

医疗服务评价、社会信任和城镇居民的“关系就医”实践

何晓斌 董寅茜 柳建坤

摘要：关系在现代社会具有情感和传统文化、工具等多重属性，本文结合医患关系的特殊性，分析了医疗服务评价、社会信任和关系文化如何影响个体具体的关系就医实践，并考察了影响因素的变化趋势。通过对中国综合社会状况调查2017和2021年两期数据的分析获得了以下发现：第一，当个体对于所在地区医疗服务的评价越低，采取“关系就医”的可能性越高；第二，当个体的社会信任水平越高，采取“关系就医”的可能性越低；第三，医疗服务评价相比社会信任对关系就医的影响更强，两者对于关系就医的影响均随时间减弱，但是社会信任这一文化因素减弱的相对更多。研究证明了“关系就医”的实践嵌入在不同的制度文化

* 本文为国家社会科学基金青年项目“青年返乡创业困境的形成机制与治理策略研究”（23CSH043）、黑龙江省哲学社会科学研究规划年度项目“县域零工经济劳动者权益保障风险及其治理研究”（22SHB168）、中央高校基本科研业务费专项资金资助项目“政治联系视角下党建对民营企业发展的影响研究”（3072023CFJ1304）阶段性成果。

①作者简介：

何晓斌，清华大学社会科学学院院长聘副教授，研究方向：经济社会学、组织社会学。
董寅茜，清华大学社会科学学院博士研究生，研究方向：经济社会学、组织社会学。
邮箱：dongyq17@tsinghua.org.cn。

柳建坤，哈尔滨工程大学人文社会科学学院教授，研究方向：经济社会学、组织社会学。

情境中，随着现代化和理性化的趋势，关系行为所蕴含的情感和文化属性正在减弱，经济理性属性在增强。关系的工具性运用可能进一步加剧医疗资源的不平等，政府应当完善医疗制度体系，逐步推进医疗公平。

关键词：关系就医 医疗服务 社会信任 关系文化

Medical service, social trust, and “relationship hospitalization” practices of Chinese urban residents

Xiaobin HE Yinxi DONG Jiankun LIU

ABSTRACT

“Guanxi” has multiple attributes, such as emotional, traditional, cultural, and instrumental. Based on the specialty of the doctor-patient relationship, this study explores individuals’ relation-oriented medical treatment in different medical systems and social and cultural backgrounds. We analyzed the data of the Chinese Social Survey 2017 and 2021 and got the following results. First, when an individual has a lower evaluation of the medical service system and considers medical treatment a severe social problem, the person may tend to use guanxi in medical treatment. Second, when an individual has a higher level of social trust, there is less possibility for the person to use guanxi in medical practice. Institutional factors have a more significant influence on medical practice with guanxi than cultural factors. The effect of the medical system and social trust has reduced with time, while cultural factors have reduced comparatively more. Our findings prove that interpersonal-oriented medical treatment is embedded in specific institutional and cultural backgrounds. With modernization and rationalization, the meaning of “guanxi” has gradually turned to economic rationality from cultural and emotional customs. The instrumentalist use of guanxi may further expand the inequality of medical resource distribution, which means that the government needs to improve the medical system and promote medical equality.

KEY WORDS

Interpersonal-based medical treatment; Medical system; Social trust; Regional difference

一、引言

著名医学期刊《柳叶刀》在 2018 年发布的一项调查显示,中国的总体医疗质量和医疗可及性在全球处于中上水平,然而中国的医疗质量和资源的地区差距在全球处于前列。高质量的医疗资源主要集中在北京等一线城市和大城市当中,整个中国人口和地区的医疗资源分布呈现极不平衡的状态(Fullman et al, 2018),为了减少这种医疗服务资源和机会的不平等,中国居民常常会通过“找关系”的方式来提升自己或家人的医疗服务质量,从而弥补自己所处地区医疗资源的不足。这种在就医过程中利用原有的社会关系寻求熟人就诊或主动与医生建立关系来获取更好的医疗服务的行为被称为“关系就医”(宋强, 2023; 王文彬、曹洋, 2021; 周开茹、李敏, 2023)。另一方面,医患矛盾和医患冲突等社会问题受到普遍关注。近年来,我国的医患关系总体趋于缓和,医患纠纷案件的数量从 2020 年开始呈现连续下降趋势^①。《2021 中国医师调查报告》显示,医生对于医患关系的态度较为悲观,由于他们积极避免潜在医患纠纷和医疗风险,实际发生患者投诉医生或医患争吵的情况极少^①。这可能意味着医生和患者双方都在努力建构和谐的医患关系和医患信任,患者倾向于通过原有的社会关系寻求医生帮助,或与医生主动建立熟人

^①资料来源:医法汇《2022 年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告》<https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20230301/content-1517803.html>。

^②该报告由清华大学社会学系联合中国医师协会人文医学专业委员会发行,于 2020 年 12 月针对全国各级医院的 1 万余名医师开展问卷调查,样本共计 12930,覆盖全国 28 个省份。资料来源:<https://www.soc.tsinghua.edu.cn/info/1198/1454.htm>。

