

中国老年流动人口 初诊就医行为选择及影响因素研究

宋全成, 尹 康

(山东大学 哲学与社会发展学院, 山东 济南 250100)

[摘 要] 本文基于 2017 年全国流动人口动态监测数据, 构建序次 Logistic 回归模型, 综合分析个体因素、经济因素、社会因素和流迁因素分别对乡—城、城—城和全部老年流动人口初诊就医行为的影响。研究结果显示, 老年流动人口初诊就医行为的选择存在不同程度的健康风险, 乡—城和城—城老年流动人口受年龄、自评健康、收入、就业状态、生活状况、医保参保情况、本地健康档案建立情况、迁入地区、首次流动与否和家庭化流动与否等多种因素的不同影响。对此, 应进一步完善基本医疗卫生保障制度, 加快推进异地报销结算进程; 应加快中西部地区和东北地区的医疗卫生事业基础设施的建设步伐; 应重点关注农业户口的老年流动人口, 给予医疗上的政策倾斜; 全面提升流动老年人口的基本公共卫生知识素养, 让老年流动人口的初诊就医行为更加科学, 进一步降低老年流动人口所面临的健康风险。以此助力《“健康中国 2030”规划纲要》战略目标的实现。

[关键词] 乡—城老年流动人口; 城—城老年流动人口; 初诊就医行为; 健康中国

[中图分类号] C913.6

[文献标识码] A

[文章编号] 1003-8353(2021) 01-0136-12

DOI:10.15981/j.cnki.dongyueluncong.2021.01.014

老年流动人口初诊就医行为的选择, 不仅直接关系到老年流动人口的身心健康状况, 而且也是影响中国积极应对老龄化、发展医疗卫生事业、完善医疗保障制度、推进《“健康中国 2030”规划纲要》建设的重要因素。《中国流动人口发展报告 2016》的数据显示, 2015 年, 中国流动人口规模已达 2.47 亿人, 占全国总人口的 18%, 其中老年流动人口总量为 1778.4 万人, 占流动人口总量的 7.2%。随着中国人口老龄化的加重以及全面二孩政策的推出, 必将有数以千万计的老年人口因为工作、随迁、团聚等原因而加入到流动人口的大军之中。而老年流动人口的初诊就医行为不仅事关其自身的健康状况, 而且必将直接影响着迁入城市、迁入社区的基本医疗卫生保障体系和公共服务的质量。因此, 研究中国老年流动人口初诊就医行为选择的状况及影响因素, 对于《“健康中国 2030”规划纲要》战略目标的实现、应对人口老龄化问题以及中国医疗卫生事业的建设具有重要意义。

一、文献综述

当前学界对于流动人口就医行为的研究成果较多, 主要集中在就医选择问题和异地就医医疗结算

[基金项目] 本文为教育部人文社会科学重点研究基地重大项目“宗教信仰与流动人口的社会融入研究”(项目编号: 13JJD730002) 的阶段性成果。

[作者简介] 宋全成(1964-), 男, 山东大学移民研究所所长, 山东大学哲学与社会发展学院社会学系教授, 博士生导师, 教育部人文社科重点研究基地山东大学犹太教与跨宗教研究中心研究员, 法学博士, 研究方向: 人口社会学、人口流动与迁移、国际移民、人口老龄化与社会保障; 尹康(1995-), 男, 山东大学移民研究所副研究员, 研究方向: 人口社会学、人口流动与迁移、国际移民。

问题,关注的流动人口群体集中在某个地区的全部流动人口或者是青年流动人口。其中,Peng *et al.*利用中山大学“中国劳动力动态调查数据(CLDS)”分析四种不同类型的移民对就医选择的影响,研究发现个人经济资源对不同类型的移民影响不同^①;杜本峰、苗锋利用中国人民大学社会与人口学院健康研究所组织实施的《中国流动青少年健康风险意识调查》的数据,分析青年流动人口这一群体就医流向,认为人口学因素、经济支持因素和生理因素均对这一群体的就医流向有影响,其中教育程度和在业状况对就医流向的影响最大^②。冯桂平等利用在大连市随机抽取 850 名流动人口进行的问卷调查的数据研究发现,流动人口患病后大都会选择就医,综合大医院及社区服务中心是首选,城镇居民和农村居民具有不同的特点^③。郭珉江、郭琳关注的问题是异地就医医疗结算问题,作者在分析流动人口的异地就医特点的基础上,总结了三种典型异地就医的即时结算模式,并就制约流动人口异地就医即时结算的主要问题进行了讨论^④。曾智等利用其在广州开展的社会调查所获取的数据分析广州市户籍人口和流动人口就医行为差异及其影响因素,分析发现,流动人口更倾向于患病后不就医,医疗机构可及性、就医费用等因素会对就医行为产生影响^⑤。熊颖、高山通过自行设计《成都市藏族流动人口就医行为调查表》,研究成都市藏族流动人口就医行为现状及其影响因素,研究发现,藏族流动人口的就医方式选择以去医疗卫生机构就诊为主,多选择省级医院,且普遍存在拖延看病的情况,对疾病的认知受宗教以及受教育程度影响显著^⑥。陈勇军利用自行搜集泉州市流动人口就医行为的数据分析泉州市流动人口的就医行为,研究发现,流动人口就医行为率偏低,性别、职业、定期测血糖、吸烟对流动人口的就医行为有影响^⑦。Wei *et al.*利用研究者在昆明市自行搜集的数据发现,移民和农村居民相对于城市居民更少的去高层级的医疗机构^⑧。Lu *et al.*利用 CLDS 数据,分析发现人口学要素、社会经济地位以及个人健康状况对流动人口的就医选择有显著影响^⑨。Wang *et al.*利用 CLDS 数据,研究发现社会医疗保险对流动人口的就医选择影响较小^⑩。汤兆云利用 2014 年全国流动人口卫生计生动态监测调查东部九省市数据,研究两代农民工参加医保及就医行为选择的不同和影响因素,研究发现,两代农民工的参加医保和就医选择没有实质性的差异,受农民工的群体特征、就业因素、职业特征和医保政策等影响显著^⑪。

对于老年流动人口初诊就医行为的研究成果则较少,中国知网检索显示,仅有两篇文章关注到老年流动人口群体的就医行为。楚蓓、于永娟所采用的数据是作者自己搜集的山东济南和青岛共计 412

①Peng, B., Zhang, H., Shi, L., & Ling, L. “Migration Status and Healthcare Seeking Behaviours Among the Chinese Labor-Force: A Nationally Representative Study”. *BMJ Open*, 2019, 9(11) .

