

# 卫生服务可及性如何影响农民工 主观生活质量？\*

——基于流动人口健康重点领域专题调查的证据

邓 睿

**摘要：**流入地卫生服务可及性不仅关乎农民工健康状况，还可能对其主观福利产生潜在影响。本文利用流动人口专题调查数据评估了卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响及作用机制。研究发现，在控制了潜在内生性后，卫生服务的可获得性、空间可达性、适切性对农民工主观生活质量的提升产生了强弱不一的作用。可获得性水平的提升可以使农民工拥有更高的生活满意度，并对其社会反馈行为产生正向影响；空间可达性和适切性水平的提升能够在一定程度上提高农民工社会反馈行为的积极性。机制检验证实，卫生服务可及性水平的提升可以使农民工卫生习惯趋同于城市居民，帮助农民工养成健康就诊行为，提高这一群体的主观生活质量。卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响存在一定的代际和性别异质性。此外，卫生服务可及性对农民工主观生活质量的提升并非完全来自患病农民工样本的“正向溢出效应”，但患病经历是卫生服务可及性正向影响农民工社会反馈行为的重要因素。

**关键词：**农民工 卫生服务可及性 主观生活质量 健康素养

**中图分类号：**C913.7 **文献标识码：**A

## 一、引言

农民工在非农部门就业时往往面临着“脏而重”的工种选择和“同工不同酬”的工资歧视，从而高比例地承担了经济增长的负外部性后果。尤其是作为流动人口主体的农民工在流入地的工作生活环境较差、健康素养较低且缺乏社会支持，成为易受传染病等风险威胁的群体（项飙，2020）。为此，

---

\*本文是重庆市教委科技项目“健康权益可及性对农民工就业质量提升的多维影响及驱动机制研究”（编号：KJQN202000304）、重庆市教委科技项目“卫生服务可及性影响农民工可行能力的效应评估与机制识别研究”（编号：KJQN202100303）、重庆市自然科学基金面上项目“禀赋-理性生计资本范式下返乡农民工生计决策分类表征与驱动机制研究”（编号：cstc2021jcyj-msxm1505）的阶段性研究成果。感谢匿名审稿专家的宝贵意见。文责自负。

《“健康中国 2030”规划纲要》强调做好流动人口基本公共卫生计生服务均等化工作，十四五规划更是将构建强大公共卫生体系、完善国民健康促进政策提到了新的高度。着力提升农民工在流入地的卫生服务可及性水平，改善农民工的健康素养，帮助这一群体增强融入城市的竞争力，进而提升其主观生活质量，对助力农民工共享全面建成小康社会成果、推动新型城镇化高质量发展具有重要意义。

农民工等流动人口的卫生服务状况自“非典”以后便成为公共政策的焦点。2003 年的“非典”较为明显地暴露了公共卫生体系为农民工等弱势群体提供卫生福利方面的缺陷，为此政府制定了一系列流动人口公共卫生服务政策，逐步为农民工提供社会保障和卫生福利。然而大量实证文献显示，针对农民工等流动人口的公共卫生政策在流入地尚未得到全面地执行（王健，2014）。农民工等流动人口因职业风险高和居住环境恶劣而遭受健康威胁的可能性更大，容易成为流入地免疫接种、传染病防控以及职业健康防护的盲点群体（Gransow，2010），在常规医疗服务获取及医保福利惠及等方面也处于劣势（Wong et al.，2007）。部分学者进一步从卫生政策制定和执行、个体特征因素等方面剖析了流动人口公共卫生服务利用率低的关键诱因（陈秋霖和葛润，2018）。与现有研究关注农民工卫生服务利用现状及其影响因素相比，针对农民工卫生服务可及性的讨论与评估明显不足，且评估可及性作用的研究主要基于健康服务利用、劳动供给、可行能力等客观指标或城市融入意愿等单一的主观福利指标（孟颖颖和韩俊强，2019；邓睿，2019；祝仲坤等，2020），系统评估农民工卫生服务可及性的主观福利效应的研究尚不多见。全面厘清流入地卫生服务可及性对农民工主观福利的影响及其逻辑链条，不仅有助于刻画公共卫生服务均等化政策产生福利效应的路径和领域，还能够准确识别当前阶段对农民工起关键作用的卫生服务可及性类型，从而为属地政府合理配置流动人口卫生服务资源提供参考。

本文通过引入卫生服务可及性概念，构建农民工主观福利水平的显性测量指标——主观生活质量，系统评估农民工在流入地的卫生服务可及性对其主观生活质量的影响，并对影响机制及异质性展开进一步讨论。与既有研究相比，本文的边际贡献在于：一方面，本文将卫生服务可及性的作用领域由可行能力等客观福利范畴拓展到主观生活质量这一较为全面的主观福利范畴，为理解农民工城市心理融入层面的健康权益驱动因素提供一种新的视角。另一方面，在基准效应评估的基础上，本文从卫生习惯城市趋同化和健康就诊行为养成等健康素养层面，探索卫生服务可及性促进农民工主观生活质量提升的作用机制，为政策层面有效发挥流动人口公共卫生政策的健康促进效应提供理论参照和经验证据。

本文后续的结构如下：第二部分为文献简述与理论假说；第三部分介绍检验理论假说涉及的主要变量、估计策略和数据来源；第四部分基于流动人口健康重点领域专题调查数据，就卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响进行系统评估和稳健性检验；第五部分分析卫生服务可及性的主观福利效应的作用机制和异质性；第六部分为结论与讨论。

## 二、文献简述与理论假说

可及性在公共政策语境中具有广泛的适用性，其通常被界定为服务体系面向目标人群开放并满足其需要的程度（Cascetta et al.，2013），直观体现为实际发生的服务行为和结果，将随着政策价值、经济文化特性、目标人群特征以及服务需求水平的变化而动态调整（Goddard and Smith，2001），且包

括数量价格、空间分布、输送方式、文化价值等空间性和非空间性服务资源指标 (Fargion et al., 2019)。对此, Penchansky and Thomas (1981) 提出的 5A 分析框架为可及性的测量提供了重要依据, 其包括可获得性(Availability)、空间可达性(Accessibility)、可负担性(Affordability)、适切性(Accommodation)、可接受性(Acceptability)。在本文中, 可获得性反映了卫生服务资源在数量上的充足性, 空间可达性指卫生服务资源的空间分布为目标人群获得服务所提供的便利程度, 可负担性反映了卫生服务价格为目标人群所接受的程度, 适切性侧重表达卫生服务的组织及输送方式是否适合目标人群的特征, 可接受性指目标人群对卫生服务提供主体的心理接受程度。其中, 可获得性、空间可达性、可负担性构成了卫生服务可及性的客观度量指标, 反映了卫生服务系统能够在适当地点以适当价格向适当人群提供适当数量和类型的服务项目; 适切性和可接受性构成了卫生服务可及性的主观度量指标, 将影响目标人群使用卫生服务的连续性 (Ma and Chi, 2005)。总体而言, 这一概念框架有助于捕捉卫生服务系统与目标人群之间的契合度, 多视角度量卫生服务的可及性水平 (马骁, 2020)。

