

摘要

目的:

本文采用中国健康与养老调查（CHARLS）2018 年度的截面数据，从微观个体的角度出发，对城镇化与健康之间的关系进行理论探究和实证分析，研究个体城镇化过程是否能对健康状况产生影响、产生何种影响、影响的异质性，进一步讨论对医疗卫生服务资源利用的影响。并且根据最终实证结果，为我国城镇化发展、提升人群健康水平、减少健康不平等提供理论参考和相关政策建议。

研究方法:

首先，根据文献综述和理论研究初步提出文章的研究框架和基本假设；其次，运用描述性统计分析概括出研究样本的基本情况及其差异；然后，再用计量经济学模型，对城镇化和健康的关系进行实证检验，运用倾向评分匹配的方法减少内生性问题，并用替换因变量衡量方法来增加稳健性；最后，再进一步讨论城镇化过程对医疗卫生服务利用的影响。

研究结果:

1. 本文通过对比不同特征群体的健康状况发现，在不同类型性别、年龄、婚姻、学历水平、医保状况、幼时父母职业、幼时父母学历、幼时家庭经济状况的群体中，健康水平存在显著统计学差异。对比城镇化状况发现，在不同性别、年龄、婚姻学历水平、医保状况、幼时父母职业、幼时父母学历、幼时家庭经济状况的群体中，城镇化状况存在显著统计学差异。

2. 本文实证结果表明，个体城镇化过程会显著提高主观上居民的自评健康状况，减少客观上居民的日常生活活动能力受损和工具性日常生活活动能力受损的概率，对健康产生显著正向影响。并且倾向评分匹配方法和更换因变量衡量方法的估计也支持此结果。

3.通过影响的异质性分析得出了,城镇化对健康的影响在不同性别、年龄、学历水平、中东西部地区存在差异。并且,通过区分不同原因的城镇化类型,得出了相对来说,更难对“被动”城镇化的群体健康产生影响。

4.通过进一步分析对医疗服务利用的影响,得出城镇化会显著提高居民过去一年住院次数、住院费用和过去一个月的门诊费用,使得医疗卫生服务利用量增加。

研究结论:

本文研究结果表明:个体城镇化过程具有良好的健康效应。首先,城镇化有益于提高个体自评健康状况,减少日常生活活动能力受损和工具性日常生活活动能力受损;其次,对不同特征人群影响不一样。相对来说,更难对“被动”城镇化人群产生影响;最后,城镇化会增加居民医疗卫生服务利用。这提示我们应该注重以人为中心的新型城镇化建设,关注城镇化带来的健康不平等以及合理使用医疗卫生服务资源问题。

关键词: 城镇化; 户籍转换; 健康状况; 医疗卫生服务利用

Abstract

Objective:

This paper uses the cross-sectional data of China Health and Retirement Longitudinal Survey (CHARLS) in 2018 to conduct theoretical exploration and empirical analysis on the relationship between urbanization and health from the perspective of micro individuals, to study whether the process of individual urbanization can have an impact on health status, what kind of impact, and the heterogeneity of impact, and further discuss the impact on the utilization of health service resources. And according to the final empirical results, it provides theoretical reference and relevant policy recommendations for the development of urbanization, the improvement of population health level, and the reduction of health inequality in China.

Research method:

Firstly, according to the literature review and theoretical research, the research framework and basic assumptions of the article are proposed; Secondly, we use descriptive statistical analysis to summarize the basic situation and differences of the research samples; Then, the econometric model is used to empirically test the relationship between urbanization and health, the method of propensity scores is used to solve endogenous problems, and use alternative dependent variable measurement method to increase robustness; Finally, we will further discuss the impact of urbanization on the utilization of medical and health services.

Research results:

1.By comparing the health status of different groups with different characteristics, this paper found that there were significant statistical differences in health level among groups of different gender, age, marital education level, medical insurance status, childhood parents' occupation, childhood parents'

education level, and childhood family economic status. By comparing the urbanization situation, it is found that there are significant statistical differences among groups of different gender, age, marital education level, medical insurance status, childhood parents' occupation, childhood parents' education, and childhood family economic status.

2.The empirical results of this paper show that the process of individual urbanization will significantly improve the self-reported health status, reduce the impairment of activities of daily living and instrumental activities of daily living, and have a significant positive impact on health. And the estimation of propensity score matching method and replacement dependent variable measurement method also supports this result.

3.Through the analysis of the heterogeneity of the impact, it is concluded that the impact of urbanization on health is different in different genders, ages, educational levels, and is also different in central, eastern and western regions of China. Moreover, by distinguishing different types of urbanization for different reasons, it is difficult to affect the groups with "passive" urbanization.

4.Through further analysis of the impact on the utilization of medical services, it is concluded that urbanization will significantly increase the number of inpatients in the past year, hospitalization costs and outpatient costs in the past month, and increase the utilization of medical and health services.

Research conclusion:

The results of this study show that the process of individual urbanization has a good health effect. First of all, urbanization is conducive to improving individual self-reported health, reducing impairment of activities of daily living and instrumental activities of daily living; Secondly, the impact on different characteristic groups is different, and it is difficult to have an impact on "passive" urbanization groups; Finally, urbanization will increase the utilization of medical and health services for residents. This suggests that we should pay attention to the construction of a new type of urbanization centered on people, pay attention to the health inequality caused by urbanization and the rational use of medical and health service resources.

Key words: urbanization; registered residence; health status; medical service utilization

目录

- 1.绪论1
 - 1.1 研究背景1
 - 1.1.1 理论背景1
 - 1.1.2 现实背景2
 - 1.2 研究目的与研究意义.....5
 - 1.2.1 研究目的5
 - 1.2.2 研究意义6
 - 1.3 写作框架7
- 2.文献综述9
 - 2.1 城乡健康差异的相关研究.....9
 - 2.2 城镇化对健康影响的相关研究.....10
 - 2.2.1 城市健康优势.....11
 - 2.2.2 城市健康惩罚.....11
 - 2.2.3 影响的异质性.....12
 - 2.3 城镇化对健康的影响机制研究.....13
 - 2.3.1 城镇化通过提高经济水平影响健康13
 - 2.3.2 城镇化通过改变环境质量影响健康15
 - 2.3.3 城镇化通过增加人口密度影响健康17
 - 2.4 文献评述18
- 3.研究设计20
 - 3.1 理论基础和研究假设.....20
 - 3.1.1 健康社会决定因素理论.....20
 - 3.1.2 健康人力资本理论.....20
 - 3.1.3 机会平等理论.....21

3.1.4 安德森模型.....	22
3.2 数据来源与处理.....	23
3.2.1 数据来源	23
3.2.2 数据处理	24
3.3 变量选取	25
3.3.1 被解释变量的指标选取.....	25
3.3.2 解释变量的指标选取.....	27
3.3.3 控制变量的指标选取.....	27
3.3.4 主被动城镇化变量的指标选取.....	29
3.4 研究方法	30
3.4.1 描述性分析.....	30
3.4.2 多元回归分析.....	31
3.4.3 倾向评分匹配法.....	31
4.描述性统计分析	33
4.1 变量的描述性分析.....	33
4.2 不同特征的群体健康状况.....	35
4.2.1 自评健康状况.....	35
4.2.2 日常生活活动能力状况.....	37
4.2.3 工具性日常活动能力状况.....	38
4.3 不同特征的群体户籍变化状况.....	40
4.3.1 是否户籍转换.....	40
4.3.2 户籍转换类型.....	42
4.4 本章小结	43
5.实证结果及分析	44
5.1 城镇化对对健康的状况的影响.....	44
5.1.1 基准回归	44
5.1.2 异质性分析.....	47
5.1.3 稳健性检验.....	52
5.2 城镇化对医疗卫生服务利用的影响.....	57
5.3 本章小结	59

6.讨论与建议	60
6.1 相关问题的讨论.....	60
6.1.1 农村户籍转换为非农或统一户籍后，健康水平提高	60
6.1.2 户籍转换后，健康水平提高，但医疗卫生服务利用增加	61
6.1.3 理论基础和研究方法的讨论.....	63
6.2 政策建议	64
6.2.1 推动城镇化由高速向高质转型，注重更多评价城镇化质量指标	64
6.2.2 重视城镇化过程带来的城乡户籍健康利益分配不均问题	64
6.2.3 满足居民合理健康需要，引导正确利用医疗服务，避免医疗资源短缺或浪费	65
7. 总结与展望	67
7.1 主要结论	67
7.2 研究创新	68
7.3 研究局限与展望.....	69
参考文献	70
致谢.....	78

1.绪论

1.1 研究背景

1.1.1 理论背景

18 世纪，欧洲的西部地区开始产生了工业革命，随后现代化、工厂化的大规模生产也产生，资本与人口在城市快速汇集起来，农民也向城市聚集。城市用地不断扩大，于是人们把周围的农耕田地变成了城市用地，乡村因此变成了城镇，小城市又经过发展变成大城市。上世纪 70 年代，美国的城市地理学家诺瑟姆总结欧洲和美州城市发展历程的规律，把城市化的轨迹概括为一条拉长的“S”形曲线，提出了经典的“诺瑟姆曲线”理论^[1]。他划分城市化的过程为：起步、加速以及稳定三个阶段。起步阶段：当城镇化水平达到 10% 就表明此地开始进入城镇化过程。起步阶段生产力水平较低，城镇化的速度较慢，人口分布较散漫，农业人口占绝大多数，第一产业在社会经济结构中占比大，人口增长模式是“高出生率且高死亡率”的模式。加速阶段：若城镇化水平超过 30%，就表明此地进入了城镇化的加速提升阶段。社会经济发展水平明显提高，城镇化的发展会不断加速，该地区城市人口将在未来不长的时间内达到总人口比例的 60%及以上。第二产业占比迅速增长，并很快会成为主导社会经济结构的一部分，第三产业占比也会上升。人口增长是属于“高出生率且低死亡率”模式。但地区内会有出现劳动力过剩、交通拥堵、环境污染、住房紧张等问题的风险。稳定阶段：城镇化水平超过 70%，农业现代化基本上完成，农村人口稳定，城镇人口的增速也放缓甚至停止增加，第三产业和高新技术产业成为经济结构的主导部分。人口增长模式转变为“高出生率与高死亡率”模式。

[1] Northam R M.Urban Geography[M].New York:John Wiley & Sons,1975.

