

中国居民医疗服务满意度研究

——基于中国综合社会调查 (CGSS) 2015 数据的实证分析

雷咸胜*

中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】医疗服务满意度是我国医疗服务改革成效的直观表现。本文基于吉登斯的社会化结构理论,构建了评估医疗服务满意度的三维分析框架,包括个体维度、政策环境维度和医疗资源维度。利用中国综合社会调查(CGSS)2015年的调研数据,采用多项有序的 Logit 模型,分析三个维度对医疗服务满意度的影响。研究发现,农村居民对医疗服务的满意度高于城市居民;受教育程度越高,医疗服务满意度越低;社会地位越高,医疗服务满意度越高;居民认为医保政策越公平,对医疗服务满意度越高;基本医疗保险参保者比未参保者的满意度高;医疗资源越充足、分布越均衡和获取越便利,对医疗服务满意度就越高。年龄、性别、个人健康状况及是否参加商业医疗保险均未对医疗服务满意度产生统计学意义上的显著影响。因此,为了提高居民的医疗服务满意度,需要对完善多层次的医疗保障制度与加快医疗服务供给侧改革同时发力。

【关键词】医疗服务;满意度;政策环境;医疗资源

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.03.001

Study on the satisfaction of Chinese residents' medical service: an empirical analysis based on CGSS (2015) data

LEI Xian-sheng

School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Medical service satisfaction is a visual manifestation of the effectiveness of China's medical service reform. Based on Giddens' social structure theory, this paper constructs a three-dimensional analysis framework for assessing medical service satisfaction, including individual dimension, policy environment dimension, and medical resource dimension. Using the survey data of China Comprehensive Social Survey (CGSS) in 2015, a number of ordered logistics regression models are used to analyze the impact of the three dimensions on medical service satisfaction. The study found that: rural residents are more satisfied with medical services than urban residents; the higher the level of education, the lower the degree of satisfaction of residents with the medical services becomes; the higher the social status, the higher the degree of satisfaction with the medical services becomes; the more equal the health insurance policy is, the higher the degree of satisfaction with the medical services becomes, and the higher the degree of satisfaction of the enrolled residents of the basic medical insurance than nonenrolled; the more adequate the medical resources are, the more balanced the distribution becomes, and the more convenient the access is, the higher the satisfaction of the medical services becomes. Other factors such as age, gender, personal health status and enrollment in commercial medical insurances do not have a statistically significant effect on the medical service satisfaction. Therefore, in order to improve residents' satisfaction with the medical services, it is necessary to improve the multi-level medical security system and at the same time accelerate the supply-side reform of the medical services.

【Key words】 Medical services; Satisfaction; Policy environment; Medical resources

* 基金项目:国家社会科学基金青年项目(18CSH060);中国人民大学2018年度拔尖创新人才培养资助计划(201700300)
作者简介:雷咸胜(1988年—),男,博士研究生,主要研究方向为社会保障理论与实践。E-mail:leixiansheng1988@163.com

没有任何一个国家的公民对本国的医疗卫生体系是特别满意的。^[1] 中国政府为推动医药卫生体制改革,采取了诸多措施,如强化基层医疗机构的服务能力、不断完善医疗保障制度体系、加强对药品流通机制及价格形成机制的治理等。我国医改工作轮番推进,然而医疗费用的快速增长、医疗费用负担不公平、低收入人群医疗可及性下降、医疗服务水平改善幅度有限等问题^[2],却依旧是困扰新时代医药卫生体制改革的难题,影响居民对医疗服务的满意度。健康关乎亿万人民的切身利益,提高居民对医疗服务的满意度是医疗服务供给侧改革的重要目标,也是推进健康中国战略的题中之义。因此,加强对医疗服务满意度的测量及分析显得尤为重要。

1 文献回顾与述评

医疗服务满意度的研究在国外较早地受到了重视,自从 John Ware 将医疗服务的满意度分为人际交往方式、技术质量、障碍或便利、财务、功效或结果、连续性、身体环境、可及性八个方面后^[3],后续的研究逐渐丰富和扩展。而且 Fitzpatrick 也认为医疗服务满意度是一个多维的复合型概念。^[4] 国外大部分关于医疗服务满意度的研究主要围绕影响因素展开,主要分为如下两个方面:(1)从个体角度出发研究医疗服务满意度。有研究认为患者的社会地位、年龄、受教育程度等个体特征差异对医疗服务满意度产生重要影响。^[5-8] (2)从医疗服务角度出发研究医疗服务满意度。如医疗资源的配置模式、资源的可及性等对医疗服务满意度有显著影响。^[9-13]

