

社会分层视野下患者认知与医疗行为¹

沈群红 张琼

(清华大学公共管理学院 北京 100084; 中央财经大学经济学院 北京 100081)

2013年11月20日

清华大学公共管理学院工作论文series20131120

摘要: 本文从社会分层理论出发, 利用2008年全国范围内城镇居民医疗情况调查数据, 采用主成分分析方法构建社会阶层衡量指标, 在此基础上探讨了不同社会阶层患者对医生行为、药物有效性等的主观认知, 并进一步对其医疗行为和就诊满意度的影响。本文发现, 1) 社会经济地位越低的个体, 其医疗保障水平越低, 越受制于医药价格水平, 医疗服务使用越低; 2) 社会经济地位越高的个体, 其对医药环境和政策的认识越深刻, 且对医生行为评价更为综合全面。结论表明, 致力于满足不同社会阶层诉求的多层级医疗服务体系, 促进医药服务体系公平性、可及性的共同提高, 可能是比“一刀切”增加基本医疗服务供给和一味地追求扩大基本医疗保险覆盖面, 对于解决“看病贵”“看病难”问题更行之有效的政策改革方向。

关键词: 社会分层, 患者认知, 医疗行为, 满意度

Patients' Perceptions and Their Medical Behaviors under Aspects of Social Stratification

SHEN Qunhong^a ZHANG Qiong^b

(a. School of Public Policy and Management, Tsinghua University, Beijing, 100084, China; b. School of Economics, Central University of Finance and Economics, Beijing, 100081, China)

Abstract: Embarking from the social stratification theory and using the 2008 wave of nationwide medical survey on urban Chinese, this article constructs a social class measure with the principal component analysis method. It then compares subjective perceptions of individuals with different social stratum on doctor behaviors and cognitions of drugs, and their effects on patients' medical behaviors and satisfaction. This article finds that: 1) the lower socioeconomic status of the individuals, the poorer is the medical security level for them, thereby the more subject to medical and drug prices and less utilization of medical services; 2) the higher socioeconomic status of individuals, their understanding of health policies is more deeply and their evaluations on doctor behaviors are more comprehensive. This article therefore argues that it would be more effective for health reform to perfect a multi-levels medical service system to meet demands of different social classes and promote fairness and accessibility of medical services, rather than blindly chasing the "one size fits all" supply of basic medical service and/or expansion of basic medical insurance coverage, for solving the problem of "difficult and expensive medical services".

Key words: Social Stratification; Perception and cognition; Medical behaviors; Satisfaction

¹ 沈群红, 清华大学公共管理学院副教授; 张琼, 中央财经大学经济学院讲师

1. 研究问题与背景

中国在改革开放背景下，充分发挥市场配置资源功能和积极调动“出口导向”和“投资驱动”发展战略各方因素，成功将世界第一人口大国带入中上等收入国家行列，¹被誉为“中国增长奇迹”。然而，全球经济危机进一步引发的贸易摩擦和资本回流，以及收入差距持续扩大引发的一系列社会问题，使得“增长奇迹终结”、“中等收入陷阱”等论断甚嚣尘上，转变增长模式、追求实现经济增长同时发展成果为全民共享的可持续发展格局，正日渐成为各方共识。而在其中，完善医疗保障体系、保障居民健康，是“人力资本强国”发展战略的逻辑起点；同时，从医疗服务长期以来被赋予的意识形态性功能定位角度，也是社会主义制度优越性或是新的“以人为本”“为人民服务”的执政理念的重要体现。然而，中国因其人口多、地域大且地区发展不平衡，其医疗保障体系的建立和完善同时面临着发达国家和发展中国家医疗改革的双重困境。

近年来，从加大医疗卫生财政投入、加强基层医疗卫生体系建设、建立健全基本药物制度、实施医药分开到试点公立医院改革、以及不断推进药品监管体系的变革和规范医疗流通体系秩序，中国医药卫生体制改革可谓动作频频，然而也争议颇多，备受社会各界高度关注——2007年国家统计局第七次全国群众安全感抽样调查结果显示，医疗问题正式取代“社会风气”等成为中国民众最为关注的社会问题；历年零点研究咨询集团《中国居民生活质量调查报告》也表明“食品药品安全问题”是城乡居民密切关注的社会问题。²

社会各界对医药卫生体制改革的出发点、具体措施和效果的评价，也会影响到医药卫生体制改革的部分走向。当2009年开始的新一轮医药卫生体制改革走到深水区，各项医改措施推进举步维艰，效果不甚理想，民众对改革成效不甚满意；当部分媒体已经将医患关系的恶化和医药费用居高不下作为新医改失败的证据的时候，我们需要重新回到改革的逻辑起点：人民群众对于医药服务体系的基本需求到底是什么？如何建立以公众需求为导向的医药卫生服务体系，是新医改深入发展的核心问题。为此，我们需要重新了解在2009年新一轮医药卫生体制改革之前，中国公众，尤其是不同类型的公众对于医药卫生体系的基本情况——如药物的安全有效性、医疗保障、医疗服务和医疗政策等——的认知如何，以及其具体的医疗需求和医疗行为是否存在着群体间的显著差异。对这些问题的深入分析与讨论，将有利于医药卫生体制改革政策设计走向科学化、具体化，并为以需求驱动为导向的公共政策决策过程提供依据，这也是基于证据的决策思想所需要的。同时，服务型政府的建立和发展，强调回

¹ http://news.xinhuanet.com/fortune/2011-12/13/c_111237843.htm

² http://www.gov.cn/gzdt/2008-01/08/content_852952.htm

应人民的关切；当医药卫生体制再次处于十字路口，需要政府提高其改革承诺的可信性的时候，都需要有基于公民需要出发的明确而清晰的思路。然而，囿于数据和资料所限，相关方面大范围的调查分析和支撑性证据长期以来都较为缺乏。本文将以国家统计局2008年全国范围内的大样本入户调查数据为基础，来呈现中国公众医药服务领域需求的真实状况，以期为未来医药卫生体制改革的政策目标定位、国家层面上的医疗卫生服务体系的规划编制等工作和具体的医药卫生领域的具体实践探索提供参考。

接下来，在对相关文献进行简要回顾和评述之后，我们将基于入户调查数据来逐步展开和分析不同社会群体在药物有效性、医疗行为以及满意度等方面的差异。最后给出全文的总结性讨论和政策建议。

2. 研究综述与分析框架

2.1 患者对医药服务有效性认知及其影响因素

Dowell等（2007）、Stoppe等（1995）的研究表明，患者的主观认知，如对药物有效性的主观认知，通过长期的社会经验习得，是对其所处的社会经济结构以及其中的医药卫生服务体系的映射，同时，也受到个体医疗行为直接经验的影响。而根据Weick等（2005）的集体认知理论（ESR模型），个体对外部环境的反应与互动同时受到其所在集体所经历的经验的影响，这些选择构成了集体或是某一共同体对于外部环境的总体反映模式，也成为个体和集体行为选择的基础，并在与外部环境打交道的过程中，不断地将有效的认知模式留存下来并成为集体记忆，进而发展为集体认知。集体认知一旦形成，就作为一种社会心理而参与制度环境的构建，并影响各种互动关系。具体到医药卫生领域，个体自身经历和集体认知，也会对其未来的医药需求以及对政府所提供的医药卫生政策的有效性的判断产生影响。同时，基于新制度主义的视角，公众对医药服务体系或是某一机构或医生群体的集体认知一旦形成，这些集体认知就会被视为理所当然，进而有意或无意地影响到个体对具体的医疗服务或是医疗机构以及医务工作者认知的判断。

在这一理论假设下，由于转型期中国的医药卫生领域内依然存在显著的社会分层现象（Shen等，2010），中国患者对医药服务中的医生推荐以及其所推荐的医疗检查服务和药品的必要性与有效性的认知，在很大程度上会受到各社会阶层所处的社会结构及其社会经济地位的影响，也与其在其他公共服务领域中的相关集体经历密切相关。Stimson（1976）、Hartog & Hartog（1983）以及Mechanic（1995）等都认为，不同社会阶层的患者对药物有效性和医生处方行为通常具有不同的观念、态度、长期认知和反应模式，受其所在社会群体对药物有

效性和医生处方行为的间接经验的影响：一般而言，高社会阶层患者相对低社会阶层患者更加注重药物质量和治疗效果，而低阶层患者由于社会经济因素的制约被迫将药物价格高低作为首要考虑因素；不同社会阶层的患者对医生及其推荐药物的依从性也存在差别。

