

精准扶贫视角下医疗保险对农牧户 家庭消费的影响研究*

——基于内蒙古自治区 730 份农牧户的问卷调查数据

李 傲^{1,2} 杨志勇¹ 赵元凤¹

摘要：家庭消费是反映农牧户家庭贫困程度和生活质量的重要指标，其受多方面因素的综合影响，而医疗保险和贫困状况是其中重要的两个影响因素。本文在归纳贫困户和非贫困户特征的基础上，运用有限信息最大似然估计法构建计量模型，实证分析了医疗保险对不同农牧户家庭消费的影响。结果显示，贫困问题抑制了农牧户家庭的医疗消费及外购食品消费，医疗保险显著提升了农牧户家庭的消费信心，刺激了农牧户家庭的消费，使其所享受到的医疗服务水平和生活质量得到明显提升；同时，医疗保险对不同农牧户家庭消费支出的影响存在明显差异，参加医疗保险对贫困户的医疗消费支出、外购食品消费支出等有显著的促进作用，而对提升非贫困户的物质生活消费支出影响显著。

关键词：医疗保险 保险扶贫 家庭消费 农牧区贫困

中图分类号：F842.4 **文献标识码：**A

一、引言

精准扶贫、精准脱贫是习近平总书记新时期扶贫开发的重要战略思想及行动纲领，而使农村贫困人口摆脱贫困是其中一项艰巨任务。目前，中国贫困户中因病致贫、因残致贫比例分别超过40%和14%，换言之，健康风险是导致农村贫困的最主要原因。贫困户因自身收入低，抵抗风险能力弱，常选择“增加预防性储蓄”、“有病不医、少医”、“降低非必需消费”来应对健康风险，这些情况严重抑制了贫困户为满足自身医疗需求和生活需求的消费。医疗保险通过对贫困户最主要的健康风险进行保障，有助

*本文研究受到国家自然科学基金项目“奶牛保险的减损效果及对养殖户行为的影响”（项目编号：71563037）、研究阐释党的十九大精神内蒙古社科规划重大项目“新时代内蒙古传统产业绿色化发展研究”（项目编号：2018ZGH006）、内蒙古自治区社会科学重大项目“内蒙古乡村振兴战略研究”（项目编号：2018ZDA004）的资助。笔者感谢匿名审稿专家、2018年中国农业技术经济学会学术研讨会参会者以及中国农业大学经济管理学院李秉龙教授提出的宝贵意见和建议，当然，文责自负。本文通讯作者为：赵元凤。

于提升其消费信心，降低相对医疗服务价格，刺激贫困户消费，提高贫困户所享受到的医疗服务水平 and 生活质量，从而实现真正意义上的医疗扶贫。

学者们围绕医疗保险对居民家庭消费影响的研究主要集中在以下 3 个方面：第一，在基本医疗保险方面，不同基本医疗保险对居民家庭消费的影响不同，政府对新型农村合作医疗（以下简称“新农合”）的投资使农村居民家庭消费扩大 2.36 倍，而城镇职工医疗保险则撬动了 4.16 倍的城镇居民家庭消费（甘犁等，2010）。在农村居民中，参加“新农合”减少了农村居民面对未来的不确定性，通过刺激消费增加了农村居民的摄入量（马双等，2010），改善了农村居民看病贵、看病难、有病不医的问题（陈醉等，2017），提高了农村居民患病就诊概率，使得农村居民家庭的医疗消费显著降低（苏春红等，2013），并刺激农村居民家庭非医疗消费增加约 5.6%，且这一正向作用随医疗保险保障水平的提高而增强（白重恩等，2012）。在城镇居民中，参加城镇居民基本医疗保险的居民非医疗消费比未参保居民高出约 13.0%，通过对不同收入层次城镇居民的分析，参加城镇居民基本医疗保险对低收入居民家庭非医疗消费的刺激最明显，为 20.2%，对中等收入居民家庭非医疗消费的刺激居其次，为 12.6%，而对高收入居民家庭的消费基本没有影响（臧文斌等，2012）。第二，在商业医疗保险方面，居民参加商业医疗保险会增加其家庭非必需消费，并对其家庭消费结构产生显著影响。商业医疗保险的大力发展，不仅使中国整体医疗体系架构得到完善，还有助于多层次医疗保障体系的构建，且对中国调整消费结构、拉动内需起到一定促进作用（王美娇等，2015）。此外，商业健康保险对居民家庭消费的拉动作用明显高于基本医疗保险，且对农村居民家庭年消费总额的拉动作用明显高于城镇居民家庭。从消费内容来看，商业医疗保险对农村居民家庭物质生活消费的推动最大，达到 41.60%，而对城市居民家庭精神文化消费的影响最大，为 87.56%（吴庆跃等，2016）。第三，在整体医疗保险方面，农村居民在得到医疗保险保障时，会减少预防性储蓄量，调整资产结构（周钦等，2015）。参加医疗保险的流动人口提升了 6.5% 的人均非医疗消费，且医疗保险的保障水平越高，对流动人口人均非医疗消费的刺激作用越明显；同时，流动人口在本地参保将使人均非医疗消费增长 13.4%（宋月萍等，2018）。参加社会保险的居民家庭比未参保的居民家庭消费支出将增加 0.61%，社会保险的缴费率每增加 1%，居民家庭消费会降低 0.63%，养老保险缴费率每增加 1%，居民家庭消费将降低 2.58%，而医疗保险缴费率每增加 1%，居民家庭消费则将增加 2.1%（邹红等，2013）。

由上述文献可知，参加医疗保险对居民家庭的扶贫减贫作用主要表现在对其消费的影响上，具体可归纳为以下 3 个方面：第一，医疗保险为医疗消费风险平滑的财务机制，其费用分担制度能降低居民家庭消费医疗服务的成本，分散健康风险，减轻医疗消费负担；第二，医疗保险的补贴报销机制能降低医疗服务的价格，由此带来的“收入效应”将提高居民家庭医疗消费水平，促使其及时享受到医疗服务，进而提升其健康水平（Manning 等，2000；Hurely，2000；Pauly，2005；叶春辉等，2008；黄枫等，2010；胡宏伟等，2013）；第三，医疗保险通过保障健康风险，增强了居民家庭的消费信心，降低其用于抵御健康风险的预防性储蓄，增加居民家庭非医疗消费，促进居民家庭生活水平提升（Engen，2001；Wagstaff，2007）。

本文的研究对象是农牧户家庭，上述文献在理清医疗保险对农牧户家庭消费的影响方式与影响程

度、厘清医疗保险的扶贫减贫作用时，具有重要的参考价值。同时，现有文献关于医疗保险对农村牧区低收入居民家庭影响的研究多集中于理论分析和宏观描述层面，结合农村牧区贫困状况和田野调研数据的研究较少，且缺乏医疗保险对不同层次农牧户家庭消费影响差异的研究。因此，本文拟基于微观农牧户家庭调研数据，控制农牧户家庭相关特征变量，深入探究医疗保险对农牧户家庭消费的影响，分析医疗保险对贫困户与非贫困户消费影响的异同，以期为医疗保险机制参与农村牧区扶贫减贫、服务国家精准扶贫战略提供参考。

