

公共健康教育对流动人口健康状况的影响研究

——基于2018年全国流动人口动态监测调查数据的实证分析

赵一凡¹, 王晓慧²

(1.中国人民大学 劳动人事学院, 北京 100872; 2.武汉大学 社会保障研究中心, 湖北 武汉 430072)

摘要: 基于2018年全国流动人口动态监测调查数据, 聚焦公共健康教育的效果, 采用OLS方法实证分析了接受公共健康教育对流动人口健康状况的影响及其机制。研究发现: 接受健康教育可以显著提升流动人口的健康状况, Ordered Logit模型稳健性检验及工具变量法内生性分析表明这一结果仍然成立; 青年人、未受过高等教育和中西部地区流动人口群体接受健康教育对其自身健康状况影响的边际效应更大; 流动人口接受健康教育通过建立健康档案和签约家庭医生服务两种方式改善其自身健康状况。应努力规范公共健康教育, 充分发挥其提升流动人口健康状况的效果。

关键词: 流动人口; 公共健康教育; 健康状况; 建立健康档案; 签约家庭医生服务

中图分类号: G479

文献标志码: A

文章编号: 1009-2013(2020)05-0061-07

Does accepting public health education improve the health status of floating population: An empirical analysis based on the data of the China Migrants Dynamic Survey in 2018

ZHAO Yifan¹, WANG Xiaohui²

(1.School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China;

2.Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan 430072, China)

Abstract: Based on the data of China Migrants Dynamic Survey in 2018, focusing on the effect of public health education, this paper uses OLS method to analyze the impact of public health education on the health of floating population and its mechanism. The results show that accepting health education can significantly improve the health status of the floating population, and the effect is still significant when Ordered Logit model used for robustness test and endogenous analysis with instrumental variable method. Among the floating population, the marginal effects of health education on the health status of young people, the non-higher education people and the group in the central and western regions are greater. The floating population that accepts health education improves the health by establishing health records and signing family doctor services. Therefore, we should standardize public health education and give full play to its effect on improving the health status of floating population.

Keywords: floating population; public health education; health status; establishing health records; signing family doctor services

一、问题的提出

大规模的人口流动是我国经济社会发展中的

突出现象。根据国家统计局发布的相关数据, 2017年底我国流动人口数量约2.445亿, 占全国人口总量的17.5%^[1]。当前流动人口已成为城市发展中重要的劳动力, 然而其健康状况不容乐观, 多项研究表明流动人口是传染病、职业病、慢性病、生殖健康问题、心理问题的高风险易感人群^[2,3]。除了工作环境较差、劳动强度大、福利制度不完善等因素外, 流动人口健康素养相对较差、健康知识获取率偏

收稿日期: 2020-09-12

基金项目: 国家社科基金重点项目(16ARK001); 国家社会科学基金青年项目(16CGL046); 国家人力资源和社会保障部委托项目(2018K20217)

作者简介: 赵一凡(1992—), 男, 北京市人, 博士研究生, 研究方向为劳动经济学和人口经济学。

低,同时存在生活方式不科学等问题。我国政府一直高度重视流动人口健康问题,《“健康中国2030”规划纲要》中明确指出,“立足全人群和全生命周期两个着力点,提供公平可及、系统连续的健康服务,突出解决好流动人口、低收入人群等重点人群的健康问题。”结合流动人口特点,开展公共健康教育,普及健康常识,提高其健康素养是我国流动人口健康促进工作的一个重点。

