

松散型医联体优质医疗资源下沉驱动机制探究

——微观合作理论视角下的定性比较分析

陈军^{1*} 牛佳苗² 易泽宇³ 段晖³

1. 北京大学人民医院 北京 100044
2. 清华大学医院管理研究院 广东深圳 518055
3. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

【摘要】目的:旨在探究并激发松散型医联体中作为优质医疗资源的核心医院医生主动下沉基层并持续参与合作的路径机制,为提升医联体合作效能提供有益参考。方法:采用fsQCA的方法,运用微观层面的合作关系承诺理论、合作动机理论、社会交换理论与合作强化理论,对B市X区松散型医联体核心医院205位医生进行调查。结果:医联体核心医院医生主动下沉参与合作的关系承诺水平受到医生对合作的工作意义感知、机会成本感知、组织支持以及团队合作经历等多因素的影响,形成了合并驱动效应、经验强化效应、利他触发效应等三种并发驱动机制路径。其中,工作意义感知是必要条件,合作经历对医生持续参与有重要作用。结论:医生下沉参与合作的关系承诺水平受到多种因素组合的驱动,不同路径的激励机制在松散型医联体内具有异质性。针对具体情境设计适宜的激励和支持策略,可有效驱动松散型医联体核心医院优质医疗资源的主动下沉。

【关键词】松散型医联体; 医疗合作; 关系承诺; 医生行为; 模糊集定性比较

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.08.007

Exploration of the driving mechanisms for the downward flow of high-quality medical resources in loose medical alliances: A qualitative comparative analysis from the perspective of Micro-cooperation theory

CHEN Jun¹, NIU Jia-miao², YI Ze-yu³, DUAN Hui³

1. People's Hospital of Peking University, Beijing 100044, China
2. Institute for Hospital Management of Tsinghua University, Shenzhen Guangdong 518055, China
3. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: To explore and stimulate the pathway mechanism for doctors from core hospitals, which are the high-quality medical resources in loose medical alliances, to sink to the grassroots level on their own initiative and continue to participate in the co-operation, so as to provide useful references for improving the effectiveness of cooperation within medical alliances. Methods: The fuzzy set Qualitative Comparative Analysis (fsQCA) method was used to investigate 205 doctors in the core hospitals of a loose medical alliance in District X of City B. This investigation was grounded in relationship commitment theory, motivation theory, social exchange theory, and cooperation reinforcement theory. Results: The level of relationship commitment of doctors in the core hospitals to proactively participate in cooperation was influenced by multiple factors, including doctors' perception of job significance, opportunity cost perception, organizational support, and teamwork experience. This resulted in the formation of three concurrent driving mechanism pathways: merger-driven effect, experience-enhancing effect, and altruistic trigger effect. Among these factors, the perception of work significance was a necessary condition, and cooperative experience played an important role in doctors' continuous participation. Conclusion: The level of

* 作者简介:陈军(1972年—),女,硕士,助理研究员,主要研究方向为医院管理与卫生政策。E-mail:chenchenjun5566@sina.com
通讯作者:段晖。E-mail:rueduanhui@ruc.edu.cn

relational commitment of doctors to participate in cooperative efforts is driven by a combination of various factors, with different incentive mechanisms exhibiting heterogeneity within loose medical alliances. Designing appropriate incentive and support strategies tailored to specific contexts can effectively drive the proactive downward flow of high-quality medical resources from core hospitals within loose medical alliances.

【Key words】 Loose medical alliance; Medical cooperation; Relationship commitment; Physician behavior; Fuzzy set qualitative comparative analysis(fsQCA)

1 引言

我国的医疗联合体(简称“医联体”)建设主要通过医疗服务体系中三级或二级医院与基层医疗机构合作,推动优质医疗资源下沉基层,以提升基层服务能力。在近十年推动医联体发展过程中,业界和学界普遍观察到,由于缺乏推进组织合作必要的行政管理权、人员调配权、经济分配权,松散型医联体在政策目标实现效率上要弱于人财物集中管理的紧密型医联体^[1],不同层级医疗主体之间仅以医疗服务的帮扶共享共建为纽带^[2],合作过程之间存在顶层设计不足、行政隶属关系不协调、资源投入匮乏、激励不足、与本体业务冲突、合作动力缺失等问题^[3],很多松散型医联体陷入“联而不和”的困境,成为掣肘当前松散型医联体可持续发展的难题。

