

# 基层医疗服务使用对农村老年人 主观福利的影响<sup>\*</sup>

——来自 CLASS 数据的证据

陈璐 谭翠莲

**【摘要】**对于医疗资源相对匮乏的农村,基层医疗服务不仅减少了老年人前往大型医院的不便,还在疾病预防和管理、健康认知等方面发挥重要作用。文章使用中国老年社会追踪调查(CLASS)2018和2020年两期面板数据,基于双向固定效应模型和工具变量法,检验了基层医疗服务使用对农村老年人主观福利的影响。研究表明,基层医疗服务的使用显著提升了农村老年人的主观福利;从提升效果来看,同时使用看病、护理和康复服务及预防保健服务的老年人主观福利的提升效果最大。此外,基层医疗服务的使用对75岁以下、在婚、与配偶同住的农村老年人影响更显著。机制分析表明,基层医疗服务通过改善老年人的健康状况、促进健康行为提升其主观福利。文章还发现,基层医疗服务使用能够降低农村老年人的消极情绪,提升其积极情绪;医疗服务使用的满意程度也在促进主观福利方面具有积极作用。文章的研究发现为推动农村基层医疗服务发展、提升老年人福利水平提供了经验证据和政策启示。

**【关键词】**基层医疗服务 农村老年人 主观福利

**【作者】**陈璐(通讯作者) 南开大学金融学院,教授;谭翠莲 南开大学金融学院,博士研究生。

## 一、引言

2023年末,中国已进入中度老龄社会<sup>①</sup>,且农村地区老龄化程度高于城市。2020年,农村60岁及以上人口占农村人口的23.81%,比城市高出7.99个百分点<sup>②</sup>。据全国老龄

<sup>\*</sup> 本文为国家社会科学基金项目“基于经济价值评估视角的家庭老年照料支持政策研究”(编号:21BRK003)的阶段性成果。

<sup>①</sup> 根据国家统计局数据,截至2023年末,中国60岁及以上人口已达29697万人,占总人口的21.1%。按照国际通用标准,当一个国家或地区60岁及以上人口占总人口的20%以上时,即被视为中度老龄社会。

<sup>②</sup> 数据来源:2021年10月15日老龄健康司公布的《2020年度国家老龄事业发展公报》。

工作委员会办公室预测,预计到 2035 年,农村地区 60 岁及以上人口占农村人口的比重将增至 37.7%。与城市相比,农村地区经济发展水平较低、医疗资源相对匮乏,农村老年人普遍存在经济收入低、社会保障不足、医疗服务可及性差等问题,导致其健康状况和生活质量面临更大挑战(陈欣欣等,2021;成德宁、潘昌健,2020)。中国农村 60 岁及以上人口中,日常生活活动能力(ADL)或工具性日常生活活动能力(IADL)至少有一项有困难的比例为 26.5%,比城市老年人口相应比例高出 9.3 个百分点(陈欣欣等,2021);此外,农村老年人的心血管疾病、冠心病、糖尿病和癌症等发病率也高于城市(Chen 等,2022)。

为推进健康中国建设,提升农村居民的福利水平,国家在政策层面多次强调农村基层医疗服务发展的重要性和必要性。2009 年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(国务院公报[2009]11 号)指出,要以农村为重点,发展医疗卫生服务体系。2015 年《国务院关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发[2015]70 号)提出加强社区卫生服务,提升基层医疗服务水平。2023 年《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》(国务院公报[2023]7 号)指出,要把乡村医疗卫生作为乡村振兴的重要部分。基层医疗机构作为“家门口”的医院,可以为居民提供便捷、基础的医疗服务。数据显示,2012~2021 年,中国农村每千人口基层医疗卫生机构数由 1.075 个增加到 1.273 个;农村基层床位数由每千人 1.712 张增加至每千人 2.844 张,年均增加 2.86%;农村基层卫生人员数由每千人 3.719 名增加至每千人 5.313 名,年均增加 1.15%(夏云峰等,2023)。

基层医疗服务的提供是农村老年人居家养老及医养结合的重要基础,国家对此高度重视并投入大量资源,目的是提升人民群众的获得感和幸福感。基层医疗服务的使用能否提升农村老年人的主观福利?哪些医疗服务项目发挥的作用更大?医疗服务的使用通过何种渠道提升主观福利?对以上问题的回答,有助于全面评估农村基层医疗服务的实际效果,为构建更为完善的农村养老保障体系提供理论支持和实践参考,从而更好地推动医疗资源优化配置、提高农村老年人的生活质量。

本文使用中国老年社会追踪调查 2018 和 2020 年数据,采用双向固定效应模型和工具变量法进行因果识别,检验了基层医疗服务使用对农村老年人主观福利的影响。与已有研究相比,本文的边际贡献如下。第一,当前尚无专门针对农村老年人基层医疗服务使用的主观福利效应研究。本文从基层医疗服务使用视角,拓展了对农村老年人主观福利的研究。第二,现有关于基层医疗服务的研究多从服务可及性或服务供给入手,但基层医疗服务作用的发挥主要取决于服务的实际使用,因此本文聚焦基层医疗服务使用,囊括了上门护理、上门看病和康复训练等多种服务类型,深化了基层医疗服务领域的研究。第三,本文采用双向固定效应模型和工具变量法,尝试解决基层医疗服务使用 and 个体主观福利之间潜在的内生性,使研究结果更加科学、严谨。

## 二、文献综述与研究假设

### (一) 文献综述

#### 1. 基层医疗服务的定义和测量

基层医疗服务又被称为初级卫生保健(Primary Health Care, PHC),作为国家卫生系统的重要组成部分,基层医疗服务是个人、家庭和社区(乡镇)进入卫生系统的切入点,能够让居民在尽可能靠近生活和工作的地点获得卫生服务。1978 年 WHO 和联合国儿童基金会召开的国际初级卫生保健大会发表的《阿拉木图宣言》中明确提出“基层医疗服务是针对社区的主要健康问题,提供促进性(Promotive)、预防性(Preventive)、治疗性(Curative)和康复性(Rehabilitative)的服务”(WHO, 1978)。在中国,提供基层医疗服务的机构包括城市的社区卫生服务中心(站)和街道卫生院、农村地区的乡镇卫生院和村卫生室。