②杜本峰、苗锋《青年流动人口就医流向选择的影响因素与测度分析——基于北京、上海和深圳调查》,《人口研究》,2012 年第 6 期。

③冯桂平等《流动人口医疗机构选择行为的影响因素研究》,《调研世界》,2016 年第 8 期。

④郭珉江、郭琳《流动人口异地就医即时结算现状与问题研究》,《中国卫生经济》,2014 年第 1 期。

⑤曾智,陈雯,夏英华,Heiko Jahn, Alexander Kraemer《广州市户籍人口与流动人口就医行为差异及影响因素分析》,《中国卫生事业管理》,2012 年第 6 期。

⑥熊颖,高山《成都市藏族流动人口就医行为现状研究》,《管理观察》,2017 年第 16 期。

⑦陈勇军《泉州市流动人口就医行为分析》,《健康教育与健康促进》,2017 年第 5 期。

⑧Wei, X., Pearson, S., Zhang, Z., Qin, J., Gerein, N. & Walley, J.. “Comparing Knowledge and Use of Health Services of Migrants from Rural and Urban Areas in Kunming City, China”. *Journal of Biosocial Science*, 2010, 42(6), pp.743-756.

⑨Lu, L., Zeng, J. & Zeng, Z.. “Demographic, Socio-Economic, and Health Factors Associated with Use of Health Services Among Internal Migrants in China: An Analysis of Data from a Nationwide Cross-Sectional Survey”. *The Lancet*, 2016, 388, S5.

⑩Wang, H., Zhang, D., Hou, Z., Yan, F. & Hou, Z.. “Association Between Social Health Insurance and Choice of Hospitals Among Internal Migrants in China: A National Cross-Sectional Study”. *BMJ Open*, 2018, 8(2) .

⑪汤兆云《农民工参加医保及就医行为选择的代际比较——基于 2014 年全国流动人口卫生计生动态监测调查东部九省市数据》,《广东社会科学》,2018 年第 1 期。

个分析样本,文章利用卡方检验和二分类 Logistic 回归分析的方法对老年流动人口就医行为状况以及影响因素进行了阐述和分析,认为流动状况、健康状况、流动原因、医疗保险和子女家庭年收入对老年流动人口就医时机的影响较为显著,而文化程度、健康状况、医疗保险、子女家庭年收入对老年流动人口医疗机构选择影响显著^①。刘璐婵利用 2015 年度“流动老人医疗卫生服务专题调查”数据共计 232 个住院老人分析样本,利用描述统计和卡方分析的方法对数据进行了分析,发现患病流动老人选择异地就医比例达 6 成,而且异地就医有赖于“家庭—社交网路”提供的支持体系与异地就医制度的保障^②。

综上所述,可以发现:从研究对象上来看,多数研究并未涉及到老年流动人口这一群体,即使涉及到老年流动人口这一群体的研究,其样本量也很少,无法反映出全国老年流动人口的初诊就医行为选择的总体状况。从研究方法上来看,对老年流动人口的研究多利用简单描述统计和卡方分析,难以从复杂的数据中准确把握影响老年流动人口初诊就医行为的重要影响因素。从影响老年流动人口初诊就医行为的具体分析中,更多的是笼统概括影响所有老年流动人口的不同因素,无法反映出乡—城老年流动人口和城—城老年流动人口的初诊就医行为选择的差异及其不同的影响因素。因此,本文选用 2017 年全国流动人口动态监测调查数据,通过区分乡—城老年流动人口和城—城老年流动人口,分析影响老年流动人口初诊就医行为选择的多种因素,并在此基础上提出降低老年流动人口面临的健康风险、促进老年流动人口健康、实现健康中国 2030 纲要规划的战略目标的政策建议。

二、老年流动人口初诊就医行为的人口社会学特征分析

本文使用的数据来源于国家卫生计生委组织的 2017 年全国流动人口动态监测调查中的“流动人口问卷(A)”部分,选取年龄为 60 岁及以上的老年流动人口作为主要研究对象。经筛选后,共有样本 3388 个,其中乡—城老年流动人口 1958 个,城—城老年流动人口 1430 个。使用 STATA15.0 对数据进行分析 and 处理。

(一) 老年流动人口健康状况堪忧,乡—城与城—城老年流动人口初诊就医行为呈现显著差异

从 2017 年全国流动人口动态监测数据来看,无论是在样本中的全部的老年流动人口中,还是在乡—城或者城—城老年流动人口中,在最近一年患病或者感到身体不适的比例均达到了 50% 以上(见表 1),这说明老年流动人口的整体身体健康素质堪忧。

表 1 老年流动人口患病比例

患病/感到身体不适	全部老年流动人口		乡—城老年流动人口		城—城老年流动人口	
	频数	百分比	频数	百分比	频数	百分比
否	3036	47.26	1755	47.27	1281	47.25
是	3388	52.74	1958	52.73	1430	52.75
总数	6424	100	3713	100	2711	100

