

基于回应性的健康服务供给体系改革探讨

李浩淼^{1,3,4*} 陈迎春^{1,2} 张 研^{1,2} 高红霞^{1,2}

1. 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 湖北武汉 430030
2. 湖北省人文社科重点研究基地农村健康服务研究中心 湖北武汉 430030
3. 武汉大学人民医院 湖北武汉 430060
4. 武汉大学模式动物研究所 湖北武汉 430071

【摘要】我国当前的健康服务供给体系存在服务利用不适宜、供给效率不高的问题,主要表现在居民就诊趋高、医疗服务利用过度与不足并存、供方服务动力不足等,其桎梏在于当前健康服务供给改革中回应性考量不足。健康服务供给的回应性包括政策对居民的回应性、政策对服务提供方的回应性以及提供方对居民的回应性。政府在制定政策与医疗机构提供服务时,对居民实际需求以及服务利用失衡的形成机理考虑不足、政府政策制定时没有充分把握服务提供方的发展需求、提供方服务方式不符合当前居民非医疗方面的需求水平等。基于服务接触理论,明确政策到行为转变的具体路径,提出政策制定时需要靶向精准,把握居民需求;动态调整,满足供方发展需求;供方需要关注居民多元需求,优化服务体验。

【关键词】健康服务; 回应性; 服务接触理论; 质量

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.01.005

Discussion on the reform of health service supply system based on responsiveness

LI Hao-miao^{1,3,4}, CHEN Ying-chun^{1,2}, ZHANG Yan^{1,2}, GAO Hong-xia^{1,2}

1. School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan Hubei 430030, China
2. Rural Health Service Research Center, Key Research Base of Humanities and Social Sciences, Hubei Province, Wuhan Hubei 430030, China
3. Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan Hubei 430060, China
4. Institute of Model Animals of Wuhan University, Wuhan Hubei 430071, China

【Abstract】 Under the current healthcare service supply system, the utilization of health resources and health service provision is inappropriate, and the service quality is poor. The phenomenon of patients seeking for medical services in tertiary hospitals is prominent, characterized by inappropriate admissions and inadequate service provision. This is due to the fact that in the health service supply process, the responsiveness is doubtful. Most key factors indicating the weakness in responsiveness include the insufficient consideration of the actual needs of patients and the formation mechanism featured by unbalanced service utilization when the government formulates policies and medical institutions provide services, the government lack consideration of the actual needs of the region and residents, and the service providers' dissatisfaction in terms of development needs. Besides, the providers' service mode does not meet the current level of residents' medical and non-medical needs. The responsiveness of health service supply system is characterized by the response of the policy to the residents and to the service providers, and the response of the providers to the residents, which is divided in three classes of responsiveness, namely, policy to residents, policy to service providers, and service providers to residents. Based on the Service Contact Theory, the improvement strate-

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71974064);中央高校基本科研业务费专项资金资助(2018KFYXJJ064)
 作者简介:李浩淼(1992年—),男,博士,主要研究方向为社会医学与卫生事业管理。E-mail:lihaomiao@whu.edu.cn
 通讯作者:张研。E-mail:zhangyan1604@163.com

gies of the three types of responsiveness were analyzed. Based on the responsiveness and its features, it is suggested to optimize the health service supply system reform through high precision in targeting the policy formulation needs so as to meet the residents' needs, making dynamic adjustments to meet the suppliers' development needs and the suppliers need to pay attention to different needs of residents and optimize service experience.

【Key words】 Health service; Responsiveness; Service contact theory; Quality

2009年新医改以来我国健康服务体系改革取得了长足进步,同时也步入了深水区,多项改革如公立医院改革、县域服务供给体系建设进展缓慢。医改既面临宏观的政策体系问题,亦面临中微观的机构行为、医患行为问题。从政治经济学的角度来看,中国的医改以宏观的体制改革为主,对于个体行为的关注有限,从政策角度讲,则是现有政策没有对目标群体的价值取向进行有效的把控与“回应”。强调政府对民众的回应性是新公共管理的基本主张,提升政府回应性是提升现代治理体系和治理能力的有效手段,也是医疗卫生服务体系治理的重要策略。在健康中国建设的大环境下,政策价值导向有了更广泛的界定,成为集供方发展、需方健康、社会价值为一体的综合性指标,在这一价值实现过程中,提升健康服务供给过程中的回应性显得尤为重要,也是加快健康服务供给体系改革的关键所在。本研究从回应性角度探讨当前健康服务供给改革中的问题,明确问题与回应性之间的关系,以需求为导向,以服务接触理论为基础,就如何基于回应性优化健康服务供给体系改革提供建议。

