

# 城乡统筹医保与健康实质公平\*

## ——跨越农村“健康贫困”陷阱

范红丽 王英成 仝 锐

**摘要：**农村居民在提高健康水平过程中面临的不充分和不平衡问题十分突出。健康不平等与健康贫困相互交织，既阻碍健康中国战略实施，也制约农村长期减贫和脱贫成果巩固。本文基于2011—2018年中国健康与养老追踪调查数据，利用健康集中指数考察城乡统筹医保对中国农村中老年人健康实质公平的政策效应、作用渠道和影响机制。结果表明，虽然城乡统筹医保提高了农村中老年人的健康水平，但也扩大了不同收入人群的健康差距，加剧了健康不平等，而且随着时间推移，这一影响呈现“倒U型”特征。异质性分析表明，城乡统筹医保对农村老年人健康不平等的影响更明显，这加剧了健康不平等存在的“累积劣势”。机制分析发现，医疗服务利用“穷人补贴富人”的不平等是城乡统筹医保加剧农村中老年人健康不平等的重要渠道。本文的研究结果证明，城乡统筹医保并未改善农村居民的健康公平。基于健康不平等的“亲贫性”以及老龄化的严峻性，中国农村贫困综合治理和社会保障制度建设需警惕城乡统筹医保可能带来的“健康不平等—健康贫困”陷阱。

**关键词：**健康实质公平 健康贫困 城乡统筹医保 农村中老年人

**中图分类号：**F062.6 **文献标识码：**A

### 一、问题的提出

改革开放以来，中国经济持续快速增长，社会结构发生了深刻变化。以习近平总书记为核心的党中央以人民为中心，作出了实施健康中国战略的决策部署，并在“十三五”期间取得了良好开局，中国居民健康素养水平明显提升，医疗卫生体系不断完善。然而，在国民健康水平提高的过程中，也伴随着个体健康水平差异化的社会分层现象，表现为与经济社会地位较高的群体相比，经济社会地位较低的群体在健康上具有明显劣势，出现了健康不平等现象（Marmot et al., 1991；Allison and Foster, 2004）。健康是个体在身体和心理上适应社会的能力，影响着个体社会资源的获取和自我价值的实现（唐钧、李军，2019）。健康不平等意味着中低收入人口（特别是贫困人口）的健康状况更差，疾病等健康

\* 本文研究受到国家社会科学基金青年项目“农村失能老人家庭照料的社会支持研究”（项目编号：19CSH073）的资助。感谢匿名审稿专家提出的宝贵修改意见。当然，文责自负。

问题会使该弱势群体丧失参与社会活动的机会，剥夺这部分人的社会发展能力，造成收入下降引发的健康贫困问题（祁毓、卢洪友，2015；温兴祥，2018），进而加剧已经存在的贫困或不平等现象，并在代际间传递。当健康、不平等、收入及贫困等问题相互交织，农村居民就极有可能陷入甚至被锁定在“健康贫困”陷阱中：健康不平等—低收入人口健康损害—诱发疾病—机会丧失和能力剥夺—经济负担加重和收入能力下降—陷入贫困无法自拔。此外，健康不平等存在“累积劣势”（Dupre et al., 2008；石智雷、吴志明，2018），个人的健康水平会随着年龄的增长而下降，而社会底层人群的健康水平下降更为明显，这部分群体往往没有充足的社会经济资源来缓解年长导致的健康状况恶化（郑莉、曾旭晖，2016）。因此，人口老龄化程度的加深会加剧中老年人健康不平等，使中老年人健康恶化和经济脆弱相互交织的问题更为严峻，这不利于“健康中国”战略的实施和推进。

本文分析一种对健康不平等的干预措施——城乡居民医疗保险制度，考察其对农村中老年人健康不平等的影响。2007年以来，中国建立了包括城镇职工、城镇居民和新型农村合作医疗保险在内的基本医疗保险制度，但三种医疗保险存在制度分设、管理分割、城乡有别的问题，导致在缴费额度、政府补助标准和实际待遇水平方面存在群体分割的碎片化现象（郑秉文，2009），不利于实现城乡居民医疗服务利用的公平（解丕，2009；刘小鲁，2017）。2008年以来，多个省（区、市）积极整合城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险，建立了统一的城乡一体化居民医疗保险（简称“城乡统筹医保”），旨在打破条块分割的社会医疗保险制度，提高居民医疗服务利用的公平性和健康的公平性（胡宏伟等，2012）。该制度在设计上确实打破了户籍壁垒，保证了城市和农村居民在参保上的机会均等，但是参保机会的均等并不意味着受益结果的公平。实践中往往是高收入者利用了更多的医疗服务，对健康的促进作用更为明显。从社会公平正义的角度出发，医保制度应该是保证不同收入人群在相同健康需求条件下受益的均等，甚至重点确保低收入人群获得更大程度的医疗保障和健康改善，实现所谓的“健康实质公平”。这既是中国深化医药卫生体制改革的主要目标，也是社会保障制度正确的价值取向。因此，从“事后效果”评估角度，探索城乡统筹医保能否提高健康公平性，有助于检验中国医保制度改革的效果，进而推进医保政策完善，丰富健康不平等这一全球性议题的研究。

理论上，城乡统筹医保对健康不平等的影响是多渠道的。从筹资和缴费角度，城乡统筹医保对缴费和筹资比例作了相关规定，能够通过医保制度的再分配效应减轻低收入人群的医疗负担，改善其健康状况，缓解健康不平等（He and Sato, 2013）。但也有学者发现医疗保险的收入再分配效应并不明显，甚至存在“亲富人”的逆向效应（Chen and Escarce, 2004；金双华、于洁，2017）。从补偿和受益公平性角度，城乡统筹医保会通过增加对低收入者的医疗费用补偿，提高其医疗服务利用水平（Card et al., 2009；齐良书、李子奈，2011；Finkelstein et al., 2012；何文、申曙光，2020），这是实现健康平等的重要途径。但在医疗资源分配不均，起付线、封顶线以及报销比例等措施的限制下，高收入者会因为具有更强的支付能力，最终获得更多、更优质的医疗服务，引发医疗服务“穷人补贴富人”效应，加剧健康不平等（Wagstaff et al., 2009；彭晓博、王天宇，2017）。此外，各地区考虑到城乡差异而多采用一制两档的模式，允许城乡居民自主选择不同的缴费档次和补偿标准，这也可能加剧健康不平等。可见，制度统一但实践分割的城乡统筹医保对健康不平等的最终影响取决于上述两个作