围绕流动人口健康问题,当前研究主要集中在以下三个方面。一是关注流动人口的健康状况及其影响因素。当前我国流动人口整体健康状况不容乐观,和全国人口的平均健康水平相比存在较大差距^[4]。其中,传染病和感染性疾病、生殖系统疾病、职业危害与生产事故、心理问题与精神疾病等对其健康状况威胁较大^[5]。除了居住条件和工作环境外,性别、民族、年龄、受教育程度、婚姻状况、健康素养等人口统计学特征与流动人口健康状况息息相关,社交网络、社会支持和信任等社会资本也直接影响流动人口的健康水平^[6,7]。此外,也有学者将研究对象聚焦于老年流动人口群体,发现这一群体的社会经济特征与流动特征会对其健康状况产生一定影响^[8]。二是聚焦于流动人口的健康素养和健康知识水平研究。健康素养与健康知识既是健康状况的决定因素之一,也是公共健康教育效果的直接体现^[9]。李红娟和徐水源研究发现,流动人口的健康知识获取以被动接受为主,与社区健康教育活动密切相关^[10]。然而当前流动人口健康知识知晓程度普遍不高,对不同类别健康知识知晓率差异较大,导致生活方式不科学,整体健康素养偏低^[11]。三是侧重研究流动人口接受公共健康教育问题。嵒怡认为流动人口人均接受健康教育水平在西部地区最高,东北地区最低,普及程度排在前三位的健康教育内容依次是职业病防治、艾滋病防治和生殖与避孕,主要通过宣传栏和广播/电视节目等渠道进行传播^[12]。徐永强等通过对十堰市茅箭区流动人口的调查研究发现,相比健康档案、疫苗接种服务,流动人口对公共健康教育的利用率最高^[13];王丽和原新基于天津市流动人口动态监测调查数据的研究发现,接受过公共健康教育的流动人口比例约为75%,且群体内部不均衡特征较为明显^[14]。然而目前流动人口所接受的公共健康教育内容仍不够全面,而且近三分之一的流动

人口尚未接受过任何一项公共健康教育^[15]。针对公共健康教育的具体效果,黄明豪等发现流动人口接受艾滋病/性病(STD/AIDS)健康教育可以有效地提高其健康水平^[16]。汤喜红等在上海金山区对流动儿童的家长进行免疫规划健康教育干预,发现提高流动人口免疫规划的知识、态度和行为对预防疾病的发生具有良好的社会与经济效益^[17]。

已有文献从不同角度对流动人口的健康问题展开了深入探讨,但针对流动人口接受公共健康教育的研究仍较为有限,主要有以下几个方面的不足。首先,现有研究较多关注于流动人口自身特征对其健康的影响,重点考虑了流动人口的健康素养、健康知识水平,而忽视了公共健康教育的前端作用。其次,就接受公共健康教育的效果而言,大多数研究采用某一城市或地区的抽样调查数据,并关注某一类健康教育,较少使用权威的全国性流动人口调查数据,缺乏对全国流动人口各类公共健康教育的整体性考察。此外,由于健康问题与医学的关联度较高,相关研究多采用医学的研究范式,而较少采用经济学或人口学视角与方法研究流动人口接受公共健康教育对其健康状况的影响,且缺乏针对内生性问题与中间影响机制问题的深入探讨。

基于此,本文聚焦于公共健康教育的实施效果,基于2018年国家卫生健康委员会全国流动人口动态监测调查数据,实证分析接受公共健康教育对流动人口健康的影响,并探讨其在不同群体间的差异,以期改进公共健康教育、提高流动人口健康状况提供借鉴。

二、研究设计

1. 数据来源

本文所选取的数据来源于国家卫生健康委员会所实施的全国流动人口动态监测调查。该调查选取全国31个省、市、自治区和新疆生产建设兵团的15周岁及以上,在流入地居住一个月及以上,且为非本区(县、市)户口的流动人口为样本,采取分层次、多阶段、与规模成比例(PPS)的方法进行抽样。问卷的主要内容包含流动人口个人特征、居留意愿、就业状况、基本公共卫生服务利用情况、婚育和计划生育服务管理状况以及健康素养等内容。选取最新公布的2018年数据进行分析,

全面涵盖了流动人口所接受的各类公共健康教育类型，同时首次引入流动人口签约家庭医生服务这一问题，可以在一定程度上刻画流动人口的健康意识。选取 2017 年 11 月之前迁入流入地居住的流动人口为研究对象，经过数据清理，筛选出有效样本 138 954 人^①。

