

医疗市场化与患者信任*

——基于各省民营医院发展水平的分析

池上新 张云亮

提要:对于医疗卫生服务市场化究竟会改善还是恶化医患关系,以往研究并未给出清晰的答案。基于增加竞争者组织密度的视角,本研究利用中国社会状况综合调查数据考察了民营医院发展水平对患者信任的影响及其机制。研究发现,各省民营医院发展水平与患者信任的关系呈现“U型”效应。各省民营医院发展水平较低会对患者信任产生削弱效应;当其迈入高水平后,则会促进患者信任。此外,当各省民营医院发展水平较高时,会通过对整个医疗卫生服务行业的“提质降费”作用机制来正向影响患者信任。总之,本研究在一定程度上检验了民营医院发展的“鲶鱼效应”,也为医患信任的制度主义解释路径提供了新的角度。

关键词:患者信任 医疗市场化 民营医院发展 提质降费

一、研究背景与问题提出

中国的医疗卫生体制改革历来备受争议。2005年,在国务院发展研究中心课题组(2005)得出“医改基本不成功”的结论后,有关医疗卫生体制改革的争论更是持续不断。争论的焦点之一是医改不成功是否为“市场化”所致(顾昕,2005a)。由于对医改症结的判断不同,学者们所提出的政策建议也截然相反。2009年国务院出台的深化医药卫生体制改革方案(简称“新医改”)虽然强化了

* 本研究得到国家社会科学基金重点项目“城乡居民的数字健康素养研究”(23ASH012)的支持。论文初稿曾在中国社会学会2022学术年会“医学社会学论坛”、第八届粟林论坛、首届南强群学青年学者论坛、鹏城群学青年学术沙龙等场合上汇报过。感谢中国社会科学院李培林研究员、南开大学吕小康教授、华东师范大学姚泽麟副教授、上海大学盛智明教授、厦门大学龚文娟教授等师友以及匿名审稿人的宝贵意见。在此一并致谢,文责自负。

政府的责任,但也鼓励社会办医。2016 年国家卫生健康委员会发布《健康中国 2030 规划纲要》,进一步推进医疗市场化改革,鼓励社会资本参与医疗服务。在一系列政策推动下,过去十多年间民营医院在多个方面实现快速增长。2005—2021 年间中国民营医院数量由 3220 所增加至 24766 所,占比由 17.22% 上升到 67.72%,年诊疗人次占比由 4.8% 增至 15.78%,年入院人次占比由 4.07% 上升为 18.58%。^① 非公要素的发展是市场化的重要体现(樊纲等,2011),因此民营医院的快速发展在一定程度上反映了中国医疗市场化的水平。

学界充分探讨了医疗服务体制改革的必要性(顾昕,2005b)、细分领域(陈钊等,2008)等内容。本文着力分析医疗市场化给医患关系带来了怎样的影响。学界对这一问题持有“积极效应”和“消极效应”两类观点。前类观点认为,在计划经济时代,行政化办医导致就医服务可及性不均衡,即使实行医药分离改革,医疗服务效率提升空间依然有限(陈叶烽等,2021);而实施市场化改革以来,医疗服务走向市场定价(贾洪波,2016),去行政化特点凸显(顾昕,2019),民营医院患者就医满意度高于公立医院(樊敏杰等,2013)。据此可以推测,医疗市场化改革有助于缓解看病难、看病贵等服务困境。与之相反,“消极效应”观点认为造成“看病难、看病贵”的原因在于过度市场化(葛延风,2006),主张让公立医院重回公益性(李玲,2021),进而提高医疗服务质量、提升患者信任。

可见,医疗市场化对医患关系的影响这一重要问题已得到学者们的关注,但究竟会改善还是恶化医患关系仍是争论不断,也缺乏相应的实证检验。此外,鲜有研究从地区层面进行论证,特别是剖析不同地区医疗市场化发展阶段的效应问题。在此背景下,本文基于增加竞争者组织密度视角,探讨地区民营医院发展对患者信任的影响,并从质量和费用竞争两条路径揭示可能的作用机制。

二、文献回顾与理论假设

(一) 患者信任的概念及影响因素

“医患信任”包含患者对医生的信任(简称患者信任)和医生对患者的信任(简称医生信任)。其中,患者信任是指患者对医务人员、医生群体、医疗机构以

^① 中华人民共和国国家卫生健康委员会,2024,《中国卫生健康统计年鉴》(http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjn/tjsj_list.shtml)。

及医疗卫生服务系统整体的信任(Ozawa & Sripad, 2013)。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,是患者在医患双方互动过程中对医生能力和动机的一种信心和依赖(吕小康等, 2021)。还有学者将患者信任分为在某项医疗活动中患者对特定医生的信任和大众对整个医生职业群体的信任(牛冠朝、刘军强, 2021)。我们倾向于认为患者信任是患者对医生群体所持有的信念和期望。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,由于信息不对称和不确定,患者信任是对医生群体的系统性信任;另一方面,公众习惯于从互动和关系中软化系统刚性,并通过“找关系”来消解医疗服务系统的应诊冷漠,因此患者信任也是一种人际信任。

影响患者信任的因素是多维的。首先,从结构性视角来看,国家的医疗制度、文化观念等制度性和文化性因素会显著影响患者信任。新制度主义认为医疗服务组织的职业规范与伦理、组织场域等制度性因素会影响医疗实践效果,并最终影响患者信任(Scott, 2004)。此外,医疗服务信息来源和医患纠纷处理机制(池上新, 2022a)、基层医疗资源(郭小聪、杨颂德, 2017)、医疗机构等级(唐佳梅、陈杨, 2022)等要素也被认为对患者信任具有显著影响。另外,地区文化情境因素如公众的健康理念(Yang et al., 2013)、医疗偏好(Sepucha & Ozanne, 2010)、道德规范(张奎力, 2014)等会和制度性因素一起影响患者信任。

其次,从主体性视角来看,患者特征和医生特征对患者信任的影响不容忽视。一方面,患者的健康水平和疾病类型(Yang et al., 2013)、年龄、性别和受教育程度(Hall et al., 2001)、就医经历(张云亮、柳建坤, 2021)、社会资本(池上新、陈诚, 2018)以及患病社会排斥心理(汪新建, 2019)等对患者信任有显著影响。另一方面,医生的医术医德(牛冠朝、刘军强, 2021)与医方激励动机(苏强、杨森淼, 2023)等在提升患者信任方面同样重要。总之,患者信任是多因素互动的结果。然而,在中国制度转型背景之下考察患者信任问题,还需观照医疗市场化的影响及其可能的作用机制。本文着重对此进行探究。

(二)医疗市场化与患者信任

1. 医疗市场化的概念

纵观以往研究,对于何为“医疗市场化”,学界未有统一的概念。欧美一些学者强调私有化或民营化,即政府完全退出服务提供者的角色(Jensen, 2011);亦有学者将医疗市场化视为在医疗服务提供商之间引入或加强基于价格或成本的组织竞争化(Gingrich, 2011);组织学的研究认为,市场化意味着医疗服务组织

越来越商业化(Rylko-Bauer & Farmer, 2002),国家医疗主管部门对公立医院、健康保险公司、卫生保健非公企业等医疗服务部门的服务过程问责以及对其服务效率持更高的关注度(Helderman et al., 2005)。国内学者对医疗市场化的定义也是各有侧重。例如,顾昕(2005a)认为医疗市场化是在医疗供给侧领域加强改革,促进医疗服务走向有管理的市场化;陈钊等(2008)认为医疗服务体制改革需要促进医疗服务价格形成机制的市场化。事实上,对医疗服务改革持“市场主导”立场的研究者同样承认公共卫生部门改革的重要性,即认为应该推动付费模式改革(贾洪波, 2016)、实行全民医保(顾昕, 2005b),等等。可见,学者们主要从优化公共部门服务模式、改革医疗服务购买模式、扩大医疗服务供给主体、增强部门间竞争等角度对医疗市场化进行概念界定。