二、理论分析与研究假设

（一）预防性储蓄理论

Dynan（1993）所提出的预防性储蓄模型基于消费者的跨时选择，用消费者消费支出变化的方差以测度支出的不确定性，对预防性储蓄进行研究。其假设效用函数在时间上可加，且 $u' > 0$ ， $u'' < 0$ ， $u''' > 0$ ，而劳动收入是不确定的。在 t 时期典型家庭消费的动态最优化问题可以表述为：

$$\max E_t \left[\sum_{j=0}^{T-t} (1+\delta)^{-j} U(C_{i,t+j}) \right] \quad (1)$$

$$s.t. A_{i,t+j+1} = (1+r_i)A_{i,t+j} + Y_{i,t+j} - C_{i,t+j} \quad (2)$$

（1）式中， E_t 为 t 时期信息条件下的期望， T 表示生命期， t 与 j 代表生命期内的某一时期， δ 表示时间偏好率且假设其为常量， $C_{i,t}$ 为某一消费者在 t 时期的消费。（2）式中， $A_{i,t}$ 为某一消费者在 t 时期的非人力财富，且已知 $A_{i,t+1} = 0$ ； r_i 表示税后实际利率； $Y_{i,t}$ 是劳动收入，此外，效用在时间上可加并且是凹的，劳动收入是不确定的。

利用动态最优化的贝尔曼方程求解该消费模型，得到 $j=1$ 时的一阶条件（即欧拉方程）：

$$\frac{1+r_i}{1+\delta} E_t \left[u'(C_{i,t+1}) \right] = u'(C_{i,t}) \quad (3)$$

应用 $u'(C_{i,t+1})$ 的二阶泰勒展式，可得：

$$u'(C_{i,t+1}) = u'(C_{i,t}) + u''(C_{i,t})(C_{i,t+1} - C_{i,t}) + \frac{1}{2} u'''(C_{i,t})(C_{i,t+1} - C_{i,t})^2 + o(C_{i,t}) \quad (4)$$

忽略泰勒展式的高阶项，将（4）式代入（3）式可得：

$$E_t \left[\frac{C_{i,t+1} - C_{i,t}}{C_{i,t}} \right] = \frac{1}{\zeta} \left[\frac{r_i - \delta}{1+r_i} \right] + \frac{\rho}{2} E_t \left[\left[\frac{C_{i,t+1} - C_{i,t}}{C_{i,t}} \right]^2 \right] \quad (5)$$

（5）式中， $\zeta = -C_{i,t}(u''/u')$ 为风险厌恶系数，并定义 $\rho = -C_{i,t}(u'''/u')$ 为相对谨慎系数。（5）式提供了一种使用消费面板数据估测预防性储蓄强度的方法。设 $GC_{i,t}$ 为个人在 t 时期的消费增长， M 为总时期数， u_i 和 v_i 为样本均值替代预期值所产生的误差项， η_i 为影响消费者边际效用的偏好变

化对消费增长的冲击，则有：

$$GC_{i,t} = \left[\frac{C_{i,t+1} - C_{i,t}}{C_{i,t}} \right] \quad (6)$$

将（6）式代入（5）式，可得：

$$\frac{1}{M} \sum_{t=1}^M GC_{i,t} + u_i = \frac{1}{\zeta} \left[\frac{r_i - \zeta}{1 + r_i} \right] + \frac{\rho}{2} \left[\frac{1}{M} \sum_{t=1}^M GC_{i,t}^2 \right] + v_i + \eta_i \quad (7)$$

进而合并误差项可得：

$$avg(GC)_i = \frac{1}{\zeta} \left[\frac{r_i - \zeta}{1 + r_i} \right] + \frac{\rho}{2} avg(GC^2)_i + \varepsilon_i \quad (8)$$

由前提假设 $u' > 0$, $u'' < 0$, $u''' > 0$ 可知, ρ 在理论上应为正值。由（5）式可知, 消费者对未来支出不确定性的预期与当期储蓄率正相关。（8）式说明, 消费者在 t 期若预期到 $t+1$ 期支出不确定性上升而导致 $t+1$ 期支出增加, 在其他因素不变的情况下, 会降低本期的消费, 以增加本期储蓄用于应对未来支出的不确定性。这意味着, 消费者会在当期进行预防性储蓄以应对未来的不确定性风险。基于上述理论, 本文提出第一个研究假设：

假设 1: 参加医疗保险对农牧户家庭的消费存在正向影响。

（二）预算约束下的农牧户家庭消费行为理论

理性农牧户家庭的消费行为是指在一定的价格、收入水平、个体特征（例如, 年龄、受教育年限等）条件的影响下, 为实现自身效用最大化所消费的不同商品和服务种类和数量的组合。

为便于推导, 将农牧户家庭的消费选择假定为理性, 把商品分为 x_1 和 x_2 两类, 分别代表农牧户家庭生活必需消费（例如, 维持正常生活的基本饮食消费、医疗服务消费等）和非必需消费（例如, 旅游消费、文娱消费等）。当 x_1 的消费数量未达到生活必要需求的数量, 其边际效用（用 $\partial u(x_1, x_2) / \partial x_1$ 表示）与 x_2 的边际效用（用 $\partial u(x_1, x_2) / \partial x_2$ 表示）相比足够大。故有：

$$m = p_1 x_1^* + p_2 x_2^* \quad (9)$$

$$s.t. \max u(x_1, x_2) \quad (10)$$

（9）式中, x_1 和 x_2 分别为两类商品的消费数量, p_1 和 p_2 分别代表两类商品的价格, m 为预算约束；（10）式中, $u(x_1, x_2)$ 表示农牧户家庭的效用函数。定义拉格朗日辅助函数为：

$$L = u(x_1, x_2) - \lambda(p_1 x_1 + p_2 x_2 - m) \quad (11)$$

（11）式中, λ 为拉格朗日乘数。根据拉格朗日定理, 最优条件 (x_1^*, x_2^*) 满足以下 3 个一阶条件：

$$\frac{\partial L}{\partial x_1} = \frac{\partial u(x_1, x_2)}{\partial x_1} - \lambda p_1 = 0 \quad (12)$$

$$\frac{\partial L}{\partial x_2} = \frac{\partial u(x_1, x_2)}{\partial x_2} - \lambda p_2 = 0 \quad (13)$$

$$\frac{\partial L}{\partial \lambda} = p_1 x_1 + p_2 x_2 - m = 0 \quad (14)$$

用(12)式除以(13)式得到:

$$\frac{\partial u(x_1, x_2) / \partial x_1}{\partial u(x_1, x_2) / \partial x_2} = \frac{p_1}{p_2} \quad (15)$$