既有文献中,学者们从不同角度,选取不同指标测量基层医疗服务。吴炳义等(2021)从服务水平角度,选取就诊机构的类型、医疗条件和医疗水平 3 个方面进行衡量。陈卫民和张奇(2024)基于可及性、可得性和适配性 3 个维度,选取社区(村)基层医疗机构数量、就诊便利性、最近一次就诊费用自付比例、对就诊服务质量和成本的满意度 4 项内容,使用熵权法构造了衡量基层医疗服务水平的综合指标。邓睿(2022)聚焦卫生服务的可及性,从可获得性、空间可达性和适切性 3 个维度,使用是否建立健康档案、到最近的医疗机构所需时长和是否接受健康教育进行衡量。张勃和谢娅婷(2023)使用建立健康档案和接受健康教育作为基本公共卫生服务的代理变量。张志坚和苗艳青(2020)则将建立健康档案、接受过主动服务、签约医生和使用服务包作为基本公共卫生服务的衡量指标。

#### 2. 主观福利及其影响因素

主观福利(Subjective Well-Being, SWB)指人们如何评价自己的生活状态——既包括当下的体验,也涵盖较长时间段的整体评价。这些评价内容涉及人们对事件的情绪反应、情绪状态,以及对生活满意度、成就感和诸如婚姻、工作等具体领域的满意度的判断(Diener 等, 2003)。主观福利的概念最初源于积极心理学的研究,现已扩展至包括经济学在内的多个学科。在既有研究中,学者们主要使用生活满意度(Papastergiou 等, 2023; 周烁、张文韬, 2021; 朱欢、王鑫, 2019; Kotakorpi 等, 2010)、幸福感(李林、郭宇畅, 2019; 汤凤林、雷鹏飞, 2014; Hessami, 2010)和生活的意义感(Steptoe 等, 2015)等衡量主观福利。

关于影响主观福利的因素,学者们进行了大量探讨。研究表明,主观福利不仅受经济状况的影响,还与社会关系、健康状况、行为生活方式和个体特征等密切相关。Diener 等(2002)发现,收入对主观福利的正向影响在满足基本需求后递减;Stevenson 等(2013)

则发现,收入增加始终能提高主观福利。Cohen 等(1985)发现,社会支持能直接或通过缓冲压力提升主观福利。Helliwell 等(2004)则指出婚姻、友谊和社区联系等社会资本对主观福利具有广泛的影响,既有直接效应也可以通过健康产生间接作用。个体健康是影响主观福利的关键因素之一,健康状况好的个体通常生活满意度较高(高歌、高启杰,2011),但健康与主观福利之间的关系往往是双向的(Steptoe 等,2015)。此外,个人特征(如年龄、性别、受教育水平等)、家庭特征(如居住方式、存活子女数等)和行为生活方式(如娱乐活动参与、工作参与等)也被认为对主观福利有显著影响(陈璐、王璐,2023;周烁、张文韬,2021;朱欢、王鑫,2019;Steptoe 等,2015)。

### 3. 医疗服务与主观福利

对于医疗服务与主观福利关系的相关研究,学者们多使用生活满意度作为主观福利的衡量指标(Kotakorpi 等,2010;邓睿,2022),但研究结论并不一致。

一些研究发现医疗服务能够显著改善个体的福利水平。Kotakorpi 等(2010)基于芬兰数据发现,较高的公共卫生服务支出能够显著提升个人的生活满意度。Xesfingi 等(2016)基于全球 31 个国家 4 期混合截面数据发现,增加公共卫生支出、每十万人医生数、每十万人护士数均有利于提升患者的满意度。基于中国数据的两项研究也发现类似的积极影响,李林和郭宇畅(2019)使用中国综合社会调查(CGSS)2013 年数据发现,医疗卫生服务水平的充足性、公共性和便利性均有利于提升农村居民的幸福感。邓睿(2022)使用 2017 年流动人口健康重点领域专题调查数据,采用工具变量法研究发现,卫生服务可及性提升可以显著提高农民工的生活满意度。此外,Dizon(2023)从公平性角度,基于全球 77 个国家的数据发现,当社会相对平等时,全民健康覆盖(Universal Health Coverage)能够有效减少主观福利的不平等。

也有一些研究发现,医疗服务对主观福利有负向影响。汤凤林和雷鹏飞(2014)基于 CGSS 2008 年数据的研究表明,由于可能存在政府行为低效及支出结构不平衡,医疗卫生支出反而降低了居民的幸福感。另一项研究表明,私人卫生支出、医院床位数和患者满意度之间存在负相关关系(Xesfingi 等,2016)。此外,有研究发现医疗服务对主观福利存在非线性关系。Hessami(2010)基于 1995~2005 年 15 个欧洲国家的面板数据和随机效应模型,通过分析公共支出构成与居民幸福感的关系,发现公共卫生支出与居民幸福感之间存在倒“U”形关系。

### (二) 研究假设

基层医疗服务是居民进入医疗保障系统的门户和获取医疗服务的重要途径,对于医疗资源相对不足的农村地区,基层医疗服务在提升农村老年人福利水平方面发挥着关键作用。一方面,基层医疗服务因其地理上的邻近性,老年人在出现健康问题时能够更



便捷地获得医疗帮助,这种及时性不仅满足了老年人对医疗服务的需求,还有效提升了其心理安全感(Huang 等,2023),确保其获得基本的福利。另一方面,基层医疗服务不仅提供基础诊疗,还涵盖疾病预防和健康教育等功能,这些服务能够提升老年人的健康认知和心理健康,从而进一步增强其主观福利。基于此,本文提出假设 1:基层医疗服务的使用能够提升农村老年人的主观福利。

本文探究了基层医疗服务使用对老年人主观福利的影响机制,健康状况和健康行为的改变可能是这一影响的潜在路径。本文依据 Grossman 健康需求理论(Grossman,1972)和计划行为理论(Ajzen,1991)尝试解释可能的作用机制。

基于 Grossman 健康需求理论,健康被视为一种资本,个体通过医疗服务的使用等手段进行投资,以维持或提升健康资本。在这一理论框架下,老年人使用基层医疗服务有助于改善其健康状况,从而影响主观福利。具体而言,老年人可以通过使用基层医疗服务,实现疾病的预防、早期诊断和及时治疗,降低健康资本的折旧速度或增加健康资本存量,进而提高其身体机能和生活自理能力。同时,健康状况的改善能够有效减轻老年人的疾病负担,提升心理健康水平,降低因健康问题引发的焦虑和抑郁等消极情绪。因此,老年人健康状况改善能显著提升其主观福利水平。既往研究也表明,健康教育和国家推行的免费体检计划均能改善老年人的健康自评与心理健康(张勃、谢娅婷,2023;马超等,2023),基层医疗服务水平评价较高也与自评健康状况较好相关(吴炳义等,2021;陈卫民、张奇,2024),而健康状况改善与个体更高的福利水平密切相关(高歌、高启杰,2011;Stephoe 等,2015)。基于此,本文提出假设 2:健康状况改善是基层医疗服务使用提升老年人主观福利的作用机制。

