

传统保障、医疗保险与农村老年人 疾病风险担心度^{*}

于长永

【摘 要】文章基于 2016 年 12 个省 36 个县 1 212 份调查数据,采用因子分析和 Ordinal Logistic 回归模型,实证分析了传统保障、医疗保险对农村老年人疾病风险担心度的影响。结果显示,农村老年人的疾病风险担心度相对较高。传统保障中的个体保障条件、家庭保障资源和社区保障环境,对农村老年人的疾病风险担心度有显著影响。其中,健康状况越差、家庭收入越低、中西部地区和非平原地区的农村老年人疾病风险担心度越高;年龄越大、已婚、村经济情况越差、交通便利性越差和女儿数量越少的农村老年人疾病风险担心度越低。医疗保险综合保障能力、政策目标实现度、补偿机制合理性和就医问题缓解度对农村老年人疾病风险担心度有正向影响。从影响机制看,补偿机制合理性是医疗保险影响农村老年人疾病风险担心度的决定性因素。补偿比例、补偿范围和报销手续是决定补偿机制合理性的 3 个主要因素,也是提高医疗保险保障能力的关键着力点。

【关键词】农村老年人 医疗保险 保障能力 疾病风险担心度

【作 者】于长永 中南财经政法大学应用经济学流动站,博士后。

一、问题的提出

疾病风险的客观存在,时刻威胁着人们的健康安全。农村医疗保险作为分散农民疾病风险、保障农民健康安全的重要制度工具,从 2003 年重建至今已 15 年。财政投入从试点之初的每人每年 20 元增长到 2016 年的 420 元。那么,农村医疗保险取得了哪些成效?在多大程度上为农民提供了安全感?又该如何提高其对农民安全感的保障作用?这些都是值得探讨的议题。农村医疗保险的建设效果^①,可以从经济绩效、健康绩效和心理

^{*} 本文为国家社科基金一般项目“慢性病对农村老年贫困影响的效应与机制研究”(编号:18BSH050)的阶段性成果。

^① 实际调研中发现,农村老年人并不非常清楚自己参加的医疗保险是新农合还是城乡居民医疗保险。因此,本文把新农合和城乡居民医疗保险统称为农村医疗保险,这样做的合理性在于农村老年人对医疗保险保障能力的回答,已经客观反映了不同制度之间保障能力的差异。

绩效3个维度来评价。经济绩效体现在其对农民“大病支出”的保障作用和“因病致贫,因病返贫”问题的缓解效果,但从研究结果看,农村医疗保险在这两个方面的作用较为有限(Yip等,2009;宁曼秀等,2010;Shi等,2010;贺晓娟等,2012)。健康绩效体现在其对改善农民健康状况、提高农民健康水平的作用。一些研究表明其增进了农民健康水平(王翌秋、雷晓燕,2011;程令国、张晔,2012),但也有学者得出相反的结论(王兰芳等,2007)。心理绩效体现在对农民幸福感、宗教信仰和安全预期的作用。亓寿伟、周少甫(2010)的研究表明,新农合增进了农民幸福感;而霍灵光、陈媛媛(2017)的研究则显示新农合对农民幸福感的影响非常有限。郑风田等(2010)的研究表明,新农合降低了农民宗教信仰人数的增长速度;于倩倩等(2012)的研究表明,新农合让60%的农民从心理上感觉在面临疾病风险时有了保障,但这些研究很少针对农村老年人。

综合来看,已有相关研究虽然较多,但存在以下不足:一是主要采用是否参加医疗保险,来评价农村医疗保险的建设效果。如Wagstaff等(2009)的研究发现,新农合不但没有降低医疗支出,反而提高了非住院医疗支出。事实上农村医疗保险早在2010年已基本实现人群全覆盖,再用是否参加医疗保险来评估其效果,已经不太合适。同时,关于医疗保险水平的分析,很少关注农村医疗保险的综合保障能力,往往集中在补偿比例方面,如Sun等(2009)的研究表明,新农合补偿后使大病支出发生率从2004年的8.98%下降到8.25%;二是降低农民的疾病风险担心度、为农民提供稳定的疾病风险安全保障预期,是农村医疗保险建设的根本目标,但已有研究很少关注这一点;三是很少从群体分化(如老年人和中青年人)的角度进行研究。

