

社区服务能否促进随迁老人医疗服务利用？ ——基于就医选择视角

汤 超

上海工程技术大学管理学院，上海

收稿日期：2023年5月15日；录用日期：2023年6月20日；发布日期：2023年6月29日

摘 要

随迁老人就医选择是其医疗服务利用的重要体现。本文使用2018CLASS数据，总体描述了随迁老人在就医选择方面的特征，采用多分类Logistic模型，从个体特征、健康与医疗费用支出因素、社区医疗卫生服务资源获得和经济状况与社会保障等方面对随迁老人就医选择影响因素进行了分析。结果显示，社区医疗服务、童年医疗资源获得情况、文化程度、身体健康情况以及住院情况等显著影响随迁老人就医选择行为。提出了合理提高随迁老人群体医疗服务利用的建议。

关键词

随迁老人，医疗服务利用，医疗保障，卫生资源配置

Can Community Services Promote the Use of Medical Services for Migrant Elderly?—Based on the Perspective of Medical Treatment

Chao Tang

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: May 15th, 2023; accepted: Jun. 20th, 2023; published: Jun. 29th, 2023

Abstract

The choice of medical treatment for the elderly is an important embodiment of their medical ser-

vice utilization. Using the 2018CLASS data, this paper generally describes the characteristics of the medical choice of the migrant elderly, and uses a multi-classification logistic model to analyze the influencing factors of the medical choice of the migrant elderly from the aspects of individual characteristics, health and medical expense expenditure factors, access to community medical and health service resources, economic status and social security. The results showed that community medical services, access to childhood medical resources, education level, physical health and hospitalization significantly affected the medical choice behavior of the migrant elderly. Suggestions were put forward to reasonably improve the utilization of medical services for migrant elderly groups.

Keywords

Migrant Elderly, Utilization of Medical Services, Medical Coverage, Allocation of Health Resources

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着中国改革开放的持续深入,我国城镇化和工业化进程不断加快,外来劳动力举家迁移至城市早已成为普遍现象。《中国流动人口发展报告 2018》(下文简称《报告》)显示[1],截至 2017 年末,以农村流动人口为主的中国流动人口已达 2.44 亿,占总人口的 17.6%,表明农村流动人口规模已创新高。2022 年 3 月 22 日,国家发改委发布《2022 年新型城镇化和城乡融合发展重点任务》,明确指出坚持把推进农业转移人口市民化作为首要任务。近年来,学界对流动人口及其家庭成员的社会福利及医疗卫生问题开展了相关研究。《报告》还指出,截止 2015 年老年流动人口已达 1304 万人,相比于 2000 年增长了 159.25%。其中有相当大一部分属于随迁父母,即因照顾子辈或孙辈各种原因跟随子女迁移至城市生活的老人。大部分随迁老人离开熟悉的家乡,脱离原先的生活环境和社交关系,跟随子女在一个更为陌生的环境生活,在社会福利保障和医疗服务资源的使用方面面临着诸多问题。2021 年度《中国医疗卫生事业发展报告》指出,截止 2021 年底,全国设有国家老年疾病临床医学研究中心 6 个;设有老年医学科的二级及以上综合性医院 4685 个,建成基层医疗卫生机构 15,431 个、老年友善医疗机构的综合性医院 5290 个,这表明了我国的老年医疗健康服务水平较之前得到了极大提高,但随迁老人的医疗健康服务利用并不高。一方面是由于随迁老人对辛苦工作子女的体谅或依据家庭条件等因素的影响选择在身体不适时刻意隐瞒,从而不能在其需要的时候获得充分的医疗服务。另一方面是子女因工作时间冲突等限制[2] [3],随迁老人不得不独自使用医疗卫生服务,由于所在社区医疗机构水平、老人身体健康状况、家庭的医疗保障情况以及医疗卫生资源对随迁老人可独自获取的方便程度等因素的影响,随迁老人对医疗卫生服务的选择和利用不尽相同。随迁老人可能常常会因为生病状况较轻、社区医疗机构水平不高、去老年医院或大型综合医院就诊交通不便而放弃治疗,给自身健康埋下隐患[4]。

