

北京市医联体政策背景下慢病患者就医选择影响因素研究

段 晖^{1*} 刘 颖¹ 张英楠² 刘 畅³

1. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872
2. 中国人民大学社会与人口学院 北京 100872
3. 中国人民大学医院管理研究中心 北京 100872

【摘要】目的:调查医联体建设背景下慢病患者就医选择的特征及状况,为了解患者的就医选择、进一步完善医联体建设提供依据,探讨促进医联体发展的政策建议。方法:对北京市某医联体慢病患者进行抽样调查,样本量为781名患者,使用SPSS21.0对数据进行统计分析。结果:慢病患者的就医选择与人口特征、对医联体的感知、患者满意度三个维度存在显著相关。具体来说,患者性别、年龄、受教育程度等倾向特征,收入、医保情况等使能资源,自感病情,评估健康状况,对医联体的认知和体验等方面均显著地影响患者就医选择。结论:医联体建设能够有效影响患者的就医选择,对引导患者合理就医、推进分级诊疗建设起到了切实有效的作用。但是,医联体建设在加强社区医疗卫生机构药物供给、双向转诊和宣传力度等方面仍需加强。

【关键词】医联体;就医选择;慢病患者

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.06.003

Study on the influencing factors of the medical treatment choices of chronic disease patients under the background of Beijing integrated health care system

DUAN Hui¹, LIU Ying¹, ZHANG Ying-nan², LIU Chang³

1. School of Public Administration and Policy, Renmin University, Beijing 100872, China
2. School of Sociology and Population Studies, Renmin University, Beijing 100872, China
3. Institute of Hospital Management, Renmin University, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: This study was carried out to investigate the patterns of chronic disease or non-communicable disease (NCD) patients' choice of medical treatment in the context of integrated health care system, to provide basis for understanding the patients' medical treatment preferences and further improving the implementation of integrated health care system, and to provide policy suggestions for promoting integrated health care system. Methods: A sample survey was conducted among 781 patients with chronic diseases in a medical consortium in Beijing, and a statistical analysis of data was performed using SPSS21.0 Software. Results: It was found that NCDs patients' choice of medical treatment significantly correlated with three dimensions of demographic characteristics, perception of integrated health care system and patients' satisfaction. Specifically, the patients' propensity characteristic such as gender, age and level of education; enabling resources such as income and medical insurance; self-awareness of the disease, assessment of health status, and cognition and experience of integrated health care system all significantly affect the patient's choice when it comes to selecting the suitable type of medical treatment. Conclusions: The construction and development of integrated health care system can effectively influence the patient's choice of medical treatment, and plays an essential role in guiding patients to seek medical treatment reasonably and promoting the construction of graded diagnosis and treatment. However, the construction of integrated health care system should be strengthened in the allocation of health resources such as medicines, two-way referral systems and publicity of community health service.

【Key words】 Integrated health care system; Patient medical treatment choice; NCD patients

* 作者简介:段晖(1974年—),女,副教授,主要研究方向为医院管理、卫生政策研究、卫生治理。E-mail: sjtudh@163.com
通讯作者:刘畅。E-mail: sxliuchang@126.com

自 2009 年新医改开始,我国城市基层社区医疗卫生服务能力不足,患者基层医疗服务利用率低,对基层医疗卫生机构信任度不高,是分级诊疗建设面临的主要困境。近年来,国家对于基层社区医疗卫生改革发展的关注不断加强。自 2010 年提出将“保基本、强基层、建机制”作为新医改的原则后,政府对基层医疗卫生服务能力建设的投入力度不断加大,多项医疗卫生改革政策在城市社区医疗卫生服务机构进行试点并逐渐推广。其中,医疗联合体(以下简称“医联体”)作为一项促进医疗资源合理配置,改善患者合理就医行为,提升基层社区医疗卫生服务供给能力的政策设计,开始在很多城市进行试点探索。医联体的主要表现形式为:基层社区医疗卫生服务机构与三级/二级公立医院间建立固定协作关系,通过建立社区首诊、患者健康档案、双向转诊以及鼓励公立医院医生到社区卫生服务机构多点执业等方式,引导患者合理就医,改善患者就医选择,提高社区医疗卫生机构服务能力,逐步实现“小病社区看、大病医院看、康复回社区”的分级诊疗目标。