在人口老龄化加速发展背景下,农村老年人的疾病风险担心度是一个亟待研究的重要议题。一方面,农村老年人数量多、增长快;另一方面,大量研究表明,老年人医疗服务利用较多(Alemayehu等,2004;Hu,2014),老年人的疾病风险担心度是反映医疗保险实施效果的重要方面。同时,农村老年人的疾病风险担心度,不仅受医疗保险的影响,也受传统保障与医疗保险的共同作用。鉴于已有研究存在的不足,本文用医疗保险保障能力替代是否参加医疗保险,并将其与传统保障纳入统一的分析框架,分析它们对农村老年人疾病风险担心度的影响,以期从新的角度评价农村医疗保险的建设效果。

二、数据来源和研究设计

(一) 数据来源

本文数据来自2016年由中南财经政法大学社会政策研究所组织的12个省36个县的“农村老年人养老保障现状与期望”问卷调查。调查按照分层随机抽样原则,根据被调查省市县的经济发展水平(GDP)、人均可支配收入水平、人口老龄化程度、地区分布

情况,选择被调查对象。首先,根据社会经济发展情况,选择代表性省份。其中,东部地区 3 个省(山东、福建、江苏),中部地区 5 个省(湖北、河南、山西、安徽、广西),西部地区 4 个省(贵州、甘肃、四川、陕西);其次,按照相同的抽样方法,每个省选择 3 个左右的县,每个县选择 1 个行政村和自然村;最后,按照系统随机抽样方式,选择被调查农户,以生日最接近调查当日的农村老年人作为访问对象,进行面对面结构式问卷访问。调查共发放问卷 1 500 份,有效回收 1 212 份。调查样本的基本情况如表 1 所示。

(二) 概念测量与分析
框架

1. 概念测量。首先,传统保障是指以血缘关系为纽带、孝道文化为基础、乡土社会为载体而形成的一种非正式支持体系,它是农民按照乡规民约自发形成的非正式制度^①。传统保障的核心是家庭保障,家庭保障的核心是子女支持。代际支持的责任伦理表明,老年人的自立是一种重要的保障途径。农村是一个熟人

社会,邻里之间保持频繁的互动。因此,传统保障可以操作化为个体保障条件、家庭保障资源和社区保障环境。其次,医疗保险是指医疗保险的保障能力。第三,疾病风险是指因疾病导致的偿付能力风险,本文采用在“拥有医疗保险的情况下,农村老年人对生病看不起病的担心程度”,测量农村老年人的疾病风险担心度。

2. 分析框架。在疾病风险一定的情况下,农村老年人是否担心疾病风险,主要由他们的保障体系脆弱性程度决定。因此,脆弱性分析框架,可以较好地解释农村老年人疾病风险担心度的发生机理(见图 1)。农村老年人的健康安全,受两种风险的冲击和双重保障的保护。两种风险:一是由社会经济转型、人口老龄化和生态环境恶化导致的外部风险;二是由老年人身体机能衰退和疾病威胁导致的内部风险。双重保障:一是由个体保障条件、家庭保障资源和社区保障环境构成的传统保障体系;二是由医疗保险的覆盖面、种类和保障能力构成的医疗保险体系。在外部风险冲击和内部风险扰动一定的情况

表 1 调查样本的基本情况

类别	频数(个)	百分比	类别	频数(个)	百分比
性别			民族		
男	608	50.2	汉族	1091	91.0
女	603	49.8	少数民族	108	9.0
受教育年限			健康状况		
没上过学	443	39.2	非常健康	269	22.3
1~5 年	452	40.0	比较健康	385	32.0
6~9 年	198	17.5	一般健康	252	20.9
10~12 年	30	2.7	健康较差	262	21.7
13 年以上	7	0.6	健康很差	37	3.1
分组年龄			婚姻状况		
60~69 岁	622	51.3	未婚	30	2.5
70~79 岁	439	36.3	已婚	873	72.1
80~89 岁	141	11.7	离异	17	1.4
90 岁及以上	8	0.7	丧偶	290	24.0

① 传统保障界定的边界是:(1)政府很少或没有介入;(2)农村老年人应对生存风险的主要保障资源。

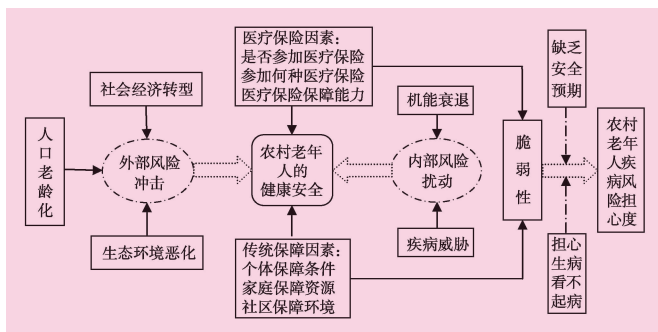


图1 脆弱性与农村老年人疾病风险担心度的逻辑关系

下,农村老年人的疾病风险担心度,取决于由医疗保险和传统保障构成的安全网的脆弱性程度。安全网脆弱性程度越高,农村老年人就越担心生病看不起病,他们的疾病风险担心度就越高,反之越低。

