

社会资本与居民首诊医疗机构选择：分级诊疗认同度的遮掩效应*

岳林琳^{1,2} 王波^{1△} 张倩³ 刘晓红¹ 张翠萍¹ 赵金鸣¹ 黄艺⁴

【摘要】目的 通过构建结构方程模型,将社会资本、分级诊疗认同度等因素嵌入影响居民首诊医疗机构选择的分析过程,以期为居民基层首诊政策完善提供思路和借鉴。**方法** 通过对山东省某市 1932 名常住居民进行问卷调查,结合安德森卫生服务利用模型和相关文献建立初始模型,经过模型适配检验及修正,获得各因素与居民首诊医疗机构选择的关系模型。**结果** 经济能力、社会资本对居民首诊医疗机构级别有显著的正向影响,分级诊疗认同度对居民首诊医疗机构级别有显著的负向影响。分级诊疗认同度在经济能力、社会资本与居民首诊医疗机构级别之间具有遮掩效应,在健康状况与居民首诊医疗机构级别之间具有完全中介效应。**结论** 提高居民的分级诊疗认同度尤其是基层首诊认同度,对“倒三角”就医结构有纠正作用,可以从居民理性就医观培育、医保差异化报销比例设计、基层医疗机构建设等方面合理施策。

【关键词】 分级诊疗 首诊医疗机构 社会资本 结构方程模型

【中图分类号】 R197.1

【文献标识码】 A

DOI 10.11783/j.issn.1002-3674.2024.05.018

分级诊疗的关键是基层首诊^[1]。新医改以来,我国基层医疗卫生机构门诊诊疗人次数占比不断降低,从 2009 年的 61.82% 下降到 2018 年的 53.04%^[2]。这表明居民首诊医疗机构的选择与分级诊疗的目标尚有一定的差距。厘清居民首诊医疗机构选择的影响因素,是界定问题成因及推动政策变革的前提。近年来,关于居民首诊意愿及首诊医疗机构选择影响因素的研究结论主要集中于两大层面:居民自身的状况和医疗机构运行状况^[3-4]。前者主要包括居民健康状况、经济状况、参加医疗保险状况、对分级诊疗认知及认同度状况、家庭医生签约状况等因素^[5-7];后者则主要包括医疗机构诊疗水平、医疗机构服务软硬实力、医疗资源区域分布状况、医疗服务费用等因素^[8-9]。既有研究结论很好地解释了影响居民首诊意愿和首诊医疗机构选择的多重因素,但并未将居民社会资本因素纳入分析之中。作为社会人的居民,其首诊就医行为不可避免要受到其所处社会网络中所拥有的社会资本的影响^[10]。也有个别研究尝试将社会资本因素引入居民首诊医疗机构选择的分析之中,但既有研究要么侧重理论分析^[11],要么量化分析过程较为简略^[12-13],对社会资本在居民首诊医疗机构选择中所产生的影响分析并不深入。

社会资本是指社会网络中接触到的资源^[14]。格兰诺维特认为,社会网络中关系的强弱决定了能够获得信息的性质以及个人达到其行动目的的可能性。根据该理论,华裔学者边燕杰提出了强关系假设。他认为中国是一个强关系社会,强关系在人际交往及办事中发挥着重要作用^[15]。因而,深入分析社会资本对患者首诊医疗机构选择的影响,不仅符合现实的居民就

医选择实践,也是对既有研究结论的补充和完善。

本文以山东省某市为例,通过构建结构方程模型,并尝试将社会资本因素嵌入分析过程,深入探讨居民首诊医疗机构选择的影响因素,以期为居民基层首诊政策变迁提供思路和借鉴。

对象与方法

1. 研究对象

2022 年 5—6 月采用分层随机抽样的方法,对山东省某市 18 周岁以上的常住居民进行问卷调查。按各区(县)经济发展水平的不同,抽取了 3 个区(县)的 8 个城市社区,10 个行政村;每个社区抽取 120 户,每个村抽取 100 户。共发放问卷 1960 份,回收问卷 1949 份,调查对象完成问卷时间一般在 3~6 min。问卷审查发现有 17 份存在严重缺答、正反题项答案矛盾等问题,作为无效问卷予以剔除,最终得到有效问卷 1932 份,有效回收率为 98.57%。对有效问卷的数据缺失值用序列平均值替换。