2. 变量选取与描述

根据已有文献，自评健康状况与个人真实健康水平具有一致性^[18,19]，本文的被解释变量为流动人口的自评健康状况。根据问卷中的四个选项“生活不能自理、不健康但生活能自理、基本健康、健康”，依次赋值 1~4。需要说明的是，相比既有文献中普遍将流动人口自评健康状况合并为“是否健康”的二元虚拟变量，依据自评健康程度设定为排序变量可以更加细分流动人口的健康状况，从而估计结果更加精确^[20]。为确保模型的稳健性，本文同样选取

“患病（负伤）或身体不适”作为流动人口健康状况的客观指标进行度量，进行稳健性分析。

本文的核心解释变量为流动人口接受公共健康教育。根据问卷中“过去一年，流动人口在现居住的社区/单位是否接受过职业病防治、传染病防治、生殖健康与妇幼健康、慢性病防治、心理健康、突发事件自救和其他方面的健康教育”等七项内容，若流动人口参加过至少一项公共健康教育，则认为其接受过公共健康教育；若均未参加，则认为流动人口未接受过公共健康教育。参考已有研究，同时将性别、年龄、受教育程度和户口类型等个人特征，婚姻状况、子女个数、家庭规模和家庭月收入的家庭特征，以及参加医疗保险状况作为影响健康状况的控制变量纳入回归模型中。此外，将流动人口所在地区虚拟变量同样放入模型，控制地区间的差异。

表 1 变量的描述性统计结果

变量类别	变量名称	变量说明	平均值	标准差
被解释变量	自评健康状况	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	3.841	0.427
核心解释变量	接受公共健康教育	未接受=0，至少接受过一项=1	0.816	0.387
个人特征	性别	女性=0，男性=1	0.513	0.500
	年龄	计算公式：年龄=2018-出生年份	36.756	11.132
	受教育程度	受教育年限：未上过学=0，小学=6，初中=9，高中/中专=12，大学专科=15，大学本科=16，研究生=19	10.308	3.465
	户口类型	其他户口(非农业、居民)=0，农业户口=1	0.684	0.465
家庭特征	婚姻状况	单身(未婚、离婚、丧偶)=0，非单身(初婚、再婚、同居)=1	0.834	0.372
	子女个数	流动人口子女的数量(人)	1.515	0.781
	家庭规模	同住的家庭成员人数(人)	3.181	1.189
	家庭月收入	过去一年家庭平均月收入(千元)	7.789	7.805
参保行为	参加医疗保险	未参加=0，至少参加一项医疗保险=1	0.935	0.246
稳健性检验	健康	其他(生活不能自理、不健康但生活能自理、基本健康)=0，健康=1	0.864	0.343
	患病(负伤)或身体不适	是=0，否=1	0.883	0.321
工具变量	社区健康教育宣传	所在社区中固定的卫生/计生/健康教育宣传栏个数(个)	3.810	3.950
中间机制变量	建立健康档案	未建立=0，建立=1	0.283	0.450
	签约家庭医生服务	未签约=0，签约=1	0.123	0.329
地区变量	地区固定效应	各省、市、自治区虚拟变量	—	—

注：对于新疆生产建设兵团样本，依据其所在地，在地区固定效应变量中与新疆维吾尔自治区合并。

3. 计量模型

本研究使用基准回归模型（OLS）探究流动人口接受公共健康教育对其健康状况的影响。模型设定如下式所示：

$$Health_i = \beta_0 + \beta_1 Education_i + \beta_2 X_i + \mu_i \quad (1)$$

其中， $Health_i$ 表示流动人口个体 i 的自评健康状况， $Education_i$ 为是否接受过公共健康教育的二

元虚拟变量， X_i 为其他控制变量， μ_i 为随机扰动项。需要说明的是，对于被解释变量自评健康状况，依据其程度进行赋值，属于排序变量。Ferrer-I-Carbonell & Frijters 的研究表明当模型设定正确时，OLS 和 Ordered Logit 模型之间并无优劣之分，此时健康状况作为流动人口个人的基数效用进行度量^[21]。本文在基准回归分析中采用 OLS 估计，同时采用

