

制度抑或文化：中国患者信任的影响因素及其演变趋势^{*}

池上新

提要：本文基于 CSS2013 和 CSS2017 的数据，从制度主义和文化主义的视角分析了中国患者信任的影响因素及其演变趋势。研究发现：第一，就诊满意度、医保满意度、医疗安全、医疗公平等制度因素对患者信任具有重要的正向影响，但这种效应未呈现强化趋势。第二，一般人际信任、权威型价值观、关系就医等文化因素对患者信任也有显著作用，但呈现不同的演变趋势。第三，相比文化因素，制度因素的作用更大。总之，制度理性和社会文化二者共同影响当前的患者信任，应重视制度因素，但也不宜忽视文化的长期作用，尤其要警惕关系就医的负效应。

关键词：患者信任 制度主义 文化主义 关系就医 演变趋势

一、问题的提出

在转型期的中国社会，医患关系日益紧张，医疗纠纷发生频次迅速上升，暴力伤医事件显著增加。2017 年《中国医师执业状况白皮书》显示，66% 的医师经历过不同程度的医患冲突。^①从全国法院受理的医疗纠纷案件来看，2017 年医疗损害责任纠纷案件共 12734 件，2019 年达 18112 件。^②2019 年底与 2020 年初，民

* 本研究得到国家社科基金青年项目“医患信任的社会影响因素及其干预研究”（项目编号：18CSH040）的支持。感谢博士后合作导师中国社会科学院李培林研究员、中国人民大学房莉杰教授、山东大学李忠路教授、南开大学吕小康教授、东南大学洪岩璧教授、中国社会科学院大学温莹莹副教授、深圳大学聂伟博士、宁波大学黄增付博士等师友以及审稿人的宝贵意见，在此一并致谢，文责自负。

① 中国医师协会，2017，《中国医师执业状况白皮书》，中国医师协会官网（<http://www.cmda.net/u/cms/www/201807/06181247ffex.pdf>）。

② 医法汇，2020，《2019 年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告》，澎湃网（https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_6822083）。

航总医院的杨文医生和朝阳医院的眼科主任医师陶勇均遭到患者或其家属持刀伤害,这两起性质恶劣的暴力伤医事件再次将医患关系问题推到公众面前。新冠肺炎疫情发生以来,成千上万医护人员逆向而行,尽显悬壶济世的医者风骨。然而,据人民日报健康客户端不完全统计,疫情期间,全国多地仍发生了至少7起暴力伤医事件。^①近年来,屡禁不止的暴力伤医事件说明医患关系已大不如前,而医患信任缺失是重要原因之一。

习近平总书记在十九大报告中指出,“实施健康中国战略……深化医药卫生体制改革,全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系,健全现代医院管理制度”。可见,建设和谐医患关系是健康中国战略的重要组成部分。信任是医患关系的核心,对建立积极融洽的医患关系至关重要。患者信任医生,能够提高患者遵从医嘱的程度,增强患者与医方合作的意愿,减少医疗纠纷,改善就诊环境,确保公众实现充分有效就医。反之,患者不信任医生,会增大医患双方相互猜忌和冲突的风险,还会对医方的态度和行为造成消极影响,更可能引发医生采用过分谨慎的言行、采取防御性医疗等行为以规避医疗风险,从而导致医患矛盾进一步加深。随着医患关系危机的突显和一系列影响广泛的医闹事件不断发生,医患信任的研究逐渐成为医学、公共卫生学、社会学等众多学科关注的热点。一般来说,信任的影响因素主要有制度主义和文化主义两种研究路径(高学德、翟学伟,2013;周怡,2013),但鲜有国内学者运用以上两种路径来分析患者信任的影响因素。基于此,本文要讨论的问题有三:(1)当前我国患者信任的现状和特点是怎样的?(2)制度与文化因素对患者信任起怎样的作用?它们对患者信任的影响程度是否不同?(3)影响患者信任的制度和文化因素呈现何种演变趋势?

二、文献回顾

(一)患者信任的概念及测量

目前学术界对患者信任的概念界定不一,一些学者将“医患信任”等同于“患者信任”(房莉杰等,2013;董屹、吕兆丰,2015),而本研究认为,“医患信任”

^① 王艾冰,2020,《新冠肺炎康复患者殴打医生,疫情期间已发生至少7起伤医事件》,新浪网(<http://news.sina.com.cn/s/2020-03-30/doc-iimxxsth2713733.shtml>)。

是一个双向度的概念,包含医方信任和患者信任两个方面,“患者信任”仅是其中一个组成部分。一般来说,患者信任包括患者对具体医务人员、医生群体、医疗机构以及医疗卫生系统整体的信任(Hall et al., 2002; Ozawa & Sripad, 2013; Mihaela & Lupu, 2014),是患者对医疗服务提供者的信任。也有学者强调信任的情感本质,认为患者信任是患者对医生的人际信任,是医患双方互动过程中患者对医生能力和动机的一种信心和依赖(Anderson & Dedrick, 1990; Pearson & Raeke, 2000; 汪新建等, 2016),即患者相信医生治疗的专业技术能力,相信医生会从患者角度出发,努力实现患者利益最大化,作出符合患者预期的行为。近年来,有学者从个体、人际和文化三个层面研究医患信任,提出医患社会心态概念,并将其定义为一定时期内社会中多数成员或较大比例的社会成员所普遍共享的心态,具体包括医患关系的基本认知、情绪情感、态度立场和价值观念(吕小康、张慧娟, 2017)。本文倾向于认为患者信任是患者对医生所持有的信念和期望,认为医生会以某种方式行事。这种信任在中国语境下兼具系统信任和人际信任双重属性:一方面,同警察、律师、教师等系统权威相一致,由于信息不对称,患者信任是对医生群体的系统信任;另一方面,中国人习惯于从互动和关系中软化系统刚性,热衷于通过“找关系”来消解系统的冷漠,借以应对可能因陌生和距离而带来焦虑和不安全感,因此患者信任也是一种人际信任。

目前患者信任测量工具的开发呈现多元化趋势。从测量对象来看,主要包括对医生个人、医生行业、医疗机构以及其他相关医疗服务提供者的信任。例如,霍尔等(Hall et al., 2002)提出了患者对初级卫生保健医生信任量表(Patients' Trust in Their Primary Care Providers),通过忠实、能力、诚实和综合感信任四个维度来评价患者对熟悉的医生或其他卫生服务提供者的信任;在此基础上,他们还开发了患者对健康保险机构的信任量表(Patients' Trust in Health Insurers),该量表又增加“保守秘密”这一维度。博瓦等(Bova et al., 2006)则编制了医患信任关系量表(Health Care Relationship Trust Scale),从医生的人际联系、尊重性沟通、专业合作能力三个维度来测量患者对各类医务人员的信任。国内学者也在本土化的医患信任测量工具上做了尝试。例如,董恩宏(2012)编制了基于医院管理的患者信任评价指标体系,包括反应力、技术能力、沟通能力、仁爱、诊疗质量和整体信任六个维度。吕小康等(2019)开发了医患社会心态问卷,明确了医患社会心态的测量指标,划分了医患社会情绪、医患社会认知、医患社会价值观、医患行为倾向四个维度,各维度还有对应的二级测量指标,如医患社会认知进一步细分为医患安全感、信任感、归

因风格等指标。从以上量表的测量维度来看,患者信任主要集中于对医生职业能力和职业素养的信任。

(二)患者信任的影响因素

综合来看,除了以社会人口学变量为主的个体视角外,患者信任影响因素的研究主要存在两种理论解释路径:一是以理性选择理论为基础的制度主义解释路径;二是以社会学、社会心理学为基础的文化主义解释路径。

