

健康不平等产生机制及其治理途径探析

——健康消费分层的视角

鞠 牛 梁玉成*

【摘要】新医疗卫生体制改革旨在促进医疗公平化，但实际上健康不平等程度仍在增加。对于这一现象，已有研究仅限于关注医疗领域行为及政策的影响，未能全面分析健康经济行为在该现象形成中的作用和具体机制。研究基于2015年特大城市居民生活状况调查数据，分析这一政策在健康经济意义上的实际效应。结果表明，健康水平主要由医疗支出和健康休闲消费这两方面的健康经济行为决定，使得医改政策在促进医疗资源利用的同时，对健康的社会效应也产生了不同方面的阶层差异。对低阶层而言主要是不健康固化机制，即医疗支出增长会固化其健康劣势；对较高阶层而言主要是健康再生产机制，即健康休闲消费增强了其健康优势。基于上述健康不平等形成机制的新发现，研究提出健康不平等治理途径的政策建议，其中关键在于，社会有必要为低阶层在健康休闲行为上提供更多的公共资源。

【关键词】 医疗政策 医疗支出 健康休闲消费 中间阶层 健康不平等

【中图分类号】 D63

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674 - 2486 (2022) 06 - 0154 - 19

一、问题的提出

健康不平等是最为重大的社会不平等问题之一，其本质在于不同社会阶层的人群之间存在明显的健康状况和水平差异（Black et al.，1980；Black，1981；Mackenbach et al.，1997）。医疗是减轻病痛、恢复健康的主要机制，因此医疗资源分配不均是健康不平等体系中最不可忽视的因素。对于我国社会长期存在的健康不平等問題（王甫勤，2011；焦开山，2014；Lowry & Xie，2009），社会学

* 鞠牛，中山大学公共卫生学院（深圳）博士后、助理研究员；梁玉成，中山大学社会学与人类学院教授、博士生导师。匿名评审专家的意见为本研究的完善和发展提供了空间和方向，特此致谢。文责自负。

基金项目：教育部人文社会科学研究青年项目“医疗负担均等化下的健康不平等加剧研究”（17YJC840018）。

界的主流研究理路是分层视角下的健康不平等，将健康视为阶层地位及相关资源的直接或间接体现，并侧重分析其中的具体途径和作用方式（王甫勤，2012；胡安宁，2014；石智雷等，2020）。但较少有相关研究结合医疗领域的经济行为来分析健康不平等机制，即便有也多属于针对疾病治疗行为和效果的独立讨论。

近年来，我国新的医疗卫生体制改革大力推进了医疗健康公平化，各级政府日益重视医疗卫生服务体系建设中的投入，不断改善医疗资源分配以及医疗卫生服务的可及性。但对于社会的总体健康效益，即是否真正有效缓解了健康不平等状况，则有不同的发现。据统计，政府、社会的医疗支出在增长的同时，个人方面的医疗支出也在增长（国家卫生和计划生育委员会，2016）。医疗服务价格的制度分析表明，新医改后不仅人们的医疗费用在持续增长，就医困难问题也依旧突出（房莉杰，2016；顾昕，2017；古新功，2014）。已有研究进一步指出，从不同阶层的患病率差异上可以观察到，新医改后健康不平等有所扩大（杨磊，2020）。

由此，上述现象也引出更为深入的问题，即医改促进医疗资源的增加和利用，及其所伴随的医疗支出水平的提高，为何难以缓解健康不平等？这种状况的背后究竟存在怎样的不平等再生产机制？此前关于上述问题的研究，都是在医疗领域政策效果的观察基础上，对医疗资源分配的制度分析以及宏观数据的简单描述。然而，作为社会成员的个体，其健康会同时受到医疗行为和社会行为的影响。仅从其中一方面观察评估，无法将健康现象还原至自身所嵌入的复杂社会系统中进行考察，不利于对健康不平等的深入理解和有效治理。本文将扩展研究视角，试图考察社会生活中与恢复和增进健康相关的不同类型经济行为在健康分化过程中的影响，通过综合分析这些行为的健康效应来寻求健康不平等治理的政策发展方向。

二、研究视角和理论框架

20 世纪 70 年代，健康经济学家 Grossman（1972）提出了医疗健康服务需求模型。根据该模型，消费者需要的是健康，而非医疗服务本身，个人的医疗服务需求建立在健康需求的基础之上，旨在维持健康状态使之能够满足工作需求。也就是说，医疗服务的主要目的，是将身体从疾病状态恢复到工作正常运行所需的健康状态。但在当代社会，随着职业和生活环境的发展变化，健康已不仅为了满足工作能力所需，更是提高生活质量、促进个人全面发展的必要条件。健康的经济支出范畴早已从医疗领域外溢，以满足形式多样的健康发展途径。在医疗领域的新医改不断深入的同时，健康产业也在持续高速发展，其中既包括以医疗卫生服务为主的狭义健康产业，还包括对非疾病人群的保健和服务方面的广义健康产业（张车伟等，2018）。满足更多工作之余的健康需求的各种健

康休闲消费也蓬勃发展^①，成为保持和促进健康不可忽视的因素。

基于社会生活的发展进步对个人健康可能产生的重要影响，本研究将健康休闲消费纳入健康需求模型的理论框架，从而划分出两类健康意义不同的经济行为模式：一类是支付医疗方面的费用，即进行“医疗支出”，主要用于治疗疾病，从而避免健康状况恶化并恢复健康；另一类是支付养护、锻炼和旅游等健康休闲方面的费用，即“健康休闲消费”，主要用于维持和促进健康状态。值得注意的是，医疗支出和健康休闲消费都会存在阶层差异，使得两者之间的关系容易产生一定的张力，将健康不平等的社会过程分为以不同阶层为主的两类机制。一是健康再生产机制，即阶层地位较高的人群往往能够获得较好的生活和工作待遇，以及医疗、休闲条件，进而易于形成健康优势。二是不健康固化机制，即由于生活和工作条件所限，阶层地位较低的人群更易受疾病侵扰且健康经济资源相对有限，使得健康劣势进一步固化。结合两方面机制则得到本文的研究框架（如图1所示）。

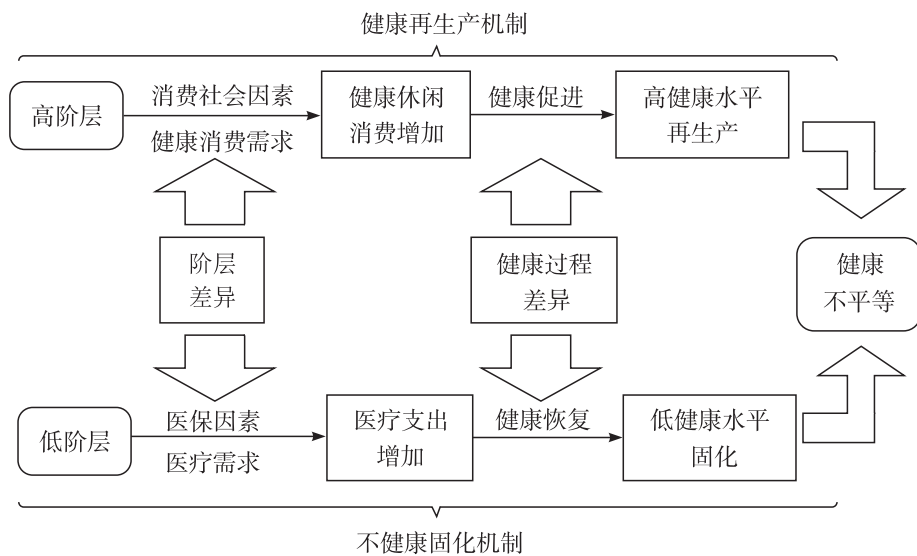


图1 健康不平等社会过程的具体机制

资料来源：作者自制。

根据上述框架，本研究采用二元阶层的划分方式描述阶层差异：以中间阶层为分界线，将中间阶层及以上的人群共同视为一个整体，统称为“中上阶

① 不同领域的具体发展情况和指标详见国家统计局联合国家体育总局在国家统计局官网发布的《2017年全国体育产业总规模与增加值数据公告》（网址：http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201901/t20190108_1643790.html），以及国家统计局在官网发布的《2018年国民经济和社会发展统计公报》（网址：http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201902/t20190228_1651265.html）。