从已有研究看,学者们普遍认为,医保支付^[4]、信息化水平^[5]、外部政策^[6]、绩效工具^[6]、合作机制^[7]、人事制度安排^[8]等等,是影响松散型医联体合作效果的重要因素,但忽略了作为核心医院优质医疗资源的医生个体对下沉参与医联体合作的认知、态度与行为特征及其驱动作用。在实际调研中发现,专家资源主动下沉基层参与合作的意愿、动力与行为,对于提升基层卫生机构医疗服务能力,促进分级诊疗,持续推进医联体建设,具有十分重要的意义。

然而,目前很少有研究从微观层面关注医生个体对参与医联体合作的认知与行为动力。鉴于此,本研究从该层面入手,利用合作治理微观研究中的一个重要概念——合作关系承诺作为被解释变量,测度松散型医联体核心医院医生个体主动参与并努力维系合作的意愿与行为动力。研究选择 B 市 X 区的松散型医联体作为研究案例,利用模糊集定性比较分析(Fuzzy set qualitative comparative analysis, fsQCA),探究该医联体核心医院医生下沉参与基层合作的关系承诺特征,发现影响其关系承诺水平的

核心条件及其组合路径效应,以期为更好地激励松散型医联体医生合作行为与机制设计提供实证数据和理论依据。

2 理论基础与分析框架

2.1 理论基础

2.1.1 合作关系承诺

在合作治理研究中,Morgan 与 Hunt 提出“关系承诺”这一概念,用来描述微观合作主体维持有价值合作关系的一种显性或隐性的持久愿望。^[9] Morgan 等将关系承诺分为情感性关系承诺和计算性关系承诺两个维度,情感性关系承诺基于共同目标、情感和共同价值观;计算性关系承诺则基于权衡成本与收益的理性计算。^[10]另外,根据履行承诺的主体,可以将关系承诺分为组织承诺和人际承诺两个层次,组织承诺可以分为跨组织关系承诺和内部组织关系承诺。^[11]

2.1.2 合作动机理论

合作治理理论关注微观层面的主体合作意愿与行为动机。Ansell 和 Gash 认为,合作参与动机取决于参与者对合作过程是否会产生有意义结果的期望。^[12]参与主体会对合作中的潜在风险和成本进行评估^[12,13],并判断合作成功的可能性,进而影响合作行为。参与主体之间的互动对于合作关系的影响十分显著,持续的互动沟通与动态反馈能促进信息交流和共享,为合作可持续性提供保障;合作参与者在共享资源或解决问题时的相互依赖性对于聚集参与者、促进合作形成发挥重要作用^[12,13];领导者的资源支持与合理调配^[13]也能促进合作的意愿与程度。

2.1.3 社会交换理论

社会交换理论试图解释资源交换、利益互惠过程中涉及的个体行为。^[14]社会交换在本质上是一种合作关系。^[15] Homans 认为,社会交换是人类在互动活动中的互惠回报和代价,即个体自愿将资源从一方转移到另一方以换取其它资源的过程,其目的是

实现自身收益最大化和成本最小化。^[16]此外,个体会对交换过程中存在的不确定性和风险进行评估。^[17]在松散型医联体的场景中,核心医院的各科室为医生提供了合作所需的资源和保障,减少了交换过程中的不确定性和风险;医生在组织支持和科室领导鼓励之下积极完成参与基层合作的组织任务,作为对所属科室的回报。

2.1.4 合作强化理论

沟通^[18]、信任^[19]、合法性^[20]、成功合作经验^[12,13]和冲突解决机制^[20]等条件对合作可持续性具有强化作用。成功的合作经验能提升参与者的信任水平^[13],减少冲突成本,进一步加强合作主体之间的信任程度,有效解决协调双方的预期冲突问题^[21],正向促进持续性合作行为的产生。合作中经历的知识嵌入与信息流动也能强化合作行为再次发生。