1. 制度主义视角

依据制度主义的解释路径,患者信任是制度运作的结果,可以解释为患者接受医方服务后的结果,它强调民众对医疗系统进行理性评估。具体而言,是患者依据与医生的交往互动对医疗服务满意度及有效性的评估,是对相关医疗制度可信性的期待和信念。患者对医生的信任基于医生提供医疗服务的能力,包括对医生专业技术、准确规范操作、医疗过程安全性等方面的信任。以往一些学者也探讨了制度因素对患者信任的重要性,包括医疗满意度、医疗过程参与、就医环境因素、医疗政策与法律,等等。医疗满意度与医患信任是相互影响的,医疗满意度对患者信任有促进作用,而良好的医患关系和信任能够提升患者就诊满意度(Lan & Yan, 2017; 池上新等, 2020)。奥曼等(Ommen et al., 2011)的研究则表明,患者积极参与治疗过程、与医生共同决策会产生更高的患者信任水平。在就医环境方面,房莉杰等(2013)研究发现,村民对村医和乡镇卫生院医生分别采取“人际信任”和“制度信任”的信任逻辑。赵敏等(2017)综合分析了2000 - 2015年我国媒体报道的290例暴力伤医事件,发现暴力伤医事件多发于等级高、规模大的医院。近年来,“互联网+医疗”逐步发展,在线寻医问药成为患者看病就医新模式。邓朝华和洪紫映(2017)对在线医疗健康服务的研究发现,提高网站可信度可以提升患者信任,且网站因素的正向影响大于医院和医生因素。此外,医疗政策与法律保障也是影响医患关系的重要因素。但我国欠缺对医疗行为进行专门监督的法律,缺少对医患权利和义务的全面规定,未形成针对医疗失信行为的有效惩戒机制,医疗鉴定科学公正性不足。而这方面制度约束机制的缺乏往往容易导致医生失信于患者(罗天莹、雷洪, 2002)。

2. 文化主义视角

文化主义解释路径关注历史和文化脉络对患者信任的作用。从文化主义视角来看,信任根植于整个社会,它与自然环境及其相应文化息息相关。文化体现了自然环境所造就的人群的生存方式和社会构成,而信任是一种文化特点(翟

学伟,2014)。患者信任被认为是人际信任在“医生—患者”特定关系中的具体表现,是个体内化文化价值观和社会规范的反映,它强调民族文化传统(Shi, 2001; Fukuyama, 1995; Uslaner, 2002)、个体早期社会化的经历及其掌握的社会资本状况(Putnam, 1993)。文化主义视角下的主要因素有常人疾病观、社会资本、媒介导向、文化背景等。有较多的证据支持文化主义视角对医患信任的解释。例如在吕小康等(2019)看来,患者对疾病的认知、解释、态度会影响患者的信任水平,当患方所持有的常人疾病观和科学医学观不一致时,患方对医方的信任程度会下降。池上新、陈诚(2018)研究发现,社会网络、非正式组织参与等社会资本对患者信任有负向作用。在媒介导向方面,汪新建、王骥(2017)研究表明,在医疗报道中,媒体容易影响公众对医患关系的认知,加深医患关系的消极刻板印象,破坏医患信任。而陈诚、池上新(2019)研究认为,媒介使用对患者信任的影响是复杂的,对于医疗卫生系统等抽象信任,传统媒体具有正效应,新媒体则具有负效应。

从文化背景来看,中国传统社会的医患信任机制建立在文化传统、宗族和社区伦理秩序以及熟人关系法则之上,文化制度和亲缘伦理关系对传统中国人的医学生活起着很大的作用(程国斌,2017)。然而,近代以来,我国医患关系模式发生了从传统到现代的人际—群际嬗变,社会转型破坏了以人际信任为基础的传统文化,更凸显了医患关系的群际属性,成为产生医患关系危机的机制之一(柴民权,2017)。同时,患者价值观念不同,其信任水平也有所差异。池上新等(2020)研究表明,开放与自我提高的价值观、自我超越的价值观利于患者信任,而保守主义价值观则不显著影响患者信任。另有国外研究发现,种族、民族和语言对医患信任有实质性影响,不精通英语的患者难以和医生建立融洽的医患关系,少数族裔患者倾向于选择少数族裔医生(Ferguson & Candib, 2002)。

已有研究在探讨患者信任概念、测量及影响因素等方面取得了一定成果,但仍存在进一步拓展的空间:一是利用全国性抽样调查数据的实证研究较少;二是将医患信任等同于患者信任,并未加以区分;三是在患者信任产生机制的解释方面,多数研究单独分析制度主义因素或文化主义因素对患者信任的作用,少有研究同时运用以上两种解释路径并比较两类因素对患者信任的影响程度;四是多数研究是单一横断研究,缺少在一段时间内考察患者信任影响因素如何变化的研究,而患者信任影响因素的演变趋势对于未来重建患者信任具有更为现实的意义;五是对患者信任的文化因素研究不足,缺乏对通过关系就医、文化价值观等方面的考量。

三、研究思路与假设

(一) 研究思路

本研究主要探讨中国当前患者信任的样态与特点,并从制度主义和文化主义两种主流视角来分析患者信任的影响因素及其演变趋势。首先,本研究弥补了以往研究对医患信任和患者信任概念不加区分的不足,从信任主体的角度更加清晰地界定了患者信任的概念,将患者信任看作医患信任的一部分。其次,本研究利用了全国性调查 CSS2013 年和 2017 年的数据,进行患者信任现状及特点分析。再次,本研究运用制度主义和文化主义主流理论视角探讨患者信任的产生机制,系统比较各制度因素和文化因素变量如何以及在何种程度上对患者信任产生影响。最后,本研究充分利用两次调查数据,进一步分析制度主义和文化主义因素的演变趋势。

需要特别说明的是,从广义角度看,制度与文化之间有着密切联系,制度本身也是一种文化,而文化在很大程度上也在制度中得到体现(高学德、翟学伟,2013)。本研究中的制度因素是医疗系统运作的结果,以民众对该系统运作结果的理性评估来衡量,主要选取了就诊满意度、医保满意度、医疗安全以及医疗公平四个方面。文化主义强调个体内在价值观和社会规范的作用,主要选取了一般人际信任、权威型价值观、关系就医三个方面。这三个文化因素虽然在广义上与制度因素有一定的关系,但与狭义的医疗系统运作结果关系不大。如此,本研究得以较好地地区分所指涉的制度和文化的因素。

此外,以往研究较少涉及信任影响因素的演变趋势,但主要可归纳为两种观点:一是认为制度因素会进一步强化。例如,房莉杰等(2013)认为村民对村医和乡镇卫生院医生采取的分别是“人际信任”和“制度信任”的信任逻辑,在农村社会从传统向现代转型、农民对医疗专业化预期提高、医疗服务进一步专业化和制度化的背景下,未来村民对于村医的信任逻辑将是人际信任与制度信任的叠加。刘小龙和勾瑞波(2017)认为,中国医患信任正从个人信任向制度信任、从私人信任向契约信任转变。石海波(2017)也指出,在时空分离的风险社会状态中,制度信任或系统信任成为现代社会人们的一种需求,发挥着越来越关键的作用。二是认为文化因素会进一步弱化。齐美尔(2001)认为现代性危机的实质是文化危机,这种危机源于核心文化观念的丧失和主观文化与客观文化之间的对立和冲突。陈忠(2014)也认为现代社会中人文与

科学之间出现失衡,人们过于注重技术理性而相对忽视人文理性。经济理性的观念不断浸润日常生活的方方面面,成为现代人判断、抉择的基本依据,最终导致文化价值被挤压(万俊人,2001)。吉登斯(2000)更是直接指出,随着前现代社会向现代社会转变,信任结构发生变化,基于情感导向建立的人际信任有被逐步替代的趋势。我们把制度因素强化的过程称为“制度强化论”,文化因素弱化过程称为“文化式微论”。

