

农户贫困、健康风险与保险决策

——贫困对家庭健康风险和保险决策的影响

胡宏伟 张璐

(武汉大学社会保障研究中心 湖北 武汉 430072)

摘要：贫困、健康风险和保险决策密不可分，贫困是影响农户健康和保险决策重要因素。本文在贫困对健康和保险决策影响的框架下，通过实证分析，旨在研究农户贫困程度对农户家庭成员健康水平的影响，并且分析农户贫困程度对农户参加和继续参加农村基本保险的影响。通过分析发现，农户贫困程度显著影响其家庭成员健康和保险决策，贫困农户的健康状况相对更差，而且，其参加和继续参加农村基本保险的可能性更低。本文还发现了农村最富裕农户组的特殊性。在研究结论的基础上，本文提出了增加农民收入、提高农村基本保险保障水平以及大力发展农村多种保险的建议。

关键词：贫困；农户；健康风险；参保决策

Household' Poverty Health Crisis and Insurance Decision

——The Effect of Poverty on Household Health Risks and Insurance-Decision

Hu Hong-wei Zhang Lu

(Center for Social Security Studies of Wuhan University Hubei Wuhan 430072)

Abstract: Poverty is a vital influence factor on households' health and insurance decision-making. This paper, under a structure of poverty-health and poverty-insurance decision, through a experiential analysis, is to study the effect of household' poverty on rural household' health and insurance decision. According to the outcome of the analysis, this paper indicates that household' poverty affects households' health and insurance decision significantly, the more poor, the more likeliness to have bad health situation and negative will to join in the rural basic social insurance, such as rural endowment insurance and New-type Rural Cooperative Medical System. This paper, also, analyses the richest group of rural households, which demonstrate some particularity. This paper, according to the outcome, brings forward some ideas such as to raise peasants' income, enhance the level of rural social insurance, and to develop a variety of insurance in rural China.

Key Words: Poverty; Household; Health Risk; Insurance-Decision

一、问题提出与已有研究

当前，中国农村正在推进基本养老保险和新型农村合作医疗保险，这两项保险制度构成了农村最基本的社会保障体系。然而，正如我们通常所认识的那样，健康和家庭的保险决策往往更大程度上取决于家庭的富裕程度，而不仅仅是拥有保障制度。因为，家庭（作为一个统一的经济单位）在物质方面的丰裕与否往往影响家庭成员对基本保障制度的使用。^①所以，即使同样加入了农村基本养老和医疗保险，富裕程度不同的家庭在成员健康水平和(继续)参保决策上也是不同的。

贫困及其相关问题的研究历来是学术界的研究重点内容。关于贫困的含义，理论界曾从各个不同的侧

^① 比如，贫困家庭即使加入了农村合作医疗，与富裕家庭相比较，也往往较少利用合作医疗制度来报销医疗支出，这主要是医疗保险制度在制度设计中使用了起付线、封顶线和共付比例报销方式，这实际上制约了贫困家庭对医疗服务的使用。

面做过多种阐释。但是，人们对贫困的认识是经历了一个历史过程的，是一个渐进的逼近核心而又不断扩展的过程。早期有关贫困的研究大都仅仅限定基本物质需要的匮乏，摆脱贫困的标准就能够充分的得到最为基本的物质保障，对贫困的理解仅限于经济收入和生活资料的拥有量上，对贫困的定义一般也局限在这一点上。朗特里(1999)根据“仅为维持生理效能的最低需要”来界定贫困，他在英国的约克镇做贫困问题研究时指出，“初级贫困，即绝对贫困就是低于维持身体有效活动的最低指标的一种贫困状态，这种最低指标是勉强维持生存的标准而不是生活的标准”。一般而言，如果一个家庭的总收入不足以取得维持仅仅是物质生活所必备的需要，那么该家庭就是处于贫困状态。

