

安德森卫生服务利用行为模型演变及其应用

陈鸣声

南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166

摘要:安德森行为模型是研究患者卫生服务利用行为最重要的理论模型。模型自创建以来,经多次修正和完善,从最开始的“倾向特征—能力资源—需要”的递归模型逐渐演变为“环境因素—个人特征—医疗行为—医疗结果”的四维非递归模型。文章通过归纳和分析安德森行为模型的理论研究和应用研究,显示了该模型在模型结构、变量及变量间关系的演变进程,表明了安德森行为模型不仅可以应用于全人群的卫生服务利用行为,还可以通过路径分析、结构方程等方法应用于慢病患者、老年人群、孕产妇等亚人群的护理服务、自我医疗等行为,为分析不同人群的就诊行为提供了具有较高理论价值和实际意义的分析框架。

关键词:卫生服务利用;安德森行为模型;演变;修正

中图分类号: R197

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2018)01-005-004

doi: 10.7655/NYDXBSS20180102

一、安德森卫生服务利用行为模型简介

安德森卫生服务利用行为模型(Andersen's behavioral model)由洛杉矶加州大学公共卫生学院罗纳德·安德森教授(Ronald M Andersen)于1968年创建,是研究与分析卫生服务利用的最经典模型^[1],广泛应用于卫生体系评价和卫生服务研究。1964年,安德森作为成员参与第三次美国卫生服务调查,他发现:不同社会经济水平和人口学特征的人群,在卫生服务利用方面存在系统性差异。并且,虽然不同国家社会经济发展水平、文化和卫生服务体系不尽相同,但也发现了类似结果。为解释人们在卫生服务利用行为中存在巨大差异的原因,安德森在其1968年撰写的博士论文中提出了“卫生服务利用模型”即“安德森模型”,诠释了家庭是如何利用卫生服务的,分析了卫生服务利用的影响因素,界定与衡量了卫生服务利用和服务可及性^[2]。安德森模型表明,个人在决定是否进行卫生服务利用时,受三个维度的影响,包括倾向特征、能力资源和需要因素,提示决策者和卫生服务研究者可以从这三个维度优化卫生服务利用行为、改革卫生服务系统。

安德森模型自创建以来,经多项实证研究验证,被学界和实践部门普遍认为是分析卫生服务利

用的最适宜模型^[3-4]。大量的卫生服务研究与社会医学研究将安德森模型作为研究的理论分析框架,筛选、甄别和测量与人们健康行为相关的影响因素,包括卫生费用、疾病筛查、心理治疗、药物成瘾、控烟行为、自我医疗、老年护理、慢病患者生活质量等。

二、安德森卫生服务利用行为模型的修正与演变

受学科发展和认识的不断加深,安德森模型历经多次填补和修正,模型解释力不断深化,能够更加全面和完善地分析卫生服务利用行为。分析和归纳安德森模型理论构建、修正与演变的发展路径,能够较好帮助我们深入理解安德森模型并应用于我国卫生服务领域的研究。从1968年安德森模型创建至今,模型变量不断增强、变量间关系不断强化、模型结构愈加复杂,本文将主要对安德森初始模型(图1)和现行模型(图2)进行介绍,以便于读者从初始模型中理解其主要变量及解释,从现行变量中掌握模型的实际应用。

(一)安德森初始模型

安德森初始模型认为卫生服务利用主要受三个维度影响:①倾向特征:此类特征表示卫生服务利用的倾向,是患病或寻求卫生服务利用前个人的社会文化倾向特征,不与卫生服务利用直接相关,包括