2.2 理论框架

前期访谈发现,在城市松散型医联体中,作为优质医疗资源的三甲核心医院的医生,其下沉参与医联体合作行为驱动,主要受到内部动机影响,特别是在合作中获得的成就感、个体价值实现、社会(学科)声誉以及基层医院的认可;其次受到外部激励的作用,主要包括领导(科室)支持、团队关系、学科建设、技术条件、绩效考核等。此外,有过医联体合作经历的医生参与合作的意愿更强烈。由此,结合上述访谈获得的直观经验,基于合作相关理论基础,本文从组织微观个体层面出发,聚焦松散型医联体核心医院的医生个体,从内部认知因素、外部使能因素以及历史经验因素三方面,对其下沉参与医联体合作关系承诺的主要影响因素与驱动机制路径进行探究,建立的理论分析框架如图1所示。

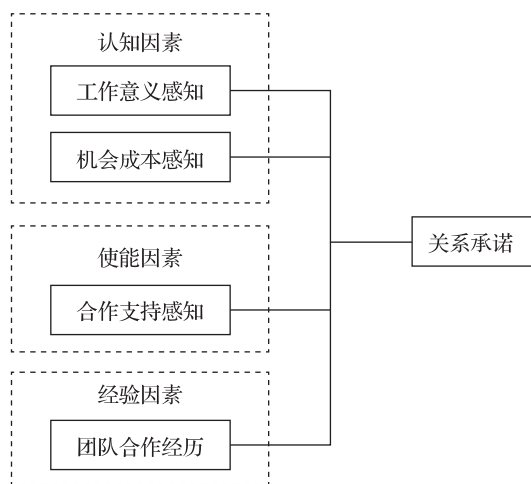


图1 理论框架

3 研究方法 with 数据

3.1 研究方法

基于对现实问题影响因素复杂性的考虑,本研究使用定性比较分析方法(QCA),探索并解释医生参与医联体合作的关系承诺水平及其影响因素的条件路径特征。QCA分为清晰集(csQCA)、模糊集(fsQCA)和多值集(mvQCA)三种,fsQCA的出现进一步提升了分析定距、定比变量的能力,使QCA不仅可以处理类别问题,也可以处理程度变化的问题和部分隶属的问题。^[22]

首先,本文根据研究问题并结合实际观察,选择合适的研究案例;其次,根据研究问题确定研究条件变量及结果变量,对变量进行校准;第三,通过fsQCA 3.0分析软件,进行单因素必要性分析,根据条件变量的赋值解释构建真值表,进行条件组态的充分性分析;最后,根据布尔代数的运算法则对条件组合进行化简,确定最核心导致结果变量发生的条件构型,建立解释模型。^[23]

3.2 数据来源

本研究选取B市X区医联体作为合适的研究案例,主要考虑到该医联体前身为2007年成立的“医疗服务共同体”,其实质为城市区域松散型医联体。在试点初期,借鉴国际通行的整合型医疗卫生服务体系模式,核心医院专家与社区全科医生组成11支慢病管理团队,共同为所辖社区的慢性病患者提供统一接诊程序、统一检验质控、统一诊断标准、统一治疗原则、统一康复计划的医疗卫生服务。此后陆续覆盖17个省市的322家成员机构。此处“医疗服务共同体”为其试点开展的联合体名称,与当前的“医疗卫生共同体”有所差异。2014年,在区卫生行政部门统合下,该共同体中核心医院与X区二级、社区医院陆续签订X区医联体协议。成为全国首批松散型医联体试点之一。该医联体涵盖多家三甲医院、专科医院和社区医疗机构,能反映城市松散型医联体的主要特征。

本研究于2023年11—12月展开实地调研与问卷调查,研究样本包含X区内三级、二级医院及其各个科室下沉参与医联体合作的医生,累计收回问卷224份,剔除重复和无效问卷19份,有效问卷共205份,问卷有效性为91.5%。

3.3 研究变量设计

3.3.1 因变量

本研究将医生在参与医联体合作中的“关系承诺”作为被解释变量,测量其合作投入的意愿水平。基于 Morgan 和 Hunt 的关系承诺模型^[9]和 Gao-Urhahn 等人提出的情感性承诺量表^[24],建立情感性承诺、规范性承诺两个维度题项进行测量。

