

“医疗服务圈”与城市居民的 医疗满意度

——基于八城市调查（JSNET2014）的实证分析

杨建科 王 建

（西安交通大学 人文社会科学学院，陕西 西安 710049）

摘要：影响城市居民医疗满意度的因素众多，能否便利地接近获取优质医疗服务资源对个体的医疗满意度起关键作用。为此，本文提出“医疗服务圈”的概念，认为在医疗资源稀缺和分布不平衡的情况下会形成医疗服务壁垒。而城市居民所在的城市区位、单位体制与个人权力、家庭收入及就医过程中使用社会关系的差异，对于跨越壁垒、获得较好的医疗满意度有不同影响。实证研究发现：居民的总体医疗满意度在八城市之间存在一定差异；在体制内单位工作的城市居民的医疗满意度更高；家庭收入的提高能提升居民医疗满意度。另外，就医过程中使用关系，会显著降低城市居民的医疗满意度。这在一定程度上反映了居民就医动用关系是被动的，加重了其经济和人情的负担。

关键词：医疗服务圈；医疗满意度；城市居民；关系

中图分类号：C92.3 **文献标识码：**A **文章编号：**0257-0246（2017）05-0207-10

医疗服务与保障关乎民生大计，也是长久以来政府工作的重中之重。为公众提供方便、安全、有效、廉价的公共卫生和基本医疗也是政府的既定方针。然而，城镇居民对医疗服务的满意度却不容乐观。“看病难、看病贵”的问题始终是萦绕在老百姓心中的痛，各种尖锐的医患矛盾难以缓解，伤医、暴力袭医事件层出不穷，“莆田系医生事件”更是降低了国人对医疗体系的信心。2015、2016年来自陕西省统计局的“新年新愿望”调查显示，居民新年排名第一的愿望就是“合理配置医疗资源，提高医疗服务的水平与质量”。JSNET2014的调查数据表明，八城市居民的医疗满意度平均仅为52%，这些都表明了城市居民对医疗服务和医疗保障存在不满。

事实上，在国家整体医疗资源紧张、优质医疗资源稀缺的大背景下，因为区域经济社会发展不平衡，医疗资源的配置与覆盖也存在不均衡，资源和服务更多会在中心城市集中，首先向体制内覆盖，从而形成优质资源相对集中的“医疗服务圈”。而那些基于体制结构优势和市场能力优势的群体和个体，能有效跨越医疗服务圈壁垒，便利获得期望的医疗服务，从而成为医疗满意度较高的群体。为此，比较分析不同城市、体制、地位和行为特征的居民对医疗服务的主观感受，探究影响居民医疗满意度提升的因素和条件，并解释其作用机制，对于有计划和针对性地推出改善医疗服务的举措，提升居民医疗主观体验具有积极意义。

基金项目：国家社会科学基金重大项目（13ZD177）。

作者简介：杨建科，西安交通大学人文社会科学学院社会学系、实证社会科学研究所副教授，研究方向：社会网络与社会资本；王建，西安交通大学人文社会科学学院社会学系、实证社会科学研究所博士生，专业方向：社会网络与社会资本。

一、文献回顾

1. 医疗满意度的概念

医疗满意度(Patient satisfaction)研究兴起于20世纪70—80年代,是西方学界对消费者满意度的研究转向公共卫生领域的产物,是表征医疗服务结果^①、评估医疗服务水平^②、改进医疗服务举措的重要指标。但是,在医疗满意度测量已受到广泛关注和使用之后,学术界仍未能就其概念形成普遍共识。Ware将医疗满意度分为客观满意度和主观满意度两个维度,前者测量医疗服务水平的客观指标(如等待时间、医疗费用等),后者则指患者对医疗服务水平的主观评估。^③ Fitzpatrick同样认为“满意度”是一个多维的复合型概念。他指出,医疗满意度所针对的评估对象具有一定的灵活性,既可以是一项或一组既定的医疗服务项目,也可以由患者根据自己接受医疗介入服务的经历而自行指定。^④ 后续的医疗满意度研究基本是在Ware的主观满意度维度和Fitzpatrick自主界定评价对象的范畴内开展的。

我国医疗满意度研究中所使用的概念内涵更为单一和具体,主要侧重于医疗服务的某一个方面。如对医疗保障制度满意度的研究^⑤,对医疗服务和基层社区医疗满意度的研究^⑥,对医疗费用增长和医疗资源分配公平性的研究^⑦等。结合中国实际,本文所理解的医疗满意度是指,被访者对自己(或家属)在就医经历中对各项医疗内容的满意程度的综合感知和总体评价。这些医疗服务内容我们从四个方面测量,即医疗制度和政策、医疗资源和环境、医疗质量和服务、医疗费用以及总体满意度。