1 当前健康服务供给体系改革的困境

服务供给是指服务机构/人员将适当的服务提供给有需求的人群,包含供给量与供给质量两个核心问题。供给量是否充足,其核心在于是否能满足需求量,而供给质量,既包含服务直接的成效,也包含对服务客体的影响。^[1]当前健康服务供给过程中,服务量不足与服务过量现象并存,服务质量未能完全满足居民实际需求,供需矛盾突出,居民健康水平改善有限。

1.1 居民健康服务利用不当

当前我国居民健康服务存在明显的服务利用过度与不足,利用过度的典型表现是患者趋高就诊与住院服务过度利用,医保覆盖广度和深度的提高,以及健康扶贫政策的持续推进,居民因经济负担导致的服务利用不足现象明显减少,更多体现为居民健

康服务利用主动性不高。基层医疗卫生机构诊疗人次占比由2011年的60.8%下降至2017年的54.2%、入院人数占比由24.7%下降至18.2%。趋高就诊导致就医秩序混乱、医疗资源的浪费以及基层医疗的萎缩,降低卫生服务体系的整体运行效率。^[2-4]国家推行分级诊疗制度以促进患者合理流动,各部门也配合采取了多种举措,如拉开不同层级机构间的医保补偿比例、制定分级诊疗病种并对跨级诊疗不予报销;成立医联体/县域医疗服务共同体,增强县域医疗机构服务能力,加强对基层医疗机构的帮扶;推行签约服务,由家庭医生团队引导居民合理选择医疗机构,并提供绿色通道等。^[5-7]这些政策措施取得了一定成效,但仍未扭转居民整体趋高的就诊流向,且居民对于基层医疗机构的能力认可度较低。^[8-9]其桎梏在于政策与医疗机构对患者的个体决策考虑不充分,患者在选择机构就诊时,受到自身特征(经济水平、疾病特征等)、家庭因素、社会因素等多方面的影响^[10-12],患者不再是被动接受有限的服务,而是结合风险判断在县乡中做二次选择,同时对服务环境、方便性等非技术服务要求也日益提升^[13-14],而政策与医疗机构在此方面的重视程度不够,表现在乡镇卫生院的医生仍是以高姿态“等待”患者来,或者是“判决”居民的健康需求,而忽视了患者情感需求的提升,或者是仍从降低费用的视角来吸引患者,而未充分认识到疾病延误风险对居民就诊选择的影响,表现为儿科、分娩量在基层的持续下滑。

不合理入院是当前医疗服务过度利用的突出问题,是指可以门诊治疗或不需要治疗的患者接受了住院治疗,是在医保补偿水平逐步提升过程中,由供方逐利心理、患方经济损失敏感性降低等因素共同产生的道德风险行为。不合理入院造成医疗资源的浪费,降低了医保基金的使用效能,同时也增加患者的经济负担。^[15]为控制医疗服务过度利用,各地推行门诊统筹、中医适宜技术门诊按病种付费、日间手术,加大不合理入院行为的惩处力度等措施。但我

国不合理入院率仍然保持在较高水平,2015 年中部五个县区县级医院不合理入院率为 15.2%,乡镇不合理入院率达到 26.5%。^[16-17] 主要原因有以下两个方面:(1)政策对不合理入院的形成机理考虑不足,医生是医患交流与治疗方案选择中重要的决策主体^[18-19],相较于住院服务,门诊服务的经济激励偏弱,如果没有通过其他途径(如薪酬、奖励)强化,医生倾向于提供住院服务;(2)对于患者来讲,就诊费用是其服务利用重要的影响因素之一,门诊补偿一般有单次限额与年封顶线,相较于住院统筹吸引力不足;患者的经济水平提升,对于住院自付费用所造成的损失敏感性下降,同时越来越多的患者会考虑就医距离、就诊的舒适程度等因素,综合权衡下倾向于选择住院服务。^[16-17, 20]