对农民工卫生服务的探讨主要围绕这一群体的卫生服务利用状况展开。从实际效果看, 包括农民工在内的流动人口对卫生服务的知晓率和利用率, 与基本公共卫生服务均等化政策目标仍存在一定距离 (陈秋霖和葛润, 2018)。基于不同调查数据的研究均证实, 农民工在流入地不仅面临着居住环境较差、健康意识薄弱的现实困境, 而且在流入地建立健康档案和接受健康教育的比例相对较低 (邓睿, 2019), 过度劳动现象非常严重 (祝仲坤, 2020), 医疗设施可达性劣于户籍人口 (陶印华和申悦, 2018), 患病后的就诊率、住院率以及住院级别均较低 (岳经纶和李晓燕, 2014), 同时还陷入“非携带式”新农合覆盖不足和流入地各项社会保险参加率不高的双重困境 (贾男和马俊龙, 2015; 程名望和华汉阳, 2020)。一些文献进一步探讨了农民工等流动人口卫生服务利用率的影响因素。从公共服务政策本身来看, 卫生服务项目收费与否对卫生服务的覆盖范围、利用率及社会成本产生较为复杂的影响 (Ashraf et al., 2010)。从公共服务政策执行来看, 政府以常住人口为基数进行基本公共卫生服务筹资的惯性思路, 以及基层卫生机构在公共卫生服务宣传中的流动人口盲点, 导致农民工在流入地和流出地的卫生服务可及性水平都较低 (段丁强等, 2016)。从目标人群个体特征来看, 流动人口的性别、年龄、受教育程度、家庭收入、就业状况、流动范围等个体特征都会对其利用基本公共卫生服务产生潜在影响 (郭静等, 2016)。

与大量文献关注卫生服务利用状况及其影响因素相比, 针对卫生服务可及性的影响效应的研究相对较少。其中, 部分文献重点从宏观层面评估了公共服务投入的经济社会影响, 尤其是城市流入地公共服务的制度设计、价值立场以及供给质量对农民工迁移决策、地域流向以及市民化水平的潜在驱动效应 (夏怡然和陆铭, 2015; 刘金凤和魏后凯, 2019)。当把研究范畴聚焦到公共卫生服务领域, 部分文献关注了基本公共卫生服务的利用对农民工客观福利和劳动行为的影响, 普遍认为农民工在流入地建立健康档案、接受健康教育、被纳入城市医疗保障网将对其卫生服务利用和健康状况产生积极作用 (孟颖颖和韩俊强, 2019), 可以通过降低劳动强度、提高工资率等途径改善农民工的城市劳动供给水平 (邓睿, 2019), 同时也有助于从防护性保障、社会条件、经济条件等维度提升农民工的可行能力 (祝仲坤等, 2020)。当然, 公共医疗服务能否成为消除群体健康不平等和收入差距的重要手段,

关键取决于谁从公共医疗服务体系中受益（李永友和郑春荣，2016）。从本研究所掌握的文献来看，仅有极少数研究讨论了卫生服务可及性对农民工主观福利的影响，且主要是从幸福感、市民化意愿等单一维度进行评估，尽管如此，卫生服务可及性对主观福利的积极效应得到了一定的经验证实（程名望和华汉阳，2020；喻开志等，2020）。

如果经验判定卫生服务可及性对农民工主观福利的增进具有积极影响，那么这一影响的可能作用机制是什么？对此，需要考察提升流动人口卫生服务可及性的基本公共卫生服务均等化政策。2013年国家卫生和计划生育委员会（以下简称国家卫计委）出台了《流动人口卫生和计划生育基本公共服务均等化试点工作方案》，此后几年中央和地方出台了一系列旨在提高流动人口卫生服务可及性的支持政策，构成了基本公共卫生服务均等化政策工具包。基本公共卫生服务均等化政策实践具有典型的“行政发包制”特征（周黎安，2014），公共卫生政策由国家卫计委这一委托方设定政策目标，然后将细分政策任务逐级“发包”至下级政府卫计委等承包方，通过建立结果导向的考评问责机制，引导和激励承包方高质量完成政策任务，以此提高属地流动人口基本公共卫生服务均等化水平（王鸿儒等，2019）。但地方政府公共卫生等服务品供给市场并不具备完全竞争性，受众即便只享受到低水平的公共卫生服务，也很难像其他竞争性商品一样“退货”，甚至也无法轻易选择其他的公共服务提供主体（Costas，2017）。这就决定了基本公共卫生服务均等化政策对农民工主观福利影响机制的研究，必须围绕农民工微观层面的个体特质展开。而其中极具显示度的一条作用路径可能在于，卫生服务可及性的提升有助于改善农民工的健康素养水平，从而提升农民工主观生活质量。健康素养主要表现为个体获取、理解、处理基本健康信息的能力，显著影响个体的自我保健意识、医疗服务使用以及与卫生体制的有效互动（Paasche-Orlow and Wolf，2007）。同时，个体的健康素养直接反映在其卫生习惯、就诊态度等日常健康行为中，是影响个体身心健康和主观幸福感的重要因素（Martinez-Gonzalez，2003）。具体来看，农民工健康素养水平的提升，一方面使其对不健康行为的后果以及健康行为的益处有着更加深刻的内在认知，加之城市社会卫生规范约束的外在压力，最终反映为农民工在日常卫生习惯上与本地居民的趋同（郭沁，2019）；另一方面使农民工更加注重疾病诊疗中的前置筛查、及时问诊和自我保健等工作，最终反映为农民工能够在遭遇疾病时选择积极、正确的诊疗方案（Berkman et al.，2011）。因此，流入地卫生服务可及性水平的提升，可以帮助农民工获取和吸收科学、可理解的医疗卫生知识，通过卫生习惯城市趋同化和健康就诊行为养成等方面提升农民工健康素养水平，进而对农民工的主观生活质量产生积极影响。

此外，公共卫生服务均等化是一个调节和平衡的过程，有助于实现公共卫生服务数量和质量在地区间、群体间的相对均等，但并非意味着每一个农民工个体都能够理解和利用公共卫生服务均等化政策实现自身福利最大化。相反，某些具有个体优势的农民工获取卫生服务信息的途径更多，理解卫生服务信息的能力更强，享受卫生服务资源的渠道更广，能够在流入地卫生服务普及过程中尽可能使用卫生政策红利（王鸿儒等，2019），从而为自身带来更为满意的主观生活质量。

基于此，本研究提出理论假说：流入地卫生服务可及性的提升可以帮助农民工通过卫生习惯城市趋同化和健康就诊行为养成等方面提高自身的健康素养水平，进而有助于提升农民工的主观生活质量。

同时，农民工卫生服务可及性的主观生活质量提升效应可能存在一定的个体异质性。

### 三、实证研究设计

#### （一）数据来源

本文使用的数据主要来自国家卫计委 2017 年流动人口健康重点领域专题调查。该次调查采用分层、多阶段、与规模成比例的 PPS 抽样法抽取流动人口样本，最终选择江苏省苏州市、山东省青岛市、河南省郑州市、湖南省长沙市、广东省广州市、重庆市九龙坡区、云南省西双版纳州、新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市 8 个城市作为抽样地，这些城市涵盖了东部、中部、西部三大区域，总样本量达到 14000 个，具有较好的代表性。结合本文的研究主题，笔者首先筛选出在流入地居住 6 个月以上，流动原因为务工、经商、随迁且目前处于工作状态的样本，然后在此基础上根据户籍属性筛选出农民工样本，最后剔除遗漏重要信息的样本，最终获得 8591 个有效分析样本。此外，地区生产总值增长率、失业率、通货膨胀率、城市规模等城市特征变量数据来源于 2017 年《中国城市统计年鉴》以及各城市《国民经济和社会发展统计公报》。