(15)式表示,两种商品的边际替代率等于价格比率时,农牧户家庭效用函数达到最大。设定 x_1' 为满足农牧户基本需求的生活必需消费的消费数量,则有 $x_1 < x_1'$ 时,(15)式两边分别为:

$$\frac{\partial u(x_1, x_2) / \partial x_1}{\partial u(x_1, x_2) / \partial x_2} \sim +\infty \quad (16)$$

$$\frac{p_1}{p_2} \leq k \quad (17)$$

(17)式中, k 为某一实数值。此时,(15)式将无法成立。农牧户家庭为实现效用最大化,将所有的预算约束 m 用以对 x_1 的消费,即 $m = x_1 p_1$ 。当 $x_1 > x_1'$ 时, x_1 类商品的边际效用开始低于某一固定数值,即:

$$\partial u(x_1, x_2) / \partial x_1 \leq \theta \quad (18)$$

(18)式中, θ 为某一固定值。此时,(15)式有了成立的条件,为实现效用最大化,农牧户家庭对 x_2 的消费数量变化为:

$$x_2 = \frac{m - x_1 p_1}{p_2} \geq 0 \quad (19)$$

由此,本文从理论上推导出当农牧户家庭预算约束水平较低时,农牧户家庭的消费首先是满足基本生存需求,对其他非生活必需类商品的消费则有限。随着农牧户家庭预算约束水平上升,农牧户家庭产生更高层次的需求,将增加对非生活必需类商品的消费。基于上述理论,本文假定农牧户家庭医疗消费、外购食品消费相较于物质生活消费具有更强的必需性,继而提出以下两个研究假设:

假设2:参加医疗保险对贫困户的医疗消费、外购食品消费有正向影响。

假设3:参加医疗保险对非贫困户的物质生活消费有正向影响。

三、计量模型构建

(一) 模型设定

为衡量医疗保险对农牧户家庭消费的影响及其对不同农牧户家庭消费影响的异同,本文将样本中的农牧户家庭分为全样本、贫困户及非贫困户3类进行分析。同时,为剔除其他固有特征的影响,选

取了可能对农牧户家庭消费产生影响的其他因素作为控制变量。本文采用的基本计量模型如下：

$$\ln Y = c + \alpha * Ins + \beta * K + \varepsilon \quad (20)$$

(20) 式中，被解释变量 $\ln Y$ 表示农牧户家庭年消费支出，包括总消费支出 $\ln Y_{11}$ 、非医疗类总消费支出 $\ln Y_{12}$ 、医疗保险报销前医疗消费支出 $\ln Y_{21}$ 、自付医疗消费支出 $\ln Y_{22}$ 、外购食品消费支出 $\ln Y_{31}$ 、物质生活消费支出 $\ln Y_{32}$ 6 个农牧户家庭消费支出相关变量。解释变量 Ins 表示农牧户家庭医疗保险参与度，由农牧户家庭参加医疗保险的人数占家庭总人口数的比例表示。控制变量 K 表示可能对农牧户家庭消费产生影响的因素集合。 ε 表示随机扰动项。

在检验参加医疗保险对农牧户家庭消费的影响时，一些无法观测的因素可能同时与农牧户家庭消费支出变量以及农牧户家庭医疗保险参与度相关，从而导致模型出现内生性问题，故而采用工具变量法；同时，为避免工具变量数大于内生变量数所导致的过度识别以及减少工具变量导致的有用信息遗失，选择对弱工具变量不敏感的有限信息最大似然估计法构建计量模型对数据进行估计。所选择的工具变量包括农牧户家庭对医疗保险的了解程度和农牧户家庭对医疗保险的作用评价，这是因为这两个变量能在一定程度上影响农牧户家庭医疗保险的参与程度，即对医疗保险越了解、越认同医疗保险的作用，农牧户家庭深入参与医疗保险的可能性就越大；同时，该工具变量并无对农牧户家庭消费的直接影响，具有较好的外生性。

(二) 数据来源

本文分析所用数据来自 2017 年 6~9 月及 2018 年 1 月对内蒙古自治区呼伦贝尔市、兴安盟、通辽市、锡林浩州市、乌兰察布市、包头市、鄂尔多斯市以及呼和浩特市 8 个盟市 17 个旗县进行的农牧户家庭实地调查。调查采取实地走访的方式，在每个盟市随机选择 1~3 个旗县，在每个旗县随机抽取 1~3 个乡镇，在每个乡镇随机抽取 2 个行政村，根据每个行政村的人口规模随机抽取特定数量和比例的贫困户与非贫困户进行问卷调查。综合运用两项选择法、自由回答法、多项选择法以及赋值评价法等方法，对农牧户家庭在 2015、2016 年的生产状况、家庭资产状况、收入与消费状况、医疗保险参与情况、人口社会学特征等方面进行调查。共调查农牧户家庭 735 户，获得有效问卷 730 份，其中，建档立卡贫困户为 130 户。

(三) 变量选取及设定

1. 农牧户家庭消费指标。本文采用 3 类指标衡量农牧户家庭年消费支出情况：一是家庭总消费类指标，指农牧户家庭一年中消费的总和。其中，农牧户家庭总消费水平和剔除医疗支出后家庭总消费水平分别用农牧户家庭年总消费支出及非医疗类总消费支出表示。二是家庭医疗消费类指标，指农牧户家庭在一年中医疗类消费的总和。其中，为区分农牧户家庭所享受到的医疗服务价值及实际医疗消费支出的不同，医疗消费类指标用农牧户家庭一年中医疗保险报销前医疗消费支出及自付医疗消费支出表示。三是家庭非医疗消费类指标，结合调研实际，选取农牧户家庭主要的外购食品消费支出及物质生活消费支出表示。其中，外购食品消费支出包括农牧户家庭一年日常生活中除自产食品外所购买的米、面、油、肉、蛋、蔬菜、调味料及外出餐饮等消费支出，物质生活消费支出包括农牧户家庭一年中在衣着、水电煤气、家电、交通方面的消费支出。

2. 医疗保险指标。医疗保险类指标包括农牧户家庭对医疗保险的参与度和认知情况。农牧户家庭医疗保险参与度用农牧户家庭参加医疗保险的人数与家庭总人口数的比值表示。此处，医疗保险包含“新农合”、“商业医疗保险”等在内的所有医疗保险。需要强调的是，在所调研的参保样本中，仅1.26%的农牧户家庭参加了非“新农合”的其他医疗保险。农牧户家庭对医疗保险的认知情况包括农牧户家庭对医疗保险的了解程度和对医疗保险的作用评价，采用主观打分法，对医疗保险的了解程度从1~5分分别表示非常了解、比较了解、一般了解、比较不了解和非常不了解，对医疗保险的作用评价从1~5分分别表示非常有作用、比较有作用、一般有作用、比较没作用和非常没作用。

