

The background of the top half of the page is a light gray with a complex, abstract pattern of white lines and shapes. These include several interlocking gears of different sizes, some with arrows pointing in various directions (up, down, left, right, and in circles). There are also straight lines, some with small triangles at their ends, and a few rectangular blocks of parallel lines. The overall effect is a technical or mechanical aesthetic.

第二部分

A decorative graphic consisting of three small, solid black triangles pointing to the right, arranged horizontally.

流动人口卫生服务协同供给 状况的实证分析

一、流动人口与户籍人口卫生服务享用差异比较分析

本研究利用 2017 年流动人口与户籍人口卫生服务专项调查数据,运用描述性分析对比流动人口与户籍人口在总体健康、卫生服务利用及流行病处置方面的差异。尽管由于健康选择的原因,流动人口整体处于生命的青壮期,其健康情况理应优于户籍人口,但流动人口的整体健康状况并未与户籍人口呈现显著差异,这恰恰说明流动人口的健康情况不容乐观。同时,流动人口在影响其健康发展趋势的卫生服务利用方面全面弱于户籍人口,如不及时提高流动人口的卫生服务供给,其健康资本将无法持续。

(一)流动人口与户籍人口总体健康状况差异对比

1. 总体健康

对不同人口类型与总体健康进行交叉分析,卡方分析 $P>0.05$ (见表 2-1)。流动人口中认为自己健康的比例为 98.1%,户籍人口中认为自己健康的比例为 98.2%。在总体健康自我评价中,二者不存在显著差异。

表 2-1 流动人口与户籍人口总体健康对比

总体健康	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
健康	13 738	98.1	13 752	98.2	27 490	98.2
不健康	260	1.9	248	1.8	508	1.8
合计	13 998	100.0	14 000	100.0	27 998	100.0
χ^2	0.290					
P	0.590					

2. 高血压和糖尿病

对不同人口类型与高血压和糖尿病进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-2)。流动人口中患有高血压的占比为 3.5%,患有糖尿病的占比为 0.6%,患有高血压和糖尿病的占比为 0.4%,均未患有的占比为 93.2%,未就诊的占比为 2.3%;户籍人口中患有高血压的占比为 4.6%,患有糖尿病的占比为 0.7%,患有高血压和糖尿病的占比为 0.6%,均未患有的占比为 92.4%,未就诊的占比为 1.7%。慢性病对比再次证明流动人口是经过健康选择的群体。



表 2-2 流动人口与户籍人口是否患有高血压和糖尿病情况对比

是否患有 高血压和糖尿病	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
患有高血压	495	3.5	641	4.6	1136	4.1
患有糖尿病	77	0.6	93	0.7	170	0.6
患有高血压和 糖尿病	52	0.4	81	0.6	133	0.5
均未患有	13 051	93.2	12 942	92.4	25 993	92.8
未就诊	323	2.3	243	1.7	566	2.0
合计	13 998	100.0	14 000	100.0	27 998	100.0
χ^2	38.358					
P	0.000					

3. 身体不适

对不同人口类型与身体不适进行交叉分析,卡方分析 $P > 0.05$,表示不存在显著差异(见表 2-3)。流动人口中有过身体不适的占比为 56.6%,没有过的占比为 43.4%;户籍人口中有过身体不适的占比为 55.6%,没有过的占比为 44.4%。

表 2-3 流动人口与户籍人口身体不适对比

身体不适	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
有	7 919	56.6	7 789	55.6	15 708	56.1
无	6 079	43.4	6 211	44.4	12 290	43.9
合计	13 998	100.0	14 000	100.0	27 998	100.0
χ^2	2.493					
P	0.114					

(二)流动人口与户籍人口卫生服务享用差异对比

1. 卫生服务知晓率

对不同人口类型与卫生服务知晓率进行交叉分析,卡方分析 $P < 0.05$,表示存在显著差异(见表 2-4)。流动人口的知晓率为 63.3%,户籍人口的知晓率为 74.9%。

表 2-4 流动人口与户籍人口卫生服务知晓率对比

卫生服务 知晓率	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
听说过	8 858	63.3	10 484	74.9	19 342	69.1
没听说过	5 140	36.7	3 516	25.1	8 656	30.9
合计	13 998	100.0	14 000	100.0	27 998	100.0
χ^2	441.378					
P	0.000					

2. 健康档案

对不同人口类型与健康档案进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-5)。流动人口建立健康档案的比例为 31.5%,户籍人口建立健康档案的比例为 60.5%。

表 2-5 流动人口与户籍人口建立健康档案的比例对比

健康档案	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
建立	3 925	31.5	8 468	60.5	12 393	46.8
没建立	8 551	68.5	5 532	39.5	14 083	53.2
合计	12 476	100.0	14 000	100.0	26 476	100.0
χ^2	2 232.225					
P	0.000					