尽管居民健康意识在提升,健康需求层次在提高,但服务利用不足的现象仍然存在。一方面,居民对于部分健康服务的重要性没有充足的认识,如 2019 年三城市老年人免费健康体检利用率仅为 46.7%^[21];甘肃省 5 县(区)1 688 名居民公共卫生服务知晓率仅为 57.23%^[22]。另一方面,供方提供健康服务没有落到实处,服务满意度不高导致居民服务利用动机被削弱^[23],河北省农村居民公共卫生服务满意度仅为 53.7%^[24]。居民健康服务利用主动性不高的现象背后,是供方对居民健康意识引导和激发不足、供方健康服务质量不高的问题。

1.2 健康服务供给质量不高

健康服务质量,从供方角度可定义为“健康服务部门及其机构,利用一定的卫生资源向居民提供健康服务,以满足居民明确和隐含需要的综合能力”;^[25]从需方角度可定义为居民实际获得的健康服务满足期望的程度。^[26-27] 服务质量不高,主要受限于医疗机构服务能力与动力不足,以及服务方式不尽合理。

服务能力不足在三级医疗机构都有体现,甚至出现了乡村两级医疗机构医疗能力萎缩现象。近年来国家投入大量财力于卫生体系建设,包括基础设施建设、设备购置、人员引进等,但供方服务能力的改善有限,有以下三方面的原因:(1)投入失衡:不同层级机构以及不同经济水平地区投入力度差异大,导致不同机构间的服务能力差异巨大,弱势地区能力差;(2)资源配置对地区实际的考虑不充分:政府在配置资源时由于没有针对地区实际需求对所需财力、器械、人员等因素进行准确把控,如对缺乏人力

的机构进行硬件改善、投入的健康一体机缺乏与现有系统的对接等,导致机构能力改善不明显;(3)对医务人员的非技术服务能力重视不足,如从国家和地方层面都没有重视乡村医生的社会人属性,很多乡村医生也是村民,具有极强的人际连续优势,人际连续对于居民的健康管理与服务利用引导的作用不言而喻^[28],但在服务模式制定中政府并没有凸显村医的人际连续管理。

服务动力不足,体现在医务人员的流失、工作形式化以及推诿患者等,原因在于医疗机构和医务人员的发展需求没有满足。政学各方反复讨论机构存在的既有问题,却鲜有从医务人员个体的角度考虑其发展需求,对于机构剩余价值拥有、分配权的限制,导致医疗机构很难根据自身的能力寻求发展;人员的激励制度没有配套执行,薪酬不能体现多劳多得,影响医务人员积极性;明确了各级机构的疾病治疗范围,但没有为职能发挥提供充足的法律保障,如执业风险保障;还存在机构职能界定不合理的问题,许多医生承担着与其职称、资质不匹配的任务,如乡村医生养老保障缺失、缺乏发展空间等。

供方服务方式不尽合理,无法真正获得居民的满意与认可。基本公共卫生服务推行多年,居民的健康管理意识增强,例如参加体检,主动测血压、血糖等,但整体满意度仍然不高。^[29-30] 一方面是因为服务缺乏连续性,居民做了体检、测了血压血糖,但缺乏后续的管理与指导,导致健康管理依从性较差。另一方面,居民在健康服务利用中,需要健康水平的提升、服务及时,也需要尊重、认可、关怀等情感需求的满足,但现实各方对居民的非医疗需求考虑不充分,表现为签约服务以服务为视角,仍是以割裂的服务为单元,而非以居民的个体的健康为单元,高签约政策下服务内容知晓率的普遍偏低^[31-32],履约过程未能把握居民的各类需求。

从以上分析发现,无论是居民的服务利用还是提供方的服务质量,都反应了当前健康服务供给过程中,普遍存在政策与提供方对需方实际需求考虑不足,政策对供方发展需求满足程度不高的问题,即政策的“回应性”较低。