习近平总书记在中国共产党第二十次全国代表大会上提到我国“建成世界上规模最大的社会保障体系和医疗卫生体系”,人民群众病有所医。新时期,尤其是在当前我国公共卫生安全形势仍然复杂严峻和人口快速老龄化的背景下,医疗卫生服务如何更好地惠及随迁老人群体是我国公共卫生安全事业推动高质量发展、构建新发展格局的重中之重。同时,提高城市中随迁老人的医疗健康服务保障水平可以更好地推进农业转移人口市民化,促进外来劳动力家庭进城落户。本文将利用 CLASS2018 年数据,对随迁

老人的就医选择行为及其影响因素进行分析，以了解影响随迁老人医疗服务利用的重要影响因素。

2. 文献综述

(一) 随迁老人

在农村老人的相关研究中，大多数学者更为关注空巢老人或者独居老人[5]，研究一般聚焦该群体的生活状况、养老困境以及社会支持(黄润龙, 2005; 卢慕雪, 2013; 赵芳, 2003), 但对随迁老人这一主要来自农村的老年群体的关注相对不足。学界关于随迁老人的定义不一[6], 瞿红霞(2012)认为随迁老人就是跟随在城市工作的子女进入城市并在城市生活且户籍为农村的老年人。姚兆余等(2010)认为随迁老人一般年龄超过 60 岁, 与在城市定居的子女一起生活, 但户籍依然留在农村的老人。易丹(2014)的定义与前者相对不同, 其定义着重关注随迁老人随迁的原因, 指出该群体是为照顾第三代才远离家乡, 来到非户籍城市的父母的统称。李珊(2010)认为他们是在年老或退休之后, 迁出以前工作、生活过的地方, 搬迁到其他城市或地区居住的人。尽管对随迁老人的界定尚无统一论, 但是可以归纳出以下共性: 从群体类别层面上讲, 随迁老人从属于农村老人群体(张红阳, 2022), 该群体普遍具有农村户籍; 从居住地区层面上讲, 随迁老人与一般居住在农村的农村老人不同, 其主要居住在城镇等非户籍所在地区; 从共同生活人员层面上讲, 随迁老人大多与子辈、孙辈等亲属居住, 且部分随迁老人因此与配偶分居; 从家庭功能层面上讲, 相比于西方流迁的老年人主要因为社区环境、气候、居住性价比而发生迁移不同(宋健, 2005), 我国流迁老人主要是需要在家庭中承担起照顾家中晚辈生活饮食起居等功能而发生迁移。国内学者主要从社会适应、社会融入、城市适应与异地养老等角度研究随迁老人精神或心理健康问题(吴红丽, 2022), 少有关于随迁老人医疗服务利用影响因素的研究, 且研究方法多为定性研究, 相关的定量研究相对缺乏。本研究将城市随迁老人主要定义为因各种原因迁移到非户籍所在城镇地区居住的 65 岁及以上的老年人。