3.3.2 自变量

(1)工作意义感知。通过综合 Steger 和 Pignault 等人的工作意义模型^[25,26],将工作成就感、工作利他性和自我价值作为测度指标。其中,工作成就感测量医生在参与医联体工作中感受到的成功和认可;工作利他性测量医生在参与医联体工作中感知到的利他贡献或社会价值;自我价值测量医生在参与医联体工作中获得的收益。

(2)机会成本感知。核心医院医生在下沉参与医联体合作中发生的机会成本对其合作关系承诺有重要影响。研究将医生参与医联体工作所感知到的机会成本设计为:时间成本感知、精力成本感知、资源消耗成本感知三个测度指标。

(3)合作支持感知。前期访谈中发现,来自所在医院与科室领导的授权与支持,对医生参与医联体合作的激励非常重要。本研究基于社会交换理论,运用李宁和严进的信任氛围量表^[27],从领导支持、同事支持和组织氛围等三个维度对医生参与医联体合作所得到的组织支持程度进行测量。

(4)团队合作经历。松散型医联体的合作实践常常以团队形式开展。本研究从团队知识分享、团队关系质量、成员冲突三个维度对医生所在的医联体团队合作经历状况进行测量。其中,团队知识共享是指团队成员之间进行内部的知识转移活动状况^[28],体现现有知识在不同类型和独特专业知识团队成员之间流动与分享,帮助团队成员有效解决技术问题^[29]。团队关系质量是基于 Fynes 和 Voss 的研究^[30],测量团队成员间开展合作的融洽程度。成员冲突是基于 Song 等人的研究^[31],测量团队成员间的冲突与竞争程度。

3.4 变量校准

在模糊集定性比较分析中,模糊集可以被视为一个连续变量,校准是指给案例赋予集合隶属分数的过程,即将结果变量与条件变量的原始数值全部

标准化转换为处于 0~1 区间的模糊值(越接近 1 隶属度越高,越接近 0 隶属度越低)。本研究的数据均是基于 Likert 五点量表产生的数据,Likert 量表在设计阶段就已经对特定条件(变量)的程度或水平进行了区分,既有研究通常是直接使用最大点(5)、中间点(3)和最小点(1)分别作为 3 个定性锚点,但这种做法存在明显的不足,即模糊集隶属分数为 0.5 的情况极易出现。^[22]因此,本研究在进行校准时,先计算得到各变量下题项分值的算术平均数,将定性锚值确定为各维度平均数的 95%、50% 和 5% 的分位数,对应 0.95、0.5 与 0.05 的隶属度,利用 fsQCA3.0 软件进行校准。

4 研究结果

4.1 必要性分析

必要性分析包括一致性(consistency)和覆盖率(coverage)两个指标。一致性是指某一条件变量或组合与结果之间的符合程度,代表该条件作为解释结果的可信度,如果一致性指标达到或超过 0.9,则表明该条件是结果的必要条件;覆盖率用于衡量某个条件或条件组合在所有案例中对结果的解释比例,覆盖率越高,说明该条件在样本中对结果的解释力越强。在 fsQCA 中,如果某个条件在结果出现时总是存在,且一致性大于 0.9,则该条件被视为结果的必要条件。在进行条件组态分析之前,需要先通过必要性分析来验证是否存在某个条件是结果的必要条件。

有医联体经历的医生产生高关系承诺的必要条件包括:“工作成就感”“工作利他性”以及“自我价值”(表 1)。

表 1 松散型医联体医生高关系承诺的必要条件分析

条件变量	一致性	覆盖率
工作成就感	0.904	0.908
~工作成就感	0.413	0.478
工作利他性	0.948	0.931
~工作利他性	0.379	0.450
自我价值	0.930	0.874
~自我价值	0.395	0.497
合作支持感知	0.867	0.902
~合作支持感知	0.433	0.482
机会成本感知	0.570	0.594
~机会成本感知	0.715	0.796
团队知识共享	0.826	0.883
~团队知识共享	0.472	0.511

表1 松散型医联体医生高关系承诺的必要条件分析(续)

条件变量	一致性	覆盖率
团队关系质量	0.816	0.891
~团队关系质量	0.477	0.506
成员冲突	0.551	0.588
~成员冲突	0.737	0.800

