

染的严重性,有效控制其发生及蔓延^[12-13]。

3.4 良好的质控方法是促进鲍曼不动杆菌感染率得以控制的基础保障 对于鲍曼不动杆菌感染的质控方法不能是仅仅关注总体率的变化,更应该通过改进问题的个体而提高整体的质量。首先针对最难管理和控制的“人的因素”,相关管理措施不能仅限于处罚或激励措施,本院采取的培训考核和责任处罚的双向引导方法,效果明显;对低年资医务人员实施重点培训,分级考核。由于科主任是科室管理第一责任人,但往往科主任的精力主要集中在“医教研”上,所以需要质控人员将问题的过程和问题的个体及时反馈给科主任,通过有效沟通上传下达落实管控措施。提醒监督、个体纠正的质控方式不但能够提高管理效率,促进感染率降低,而且能够为管理人员和临床医护建立良好的协作平台,为院感质量的持续改进奠定基础。

参考文献

- [1] Martino R, Gómez L, Pericas R, et al. Bacteraemia caused by non-glucose-fermenting gram-negative bacilli and *Aeromonas* species in patients with haematological malignancies and solid tumours [J]. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2000, 19(4):320-323.
- [2] 李卫光, 王一兵, 朱其凤, 等. 心外科重症监护病房鲍曼不动杆菌医院感染爆发流行调查 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2006, 16(10):1108-1171.
- [3] 秦瑾, 闻海丰. 医院环境中物体表面碳青霉烯耐药鲍曼不动杆菌及同源性分析 [J]. *中国感染控制杂志*, 2015, 14(6):366-369.

- [4] 张亚英, 姜亦红, 沈黎, 等. 重症监护病房 4 例泛耐药鲍曼不动菌肺部感染暴发 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2010, 20(12):1794-1796.
- [5] 陈萍, 刘丁, 陈伟. 鲍曼不动杆菌医院感染调查及其危险因素探讨 [J]. *中国现代医学杂志*, 2002, 13(4):59-67.
- [6] 陈超男. 重症监护室泛耐药鲍曼不动菌感染暴发流行调查与控制 [J]. *中国消毒学杂志*, 2010, 27(2):202-203.
- [7] 张为华, 袁喆, 黄文祥, 等. 医院 ICU 病房泛耐药鲍曼不动杆菌交叉感染防控策略 [J]. *重庆医科大学学报*, 2011, 36(2):251-253.
- [8] 王临英. 泛耐药鲍曼不动杆菌的防治进展 [J]. *重庆医学*, 2010, 39(20):2808-2811.
- [9] 黄群, 朱立颖. 综合 ICU 院内感染的因素及护理对策 [J]. *中国实用护理杂志*, 2013, 29(21):13-14.
- [10] 任丽, 雷霞, 张馨, 等. 某基层医院泛耐药鲍曼不动杆菌感染暴发的调查与控制 [J]. *中国感染控制杂志*, 2015, 14(6):370-373.
- [11] 丁四清, 莫萍. 重症监护病房医院感染因素分析及对策 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2009, 19(1):50-52.
- [12] 邵培双, 邵培艳, 陈丽丽, 等. 三级质量控制体系在压疮预防中的应用 [J]. *护理管理杂志*, 2012, 12(11):801-802.
- [13] 马民, 仇钰. 浅谈消毒供应中心控制医院感染的具体实践 [J]. *中华全科医学*, 2014, 12(11):1833-1835.

(收稿日期:2016-05-04 修回日期:2016-06-22)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.31.048

基于利益相关者理论的公立医院公益性回归的博弈分析*

钮庆璐, 熊季霞[△]

(南京中医药大学卫生经济管理学院, 南京 210023)

[中图分类号] R197.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)31-4452-03

公立医院作为医疗服务的主体,是实现治病救人、保障人民健康水平的非营利性事业单位。但随着公立医院改革的不断深入,医院逐渐背离了公益性特征。为此,2009 年的新医改方案明确规定“公立医院改革应坚持公益性的目标,切实落实公立医院治病救人的本质属性”。2012 年,国务院出台的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》,再次强调“要积极地推进公立医院改革,强化医疗服务的公益性”^[1]。2015 年,《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》中重申“建立起维护公益性运行机制,使公立医院真正回归公益性”。

在医改的新形势下,公立医院回归公益性问题已迫在眉睫。本文采用博弈论的分析方法,探讨政府部门、公立医院、患者 3 个主要利益主体间导致公立医院公益性缺失的原因,并提出公立医院回归公益性的措施,为解决当前“看病贵、看病难”问题提供新的思路。