国内也有学者对医疗服务满意度进行过研究,具有代表性的如王延中等人对农民医疗服务满意度的研究,认为农民对医疗服务的满意度还比较低^[14];而唐娟莉研究认为农民对农村医疗卫生服务满意度较高^[15]。还有杨建科等人比较不同医疗服务圈的满意度差异。^[16] 然而,当前国内很少有文献从全国层面对医疗服务满意度进行研究的;而且大多对影响因素的研究是直接选取指标进行分析,缺乏合理的逻辑框架。本文试图从全国层面对我国医疗服务满意度进行分析,并建构了由个体维度、政策环境维度和医疗资源维度组成的三维分析框架,对影响医疗服务满意度的因素进行分析,希望对提高我国居民的医疗服务满意度有所贡献。

2 逻辑框架

本文以安东尼·吉登斯(Anthony Giddens)的社

会化结构理论为基础,构建一套研究国民医疗服务满意度的逻辑分析框架。吉登斯围绕传统社会学探讨的结构和行动关系,批判了结构功能主义和解释社会学对结构与功能的偏见,认为二者是不对立的。结构是人的行动得以实现与展开的条件,人的主体行动建构了社会结构,社会系统的结构化过程正是在结构与行动的互动中被反复生产出来^[17],也就是吉登斯所说的行动与结构二重性。吉登斯将结构分为规则和资源^[18],所以行动、规则和资源构成社会化结构理论的核心概念。吉登斯认为循环往复纳入结构的社会系统包含人类行动者在具体情境中的实践活动,而且行动者在行动时也利用行动情境下的规则与资源。^[18] 对应到医疗服务满意度上,居民也是处于一定时间和空间的情境中,会受到情境中某些规则或制度的影响,如医疗保险政策等;行动者的行动体现在能动作用上,这些能动作用与行动者的个体特征紧密相关。

因此,可以将满意度解释为能动者依据所处的社会情境对所接触对象的主观反应。这里面主要涉及三个层面的因素:第一,能动者本身的特征,各个能动者是有差异的,行动者的能动作用会受到个体特征的影响,如性别、年龄、受教育程度和社会地位等,这属于个体维度。第二,能动者所处的具体情境,能动者进入某种场域,必然会受到情境中一些规则的影响,而这些规则在具体情境中主要体现为政策、文化和习俗等。就医疗服务而言,主要是指某一时期的医疗保障政策及政策的公平性,如社会医疗保险、商业医疗保险以及这些制度的公平性,这些属于政策环境维度。第三,行动者在具体情境中所接触的资源,这里主要是指医疗服务资源及所具有的特征,如医疗服务资源的充足性、可及性等,这些属于医疗资源维度。本文依据这三个维度,构建影响医疗服务满意度的三维分析框架(图1)。

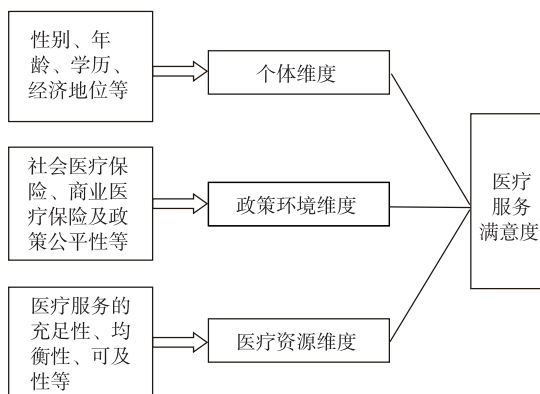


图1 医疗服务满意度的三维分析框架

3 数据来源、变量界定与模型选择

3.1 数据来源

中国综合社会调查(Chinese General Social Survey, CGSS)是我国最早的全国性、综合性、连续性学术调查项目,由中国人民大学中国调查与数据中心负责执行。该项调查数据是目前国内研究社会问题的权威数据来源。2015 年 CGSS 项目调查覆盖全国 28 个省(市、自治区)的 478 个村居,问卷采用多阶分层 PPS 随机抽样方案,最后数据库中的有效问卷为 10 968 份。