(三) 研究假设与变量选择

农村老年人的个体保障条件,主要体现在性别、年龄、受教育年限、健康状况和婚姻状况。农村老年人的疾病风险担心度,首先取决于个体健康状况,McCoy等(1996)指出,健康状况正向影响安全感。女性是农村的脆弱群体,经济安全状况较差(Stiles等,2003),疾病风险担心度可能更高;年龄越大,健康状况往往较差,面临的疾病风险较大,疾病风险担心度可能更高;受教育年限是人力资本的重要构成部分,受教育年限越长,人力资本越高,其疾病风险担心度可能越低。Hale(1996)指出,不完整的婚姻,对老年人安全感有负向作用。因此,本文提出假设1:女性、年龄越大、健康状况越差、受教育年限越短和非在婚(离异、丧偶和未婚)的农村老年人的疾病风险担心度越高,反之越低。

家庭保障资源主要体现在儿子数量、女儿数量、家庭收入和家庭存款等方面^①。子女数量越多,老年人的安全感越高,疾病风险担心度可能越低;Aeierno等(2004)认为,缺乏经济收入会对老年人的安全感产生消极影响,家庭收入和家庭存款越多,农村老年人的疾病风险担心度可能越低。因此,本文提出假设2:儿子数量和女儿数量越多、家庭收入和家庭存款越多的农村老年人的疾病风险担心度越低,反之越高。

社区保障环境主要体现在所在社区、地理环境、村经济情况和交通便利性4个方面。东部地区由于社会经济发展水平较高,处在东部地区的农村老年人,往往收入比较高,社区服务发展水平也较高,其疾病风险担心度可能较低;相对于山区、丘陵、盆地等地理环境中的老年人而言,生活在平原地区的农村老年人,可能拥有更高水平的保障条件,因此,平原地区农村老年人的疾病风险担心度可能较低;村经济情况越好,农村老年人能够在社区得到的福利越多,其疾病风险担心度可能越低;交通便利性越好,不仅意味着农村老年人外出就医更方便,也可能意味着他们拥有更多的收入机会,其疾病风险担心度可能越低。因此,本文提出假设3:东部地区、平原地区、村经济情况越好、交通便利性越好的农村老年人的疾病风险担心度越低,反之越高。

^① 土地和住房也是农村老年人的重要家庭保障资源,但很难变现。

医疗保险的保障能力不仅体现在补偿比例高低,医疗保险对提高农民看病积极性、改善农民医疗条件、提高农民健康意识等积极作用,同样是医疗保险保障能力的反映。因此,本文从“目标—过程—结果”3个方面,遴选13个测量指标^①,采用因子分析^②分离出反映医疗保险保障能力的3个公因子(见表2),通过加权求和的方式,测算农村医疗保险的综合保障能力。

表2 医疗保险保障能力的公因子及其载荷矩阵

测量指标	公因子1	公因子2	公因子3	因子贡献
政策目标实现度				
健康状况改善	0.846	0.061	0.001	特征值 =3.12 方差贡献率 =23.97% 累计方差贡献率 =24.0%
医疗条件改善	0.804	0.071	0.048	
健康意识提高	0.771	0.086	0.008	
看病积极性提高	0.748	0.052	0.055	
医药费负担减轻	0.719	0.142	0.119	
补偿机制合理性				
报销比例太低	0.198	0.825	0.088	特征值 =2.80 方差贡献率 =21.55% 累计方差贡献率 =45.5%
报销范围太小	0.060	0.772	0.112	
报销手续太麻烦	0.015	0.754	0.102	
报销多少看关系	0.125	0.683	-0.125	
农民缴费太多	0.030	0.639	0.293	
就医问题缓解度				
应住院未住院	0.043	0.045	0.876	特征值 =2.10 方差贡献率 =16.12% 累计方差贡献率 =61.6%
因病致贫问题	-0.002	0.056	0.830	
因病返贫问题	0.141	0.194	0.698	