3. 健康相关指标。健康相关指标包括农牧户家庭健康状况和健康意识两个指标。其中，农牧户家庭健康状况用农牧户家庭五年内患大病人次表示，次数越高，代表家庭整体健康状况越差；农牧户家庭健康意识通过家人患普通感冒或发烧等常见疾病时的就医方式来衡量，不就医赋值为0，在村卫生室、乡镇医院及县以上医院就医分别赋值为1、2和3，赋值越大，代表农牧户家庭健康意识越强。

4. 家庭特征指标。家庭特征指标由农牧户家庭的区域农牧属性、家庭人口数、赡养比、有无村干部、交通便利度、收入与资产7类指标组成。其中，农牧户家庭的区域农牧属性按照内蒙古自治区统一划分的农牧业旗县进行赋值，0表示农牧户家庭所在旗县为纯农业旗县、0.5表示农牧户家庭所在旗县为半农半牧旗县，1表示农牧户家庭所在旗县为牧业旗县；家庭赡养比用农牧户家庭中非劳动力占家庭总人口的比重表示；有无村干部为二元变量，1表示有村干部，0表示无村干部；交通便利度用农牧户家庭所在位置与最近乡镇的实际距离表示；收入用农牧户家庭当年所有收入的总和表示；资产包括农牧户的房产面积、土地亩数、汽车拥有量及农机具数4项指标^①。

5. 个人特征指标。已有文献（吴庆跃等，2016；臧文斌等，2012）表明，个人特征对居民家庭消费影响显著。因此，本文在模型中对受访者的个人特征进行控制，包括年龄、受教育年限两个指标。

四、实证分析

（一）描述统计分析

对农牧户家庭特征的描述性统计分析分为农牧户家庭年均消费支出、医疗保险及健康相关状况、家庭特征、收入与资产状况、受访者个人特征5个部分，具体见表1。

表1 描述性统计

指标	全样本		贫困户		非贫困户		单位
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差	
总消费支出	48468.81	46854.14	31973.15	24801.27	52042.86	49665.86	元
非医疗类总消费支出	40763.00	42706.75	22352.77	16320.11	44751.88	45523.74	元
医疗保险报销前医疗消费支出	16108.06	40428.96	27711.89	52206.73	13593.89	36941.30	元

^①为避免收入指标中异常值的影响，对数据按照上下1%的缩尾处理。为区分资产指标中不同类型房产和土地的价值，基于实地调研，对土木结构房、砖房、混凝土房按照1:2:3进行赋值，对水地、旱地、草地、林地按照30:10:1:3进行赋值。

精准扶贫视角下医疗保险对农牧户家庭消费的影响研究

自付医疗消费支出	7705.81	20637.50	9620.37	18110.46	7290.98	21129.27	元	
外购食品消费支出	9910.87	8003.00	5586.03	4527.31	10847.92	8280.96	元	
物质生活消费支出	13225.34	16764.19	6878.06	6228.39	14600.58	17971.40	元	
家庭医疗保险参与度	91.66	23.04	94.05	18.28	91.26	23.91	%	
对医疗保险的了解程度	2.98	1.22	3.02	1.27	2.97	1.21	-	
对医疗保险的作用评价	1.96	1.04	1.85	0.93	1.99	1.06	-	
家庭健康状况	0.42	0.72	0.54	0.76	0.40	0.71	-	
家庭健康意识	1.25	0.86	1.25	0.81	1.25	0.87	-	
区域农牧属性	0.42	0.39	0.30	0.36	0.45	0.39	-	
家庭人口数	3.33	1.40	2.96	1.44	3.41	1.38	-	
赡养比	0.32	0.27	0.37	0.30	0.31	0.26	-	
有无村干部	14.25	34.96	6.15	24.08	16.00	36.68	%	
与最近乡镇的距离	11.67	10.50	14.70	10.95	11.01	10.28	公里	
年收入	53632.34	97068.94	32444.36	74425.92	58223.07	100750.24	元	
土地亩数	水地	6.84	12.78	4.17	8.33	7.42	13.49	亩
	旱地	31.83	59.55	24.61	34.62	33.39	63.58	亩
	草地	244.29	1506.96	204.35	1192.54	252.94	1567.08	亩
	林地	13.49	51.68	4.97	24.53	15.33	55.69	亩
房产面积	土木房	9.32	29.84	15.72	37.59	7.94	27.70	平方米
	砖房	78.36	68.85	72.78	120.47	79.57	51.24	平方米
	混凝土房	9.09	35.25	3.15	16.30	10.38	38.02	平方米
汽车拥有量	0.32	0.56	0.10	0.30	0.37	0.59	辆	
农机具数	1.44	2.23	0.77	0.94	1.58	2.40	台	
年龄	48.98	11.23	51.15	10.92	48.52	11.24	岁	
受教育年限	6.49	3.07	5.22	3.17	6.76	2.98	年	

注：表中数据的均值与标准差利用 2016 年与 2015 年合并后的样本数据计算所得。

1. 贫困户整体消费水平低于非贫困户，但其医疗消费远高于非贫困户。农牧户家庭平均总消费支出为 48468.81 元，平均非医疗类总消费支出为 40763.00 元；其中，贫困户平均总消费支出为 31973.15 元，平均非医疗类总消费支出为 22352.77 元，均明显低于非贫困户的相关支出；在医疗消费方面，贫困户平均报销前医疗消费支出和自付医疗消费支出分别为 27711.89 元和 9620.37 元，非贫困户对应消费支出分别为 13593.89 元和 7290.98 元，即贫困户在医疗消费支出上远高于非贫困户；而在农牧户家庭外购食品消费支出和物质生活消费支出方面，贫困户平均消费支出分别为 5586.03 元和 6878.06 元，与非贫困户存在较大差距。

2. 贫困户健康状况明显差于非贫困户，但其医疗保险的参与度略高于非贫困户。全样本农牧户家庭平均医疗保险参与率为 91.66%，贫困户平均医疗保险参与率为 94.05%，略高于非贫困户的 91.26%；在对医疗保险的了解程度和对医疗保险的作用评价方面，贫困户与非贫困户差异极小，均处于“一般了解”和“比较有作用”层次；农牧户家庭健康状况方面，贫困户整体健康状况差于非贫困户，并且

样本中 51.59% 的贫困户因重病、残疾致贫，32.54% 来自贫困户的受访者表示自身身体状况差（非贫困户对应比例为 12.82%），而贫困户与非贫困户在医疗消费上的巨大差异均说明了这一点；此外，不同农牧户家庭的平均健康意识均为 1.25，并无差异。

3. 贫困户赡养压力明显大于非贫困户，且距离最近乡镇更远。全样本农牧户家庭的区域农牧属性均值为 0.42，其中，贫困户和非贫困户的区域农牧属性均值分别为 0.30 和 0.45，即贫困户的区域农牧属性更偏向于农业。农牧户家庭人口数多为 2~4 人，劳动力数多为 1~2 人；其中，贫困户平均家庭人口数为 2.96 人，明显低于非贫困户的 3.41 人。贫困户平均赡养比为 37.00%，非贫困户平均赡养比为 31.00%，即贫困户赡养压力高于非贫困户；在交通方面，贫困户与最近乡镇的距离平均为 14.70 公里，明显高于非贫困户的 11.01 公里。此外，6.15% 的贫困户中有村干部，非贫困户对应比例为 16.00%。