#### （二）核心变量设置

被解释变量为主观生活质量。农民工的主观生活质量不仅反映为这一群体对融入城市生活圈的认知和感受，也体现为其对城市生活环境的反馈意愿。借鉴林南（1987）和徐延辉（2017）的做法并考虑数据可得性，本文主要从生活满意度和社会反馈行为两个维度衡量农民工在流入地的主观生活质量<sup>①</sup>。其中，生活满意度较好地契合了中国人的文化偏好和情感表达习惯（孙瑞琛等，2010），侧重反映个体在认知层面对生活状态的总体评价。该指标主要基于问卷中被访者生活感受的若干题项的分值进行因子分析得到。问卷包含“我喜欢我现在居住的城市或地方”“我关注我现在居住城市或地方的变化”“我很愿意融入本地人当中成为其中一员”“我觉得本地人愿意接受我成为其中一员”四个题项，相应的选项包括完全不同意、不同意、基本同意、完全同意，依次赋值为 1、2、3、4，分值越高代表被访者的生活体验越好。笔者对上述 4 个题项分值进行探索性因子分析，KMO 值为 0.784，Bartlett 球形度检验的 P 值为 0.000，说明采用因子分析法是合适的。以特征值大于 1 为标准保留 1 个因子（累积方差解释率达到 66.066%），本文使用该因子的综合因子得分作为农民工生活满意度的度量指标<sup>②</sup>。社会反馈行为侧重反映个体在行为意愿层面对社会的善意表达，是其亲社会行为的重要表征，可以判别个体目前所处的生活环境是否足以激发其社会责任感，即个体是否会为没有利益关系的人或组织投入时间或捐赠金钱、物品等。本文使用问卷中“是否在本地区参加过志愿者协会组织的活动”题项度量农民工社会反馈行为。

核心解释变量为卫生服务可及性。结合前述概念界定并考虑到数据可得性，本文从可获得性、空

<sup>①</sup>理论上，生活质量还包括个体情感层面的精神健康水平，但调查问卷未设置专门的心理健康量表，故主观生活质量未包括精神健康因素。

<sup>②</sup>因篇幅限制，因子旋转后农民工生活满意度的因子载荷矩阵表未列出，如有需要可联系作者索取。

间可达性和适切性三个方面度量农民工的卫生服务可及性水平。可获得性主要是可供农民工选择的卫生服务资源数量的充足性及类型的多样性。本文使用“健康档案建档与否”度量农民工卫生服务的可获得性，原因在于目前属地政府主要以健康档案为依托，开展流动人口基本健康管理、传染病防控、流动孕产妇和儿童保健管理等卫生服务项目，健康档案建档与否直接影响农民工享受卫生服务的类型和内容。空间可达性侧重反映农民工获得医疗服务的便利程度，体现为获得卫生服务所需克服的空间距离、所需花费的交通时间以及所需负担的经济成本。参考毛捷和赵金冉（2017）关于公共卫生投入的指标设置，本文使用“到达距离最近的医疗服务机构所需的时间”度量农民工卫生服务的空间可达性。该指标在问卷中被操作化为“从您居住地到最近的医疗服务机构（包括社区卫生服务中心、村居医务室、医院等）需要多长时间？（以自身最易获得的交通方式）”，选项依次为1小时以上、30分钟—1小时、15分钟—30分钟、15分钟以内。适切性集中表现为卫生服务提供是否契合了服务对象特征，这在很大程度上取决于农民工是否拥有足够的健康知识来理解卫生信息和使用卫生设施。本文使用“健康教育接受与否”度量农民工卫生服务的适切性，原因在于针对流动人口的健康教育和健康促进活动已成为提升农民工基本公共卫生计生服务利用水平、保障农民工生命安全和健康权益的重要途径。根据本文数据，在可获得性方面，农民工和本地户籍人口中建立健康档案的比例分别为29.47%和60.48%；在适切性方面，农民工和本地户籍人口中接受健康教育的比例分别为76.05%和90.48%；在空间可达性方面，到达最近医疗服务机构的时间在30分钟以内的农民工和本地户籍人口的比重都超过95%<sup>①</sup>。总体而言，农民工卫生服务可及性水平相较于本地居民而言处于劣势。

作用机制变量。本文把健康素养视作卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的作用机制，并将健康素养水平细分为卫生习惯城市趋同化和健康就诊行为养成两个变量。其中，卫生习惯城市趋同化用问卷题项“我的卫生习惯与本地市民存在较大差别”来度量，选项包括完全同意、基本同意、不同意、完全不同意，依次赋值为1、2、3、4，分值越高代表越不认同这一观点。健康就诊行为养成用问卷题项“最近一年出现感冒病症时是否及时就诊”<sup>②</sup>来度量，并选取最近一年出现感冒病症的农民工样本进行健康就诊行为养成机制的检验。

控制变量包括农民工的个体特征变量和所在城市特征变量。其中，个体特征变量主要包括性别、年龄、婚姻、受教育程度、健康状况、月收入水平、所在行业、单位性质、流动时间等。此外，本研究还控制了可能影响农民工卫生服务可及性和主观生活质量的的城市特征变量，包括地区生产总值增长

<sup>①</sup> 本地户籍人口的健康档案建档比例等数据来源于国家卫计委流动人口服务中心同期发布的2017年本地户籍人口动态监测调查。

<sup>②</sup> 问卷病症题项表包括腹泻、发热、皮疹、黄疸、结膜红肿等多种病症，但感冒作为最为常见的一种疾病，相较于其他病症具有季节高发性和群体普遍性特征，出现过感冒症状的农民工占全部农民工的比重达到58.42%，以罹患感冒后的就诊行为表征农民工健康就诊行为养成具有较好的代表性。同时，笔者在对农民工感冒但未就诊的原因进行分析时发现，“以前得过或听说过有治疗经验”“病症不是很严重”“身体好能自愈”等原因占比较高，这些恰恰都是不正确的健康理念和行为方式，也从反面印证了使用健康就诊行为养成作为健康素养的度量指标具有一定的合理性。

卫生服务可及性如何影响农民工主观生活质量？

率、失业率、通货膨胀率、城市规模等。各变量的定义及描述性统计结果见表 1。

表 1 主要变量定义及描述性统计结果

变量名	定义	均值	标准差
被解释变量：主观生活质量			
生活满意度	通过对问卷中被访者生活感受题项分值进行因子分析得到的综合因子得分	0.0000	1.0000
社会反馈行为	是否在当地参加过志愿者协会组织的活动：是=1，否=0	0.0798	0.2710
核心解释变量：卫生服务可及性			
可获得性	在务工地是否建立了健康档案：是=1，否=0	0.2947	0.4559
空间可达性	距离最近医疗服务机构的通勤时间：1 小时以上=1，30 分钟—1 小时=2，15 分钟—30 分钟=3，15 分钟以内=4	3.8194	0.4527
適切性	在务工地是否接受过健康教育：是=1，否=0	0.7605	0.4267
作用机制变量			
卫生习惯城市趋同化	自身卫生习惯与本地市民存在较大差别：完全同意=1，基本同意=2，不同意=3，完全不同意=4	3.0178	0.7163
健康就诊行为养成	最近一年出现感冒病症时是否及时就诊：是=1，否=0	0.3678	0.4822
个体特征变量			
性别	男性=1，女性=0	0.5631	0.4960
年龄	年龄，单位：岁	35.3408	9.4402
婚姻	已婚=1，未婚=0	0.8100	0.3922
受教育程度	小学及以下=1，初中=2，高中或中专=3，大专=4，本科及以上学历=5	2.4541	0.9888
健康状况	被访者对自身健康状况的评估：生活不能自理=1，不健康但生活能自理=2，基本健康=3，健康=4	2.8449	0.3945
月收入水平	被访者在本地平均月收入的对数，原单位：元	8.1941	0.5205
建筑行业	所在行业为建筑行业：是=1，否=0	0.0530	0.2242
制造行业	所在行业为制造行业：是=1，否=0	0.3134	0.4639
服务行业	所在行业为服务行业：是=1，否=0	0.6092	0.4879
其他行业	所在行业为其他行业：是=1，否=0	0.0242	0.1537
国有或集体企业	单位性质为国有或集体企业：是=1，否=0	0.0486	0.2151
私营企业	单位性质为私营企业：是=1，否=0	0.3419	0.4744
个体工商户	单位性质为个体工商户：是=1，否=0	0.4764	0.4994
其他性质企业	单位性质为其他性质企业：是=1，否=0	0.1329	0.3395
流动时间	流动到务工地的时间，单位：年	5.8269	5.4267
城市特征变量			
地区生产总值增长率	所在城市 2016 年的地区生产总值增长率，单位：%	8.38	0.0083
失业率	所在城市 2016 年的城镇登记失业率，单位：%	2.56	0.0045
通货膨胀率	所在城市 2016 年的 CPI 指数增长率，单位：%	2.18	0.0047