用的净效应，具体影响仍有待实证检验。然而，目前尚未有权威研究聚焦医保统筹政策对居民健康公平性的影响，仅有少量研究关注了城乡统筹医保对城乡居民医疗服务利用和医疗负担的影响（刘小鲁，2017；马超等，2018；刘莉、林海波，2018）。鉴于此，本文聚焦城乡统筹医保对中国居民健康不平等的影响，并重点探析医疗服务利用这一渠道的作用机制。

农村居民多从事体力劳动，对健康的依赖性更强（程名望等，2014），且农村地区老龄化和收入不平等现象尤为突出（魏后凯，2017；范红丽、辛宝英，2019），健康不平等更有可能导致农村地区陷入“健康贫困陷阱”的恶性循环。在此背景下，做好农村地区的城乡医保统筹工作，不仅是提高农村居民健康水平、促进农村居民持续增收的应有之义，也是加强农村社会保障、建立公平可持续医保制度的必然要求，还是巩固脱贫攻坚成果、实施健康中国和积极老龄化战略的当务之急。因此，本文旨在探讨城乡统筹医保能否促进农村中老年人健康实质公平，实现低收入人群健康水平的更大幅度提升以摆脱健康贫困陷阱。本文利用2011—2018年中国健康与养老追踪调查数据，实证检验城乡统筹医保对农村中老年人健康不平等的影响，从时间维度考察该制度影响健康不平等的演变趋势，并进一步探讨其中的作用渠道和影响机制。本文的边际贡献有两点：一是在人口老龄化背景下聚焦农村中老年人，从医疗体系受益公平性的角度，总结和检验了中国城乡居民医疗保险制度改革的实践效果，有助于更加充分地发挥医疗保险切实保障社会公平的作用；二是现有研究多从理论和政策方面解读城乡统筹医保，本文则从实证角度检验城乡居民医疗保险对健康不平等的影响，以考察其在健康改善和贫困综合治理中的作用。

## 二、数据来源与变量说明

### （一）数据来源

本文所用数据来自中国健康与养老追踪调查（CHARLS），该调查采用多阶段分层抽样方法，针对中国45岁及以上中老年人，收集了丰富的个体、家庭和社区层面微观数据。CHARLS于2011年、2013年、2015年和2018年开展了4次全国追踪调查，覆盖28个省（市、区）的150个县级单位、450个村级单位，是全国性、多学科的社会追踪调查。本文利用2011年、2013年、2015年和2018年4个调查年度的全国追踪数据，按照户籍状况保留农村样本以检验城乡统筹医保对农村中老年人健康公平的影响。为了准确评估城乡统筹医保的影响，本文进一步排除了同时拥有商业医疗保险等其他医疗保险的样本，仅保留参加新农合或者城乡统筹医保的样本。此外，本文进一步剔除了80岁以上的高龄老年人样本，以消除年龄过大对分析的影响。在剔除存在缺失观测值的样本后，本文最终得到有效样本16414个。

### （二）变量说明

本文的核心解释变量为农村中老年人是否参加了城乡统筹医保。由于本文重点分析城乡医保统筹后的政策效应，因此将样本限定为参与城乡统筹医保或者新农合的个体。本文基于CHARLS对个体参保状态的调查，结合受访者所在地区实施城乡医保统筹的实际情况识别受访者的参保类型：如果个体参加的是城乡统筹医保，则该变量取值为1；若个体参加的依然是新农合，则变量取值为0。

本文关注的被解释变量是个人的健康状况，一般从主观感受、医学诊断和身体机能三个方面来衡

量。自评健康状况是个体基于自身客观健康状况进行的主观判断，能够全面反映健康的多维性和整体性（金成武，2007；Jylhaä，2009；连玉君等，2015）。因此，本文采用自评健康水平衡量个体健康状况，CHARLS数据中自评健康水平为“差”、“一般”、“好”、“很好”和“极好”五种状态。本文利用离差标准化方法将数据进行归一化处理，发现2011—2018年中国农村中老年人的自评健康水平不断提高，而且参加城乡统筹医保人群的自评健康状况显著优于参加新农合的中老年人（见表1）。

表1 样本自评健康水平的统计

变量	年份	总样本		参加城乡统筹医保		未参加城乡统筹医保	
		均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
自评健康水平	2011	0.1879	0.1059	0.1998	0.1106	0.1877	0.1058
	2013	0.2353	0.1065	0.2323	0.1149	0.2354	0.1061
	2015	0.2854	0.1088	0.2869**	0.1112	0.2766	0.0968
	2018	0.4890	0.1063	0.5227***	0.1163	0.4822	0.1029
	2011—2018	0.4035	0.1714	0.5073***	0.1341	0.3887	0.1710
样本量		16414		2169		14245	

注：\*\*\*、\*\*和\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平，表明参加和未参加城乡统筹医保样本均值差的统计显著性。

考虑到自评健康水平指标可能受到个人的主观感受、认知框架以及社会背景的影响（Lowry and Xie, 2009），本文进一步采用“过去一个月是否生病”和“日常生活能力”两个客观健康指标进行稳健性检验，这两个指标来自CHARLS中针对受访者“过去一个月是否生病和日常生活能力”的调查。如果受访者过去一个月没有生病，则“是否生病”变量取值为1，否则取值为0；如果受访者能够同时独立完成洗澡、穿衣、吃饭、上厕所、室内活动和控制大小便6项活动，则“日常生活能力”变量取值为1，若受访者无法完成其中一项或多项活动则该变量取值为0。考虑到各地城乡统筹医保都推行门诊统筹，即将一些在门诊治疗且费用较高的慢性病的诊疗费用也纳入统筹基金支付范围，本文继续采用“是否患有慢性病”作为健康指标进行分析。慢性病状况来自医生对受访者是否患有高血压、糖尿病、心脏病等14种慢性疾病的诊断，如果受访者没有任何慢性疾病则取值为1，至少患有其中一种取值为0。

本文还在分析中加入了个体的人口学特征和家庭特征，以全面考察可能影响个体健康状况的因素。其中，人口学特征包括年龄、性别、婚姻状态、受教育程度、居住地区、是否吸烟、是否喝酒、是否参加体育锻炼；家庭特征包括家庭人口数、家庭收入、家庭是否有室内饮水以及室内冲厕。变量的具体定义和描述性统计见表2。