在转型社会中，公众所处的社会阶层以及其社会经济状况到底如何影响其对医生处方行为以及医疗机构提供的药品有效性的认知，是我们在制订和评估相关政策时所需要考虑的。在中国，长期以来医药卫生服务属性定位带有非常明显的体现社会主义制度优越性的标记：在定价机制中一直强调减轻群众负担，而在实际的医疗保险的支付制度中，也总体强调社会医疗保险的支付能力有限；因此，在基本医疗服务领域一直采用了不充分体现医药卫生从业人员服务价值的定价方法。而为了部分补偿医疗机构的政策性亏损，同时也希望在不增加政府财政投入压力的前提下，充分调动基层医疗机构的积极性来解决医药卫生领域的短缺问题，采取了“以药养医”的核心制度安排，以实现通过药品收入、检查收入及耗材收入等对医疗服务价值进行补偿的目标；同时，以非基本医疗服务补偿基本医疗服务，以副业补偿主业，从而使得医疗服务机构能够自负盈亏而独立完成部分基本医疗服务的低价提供（沈群红，2013）。颇为无奈的是，这一所谓的“以药养医”制度，在2009年新医改前被简单归结为“看病贵”“看病难”的根源，将医疗机构的药品收入提成政策视为医药费用上涨的主要原因，并将此包装为一个“基本事实”通过媒体广为传播；甚至近年来屡屡诉诸报端的“医患纠纷”，也将“救死扶伤”的“白衣天使”塑造成了“唯利是图”的“黑心恶魔”的形象。而2009年出台的新医药卫生体制改革的政策也被层层解读为将解决“以药养医”视为政策的出发点和目标。但是，对于未来的医药卫生体制政策的制定者来说，了解这些以往的制度安排在何种程度上影响到民众的集体认知以及民众对于医药服务及其有效性的主观认知，基于此进而设计适宜的改革目标和制定行之有效的政策路线，将是极其重要的考虑因素。而对于本研究而言，较为有意义的是考察这些特定制度环境及其结果下所产生的集体认知在不同的社会阶层之间是否存在显著差异；同时，不同患者群体的社会经济状况上的差异是否也是其就医行为、对医疗服务机构和体系满意度差异的重要解释变量，这也值得高度关注；这与医药卫生体制改革目标的设定中如何有效回应核心利益相关者的根本诉求有关。

2.2 中国社会分层的相关研究

正如知名社会学家李强（2004）所言，经济上不断扩大的贫富差距、富有阶层与贫穷阶层之间与日俱增的反差累积到一定程度，将使得社会结构处于一种潜在的失衡状态；但这一失衡一般不会逐步表现出来，而是到某种“量变到质变”程度时突变为“社会冲突”，进而在某些特定情形下演化为“社会动荡”。换言之，不是任何一种贫富分化都会带来社会不稳

“

定并造成社会冲突或社会动荡，只有当贫富差距太大，其张力已经形成结构紧张的局面，这时候矛盾容易激化，冲突容易发生，才会演变为真正的社会失衡格局。但“结构紧张”这一客观结构只是发生社会矛盾的重要基础，矛盾是否出现还要看第二个环节，这就是“公正失衡”。“公正失衡”指的是一种民众的主观心态。而这种主观心态，是与各社会群体在其日常生活中的经验所逐渐构建而成的。意即，社会分层不仅仅是一种客观的社会等级，表现为人们在教育机会、就业机会、收入分配和住房待遇等方面差距的实际度量，而且是人们心理上对这些领域的各种差距的主观认知以及基于认知所形成的不同的态度。后者在一定的程度上就是“阶层结构定型化”对主体行为影响的具体体现。

社会学等领域中，基于中国社会分层及其相应影响的经验研究较多。根据相关的社会分层的研究，有一些指标可以用来揭示不同社会群体之间普遍存在的差异。其中，工作单位的性质（Zhou 等，1996）和工作单位（Walder, 1986, 1992; Bian, 1990, 1994; Lin & Bian, 1991; Logan & Bian, 1993; Wu, 2002）、教育（Bian & Loga, 1996），职务任职情况（Kohn, 1989）等都可以被用来解释社会分化现象。基于居民社会满意度的实证研究，Cheung & Leung（2004）指出中国与其他地区的不同在于教育水平的差异、在城市居住时间的长短以及其所在工作单位的所有制性质等都是影响北京市居民生活满意度较为重要的因素；与此同时，相关因素对不同社会阶层居民的生活满意度的影响程度存在非常大的差异。不同社会经济因素对不同阶层居民影响不同可以用所谓的“稀缺性原理”（Inglehart, 1990）来理解，意即如果某个因素对某个个体或某个人群特别稀缺，那么这部分个体对该因素的评价就会显得尤其高并进而对其认知产生很大的影响。

2.3 社会经济状况对于医药卫生体制中不同群体行为的影响

具体到医疗卫生领域而言，社会分层的影响是指不同社会地位的社会群体在获得必要的医疗健康资源时被区别对待，或者主观认知上的评价和感受等存在不同，这与普适性的慈善原则截然不同。美国已有的研究指出一些底层的社会群体一般会担心医生提供服务时候的动机，尤其是对于美国黑人而言，当医生不是他们同一种族的时候，更加担心。而在社会主义国家，也同样存在着医疗领域事实上的不平等，Zelenyi（1978）指出高收入和高社会地位的人，通常享受更为频繁的医疗服务。总之，健康领域的社会分层是一个重要的问题，虽然在之前有关中国社会分层的研究中，还鲜有关于医疗健康领域社会分层的研究成果。

因此，从社会分层的视角来看，患者的社会地位影响了他们能获得和能负担得起何种医疗服务资源和药物资源。在中国医疗服务体系中，医药卫生资源的配置在很大程度上是依据社会地位来配置的。Zhou 等（1996）、Zhou 等（1998）以及 Zhou（2000）认为在中国改革

开放前，社会地位的关键指标是工作单位性质和职务类别，医药卫生资源的分配被较为严格地限定为依据身份分等级消费，处于国家和国有企事业单位公费医疗和职工劳保之外的农民通过合作医疗方式得到基本的医疗服务，而在病情严重的时候被严格限定转院资格，且受到村镇集体经济融资能力的深刻影响，而城镇居民、部分个体私营企业主和自由职业者（或非正规就业者）则缺乏基本医疗保障。改革开放后，一方面，除了工作单位和职务，收入和教育也逐渐成为社会地位的关键影响因素，同时，也逐渐建立了地方政府统筹的职工医疗保险、居民医疗保险等保障制度，从而在一定程度上消除了不同身份人员之间的差距。但政府财政全额支付的公务员、以及与政府共同支付的事业单位的公费医疗制度下的患者与其他医保制度下的患者的福利待遇还是存在一定差距。2004 年第三次全国卫生服务调查发现城市和农村没有任何医疗保险的比例分别为 44.8%和占 79.1%；但中科院调查报告同时显示，中国政府投入的医疗费用中的 80%服务于 850 万以党政干部为主的群体；据监察部、人事部的资料，全国党政部门有 200 万名各级干部长期请病假，其中有 40 万名干部长期占据干部病房、干部招待所、度假村，一年开支约为 500 亿元。¹这种医保制度中的依据身份支付的制度安排是否会影响到不同群体的医疗服务行为以及其认知，也是政策制定者所应当关注的。Liu 等（1999）认为基于患者身份的医药资源分配模式加剧了健康福利的严重不平等。不同社会群体在医药系统中的地位不同，其能够获取的医药资源也有显著差异；同时，其对药物有效性的期望和实际效果的认知也不同，并逐渐形成 van Ryn & Fu（2003）所讨论的特定刻板印象，影响个体对药物有效性和医生医疗行为长期偏好的形成，进而影响一般认识模式的形成；而这些因素又进一步影响个体与医生在药物、推荐的检查等相关问题上的互动模式，从而影响个体对医生推荐及其相关药物的有效性和整体的医疗政策的信任程度和价值认知，进而影响到对医药服务的主观价值判断和实际的患者选择行为模式和依从性，并影响到实际的疗效以及整体的医疗资源的利用效率。

