

# 城乡居民医保整合是否抑制了农村中老年人健康损耗？\*

洪灏琪 宁满秀 罗叶

**摘要：**本文基于 CHARLS 全国调查数据，运用渐进性双重差分方法，考察了城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗的影响。研究发现，相对于未整合地区而言，城乡居民医保整合有效缓解了农村中老年人的行动能力损耗，但并未对其认知能力损耗产生显著影响。基于年龄分组的异质性分析结果表明，“一制多档”模式抑制了农村中年群体与低龄老人群体的行动能力损耗，而“城乡一档”模式则对农村高龄老人的行动能力损耗产生了抑制作用。无论是“一制多档”模式还是“城乡一档”模式，对不同年龄群体认知能力损耗的抑制效果甚微。基于贫困分组的异质性分析结果表明，“一制多档”模式和“城乡一档”模式均对非贫困组行动能力损耗具有更强的抑制作用，但“城乡一档”模式在降低认知能力损耗风险方面呈现出更明显的“益贫”效果，这意味着不同整合模式在抑制不同群体健康损耗方面各具优势。此外，城乡居民医保整合对农村中老年人行动能力与认知能力损耗的抑制效应随实施时间的推移不断增强。总而言之，若要通过社会医疗保险制度的深化改革来破解农村居民因病致贫、因病返贫的困境，需要因地制宜地实施有差别的城乡医保整合模式，重点关注农村弱势群体的健康资本损耗问题，巩固脱贫攻坚成果。

**关键词：**城乡居民医保整合 医保权益便携性 健康损耗 双重差分法

**中图分类号：**F061.3 **文献标识码：**A

## 一、引言

2003 年以来，旨在为农村居民提供基本医疗保障的新型农村合作医疗保险制度（简称“新农合”）在全国范围内迅速推广。截至 2009 年底，农村新农合覆盖人群高达 94%<sup>①</sup>。然而，新农合以县为基本统筹单位，统筹层次过低导致中国农村社会医疗保险体系长期处于碎片化的运行状态，呈现出城乡分割、地区分割以及人群分割的基本特征，由此引发医保权益在不同统筹区域和城乡之间的便携性问题。

\*本文是国家自然科学基金面上项目“农村医疗保险便携性、就业‘锁定’与福利再分配效果研究”（编号：71773017）的阶段性研究成果。感谢匿名审稿专家提出的宝贵修改意见，文责自负。本文通讯作者：宁满秀。

<sup>①</sup>[http://www.gov.cn/gzdt/2010-04/09/content\\_1576944.htm](http://www.gov.cn/gzdt/2010-04/09/content_1576944.htm)。

医保权益便携性指参保人无论处于何地，已经获得或正在获得的医疗保险权益独立于职业、户籍以及居住地，可以被保留、维系或转移以避免福利受损的能力（汤晓莉、姚岚，2011）。显然，中国新农合制度在设计之初就具有“以邻为壑”的属地管理特征，给付结构与报销管理设计呈现出典型的行政区域特点，因此，在新农合制度框架内，医保权益非携带性将使农村居民面临“医保不适用”问题，不得不承受高昂的就医成本，以致其获得的实际报销水平远低于预期，医疗服务未得到充分利用。更为现实的情况是，受预算约束和医保制度非携带性规定的影响，农村居民往往在生病后不及时就医治疗，即没有将医疗需要转化为有效的医疗需求，延缓了健康资本的及时修复。在这种情况下，受损的健康资本有可能在患者自我治疗下修复，也可能因“小病拖、大病扛”诱发更为严重的健康损耗，加剧农村居民陷入贫困的风险，减弱社会医疗保险制度缩小收入差距的益贫功能。

毋庸置疑，提高统筹层次、实现医保制度城乡一体化在促进劳动力要素优化配置、改善医保福利待遇与促进社会公平正义等方面具有重要意义。从2008年开始，陆续有地方政府基于自身实际，率先开展整合城乡居民医疗保险制度（简称“城乡居民医保整合”）的尝试，如成都市于2009年将新农合和城镇居民医疗保险整合为城乡居民医保，江苏、广东和重庆也是整合城乡居民医疗保险制度较早的地区。截至2016年底，全国已有27%的地区（地级市与直辖市）自发完成了整合，这为本文识别城乡居民医保整合对农村居民健康损耗的影响提供了机会。

与新农合相比，城乡居民医保整合具有更强的可携带特征。主要体现在以下三个方面：第一，该制度以市（地）级为基本统筹单位，有条件的地方可以实现省级统筹，统一医保目录与定点机构管理，扩大了农村居民的医疗服务资源可及范围。第二，该制度在一定程度上淡化了对农户参保与就医赔付、补偿的地域限制，简化了新农合制度背景下农村居民异地就医面临的复杂、繁琐的报销手续和程序，降低了由此导致的经济损失。第三，该制度以“待遇就高、缴费就低”为原则设计整合政策，提升了农村居民在统筹范围内就医的补偿待遇，缩小甚至抹平了城乡医保的待遇差别。可以预期，城乡居民医保整合引发的制度结构变化可能会刺激农村居民对医疗服务的有效需求，减少“有病不医”行为，从而有效抑制其健康资本损耗。

必须指出，中国未来的医疗支出将随着人口老龄化程度的日益加深而大幅增长，这势必增加医保基金压力和公共财政负担。同时，人口老龄化又会引发社会全要素生产率下降，威胁到宏观经济的增长。若城乡居民医保整合能有效抑制中老年人的健康损耗，那么这一制度变革不仅有助于延缓中老年人退出劳动力市场的速度，更有利于保障医保基金池的可持续性，对减轻公共财政负担具有重要意义。鉴于此，本文试图回答：城乡居民医保整合能否有效抑制农村中老年人的健康损耗？不同整合模式对农村中老年人健康损耗产生的抑制效果有何差异？这一制度变革能否对农村中老年人的健康损耗产生长期稳定的抑制作用？对上述问题的回答有助于深入理解农村中老年人健康损耗的深层次原因，可为系统评价中国农村社会医疗保险制度的实施效果提供实证依据。