注：KMO=0.784；Bartlett 值 =5958.277；df=78；p<0.001；Cronbach's Alpha=0.794。

医疗保险政策目标实现度越高、补偿机制越合理和就医问题缓解度越高,表明医疗保险的建设效果越好,医疗保险综合保障能力越强,农村老年人健康安全网的脆弱性越低,他们的疾病风险担心度将可能越低。因此,本文提出假设4:医疗保险的综合保障能力越强、政策目标实现度越高、补偿机制越合理和就医问题缓解度越高,农村老年人的疾病风险担心度越低,反之越高。根据前述分析框架和研究假设,本文的变量选择及其描述性统计如表3所示。

(四) 计量模型

本文的因变量被操作化为“在拥有医疗保险的情况下,您还担心生病看不起病

① 13个指标包括目标指标(健康状况改善、医疗条件改善、健康意识提高、看病积极性提高和医药费负担减轻情况)、过程指标(报销比例太低、报销范围太小、报销手续太麻烦、报销多少看关系和农民缴费太多严重程度)和结果指标(应住院未住院、因病致贫和因病返贫问题普遍程度),答案按照李克特量表赋值1~5。

② 因子分析是多元统计中的重要研究方法,常用于管理学、医学等学科,目的是把一些具有错综复杂关系的变量缩减为少数几个无关的公因子,由公因子代替原变量,避免变量间严重的多重共线性引起模型估计结果失真。一般认为,KMO值达到0.7及以上,Bartlett球形检验P值小于0.05,表明非常适合做因子分析。

表 3 变量选择及其描述行统计

变 量	变量含义与赋值	最大值	最小值	均值	标准差
因变量					
农村老年人的疾病 风险担心度	在拥有医疗保险的情况下,您还担心生病看不起 病吗? 1= 非常担心;2= 比较担心;3= 一般担心; 4= 不太担心;5= 完全不担心。	5	1	2.80	1.10
传统保障					
个体保障条件					
性别	被调查对象的性别。1= 男;0= 女。	1	0	0.50	0.50
年龄	被调查对象的实际年龄。	60	96	70.20	7.08
受教育年限	您一共上了多少年学。	22	0	2.99	3.24
健康状况	您的健康状况。1= 非常健康;2= 比较健康; 3= 健康;4= 健康较差;5= 健康很差。	5	1	2.51	1.15
婚姻状况	您的婚姻状态。1= 已婚;0= 未婚、离婚、丧偶。	1	0	0.72	0.45
家庭保障资源					
儿子数量	您有几个儿子。	6	0	1.61	0.98
女儿数量	您有几个女儿。	6	0	1.35	1.05
收入水平	与村民相比,您的收入水平。1= 非常高;2= 比较高; 3= 一般水平;4= 比较低;5= 非常低。	5	1	3.12	0.76
家庭存款	家里有多少存款。1=1 万元及以下;2=1 万~3 万元; 3=3 万~5 万元;4=5 万~7 万元;5=7 万~9 万元; 6=9 万~11 万元;7=11 万元以上。	7	1	2.23	1.48
社区保障环境					
所在地区	1= 东部地区;0= 中西部地区。	1	0	0.34	0.47
地理环境	1= 平原地区;0= 山区、丘陵、盆地地区。	1	0	0.51	0.50
村经济情况	您所在村的经济情况。1= 非常富裕;2= 比较富裕; 3= 一般;4= 比较穷;5= 非常穷。	5	1	3.02	0.59
交通便利性	您平常外出交通方便吗? 1= 非常方便;2= 比较方便; 3= 一般;4= 不太方便;5= 很不方便。	5	1	2.39	0.99
医疗保险					
医疗保险保障能力					
政策目标实现度	公因子 1:政策目标实现度的因子得分。	2.57	-3.77	0.00	1.00
补偿机制合理性	公因子 2:补偿机制合理性的因子得分。	2.94	-2.86	0.00	1.00
就医问题缓解度	公因子 3:就医问题缓解度的因子得分。	3.12	-2.70	0.00	1.00
综合保障能力	综合因子得分 = 公因子 1 × 权重(23.97%) ÷ 0.616 + 公因子 2 × 权重(21.55%) ÷ 0.616 + 公因子 3 × 权重(16.12%) ÷ 0.616。	1.76	-1.79	0.00	0.59

