

医疗联合体利益相关者的界定及分类研究

张年,余昌胤,陈玲丽,刘仕方,黄辉华

(遵义医学院管理学院,贵州 遵义 563003)

摘要:目的 通过对医疗联合体(简称医联体)利益相关者进行界定、分类,提出管理策略,为促进医联体的发展提供参考依据。**方法** 采用德尔非法界定医联体利益相关者,结合米切尔法从权力性、合法性和紧迫性三个维度进行分类。**结果** 医联体利益相关者分为:核心利益相关者、潜在利益相关者、边缘利益相关者三类,其中核心利益相关者包括核心医院职工、成员医院职工、居民、基本医疗保险机构和卫生行政部门。**结论** 对医联体利益相关者进行分类并提出管理策略,有利于建立长效的利益平衡机制,促进医联体的有效运行。

关键词:医疗联合体;利益相关者;米切尔法;界定

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.09.053

Identification and classification of stakeholders of regional medical union

ZHANG Nian, YU Changyin, CHEN Lingli, LIU Shifang, HUANG Huihua

(School of Management, Zunyi Medical College, Zunyi, Guizhou 563003, China)

Abstract: **Objective** To identify and classify the stakeholders of Regional medical union(RMU) and to put forward management strategies so as to provide reference for operations of RMU. **Methods** The stakeholders of RMU were identified by Delphi method and classified by the combination of mitchell score-based approach from three dimensions of power, legitimacy and urgency. **Results** The stakeholders of RMU were classified into three types, which involved core stakeholders, potential stakeholders and marginal stakeholders. The core stakeholders included staff of core and member hospital, residents, basic medical insurance institution and hygienic administrative department. **Conclusions** To carry out classified management among stakeholders and put forward management strategies are conducive to establish a long-term mechanism for interest demand expression and effective operation of RMU.

Key words: Regional medical union; Stakeholder; Mitchell score-based approach; Identification

医疗联合体(以下简称医联体)是指同一区域内由不同层级、不同类型的医疗机构通过纵向或者横向资源整合所形成的利益共同体和责任共同体^[1]。虽然医联体在新一轮医疗卫生体制改革中对构建有序、有效的医疗卫生服务体系发挥了一定作用,但由于医联体各方均有其利益诉求,任何自身利益最大化的行为都会导致医院集团或社会公

众利益失衡^[2]。医联体在构建和运行过程中势必触动不同主体的利益,忽视任何利益相关者的利益诉求都可能因利益失衡而难以达到预期效果。所以,界定医联体利益相关者对平衡各利益关系和促进医联体的发展具有重要意义^[3]。本研究通过对医联体利益相关者进行界定和分类,并提出分类管理策略,为医联体构建利益平衡机制提供参考依据,以促进医联体的健康发展。

1 研究方法

通过查阅相关文献资料、与医院管理者座谈等形式,初步拟定医联体候选利益相关者名单,设计专家咨询表;将德尔非法和米切尔法结合:即采用

基金项目:贵州省卫生和计划生育委员会委托课题(gzwjwyzc2015-01);遵义医学院研究生社会实践项目(zy-ysh009)

通信作者:余昌胤,男,主任医师,硕士生导师,研究方向:神经病学,医院管理;E-mail:yuchangyin68@163.com

[9] MAKOUL G. Essential elements of communication in medical encounters; the Kalamazoo consensus statement [J]. *Acad Med*, 2001, 76(4):390-393.

[10] DE HAES JC, OORT FJ, HULSMAN RL. Summative assessment of medical students' communication skills and professional attitudes through observation in clinical practice [J]. *Med Teach*, 2005, 27(7):583-589.

[11] 李娟. 用 SEGUE 量表对医学生医患沟通技能评价的研究 [D]. 沈阳:中国医科大学, 2008.

[12] 蒋祎, 陈俊国, 黄义娟, 等. 重庆市全科医师人文执业技能培训评价与分析 [J]. *预防医学论坛*, 2011, 17(5):399-401.

[13] 和晓美. 知情权对恶性肿瘤患者治疗依从性的影响 [J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2010, 17(1):91-92.

