

分类号 _____
U D C _____

密级 _____
编号 10741

兰州财经大学

LANZHOU UNIVERSITY OF FINANCE AND ECONOMICS

硕士学位论文

(专业学位)

论文题目 城乡居民大病保险对居民家庭消费的影响
研究——基于 CFPS 数据的实证分析

研究生姓名: 曹子涵

指导教师姓名、职称: 高树棠、教授

学科、专业名称: 应用经济学、保险硕士

研究方向: 保险经营与管理

提交日期: 2024年6月2日

独创性声明

本人声明所提交的论文是我个人在导师指导下进行的研究工作及取得的研究成果。尽我所知，除了文中特别加以标注和致谢的地方外，论文中不包含其他人已经发表或撰写过的研究成果。与我一同工作的同志对本研究所做的任何贡献均已在论文中作了明确的说明并表示了谢意。

学位论文作者签名： 曹子涵 签字日期： 2024年6月2日

导师签名： 马树学 签字日期： 2024年6月2日

导师(校外)签名： _____ 签字日期： _____

关于论文使用授权的说明

本人完全了解学校关于保留、使用学位论文的各项规定， 同意（选择“同意”/“不同意”）以下事项：

1. 学校有权保留本论文的复印件和磁盘，允许论文被查阅和借阅，可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存、汇编学位论文；

2. 学校有权将本人的学位论文提交至清华大学“中国学术期刊（光盘版）电子杂志社”用于出版和编入 CNKI《中国知识资源总库》或其他同类数据库，传播本学位论文的全部或部分內容。

学位论文作者签名： 曹子涵 签字日期： 2024年6月2日

导师签名： 马树学 签字日期： 2024年6月2日

导师(校外)签名： _____ 签字日期： _____

**Study on the Influence of Serious Illness
Insurance for Urban and Rural Residents
on Household Consumption--An Empirical
Study Based on CFPS**

Candidate : Cao Zihan

Supervisor:Gao Shutang

摘 要

近年来,我国经济正处于转型升级的关键时期,由高速增长转向高质量发展阶段。在宏观经济运行的各个环节中,消费已成为拉动经济增长不可或缺的关键驱动力之一。然而,长期以来,我国存在着储蓄积累过度、消费增长疲软的现象,居民消费能力相较于全球其他国家和地区尚有待提升。因此,优化消费结构、提升消费水平,对于推动我国经济的高质量发展具有重要意义。随着社会经济的不断发展与人民对生活品质的持续追求,医疗保障的重要性日益凸显。构建一个健全且高效的医疗保障体系,不仅能提供及时可靠的医疗服务,还能深层次影响居民的消费决策与储蓄行为。目前我国基本医疗保障体系构建已经较为完善,但是保障水平较低,居民预防性储蓄较高,仍然不足以充分释放居民消费潜力。基于此,我国于 2012 年发布了《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》,提出建立城乡居民大病保险制度,旨在为城乡居民提供更为全面、深层次的医疗保障,减轻其经济负担。探索城乡居民大病保险对居民家庭消费的影响,有助于全面了解政策实施效果,并对我国全面建设多层次医疗保障体系提供可行性建议。

本文梳理相关文献,对我国大病保险政策的运行状况和居民消费现状进行了分析,并探究了大病保险制度如何作用于居民家庭消费行为的过程,旨在阐明大病保险对居民家庭消费水平、消费决策以及消费结构等方面的具体影响路径和机理。本文选取中国家庭追踪调查(CFPS)数据库,采用多期双重差分模型,讨论大病保险对居民家庭总消费和各分项消费的影响,并进行了稳健性检验。最后,由于对不同地区、不同收入水平、不同健康状况和不同婚姻状况家庭的影响效果可能存在差异,因此从以上几个方面进行了异质性分析。

研究结果显示,第一,大病保险促进家庭总消费增长约 8.99%;第二,对家庭消费进行分类,发现大病保险对生存型消费作用显著,促进消费约 6.65%,对发展型消费和享乐型消费作用不明显;第三,根据异质性分析,大病保险分别对西部地区、低收入、健康程度较低和已婚家庭的居民家庭消费的促进作用更明显。

关键词: 大病保险 家庭消费 双重差分法

Abstract

In recent years, China's economy is in a critical period of transformation and upgrading, from high-speed growth to a stage of high-quality development. In every link of macroeconomic operation, consumption has become one of the indispensable key driving forces for economic growth. However, for a long time, there is excessive accumulation of savings and weak consumption growth in China, and the consumption power of residents needs to be improved compared with other countries and regions in the world. Therefore, optimizing the consumption structure and improving the consumption level is of great significance to promote the high-quality development of our economy. With the continuous development of social economy and people's continuous pursuit of quality of life, the importance of medical security has become increasingly prominent. Building a sound and efficient medical security system can not only provide timely and reliable medical services, but also deeply affect residents' consumption decisions and savings behavior. At present, China's basic medical security system has been relatively perfect, but the level of security is low, residents' preventive savings is high, and it is still not enough to fully release the consumption potential of residents. Based on this, China issued the

Guiding Opinions on the Development of Serious Illness Insurance for Urban and Rural Residents in 2012, proposing the establishment of a serious illness insurance system for urban and rural residents, aiming to provide more comprehensive and in-depth medical security for urban and rural residents, so as to reduce their economic burden. Exploring the impact of serious illness insurance for urban and rural residents on household consumption is helpful to fully understand the effect of policy implementation, and provide feasible suggestions for the comprehensive construction of multi-level medical security system in China.

This paper combs relevant literature, analyzes the operation status of China's serious illness insurance policy and residents' consumption status, and explores the process of how the serious illness insurance system affects residents' household consumption behavior, aiming to clarify the specific influence path and mechanism of serious illness insurance on residents' household consumption level, consumption decision-making and consumption structure. Secondly, this paper selects the China Household Tracking Survey (CFPS) database and adopts the multi-period differential model to discuss the impact of critical illness insurance on the total household consumption and various types of consumption, and conducts a robustness test. Finally, because the effects of different regions, different income levels, different health conditions and different marital status may be different, the heterogeneity analysis is carried out from the

above aspects.

The results show that, first, serious illness insurance promotes the increase of total household consumption by about 8.99%; Second, by classifying household consumption, it is found that serious illness insurance has a significant effect on survival consumption, promoting consumption by about 6.65%, but has no obvious effect on development consumption and pleasure consumption. Thirdly, according to the heterogeneity analysis, the critical illness insurance has a more significant promoting effect on the household consumption of residents in the western region, low-income, less healthy and married families respectively.

Keywords: Urban and rural residents' major illness insurance; Household consumption; Difference in difference

目 录

1 引言	1
1.1 研究背景与意义	1
1.1.1 研究背景	1
1.1.2 研究意义	2
1.2 研究内容与方法	3
1.2.1 研究内容	3
1.2.2 研究方法	6
1.3 创新点与不足之处	6
1.3.1 创新点	6
1.3.2 不足之处	7
1.4 文献综述	8
1.4.1 关于城乡居民大病保险的研究	8
1.4.2 关于医疗保险对居民家庭消费的影响研究	10
1.4.3 文献评述	13
2 相关概念及理论基础	15
2.1 城乡居民大病保险的主要内容	15
2.1.1 筹资机制	17
2.1.2 保障内容	18
2.1.3 保障水平	19
2.2 消费相关理论基础	22
2.2.1 生命周期假说	22
2.2.2 预防性储蓄理论	23
2.2.3 心理账户理论	23
2.2.4 马斯洛需求层次理论	24
3 现状分析与影响机制	26
3.1 城乡居民大病保险的运行现状	26

3.2 我国居民家庭消费现状	28
3.2.1 我国居民消费水平分析	28
3.2.2 我国居民消费结构分析	31
3.3 城乡居民大病保险对居民家庭消费影响的理论分析	34
4 城乡居民大病保险对居民家庭消费影响的实证研究	36
4.1 数据来源	36
4.2 变量选取	37
4.3 模型构建	39
4.4 描述性统计	39
4.5 实证分析	41
4.5.1 城乡居民大病保险对居民家庭总消费的影响	41
4.5.2 城乡居民大病保险对居民家庭各分项消费的影响	42
4.5.3 城乡居民大病保险对居民家庭消费影响异质性分析	45
4.6 稳健性检验	51
4.6.1 平行趋势检验	51
4.6.2 安慰剂检验	52
5 结论与政策建议	54
5.1 结论	54
5.2 政策建议	55
参考文献	58
后记	62
附录	63

1 引言

1.1 研究背景与意义

1.1.1 研究背景

近年来，我国不断推进经济高质量发展，转型升级步伐明显加快，然而经济下行趋势也不断蔓延。消费、投资和出口是拉动经济增长的三驾马车，而目前投资需求与出口需求都在急剧收缩，因此消费是拉动我国未来经济增长的重要动力来源。随着居民收入的提高和消费途径的多样化，国家统计局表示，2023 年我国消费对经济增长的贡献率高达 82.5%。由此可见，消费对我国经济增长发挥了至关重要的推动作用。党的二十大报告紧密联系新时代中国发展的实际状况，为我国经济社会未来发展绘制了蓝图。这些部署为强化经济发展中内需的拉动作用，及提升消费的基础性地位提供了明确指导和政策支持，有助于进一步激发市场活力，促进经济持续健康发展。然而我国长期以来存在着低消费、高储蓄现象，预防性储蓄高居不下，根据国家统计局数据显示，2022 年我国最终消费率为 53.5%，与世界平均水平还存在一定的差距。

在影响居民家庭消费的众多因素中，除了家庭收入水平、人口结构以及消费偏好这些关键因素外，社会医疗保障体系的完善程度同样对居民家庭消费决策产生着至关重要的影响。我国传统文化强调家庭储蓄和投资，尤其是近年来，我国人口老龄化程度日益加深，家庭老年人口数量增加，根据 2020 年第七次人口普查数据显示，大陆地区 60 岁及以上的老年人口总量为 2.64 亿人，已占到总人口的 18.7%，相较第六次人口普查升高了 5.4 个百分点，已符合联合国人口老龄化定义，与此同时，伴随而来的是老龄人口疾病多发、家庭高额医疗费用承担压力较大。为了防止大额医疗支出风险，居民将提高预防性储蓄，降低未来支出预期，同时抑制消费。鉴于此，医疗保险能够为居民面临的高额医疗费用提供有力保障，使他们对未来医疗支出的不可预见性担忧得到缓解，从而减少在预防未知医疗风险时的过度储蓄行为。在此背景下，为了缓解居民医疗支出风险，为居民提供更好的社会保障水平。自 20 世纪 90 年代末起，我国逐步构建并完善医疗保

障制度体系，已初步搭建起与市场经济体制相契合、具备中国特色的基本医疗保障制度框架。其中，1998年更是里程碑式的一年，我国正式确立了城镇职工基本医疗保险制度的基本框架，秉持“广覆盖、低水平”的原则，旨在满足广大职工的基本医疗需求。2003年非典推动了新型农村合作医疗制度的建立，有效填补了农民医疗保障制度的空白，缓解了农民的医疗负担，显著促进了农村医疗卫生服务体系的完善与发展。2007年，逐步确定了以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险制度，对一些困难居民参保所需家庭缴费部分给予补助。目前我国已经基本构建起以城镇职工基本医疗、新农合、城镇居民基本医疗“三位一体”的社会医疗保障制度，这一制度的建立为居民提供了重要的制度保障。然而，我国的基本医疗保障制度改革是从部分群体开始设计，渐进式推进方式存在一定的局限性，其保障功能还不够完善，对部分重大疾病的保障水平有限，许多重病患者参保后个人负担仍然较重，仅有少数人群有补充医疗保险，商业保险产品与基本医疗保障衔接不够，因此家庭因病致贫的现象仍有发生，为了缓解医疗支出所带来的压力，居民往往会选择削减当前的消费以及未来预期的支出。

鉴于此，我国于2012年8月出台了《关于推进城乡居民大病保险工作的指导意见》。这一政策文件通过在已有的医疗保障制度框架内，进一步强化对重大疾病患者的经济保障力度，通过提升对高额医疗费用的补偿力度和覆盖范围，增强整体医疗保障效能，使之作为基本医疗保障的重要补充，有效减轻居民因重大疾病所引发的经济压力，防范和化解因病致贫、因病返贫的情况发生。

1.1.2 研究意义

在全球环境复杂多变的宏观背景下，刺激消费增长对于推动我国经济稳中求进、以进促稳具有重要的作用，因此强化消费驱动力，是构建我国经济发展新格局不可或缺的一环。

尽管近年来，我国经济一定程度上摆脱了持续低迷的走势，居民消费水平恢复向好，但并不表示我国的消费持续扩大轻而易举，目前我国居民储蓄率依然保持在较高水平，消费想要进一步复苏仍然面临着较大的挑战。基于此，我国从战

略全局出发,高度重视消费升级和高质量发展,把恢复和扩大消费摆在优先位置。在 2023 年中央经济工作会议中,深刻分析了当前经济形势,明确指出要增强忧患意识,加快释放服务消费,引领消费市场加快复苏,着力扩大国内需求,激发消费潜能。完善多层次医疗体系、降低居民医疗支出风险,是释放消费潜力的关键举措。因此,进一步表明,通过不断完善多层次医疗保障体系,对于提振内需、促进消费有着不可忽视的经济效应。

目前学术界关于医疗保险对居民家庭消费影响的研究多数集中于基本医疗保险和商业医疗保险领域,而对于城乡居民大病保险政策对居民消费行为影响的探讨则相对较少。主要原因在于城乡居民大病保险政策自实施以来历时较短,与此相关的数据积累尚不够丰富,因此,从大病保险视角出发,深入探究其对居民家庭消费活动影响的研究尚显匮乏。因此,本文在前人研究的基础上,依据全国 25 省(直辖市、自治区)的相关数据,对于大病保险对居民家庭消费的影响作用进行具体的实证分析,将其结果量化并且做出解释说明,并结合我国城乡居民大病保险发展的现状,进一步评价大病保险的经济效果,来探讨大病保险对居民家庭消费的政策效应,通过比较不同特征家庭的消费情况受城乡居民大病保险影响的差异性展开细致分析,进一步丰富了国内对城乡居民大病保险等补充医疗保险研究的成果,为大病保险的进一步发展及大病保险政策的完善方向提供支撑,助力设计差异化的保障政策,同时为保险公司推出多样化产品提供理论支持,以满足多元化需求。

1.2 研究内容与方法

1.2.1 研究内容

在我国提出促进恢复和扩大消费,大病保险全面开展的背景下,本文参考了国内外相关文献研究,依据北京大学中国社会科学调查中心自 2012 年至 2020 年发布的中国家庭动态跟踪调查数据,探讨大病保险对居民家庭消费的影响,同时对家庭消费进行分类,从而探究大病保险对不同类型消费的影响,并进一步对不同地区、不同收入水平、不同健康状况和不同婚姻状况受影响程度的差异性展开细致分析,最后通过了稳健性检验,得出了研究结论。本文的总体框架如下:

第一部分：引言。首先探讨了论文选题的研究意义及目的，详细阐述了政策实施的背景，并对研究思路与方法进行了介绍。随后，该部分分别从大病保险的政策效应以及医疗保险对居民家庭消费的影响两个维度出发，对国内外相关文献进行了全面的梳理与评述。

第二部分：相关概念及理论基础。本部分阐述了大病保险的政策内容，并梳理了生命周期假说、预防性储蓄理论、心理账户理论和马斯洛需求层次理论等本文涉及的相关理论。

第三部分：现状分析与影响机制。本部分对大病保险的运行现状和我国居民消费现状进行了总结。在此基础上，进一步探讨了大病保险影响居民家庭消费的影响机制，从而更全面地理解大病保险影响消费行为的内在机理。

第四部分：实证研究。本部分选取了中国家庭动态跟踪调查（CFPS）数据库中 2012-2020 年的最新数据，运用了双重差分模型（Difference-in-Differences, DID），选取合适的变量，对样本数据进行回归分析，并进行了稳健性检验。同时还对不同消费类别、不同特征家庭的差异性展开细致分析，确保了对大病保险经济效应评估的准确性和可靠性。