(二)研究假设

1. 制度强化论

制度主义视角强调理性评估,因此制度强化论也称为制度理性化。在现代化进程中,整个社会在政治、法律、组织管理、经济等宏观层面逐渐趋于理性化,例如在党政干部制度以及社会组织的建构过程中,理性化色彩日渐浓厚(胡常龙,2016;宋程成,2019)。也有学者研究发现,从传统社会到工业社会,社会总体经济行为呈现非理性因素不断减少、理性因素不断增加的趋势。其中,信息技术发展、市场和法律机制完善、文化环境改善等是经济行为理性化的促进因素(汪和建,1988)。制度环境会促进个体的理性化思维。在当今社会,人们习惯对许多事物加以理性分析,社会信任也不例外,能否建立信任也被纳入理性计算。在医疗领域中,患者对医方的信任将更依赖整个医疗服务的理性评价,并且这一发展趋势将更加明显。故本研究提出第一组假设:制度因素对患者信任有显著影响,并且会日益重要。具体操作化为:

假设1:就诊满意度对患者信任有积极作用,并且有强化的趋势。

信任建立在期待满足程度的基础之上,而就诊满意度是患者对医疗服务最直观的评估。研究表明,就诊满意度对患者信任具有正向影响,患者就诊满意度较高时,患者更信任医生(池上新等,2020),更可能接受医生的治疗建议(Carla et al.,2012)。随着社会经济发展,患者更注重医疗过程中的积极体验——包括医疗时间、医疗费用、医疗技术、服务态度等方面。患者认为自己花费了金钱,医方理应提供达到期望的医疗服务,甚至以此作为医方是否值得信任的评判标准。

假设2:医保满意度对患者信任有积极作用,并且有强化的趋势。

研究表明,高于患者心理预期、超出支付能力的医疗费用是导致患者信任程度降低的主要因素之一(朱力、袁迎春,2014)。2010年我国全民医保基本实现,但医疗服务使用率和平均价格也随之攀升,而医保控费措施不力、效果有限,加之政府给予医院的财政补贴没有显著增加(刘军强等,2015),患者依然需要面

对“药价高、看病贵”等问题。当前,中国仍有相当一部分患者缺乏医疗服务购买能力,仅依靠患者自身提升支付能力来解决问题并不现实,因此,健全医疗保障制度对缓解患者医疗支付压力具有关键性意义。

假设3:医疗安全对患者信任有积极作用,并且有强化的趋势。

医疗安全首先是患者的生命安全。在传统社会中,人们对医源性伤害的认识较浅,若患者因医疗操作行为不慎、治疗产生副作用等受到损伤,患者倾向于认为这种结果是不可避免的,往往只能无奈地接受。然而,随着专业知识的普及,民众的医学知识日益增长,他们更加关注影响医疗安全的医源性、药源性等因素。同时,现代人权观念的发展也使得公民更注重健康权益和生命质量,人们选择医疗服务时表现得更谨慎、更严格,以避免不良医疗事件。

假设4:医疗公平对患者信任有积极作用,并且有强化的趋势。

建立公正的医疗服务机制、保证健康资源分配使用中的程序公正对于解构医患信任危机有重要作用(尹洁,2017)。在以农耕文明为基础的传统社会中,居民医疗服务可及性差异不大,而随着城市化加快,优质医疗机构向城市地区集中,就医距离、时间成本和交通费用等因素使农村居民不得不面对较高的医疗卫生成本,这降低了城乡二元结构的医疗公平性(蒋翠珍等,2019)。与此同时,人们对公平的关注日益增强,因此,居民对医疗公平性的感受更为凸显。

2. 文化式微论

很多研究表明,患者信任也受到文化因素的影响,但在现代性语境下,传统文化遭到一定程度冲击和破坏,文化因素式微。人文与科学之间出现失衡,人们过于注重技术理性而相对忽视人文理性,技术条件改善、实践能力的提升使人们在诸多领域生成一种盲目自信;同时,个体与公共之间也出现失衡,人们过于注重个体理性而忽视公共理性(陈忠,2014)。现代社会中,市场经济的强力运作造成难以控制的文化后果,经济理性被泛化成人类理性本身,经济理性的观念不断浸润日常生活的方方面面,成为现代人判断、抉择的基本依据,最终导致文化价值被挤压(万俊人,2001)。齐美尔(2001)认为,现代社会中制度维度的工具理性压迫着审美维度,物质文化压制着精神文化,技术、秩序和利润等“人的手段”却被当成终极目标,导致主体精神逐渐衰减。文化式微体现在很多方面,医疗领域也不例外。故本研究提出第二组假设:文化因素对患者信任有显著影响,但呈现式微趋势。具体操作化为:

假设5:一般人际信任对患者信任有积极作用,但这种效应趋于弱化。

有学者认为,中国古代医患关系可称为诚信模式,它强调“医乃仁术”的伦

理原则,更多依靠医生和患者之间的相互诚实和信赖(周奕、李伦,2014)。可以说,传统的患者信任中很大一部分是带有情感成分的人际信任。然而,随着前现代社会向现代社会的转变,出现了时空分离基础上的脱域机制,信任结构发生变化,一般人际信任开始转向系统信任,建立在“象征标志”和“专家系统”基础上的系统信任发挥着越来越重要的作用,而情感导向的一般人际信任有被逐步替代的趋势(吉登斯,2000)。

假设6:权威型价值观对患者信任有积极作用,但这种效应趋于弱化。

在传统中国社会中,人们普遍形成了权威取向的心理和行为,即面对权威会表现出敏感、崇拜和依赖的特征(杨国枢,2005)。以往有研究发现,权威主义价值观会促进居民的政府信任,但随着市场化进程加快,这种积极效应会愈发弱化(池上新,2015)。改革开放以来,多元社会文化和价值观念的涌现推动人们积极追求民主和自由。与以往对权威绝对服从与信任不同,人们开始用质疑、批判的眼光看待医疗服务和医生。

假设7:关系就医对患者信任有消极作用,但这种效应趋于弱化。

患者通过关系就医,采用给红包等“潜规则”,实际上反映了患者对医疗服务有着更高的期待,或对医生的信任底气不足。传统中国以儒家伦理为基础,发展出以“情”为中心的行为规范,为了获得更好的医疗服务,患者会通过各种社会关系选择认识或熟悉的医生和医院(屈英和等,2010)。而从熟人社会到陌生人社会,人际关系变得疏远,个体独立性增强,人与人之间的感情难以发挥联结社会关系的纽带作用。与此同时,在现代社会中各种制度愈发完善,对患者就医形成硬性保障。因此,关系就医的行为倾向可能趋于弱化。

3. 制度 VS 文化:孰强孰弱

社会信任模式的形成取决于社会的结构形态和文化传统两大要素。随着传统社会向现代社会转型,社会信任模式也发生了变化。现代社会信任不再单纯依赖熟人社会中道德品质、人格、面对面的特殊信任,而需要通过抽象体系、有效运转的系统等制度中介建立信任(王珏,2018)。一方面,在较少流动甚至不流动的传统社会里,人们的生活范围相对集中,信任在时间和空间上均受到限制。而现代社会流动性增强,人们进行大范围、短期的社会交往,此时依靠双方交往经验决定是否施以信任已非最优选择,而基于制度体系保障的制度信任更具有现实意义。另一方面,中国社会转型具有高风险特征,许多不确定因素潜藏在风险社会中,人际关系难以保证信任的生成和维系,人们需要通过理性权衡利害(朱虹,2011)。因此,人们更愿意用法律、规则、契约等外在形式规范来约束双

方行为的尺度,从而降低信任风险。此外,以往关于政府信任的研究也发现,相比文化因素,制度因素发挥着更重要的作用(高学德、翟学伟,2013)。故本研究提出第三组假设。

假设8:当下中国的患者信任,制度变量要比文化变量更为重要。

四、数据来源及变量测量

(一)数据来源与模型选择

本研究采用的原始数据来源于2013年和2017年中国社会状况综合调查(Chinese Social Survey,简称CSS)。该调查是中国社会科学院社会学研究所于2005年发起的一项全国范围内的大型连续性抽样调查项目,采用概率抽样的入户访问方式,调查区域覆盖全国31个省/自治区/直辖市,包括151个区市县、604个村/居委会。2013年和2017年分别完成有效问卷10206份、10143份,合计20349份。由于本研究关注的是患者群体,因此对样本进行了一定筛选,将调查前一年自身或家人有过就诊、就医经历的居民视为患者,一共筛选出13089位患者,其中2013年6684位,2017年6405位。本文根据给定的权重系数对城乡、性别和年龄进行了加权处理。

