

# 多重制度逻辑视角下紧密型县域医共体的治理机制与组织协同：理论机理与实证检验

崔兆涵<sup>1,2,3\*</sup> 王虎峰<sup>3</sup> 张子楠<sup>1,2</sup>

- 1. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166
- 2. 南京医科大学数智技术与健康治理实验室 江苏南京 211166
- 3. 中国人民大学医改研究中心 北京 100872

**【摘要】**目的:探究紧密型县域医共体中的治理机制与组织协同的作用机理。方法:基于制度逻辑理论,对县域医共体中的科层、市场、社区等多重制度逻辑进行分析,明确对应形成的行政机制、竞争机制、关系机制等治理机制,构建治理机制对组织协同的作用机理框架;以全国范围内县域医共体中的235个乡镇卫生院作为样本,运用路径分析法对县—乡协同、乡—村协同两个模型进行实证检验。结果:在县—乡协同模型中,共存在7条路径,行政机制和竞争机制直接影响组织协同,同时利益认知和需要认知在其中起到部分中介作用;组织认知在关系机制和组织协同之间起到完全中介作用。在乡—村协同模型中共存在4条路径,行政机制和竞争机制直接影响组织协同;利益认知在竞争机制和组织协同之间起到部分中介作用,在关系机制和组织协同之间起到完全中介作用。结论:行政机制是组织协同的基础;竞争机制对组织协同起到较大负向影响;关系机制是组织协同的重要保障;组织利益的提升能够直接提升组织协同。

**【关键词】**县域医共体; 多重制度逻辑; 治理机制; 组织协同  
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.01.001

## Governance mechanism and organizational collaboration of county medical community from the perspective of multiple institutional logics: Theoretical mechanism and empirical test

CUI Zhao-han<sup>1,2,3</sup>, WANG Hu-feng<sup>3</sup>, ZHANG Zi-nan<sup>1,2</sup>  
1. School of Health Policy & Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China  
2. Laboratory for Digital Intelligence & Health Governance, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China  
3. Health Reform and Development Center of Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】** Objective: To explore the mechanism by which governance mechanisms within the county medical community affect organizational collaboration. Methods: Based on institutional logic theory, this study analyzes the bureaucratic logic, market logic, and community logic within the county medical community, clarifies the administrative mechanisms, competitive mechanisms, relational mechanisms, and other governance mechanisms arising from different logics, and constructs a framework for the role of governance mechanisms in organizational collaborative behavior. Using 235 township health centers within the county medical communities across the country as a sample, the study employs path analysis to empirically test the mechanism framework for county-township collaboration and township-village collaboration models. Results: In the county-township collaboration model, there

\* 基金项目:教育部人文社会科学研究青年基金项目(23YJCZH030);江苏省高校哲学社会科学研究一般项目(2023SJYB0291);国家自然科学基金面上项目(71874086,72174093)  
作者简介:崔兆涵(1993年—),男,讲师,主要研究方向为整合型医疗服务体系。E-mail: cuizhaohan@njmu.edu.cn  
通讯作者:张子楠。E-mail: zinan1988@njmu.edu.cn

are a total of 7 pathways. Administrative mechanism and competitive mechanism directly influence collaborative behavior, while organizational interests and need cognition play a partial mediating role; organizational cognition fully mediates between relational mechanism and collaborative behavior. In the town-village collaboration model, there are a total of 4 pathways. Administrative mechanism and competitive mechanism directly influence collaborative behavior, with organizational interest cognition partially mediating between competitive mechanism and collaborative behavior; organizational interest cognition fully mediates between relational mechanism and collaborative behavior. Conclusions: Administrative mechanism serve as the foundation for organizational collaborative behavior; competitive mechanism have a significant negative impact on organizational collaborative behavior; relational mechanism are an important safeguard for organizational collaboration; enhancing organizational interests can directly enhance collaborative behavior.

**【Key words】** County medical community; Multiple institutional logics; Governance mechanisms; Organizational collaboration

紧密型县域医共体(以下简称“县域医共体”)是我国整合型医疗卫生服务体系构建的重要载体之一,其基于县乡村三级医疗机构的深度整合,通过协同行动为居民和患者提供连续性服务,并实现分级诊疗。随着成效显现,县域医共体已在我国全面推开,但是从实际运行情况来看,仍然存在一些问题,如牵头医院对下级医疗机构的“虹吸”、医保基金结余分配不合理等。<sup>[1-2]</sup>如何破解县域医共体中的组织间冲突,促进医疗机构协同成为进一步优化县域医共体建设的关键。