在健康行为的改变上,根据计划行为理论(Theory of Planned Behavior),个体的行为受其行为意图的影响,而行为意图由态度、主观规范和感知行为控制决定(Ajzen,1991)。首先,基层医疗服务提供的健康检查、预防性护理和疾病管理能够改善老年人对健康行为的态度。例如,健康检查和医生建议让老年人意识到不良行为的危害,形成积极的健康行为态度(Ajzen,1991)。其次,通过社区活动和健康讲座等进行健康教育活动能够影响老年人的主观规范,增强其采纳健康行为的意愿(Fishbein 等,1975)。最后,从基层医疗服务使用中获得的健康信息和医嘱,增强了老年人的感知行为控制,从而帮助其坚持健康行为(Ajzen,1991)。而健康行为的改善与个体更高的主观福利水平显著正相关(Grant 等,2009;Kim 等,2021)。基于此,本文提出假设 3:健康行为改善是基层医疗服务使用提升老年人主观福利的另一作用机制。

### 三、数据、变量和实证策略

#### (一) 数据来源

本文数据来自 2018 和 2020 年中国老年社会追踪调查(China Longitudinal Aging Social

Survey, CLASS)。CLASS 是由中国人民大学主导的每两年一次的全国性调查,旨在全面了解中国 60 岁及以上老年人的生活现状、养老需求等,为制定老龄政策提供事实依据。2014 年,CLASS 进行了全国基线调查,样本覆盖 134 个县(区)的 462 个村(居委会),共调查了 11 511 位受访者。2016、2018 和 2020 年进行了随访,分别调查了 11 471、11 419 和 11 398 位受访者。CLASS 数据包含丰富的人口特征、健康和经济状况等信息。由于 2014 年问卷在“基层医疗服务使用”上设定口径与其他年份不一致,且 2014 和 2016 年部分控制变量和机制变量缺失,本文最终仅使用 2018 和 2020 年两期数据,样本设定为户口类型为农业和居住地为农村的 60 岁及以上老年人。

(二) 变量与描述性统计

1. 被解释变量

本文的被解释变量为主观福利。借鉴已有研究的做法(周烁、张文韬,2021;朱欢、王鑫,2019),本文使用生活满意度作为主观福利的衡量指标,根据受访者对“总的来说,您对您目前的生活感到满意吗?”的回答进行赋值。“很满意”和“比较满意”赋值为 1;“一般”“比较不满意”和“很不满意”赋值为 0。

2. 解释变量

本文的核心解释变量为基层医疗服务使用。根据问卷中受访者对“使用社区医疗机构(卫生服务中心、卫生室等)服务的情况”的回答进行赋值,具体包括 7 项服务:上门护理、上门看病、康复训练、康复辅具租用、免费体检、建立健康档案、健康讲座。老年人过去 12 个月使用了其中任意一项服务赋值为 1,均未使用赋值为 0。本文进一步根据医疗服务的性质和接受服务的对象,将 7 项服务划分为两类:(1)看病、护理和康复服务:包括上门看病、上门护理、康复训练和康复辅具租用。这些服务主要是针对已经有健康问题的群体,提供直接的医疗和康复支持。(2)预防保健服务:包括免费体检、建立健康档案和健康讲座。这些服务主要是为了预防疾病和促进健康,通常是针对一般人群,提供健康检查和健康教育。

对于控制变量的选取,借鉴既往研究(李东平、田北海,2024;周烁、张文韬,2021;高歌、高启杰,2011)并考虑数据可得性,模型的控制变量包括个体特征、家庭特征、行为生活方式和经济状况 4 个方面。其中个体特征变量包括年龄、婚姻状况和慢性病数量;家庭特征变量包括同住人数和存活子女数;行为生活方式变量包括工作状态、娱乐活动参与和吸烟;经济状况变量包括资产、房产数和家庭支出。

3. 工具变量

借鉴现有研究(尹志超等,2022;李东平、田北海,2024),本文工具变量为受访者所在村/居平均医疗服务使用。该变量通过剔除受访者本人后计算得到的基层医疗服务使用的平均水平,在一定程度上能够反映同村/居老年人在基层医疗使用方面的总体情

况,与受访者的基层医疗服务使用具有较强的相关性。此外,平均基层医疗服务使用并不会直接影响农村老年人的主观福利,因此满足工具变量的外生性条件。

4. 机制变量

本文从健康状况和健康行为两个角度进行机制检验。对于健康变量的选取,借鉴 Bencsik 等(2023)及 Su 等(2024)的做法,从自评健康、躯体健康(慢性病和 BMI 指数)和心理健康(抑郁得分<sup>①</sup>)3 个维度进行衡量。对于健康行为变量,选取了吸烟、每周锻炼频率和每次锻炼时长来衡量。

表 1 报告了变量定义和描述性统计结果。在农村老年人样本中,61.4%的个体对目前生活感到满意;30.8%的个体使用了基层医疗服务;41.6%的个体自评很健康和一般

表 1 变量定义和描述性统计

变 量	变量说明	均值	标准差	最小值	最大值
主观福利	对目前生活感到:满意 / 很满意 =1;一般 / 比较不满意 / 很不满意 =0	0.614	-	0	1
基层医疗服务使用	使用基层医疗机构的任意一项服务 =1;未使用 =0	0.308	-	0	1
受访者所在村/居	工具变量,除受访者本人外,其所在村 / 居受访者平均医疗服务使用	0.310	-	0	1
平均医疗服务使用					
年龄	受访者年龄(岁)	71.734	6.886	60	108
婚姻状况	已婚有配偶 =1;丧偶 / 离婚 / 单身 =0	0.705	-	0	1
慢性病数	患慢性病的项数	1.573	1.444	0	23
同住人数	包括受访者本人,与受访者同吃同住的人数(个)	2.795	0.974	1	10
存活子女数	存活子女数(个)	2.932	1.405	0	10
工作状态	从事有收入的工作 =1;其他 =0	0.441	-	0	1
娱乐活动参与	过去一年参与娱乐活动 =1;不参与 =0	0.700	-	0	1
吸烟	现在吸烟 =1;不吸烟 =0	0.246	-	0	1
资产	受访者和配偶有现金储蓄、贵金属、古董理财产品、土地 =1;没有 =0	0.617	-	0	1
房产数	受访者和配偶共有的房产数(套),3 为 3 套及以上	0.960	0.299	0	3
家庭支出	家庭平均每月支出(元)对数	6.657	0.895	3.045	8.631
自评健康	很健康 / 比较健康 =1;一般 / 比较不健康 / 很不健康 =0	0.416	-	0	1
BMI 正常	根据身高和体重计算所得,(18.5<=BMI<=24)=1;其他 =0	0.707	-	0	1
抑郁得分	根据过去一周 9 项心情问题的答复,得分越高抑郁程度越高	6.963	3.114	0	18
每周锻炼频率	每周锻炼频率,7 次及以上 =7	1.509	2.718	0	7
每次锻炼时长	锻炼时长大于等于 30 分钟 =1;锻炼时长不到 30 分钟 =0	0.123	-	0	1

