费,也促进了低收入人群的医疗服务使用,及民众健康水平的提高;另一部分学者认为医疗保险覆盖面的扩大推高了医疗服务价格,因而不仅并未降低参保者的实际医疗负担,还可能造成了过度医疗和资源的浪费。以上观点的共同之处在于主要着眼于经济角度分析医疗保险的绩效,纵观现有关于医疗保险的效果研究,主要集中在经济、医疗和健康层面,鲜有从主观幸福感角度对其进行客观的分析。

主观幸福感不仅影响到人们对社会的正面评价,甚至较低的主观幸福感还可能会对经济社会的发展造成负面影响,因此,从这一角度评估医疗保险的效果不可忽视。医疗保险通过提供风险基金分散疾病风险^[1],理应具有稳定社会的作用,具有一定的心理补偿价值,能带来主观幸福感的提升,是医疗保险中所隐含的重要功能。那么,医疗保险对主观幸福感起到了怎样的作用?对国民心理补偿的“价值”多大?在城乡医疗资源配置不均衡的背景下,城乡之间医疗保险的“价值”是否存在差异?虽然 these 问题是医疗改革政策制定者们关注的重要问题,但长期以来由于主观幸福感难以测量,现有研究涉及较少,未被纳入福利测量的框架之中,其价值一直是医疗保险绩效评估所忽略的关键变量。再者,这一评估结果不仅能为医疗保险效果评估提供参考,也可为未来医疗资源的投入提供方向。因此为回答以上问题,有必要从主观幸福感维度展开医疗保险的价值评估。由于这一指标的隐性特性,本文将医疗保险对主观幸福感的影响定义为隐性福利,进一步将隐性福利的货币化价值定义为隐性福利估值,采用中国综合社会调查(Chinese General Social Survey,CGSS)2005年、2010年和2015年的

收稿日期:2018-03-21

基金项目:教育部人文社会科学研究青年基金项目“新常态背景下我国试点地区长期护理保险制度可持续性策略优化研究”(17YJCZH067);中央高校基本科研业务费探索研究基金项目“最优卫生投入规模与经济增长”(WE1824005)。

作者简介:黄秀女(1985-),女,讲师,博士;研究方向:卫生经济与社会保障研究。

三期截面数据,研究城乡差异视角下医疗保险带来的隐性福利,并通过 LSA 估值法将其货币化,测算出医疗保险的隐性福利估值。

一、文献综述

目前国内针对医疗保险效果的研究,主要集中于经济维度与健康维度等客观指标。在经济维度方面,已有的研究认为医疗保险带来了一定的正面影响:一能降低家庭预防性储蓄,带动全国约 7% 的消费^[2-3];二能显著提高职工医疗支出^[4],报销比例的提高也能促进参保居民住院服务利用率的上升^[5]。在健康维度方面,医疗保险不仅改善了外来务工人员健康状况^[6],也促进了参保居民健康水平的提高,特别对弱势群体的促进效应更为强烈^[7]。另一部分学者则认为医疗保险也带来了一定的负面影响,如道德风险与县医院服务价格上涨等问题;首先,由于医疗保险忽略了预防保健服务,参保居民中健康较好的人群面临着道德风险^[8],尤其在公费医疗和城镇居民医疗保险中道德风险程度较高^[9];其次,医疗供给方的垄断地位和营利性目标提高了医疗保险进入之后的医疗服务价格^[10],进而导致的结果是:与有保险人群相比,无保险人群一旦住院经济负担加重,医疗服务利用受限相对较多^[11]。

近年有学者开始从主观幸福感角度对医疗保险效果进行研究,但研究结果具有差异性。国外学者认为,一般来说,社会保障水平越高,其与国民主观幸福感的联系越微弱^[12-13],但对经济合作与发展组织国家芬兰的研究表明,医疗保险显著地改善了居民主观幸福感^[14]。类似的,国内学者的研究认为,社会保障的亲贫式支出促进了国民主观幸福感的持续提升^[15],社会保险与主观幸福感正相关^[16],但新农合对主观幸福感的影响效果并不理想^[17]。从以上研究可以看出,国外对于基本医疗保险隐性福利的研究主要从主观幸福感角度出发,研究对象主要为发达国家,医疗保险已经处于成熟阶段,而我国的医疗保险处于发展初期,研究对象具有差异性;再者,虽然国内学界已经注意到了隐性福利,但由于隐性福利测量手段的缺乏,没有量化、标准化的方法,因此现有研究未能深入到客观的货币化估值层次,也未能讨论影响程度的差异。可见对医疗保险隐性福利的估值研究仍有一定的探索空间。

那么医疗保险作为一项公共政策,如何科学估测它所带来隐性福利的影响程度?针对非市场物品的货币化定价,现有文献为我们提供了可借鉴的 LSA 估值法。LSA 估值法将主观幸福感这一变量看作效用,将收入与非市场物品二者联系起来,收入与非市场物品之间的权衡比率可分别通过各自的边际效用捕捉。这一方法能根据效用函数将其货币化,常被用于负外部性或正外部性效应的货币化定价,如污染^[18-19],飞机场噪音^[20],恐怖主义如美国 911 事件及森林火灾^[21],家庭非正式照顾^[22],洪灾等^[23]应用领域,已获得一定的认可。而医疗保险作为一项非市场物品且具有外部性的特征,LSA 估值法理应在医疗保险隐性福利估值中具有科学的可行性。

综上,主观幸福感作为医疗保险效果衡量的一个综合指标,但在国内关于医疗保险的研究中还存在一些不足。首先,在研究数据方面,大部分实证分析基于基本医疗保险进入覆盖率快速提升期之后的调研数据,缺乏系统的前期调研基础,同时研究对象主要局限于老年人群体或新农合的层面,并未扩展至整个基本医疗保险范围;其次,医疗服务价格与自付比例在医改前后发生了巨大变化,这些因素虽已被注意到,但在评估效果时仍未被纳入框架之中,从而可能使评估结果出现低估或者高估的情况;最后,国内现有的研究少有从货币角度将医疗保险对主观幸福感的影响数值化,也没有考虑将其效果标准化,因此未能进一步的纳入“成本-收益”的福利分析框架中。针对已有文献研究存在的不足,本文拟利用中国综合社会调查(CGSS)2005年、2010年和2015年的三期截面数据研究基本医疗保险的实施效果,并采用 LSA 估值法对隐性福利估值,重点回答以下问题:

- (1) 医疗保险带来的隐性福利多大? 货币化价值是多少?
- (2) 城乡之间医疗保险的隐性福利是否有差异? 城乡不同收入层级下其有何差别?