Ordered Logit 模型进行稳健性检验。

在稳健性分析部分,进一步分别将自评健康状况合并为是否健康的二元虚拟变量,被解释变量替换为是否患病(负伤)或身体不适,构建二元 Logistic 模型:

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 Education_i + \beta_2 X_i + \mu_i \quad (2)$$

其中, p 和 $(1-p)$ 分别表示流动人口健康与不健康的概率;以及未患病和患病的概率,根据二元 Logistic 模型求出二者的概率比(OR 值)。

三、实证结果与分析

1. 基准回归结果

表 2 展示了基准回归结果。在控制地区固定效应时,模型(1)仅加入接受公共健康教育单一变量,发现其与流动人口健康状况呈现显著正相关性。模型(2)在此基础上加入个人特征控制变量,发现此时接受公共健康教育可以显著提升流动人口健康水平 0.052。模型(3)进一步加入家庭特征变量,得到近似的结果。模型(4)加入全部的控制变量,此时流动人口接受公共健康教育可以显著提升其健康水平 0.056。因此,流动人口群体接受

表 2 接受公共健康教育对流动人口健康的影响

变量	自评健康状况			
	模型(1)	模型(2)	模型(3)	模型(4)
接受公共健康教育	0.085*** (0.003)	0.052*** (0.003)	0.057*** (0.004)	0.056*** (0.004)
性别		0.044*** (0.002)	0.051*** (0.002)	0.051*** (0.002)
年龄		-0.011*** (0.000)	-0.012*** (0.000)	-0.012*** (0.000)
受教育程度		0.007*** (0.000)	0.003*** (0.000)	0.003*** (0.000)
户口类型		0.019*** (0.003)	0.025*** (0.003)	0.025*** (0.003)
婚姻状况			0.048*** (0.010)	0.048*** (0.010)
子女个数			-0.013*** (0.003)	-0.013*** (0.003)
家庭规模			0.001 (0.002)	0.001 (0.002)
家庭月总收入			0.075*** (0.003)	0.075*** (0.003)
参加医疗保险				0.008 (0.006)
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
常数项	3.815*** (0.005)	4.126*** (0.010)	3.993*** (0.016)	3.986*** (0.016)
样本量	138 954	138 954	119 683	119 683
F 统计量	85.54***	265.95***	237.75***	231.85***
R ²	0.025 4	0.121 3	0.137 5	0.137 5

注:***表示 1% 的显著性水平;括号内为稳健标准误;下同。

社区开展的公共健康教育工作,可以在一定程度上促进其自身公共卫生知识的积累,同时提高其健康意识,有助于做好疾病预防工作,提升其健康状况。

其他控制变量方面,男性健康状况优于女性;随着年龄增加,流动人口健康状况会下降,这也符合实际情况。受教育程度较高的流动人口,其人力资本水平更高,健康意识相应也会有所提升,回归结果反映出健康状况与受教育程度呈正相关。家庭特征方面,已婚群体、家庭收入高的群体,整体生活质量相对较高,同时美好的家庭生活也会给健康福祉带来正效应。而子女个数与健康状况呈负相关,可能的解释是部分流动人口由于与子女长期分离,在照顾子女方面需要付出更多的时间与精力,相应会影响其心理状况,进而影响到健康水平。

2. 稳健性检验

为了增强研究结论的稳健性,采用以下三种方法进行检验:替换方法为 Ordered Logit 模型;将被解释变量自评健康状况合并为是否健康二元虚拟变量;以及替换被解释变量为“患病(负伤)或身体不适”这一客观指标反映流动人口身体健康状况的方式进行分析。表 3 为稳健性分析结果。