1 利益相关者分析

1.1 利益相关者理论 利益相关者理论是指企业的经营管理者为综合平衡各个利益相关者的利益要求而进行的管理活动^[2]。目前,已有国内学者将利益相关者理论运用到卫生领域,但在运用时,对利益相关者的划分仍模仿企业利益相关者^[3]。本文在界定影响公立医院公益性的利益相关者时,考虑公立医院特殊性,将利益相关者主要划分为政府部门、公立医院、患者三类。

1.2 公立医院主要利益相关者

1.2.1 政府部门 我国公立医院是政府出资举办的具有一定福利性质的公益事业。因此,政府是公立医院改革中最关键角色,只有当政府履行好出资、监管等职责,才能使公立医院更好地服务于民。当前,政府部门卫生投入少且补偿机制不健全,远远满足不了公立医院发展的需要,且对公立医院监管缺乏有效性,造成公立医院经营偏离公益性^[4]。

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(71203101)。 作者简介:钮庆璐(1991—),在读硕士,主要从事医院管理与医药国际贸易方面的研究。 [△] 通讯作者, E-mail: xjx1128@163.com。

1.2.2 公立医院 公立医院是我国医疗服务的主体,承担着治病救人、维护社会稳定的责任。目前,我国多数公立医院仍采取管办合一的治理模式,主要通过政府财政补贴、医疗服务收费获得经济补偿^[5]。政府管与办的合一导致医院运行机制不健全,经营成本高,形成公立医院营利性动机,医院公益性弱化。

1.2.3 患者 患者是医院赖以生存的基础,医院通过提供医疗服务、医疗产品,解决患者的利益诉求,为其提供及时高质量的诊疗。同时患者在接受诊疗时,也对医院的诊疗环境、服务态度、医疗质量等有一定要求,希望以最低的诊疗费用获得最好的诊疗体验。但当前,由于医疗行业的特殊性,患者对医疗信息不了解,对于处于信息优势的医务人员盲目相信,导致大处方、大检查屡禁不止,医院公益性缺失。

2 博弈模型的建立与分析

2.1 政府主管部门与公立医院之间的监管博弈模型

2.1.1 模型的建立与假设 (1) 政府主管部门有两种战略: 监督和不监督, 监督的成本为 C_1 , 概率为 n , 不监督成本为 0。(2) 公立医院有两种战略: 从事营利性事业和公益性服务。从事营利性事业即选择以获利为目的; 从事公益性经营, 以患者为中心, 切实履行公立医院本质属性。医院追求医院公益性最大化获得的声誉得益 W_1 , 概率为 m ; 选择从事营利性经营, 其获得的收益 R 。(3) 当政府主管部门进行监督时, 若医院从事公益性经营, 将得到政府主管部门的财政补贴与奖励 F ; 若医院从事营利性经营, 将受到惩罚 E , 惩罚归政府主管部门, 对医院自身声誉影响损失 W_1 (假设医院选择公益性服务获得的声誉得益等于营利性经营的声誉损失)。如果政府主管部门不进行监督, 便不会产生补贴、奖励或者惩罚。(4) 若政府主管部门不履行监管职能, 使得医院有机会向患者收取高额费用或是提供过度医疗服务, 从而引发一系列严重的社会问题, 造成社会损失 C_2 , 政府主管部门声誉损失 W_2 ^[6], 博弈模型见表 1。

表 1 政府主管部门与公立医院的博弈矩阵

公立医院	政府主管部门	
	监督(n)	不监督($1-n$)
公益性(m)	$W_1 + F, -C_1 - F$	$W_1, 0$
营利性($1-m$)	$R - E - W_1, -C_1 + E$	$R - W_1, -C_2 - W_2$