3.2 变量界定

医疗服务满意度的三维分析框架是进行实证分析的理论基础,下面依据 CGSS(2015)数据库分别对因变量和三个维度下的自变量进行介绍。

3.2.1 因变量

本研究的因变量是医疗服务的满意度,在 CGSS(2015)数据库里主要是依据受访者对“政府为患者提供的医疗服务满意度”这一问题来体现,选项包括非常不满意、不满意、一般、满意和非常满意五个等级。其中,非常满意的比例较低,只有 6.1%;满意的比例最高,占到 44.8%。

3.2.2 自变量

医疗服务满意度的三维分析框架主要包括个体维度、政策环境维度和医疗资源维度,这三个维度是本文实证研究中自变量的来源依据。首先,个人维度主要包括性别、户籍、年龄、受教育程度、身体健康

状况及个人所处的社会地位。其中,性别、户籍、年龄和受教育程度在一般研究中是作为控制变量处理的,本文将这些特征直接归到个人维度。另外,身体健康主要是个人的自评健康,这在许多研究中也是常用的,数据库中体现在:“您觉得您目前的身体健康状况是?”问题上,选项包括很不健康、不健康、一般、健康和很健康五个维度。社会地位主要通过个人的阶层地位来表现,数据库中的问题是“您认为您目前处于哪个等级上?”,选项包括 1~10 个等级,1 代表低层级,10 代表高层级。

其次,政策环境维度包括医保政策及政策的公平性。医保政策主要包括两个,社会医疗保险和商业医疗保险,数据库中均有关于是否参保的问题,选项包括参加了和没有参加。关于政策是否公平,数据库中并没有直接的问题,本文选取其中“您认为当今社会公不公平?”这一问题来替代,选项包括完全不公平、比较不公平、说不上公平或不公平、比较公平和完全公平五项。因为对该问题的回答也包括对医保政策公平性的态度,本文认为这种替代是合理的。

第三,医疗资源维度主要包括医疗资源的充足性和便利性等。数据库中并没有直接关于医疗服务资源的问题,但可以通过有关公共服务布局的问题来体现,主要包括公共服务资源的充足程度、分布的均衡程度和便利程度三个问题,本文认为医疗服务也属于公共服务,对公共服务的这些满意度可以体现对医疗服务的满意度。具体的变量界定和统计见表 1。

表 1 各变量的描述性统计及界定

变量名称	变量界定	极小值	极大值	均值	标准差
性别	0 = 女;1 = 男	0	1	0.47	0.499
户籍	0 = 农村;1 = 城市	0	1	0.59	0.492
年龄	1 = 0~;2 = 31~;3 = 51~;4 = 71~	1	4	2.52	0.902
受教育程度	1 = 没有受过任何教育;2 = 私塾、扫盲班;3 = 小学;4 = 初中;5 = 职业高中;6 = 普通高中;7 = 中专;8 = 技校;9 = 大学专科(成人高等教育);10 = 大学专科(正规高等教育);11 = 大学本科(成人高等教育);12 = 大学本科(正规高等教育);13 = 研究生及以上	1	13	4.87	3.113
健康状况	1 = 很不健康;2 = 不健康;3 = 一般;4 = 健康;5 = 很健康	1	5	3.61	1.075
社会地位	分为 10 个层次,1 到 10 层级不断提高	1	10	4.32	1.638
社会公平	1 = 完全不公平;2 = 比较不公平;3 = 说不上公平或不公平;4 = 比较公平;5 = 完全公平	1	5	3.20	1.005
是否参加医保	0 = 没有参加;1 = 参加了	0	1	0.91	0.283
是否参加商保	0 = 没有参加;1 = 参加了	0	1	0.09	0.284
服务的充足程度	1 = 非常不满意;2 = 不满意;3 = 一般;4 = 满意;5 = 非常满意	1	5	3.15	0.912
服务的均衡程度	1 = 非常不满意;2 = 不满意;3 = 一般;4 = 满意;5 = 非常满意	1	5	2.97	0.935
获取服务的便利程度	1 = 非常不满意;2 = 不满意;3 = 一般;4 = 满意;5 = 非常满意	1	5	3.15	0.945
医疗服务满意度	1 = 非常不满意;2 = 不满意;3 = 一般;4 = 满意;5 = 非常满意	1	5	3.36	0.910

