

Zhongguo Jumin De Jiankang Fengxian

Pinghua Jizhi Yanjiu

中国居民的健康风险 平滑机制研究

牟俊霖 著

中国社会科学出版社

Zhongguo Jumin De Jiankang Fengxian

Pinghua Jizhi Yanjiu

中国居民的健康风险 平滑机制研究

牟俊霖 著



中国社会科学出版社

图书在版编目(CIP)数据

中国居民的健康风险平滑机制研究 / 牟俊霖著. —北京: 中国社会科学出版社, 2015. 12

ISBN 978 - 7 - 5161 - 6024 - 4

I. ①中… II. ①牟… III. ①医疗保险—保险改革—研究—中国
IV. ①F842. 684

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 085548 号

出 版 人 赵剑英
选题策划 刘 艳
责任编辑 刘 艳
责任校对 陈 晨
责任印制 戴 宽

出 版 中国社会科学出版社
社 址 北京鼓楼西大街甲 158 号
邮 编 100720
网 址 <http://www.csspw.cn>
发 行 部 010 - 84083685
门 市 部 010 - 84029450
经 销 新华书店及其他书店

印刷装订 三河市君旺印务有限公司
版 次 2015 年 12 月第 1 版
印 次 2015 年 12 月第 1 次印刷

开 本 710 × 1000 1/16
印 张 21.25
插 页 2
字 数 377 千字
定 价 76.00 元

凡购买中国社会科学出版社图书,如有质量问题请与本社营销中心联系调换
电话:010 - 84083683

版权所有 侵权必究

本书出版说明

本书是在我的博士论文基础上修订而成的，此次主要进行了以下五个方面的修订：

第一，在全书的理论基础方面，提出了医疗服务的公共物品属性和私人物品属性，厘清了居民和政府在对健康风险中各自应该承担的责任，并以此为基础，研究了中国居民在应对健康风险中取得的成就及存在的问题。

第二，根据《中国健康与营养调查》的最新数据，把实证研究的时限从1989—2006年扩展到1989—2011年，重新估计了所有的实证研究结论，并修正了博士论文中存在的部分错误。

第三，在第二章中，对消费理论、健康风险冲击与家庭经济行为的文献综述进行了补充和扩展，尽量厘清各种理论与研究方法的内在联系和发展脉络。在第四章中，删除对预防性储蓄理论进行直接检验的内容，增加了对医疗消费行为的预算约束检验。在第五章中，采用新的计量方程，重新估计了健康风险冲击对个人劳动供给和家庭转移支付的影响。

第四，对本书中使用到的Stata命令进行了总结和整理，并呈现在附录中，供有兴趣的读者参考。值得注意的是，在我提供的数据清理程序中，有一部分处理方法并没有严格的统计学理论基础，可能有不妥之处。

第五，修订了博士论文中遗漏、错误和不规范的引文与注释，并修订了原文中存在的格式和文字错误，尽量提高写作的严谨性和规范性。

在此次修订过程中，我尽力修订了博士论文中存在的遗漏和错误，然而还是应当承认，限于个人能力、精力和视野的不足，本书中依然可能存在错误，欢迎读者朋友批评指正。我的通讯地址：北京市丰台区张家路口121号首都经济贸易大学劳动经济学院，邮编100070，我的邮箱是ereal@163.com。

目 录

第一章 绪论	(1)
一 研究背景与问题	(1)
二 本书的研究目的、意义	(4)
三 本书的研究思路与内容	(6)
四 数据说明与章节安排	(9)
第二章 文献综述与研究方法	(12)
一 生命周期理论与实证检验	(12)
二 持久收入理论与实证检验	(14)
三 劳动供给、转移支付与居民健康风险	(25)
四 风险分摊理论与实证检验	(32)
五 医疗筹资的公平性研究	(37)
六 医疗资源利用不平等的研究	(42)
七 对中国居民健康风险领域的研究	(54)
八 本章小结	(57)
第三章 生命周期理论与居民健康风险	(59)
一 生命周期理论与居民健康风险	(59)
二 用截面分析方法考察医疗支出、收入与年龄的关系	(60)
三 用队列分析方法考察医疗支出、收入与年龄的关系	(67)
四 队列回归分析	(71)
五 结论与讨论	(74)