二、理论模型

本文在 Folland 等^[24]的医疗保险效用模型上拓展, 进而对医疗保险的隐性福利实施货币化定价(见图 1)。假设个人的初始财富为 y , 这将会给他带来单位 v 的效用, 此时他位于 A 点, 假设他的财富增加到 y_1 , 根据财富的边际效用递减规律, 效用 v_1 不会成比例的增加, 即 $v_1/v < y_1/y$ 。现实中由于不确定的社会与生活环境的影响, 他生病的概率为 p , 治疗此病的成本为 $y_1 - y_0$, 对应的效用下降为 v_0 , 总效用减少了 $v_1 - v_0$ 个单位, 那么在生病的情形下, 他的期望财富 $E(W)$ 和效用 $E(U)$ 分别为式(1)和式(2):

$$E(W) = (1 - p)y + p y_1 = y_0 \tag{1}$$

$$E(U) = v_0 \tag{2}$$

由于存在生病的风险, 此时他的期望效用 $E(U)$ 对应的值位于点 D , 对应的财富值为 y_0 。在使用 $y_1 - y_2$ 单位财富值购买医疗保险后, 对应 $E(W)$ 的效用为 E 点的纵坐标 v_2 , v_2 转化为了确定性等值点, 此时购买医疗保险产生了 $v_1 - v_2$ 个单位的效用损失, 小于无保险时的 $v_1 - v_0$ 个单位, 因此健康状况的不确定性使人们产生了风险规避的需要, 衍生了对医疗保险的需求, 医疗保险的存在相当于将不确定性风险化解, 相对于未购买医疗保险之前, 效用额外增加了 $v_2 - v_0$ 个单位, 而 $y_2 - y_0$ 单位财富值即为等价的货币化价值, 也是本研究所关心的隐性福利价值或估值。一般来说, 在实行基本医疗保险覆盖之后, 这一体系通过集合众多的参保者, 借助于大数定律, 实现了疾病风险在众多人口中的分散, 医疗保险的隐性福利价值 $y_2 - y_0$ 远大于它的购买成本 $y_1 - y_2$ 。可见, 医疗保险的主要功能在于化解疾病的不确定性, 降低了预期可能的损失, 提高了人们的隐性福利。

在前述的理论框架之下, 为衡量医疗保险的隐性福利, 使用 LSA 估值法作为本研究的测量方法。基于 Blanchflower 等^[25]的研究, LSA 估值法主要是通过构建一个包含收入和非市场物品的效用函数, 在前后效用不变情况的条件下对非市场物品价值进行货币化定价, 主要以个体主观幸福感的数据代表效用, 控制收入和其他的个体特征变量, 估计出效用不变下非市场商品变化时需要补偿的收入数量。为将医疗保险的隐性福利货币化, 借鉴 Frey 等^[26], Van Praag 等^[20]归纳的 LSA 估值法, 首先定义一个包含收入和非市场物品的效用函数, 如式(3):

$$v = E \{ h [u (y, R)] \} + \epsilon \tag{3}$$

式(3)中, v 定义为主观幸福感, 即个体对生活满意的程度^[27], 也可作为效用的代表, y 为收入, R 表示非市场物品, $u(y, R)$ 函数表示被访者的效用, $h[\cdot]$ 为非连续非可微的函数, 此函数将效用 $u(y, R)$ 映射到主观幸福感上, ϵ 捕捉的是个体不能精确映射效用 u 到主观幸福感 v 的残差项。

其次, 医疗保险隐性福利的货币化价值被定义为在没有医疗保险时, 为保持和有医疗保险之后效用不变, 收入必须增加的货币数量, 经济含义即为维持消费者的效用与后来不变, 所给予的等价货币, 在间接效用函数中表述如式(4)~式(7)所示:

$$E [v (HI_0, y_0 + IW)] = E [v (HI_1, y_0)] \tag{4}$$

$$v [HI_0, y_0 + IW] = E [v (HI_1, y_0)] \tag{5}$$

$$\hat{\beta}_1 \ln(y_0 + IW) HI_0 + \hat{\beta}_2 HI_0 = \hat{\beta}_1 \ln y_0 + \hat{\beta}_2 HI_1 \tag{6}$$

$$\ln(y_0 + IW) = \frac{\hat{\beta}_2 (HI_1 - HI_0)}{\hat{\beta}_1} + \ln y_0 \tag{7}$$

其中, $v(\cdot)$ 为间接效用函数, y_0 为初始收入, 则本文考虑的医疗保险隐性福利 IW 货币化价值为式(8):

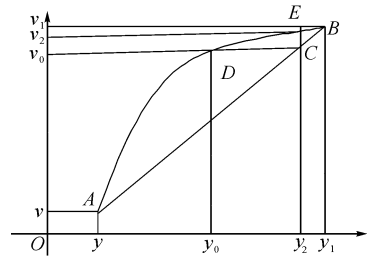


图 1 医疗保险隐性福利的理论框架

$$IW = e \left[\frac{\hat{\beta}_2 (HI_1 - HI_0)}{\hat{\beta}_1} + \ln y_0 \right] - y_0 \quad (8)$$