该理论在中国也引起了广泛关注，也不断地本土化和发展。学者周一星首次将“诺瑟姆曲线”理论运用在中国的城镇化研究中^[1]。陈彦光侧重对数量模型的分析，以城市-农村人口的异速生长关系为基础，推出城镇化水平的 logistics 方程，得到了一个关于城镇化的四阶段划分^[2]。陈明星建议，当我国的城镇化达到第三阶段时，应该转变发展城镇化的指导思想理念以及重点方向内容。例如，应由注重城镇化发展的速度、城镇规模面积、城镇人口量等数量型指标转向关注城镇化过程中资源与环境保护、人与自然和谐发展、城乡之间平等关系等质量型指标，发展理念应由传统城镇化转变为健康城镇化^[3]。

1.1.2 现实背景

自改革开放以来，我国城市数量不断增加，随之而来的是城镇化程度也不断上升，我国城市人口规模也随之扩大。我国城镇人口也由 2000 年的 45906 万人上升到 2021 年末的 91452 万人。虽然我国城镇化率由 1978 年的 17.92% 提高到 2021 年的 64.72%，并以每年高于世界平均 0.5 个百分点的速度推进，但是按照世界城镇化发展的普遍规律，仍处在 30%-70% 的快速发展阶段^[4]，落后于世界城镇化发展的平均水平，对比主要发达国家 80% 的平均城镇化水平仍存在较大差距。并且城镇化是人类社会发展的客观趋势、是国家现代化的重要标志，按照建设中国特色社会主义五位一体总体布局，顺应发展规律，趋利避害，因势利导，积极稳妥扎实有序地推进城镇化，对全面建成小康社会、加快社会主义现代化建设的进程、实现中华民族伟大复兴中国梦，具有重大的现实意义和深远的历史意义^[5]。新时期，中国的城镇化应是发展以高质量发展为导向的新型城镇化，发展“以人为本”的城镇化，我们不能只在乎城市化进程的不断推进而忽视城镇化质量的提升对当前我国可持续有机发展的重要意义。

[1] 周一星. 城市地理学[M]. 商务印书馆, 1998.

[2] 陈彦光, 周一星. 城市化 Logistic 过程的阶段划分及其空间解释——对 Northam 曲线的修正与发展[J]. 经济地理, 2005, 25(6): 817-822.

[3] 陈明星, 叶超, 周义. 城市化速度曲线及其政策启示[J]. 地理研究, 2011, 30(8): 1499-1507.

[4] 林毅夫. "一带一路" 2.0: 中国引领下的丝路新格局[M]. 浙江大学出版社, 2018.

[5] 中共中央国务院. 国家新型城镇化规划(2014—2020 年).(国字号[2014]9 号)[Z]. 2014.

毫无疑问，城镇化是一个国家或地区进入现代化的必经之路。但从其他国家的发展过程来看，这其中也有陷阱和挑战。例如，拉美国家在人口城镇化率达到 50%后，大量贫民窟涌现，城市畸形发展，公共资源分配不均甚至短缺，随之社会问题也加剧。同样，中国的城镇化发展也并非一帆风顺。其中“半城市化问题”较为突出，也就是说农村居民进入了城市，但其本身没有真正融入城市，包括城市中的制度、文化和社会系统，在生活中和行动上也得不到有效支持^[1]。

户籍制度被一些学者认为是中国城镇化过程中存在问题的主要原因，由于户籍导致农村的群体处在劣势地位，无法真正融入城市生活，无法享受与城市居民相同的待遇和权益^[2]。这也体现在中国的户籍人口城镇化率会明显低于常住人口城镇化率。党的十八大以来，党和政府为进一步突破原有的户籍制度对城镇化发展的禁锢，促进以人为本的城镇化，加快了户籍制度改革脚步。2014 年 7 月，国务院印发了《关于进一步推进户籍制度改革的意见》，标志着新一轮户籍制度改革开始进行。此次改革主要提出要建立统一的户口登记制度；取消农业户口与非农业户口性质区分和由此衍生的户口类型，统一登记为居民户口。建立与统一城乡户口登记制度相适应的教育、卫生计生、就业、社保、住房、土地及人口统计制度。紧接着，2016 年发布了《关于深入推进新型城镇化建设的若干意见》和《推动 1 亿非户籍人口在城市落户的方案》；2021 年印发的《2021 年新型城镇化和城乡融合发展重点任务》，提出拥有三百万以下城区常住人口的城市取消落户限制政策；2022 年印发《“十四五”新型城镇化实施方案》，再次强调了需深化户籍制度改革。

虽然户籍制度改革如火如荼地推进着，但想在短时间内消除其中的限制和差别却很困难。因为户籍制度并非只是一项政策，户籍身份背后隐藏着社会阶层、职业类型、福利权益、社会保障等影响居民生活的各方面内容^{[3][4]}。因此，中国城镇化的发展过程中不仅需要户籍制度上的改革，突破制度“门槛”，还需要考虑到与户籍相关的更多制度、政策、权利的不平等。

[1] 王春光. 农村流动人口的“半城市化”问题研究[J]. 社会学研究, 2006, 5(7): 107-122.

[2] 屈小博, 程杰. 地区差异, 城镇化推进与户籍改革成本的关联度[J]. 改革, 2013 (3): 37-44.

[3] 谢桂华. “农转非”之后的社会经济地位获得研究[J]. 社会学研究, 2014, 1: 40-56.

[4] Solinger D J. Contesting citizenship in urban China: Peasant migrants, the state, and the logic of the market[M]. Univ of California Press, 1999.

在健康方面，“十三五时期”，以习近平同志为核心的党中央把保障人民健康放在了优先发展的战略位置，作出了实施健康中国战略的决策部署。2016年8月，在北京召开了全国卫生与健康大会，印发了《“健康中国2030”规划纲要》；2019年，国务院印发了《关于实施健康中国行动的意见》；2020年，《基本医疗卫生与健康促进法》也正式开始实施。截至目前，中国已经形成了以“健康中国战略”为顶层设计，以《“健康中国2030”规划纲要》为行动纲领，以“健康中国行动”为推进抓手，以《基本医疗卫生与健康促进法》为法律保障的国民健康保护体系^[1]。

国家已经把健康上升到战略和法制的高度，并提出要把健康融入所有政策。全国上下对健康的重视程度空前绝后，各地政府和有关部门认真贯彻落实党中央安排，扎实地推进健康中国建设，实施健康中国行动，广泛深入开展爱国卫生运动，持续不断完善卫生健康政策，为国民健康保驾护航。经过努力，全国人民的健康水平得到不断提高。宏观来看，2016年到2021年，人均期望寿命从76.5岁提高到78.2岁，婴儿死亡率从7.5‰降至5‰，5岁以下儿童死亡率从10.2‰降至7.1‰，孕产妇死亡率从19.9/10万降至16.1/10万，主要健康指标均居于中高收入国家前列，个人卫生支出占卫生总费用的比重降至27.7%^[2]。

但与此同时，我国也仍然面临着多种健康风险因素交织、多重疾病威胁并存的复杂局面。2019年，全球新型冠状病毒肺炎疫情爆发。新发、突发的传染病风险持续存在，甚至还面临着一些之前已经控制或消除的传染性疾病再度流行的风险。慢性非传染性疾病在发病率上也呈现出了增加和年轻化的趋势，患常见心理疾病和有精神障碍的人数持续增多，环境卫生、职业疾病、食品安全等健康性问题较为突出。

上述的健康成就和健康威胁均与中国的城镇化进程息息相关。城镇化发展得迅速，人民生活水平显著提高，城乡医疗卫生设施和公共服务体系日益健全，居民对健康的需求和投资都有所提高，获得健康的方式也多种多样。但是，城镇化也把人口健康放入了新的挑战之中。现代工业化生产过程产生的环境污染会导致了健康状况恶化；高度集中的人口使急性传染病的传播得

[1] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院关于实施健康中国行动的意见(国字号[2019]13号)[Z]. 2019.

[2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2021年我国卫生健康事业发展统计公报.

到扩大；快节奏的城市生活使人拥有更不良的健康行为。在此背景下，城镇化对健康的影响，以及在城镇化的进程之中，伴随着中国特有的户籍制度所产生的户籍身份是否会对健康产生影响需要我们进行探索。从某些角度来说，人口健康也可作为衡量新型城镇化是否高质量发展的评判标准之一，能为新一轮户籍制度改革的高效实行提供政策参考方向，助力我国在新时期的可持续有机发展。

1.2 研究目的与研究意义

1.2.1 研究目的

国内外已有许多研究探索了城镇化对人群健康状况的影响。城镇化过程对健康会产生何种效应，并且城镇化通过什么机制影响人口健康成为当前探索的热点和难点。多数研究认为城镇化进程能够帮助提升人群健康水平，但也有部分研究表现出相反观点。对于中国来说，推进城镇化的发展中离不开户籍制度的改革。我国经济高速蓬勃发展，城镇化水平和居民健康水平都有大幅提升，新一轮户籍制度改革也如火如荼地进行。城镇化是否能展现出显著的健康效应，又会对医疗服务利用产生何种影响，是对当前“新型城镇化”战略、新一轮户籍制度改革和“健康中国”战略实施效果的验证，以及对未来政策方向趋势进行预测的具有必要性的基础研究。

基于上述目的，本文从户籍转换的角度出发，旨在探索城镇化对我国居民健康状况的影响，及其在不同特征组别中的异质性，特别是“主动”城镇化居民和“被动”城镇居民之间的差异；进一步探究个体城镇化过程影响医疗卫生资源利用情况的方向和效应大小；最后根据研究所得结论，提出推进城镇化有机发展、提升人群健康水平、减少健康不平等、促进医疗卫生资源合理利用的相关政策建议。

1.2.2 研究意义

本研究对于探究城镇化进程对居民健康状况和医疗资源的使用情况方面具有较强的理论意义和现实意义。

（1）理论意义

首先，能够丰富城镇化战略和影响健康因素的相关领域研究。本文使用的是追踪调查问卷数据，旨在探究城镇化对人群健康的影响，并加入了减少内生性问题的方法，希望能为该领域的研究带来些许新思路。其次，针对我国城镇化快速发展的状态，本文使用追踪调查离写作时最新的一期 2018 年数据，能够反映包含最近一段时间内城镇化和人群健康状况的变化情况，理清城镇化与人群健康的关系。并以健康经济学中两个经典理论：健康社会决定因素理论^[1]和健康人力资本理论^[2]为支撑，能稍微印证和丰富理论的正确性。最后，2010 年世界卫生日的主题就是“城镇化与健康”，城镇化对人群健康的影响这一主题不仅是公共卫生、流行病学、社会科学的研究热点，也是地理学、人口学等学科的研究内容。因此该主题研究也能促进不同学科之间的交流合作。

（2）现实意义

中国现在正在进行的是有史以来最大规模的城镇化进程，城市集中了半数以上人口。健康不仅是人类进行生活生产活动的必要前提，也是一个国家的社会进步和经济发展的重要支撑。马克思把健康称做人的第一权利，是一切人类生存的第一前提^[3]；哲学家爱默生认为，健康是人的第一财富。不断探索能够改善人群健康状况的工具和途径，对整个社会来说，有利于人力资本的开发、保存和使用；对个人和家庭来说能提高生活质量和幸福水平。在“健康中国”的背景下，党和国家已经把健康上升到“战略”高度，探索我国城镇化对人群健康状况的影响，把健康相关指标作为衡量国家策略实施效果的因变量，符合我国新时期卫生方针中提出的将健康融入所有政策中，为全面

[1] 李鲁,吴群红. 社会医学[M]. 人民卫生出版社, 2012.

[2] Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health[J]. Journal of Political economy, 1972, 80(2): 223-255.

[3] 孙岱瑄. 马克思主义人民健康观及其当代价值探析[J]. 淮阴师范学院学报 (哲学社会科学版), 2022, (3): 226-232.