3. 基于2008年全国大范围公众调查的实证研究

2008 年全国城镇居民医疗情况调查是国家统计局开展的专题入户访谈调查，涉及主要家庭成员或其他有较重要就医经历成员的就医行为，医疗保障，对医疗服务的满意度，以及其对医疗服务体系、医疗政策、药品质量与安全的认知等四个领域。在本文的分析中，我们基于覆盖全国 17 个省（直辖市、自治区），包含 6,956 个样本的数据。²据我们所知，利用这么大范围内对居民关于医疗卫生体系的认知和评价的大规模微观调查来同时分析不同社

¹ <http://news.sohu.com/20070709/n250957493.shtml>

会阶层居民认知和医疗行为的分析尚属首例。

本轮调查设计样本量为 6000 户，调查范围为全国 17 个省的 67 个市、区、县，具体的样本分布为：天津（200 个）、吉林（二市一县共 250 个）、黑龙江（四市一县共 450 个）、上海（300）、浙江（八市二县共 650 个）、安徽（四市一县共 500 个）、福建（三市一县共 400 个）、湖北（五市二县共 500 个）、湖南（四市二县共 550 个）、广东（九市一区一县共 1000 个）、广西（二市一县共 200 个）、重庆（一区一县共 250 个）、贵州（四市共 300 个）、西藏（一市共 50 个）、陕西（一市一县共 250 个）、青海（一县共 50 个）、宁夏（一市共 100 个）。因此设计的样本量不仅对全国有代表性，同时对按国家统计局地区划分标准规定的东部、中部、西部和东北区域也有代表性。为了简化权数的计算，样本量原则上按各省的城镇人口比例分配，同时考虑了四大区域的城镇人口分布，并且按照地级以上城市、县级市和县进行了分层。调查采用调查员入户访问形式搜集资料，入户访问时间是 2008 年 8 月 1 日至 8 月 15 日。调查对象为城镇住户，抽样框采用 2008 年城镇住户常规调查住户名录框，最终抽样单元为住户，并且在调查时基本按照“一户一人”原则，尽可能由抽查户户主回答，户主不在时由另一位家庭主要成员回答，并尽量由被访谈对象本人作答。由于此次入户访谈调查对象为国家统计局城镇住户常规调查人群的抽样代表，因此调查样本中同时包括了被访谈对象的家庭成员代码、出生年月、性别、受教育程度、就业状况、收入等社会经济指标信息。

本轮调查实际上一共获得 6956 个观测值，但实际上在我们以“地区代码”、“家庭成员代码”、“性别”和“出生年月”这 5 个指标对样本进行检索排序时我们发现 18 个观测值数据录入重复，故将重复数据予以删除；此外，部分观测值的“家庭成员代码”、“性别”和“出生年月”等信息缺失，我们不考虑这部分样本。并且，在实际的分析中，为了保证被调查对象回答答案的可信程度，我们首先去掉同一个家庭中多个家庭成员为户主的调查样本，并仅考虑 2008 年年龄在 18 岁至 65 岁之间且为户主的个体，因此我们最后得到有效样本 4069 个。对这 4069 个个体的社会经济特征而言，约 63.33% 的个体为男性，平均年龄为 45.98 岁，6.86% 的个体受教育程度为小学以下水平，11.70% 的个体最高受教育程度为本科及以上，约 91.67% 的个体被调查时已婚且有配偶。

根据社会分层相关理论研究结论，影响居民社会经济地位的因素有很多，如受教育程度和收入水平等指标；同时在中国城乡二元经济和特色文化环境中，是否男性、是否为本地非农业户口、是否为国有经济单位职工、是否为国家机关党群组织或企事业单位负责人等也会对居民社会经济地位产生很大的影响；这些指标之间存在一定的正相关性，但都只是从某个维度部分地决定了居民所处的社会经济地位。因此比较好的做法是采用主成分分析（PCA，

“

Principal Component Analysis) 方法对这些指标进行集成, 以更为全面准确地考虑这些因素的综合影响。在具体的分析中, 由于上述变量部分为 0-1 二元虚拟变量 (如是否男性、是否为本地非农户口、是否为国有经济单位职工、是否为国家机关党群组织或企事业单位负责人等 4 个指标); 而部分变量则为连续取值变量 (如收入水平) 或多元取值变量 (如受教育程度); 为了保持逻辑一致, 在分析中我们首先将连续取值和多元取值变量处理为 0-1 二元虚拟变量, 具体过程如下: 1) 构建“是否高收入水平人群” 0-1 二元虚拟变量, 如果被访谈对象收入水平高于所有人群收入水平平均值则取值为 1, 否则取值为 0; 2) 构建“是否高学历人群” 0-1 二元虚拟变量, 如果被访谈对象被调查时最高受教育程度为“高中及以上水平”(即高于义务教育学历水平) 则取值为 1, 否则取值为 0。之后以这 6 个 0-1 二元虚拟变量为基础, 利用 PCA 方法提取主成分因子作为居民社会经济地位的代理变量, 并以此为标准进行升序排列, 将国家统计局本次调查 4069 个有效样本等分为 5 组——最底层居民、中下地位居民、中等地位居民、中上地位居民以及优势群体, 以描述相应城镇居民的社会分层状况。并在此基础上比较不同社会阶层居民对医疗卫生政策、药品安全及有效性等的主观认知及医疗行为的异同。

在以下的分析中, 由于部分被访谈对象对其中一部分调查问题并未作答, 从而对于各分析问题而言总的样本人数以及各社会阶层人数有所不同。为了更为清晰地揭示不同人群的特征, 在没有特殊说明的情况下, 我们均以频率 (百分比) 的形式反映不同社会阶层的认知和行为差异, 但在相应问题最后给出不同社会阶层在该问题的作答人数 (样本个数) 以备参考。

3.1 城镇居民医疗保障与医疗费用水平

表 1 首先表明, 2007 年开始试点推行的“城镇居民基本医疗保险”与早前推行的“城镇职工基本医疗保险”, 致力于将所有城镇居民纳入到基本医疗保险计划当中, 为其提供基本医疗保障。但这一系列计划在推进初期, 被舆论批驳为“富人俱乐部”政策, 真正需要的社会底层居民 (收入水平低且患病概率大) 覆盖面反而小: 基于本次调查访谈, 我们发现尽管不少居民参加了不止一项的医疗保险计划, 但总体而言, 无任何医疗保障的人占被调查者的 15.14%,¹但各个阶层之间存在着较为显著的差异, 其中最底层居民这一占比高达 28.41%, 而所谓的优势群体这一比例仅为 3.24%); 此外, 对于医疗保障水平较高的“公费医疗”而言, 不同阶层居民的“公费医疗”覆盖率基本呈上升趋势, 优势群体比例最高 (9.45%), 显

¹ 据新华网 (http://news.xinhuanet.com/newscenter/2009-04/08/content_11148742.htm) 报道, 2009 年 4 月 8 日人力资源和社会保障部副部长胡晓义指出, 全国还有 2 亿多人没有被基本医疗保险制度覆盖, 这一比例约略低于 2007 年此次调查的这一数据, 但基本相当, 表明此次调查数据具有非常好的代表性。

著高于最底层居民和中下地位居民的 3.00%和 2.64%。新医改的推进对于提高基本医疗保险的覆盖率有积极意义；同时，将城镇居民中的相对弱势群体纳入到居民医保、一老一小以及自由职业者的医保制度中，并加大了医疗救助的力度，在一定意义上可以部分缓解基本社会保障水平上的不公平现象，但对于公费医疗制度的系统改进还需要假以时日¹。

表1 不同群体的居民医疗保障情况统计

问题	选项	最底层居民	中下地位居民	中等地位居民	中上地位居民	优势群体	所有居民
您目前的医疗保障方式 (选项不超过三项)	无任何医疗保障 (%)	28.41	22.36	11.24	4.81	3.24	15.14
	公费医疗 (%)	3.00	2.64	3.75	6.41	9.45	4.77
	总计 (样本个数)	866	984	854	624	741	4069
对于参加了医疗保险的人群而言	2007-2008年度发生的医疗费用 (不计工伤) 为多少元?	2098.59	1830.89	1792.14	1476.57	1616.81	1765.24
	2007-2008年度所有医保方式的参保费用为多少元? (未发生费用填“0”)	449.77	625.94	823.63	708.42	962.65	721.84
	各类保险报销的医疗费用共计多少元? (未获得报销填“0”)	768.41	596.21	680.95	519.32	565.46	626.24
	各类保险报销比例	28.40	27.27	29.45	32.34	33.74	30.16
	2007-2008年度医疗费用占其2008年总收入比例 (%)	43.28	50.42	14.96	13.70	9.78	26.26
对于“无任何医疗保障”或“不清楚参加医疗保险”的人群而言	2007-2008年度发生的医疗费用 (不计工伤) 为多少元?	1347.04	972.92	901.64	942.71	464.24	1083.85
	2007-2008年度医疗费用占其2008年总收入的比例 (%)	133.95	29.48	8.06	11.81	3.38	64.16