表2 变量的定义及描述性统计

变量名称	变量定义	均值	标准差
城乡统筹医保	个体参加的医疗保险类型是城乡统筹医保=1，为新农合=0	0.1321	0.3386
45~55岁	个体的年龄为45~55岁=1，否=0	0.3220	0.4932
56~65岁	个体的年龄为56~65岁=1，否=0	0.3575	0.4701
66~75岁	个体的年龄为66~75岁=1，否=0	0.2506	0.3955
76~80岁（对照组）	个体的年龄为76~80岁=1，否=0	0.0699	0.2343

城乡统筹医保与健康实质公平

婚姻	个体的婚姻状况, 已婚=1, 未婚、离异、丧偶=0	0.8598	0.3249
小学及以下 (对照组)	个体的受教育程度为小学及以下=1, 否=0	0.7176	0.4572
初中	个体的受教育程度为初中水平=1, 否=0	0.2065	0.4072
高中	个体的受教育程度为高中水平=1, 否=0	0.0696	0.2688
大学及以上	个体的受教育程度为大学水平及以上=1, 否=0	0.0063	0.0961
居住地区	个体居住在城市=1, 居住在农村=0	0.2775	0.3129
家庭人口数	家庭的人口数量, 单位: 人	3.4630	1.0809
是否吸烟	个体吸烟=1, 否=0	0.3084	0.4315
是否喝酒	个体喝酒=1, 否=0	0.2831	0.4526
是否参加体育锻炼	个体参加体育锻炼=1, 否=0	0.0443	0.2038
家庭收入的对数	家庭年收入情况, 原数值单位: 元	7.8530	3.5606
是否有室内饮用水	家庭有室内饮用水=1, 否=0	0.5349	0.4902
是否有室内冲厕	家庭有室内冲厕=1, 否=0	0.2814	0.4544

本文以是否参加城乡统筹医保划分样本后, 描绘出了各个年份的健康集中曲线 (见图1)。该曲线横轴和纵轴分别为按收入从低到高排序的人数和个体健康状况的累计百分比, 45度对角线为绝对公平的“公平线”。如果健康指标为取值越大表示健康状况越好的正向指标, 那么健康集中曲线位于公平线下方表明高收入者的健康状况更好, 存在亲富人的健康不平等。图1显示, 两类样本的健康集中曲线均位于公平线下方, 表明中国农村中老年人健康水平存在有利于高收入者的不平等。与参加新农合的群体相比, 参加城乡统筹医保的中老年人健康集中曲线偏离公平线的程度更大, 这表明该群体的健康不平等程度更高。但是随着时间的推移, 两类样本的健康不平等程度均逐渐降低。

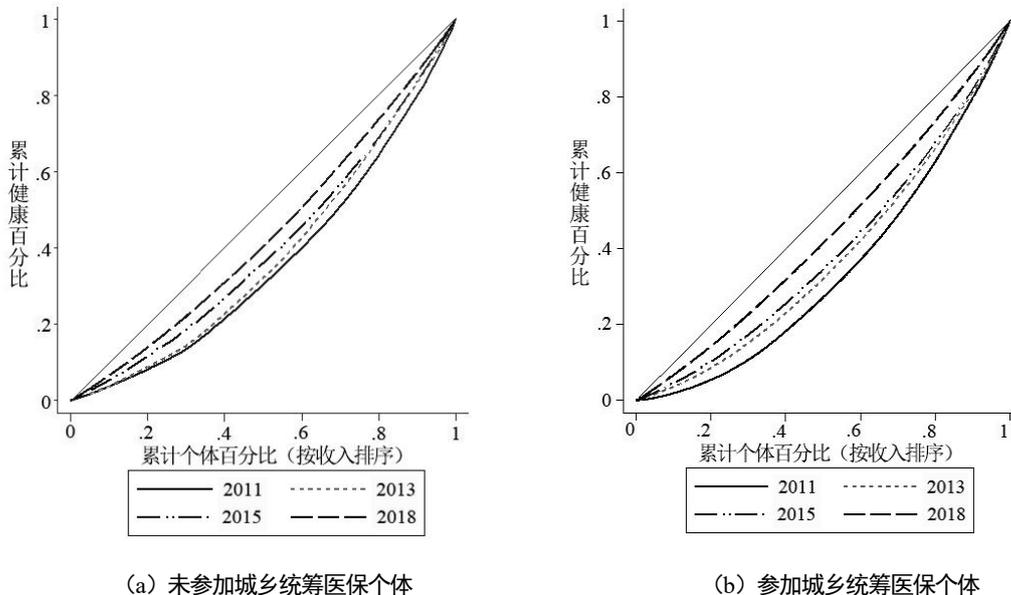


图1 样本个体的健康不平等曲线

### 三、模型设定与研究方法

#### (一) 健康不平等的测度

健康集中指数是测度健康不平等水平的常用指标，本文选取自评健康水平作为计算健康集中指数的基础。自评健康水平的原始数据是取值为“差、一般、好、很好、极好”五种类别的有序分类变量，如果将自评健康水平转变为取值为0和1的二元变量<sup>①</sup>，则不同的0值和1值截断点会得到不同的健康集中指数计算结果（Wagstaff et al., 2009; 齐良书、李子奈, 2011）。因此，本文借鉴van Doorslaer and Jones（2003）的方法，使用Ordered Probit模型将自评健康水平转化为[0, 1]区间的连续数值。该方法的具体处理思路如下：

自评健康水平原始数据的取值为1、2、3、4、5，建立相应的Ordered Probit模型为：

$$h_{it} = j, \text{当 } \gamma_{j-1} < h_{it}^* \leq \gamma_j, j = 1, 2, 3, 4, 5 \quad (1)$$

其中， $h_{it}$ 是有序分类变量，代表个体*i*汇报的自评健康水平， $\gamma_j$ 为待估计的切点， $h_{it}^*$ 是 $h_{it}$ 背后的潜在连续变量，可以表示为一系列个体医疗保险状态（ $Insurance_{it}$ ）和人口学及家庭特征（ $X_{it}$ ）变量的方程，具体如下：

$$h_{it}^* = \beta_1 Insurance_{it} + \beta_2 X_{it} + \varepsilon_{it}, \varepsilon_{it} \sim N(0, 1) \quad (2)$$

由（2）式中对扰动项 $\varepsilon_{it}$ 分布的假定可得 $h_{it}$ 取值为*j*的概率：

$$P_{ij} = P(h_{it} = j) = \Phi(\gamma_j - \beta_1 Insurance_{it} - \beta_2 X_{it}) - \Phi(\gamma_{j-1} - \beta_1 Insurance_{it} - \beta_2 X_{it}) \quad (3)$$

