

社会阶层、医保参与和健康水平

——基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS) 2018年的实证分析

杨鸽鸽, 罗娟, 李赛, 齐小静

上海工程技术大学管理学院, 上海

Email: 1763470428@qq.com

收稿日期: 2020年12月25日; 录用日期: 2021年1月19日; 发布日期: 2021年1月29日

摘要

本文以中国家庭居民健康水平为单独研究对象, 以社会阶层视角切入, 利用2018年中国健康与养老追踪调查(CHARLS) 2018年数据, 运用Ordered Probit模型分析二者的交互作用, Robust稳健性检验对两者之间的作用路径进行检验, 分析收入、教育等社会阶层等因素对中国居民健康水平的影响, 社会阶层、医保参与及其交互作用对中国居民健康水平的影响。本文发现社会阶层可以提高居民的健康水平, 并且医疗保险参与也会作用于社会阶层对居民健康水平的影响, 并有显著的正向作用。

关键词

社会阶层, 医保参与, 健康水平, 自评健康

Social Strata, Health-Care Participation and Health

—Empirical Analysis Based on Chinese Family Tracking Survey (CHARLS) 2018

Gege Yang, Juan Luo, Sai Li, Xiaojing Qi

School of Management, Shanghai University of Engineering and Technology, Shanghai

Email: 1763470428@qq.com

Received: Dec. 25th, 2020; accepted: Jan. 19th, 2021; published: Jan. 29th, 2021

Abstract

This paper takes the health level of Chinese family residents as a separate research object, from

the perspective of social stratum, uses the 2018 Chinese family tracking survey (CFPS 2018) to obtain the data, uses the Ordered Probit model to analyze the interaction between the two. It is found that the social class can improve the health of the residents and medical insurance. Participation will also affect the health level of the residents, and has a significant positive effect.

Keywords

Social Class, Health Insurance Participation, Health Level, Self-Assessment of Health

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

健康是促进人类全面发展的必然基础,也是社会经济发展的必要条件,自从新中国改革开放以来,随着我国经济的蓬勃发展,我国居民的健康状况从整体上看有了举世瞩目的提高。中国综合社会调查(CGSS) 2005 年的数据分析发现个人的社会阶层指数每增加一个单位,其健康的优势就增加 0.4%。这表明社会阶层越高,个人健康状况的优势越大[1]。《2017 中国卫生统计年鉴》呈现的数据也表明,穷人的健康状况较糟糕,社会底层(无业、失业和半失业)人群的 2 周患病率为 3.95%,而其他阶层(在岗的有薪水)人群的 2 周患病率为 1.87%。上述数据表明,社会经济的发展无疑会促进和改善总人口的健康水平,但随着社会阶层的提高,不同家庭的健康水平也出现了差距[2]。医疗保险对未来不确定性一定程度上的解决会使得参保个体将支出安排在其他可能影响健康水平的方面,这也对健康水平产生了一定程度的影响。那么,社会阶层对健康水平的影响是什么样的?医疗保险参与对健康水平的影响是怎么样的?本文拟结合中国家庭追踪调查 2018 年的数据,分析社会阶层和医保参与对居民健康水平的影响,运用 Probit、Ordered Probit 模型分析二者的交互作用、并运用 Robust 稳健性检验对两者之间的作用路径进行检验来回答以上的问题。

本文的结构安排如下:第二部分做相关概念的界定及指标选择,第三部分对相关文献进行梳理,并指出本文的潜在贡献;第四部分对本文所使用的数据和相关变量进行介绍;第五部分是主要的回归结果与分析,第六部分对全文进行总结,并提供相关的政策建议。

2. 概念界定及指标选择

社会阶层(social class)是指由于经济、政治等多种原因而形成的,在社会层次结构中处于不同地位的群体,这些群体之间存在着客观的社会资源(收入、教育和职业)的差异以及主观上感知到由此造成的社会地位的差异[3]。社会阶层是一个包含多重复杂成分的概念,在进行操作定义时,有的用收入作为社会阶层指标,有的用受教育程度作为社会阶层指标,有的用职业作为社会阶层的指标,还有研究者将收入、教育和职业中的 2 个或 3 个指标进行综合作为社会阶层指标[4]。大部分学者用客观指标定义社会阶层,也有的定义强调社会阶层的主观成分,即主观社会阶层;还有的定义则同时强调客观成分和主观成分 2 个层面[5]。借鉴上述界定,本文将家庭的收入和教育水平作为判断社会阶层的指标,研究它对健康水平的影响,以及与医疗保险参与度的交互作用下对健康水平的影响机制。