(二) 医疗服务利用与就医选择

就医行为并非孤立存在, 而是一个连续过程, 包含疾病症状定义、医生会诊和转诊以及后续治疗等因素(刘庆, 2022)。进一步来说, 就医行为可以划分为两部分, 即个体的就医决策过程与疾病治疗过程(Chrisman N. J., 1977; 鲍婷, 2019)。就医选择行为通常是指病人对疾病诊断, 治疗的态度与行为(刘志扬, 2006)。以往的研究对特定群体就医行为研究主要集中在就医决策过程层面, 包括选择行为、决策机理、就医逻辑和影响因素等(李晚莲, 2019)。在就医选择行为的影响因素方面, 相关研究结果表明, 年龄、性别、文化程度、疾病史、工作状况等影响患者就医选择(Cameron, *et al.*, 1998; Deband Trivedi, 2002; 高梦滔, 2004)。农村女性病人通常以村卫生室为首诊首选, 如救治效果不佳则转上级医院诊治, 而男性病人则更倾向于直接到乡级及以上医院诊治(徐飏, 2003)。郊区区域内文化程度较低的病人更愿意选择正规门诊就诊, 而不是自我治疗。(张鹭鹭, 2002)。家庭经济状况, 医疗支出状况和医疗保障状况会对个人就医选择行为产生影响。随着家庭经济状况的恶化, 个体对医疗服务需求水平会降低(Kobetz, 2003), 尤其是在农村地区, 家庭经济状况较差的患者更倾向于自我就医, 而家庭经济较为富裕的患者, 更倾向选择县级医院等上级医疗机构就诊(尹爱田, 2007)。患者的就医选择行为的主要影响因素包括个体特征、能力、医疗需要等(Lotkt *et al.*, 2016; 翟敏, 2019; 汪曾子, 2020)。还有政策领域的研究认为, 差异化医保报销、家庭医生签约制度、强制居民社区首诊等制度措施难以对患者的就医选择产生影响, 而医疗机构的医疗质量、医疗声誉和轻症下沉是主要影响因素(封进, 2022)。随迁老人的就医选择决定了其医疗服务的利用程度, 生病时是否就医、选择住院的次数和住院以及医疗费用的多少可以评价其医疗服务利用水平[7] [8]。有研究认为, 医疗服务利用的提高和医疗服务平等性的改善与新型农村合作医疗、自身健康素养有着很大的联系, 医疗服务的利用仍然表现出收入越高的人, 在需要相同的情况下所利用的医疗服务越多(宁满秀, 2011; 陈钰晓, 2022)。这些为本文的研究方向提供了丰富的实证资料和研究成果, 但缺

少针对随迁老人这一群体的医疗服务利用的研究成果。本研究将以就医选择的视角，探究随迁老人医疗服务利用的影响因素。

3. 研究设计与模型选择

(一) 研究设计

样本构成：本文数据来源于中国老年社会追踪调查 2018 年数据库(以下简称 CLASS)。CLASS 调查是中国人民大学中国调查与数据中心开展的大型全国性追踪调查，旨在充分了解中国 60 周岁及以上老年人的基本情况和社会经济状况，为制定高质量的老龄政策提供重要参考。调查组采用分层多阶段概率抽样方法，在全国 134 个县(区)的 462 个村(居)获得 11,418 份个人问卷和 462 份社区调查问卷。由于研究重点关注城市随迁老人的就医选择问题，故对研究对象进行了筛选，将现居住地为“城市”且户口所在地为“非本村”的老人筛选出来，从而得到一个样本量为 1040 的研究样本。具体样本构成如下表 1：

Table 1. Sample composition (N = 1040)

表 1. 样本构成(N = 1040)

变量	组别	百分比、平均数	变量	组别	百分比、平均数	
被访者性别	男	41.6%	是否使用上门看病服务	是	3.4%	
	女	58.4%		否	96.6%	
被访者年龄		75.94	是否使用免费体检服务	是	28.7%	
婚姻状况	已婚有配偶	70.8%	是否建立使用健康档案服务	否	71.3%	
	丧偶	26.8%		是	9.7%	
	离婚	1.9%		否	90.3%	
	未婚	0.5%		是	4.5%	
文化程度	文盲	10.8%	是否使用陪同看病服务	否	95.5%	
	私塾/小学	38.2%		是	1.4%	
	中学	46.0%		否	98.6%	
	专本科及以上学历	5.1%		是	63.5%	
是否办理退休	是	63.4%	童年时期生病是否得到充分医疗	否	36.5%	
	否	36.6%		是	28.5%	
自评健康状况	很健康	6.8%	过去一年总收入	否	71.5%	
	比较健康	44.5%			14780.24	
	一般	35.0%		是否享受城镇职工基本养老金	是	52.6%
	比较不健康	12.7%		否	47.4%	
	很不健康	1.0%		是否享受机关事业单位离退休金	是	8.6%
过去一年家庭医疗费用平均与支出		370.34		否	91.4%	
是否患有慢性病	未患病	26.2%	是否享受城乡居民养老金	是	25.8%	
	患病	73.8%		否	74.2%	