4. 贫困户在年收入、土地亩数、房产面积、汽车拥有量及农机具数上与非贫困户差距巨大。全样本农牧户家庭平均年收入为 53632.34 元，其中，贫困户和非贫困户平均年收入分别为 32444.36 元和 58223.07 元，相较于消费支出上的差距，贫困户和非贫困户在年收入上的差距更为巨大；在土地亩数方面，贫困户平均水地、旱地、草地及林地自有量分别为 4.17 亩、24.61 亩、204.35 亩及 4.97 亩，相比之下，贫困户的土地亩数明显少于非贫困户。在房产方面，贫困户平均拥有土木结构房 15.72 平方米，砖房 72.78 平方米，混凝土房 3.15 平方米，相较于非贫困户，贫困户的居住条件更差。在汽车拥有量和农机具数方面，贫困户平均拥有汽车 0.10 辆、农机具 0.77 台，远低于非贫困户。

5. 来自农牧户家庭的受访者多为中老年，且文化程度普遍较低，多为小学或初中文化。全样本农牧户家庭的受访者平均年龄为 48.98 岁，平均受教育年限为 6.49 年；其中，来自贫困户和非贫困户的受访者平均年龄分别为 51.15 岁和 48.52 岁，即贫困户的受访者平均年龄高于非贫困户的受访者；来自贫困户的受访者平均受教育年限为 5.22 年，略低于来自非贫困户的受访者的 6.76 年。

（二）医疗保险对农牧户家庭消费影响的回归分析

为检验参加医疗保险对农牧户家庭消费的影响，使用有限信息最大似然估计法就参加医疗保险对农牧户家庭消费的影响进行回归，所得估计结果及分析如下：

1. 医疗保险对农牧户家庭总消费的影响。（1）从全样本农牧户家庭角度来看，参加医疗保险显著提升了农牧户家庭的总消费支出和非医疗类总消费支出，并且其对非医疗消费支出的影响略大于总消费支出。由表 2 可知，当农牧户家庭医疗保险参与度由 0% 增长至 100% 时，农牧户家庭的总消费支出增加 40.25%，非医疗类总消费支出增加 42.88%。医疗保险参与度对非医疗类总消费支出的影响略大于对总消费支出的影响，这表明，对于全样本农牧户家庭而言，参加医疗保险对农牧户家庭消费的影响较多体现在非医疗消费支出上。吴庆跃等（2016）在医疗保险对农村家庭消费影响的研究中指出，参加商业医疗保险使农村居民家庭总消费支出增加 42.33%，高于本研究中的 40.25%，原因是本研究中农牧户家庭所参加的医疗保险多为基本医疗保险，保障水平较低。家庭健康状况和家庭健康意识对农牧户家庭总消费支出和非医疗类总消费支出的影响同样显著。具体而言，家庭五年内患大病次数所代表的家庭健康状况每增加 1 个单位，农牧户家庭总消费支出和非医疗类总消费支出分别增加 6.54% 和 7.98%；而家庭健康意识每增加 1 个单位，农牧户家庭总消费支出增加 5.80%，非医疗类总消费支

出增加 3.85%。农牧户家庭的区域农牧属性越高（代表更倾向于牧业），其总消费支出和非医疗类总消费支出也越高，这与牧区家庭的饮食习惯更偏向于肉类、日常生活成本更高有关。此外，总消费支出和非医疗类总消费支出与农牧户家庭人口数、有无村干部、家庭年收入、汽车拥有量和农机具数、受教育年限显著正相关，而与最近乡镇距离、受访者年龄负相关，这表明，年收入越高、汽车拥有量和农机具数越高、家中有村干部的农牧户家庭总消费支出和非医疗类总消费支出越多，而年龄越大、距离最近乡镇越远的农牧户家庭总消费支出和非医疗类总消费支出越低。（2）从贫困户与非贫困户的角度来看，参加医疗保险对贫困户总消费支出和非医疗类总消费支出有极大的促进作用，而对非贫困户上述两项总消费支出的影响并不显著。由表 2 可知，参加医疗保险对贫困户总消费支出和非医疗类总消费支出影响的系数分别为 0.9854 和 1.3247，这表明贫困户参加医疗保险比不参加医疗保险时的总消费支出增加了 98.54%，非医疗类总消费支出增加了 132.47%。贫困户整体健康状况不佳，抗风险能力弱，当其家庭健康风险得到保障时，贫困户将降低预防性储蓄，增加对以往欠缺的生活必需品的消费，以改善生活水平。对于非贫困户，回归结果表明，参加医疗保险对其总消费支出和非医疗类总消费支出的影响并不显著。此外，贫困户和非贫困户的健康状况越差、健康意识越强，其总消费支出越多，并且健康状况和健康意识对贫困户总消费支出的影响更大。此外，贫困户健康意识越强，其非医疗类总消费支出越高；而非贫困户健康状况越差，其非医疗总消费支出越低。贫困户家庭人口数每增加 1 个单位，总消费支出显著增加 10.74%，非医疗类总消费支出显著增加 12.97%；而非贫困户家庭人口数每增加 1 个单位，总消费支出和非医疗类总消费支出分别增加 16.05%和 18.58%；在家庭人口数增加相同数量时，非贫困户总消费支出和非医疗类总消费支出的增加比例更大。此外，有无村干部、与最近乡镇的距离、年收入、汽车拥有量、受教育年限等因素对非贫困户总消费支出和非医疗消费支出影响显著，而土地亩数对贫困户总消费支出影响显著。对比来看，影响贫困户总消费支出和非医疗类总消费支出的因素较少，影响总消费支出的因素主要有家庭医疗保险参与度、家庭健康状况、家庭健康意识、家庭人口数、土地亩数和受访者年龄；而影响非医疗类总消费支出的因素主要有保险参与度、家庭健康意识、区域农牧属性、家庭人口数、赡养比、农机具数和年龄。贫困户自身收入低，资产少、消费能力弱是其他因素对其总消费支出和非医疗类总消费支出影响有限的主要原因。

表 2 参加医疗保险对农牧户家庭总消费支出的影响

指标	ln Y_{11} (总消费支出)			ln Y_{12} (非医疗类总消费支出)		
	全样本	贫困户	非贫困户	全样本	贫困户	非贫困户
家庭医疗保险参与度	0.4025*	0.9854**	0.3612	0.4288**	1.3247***	0.3290
是否贫困户	-0.2447***	-	-	-0.3530***	-	-
家庭健康状况	0.0654***	0.2120***	0.0390*	0.0798***	-0.0695	-0.0793***
家庭健康意识	0.0580***	0.1128**	0.0488***	0.0385**	0.1441***	0.0198
区域农牧属性	0.1743***	0.0943	0.1766***	0.2226***	0.3871***	0.1896***
家庭人口数	0.1494***	0.1074***	0.1605***	0.1744***	0.1297***	0.1858***
赡养比	0.0801	-0.0285	0.0736	-0.1067*	-0.3036**	-0.0713
有无村干部	0.1075**	0.1647	0.0920**	0.1580***	0.1482	0.1617***