医疗市场化是不同类型医疗服务组织产生、发展、壮大、竞争甚至衰亡的生态过程。在这个过程中,公立和民营医疗服务部门之间存在共生演变关系,从而形成医疗市场化发展的不同阶段。因此,理解中国医疗市场化还可以从生态种群演变的角度进行更为细致的考察。组织生态学中的种群密度视角为我们理解医疗市场化提供了新的切入点。

无论是公立医院内部改革,还是非公医疗服务部门数量的增加,都是医疗服务组织种群内部的动态变化。在给定时期内,相对于先前存在的组织规模,新增加的组织提高了种群的资源总水平,种群数量的增加也被称为组织密度的增加(Hannan & Freeman, 1984)。就医疗服务种群而言,从公立医院部门占绝对主导地位的服务市场到公私医疗服务部门发生竞争,可以看作组织密度增加的一个过程。汉南(Michael Hannan)和弗里曼(John Freeman)认为,种群规模的增加或种群密度的上升反映了两个基础性的过程:一是合法性组织的数量增加,二是组织间多元竞争形式的增强(Hannan & Freeman, 1984)。在中国医改进程中,政府鼓励社会力量参与公立医院改革以及鼓励社会资本进入医疗服务领域,这体现了政府对民营医院合法性的认可;此外,民营医院从创立到不断发展亦是市场竞争的结果。因此,本文聚焦于医疗市场化定义中的扩大非公要素、增加多元竞争者组织密度的内容,即促进民营医院的发展和增强公私竞争。

2. 医疗市场化与患者信任的关系

对于医疗市场化能否提升患者信任,学界至今未有定论,但与此相关的研究颇多,可将其归结为“积极派”与“消极派”两类。“积极派”认为医疗市场化可以改善患者信任。以往学者聚焦于医院性质和患者满意度之间的关系分析(兰烯等, 2014),未能考察民营医院发展对患者信任的影响,但后者依然有迹可推。首

先,新医改以来,医疗服务去行政化以及行政机制、市场机制和社群机制的互补嵌入等制度创新成效凸显(顾昕,2022a:57),这对增强患者就医效果、提升患者信任会产生重要影响。其次,政府对非公医疗机构实行自主定价政策,民营医院通过特色化、专业化、个性化服务满足了患者多元就医需求并增强了医患互动(顾昕,2022a:263)。最后,在不同医疗服务组织之间以及组织内部开展的合理竞争有利于增强服务效率并改善医患关系(Owusu Kwateng et al.,2017)。

与之相反,“消极派”坚称医疗市场化改革会降低患者满意度,最终削弱患者信任。自由竞争式医疗市场化使传统医德观念受到冲击(Engelhardt & Hinkley,2008),医务人员的专业权威性和道德利他性受到质疑。同时,社会公众对“医院作为救死扶伤场所”的角色感知也在弱化,医疗机构被视为赚钱的公司,医务人员被贴上谋利的标签(李伟民,2005),这在一定程度上销蚀了患者信任。有学者指出,医疗市场化是患者对医方不信任的根源(王伟杰,2009)。

医院性质和医院市场份额也会影响患者的医疗服务选择和患者信任。首先,在中国当前的医疗服务供给格局中,公立医院占主导地位,民营医院的市场份额较低、运营能力孱弱、增长缓慢(顾昕,2022a:256-260),这些发展劣势对患者就医选择和患者信任均会产生不利影响。其次,公立医院汇聚了地区优质医疗设施资源和人力资本,具有更强的职业自主性、临床自主性和法团自主性,民营医院提供的服务无法形成与之对称性的竞争(姚泽麟,2015)。最后,在医院体制改革过程中,“公转民”的变化并没有提升医疗服务效率,反而加大了医疗服务排斥(林辉煌,2018)。

基于以上分析,本文提出第一组竞争性假设。

假设1:民营医院发展将提升患者信任。

假设2:民营医院发展将降低患者信任。

(三)医疗市场化影响患者信任的机制分析

随着医疗市场化的发展,竞争等市场机制在诊疗服务过程中的作用也在不断增强。自2009年以来,虽然新医改逐步向全民覆盖的目标推进,但医保碎片化的问题较为突出,通过市场机制重建公共契约服务购买模式是改革成败的关键(顾昕,2022b:94)。这个过程是医疗服务的制度理性和服务提供者的组织理性之间博弈的过程,患者信任水平难免受其影响。

医疗市场化的发展可视为医疗服务组织种群生态的发展。来自组织生态学的证据表明,在相同的市场规则和道德准则之下,组织会演化出同质性程度较高

的形态模式(Dimaggio & Powell,1983),即组织通过共享使用种群内相同的市场秩序、道德规范、规章制度等默会知识,构成共同演化的组织群(Aldrich & Ruef, 2006:138 - 141)。医院在日常管理过程中会将职业道德和医学伦理的准则内化为组织行为,以引导医生等组织内参与者提供专业服务和履行共同价值(Selznick,1996)。竞争是常见的组织群内关系,组织经过多元类型竞争,形成不同的发展阶段。在新医改背景之下,公立医院和民营医院在医疗服务方面展开各类竞争,共同构成医疗服务的种群生态,并形成不同的医疗市场化发展阶段。本文认为,医疗市场化影响患者信任主要是通过竞争实现的,这种竞争表现为医疗服务质量竞争和医疗服务费用竞争。

1. 质量竞争机制

按照准市场理论,竞争使公私部门在提供服务时更有效率和社会责任感(Bartlett & Le Grand,1993)。医疗服务市场作为典型的信息不对称和不确定市场,无论是公立医院或民营医院,均可通过供给优质医疗服务的市场信号吸引更多的患者。虽然民营医院的市场份额与公立医院存在明显差距,但前者可以通过定制化的服务从外部环境上刺激后者增强优质服务的供给,最终推动组织种群整体服务质量的提升。来自欧美的证据表明,医疗供给侧改革形成的公私医疗机构之间的服务竞争有效降低了病人并发症和不当手术的发生率和致死率(Bloom et al.,2015)。汪丁丁、李欢(2013)发现公私部门竞争可以有效遏制过度医疗和医疗成本过快上涨的弊病,从而增强医疗服务种群的整体质量。兰烯等(2014)发现民营医院患者满意度高于公立医院的其中一个重要原因在于竞争机制的引入。

对医疗市场化与医疗服务质量提高之间的相关性也不乏否定意见。虽然德国的医疗保险市场化改革促进了民间投资的增长,但医院的服务供应能力和服务质量却出现大幅下滑(樊鹏,2013)。此外,组织生态内部的竞争行为致使医生群体过度依赖医疗设备,非但没有提升医疗服务质量,反而导致医疗事故发生率增加、医患信任恶化(Brekke et al.,2008)。最后,医药分离制度改革加剧了医生之间的竞争,却带来质量效率的损失(陈叶烽等,2021)。

医疗服务质量对患者就医效果有显著影响这一点已成共识,另有研究探究了服务质量对患者福利的影响。李欢(2013)发现,增加公私部门竞争强度可以提高医疗服务的均衡质量并扩大患者福利。组织学研究认为,个体福利的强化往往会带来信任感的提升(Brewer et al.,2014)。医疗服务的的结果作为一种个体福利,其成功与否势必影响患者信任。