2. 研究方法

本研究所用问卷是在参考安德森卫生服务利用模型和相关文献的基础上,自行设计并经专家咨询修订而成。问卷沿用了使能因素(经济能力)、需要因素(健康状况)两个方面的主要变量,并在使能因素中尝试加入社会资本这一维度。同时,考虑到分级诊疗背景下居民政策感知对就医行为的影响,增加了分级诊疗认同度这一维度。其中,经济能力维度包括家庭月收入等 3 个观测变量,社会资本维度包括医疗机构熟人数量等 5 个观测变量,健康状况维度包括自评健康状况等 3 个观测变量,分级诊疗认同度维度包括是否赞同分级诊疗政策等 5 个观测变量,具体见表 1。观测变量主要采用 Likert 5 级评分法,如健康状况从“很不健康”到“很健康”,认同度从“很不赞同”到“很赞同”,依次赋值 1~5。首诊医疗机构级别由低到高为

* 基金项目:山东省社会科学规划一般项目(19CGLJ28)

1. 山东第二医科大学管理学院(261053)

2. 天津师范大学政治与行政学院

3. 潍坊市奎文区梨园街道社区卫生服务中心

4. 山东大学公共卫生学院

△通信作者:王波, E-mail: wb128@sdsu.edu.cn

表 1 问卷各维度的效度检验

维度	KMO	Bartlett 卡方	P	题项	因子载荷
经济能力	0.678	586.566	<0.001	A1 家庭月收入	0.894
				A2 基本医保水平	0.852
				A3 商业医保水平	0.798
社会资本	0.843	1344.265	<0.001	B1 医疗机构熟人数量	0.838
				B2 就医是否找医疗机构熟人	0.863
				B3 医疗机构熟人的熟识程度	0.844
				B4 非医疗机构熟人是否推荐医院或医生	0.767
				B5 非医疗机构熟人的熟识程度	0.720
健康状况	0.656	235.637	<0.001	C1 自评健康状况	0.756
				C2 所患慢性病种类	0.792
				C3 最近一年患病就医次数	0.764
分级诊疗认同度	0.876	2014.977	<0.001	D1 是否赞同分级诊疗政策	0.880
				D2 是否赞同基层首诊	0.894
				D3 是否赞同双向转诊	0.868
				D4 是否赞同急慢分治	0.885
				D5 是否赞同不同级别医院差别报销比例	0.807

门诊/卫生室/卫生服务站、乡镇(街道)卫生院/卫生服务中心、区县级医院、地市级医院、省级医院,依次赋值 1~5。所获问卷数据用 SPSS 26.0 录入并进行信度和效度检验,用 AMOS 26.0 对结构方程模型进行适配度检验及路径效应分析。

3. 研究假设

本研究采用结构方程模型分析居民首诊医疗机构选择的影响因素,包含经济能力、社会资本、健康状况、分级诊疗认同度四个潜变量,在相关文献梳理的基础上提出以下假设:

H1:就医资源(经济能力、社会资本)对首诊医疗机构级别具有正向影响,即经济能力、社会资本强的居民首诊更倾向于级别高的医疗机构;H2:就医需要(健康状况)对首诊医疗机构级别具有负向影响,即健康状况好的居民首诊更倾向于级别低的医疗机构;H3:政策感知(分级诊疗认同度)对首诊医疗机构级别具有负向影响,即分级诊疗认同度高的居民首诊更倾向于级别低的医疗机构;H4a:就医资源(经济能力)对分级诊疗认同度有正向影响;H4b:就医资源(社会资本)对分级诊疗认同感有正向影响;H5:就医需要(健康状况)对分级诊疗认同度有正向影响;H6:就医资源(经济能力)对就医需要(健康状况)有正向影响(图 1)。