城市规模	所在城市 2016 年常住人口数的对数，原单位：万人	6.7263	0.7103
------	----------------------------	--------	--------

### (三) 主要估计策略

本文构建如下回归方程评估卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响：

$$Life\_quality_i = \alpha_0 + \alpha_1 Health\_Service_i + \alpha_2 W_i + \alpha_3 City_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

(1) 式中， $Health\_Service_i$  表示农民工的卫生服务可及性，包括卫生服务可获得性、空间可达性和适切性三个变量； $W_i$  表示农民工个体特征变量， $City_i$  表示城市特征变量； $\alpha$  为方程待估参数， $\varepsilon_i$  为随机扰动项； $Life\_quality_i$  表示农民工的主观生活质量。本文用以度量主观生活质量的变量包括生活满意度和社会反馈行为。其中，生活满意度属于连续变量，适合采用 OLS 模型进行估计；社会反馈行为属于二元离散变量，适合采用 Probit 模型进行估计。同时，为进一步控制可能存在的选择偏差，本研究也采用倾向得分匹配法构造反事实框架，基于多种匹配估计思路评估卫生服务可及性对农民工主观生活质量的平均处理效应（Average Treatment Effect on Treated, ATT），进行稳健性检验。

当然，上述基准回归还可能存在潜在的内生性。一方面，个体对卫生服务可获得性的感知水平存在明显差异，诸如能力、特质、观感等难以观测的因素可能同时影响农民工的卫生服务获得感和主观生活质量，造成遗漏变量偏误；另一方面，农民工对主观生活质量评价的高低也可能直接影响其融入城市的信心和留城预期，进而影响农民工在流入地利用卫生服务的积极性和能动性，导致反向因果问题。工具变量法是解决内生性问题的常规手段，这要求在 (1) 式估计之前构建卫生服务可及性与其工具变量的回归方程：

$$Health\_Service_i = \beta_0 + \beta_V Z_i + \beta_1 W_i + \beta_2 City_i + \mu_i \quad (2)$$

(2) 式中， $Z_i$  为工具变量， $\beta$  为待估参数， $\mu_i$  为误差项。主观生活质量的度量指标包括连续变量和离散变量两类，这意味着不同的回归方程存在不同响应类型的被解释变量，而且卫生服务可及性这一潜在内生变量的部分度量指标为离散变量，普通工具变量法并不完全适用于内生变量为离散变量的情形。为此，本文引入能够拟合一系列多重方程、多级和条件递归混合过程估计量的条件混合过程估计法（Conditional Mixed Process, CMP），在统一的 CMP 框架内进行工具变量估计（Roodman, 2011）。CMP 以似不相关回归为基础，基于极大似然估计法构建递归方程组，该方法需同时估计两个方程，(1) 式估计卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响，(2) 式选取卫生服务可及性的工具变量并检验两者的相关性。借助两个方程误差项的相关系数  $\text{atanhrho}$  值可判断卫生服务可及性变量是否为内生变量，若  $\text{atanhrho}$  值显著异于 0，则 CMP 估计结果优于基准回归结果。

为检验卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的作用机制，本文设定如下方程：

$$Health\_literacy_i = \chi_0 + \chi_1 Health\_Service_i + \chi_2 W_i + \chi_3 City_i + \varepsilon_i \quad (3)$$

$$Life\_quality_i = \gamma_0 + \gamma_1 Health\_literacy_i + \gamma_2 W_i + \gamma_3 City_i + \varepsilon_i \quad (4)$$



其中,  $Health\_literacy_i$  表示农民工健康素养作用机制变量, 包括卫生习惯城市趋同化和健康就诊行为养成, 其他变量含义同 (1) 式。健康素养作为一种卫生观念及行为, 易受个体特质、偏好等难以观测的因素的影响, 而且主观生活质量更高的农民工往往有更强烈的城市融入意愿, 更愿意通过提升健康素养以消除自身和城市居民的差别, 此时回归可能存在内生性。本文借鉴姚洋和钟宁桦(2008)的做法, 具体估计策略是: 如果能够找到卫生服务可及性的合适工具变量, 而卫生服务可及性又与健康素养变量相关(依赖 (3) 式估计结果), 可使用该工具变量对卫生服务可及性各变量进行回归(即 (2) 式估计结果), 剥离出与主观生活质量不相关的那部分卫生服务可及性变量, 再以这部分卫生服务可及性变量作为健康素养变量的工具变量, 估计健康素养对农民工主观生活质量的影响, 这样就克服了健康素养变量与主观生活质量之间的潜在内生性。笔者将 (2) 式至 (4) 式构成联立方程组进行三阶段最小二乘法回归, 即可实现上述机制检验。

#### 四、实证结果分析

##### (一) 卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的基准回归结果分析

表 2 汇报了卫生服务的可获得性、空间可达性、适切性影响农民工主观生活质量的基准回归结果。本文使用 OLS 方法评估卫生服务可及性对农民工生活满意度的影响。表 2 中方程 1、方程 2 和方程 3 的估计结果显示, 在控制了个体特征变量及城市特征变量后, 卫生服务可及性的三个变量均在 1% 统计水平上显著, 且系数为正, 说明卫生服务的可获得性、空间可达性、适切性均能够明显提升农民工在务工地的生活满意度。本文使用 Probit 方法评估卫生服务可及性对农民工社会反馈行为的影响。方程 4、方程 5 和方程 6 的估计结果显示, 卫生服务可及性的三个指标变量对农民工社会反馈行为同样具有显著的正向影响, 说明卫生服务的可获得性、空间可达性、适切性均能够激发农民工的亲社会行为。此外, 特征变量的估计结果在各方程中呈现出较好的稳健性, 不再一一赘述。需要注意的是, 卫生服务可及性和主观生活质量各变量的因果关系并不一定是真实的, 内生性问题可能使上述回归结果存在偏误, 需进行进一步的计量检验。

表 2 卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的基准回归结果

变量	生活满意度			社会反馈行为		
	OLS 回归			Probit 回归		
	方程 1	方程 2	方程 3	方程 4	方程 5	方程 6
可获得性	0.1874*** (0.0238)			0.6442*** (0.0432)		
空间可达性		0.1646*** (0.0238)			0.1313*** (0.0480)	
适切性			0.1124*** (0.0262)			0.8302*** (0.0726)
性别	-0.0205 (0.0221)	-0.0267 (0.0221)	-0.0241 (0.0222)	0.0508 (0.0436)	0.0385 (0.0422)	0.0432 (0.0432)