此外,将隐性福利 IW 的水平值定义为水平 LSA 估值,将隐性福利 IW 与收入的比值定义为相对 LSA 估值。

三、数据与实证模型构建

1. 样本选择

本文使用的数据来源于中国社会科学综合调查(CGSS)2005年、2010年和2015年的全国调研。中国综合社会调查是我国最早的全国综合性学术调查项目,它全面地收集了社区、家庭、个人多个层次的数据,为学者们广泛使用。该项目的调查范围覆盖了中国大陆几乎所有的省级行政单位,调查抽样方法采用多阶分层 PPS 随机抽样,以家庭为单位随机调查,调查对象为在调查地居住的年满 18 周岁及以上的人口(无年龄上限),具有较好的样本代表性。2005 年全国共计抽取 125 个区县,500 个街道与乡镇,1 000 个居委会与村委会,样本量 10 000,最终抽样单元中城镇样本与农村样本的比例为 59 : 41,有效回收问卷 9 854 份,2010 年全国共抽取 100 个县级单位加北京、上海、天津、广州、深圳 5 个大城市,480 个村/居委会,总样本量约 12 000,有效回收问卷 11 783 份,2015 年该项目调查覆盖全国 28 个省/市/自治区的 478 个村居,有效个人回收问卷 11 559 份。由于 2013 年数据未涵盖研究所关心的主要解释变量家庭自付医疗支出,本文未使用 2013 年数据,把 2005 年、2010 年、2015 年这 3 期数据组合为一个混合横截面数据。

该调查询问常规的人口、经济问题,涵盖了受访者的家庭状况(包括家庭总收入、家庭人口数量等)、参与基本医疗保险情况以及生活的幸福感程度直接有关的问题。此调查跨越全民医保政策开始到全国扩张的阶段,覆盖了基本医疗保险的快速扩张期(2005—2008 年);同时调查询问了自付医疗支出及个人特征信息,是目前所能获得的涵盖医疗保险保障水平与主观幸福感、公开的最新大样本数据库,具有较好的时效性。

本文选择具有以下特征的受访样本作为分析对象:(1)由于本文重点关注基本医疗保险政策,针对基本医疗保险的选项已经做了明确回应的作为本文研究样本,而选择“不适用”的样本将会排除在外;(2)为保持结果的稳健性,避免异常值对结果的影响,本文剔除了样本中年收入过高(年收入 40 万以上)的样本,删除样本占总样本的比例为 0.17%,再去掉存在缺失值的样本,用于数据回归的样本个数为 13 708。

2. 数据与变量

本文的被解释变量为主观幸福感,对应问题为“总的来说,您认为您的生活是否幸福?”,分别为五个维度,“很不幸福”“比较不幸福”“一般”“比较幸福”“完全幸福”,分别赋值 1、2、3、4、5。本文考察的主要解释变量为“有无基本医疗保险”,调查问题为“您目前是否参加了以下社会保障项目?城镇基本医疗保险/新型农村合作医疗保险/公费医疗”,回答“参加了”取 1,回答“没有参加”取 0。除此之外,参照前人的研究成果,本文选取的控制变量包括两部分:一是受访者的个人特征,如年龄、性别、受教育程度以及婚姻状况等;二是描述家庭的特征,如家庭收入、家庭人均自付医疗支出、家庭人口总数等。

表 1 列出了被解释变量、解释变量及控制变量的描述性统计。被访者主观幸福感的 3 年均值为 3.73。其中认为非常不幸福的为 1.62%,不幸福的占 7.22%,认为一般的占 25.26%,认为比较幸福的占 52.50%,完全幸福的占 13.40%。2005 年基本医疗保险的覆盖率为 48.99%,2010 年为 87.92%,5 年间增幅超过 80%,2015 年覆盖率为 91.22%,而 2005 年幸福感均值为 3.41,2010 年与 2015 年均值分别为 3.84 与 3.86,这说明我国国民的主观幸福感总体上比较乐观且略有上升,但与基本医疗保险的覆盖率增幅相比,主观幸福感的增长并不匹配。此外,文中除收入与家庭人均自付医疗支出取对数、年龄取水平值外,其他均取哑变量。其中 *education* 表示受教育程度,不受教育=1,小学、初中=2,高中=3,本科=4,本科以上=5。数据基本统计描述见下表 1:

表 1 主要变量描述性统计

$n = 137\ 908$

变量名	变量含义	均值	标准差	最大值	最小值
SWB	主观幸福感	3.730	2.200	5	1
HI	有无基本医疗保险(有=1)	0.810	0.400	1	0
income	被访者年收入/元	20 140	120 000	400 000	0
lnincome	被访者年收入对数	9.050	2.930	12.90	0
healthcost	家庭自付医疗支出	3 179	12 155	810 000	0
lnperhealthcost	家庭人均自付医疗支出对数	5.770	1.460	11.51	0
age	年龄	47.38	24.65	96	18
hukou	户籍(非农=1)	0.490	0.500	1	0
married	婚姻(已婚=1)	0.830	0.370	1	0
gender	性别(男性=1)	0.640	0.480	1	0
work	工作(有=1)	0.710	0.450	1	0
education	教育	2.460	0.900	5	1
fami-number	家庭人口总数	3.620	1.718	30	1

3. 实证模型构建

为求解 IW ，首先需将上述方程估计出来。一般来说，估计方法有 OLS、顺序 Logit 或者顺序 Probit；由于顺序模型中将因变量看作序列效用，衡量的是相对效用，而 OLS 是基于基数效用的假设，其效用可以量化。因此，依据前述理论和式(6)，选择使用 OLS 估计的结果与本文的目标更为契合。因此，参考 Dolan 等^[28]的模型，采用线性模型来分析基本医疗保险对于居民主观幸福感的影响，并估计其对应隐性福利的货币化价值，由式(6)构建的实证模型如下：

$$SWB = \alpha + \beta_1 \ln income + \beta_2 HI_i + \beta_3 X + \varepsilon, i = 0, 1 \tag{9}$$