组织间冲突来源于组织间资源、结构、关系、认知、能力等方面的要素错配<sup>[3]</sup>,需要通过组织间治理机制以实现资源、权力、利益等在不同组织中的合理配置,良好的组织间治理机制是解决组织间冲突的根本安排。<sup>[4]</sup>PROVAN 提出了组织协同的三种治理模式,分别是参与者共同治理、领导组织治理、网络管理组织治理<sup>[5]</sup>,并分析了心理健康组织网络、公共卫生组织联盟等整合型医疗卫生组织中的组织间关系问题。国际上的整合型医疗组织更多呈现出网络形态,而我国县域医共体作为结构整齐度高、机构协调度高的正式联盟<sup>[6]</sup>,更多呈现出科层组织形态,与上述三种治理模式均存在较大差异。

那么紧密型医共体中存在哪些治理机制,这些治理机制又是如何影响组织协同的。本文基于制度逻辑理论,首先对县域医共体中的多重制度逻辑及形成的多元治理机制进行分析,在此基础上厘清治理机制对组织协同的作用机理,并进一步运用路径

分析方法进行实证检验,为深入理解县域医共体内部治理,发挥组织协同优势提供参考。

## 1 理论分析与假设

制度逻辑理论起源于新制度主义组织理论,制度逻辑提供了关于行动、互动以及解释的正式与非正式的规则,这些规则构成了一套假设和价值观,为行动者提供合法性与意义构建的参考框架。<sup>[7]</sup>场域中往往存在多种竞争性制度逻辑,组织内会形成特定的治理机制以响应制度逻辑的要求。<sup>[8]</sup>医疗组织普遍面临专业逻辑、科层逻辑、市场逻辑、社区逻辑等多重制度逻辑<sup>[9-10]</sup>,这些制度逻辑在整合型医疗卫生组织中也均有所体现<sup>[11]</sup>,塑造了整合型医疗组织不同的治理机制。

### 1.1 县域医共体中的多重制度逻辑与治理机制

#### 1.1.1 科层逻辑与行政机制

县域医共体作为在外部权威推动下形成的纵向整合组织,具有典型的科层制特征,体现为集权化与层级管理、正式化、专业分工。在行政部门“授权”的基础上由牵头医院对县域医共体进行统筹管理,形成了向上集中的权威型管理模式,同时往往采用“下管一级”模式,由上级医疗机构对下级医疗机构进行管理。在此基础上,制定医共体章程,明确组织架构、业务范围、规章制度等正式运行规则,并对不同级别医疗机构的功能定位与专业分工进行明确。科层逻辑下所形成的治理机制为行政机制,具体表现为命令与控制关系,即上级对下级的控制和下级对

上级的服从,基于正式科层组织结构的行政机制是县域医共体得以维持与运行的基础。<sup>[12]</sup>

1.1.2 市场逻辑与竞争机制

医疗机构组织属性与服务范围的不同,决定了组织经济结构与利益诉求的差异。县级医院作为公益二类事业单位,在财政补助有限的情况下,通过提供更多医疗服务维持运行和发展。乡镇卫生院虽为预算制公益一类事业单位,但在很多地区仍是差额拨款,同样需要提供更多服务来获取收入。村卫生室大部分属于公办公营或公助民营的医疗机构<sup>[13]</sup>,自主经营,自负盈亏。因此,各级医疗机构出于自身生存发展需求,需要获取更多患者来扩大业务规模,形成了“规模”导向的市场逻辑。同时存在县域内服务人口相对固定的重要约束,医疗机构间业务范围的重叠导致了纵向竞争关系的形成。<sup>[14]</sup>县域医共体改变了医疗机构间的管理关系,但是并未涉及组织属性与经济结构调整,特别是当“总额付费、结余留用”政策尚未充分落实的情况下,各级医疗机构仍存在较为明显的发展路径依赖,纵向竞争关系仍存在。

1.1.3 社区逻辑与关系机制

县域医共体另外的一个特点是区域根植性,其根植于县域内“熟人社会”的非正式关系网络中,遵循乡土社区的运行逻辑<sup>[15]</sup>,其核心特点是形成了基于血缘、地缘的关系机制。较于正式的组织制度,社会关系作为非正式制度往往更能产生信任。<sup>[16]</sup>组织间信任具有很强的关系属性与自主选择特征,往往是发端于个体层面的选择,进而拓展到组织和集体层面上,组织间信任具有互惠性,能够更好的对不确定性进行管理,明确双方积极预期,减少组织冲突。<sup>[17]</sup>相关研究也发现,根植于乡土社会的县域医共体中的人际关系网络能够促进医疗机构间组织信任的形成与维持。<sup>[8]</sup>