3. 健康教育享用

对不同人口类型与健康教育享用进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示均存在显著差异,在所有类型健康教育的享用中,流动人口全部弱于户籍人口(见表 2-6)。流动人口接受过职业病教育的比例为 33.1%,户籍人口接受过职业病教育的比例为 46.6%;流动人口接受过性病/艾滋病教育的比例为 38.9%,户籍人口接受过性病/艾滋病教育的比例为 54.3%;流动人口接受过生殖健康与避孕教育的比例为 53.0%,户籍人口接受过生殖健康与避孕教育的比例为 64.3%;流动人口接受过结核病教育的比例为 31.8%,户籍人口接受过结核病教育的比例为 45.0%;流动人口接受过控制吸烟教育的比例为 51.1%,户籍人口接受过控制吸烟教育的比例为 61.1%;流动人口接受过心理健康教育的比例为



35.3%，户籍人口接受过心理健康教育的比例为 50.2%；流动人口接受过慢性病教育的比例为 34.9%，户籍人口接受过慢性病教育的比例为 49.3%；流动人口接受过妇幼保健/优生优育教育的比例为 54.2%，户籍人口接受过妇幼保健/优生优育教育的比例为 65.5%；流动人口接受过突发公共事件自救教育的比例为 45.4%，户籍人口接受过突发公共事件自救教育的比例为 57.7%。

表 2-6 流动人口与户籍人口健康教育享用对比

健康教育	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
职业病教育	4 127	33.1	6 517	46.6	497.945	0.000
性病/艾滋病教育	4 847	38.9	7 608	54.3	634.947	0.000
生殖健康与避孕教育	6 610	53.0	9 005	64.3	350.629	0.000
结核病教育	3 962	31.8	6 293	45.0	483.873	0.000
控制吸烟教育	6 375	51.1	8 557	61.1	269.528	0.000
心理健康教育	4 398	35.3	7 025	50.2	599.227	0.000
慢性病教育	4 352	34.9	6 903	49.3	561.628	0.000
妇幼保健/优生优育教育	6 760	54.2	9 164	65.5	349.749	0.000
突发公共事件自救教育	5 665	45.4	8 076	57.7	398.411	0.000

4. 健康知识来源

对不同人口类型与健康知识来源进行交叉分析，卡方分析 $P < 0.05$ ，表示均存在显著差异(见表 2-7)。流动人口通过健康知识讲座了解健康知识的比例为 44.3%，户籍人口通过健康知识讲座了解健康知识的比例为 65.7%；流动人口通过宣传资料(纸质、影视)了解健康知识的比例为 86.6%，户籍人口通过宣传资料(纸质、影视)了解健康知识的比例为 92.6%；流动人口通过宣传栏/电子显示屏了解健康知识的比例为 75.4%，户籍人口通过宣传栏/电子显示屏了解健康知识的比例为 84.6%；流动人口通过公众健康咨询活动了解健康知识的比例为 44.5%，户籍人口通过公众健康咨询活动了解健康知识的比例为 56.9%；流动人口通过社区短信/微信/网站了解健康知识的比例为 42.9%，户籍人口通过社区短信/微信/网站了解健康知识的比例为 58.3%；流动人口通过面对面咨询了解健康知识的比例为 29.2%，户籍人口通过面对面咨询了解健康知识的比例为 37.1%。流动人口的健康信息获取能力弱于户籍人口，但两类人群都偏向于通过电子产品获取健康知识。

表 2-7 流动人口与户籍人口健康知识来源对比

健康知识获取途径	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
健康知识讲座	4 233	44.3	7 730	65.7	981.683	0.000
宣传资料(纸质、影视)	8 272	86.6	10 894	92.6	211.928	0.000
宣传栏/电子显示屏	7 204	75.4	9 954	84.6	285.746	0.000
公众健康咨询活动	4 254	44.5	6 689	56.9	321.552	0.000
社区短信/微信/网站	4 095	42.9	6 857	58.3	502.863	0.000
面对面咨询	2 791	29.2	4 365	37.1	147.482	0.000

5. 社区卫生服务享用

对不同人口类型与社区卫生服务享用进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-8)。流动人口接受过社区卫生服务的比例仅有 39.4%,户籍人口接受过社区卫生服务的比例为 65.6%,明显高于流动人口。

表 2-8 流动人口与户籍人口社区卫生服务享用对比

社区卫生服务	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
接受过	246	39.4	535	65.6	781	54.3
没有接受过	378	60.6	280	34.4	658	45.7
合计	624	100.0	815	100.0	1 439	100.0
χ^2	97.910					
P	0.000					