第五部分：结论和建议。本部分根据实证研究的结果，提出了一系列具有可操作性的合理建议，以期为后续的实践操作和决策制定提供有价值的参考依据。

本研究的技术路线如图 1.1 所示：

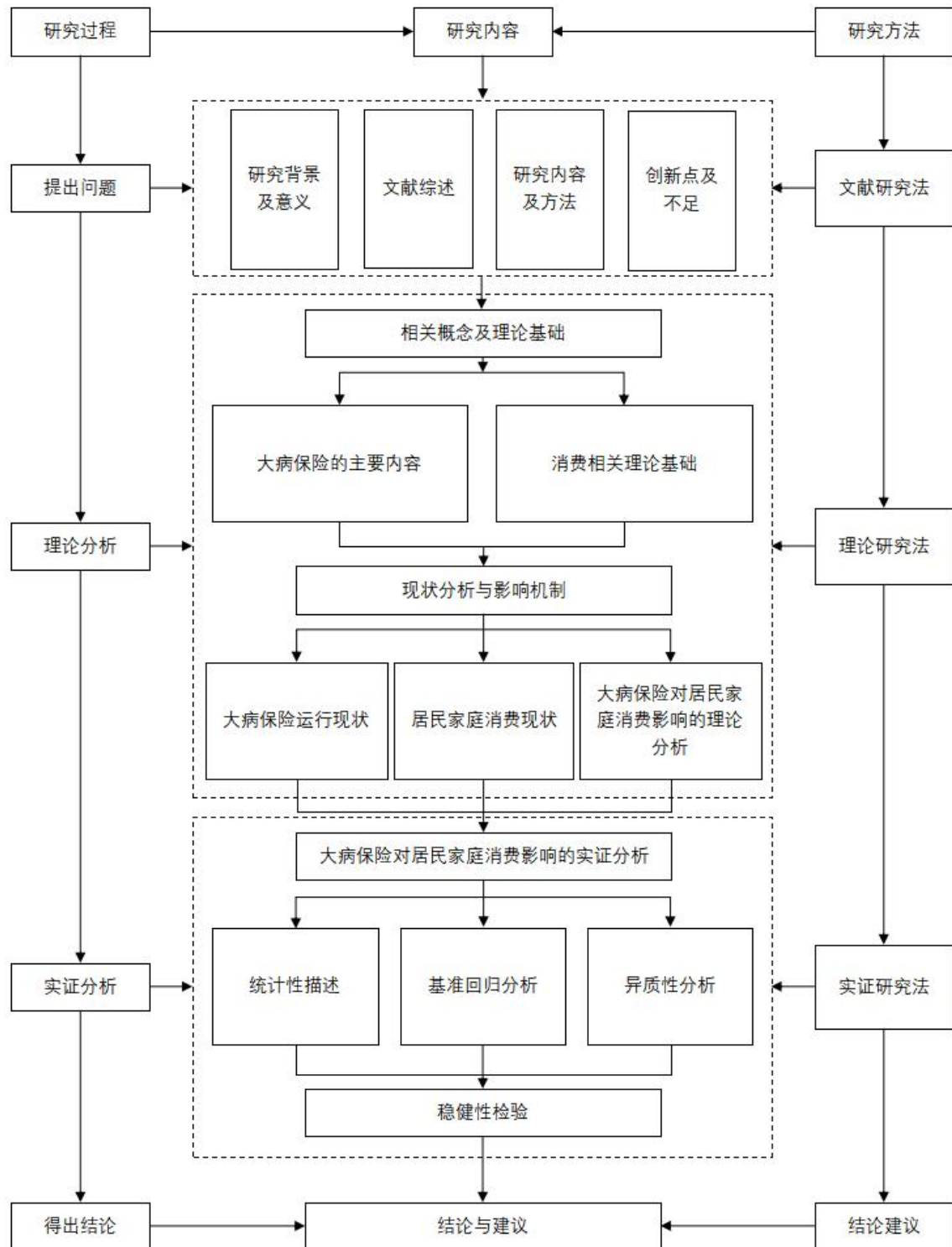


图 1.1 技术路线图

1.2.2 研究方法

(1) 文献研究法

通过图书馆、互联网、电子资源数据库等途径阅读大量文献，了解城乡居民大病保险政策、消费相关理论基础、医疗保险等相关知识，理清大病保险政策的发展历程及运行现状，通过对国内外学者在大病保险与消费行为相关领域的研究成果进行全面且深入的搜集与整理，并对其进行细致的归类和分析，系统性地学习相关研究，并领会和吸收他们提出的理论观点和实证结论，为后续研究奠定坚实的理论基础和方法指导。

(2) 理论研究法

本文在对国内外相关文献资料进行大量阅读、整理概括的基础上，梳理了研究所依托的理论依据，深入探讨了大病保险的作用机制，和 大病保险与居民家庭消费之间的内在联系，为后续研究提供坚实的理论支撑。

(3) 实证研究法

本文选取了北京大学中国社会科学调查中心发布的中国家庭动态跟踪调查（CFPS）数据库中 2012-2020 年五期面板数据，使用多期双重差分模型，通过 Stata 统计分析软件进行数据处理，分析大病保险对居民家庭消费的影响，进行了稳健性检验，并探究大病保险对不同消费类型的影响，再通过异质性分析，研究大病保险对不同特征家庭消费情况的差异性。

1.3 创新点与不足之处

1.3.1 创新点

(1) 我国城乡居民大病保险政策开始实施于 2012 年 8 月，实施时间相对较短，相关数据较为缺乏。当前我国在医疗保险对消费影响的研究中，关注点主要集中在基本医疗保险体系与商业医疗保险上，针对大病保险的研究尚显不足。本文旨在深入探讨大病保险政策的经济效应，通过系统分析和实证研究，为相关领域的研究提供微薄的补充，以期更全面地揭示我国大病保险政策在促进消费和经济发展中的重要作用。

(2) 本文选取了北京大学中国社会科学调查中心发布的中国家庭动态追踪调查数据 (CFPS)，并在实证分析中加入了最新 2020 年的调查数据，以 2012 年数据作为政策实施前的一期，以 2014 年、2016 年、2018 年、2020 年的数据作为政策实施后，选用多期双重差分模型，进行大病保险对家庭消费影响的实证分析，丰富了国内大病保险政策经济效应的研究成果。

(3) 本文将家庭总消费细分为生存型消费、享乐型消费以及发展型消费三大类别，并分别研究大病保险对以上不同消费类型的影响，探究家庭在面对大病风险时的消费决策变化。同时，在异质性分析方面，将不同特征的消费群体进行划分，针对不同地区、不同收入水平、不同健康状况和不同婚姻状况的家庭进行了深入分析，通过对比不同特征家庭在面临大病风险时消费行为的差异，使实证结果更具针对性、可靠性和实用性，在实际政策制定与应用中提供更为有力的证据支持。

1.3.2 不足之处

(1) 本文所使用的是中国家庭动态追踪调查数据，在实际研究过程中，所使用的数据不可避免地会遇到诸如缺失值、异常值或错误记录等各种复杂问题，这些问题的存在无疑会对本文所进行的实证研究结果带来一定程度的潜在干扰与不确定性影响。

(2) 在本文的实证分析中，采用了多期双重差分法作为主要的研究方法。但由于 CFPS 数据仅精确到到省份层面，因此在判断大病保险政策实施与否时，只能以省份为依据，而无法具体到市县级层面，因此可能会对实证结果产生一定的干扰和影响。

(3) 本文采用了 CFPS 数据库从 2012 年至 2020 年的五期面板数据进行实证分析。在变量选取的层面，尽管已经囊括了多个相关维度，但仍不能排除存在某些方面的局限性，本文在构建模型时加入了个人特征、家庭特征等一系列控制变量，但考虑到家庭消费的影响因素错综复杂，可能仍有其他重要因素未被纳入当前模型之中，无法完全反映出所有可能影响研究结果的因素。

1.4 文献综述

由于我国城乡居民大病保险政策实施的时间较晚,经济效应的产生具有滞后性,因此针对大病保险与居民家庭消费之间的研究较为不足。为了更全面地了解大病保险与居民消费领域的研究现状,本文依据多数学者的主要研究方向与取得的成果,将这些文献主要划分为两大类:一是对大病保险政策进行的分析与综述,二是对医疗保险如何影响居民消费进行的研究与探讨。最后,对这些文献进行了评述,以期为后续研究提供有益的参考和启示。希望通过这样的分类和评述,能够更深入地理解大病保险与消费之间的关系,为相关政策制定和实践提供科学依据。

1.4.1 关于城乡居民大病保险的研究

城乡居民大病保险政策近年来吸引了众多学者的高度重视与深入研究,体现了我国在社会保障领域的创新和进步。目前国内学者主要从大病保险政策的制度模式、实施现状、主要问题和优化方向等方面进行了深入研究分析。

曹乾、邱芬等(2009)通过对比不同运作模式,认为“政府主导、市场运作”的模式是未来大病保险机制运行的主流发展趋势,并对医保部门、保险公司和整个行业给出了相应建议:分别是有效控制风险、积极合作、巩固业务和探索创新。余珽和茅启书(2011)系统总结了扬州市区大病医疗救助保险在不同运作模式下的优势与不足,认为在确保大病保险制度长期稳定与持续发展的考量下,医保机构与商业公司责任共担利益共享的方式具有更大的优越性。李文群(2012)强调商业保险机构是趋利的,大病保险应始终坚持以政府为主导,统筹制定相关事宜,市场适度竞争,不断提高商业保险机构的保障水平和经营效率。时媛媛、李林贵(2013)对宁夏地区商业保险公司与社会医疗保险部门在经营大病补充保险时的成本效益进行了对比分析,发现商业保险公司在经营大病补充保险方面投入的成本相对较高,然而其服务利用率却不尽如人意,存在一定的资源浪费现象。相比之下,社会医疗保险部门则有效避免了以上弊端。谢隽(2014)针对当前商业保险公司承办城乡居民大病保险的市场现状,从供方和第三方视角深入剖析了风险产生的根源。在此基础上提出了保险公司参与城乡居民大病保险业务的风险控制

模式。该模式以政府支持为依托，以专业队伍建设为核心，同时紧抓医疗机构管理和信息系统建设两个关键抓手。

许多学者对大病保险政策的实施现状和运行效果进行了分析和评估，普遍得出了相同的结论：大病保险能够有效减少家庭因遭遇重大疾病而出现灾难性医疗支出的风险，从而显著缓解个人及家庭在医疗花费方面的经济压力。根据 Jiang（2019）等人的研究，城乡居民大病保险政策无论是在长期还是短期范围内，均显著地减轻了高医疗费用患者的经济压力，有效缓解了他们的经济负担。白重恩、李宏彬（2012）利用双差法进行实证研究发现，新农合对家庭非医疗支出有明显的促进作用，使其增加约 5.6%，这一正向作用在收入较低或健康状况较差的家庭中更强。谢卫卫和弓媛媛（2017）选取 2014 年 CFPS 数据库中的农户数据，运用两部分模型分析法进行研究，发现新农保并未显著降低医疗支出的发生概率，但减轻了部分地区患者的承受的经济压力。李霞与唐文熙等人（2020）对中国多个典型地区的大病保险政策效果进行了深入研究与总结。结果显示，大病保险在大部分区域均展现出显著成效。特别是在 2011 年至 2017 年间，大病保险的实际补偿比例实现了大幅提升，增长幅度大约在 10%至 45%之间。Zhao et al.（2020）通过对同一时期不同保健支出水平下灾难性医疗卫生支出的发生率和强度进行了对比研究。结果表明，大病保险的实施显著降低了灾难性医疗支出的发生率。李庆霞和赵易（2020）研究发现在不同时间段的政策期内，大病保险在降低中低收入群体的家庭灾难性医疗支出发生率方面效果最好，同时分地区来看，中西部地区的政策效应更好。高健和丁静（2021）的研究显示大病保险显著降低了农村家庭陷入贫困脆弱性的可能性，且其政策效应在中、西部地区最佳。

然而，部分学者持不同观点，认为大病保险政策的实施效果并不尽如人意，未能达到预期的良好效果。这一观点为我们提供了不同的视角和思考方向，有助于更全面地评估大病保险政策的实施情况。王超群和刘小青等人（2014）使用城乡居民医疗负担调查数据，测算在不同保障程度下该市家庭灾难性卫生支出的发生率、平均差距等指数，发现该市家庭灾难性卫生支出受大病保险制度的影响较小，且主要原因是大病保险制度设计本身存在问题。Li（2019）等人认为，大病保险在短期内对农村居民的减贫效果颇为显著。然而，从长期来看，该政策在缓解农村居民经济负担方面并未展现出明显的成效。Jiang（2021）等人深入研究

后发现,即便是在大病保险政策的保障下,处于工作年龄阶段的大病患者仍然承受着相当沉重的疾病经济负担。郑莉和梁小云(2021)选取 CFPS 数据库中样本数据,通过 Logit 和线性回归模型进行实证分析,发现大病保险并未达到降低灾难性卫生支出发生率和强度的政策目标。

目前我国基本医疗保障体系已搭建完成,大病保险政策的实施为完善社会保障体系等方面发挥了积极作用,也使群众感受到了国家对民生的深切关怀,为人民群众的健康和幸福保驾护航,但同时还有部分学者认为仍存在问题可以继续优化和完善,并给出相应方案和建议。周晋和金昊(2016)运用数学建模法,采用基尼系数,对大病医保体系内的公平性与经济效率问题进行了分析,得出通过扩大病种范围、适当调低报销起付点、使更多人纳入报销范围,能够有效提升大病保险政策的公平性,并增强其经济效率。田文华(2021)基于 RE-AIM 模型,从可及性、有效性等多个层面,对上海、太仓和湛江的模式进行了深入评估,发现存在保障对象不够精准、待遇差异明显、并且商业保险公司在此模式下的优势并未得到充分发挥的问题,并提出了对应的措施。王延中和赵东辉(2021)认为大病保险制度在运行之初,就存在着筹资水平与预期保障目标不相符的问题。由于筹资机制的局限性,筹资不足成为制约大病保险提供充足保障的关键因素,导致大病保险的实际补偿水平不达标成为不可避免的问题。王光剑(2022)从商保合作的角度出发,指出随着当今社会人口老龄化进程的加速推进,以及疾病谱系的转变和医疗技术的更新,医疗费用支出呈现出逐年急剧攀升的趋势,若要维持基金的平稳运行,大病保险制度在资金筹集方面亟待寻找并拓展多元化的筹资渠道。朱铭来和申宇鹏(2022)利用宏观统计数据,在“十四五”期间大病保险不同保障方案下,综合考量医疗需求、制度保障水平以及保障范围等多重因素,对大病保险的可持续性进行评估发现:居民医保基金将面临严重的不可持续问题,且存在地区差异。因此需要统筹规划保障范围和保障水平,并在合理范围内管控医疗费用。

1.4.2 关于医疗保险对居民家庭消费的影响研究

从现有的研究来看,目前关于城乡居民大病保险对居民消费影响的相关文献并不是很丰富。因此本部分主要从医疗保险对居民家庭消费的影响这个相近的角

度来介绍。基于预防储蓄理论，消费者为应对未来可能出现的意外情况，会将部分收入进行储蓄。而医疗作为居民生活中的重要一环，自然也会成为居民储蓄的考量因素之一。因此，医疗保险的存在能够为居民提供风险规避的保障，进而对居民家庭的消费决策产生深远影响。

国内外学者对医疗保险如何影响居民消费进行了深入研究，其普遍结论揭示了一个共同点：医疗保险作为一种社会保障机制，能够缓解居民对未来医疗支出的不确定性，进而有效地减轻居民进行预防性储蓄的动机，由此释放出的储蓄资金可以被重新配置到消费领域，进而促进家庭消费支出的增长，推动家庭整体消费水平的提升。因此，医疗保险在保障居民健康的同时，也对促进消费、稳定经济增长起到了积极的推动作用。朱铭来和奎潮（2012）选取 31 个省份的面板数据进行系统研究，发现基本医疗保险的对经济的促进作用非常显著，具有极大的发展潜力。周钦和袁燕（2013）采用“准社会实验”的方法，研究医疗保险的政策效应，结论显示参保家庭的总消费相较非参保家庭明显更高，同时发现医疗保险对农村家庭消费的边际效应相较于城市来说更明显，由此认为医疗保险是通过增强家庭的风险承受能力，从而减轻了预防性储蓄动机，促进了当期消费的增加。陈醉和刘子兰（2017）采用多种计量模型，深入研究发现新农合的保障水平与农村居民总消费、医疗消费、非医疗消费均呈现正相关关系。

除了基本医疗保险之外，现有研究开始逐步拓展到商业保险领域。王美娇和朱铭来（2015）立足于微观决策层面，以 CHFS 数据为依托，探究商业健康保险对非必要消费和整体消费结构的影响，研究发现商业健康保险会显著非必要消费，也会对整体消费结构有产生影响，同时认为商业健康保险对消费的作用弹性相较于其他保险更为明显。袁成和刘舒亭（2018）基于 2006-2016 年的省际面板数据，构建了动态面板模型进行研究，研究发现商业保险能够有效降低居民的预防性储蓄，显著促进居民消费。黄智、李华琴（2023）选取 2017 和 2019 年的 CHFS 数据，采用固定效应模型、中介效应模型进行实证分析，发现商业健康保险对家庭消费具有显著推动作用，而预防性储蓄在商业健康保险对家庭消费的影响中发挥部分中介效应，中介效应占比为 6.84%。

然而，也有部分学者持相反观点，认为医疗保险与促进家庭消费提升之间并没有明显联系。熊波和李佳桐（2017）应用 CHNS 数据库九省六年的农户微观数

据,对新农合给农村居民消费带来的影响进行了深入研究,发现并未对低收入者的消费水平有所提升,仅对中高收入人群产生政策效应。

众多国内外学者还针对医疗保险与家庭消费结构的关系进行了深入探讨,特别关注了医疗保险对各类消费类型的影响。M Ying, Associate, Z DU(2012)基于 CHNS 数据的实证研究结果显示,参加新型农村合作医疗的家庭在耐用品消费方面呈现出显著提升的趋势,增长比例大致在 2%至 4%的范围内。马双、甘犁、和臧文斌(2010)选取中国营养与健康调查数据进行实证研究,发现新型农村合作医疗保险会促进占居民总消费很大比重的食物消费的增加,2004 年使居民食品支出人均增加约 81 元,这一增长额度相当于当年人均财政投入的 3.06 倍。臧文斌、刘国恩等人(2012)选取 2007、2008 年九个城市的的面板数据,继续探究城居保与城镇家庭消费之间的关系。从结果来看,日常生活消费方面增加的趋势最大。同时非医疗消费有显著增加,尤其是在低收入家庭中的影响效果最大,而对医疗消费没有明显影响。李宏伟(2018)通过选取 2012 年至 2016 年统计年鉴数据,选用 DID 差分法,研究得出城镇居民医疗保险拉动了 16.1%的非医疗消费,但对医疗消费并未产生显著影响。鄢洪涛和杨仕鹏(2021)采用倾向得分匹配法进行研究发现,基本医疗保险对农村耐用品消费有显著的抑制作用,但对农村居民的医疗、食品等消费并未产生明显影响。任明丽、孙琦(2023)聚焦于老年群体,研究发现补充医疗保险对老年家庭旅游消费具有显著的促进作用

还有部分学者从医疗保险对不同特征家庭消费的影响是否存在差异性开展了研究,通过将家庭进行分组,可以更深入地探讨医疗保险对不同家庭消费的影响情况。这样的分组研究有助于我们更全面地理解医疗保险的经济效应在不同家庭间的差异。李晓嘉(2014)选取 CFPS 数据库中的样本,运用双重差分模型,研究发现城镇居民医疗保险使非医疗消费呈现出约 6.9%的增长趋势。同时不同收入和地区家庭的影响不同,对中低收入家庭有明显促进作用,而高收入组家庭的消费行为没有显著变化。刘子宁等人(2019)选取 CHARLS 调查数据,深入研究了医疗保险的减贫效果在不同健康状况群体间的差异,结果表明医疗保险的减贫效果对健康状况差的群体更佳。赵为民(2020)围绕新农合大病保险展开研究,旨在探讨其对居民健康和医疗支出的影响。研究发现大病保险显著促进了农村家庭的医疗消费,而促进作用在不同特质的家庭中表现出了显著的差异性,