3.3 模型的选择

由于医疗服务满意度分为不同等级,而且是有顺序的,因此适合选择标准的多项有序 Logit 回归进行分析,一般情况下,有序的 Logit 回归模型如下式所示:

$$P(y = j | x_i) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta x_i)}} \quad (1)$$

上式中的 x_i 表示第 i 个指标变量, y 被赋予 1、2、3、4、5 五个程度值,是实际的观测值,表示对医疗服务不同满意程度的概率。同时,我们需要引入一个潜在的变量 y^* 作为无法直接观测的值,而且 y^* 需要满足下式的要求,其中 X 为解释变量, B 为待估参量, ξ_i 为模型的截距。

$$y^* = BX + \xi_i \quad (2)$$

当我们获取了 B 和 ξ_i 后,我们就算出 y 的各个取值的概率,表达式如下:

$$P(y \leq j | X) = \frac{e^{-(\alpha + \beta x_i)}}{1 + e^{-(\alpha + \beta x_i)}} \quad (3)$$

4 结果

4.1 回归结果

将三个维度分别带入模型,模型一是个体维度对满意度的影响结果,模型二是政策环境维度对满意度的影响结果,模型三是资源维度对满意度的影响结果。而模型四则表示三个维度共同影响满意度的结果(表 2)。

表 2 医疗服务满意度的回归结果

自变量	模型一	模型二	模型三	模型四
性别	-0.038 (0.037)		-0.038 (0.038)	
户籍	-0.580 *** (0.041)		-0.558 *** (0.043)	
年龄	0.076 ** (0.023)		-0.014 (0.025)	
受教育程度	-0.064 *** (0.007)		-0.064 *** (0.007)	
身体健康	0.054 ** (0.019)		0.038 (0.020)	
社会地位	0.107 *** (0.012)		0.048 *** (0.012)	
政策公平		0.383 *** (0.019)		0.237 *** (0.020)
参加医保		0.379 *** (0.064)		0.319 *** (0.067)

(续)

自变量	模型一	模型二	模型三	模型四
参加商保		-0.294 *** (0.063)		-0.023 (0.067)
资源充足			0.294 *** (0.030)	0.293 *** (0.031)
资源均衡			0.267 *** (0.030)	0.215 *** (0.030)
资源便利			0.243 *** (0.028)	0.229 *** (0.029)
Number of obs	10 717	10 551	10 343	9 997
LR chi2	564.40	491.60	1 145.14	1 718.36
Prob > chi2	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0
Pseudo R2	0.020 6	0.018 3	0.043 3	0.067 4

注:括号内的为标准误;* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

4.2 结果分析

模型一是个体维度对医疗服务满意度影响的结果,结果显示性别未产生统计学意义上的显著影响,而年龄和身体健康状况均在 0.01 水平上对满意度有显著影响。而户籍、受教育程度和社会地位都在 0.001 水平上显著影响满意度,户籍的影响系数为负数,说明农村居民对医疗服务的满意度高于城市居民;同等情况下,农村居民对医疗服务的满意度比城市居民高 58%。受教育程度的影响系数为负数,说明受教育程度越高,对医疗服务的满意度越低;受教育程度每提高一个层级,对医疗服务的满意度就会降低 6.4%。社会地位的影响系数为正数,说明社会地位越高,对医疗服务的满意度越高;社会地位每提高一个层级,对医疗服务的满意度就会增加 10.7%。

模型二是政策环境对医疗服务满意度影响的结果,数据显示,三个因素都在 0.001 水平上影响显著。政策公平和参加医保与医疗服务满意度呈正相关,也就是说居民认为政策越公平,对医疗服务的满意度就越高;居民认为政策的公平每提高一个层级,医疗服务满意度就会增加 38%。参加基本医疗保险可以显著提高居民的满意度,同等情况下,参加基本医疗保险者比不参加医保者的满意度要高 37.9%。而参加商业医疗保险则与满意度呈负相关,即参加商业性医疗保险会降低居民对医疗服务的满意度,同等情况下,参加商保者比未参加者的满意度低 29.4%。

模型三是资源维度对医疗服务满意度的影响结果,依据结果可知,医疗资源的充足、均衡和便利均

与医疗服务满意度在 0.001 水平显著相关,而且医疗资源越充足、越均衡和越便利,居民对医疗服务的满意度就越高;医疗资源的充足、均衡与便利每提高一个层级,居民对医疗服务的满意度就会分别增加 29.4%、26.7% 和 24.3%。