综上,我们提出“质量竞争机制”的竞争性假设。

假设3:民营医院发展将提升整体医疗服务质量,进而促进患者信任。

假设4:民营医院发展将降低整体医疗服务质量,进而削弱患者信任。

2. 费用竞争机制

关于市场化改革对医疗费用支出的影响一直存在争议。一种观点认为,医疗市场化改革会倒逼公立医院降低诊疗服务等收费标准,从而有效抑制医疗服务价格的过快上涨(杨以文、郑江淮,2011)。李林、刘国恩(2008)使用国家统计局年鉴数据发现,民营医院和公立医院的竞争降低了五类人均医疗费用,有助看病贵问题的解决。换言之,以增加医疗服务竞争为主要内容的医疗市场化改革降低了公众的医疗负担。宁晶、顾昕(2018)指出,以扩大民营医院以及公立医院服务改革为核心的供方竞争存在抑制医疗费用上涨的作用,验证了“竞争降费”假说。据此可以认为,增加医疗机构竞争密度模式的医疗市场化对降低患者的医疗费用负担存在积极效应。

对“竞争降费命题”的反对、质疑从来没有中断过。病理学的研究发现,一个地区的人口发病率和疾病谱在短期内基本是稳定的,慢性病等病患群体的规模也是较为稳定的(Yang et al.,2013),因此医疗市场化极易滋生不必要的医疗服务项目和重复建设问题(李玲、江宇,2010)。此外,医药分开的改革政策也导致医疗费用的上涨和诱导需求的增强(王文娟、杜晶晶,2015)。简言之,关于医疗市场化改革对医疗服务费用的影响至今没有形成一致结论。

国内外不同学者还从多元角度考察了医疗服务费用对患者信任的影响。既有研究发现,公私医疗部门在医疗费用和患者信任方面存在显著差别,表现为竞争促使民营医院的费用低于公立医院,但其患者信任度高于后者(Barnea et al.,2022)。然而,也有研究强调公立医院私有化的竞争没有带来医疗服务费用的降低,反而增加了就医成本,对患者信任起到负面作用(林辉煌,2018)。综上,本文认为,医疗服务机构施加给患者的服务费用受到医疗市场化的影响,最终影响到患者信任。

因此,我们提出“费用竞争机制”竞争性假设。

假设5:民营医院发展将降低整体医疗卫生费用,进而促进患者信任。

假设6:民营医院发展将提升整体医疗卫生费用,进而削弱患者信任。

质量竞争和费用竞争是服务提供者占有、维持、扩大市场地位的策略方式。关于两者之间的关系,存在“平行关系说”和“因果关系说”。平行关系说认为,服务提供者可以根据资源、目标群体等要素选择适合自身发展的竞争策略,而不

是单一策略 (Porter, 1980)。而竞争关系说则认为,长期的费用竞争遏制了服务提供者的创新投入,因此要采用质量竞争,即通过产品质量的长期投资增强服务竞争力 (Laine & Ma, 2017)。本研究认为,在民营医院发展过程中,质量竞争、费用竞争均是医疗服务提供者可采取的策略方式,很难说清孰因孰果,因此更倾向认为二者是一种平行关系。

三、数据、变量以及测量

(一) 数据介绍与分析策略

本研究采用的原始数据来源于 2017 年中国社会状况综合调查 (Chinese Social Survey, 简称 CSS)。这项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,采用概率抽样的入户访问方式,调查覆盖全国 31 个省/自治区/直辖市,包括 151 个区市县,604 个村/居委会。^① 2017 年完成有效问卷 10143 份,^②由于本研究关注的是患者群体,因此我们将近一年自身或家人有过看病就医经历的居民视为患者,一共筛选出 6405 位作为样本。

本研究的因变量“患者信任”是一个定序变量,对这类变量的分析通常是建立定序逻辑斯蒂回归,但其前提是平行线检验不显著,本研究的相关数据不能满足这一条件。因此,我们将该变量合并成二分变量,然后再进行二元逻辑斯蒂回归。另外,由于本研究包含省份层次变量,因此使用多层二元逻辑斯蒂回归模型对数据进行估计。

本文的自变量是省级层次变量(层 2),中介变量既有省级层次变量(层 2),也有个体层次变量(层 1),因变量为个体层次变量(层 1),因此对于中介效应的检验应使用“层 2—层 2—层 1”与“层 2—层 1—层 1”模型。参照以往相关研究 (温忠麟、刘红云, 2020: 315 - 337),我们采用三步回归法检验医疗服务质量、医

① CSS2017 缺少上海市等地的样本,共涉及 29 个省份(直辖市或自治区)。我们测算了基于 CSS2017 数据得到的分省样本量、性别比与基于中国统计年鉴 2017 年数据的分省人口基数、性别比之间的相关系数,分别为 0.969 ($P < 0.001$) 与 0.663 ($P < 0.05$)。因此,我们认为 CSS2017 数据也具有一定的省级代表性。

② 本研究中,医疗市场化测量采用的民营医院发展指数是 2016 年的数据,与该年份最接近的含有本研究变量的全国性调查数据有 CSS2015、CSS2017,但本研究将民营医院发展视为自变量,患者信任视为因变量,因此选用 CSS2017 数据最为合适。

疗卫生费用在民营医院发展与患者信任之间的中介作用。具体操作如下:在“层2—层2—层1”模型和“层2—层1—层1”模型中,先用多层二元逻辑斯蒂回归模型估计自变量对因变量的效应,再估计自变量与中介变量对因变量的共同效应,最后检验自变量对中介变量的影响。

(二) 变量及其测量

1. 患者信任

CSS2017 问卷对患者信任(受访者对医生的信任程度)采用李克特四点量表测量,选项为“完全不信任”“不太信任”“比较信任”和“非常信任”。本文将其合并成二分变量,把“完全不信任”和“不太信任”归为“不信任”,赋值为 0;把“比较信任”和“非常信任”归为“信任”,赋值为 1。统计结果显示,2017 年患者持“信任”与“不信任”态度的比例分别为 80.1% 和 19.9%,可见中国患者信任水平总体较高。

2. 医疗市场化——民营医院发展指数

本文从扩大非公要素、增加竞争者组织密度的角度考察各省医疗市场化程度,选取民营医院发展指数这个指标。该指数是艾力彼医院管理研究中心^①通过对国内公立医院和民营医院进行对照研究而建立的一套针对全国和各省民营医院数量、质量及其医疗服务能力的年度综合评价体系。该指数包含本地民营医院均衡指数和非公 500 强指数两个二级指标,前者包括机构总数(民营医院数量比例)、医院质量(三级民营医院数量比例)、服务能力(民营医院年非住院诊疗人次比例、民营医院年出院人次比例、民营医院医师日均诊疗人次)、运营效率(民营医院病床使用率)四个三级指标;后者指各省进入艾力彼发布的“中国医院竞争力·非公立医院 500 强”的民营医院数量和得分。由于各指标存在不同的度量单位,为消除量纲影响、变量自身变异及极限值影响,本文先对指标进行标准化处理,再对各指标加权处理,最后加总计算出综合值。2017 年该中心发布了 2016 年中国民营医院发展指数省份排行榜,是国内首份反映各地区民营医院发展形势的评价体系,排名结果收录于《2018 中国医院蓝皮书》。