Continued

独立起居状况	无法独立起居	6.5%	是否享受最低生活保障金	是	3.3%
	独立起居	93.5%		否	96.7%

(二) 变量的测量

1) 因变量。本文的因变量是随迁老人的就医选择行为。依据问卷“您生小病一般如何处理”来进行测量。将“未就诊, 等病慢慢好”、“药店买药”和“使用自己常备药品治疗”界定为“自我治疗”, 赋值为“1”, 回答医疗机构就诊地分别为“村卫生室/社区医院就诊”赋值为“2”、“专科/综合医院就诊”赋值为“3”。其中“专科/综合医院就诊”为参照组。

2) 自变量。个体特征变量包括随迁老人的性别、年龄、文化程度、婚姻状况和工作状态。年龄作为一个连续变量, 其取值范围为 65 至 105, 其他变量中男性和女性的赋值分别为 1 和 2; 文化程度上, “文盲”赋值为“1”, “私塾/小学”赋值为“2”, “中学”赋值为“3”, “专本科及以上”赋值为“4”; “已婚有配偶”赋值为“1”, “丧偶”赋值为“2”, “离婚”赋值为“3”, “未婚”赋值为“4”; “办理了退休”赋值为“1”, “未办理退休”赋值为“2”。

身心健康与医疗费用支出变量: 身心健康状况用“您觉得您目前的身体健康状况如何”、“是否能够独立起居”、“是否患有慢性病”、“两年内是否住院”、“近一月是否身体疼痛”以及“对目前的生活感到满意吗”来测量。自评健康状况和生活满意度是一个包含五个级别的量表, 分别赋值为 1~5, 涵盖了从“很健康”到“很不健康”和“很满意”到“很不满意”的各个方面。其余变量“是”赋值为“1”。医疗费用支出状况用“过去一年家庭医疗费用平均月支出”来测量。

社区卫生服务资源获得变量: 是否需要社区医疗机构提供上门看病与免费体检服务与是否使用社区医疗机构的上门看病、免费体检、建立健康档案、

健康讲座和陪同看病服务以及在本地是否享受老人优待(例如免费乘坐公共交通工具等养老服务), 需要社区医疗机构提供相关服务与使用过社区医疗卫生机构提供的相关服务, 赋值为“1”。

经济状况与社会保障变量: 经济状况用“过去一年个人的总收入”和“主要的生活来源”来测量。社会保障变量则包括是否享受城镇职工基本养老金、是否享受机关事业单位离退休金、是否享受最低生活保障金或贫困救助金以及童年时期生病是否得到充分医疗, “是”则赋值为“1”。

(三) 模型选择与分析

本文使用 SPSS26.0 统计分析软件, 对随迁老人就医选择行为进行了描述性统计, 并运用双变量分析方法初步探究了自变量与因变量之间的关系, 最后采用多分类 Logistic 模型对影响随迁老人就医选择行为的因素进行了回归分析。

4. 调查结果

随迁老人就医选择情况如表 2 所示。数据显示, 随迁老人在就医选择方面呈现出明显的不平衡状态。在总人数中, 有 45.2% 的人选择“自我治疗”; 选择“去专科/综合医院就诊”的比例最低, 仅为 16.7%; 选择“去村卫生室/社区医院就诊”的比例为 38.1%。

Table 2. Choice of medical treatment for the elderly with migration (N = 1040)

表 2. 随迁老人就医选择状况(N = 1040)