模型四是三个维度共同影响满意度的结果,结果显示,个人维度中的户籍、受教育程度和社会地位产生统计学意义上的显著影响,这与模型一的结果基本一致。政策环境维度中的政策公平和参加医保也存在统计学意义上的显著影响,与模型二的结果一致;而是否参加商保却未通过显著性检验。资源维度的资源充足、均衡和便利都在 0.001 水平上有显著影响,结果与模型三基本一致。因此,模型四的结果除了是否参加商保与前面的结果不一致外,其余的都与前三个模型的结论基本一致,不同的地方仅仅是影响系数略有差异。

5 讨论

5.1 个体维度

个体维度中,户籍、受教育程度和社会地位对医疗服务有显著影响。首先,农村居民的医疗服务满意度要高于城市居民。理论上讲,城市居民在医疗资源利用上较农村居民有优势,但是满意度却呈现了城乡倒挂的结果。本文认为正是由于城市地区的医疗资源优于农村地区,导致了大量患者涌向城市就医,加剧了城市地区医疗服务利用的拥挤程度,所以降低了城市居民的满意度。另外,从对医疗服务的报销层面上看,由于居民大病保险的覆盖面不断扩大,报销水平不断提高,农村居民就医负担得以减轻,从而增强了农村居民的满意度。

其次,学历水平越高对医疗服务的满意度越低,有可能是与自身的期望有关^[19],学历高者对医疗服务的期望较高,而现有医疗服务存在的不足降低了他们的满意度。再者,个人的社会地位越高对医疗服务的满意度越高,可能的解释是个人的社会地位越高,其可以接触到优质医疗服务的机会越大,进而提高了满意度。最后需要说明的是,年龄对满意度的影响没有通过检验,而王延中和唐娟莉的研究都发现年龄越大对医疗服务的满意度越高^[14-15],本文认为这可能是因为研究对象范围不同而导致的差异。

5.2 政策环境维度

政策环境维度中的是否参加社会性医疗保险和认为政策的公平程度通过了检验。首先,参加社会性的医疗保险可以显著提高居民对医疗服务的满意度,主要是因为我国基本医疗保险的报销水平不断提高,在一定程度上减轻了患者的负担。

其次,认为政策越公平,其满意度就越高。我国的医疗保险制度从职工扩展到居民,呈现了碎片化的医保制度格局,主要分为城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗(后者当前在不断整合)。由于当前主流的声音是把不同医保制度之间的差距视为不公平宣传,也一直在致力于缩小所谓的公平差距。近几年,随着居民医保制度的完善和居民大病保险的开展,降低了职工与居民之间的差距,制度间的公平性不断提高,增强了居民的满意度。另外,商业医疗保险属于多层次医疗保障体系的一部分,但是我国商业医疗保险发展一直较为缓慢,虽然国家多次出台政策鼓励商业医疗保险的发展,但实践中的发展情况不尽如人意。

5.3 医疗资源维度

医疗资源维度中的医疗服务充足程度、均衡程度和便利程度最后都通过了显著性检验,说明医疗资源的配置对医疗服务满意度有着重要的影响。我国的医疗服务从改革开放以来获得较快发展,但是存在的问题也比较突出,主要体现在医疗服务的总量不足与分布失衡并存的状况。

第一,在医疗资源的充足程度上,医疗资源越充足,医疗服务的满意度就越高。一方面,随着经济发展和人民生活水平的日益提高,医疗保险制度不断完善,增强了患者的就医能力,居民的医疗服务需求量增多了;另一方面,随着疾病谱的变化,导致患者的需求发生变化,要求医疗服务要具有多样性。因此,医疗服务越充足,居民的满意度就会越高。

但是,目前我国医疗服务资源总体上是不充足的,尤其是优质的医疗服务是短缺的。如表 3 所示,2016 年我国每千人口卫生技术人员数只有 6.1 人,而在农村地区则更加短缺。同时,我国卫生人员的总体学历水平是偏低的,学历水平可以反映医学技术水平的高低,如 2015 年我国卫生人员以大专学历为主,占 39.3%,而研究生及以上学历的卫生人员只占 5%。