表 3 稳健性检验结果

变量	模型(1)	模型(2)	模型(3)
	自评健康状况	健康	患病(负伤)或身体不适
接受公共健康教育	1.408*** (0.029)	1.387*** (0.029)	1.388*** (0.030)
其他控制变量	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制
样本量	119 683	119 683	119 683
LR 统计量	13 766.25***	12 534.86***	3 562.32***
Pseudo R ²	0.117 5	0.125 3	0.040 3

注:模型(1)采用 Ordered Logit 回归方法,模型(2)和模型(3)采用二元 Logistic 回归方法。所有模型汇报结果均为 OR 值。

在模型(1)中,将自评健康状况看作个人健康福祉的序数效用,采用 Ordered Logit 模型进行估计。由表 3 数据可以看出,接受公共健康教育可以显著提升流动人口健康状况一个层级的概率为 0.408。在模型(2)中,将自评健康选项中的“生活不能自理、不健康但生活能自理、基本健康”赋值为 0,将选项“健康”赋值为 1,采用二元 Logistic 回归方法,发现在接受公共健康教育情况下,流动人口健康的概率显著提高 0.387。模型(3)则将被解释变量替换为“患病(负伤)或身体不适”,同样

采用二元 Logistic 模型,结果同样显示流动人口接受公共健康教育有助于提升身体健康状况,表明模型具有一定的稳健性。

3. 异质性分析

鉴于我国地区间经济发展水平存在较大差异、且人们生活方式与文化也有诸多不同,本部分将流动人口样本分别按照年龄、受教育程度和所在地区进行分组,探究接受公共健康教育对于不同群体健康状况影响的异质性,结果如表 4 所示。

根据联合国世界卫生组织的年龄分组法,将流动人口样本划分为 45 岁以下(青年)、45~59 岁(中年)和 60 岁及以上(老年)三组。表 4 中模型(1)至模型(3)的结果报告了不同年龄组群体间的差异。接受公共健康教育会显著提升各年龄段流动人口的健康状况,但对于中老年人的影响程度要明显大于青年人。青年人群体身体健康状况普遍优于中老年人,由公共健康教育带来影响的边际效应较为有限。随着年龄增加,健康状况会有所下降,此时诸如公共健康教育外部因素对于自身健康状况带来影响的边际效果更大。由此,社区内应注重针对中老年流动人口群体开展相应的公共健康教育。

模型(4)和模型(5)为不同受教育程度群体间的差异,依据是否接受过大专及以上高等教育进行划分,在一定程度上也近似反映出流动人口的不同技能水平^[22]。根据回归结果,接受公共健康教育对不同受教育程度的流动人口健康状况均呈现正相关性,但对于未受过高等教育群体而言,其边际效应更大。流动人口群体普遍受教育程度较低,多集中于小学和初中学历。相对于受过高等教育的群体,其生活中自我保健意识相对较为薄弱,此时提供公共健康教育可以给其健康状况带来更多的提升作用。

模型(6)和模型(7)展示了不同地区间的差异。表 4 数据显示,接受公共健康教育对于中西部地区流动人口提升健康状况的边际效应大于东部地区,且均通过显著性检验。结合上述关于不同受教育群体间的异质性分析,东部地区教育发展普遍优于中西部地区,流动人口接受教育的机会也相对更多。而在中西部地区,仍有大量流动人口未接受过良好的教育,同时健康意识也较为薄弱,如果对其进行相应的公共健康教育,提升健康水平的效果更加明显。