注：本表与“医疗费用”有关分析中，为了去除部分个体 2007-2008 年度大额疾病支出的奇异值影响，根据数据特征去掉了 7 个观测值（包括 5 个缺失值，与 2 个该年度医疗费用超过 100000 元（显著大于其他个体）的观测值；这 7 个观测值均为有“医疗保障”的个体），一共使用了 4062 个观测值。

更进一步的分析表明，对于参加医疗保险的人群而言，医疗保险基本上达到了“促进相对公平”的目标——社会阶层越低的居民相对缴纳了较少的保险费用而获得了相对较高的医疗报销保障：最底层居民 2007-2008 年度所获得的医疗报销费用（768.41 元）相当于其缴纳的各种医保参保费用（449.77 元）的 170.85%，中下地位居民则为 95.25%，中等地位居民和中上地位居民则分别为 82.68%和 73.31%，优势群体则仅为 58.74%。

对于 2007-2008 年度所发生的医疗费用（不计工伤）来看，不同社会群体也是存在着显著的下降趋势，其中，参加了医疗保险的群体中，最底层居民的费用最高，为 2098.59 元，

¹由于在中国部分地区，公费医疗包括公务员和事业单位举办的公费医疗，且两者之间的福利待遇差距较大，本研究中未作区分；从而对于公费医疗制度内部不同群体之间的医疗公平性问题无法做进一步讨论。

通过医疗保险报销 768.41 元，而其同年度缴纳的参保费用为 449.77 元。费用最低的是最为优势的群体，一年的费用为 1616.81 元，其实际报销仅有 565.46 元，缴纳的费用则是 962.25 元。这在一定程度上反映了优势群体是在基本医保中目前是实际的付出和个人支付都相对较高的群体，其处于健康保险的投资阶段中，且从其就诊行为整体来判断还未到医疗费用支出高的阶段。而在没有医疗保险或是不知是否参与的人群中，也依然是这个趋势。总体而言，最底层居民的医疗费用最高，人均 1347.04 元，而优势群体的费用最低，仅为 464.24 元。优势群体的个人实际支出相对于其个人收入，比重相对较小，某种意义上，对于这一群体而言，不存在看病贵的问题。而对于其他群体，包括最为底层的城镇居民和中小地位的居民来说，个人的医疗费用开支还是一个相对较大的负担。

除此之外，对于本次访谈中明确表示“无任何医疗保障”或“不清楚参加医疗保险”的 640 位调查对象而言，社会阶层越低的居民 2007-2008 年度的医疗费用水平越高，但均显著低于其相应社会阶层的其他有医疗保险的居民，这与现有文献研究中基于事前的“逆向选择”（Arrow, 1963; Rothschild & Stiglitz, 1976）和事后的“道德风险”（Pauly, 1968）或二者都有（Cutler & Zeckhauser, 2000）的原理来解释有医疗保险的居民医疗费用水平更高的现象的结论相一致；综合最底层居民的医疗保障的总体水平来看，其有高达 28.41% 的人没有医保或不清楚是否有，同时，这一群体的年度医疗费用又相对高于其他没有医疗保障或是不清楚是否有的人群。这是国家基本医疗保障体系和基本医疗服务体系应该覆盖的群体。更进一步，对于各类医疗保险报销比例（2007-2008 年度各类保险报销医疗费用占总医疗费用的比值）在社会各阶层种显示出轻微的“富人俱乐部”现象：意即社会经济地位越高的个体其医疗保险报销医疗费用占其医疗费用的比重相对更高，这与现有研究以及我们之前的讨论相呼应——社会经济地位越高的个体越有可能得到诸如“公费医疗”或者“城镇职工基本医疗保险”等之类更为慷慨的医疗保障。由此可见，尽管医疗保险计划对于参保人群而言已经实现了较好的“收入再分配”目标，但在覆盖面和医疗保障水平这双重维度上，2009 年伊始的新一轮医改计划，在实现“到 2020 年首次实现医保的全覆盖”目标的路上任重道远。

而对于医疗费用的变化趋势的判断，在某种情况下能够更好反映医疗费用支出增长方面的不同群体之间的主观认知上的差异。在表 2 中我们对此进行了比较。总体而言，认为家庭医疗费用下降的比例为 14.87%，没有变化的则在 37.73%，而有小幅上涨的则有 28.24%，相反认为大幅上涨，但可以承担的有 6.98%，而上涨过快，难以承担的则有 12.17%。在不同群体间也存在差异，总体而言，感觉上涨过快难以承担的是最底层的居民和中小地位的居民，他们分别的比例是 15.49% 和 15.24%，高于其他群体，而最低的是优势群体（7.02%）。而认

“

为大幅上涨，但可以承担的比例最低的是最底层居民，比例最高的则是优势群体。这在一定程度上说明，这些群体都感知到了医疗费用上涨速度相对较快，但相对而言较为优势的群体还能够承担上涨带来的压力，而最底层和中小地位的群体则更多的感知是难以承担。结合具体的实际负荷来看，平均而言有无医疗保险的最底层城镇居民的医疗费用占其 2008 年度总收入的比重分别为 43.28%和 133.95%，而中下地位居民的负荷则分别为 50.42%和 29.48%，而最为优势的群体这一比例则分别为 9.78%和 3.38%。

表2 城镇居民关于年度医疗费用变化趋势和结构的认知频率统计

问题	选项	最底层居民	中下地位居民	中等地位居民	中上地位居民	优势群体	所有居民
您认为与一年前比，您家医疗费用的总体趋势变化如何	大幅下降	1.39	1.22	1.29	1.12	1.35	1.28
	有所下降	12.95	12.70	14.05	13.62	14.98	13.59
	没有变化	35.26	38.41	37.35	40.54	37.79	37.73
	小幅上涨	28.79	25.91	28.81	27.88	30.36	28.24
	大幅上涨，但可以承担	6.13	6.50	7.03	7.05	8.50	6.98
	上涨过快，难以承担	15.49	15.24	11.48	9.78	7.02	12.17
	总计（样本个数）	865	984	854	624	741	4068
您认为医疗费用中最贵的部分是什么	普通药品费用	6.47	6.51	6.33	4.03	4.86	5.78
	新/特药品费	28.52	28.99	29.31	32.05	30.54	29.71
	医生诊疗、手术费	25.52	25.64	24.74	23.35	22.30	24.46
	检查费用	37.64	36.42	37.63	37.52	39.59	37.68
	床位费	0.46	0.81	0.82	0.48	1.08	0.74
	耗材费用	1.39	1.63	1.17	2.58	1.62	1.62
	总计（样本个数）	866	983	853	621	740	4063

患者对于医疗费用的不同组成部分的昂贵或是便宜的主观判断会深刻影响其总体满意度，同时，也会对医疗服务中的患者主导的选择以及依从性产生影响。不同的社会群体对于哪些部分相对较为昂贵的判断，也会受到其所在的社会经济状况以及对于某些种类的服务的价值判断的影响。根据调查数据，我们可以看到总体而言，被调查者，无论其所处的社会群体，都依次将检查费、新/特药品费、医生诊疗与手术费作为最贵的部分。这反映了中国医疗费用构成和定价特点以及这种特点对患者认知的影响。但不同群体之间的判断有一定的差异。其中，较为优势的社会群体相对于其他群体，更高比例选择“检查费用”和“新/特药品费”是医疗费用中最贵的，而相对较为弱勢的群体，会有更大比例将医生诊疗、手术费视为较高的。然而，这一特征源于医生向不同群体推荐不同价格水平和/或不同组合的医疗服务，还是不同群体在评价时所采用的标准或是参照系的不同所导致，还有待于进一步研究。