2 健康服务供给中的回应性问题

2.1 “回应性”概念界定

所谓“回应性”(responsiveness),是指政治体系做出的公共政策反映社会的需求及社会对政府机构

的期望程度^[33],表现为政府对公民与社会的需求是否能迅速且有效回应,是否具有良好的以公共需求为导向的公共服务能力,是政府实现目标的重要传导机制之一。^[34]政府对公众需求的及时反应,是当前我国服务型政府的典型特征,是我国社会主义市场经济日趋成熟的核心体现。^[35-36]就卫生政策而言,其回应性亦是政府对公众健康需求和社会价值需求的满足程度,公众健康需求是身体、心理、社会健康需求的集合,社会价值需求是社会公平、效率的综合体现。政府与居民之间有直接关系,如通过医保补偿政策影响患者就医负担,但多数政策需要通过供方(机构、人员)作用于居民。尽管卫生政策是以改善居民健康水平为最终目标,但供方可能是多数政策的终端,如促进医疗机构发展、提升医务人员待遇等。因此,在健康服务供给过程中有三类回应性需要关注(图1)。

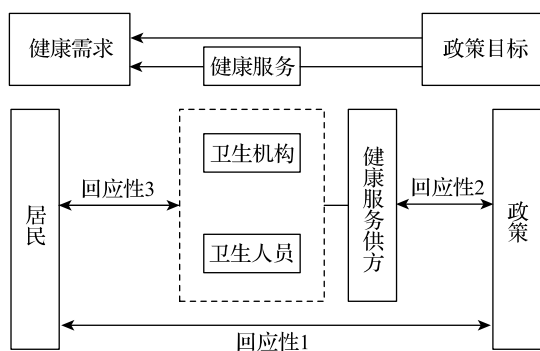


图1 健康政策在健康服务供给体系中的传导

回应性一:卫生政策对居民的回应性,即政府在制定卫生政策过程中对居民实际健康需求考虑的充分性、合理性以及满足程度。在健康中国目标下,卫生政策的目标首要指向于居民健康需求,这也是回应性的核心价值。居民实际健康需求,受到居民个体特征、决策偏好、经济水平、社会关系以及地区地理特征、社会风气等诸多因素影响。

回应性二:卫生政策对健康服务提供方的回应性,即政策对于供方发展需求的满足程度。居民健康需求是卫生政策的直接价值导向,但健康服务提供的直接主体,健康服务供方与居民有更多直接接触,是影响卫生政策执行效果的重要载体。同时,完善健康服务体系本身也是政策的目标之一。因此,如何促使服务供方改善服务,也是政策制定和执行着重解决的问题。政策需要全面满足健康服务提供方,包括机构和人员的经济、法律、能力以及社会

发展需求,为供方服务提供充分保障。

回应性三:健康服务供方对居民的回应性,即供方在实际提供健康服务过程中对居民需求的满足程度。在政策为健康服务提供方提供充足动力的情况下,供方同样需要从需方实际情况、自身发展水平等多个角度出发,提升服务供给方式的合理性,提升居民获得感。

2.2 健康服务供给回应性的原则

国内外在对政策回应性内涵进行界定时强调:把握需求,即把握行政举措的目标不偏移社会价值轨道;政府准确感知、把控公众需求是什么;政府的反应需要具有高度时效性;政府在及时感知需求以后,需要付诸行动,包括调解、改革、纠正等^[37]。同时,健康中国建设强调共建共享,需要政府、服务供方与需方的共同参与。基于此,健康服务供给回应性的原则可以确定为需求导向、敏感性、及时性、行动性与共建性5个准则。第一,需求导向。是回应性的最核心特征,健康服务供给中的回应性是居民健康需求、供方发展需求相协调的过程,也是社会需求、群体需求与个体合理需求相统一的过程;第二,敏感性。卫生政策在制定和执行过程中,需要敏感地把握居民健康需求层次与供方发展需求层次的转变;健康服务供方也需要敏锐察觉到居民需求的转变,寻找服务提供最适宜的方式;第三,及时性,政策与健康服务供方都要准确把握居民最迫切的健康需求,并随着居民需求的变化做出及时的政策与服务方式调整;第四,行动性。行动性除了体现在政策的调整、服务方式的优化,也体现在转变居民获取健康服务的切身感受,提升其服务感知水平与满意度;第五,共建性。健康价值的实现过程中,居民自身是可以参与的,且居民的主动参与可以事半功倍地创造更多的健康价值。因此,在满足居民健康需求的同时,也可以通过激发居民维护自身健康的主动性,主动去适应、配合卫生机构的服务与卫生政策。

