

中国随迁老人的医疗服务利用 及其影响因素^{*}

——基于 Andersen 理论框架的分析

池上新

【摘要】 本文利用 2015 年全国流动人口动态监测调查数据，考察中国随迁老人的医疗服务利用状况，并根据 Andersen 的理论框架，从倾向因素、使能因素以及需求因素三个层面探究随迁老人医疗服务利用的影响因素。研究发现，随迁老人的医疗行为和预防行为均处于偏低水平。在倾向因素上，受教育水平、年龄、流动范围以及流入地区影响随迁老人的预防行为，而年龄、婚姻、民族和流入地区则影响其医疗行为。在使能因素上，家庭月收入与预防行为负相关，但对医疗行为有积极作用；靠个人收入的随迁老人会更积极地采取预防措施。在需求因素上，自评健康的随迁老人会更积极地采取预防措施，而健康越差的随迁老人使用住院服务的概率就越高；每天保持锻炼和懂得健康知识对随迁老人医疗服务利用均有显著的积极影响。最后，本文从倾向因素、使能因素和需求因素三个层面提出相应的建议。

【关键词】 医疗服务利用 随迁老人 影响因素 Andersen 理论框架

【作者简介】 池上新，社会学博士，深圳大学政府管理学院社会学系副主任、副教授、硕士生导师。

【中图分类号】 C911 **【文献标识码】** A

【文章编号】 2097 - 1125 (2023) 04 - 0066 - 17

* 本文系国家社会科学基金一般项目“健康中国战略背景下健康平等的约束因素及机制研究”(21BSH008)的阶段成果。深圳大学政府管理学院 2021 级硕士研究生石耀东帮助梳理了部分文献，在此特表感谢。

一、问题的提出

根据《中华人民共和国 2021 年国民经济和社会发展统计公报》，我国 60 岁以上的人口比重为 18.9%，65 岁以上的人口比重为 14.2%。^① 按照世界卫生组织对人口老龄化不同阶段的划分，^② 我国 65 岁以上的人口比重已超过 14%，由老龄化社会正式进入老龄社会，这意味着我国的人口发展进入一个全新阶段。国家卫生健康委员会发布的《中国流动人口发展报告 2018》显示，我国流动人口规模虽然自 2015 年起由持续上升转为缓慢下降，老年流动人口数量却在持续增长，从 2000 年的 503 万人增加至 2015 年的 1304 万人，年均增长 6.6%。^③ 2015 年国家卫生计生委流动老人健康服务专题调查显示，照顾晚辈、养老与就业是老人流动的三大原因。其中，照顾晚辈、为与子女团聚或异地养老而随迁的比例占了 68%。^④ 由此可见，流动老人中的随迁老人数量较为庞大。

随迁老人通常被看作为照顾儿孙辈而居住在流入地的老人。当这群“老漂族”进入陌生环境后，长期的背井离乡会使他们在精神上产生巨大的空虚感，而伴随年龄的增长，身体机能也会随之下降，他们对医疗服务的需求较大。然而，以往学术界更多关注流动老人的医疗服务利用情况，^⑤ 很少有研究对随迁老人给予特殊的关注。作为流动老人的一部分，随迁老人的迁移行为对自身健康会有—定的影响：首先，随迁老人脱离了原有的熟人社会进入新的环境后要面临环境适应等问题，心理健康可能会受影响；其次，随迁老

① 参见《中华人民共和国 2021 年国民经济和社会发展统计公报》，http://www.gov.cn/xinwen/2022-02/28/content_5676015.htm，2022 年 8 月 7 日。

② 按照世界卫生组织对人口老龄化的标准划分，65 岁以上人口占比 7%~14% 是老龄化社会，14%~20% 是老龄社会，20% 以上为超老龄社会。

③ 参见《国家卫生健康委员会 2018 年 12 月 22 日新闻发布会散发材料之八：〈中国流动人口发展报告 2018〉内容概要》，<http://www.nhc.gov.cn/wjw/xwdt/201812/a32a43b225a740c4bff8f2168b0e9688.shtml>，2022 年 5 月 8 日。

④ 参见《〈中国流动人口发展报告 2016〉发布》，<http://www.nhc.gov.cn/rkjcyjtfzs/pgzdt/201610/57cf8a2bbafe4b4d9a7be10d10ae5ecf.shtml>，2022 年 5 月 8 日。

⑤ 参见姚强、陈阿敏：《医疗保险参保地对老年流动人口健康状况的影响路径研究——基于 2015 年全国流动人口动态监测调查数据》，《中国卫生政策研究》2022 年第 1 期，第 57~63 页；卢小君：《医疗保险对流动老年人医疗服务利用的影响——基于倾向得分匹配方法的反事实估计》，《中国卫生事业管理》2019 年第 9 期，第 657~660 页；王泳仪、王伟、严非：《上海市流动老年人口卫生服务利用情况及其影响因素混合研究》，《中国全科医学》2019 年第 1 期，第 32~37 页；杜本峰、曹桂、许锋：《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》，《中国卫生政策研究》2018 年第 5 期，第 10~16 页。