注:分类变量计算均值没有实际意义,这里只是用于反映该指标的基本分布。

吗?”变量类型为多分类有序因变量,适合用 Ordinal Logistic 回归模型。设因变量为 Y , 影响因变量的自变量分别记为 X_1, X_2, \dots, X_m 。那么,自变量与因变量之间关系的一般表

达式为：

$$Y=\alpha+\beta X \tag{1}$$

P 表示农村老年人疾病风险担心程度的发生概率,那么, P 记为：

$$P(Y\leq i)=P_1+\cdots+P_i \tag{2}$$

农村老年人不同程度担心疾病风险与不担心疾病风险的概率之比，被称为事件发生比(Odds),记为 $p_i/1-p_i$,其表达式为：

$$\text{Odds}(Y\leq i)=\frac{P(Y\leq i)}{1-P(Y\leq i)}=\frac{P_1+\cdots+P_i}{P_{i+1}+\cdots+P_{k+1}} \tag{3}$$

对 Odds 进行对数变换,可以得到 Ordinal Logistic 回归模型的线性表达式：

$$\ln\left(\frac{P(Y\leq i)}{1-P(Y\leq i)}\right)=\alpha+\sum_{i=1}^m\beta_iX_i \tag{4}$$

上述式(1)至式(4)中, α 为常数项, m 为自变量的个数, i 为农村老年人的疾病风险担心度,且 $1\leq i\leq 5$ 。 β_i 是自变量系数,反映不同解释变量对农村老年人疾病风险担心度的影响方向及程度。将式(4)两边进行指数变换,自变量回归系数 β_i 转换为 e^{β_i} , e^{β_i} 为自变量每变化 1 个单位所引起的因变量发生比的变化倍数。

三、实证分析

(一) 农村老年人的疾病风险担心度水平

表 4 结果显示,46.5%的农村老年人仍然明确表示担心疾病风险，包括非常担心(11.1%)和比较担心(35.4%)。如果把一般担心(18%)疾病风险也纳入担心范畴,那么，有 64.5%的农村老年人仍担心看不起病。也许农村老年人的疾病风险担心度,并不是受医疗保险的单独影响,但在拥有医疗保险保障的情况下,仍有接近 2/3 的农村老年人担心看不起病,这足以说明医疗保险尚未为广大农村老年人提供稳定的安全预期,医疗保险的保障能力有待进一步提高。

表 4 不同健康状况农村老年人的疾病风险担心度(N=1202) %

健康状况	疾病风险担心度					合计
	非常担心	比较担心	一般担心	不太担心	完全不担心	
非常健康	10.1	25.0	13.8	42.1	9.0	100.0
	20.3	15.7	17.1	29.0	64.9	22.3
比较健康	9.1	36.6	19.3	34.2	0.8	100.0
	26.3	32.9	34.3	33.6	8.1	31.9
一般健康	10.3	34.1	24.2	29.4	2.0	100.0
	19.5	20.2	28.2	19.0	13.5	21.0
健康较差	12.6	45.8	14.9	24.8	1.9	100.0
	24.8	28.2	18.1	16.7	13.5	21.8
健康很差	32.4	35.1	13.5	19.0	0.0	100.0
	9.1	3.0	2.3	1.7	0.0	3.0
合计	11.1	35.4	18.0	32.4	3.1	100.0
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：Pearson 卡方值 =99.739, df=16, p<0.001。

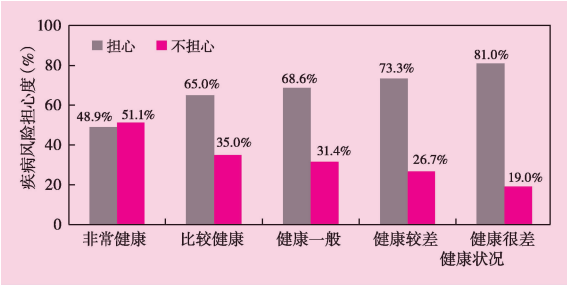


图2 农村老年人的健康状况与疾病风险担心度的关系

农村老年人的疾病风险担心度,受多种因素影响。健康状况是影响农村老年人疾病风险担心度的关键因素。图2表明,随着健康状况恶化,农村老年人的疾病风险担心度呈现出明显的增加趋势,即健康状况越差,农村老年人的疾病风险担心度越高。卡方检验结果表明($p<0.001$),健康状况与农村老年人疾病