2. 医疗满意度的影响因素

正如所有的满意度研究一样,穷尽医疗满意度所有的影响因素是难以实现的。这不仅是因为主观医疗满意度是多元的、复杂的评估指标,也是因为不同个体心理、人口学和身份特征千差万别,其对医疗服务的感受和评价会受到个人特征、就医经历、医保制度乃至社会环境等诸多因素影响。可以将医疗满意度的影响因素大致划分为两个层面:个体层面的因素和医疗资源与服务层面的因素,具体可以从以下三个维度梳理。

(1) 心理期望的影响

期望在个体表达医疗满意度的过程中起基础性作用。研究发现,绝大多数个体对所接受的医疗服务均具有明确的期望,^⑧ 个体期望被满足的程度越高,其对医疗服务的满意程度也越高^⑨。Stimson和

① D. Locker, D. Dun, "Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care," *Social Science & Medicine*, Vol. 12, No. 12, 1978, pp. 283-292.

② D. Locker, D. Dun, "Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care," *Social Science & Medicine*, Vol. 12, No. 12, 1978, pp. 283-292.

③ J. E. Ware, M. K. Snyder, et al., "Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care," *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6, No. 3-4, 1983, pp. 247-263.

④ R. Fitzpatrick, "Satisfaction with Health Care," *The Experience of Illness*, 1983, pp. 154-175.

⑤ 杨晓龙 《城乡老年人对医疗保障的满意度分析》,《科学经济社会》2012年第1期。

⑥ 李永刚、殷琨妹、滕国旗等 《天津市宝坻区某镇居民卫生服务满意度基线调查分析》,《中国卫生事业管理》2012年第8期;林淑周 《城乡居民对基层医疗机构服务满意度分析》,《福建行政学院学报》2013年第2期。

⑦ 封进 《医疗需求与中国医疗费用增长》,《中国社会科学》2015年第3期;刘军强等 《医疗费用持续增长机制》,《中国社会科学》2015年第8期。

⑧ R. L. Kravitz, et al., "Prevalence and Sources of Patients' Unmet Expectations for Care," *Annals of Internal Medicine*, Vol. 125, No. 9, 1996, pp. 730-737.

⑨ Richard L. Marple, Catherine R. Luccy, et al., "A Perspective Study of Concerns and Expectations in Patients Presenting with Common Symptoms," *Archives Internal Medicine*, Vol. 157, No. 13, 1997, pp. 1482-1488.

Webb 从背景期望、行动期望和互动期望三个维度研究了期望与医疗满意度的关系。西方学者还就个体的性格特点、认知状况、心理动机等因素对医疗满意度测量信度的影响进行了深入研究。^① Ware 提出,患者的偏好、期望以及所接受的医疗服务质量是影响主观医疗满意度的三个主要因素。^② Fitzpatrick 从“对熟悉的需求”“对目标实现的需求”和“对情感满足的需求”出发,解释影响医疗满意度的三个不同的心理机制。即个体对医疗环境和过程的熟悉程度越高,接受医疗服务的效果越接近既定目标,在接受医疗服务时感受到越多的情感抚慰,其医疗满意度水平就越高。与医生的互动是否符合预期也显著影响医疗满意度。^③

当下的中国,社会信任普遍较低,对医生和医院的信任也普遍较低,这造成了一定程度上医患关系的紧张,其问题就是患者和家属对医疗服务的期望与就医现实存在落差。为了减小落差,有就医需求的患者及家属都非常期望能在好医院、大医院就医,能获得专业技术等级高的、或者熟悉和信任医生的诊治。那些较重疾病的患者更是非大医院不去,非好医生不找,对优质医疗资源和服务有非常迫切的期望,期望不能实现或者落差较大,就会降低其医疗满意度。

(2) 社会身份与经济地位的影响

人们的健康行为及他们对医疗服务的评价还在很大程度上取决于个体的身份特征。^④ 年龄、教育程度等就是影响医疗满意度的主要因素,年长的患者比年轻患者的医疗满意度更高;教育程度和医疗满意度水平显著负相关,受教育程度更低的群体表现出更高的医疗满意度水平。^⑤

Hall 和 Dornan 的研究发现,社会地位与医疗满意度之间具有相关性,社会地位较高的个体能够享有更好的医疗设备、更优质的医疗资源,并由于沟通技巧熟练而拥有信息优势。^⑥ Khayat 和 Salter 的研究也发现,社会阶层与医疗满意度之间也存在一定程度的正相关关系,阶层较高的个体对医疗服务的满意度高于社会阶层低的个体。^⑦ 邓大松、王伶等基于辽宁的调查研究发现,不同社会地位群体的医疗满意度有显著差异。如收入、学历等与医疗满意度成反比,高收入群体医疗满意度低于中低收入群体,学历为高中、中专的居民满意度最高,最低为硕士及以上学历。^⑧