基金项目:江苏高校哲学社会科学研究基金项目“2型糖尿病防治的卫生经济学评价与策略构建”(2017SJB0266);江苏省“青蓝工程”资助项目

收稿日期:2017-10-13

作者简介:陈鸣声(1985—),男,安徽安庆人,副教授,博士,研究方向为卫生经济与政策,通信作者。

人口学特征、社会结构和健康信念。其中,人口学特征主要指个人的年龄、性别等基本情况;社会结构指个人的民族、职业、教育、文化、社会交往和社会网络等;健康信念指人们的态度、价值观及对卫生服务系统的认知。②能力资源:此类特征指个人获得卫生服务的能力以及卫生资源在社区和家庭中的可得性,属间接影响卫生服务利用的因素,包括家庭资源(如收入、医疗保险等)和社区资源(卫生服务价格、社区卫生资源可及性、候诊与就诊时间等)。③需要因素:指个人基于健康需要的特征,代表了个人对卫生服务的认知需要(对自身疾病状态和健康状况的主观判断)与评估需要(医生对患者健康状况的客观测量与专业评估)两个方面。需要是个人决定是否利用卫生服务最直接的原因,认知需要指个人能够更好地理解寻求医疗服务和治疗方案,评估需要与卫生服务利用的类型、数量和质量相关^[5]。三个维度之间的关系是“倾向特征”依次通过“能力资源”和“需要因素”影响“卫生服务利用”。安德森模型表明人们对于卫生服务利用是通过服务利用的倾向、促进或阻碍服务利用的因素以及对卫生服务的需要共同决定的。

安德森模型最初以家庭为单位分析和研究卫生服务利用行为,探究不同家庭在卫生服务利用行为存在差异的原因。考虑到家庭成员在寻求服务以及服务利用方面存在异质性,所以模型最终是以个人为单位进行分析^[6]。

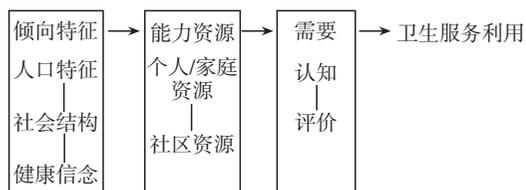


图1 安德森初始模型

(二)安德森修正模型

随着模型的不断修正、调整、延伸和扩展,安德森模型逐渐趋于成熟和完善(图2)。首先,有研究

者认识到不同国家或地区的医疗服务体系会对个人的卫生服务利用行为产生影响。随后安德森认识到卫生政策的决策与实施、外部环境(自然、经济与政治环境)应当成为安德森模型的首要前提要素。因此,医疗服务体系、卫生政策和外部环境成为影响个人卫生服务利用行为的因素,统称为“环境因素”。由此,安德森模型确立了外界环境层面的影响因素。其次,与外界环境层面影响因素呈并列关系的个人层面的影响因素,其结构框架源于初始安德森模型的结构“倾向特征—能力资源—需要”。其中,倾向特征(包括人口学特征、社会结构、健康信念)和需要(认知与评价)内涵不变,而能力资源则按职能要素划归为“资源”和“组织”。资源指劳动力与资金的数量及其分配、医疗服务人员的教育、培养和基础设施。组织指卫生系统如何管理资源,最终将影响卫生服务结构与可及性^[7]。一个组织是否拥有足够的人力,以及该组织分配资源的方式方法,将决定个人能否利用卫生服务及服务利用的程度。再次,对“医疗行为”进行了内涵界定,除了医疗服务利用行为之外,还加入了个人自我医疗行为。除了这两种卫生服务利用形式之外,安德森修正模型将“医疗服务过程”(处方、患者咨询与医患沟通)纳入医疗行为维度,将卫生服务提供者与接受者在卫生服务过程中的互动同样视为一种医疗行为。因此,医疗行为维度包括“个人自我医疗”、“医疗服务过程”和“医疗服务利用”三种不同的卫生服务利用方式。最后,安德森修正模型表达了医疗行为决定医疗结果的观点。医疗结果的评价最开始包括认知健康状况和评估健康状况两个方面,分别指“自我认知的病症变化”和“专业评估病症的变化”。其后又扩展了患者满意度这一要素,这主要通过卫生服务的可及性进行定义与评价。因此,医疗结果包括“认知健康状况”、“评估健康状况”和“患者满意度”三个评价指标。个人的卫生利用行为(饮食、运动和自我医疗)与卫生服务利用及卫生服务过程互相作用,从而影响医疗结果^[8]。