## 二、文献综述

学界针对农村社会医疗保险制度能否有效改善农村居民健康展开了广泛讨论。关于新农合的健康

绩效，现有研究利用不同方法和数据进行了探讨，结论尚存较大分歧。有研究证实，新农合在提高农村居民健康水平方面发挥了积极作用（王翌秋、雷晓燕，2011；程令国、张晔，2012；李湘君等，2012；Cheng et al., 2015；赵为民，2020）。亦有文献表明，新农合在改善农村居民健康方面效率不高、影响有限（Lei and Lin, 2009；吴联灿、申曙光，2010；张哲元等，2015；章丹等，2019），对农村劳动力长期健康资本的提升效果不明显，甚至因难以消减农村居民对“看不起病”的隐忧而无益于其心理健康改善（周钦等，2018），与中国其他医疗保险制度相比，新农合的健康绩效最弱（邹红、刘亚平，2016）。导致结论分歧的可能原因在于：一方面，不同研究在健康指标的度量上存在差异，而健康指标变化的灵敏性因其客观性程度而异；另一方面，学者们选取的是不同年龄阶段的研究人群，而个体健康的变化趋势会随个体年龄的变化而变化（潘杰、秦雪征，2014）。

值得强调的是，现有研究在考察新农合的政策效果时，大多将农村居民的参保行为作为政策实施的代理变量，即评价从无保险到有保险过程的效果变化，鲜有文献从统筹层次、参保缴费、报销规则与待遇水平等方面分析新农合在缓解疾病冲击方面的实际效果，这显然难以准确反映农村社会医疗保险制度与农村居民健康之间的内在关系。此外，一些研究笼统地将新农合健康绩效不佳的问题归咎于新农合的“低补偿”原则，但这只是冰山一角。从医保权益不可携带的角度出发，或许能为农村社会医疗保险制度的健康效果评估提供新的思路。

随着城乡统一的社会基本医疗保险制度在全国范围内逐步建立，现有关于医疗保险健康改善效果的研究，逐渐从“是否参保”的医保覆盖问题，扩展到“统筹层次、医保待遇提升”产生的影响。在这类研究中，学者们主要关注这一制度变革如何提高城乡居民的健康水平（常雪等，2018），以及在化解城乡居民医疗服务利用与健康不平等方面发挥的作用（马超等，2016；马超等，2017；马超等，2018；顾海，2019）。研究结果表明，城乡医保整合改善健康的关键在于提高医疗服务可及性，进而实现对疾病的及时治疗与预防。诚然，已有研究成果为本文后续探索提供了丰富的理论借鉴与实证参考，但仍存在进一步深化的空间，主要体现在以下几个方面：首先，鲜有文献基于医保权益可携带性视角探讨城乡居民医保整合对农村居民健康产生的积极作用，亦缺乏对不同整合模式的政策效果评价；其次，已有文献大多使用局部地区微观调查样本进行实证分析，随着城乡居民医保整合在全国范围内不断推广与普及，需要使用全国性的大样本数据，科学理解这一制度改革在降低农村中老年人健康损耗风险方面产生的政策效果。

相比以往研究，本文有以下几方面创新：第一，从医保权益便携性角度，探索城乡居民医保整合的不同模式对农村中老年人健康损耗的影响，为检验政策实施效果与完善政策实施方案提供了经验证据；其次，基于全国性追踪调查数据，结合城乡居民医保整合在不同地区统筹整合的准自然实验，构建渐进性双重差分模型进行因果识别，以克服可能存在的内生性问题。

### 三、制度特征事实与理论分析

#### （一）制度特征事实

为了破解基本医疗保障体系城乡分割、地区分割、人群分割和管理分割的“碎片化”困境，促进城乡居民享有公平的医疗保障权利，中共中央国务院印发了《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）<sup>①</sup>，从“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”六个方面明确提出了整合城乡居民医疗保险的战略方向，也由此拉开了全国范围内实施城乡居民医保整合的序幕。事实上，在全国统一部署之前，各地已经就城乡居民医保整合进行了有益的探索和尝试。通过收集并整理全国各省、直辖市、地级市官方网站、年报及关于城乡居民医保整合的政策文件等文本信息后发现，中国城乡一体化社会医疗保险制度的构建具有明显的试点与逐步推行特征。2009年成都市开始将新农合与城镇居民医疗保险整合之后，各地也陆续启动了这一工作。截至2013年底，全国累计有16.35%的地区实施了城乡居民医保整合，既包括天津市、苏州市、杭州市、厦门市、深圳市等经济发展状况较好的东部沿海地区，也包括西北地区相对落后的城市或自治州；2015年底，实施了城乡居民医保整合的地区比例提升至22.96%，新增的主要是长沙市、马鞍山市和铜陵市等；2018年底，已有超过80%的地区实施了城乡居民医保整合；到2020年底，顺利开展试点工作的地区比例达到96.86%，城乡居民医保制度在全国范围内稳步推行。

总体来看，完成整合的地区在覆盖范围、医保目录、定点机构和基金管理四个方面已基本实现统一，但在“统一筹资政策”和“统一保障待遇”上尚存差距（高秋明、杜创，2019）。据此可将整合模式分为两类：一是筹资和待遇完全相同的城乡一档整合模式，即遵循“缴费就低、待遇就高”原则，在筹资与待遇设计上实行城乡统一标准；二是在统一城乡医保政策框架的基础上，实行差别化的筹资、待遇档位，包括两档整合模式和三档整合模式。整合模式的差异自然导致医保权益便携程度的差异。具体而言，为了降低整合难度，考虑到城乡居民收入水平等方面的现实差距，部分地区对成年居民设置了不同档次的缴费标准，较高（低）档次的筹资政策对应较高（低）水平的补偿待遇，参保人可根据自身条件选择合意的缴费补偿档次。这意味着，与未整合地区相比，多档制方案破除了医疗服务利用的地域限制，但在补偿待遇上仍保留了户籍与身份区隔；而一档制方案则在扩大了医疗服务可及范围的基础上，抹平了城乡之间的筹资待遇差别，充分实现医保权益在统筹范围内的自由携带。综上所述可知，相较于一档制方案而言，多档制是城乡居民医保制度框架下整合程度较低、医保权益可携带性较弱的过渡性方案。

#### （二）理论分析

如前所述，城乡居民医保整合提高了医保权益便携性和医保待遇，扩大了医保目录范围，可通过改变农村中老年人的就医行为抑制其健康损耗。具体而言，可能有三条影响路径：第一，城乡居民医保整合后，统一定点管理增加了定点医疗机构数量，在提高农村中老年人医疗服务可及性的同时，降

<sup>①</sup> [http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-01/12/content\\_10582.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-01/12/content_10582.htm)。