层”，在此之下的人群则被视为“低阶层”，形成中上阶层/低阶层的分层体系。这样既有助于简洁地讨论健康不平等产生机制，也和我国社会消费分层与中间阶层发展状况之间的紧密联系相吻合。首先，在消费社会学意义上，中间阶层是从消费领域推动我国经济转型的主要动力（李春玲，2011b）。其次，在分层结构上，中间阶层逐渐发展成为与上层具有相对一致性的整体（李春玲，2011a），且扩大趋势更倾向于向上层群体融合（刘欣，2007；Li，2010），从而可以将数量远大于上层的中间及以上的阶层作为“中上阶层”这一整体来考察。^①最后，中间阶层与低阶层的分化也在不断加大（孙立平，2002；李强，2008），两者之间具有明显的差异性。因此，采用中间及以上阶层与下层区分的框架来具体诠释健康消费分层，有利于对健康分化的原因加以实证分析，恰当地定位治理措施的着力点。在中上阶层/低阶层的二元分层框架下，健康不平等在实证层面也随之界定为这两大阶层之间的健康差异。

以下，我们首先将基于健康不平等的社会过程及二元阶层分析框架推导出研究假设；再通过数据分析进行验证，结合验证结果来具体说明当前医疗政策背景下健康不平等问题产生的原因与机制；最后在此基础上提出治理方面的政策建议。

三、研究假设

本文首先探讨健康休闲消费对健康的影响，提出关于健康再生产机制的假设。学界通常认为，个人社会阶层地位能通过促进健康生活方式来提高健康水平（王甫勤，2012）。而能否充分维持健康生活方式所需的健康休闲消费，则取决于个人经济状况。随着社会收入不平等不断增加，消费分层也越加明显（李培林、张翼，2000）。高收入阶层处于消费升级的状态，低收入阶层则面临着消费降级，并在医疗支出作用下进一步恶化（刘向东、米壮，2020）。尤其以新发展的中间阶层为代表的中高阶层，在收入水平以及高档次消费方面已开始崛起（李春玲，2011b）。因此，中上阶层更可能通过健康休闲消费来维持较高的健康水平。田虹等（2014）的研究就发现，高阶层比低阶层有着更强的体育消费意愿，相关的消费认知和体验也更多。张翼（2016）的研究也证明，我国低阶层人群主要倾向于生存性的边际消费；而高阶层人群则倾向于发展性的边际消费。总之，无论是出于消费意愿还是能力，低阶层都更易出现健康休闲消费不足而减少提高健康水平的机会。基于上述社会过程的分析，本文提出健康休闲消费支出的健康过程假设：健康休闲消费水平越高，个人健康状况越好。

^① 在本文中，凡提及“中上阶层”一词，均专门指涉此处的定义，而非中等偏上阶层之意，特此说明。

健康休闲消费支出的阶层健康过程假设：中上阶层能够实现较高的健康休闲消费，从而获得对低阶层的健康优势。

接下来，本文再对医疗支出的健康效应进行探讨，提出不健康固化机制方面的假设。如前所述，健康休闲消费促进健康，但人总不可避免地会患上疾病，这时就有必要通过医疗来恢复健康。一般而言，医疗卫生服务费用增长源于健康需求带来的引致需求（Grossman，1972）。而在相同健康状况下，医疗费用支出越多，健康状况便会越好；但是也存在较为负面的情况，即越不健康则需要支出的医疗费用也会越多，因此我们提出医疗支出的健康过程假设：医疗支出对个人健康不存在显著的正面影响。

已往研究发现，医疗保险对医疗服务价格的抑制作用会产生医疗道德风险，促使医疗支出增长（Manning & Marquis，1996；Hurd & McGarry，1997）。我国医疗保险覆盖面扩大以后，医疗保险及其降低医疗服务价格的效应都会显著提高个人就医的意愿，证据就是病人即便病情较轻，也会越来越倾向于选择一流医疗机构（王森，2015）。另外，虽然理论上医疗服务价格会因为医疗保险而降低，但不同地区和不同家庭收入水平的人群都仍然出现了医疗支出显著增加的情况（封进等，2015）。这意味着尽管医改能使人承担更高的医疗支出，但医疗费用增加仍会加重低阶层的经济负担。疾病程度较轻时，不同阶层都较为容易承担相应支出，但低阶层会付出比高阶层相对更大的经济代价；疾病程度较重时，低阶层医疗支出更易增长到难以为继的情况，进而丧失通过治疗来充分恢复健康的机会。医改后医疗费用显著增加，使低阶层无法改变相对于中上阶层的健康劣势。由此本文提出医疗支出的阶层健康效应假设：低阶层医疗支出增加无法减少对中上阶层的健康劣势。

综上所述，健康支出包含健康休闲消费支出和医疗支出两个部分，两者都存在阶层间的健康过程及健康效应差异，使得健康不平等在中上阶层与低阶层之间进一步固化和再生产。

四、研究设计

（一）数据

本文的分析数据来自“特大城市居民生活状况调查”。该调查由上海大学上海社会科学调查中心组织，中国社会科学院、中山大学为合作单位，于2015年分别在上海、北京、广州三地以入户面访的形式收集数据。调查对象为在当前调查城市持续居住半年以上，同时在被调查家庭已连续居住至少一周的中国公民，年龄范围为18至65岁。各调查城市均采用从实地地图和地址抽样到以家庭户为单位的抽样，再到户内个体抽样的分层抽样方案。调查在各地均获得了

相关部门的伦理审批和受访者的知情同意。该调查之所以选择在北京、上海、广州开展,是考虑到特大城市的中间阶层群体规模较大,其生活方式也对我国中间阶层具有示范作用(田丰,2017),因此调查数据能充分反映医疗支出和健康休闲消费的阶层分化以及社会的健康不平等情况。

(二) 变量和测量

本研究采用的首要因变量为“自评健康”,此外还采用身体和精神方面的健康指标用于补充分析,综合多个维度来考察健康不平等。“自评健康”是社会科学研究中最为常用的健康指标之一,在不同国家的研究中被认为能有效评估个人健康状况以及预测疾病和死亡风险(Idler & Benyamini, 1997; Subramanian et al., 2008; Lowry & Xie, 2009)。该指标根据受访者对自己健康状况的等级评估来测量。此外,“身体健康”的测量依据为受访者“过去一年内由于健康问题影响到工作或日常活动”的频率。“精神健康”则依据受访者“过去一年内是否由于情绪问题影响到工作或日常活动”的频率来评估。上述健康指标均采用正向赋值,赋值越高,表明健康状况越好。涉及多层次分析时,为便于理解模型估计结果,本文借鉴相关研究的处理方式,把健康作为连续变量进行分析(Chen et al., 2010)。对于“自评健康”,受访者同时回答了自己和各个家庭成员的情况,而“身体健康”和“精神健康”的测量信息则仅限于受访者本人。鉴于受访者容易通过在家庭中的日常交流直接了解其家庭成员对健康的自我评估情况,为充分利用数据信息,我们也尝试将代答的健康信息用于补充分析。