2.3 基于服务接触理论的健康服务供给回应性提升框架

健康服务中回应性的不足,降低了健康服务质量,影响健康服务供给效能。在健康服务供给过程中,政策既可以直接作用于居民,也可以通过健康服务机构与医务人员间接作用于居民,尤其是医生与患者直接接触,服务机构和医务人员既是政策传导至居民的主要载体,亦是服务供给的直接主体。借

用服务接触理论,建立健康服务供给的回应性优化框架,有助于发现健康服务供给体系改革的优化策略。服务接触理论认为,顾客、员工和服务组织共同构成服务接触,三者必须协同合作,才能创造最大利益。^[38]本研究对原有的服务接触理论模型进行了改进,增加了居民与政策之间的交互行为,如图 2。针对健康服务供给中的服务接触,需要重点把握几个要义。

(1)服务接触区域。第一,健康服务人员与居民是服务接触区域的构成主体,他们之间的交互行为是服务接触区域最直观的行为,这部分行为是可视化的,也是最能提升患者感知度的,是决定居民满意度、健康认知、健康行为的最重要部分,也是健康服务供方对居民回应性的关键因素。^[39]第二,在服务接触区域,健康服务的质量、居民对健康服务过程的感知认可度,都将直接影响服务结果以及居民对服务结果的感知认可度,因此,健康服务供方对居民回应性的提升,既需要健康服务人员的能力和动力提升,也需要健康服务人员能理性认知需方的健康需求,能准确辨别居民的健康需求是否充分、是否合理^[40]。

(2)内部支持区域。第一,健康服务机构是内部支持区域的主体,而健康服务人员是连接服务接触区域与内部支持区域的重要纽带,健康服务人员的能力除了取决于自身水平外,最重要的就是取决于内部支持区域中机构对医务人员服务职能的合理分配、对个体能力(包括技术能力与非技术能力)的培训,而动力取决于激励制度完善与否,包含经济激励、精神激励及职业发展通道等。当健康服务机构

为服务人员提供充足的支持时,内部支持区域就能得以优化,健康服务供方对居民的回应性也能随之提升。第二,健康服务机构还通过提供适宜的服务场所,与居民相关联。所谓“适宜”,既包含机构环境的改善、硬件设施的优化,也包含机构领导人员能力意志、机构氛围等。健康服务机构硬实力与软实力的提升,亦是内部支持区域得以优化、服务供方对居民回应性提升的重要路径。

(3)外部协调区域。第一,政策制定方构成外部协调区域的核心主体,通过支持保障行为,与服务接触区域、内部支持区域实现联动。这种支持保障行为,包含政策对居民的回应性和政策对健康服务供方的回应性。第二,政策制定需要充分考虑居民的需求水平,这一需求水平是包含宏观现状(地方经济水平、政策环境、文化氛围等)、中观运行(机构服务能力等)、微观行为(居民偏好、医患交互行为等)在内的多层次因素交互作用的结果。政策制定若能充分考虑到居民健康需求,能提升其对居民的回应性,并促使政策价值最大化。第三,当服务供方作为载体时,健康服务机构要对人员做出完善的支持保障、人员要更好的提供服务,都需要外部协调区域的配套支持,有赖于政策对供方发展提供充足的保障,包括财政的投入,人员发展和激励通道的打通,且需要政府合理配置卫生资源、界定好机构服务职能与服务方式,即需要提升政策对健康服务供方的回应性。