表 2 的数据表明,患病/感到身体不适的乡—城老年流动人口和城—城老年流动人口的初诊就医行为为显著不同。乡—城老年流动人口的初诊就医多选择去药店或者个体诊所进行初诊。而城—城老年流动人口偏向于去正规医院进行初诊。另外,老年流动人口有 14.85% 的人均对患病/感到身体不适选择不管不顾。这表明,或者是部分老年流动人口的健康意识淡薄,或者是因为其他个体因素、经济和社会因素,制约了其初诊就医行为的选择。不管哪种原因,都不利于老年流动人口的身心健康。

^① 楚蓓,于永娟《老年流动人口就医行为及影响因素分析》,《中国农村卫生事业管理》,2015 年第 7 期。

^② 刘璐婵《老年流动人口异地就医:行为特征、支持体系与制度保障》,《人口与社会》,2019 年第 1 期。

表2 老年流动人口的就医选择

初诊就医行为	全部老年流动人口		乡一城老年流动人口		城一城老年流动人口	
	频数	百分比	频数	百分比	频数	百分比
不管不顾	503	14.85	260	13.28	243	16.99
药店或者个体诊所	1508	44.51	933	47.65	575	40.21
医院	1377	40.64	765	39.07	612	42.80
总数	3388	100	1958	100	1430	100

(二) 老年流动人口初诊就医行为随年龄增加而改变,年龄越大越易选择医院进行初诊

表3的数据表明,老年流动人口的初诊就医行为受年龄因素的影响较大。随着年龄的增加,老年流动人口更趋向于选择医院进行初诊。在60—64岁年龄段,选择医院作为初诊的仅为36.56%;在65—69岁年龄段,选择医院作为初诊的增加到40.40%;在70岁以上的年龄段,选择医院作为初诊的进一步增加到48.55%。与之相适应,选择药店或个体诊所的比例从60—64岁年龄段的48.11%、下降到65—69岁年龄段的43.88%和70岁以上的年龄段的38.24%。

表3 老年流动人口分年龄的就医选择

初诊就医行为	60—64岁		65—69岁		70岁以上	
	频数	百分比	频数	百分比	频数	百分比
不管不顾	247	15.33	149	15.72	107	12.91
药店或者个体诊所	775	48.11	416	43.88	317	38.24
医院	589	36.56	383	40.40	405	48.55
总数	1611	100	948	100	829	100

表4的数据表明,如果比较乡一城和城一城老年流动人口的初诊行为,就会清晰发现,在每个年龄段选择“医院”进行初诊的比例,城一城老年流动人口都高于乡一城老年流动人口。这说明,城一城老年流动人口对医院更加信任。数据还表明,在每个年龄段选择“不管不顾”的比例,城一城老年流动人口都高于乡一城老年流动人口,这也在一定的意义上,说明城一城老年流动人口对个人健康的判断更加自信,对药店和私人诊所的信任度远不及乡一城老年流动人口。

表4 老年流动人口分户籍、分年龄的就医选择

(单位: %)

初诊就医行为	60—64岁		65—69岁		70岁以上	
	乡一城	城一城	乡一城	城一城	乡一城	城一城
不管不顾	14.19	17.35	13.27	18.51	11.08	14.81
药店或者个体诊所	49.76	45.19	48.32	38.83	41.75	34.57
医院	36.05	37.46	38.41	42.66	47.17	50.62
总数	100	100	100	100	100	100

(三) 乡一城与城一城老年流动人口的自评健康状况差异较大

表5的数据表明,与乡一城老年流动人口相比,城一城老年流动人口对自我健康状况的判断更加乐观,无论是在“未患慢性病”“患慢性病”中,还是在“未就诊”中,城一城老年流动人口自评“健康”和“基本健康”的比例均高于乡一城老年流动人口。这也导致在所有年龄段中,城一城老年流动人口选择“不管不顾”的比例高于乡一城老年流动人口,由此直接影响老年流动人口的初诊就医行为。

表5 老年流动人口自评健康与患慢性病状况

(单位: %)

健康状况	未患慢性病		患慢性病		未就诊	
	乡一城	城一城	乡一城	城一城	乡一城	城一城
健康	38.54	45.06	18.04	21.45	20.59	30.77
基本健康	38.88	43.51	39.84	46.85	36.76	50.00
不健康,但能自理	21.45	10.26	39.70	29.81	38.24	19.23
生活不能自理	1.13	1.17	2.42	1.89	4.41	0
总数	100	100	100	100	100	100

(四) 是否参加医保对老年流动人口初诊就医行为有重要影响

老年流动人口的初诊就医行为受其参加医保情况的深刻影响,参加医保以及有本地医保的老年流动人口更容易选择医院进行初诊。表 6 数据表明,参加医保以及有本地医保的老年流动人口选择医院进行初诊的比例分别为 41.28% 和 47.83%,均远高于无医保或者无本地医保的老年流动人口选择医院进行初诊的比例。表 7 的数据表明,无论是乡—城老年流动人口还是城—城老年流动人口,有本地医保的老年流动人口选择医院进行初诊的比例较高。这说明,在参加医保的老年流动人口中,拥有本地医保的老年流动人口更容易选择医院进行初诊。

表 6 老年流动人口参保情况与初诊就医行为

(单位: %)

初诊就医行为	全部老年流动人口		全部老年流动人口	
	有医保	无医保	有本地医保	无本地医保
不管不顾	14.66	17.89	9.98	15.75
药店或者个体诊所	44.06	52.11	42.19	44.94
医院	41.28	30.00	47.83	39.31
总数	100	100	100	100

表 7 老年流动人口参保情况与分户籍的初诊就医行为

(单位: %)