6. 卫生服务便利性

对不同人口类型与卫生服务便利性进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-9)。流动人口 15 分钟以内到达卫生服务机构的比例为 83.8%,户籍人口 15 分钟以内到达卫生服务机构的比例为 86.2%,这说明卫生服务机构位置分布均衡,在后续调研过程中需要重点关注其服务能力是否也是均衡的。

表 2-9 流动人口与户籍人口卫生服务便利性对比

卫生服务便利性	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
15 分钟以内	11 729	83.8	12 063	86.2	23 792	85.0
15 分钟以上	2 269	16.2	1 937	13.8	4 206	15.0
合计	13 998	100.0	14 000	100.0	27 998	100.0
χ^2	30.895					
P	0.000					

(三)流动人口与户籍人口流行病处置差异对比

与户籍人口相比,流动人口对健康的重视程度更低,对自我健康的乐观程度更高。受限于经济顾虑和就医流程的烦琐,流动人口对流行病的处理倾向于自我免疫,这说明流动人口不去专业机构治疗是一种被动选择。

1. 腹泻

对不同人口类型与腹泻进行交叉分析,除了未就诊及具有治疗经验外,卡方分析 $P<0.05$,表示均存在显著差异(见表 2-10)。流动人口与户籍人口出现腹泻的比例大体相当,处理方式也都倾向于不就诊,但在原因上存在明显差异。流动人口对健康的重视程度更弱,其认为病症不是很严重和能自愈的比例高于户籍人口,而且其不就诊主要受经济条件和医疗便利的限制。流动人口选择工作忙、没时间及缺钱的比例高于户籍人口,其认为去医院看病麻烦的比例也高于户籍人口。

表 2-10 流动人口与户籍人口腹泻处置对比

腹泻	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
出现腹泻	2 051	14.70	2 419	17.30	36.317	0.000
未就诊	1 448	70.60	1 741	72.10	1.219	0.544
病症不是很严重	792	54.70	975	40.31	75.589	0.000
具有治疗经验	76	5.25	136	5.62	0.244	0.621
身体好,能自愈	459	31.70	588	24.31	25.063	0.000
工作忙,没时间	78	5.39	88	3.64	6.743	0.009

续表

腹泻	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
缺钱	54	3.73	43	1.78	14.109	0.000
去医院看病麻烦	420	29.01	494	20.42	36.977	0.000
其他	30	2.07	29	1.20	4.596	0.032

2. 发热

对不同人口类型与发热进行交叉分析,除了未就诊以外,卡方分析 $P<0.05$,表示均存在显著差异(见表 2-11)。流动人口与户籍人口出现发热的比例大体相当,处理方式也都倾向于不就诊。与腹泻的处理方式类似,比起专业指导,流动人口对自我健康的判断更乐观,而且更倾向于自我免疫,其认为病症不是很严重和能自愈的比例大幅高于户籍人口。经济顾虑和就诊流程烦琐仍然是流动人口选择不就诊的主要原因,其选择工作忙、没时间及缺钱的比例高于户籍人口,认为去医院看病麻烦的比例也大幅高于户籍人口。

表 2-11 流动人口与户籍人口发热处置对比

发热	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
出现发热	1 652	11.80	1 860	13.29	14.052	0.001
未就诊	774	46.90	831	44.70	1.668	0.434
病症不是很严重	371	47.93	423	22.74	164.709	0.000
具有治疗经验	61	7.88	68	3.66	20.949	0.000
身体好,能自愈	201	25.97	268	14.41	49.910	0.000
工作忙,没时间	50	6.46	42	2.26	28.628	0.000
缺钱	23	2.97	23	1.24	9.589	0.002
去医院看病麻烦	347	44.83	303	16.29	239.538	0.000
其他	18	2.33	18	0.97	7.475	0.006

3. 感冒

对不同人口类型与感冒进行交叉分析,除了出现感冒、未就诊、具有治疗经验、缺钱以外,卡方分析 $P<0.05$,表示均存在显著差异(见表 2-12)。流动人口与户籍人口的处理方式也都倾向于不就诊,与腹泻和发热的处理方式类似,流动人口选择工作忙、没时



间、缺钱及就诊麻烦的比例显著高于户籍人口,这说明劳动时长、经济能力及就诊程序不仅直接影响其健康,而且间接影响其维护健康的方式。

表 2-12 流动人口与户籍人口感冒处置对比

感冒	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
出现感冒	317	2.26	356	2.54	3.179	0.204
未就诊	180	56.78	212	59.55	1.586	0.452
病症不是很严重	84	46.67	98	27.53	19.527	0.000
具有治疗经验	16	8.89	19	5.34	2.471	0.116
身体好,能自愈	41	22.78	50	14.04	6.468	0.011
工作忙,没时间	26	14.44	21	5.90	10.913	0.001
缺钱	8	4.44	9	2.53	1.430	0.232
去医院看病麻烦	52	28.89	70	19.66	5.788	0.016
其他	10	5.56	6	1.69	6.183	0.013