具体为在实施大病保险政策后，那些初始医疗支出水平较高以及拥有较高收入的家庭，其医疗消费的增长趋势尤为突出。

关于城乡居民大病保险与家庭消费结构的关系，现有的相关文献较少，大部分都是从新农合为出发点进行相关的研究。黄家林、傅虹桥和宋泽（2022）基于地级市层面城乡居民大病保险实施时间的不同，采用双重差分法进行了深入研究，发现大病保险显著促进了家庭人均消费，增长率约为 6%。进一步分析显示，大病保险主要通过降低家庭对未来医疗支出风险的预期来推动非医疗消费的增加，进而提升了家庭总消费水平。唐维斌（2022）关于对新农保的研究表明，新农保对农村居民消费水平有显著的正向促进作用，并且对发展性消费和享受性消费的促进效果更加明显，有助于居民消费升级。王极、洪名勇、田梦婕（2023）基于预防性储蓄视角分析新农保政策对农户消费结构升级的影响，结果表明新农保政策的实施能够显著促进农户消费结构升级。预防性储蓄作为新农保政策影响农户消费结构升级的重要渠道，中介效应占比 15.3%。

1.4.3 文献评述

综上所述，大病保险作为我国医疗保险政策的补充，我国学者对大病保险研究较多关注于政策模式和实施效果，较少运用全国层面的数据对该政策的经济效应进行实证评估。关于医疗保险和居民消费之间关系的研究则较为丰富，国内外学者从不同研究角度、不同研究对象、不同研究方法、不同数据进行了研究，并对研究结论提出了相应的解决办法。在研究角度上，学者们从我国基本医疗保险制度方面进行了深入研究，对新农合医疗保险、城镇职工医疗保险和城镇居民医疗等保险分别进行了分析，还有部分学者选择将焦点投向了商业保险领域，旨在全面理解不同层次的医疗保障体系对居民经济行为的影响。从研究对象来看，国内外学者不仅针对医疗保险与家庭消费结构的关系进行了深入探讨，还特别关注了医疗保险对各类消费类型的影响，以及对不同特征家庭消费的影响是否存在差异性也开展了研究。从研究方法来看，多数学者主要运用了双重差分模型、固定效应模型、倾向得分匹配法或相结合的方法进行研究，为本文的研究提供了思路。从数据层面来看，在深入评估政策效果的过程中，多数学者倾向于采纳与研究目标契合度更高的入户调查微观数据库，通过细致整理数据，选取出合适

的有效数据加以分析，进而确保研究的准确性和可靠性，进一步增强研究结论的说服力。因此，本文在前人研究的基础上，从研究角度、研究对象、研究方法和数据选择方面进行了借鉴和整理，对我国大病保险政策的运行状况和居民消费现状进行了梳理，探究大病保险制度对居民家庭消费是否产生影响，同时将消费类型进行分类探讨，并对不同地区、不同收入水平、不同健康状况和不同婚姻状况家庭的影响效果进行异质性分析，根据研究结果为大病保险政策的优化和医疗保障制度的健全提出具有可操作性的合理建议。

2 相关概念及理论基础

2.1 城乡居民大病保险的主要内容

关于“大病”的界定，参考世界卫生组织对家庭“灾难性医疗支出”的定义，当一个家庭的强制性医疗支出超出其扣除基本生活费用后剩余收入的 40%时，该家庭即被视为面临灾难性医疗支出。^①因此，一个家庭一旦出现灾难性医疗支出，因病致贫或因病返贫的风险将显著增加。这一界定不仅有助于我们更精确地识别和分析大病风险，也为制定针对性的医疗保障政策提供了重要依据。

在我国，大病通常指的是那些医疗费用高昂，并且在较长一段时间内对患者及其家庭的正常生活和工作造成显著影响的疾病。这类疾病不仅给患者带来身体和精神上的痛苦，还会对其家庭经济状况产生巨大的冲击。因此，大病问题一直是我国医疗保障体系关注的重点之一。我国对大病的定义主要可以分为两种：第一种是按照病种进行界定，主要依据医保的三大核心目录。这三大目录分别是基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录以及医疗服务设施目录。通过这三大目录的划分，我们能够更加精准地界定大病，从而确保医保政策的公平性和有效性。第二种是按照因病产生的医疗费用来进行界定，当疾病所需支出在经过城居保和新农合报销之后仍需承担较高的合规医疗费用时，这类疾病即为大病。第一种定义可能很难全面覆盖所有疾病类型，导致部分真正需要保障的大病患者可能被遗漏。第二种定义方式虽然较为直观和量化，但也存在潜在的过度医疗问题，导致医疗费用的不合理增长。因此，在界定大病时，我们需要综合考虑医学标准和医疗支出费用等多种因素，确保标准制定的准确性和合理性。目前我国普遍采纳的大病定义主要依据第二种方式。

本文所指的大病保险是指，2012年8月国务院发布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》中明确提出的城乡居民大病保险制度。该制度在现有医疗保障制度所保障的水平相对较低的基础上，旨在为罹患大病或家庭成员患有大病的居民所负担的大额医疗费用提供基本医疗保障范围之外的费用补偿，可进一步放大保障效用。作为对基本医疗保障体系的一种深化与拓展，大病保险制度有力缓解了因病致贫、因病返贫问题，是构建我国多元化社会保障体系不可或缺

^① 《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会〔2012〕2605号）

的关键部分。城乡居民大病保险与其他医疗保险的联系如表 2.1 所示：

表 2.1 不同类型医疗保险制度^①

类型	保障主体	大病判断标准	保险属性	主办方	政策赔偿标准	与基本医保衔接
新农合大病保障	参加新农合的农村居民	按病种	基本医保	卫生部	符合大病标准直接纳入大病保障范围	密切、基本医保的延伸
城镇职工大额医疗补充保险	参加城镇职工医疗保险的职工	按费用	社会或商业补充保险	人社部	根据病种或费用标准进行缴费和补偿	紧密、基本医保的补充
城乡居民大病保险	参加城镇居民基本医保、新农合的城乡居民	按费用	基本医保	政府主导、商业保险公司承办	个人自付费用超过一定标准再进入大病保险政策	紧密、基本医保的延伸
商业重大疾病保险	单位和个人	按费用	商业保险	保险公司	签订商业重大疾病保险合同，按保险合同规定补充	基本医保的有益补充

在 20 世纪初，我国部分地区便开始了大病保险的初步探索。各地政府紧密结合当地实际情况，有针对性地制定了相应措施并开始进行实践。纵观我国大病保险制度的发展历程，可以划分为三个阶段。每个阶段都有其独特的特征和发展重点，共同构成了我国大病保险制度的演进过程。第一阶段为大病保险的初期探索阶段，标志着国家大病保险制度的萌芽与探索，早在大病保险相关性文件出台之前，部分地区具有前瞻性地进行了大量有益的探索，这一举措为后续更广泛系统地推进大病保险政策奠定了坚实基础。该阶段涌现的“江阴模式”、“湛江模式”“太仓模式”“厦门模式”等多种运营模式，有效地积累了宝贵的实践经验。第二阶段是早期试点阶段，国家发改委出台了《指导意见》，截至 2014 年底，大病保险制度已在我国 27 个省份广泛实施，共开展了约 392 个统筹项目。这些项目的覆盖范围大，总计覆盖了约 7 亿人口。随着大病保险的实施，参保群众的保障水平得到了显著提升，普遍提高了 10 至 15 个百分点。各地区在经历了大病保险制度独立探索后，全国逐渐全面开展大病保险。大病患者的实际报销比例得到了显著提升，制度明确要求实际支付比例不低于 50%。与此同时，中国人寿、

^① 邵光磊. 湖北省大病保险实施现状与对策研究[D]. 上海：华中师范大学，2019.

中国人保等各大保险机构也在积极开拓大病保险市场，承保了多个大病保险项目，为更多患者提供了保障。这些举措共同推动了大病保险制度的完善与发展，为人民群众的健康福祉提供了有力保障。第三阶段是全面实施，继《指导意见》出台后，国务院于 2015 年 7 月出台了《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，针对大病保险制度的发展设立了明确的制度目标，即到 2015 年底，实现全面覆盖所有城乡居民，确保每一位公民都能享受到大病保险带来的保障，到 2017 年建立起一个完善的大病保险制度，进一步提高大病保险的保障水平和服务质量，以更好地满足人民群众对于医疗保障的需求。^①目前，大病保险制度已在我国全面实施，至此我国大病保险发展迈入了深化完善的新阶段，这一重大进展成为健全我国医疗保障体系的有力支撑，标志着我国医疗保障事业迈向了更加成熟、更加系统的轨道。全国各省份大病保险政策全面实施时间如表 2.2 所示。

表 2.2 全国各省份大病保险政策全面实施时间

启动年份	省份
2012 年	青海、浙江、吉林
2013 年	福建、江苏、湖北、广东、宁夏、新疆、重庆、河南
2014 年	北京、山东、四川、上海、天津、海南、江西、安徽、甘肃
2015 年	广西、内蒙古、湖南、山西、陕西、贵州、辽宁、河北、云南、黑龙江
2016 年	西藏

资料来源：全国各省份城乡居民大病保险政策相关文件

2.1.1 筹资机制

首先，筹资标准的确定在构建大病保险制度中至关重要。根据《意见》的指示，应充分考虑到不同地区经济社会发展水平的差异性，并紧密结合各地的实际情况，对医疗保险的筹资能力进行深入分析，对大病高额医疗费用的发生状况进行细致的调查，了解其基本情况和变化趋势。此外，基本医疗保险的补偿水平以及大病保险的保障水平也是确定筹资标准时必须考虑的重要因素。为了确保筹资标准的科学性和合理性，我们还应进行详尽的数据分析和精细的测算工作，为构建更加完善的大病保险制度提供有力支撑。综合考量以上因素，科学合理地确定

^① 《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）

大病保险的筹资标准，旨在确保筹资机制既符合当地实际，又能有效应对大病风险，为城乡居民提供坚实的大病保障。其次，大病保险筹资机制能否有效运行，资金来源的稳定性同样占据着举足轻重的地位。《意见》明确指出，大病保险的资金支出应来源于城镇居民医保基金和新农合基金，通过按照一定的比例或额度进行划转来实现。对于那些城居保和新农合基金存在结余的地区，应优先利用这些结余资金来筹集大病保险所需资金。不仅能有效利用现有资源，还能确保大病保险制度的稳定运行。然而，对于结余不足或没有结余的地区，则需要通过提高城镇居民医保和新农合的年度筹资水平，来增强大病保险的保障能力。^①不仅可以解决资金来源的短缺问题，还能进一步提高广大民众的医疗保障水平。综上，应根据不同地区的实际情况，采取灵活多样的筹资方式，确保大病保险制度的可持续发展。最后，提高统筹层次是大病保险筹资机制中的重要一环。在大病保险的实践中，原则上应采取市（地）级统筹的方式，以确保资金的有效管理和使用。同时也应充分认识到省级统筹或全省（区、市）统一政策、统一组织实施的重要性，这种统筹方式不仅可以进一步集中资源，优化资金配置，还能够显著提高大病保险的抗风险能力，使其在面对重大疾病风险时能够更加稳健和有效地发挥作用，有助于实现资金的有效利用和风险的均匀分担。

2.1.2 保障内容

《意见》中规定，大病保险的保障对象主要涵盖城镇居民医保和新农合的参保（合）人员。在参保人员遭遇重大疾病并由此产生大额医疗费用的情况下，完成包括城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的初步报销流程后，若剩余的个人需承担的医疗费用数额高于大病保险规定的起付标准，大病保险制度将提供额外的补偿保障。大病保险所需的资金直接从现有的城镇居民医保基金和新农合基金中划拨，旨在减轻参保人员在面临重大疾病时的经济压力，从而体现大病保险作为基本医保补充保障机制的重要性。

在判定高额医疗费用时，可以参考个人年度累计负担的合规医疗费用是否超出当地统计部门公布的上一年度城镇居民年人均可支配收入或农村居民年人均

^① 《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）

纯收入作为标准。^①具体的金额设定，应由地方政府结合当地经济社会发展水平和医疗保障能力进行审慎确定，以确保标准的科学性和合理性。合规医疗费用，即指那些实际发生且符合规定的医疗费用。在确定合规医疗费用的范围时，应明确不予支付的事项，以避免资源的浪费和滥用。这些不予支付的事项的具体范围，同样需要地方政府根据实际情况进行明确和细化。此外，在推进大病保险工作的过程中，可优先关注个人负担较重的疾病病种。通过为这部分人群提供必要的保障，确保大病保险制度的针对性，使其真正发挥出减轻群众医疗负担、防范因病致贫返贫的重要作用。

2.1.3 保障水平

《意见》中指出，在对各地城乡居民大病保险的保障水平进行评估和考量时，可以从起付线、封顶线以及支付比例等三个维度入手。这三个方面也决定了大病保险的保障能力，其与起付线成反比，与补偿比例和封顶线成正比。具体而言，起付线反映了大病保险开始赔付的门槛，封顶线则代表了保障的最高限额，而支付比例则体现了保险在不同费用段内的赔付力度。通过综合考量这三个方面的因素，我们能够更全面地了解各地大病保险的保障水平，从而为大病保险制度的完善和优化提供决策依据。

大病保险起付线标准是指在一定条件下，患者为获得大病医疗保险的补偿所必须承担的医疗费用最低限额。大病保险起付线的设定通常与当地经济社会发展水平、医疗保险筹资能力以及基本医疗保险的补偿水平等因素密切相关，每个年度对于“大病医保起付线”的标准规定也有所不同。在划定大病保险起付线时，我国多数地区以当地统计部门公布的上一年度城镇居民年人均可支配收入和农村居民年人均纯收入作为重要参考基准。这样的设定旨在确保起付线与当地经济社会发展水平和居民实际收入水平相适应。同时，也有一些地区采用城乡居民人均收入的一定比例作为划定标准，并实行动态调整的大病保险起付线制度。这种动态调整的做法能够更好地适应经济社会的变化，确保大病保险制度的可持续性和公平性。然而，也有部分城市直接对起付线进行了明确而具体的规定。随着政策的不断优化调整以及外部环境的变迁，一些省市根据实际情况对起付线进行了

^① 《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）

不同程度的调整。这样的设定旨在确保大病保险制度能够更好地适应不同地区、不同群体的实际情况。通过科学合理地设定起付线，我们能够更好地发挥大病保险的作用，为人民群众提供更加全面、有效的医疗保障。下表 2.3 是整理的各地区最新对大病保险起付线制定的标准。

表 2.3 全国各省份大病保险起付线

起付线（万元）	省份
0.5	甘肃、西藏
0.8	海南
1	山西
1.2	广西、青海、吉林、湖北
1.5	河南
2.5	浙江
根据上一年度居民人均可支配收入确定	北京、天津、湖南、安徽、重庆、河北、四川、福建、陕西、江苏、广东、山东、云南、新疆、贵州、宁夏、内蒙古、黑龙江

资料来源：全国各省份城乡居民大病保险政策相关文件

大病保险封顶线是指当自付费用超过某一标准，就不再对超过部份进行赔付。由于《意见》中并未明确大病保险封顶线的设置标准，因此会因地区和政策的不同而有所差异。例如，有部分地区对封顶线做了明确规定，这一设定与起付线的确定有着相似之处。然而，随着政策的不断优化以及外部环境的变迁，封顶线每年都会进行相应的调整。以吉林省为例，其大病保险年度最高支付限额（封顶线）提高到 40 万元。而黑龙江省则将城乡居民大病保险封顶线由 30 万元提高至 50 万元，增幅达 66.7%，并鼓励有条件的市（地）取消封顶线，切实减轻重病患者家庭经济负担。然而，也有地区设定了不同的标准，比如，潜江市普通城乡居民个人年度封顶额为 30 万元。对于享受健康扶贫政策的建档立卡贫困人口，则取消大病保险年度封顶限额。在山西省，大病保险制度为居民提供了 40 万元的报销额度，以应对重大疾病的医疗费用压力。在具体实施中，报销比例被细致地划分为五个档次。当医疗费用超过起付标准但不超过 5 万元时，大病保险资金

将按照 55% 的比例进行报销；当费用在 5 万元至 10 万元之间时，报销比例提升至 65%；若费用进一步攀升至 10 万元至 20 万元区间，报销比例将增至 75%；对于 20 万元至 30 万元的费用段，报销比例达到 80%；而当医疗费用超过 30 万元时，报销比例最高可达 85%。这种分档报销的制度设计，既确保了基本医疗费用的覆盖，又针对高额医疗费用提供了更高的报销比例，从而有效减轻了患者及其家庭的经济负担。这些省份的封顶线设定，都是根据当地的经济社会发展水平、医疗保险筹资能力以及基本医疗保险的补偿水平等因素进行调整的，旨在合理分担医疗费用，保证参保人员的基本医疗需求。全国各省份大病保险封顶线如表 2.4 所示。

表 2.4 全国各省份大病保险封顶线

封顶线（万元）	省份
20	重庆
25	江西
30	天津、湖北、海南、安徽
40	山西、山东、湖南、吉林、山东、河南
50	黑龙江、广西、河北
不设置封顶线	北京、辽宁、新疆、甘肃、青海、宁夏、天津
省内不同标准	广东、江苏、陕西、西藏、四川、云南、贵州、内蒙古