3. 医疗服务质量

医疗服务质量通过省级与个体层面的指标进行双重测量。在省级层面上,参考以往研究(陈保启等,2023),我们从保障能力和治愈结果两方面来测量医

^① 艾力彼医院管理研究中心创立于 2004 年,专业从事医院管理研究与评价,拥有中国医院管理市场内容最丰富、数据最齐全的数据库。

疗服务质量,具体通过2017年每千人执业医师数、每千人注册护士数、围产儿死亡率、孕产妇死亡率来测量。^① 统计发现,这四个变量的 Cronbach's Alpha 系数为 0.661,本文使用主成分法经最大方差法旋转,提取出两个因子,命名为各省医疗保障能力因子、各省孕婴死亡率因子。

个体层面的医疗服务质量通过对就医满意度、对政府提供医疗服务满意度、医疗公平和医疗安全的评价来测量。在 CSS2017 问卷中,就医满意度是询问受访者或其家人对最近一次到医疗机构就医的满意度评价,从“非常不满意”到“非常满意”分别赋值为 1~10,数值越大,满意度越高。政府提供医疗服务满意度的测量是询问受访者对地方政府在医疗卫生服务的评价,从“很不好”到“很好”赋值为 1~4。医疗公平的测量是询问受访者觉得当前公共医疗的公平程度,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。医疗安全的测量是要求受访者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”和“很安全”,分别赋值为 1~4。统计发现,这四个变量的 Cronbach's Alpha 信度系数为 0.582,本文使用主成分法经最大方差法旋转,提取出一个因子,命名为个体医疗服务质量感知因子。

4. 医疗卫生费用

医疗卫生费用通过省级与个体层面的指标进行双重测量。在省级层面选取了各省 2017 年医院门诊人均费用、住院人均费用、人均卫生总费用和人均医疗保健支出四个指标。^② 这四个变量的 Cronbach's Alpha 信度系数为 0.840,通过主成分法经最大方差法旋转,提取出一个因子,命名为各省人均医疗卫生费用因子。在个体层面则通过家庭医疗保健年支出来测量,CSS2017 询问了受访者 2016 年全家的医疗保健支出(如看病、住院等费用,不扣除报销部分)以及家庭成员医疗费报销收入,二者相减得到扣除报销后的家庭医疗保健年支出。

5. 控制变量

本文的控制变量包括两个层次。个体层次包括性别(男=1),年龄,年龄平方,城乡社区(城市=1),教育程度(分为小学及以下、初中、高中或中专、大专以上),有无非农工作(有=1),个人年收入,医保类型(分为城镇职工医保、城镇居

① 中华人民共和国国家卫生健康委员会,2019,《2018 中国卫生健康统计年鉴》(<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjnj/202106/ff9efb87ead24385b83ddb9eb0e3df5f.shtml>)。

② 前两个指标的数据来源于:中华人民共和国国家卫生健康委员会,2019,《2018 中国卫生健康统计年鉴》(<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjnj/202106/ff9efb87ead24385b83ddb9eb0e3df5f.shtml>)。后两个指标的数据来源于:中华人民共和国国家卫生健康委员会,2020,《2019 中国卫生健康统计年鉴》(<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtjnj/202106/04bd2ba9592f4a70b78d80ea50bfe96e.shtml>)。

民医保、新农合、其他医保、无医保)等个体变量。省份层次变量使用各省 2017 年人均 GDP,统计分析时取自然对数形式。各变量描述性统计见表 1。

表 1 各变量描述性统计

变量	样本量	最小值	最大值	均值	标准差
患者信任(信任=1)	6287	0	1	0.801	0.399
各省民营医院发展指数	6341	0.157	0.292	0.218	0.035
发展指数平方	6341	0.025	0.085	0.049	0.016
各省医疗保障能力因子	6341	-1.282	4.178	0	1
各省孕婴死亡率因子	6341	-0.987	4.658	0	1
各省人均医疗卫生费用因子	6341	-1.072	4.305	0	1
个体医疗服务质量感知因子	5535	-3.593	2.294	0	1
家庭医疗保健年支出/1000	6403	0	480	9.415	22.913
性别(男=1)	6405	0	1	0.489	0.499
年龄(岁)	6405	18	70	41.420	14.125
年龄平方/100	6405	2.890	49	19.151	12.208
城乡社区(城市=1)	6405	0	1	0.569	0.495
有无非农工作(有=1)	6405	0	1	0.408	0.491
个人年收入(元)/1000	6312	0	500	26.137	36.906
各省人均 GDP 对数	6341	10.26	11.77	10.927	0.336

注:教育程度比例:完成小学及以下教育 27.1%、初中 32.5%、高中 18.7%、大专及以上学历 21.7%。医保分类比例:城镇职工医保 18.2%、城镇居民医保 10.2%、新农合 50.2%、其他医保 2.1%、无医保 19.3%。

四、民营医院发展指数的省际差异

表 2 展示了 2016 年中国各省(市、自治区)民营医院发展指数排名及各维度得分情况。可以发现,各省民营医院发展不平衡,全国平均值为 0.218,最低和最高值分别为 0.157 和 0.292,江苏、安徽、贵州三省名列前茅,黑龙江、青海、甘肃等省份较为落后。在区域特征上,华东地区如江苏、安徽两省以及云贵地区处于较高水平;东北三省以及西北地区如青海、甘肃等均处于较低水平;华北地区的山西、内蒙古以及华南地区如广西、海南也处于较低水平;其余省份均处于中等水平。我们认为经济发展水平和地方医疗体系建设规划是导致上述现象出现的重要原因。具体来说,东北和西北地区等经济发展比较落后的地区对民间资本的吸引力不足,致使民营医院发展指数较低;但也并非经济越发达的地区(广

东、浙江、上海、北京等)民营医院发展水平就越高,这些省份的民营医院发展指数处于中等水平,可能与该地政府大力发展公立医院有关。

表2 2016年中国各省(市、自治区)民营医院发展指数及各维度得分

省份	民营医院指数	医院数量比例*	三级医院数量比例*	年非住院诊疗人次比例*	年出院人次比例*	民营病床使用率	民营医师日均诊疗人次	民营500强指数
全国	0.218	0.526	0.071	0.120	0.146	0.628	5.5	0.032
江苏	0.292	0.669	0.086	0.197	0.225	0.712	8.3	0.098
安徽	0.275	0.616	0.169	0.182	0.194	0.684	5.1	0.067
贵州	0.274	0.755	0.125	0.231	0.271	0.580	4.5	0.023
云南	0.260	0.629	0.159	0.169	0.199	0.570	5.6	0.035
河南	0.234	0.444	0.047	0.152	0.167	0.752	5.7	0.080
四川	0.233	0.621	0.023	0.154	0.221	0.666	4.7	0.053
山东	0.232	0.574	0.121	0.134	0.132	0.599	4.9	0.057
天津	0.231	0.604	0.000	0.206	0.112	0.512	13.2	0.005
湖北	0.225	0.491	0.190	0.085	0.098	0.612	4.7	0.042
重庆	0.223	0.591	0.000	0.136	0.261	0.718	4.6	0.007
北京	0.222	0.629	0.115	0.102	0.114	0.486	5.4	0.062
福建	0.220	0.539	0.138	0.095	0.129	0.580	5.2	0.020
广东	0.219	0.421	0.054	0.086	0.112	0.595	8.2	0.100
浙江	0.219	0.580	0.023	0.093	0.105	0.628	7.2	0.082
陕西	0.209	0.482	0.093	0.127	0.139	0.582	4.9	0.020
河北	0.208	0.500	0.069	0.135	0.131	0.617	4.4	0.040
西藏	0.206	0.245	0.000	0.202	0.240	0.514	8.7	0.000
上海	0.202	0.476	0.000	0.070	0.057	0.734	10.1	0.020
湖南	0.197	0.537	0.062	0.107	0.140	0.623	3.2	0.045
宁夏	0.191	0.577	0.000	0.111	0.113	0.548	6.4	0.005
江西	0.190	0.387	0.055	0.088	0.128	0.740	4.2	0.012
内蒙古	0.180	0.496	0.079	0.102	0.091	0.443	4.7	0.007
吉林	0.177	0.485	0.043	0.110	0.134	0.512	3.7	0.013
辽宁	0.176	0.453	0.017	0.092	0.115	0.596	4.1	0.030
广西	0.171	0.370	0.033	0.052	0.067	0.684	5.2	0.013
新疆	0.170	0.472	0.036	0.080	0.111	0.529	4.0	0.013
海南	0.170	0.238	0.056	0.072	0.058	0.632	6.6	0.002
山西	0.166	0.475	0.000	0.106	0.130	0.593	2.9	0.030
甘肃	0.162	0.330	0.051	0.066	0.066	0.610	4.6	0.003
青海	0.158	0.392	0.000	0.083	0.138	0.504	4.3	0.002
黑龙江	0.157	0.333	0.044	0.082	0.087	0.505	4.1	0.015