推进健康中国建设出力。因此,这不仅对居民个体来说还是对国家社会来说,都具有重要意义。

根据相关文献的阅读,学者们更多关注对于城镇化对健康的影响结果好坏,并且仍然没有一个清晰的定论,各界学者专家对于该战略实施后的效果存在怀疑,本文通过探索城镇化水平对人健康状况的影响分析,对中国城镇化战略今后的顺利高质量实施具有部分现实参考作用。

1.3 写作框架

本文正文部分共分为七个章节,具体写作框架如下:

第一章为绪论,本章介绍文章的理论背景和现实背景,提出研究问题,论述研究目的和意义并展示行文写作框架。

第二章为文献综述,本章对国内外研究城乡健康差异、城镇化对健康影响及影响机制的相关文献进行回顾和述评,总结现有的研究进展成果和存在可能进行进一步探索的创新方向。

第三章为研究设计,本章首先基于对应的理论基础提出研究假设,并介绍本研究中的数据来源、变量选择,根据研究假设构建实证回归模型。

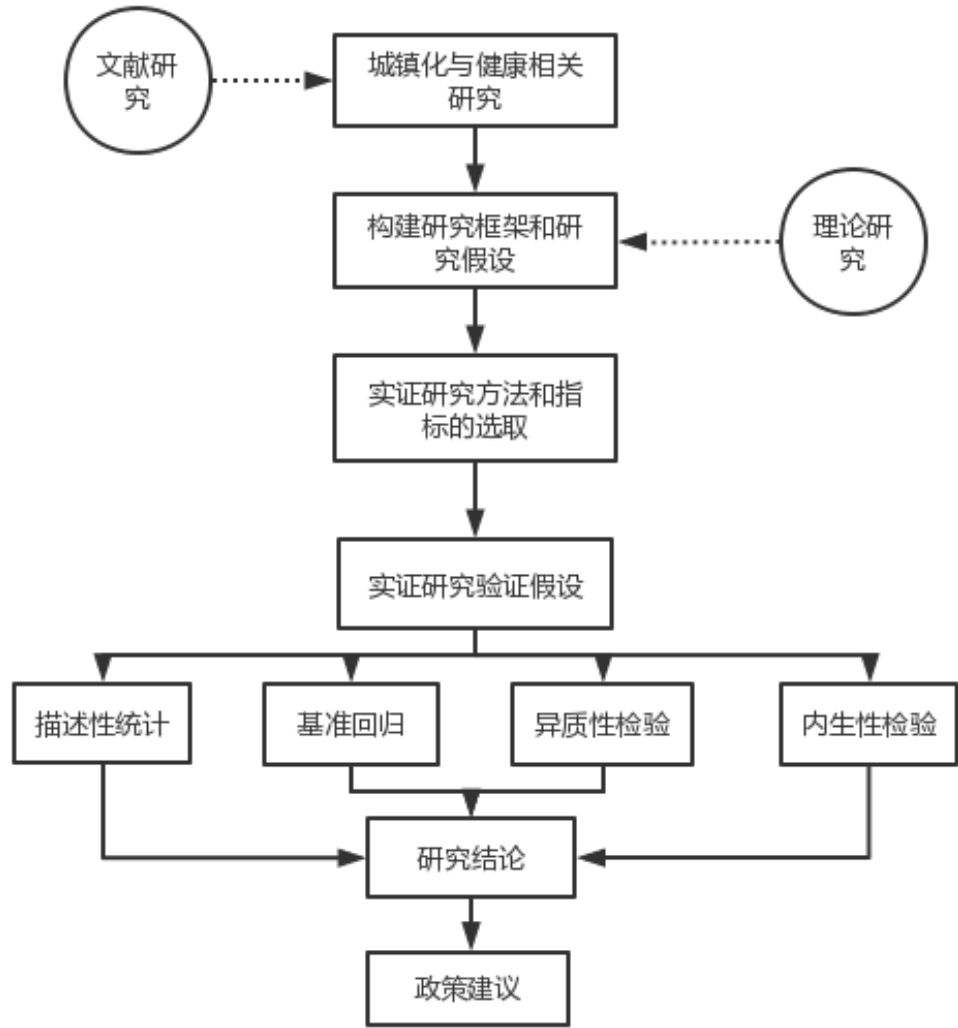
第四章为描述性统计分析,本章是对研究中的变量存在的不同组别和特征差异进行描述性统计分析。

第五章为实证分析,本章包括两个部分,首先探究城镇化过程对人群健康状况的影响及异质性,并进行内生性检验和稳健性检验;其次是进一步研究城镇化对医疗卫生服务利用的影响。

第六章为讨论与政策建议,首先,讨论了本文主要结论的可能产生原因以及理论基础和研究方法的讨论;然后,从城镇化发展的视角提出促进城镇化发展、改善人群健康、减少健康不平等的相关政策建议。

第七章为总结与展望,根据文献综述、描述性统计分析结果和实证分析结果,总结出本文的主要结论,并以此提出本文的创新点、局限之处和展望。

下图为本文的写作框架：



2.文献综述

2.1 城乡健康差异的相关研究

长期以来,在我国研究“健康公平”主题的文献中,城乡之间的健康差异一直是备受关注的考虑因素。中国的城乡二元结构特征是十分显著的,此二元结构表现出了城市和乡村在地域分布、产业格局、居民身份所处社会地位等方面的不同^[1]。随着改革开放的发展,城乡二元结构的之间壁垒开始松动,许多方面的差异已逐渐缩小,但整体来看,在社会经济地位、医疗卫生保障等地方仍然有较大差别,城市和乡村依旧是两个分割断裂的社会^[2]。城乡的分割割据使群体之间的健康差异明显存在^[3],这种健康不平等也是经过长期积累并且由多种因素共同作用所产生的结果。

从宏观指标来看,城市地区的平均寿命、婴儿死亡率等健康指标均优于农村^{[4][5][6]};农村地区居民的死亡风险较城市高^[7],但城市居民的慢性病患者率和两周患病率却高于农村居民^[8]。从个体微观角度来看,国内外学者很早就开始关注城乡之间的健康差异,但并没有达成共识。大部分的研究结果显示城市居民在体质、自评健康、生理健康、心理健康方面优于农村居民^{[9][10][11]}。Bremberg 研究北欧国家时发现,农村地区的教育水平更低以及高收入就业机会少,致使人口健康恶化。也有一些研究认为农村居民从事农业生产活动,

[1] 陆学艺. 当代中国社会结构[M]. 社会科学文献出版社, 2010.

[2] 孙立平. 断裂: 20 世纪 90 年代以来的中国社会[M]. 社会科学文献出版社, 2003.

[3] 焦开山. 中国老年人健康预期寿命的不平等问题研究[J]. 社会学研究, 2018, 33(01): 116-141.

[4] 李建新. 中国人口之殇[M]. 云南教育出版社, 2013.

[5] Zhao Z. Income inequality, unequal health care access, and mortality in China[J]. Population and Development Review, 2006: 461-483.

[6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 2021 年我国卫生健康事业发展统计公报.

[7] 张慧君, 王晓萱, 王洪源. 2017 年中国城乡居民死因别累积死亡率分析[J]. 中国卫生统计, 2020, (6): 910-915.

[8] 国家卫生健康委员会统计信息中心. 2019 中国卫生健康统计年鉴[R]. 2020.

[9] 杨振, 丁启燕, 黄思远, 等. 中国国民体质变化的地区差异特征与影响因素[J]. 华中师范大学学报(自然科学版), 2017, 51(6): 834-840.

[10] 孙玉凤, 时保国. 地域、性别不同与自评健康状况异质性研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(7): 463-467.

[11] 陈斯诗. 城乡老年人精神健康差异及其原因分析[J]. 人口与社会, 2020, (6): 38-49.

日常生活活动能力（ADL）会更好^{[1][2]}。Imaiso 总结了关于城乡之间的健康差异的文献，认为虽然结论并不能统一，但这种差异的存在是毋庸置疑的^[3]。

2.2 城镇化对健康影响的相关研究

阅读之前学者们的研究发现城镇化与人群健康水平之间有着密切的关联，并且城镇化与健康之间的关系存在着两个相互冲突的路线。一方面，城镇化提高了健康投资和收益，也就是 Galea 等人^[4]提出的“城市健康优势”，“城市健康优势”的内涵是，城市通常提供保护性的健康机会，如经济机会、基础设施开发建设、社会支持和医疗服务等优势，可以促进人群健康水平；另一方面，城镇化也带来了健康风险并加大了健康不平等，对应为“城市健康惩罚”^[5]，“城市健康惩罚”就意味着城市也会通过让个人暴露于环境污染、生活压力和现代生活有害行为等不健康因素从而致使健康被损害。

城市化影响健康的途径是复杂和多因素的，Gong 等人 2012 年在《柳叶刀》发布文章把影响途径大致分为四类。首先，城市环境本身构成生物、化学和物理伤害，可以致使城市居民疾病或受伤。其次，城市化引发社会经济地位、职业活动和社会结构的变化，可导致无论在城市还是在农村的人口精神疾病、心血管疾病和其他慢性非传染性疾病的发病率增高。第三，伴随城市化而来的大规模农村向城市的迁移，给中国流动人口的医疗保健提供带来了特别的挑战，这些流动人口往往是无证人口，在各方面管理都存在一定的难度和矛盾。最后，城市化通过农村人口到城市的移动、商业活动和娱乐活动等将之前孤立的地区连接起来，这也可能会导致传染病在更大的范围内传播。^[6]另外城镇化对健康的影响在不同的群体之中存在异质性。

[1] 曾毅, 沈可. 中国老年人口多维度健康状况分析[J]. 中华预防医学杂志, 2010, 44(2): 108-114.

[2] 李婷, 张闫龙. 出生队列效应下老年人健康指标的生长曲线及其城乡差异[J]. 人口研究, 2014, 38(2): 18-35.

[3] Imaiso J. Significant differences in elderly health between urban and rural communities: a literature review[J]. Health, 2019, 11(05): 567.

[4] Galea S, Freudenberg N, Vlahov D. Cities and population health[J]. Social science & medicine, 2005, 60(5): 1017-1033.

[5] Freudenberg N, Galea S, Vlahov D. Beyond urban penalty and urban sprawl: back to living conditions as the focus of urban health[J]. 2005.

[6] Gong P, Liang S, Carlton E J, et al. Urbanisation and health in China[J]. The Lancet, 2012, 379(9818): 843-852.