(四)流动人口流行病处置方式影响因素对比

在对流动人口与户籍人口流行病处理方式选择原因的分析中,劳动时长、经济顾虑及医疗程序烦琐为主要原因,除此之外,还需考虑政府政策是否发挥了托底作用。

1. 就诊地点选择

对不同人口类型与就诊地点进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-13)。流动人口选择在本地看病的比例为 81.0%,选择不治疗的比例为 18.3%;户籍人口选择在本地就诊的比例为 81.5%,选择不治疗的比例为 18.0%。流动人口倾向于本地就医,说明其长期居留意愿明显。

表 2-13 流动人口与户籍人口就诊地点选择对比

就诊地点	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
本地	6 414	81.0	6 350	81.5	12 764	81.3
户籍地	42	0.5	17	0.2	59	0.4
其他	16	0.2	15	0.2	31	0.2

续表

就诊地点	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
不治疗	1 447	18.3	1 405	18.0	2 852	18.2
合计	7 919	100.0	7 787	100.0	15 706	100.0
χ^2	10.456					
P	0.015					

2. 参加保险的类型对比

对不同人口类型与参加保险的类型进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示均存在显著差异(见表 2-14)。新型农村合作医疗保险和城镇职工医疗保险是流动人口的主要参保类型,新型农村合作医疗保险的占比为 61.8%,城镇职工医疗保险的占比为 23.7%。城镇职工医疗保险是户籍人口的主要参保类型,占比为 54.4%。这说明,流动人口享用医疗及卫生服务的保障主要来源于新型农村合作医疗保险和城镇职工医疗保险,流动人口虽然在城市就业,但是城镇职工医疗保险类型占比不高,新型农村合作医疗保险的保障能力有限,未来需要着重提高流动人口城镇职工医疗保险的参保比例。

表 2-14 流动人口与户籍人口参加保险的类型对比

参加保险的类型	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
新型农村合作医疗保险	8 650	61.8	2 197	15.7	6 268.383	0.000
城乡居民合作医疗保险	814	5.8	1 153	8.2	62.787	0.000
城镇居民医疗保险	770	5.5	3 250	23.2	1 786.038	0.000
城镇职工医疗保险	3 315	23.7	7 622	54.4	2 782.380	0.000
公费医疗	211	1.5	740	5.3	304.528	0.000

3. 参加保险地对比

对不同人口类型与各个保险参加保险地对比进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示均存在显著差异(见表 2-15)。户籍人口基本为本地参保,流动人口的参保地却比较分散。流动人口中,新型农村合作医疗保险本地参加保险的比例为 2.94%,城乡居民合作医疗保险本地参加保险的比例为 36.98%,城镇居民医疗保险本地参加保险的比例为 60.65%,只有城镇职工医疗保险本地参加保险的比例高达 93.60%。参加保险地分散使政府亟须



配套解决医疗保险异地结算问题。

表 2-15 流动人口与户籍人口参加保险地对比

参加保险地对比	流动人口		户籍人口		χ^2	P
	人数	比例/%	人数	比例/%		
新型农村合作医疗保险	254	2.94	2 167	98.63	9 254.354	0.000
城乡居民合作医疗保险	301	36.98	1 148	99.57	963.495	0.000
城镇居民医疗保险	467	60.65	3 229	99.35	1 258.730	0.000
城镇职工医疗保险	3 103	93.60	7 501	98.40	220.106	0.000
公费医疗	162	75.70	734	98.79	148.798	0.000

4. 社会保障卡对比

对不同人口类型与是否办理社会保障卡进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-16)。流动人口享受的政府保障弱于户籍人口。流动人口中办理社会保障卡的比例为 50.9%,没有办理社会保障卡的占比为 49.1%;户籍人口办理社会保障卡的比例为 83.7%,没有办理社会保障卡的比例只有 16.3%。

表 2-16 流动人口与户籍人口办理社会保障卡对比

是否办理 社会保障卡	流动人口		户籍人口		合计	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
是	7 125	50.9	11 722	83.7	18 847	67.3
否	6 873	49.1	2 278	16.3	9 151	32.7
合计	13 998	100.0	14 000	100.0	27 998	100.0
χ^2	3 428.553					
P	0.000					