从国际视野来看,建立以患者为中心的整合型医疗服务体系已成为国际卫生服务体系改革的新趋势。^[1]自 20 世纪 90 年代起,美国、英国、德国、新加坡等国都在“整合医疗”理念的指导下开展实践。这些实践经验发现,医疗服务整合提供方式有助于实现医疗资源的有序配置,促进医疗机构间的资源共享,满足患者对连续、高效、高质医疗服务的需求,特别是对于满足慢性病患者的医疗服务需求,节省和控制现有的慢病防控费用等,具有显著优势。我国一些城市医联体试点改革也从慢性病管理入手,通过建立“专全结合”慢性病管理团队、制定慢性病诊疗规范、打造互联互通的信息化平台等举措,引导慢性病患者基层就诊,提高基层医疗卫生机构的慢性病诊疗和管理能力,逐步推进分级诊疗制度建设。^[2]如北京 C 医疗联盟于 2012 年 11 月组建,是北京市首个区域医联体之一。其以北京 C 医院为核心医院,联合区域内 1 家三级医院、2 家二级医院、8 家社区卫生服务中心组建而成。该医联体以常见慢性病管理为抓手,在医联体平台下,探索和实践分级诊疗制度的实现路径,并取得较好的效果。

随着城市医联体政策试点的不断扩大,政府、医疗组织、研究机构等对医联体政策试点效果评价也

随之开展。特别是患者医疗服务利用改善的视角成为评价医联体实施效果的一个重要维度,即关注医联体的政策设计是否有效影响患者就医行为选择。本研究基于安德森卫生服务利用行为理论模型(The Behavioral Model of Health Services Use, BMHSU),通过对北京市 C 医联体内慢病患者的调查,探索医联体整合医疗服务方式下,其服务的患者就医选择呈现什么样的特征,会受到哪些因素的影响,医联体模式下的医疗服务方式是否能有效影响患者的就医选择等基本理论问题,为进一步完善以患者为中心的医联体与分级诊疗建设提供理论支持和政策建议。

1 患者就医行为理论模型与研究框架

本研究的研究框架采用了安德森理论模型。安德森模型最早创建于 1968 年。从安德森模型提出,国内外学者便将其广泛应用于医学社会学和卫生服务研究领域,测量与人们健康或就医行为选择相关的影响因素。^[3-5]

安德森模型内容丰富,一般认为其构成因素包括:环境因素、人口特征、医疗行为和医疗结果。^[6]1970 年, Ronald Andersen, Bjorn Smebby 和 Odin W. Anderson 首次在医疗服务利用模型中加入了医疗服务体系这一影响因素,在之后 1973 年的医疗服务利用模型中,主要讨论一些社会因素怎样通过影响医疗服务体系来影响医疗服务利用行为。虽然研究重点是社会因素,但对医疗服务体系有较多的讨论。^[7]1973 年模型认为,医疗服务体系包括两个主要维度,即资源和组织。资源包括资源总量和资源分配两个方面。资源总量包括积极提供医疗服务并与医疗相关的各种职业的人口(包括医生、护士、牙医)与全体居民的比(Personnel/population ratios);资源总量还可以通过检查提供病人护理的设施来衡量,床位与人口的比值是常见的衡量方式(Bed/population)。资源分配指的是资源的地理分布,即如果资源的地理分布均匀,那么社会总体的资源—人口比就不会影响那些住在资源量偏多或偏少地区的人群对医疗服务的利用;组织包括组织可及性与组织结构两个方面。可及性指的是患者进入医疗服务体系的方式和持续性治疗的过程,它规定了必须满足的要求以及患者在得到医疗服务前必须克服的障碍;结构是医