卫生服务可及性如何影响农民工主观生活质量？

年龄	0.0022* (0.0014)	0.0022* (0.0014)	0.0024* (0.0014)	-0.0048* (0.0028)	-0.0046* (0.0027)	-0.0056** (0.0027)
婚姻	-0.0129 (0.0311)	-0.0081 (0.0312)	-0.0131 (0.0312)	-0.1476*** (0.0577)	-0.1258** (0.0564)	-0.1383** (0.0573)
受教育程度	-0.0064 (0.0120)	-0.0058 (0.0120)	-0.0061 (0.0120)	-0.0450** (0.0227)	-0.0400* (0.0224)	-0.0438** (0.0228)
健康状况	-0.0020 (0.0278)	-0.0020 (0.0279)	-0.0025 (0.0279)	-0.0932* (0.0519)	-0.0801* (0.0507)	-0.0901* (0.0516)
月收入水平	0.0482** (0.0219)	0.0476** (0.0219)	0.0505** (0.0220)	0.0156 (0.0429)	0.0172 (0.0414)	0.0219 (0.0427)
建筑行业	0.0304 (0.0833)	0.0325 (0.0838)	0.0212 (0.0837)	0.2598* (0.1607)	0.2421* (0.1545)	0.2453* (0.1628)
制造行业	0.0297 (0.0717)	0.0228 (0.0720)	0.0169 (0.0720)	0.1904 (0.1523)	0.1527 (0.1468)	0.1557 (0.1498)
服务行业	0.0087 (0.0078)	0.0087 (0.0711)	-0.0014 (0.0711)	0.1973 (0.1496)	0.1766 (0.1443)	0.1694 (0.1475)
国有或集体企业	0.0576 (0.0578)	0.1139** (0.0576)	0.0885* (0.0571)	0.2456*** (0.0969)	0.3755*** (0.0938)	0.3412*** (0.0957)
私营企业	0.0032 (0.0360)	0.0174 (0.0361)	0.0097 (0.0362)	0.0779 (0.0663)	0.1229** (0.0643)	0.0877 (0.0664)
个体工商户	-0.0467* (0.0306)	-0.0355 (0.0347)	-0.0377 (0.0348)	-0.1543** (0.0641)	-0.0855 (0.0622)	-0.1308** (0.0643)
流动时间	-0.0023 (0.0020)	-0.0033* (0.0020)	-0.0023 (0.0020)	0.0007 (0.0040)	-0.0006 (0.0039)	0.0012 (0.0040)
地区生产总值增长率	-0.1466*** (0.0159)	-0.1491*** (0.0159)	-0.1566*** (0.0159)	0.0339 (0.0298)	0.0159 (0.0296)	-0.0112 (0.0300)
失业率	0.5548*** (0.0268)	0.6052*** (0.0261)	0.5878*** (0.0266)	0.0938* (0.0513)	0.2776*** (0.0474)	0.2021*** (0.0492)
通货膨胀率	-0.0025 (0.0322)	0.0118 (0.0321)	0.0078 (0.0322)	-0.2071*** (0.0640)	-0.1363** (0.0632)	-0.1844*** (0.0629)
城市规模	0.0613*** (0.0220)	0.0387* (0.0219)	0.0601*** (0.0221)	0.0543 (0.0375)	-0.0038 (0.0360)	0.0606* (0.0374)
R <sup>2</sup> 或 Pseudo R <sup>2</sup>	0.0709	0.0696	0.0664	0.0718	0.0262	0.0612
观测值	8591	8591	8591	8591	8591	8591

注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平；②括号内汇报了稳健标准误。

## （二）卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的多种匹配估计结果分析

基本公共卫生服务尽管具有普惠性，但农民工群体的流动性以及内部分化特征，可能使其在选择和接受流入地公共服务项目方面存在明显差异。本研究重新定义部分解释变量和替换计量方法，借助匹配估计思路构建反事实框架，进一步评估农民工卫生服务可及性的主观福利效应。在卫生服务可及

性的三个度量指标中，空间可达性为定序变量，为便于进行样本匹配，笔者将到达距离最近的医疗服务机构所需的时间在15分钟以内、15分钟—30分钟、30分钟—1小时的定义为高空间可达性（赋值为1），在1小时以上的定义为低空间可达性（赋值为0），从而将空间可达性变量转换为二元离散变量。匹配思路是通过找到与卫生服务可及性好的农民工样本（处理组）在各方面特征都极为相似的卫生服务可及性差的农民工样本（控制组），计算匹配后样本处理组与控制组之间主观生活质量的平均差异。考虑到匹配可能导致样本损失量有所差异，本部分综合使用最近邻匹配（K=4）、核匹配、熵均衡匹配进行匹配估计，以确保匹配结果足够稳健。表3中最近邻匹配法（K=4）和核匹配法的结果显示，可获得性、空间可达性、适切性对农民工生活满意度和社会反馈行为均具有显著的正向影响，而且匹配后处理组和控制组倾向得分的概率分布趋向重合，说明倾向得分匹配效果较为理想<sup>①</sup>。值得关注的是，最近邻匹配和核匹配在解决处理组和控制组协变量的均衡问题上存在一定局限，导致倾向得分估算并不精确。笔者进一步采用熵均衡匹配，对处理组和控制组样本协变量的一阶矩（均值）、二阶矩（方差）、三阶矩（偏度）进行调整，使两组样本协变量在各种矩约束条件下实现精确匹配（Hainmueller, 2012）。熵均衡匹配的结果显示，卫生服务可及性的三个变量均在1%统计水平上显著，且系数为正，与基准回归结果基本一致，说明前述估计过程并不存在明显的选择偏差问题。

表3 卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的多种匹配估计结果

自变量	因变量	最近邻匹配 (K=4)	核匹配	熵均衡匹配
可获得性	生活满意度	0.1938*** (0.0274)	0.1895*** (0.0248)	0.1829*** (0.0251)
	社会反馈行为	0.0989*** (0.0083)	0.1045*** (0.0078)	0.1034*** (0.0080)
空间可达性	生活满意度	0.2294*** (0.0318)	0.2088*** (0.0297)	0.2018*** (0.0296)
	社会反馈行为	0.0256*** (0.0081)	0.0229*** (0.0076)	0.0251*** (0.0071)
适切性	生活满意度	0.0942*** (0.0307)	0.0968*** (0.0283)	0.1046*** (0.0295)
	社会反馈行为	0.0821*** (0.0051)	0.0812*** (0.0049)	0.0815*** (0.0050)
个体特征		控制	控制	控制
城市特征		控制	控制	控制
观测值		8591	8591	8591

注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示1%、5%和10%的显著性水平；②括号内汇报了对应系数值的标准误，其中，最近邻匹配（K=4）和核匹配使用自助法获得标准误；③个体特征、城市特征控制变量的选取同表2，受篇幅所限，未报告控制

<sup>①</sup>基于最近邻匹配（K=4）的处理组和控制组匹配前后倾向得分的概率密度分布图因篇幅原因未列出，如有需要可联系作者索取。

变量的具体估计结果。

### （三）卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的混合过程估计结果分析

为进一步控制潜在内生性，笔者使用条件混合过程估计法（CMP）进行两阶段回归，这一估计需要为卫生服务可及性变量寻找合适的工具变量。外来农民工群体在流入地公共卫生服务的可获得性、空间可达性以及适切性，主要取决于属地政府为流动人口提供公共卫生服务的政策努力程度。国家卫计委于2013年底在全国40个城市启动了《流动人口卫生和计划生育基本公共服务均等化试点工作方案》，旨在促进流动人口卫生信息共享与应用，提高流动人口卫生和计划生育基本公共服务可及性水平，重点工作涵盖了建立健全流动人口健康档案、开展流动人口健康教育、落实流动人口传染病防控、加强流动孕产妇和儿童保健管理等多个方面。理论上，进行流动人口公共卫生服务均等化试点的城市需要在经费投入、信息整合、绩效考评等方面出台专项措施，将有力提升这些城市流动人口的卫生服务可及性水平（王鸿儒等，2019），而农民工务工城市是否入选试点，一般不会直接影响农民工的主观生活体验。基于这一思路，本研究利用国家卫计委2013年试点工作这一拟自然实验，选取“公共卫生服务均等化试点”作为农民工卫生服务可及性水平的工具变量。其中，样本调查城市中的苏州、青岛、郑州、长沙为试点城市，赋值为1；广州、九龙坡、西双版纳、乌鲁木齐未入选试点城市，赋值为0。表4汇报了CMP第一阶段的回归结果，可以发现，卫生服务均等化试点对卫生服务可获得性、空间可达性、适切性均具有显著的正向影响，满足工具变量相关性条件。