关系，以尽可能减少医患沟通中的矛盾冲突（黄毅，2004）。

美国社会学家帕森斯指出医生和患者是明确、固定的社会角色，不同角色的行为模式需要符合社会规范，医生应当履行客观、理性的职业形象，患者需要遵从医生的指令（Parsons, 1972）。然而，医生和患者是作为两个具体的人产生关联，在就医过程中包含大量诸如沟通、指导、互相理解等个人化、非标准化的形式。关系就医更是超越了现代医疗体系中理性、简洁的陌生人互动，患者通常会采取送礼或送红包、请医生吃饭等熟人社交形式来拉近和医生之间的私人关系（郭云涛，2015；王文彬、曹洋，2021）。从时间维度来看，在中国传统的熟人社会，亲缘和地缘关系是凝结人与人的重要纽带，更是社会的基本组织形式，黄光国用“儒家关系主义”（Confucian Relationalism）来描述我国重视关系的文化传统和心理习惯（Hwang, 2000）。关系就医的背后可能蕴含着文化心理潜移默化的影响，人们习惯于和自己圈子里的人建立联系，更容易产生相互信任。在现代社会，人们借助关系寻找工作、入学、获取医疗服务等，许多学者指出关系具有社会资本、链接资源等工具性价值（Lin, 2002; Lin & Si, 2010; Walder, 1986）；尤其是在正式制度不完善的情况下，关系资本成为资源分配的一种重要方式。在就医中，人们使用关系可能出于对于当前医疗资源不均衡、医疗服务不确定性的考虑（池上新、陈诚，2018；张燕南、申俊龙，2011）。由此可见，关系就医交织着中国传统文化伦理的传承、工具主义价值观以及现代社会理性化过程带来的医患互动变迁等多重内在机制，因此，本文希望通过实证调查数据厘清现当代中国社会中“关系就医”产生的各项具体背景和动机，并进一步阐释“关系”在现代社会的内涵变化。

当前学术界针对“关系就医”的实证调查较少,大部分为小规模、针对某一医院或者地域的调查。例如屈英和等(2010)针对吉林省长春市某医院患者随机发放的500份调查问卷的结果显示,关系就医的比例超过五成,仅三成患者在就医时从不找关系。宋强(2023)针对苏州市某三级医院的24名医患人员的访谈发现传统文化和医患信任是关系就医的重要原因。王文彬、曹洋(2021)通过全国八个城市地区的数据指出关系就医对于就医认可具有负面后果。这些调查反映了部分地区关系就医的特征,但关系就医实践可能受到地区具体的社会文化的影响,这些有关关系就医实践的结论不一定具有全国的普遍性。本文将借助中国社会状况综合调查(Chinese Social Survey,简称CSS)这项全国性大规模调查,该调查每隔四年会询问关系就医、就学等相关问题。统计结果显示,在自己或家人有就医经历的群体中,在看病就医过程中采取“托人说情或请客送礼”行为的情况呈现下降趋势。在2013年和2017年,城镇居民关系就医的比例达到12.55%和12.58%,到2021年仅5.9%。这一变化背后可能折射出的医患互动理性化、传统关系文化变迁等趋势。目前学术界关于“关系就医”的讨论主要有两方面的理论视角。第一是工具性视角,该视角将关系视为一种实用性的社会资本。学者们指出患者在就医过程中利用“关系”这一工具和资源能够获取更优质的医疗服务,以弥补医疗资源分配不均的现实、建立更和谐的医患互动关系、化解患者对医生的不信任感(崔香芬,2009;崔香芬、姚兆余,2010;屈英和、周同梅,2010)。这一工具性运用的背后蕴含了两重意涵,首先,对于个体而言,不同社会经济地位患者的关系就医实践存在差异,经济能力越强、受教育程度越高的个体会凭借其更多的社会资本和社会关系更普

遍地采取“关系就医”行为（屈英和等，2010）；其次，从整个社会医疗资源分配的角度来看，有学者指出关系就医违背了健康正义和公平原则，是医疗秩序失范的体现，社会资本更多的个体能够获取更好的医疗结果，这间接损害了未寻求关系就医患者的利益，不利于医疗资源的公平分配，会加剧社会分层（黄毅，2004；王秋芬、管燕平，2012）。第二种对关系就医的理解从文化的视角出发，我国传统的乡土社会具有“熟人社会”的特征，按照血缘和地缘关系远近形成了“差序格局”，人们对于在这个“圈子”中离自己更近、关系更亲密的个体有更强的信任感（费孝通，2006）。这种对于“圈子”和“人情”的重视延伸到现代社会的就医领域，人们通过与医生建立关系的方式来增强医患信任，将医生纳入到自己的关系圈中，“关系就医”体现了传统乡村社会文化逻辑的延续（程国斌，2017；王秋芬、管燕平，2012；徐君、赵靖，2021；Dunning & Kim，2007）。此外，在关系就医的过程中，工具性和文化性两种取向相互交织，例如藏民在成都就医时会运用其民族内部传统的人际关系在城市中建立新的社会关系网络（徐君、赵靖，2021）。这两个视角延续了“关系”在中国社会情境中工具性和文化性的双重含义，关系就医是极富理性主义的策略性行为，同时也是传统文化基因到现代社会的延续。然而，“工具性”的视角倾向于关注个体发挥主观能动性去调动他们所拥有的经济与社会资源，忽视了宏观医疗制度体系结构下不同的医疗服务体验对患者就医过程的影响。关系就医的行为固然与个体所处的阶层地位与所拥有的资源具有相关性，但它嵌入在不同的制度环境中（Kleinman，2002）。由此，我们希望检验个体所处地区的医疗服务水平是否会影响其关系就医的实践，这个因素体现的是客观制度环