背靠背的方式分别征询专家意见,经过两轮专家征询,界定医联体利益相关者^[4]。在两轮咨询时,均请专家对医联体利益相关者的权力性、合法性、紧急性进行评分,根据专家判断依据和熟悉程度计算专家权威程度;根据专家在权力性、合法性、紧急性评分的平均值,计算综合相关度验证专家咨询结果。

2 结果

2.1 专家咨询结果

2.1.1 专家基本情况 参与咨询专家年龄 40~59 岁,工作地点分布在贵州省、湖北省、广东省和安徽省,本科及以上学历占 94.4%,副高级职称及以上为 100%,从事医院管理或医联体管理的专家为 88.9%,具有丰富的理论或实践经验,充分保证了专家的代表性。

2.1.2 专家的积极程度和权威程度 专家咨询表的回收率可以反映专家的积极程度。专家咨询表回收率如达到 50% 为分析和报告的起始比例,60% 表示回收率好,70% 表示非常好^[5]。本研究共邀请专家 18 名,专家咨询第一轮有效回收率为 90%,第二轮有效回收率为 100%,两回收率均表明专家对本研究的积极程度较高。专家的权威程度是由专家做出判断的依据(Ca)和专家对研究问题的熟悉程度(Cs)两个因素决定^[6]。其计算公式为: $Cr = (Ca + Cs) / 2$ 。专家判断依据包括实践经验、理论分析、同行了解和直觉(分别赋值为 0.8、0.6、0.4、0.2),熟悉程度包括很熟悉、熟悉、一般、较不熟悉和很不熟悉(分别赋值为 1.0、0.75、0.50、0.25、0.0)。此次专家咨询的专家权威程度系数 Ca 为 0.76,Cs 为 0.81,专家权威程度为 0.79。具体见表 1。

表 1 专家权威程度

系数	类别	频率/次	百分比/%
判断依据	实践经验	15	83.3
	理论分析	2	11.1
	同行了解	1	5.6
	直觉	0	0
	熟悉程度	6	33.3
熟悉程度	很熟悉	6	33.3
	比较熟悉	10	55.6
	一般	2	11.1
	较不熟悉	0	0
	很不熟悉	0	0

2.1.3 专家咨询结果 通过第一轮专家的支持数、否定数,得出第一轮专家咨询结果。部分专家在第一轮咨询过程中对候选医联体利益相关者进

行了调整,患者、社会公众均属于居民,合并为一类。参考专家意见,通过小组讨论,对第一轮专家咨询结果进行统计处理和分析,形成第二轮医联体利益相关者专家咨询表,并得出第二轮专家咨询结果(见表 2)。从支持率可以看出,专家对核心医院职工、成员医院职工、城镇居民医疗保险机构、城镇职工医疗保险机构、新农合医疗保险机构、居民、卫生行政部门等 7 个利益相关者的支持率高达 100%,而对血站、银行、媒体、科技管理部门、社会零售药店支持率较低。以专家支持率 > 50% 作为入选标准,医联体利益相关者包括核心医院职工、成员医院职工、药品供应商、医疗器械设备耗材供应商、医学教育机构、城镇居民医疗保险机构、城镇职工医疗保险机构、新农合医疗保险机构、盈利性商业医疗保险机构、居民、成员单位卫生行政管理

表 2 医联体利益相关者专家咨询结果(n=18)

利益相关者	第一轮支	第一轮支	第二轮支	第二轮支
	持数/人	持率/%	持数/人	持率/%
核心医院职工	18	100.0	18	100.0
成员医院职工	18	100.0	18	100.0
药品供应商	10	55.6	15	83.3
医疗器械设备耗材供应商	10	55.6	15	83.3
医学教育机构	12	66.7	15	83.3
血站	4	22.2	1	5.6
银行	3	16.7	2	11.1
城镇居民医疗保险机构	18	100.0	18	100.0
城镇职工医疗保险机构	18	100.0	18	100.0
新农合医疗保险机构	18	100.0	18	100.0
盈利性商业医疗保险机构	14	77.8	15	83.3
居民	18	100.0	18	100.0
卫生行政部门	18	100.0	18	100.0
食品和药品监督局	15	83.3	15	83.3
物价部门	15	83.3	15	83.3
工商管理部	10	55.6	12	66.7
科技管理部门	7	38.9	5	27.8
人事部门	14	77.8	15	83.3
公检法部门	8	44.4	13	72.2
疾病预防控制部门	11	61.1	14	77.8
财政部门	17	94.4	16	88.9
媒体	6	33.3	5	27.8
行业协会	13	72.2	15	83.3
非成员公立医院职工	17	94.4	16	88.9
非成员私立医院职工	16	88.9	16	88.9
社会零售药店	6	33.3	4	22.2

机构、食品和药品监督局、物价部门、工商管理部
门、人事部门、公检法部门、疾病预防控制部门、财
政部门、行业协会、非成员公立医院职工和非成员
私立医院职工。

2.2 医联体利益相关者的分类维度 米切尔评分
法因可操作性较强,逐步成为利益相关者分类最常
用的方法,米切尔根据权力性、合法性、紧迫性对利
益相关者进行评分,将利益相关者分为确定型利益
相关者、预期型利益相关者和潜在型利益相关
者^[7]。本研究借鉴米切尔评分法,分别从权力性
(为该群体拥有影响医联体构建运行和决策的程
度)、合法性(指该群体自身的利益诉求对医联体的
合理程度)和紧迫性(指该群体的要求能立即引起
医联体管理层关注的程度)三个维度进行评分,结
合国内相关研究,将医联体利益相关者分为三类,
即核心利益相关者(至少有两个维度得分在3分以
上)、边缘利益相关者(至少有两个维度得分在2分
以上,3分以下)、潜在利益相关(至少两个维度得分
在2分以下)^[8]。