表 4 接受公共健康教育对不同流动人口群体健康影响的差异

变量	年龄			受教育程度		地区	
	模型(1) 45 岁以下	模型(2) 45~59 岁	模型(3) 60 岁及以上	模型(4) 未受过高等教育	模型(5) 受过高等教育	模型(6) 东部地区	模型(7) 中西部地区
接受公共健康教育	0.039*** (0.003)	0.078*** (0.008)	0.088*** (0.023)	0.057*** (0.004)	0.032*** (0.007)	0.050*** (0.004)	0.066*** (0.006)
其他控制变量	控制						
地区固定效应	控制						
样本量	86 577	27 553	5 553	99 317	20 366	56 079	63 604
F 统计量	43.52***	46.86***	23.86***	213.37***	14.02***	146.53***	216.23***
R ²	0.027 3	0.085 2	0.149 8	0.142 6	0.070 8	0.095 8	0.161 9

注:根据国家统计局相关文件中对于不同地区的划分,东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南;中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北和湖南;西部地区包括内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏和新疆。

4. 相关问题的进一步分析

(1) 内生性问题探讨。考虑到流动人口是否接受公共健康教育与其个人健康状况可能存在一定的反向因果关系,即自评健康状况较好的流动人口群体,其可能在主观上认为公共健康教育的意义有限,因而对于是否接受社区公共健康教育具有一定的主观选择性,由此导致模型中可能存在一定的内生性问题。基于此,本文根据调查问卷中“流动人口所在村/居中固定的卫生/计生/健康教育宣传栏数量”这一问题,将流动人口所在社区健康教育宣传情况作为工具变量。一方面健康教育宣传栏数量

在一定程度上反映所在社区对于流动人口公共健康教育重视程度和普及健康知识的力度,可以直接影响流动人口接受公共健康教育的选择;另一方面健康教育宣传栏的数量不会对于流动人口健康状况产生直接影响。

表 5 为采用工具变量法得到的回归结果,流动人口接受公共健康教育显著提升其健康状况,在加入其他控制变量后,系数为 0.260,边际效应大于 OLS 模型估计结果,同时拒绝了不可识别的原假设和弱工具变量的原假设。回归结果在一定程度上印证了反向因果的假设,即采用工具变量法克服由反向因果带来的

内生性问题时,模型估计系数有所增大。

表5 接受公共健康教育对流动人口健康的影响(工具变量法)

变量	模型(1)	模型(2)
接受公共健康教育	0.371*** (0.121)	0.260** (0.125)
其他控制变量	未控制	控制
地区固定效应	控制	控制
样本量	130 664	112 839
Wald 统计量	1 938.57***	8 567.74***
R ²	—	0.108 6

注:**表示5%的显著性水平。模型(1)和模型(2)的Kleibergen-Paap rk LM 统计量分别为90.706和78.077,均拒绝不可识别的原假设;模型(1)和模型(2)的Kleibergen-Paap rk Wald F 统计量分别为91.251和78.702;第一阶段F 统计量分别为172.72和158.09,均拒绝弱工具变量的原假设。

(2)接受公共健康教育对流动人口健康状况影响的机制分析。研究流动人口接受公共健康教育通过何种途径提升个人健康状况,对于理解健康教育的作用具有一定意义,同时能够更加有效地提出有针对性的政策启示,推动流动人口健康教育的实施。接受公共健康教育本身也是增加人力资本积累的一种方式,从而增加流动人口的健康意识,过上更加健康的生活^[23]。参考相关文献,本文基于调查问卷中“您是否在本地建立了居民健康档案”和“目前,您跟本地家庭医生签约过吗”这两道题目,通过流动人口建立健康档案和签约家庭医生这两个行为,近似反映出其健康意识^[24,25]。经过统计,样本中流动人口建立健康档案的占比28.30%,签约家庭医生的占比12.30%。可以看出相关比例仍然较低,流动人口健康意识仍有待进一步加强。

表6展示了中间机制分析的结果。模型(1)和模型(2)为核心解释变量与中间机制变量之间

表6 接受公共健康教育对流动人口健康状况影响的机制分析

	模型(1) 建立健康 档案	模型(2) 签约家庭 医生服务	模型(3) 自评健康	模型(4) 自评健康
接受公共健康教育	0.176*** (0.003)	0.096*** (0.002)	0.053*** (0.004)	0.055*** (0.004)
建立健康档案			0.022*** (0.003)	
签约家庭医生服务				0.018*** (0.004)
其他控制变量	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
样本量	119 684	119 684	119 684	119 684
F 统计量	453.37***	307.90***	228.32***	227.22***
R ²	0.114 5	0.097 6	0.138 0	0.137 7