(3) 医疗资源与医疗费用的影响

同个体层面的因素多元性一样,医疗资源对医疗满意度的影响也是多元的。如个体对医疗服务过程产生不满情绪多集中于过长的等待时间、僵化烦琐的医疗程序、昂贵的费用,以及在接受医疗过程中的沟通与互动方式等。^⑨

第一,医疗资源的可及性。一项针对欧洲国家的研究发现,就医的资源可及性对患者满意度的影

① G. Stimson, B. Webb, *Going to See the Doctor: The Consultation Process in General Practice*, London: Routledge and Kegan Paul, 1957.

② J. E. Ware, M. K. Snyder, et al., “Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care,” *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6, No. 3-4, 1983, pp. 247-263.

③ R. Fitzpatrick, “Satisfaction with Health Care,” *The Experience of Illness*, 1983, pp. 154-175.

④ B. M. Korsch, et al., “Gaps in Doctor-patient Communication: Doctor-patient Interaction and Patient Satisfaction,” *Pediatrics*, Vol. 42, No. 5, 1968, pp. 855-871.

⑤ J. A. Hall, M. C. Dornan, “Patients Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-analysis,” *Social Science & Medicine*, Vol. 30, No. 7, 1990, pp. 811-818; B. Williams, “Patient Satisfaction: A Valid Concept?” *Social Science & Medicine*, Vol. 8, Iss. 4, 1994, pp. 509-516; S. M. Schutz, J. G. Lee, “Clues to Patient Dissatisfaction with Conscious Sedation for Colonoscopy,” *American Journal of Gastroenterology*, Vol. 89, No. 9, 1994, pp. 1476-1479.

⑥ J. A. Hall, M. C. Dornan, “Patients Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-analysis,” *Social Science & Medicine*, Vol. 30, No. 7, 1990, pp. 811-818.

⑦ K. Khayat, B. Salter, “Patient Satisfaction Surveys as a Market Research Tool for General Practices,” *British Journal of General Practice*, Vol. 382, No. 441994, pp. 215-219.

⑧ 邓大松、王伶、刘武、李坚 《医疗卫生保障满意度调查研究》,《社会保障研究》2012年第3期。

⑨ B. Williams, “Patient Satisfaction: A Valid Concept?” *Social Science & Medicine*, Vol. 8, Iss. 4, 1994, pp. 509-516.

响最大。^①“可及性”这一概念虽未有共识,但就现有文献看来,其内涵既包括对医疗资源的获取,也包括获取医疗资源的便利程度。对医疗资源的获取与医疗满意度之间的关系不难理解,边燕杰、肖阳认为,理性个体通过追求更多的资源来获取自己利益的满足。^②医疗资源是与人们日常生活密切相关的资源,优质的医疗资源更是紧俏稀缺。因此,能否便利地获取医疗资源以及能够获得足够的医疗资源对个体的医疗满意度起关键性作用。获取医疗资源的便利程度包括就医的信息、花费的时间、交通便利的程度、检查流程和费用报销等诸多方面。Sitzia 和 Wood 研究发现,较长的等待时间或交通不便都会降低个体的医疗满意度水平。^③Henderson 等对英国和意大利精神病患医疗满意度的研究发现,基于社区医疗的模式比到医院就诊的模式更令患者满意。^④林淑周的研究也表明,基层医疗机构的“便捷性”和“经济性”得到了居民的高度认可。^⑤可见,相同条件下,社区医院的便利、熟悉和易获得的服务就是医疗资源的可及性的一种体现。

第二,医疗费用。在市场经济导向的当下,医疗费用高昂,“看病贵”成为居民质疑的首要 and 普遍性社会事实。相比于医疗服务的专业程度,患者的医疗满意度更容易受到医疗费用的影响。国内大量的研究也证明了医疗费用对居民满意度有直接和显著的影响。杨晓龙通过对烟台地区老年人的调查研究发现,城市老年人对当前医疗保障制度不满意,医疗费用的过快增长和由此产生的相对剥夺感是引起不满的主要原因。^⑥王绍光研究了医疗卫生资源分配的不公平问题。发现以市场为导向的卫生改革加剧了医疗费用的增长。由于不同群体在获取医疗保险、医疗费用负担能力和负担比例上有较大差异,在医疗保障体系不完善的情况下,这一改革降低了弱势群体对卫生服务的获取,极大地损害了卫生保健的公平性。^⑦封进、刘军强等研究了医疗费用增长问题,并指出人口结构变动、医保制度漏洞是医疗费用持续增长的原因。^⑧