自变量方面,阶层变量是包含中上阶层和低阶层这两个互斥类别的二分变量。按照上文的定义,“中上阶层”特指社会地位处于中间阶层及以上的人群,中间阶层以下的个案均归为低阶层。由于中间阶层的划分目前尚未形成统一标准,我们根据中间阶层消费研究中的相关论述(李春玲,2011b),采用职业类型、收入^①以及阶层的自我认同这三个可操作指标对划分标准进行量化。经因子分析和正交旋转后,公因子贡献大于零的个案归为中上阶层,其余的个案归为低阶层,由此得出中上阶层在分析样本中所占比例为20.2%。参考已有的估计结果,瑞信研究院(Credit Suisse Research Institute)2015年的全球财富报告认为,我国成年人口的中间阶层比例为11%,^②李春玲(2013)对全国范围抽样调查数据的分析则估计出中间阶层在全国范围的比例为22.1%。而本研究的估

① 阶层的划分标准当中已包含收入变量,且研究议题是阶层而非收入差异的影响,所以模型中不再单独观察收入效应。

② 具体参见新浪财经网关于我国中间阶层发展的讨论:“中国到底有多少中产阶级?最新报告称已超1亿”(网址:<http://finance.sina.com.cn/stock/usstock/c/2016-05-17/doc-ifxsenvn7276134.shtml>)。

计值处于两者之间,说明估计结果属合理范围之内。^①

由于医疗支出和健康休闲消费在原始数据中以家庭为单位收集,而本研究的基本分析单位为个体,因而采用家庭均值来衡量个人的医疗支出和健康休闲消费。我国社会有着“家庭本位”的文化传统,个人在医疗和健康方面的行为决策会受家庭因素的影响 (McLaughlin & Braun, 1998),因而家庭人均情况可以有效代表个人医疗支出和健康休闲消费水平,也有助于从家庭层次来理解健康不平等机制。“医疗支出”根据过去一年在疾病医疗方面的支出来测量;“健康休闲消费”则根据过去一年在旅游、度假、健身、娱乐文化等健康相关方面的支出来测量。两者的原始数值均为连续变量,为尽量避免模型中可能存在的共线性,我们按层级水平重新赋值,根据数据中样本的分布情况操作化为四类:“无消费或支出=1”“低水平=2”“中等水平=3”“高水平=4”。^②同时,对于原本作为连续变量的数值,我们也将详细考察其分布状况。

研究的控制变量包括一系列社会人口学变量(如性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、是否城市户口等)。其中,“婚姻状况”操作化为三类:“离婚或丧偶=0”“未婚=1”“有配偶=2”;“受教育程度”则操作化为“低水平教育(义务教育及以下)=0”“中等教育(中学/中专教育)=1”“高等教育(大学/大专教育及以上)=2”。

(三) 分析策略和模型

作为分析框架中的核心要素,医疗支出和健康休闲消费在样本中均有较多数值为零的个案,同时区间范围较大且非均匀分布。为了更直观地理解这两类支出的阶层差异,本研究先采用相对分布法(relative distribution analysis),对两者在中上阶层和低阶层之间的分布差异进行描述和比较分析。该方法常用于收入分配及不平等方面的研究(Handcock & Morris, 1998; Alderson et al., 2005),基本原理是将实验组或处理组的分布情况映射于对照组的相对分位数水平,得到各分位点上实验组或处理组的比例,估计出相对于对照组的相对累积分布和相对密度分布函数。本研究以低阶层为参照组,设 y_{M_0} 为低阶层的相应支出, F_{M_0} 为其累积分布函数, f_{M_0} 为其概率密度函数;类似地, y_{M_1} , F_{M_1} 和 f_{M_1} 则分别为中上阶层的相应支出、累积分布函数以及概率密度函数。 $G(r)$ 为 y_{M_1} 在 y_{M_0} 的 r 分位数上估计的相对累积分布函数。 $g(r)$ 则为在 y_{M_0} 的 r 分位数上估计出的, y_{M_1} 对 y_{M_0} 的相对密度函数。如低阶层和中上阶层的分布无差异,则 $G(r) =$

① 调查地作为我国一线城市,中间阶层规模虽然会相对较大,但这些城市的总人口规模同样位居我国前列,所以在未统一划分标准的情况下,存在计算出的中间阶层比例低于全国范围比例的可能性。

② 本文将较多数值为零的个案单独视为一类。另外,针对数据中有较多数值存在多次重复出现的情况,大于零的个案采用STATA程序的cut函数来实现类别划分。

$r, g(r) = 1$ 。相对累积分布函数 $G(r)$ 和相对密度分布函数 $g(r)$ 分别如公式 (1) 和公式 (2) 所示:

$$G(r) = F_{M_1}(F_{M_0}^{-1}(r)), 1 \geq r \geq 0 \quad (1)$$

$$g(r) = \frac{dG(r)}{dr} = \frac{f_{M_1}(F_{M_0}^{-1}(r))}{f_{M_0}(F_{M_0}^{-1}(r))} \quad (2)$$

在了解相对分布的经验基础上, 本人尝试从不同的分析层次检验研究假设。先建立个体层次模型, 通过嵌套模型组来考察“医疗支出”和“健康休闲消费”对健康的影响; 再将“医疗支出”和“健康休闲消费”作为家庭层次变量, 采用“个体-家庭”多层次模型进行补充分析^①。个体层次模型的分析样本仅包含受访者, 多层次模型则加入了家庭成员, 样本量大大增加。这样两种模型在解释模式和分析对象上都具有明显差异, 分析结果也有助于进行相互验证和补充, 提升稳健性。个体层次模型和多层次模型的具体设定分别如公式 (3) 至公式 (5) 所示:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 M + \beta_2 C + \beta_3 E + \beta_4 M \times E + \beta_5 X + \varepsilon \quad (3)$$

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} M_{ij} + \beta_{2j} X_{ij} + \varepsilon_{ij} \quad (4)$$

$$\text{其中: } \beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01} C_j + \gamma_{02} E_j + u_{0j}; \beta_{1j} = \gamma_{10} + \gamma_{11} C_j + \gamma_{12} E_j + u_{1j} \quad (5)$$

式中, Y 为健康因变量, M 表示中上阶层 (低阶层为参照组), 该变量在多层模型中的系数 β_{1j} 为随机斜率, j 代表家庭层次, 说明该系数在第二层次上是随机的。同理, 截距 β_{0j} 在第二层次上也是随机的, 都受到家庭层次变量的影响。 C 表示“健康休闲消费”, E 表示“医疗支出”, 在多层模型中属于家庭层次变量, 下标为 j 。 X 则代表一系列控制变量。

五、分析结果

(一) 变量特征的描述统计

表1报告了各变量的描述统计结果。在大多数健康指标上, 中上阶层都占据优势, 包括“非常健康”的比例更高, 有身体健康问题的个案较少。但中上阶层没有情绪问题的比例略低于低阶层, 笔者推测其原因在于中上阶层人群的工作以脑力劳动居多, 对精神负担的感受相对身体会更明显; 但也可能是由于混杂因素的影响, 有待进一步分析。中上阶层的医疗支出和健康休闲消费都高于低阶层, 但后者的阶层差异更大, 说明医疗支出更有可能成为不同阶层都必需的刚性支出, 而健康休闲消费的分层则更为明显。