	人数	比例(%)	有效百分比(%)	累计百分比
自我治疗	470	45.2	45.2	45.2

Continued

去村卫生室/社区医院就诊	396	38.1	38.1	83.3
去专科/综合医院就诊	174	16.7	16.7	100.0
总计	1040	100.0	100.0	

表 3 显示了自变量和因变量之间的相关关系。数据显示，在个体特征因素中，随迁老人的文化程度与其就医选择呈正相关，这表明随着学历水平的提高，随迁老人在身体出现不适的情况下更倾向于选择去专科或者综合医院就诊；身心健康与医疗费用支出变量中，生活满意度、身体疼痛状况、过去一年医疗费用状况与随迁老人的就医选择呈负相关；社区医疗卫生服务资源获得因素中，随迁老人在本地是否享受老人优待与其就医选择呈负相关；经济状况与社会保障因素中，随迁老人在童年患病时是否得到充分医疗与其就医选择呈负相关，表明在童年时期患病但未得到充分医疗的随迁老人个体更倾向于选择自我治疗或不治疗。

Table 3. Bivariate analysis of healthcare choice behavior

表 3. 就医选择行为的双变量分析

	生小病如何处理
1) 性别	0.016
2) 年龄	0.017
3) 文化程度	0.089**
4) 婚姻状况	-0.012
5) 是否办理退休	-0.177**
6) 自评健康状况	0.000
7) 独立起居状况	-0.041
8) 生活满意度	-0.087**
9) 是否身体疼痛	-0.079**
10) 是否患有慢性病	0.109**
11) 两年内住院次数	0.059*
12) 过去一年家庭医疗费用平均月支出	-0.164**
13) 需要上门看病	0.031
14) 需要免费体检	-0.005
15) 是否使用上门看病	0.038
16) 是否使用免费体检	-0.033
17) 是否使用建立健康档案	0.021
18) 是否使用健康讲座	0.001
19) 是否使用陪同看病	-0.015
20) 在本地是否享受过老人优待	-0.064*
21) 童年时期生病是否得到充分医疗	-0.081**

Continued

22) 过去一年个人总收入	-0.101**
23) 主要生活来源	-0.122**
24) 是否享受城镇职工基本养老金	-0.148**
25) 是否享受机关事业单位离退休金	-0.075**
26) 是否享受城乡居民养老金	0.090**
27) 是否享受最低生活保障金或贫困救助金	0.061*

**在 0.01 级别(双尾), 相关性显著; *在 0.05 级别(双尾), 相关性显著。

采用后退法建立无序多分类 logistic 回归模型, 由于本例样本例数较大, 首先将个体特征、身心健康与医疗费用支出、社区医疗卫生服务资源获得、经济状况与社会保障四大类型因素, 共 27 个变量建立全模型, 在此基础上, 根据 P 值大小逐步向后剔除, 直到其中一个 logit 模型内的变量在 0.05 水平上存在显著性。包含 8 个自变量的无序多分类广义 logit 模型的似然比检验 $\chi^2 = 161.053$, $P < 0.001$, 见表 4; 模型拟合优度 Pearson 的 $\chi^2 = 416.420$, $P = 0.015$; Cox 和 Snell 系数为 0.210; Nagelkerke 值为 0.241; McFadden 值为 0.125。综合上述检验, 结果显示模型具有统计学意义, 说明该回归模型有显著性且模型拟合度较好。由表 5 可知, 性别、年龄、婚姻状况、自评健康状况、独立起居状况等共 19 个变量被剔除模型, 两个广义 logit 模型内均不含这 19 个变量, 即回归结果认为这 19 个变量不显著影响随迁老人的就医选择行为。

Table 4. Model fit information

表 4. 模型拟合信息

模型	模型拟合标准		似然比检验	
	-2 倍对数似然值	卡方	df	显著水平
仅截距	875.930			
最终	714.877	161.053	22	0.000