二、理论分析与研究设计

1. 理论分析

与西方研究相比较,中国居民医疗满意度的影响有其特殊性。首先,从总体上说,中国居民拥有的医疗资源总体比较稀缺,尤其是高水平优质医疗资源更为稀缺。加之中国区域经济社会发展不平衡,东部比西部发达,城市比农村发达,医疗资源在不同地区的配置和分布差别很大。这就是为什么我们看到大城市、中心城市聚集着中国最好最大的医院和最优质的医疗资源,且这些有名的大医院几乎任何时候都是人满为患。其次,即使是相同的城市 and 相同的社区,不同个体获取的医疗资源机会和便利程度,也因体制分隔、职业差异、收入差别、动用资源的权力和关系能力不同而有所差别。在这种大背景下,居民享受和方便接触到的优质医疗资源的可能机会和付出的成本也就存在明显差别,这也直接导致了居民的医疗满意度的差异。最后,性别、年龄、城乡和受教育程度等,这些人口学和背

^① Madelon W. Kroneman, et al., “Direct Access in Primary Care and Patient Satisfaction: A European Study,” *Health Policy*, Vol. 76, No. 1, 2006, pp. 72-79.

^② 边燕杰、肖阳 《中英居民主观幸福感比较研究》,《社会学研究》2014年第2期。

^③ J. Sitzia, N. Wood, “Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts,” *Social Science & Medicine*, Vol. 45, No. 12, 1997, pp. 1829-1843.

^④ C. Henderson, et al., “Comparison of Patient Satisfaction with Community-based vs. Hospital Psychiatric Services,” *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 99, No. 3, 1999, pp. 188-195.

^⑤ 林淑周 《城乡居民对基层医疗机构服务满意度分析》,《福建行政学院学报》2013年第2期。

^⑥ 杨晓龙 《城乡老年人对医疗保障的满意度分析》,《科学经济社会》2012年第1期。

^⑦ 王绍光 《政策导向、汲取能力与卫生公平》,《中国社会科学》2005年第6期。

^⑧ 封进 《医疗需求与中国医疗费用增长》,《中国社会科学》2015年第3期;刘军强等 《医疗费用持续增长机制》,《中国社会科学》2015年第8期。

景变量也是影响居民医疗满意度的重要常规变量，国内外的大量研究也都证明了它们的作用，这些变量将是本文的控制变量。

基于此，本文将按照下面的理论逻辑图进行实证分析：

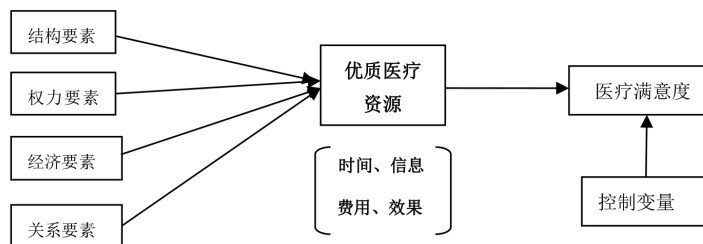


图1 本文理论逻辑框架图

2. 医疗服务圈

基于对中国现实国情和本土文化的理解，本文提出“医疗服务圈”的概念，意指那些能够便利接触和获得优质医疗资源和服务的个体和人群。在医疗资源稀缺的背景下，这些个体和群体因为其特殊的职业地位、权力优势、经济收入，以及通过调动社会关系等手段获取优质的医疗资源和便利医疗的服务的能力，最终形成相对稳定闭合的优势“医疗服务圈”。由于在医疗资源可及上处于优势地位，处于医疗服务圈的居民能够更便利地接近和享有优质的医疗资源；而那些身处劣势地位的个体，由于在社会经济地位上的劣势，通常在接近和获取优质医疗资源的过程中面临着重重困难，很难跨越医疗圈的限制。中国一般民众普遍反映的“看病难”，就是医疗资源、尤其是优质资源不易接近和获取，普通民众反映的“看病贵”，就是能获取的优质医疗资源、医疗服务代价太大，实质就是根本无法企及，或者难以承受跨越到“优质医疗资源圈”的成本。

对于医疗服务圈内的居民，因为“看病难”和“看病贵”的程度大大降低，当然会有较高的医疗满意度，而难以跨越医疗服务圈壁垒的居民，其医疗满意度就相对较低。为此，本文要分析的主要问题就是，什么条件和因素有助于城市居民跨越优质医疗资源圈的壁垒，从而接近和获取优质医疗资源和医疗服务，进而提高医疗满意度。