资料来源：全国各省份城乡居民大病保险政策相关文件

《意见》中明确对报销比例作出了清晰的界定，即依据居民自付费用的不同区间，设定相应的报销比例，并确保最低报销比例不低于 50%。这一规定在各省市得到了广泛遵循，省内政策文件均明确规定了最低报销比例不得低于 50% 的底线。同时，部分城市在遵循省内文件的基础上，进行了合理的调整，适当提高了支付比例，以更好地满足居民的医疗保障需求。这样的调整不仅体现了政策的灵活性，也确保了医保制度能够更好地适应不同地区和人群的实际需求。下表 2.5 是整理的各地区最新对大病保险报销比例制定的标准。

表 2.5 全国各省份大病保险报销比例

最低报销比例 (%)	省份
50	重庆、江西、江苏、西藏、四川、云南、贵州、天津、湖南、吉林、安徽、新疆
55	湖北、河南、河北、山西、辽宁
60	北京、宁夏、山东、广东、海南、内蒙古、广西、甘肃
65	黑龙江
80	青海

资料来源：全国各省份城乡居民大病保险政策相关文件

2.2 消费相关理论基础

2.2.1 生命周期假说

在 20 世纪 50 年代，著名经济学家 Modigliani 首次提出了生命周期理论，该理论成为探究居民消费行为的基础。生命周期理论的核心观点在于，个体的消费决策不应仅局限于某一特定时期，而应跨越整个生命周期进行考量。为了实现资源的最优配置，人们需要在不同的生命阶段做出合理的消费安排。居民消费行为的选择并非仅受限于当期收入的高低，而是同时受到对未来预期收入的影响。这两方面的因素共同决定了居民如何最大化整个家庭生命周期的消费效用。因此，在探讨家庭消费效用最大化时，我们不应仅仅关注某一时间节点的消费支出、投资行为或储蓄状况。相反，更应全面考虑当期的收入与财富累积情况，以及家庭预期的收入与生命周期的长短。只有综合考虑这些因素，才能做出更为合理和有效的消费、投资和储蓄决策。生命周期理论着重指出，个人的消费和储蓄模式在生命的不同阶段呈现出明显的差异，具体可划分为青年期、中年期和老年期这三个阶段。每个阶段都有其独特的消费和储蓄特点，共同构成了个体一生的经济行为模式。

在青年时期，由于收入水平相对较低，人们通常选择减少储蓄，以便增加当前的消费水平。然而，随着步入中年，随着收入的逐渐提升，人们的储蓄率也会相应增加。进入老年阶段后，由于收入减少，人们会利用中年时期积累的储蓄来

维持或提高生活质量，即进行反储蓄行为。因此，为了在一生中实现消费的平稳过渡，消费者在中年阶段会积极增加储蓄，而在老年阶段则倾向于消耗这些储蓄。这种消费和储蓄模式的变化，对一个国家的宏观经济政策也有显著影响。当青年人和老年人的比例较高时，社会的边际消费倾向会上升，储蓄率会相应下降；相反，当中年人成为人口的主要组成部分时，边际消费倾向会降低，而储蓄率则会上升。这种变化对于政策制定者而言，是制定宏观经济政策时必须考虑的重要因素。生命周期理论不仅仅局限于探讨收入与年龄对储蓄和消费的影响，它还深入剖析了其他多种因素在影响消费与储蓄行为中的作用。在这些因素中，社会保障体系的完善程度显得尤为关键，当社会基本医疗保险制度得到健全和完善时，人们对于未来收入稳定性的信心得以提升，在一定程度上减弱了人们的预防性储蓄动机，从而释放了更多的消费潜力，促进了家庭消费的增长。因此，健全的社会保障体系对于调节居民储蓄和消费行为，促进经济稳定发展具有重要意义。

2.2.2 预防性储蓄理论

预防性储蓄理论最早可追溯至 Fisher 和 Friedman 的研究。该理论的核心观点在于，面对预期收入的不确定性时，消费者并不会采取随意的消费模式。相反，他们更倾向于基于当前的收入水平，审慎地规划自己的消费行为。

由于未来可能出现的诸如失业、疾病、意外事故等不确定性事件，风险厌恶的个体会选择提前储备一部分资金以应对可能发生的经济冲击，从而保护自己免于财务困境。这种储蓄行为主要是为了避免未来的消费水平突然下降，保持经济安全感和生活质量的稳定性。预防性储蓄通常与未来的不确定性、收入波动性、社会保障制度的完备程度等因素密切相关。预防性储蓄理论为我们理解消费者在不确定性环境下的消费行为提供了有力的分析工具。它揭示了消费者在面对预期收入不确定性时，如何通过调整预防性储蓄和消费行为来应对潜在风险，从而维护自身的经济安全和福利水平。

2.2.3 心理账户理论

心理账户这一概念，源自芝加哥大学行为科学领域的杰出学者理查德·塞勒（Richard Thaler）的深入研究。在行为经济学的广阔领域中，心理账户占据着

举足轻重的地位。正是因为消费者内心构建了这些心理账户，他们在做出决策时往往会偏离一些基本的经济运算法则，进而展现出众多非理性的消费行为。这些行为背后，实则隐藏着消费者复杂的心理活动和情感因素，对于理解消费者行为及其背后的动因具有重要意义。该理论认为，人们会在内心构建一个类似于银行账户的心理账户，在消费行为时通过这个账户进行损失和收益的评估，进行分类记账编码、估价和预算等过程。换句话说，人们在面对财务问题时，会将钱分为不同的账户，如储蓄账户、投资账户、日常开销账户等，每个账户有不同的目的和使用方式，而这些账户的存在和分类会影响人们的财务决策和行为。

心理账户理论在多个方面都有广泛的应用。例如，在消费行为方面，它可以帮助解释消费者在面对不同商品或服务时，如何根据心理账户的分类进行决策。在投资决策方面，心理账户理论可以揭示投资者在面对不同风险和收益的投资机会时，如何受到心理账户的影响而做出决策。此外，心理账户理论还可以用于解释人们在面对损失和收益时的不同反应，以及这种反应如何影响他们的决策和行为。从心理学角度来看，心理账户理论可以深入剖析人们在财务决策过程中的心理机制，揭示人们的消费和投资行为背后的心理动因。从经济学角度来看，心理账户理论则有助于理解消费者的消费和投资行为，为政策制定者提供有价值的参考。

2.2.4 马斯洛需求层次理论

马斯洛需求层次理论，作为一种深入剖析人类行为动机的行为科学理论，将人的需求层次划分为五个递进阶段。首先，最基本的需求层次聚焦于人的生理基础，涵盖了衣食住行等生活必需品的满足，这是所有需求层次中最为关键且不可或缺的。其次，安全需求层次则涉及到人们在工作与生活中对于稳定与安全的渴望，旨在消除生活中的不确定性和潜在的恐惧感。第三层次为社交需求，或称之为归属与爱的需求，强调了人类作为社会动物的本质属性。人们渴望与他人建立联系，交流情感，通过社交活动来满足自己在情感上的需求。第四层次的需求是尊重需求，这体现了人们对于自尊和他人尊重的强烈追求。为了满足这一需求，人们会努力创造价值，提升个人能力，以证明自己的存在和价值。最后，马斯洛需求层次理论的最高层次是自我实现需求。它揭示了人类内心深处对于实现自我

潜能、追求卓越的渴望。人们希望不断提升自己的能力，完善自我，以实现个人的最高理想和目标。

马斯洛需求层次理论的主要思想可以概括为两点。首先，人们的需求层次取决于他们已经得到和尚未得到的满足。这意味着人们的需求是动态变化的，会随着生活环境和个人经历的变化而调整。其次，需求层次是逐渐深化的过程。当较低层次的需求得到满足后，人们会自然而然地追求更高层次的需求，以满足更为复杂和高级的心理需求。在经济学领域，马斯洛需求层次理论同样具有广泛的应用价值。五个需求层次依次对应着五个不同级别的消费者市场。随着需求层次的提升，消费者的消费层次也逐渐升级。对于同样的商品，消费层次越高的消费者往往愿意支付更高的价格，因为他们追求的是更高层次的心理满足和价值认同。这一理论为市场营销和消费者行为研究提供了有力的理论支持，有助于研究者更精准地把握消费者需求，制定有效的市场策略。

3 现状分析与影响机制

3.1 城乡居民大病保险的运行现状

近年来,伴随着人口老龄化进程的加快以及大众对健康的积极追求,大病保险在社会保障体系中的地位日渐提升,作为一种关键性的补充医疗保险机制,大病保险已成为我国医疗保险体系之中举足轻重的一项制度。经过持续的推进,我国已基本完成了大病保险制度在全国范围内的全面实施,对大病保险的政策支持力度也不断强化,以确保大病保险制度的稳健运行与持续优化,进一步减轻人民群众在面临大病风险时的经济负担。

第一,覆盖范围不断扩大。按照国务院有关部署,截止至 2023 年,大病保险已覆盖 12.2 亿城乡居民,共有 21 家保险公司在全国承办城乡居民大病保险业务,10 年来已赔付超 7000 万人,上半年累计补偿款达到 875.82 亿元,报销比例超过 60%,有效缓解了城乡居民的大病支出负担。在城乡居民大病保险制度的深入推广过程中,部分地区正积极尝试将其与其他医疗保险制度进行相互融合。全国多个地区已经成功实现了城乡居民与城镇职工大病保险制度的统筹管理,这一整合举措的推行在医疗保障领域具有重要意义,既有助于优化资源配置,实现各类资源的统筹利用,显著提升医疗资源的利用效率,减少资源浪费现象的发生;同时,还能进一步增强保障能力和效率,使更多的人能够享受到大病保险的保障,提高医疗保障体系的整体效能;此外,统一参保政策和待遇标准使更加体现公平,统一就医管理使看病更加便捷,统一信息管理使报销更加方便,统一基金管理使抗风险能力更强。因此,可以说这种整合举措是医疗保障制度改革的重要一步,有助于推动我国医疗保障事业的持续发展。

第二,保障力度持续增强。首先,大病保险的报销比例呈现逐年递增的趋势。早在 2015 年《实施意见》正式实施时,就提出明确要求大病保险的报销比例应不低于 50%,以确保患者能够获得实质性的医疗费用减免。随后,为了进一步减轻患者的经济负担,2019 年国家医疗保障局与财政部联合发布了《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》。该通知提出,应降低并统一大病保险的起付线标准,具体原则上应参照上一年度居民人均可支配收入的 50%来确定。对

于那些已经低于此比例的地区，则无需进行额外的调整。^①同时，在该通知的调整下，原本的政策范围内报销比例从 50% 提升至了 60%，这一举措显著提高了患者能够获得的医疗费用报销额度。为了进一步关爱贫困人口，进一步加大了大病保险对他们的支付倾斜力度，不仅将贫困人口的起付线降低了 50%，还将支付比例提高了 5 个百分点，同时全面取消了建档立卡贫困人口的大病保险封顶线，这意味着他们不再受到报销上限的限制，能够得到更充分的医疗费用保障。2021 年 8 月，国家医保局、财政部联合发文，进一步将大病保险纳入补充医疗保险制度范畴。这一系列政策的实施，有效减轻了大病患者和困难群众的经济负担。其次，报销额度也在不断提升，据国家医疗保障局数据，截至 2020 年，全国享受大病保险待遇的参保居民有 881.5 万人，保费支出 510.9 亿元，人均赔付 5795 元，同时大病保险参保患者的实际报销比例经过政策调整，平均提升了 14 个百分点，这一显著的增长意味着患者在面临高额医疗费用时能够获得更多的经济支持。此外，最高报销金额也达到了 111.6 万元，这一数字充分展示了大病保险制度在减轻患者经济负担、保障其基本生活方面的积极作用。最后，保障范围持续扩大，最初大病保险的报销范围主要集中在一些特定的重大疾病上，但随着医疗技术的进步和疾病谱的变化，这一范围已经得到了显著的扩展。现在，不仅包括了各类恶性肿瘤、重症尿毒症等严重疾病的治疗费用，还涵盖了精神类大病的治疗以及某些特殊药物的费用。此外，对于高血压、糖尿病等慢性病及重性精神病特殊病患者，也提供了一定程度的报销支持。除了疾病种类的扩展，大病保险的报销范围还在不断向更深的层次延伸。例如，一些先进的诊疗技术、特定的医疗服务项目以及符合规定的药品费用等，也逐步被纳入报销范围。这种变化不仅提高了患者的医疗保障水平，也促进了医疗资源的合理利用和医疗服务的均衡发展。

第三，制度体系不断完善。城乡居民大病保险作为一项重要的社会保障制度，其实施过程离不开大量资金的支持。资金的充足与稳定，无疑是推动城乡居民大病保险发展的关键所在。随着这一制度的不断发展和完善，资金筹集方式也逐步走向成熟与多元。2021 年国家医保局、财政部针对医保待遇发布了一项政策，其中提到将大病保险纳入补充医疗保险范畴，减轻居民医疗费用压力。我国

^① 国家医疗保障局财政部《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30 号）

通过积极引入市场机制，逐步构建并持续优化大病保险制度，有效发挥保险公司在精算定价、风险管理和优质服务方面的专业能力，从而实现了商业保险与社会保险的创新性融合。这一举措不仅是大病保险制度发展的里程碑，更是中国保险机制在医疗费用控制领域的重大制度创新。大病保险制度现已成为中国特色多层次医疗保障体系的关键一环，为民众提供了更为全面、高效的医疗保障。通过市场机制的引入和不断完善，大病保险制度在减轻民众医疗负担、促进社会公平与和谐方面发挥着日益重要的作用。

3.2 我国居民家庭消费现状

近年来，我国经济迅速发展、居民收入稳步增长，国民消费总量呈现出显著的增长态势。随着我国经济实力的不断提升和经济发展模式的持续转型优化，消费在推动我国经济增长中的作用日益凸显，随着经济社会发展进入新阶段，消费已转变为推动中国经济向前发展的核心驱动力之一。国家统计局的数据显示，尽管近二十年来家庭消费水平在不断提升，但居民消费率却相对较低，内生性消费动力不足在一定程度上制约了经济的发展。因此，扩大内需、激发居民消费潜力，成为当前促进经济持续健康发展的关键举措，有望进一步激发消费市场的活力，为经济发展注入新的动力。

3.2.1 我国居民消费水平分析

根据国家统计局数据，图 3.1 汇总了 2002 至 2021 年我国居民总消费、居民人均消费支出和居民消费率的变动情况。我国居民消费率在 20 世纪 60 年代曾一度攀升至顶峰，达到 71% 的高位，但之后便持续呈现下滑趋势。到了 2010 年，我国居民消费率已降至 34%，这一数字相较于之前的峰值有着明显的下降，此后居民消费率开持续缓慢增长，到 2017 年达到 38.5%，仍显著低于世界平均水平。在 2020 年，由于新冠疫情的突然冲击，我国居民消费率暂时回落至 38.1%。但在面临如此严峻的外部环境的情况下，我国居民消费率总体上依然保持着稳步上升的趋势。这一变化不仅凸显了我国居民的消费潜力和韧性，也体现了我国经济结构的不断优化和升级。虽然短期内疫情对消费市场造成了一定冲击，但随着我国疫情防控取得显著成效，消费市场正逐步复苏，居民消费率也有望继续回升。

因此，从长远来看，我国居民消费率的稳步上升仍将是经济发展的重要驱动力之一。表 3.1 列举了世界发达国家美国、英国、法国和日本，发展中国家俄罗斯和我国在 2021 年的居民消费率水平和人均 GDP，从表中得出，我国居民消费率为 38.1%，远低于发达国家美国 68.2%，英国的 60.6% 以及日本 53.5%；而人均 GDP 低于我国的俄罗斯，其居民消费率也为 49.2%，约高出我国 10 个百分点。尽管目前国民的消费能力在稳步提升，人们显示出对高品质生活的向往与追求。然而，我们必须正视的是，当前仍存在消费需求潜力释放不足的问题。

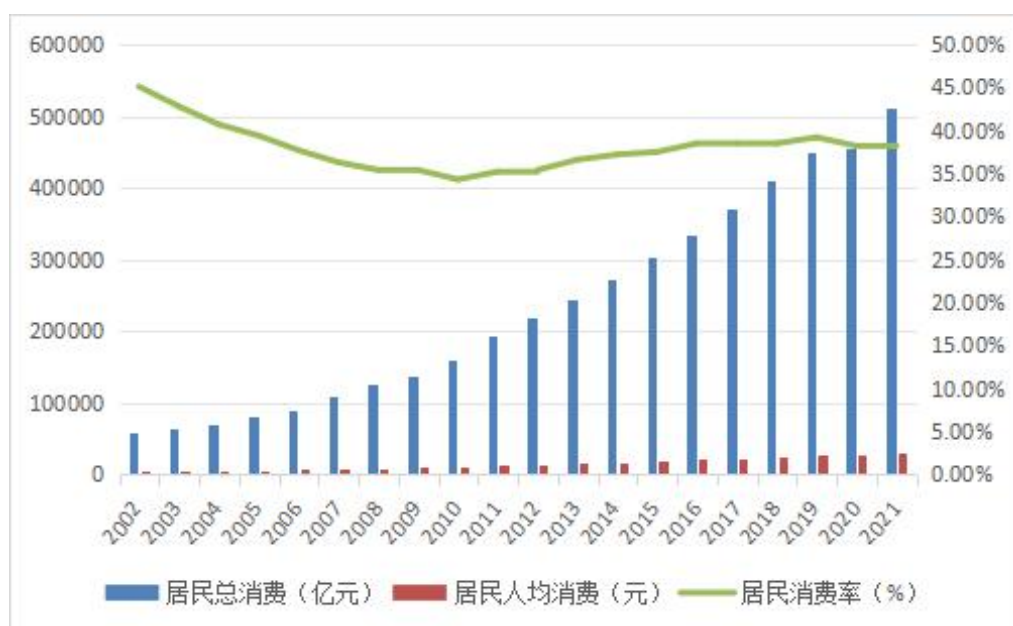


图3.1 中国居民消费水平

资料来源：由国家统计局数据整理所得

表 3.1 2021 年中美英等六国居民人均 GDP 与居民消费率

国家	中国	美国	英国	法国	俄罗斯	日本
人均 GDP/美元	49795	69288	47334	43519	12173	39285
居民消费率 (%)	68.3	68.2	60.6	52.7	49.2	53.5