其中， $\Phi(\bullet)$ 为标准正态分布的累积密度函数，本文建立Ordered Probit的对数似然函数，利用最大似然估计求出系数 $\beta$ 和切点 $\gamma_j$ 的估计值，然后根据（2）式求得自评健康水平潜变量 $h_{it}^*$ 的线性预测值 $\hat{h}_{it}^*$ ，该值的取值范围为 $(-\infty, \infty)$ 。本文按照离差标准化的处理方式将预测值 $\hat{h}_{it}^*$ 转换为[0, 1]区间的连续自评健康水平分值 $Sah_{it}$ 。

基于上述确定的连续自评健康水平分值，可求得健康集中指数，具体表现为健康集中曲线和公平线之间面积的2倍，本文借鉴Wagstaff et al.（2009）的做法，定义健康集中指数的表达式为：

$$CI = \frac{2}{H} \text{cov}(Sah_i, R_i) = \frac{2}{nH} \sum_{i=1}^n Sah_i R_i - 1 \quad (4)$$

其中， $CI$ 为取值介于-1到1之间的健康集中指数。本文选择的自评健康水平 $Sah_{it}$ 取值越大代表个体的健康状况越好，因此当 $CI$ 取值为正时，表明收入较高的个体健康状况更好，存在亲富人的健康不平等。 $H$ 为样本的平均健康状况， $R_i$ 为样本中第*i*个人在按照收入由低到高排序中的分位值排名，通过 $(i - 0.5) / n$ 计算而得。

#### (二) 健康不平等的分解

<sup>①</sup> 健康集中指数的计算过程要求健康指标必须为二元变量或连续变量，不能为多元有序变量。

本文计算各影响因素的集中指数和弹性，以对健康不平等进行分解，以甄别各影响因素对健康不平等的贡献。每个因素对健康不平等的贡献既与自身对健康的直接影响有关（以弹性衡量），也与收入通过该因素对健康不平等产生的间接影响有关（以集中指数衡量）。

健康不平等的分解首先要对农村中老年人健康的影响因素进行回归分析，得出各因素的影响系数。城乡统筹医保的缴费和补偿标准均是由“政策改革”这一外生因素决定的，这在一定程度上避免了内生性问题。本文采用个体-时间双固定效应模型（FE）修正遗漏变量可能带来的选择性偏误，以识别两者的关系。具体模型设定如下：

$$Sah_{it} = \alpha_0 + \alpha_1 Insurance_{it} + \alpha_2 X_{it} + u_i + \lambda_t + \gamma_p + \varepsilon_{it} \quad (5)$$

其中， $Sah_{it}$  是个体  $i$  在  $t$  时期的健康水平， $Insurance_{it}$  表示个体  $i$  在  $t$  时期是否加入城乡统筹医疗保险。 $X_{it}$  为个体  $i$  在  $t$  期的人口学和家庭特征， $u_i$  和  $\lambda_t$  分别为个体和时间固定效应以解决不随时间和个体变化的遗漏变量问题， $\gamma_p$  为省份固定效应， $\varepsilon_{it}$  为随机误差项。

本文利用各因素的均值计算出对应的弹性，然后求出每个因素的集中指数，再以弹性为权重进行加权平均，实现健康不平等的分解，即：

$$CI = \sum_k \eta_k CI_k + CG_\varepsilon / \mu \quad (6)$$

其中， $CI$  为健康集中指数。 $CI_k$  为第  $k$  个影响因素的集中指数，计算方式如式（4），代表各因素受到收入影响后对健康不平等产生的间接影响。 $\eta_k$  代表第  $k$  个因素对健康的需求弹性，可以表示为  $\eta_k = \beta_k \bar{x}_k / \mu$ ， $\beta_k$  和  $\bar{x}_k$  分别是各因素的回归系数和均值， $\mu$  是健康的均值。需求弹性  $\eta_k$  表示各因素每变化 1% 引起的自评健康分值变化的百分比，代表各因素对健康的直接影响。最后一项  $CG_\varepsilon / \mu$  是扰动项对健康集中指数的影响。

### （三）健康不平等变化的分解

在健康不平等分解的基础上，还可以进一步利用面板数据从动态角度考察各因素在健康不平等变化过程中所发挥的作用。本文使用 Oaxaca 分解方法，将不同时期总体健康集中指数的变化分解为各因素集中指数的变化和 demand elasticities 的变化两部分，考察两部分中哪一部分对健康不平等变化的贡献更大。具体的分解公式如下：

$$\Delta CI = \sum_k \eta_{kt-1} (CI_{kt} - CI_{kt-1}) + \sum_k CI_{kt} (\eta_{kt} - \eta_{kt-1}) + \Delta (CG_\varepsilon / \mu) \quad (7)$$

其中， $\Delta CI$  为健康集中指数的变化， $CI_{kt}$  和  $CI_{kt-1}$  分别是各个因素在第  $t$  和  $t-1$  期的集中指数，而  $\eta_{kt}$  和  $\eta_{kt-1}$  则分别是各个因素在第  $t$  和  $t-1$  期的需求弹性。

#### 四、城乡统筹医保影响健康实质公平的基准分析

##### （一）城乡统筹医保对健康的影响

表 3 呈现了基于（5）式的面板固定效应回归结果。结果显示，相较于新农合，城乡统筹医保更能促进个体健康水平的提高。本文继续采用面板 Tobit 模型和倾向得分匹配法（PSM）进行稳健性分析。面板 Tobit 模型适用于因变量为受限变量的情况，而 PSM 保证了用于匹配的控制组和处理组个体在可观测的基本特征上的一致性。结果显示，面板 Tobit 模型和 PSM 模型中城乡统筹医保对个体健康水平均有显著的正向影响，这验证了面板固定效应回归结果的稳健性，表明城乡统筹医保确实能显著提高农村中老年人的健康水平。此外，本文进一步通过加入城乡统筹医保和个体收入交乘项的回归证明，城乡统筹医保确实在更大程度上提高了高收入人群的健康水平。

表 3 城乡统筹医保对农村中老年人健康的影响

	FE	面板 Tobit	PSM		扩展 FE
			近邻匹配 1:1	核匹配	
城乡统筹医保	0.0523*** (0.0001)	0.0525** (0.0003)	0.0459*** (0.0036)	0.0530*** (0.0040)	0.0556*** (0.0006)
个体收入的对数					0.0027** (0.0001)
城乡统筹医保×个体收入的对数					0.0030*** (0.0007)
其他控制变量	是	是	是	是	是
省份和年份虚拟变量	是	是	是	是	是
样本量	16414	16414	3165	15900	16414