3. 研究假设

基于文献回顾、理论分析和中国居民医疗行动的现实，本文将从居民个体所处的城市区位、单位属性、权力地位、经济收入和使用关系的情况，对其如何跨越医疗服务圈，获得期望的医疗服务，提升医疗满意度进行实证研究。因为居民自身所处的城市区位、所在单位的体制归属与单位类型不同，其获得医疗服务的便利程度就会有所差异，这会影响其医疗满意度。除了城乡差别以外，中国的城市之间也会因为行政级别、政策空间和发展程度等方面的不同，不但在医疗资源的质量和数量的配置上存在差别，而且不同地区的医保制度、报销比例和医疗补贴也都可能因地制宜。纪江的研究就发现，医疗保障满意度存在地区差异，并指出个人因素（如性别、年龄、教育程度等）是引起差异的主要原因。^①一般而言，身处市场经济发达的大城市和体制内优质医疗资源圈内的城市居民，其医疗满意度更高。因而，本文提出“结构优势假设”：

假设1：处于市场经济发达地区的居民具有较高的医疗满意度。

同时，体制优势对于医疗依然发挥着重要作用。除商业险外，中国由政府主导的医疗保险体系分为“职工医保”“居民医保”和“农村医疗保险”。对于市民而言，体制内和体制外享有的保险类型、报销范围和比例都差别很大，甚至有些优势单位还有和大医院的合作协议，单位职工可以享受定期体检、协议治疗等内部待遇。这种基于体制和单位的医疗服务圈的形成，会大大提升居民的医疗满

^① 纪江、明胡伟 《城市医疗保障满意度的地区差异：理论解释与实证研究》，《上海行政学院学报》2015年第4期。

意度。为此,提出“权力优势假设”:

假设2:在体制内单位就职和拥有职务级别的居民具有较高的医疗满意度。

除了区位和体制可以带来优质医疗资源供给之外,政治权力与经济能力也能通过其各自的作用逻辑,克服医疗服务圈资源的壁垒,为个体获得优质医疗提供机会。各大医院普遍存在的干部病房,个体权力与行政级别所负载的高质量体检待遇,权力的中心性所产生的各种网络也极易方便地触及优质医疗资源与服务。可以说,有级别的领导干部就医与普通市民就医会产生相当不同的体验。同时,市场导向下的医疗服务也为经济能力强的个体提供了更好的服务和机会。面对大医院医疗的高收费、医疗领域的高消费,多少低收入者因病致贫,甚至因为看不起病而放弃治疗。这是经济条件对医疗满意度的限制。在对医疗服务和医疗机构满意度的研究中,龙玉其发现,不同年龄、收入、城乡群体的医疗服务满意度水平不同。^①斯琴等的研究发现,经济因素仍然是影响城镇居民医疗服务消费满意度的首要原因,其次才是医疗服务的质量和水平。^②为此,提出“经济优势假设”:

假设3:经济能力强的个体,能够跨越优质医疗服务圈的壁垒,在就医经历中具有更高的医疗满意度。

中国是有深刻关系文化和关系使用传统的国家。边燕杰提出关系社会学来认识中国社会,他认为不但是传统中国社会,而且在当下的再分配经济到市场经济的转型社会,中国人社会行为都符合伦理本位、关系导向、熟亲信为特征的关系主义逻辑。^③现实中遇事情找关系、用关系已是中国人社会行为的常态。如果关系主义分析范式是中国人行动逻辑的关键机制,那么作为重要事件的就医行为,也应当是关系逻辑发挥作用的重要空间。从现实情况看,由于医疗资源的稀缺和分布不均衡,中国居民的医疗行为、尤其是重大的医疗行为都免不了要托熟人、找关系,关系运作甚至成为医疗行为的普遍特征。此次八城市调查显示,91.3%的被访者认为关系重要,而在回答医疗过程中找关系的好处时,96.42%的城市居民认为关系运作给就医带来了便利,其中68.6%的认为用关系节省了医疗时间,60.9%的认为用关系获得了优质资源,61.18%的认为用关系让他们减轻了焦虑和担忧,还有17.44%的居民认为使用关系节省了医疗费用。那么关系的使用真的能帮助居民解决问题,带来他们较高的医疗满意度吗?为此,提出“关系优势假设”:

假设4:在求医经历中使用关系资源的居民,具有更高的医疗满意度。

三、数据、变量与模型

1. 数据

本研究使用的数据来自于边燕杰教授在2014年主持的“社会网络与求职过程”大型社会调查(下文简称“JSNET2014”)。该调查基于全国数据抽样框,分别在长春、广州、济南、兰州、上海、天津、厦门和西安八个城市进行抽样调查。在抽样的过程中,每个城市作为单独总体,先在各城市中随机抽取足够的社区居委会,然后在每个社区居委会中抽取30个家庭户(有个别规模比较大的社区抽取了60个家庭户),最终获得了5480个样本。在这八个城市的数据中,其中有4220个家庭在近三年内有就医经历,^④在剔除了本文涉及所有变量的缺失值个案后,获得了3510个分析样本。

① 龙玉其《医疗服务体系的满意度评价》,《社会保障研究》2011年第1期。

② 斯琴、王春枝《城镇居民医疗服务消费满意度的分析》,《中国卫生统计》2009年第6期。

③ 边燕杰《关系社会学及其学科地位》,《西安交通大学学报》(社会科学版)2010年第5期。

④ 在JSNET2014调查过程中,对于近三年内没有就医经历的家庭,并未向被访者询问其对医疗满意度情况。

2. 变量选择

因变量

本文的因变量为医疗满意度。在 JSNET2014 调查中, 被访者评价了自己或家人在就医经历中对各项医疗内容的满意程度, 这些医疗内容主要包括医疗制度和政策、医疗资源和环境、医疗质量和服务、医疗费用以及总体状况。由于本文的研究目标是分析医疗满意度的影响机制, 所以选择被访者自己(或家属)在就医过程中, 对医疗各项服务的综合感知和总体评价。在实际操作过程中, 我们将被访者对医疗满意度的总体评价划分为二分类变量, 即非常满意、比较满意赋值为 1, 不满意、很不满意赋值为 0。

自变量

本文的解释变量主要包括结构因素、权力因素、市场因素以及关系网络四个方面, 各变量操作具体如下:

(1) 构结因素。我们以城市差异来评估结构因素对居民医疗满意度的影响, 这主要基于以下两点考虑: 一方面, 由于各个城市在医疗制度的采纳、医疗政策的实施以及医疗资源分布上存在着明显差异, 必然导致它们在医疗供给的质量和服務上也会存在着根本性差异。正因如此, 城市本身就构成了影响居民医疗满意度的外生结构变量。另一方面, 就城市内部而言, 各个辖区所拥有的医疗机构在质量和数量上的参差不齐, 以及居民居住的社区所面对的医疗环境上的差异, 会使得即便在同一个城市的内部, 医疗资源的分布和供给也是不均衡的。为了能够探索这种城市内部医疗资源和服务存在的差异性, 我们认为处在相同医疗区域中的居民, 由于面对大致相同的医疗制度和政策环境, 接受大致相同的医疗服务, 能够获得大致相同的医疗资源和承担同样的医疗费用标准, 因而他们对医疗状况的总体评价也会有相似的特征。

(2) 权力因素。权力因素主要包括单位权力和个人权力。前者的获得主要依附单位等级的高低, 后者的获得主要依靠所处职务的大小。因此, 单位权力主要通过单位性质, 而个人权力主要通过所在工作岗位以及是否承担职务来测量。

(3) 经济因素。主要通过家庭的年收入水平来测量经济因素对因变量的影响。市场转型理论认为, 市场机制的逐步发育和完善会提高个体的自主性能力, 这主要表现为人们收入水平和教育程度的提高。因此, 家庭收入水平对医疗满意度的影响也在一定程度上反映了医疗资源分配的市场逻辑在人们对医疗服务状况的总体感知中所发挥的作用。

(4) 使用关系。在 JSNET2014 调查中, 向被访者询问其自己和家人在求医过程中, 是否动用了关系, 若使用了关系则赋值为 1, 否则赋值为 0。

控制变量

本文的自变量除了上述四个方面以外, 还将性别、年龄、政治面貌、教育程度、体检状况、有无医保或公费医疗以及个体医疗的涉入程度等作为控制因素。其中, 医疗的涉入程度是指被访者在就医的过程中介入医疗事项的程度。在 JSNET2014 调查中, 我们向被访者询问了去医院就医时发生的主要医疗事项和就医内容, 主要包括看门诊开药、做检查和检验、住院治疗以及大病手术四类, 这四项内容所介入的医疗程度依次递增。在实际操作的过程中, 我们将这四项分别从 1 到 4 赋值, 然后将这四项分值加总, 最终得到了一个取值 0—10 的连续变量, 数值越大代表被访者对医疗的介入程度越高。表 1 报告了所有变量的描述性统计结果。

表1 各变量描述性统计 (JSNET2014, N=3510)