表3 2016年我国每千人口卫生技术人员数/人^①

地区	卫生技术人员			执业(助理)医师			其中:执业医师			注册护士		
	城市	农村	合计	城市	农村	合计	城市	农村	合计	城市	农村	合计
总计	10.4	4.1	6.1	3.8	1.6	2.3	3.5	1.2	1.9	4.7	1.5	2.5
东部	11.1	4.4	6.5	4.1	1.8	2.5	3.9	1.3	2.1	5.0	1.6	2.7
中部	8.2	4.2	5.7	2.9	1.7	2.2	2.7	1.2	1.8	3.9	1.5	2.4
西部	12.3	3.7	6.1	4.3	1.3	2.1	4.0	1.0	1.8	5.6	1.4	2.5

第二,医疗资源分布的越均衡,居民的满意度越高。如果医疗资源分布的不均衡,一方面容易形成医疗资源的垄断,当前“看病难、看病贵”的一个重要原因就是医疗资源过于集中;另一方面不均衡导致的地区差异过大,会引起社会的不满,不利于社会稳定。而我国当前的医疗资源配置在很大程度上是不均衡的,从表4的数据可以看出,2012—2016年,在每千人口卫生技术人员的拥有量和每千人口医疗机构床位数的占有量上,城市地区均大于农村地区。而且,医疗机构在分布上存在区域间不均衡和区域内不均衡的现象。全国范围内,优质的二、三级医疗机构主要分布在经济发达地区;同一个地区内,大的医疗机构主要分布在城市。

第三,医疗服务获取的越便利,医疗服务的满意度越高。医疗服务获取的越便利,其需要付出的成

本就越低,而且有利于及时医治,尤其是现在一些突发病,对获取服务的时间有着较高的要求,一旦错过了最佳的治疗时间,将会付出巨大的成本,甚至有生命危险。随着我国医疗事业的发展,医疗服务的便利性得到很大进步,但也存在区域性的不便利现象。如表5所示,城市和农村地区到最近医疗点的距离和所需要的时间对比,可以发现城市地区的便利性比农村地区强,而且东部的医疗服务便利性比中西部好。

表4 2012—2016年城市和农村部分医疗资源配置对比

年份		2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
每千人口卫生技术人员/人	城市	8.54	9.18	9.7	10.21	10.4
	农村	3.41	3.64	3.77	3.9	4.1
每千人口医疗机构床位数/床	城市	6.88	7.36	7.84	8.27	8.41
	农村	3.11	3.35	3.54	3.71	3.91

表5 城市和农村到最近医疗点距离和所需时间的对比/%

		城市				农村			
		东	中	西	合计	东	中	西	合计
到最近医疗点距离/公里	<1	72.1	74.6	66.3	71	63.2	60	47	56.7
	1	15.2	13.4	16.8	15.1	18.4	18	18.6	18.3
	2	8.4	5.7	9.2	7.7	10.3	11.8	12.8	11.6
	3	2.7	3.2	3.5	3.1	3.8	4.4	7.8	5.3
	4	0.7	1.4	1.6	1.3	1.9	2.3	4.9	3
	≥5	0.9	1.7	2.7	1.8	2.5	3.4	9	5
到最近医疗点所需时间/分钟	≤15	93	88.8	81.6	87.8	90.4	81.1	69.1	80.2
	16~20	4.8	7	8.9	6.9	6.1	9.2	11.5	8.9
	>20	2.2	4.2	9.5	5.3	3.5	9.7	19.4	10.9

6 结论与建议

本文通过构建影响医疗服务满意度的三维分析框架,从个体维度、政策环境维度和资源维度进行分析,利用多项有序 Logit 模型得出如下结论:农村居民对医疗服务的满意度高于城市居民;受教育程度越高,居民对医疗服务的满意度越低;社会地位越高,对医疗服务越满意;居民认为医保政策越公平,医疗服务的满意度越高;基本医疗保险的参保者比未参保者

的满意度要高;医疗资源越充足、分布的越均衡和获取的越便利,医疗服务的满意度就越高。其他的如年龄、性别、个人健康状况及是否参加商业性医保均未对医疗服务满意产生统计学意义上的显著影响。

为了改善医疗服务供给的质量和空间布局,增强居民对医疗服务的满意度,本文提出如下政策建议:

第一,加快医疗保险制度的整合步伐,增强制度的公平性。以往碎片化的医保制度导致群体间的差

① 数据来源于《中国卫生统计年鉴》,后文未说明来源的数据均来自于此。

异较大,应该加快基本医疗保险制度的整合。随着国家医疗保障局的成立,涉及医疗保险的制度将由一个部门进行管理,这就克服了以往不同部门管理医保的混乱局面。国家机构改革为医疗保险制度的整合提供了契机,可以加快医保整合的步伐,未来将形成全民统一的医保体系,制度间的差异将逐渐缩小。同时需要注意参保的公平性和待遇的平等性问题。