资料来源：由国家统计局数据整理所得

平均消费倾向是一种衡量消费水平和储蓄情况的经济指标，是指家庭消费总额在可支配收入总额中所占的比例，反映了家庭在消费与储蓄之间的分配决策。这一指标直观地体现了每单位收入中用于满足日常生活和享受服务的消费部分。平均消费倾向往往会随着家庭收入的增加而降低。表3.2和图3.2汇总了2014至2023年我国居民人均可支配收入、人均消费支出和平均消费倾向的变动情况。

根据表格数据显示，自2014年以来，我国居民人均可支配收入和人均消费支出均展现出持续增长的态势。截至2023年底，人均可支配收入实现了显著的提升，由2014年的20167元增长至39218元，增幅高达0.94倍。与此同时，人均消费支出也从2014年的14491元增加至26796元，实现了0.85倍的增幅。

然而，平均消费倾向却呈现出一种递减的趋势。除了2016年、2021年和2023年出现了0.30%、2.72%、1.80%小幅增长外，整体上均呈现出逐年下降的趋势，从70%以上降至65%左右。这一变化表明，随着人均收入水平的提升，人均消费水平并未以同样的速度增长。换言之，在收入增长的同时，居民更倾向于将增加的收入用于储蓄而非消费。这一现象反映了当前居民的消费观念和储蓄意愿的变化，对于理解和分析我国消费市场的发展趋势具有重要的参考价值。

表 3.2 2014-2023 年我国居民人均可支配收入、人均消费支出和平均消费倾向

年份	居民人均可支配收入（元）	人均消费支出（元）	平均消费倾向（%）
2014	20167	14491	71.86
2015	21966	15712	71.53
2016	23821	17110	71.83
2017	25973	18332	70.54
2018	28228	19853	70.33
2019	30732	21558	70.15
2020	32189	21209	65.89
2021	35128	24100	68.61
2022	36883	24538	66.53
2023	39218	26796	68.33

资料来源：由国家统计局数据整理所得

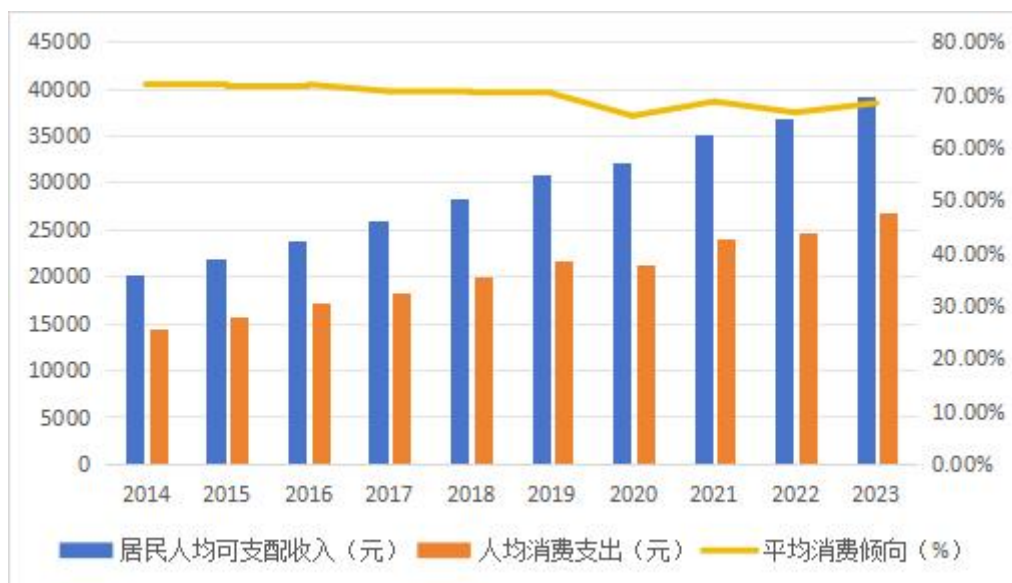


图 3.2 2014-2023 年我国居民人均可支配收入、人均消费支出和平均消费倾向趋势

资料来源：由国家统计局数据整理所得

3.2.2 我国居民消费结构分析

从图 3.3、图 3.4 和图 3.5 不难发现我国的消费结构尚待优化。随着社会经济的进步，居民消费观念将会发生变化，人们对物质层面的追求逐渐减弱，而对精神文化层面的需求则日益凸显，这种消费结构被认为是经济发展成熟后更为合理的模式。然而，当前我国在物质消费方面的支出依然过高，相比之下，对精神文化层面的消费投入则显得不足。这种消费结构的不平衡，无疑会对我国的经济发展产生一定的影响。为了促进经济的持续健康发展，我们需要调整消费结构，增加对精神文化消费的投入，以实现消费结构的合理化和优化，构建符合我国经济社会发展实际的合理消费结构。

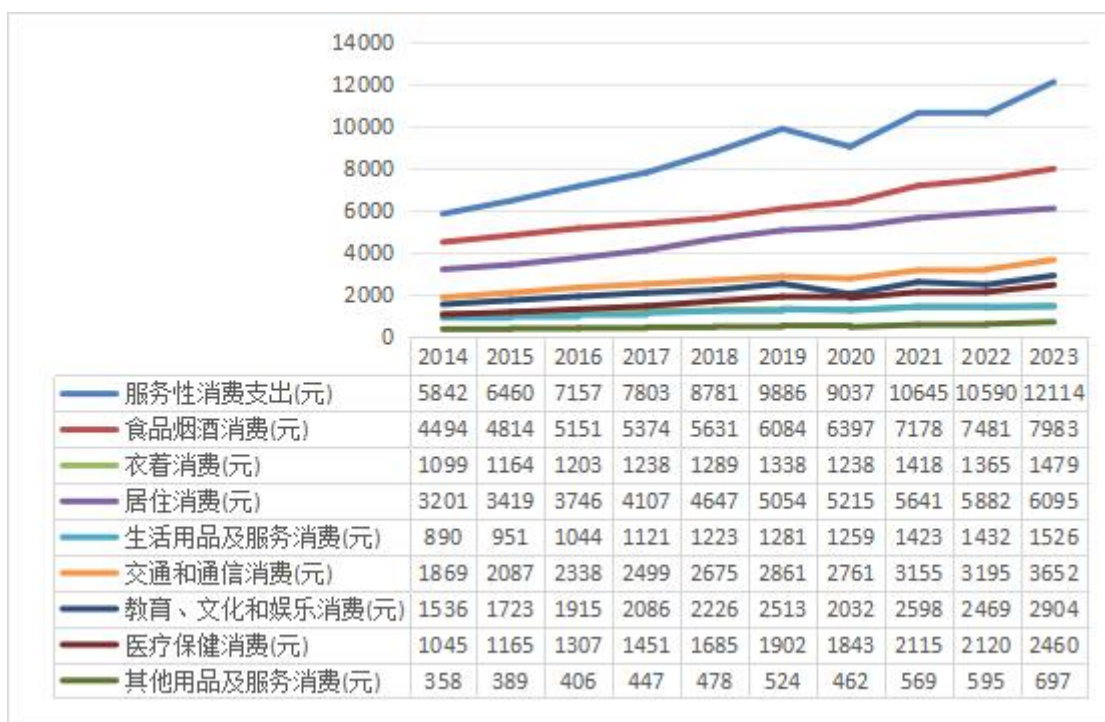


图 3.3 2014-2023 年我国居民人均分项消费

资料来源：由国家统计局数据整理所得

在我国消费结构的演进中，生存型消费，如食品、衣着和居住等人均消费支出，自 2014 年的 9684 元增长至 2023 年的 17083 元，占据了居民人均消费支出的接近一半的份额，表明这些基本生活需求仍是消费的重要组成部分，且两者间存在着紧密的相互关联。由包括医疗、教育以及文教娱乐服务等方面组成的发展和享乐型消费的支出，由 2014 年的 10650 元上升至 2023 年的 21827 元，这一增长趋势反映了居民精神文化需求的日益增长和对更高质量生活的追求。

然而，尽管发展和享乐型消费呈现出增长态势，其整体占比仍然相对较低，这在一定程度上揭示了我国消费结构总体水平尚待提升的现状。这表明虽然居民在基本生活需求方面的消费稳步增长，但在满足精神文化需求和提高生活质量方面的消费仍有较大的发展空间。因此，优化消费结构、提升消费层次，以满足居民日益多样化的消费需求，是我国未来经济发展的重要方向。



图 3.4 我国居民生存型、发展和享乐型消费结构

资料来源：由国家统计局数据整理所得

从医疗保健消费的变化趋势来看，自 2014 年至 2023 年的十年间，人均医疗保健消费支出显著增长，由 1045 元攀升至 2460 元。这一数据清晰地表明，居民在医疗保健方面的消费需求正逐年递增，呈现出稳步上升的趋势。究其原因，伴随着当今社会经济快速发展，我国随着生育率下降和寿命延长，老年人口比例持续升高，老年人因其生理机能衰退和慢性病多发，对医疗保健服务的需求自然增多；同时，现代医学技术的进步带来了更高精度的诊断与治疗方法，但费用也随之攀升；除此之外，随着生活质量的提高和健康教育的普及，居民对健康的关注度提升，预防性医疗、定期体检、疾病早期筛查等活动的参与度提高。以上原因综合导致了居民的医疗保健开支相对较高，不仅增加了家庭的经济负担，还可能对非医疗消费产生挤出效应，进一步影响家庭消费结构的平衡。因此，面对医疗保健消费需求的增长和人口老龄化带来的挑战，我们需要深入研究医疗保健消费的变化趋势及其影响因素，制定针对性的政策措施，以减轻家庭的经济负担，促进居民健康水平的提升，同时优化消费结构，推动经济社会的可持续发展。

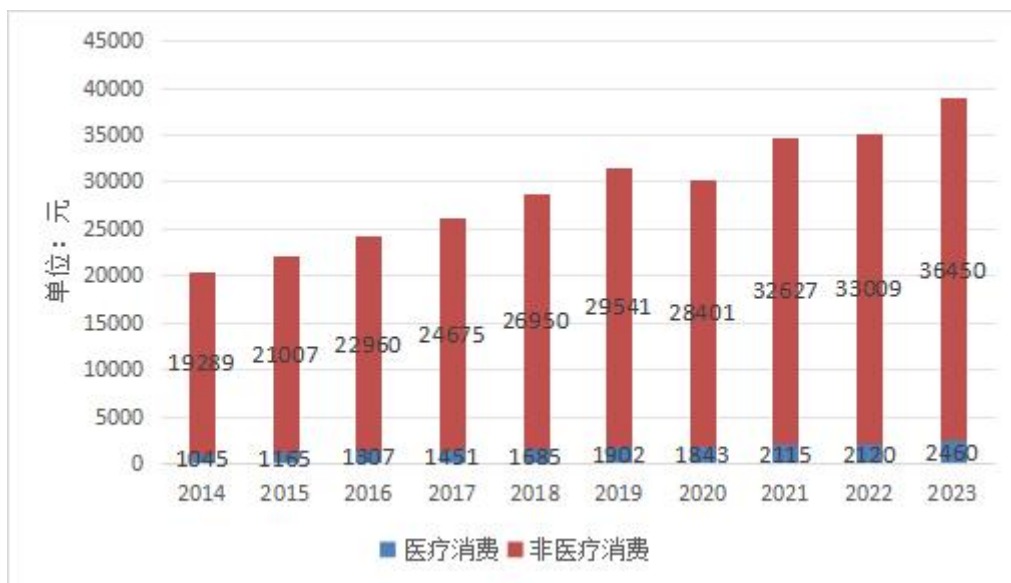


图3.5 我国居民医疗、非医疗消费结构

资料来源：由国家统计局数据整理所得

3.3 城乡居民大病保险对居民家庭消费影响的理论分析

首先，大病保险的实施目的就是为了缓解因病致贫问题。在没有大病保险的情况下，当家庭成员罹患重大疾病时，需承担高额的医疗费用，家庭可能需要削减其他方面的消费来填补高额医疗费用的空缺，导致当期消费受到挤压，严重抑制了家庭消费。同时，罹患慢性病的家庭更会提高预防性储蓄以应对未来更多医疗支出风险，还会削弱居民劳动能力，进而对预期收入也产生严重影响。因此，在家庭因突发重大疾病陷入经济困境之际，大病保险发挥了至关重要的作用。通过提供高额的医疗费用补偿，大病保险有效缓解了居民对高额医疗支出的担忧，从而显著减轻了家庭的经济压力。具体来说，大病保险通过降低家庭医疗支出的不确定性，使得家庭能够更加自如地规划和管理自己的消费和储蓄，进而促进家庭经济的平稳健康发展。

其次，大病保险的实施提升了居民增加当期消费的信心。人们之所以进行预防性储蓄，大部分原因在于预防因老年时期失去了收入来源后生活基本需求难以维持。尤其是当前我国正面临着人口老龄化日益加剧的挑战，众多家庭在赡养老人方面承受着沉重的负担，同时，老年时期疾病频发，医疗费用的支出也会随之增加，大部分居民从而选择提升储蓄率，减少当期消费。因此，大病保险的实施促使人们减少原本用于退休后应对疾病支出的预防性储蓄，转而将更多资金投入

到当前的消费中，有效缓解了高额医疗费用所带来的经济压力，有助于提升他们的消费信心，推动家庭总消费的增长。

再次，大病保险的实施促进家庭消费结构的升级。依据心理账户理论，人们在消费行为中会建立心理账户支出分类。对于当前患有重大疾病或面临潜在大病风险的消费者而言，大病保险能够提供较高的医疗费用补偿，能够显著减轻心理账户对消费行为的约束，增强消费者对未来收入的乐观预期，从而将更多资金用于文教娱乐等其他方面的

此外，大病保险的实施还能改善家庭的收入情况。家庭在消费决策时，可以将资金进行预防性的医疗保健，能够有效提升家庭成员的健康水平和工作效率，进一步改善家庭整体的收入状况，对于刺激家庭消费，推动家庭的稳定发展有重要的作用。

综上所述，大病保险在促进居民家庭消费的多个层面均展现出了显著的积极作用。它有效降低了家庭对未来收入不确定性的担忧，促进了当期消费的增加，并显著改善了家庭的整体收入状况。因此，我们应该进一步完善大病保险制度，提升保障水平，以更好地回应人民群众对健康保障日益增长的需求。这一举措将有助于增强社会保障体系的韧性和可持续性，推动社会的和谐稳定发展。

4 城乡居民大病保险对居民家庭消费影响的实证研究

4.1 数据来源

本研究主要基于中国家庭追踪调查（CFPS）所搜集的数据展开分析。CFPS 是一项北京大学中国社会科学调查中心（ISSS）开展的全国性综合社会追踪调查，涵盖了个体、家庭、社区三个层次的数据，反应中国社会、经济、人口、教育和健康的变迁，为学术研究和政策决策提供了重要的数据来源。自 2010 年起，CFPS 便正式启动了其数据收集工作，迄今为止已成功开展了六期调查，分别是 2010 年、2012 年、2014 年、2016 年、2018 年和 2020 年。项目组在全国范围内的 25 个省市进行了基线追踪调查，并每两年进行一次回访调查，以获取家庭成员的最新动态信息。通过深入分析和挖掘这些宝贵的数据资源，我们能够更加全面、深入地理解中国社会的变迁过程，为相关领域的学术研究提供有力的数据支撑。

城乡居民大病保险在 2012 年底起逐步试点并推广，至 2016 年已在全国范围内基本实现覆盖。鉴于其发展历程与影响范围，本文选定 2012 年、2014 年、2016 年、2018 年和 2020 年的数据，构建了一个五期面板数据。经过细致的数据筛选过程，剔除了那些不满足本研究实证要求的变量，最终保留了覆盖 25 个省份共 5 期的 8183 份有效的样本数据，用于深入剖析大病保险对居民家庭消费的影响。根据国务院发布的《指导意见》明确指出，大病保险的受益群体主要涵盖了新型农村合作医疗和城镇居民医疗的全体参保人员。^①因此，在本文的研究中，我们特别选取了那些在五期调查期间均有家庭成员参保新农合、城居保的家庭作为研究对象，而排除了其他类型的样本，这一选择确保了研究对象的针对性和代表性，有助于更准确地揭示大病保险对家庭消费的影响。为确保研究结果的精确性和可靠性，本文还采取了一系列数据处理措施，以最大程度地减少其他因素对实证结果的干扰和误差，包括数据清洗、异常值处理以及必要的变量转换等，旨在构建一个干净、准确的数据集，为后续的分析提供坚实的基础。

（1）根据本文所选取的变量特征从原始数据库里保留了选取的数据。

（2）对一些因为拒绝回答的样本数据进行了剔除处理，对一些变量做缺失值处理，并对部分进行整合并赋值。

^① 《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会〔2012〕2605 号）

(3) 鉴于诸多问题的调查结果并非量化数据, 本文采用了虚拟变量赋值的方法来处理这些数据, 根据问题选项的不同情况, 进行了相应的赋值操作, 将非量化数据转化为可量化分析的形式, 以便更准确地揭示数据背后的规律和趋势。

(4) 对截面数据进行跨年跨表合并和严格筛选, 仅保留那些在五年调查期间始终保持在追踪范围内的样本, 删除了 2014 年至 2020 年期间新增的样本, 并剔除因死亡、分家等各种原因而退出或者新增的调查样本。