式(9)中， SWB 表示主观幸福感， HI_i 表示有无基本医疗保险， $\ln income$ 表示个人收入， X 代表个体的特征变量，包括性别、年龄、婚姻状况和教育状况等，为了控制医疗服务价格的变化， X 还包含了家庭人均自付医疗支出作为控制变量， ε 表示随机误差项，包括个体异质性以及其他不可观测的因素。通过利用估计出医疗保险的系数 $\hat{\beta}_2$ 和收入对应的系数 $\hat{\beta}_1$ ，可以计算出医疗保险隐性福利 IW 的值为：

$$IW = e^{\left[\frac{\hat{\beta}_2}{\hat{\beta}_1} + \ln y_0 \right]} - y_0 \tag{10}$$

式(10)中， y_0 为样本的初始平均收入，根据图 1，可将 y_0 看作图 1 中的 y_0 ，则 $y_2 - y_0$ 单位财富值即为医疗保险等价的隐性福利估值 IW (水平 LSA 估值)，隐性福利与收入的比值则为隐性福利增值 (相对 LSA 估值)。

四、实证结果分析

1. 医疗保险的隐性福利

根据理论模型，使用 OLS 多元回归模型估计式(7)，主观幸福感作为因变量，有无医疗保险作为主要解释变量，并控制了收入、家庭人均自付医疗支出、性别和年龄等变量，为检验结果的稳健性，本文通过控制变量的变化来进行回归，列(4)为基础回归结果，列(2)在列(4)的基础上控制了性别与婚姻变量，列(2)还加入了工作状况，而列(3)剔除了婚姻状况，列(5)剔除了户口变量。回归结果见表 2。从 5 个回归结果可知，有无基本医疗保险、家庭人均自付医疗支出和收入的系数变动很小且都在 1% 的水平显著，这说明模型回归结果稳健可靠。回归结果如下。

表 2 医疗保险隐性福利的估计结果

SWB	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<i>HI</i>	0.125*** (0.032 9)	0.122*** (0.032 8)	0.129*** (0.032 8)	0.127*** (0.032 7)	0.131*** (0.032 8)
<i>lnincome</i>	0.132*** (0.013 7)	0.126*** (0.013 7)	0.124*** (0.013 5)	0.118*** (0.013 5)	0.124*** (0.013 5)
<i>lnperhealthcost</i>	-0.038 2*** (0.008 87)	-0.037 4*** (0.008 86)	-0.037 0*** (0.008 86)	-0.036 4*** (0.008 82)	-0.037 5*** (0.008 84)
<i>edu₂</i>	0.098 3* (0.045 9)	0.075 0 (0.045 9)	0.075 3 (0.045 3)	0.050 5 (0.045 3)	0.074 0 (0.045 3)
<i>edu₃</i>	0.183*** (0.053 3)	0.167*** (0.053 3)	0.160*** (0.052 8)	0.142*** (0.052 7)	0.158*** (0.052 8)
<i>edu₄</i>	0.238*** (0.062 1)	0.228*** (0.062 1)	0.217*** (0.061 8)	0.207*** (0.061 7)	0.218*** (0.061 8)
<i>edu₅</i>	0.223 (0.182)	0.207 (0.182)	0.211 (0.182)	0.196 (0.181)	0.214 (0.182)
<i>gender</i>	-0.096 7*** (0.031 1)	-0.102*** (0.031 1)			
<i>age²</i>	0.000 309*** (0.000 048)	0.000 455*** (0.000 053)	0.000 300*** (0.000 048)	0.000 441*** (0.000 052)	0.000 293*** (0.000 047)
<i>age</i>	-0.025 6*** (0.004 78)	-0.041 0*** (0.005 25)	-0.025 2*** (0.004 78)	-0.040 2*** (0.005 21)	-0.024 7*** (0.004 72)
<i>hukou</i>	-0.095 5*** (0.032 3)	-0.084 0*** (0.032 3)	-0.087 5*** (0.032 2)	-0.077 5* (0.031 5)	-0.092 1*** (0.031 5)
<i>yea₂₀₁₀</i>	0.228*** (0.039 4)	0.253*** (0.039 5)	0.272*** (0.036 8)	0.295*** (0.034 9)	0.264*** (0.034 6)
<i>yea₂₀₁₅</i>	0.226*** (0.049 4)	0.263*** (0.049 6)	0.275*** (0.046 8)	0.311*** (0.044 8)	0.266*** (0.044 4)
<i>work</i>	0.040 0 (0.038 0)	0.025 8 (0.038 0)	0.024 9 (0.037 7)		
<i>married</i>		0.287*** (0.040 9)		0.285*** (0.040 8)	
<i>_cons</i>	2.862*** (0.167)	3.032*** (0.168)	2.858*** (0.167)	3.035*** (0.165)	2.879*** (0.164)
<i>N</i>	13 708	13 706	13 708	13 706	13 708
<i>adj.R²</i>	0.028	0.031	0.027	0.030	0.027

注:括号内为估计系数的标准差,*、**、***分别表示在10%、5%、1%的水平上显著,下同。

第一,医疗保险对居民的主观幸福感起到了正面影响。自医改以来,医疗保险覆盖率从2000年的20.03%^[29]上升至2015年的97.15%,与此同时,我国的个人医疗支付比例从2000年的历史峰值58.98%降至2016年的29.27%,低于30.00%,按照国际标准,一般家庭自付医疗支出超过家庭收入的40%即会对家庭造成沉重打击,我国已经成功跨过了这一个槛,可见全民医保在疾病风险化解方面确实起到了重要作用,显著促进了居民隐性福利的上升。

第二,本文用家庭人均自付的医疗支出来衡量医疗服务价格。回归结果表明,医疗服务中的自付支出是影响我国居民主观幸福感的重要影响因素,自付医疗支出对居民的主观幸福感具有负向影响。这可能是因为我国大病医保体系的“碎片化”特征和体系内制度上的差异,带来了不公平和低效率的问题^[30],总体上表现为医疗服务的价格居高不下,“看病难、看病贵”的局面存在。卫生服务调查结果显示,2003年有48.9%的群众有病应就诊而不就诊,29.6%应住院而不住院,2008年有25.3%的贫困家庭是因病伤导致劳动力损失所致,9.2%的贫困家庭是治疗病伤的医疗支出所致,总体上低收入居民的医疗支出水平较低,自费率过高^[31];这说明,自付医疗支出的负面影响难以消除,自付医疗支出越高,对家庭经济情况传导性的负影响越大,对主观幸福感的负影响越大。