注：“~”表示某一变量缺失时，即“非集”的情况。

4.2 充分性分析

与必要性分析不同，条件组态分析能够揭示不同的条件变量如何进行不同的组合而产生相同的结果，一致性则用于衡量组合路径的充分性，其阈值通常为0.8。本研究采用的一致性阈值为0.8，频数阈值为1，最后涵盖样本96个。从表2中看到，医生产生高关系承诺的条件组合路径有4条，每一条路径和整体解的一致性均大于0.8，整体解的一致性为0.972，整体解的覆盖率为0.850。依据定性比较分析结果，工作意义感知与合作支持感知、团队合作经历、机会成本感知形成4种不同构型，为医联体合作的个体参与机制提供4条组合路径。

路径1：路径1的一致性为0.975，初步覆盖率为0.802，净覆盖率为0.097。表明路径1能够解释80.2%的样本，其中，9.7%的样本仅能被路径1解释。这一结果说明，医生认知因素中的工作意义感知(工作成就感、工作利他性、自我价值)以及外部使能因素中的合作支持，共同对医生合作承诺水平产生组合效应。这一路径说明，内在驱动与外部激励需要同时作用能够促使医生对医联体合作产生较高关系承诺。

路径2：在路径2中，路径一致性为0.982，初步覆盖率为0.723，净覆盖率为0.033，说明路径2能够解释72.3%的样本，其中，3.3%的样本仅能被该路径解释。路径2的结果表明，医生认知因素中的工作意义感知以及经验因素中的团队合作经历(团队知识共享、合作关系质量)，共同对医生合作承诺水平产生组合效应。这一路径下，无论组织对医生参与医联体合作提供的外部支持是否充分，都能促使医生对医联体合作产生较高的关系承诺。

路径3和路径4：在路径3中，路径一致性为0.995，初步覆盖率为0.526，净覆盖率为0.509，说明路径3能够解释52.6%的样本，其中，50.9%的样本仅能被该路径解释。在路径4中，路径一致性为0.996，初步覆盖率为0.509，净覆盖率为0.006，说明路径4能够解释50.9%的样本，其中，仅0.6%的样

本仅能被该路径解释。表2表明，路径3与路径4中，机会成本感知与成员冲突条件因素均不存在，显示医生对参与医联体合作产生的机会成本感知程度不高，或者合作经历中团队成员冲突程度较低时，医生对合作利他意义感知会由辅助条件转为核心条件，在这二条路径中发挥重要作用。这在一定程度上说明，当医生对参与合作产生的利他动机足够强烈、利己性动机较小、有意愿有情怀投入很多义务性工作，需要尽可能地控制合作可能给医生带来的额外的成本和负担。

表2 松散型医联体医生合作承诺的条件组态路径分析

组态	组合路径			
	路径1	路径2	路径3	路径4
工作成就感	●	●		●
工作利他性	●	●	●	●
自我价值	●	●	●	
合作支持感知	●		●	●
机会成本感知			⊙	⊙
团队知识共享		●		●
合作关系质量		●	●	●
成员冲突			⊙	⊙
一致性	0.975	0.982	0.995	0.996
初步覆盖率	0.802	0.723	0.526	0.509
净覆盖率	0.097	0.033	0.509	0.006
整体解一致性	0.972			
整体解覆盖率	0.850			

注：参考Rihoux、Ragin等的表达方式，●或●表示该条件存在，⊙或⊙表示该条件不存在；●或●表示核心条件，●或⊙表示边缘条件。空白代表条件无关紧要。^[32]

4.3 稳健性检验

遵循先前fsQCA研究的建议，本研究通过改变一致性阈值和频率阈值来检查结果的稳健性。结果汇总见表3。当将一致性阈值调为0.85时，条件组合没有发生任何变化；当将一致性阈值调整为0.90时，一致性略有下降，覆盖率略有提升，所得解是原始解的逻辑子集，其中路径1、路径3和路径4与原始解完全重合，路径2的“工作成就感”维度在调高阈值后不存在于该路径中。当将频率改为2后，条件组合的数量减少为2条，整体解的覆盖率略有下降，一致性基本不变，所得解是原始解的逻辑子集，与路径1和路径2完全重合。以上结果表明稳健性检验通过。