(5) 为消除异常值对整体数据在实证分析过程中的干扰, 将收入、消费等部分变量水平处于两端 1% 的样本进行了极端值处理。

4.2 变量选取

本文根据现代社会的普遍认知和消费态度, 对数据库中的原始数据进行筛选和定义, 确定了四个被解释变量, 分别为家庭总消费, 并将消费分为生存型消费、发展型消费和享乐型消费三种类别。家庭总消费是指家庭在过去一年中的全部支出, 这一指标全面反映了家庭的经济状况和消费水平。其次, 生存型消费主要涉及满足家庭成员基本生活需求的支出, 包括食品、衣着和居住等方面的费用, 这些支出是家庭日常生活中不可或缺的部分。此外, 发展型消费则侧重于家庭成员在教育、医疗以及交通通讯等方面的投入, 这些支出有助于提升家庭成员的综合素质和生活品质。最后, 享乐型消费则是指家庭在休闲娱乐、家庭设备及日用品等方面的支出, 它反映了家庭在满足基本生活需求后的更高层次的消费需求。生存型消费、发展型消费和享乐型消费与居民家庭的物质消费需求和精神文明需求高度相关。本文在对所有消费进行计算后进行了对数化处理。

本文的核心解释变量是样本家庭所在地是否实施了城乡居民大病保险政策。为了准确分析这一政策的影响, 本文根据样本家庭在特定年份是否受到大病保险政策的覆盖, 将样本分为处理组和控制组。而数据库的统计时间通常集中在当年年中, 大病保险政策从推行到为公众所熟知并产生政策效果, 往往需要经历一定的时间过程。因此, 居民消费行为并不会在政策一经推出就立即发生显著变化。本文设定了一个具体的划分标准: 若某城市在距离数据库统计期间半年以上的时间内实施了大病保险政策, 该城市覆盖的样本家庭将被归入处理组。为了量化这一政策效应, 本文引入了一个政策虚拟变量 X , 当样本家庭所在城市实施了大病

保险政策，并且在政策实施当年及之后的年份中，X 的取值为 1；反之，在未实施政策的时期，X 的取值为 0。该虚拟变量的系数将作为我们分析的重点，它直接反映了大病保险政策对居民消费行为的影响程度，有助于我们能够更加准确地评估大病保险政策在促进居民消费方面的实际效果。

对于控制变量的选择和运用，本文参阅了部分相关文献，主要从家庭特征和户主个人特征两个维度进行把控。其中家庭特征包括家庭人均收入、家庭人口规模，户主个人特征包括户主年龄、户主性别、户主婚姻状况、户主健康情况、患慢性病情况、户主接受教育程度。表 4.1 对变量的赋值和含义进行了说明：

表 4.1 变量说明与赋值

变量符号	变量名称	变量含义
被解释变量		
lnFEX	家庭总消费	家庭总消费支出对数
lnLIV	家庭生存型消费	家庭生存型消费支出对数
lnDEV	家庭发展型消费	家庭发展型消费支出对数
lnENJ	家庭享乐型消费	家庭享乐型消费支出对数
核心解释变量		
X	政策实施虚拟变量	大病保险覆盖=1，未覆盖=0
控制变量		
gender	户主性别	男性=1，女性=0
marriage	户住婚姻状况	已婚或同居=1，未婚及其他=0
age	户主年龄	样本年龄（根据实际情况，选择 16-85 岁样本）
health	户主健康情况	不健康=1；一般=2； 比较健康=3；很健康=4；非常健康=5
edu	户主受教育程度	文盲/半文盲=1；小学=2；初中=3； 高中/中专/技校/职高=4；大专=5； 本科=6；硕士=7；博士=8
income	家庭人均收入	家庭人均收入取对数
disease	患慢性病情况	是=1，否=0
size	家庭人口规模	家庭成员数量
east	东部地区	是=1，否=0
middle	中部地区	是=1，否=0
west	西部地区	是=1，否=0

4.3 模型构建

鉴于各地城乡居民大病保险政策的启动与推行时间节点存在差异性，因此可将大病保险政策实施视为一个准自然实验，利用双重差分法，进行大病保险对居民家庭消费的政策效果影响的实证分析。而传统的双重差分法政策实施时点统一固定，多期双重差分法可根据各地受政策冲击的具体时间来衡量大病保险政策的实际政策效果

多期双重差分法作为政策效应评估的重要工具具备显著优势。它能够解决政策实施试点不一的问题，缓解遗漏变量偏误问题。多期双重差分法不仅能够有效控制样本间存在的难以观测的个体差异，更能够应对随时间推移而产生的不可观测的总体因素的潜在干扰。这种方法通过巧妙的设置，使得我们能够更为精确地估计政策效果。基于以上分析，参考 Beck et al (2010)，本文使用的多期双重差分法模型设定如下：

$$y_{it} = \alpha + \mu_i + \lambda_t + \theta Treat_i \times Post_{it} + \beta x_{it} + \varepsilon_{it}$$

其中， y_{it} 为因变量，表示核心被解释变量， $i=1,2,\dots,N$ 表示受访家庭， $t=1,2,\dots,T$ 表示受访时间， μ_i 表示个体固定效应，即第 i 个受访家庭调查的个体虚拟变量， λ_t 表示时间固定效应，即第 t 期调查的时间虚拟变量， x_{it} 表示随时间和个体变化的控制变量， β 是控制变量的系数， ε_{it} 为模型误差项。 $Treat_i$ 为处理组虚拟变量，若个体属于受到政策冲击的处理组，则取值为 1；若个体属于未受到政策冲击的控制组，则取值为 0。 $Post_{it}$ 为处理期虚拟变量，处理组的个体只有到了处理期才会受到政策冲击，若个体进入处理期，则取值为 1，否则取值为 0。核心解释变量即为处理组虚拟变量 $Treat_i$ 与处理期虚拟变量 $Post_{it}$ 的交乘项 θ ，体现了所要研究的政策效应， $Treat_i \times Post_{it}$ 为自变量，表示核心解释变量，即第 i 个受访家庭所在市（县）在第 t 期大病保险政策的实施情况。本文将受到政策覆盖的样本在政策实施当年及以后的政策虚拟变量取 1，未实施时取 0。

4.4 描述性统计

下表 4.2 为本文选取变量的描述性统计表。根据样本家庭的消费情况，各分

项消费在家庭总消费中所占比例从大到小依次为生存型消费、发展型消费和享乐型消费。结合变量含义，说明对于目前大部分群体而言，其消费更多偏向衣食住行的基本开销，维持生活开支，而发展型消费和享乐型消费更高层次的非必要性消费则是在必要性消费基础上相对减少。根据样本其他特征分析，样本中户主性别为男性的其比例为 56%，性别比例比较均衡。样本的平均年龄为 50.86 岁，说明调查群体更多的是中老年群体，这类群体对医疗重视程度也相对较高。受访者中已婚或同居比例达到 91%，其余为未婚、离异或丧偶状态。受访者的受教育程度的均值为 2.36，其中受教育程度 1 代表文盲，2 代表小学，3 代表初中，表明受访者受教育程度多在初中及以下。对于家庭中有患慢性病人员的家庭比例占比为 18%，健康状况均值为 3.11，表明受访者整体健康状况良好。从地区分布情况来看，东部占比偏少，其次是中部地区，然后是西部地区，其占比依次为 29.48%，33.47%和 37.04%。

表 4.2 描述性统计

VarName	Obs	Mean	SD	Min	Max
lnFEXP	8183	9.93	1.08	0.00	13.90
lnLIV	8183	9.63	0.92	0.00	11.81
lnDEV	8183	8.14	1.56	0.00	12.11
lnENJ	8183	7.47	1.70	0.00	13.32
X	8183	0.57	0.49	0.00	1.00
gender	8183	0.56	0.50	0.00	1.00
marriage	8183	0.91	0.29	0.00	1.00
age	8183	50.86	12.63	17.00	85.00
health	8183	3.11	1.24	1.00	5.00
edu	8183	2.36	1.08	1.00	7.00
income	8183	9.06	1.14	-0.18	14.46
disease	8183	0.18	0.39	0.00	1.00
size	8183	3.92	1.75	1.00	13.00

4.5 实证分析

4.5.1 城乡居民大病保险对居民家庭总消费的影响

家庭总消费的回归结果如表 4.3 所示。在表 4.3 所展示的三列中，逐步引入了不同的控制变量来进行分析，以便更精确地评估城乡居民大病保险对家庭消费的影响。第一列未添加任何控制变量，回归结果显示，城乡居民大病保险的实施使得居民家庭总消费增加了 10.8%，并在 5%的水平下显著。第二列是在第一列基础上，进一步引入了部分户主个人特征作为控制变量，通过回归分析，发现大病保险政策对家庭总消费的促进作用非常明显，使家庭总消费增长 10.7%，并在 1%的水平下显著。为了更全面地考虑各种影响因素，第三列是在第二列基础上，继续加入了家庭特征变量，有助于我们更准确地把握家庭消费决策背后的复杂机制，回归结果表明，城乡居民大病保险对家庭总消费的促进作用略微降低，但仍然保持在较高水平，使得家庭消费增加了 8.99%。由上述结果可得出，城乡居民大病保险对居民家庭总消费具有明显的促进作用。

户主的性别对家庭消费呈现正影响，在 5%水平上显著，表明男性户主对家庭消费呈现正效应，这与传统家庭消费观念相符，女性户主对家庭具体消费了解程度比男性户主更为详细，因此在家庭消费方面相比男性户主，女性户主会更为严格。户主年龄对家庭消费存在抑制作用，并在 1%水平上显著，究其原因，随着年龄的增长遇到的不确定性越多，根据预防性储蓄理论，人们会减少当期消费。除此之外根据生命周期理论和传统消费观念，人们为了在一生中实现消费的平稳过渡，消费者在中年阶段会积极增加储蓄，当中年人成为人口的主要组成部分时，边际消费倾向会降低，而储蓄率则会上升，而年轻人则更多的注重当下，会选择增加当期消费水平。户主的健康程度在 1%的水平下呈现负向影响，表明越不健康的人医疗消费越多，因此总消费也随之增多。对于户主患有慢性疾病的家庭而言，家庭总消费也呈现出显著增加的趋势。这一现象的背后，可能源于慢性疾病所伴随的长期医疗需求，由于慢性疾病需要持续的医疗诊治，家庭在医疗费用上的支出会相应增加。户主的受教育程度对家庭总消费没有显著影响，结合描述性统计分析，这可能是由于参保人员普遍受教育程度不高。户主已婚和家庭规模对家庭总消费有明显的促进作用，说明越来越多的人会因为婚姻或家庭人口增多而

选择提升消费。家庭人均收入对家庭总消费则呈现显著正效应，并且促进作用很大，表示收入越高人们消费水平也就越高，这也与实际相符。

表 4.3 家庭总消费回归结果

	(1)	(2)	(3)
	lnFEXP	lnFEXP	lnFEXP
X	0.108** (0.0380)	0.107*** (0.0378)	0.0899** (0.0371)
gender		0.0778** (0.0306)	0.0602** (0.0298)
age		-0.0105*** (0.00197)	-0.00910*** (0.00191)
health		-0.0478*** (0.0111)	-0.0459*** (0.0109)
edu		0.0369* (0.0215)	0.0314 (0.0211)
disease		0.0817*** (0.0307)	0.0724** (0.0302)
marriage		0.308*** (0.0774)	0.196*** (0.0738)
income			0.171*** (0.0166)
size			0.137*** (0.0157)
个体效应	是	是	是
时间效应	是	是	是
Constant	10.12*** (0.0174)	10.05*** (0.139)	8.135*** (0.212)
Observations	8183	8183	8183
R-sq	0.023	0.039	0.078

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

4.5.2 城乡居民大病保险对居民家庭各分项消费的影响

表 4.4 显示了对家庭各分项消费进行分析的回归结果，包括生存型消费、发展型消费、享乐型消费。

从家庭各分项消费的回归结果来看，实施大病保险政策对家庭生存型消费具有 6.65%的促进作用，并在 5%的水平下显著。具体分析原因，根据马斯洛需求层次理论，生理需求是最基础的一个需求。现代社会中，人们在生命权利得到保

障的前提下，资金将首先保障衣食住的需求，因此生存型消费显著增加。

实施大病保险政策后，尽管该政策降低未来不确定性和预防性储蓄方面有所效果，但其对家庭发展型消费和享乐型消费的影响并不显著。这一结果可能与居民的消费决策机制有关。在经济学中，我们通常假设消费者是理性的，然而在实际生活中，消费者的决策往往受到多种因素的影响，其中个人心理账户便是重要因素之一。居民在心理上会将家庭收入划分为不同的账户，如日常开销账户、文娱消费账户和医疗保健账户等，每个账户都有其特定的用途和预算限制。大病保险政策的实施，虽然降低了医疗服务价格，减轻了居民在医疗方面的经济负担，这主要体现在医疗账户的支出减少，对于其他类别的心理账户，如发展型消费和享乐型消费的账户，该政策并未产生显著影响，可能是因为居民在已经增加生存型消费的基础上，对于其他类型的消费有着更为复杂的心理预期和预算限制，因而家庭在已经增加生存型消费的基础上并不会再增加发展型和享乐型的消费了。而且，根据本文分类，发展型消费包括教育、医疗以及交通通讯等方面的投入，大病保险的实施能够减轻医疗方面的支出，例如医疗诊治费、商业医疗保险费等，因此对发展型消费可能会存在一定的抑制作用。

户主年龄对生存型消费、发展型消费和享乐型消费都具有显著负影响，随着年龄增加，家庭生存型消费减少 0.989%，发展型消费减少 0.924%，享乐型消费减少 1.46%。年龄越大的居民对日常、教育、文化娱乐等多方面的消费意愿降低，其消费状态比较稳定，保证日常开销之后一般较少进行其他非必要消费。户主健康程度对发展型消费有显著的促进作用，说明越健康的人越有能力和机会进行自我提升，这也是合乎情理的。户主受教育程度对三种消费类型均有显著的促进作用，促进效果分别为 5.93%，5.28%、10.3%，表明教育程度越高的人对家庭健康和日常生活水准、自我提升、医疗保健以及文化有更高的重视程度。户主患慢性病对发展型消费和享乐型消费的增加幅度为 14.2%和 9.6%，这很好理解，患慢性病居民日常需要维护身体健康，平时所负担医疗开支较大，同时患有慢性病的居民长期对心理健康的要求也较多，因此发展型消费和享乐型消费也更多。户主已婚和人口规模对各分项消费具有促进作用，已婚或人口规模较大的家庭更多地面临上有老人需要赡养，下有小孩需要抚养的处境，生活压力需要户主来支撑，因此不仅会更注重身体健康状况，减少因患病导致更重的医疗费用。以及因为患病

致使工作进度和以前不同频而受到如工作收入下降等影响，还会增加很多其他对家庭有利的开销。家庭人均收入则对家庭各类别消费具有明显的促进作用，具体表现为，每增加一个单位收入，家庭生存型消费、发展型消费和享乐型消费分别增加了 9.0%、5.3%和 11.0%，均在 1%的水平上显著，随着家庭人均收入水平的提升，家庭成员在消费决策上所展示出来的购买欲望和实际购买力也同步增强。更高的收入水平不仅赋予了家庭更多的财务资源可供支配，也为其提供了更多的消费选项和机会，从而促使其在满足基本生活需求之余，能够有更多的可能性去追求更高品质的生活享受和多元化消费需求。

表 4.4 家庭各分项消费回归结果

	(1)	(2)	(3)
VARIABLES	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.0665** (0.0299)	-0.0577 (0.0416)	0.0418 (0.0604)
gender	0.0555** (0.0239)	0.0191 (0.0333)	-0.0288 (0.0504)
age	-0.00989*** (0.00174)	-0.00924*** (0.00196)	-0.0146*** (0.00317)
health	0.00102 (0.00837)	0.0719*** (0.0126)	-0.0325* (0.0185)
edu	0.0593*** (0.0171)	0.0528** (0.0230)	0.103*** (0.0356)
disease	-0.0193 (0.0239)	0.142*** (0.0342)	0.0958* (0.0498)
marriage	0.158*** (0.0521)	0.353*** (0.0917)	0.186* (0.110)
income	0.0900*** (0.0109)	0.0530*** (0.0153)	0.110*** (0.0215)
size	0.119*** (0.0129)	0.197*** (0.0175)	0.182*** (0.0231)
个体效应	是	是	是
时间效应	是	是	是
Constant	8.417*** (0.146)	6.940*** (0.212)	6.118*** (0.301)
Observations	8,183	8,183	8,183
R-sq	0.098	0.119	0.045

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

4.5.3 城乡居民大病保险对居民家庭消费影响异质性分析

基于前文深入的分析，本节旨在进一步细化研究视角，本文依据不同地区、不同收入水平、不同健康状况和不同婚姻状况对总样本进行了细致的划分，以便更精确地揭示大病保险政策在不同家庭类型中的实际效果。

（一）分地区回归

本文内容将对上文全样本进行分组，分别对不同地区进行回归分析。首先对全样本根据东部、中部、西部地区进行分组，分别讨论各地区大病保险对家庭消费影响的结果。表 4.5、表 4.6、表 4.7 分别表示东、中、西部地区回归结果。

表 4.5 东部地区回归结果

东部	(1)	(2)	(3)	(4)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.0197 (0.0705)	0.00399 (0.0502)	-0.172** (0.0781)	-0.0135 (0.112)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	8.454*** (0.406)	8.429*** (0.261)	6.544*** (0.491)	6.577*** (0.597)
Observations	2,412	2,412	2,412	2,412
R-squared	0.089	0.138	0.108	0.045

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

表 4.6 中部地区回归结果

中部	(1)	(2)	(3)	(4)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.0350 (0.0590)	0.0416 (0.0506)	0.0340 (0.0753)	0.0337 (0.1168)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	7.872*** (0.397)	8.053*** (0.282)	6.780*** (0.359)	6.580*** (0.621)
Observations	2,739	2,739	2,739	2,739
R-squared	0.082	0.126	0.135	0.053

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

表 4.7 西部地区回归结果

西部	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.132* (0.0721)	0.137* (0.0735)	0.0689 (0.0762)	0.215* (0.122)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	8.988*** (0.358)	8.691*** (0.224)	7.405*** (0.288)	6.096*** (0.429)
Observations	3031	3031	3031	3031
R-squared	0.086	0.077	0.131	0.049