境对于个体主观感知和行为的作用。第二种研究进路具有人文主义色彩,但并未阐明“文化”在现代社会就医情境中的意涵和多重维度。因此,我们将从文化的角度理解“关系”在现代社会就医实践中的具体内涵,文化是一种个体内化的传统习俗和社会规范(Uslander, 2002),出于个体主观、内在的心理倾向。我们将考察信任水平对关系就医的影响。

基于以上分析,本文将利用全国性大规模调查数据探讨如下问题:从工具性和文化性的角度出发,如何理解关系就医背后的具体动机或影响因素?从变迁的视野来看,不同年份关系就医的影响因素是否发生了相应变化,如何解释关系就医行为结果的趋势?本文的研究路径如下:首先,对就医行为中的医患关系进行分析,从制度的角度考察个体所感知的医疗资源和医疗制度体系状况如何影响其关系就医的选择,从文化的角度分析个体主观感知的社会信任程度对于关系就医的影响,提出相关假设;其次,我们将利用中国社会状况综合调查数据对假设进行检验,比较不同年份的结果,得出相应的结论。

二、理论基础与研究假设

关系是社会学学科中的经典话题。边燕杰(2010)将中国的“关系”划分为三种理论模型,第一是基于家族亲情伦理的关系,例如费孝通(2006)提出的以自我为中心往外延展的亲属和地缘关系“差序格局”,这种基于传统文化基因的关系运作在现代社会仍然具有重要价值。第二种是基于工具主义取向的关系建构,关系被视为一种为获取利益达成工具性目的的“资本”(Lin, 2002; Walder, 1986)。第三种则是前两种

的结合，即关系双方都从这个过程中获得了利益，一方获取了工具性资源的满足、达成了寻求关系的直接目的，另一方面则进一步稳固了其在关系网络中的地位，获得了社会性满足，两人之间关系的维持和扩大是最主要的目的（Lin，2001）。由此可见，“关系”的概念具有丰富的内涵，既是个体浸润在某种文化中自然形成的行为习惯，也是一种有意使用的工具性资源。

从关系的多元理解出发，医生与患者之间的关系不仅是两类社会角色之间的连接，更是个体与个体之间社会互动的一种独特类型，包含复杂的意涵，在就医过程中关系的建立或运用并非仅仅是工具性目的或文化传统的作用。一方面，医生作为一个职业群体，扮演社会要求的角色，履行与其职业身份相符合的义务，患者与医生的关系也被纳入科层化就诊过程中的某个环节，遵循标准化的模式，患者期望医生能够符合职业伦理和规范，最大程度地发挥其能力和水平提供高质量的医疗服务（董才生、马洁华，2017；Parsons，1972）；另一方面，就诊中的医患关系作为人与人互动的重要过程，患者希望在诊疗过程中能够与医生建立起亲密的熟人关系，获得医生“特殊”的关注和对待，基于私人人际关系的沟通交流过程也被证明能提升患者就诊的满意度（Effendi et al，2019）。这两种期待之间的张力决定了患者在不同的社会情境下采取“关系就医”行为所蕴含的复杂动机。

（一）医疗服务水平与关系就医

患者前往医院就医的最直接目的是获得高质量的医疗服务、解决疾病带来的一系列问题，而医生被视为实现患者所期待的医疗目标的对象，

医患之间构成了一组患者付钱、医者提供服务的工具性关系。医疗服务的质量也直接关系到患者的健康甚至生命安全。然而，当前我国医疗资源在不同省份地区、各级医疗机构之间存在分配不均衡的状况，相比偏远的小城镇，发达都市圈的医疗资源更优质（沈立，2021；Fullman et al, 2018），这直接影响了不同地区居民的就医体验和就医质量。在医疗资源不足、医疗服务水平较低的地区，个体通过正式的医疗机构无法获得可预期、规范化的诊疗，对于就医过程的评价也更低。这些对医疗服务的负面感知会促使个体采取一些策略性行为来弥补医疗服务的不足。

有许多学者提出非正式制度和正式制度之间存在互相替代的关系，非正式制度往往体现为个人社会网络、乡村氏族宗族等地方性社会组织文化、心理习惯等（饶旭鹏、刘海霞，2012；温莹莹，2013）。非正式制度是一种重要的资源分配方式，当正式制度设计和资源分配体系缺乏公正性和均衡性的情况下，非正式制度会取代正式制度完成公共物品分配的功能。孙立平（1996），张燕南、申俊龙（2011）进一步提出基于个人关系所形成的“差序格局”在资源稀缺的情况下会发挥重要的分配机制功能。在医疗资源有限和医疗服务质量参差不齐的社会情境下，医生难以遵循正式的医疗制度体系来均等地提供高质量服务，因此倾向于根据关系的亲疏远近来决定医疗资源的分配模式，会优先将资源分配给那些与自己关系更近的患者。许多学者都发现，当患者和医生之间存在私人关系时，医生倾向于在患者身上投入更多精力，医患沟通的时间更长、医疗服务的质量更高（张燕南、申俊龙，2011；Wu et al, 2017）。对于患者而言，当其处于医疗服务水平较低或医疗资源分配的制度体系不完善的地区或是对于正式制度分配结果的感知偏向于负面时，个体倾向于