第三,回归结果还显示,收入对主观幸福感的影响为正面的,可见收入越高,人们的主观幸福感指数越高;婚姻状况中的已婚对主观幸福感的影响为显著的正影响,离异对主观幸福感为显著的负影

响,与国外的研究一致,这也符合人们的直觉;相对于女性,男性的主观幸福感显著较低,女性相对较高,这可能是因为男性在家庭中承担较大的责任,因此压力较大,考虑到年龄的非线性效应,本文还加上了年龄的平方项 age^2 ,年龄与主观幸福感呈 U 型关系,超过某个年龄段,主观幸福感随着年龄上升;教育与主观幸福感为非单一线性的关系,教育程度越高,主观幸福感指数越高,但在最高教育程度时并不显著,这表明了教育投资的收益值得商榷,这也表明了随着经济水平的发展,人们对教育的关注程度存在过度的可能。此外,在年份上,相对于 2005 年,2010 年与 2015 年的主观幸福感均有一定程度的上升但增幅接近,这表明主观幸福感随着国家对民生重视程度上升而提高,但提升幅度相对迟缓。

2. 城乡差异视角下医疗保险的隐性福利估值

为进一步厘清医疗保险在城乡的影响是否存在差异性,本文根据户籍类型进行了分类,根据基准回归模型做了总样本、城乡基本医疗保险的隐性福利及估值研究。回归结果表明,在三类样本中基本医疗保险总体上均提高了隐性福利,但模型之间系数略有差异,难以确定隐性福利提高的幅度。为测算出隐性福利的估值与提高的幅度,以 OLS 结果(4)为基准,将表 3 的回归结果(4)的系数与城乡分开样本回归结果的 β_1 与 β_2 代入式

表 3 城乡医疗保险的隐性福利估值

估计值	总样本	农村	城镇
$\hat{\beta}_2$	0.118*** (-0.013 5)	0.154*** (0.071 6)	0.120*** (-0.037 4)
$\hat{\beta}_1$	0.127*** (-0.032 7)	0.113*** (-0.021 4)	0.174*** (-0.019 4)
水平 LSA 估值	4 951.17	4 252.78	5 937.17
相对 LSA 估值	24.58%	32.94%	21.60%

注:括号内为估计系数的标准差,后同。

(10),估计出水平 LSA 估值,进而与各样本收入相除估计出相对 LSA 估值,结果见表 3。

结果显示,在总样本中,医疗保险对应隐性福利(IW)的水平 LSA 估值为 4 951.17 元,在农村隐性福利(IW)的水平 LSA 估值为 4 252.78 元,在城镇隐性福利(IW)的水平 LSA 估值为 5 937.17 元,而对应的相对 LSA 估值分别为 24.58%、32.94%和 21.60%,因此,城乡医疗保险隐性福利水平估值的范围为[4 252.78,5 937.17],隐性福利的增幅介于 21.60%与 32.94%之间,虽然城镇的 LSA 水平估值相对大于农村,但农村地区隐性福利的增幅大于城镇地区。

首先,总体上隐性福利的货币化价值远大于其筹资成本。2015 年我国城镇居民保险全国平均筹资水平人均 500 元,2010 年城镇职工医疗保险制度的筹资水平是人均 850 元,新型农村合作医疗的人均筹资为 157 元。而医疗保险隐性福利的货币化价值与人均年收入之比,即回报率介于 21.60%~32.94%之间,均值回报率为 24.58%,远大于筹资成本,这再一次验证了我国基本医疗保险所带来的隐性福利是正面的,且已对人们的生活质量起了正面作用,对于实现健康中国所提倡的构建良好社会氛围目标具有一定的参考意义。

其次,医疗保险的隐性福利虽然存在城乡差异,但医疗保险全面覆盖的意义重大。根据城乡的收入均值与式(10)的测算,在农村医疗保险的隐性福利的货币价值为 4 252.78 元,农村人均年收入约等于 12 912.53 元,隐性福利的货币价值相当于农村人均收入的 32.94%,而在城镇其为 5 937.17 元,城镇人均年收入为 27 487.22 元,隐性福利的货币价值相当于城镇人均收入的 21.6%。虽然农村的水平 LSA 估值低于城镇地区,但相对 LSA 估值的差异说明了医疗保险体系的重建对于农村的影响幅度大于城镇地区。卫生服务调查报告结果显示,在 2003 年,我国城镇 50%以上、农村 85%以上的居民没有任何医疗保险,农村的家庭医疗负担从 2003 年的 129.1%降至 2008 年的 56.0%,医疗保险极大地降低了农村家庭的医疗负担,而相比,2008 年城镇居民家庭医疗负担为 38.2%,城镇职工的家庭医疗负担从 2003 年的 69.4%降到 31.8%,2015 年更是直接下降到了 30.0%以下,虽然期间农村的医疗保障水平与城镇仍有较大差距,但对于农村地区来说,基本医疗保险从无到有相当于多了一重保障,意义巨大。

最后,为探究医疗保险在城乡收入组间的影响差异,根据收入进行 5 等分。实证结果如表 4 所示,从第一列开始依次按收入阶层由低到高排列。实证结果表明,总体上,在城镇地区医疗保险对主观幸福感影响程度大于农村地区;在农村地区,当处于低收入阶层时,医疗保险对主观幸福感并无显著影响,而在中等收入及以上阶层对主观幸福感的影响在 1%到 10%的显著性水平上显著,特别是对