该博弈没有纯策略纳什均衡, 是混合策略博弈。给定政府主管部门监督, 公立医院选择公益性; 给定医院公益性, 政府主管部门不监督; 给定政府部门不监督, 公立医院选择营利性; 公立医院选择营利性, 政府部门选择监督。设公立医院选择公益性经营的概率为 m , 政府实行监管概率为 n , 在给定博弈双方的选择概率下, 公立医院与政府主管部门的收益矩阵分别为:

$$A = \begin{bmatrix} W_1 + F & W_1 \\ R - E - W_1 & -R + W_1 \end{bmatrix}$$

$$B = \begin{bmatrix} -C_1 - F & 0 \\ -C_1 + E & -C_2 - W_2 \end{bmatrix}$$

公立医院的预期收益函数为:

$$U_1 = (m, 1-m) \begin{bmatrix} W_1 + F & W_1 \\ R - E - W_1 & -C_1 + E \end{bmatrix} \begin{pmatrix} n \\ 1-n \end{pmatrix}$$

$$= m[n(W_1 + F) + (1-n)W_1] + (1-m)[n(R - E - W_1) + (1-n)(R - W_1)],$$

对 U_1 求 m 偏导:

$$\frac{\partial U_1}{\partial m} = n(W_1 + F) + (1-n)W_1 - n(R - E - W_1) - (1-n)$$

$$(R - W_1) = 0$$

$$\text{解得: } n^* = (R - 2W_1) / (E + F).$$

同理, 政府主管部门的预期收益函数为:

$$U_2 = (m, 1-m) \begin{bmatrix} -C_1 - F & 0 \\ -C_1 + E & -C_2 - W_2 \end{bmatrix} \begin{pmatrix} n \\ 1-n \end{pmatrix}$$

$$= n[m(-C_1 - F) + (1-m)(-C_1 + E)] + (1-n)[(1-m)(-C_2 - W_2)],$$

对 U_2 求 n 偏导:

$$\frac{\partial U_2}{\partial n} = m(-C_1 - F) + (1-m)(-C_1 + E) - (1-m)(-C_2$$

$$- W_2) = 0$$

解得:

$$m^* = (-C_1 + C_2 + W_2 + E) / (C_2 + E + F + W_2)$$

$$= 1 - (C_1 + F) / (C_2 + E + F + W_2).$$

因此, 该模型的混合策略纳什均衡是, $m^* = 1 - (C_1 + F) / (C_2 + E + F + W_2)$,

$$n^* = (R - 2W_1) / (E + F).$$

2.1.2 结果分析 通过上述分析可以得出: 此次博弈的混合策略纳什均衡与公立医院从事营利性活动的收益 R , 从事营利性经营受到惩罚 E , 追求公益性获得声誉收益 W_1 , 政府主管部门的财政补贴与奖励 F , 监督成本 C_1 , 产生的社会成本为 C_2 , 以及政府声誉损失 W_2 有关。(1) 对于均衡 $n^* = (R - 2W_1) / (E + F)$ 分析。当 R 增大时, n^* 增大, 表明当公立医院从事营利性活动收益增加时, 会有更多医院选择营利性经营, 此时政府主管部门对其进行监管的概率增大, 以促使医院回归公益性。当 W_1 增大时, n^* 减小, 表示公立医院追求公益性时获得的声誉收益越大, 政府主管部门监管的概率越小。这是因为当整个社会的道德水平提高时, 公立医院自觉按照医疗规范的要求经营, 一定程度上降低了政府主管部门对其监管的力度。当医院从事营利性经营受到惩罚 E 增加时, 医院必然会选择减少营利性活动, 主动采取公益性服务, 政府主管部门的监督概率 n^* 会随之减少。当政府对于实行公益性活动的医院财政补贴与奖励 F 增加, 医院获得财政支持或是社会各界的肯定, 更主动采取公益性经营, 同时, 政府主管部门成本增加, 都导致监督力度下降, 即 n^* 减小。(2) 对于均衡 $m^* = 1 - (C_1 + F) / (C_2 + E + F + W_2)$ 分析。 m^* 与 C_1 是负相关关系, 若政府主管部门对公立医院进行监管成本 C_1 越高, 必然会降低监管力度, 从而使得医疗机构有机可乘, 从事营利性活动, 导致 m^* 的降低, 公立医院公益性缺失。当医院从事营利性经营受到惩罚 E 增加时, 表现为医院从事营利性活动的成本增加, 从而使医院选择增加公益性服务, 公益性服务概率 m^* 上升。 C_2 与 W_2 是当公立医院偏离公益性时导致的社会问题时, 政府投入治理的成本并因此所示的声誉, 其变化显然与 m^* 的变化同向。

2.2 公立医院与患者之间的静态博弈模型 患者与公立医院之间本质上是一种对医疗服务的交易关系, 表现为医院提供有形的医疗产品和无形的医疗服务, 患者为此支付货币^[7]。

2.2.1 模型的建立与假设 (1) 若患者在生病时, 接受医院治疗, 身体康复获得收益为 G , 因无力承担医疗费用拒绝治疗病情恶化损失 $-G$, 接受治疗概率 p 。(2) 若公立医院从事公益性经营, 且患者接受治疗, 医院收益 A_1 ; 若公立医院从事营利性