通过与医生建立非正式的人际关系来弥补正式制度的不足，例如托关系了解医学界的业内信息、寻求技术更精湛的医生的帮助、优先获得更优越的医疗资源等（程瑜、邹翔，2015）。对于医患双方而言，正式制度和非正式关系之间形成了相互替代的关系，患者对于关系资本的工具性使用也体现了微观个体对于宏观制度体系不完善的应对。

根据以上分析，在医疗制度体系不完善、医疗服务水平难以满足每个患者需求的地区，个体更倾向于通过与医生建立关系的方式来保证和提升自己所接受的医疗服务质量，从而克服制度困境、保障自我利益。个体会采取策略性的关系就医行为来应对医疗制度和服务体系的不完善和就医过程中的潜在风险困难。据此，本研究提出如下假设：

假设 1：当个体对所处地区政府提供的医疗服务评价越低，采取关系就医的可能性越大。

（二）社会信任与关系就医

“关系就医”的文化基础植根于我国长久以来依靠熟人人际关系建立起的联结，本研究将考察信任与关系就医行为之间的联系。信任体现了一种特殊的心理文化机制，同时也反映了宏观的社会趋势（池上新，2022）。从以个体为单位的乡村医生和患者之间的传统关系到现代社会以医疗机构为基础的医患关系，经历了制度化、科层化的发展趋势。韦伯指出医疗机构是科层制（bureaucracy）的重要载体之一，有清晰的目标和正式的规章制度（Weber，1922），在诊疗过程中，从预约挂号、候诊、检查到治疗均遵循流水线式的程序。这套科层体系塑造了医疗过程的可预测性和患者对于医生这一社会角色和职业群体能够解决医疗问题的信任。

另一方面，每个患者的疾病类型和身体状况各不相同，对医疗服务的需求是个性化的，医生需要因人制宜，以灵活可变的方式来回应患者（Cockerham, 2015）。有学者发现医生对待患者的态度和行为呈现出诸如医生主导的权威关系、指导合作关系、平等的相互参与等多种形态（李洁, 2017; Szasz et al, 1958）。对于从“熟人社会”进入到现代的陌生人社会的中国人而言，医患关系除了具有解决医疗问题的工具属性之外，个人化的情感属性尤其突出。重视“人情”的传统根基使得人们即便进入到被科层体系主导的医疗体系中，仍旧保留了对于熟人关系的亲密性和私人期望。舒放和张自耀（2014）认为医生与患者之间的关系是一种非正式契约，这并非由法律文本规定的正式关系，而是依赖于关系双方在情感层面的相互信任。在就医过程中，患者期望医生基于其能力和经验提供最有利于患者的诊疗手段，而医生也期待患者能够充分信任其判断和治疗方式、配合治疗，减少对医疗风险的担忧。

由此可见，医患关系之间相互信任的契约既蕴含普遍意义上对医生这一职业群体的信任，又具有个体与个体之间的联系形成的私人人际信任。学者将信任划分为特殊信任和普遍信任或社会信任（李伟民、梁玉成，2002; Robinson & Jackson, 2001）。社会信任体现了对整个社会普遍状况和正式理性化制度的信任，更多出于对医生这一可预期、明确的社会角色行为的信赖。特殊信任则是具体的人与人之间情感的联结。基于非正式的人际关系信任与基于医疗过程的可预期和医疗制度体系的正式化的信任互相补充，共同构成了和谐的医患关系基础。当个体的社会信任水平较低时，医患之间的情感性“契约”关系联结较弱，这会促使患者出于对医患之间私人人际关系和信任的需求，主动与之建立关系，拉

近与医生的心理距离。这也是患者寻求传统“熟人社会”文化的“庇护”，从而建立起对于医生这一角色的心理安全感的社会行动。因此，个体的社会信任水平会影响医生与患者之间的信任，并进一步激发个体是否主动与医生建立关系的行为决策，社会信任水平不足会促使个体寻求传统关系文化的庇护，从而采取关系就医行为。根据以上分析，本研究提出如下假设。

假设 2: 当个体的社会信任水平更高，采取关系就医的可能性更小。

（三）制度性和文化性因素对关系就医影响的变迁

随着现代社会的发展和城镇化的进程，人们生活的区域逐渐从传统乡村向城市过渡，从“熟人社会”进入陌生人社会。城市中的医疗机构也逐渐成为理性化的建制，医生形成了一个高度专业化、规范化和标准化的现代职业群体。例如有学者指出部分医院对于医生在就诊和临床过程中的工作规范和流程设立了严格的规定，限制医生的自主权（Jin, 2017）。医疗体系的标准化和医患角色的理性化将导致医患关系中个性化（personal）的部分趋于减弱，标准化、程式化的部分增强。看病就医逐渐成为一项高度理性的经济行为（池上新，2022），对于医生这一社会角色的普遍信任增强，这一定程度上挤压了医患之间建立亲密感和熟人般联系的空间，出于文化和心理习惯运用关系就医的倾向可能逐渐减弱。