疗服务体系中最难定义的,结构和医疗服务体系的其他部分具有很强的内部相关性,我们所定义的可及性依赖于结构,而任何医疗服务体系的结构都依赖于可用的资源。

根据安德森模型,本研究构建理论模型(图1)。将影响慢病患者就医选择的因素分为患者人口特征、医疗行为、医疗结果以及医疗服务体系四个方面。其中,除了人口特征外,对医疗行为、医疗结果以及医疗服务体系均增加了受访者主观认知态度的测量题目,更全面反映患者需求特征。具体研究框架如表1。

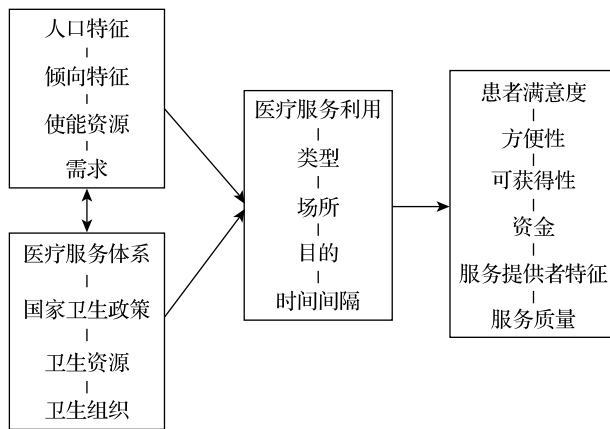


图1 安德森70年代版本模型示意图

表1 患者就医选择影响因素研究框架

就医患者 人群分类	影响 因素类型	影响因素指标	
		影响因素角度	影响因素具体指标
社区医院 就诊患者	人口特征	性别、受教育程度、职业、年龄、收入	
	医疗行为	受访者与医疗相关的经济状况	医疗报销途径、医疗支出占比
就医情况		到达医院时间、受访者病情、治疗方案、挂号途径	
转诊情况		转诊经历、转诊满意度	
就医选择态度		首诊选择、康复选择、常去医院选择	
主观态度		满意度、信任度	
三级医院 住院患者	就医选择原因	原因类型、原因重要性	
	医疗结果	对病情了解程度、病情对日常活动影响程度、对诊疗方案态度	
	医疗服务体系	对医联体了解程度	是否听说过医联体、通过医联体获得哪些帮助

2 调查对象与方法

根据表1的研究框架设计结构化问卷,并在北京选取典型的、比较成熟的C医联体下的社区慢病患者进行抽样(区分三级医院和社区医院患者),分别对C医院门诊患者、住院患者以及医联体社区医院开展问卷调查。本研究样本的选取分为两步:第一步采用判断抽样的方法,在C医联体所属三级医院和社区医疗机构中抽取医院;第二步在医院中采用方便抽样法选择慢性病患者。这种抽样设计使得样本易于获取,同时具有一定的代表性。调查共发放问卷806份。其中三级医院发放问卷473份,社区医院发放问卷333份。剔除无效问卷25份,有效回收781份,有效回收率达到96.9%。问卷的人口特征见表2,特别说明,年龄变量没有采取常见的“老中青”分类方式,而是进行聚类分析($P = 0.000 < 0.01, F = 1876.842$,通过检验),67岁年龄中心组占比最大,样本年龄偏大的原因是老年慢病患者就诊较多。

表2 问卷的人口特征

变量	样本数	比例(%)
性别		
男	356	46
女	418	54
受教育程度		
本科	76	9.8
大专	89	11.5
高中或中专	193	25
初中	288	37.3
小学及以下	126	16.3
报销途径		
公费医疗	178	24.1
城镇职工医保	305	41.3
城镇居民医保	134	18.2
新农合	23	3.1
其他	98	13.3
年龄		
38岁年龄中心组(15~46岁)	47	6.1
55岁年龄中心组(47~60岁)	191	24.9
67岁年龄中心组(61~72岁)	343	44.8
79岁年龄中心组(73~95岁)	185	24.2