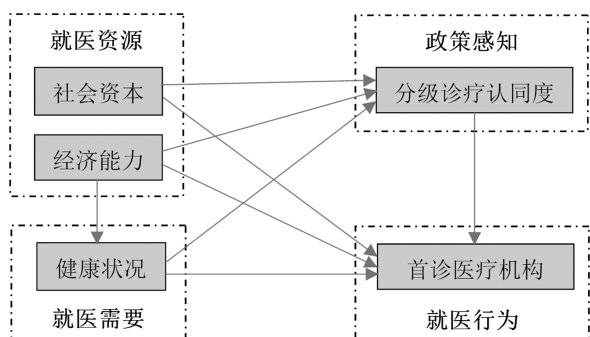


图 1 结构方程模型构建图

结果

1. 调查对象基本情况

在调查的 1932 名居民中,男性占 51.45%,女性占 48.55%;年龄 18~29 岁的占 25.67%,30~44 岁的占 34.63%,45~59 岁的占 30.28%,60 岁及以上的占 9.42%;家庭月收入低于 3000 元的占 20.91%,3000~6000 元的占 45.08%,6000 元及以上的占 34.01%;购买商业医疗保险的占 32.82%,未购买的占 67.18%;购买商业医疗保险的年保费支出低于 2000 元的占 42.11%,2000~4000 元的占 35.65%,4000 元及以上的占 22.24%;自评健康状况为差及很差的占 8.13%,一般的占 43.89%,好及很好的占 47.98%。

2. 信度和效度检验

本研究采用 Cronbach α 系数检验问卷信度,总体的 Cronbach α 系数为 0.783,经济能力、社会资本、健康状况、分级诊疗认同度四个维度的 Cronbach α 系数分别为 0.805,0.866,0.709,0.917,均大于 0.7,表明问卷具有良好的稳定性和内部一致性。

采用因子分析法检验问卷效度,首先要做 KMO 和 Bartlett 的球形检验,KMO 值越接近于 1,表明因子分析的效果越好。计算得到的 KMO 值为 0.822,大于 0.7,球形检验 P 值小于 0.001,表明适合做因子分析。各维度的效度检验结果见表 1,其中经济能力、健康状况两个维度的 KMO 值介于 0.6~0.7 之间,也在可接受范围内。采用最大方差旋转法进行因子分析,各维度观测变量的因子载荷都在 0.7 以上,累计方差贡献率为 69.074%,表明具有良好的结构效度,故保留所有观测变量。

3. 结构方程模型检验及修正

基于研究假设采用最大似然法对初建模型进行参数估计,结果显示,健康状况对首诊医疗机构级别没有

显著的负向影响 ($\gamma = -0.01, P = 0.863$), 研究假设 H2 不成立; 经济能力对分级诊疗认同度没有显著的正向影响 ($\gamma = 0.07, P = 0.174$), 研究假设 H4a 不成立。删