第二,完善多层次医疗保障体系,发挥制度的合力。基本医疗保险提高了居民对医疗服务的满意度,但是商业医疗保险却没有发挥作用。商业健康保险可以将目标群体更多地定位在经济收入中高端的人群,大力开发与个人健康管理、养老、护理、意外事故等相结合的组合产品。完善多层次的医疗保障体系,形成制度合力。

第三,加快医疗服务资源的合理配置,尽快落实分级诊疗。医疗服务满意度的显著影响因素是医疗资源维度,提高满意度的核心是要实现医疗服务资源的合理配置。因此,需要加快公立医院的改革步伐,打破公立医院的行政垄断地位,放开准入管制,对公立和非公立医疗机构一视同仁,让供方充分竞争,为患者提供更多的选择权。取消“定编定岗定工资标准”的人事薪酬制度,赋予医院用人和收入分配自主权,建立“能上能下,能进能出”和“多劳多得、优绩优酬”的人事薪酬制度。以医疗服务供给侧的改革,推动分级诊疗的实现。

第四,增加对农村地区及基层的财政投入,增强农村地区及基层的医疗机构力量。基层医疗服务能力较弱,尤其在农村地区,现有的服务水平难以满足居民的需要。政府需要调整现有的财政投入比例,让更多的资金流入医疗服务能力较差的区域,这样既可以增强落后地区的医疗服务能力,也可以缓解城市大医院的就医紧张局面。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] Cutler D M. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform [J]. *Journal of Economic Literature*, 2002, 40(3): 881-906.

[2] 顾昕. 全球性医疗体制改革的大趋势[J]. *中国社会科学*, 2005(6): 121-128.

[3] Jr W J, Snyder M K, Wright W R, et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care [J]. *Evalu-*

ation & Program Planning, 1983, 6(3-4): 247-263.

[4] Fitzpatrick R. Satisfaction with Health Care [J]. *The Experience of Illness*, 1983;154-175.

[5] Korsch B M, Gozzi E K, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction [J]. *Pediatrics*, 1968, 42(5): 855-871.

[6] Hall J A, Dornan M C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis[J]. *Social Science & Medicine*, 1990, 30(7): 811-818.

[7] Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices [J]. *British Journal of General Practice the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1994, 44(382): 215-219.

[8] Schutz S M, Lee J G, Schmitt C M, et al. Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy [J]. *American Journal of Gastroenterology*, 1994, 89(9): 1476-1479.

[9] Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? [J]. *Social Science & Medicine*, 1994, 38(4): 509-516.

[10] Sitiza J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts[J]. *Social Science & Medicine*, 1997, 45(12): 1829-1843.

[11] Henderson C, Phelan M, Loftus L, et al. Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services [J]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99(3): 188-195.

[12] Kroneman M W, Maarse H, Van d Z J. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study [J]. *Health Policy*, 2006, 76(1): 72-79.

[13] Grytten J, Carlsen F, Skau I. Services production and patient satisfaction in primary care[J]. *Health Policy*, 2009, 89(3): 312-321.

[14] 王延中, 江翠萍. 农村居民医疗服务满意度影响因素分析[J]. *中国农村经济*, 2010(8): 80-87.

[15] 唐娟莉. 农民对农村医疗卫生服务满意度及其影响因素——基于 375 户农民的问卷调查数据[J]. *湖南农业大学学报(社会科学版)*, 2016, 17(6): 42-48.

[16] 杨建科, 王建. “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[J]. *社会科学战线*, 2017(5): 207-216.

[17] 贺建军. 社会企业与农村社区化——以吉登斯的结构化理论为视角[J]. *人文杂志*, 2016(7): 114-121.

[18] 安东尼·吉登斯. 社会的构成——结构化理论纲要[M]. 李康, 李猛, 译. 北京: 中国人民大学出版社, 2016.

[19] Kravitz R L, Callahan E J, Paterniti D, et al. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care [J]. *Annals of Internal Medicine*, 1996, 125(9): 730-737.

[收稿日期:2018-10-26 修回日期:2019-02-01]

(编辑 赵晓娟)