3.2 关于就诊行为及其原因

根据本轮调查数据分析（表3）发现：被访谈对象最近一次生病感觉伤病“严重”的比例在各社会阶层中基本呈不断下降的变化趋势，但相应未就诊（包括未买药等自我治疗）的

比例却呈现出“L型”下降趋势，其中最底层居民的因病未就诊率最高（约为11.45%），且不是因为病情较轻的比例为39.39%，这两个数据都远高于其他各社会阶层，其他各社会阶层的相应比例则基本相当。由于经济贫困和社会地位比较低，弱势群体（社会分层最底层）一旦生病往往无力及时就医，多数采取“小病拖，大病扛”的消极态度——这部分人群因病未就诊的最主要的原因之一是“经济困难”，比例高达26.26%，远高于其他社会阶层，同时，也是在非健康原因的各个因素中排在最前面的。而对于另一部分社会经济地位较高的居民而言，其因病未就诊率上升的一个重要的影响因素是“没时间”，尤其是对于优势群体（社会分层最顶层）而言更是如此：其因为病情相对较轻而不去就诊的比例相对低于中小地位和中等地位居民。如果将经济因素和时间因素都视为就诊的成本，那么这两个群体都是因为就诊的成本相对较高，而选择“不就诊”。从某种意义上看，对最底层居民主要是看病贵，而对于优势群体，则是看病难（没有时间），这是两个不同的医疗服务领域的需要，如若将其简单笼统地归结为“看病贵看病难”，是无视医疗领域中社会不同群体的差异，容易导致相关政策的目标设定偏离。

表3 居民患病就诊行为及未就诊原因频率统计（%）

问题	选项	最底层居民	中下地位居民	中等地位居民	中上地位居民	优势群体	所有居民
最近一次患病，您感觉伤病的严重程度	不严重	37.50	39.53	39.23	38.33	39.86	38.91
	一般	39.58	43.80	44.50	47.50	46.08	44.03
	严重	16.44	12.30	12.06	10.31	9.86	12.38
	说不好	6.48	4.37	4.22	3.86	4.19	4.68
	总计（样本个数）	864	984	854	621	740	4063
您患病后，是否进行了治疗（包括自我治疗）	否	11.45	7.62	8.20	7.54	7.98	8.61
	总计（样本个数）	865	984	854	623	739	4065
没有治疗的最主要原因是	病情较轻	60.61	81.33	82.86	72.34	72.88	73.14
	经济困难	26.26	8.00	7.14	4.26	3.39	11.71
	没时间	2.02	0.00	5.71	6.38	10.17	4.29
	交通不方便	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	医疗机构服务差	0.00	1.33	0.00	2.13	0.00	0.57
	没有有效措施	0.00	1.33	1.43	2.13	0.00	0.86
	其他	11.11	8.00	2.86	12.77	13.56	9.43
总计（样本个数）	865	984	854	623	739	4065	

3.3 对医生推荐药物和检查动机的认知情况

尽管从职业道德角度，医生自身要求自己并且公众也预期其行医行为不会受到患者社会经济状况或性别等个体特征的影响（Hooper 等，1982），而是根据检查报告和物理诊断等生物医学信息客观全面地为患者制定行之有效的治疗计划（Eisenberg，1979），但实际上很多研究表明这一预期非常不现实，至少患者的社会经济状况等会对医生行医决策产生非常显著的影响（Armitage 等，1979；Ayanian & Epstein，1991；van Ryn & Burke，2000），且某

些情况下，现代医学也越来越将患者的复杂性纳入到医生诊断考虑之中。¹同时，这部分的主观认知在一定程度上也反映了医患之间的信任关系。正如研究者所指出的，患者的信任可以被视为衡量患者对于医疗服务体系的质量、公平等因素的重要指标，而不同社会阶层的患者对医疗服务体系和对医生的信任，也是衡量社会分层的重要指标。研究者(Parsons, 1951; Pellegrino 等, 1991; Mechanic, 1995, 1996, 1998; Mechanic & Schlesinger, 1996; Mechanic & Meyer, 2000; Hall 等, 2001) 很早即认识到信任在医疗关系中的重要性。正如 Fugelli (2001) 所指出的，信任对于执业医师如同血液对于身体。一般而言，可以用患者对于医生所推荐的药物，所推荐的医疗服务，如检查的动机的判断和专业可靠性的判断以及依从作为测量医患之间信任的指标之一。

根据本次调查访谈信息，表 4 表明，在患者的主观认知中，绝大多数都认为医生在推荐和选择药物时最主要考虑治疗需要，但“患者经济条件”也是医生面对最底层居民时的一个重要考虑因素；而对于医疗检查项目而言，不同社会阶层区别对待的现象更为明显：社会经济地位越低的患者，其认为其被“推荐价格低的项目”的可能性越高，而相比而言社会经济地位较高的患者则更有可能被“推荐价格高但效果好的项目”。

据我们所知，在中国社会经济环境下的医生的确是根据患者的经济承受能力做不同的推荐，这一方面是为了减轻患者的经济负担，另一方面也是对医生、科室和医院的一个自我保护。将一定范围内的药物选择和检查选择权交给患者及其家属，是对患者健康权益的尊重，也是对患者知情权的尊重。但在中国现实环境下，由于患者自身的医疗保障水平相差较大，不同患者之间的经济承受能力差距较大，同时，不同患者对于药品有效性和检查必要性的认知也不同，医生在做告知决策以及做药物治疗和检查推荐决策的时候，面临着较大困难。而患者自身对于医生推荐的主观认知在影响医患信任以及满意度的同时，也会影响自身的医疗决策行为，从而影响依从性和实际的治疗效果。而与其他国家和地区相比，医生推荐的困难还在于中国患者对于医生的专业权威性的认可程度不高，这尤其体现在对级别相对较低的医疗机构的医生身上。中国医务工作者的专业权威性不足的重要原因在于行业规范和行业整体的专业主义精神的相对不足 (沈群红, 2013 年)。

从调研中我们可以看到大部分的被调查者，无论其处于何种社会群体还是较为认同医生的推荐是从治疗需要出发，从药物疗效和检查效果等出发，而对于经济性因素和安全性因素

¹患者的复杂性 (patient complexity) 是被新引入的有关发病率负担的新概念，其强调疾病负担不仅仅由健康有关的一些因素，如年龄、性别和脆弱性等决定，同时也受到患者的社会经济状况、文化和环境以及患者的行为特征等因素决定。

考虑得相对较少，这也较为符合中国 2009 年医改前医生诊疗行为的基本特点。在中国医疗服务领域，无论是患者端，还是医务工作者端，对于短期疗效的关注都相对较高，这在一定程度上会影响医务工作者对于医疗服务和医疗技术的基于成本—有效性的综合考量意识的发展。在医疗服务领域中，医生基于其知识垄断，基于其独立的职业自主权，本应有较为充分的自主决策权包括药物治疗方案的决策权等，但这一职业自主权是需要合理的规制（沈群红，2013）。但是，在中国医疗服务领域中，由于政府的医药领域的社会监管的相对滞后、行业规范作用的孱弱以及医疗保险机构的专业能力不足，药品目录和医疗服务的目录相对较大，规范和指南的专业权威性不足，使得医生有相对较大的选择余地和推荐权（沈群红，2013）。这在一定程度上，也是中国医疗服务领域中规范化、科学化治理所面对的问题，也是合理治疗所需要面对的挑战。同时，某种意义上也使得有不良动机的医生更为容易发生败德行为，进而侵蚀行业总体声誉和行业的职业声望，进而影响到医患关系。

表4 处于不同社会层级上城镇居民对医生推荐动机判断的频率统计（%）

问题	选项	最底层居民	中下地位居民	中等地位居民	中上地位居民	优势群体	所有居民
您觉得本次就诊，医生推荐和选择药物时最主要考虑的是	治疗需要	58.49	59.77	63.21	62.31	61.27	60.93
	药物疗效	25.57	27.34	23.66	27.67	27.00	26.19
	是否为医保目录用药	4.73	2.97	4.38	3.49	5.03	4.08
	药物价格	2.98	3.97	2.59	1.74	2.61	2.87
	患者经济条件	4.55	3.54	2.43	2.40	2.42	3.11
	药物安全性	3.68	2.41	3.73	2.40	1.68	2.80
	总计（样本个数）	571	706	617	459	537	2890
您觉得本次就诊，医生推荐和选择检查项目时与以下哪种情况最为符合	考虑治疗需要同时，尽可能减少检查	51.14	51.13	51.70	53.06	51.77	51.68
	考虑治疗需要同时，推荐价格低的项目	26.27	24.08	20.42	19.87	19.18	22.15
	考虑治疗需要同时，推荐价格高但效果好的项目	18.56	20.82	23.01	23.36	25.51	22.12
	不考虑治疗需要，推荐价高的项目	1.93	1.70	1.78	1.97	2.05	1.87
	不考虑治疗需要，重复检查	2.10	2.27	3.08	1.75	1.49	2.18
	总计（样本个数）	571	706	617	458	537	2889