注：括号内为稳健标准误；\*\*\*、\*\*和\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平。

##### （二）健康不平等的分解

1. 基准分析。本文利用（4）式测算得到中国农村中老年人总体健康集中指数为 0.0318，这意味着收入越高的中老年人身体健康状况越好。本文利用个体-时间双固定效应模型的回归结果，根据（6）式对健康集中指数进行分解。表 4 展示了各变量的回归系数、弹性、集中指数和贡献率，每个因素的贡献率为其总体贡献与健康集中指数相除而得，正值（负值）的贡献率代表该因素会加剧（缓解）健康不平等。

分解结果显示，城乡统筹医保加剧了健康不平等，贡献率为 6.09%。集中指数为正，说明城乡统筹医保覆盖了更多高收入的农村中老年人；弹性较大，表明城乡统筹医保在更大程度上改善了高收入参保人群的健康水平。

其他控制变量中，个人受教育程度的增加能够显著提高健康水平，而且收入越高的个体受教育程度也越高（集中系数为正），因此教育是加剧健康不平等的因素。参加体育锻炼的健康行为，以及室内有饮用水也提高了个体的健康水平，并且集中指数为正表明该因素加剧了健康不平等。收入也是导致

健康不平等的重要因素，其贡献率高达 38.32%，即收入分配越不平等，收入对健康不平等的正向贡献率越高。因此，农村中老年人的健康不平等，一部分来源于城乡统筹医保，另一部分来自个体的受教育程度、健康行为及家庭设施和收入等其他因素。

表 4 农村中老年人的健康不平等分解

变量名称	(1) 系数	(2) 弹性	(3) 集中指数	(4) 贡献率
城乡统筹医保	0.0523	0.0171	0.1131	6.0897%
45~55 岁	0.0152	0.0121	0.0091	0.3471%
56~65 岁	0.0119	0.0105	0.0013	0.0431%
66~75 岁	0.0070	0.0043	-0.0173	-0.2365%
婚姻	0.0001	0.0002	0.0013	0.0009%
初中	0.0036	0.0018	0.0153	0.0886%
高中	0.0155	0.0027	0.0494	0.4153%
大学及以上	0.0414	0.0006	0.0912	0.1854%
居住地区	0.1713	0.1178	0.1015	37.6024%
家庭人口数	0.0016	0.0134	0.0103	0.4337%
是否吸烟	-0.0086	0.0066	0.0235	-0.4857%
是否喝酒	0.0348	0.0244	0.0039	0.2994%
是否参加体育锻炼	0.1647	0.0181	0.0213	1.2112%
家庭收入的对数	0.0027	0.0525	0.2319	38.3203%
是否有室内饮用水	0.0093	0.0123	0.0758	2.9387%
是否有室内冲厕	0.0015	0.0010	0.0757	0.2490%

2. 稳健性与异质性讨论。本文进一步更换个体健康的测度指标验证结论的稳健性。表 5 第 1~3 列的结果显示，在以“过去一个月是否生病”和“日常生活能力”为健康指标时，城乡统筹医保对农村中老年人健康不平等的贡献率为正。针对慢性病的结果也表明城乡统筹医保加剧了健康不平等。这说明尽管城乡统筹医保在改革中加大了对慢性病患者的门诊补偿以缓解其长期医疗负担，但这一作用主要集中在高收入人群。此外，值得注意的是，由于医疗保险仅对患病人群在医疗服务消费后给予补偿，因此本文利用全部样本分析可能低估了城乡统筹医保对健康不平等的正向贡献，但对“城乡统筹医保加剧健康不平等”结论的准确性并无实质影响。

根据“健康不平等的累积劣势”理论，由社会经济因素导致的健康不平等程度会随着个体年龄的增长而进一步扩大。因此，本文进一步探讨城乡统筹医保对健康实质公平的影响是否存在年龄差异性。本文将样本按照 45~60 岁和 60 岁以上分为中年人和老年人两组样本进行分析。表 5 结果显示，城乡统筹医保对农村中年人健康不平等的贡献率为 7.31%，而对老年人健康不平等的贡献率高达 23.41%。由此可见，城乡统筹医保对健康不平等的贡献随年龄的增长而扩大，确实存在年龄的差异性。可能的

原因是老年人的身体健康状况更差，对于医疗服务的需求和利用程度更高，因此城乡统筹医保通过影响老年人医疗服务利用而加剧健康不平等的作用更明显。

表 5 稳健性检验和异质性分析

	稳健性检验：变换健康指标			异质性分析：区分年龄阶段	
	过去一个月是否生病 (1=否)	日常生活能力 (1=完好)	是否患有慢性病 (1=否)	中年人	老年人
健康的均值	0.4825	0.7421	0.4997	0.4062	0.4013
健康的集中指数	0.0620	0.0265	0.0840	0.0298	0.0341
城乡统筹医保的系数	0.0700	0.0106	0.0998	0.0522	0.0547
城乡统筹医保的均值	0.1368	0.1158	0.1159	0.1355	0.1284
城乡统筹医保的弹性	0.0198	0.0017	0.0231	0.0174	0.0175
城乡统筹医保的集中指数	0.1397	0.1132	0.1131	0.1251	0.4562
城乡统筹医保的贡献率	4.4728%	0.7066%	3.1167%	7.3099%	23.4145%
样本量	15413	16278	16280	8419	7995

上述研究表明，与新农合相比，城乡统筹医疗保险确实显著提高了农村中老年人的健康水平，但这一效应集中于高收入群体，加剧了不同收入群体的健康不平等。本文认为可能的原因在于，现有的城乡统筹医保尽管在制度运行框架上实现了统一，但实际运行中的缴费和补偿模式依然多采用一制多档的统筹方式，允许居民任意选择其中一档进行参保。在实践中，出于缴费水平的考虑，低收入群体选择高水平缴费和补偿的意愿和动力并不强（刘小鲁，2017；马超等，2017），获得优质医疗服务和高额补偿的可能性也很小，反倒是高收入群体更愿意加入较高档次的城乡统筹医保，从而获得更高水平的医疗保障。因此，城乡统筹医保的这一制度设计会加剧农村高收入和低收入群体的健康差距，造成低收入中老年群体的机会损失和能力剥夺，使其陷入健康贫困的恶性循环之中。