2.2.1 城市健康优势

对于研究结果印证“健康城市优势”说法的国内外文献颇多，但是衡量变量的指标不尽相同。Liu 等人^[1]利用中国健康与营养调查数据，首次提供了城镇化对农村医疗和保险具有影响的实证证据，研究发现城镇化会增加保险的覆盖率并促进医疗保健的获得，从而使农村居民的健康状况提高。王俊、昌忠泽^[2]把人口死亡率作为人口健康指标，运用统计年鉴数据得到城镇化率的提高能促进居民健康水平。张帆^[3]采取有序概率模型进行实证分析，认为城镇化能让居民自评健康为“好”的概率上升 11.8%。程明梅等人^[4]运用省级面板数据分析研究，得出结论城镇化率每提高 10%，人均期望寿命会上升 0.3%，新生儿死亡率会减少 2.48%。陈宝东、郑晓兰^[5]运用省级面板数据实证考察得出城镇化能有效降低居民死亡率。常青青、仲伟周^[6]采用分位数回归模型进行实证研究后得出在全国范围内，城镇化在各个分位点上都对健康具有促进的作用。

2.2.2 城市健康惩罚

城镇化也会给健康带来挑战和威胁，以此也有大量印证“健康城市惩罚”说法的文献。Fay 等人^[7]对与千年发展目标相关的三个儿童健康结果的决定因素进行实证分析发现城镇化率与儿童死亡率呈现正向相关。Van 等人^[8]用中国健康与营养调查中社区和个体水平数据，首次估计了中国城镇化对健康的净

[1] Liu G G, Wu X, Peng C, et al. Urbanization and health care in rural China[J]. Contemporary Economic Policy, 2003, 21(1): 11-24.

[2] 王俊, 昌忠泽. 中国宏观健康生产函数: 理论与实证[J]. 南开经济研究, 2007, (2): 20-42.

[3] 张帆. 城镇化对居民健康的影响: 基于有序概率模型的实证研究[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(12): 5-7.

[4] 程明梅, 杨朦子. 城镇化对中国居民健康状况的影响——基于省级面板数据的实证分析[J]. 中国人口·资源与环境, 2015, 25(7): 89-96.

[5] 陈宝东, 邓晓兰. 城镇化与居民健康: 现实考察与实证检验[J]. 云南财经大学学报, 2016, (6): 118-128.

[6] 常青青, 仲伟周. 城市化促进了公众健康水平提高吗?[J]. 经济经纬, 2018, (6): 127-134.

[7] Fay M, Leipziger D, Wodon Q, et al. Achieving child-health-related Millennium Development Goals: The role of infrastructure[J]. World Development, 2005, 33(8): 1267-1284.

[8] Van de Poel E, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Is there a health penalty of China's rapid urbanization?[J]. Health economics, 2012, 21(4): 367-385.

影响,发现城镇化提高了报告健康状况不佳的可能性。Chen 等人^[1]利用全国城镇居民流动与生活质量调查数据发现不同维度的城镇化水平都与居民的更多抑郁症状相关联,说明了城镇化对居民心理健康具有消极负影响。吴晓瑜、李立行^[2]利用了 2010 年中国家庭动态跟踪调查数据、人口普查数据以及官方统计年鉴数据,全方位地对城镇化和健康进行实证分析后认为城镇化对健康有负向影响。陈丹妮^[3]用中国健康与养老追踪调查 2011 年的横截面数据作为数据来源,并把是否患慢性病选取为衡量健康的指标,得出结论随着城镇化率的提升,患糖尿病、高血压、血脂异常和精神健康异常的人口数量也会增加。

2.2.3 影响的异质性

城镇化对健康的影响是具有异质性的。首先,在不同发展类型的国家中影响效果有区别,发达国家和发展中国家的健康影响不同^[4]。与发达国家不同,在发展中国家,社会经济更有优势的群体更有可能过上更健康的生活方式,发展中国家正在从营养不良转变为肥胖流行病,从体力密集型的工作和生活方式转变成为久坐的工作和生活方式^[5]。其次,城镇化对健康的影响在不同的年龄和性别之间有差异。抑郁症状的城乡差异在男性群体中因年龄不同而不同,但是在女性群体中却不显著^[6]。城镇化程度越高,患炎症的风险也会更大,炎症对城市化的反应程度因性别和年龄而异。18-40 岁的年轻男性,与低水平城市化相比,生活中在中、高水平的城市化中更容易增加患中度炎症的风险。但是,这个结论在年纪较大的男性群体中并不存在统计学意义;与之相反,

[1] Chen J, Chen S, Landry P F, et al. How dynamics of urbanization affect physical and mental health in urban China[J]. The China Quarterly, 2014, 220: 988-1011.

[2] 吴晓瑜, 李力行. 城镇化如何影响了居民的健康?[J]. 南开经济研究, 2014 (6): 58-73.

[3] 陈丹妮. 城镇化对居民健康的影响——基于 CHARLS 数据的实证研究[J]. 金融发展评论, 2018, (2): 101-117.

[4] Teo K, Chow C K, Vaz M, et al. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: examining the impact of societal influences on chronic noncommunicable diseases in low-, middle-, and high-income countries[J]. American heart journal, 2009, 158(1): 1-7.

[5] Xu H. Multilevel socioeconomic differentials in allostatic load among Chinese adults[J]. Health & place, 2018, 53: 182-192.

[6] Hu Y, Li P, Martikainen P. Rural-urban disparities in age trajectories of depression caseness in later life: The China Health and Retirement Longitudinal Study[J]. PLoS One, 2019, 14(4): 1-15.

在 40 岁以上的女性群体中,整体的城镇化程度与患中度炎症的几率相关^[1]。第三,在中国,由于特定的地理区位因素和经济发展等因素的差别,研究经常把不同的行政分区进行分开比较,看其是否存在差异。城市化对健康的影响在不同地理区域之间也有差别。从地区划分上看,城市化对中国东部地区公共健康的积极影响效果要大于中部地区和西部地区^[2]。又有研究表明城镇化对东部地区和中部地区的居民健康促进作用要显著大于西部地区^[3]。总的来说,东部地区城镇化的健康促进作用较西部地区大。

2.3 城镇化对健康的影响机制研究

2.3.1 城镇化通过提高经济水平影响健康

十八世纪之前,婴儿的期望寿命在很长一段时间内几乎没有变化,但从十九世纪至今,很多国家的平均期望寿命发生了翻天覆地的变化。这些变化在死亡模式和死亡原因上都不全相同并且各有特点,这也是形成流行病学转变理论的主要前提。流行病学转变理论有三个基本的模式:经典模式、迟缓模式和加速模式^[4]。经典模式(又叫西方模式),对应于绝大部分西方欧洲国家,死亡率的下降是一个按部就班的过程,转变的主要原因是经济因素,过程伴随着工业革命和人口数量变化。在转变早期,医学带来的提升作用很小,进入二十世纪后,医学和公卫的作用才逐渐增强;加速模式与经典模式相比,转变开始得更晚,但速度很快。一般认为,转变是在经济发展后发生,典型国家有日本;迟缓模式主要是发生在亚洲、拉丁美洲以及非洲的大部分国家,这些国家的死亡率在近半世纪以来才出现了大幅下降。伴随着经济的发展,现代医药学技术的发展进步和公共卫生措施的实施开始被认为是导致死亡率下降的主要因素^[5]。

[1] Thompson A L, Houck K M, Adair L, et al. Multilevel examination of the association of urbanization with inflammation in Chinese adults[J]. Health & place, 2014, 28: 177-186.

[2] 常青青, 仲伟周. 城市化促进了公共健康水平提高吗?[J]. 经济经纬, 2018, 6: 127-134.

[3] 程明梅, 杨朦子. 城镇化对中国居民健康状况的影响——基于省级面板数据的实证分析[J]. 中国人口·资源与环境, 2015, 25(7): 89-96.

[4] Omram A R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change[J]. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79(2): 161-170.

[5] 徐俐箏, 杨帆, 王健. 健康与经济增长论述[J]. 中国卫生管理研究, 2018, (0): 18-40.

不难看出,经济的发展对降低人口死亡率有着重要作用。为了进一步探讨经济发展水平与健康状况之间的关系,许多研究者聚焦了会影响寿命(健康)产生变化的决定因素,得出了比较一致的结果:经济条件增长会对健康和寿命产生正向积极影响,并且影响途径是通过收入水平的提高,使得对健康有更多的消费和投资^[1]。人均收入的差异在很大程度上能解释不同国家之间的医疗支出差异^[2]。王俊、昌忠泽通过分析健康生产函数发现:在计划经济时期,经济因素(包括人均GDP和财政支出)对人群健康的弹性为负;改革开放以后,经济因素对健康的弹性变为正,说明经济发展会对健康产生促进作用^[3]。龚胜生等人用相关分析和回归分析得出了人均GDP会对预期寿命产生显著的积极影响,并且影响可划分为即年影响和滞后影响,滞后影响会强于即年影响;当人均GDP大于3000-5000元,其对预期寿命的影响会出现边际递减效应;在空间分布上,人均GDP对预期寿命的影响表现为自东向西逐渐增强^[4]。也有研究指出,居民的经济水平会显著影响其医疗健康类保险参保机率,居民经济水平提升一个单位,其基本医疗保险的参保机率会增加35.9%,商业健康保险的参保机率会增加28.57%^[5]。

此外还有大量的研究关注于个人的社会经济地位(SES)与健康的关系。社会经济地位是指个人或群体在阶级社会中所处的位置,一般包括受教育程度、职业和收入水平三个维度^[6]。布莱克等人的研究发现^[7],不同社会经济地位水平的人群,其死亡率和患病率存在着显著的差异,在社会上层地位的人的健康状况会明显好于社会下层地位的人,这也说明健康不平等问题十分突出。之后的研究主要提供了两种说明健康与社会经济地位关系的理论:社会因果论和健康选择论^[8]。社会因果论认为社会经济地位越低的人健康状况更差

[1] Case A. Does money protect health status? Evidence from South African pensions[M]//Perspectives on the Economics of Aging. University of Chicago Press, 2004: 287-312.

[2] Newhouse J P. Medical-care expenditure: a cross-national survey[J]. The journal of human resources, 1977, 12(1): 115-125.

[3] 王俊, 昌忠泽. 中国宏观健康生产函数: 理论与实证[J]. 南开经济研究, 2007 (2): 20-42.

[4] 龚胜生, 陈云, 张涛, 等. 1990—2010年中国人口预期寿命与人均GDP的相关关系及其变化特征[J]. 经济地理, 2020, 40(2): 23-30.

[5] 祝嫦娥, 宋宝香. 经济水平, 户籍与医疗保险——基于CGSS2015的实证数据[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(8): 587-591.

[6] Blau P M. The American Occupational Structure[M]. The Free Press, 1978.

[7] Black D, Morris J, Smith C, et al. Inequalities in Health: Report of a Research Working Group[R]. London: Department of Health and Social Security, 1980.

[8] Elstad J I, Krokstad S. Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men[J]. Social science & medicine, 2003, 57(8): 1475-1489.