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

从总消费看，大病保险对东部地区家庭的发展型消费有 17.2%的显著抑制作用，对中部地区的家庭消费并没有显著的作用，而促进西部地区家庭总消费 13.2%，生存型消费 13.7%，享乐型消费 21.5%，并且在 10%的水平上显著。大病保险在实施前，有不少东部地区城市已经开始逐步探索大病保险模式，如江苏省太仓市为解决“看病难、看病贵”的问题，早在 2010 年就开始探索符合当地的大病保险，由此大病保险模式在东部城市发展较为成熟和完善。且东部地区的经济较为发达，且医疗环境更好，在大病保险实施前居民对医疗诊治消费、商业医疗保险的投入也更高，当实施大病保险政策后，对医疗消费的抑制作用更强，因此当大病保险实施后，对医疗支出的抑制作用大于对发展型消费中其余支出的促进作用。同时也因为经济较发达，对总消费的促进作用不敏感。而西部地区的城市基本都是在《意见》下发后开始试点、实施大病保险政策，在此之前，西部地区居民有充分的时间从东、中部地区了解大病保险，因此在地区下发政策之后，能够充分信赖大病保险，从而减轻医疗负担，释放消费压力，促进家庭消费，而西部地区医疗及教育条件并不完善，因此没有将释放出的多余资金挪用到医疗和教育等发展型消费上，且西部地区经济发展低于东部和中部地区，在医疗保障体系更为完善后，会更多地将原本用于医疗支出的账户基金更多用于促进其他账户消费。

（二）分收入水平回归

收入作为影响家庭消费最直接且关键的因素，其消费特点在不同收入水平下的家庭中表现出显著的差异性，通过深入分析不同收入水平家庭的消费特点，可

以更准确地把握家庭消费行为的规律。本文将家庭收入处于分布中较低的 50% 划分为较低收入家庭，处于分布中较高的 50% 划分为较高收入家庭，分别进行回归，结果如表 4.8、表 4.9 所示。

表 4.8 较低收入家庭回归结果

低收入家庭	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.149*** (0.0542)	0.125*** (0.0481)	-0.0836 (0.0726)	0.0330 (0.0927)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	7.978*** (0.336)	8.615*** (0.215)	6.719*** (0.312)	5.696*** (0.475)
Observations	4038	4038	4038	4038
R-squared	0.111	0.053	0.110	0.042

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

表 4.9 较高收入家庭回归结果

高收入家庭	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.00147 (0.0589)	-0.0297 (0.0423)	-0.0155 (0.0553)	0.0574 (0.0973)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	8.157*** (0.468)	7.737*** (0.309)	6.978*** (0.481)	6.086*** (0.749)
Observations	4145	3,923	3,923	3,923
R-squared	0.046	0.143	0.111	0.046

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

回归结果清晰地展示了大病保险政策对低收入家庭产生了显著的影响。具体来说，使低收入群体的家庭总消费增加了 14.9%，生存型消费提升 12.5%。这些增长均在 1%显著性水平下得到了验证。这一发现表明，大病保险的消费效应在低收入群体中体现得尤为明显，这很好理解，低收入水平的家庭在面对高额医疗费用支出时，往往面临着更大的经济压力。大病保险政策的实施，有效地降低了这部分人群的医疗支出负担，降低了医疗方面的经济压力，进而减少了他们对预

防性储蓄的需求，进一步激励了低收入家庭的消费行为，使得其消费增长更为显著。同时，低收入家庭在日常生活中的生存型消费支出相对较少，当消费潜力得到释放时，主要在生存型消费方面得到了体现。

大病保险对于较高收入家庭的居民消费并未展现出显著经济效应。较高收入家庭通常具备相对优越的经济状况，使得他们更有能力承受高额医疗费用，这些家庭在面临医疗风险或高额医疗支出时，往往具备较强的抗风险能力，不会产生因病致贫、因病返贫的情况。此外，与低收入群体相比，较高收入家庭通常在大病保险政策实施前就有足够的经济能力购买其他商业医疗保险等同样能够提供医疗保障的保险产品，这也在一定程度上减弱了大病保险对他们消费行为的潜在影响。

(三) 分健康状况回归

家庭的健康状况与其所面临的医疗风险之间存在着密切的联系。健康状况良好的家庭，由于疾病风险相对较低，他们所面临的医疗支出压力较小。在这样的背景下，这些家庭在消费时受到的风险约束较少，能够更为自由地支配其经济资源。因此，本文以户主健康程度作为分类依据，将样本分为两组，探究大病保险对不同健康状况家庭的影响结果，具体结果如表 4.10、表 4.11 所示。

表 4.10 健康程度较低家庭回归结果

健康程度低	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.122* (0.0712)	0.149** (0.0636)	-0.116 (0.0862)	-0.137 (0.119)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	7.743*** (0.334)	8.436*** (0.334)	6.909*** (0.472)	7.012*** (0.726)
Observations	2,760	2,760	2,760	2,760
R-squared	0.120	0.065	0.100	0.035

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

表 4.11 健康程度较高家庭回归结果

健康程度高	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.0748	0.0204	-0.0612	0.131

续表 4.11 健康程度较高家庭回归结果

健康程度高	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
	(0.0509)	(0.0391)	(0.0530)	(0.0824)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	8.422*** (0.298)	8.302*** (0.194)	7.274*** (0.293)	6.670*** (0.383)
Observations	5,423	5,423	5,423	5,423
R-squared	0.062	0.111	0.136	0.056

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

大病保险在不同健康状态下可以有效地改善居民家庭的消费支出，尤其是在健康程度较低的家庭中，大病保险能够提高 12.2% 的总消费支出，且在 10% 的水平上显著，同时使家庭生存型消费支出增加了 14.9%，并在 5% 的水平上显著。探究其原因，是因为对健康水平相对较低的家庭而言，所面临高额医疗支出的风险更高。在这种情况下，大病保险作为一种有效的风险转移机制，能够显著降低家庭所面临的医疗支出风险。通过大病保险的保障，家庭在面临重大疾病时能够得到经济上的支持，从而减轻医疗负担，进而有助于释放居民消费潜力。因此，大病保险对健康程度较低的家庭有更强的缓解家庭医疗风险、促进居民消费方面的作用。

对于健康状况较好的家庭来说，大病保险政策的推行并未对消费产生明显的促进效果。探究其原因可能在于，此类家庭的日常医疗支出较少，因此并未成为大病保险核心覆盖的对象类别，所以对此类家庭消费行为的影响并不明显，也并未释放其消费潜力。另一方面，这类家庭较高的健康状态往往意味着他们具备较高的收入水平，他们有能力并倾向于采取定期健康检查等预防措施来管理潜在的健康风险，并且具备一定的经济储备去应对突发性的高额医疗支出。

（四）分婚姻状况回归

CFPS 问卷中对婚姻的调查结果主要有未婚、在婚、同居、离婚、丧偶等五种状态，本文将其主要分为两大类，由于在大部分情况下，已婚和同居都属于家庭经济共担，因此已婚或同居赋值为“1”，未婚或其他情况赋值为“0”。具体结果如表 4.12、表 4.13 所示。

表 4.12 已婚家庭回归结果

已婚	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	0.111*** (0.0387)	0.0860*** (0.0306)	-0.00493 (0.0443)	0.0225 (0.0642)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	8.457*** (0.210)	8.506*** (0.160)	6.785*** (0.217)	6.247*** (0.305)
Observations	7,422	7,422	7,422	7,422
R-squared	0.072	0.098	0.124	0.040

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

表 4.13 未婚家庭回归结果

已婚	(1)	(3)	(4)	(5)
VARIABLES	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
X	-0.0752 (0.136)	0.0212 (0.131)	-0.0666 (0.219)	0.204 (0.224)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	7.257*** (1.067)	8.563*** (0.793)	6.161*** (1.543)	5.924*** (1.367)
Observations	761	761	761	761
R-squared	0.109	0.067	0.051	0.036

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

回归结果显示，在已婚家庭中，大病保险政策对居民家庭消费有着非常显著的促进作用，提高总消费增长 11.1%，生存型消费增长 8.6%，并均在 1%的水平上显著。探究其原因，首先，大病保险政策为已婚家庭提供了经济上的安全感。在婚姻关系中，夫妻双方通常共同承担家庭的经济责任。当家庭成员面临重大疾病时，医疗费用往往成为沉重的负担，可能导致家庭财务状况紧张。大病保险政策的实施，减轻了因疾病带来的经济压力。这使得家庭在面临健康风险时，能够更加从容地应对，因未来不确定性医疗支出而抑制消费的情况得到了缓解。其次，由于有了大病保险的保障，家庭在预防疾病、定期体检等方面的投资增加，以维护家庭成员的健康。这些投入不仅能够提升家庭成员的身体健康水平，也能够降低未来患重大疾病的风险，从而进一步减轻家庭的经济负担。此外，大病保险政

策还促进了已婚家庭在其他方面的消费。当家庭未来不确定性医疗支出减少时，他们可能更愿意将资金用于改善生活质量、提升家庭幸福感。

而在未婚人群中，大病保险的政策效应并不明显。未婚人群的经济结构和消费观念与已婚家庭存在显著差异，通常更侧重于个人消费和储蓄，而非家庭整体的经济规划，不够重视大病保险的重要性。因此，即使有大病保险政策的支持，未婚家庭可能仍然会保持原有的消费模式。

4.6 稳健性检验

4.6.1 平行趋势检验

平行趋势检验是双重差分模型中不可或缺的一个重要步骤。平行趋势检验的核心在于验证处理组和对照组在处理干预之前是否具有相似的趋势，这种假设是双重差分模型的重要前提，如果实验组与对照组在实验前的趋势表现相似，那么我们可以认为实验结果具有可靠性；反之，如果具有不同发展趋势，则实验结果就不完全是政策效应。

$$Y_{it} = \alpha + \sum_{\tau=-M}^N \beta_{\tau} Policy_{i,t-\tau} + \gamma x_{it} + \mu_i + \lambda_t + \varepsilon_{it}$$

其中， $Policy_{i,t-\tau}$ 是一个虚拟变量如果地区 i 在 $t-\tau$ 期实施了大病保险政策，则取值为 1， M 、 N 分别表示政策时点前和政策时点后的期数。例如，若 τ 等于 2 时，虚拟变量 $Policy_{i,t-\tau}$ 表示地区 i 在 $t-2$ 期实行了大病保险政策，其衡量的就是政策实施后第二年的效应。 β_0 衡量的是实行大病保险政策当前的政策效果， β_{-M} 和 β_{-1} 衡量的是实行大病保险政策之前 1 至 M 期的政策效果， β_1 到 β_N 衡量的是实行政策之后 1 至 N 期的政策效果。如果 β_{-M} 到 β_{-1} 的系数均不显著，那就说明政策时点之前第 1 至 M 期处理组和控制组之间不存在显著差异，也就是平行趋势假定成立。为避免严重的多重共线性，本文在回归中剔除了 β_{-1} 这一虚拟变量。检验结果如表 4.14 所示。

表 4.14 平行趋势检验

VARIABLES	(1)	(3)	(4)	(5)
	lnFEXP	lnLIV	lnDEV	lnENJ
β_{-4}	-0.0868 (0.0897)	-0.0314 (0.0707)	0.00584 (0.0901)	0.0205 (0.153)
β_{-3}	-0.0927 (0.0594)	-0.0516 (0.0476)	0.0545 (0.0559)	-0.00285 (0.0979)
β_{-2}	-0.0174 (0.0654)	0.0707 (0.0478)	0.108 (0.0756)	0.0725 (0.107)
控制变量	是	是	是	是
个体效应	是	是	是	是
时间效应	是	是	是	是
Constant	8.329*** (0.228)	8.445*** (0.155)	7.078*** (0.221)	6.177*** (0.320)
N	8,183	8,183	8,183	8,183
R-squared	0.080	0.102	0.115	0.045

*、**、***分别表示在 10%、5%和 1%的水平上显著。

根据上表，对于样本政策实施的前 4 年，家庭各类消费虚拟变量 β_{-2} 、 β_{-3} 、 β_{-4} 的系数均不显著，通过平行趋势检验。

4.6.2 安慰剂检验

安慰剂检验，作为一种统计检验方法，旨在评估政策或治疗干预效果的纯粹性，排除其他潜在因素的干扰。在医学实践中，这一方法尤为广泛应用，常被称为“安慰剂效应”。在此检验中，实验参与者被随机分配至两组，实验组接受实际的药物或干预措施，而对照组则服用无药效的安慰剂。关键之处在于，实验过程中参与者对药物的真实性质一无所知，以防主观心理作用对实验结果产生误导。安慰剂检验的核心在于构建虚构的处理组或政策时间来进行效果估计。若虚构变量的估计系数仍表现出显著性，这可能意味着原先的估计结果存在偏差。换言之，被解释变量的变动可能并非完全归因于我们所关注的因素所驱动，而是可能受到了其他政策变动或随机性因素的干扰。因此，通过安慰剂检验，我们能够更为准确地评估政策或治疗干预的实际效果，从而为决策提供更为可靠的依据，确保结论的准确性和可靠性。本文选取了五期内没有参加城居保和新农合的

受访者构造虚拟的处理组进行安慰剂检验，做 500 次回归，若回归结果不显著，则通过安慰剂检验。结果如以下密度函数图所示，回归系数呈现正态分布且主要集中于零线两侧，这则表明因变量并未受到自变量的显著影响。由此，我们可以得出安慰剂检验的结果是成立的，增强了研究的可靠性。

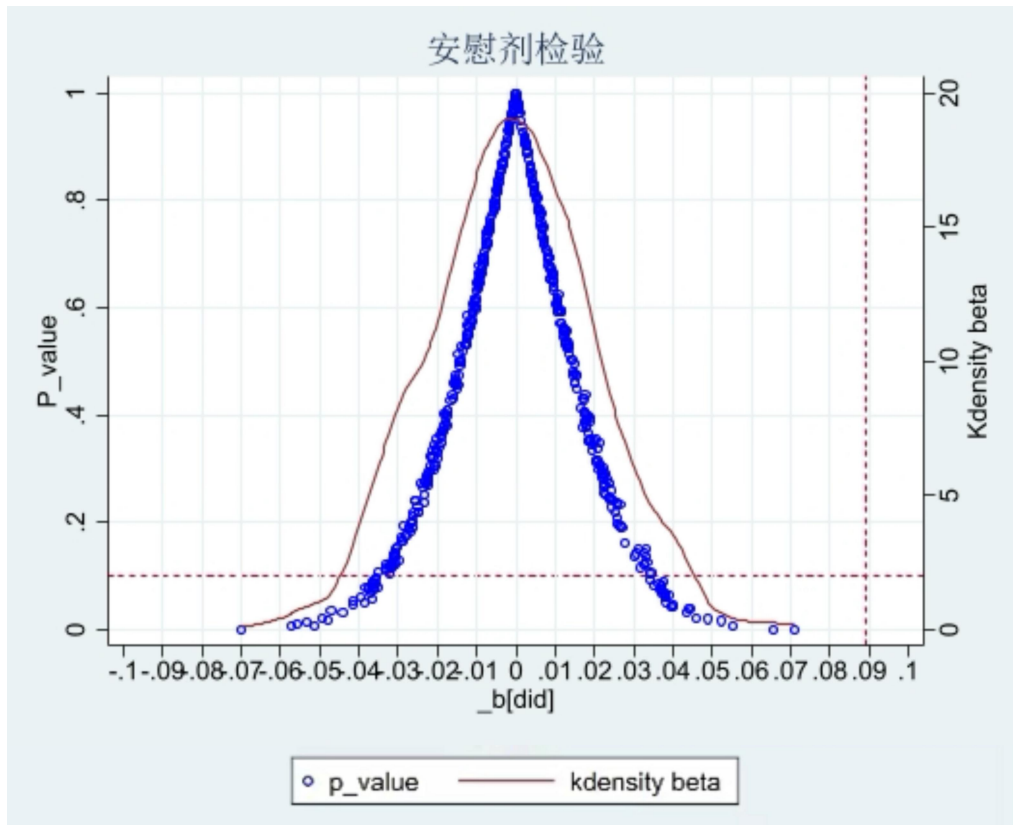


图 4.1 安慰剂检验

5 结论与政策建议

5.1 结论

本文选取 CFPS 数据库，利用双重差分法，关于城乡居民大病保险对家庭消费的影响进行了深入的研究，得到了以下结论。

第一，研究发现城乡居民大病保险政策的实施对家庭总消费有 8.99% 的促进作用，并在 5% 的水平上显著，这一结果有力地证明了大病保险在一定层面上有助于减轻居民因面临高额医疗费用而产生的沉重经济压力，能够缓解居民由于对未来支出的不确定性而过度进行预防性储蓄的现象，从而促使居民释放出更多的消费能力，激活潜在消费需求。

第二，从家庭各分项消费的回归结果来看，实施大病保险政策对家庭生存型消费具有 6.65% 的促进作用，并在 5% 的水平下显著，但其对家庭发展型消费和享乐型消费的影响并不显著。这表明大病保险政策的实施减轻了居民在医疗方面的经济负担，对于其他类别的心理账户，如发展型消费和享乐型消费的账户，该政策并未产生显著影响，居民在已经增加生存型消费的基础上，对于其他类型的消费有着更为复杂的心理预期和预算限制。

第三，通过对不同特征家庭进行异质性分析发现，大病保险对东部地区家庭的发展型消费有 17.2% 的显著抑制作用，对中部地区的家庭消费并没有显著的作用，而促进西部地区家庭总消费 13.2%，生存型消费 13.7%，享乐型消费 21.5%，并且在 10% 的水平上显著。东中西部地区的发展步调不一，东部地区因其经济繁荣和优越的医疗资源条件，在大病保险政策实施之前，当地居民在医疗诊治消费及购买商业医疗保险等方面的投入相对较高。而在大病保险政策启动之后，这一区域的医疗消费受到了更为显著的约束效应，且其对医疗支出的抑制作用超过了对发展型消费中其他类别支出的激励作用。同时也由于经济较发达的缘故，居民消费结构已相对成熟，大病保险政策所带来的边际消费刺激效应在此环境下相对较弱，因此对总消费的促进作用并不十分显著。而西部地区由于其教育等资源配置相对滞后，因此在大病保险政策实施后，当地居民并未将因医疗支出减少而释放出的资金优先投入到教育等发展型消费领域，这在一定程度上影响了其消费倾