医疗保险一般指基本医疗保险,是为了补偿劳动者因疾病风险造成的经济损失而建立的一项社会保险制度[6],现阶段医疗保险包括:城镇职工医疗保险(医保)、城乡居民医疗保险(合并城镇居民和新型农

村合作医疗保险)、城镇居民医疗保险、新型农村合作医疗保险(合作医疗)、公费医疗、医疗救助、商业医疗保险、城镇无业居民大病医疗保险、长期护理保险以及其他医疗保险。医保参与是指居民是否参与了以上任一项或多项的医疗保险。

作为测量人群健康水平的常用指标,自评健康能够预测人群死亡率和慢性病患率,测量卫生服务需求与利用情况。自评健康是个体对自身客观健康状况和主观心理期望的综合性评价[2]。有研究显示,自评健康的重测信度为 0.83,自评健康与生理、心理健康均有强相关性且效度良好,因此,自评健康虽有一定的主观性,但有较高的信度和效度。研究显示,年龄、性别、文化程度、婚姻状况、经济水平、生理和心理健康状况、生活方式和社会支持状况等均为自评健康的影响因素。了解居民自评健康状况,有助于了解居民健康水平对社会阶层和医疗保险参与的反向影响机制。

3. 相关文献综述

目前国外研究社会阶层对居民健康水平影响的文献相对较为丰富。社会阶层与健康水平之间存在关联,关于发达国家的经验研究表明[7],社会优势阶层从发展中获取更多的“健康福利”,一个经典的研究是英国政府对不同级别的政府公务员 10 年发病率情况的考察,发现不仅仅是最高级别和最低级别的公务员在健康状况和发病率上存在显著差异,而是对于所有公务员来说,职务每升高一个级别,其健康状况就相应地提升,发病率也相应地下降。值得注意的是,所有的被试都是被政府所雇佣的,且都享有政府提供医疗保险,表明社会阶层与健康之间确实存在关联[8]。大量研究显示,相对于高阶层者,低阶层者寿命更短,健康状况更差,遭受肢体残疾的可能性更大[9]。大量纵向调查数据支持社会因果论的观点,即社会阶层影响健康[10]。并且更多的研究证据支持社会阶层影响健康而不是健康影响社会阶层[11]。社会阶层与自评健康水平之间显著正相关[12],一项关于拉丁美洲 7 个城市的比较研究表明,社会阶层越高,自评健康状况越好[13]。但是目前大多数的相关研究存在于国外,国内大多通过理论研究分析二者关系及影响机制,仅有少数研究利用中国综合社会调查(CGSS) 2005 数据、2013 数据,中国健康与营养调查(CHNS) 2011 年数据,考察了生活方式在社会阶层影响健康过程中的中介作用[14],目前我国在该领域的研究还处于追赶阶段。综上所述,社会阶层对中国居民健康状况得影响尚未形成一致的结论,仍然需要使用中国居民家庭情况最新的数据和更系统的方法进行研究。

医疗保险参与和健康水平之间因果关系已有一些研究[15]。目前,关于两者之间的关系有两种相互对立的观点。一种观点认为医保参与可以提升居民的健康水平,原因一方面是医保参与促进了居民对卫生服务的利用,提高了医疗卫生服务的可及性,另一方面是享受了更多的健康水平预防服务,增加了居民的预防性活动来提高健康水平[16]。关于我国城镇老年人三年间隔的死亡率研究中发现享受医疗保险的老年人比没有享受医疗保险的老年人死亡率降低了 25.3% [17]。另一种相反的观点认为医疗保险参与对健康水平的促进是不显著的[6]。1971 年开始进行的兰德医疗保险参与实验采用了随机分配的原则来研究不同参保水平个体在参保之后的个人卫生服务的利用及其健康水平之间的差异,实验结果表明增 40% 的免费保健服务对成年人的平均健康水平状况收效甚微,甚至毫无效果[18]。