数据来源:CLASS 2018 和 2020,下表同。

① CLASS 2018 和 2020 年分别有 12 个和 9 个问题衡量抑郁,综合两年问卷,本文使用两年都涉及的 9 个问题衡量抑郁,包括:觉得自己心情很好(得分反向计算)、觉得孤单、觉得心里很难过、觉得自己的日子过得不错(得分反向计算)、觉得不想吃东西、睡眠不好、觉得自己不中用、觉得自己没事可做、觉得生活中有很多乐趣(得分反向计算)。每个问题有 3 个选项:没有、有时、经常,分别赋值 0、1、2 分,加总 9 个问题得到 0~18 得分,数值越大抑郁程度越高。

健康,70.7%的个体 BMI 指标正常,平均抑郁得分为 6.963 分。对于健康行为,24.6%的被访老人吸烟,每周锻炼频率的样本均值为 1.509 次,每次锻炼时长超过 30 分钟的个体约占 12.3%。

### (三) 实证策略

本文使用双向固定效应模型(TWFE)检验基层医疗服务使用对农村老年人主观福利的影响,基本模型设定如下:

$$SWB_{it} = \beta PHC_{it} + \psi X'_{it} + u_i + \gamma_t + city_i \times \gamma_t + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

其中,下标  $i$  和  $t$  分别表示受访个体和访问年份。 $SWB_{it}$  表示个体  $i$  在  $t$  年的主观福利水平,以生活满意度指标来衡量。 $PHC_{it}$  表示基层医疗服务使用,若受访个体使用了任意一项基层医疗服务则赋值为 1,否则为 0。 $X_{it}$  为控制变量,包括个体特征、家庭特征、行为生活方式和经济状况。 $u_i$  和  $\gamma_t$  分别表示个体固定效应和时间固定效应, $city_i \times \gamma_t$  为城市与时间的交互固定效应, $\varepsilon_{it}$  表示误差项。

基层医疗服务使用对主观福利的影响可能存在两方面的内生性问题。一方面,可能存在无法观测的因素在影响基层医疗服务使用的同时又与老年人的主观福利相关,例如个人健康意识、生活环境质量等。另一方面,个体主观福利水平的高低也可能会影响医疗服务的使用(Bjørnskov, 2008; Goel 等, 2018),即存在反向因果关系。为解决上述问题,本文进一步在双向固定效应模型的基础上使用工具变量法(TWFE-IV)。工具变量两阶段模型设定如下:

第一阶段:

$$PHC_{it} = \theta APHC_{it} + \phi X'_{it} + \vartheta_i + \lambda_t + city_i \times \lambda_t + \mu_{it} \quad (2)$$

第二阶段:

$$SWB_{it} = \beta \widehat{PHC}_{it} + \psi X'_{it} + u_i + \gamma_t + city_i \times \gamma_t + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

其中, $APHC_{it}$  表示个体  $i$  在  $t$  年所处村 / 居基层医疗服务使用的平均水平,取值在 0~1 之间。在第一阶段式(2)中 $APHC_{it}$  是基层医疗服务使用( $PHC_{it}$ )的工具变量。在第二阶段式(3)中,将式(1)的  $PHC_{it}$  替换成第一阶段获得的预测变量 $\widehat{PHC}_{it}$ ,检验基层医疗服务使用和主观福利之间的因果关系。其余变量的设定与基本模型一致。

## 四、实证结果分析

### (一) 基准回归

#### 1. 基层医疗服务使用对主观福利的影响

本文首先估计了基层医疗服务使用对农村老年人主观福利的影响,结果如表 2 所示。其中,模型 1 为双向固定效应模型(TWFE)估计结果,模型 2 为简约式(Reduced-form)结果,即工具变量对被解释变量的回归,模型 3 为双向固定效应模型和工具变量法(TWFE-IV)



的两阶段回归结果,图 1、表 3 至表 5 的回归均采用这一模型设定。第一阶段回归结果表明,工具变量(平均基层医疗服务使用)对受访者基层医疗服务使用具有正向影响,且在 1%的水平上显著,满足工具变量的相关性条件。第二阶段回归结果显示,基层医疗服务使用显著提升了农村老年人的主观福利,系数在 1%的水平上显著为正,验证了假设 1。相较于采用双向固定效应模型的估计结果,在解决内生性问题后,基层医疗服务使用的积极效果更加明显。此外,第二阶段表明,Cragg-Donald Wald F 统计量为 489.799, Kleibergen-Paap rk Wald F 统计量为 135.471,对应 10%显著性水平上 Stock-Yogo 弱工具变量检验临界值为 16.38,拒绝了弱工具变量的原假设。不可识别检验的 Kleibergen-Paap rk LM 统计量为 106.690,在 1%的水平上显著,拒绝了不可识别原假设。以上结果印证了工具变量的合理性。

表 2 基层医疗服务使用对主观福利的影响

	模型 1	模型 2	模型 3		模型 4
	双向固定 效应模型	简约式	双向固定效应模型 + 工具变量		双向固定 效应模型
			第一阶段	第二阶段	
基层医疗服务使用	0.189*** (0.031)			0.526*** (0.107)	
工具变量		0.278*** (0.057)	0.529*** (0.045)		
仅使用看病、护理和康复服务					0.257** (0.108)
仅使用预防健康服务					0.176*** (0.032)
同时使用两类基层医疗服务					0.296*** (0.075)
婚姻状况	0.016 (0.031)	0.011 (0.031)	0.004 (0.023)	0.009 (0.031)	0.016 (0.031)
同住人数	0.002 (0.005)	0.003 (0.005)	-0.001 (0.004)	0.004 (0.005)	0.002 (0.005)
工作状态	0.063** (0.028)	0.057** (0.029)	-0.014 (0.024)	0.065** (0.029)	0.062** (0.028)
资产	0.112*** (0.032)	0.114*** (0.031)	-0.043 (0.027)	0.137*** (0.034)	0.112*** (0.032)
房产数	0.079 (0.050)	0.084* (0.049)	0.072** (0.036)	0.046 (0.054)	0.080 (0.050)
存活子女数	0.053** (0.023)	0.050** (0.023)	-0.011 (0.019)	0.055** (0.024)	0.053** (0.023)
吸烟	0.055 (0.037)	0.069* (0.037)	-0.003 (0.032)	0.071* (0.040)	0.054 (0.036)
家庭支出	0.036*** (0.010)	0.033*** (0.010)	0.012 (0.008)	0.026*** (0.010)	0.036*** (0.010)
慢性病数	-0.035*** (0.011)	-0.027** (0.011)	0.029*** (0.010)	-0.043*** (0.012)	-0.036*** (0.011)
娱乐活动参与	-0.046** (0.020)	-0.052** (0.020)	-0.016 (0.017)	-0.043** (0.021)	-0.046** (0.020)
常数项	0.045 (0.116)	0.030 (0.117)			0.045 (0.116)
观测值	6676	6624	6624	6624	6676
R <sup>2</sup>	0.858	0.856			0.858