另一方面，在我国，城市化进程迅速推进，中大型城市的三甲医院医疗资源紧缺、医生看诊压力大的问题进一步突出。一方面，医生每天需要接诊大量病患，这将导致医患互动和沟通时间减少，影响医疗服务质量；另一方面，稀缺医疗资源的分配结果影响人们的医疗服务质量，

人们无法在现有的资源总量和分配体系下获得可预期的高质量医疗服务（朱力、袁迎春，2014；Fullman，2018）。在这一背景下，传统文化中寻求熟人关系庇护的心理习惯可能减弱，克服医疗资源分配不均和医疗服务参差不齐、获得高质量医疗服务就医的实用主义的理性考虑将占据主导地位，人们对于医患关系的处理趋于理性的工具化策略。据此我们推测，个体通过关系就医来克服医疗服务水平不足的倾向将随时间增强，提出假设 3a；出于缺乏社会信任的影响而采取关系就医行为的倾向将随时间减弱，提出假设 3b。

假设 3a：个体对所在地区医疗服务水平的负面评价对其关系就医的影响将随时间增强。

假设 3b：社会信任水平对于个体关系就医的影响将随时间减弱。

三、研究设计

（一）数据和样本

本文的研究资料来源于中国社会状况综合调查（Chinese Social Survey，以下简称“CSS”）2017 年和 2021 年两期数据。这是目前 CSS 包含与关系就医相关问题的最新两期调查，并且这两期数据中关于医疗服务状况、社会信任和各类关系文化的指标测量较为统一，为跨年比较提供了合适的条件。

我们选取这两期数据中最近一年本人或家人有过看病就医经历的城镇居民样本，剔除那些在关键变量上信息不完整的样本，最终在 CSS2017 和 CSS2021 中各获得 3120 和 3023 个样本作为分析对象。

（二）变量测量

1. 因变量：

本文的因变量是关系就医。根据问卷“您或家人在办哪些事情时，托人说情或请客送礼了？”中“看病就医”这一子题项，构建是否有关关系就医行为的二分变量。

2. 自变量

本文设置了两个自变量。第一个变量是医疗服务水平评价，我们用CSS中“您对于所在地区政府在提供医疗卫生服务上做得好不好”对医疗服务评价变量进行测量，将评价为“很不好”和“不太好”赋值为0，代表评价低，将“比较好”和“非常好”赋值为1，代表评价高，将选择“不好说”的一类剔除。

第二个变量是社会信任水平，根据问卷中“请用1-10分，来表达您对现在人与人之间的信任水平的评价，1分表示非常不信任，10分表示非常信任”这道问题，形成信任程度1到10的定序变量，变量值越大，代表社会信任水平越高。

3. 控制变量

关系就医行为与个体的社会经济地位、资源优势等因素有关。因此我们控制了一系列社会人口学和社会经济特征，包括性别（男性=1；女性=0）、年龄、户籍（农业=1；非农=0）、受教育年数、政治身份（中共党员=1；其他=0）和人均家庭年收入。其次，为了突出利用关系就医行为的特殊性，个体在其他社会领域运用关系和就医领域的关系实践之间可能存在较高的重合度或相关性，如果不加控制可能导致估计结果偏高。因此，我们选取了与就医近似的与个体日常生活具有紧密

关联的“孩子上学”作为控制项，将有该类关系行为的赋值为 1，无该类行为的赋值为 0。

（三）模型设置

本文的核心因变量“关系就医”为二分变量，因此采取 Logistic 回归模型对三个核心假设进行检验。首先，分别针对 2017 年和 2021 年两期数据检验各自变量对关系就医的影响，并且我们分别比较了这两个年度中医疗服务评价和社会信任对关系就医影响程度的差异；再者，检验年份变化趋势的假设，我们设置了年份和自变量的交互项以检验自变量的系数是否在不同年度有显著差异。

四、数据分析结果

（一）描述性统计

首先对 2017 年和 2021 年的各个变量进行描述性统计，结果见表 1。由于这两期数据对于各个变量的测量方式完全一致，故可以直接就相同变量进行比较。在城镇居民样本中，2017 年关系就医的比例为 12%，而 2021 年仅为 6%，下降了一半。在医疗服务评价上，2017 年有 86% 的群体的评价是正面的，而 2021 年仅有 73% 的人给出正面评价。由此可见人们对医疗服务水平的评价呈现下降趋势。在社会信任水平上，2017 年城镇居民的平均社会信任水平为 6.59，而 2021 年仅为 5.97，有所下降。

表 1 变量的描述性统计

变量类型	变量名	均值 (2017)	标准差 (2017)	均值 (2021)	标准差 (2021)
因变量	是否关系就医	0.06	0.23	0.12	0.33
自变量	医疗服务评价	0.86	0.34	0.73	0.45
	社会信任水平	6.56	2.04	5.97	1.85
控制变量	性别	0.42	0.49	0.43	0.49
	年龄	44.35	14.86	44.28	14.79
	户籍	0.48	0.5	0.53	0.5
	受教育年限	10.91	4.3	10.21	4.31
	政治身份政治身份	0.12	0.33	0.11	0.32
	人均家庭收入(对数)	8.49	3.95	8.9	2.81
	关系就学	0.03	0.18	0.06	0.24

(二) 关系就医的影响因素 (2017 和 2021)