3 研究结果

3.1 人口特征与就医选择

3.1.1 倾向特征与就医选择呈显著相关性

在性别上,男性患者比女性患者更倾向选择三级医院(男性选择去三级医院的占 59.6%,显著的高于去三级医院的平均值 50.9%;女性选择去社区医院的占 56.5%,显著的高于去社区医院的平均值 49.1%, $P < 0.001$)。在年龄上,基本呈现患者年龄越高,越愿意选择去社区医院就诊的趋势。但是,在 79 岁组患者去三级医院的比例升高,推测随着年龄增大、慢病病情加重。因此,我们控制了“病情”变量,分析患者各年龄段的就医选择的情况,发现自感病轻的患者随年龄增大选择去三级医院的比例逐渐降低,去社区医院比例逐渐升高;而对于自感病重的患者,年龄对就医选择没有显著影响,病情因素导致他们较多的选择

了大医院就诊($\chi^2 = 0.978, P = 0.807$)。在教育程度上,患者受教育程度越高,越倾向选择三级医院(随着受教育程度提高,选择去三级医院就诊的患者比例从 43% 提高到 65.8%,相应的去社区医院的患者比例从 57% 下降到 34.2%, $P < 0.001$) (表 3)。

3.1.2 使能资源与患者就医选择呈现显著相关性

随家庭月收入升高,患者越倾向选择三级医院。(随着家庭收入的升高,选择去三级医院的患者比例从 23.6% 上升到 68.9%;选择去社区医院的患者比例从 76.4% 下降到 31.1%, $P < 0.001$);参加医疗保险的患者更倾向选择三级医院(自费患者选择去社区医院的比例为 77.1%,显著的高于平均值 49.3%;医疗保险患者选择去三级医院比例为 54%,显著高于平均值 50.7%, $P < 0.001$)。经济特征整体表现为经济状况越好、越有能力承受医疗支出的患者,越倾向于选择三级医院。

表 3 人口特征与就医选择列联分析

人口特征	项目	三级医院		社区医院		χ^2 值
		(人数)	(%)	(人数)	(%)	
性别	男	212	59.6	144	40.4	19.718***
	女	182	43.5	236	56.5	
	合计	394	50.9	380	49.1	
年龄	38	26	55.3	21	44.7	8.487*
	55	109	57.1	82	42.9	
	67	155	45.2	188	54.8	
	79	100	54.1	85	45.9	
	合计	390	50.9	376	50.9	
受教育程度	初中及以下	178	43.0	236	57.0	22.873***
	中专及高中	109	56.5	84	43.5	
	大专	54	60.7	35	39.3	
	本科及以上	50	65.8	26	34.2	
	合计	391	50.6	381	49.4	
家庭月收入	2 000 及以下	21	23.6	68	76.4	41.284***
	2 001 ~ 5 000	162	49.2	167	50.8	
	5 001 ~ 8 000	101	53.7	87	46.3	
	8 001 ~ 15 000	50	58.8	35	41.2	
	15 000 以上	62	68.9	28	31.1	
	合计	396	50.7	385	49.3	
是否自费	自费	19	22.9	64	77.1	28.741***
	医疗保险	377	54.0	321	46.0	
	合计	396	50.7	385	49.3	
自感病情	38	14	58.3	10	41.7	8.445*
	55	44	48.9	46	51.1	
	67	39	33.9	76	66.1	
	79	28	50.0	28	50.0	
	合计	125	43.9	160	56.1	