家庭是最基本的经济和社会组织单位，是负责物质生产和分配的基本单位之一。约翰·伊特韦尔等(1996)指出，“它们对于后代的繁衍、照顾和发展、对于食品的生产、对于防治疾病和免除危险以及对于保证成员的名声尤为重要。”家庭的富裕状况将直接影响家庭成员的健康和消费决策。家庭是一个重要的风险分散机制，能够快速、全面的分散各类风险的冲击。当个别家庭成员面临健康威胁冲击时，家庭其他成员可以通过改变消费、储蓄结构，平滑消费支出，从而有效地在家庭内部和一个较长的历史使其内分散风险。Dercon 和 Krishnan(2000)的研究发现，家庭成员个人的健康风险能够在多数家庭内部得到有效分散。赵忠(2006)在 Grossman 模型的框架下，发现家庭规模显著影响家庭成员健康状况，家庭成员的健康状况就越好。那么，面临一个特定的冲击(如健康风险冲击)，家庭是如何分散风险的呢？陈玉宇、行伟波(2006)认为，根据生命周期-持久收入理论，面对外部的经济冲击时，家庭会用各种方式来平滑消费(consumption smoothing)以降低风险。Kochar (1999)对印度家庭的研究发现，在给定的条件下，家庭通过延长劳动时间分散风险较为有效。不少国内外经济学家对健康和收入之间的关系做了深入的研究。Grossman(1972)就提出了收入与健康之间的“U”型关系，姚洋、高梦滔(2007)通过对全国农村固定观察点 1987-2003 全国固定观察点的数据分析也证明了这一点：高收入组人群的两周患病率要大大高于低收入组与中等收入组，收入与患病的情况呈现“U”型，两周患病率最低的是中等收入组。此外，家庭经济状况还将影响农户的保险决策。樊桦(2003)实证研究发现，农户家庭富裕程度将影响农户参加合作医疗的支付能力和支付意愿。

正式基于上述背景和已有研究成果，本文旨在通过实证研究分析农户贫困程度是否会影响农户家健康和保险决策，分析富裕程度不同的农户在健康水平和参加保险决策方面的差异。

二、假设、数据、变量与处理方法

(一) 假设与数据

根据本文研究目的，结合已有研究成果的主要结论，本文作出如下假设：

假设 1：家庭贫困程度影响个人健康状况，居民家庭越贫困，其身体健康状况越差，家庭患病率越高；

假设 2：居民贫困程度影响其家庭保险决策，居民家庭越贫困，参加养老、医疗保险的可能性越低，对政府的期望筹资比例越高，继续参加基本保险的可能性越低。

本次采用的数据来源于 2007 年 8 月武汉大学社会保障研究中心(CSSS)在全国 10 个省份 33 个县市的农村地区的实地调研。此次调研采用的是分层随机抽样的方法，主要对农村的健康、医疗等状况的问卷调查，同时还设定了涉及农民自身家庭及其经济状况等基本指标。调查共发出问卷 5000 份，回收 4365 份，排除有缺损值的样本，筛选出有效问卷 2023 份。

(二) 变量选取与处理方法

根据研究假设，结合数据采集情况，进行变量操作化，共选取了“相对富裕程度”等 9 个变量，同时，根据研究方法需要，对部分变量进行了处理。选取的变量见下表。本文选取了“相对富裕程度”来衡量贫困，虽然可能加大了个人主观影响，但是，通过农民的主观感受来反映贫困程度在一定程度上避免了单纯界定物质贫困的狭隘，同时也一定程度上避免了广义贫困的不可解定性，是对贫困状况更为全面的主观衡量。