第四章	持久收入理论与居民健康风险	(77)
一	持久收入理论与居民健康风险冲击	(77)
二	变量的描述性统计	(78)
三	对持久收入理论的直接检验	(80)
四	借贷约束的检验	(85)
五	本章小结	(89)
第五章	劳动供给、转移支付与居民健康风险	(91)
一	健康风险冲击与家庭经济行为	(91)
二	健康风险冲击对家庭收入的影响	(93)
三	健康风险冲击对个人劳动供给的影响	(98)
四	健康风险冲击对家庭转移支付的影响	(110)
五	本章小结	(114)
第六章	风险分摊理论与居民健康风险	(116)
一	风险分摊理论与健康风险	(116)
二	风险分摊理论的简单检验	(118)
三	对风险分摊理论的详细检验	(121)
四	本章小结	(129)
第七章	医疗筹资的公平性研究	(131)
一	医疗筹资体系的构成与原则	(131)
二	中国医疗筹资体系的基本构成	(133)
三	中国医疗筹资的公平性	(141)
四	中国医疗保险补贴的公平性	(147)
五	本章小结	(149)
第八章	医疗资源利用的公平性研究	(150)
一	产生医疗资源利用不平等的原因及其现状	(150)
二	医疗资源利用不平等的检验	(154)
三	医疗价格弹性、收入弹性与医疗资源利用的不平等	(157)

四	度和分解医疗资源利用状况的不平等	(172)
五	本章小结	(188)
第九章	结论与政策建议	(189)
一	实证研究的主要结论	(189)
二	居民和政府在对健康风险中取得的成就和 存在的不足	(193)
三	主要政策建议	(196)
四	研究缺陷和进一步研究的方向	(199)
附录一	Stata 程序	(201)
* 一	清理数据	(201)
* 二	第一章 绪论	(248)
* 三	第三章 生命周期理论与居民健康风险	(250)
* 四	第四章 持久收入理论与居民健康风险	(259)
* 五	第五章 劳动供给、转移支付与居民健康风险	(264)
* 六	第六章 风险分摊理论与居民健康风险	(274)
* 七	第七章 医疗筹资的公平性研究	(285)
* 八	第八章 医疗资源利用的公平性研究	(295)
附录二	英文人名对应的中文人名翻译	(315)
参考文献		(319)
致谢		(332)

第一章 绪论

一 研究背景与问题

每一个国家医疗体系的目标，都是为了提高其国民的健康水平，保障低收入和高风险的居民获得基本的医疗服务。根据中国第四次卫生服务调查，2008 年中国居民门急诊次均就诊费用为 169 元，次均住院费用为 5058 元，在生病而未就诊的人群中，因为经济困难而未就诊的，占未就诊病人的 14.9%，医生诊断需住院而因为“经济困难”放弃住院的，占 70.3%，在住院病人中，有 36.8% 的病人自己要求出院，在自己要求出院的病人中，因为经济困难或花费太多而要求出院的病人占 54.5%^①。这说明，经济困难仍然是制约中国居民医疗资源利用的重要因素，而且生病住院对中国居民造成了较大的经济负担。特别是对于中国的低收入居民而言，5058 元的住院费用已经是他们平均年收入的两倍，他们难以负担昂贵的住院费用。在这样的背景下，本书主要研究居民和政府在对健康风险方面存在的问题，并为中国未来的医疗改革提供参考依据。为了进一步分析本书的研究背景，我们将从以下几个方面进行深入的探讨。

（一）中国城乡居民面临的健康风险逐年增大

根据 1989—2011 年《中国健康与营养调查（CHNS）》^② 的数据，画出了中国城乡居民就诊率和医疗支出随时间变化的趋势图 1-1。就诊率

^① 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会：《第四次国家卫生服务调查主要结果》，2009 年，<http://www.moh.gov.cn/mohbgt/s3582/200902/39201.shtml>。

^② CHNS 是《China Health and Nutrition Survey（中国健康与营养调查）》的英文缩写，为了表达的方便，在本书中全部使用 CHNS 缩写。

定义为每年就诊人数占总样本的比重。医疗支出定义为人均年医疗支出，其单位是万元^①。

从就诊率来看，1989—1991 年的就诊率大约为 5%，但是 2009—2011 年的就诊率上升到 15%，增长了两倍多。从人均年医疗支出来看，1989—1991 年的人均年医疗支出大约为 120 元，但是 2009—2011 年的人均年医疗支出上升到 1500 元，增长了 11 倍多。因此，在过去的 22 年中，中国居民面临的健康风险不断增大，城乡居民的就诊率和人均年医疗支出都出现了大幅度的增长。