初诊就医行为	全部老年流动人口		乡—城老年流动人口		城—城老年流动人口	
	有医保	有本地医保	有医保	有本地医保	有医保	有本地医保
不管不顾	14.66	9.98	13.17	9.71	16.67	10.50
药店或者个体诊所	44.06	42.19	47.10	40.57	39.98	45.30
医院	41.28	47.83	39.73	49.72	43.35	44.20
总数	100	100	100	100	100	100

(五) 流入地区不同是影响老年流动人口初诊就医行为的重要因素

迁入地在东部地区的老年流动人口更易选择到医院进行初诊,而迁入地在中部地区、东北地区和西部地区的老年流动人口更易选择到药店或者个体诊所进行初诊。表 8 数据表明,迁入地在东部地区的老年流动人口初诊选择到医院的比例远高于选择“不管不顾”和到药店或者个体诊所进行初诊的比例。而迁入地在中部、西部和东北地区的老年流动人口选择去药店或者个体诊所进行初诊的比例高于到其它地方进行初诊的比例,尤其是西部地区高达 50% 以上的比例都到药店或者个人诊所去。这说明,由于东部地区经济与社会发展较好,当地医疗条件较好、人们的收入较高,故迁移在东部地区的老年流动人口有条件、也有更多资金去医院进行初诊。而在我国其他地区的老年流动人口,由于经济发展的限制,使得当地的医疗资源、收入水平等都受限,因此更多的老年流动人口会选择到药店或者诊所去进行初诊。从表 8 还可以看出,在各个地区,选择去医院的乡—城老年流动人口的比例均低于城—城老年流动人口的比例,出现这种情况的原因,一方面有由于城乡经济与社会发展水平差异、医疗资源分布不同的客观原因,另一方面也有乡—城与城—城老年流动人口的经济收入高低、是否参加医保情况差异的个体原因。

表 8 老年流动人口迁入地区与分户籍的初诊就医行为

(单位: %)

初诊就医行为	东部地区			中部地区			东北地区			西部地区		
	全部	乡—城	城—城	全部	乡—城	城—城	全部	乡—城	城—城	全部	乡—城	城—城
不管不顾	21.01	19.64	22.22	10.86	8.83	15.46	18.89	17.45	20.59	8.80	9.07	8.28
药店或者个体诊所	33.77	37.27	30.69	45.96	49.80	37.27	49.78	51.80	47.38	50.23	51.35	48.10
医院	45.22	43.09	47.09	43.18	41.37	47.27	31.33	30.75	32.03	40.97	39.58	43.62
总数	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

三、影响老年流动人口初诊就医选择的定量分析

(一) 变量测定

1. 因变量

本文的因变量为老年流动人口的初诊就医行为。按照在问卷中所问的问题——“最近一次患病(负伤)或者身体不适时,您首先去哪看病/伤?”,该问题的答案有7个选项,分别是“本地社区卫生站(中心/街道卫生院)”“本地个体诊所”“本地综合/专科医院”“本地药店”“在老家治疗”“本地和老家以外的其他地方”和“哪也没去,没治疗”。首先,由于选择“在老家治疗”和“本地和老家以外的其他地方”这两个选项的人数过少,因此,在本文中予以忽略,仅考虑流动老年流动人口在迁入地的初诊就医选择情况。其次,由于在“本地个体诊所”和“本地药店”均无医疗床位,故将这两个选项进行合并。而“卫生站”和“专科医院”均有床位且医疗资源较多,因此,将“本地社区卫生站(中心/街道卫生院)”与“本地综合/专科医院”再次合并。所以,本文依据医疗机构的分类标准及结合实际情况,将“初诊就医选择状况”这一因变量的分为三类,分别为“1.哪也没去,没治疗”“2.本地药店或个体诊所”“3.本地社区卫生站(中心/街道卫生院)或本地综合/专科医院”,为方便表述,将这三类简单概括为“1.不管不顾”“2.药店或者个体诊所”“3.医院”。

2. 自变量

本文的自变量分为(1)个体特征、(2)经济因素、(3)社会因素和(4)流迁因素四个维度:

在(1)个体特征中,包括年龄、性别、教育水平、婚姻状况和自评健康状况这5个变量。其中,性别(男=1)、婚姻状况(在婚=1)和自评健康状况(健康=1)三个变量为二分变量,年龄、教育水平两个变量为定距变量。

在(2)经济因素中,包括收入、就业状态和生活是否困难三个变量。其中,收入变量是将家庭收入取对数所得,为定距变量;就业状态(在业=1)和生活是否有困难(无困难=1)两个变量为二分变量。

在(3)社会因素中,包括是否有医保、是否有本地医保、社区是否建立居民健康档案以及社会活动参与情况等4个变量。其中,是否有医保(是=1)和是否有本地医保(是=1)、社区是否建立居民健康档案(已建立=1)为二分变量;社会活动参与情况是由问卷中五个题目答案加总而成,这五个问题可以统一表述为“2016年以来,您在本地是否参加工会/志愿者协会/同学会/老乡会/家乡商会的活动”,每个问题的答案均为二分,将“是”令为1,“否”令为0,加总起来即可得到老年流动人口社会活动参与状况,且这个变量为定比变量。在(4)流迁因素中,包括迁入地区、是否首次流动和是否家庭化流动^①三个变量。其中,是否首次流动和是否家庭化流动为二分变量,迁入地区(东部地区、中部地区、东北地区、西部地区)为分类变量(见表9)。

(二) 回归模型与结果分析

由于本文的因变量“初诊就医行为”为具有层次的三分类变量,即自变量包含分类变量和连续变量,故采用序次 Logistic 进行回归分析。本文共计11个模型,模型1-1、1-2、1-3、1-4和1-5分析数据集中乡一城老年流动人口初诊就医选择的影响因素,模型2-1、2-2、2-3、2-4和2-5分析数据集中城一城老年流动人口初诊就医选择的影响因素,模型3分析数据集中全样本老年流动人口初诊就医选择的影响因素(见表10)。