表1 变量的选取及类型

影响变量	家庭相对富裕程度
被影响变量	个人健康、家庭两周内患病情况、家庭半年内患大病状况、参加养老保险情

况、参加新农合情况、继续参加养老保险意愿、期望政府农合出资比例、农合提高10元是否继续参加

在对数据进行必要的检查和处理以后，使用 spss13.0 进行分析，具体分析方法采用了 Crosstabs 方法。

三、结果与分析

以“家庭相对富裕程度”作为影响变量，农户健康与保险决策情况作为被影响变量，进行 Crosstabs 分析，分析结果见表 2。

1、贫困对个人健康的影响。由表 2 可见，贫困显著影响农户家庭主要成员健康。调查中，我们选取了家庭户主或主要劳动力成员作为调查对象。家庭较为贫困的受访者健康状况“很好”、“一般”的比例都要高于较为富裕的农户；而其身体健康状况“不太好”、“很不好”的比重却显著高于较为富裕的农户。当然，值得注意的是，“很富裕”的农民其身体健康状况“很不好”的比例高达 6.25%，高于所有其他富裕程度的组。这表明，在当前中国农村，越富裕的农民，其身体状况较差的可能性越高。这与姚洋、高梦滔(2007)的研究结果是一致的。姚洋、高梦滔(2007)的研究认为，由于高收入组已经基本达到了小康生活水平，可能大量增加了烟酒等对健康不利的物品的消费，而低收入组均值刚刚超过贫困线，也会影响到健康状况。所以，研究结论基本证明了假设 1 的部分内容，贫困程度对农民个人健康影响显著。

2、贫困对家庭患病状况的影响。由表 2 可知，农户贫困程度对其家庭患病状况影响显著。贫困家庭在两周内出现患病的可能性远远高于富裕家庭。此外，60.19%的“非常贫困”的农户半年内家中有人患大病，这在所有贫困分组中是最高的。当然，“很富裕”组的农户半年内家庭成员患大病的比例高达 56.25%，仅次于“非常贫困”的家庭。这主要是由于农村富裕户更可能还有慢性疾病，这增大了其家庭成员患大病的可能性。这基本上证明了假设 1 的正确性。

3、贫困对农户保险参加决策的影响。由表 2 可知，农户贫困程度显著影响其参加农村基本养老保险，较为富裕的家庭已经参加农村养老保险的可能性相对较高。但是，值得注意的是，农户的贫困程度并不影响农户合作医疗的参加情况(P=0.320)。这一结果是符合事实的，主要是因为新型农村合作医疗是政府强力推行的农村医疗保障制度，政府通过宣传、鼓励和配套资助，在短短 5 年时间内就使其覆盖率达 80%，覆盖了大部分农村，这实际上就弱化了家庭贫困对其参加合作医疗决策的影响。这表明假设 2 是合理的。

4、农户贫困影响其继续参加保险的决策。由表 4 可知，农户贫困程度显著影响其继续参加保险的决策，越富裕的农户继续参加农村基本养老保险和医疗保险的可能性越高，这具有趋势性。但是，与前文发现相似，“很富裕”农户再次表现出了其特殊性，其继续参加农村基本养老保险和医疗保险的意愿是各组农户中最低的，这是与假设 2 相悖的。造成上述现象的可能解释是农村中收入最高组农户的消费水平、保险支付能力都已经较高，而且，由于农村基本养老保险和新型农村合作医疗在制度设计方面都存在保障标准较低、不能满足需要的弊端，所以，农村“很富裕”的农户对两种保险制度的热情并不高，继续参加的意愿较低。这也与我们调研中的访谈结论相符合。

5、农户贫困程度对期望政府筹资比例的影响。我们在问卷中设置了一个问题，在一个理想的状态下，农村合作医疗基金规模已经达到一个合意的(desired)筹资规模，即能够满足农户一般的医疗需求，在这种状态下，农户期望政府的出资比例是多少。我们将期望筹资比例进行四等分，与农户相对富裕程度做 Crosstabs 分析发现，家庭相对富裕程度与期望政府筹资比例之间存在“U”型关系，即富裕和贫困的家庭比中等家庭期望更高的政府筹资比例，且贫困家庭更希望政府出资比例提高。受经济因素的制约，贫困家庭尚挣扎在温饱线上，在合作医疗筹资方面对政府的依赖性更高。这符合假设 2。但是，令人困惑的是，为什么“很富裕”家庭也更希望政府高比例出资。结合调研中的访谈，我们发现，现有的农村养老保险和医疗保险保障水平无法有效满足农村中“很富裕”的农户的需要，他们希望政府在两项保险制度中承担更大责任，并大大提高制度的保障水平。

表 2 家庭相对富裕程度与农户健康、保险决策的 Crosstabs 分析结果

被影响变量	取值	很富裕	比较富裕	一般	比较贫穷	非常贫穷	Total	
个人健康状况	很好	62.50	63.74	52.69	40.11	29.63	50.19	N=2062 X ² =70.895 P=0.000
	一般	18.75	29.82	40.92	39.57	43.52	39.72	
	不太好	12.50	5.85	5.96	18.45	18.52	8.92	