[1];健康选择论则是认为健康状况好的个人才能获得好的社会经济地位^[2]。虽然两种观点解释得完全相反,但都有相对应的研究进行支持。在中国也有相关运用这两种观点来研究解释健康不公平问题,但相对来说,一般认为健康选择论没有社会因果论的解释力强^[3]。

2.3.2 城镇化通过改变环境质量影响健康

当前国内外关注环境质量对人体健康影响的研究主要是在环境医病学领域和健康经济学领域。

环境医学中又大致分为急性健康效应和慢性健康效应。急性健康效应是指短时间内暴露于特定环境中导致的对健康的反应;慢性健康效应是指长时间暴露于特定环境中导致的对健康的反应。环境医学领域的研究主要使用流行病学的统计方法,研究暴露反应与健康结果之间的关系,并且环境医学的文献常分析影响健康的毒理机制,从医学的角度分析环境与健康的关系。

急性健康效应往往是因为突发的、紧急的、灾难性的事件导致该地区的环境产生极速变化,虽然这些突发性事件持续时间不长,但仍然会对人体健康产生影响。典型的案例有:1930年,比利时马斯河谷烟雾事件,致60余人死亡,数千人患病;1948年,美国多诺拉镇烟雾事件,致17人死亡,5910患病;1952年,伦敦烟雾事件,5天致死4000多人,两个月内又因此事故得病而死亡8000多人。在国内,孙庆华等人^[4]利用南京市2007-2012年的气象、空气污染、死因数据,证明了呼吸系统疾病和循环系统疾病是受温度影响死亡的敏感性疾病。孙震等人^[5]用武汉市中心城区两家大型综合三甲医院2013年的门诊资料和该年霾污染数据急性统计检验,应证了霾污染会对健康产生

[1] Dahl E. Social mobility and health: cause or effect?[J]. British Medical Journal, 1996, 313(7055): 435-436.

[2] West P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities[J]. Social science & medicine, 1991, 32(4): 373-384.

[3] 王甫勤. 社会流动有助于降低健康不平等吗?[J]. 社会学研究, 2011, 2: 78-101.

[4] 孙庆华, 张翼, 周连, 等. 南京市温度对死亡的急性效应研究[J]. 环境与健康杂志, 2016, 33(3): 193-197.

[5] 孙震, 李新跃, 周洁, 等. 武汉市城区霾污染急性健康效应分析[J]. 公共卫生与预防医学, 2017, 28(2): 45-48.

明显的急性效应；吴兴彬等人^[1]的研究分析得到集中供暖后，大气污染会使健康儿童的肺功能下降，具有急性健康效应影响。

长期的、较低水平地暴露在特定环境内，也会使人的健康状况发生变化。典型的案例有：1952-1972年间，日本发生水俣病事件，累计死亡50余人，致残283人；1931-1972年间，日本发生富山骨痛病事件，累计死亡34人，280余人因此患病；1968年3月-8月，日本发生糠油事件，致16人死亡，5000余人患病和数十万只鸡死亡。研究慢性健康效应的文献常常采用队列研究的方法，关注长期的暴露对健康产生的影响。Dockery等人^[2]用队列研究方法对美国六个城市的研究证明随着环境PM_{2.5}浓度的上升，人群肺癌死亡率、心肺死亡率和总死亡率也会上升；Chay等人^[3]分析了由于美国经济萧条导致的总悬浮颗粒物减少，对婴儿健康的影响，研究发现美国在经济萧条时期的婴儿死亡率显著更低。

在健康经济学领域，研究者们把经济学的理论和方法运用到探讨环境与健康关系中来。有的研究设置经济学模型，Chen等人^[4]使用断点回归的方法，利用淮河这一天然断点，得出了中国淮河以北地区的环境因冬季供暖而污染加重，导致心肺死亡率上升，北方居民预期寿命会减少5.52年；陈硕等人^[5]用三阶段最小二乘法验证了环境中二氧化硫排放的增加会导致肺癌的发病率上升。也有的研究会估计环境的健康经济效益和损失，Huang等人^[6]得出结论，若用疾病成本估计法和条件价值法估计2006年PM_{2.5}造成的珠江三角洲地区环境污染会造成292亿元的经济总损失，若用疾病成本法和人力资本法估计经济总损失结果为155亿元；姜绵峰等人^[7]的研究发现，2013年上海市PM_{2.5}造成的环境污染的经济损失高达120.89亿元。

[1] 吴兴彬, 岳克三, 曹萌, 等. 济南市供暖季空气污染对儿童肺功能的急性影响[J]. 环境卫生学杂志, 2020, (4): 382-387.

[2] Dockery D W, Pope C A, Xu X, et al. An association between air pollution and mortality in six US cities[J]. New England journal of medicine, 1993, 329(24): 1753-1759.

[3] Chay K Y, Greenstone M. The impact of air pollution on infant mortality: evidence from geographic variation in pollution shocks induced by a recession[J]. The quarterly journal of economics, 2003, 118(3): 1121-1167.

[4] Chen Y, Ebenstein A, Greenstone M, et al. Evidence on the impact of sustained exposure to air pollution on life expectancy from China's Huai River policy[J]. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2013, 110(32): 12936-12941.

[5] 陈硕, 陈婷. 空气质量与公共健康: 以火电厂二氧化硫排放为例[J]. 经济研究, 2014, 49(8): 158-169.

[6] Huang D, Xu J, Zhang S. Valuing the health risks of particulate air pollution in the Pearl River Delta, China[J]. Environmental Science & Policy, 2012, 15(1): 38-47.

[7] 姜绵峰, 叶春明, 盛真真, 等. 上海市雾霾健康经济损失风险评估[J]. 生态科学, 2017, 36(3): 90-97.

2.3.3 城镇化通过增加人口密度影响健康

城镇化的过程，是一个人口不断由农村向城市中搬迁的过程。在城镇化建设中，为了提高生活质量水平和效率，各类公共服务设施和人类活动聚集，人与人之间的“距离”变近，接触更频繁，原有的城市格局也变得紧凑。交通技术的进步也促进了人口的迁移，但同时还促进了接触性传染病的频繁爆发，特别是对一些先前从没有暴露在某种类型病菌下的人群来说^{[1][2]}。人口密度的增加会导致急性传染病的快速传播。埃博拉病毒、H1N1 流感病毒、霍乱病毒、寨卡病毒、SARS 病毒、新型冠状病毒等，这些都是 21 世纪令人棘手的传染病毒。近年来，新型冠状病毒肺炎在全球各地蔓延，研究者们对于影响“新冠”的传播和发展的因素尤为关注，其中人口密度就被认为是一个重要相关因素。漆翠芳等人^[3]的研究发现，武汉市的人口密度与以输入病例为主的第一阶段病例集群和以续发病例为主的第二阶段病例集群均呈正线性关联；李武等人^[4]发现人口密度与小区新冠传播风险呈正向相关；Mohammad 等人^[5]研究了新冠病毒在印度五个地区的传播情况和对应的人口密度关系，验证了人口密度和传输速率之间的相关性。不仅传染性病与人口密度有关，也有研究证明了慢性非传染性疾病也与人口密度有关。谢波等人^[6]用空间回归的方法，基于武汉市 2015 年的居民“脑卒中”疾病数据发现人口净密度与居民的脑卒中风险呈现显著正相关。

另外，部分研究也关注健康资源与人口密度的关系。在现代化社会中，医疗健康资源作为公共资源，其分布和人口的聚集程度是密不可分的。一方面，一定密度和数量的人口是政府对该地区医疗健康资源进行布局的前提，人口的规模效应也是城镇化过程中塑造城市功能格局的基础，人口的聚集也

[1] Alfred W C. Ecological imperialism. The biological expansion of Europe, 900 - 1900[M]. Cambridge University Press, 1986.

[2] McNeill W. Plagues and peoples[M]. Anchor, 1977.

[3] 漆翠芳, 杨力仁, 杨子轩, 等. 影响新型冠状病毒肺炎省际传播与发展的因素: 基于 30 个省市的数据分析[J]. 西安交通大学学报: 医学版, 2020, 41(5): 757-763.

[4] 李武, 赵胜川, 戢晓峰, 等. 交通暴露与土地利用模式对社区 COVID-19 传播风险的影响[J]. 中国公路学报, 2020, 33(11): 43.

[5] Arif M, Sengupta S. Nexus between population density and novel coronavirus (COVID-19) pandemic in the south Indian states: A geo-statistical approach[J]. Environment, Development and Sustainability, 2021, 23(7): 10246-10274.

[6] 谢波, 郑依玲, 李志刚, 等. 中国城市高密度居住环境对居民脑卒中的影响——对武汉的实证[J]. 城市规划, 2021, 45(5): 30-39.

吸引着各类医疗健康资源^[1]；另一方面，合理的医疗健康资源肯定会对居民生活质量，包括健康状况，具有提高的作用。冉钊等人^[2]利用长沙市的数据，研究健康资源与人口分布的情况发现了长沙市健康资源的可达性与人口密度在街道和县区尺度上都表现出一定程度上的不匹配。彭旭辉等人^[3]收集了我国280多个地级市医疗卫生领域的的数据，对医疗健康服务资源密度与人口密度之间的标度关系进行实证研究，发现城市的医疗健康服务资源的密度与人口密度之间普遍存在标度关系，并且标度指数在区域上出现了差异，建议要加强对中西部地区的医疗健康资源的投入。

2.4 文献评述

通过相关领域的文献阅读总结可以发现，关注城镇化与健康状况相关的研究越来越多，并且还是引发了不同学科领域的学者进行探讨，公共卫生、流行病学、社会科学、地理学、人口学等领域的研究者都有关注，多个学科的交流促进了相关研究的持续发展。研究视角有微观视角和宏观视角之分，研究方法包括定性分析和定量分析，研究过程中，选用的数据来源和指标也不同。因此，学者们的研究结果也不尽相同，以致于对于城镇化对健康的影响，学界还没有达到一个完全同一的观点，甚至还得到了两个完全相反的研究结果。观点一：城镇化可以提高人口的健康水平，也就是“城市健康优势”观点；观点二：城镇化会使得人口的健康水平被损害，对应“城市健康惩罚”观点。

虽然相关研究不少，但是，目前的研究还是存在一些不足之处。首先，目前探讨城镇化对健康影响分析的文献，在研究方法多是以定性研究为主，注重历史回顾、理论分析、文献总结、访问、观察等方法获得资料，用非量化的手段分析得到研究结论，采用定量分析的较定性分析少。其次，目前的文献集中关注城镇化的宏观测量视角，大部分采用该地城镇人口占总人口比重

[1] 赵东霞, 韩增林, 任启龙, 等. 市域人口老龄化空间特征与养老资源匹配关系研究——以东北三省为例[J]. 资源科学, 2018, 40(9): 1773-1786.

[2] 冉钊, 周国华, 张鸿辉, 等. 城市健康资源与人口分布空间关联性--以长沙中心城区为例[J]. 资源科学, 2019, 41(8): 1488-1499.

[3] 彭旭辉, 闵秋红. 医疗资源与人口密度的标度律: 来自我国城市的证据[J]. 中国卫生经济, 2015 (12): 49-50.