^① 家庭虽然在所含个案规模上并非理想的高层次变量, 但本研究的数据结构中, 家庭也是系统抽样层次之一, 数量较多且具有较大的异质性, 一定程度上仍具备作为层次变量分析的条件, 这里用于补充和辅助分析加以参考。

表 1 各变量的样本总体及不同阶层的描述统计

变量	总样本	中上阶层	低阶层
自评健康 (%)			
不健康	3.01	2.31	3.19
一般	11.65	10.01	12.06
比较健康	35.42	32.83	36.08
非常健康	49.92	54.85	48.67
女性 (%)	51.55	45.91	52.98
年龄 (均值)	46.34	44.67	46.76
	(16.62)	(15.70)	(16.82)
婚姻状况 (%)			
离异或丧偶	5.46	3.22	6.03
未婚无配偶	14.60	12.96	15.02
有配偶	79.93	83.81	78.95
受教育程度 (%)			
义务教育及以下	32.30	10.24	37.89
中学或中专	27.07	20.89	28.63
大专及以上	40.63	68.88	33.47
党员 (%)	12.14	23.62	9.23
城市户籍 (%)	77.31	87.64	74.69
健康休闲消费 (均值)	2725.74	3916.58	2424.09
	(7002.10)	(7679.89)	(6787.03)
健康休闲消费水平 (%)			
无健康休闲消费	35.67	5.17	30.49
低健康休闲消费	21.04	3.36	17.68
中等健康休闲消费	18.69	4.38	14.30
高健康休闲消费	24.60	7.29	20.07
医疗支出 (均值)	2069.55	2198.00	2037.08
	(11229.37)	(8715.66)	(11780.48)
医疗支出水平 (%)			
无医疗支出	24.14	5.19	18.96
低医疗支出	24.02	4.07	19.95
中等医疗支出	23.04	4.87	18.17
高医疗支出	28.80	6.08	22.72
有医疗保险 (%)	86.19	67.83	18.37
身体健康问题 (%)			
时常	13.80	12.12	17.01
很少	25.91	26.67	24.45
没有	60.29	61.21	58.54
情绪问题 (%)			
时常	12.24	11.71	13.27
很少	25.00	26.68	21.78

(续上表)

变量	总样本	中上阶层	低阶层
没有	62.76	61.61	64.96
N	13052	2638	10414

注：括号内数字为标准差。身体健康问题和情绪问题的样本范围仅限于受访者本人，其余变量还包括了家庭成员。

资料来源：作者自制。

(二) 医疗支出和健康休闲消费的相对分布分析

首先，本文考察中上阶层医疗支出和健康休闲消费对低阶层的相对分布。在控制了一系列变量的基础上，“医疗支出”和“健康休闲消费”的相对累积分布估计结果如图2所示^①。横轴为低阶层的不同分位点，纵轴则为中上阶层的累积比例。对比“医疗支出”和“健康休闲消费”的相对累积分布曲线可以发现，前者的分布曲线呈现出近似截距为0、斜率为1的直线状态，表明中上阶层的医疗支出分布相对于低阶层并无明显差异；而后者的相对累积分布曲线则基本处于前者的分布曲线下方，表明低阶层的健康休闲消费在各分位点的累积比例都低于中上阶层，健康休闲消费存在较为明显的阶层差异。

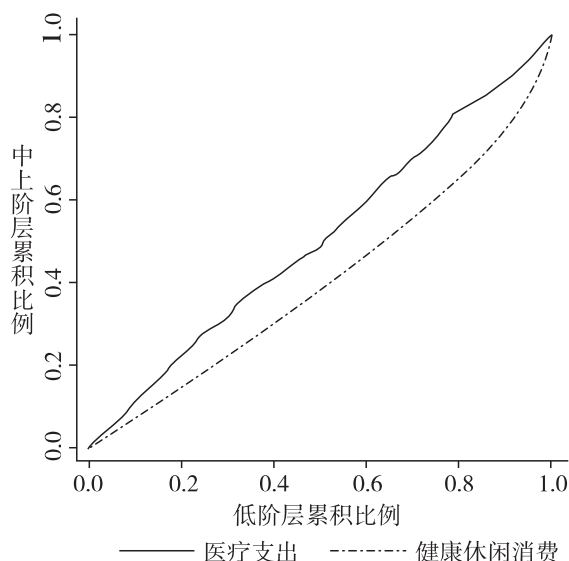


图2 中上阶层医疗支出与健康休闲消费对低阶层的相对累积分布

资料来源：作者自制。

^① 控制变量与下文表2的基本模型一致，适当增减变量未对分布结果造成明显改变。篇幅所限，对于相对分布函数的估计仅报告可视化的结果。

图3展示了中上阶层医疗支出和健康休闲消费的相对密度分布情况。横轴为低阶层医疗支出及健康休闲消费的分位数，纵轴则为中上阶层相对于低阶层在相应支出或消费上的相对概率密度。纵轴坐标1.0处的水平直线为参照线，高于该参照线说明在对应的低阶层支出分位数上，中上阶层比低阶层具有更高的频数分布。虚线则标示了相对分布估计的置信区间。图中左侧的“医疗支出”相对分布曲线基本在参照线 $y=1$ 的附近波动，说明在低阶层不同的医疗支出水平上，中上阶层并无明显的规模差异。在右侧“健康休闲消费”相对分布上，随着低阶层消费分位数的提高，中上阶层的相对分布密度先是稳定在0.7左右并逐渐递增，过了横轴0.8的分位点更是开始急剧上升，最高甚至达到低阶层的3倍左右。这说明大部分中上阶层都比低阶层有着明显更高的健康休闲消费水平。

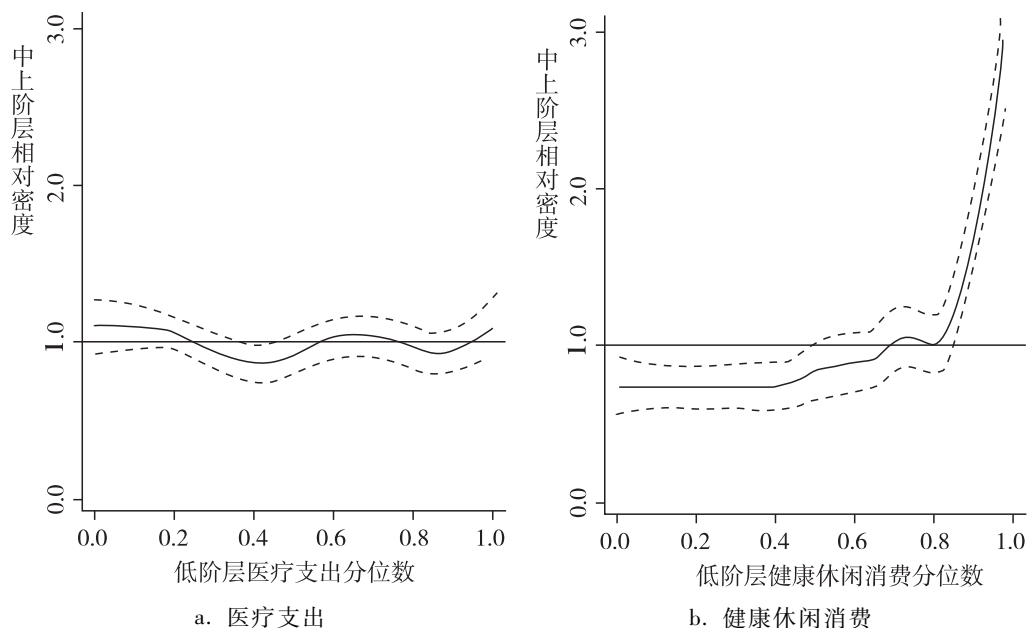


图3 中上阶层医疗支出与健康休闲消费对低阶层的相对密度分布

资料来源：作者自制。

本文再以无医疗保险的样本为参照组，估计出有医疗保险人群的医疗支出相对密度分布函数，以考察医保对医疗支出的作用，具体如图4所示。与按阶层分组的“医疗支出”相对分布状态类似，分布曲线也基本在 $y=1$ 的参照线附近波动。在无医保人群的医疗支出分位数高于0.6的情况下，有医保人群的密度才普遍相对略高，说明医疗支出对不同人群都普遍具有刚性支出性质，阶层和医疗保险差异都不会较大地改变医疗支出的相对分布情况。