人正经历着生理机能的下降，可能对医疗服务的需求以及利用会增多。由于随迁老人在心理和生理健康上都面临着挑战，对他们的医疗服务利用的关注尤为重要。

二、文献回顾与评述

目前对于随迁老人的研究集中于社会融入、文化适应等适应性研究，还没有专门针对随迁老人医疗服务利用的研究，但随迁老人属于流动老人群体的一部分，与流动老人这一大群体有众多相似的特征，因此以往关于流动老人医疗服务利用现状的研究对本文具有重要参考价值。虽然随着国家社区卫生服务建设工作的推进和医疗条件的完善，我国居民可以享受多样化的医疗服务，但在流动人口卫生服务利用上仍存在卫生服务供给不足、服务项目较少、服务便捷性与可及性差，特别是在慢性病的管理服务上覆盖率低等问题。^①而在各种因素的影响下，流动老人患病时选择就诊的比例为65.64%，选择不住院的比例却高达92.25%。^②与此同时，张静茹等利用2015年国家卫生计生委流动人口动态监测数据研究发现，流动老人参加免费体检的比例为36.0%，13.1%的流动老人被诊断需要住院，住院率却仅有10.8%，其原因主要有三，分别是自己或家人觉得没有必要、经济困难以及报销不方便。^③在参保方面，75.80%的流动老人参与了城乡医疗保险，但在居住地参保率较低，比例仅为11.79%。^④由此可见，流动老人对整体医疗服务的利用率并不高。这也从侧面反映出随迁老人在医疗服务利用上或存在同样的问题。

流动老人医疗服务利用影响因素主要包括人口学因素、经济因素、参加保险和流动特征这几大类。首先，在人口学因素方面，年龄、健康状况、户籍类型和受教育程度都会影响流动老人医疗服务利用的选择。伴随年龄的增长，

① 参见杜本峰、韩筱、付淋淋等：《流动人口医疗卫生服务需求、供给、利用与健康促进策略选择——基于医疗服务利用行为模型视角》，《中国卫生政策研究》2018年第2期，第23~29页；何庆红、赵绍阳、董夏燕：《“退休—医疗服务利用之谜”及性别差异》，《人口与经济》2019年第6期，第97~113页。

② 参见杜本峰、曹桂、许锋：《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》，《中国卫生政策研究》2018年第5期，第10~16页。

③ 参见张静茹、倪冰莹、纪颖等：《中国老年流动人口健康状况及卫生服务利用分析》，《现代预防医学》2017年第19期，第3526~3530页。

④ 参见姚强、陈阿敏：《医疗保险参保地对老年流动人口健康状况的影响路径研究——基于2015年全国流动人口动态监测调查数据》，《中国卫生政策研究》2022年第1期，第57~63页。

流动老人在患病时越发倾向于及时就医与住院治疗。^①与此同时，健康资本会随着时间的增加而贬值，因此健康状况较差的流动老人患病后住院的比例也会提高。^②此外，非城镇户籍的老人选择建立健康档案和参加免费体检的概率大打折扣，也不排除即使是非城镇户籍的老人，由于受教育程度更高，其健康保健意识会更强，患病时积极利用卫生服务资源的比例也更大。^③

其次，在经济因素方面，卫生服务费用的增长将引起维持健康的成本上升，而流动人口受现居住地医疗保障政策的影响，往往形成一种“大病看不起，小病自己医”的局面。^④而在流动老人群体中，随着家庭收入的增加，他们会在生小病时选择就医，生大病时则会住院治疗。^⑤

再次，在参加保险方面，流动老人受参保地和居住地分离的影响，在医疗保障水平和卫生服务可及性方面存在两难的抉择。^⑥与此同时，在居住地参保的流动老人对卫生服务的利用水平会更高，而且因享受居住地较高水平的保障和医疗服务，其患病就诊和住院的服务水平会较高。^⑦

最后，流动特征主要通过流动范围和居住时长影响老人医疗服务利用。一方面，市内跨县的老人更容易接受免费体检，而跨省流动则降低了其卫生服务参与的积极性。^⑧此外，流动范围也会影响健康管理行为，由于流动范

① 参见杜本峰、曹桂、许峰：《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》，《中国卫生政策研究》2018年第5期，第10~16页；宋全成、尹康：《中国老年流动人口初诊就医行为选择及影响因素研究》，《东岳论丛》2021年第1期，第136~147页。

② 参见 Michael Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, Vol. 80 (2), 1972, pp. 223 - 255.

③ 参见唐丹、王菲：《流动老人基本公共卫生服务利用及影响因素研究》，《中国卫生政策研究》2018年第2期，第17~22页；聂欢欢、鲍勇：《上海流动老人卫生服务利用情况》，《中华全科医学》2016年第12期，第1971~1973页；陈宁静、刘可、卜秀青等：《流动人口卫生服务利用及影响因素的研究进展》，《职业与健康》2019年第4期，第574~576页。

④ 参见 Michael Grossman, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, Vol. 80 (2), 1972, pp. 223 - 255.

⑤ 参见杜本峰、曹桂、许峰：《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》，《中国卫生政策研究》2018年第5期，第10~16页。

⑥ 参见姚强、陈阿敏：《医疗保险参保地对老年流动人口健康状况的影响路径研究——基于2015年全国流动人口动态监测调查数据》，《中国卫生政策研究》2022年第1期，第57~63页。

⑦ 参见孟颖颖、韩俊强：《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》2019年第5期，第110~120页。

⑧ 参见唐丹、王菲：《流动老人基本公共卫生服务利用及影响因素研究》，《中国卫生政策研究》2018年第2期，第17~22页；郭静、邵飞、范慧等：《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》2016年第8期，第75~82页。

围小且与原住地差异不大，老人可相对便利地获得卫生资源。^①另一方面，流动老人在流入地居住时间越长，越熟悉当地卫生资源情况，越容易获取医疗服务资源。^②

以往研究对流动老人医疗服务利用进行了不同程度的探讨，足以说明学术界对流动老人群体的重视，但仍存在一些不足：第一，从研究对象来看，学者们基于各种调查数据对流动老人开展研究，但专门针对流动老人群体中的随迁老人的研究几乎没有；第二，从研究维度来看，以往研究在医疗服务利用的指标选取上不够全面，缺少对预防和治疗整个流程中医疗服务利用的考察。因此，本文尝试基于2015年全国流动人口动态监测调查数据，从预防行为和医疗行为两个层面出发，采用Andersen理论框架，对中国随迁老人的医疗服务利用进行探究，并借此为我国日渐庞大的随迁老人群体身心健康提供学术参考。