注:由于某些问卷中存在患者填答不完整的情况(个别题漏答),文中均用均值替代缺失值。

3.1.3 患者自感病情与就医选择呈现显著相关性

就医需求中,患者自感病情与患者就医选择呈现显著相关,但评估健康状况(由医生诊断的结果)

与就医选择的关系较弱。自感病轻的患者较多选择社区医院就诊,而自感病重的患者较多选择三级医院就诊(自感病轻的患者选择去社区医院的比例为

56.8%,高于平均值49.6%;自感病重的患者选择去三级医院的比例为51.8%,高于平均值50.4%, $P < 0.01$ 。从评估健康状况角度看,除住院患者更多选择三级医院外(60.6%),其他需求并不影响患者的就医选择($\chi^2 = 3.957, P = 0.266$,未通过检验)(表4)。这一结果与我们的假设相反,医联体设计的初衷是引导病情较轻的患者去社区医院就医,但

实际情况是这类患者(治疗方案为口服药物、注射输液等)仍更愿意选择三级医院。进一步的分析发现(表5),慢病患者最看重的就医环节是“能否取得所需药物”(均值为4.5097,标准差为0.8153),而社区医院由于政策性原因、服务能力等原因,不能提供患者所需药物,这一点严重制约了医联体政策对患者的合理引导和有效分流作用。

表4 就医需求与患者就医选择列联分析

就医需求	项目	三级医院		社区医院		χ^2 值
		人数	占比(%)	人数	占比(%)	
自感病情	轻	126	43.2	166	56.8	12.835**
	一般	105	60.0	70	40.0	
	重	156	51.8	145	48.2	
	合计	387	50.4	381	49.6	
治疗方案	口服药物	160	53.0	142	47.0	3.957
	注射输液	27	47.4	30	52.6	
	定期检查	153	48.7	161	51.3	
	住院	43	60.6	28	39.4	
	合计	383	51.5	361	48.5	

表5 就医各环节重要性排序

	均值	标准差
能否取得所需药物	4.5097	0.8153
就诊流程是否方便	4.3424	0.90915
诊疗效果	4.3147	0.86151
与医生交流时间	4.1916	0.92387
总费用	4.0581	0.96583
专家知名度	4.0114	0.99994
医院候诊时间	3.8971	1.00114
路程花费时间	3.8476	1.12859
医院内部环境	3.5822	1.26503
医院外部环境	3.3514	1.30914

3.2 医疗服务体系特征与就医选择

从表6可以看到,患者对医联体的认知和体验显著地影响就医选择。听说过医联体的患者更多的选择社区医院,未听说过医联体的患者更多的选择三级医院($P < 0.001$);通过医联体受惠的患者更多选择社区医院,未通过医联体受惠的患者更多选择三级医院($P < 0.05$);有转诊经历的患者更多选择社

区医院,没有转诊经历的患者更多选择三级医院($P < 0.05$)。同时,我们也要看到,选择“没有听过医联体”的患者达到66%,选择“医联体没有产生帮助”的患者达到57%,选择“没有转诊经历”的患者达到74%,这表明医联体在自身的宣传、建设方面均需加强。

3.3 患者满意度与就医选择

患者满意度和医院就医选择之间存在着显著相关关系。选择三级医院的患者对三级医院的满意度(4.1分,满分5分)高于对社区医院的满意度(3.33分);选择社区医院的患者对社区医院的满意度(4.22分)高于对三级医院的满意度(3.55分),满意度与患者的就医选择具有显著的正相关关系,这提示我们,三级医院的患者满意度不一定总是高于社区医院,社区医院提高自身建设、满足患者需要,同样能够得到患者的认可,起到吸引患者、引导患者分流作用。

表6 医疗服务体系与就医选择列联分析

医联体	项目	三级医院		社区医院		χ^2 值
		人数	占比(%)	人数	占比(%)	
听说过医联体	是	109	41.4	154	58.6	13.601***
	否	287	55.4	231	44.6	
	合计	396	50.7	385	49.3	
医联体有帮助	是	152	46.2	177	53.8	4.613*
	否	244	54.0	208	46.0	
	合计	396	50.7	385	49.3	
有转诊经历	是	83	43.9	106	56.1	4.016*
	否	288	52.4	262	47.6	
	合计	371	50.2	368	49.8	