注:模型中均控制了个体固定效应、时间固定效应及地区与时间固定效应的交互项;\*、\*\* 和 \*\*\* 分别表示在 10%、5% 和 1% 的水平上显著,括号内为个体层面聚类稳健标准误,下表同。模型 4 参照组为“未使用任何一类基层医疗服务”。

2. 不同类型基层医疗服务对主观福利的影响

根据服务的主要性质和服务对象,本文将 7 项基层医疗服务划分为看病、护理和康

复服务以及预防保健服务两类,进而将两类服务的使用情况设定为 4 个虚拟变量,以检验使用不同服务对农村老年人主观福利的影响。4 个虚拟变量分别为“仅使用看病、护理和康复服务”“仅使用预防保健服务”“同时使用两类基层医疗服务”和“未使用任何一类基层医疗服务”(参照组)。

表 2 模型 4 呈现了使用不同基层医疗服务对农村老年人主观福利的影响。结果显示,与未使用任何一类基层医疗服务的老年人相比,两种服务都使用的老年人主观福利的提升效应最大,系数为 29.6%,在 1%的水平上显著。仅使用看病、护理和康复服务和仅使用预防健康服务分别使主观福利水平提升 25.7%和 17.6%。这一结果符合预期,使用多种基层医疗服务能更好地保障个体的福利水平,其中看病、护理和康复服务的提升作用比预防健康服务更大。可能的原因在于,疾病管理与康复服务能够直接解决老年人的健康问题,改善他们的健康状况和日常生活活动能力,因此对主观福利的提升作用大于预防保健服务。

(二) 稳健性检验

为检验基准回归结果的可靠性,本文进一步从调整核心解释变量的定义、增加样本、增加数据年份和增加控制变量 4 个方面进行稳健性检验。

1. 调整核心解释变量定义

基准回归中将过去 12 个月使用了 7 项服务(上门护理、上门看病、康复训练、康复辅具租用、免费体检、建立健康档案、健康讲座)中任意一项定义为“基层医疗服务使用”,赋值为 1,否则为 0。本部分使用“基层医疗服务使用的项数”衡量基层医疗服务使用。表 3 模型 5 结果显示,基层医疗服务使用的项数显著提升了农村老年人的主观福利,支持了基准回归的稳健性。

2. 增加样本

基准回归中样本限定为户口类型为农业且居住地为农村的个体,但考虑到基层医疗服务的便民特性,居民在一定程度上可能优先考虑就近的医疗服务,在此放松了户口限制,将样本限定为居住在农村的老年人,增加了 306 个样本。结果如表 3 模型 6 所示,可以发现在加入样本后,回归系数和显著性与基准回归保持一致。

3. 增加数据年份

基准回归使用了 2018 和 2020 年两期面板数据,本部分将 2016 年数据纳入分析。由于 2016 年娱乐

表 3 调整变量和样本量的稳健性检验

	模型 5	模型 6	模型 7	模型 8
	调整核心解释变量定义	增加样本	增加数据年份	增加控制变量
基层医疗服务使用	0.284*** (0.061)	0.523*** (0.098)	0.257*** (0.068)	0.516*** (0.107)
观测值	6624	6930	11026	6624

注:限于篇幅,仅汇报了第二阶段的回归结果,控制变量与基准回归一致,下表同。

活动参与和吸烟变量缺失,因此在模型中未纳入这两个变量,回归结果如表 3 模型 7 所示,结果依旧稳健。

#### 4. 增加控制变量

由于受访者个人收入和家庭收入存在大量缺失值,在基准回归中采用家庭支出来衡量家庭经济状况。本部分填补了个人收入和家庭收入的缺失值,将这两个变量纳入控制变量,重新进行估计。结果如表 3 模型 8 所示,基层医疗服务使用显著提升了农村老年人的主观福利,印证了结果的稳健性。

#### (三) 异质性分析

以上结果表明,基层医疗服务使用总体上显著提升了农村老年人的主观福利,然而不同群体间的特征差异可能会使影响存在差异。既往研究发现医疗服务的利用与年龄和婚姻状况高度相关(王晓峰、冯园园,2022;李琴等,2024)。此外,在农村地区,儿子通常被视为赡养父母的主要责任人,多数老年人仍主要与已婚儿子同住(王跃生,2013)。因此,本部分进行了年龄、婚姻状况和居住模式 3 个方面的异质性分析。结果如图 1 所示,基层医疗服务使用对 75 岁以下老年人、在婚以及配偶同住的老年人影响更显著。

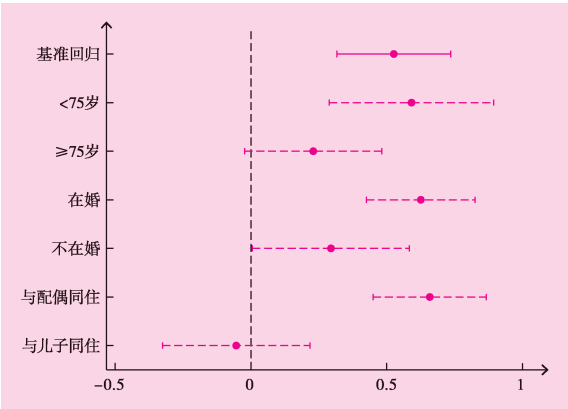


图 1 基于年龄、婚姻状况和居住模式的异质性分析

以上结果的可能原因如下。首先,对于年龄异质性,75 岁以下的年轻老年人在生理和心理上相对更加活跃,他们更可能使用预防疾病和管理健康服务,从而使其主观福利提升更显著。75 岁及以上的老年人因为身体机能下降和慢性疾病增多,更可能依赖于长期护理服务而非基层医疗服务。其次,对于婚姻状况,在婚老年人能够获得配偶在健康状况和健康行为方面的关注和督促,进而提高其医疗服务的使用并保持依从性。最后,对于居住模式,与配偶同住的老年人可能在医疗决策和服务利用中表现出更高的自主性与效率,使服务效果更显著。而与儿子同住的老年人可能更多依赖子女提供的直接照护,较少使用服务从而未带来显著影响。

