

doi: 10.19920/j.cnki.jmsc.2022.07.002

# 非正式领导会影响医院服务质量吗?<sup>①</sup>

## ——任务依赖性与过度组织信任的调节式中介模型

罗家德<sup>1</sup>, 张雅娟<sup>2\*</sup>, 高 馨<sup>1</sup>, 郭孟伦<sup>3</sup>

(1. 清华大学社会学系, 北京 100084; 2. 清华大学药学院, 北京 100084;  
3. 台湾清华大学科技管理学院服务科学研究所, 中国台湾 30013)

**摘要:** 医患双方对医疗服务质量的认知落差是导致医患矛盾的原因之一。据此, 本文从社会网络视角出发, 探讨我国医疗制度改革情境中非正式领导对医患服务质量认知落差的作用机制, 并发现过度组织信任作为中介机制、任务依赖性作为调节机制影响二者(非正式领导和医患服务质量认知落差)的关系。本文以问卷调查和整体网分析方法, 经过收集并分析 B 市两家医院的临床医护人员与患者资料, 证明了上述假设, 为推行新医改的必要性提供了更多科学依据。本文建议未来医院管理要更加分权化, 以减少医护人员对组织的过度信任, 并在降低任务依赖性的调节作用下, 缩小医患服务质量认知落差, 从而为医患之间建立互动关系创造条件。同时, 本文就医院中具有较高任务依赖性岗位的管理举措给出相应建议。

**关键词:** 组织理论; 非正式领导; 社会网分析; 服务质量认知落差; 医疗改革

**中图分类号:** C933; C936 **文献标识码:** A **文章编号:** 1007-9807(2022)07-0012-17

## 0 引 言

近年来, 医患纠纷出现反弹, 医患矛盾尖锐仍然是社会焦点问题<sup>[1]</sup>。其中不乏涉及医疗费用、技术应用、资源分配等宏观制度层面的因素, 但同时也有来自医院服务质量、医患心理或认知层面的原因, 如本文关注的医患之间对医院整体评价中的医疗服务质量的认知落差(以下简称医患认知落差)。基于利害关系人(stake holders)视角, 医患认知落差是衡量医患矛盾的重要指标, 直接影响对医疗品质的评价, 而新医改相关政策有望通过改革医疗机构的管理制度来缩减医患认知落差, 如建立有效的竞争与激励机制, 提高患者对医疗服务的满意度在绩效评价标准中的比重<sup>[2]</sup>。

已有研究指出, 医患认知落差除了影响患者对医疗质量的满意程度、服务忠诚度<sup>[3, 4]</sup>外, 同时

也影响医护人员的服务传递(service delivery)<sup>[5]</sup>。其中, 可触及性(accessibility)、沟通、安全性、竞争程度、高绩效工作环境等是影响医疗服务质量的因素<sup>[5-7]</sup>。然而, 这些研究主要从患者视角来探究影响服务质量的因素, 却鲜少从组织结构的角度出发来讨论医患认知落差<sup>[6, 8, 9]</sup>。医院的组织结构直接影响临床医护人员的工作流程与服务传递效率, 设计良好的组织结构可以带来高效、弹性且权责分明的服务系统, 相反, 设计不良的组织架构会导致临床医护人员较低的工作投入度和工作满意度, 从而降低服务质量和患者满意度。

因此, 本文主要探究新医改推行后, 医院组织形式从原有“科主任负责制”下的树状层级结构演化为“主治医师负责制(attending physician)”下的多中心网络组织结构, 是否在一定程度上缓解了基于医患认知落差而产生的医患矛盾, 即尝试

① 收稿日期: 2020-07-05; 修订日期: 2021-05-15。

基金项目: 清华大学社会网络研究中心以及清华大学校内自主科研资助项目(2016THZWYY03); 腾讯社会研究中心研究资助项目(20162001703)。

通讯作者: 张雅娟(1978—), 女, 浙江桐庐人, 博士, 教育职员。Email: zhangyajuan@tsinghua.edu.cn

从组织网络结构的角度来探究新医改对于解决医患纠纷问题的有效性。

中国既有医疗体系仿效苏联的科层体制(bureaucracy)建立,即以“科主任负责制”为主。在这种制度下,科室主任需要监管和负责多层级医生(主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师)的服务质量,虽然形成科室主任与各级医师之间的互补效应,但却带来权责不清、工作效率低、悬置经验丰富的主治医师等问题。不仅如此,从个体认知负荷和组织结构的角度的分析,这种制度令科室主任的权责负担过大,除可能促使其过劳与情绪耗竭外<sup>[10]</sup>,权力过分集中也使得医护人员过于关注与科室主任的关系,而忽视与病人之间营造友善关系。因此,在制度与组织结构的相互作用下,医患关系的形成、非科室主任医生之间非正式关系的建立都受到影响,进而加大了医患间的心理距离,加剧了医患认知落差。

新医改大力推动医院组织结构向主诊医师负责制方向迈进,希望以适度分权来明确不同职称医生的权责、简化医院组织层级,并积极鼓励医疗服务要“以患者为中心”。与传统科主任负责制不同,在主诊医师负责制下,主诊医师需要全程、全权负责患者的治疗并承担可能发生的医疗纠纷风险,对他们的绩效评定纳入患者对服务质量的评价和反馈。这种弹性组织架构和以患者服务质量感知为要素的绩效导向,有利于医生与患者建立较亲近的关系。

在这种制度下,医院组织内的权力与结构关系亦从过去由职务赋予的正式领导力为主导的层层节制的树状网络,逐渐转变为有多中心的非正式领导的网状网络为主导。相对过去的科主任负责制,主诊医师负责制从制度上鼓励了组织结构中非正式领导的形成。不同于正式领导力来自于组织规则或程序等所代表的正式的权威(formal authority),非正式领导(informal leadership)源于信任、互惠关系。这是一种更加分权(decentralization)化的权力结构,科室主任的单一权力中心被分散到主诊医师等多主体,避免组织内部的权力只集中在少数特定人员身上而形成“只唯上,不看下”现象。而非正式领导数量可以用来刻画这种多中心网络组织权力分散、信息共享的程度。

本文的主要研究问题首先是多中心网络结构

下所产生的非正式领导数量是否能够降低医患认知落差。其次,医患认知落差与医生对于组织的信任程度同样有关,组织结构的变化会带来信任的变化,而过度组织信任会让医护人员盲目地高估医院整体的表现,因此与患者的感知不尽相同,组织信任是考察非正式领导数量对医患认知落差影响的中介变量。再次,不同的工作内容对于权力分散的要求也不相同,因此将任务依赖性作为调节变量,主要为了探究不同的工作情境对于分权效果的影响。

分析结果为:非正式领导可以降低医患认知落差,并且组织信任作为完全中介机制影响二者的关系,过度组织信任会带来更大的医患认知落差。任务依赖性作为调节机制,在低依赖性的工作岗位上,非正式领导对降低医患认知落差的效果较为显著(如图1)。本文证实了更加分权的组织结构会增加非正式领导数量,减少过度的组织信任,从而降低医患认知落差,支持了目前新医改的方向。

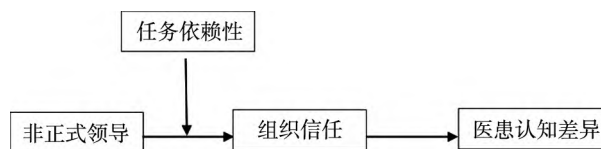


图1 研究假设图

Fig.1 Research hypothesis figure

本文可能的理论贡献主要表现在:

首先,本研究采用利害关系人的视角,同时考虑患者和医护人员来衡量和讨论医患认知落差及其形成原因。将组织管理与消费者行为结合,提供了同时从医患双方出发来探讨服务质量的研究视角。

其次,本研究得到非正式领导数量与过度组织信任、医患认知落差的负向关系,揭示了分权式的组织结构更易避免过高的组织信任对医患认知落差的影响,实证了新医改所推行的“主诊医师负责制”方向将有助于减少医患认知落差。尽管本研究基于本土情境,但就制度转变带来组织结构变化的分析框架以及非正式领导在医疗服务中的理论实证分析来说,对于发展领导理论具有积极贡献。既往关于非正式领导的研究多停留于概念层次,只有极少的定量研究建构并解释了非正式领导在组织中的作用。本研究率先计算和验证了

非正式领导数量在专业型服务组织的影响效果,并发掘了过度组织信任以及任务依赖性中介与干扰变量对于开展专业型组织服务研究具有一定贡献。

最后,本研究假设并证实了过高的组织信任会增加医患认知落差,且在低任务依赖性的条件下,增加组织结构的分权性对降低组织过度信任和医患认知落差上会更有帮助。也就是说,本文不再囿于探讨组织信任的积极效果,以此回应过去学者对于过度信任的危害的呼吁<sup>[11,12]</sup>。

## 1 文献探讨与研究假设

### 1.1 服务质量理论与医患服务质量认知差距

服务质量(service quality)是服务管理与营销领域所关注的重要问题<sup>[5,13,14]</sup>。其中,服务差距模型(gap model)是衡量服务提供者、消费者预期与感知差距对于服务质量的影响的重要工具,广泛应用在公共服务<sup>[14]</sup>、网络服务<sup>[15]</sup>、自助服务<sup>[16]</sup>等领域。