5. 流动人口居住证

数据调查结果(见表 2-17)显示,流动人口没办且没听说过居住证的占比为 73.4%,没办但听说过居住证的占比为 23.7%,已经办理居住证的占比只有 0.9%,不清楚的占比为 2.0%。居住证为流动人口在流入地享用公共服务的合法证件,这说明《居住证管理方案》落实效果并不明显,未来需要加强宣传力度和享用福利的吸引力。

表 2-17 流动人口居住证办理比例

居住证	人数	比例/%
没办且没听说过	10 271	73.4
没办但听说过	3 319	23.7
已经办理	128	0.9
不清楚	280	2.0
合计	13 998	100.0

二、流动人口内部卫生服务享用差异对比分析

本研究根据 2017 年流动人口与户籍人口卫生服务专项调查,运用描述性统计分析对比流动人口内部利用卫生服务的状况是否与其流动特征、经济地位、居留意愿及融合程度相关联。结果显示:经济原因迁移人口利用卫生服务的比例低于社会原因与家庭原因迁移人口,跨省流动人口利用状况弱于省内流动及市内流动人口。流动人口文化水平越高,享用卫生服务状况越好,但收入与卫生服务利用并未呈现同样的规律,就业类型为第二产业的流动人口卫生服务享用状况弱于就业类型为第一产业的流动人口卫生服务享用状况和就业类型为第三产业的流动人口卫生服务享用状况。居留时间越长,居留困难越少,社会融合程度越好,享用卫生服务的状况越好。因此,卫生服务供给应该优先关注那些追求经济收入而跨省流动且在第二产业就业的低学历人口,同时提高其居留意愿和社会融合程度,有利于增强其利用卫生服务的主动性。

(一)流动特征与流动人口卫生服务利用差异

1. 不同流动时间对卫生服务的影响

对不同流动时间与卫生服务进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-18)。流动时间 10 年以下未听说过卫生服务的比例为 39.5%,流动时间 10 年及以上未听说过卫生服务的比例为 41.3%;流动时间 10 年以下未建立健康档案的比例为 69.6%,流动时间 10 年及以上未建立健康档案的比例为 70.7%;流动时间 10 年以下未接受过免费卫生服务的占比为 63.4%,流动时间 10 年以上未接受过免费卫生服务的比例为 63.7%;流动时间 10 年以下一年内获得两种以上健康教育的比例为 54.3%,流动

时间 10 年及以上一年内获得两种以上健康教育的占比为 51.5%。总体来讲,流动人口卫生服务的享用状况并未因为流动时间增加而变好。

表 2-18 不同流动时间对卫生服务的影响

流动时间	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
<10 年	45 909	39.5	70 278	69.6	2 975	63.4	54 807	54.3
≥10 年	22 148	41.3	37 919	70.7	2 921	63.7	27 643	51.5
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	49.860		17.493		109.970		17.493	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.000		0.000	

2. 不同流动原因对卫生服务的影响

对不同流动原因与卫生服务进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-19)。经济原因中未听说过卫生服务的占比为 40.6%,家庭原因中未听说过卫生服务的占比为 37.0%,社会原因中未听说过卫生服务的占比为 42.2%。经济原因中未建立健康档案的占比为 70.8%,家庭原因中未建立健康档案的占比为 65.7%,社会原因中未建立健康档案的占比为 67.2%。经济原因中未接受过免费卫生服务的占比为 66.2%,家庭原因中未接受过免费卫生服务的占比为 57.9%,社会原因中未接受过免费卫生服务的占比为 51.4%。经济原因中一年内获得两种以上健康教育的占比为 53.9%,家庭原因中一年内获得两种以上健康教育的占比为 50.9%,社会原因中一年内获得两种以上健康教育的占比为 45.8%。不管何种流动原因,流动人口整体利用卫生服务的状况均较差,但追求经济收入的流动人口利用卫生服务的情况更弱。

表 2-19 不同流动原因对卫生服务的影响

流动原因	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
经济	57 656	40.6	91 023	70.8	4 350	66.2	69 243	53.9
家庭	9 656	37.0	16 041	65.7	1 415	57.9	12 435	50.9
社会	745	42.2	1 133	67.2	131	51.4	772	45.8
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	121.633		266.687		70.138		111.790	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.000		0.000	

3. 不同流动范围与卫生服务交叉分析

对不同流动范围与卫生服务进行交叉分析，卡方分析 $P<0.05$ ，表示存在显著差异，整体表现为流动范围越大，卫生服务利用效果越差(见表 2-20)。跨省流动人口未听说过卫生服务的占比为 44.3%，省内跨市未听说过卫生服务的占比为 36.2%，市内跨县未听说过卫生服务的占比为 35.3%；跨省流动未建立健康档案的占比为 74.7%，省内跨市未建立健康档案的占比为 66.1%，市内跨县未建立健康档案的占比为 64.7%。跨省流动未接受过免费卫生服务的占比为 67.4%，省内跨市未接受过免费卫生服务的占比为 60.4%，市内跨县未接受过免费卫生服务的占比为 59.5%。跨省流动一年内获得两种以上健康教育的比例也明显少于省内跨市和市内跨县的流动人口。