精准扶贫视角下医疗保险对农牧户家庭消费的影响研究

与最近乡镇距离	-0.0038**	-0.0045	-0.0060***	-0.0042***	0.0023	-0.0063***
年收入对数	0.0207**	0.0411	0.0182**	0.0257***	0.0443	0.0229***
土地亩数对数	0.0042	0.0743***	-0.0083	0.0043	0.0406	-0.0039
房产面积对数	0.0152	-0.0528	0.0280	0.0357**	0.0156	0.0447***
汽车拥有量对数	0.4800***	-	0.4561***	0.5129***	-	0.5005***
农机具数对数	0.2612***	0.1463	0.2585***	0.2979***	0.2604**	0.2852***
年龄	-0.0129***	-0.0199***	-0.0117***	-0.0202***	-0.0248***	-0.0194***
受教育年限	0.0225***	-0.0082	0.0244***	0.0220***	0.0039	0.0216***
常数	9.8707***	9.3701***	9.8201***	9.9496***	8.8428***	9.9805***
R ²	0.3984	0.3971	0.3723	0.5071	0.4486	0.4674
样本量	1460	260	1200	1460	260	1200

注：*、**和***分别表示在10%、5%和1%水平上显著。

2. 医疗保险对农牧户家庭医疗消费的影响。(1) 从全样本农牧户家庭角度来看，参加医疗保险显著提升了农牧户家庭的所享受到的医疗服务，而并未造成自付医疗消费支出的明显增长。由表3可知，农牧户家庭医疗保险参与度对其医疗保险报销前医疗消费支出的影响显著，回归系数为1.3188，说明若农牧户家庭医疗保险参与度由0%提升至100%，则其医疗保险报销前的医疗消费支出将显著提高131.88%，即相较于未参加医疗保险的农牧户家庭，参加医疗保险的农牧户家庭多享受到了131.88%的医疗服务。与此同时，农牧户家庭参加医疗保险对其自付医疗消费支出的影响并不显著。家庭健康状况越差，医疗保险报销前的医疗消费支出和自付医疗消费支出越高，而相较于对医疗保险报销前的医疗消费支出的影响，家庭健康状况对自付医疗消费支出的影响更大。笔者在调研中了解到，农牧户家庭健康状况越差，越倾向于去北京、上海等医疗条件较好的城市就医，从而导致其所能享受到的医疗保险报销比例严重下降，就医消费支出大幅上升。家庭健康意识对医疗保险报销前的医疗消费支出和自付医疗消费支出的影响并不显著。此外，家庭人口数、农机具数以及受访者年龄对农牧户家庭医疗保险报销前医疗消费支出和自付医疗消费支出均有正向影响，且对上述两项消费支出的影响系数差别不大，表明家庭人口数越多、农机具数越多以及受访者年龄越大，农牧户家庭医疗消费支出越多。同时，农牧户家庭年收入与医疗保险报销前医疗消费支出和自付医疗消费支出均显著负相关，表明家庭年收入越高，农牧户家庭的医疗消费支出越少。(2) 从贫困户与非贫困户角度来看，参加医疗保险使贫困户的自付医疗消费支出和所享受到的医疗服务大幅增加，而其对非贫困户则几乎没有影响。贫困户参加医疗保险对医疗保险报销前的医疗消费支出和自付医疗消费支出影响显著，其回归系数分别为5.7442和4.3445，说明若贫困户医疗保险参与度提升100%，其享受到的医疗服务将提升547.42%，自付医疗消费支出将增加434.45%，这与陈醉等（2017）所指出的农村居民在没有医疗保险保障时易出现看病难、有病不医的情况类似，此类情况在内蒙古等偏远地区的贫困户中表现得更为突出。贫困户在无医疗保险保障时，舍不得看病就医，或仅在小诊所开止痛药以缓解病痛，回归结果也说明贫困问题严重抑制了贫困户的医疗消费，贫困户通过参加医疗保险不仅提升了医疗消费水平，而且可以享受到更多的医疗服务。同时，参加医疗保险对非贫困户医疗保险报销前医疗消费支出和自付医疗消费支

出的影响并不显著，这与非贫困户整体健康状况明显好于贫困户以及非贫困户医疗消费受抑止程度较小有关。同时，贫困户健康意识与医疗保险报销前医疗消费支出和自付医疗消费支出均显著正相关，回归系数分别达到 0.3479 和 0.3487，而非贫困户健康意识对上述两项医疗消费支出的影响并不显著，表明健康意识更高的贫困户产生了更高的医疗消费支出，而健康意识更高的非贫困户与健康意识相对较低的非贫困户在医疗消费上并没有明显差异，这与贫困户中存在抑制医疗消费、有病不医或少医的情况相一致。此外，贫困户和非贫困户健康状况与医疗保险报销前的医疗消费支出和自付医疗消费支出显著相关，贫困户健康状况每变差 1 个单位所带来的上述两项医疗消费支出的增长均高于非贫困户，这与贫困户健康状况远差于非贫困户、其家庭健康状况变差的边际影响更大有关。

表 3 参加医疗保险对农牧户家庭医疗消费支出的影响

	ln Y ₂₁ (医疗保险报销前医疗消费支出)			ln Y ₂₂ (自付医疗消费支出)		
	全样本	贫困户	非贫困户	全样本	贫困户	非贫困户
家庭医疗保险参与度	1.3188*	5.7442***	0.4610	0.5170	4.3445***	-0.2201
是否贫困户	0.6417***	-	-	0.2815*	-	-
家庭健康状况	0.1035***	1.0094***	0.7281***	0.7269***	0.9704***	0.6846***
家庭健康意识	0.0405	0.3479**	0.0178	0.0592	0.3487**	0.0354
区域农牧属性	-0.1320	-0.2929	-0.0798	-0.1217	-0.3236	-
家庭人口数	0.1035**	0.2038*	0.1023**	0.1004**	0.1931*	0.0985**
赡养比	0.2624	0.0326	0.1904	0.3192	0.0828	0.2529
有无村干部	-0.0591	0.5130	-0.1028	-0.0441	0.5230	-0.1027
与最近乡镇的距离	0.0020	0.0139	-0.0018	0.0013	0.0130	-0.0023
年收入对数	-0.0894***	0.0974	-0.1149***	-0.0820***	0.0905	-0.1054***
土地亩数对数	-0.0213	0.0764	-0.0066	-0.0127	0.0885	-0.0019
房产面积对数	-0.0275	-0.2007	0.0078	-0.0287	-0.2027	0.0046
汽车拥有量对数	0.4414	-	0.3687	0.3877	-	0.3265
农机具数对数	0.2334**	-0.1518	0.2332**	0.2145**	-0.1593	0.2265**
年龄	0.0101*	0.0222	0.0076	0.0108*	0.0216	0.0087
受教育年限	0.0002	-0.0465	0.0003	-0.0031	-0.0404	-0.0036
常数	5.9381***	1.3227	6.7085***	5.9728***	1.6269	6.6465***
R ²	0.1115	0.0728	0.0863	0.0914	0.0614	0.0787
样本量	1460	260	1200	1460	260	1200