表 3 松散型医联体医生合作承诺路径的稳健性检验

检验方式	一致性阈值/ 频率阈值	条件组合 数量	整体解的 一致性	整体解的 覆盖率
原始解	0.80/1	4	0.97	0.85
改变一致性阈值	0.85/1	4	0.97	0.85
	0.90/1	4	0.96	0.86
改变频率阈值	0.80/2	2	0.97	0.84

5 结论与政策建议

5.1 结论

5.1.1 医生参与松散型医联体合作的意义感知是积极合作关系承诺形成的必要条件

fsQCA 的必要条件分析结果显示,“工作成就感”“工作利他性”和“自我价值”是产生高关系承诺的必要条件。当医生对于参与医联体合作的工作意义有较高水平时,强烈的内在驱动力对于促进医生在松散型医联体合作中产生并保持较高的关系承诺。

5.1.2 既往良好的医联体合作经历对医生持续合作意愿(关系承诺)具有重要意义

fsQCA 的分析结果显示,合作经历中,合作团队内充分的知识共享、优质的关系质量和低程度的合作冲突形塑了优质的合作经验,有助于进一步构建医生对于医联体合作的价值认同、氛围感知以及伙伴信任。这种正向的合作反馈有助于医生持续参与医联体合作,形成良性循环。

5.1.3 医生参与医联体合作产生高关系承诺能够通过多个条件相互协同作用,并生成三条驱动路径效应

fsQCA 的组态分析结果显示,工作意义和机会成本感知是医生对医联体合作产生高关系承诺的主要认知因素,合作支持感知是影响高关系承诺的使能因素,团队合作经历作为经验因素对医生合作的关系承诺也产生重要影响。各个条件变量通过有效结合,以殊途同归的方式形成 4 条路径,进而促进医生提升关系承诺水平,由此形成了三种组合效应。

一是合并驱动效应。工作意义的建构与合作支持赋能共同催生其参与合作的动机,并驱动合作行为生成。如果医生能够充分认识并体会到自身参与医联体合作在促进患者就医服务改善、核心医院发展、基层医疗机构能力提升等方面的重要意义,在工作过程能够获得相关认可、赞誉和社会支持等积极反馈,在团队合作中能够进行学习并提升业务能力

等,则意味着下沉参与医联体合作对于医生能够建立较强的工作意义。那么,在一定的组织支持下,无论其曾经参与医联体的经历是积极的还是消极的,都能够催生内在动机驱动医生参与并维持合作。

二是经验强化效应。既往合作经验与医生对参与医联体工作意义的认同能够产生强化作用,形成良性循环,促进持续性合作行为的产生。当医生对医联体合作具有强烈的工作意义感知,并有曾经参与医联体较好的经历感知,曾经合作的团队能够主动开展知识交流,并建立良好的伙伴关系,团队成员有共同解决问题的默契、良好的带教氛围、沟通顺畅等,使医生在医联体合作中有较大的收获,进而加强其对医联体合作的关系承诺感知。因此,医生可能会对这种合作经历产生路径依赖,形成良性循环,进而有意愿进一步投入医联体合作之中。

三是利他动机触发效应。当医生认为参与医联体对于利己价值不高时,强利他动机能够发挥重要作用,但前提是合作不过多增加医生的额外负担。如果医生在过去的医联体经历中感受到的合作成本和成员冲突程度较低,那么利他意义感知就会由辅助条件转为核心条件,发挥重要作用。这说明,当医生的利他动机足够强烈且利己性动机较小时,尽可能减少合作带来的不必要成本和负担,同时确保医联体合作单位之间的和谐顺畅,可以保证医生的合作承诺水平较高,进而愿意进一步参与并维持长期合作。

5.2 政策建议

根据上述研究得到的医生个体主观感知、使能、经历等因素的作用路径,本研究尝试提出如下政策建议以供参考:

第一,强化医生对参与医联体合作意义的认同。医院管理层通过高度重视、宣传动员、声誉激励、个体与团队绩效激励并举,强化绩效反馈等方式,促进相关科室的专家或医生积极投入医联体工作,帮助协调工作冲突,强化组织氛围,增进其对参与医联体合作的了解、认知与认同,激发其主动参与医联体工作的利他动机与使命感,提高医生参与医联体合作的主动性与投入程度。