变量名称	均值/百分比	标准差	说明
医疗满意度	52.08	0.50	满意=1; 不满意=0
单位性质	64.39	0.49	体制内=1; 体制外=0
个人权力	24.33	0.43	有职务=1; 无职务=0
家庭收入 (单位: 万元)	9.22	11.71	最大值=500; 最小值=0
就医是否使用关系	26.47	0.44	是=1; 否=0
性别	45.78	0.46	男=1; 女=0
年龄	44.34	13.99	最大值=71; 最小值=16
政治面貌	19.86	0.40	党员=1; 非党员=0
教育年限	12.96	3.31	最大值=19; 最小值=0
有无体检 (3年内)	79.51	0.40	有=1; 无=0
有无保险/公费医疗	75.72	0.43	有=1; 无=0
医疗介入程度	4.49	3.00	最大值=10; 最小值=0
城市	百分比	城市	百分比
长春	10.94	兰州	9.49
济南	12.28	上海	13.30
西安	15.78	厦门	9.89
天津	17.38	广州	10.94

3. Logit 模型设定

由于本文的因变量是二分类变量 (满意与不满意), 因此本文使用二分类逻辑回归进行多元分析。在数据建模的过程上, 采用模型逐步嵌套的方式, 将上述四类变量逐一纳入模型之中。

首先, 在考虑控制变量的前提下, 估计结构变量对因变量影响的净效益; 其次, 在结构模型的基础之上, 将权力因素纳入模型之中, 以便在控制个体对医疗评价的结构性因素之上, 来预测权力优势对满意度的影响; 再次, 在前两个嵌套模型的基础上, 继续放入经济因素的相关变量, 来考虑医疗满意度差异的经济逻辑; 最后, 在前三个模型之上, 加入使用关系变量, 来看关系优势的结果。本文的二分类逻辑回归的模型公式为:

$$\text{logit}(p_i) = \log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \sum \beta_k x_{ki}$$

上式 p_i 代表因变量医疗总体评价为满意的概率; β_0 代表截距, 即各影响变量同时为 0 时, 因变量医疗评价为满意的平均概率; β_k 为自变量的回归系数, 表示其他变量取值相同时自变量 x_{ki} 的单位变动, 对因变量发生概率的相对变化。

4. 结果解说

“JSNETT2014 调查”从制度和政策、资源和环境、质量和服务、费用和总体状况五个维度来了解八个城市居民医疗满意的差异情况。结果如表 2。

表2 八城市不同维度的医疗满意度

城市	制度和政策	资源和环境	质量和服务	费用	总体
厦门	62.31	72.93	66.59	41.27	61.3
济南	61.02	69.65	69.57	33.33	59.84
兰州	61.59	66.27	58.94	35.01	55.74
长春	55.93	76.94	61.86	29.27	52.77
天津	50.07	66.38	60.00	26.87	50.65
上海	58.87	64.32	57.14	24.17	49.17
广州	52.29	62.83	57.76	28.07	48.57
西安	56.8	62.85	58.57	24.71	46.42

首先, 厦门在医疗满意度各个维度的排名中都处于前列, 并且在制度政策、资源环境和医疗费用等方面的满意度都高于其他城市, 西安则在多个维度上满意度较低; 其次, 虽然各个城市医疗满意度方面存在一定的结构性差异, 但并没有呈现出规律性差异。因而, 假设 1 并没有获得实证分析的支持。

表 3 呈现的是八城市居民医疗满意度 Logit 模型的拟合结果。模型 1 检验的是城市居民的医疗满意度是否存在结构优势。模型结果显示, 在不同城市之间, 居民对医疗满意度的感知存在一定的差异。模型 2 是在模型 1 的基础上增加了权力因素 (单位性质和个人权力)。单位性质变量的系数为正显著, 这说明在体制内工作的居民的医疗满意程度要高于在体制外工作的居民。由于个人权力变量的系数不显著, 这意味着个体是否拥有职务并不是影响其医疗满意程度的因素。至此, 假设 2 得到部分支持。模型 3 是在前两个模型的基础上, 进一步增加了经济因素。根据结果显示, 家庭收入越高, 居民的医疗满意程度就会越高。假设 3 得到了完全支持。模型 4 是在前三个模型的基础上增加了关系因素变量。该变量的系数为负向显著, 说明在就医过程中动用关系, 不仅不能带来医疗满意度的提高, 相反降低了医疗服务过程中的满意程度。假设 4 没有获得数据支持, 但其反向假设却成立。