表4 卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的CMP第一阶段估计结果

变量	以生活满意度为第二阶段被解释变量			以社会反馈行为为第二阶段被解释变量		
	可获得性 CMP_Probit 第一阶段	空间可达性 CMP_OProbit 第一阶段	适切性 CMP_Probit 第一阶段	可获得性 CMP_Probit 第一阶段	空间可达性 CMP_OProbit 第一阶段	适切性 CMP_Probit 第一阶段
	方程1	方程2	方程3	方程4	方程5	方程6
卫生服务均等化试点	0.2556*** (0.0328)	0.2418*** (0.0367)	0.3020*** (0.0344)	0.2427*** (0.0337)	0.2523*** (0.0381)	0.3116*** (0.0357)
个体特征	控制	控制	控制	控制	控制	控制
城市特征	控制	控制	控制	控制	控制	控制
观测值	8591	8591	8591	8591	8591	8591

注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示1%、5%和10%的显著性水平；②括号内汇报了稳健标准误；③个体特征、城市特征控制变量的选取同表2，受篇幅所限，未报告控制变量的具体估计结果。

表5汇报了CMP第二阶段的回归结果。从内生性检验结果来看，atanrho\_12值在方程7、方程9、方程10、方程11、方程12中都至少在10%统计水平上显著，拒绝了卫生服务可及性的三个变量是外生变量的原假设，说明采用CMP估计法要优于前述基准回归估计方法；atanrho\_12值在方程8中不显著，说明可获得性变量在社会反馈行为方程中并不存在明显的内生性，针对该方程的估计可直接参考前述基准回归结果。综合来看，在考虑了潜在的内生偏误后，务工地卫生服务可获得性水平的提升可以使农民工拥有更高的生活满意度，并对其社会反馈行为产生积极作用。务工地卫生服务空间可达

性水平的提升并未显著提高农民工的生活满意度，但对其社会反馈行为具有一定的正向影响；务工地卫生服务适切性水平的提升没有对农民工的生活满意度产生明显促进效应，但可以显著正向影响农民工的社会反馈行为。整体而言，卫生服务的可获得性对农民工生活满意度的积极作用比较显著，而适切性对农民工社会反馈行为的正向影响最显著。其可能的解释在于，卫生服务可获得性客观反映了城市公共卫生部门为农民工提供各类卫生服务项目的能力，农民工作为被动的服务接受主体，在便利享受城市基本公共卫生服务时往往会产生直接的心理获得感，极大提高农民工在务工地的生活满意度。卫生服务适切性的改善通常意味着农民工主观层面对健康信息的理解能力和健康知识的利用水平的提高，不仅有助于农民工增强自我保健意识，还将引导农民工根据城市社会卫生规范调整自身健康行为方式，强化农民工对亲社会行为的心理认同感，从而激发其做出积极的社会反馈行为。

表 5 卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的 CMP 第二阶段估计结果

变量	生活满意度 CMP_Cont 第二阶段	社会反馈行为 CMP_Probit 第二阶段	生活满意度 CMP_Cont 第二阶段	社会反馈行为 CMP_Probit 第二阶段	生活满意度 CMP_Cont 第二阶段	社会反馈行为 CMP_Probit 第二阶段
	方程 7	方程 8	方程 9	方程 10	方程 11	方程 12
可获得性	0.3306** (0.1485)	0.8865*** (0.2889)				
空间可达性			0.0087 (0.0927)	0.5336* (0.3307)		
适切性					0.0476 (0.1283)	1.6416*** (0.2805)
个体特征	控制	控制	控制	控制	控制	控制
城市特征	控制	控制	控制	控制	控制	控制
atanrho_12 值	0.3143*** (0.0842)	-0.1456 (0.1721)	0.1227** (0.0630)	-0.3041* (0.1820)	0.0974* (0.0562)	-0.5699** (0.2204)
观测值	8591	8591	8591	8591	8591	8591

注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平；②括号内汇报了稳健标准误；③个体特征、城市特征控制变量的选取同表 2，受篇幅所限，未报告控制变量的具体估计结果。

## 五、机制讨论与异质性分析

### （一）健康素养作用机制检验——卫生习惯城市趋同化和健康就诊行为养成

卫生习惯城市趋同化反映了健康素养提升给农民工带来的健康理念的转变，可能影响农民工的主观生活质量。表 6 的三阶段最小二乘法回归结果显示，在控制了潜在的内生性后，卫生服务可获得性、空间可达性、适切性都至少在 5%统计水平上显著，且系数为正，说明卫生服务可及性对农民工卫生习惯城市趋同化具有显著的正向影响。同时，卫生习惯城市趋同化对农民工生活满意度和社会反馈行为也具有显著的正向影响。上述结果意味着卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的卫生习惯城市趋同化机制得以证实。



注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平；②括号内汇报了稳健标准误；③个体特征、城市特征控制变量的选取同表 2，受篇幅所限，未报告控制变量的具体估计结果。

### （二）基于农民工个体特征差异的分样本估计结果

理论上，个体对公共卫生服务的利用能力和利用水平存在一定的差异，这可能使卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响存在群内异质性。本部分通过区分第一代农民工和新生代农民工<sup>①</sup>、男性农民工和女性农民工，借助 CMP 方法分析卫生服务可及性对不同年代、不同性别农民工主观生活质量的差异化影响。表 8 结果显示，可获得性对新生代、男性农民工的生活满意度和社会反馈行为具有更为显著的正向影响，空间可达性对第一代、女性农民工的社会反馈行为的积极作用更为明显，适切性对男性和女性、第一代和新生代农民工的社会反馈行为均表现出显著的促进效应。这一发现意味着不同年代、不同性别的农民工对卫生服务可获得性和空间可达性的重视程度和需求水平存在一定差异，新生代、男性农民工更为看重务工地卫生服务资源数量及类型，而第一代、女性农民工可能更看重卫生服务资源空间分布的便利性所带来的主观生活质量的提升，这为属地政府分群体、分阶段进行公共卫生服务项目的精准供给提供了有价值的参考。

表 8 卫生服务可及性影响农民工主观生活质量的代际和性别异质性分析结果

	第一代农民工		新生代农民工		男性农民工		女性农民工	
	生活满意度	社会反馈行为	生活满意度	社会反馈行为	生活满意度	社会反馈行为	生活满意度	社会反馈行为
可获得性	0.2368 (0.2035)	0.7406 (0.5367)	0.4569*** (0.1755)	0.9281*** (0.3517)	0.4032*** (0.1367)	1.0961*** (0.3493)	0.4023 (0.3557)	0.4401 (0.5072)
空间可达性		0.7083* (0.4285)		0.3755 (0.4178)		0.2441 (0.4134)		0.8017*** (0.2281)
适切性		1.2253*** (0.4781)		1.9742*** (0.1449)		1.8150*** (0.2093)		1.6021*** (0.4082)
个体特征	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制
城市特征	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制
样本量	3280	3280	5311	5311	4838	4838	3753	3753

注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平；②括号内汇报了稳健标准误；③除年龄、性别未纳入相应估计方程外，其他个体特征、城市特征控制变量的选取同表 2，受篇幅所限，未报告控制变量的具体估计结果。