第二,发挥既有合作经历对医生参与合作的驱动作用。加强牵头或主体医院与基层医疗机构团队合作建设,鼓励医联体合作方式由“个人下沉”“专家坐诊”转向“团队合作”“团队服务”,鼓励牵头或主

体医院的各类医生(不限于专家)充分参与医联体各种(专科)团队合作,积累合作经验,积极发挥资深专科医师在合作团队中的辐射引领作用,加强团队内部的资源共享、技术扩散与培训教学,推进团队合作的经验扩散与知识分享,提升合作团队的服务质量与个体业务能力,丰富科研成果。

第三,推进医联体合作导向的激励措施与技术支持。完善绩效激励,引入多样化的绩效工具与考评体系,将医生的薪资补贴、晋升职称加分、荣誉评价与医联体业绩挂钩;完善信息化技术支撑,畅通信息共享、结果互认、双向转诊的平台通道,进一步加强医联体内部一体化信息管理系统建设,为医生合作提供绩效激励与技术支持。

第四,强化内部治理机制建设,重点科室由“分头管理”迈向“合作治理”。进一步提升医院高层对医联体合作的重视与支持程度,促进由“医院发展”向“医联体整体发展”治理观念转变。理顺医联体工作对接流程、资源统筹调配等方面的难点堵点,由上到下推进医联体合作的高效运转,进一步缓解医生参与医联体工作的冲突与负担,有效降低合作成本。

第五,立足推进基层医疗卫生服务机构服务能力提升定位,进一步明晰医联体合作目标与战略方向。不同于紧密型医联体,松散型医联体内专家下沉,在实际工作中多采取社区医院医生一对一跟诊模式,基层医院的学习能力、组织能力、工作氛围等无形之中影响到合作开展的效率与积极性,专家下沉后基层医院辐射的患者群体、吸引的患者数量与质量也在很大程度上关系着医生持续参与合作的动力。因此,为促进松散型医联体优质医疗资源下沉,还需进一步理顺与基层机构的合作关系,统筹协调好不同基层机构间专业能力、资源设施、工作强度等方面的利益诉求,部署制定与基层机构服务能力、合作需求相适应的医联体合作目标,因地制宜,精准施策,进而打破外部环境约束,为医生持续参与合作提供稳定可靠的组织机制保障。

5.3 研究不足与未来展望

在研究对象方面,本文仅选取 B 市 X 区医联体的三级与二级医院的医生作为研究对象,研究的代表性和推广性存在不足,仍待进一步扩大样本进行验证。在研究视角方面,本研究主要从高级别资源输出医院的医生个体主观层面进行切入,缺乏对基

层医疗机构医生在参与医联体合作中行为的观察,未来将继续从宏观、中观、微观的不同层面进行深入挖掘,对不同层级医院及其参与个体在参与医联体建设中的行为机制进行探究。在变量测量方面,由于医生工作的复杂性和特殊性,本文修订后的测量量表在情境适用性上还存在一定的限制,未来仍有较大的改进空间。在研究方法方面,本文基于现有文献以及访谈内容,共提出 8 个条件变量,尚未全面涵盖所有可能的影响因素,结论应用的外部效度有待进一步加强。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 王晓栋,陈雯,罗力,等. 医院托管个案评价研究:成员医院业务发展的变化[J]. 中国医院管理, 2009, 29(10): 12-13.
- [2] 易利华. 四种模式的探索之路[J]. 中国卫生, 2017(4): 56-57.
- [3] 周奕男,葛慧欣,白鸽,等. 松散型医联体运作成效评价和内部博弈分析[J]. 中国卫生资源, 2020, 23(1): 84-87.
- [4] 顾雪非,刘小青. 从数量到价值:医保支付如何驱动医疗卫生体系整合[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(1): 7-10.
- [5] 张贝贝,陶红兵,路伟,等. 医疗联合体信息平台构建现状及关键问题分析[J]. 中国医院管理, 2018, 38(9): 11-13.
- [6] 孙树学,蒋晓庆,李维昊,等. 松散型医联体赋能基层医疗服务体系:组织竞合、政策激励与动态能力提升[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 139-151, 175.
- [7] 姚中进,董燕. 医联体建设中的利益协调困境及协同治理机制研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(1): 15-18.
- [8] 徐琼花,詹达谋,何露媚. 分级诊疗视域下的医联体内医师资源配置影响因素及策略[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(5): 354-356, 376.
- [9] Morgan R, Hunt M, Shelby D. The commitment-trust theory of relationship marketing[J]. Journal of Marketing, 1994(3): 20-38.
- [10] 陈莹,武志伟. 联盟企业间关系公平性对合作绩效的影响:关系承诺的中介作用与目标一致的调节作用[J]. 预测, 2014, 33(6): 15-19.
- [11] 杨建华,高卉杰,郭龙. 横向物流联盟伙伴相似性、关系承诺与联盟绩效的关系研究[J]. 软科学, 2016, 30(4): 60-64.