低了病人往返报销的时间成本，从而促使其患病后及时就医，将健康损耗扼杀在“摇篮”中；第二，医保待遇的提升有助于降低就医诊疗的实际支付费用，改善“看病难、看病贵”的状况，从而满足由健康损耗引致的医疗需求，提高疾病治愈效率；第三，统一医保目录意味着医保目录范围扩大，医疗服务质量也由此提升，同等数量的医疗服务能发挥更好的效果，进而抑制农村中老年人的健康损耗。

基于以上分析，本文预期，相较于新农合制度，城乡居民医保整合将对农村中老年人健康损耗产生显著抑制作用。多档整合模式设置了差别化的筹资补偿政策，参保人将面临参保成本和补偿收益的权衡，而一档整合模式规定了城乡统一的较高水平的缴费标准与赔付比例，因此一档整合模式对农村中老年人健康损耗的抑制效果更好。

## 四、研究设计

### （一）数据来源

本文采用中国健康与养老追踪调查数据（CHARLS）进行分析。CHARLS 收集了中国 45 岁及以上中老年人个体及其家庭的高质量信息，覆盖了全国 28 个省（区、市）的 150 个县、450 个社区（村），基线和追踪调查问卷内容主要包括个人基本信息、家庭结构、健康状况、医疗服务利用、工作、收入以及社区基本情况等，2014 年生命历程调查主要收集了个体的教育、健康、财富以及工作等方面的历史信息。

本文主要利用 CHARLS 中 2011 年、2013 年、2015 年和 2018 年四期全国追踪调查数据，以及 2014 年生命历程调查数据<sup>①</sup>，这主要基于以下几方面考虑：第一，CHARLS 健康模块包含了丰富的健康信息，如慢性疾病情况、身体功能与行动能力、认知能力与精神状态等；第二，CHARLS 的调查对象主要为 45 岁及以上的中老年群体，该群体正处于健康损耗阶段，由此引发的劳动能力下降将迫使其较早地退出劳动力市场，较其他群体更易陷入“因病致贫、返贫”困境；第三，追踪数据不仅有助于考察个体健康损耗的动态变化，还有助于识别城乡居民医保整合与农村中老年人健康损耗的因果关系。

### （二）模型构建

本文借助城乡居民医保制度在不同地区整合时间上存在差异这一事实，运用渐进性双重差分模型考察城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗的影响。双重差分模型的基本思路是构造实施城乡居民医保整合政策的实验组与尚未实施政策的对照组，识别政策实施前后两组农村中老年人健康损耗情况的差异。而渐进性双重差分模型则适用于一种特殊的政策实施情形，即政策从试点开始到逐步推广，不同地区实施时间存在先后差异（Wang, 2013; Hoynes et al., 2016; 郭峰、熊瑞祥, 2018）。具体模型如下：

$$\text{Prob}(\text{Health\_imp}_{ict}=1) = \beta_0 + \beta_1 \text{URH}_{ct} + \beta_3 X_{ict} + \delta_c + \delta_t + \varepsilon_{ict} \quad (1)$$

（1）式中， $i$ 、 $c$  和  $t$  分别表示农村中老年个体的个人编号、户籍地和调查年份。 $\text{Health\_imp}_{ict}$

<sup>①</sup>本文主要使用 2013 年、2015 年和 2018 年三期样本，2011 年数据仅用于获取受访者在 2013 年的健康损耗等变量信息，2014 年生命历程数据仅用于识别个体的户籍地编码及城市名称。

是本文关注的一系列结果变量，具体来说，包括行动能力损耗和认知能力损耗。 $\text{Prob}(\text{Health\_imp}_{ict}=1)$  表示个体遭受健康损耗的概率。 $X_{ict}$  是一系列影响农村居民健康损耗的人口学及社会经济特征， $\delta_c$  是不随时间变化的地区固定效应， $\delta_t$  是调查年份固定效应， $\varepsilon_{ict}$  是随机扰动项。 $URH_{ct}$  表示“城乡居民医保整合”变量，主要从三个方面测度，详见后文对核心解释变量的说明。

### （三）变量说明与描述性统计

1.被解释变量。本文的被解释变量为健康损耗，包括行动能力和认知能力两方面的健康损耗。已有研究指出，健康损耗为动态概念，即个体身体健康随时间推移发生的变化（牛建林，2013；周小刚、陆铭，2016）。本研究将“健康损耗”定义为“与上一轮调查相比，受访者健康是否发生损耗”的二值变量，其测定分为两个步骤：

第一步，选取健康指标。本文对健康水平的衡量主要采用两类指标：一类是行动能力指标，本文采用日常生活活动能力（Activities of Daily Life, ADL）与工具性日常生活活动能力（Instrumental Activities of Daily Life, IADL）的综合受损情况（简称“行动能力受损数量”）来表示。其中，ADL 和 IADL 衡量的均是中老年人的生活自理能力，在 CHARLS 数据中，ADL 包括穿衣、洗澡、吃饭等六项活动，IADL 包括做饭、做家务、买东西等五项活动。行动能力受损数量为反向指标（程令国、张晔，2012），若某项活动能独立完成，则得分为 0；若有  $n$  项活动需要依赖他人帮助完成，则累计加总计数为  $n$ 。这意味着行动能力受损数量取值越大，个体的行动能力越差。另一类是认知能力指标，用简易精神状态检测得分（Mini-Mental State Examination, MMSE）表示。本文在国际通用的简易精神状态量表的基础上，结合 CHARLS 问卷中的相关问题，计算出认知能力得分，分值范围为 0~30，得分越高表明个体认知能力越强。

第二步，构建健康损耗二值变量。一是“行动能力损耗”变量。本文观测同一个体的行动能力受损数量在 2013 年、2015 年和 2018 年与上一轮调查时（2011 年、2013 年和 2015 年）相比是否增加，若增加则“行动能力损耗”取值为 1，反之为 0。二是“认知能力损耗”变量。若个体当年的认知能力得分与上一轮调查相比有所下降，则“认知能力损耗”取值为 1，反之为 0。本文利用健康量表及其变动情况对农村中老年人的行动能力损耗和认知能力损耗进行测度，以期客观地刻画其健康损耗情况。