### （三）基于农民工患病经历与否的再讨论

在控制了潜在选择偏差和内生偏误后，卫生服务可及性对农民工主观生活质量的提升效应基本可以证实，然而这一影响在患病农民工群体和未患病农民工群体中是否同时存在依然需要判别。一种可能的情形是，只有当农民工遭遇疾病并真切体验了流入地卫生服务可及性所带来的就诊好处时，卫生服务可及性才会对其主观生活质量产生积极作用；而在农民工未患病时，卫生服务可及性对其主观生

<sup>①</sup> 按照惯用做法，本文将 1980 年以前出生的农民工界定为第一代农民工，将 1980 年及以后出生的农民工界定为新生代农民工。

活质量的影响并不显著。基于此，本文以“最近一年您本人是否有患病（负伤）或身体不适的情况”为划分标准，将总样本划分为近期有患病经历农民工和近期无患病经历农民工两个子样本，再次进行条件混合过程估计<sup>①</sup>。表9中CMP第二阶段估计结果显示，可获得性对近期无患病经历农民工的生活满意度的正向影响相较于近期有患病经历农民工而言更为显著，这恰恰说明卫生服务可及性对农民工生活满意度的影响并非来自患病农民工样本的“正向溢出效应”<sup>②</sup>。可获得性、空间可达性、适切性对近期有患病经历农民工的社会反馈行为的积极作用相较于近期无患病经历农民工而言都更为明显，这意味着卫生服务可及性对农民工社会反馈行为的影响在较大程度上来自患病农民工样本的“正向溢出效应”，也说明患病经历是卫生服务可及性正向影响农民工社会反馈行为的重要因素。

表9 区分患病经历与否的子样本 CMP 第二阶段估计结果

变量	近期有患病经历农民工样本		近期无患病经历农民工样本	
	生活满意度	社会反馈行为	生活满意度	社会反馈行为
可获得性	0.1276 (0.2383)	0.9601*** (0.3852)	0.6186*** (0.1670)	0.7820* (0.4175)
空间可达性		0.8853*** (0.2888)		0.4036 (0.4813)
适切性		1.8318*** (0.1975)		0.7244 (0.5430)
个体特征	控制	控制	控制	控制
城市特征	控制	控制	控制	控制
样本量	4932	4932	3659	3659

注：①\*\*\*、\*\*、\*分别表示1%、5%和10%的显著性水平；②括号内汇报了稳健标准误；③个体特征、城市特征控制变量的选取同表2，受篇幅所限，未报告控制变量的具体估计结果。

## 六、结论与启示

流入地卫生服务可及性不仅关乎农民工的健康状况以及城市融入竞争力，同样可能对其主观福利

<sup>①</sup>与患病经历相比，农民工是否选择在本地就医将更深层次地影响其对流入地卫生服务可及性的认知，并对其主观生活质量产生直接作用。笔者对患病农民工样本再次筛选发现，选择在本地社区卫生站（卫生服务中心或街道卫生院）、本地个体诊所、本地综合或专科医院、本地药店就医的农民工占全部农民工的比重达到82.17%，说明绝大多数患病农民工在流入地就医，通过农民工患病与否区分总样本已能够较好地反映农民工患病及就医行为差异所可能产生的主观生活质量差异。同时，基于本地就医农民工子样本的CMP第二阶段估计结果与基于近期有患病经历农民工子样本的估计结果基本吻合，因篇幅限制文章不再汇报。

<sup>②</sup>尽管近期的患病经历可能会降低农民工的生活满意度，且笔者无法在经验层面完全捕捉可获得性对近期有患病经历农民工的生活满意度的影响，但可获得性对近期无患病经历农民工的生活满意度的显著正向影响已能够在很大程度上支持本文的推断。



水平产生潜在影响。本文从理论和实证层面较为系统地评估了卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响及作用机制。结果表明，在控制了可能存在的内生性偏误后，卫生服务的可获得性、空间可达性、适切性对农民工的主观生活质量产生了强弱不一的正向影响。具体来看，可获得性水平的提升可以使农民工拥有更高的生活满意度，并对其社会反馈行为产生积极作用；空间可达性水平的提升对农民工社会反馈行为具有一定的正向影响；适切性水平的提升可以显著提高农民工社会反馈行为的积极性。机制检验结果显示，卫生服务可及性水平的提升可以使农民工卫生习惯趋同于城市居民，帮助农民工养成健康就诊行为，进而提高这一群体的主观生活质量。同时，卫生服务可及性对农民工主观生活质量的影响存在一定的代际异质性和性别异质性，集中表现为可获得性对新生代、男性农民工的生活满意度和社会反馈行为存在更为显著的正向影响，而空间可达性对第一代、女性农民工的社会反馈行为的积极作用更为明显。此外，区分患病与否农民工样本的经验证据显示，卫生服务可及性对农民工主观生活质量的提升作用并非完全来自患病农民工样本的“正向溢出效应”，但患病经历是卫生服务可及性正向影响农民工社会反馈行为的重要因素。

为此，应从提升农民工卫生服务可及性着手，不断改善农民工的主观生活质量。其一，要通过压实流动人口基本公共卫生服务属地化管理责任，不断提高农民工对流入地卫生服务的可获得性。属地政府应严格履行卫生服务均等化职责，以健全流动人口健康档案信息登记管理制度为切入点，探索建立地区间和部门间流动人口健康信息共享机制，将农民工等流动人口纳入更具普惠特征的基本医疗卫生服务体系和疾病预防服务体系，通过改善卫生服务获得感提升农民工生活质量。其二，要通过优化医疗资源就地就近配置格局，不断提高农民工对流入地卫生服务的空间可达性。在配置流入地社区医疗服务机构的医疗资源时，要充分考虑流动人口的存量和增量态势，加大对社区卫生服务中心、村居医务室的软硬件投入力度，强化这些基层便民医疗卫生机构的服务能力，使其能够快速便捷地为农民工提供公平、合理、有效的疾病诊疗及预防服务，改善农民工的主观生活体验。其三，要通过强化流动人口健康教育普及力度，不断提高农民工对流入地卫生服务的适切性。属地政府应切实加强农民工等流动人口的健康促进工作，依托社区志愿者组织以及企业工会组织的宣传教育、网络自媒体平台的舆论引导、手机终端平台的信息推送等渠道，帮助农民工有效掌握健康素养基本常识，更好地学会科学合理使用流入地卫生服务，增强自身的卫生保健意识以及应对各类传播性疾病的自我保护能力，使农民工在提高卫生可行能力的同时实现自身主观福利的增进。

#### 参考文献

- 1.程名望、华汉阳，2020：《购买社会保险能提高农民工主观幸福感吗？——基于上海市 2942 个农民工生活满意度的实证分析》，《中国农村经济》第 2 期，第 46-61 页。
- 2.陈秋霖、葛润，2018：《个体特征对公共服务利用的影响——基于公共卫生服务的研究综述》，《劳动经济研究》第 6 期，第 116-127 页。
- 3.邓睿，2019：《健康权益可及性与农民工城市劳动供给——来自流动人口动态监测的证据》，《中国农村经济》第 4 期，第 92-110 页。