综合累积概率和密度的相对分布分析结果可以发现，医疗支出在不同阶层

间相对平等，而健康休闲消费则具有显著的阶层差异，使得健康再生产过程的不平等很可能无法通过医疗领域的政策来缓解。下面，我们将进一步分析其中的具体机制。

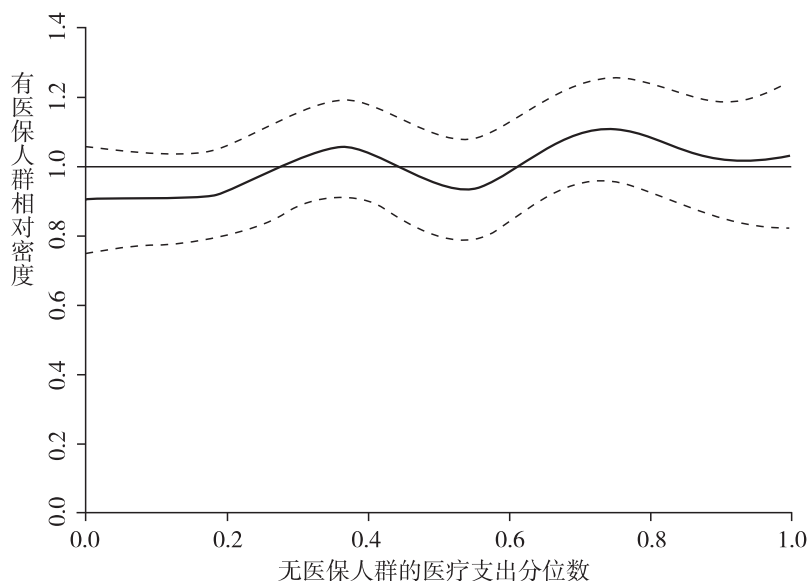


图4 有医保人群对无医保人群的医疗支出相对密度分布

资料来源：作者自制。

（三）医疗支出和健康休闲消费对健康不平等影响的个体层次分析

本文以“自评健康”为因变量，考察医疗支出和健康休闲消费的影响，分析结果见表2。基准模型和健康休闲消费模型中，“中上阶层”变量对健康的作用系数都显著为正。健康休闲消费模型也表明健康休闲消费水平提高能够促进健康，这与健康休闲消费支出的健康过程假设一致。在医疗支出模型中，“医疗支出水平”的影响显著为负。这一结果虽未能直接证实医疗支出的健康过程假设，但实质上是反面强化了医疗支出的健康过程假设的理论内涵，说明实证结果比假设更为严重：医疗支出实际上更多是缓解健康恶化而非促进健康，人们往往在健康不断变差的情况下才会进行较多医疗支出。这一倾向也预示了低阶层人群在医疗支出行为上容易陷入无法达到预期效果、只能继续增加支出的恶性循环状态。在全模型中，阶层效应影响不显著，“健康休闲消费水平”的影响显著提高，说明中上阶层的健康优势很大程度通过健康休闲消费来实现，这支持了健康休闲消费支出的阶层健康过程假设。“医疗支出水平”与“中上阶层”的交互效应并不显著，说明医疗支出增加并不能改善阶层之间的健康差异，这与医疗支出的阶层健康效应假设一致。而“健康休闲消费水平”与“中上阶

层”的交互项对健康影响显著为负，意味着健康休闲消费有望减少阶层间的健康差异。

表 2 医疗支出和健康休闲消费影响自评健康及其阶层差异的定序 probit 模型

变量	基准模型	健康休闲消费模型	医疗支出模型	全模型
中上阶层（低阶层=0）	0.120 **	0.210 **	0.002	0.079
女性（男性=0）	-0.053	-0.078 *	-0.047	-0.073 *
年龄	-0.020	-0.019	-0.023 *	-0.023 *
年龄 ² /100	-0.014	-0.015	-0.009	-0.010
中等教育（低教育水平=0）	0.200 ***	0.142 **	0.210 ***	0.150 **
高等教育（低教育水平=0）	0.228 ***	0.126 *	0.250 ***	0.146 **
未婚无配偶（离婚丧偶=0）	0.104	0.065	0.093	0.047
有配偶（离婚丧偶=0）	0.286 ***	0.252 ***	0.284 ***	0.247 ***
党员（非党员=0）	0.061	0.056	0.063	0.057
城市户籍（农村户籍=0）	-0.077	-0.108 *	-0.072	-0.105 *
有医疗保险（无=0）	-0.040	-0.063	-0.040	-0.065
健康休闲消费水平		0.201 ***		0.224 ***
中上阶层×健康休闲消费水平		-0.080 *		-0.094 **
医疗支出水平			-0.098 ***	-0.127 ***
中上阶层×医疗支出水平			0.046	0.060
（切点1）	-3.015 ***	-2.813 ***	-3.324 ***	-3.184 ***
（切点2）	-2.025 ***	-1.808 ***	-2.325 ***	-2.165 ***
（切点3）	-0.800 **	-0.567 *	-1.096 ***	-0.917 ***
Pseudo R ²	0.086	0.094	0.088	0.098
N	4570	4570	4570	4570

注：***、**和*分别表示相关系数通过0.001、0.01和0.05水平的显著性检验。

资料来源：作者自制。

为确保上述分析结果的合理性，本文分别以“身体健康”和“精神健康”为因变量重新建模，对表2的全模型结果加以补充验证。分析结果如表3所示，其中医疗支出水平的系数仍显著为负，与阶层的交互项则不显著，这和“自评健康”因变量的全模型结果一致，说明上文推测的关于增加医疗支出时健康状况继续下降的恶性循环趋势，在身体和精神健康方面也同样可能存在，支持了医疗支出的健康过程和阶层健康效应假设。此外，身体健康模型的结果也支持了健康休闲消费支出的相关假设。但精神健康模型中，“健康休闲消费水平”不存在显著影响，说明相较于自评健康和身体健康，精神层面的健康更难以通过提高健康休闲消费来改善。另一个与自评健康模型结果的不同之处在于，控制“健康休闲消费水平”和“医疗支出水平”后，“中上阶层”变量依旧显著为正，这也意味着身体健康和精神健康方面的不平等可能比自评健康的不平等更为严重。