活动,患者接受治疗需额外支付 H ,医院收益 $A_2, A_2 > A_1$ 。患者不接受治疗时,无论从事何种经营方式,医院收益都为 0,从事公益性活动的概率为 q 。(3)存在卫生主管部门对公立医院监督,对实行经营性的公立医院予以惩罚 $C, C > 0$ 。(4)假定医患博弈双方信息是完全的,博弈双方行为是同时进行的,博弈模型见表 2。

表 2 公立医院与患者的博弈矩阵

患者	公立医院	
	公益性(q)	营利性($1-q$)
就医(p)	G, A_1	$G-H, A_2-C$
不就医($1-p$)	$-G, 0$	$-G, -C$

一般情况下,笔者认为:当患者就医时,医院更愿从事经营性活动,如大处方、大检查等,显然 $A_2 - C > A_1$ 。当 $2G \geq H$ 时, $(G-H, A_2-C)$ 即(就医, 营利性)为纯策略纳什均衡,因为对于患者来说,无论医院是从事营利性还是公益性的活动,当患病时,治病恢复健康获得的收益比不接受治疗致使病情恶化要好;同时,对于公立医院,在患者选择就医时,从事营利性经营收益更大。

当 $2G < H$ 时,医院与患者博弈双方之间不存在纯策略纳什均衡,而是一个完全信息下的混合策略纳什均衡。在给定博弈双方的选择概率下,患者与公立医院的总收益是自身选择概率的函数,分别为:

公立医院: $T_1 = qpA_1 + (1-q)[p(A_2 - C) - (1-p)C]$

患者: $T_2 = p[qG + (1-q)(G - H)] + (1-p)[-qG - (1-q)G]$

患者总收益 T_2 越大越好,故患者的反应函数为:

$$P = f_2(q) = \begin{cases} 0 & \text{当 } q < (H-2G)/H \\ [0, 1] & \text{当 } q = (H-2G)/H \\ 1 & \text{当 } q > (H-2G)/H \end{cases}$$

同时,公立医院的反应函数为:

$$P = f_1(p) = \begin{cases} 1 & \text{当 } p < C/(A_2 - A_1) \\ [0, 1] & \text{当 } p = C/(A_2 - A_1) \\ 0 & \text{当 } p > C/(A_2 - A_1) \end{cases}$$

据此,可作出公立医院与患者博弈双方的反应曲线,以 p 为横轴, q 为纵轴的直角坐标系中,两条反应曲线的交点 NE 为纳什均衡点,见图 1。此时 $p^* = C/(A_2 - A_1)$, $q^* = (H - 2G)/H$,即患者以 $C/(A_2 - A_1)$ 概率选择就医,公立医院以 $(H - 2G)/H$ 概率进行公益性活动。

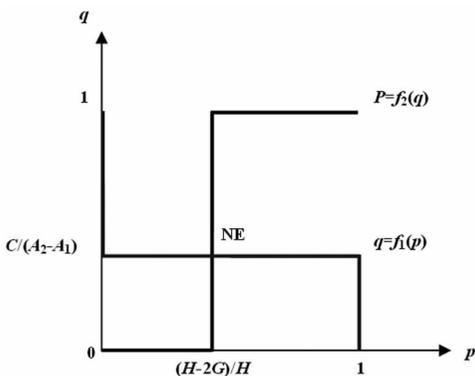


图 1 公立医院与患者的混合策略纳什均衡图

2.2.2 结果分析 通过上述分析可以得出:此时的混合策

略纳什均衡与患者接受治疗获得康复收益 G ,公立医院从事公益性经营医院收益 A_1 ,公立医院从事营利性活动,患者接受治疗需额外支付 H 、医院收益 A_2 ,卫生主管部门对实行经营性的公立医院予以惩罚 C 有关。(1)对于均解 $p^* = C/(A_2 - A_1)$:当惩罚 C 越大, p^* 越大,说明当主管部门监管力度加大,公立医院会更倾向于公益性活动,患者愿意接受合理医疗价格的治疗。若 $(A_2 - A_1)$ 越大, p^* 减小,这是因为公立医院营利性与非营利性活动收益差额越大,即医院营利性活动收益增加,医院越愿意从事营利性活动,患者宁愿选择放弃治疗。(2)对于均解 $q^* = (H - 2G)/H = 1 - 2G/H$:患者接受治疗额外支付 H 与 q^* 反向变化,表示患者随着额外支出增加,不愿接受治疗,此时医院职能选择公益性活动。患者接受治疗健康收益与 q^* 成反比,表示患者更愿意接受治疗获得康复,此时医院便乘机从事营利性活动。