^①在本文中是否家庭化流动是依据问卷中的问题“同住的家庭成员数”的答案,当“同住的家庭成员数”>1,即设定为家庭化流动。

表 9 变量的描述及统计分析结果

变量	频数/均值	百分比/标准差	变量	频数/均值	百分比/标准差
1.个人特征:			有医保(=1)	3198	94.39
年龄	66.48	5.84	无医保(=0)	190	5.61
性别:			本地医保:		
男(=1)	1889	55.76	有医保(=1)	531	15.67
女(=0)	1499	44.24	无医保(=0)	2857	84.33
教育水平	7.23	4.24	健康档案:		
婚姻状况:			已建立(=1)	1055	31.14
在婚(=1)	2820	83.23	未建立(=0)	2333	68.86
不在婚(=0)	568	16.77	社会活动参与	0.28	0.65
自评健康状况			4.流迁因素:		
健康(=1)	2493	73.58	迁入地区:		
不健康(=0)	895	26.42	东部地区	1066	31.46
2.经济因素:			中部地区	359	10.60
收入	8.19	1.43	东北地区	667	19.69
就业状态:			西部地区	1296	38.25
在业(=1)	932	27.51	首次流动:		
不在业(=0)	2456	72.49	是(=1)	2516	74.26
生活状况:			否(=0)	872	25.74
无困难(=1)	1568	46.28	家庭化流动:		
有困难(=0)	1820	53.72	是(=1)	3142	92.74
3.社会因素:			否(=0)	246	7.26
医保:			样本量	3388	100

表 10 乡—城老年流动人口初诊就医选择影响因素多元线性回归分析

变量	模型 1-1	模型 1-2	模型 1-3	模型 1-4	模型 1-5
1.个人特征					
年龄	0.026***	0.232***	0.023***	0.028***	0.023**
性别(女)	0.015	0.061	0.045	-0.033	0.048
教育水平	0.004	0.003	-0.002	0.121	0.007
婚姻状况 (不在婚)	0.114	0.112	0.062	0.001	0.002
自评健康状况 (不健康)	-0.425***	-0.425***	-0.417***	-0.492***	-0.471***
2.经济因素					
收入		0.077***			0.054*
就业状态 (不在业)		-0.211**			-0.218**
生活状况 (有困难)		-0.017			-0.021
3.社会因素					
医保(否)			0.238		0.186
本地医保(否)			0.345***		0.439***
健康档案(否)			0.367***		0.357***
社会活动参与			0.162*		0.135
4.流迁因素					
迁入地区 (东北地区)					
东部地区				0.498***	0.619***
中部地区				0.612***	0.616***
西部地区				0.524***	0.514***
首次流动(否)				-0.061	-0.036
家庭化流动(否)				0.269	0.146
样本量	1958	1958	1958	1958	1958

注: 括号内为对照组, * p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

1. 乡—城老年流动人口初诊就医选择影响因素的分析

模型 1-1 的结果显示,当模型中仅包含个体特征时,年龄和自评健康状况两个变量对乡—城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响,年龄越大、自评健康状况越差的乡—城老年流动人口,初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率越大。这说明,乡—城老年流动人口的初诊就医选择没有性别差异,不受受教育水平和婚姻状况的影响,而是受年龄和老年人口对自己健康状况自评状况的显著影响。

模型 1-2 的结果显示,当模型中包含个体特征和经济因素时,个体特征对乡—城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 1-1 相同,经济因素中家庭收入状况与就业状态对乡—城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响。收入越高、就业状态越好的乡—城老年流动人口,初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率越大。这说明,乡—城老年流动人口的初诊就医选择取决于其家庭的经济收入状况以及其自身的就业情况。

模型 1-3 的结果显示,当模型中包含个体特征和社会因素时,个体特征对乡—城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 1-1 相同,社会因素中是否有本地医保、当地社会是否建立健康档案和社会活动参与情况对乡—城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响,拥有本地医保、拥有健康档案或社会活动参与度越高的乡—城老年流动人口,初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率越大。原因是因为,本地医保能为流动老年人口报销更高比例的医药费,从而减少家庭的经济负担,因此,是否拥有本地医保直接影响乡—城老年流动人口的初诊就医选择;而拥有健康档案和更多的参与到社会中去乡的乡—城老年流动人口对该地区的社会状况和医疗资源状况更加了解,更充满信心,因此,他们初诊的就医选择才去当地的专业医疗结构。

模型 1-4 的结果显示,当模型中包含个体特征和流迁因素时,个体特征对乡—城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 1-1 相同,流迁因素中迁入地区对乡—城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响,与迁入东北地区的乡—城老年流动人口相比,迁入东、中、西部地区的乡—城老年流动人口,初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率更大。

模型 1-5 的结果显示,当模型中包含了所有影响因素后,个体特征和流迁因素对乡—城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 1-1、1-4 相同,而经济因素与社会因素的影响与模型 1-2、1-3 出现差异。具体来说,在模型 1-5 中,经济因素中的家庭收入对乡—城老年流动人口初诊就医选择影响的显著性降低,社会因素中社会活动这一变量对乡—城老年流动人口初诊就医选择的影响由显著变为不显著了。这说明,在包含所有因素的模型中,经济因素和社会因素对乡—城老年流动人口的显著影响降低。这是由于在一些疾病面前,不管经济状况如何或者对迁入地区熟悉状况如何,都会首先考虑将病治好,从而乡—城老年流动人口首先选择到更好的医疗机构去进行就诊。