或地区经济发展水平来衡量城镇化水平。但是，城镇化作为一个没有那么客观具体的变量，是人为定义的，目前没有一个确切统一的来衡量其内涵的指标，也有人口城镇化、社会城镇化、经济城镇化等的区别，仅靠宏观指标来说明，不足以说服读者。因此，我们更应该关注到“人的城镇化”上，即从微观视角，研究个体的城镇化过程，对其健康的影响，使过程更加完整科学。最后，在进行异质性分析时，大多数研究关注于传统的人口特征进行划分，如性别、年龄、教育等。少有在研究城镇化对人口健康的影响时考虑到不同的“城镇化”原因之间的差异。

综上所述，本文在国内外已有研究的基础上，运用经济学研究方法，构建计量模型进行实证研究，来探索城镇化过程对人口健康的影响。一方面，本文从微观的角度，选用个体的户籍转变过程来衡量城镇化过程，选用主观和客观两种角度三个指标来衡量健康状况，并在基础回归的基础上，采取了倾向评分匹配方法和替换因变量衡量的方法，希望能获得更加完整和稳健的实证结果。另一方面，本文在异质性分析时，除了基于性别、教育水平、年龄等一般考虑因素外还加入了不同原因完成城镇化群体之间的影响差异。最后，再进一步讨论个体城镇化过程对门诊、住院次数的变化，探讨其对医疗卫生服务利用的影响。

3. 研究设计

3.1 理论基础和研究假设

3.1.1 健康社会决定因素理论

人们在传统的健康观念影响之下，通常把理化的或生物病因认为是引发疾病的罪魁祸首，只要能够找到这些病因并入手干预这些病因，就可以达到预防疾病和恢复健康的效果。并且健康问题的解决也主要是依靠医生、护士、医院、卫生部门，是他们的任务，而并非需要人人参与。随着社会中医学模式的发展，生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式，社会因素对健康的影响也逐渐被发现。WHO 定义健康社会决定因素为：除开直接会导致疾病的因素，那些因为人们的社会地位、资源、工作、环境以及其他对健康产生影响的因素。现在，健康社会决定因素被公认为是决定人们是否健康的根本原因，它贯穿出生到死亡全过程，包括整个人生的全部社会环境特征^[1]。城镇化是当前人类社会的主要活动之一，深刻改变着我们生活的各方面环境，包含经济、社会、生态等，也会对健康产生重要影响，因此本文选用健康社会决定因素理论作为理论基础之一。

3.1.2 健康人力资本理论

上个世纪六十年代初期，就有部分经济学家提出了可以把健康视作人力资本的理念。但正式提出健康是人力资本的组成部分的是 S J Mushkin 博士，他将“教育”和“健康”列作人力资本框架下的孪生概念，劳动力人力资本

[1] 李鲁，吴群红. 社会医学[M]. 人民卫生出版社，2012.

存量主要包括健康、知识、技能和经验等基本要素^[1]。紧接着，在 1972 年 Grossman 博士发表了健康经济学领域的经典之作《On the Concept of Health Capital and Demand for Health》后，健康需求模型才正式提出^[2]。消费者需要健康有两个原因：一是消费上的受益，把健康当为是一种消费品，它能够直接对消费者的效用函数产生影响，给消费者带来满足感。反过来说也就可以理解为，生病（健康受损）会对人们产生消极负向效用；二是投资上的受益，也就可以把健康理解为一种人们的投资产品，它能够对消费者从事各类型市场、非市场活动的可用时间产生决定影响作用。城镇化伴随着经济的发展、社会的进步等一系列活动，使人们对健康的观念产生变化，从而影响对健康的消费和投资。因此，根据健康社会决定因素理论和健康人力资本理论，提出本文的第一个假设：

假设一：城镇化过程能够改善居民的健康水平，提升自评健康状况，降低工具性日常生活活动能力受损和日常生活能力受损的概率。

3.1.3 机会平等理论

1971 年，Rawls 提出了“正义论”^[3]，为平等主义的思辨性分析奠定了理论基础。Roemer^[4]深受其影响，并批判继承了 Dworkin^{[5][6]}、Arneson、Cohen^[7]等人的思想，在 1998 年把数理方法引入机会平等理论之中，形成了福利主义的机会平等理论，也是现学术界对于机会平等主题最普遍认同的理论。他认为，一个人的优势(advantage)是由环境因素(circumstance)和努力因素(effort)共同决定的。其中，环境因素是指不受自己本身控制的因素；努力因素是指受个人控制的因素。因为努力因素的差异而产生的优势不平等是合理的，但因为环境因素差异导致的优势不平等不是合理的，并且个人的努力会受环境

[1] Mushkin S J. Health as an Investment[J]. Journal of political economy, 1962, 70(5, Part 2): 129-157.

[2] Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health[J]. Journal of Political economy, 1972, 80(2): 223-255.

[3] Rawls J. A Theory of Justice[M]. Cambridge University Press, 1971.

[4] Roemer J E. Equality of Opportunity[M]. Cambridge University Press, 1998.

[5] Dworkin R. What is equality? Part 1: Equality of welfare[J]. Philosophy & public affairs, 1981, 10(3): 185-246.

[6] Dworkin R. What Is equality? Part 2: Equality of resources[J]. Philosophy & public affairs, 1981, 10(4): 283-345.

[7] Cohen G A. Self-ownership, freedom, and equality[M]. Cambridge University Press, 1995.

因素的影响，因此社会需要对环境因素负责任，需要考虑环境对努力产生的影响，也称为“偏环境效应”。社会应该依据个体所处环境的相对努力程度来进行资源分配，而并非按照绝对努力水平进行分配。

对应本文的研究主题，我们就会发现现实中存在两种截然不同的城镇化途径：（1）“主动”城镇化，即通过自我升学、工作、参军、婚姻等原因完成户籍转换，（2）“被动”城镇化，即通过土地征用、地区规划等原因完成户籍转换。对于这两种类型的城镇化途径来说，个体之间的努力因素和环境因素并非一致的，因此并非机会平等的。第一类群体，在城镇化的过程中通常具有较高的“选择性”和“淘汰性”，在农村中往往只有优秀和努力的人才具备这种机会^{[1][2][3]}，其城镇化可以说是由努力因素所决定的；第二类群体，往往是由于公共设施改建、政府用地规划等外部环境因素而产生的，其过程与个人的努力因素相关不大。因此，基于机会平等理论，我们可以推测，变化为非农户籍对这两类群体的健康影响是具有差异的。“被动”城镇化群体虽然在此过程中能够一次性收获一大笔物质性补偿，但由于其自身人力资本（如受教育水平）一般还是低于“主动”城镇化的人，对健康的消费和投资理论上可能并未与之前有明显差别。据此，提出本文的第二个假设：

假设二：相比于“主动”转换群体，城镇化过程较难提升“被动”转换群体的健康水平。

3.1.4 安德森模型

1968年，安德森提出了卫生服务利用行为模型（Behavioral Model of Health Services Use, BMHSU），又被称为“安德森模型”。该模型把影响卫生服务利用的因素分成了倾向因素（predisposing characteristics）、促进因素（enabling resource）和需要因素（need）。具体来说，倾向因素是指与医疗服务利用非直接相关的基本产生前的更倾向于使用医疗服务资源的人群特征，包括性别、年龄、受教育程度、外界社会结构、对健康的态度、认知、价值

[1] Chan K W, Buckingham W. Is China abolishing the hukou system?[J]. The China Quarterly, 2008, 195: 582-606.

[2] 郑冰岛, 吴晓刚. 户口、“农转非”与中国城市居民中的收入不平等[J]. 社会学研究, 2013, 1: 160-181.

[3] 谢桂华. “农转非”之后的社会经济地位获得研究[J]. 社会学研究, 2014, 1: 40-56.

观等因素；促进因素是指能间接影响医疗服务利用的获得医疗卫生服务的能力，包括个体和家庭层面的收入、保险情况等和社会层面的医疗服务供给状况、价格、就医时间等因素；需要因素包括自身感知的需要和临床评估的需要^[1]。

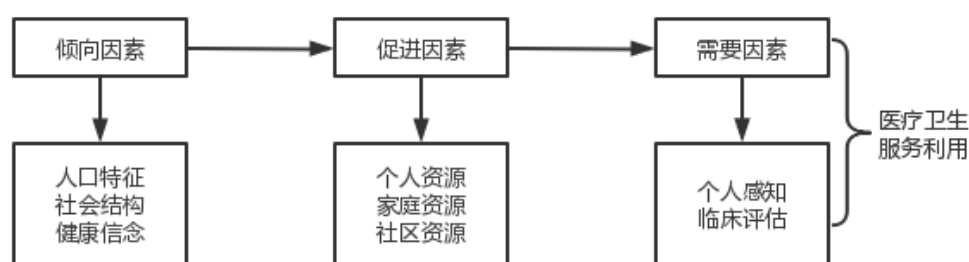


图 3.1 安德森模型

个体城镇化的转变必然会引起上述三类相关因素的变化。健康状况与医疗服务利用相关，但并不能完全决定个体的医疗服务利用水平。在个体城镇化过程中，普遍上倾向因素和促进因素状况会变得更好，人群会在疾病未发生时就更有倾向去使用医疗卫生服务，并且有更多的医疗卫生服务资源可供选择。医疗保险类型发生变化，不同医疗保险在报销比例和报销范围上也会有差别。在需要上，虽然临床上的评估需要可能减少，但自我感知需要会更加强烈。据此，提出本文的第三个假设：

假设三：城镇化过程会增加个体医疗服务利用情况，提高门诊、住院次数和费用。

3.2 数据来源与处理

3.2.1 数据来源

本文的基础数据来源于中国健康与养老追踪调查（China Health and Retirement Longitudinal Study，以下简称为 CHARLS）。CHARLS 项目采取

[1] 李月娥，卢珊. 医疗卫生领域安德森模型的发展、应用及启示[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(11): 77-82.

多阶段分层 PPS 的方法进行抽样，问卷包括有社区、家庭和个人部分，问卷涵盖了被调查者基本信息、健康状况、家庭信息、社区情况、消费和资产等多方面内容，具有全国代表性。2008 年，CHARLS 分别在我国东西部具有典型国情代表性的浙江、甘肃两省开展预调查；2011 年，CHARLS 在全国 28 个省（自治区、直辖市）的 150 个县、450 个社区（村）开始展开了全国性的基线调查；此后在 2013、2015 和 2018 三年分别进行了三次全国范围内的追踪调查访问。截至 2018 年全国追访完成时，CHARLS 调查的样本已覆盖了全国共计 1.24 万户家庭中的 1.9 万名被调查者。本文微观数据选用 CHARLS 的理由包括：第一、大多数微观调查数据一般只公布被调查者所在省份信息，而不公开被调查者的城市信息，而 CHARLS 数据在 PSU 数据集中公开了被调查者地级市层面信息，对应于本文的城镇化主题需要更好定位不同地级市的基本情况；第二、CHARLS 数据有专门针对健康方面问题的详尽调查，能比较全面地用多个指标来衡量出被调查者的健康相关状况；第三、CHARLS 数据针对的对象大部分是 45 岁及以上的中老年人，这个年龄段的人经历了中国城镇化开始、快速发展和逐步平稳全阶段，年纪更小的群体可能只经历了城镇化的某一个时期，相比较起来，更具有研究中国城镇化的代表性。

此外，本文还将地级市层面的地区发展总值、年末总人口数、医院（包括卫生院）数作为控制变量纳入研究，数据采自于 2018 年的《中国城市统计年鉴》，能够从宏观层面控制地区经济发展差异、人口数量、医疗资源供给能力对人群健康基础和医疗行为的影响。