Table 5. Multi-classification logistic regression parameter estimation of medical selection behavior of migrant elderly

表 5. 随迁老人就医选择行为为多分类 Logistic 回归参数估计

就医选择	变量	分类	B	SE	Wald	P	OR
自我治疗/ 专科医院	截距		0.923	0.591	2.441	0.118	
		文盲	0.848	0.469	3.272	0.070	2.336
	文化程度	私塾/小学	1.089	0.395	7.582	0.006	2.971
		中学	0.387	0.373	1.078	0.299	1.472
		专本科及以上	0	-	-	-	-
	身体疼痛	是	-0.630	0.198	10.164	0.001	0.532
		否	0	-	-	-	-
	慢性病	未患病	0.923	0.295	9.771	0.002	2.518
		患病	0	-	-	-	-
	住院情况	无	-0.055	0.230	0.058	0.810	0.946
有		0	-	-	-	-	

Continued

	0~500	0.198	0.476	0.173	0.677	1.219	
过去一年 医疗费用支出	501~1001	0.098	0.515	0.037	0.848	1.103	
	1001 以上	0	-	-	-	-	
	健康讲座服务	是	0.445	0.577	0.596	0.440	1.561
	否	0	-	-	-	-	
老人优待	是	-0.562	0.221	6.430	0.011	0.570	
	否	0	-	-	-	-	
童年时期 有无充分医疗	有	-0.458	0.209	4.797	0.029	0.633	
	无	0	-	-	-	-	
截距		-0.864	0.811	1.136	0.287		
文化程度	文盲	0.883	0.504	3.072	0.080	2.419	
	私塾/小学	1.540	0.427	13.029	0.000	4.664	
	中学	0.470	0.406	1.341	0.247	1.600	
	专本科及以上学历	0	-	-	-	-	
身体疼痛	是	-0.697	0.207	11.293	0.001	0.498	
	否	0	-	-	-	-	
慢性病	未患病	0.993	0.301	10.884	0.001	2.699	
	患病	0	-	-	-	-	
村卫生室/ 专科医院	住院情况	无	-0.829	0.234	12.585	0.000	0.437
	有	0	-	-	-	-	
过去一年 医疗费用支出	0~500	2.166	0.711	9.273	0.002	8.727	
	501~1001	1.968	0.740	7.064	0.008	7.156	
	1001 以上	0	-	-	-	-	
健康讲座服务	是	1.165	0.562	4.300	0.038	3.206	
	否	0	-	-	-	-	
老人优待	是	-0.928	0.227	16.757	0.000	0.395	
	否	0	-	-	-	-	
童年时期 有无充分医疗	有	0.283	0.213	1.761	0.185	1.327	
	无	0	-	-	-	-	

以选择去专科/综合医院就诊为对照，选择自我治疗的广义 logit 模型输出显示：在 $\alpha = 0.05$ 水平上，文化程度、身体疼痛、慢性病、老人优待和童年生病时期有无充分医疗共 5 个变量均与随迁老人选择自我治疗有关。与专本科及以上学历的随迁老人相比，文化程度为私塾/小学的随迁老人在身体不适时选择自我治疗的可能性是学历为专本科及以上学历随迁老人的 2.971 倍，而文盲组、中学组与专本科及以上学历组无统计学差异；与近一月以来未出现过身体疼痛的随迁老人相比，出现过身体疼痛的随迁老人在身体异样

时选择自我治疗的可能性是未出现身体疼痛者的 0.532 倍；与患有慢性病的随迁老人相比，未患慢性病组选择自我治疗的可能性是患有慢性病组的 2.518 倍，这也符合身体状况越好，越可能选择自我治疗的基本常识；享受过本地老人优待的随迁老人选择自我治疗的可能性是未享受过本地老人优待组的 57.0%，即未享受本地老人优待的随迁老人更倾向于选择自我治疗；童年时期生病得到充分医疗的随迁老人选择自我治疗的可能性是未得到充分医疗组的 63.3%，这说明在童年时期患病未得到充分医疗的随迁老人更倾向于选择自我治疗，这可能是源于儿时的“路径依赖”，认为病会慢慢自愈。