风险担心度显著正相关,即健康状况越差农村老年人越担心疾病风险。

(二) 农村老年人疾病风险担心度的影响因素

为了避免变量之间可能存在的多重共线性,同时也为了检验模型估计结果的稳健性,本文采用逐步回归方法对数据进行处理。模型1至模型3分析不同层面的传统保障因素对农村老年人疾病风险担心度的影响;模型4至模型7在控制传统保障因素的基础上,依次分析医疗保险综合保障能力、政策目标实现度、补偿机制合理性和就医问题缓解度对农村老年人疾病风险担心度的影响;模型8把政策目标实现度、补偿机制合理性和就医问题缓解度3个指标同时纳入回归模型,进一步检验估计结果的稳定性。

从表5估计结果看,8个模型均通过了显著性检验。这表明,不同层面的传统保障和医疗保险因素,对农村老年人疾病风险担心度有不同程度的显著影响。

1. 个体保障因素对农村老年人疾病风险担心度的影响。健康状况每下降1个等级,农村老年人较高程度担心疾病风险的概率发生比将增加18.2%,这与假设1相符。已婚农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比是非在婚(离婚、丧偶、未婚)老年人发生比的1.34倍,这与假设1相符。年龄越大,农村老年人的疾病风险担心度越低,这与假设1不符。可能的解释是:风险的本质具有不确定性,不确定性越大风险就越大,年龄越大疾病风险的不确定性反而越小。因此,年龄越大越不担心。性别与受教育年限对农村老年人疾病风险担心度的影响在统计学上不显著。

2. 家庭保障因素对农村老年人疾病风险担心度的影响。家庭收入每下降1个等级,农村老年人较高程度担心疾病风险的概率发生比将增加1.28倍。这与假设2相符。女儿数量越多,农村老年人的疾病风险担心度越高。这与假设2不符。可能的解释:嫁出去的女儿可能并不承担实际的养老责任(Greenhalgh, 1985; Whyte, 2003),但生育的女儿数量越多,可能意味着老年人的健康状况越差^①,这与宋月萍、宋正亮(2016)的结论一致,

① 女儿数量与健康状况显著($p<0.001$)相关,相关系数为0.132,表明女儿数量越多,健康状况越差。

表 5 农村老年人疾病风险担心度影响因素的 Ordinal Logistic 回归结果

变 量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6	模型 7	模型 8
阈值								
非常担心	-0.285**	-0.054***	-0.213**	-0.149**	-0.138**	-0.391	-0.198**	-0.270*
比较担心	2.000	-0.405	1.717	1.269	1.107	3.380	1.595	2.357
一般担心	4.119**	-0.868	3.836*	2.925	2.490	7.873***	3.580*	5.510**
不太担心	73.726***	17.028***	83.430***	72.046***	54.977***	189.804***	78.299***	137.372***
个体保障条件								
性别	-0.993	1.037	1.171	1.103	1.174	1.107	1.164	1.089
年龄	1.021**	1.034***	1.021**	1.013	1.018*	1.022**	1.020**	1.018*
受教育年限	-0.975	-0.965	-0.968	-0.975	-0.964	-0.982	-0.967	-0.982
健康状况	-0.727***	-0.776***	-0.846***	-0.872**	-0.844***	-0.861***	-0.851***	-0.872**
婚姻状况	1.484***	1.408**	1.344**	1.320**	1.315**	1.328**	1.357**	1.324**
家庭保障资源								
儿子数量		-0.980	1.010	1.022	1.009	1.012	1.004	1.021
女儿数量		-0.819***	-0.854***	-0.883**	-0.861**	-0.884**	-0.847***	-0.891**
家庭收入		-0.489***	-0.439***	-0.470***	-0.449***	-0.437***	-0.446***	-0.455***
家庭存款		-0.963	-0.956	-0.970	-0.950	1.001	-0.947	-0.996
社区保障环境								
所在地区			2.175***	2.013**	2.095***	2.249***	2.137***	2.132***
地理环境			1.479***	1.564***	1.431***	1.703***	1.531***	1.678***
村经济情况			1.585***	1.507***	1.487***	1.753***	1.564***	1.653***
交通便利性			1.221**	1.247***	1.223**	1.244***	1.223***	1.251***
医疗保险保障能力								
综合保障能力				2.291***				
政策目标实现度					1.193***			1.195***
补偿机制合理性						1.652***		1.650***
就医问题缓解度							1.129**	1.133**
模型拟合效果								
对数似然值	2715.321	2892.276	2766.664	2695.092	2749.859	2687.526	2753.982	2675.435
显著性水平	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
伪决定系数	0.046	0.123	0.189	0.237	0.196	0.242	0.193	0.251
调整后系数	0.049	0.131	0.201	0.252	0.209	0.258	0.205	0.267
样本量	1121	1085	1064	1060	1060	1060	1060	1060