2.核心解释变量。本文选取 3 种不同的方式定义城乡居民医保整合这一核心变量，分别为“是否实施城乡居民医保整合”、“整合模式”以及“整合实施时间”。具体的设置方式如下：第一，从各地方政府发布的正式文件中获取具体的整合时间，若整合时间早于调查年份  $t$ ，则“是否实施城乡居民医保整合”变量在  $t$  年份取值为 1，视为整合组；否则取值为 0，视为未整合组。第二，结合正式文件中提及的整合方案，将整合模式分为三类，并以未整合组为基准，设置“一制多档”模式和“城乡一档”模式两个虚拟变量。第三，本文对“整合实施时间”变量做如下处理，若地区在调查年份  $t$  当年实施城乡居民医保整合，则将该地区“整合实施当年”赋值为 1，未整合地区赋值为 0；对在  $t$  调查年份已经整合实施第  $n$  年的地区，“整合实施第  $n$  年”取值为 1，未整合地区取值为 0，用以考察城乡

居民医保整合对农村中老年人健康损耗的影响随时间变化的动态趋势<sup>①</sup>。具体而言，若某地区于2013年实施城乡居民医保整合，则2013年该地区“整合实施当年”取值为1，2015年“整合实施第3年”取值为1；若某地区于2014年实施整合，则2013年该地区“整合实施当年”取值为0，2015年“整合实施第2年”取值为1。对其他情形的处理依此类推。

3.控制变量。基于已有文献，本文选取了若干个可能影响个体健康水平的控制变量，既包括年龄、性别、受教育年限、婚姻状况以及家庭人均年收入等人口学特征和社会经济特征变量，也包括“16岁以前健康水平”、“慢性病严重程度”等健康特征变量。

4.描述性统计。在剔除了城镇户籍样本以及包含缺失值的样本后，得到2013年、2015年、2018年三期混合截面数据，样本总数为9788个。就样本分布情况来看，2013年户籍地实施了城乡居民医保整合的样本占当年总样本量的7.06%，2015年户籍地实施整合的样本比例增加至20.79%，2018年这一比例高达92.31%。这为渐进性双重差分模型的运用提供了数据支撑。2013年实施城乡医保整合的地区中约有61.99%的地区实施的是“一制多档”整合模式，其余38.01%实施的是“城乡一档”模式；2015年，实施两种整合模式的地区占比分别为54.28%和45.72%；2018年，实施“一制多档”模式的地区占比下降至28.13%，而实施“城乡一档”模式的地区占比增加至71.87%。这呼应了本文前述的关于整合模式发展趋势的政策背景。本文各变量的定义及描述性统计结果如表1所示。

表1 变量说明与描述性统计

变量类型	变量名称	变量定义	平均值	标准差
被解释变量	行动能力损耗	与上一轮调查相比是否发生行动能力损耗：是=1，否=0	0.1613	0.3678
	认知能力损耗	与上一轮调查相比是否发生认知能力损耗：是=1，否=0	0.4784	0.4996
核心解释变量	实施城乡居民医保整合整合模式	实施整合=1，未整合=0	0.2834	0.4507
	“一制多档”模式	“一制多档”模式=1，未整合=0	0.1081	0.3105
	“城乡一档”模式	“城乡一档”模式=1，未整合=0	0.1753	0.3803
	整合实施时间			
	整合实施当年	整合实施当年=1，未整合=0	0.0782	0.2685
	整合实施第2年	整合实施第2年=1，未整合=0	0.0921	0.2891
	整合实施第3年	整合实施第3年=1，未整合=0	0.0198	0.1394
	整合实施第4年	整合实施第4年=1，未整合=0	0.0416	0.1997
	整合实施第5年(及以后)	整合实施第5年(及以后)=1，未整合=0	0.0457	0.2089
控制变量	年龄	个体年龄(单位：岁)	59.9616	8.5433

<sup>①</sup>本文选取5年为考察周期的原因在于：第一，大多数国家战略规划以5年为周期，如“十四五规划”；第二，中国最早一批城乡医保整合试点设立时间为2009年，本文实证部分样本以2013年为起始年份，恰好是第一批试点设立的第5年。

城乡居民医保整合是否抑制了农村中老年人健康损耗？

	性别	男性=1, 女性=0	0.4967	0.5000
	受教育程度	受教育年限 (单位: 年)	4.4868	3.9249
	婚姻状况	已婚或同居=1, 未婚或离异=0	0.8915	0.3110
	16岁以前健康水平			
	一般	一般=1, 不健康=0	0.4465	0.4972
	健康	健康=1, 不健康=0	0.0682	0.2522
	慢性病严重程度	患重度慢性病=1, 无慢性病或患轻度慢性病=0	0.1902	0.3925
	家庭人均年收入	家庭人均年收入 (单位: 万元)	0.6121	1.5763
宏观层面变量	全市人均地区生产总值	上一年度全市人均地区生产总值 (单位: 千元)	42.6375	27.0402
	地方公共财政预算收入	上一年度地方公共财政预算收入 (单位: 十亿元)	22.6205	34.3273
	全市卫生机构数量	上一年度全市卫生机构数量 (单位: 千个)	2.7899	2.5407

## 五、实证结果分析

### (一) 基准回归结果分析

表 2 的 (1) 列和 (3) 列报告了城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗影响的基准回归结果, (2) 列和 (4) 列报告了不同整合模式的影响差异, 报告的结果为 Probit 模型的边际效应与标准误。不难发现, 与未整合地区相比, 平均来讲, 实施城乡居民医保整合地区的农村中老年人行动能力损耗概率下降了 5.23%, 但其认知能力损耗并没有得到显著抑制。这说明, 实施城乡居民医保整合能抑制农村中老年群体的行动能力损耗, 但对其认知能力损耗的抑制效果甚微。此外, 从不同整合模式来看, 与未整合地区相比, 实施“一制多档”模式和“城乡一档”模式对农村中老年人行动能力损耗产生了抑制作用, 边际效应显示, 其行动能力损耗的概率分别下降了 7.65% 和 4.01%。然而, 两种整合模式对农村中老年人认知能力损耗的影响均不显著。这意味着, 两种整合模式在抑制农村中老年人行动能力损耗方面均产生了符合预期的效果, 其中“一制多档”模式效果更好。

如前文所述, 城乡居民医保整合的实施, 扩大了医疗资源的可及范围, 缩小了城乡居民之间参保与就医赔付、补偿的地域限制, 简化了异地就医面临的繁琐程序, 这将减轻农村中老年人的就医负担, 减少看病带来的经济损失, 促进其对城乡医疗资源的有效利用, 有利于农村中老年人健康资本的及时恢复与积累, 进而降低其行动能力损耗概率。本文利用 CHARLS 数据对农村中老年人住院选择变化趋势的分析发现, 2013 年至 2015 年间, 未整合地区农村中老年人选择市级医疗机构就医的比例下降了 0.53%, 而整合地区这一比例上升了 14.29%。这表明, 城乡居民医保整合有助于促进农村中老年人由县级医疗机构转向地市级医疗机构就诊, 寻求更高质量的医疗资源, 就医决策的调整有助于提高疾病治愈概率并缩减恢复健康的时间。