1.2 县域医共体中的治理机制与组织协同

1.2.1 县域医共体中的多元治理机制会对组织协同产生直接影响

当县域医共体内化了分级诊疗、医防融合等政策目标,组织协同就成为了必须完成的工作任务,会形成相应的工作目标、流程与分工以及考核指标等,并基于命令与控制关系加以推进,因此行政机制对组织协同具有促进作用。在发展路径依赖导致的竞争机制中,纵向竞争关系非但不会消失,在科层组织

发展不完善的情况下可能会变得更加复杂,如上级医疗机构“虹吸”下级患者和人员、下级消极应对等,不利于组织协同。在关系机制下,县域医共体中组织间信任程度越高,互惠预期越高,能够促进并维持组织协同。

1.2.2 治理机制也会通过影响组织认知间接影响组织协同

组织认知是组织理解外部环境、界定自身业务边界以及配置自身组织关键资源时的关键思维模式<sup>[18]</sup>,体现了组织在特定环境中的自主性,包括需要认知与利益认知。需要认知是指当组织完成自身目标时若依赖于其他组织的支持,会形成自发协同的动力。同时,治理机制也会对需要认知产生影响:在县域医共体框架下行政机制会强化组织彼此之间的需要程度,而纵向竞争机制则会强化组织独立倾向,减弱对其他组织的依赖与需要,关系机制中组织信任关系能够促进资源共享、信息与知识交换等,强化对其他组织的需要。利益认知是指组织所感知到的对其组织利益的符合程度。县域医共体通过医防融合等协同行动,提升居民健康水平,实现更多医保基金结余,并促进各级医疗机构发展,行政机制则是构建“利益共同体”的基础,而竞争机制的存在往往会导致组织利益受损,关系机制下的组织信任则会对组织利益形成良好的保障。

综上所述,县域医共体在科层、市场、社区等多重制度逻辑下,对应形成了行政机制、竞争机制、关系机制,典型特征分别为命令与控制、纵向竞争、组织信任(图1)。具体可以形成以下研究假设:

(1)治理机制直接影响组织协同,其中命令与控制、组织信任与组织协同正相关(H1、H2),纵向竞争与组织协同负相关(H3)。

(2)治理机制通过需要认知影响组织协同,需要认知在其中发挥了中介作用,包括:对其他组织需要程度越高,越能够促进组织协同(H4);命令与控制、组织信任与需要认知正相关(H5、H6),纵向竞争与需要认知负相关(H7)。

(3)治理机制通过利益认知影响组织协同,利益认知在其中起到了中介作用,包括:组织利益实现程度促进组织协同(H8);命令与控制、组织信任与利益认知正相关(H9、H10),纵向竞争与利益认知负相关(H11)。