- [12] Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice[J]. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2008, 18(4): 543-571.
- [13] Emerson K, Nabatchi T, Balogh S. An Integrative Framework for Collaborative Governance [J]. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2012, 22(1): 1-29.
- [14] 陈渝, 宗会娟, 张枝子, 等. 基于 SET 和体制理论的健康信息交换使用意愿研究 [J]. *图书馆学研究*, 2018 (9): 55-63.
- [15] Mitchell M S, Cropanzano R S, Quisenberry D M. Social exchange theory, exchange resources, and interpersonal relationships: A modest resolution of theoretical difficulties [J]. *Handbook of social resource theory: Theoretical extensions, empirical insights, and social applications*, 2012: 99-118.
- [16] Homans G C. Social behavior as exchange[J]. *American journal of sociology*, 1958, 63(6): 597-606.
- [17] Blau P M. Social mobility and interpersonal relations[J]. *American sociological review*, 1956, 21(3): 290-295.
- [18] Koschmann M A, Kuhn T R, Pfarrer M D. A communicative framework of value in cross-sector partnerships [J]. *Academy of Management Review*, 2012, 37(3): 332-354.
- [19] Lee H W, Robertson P J, Lewis L, et al. Trust in a Cross-Sectoral Interorganizational Network [J]. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 2012, 41(4): 609-631.
- [20] Bryson J M, Crosby B C, Bloomberg L. Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the new public management[J]. *Public Administration Review*, 2014, 74(4): 445-456.
- [21] Bachmann R. Trust, Power and Control in Trans-Organizational Relations [J]. *Organization Studies*, 2001, 22: 337-365.
- [22] 杜运周, 贾良定. 组态视角与定性比较分析(QCA): 管理学研究的一条新道路[J]. *管理世界*, 2017(6): 155-167.
- [23] 张明, 杜运周. 组织与管理研究中 QCA 方法的应用: 定位、策略和方向 [J]. *管理学报*, 2019, 16(9): 1312-1323.
- [24] Gao-Urhahn X, Biemann T, Jaros S J. How affective commitment to the organization changes over time: a longitudinal analysis of the reciprocal relationships between affective organizational commitment and income [J]. *Journal of Organizational Behavior*, 2016, 1(2): 203-207.
- [25] Steger M F, Dik B J, Duffy R D. Measuring meaningful work[J]. *Journal of Career Assessment*, 2012, 20(3): 322-337.
- [26] Pignault A, Houssemand C. What factors contribute to the meaning of work? A validation of Morin's Meaning of Work Questionnaire [J]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2021, 34(1): 2.
- [27] 李宁, 严进. 组织信任氛围对任务绩效的作用途径 [J]. *心理学报*, 2007, 39(6): 1111-1121.
- [28] Jackson S E, Chuang C H, Harden E E, et al. Toward developing human resource management systems for knowledge-intensive teamwork [J]. *Research in personnel and human resources management*, 2006, 25: 27-70.
- [29] Grant R M. Toward a knowledge-based theory of the firm [J]. *Strategic Management Journal*, 1996, 17: 109-122.
- [30] Voss C, Fynes B. The moderating effect of buyer-supplier relationships on quality practices and performance [J]. *International Journal of Operations & Production Management*, 2002, 22(6): 589-613.
- [31] Song M, Dyer B, Thieme R J. Conflict management and innovation performance: an integrated contingency perspective [J]. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 2006, 34(3): 341-356.
- [32] Rihoux B, Ragin C. *Configurational comparative methods: Qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques [M]*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2009.

[收稿日期:2024-07-11 修回日期:2024-08-10]

(编辑 薛云)