在医疗服务管理的相关研究中,许多学者参照了Parasuraman等<sup>[5,16]</sup>的原始量表来测量医疗服务(medical service)或医疗保健服务(healthcare service)的质量,包含:可触性(tangibles)、可信赖性(reliability)、回应性(responsiveness)、确保性(assurance)、同理性(empathy)等五项<sup>[7-9,17,18]</sup>。也有一些研究自行开发特别的子类别进行测量<sup>[17,19]</sup>。

对于医疗服务质量的认知差异,有一些基于多方利害关系人视角的研究,分别关注病人、医疗人员、管理者<sup>[20,21]</sup>,包括政策制定者、纳税人、社区、当地政府等<sup>[22-24]</sup>,但这些研究大多停留在对医疗服务质量的定义和影响定性分析上。蔡文正等人<sup>[9]</sup>根据服务质量和重要性-绩效分析法(importance-performance analysis)探讨了基层医生与患者之间的认知落差,发现绝大多数的医生高估了患者的满意度,且低估了“用药解说”、“候诊时间”对于患者满意度感知的重要性。Isik等人<sup>[8]</sup>也发现患者的服务期待皆大于服务感受。这些研究揭示了不同利害关系人对服务质量认知落差的存在,但已有的医疗服务质量的量表存在测量的题

数较多(约40题~50题)、施测不易、结合服务提供者和消费者观点困难等问题<sup>[16]</sup>。

现有关于医患认知落差影响因素的研究主要有两个视角,一是探讨哪些因素影响“消费者服务预期(service expectation)”,从而造成认知落差的视角,另一个则从服务方、消费者、市场环境等多方面进行探究。Chang等<sup>[25]</sup>发现了基于人际关系的服务接触(interpersonal-based service encounter),具体包括专业人员、整体行政人员与环境空间因素对服务质量评价的影响。Scotti等<sup>[7]</sup>的研究则发现高绩效工作环境与顾客导向可以提升员工的服务质量认知,进而提升消费者的服务质量认知。Makarem和Al-Amin<sup>[6]</sup>从组织或市场角度来探讨影响服务质量的因素,发现了医疗机构的竞争程度、医院专业化等组织因素会影响服务流程的质量,同时影响患者对服务表现的评价。

综上,过去研究较少探讨哪些组织因素(尤其是领导因素)会直接或间接影响医患认知落差。本研究基于中国新医改情境,从社会网视角出发,试图了解医院组织中分权带来的社会网多中心化,亦即出现多位非正式领导,如何影响医患认知落差的机制。此处非正式领导指涉的是,相对于科主任负责制下权力容易集中于科室主任等正式领导手上,主治医师负责制让一些深受病患信赖的医生有较高的收入和评价,以及较多机会组织其他医护人员负责复杂案例,从而构建出他/她的影响力,在正式领导之外建立较紧密的医护间人际关系,成为非正式领导的主要来源。

### 1.2 非正式领导与医患认知落差

传统领导力理论大多强调组织赋予领导者的地位(status)与权力(power)。正式领导力指领导者的来自组织权力结构的领导力(authority),是一种自上而下的、垂直的领导力。然而,随着组织功能日益复杂,结构日渐扁平化,权力可能逐渐分布在组织内部的成员之间,并对员工的态度和表现产生影响,因此近期对于领导力的关注焦点从领导者转变到了跟随者(follower)<sup>[26]</sup>。

近年来,亦有越来越多相关研究指出非正式领导对组织管理的积极作用。非正式领导(informal leadership)是指在组织的工作环境中,在人际互动、交往、建立信任的过程中所形成的一种来自于非正式权力的领导力量,不以权威而以

个人的影响力对员工、决策或组织本身产生影响。非正式领导可以提高个体和团队表现<sup>[27]</sup>、个体创造力<sup>[28]</sup>、任务准确度,并带来组织稳定的生产效率<sup>[29]</sup>等。此外,尽管非正式领导研究主要注重领导力在互动过程中的形成及对生产效率的影响,研究却也指明非正式领导与正式领导其实存在着互补性<sup>[30]</sup>。

在针对医院情境的非正式领导研究中,Heard等人<sup>[31]</sup>使用质性研究的方法来探究医疗机构中的非正式领导和部门结构,得到非正式领导可以带来更多创新的结论,但在其关于非正式领导的评价中,指认谁是非正式领导的方式较为粗糙;Lawson<sup>[32,33]</sup>则是从领导力影响患者满意度的角度来分析,其结论为非正式领导对于患者满意度没有影响。

在医院的组织结构中,如果采取层级式结构,则临床医护人员之间的互动主要是所有医生与科室主任之间的互动而非普通医生之间的互动,那么信息的获取来自于正式领导这一单一来源。相反,分权化的组织中,医护人员之间会更多水平式的互动,由于阶层分化较不明显,有利于医护人员之间形成较亲密的关系。医生们亦可以从主要关注维护与科室主任的关系转为关注发展与患者及其他医生的关系,因此,医生和患者均可以从不同的渠道(科室主任、其他医生、护士)得到信息,从而降低由于信息不对称和亲密关系缺失所导致的医患认知落差。根据以上推论,提出假设:

**H1** 非正式领导数量负向影响医患认知落差,当非正式领导数量越多,医患认知落差越小。

### 1.3 组织信任的中介效果

组织信任是指员工对于组织内部的人际关系以及组织本身的整体认知和信赖程度<sup>[34]</sup>。组织信任可以在很大程度上降低员工感知的风险与不确定性<sup>[35]</sup>,同时还可以提供团队的学习效率、为员工带来信心<sup>[36,37]</sup>、提高企业的生存率<sup>[38]</sup>,为员工个人和组织经营带来正面效用<sup>[39-42]</sup>,对于人际关系和谐有着决定性作用。

然而,过度的组织信任也可能给组织带来危害。从信任机制的理论层次来看,由于信任会降低监控与警戒(monitoring and vigilance),因此过度的信任可能会带来组织成员盲目相信、自满或承担不需要的义务、降低团队绩效或公司创新获益等风险<sup>[10,43,44]</sup>。近来有研究指出当员工感到被信

任时,会增加员工维持声誉的负担,造成员工情绪耗竭从而降低绩效<sup>[45]</sup>。

综上,本文认为过度的组织信任会降低员工接受绩效管理的意愿,并且会降低服务质量管理的警戒,陷在医院同事彼此相同的信息圈中,忽视圈外不同的声音,进而在提供医疗服务时忽略患者的需求。此外,过度信任会带来过于自满的态度,医生盲目相信组织所提供的信息而形成闭塞,进一步增大了医患之间的认知落差。据此提出假设:

**H2(a)** 过度组织信任会提高医患认知落差,组织信任过高,医患间的服务认知落差将增大。

已有研究指出组织中非正式领导力产生的条件区别于正式领导,包括非正式领导所具有的特质、行为以及其他组织层面的因素<sup>[46]</sup>,因此,非正式领导对员工行为、态度、团队结果会产生不同的影响。一般来说,团队中的非正式领导具有管理关系的特殊技能<sup>[47]</sup>,以维持其自身在团队中非正式授权的地位<sup>[48]</sup>,他们往往会更多地给予员工工作上的建议和帮助,建立与其他员工之间的信任,甚至可以同时连接团队内互不信任的员工<sup>[49]</sup>,由此产生了一种权力分散的多中心的信任网络。

网络结构的变化会影响团队成员的行为,进而产生对更大范围的团队行为以及文化的影响<sup>[50]</sup>,因此最终会使团队中的信任发生变化。中国的人际关系网络特质是以个人为中心的差序格局网<sup>[51]</sup>,在企业之中就会形成一个一个关系圈子<sup>[52]</sup>,并且中国人基于特殊人际关系产生的特殊信任会深切影响到他/她对整个组织的一般信任<sup>[53]</sup>,所以在以正式领导为核心的关系圈子中,基于和领导的人际信任会影响不同圈层员工的组织信任,核心成员组织信任会高于圈内的其他成员,而圈内人又会高于圈外人<sup>[54]</sup>。非正式领导的圈子常常由一些圈外人组成,这类圈子多,势必会削弱总体的组织信任,如果非正式领导和正式领导有冲突,其带来的削弱效果会更大。

主诊医师负责制促使较多的非正式领导出现,进而产生多中心网络,如果分散的圈子之间有非正式领导作为“桥”互相联系,则既保证了网络的异质性,同时把网络限制(constraint)控制在一定范围内<sup>[55]</sup>,而不会过度集中在正式领导的圈子内,也就不会转人际信任为组织信任,带来过高的

组织信任, Bencsik 等人<sup>[56]</sup>实证了高质量的专业知识的传播对于组织信任的建立以及绩效的积极影响。当组织成员之间存在异质、高效的信息流通, 组织内就容易形成既不会过低又不会过高的组织信任。主诊医师可以从同事以及病患那里获得更多信息, 有利于其客观评价自身服务质量, 进而缩小医患间的服务认知差距。因此非正式领导产生的网络结构的变化, 影响团队成员的组织信任程度, 最终将影响网络优势 (network benefit)<sup>[57]</sup>。