于中等收入与较高收入阶层影响程度较高; 相比而言, 在城镇地区, 在不同收入阶层医疗保险较显著地提升了主观幸福感, 对应隐性福利的水平 *LSA* 估值依次为 2 673.43、1 471.41、4 816.76、13 170.11 和 27 350.25, 相对 *LSA* 估值依次为 69.76%、12.58%、25.92%、46.78%、32.94%。可见, 在城乡不同收入阶层医疗保险带来的隐性福利具有异质性。

总体上, 对于农村与城镇地区, 医疗保险均有显著提升隐性福利的作用, 但其对农村地区低收入人群的影响效果并不显著。综上, 本文强调了医疗保险作为重要解释变量, 并进行了各组之间的比较, 总体上其带来的隐性福利为正影响但在城乡间差异较大, 医疗保险显著地提高了城镇居民的隐性福利, 但却未显著提高农村低收入人群的隐性福利。

表 4 城乡不同收入阶层医疗保险的隐性福利估值(按收入分组)

		最低收入	较低收入	中等收入	较高收入	最高收入
农村	<i>HI</i>	0.049 7 (0.195 0)	0.359 (0.318 0)	0.203 *** (0.060 2)	0.102* (0.042 5)	0.141** (0.073 1)
	<i>lnincome</i>	-0.073 (0.115 0)	0.629 (0.382 0)	0.193 *** (0.054 5)	0.009 ** (0.032 3)	0.190 *** (0.055 7)
	水平 <i>LSA</i> 估值	0	0	9 470.86	14 042.76	9 063.67
	相对 <i>LSA</i> 估值/%	0	0	158.38	84.06	18.27
	<i>HI</i>	0.172 *** (0.061 4)	0.083 ** (0.036 9)	0.103 ** (0.043 8)	0.207 ** (0.095 5)	0.116* (0.067 3)
	<i>lnincome</i>	0.216 *** (0.067 0)	0.323 *** (0.082 4)	0.278 *** (0.081 7)	0.371 *** (0.086 2)	0.159 *** (0.048 0)
城镇	水平 <i>LSA</i> 估值	2 673.43	1 471.41	4 816.76	13 170.11	27 350.25
	相对 <i>LSA</i> 估值/%	69.76	12.58	25.92	46.78	32.94

3. 城乡医疗保险隐性福利差异的影响机制分析

根据已有的数据, 城乡隐性福利存在差异的原因可能在于, 医疗保险对健康与家庭医疗负担的影响在不同收入阶层之间存在差异。为厘清城乡各收入阶层隐性福利差异的影响机制, 以自付医疗支出占家庭收入的比例衡量家庭医疗负担, 从最为直接的健康改善与医疗负担角度进行了分析, 如下表 5 所示。结果表明: 医疗保险的影响具有异质性, 在健康方面, 除农村最低收入阶层外, 医疗保险均显著地促进了农村与城镇地区健康水平的改善; 在家庭医疗负担方面, 在最低收入阶层与中等收入阶层, 医疗保险无显著影响, 在较高收入阶层与最高收入阶层, 医疗保险显著降低了家庭的医疗负担, 但在较低收入阶层却为正影响。

首先, 对于农村居民医疗保险对健康水平的影响具有异质性, 对最低收入家庭的健康无显著影响。按收入阶层比较, 样本中城镇的健康水平普遍优于农村的健康水平, 因此对农村居民的正影响幅度更大。医疗保险显著提高了中高收入阶层的健康水平, 也降低了较高收入、最高收入阶层的家庭医疗负担, 因此提高了中高阶层的主观幸福感; 但医疗保险对最低收入阶层的健康与家庭医疗负担均无显著影响, 可能的原因在于, 由于医疗保险的起付线与封顶线设置, 医疗需求释放并没有显现出来^[32], 未能显著提高农村低收入居民健康水平, 也未能显著缓解医疗负担, 因此对最低收入阶层主观幸福感无显著影响。

其次, 对于城镇居民, 医疗保险对健康水平为显著正影响, 但对城镇家庭医疗负担的影响也具有异质性, 在较低收入阶层提高了家庭医疗负担, 在较高收入阶层降低了家庭医疗负担, 在其他收入阶层对家庭医疗负担无显著影响。但是在表 6 中, 根据收入分组我们可以得到最低收入组的家庭医疗支出 2010 年为 4 698 元, 比较低收入的家庭高出约 14%, 而 2005 年仅高出约 4%, 纵向来比较, 最低收入组 2015 年医疗支出低于 2010 年约 15%, 2010 年医疗支出比 2005 年医疗支出上涨 1.1 倍, 而较低收入阶层升高近 0.92 倍, 这说明虽然最低收入阶层的医疗消费增加, 但根据表 5 的结果, 医疗保险对家庭的医疗负担无显著影响, 因此总体上医疗保险释放了医疗需求, 在增加需求的同时却没有增加家庭医疗负担, 且对健康水平也为正影响, 所以城镇的隐性福利总体是提升的, 后续的中等收入与最高收入层同理类推。

表 5 医疗保险对健康与家庭医疗负担的估计结果(按收入分组)

SWB	最低收入	较低收入	中等收入	较高收入	最高收入
农村健康	0.199 (0.198)	0.516*** (0.079 6)	0.478*** (0.089 4)	0.593*** (0.078 7)	0.352*** (0.099 2)
城镇健康	0.366*** (0.047 2)	0.085 9* (0.049 9)	0.118** (0.059 2)	0.226** (0.101)	0.224* (0.116)
农村家庭 医疗负担	0.021 3 (0.828)	0.791* (0.444)	0.133 (0.099)	-0.106** (0.049)	-0.047 9* (0.025)
城镇家庭 医疗负担	-0.382 (0.289)	0.096 3** (0.045)	0.021 3 (0.031 4)	-0.054 1* (0.031 4)	-0.011 1** (0.005 4)

表 6 家庭医疗支出的统计结果(按收入分组)