综上所述,现阶段学者们关于社会阶层对健康水平的影响还没有得出一致的结论,另一方面,医疗保险对健康水平的影响的分析也相对较少,而对比二者的交互作用对健康水平的影响则几乎没有相关文献可以参考。所以本文相对于以前的研究,创新点在于以下几点: 1) 本研究计划采用 CHARLS2018 的全国代表性数据来研究社会阶层和医保参与对我国居民健康水平的影响。2) 使用经济水平和教育水平两个客观指标衡量社会阶层,是否参加医疗保险作为衡量医保参与的指标[19],从而可以更加科学全面的研究二者对于居民健康水平的影响。3) 研究社会阶层和医保参与的交互作用对居民健康水平的影响,也即是讨论了医保参与是否加重或缓解了社会阶层对居民健康水平的影响效果。

4. 数据与变量描述

本文所使用的数据来源于 2018 年中国健康与养老追踪调查(简称“CHARLS”数据)。CHARLS 数据是由北京大学国家发展研究院主持、北京大学中国社会科学调查中心与北京大学团委共同执行的全国性跨学科家户调查,主要调查内容为中国大陆地区居民的个人基本信息、家庭结构和经济支持、健康状况、医疗服务利用和医疗保险、工作退休和养老金、收入消费与资产情况等本文在剔除缺失值较多的样本基础上,经过整理,达到符合要求的样本量有 1290 个。

CHARLS 的成人问卷对个体的健康状况有相对详细的调查,数据量较为丰富,可以为本研究提供数据支持。因为自评健康作为健康指标来综合性强,使用也相对较多,为此本位也采用自评健康作为居民健康水平的指标变量,“您认为自己的健康状况怎样”,有“很好,好,一般,不好,很不好”五个选项。对社会阶层的衡量也有多种,其中应用最为广泛的是家庭收入和教育水平,本文也采用这一指标。家庭收入方面,将家庭年纯收入(取对数)(lnfincome)作为衡量指标。用家庭成员中学历最高成员的教育程度代表家庭的整体教育水平(edu),从“无教育”到“博士”十一个选项赋值“1 到 11”。关于医保参与的衡量指标,我们根据受访者问题“您本人目前是否参加了以下医疗保险?(可多选)”的第 12 选项“没有保险”作为是否参与医疗保险的衡量指标。我们遵循文献的传统,在实证分析中控制了其他可能影响个人健康的因素,包括个人特征(性别、年龄、婚姻等),家庭特征(城乡)。如表 1、表 2。

Table 1. Definition of health indicators

表 1. 健康指标的定义

问题 DA002 答案	自评健康 1	自评健康 2	自评健康 3
很好	5		
好	4	3	1
一般	3	2	
不好	2		0
很不好	1	1	

Table 2. Description statistics

表 2. 描述统计量

变量	观测值	均值	标准差	最小值	最大值
健康变量					
自评健康 1	1289	3.27	0.981	1	5
自评健康 2	1289	2.15	0.675	1	3
自评健康 3	1289	0.31	0.464	0	1
医保参与	1289	0.02	0.148	0	1
社会阶层					
家庭收入	1289	9.09	1.278	3.912	12.101
教育水平	1289	3.58	1.907	1	11
个人层面控制变量					
性别(男 = 1)	1289	0.71	0.456	0	1
年龄	1289	65.97	5.179	0	1
婚姻	1289	0.91	0.286	0	1
家庭层面控制变量					
城镇地区	1289	0.17	0.374	60	97

5. 实证分析

在本节，我们首先分别简要地探讨社会阶层和医保参与对个人健康的影响，然后着重考察二者的交互作用，更明确地说，考察医保参与是否可以缓冲社会阶层对中国居民健康水平状况的冲击。

(一) 社会阶层对健康的影响

从文献分析中了解到社会阶层对个人健康的影响已经得到了相关学者的研究，并且大多数学者认为社会阶层的提高和人们的健康水平呈现正相关的关系。因此，我们估计以下模型：

$$\text{Health}_{icj} = \alpha + \beta_1 \times \text{infincome} + \beta_2 \times \text{edu} + \theta \times X_{icj} + \text{prov}_j + \mu_{icj} \tag{1}$$