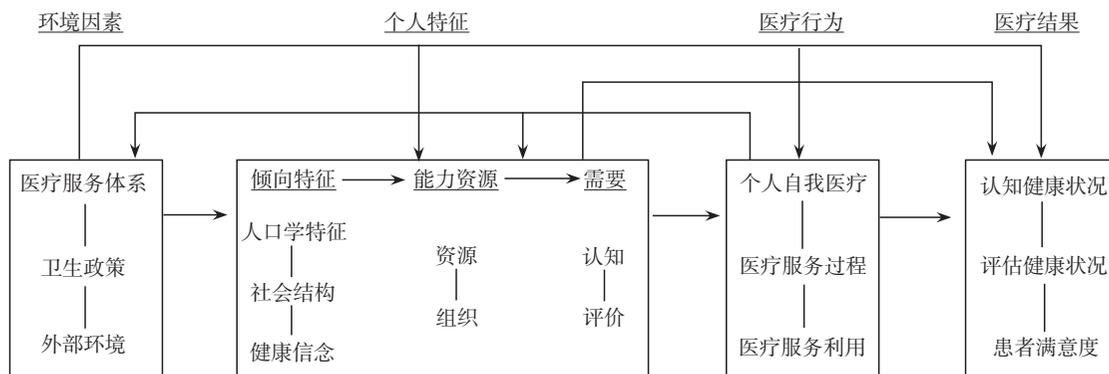


图2 安德森修正模型

至此,安德森模型经过修正、调整和扩展,形成了以医疗结果为卫生服务利用目标的修正模型,最新的安德森模型包括环境因素(environment)、个人特征(population characteristic)、医疗行为(health behavior)、医疗结果(health outcome)四个重要维度。除了在维度和变量方面增加之外,安德森模型还包括反馈回路,图2箭头显示为各维度指向医疗结果,以及医疗结果反馈返回各维度部分,反馈回路的存在进一步说明了环境因素和个人特征决定医疗行为,而医疗行为进一步决定医疗结果,环境因素与个人特征直接影响个人医疗结果,医疗行为与医疗结果又反向影响个人特征^[9]。

三、安德森卫生服务 利用行为模型的应用与局限

安德森卫生服务利用行为模型自创建以来,广泛应用于全人群和特定亚人群的卫生服务利用研究,目前国际上侧重的亚人群卫生服务利用研究主要是低收入人群、失业者、老年人、慢病患者、少数民族、艾滋病毒感染者,尤其在慢病患者和老年人群的长期护理研究方面,安德森模型做出了突出贡献,被认为是研究卫生服务利用行为最权威的理论模型和研究范式。国内对安德森卫生服务利用行为模型的研究和应用并不多见,最早由陈英耀等^[1]于2000年引入国内,介绍了安德森模型的主要框架及对卫生服务可及性的分类。目前,国内只有10余篇关于安德森模型的理论研究和应用研究的相关文献,主要是利用安德森初始模型分析慢病患者、老年人、流动人口、孕产妇的护理服务、自我医疗或就诊行为,并没有发现使用安德森修正模型的应用研究。

在不同国家、不同领域和不同学科的学者利用实证数据验证时,安德森模型也面临挑战和质疑:有学者质疑安德森模型难以有效控制细微的行为因素,导致模型结果存在重大差异;有学者认为安德森模型中的倾向特征缺少人群的生物学要素;有学者提出模型结构和模型维度间对应性与现实世界存在较大差别。在一定程度上,安德森模型通过扩增指标、修正模型变量、结构和增加反馈回路,也是面对质疑和问题的一种反应,在此过程中,安德森模型不断得到修正和完善,模型解释力越来越充分,使得该模型越来越成为分析、预测和解读患者卫生服务利用行为的经典模型。

安德森模型自创建以来,模型的修正与演变体现在模型结构、变量和变量间关系这三个方面。从

模型结构来看,模型保留了初始模型中“倾向特征—能力资源—需要”的基本结构,在此基础上形成了“环境因素—个人特征—医疗行为—医疗结果”的四维复杂模型。从扩增的变量来看,安德森初始模型仅有8个变量,目前已经扩展到包括“健康信念”、“认知健康状况”、“患者满意度”等多个变量。从模型的变量间关系来看,变量间关系由简单的路径关系发展成变量间互相作用、动态回归的复杂关系,从一个递归模型变成非递归模型。因此,随着安德森模型不断演变,研究者可以通过路径分析和结构方程等分析方法更加全面地分析患者的卫生服务利用行为。