注：*、**和***分别表示在 10%、5%和 1%水平上显著。

3. 医疗保险对农牧户家庭非医疗消费的影响。(1) 从全样本农牧户家庭角度来看，参加医疗保险显著提升了农牧户家庭的物质生活消费支出，而对农牧户家庭外购食品消费支出的影响有限。由表 4 可知，农牧户家庭医疗保险参与度对外购食品消费支出的影响并不显著。农牧户家庭参加医疗保险与物质生活消费支出显著正相关，回归系数为 0.7797，表明农牧户家庭医疗保险参与度每增加 1%，其物质生活消费支出平均增加 0.78%。这说明，医疗保险参与度的提升对农牧户家庭外购食品消费支出

的影响并不显著，却会显著增加农牧户家庭的物质生活消费支出。家庭人口数、农机具数以及受教育年限均对农牧户家庭外购食品消费支出有显著的正向影响，这说明家庭人口数越多、农机具数越多、受教育年限越长，农牧户家庭的外购食品消费支出越多；而家庭健康状况越差、家庭健康意识越强、年龄越大，则农牧户家庭外购食品消费支出越少。家庭健康意识、区域农牧属性、家庭人口数、年收入、房产面积、农机具数、年龄、受教育年限与农牧户家庭物质生活消费支出显著正相关，说明上述因素对农牧户家庭物质生活消费支出存在促进作用；而家庭健康程度越差、赡养比越高，农牧户家庭物质生活消费支出越少。（2）从贫困户与非贫困户角度来看，参加医疗保险对贫困户的外购食品消费支出和物质生活消费支出均有促进作用，而仅对非贫困户的物质生活消费支出有显著的正向影响。如表4所示，贫困户的医疗保险参与度每增加1%，其外购食品消费支出增加2.39%，物质生活消费支出增加1.25%，贫困户参加医疗保险对其外购食品消费支出影响更为明显。非贫困户参加医疗保险对外购食品消费支出的影响并不显著，而与物质生活消费支出显著正相关，回归系数为0.7090，表明非贫困户医疗保险参与度每增加1%，其物质生活消费支出将增加0.71%。造成这种差异的原因主要有：其一，相对于非贫困户，贫困户在健康风险未得到保障时，健康风险大，对疾病风险有较多的预防性储蓄，从而在非医疗消费上留有较大空间；当其健康风险得到保障时，食品消费将优先被满足；其二，非贫困户自身消费能力强，在外购食品消费上增长空间较小，当健康风险得到保障时，释放的消费能力更多体现在物质生活消费上。贫困户健康程度越好，其外购食品消费越多，但该变量对贫困户物质生活消费支出影响不显著；非贫困户健康程度越好，其物质生活消费支出越多，但该变量对非贫困户外购食品消费支出的影响并不显著。此外，贫困户区域农牧属性、家庭人口数、农机具数的增加，都将使其外购食品消费支出和物质生活消费支出明显地增加；而非贫困户的家庭人口数、农机具数以及受教育年限的增加，将使其外购食品消费支出和物质生活消费支出增加。同时，家庭健康意识、区域农牧属性、年收入、房产面积以及汽车拥有量对非贫困户物质生活消费支出存在正向的影响。

表4 参加医疗保险对农牧户家庭非医疗消费的影响

	ln Y ₃₁ (外购食品消费支出)			ln Y ₃₂ (物质生活消费支出)		
	全样本	贫困户	非贫困户	全样本	贫困户	非贫困户
家庭医疗保险参与度	0.2061	2.3915**	-0.1982	0.7797***	1.2479**	0.7090**
是否贫困户	-0.4544***	-	-	-0.2895***	-	-
家庭健康状况	-0.0561*	-0.2848***	-0.0039	-0.0530*	-0.0387	-0.0569*
家庭健康意识	-0.0452*	0.0435	-0.0502*	0.0969***	0.1425**	0.0927***
区域农牧属性	0.0704	0.9586***	-0.0665	0.3973***	0.6107***	0.3547***
家庭人口数	0.1776***	0.3140***	0.1592***	0.1953***	0.1662***	0.2265***
赡养比	-0.0126	-0.4177	0.0731	-0.2020**	-0.0070	-0.2822***
有无村干部	-0.0649	-0.0285	-0.0455	0.1572***	0.1369	0.1531**
与最近乡镇的距离	-0.0121***	-0.0040	-0.0152***	-0.0027	0.0007	-0.0036
年收入对数	0.0039	-0.0140	0.0014	0.4244***	0.0269	0.0430***
土地亩数对数	0.0328**	-0.0746	-0.0147	0.0114	0.0393	0.0135

精准扶贫视角下医疗保险对农牧户家庭消费的影响研究

房产面积对数	0.0103	-0.0140	0.0264	0.0744***	0.0584	0.0828***
汽车拥有量对数	0.0720	-	0.1114	0.7965***	-	0.7796***
农机具数对数	0.3435***	0.4714**	0.3035***	0.3305***	0.3472**	0.3223***
年龄	-0.0111***	0.0178**	-0.0159***	0.0238***	-0.0216***	-0.0242***
受教育年限	0.0284***	0.0272	0.0296***	0.0268***	0.0095	0.0293***
常数	8.7178***	4.4315***	9.2685***	7.9758***	6.9915***	8.0201***
R ²	0.2843	0.1014	0.2733	0.4681	0.4204	0.4400
样本量	1.460	260	1200	1460	260	1200

注：*、**和***分别表示在10%、5%和1%水平上显著。

4.稳健性检验。笔者将样本数据分为2016年和2015年两组，使用有限信息最大似然估计法估计模型，结果显示，两组样本所得结论与原样本基本一致。可见，本文的研究结论具有良好的稳健性。

五、结论与探讨

（一）研究结论

首先，农牧户家庭参加医疗保险显著提升了其总消费支出、非医疗类总消费支出、医疗保险报销前医疗消费支出以及物质生活消费支出，而并未对其自付医疗消费支出和外购食品消费支出产生显著影响。参加医疗保险使农牧户家庭享受到更多的医疗服务，通过保障其健康风险，降低了农牧户家庭的风险预期，从而减少了农牧户家庭的预防性储蓄，刺激农牧户家庭消费，提升了农牧户家庭的生活水平，但其并未显著增加农牧户家庭的自付医疗消费支出。

其次，贫困户参加医疗保险促进了其总消费支出、非医疗类总消费支出、医疗保险报销前的医疗消费支出、自付医疗消费支出、外购食品消费支出以及物质生活消费支出的增长。其中，参加医疗保险极大地刺激了贫困户的医疗消费，使贫困户有病能医、敢医，健康水平和生活品质得以提升。