向。其次，在不同的收入水平下，大病保险使较低收入家庭总消费和生存型消费分别增加了 14.9% 和 12.5%，并在 1% 的水平下显著，对较高收入家庭并无显著影响。这是因为对低收入家庭而言，其对大规模医疗支出的风险承受力较弱，这类家庭表现出强烈的预防性储蓄动机以应对可能发生的医疗支出风险。正因为如此，大病保险制度的实施对低收入家庭的消费促进效果显得尤为突出，它在一定程度上缓解了家庭对未来医疗支出不确定性的担忧，从而鼓励家庭释放出更多的消费潜能。相比之下，中高收入家庭抵御风险的能力较强，从而在一定程度上降低了对大病保险的依赖度。因此，大病保险对此类家庭的消费行为的直接影响并不明显。此外，通过对健康程度进行异质性分析的结果表明，在健康程度较低的家庭中，大病保险能够提高 12.2% 的总消费支出，且在 10% 的水平上显著，同时使家庭生存型消费支出增加了 14.9%，并在 5% 的水平上显著，对健康程度较高的家庭来说，大病保险的实施并未产生明显的影响。对于健康状况欠佳的家庭而言，其日常医疗支出构成了较大的经济负担，大病保险制度则能有效地发挥风险分散的功能，减轻其医疗支出压力，进而增强其在其他消费领域的支出意愿。反之，对于健康状况较好的家庭，由于其日常医疗风险较低，因此大病保险在此类家庭消费方面的政策效应暂未得到显著体现。最后，通过对家庭婚姻状况进行异质性分析的结果表明，在已婚家庭中，大病保险显著增加了 11.1% 的总消费支出和 8.6% 的生存型消费支出，而对未婚家庭的作用并不明显。由于家庭结构不同，户主的家庭责任感有所差异，因此大病保险的保障作用也存在差别。

5.2 政策建议

第一，进一步改善保障水平，探索差异化补偿政策。持续完善城乡居民大病保险制度，确保全体居民都能够获得有效的保险覆盖，特别是加大对农村和贫困地区的倾斜支持，巩固拓展脱贫攻坚成果，助力乡村振兴战略全面推进。大病保险的根本目的是切实解决群众反映强烈的“因病致贫、因病返贫”的突出问题，使绝大部分人不会再因为疾病陷入经济困境。但健康状况较低的家庭，其消费能力通常更低，此类家庭面对突如其来的高额医疗费用，更容易陷入因疾病导致的贫困困境，甚至进一步加重原有的贫困状况。对于那些处于低收入和健康状况较差的家庭成员，倘若不幸罹患重大疾病，他们可能会由于医疗费用自付部分过高，

即无法达到保险起付线要求，而被迫选择放弃必要的治疗。这意味着，在现有大病保险框架下，“大病难医、治病无力”的难题依然普遍存在，尚未得到有效解决。为了克服这一困境，政策应当更深层次地关注并解决这部分居民在大病医疗保障中存在的痛点，确保每一位居民在面临重大疾病时都能获得及时且充足的医疗救助，从而真正实现大病保险的初衷与目标。据此，政策制定应加强对弱势群体的保障力度，细化保障方案，精准识别和保护高风险群体，从而采取更为灵活且针对性更强的策略。例如为不同收入群体设定梯度化的起付线，同时在确保基金可持续运营的前提下，提升报销比例或取消封顶线，以此减轻贫困家庭的医疗经济负担，有效实现精准健康扶贫的目标。此外，政府还应加大财政扶持力度，为特困群体提供必要的就医援助，着力提升社会保障的针对性和有效性。

第二，扩大保障覆盖面，重点照顾特殊群体。城乡居民大病保险对特殊群体的政策通常聚焦在贫困家庭、低收入人群、残疾人、老年人、妇女儿童等需要特殊关注的人群，以确保他们在面临重大疾病时能得到有效的经济支持。例如，进一步扩大针对妇女儿童的重大疾病保障种类，纳入更多特定性别和年龄段易发疾病，做到保障病种的全面覆盖，制定更加精准灵活的医疗保障计划。根据医疗费用的变化和妇女儿童医疗需求特点，适时调整个别病种的报销限额，确保大病保险的实际效用。针对妇女儿童群体，尤其是农村和贫困地区，制定更具体的补贴和优惠政策，减少因病致贫、因病返贫的现象。其次，针对异地就医的患者，建议在原有补偿标准上适度提高补偿比例，从而有效弥补异地救治过程中可能产生的额外费用，使大病保险保障体系更完善，有效减轻异地就医患者的经济负担，提升大病保险制度的实效性。同时，政策制定还需综合考量各地医疗资源分布、患者流动规律等因素，科学合理的设计和调整补偿机制，确保政策调整既能满足实际需求，又能保证大病保险基金的长期可持续性。更好地保障特殊群体患者的利益。

第三，扩大保障范围，加大补偿力度。在推进大病保险制度完善的过程中，应当积极推动保障范围的持续扩容，突破基本医疗保险“三大目录”的限制。现行的大病保险制度主要依托于“三大目录”作为标准。然而，部分针对重特大疾病的药物和诊疗手段并未被列入医保报销名录之中，这在一定程度上可能导致该类患者无法充分享受到大病保险的保障，仍然需要承担高额医疗费用风险，这有违大病保险实施的初衷。因此有部分城市推出了病种和合规医疗费用相结合的方

式来实现对大病的界定及报销。相关政府部门应当进行系统地评估。将符合条件的药品和诊疗项目逐步纳入大病保险的报销清单之内，并不断进行动态调整和持续更新，最大程度发挥大病保险的保障作用，使人民群众享有更高水平的医疗保障服务，同时为经济增长注入持久动力，实现社会福利与经济繁荣的双重提升。

第四，加强监管力度，保障广大参保人权益。首先，建立健全大病保险政策监管体系，制定详细的监管规则 and 标准，明确各级政府和相关部门的职责和权限。尤其是加大对定点医疗机构的监督力度，防止医疗资源浪费、过度医疗等问题发生。其次，严格监管大病保险资金的筹集、使用和管理，确保资金安全、合规使用，提高资金使用效率。此外，还应加强对参保人在大病治疗过程中的权益保护，确保大病保险赔付及时、准确到位，营造公正的参保氛围。

参考文献

- [1]Jiang J, Chen S,Xin Y,et al. Does the critical illness insurance reduce patients' financial burden and benefit the poor more: a comprehensive evaluation in rural area of China. *Journal of Medical Economics*, 2019, 22(5):455-463.
- [2]Jiang J, Chen S, Xin Y, et al. Economic crisis of rural patients insured with critical illness insurance: Do working-age patients have higher financial burden?[J]. *Health & Social Care in the Community*, 2021, 29(2):496-505.
- [3]Li L, Jiang J, Xiang L, et al. Impact of Critical Illness Insurance on the Burden of High-Cost Rural Residents in Central China: An Interrupted Times Series Study[J]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16(19).
- [4]M Ying, Associate, Z Du. The effects of medical insurance on durables consumption in rural China[J]. *China Agricultural Economic Review*, 2012 4(2):176-187.
- [5]Sheng-wen Zhao, Xiao-yan Zhang, Wei Dai, Yue-xia Ding, Jiang-yun Chen,Peng-qian Fang. Effect of the catastrophic medical insurance on household catastrophic health expenditure:evidence from China[J]. *Gaceta Sanitaria*, 2020, 34(4).
- [6]Wagstaff A , Pradhan M .Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country[J]. 2005.
- [7]曹乾, 邱芬, 徐晓寅. 大额补充医疗保险发展模式分析 [J]. *经济与管理*, 2009, 23 (02) :84-87.
- [8]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, 47 (02) :41-53.
- [9]陈强, 高级计量经济学及 Stata 应用 (第二版) [M]. 北京: 高等教育出版社, 2014.
- [10]陈醉, 刘子兰. 新型农村合作医疗保险对居民消费影响的实证分析 [J]. *湘潭大学学报 (哲学社会科学版)*, 2017, 41 (03) :68-73.

- [11] 丁继红, 应美玲, 杜在超. 我国农村家庭消费行为研究——基于健康风险与医疗保障视角的分析[J]. 金融研究, 2013(10):154-166.
- [12] 高健, 丁静. 新农合大病保险能缓解农村长期贫困吗?——来自贫困脆弱性视角的检验[J]. 兰州学刊, 2021(04):170-181.
- [13] 高广颖, 马骋宇, 胡星宇等. 新农合大病保险制度对缓解灾难性卫生支出的效果评价[J]. 社会保障研究, 2017(02):69-76.
- [14] 黄家林, 傅虹桥, 宋泽. 补充医疗保险对居民消费的影响——来自城乡居民大病保险的证据[J]. 金融研究, 2022, No. 508(10):58-76.
- [15] 黄智, 李华琴. 商业健康保险、预防性储蓄与家庭消费[J]. 商业经济研究, 2023(05):80-83.
- [16] 李霞, 唐文熙, 张籍元, 马爱霞. 中国大病医保现行模式及效果:基于文献计量分析的综述[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(07):501-507.
- [17] 李庆霞, 赵易. 城乡居民大病保险减少了家庭灾难性医疗支出吗[J]. 农业技术经济, 2020(10):115-130.
- [18] 李晓嘉. 城镇医疗保险改革对家庭消费的政策效应——基于 CFPS 微观调查数据的实证研究[J]. 北京师范大学学报(社会科学版), 2014(06):123-134.
- [19] 李文群. 大病保险属性、供给及发展策略[J]. 经济研究导刊, 2012(36):86-88.
- [20] 李宏伟. 中国城镇居民基本医疗保险对家庭消费的影响分析[J]. 商业经济研究, 2018(10):33-35.
- [21] 刘子宁, 郑伟, 贾若, 景鹏. 医疗保险、健康异质性与精准脱贫——基于贫困脆弱性的分析[J]. 金融研究. 2019(5):56-75.
- [22] 马双, 臧文斌, 甘犁. 新型农村合作医疗保险对农村居民食物消费的影响分析[J]. 经济学(季刊), 2011, 10(1):249-270.
- [23] 仇雨临, 冉晓醒. 大病保险创新发展研究:实践总结与理论思考[J]. 江淮论坛, 2019(06):156-162.
- [24] 任明丽, 孙琦. 补充医疗保险会促进老年家庭旅游消费吗?——来自 CHARLS 数据的经验分析[J]. 旅游学刊, 2023, 38(02):30-46.
- [25] 时媛媛, 李林贵, 杨丹琳. 大病补充保险该由谁做:商业保险和社会医疗保险

- 的博弈[J]. 中国卫生事业管理, 2013, 30(12):907-909.
- [26]宋占军. 城乡居民大病保险运行评析[J]. 保险研究, 2014(10):98-107.
- [27]邵光磊. 湖北省大病保险实施现状与对策研究[D]. 上海: 华中师范大学, 2019.
- [28]田文华. 基于 RE-AIM 模型的城乡居民大病保险模式评估[J]. 复旦学报(社会科学版), 2021, 63(01):152-160.
- [29]唐维斌. 新农保对农村居民消费影响研究——基于 CFPS 数据库的 PSM-DID 实证分析[J]. 山西师范大学学报(自然科学版), 2022, 36(03):100-108.
- [30]王超群, 刘小青, 刘晓红, 顾雪非. 大病保险制度对城乡居民家庭灾难性卫生支出的影响——基于某市调查数据的分析[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(06):433-436+456.
- [31]王美娇, 朱铭来. 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[J]. 保险研究, 2015, No. 326(06):19-31.
- [32]王极, 洪名勇, 田梦婕. 新农保政策对农户消费结构升级的影响——基于预防性储蓄视角[J]. 农业现代化研究, 2023, 44(01):119-129.
- [33]王光剑. 社商合作完善全民保障体系[J]. 中国金融, 2022(16):52-54.
- [34]王延中, 赵东辉. 新制度主义视角下城乡居民大病保险保障效果的影响因素分析[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(11):1-8.
- [35]吴海波, 周桐, 刘统银. 我国大病保险实施进展、存在问题及发展方向[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(04):18-20+24.
- [36]熊波, 李佳桐. 新型农村合作医疗保险与农村居民消费 [几财经科学, 2017(7):64-76.
- [37]徐维维, 许汝言, 陈文等. 大病保险对农村居民医疗费用负担及其公平性影响[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(07):23-26.
- [38]谢隽. 论商业保险机构承办城乡居民大病保险的风险控制[J]. 保险职业学院学报, 2014, 28(02):45-49.
- [39]谢卫卫, 弓媛媛, 马潇萌. 新型农村合作医疗大病保险的实施效果评估: 基于 CFPS 的数据分析[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(03):46-48.
- [40]余珽, 茅启书. 大病医疗保险购买服务的探索——基于扬州市的实践[J]. 中

- 国医疗保险, 2011(06):63-65.
- [41]袁成, 刘舒亭. 我国商业健康保险增长会刺激居民消费吗?——基于 2006~2016 年省际面板数据的实证研究 [J]. 东南大学学报(哲学社会科学版), 2018, 20(03):69-77+147.
- [42]鄢洪涛, 杨仕鹏. 医疗保障制度对农村居民健康影响的实证 [J]. 统计与决策, 2021, 37(04):95-99.
- [43]朱铭来, 奎潮. 医疗保障对居民消费水平的影响——基于省级面板数据的实证研究 [J]. 保险研究, 2012(4):103-111.
- [44]朱铭来, 宋占军. 完善大病保险筹资补偿模式 [J]. 中国金融, 2014(02):69-70.
- [45]朱铭来, 于新亮, 宋占军. 我国城乡居民大病医疗费用预测与保险基金支付能力评估 [J]. 保险研究, 2013(05):94-103.
- [46]朱铭来, 于新亮, 王美娇, 熊先军. 中国家庭灾难性医疗支出与大病保险补偿模式评价研究 [J]. 经济研究, 2017, 52(09):133-149.
- [47]朱铭来, 申宇鹏. 大病保险如何影响城乡居民医保基金可持续性——基于“十四五”期间大病保险若干保障方案的实证分析 [J]. 社会保障研究, 2022(05):26-41.
- [48]朱铭来, 仝洋, 周佳卉等. 多层次医疗保障体系评估——基于复合维度的发展指数测算 [J]. 保险研究, 2022(10):3-18.
- [49]郑莉, 梁小云. 城乡居民大病保险对灾难性卫生支出的影响 [J]. 中国卫生经济, 2021, 40(11):42-46.
- [50]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, 37(01):83-89.
- [51]周钦, 袁燕. 医疗保险对我国城市与农村家庭消费影响的实证研究 [J]. 中国卫生经济, 2013, 32(10):5-7.
- [52]臧文斌, 刘国恩, 徐菲等. 中国城镇居民基本医疗保险对家庭消费的影响 [J]. 经济研究, 2012, 47(07):75-85.
- [53]赵为民. 新农合大病保险改善了农村居民的健康吗? [J]. 财经研究, 2020, 46(01):141-154.

后 记

春夏交替三载，恍惚不见时隙。

时光匆匆，三年一瞬。现在还记得刚步入学校的那一天，一切经历恍如昨日。从那天起我就在期待写这篇后记，但真正下笔的时候却纵有千言叙不知开头语。回望漫漫求学路，一路前行，一路成长，虽有万般不舍，但仍心存感激。感谢与兰财的相遇，感谢在兰财看到的每一片晴空、每一次细雨，欣赏到的每一朵花开、每一声鸟鸣，明亮的图书馆见证着我的迷茫和成长，高大的教学楼承载着我的美好和理想。

途有好伴，不觉路远。我很幸运在追求理想的过程中遇到很多可爱的同行者，受益良多。感谢我的父母和外婆对我的教育和培养，永远做我坚定的支持者，尽情体验自由精彩的人生。感谢我的导师高树棠教授在这三年求学路上给予我的悉心指导、谆谆教诲。感谢每一位科任老师的倾囊相授、耐心解惑。感谢我的室友们的照顾，感谢我的好朋友们在我迷茫时候的陪伴和鼓励，山水一程，有幸相遇。感谢我的偶像，让我学习做自己人生的大女主。

知不足而奋进，望远山而前行。感谢一直努力的自己，感谢面对迷茫寻找方向的自己，感谢遇到挫折不放弃的自己，感谢一次次鼓起勇气不断尝试的自己，感谢积极乐观热爱生活的自己。

窗外的风把树吹得簌簌作响，愿天气都好！

附 录

附录：样本地区城乡居民大病保险政策实施时间

地区	实施时间
辽宁省	2015 年 12 月 5 日
吉林省	2012 年 12 月 31 日
黑龙江省	2015 年 9 月 2 日
河北省	2015 年 10 月 13 日
山东省	2014 年 3 月 19 日
浙江省	2012 年 12 月 12 日
江苏省	2013 年 7 月 1 日
上海市	2014 年 7 月 4 日
北京市	2014 年 1 月 1 日
福建省	2013 年 1 月 1 日
天津市	2014 年 7 月 1 日
广东省	2013 年 4 月 3 日
河南省	2013 年 4 月 1 日
湖南省	2015 年 11 月 26 日
湖北省	2013 年 1 月 29 日
海南省	2014 年 9 月 9 日
江西省	2014 年 5 月 4 日
安徽省	2014 年
山西省	2015 年 11 月 6 日
重庆市	2013 年 11 月 19 日
陕西省	2015 年 11 月 25 日
甘肃省	2014 年 12 月 2 日
四川省	2014 年 4 月 29 日
云南省	2015 年 12 月 15 日
青海省	2012 年 11 月 22 日
宁夏回族自治区	2013 年 7 月 18 日
广西壮族自治区	2015 年 2 月 28 日
内蒙古自治区	2015 年 9 月
贵州省	2015 年 11 月 30 日
西藏自治区	2016 年 10 月 30 日
新疆维吾尔自治区	2013 年 7 月 30 日