注:*表示民营医院/(民营医院+公立医院)。

在民营医院数量占比上,2016年全国平均水平达52.6%,说明民营医院数量已经超过公立医院数量。由表2可见,江浙地区、西南地区以及直辖市等地民营医院数量占比较高,西北、东北以及华南地区的民营医院数量占比较低。

在民营医院的发展质量方面,三级医院中民营占比很低(全国均值7.1%)。可见,民营医院虽然数量多,但呈现“小规模”“低等级”的发展困境。湖北、安徽、云南、福建等省份民营医院在三级医院数量占比超过10%;而天津、重庆、宁夏、山西等省份甚至没有一家民营三级医院。可以认为,这些省份存在民营医院发展不足和发展低质的双重困境。此外,医院质量的另一个指标是“艾力彼非公500强指数”,该指数表示各地进入非公500强的民营医院数量和得分情况。如表2所示,广东、江苏、浙江、河南等省份的民营医院在非公500强中占比较高,而西藏、海南、青海、甘肃等省份的民营医院发展滞后。

我们进一步从民营医院年出院人次占比、年非住院诊疗人次占比、民营医师日均诊疗人次等角度对民营医院服务能力进行考证。表2显示,民营医院年出院人次和年非住院诊疗人次占比均靠前的省份有贵州、西藏、江苏等地。换言之,这两项指标具有地域分布上的相似性。此外,全国民营医师日均诊疗人次平均水平为5.5人次/日,低于全国公立医院2016年的平均值7.6人次/日。^①

最后,针对民营医院的运营效率问题,我们通过医院病床使用率进行分析。结果表明,民营医院病床使用率均值为62.8%,远低于全国公立医院同期平均值(91.0%)。^②这说明现有的民营医院有超过三分之一的病床处于闲置状态,医疗服务资源并没有得到充分利用和有效开发,运营效率有待进一步提升。在这方面表现相对突出的省份有河南、江西、上海等,其使用率均在70%以上。

五、民营医院发展水平对患者信任的影响及机制

(一)基准回归结果

本文使用多层二元逻辑斯蒂回归方法进行估计,结果如表3所示。表3模型1考察各控制变量对患者信任的影响;模型2进一步加入各省2016年民营医

① 中华人民共和国国家卫生健康委员会,2018,《2017中国卫生和计划生育统计年鉴》(<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtnj/202106/bb81a4c32259405189689e6f7cfe5b8f.shtml>)。

② 中华人民共和国国家卫生健康委员会,2018,《2017中国卫生和计划生育统计年鉴》(<http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/tjtnj/202106/bb81a4c32259405189689e6f7cfe5b8f.shtml>)。

院发展指数自变量;模型3加入民营医院发展指数的平方项,以考察其与患者信任是否呈曲线关系。

表3 患者信任影响因素的多层二元逻辑斯蒂回归模型

变量	模型1	模型2	模型3
性别(参考组:女性)	-0.200***	-0.201***	-0.223***
年龄	-0.056***	-0.056***	-0.056***
年龄平方/100	0.063***	0.063***	0.063***
城乡社区(参考组:农村)	-0.380***	-0.377***	-0.371***
教育程度(参考组:小学及以下)			
初中	-0.326***	-0.325***	-0.328***
高中	-0.386***	-0.387***	-0.390***
大专及以上	0.153	0.155	0.152
非农工作(参考组:无)	-0.075	-0.076	-0.074
个人年收入/1000	0.002	0.002	0.002
医保类型(参考组:无医保)			
城镇职工医保	0.030	0.032	0.033
城镇居民医保	0.103	0.105	0.109
新农合	0.396***	0.396***	0.401***
其他医保	-0.460**	-0.457**	-0.445**
各省人均GDP对数	-0.058	-0.035	-0.002
各省民营医院发展指数		-0.665	-18.766**
发展指数平方			40.102**
一层样本量	6013	6013	6013
二层样本量	29	29	29
Wald χ^2	148.38***	148.76***	151.54***

注:(1)系数为非标准化回归系数。(2)* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$ 。

模型1显示,性别、年龄、城乡社区、受教育程度、医保类型对患者信任具有显著影响。女性患者信任水平高于男性,农村患者比城市患者更信任医生,患者信任呈现“男低女高”“城低乡高”的特征。年龄与患者信任呈U型关系。与“小学及以下学历”的患者相比,“初中”“高中”学历的患者信任水平显著更低。与无医保的患者相比,拥有新农合医保的患者信任水平更高,但拥有其他医保(如公费医疗)的患者信任水平反而更低。其他控制变量如是否从事非农工作、个人年收入、各省人均GDP对数等对患者信任无显著影响。

从模型2可以看到,各省2016年民营医院发展指数对患者信任不具有显著

影响,说明二者之间不存在线性关系。相比模型 1,模型 3 组内相关系数 rho 值由 0.066 降低到 0.008,说明患者信任的省份差异效应显著降低;此外,模型 3 中的民营医院发展指数的一次项系数为负数,二次项系数为正数,且均在 0.05 水平下显著,说明民营医院发展指数与患者信任呈 U 型关系。我们进一步求得曲线的拐点为 $0.234 [= 18.766 / (2 \times 40.102)]$ 。换言之,各省民营医院发展水平与患者信任之间存在 U 型关系,即在各省民营医院发展水平较低阶段时,该效应表现为削弱效应,但在发展水平较高时则表现为促进效应。

为了更加直观地说明这种曲线关系,我们制作了二者之间的曲线回归图,如图 1 所示。可以发现,处于曲线拐点左侧的青海、山西、内蒙古等省份以及处于曲线拐点右侧的贵州、云南等省份的患者信任水平较高,而处于曲线底部的西藏、重庆、广东等省份的患者信任水平较低。若以拐点 0.234 为界,则可以将民营医院的发展分成低于 0.234 的发展较低阶段和高于 0.234 的发展较高阶段。