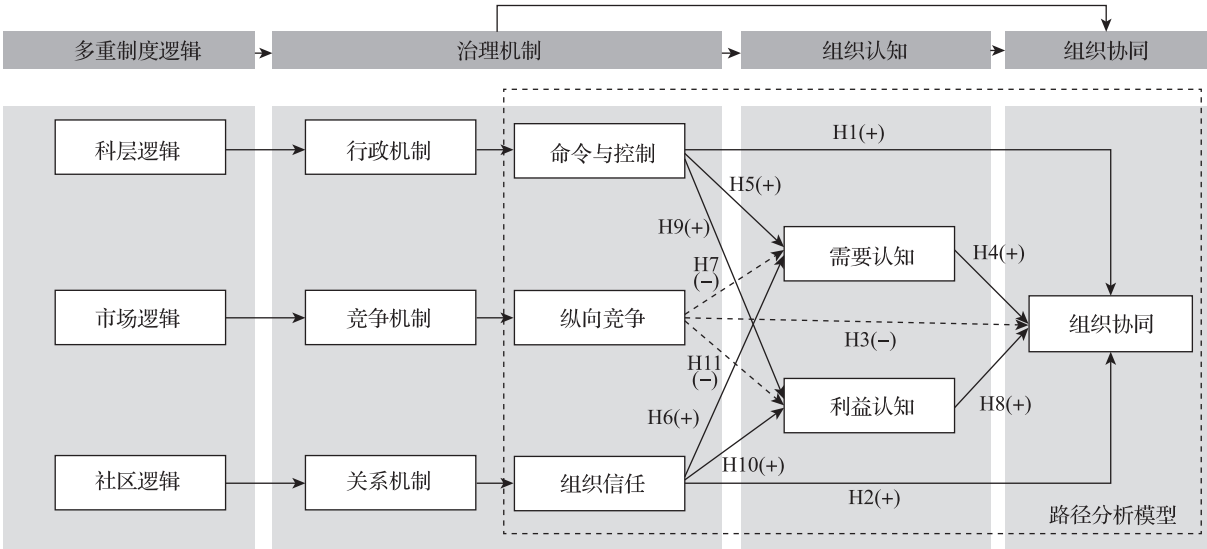


图1 多重制度逻辑下紧密型县域医共体的治理机制对组织协同的作用机理

2 资料与方法

2.1 资料来源

本研究选择乡镇卫生院作为样本,其在县域医共体中发挥了承上启下的作用,与县医院、村卫生室均存在协同关系。按照分层抽样原则,分别从东、中、西部三个地区分别选择三个省份,共 9 个省份(分别为浙江、福建、河北;安徽、山西、河南;陕西、青海、贵州),在上述各省份分别选择 1~3 个符合紧密型县域医共体建设标准的县,其所管辖的乡镇卫生院全部纳入样本,共包括 272 个乡镇卫生院。课题组基于文献研究与专家咨询自行设计调查问卷,于 2022 年 6 月—2023 年 4 月通过问卷星与实地发放问卷的形式进行问卷调查,回收问卷 235 份,回收率为 86.4%。

2.2 变量与测量

2.2.1 变量测量

本研究问卷中包括县—乡协同、乡—村协同两部分,相关变量的具体测量题项结合乡镇卫生院与县医院、村卫生室协同的实际情况进行调整。

被解释变量:组织协同,每月乡镇卫生院与其他组织协同行为频次。医疗组织间协同可以分为服务协同与管理协同两类<sup>[19]</sup>,进一步通过专家咨询,明确县域医共体中服务协同与管理协同的具体分类,服务协同包括患者上下转诊、患者信息共享、联合制定方案、共同提供服务、服务支持 5 类;管理协同包括能力培训、资源共享、人员流动、资金结算 4 类。县—乡部分和乡—村部分题项的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.87 和 0.83。

解释变量:行政机制通过命令与控制关系进行

测量,包含结果与过程控制两方面,共 8 个题项<sup>[20-21]</sup>,Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.85 和 0.83。竞争机制通过纵向竞争关系进行测量,包括 4 个题项<sup>[23]</sup>,Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.81 和 0.82。关系机制通过组织间信任进行测量,包括 4 个题项<sup>[22-23]</sup>,Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.80 和 0.79。

中介变量:需要认知包括 4 个题项<sup>[24-25]</sup>,Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.88 和 0.83。利益认知包括 5 个题项<sup>[19,25]</sup>,Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.87 和 0.81。

2.2.2 信效度检验

信度检验中各变量的 Cronbach's  $\alpha$  系数均大于 0.8,具有较好的可信度。效度检验包括结构效度、聚合效度、区分效度。对于结构效度,随机选择一半样本数量进行探索性因子分析,问卷中县—乡与乡—村两部分内容 KMO 值均大于 0.8,且 Bartlett 球形检验均显著,说明适合进行因子分析。问卷两部分内容各提取了特征值大于 1 的公因子 8 个,且累计解释总方差在 75% 以上,超过 60% 的标准,与问卷设置的测量题项吻合。使用主成分法提取因子载荷,每个题项的因子载荷大于 0.4,问卷具有良好的结构效度。对于聚合效度,各题项标准因子载荷均大于 0.7,平均方差萃取值(AVE)均大于 0.5,组合信度(CR)均大于 0.7,问卷具有良好的聚合效度。对于区分效度,各个变量之间的相关系数均显著,同时各变量间相关系数均小于 AVE 均方根,问卷具有较好的区分效度。