2. 城—城老年流动人口初诊就医选择影响因素的分析

表 11 城—城老年流动人口就医选择影响因素多元线性回归分析

变量	模型 2-1	模型 2-2	模型 2-3	模型 2-4	模型 2-5
1.个人特征					
年龄	0.031***	0.312***	0.031***	0.029***	0.028***
性别(女)	-0.041	-0.28	-0.02	-0.04	-0.01
教育水平	-0.014	-0.190	-0.02	-0.01	-0.02
婚姻状况 (不在婚)	0.253*	0.237	0.227	-0.04	-0.08
自评健康状况 (不健康)	-0.676***	-0.63***	-0.71***	-0.75***	-0.73***
2.经济因素					
收入		0.062			0.023
就业状态 (不在业)		-0.12			-0.090

生活状况 (有困难)		-0.19*			-0.17
3. 社会因素					
医保(否)			0.388		0.345
本地医保(否)			0.069		0.126
健康档案(否)			0.394***		0.414***
社会活动参与			0.122*		0.099
4. 流迁因素					
迁入地区 (东北地区)					
东部地区				0.488***	0.507***
中部地区				0.595***	0.497**
西部地区				0.609***	0.515***
首次流动(否)				0.192	0.199*
家庭化流动(否)				0.492*	0.514*
样本量	1430	1430	1430	1430	1430

注: 括号内为对照组, * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

模型 2-1 的结果显示, 当模型中仅包含个体特征时, 年龄、婚姻状况和自评健康状况这三个变量对城一城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响, 年龄越大、自评健康状况越差且处于在婚状态的城一城老年流动人口, 初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率越大。这说明, 城一城老年流动人口的初诊就医选择没有性别差异、不受受教育水平高低的影响, 但受年龄、婚姻状况和自评健康状态的显著影响。

模型 2-2 的结果显示, 当模型中包含个体特征和经济因素时, 个体特征对城一城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 2-1 不同, 婚姻状况的影响在该模型中不显著。经济因素中生活状况对城一城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响, 在该地无困难的城一城老年流动人口, 初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率更大。这说明, 经济因素对于城一城老年流动人口的影响有限, 可能是由于城一城老年流动人口的经济条件较好、且多参加了医保的原因所致。

模型 2-3 的结果显示, 当模型中包含个体特征和社会因素时, 个体特征对乡一城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 2-1 不同, 婚姻状况在该模型中不显著。社会因素中的两个变量——在当地社会是否建立健康档案和社会活动参与情况对城一城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响。拥有健康档案的城一城老年流动人口, 初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率越大。这说明, 由于城一城老年流动人口经济状况较好, 而且在当地社会建立有健康档案和社会参与活动较好, 因此, 他们初诊就医选择更关注迁入地的高层次的医疗服务的情况。

模型 2-4 的结果显示, 当模型中包含个体特征和流迁因素时, 个体特征对城一城老年流动人口初诊就医选择的影响和模型 2-1 不同, 婚姻状况因素的影响在该模型中不显著。流迁因素中迁入地区和是否家庭化流动对城一城老年流动人口初诊就医选择具有显著影响。与迁入东北地区的城一城老年流动人口相比, 家庭化流动的且迁入东、中、西部地区城一城老年流动人口, 初诊就医选择往医院等高层级医疗机构流动的概率更大。这说明, 城一城老年流动人口在初诊就医选择时会考虑到家庭成员能否对其进行照顾这一因素。

模型 2-5 的结果显示, 当模型中包含了所有影响因素后, 个体特征、经济因素、社会因素与流迁因素对城一城老年流动人口初诊就医选择的影响与模型 2-1—模型 2-4 均有差异。具体来说, 在模型 2-5 中, 个人特征中的婚姻状况由显著变为不显著, 经济因素中的社会活动参与状况由显著变为不显著, 流迁因素中, 是否首次参与由不显著变为显著了。这说明, 经济状况对城一城老年流动人口的初诊就医选择的影响程度较低, 而对迁入地的熟悉程度、是否有家庭支持等因素对城一城老年流动人口的初诊就医选择有较大影响。

3.全样本的老年流动人口初诊就医选择影响因素的分析

模型 3 展示了样本中全部老年流动人口的初诊就医选择,受个体特征、经济因素、社会因素和流迁因素的影响状况。将对全部老年流动人口(模型 3)、乡一城老年流动人口(模型 1-5)和城一城老年流动人口(模型 2-5)这三个模型的差异进行比较分析。

表 12 老年流动人口初诊就医选择影响因素多元线性回归分析

变量	模型 3: 全部样本	模型 1-5: 乡一城流动样本	模型 2-5: 城一城流动样本
1.个人特征			
年龄	0.025***	0.023**	0.028***
性别(女)	0.04	0.048	-0.005
教育水平	-0.004	0.007	-0.015
婚姻状况 (不在婚)	-0.044	0.002	-0.076
自评健康状况 (不健康)	-0.557***	-0.471***	-0.731***
2.经济因素			
收入	0.048*	0.054*	0.023
就业状态 (不在业)	-0.141*	-0.218**	-0.090
生活状况 (有困难)	-0.080	-0.021	-0.173
3.社会因素			
医保(否)	0.249*	0.186	0.345
本地医保(否)	0.312***	0.439***	0.126
健康档案(否)	0.291***	0.357***	0.414***
社会活动参与	0.106**	0.135	0.099
4.流迁因素			
迁入地区 (东北地区)			
东部地区	0.541***	0.619***	0.507***
中部地区	0.552***	0.616***	0.497**
西部地区	0.491***	0.514***	0.515***
首次流动(否)	0.05	-0.036	0.199*
家庭化流动(否)	0.308*	0.146	0.514*
样本量	3388	1958	1430