	很不好	6.25	0.58	0.43	1.87	8.33	1.16	
两周内家庭患病	有	12.50	24.40	23.64	35.15	41.35	26.60	N=2034 $X^2=33.556$ P=0.000
	无	87.50	75.60	76.36	64.85	58.65	73.40	
家中有人患大病	无	43.75	49.13	53.74	44.53	39.81	50.89	N=2075 $X^2=16.470$ P=0.002
	有	56.25	50.87	46.26	55.47	60.19	49.11	
已经参加养老保险	否	81.25	74.57	83.43	95.20	96.30	85.47	N=2072 $X^2=60.280$ P=0.000
	是	18.75	25.43	16.57	4.80	3.70	14.53	
已经参加农合	否	31.25	15.61	14.98	13.90	18.52	15.15	N=2073 □ $X^2=4.692$ P=0.320
	是	68.75	84.39	85.02	86.10	81.48	84.85	
继续参加养老保险意愿	愿意	31.25	63.95	65.66	52.43	46.73	61.89	N=2057 □ $X^2=35.529$ P=0.000
	不愿意	68.75	36.05	34.34	47.57	53.27	38.11	
期望政府筹资比例	30%以下	6.25	5.99	6.13	3.63	1.92	5.45	N=1999 □ $X^2=54.217$ P=0.000
	30%-50%	25.00	11.38	16.69	12.01	5.77	14.91	
	50%-70%	12.50	29.94	33.90	26.54	22.12	31.47	
	70%以上	56.25	52.69	43.28	57.82	70.19	48.17	
农合标准提高 10 元继续参加	愿意	46.67	78.79	77.65	64.07	52.88	73.79	N=1999 □ $X^2=59.355$ P=0.000
	不愿意	53.33	21.21	22.35	35.93	47.12	26.21	

四、结论、不足与思考

（一）研究结论与不足

本文通过“农户相对富裕程度”与“个人健康状况”等 8 个变量的 Crosstabs 分析发现，农户贫困程度显著影响农户家庭成员的健康状况，且基本验证了假设 1，即农户越贫困，其家庭成员的健康状况越差。本文还基本证明了假设 2，即越贫困的农户参加农村养老和医疗保险的可能性越低，继续参加保险的意愿越低。此外，本文还发现了农村最富裕户的特殊性。农村中最富裕的一组农户由于消费方式发生改变，患慢性病等大病的可能性高于其他组农户，他们的健康状况差于其他组，而且，其参加和继续参加农村基本保险的可能性并不高，甚至在各组中是最低的。他们不满意现有农村基本保险制度主要是由于现有农村基本保险制度保障水平较低，不能满足其需要，他们期望政府在农村基本保险中承担更多责任，期望政府出资比例较高，仅次于最贫困组。

虽然本文证明了研究假设，而且发现亦较为恰当的解释了现实，但是，本文在研究方法方面仍存有局限。虽然交互分析是测量变量间相关关系的重要手段，但是，交互分析并不能准确反映变量的相关性，而且，由于无法控制其他变量，交互分析无法避免伪相关的问题。如何在一个回归模型中，在避免多重共线性的前提下，通过控制其他变量，更为“准确”的反映农户贫困状况对其他变量的影响是作者今后研究努力的方向之一。当然，建立更为科学的指标以较为全面的反映贫困，从而避免单纯物质指标的狭隘性，也是作者研究关注的重要方向。

（二）若干思考

1、大力发展农村经济、增加农民收入是改善农民健康状况、促进农村基本保险发展的根本途径。根据本文的分析结论，提高农户收入水平是改善农村居民健康水平的重要途径，在一个缓慢甚至停滞的经济

中快速提高居民健康水平是不太现实的。此外，农村基本保险制度的发展不仅要靠完善基本养老保险和新型农村合作医疗制度，还应通过增加农民收入来增强农村基本保险制度的可持续性，也只有农民收入不断提高，才有更多的农民愿意并有能力参加农村基本保险。

2、逐步提高农村基本保险的保障水平。不论是从现状还是从发展趋势考虑，不断提高当前农村基本保险制度的保障水平都是必须的。只有随着经济社会发展和人民需要增长而不断提高保障标准才能不断满足农村居民的基本保障需要，尤其是满足农村中最富裕农户对提高农村基本保险制度保障水平的迫切需要。