其中， Health_{icj} 为位于省份 j 区县 C 的第 i 人的健康水平状况， α 为常数项， infincome 表示家庭纯收入(取对数)， edu 表示家庭教育水平， β_1 、 β_2 表示模型中自变量的参数， θ 表示随机误差项， X_{icj} 为个人层面的控制变量， prov_j 为省份虚拟变量。

Table 3. Impact of social class on health level
表 3. 社会阶层对健康水平的影响

被解释变量	自评健康 1	自评健康 2	自评健康 3	记忆力 1
解释变量	(1)	(2)	(3)	(4)
家庭收入	0.239*** (0.047)	0.241*** (0.047)	0.107*** (0.033)	-0.002 (0.049)
教育	0.023 (0.032)	0.039 (0.032)	0.024 (0.022)	0.061* (0.034)
性别(男 = 1)	0.068 (0.126)	0.076 (0.128)	0.033 (0.089)	-0.200 (0.049)
年龄	0.012 (0.011)	0.011 (0.011)	0.007 (0.008)	0.021** (0.010)
婚姻(已婚 = 1)	0.145 (0.194)	0.171 (0.179)	-0.010 (0.136)	-0.462*** (0.167)
城市或农村(城市 = 1)	0.000 (0.149)	0.071 (0.152)	0.050 (0.103)	0.003 (0.157)
医保参与(参与 = 1)	0.712** (0.352)	0.657* (0.367)	0.314 (0.240)	0.209 (0.323)
观测值	1289	1289	1289	1289

注：除了第(3)~(4)列使用 probit 回归，其余各列我们使用 Ordered Probit 回归模型，***、**和*分别代表 P 值小于 0.01、0.05 和 0.1。

如表 3，展示了基本回归结果，表中汇报的是估计系数，后面结果采用同样方法，边际效应在分析时单列计算。表中的第(1)列和第(2)列以自评健康 1 和自评健康 2 为因变量的 Ordered Probit 回归结果。结果表明家庭收入的提高对居民的健康水平有显著的正向影响。表哥中第(3)列是使用自评健康 3 作为因变量的回归结果，回归系数依然显著为正，这表示了在各种模型设定下，家庭收入对健康水平的正向影响都相对稳定。并且家庭收入每提高一个标准差(1.278)，自评健康 3 报告为 1 即很好、好的概率提高 10%。不仅如此，我们发现教育水平的提高也较显著提升个人的记忆力(第 4 列)，教育水平提高一个标准差(1.907)，觉得自己记忆力好或者很好的概率提高 6%。这与国内关于社会阶层的提高对健康水平的影响，主要体现为社会阶层的提高显著提升了居民的健康水平。

(二) 医保参与对健康水平的影响

如表 4，研究医保参与影响健康的文章尚为数不多，并且结论差异较大，我们使用 CHARLS (2018 年)的数据，通过估计与方程(1)类似的模型，来探讨医保参与与健康水平之间的关系。

$$\text{Health}_{icj} = \alpha + \gamma \times \text{mip}_{icj} + \theta \times X_{icj} + \text{prov}_j + \mu_{icj} \tag{2}$$

Health_{icj} 为位于省份 j 区县 C 的第 i 人的健康水平状况， α 为常数项， mip 表示医疗保险参与， β 表示模型中自变量的参数， θ 表示随机误差项， X_{icj} 为个人层面的控制变量， prov_j 为省份虚拟变量。 mip 的系数 γ 是我们关注的对象，我们通过其符号来判断医保参与影响健康的方向。方程 2 的估计结果报告在表 5 中，

为了节省篇幅,我们未报告其他控制变量的系数,由于使用 probit 模型后显示自评健康 1、自评健康 2、自评健康 3 和记忆力在 10%的水平尚不能显著异于零,可见整体医保参与水平对居民健康水平并无显著影响。

Table 4. Impact of health insurance participation on health levels
表 4. 医保参与对健康水平的影响

被解释变量	自评健康 1	自评健康 2	自评健康 3	记忆力
解释变量	(1)	(2)	(3)	(4)
医保参与	0.327 (0.253)	-0.040 (0.396)	-0.360 (0.388)	0.142 (0.275)
观测值	1289	1289	1289	1289

注: 本表第(1)~(4)列使用 probit 回归模型。

Table 5. Impact of different types of health insurance participation on health levels
表 5. 不同类型的医保参与对健康水平的影响