本研究的因变量“患者信任”是一个定序变量,通常可建立定序逻辑斯蒂回归,但其前提是必须满足平行线检验不显著,本研究的相关数据无法满足这一条件。因此,本文将定序变量重新归类,合并成二分变量,进行二元逻辑斯蒂回归。另外,本研究涉及同一样本中不同logit模型中的系数比较。然而,在logit模型中,不同自变量组合所估计的因变量的残差是不断变化的,因而不能效仿线性回归直接通过比较嵌套模型中某一个变量系数的变化来确定该变量作用的变化(Winship & Mare,1984;洪岩璧,2015)。为了便于logit模型间系数的比较,本文采用“ y^* 标准化”方法,具体而言,即用系数除以各自模型潜在因变量的估计标准差 $SD(y^*)$,随后即可进行直观比较(洪岩璧,2015)。

(二)变量测量

1. 患者信任

患者信任是本研究的因变量,在CSS2013、CSS2017问卷中,本文首先筛选出近一年有就诊经历的居民作为研究对象,然后要求研究对象在李克特4点量

表上对医生的信任程度进行评价,答案设有“完全不信任”“不太信任”“比较信任”“非常信任”四项,从低到高依次赋值为1-4。该变量原为定序变量,本文将合并成二分变量,“完全不信任”“不太信任”归为“不信任”,赋值为0;“比较信任”和“非常信任”归为“信任”,赋值为1。表1呈现了2013年和2017年患者对医生的信任状况,可以看到,2013年、2017年患者对医生持“信任”态度的比例分别达84.3%和80.1%,总体来说,我国患者信任水平较高。然而,2017年患者不信任医生的比例显著高于2013年,即2017年患者信任水平有所下降。医生和教师同属专家系列,二者间的信任水平常常被用作比较,表1中也可以看到信任教师的比例在同期都要高于对医生的信任,当前医患信任问题的紧迫性可见一斑。

表1 患者信任与调查年份交叉表分析结果 (%)

变量	选项	2013年	2017年	样本统计数及统计检验
患者信任	不信任	15.7	19.9	N = 12808, $\chi^2 = 37.599, P < 0.001$
	信任	84.3	80.1	
对教师的信任	不信任	10.5	14.5	N = 12794, $\chi^2 = 42.503, P < 0.001$
	信任	89.5	85.5	

2. 制度变量

就诊满意度是本研究反映制度因素的变量之一。CSS2017询问调查对象“您或家人最近一次到医疗机构就诊的满意度”,以李克特10点量表进行评价,1 = “非常不满意”,10 = “非常满意”。而CSS2013中主要考察患者就诊经历中对医生或医疗机构的满意度评价,包括“医护人员的态度、医生的水平、医院的环境、医院的设备、就医的秩序”6个方面,采用李克特10级评分,1表示“非常不满意”,10表示“非常满意”,本文将以上6个项目加总求均值。统计发现,2013年就诊满意度的均值为6.885,2017年的均值为6.448。

医保满意度是本研究第二个反映制度因素的变量,医疗保障满意度是评价医疗卫生质量的重要指标之一。问卷要求调查对象在李克特10点量表上对医疗保障的满意程度进行评分,1表示“非常不满意”,10表示“非常满意”。2013年医保满意度的均值为6.834,2017年的均值为6.047。

医疗公平是本研究的第三个制度变量,它包括公民的健康公平和接受医疗服务的权利公平。问卷询问调查对象觉得当前公共医疗的公平程度如何,答案设有“非常不公平”“不太公平”“比较公平”和“非常公平”,分别赋值为1-4。2013年医疗公平的均值为2.779,2017年的均值为2.795。

医疗安全是本研究中的第四个制度变量,它涉及医疗执业的规范程度、技

术、用药等内容。问卷要求调查对象对医疗“安全与否”的综合感受进行评价,答案设有“很不安全”“不太安全”“比较安全”“很安全”,从低到高分别赋值为1-4。2013年医疗安全的均值为2.840,2017年的均值为2.874。

3. 文化变量

一般人际信任是本研究第一个反映文化因素的变量。人际信任有特殊与一般之分,前者指对家人、朋友等熟悉人的信任,后者指对社会上大多数人的信任。CSS2017询问调查对象“您对现在人与人之间信任水平的评价”,采用李克特10级评分,1表示“非常不信任”,10表示“非常信任”。CSS2013设置了“社会上大多数人都可以信任”的项目来测量,答案设有“非常不同意”“不太同意”“比较同意”和“非常同意”,从低到高依次赋值为1-4。为了和CSS2017测量项目取值范围保持大体一致,该得分乘以2.5的权重。2013年一般人际信任的均值为6.324,2017年的均值为6.013。

权威型价值观是本研究的第二个文化变量。它是文化价值观的一种类型,表现为对权威对象、等级制的崇拜与顺从,与民主型价值观相对应。问卷中要求调查对象对“老百姓应该听从政府的,下级应该听从上级的”这一陈述进行同意与否的判断,有“很同意”“比较同意”“不大同意”和“很不同意”4个选项。我们将其进行二元分类,“很同意”和“比较同意”划为权威型价值观,赋值为1,“不大同意”和“很不同意”划为民主型价值观,赋值为0。统计发现,2013年持有权威型价值观者占比53.057%,2017年占比为63.239%。

关系就医是本研究的第三个文化变量,通过关系就医的行为具有重要的社会文化意蕴,是中国人情社会中的独特现象。问卷要求调查对象回答“看病就医时是否托人说情或请客送礼”,该变量为定类变量,按虚拟变量处理,0=否,1=是。统计发现,2013年通过关系就医者占比11.125%,2017年通过关系就医者占比11.664%。

4. 调查年份

考察患者信任影响因素的演变趋势是本研究的目的之一,因此,本文将分析制度主义变量、文化主义变量与调查年份的交互作用。调查年份按类别变量处理,2013年赋值为0,2017年赋值为1。

5. 控制变量

根据以往相关研究,个体特征如性别、年龄、职业、教育程度等与患者信任程度有关。本文控制了性别、年龄、城乡社区、政治面貌、受教育程度、有无非农工作、个人年收入对数等变量。各控制变量的描述性统计情况见表2。

表 2 各控制变量的描述性统计情况

类别变量	样本数	百分比(%)	类别变量	样本数	百分比(%)
性别			受教育程度		
男	6391	48.8	小学及以下	3743	28.6
女	6698	51.2	初中	4402	33.7
年龄分组			高中或中专	2423	18.5
青年	5379	41.1	大专及以上学历	2508	19.2
中年	6140	46.9	有无非农工作		
老年	1570	12.0	有	5201	39.7
城乡社区			无	7889	60.3
城市	6937	53.0	连续变量	均值	标准差
农村	6152	47.0	个人年收入对数	9.477	1.390
政治面貌			个人年收入对数平方	91.737	25.237
党员	1180	9.0			
非党员	11891	91.0			

五、患者信任的影响因素及其演变趋势

在患者信任的二元逻辑斯蒂回归分析中,本研究考察了制度主义、文化主义变量和控制变量对患者信任的影响程度及其演变趋势。在表3的logit回归分析中,一共设置了6个模型,模型1考察社会人口变量、调查年份对患者信任的影响。模型2和模型3在控制变量的基础上,分别加入制度主义变量、文化主义变量作为自变量。模型4是在控制变量基础上,同时加入制度变量和文化变量。模型5、6在模型2、3基础上各自加入制度变量、文化变量与年份的交互项。本研究通过以上模型考察患者信任的影响因素及演变趋势,同时比较制度与文化变量的影响程度。结果如表3所示。