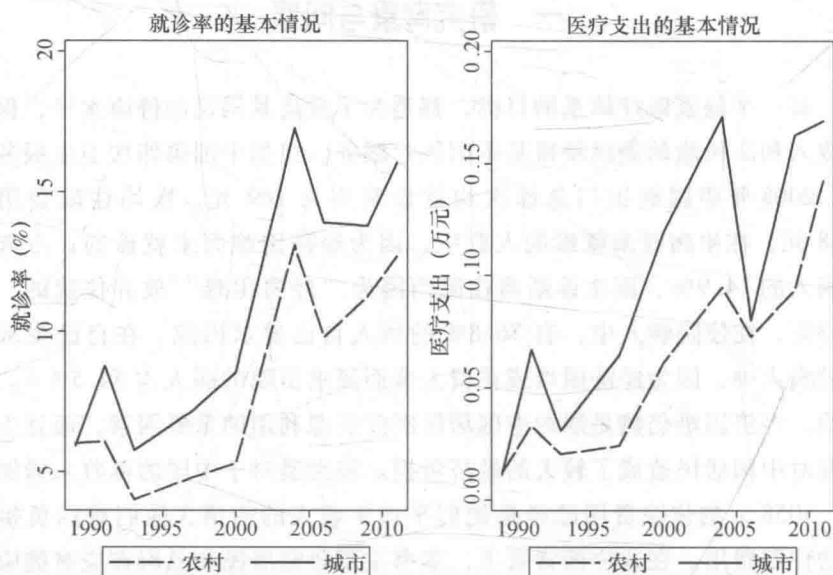


图 1-1 城乡居民就诊率和医疗支出的基本情况

(二) 中国医疗保险的作用经历了先下降后上升的过程

根据 CHNS 的数据，画出 1989—2011 年城乡居民的医疗保险覆盖率和报销比例随时间变化的趋势图 1-2。医疗保险的覆盖率定义为有医疗保险的样本占总样本的比重。医疗保险的报销比例定义为由医疗保险支付的医疗支出占医疗总支出的比重。

^① CHNS 调查的是居民过去一个月的医疗支出，因此人均年医疗支出等于人均月医疗支出乘以 12，然后根据 CHNS 的价格指数折算为 2011 年的可比价格。

从医疗保险的覆盖率来看,中国居民医疗保险的覆盖率大体呈现出“U”型变化趋势:1989—2004年城市居民的医疗保险覆盖率从53%下降到32%,而农村居民的医疗保险覆盖率始终处在14%的低水平;2006—2011年,城乡居民医疗保险的覆盖率大幅度上升,2011年城市居民医疗保险的覆盖率上升到67%,农村居民医疗保险的覆盖率上升到58%。

从医疗保险的报销比例来看,中国居民的医疗保险报销比例也大体呈现出“U”型变化趋势:1989—2004年城市居民医疗保险的报销比例从58%下降到30%^①,而农村居民医疗保险的报销比例始终处在10%的低水平;2006—2011年,城乡居民医疗保险的报销比例大幅度提升,2011年城乡居民医疗保险的报销比例都达到了38%。