以选择去专科/综合医院就诊为对照，选择去村卫生室/社区医院就诊的广义 logit 模型输出显示：在 $\alpha = 0.05$ 水平上，文化程度、身体疼痛、慢性病、近两年住院情况、过去一年家庭医疗费用平均月支出、社区医疗机构提供健康讲座和老人优待共 7 个变量均与随迁老人选择自我治疗有关。与专本科及以上学历的随迁老人相比，学历为私塾/小学的随迁老人选择去村卫生室就诊的可能性是学历为专本科及以上学历的随迁老人的 4.664 倍，可能的原因是学历较低的随迁老人相比于高学历者，医疗卫生知识相对缺乏，导致其在身体出现不适时优先选择简单自我治疗或仅去村卫生室或者社区医院就诊，在使用 2014 年 CLASS 数据的相关研究中也有相似的结论，我国社会养老服务利用有着“亲知识分子”的特点[9]；与近一月以来未出现过身体疼痛的随迁老人相比，出现过身体疼痛的随迁老人在身体异样时选择去村卫生室就诊的可能性是未出现身体疼痛者的 0.498 倍，可能是近期出现的身体疼痛让随迁老人觉察到异样，从而使其更倾向于选择去专科医疗机构就诊，而不是自我治疗和在农村卫生室就诊；使用相同数据的其他研究指出[10]，老年人患有慢性病是其拥有医疗需求的动机，与患有慢性病的随迁老人相比，未患慢性病组选择去村卫生室就诊的可能性是患有慢性病组的 2.699 倍，即患有慢性病的随迁老人选择去专科或综合医院就诊的可能性更大；与过去一年家庭医疗费用平均月支出 1000 元以上组相比，月支出 0~500 元组、501~1000 元组选择去村卫生室就诊的可能性分别是月支出 1000 元以上随迁老人的 8.727 倍、7.156 倍，即过去一年家庭医疗费用平均月支出越高的随迁老人，选择去专科或综合医院就诊的可能性越高，这可能是由于医疗费用支出较高的随迁老人本身患有其他疾病，会定期前往大型综合医院复查的原因；与近两年有住院经历的随迁老人相比，无住院经历的随迁老人选择去村或社区医院就诊的可能性是有住院经历老人的 0.437 倍，即近两年有住院经历的随迁老人选择去村卫生室或社区医院就诊的可能性更高；享受老人优待的随迁老人选择去村卫生室就诊的可能性是未享受老人优待随迁老人的 0.395 倍，这有可能是本地老人优待包括免费乘坐公共交通工具等服务让随迁老人的出行更加方便，使其在生病时更愿意选择出门去专科或综合医院就诊，有研究表明[11]，在距离医疗机构较远的情况下，当交通便利时，患者更倾向于选择大型综合医院进行就诊；良好的社会支持和社会保障在一定程度上可以改善城市老年人的自我健康水平[12]，与未使用过社区医疗卫生机构提供的健康讲座服务的随迁老人相比，使用过该服务的随迁老人选择去社区医院就诊的可能性是未使用该服务随迁老人的 3.206 倍，即参加过社区医疗机构举办的健康讲座的老人选择去社区医院就诊的可能性更高，这可能是社区医疗机构举办的健康讲座等服务提升了社区医疗机构在随迁老人心中的声誉，有大量相关研究表明患者通常会选择声誉较好的医疗机构就诊，医疗声誉的形成可能是患者长期的亲身体验，也可能是根据第三方机构的评价或政府对医疗机构的评级等。