除这两条不显著的路径后重新进行参数估计, 得到最终关系模型及标准化路径系数(图 2)。

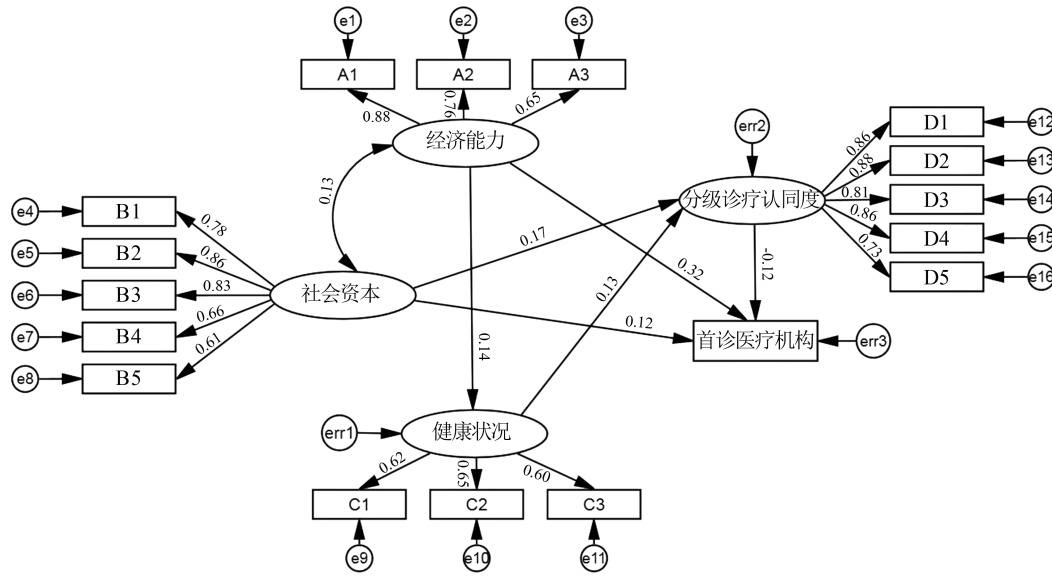


图 2 修正后的结构方程模型

对修正后的结构方程模型进行适配度检验, 如表 2 所示, 绝对适配度指数 CMIN/DF、RMSEA、GFI、AGFI, 增值适配度指数 NFI、CFI, 简约适配度指数 PN-

FI、PGFI, 均能达到适配要求, 说明模型适配效果好, 可以接受该模型。

表 2 结构方程模型的适配度指标

指标	CMIN/DF	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI	PNFI	PGFI
适配标准	1~3	<0.08	>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	>0.50	>0.50
实际值	2.332	0.049	0.949	0.931	0.941	0.965	0.782	0.701

从结构模型来看, 经济能力对首诊医疗机构级别有显著的正向影响 ($\gamma = 0.32, P < 0.001$), 社会资本对首诊医疗机构级别有显著的正向影响 ($\gamma = 0.12, P < 0.01$), 研究假设 H1 成立。分级诊疗认同度对首诊医疗机构级别有显著的负向影响 ($\gamma = -0.12, P < 0.01$), 研究假设 H3 成立。社会资本对分级诊疗认同度有显著的正向影响 ($\gamma = 0.17, P < 0.001$), 研究假设 H4b 成立。健康状况对分级诊疗认同度有显著的正向影响 ($\gamma = 0.13, P < 0.05$), 研究假设 H5 成立。经济能力对健康状况有显著的正向影响 ($\gamma = 0.14, P < 0.05$), 研究假设 H6 成立。

同度的观测变量中, 因子载荷最大的是基层首诊认同度(0.88), 其次是急慢分治认同度(0.86)和政策总体认同度(0.86), 表明这三个要素对分级诊疗认同度维度的贡献较大。

4. 结构方程模型路径效应分析

从测量模型来看, 各维度观测变量的标准化因子载荷在 0.60~0.88 之间, 均达到显著水平 ($P < 0.001$)。经济能力的观测变量中, 因子载荷最大的是家庭月收入(0.88), 表明家庭月收入是经济能力维度的主导要素。社会资本观测变量中, 医疗机构熟人关系的因子载荷(0.86, 0.83, 0.78)明显大于非医疗机构熟人关系的因子载荷(0.66, 0.61), 表明医疗机构熟人关系对社会资本维度的贡献更大。健康状况观测变量中, 因子载荷最大的是所患慢性病种类(0.65), 表明所患慢性病种类对健康状况维度的贡献较大。分级诊疗认