3.4 “以药养医”、新药认知以及行为选择

表 5 分析结果显示，2008 年被访谈的不同社会阶层的居民都认为医院和药店出于经济利益考虑加价是当前药价较高的最主要原因，可见“以药养医”已经成为一个集体认知成为医患双方共同面对的制度环境。而更进一步，社会经济地位越低的居民则越倾向于认为如此，而社会经济地位越高的居民则能够看到其他因素，如“药品经销环节过多”对药价高的影响。

在中国较长时间内一直实施的三级药品流通体系与“零售加价率不超过 15%”的药品政策，被指是中国“药品费用增长过快”、“药品价格虚高”与“以药养医”现象的重要推手，

即便政府为了控制药价的不合理上涨，并应公众要求在 1997-2007 年间实施了 30 余次的药品降价政策但收效甚微，其中一个非常重要的影响因素是仅改换包装或剂量的所谓“新药”频频上市规避了药品降价政策的实施效果（吴斌珍等，2011）。这一医药环境特别是制药领域的环境以及“以药养医”认知如何影响人们对新药的看法以及相关的行为选择，也是本研究关注的内容。本次访谈居民不论其社会经济地位如何，均表示在看到“新药”一词时首先想到的是“高价”，尽管社会经济地位越高的居民对于“新药”一词给出了诸如更高的“新的疗效”和更低的“不安全”因素等正面评价。正因为此，当居民被告知昂贵的新药和廉价的普通药都可以治愈疾病而后的治愈率更高时，社会经济地位越高的个体越倾向于选择“新药”，并且与之前的分析相一致，而最底层居民“根据自身经济条件决定”的比重显著高于优势群体的相应比例。而在药店非处方药的消费过程中，各类社会群体首先是听取医生或药师的推荐，其次是根据自己过去的用药经验，再次是价格因素的考量。与之前的趋势一致的是，处于最底层的城镇居民和中小地位的城镇居民相对更为关注价格因素。以上分析表明，城镇居民都强调药品的安全、质量和有效性，也强调对医生和药师专业知识的遵从，并结合个人对于药品疗效等方面的以往经验，但处于社会底层的居民还有较大比例的人不得不考虑经济因素。这在一定程度上已经表明在医药服务领域依然存在着社会分层，社会经济情况在一定程度上对患者的消费偏好和具体的选择行为产生影响。但这一影响本身有一定限度，就是安全、质量和疗效是第一偏好，在能够基本满足这一要求的前提下，患者会选择价格相对较为便宜但效果还可以的药物。这说明政策的出发点不能一味地强调价格低廉，还需要通盘考虑患者对于药品质量的认知；同时，也必须看到患者的用药经验和用药习惯对其药物选择的影响。结合实地调研的结果，我们可以看到中国患者的处方决定权中，高级别的医疗机构的医生有较为强大的专业影响力，患者在高级别医疗机构的慢性病的处方定型后，其在社区卫生服务中心的时候是很难被改变的，这在一定程度上也是中国基本药物制度在实际推进过程中来自患者端的影响因素。患者本身对药物消费的偏好及其选择是受其外部环境下的各种经验所逐渐累积而成的。当新的医药卫生政策需要改变患者的认知和患者的偏好的时候，会面临较大的挑战。

综合而言，社会经济地位越高的居民，对中国当前药价较高的原因以及药品安全等方面认识越为综合全面，从而药品选择行为也倾向于较为重视质量和效果因素，而处于社会底层的城镇居民则相对较为偏好价格和经济因素。

表5 城镇居民“以药养医”的认知及其药品选择行为的频率统计（%）

问题	选项	最底层	中下地	中等地	中上地	优势	所有
----	----	-----	-----	-----	-----	----	----

“

		居民	位居民	位居民	位居民	群体	居民
您认为目前药价较高的最主要原因是	医院因追求经济利益而加价	47.92	47.70	42.96	41.96	40.54	44.56
	药店因追求经济利益而加价	6.48	4.71	6.10	5.95	3.11	5.28
	药品经销环节过多	24.07	24.87	26.88	29.90	30.68	26.95
	过高的广告及营销费用转嫁至药价	16.20	15.86	17.84	16.56	18.78	16.99
	专利费用较高	1.39	1.74	0.94	0.80	1.89	1.38
	某些公司垄断市场导致药品高价	3.94	5.12	5.28	4.82	5.00	4.83
	总计(样本个数)	864	977	852	622	740	4055
在药店自行购买非处方药,有几个疗效类似的品种,此时您最主要的考虑因素是	价格	18.50	16.46	13.11	10.74	12.42	14.58
	生产厂家	7.63	7.42	9.60	11.70	8.23	8.73
	药品知名度	12.02	13.01	13.00	12.66	14.71	13.05
	药品说明书	14.91	14.74	13.70	15.38	13.09	14.36
	过去自己的用药经验	27.51	26.12	28.81	28.21	27.26	27.51
	医生或药师的推荐	18.73	21.04	20.26	20.67	23.62	20.80
	不考虑, 随意选择	0.69	1.22	1.52	0.64	0.67	0.98
总计(样本个数)	865	984	854	624	741	4068	
“新药”一词首先让您联想到的是	高价	56.76	55.80	52.46	53.61	54.66	54.76
	新的疗效	28.32	30.65	32.55	33.55	34.68	31.73
	进口药	5.20	5.19	6.09	3.69	4.05	4.94
	不安全	9.71	8.35	8.90	9.15	6.61	8.56
总计(样本个数)	865	982	854	623	741	4065	
当大夫说有一种昂贵的新药和廉价的普通药都可能治愈您的疾病,但新药治愈率更高,您通常会选?	选择新药	11.55	13.01	13.82	16.21	19.03	14.45
	选择普通药	27.71	24.19	24.00	21.35	24.43	24.51
	根据自身经济条件决定	30.60	27.03	22.60	24.56	20.78	25.34
	根据疾病的严重程度决定	16.97	19.82	24.94	19.90	22.00	20.70
	听从大夫的建议	13.16	15.96	14.64	17.98	13.77	15.00
	总计(样本个数)	866	984	854	623	741	4068

3.5 城镇居民关于药物安全影响因素的认知

患者的药物选择不仅受到患者对于医疗服务体系和医务工作者的信任情况的影响,受到其药物消费偏好的影响,同时,还受到其对于药物安全整体情况的判断以及相关影响因素的判断。根据表 6 相关分析结果,可以发现各社会阶层居民均将“不法分子生产假药、劣药”作为危害最大的药品不安全因素(总体的选择比例为 54.04%),但不同社会群体之间有显著差异。其中,社会经济地位更高的个体越重视作为药品安全流通最重要的“防火墙”——药监部门的监管作用,有 27.94%的优势群体的被调查者认为“药监部门管理不善致使不合格流入市场”;只有较少的被访谈对象认可医生、药师和护士层面上所导致的药品不安全的看法,其中认为医生滥用药品,如抗生素滥用的,中上地位的居民比例较其他群体高(11.70%),在药师和护士层面上的认知各个群体之间都差不多,且选择此项的比例都低于 1%。

结合 2008 年前后的药品安全总体形势和药害事件的曝光率的情况分析,一定程度上城镇居民的认知反映了他们对药品安全和相关影响因素的接受情况以及这种信息和知识接受对于认知的影响。而这在某种意义上构成了医药卫生体制改革特别是强化医疗服务领域和药

品与生物制品领域社会监管的社会心理因素和制度环境。

表6 城镇居民药物安全认知频率统计 (%)