#### (四) 机制检验

前文理论分析认为,基层医疗服务使用主要通过对农村老年人的健康状况和健康行为产生影响,进而影响其主观福利。本部分对这两个机制进行实证检验,根据江艇(2022)对机制分析的建议,本文将式(3)中的被解释变量调整为关注的机制变量(即健康状况和健康行为)进行两阶段最小二乘回归,结果如表 4 所示。

表 4 机制分析:健康状况和健康行为

	模型 9	模型 10	模型 11	模型 12	模型 13	模型 14	模型 15
	健康状况				健康行为		
	自评健康	患慢性病	BMI 正常	抑郁得分	吸烟	每周锻炼频率	每次锻炼时长
基层医疗服务使用	0.353*** (0.107)	-0.111 (0.069)	0.194* (0.106)	-2.566*** (0.689)	-0.292*** (0.080)	2.808*** (0.309)	0.398*** (0.042)
观测值	6710	6718	6718	6478	6718	4603	4603

注:模型 10 使用患慢性病数时,估计的矩条件协方差矩阵(estimated covariance matrix of moment conditions)非满秩,导致标准误和模型预测结果可能有偏,因而使用是否患慢性病进行估计;每周锻炼频率和每次锻炼时长仅在 CLASS 2020 年提供数据,模型 14 和模型 15 基于 2020 年截面数据,使用工具变量回归,同时控制了地区固定效应,工具变量通过了弱工具变量检验和不可识别检验。

1. 健康状况

模型 9 至模型 12 给出了以健康状况作为机制的检验结果。回归结果表明,在自评健康和心理健康维度,与未使用基层医疗服务的农村老年人相比,使用基层医疗服务的老年人自评健康状况好的概率显著提升,抑郁得分显著降低。在躯体健康维度,使用基层医疗服务没有显著降低老年人患慢性病的概率;但使农村老年人 BMI 正常的概率提升 19.4%,且在 10%的水平上显著。以上结果表明,基层医疗服务使用总体上显著改善了农村老年人的健康状况。结合既往研究发现,健康状况的改善能够显著提升生活满意度和整体福利水平(高歌、高启杰,2011;Steptoe 等,2015)。这些结果支持了本文假设 2。

2. 健康行为

模型 13 至模型 15 给出了以健康行为作为机制的检验结果。结果显示,基层医疗服务使用降低了农村老年人吸烟的概率,还显著增加了农村老年人每周锻炼的频率和每次锻炼的时长。以上结果表明基层医疗服务使用在改善农村老年人的健康行为上有积极作用。结合既往研究发现,健康行为的改善与个体更高的主观福利水平密切相关。Grant 等(2009)基于西欧和美国、中欧和东欧,以及亚太地区共 21 个国家的样本研究发现,虽然不同国家的个体在主观福利水平和健康行为间影响的强弱有所不同,但均一致表明更高的主观福利水平与吸烟更少、锻炼更多和健康饮食等健康行为显著正相关。Kim 等(2021)也发现更高的主观福利与更好的健康状况和更频繁的体育锻炼相关。由此,本文假设 3 得到经验支持。

上述结果表明,基层医疗服务使用显著改善了农村老年人的健康状况和健康行为,进而提升了老年人的主观福利。健康状况和健康行为是基层医疗服务使用影响主观福利的机制。

(五) 进一步分析

1. 基于多维主观福利的分析

Steptoe 等(2015)对主观福利的衡量不仅使用了评估性主观福利(Evaluative Wellbeing,



用“生活满意度”来衡量),还纳入了享乐性主观福利(Hedonic Wellbeing)和幸福性主观福利(Eudemonic Wellbeing)。该文章将“享乐性主观福利”界定为日常的感觉或情绪,如体验到的快乐、悲伤、愤怒和压力,通过让受访者对快乐、悲伤和愤怒等几种情感形容词的体验进行评分来测量。由于该指标不是单极维度,而是由至少两个适度反向关联的维度(例如积极和消极)构成,一般要求被调查者思考过去一周或一个月的感觉或情绪。借鉴 Steptoe 等(2015)并结合 CLASS 数据可得性,本文将老年人对过去一周以下情绪的回答作为享乐性主观福利的代理衡量指标:代表积极维度的“心情很好”和“生活有意思”指标;代表消极维度的“孤单”“心里很难过”和“感觉自己不中用”。

Steptoe 等(2015)将“幸福性主观福利”界定为反映个体对生活目的和意义的判断,关注个体是否感受到生活的价值感和目标感。该文中借鉴 Wiggins 等(2008)CASP-19 量表对幸福性主观福利进行评估,量表包括 4 个方面:控制(Control)、自主(Autonomy)、愉悦(Pleasure)和自我实现(Self-realization),共有 19 个问题。借鉴 Steptoe 等(2015)和 Wiggins 等(2008)CASP-19 量表,并结合 CLASS 数据可得性,本文选取“心情好”“孤单”“日子过得不错”“感觉自己不中用”“生活有意思”作为幸福性主观福利的衡量。

本文进一步将“享乐性主观福利”和“幸福性主观福利”所涵盖的指标合并,删除重复指标,并记为积极情绪指标和消极情绪指标。因此,得到积极情绪包括“心情好”“生活有意思”“日子过得不错”;消极情绪包括“心里很难过”“孤单”“感觉自己不中用”。表 5 模型 16 至模型 21 汇报了基层医疗服务使用对多维主观福利影响的估计结果。模型 16 至模型 18 显示,基层医疗服务使用提升了农村老年人的积极情绪,表现为过去一周心情好和生活有意思的概率显著增加,觉得日子过得不错的概率变化不显著。模型 19 至模型 21 显示,基层医疗服务使用降低了农村老年人的消极情绪,表现为心里很难过的概率显著下降,觉得孤单和不中用的概率在统计上不显著。以上结果表明,基层医疗服务使用不仅能提升老年人的积极情绪,还能有效减少消极情绪,从而显著提高了农村老年人的主观福利水平。

表 5 从多维主观福利和基层医疗服务使用满意度两个角度的分析

	模型 16	模型 17	模型 18	模型 19	模型 20	模型 21	模型 22
	心情好	生活有意思	日子过得不错	心里很难过	孤单	感觉自己不中用	主观福利
基层医疗服务使用	0.308** (0.120)	0.294*** (0.103)	0.070 (0.113)	-0.348*** (0.118)	-0.101 (0.115)	-0.168 (0.119)	
基层医疗服务使用满意度							0.517* (0.267)
观测值	6186	6094	6116	6220	6250	6124	2703