(一) 患者信任的影响因素分析

首先,模型1显示,在控制变量上,性别、年龄、城乡社区、政治面貌、受教育程度、有无非农工作、个人年收入对数、调查年份对患者信任有显著影响。女性对医生的信任水平高于男性,农村患者比城市患者更信任医生,呈现“男低女高”“城低乡高”的特征。在模型1中,相比女性,男性患者信任的发生比(odds)低18.616% ($1 - e^{-0.206}$);相比农村患者,城市患者对医生持信任的发生比低

30.788% ($1 - e^{-0.368}$)。年龄对患者信任具有一定正向效应,相比青年人,中年患者对医生持信任态度的比例更高。党员比非党员更信任医生,党员患者信任的发生比相对高 27.252% ($e^{0.241} - 1$)。对比受教育程度在小学及以下的患者,具有初中及以上受教育程度的患者对医生的信任更低。有无非农工作对患者信任也具有显著影响,从事非农工作的患者对医生的信任更低。个人年收入对数与患者信任具有一定的 U 型曲线关系。此外,调查年份对患者信任具有显著的削弱作用,总体来说,2017 年的患者信任水平要比 2013 年低。

其次,从模型 2 可知,制度变量对患者信任有重要影响。就诊满意度、医保满意度、医疗安全和医疗公平对患者信任都有显著的促进作用,它们也削弱了社会人口学变量对患者信任的影响力。从模型 1 到模型 2,模型拟合度伪 R^2 由 0.03 上升到 0.198,说明制度变量对患者信任具有较强的解释力。例如,就诊满意度、医保满意度每提高 1 分,患者信任医生的发生比将分别提高 34.851% ($e^{0.299} - 1$)、3.870% ($e^{0.038} - 1$);而医疗安全、医疗公平每提高 1 个等级,患者信任医生的发生比将分别提高 99.172% ($e^{0.689} - 1$)、86.451% ($e^{0.623} - 1$)。另外,模型 1 中原本影响患者信任的年龄、政治面貌、有无非农工作等变量在模型 2 中显著性减弱或变得不显著。以往的研究也有类似发现,患者满意度、医疗公平等可以促进患者信任 (Alrubaiee & Feras, 2011; 池上新等, 2020), 这表明制度因素对患者信任有重要的影响。

表 3 患者信任影响因素的二元逻辑斯蒂回归结果

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6
男性 (参照组为女性)	-0.206 *** (-0.055)	-0.199 ** (-0.045)	-0.248 *** (-0.064)	-0.209 ** (-0.047)	-0.203 ** (-0.046)	-0.244 *** (-0.063)
年龄分组 (参照组为青年)						
中年	0.183 * (0.049)	0.085 (0.019)	0.032 (0.008)	-0.005 (-0.001)	0.080 (0.018)	0.043 (0.011)
老年	0.101 (0.018)	-0.064 (-0.009)	-0.120 (-0.020)	-0.182 (-0.027)	-0.073 (-0.011)	-0.096 (-0.016)
城乡社区 (参照组为农村)	-0.368 *** (-0.098)	-0.277 *** (-0.063)	-0.326 *** (-0.084)	-0.291 *** (-0.066)	-0.282 *** (-0.064)	-0.317 *** (-0.081)
党员 (参照组为非党员)	0.241 * (0.039)	0.105 (0.015)	0.195 + (0.030)	0.107 (0.015)	0.114 (0.016)	0.189 + (0.029)

续表 3

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6
受教育程度(参照组为小学及以下)						
初中	-0.476 *** (-0.121)	-0.402 *** (-0.086)	-0.382 *** (-0.093)	-0.354 *** (-0.076)	-0.396 *** (-0.085)	-0.381 *** (-0.093)
高中	-0.631 *** (-0.129)	-0.573 *** (-0.010)	-0.495 *** (-0.098)	-0.506 *** (-0.088)	-0.565 *** (-0.098)	-0.491 *** (-0.097)
大专及以上	-0.288 * (-0.060)	-0.277 * (-0.050)	-0.168 (-0.034)	-0.187 (-0.034)	-0.270 * (-0.049)	-0.164 (-0.033)
有非农工作(参照组为无非农工作)	-0.189 * (-0.050)	-0.164 + (-0.037)	-0.186 * (-0.048)	-0.169 + (-0.038)	-0.162 + (-0.037)	-0.187 * (-0.048)
个人年收入对数	-0.396 + (-0.294)	-0.396 + (-0.252)	-0.383 + (-0.272)	-0.373 + (-0.235)	-0.403 + (-0.256)	-0.370 + (-0.263)
个人年收入对数平方	0.020 + (0.270)	0.022 + (0.249)	0.020 + (0.262)	0.021 + (0.239)	0.022 + (0.252)	0.019 (0.251)
调查年份(参照组为2013)	-0.260 *** (-0.069)	-0.085 (-0.019)	-0.222 *** (-0.057)	-0.097 (-0.022)	0.375 (0.085)	-0.630 ** (-0.162)
就诊满意度		0.299 *** (0.283)		0.281 *** (0.264)	0.347 *** (0.328)	
医保满意度		0.038 * (0.043)		0.025 (0.028)	0.018 (0.020)	
医疗安全		0.689 *** (0.194)		0.660 *** (0.185)	0.726 *** (0.204)	
医疗公平		0.623 *** (0.196)		0.587 *** (0.184)	0.633 *** (0.199)	
一般人际信任			0.220 *** (0.207)	0.086 *** (0.070)		0.168 *** (0.157)
权威型价值观(参照组为民主型)			0.375 *** (0.095)	0.164 * (0.036)		0.521 *** (0.131)
通过关系就医(参照组为未通过关系就医)			-0.721 *** (-0.118)	-0.495 *** (-0.072)		-0.693 *** (-0.113)
就诊满意度 × 调查年份					-0.073 (-0.120)	
医保满意度 × 调查年份					0.037 (0.060)	
医疗安全 × 调查年份					-0.076 (-0.052)	

续表 3

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6
医疗公平 × 调查年份					-0.019 (-0.013)	
一般人际信任 × 调查年份						0.096* (0.161)
权威型价值观 × 调查年份						-0.269* (-0.064)
关系就医 × 调查年份						-0.036 (-0.004)
常数项	4.229***	-1.602	2.663***	-1.897*	-1.857*	2.849***
样本量	10733	9025	10166	8669	9025	10166
Chi ²	240.6***	861.9***	477.4***	845.3***	867.7***	493.0***
伪 R ²	0.030	0.198	0.072.	0.206	0.199	0.074

注:(1)表中数据为非标准化回归系数,括号内为 y^* 标准化回归系数。(2)* $P < 0.1$, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

再次,在文化变量对患者信任的影响上,从模型 3 可以看出,一般人际信任、权威型价值观能显著正向预测患者信任:一般人际信任度越高、权威型价值观倾向越强,就越信任医生。具体而言,一般人际信任每提高 1 分,患者信任医生的发生比将提高 24.608% ($e^{0.220} - 1$),而相比民主型价值观者,权威型价值观者信任医生的发生比将提高 45.499% ($e^{0.375} - 1$)。关系就医则显著负向预测患者信任:越是通过请客送礼、托人等方式就医,对医生的信任度就越低。采取关系就医的患者,信任医生的发生比将降低 51.373% ($1 - e^{-0.721}$)。另一方面,模型 3 相比模型 1,模型拟合度伪 R^2 由 0.030 增加到 0.072,说明文化变量对患者信任有一定的解释力,但重要性显然不如制度变量。模型 4 同时加入了制度变量与文化变量后发现,医保满意度对患者信任不具有显著影响,而权威型价值观影响患者信任的显著性降低,影响力减弱,其他变量的影响效应基本不变。此外,比较模型 4 中“ y^* 标准化”系数的大小,总的来说,制度变量各系数的绝对值要比文化变量更大。因此,就当下而言,制度因素对患者信任发挥的作用更大,假设 8 得到验证。