我们分别考察了 2017 年和 2021 年这两期数据中各个自变量对关系就医的影响情况, 分别见表 2 和表 3。模型 1 为加入了所有控制变量后的模型, 模型 2 检验了医疗制度评价和关系就医之间的关系, 模型 3 检验了社会信任水平与关系就医的关系。

在 2017 年的结果中, 从各控制变量来看, 农业户籍相比非农业户籍的群体采取关系就医的可能性更大, 这一结果间接反映了医疗资源分配不均和传统关系影响下的关系就医行为。关系就学和关系就医行为之间存在较强的相关性。从三个核心自变量的情况来看, 当个体对所在地区医疗服务的评价更负面时, 更可能采取关系就医的行为 ($\beta = -0.557$; $p < 0.01$)。评价正面的个体相比于评价负面的个体采取关系就医的可能性会降低 42.7%, 该结果在 0.01 的水平上显著。这体现了医疗制度体系的

不完善这一宏观分配结果会映射到个体的关系行为中，促使其采取相应的策略。对于各项文化因素，社会信任水平越高，个体采取关系就医的可能性越低 ($\beta = c\ 0.183$; $p < 0.01$)，社会信任水平每提高一个等级，关系就医的可能性将降低 16.7%，这一结果在 0.01 的水平上显著。

我们进一步比较了 2017 年医疗服务评价和社会信任水平对关系就医行为影响的差异。由于 Logistic 回归模型存在未被观测到的异质性，不能直接对不同模型的系数进行比较，由此我们把不同模型的系数估计值根据潜在因变量的方差进行重新调整，以使得系数在同一样本的不同模型之间可以互相比较(洪岩壁, 2015)。我们参考了温什普和迈耶(Winship & Mare, 1984: 282)的做法，将系数除以各模型潜在因变量的标准差得到标准化后的 y^* 标准化系数。医疗服务评价的 y^* 标准化系数为 -0.288 ($\beta_{y^*} = -0.557/1.934$)，社会信任水平的 y^* 标准化系数为 -0.094 ($\beta_{y^*} = -0.183/1.953$)。由此可知，克服医疗服务不足相比传统关系延续对于关系就医的影响更大。

表 2 关系就医的影响因素 (2017)

	模型 1	模型 2	模型 3
性别	0.175 (0.115)	0.182 (0.115)	0.167 (0.115)
年龄	-0.004 (0.005)	-0.005 (0.005)	-0.004 (0.005)
教育	-0.194 (0.129)	-0.209 (0.130)	-0.162 (0.130)
户口	0.090*** (0.020)	0.091*** (0.020)	0.094*** (0.020)

政治面貌	-0.014 (0.178)	0.008 (0.178)	0.038 (0.179)
人均家庭收入(对数)	-0.016 (0.019)	-0.013 (0.019)	-0.010 (0.020)
关系就学	1.554*** (0.165)	1.458*** (0.167)	1.507*** (0.167)
医疗服务评价		-0.557*** (0.119)	
社会信任			-0.183*** (0.032)
常数项	-2.783*** (0.437)	-2.399*** (0.445)	-1.843*** (0.466)
Pseudo R ²	0.063	0.072	0.078
样本量	3120	3120	3120

注：括号里的值为标准误；*** $p < 0.01$ ，** $p < 0.05$ ，* $p < 0.1$ 。

2021 年的结果大体上与 2017 年相似。在控制变量上，关系就学和关系就医之间的强相关性依旧存在。在自变量上，医疗服务评价对关系就医的影响仍然存在且较为显著。当个体对医疗服务水平有负面评价时，更可能采取关系就医行为（ $\beta = -0.446$ ； $p < 0.01$ ），有正面评价的个体相比负面评价的个体采取关系就医的可能性会降低 36%。在文化因素上，社会信任水平每增加一个层级，个体采取关系就医的可能性降低 7.6%（ $\beta = -0.079$ ； $p < 0.05$ ）。同样的，我们用系数除以因变量标准差计算了两个模型中医疗服务评价和社会信任水平的 y^* 标准化系数，医疗服务评价水平系数的绝对值大于社会信任水平（ $0.236 > 0.042$ ），这意味着医疗服务评价相比社会信任对关系就医的影响更大。

表 3 关系就医的影响因素 (2021)

	模型 1	模型 2	模型 3
性别	0.179 (0.163)	0.174 (0.163)	0.154 (0.164)
年龄	-0.005 (0.007)	-0.005 (0.007)	-0.005 (0.007)
教育	-0.278 (0.178)	-0.279 (0.178)	-0.272 (0.178)
户口	0.031 (0.026)	0.033 (0.026)	0.032 (0.026)
政治面貌	-0.241 (0.264)	-0.230 (0.264)	-0.195 (0.265)
人均家庭收入(对数)	0.014 (0.021)	0.014 (0.021)	0.013 (0.021)
关系就学	2.470*** (0.231)	2.445*** (0.232)	2.431*** (0.232)
医疗服务评价		-0.446** (0.207)	
社会信任			-0.079** (0.040)
常数项	-3.172*** (0.573)	-2.808*** (0.597)	-2.678*** (0.620)
Pseudo R ²	0.076	0.080	0.079
样本量	3023	3023	3023

注：括号里的值为标准误；*** $p < 0.01$ ，** $p < 0.05$ ，* $p < 0.1$ 。

(三) 关系就医影响因素变迁 (2017 和 2021)