	自评健康 1	自评健康 2	自评健康 3	记忆力
	(1)	(2)	(3)	(4)
城镇职工医疗保险	0.472*** (0.136)	0.778*** (0.218)	0.060 (0.189)	-0.222 (0.209)
城镇居民医疗保险	-0.277 (0.232)	0.457 (0.354)	-0.266 (0.288)	-0.242 (0.256)
新型农村合作医疗保险	0.233*** (0.112)	0.457*** (0.170)	0.001 (0.152)	0.039 (0.153)
观测值	1289	1289	1289	1289

注: 本表第(1)~(4)列使用 probit 回归模型, **、*和*分别代表 P 值小于 0.01、0.05 和 0.1。

如表 5, 医保参与是一个涵盖所有医疗保险较为综合的指标, 为了进一步确认医保参与与健康水平之间的关系, 我们对医疗保险的三个组成部分分别进行 probit 回归模型[20]。结果报告在表 5 中, 城镇居民医疗保险对自评健康的影响都不显著, 这种现象有一种可能的解释, 由于样本量中城镇居民医疗保险参与人数仅占 3%, 其分析不具有显著的统计学意义。城镇职工医疗保险和新型农村合作医疗保险对自评健康 1 和自评健康 2 的影响都在 1%的水平上显著为正, 说明参与城镇职工医疗保险和新型农村合作医疗保险都对人们健康水平的提高有着显著的积极作用[21]。

(三) 医保参与对社会阶层影响健康水平的作用

前面两小节分别讨论了社会阶层和医保参与对健康水平的影响: 社会阶层的提高显著提升个人的健康水平, 而医保参与提高居民的健康水平有显著影响, 一个随之而来的问题是二者能够产生交互作用影响健康水平吗? 还是互相独立的? 我们通过估计方程 3 来回答这个问题。如表 6。

$$\begin{aligned} \text{Health}_{icj} = & \alpha + \beta_1 \times \text{infincome} + \beta_2 \times \text{edu} + \gamma \times \text{SC}_{icj} + \lambda_1 \times \text{Uemi}_{icj} \\ & + \lambda_2 \times \text{Urmi}_{icj} + \lambda_3 \times \text{Nrcmi}_{icj} + \theta \times X_{ic} + \text{prov}_j + \mu_{icj} \end{aligned} \quad (3)$$

Table 6. The role of health insurance participation in affecting health levels in the social class
表 6. 医保参与对社会阶层影响健康水平的作用

	自评健康 1	自评健康 2	自评健康 3
	(1)	(2)	(3)
社会阶层 × 城镇职工医疗保险	0.115*** (0.024)	0.082*** (0.016)	0.032*** (0.011)
社会阶层 × 城镇居民医疗保险	0.108*** (0.023)	0.081*** (0.015)	0.035*** (0.011)
社会阶层 × 新型农村合作医疗保险	0.095*** (0.036)	0.078*** (0.025)	0.033** (0.017)
观测值	1289	1289	1289

注: 本表第(1)~(4)列使用 probit 回归模型, **、*和*分别代表 P 值小于 0.01、0.05 和 0.1。

其表中的其他变量的定义方法同前，在此重点分析交叉项社会阶层 $\times$ 医疗保险的系数 λ 。如果社会阶层和医保参与分别独立作用于居民健康，则预期 λ 为零；否则，我们将观察到显著不为零的 λ 。因此，如果医保参与可以对社会阶层作用于健康水平时产生影响，那么此时 λ 为正数。方程(3)的回归系数见表5，和前文一样，我们使用自评健康的三种不同定义作为分析因变量，使用城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险来衡量医保参与，用家庭收入取对数和教育水平来衡量社会阶层。表5显示，交叉项的系数无一例外的在1%的水平尚显著为正，可见医保参与在社会阶层对健康水平的影响中产生了促进作用。医保参与每提高一个标准差(0.33)，社会阶层对健康水平的影响就提高7.32%。

为了进一步验证医保参与能否作用于社会阶层对个人健康水平的影响，我们使用robust检验方法进行了稳健性检验，结果显示在表5中。家庭收入对自评健康2和自评健康3在5%的水平上显著为正，教育水平对自评健康1和自评健康2分别在1%和5%水平上显著为正，证实了医保参与在社会阶层对健康水平的影响中产生了促进作用，如表7。