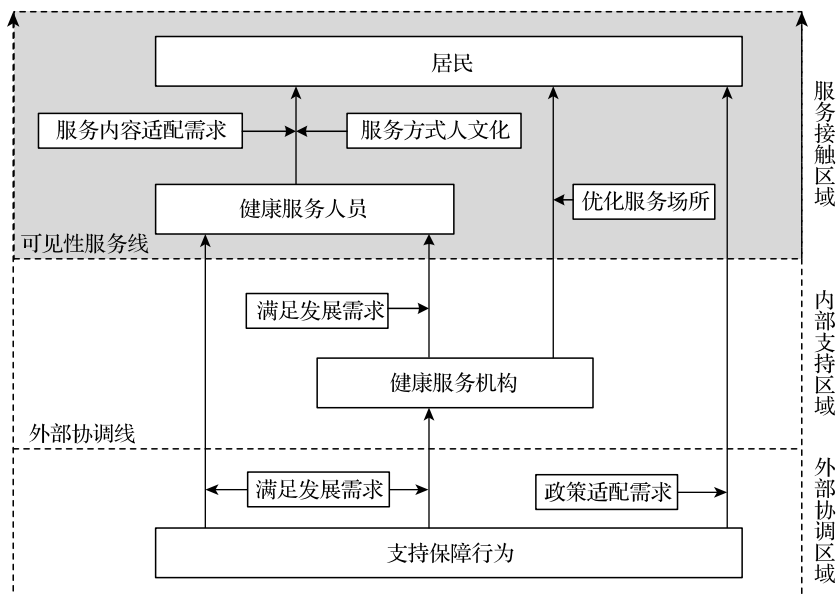


图 2 服务接触理论在健康服务中的应用设计

3 基于回应性优化健康服务供给体系改革的策略

通过服务接触理论对三个区域主体行为、区域关联的分析,明确了提升健康服务供给中三种回应性的思路,基于此,针对如何通过回应性的提升优化健康服务供给体系改革,提出如下建议。

3.1 提升政策对居民的回应力:靶向精准,满足居民健康需求

居民健康需求日益提升,对健康服务供给的内容、方式以及质量都提出了更高要求。政策在制定时,需要更为精准地把握居民实际健康需求:在对地方进行资源投入、配置时,需要根据地方的发展需求,合理规划配置的数量和质量,而非不重视,或者一味投入硬件设施建设;对于基层健康服务能力建设,可以通过以重点专科(如中医理疗科等)等方式带动发展,同时,基本医疗与公共卫生服务能力建设需要并重,将以健康为导向的基层卫生服务真正落地;通过构建医疗服务共同体等形式,明确划定各级医疗机构服务功能,注重服务功能的整合,促进连续性服务模式的形成;在服务落地时,需要把握重点,要求机构优先管理健康需求最大的人群,有的放矢。

3.2 提升政策对健康服务供方的回应力:动态调整,满足供方发展需求

对于健康服务机构来说,需要突破改革瓶颈,转改革为发展,满足机构发展需求。如针对县域医疗服务共同体,通过医保总额预付,结余留用的形式,将医疗机构由利益中心转为成本中心,提升医疗机构的成本节约意识,激励医疗机构主动控制费用,提升服务质量。同时,因地制宜,发展机构在健康服务中的优势,弥补短板,吸引居民健康服务利用。如提升县级医疗机构在签约服务及健康管理中的领衔与指导作用,并在基层医疗机构推行医防融合式服务,促进服务合理化,提升服务的健康导向。

对于健康服务人员来讲,要满足其不同层次的发展需求:(1)经济需求,如薪酬激励、奖励制度;(2)保障需求:包括优化机构环境、强调机构文化建设等;(3)发展需求:为医务人员提供学习培训通道、职业发展通道等;(4)价值需求:要通过更社会化、更主流化的方式,提升健康服务人员职业的崇高性,实现服务人员的个人价值和社会价值。健康服务人员需求的满足,需要政策层面提供通道、提供依据,也需要医疗机构层面主动作为。