5. 结论与建议

研究发现，随迁老人的医疗服务利用既受到自身文化程度、身体健康状况(近期身体是否疼痛、是否患有慢性病)、社区医疗机构是否提供相应的健康服务(健康讲座)、是否享受本地老人优待的影响，也受到童年时期生病时是否有充分医疗的影响。研究数据显示，随迁老人有 48.9% 的学历在小学以下，73.8% 患有慢性病，又有 45.2% 的人生病会选择自我治疗，文化程度相对越高，家庭医疗费用支出越高的，越有可能选择去专科或综合医院就诊，相对来说其医疗服务利用也就更高；越是患有慢性病和享受本地的

老人优待服务的,其医疗服务利用越高;使用过社区医疗机构提供的健康讲座服务的,更有可能选择在社区医院就诊;童年时期生病未得到充分医疗的,医疗服务利用状况越低。

为提高随迁老人在城市的医疗服务利用水平,保障随迁老人群体的医疗健康需求,本文提出以下建议:第一,提高随迁老人群体的自我保健意识,特别是文化程度较低的随迁老人,对其在老年人群中常见的疾病种类进行科普宣传,倡导“早发现,早治疗,早康复”,促进随迁老人发现疾病时主动就诊,积极利用好社区或大型医疗服务机构提供的治疗服务。同时,提高随迁老人的自我保健意识不能仅仅靠简单的“传单式”社区宣传和“公告式”卫生政策和知识解读,要畅通随迁老人家庭中其他成员获取医疗卫生服务信息和知识的渠道;第二,给予随迁老人群体在出行方面的便利,特别是提供独自使用公共交通出行的安全保障和绿色通道,提高随迁老人就医的;第三,社区医疗服务质量的提高和宣传的完善,许多随迁老人对所在社区的卫生服务并不熟悉和信赖,导致生病时宁愿不就诊也不愿到社区医疗机构首诊,随迁老人对社区医疗机构医疗水平的担忧降低了其医疗服务利用。

参考文献

- [1] 张岳然,张文武,李如如.代际扶持、迁移跨度与中国随迁父母的城市融入——基于CGSS2015数据的分析[J].江海学刊,2021(2):137-143.
- [2] 刘超.随迁老人社区融入的困境及对策研究[J].科教文汇:下旬刊,2017(3):191-192.
- [3] 张慧玲,李雅微.社会支持理论视角下随迁老人城市适应问题研究——以山西省临汾市为例[J].山西师大学报:社会科学版,2018,45(2):34-39.
- [4] 李升,黄造玉.超大城市流动老人的流动与生活特征分析——基于对北上广深流动家庭的调查[J].调研世界,2018(2):3-9.
- [5] 张红阳,赵煌.农村随迁老人家庭再嵌入的动力与张力[J].西北农林科技大学学报(社会科学版),2022,22(3):105-111.
- [6] 孔凡磊,孔梅,李程,等.随迁老人国内外相关研究进展[J].中国老年学杂志,2020,40(11):2443-2447.
- [7] 姚俊,张丽.家庭资源、政策支持与农村贫困老人住院服务利用——基于logit-NB Hurdle模型的微观数据考察[J].人口与发展,2019,25(6):87-95.
- [8] 陈钰晓,赵绍阳,卢历祺.医保扶贫政策对农村低收入人口医疗服务利用的影响研究[J].中国农村观察,2022(6):122-141.
- [9] 杜鹏,王永梅.中国老年人社会养老服务利用的影响因素[J].人口研究,2017,41(3):26-37.
- [10] 陆杰华,张莉.中国老年人的照料需求模式及其影响因素研究——基于中国老年社会追踪调查数据的验证[J].人口学刊,2018,40(2):22-33.
- [11] 李晚莲,周思雨,于勇.医疗健康保障、卫生资源配置与农村劳动力就医选择——基于2016CLDS数据分析[J].湖南社会科学,2019(1):81-87.
- [12] 陆杰华,张莉.中国老年人的照料需求模式及其影响因素研究——基于中国老年社会追踪调查数据的验证[J].人口学刊,2018,40(2):22-33.