三、研究设计

（一）研究框架及理论基础

医疗服务研究领域最著名且最实用的分析框架是Andersen理论框架，这个框架提供了一套测量医疗服务的行为模式，共包括三个方面。一是倾向因素（predisposing factors）。这是个体在患病前所有的社会文化特征，包括人口学因素（年龄和性别）、社会结构因素（受教育程度、职业、种族/民族、社交网络和文化）以及健康信念（人们对待医疗服务所持有的态度、知识和看法）。二是使能因素（enabling factors）。这指的是能够帮助个体获得服务的因素，包括个人/家庭资源（收入水平、医疗保险、日常医疗资源、社会关系的质量等）、社区资源（可接触到的卫生人员与机构、服务等待时间等）。三是需求因素（need factors）。这被学界认为是医疗服务使用最直接的原因，指的是人体机能出现问题从而促使人们产生对医务的需求，包括主观感知健康程度和客观评估健康程度。^③本文拟采用该理论框架分析随迁老人医疗服务利用的影响因素（见图1）。

① 参见裘奕嘉、曹梅娟、刘慧萍：《基于安德森模型的流动老年人社区健康管理利用行为影响因素的研究进展》，《护理研究》2019年第15期，第2619~2622页。

② 参见唐丹、王菲：《流动老人基本公共卫生服务利用及影响因素研究》，《中国卫生政策研究》2018年第2期，第17~22页。

③ 参见 Ronald Max Andersen and John F. Newman, Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol. 51 (1), 1973, pp. 95 - 124.

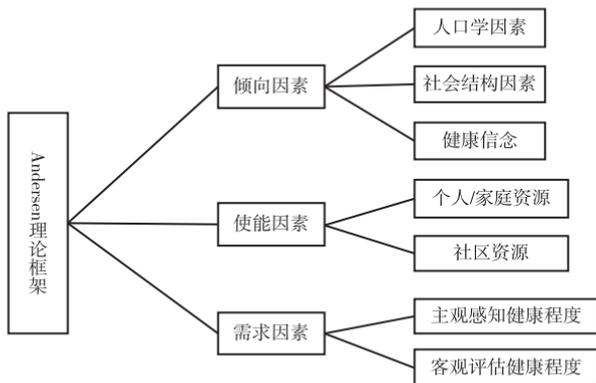


图1 Andersen理论框架

资料来源：笔者根据 Andersen 医疗服务理论框架绘制而成。

（二）核心概念界定

1. 随迁老人

目前学术界对随迁老人尚无统一的定义。与随迁老人含义相近的有“老漂族”“流动老人”等，都是指离开户籍地到异地生活的老人。结合 2015 年全国流动人口动态监测调查数据，本文的随迁老人是指为了照顾儿孙，或是出于养老目的而跟随子女迁移到其所在城市居住一个月以上，并且户籍仍在原住地的 60 周岁以上的老人。

2. 医疗服务利用

由于医疗服务利用的具体指标会根据研究内容的变化而有所不同，所以学术界对医疗服务利用的定义也并不统一。其中，最具代表性的是 Andersen 在 1968 年提出的观点，将以提高或改善健康水平为目的而使用医疗商品和卫生服务总称为医疗卫生服务。^① 基于研究需求并结合 Andersen 的观点，本文将医疗服务利用定义为个体疾病发生前使用的预防服务和就医时使用的医疗资源的总和。

（三）数据来源与样本特征

本文使用的数据是 2015 年全国流动人口动态监测调查数据，以 31 个省（自治区、直辖市）和新疆生产建设兵团 2014 年全员流动人口年报数据为基本抽样框，并采取分层、多阶段、与规模成比例的 PPS 方法进行抽样。该数据的调查对象为在流入地居住一个月以上，非本区（县、市）户口的 15 周岁及以上流入人口，本文在筛选调查对象时首先筛选出 60 周岁及以上的流动人口，其次在前

^① 参见 Ronald Max Andersen, A Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Center for Health Administration Studies, Chicago: University of Chicago, 1968。

面的基础上筛选出流动原因为“家属随迁”的群体，最后得到样本1333个。^①

在随迁老人数据中，男性占41.8%，女性占58.2%；平均年龄为67.1岁；59.1%为农业户口，40.9%为非农业户口；无配偶占24.2%，有配偶占75.8%；汉族占89.2%，少数民族占10.8%；将近半数为跨省流动，占46.5%，省内跨市和市内跨县流动分别占29.6%和23.9%；平均在流入地居住6.2年；主要流入东部、西部地区，分别占37.3%和38.6%，流入中部地区的占7.7%，流入东北地区的占16.4%。

（四）变量测量

本文将医疗服务利用分为预防行为和医疗行为两个维度。预防行为包括随迁老人在患病前可能涉及的预防性医疗服务，包括“是否参与体检”和“是否建立健康档案”两个变量；医疗行为指的是随迁老人在患病后涉及的医疗服务，包括“生小病时是否就医”和“是否使用住院服务”两个变量。