(二)患者信任影响因素的演变趋势分析

本研究进一步考察制度变量、文化变量和调查年份共同影响患者信任的交互机制。从模型 5 可知,就诊满意度、医保满意度、医疗安全、医疗公平等制度变

量与调查年份交互影响患者信任的效应都不显著,这表明制度因素对患者信任的积极效应进一步强化并未得到验证。但文化变量中除了关系就医外,其他 2 个变量与调查年份的交互效应均显著,模型 6 显示,“一般人际信任 × 调查年份”项的系数为正数,且统计显著性明显,即年份对一般人际信任与患者信任二者的关系起到了调节作用,并且是一种促进性影响。为了更加清晰直观地说明年份对一般人际信任与患者信任的调节效应,本文做了三者的交互作用图(见图 1)。由图 1 可知,无论是 2013 年还是 2017 年,随着一般人际信任水平的上升,患者信任水平都会上升,但上升的幅度有所差异。相比而言,在 2013 年,一般人际信任对患者信任的促进作用比较弱(斜率较小),而 2017 年,一般人际信任对患者信任的促进作用更强(斜率较大)。这意味着一般人际信任对患者信任的积极效应趋于强化。其次,“权威型价值观 × 调查年份”交互项系数为负数,具有统计显著性,而权威型价值观的系数仍然是正数,这意味着年份同样调节了权威型价值观对患者信任的正向影响,但这种效应趋于弱化,假设 6 得以验证。如图 2 所示,不管是 2013 年还是 2017 年,权威型价值观对患者信任均为正向影响,但对比 2013 年,2017 年权威型价值观对患者信任的促进作用有所弱化(斜率变小)。

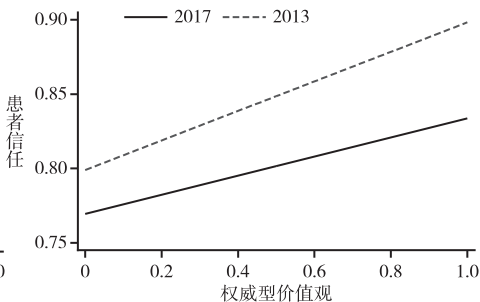
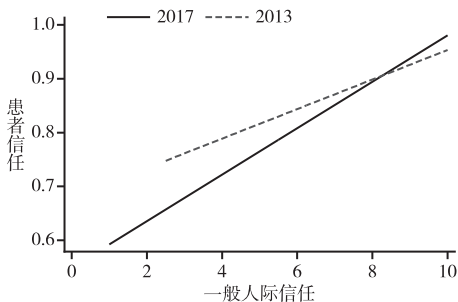


图 1 一般人际信任与患者信任的年份差异 图 2 权威型价值观与患者信任的年份差异

(三) 稳健性检验

为了检验以上发现的稳健性,本文采用更换回归模型的方法。由于原始因变量“患者信任”是一个定序变量,赋值为 1 - 4,分别表示“完全不信任”“不太信任”“比较信任”和“完全信任”,但又不满足平行线假定,因此,本文采用无序多类别 logit 回归模型进行稳健性检验。结果表明,当以“完全不信任”为参考组时,核心变量对“比较信任”和“完全信任”影响的回归结果与二元 logit 方法的结

果大体一致,说明前文发现的结论具有一定的稳健性。^①当然,也有少许不同,比如:医疗公平变量的强化趋势在稳健性回归中呈现一定的边缘性显著;权威型价值观在全模型中变得不再显著。

六、结论与讨论

患者信任对于构建和谐医患关系起到关键作用。在医疗冲突事件频发的背景下,打破医患不信任的恶性循环、改善医患关系、维护医疗服务领域秩序刻不容缓。因此,本研究利用 CSS2013 年和 2017 年全国性调查数据,探讨了我国患者信任的现状和特点,并基于制度主义和文化主义视角考察了患者信任的影响因素及演变趋势,得出以下几点结论。

第一,当前患者信任总体水平较高但有降低的趋势,并且呈现“男低女高”“城低乡高”的特征。2017 年我国患者信任医生的比例达 81.1%,大部分患者对医生的信任水平较高,但从 2013 年到 2017 年,患者对医生持“不信任”态度的比例从 14.1% 上升到 18.9%,患者信任水平有所下降。我们也发现,女性的患者信任水平高于男性。女性思维逻辑较感性,更倾向于依靠直觉作判断,较容易相信他人;而男性思维更偏理性,因此信任水平比女性低一些。相比城市患者,农村患者信任更高。之所以呈现“城低乡高”特征,可能有以下两方面原因:其一,城乡居民接触的媒体信息有所差异。一方面,农村居民更多通过电视、报纸、广播等传统媒体获取信息,接触信息面比较窄,对医患暴力事件等负面新闻可能较少接触。而城市居民更多使用新媒体,浏览信息时有更大的自主性。另一方面,负面医疗新闻也更容易进入城市居民视野。由于优质医疗资源主要分布在城市,城市医生接待病人数量较农村医生多,其工作量大、工作时间长,可能会影响医生的医疗质量和服务态度。同时,就诊程序繁杂、候诊时间长等因素亦容易引起患者不满情绪,这导致城市医院经常发生医患纠纷或医患冲突,导致城市患者对医生信任度相对较低。其二,城乡居民对医生的信任机制有所差异。农村居民对医生的信任多数属情感型信任,这种基于血缘、地缘建立起来的信任维系得更长久,但也可能使患者忽视医疗技术的信任。而城市居民对医生的信任以工具型信任为主导,即指患者对医疗服务过程和结果的认可程度。城市医院在技

^① 因篇幅所限,此处未报告稳健性回归结果,读者如有需要可联系作者获取。

术水平、服务设施等方面占据优势似乎应成为城市居民更信任医生的依据,但实际上,从纵向对比来看,近年来基层医疗服务水平亦有所提升,农村居民感受到的变化和进步较大,而城市医疗服务发展进度放缓,甚至暴露出一些弊端。因此,城市患者对医生的信任比农村患者要低一些。

第二,就诊满意度、医疗安全、医疗公平、医保满意度等制度主义变量对患者信任具有显著的积极效应,但这种效应是否在进一步强化暂未得到验证。2013年第五次国家卫生服务调查结果表明,深化医药卫生体制改革启动实施以来,随着医疗卫生服务体系的建设加强,基本医疗保障水平提高,公共卫生服务均等化程度提高,城乡居民卫生服务需求的满足度明显提高,居民看病就医的公平性、可及性、便利性得到改善。与2008年调查相比,信任医生的门诊和住院患者比例有所上升(国家卫生计生委统计信息中心编著,2015)。近年来,随着医改进入深化阶段,我国通过加强基层医疗卫生体系建设、推进分级诊疗制度、规范医疗服务领域的信息化建设等制度建设,不断深入推进新时代医疗卫生政策改革。在政策目标上,更加强调回归公益性、提高人民健康水平;在价值取向上,更加注重民生和强调社会公平,坚持促进公平和提高效率相结合(王家合等,2020)。制度能够引导和约束人的行为,公共领域的制度建设作为外在的方面,为信任关系的形成提供了现实根据(杨国荣,2018)。研究结果表明,患者直观感知到医疗服务质量、医疗安全性和公平性以及医疗保险的受惠程度,有助于建立起患者对医生的信任。但本研究发现,这些制度因素对患者信任的积极效应并没有得到强化,似乎与我们之前的理论判断不一致。这可能有以下两方面原因:其一,本研究分析的数据周期较短,未能呈现强化效应。其二,虽然医疗卫生体制改革后取得明显成效,但民众有着更高的期待,二者之间的差距与张力可能导致制度因素对患者信任的积极效应未能呈现为强化动力。