注：*、**、*** 分别表示变量在 10%、5%、1%的水平上显著。

即多子女不仅不会多福,还会降低老年女性的健康福利。儿子数量和家庭存款对农村老年人疾病风险担心度的影响不显著。

3. 社区保障环境对农村老年人疾病风险担心度的影响。东部地区农村老年人较低

程度担心疾病风险的概率发生比,是中西部地区农村老年人的2.18倍;平原地区农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比,是其他地理环境地区农村老年人的1.49倍,这与假设3相符。村经济情况、交通便利性下降1个等级,农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比,将增加58.5%和22.1%。这与假设3不符。可能的解释:一是村经济情况和交通便利性较差的地区,往往是较为贫穷和落后的地区,生活在这里的老年人,很容易因贫困文化^①的影响而导致风险意识较差;二是越是落后地区,农村老年人对当前存在的“过度医疗”了解越少,其疾病风险担心度越低。

4. 医疗保险因素对农村老年人疾病风险担心度的影响。医疗保险的综合保障能力提高1个单位,农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比将增加1.29倍;政策目标实现度提高1个单位,农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比将增加19.3%;补偿机制合理性提高1个单位,农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比将增加65.2%;就医问题缓解度提高1个单位,农村老年人较低程度担心疾病风险的概率发生比将增加12.9%。这与假设4完全相符。从影响机制看,补偿机制合理性对农村老年人疾病风险担心度的影响最大,是医疗保险影响农村老年人疾病风险担心度的决定性因素。

四、研究结论与启示

本文基于2016年12个省36个县1212份农村调查数据的分析表明,在拥有医疗保险的情况下,仍有接近65%的农村老年人担心看不起病,如果扣除传统保障因素的“贡献”,那么,担心看不起病的农村老年人可能更多。这表明医疗保险还没有为绝大多数农村老年人提供疾病风险的安全保障预期,农村医疗保险的保障能力有待进一步提高。因此,如何借城乡居民医疗保险制度整合之机,提高农村医疗保险的保障能力、降低农村老年人的疾病风险担心度,是亟待解决的问题。

农村老年人的疾病风险担心度受多种因素影响,既有传统保障因素,又有医疗保险因素。传统保障中的个体保障条件、家庭保障资源、社区保障环境和医疗保险的综合保障能力、政策目标实现度、补偿机制合理性、就医问题缓解度,显著影响农村老年人的疾病风险担心度。个体保障条件方面,健康状况越差,农村老年人的疾病风险担心度越高;年龄越大、已婚农村老年人的疾病风险担心度越低;家庭保障资源方面,家庭收入越低、女儿数量越多,农村老年人的疾病风险担心度越高;社区保障环境方面,东部地区、平原

^① 关于贫困文化,美国人类学家奥斯卡·刘易斯和智利社会学家萨拉扎·班迪均有论述,它是社会、文化、心理等因素长期积淀形成的一种思维定式、价值取向、文化习俗和意识形态。

地区、村经济情况和交通便利性较差的地区,农村老年人的疾病风险担心度较低。医疗保险对农村老年人的疾病风险担心度有显著的正向影响。医疗保险的综合保障能力越高、政策目标实现度越高、补偿机制越合理、就医问题缓解度越高,农村老年人的疾病风险担心度越低,其中起决定作用的是补偿机制合理性。