在问卷中预防行为对应的问题为“过去一年，是否参加过社区卫生服务站/中心组织的免费健康体检（不包括因病做的检查）”，对其回答“是”与“否”分别赋值为1和0；“您在本地居住的社区建立居民健康档案了吗？”，对其回答“已经建立”赋值为1，对其回答“没建，没听说过”“没建，但听说过”合并为“否”，并赋值为0。在医疗行为上，在对“平常生小病时，通常如何处理”的回答中，“看医生”赋值为1，其他赋值为0（包括本地找药/自我治疗；老家带药；不处理，等待自愈；购买保健品等）；在对“过去一年是否住院了”的回答中，“是”与“否”分别赋值为1和0。

自变量按照 Andersen 理论框架分为倾向因素、使能因素和需求因素三个层面。倾向因素选取了人口学因素（年龄和性别）、社会结构因素（受教育程度、本地朋友数量、民族、婚姻、户籍类型）、流迁因素（流动范围、流入地区和在流入地居住时长）；使能因素选取了个人/家庭因素（家庭月收入、参保情况、主要经济来源）；需求因素选取了自评健康水平、是否患慢性病、每天锻炼时间、对健康知识的掌握数量。

需要说明的是，因倾向因素中的健康信念被证实无法被量化研究，^② 故不做选取；使能因素中的社区资源（可接触到的卫生人员与机构、服务等待时间等）在问卷中无对应内容，因此亦无法进行选取。变量赋值详见表1。

① 该年份调查问卷的第四部分，调查了受访者家中每一位老年人的情况，涉及老年人的健康及医疗卫生服务利用等变量，但是 Andersen 理论框架的很多变量，该部分并未涉及。因此，本文考虑到变量的全面性，并不是从该部分筛选随迁老人样本，而是从整份问卷的受访者中筛选随迁老人样本。

② 参见 David Mechanic, *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, New York: The Free Press, 1983, p. 32.

表 1 变量的释义及分布情况 (N = 1333)

变量			百分比 或均值	变量		百分比 或均值
因 变 量	是否参与体检	否 = 0	62.8	流入地区	东部地区 = 1	37.3
		是 = 1	37.2		中部地区 = 2	7.7
	是否建立健康档案	否 = 0	64.7		西部地区 = 3	38.6
		是 = 1	35.3		东北地区 = 4	16.4
	生小病时是否就医	否 = 0	55.0	家庭月收入 (元)	连续变量	6485.4
	是否使用住院服务	否 = 0	92.3	参保情况	未参保 = 0	10.3
		是 = 1	7.7		已参保 = 1	89.7
自 变 量	性别	女 = 0	58.2	主要经济来源	他人给予收入 = 0	45.4
		男 = 1	41.8		个人收入 = 1	54.6
	年龄	60 ~ 70 岁 = 1	74.9	自评健康水平	不健康 = 0	12.9
		71 ~ 80 岁 = 2	20.9		健康 = 1	87.1
		81 岁及以上 = 3	4.2	是否患慢性病	否 = 0	78.5
	受教育程度	小学及以下 = 1	57.8		是 = 1	21.5
		初中 = 2	24.7	流动范围	市内跨县 = 1	23.9
		高中及中专 = 3	11.0		省内跨市 = 2	29.6
		大专及以上 = 4	6.5		跨省 = 3	46.5
	户籍类型	农业户口 = 0	59.1	在流入地居住时长 (年)	连续变量	6.2
		非农户口 = 1	40.9	本地朋友数量 (个)	连续变量	8.0
	婚姻状况	无配偶 = 0	24.2	对健康知识的掌握数量 (种)	连续变量	3.4
		有配偶 = 1	75.8	每天锻炼时间 (分钟)	连续变量	65.2
	民族	少数民族 = 0	10.8			
		汉族 = 1	89.2			

注：对分类变量而言，表中的数字表示百分比；对连续变量而言，表中的数字表示均值。

(五) 分析方法

本文主要考察随迁老人医疗服务利用及其影响因素，因此通过二元 Logistic 回归进行多因素分析。检验策略如下：

$$P_i = F\left(\alpha + \sum_{j=1}^n \beta_j \chi_j + \varepsilon_i\right) = 1 / \{1 + \exp[-(\alpha + \sum_{j=1}^n \beta_j \chi_j + \varepsilon_i)]\}$$

对上述公式取对数，得到 Logistic 回归模型的线性表达式为：

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1\chi_1 + \beta_2\chi_2 + \cdots + \beta_j\chi_j + \varepsilon_i$$

其中, P_i 为因变量发生的概率, 本文选取主要因变量为代表医疗服务利用的“是否参与体检”“是否建立健康档案”“生小病时是否就医”“是否住院”; χ_j 表示第 j 个可能影响医疗服务利用的自变量, α 与 β_0 为常数项, β_j 为第 j 个自变量的回归系数, ε_i 为随机误差值。

四、随迁老人医疗服务利用影响因素分析

全国样本数据分析显示(见表1), 在预防行为上, 随迁老人参与体检的比例(37.2%)略高于流动老人参与体检的比例(36.0%),^① 建立社区健康档案的比例为35.3%; 在医疗行为上, 随迁老人生小病时就医的比例(45.0%)远低于流动老人患病就医的比例(65.6%), 患病住院的比例(7.7%)与流动老人相差不大。^② 由此可见, 中国随迁老人的医疗服务利用整体水平偏低。鉴于此, 本文将在 Andersen 理论模型的基础上, 探讨影响随迁老人医疗服务利用的因素。

(一) 随迁老人预防行为影响因素的回归分析

表2为随迁老人预防行为的二元 Logistic 回归结果, 其中以参与体检和建立健康档案为因变量, 以倾向因素、使能因素和需求因素为自变量。模型1为基准模型, 模型2加入使能因素, 模型3同时加入使能因素和需求因素。