但在科主任负责制下, 几乎无法产生非正式领导力。这种制度安排作用于团队信任会产生两种结果: 一种是网络中只有权力关系而没有信任关系的存在, 因为科室主任主要靠正式领导力的权威保证工作进行, 他/她与普通医护人员或医护人员之间均缺少信任, 从而造成整个团队的低度信任。据上述 1.3 节的分析, 低度信任会造成医患认知落差过大; 另外一种结果如上所述, 员工集中在科室主任的圈子内而产生过高组织信任, 再加上树状的网络结构下信息来源单一同质, 团队医护人员“只看上, 不看下”, 虽然易形成共识, 但一致性过高同样会对团队产生负面影响<sup>[58, 59]</sup>, 进而强化过度的组织信任, 最终使组织成员处在一个封闭的“壳世界”中, 高估自身服务质量, 忽略病患需求, 造成较高的医患认知落差。

因此, 结合 1.2 节及以上分析, 非正式领导可以降低服务质量的认知落差, 但组织信任可能会中介这一效果。因此, 基于假设 H1 以及假设 H2 (a), 提出组织信任的中介效果:

**H2 (b)** 组织信任中介非正式领导数量与医患认知落差的关系。

#### 1.4 任务依赖性的调节作用

任务依赖性 (task interdependence) 是指工作内容需要组织成员互相依赖以完成工作的程度<sup>[60]</sup>。当任务依赖性高时, 团队成员需要互相沟通、协调、合作并有序完成工作任务; 任务依赖性低时则更偏向独立作业, 组织成员合作的必要性低。

Meier<sup>[61]</sup>对于四种医院组织的不同领导力的研究表明, 不同的场域下可能存在不同的领导力的嵌入方式, 并最终会产生不同的组织和个体表现。由于存在任务依赖性各不相同的科室, 因此产生了彼此相异的互动关系和网络结构<sup>[62-64]</sup>, 也有

一些研究探讨任务依赖性对于服务质量的影  
响<sup>[65]</sup>。Langfred<sup>[44]</sup>的研究指出, 在高度自主性 (autonomy) 的工作环境当中, 高度的组织信任可能会引发团队成员相互监控, 反而降低团队表现。顾远东<sup>[66]</sup>等探究了过度组织认同与情绪的关系对于创新的负向影响。Yong<sup>[67]</sup>则探究了任务依赖性在团队成员间社会交换对员工绩效影响中的调节作用。在医院情境下, 高任务依赖性意味着更复杂困难的治疗过程, 需要更多的团队合作并整合工作流程以保证病人治疗过程中的安全, 这就意味着信息、资源和材料必须有所流通和共享<sup>[68]</sup>, 因此限制了个人或小组的独立性。而对于医疗改革给服务质量带来的影响, 也应该基于不同任务依赖性的科室的不同任务情境进行评价。因此, 本文提出, 不仅组织信任中介非正式领导对服务质量认知落差的影响, 不同场域下, 任务依赖性也会对非正式领导与组织信任、组织信任与服务质量认知落差的关系产生影响。

结合社会信息加工理论 (social information processing theory), 个体所处的工作环境特征 (如: 任务依赖性) 会影响工作态度, 进而影响组织中的行为, 例如效率、满意度、绩效等<sup>[43, 65]</sup>。已有研究实证了领导力与任务依赖性的关系, 发现在低任务依赖性的环境下, 领导对于团队认同的正向效果更强<sup>[69]</sup>。因此, 任务依赖性会与领导力共同作用, 影响员工在工作环境中的态度与感知。

医院中不同科室人员各自的独立程度或依赖科室主任的程度并不相同。在某些高度依赖的任务环境中, 医护人员无法独立解决患者的问题, 团队需要整合信息、资源、材料等, 群策群力, 尤其需要科室主任的支持以形成较大团队去解决问题, 因此, 在主诊医师负责制这种权力分散的组织形式下, 非正式领导对于服务质量的影响也会较不明显。反之, 在那些低任务依赖的环境下, 医护人员之间不必要存在频繁互动和资源共享去解决实际医疗问题。这种情境下, 如果非正式领导程度高, 更多的医护人员小团队之间可以由非正式领导作为中介者产生信息的交流和传递, 可以显著地改善由于信息来源单一、交流不足而产生的医患认知落差。也就是说, 对于医疗改革的评价应该考虑不同的任务依赖性, 医疗改革对其服务质量的改善对于任务依赖性较低的科室更加明显。因

此,提出假设:

**H3(a)** 任务依赖性调节非正式领导对于医患认知落差的影响,任务依赖性越低,非正式领导与医患认知落差的负向关系越明显。

同样基于社会信息加工理论,可以推论,任务依赖性会调节非正式领导与过度组织信任的负向关系。当任务依赖性高时,医护人员与科室主任之间需要密切的交往和信息交互,非正式领导对于降低过度组织信任的作用较难展现出来。换言之,高依赖性下,非正式领导的圈子难于独立运作,仍需要与科室主任紧密联系,较难削弱由此而来的过度组织信任。而在低任务依赖性下,尤其是在医疗改革推行的主诊医师负责制之下,较多的非正式领导出现,易建立起多中心网络,不同小团体之间分散但存在重叠,可以避免一群人锁在信息“壳世界”中,增加对外界的感知。此时,非正式领导就可以更大程度地影响团队信任。因此,提出假设:

**H3(b)** 任务依赖性调节非正式领导数量对于组织信任的影响,任务依赖性越低,非正式领导与过度组织信任的负向关系越明显。

### 1.5 第一阶段被调节的中介作用( moderated mediation)

综上,假设一认为非正式领导会负向影响医患认知落差,假设二与假设三同时考虑过度组织信任与任务依赖性对于医患认知落差的影响。在上述理论假设基础上,本文提出第一阶段被调节的中介作用( first-stage moderated mediation),即在非正式领导对医患认知落差的负向作用中,组织信任对其具有中介效果,且该中介效果会在低任务依赖性时更加显著。

医院的非正式领导构成一种不被正式授权、去中心化的情境,相较于权力集中式( centralized)的组织而言,这种情境下医护人员会对组织产生较为适中的信任。尽管组织中的领导力因素(非正式领导)也会影响服务传递与服务表现,但医护人员对于组织的信任程度会更直接地影响医患认知落差。同时考虑中介模型与调节模型,则可以推论出,上述直接效果与间接效果会受到任务依赖性调节作用的影响,即原有的中介效果会在低任务依赖性的条件下更加显著。因而,提出假设:

**H4** 非正式领导数量对医患认知落差的影响,在任务依赖性低的情况下,过度组织信任对其

中介效果会增强,存在被调节的中介效果。

综合上述四个假设,过度组织信任会使医护人员易陷在医院内部的信息“壳世界”中,阻断其接触更广泛的信息来源,从而加大了医患之间对服务质量的认知落差。而非正式领导数量较多,则横向联系增加,扩大了信息来源,可以适度降低过度组织信任,从而减小医患的认知落差。工作依赖性程度则能调节其间的效果。

## 2 研究方法

### 2.1 研究情境与研究对象

本研究采用问卷调查法来同时获得 B 市两家综合性三级甲等医院医护人员与患者的资料,以避免共同方法变异( common method variance)的潜在偏误,更精准地衡量了医患认知落差。使用社会网络分析和回归分析来进行假设检验。这两所医院病床规模相当,医院甲主要采用传统的“科主任负责制”,但是近年来逐步改为“主诊医师负责制”;而医院乙则完全采用“主诊医师负责制”。两家医院都采取分科诊疗制度。为了准确比较两家医院,主要选取了二者共有的典型科室。本研究团队针对这些科室进行了 16 次调研,访谈了科室主任,并在科室主任的协助下收集了医护人员的问卷资料,按照医院科室自上而下层级,依次从科室主任到所有医生均需回答。对于患者的资料搜集,在一定的时间窗口下,类似于“出口民调”的方式,在患者看完病后对其进行访谈,从而避免随机抽样侵犯隐私、问卷回答率低、事后记忆不清等问题影响患者对医院的评价。

本研究共发放 762 份问卷,其中医护人员 652 份,患者 110 份。最终回收医护人员 424 份(甲 239 份、乙 185 份),患者 110 份(各 55 份),有效问卷回收率超过 70%。本研究的分析单位是医院中的医护人员,所以分析样本数为 424 份,患者的问卷中只问了他们对数项医院服务的评价,加总平均后,作为患者对医院的评价。医护人员被要求从患者角度作类似评价,两者都是他们心目中对整体医院的评价,以比较每一位医护人员对医院服务的认知与此一平均患者认知的落差。医患匹配后有 217 份医患服务质量认知落差为正,

其余为负.与已有的服务质量文献得到的结果一致<sup>[8]</sup>,由于本文主要探究医护人员对患者的较低评价无法感知的原因,因此分析时仅保留正值(医护人员高于患者评价).

医护人员平均年龄为 36.09 岁,以女性居多(75.4%).最高学历中,大学以下占 25.9%,大学(本科)占 36.9%,硕士及以上占 36.8%.婚姻状况中,未婚占 28.3%,已婚占 67.8%,离异和丧偶占 3.6%.

被调查患者的平均年龄为 50.22 岁,女性占 54.5%.教育程度中,大学以下占 69.4%,大学(本科)占 25.0%,研究生占 5.6%.