基于上述研究结论,本文提出以下政策建议:(1)降低农村老年人的疾病风险担心度应该充分发挥传统保障与医疗保险的协同作用,二者相互补位,才能达到事半功倍的效果。(2)提高传统保障因素对农村老年人疾病风险担心度的积极作用,应大力增进农村老年人的健康水平、提高农村老年人的收入水平及鼓励丧偶的农村老年人再婚。因此,鼓励农村老年人参与多种形式的体育锻炼(如广场舞、挑花篮等),加快建立多层次的农村医疗和养老保障体系,搭建农村非在婚老年人的婚介平台,甚至宣传和倡导农村老年人“搭伴养老”,都将对提高农村老年人的健康安全感、降低农村老年人的疾病风险担心度起到积极作用。(3)正确认识医疗保险对疾病风险的保障作用。这包括两个方面:一是必须明白医疗保险对疾病风险的保障作用是非常有限的。二是医疗保险并不是孤立地保障农村老年人的疾病风险。医疗保险对提高农村老年人健康意识和看病积极性及改善医疗条件的积极作用,同样能够起到降低老年人疾病风险担心度的效果。(4)医疗保险对农村老年人疾病风险担心度的显著影响,关键在于补偿机制的合理性。从因子依存关系看,报销比例太低、报销范围太小和报销手续太麻烦,是决定补偿机制合理性的3个方面。值得欣慰的是,当前大力推进的全国城乡居民医疗保险制度整合,正是解决这3个问题的关键举措。但是,根据课题组的长期观察和调研,采用常规的“修补式”改革方法,很难真正解决上述3个问题,而应该进行“颠覆式”的结构性改革,即以县级医院为中心,医疗保险补偿比例由“反向递增(减),向凸峰改革”、扩大县级医院的报销范围、简化县级医院的报销手续,将显著提高农村医疗保险的保障能力,有效降低农村老年人的疾病风险担心度。

参考文献:

1. 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。
2. 宁满秀等(2010):《我国新型农村合作医疗制度的可持续性发展研究——基于农户参合行为的实证分析》,《农业技术经济》,第8期。
3. 贺晓娟等(2012):《新型农村合作医疗缓解因病致贫的效果分析》,《安徽农业大学学报(社会科学版)》,第5期。
4. 霍灵光、陈媛媛(2017):《“新农合”:农民获得幸福感了吗?》,《上海财经大学学报》,第2期。
5. 元寿伟、周少甫(2010):《收入、健康与医疗保险对老年人幸福感的影响》,《公共管理学报》,第1期。
6. 宋月萍、宋正亮(2016):《生育行为对老年女性健康的影响》,《人口研究》,第4期。

7. 王兰芳等(2007):《新型农村合作医疗对农民影响的实证研究——以江苏的调查为例》,《农业经济问题》,第7期。
8. 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。
9. 于倩倩等(2012):《整合视角下新农合制度对参合农民的影响评估研究——以山东省为例》,《医学与哲学》,第6期。
10. 郑风田等(2010):《风险、社会保障与农村宗教信仰》,《经济学(季刊)》,第3期。
11. Aeirno R., Rheingold A., Resnick H. and Kilpatrick D. (2004), Predictors of Fear of Crime in Older Adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 18(3):385-396.
12. Alemayehu B. and Warner K. (2004), The Life Time Distribution of Health Care Costs. *Health Service Research*. 39(3):627-642.
13. Greenhalgh, S. (1985), Sexual Stratification: The Other Side of "Growth with Equity" in East Asia. *Population and Development Review*. 11(2):265-314.
14. Hale C. (1996), Fear of Crime: A Review of the Literature. *International Review of Victimology*. 4(2):79-150.
15. Hu N. (2014), The Ageing Process and the Health Care Expenses of the Elder Population of China. *Ageing Research*. 1:34-43.
16. McCoy H., et al. (1996), Lifestyles of the Old and not so Fearful: Life Situation and Older Persons' Fear of Crime. *Journal of Criminal Justice*. 24(3):191-205.
17. Shi W., et al. (2010), The Influence of the Rural Health Security Schemes on Health Utilization and Household Impoverishment in Rural China: Data from a Household Survey of Western and Central China. *International Journal for Equity in Health*. 9(7):1-11.
18. Stiles B.L., Halim S., Kaplan H.B. (2003), Fear of Crime Among Individuals with Physical Limitations. *Criminal Justice Review*. 28(2):232-253.
19. Sun X., Jackson S., Carmichael G.A. and Sleigh A.C. (2009), Catastrophic Medical Payment and Financial Protection in Rural China: Evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province. *Health Economics*. 18(1):103-119.
20. Wagstaff A., Lindelow M., Gao J., Xu L., Qian J. (2009), Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China New Cooperative Medical Scheme. *Journal of Health Economics*. 28(1):1-19.
21. Whyte M.K. and Xu Q. (2003), Support for Aging Parents from Daughters Versus Sons. In Whyte M.K. (ed.), *China's Revolutions and Intergenerational Relations*. Ann Arbor: Center for Chinese Studies, University of Michigan. pp.167-196.
22. Yip W. and Hsiao W.C. (2009), Non-Evidence-Based Policy: How Effective is China's New Cooperative Medical Scheme in Reducing Medical Impoverishment?. *Social Science & Medicine*. 68(2):201-209.

(责任编辑:朱 犁)