在进行权力性、合法性、紧迫性三个维度评分
后,再进行综合相关度分析:即在权力性、合法性和
紧迫性三个维度上的平均得分,可以进一步验证专
家咨询的分类结果。统计分析结果显示(见表3),
核心医院职工、成员医院职工、城镇居民医疗保险
机构、城镇职工医疗保险机构、新农合医疗保险机
构、居民和成员单位所在卫生行政管理机构在三个
维度和综合值均在3分以上,可以归为核心利益相
关者,这与专家咨询支持度为100%的利益相关者
完全吻合。食品和药品监督局、物价部门、工商管
理部门、人事部门、公检法部门、疾病预防控制部
门、财政部门 and 行业协会在三个维度和综合值均
在2~3分之间,归为潜在型利益相关者。药品供应
商、医疗器械设备耗材供应商、医学教育机构、盈利
性商业医疗保险机构和非成员私立医院职工在三个
维度和综合值均在2分以下,可以归为边缘型利
益相关者。

3 讨论

Mitchell等^[7]曾经详细地研究了利益相关者理
论产生和发展的历史,对利益相关者概念进行界
定,大多数学者比较认同从“影响或受组织活动影
响”“拥有相关利益”两个角度来界定组织的利益相
关者。本文也从这两个角度来界定医联体利益相
关者,即对医联体有某种利益诉求,并能不同程度
的影响医联体构建及运行,或受到医联体构建和运
行影响的个人、群体与机构。本研究参照米切尔法

表3 医联体利益相关者的分类维度得分/分

利益相关者候选项	权力性	合法性	紧迫性	综合值
核心医院职工	4.61	4.72	4.33	4.55
成员医院职工	4.28	4.61	4.28	4.39
药品供应商	1.30	1.93	1.4	1.54
医疗器械设备耗材供应商	1.30	1.93	1.4	1.54
医学教育机构	1.47	1.80	1.13	1.47
城镇居民医疗保险机构	4.50	4.39	4.28	4.39
城镇职工医疗保险机构	4.39	4.39	4.33	4.37
新农合医疗保险机构	4.50	4.44	4.28	4.41
盈利性商业医疗保险机构	1.40	1.73	1.60	1.58
患者及社会公众	4.56	4.78	4.72	4.69
卫生行政管理机构	4.94	5.00	4.56	4.84
食品和药品监督局	2.53	3.13	2.40	2.68
物价部门	2.87	3.07	2.40	2.78
工商管理部	2.99	3.08	2.25	2.77
人事部门	2.8	3.06	2.60	2.82
公检法部门	2.46	3.08	2.38	2.64
疾病预防控制部门	3.11	3.0	2.07	2.63
财政部门	2.29	3.13	2.56	2.66
行业协会	2.27	2.73	2.33	2.44
非成员公立医院职工	1.94	2.63	2.31	2.29
非成员私立医院职工	1.0	1.69	1.38	1.36

和国内相关研究将医联体利益相关者分为核心利
益相关者、潜在型利益相关者、边缘型利益相关者
三类。其中米切尔法得出的核心利益相关者与专
家咨询支持度为100%的利益相关者完全吻合,表
明两种方法结果一致。

以利益整合为医联体构建的切入点,处理好各
利益相关者之间的关系,整合内部医疗资源,完善
医疗信息平台对医联体的发展有着至关重要的影
响^[9]。金燕等^[10]报道,政府、核心医院、其他成员医
院、非成员医院和患者是医联体的利益相关者;徐
一华等^[11]将核心医院、其他成员医院和非成员医
院作为医联体利益相关者进行研究。而本研究得
出医联体核心利益关系者与国内的报道不同。核
心医院和成员医院职工既是医院利益的代表者,
也是医联体重要的参与者和政策的执行者,其利
益诉求的满足程度决定其执行力,对医联体影响
程度高;居民包括患者及社会公众对医联体的利
益诉求是一致的,而且影响或被影响的程度高,
属于核心利益相关者个体。卫生行政部门是政
府保障人民健康、预防和控制传染病的执行结构,
其利益诉求是通过行政指令或规范实现的,带有一
定的强制性;我国部分地区已将城镇职工基本医
疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作
医疗保险合并基