就不同整合模式来看, “一制多档”模式对农村中老年人行动能力损耗产生较大程度的抑制效果, 本文认为可能的原因在于, “一制多档”模式是城乡居民医保整合过程中的过渡性政策与实践性尝试, 一方面, 破解了城乡医疗保险管理体制分割造成的异地就医“医保不适用”难题; 另一方面, 考虑到



城乡居民收入水平的现实差距与地域之间发展不平衡的问题，允许不同缴费档次并行，这有助于满足不同年龄、不同收入群体多元化的医疗需求，对于抑制农村中老年人行动能力损耗，使其摆脱“有病不医”、“因病致贫与返贫”困境具有积极的政策价值与现实意义。

控制变量中，年龄对农村中老年人健康损耗产生了显著的正向影响，即年龄越大，健康损耗的风险越高。农村中老年人的行动能力健康损耗概率存在显著的性别差异。与农村女性中老年人相比，男性中老年人行动能力损耗风险明显更低，这是因为农村男性具有的教育资源优势有助于提高其外出务工概率与社会参与度，并获取有利于保持健康的社会资源与信息。此外，受教育程度提高能显著降低农村老年人的健康损耗风险，这是因为文化水平越高的农村中老年人疾病预防意识越强。最后，慢性病严重程度对其行动能力损耗有显著的正向影响。慢性病反映了个体遭受的不利外部健康冲击，随着慢性病严重程度提高，农村中老年人的生理机能衰弱速度加快，其行动能力损耗的可能性也会增大。

表2 城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗的影响

变量名	行动能力损耗		认知能力损耗	
	(1)	(2)	(3)	(4)
实施城乡居民医保整合	-0.0523*** (0.0165)		-0.0288 (0.0264)	
整合模式				
“一制多档”模式		-0.0765*** (0.0199)		0.0085 (0.0385)
“城乡一档”模式		-0.0401** (0.0166)		-0.0446 (0.0287)
年龄	0.0031*** (0.0005)	0.0031*** (0.0005)	0.0017** (0.0008)	0.0017** (0.0008)
性别	-0.0338*** (0.0078)	-0.0337*** (0.0078)	0.0139 (0.0121)	0.0139 (0.0121)
受教育程度	-0.0067*** (0.0011)	-0.0066*** (0.0011)	-0.0041** (0.0017)	-0.0041** (0.0017)
婚姻状况	-0.0028 (0.0121)	-0.0029 (0.0121)	0.0090 (0.0187)	0.0091 (0.0187)
16岁以前健康水平				
一般	0.0014 (0.0078)	0.0013 (0.0078)	-0.0032 (0.0118)	-0.0030 (0.0118)
不健康	0.0171 (0.0150)	0.0168 (0.0150)	-0.0089 (0.0223)	-0.0083 (0.0223)
慢性病严重程度	0.0323*** (0.0099)	0.0319*** (0.0099)	0.0012 (0.0145)	0.0015 (0.0145)
家庭人均年收入	-0.0056 (0.0049)	-0.0056 (0.0049)	-0.0055 (0.0035)	-0.0055 (0.0035)
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制

城乡居民医保整合是否抑制了农村中老年人健康损耗？

地区固定效应	控制	控制	控制	控制
样本量	9776	9776	8155	8155
R <sup>2</sup>	0.0618	0.0621	0.0233	0.0235

注：表中报告的是 Probit 模型估计的边际效应，括号内为标准误，\*\*\*、\*\*和\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平，后文同。

## （二）稳健性检验

为确保上述回归结果的稳健性，有必要对双重差分方法的适用性进行检验。使用双重差分法需要满足两个关键假设。第一，“反事实”假设。理论上，整合组与未整合组农村中老年人健康损耗概率在城乡医保整合政策之前应不存在系统差异，换言之，户籍地是否实施城乡医保整合并不会对整合实施之前样本的健康损耗产生显著影响。只有这样，才能将未整合组视为整合组的“反事实结果”。第二，随机性假设。事实上，优先作为城乡居民医保整合试点的地级市，可能因具有更强的经济实力以及更高质量的医疗卫生资源而对该地区农村中老年人的健康产生积极作用，若不剔除非政策因素的影响，那么估计结果将有偏。为此，本文分别对“反事实”假设以及随机性假设进行检验与讨论。

1. “反事实”假设检验。考虑到三期混合截面数据无法对样本健康损耗的共同时间趋势进行检验的局限性，本文借鉴已有研究的做法（郭云南、王春飞，2016；郭峰、熊瑞祥，2018），对“反事实”假设进行检验。具体做法为：以 2013 年和 2015 年两期作为“反事实”检验的考察期，在（1）式中引入新的变量“地区是否为‘城乡居民医保整合’组”，并据此设置假想的处理组与对照组。对于在 2013 年和 2015 年均未实施整合却在 2018 年实施了整合的地区，该变量取值为 1，否则取值为 0，如此便构造了假想的“城乡居民医保整合”处理组与对照组。由于 2013 年和 2015 年户籍地尚未实施城乡居民医保整合，可以预期假想的“城乡居民医保整合”将不会对这一期间的农村中老年人健康损耗产生显著影响，由此可验证假想的对照组能被视为处理组的“反事实”结果。表 3 的检验结果表明，城乡居民医保整合并未对整合实施前农村中老年人健康损耗产生显著影响，这说明“反事实”假设基本得到满足。

表 3 “反事实”检验：城乡居民医保整合对整合实施前农村中老年人健康损耗的影响

变量名	行动能力损耗	认知能力损耗
	(1)	(2)
是否为“整合”组	0.0859 (0.0521)	-0.0228 (0.0458)
控制变量	控制	控制
地区固定效应	控制	控制
样本量	6097	5342
R <sup>2</sup>	0.0605	0.0256

2. 关于整合实施随机性的讨论。结合已有文献来看，城乡居民医保整合后的基金缺口需要财政资金来弥补，全市卫生机构数量反映了当地的医疗卫生资源丰裕程度，为制度整合提供了有利条件（高秋明、杜创，2019）。这意味着，公共财政实力雄厚、医疗卫生资源丰裕的地区更可能优先作为试点