表2 随迁老人预防行为的二元 Logistic 回归结果

变量	是否参与体检			是否建立健康档案		
	模型1	模型2	模型3	模型1	模型2	模型3
倾向因素						
性别 a	0.072 (1.075)	0.086 (1.090)	0.031 (1.032)	-0.048 (0.953)	-0.023 (0.977)	-0.080 (0.923)
年龄(岁)	-0.218* (0.804)	-0.212 (0.809)	-0.124 (0.883)	-0.019 (0.981)	-0.045 (0.956)	-0.032 (0.969)
受教育程度	0.223*** (1.249)	0.226** (1.254)	0.216** (1.241)	0.152 (1.164)	0.209** (1.233)	0.202** (1.224)
本地朋友数量(个)	0.007 (1.007)	0.006 (1.006)	-0.002 (0.998)	0.001 (1.001)	0.001 (1.001)	-0.005 (0.995)

① 参见张静茹、倪冰莹、纪颖等:《中国老年流动人口健康状况及卫生服务利用分析》,《现代预防医学》2017年第19期,第3526~3530页。

② 参见杜本峰、曹桂、许锋:《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》,《中国卫生政策研究》2018年第5期,第10~16页。

续表

变量	是否参与体检			是否建立健康档案		
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 1	模型 2	模型 3
户籍 b	-0.009 (0.991)	-0.029 (0.971)	-0.133 (0.875)	0.118 (1.125)	0.323* (1.382)	0.233 (1.262)
婚姻 c	-0.214 (0.807)	-0.237 (0.789)	-0.316* (0.729)	-0.067 (0.936)	-0.030 (0.971)	-0.099 (0.906)
民族 d	0.392* (1.480)	0.408* (1.503)	0.455* (1.576)	0.008 (1.008)	0.022 (1.022)	0.008 (1.008)
流入范围 e						
省内跨市	0.241 (1.273)	0.242 (1.274)	0.235 (1.265)	0.416** (1.516)	0.405** (1.500)	0.420** (1.522)
市内跨县	0.372** (1.450)	0.357* (1.429)	0.401** (1.493)	0.415** (1.514)	0.406** (1.500)	0.444** (1.559)
在流入地 居住时长 (年)	0.010 (1.010)	0.007 (1.007)	0.006 (1.006)	0.018 (1.018)	0.013 (1.013)	0.015 (1.015)
流入地区 f						
中部地区	0.591** (1.806)	0.556* (1.744)	0.663** (1.940)	0.845*** (2.328)	0.779** (2.180)	0.899*** (2.457)
西部地区	0.974*** (2.650)	0.949*** (2.582)	0.905*** (2.471)	1.326*** (3.766)	1.262*** (3.531)	1.131*** (3.098)
东北地区	0.530*** (1.699)	0.486** (1.626)	0.463** (1.589)	0.994*** (2.703)	0.889*** (2.433)	0.854*** (2.348)
使能因素						
参保情况 g		0.247 (1.280)	0.559 (1.749)		0.358 (1.430)	0.527 (1.693)
家庭月收入对数 (元)		-0.170 (0.844)	-0.369 (0.691)		-0.445* (0.634)	-0.589** (0.555)
主要经济来源 h		0.071 (1.074)	0.043 (1.044)		-0.357* (0.700)	-0.374 (0.688)
需求因素						
自评健康水平 i			0.558** (1.747)			0.011 (1.011)
是否患慢性病 j			0.204 (1.227)			0.287 (1.332)
每天锻炼时间 (分钟)			0.006*** (1.006)			0.004** (1.005)

续表

变量	是否参与体检			是否建立健康档案		
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 1	模型 2	模型 3
对健康知识的掌握数量对数(种)			1.107*** (3.027)			1.418*** (4.128)
常数项	-1.455*** (0.233)	-0.841 (0.431)	-1.565 (0.209)	-1.871*** (0.154)	-0.119 (0.888)	-0.558 (0.572)
样本量	997	997	997	905	905	905
Chi-square	56.882***	57.870***	98.398***	87.738***	94.733***	130.298***
Nagelkerke R ²	0.075	0.076	0.127	0.126	0.135	0.183

注：(1) 系数为非标准化回归系数 B ，括号内数值为优势比 $\text{Exp}(B)$ ；(2) 参考类别：a 为“女性”，b 为“农业户口”，c 为“无配偶”，d 为“少数民族”，e 为“跨省”，f 为“东部地区”，g 为“未参保”，h 为“他人给予收入”，i 为“不健康”，j 为“不患病”；(3) *** 代表 $p < 0.01$ ，** 代表 $p < 0.05$ ，* 代表 $p < 0.1$ 。表 3 同。

从倾向因素来看，受教育程度对随迁老人参与体检和建立健康档案具有显著的正向作用，说明受教育程度越高的随迁老人越倾向采取预防行为。在参与体检的模型中，如模型 1 所示，受教育程度每提高一个等级水平，随迁老人参与体检的优势比提升 24.9%，在加入使能因素与倾向因素后，受教育程度每提高一个等级水平，随迁老人参与体检的优势比分别提升 25.4% 和 24.1%。在建立健康档案的模型中，如模型 2、模型 3 所示，受教育程度每提高一个等级水平，随迁老人建立健康档案的优势比分别提升 23.3% 和 22.4%。民族因素只对随迁老人的体检参与产生显著影响。在模型 1 中，汉族体检参与优势比是少数民族的 1.480 倍，随着使能因素与倾向因素的加入分别提高至 1.503 倍与 1.576 倍。在流动范围中，流动范围为省内跨市对随迁老人建立健康档案具有显著的正向作用。如模型 1 所示，流动范围为省内跨市的随迁老人建立健康档案的优势比为跨省随迁老人的 1.516 倍，在加入使能因素与倾向因素后，分别为 1.500 倍与 1.522 倍。市内跨县流动与跨省流动的随迁老人在预防行为选择上均差异显著，如模型 3 所示，市内跨县流动的随迁老人参与体检和建立健康档案的优势比分别是跨省流动的随迁老人的 1.493 倍和 1.559 倍。不同流入地区对随迁老人的预防行为选择均具有显著的正向作用，以西部地区尤为明显，如模型 1 所示，流入西部地区的随迁老人参与体检的优势比为流入东部地区的随迁老人的 2.650 倍，建立健康档案的优势比为流入东部地区的随迁老人的 3.766 倍，分别加入使能因素和需求因素后，差异均有所缩小。