总体而言,中国居民医疗保险的覆盖率和报销比例在2004年经历了一个转折点:2004年以前,中国医疗保险的覆盖率和报销比例逐年下降,

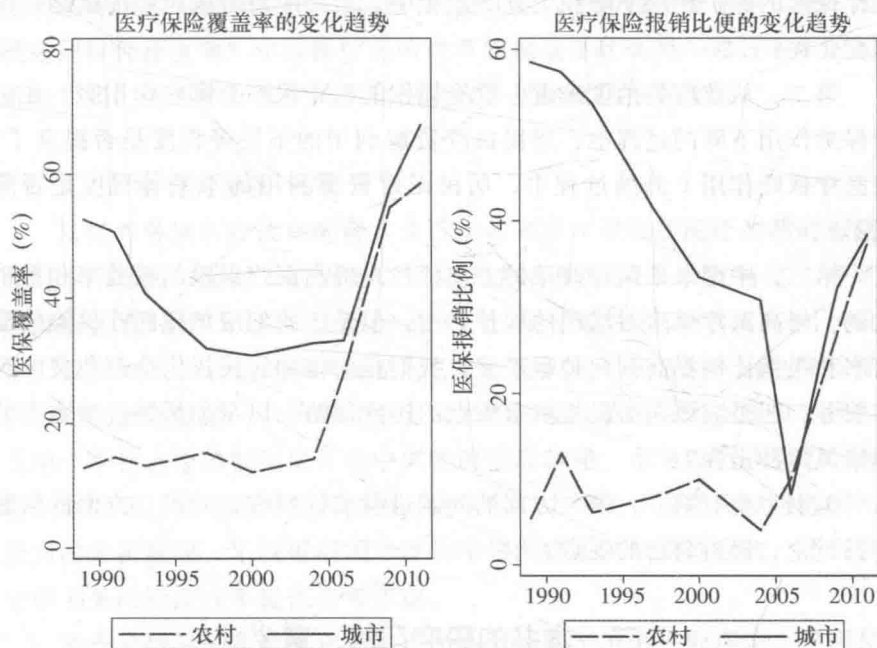


图 1-2 居民医疗保险覆盖率和报销比例的基本情况

① 2006年,城市居民医疗保险报销比例进一步下降到8%。

对居民的保护作用不断减弱；2004年以后，中国医疗保险的覆盖率和报销比例逐年提高，对居民的保护作用不断增强。

（三）提出问题

通过上述分析，我们可以归纳出如下的基本事实：1989—2011年，中国城乡居民面临的健康风险逐年增大，而中国的医疗保险经历了一个先下降后上升的过程。如果我们把医疗支出分为自付医疗支出和医疗保险支付，那么自付医疗支出就是居民在医疗消费中承担的费用，而医疗保险支付就是政府在医疗消费中承担的费用，居民和政府在面对健康风险中各自承担了相应的责任。因此，正确回答以下三方面的问题，对于正确评价中国医疗改革的成就及未来改革的方向，具有重要意义：

第一，从居民的角度来看，居民采取了哪些措施应对健康风险呢？在医疗保险的保护作用下降和上升的过程中，居民应对健康风险的措施有没有变化呢？

第二，从政府的角度来看，政府提供的医疗保险有哪些作用呢？在医疗保险作用下降的过程中，居民医疗资源利用的不平等程度是否提高了？在医疗保险作用上升的过程中，居民医疗资源利用的不平等程度是否降低了？

第三，中国未来医疗改革的方向依然是提高医疗保险的覆盖率和报销比例，提高医疗保险对居民的保护作用。但是，我们应该把医疗保险的覆盖率和报销比例提高到何种程度呢？我们是应该向居民提供全部免费的医疗服务，还是应该向居民提供有重点的医疗保险，以帮助居民应对重大的健康风险冲击呢？

本书主要对第一、第二方面的问题进行实证研究，对第三方面的问题进行讨论，提出自己的观点。

二 本书的研究目的、意义

（一）研究的目的与意义

本书有三个研究目的。第一，正确评价居民在应对健康风险中应当承担的责任。在已有的健康经济学文献中，有很多文献研究了医疗保险的作

用,提出的政策建议主要是提高医疗保险对居民的保护作用。实际上,居民在应对健康风险中也应该承担相应的责任,我们不应该把应对健康风险的责任全部推给政府,否则将导致政府的医疗支出负担过重,影响了医疗体系的可持续发展,最终会损害所有居民的福祉。

第二,评价中国医疗保险改革的成效。2004年以前,中国医疗保险的覆盖率和报销比例不断下降,在这个过程中,中国居民医疗资源利用的不平等程度是否有所扩大呢?2004年以后,中国政府提高了医疗保险的覆盖率和报销比例,在这个过程中,中国居民医疗资源利用的不平等程度是否有所缩小呢?通过回答上述两个问题,我们就能够正确评价医疗保险在促进医疗资源利用公平性方面发挥的作用。

第三,为中国未来的医疗保险改革提供参考依据。目前中国医疗保险的覆盖率仅为60%,报销比例仅为40%,中国医疗保险的覆盖率和报销比例还有很大的提升空间,但是我们应该把医疗保险的覆盖率和报销比例提高到何种程度呢?中国医疗保险改革的重点是什么呢?通过本书的实证研究,我们将对中国未来的医疗保险改革提出原则性的建议。