注:模型 22 基于两期混合截面数据,样本为提供了使用满意度评价的个体,回归中控制了时间固定效应和地区固定效应。工具变量通过了弱工具变量检验和不可识别检验。

## 2. 基于使用满意度的分析

CLASS 数据对于基层医疗服务不仅询问了受访者是否使用,还询问了对每一项服务使用是否满意。服务使用满意度可以作为对基层医疗服务供给质量的综合评价,通过对使用满意度的分析能更好地促进基层医疗服务的发展。本文 7 项基层医疗服务的使用满意度比例(见图 2)显示,上门看病服务使用满意度最高,达到 85.62%;康复训练服务使用满意度最低,为 54.55%;其余几项服务的使用满意度总体上在 66%~80%之间。从使用项数满意度来看(见图 3),评价 0 项满意的占 19.15%,1 项满意的占 53.62%,2 项及以上满意的占 27.23%。这表明,基层医疗服务的供给质量仍有待进一步提升,以更好地满足需求。

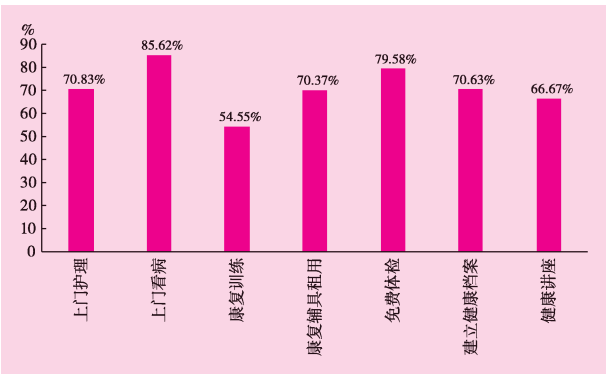


图 2 7 项基层医疗服务的使用满意度比例

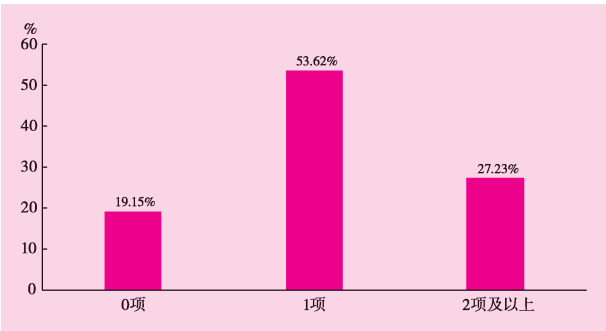


图 3 基层医疗服务的使用满意度项数

本文对基层医疗服务使用满意度如何影响农村老年人主观福利进行了实证检验。结果如表 5 模型 22 所示,可以发现,医疗服务使用满意度在提升主观福利方面具有积极作用。该结果表明,不仅要提供基层医疗服务并促进其使用,还要提供高质量的服务,提高使用满意度,从而提升老年人的主观福利。

## 五、结论与建议

本文使用 CLASS 调查 2018 和 2020 年两期面板数据,基于双向固定效应模型和工具变量法实证检验了基层医疗服务使用对农村老年人主观福利的影响。结果表明,基层医疗服务使用显著提升了农村老年人主观福利,同时使用看病、护理和康复服务及预防保健服务的老年人主观福利提升效果最大。基层医疗服务使用显著提升了 75 岁以下、在婚、与配偶同住农村老年人的主观福利。这种提升作用主要通过改善健康状况和健康行为实现。本研究还发现基层医疗服务使用显著降低了农村老年人的消极情绪,提升了积极情绪,改善了老年人的总体福利水平。此外,使用基层医疗服务后评价满意的农村老年人主观福利提升更多。

基于前文研究结论,本文提出以下政策建议。第一,加强基层医疗服务的推广和普

及,加大对基层医疗服务的宣传力度,提高农村老年人对服务的认知和使用意愿。通过加强健康教育,明确疾病治疗、康复及预防服务的具体作用,引导老年人积极使用基层医疗服务,从而提高其主观福利。第二,充分考虑不同群体对基层医疗服务需求的差异,为老年人提供更为个性化的基层医疗服务,尤其要关注年长老年人、不在婚和与子女同住的老年群体,以期基层医疗服务的使用能提升更多人群的福利水平。第三,政策应重点支持和推动基层医疗服务在改善老年人健康状况和促进健康行为方面的作用,确保老年人能够有效利用这些服务来提高生活质量。同时,应加大健康教育和预防措施的推广,帮助老年人养成良好的健康习惯,从而进一步提高其主观福利水平。第四,提升医疗服务的供给质量,完善基层医疗服务供给体系,确保老年人能够获得更高质量的医疗保障。政府应优化医疗资源配置,提升服务标准,加强对医护人员的培训,确保医疗服务的有效性提升服务使用满意度,以进一步提高老年人的福利水平。

#### 参考文献:

1. 陈璐、王璐(2023):《社区照料服务可及性对城市老年人生活满意度的影响》,《中国人口科学》,第 1 期。
2. 陈卫民、张奇(2024):《中国基层医疗服务发展对老年人健康的影响》,《人口学刊》,第 2 期。
3. 陈欣欣等(2021):《我国农村养老面临的挑战和养老服务存在的突出问题》,《中国农业大学学报(社会科学版)》,第 4 期。
4. 成德宁、潘昌健(2020):《农村医疗服务可及性和质量对老年人健康不平等的影响——基于 CLHLS(2011—2014 年)数据的实证分析》,《广西社会科学》,第 6 期。
5. 邓睿(2022):《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》,《中国农村观察》,第 2 期。
6. 高歌、高启杰(2011):《农村老年人生活满意度及其影响因素分析——基于河南省叶县的调研数据》,《中国农村观察》,第 3 期。
7. 江艇(2022):《因果推断经验研究中的中介效应与调节效应》,《中国工业经济》,第 5 期。
8. 李东平、田北海(2024):《基本公共服务可及性如何影响农户获得感——基于湖北省 1036 个农户样本的实证分析》,《中国农村观察》,第 1 期。
9. 李林、郭宇畅(2019):《医疗卫生服务与农村居民幸福感的关系——基于 CGSS 2013 和 CGSS 2015 调查数据的实证分析》,《西北农林科技大学学报(社会科学版)》,第 1 期。
10. 李琴等(2024):《丧偶冲击增加了老年人的医疗服务利用吗?》,《南方人口》,第 3 期。
11. 马超等(2023):《上医治未病:免费体检计划对老年人医疗服务与健康福利的影响》,《管理世界》,第 12 期。
12. 汤凤林、雷鹏飞(2014):《收入差距、居民幸福感与公共支出政策——来自中国社会综合调查的经验分析》,《经济学动态》,第 4 期。
13. 王晓峰、冯园园(2022):《人口老龄化对医疗卫生服务利用及医疗卫生费用的影响——基于 CHARLS 面板数据的研究》,《人口与发展》,第 2 期。
14. 王跃生(2013):《中国当代家庭关系的变迁:形式、内容及功能》,《人民论坛》,第 23 期。
15. 吴炳义等(2021):《社区卫生服务水平对老年人健康的影响》,《中国人口科学》,第 4 期。
16. 夏云峰等(2023):《近十年我国基层医疗卫生资源配置公平性研究》,《卫生经济研究》,第 6 期。