我们将 2017 和 2021 年两期数据获得的各项关系就医影响因素的系数

进行比较。参考洪岩壁（2015）、池上新（2022）等学者的建议和做法，我们设置了年份和自变量的交互变量对影响因素跨年变化的显著度进行检验。模型 1 加入了年份和医疗服务评价的交互项，结果不显著，这表明从 2017 年到 2021 年，医疗服务评价对于关系就医行为的影响没有显著变化。模型 2 汇报了加入年份和社会信任水平变量的交互项，该交互项为正且在 0.1 的水平上显著，这意味着社会信任水平的提升对关系就医的负面作用从 2021 年到 2017 年有减弱倾向。由此可以推断，基于传统文化和心理习惯动机的关系就医行为在逐渐减少，而关系行为的工具性实质仍然继续维持。

表 4 关系就医影响因素的变化

	模型 1 (医疗服务评价)	模型 2 (社会信任水平)
性别	0.178* (0.094)	0.161* (0.094)
年龄	-0.005 (0.004)	-0.005 (0.004)
教育	-0.243** (0.105)	-0.209** (0.105)
户口	0.069*** (0.016)	0.071*** (0.016)
政治面貌	-0.061 (0.146)	-0.025 (0.147)
人均家庭收入（对数）	-0.003 (0.014)	-0.001 (0.014)
关系就学	1.767*** (0.137)	1.797*** (0.137)
年份（2021）	-0.748***	-1.227***

	(0.205)	(0.315)
医疗服务评价 * 年份	0.029	
	(0.234)	
社会信任		-0.179***
		(0.032)
社会信任 * 年份		0.084*
		(0.050)
常数项	-2.247***	-1.651***
	(0.356)	(0.383)
Pseudo R ²	0.089	0.093
样本量	3023	3023

注：括号里的值为标准误；*** $p < 0.01$ ，** $p < 0.05$ ，* $p < 0.1$ ；年份变量以 2017 为基准。

五、总结与讨论

本文从制度和文化性动机的角度对“关系就医”现象背后的逻辑展开分析。通过对中国综合社会状况调查这一全国性大规模数据中最新的有关“关系就医”相关问题的分析获得了以下发现：当个体对于政府提供的公共医疗服务的评价越低，越可能采取“关系就医”的方式；当个体的社会信任水平更高，采取关系就医的可能性会更低；医疗服务水平评价相比社会信任对于个体关系就医行为的影响更大。从纵向的时间维度来看，制度因素对于关系就医的影响总体相对稳定，而文化因素对于关系就医的影响有较大幅度的下降，这可能意味着“关系”正在逐渐经历一个现代化的过程，从传统文化的延续更多地转向对制度不完善的应对和工具性、策略性的运用。

现代化的过程伴随着科层化和制度化的趋势，不论是人的社会行动

还是人与人之间的互动，都在不断地标准化和程序化，被清晰的文本所规定、受到制度规章的约束，但这并不意味着非正式人际关系的消弭。相比于西方的“契约社会”，中国由来已久的“关系社会”的传统认知和行为模式在现代社会仍然有其生长的空间。在去医院就医这一项现代的社会行为中，“关系”也具有了更丰富多样的意涵，一方面，托关系看病、给医生请客送礼等建立关系的方式是一种工具性的资本，为了使个体在医疗资源稀缺的情况下能够最大化自我的利益；另一方面，关系也部分地体现了传统文化的血脉，个体期待能够将医生变成自己的熟人、建立起情感性的亲密信任，从而淡化陌生人社会情境的冷酷刚性。从这个角度而言，与其抽象地谈论“关系”在中国社会中的重要性，不如将“关系”实践纳入到具体的社会情境中，理解个体采取关系实践的动机，也能进一步梳理关系在现代中国社会呈现出的复杂内涵。

然而，我们也要警惕关系就医所蕴含的结构性不平等，关系就医的背后是整个国家医疗资源分配和医疗服务质量的不均衡。托关系、送礼固然蕴含着一个个体对另一个个体仪式性的情感表达，但在医疗服务水平较低、医疗制度体系不完善的地区，任由看病送礼的风气蔓延，可能会滋生和助长贿赂、腐败等问题，这既不利于社会公众对于医生救死扶伤的职业形象的信任，同时也间接地损害了那些缺少社会资本、亦没有足够财力负担关系投资的家庭平等获得医疗服务的权利。医疗是一项人人享有的权利，生命健康也是政府对于民众最基本的保障之一。因此，我们应当理解个体采取“关系就医”行为的被迫和无奈，逐步增加在医疗卫生领域的财政支出，落实分级医疗、并提高各级医疗机构的质量，才能根本地解决民众就医过程中的担忧和顾虑，推进医疗领域的公平正义。