表3 医疗支出与健康休闲消费影响身体健康和精神健康及其阶层差异的定序 probit 模型

变量	身体健康模型	精神健康模型
中上阶层 (低阶层=0)	0.276 *	0.237 *
女性 (男性=0)	0.050	-0.006
年龄	0.040 ***	0.042 ***
年龄 ² /100	-0.053 ***	-0.042 ***
中等教育 (低教育水平=0)	-0.021	-0.001
高等教育 (低教育水平=0)	0.028	0.076
未婚无配偶 (离婚丧偶=0)	0.084	0.165
有配偶 (离婚丧偶=0)	0.176 *	0.208 **
党员 (非党员=0)	0.103	0.032
城市户籍 (农村户籍=0)	0.067	0.151 **
有医疗保险 (无=0)	-0.031	0.077
健康休闲消费水平	0.065 *	0.046
中上阶层×健康休闲消费水平	-0.090 *	-0.080 *
医疗支出水平	-0.224 ***	-0.202 ***
中上阶层×医疗支出水平	-0.016	-0.031
(切点1)	-0.694 **	-0.308
(切点2)	0.182	0.568 *
Pseudo R ²	0.036	0.034
N	4569	4566

注：***、**和*分别表示相关系数通过0.001、0.01和0.05水平的显著性检验。

资料来源：作者自制。

(四) 医疗支出和健康休闲消费效应的“个体-家庭”多层次分析

由于健康休闲消费本属于家庭层面的变量，调查数据也包含了家庭成员的健康状况和主要的社会人口学信息，为充分利用数据信息，本研究尝试在分析对象中纳入家庭成员个案，建立“个体-家庭”的多层次模型进行补充分析。该方案能够在增加样本量的基础上，从不同分析单位层次探究健康不平等机制，为个体层次模型结果提供更多经验证据。对新样本建立的零模型（null model）ICC 值为0.56，与普通线性模型的似然比检验结果高度显著 [chibar2 (01) = 4165.15, $p < 0.001$]，表明当前模型与普通线性模型存在显著差异，满足多层次分析的建模条件。

多层次模型的分析结果如表4所示。样本扩大后，依然能发现医疗支出和健康休闲消费存在着相反的健康效应，具体表现为“医疗支出水平”的截距系数显著为负，健康休闲消费的截距系数显著为正。全模型同时加入医疗支出和健康休闲消费因素后，两者对模型的基准健康影响程度均比各自单独在模型中的结果有所增强。这与个体层次分析结果一致，进一步支持了健康休闲消费支出的健康过程假设和医疗支出的健康效应假设。斜率系数反映了医疗支出和健康休闲消费在家庭层面对健康不平等的影响。从全模型中可以更显著地观察到“医疗支出水平”对斜率系数的影响为正，“健康休闲消费水平”的影响为负。

这说明医疗支出水平越高的家庭, 阶层间的健康差异越大, 而健康休闲消费水平高的家庭, 阶层间的健康差异则相对较小。这意味着从家庭层面同样能观察到实证证据, 支持健康休闲消费支出的阶层健康过程假设及医疗支出的阶层健康效应假设。具体而言, 即便家庭可以起着分担支出压力、减少医疗资源分配不均的作用, 医疗支出提高仍然会加大健康不平等; 反之, 如能在家庭中分担更多健康休闲消费, 则有助于减少健康不平等。

表 4 健康休闲消费差异与自评健康关系的“个体-家庭”多层次模型

变量	基准模型	医疗支出模型	健康休闲消费模型	全模型
固定效应				
截距部分				
医疗支出水平		-0.048 ***		-0.066 ***
健康休闲消费水平			0.099 ***	0.109 ***
(常数)	3.643 ***	3.750 ***	3.512 ***	3.645 ***
中上阶层斜率部分				
医疗支出水平		0.033 **		0.039 ***
健康休闲消费水平			-0.019	-0.025 *
(常数)	-0.002	-0.087 **	0.039	-0.047
控制变量				
女性 (男性=0)	-0.020 *	-0.019 *	-0.023 **	-0.022 **
年龄	-0.004 *	-0.004 *	-0.005 *	-0.005 *
年龄 ² /100	-0.011 ***	-0.011 ***	-0.010 ***	-0.010 ***
未婚无配偶 (离婚丧偶=0)	0.146 ***	0.146 ***	0.132 ***	0.131 ***
有配偶 (离婚丧偶=0)	0.217 ***	0.217 ***	0.207 ***	0.206 ***
中等教育 (低教育水平=0)	0.087 ***	0.090 ***	0.073 ***	0.076 ***
高等教育 (低教育水平=0)	0.101 ***	0.107 ***	0.074 ***	0.079 ***
党员 (非党员=0)	-0.012	-0.011	-0.012	-0.011
城市户籍 (农村户籍=0)	-0.045 *	-0.043 *	-0.056 **	-0.054 **
有医疗保险 (无=0)	-0.015	-0.010	-0.049	-0.044
随机效应				
层 1: 个体层次				
方差	0.461	0.461	0.461	0.461
层 2: 家庭层次				
方差 (中上阶层)	0.135	0.127	0.128	0.117
方差 (截距)	0.558	0.556	0.547	0.542
协方差 (中上阶层, 截距)	-0.341	-0.335	-0.330	-0.317
Log Likelihood	-12024.29	-12007.96	-11949.46	-11919.03
N	13052	13052	13052	13052

注: ***、** 和 * 分别表示相关系数通过 0.001、0.01 和 0.05 水平的显著性检验。

资料来源: 作者自制。

在以上分析中, 本文的研究假设在不同分析层次和样本量的模型中均得到较大程度的验证和支持。尽管有小部分结果未能直接契合或验证假设, 但并未与本研究的基本假定相悖, 仍能作为探讨健康不平等治理政策的实证依据。下

面, 本文将进一步根据假设验证结果来解释健康不平等产生和继续的原因, 并有针对性地提出政策方案。

六、健康不平等治理途径分析及政策建议

综合相对分布的描述比较以及不同健康指标和模型的分析结果, 本研究更为系统地观察到健康不平等的成因: 第一, 健康休闲消费和医疗支出的健康过程假设验证结果表明, 健康休闲消费比医疗支出更可能成为促进健康的有效途径, 使健康不平等存在健康再生产和不健康固化这两种不同的机制。第二, 健康休闲消费支出的阶层健康过程假设及医疗支出的阶层健康效应假设验证结果表明, 较高阶层能够通过健康休闲消费获得健康优势, 形成了健康再生产机制; 医疗支出无法改善低阶层的健康劣势, 易导致不健康固化机制。

基于上述发现, 本文对健康不平等的治理途径提出如下政策建议: 首先, 在缓解不健康固化机制方面, 医疗卫生体制改革的重心应从疾病治疗向预防方向扩展, 政策目标从医疗机会公平向健康结果公平转变, 除减轻疾病的经济负担外, 更要兼顾低阶层人群的健康消费需求。在基础健康层面扩大医保的支付和利用范围, 建立多层次和差异化的健康保障机制。例如根据不同病种、年龄、职业等健康风险人群特征, 通过优化起付标准和报销比例来控制医疗费用的过度增长, 为低阶层人群的休闲健康消费提供经济基础。更多地关注慢病人群的健康干预, 针对可改变和治愈的慢病因素来制定医疗费用的报销使用范围。

其次, 在改善健康再生产机制方面, 应充分考虑不同领域对公众健康的影响, 加强多部门协作, 共同扩展全民健康的实现途径。企业单位及社区都应扩大职能, 以基层为重点, 加强对健康休闲活动的宣传和动员, 并提供更多机会促进成员对公共活动资源的利用。政府大力开展健康教育咨询活动及人力资源培训, 提升低阶层人群的疾病认知水平和健康意识, 从而增加低阶层人群健康投资的边际回报。继续加大健康方面的公共服务供给和优化, 平衡不同区域和人群的休闲健康资源, 并完善健康设施监控机制。尝试通过建立税务激励机制来发展有利于全民健康的相关产业, 发挥消费的基础性作用, 以促进健康休闲消费公平。