同度的观测变量中, 因子载荷最大的是基层首诊认同度(0.88), 其次是急慢分治认同度(0.86)和政策总体认同度(0.86), 表明这三个要素对分级诊疗认同度维度的贡献较大。结构方程模型中各变量间的路径效应包括直接效应、间接效应和总效应, 总效应是原因变量对结果变量的总影响程度, 即直接效应与间接效应之和。由修正后的结构方程模型得到的路径效应及 Bootstrap 检验结果如表 3 所示。经济能力对首诊医疗机构级别既有显著的直接效应(0.321), 也有通过健康状况与分级诊疗认同度的链式中介产生的显著的间接效应(-0.002)、总效应为 0.319。由于直接效应与间接效应符号相反, 根据温忠麟等人对中介效应检验的讨论^[16], 分级诊疗认同度在经济能力与首诊医疗机构级别之间的效应是遮掩效应, 而非一般的中介效应, 即分级诊疗认同度的负向间接效应会抑制经济能力对首诊医疗机构级别的正向直接效应, 但间接效应占直接效应的比例为 0.62%, 抑制作用较小。社会资本对首诊医疗机构级别既有显著的直接效应(0.117), 也有通过分级诊疗认同度产生显著的间接效应(-0.021)、总效

应为0.096,由于直接效应与间接效应符号相反,因此分级诊疗认同度在社会资本与首诊医疗机构级别之间的效应也是遮掩效应,即分级诊疗认同度的负向间接效应会抑制社会资本对首诊医疗机构级别的正向直接效应,间接效应占直接效应的比例为17.95%。健康状况

况对首诊医疗机构级别没有显著的直接效应,但有显著的间接效应(-0.016),总效应为-0.016,因此分级诊疗认同度在健康状况与首诊医疗机构级别之间的效应是完全中介效应,分级诊疗认同度的负向间接效应使得健康状况好的居民首诊更倾向于级别低的医疗机构。

表3 路径效应的 Bootstrap 检验

效应类别	作用路径	Effect	S.E.	95% CI		P
				下限	上限	
直接效应	经济能力→首诊医疗机构	0.321	0.045	0.231	0.407	<0.001***
	社会资本→首诊医疗机构	0.117	0.044	0.031	0.204	0.010**
	分级诊疗认同度→首诊医疗机构	-0.124	0.043	-0.208	-0.040	0.003**
间接效应	经济能力→健康状况→分级诊疗认同度→首诊医疗机构	-0.002	0.002	-0.009	0.000	0.035*
	社会资本→分级诊疗认同度→首诊医疗机构	-0.021	0.010	-0.047	-0.006	0.002**
	健康状况→分级诊疗认同度→首诊医疗机构	-0.016	0.009	-0.040	-0.002	0.022*
总效应	经济能力→首诊医疗机构	0.319	0.045	0.229	0.405	<0.001***
	社会资本→首诊医疗机构	0.096	0.044	0.010	0.183	0.026*
	健康状况→首诊医疗机构	-0.016	0.009	-0.040	-0.002	0.022*
	分级诊疗认同度→首诊医疗机构	-0.124	0.043	-0.208	-0.040	0.003**

注:*** $P < 0.001$, ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

结论与建议

通过结构方程模型分析发现:①经济能力对居民首诊医疗机构级别有显著的正向影响,且影响程度最大。家庭收入越多、医保水平越高的居民对不同级别医疗机构的费用差异敏感性越弱,首诊更倾向于级别高的医疗机构。②社会资本对居民首诊医疗机构级别有显著的正向影响。居民就医时可用的熟人关系越多、熟识程度越高,首诊越倾向于级别高的医疗机构,并且医疗机构熟人关系比非医疗机构熟人关系对居民首诊医疗机构级别的影响大。③分级诊疗认同度对居民首诊医疗机构级别有显著的负向影响。居民对分级诊疗的意义认识越深刻,政策认同度越高,首诊越倾向于级别低的医疗机构。④分级诊疗认同度在经济能力、社会资本与居民首诊医疗机构级别之间具有遮掩效应,在健康状况与居民首诊医疗机构级别之间具有完全中介效应。提高居民的分级诊疗认同度尤其是基层首诊认同度,一方面可以抑制经济能力、社会资本对居民首诊医疗机构级别的正向影响,另一方面可以使得健康状况好的居民首诊更倾向于级别低的医疗机构,从而对“倒三角”就医结构产生纠正作用。基于上述分析,本研究提出以下对策建议:

1. 加强宣传和引导,培养居民理性的就医观念和就医行为

一是采取多种方式,向居民普及健康和健康管理知识。让居民逐步树立理性的就医观和健康观念,避免过度医疗和小病大治。二是要发挥医疗机构中的熟人关系(尤其强关系)在引导居民理性就医中的重

要作用。对基层医疗机构而言,签约的家庭医生及其团队,可以与医疗网格内的居民形成基于“熟悉-信任”的稳定社会关系网络,进而可以通过这种稳定的“熟人关系”实现对社区签约居民的靶向宣传和有效引导,以改变居民就医选择行为^[17]。对其他层级医疗机构而言,这种“熟人关系”的强弱决定着居民就医能获得照顾的可能性及程度。这种就医层面的“照顾”同样起着引导居民首诊行为的作用。因而,要继续强化对医务人员分级诊疗知识的培训,同时要科学分解并细化各级考核指标,常规化开展绩效考核工作,以充分调动医务人员参与分级诊疗的积极性并提升分级诊疗认同度,进而有效发挥其在引导居民首诊医疗机构选择方面的作用。三是要完善法律制度,严厉打击虚假药品和虚假医疗广告,创设有利于理性就医的法治环境。除了严格执法,还可以聘请不同层级医疗机构医务人员利用各类媒体平台进行正面宣传引导,充分发挥社会资本在引导熟人圈子识别医药和医疗真伪中的作用。

2. 完善分级诊疗政策,提高居民对分级诊疗的认同度

一是可以考虑逐步取消普通门诊统筹支付限额,并大幅度提升普通门诊报销比例,以此鼓励居民充分利用签约定点医疗机构门诊服务,实现基层首诊。二是可考虑逐步降低大医院所开展的基层医疗卫生服务机构能提供的服务项目的相关服务项目的报销比例,直至到大医院看门诊所产生的医疗费用全部自付。三是对不同级别医疗机构,继续通过国家政策调整,使不同级别医疗机构专注不同领域,形成错位发展^[18],协同构建“小病

(普通门诊)在社区-大病(疑难杂症和危急病症)到医院-康复回社区”的有序就医格局。四是伴随医联体网格化布局管理的开展,同一网格内的医疗机构要形成稳定的分工协作和利益共享机制,明确网格内不同主体的“责权利”,才能真正畅通“双向转诊”的通道,在网格内形成从疾病预防、诊断、治疗到康复、护理等一体化、连续性医疗卫生服务。

3. 重视基层医疗机构建设,提升基层医疗机构服务能力

一是改革基层医疗卫生机构支付和分配机制,提高按人头付费为主要支付方式的支付标准。此外,探索以转诊率结合健康结果来进行激励的方式,鼓励基层医疗机构积极开展健康管理和常见病慢性病防治,对患病居民“愿意接”。二是逐步提升基层医疗机构服务能力,继续通过各种全日制或在职学习培训、通过对口支援以及医联体网格内资源下沉等方式提升基层卫生机构医护人员的业务水平,确保基层医疗机构对首诊居民能“接得住”。三是要限制大医院借医联体建设“跑马圈地”和有序扩张,为基层卫生机构发展预留必要的空间,使基层医疗卫生机构“有的接”。除了不同医疗机构功能差别化定位、服务差别化定价、分工协作和利益共享,可以借鉴国外经验,尝试让家庭医生团队和基层医疗卫生机构协助管理签约居民医保基金^[19],对网格内签约居民转诊进行审核,以此逐步引导居民基层首诊并提升基层医疗机构服务能力。