最后，参加医疗保险对非贫困户的物质生活消费支出促进作用显著，对其他几项消费支出作用有限。参加医疗保险对不同农牧户家庭不同类别消费支出的影响不同，对不同农牧户家庭同一类消费支出的影响也存在明显差异，说明农牧户家庭的消费行为受自身收入层次及多方面因素的共同影响。

（二）若干探讨

一是贫困户与非贫困户的差距不止体现在收入和家庭资产上，前者在健康状况、赡养压力和受教育年限等方面均处于弱势，且这种弱势在与健康状况紧密相关的医疗消费支出方面体现得尤为突出。贫困户医疗保险报销后的医疗消费支出明显高于非贫困户，而在收入能力较弱和赡养压力较大的情形下，贫困户的脱贫压力依旧艰巨，因此，在健康风险防范制度设计上应给予贫困户更多的倾斜和帮助。

二是医疗保险对农牧户家庭消费的刺激具有差异性特点，即不同收入层次的农牧户家庭在受到医疗保险保障时产生的消费刺激不尽相同，不同保障水平的保险产品对农牧户家庭的消费刺激也大小各异。要实现医疗保险对农牧户的保障、均衡提高农牧户家庭的生活水平、提升扶贫资金的使用效率、如期完成国家脱贫减贫目标，就需要关注农牧户家庭的异质性特征，结合实际发展阶段建立适宜的医

疗卫生服务体系。

参考文献

- 1.白重恩、李宏彬、吴斌珍, 2012:《医疗保险与消费:来自新型农村合作医疗的证据》,《经济研究》第2期。
- 2.陈醉、刘子兰, 2017:《新型农村合作医疗保险对居民消费影响的实证分析》,《湘潭大学学报(哲学社会科学版)》第3期。
- 3.甘犁、刘国恩、马双, 2010:《基本医疗保险对促进家庭消费的影响》,《经济研究》第s1期。
- 4.郭建平、谭清香、曲颂, 2018:《进城农民工家庭贫困的测量与分析——基于“收入—消费—多维”视角》,《中国农村经济》第9期。
- 5.胡宏伟、曲艳华、高敏, 2013:《医疗保险对家庭医疗消费水平影响的效应分析——兼论医疗保险与贫困的联合影响》,《西北大学学报(哲学社会科学版)》第4期。
- 6.黄枫、甘犁, 2010:《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》,《经济研究》第6期。
- 7.龙志和、周浩明, 2000:《中国城镇居民预防性储蓄实证研究》,《经济研究》第11期。
- 8.卢海阳, 2014:《社会保险对进城农民工家庭消费的影响》,《人口与经济》第4期。
- 9.马双、臧文斌、甘犁, 2011:《新型农村合作医疗保险对农村居民食物消费的影响分析》,《经济学(季刊)》第1期。
- 10.宋月萍、宋正亮, 2018:《医疗保险对流动人口消费的促进作用及其机制》,《人口与经济》第3期。
- 11.苏春红、李齐云、王大海, 2013:《基本医疗保险对医疗消费的影响——基于CHNS微观调查数据》,《经济与管理研究》第10期。
- 12.田青、高铁梅, 2009:《转轨时期我国城镇不同收入群体消费行为影响因素分析——兼谈居民消费过度敏感性和不确定性》,《南开经济研究》第5期。
- 13.王美娇、朱铭来, 2015:《商业健康保险对居民消费及其结构的影响——基于理性预期和家庭资产结构分析》,《保险研究》第6期。
- 14.吴庆跃、杜念宇、臧文斌, 2016:《商业健康保险对家庭消费的影响》,《中国经济问题》第3期。
- 15.叶春辉、封进、王晓润, 2008:《收入、受教育水平和医疗消费:基于农牧户微观数据的分析》,《中国农村经济》第8期。
- 16.臧文斌、刘国恩、徐菲、熊先军, 2012:《中国城镇居民基本医疗保险对家庭消费的影响》,《经济研究》第7期。
- 17.张世伟、郝东阳, 2010:《城镇居民不同收入群体消费行为分析》,《财经科学》第9期。
- 18.周钦、袁燕、臧文斌, 2015:《医疗保险对中国城市和农村家庭资产选择的影响研究》,《经济学(季刊)》第3期。
- 19.邹红、喻开志、李奥蕾, 2013:《养老保险和医疗保险对城镇家庭消费的影响研究》,《统计研究》第11期。
- 20.Dynan, K.E., 1993,“How Prudent are Consumers?”, *Journal of Political Economy*, 101(6): 1104-1113.
- 21.Engen, E.M., and J.Gruber,2001,“Unemployment insurance and precautionary saving”, *Journal of Monetary Economics*, 47(3): 545-579.
- 22.Hurley, J., 2000,“Chapter 2 An overview of the normative economics of the health sector”, *Handbook of Health*

Economics, Elsevier.

23.Manning, W.G.,J. P. Newhouse and N.Duan,1983,“Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment”,*Journal of Health Economics*, 2(1): 47.

24.Pauly, M.V.,2005,“Effects of Insurance Coverage on Use of Care and Health Outcomes for Nonpoor Young Women”, *Am Econ Rev*, 95(2): 219-223.

25.Wagstaff,A.,2007,“The economic consequences of health shocks: Evidence from Vietnam”, *Journal of Health Economics*, 26(1): 82-100.

(作者单位: ¹ 内蒙古农业大学经济管理学院

² 中国农业大学国家农业农村发展研究院)

(责任编辑: 云 音)

The Impact of Medical Insurance on Household Consumption of Farmers and Herdsmen from the Perspective of Targeted Poverty Alleviation: Based on Household Questionnaire Survey Data of 730 Farmers and Herdsmen in Inner Mongolia Autonomous Region

Li Ao Yang Zhiyong Zhao Yuanfeng

Abstract: Household consumption is an important indicator of poverty and quality of life of farmers and herdsmen. It is affected by various factors, and medical insurance and poverty are two important factors. Based on the characteristics of poor and non-poor households, this article uses the limited information maximum likelihood estimation method to construct an econometric model to empirically analyze the impact of medical insurance on the consumption of different farmers and herdsmen households. The results show that the poverty problem restrains the medical and agricultural food consumption of farmers and herdsmen, and medical insurance significantly improves the consumer confidence of farmers and herdsmen, stimulates their consumption, and provides them with medical services. The medical service level and quality of life of farmers and herdsmen have been significantly improved. Meanwhile, the impact of medical insurance on the consumption expenditure of different farmers and herdsmen households is significantly different. Participation in medical insurance has a significant promotion effect on medical consumption expenditure of poor households and on their consumption expenditure of purchased food. It also has a significant impact on the promotion of material consumption expenditure of non-poor households.

Key Words: Medical Insurance; Poverty Alleviation Through Insurance; Household Consumption; Poverty in Farming and Pastoral Areas