的回归,结果显示接受公共健康教育与建立健康档案和签约家庭医生服务这两个中间机制变量均显著相关^[26,27]。模型(3)和模型(4)进一步检验中间机制变量是否在模型中显著发挥作用。结果显示建立健康档案和签约家庭医生均显著提升了流动人口健康状况,同时接受公共健康教育变量系数仍通过显著性检验,由此可以认为流动人口接受公共健康教育提升了其健康意识,通过建立健康档案和签约家庭医生服务两种方式改善了自身健康状况^②。

四、研究结论与启示

本研究发现:在控制了其他变量时,接受公共健康教育可以显著提升流动人口健康水平,在使用工具变量法克服反向因果的内生性问题后,这一结果仍然成立。此外,使用Ordered Logit 模型进行稳健性分析发现接受公共健康教育可以显著提升流动人口健康状况一个层级的概率为0.408。进一步对不同年龄段、不同受教育程度和不同地区的流动人口群体进行异质性分析,发现中老年人、未受过高等教育、中西部地区流动人口群体接受公共健康教育对其自身健康状况影响的边际效应分别大于青年人、受过高等教育和东部地区的流动人口群体,这主要和他们的生活方式、健康生活意识等因素有关。最后,接受公共健康教育可以通过提升流动人口的健康意识来改善其自身健康状况,建立健康档案和签约家庭医生服务在接受健康教育与流动人口健康状况的关系中存在中介效应。

流动人口的健康状况关系到全民健康素质和健康水平,现阶段与未来较长时期内需要采取多种措施改善流动人口的健康状况。2019年7月,健康中国行动推进委员会印发的《健康中国行动(2019—2030年)》,更是明确提出“把提升健康素养作为增进全民健康的前提,根据不同人群特点有针对性地加强健康教育与促进,让健康知识、行为和技能成为全民普遍具备的素质和能力,实现健康素养人人有。”本研究发现流动人口接受公共健康教育在一定程度上能够改善其健康状况,同时在不同群体间存在异质性。在此基础上,提出如下政策启示:

第一,将流动人口作为健康教育服务的重点对象。一方面,不断加大对该群体健康教育的投入。以居住地和工作地为主要场所,重点关注厂矿企业

生活区、城中村、小旅馆等流动人口密集的地方,联动社区、学校、用人单位、非营利组织等多方力量共同开展健康教育工作。另一方面,优化健康教育宣传模式。围绕流动人口的工作和生活需要,制作科学、系统、适宜流动人口的宣传材料,深入厂矿、学校、社区等地点开展健康教育,同时充分发挥互联网和信息技术优势,通过微信、短信等媒介进行健康知识的个性化推送,并在流动人口聚居的场所定期开展健康教育讲座、免费咨询等活动,提高健康教育可及性。

第二,关注不同类别流动人口的偏好,采取差异化、精准化的健康教育方式。结合各地流动人口工作和居住特点,通过大数据技术采集、分析医疗数据,总结出流动人群面临的主要健康问题和潜在健康需求,在制定健康教育干预内容和措施时,需要充分考虑流动人口的职业、年龄、性别等特点,重点关注中老年人、未受过高等教育和中西部地区的流动人口群体,开展有针对性的健康教育服务,最大化公共健康教育的积极效应。同时,在家庭化流动趋势日益加强的背景下,设计并实施针对流动人口家庭的健康教育活动和内容,从而促进家庭整体健康素养的提升。