综上所述,当前多数公立医院仍实行管办合一治理模式,内部机制僵化,医院效益较低。当政府投入不足时,医院不得不选择从事营利性活动以获得额外收益维持医院的正常活动。加之政府部门对医院的监管强度又受制于监管成本,导致政府监督不到位,奖惩不明确,对公立医院不能起到很好的激励和约束作用。同时,由于医疗行业的特殊性,院务信息没有完全公开,医患双方信息不对称,患者盲目相信医生,医院又以诊疗人次、手术人次等为主要绩效指标考核医生,促使大处方、大检查现象频发,公立医院公益性缺失。除此之外,公立医院从事公益性活动获得的声誉得益和政府监管失职受到的声誉损失大小也影响着公立医院的公益性回归。

3 新形势下公立医院回归公益性的政策建议

政府与公立医院博弈、公立医院与患者间博弈说明了我国公立医院公益性缺失的原因。因此,推进公立医院回归公益性改革应从三方博弈主体入手,针对不同主体提出改革建议,最终推动改革成功。

3.1 加大卫生政府部门对公立医院的卫生投入 政府部门对公立医院的投入不足是公益性缺失的根本原因,政府投入不足直接导致公立医院为了维持自身生存与发展,医院采取营利性经营方式,大处方、大检查、过度医疗等问题屡禁不止,游走于医院公益性本质的边缘。因此,各级政府在推进公立医院改革过程中确保对公立医院财政支持力度,尤其是在药品零差率改革环境下,政府卫生投入更需做到实处,建立专项的补偿资金,完善公立医院补偿机制。

3.2 加强政府主管部门的监管力度,做到奖惩严明 通过上述博弈结果的分析发现,政府主管部门对于营利性医院监管并处以惩罚,对从事公益性活动的公立医院给以补贴和奖励都一定程度上降低了公立医院逐利行为的出现。因此,政府主管部门首先应加强对公立医院的监管,可以通过成立医院监督管理委员会、医学会、预防医学会等第三方力量对医院经营活动进行监督实现;其次对于监督结果应予以公开,对营利性还是公益性的医院分别予以惩罚或奖励,真正起到激励、约束作用。

3.3 医院内部建立科学的薪酬制度 当前的医务人员薪酬制度单纯以绩效说明服务质量、服务效果等,没有真正发挥医务人员的价值。应当建立以职业声誉为基础的薪酬机制,将医生的声誉和与其长期收益联系在一起,通过医生与患者间的重复博弈实现医院的公益性回归^[8]。同时,切实保证医务人员收入,落实以医疗服务价格与政府财政补贴(下转第 4464 页)

spiratory events in the postanesthetic care unit[J]. Anesthesiology, 1994, 81(10): 553-561.

- [3] American Association for Respiratory Care. AARC clinical practice guidelines. endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010[J]. Respir Care, 2010, 55(6): 758-764.
- [4] 殷小容, 刘娟, 李莉莎, 等. 麻醉苏醒期高血压患者的临床观察及护理[J]. 华西医学, 2013, 28(5): 780-781.
- [5] 张斌, 邓立琴, 孙春梅, 等. 麻醉恢复室常见全麻后并发症及处理[J]. 宁夏医科大学学报, 2010, 32(6): 717-719.
- [6] Abdulatif M, Ahmed A, Mukhtar A, et al. The effect of Magnesium sulphate infusion on the incidence and severity of emergence agitation in children undergoing adenotonsillectomy using sevoflurane anaesthesia[J]. Anaesthesia, 2013, 68(10): 1045-1052.
- [7] Dahmani S, Stany I, Brasher C, et al. Pharmacological prevention of sevoflurane and desflurane related emergence agitation in children: a meta-analysis of published studies [J]. Br J Anaesth, 2010, 104(2): 216-223.
- [8] Minville V, Fourcade O, Girolami JP, et al. Opioid-induced hyperalgesia in a mice model of orthopaedic pain: preventive effect of ketamine[J]. Br J Anaesth, 2010, 104(2): 231-238.
- [9] Munk L, Andersen LP, Gagenur I. Emergence delirium

[J]. J Perioper Pract, 2013, 23(11): 251-254.