(二) 本书的贡献

从世界各国医疗改革的现实来看,各国政府采取的医疗改革的思路 and 方向不尽相同。美国政府因为“美国医疗保险改革”未获通过,导致美国政府在2013年10月1日至16日关门,俄罗斯政府2013年10月8日宣布“俄罗斯人看病从此永久免费”,但是俄罗斯居民能否享用免费且优质的医疗服务仍然是一个问题。中国未来的医疗改革的方向在哪里?我们应当用一个什么样的框架来评估中国的医疗改革呢?本书以医疗服务的私人物品属性和公共物品属性为基础,建立了一个评估中国居民应对健康风险能力的分析框架,不仅可以用于评价中国医疗改革取得的成效,还可以为中国未来的医疗改革提供参考依据。

从理论研究的角度来看,本书把消费风险平滑的一般理论,运用到健康风险平滑的具体研究中,这是一种积极的、有意义的尝试:一方面,医疗服务属于消费物品中的一种,我们用消费风险平滑的一般理论研究居民的健康风险平滑的行为,为本书的研究找到了合理的理论基础;另一方面,医疗服务有其特殊性,消费风险平滑的一般理论,可能并不完全适用

于研究居民的健康风险平滑的行为,因此本书的研究,可以丰富我们对消费风险平滑理论的认识。

从实证研究的角度来看,本书根据 CHNS 的微观数据,以消费理论、医疗筹资理论和医疗资源利用公平性理论为基础,用计量分析的方法,研究了中国居民和政府在对健康风险方面取得的成就和存在的问题,为中国未来的医疗改革提供了实证研究基础。

三 本书的研究思路与内容

(一) 本书的分析框架

1989—2004 年,中国医疗保险的覆盖率和报销比例逐年下降,2004—2011 年,中国医疗保险的覆盖率和报销比例逐步上升。在医疗保险作用的这一下降和上升的过程中,中国居民都采取了哪些措施应对健康风险呢?这些措施取得了哪些成效呢?还存在哪些尚未解决的问题呢?政府提供的医疗保险又发挥了什么样的作用呢?还存在哪些问题呢?中国未来的医疗改革的重点和方向是什么呢?

要回答上述问题是比较困难的,我们需要建立一个评估中国居民应对健康风险能力的分析框架。在本书中,我们以医疗服务的私人物品属性和公共物品属性为基础,研究居民在应对健康风险中采取的措施及其存在的困难,研究政府提供医疗保险的基本原则,厘清居民和政府在对健康风险中各自应该承担的责任。通过本书建立的分析框架,可以对中国未来的医疗改革提出原则性的建议,当然这个分析框架的正确性是有待商榷的。

医疗服务有其特殊性,它既不是纯私人物品,也不是纯公共物品,它是一种准公共物品,同时具有私人物品和公共物品的属性。根据医疗服务的私人物品属性和公共物品属性,本书主要研究了两大部分的内容:第一部分,根据医疗服务的私人物品属性,我们以跨期资源和截面资源最优分配理论为基础,从纵向和横向两个角度研究了居民应对健康风险的措施;第二部分,根据医疗服务的公共物品属性,我们从医疗筹资的公平性和医疗资源利用的公平性两个角度,研究政府在帮助居民应对健康风险中应当承担的责任和秉承的原则。详细的情况参见图 1-3。