进一步,运用 Harman 单因子检验方法进行共同方法偏差检验,经过检验第一个因子均未超过 20%,低于共同方法偏差所要求的 40%,可以排除同源误

差的干扰。为避免出现共线性问题,对各个变量进行了膨胀方差检验(VIF),各变量的VIF均小于3,因此不存在严重的变量共线性问题。

2.3 研究方法

本研究使用路径分析(Path Analysis)方法对上述假设进行实证检验。路径分析是用于探讨多重变量之间因果结构模式的统计技术,可以测量多重变量的共变情形,并估计模型中的所有参数。相较于其他研究方法,路径分析法能够将观察变量间的关系以模式化方式进行分析统计,可以直观地看到各自变量对因变量产生影响的路径机理,得到各影响因素的直接效应和间接中介效应<sup>[26]</sup>,本研究中所涉及的变量众多,且作用关系较为复杂,路径分析方法具有较强适用性。路径分析的开展一般依据结构方程模型(Structural Equation Model, SEM),本文中采用Amos 22.0 软件开展分析。结构方程中对于每个自由参数都需要10个以上的样本进行估计<sup>[27]</sup>,本研究模型中需要估计的自由参数共有18个,样本量需180个以上。本研究收集的乡镇卫生院样本满足估计样本量需要,包括县—乡协同、乡—村协同两个模型,分别运用路径分析方法进行实证检验,并对结果进行比较分析,显著性检验水准设置为 $\alpha = 0.05$ 。

3 研究结果

3.1 基本情况

样本乡镇卫生院与县医院的每月平均协同次数为15.03次,与村卫生室的协同次数为32.26次,主要是由于上级医疗机构对下级医疗机构是“一对多”,下级医疗机构对上级医疗机构是“一对一”的关系。在路径分析中对协同次数进行对数处理后发现,在命令与控制、组织信任、需要认知和利益认知方面,乡镇卫生院与牵头医院协同得分低于其与村卫生室协同的得分;而在纵向竞争方面,前者得分高于后者(表1)。

表1 变量描述性统计结果

|        | 乡镇卫生院→县医院    |             | 乡镇卫生院→村卫生室   |             |
|--------|--------------|-------------|--------------|-------------|
|        | 平均值<br>(AVE) | 标准差<br>(SD) | 平均值<br>(AVE) | 标准差<br>(SD) |
| 月均协同次数 | 15.03        | 8.72        | 32.26        | 5.17        |
| 命令与控制  | 33.97        | 5.94        | 35.20        | 3.90        |
| 纵向竞争   | 13.79        | 5.17        | 10.37        | 4.76        |
| 组织信任   | 20.91        | 4.24        | 21.65        | 3.01        |
| 需要认知   | 16.33        | 3.65        | 17.18        | 2.45        |
| 利益认知   | 20.26        | 4.53        | 20.52        | 2.96        |

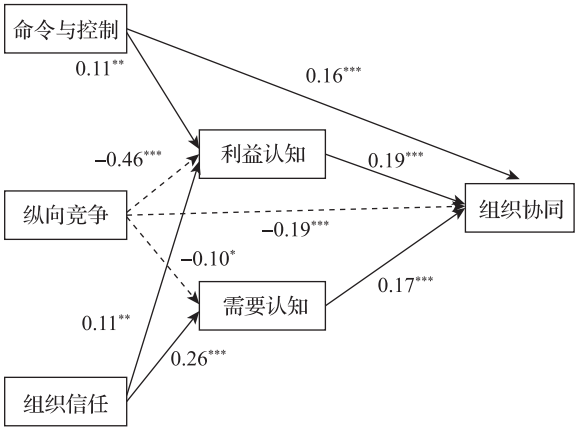
3.2 路径分析

3.2.1 乡镇卫生院与县医院协同模型

模型经修正后拟合优度指数(GFI)为0.98,比较拟合指数(CFI)为0.92,均符合相关指标标准。使用修正后的模型进行路径分析,可以得到7条作用路径(表2),可以发现11个理论假设中9个得到验证,假设3和假设5未得到支持。乡镇卫生院→牵头医院模型(模型1)与设想模型吻合度较高(图2)。利益认知和需要认知在其中起到了部分或完全中介作用,其中:命令与控制的直接效应值为0.16(88.6%),通过利益认知的间接效应为0.02(11.4%),总效应值为0.18;纵向竞争的直接效应值为-0.19(65.0%),通过利益认知的中介效应值为-0.09(29.3%),通过需要认知的中介效应值为-0.02(5.7%),总效应值为-0.30。组织信任通过利益认知和需要认知发挥中介作用,其中通过利益认知的中介效应值为0.02(33.3%),通过需要认知的中介效应值为0.04(66.7%),总效应值为0.06。乡镇卫生院与牵头医院之间纵向竞争关系对组织协同的影响(-0.30)要强于命令与控制对组织协同的影响(0.18),组织信任对组织协同的影响(0.06)要小于前两者。