3.3 提升健康服务供方对居民的回应力:关注多元需求,优化服务体验

居民的卫生行为如机构选择、服务选择,最终是个体决策过程,取决于居民不同层次的客观需求。从个体客观需求来讲,居民存在心理、社会等方面的需求,需要改善服务环境,优化服务体验,并通过培养人员的技术能力与非技术服务能力来满足这些需求,转变个体决策行为。服务人员技术能力包括医学服务能力(医疗服务、公共卫生服务、实验室检查及操作等)、信息操作与管理能力、健康管理与促进能力等,非技术能力包括沟通能力、人际交往能力、服务营销能力、团队合作能力等。同时,供方的服务方式需要更加多元化,这是从供方角度,把握居民个体需求的重要表征。服务人员提供服务过程中,需要以更易懂、更容易接受、更容易获取好感和信任的方式,提升服务吸引力与可视化程度,提高居民的服务依从性与认可度,优化居民健康服务体验。供方需要有足够的创造力,根据居民行为特征的变化,及时、适当调整工作模式,促进服务方式多元化。如医生在接诊时,发挥其在医患沟通中的主体决策优势,通过有说服力的宣传,引导患者合理就医,包括门诊或住院服务的选择,留诊或转诊的选择等。乡村医生在进行基本公共卫生随访时,需要考虑居民作息时间,避开农忙时间;为了提升服务效率,可以上午提供医疗服务,下午提供基本公共卫生服务与签约服务;充分利用可利用的服务方式,如在门诊时进行慢性病随访;利用信息化技术,提升服务连续性,优化服务效率。包括健康服务供方的市场拓展,也是引导居民服务利用可参考的举措之一。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 郁建兴, 吴玉霞. 公共服务供给机制创新:一个新的分析框架[J]. 学术月刊, 2009(12): 12-18.
- [2] 张研, 唐文熙, 孙晓伟, 等. 居民自由就医对我国卫生服务体系整合的影响[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(9): 678-680.
- [3] Lee J Y, Jo M W, Yoo W S, et al. Evidence of a Broken Healthcare Delivery System in Korea: Unnecessary Hospital Outpatient Utilization Among Patients with a Single Chronic Disease Without Complications[J]. Journal of Korean Medical Science, 2014, 29(12): 1590-1596.
- [4] 金廷君, 陈迎春, 吴妮娜, 等. 县外住院流向调整对新