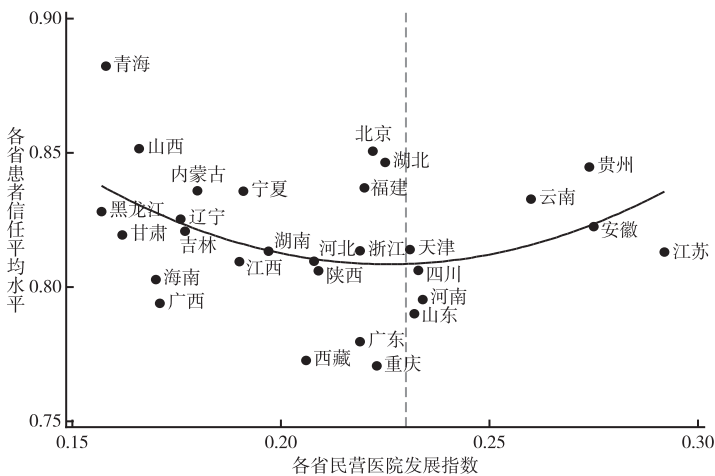


图 1 各省(市、自治区)民营医院发展指数与患者信任的拟合曲线

(二)中介机制检验结果

在表 3 模型 3 的基础上,表 4 呈现了医疗服务质量、医疗卫生费用在各省民营医院发展指数与患者信任之间的中介效应。表 4 的模型 1 和模型 2 分别加入省级层面医疗服务质量指标,模型 3 加入个体层面医疗服务质量指标,模型 4 加入省级层面医疗卫生费用指标,模型 5 加入个体层面医疗卫生费用指标。

从模型 1 和模型 2 可以看到,各省医疗保障能力因子对患者信任具有积极作用,各省孕婴死亡率因子则有消极作用。具体而言,各省医疗保障能力因子每

增加 1 分,患者信任的几率将增加 7.04% ($=e^{0.068} - 1$);各省孕婴死亡率因子每增加 1 分,患者信任的几率将降低 6.11% ($=1 - e^{-0.063}$)。模型 3 加入个体层面的医疗服务质量指标,可以发现个体医疗服务质量感知因子对患者信任具有显著正向影响;前者每增加 1 分,后者提高 2.21 倍($=e^{1.166} - 1$)。

表 4 患者信任影响因素的中介机制分析

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5
各省民营医院发展指数	-19.158 *	-19.348 *	-7.729	-19.663 *	-19.165 *
发展指数平方	40.768 *	41.287 *	15.572	41.496 *	41.022 *
各省医疗保障能力因子	0.068 **				
各省孕婴死亡率因子		-0.063 *			
个体医疗服务质量感知因子			1.166 ***		
各省人均医疗卫生费用因子				-0.158 *	
家庭医疗保健年支出/1000					-0.003 **
一层样本量	6013	6013	5178	6013	6013
二层样本量	29	29	29	29	29
Wald χ^2	151.61 ***	151.57 ***	713.73 ***	151.90 ***	156.76 ***

注: * $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$ 。

模型 4 与模型 5 呈现了医疗卫生费用在各省民营医院发展指数与患者信任之间的中介效应。模型 4 显示,各省人均医疗卫生费用因子显著负向影响患者信任,说明各省人均医疗卫生费用越高则该省患者信任水平就越低,表现为各省人均医疗卫生费用因子每增加 1 分,患者信任的几率降低 14.62% ($=1 - e^{-0.158}$)。模型 5 说明家庭医疗保健年支出对患者信任有非常显著的负向影响。

我们更关心加入中介变量后,民营医院发展指数对患者信任的影响是否发生变化。可以看到,与表 3 模型 3 的系数相比,表 4 模型 3 的民营医院发展指数丧失统计显著性;模型 1、2、4、5 的民营医院发展指数显著性出现明显减弱。这表明,民营医院发展对患者信任的影响很可能是通过以上中介变量发挥作用的。

为进一步验证中介作用,表 5 和表 6 分别呈现民营医院发展对省级层面和个体层面中介变量的影响。表 5 说明民营医院发展对各省医疗保障能力有显著正向影响,对人均医疗卫生费用有显著负向影响,但对孕婴死亡率的影响没有统计显著性。因此,可以说,在省级层面上,各省民营医院发展水平越高,越有助于提升该省的医疗保障能力,也越有可能降低该省的医疗卫生费用。结合前文表

4 的回归结果,经由 Sobel 检验后,可以认为各省医疗保障能力、各省人均医疗卫生费用是民营医院发展指数与患者信任的中介变量。

表 5 民营医院发展对省级层面中介变量的影响

项目	各省医疗保障能力		各省孕婴死亡率		各省人均医疗卫生费用	
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6
各省民营医院发展指数	7.203 **	-24.997	-4.306	5.556	-6.123 **	-19.462
发展指数平方		40.496		-22.446		30.358
样本量	29	29	29	29	29	29
R ²	0.475	0.479	0.085	0.086	0.621	0.623

注:(1)控制变量为各省 2017 人均 GDP 对数。(2) * $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$ 。

如表 6 所示,各省民营医院发展指数对个体医疗服务质量感知、家庭医疗保健年支出没有显著影响,即二者在民营医院发展指数与患者信任之间的中介作用不成立。因此,民营医院发展影响患者信任的质量竞争机制、费用竞争机制仅在省级层面成立。

表 6 民营医院发展对个体层面中介变量的影响

	个体医疗服务质量感知		家庭医疗保健年支出/1000	
	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4
各省民营医院发展指数	0.193	1.993	9.275	-119.921
发展指数平方		-3.997		286.891
一层样本量	5242	5242	6132	6132
二层样本量	29	29	29	29
Wald χ^2	185.14 ***	185.33 ***	49.86 ***	51.39 ***

注: * $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$ 。

综上,本文发现当以省级层次变量作为层 2 变量、个体层次变量作为层 1 变量进行多层次中介效应分析时,“层 2—层 2—层 1”模型成立,但“层 2—层 1—层 1”模型不成立。即各省民营医院发展有利于该省医疗服务质量的提升,也有利于降低该省医疗卫生费用,进而促进患者信任,假设 3 和假设 5 得以验证。因前文发现各省民营医院发展与患者信任呈 U 型关系,故本研究发现的两条作用机制只适用于民营医院发展水平较高阶段。对于民营医院发展水平较低阶段如何负向影响患者信任,则有待进一步研究挖掘。

(三) 稳健性检验

本文采用两种方法进行稳健性检验。^① 第一,采用更换因变量的方法。以往研究发现患者信任与对医院的信任具有高度相似性(李黎明、杨梦瑶,2019)。本研究发现,2017年患者对医院持“信任”与“不信任”态度的比例分别为79.7%和20.3%。相关分析表明,二者的相关系数为0.668($P < 0.001$)。由此可见,患者信任与医院信任之间确实具有较好的内在一致性。

除此以外,我们还以医院信任为因变量,采用同样的自变量和控制变量进行稳健性检验。结果发现,民营医院发展水平与医院信任也呈U型效应,拐点为0.240[$= 20.023 / (2 \times 41.715)$],接近前文测算的0.234。在中介机制方面,各省医疗保障能力因子、个体医疗服务质量感知因子显著正向影响医院信任,人均医疗卫生费用因子、家庭医疗保健年支出显著负向影响医院信任;加入各中介变量后,民营医院发展对医院信任影响的显著性都消失了。上述结果与前文发现基本一致。

第二,采用更换自变量测量方式的方法。本文将民营医院发展指数进行三等分,分成低水平、中水平与高水平类别。回归结果显示,与民营医院发展中水平相比,民营医院发展低水平、高水平均可以正向影响患者信任,这也验证了前文发现的U型效应。同样地,各省医疗保障能力因子、个体医疗服务质量感知因子正向影响患者信任,人均医疗卫生费用因子、家庭医疗保健年支出负向影响患者信任,加入这些变量后,民营医院发展水平对患者信任的影响变得不再显著。我们同样分析了三分类的民营医院发展水平对医疗服务质量和服务费用两个中介变量的影响,回归结果同前文“提质降费”的研究发现也基本一致。