3.2.2 数据处理

本文选用的是 CHARLS2018 年的截面调查数据，原始数据库中共有 19816 名受访者，按照研究的设定，我们把第一个户籍不在农村的群体和没有户籍的人群去掉，不纳入研究样本的范围，最后剩下 13752 个样本。但并不是研究中的每一个变量都能收集到全部 13752 个样本，因此不同回归方程中参与回归的样本量也有所不同，会在每一个回归结果中显示此回归对应的样本数量。

3.3 变量选取

3.3.1 被解释变量的指标选取

(1) 自评健康状况

自评健康是国际上常用的测量健康的方法之一，是被调查者根据自身感受情况对自我健康做出的判断，具有主观性，不仅能反映出不同个体之间的身体状况和耐受程度的差异，还能体现个体精神状态、社会功能和角色适应等多方面情况^[1]。自评健康指标还可以综合反映出个体对自己过去和未来一段时间内的健康评价，具有相对稳定性，重测信度较高，有良好的适应性和有效性。在 CHARLS 问卷中调查居民自评健康的问题是“您认为您的健康状况怎样？是很好，好，一般，不好，还是很不好？”包括“很不好”、“不好”、“一般”、“好”、“很好”五个等级选项。本文基准回归将选择“很好”、“好”、“一般”划分为自评健康好，赋值为 1；将选择“不好”、“很不好”划分为自评健康不好，赋值为 0。

(2) 日常生活活动能力（Activity of Daily Living, ADL）

表 3-1 ADL 量表

问题	问题选项
自己穿衣服有困难？	
洗澡有困难？	1.没有困难
吃饭有困难？	2.有困难但仍可以完成
起床、下床有困难？	3.有困难，需要帮助
上厕所所有困难？包括蹲下、站起	4.无法完成
控制大小便有困难？	

日常生活活动能力是指一个人能满足日常生活所必要进行的活动的的能力，包括吃饭、洗澡、如厕、穿衣等能力。在 CHARLS 问卷中设置了六个问题，每个问题四个选项，考察其在吃饭、穿衣、控制大小便、如厕、上下床、洗澡方面是否能够独立完成，具体问题和回答如表 3-1 所示。若被调查者选择

[1]李强. 高龄老人的自评完好及其影响因素[J]. 中国人口科学, 2004, 1: 57-64+177.

选项 1，则意为有能力完成该项活动；若被调查者选择选项 2、3、4，则意为无能力完成该项活动。从整体上来看，若 6 个问题都选择了选项 1，表示完成六项日常活动均无问题，则赋值为 0；若 6 个问题中有一个及以上问题并未选择选项 1，表示日常活动能力受损，则赋值为 1。

（3）工具性日常生活活动能力（Instrumental Activities of Daily Living, IADL）

工具性日常生活活动是指维持独立生活所必要的一些需要工具才能完成活动，包括购物、洗衣、服药、使用电话、使用交通工具等，是个人维持生活自理、健康并获得社会支持，实现社会属性的一些活动。在 CHARLS 问卷中设置了六个问题，每个问题有四个选项，考察其在做家务、购物、管理财务、吃药、做饭、使用电话方面是否能够独立完成，具体问题和回答如表 3-2 所示。若被调查者选择选项 1，则意为有能力完成该项活动；若被调查者选择选项 2、3、4，则意为无能力完成该项活动。从整体上来看，若 6 个问题都选择了选项 1，表示完成六项工具性日常生活活动均无问题，则赋值为 0；若 6 个问题中有一个及以上问题并未选择选项 1，表示工具性日常生活活动能力受损，则赋值为 1。

表 3-2 IADL 量表

问题	问题选项
做家务活的时候有困难？	
做饭有困难？	1.没有困难
自己去商店买食品杂货有困难？	2.有困难但仍可以完成
拨打电话有困难？	3.有困难，需要帮助
自己吃药有困难？	4.无法完成
管钱有困难？	

（4）医疗卫生服务利用

医疗卫生服务利用是指实际发生的医疗卫生服务的数量，是医疗服务需要与医疗服务供给相互作用的结果，常用于评价医疗卫生服务的经济和社会效益。常用的医疗卫生服务利用指标包括住院、门诊和预防保健医疗卫生服

务利用等。相对应的常用评价指标为：住院率、住院天数；两周门诊就诊率、两周门诊就诊人次；计划免疫、妇幼保健等利用指标^[1]。

本文根据 CHARLS 问卷的数据可得性，选取过去一个月门诊次数和过去一个月门诊费用来衡量门诊医疗卫生服务利用；选取过去一年住院次数和过去一年住院费用来衡量住院医疗卫生服务利用。

3.3.2 解释变量的指标选取

本文的主要核心自变量是城镇化，从微观个人的角度出发，参考之前文献的变量衡量标准^{[2][3][4]}，把被调查者是否发生过户籍由农村户口转变为非农户口或统一户口作为衡量是否经历城镇化的标准。CHARLS 问卷中有四种户口类型：农业户口、非农业户口、统一户口和没有户口。在 2014 年的生命历程调查中，补充了关于被访者的户口详细的信息，包括：第一个户口类型、户口类型是否发生过变化、新的户口类型以及户口发生变化的原因，我们能根据此问卷和答案清理出截至 2014 年户籍由农村变为非农或统一的居民。并且再由 2015 年和 2018 年的问卷中关于户籍变化的相关问题来补充这两次访问期间户籍发生变化的人，以此清理出截至 2018 年户籍发生过由农村变为非农或统一的全部居民。若受访者第一个户口和现在的户口一直都为农业，并且期间没有发生过户籍类型的变化，则认为该个体并未发生城镇化过程，赋值为 0；若受访者第一个户口为农村户口，但在之后的生活中户口类型发生了变化，并且变化后的新户口类型为非农户口或统一户口，则认为该个体发生了城镇化过程，赋值为 1。

3.3.3 控制变量的指标选取

(1) 人口统计学特征

[1] 陈文. 卫生经济学[M]. 人民卫生出版社, 2017.

[2] 闫辰聿, 和红. 城镇化的微观健康效应——户籍转变对农业转移人口健康的影响[J]. 西北人口, 2022, (5): 37-48.

[3] Ye X, Zhu D, He P. Earlier migration, better cognition? The role of urbanization in bridging the urban-rural cognition gaps in middle and older age[J]. Aging & mental health, 2022, 26(3): 477-485.

[4] 霍鹏, 张冬, 屈小博. 城镇化的迷思: 户籍身份转换与居民幸福感[J]. 农业经济问题, 2018 (1): 64-74.

根据 Grossman 健康人力资本理论^[1]，以及之前的众多研究已经证明了个人的性别、年龄、教育、婚姻对健康会造成差异性影响^{[2][3]}，本文在控制变量中加入性别、年龄、文化水平、婚姻状况四个变量。对问卷中对教育的问题划分为三个等级，并处理为一个分类变量，“小学及以下”赋值为 1；“高中以下”赋值为 2；“高中及以上”赋值为 3。将在回答有关婚姻问题中选择“已婚，和配偶一起居住”、“已婚，但因为工作问题等原因暂时没有和配偶一起居住”两个答案的赋值为 1，意为已婚；选择“离异”、“分居”、“丧偶”、“从未结婚”四个选项的赋值为 0，意为未婚。年龄设置为一个数值型连续性变量；性别处理为虚拟变量，女性赋值为 1，男性赋值为 0。此外，是否拥有医疗保险也会对健康产生直接影响^[4]，可能增加对于医疗服务的需求^[5]和支出^{[6][7]}。因此，本文还加入了是否拥有医保的变量，若被调查者参与了问卷中提及的任意一种医疗保险，则视为购买医保，赋值为 1，没有参与任何一种医疗保险，赋值为 0。

（2）儿童时期社会经济地位指标

有一定研究表明，儿童时期的社会经济地位会对成年后的健康状况会产生影响^{[8][9][10]}，并且儿童时期的社会经济地位也可能与个体之后的行为选择有一定关系，包括本文的是否进行户籍转换的行为。本文选用父亲职业、母亲职业、父亲受教育程度、母亲受教育程度和家庭经济状况五个指标来衡量。父母职业分为“务农”和“非务农”，分别赋值 1 和 0；父母受教育程度分为“文盲”、“非文盲”，分别赋值 1 和 0；家庭经济状况分为“普通家庭以

[1] Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health[J]. Journal of Political economy, 1972, 80(2): 223-255.

[2] 吴雪雨, 巢健茜, 鲍敏, 等. 我国老年人健康状况性别差异及影响因素研究[J]. 中国预防医学杂志, 2022, (1):13-19.

[3] 张玲玲, 张长丽, 许学国, 等. 社会生态系统理论视角下农村因病致贫居民自评健康影响因素研究[J]. 医学与社会, 2019, 11: 108-111.

[4] 潘杰, 雷晓燕, 刘国恩. 医疗保险促进健康吗?—基于中国城镇居民基本医疗保险的实证分析[J]. 经济研究, 2013 (4): 130-142.

[5] 刘国恩, 蔡春光, 李林. 中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析[J]. 经济研究, 2011, 3: 95-107.

[6] 赖国毅. 医疗保障与老年医疗消费的实证分析[J]. 社会保障研究, 2012 (6): 46-57.

[7] 王新军, 郑超. 医疗保险对老年人医疗支出与健康的影响[J]. 财经研究, 2014 (12): 65-75.

[8] 聂建刚. 儿童时期不良社会经济状况和成年期死亡率的前瞻性观察研究[J]. 中华医学信息导报, 1998 (19): 21-21.

[9] Yi Z, Gu D, Land K C. The association of childhood socioeconomic conditions with healthy longevity at the oldest-old ages in China[J]. Demography, 2007, 44(3): 497-518.

[10] 李晓宇. 我国中老年健康不平等的早期根源追溯——基于儿童期社会社会经济地位的实证研究[D]. 济南: 山东大学, 2014.

下”、“普通家庭及以上”，分别赋值 1 和 0。这些儿童时期社会经济地位指标均来自 CHARLS2014 年补充的生命历程问卷。

（3）宏观指标

宏观因素也会影响居民健康水平和医疗卫生费用^{[1][2]}，并且城镇化水平不同的城市，经济发展、人口结构和医疗卫生服务供给量也不同。本研究加入了地级市层面的年末人口数、地区生产总值和医院（包括卫生院）数作为控制变量，以控制由于经济发展水平、人口结构、医疗服务供给量所产生的对于城镇化水平和健康水平方面的差异。

3.3.4 主被动城镇化变量的指标选取

根据上文提到的机会平等理论中的描述，本文在描述性统计和异质性分析时，把解释变量个体城镇化过程划分为主动城镇化和被动城镇化，以此分析二者之间的差异性。根据之前文献对主动城镇化和被动城镇化的研究发现，主动城镇化往往是出于本人有意愿去产生城镇化过程，对于主动城镇化的类型和方法会有很多种，不能详尽统计；而被动城镇化并非是本人意愿的城镇化，这种城镇化在我国最典型表现为大规模整体征地拆迁^[3]。因此，被动城镇化相较于主动城镇化更好区别和划分，本文就把较为明显非本人意愿的城镇化归为被动城镇化，其他为主动城镇化。又由于本文统计该变量需要跨越不同时间年份的问卷表，不同问题选项可能有所不同，具体变量划分如下。

首先，在 2014 年的生命历程调查中，补充了关于被访者的户口详细的信息，包括：第一个户口类型、户口类型是否发生过变化、新的户口类型以及户口发生变化的原因。关于户口发生变化的原因，问卷中有这样一个问题：“您的户口为什么发生改变？”该问题包含了“上学”、“毕业”、“结婚”、“离婚”、“异地工作（不包括参军）”、“退休/离休”、“返乡”、“参军”、“退伍/复员”、“逃荒、逃难”、“随父母/子女改变户口”、“随配偶改变户口”、“整村搬迁/拆迁”、“干部下放或知青返乡”、“返城（干

[1] 李长乐, 何刚, 范艳存, 等. 我国人均卫生费用的宏观影响因素研究[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(12): 51-53.