问题	选项	最底层居民	中下地位居民	中等地位居民	中上地位居民	优势群体	所有居民
以下药品不安全因素中,您感觉危害最大的是	不法分子生产假药、劣药	59.19	54.43	53.04	50.48	51.69	54.04
	药品种类过多,医生开处方时难以准确把握	7.86	7.43	6.79	7.53	5.53	7.06
	医生滥用药品,如抗生素滥用等	6.47	8.65	9.25	11.70	9.85	9.00
	药监部门管理不善,致使不合格药品流入市场	21.16	25.43	27.28	27.72	27.94	25.72
	医院忽略对药品质量的管理	3.82	2.54	2.22	1.76	3.64	2.83
	药师没有认真审方	0.58	0.61	0.94	0.48	0.54	0.64
	护士不按照操作规程用药	0.92	0.92	0.47	0.32	0.81	0.71
	总计(样本个数)	865	983	854	624	741	4067

3.6 城镇居民对医疗政策发展趋势的判断

某种意义上,患者对医疗政策整体发展趋势的判断主要体现为患者对医务工作者、医疗机构和医疗服务体系的总体信任与满意度的结果,同时受到其他因素的影响。在表7中,我们发现总体给出积极判断的居民比例为75.25%,其中认为有很大改进的为9.38%,有一定改进的有65.78%。而认为没有改进的则有23.13%,认为不如一年前的仅有1.62%。同时,进一步的观察可以发现,底层城镇居民中有更高比例给出积极判断,而优势群体则最高比例给出了相对较为消极的判断,其中有25.51%认为没有改进,是所有群体中持这一看法比例最高的。此外,较为特殊的是中小地位居民的整体判断也不乐观。其中,2.04%的人给出了不如一年前的否定性评价是所有群体中选择该项比例最高的。一般而言,人们对于宏观性的总体性的事项的评价分数高于对具体项目的评分,而在此综合评价上呈现的评价特征,则表明,一方面,城镇居民对新医改有较高的期望,并在新医改即将来临之前给出了较为肯定的评价。另一方面,也必须看到医疗政策得到居民广泛认可和认同还需要做出很长时间的努力。

表7 居民对医疗政策改进情况的整体认知频率统计 (%)

问题	选项	最底层居民	中下地位居民	中等地位居民	中上地位居民	优势群体	所有居民
您认为与一年前比,医疗政策的发展趋势如何?	有很大改进	10.51	9.59	9.02	8.99	8.50	9.38
	有一定改进	65.82	66.22	66.16	66.61	64.51	65.87
	没有改进	21.71	22.14	23.89	22.79	25.51	23.13
	不如一年前	1.96	2.04	0.94	1.61	1.48	1.62
	总计(样本个数)	866	980	854	623	741	4064

4. 总结和 policy 建议

基于社会分层的视角,并利用2008年全国大规模城镇居民入户调查数据,结合主成分

分析方法，我们发现不同阶层对于医药领域的认知存在着较为显著的差异。综合而言，其中最为根本的特征是：

1) 不同社会群体的社会保障水平之间有一定的差异，优势群体的保障水平相对较低，而处于较高疾病发病率或是暴露风险中的最为底层的居民其社会保障的覆盖率相对较低。参与基本医疗保险有利于降低底层居民的医疗领域的负担水平，最为底层的居民的医保缴纳费用远低于其实际报销费用，而优势群体目前则总体处于报销所得低于医保缴纳金额的投资期。

2) 不同群体的患病就医比例也呈现出差异，其在各个群体间呈 U 型分布，其中，社会底层群体和最为优势群体是患病不就医比例相对较高的，其中绝大部分被调查者是因为疾病相对较轻，与其他群体相比，处于社会底层的群体更高比例是经济困难而不就医，而社会优势群体则因为没有时间而选择不就医。这在某种程度上反映了就医成本对于这两个群体都相对较高，同时，也反映了两种不同的医疗服务的不可及。对于底层群体是经济上的不可及（选择交通不便不就医的比例很低），而对于优势群体则是便利性上的不可及。这都表明基层社区的医疗服务体系需要加强，对于底层社会群体是这类服务的可靠经济，而对于优势群体而言，则需要的是真正意义上的便利与专业，如高层次的便捷的家庭医生服务模式等。

3) 不同群体之间的实际医疗费用呈现出较为明显的群体特征，处于社会底层的群体的年度医疗费用花费最高，虽然其报销金额也最高；而优势群体，无论其享有医疗保障还是没有医疗保障，其年度的医疗费用都是最低的。同时，不同群体，对于医疗费用的上涨及其承受能力不同，总体而言各类群体认为医疗费用总体变化不大，有所下降。但也有部分被调查者认为上涨较快。而对于底层居民来说，则有较高比例认为上涨较快且超出承受范围，而其他群体，包括优势群体则更高比例选择有所上涨或是上涨较快但可以承担。各类群体对于医疗费用中最贵部分的排序没有太为显著的群体间差异。绝大多数的被调查者中认为检查费用、新/特药和医生诊疗、手术费是费用被列入所有选项的前三位。但相对于其他社会群体，优势群体认为医生诊疗和手术费是最贵的比例相对较低，这是与该群体对医疗服务的定价机制的了解更多还是其基于自身收入等对于医生人力资本为基础的诊疗和手术费用的价格的可以接受程度相对较高，还有待于进一步研究。

4) 社会经济状况会影响人们对医药消费的偏好，总体而言，城镇居民对于医药消费安全与质量较为重视，但是，相对于其他社会群体，最为底层的城镇居民则更多考虑价格因素，而处于最为优势的社会群体则更多考虑效果和质量因素。

5) 社会经济状况影响患者对“以药养医”观点的持有情况。不同社会群体之间显示出一定的差异。总体而言，中国的城镇居民较大比例认为医院药品加成是导致药价高的最为主

“

要的原因，且越是底层的社会群体越高比例持有该观点，而优势群体则有一定比例认为其他因素，如经销环节太多也是药价高的最主要原因。社会经济状况也影响患者对于医生药物和检查推荐的认知。各类社会群体都更高比例认为医生是从治疗需要和效果等来推荐药物和检查，但相对于其他群体，处于底层的社会群体更多比例认为医生在推荐的时候在考虑疗效的同时，也考虑推荐价格低的药物或是医疗服务项目。而较为优势的群体则更高比例认为推荐疗效高同时价格高的药物或是项目。

6) 中国药品环境下的“新药”概念被较为广泛地理解为高价和新的疗效。而在选择是否使用价格更高疗效较好的药物时，各个群体之间差异较为明显，优势社会群体更多选择基于疾病需要或是医生专业意见等非经济性因素，而底层群体则更多考虑经济因素。

7) 社会经济状况影响到了患者对于整体药品安全影响因素的看法，社会优势群体更高比例认为药监部门具有重要作用，而底层群体则相对更高比例认为不法分子制售假药和伪劣药等。社会经济状况也影响到了患者对于医疗政策发展趋势的判断，相对于其他社会群体，底层的城镇居民更多持有积极看法，而优势群体则更多比例持有有所保留的看法。此外，社会中小层社会群体也表现出较为保守的肯定态度。

以上分析表明，中国现实生活中社会分层及其在医疗服务领域的客观存在，要求我们一方面应该及时回应中高端社会阶层的健康发展需要以及其对医疗服务质量的强烈关注，通过发展补充医疗保险等来促进中高端医疗服务的发展，而对于处于社会底层的公众的健康发展需要则应当进一步提高政府在基本医疗服务领域的补贴和购买责任，并致力于提高基本医疗服务的可靠性和实际的经济可及和社会可及来满足此部分群体的需要。

从政策制定和实施的角度看，2008年新医改前的这一基线调研揭示了一个最为基本的事实：中国医药服务领域中存在着较为显著的社会分层，不同社会经济状况的患者其在医疗保障水平、就医行为、医药消费中的偏好特征、对医生推荐的信任以及对医疗政策的认知上都存在着较为显著的差异。而在较为深层次的认知层面上，在是否持有以药养医这一观念上也存在着较为显著的差异，较为底层的城镇居民群体更高比例认为医院的药品加成是导致药价高的最为主要的原因，而优势群体则更多比例看到其他因素，如销售环节等导致的高药价。这些认知上的差异，一方面要求政策需要更加具体地回应民众关切，而不是一味地强调满足患者的价格偏好，而应该提供不同类型的医药服务来满足不同社会群体的需要。另一方面，则需要更加具体关注社会底层群体的社会经济状况、认知以及这些特征对于其医疗领域消费行为的影响。从这一轮调研来看，处于社会最底层的居民其行为选择总体呈现出较为理性的特征，其的主导需求还是医疗服务的质量和安全，但由于其实际的支付能力的有限，其不得