六、结论与讨论

从“病有所医”到“提高人民健康水平”再到“健康中国战略”,医疗服务领域一直是中国共产党和各级政府制定民生服务政策的重点。虽然人们的健康水平特别是人均预期寿命在不断提高,但是“看病难、看病贵”等问题依然存在。近些年医疗暴力冲突事件也屡见报端,医患信任问题日益突出。本研究利用全国性调查数据,基于增加医疗机构竞争密度模式视角考察了医疗市场化背景下民

^① 因篇幅所限,本文未报告稳健回归结果,读者如有需要可联系作者获取。

营医院发展水平对患者信任的影响问题,发现如下。

第一,患者信任分布格局不均衡。当前患者信任总体水平较高,“城低乡高”的特征明显。这一现象的产生可能有两方面原因:其一,接触医疗负面信息存在城乡差异。长期以来城乡二元发展制度使得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更多,其工作量更大、工作时间更长,高压工作极可能影响医生的医疗质量和服务态度。同时,就医程序的繁杂、候诊时间的冗长等消极就医境遇体验容易引起患者的就医不满情绪,这导致城市医院经常发生医患纠纷或医患冲突。其二,患者信任类型存在城乡差异。农村居民对医生的信任多数属情感型信任(房莉杰等,2013),这种基于血缘、地缘建立起来的信任模式维系时间更长久,而城市居民对医生的信任以工具型信任为主导,导致医患之间情感信任维系时间较短。

第二,民营医院发展水平不均衡。江苏、安徽两省以及云贵两省的民营医院发展处于较高水平;西北地区和东北三省,以及山西、内蒙古、广西等省处于较低水平,其余省份均处于中等水平。可见,中国民营医院发展水平在区域间不均衡,医疗资源分布不协调。本文发现,并非经济越发达地区的民营医院发展水平就越高。原因可能是经济发达地区的公立医疗资源集中、综合实力突出,加之社会资本办医起步较早,导致民营医院市场空间增长滞缓。

第三,民营医院发展水平对患者信任存在U型效应。学界关于医疗市场化与患者信任关系的争论缺少对医疗市场化发展阶段的考量。本文发现,二者的关系在医疗市场化不同发展阶段存在差异。具体而言,民营医院发展水平较低对患者信任具有削弱效应,当超过一定的临界值后则会促进患者信任。我们认为这与医疗服务组织种群阶段特征不无关系。在医疗市场化起步阶段,民营医院服务质量参差不齐、就医流程不够规范等问题凸显,这些因素是降低患者信任的风险因素。在医疗市场化程度逐渐提高的过程中,政府监管日趋完善,加上市场竞争选择效应,民营医院服务体系逐步趋向规范化、精细化、专科化,在民众中的认可度和信任度也在慢慢提升。

第四,医患信任关系作用机制具有复杂性。民营医院在发展水平较高阶段会通过对整个医疗卫生服务行业的“提质降费”作用机制来正向影响患者信任;而在其发展水平较低阶段对患者信任的作用机制有待进一步挖掘。我们认为,在医疗市场化发育水平较低的地区,公立医院的垄断地位难以打破,医疗服务竞争密度低,因此较低发展水平的医疗市场化对患者医疗服务质量与费用的影响有限甚至没有效应,最终未对患者信任产生中介效应。但是,当医疗市场化发育

到较高水平时,医疗服务竞争密度增大,虽然民营医院依旧难与公立医院抗衡,但可在多个领域倒逼公立医院提质降费,进而影响整个医疗卫生行业,最终促进患者信任。总之,在医疗市场化改革过程中,虽然公私医疗服务组织种群之间的关系是不对称的,但两个种群之间的竞争已逐步从公立医院占绝对主导的关系变为两个种群竞争共生的关系。这种竞争式组织密度提升会对整体医疗服务的质量和费用产生影响,并最终影响到患者信任。

本文基于组织竞争者密度增加视角考察民营医院发展水平对患者信任的影响,回应了制度领域关于“密度增加的促进效应”的研究。种群规模的密度变化反映了种群组织合法性的过程和竞争的变化,这个过程可能不是一个线性变化过程(Hannan & Freeman,1984)。本文指出民营医院发展水平对患者信任的影响存在阶段论的特点,扩展了前者的研究边界。有学者指出,竞争者密度增加有利于促进组织知识的增长和网络的增强(Lander & Heugens,2017)。本文认为,民营医院的发展促进了公私医疗服务部门间的竞争,具有提质降费的作用,在一定程度上验证了民营医院发展所带来的“鲶鱼效应”(顾昕,2022a:266)。

此外,以往在考察患者信任的影响因素上存在制度主义与文化主义两种解释路径(池上新,2022b)。制度主义的解释路径认为患者信任是制度运作的结果,强调民众会对医疗系统进行理性评估。文化主义解释路径则关注历史和文化脉络对患者信任的作用。医疗市场化作为一种制度性安排可纳入制度主义范畴。就此而言,本研究为医患信任的制度主义解释路径提供了新的角度。

当然,本研究也存在一些不足之处。第一,对医疗市场化的考察可能还不够全面。囿于数据可得性,本文只从民营医院发展即医疗服务竞争组织密度增加的角度展开分析,仅能在一定程度上反映一个地区的医疗市场化,无法体现其全貌。第二,测量患者信任的条目较简单,无法深入考察患者在医生医技、医德等不同维度上的信任差异。第三,在中介机制分析上,服务质量与卫生费用孰因孰果,是否存在链接中介关系也有待考察。第四,民营医院竞争带来的提质降费的“鲶鱼效应”是否完全成立,还需谨慎确证。这些都是未来研究可进一步拓展的空间。

参考文献:

- 陈保启、靳福磊、赵一鸣,2023,《我国医疗服务质量的地区差异及收敛性分析》,《统计与决策》第22期。
- 陈叶烽、罗干松、刘莹,2021,《医药分离制度对医疗市场效率的影响:来自实验的证据》,《浙江社会科学》第8期。
- 陈钊、刘晓峰、汪汇,2008,《服务价格市场化:中国医疗卫生体制改革的未尽之路》,《管理世界》第8期。

- 池上新,2022a,《医疗暴力事件如何影响医患信任——基于认知与归因的视角》,《社会科学》第11期。
- ,2022b,《制度抑或文化:中国患者信任的影响因素及其演变趋势》,《社会学研究》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。
- 樊纲、王小鲁、马光荣,2011,《中国市场化进程对经济增长的贡献》,《经济研究》第9期。
- 樊敏杰、刘国恩、李林,2013,《医疗机构产权性质对医疗费用的影响——基于全国九个城市的实证分析》,《中国经济问题》第5期。
- 樊鹏,2013,《公共服务体系“非公化”须谨慎——基于德国医院体系改革成效的经验分析》,《经济社会体制比较》第3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。
- 葛延风,2006,《医疗卫生领域不应该市场化》,《财经界》第6期。
- 顾昕,2005a,《走向有管理的市场化:中国医疗体制改革的战略性选择》,《经济社会体制比较》第6期。
- ,2005b,《全球性医疗体制改革的大趋势》,《中国社会科学》第6期。
- ,2019,《“健康中国”战略中基本卫生保健的治理创新》,《中国社会科学》第12期。
- ,2022a,《人民的健康(下):走向去行政化的中国医疗改革》,杭州:浙江大学出版社。
- ,2022b,《人民的健康(上):走向去碎片化的中国医保改革》,杭州:浙江大学出版社。
- 郭小聪、杨颂德,2017,《患者在双向就诊政策运行中的就医选择》,《广西民族大学学报(哲学社会科学版)》第1期。
- 国务院发展研究中心课题组,2005,《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议(概要与重点)》,《卫生政策》第9期。
- 贾洪波,2016,《我国医疗服务价格制度变迁及其展望》,《价格理论与实践》第7期。
- 兰焜、刘国恩、李林,2014,《医疗机构产权性质对医疗服务质量的影响——基于全国试点城市微观数据的实证分析》,《中国经济问题》第2期。
- 李欢,2013,《价格管制下的质量竞争:以医疗服务市场为例》,《统计与决策》第2期。
- 李黎明、杨梦瑶,2019,《医院信任的影响因素探究——基于固定效应模型的实证分析》,《南京师大学报(社会科学版)》第4期。
- 李林、刘国恩,2008,《我国营利性医院发展与医疗费用研究:基于省级数据的实证分析》,《管理世界》第10期。
- 李玲,2021,《关于进一步推动新时代公立医院改革的思考》,《行政管理改革》第12期。
- 李玲、江宇,2010,《关于公立医院改革的几个问题》,《国家行政学院学报》第4期。
- 李伟民,2005,《红包、信任与制度》,《中山大学学报(社会科学版)》第5期。
- 林辉煌,2018,《公立医院私有化:动力与困境》,《开放时代》第2期。
- 吕小康、王丛、汪新建、郭琴,2021,《多重不确定风险及其应对——儿童血液病房中的医患信任研究》,《社会学研究》第6期。
- 宁晶、顾昕,2018,《供方竞争的强化能否抑制中国医疗费用的上涨?——基于省级面板数据的实证分析》,《公共行政评论》第6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。