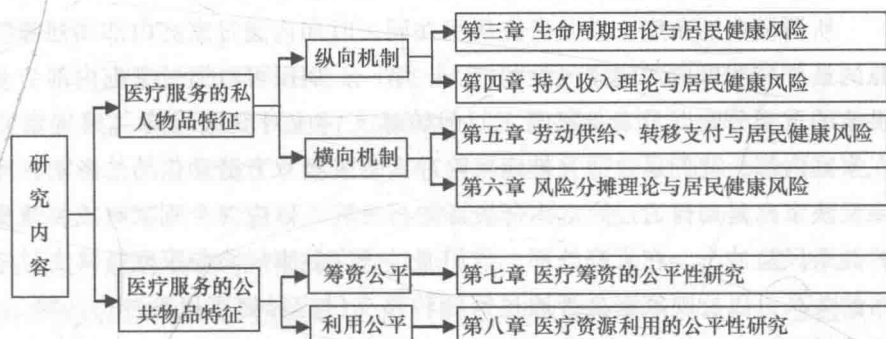


图 1-3 本书的理论基础和章节安排

(二) 从医疗服务的私人物品属性展开的研究

医疗服务作为一种私人物品，其主要特征表现为医疗消费的竞争性，其本质是生产医疗服务的边际成本为正：第一，如果医疗服务的总供给量不增加，那么一部分人增加了对医疗服务的消费，必然减少另外一部分人对医疗服务的消费，因此对医疗服务需求越强烈且购买能力越强的居民，将获得更多的医疗服务，这个过程具有竞争性；第二，如果要增加医疗服务的供给总量，必须通过增加医疗行业的劳动和资本的投入才能实现，因此居民必须为新增加的医疗服务付费，对医疗服务需求越强烈且购买能力越强的居民，将获得更多的医疗服务，这个过程也具有竞争性。从医疗服务的私人物品属性出发，我们主要研究居民的健康和收入对居民医疗服务需求的影响，用公式表达即为 $D_{med} = f(h, y)$ ，其中健康水平 h 代表了居民对医疗服务的需求程度，收入水平 y 代表了居民的消费能力。我们将从纵向和横向两个角度对医疗服务的私人物品属性展开研究。

(1) 从纵向角度研究医疗服务的私人物品属性

所谓纵向角度，就是研究居民通过跨期资源的最优分配以应对健康风险的行为，其实质是研究储蓄对居民医疗消费行为的影响：第一，从长期的角度来看，以生命周期理论为基础，研究居民的医疗支出和收入在居民一生中的分布情况，讨论生命周期中的长期储蓄对居民医疗消费行为的影响（第三章）；第二，从短期的角度来看，以持久收入理论为基础，研究居民应对健康风险的预防性储蓄行为（第四章）。

(2) 从横向角度研究医疗服务的私人物品属性

所谓横向的角度,就是研究居民在同一时期内通过家庭内部和外部资源的最优分配以应对健康风险的行为。第一,居民可以通过家庭内部劳动供给的重新分配以及亲友家庭之间的转移支付应对健康风险(第五章)。在家庭内部,我们通过研究健康风险冲击对夫妻双方劳动供给的影响,间接反映家庭是如何通过家庭内部资源的再分配,以应对个别家庭成员遭受的健康风险冲击。在家庭外部,我们通过研究健康风险与家庭转移支付之间的关系,以反映家庭是否通过家庭转移支付应对健康风险冲击。第二,遭受健康风险冲击的家庭,可以向村庄内的其他家庭借贷以应对健康风险冲击(第六章)。在同一个村庄内,遭受健康风险冲击的家庭有向村庄内的其他家庭借贷的需求,而未遭受健康风险冲击的家庭为了自己在将来遭受健康风险冲击的时候能够获得其他家庭的帮助,有意愿向当期遭受健康风险冲击的家庭提供借贷帮助,从而使得同一村庄内家庭之间互帮互助以应对健康风险,这就是健康风险的分摊机制。由于缺乏统计数据,我们不能直接研究家庭之间的借贷对家庭应对健康风险行为的影响。根据风险分摊理论,我们间接研究家庭人均收入和村庄人均收入对家庭人均医疗支出的影响,如果村庄人均收入对家庭人均医疗支出有重要影响,则说明在同一个村庄内存在健康风险的风险分摊机制。

(三) 从医疗服务公共物品特征展开的研究

医疗服务作为一种公共物品,其主要的特征表现为医疗服务的消费具有非排他性。这是因为,医疗服务关系到人的健康和生命,政府和社会不能容忍个别低收入家庭由于收入限制而不能获得必要医疗服务的情况发生。但是,医疗服务消费的非排他性与国防消费的非排他性有重要区别,国防消费的非排他性要求每个居民享有相同的国防服务,而医疗服务的非排他性并不要求所有居民消费相同的医疗服务,那么医疗服务消费的非排他性有什么样的要求和原则呢?这就涉及医疗筹资的公平性和医疗资源利用的公平性问题。

(1) 从医疗筹资的公平性来看,医疗筹资的公平性原则,要求有较强筹资能力(较高收入)的居民应该为医疗体系筹集更多的资金,即“能者多付”,而医疗保险补贴的公平性原则,要求有较高医疗服务需求