从使能因素来看，参保情况、家庭月收入、主要经济来源对随迁老人参

与体检的影响不具有统计显著性，但家庭月收入对健康档案的建立具有显著的负向作用，说明家庭月收入越高，随迁老人越不倾向于在社区中建立健康档案。

从需求因素来看，随迁老人的自评健康水平对参与体检具有显著正向作用，然而对建立健康档案无显著影响。从模型 3 可见，自评健康的随迁老人参与体检的优势比是自评不健康的随迁老人的 1.747 倍。每天锻炼时间和对健康知识的掌握数量均对随迁老人的预防行为具有显著的正向影响，表现为每天锻炼时间每增加 1 分钟，参与体检和建立健康档案的优势比分别为原来的 1.006 倍和 1.005 倍；每多掌握 1 种健康知识，参与体检和建立健康档案的优势比分别为原来的 3.027 倍和 4.128 倍。可见，良好的锻炼习惯和学习健康知识习惯会使随迁老人更倾向于采取预防行为。此外，是否患慢性病对随迁老人参与体检以及建立健康档案不具有统计显著性。

（二）随迁老人医疗行为影响因素的回归分析

表 3 为随迁老人医疗行为的二元 Logistic 回归结果，其中以生小病时就医和使用住院服务为因变量，以倾向因素、使能因素和需求因素为自变量，同样设置 3 个模型。

表 3 随迁老人医疗行为的二元 Logistic 回归结果

变量	生小病时是否就医			是否使用住院服务		
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 1	模型 2	模型 3
倾向因素						
性别 a	-0.080 (0.923)	-0.102 (0.903)	-0.115 (0.892)	-0.096 (0.909)	-0.093 (0.911)	-0.090 (0.914)
年龄 (岁)	-0.010 (0.990)	-0.006 (0.994)	0.007 (1.007)	0.528*** (1.695)	0.544*** (1.722)	0.276 (1.318)
受教育程度	0.134 (1.143)	0.112 (1.119)	0.107 (1.113)	0.011 (1.011)	0.001 (0.991)	-0.006 (0.994)
本地朋友数量 (个)	0.010* (1.010)	0.011* (1.011)	0.010* (1.010)	0.004 (1.004)	0.004 (1.004)	0.004 (1.004)
户籍 b	0.048 (1.049)	0.031 (1.032)	0.020 (1.020)	0.124 (1.132)	0.110 (1.117)	0.058 (1.060)
婚姻 c	-0.403** (0.668)	-0.388** (0.678)	-0.393** (0.675)	1.140** (3.126)	1.140*** (3.126)	1.188*** (3.282)
民族 d	-0.492** (0.611)	-0.520** (0.594)	-0.516** (0.597)	-0.021 (0.979)	-0.022 (0.978)	-0.331 (0.718)

续表

变量	生小病时是否就医			是否使用住院服务		
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 1	模型 2	模型 3
流动范围 e						
省内跨市	0.036 (1.037)	0.052 (1.053)	0.060 (1.062)	-0.381 (0.683)	-0.369 (0.691)	-0.464 (0.629)
市内跨县	-0.336* (0.714)	-0.290 (0.748)	-0.288 (0.750)	-0.241 (0.786)	-0.224** (0.799)	-0.396 (0.673)
在流入地 居住时长 (年)	-0.009 (0.991)	-0.004 (0.996)	-0.005 (0.995)	-0.015 (0.985)	-0.014 (0.986)	-0.004 (0.996)
流入地区 f						
中部地区	-0.310 (0.733)	-0.216 (0.806)	-0.228 (0.796)	0.586 (1.796)	0.616 (1.851)	0.778 (2.177)
西部地区	-0.127 (0.881)	-0.030 (0.970)	-0.067 (0.935)	0.966*** (2.627)	1.012*** (2.751)	0.913** (2.492)
东北地区	-0.973*** (0.378)	-0.847*** (0.429)	-0.877*** (0.416)	0.488 (1.629)	0.529 (1.698)	0.491 (1.634)
使能因素						
参保情况 g		0.061 (1.063)	0.067 (1.070)		0.412 (1.510)	0.679 (1.971)
家庭月收入对数 (元)		0.527** (1.694)	0.540** (1.717)		0.212 (1.236)	0.202 (1.223)
主要经济来源 h		-0.041 (0.960)	-0.023 (0.977)		0.002 (1.002)	0.098 (1.103)
需求因素						
自评健康水平 i			-0.123 (0.884)			-1.398*** (0.247)
是否患慢性病 j			-0.242 (0.785)			1.347*** (3.845)
每天锻炼时间 (分钟)			0.001 (1.001)			0.006** (1.006)
对健康知识的 掌握数量对数 (种)			0.200 (1.222)			0.307 (1.359)
常数项	0.602* (1.827)	-1.375 (0.253)	-1.389 (0.249)	-4.459*** (0.012)	-5.287*** (0.005)	-4.508** (0.011)
样本量	1060	1060	1060	1060	1060	1060
Chi-square	51.672***	57.549***	60.561***	25.839*	26.498*	87.419***
Nagelkerke R ²	0.064	0.071	0.074	0.057	0.058	0.187