家庭医疗支出	最低收入	较低收入	中等收入	较高收入	最高收入
2005 年农村	1 665	1 477	1 704	1 796	2 015
2010 年农村	3 504	3 261	2 717	2 662	2 884
2015 年农村	5 214	3 670	3 770	3 387	4 185
2005 年城镇	2 232	2 140	2 499	2 853	2 446
2010 年城镇	4 698	4 130	5 241	6 830	7 024
2015 年城镇	3 904	4 131	4 500	4 480	9 233

注:数据系根据 CGSS 数据计算所得。

最后,医疗保险对农村低收入人群这一最需要保障群体的隐性福利无显著影响,原因值得继续探究。2005 年、2010 年与 2015 年的家庭医疗负担如下表 7 所示。在样本最低收入阶层中,2005 年农村的平均家庭医疗负担为 80.10%,城镇对应的阶层为 45.45%,2010 年农村、城镇依次对应的为 22.00%、17.85%,2015 年依次为 26.06%、7.00%,相比来说,农村最低收入家庭的医疗消费在增加的同时,家庭医疗负担先下降后上升,而城镇为持续下降趋势。结合上表 6 与卫生服务调查报告分析,则医疗保险未能改善农村最低收入阶层隐性福利的原因可能如下:首先,医疗保险虽然没有增加家庭医疗负担,但农村的家庭医疗负担均高于城镇地区,而且健康也并未改善;其次,2008 年卫生服务调查报告显示,农村低收入家庭看门诊的比例为 58.6%,而城镇低收入家庭看门诊的比例为 29.6%,相对来说,新农合仅对住院报销,对门诊并不报销,农村的门诊负担更高;再次,在 2003 年,两周患病未治疗的比例农村与城镇相当,而到了 2008 年农村的比例约为城镇的 2 倍,且农村约 50% 因为经济困难所致,2015 年农村的比例为 2.4%,城镇为 1.4%,二者相差并未明显缩小;最后,农村的灾难性卫生支出发生率均在 10% 左右波动,10 年间并未显著下降。同时,在农村较低收入阶层中,医疗保险虽然促进了健康的改善,但却提高了家庭医疗负担,提高的幅度远大于城镇地区。可见,医疗保险对于农村低收入人群的改善效果有限,因此医疗保险并未显著增加农村低收入人群的隐性福利。

表 7 家庭医疗负担比例(按收入分组)

家庭医疗负担	最低收入	较低收入	中等收入	较高收入	最高收入
2005 年农村	80.10	23.50	15.40	10.60	5.42
2010 年农村	22.00	24.60	15.17	9.76	4.96
2015 年农村	26.06	12.85	7.85	6.24	4.46
2005 年城镇	45.45	13.18	10.91	8.29	3.76
2010 年城镇	17.85	13.98	13.08	13.13	4.46
2015 年城镇	7.00	7.72	6.90	4.48	5.38

注:数据系根据 CGSS 数据计算所得。

4. 稳健性检验

由于医疗保险的参与具有一定的自选择性,为了检验以上结果的稳健性,本文使用倾向得分匹配(PSM)的方法,对总样本、农村户籍样本和城镇户籍样本,分别

表 8 城乡医疗保险隐性福利的估计结果(PSM)

SWB	总样本	农村	城镇
HI	0.150*** (0.037)	0.172*** (0.048)	0.145*** (0.039)

估计了医疗保险的隐性福利(见表 8),结果显示 OLS 与 PSM 两项方法得出的结果方向一致,且二者

的偏差不大,因此研究结果较为稳健。

此外,本文还对城乡不同收入阶层进行了 PSM 的稳健性检验(见表 9),结果显示,PSM 和 OLS 回归的系数相差较小。因此,实证结果与估值具有较为可靠的稳健性。

表 9 城乡不同收入阶层医疗保险隐性福利的估计结果(按收入分组)(PSM)

SWB	最低收入	较低收入	中等收入	较高收入	最高收入
农村	0.069 (0.112)	0.332 (0.230)	0.206** (0.093)	0.133*** (0.049)	0.146*** (0.067)
城镇	0.173*** (0.054)	0.104** (0.037)	0.133*** (0.044)	0.204** (0.725)	0.127* (0.067)

五、结论与讨论

本文使用中国社会科学综合调查 2005 年、2010 年和 2015 年的三期截面数据,通过 OLS 及 PSM 方法评估全国范围医疗保险对主观幸福感的影响程度,采用 LSA 估值法测算了隐性福利的货币价值,并检验了其在城乡及不同收入阶层之间的影响差异,根据城乡不同收入阶层进行了影响机制分析。研究发现:

(1)虽然医疗服务价格的上涨对居民主观幸福感具有显著的负效应,但医疗保险作为一个几乎全民覆盖的体系,显著地促进了居民主观幸福感的提升,其对应隐性福利的货币价值介于人均收入的 21.60%~32.94%,均值回报率为 24.58%,农村隐性福利提高的幅度高于城镇。

(2)按照收入从低到高进行分组,则发现农村与城镇地区的隐性福利估值具有差异性,除农村低收入阶层的隐性福利没得到显著提高外,其他阶层均有上升。

(3)进一步根据健康与家庭医疗负担进行机制分析,还发现虽然医疗保险有助于分担个人疾病风险,降低个人自付医疗支出,但却未对最为需要保障的群体——农村低收入阶层的民众产生显著正影响。原因可能在于农村低收入人群就医时仍具有较重家庭负担,这与基本医疗保险设计的初衷相悖,在我国精准扶贫攻坚的重要关头,应加以重视。