3、应大力鼓励农村多种形式保险发展。虽然农村基本养老保险制度和新型农村合作医疗制度已经构成了农村最基本的医疗保险框架，但是，鉴于单一的制度短时间内无法快速提高保障标准，而且难以实现保障的多样化和多层次化，所以，应大力鼓励农村多种保险发展，应大力发展补充保险和商业保险，满足日益增长的需要。可以想见，随着农村经济快速发展、富裕农户不断增多，农村保险市场将对农村基本保险和商业保险事业都产生积极而持久的影响。

参考文献：

- [1]Rowntree. *Poverty: A Study of Town Life*. London: Maemillan,1901.P20-150.
- [2]约翰·伊特韦尔,默里·米尔盖特,彼得·纽曼[M].新帕尔格雷夫经济学大辞典(第二卷).北京:经济科学出版社,1996年版,第301页.
- [3]Dercon and Krishnan(2000), In *Sickness and In Health: Risk Sharing within Households in Rural Ethiopia*, *Journal of Political Economy*, Vol.108(4), pp.668-727.
- [4]赵忠.我国农村人口的健康状况及影响因素[J]管理世界,2006(3),第78-85页。
- [5]陈玉宇,行伟波.消费平滑、风险分担与完全保险[J].经济学季刊,2006(10),第253-272页。
- [6]Grossman Michael,1972,“On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, *The Journal of Political Economics*, Vol.80, pp.223-255.
- [7]姚洋,高梦滔.健康、村庄民主和农村发展[M].北京:北京大学出版社,2007年版,第24页。
- [8]樊桦.农村合作医疗需求分析[D]中国社会科学院研究生院经济系.2003年4月,第39-64页。
- [9]Beddington Anthony. *Capital and Capabilities: A Framework for Analysing Peasant Viability, Rural Livelihoods and Poverty in the Andes*. London: LondonPublisher, 1999,50-125.
- [10]Alderman, Harold, and Gertler,P.,1997,“Family Resources and Gender Differences in Human Capital Investment: The Demand for Children in Pakistan”,In *Intrahousehold Resources Allocation in Developing Countries*, edited by Haddad.L et al., International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, U.S.A..
- [11]Folbre, N., 1984,“Market Opportunities, Genetic Endowments, and Intrafamily Resources Distribution: comment”, *American Economic Review*, Vol.74,pp.518-520.
- [12]Grossman Michael,1972, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, [13]Columbia University Press for National Bureau of Economic Research, New York.
- [14]Rosenzweig,M. Schultz,T.P.,1982,“Market Oppotunities, Genetic Endowments, and Intrafamily Resources Distribution: Child Survival in Rural India”, *American Economic Review*, Vol.72,pp.803-815.
- [15]Rati Ram,1984,“Market Opportunities, Intrafamily Resource Allocation, and Sex-Specific Survival Rats: An Intercountry Extension”,*American Economic Review*, Vol.74,pp.1080-1086.
- [16]Sen, Amartya Kumar(2000), *Development as freedom*. New York: Random House, Inc.
- [17]Hayward, M. and Gorman, B.(2004),The Long Arm of Childhood. *Demography*. 41:87-107.
- [18]Burr, M. and Sweetnam, P.(1980), Family Size and Paternal Unemployment in Relation to Myocardial Infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health*.34(2):93.
- [19]Lundberg, O.(1993), The Impact of Childhood Living Conditions on Illness and Mortality in Adulthood. *Soc Sci Med*.36(8):1047-1052.

作者简介：胡宏伟(1980-)，男，汉族，武汉大学社会保障研究中心博士生；张璐(1985-)，女，汉族，武汉大学社会保障研究中心硕士生。

课题项目：“教育部‘国际金融危机应对研究’应急课题资助（2009JYJR004）”、国家自然科学基金重点项目“中国补充养老保险制度研究”（70533040）支持。

联系方式：13037113606

联系地址：湖北省武汉市武汉大学社会保障研究中心 邮政编码：430072

电子邮箱：hutougao@126.com