影响居民首诊医疗机构选择的主客观因素很多,不同环境下起决定作用的因素也不相同,本研究主要构建了居民的经济能力、社会资本、健康状况、分级诊疗认同度等因素与首诊医疗机构选择的关系模型,分析各因素的作用路径及影响程度。由于调查问卷题项设计所限,还有其他可能影响居民首诊医疗机构选择的因素未纳入模型,这有待于进一步研究。

参 考 文 献

[1] 马晓伟. 分级诊疗的关键是基层首诊基层人才需解决[EB/OL]. (2016-03-08) [2021-11-05]. <https://health.huanqiu.com/article/9CaKrmJUo7n>

[2] 王惠娟, 刘晓云. 新医改背景下北京市居民基层就诊行为变化特

征:基于2013年和2018年国家卫生服务调查数据[J]. 中国全科医学, 2022, 25(1): 50-54+78.

- [3] 李晚莲, 周思雨, 于勇. 医疗健康保障、卫生资源配置与农村劳动力就医选择:基于2016CLDS数据分析[J]. 湖南社会科学, 2019, 191(1): 81-87.
- [4] 张玉杰, 尹文强, 闫语, 等. 我国居民基层医疗机构首诊意愿的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2021, 21(7): 796-802.
- [5] 李寒寒, 苗春霞, 姜金星, 等. 基于分级诊疗背景的徐州市居民基层首诊意愿分析[J]. 中国卫生统计, 2019, 36(2): 218-221.
- [6] 娄鹏宇, 黄文静, 林黎明, 等. 流动人口首诊就医机构选择及影响因素分析[J]. 中国卫生统计, 2022, 39(5): 733-735+740.
- [7] 王丽君, 鲁志鸿, 李友卫, 等. 山东省城乡居民基层医疗机构首诊和转诊意愿及其影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(3): 465-469.
- [8] 谢贤宇, 赵梓钧, 吴勤德, 等. 福建省医联体内群众就医选择影响因素分析[J]. 中国卫生统计, 2022, 39(5): 755-759.
- [9] 张翠萍, 邴龙飞, 岳林琳, 等. 分级诊疗制度下居民首诊就医选择及影响因素分析——以潍坊市为例[J]. 中国医疗保险, 2020(2): 57-63.
- [10] Geertsen R, Kane RL, Klauber MR, et al. A Re-Examination of Suchman's Views on Social Factors in Health Care Utilization [J]. Journal of Health and Social Behavior, 1975, 16(2): 226-237.
- [11] 张燕南, 申俊龙. 试析社会资本对居民就医行为的影响[J]. 医学与社会, 2011, 24(5): 20-22.
- [12] 何楨, 吴瑶, 张亘, 等. 民众就医选择行为研究:网络、合法性与信息的视角:以江西、山东两省地级市为例[J]. 中国市场, 2011(26): 134-141.
- [13] 张继萍, 秘玉清, 刘一璠, 等. 山东省某市居民首诊就医机构选择状况调查[J]. 医学与社会, 2019, 32(7): 72-75.
- [14] 林南, 俞弘强. 社会网络与地位获得[J]. 马克思主义与现实, 2003(2): 46-59.
- [15] 边燕杰. 找回强关系:中国的间接关系, 网络桥梁和求职[J]. 国外社会学, 1998(2): 50-65.
- [16] 温忠麟, 叶宝娟. 中介效应分析:方法和模型发展[J]. 心理科学进展, 2014, 22(5): 731-745.
- [17] 巫蓉, 朱亚, 陈家应, 等. 家庭医生签约服务下社区居民就医选择的相关因素研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2019, 19(4): 286-290.
- [18] 张佳慧, 葛延凤. 分级诊疗的中国思路[EB/OL]. (2017-09-26) [2022-01-02]. https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_1805560
- [19] 孙晓凡, 陈旻洁, 闻大翔, 等. 英、美、荷、澳、日分级诊疗实践的启示[J]. 中国卫生质量管理, 2016, 23(5): 105-108.

(责任编辑:张悦)