参考文献

- [1] 陈英耀,王立基,王华. 卫生服务可及性评价[J]. 中国卫生资源,2000,3(6):279-281
- [2] Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care:does it matter?[J]. J Health Soc Behav,1995,36(1):1-10
- [3] Lemming MR, Calsyn RJ. Utility of the behavioral model in predicting service utilization by individuals suffering from severe mental illness and homelessness [J]. Community Ment Health J,2004,40(4):347-364
- [4] Bass DM, Noelker LS. The influence of family caregivers on elder's use of in-home services:an expanded conceptual framework [J]. J Health Soc Behav,1987,28(2):184-196
- [5] Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States [J]. Milbank Mem Fund Q Health Soc,1973,51(1):95-124
- [6] Andersen RM. A behavioral model of families' use of health services,University of Chicago[R]. 1968
- [7] 任苒,金凤. 新型农村合作医疗实施后卫生服务可及性和医疗负担的公平性研究[J]. 中国卫生经济,2007,26(1):27-31
- [8] Pourat N, Andersen RM, Marcus M. Assessing the contribution of the dental care delivery system to oral health care disparities [J]. J Public Health Dent,2015,75(1):1-9
- [9] 王伟,任苒. 卫生服务可及性概念与研究进展[J]. 中国卫生经济,2011,30(3):47-49

The development and application of Andersen's behavioral model on health care utilization

Chen Mingsheng

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: Andersen's behavioral model is the primary conceptual model for studying patient's behavior on health care utilization. After dozens of revision, initial model structure of "predisposing, enabling, and need" is changed to the structure of "environment, population characteristic, health behavior, and health outcome". Through review on the theoretical literatures and case studies on Andersen's behavioral model, this paper revealed model development on structure, variables, and interaction between variables. The developed model will be not only helpful for studying on health care utilization by general population, but also helpful for the nursing care and self-medication by subpopulation such as, the chronic patients, the aged, the pregnant and so on. Using methods of path analysis and structural equation model, Andersen's behavioral model could provide theoretical and practical perspective on health care utilization by corresponding subpopulation.

Key words: health care utilization; Andersen behavioral model; development; revision

《南京医科大学学报(社会科学版)》

2015—2016年优秀论文

一等奖(2篇)

- 沈焕根等 建立中国老年长期护理保险制度研究
陈 娜等 社区居家养老的社会支持系统研究——以南京市雨花区为例

二等奖(4篇)

- 李 歆等 全额保障老年患者在基层公平享有合理使用基本药物政策研究
汪丹梅等 基于绩效管理的医院成本核算方法研究
王 茹等 对我国暴力伤医现象的思考
李湘君等 我国公立医院补偿机制转化的系统动力学分析

三等奖(6篇)

- 汤优佳 公众参与医疗保障的制度研究
孙江洁等 互联网环境下高校心理健康教育的新模式
邢 园等 三级综合医院临床药学服务实施现状调查与分析
邓 诺等 老年照护医养结合实证研究
范 洁等 江苏省2014年卫生资源配置现状及公平性研究
任 珂等 城乡医疗救助制度之现状、问题与对策

提名奖(8篇)

- 杨 静等 农村居民健康状况与卫生服务利用分析
孙江洁等 医患风险的行为经济学解读及对策
王长青等 “一带一路”视域下中医药国际传播的价值与策略
陈 娜等 基于PRECEDE-PROCEED模式的城市新弱势社区老年人健康行为研究[J].
汪彦辉等 我国实现全民健康覆盖目标的策略建议
张恒诚等 江苏地区器官捐献态度和意愿调查及对策分析
周 悦等 3D打印技术在外科临床教学中的应用
陈晶晶等 基于EQ-5D-5L量表的安徽省农村居民健康相关生命质量研究