本医疗保险,而且三者的利益诉求具有相似性,可作为整体进行研究,作为主要医疗支付方,其利益诉求是通过规范医疗行为实现的,故属于核心利益相关者组织。非成员公立医院职工尽管会受到医联体的影响,但程度有限;同属于医疗费用支付方的盈利性商业医疗保险机构因目前在国内参保人员少,尚不具有与医疗机构讨价还价的实力,对医联体运行影响程度较低,但随着未来参加商业医疗保险人数的增加,可能会影响医联体的运行,故属于潜在利益相关者。

Freeman^[12]对利益相关者的分类管理是从管理策略角度出发,针对不同的利益相关者制定不同的管理策略,以利于企业在管理时可以根据不同利益相关者的特性采取不同的管理原则、措施和方法进行分而治之。对医联体核心利益相关者应采取重点管理的策略,对其利益诉求进行全面分析并尽可能全面满足其利益诉求,以促使其认可并支持医联体。潜在型利益相关者对医联体的影响很大,医联体的构建和运行须得到其支持,其利益诉求应当受到医联体的一定关注和满足,可采用较为关注管理策略,与之保持紧密的联系并尽可能的满足其利益诉求,以获取其在相关工作中最大的支持和理解。边缘型利益相关者对医联体的影响或受医联体影响程度较低,尽管其对医联体的影响度和重要性有限,但如果不对其利益诉求给予一定重视,也可能对医联体的构建和运行产生潜在的影响。对此类利益相关者可采用一般管理的策略,争取成为医联体的合作伙伴,扩大医联体的影响。

医联体的核心问题就是要变成一个利益共同体和责任共同体,了解并均衡核心利益相关者对医联体利益诉求,有利于医联体试点工作的成功和可持续发展^[13-15]。但其利益诉求在一定时期内是动态变化的,而且除了共性的诉求之外,不同的利益相关者会有不同的利益诉求,有针对性地满足不同利益相关者的利益诉求,可激发其工作热情,坚定其发展信心,从而促进医联体和谐稳定地发展^[2]。重塑医联体相关主体的利益结构,促使核心医院与成员医院形成合理的利益分配机制,进而形成利益共享、风险共担的紧密合作关系,让参与医院能切

实获益^[16]。对医联体不同利益相关者实施不同的管理策略,必须全面了解各利益相关者的利益诉求,在这方面的进行深入研究有利于医联体的良性发展。

参考文献

- [1] 迟沫涵,尚杰,孙涛. ROCCIPI 框架下区域医疗联合体的问题识别与分析[J]. 中国医院管理,2014,34(9):19-21.
- [2] 李洁,冉素娟,张清华,等. 均衡各方利益促进公立医院集团化健康发展[J]. 中国卫生事业管理,2015,32(5):326-328,340.
- [3] 程小平,冷贵兰,胡侠翔,等. 公立医院利益相关者界定[J]. 医院管理论坛,2015,32(1):9-10.
- [4] TURNBULL AE, SAHETYA SK, NEEDHAM DM. Aligning critical care interventions with patient goals: A modified Delphi study[J]. *Heart Lung*,2016,45(6):517-524.
- [5] 黄敬亨. 健康教育学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:112-114.
- [6] 郭岩. 卫生事业管理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:86-87.
- [7] MITCHELL R, AGEL B, WOOD D. Toward a theory stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts[J]. *Acad Manage Rev*,1997,22(4):853-886.
- [8] 钟炎军. 公立医院利益相关者及其利益诉求研究[D]. 武汉:华中科技大学,2009.
- [9] 林娟娟,陈小嫦. 构建医疗联合体的关键问题分析及其对策建议[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2014,14(2):104-108.
- [10] 金燕,鲁胜锬,李绍华. 我国医疗联合体的利益相关者分析[J]. 中国医院管理,2013,33(10):3-4.
- [11] 徐一华,陈春,王涛,等. 利益相关者视角下的区域医疗联合体利弊分析[J]. 医学与哲学,2015,36(24):79-81.
- [12] FREEMAN RE. Strategic management: a stakeholder approach [M]. Boston: Pitman Publishing, 1984: 20.
- [13] 向媛薇,蒋建华,张建华. 国外医疗联合体的发展及其对我国的启示[J]. 现代医院管理,2016,14(4):20-22,26.
- [14] 陈玲丽,魏来,余昌胤,等. 贵州省乡镇居民对医疗联合体的认知和期望分析[J]. 安徽医药,2016,20(10):1996-1999.
- [15] 许秀菊,卢新璞,肖绍文,等. 公立医院职工利益诉求研究--基于A医院的问卷调查[J]. 中国社会医学杂志,2014,31(3):157-159.
- [16] 于挺,吴聪睿,李含伟,等. 制约上海医疗联合体顺利推进的主要因素与对策分析[J]. 上海交通大学学报(医学版),2015,35(2):248-252.

(收稿日期:2017-03-23,修回日期:2017-05-06)