的居民获得更多的医疗保险补贴，即“按医疗服务需求分配医疗补贴”（第七章）。

（2）从医疗资源利用的公平性来看，医疗资源的利用也应满足“按医疗服务需求分配医疗服务”的原则，而不应该按居民的收入水平分配医疗服务，即在剔除了医疗服务需求对居民医疗资源利用的影响后，收入不再是影响居民医疗资源利用的关键因素（第八章）。具体而言，如果居民对医疗服务的需求用公式表示为 $D_{med,A,B} = f(h_{A,B}, y_{A,B})$ ，那么 A、B 两个收入组的医疗服务需求 $D_{med,A}$ 、 $D_{med,B}$ 应该取决于 A、B 两组的健康状况 h_A 、 h_B ，而不应该取决于 A、B 两组的收入状况 y_A 、 y_B 。从另外一个角度来看，医疗资源利用的公平性可以反映中国居民应对健康风险的能力：如果中国居民应对健康风险的机制不完善，那么低收入居民就不能获得足够的医疗服务，中国居民医疗资源利用的不平等程度就会上升，反之亦然。因此，医疗资源利用的不平等程度可以用来评估中国居民应对健康风险的能力，还可以用来评价中国医疗改革的成效^①。

四 数据说明与章节安排

（一）本书使用数据的说明

本书使用的数据来源于 1989—2011 年《中国健康与营养调查》（CHNS），有关 CHNS 数据的抽样方法和详细说明参见刘远立等（Liu et al., 2002）^②。本书使用的数据包括了 1989 年、1991 年、1993 年、1997 年、2000 年、2004 年、2006 年、2009 年、2011 年等九年的数据，构成了一个非平衡的面板数据库。在数据清理过程中，我们把所有与收入、资产、价格相关的变量全部折算为 2011 年的可比价格。值得注意的是，截止到 2014 年 4 月 1 日，在 CHNS 官网发布的面板数据库中，没有提供

① 在博士论文中，我们主要强调了健康风险的纵向和横向平滑机制，把第三章、第四章作为居民应对健康风险的纵向机制，把第五章到第七章作为居民应对健康风险的横向机制，而把第八章作为居民应对健康风险的结果。在本次修订中，我们从医疗服务的私人物品和公共物品属性出发，对本书的研究框架进行了修订。

② Liu, Y., K. R. Rao, S. L. Hu, “People's Republic of China: Towards Establishing A Rural Protection System”, Asian Development Bank, Publication stock, No. 090902, 2002.

2009、2011年的“自我评价的健康状况(u48a)”的数据,也没有提供2011年的“过去三个月是否患病(u48)”、“过去三个月因为疾病不能正常生活的天数(u49)”、“各种长期疾病的情况(u12、u13、u14、u15、u16、u17、u18、u19、u22、u24a、u24j、u24l、u24n、u24p、u24q)”的数据。在对2009年的数据进行清理的过程中,我们用“对目前生活的评价(u420)”代替“自我评价的健康状况(u48a)”。所有数据的详细清理过程,参见附录中的Stata程序。

在本书中,所有变量的描述性统计分析都采用变量的水平值。在估计过程中,我们对部分变量取了对数,但是我们在解释估计结果的时候,没有采用这些变量的对数称谓,而直接采用这些变量的水平值称谓,这仅仅是为了表达的方便,而没有改变回归分析的结论。比如,在第四章的回归结果表4-2中,准确的回归结论是“家庭收入的对数 $\ln hinc$ 对家庭医疗支出的对数 $\ln hmdexp$ 的回归系数为0.05”,然而我们把该结果解释为“家庭收入 $hinc$ 对家庭医疗支出 $hmdexp$ 有正的影响”,这不会改变回归结果的基本结论。

在本书中的所有回归结果中,“*”、“**”、“***”分别表示变量在10%、5%、1%的显著性水平下显著。

(二) 本书的章节安排

第一章 绪论。介绍本书的研究问题、目的、意义、思路、框架、数据及章节安排。

第二章 文献综述与研究方法。归纳和总结与本书主题相关的理论和研究方法,为后文的实证研究提供理论基础和方法基础。

第三章 生命周期理论与居民健康风险。以生命周期理论为基础,考察居民在生命周期中平滑健康风险的机制和特点。

第四章 持久收入理论与居民健康风险。以持久收入理论为基础,检验持久收入和暂时收入对居民医疗消费的影响,同时检验了借贷约束对居民医疗消费的影响。

第五章 劳动供给、转移支付与居民健康风险。以家庭经济理论为基础,研究健康风险冲击对居民收入和劳动供给的影响,研究健康风险冲击对夫妻双方劳动供给的影响,检验健康风险冲击与家庭转移支付之间的