表 2-20 不同流动范围与卫生服务交叉分析

流动范围	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
跨省	37 149	44.3	55 910	74.7	2 982	67.4	36 769	49.1
省内跨市	20 253	36.2	34 159	66.1	1 788	60.4	29 537	57.2
市内跨县	10 655	35.3	18 128	64.7	1 126	59.5	16 144	57.6
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	1 278.414		1 531.419		54.401		1 044.794	
P	0.000		0.000		0.000		0.000	

(二)经济地位与流动人口卫生服务利用差异

1. 文化程度与卫生服务享用现状

对文化程度与卫生服务享用现状进行交叉分析，卡方分析 $P<0.05$ ，表示存在显著差异，文化水平越高，卫生服务水平越好(见表 2-21)。小学及以下文化程度流动人口未听说过卫生服务的占比为 49.0%，初中文化程度未听说过卫生服务的占比为 41.3%，高中或中专/技校/职业高中未听说过卫生服务的占比为 35.1%，而本科及以上学历文化程度未听说过卫生服务的占比为 33.1%。小学及以下文化程度流动人口未建立健康档案的比例略高于其他文化程度的流动人口，健康教育的享用比例低于其他文化程度的流动人口，但三者在未接受过免费卫生服务方面比例相当。

表 2-21 文化程度与卫生服务享用现状交叉分析

文化程度	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
小学及以下	14 185	49.0	19 204	72.9	2 154	63.3	12 028	45.6
初中	30 633	41.3	47 368	70.5	2 366	63.9	35 548	52.9
高中或中专/技校/职业高中	19 328	35.1	34 038	68.1	1 208	63.2	28 746	57.5
本科及以上	3 911	33.1	7587	68.8	168	65.4	6 128	55.6
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	1791.562		208.864		0.778		998.808	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.855		0.000	

2. 工资收入与卫生服务享用现状

对工资收入与卫生服务享用现状进行交叉分析,卡方分析 $P < 0.05$,表示存在显著差异,但并未呈现收入越高卫生服务享用状况越好的趋势(见表 2-22)。工资收入 3000 元以下未听说过卫生服务的占比为 44.1%,工资收入 8000 元以上未听说过卫生服务的占比为 39.6%;工资收入 3000 元以下一年内获得两种以上健康教育的占比为 49.7%,工资收入 8000 元以上一年内获得两种以上健康教育的占比为 52.4%。在建立健康档案和免费卫生服务享用中,不同经济收入流动人口的未享用比例均较高,但高收入者未享用免费卫生服务的比例却高于低收入者,这与已有研究中流动人口受制于经济顾虑和劳动强度,无暇顾及健康维护的结论相符合(俞林伟等, 2017)。

表 2-22 工资收入与卫生服务享用现状交叉分析

工资收入/元	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
3000 以下	11 545	44.1	16 262	70.5	1 449	62.3	11 461	49.7
3001~5000	20 579	40.1	32 019	69.2	1 714	61.3	25 076	54.2
5001~8000	20 151	38.3	33 291	69.0	1 519	64.4	26 530	55.0
8000 以上	15 780	39.6	26 620	72.0	1 214	67.8	19 378	52.4
合计	68 055	40.0	108 192	70.0	5 896	63.6	82 445	53.3
χ^2	249.004		109.213		22.336		200.044	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.000		0.000	

3. 行业类型与卫生服务享用现状

对行业类型与卫生服务享用现状进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异,第二产业中就业的流动人口卫生服务享用效果最差(见表 2-23)。第二产业中未听说过卫生服务的占比为 40.9%,第一产业中未听说过卫生服务的占比为 38.6%,第三产业中未听说过卫生服务的占比为 37.4%;第二产业中未建立健康档案的占比为 71.1%,第一产业中未建立健康档案的占比为 62.9%,第三产业中未建立健康档案的占比为 69.9%;第二产业中未接受过免费卫生服务的占比为 67.7%,第一产业中未接受过免费卫生服务的占比为 55.8%,第三产业中未接受过免费卫生服务的占比为 63.6%。三类行业类型的流动人口在健康教育服务的享用中整体状况趋同,即超过一半的流动人口没有获得健康教育。

表 2-23 行业类型与卫生服务享用现状交叉分析

行业类型	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
第一产业	1 760	38.6	2 709	62.9	215	55.8	2 322	53.9
第二产业	41 780	40.9	65 322	71.1	2 880	67.7	49 717	54.1
第三产业	12 442	37.4	21 304	69.9	830	63.6	16 782	55.0
合计	55 982	40.0	89 335	70.5	3 925	66.0	68 821	54.3
χ^2	131.687		109.213		26.778		8.644	
P	0.000		0.000		0.000		0.013	