新时代人民所追求的不再局限于物质的改善,更渴望医疗服务的均等化和共享医疗改革成果,本文把研究视线从主观维度转向更为直接的货币化价值,从隐性福利视角剖析基本医疗保险的效果,丰富了福利分析的研究框架。然而医疗保险的核心功能在于分担个人疾病风险,降低个人自付医疗支出,但却对最为需要保障的农村低收入阶层的民众无显著正影响。鉴于此提出:第一,针对自付医疗支出对隐性福利的负影响,确定更加合理的医疗保障水平,才能有效减轻居民医疗负担,提高居民的主观幸福感进而促进隐性福利的上升;第二,当前医疗保险受益最低面为农村最低收入人群,提高低收入人群医疗保险的报销比例,或者降低其就医时的门槛,灵活设置低收入人群的医疗保险降低其就医负担,以达到健康扶贫和提高农村低收入阶层隐性福利的目标;第三,针对城乡之间的隐性福利差异,应尽快破除制度“碎片化”及城乡之间的待遇差距,集中财力解决农村低收入人群的就医困局,降低其就医家庭负担,同时适时重视预防,特别是针对当前心脑血管疾病年轻化的趋势,进行强化防控,减少贫困增量,促进其隐性福利的提升。结合当前城乡居民医疗保险大统筹的方向,在未来可得数据的前提下,后续研究可以对城镇职工医疗保险与城乡居民医疗保险的隐性福利差异做进一步深入的探讨,其结果既可为职保与居保效果评估的衡量依据,也可作为政府在医疗保险投入决策方面提供参考。

参 考 文 献

- [1] ARROW K J. Uncertainty and the welfare economics of medical care[J]. American economic review, 1963, 53(5): 941-973.
- [2] 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): 41-53.
- [3] 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(S1): 30-38.
- [4] 苏春红,李齐云,王大海. 基本医疗保险对医疗消费的影响——基于 CHNS 微观调查数据[J]. 经济与管理研究, 2013(10): 23-

- 30.
- [5] 赵绍阳,臧文斌,尹庆双. 医疗保障水平的福利效果[J]. 经济研究,2015(8):130-145.
- [6] 石大千,张卫东. 医疗保险对外来务工人员是有效的吗?——基于CHIP2007微观数据和PSM模型的实证分析[J]. 江西财经大学学报,2016(2):60-69.
- [7] 潘杰,雷晓燕,刘国恩. 医疗保险促进健康吗?——基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J]. 经济研究,2013(4):130-142.
- [8] 傅虹桥,袁东,雷晓燕. 健康水平、医疗保险与事前道德风险——来自新农合的经验证据[J]. 经济学(季刊),2017(2):599-620.
- [9] 牟俊霖,许素友. 对我国医疗保险中道德风险的测量[J]. 卫生经济研究,2011(8):15-17.
- [10] 封进,刘芳,陈沁. 新型农村合作医疗对县村两级医疗价格的影响[J]. 经济研究,2010(11):127-140.
- [11] 赵绍阳,臧文斌,傅十和,等. 强制医保制度下无保险人群的健康状况研究[J]. 经济研究,2013(7):118-131.
- [12] VEENHOVEN R. Well-being in the welfare state: level not higher, distribution not more equitable[J]. Journal of comparative policy analysis: research and practice, 2000, 2(1): 91-125.
- [13] OUWENEEL P. Social security and well-being of the unemployed in 42 nations[J]. Journal of happiness studies, 2002, 3(2): 167-192.
- [14] KOTAKORPI K, LAAMANEN J. Welfare state and life satisfaction: evidence from public health care[J]. Economica, 2007, 77(307): 565-583.
- [15] 鲁元平,张克中. 经济增长、亲贫式支出与国民幸福——基于中国幸福数据的实证研究[J]. 经济学家,2010(11):5-14.
- [16] 阳义南,章上峰. 收入不公平感、社会保险与中国国民幸福[J]. 金融研究,2016(8):34-50.
- [17] 霍灵光,陈媛媛. “新农合”:农民获得幸福感了吗? [J]. 上海财经大学学报,2017(2):38-49.
- [18] LEVINSON A. Valuing public goods using happiness data: the case of air quality[J]. Journal of public economics, 2009, 96(9): 869-880.
- [19] LUECHINGER S. Valuing air quality using the life satisfaction approach[J]. The economic journal, 2009, 119(536): 482-515.
- [20] VAN PRAAG B, BAARSMA B E. Using happiness surveys to value intangibles: the case of airport noise[J]. The economic journal, 2005, 115(500): 224-246.
- [21] KOUNTOURIS Y, REMOUNDOU K. Valuing the welfare cost of forest fires: a life satisfaction approach[J]. Kyklos, 2011, 64(4): 556-578.
- [22] VAN DEN B, AI M, BROUWER W, et al. Economic valuation of informal care: the conjoint measurement method applied to informal caregiving[J]. Social science & medicine, 2005, 61(6): 1342-1355.
- [23] LUECHINGER S, RASCHKY P A. Valuing flood disasters using the life satisfaction approach[J]. Journal of public economics, 2009, 93(3): 620-633.
- [24] FOLLAND S, GOODMAN A C, STANO M. The Economics of health and health care[M]. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2007.
- [25] BLANCHFLOWER D G, OSWALD A J. Well-being over time in Britain and the USA[J]. Journal of public economics, 2004, 88(7): 1359-1386.
- [26] FREY B S, LUECHINGER S, STUTZER A. The life satisfaction approach to valuing public goods: the case of terrorism[J]. Public choice, 2009, 138(3-4): 317-345.
- [27] KAHNEMAN D, KRUEGER A B, SCHKADE D A, et al. A survey method for characterizing daily life experience: the day reconstruction method[J]. Science, 2004, 306(5702): 1776-1780.
- [28] DOLAN P, METCALFE R. Comparing willingness-to-pay and subjective well-being in the context of non-market goods[J]. Lse research online documents on economics, 2008(8).
- [29] 庄云英,曾武. 2000年至2009年医疗保险覆盖及医疗服务利用变化分析[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(30): 56-58.
- [30] 周晋,金昊. 大病医保体系内的制度差异及其公平和效率评价[J]. 大连理工大学学报(社会科学版), 2016(1): 83-89.
- [31] 王小鲁. 灰色收入与国民收入分配: 2013年报告[J]. 比较, 2013(5): 1-11.
- [32] 谢明明,朱铭来. 医疗保险对医疗费用影响的门槛效应研究[J]. 江西财经大学学报, 2016(4): 57-65.

(责任编辑:陈万红)