Table 7. Robustness test

表 7. 稳健性检验

被解释变量	自评健康 1	自评健康 2	自评健康 3
家庭收入	0.006 (0.008)	0.011** (0.006)	0.013** (0.006)
教育	0.015*** (0.005)	0.009** (0.004)	-0.004 (0.004)

注：本表第(1)~(4)列使用probit回归模型，***、**和*分别代表P值小于0.01、0.05和0.1。

6. 结论与对策

社会阶层对居民健康水平的影响国外已经得到了深入研究，大多数文章认为社会阶层的提高会对居民健康水平产生积极的正面影响。然而医保参与对居民健康水平的影响国内出现对立局面。一个随之而来的问题是我国居民的社会阶层对居民健康水平的影响是怎样的？医保参与对居民健康水平的影响是怎样的？一个随之而来的问题是，社会阶层与医保参与对居民健康水平的影响是否相互独立？如果不是，医保参与如何作用于社会阶层对居民健康水平的影响？

综上所述，本文基于CHARLS数据，得出的结论如下：第一，社会阶层的提高对我国居民的健康水平会产生正向影响，医保参与也对我国居民的健康水平产生正向影响。第二，考虑到样本的自选择问题，本文采用Ordered Probit模型得出，基于居民个体医保参与与决策下的社会阶层对居民的健康水平产生正向的影响。第三本文还通过考察医保参与和社会阶层的交互效应，即参加医疗保险(包括城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险)将会使社会阶层的边际效应提高的结论。这种现象一个重要的原因在于低社会阶层的居民收到经济条件和教育水平的限制，长期处于社会的基层，且各项社会保障制度并不完善，其健康水平通常较低，医保参与在一定程度上提高了居民抵抗疾病风险的压力，保障了居民的健康水平，在医疗保险的保障下[22]，提高了社会阶层对健康水平影响的边际效应。而基于以上结论，为了更有效的发挥社会阶层对健康水平的影响，提高我国广大居民家庭中低社会阶层特别是低收入和受教育水平低的居民的身体健康水平，在政策方面应该注意两点，一是要重视低社会阶层对健康水平的负面影响，完善和提高医疗和养老等各项社会保障制度(尤其是低社会阶层占比较多的偏远地区和农村地区)[23]；二是要完善基层医疗机构的建设和监管机制，提高医疗保险覆盖面，重点保障低社会阶层人员；三是要对医疗资源的分配机制加以规范，以防医疗资源仅流向那些社会阶层较高的个人，而不是哪些最需要救治的个人[24]。总之，如何通过更为切实有效的医疗保险政策精准聚焦到我国的低社会阶层人群，从而缩小因经济原因而对于低社会阶层特别是低收入和受教育水平低的贫困家庭健康水平的负面影响仍有待研究和探讨。