17. 尹志超等(2022):《移动支付对中国家庭储蓄率的影响》,《金融研究》,第9期。
18. 张勃、谢娅婷(2023):《基本公共卫生服务对老年流动人口健康的影响——基于 CMDs 数据的实证分析》,《河南社会科学》,第6期。
19. 张志坚、苗艳青(2020):《基本公共卫生服务对居民健康差异的贡献研究》,《中国人口科学》,第1期。
20. 周烁、张文韬(2021):《互联网使用的主观福利效应分析》,《经济研究》,第9期。
21. 朱欢、王鑫(2019):《“绿水青山”的福利效应——基于居民生活满意度的实证研究》,《中国经济问题》,第4期。
22. Ajzen I.(1991), The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50(2):179–211.
23. Bencsik P., Halliday T.J., Mazumder B. (2023), The Intergenerational Transmission of Mental and Physical Health in the United Kingdom. *Journal of Health Economics*. 92:102805.
24. Bjørnskov C. (2008), Healthy and Happy in Europe? On the Association Between Happiness and Life Expectancy Over Time. *Social Science & Medicine*. 66(8):1750–1759.
25. Chen X., Giles J., Yao Y., et al. (2022), The Path to Healthy Ageing in China: A Peking University–Lancet Commission. *The Lancet*. 400(10367):1967–2006.
26. Cohen S., Wills T.A. (1985), Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2):310–357.
27. Diener E., Biswas–Diener R. (2002), Will Money Increase Subjective Well–Being?. *Social Indicators Research*. 57(2):119–169.
28. Diener E., Oishi S., Lucas R.E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well–Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*. 54(1):403–425.
29. Dizon R.J.R. (2023), Do Public Healthcare Programs Make Societies More Equal? Cross–Country Evidence on Subjective Wellbeing. *Health Economics Review*. 13(1):55.
30. Fishbein M., Ajzen I. (1975), Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading MA: Addison–Wesley.
31. Goel V., Rosella L.C., Fu L., et al. (2018), The Relationship Between Life Satisfaction and Healthcare Utilization: A Longitudinal Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 55(2):142–150.
32. Grant N., Wardle J., Steptoe A. (2009), The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross–Cultural Analysis of Young Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*. 16(3):259–268.
33. Grossman M. (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*. 80(2):223–255.
34. Helliwell J.F., Putnam R.D. (2004), The Social Context of Well–Being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*. 359(1449):1435–1446.
35. Hessami Z. (2010), The Size and Composition of Government Spending in Europe and Its Impact on Well–Being. *Kyklos*. 63(3):346–382.
36. Huang Z., Xu T., Zhang R., et al. (2023), The Relationship Between Home and Community–Based Healthcare Services Utilization and Depressive Symptoms in Older Adults in Rural China: A Moderated Mediation Model. *BMC Public Health*. 23(1):1014.
37. Kim E.S., Delaney S.W., Tay L., et al. (2021), Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults. *The Milbank Quarterly*. 99(1):209–239.



38. Kotakorpi K., Laamanen J.P.(2010), Welfare State and Life Satisfaction: Evidence from Public Health Care. *Economica*. 77(307):565–583.
39. Papastergiou E., Latinopoulos D., Evdou M., et al.(2023), Exploring Associations Between Subjective Well-Being and Non-market Values When Used in the Evaluation of Urban Green Spaces: A Scoping Review. *Land*. 12(3):700.
40. Steptoe A., Deaton A., Stone A.A.(2015), Subjective Wellbeing, Health, and Ageing. *The Lancet*. 385(9968):640–648.
41. Stevenson B., Wolfers J. (2013), Subjective Well-Being and Income: Is There Any Evidence of Satiation?. *American Economic Review*. 103(3):598–604.
42. Su Q., Fan L. (2024), Impact of Caregiving on Mental, Self-Rated, and Physical Health: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Quality of Life Research*. 3(7):1–10.
43. Wiggins R.D., Netuveli G., Hyde M., et al. (2008), The Evaluation of a Self-Enumerated Scale of Quality of Life (CASP-19) in the Context of Research on Ageing: A Combination of Exploratory and Confirmatory Approaches. *Social Indicators Research*. 89(1):61–77.
44. World Health Organization(1978), *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.
45. Xesfingi S., Vozikis A. (2016), Patient Satisfaction with the Healthcare System: Assessing the Impact of Socio-Economic and Healthcare Provision Factors. *BMC Health Services Research*. 16:1–7.

### The Impact of Primary Health Care Utilization on the Subjective Well-Being of Rural Older Adults: Evidence from CLASS Data

Chen Lu    Tan Cuilian

**Abstract:** In rural areas where medical resources are limited, primary health care services are essential not only for alleviating the inconvenience faced by older adults in accessing tertiary hospitals but also in disease prevention, management, and health education. Using panel data from the 2018 and 2020 waves of the China Longitudinal Aging Social Survey (CLASS), this study investigates the impact of primary health care utilization on the subjective well-being of rural older adults. A two-way fixed-effects model and an instrumental variable approach are employed to address potential endogeneity. The results indicate that utilizing primary health care services significantly enhances the subjective well-being. Rural older adults who access both medical treatment, nursing and rehabilitation services, and preventive healthcare experience the greatest improvement in subjective well-being. The positive effects are particularly pronounced among individuals who are under 75 years old, married, and cohabiting with their spouse. Mechanism analysis indicates that primary health care utilization improves subjective well-being by enhancing both the health status and health behaviors. Furthermore, the study finds that primary health care utilization alleviates negative emotions, enhances positive emotions, and that satisfaction with health care services plays a critical role in promoting subjective well-being. These findings provide robust empirical evidence and valuable policy implications for advancing rural primary health care services and improving the well-being of rural elderly populations.

**Keywords:** Primary Health Care; Rural Older Adults; Subjective Well-Being

(责任编辑:李玉柱)