表2 模型1作用路径与效应值

| 治理机制  | 作用路径               | 效应类型 | 效应值/占比(%)   | 总效应   |
|-------|--------------------|------|-------------|-------|
| 命令与控制 | 1. 命令与控制→组织协同      | 直接效应 | 0.16(88.6)  | 0.18  |
|       | 2. 命令与控制→利益认知→组织协同 | 中介效应 | 0.02(11.4)  |       |
| 纵向竞争  | 3. 纵向竞争→组织协同       | 直接效应 | -0.19(65.0) | -0.30 |
|       | 4. 纵向竞争→利益认知→组织协同  | 中介效应 | -0.09(29.3) |       |
|       | 5. 纵向竞争→需要认知→组织协同  | 中介效应 | -0.02(5.7)  |       |
| 组织信任  | 6. 组织信任→利益认知→组织协同  | 中介效应 | 0.02(33.3)  | 0.06  |
|       | 7. 组织信任→需要认知→组织协同  | 中介效应 | 0.04(66.7)  |       |



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

图2 乡镇卫生院与牵头医院协同的作用路径

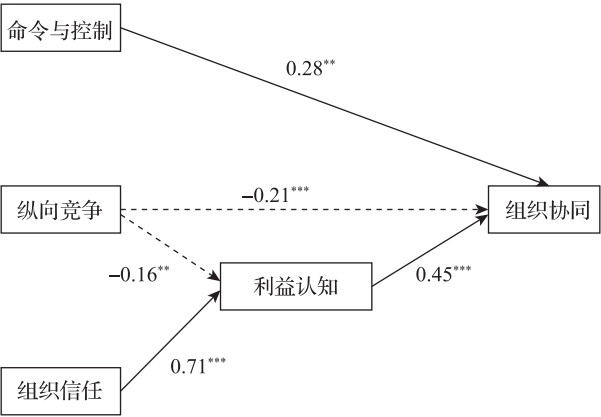
数(CFI)为0.98,相关参数均符合相应判断标准,说明该模型具有较好的拟合程度。路径分析后可以得到4条作用路径(表3),乡镇卫生院→村卫生室模型(模型2)中11个理论假设有6个得到了验证,其中假设3、4、5、6、9未得到验证。模型2与最初设想的模型有较大差异,主要体现在需要认知并没有发挥预期的中介作用(图3)。在模型2中,命令与控制的总效应值为0.28,均为直接效应;纵向竞争的总效应值为-0.28,其中直接效应值为-0.21(75.0%),通过利益认知的中介效应为-0.07(25.0%);组织信任的总效应为0.32,均为通过利益认知实现的中介效应。在三个效应中,组织信任对组织协同的影响最大(0.32),命令与控制(0.28)和纵向竞争(-0.28)的效应值接近。

3.2.2 乡镇卫生院与村卫生室协同模型

模型的拟合优度指数(GFI)为0.96,比较拟合指

表3 模型2作用路径与效应值

| 治理机制  | 作用路径              | 效应类型 | 效应值/占比(%)   | 总效应   |
|-------|-------------------|------|-------------|-------|
| 命令与控制 | 1. 命令与控制→组织协同     | 直接效应 | 0.28(100.0) | 0.28  |
| 纵向竞争  | 2. 纵向竞争→组织协同      | 直接效应 | -0.21(75.0) | -0.28 |
|       | 3. 纵向竞争→利益认知→组织协同 | 中介效应 | -0.07(25.0) |       |
| 组织信任  | 4. 组织信任→利益认知→组织协同 | 中介效应 | 0.32(100.0) | 0.32  |



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

图3 乡镇卫生院与村卫生室协同的作用路径

的效应值小于模型2,在县医院与乡镇卫生院协同中,乡镇卫生院作为接受命令与控制的一方,而在乡镇卫生院与村卫生室协同中,乡镇卫生院是实施命令与控制方,一定程度上反映了命令与控制关系的不对称性。

4.2 竞争机制下的纵向竞争关系会较大程度对组织协同产生负面影响

首先,两个模型中纵向竞争关系均会直接对组织协同产生负面影响,其会通过影响利益认知(模型1、2)和需要认知(模型1)间接影响组织协同。在模型1和模型2中,纵向竞争对乡镇卫生院组织协同影响的效应值较高,主要是由于乡镇卫生院在紧密型县域医共体中同时承担了医疗卫生服务和基本公共卫生服务,前者会与县医院形成竞争关系,而后者则会与村卫生室形成竞争关系,因此组织间的纵向竞争关系将会对乡镇卫生院产生较大的影响。