注:括号内为对照组,* $p<0.1$,** $p<0.05$,*** $p<0.01$

模型 3 与模型 1-5 对比可以发现,个体特征对于两个模型的影响的差异较小;经济因素中,就业状态与模型 1-5 相比,其显著性降低;社会因素中,是否有医保以及社会活动参与情况与模型 1-5 相比,其显著性降低;流迁因素中,是否家庭化流动与模型 1-5 相比,由不显著变为显著。这说明,乡一城老年流动人口初诊就医选择相对于样本中全部的老年流动人口的平均水平来说,更加注重家庭经济状况以及个人在迁入地的经济状况。

模型 3 与模型 2-5 对比可以发现,个体特征对于两个模型的影响的差异较小;经济因素与模型 2-5 相比,其显著性增加;社会因素中,是否有医保、是否有本地医保和社会活动参与情况与模型 2-5 相比,其显著性明显增加;流迁因素中,首次流动与否与模型 2-5 相比,其显著性大幅度降低,由显著变为不显著了。出现这种现象的原因,可能是老年流动人口因为第一次到一个陌生的地方,更容易按照常规思维——“去层级越高的医疗机构看病越好”的影响。这说明,城一城老年流动人口初诊就医选择与样本中全部的老年流动人口的平均水平相比,更加注重当地的医疗服务建设情况以及对当地专业医疗机构的信任程度。

模型 1-5 与模型 2-5 对比可以发现,个体特征对于这两个模型的影响差别较小;经济因素中,模型 1-5 受经济状况的影响更大,经济因素对模型 2-5 的影响不显著;社会因素中,是否拥有本地医保对模型 1-5 的影响远大于对模型 2-5 的影响;在流迁因素中,是否首次流动、是否家庭化流动对模型 2-5 的影响远大于对模型 1-5 的影响。这说明,在作出初诊就医选择时,与城一城老年流动人口相比,乡一城老年流动人口初次就诊选择更加在意是否有医保以及家庭的经济状况,而城一城老年流动人口初次就诊选择更加关注年龄以及对于迁入地的熟悉程度和其本人家庭在迁入地的支持状况。

四、主要结论与政策建议

(一) 主要结论

通过研究中国老年流动人口初诊就医行为的状况及其人口社会学特征,并通过构建了序次 Logistic 回归模型对比样本中所有老年流动人口、乡一城老年流动人口以及城一城老年流动人口初诊就医行为的影响因素,本文得出以下结论:

第一,中国老年流动人口男性偏多,57.79%的老年流动人口为农村人口,平均年龄为 66.48 岁,受教育水平平均年限为 7 年,大部分的婚姻状态为在婚。老年流动人口中有 94.39%参加了医疗保险,但仅有 15.67%的人参与了迁入地当地的医疗保险。老年流动人口迁入西部地区的人口最多,占比 38.26%,最少是东北地区,占比 10.60%,多数老年流动人口都是首次流动,其流动形式绝大部分是家庭化流动。老年流动人口中,有 72.49%的老年流动人口处于不在业状态,且 53.72%的老年流动人口生活状况有一定困难。

第二,中国老年流动人口自评的总体健康状况堪忧,且自我健康管理知识缺乏,导致其初诊就医行为出现不同程度的问题,健康风险较大。全国有 50%以上的老年流动人口在最近一年内有健康风险,而且由于受教育水平的限制,大部分老人不能准确的对自我健康状况做一个客观的评价,且对所经历的健康风险无法正确评估,导致占总数 14.85%的老年流动人口初诊时对自己的病情都是不管不顾,占 44.51%的老年流动人口初诊时都是去药店或者个体诊所,而没有选择去高水平的正规医院就诊。这种初诊就医选择的现象让中国老年流动人口面临着较大的健康风险。

第三,个体因素、经济因素、社会因素和流迁因素对乡一城老年流动人口和城一城老年流动人口的初诊就医行为产生不同程度的影响。婚姻状况、家庭化流动以及当地医疗服务状况对城一城老年流动人口的初诊就医行为的影响更加显著,而家庭经济条件以及参加医保的情况对其初诊就医行为没有显著影响,这说明城一城老年流动人口由于个人资本积累较多,因而对经济条件关注的较少,更重视在当地所能够获得的家庭支持和医疗卫生公共服务支持。而乡一城老年流动人口的初次就诊选择更容易受到是否有医保、是否有本地医保、家庭收入、个人的就业状态等与个人或家庭经济条件相关的因素的深刻影响,而婚姻状况、是否家庭化流动等因素对其初诊就医行为的影响较小,这说明家庭经济条件状况以及个人医保的参保情况是影响乡一城老年流动人口初诊就医行为的最重要的因素。

(二) 政策建议

在我国人口老龄化日益严重的情况下,关注老年流动人口的健康状况,使得老年流动人口能够有机会、有能力做出合理、科学、符合健康预期的初诊就医行为选择,从源头上降低老年流动人口的健康风险,这不仅能够大幅度地降低医疗和社会负担,实现健康中国 2030 规划纲要中的战略目标,而且能够为我国的健康老龄化向积极老龄化的转型提供重要的人力资源基础。改善老年流动人口的初诊就医行为的选择,需要政府的政策引导。

第一,政府应不断完善基本医疗保障制度,加快推进医保跨省、跨地区异地报销机制。

鉴于医保、尤其是本地医保依然是影响老年流动人口的初诊就医行为选择的重要因素,因此,一方

面,政府应增加公共卫生的财政支出,优先向农村地区和偏远地区的政策倾斜,增加基本医疗报销的报销额度,让这些地区的老年流动人口能够更好共享社会发展成果,减少为“看病难”而放弃到正规医院治疗,从而避免危及老年流动人口的健康的情况发生。另一方面,政府应加快推进提高医疗保险的统筹层次,完善各地医疗保障系统的“互通互联”的建设,实现医保跨省、跨地区异地报销,为老年流动人口的异地看病解决后顾之忧。