- 苏强、杨森森,2023,《面向医患信任关系的医疗服务激励机制研究》,《运筹与管理》第12期。
- 唐佳梅、陈杨,2022,《医患沟通的互动实践及影响因素——基于某三甲医院医生视角的分析》,《学术研究》第9期。
- 汪丁丁、李欢,2013,《医疗服务供给方在预付制下的质量竞争:一个理论文献综述》,《社会科学战线》第1期。
- 汪新建,2019,《心理疾病的社会排斥及其对医患关系的影响——基于中国综合社会调查数据的分析》,《南京师大学报(社会科学版)》第1期。
- 王伟杰,2009,《当今中国医患信任危机的成因与出路》,《医学与哲学(人文社会医学版)》第2期。
- 王文娟、杜晶晶,2015,《“医药分开”政策对医疗费用的影响机制探索——医生收入、医院收入的中介效应》,《中国软科学》第12期。
- 温忠麟、刘红云,2020,《中介效应和调节效应:方法及应用》,北京:教育科学出版社。
- 杨以文、郑江淮,2011,《医疗服务供给、价格水平与社会福利增进——基于中国1992~2008年经验数据分析》,《经济与管理研究》第6期。
- 姚泽麟,2015,《近代以来中国医生职业与国家关系的演变——一种职业社会学的解释》,《社会学研究》第3期。
- 张奎力,2014,《赤脚医生与社区医患关系——以社会资本理论为分析范式》,《社会主义研究》第6期。
- 张云亮、柳建坤,2021,《互联网使用、社会公平感与医生信任——基于CSS2013数据的实证分析》,《新闻大学》第8期。
- Aldrich, Howard E. & Martin Ruef 2006, *Organizations Evolving* (2nd Edition). London: Sage Publications.
- Barnea, Royi, Aviad Tur-Sinai, Osnat Levtzion-Korach, Yossi Weiss & Orna Tal 2022, “Patient Preferences and Choices as a Reflection of Trust—A Cluster Analysis Comparing Postsurgical Perceptions in a Private and a Public Hospital.” *Health Expectations* 25(5).
- Bartlett, Will & Julian Le Grand 1993, “The Theory of Quasi-Markets.” In Julian Le Grand & Will Bartlett (eds.), *Quasi-Markets and Social Policy*. Hampshire: The Macmillan Press LTD.
- Bloom, Nicholas, Carol Propper, Stephan Seiler & John van Reenen 2015, “The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals.” *The Review of Economic Studies* 82(2).
- Brekke, Kurt Richard, Roberto Cellini, Luigi Siciliani & Odd Rune Straume 2008, “Competition and Quality in Regulated Markets: A Differential-Game Approach.” Discussion Paper No. 6801, Center for Economic Policy Research.
- Brewer, Kathryn B., Hans Oh & Shilpi Sharma 2014, “‘Crowding In’ or ‘Crowding Out’? An Examination of the Impact of the Welfare State on Generalized Social Trust.” *International Journal of Social Welfare* 23(1).
- Dimaggio, Paul J. & Walter W. Powell 1983, “The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields.” *American Sociological Review* 48(2).
- Engelhardt, H. Tristram, Jr. & Aaron E. Hinkley 2008, “Chinese Health Care Policy: An Introduction to the Moral Challenges.” In Julia Tao (ed.), *China: Bioethics, Trust, and The Challenge of The Market*. Dordrecht: Springer.
- Gingrich, Jane R. 2011, *Making Markets in the Welfare State: The Politics of Varying Market Reforms*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Hall, Mark A., Elizabeth Dugan, Beiyao Zheng & Aneil K. Mishra 2001, "Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?" *The Milbank Quarterly* 79(4).
- Hannan, Michael T. & John Freeman 1984, "Structural Inertia and Organizational Change." *American Sociological Review* 49(2).
- Helderman, Jan-Kees, Frederik T. Schut, Tom E. D. van der Grinten & Wynad P. M. M. van de Ven 2005, "Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(1-2).
- Jensen, Carsten 2011, "Marketization via Compensation: Health Care and the Politics of the Right in Advanced Industrialized Nations." *British Journal of Political Science* 41(4).
- Laine, Liisa T. & Ching-to Albert Ma 2017, "Quality and Competition Between Public and Private Firms." *Journal of Economic Behavior & Organization* 140.
- Lander, Michel W. & Pursey P. M. A. R. Heugens 2017, "Better Together: Using Meta-Analysis to Explore Complementarities Between Ecological and Institutional Theories of Organization." *Organization Studies* 38(11).
- Owusu Kwateng, Kwame, Rita Lumor & Florence Ofosu Acheampong 2017, "Service Quality in Public and Private Hospitals: A Comparative Study on Patient Satisfaction." *International Journal of Healthcare Management* 12(4).
- Ozawa, Sachiko & Pooja Sripad 2013, "How Do You Measure Trust in the Health System? A Systematic Review of the Literature." *Social Science & Medicine* 91.
- Porter, Michael E. 1980, *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. New York: The Free Press.
- Rylko-Bauer, Barbara & Paul Farmer 2002, "Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine." *Medical Anthropology Quarterly* 16(4).
- Scott, W. Richard 2004, "Competing Logics in Health Care: Professional, State and Managerial." In Frank Dobbin (ed.), *The Sociology of the Economy*. New York: Russel Sage Foundation.
- Selznick, Philip 1996, "Institutionalism 'Old' and 'New'." *Administrative Science Quarterly* 41(2).
- Sepucha, Karen & Elissa M. Ozanne 2010, "How to Define and Measure Concordance between Patients' Preferences and Medical Treatments: A Systematic Review of Approaches and Recommendations for Standardization." *Patient Education and Counseling* 78(1).
- Yang, Gonghuan, Yu Wang, Yixin Zeng, George F. Gao, Xiaofeng Liang, Maigeng Zhou, Xia Wan, Shicheng Yu, Yuhong Jiang, Mohsen Naghavi, Theo Vos, Haidong Wang, Alan D. Lopez & Christopher J. L. Murray 2013, "Rapid Health Transition in China, 1990-2010: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 381(9882).

作者单位:深圳大学政府管理学院、
深圳大学全球特大型城市治理研究院(池上新)
西南财经大学社会发展研究院(张云亮)
责任编辑:何钧力