表 3 城市居民医疗满意度的 Logit 模型

	模型 1 (结构优势)	模型 2 (权力优势)	模型 3 (经济优势)	模型 4 (关系优势)
城市 (参照组: 西安)				
长春	0.053	0.050	0.052	0.056!
济南	0.122***	0.120***	0.120***	0.126***
天津	0.034	0.030	0.031	0.028
兰州	0.088*	0.078*	0.080*	0.081*
上海	0.038	0.047	0.038	0.027
厦门	0.142***	0.145***	0.140***	0.135***
广州	0.037	0.040	0.029	0.026
单位性质 (体制内 = 1)		0.055**	0.054**	0.055**
个人权力 (有职务 = 1)		-0.031	-0.034	-0.030
家庭收入			0.002*	0.002*
就医使用关系 (= 1)				-0.083***
性别 (男 = 1)	-0.023	-0.020	-0.020	-0.021
年龄	-0.008 ¹	-0.009 ¹	-0.008 ¹	-0.008 ¹
年龄 ² /100	0.009 ¹	0.009 ¹	0.009 ¹	0.008
政治面貌 (党员 = 1)	0.012	0.010	0.008	0.009
教育年限	-0.010**	-0.009**	-0.010**	-0.009*
三年内有体检 (= 1)	0.081***	0.080***	0.078***	0.080***
有医保/公费医疗 (= 1)	-0.006	-0.014	-0.015	-0.014
医疗涉入程度	-0.006*	-0.006*	-0.007*	-0.003
常数项	0.719***	0.731***	0.724***	0.704***
N	3510	3510	3510	3510
pseudo R ²	0.020	0.023	0.024	0.029
BIC	5148.591	5154.813	5158.453	5150.335

说明: ! $p < 0.10$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 。

除此之外, 个体的年龄、教育程度、有无定期的体检和体疗的涉入程度也能够对个体医疗满意程度产生一定的影响。具体而言, 年龄与满意程度呈现出 U 型的关系; 教育程度越高对医疗的满意程度越低; 三年之内有定期体检的群体的医疗满意程度要高于没有定期体检的群体; 医疗涉入程度越高, 医疗满意程度越低。

四、结论与启示

第一,八城市居民就医满意度不高,总体就医满意度为52%,其中厦门最高为61.3%,西安是最低是46.4%。在医疗制度与政策、医疗资源与环境、医疗服务质量和医疗费用四个分维度上,居民的满意度也存在差异。但因为人口规模、城市级别、经济发展等不同,并未发现沿海大城市居民医疗满意度一定比内地城市高,而是沿海的中等城市满意度相对高。反而上海、广州这样的超级大都市因为本地和外来流动人口规模、竞争压力巨大等原因,居民医疗满意度相对较低。与此同时,八城市居民对医疗费用的满意度都普遍最低。在医疗满意度的综合评价中,解决“看病贵”依然是城市居民最迫切的需求。

第二,实证结果发现,无论是体制内单位和家庭的经济收入都能显著影响城市居民医疗满意度。这表明享有体制优势和具有市场能力优势的居民,依然能凭借这两大优势来满足自己的医疗期望,获得较高的医疗满意度。

第三,值得注意的是,就医过程中使用关系却显著降低了城市居民的医疗满意度。表面看,关系作为一种资源,能帮助就医者连接到期望的医疗资源和服务,不仅能节省时间、金钱的成本,还可能增加信任与获得情感的支持,理应提升居民的满意度。然而,实证结果却是反向的,这意味着居民为满足医疗需求而请托关系是被动的、甚至是无奈的选择。一方面,可能因为不通过关系就不能获得及时和便利的医疗服务,如住不上院、不能及时被手术等。另一方面,还有关系文化压迫下的行动屈从。有媒体披露,孕妇去医院待产也要请托关系、送红包,因为大家都这样,为了不让自己和大家有所区别,为了不留产生不利后果的可能性,家属只好与集体保持一致。可见,这样的关系使用是被动的、甚至是被迫的,同时,动用关系需要付出成本,因此可能增加居民的经济支出和人情负担。居民在生病要求医救助时,却不得不通过关系运作才能获得支持、满足需求,这会让居民心生不满,从而降低他们的医疗满意度。

可以说,医疗费用高昂和优质医疗资源供给和接受机会的不均等,是当前影响城市居民医疗满意度的主要根源。为此,增加优质医疗资源供给,改革医疗资源配给方式和机会的公平性,应该成为改善和提升居民就医满意度的政策方向。2016年七部门联合印发《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》,提出到2017年,家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上,重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。这实际上就是对医疗资源的供给和均衡配置所做的改革。如扩大医保支付范围,抑制药价虚高,增加医疗大数据的应用,增加医院、医生和病床数量等措施,也是对这个政策方向的具体回应。同时,不断加强医疗领域的制度建设和严格规范、消解关系的作用空间也将有助于提升居民医疗满意度。

责任编辑:王永平