- [10] 周红平. 全身麻醉下手术病人护理相关并发症及预防[J]. 护理研究, 2011, 25(21): 1936-1937.
- [11] 罗富琼, 罗红玉. 腹腔镜胆囊切除术后恶心呕吐的原因及护理[J]. 现代医药卫生, 2008, 24(1): 74-75.
- [12] 周巧, 徐康清, 陈慕瑶, 等. PACU 老年病人全麻苏醒延迟原因及护理[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2008, 29(2): 130-131.
- [13] 薛庆华, 刘功俭, 吕建农. 麻醉苏醒期高血压的常见原因和处理[J]. 徐州医学院学报, 1999, 19(3): 29-30.
- [14] 童珊珊, 李军, 彭春玲, 等. 麻醉恢复室的成年患者全麻苏醒期躁动危险因素分析[J]. 重庆医学, 2015, 44(10): 1340-1342.
- [15] Ulltang M, Vivanti AP, Murray E. Malnutrition prevalence in a medical assessment and planning unit and its association with hospital readmission [J]. Aust Health Rev, 2013, 37(5): 636-641.
- [16] Singh R, Kharbanda M, Sood N, et al. Comparative evaluation of incidence of emergence agitation and post-operative recovery profile in paediatric patients after isoflurane, sevoflurane and desflurane anaesthesia[J]. Indian J Anaesth, 2012, 56(2): 156-161.

(收稿日期: 2016-03-22 修回日期: 2016-07-11)

(上接第 4454 页)

的投入填补药物服务价格, 切实降低药品价格, 为患者提供良好的就医环境。

3.4 加强医院内部监督建设 博弈模型分析政府主管部门的监管成本越高, 监管力度越低, 从而导致医院的营利性经营。因此, 要实现政府主管部门的有效监督并降低监督成本, 落实公立医院的内部监督是重要手段。强化医院内部监管, 首先在医院内部设立相关审计部门, 同时设立和完善监事会机构, 最后健全并落实职代会制度, 加强医务人员对医院内部权力运行的监督。

3.5 建立完善的院务信息公开系统 对于上述博弈模型分析时, 假设患者与医院间信息是完全的。但在当前, 医院信息是不完全公开的, 政府主管部门与患者对于医院的经营状况不能第一时间获悉, 医院可以利用此优势, 躲避政府监督, 获得额外收益。同时, 对于患者, 医务人员利用信息之便, 开大处方、大检查, 对患者造成不利影响。因此, 当务之急需建立起完善的信息公开制度, 是患者根据医院提供的信息, 有选择的就医, 促使医院之间形成良好的竞争机制, 从而促进医院发展。

3.6 鼓励社会机构和新闻媒体的监督 由于公立医院实行公益性活动获得的声誉与政府部门监督成反向变化关系。因此, 在医院实行公益性活动且政府降低监管力度时, 更需要利用与医院与政府无关的第三方社会组织和新闻媒体的力量, 宣扬已采取公益性服务的医院, 提高该医院的知名度与声誉, 形成良好的示范作用。但同时对于营利性医院, 要勇于曝光其违规行为, 促使政府部门加强监管, 实现公益性回归。

参考文献

- [1] 熊季霞, 陆荣强, 吕艳霞, 等. 基于公益性的公立医院理事会型治理模式的构建[J]. 医学与哲学, 2014, 35(1): 70-73.
- [2] Mitchell A. Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts[J]. Acad Manag Revi, 1997, 22(4): 853-886.
- [3] 吴昊, 张宗益, 张宏雁, 等. 公立医院治理体系中利益相关者的界定及其行为模式分析[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(7): 486-488.
- [4] 刘丽英, 陈晶. 公立医院公益性的回归[J]. 中国卫生经济, 2015, 34(3): 47-49.
- [5] 刘向莉, 李静. 对公立医院公益性回归的思考[J]. 重庆医学, 2012, 41(17): 1775-1776.
- [6] 钟爽, 于保荣. 公立医院公益性问题的博弈模型分析[J]. 卫生经济研究, 2008(6): 21-23.
- [7] 熊季霞, 周敏. 对公立医院的公益性及其评价指标的认知分析——基于医患双方的问卷调查[J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(3): 171-173, 218.
- [8] 高山, 石建伟. 基于动态博弈模型的我国公立医院寻租行为治理研究[J]. 扬州大学学报(人文社会科学版), 2013, 17(6): 34-38, 45.

(收稿日期: 2015-12-07 修回日期: 2016-06-20)