### （三）健康不平等的变化趋势及分解

尽管城乡统筹医保相比新农合并未改善农村中老年人的健康公平，但随着该制度整合力度的加大，城乡统筹医保加剧健康不平等的问题是否有所缓解？本文试图通过分年度考察健康不平等的变化趋势来回答这一问题。表 6 的结果表明，2011—2018 年城乡统筹医保对农村中老年人健康不平等的正向贡献率呈现“倒 U 型”特征。2011—2015 年该医保制度对健康不平等的正向贡献逐年增大，表 7 给出的集中指数动态分解结果发现这一变化主要归因于弹性的变化，即城乡统筹医保对健康的促进作用主要集中于高收入人群。2018 年城乡统筹医保的正向贡献出现下降，这一变化的主要原因在于随着城乡统筹医保制度的推行，该制度逐渐覆盖更多低收入人群，表现出对中国农村中老年人健康不平等的正向贡献程度下降（见表 7）。

表 6 城乡统筹医保对健康不平等的分年度贡献

年份	均值	系数	集中指数	弹性	贡献率
2011	0.0187	0.0429	0.1472	0.0043	2.2853%
2013	0.0533	0.0541	0.1156	0.0123	5.9523%

城乡统筹医保与健康实质公平

2015	0.1348	0.0653	0.0505	0.0308	7.0797%
2018	0.1501	0.0512	0.0112	0.0157	1.8335%

表 7 城乡统筹医保对健康不平等贡献变化的来源

年份	城乡统筹医保贡献率的变动	集中指数变化的贡献 ( $\eta_{kt-1}\Delta CI_k$ )	弹性变化的贡献 ( $CI_{kt}\Delta\eta_k$ )
2011—2013	3.6670%	-0.0001	0.0009
2013—2015	1.1274%	-0.0008	0.0010
2015—2018	-5.2462%	-0.0012	-0.0002

注： $\eta_{kt-1}$  表示城乡统筹医保上期的弹性， $\Delta CI_k$  表示城乡统筹医保集中指数的两期变化； $CI_{kt}$  表示城乡统筹医保当期的集中指数， $\Delta\eta_k$  表示城乡统筹医保弹性的两期变化。

## 五、城乡统筹医保影响健康实质公平的作用渠道和机制

### （一）作用渠道检验

本文研究发现，相较于新农合，城乡统筹医保确实加剧了健康不平等，这可能是因为城乡统筹医保并未有效改善低收入群体的健康状况。因此，本文将样本按照个体收入的 20、40、60 和 80 分位点分成了低收入组、中低收入组、中等收入组、中高收入组和高收入组五个组别进行分析，进一步验证城乡统筹医保对不同收入群体健康公平性的影响。

表 8 结果显示，城乡统筹医保对不同收入农村中老年人健康的促进作用确实存在差异。该医保制度在更大程度上提升了农村较高收入的中老年群体的健康水平，使得中等收入组、中高收入组和高收入组中老年人的自评健康水平分别提高了 5.25%、4.54% 和 5.22%，未能显著提高中低收入组和低收入组群体的健康状况。这表明城乡统筹医保在提升农村中老年人健康水平的过程中确实存在亲富人效应。同时，这也证明了城乡统筹医保加剧健康不平等的重要原因在于该制度在更大程度上改善了高收入人群的健康状况，而并未提高低收入人群的健康水平。

表 8 城乡统筹医保对不同收入中老年人健康改善的差异

	低收入组	中低收入组	中等收入组	中高收入组	高收入组
城乡统筹医保	0.0139 (0.0173)	0.0276 (0.0148)	0.0525*** (0.0003)	0.0454*** (0.0001)	0.0522*** (0.0001)
R <sup>2</sup>	0.3380	0.5890	0.4128	0.5601	0.6237
样本量	5861	1527	5665	1098	2262

注：括号中为稳健标准误；\*\*\*、\*\*、\* 分别表示 1%、5% 和 10% 的显著性水平。

### （二）机制探析

基于城乡统筹医保可能通过医疗服务利用影响健康不平等的理论分析，本文进一步考察城乡统筹医保对农村中老年人医疗服务利用公平性的影响，以探究该医保制度加剧健康不平等的机制与路径。

本文定义医疗服务利用公平为水平公平，即个体的医疗服务利用应该由其健康状况、年龄、性别等需要类因素决定，而不应受职业、收入、社会地位等非需要类特征的影响，即具有同等医疗服务需

求的个体应该得到同等治疗的公平。如果个体的医疗服务利用受到了非需要类变量的影响，导致同等需要的个体得到的医疗服务不同，则定义为存在医疗服务利用的水平不平等（解垚，2009）。本文利用水平不平等指数测度医疗服务利用的平等性。该指数通过分离需要类和非需要类变量，测度在消除需要差别后剩余的不平等程度。本文用“过去一个月是否看门诊”、“过去一年是否住院”衡量个体的医疗服务利用情况，并且针对过去一个月看过门诊和过去一年住过院的个体进一步考察其“看门诊次数”和“住院次数”。需要类变量为个体的年龄、性别及健康状况，非需要类变量包括个体是否参加城乡统筹医保及其他人口学特征和家庭特征。

本文首先对农村不同收入的中老年人实际和预期的医疗服务利用加以区分，以确认是否存在与收入相关的医疗服务利用不平等。其中，医疗服务的实际利用即个体实际利用的医疗服务，而预期利用则是给定个体需要之后预测的医疗服务利用。表9结果显示，针对过去一个月看门诊概率，低收入组的实际利用比预期利用低0.30%，高收入组的实际利用比预期高0.87%，并且两者存在显著的统计差异。针对过去一年住院的概率，低收入组的实际利用比预期利用低2.01%，而高收入组的实际利用比预期高1.36%。门诊和住院次数也表现出相同的规律。可见，中国农村高收入中老年人确实比低收入中老年人享受了更多医疗服务，存在医疗服务利用不平等。

表9 农村不同收入人群的门诊和住院医疗服务利用

收入水平	过去一个月 看门诊概率 (%)			过去一个月 看门诊次数			过去一年 住院概率 (%)			过去一年 住院次数		
	实际 利用	预期 利用	差值	实际 利用	预期 利用	差值	实际 利用	预期 利用	差值	实际 利用	预期 利用	差值
低收入组	15.94	16.24	-0.30	1.89	2.04	-0.15	15.22	17.23	-2.01	1.55	1.79	-0.24
中低收入组	16.75	16.86	-0.11	1.25	1.95	-0.70	14.91	15.72	-0.81	1.48	1.55	-0.07
中等收入组	20.27	16.48	3.79	1.64	1.67	-0.03	11.42	10.13	1.29	1.56	1.63	-0.07
中高收入组	16.50	15.20	1.30	1.73	2.10	-0.37	15.09	16.60	-1.51	1.69	1.40	0.29
高收入组	16.03	15.16	0.87	2.06	2.05	0.01	16.48	15.12	1.36	1.57	1.37	0.20