## 2.2 问卷设计与统计描述

医患服务质量认知落差:本研究基于既有医疗服务质量评价问卷<sup>[5,7-9,15,17-19]</sup>进行筛选和修改,主要针对“医护人员服务态度”、“医护服务诊疗流程”两个方面各四题来调查医护人员与患者之间对医院整体的服务质量感知程度,对患者直接询问其对于医院整体服务质量的感知,而对医护人员则以其主观经验判断患者所感知到的本院的服务质量<sup>②</sup>.两者的题目皆采取 Likert 七点量表,从非常不满意(1)到非常满意(7).本研究利用验证性因素分析分别探究患者及医护人员的服务质量,最终以四题表征“医护人员服务态度”,三题反映“医护服务诊疗流程”,且两个因子比起单一因子有更好的整体适配度.其中,患者评价的服务质量的组合信度(Composite Reliability, CR)分别为 0.91、0.90,平均变异抽取量(Average Variance Extracted, AVE)为 0.71、0.73,而医护人员评价的服务质量的组合信度分别为 0.91、0.92,平均变异抽取量为 0.71、0.73,显示双因子具有良好的信度与效度.基于此,分别以两家医院的医护人员对医院服务质量认知减去患者对医院整体服务质量的平均认知,得到医患服务质量认知落差.

组织信任:采用 Cummings 和 Bromiley<sup>[31]</sup>所开发的组织信任量表(Organizational Trust Inven-

tory, OTI),共 9 个题项<sup>③</sup>,采取 Likert 七点量表,从非常不同意(1)到非常同意(7), $CR=0.95$ , $AVE=0.70$ ,显示具有好的信效度<sup>④</sup>.

任务依赖性:任务依赖性采取 Hackman & Oldham<sup>[70]</sup>工作诊断调查问卷,以 Likert 七点量表计分,共三题.第一题为工作自主性(autonomy)<sup>⑤</sup>,后两题为工作依赖性(dependency)以及工作需要与他人合作的程度以表征依赖性<sup>⑥</sup>.任务依赖性得分越高,其工作任务内容越需要与其他同事合作.经验性因素分析, $CR=0.82$ , $AVE=0.70$ ,具有好的信效度.

非正式领导:主要来自在医院各科室内的人际互动,在测量上通常采取对偶关系的测量方法.过去的研究多依赖提名法、排序法、正式领导评价等方法<sup>[27,71]</sup>.然而,这些测量方法大多仅捕捉了个别员工的领导能力,却缺乏社会网的非正式领导概念.本文基于华人本土心理学中社会取向以及关系取向的民族志研究<sup>[72,73]</sup>,采用了发展员工职场关系的社会网络整体网模式的测量方法<sup>[54,74,75]</sup>.根据整体网分析方法<sup>[76]</sup>,从医院的人力资源部门获取每个科室的医护人员名单并做成整体网形式的量表以备勾选.主要调查医护人员的“朋友网(friendship network)”以及“咨询网(advice network)”来计算非正式领导数量.前者表示情感连结(expressive tie),而后者为工具性连结(instrumental tie)<sup>⑦</sup>.填答者需要在每个题目至少勾选三个人(或以上),不在网络名单内则手动填写该人员.最终形成各科室整体网后运用罗家德与博特等人提出的圈子算法<sup>[56,77]</sup>来计算和识别部门主管圈子外小团队中的非正式领导者,亦即非正式领导的数量是在科室主任之外该科室形成组件(component,衡量小圈子的方式)的数量,一个组件中心性(degree centrality)最高的人为该圈子的非正式领导,大多为医生.然后统计每个科室的非正式领导数量来代表其非正式领导力量的强度.

② 例如“医师耐心倾听病情”.

③ 例如“我们部门鼓励大家开放坦白”、“关于自己日常工作上的决策,我们部门的意见会被采纳参考”.

④ 服务质量(两因素)、组织信任、工作依赖性进行验证性因素分析得到 $\chi^2/df=6.71$ , $CFI=0.87$ ; $TLI=0.85$ ; $RMSEA=0.12$ ; $SRMR=0.06$ ,四因素的适配性指标比起其他组合皆更好.

⑤ 题为“我认为我所参与的工作都能从头到尾自己处理.”

⑥ 题目分别为“我工作成果的好坏在很大程度上依赖我与他人合作的能力”、“我的工作内容本质上有很大程度上需要与别人互动.”

⑦ 两者的范例诸如“在非上班时间内,您跟哪些人有社交活动(如逛街、KTV、运动等)”及“在工作上遭遇困难时,你会请教哪些同事?”.

控制变量:包括性别、年龄、教育、医院、同时控制科室人数排除其对非正式领导数量可能产生的影响。

### 3 研究发现

#### 3.1 描述性统计

平均数、标准差与相关系数如表1所示,医患服务认知落差与非正式领导数量有显著负相关

$r = -0.14 (p < 0.05)$ ,与组织信任有显著相关  $r = 0.45 (p < 0.01)$ 。此外,组织信任与任务依赖性负相关  $r = -0.14 (p < 0.01)$ 。回归分析(如表2所示)中,控制科室人数的条件下,非正式领导的数量可以显著预测医患认知落差( $M2 \beta = -0.17, p < 0.05$ ),其中  $R^2$  改变量为  $0.03 (F = 6.18^{**})$ ,显示当非正式领导程度越高,医患认知落差就越低,假设1获得证实。

表1 描述性统计与相关分析

Table 1 Descriptive statistics and correlation analysis

变量	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 医院	1.46	0.50	—								
2 性别	1.73	0.44	0.10*	—							
3 年龄	36.69	10.08	-0.61**	-0.14**	—						
4 婚姻状况	1.77	0.53	-0.50**	-0.03	0.56**	—					
5 教育程度	4.30	1.22	-0.16**	-0.30**	0.04	0.11*	—				
6 部门人数	47.40	13.69	0.14**	0.09	-0.05	-0.14**	-0.10*	—			
7 非正式领导数量	1.48	0.84	0.19**	-0.05	0.16**	0.11*	0.05	0.11**	—		
8 工作依赖性	4.07	1.49	-0.09	0.00	-0.01	-0.02	-0.10	-0.03	-0.11*	—	
9 组织信任	5.42	1.15	0.02	0.01	0.00	-0.04	-0.03	0.07	-0.20**	-0.14**	—
10 医患认知落差	0.62	0.44	-0.31**	-0.25**	0.13*	0.13	0.22**	0.02	-0.14*	-0.01	0.45**

注:医院:医院甲=1,医院乙=2;性别:男=1,女=2。

表2 阶层式回归分析结果

Table 2 Result of hierarchical regression analysis

变量	医患认知落差			组织信任		组织信任二次项		医患认知落差	
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
控制变量									
性别	-0.14	-0.15*	-0.13	0.01	0.01	0.02	0.38	-0.15*	-0.14*
年龄	0.09	0.11	0.09	0.07	0.07	0.06	1.01	0.08	0.07
婚姻	0.06	0.07	0.07	-0.04	-0.03	-0.04	-0.58	0.10	0.11
教育程度	0.13	0.11	0.13	-0.02	-0.04	-0.02	-0.65	0.08	0.11
科室人数	0.02	0.00	0.00	0.03	0.02	0.01	0.08	0.01	0.02
自变量									
非正式领导人数		-0.17*	-0.10	-0.22***	-0.20***	-0.22***	-3.71***	-0.08	-0.04
调节变量									
任务依赖性			-0.29		-0.37***		-3.22***		0.00
非正式领导人数*任务依赖			0.35*		0.24*		2.02*		0.11
中介变量									
组织信任								-1.48***	-1.54***
组织信任二次项								1.90***	1.96***
Adjusted $R^2$	0.04	0.07	0.08	0.04	0.07	0.04	0.07	0.30	0.30
F	2.88*	3.49***	3.16***	3.70***	4.89***	3.53***	4.44***	11.53***	9.59***
$\Delta R^2$	0.07	0.03	0.02	0.047	0.038	0.05	0.03	0.23	0.01
$\Delta F$	2.88*	6.18*	2.00	18.86***	8.05***	18.68***	6.8***	32.27*	1.56



### 3.2 假设检定

#### 3.2.1 主要效果与中介效果检定

阶层回归分析的结果如表 2 所示,在控制了人口学的控制变量后,非正式领导的人数可以显著负向地影响组织信任( M4  $\beta = -0.22$   $p < 0.00$ ) 以及组织信任的二次项( M6  $\beta = -0.22$   $p < 0.00$ ).由于假设过度组织信任与医患认知落差可能存在非线性的关系,本研究利用非线性的参数估计,分别探讨线性模型( linear) 及二次曲线模型( quadratic) 的关系.结果如图 2 及表 3 所示,发现在线性与二次曲线模式下组织信任都能够显著预测医患认知落差(  $F = 37.20$   $p < 0.00$ ) 标准化的回归系数组织信任为 0.53(  $t = 8.49$   $p < 0.00$ ) 组织信任二次项为 0.25(  $t = 4.05$   $p < 0.00$ ).但二次曲线模型的整体解释变异量(  $R^2 = 0.252$ ) 优于线性模型(  $R^2 = 0.198$ ).根据阶层线性模式与非线性参数估计的结果,过度组织信任会增加医患认知落差.