实施城乡居民医保整合。为此，本文参考已有研究（郭云南、王春飞，2016）的做法，放松整合实施随机性的假设，在（1）式中加入滞后一期的地区人均生产总值、地方公共财政预算收入以及全市卫生机构数量等变量。表4展示了控制地区层面可观测因素后的结果，回归结果与基准模型基本一致。

表4 整合实施随机性检验：控制地区特征变量

变量名	行动能力损耗		认知能力损耗	
	(1)	(2)	(3)	(4)
实施城乡居民医保整合	-0.0500*** (0.0168)		-0.0247 (0.0269)	
整合模式				
“一制多档”模式		-0.0752*** (0.0211)		0.0135 (0.0402)
“城乡一档”模式		-0.0388** (0.0168)		-0.0400 (0.0292)
全市人均地区生产总值	-0.0007 (0.0008)	-0.0003 (0.0008)	0.0005 (0.0012)	0.0001 (0.0013)
地方公共财政预算收入	-0.0007 (0.0006)	-0.0009 (0.0006)	0.0007 (0.0009)	0.0008 (0.0009)
全市卫生机构数量	-0.0051 (0.0032)	-0.0049 (0.0032)	-0.0042 (0.0049)	-0.0044 (0.0049)
控制变量	控制	控制	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
样本量	9776	9776	8155	8155

3.PSM-DID 再估计。除上述方法外，本文进一步使用 PSM-DID 来处理整合实施“选择性偏差”可能导致的内生性问题。PSM 方法的作用在于寻找与整合组特征相近的未整合组，即选择只与整合组处于共同支持区间范围内的未整合组群体作为对照组，增强整合组与未整合组的可比性。

借鉴已有研究（程令国、张晔，2012；郭云南、王春飞，2016）的思路，此估计方法主要分为以下三个步骤。首先，估计倾向分值函数  $P(URH_{ct} = 1 | Z_{ct})$ 。该函数表示的是，在控制可观察的地方经济发展与医疗卫生水平等因素  $Z_{ct}$  的条件下，地区  $c$  在  $t$  年份被选为城乡医保整合试点的概率。本文通过控制可能同时影响整合试点设立与个体健康结果的地区层面变量，寻找与整合组特征相似的未整合组。为避免上述控制变量与“实施城乡居民医保整合”变量之间的反向因果关系导致的内生性问题，这些控制变量均为滞后一期的取值。与此同时，回归模型控制了调查年份和地区固定效应。其次，根据上一步估计获得的倾向得分值进行样本配对。本文使用最近邻域匹配法 (k-nearest neighbor matching)，将整合组里的每个样本与其得分上最邻近的一个未整合组中的样本配对，同时将倾向得分差距限定在 0.01 内 (caliper 不大于 0.01)<sup>①</sup>。最后，运用匹配成功后的样本进行双重差分估计，结果如表 5 所示。

<sup>①</sup>本文还分别使用 1:5 (caliper≤0.01) 以及 1:5 (caliper≤0.05) 等配对方式进行检验，回归结果均与基准回归结果基本一致。

回归结果表明，城乡居民医保整合显著抑制农村中老年人的行动能力损耗，这一发现支持基准回归结果，本文结论稳健。

表 5 城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗的影响（PSM-DID 估计结果）

变量	行动能力损耗		认知能力损耗	
	(1)	(2)	(3)	(4)
实施城乡居民医保整合	-0.0457** (0.0184)		0.0074 (0.0293)	
整合模式				
“一制多档”模式		-0.0830*** (0.0218)		0.0387 (0.0438)
“城乡一档”模式		-0.0295** (0.0187)		-0.0049 (0.0320)
全市人均地区生产总值	-0.0014 (0.0011)	-0.0013 (0.0012)	0.0022 (0.0019)	0.0022 (0.0019)
地方公共财政预算收入	0.0001 (0.0011)	-0.0001 (0.0011)	-0.0034* (0.0018)	-0.0034* (0.0018)
全市卫生机构数量	-0.0077** (0.0038)	-0.0074* (0.0038)	0.0008 (0.0060)	0.0007 (0.0060)
控制变量	控制	控制	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
样本量	8179	8179	6818	6818

## 六、进一步讨论

### （一）异质性分析

本文试图从个体年龄与家庭是否陷入贫困两个方面考察城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗影响的异质性，以揭开前述全样本基准回归结果中掩藏的大量信息。

1. 基于年龄分组的异质性。结合已有文献的做法，本文以 10 岁为组距，将样本按年龄分为 45~54 岁、55~64 岁以及 65 岁及以上三组，分别表示中年人、低龄老年人以及高龄老年人三个群体。表 6 结果表明，城乡居民医保整合对不同年龄段农村中老年人行动能力损耗均产生了显著的抑制效应。从整合模式来看，“一制多档”模式显著抑制了中年群体与低龄老人群体的行动能力损耗，对高龄老人的抑制效果并不显著；而“城乡一档”模式仅显著降低高龄老人行动能力损耗的概率。表 7 结果显示，除了“城乡一档”整合模式在 10% 的显著性水平上抑制了低龄老人的认知能力损耗外，城乡居民医保整合对各年龄阶段农村中老年人认知能力损耗的影响均不显著。

对于上述结果，本文认为可能的解释是，在不同整合模式下，不同年龄阶段农村中老年人的就医

受篇幅限制，本文仅报告了 1:1 (caliper≤0.01) 配对方式下的检验结果，如需要其他检验结果，可向作者索取。

行为响应存在差异。一方面，高龄老人行动能力与认知能力普遍较弱，需要更高水平与更多数量的医疗服务来修复其随年龄增长而加速损耗的健康资本。“城乡一档”模式在定点医疗机构管理和报销比例等方面实现了城乡统一，在扩大医疗服务资源可及范围的同时，降低了就医与报销成本，提高了医保报销比例，促进了农村高龄老人对医疗服务的及时有效利用，缩短了疾病治愈时间。另一方面，农村中年群体和低龄老人群体内部的健康水平差异较大，对医疗服务的数量和质量需求不同。“一制多档”的优势则在于允许农村中年人和低龄老人群体根据自身健康状况选择合意的缴费标准和待遇水平。