- 4.段丁强、应亚珍、周靖, 2016: 《促进我国流动人口基本公共卫生服务均等化的筹资机制研究》, 《人口与经济》第4期, 第34-44页。
- 5.郭静、邵飞、范慧、薛丽萍、吴亚琴, 2016: 《流动人口基本公共卫生服务可及性及影响因素分析》, 《中国卫生政策研究》第8期, 第75-82页。
- 6.郭沁, 2019: 《健康行为的社会规范性影响和从众心理》, 《浙江大学学报(人文社会科学版)》第1期, 第80-92页。
- 7.贾男、马俊龙, 2015: 《非携带式医保对农村劳动力流动的锁定效应研究》, 《管理世界》第9期, 第82-91页。
- 8.李永友、郑春荣, 2016: 《我国公共医疗服务受益归宿及其收入分配效应——基于入户调查数据的微观分析》, 《经济研究》第7期, 第132-146页。
- 9.林南、王玲、潘允康、袁国华, 1987: 《生活质量的结构与指标——1985年天津千户户卷调查资料分析》, 《社会学研究》第6期, 第73-89页。
- 10.刘金凤、魏后凯, 2019: 《城市公共服务对流动人口永久迁移意愿的影响》, 《经济管理》第11期, 第20-37页。
- 11.马骁, 2020: 《城市居家养老服务的“可及性”: 理论框架与政策实践》, 《东岳论丛》第4期, 第105-113页。
- 12.毛捷、赵金冉, 2017: 《政府公共卫生投入的经济效应——基于农村居民消费的检验》, 《中国社会科学》第10期, 第70-89页, 第206页。
- 13.孟颖颖、韩俊强, 2019: 《医疗保险制度对流动人口卫生服务利用的影响》, 《中国人口科学》第5期, 第110-120页, 第128页。
- 14.孙瑞琛、刘文婧、许燕, 2010: 《不同出生年代的中国人生活满意度的变化》, 《心理科学进展》第7期, 第1147-1154页。
- 15.陶印华、申悦, 2018: 《医疗设施可达性空间差异及其影响因素——基于上海市户籍与流动人口的对比》, 《地理科学进展》第8期, 第1075-1085页。
- 16.王鸿儒、成前、倪志良, 2019: 《卫生和计划生育基本公共服务均等化政策能否提高流动人口医疗服务利用》, 《财政研究》第4期, 第91-101页。
- 17.王健、郑娟、王朋、齐力, 2014: 《中国的迁移与健康: 解决流动人口医疗卫生服务政策目标与现实的差距》, 《公共行政评论》第4期, 第29-45页, 第183页。
- 18.夏怡然、陆铭, 2015: 《城市间的“孟母三迁”——公共服务影响劳动力流向的经验研究》, 《管理世界》第10期, 第78-90页。
- 19.项飙, 2020: 《“流动性聚集”和“陀螺式经济”假说: 通过“非典”和新冠肺炎疫情看中国社会的变化》, 《开放时代》第3期, 第53-60页, 第6页。
- 20.徐延辉, 2017: 《外来人口的社会融入与其主观生活质量》, 《社会科学辑刊》第4期, 第74-82页。
- 21.姚洋、钟宁桦, 2008: 《工会是否提高了工人的福利?——来自12个城市的证据》, 《世界经济文汇》第5期, 第5-29页。
- 22.喻开志、屈毅、徐志向, 2020: 《健康权益可及性对农民工市民化意愿的影响——基于马克思市民社会理论的分

析视角》，《财经科学》第8期，第52-67页。

23.岳经纶、李晓燕，2014：《社区视角下的流动人口健康意识与健康服务利用——基于珠三角的研究》，《公共管理学报》第4期，第125-135页，第144页。

24.周黎安，2014：《行政发包制》，《社会》第6期，第1-38页。

25.祝仲坤、郑裕璇、冷晨昕、陶建平，2020：《城市公共卫生服务与农民工的可行能力——来自中国流动人口动态监测调查的经验证据》，《经济评论》第3期，第54-68页。

26.祝仲坤，2020：《过度劳动对农民工社会参与的“挤出效应”研究——来自中国流动人口动态监测调查的经验证据》，《中国农村观察》第5期，第108-130页。

27.Ashraf, N., J. Berry, and J. Shapiro, 2010, “Can Higher Prices Stimulate Product Use? Evidence from A Field Experiment in Zambia”, *American Economic Review*, 100(5): 2383-2413.

28.Berkman, N. D., S. L. Sheridan, K. E. Donahue, D. J. Halpern, and K. Crotty, 2011, “Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review”, *Annals of Internal Medicine*, 155(2): 97-107.

29.Cascetta, E., A. Carteni, and M. Montanino, 2013, “A New Measure of Accessibility Based on Perceived Opportunities”, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 87: 117-132.

30.Costa, M., 2017, “How Responsive are Political Elites? A Meta-Analysis of Experiments on Public Officials”, *Journal of Experimental Political Science*, 4(3): 241-254.

31.Fargion, S., A. Nagy, and E. Berger, 2019, “Access to Social Services as a Rite of Integration: Power, Rights, and Identity Life”, *Social Policy and Administration*, 53(5): 627-640.

32.Goddard, M., and P. Smith, 2001, “Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence from the UK”, *Social Science and Medicine*, 53(9): 1149-1162.

33.Gransow, B., 2010, “Body as Armor: Health Risks and Health Consciousness among Rural Migrants in Urban China”, *Chinese History and Society*, 38: 9-27.

34.Hainmueller, J., 2012, “Entropy Balancing for Causal Effects: A Multivariate Reweighting Method to Produce Balanced Samples in Observational Studies”, *Political Analysis*, 20(1): 25-46.

35.Ma, A., and I. Chi, 2005, “Utilization and Accessibility of Social Services for Chinese Canadians”, *International Social Work*, 48(2): 148-160.

36.Martinez-Gonzalez, M., 2003, “Physical Activity and Psychological Well-Being”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(3): 231-232.

37.Paasche-Orlow, M. K., and M. S. Wolf, 2007, “The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes”, *American Journal of Health Behavior*, 31(S1): 19-26.

38.Penchansky, R., and J. W. Thomas, 1981, “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, *Medical Care*, 19(2): 127-140.

39.Roodman, D., 2011, “Estimating Fully Observed Recursive Mixed-Process Models with CMP”, *The Stata Journal*, 11(2): 159-206.

40.Wong, D. F. K., C. Y. Li, and H. X. Song, 2007, "Rural Migrant Workers in Urban China: Living A Marginalised Life", *International Journal of Social Welfare*, 16(1): 32-40.

(作者单位: 西南政法大学经济学院;  
西南政法大学制度经济学研究中心)  
(责任编辑: 光明)

## **How Does the Accessibility to Health Services Affect the Subjective Life Quality of Migrant Workers? Evidence Based on Thematic Survey in Key Areas of Health of Migrant Population**

DENG Rui

**Abstract:** The accessibility to health services in inflow areas is not only related to the health status of migrant workers, but may also have a potential impact on their subjective welfare. This study uses the thematic survey of migrant population to evaluate the impact and possibility mechanism of the accessibility to health services on the subjective quality of life of migrant workers. The study finds that after controlling the potential endogenous biases, the availability, spatial accessibility and appropriateness of health services may all have different effects on the improvement of the subjective quality of life of migrant workers. Specifically, the improvement of the level of availability can make migrant workers have higher life satisfaction and have a positive impact on their social feedback behavior. The improvement of spatial accessibility and appropriateness level can increase the enthusiasm of migrant workers to participate in social feedback behavior to a certain extent. The mechanism test confirms that the improvement of the accessibility to health services can accelerate the convergence of migrant workers and urban residents' health habits, help them develop healthy medical treatment behaviors, and improve their subjective quality of life. At the same time, there is a certain degree of intergenerational and gender heterogeneity in the impact of the accessibility to health services on migrant workers' subjective quality of life. In addition, the improvement of the subjective quality of life by the accessibility to health services is not entirely due to the "positive spillover effect" of the sample of sick migrant workers. However, the experience of illness still plays an important role for the impact of the accessibility to health services on the social feedback behavior of migrant workers.

**Keywords:** Migrant Worker; Accessibility to Health Service; Subjective Quality of Life; Health Literacy