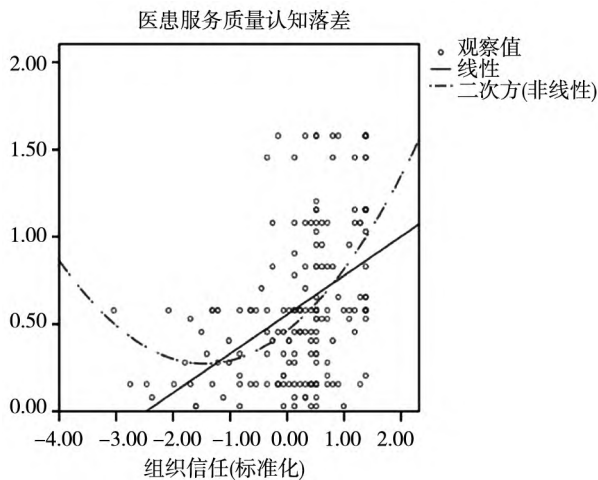


图 2 组织信任与医患服务质量认知落差的非线性关系估计图

Fig.2 Nonlinear relationship estimation of organizational trust and cognitive gap of service quality between doctors and patients

表 4 组织信任中介效果的 Bootstrap 检验

Table 4 Bootstrap test on the mediating effect of organizational trust

效果	$\beta$	Boot SE	95% 信赖区间	
			下界	上界
直接效果 $c'$	-0.08	0.03	-0.14	-0.02
间接效果 $a \times b_{\text{组织信任}}$	-0.26	0.08	-0.42	-0.10
间接效果 $a \times b_{\text{组织信任二次项}}$	0.26	0.08	0.10	0.43

#### 3.2.2 调节效果检定

假设三探讨任务依赖性与非正式领导对医患认知落差及过度组织信任的调节效果.如表 2 中的模型 M3、M5、M7 所示,任务依赖性与非正式领

表 3 组织信任与医患服务质量认知落差二次曲线模型估计值

Table 3 The quadratic model estimation of organizational trust and cognitive gap of service quality between doctors and patients

变量	unstandardized coefficients		standardized coefficients	t
	$\beta$	Std. Error	$\beta$	
组织信任	0.26	0.03	0.53	8.49***
组织信任二次项	0.09	0.02	0.25	4.05***
( constant)	0.46	0.04		13.00***

在中介模型 M8 当中,非正式领导的直接效果不显著(  $\beta = -0.08$  ),而组织信任的一次项(  $\beta = -1.48$   $p < 0.00$ ) 及二次项显著(  $\beta = 1.90$   $p < 0.00$ ).因此,组织信任可以减少服务质量的认知落差,但过度的组织信任反而会增大认知落差.

为进一步验证中介效果,根据 Hayes<sup>[78]</sup> 开发的 SPSS PROCESS 插件进行 Bootstrap 检验,设置随机抽样 5 000 次,置信区间定为 95%.由表 4 所示,非正式领导的直接效果  $c'$  显著(  $\beta = -0.08$ ,  $Boot SE = 0.03$ ,  $95\% Boot CI = [-0.14, -0.02]$  不包含 0),间接效果  $a \times b_{\text{组织信任}}$  (  $\beta = -0.26$ ,  $Boot SE = 0.08$ ,  $95\% Boot CI = [-0.42, -0.10]$  不包含 0) 以及间接效果  $a \times b_{\text{组织信任二次项}}$  (  $\beta = 0.26$ ,  $Boot SE = 0.08$ ,  $95\% Boot CI = [0.10, 0.43]$  不包含 0) 在 95% 的置信区间下显著.因此,过度组织信任在非正式领导以及服务质量认知落差之间起到完全中介作用,假设 2 得到验证.

导的交互作用项可显著预测医患认知落差( M3  $\beta = 0.35$ ,  $p < 0.05$ )、组织信任( M5  $\beta = 0.24$ ,  $p < 0.05$ )、及组织信任的二次项( M7  $\beta = 2.02$ ,  $p < 0.05$ ) ,假设 3 获得验证.

此外,为进一步验证调节效果,同样使用了 PROCESS 进行 Bootstrap 检验.按照平均值增减一个标准差,区分低、中、高任务依赖性.如表 5 所示,在低任务依赖性时,非正式领导与任务依赖性对医患认知落差的交互效果显著( $\beta = -0.16$ ,  $Boot$

$SE = 0.03$ ,  $95\% Boot CI = [-0.22, -0.10]$  不包含 0).在低、中任务依赖性下,非正式领导与任务依赖性对组织信任及组织信任二次项的交互效果亦显著.而在任务依赖性高时,非正式领导与任务依赖性的交互作用不显著.

表 5 任务依赖性调节效果的 Bootstrap 检验

Table 5 Bootstrap test on moderating effect of task interdependence

效果	$\beta$	Boot SE	95% 信赖区间	
			下界	上界
服务质量认知落差				
低任务依赖	-0.16***	0.03	-0.22	-0.10
中任务依赖	-0.06	0.03	-0.13	0.01
高任务依赖	0.04	0.07	-0.09	0.18
组织信任				
低任务依赖	-0.47***	0.06	-0.59	-0.36
中任务依赖	-0.30***	0.07	-0.43	-0.17
高任务依赖	-0.12	0.11	-0.35	10
组织信任二次项				
低任务依赖	-4.86***	0.60	-6.04	-3.67
中任务依赖	-3.10***	0.67	-4.41	-1.79
高任务依赖	-1.34	1.17	-3.64	0.95

为了直观地表明调节作用,分别以均值正负一个标准差绘制了调节效果图,如图 3、图 4 所示.非正式领导的效果在低任务依赖性下,负向效果最显著.这揭示了非正式领导在低任务依赖性下可显著降低医患认知落差及过度组织信任.

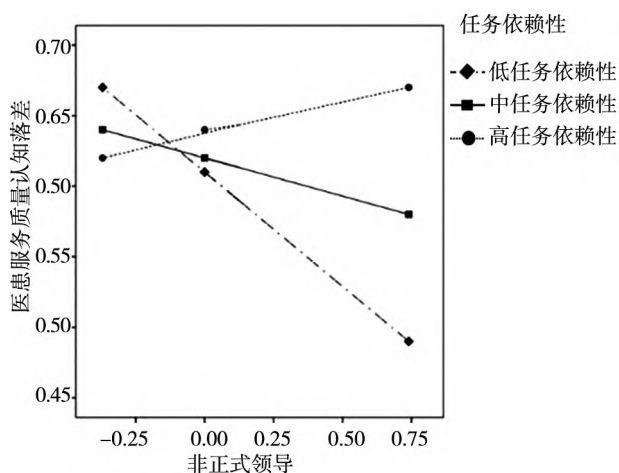


图 3 任务依赖性在非正式领导与医患服务质量认知落差之间的调节效果图

Fig.3 Moderate role of task interdependence on the relationship between informal leadership and cognitive gap of service quality between doctors and patients

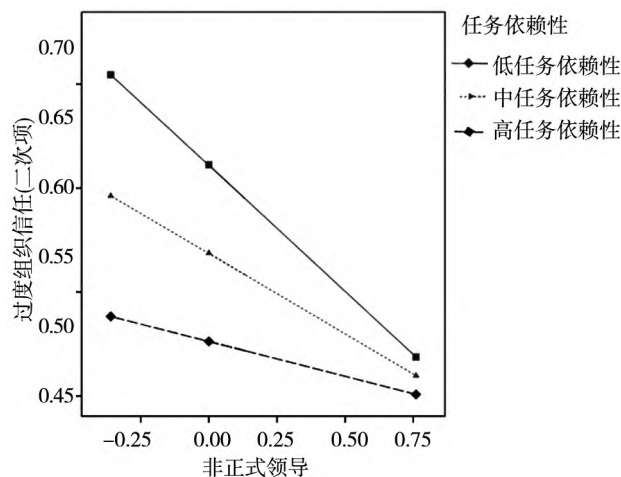


图 4 任务依赖性在非正式领导与过度组织信任之间的调节效果图

Fig.4 Moderate role of task interdependence on the relationship between informal leadership and over-organization trust

### 3.2.3 调节式中介效果检验

假设 4 检验非正式领导、组织信任、任务依赖性与医患认知落差的调节式中介模型.以 PROCESS 3.2 的插件模式 8 来检验调节式中介模型中间接效果与条件式间接效果的置信区间<sup>[78, 79]</sup>.研究结果发现医患认知落差通过过度组

织信任的非线性效果(二次项  $Index = 0.18$ ,  $Boot SE = 0.07$ ,  $95\% Boot CI = [0.07, 0.33]$ )以及线性效果(一次项  $Index = -0.13$ ,  $Boot SE = 0.05$ ,  $95\% Boot CI = [-0.26, -0.05]$ )之调节式中介模型皆不包含0,效果显著.非正式领导对医患认知落差的条件式直接与间接效果如表6所示,非正式领导的直接效果并不显著,而非正式领导的间接效果只有在低工作依赖性的条件下才达到显著( $a \times b_{\text{过度组织信任二次项}} = -0.45$ ,  $Boot SE = 0.14$ ,  $95\% Boot CI = [-0.77, -0.23]$ ;  $a \times b_{\text{过度组织信任}} = 0.35$ ,  $Boot SE = 0.13$ ,  $95\% Boot CI = [0.16, 0.66]$ ).任务依赖性越低时,过度组织信任的中介效果越强,故假设4成立.同样以均值正负一个标准差为基础绘制不同任务依赖性水平下,非正式领导与医患认知落差间关系的差异.如图5所示,任务依赖性的水平越低,非正式领导通过过度组织信任的中介作

用对医患认知落差的影响作用越强.