参考文献

- [1] 王甫勤. 社会经济地位、生活方式与健康不平等[J]. 社会, 2012, 32(2): 125-143.
- [2] 胡小勇, 杨沈龙, 钟琪, 喻丰, 陈红. 社会阶层与健康的关系: “社会-心理-生理”机制[J]. 科学通报, 2019, 64(2): 194-205.
- [3] 娄世艳, 芦嘉迪. 社会阶层评价指标研究的演进、成就与困境[J]. 贵州财经大学学报, 2020(1): 103-110.
- [4] 李春青, 王骏. 教育对健康的影响——基于中国家庭追踪调查数据的分析[J]. 北京社会科学, 2017(11): 56-69.
- [5] 吴玉锋. 社会阶层、社会资本与我国城乡居民商业保险购买行为——基于 CGSS2015 的调查数据[J]. 中国软科学, 2018(6): 56-66.
- [6] Zeng, Y.B., Li, J.J., Yuan, Z.P. and Fang, Y. (2019) The Effect of China's New Cooperative Medical Scheme on Health Expenditures among the Rural Elderly. *International Journal for Equity in Health*, **18**, Article No. 27. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0933-2>
- [7] Schieman, S. and Koltai, J. (2016) Discovering Pockets of Complexity: Socioeconomic Status, Stress Exposure, and the Nuances of the Health Gradient. *Social Science Research*, **63**, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.09.023>
- [8] Marmot, M.G., Shipley, M.J. and Geoffrey, R. (1984) Inequalities in Death—Specific Explanations of a General Pattern? *Lancet*, **323**, 1003-1006. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(84\)92337-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(84)92337-7)
- [9] Jon Ivar, E. and Steinar, K. (2003) Social Causation, Health-Selective Mobility, and the Reproduction of Socioeconomic Health Inequalities over Time: Panel Study of Adult Men. *Social Science & Medicine*, **57**, 1475-1489. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00514-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00514-2)
- [10] Hoffmann, R., Kröger, H. and Pakpahan, E. (2018) Pathways between Socioeconomic Status and Health: Does Health Selection or Social Causation Dominate in Europe? *Advances in Life Course Research*, **36**, 23-36. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2018.02.002>
- [11] de Castro Muniz de Quadros, L., Laura, H.C., de Avila Quevedo, L. and Gigante, D.P. (2016) Effects of Social Mobility on Adult Mental Health: A Systematic Review of the Literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, **21**, 443-448.
- [12] La Parra Casado, D., González, D.G. and de la Torre Esteve, M. (2016) The Social Class Gradient in Health in Spain and the Health Status of the Spanish Roma. *Ethnicity & Health*, **21**, 468-479. <https://doi.org/10.1080/13557858.2015.1093096>
- [13] Smith, K.V. and Goldman, N. (2007) Socioeconomic Differences in Health among Older Adults in Mexico. *Social Science & Medicine*, **65**, 1372-1385. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.023>
- [14] 杨书超, 葛道顺. 社会阶层、健康水平与家庭保健消费——基于 CFPS2018 的实证研究[J]. 消费经济, 2020, 36(4): 58-66.
- [15] 祝月明, 张行, 张广科. 农户收入与城乡居民基本医疗保险参与行为研究[J]. 经济经纬, 2020, 37(1): 50-58.
- [16] Burdorf, A. (2015) Understanding the Role of Work In socioeconomic Health Inequalities. *Scandinavian Journal of work, Environment & Health*, **41**, 325-327. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3506>
- [17] Dai, T., Hu, H.-P., Na, X., Li, Y.-Z., Wan, Y.-L. and Xie, L.-Q. (2016) Effects of New Rural Cooperative Medical Scheme on Medical Service Utilization and Medical Expense Control of Inpatients: A 3-Year Empirical Study of Hainan Province in China. *Chinese Medical Journal*, **129**, 1280-1284.
- [18] Liang, Y. and Lu, P. (2014) Medical Insurance Policy Organized by Chinese Government and the Health Inequity of the Elderly: Longitudinal Comparison Based on Effect of New Cooperative Medical Scheme on Health of Rural Elderly in 22 Provinces and Cities. *International Journal for Equity in Health*, **13**, Article No. 37. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-37>
- [19] 雷咸胜. 社会资本对基本医疗保险参与的影响——基于 CGSS(2015)数据的实证分析[J]. 华中农业大学学报(社会科学版), 2019(5): 146-155+173-174. <http://dx.chinadoc.cn/10.13300/j.cnki.hnwkxb.2019.05.017>
- [20] 王沁雨, 陈华, 牟珊珊. 城乡居民医保参与对其幸福感影响的实证研究——基于公平感视角[J]. 农村经济, 2020(5): 137-144.
- [21] 付爽. 新农合对老年人就医行为及健康水平的影响[D]: [硕士学位论文]. 北京: 首都经济贸易大学, 2018. <http://dx.chinadoc.cn/10.7666/d.D01446953>
- [22] 何爽. 制度分割与代际分化: 医疗保险参与对流动人口住院医疗服务利用的影响[D]: [硕士学位论文]. 上海: 华东理工大学, 2018.
- [23] 王璐. 参加“新农合”对农村老年人医疗负担和健康水平的影响研究[D]: [硕士学位论文]. 沈阳: 辽宁大学, 2018.
- [24] 肖权, 方时姣, 赵路. 收入差距扩大是否加剧居民环境健康风险——基于 CHARLS 三期数据的经验分析[J]. 山西财经大学学报, 2020, 42(6): 15-29. <http://dx.chinadoc.cn/10.13781/j.cnki.1007-9556.2020.06.002>