最后, 对再生产和固化机制共同产生的负面影响, 要综合多种现实需求来化解不同健康支出之间的张力。充分利用新发传染病疫情防控下的社区全方位管理、联防联控的治理体系, 将突发公共卫生事件的治理与传统健康治理相结合, 建立适应特定健康风险和环境特征的治理体系。结合疫情防控需求成立专门的健康管理部门, 在关注疫情引发的民众身心健康问题的同时, 让民众更为充分地参与健康活动, 以分担专业医疗服务机构的防疫压力。借鉴宏观健康治理的相关实践经验, 根据不同地区的现实情况 and 经济差异, 制定区域差异化的

卫生健康政策，才能广泛提高公共健康水平（唐跟利等，2022）。治理过程中还应注重发挥政府、市场、社区等不同层次治理主体的协同作用，充分利用各种社会力量的政策创新空间，共同完善预防、治疗、健康一体化的治理机制，加快实现从降低民众疾病负担到提升全民健康水平的良性循环。

七、总结和展望

新医疗卫生体制改革在一定程度上提高了医疗资源可及性和低阶层的医疗支付能力，但社会的健康不平等现象仍无法有效缓解。对于这一现象，已有研究仅限于医疗层面的政策分析和数据观察，难以在全面考察和解释导致该现象的基础上寻求政策消解方向。本文在经验现象描述以及统计假设检验的基础上，揭示了导致健康不平等难以改善的健康再生产机制和不健康固化机制。其背后原因在于，和健康休闲消费相比，医疗支出更多是作为刚性健康支出而存在，对于由消费社会分层因素所导致的健康不平等的扩大，医疗制度难以发挥改善作用，使得低阶层无法真正摆脱“因病致贫”“因病返贫”的困境。这也从侧面印证了过往研究的发现：医保政策目前还不足以完全扭转大医院在医疗服务市场吸引医疗和患者资源的“虹吸效应”，实现分级诊疗的更多是“小病、常见病”（申梦晗、李亚青，2021）。这意味着低阶层人群一旦有较大的医疗需求，仍难以借助医疗政策红利来有效恢复健康。因此，医疗政策在改善医疗条件可及性、满足更多医疗需求的情况下，还应考虑到健康不平等机制在现实影响途径的复杂性，辅以更多健康休闲方面的配套政策及资源，才能更广泛和充分地实现国家对医疗资源投入增加的政策预期。

本文的创新之处在于：研究视角上，克服过往研究仅停留在医疗领域来观察和分析医疗因素影响的局限，揭示不同健康经济行为之间的关联对健康不平等的影响。这不仅在研究框架上扩展了以医疗支出为核心要素的健康需求模型，也为生活方式差异下的健康不平等提供了健康经济学层面的基础性解释，有助于更全面地理解健康不平等的再生产路径。理论价值上，本文对如何从社会分层视角看待健康不平等提出了更具综合性和现实意义的分析方向。社会阶层地位往往被认为是健康不平等的根本性因素（Link and Phelan, 1995），而不同分层机制之间的特定关联对健康不平等的影响却容易被忽视，难以深入揭示健康不平等的发展过程。随着疾病谱向临床医学难以直接治愈的慢性非传染性疾病转变，以及人们对高质量健康需求的增加，医疗资源的再分配只有注重处理疾病治疗和健康资源不平等之间的关系，才能突破阶层地位的结构限制来更有效地促进健康公平。本文特此呼吁，健康不平等研究应在实证上更紧密地结合现实的健康和政策需求来理解分层因素的作用，将分析重点从健康获得的阶层差异向疾病防控下的健康需求平等化发展。

本文的研究成果在以下方面仍有待深化和扩展。健康不平等是复杂的社会现象,涉及的健康过程会存在民族、地域、文化层次等多方面差异,有待继续发掘新的分层体系或从特殊人群视角进行详细探讨。此外,医疗保险的具体类型对医疗支出及其健康效果的影响,以及健康休闲消费涵盖内容的准确性和全面性,都要基于更详尽的测量数据加以界定并分析其因果机制。最后,我们还需考察在不同文化背景、社会行为及心理情境下,可能存在的健康观念及评价标准的系统性差异,为致力于对健康不平等进行更为精准的干预和治理提供更多依据。

参考文献

- 房莉杰 (2016). 理解“新医改”的困境:“十二五”医改回顾. 国家行政学院学报, 2: 77-81.
- Fang, L. J. (2016). Understand the Dilemma of “New Healthcare Reform”: A Review of the 12th Five-Year Plan. *Journal of Chinese Academy of Governance*, 2: 77-81. (in Chinese)
- 封进、余央央、楼平易 (2015). 医疗需求与中国医疗费用增长——基于城乡老年医疗支出差异的视角. 中国社会科学, 3: 85-103.
- Feng, J., Yu, Y. Y., & Lou, P. Y. (2015). Medical Demand and Growing Medical Costs in China: Based on the Gap Between Senior Citizens' Medical Costs in Urban and Rural Areas. *Social Science in China*, 3: 85-103. (in Chinese)
- 顾昕 (2017). 中国医疗保障体系的碎片化及其治理之道. 学海, 1: 126-133.
- Gu, X. (2017). Fragmentation of China's Health Insurance System and the Way of Its Governance. *Academia Bimestrie*, 1: 126-133. (in Chinese)
- 古新功 (2014). 中国药品价格管制制度现状及创新对策. 载文学国、房志武主编《中国医药卫生体制改革报告 (2014-2015)》. 北京: 社会科学文献出版社.
- Gu, X. G. (2014). Current Situation and Innovative Measures of the Drug Price Control System in China. In Wen, X. G., & Fang, Z. W. (Eds.), *Annual Report on Reform of Medical and Health System in China (2014-2015)*. Beijing: Social Sciences Academic Press (China). (in Chinese)
- 国家卫生和计划生育委员会 (2016). 中国卫生和计划生育统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版社.
- National Health Commission of the People's Republic of China (2016). *National Statistical Yearbook of Health and Family Planning*. Beijing: Peking Union Medical College Press. (in Chinese)
- 胡安宁 (2014). 教育能否让我们更健康——基于2010年中国综合社会调查的城乡比较分析. 中国社会科学, 221(5): 116-130.
- Hu, A. N. (2014). Can Education Make Us Healthier? A Comparative Analysis of Urban and Rural Areas Based on the Chinese General Social Survey for 2010. *Social Sciences in China*, 221(5): 116-130. (in Chinese)
- 焦开山 (2014). 健康不平等影响因素研究. 社会学研究, 5: 24-46.
- Jiao, K. S. (2014). Health Inequalities of Different Socio-economic Status and Its Influencing Factors. *Sociological Studies*, 5: 24-46. (in Chinese)
- 李春玲 (2011a). 中国中产阶级的发展状况. 黑龙江社会科学, 1: 75-87.
- Li, C. L. (2011a). The Development of Middle Class in China. *Social Sciences in Heilongjiang*, 1: 75-87. (in Chinese)
- 李春玲 (2011b). 中产阶级的消费水平和消费方式. 广东社会科学, 4: 210-218.
- Li, C. L. (2011b). The Level and Way of Consumption in the Middle Class. *Social Sciences in Guangdong*, 4: 210-218. (in Chinese)
- 李春玲 (2013). 如何定义中国中产阶级: 划分中国中产阶级的三个标准. 学海, 3: 62-71.
- Li, C. L. (2013). How to Define China's Middle Class? Three Criteria. *Academia Bimestrie*, 3: 62-71. (in Chinese)
- 李培林、张翼 (2000). 消费分层: 启动经济的一个重要视点. 中国社会科学, 1: 52-61.
- Li, P. L., & Zhang, Y. (2000). Consumption Stratification: An Important Perspective for Stimulating Economic Development. *Social Sciences in China*, 1: 52-61. (in Chinese)
- 李强 (2008). 社会分层十讲. 北京: 社会科学文献出版社.
- Li, Q. (2008). *Ten Lectures on Social Stratification*. Beijing: Social Sciences Academic Press. (in Chinese)
- 刘欣 (2007). 中国城市的阶层结构与中产阶层的定位. 社会学研究, 6: 1-14.
- Liu, X. (2007). Class Structure and the Middle Class Location in Urban China. *Sociological Studies*, 6: 1-14. (in Chinese)
- 刘向东、米壮 (2020). 中国居民消费处于升级状态吗? ——基于CGSS2010、CGSS2017数据的研究. 经济学家, 1: 86-97.
- Liu, X. D., & Mi, Z. (2020). Is Chinese Consumer Consumption in an Upgraded State? Research Based on the CGSS2010 & CGSS2017 Data. *Economist*, 1: 86-97. (in Chinese)
- 石智雷、顾嘉欣、傅强 (2020). 社会变迁与健康不平等——对第五次疾病转型的年龄—时期—队列分析. 社会学研究, 6: 160-185.
- Shi, Z. L., Gu, J. X., & Fu, Q. (2020). Social Change and Health Inequalities: Evidence from the Fifth Phase of the Epidemiologic Transition in Urban China. *Sociological Studies*, 6: 160-185. (in Chinese)
- 申梦晗、李亚青 (2021). 医疗保险干预能否缓解三级医院的“虹吸效应”? ——基于某大城市的实证研究. 公共行政评论, 14(2): 61-84.