表 6 基于年龄分组的回归结果（对行动能力损耗的影响）

变量名	45~54岁		55~64岁		65岁及以上	
	(1)		(2)		(3)	
实施城乡居民医保整合	-0.0557**		-0.0515*		-0.0687**	
	(0.0260)		(0.0220)		(0.0344)	
整合模式						
“一制多档”模式	-0.1074***		-0.0690**		-0.0391	
	(0.0220)		(0.0315)		(0.0516)	
“城乡一档”模式	-0.0251		-0.0388		-0.0718**	
	(0.0288)		(0.0274)		(0.0328)	
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制
样本量	2808	2808	3963	3963	2697	2697

表 7 基于年龄分组的回归结果（对认知能力损耗的影响）

变量名	45~54岁		55~64岁		65岁及以上	
	(1)		(2)		(3)	
实施城乡居民医保整合	-0.0269		-0.0585		0.0286	
	(0.0574)		(0.0404)		(0.0468)	
整合模式						
“一制多档”模式	-0.0030		-0.0216		0.0847	
	(0.0747)		(0.0587)		(0.0725)	
“城乡一档”模式	-0.0432		-0.0747*		0.0127	
	(0.0653)		(0.0439)		(0.0496)	
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制	控制	控制
样本量	2208	2208	3554	3554	2381	2381

2. 基于贫困分组的异质性。本文参考国家统计局设定的贫困线标准（2013年、2015年和2018年农村地区的贫困线标准分别为2736元、2855元和3335元），将当年家庭人均收入低于贫困线标准的群体设置为贫困组，高于贫困线的设置为非贫困组，以此分析城乡居民医保整合对贫困群体与非贫困

群体健康损耗抑制效果的异质性。表 8 结果显示，城乡居民医保整合对非贫困组行动能力损耗的抑制效果要大于其对贫困组产生的效果。表 9 结果则表明，这一制度变革显著降低了贫困组认知能力损耗概率，尤其是实施“城乡一档”模式后，其认知能力损耗概率下降了 8 个百分点。这说明，两种整合模式在降低农村中老年人行动能力损耗概率方面的“益贫”效果较弱，“城乡一档”模式更有助于发挥城乡居民医保整合在抑制认知能力损耗方面的“益贫”功能。

表 8 基于贫困分组的回归结果：对行动能力损耗的影响

变量名	贫困组		非贫困组	
	(1)	(2)	(3)	(4)
实施城乡居民医保整合	-0.0300 (0.0250)		-0.0643*** (0.0213)	
整合模式				
“一制多档”模式		-0.0614* (0.0325)		-0.0934*** (0.0236)
“城乡一档”模式		-0.0154 (0.0276)		-0.0513** (0.0211)
控制变量	控制	控制	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
样本量	5173	5173	4536	4536

表 9 基于贫困分组的回归结果：对认知能力损耗的影响

变量名	贫困组		非贫困组	
	(1)	(2)	(3)	(4)
实施城乡居民医保整合	-0.0688* (0.0372)		0.0159 (0.0380)	
整合模式				
“一制多档”模式		-0.0422 (0.0557)		0.0606 (0.0542)
“城乡一档”模式		-0.0800** (0.0407)		-0.0019 (0.0409)
控制变量	控制	控制	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
样本量	4489	4489	3650	3650

## (二) 城乡居民医保整合抑制健康损耗的动态趋势

进一步，为探究城乡居民医保整合对健康损耗的影响随时间推移的动态变化趋势，本文分别考察整合在实施当年及以后每一年对农村中老年人健康损耗的影响。回归结果如表 10 所示，在政策实施后的每一年，城乡居民医保整合均对农村中老年人行动能力损耗产生显著的抑制作用，且抑制效应逐年递增。这一制度变革对农村中老年人认知能力损耗产生的抑制效应在整合实施当年并不显著，但会在整合政策实施后的第 2 年开始显现，并在随后的年份中逐年增强。这在一定程度上证明，城乡居民医保整合在缓解农村中老年人认知能力损耗方面的政策效果具有滞后性。

表 10 城乡居民医保整合影响农村中老年人健康损耗的动态趋势

变量名	行动能力损耗	认知能力损耗
-----	--------	--------

城乡居民医保整合是否抑制了农村中老年人健康损耗？

	(1)	(2)
整合实施时间		
整合实施当年	-0.0628*** (0.0180)	-0.0145 (0.0304)
整合实施第2年	-0.0687*** (0.0193)	-0.1073*** (0.0362)
整合实施第3年	-0.0844*** (0.0285)	-0.1153* (0.0592)
整合实施第4年	-0.0771*** (0.0262)	-0.1132** (0.0500)
整合实施第5年及以上	-0.1201*** (0.0264)	-0.1887*** (0.0639)
控制变量	控制	控制
调查年份固定效应	控制	控制
地区固定效应	控制	控制
样本量	9776	8155

## 七、结论与启示

本文基于 CHARLS 全国调查数据，运用渐进性双重差分方法，考察了城乡居民医保整合对农村中老年人健康损耗的影响。研究发现，总体上，与未整合地区相比，实施城乡居民医保整合地区的农村中老年人行动能力损耗概率明显下降，但其认知能力损耗并未得到有效抑制。基于年龄分组的异质性分析结果表明，“一制多档”模式显著抑制了中年群体与低龄老人群体的行动能力损耗，而“城乡一档”模式则显著缓解了高龄老人的行动能力损耗；无论是“一制多档”模式还是“城乡一档”模式，对不同年龄群体认知能力损耗的抑制效果甚微。基于贫困分组的异质性分析结果表明，“一制多档”模式和“城乡一档”模式均对非贫困组行动能力损耗具有更强的抑制作用；但“城乡一档”模式在降低认知能力损耗概率方面表现出更明显的“益贫”效果。随着城乡居民医保整合实施时间的推移，这一制度变革对农村中老年人行动能力损耗与认知能力损耗的抑制作用逐年增强。