从倾向因素可见，年龄越大的随迁老人越倾向于使用住院服务，如模型 1、模型 2 所示，高龄老人住院的优势比分别是低龄老人的 1.695 倍和 1.722 倍。本地朋友数量对随迁老人生小病时就医具有显著的正向作用，从模型 1、模型 3 可知，随迁老人每增加 1 个本地朋友，生小病时就医的优势比为原来的 1.010 倍。婚姻状况对随迁老人的医疗行为有显著影响，无配偶的随迁老人生小病时比有配偶的就医更积极，而对住院服务的使用，则是有配偶的老人积极性更高。民族因素对随迁老人生小病时就医具有显著的负向影响，如模型 3 所示，汉族随迁老人生小病时就医的优势比只有少数民族随迁老人的 59.7%。流入地区的不同也会对随迁老人的医疗行为产生影响，流入西部地区比流入东部地区的老人更倾向于使用住院服务，如模型 2 所示，流入西部地区的随迁老人使用住院服务的优势比是流入东部地区的随迁老人的 2.751 倍，而流入东部地区比流入东北地区的随迁老人更倾向于生小病时就医，如模型 2 所示，流入东北地区的随迁老人生小病时就医的优势比是流入东部地区的随迁老人的 42.9%。

从使能因素可见，家庭月收入仅对随迁老人生小病时就医具有显著的正向影响，说明家庭月收入越高，随迁老人越倾向于生小病时就医，但参保情况与主要经济来源未对随迁老人医疗行为产生影响。

从需求因素可见，自评为不健康以及患有慢性病的随迁老人更倾向于使用住院服务，如模型 3 所示，自评健康的随迁老人住院的优势比是自评不健康的随迁老人的 24.7%，患慢性病的随迁老人住院的优势比是没有慢性病的随迁老人的 3.845 倍。随迁老人每天锻炼时间越长，越有可能在生病时选择住院，进一步说明良好的锻炼习惯可提高健康意识，并促进其对医疗服务的利用。此外，对健康知识掌握的数量对随迁老人的医疗行为的影响不具有统计显著性。

五、结论、讨论与对策建议

（一）主要结论

本文使用 2015 年全国流动人口动态监测调查数据考察了随迁老人的医疗服务利用情况，并基于 Andersen 理论框架探究了影响随迁老人医疗服务利用的因素，得到了两条主要结论。

首先，随迁老人的医疗服务利用整体水平偏低。一方面，在预防行为上，随迁老人参与体检的比例为 37.2%，建立健康档案的比例为 35.3%；另一方面，在医疗行为上，随迁老人生小病时就医的比例为 45.0%，患病住院的比例为 7.7%。

其次，随迁老人的医疗服务利用受多种因素的影响。各种因素对随迁老

人的医疗服务利用产生的影响主要表现在两个层面。

第一，在预防行为层面，在倾向因素上，受教育程度越高、流动范围越小，随迁老人参与体检和建立社区健康档案的意愿越强；汉族的随迁老人相较于其他少数民族在参与体检方面的优势较为突出；流入西部地区的随迁老人对其预防行为的选择优势高于流入其他地区的随迁老人。在使能因素上，家庭月收入越高，随迁老人选择建立健康档案的意愿越弱。在需求因素上，每天锻炼时间越长、掌握的健康知识越多，随迁老人参与体检和建立健康档案的意愿就越强；自评健康对随迁老人参与体检具有积极作用。

第二，在医疗行为层面，在倾向因素上，年龄越大、有配偶、流入西部地区的随迁老人选择住院的意愿越强；本地朋友数量多、无配偶、流入东部地区的随迁老人生小病时选择就医的积极性更高；而汉族的随迁老人在生小病时就医的积极性低于少数民族。在使能因素上，随迁老人的家庭月收入越高，越会在生小病时选择就医。在需求因素上，自评健康状况差、患有慢性疾病、每天锻炼时间长的随迁老人选择住院服务的意愿更强。

（二）讨论

在本文中，年龄、受教育程度、婚姻状况、家庭月收入等单因素对随迁老人医疗服务利用的影响与杜本峰等人使用同一数据对流动老人整体医疗服务利用情况的研究结果基本一致。但与以往研究有所差异的是，随迁老人生小病时就医的总体比例（45.0%）远不及流动老人生小病时就医的总体比例（65.6%）。^① 由于随迁老人多跟随子女居住，处于“保姆型”或“受养型”的生活状态，^② 为不给予子女添麻烦，平时生小病多选择本地买药或自我治疗，所以就医的总体比例会低于流动老人。

与此同时，本文将医疗服务利用具体划分为预防行为与医疗行为，突出了医疗服务利用中的预防行为，这是之前研究所欠缺的。接着进一步讨论各因素对随迁老人预防医疗服务利用的影响。

第一，在社会经济地位上，受教育程度高低与家庭月收入的多少是衡量个体社会地位的重要参照指标。随迁老人受教育程度与预防医疗服务行为呈正相关，而且对预防医疗服务行为利用的多少，能够作为考察他们对健康重视程度的指标之一。这也从侧面印证了受教育程度与老人的健康存