第二,政府应加快中西部地区和东北地区的医疗卫生事业基础设施的建设步伐。

目前,国家优质的医疗资源主要集中在经济与社会较为发达的东部地区,而中西部地区和东北地区的优质医疗资源相对匮乏。各级政府应或者直接增加财政支出,在中西部地区和东北地区建立更加完善医疗卫生事业的基础设施,为偏远地区人民和流动到中西部地区和东北地区的老年流动人口提供较好的医疗服务;或者政府出台相关政策,增加资金来源渠道,引进民间资本和市场机制,如通过“PPP”项目和“BOT”项目,推进中西部地区和东北地区的医疗卫生事业基础设施的建设,为上述地区的老年人、尤其是老年流动人口提供完善的、高质量的医疗卫生服务。

第三,政府应重点关注农业户口的老年流动人口,给予医疗上的政策倾斜。

鉴于 57.79% 的老年流动人口为没有退休金和其他收入来源的乡一城流动的农村人口,生活有一定的困难,而且平均年龄已达 66 岁的现实状况,尽管他们绝大多数已经参加了城乡居民医疗保险,但也仅有 15.67% 的人参与了迁入地当地的医疗保险,因此,这些乡一城流动的农村人口遇到疾病初次就诊时,一般选择在药店或个体诊所,只有在身体实在无法支持的情况下,不得已才到正规的医院诊治。这样往往错过了最佳的治疗时期。毫无疑问,当遇到疾病或健康风险时,没有退休金和其他经济来源这样的经济因素依然是困扰乡一城老年流动人口初诊就医行为优先考虑的重要制约因素。在这种背景下,建议政府应重点关注农业户口的老年流动人口,给予医疗上的政策倾斜。一方面,在政府相关部门准确把握乡一城流动老年人口经济状况的前提下,给予其程度不同的报账比例的政策优惠;另一方面,给予那些低于生活保障的乡一城流动老年人口以金额不同的临时社会救助。这也符合“以农村和基层为重点,推动健康领域基本公共服务均等化,维护基本医疗卫生服务的公益性,逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异,实现全民健康覆盖,促进社会公平”^①的《“健康中国 2030”规划纲要》的政策目标。

第四,政府应通过社区医疗服务机构加强对老年流动人口的健康教育和健康体检,提高老年流动人口的疾病与医学知识,为其做出科学的初诊就医行为选择打下坚实基础。

鉴于老年流动人口的受教育水平平均年限仅有 7 年,这样的文化水准不足以面对疾病做出正确的初诊就医行为选择,因此,需要政府通过医疗机构、特别是与老年流动人口接触较多的社区医疗服务机构,一方面,将老年流动人口纳入统一的社区医疗服务电子平台,通过培训班、医学知识讲座、医学知识宣传栏等多种形式,向老年流动人口普及医学知识,丰富其应对疾病的医学知识储备,为老年流动人口做出正确的初诊就医行为,打下坚实的医学知识基础。另一方面,社区医疗服务机构应进一步发挥平台作用,通过志愿者组织或志愿者个人等社会力量,将老年流动人口组织起来,定期为其提供医学咨询和健康体检,让老年流动人口对自己的身体状况有一个基本的把握,从而为老年流动人口最终做出一个适合身体健康的初诊就医行为提供支撑。以此实现《“健康中国 2030”规划纲要》提出的“推进老年医疗卫生服务体系建设,推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭”^②,将健康风险控制在源头,全面降低老年流动人口所面临的健康风险的政策目标。

[责任编辑:韩小凤]

^{①②}中华人民共和国中央人民政府《“健康中国 2030”规划纲要》,http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm。

damage to the corporate image directly reduces the trade cooperation between enterprises in the upstream and downstream. The robustness test shows that the image damage caused by the litigation of enterprises will also inhibit the scale of commercial credit, that is, the reputation mechanism plays an effective invisible constraint on enterprises. Mechanism test shows that in the industry with fierce market competition, reputation mechanism can play an effective role. Consequently, maintaining a good market competition environment is a critical prerequisite for enterprises to eliminate violations.

Study on the first diagnosis choice and its influencing factors of the elderly migrants in China

Song Quancheng Yin Kang 136

Based on the data of from 2017 migrant population migration dynamic monitoring survey in China, the paper constructs the ordinal logistic regression model to comprehensively analyses the impacts of individual factors, economic factors, social factors and migration factors on the first diagnosis and treatment behavior of rural-urban, urban-urban elderly migrants. The results show that there are different degrees of health risks in the choice of the elderly migrants' first diagnosis and treatment behavior. The rural-urban and urban-urban elderly migrants are affected by many factors, such as age, self-rated health, income, employment status, living conditions, medical insurance coverage, local health records, immigration area, first-time migration and family migration. To help to make the strategic goal of "Healthy China 2030 Planning Outline" come true, some suggestions are put forward at last.

The regulatory paradigm of spiritual personality rights

—— From the perspective of personal information

Gao Fuping 164

The chapter of personality right in Civil Code adopts two regulatory paradigms of right norm and behavior norm for spiritual personality right. The regulatory paradigm of name right and portrait right is a typical right norm, while that of reputation right and honor right is a typical behavior norm. From the perspective of personal information, the root of different regulatory paradigms of different rights lies in whether there is an identifier: if there is an identifier, every person can distinguish the freedom field of the obligee, and has a clear expectation of behavior, so the right norm can be adopted; on the contrary, only behavior norm can be adopted. Therefore, "Consent" in article 1033 should not be understood as a positive right, but as a promise of the victim. The principle of the distinction between the two regulatory paradigms can also be applied to the protection of new personality interests: the processing of private information, the protection of special names and voices, and the protection of other new personality rights and interests should be treated differently according to whether there is an identifier.