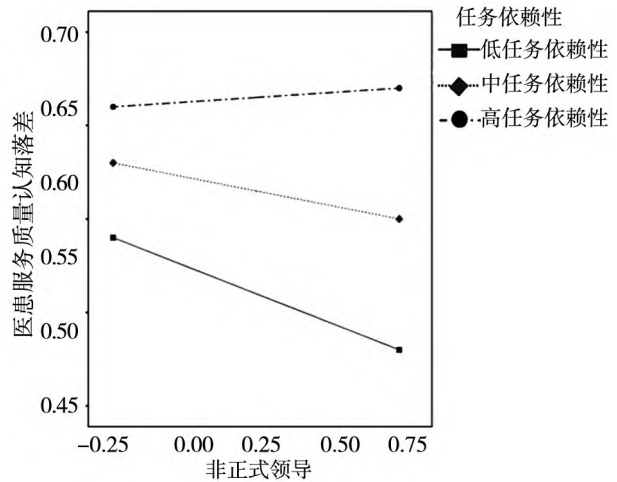


图5 任务依赖性在非正式领导与医患服务质量认知落差之间的调节效果图

Fig.5 Moderate effects of task interdependence on the relationship between informal leadership and cognitive gap of service quality between doctors and patients

表6 非正式领导透过度组织信任对医患服务质量认知落差的条件式直接与间接效果的Bootstrap检验

Table 6 The Bootstrap test of the conditional direct and indirect effects of informal leadership on the cognitive gap of service quality between doctors and patients through over-organizational trust

效果	$\beta$	Boot SE	95%信赖区间	
			下限	上限
服务质量认知落差	直接效果			
低任务依赖	-0.06	0.03	-0.12	0.00
中任务依赖	-0.03	0.03	-0.09	0.04
高任务依赖	0.01	0.06	-0.11	0.13
服务质量认知落差	间接效果(组织信任)			
低任务依赖	-0.45	0.14	-0.77	-0.23
中任务依赖	-0.17	0.11	-0.40	0.05
高任务依赖	0.11	0.17	-0.19	0.49
服务质量认知落差	间接效果(组织信任二次项)			
低任务依赖	0.35	0.13	0.16	0.66
中任务依赖	0.14	0.09	-0.03	0.35
高任务依赖	-0.07	0.13	-0.36	0.16

注:表中数据为偏误校正信赖区间;拔靴样本数=5 000.

## 4 结束语

### 4.1 讨论与理论意义

本研究从社会网与组织信任的角度出发,探讨非正式领导以及过度组织信任对于医患服务质量认知落差的影响.

首先,从结果显示,非正式领导会降低过度组

织信任带来的医患认知落差.组织内部的非正式领导越强,组织权力结构越分化,医护人员之间越容易获得不同来源的信息,从而可以避免其产生过高的组织信任,获得更客观的服务质量认知,降低医患认知落差.本研究首次以网络结构视角探究非正式领导对医患认知落差的积极作用,并得到与已有研究相一致的结论<sup>[34,43]</sup>.

再者,研究发现过度组织信任与医患认知落

差具有正向非线性关系,当组织信任到达一个临界值时,过度的组织信任会导致医护服务人员患者的服务质量评定过于主观,从而造成服务质量不足的可能性。这实证了 Gargiulo 和 Ertug<sup>[11]</sup> 所论及的过度信任的机制。但适度组织信任对于服务型组织发展仍然重要,因此医院应该设法避免过高的组织信任所带来的负面作用,以降低医患认知落差。

最后,本研究发现任务依赖性会调节非正式领导对组织信任与医患服务质量认知落差的效果。由于任务依赖性各不相同的科室存在彼此相异的互动关系和网络结构,当组织成员的任务依赖性低时,过度组织信任对医患认知落差的中介效果会增强,并且超过一定阈值后,其效果会更明显。这个结果显示,在组织中任务依赖性低的岗位上,非正式领导的作用及过度组织信任的效果更加显著。任务依赖性作为一个情境因素增加了对于过度组织信任的全面了解,给未来工作设计提供了有效的参照方针,那么对于医疗改革的评价,也应该在不同的情景下进行,本文的验证结果说明,新医改倡导由“科主任负责制”转变为“主治医师负责制”的举措对于低任务依赖性的科室降低医患认知落差的确有所助益,而对于一些任务依赖性较高的科室,由于其任务难度大、科室合作程度高的特点,医疗改革对其服务质量的改善并不明显。也就是说,医疗改革的成果不能一概而论,还应关注不同科室中客观存在的任务流程特点和互动过程。

#### 4.2 研究与建议

本文的研究发现说明,医院的体制改革致使其组织结构发生变化,从而在一定程度上缓解了基于医患认知落差而产生的医患矛盾,这为新医改的有效性和必要性提供了定量数据支持。另外,由于医院相对于患者拥有更多能动性,那么将组织因素与患者感知相关联的机制探索,亦为实现新医改“以患者为中心”的目标提供了更具操作性的理论支撑。

第一,非正式领导数量负向影响医患认知落差,反映在医院科室运行中,即不同于科主任负责制下单一权力来源导致资源配置、人际关系和信息获取几乎僵化,主治医师负责制鼓励非正式领导形成,以去中心化的权力结构令工作场景趋于

扁平化和弹性化,在保证医疗服务质量的同时更有利于应对日益复杂的患者需求,从而缓解了医患矛盾。鼓励非正式领导形成,需要推进科室管理分权化,如通过行政专业化路径抽离科主任行政主导权,科主任掌握包括工作安排、绩效考核、职称评定等在内的行政权力,会令科室成员过于关注与其垂直关系而忽视成员之间的水平互动,难以形成非正式领导。为此,应该尽快提升医院行政部门的专业化程度,将科室行政事务收归行政专业人员统一管理。当科主任从繁重的行政事务中抽身,更多回归业务骨干身份,与其他非正式领导的权力边界会更加模糊。此时,科室重要职位施行竞聘上岗才算实至名归,因为只有排除其中的行政安排要素,非正式领导的影响力才能够真正发挥积极作用。

第二,非正式领导对医患认知落差的影响作用以组织信任为中介,这进一步可以被诠释为制度改革的微观情境就是权力与信任关系的互相作用,即,从科主任负责制到主治医师负责制,权威来源增多意味着过度组织信任减低,医护人员之间横向互动和医生患者之间的人际信任增强,因信息不对称或亲密关系缺失而导致的医患认知落差得以缓解。然而,医患矛盾与过度组织信任存在一定正相关性,还是频繁显现于尚处在改革进行时的现实情境中,医护人员一方面囿于组织“壳世界”忽视患者感受而引发医患矛盾,另一方面又惧怕医患矛盾而加倍希求医院庇护,打破过度组织信任与医患矛盾之间的恶性循环,需要在医疗质量评估、个体绩效评价、医疗风险管理等各项配套制度不断规范化、标准化、流程化基础上,更多赋权给主治医师及其团队,强调有序竞争、权责对等、风险共担,以内部市场调节适当取代组织文化约束,并允许和鼓励主治医师以个人声望建立医患互信关系,借此提升服务质量、优化服务传递、降低医患矛盾。

第三,任务依赖性深化了对于非正式领导和组织信任的理解,即,工作内容的属性影响着管理分权化的实际效果。任务依赖性低的岗位如内科容易催生非正式领导,其影响力也比较明显;当然,如果在这种合作必要性较低的任务场景中太过强调责任而非权力、合作而非竞争、组织文化而非工作绩效,则过度组织信任的危害也更明显。

较高任务依赖性如手术外科的运作,需要科室主任的支持以形成团队协作,所以其层级式结构与功能矛盾并不大,组织信任的正面作用却很大。如果在这样的科室强行推进管理分权化,会放大主治医师负责制的局限性,即无法“集中力量办大事”。总之,不同任务依赖性的科室应该有不同改革侧重点,而不是搞“一刀切”。低任务依赖性环境如上文所述鼓励分权、竞争、绩效;高任务依赖性的岗位,资源调配权与医疗决策权则应适度集中以完成重大医疗任务。此外,由于从事高任务依赖性工作的医护人员尤其难以突破组织“壳世界”,可以额外建立沟通部门或加强医护人员的共情能力培养,以突破信息和信任屏障。

#### 4.3 研究限制与未来研究

目前,本研究仍有以下几点不足:

首先,服务质量的面向与种类繁多,为了避免问卷填答者的认知负荷,本研究仅讨论“医护人员服务态度”与“医护服务诊疗流程”两个方面的服务质量认知落差。不过,目前所测量的八题基本上较好地反映了这两个衡量服务质量的核心观念,尤其在施测可行性上,尽量保证重要的医疗服务质量测量观念以及取得良好信效度等方面考量之下,使用患者对服务态度和服务流程的评价,在一定程度上可以测量出患者对于医疗服务质量的认知。当然,未来的研究可以基于医患服务质量认

知量表更全面地探讨医患认知落差。

其次,本研究的服务质量认知落差仅利用全体患者服务质量的平均数做平移计算,未根据不同科室医患资料进行配对。本文主要探讨医疗改革中组织结构变化对医患认知落差的影响,所以问卷主要关注医生和患者对医院整体而非医生个人医疗服务质量的评价,例如针对医生的问题为:“是否认为本医院医师耐心倾听病情”,对于患者则是“这家医院的‘服务态度’、‘医疗水平’等”,因此在理论上具有一定解释力。在实际数据中,医护人员自我评价感知平均值为 5.52,标准差为 0.97,而患者对于服务满意度的评价的平均值为 5.60,标准差为 0.21,患者满意度的标准差远低于医护人员的自我评价感知的差异,所以减去患者满意度的平均值的方法在某种程度上能够反映出医患认知落差。又由于患者对于服务满意度的感知标准存在不同,直接计算对偶的医患服务质量感知差异也会存在测量上的误差,因此采用平均值在一定程度上其实减小了由于患者对医疗服务质量评价标准不同而造成的影响。当然,根据不同科室、不同医护人员进行的对偶研究对于测量医患认知落差仍然具有一定有效性,值得在后续研究中施用,未来研究可在此一方面继续探索。