4.3 关系机制下的组织信任关系是组织协同的重要保障

通过对两个模型路径分析可以发现,县域医共体中的组织信任对于促进组织协同发挥了重要的作用,特别是在模型2乡镇卫生院与村卫生室协同中,组织

4 讨论与建议

4.1 行政机制下的命令与控制关系是组织协同的基础

在两个模型中,命令与控制对组织协同均存在直接的促进作用。模型1中能够通过影响利益认知来间接促进组织协同。科层组织可被视为“任务集”<sup>[28]</sup>,“任务”本身就具备了控制的功能与特点,在紧密型县域医共体中可以通过对协同任务的设计来施加对各级医疗机构的控制。模型1中命令与控制

信任的效应值高于命令与控制、纵向竞争的效应值。但是组织信任并不是直接促进组织协同,而是通过促进利益认知(模型1、2)和需要认知(模型1)间接影响组织协同。组织间信任程度越高,机会主义行为越少,尤其在县域医共体建立初期,医疗机构利益关系尚未完全理顺的情况下,组织间信任更加重要。

4.4 组织认知在不同协同关系中具有差异化作用机制

需要认知方面,其仅在模型1中起到了中介作用,其中只有纵向竞争→需要认知→组织协同、组织信任→需要认知→组织协同两个路径成立。在模型2中,需要认知与组织协同正相关的假设不显著,导致其中介作用机制不成立,其原因在于:乡镇卫生院和村卫生室之间服务范围重叠性较高,尤其是乡镇卫生院医疗功能持续弱化的背景下,乡镇卫生院所承担的职能愈发偏向于基本公共卫生服务,与村卫生室具有相似性,而牵头县医院和乡镇卫生院从功能定位方面则具有更大的互补性,这意味着县域医共体中关于服务模式、服务流程以及管理等方面的组织设计仍存在一定的缺陷,尚并不能实现组织间的有效互补。

利益认知方面,两个模型中,其与组织协同正相关的假设均得到了验证,组织利益的提升能够直接提升组织协同,但是在两个模型中发挥的中介作用具有差异:模型1中三个路径均成立,其受到纵向竞争的影响最大;模型2中,只有纵向竞争→利益认知→组织协同、组织信任→利益认知→组织协同两个路径成立,组织信任对利益认知的影响程度最大。其原因可能在于行政机制下的命令与控制关系要求乡镇卫生院对村卫生室进行规范化管理与指导,而在乡镇卫生院人员缺少、能力不足的情况下会对其造成较大负担,因而可能并不会能够从中获利。但总体来讲,利益认知在不同级别医疗机构的协同中均发挥了重要作用。受到组织性质、发展目标、组织战略重点、组织发展阶段、外部政策调整等因素的影响,不同级别医疗机构组织利益的重点会有所差异,也呈现出动态变化的过程。

4.5 建议

一是进一步优化县域医共体组织功能定位与服务范围。在县域医共体科层制的组织框架下,结合各级医疗机构实际的能力与发展水平,明确制定出各级医疗机构的服务范围、转诊要求以及相应的技术标准,并与相关的考核与管理制度相结合,强化行

政机制中的过程与结果控制,确保各级医疗机构提供规定范围的服务。

二是弱化组织竞争关系,构建组织利益均衡机制。紧密型医共体落实医保基金“总额付费、结余留用”政策是形成“利益共同体”的重要前提,能够为弱化组织间纵向竞争关系提供必要前提。在此基础上,构建利益均衡机制,包括过程与结果维度的利益分配。在过程维度上,构建内部交易机制,对协同类项目进行标准化定价,实现对各级医疗机构协同成本的合理补偿。在结果维度上,构建科学合理的结余分配机制,在实现结余的前提下,可以参照贡献程度、成本补偿等科学制定分配比例,同时构建沟通协商机制,保障不同医疗机构的利益。

三是深度培育组织间信任关系。加强组织文化与价值观的建设,强化对紧密型县域医共体的组织认同,基于对共同发展目标和价值观所形成的认同性组织信任关系能够使得不同组织产生对彼此的深层次认可,形成内生性的协同动力,并且不易受到外界环境变化的影响。与此同时,更好发挥县域医共体的乡土根植性特点,通过维持个人和团队的信任促进组织间信任的提升。

**作者贡献:**崔兆涵、王虎峰、张子楠负责文章的构思与设计;崔兆涵、张子楠负责资料的收集与整理;崔兆涵进行资料的分析与解释,并撰写论文;张子楠负责论文的修订与审校;王虎峰负责论文的质量控制与监督管理。

**作者声明**本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 郁建兴,涂怡欣,吴超.探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案:基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J].治理研究,2020,36(1):5-15,2.

[2] 李力,郑英.总额预付制下县域医共体激励约束机制分析:个人利益与集体利益的冲突[J].公共管理与政策评论,2023,12(1):140-155.