(三)居留意愿与流动人口卫生服务利用差异

1. 居留原因与卫生服务享用状况

对居留原因与卫生服务享用状况进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-24)。与流动原因类似,由于经济原因选择长久居住在流入地的流动人口享用卫生服务的状况最差。在卫生服务知晓率、健康档案、免费卫生服务、健康教育四类卫生服务的享用中,居留原因为经济需求的流动人口利用卫生服务的状况最差。这说明,经济压力始终是悬在流动人口头上的“达摩克利斯剑”,解决流动人口卫生服务利用问题必须配套缓解其经济压力的政策。

表 2-24 居留原因与卫生服务享用交叉分析

居留原因	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
经济	27 630	41.1	333.705	41.1	1 817	66.4	31 195	52.7
社会	16 247	35.8	0.000	35.8	1 598	62.8	24 344	56.5
家庭	10 461	37.5	333.705	37.5	1 448	60.3	14 234	53.4
合计	54 338	38.7	0.000	38.7	4 863	63.3	69 773	54.1
χ^2	333.705		253.696		20.404		148.108	
P	0.000		0.000		0.000		0.000	

2. 居留时间与卫生服务享用状况

对居留时间与卫生服务享用状况进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-25)。总体来看,随着居留时间的增加卫生服务享用状况在变好,没想好是否居留的流动人口未听说过卫生服务的占比为 44.6%,而居留时间超过 10 年的未听说过卫生服务的占比为 36.5%,打算定居的流动人口未听说过卫生服务的占比为 34.9%。在健康档案、免费卫生服务及健康教育享用中,仍然呈现此种规律,居留时间越长,卫生服务享用效果越好。尽管流动人口对卫生服务的利用比例没有随着流动时间的增长而增加,却随着居留时间的增长而增加,这说明频繁流动不利于卫生服务享用,但流动后的稳定居留有利于卫生服务享用,在未来卫生服务资源分配中需要考虑居留意愿因素。

表 2-25 居留时间与卫生服务享用状况交叉分析

居留时间	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
没想好	15 405	44.6	22916	73.1	1 155	68.3	15 751	50.2
1~2 年	4 743	42.2	6 068	71.8	258	64.8	4 407	52.1
3~5 年	8 173	38.6	13 241	70.4	593	67.3	10 548	56.1
6~10 年	2 988	36.6	5 254	68.6	245	62.7	4 477	58.5
10 年以上	5 138	36.5	8 991	67.2	541	65.9	7 658	57.2
打算定居	17 891	34.9	32 417	65.8	2 071	59.2	26 932	54.7
合计	54 338	38.7	88 887	69.0	4 863	63.3	69 773	54.1
χ^2	915.007		545.156		53.348		350.662	
P	0.000		0.000		0.000		0.000	

3. 居留困难与卫生服务享用现状

对居留困难与卫生服务享用现状进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-26)。有居留困难的流动人口在卫生服务知晓率、健康档案、免费卫生服务享用、健康教育方面整体弱于没有居留困难的流动人口。若要改善流动人口的健康状况,则卫生服务供给自然是根本解决办法,但了解其居留困难,促进其就地城镇化是配套策略。

表 2-26 居留困难与卫生服务享用现状交叉分析

居留困难	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
没有	28 903	37.8	46 519	68.3	1 927	58.4	37 231	54.6
有	39 154	41.9	61 678	71.4	3 969	66.4	45 219	52.3
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	295.429		174.027		59.295		82.120	
P	0.000		0.000		0.000		0.000	

(四)融合程度与流动人口卫生服务利用差异

1. 不同居住地喜欢程度与卫生服务知晓率

对不同居住地喜欢程度与卫生服务知晓率进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-27)。喜欢居住地但未听说过卫生服务的比例为 39.7%,不喜欢居住地也未听说过卫生服务的比例却高达 51.0%;喜欢居住地但未建立健康档案的比例为 69.8%,不喜欢居住地也未建立健康档案的占比为 77.1%;喜欢居住地且一年内获得两种以上健康教育的比例为 53.6%,不喜欢居住地且一年内获得两种以上健康教育的比例为 43.4%;喜欢居住地但未接受过免费卫生服务的比例为 63.3%,不喜欢居住地且未接受过免费卫生服务的比例为 73.2%。这说明,对居住地的认同程度越高,卫生服务利用状况越好,流动人口越喜欢居住地,越倾向于接受居住地的卫生习惯和健康行为方式。