参考文献

- 边燕杰 (2010). 关系社会学及其学科地位. 西安交通大学学报 (社会科学版), (3), 1-6.
- 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, (1), 33-39.
- 程瑜、邹翔 (2015). 关系就医: 诊疗的本土化实践. 思想战线, (2), 37-42.
- 池上新 (2022). 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, (2), 137-160.
- 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, (1), 112-121.
- 崔香芬 (2009). 农民就医过程中关系资本运作研究. 南京农业大学.
- 崔香芬、姚兆余 (2010). 农民就医过程中关系资本运作的行动逻辑——以江苏省 A 县 X 村为个案. 中国农业大学学报 (社会科学版), (4), 49-55.
- 董才生、马洁华 (2017). 我国医患互信本土化构建的社会机制: 陌生关系熟悉化. 中国社会心理学评论, (2), 106-116.
- 费孝通 (2006). 乡土中国. 上海: 上海人民出版社.
- 郭云涛 (2015). 医生关系、医生印象与城市居民的送红包行为研究. 中国卫生事业管理, (2), 124-126.
- 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, (4), 220-241.
- 黄毅 (2004). 医院红包现象与医疗体制转型. 社会, (10), 28-30.
- 李洁 (2017). 医患庇护: 传统医患关系视野下现代医患关系的构建. 中

- 国农村卫生事业管理, (6), 625-630.
- 李伟民、梁玉成(2002). 特殊信任与普遍信任: 中国人信任的结构与特征. 社会学研究, (3), 11-22.
- 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), (2), 32-33.
- 屈英和、周同梅(2010). “关系就医”取向下“医生权威”的调查与分析. 医学与哲学(人文社会医学版), (11), 34-36.
- 饶旭鹏、刘海霞(2012). 非正式制度与制度绩效——基于“地方性知识”的视角. 西南大学学报(社会科学版), (2), 139-144.
- 沈立(2021). 我国医疗卫生资源空间配置现状及对策研究. 发展研究, (3), 68-76.
- 舒放、张自耀(2014). 医患关系的非正式契约性分析及改善. 人力资源管理, (9), 252-253.
- 宋强(2023). 医患双方对关系就医认知的质性研究. 医学与哲学, (8), 43-47.
- 孙立平(1996). “关系”、社会关系与社会结构. 社会学研究, (5), 22-32.
- 王秋芬、管燕平(2012). “托人看病”的医患博弈策略分析. 医学与哲学(A), (11), 37-38.
- 王文彬、曹洋(2021). “关系就医”与城市居民就医认可——基于关系资本“负功能”的讨论. 河南社会科学, (1), 108-118.
- 温莹莹(2013). 非正式制度与村庄公共物品供给——T村个案研究. 社会学研究, (1), 113-133.
- 徐君、赵靖(2021). 社会资本视角下藏族传统社会人情关系在都市中的流动与延伸——以到成都就医的藏族群体为例. 中国藏学, (3),

106-112.

张燕南、申俊龙 (2011). 试析社会资本对居民就医行为的影响. *医学与社会*, (5), 20-22.

周开茹、李敏 (2023). 关系就医对患者就医行为影响的研究. *医学与哲学*, (4), 45-50.

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*, (6), 104-111.

Cockerham, W. C. (2015). Max Weber: Bureaucracy, formal rationality and the modern hospital. In *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (124-138). London: Palgrave Macmillan UK.

Dunning, J. H., & Kim, C. (2007). The cultural roots of guanxi: An exploratory study. *World Economy*, 30(2), 329-341.

Effendi, R., Sukmayadi, V., & Pandjaitan, I. R. (2019). The effects of doctors' interpersonal communication on low-income inpatients' satisfaction level. *J. Komun. Malays. J. Commun*, 35(1), 57-70.

Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S. M., Abbafati, C., Abd-Allah, F., Abdela, J., ... & Chang, H. Y. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 391(10136), 2236-2271.

Hwang, K. K. (2000). Chinese relationalism: Theoretical construction and methodological considerations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(2), 155-178.

Jin, L. (2017). Physician Autonomy and the Paradox of Rationalization: Clinical Pathways in China's Public Hospitals. *Sociology of*

Development, 3(3), 295-322.

Kleinman, A. (2002). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California: University of California Press.

Lin, N. (2001). Guanxi: A conceptual analysis. *Contributions in Sociology*, 133.

Lin, N. (2002). *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge: Cambridge university press.

Lin, L. H. (2011). Cultural and organizational antecedents of guanxi: The Chinese cases. *Journal of business ethics*, 99(3), 441-451.

Lin, J., & Si, S. X. (2010). Can guanxi be a problem? Contexts, ties, and some unfavorable consequences of social capital in China. *Asia Pacific Journal of Management*, 27, 561-581.

Parsons, T. (1972). Culture and social system revisited. *Social Science Quarterly*, 253-266.

Robinson, R. V., & Jackson, E. F. (2001). Is trust in others declining in America? An age-period-cohort analysis. *Social Science Research*, 30(1), 117-145.

Szasz, T. S., Knoff, W. F., & Hollender, M. H. (1958). The doctor-patient relationship and its historical context. *American Journal of Psychiatry*, 115(6), 522-528.

Uslaner, E. M. (2002). *The Moral Foundations of Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

Walder, A. G. (1986). *Communist Neo-traditionalism: Work and Authority in Chinese Industry*. California: University of California Press.

- Weber, M. (1922). *Economy and Society*, 2 vols. (translated and edited by Roth, G. and Wittich, C.). California: University of California Press.
- Winship, C., & Mare, R. D. (1984). Regression models with ordinal variables. *American sociological review*, 512-525.
- Wu, D., Lam, T. P., Lam, K. F., Zhou, X. D., & Sun, K. S. (2017). Challenges to healthcare reform in China: profit-oriented medical practices, patients' choice of care and guanxi culture in Zhejiang province. *Health Policy and Planning*, 32(9), 1241-1247.