注：差值=实际利用-预期利用；预期利用的计算考虑了非需要变量。

本文继续对医疗服务利用的集中指数进行分解，以考察造成医疗服务利用不平等中各个因素的贡献。从表10的分解结果看，农村中老年人医疗服务的利用不仅是为了满足其自身健康的需要，还受城乡统筹医保、收入等“非需要类”因素的影响，这也是导致农村中老年人医疗服务利用不平等的主要原因。例如针对“过去一个月看门诊概率”这一医疗服务，城乡统筹医保和个人收入等非需要类因素的贡献度高达125.95%，其中城乡统筹医保的贡献为9.49%。此外，在以“看门诊次数、住院概率和住院次数”衡量医疗服务的分析中，城乡统筹医保也加剧了农村中老年人对该医疗服务利用的不平等程度。本文的机制检验证明，与新农合相比，城乡统筹医保确实导致农村高收入中老年人使用了更多的医疗服务，从而加剧了健康不平等。

表 10 医疗服务利用集中指数分解

	过去一个月看门诊概率		过去一个月看门诊次数		过去一年住院概率		过去一年住院次数	
	绝对值	占比 (%)	绝对值	占比 (%)	绝对值	占比 (%)	绝对值	占比 (%)
需要类变量的贡献								
年龄和性别	0.0003	1.90%	0.0006	2.78%	0.0004	1.18%	0.0102	13.32%
健康	0.0034	21.52%	0.0114	52.78%	0.0091	26.76%	0.0203	26.50%
总计	0.0037	23.42%	0.0120	55.56%	0.0095	27.94%	0.0305	39.82%
非需要类变量的贡献								
城乡统筹医保	0.0015	9.49%	0.0028	12.96%	0.0032	9.41%	0.0025	3.26%
个人收入	0.0184	116.46%	0.0528	244.44%	0.0286	84.12%	0.0782	102.09%
总计	0.0199	125.95%	0.0556	257.41%	0.0318	93.53%	0.0807	105.35%
所有变量的贡献	0.0158		0.0216		0.0340		0.0766	
水平不平等指数	0.0510		0.1176		0.1890		0.1567	

(三) 区分城乡统筹医保模式的进一步分析

基于上述分析，本文发现城乡统筹医保确实加剧了农村中老年人医疗服务利用和健康的平等，这可能与部分城市实行分档制模式有关。具体来说，与高收入的中老年人相比，低收入的中老年人会出于缴费能力的考虑，选择低水平缴费和低水平待遇的医保档次，较难获得足够的优质医疗服务和高额补偿，这导致了城乡统筹医保加剧农村中老年人健康不平等这一现象。本文根据样本城市实施城乡统筹的模式区分为“一档制”和“分档制”两类地区样本<sup>①</sup>，考察城乡医保的统筹模式是否对健康不平等产生影响。

表 11 的 Panel A 给出了实行一档制和分档制样本的结果。在实行一档制的地区中，城乡统筹医保对健康不平等的贡献率为 3.94%，而在分档制地区贡献率为 8.62%。由此可见，设计上采用不同缴费额度和待遇水平的分档制模式在更大程度上加剧了农村居民的健康不平等。而一档制模式实现了以“就高不就低”为原则的城乡居民医保待遇的完全统一，对健康不平等的贡献较低。一档制统筹模式实施时间的长短可能也会影响城乡统筹医保对健康不平等的贡献。本文将实施一档制统筹医保的城市按照 2013 年以前、2013—2015 年和 2016—2018 年分为三个批次，进行时间层面的异质性分析。表 11 的 Panel B 结果表明，2013 年以前、2013—2015 年和 2016—2018 年实施一档制模式的地区，城乡统筹医保对健康不平等的贡献分别为 1.21%、1.81%和 3.16%，这表明一档制医保统筹模式实施时间越长，城乡统筹医保对健康不平等的贡献越小。可见，随着一档制模式实施时间的增加，城乡医保统筹制度对健康不平等的正向贡献会不断减弱。

<sup>①</sup> 本文根据各地区相关职能部门发布的具体方案和实施时间，判断各地区城乡居民医疗保险的统筹模式和统筹时间。

表 11 区分城乡医保统筹模式的分析结果

	自评健康水平		城乡统筹医保			
	集中指数	均值	集中指数	系数	弹性	贡献率
<b>Panel A: 区分实施一档制或分档制地区</b>						
一档制	0.0338	0.1082	0.0939	0.0520	0.0142	3.9422%
分档制	0.0221	0.1620	0.1152	0.0457	0.0165	8.6238%
<b>Panel B: 区分实施一档制模式的时间长短</b>						
2013 年之前实施	0.0444	0.1306	0.0390	0.0525	0.0137	1.2077%
2013—2015 年实施	0.0318	0.1849	0.0295	0.0522	0.0195	1.8096%
2016—2018 年实施	0.0217	0.1048	0.0586	0.0413	0.0117	3.1615%

## 六、研究结论与启示

本文使用中国健康与养老追踪调查 2011—2018 年的数据,考察了城乡统筹医保对中国农村中老年人健康不平等的影响。本文通过集中指数的测量与分解,发现城乡统筹医保确实提高了农村老年人的健康水平,但加剧了不同收入群体间的健康差距,这可能导致低收入群体面临由健康不佳引起的机会丧失和能力剥夺,使得该群体获取收入的能力持续下降,被锁定在“健康贫困”的陷阱中。在采用过去一个月是否生病、日常生活能力以及是否患有慢性病替换自评健康指标后,该结果依然稳健。与中年人相比,城乡统筹医保在更大程度上加剧了农村老年人的健康不平等,进一步扩大了由年龄导致的健康不平等累积劣势。这可能导致更多低收入老年人因健康问题而致贫返贫,无法摆脱贫困。值得注意的是,城乡统筹医保护大健康不平等这一效应在时间上呈现“倒 U 型”特征,2011—2015 年其正向贡献不断加大,但到 2018 年这一效应有所弱化。影响机制和作用渠道分析表明,城乡统筹医保加剧了农村老年人在医疗服务利用方面的不平等,产生了“穷人补贴富人”现象,加剧了健康不平等。区分城乡医保统筹模式的分析还表明,一档制的城乡医疗保险统筹模式更有利于缓解农村老年人的健康不平等,这具有重要的政策含义。