2. 主观融入感受与卫生服务享用现状

对主观融入感受与卫生服务享用现状进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-28)。主观融入感越好,卫生服务享用效果越好。认为已融入居住地的流



动人口在卫生服务知晓率、健康档案建立、免费卫生服务享用、健康教育四类卫生服务的利用上都优于融入感差的流动人口,再次印证了促进社会融合有利于提高流动人口享用卫生服务的主动性。

表 2-27 居住地喜欢程度与卫生服务享用现状交叉分析

居住地喜欢程度	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
不喜欢	2 308	51.0	2 993	77.1	210	73.2	1 685	43.4
喜欢	65 749	39.7	105 204	69.8	5 686	63.3	80 765	53.6
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	232.151		95.786		11.743		157.777	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.001		0.000	

表 2-28 主观融入感受与卫生服务享用现状交叉分析

主观融入感受	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
差	6 004	51.0	7537	77.0	457	75.0	4 210	43.0
好	62 053	39.7	100 660	69.5	5 439	62.8	78 240	54.0
合计	68 057	40.0	108 197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	682.520		243.508		36.919		448.376	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.000		0.000	

3. 生活习惯的适应性与卫生服务享用现状

对生活习惯的适应性与卫生服务享用现状进行交叉分析,卡方分析 $P<0.05$,表示存在显著差异(见表 2-29)。生活习惯的适应性越强,卫生服务享用效果越差,原因在于流动人口多为农业转移人口,原有卫生习惯不适宜城市生活。生活习惯的适应性差的流动人口未听说过卫生服务的比例为 37.5%,生活习惯的适应性强的流动人口未听说过卫生服务的比例为 42.1%;生活习惯的适应性差的流动人口未建立健康档案的比例为 68.3%,生活习惯的适应性强的流动人口未建立健康档案的比例为 71.4%;生活习惯的适应性差的流动人口获得健康教育的比例为 55.4%,生活习惯的适应性强的流动人口获得健康教育的比例为 51.7%;生活习惯的适应性差的流动人口未接受过免费卫生服务的比例为 61.1%,生活习惯的适应性强的流动人口未接受过免费卫生服务的比例为 65.4%。

表 2-29 生活习惯的适应性与卫生服务享用现状交叉分析

生活习惯的适应性	未听说过卫生服务		未建立健康档案		未接受过免费卫生服务		一年内获得两种以上健康教育	
	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%	人数	比例/%
差	28 482	37.5	47 641	68.3	2 344	61.1	38 632	55.4
强	39 575	42.1	60 556	71.4	3 552	65.4	43 818	51.7
合计	68 057	40.0	10 8197	70.0	5 896	63.6	82 450	53.3
χ^2	358.477		178.393		17.669		210.208	
<i>P</i>	0.000		0.000		0.000		0.000	

三、流动人口卫生服务获得感影响因素实证检验

(一)流动人口卫生服务获得感影响机制模型构建

健康既是个体生命的基石，也是国家发展的基础。流动人口属于健康风险高危群体(Gransow, 2010)，但高昂的医疗费用和苛刻的工作安排导致大部分人更愿意选择自我医疗或者去资质欠缺的小诊所就医(Hong, 2006；俞林伟, 2017)。医疗卫生体制改革的“大卫生”理念强调以治未病为中心，因此流动人口健康问题的解决需由医疗服务向卫生服务转移。现有流动人口卫生服务的研究呈现聚焦化特征，一是研究视角聚焦于政府管理，侧重从供给角度解决卫生服务均等化问题(朱亚鹏, 2014；岳经纶, 2014)；二是研究问题聚焦，流动人口的卫生服务问题基本围绕不同地域及疾病类型的群体如何利用卫生服务展开(梁宏, 2018；纪颖, 2013；宋月萍, 2019)；三是研究变量聚焦，经济因素与人口学因素是流动人口卫生服务利用研究的主要影响变量，收入、年龄与教育程度是高频变量(郭静, 2015；李晨, 2010；袁雁飞, 2012)。

处理好改革“最后一公里”的关键在于把改革方案的含金量充分展示出来，让人民群众有更多获得感(康来云, 2016)，人民获得感是衡量改革客观投入与民众主观感知的重要绩效指标(李利平, 2016)。卫生服务获得感属于典型的民生获得感，民生获得感是民众对基本生存机会、基本发展能力和基本权益保护的主观感知(文宏, 2018)，保障卫生服务供给就是充分保障民众的生存权和发展权。目前国内外卫生服务获得感的研究主要集中在探讨卫生服务均等化与民生获得感的关系上(Heo, 2015；程迪尔, 2019；陈奕君, 2019)，通过设计量化评价指标探索卫生服务均等化对民生获得感的影响，并进一