数字化和智能化时代的出现,萌生了更多网络化组织、生态型理念<sup>[80]</sup>,也会为医疗改革带来新的挑战和机遇,未来还需要在此方面继续探索。

#### 参 考 文 献:

- [1]张 健. 新时期我国医患矛盾的现状和防治对策[J]. 劳动保障世界, 2020, (12): 32.  
Zhang Jian. The current situation of doctor-patient conflicts in China in the new era and countermeasures for prevention and treatment [J]. Labour Security World, 2020, (12): 32. (in Chinese)
- [2]朱 力,袁迎春. 现阶段我国医患矛盾的类型、特征与对策[J]. 社会科学研究, 2014, (6): 104-111.  
Zhu Li, Yuan Yingchun. Types, characteristics and countermeasures of doctor-patient conflicts in China at the present stage [J]. Social Science Research, 2014, (6): 104-111. (in Chinese)
- [3]Meesala A, Paul J. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future [J]. Journal of Retailing and Consumer Services, 2018, 40: 261-269.
- [4]Zhang Y, Zhang L, Zhang X, et al. Hospital service quality and patient loyalty: The mediation effect of empathy [J]. Journal of Business & Industrial Marketing, 2018, 33(8): 1176-1186.
- [5]Parasuraman A, Zeithaml V A, Berry L L. A conceptual model of service quality and its implications for future research [J]. Journal of Marketing, 1985, 49(4): 41-50.
- [6]Makarem S C, Al-Amin M. Beyond the service process: The effects of organizational and market factors on customer perceptions of health care services [J]. Journal of Service Research, 2014, 17(4): 399-414.
- [7]Scotti D J, Harmon J, Behson S J. Links among high-performance work environment, service quality, and customer satisfac-

- tion: An extension to the health care sector[J]. *Journal of Healthcare Management*, 2007, 52(2): 109-124.
- [8] Isik O, Tengilimoglu D, Akbolat M. Measuring health care quality with the Servqual method: A comparison in public and private hospitals[J]. *Healthmed*, 2011, 5(6): 1921-1930.
- [9] 蔡文正, 龚佩珍, 翁瑞宏, 等. 基层医师与民众之服务质量认知落差分析[J]. *医务管理期刊*, 2004, 5(4): 385-402. Cai Wenzheng, Gong Peizhen, Weng Ruihong, et al. An analysis of the gap between primary care physicians and public perceptions of service quality[J]. *Journal of Medical Management*, 2004, 5(4): 385-402. (in Chinese)
- [10] Berry L L, Bendapudi N. Healthcare: A fertile field for service research[J]. *Journal of Service Research*, 2007, 10(2): 111-122.
- [11] Gargiulo M, Ertug G. The Dark Side of Trust [A]//Bachmann R, Zaheer A. *Handbook of Trust Research*. Cheltenham, UK; Northampton, MA: Edward Elgar, 2006: 165-186.
- [12] Xavier Molina-Morales F, Teresa Martínez-Fernández M, Torlò V J. The dark side of trust: The benefits, costs and optimal levels of trust for innovation performance[J]. *Long Range Planning*, 2011, 44(2): 118-133.
- [13] Asubonteng P, Mcclery K J, Swan J E. Servqual revisited: A critical review of service quality[J]. *Journal of Services Marketing*, 1996, 10(6): 62-81.
- [14] Grönroos C. A service quality model and its marketing implications[J]. *European Journal of Marketing*, 1984, 18(4): 36-44.
- [15] 刘士豪, 宋余侠, 廖秀莉, 等. 我的e政府还是你的e政府? ——以服务落差观点检视电子化政府入口网之服务质量[J]. *管理评论*, 2010, 29(1): 19-34. Liu Shihao, Song Yuxia, Liao Xiuli, et al. Service quality of Taiwan's e-government portal? From the perspective of service divide[J]. *Management Review*, 2010, 29(1): 19-34. (in Chinese)
- [16] Parasuraman A, Zeithaml V A, Malhotra A. E-S-Qual: A multiple-item scale for assessing electronic service quality[J]. *Journal of Service Research*, 2005, 7(3): 213-233.
- [17] Carlucci D, Renna P, Schiuma G. Evaluating service quality dimensions as antecedents to outpatient satisfaction using back propagation neural network[J]. *Health Care Management Science*, 2013, 16(1): 37-44.
- [18] 叶娟娟, 蔡文正, 钟政达, 等. 病患与医护人员对医疗服务质量认知落差之探讨——以心导管利用为例[J]. *医务管理期刊*, 2008, 9(1): 1-20. Ye Juanjuan, Cai Wenzheng, Zhong Zhengda, et al. Exploring the gap between patients' and healthcare professionals' perceptions of healthcare service quality: The case of cardiac catheterization[J]. *Journal of Medical Management*, 2008, 9(1): 1-20. (in Chinese)
- [19] Dagger T S, Sweeney J C, Johnson L W. A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model[J]. *Journal of Service Research*, 2007, 10(2): 123-142.
- [20] Huotari P, Havrdova Z. Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care[J]. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2016, 29(8): 864-876.
- [21] DeVries J W. The shaping of inventory systems in health services: A stakeholder analysis[J]. *International Journal of Production Economics*, 2011, 133(1): 60-69.
- [22] Mosadeghrad A M. Healthcare service quality: Towards a broad definition[J]. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2013, 26(3): 203-219.
- [23] Mckee L, Charles K, Dixonwoods M, et al. 'New' and distributed leadership in quality and safety in health care, or 'old' and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders[J]. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2013: 11-19.
- [24] Schaaf M, Topp S M, Ngulube M, et al. From favours to entitlements: Community voice and action and health service quality in Zambia[J]. *Health Policy and Planning*, 2017, 32(6): 847-859.
- [25] Chang C S, Chen S Y, Lan Y T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters[J]. *BMC Health Services Research*, 2013, 13(1): 22.
- [26] Avolio B J, Walumbwa F O, Weber T J. Leadership: Current theories, research, and future directions[J]. *Annual Review of Psychology*, 2009, 60(1): 421-449.
- [27] Zhang Z, Waldman D A, Wang Z. A multilevel investigation of leader-member exchange, informal leader emergence, and individual and team performance[J]. *Personnel Psychology*, 2012, 65(1): 49-78.

- [28] Pan J, Liu S, Ma B, et al. How does proactive personality promote creativity? A multilevel examination of the interplay between formal and informal leadership [J]. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2018, 91(4): 852–874.
- [29] Marion R, Christiansen J, Klar H W, et al. Informal leadership, interaction, cliques and productive capacity in organizations: A collectivist analysis [J]. *The Leadership Quarterly*, 2016, 27(2): 242–260.
- [30] Larsson M, Segerstén S, Svensson C. Information and informality: Leaders as knowledge brokers in a high-tech firm [J]. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 2011, 18(2): 175–191.
- [31] Heard C P, Scott J, McGinn T, et al. Informal leadership in the clinical setting: Occupational therapist perspectives [J]. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2018, 6(2): 7211510179p1.
- [32] Lawson T D. *Informal Leadership: A study of the Impact of Leadership on Patient Satisfaction in Hospitals* [D]. Dallas TX: Dallas Baptist University, 2016.
- [33] Lawson T D, Tecson K M, Shaver C, et al. The impact of informal leader nurses on patient satisfaction [J]. *Journal of Nursing Management*, 2019, 27(1): 103–108.
- [34] Cummings L L, Bromiley P. *The Organizational Trust Inventory: Development and Validation* [G] // Kramer R, Tyler T. *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*. Thousand Oaks [G]. CA: Sage Publications, Inc., 1996: 302–330.
- [35] Mayer R C, Davis J H, Schoorman N F D. An integrative model of organizational trust [J]. *Academy of Management Review*, 1995, 20(3): 709–734.
- [36] Alexopoulos A N, Buckley F. What trust matters when: The temporal value of professional and personal trust for effective knowledge transfer [J]. *Group & Organization Management*, 2013, 38(3): 361–391.
- [37] Johansen S T, Selart M. *Expanding the Role of Trust in the Management of Organizational Change* [A] // Lines R, Stensaker I, Langley A. *New Perspectives on Organizational Change and Learning* [J]. Bergen: Fagbokforlaget, 2014: 259–280.
- [38] Marsick V J. The dimensions of a learning organization questionnaire (DLOQ): Introduction to the special issue examining DLOQ use over a decade [J]. *Advances in Developing Human Resources*, 2013, 15(2): 127–132.
- [39] Schaubroeck J M, Peng A C, Hannah S T. Developing trust with peers and leaders: Impacts on organizational identification and performance during entry [J]. *Academy of Management Journal*, 2013, 56(4): 1148–1168.
- [40] Malhotra D, Lumineau F. Trust and collaboration in the aftermath of conflict: The effects of contract structure [J]. *Academy of Management Journal*, 2011, 54(5): 981–998.
- [41] Mayer R C, Gavin M B. Trust in management and performance: Who minds the shop while the employees watch the boss? [J]. *Academy of Management Journal*, 2005, 48(5): 874–888.
- [42] Saparito P A, Chen C C, Sapienza H J. The role of relational trust in bank–small firm relationships [J]. *Academy of Management Journal*, 2004, 47(3): 400–410.
- [43] Salancik G R, Pfeffer J. A social information processing approach to job attitudes and task design [J]. *Administrative Science Quarterly*, 1978, 23(2): 224–253.
- [44] Langfred C W. Too much of a good thing? Negative effects of high trust and individual autonomy in self-managing teams [J]. *Academy of Management Journal*, 2004, 47(3): 385–399.
- [45] Baer M D, Dhensa-Kahlon R K, Colquitt J A, et al. Uneasy lies the head that bears the trust: The effects of feeling trusted on emotional exhaustion [J]. *Academy of Management Journal*, 2015, 58(6): 1637–1657.
- [46] Stincelli E, Baghurst T. A grounded theory exploration of informal leadership qualities as perceived by employees and managers in small organizations [J]. *International Journal of Business Management & Economic Research*, 2014, 5(1): 1–8.
- [47] Kilduff M, Mehra A, Gioia D A, et al. Brokering Trust to Enhance Leadership: A Self-Monitoring Approach to Leadership Emergence [A] // Glückler J, Lazega E, Hammer I. *Knowledge and Networks* [M]. Cham: Springer, 2017.
- [48] Gangestad S W, Snyder M. Self-monitoring: Appraisal and reappraisal [J]. *Psychological Bulletin*, 2000, 126(4): 530–555.
- [49] Podolny J M, Baron J N. Resources and relationships: Social networks and mobility in the workplace [J]. *American Sociological Review*, 1997, 62(5): 673–693.
- [50] Granovetter M. *Society and Economy: Framework and Principles* [M]. Cambridge: Harvard University Press, 2017.
- [51] 费孝通. *乡土中国* [M]. 北京: 北京大学出版社, 1998.