4 讨论与建议

4.1 人口特征中的使能资源(即经济因素)对患者就医选择的影响最为明显

通过调查我们发现,慢病患者人口学特征对医疗服务机构的选择有着显著影响,但家庭经济因素对其就医选择影响最为显著。家庭月收入高、医疗支出占比低、有医疗保险报销的患者更倾向三级医院,反之更倾向社区医院。整体上看,三级医院就诊被纳入医疗保险报销范围,加之三级医院医疗设备先进、医疗水平高等优越条件,使得拥有医疗报销的人群更多选择三级医院。社区医院相对大医院在医疗支出上较低,尤其是部分用药三级医院无法报销时,缺乏医疗保险或医疗支付能力较低的患者倾向选择治疗成本低的社区医院。

因此,要扩大基层就诊的医保支付范围和报销比例,减轻患者的医疗费用负担,促进医联体发挥分流作用,特别是增加医保支付中与慢性病相关的社区卫生服务项目,使得医疗保险更加符合慢性病患者的基层治疗需求,同时合理化不同级别医疗机构之间基本医疗保险的报销比例差异,增大基层就诊的医保报销比例,充分发挥医疗保险的经济杠杆作用,引导患者选择基层医疗服务。

4.2 患者对医联体认知和体验显著影响患者医联体医疗机构中的就医选择

对医联体政策了解程度高、在医联体政策中受益的患者更愿意到社区医院就诊。具体来看,听说过医联体、获得过医联体帮助或有转诊经历的患者更多选择社区医院。但调查中发现,听说过医联体的患者人数较少,有转诊经历的患者人数更少。一方面,居民对基层就诊信任度不足,对基层医疗机构的医疗能力持怀疑态度;另一方面通过医联体政策获得的帮助较少,并不足以引导更多患者选择社区医院就医。长期以来,医疗资源集中在大医院,医疗人才也向大医院流动,导致基层医疗卫生服务人才短缺;而医联体实施后,其宣传效果不高、通过医联体形式实现治疗的患者少,这表明医联体在自身宣传与提供服务实效方面均需加强。通过调查发现,医联体的建设使一定比例的患者向社区医院转移,起到分流患者的作用。但是,从医生建议的治疗方案角度看,仍然有较大比例病情较轻的患者选择去大医院就医。调查发现,“听说过医联体”的受访者

选择社区医院的比例比未听说过的比例高 14%，“医联体有帮助”的受访者相应高出 7.8%，“有转诊经历”的受访者相应高出 8.5%，均有统计学显著差异。因此,患者未选择社区就诊也可能是由于对医联体建设并不知情。

因此,应进一步创新宣传方式和手段,利用公众号、网站等多种信息发布平台对医联体建设的内容与成效进行广泛宣传,提高患者对医联体的认知和认可。同时,进一步优化医联体的转诊机制,强化医联体的服务水平对患者分流有积极意义。医联体的政策设计是好的,但需要将政策给老百姓带来的实惠生动地宣传出去,才能让更多的患者了解医联体政策的目标与作用,提升患者对医联体政策的理解与感知,并通过医联体有效机制设计,逐步引导更多患者到社区医疗机构就诊。