第三,一般人际信任、权威型价值观、关系就医等文化主义变量对患者信任也具有重要影响,但呈现不同的变化趋势:一般人际信任的正效应将进一步强化,权威型价值观的正效应却有所弱化,而关系就医的负效应并未呈现显著的演变趋势。基于逻辑斯蒂的回归分析结果可以发现,一般人际信任和权威型价值观会促进患者信任,而关系就医会削弱患者信任。与理论假设一致的是,具有权威倾向的患者更相信医生权威,依从医生决定和做法,而这一正效应在趋于弱化。这可能是因为在社会主义市场经济不断推进时,中国居民的民主意识逐步提升,科学、民主、理性等现代社会的核心价值观得到越来越多的认同,因此患者在就医过程中开始出现批判性的怀疑心态,不再全盘接受医生的医疗建议,对医生的

信任水平亦有所降低。

但与研究假设不一致的是,一般人际信任的正效应不但没有弱化,反而得到强化;关系就医的负效应并没有明显的弱化趋势。有研究发现,经济赋权能够显著地提升社会信任,个体经济水平的提高有利于保护自身利益、避免受害,进而提高对他人的信任度(高学德,2016)。改革开放以来,中国居民收入水平普遍提高,经济能力的增强可能为获取人际信任再创条件,从而使得现代社会中人际信任没有直落低谷,而是留有余地。此外,关系就医由传统社会普遍存在的“关系取向”心理和行为发展而来。在熟人社会,它在人际网络运作中发挥“锦上添花”的作用;按照常理来说,在陌生人社会中,这种关系取向行动机制应该越来越少,但面对医疗过程的未知风险,关系就医更可能发挥着“雪中送炭”的作用,演变成患者自我防御、自我保护的重要手段。因此,在当前社会中,关系就医的作用尚未呈现弱化趋势。

第四,就当下而言,相比文化主义变量,制度主义变量的作用更大。在控制其他因素的情况下,相比一般人际信任、权威型价值观、关系就医等文化实力,就诊满意度、医疗安全、医疗公平等制度实力对于提升患者信任发挥更重要的作用。以往有学者基于制度主义和文化主义解释路径来研究政府信任,发现文化主义视角更倾向于长期积累的作用,而制度主义视角更强调短期直观的效果,相对而言,制度主义的作用更突显(高学德、翟学伟,2013)。有学者研究发现,中国社会存在“制度信任塑造医生信任”的现象,即民众出于对社会制度的信任而衍生出对医生的职业信任,同时民众的社会制度信任越强,越倾向于形成对医生医术和医德的信任反差(牛冠朝、刘军强,2021)。另一方面,随着中国社会由传统“熟人社会”渐入现代“陌生人社会”,医患关系多数属于一种完全的陌生人关系,这可能加速了患者信任由情感性信任到工具性信任的转变。随着市场化和城市化的发展,现代人逐渐形成理性思维,在医疗服务中更可能将医患关系看作平等的供需关系,会依据医生声誉、专业技能、服务态度等硬性标准来判断是否与医方进行“交易”,是否选择信任医生。

接下来,本文对制度理性与社会文化进行了讨论。在现代社会中,制度理性的思维日益占据主导地位,它不断渗透进生活的方方面面,影响人们作出判断、选择和决定,具有不可替代的地位和作用。因此,在重建患者信任过程中,我们应该重视制度因素发挥的作用,例如增强患者就诊的积极体验,提高治疗安全性,完善相关医疗制度,建立更加符合公平与正义的社会医疗保障制度和医疗资源分配体系,切实缓解“看病难、看病贵”问题。但与此同时,我们也应该注意到

文化的长期作用。传统社会“人情文化”在现代人处事风格中仍有所体现。道德规范在潜移默化中制约个体行为,华夏五千年文明所凝结的传统文化留有许多能继续照耀现代社会的闪光点。中国传统文化中仁者无敌、安身立命、以和为贵、天人合一的四大核心思想并没有被淘汰,反而被延伸为社会主义核心价值观的组成部分,并成为可持续发展、协调发展等现代社会理念的渊源。就信任关系而言,制度信任并不能完全取代人际信任,制度信任在根本上是强制性的,易于建立也易于摧毁。同时,形成制度信任的关键在于制度环境,而制度环境并非一成不变,制度受众的态度和行为也因此处于动态变化中(房莉杰,2009)。从长远来看,人与人之间、患者与医生之间的和谐关系也需要脉脉温情和内在良知来维持,要求相应地建立现代化人际信任机制,协调融合中国传统文化的智慧与现代社会的价值理念,发挥新时代社会文化的积极作用。有学者研究发现,在经济合作关系中,信任建立机制的关系运作和法治手段两种方法是可以共存的(彭泗清,1999)。总的来说,从传统到现代,信任机制逐渐由人际信任演变为制度信任,但这并不意味着制度信任必定比人际信任具有更大的优越性。在当前医患信任中,患者在就诊满意度、医疗安全、医疗公平等方面的制度理性并没有表现出进一步强化的趋势,而一般人际信任、权威型价值观等社会文化也并没有遭遇危机,甚至还在一定程度上得到了强化。尽管二者处于不同等的地位,对医患信任发挥着不同的作用,但始终是相互联系的。换言之,制度理性和社会文化二者共同影响当前的患者信任,“制度强化论”暂未得到验证,“文化式微论”只得到部分验证。

值得警惕的一点是关系就医的负效应。本研究数据显示,2013年、2017年我国居民通过关系就医的比例分别是11.125%和11.664%,相当于十个患者中就有一个人通过关系就医。当下中国社会,关系就医不再是个别患者独有的行为,而变成一种普遍的医患社会心态。以往的调查数据显示,希望通过“关系”就医的患者高达70.6%,其中,促成患者看病找关系的因素包括:医生更认真耐心、节省时间、不花冤枉钱、心里更踏实等(屈英和等,2010)。有学者认为,关系就医有助于降低患者的风险感知,提升收益感知,从而增加患者对医方的初始信任(王华、王从,2019)。但事实上,这种信任恰恰表明患者只信任通过“关系”认识的医生,不信任社会上大多数的非熟人医生。可以说,关系型就医最初源于患者对医方的不信任,而后变成患者用来规避医患不信任风险的行动机制。因而,打破相互猜忌、相互提防的医患社会心态,还需提升整体的社会信任水平,注重患者就诊满意度,提高医疗服务质量,完善医疗卫生服务体系,以制度建设

推进患者信任。

最后,本研究也存在一些局限,受限于原有的问卷数据,制度变量和文化变量的测量还可进一步丰富;控制变量缺少患病类型与就医频率等;测量患者信任的条目较简单,不利于考察患者在医生医技、医德等不同方面的信任。此外,本研究分析的数据周期较短,可能导致影响因素的演变趋势并未得以充分呈现。再者,本研究发现患者信任受到制度因素和文化因素的影响,但制度因素和文化因素具体如何发挥作用,对此本研究暂无法给出更有效的解释。因此,还有待未来开展进一步的深入研究。

参考文献:

- 柴民权,2017,《我国医患关系的人际-群际嬗变——兼论“师古方案”的可行性》,《南京师大学报(社会科学版)》第2期。
- 陈诚、池上新,2019,《削弱抑或促进:媒介使用与患者信任——兼论医疗环境中的媒介管理》,《东南大学学报(哲学社会科学版)》第2期。
- 陈忠,2014,《城市现代性的文化危机及其微观拯救——一种城市哲学与城市批评史的视角》,《华中科技大学学报(社会科学版)》第5期。
- 程国斌,2017,《中国传统社会中的医患信任模式》,《东南大学学报(哲学社会科学版)》第1期。
- 池上新,2015,《市场化、政治价值观与中国居民的政府信任》,《社会》第2期。
- 池上新、陈诚,2018,《社会资本有利于城乡居民对医生的信任吗?——基于CGSS2012数据的实证研究》,《人文杂志》第1期。
- 池上新、谭文清、黄琰淋,2020,《文化价值观和医疗满意度对患者信任的影响》,《中国社会心理学评论》第18期。
- 邓朝华、洪紫映,2017,《在线医疗健康服务医患信任影响因素实证研究》,《管理科学》第1期。
- 董恩宏,2012,《基于医疗质量管理的患者信任度评价指标体系构建及相关研究》,上海交通大学博士学位论文。
- 董屹、吕兆丰,2015,《乡村医患信任中的政策裂痕与弥合——以北京市H区为例》,《北京社会科学》第5期。
- 房莉杰,2009,《制度信任的形成过程——以新型农村合作医疗制度为例》,《社会学研究》第2期。
- 房莉杰、梁小云、金承刚,2013,《乡村社会转型时期的医患信任——以我国中部地区两村为例》,《社会学研究》第2期。
- 高学德,2016,《“复制”抑或“创造”:社会流动视角下我国人际信任重建的路径选择》,《社会科学》第6期。
- 高学德、翟学伟,2013,《政府信任的城乡比较》,《社会学研究》第2期。
- 国家卫生计生委统计信息中心编著,2015,《全国第五次卫生服务统计调查报告》,北京:中国协和医科大学出版社。
- 洪岩璧,2015,《Logistic模型的系数比较问题及解决策略:一个综述》,《社会》第4期。

- 胡常龙,2016,《走向理性化的派驻检察室制度》,《政法论丛》第3期。
- 吉登斯,安东尼,2000,《现代性的后果》,田禾译,南京:译林出版社。
- 蒋翠珍、罗传勇、曾国华,2019,《最佳就医距离与医疗公平及非理性医疗行为》,《江西社会科学》第5期。
- 刘军强、刘凯、曾益,2015,《医疗费用持续增长机制——基于历史数据和田野资料的分析》,《中国社会科学》第8期。
- 刘小龙、勾瑞波,2017,《从个体信任到制度信任——医患信任的制度审视与重构》,《山西师大学报(社会科学版)》第2期。
- 罗天莹、雷洪,2002,《信任,在患者与医生之间》,《社会》第1期。
- 吕小康、唐磊、姜鹤、汪新建,2019,《常人疾病观及其对医患关系的影响》,《心理科学进展》第4期。
- 吕小康、汪新建、张慧娟、刘颖、张曜、王骥,2019,《中国医患社会心态问卷的初步编制与信效度检验》,《心理学探新》第1期。
- 吕小康、张慧娟,2017,《医患社会心态测量的路径、维度与指标》,《南京师大学报(社会科学版)》第2期。
- 牛冠朝、刘军强,2021,《信与疑之间——民众对医生“反常”信任的实证分析》,《社会学研究》第3期。
- 彭泗清,1999,《信任的建立机制:关系运作与法制手段》,《社会学研究》第2期。
- 齐美尔,2001,《时尚的哲学》,费勇译,北京:文化艺术出版社。
- 屈英和、田毅鹏、周同梅,2010,《“关系就医”现象的调查与分析》,《医学与哲学:人文社会医学版》第2期。
- 石海波,2017,《现代社会的制度信任分析》,《福建论坛(人文社会科学版)》第3期。
- 宋程成,2019,《社会组织理性化实践及其制度根源:一项长时段案例研究》,《中南大学学报(社会科学版)》第6期。
- 万俊人,2001,《信仰危机的“现代性”根源及其文化解释》,《清华大学学报(哲学社会科学版)》第1期。
- 汪和建,1988,《经济行为:理性因素与非理性因素》,《社会学研究》第6期。
- 汪新建、王丛、吕小康,2016,《人际医患信任的概念内涵、正向演变与影响因素》,《心理科学》第5期。
- 汪新建、王骥,2017,《媒体中的医方形象及其对医患信任的影响》,《南京师大学报(社会科学版)》第2期。
- 王华、王丛,2019,《关系就医对医患初始信任及信任演变的影响》,《现代财经》第2期。
- 王家合、赵喆、和经纬,2020,《中国医疗卫生政策变迁的过程,逻辑与走向——基于1949~2019年政策文本的分析》,《经济社会体制比较》第5期。
- 王珏,2018,《现代社会信任问题的伦理回应》,《中国社会科学》第3期。
- 杨国荣,2018,《信任及其伦理意义》,《中国社会科学》第3期。
- 杨国枢,2005,《中国人的社会取向:社会互动的观点》,《中国社会心理学评论》第1期。
- 尹洁,2017,《如何解构医患信任危机?》,《东南大学学报(哲学社会科学版)》第2期。
- 翟学伟,2014,《信任的本质及其文化》,《社会》第1期。
- 赵敏、姜锴明、杨灵芝、屈万勇,2017,《暴力伤医事件大数据研究——基于2000年~2015年媒体报道》,《医学与哲学》第1期。
- 周怡,2013,《信任模式与市场经济秩序——制度主义的解释路径》,《社会科学》第6期。
- 周奕、李伦,2014,《中国传统医患诚信模式及其当代价值》,《湖南大学学报(社会科学版)》第5期。
- 朱虹,2011,《“亲而信”到“利相关”:人际信任的转向——一项关于人际信任状况的实证研究》,《学海》第4期。

- 朱力、袁迎春,2014,《现阶段我国医患矛盾的类型、特征与对策》,《社会科学研究》第6期。
- Alrubaiee, L. & A. Feras 2011, "The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality-Patient Trust Relationship." *International Journal of Marketing Studies* 3(1).
- Anderson, L. A. & R. F. Dedrick 1990, "Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to Assess Interpersonal Trust in Patient-Physician Relationships." *Psychological Reports* 67(3).
- Bova, C., K. P. Fennie, E. Watrous, K. Dieckhaus & A. B. Williams 2006, "The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale: Development and Psychometric Evaluation." *Research in Nursing & Health* 29(5).
- Carla, D. B., K. K. Balp, G. Nicola & R. Diana 2012, "A Literature Review to Explore the Link between Treatment Satisfaction and Adherence, Compliance, and Persistence." *Patient preference and adherence* 6.
- Ferguson, W. J. & L. M. Candib 2002, "Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship." *Family Medicine* 34(5).
- Fukuyama, F. 1995, *Trust: the Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: Free Press.
- Hall, M. A., E. Dugan, B. Zheng & A. K. Mishra 2002, "Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?" *Milbank Quarterly* 79(4).
- Hall, M. A., B. Zheng, E. Dugan, F. Camacho, E. Kidd, A. Mishra, R. Balkrishnan & R. Valkrishnan 2002, "Measuring Patients' Trust in their Primary Care Providers." *Medical Care Research and Review* 59(3).
- Lan, Y. L. & Y. H. Yan 2017, "The Impact of Trust, Interaction, and Empathy in Doctor-Patient Relationship on Patient Satisfaction." *Journal of Nursing and Health Studies* 2(2).
- Mihaela, R. & A. Lupu 2014, "Trust in the Physician and in Medical Institutions. Modalities of Comprehension and Analysis." *Postmodern Openings* 5(4).
- Ommen, O., S. Thuem, H. Pfaff & C. Janssen 2011, "The Relationship between Social Support, Shared Decision-Making and Patient's Trust in Doctors: A Cross-sectional Survey of 2197 Inpatients Using the Cologne Patient Questionnaire." *International journal of public health* 56(3).
- Ozawa, S. & P. Sripad 2013, "How Do You Measure Trust in the Health System? A Systematic Review of the Literature." *Social Science & Medicine* 91.
- Pearson, S. D. & L. H. Raeke 2000, "Patients' Trust in Physicians: Many Theories, few Measures, and Little Data." *Journal of General Internal Medicine* 15(7).
- Putnam, R. 1993, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Shi, T. 2001, "Cultural Values and Political Trust: A Comparison of the People's Republic of China and Taiwan." *Comparative Politics* 33(4).
- Uslaner, E. 2002, *The Moral Foundations of Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winship, C. & R. D. Mare 1984, "Regression Models with Ordinal Variables." *American Sociological Review* 49(4).

作者单位:深圳大学政府管理学院社会学系
责任编辑:刘保中