① 参见杜本峰、曹桂、许锋：《流动老年人健康状况及医疗服务利用影响因素分析》，《中国卫生政策研究》2018年第5期，第10~16页。

② 参见芦恒、郑超月：《“流动的公共性”视角下老年流动群体的类型与精准治理——以城市“老漂族”为中心》，《江海学刊》2016年第2期，第227~233页。

在正相关关系。^① 另外，家庭月收入越高，对个体健康越能提供更强的经济支持。这意味着，个体在经济上的支配权也越大，进而对高质量健康服务的追求也会有所提升。^② 然而，社区健康档案是在基本的健康体检上建立起来的，仅能对身体的基本情况以及常见的慢性病等有所记录，疑难病症等难以通过此方式来得出结论。这或许就会使得家庭月收入高的随迁老人想通过已有的经济支配权选择较为全面的医疗服务，并在相应的医疗机构内建立独立的健康档案。这也就解释了家庭月收入越高，随迁老人建立社区健康档案的倾向性越低的原因。

第二，在流动范围上，该因素显著地影响随迁老人的预防医疗服务利用行为，即随迁老人流动范围越小，其预防医疗服务利用越好。“健康移民”假说认为，具备健康条件的老年人往往更可能进行迁移。^③ 这也就意味着健康条件较差的老年人很少进行迁移或流动范围较小，而恰恰是这种流动范围较小（市内跨县流动）的随迁老人，不受异地医疗保险壁垒的限制，与流入地户籍老人或享有同等资源待遇，会对流入地的预防医疗服务具有依赖性，医疗服务利用率也会随之升高。与此同时，该结论也回应了裘奕嘉等的观点，即在流动范围小且与原住地差异不大的情况下，老年人获取卫生资源会较为便利。^④

第三，在流入地区上，并非与一般性常识相对应，即流入东部地区比流入西部地区的随迁老人对预防医疗服务的利用率高。有研究表明，中国医疗卫生服务供给水平存在较为明显的区域内差异，而且东部区域内部的医疗服务供给水平最不均衡，而西部区域内部的不均衡程度最低。一方面受到“基本公共服务均等化”等政策的影响，另一方面受到各区域不同省份差异的影响，省际医疗服务供给产生了差距。^⑤ 同时，受到政策倾斜等因素的影响，西部地区医疗卫生服务供给的价格可能低于东部，从而提升了流入西部地区的随迁老人在预防疾病方面对医疗服务的利用率。同时，相较于西部地区而言，东部地区虽然经济规模大、财政能力强，但人口密度大，人均医疗服务

① 参见刘生龙：《教育对老年健康的影响：来自断点回归模型的实证证据》，《学术研究》2017年第11期，第88~100页。

② 王甫勤：《谁应对健康负责：制度保障、家庭支持还是个体选择？》，《社会科学》2015年第12期，第76~89页。

③ 参见齐亚强、牛建林、[美]威廉·梅森等：《我国人口流动中的健康选择机制研究》，《人口研究》2012年第1期，第102~112页。

④ 参见裘奕嘉、曹梅娟、刘慧萍：《基于安德森模型的流动老年人社区健康管理利用行为影响因素的研究进展》，《护理研究》2019年第15期，第2619~2622页。

⑤ 参见辛冲冲、李健、杨春飞：《中国医疗卫生服务供给水平的地区差异及空间收敛性研究》，《中国人口科学》2020年第1期，第65~77页。

利用水平并不高，“看病难，看病贵”现象尤为突出。这样一来，或许能解释为何流入东部地区的随迁老人的医疗服务利用水平反而更低。

第四，在健康生活上，每天锻炼时长、掌握健康知识的种类数量对预防医疗服务利用呈现积极影响。日常锻炼的随迁老人对自身健康会更为关注，而自身健康的随迁老人也会更加积极地参与锻炼，可以称作双向的健康选择行为，从而使得相应随迁老人在体检与建立档案方面也会有较高的积极性。与此同时，掌握较多健康知识的随迁老人会在日常生活中从饮食起居各个方面关注自身健康，并能够在获得相应的预防医疗服务时及时加以利用。

（三）对策建议

基于实证分析结论与 Andersen 理论框架，笔者认为，要提高随迁老人的医疗服务利用率，可以从倾向因素、使能因素和需求因素三个层面出发。

第一，在倾向因素层面，首先，随迁老人可以接受医疗服务方面的教育，通过学习了解医疗服务给自身健康带来的好处，增加其在医疗方面的知识，以便充分调动其在医疗服务利用上的积极性。其次，随迁老人应转变其“保姆”身份，在新的环境中寻求再社会化，如积极参与社区内的兴趣社团，结识本地朋友，拓展自身的社交领域，实现身心的“在地化”。

第二，在使能因素层面，随迁老人要认识到缴纳社会保险对自身的重要性，积极参与流入地的社会保险缴纳，而流入地政府也应对异地参保出台相应的政策并提供支持。与此同时，社区可以协同医务社工、健康医生、健康管理师以及志愿者等为管辖区域内的随迁老人提供医疗资源与健康服务，如健康运动设施、可接触到的卫生人员与机构、免费的基础体检与健康档案的建立。

第三，在需求因素层面，随迁老人可以通过基础体检对自身健康状况有基本的了解，特别是对慢性病需多加注意。另外，随迁老人应利用家庭内部区域或社区提供的健康运动设施，每天适当进行身体锻炼，以便保持良好的健康状态。此外，也可以学习并掌握一些老年人健康知识，提升自身的健康意识，满足自身健康需求。

由于使用数据的局限性，本文也存在不足。首先，无法对 Andersen 理论框架中提及的所有因素都进行研究和分析，如健康信念、可接触到的卫生人员与机构、服务等待时长等。其次，随迁老人的医疗服务利用未能与户籍地老人进行比较。在未来的研究中，可以通过合理的数据进一步丰富具体指标，考察其对随迁老人医疗服务利用的影响。

（责任编辑：温莹莹）