4.3 基层是否能满足患者的就医与用药需求,是影响患者就医选择的重要因素

能否获得所需药物是患者就医时最为看重的因素之一。从就医需求上看,自感病轻的患者较多选择社区医院就诊,而自感病重的患者较多选择三级医院就诊;从医生建议的治疗方案角度看,除住院患者更多选择三级医院外,其他需求并不影响患者的就医选择。由此可见,社区医院不能完全满足患者用药以及治疗(住院)需求,是制约医联体政策对患者进行合理引导和有效分流的主要因素。基层社区医疗机构药物供给不足,种类不全,一些轻病、小病的药物也难以实现有效供给。社区医疗机构药物不全意味着患者需要到大医院重复就医,造成就医拥挤、就医时间和经济成本增加,制约了医联体政策对患者的合理引导和有效分流作用。^[8]特别是对慢病患者而言,其慢性病程长,药物需求量大,服药时间长,但当前报销政策限制了患者可获取的药物量和取药天数,不利于慢性病患者的就医。

因此,医联体建设需进一步落实“强基层”的目标,解决基层患者的实际需求,如给基层医疗机构放权,放宽医保政策对相关慢病药物总量的限制,允许提供更多慢病药物,特别是延长基层社区医疗机构使用国家基药和基本医保药物目录的常见病、慢性病药品一次性处方用量时间,使得医保政策更好地与医联体政策相匹配,为社区医院的药品保障提供政策支持,从而让患病较轻的患者主动选择基层医疗卫生机构,逐步实现分级诊疗。

4.4 患者对医疗机构是否满意,可以显著影响患者的就医选择,进而影响医联体患者分流效果

患者满意度是患者对就医过程各个环节的综合的主观判断。满意度越高代表着患者对该医院的认可程度越高,患者对就医过程比较满意,就会更愿意去该医疗机构就医。^[9-10]从调查中看出,三级医院的患者满意度不一定总是高于社区医院,因此,社区医院通过提高自身服务能力、满足患者需求,提高诊疗质量同样能够获得患者认可和信任,起到吸引患者就医、引导患者分流作用。通过医联体政策设计,提高社区医院服务能力、改善服务态度,提高患者满意度,是引导患者基层就医的重要途径。

针对目前存在的问题,社区卫生服务机构可以从医务人员技术能力、服务态度、就诊流程的便捷性、就诊环境的舒适性、健康指导、科普宣传等方面,提高社区卫生服务机构的服务质量和服务水平,从而提高患者满意度,使患者形成良好的就医习惯,使病情较轻的患者逐渐稳定在社区医院就诊与治疗,增强患者对社区医疗机构治疗的信任度,为真正实现分级诊疗奠定能力基础。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 郭传骥,郭启勇. 国内外医保支付方式和医疗服务体系的现状分析及启示[J]. 现代医院管理, 2018(1):

66-72.

[2] 胡文爽,封国生,张柠等. 医联体平台下北京某三级医院慢性病管理方式探索[J]. 中华医院管理杂志, 2018(11): 885-888.

[3] 陈鸣声. 安德森卫生服务利用行为模型演变及其应用[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2018, 18(1): 5-8.

[4] 卢珊,李月娥. Anderson 医疗卫生服务利用行为模型: 指标体系的解读与操作化[J]. 中国卫生经济, 2018(9): 5-10.

[5] 李月娥,卢珊. 安德森模型的理论构建及分析路径演变评析[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(5): 324-327, 334.

[6] 豆月. 国外就医行为研究综述[J]. 农村经济与科技, 2017(15): 222-223, 244.

[7] 叶文君,李勇. 医疗保险对医疗服务利用影响研究综述[J]. 现代商贸工业, 2016(6): 135-136.

[8] 戴云鹤,王涛,俞红霞等. 北京市医药分开综合改革后社区门诊患者的就医行为及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2019(1): 24-31.

[9] 马婕,常峰. 就医选择行为决策过程研究: 基于计划行为理论模型的构建[J]. 社区医学杂志, 2011, 9(22): 60-61.

[10] 楚蓓,王伟,兰迎春. 城乡居民就医行为多元影响因素分析[J]. 医学与哲学(A), 2013, 34(10): 45-47.

[收稿日期: 2020-04-07 修回日期: 2020-06-02]

(编辑 薛云)