- Fei Xiaotong. From the Soil: The Foundations of Chinese Society [M]. Beijing: Peking University Press, 1998. ( in Chinese)
- [52] 罗家德. 关系与圈子——中国人工作场域中的圈子现象 [J]. 管理学报, 2012, 9( 2): 1-8.  
Luo Jiade. Guanxi and circles: Social networks in China [J]. Journal of Management in China, 2012, 9( 2): 1-8. ( in Chinese)
- [53] Luo J D. Particularistic trust and general trust: A network analysis in Chinese organizations [J]. Management and Organization Review, 2005, 3: 437-458.
- [54] Luo J D, Cheng M Y. Guanxi circles effect on organizational trust: Bringing power and vertical social exchanges into intra-organizational network analysis [J]. American Behavioral Scientist, 2015, 59( 8): 1024-1037.
- [55] Burt R S. Structural Holes: The Social Structure of Competition [M]. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
- [56] Bencsik A, Juhasz T. Impacts of informal knowledge sharing ( workplace gossip) on organisational trust [J]. Economics and Sociology, 2020, 13( 1): 249-270.
- [57] Gausdal A H, Svare H, Møllering G. Why don't all high-trust networks achieve strong network benefits? A case-based exploration of cooperation in Norwegian SME networks [J]. Journal of Trust Research, 2016, 6( 2): 194-212.
- [58] Colquitt J A, Lepine J A, Wesson M J. Organizational Behavior [M]. New York: McGrawHill/Irwin, 2011.
- [59] Kaifi B A, Noori S A. Organizational behavior: A study on managers, employees, and teams [J]. Journal of Management Policy & Practice, 2010, 12( 1): 88-97.
- [60] Campion M A, Medsker G J, Higgs A C. Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups [J]. Personnel Psychology, 1993, 46( 4): 823-847.
- [61] Meier N. Configurations of leadership practices in hospital units [J]. Journal of Health Organization and Management, 2015, 29( 7): 1115-1130.
- [62] Sicotte C, Pineault R, Lambert J, et al. Medical team interdependence as a determinant of use of clinical resources [J]. Health Services Research, 1993, 28( 5): 599-621.
- [63] Zawawi A A, Nasurdin A M. The impact of task characteristics on the performance of nursing teams [J]. International Journal of Nursing Sciences, 2017, 4( 3): 285-290.
- [64] Gonzales R A. Health Care Team Effectiveness: The Relationship between Team Task Interdependence and Group Emotional Competence [D]. Phoenix: University of Phoenix, 2010.
- [65] Anat D Z, Anit S. Linking task and goal interdependence to quality service [J]. Journal of Service Management, 2013, 24( 2): 151-169.
- [66] 顾远东, 周文莉, 彭纪生. 消极情绪与员工创造力: 组织认同、职业认同的调节效应研究 [J]. 管理科学学报, 2019, 22( 6): 21-35.  
Gu Yuandong, Zhou Wenli, Peng Jisheng. Negative affect and employee creativity: The moderating role of organizational identification and professional identification [J]. Journal of Management Sciences in China, 2019, 22( 6): 21-35. ( in Chinese)
- [67] Yong Y. The relationship between workplace ostracism, TMX, task interdependence, and task performance: A moderated mediation model [J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, 17( 12): 4432.
- [68] Ahmad Zawawi A, Nasurdin A M. The impact of task characteristics on the performance of nursing teams [J]. International Journal of Nursing Sciences, 2017, 4( 3): 285-290.
- [69] Kim S S, Vandenberghe C. The moderating roles of perceived task interdependence and team size in transformational leadership's relation to team identification: A dimensional analysis [J]. Journal of Business and Psychology, 2018, 33( 4): 509-527.
- [70] Hackman J R, Oldham G R. Development of the job diagnostic survey [J]. Journal of Applied Psychology, 1975, 60( 2): 159-170.
- [71] 蒿坡, 陈琇霖, 龙立荣. 领导力涌现研究综述与未来展望 [J]. 外国经济与管理, 2017, 39( 9): 47-58.  
Hao Po, Chen Xiulin, Long Lirong. The literature review and future prospects of leadership emergence [J]. Foreign Economics & Management, 2017, 39( 9): 47-58. ( in Chinese)
- [72] Hwang K. Face and favor: The Chinese power game [J]. American Journal of Sociology, 1987, 92( 4): 944-974.
- [73] Yang K S. Chinese social orientation: An integrative analysis [G] // Lin T-Y, Tseng W-S, Ye Y, et al. Chinese Societies



- and Mental Health[M]. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- [74] Luo J D. Guanxi revisited: An exploratory study of familiar ties in a Chinese workplace[J]. *Management and Organization Review*, 2011, 7(2): 329–351.
- [75] Luo J D, Cheng M Y, Zhang T. Guanxi circle and organizational citizenship behavior: Context of a Chinese workplace[J]. *Asia Pacific Journal of Management*, 2016, 33(3): 649–671.
- [76] Wasserman S, Faust K. *Social Network Analysis: Methods and Applications* [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- [77] Luo J D, Han X, Burt R, et al. The Measurement of Guanxi Circles: Using Qualitative Study to Modify Quantitative Measurement [A]//Fu X, Luo J D, Boos M. *Social Network Analysis: Interdisciplinary Approaches and Case Studies*. 2017: 71–104.
- [78] Hayes A F. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition: A Regression-Based Approach* [M]. New York: The Guilford Press, 2017.
- [79] Hayes A F. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, First Edition: A Regression-Based Approach* [M]. New York: The Guilford Press, 2013.
- [80] 席酉民, 刘鹏. 管理学在中国突破的可能性和途径——和谐管理的研究探索与担当[J]. *管理科学学报*, 2019, 22(9): 1–11.  
Xi Youmin, Liu Peng. The possibility and pathway of breakthrough for management in China: Exploration and engagement based on HeXie Management research[J]. *Journal of Management Sciences in China*, 2019, 22(9): 1–11.

## Does informal leadership affect medical service quality? A moderated mediation model of task interdependence and over-organizational trust

LUO Jar-der<sup>1</sup>, ZHANG Ya-juan<sup>2\*</sup>, GAO Xin<sup>1</sup>, GUO Meng-lun<sup>3</sup>

1. Department of Sociology, Tsinghua University, Beijing 100084, China;

2. School of Pharmaceutical Sciences, Tsinghua University, Beijing 100084, China;

3. Institute of Service Science, School of Science and Technology Management, Taiwan Tsing Hua University, Taiwan 30013, China

**Abstract:** The cognitive gap of service quality between medical frontline employees and patients is one of the reasons for contradictions between doctors and patients. In the context of domestic medical system reform and based on previous literature, this study investigates the impact of informal leadership on the cognitive gap between doctors and patients' service quality perception, and reveals the mechanisms of the mediator-excessive organizational trust, and the moderator-task dependence from the perspective of guanxi. A whole network analysis of surveys conducted in two hospitals confirms the proposed model and provides a scientific evidence for the effect of new medical reform. This study suggests a more decentralized leadership in hospital management so as to increase the interaction between medical frontline employees and patients, and thus reducing the cognitive gap of service quality. Furthermore, this study also provides recommendations for network structure and job design in hospitals.

**Key words:** organization theory; informal leadership; social network analysis; cognitive gap of service quality; medical reform