[3] 孙芳,蔡双立.组织间的关系冲突:关系资本要素错配的理论新解与实证检验[J].商业经济与管理,2015(11):27-34.

[4] GOODRICK E, SALANCIK G R. Organizational discretion in responding to institutional practices: Hospitals and cesarean births[J]. Administrative science quarterly, 1996, 41: 1-28.

[5] PROVAN K G, KENIS P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness[J]. Journal of

- public administration research and theory, 2008, 18 (2): 229-252.
- [6] 严晶晶. 整合医疗的联盟类型和组织机理: 基于组织理论的联盟识别和治理重审[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 15-21.
- [7] THORNTON P H, OCASIO W. Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958 – 1990[J]. American journal of Sociology, 1999, 105 (3): 801-843.
- [8] 邓少军, 芮明杰, 赵付春. 组织响应制度复杂性: 分析框架与研究模型[J]. 外国经济与管理, 2018, 40(8): 3-16, 29.
- [9] 吴波, 杨步韵, 王晓婷, 等. 多重制度逻辑下混合型组织的可持续混合机理: 基于义乌复元医院的案例研究[J]. 南开管理评论, 2022, 25(4): 212-226.
- [10] NIGAM A, OCASIO W. Event attention, environmental sensemaking, and change in institutional logics: An inductive analysis of the effects of public attention to Clinton's health care reform initiative [J]. Organization Science, 2010, 21(4): 823-841.
- [11] VICKERS I, LYON F, SEPULVEDA L, et al. Public service innovation and multiple institutional logics: The case of hybrid social enterprise providers of health and wellbeing [J]. Research Policy, 2017, 46 (10): 1755-1768.
- [12] 朱静敏, 段晖. 县域医共体何以实现卫生绩效: 政策企业家、再组织化联盟与激励兼容[J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 125-138, 174-175.
- [13] 蒋永穆, 刘熙. 村级医疗卫生服务的政府购买: 模式、比较与建议[J]. 农村经济, 2016(11): 87-93.
- [14] 赵黎. 发展还是内卷: 农村基层医疗卫生体制改革与变迁[J]. 中国农村观察, 2018(6): 89-109.
- [15] 陈柏峰. 熟人社会: 村庄秩序机制的理想型探究[J]. 社会, 2011, 31(1): 223-241.
- [16] GRANOVETTER M. Economic action and social structure: The problem of embeddedness[J]. American Journal of Sociology, 1985, 91(3): 481-510.
- [17] 刘超, 陈春花, 刘军, 等. 组织间信任的研究述评与未来展望[J]. 学术研究, 2020(3): 95-104, 177-178.
- [18] 邓舒婷, 王迎军, 张腾. 组织认知研究述评与展望[J]. 管理现代化, 2019, 39(6): 109-111.
- [19] OORSCHOT K E V, AKKERMANS H. Care and cure: Compete or collaborate? Improving inter-organizational designs in healthcare: A case study in Dutch perinatal care [J]. Academy of Management Proceedings, 2013, 11: 1-23.
- [20] HEIDE J B, WATHNE K H, ROKKAN A I. Interfirm monitoring, social contracts, and relationship outcomes [J]. Journal of marketing Research, 2007, 44 (3): 425-433.
- [21] 姜祝坤, 张川, 殷文伟. 跨组织管控机制如何影响企业突变创新: 基于管理控制“系统观”视角的实证分析[J]. 管理评论, 2019, 31(2): 71-81.
- [22] KIM S. Motivation to Adopt: Understanding nonprofit Inter-organizational collaboration in delivery of social services [M]. State University of New York at Albany, 2017.
- [23] 潘镇, 李晏墅. 联盟中的信任: 一项中国情景下的实证研究[J]. 中国工业经济, 2008(4): 44-54.
- [24] 顾桂芳, 季旭彤, 李文元. 创新生态系统核心企业权力对伙伴企业情感性承诺的影响研究: 以组织间依赖为调节变量[J]. 科学学与科学技术管理, 2020, 41(9): 55-68.
- [25] BUNGER A C. Partnership development among mental health organizations[D]. Washington University, 2010.
- [26] 邱皓政. 结构方程模型的原理与应用[M]. 北京: 中国轻工业出版社, 2009.
- [27] GRACE J B. Structural equation modeling and natural systems[M]. Cambridge University Press, 2006.
- [28] 黄寿昌. 科层制组织内部控制研究[D]. 南京: 南京大学, 2011.

[收稿日期:2024-08-26 修回日期:2024-12-04]

(编辑 赵晓娟)