基于上述研究结论，可得到以下启示：第一，无论从短期还是长期来看，城乡居民医保整合在抑制农村中老年人健康损耗方面均具有积极作用。结合两种整合模式产生的异质性效果来看，多档制和一档制在降低不同群体健康损耗风险方面各具优势。应结合不同地区特征以及群体异质性，因地制宜地实施有差别的城乡医保整合模式。第二，由研究结论可知，多档整合模式在抑制农村弱势群体健康损耗方面的效果甚微，因此在城乡居民医保制度建设的过渡阶段，应予以这些群体更多关注与扶持。一方面，将农村高龄老人的常见病及特殊疾病的诊疗纳入医保保障范围，并辅以相关配套政策，对农村高龄老年群体提供特定的医疗服务资源，如定期提供免费体检服务等，采取及时有效的疾病预防措施，减缓其健康损耗速度。另一方面，对于贫困人口较多的地区，考虑在非贫困与贫困群体之间构建合理的风险分担机制，如针对不同经济状况人群设置与其支付能力相匹配的参保档次，提高高收入群体缴费水平的同时对贫困群体予以更高水平的医疗费用补偿，充分发挥社会医疗保险的收入再分配功能，巩固社会医疗保险制度在脱贫攻坚方面的成果，避免贫困人群陷入“疾病与贫困”的恶性循环。

### 参考文献

1. 常雪、苏群、周春芳, 2018: 《城乡医保统筹对居民健康的影响》, 《中国人口科学》第6期。
2. 程令国、张晔, 2012: 《“新农合”: 经济绩效还是健康绩效? 》, 《经济研究》第1期。
3. 高秋明、杜创, 2019: 《财政省直管县体制与基本公共服务均等化——以居民医保整合为例》, 《经济学(季刊)》第4期。
4. 顾海, 2019: 《统筹城乡医保制度、与收入相关的医疗服务利用和健康不平等》, 《社会科学辑刊》第2期。
5. 郭峰、熊瑞祥, 2018: 《地方金融机构与地区经济增长——来自城商行设立的准自然实验》, 《经济学(季刊)》第1期。
6. 郭云南、王春飞, 2016: 《新型农村合作医疗保险与自主创业》, 《经济学(季刊)》第4期。
7. 李湘君、王中华、林振平, 2012: 《新型农村合作医疗对农民就医行为及健康的影响——基于不同收入层次的分析》, 《世界经济文汇》第3期。
8. 马超、顾海、孙徐辉, 2017: 《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》, 《公共管理学报》第2期。
9. 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。
10. 马超、宋泽、顾海, 2016: 《医保统筹对医疗服务公平利用的政策效果研究》, 《中国人口科学》第1期。
11. 牛建林, 2013: 《人口流动对中国城乡居民健康差异的影响》, 《中国社会科学》第2期。
12. 潘杰、秦雪征, 2014: 《医疗保险促进健康吗? ——相关因果研究评述》, 《世界经济文汇》第6期。
13. 汤晓莉、姚岚, 2011: 《我国基本医疗保险可携带性现状分析》, 《中国卫生经济》第1期。
14. 王翌秋、雷晓燕, 2011: 《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》, 《南京农业大学学报(社会科学版)》第2期。
15. 吴联灿、申曙光, 2010: 《新型农村合作医疗制度对农民健康影响的实证研究》, 《保险研究》第6期。
16. 章丹、徐志刚、陈品, 2019: 《新农合“病有所医”有无增进农村居民健康? 对住院患者医疗服务利用、健康和收入影响的再审视》, 《社会》第2期。
17. 张哲元、陈华、李臻, 2015: 《健康保险能改善健康吗——“新农合”的健康绩效评估》, 《社会保障研究》第4期。
18. 赵为民, 2020: 《新农合大病保险改善了农村居民的健康吗? 》, 《财经研究》第1期。
19. 周钦、蒋炜歌、郭昕, 2018: 《社会保险对农村居民心理健康的影响——基于 CHARLS 数据的实证研究》, 《中国经济问题》第5期。
20. 周小刚、陆铭, 2016: 《移民的健康: 中国的成就还是遗憾? 》, 《经济学报》第3期。
21. 邹红、刘亚平, 2016: 《异质性医疗保险、自费医疗支出与中老年人健康水平》, 《财经科学》第6期。
22. Cheng, L., H. Liu, Y. Zhang, K. Shen, and Y. Zeng, 2015, “The Impact of Health Insurance on Health Outcomes and Spending of the Elderly: Evidence from China’s New Cooperative Medical Scheme”, *Health Economics*, 24(6): 672-691.
23. Hoynes, H., D. W. Schanzenbach, and D. Almond, 2016, “Long Run Impacts of Childhood Access to the Safety Net”, *American Economic Review*, 104(4): 903-934.



24. Lei, X., and W. Lin, 2009, "The New Cooperative Medical Scheme in Rural China: Does More Coverage Mean More Service and Better Health?", *Health Economics*, 18(S2): S25-S46.

25. Wang, J., 2013, "The Economic Impact of Special Economic Zones: Evidence from Chinese Municipalities", *Journal of Development Economics*, 101(1): 133-147.

(作者单位: 福建农林大学经济管理学院)

(责任编辑: 胡 祎)

## **Does Integrated Medical Insurance System Curb the Health Impairment of the Middle-Aged and Elderly People in Rural China?**

HONG Haoqi NING Manxiu LUO Ye

**Abstract:** Using a quasi-natural experiment, this article empirically verifies the impact of Integrated Medical Insurance System (IMIS) on health impairment of the middle-aged and elderly people in rural China, by employing the dataset of China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) and Difference-in-difference (DID) method. The results illustrate that, firstly, compared with those non-integrated areas, IMIS can effectively alleviate the loss of action ability of rural middle-aged and elderly people, but has no significant impact on their cognitive ability loss. Secondly, based on a heterogeneity analysis of age groups, the results show that the "single system, multi-standard" model significantly inhibits the loss of action ability of middle-aged and younger elderly groups, while the "single system, single-standard" model significantly inhibits the loss of action ability of the elderly in rural areas. Whether it is the "single system, multi-standard" model or the "single system, single-standard" one, the inhibition effect on cognitive impairment of different age groups is rather limited. Based on the heterogeneity analysis of poverty groups, the results show that both integrated modes have a stronger inhibiting effect on the impairment of action capability of non-poverty groups. however, the "single system, single-standard" mode has a more obvious "pro-poor" effect in reducing the risk of cognitive ability impairment. These results illustrate that each integration mode have its own advantages in reducing the risk of health impairment of different groups. Furthermore, the curbing effects of IMIS on their health impairment is increasing with the implementation time. In a word, if we want to alleviate the problem of illness-associated impoverishment of rural residents through the deepening reform of social medical insurance system, we need to implement the different integration mode of urban and rural medical insurance according to local conditions, focus on the loss of health capital of rural vulnerable groups, and consolidate the achievements of poverty alleviation.

**Keywords:** Integrated Medical Insurance System; Portability of Health Benefit; Health Impairment; DID Method