“

不选择在质量基本有保证的情况下，选择价格低的。而这种选择本身也会给他们带来较大的担心：是否会因为价格低所进行的医药领域的消费选择而无法保证自身的健康。这一事实对于基本医疗服务领域的相关政策目标设定和政策实施途径有非常重要的启示。

由于新医改是从对旧有的医疗服务领域中所存在的“看病贵”和“看病难”等问题的解决来构建医改的基本目标，通过提高政府对基本医疗服务领域的投入，发展基本医疗保险实现广覆盖，建立国家基本药物制度，从而提高医疗服务的可及性，包括交通距离上的可及和经济上的可及。但这一政策目标设定忽略了一个非常重要的基本事实：看病贵看病难的症结在于基层医疗服务体系的不可靠，也在于高端医疗服务机构的定位偏离。而这些都是长期的医疗服务体系内的核心制度“以药养医”和长期以来基本医疗服务领域的价值低估所导致的，不是简单地建立基本药物制度，加大对基本医疗服务体系的投入所能够解决的。要解决这一问题的根本途径是如何切实提高基本医疗服务的补偿水平，最大限度地放弃以非基本补基本的政策，而真正恢复政府在基本医疗服务领域的监管责任、投资责任，恢复基本医疗服务的价格，并承认医疗服务中的知识-技能的价值，集成创新的价值和贡献（沈群红，2009；沈群红，2013），从而从根本上恢复基本医疗服务领域从业人员的价值，吸引有能力和服务意愿的人参与其中，从而为基层民众提供可靠到位专业的医疗服务。与此同时，积极放开基本医疗服务领域，吸引有专业素养的医生和其他具有专业性背景的社会资本发展中高端的基本医疗服务，发展社区医院和家庭医生以满足优势社会群体的就医需求，发挥社区层面首诊医生的作用。这不是简单地动员现有的社区卫生服务中心的医生与居民建立免费的或是畸形低价的家庭医生服务，而是真正在尊重家庭医生的诊断和咨询作用，尊重其全科医生和社区医生的价值功用的基础上，尊重价值规律，产生专业主义精神的方式来建立家庭医生和社区医院与诊所等制度。近年来，不断恶化的医患关系以及医务工作者联名签署希望彻底推动医改的行动在一定层面上在提醒我们：2009年的新医改的目标设定需要被认真地反思，而新一轮的医药卫生体制改革工作和未来的中国健康发展规划也都需要深刻分析和体察到公众的真实需求，并在此基础上采用公共能量场的思路来确保不同社会群体的诉求都能够得到充分地表达和尊重。

参考文献：

- [1] Armitage, K., Schneidermann, L., Bass, R., 1979, "Response of physicians to medical complaints in men and women," *Journal of the American Medical Association*, 241 (20), 2186-2187.
- [2] Arrow, K. J. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *The American economic review*, 53(5), 941-973.
- [3] Ayanian, J., Epstein, A., 1991. "Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary artery disease," *The New England Journal of Medicine*, 325 (4), 221-225.
- [4] Cheung, C. K., & Leung, K. K. (2004). "Forming life satisfaction among different social groups during the modernization of China," *Journal of Happiness Studies*, 5(1), 23-56.
- [5] Cutler, D. and R. Zeckhauser. 2000. "The Anatomy of Health Insurance," Vol. 1A of *Handbook of Health Economics*, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 564 – 643. Amsterdam: North Holland.
- [6] Dowell J, Williams B, Snadden D, 2007, Patient-centred prescribing: seeking concordance in practice. Radcliffe Publishing Ltd, Abingdon, United Kingdom.
- [7] Eggleston K, Zhang R, Zeckhauser RJ, 2010, "The global challenge of antimicrobial resistance: insights from economic analysis," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(8), 3141-3149.
- [8] Eggleston K, 2008, "Incentives in China's healthcare delivery system," Working paper No.373, Stanford Center for International Development, Stanford.
- [9] Eisenberg, J.M., 1979. "Sociologic influences on decision making by clinicians," *Annals of Internal Medicine*, 90(6), 957-964.
- [10] Fugelli, P. (2001). "James Mackenzie Lecture. Trust-in general practice," *The British Journal of General Practice*, 51(468), 575-579.
- [11] Goff SL, Mazor KM, Meterko V et al., 2008, "Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations," *Journal of General Internal Medicine*, 23(3), 236-241.
- [12] Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). "Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?" *Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639.
- [13] Hartog J, Hartog EA, 1983, "Cultural Aspects of Health and Illness Behavior in Hospitals," *Western Journal of Medicine*, 139(6), 910-916.
- [14] Hooper, E.M., Comstock, L.M., Goodwin, J.M., Goodwin, J.S., 1982. "Patient characteristics that influence physician behavior," *Medical Care*, 20(6), 630-638.
- [15] Hu S, Tang S, Liu Y et al., 2010, "Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities," *The Lancet*, 372(9652), 1846-1853.
- [16] Liu GG, Zhao ZY, 2006, "Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China," *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(3), 211-228.
- [17] Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K, 1999, "Equity in health and health care: the Chinese experience," *Social Science & Medicine*, 49(10), 1349-1356.
- [18] Liu Y, 2002, "Reforming China's urban health insurance system," *Health Policy*, 60(2), 133-150.
- [19] Mechanic D, 1995, "Sociological dimensions of illness behavior," *Social Science & Medicine*, 41(9), 1207-1216.
- [20] Mechanic, D. (1996). "Changing medical organization and the erosion of trust," *The*

Milbank Quarterly, 171-189.

- [21] Mechanic, D. (1998). "The functions and limitations of trust in the provision of medical care," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(4), 661-686.
- [22] Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). "Concepts of trust among patients with serious illness," *Social Science & Medicine*, 51(5), 657-668.
- [23] Mechanic, D., & Schlesinger, M. (1996). "The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians," *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 275(21), 1693-1697.
- [24] Parson, T. 1951. *The Social System*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- [25] Pauly, M. V. (1968). "The economics of moral hazard: comment," *The American Economic Review*, 58(3), 531-537.
- [26] Pellegrino, E. D., Veatch, R. M., & Langan, J. P. (Eds.). (1991). *Ethics, Trust and the Professions: Philosophical and Cultural Aspects*. Georgetown University Press.
- [27] Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). "Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information," *The Quarterly Journal of Economics*, 629-649.
- [28] Shen Q, Tang L, Cao F, 2010, "The health stratification before the Health system reform: an empirical study based on Chinese national household survey in urban China," Working paper, forthcoming.
- [29] Stimson GV, 1976, "Doctor-patient interaction and some problems for prescribing," *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 26(Suppl 1), 88-96.
- [30] Stoppe G, Sandholzer H, Staedt J et al., 1995, "Reasons for prescribing cognition enhancers in primary care. Results of a representative survey in Lower Saxony, Germany," *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 33(9), 486-490.
- [31] Tang S, Meng Q, Chen L et al., 2008, "Tackling the challenges to health equity in China," *The Lancet*, 372(9648), 1493-1501.
- [32] Van Ryn, M., & Burke, J. (2000). "The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients," *Social Science & Medicine*, 50(6), 813-828.
- [33] Van Ryn M, Fu SS, 2003, "Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health?" *American Journal of Public Health*, 93(2), 248-255.
- [34] Weick KE, Sutcliffe KM, Obstfeld D, 2005, "Organizing and the process of sense making", *Organization Science*, 16(4), 409-421.
- [35] Zhou X, Tuma NB, Moen P, 1996, "Stratification dynamics under state socialism: the case of urban China, 1949-1993," *Social Forces*, 74(3), 759-796.
- [36] Zhou X, Moen P, Tuma NB, 1998, "Educational stratification in urban China: 1949-94," *Sociology of Education*, 71(3), 199-222.
- [37] Zhou X, 2000, "Economic transformation and income inequality in urban China: evidence from panel data," *American Journal of Sociology*, 105(4), 1135-1174.
- [38] 蔡江南:《药价虚高:政府如何应对市场的挑战》,《解放日报》,2007年4月26日。
- [39] 寇宗来:《“以药养医”与“看病贵、看病难”》,《世界经济》,2010年第33卷第1期。
- [40] 雷毅:《权力泛化论》,《社会》,1988年第5期。
- [41] 吴斌珍、张琼、乔雪:《对药品市场降价政策的评估——来自中国1997~2008年的证据》,《金融研究》,2011年第6期。