[2] 唐齐鸣, 项乐. 中国居民医疗保健支出的影响因素及区域差异性研究[J]. 金融研究, 2014 (1): 85-98.

[3] 李强. 主动城镇化与被动城镇化[J]. 西北师大学报: 社会科学版, 2013, 50(6): 1-8.

部下放或知青下乡之后）”、“购房”、“土地被征用”、“所在地实行统一居民户口”、“购买非农业户口”、“投靠亲友”、“因出国注销户口”、“其他原因”22个选项答案。我们能根据此问卷和答案清理出截至2014年的发生过户籍变化居民的原因。其中选项“其他原因”并未补充具体原因，不纳入考虑；“因出国注销户口”的被调查者不是本文的研究对象，也不纳入考虑。

本文把户口转变原因选择为“整村搬迁/拆迁”、“土地被征用”、“所在地实行统一居民户口”、“购买非农业户口”这些明显非本人意愿城镇化选项的定义为被动城镇化，赋值为0；把户口转变原因选择为“上学”、“毕业”“结婚”、“离婚”、“异地工作（不包括参军）”、“退休/离休”、“参军”、“退伍/复员”、“逃荒、逃难”、“随父母/子女改变户口”、“随配偶改变户口”、“干部下放或知青返乡”、“返城（干部下放或知青下乡之后）”、“购房”、“投靠亲友”选项的定义为主动城镇化，赋值为1。

其次，在CHALRS2015年的家户问卷和CHALRS2018年的家户问卷中存在问题“您的户口类型发生变化的原因是什么？”，问题有“上学”、“结婚”、“就业”、“土地被征用”、“整村搬迁”“其他”6个答案选项。我们能根据此问卷和答案补充清理出截至2018年的全部发生过城镇化居民的原因。其中选项“其他原因”并未补充具体原因，因此不纳入考虑。本文把户口转变原因选择为“上学”、“结婚”、“就业”定义为主动城镇化，赋值为1；把选择“土地被征用”、“整村搬迁”这些明显非本人意愿城镇化选项的定义为被动城镇化，赋值为0。

3.4 研究方法

3.4.1 描述性分析

采用率和构成比对受访者的基本信息特征进行简单介绍，包括年龄、性别、婚姻、受教育程度、幼时社会经济地位等特征。根据并在此基础上对不同特征下人群的健康差异状况和户籍转换差异状况进行描述性分析，得到一个关于研究对象系统且全面的概述。

3.4.2 多元回归分析

采用二元 logit 模型和二元 probit 模型来处理因变量为二分类变量（自评健康状况、ADL、IADL）时的情况，采用多元线性回归模型处理因变量为连续性变量（门诊和住院次数、费用）的情况。模型设定如下：

$$Health_i = \alpha_0 + \alpha_1 Hukou_i + \alpha_2 AFM_i + \alpha_3 SES_i + \alpha_4 City_i + \varepsilon_i$$

其中， $Health_i$ 表示第 i 个受访者的健康水平和医疗卫生服务利用水平，本研究的健康水平包括自评健康状况、日常活动能力和工具性日常生活活动能力，医疗卫生服务利用水平包括一个月门诊次数和过去一个月门诊费用、过去一年住院次数和过去一年住院费用； $Hukou_i$ 表示第 i 个个体的户籍变动状况，用来衡量是否发生城镇化过程，是本文的主要自变量； AFM_i 表示个体人口统计特征指标，包括性别、年龄、婚姻、受教育情况、是否购买医保； SES_i 表示 i 个个体的幼时社会经济地位，包括父母职业、父母受教育程度和幼时家庭经济状况； $City_i$ 表示 i 受访者所在城市的宏观特征，包括该城市年末人口数、地区生产总值、医院（包括卫生院）数。 α_0 代表截距参数， ε_i 代表未能观测到的其他因素（随机误差项）。

3.4.3 倾向评分匹配法

考虑到本文的主要自变量使用户籍是否转换来衡量的，这就导致了“自选择”问题，也就是说变量户籍转换不是一个随机发生的过程，而是个体进行自我选择后的结果。因此，本文再次引入倾向评分匹配的方法来解决“自选择”产生的内生性，证明实证结果的稳健型。

倾向评分匹配方法（PSM）是在“反事实推断模型”的理论框架下进行操作，在 1983 年由 Paul Rosenbaum 和 Donald Rubin 提出^[1]，常用于公共卫生、经济学等领域。PSM 方法假定有 N 个个体，每个个体 i ($i=1, 2, \dots, N$) 有两种潜在结果：未被干预的 $Y_i(0)$ ，接受干预的 $Y_i(1)$ 。标记个体被干预的效应为 δ_i ，那么 $\delta_i = Y_i(1) - Y_i(0)$ ，即接受干预的潜在结果与未被干预

[1] Rosenbaum P R, Rubin D B. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects[J]. Biometrika, 1983, 70(1): 41-55.

的潜在结果之差。令 $D_i=0$ 表示未被干预, $D_i=1$ 表示接受干预, Y_i 表示结果变量, 那么反事实框架模型可以表示为:

$$Y_i = Y_i(D_i) = \begin{cases} Y_i(0), & D_i = 0 \\ Y_i(1), & D_i = 1 \end{cases}$$

或者:

$$Y_i = (1-D_i)Y_i(0) + D_iY_i(1)$$

ATT 指个体 i 在干预状态下的平均干预效应, ATT 的估计量公式如下:

$$ATT = E\{Y_i(1) - Y_i(0)|D = 1\} = E\{Y_i(1)|D = 1\} - E\{Y_i(0)|D = 1\}$$

当然, $E\{Y_i(0)|D = 1\}$ 这个反事实我们是观测不到的, 所以我们用个体在未被干预的结果 $E\{Y_i(0)|D = 0\}$ 来代替估计, 因此 ATT 的估计公式进一步表示为:

$$\begin{aligned} ATT &= E\{Y_i(1)|D = 1\} - E\{Y_i(0)|D = 0\} \\ &= \langle E\{Y_i(1)|D = 1\} - E\{Y_i(0)|D = 1\} \rangle + \langle E\{Y_i(0)|D = 1\} - E\{Y_i(0)|D = 0\} \rangle \\ &= ATT + selection\ bias \end{aligned}$$

为了使选择偏移尽可能小, 我们把干预组和无干预组的第三方变量 (协变量) X 取值相同的两个个体进行匹配来观察处理效应, 若 X 为一组变量时, 则采用倾向得分的方法进行匹配。本文把可能影响自变量和因变量的控制变量作为匹配标准, 包括: 年龄、性别、婚姻状况、教育程度、是否有医保、幼时父母职业、幼时父母教育程度、幼时家庭经济状况、城市年末人口数、城市地区生产总值、城市医院 (包括卫生院) 数。

4.描述性统计分析

4.1 变量的描述性分析

表 4-1 描述性统计分析

变量名称	变量定义	样本数量	均值	标准差	最小值	最大值
被解释变量						
健康状况						
自评健康	好=1, 差=0	12853	0.729	0.444	0	1
ADL	受损=1, 正常=0	13715	0.191	0.393	0	1
IADL	受损=1, 正常=0	13715	0.251	0.434	0	1
医疗资源利用						
门诊次数	过去一月门诊次数	13703	0.353	1.266	0	31
门诊费用	过去一月门诊费用的对数	2073	5.968	1.61	0	12.543
住院次数	过去一年住院次数	13740	0.268	0.836	0	24
住院费用	过去一年住院费用的对数	2146	8.836	1.312	2.536	12.899
解释变量						
城镇化	户籍是否转变为非农或统一是=1, 否=0	13752	0.162	0.368	0	1
控制变量						
人口统计特征						
年龄	被访谈时的实际年龄	13752	62.206	10.390	0	118
性别	女性=1, 男性=0	13752	0.500	0.500	0	1
教育水平	1=小学以下, 2=高中以下, 3=高中及以上	13752	1.634	0.653	1	3
婚姻状态	已婚=1, 未婚=0	13752	0.850	0.357	0	1

续表 4-1 描述性统计分析

变量名称	变量定义	样本数量	均值	标准差	最小值	最大值
医疗保险	至少有一种医疗保险=1, 一种医疗保险也没有=0	13741	0.970	0.171	0	1
儿童时期社会经济地位指标						
母亲职业	务农=1, 非务农=0	12473	0.981	0.136	0	1
父亲职业	务农=1, 非务农=0	12949	0.863	0.344	0	1
母亲受教育程度	未接受过教育=1, 接受过教育=0	13120	0.879	0.326	0	1
父亲受教育程度	未接受过教育=1, 接受过教育=0	12673	0.574	0.495	0	1
家庭经济状况	普通家庭以下=1, 普通家庭及以上=0	13642	0.407	0.491	0	1
宏观变量						
经济发展水平	当年全市人均地区生产总值(单位: 亿元)	13752	3748.589	4694.94	291.2	32679.87
人口数	当年全市年末人口数(单位: 万人)	13752	611.601	467.222	79.6	3404
医疗卫生服务供给	当年全市医院(含卫生院)数(单位: 个)	13752	160.31	147.147	30	892

表 4-1 列出了本文研究对象的描述性统计结果。根据结果我们可以看到, 被调查的健康状况总体良好, 自评健康水平均值为 0.729 (最大值=1, 最小值=0)、ADL 均值为 0.191 (最大值=1, 最小值=0)、IADL 均值 0.251 (最大值=1, 最小值=0)。自评健康水平较好, ADL 受损和 IADL 受损的概率较低。平均来说, 研究对象住院治疗的次数比门诊治疗次数少但住院费用花费更高, 较多人过去一年内住院次数小于等于一次, 与门诊治疗相比, 住院治疗与更严重的病况、更高昂的诊疗价格和时间成本相对应。

样本平均年龄在 62.206 岁; 男女性别均值为 0.5, 比例相当; 户籍由农业转变为非农或统一户籍的人数不多, 均值为 0.162 (最大值=1, 最小值=0); 绝大部分被调查者已婚; 样本整体的受教育程度较低, 大多数都在高中及以

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/247106132016006025>