- 型农村合作医疗基金及居民受益的影响分析:以湖北省某县为例[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(12): 36-39.
- [5] 付强. 促进分级诊疗模式建立的策略选择[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(2): 28-31.
- [6] 杨坚, 金晶, 张研, 等. 我国省级层面分级诊疗文件比较分析[J]. 中国医院管理, 2016(12): 14-16.
- [7] 何思长, 赵大仁, 张瑞华, 等. 我国分级诊疗的实施现状与思考[J]. 现代医院管理, 2015(2): 20-22.
- [8] 严宝湖, 季文君, 吴欣. 社区患者对分级诊疗满意度的文献综述——以北京、广州两地为例[J]. 价值工程, 2016, 35(31): 255-257.
- [9] 田爱红. 基于社区患者满意度调查的分级诊疗政策分析[J]. 现代预防医学, 2016, 43(15): 2756-2759.
- [10] Bijan J B. A mixed logit model of health care provider choice: analysis of NSS data for rural India[J]. Health Economics, 2006, 15(9): 915-932.
- [11] A P, KR K, M A, et al. Health Care-Seeking Behavior in Tehran, Iran and Factors Affecting It[J]. School of Public Health, 2009, 7(2): 1-13.
- [12] 王翌秋, 张兵. 农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析[J]. 中国农村经济, 2009(2): 77-85.
- [13] 辛艳, 李滢滢, 谢小妃, 等. 社区医疗机构公众就诊行为意向影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(2): 91-94.
- [14] 阚慧, 捷建旺, 张瑛. 基于 FA 法的广州市居民选择医院影响因素的分析[J]. 中国初级卫生保健, 2018, 32(4): 1-3.
- [15] 陈迎春. 农村住院服务过度需求——不合理入院的测量与管理研究[M]. 北京: 科学出版社, 2014.
- [16] Zhang Y, Zhang L, Li H, et al. Determinants of Inappropriate Admissions in County Hospitals in Rural China: A Cross-Sectional Study[J]. International Journal of Environmental Research & Public Health, 2018, 15(6): 1050.
- [17] Zhang Y, Chen Y, Zhang X, et al. Current level and determinants of inappropriate admissions to township hospitals under the new rural cooperative medical system in China: a cross-sectional study[J]. BMC Health Services Research, 2014, 14(1): 649.
- [18] 朱硕, 陈晓燕, 王成, 等. 国外不合理入院的研究进展及对我国的启示[J]. 医学与社会, 2013, 26(4): 15-17.
- [19] 张丽晶, 陈迎春, 李浩森, 等. 乡镇卫生院不合理入院决策中供需双方的行为分析[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(2): 59-61.
- [20] Lei S, Zhang Y, Li H, et al. Determinants of inappropriate admissions of children to county hospitals: a cross-sectional study from rural China[J]. BMC Health Services Research, 2019, 19(1): 126.
- [21] 李伟豪, 申洋, 王芳, 等. 城市老年人基本公共卫生服务利用影响因素多水平模型分析[J]. 中国公共卫生, 2019(1): 71-75.
- [22] 刘辉, 丁国武. 甘肃省 5 县(区)居民基本公共卫生服务知晓度及满意度分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(11): 1539-1541.
- [23] 李燕, 廖新利, 周小军, 等. 南昌市社区就诊居民基本公共卫生服务利用现状调查[J]. 中国循证医学杂志, 2014, 14(5): 517-521.
- [24] 吴保平, 刘海娟, 张盼, 等. 河北省农村居民对公共卫生服务满意度调查分析[J]. 中国卫生工程学, 2013, 16(3): 226-228.
- [25] Roemer M I, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care[R]. WHO, 1988.
- [26] Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service Quality: Concepts and Models[J]. International Journal of Quality & Reliability Management, 1994, 11(9): 43-66.
- [27] 李曙光, 尹爱田, 曹艳民. 医疗服务质量评价解析[J]. 中华医院管理杂志, 2004, 20(11): 661-663.
- [28] 柴慎华, 周丹凤, 张翔, 等. 基于卫生服务连续性的乡村医生执业方式探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2015, 32(11): 833-836.
- [29] 翟敏, 张雪文, 许圆, 等. 农村居民对基本公共卫生服务均等化项目认知、满意度及利用调查[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013, 33(4): 361-363.
- [30] 何莎莎, 冯达, 冯占春. 均等化目标下我国农村老年人对基本公共卫生服务的利用及满意度调查[J]. 医学与社会, 2012, 25(5): 49-51.
- [31] 陈奕君, 王雷霞, 阎春生, 等. 甘肃省重点人群家庭医生服务签约现状及影响因素研究[J]. 现代预防医学, 2018, 45(19): 19-23.
- [32] 刘欣瑶, 代珊珊, 张仲, 等. 哈尔滨市城市社区卫生签约服务模式探索[J]. 医学与社会, 2016, 29(1): 1-3.
- [33] 谭亦玲. 浅析政府回应性及中国政府回应面临的挑战[J]. 社科纵横, 2004, 19(2): 37-38.
- [34] 陈国权, 陈杰. 论责任政府的回应性[J]. 浙江社会科学, 2008(11): 38-43, 128.
- [35] 王巍. 公众回应性: 服务行政的核心特征——服务型政府回应机制的流程与制度设计[J]. 行政论坛, 2004(5): 33-35.
- [36] 黄小勇. 行政的正义——兼对“回应性”概念的阐释[J]. 中国行政管理, 2000(12): 53-56.
- [37] 陈国权, 陈杰. 论责任政府的回应性[J]. 浙江社会科学, 2008, 2008(11): 36-41.
- [38] 金国强, 郭政. 服务接触理论及其在服务质量测评中的应用[J]. 中国质量, 2009(9): 36-39.
- [39] 王建玲, 刘思峰, 吴作民. 服务接触理论及其最新研究进展[J]. 企业经济, 2008(1): 84-86.
- [40] 张磊, 孙刘芳, 杨璐, 等. 以服务接触理论的理念构建患者满意评价体系的探索性研究[J]. 中国社会医学杂志, 2017, 34(3): 280-283.

[收稿日期:2019-07-17 修回日期:2019-12-03]

(编辑 刘博)