本文的研究结论证实,与新农合相比,城乡医疗保险合并未能改善农村中老年人健康的实质公平,这与医疗保险改革中坚持的“增进公平”价值取向相悖。中国的城乡统筹医保实现了制度运行框架上的统一,但在整合的实践中又存在一档模式和多档模式,这无疑会加剧农村中老年人与收入相关的健康不平等。城乡统筹医保制度的完善需要加强顶层设计,逐渐从消除户籍界限的形式公平过渡到消除报销政策等壁垒的实质公平,推进政策统一、经办服务协调和医疗服务均等化,甚至向农村贫困弱势群体和老年群体倾斜照顾,从而使城乡统筹医保更好地发挥收入再分配作用,实现真正的公平,帮助农村中老年人跨越健康贫困陷阱。

### 参考文献

- 1.程名望、Jin Yanhong、盖庆恩、史清华, 2014:《农村减贫:应该更关注教育还是健康?——基于收入增长和差距缩小双重视角的实证》,《经济研究》第11期。

- 2.范红丽、辛宝英, 2019:《家庭老年照料与农村妇女非农就业——来自中国微观调查数据的经验分析》,《中国农村经济》第2期。
- 3.何文、申曙光, 2020:《灵活就业人员医疗保险参与及受益归属——基于逆向选择和正向分配效应的双重检验》,《财贸经济》第3期。
- 4.胡宏伟、李杨、郑丽莎, 2012:《统筹城乡基本医疗保险体系实现路径分析》,《社会保障研究》第1期。
- 5.金成武, 2007:《综合健康指标的一种设计》,《中国劳动经济学》第1期。
- 6.金双华、于洁, 2017:《医疗保险制度对收入分配的影响——基于陕西省的分析》,《中国人口科学》第3期。
- 7.连玉君、黎文素、黄必红, 2015:《子女外出务工对父母健康和生活满意度影响研究》,《经济学(季刊)》第1期。
- 8.刘莉、林海波, 2018:《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》,《财经论丛》第8期。
- 9.刘小鲁, 2017:《中国城乡居民医疗保险与医疗服务利用水平的经验研究》,《世界经济》第3期。
- 10.马超、曲兆鹏、宋泽, 2018:《城乡医保统筹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》,《中国工业经济》第2期。
- 11.彭晓博、王天宇, 2017:《社会医疗保险缓解了未成年人健康不平等吗》,《中国工业经济》第12期。
- 12.齐良书、李子奈, 2011:《与收入相关的健康和医疗服务利用流动性》,《经济研究》第9期。
- 13.祁毓、卢洪友, 2015:《污染、健康与不平等——跨越“环境健康贫困”陷阱》,《管理世界》第9期。
- 14.石智雷、吴志明, 2018:《早年不幸对健康不平等的长远影响: 生命历程与双重累积劣势》,《社会学研究》第3期。
- 15.唐钧、李军, 2019:《健康社会学视角下的整体健康观和健康管理》,《中国社会科学》第8期。
- 16.魏后凯, 2017:《新常态下中国城乡一体化格局与趋势》,《中国乡村发现》第1期。
- 17.温兴祥, 2018:《相对剥夺对农村中老年人健康状况的影响——基于中国健康与养老追踪调查数据的分析》,《中国农村观察》第6期。
- 18.解垚, 2009:《与收入相关的健康及医疗服务利用不平等研究》,《经济研究》第2期。
- 19.郑秉文, 2009:《中国社保“碎片化制度”危害与“碎片化冲动”探源》,《甘肃社会科学》第3期。
- 20.郑莉、曾旭晖, 2016:《社会分层与健康不平等的性别差异——基于生命历程的纵向分析》,《社会》第6期。
- 21.Allison, R. A., Foster, J. E., 2004, “Measuring Health Inequality using Qualitative Data”. *Journal of Health Economics*, 23(3): 505-524.
- 22.Card, D., Dobkin, C., Maestas, N., 2009, “Does Medicare Save Lives?”, *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2): 597-636.
- 23.Chen, A. Y., Escarce, J. J., 2004, “Quantifying Income-Related Inequality in Healthcare Delivery in the United States”. *Medical Care*, (06): 38-47.
- 24.Dupre, M. E., Liu, G. Y., Gu, D. N., 2008, “Predictors of Longevity: Evidence from the Oldest Old in China”. *American Journal of Public Health*, 98(7): 1203-1208.
- 25.Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., Allen, H.,

Baicker, K., Oregon Health Study Group, 2012, "The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year". *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3): 1057-1106.

26.Jylhaä, M., 2009, "What is Self-rated Health and Why does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model". *Social Science & Medicine*, 69(3): 307-316.

27.He, L. X., Sato, H. S., 2013, "Income Redistribution in Urban China by Social Security System: An Empirical Analysis Based on Annual and Lifetime Income". *Contemporary Economic Policy*, 31(2): 314-331.

28.Lowry, D., Xie, Y., 2009, "Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Older Ages?". *Population Studies Center Research Report*, No.09-690.

29.Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., 1991, "Health Inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II Study". *The Lancet*, 337(12): 1387-1393.

30.van Doorslaer, A., Jones, A. M., 2003, "Inequalities in Self-reported Health: Validation of a New Approach to Measurement". *Journal of Health Economics*, 22(1): 61-87.

31.Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu, L., Qian, J. C., 2009, "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme". *Journal of Health Economics*, 28(1): 1-19.

(作者单位: 山东财经大学保险学院)

(责任编辑: 胡 祎)

## **An Empirical Study on Urban-Rural Integrated Basic Medical Insurance and Health Equity: Striding over the Health Poverty Trap in Rural China**

FAN Hongli WANG Yingcheng QI Rui

**Abstract:** The health promotion is inadequate and unbalanced in rural China. The interaction of health inequality and health poverty hinders the implementation of Healthy China Strategy and restricts long-term poverty reduction and consolidation of poverty alleviation achievements in rural areas. This article uses the data from CHARLS to investigate the policy effect of the Urban-Rural Integrated Basic Medical Insurance System (URIBMI) on health equity for the middle-aged and elderly people in rural China. The analysis reveals that URIBMI has promoted healthcare significantly but increased the health inequality, especially for the elderly. Over time, this effect presents an inverted U-shaped feature. Heterogeneity analysis shows that the impact of urban and rural health insurance on health inequality of the rural elderly is more obvious, which aggravates the "cumulative disadvantage" of health inequality. The results of this study show that URIBMI does not improve the health equity of rural residents. Based on the "pro-poor" nature of health inequality and the severity of population ageing, the government should focus on the "health inequality-health poverty" trap that may be brought about by URIBMI, so as to promote the comprehensive management of rural poverty and the construction of social security system in rural China.

**Keywords:** Health Equity; Health Poverty; URIBMI; Rural Middle and Old Aged Resident