第三,继续完善流动人口健康档案和签约家庭医生服务制度。与公安局、派出所、房屋出租中介、社区居委会、用工单位等合作,建立健全流动人口健康信息网格化收集制度。依托计算机和互联网推动健康档案信息化建设,各医疗卫生机构、各区域之间实现以健康档案为核心的公共卫生信息共享,实现一人一档,档随人走。健全家庭医生的长效培养机制,全面推进家庭医生与流动人口签约工作,发挥家庭医生作用,定期对健康档案进行统计、分析,系统动态地监测流动人口的健康状况,提供有针对性的健康管理服务方式,进而提高流动人口的健康意识和健康行为。

注释:

① 由于 2018 年的流动人口动态监测调查于 2018 年 5 月展开,考虑到流动人口在居住地超过 6 个月才可以建立健康档案和签约家庭医生服务,且“接受公共健康教育”与“个人健康状况”统计量之间需要具有一定的时间差异以符合计量模型的因果识别,故基于调查问卷中“本次流动时间”这一问题,选取 2017 年 11 月之前流入现居住地的流动人

口群体作为实证分析的样本。

② 参考学界关于中间机制分析的文献,本部分采用 OLS 模型分析流动人口接受公共健康教育是否通过提高自身健康意识,进而改善其健康状况,着重探究接受公共健康教育与“建立健康档案”和“签约家庭医生服务”这两个机制变量之间回归系数的显著性。

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委员会. 中国流动人口发展报告 2018[M]. 北京: 中国人口出版社, 2019.
- [2] PARKER R, KREPS GL. Library outreach: Overcoming health literacy challenges[J]. Journal of the Medical Library Association, 2005, 93(suppl. 4): 81-85.
- [3] 叶旭军, 施卫星, 李鲁. 城市外来农民工的健康状况与政策建议[J]. 中华医院管理杂志, 2004(9): 53-57.
- [4] 杜本峰, 周祺寒, 谭雁潇, 等. 流动人口: 健康生存质量、影响因素与路径[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(9): 47-53.
- [5] 纪颖, 袁雁飞, 栗潮阳, 等. 流动人口与农村青年人口健康状况及卫生服务利用的比较分析[J]. 人口学刊, 2013, 35(2): 90-96.
- [6] 牛建林, 郑真真, 张玲华, 等. 城市外来务工人员的工作和居住环境及其健康效应——以深圳为例[J]. 人口研究, 2011, 35(3): 64-75.
- [7] 黄乾. 教育与社会资本对城市农民工健康的影响研究[J]. 人口与经济, 2010(2): 71-75.
- [8] 宋全成, 张倩. 中国老年流动人口健康状况及影响因素研究[J]. 中国人口科学, 2018(4): 81-92, 127-128.
- [9] CLANCY C, MUNIER W, CROSSON K. National Health Quality Report[R]. US: Department of Health and Human Services, 2012.
- [10] 李红娟, 徐水源. 流动人口健康素养及健康知识获取分析[J]. 卫生经济研究, 2017(10): 37-42.
- [11] 晏月平, 郑依然. 健康中国背景下流动人口健康管理问题及对策研究[J]. 东岳论丛, 2019, 40(6): 52-65.
- [12] 嵇怡. 中国不同区域流动人口卫生服务供给与利用情况比较[J/OL]. 中国公共卫生, <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20191224.2014.036.html>
- [13] 徐永强, 赵海波, 杨冰, 等. 十堰市茅箭区流动人口基本公共卫生服务认知与利用状况分析[J]. 中国健康教育, 2017, 33(10): 950-953.
- [14] 王丽, 原新. 天津市流动人口健康教育接受水平及影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2018, 34(1): 29-32, 37.
- [15] 薛莉萍, 范慧, 郭静. 流动人口健康教育现状及其影响因素研究[J]. 中国健康教育, 2017, 33(9): 771-774, 796.
- [16] 黄明豪, 陈连生, 陈潇潇, 等. 艾滋病/性病健康教育对流动人口健康的影响[J]. 中国公共卫生, 2006(8): 1018-1019.

(下转第 94 页)