- Shen, M. H., & Li, Y. Q. (2021). "Siphon Effect" of Tertiary Hospitals and the Effects of Changes in Cost-Sharing on Patient Behavior. *Journal of Public Administration*, 14(2): 61–84. (in Chinese)
- 孙立平 (2002). 我们在开始面对一个断裂的社会? 战略与管理, 2: 9–15.
- Sun, L. P. (2002). Are We Beginning to Face a Fractured Society? *Strategy and Management*, 2: 9–15. (in Chinese)
- 唐跟利、陈立泰、徐逸岚、卢彦伶 (2022). 创建国家卫生城市是否提升了公共健康水平? ——基于 PSM-DID 方法的实证分析. 公共行政评论, 15(4): 137–156.
- Tang, G. L., Chen, L. T., Xu, Y. L., & Lu, Y. L. (2022). Does the Establishment of National Health City Improve Public Health? Empirical Analysis Based on the PSM-DID Method. *Journal of Public Administration*, 15(4): 137–156. (in Chinese)
- 田丰 (2017). 生育政策调整后中产阶级的生育意愿研究——基于北京、上海、广州三个城市的调查. 社会科学辑刊, 233(6): 133–143.
- Tian, F. (2017). A Study on the Fertility Intention of Middle Class after the Adjustment of Fertility Policy; Based on the Survey in Beijing, Shanghai and Guangzhou. *Social Science Journal*, 233(6): 133–143. (in Chinese)
- 田虹、杨洋、刘英 (2014). 基于 SEM 和 HLM 的体育消费心理模型研究——社会分层的调节作用. 天津体育学院学报, 29(4): 296–303.
- Tian, H., Yang, Y., & Liu, Y. (2014). Sports Consumption Mental Model Based on SEM and HLM: The Moderating Effect of Social Stratification. *Journal of Tianjin University of Sport*, 29(4): 296–303. (in Chinese)
- 王甫勤 (2011). 社会流动有助于降低健康不平等吗? 社会学研究, 2: 78–101.
- Wang, F. Q. (2011). Does Social Mobility Contribute to Reduce the Inequality of Health? *Sociological Studies*, 2: 78–101.
- 王甫勤 (2012). 社会经济地位、生活方式与健康不平等. 社会, 2: 125–143.
- Wang, F. Q. (2012). Socioeconomic Status, Lifestyle and Health Inequality. *Chinese Journal of Sociology*, 2: 125–143. (in Chinese)
- 王森 (2015). 我国居民的就医行为及其影响因素研究——基于 CHNS 调查面板数据的分析. 西北人口, 3: 32–36.
- Wang, S. (2015). Analyzing Health Seeking Behavior of Chinese Residents and Their Influencing Factors; Based on CHNS Data. *Northwest Population Journal*, 3: 32–36. (in Chinese)
- 杨磊 (2020). 中国医改进程中健康不平等的演变趋势与反思. 学习与探索, 9: 38–45.
- Yang, L. (2020). Evolution Trend of Health Inequality and Reflection in the Process of China's Medical Reform. *Study & Exploration*, 9: 38–45. (in Chinese)
- 张车伟、赵文、程杰 (2018). 中国大健康产业: 属性、范围与规模测算. 中国人口科学, 5: 19–31.
- Zhang, C. W., Zhao, W., & Cheng, J. (2018). China's Great Health Industry: Property, Scope and Market Size. *Chinese Journal of Population Science*, 5: 19–31. (in Chinese)
- 张翼 (2016). 当前中国社会各阶层的消费倾向——从生存性消费到发展性消费. 社会学研究, 4: 74–97.
- Zhang, Y. (2016). Consumption Tendencies of Social Classes in Today's China: From Survival Consumption to Developmental Consumption. *Sociological Studies*, 4: 74–97. (in Chinese)
- Alderson, A. S., Beckfield, J., & Nielsen, F. (2005). Exactly How Has Income Inequality Changed? Patterns of Distributional Change in Core Societies. *International Journal of Comparative Sociology*, 46(5–6): 405–423.
- Black, D., Morris, J. N., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Black, D. (1981). Inequalities in Health. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 282(6274).
- Chen, F., Yang, Y., & Liu, G. (2010). Social Change and Socioeconomic Disparities in Health over the Life Course in China: A Cohort Analysis. *American Sociological Review*, 75(1): 126–150.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2): 223–255.
- Handcock, M. S., & Morris, M. (1998). Relative Distribution Methods. *Sociological Methodology*, 28(1): 53–97.
- Hurd, M. D., & McGarry, K. (1997). Medical Insurance and the Use of Health Care Services by the Elderly. *Journal of Health Economics*, 16(2): 129–154.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21–37.
- Li, C. (2010). Characterizing China's Middle Class: Heterogeneous Compositions and Multiple Identities. In Li, C. (Ed.), *China's Emerging Middle Class: Beyond Economic Transformation*. Washington DC: Brookings Institution Press.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Spec No, 80–94.
- Lowry, D., & Xie, Y. (2009). Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence or Divergence at Old Ages. *Population Studies Center Report*, University of Michigan.
- Manning, W. G., & Marquis, M. S. (1996). Health Insurance: The Trade-off Between Risk Pooling and Moral Hazard. *Journal of Health Economics*, 15(5): 609–639.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E., & European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358(23): 2468–2481.
- McLaughlin, L. A., & Braun, K. L. (1998). Asian and Pacific Islander Cultural Values: Considerations for Health Care Decision Making. *Health & Social Work*, 23(2): 116–126.
- Subramanian, S. V., Subramanyam, M. A., Selvaraj, S., & Kawachi, I. (2008). Are Self-reports of Health and Morbidities in Developing Countries Misleading? Evidence from India. *Social Science & Medicine*, 68(2): 260–265.

责任编辑: 张雪帆