

当代卫生事业管理学术丛书

卫生保健管理：国际视野

Healthcare Management: The
Global Perspective

Jens-Uwe Niehoff 张亮 Jochen Breinlinger-O'Reilly 主编



科学出版社

当代卫生事业管理学术丛书

卫生保健管理：国际视野

Healthcare Management: The Global Perspective

Jens-Uwe Niehoff 张 亮 Jochen Breinlinger-O'Reilly 主编

中央高校基本科研业务费 (2013WZ025)

湖北省人文社科重点研究基地-农村健康服务研究中心

资助

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

全球范围内跨国卫生保健服务利用与交流的日益频繁、卫生保健供给的国际经济贸易与投资的日益增长,使人们越来越多地认识到卫生保健不仅需要专门的知识 and 教育,还需要持续的基础研究。本书通过总结作者们在学术和实践领域的广泛国际经验,从国际视野反映和讨论了卫生保健管理。本书是中德专家合作的结晶,提供国际卫生保健管理相关的知识、经验、观点和意见,总结国际卫生保健管理的最新前沿知识和国际进展。

本书适用于卫生保健管理相关专业的学生、教师、研究者和卫生保健机构的工作人员等。

图书在版编目 (CIP) 数据

卫生保健管理:国际视野 / (德) 尼霍夫等编著. —北京:科学出版社, 2014

(当代卫生事业管理学术丛书)

ISBN 978-7-03-042201-9

I. 卫… II. ①尼… III. ①卫生保健—卫生管理 IV. ①R161

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 242887 号

责任编辑:马 跃 刘晓宇 / 责任校对:张晓静
责任印制:李 利 / 封面设计:蓝正设计

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2015 年 3 月第 一 版 开本:720×1000 1/16

2015 年 3 月第一次印刷 印张:25

字数:504 000

定价:108.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

编 委 会

主编: Jens-Uwe Niehoff 张亮
Jochen Breinlinger-O'Reilly

编委: 胡银环 李伯阳 Max-Erik Niehoff
唐文熙 张待昇

作者简介

严斯-乌·尼霍夫(Jens-Uwe Niehoff), 教授、医学博士、社会医学与流行病学专家, 曾就职于德国柏林洪堡大学夏洛特医院, 现为德国柏林经济与法律学院讲座教授。其主要的教学和研究内容包括公共卫生与预防、服务利用研究、流行病变迁、健康不平等、国际卫生保健管理, 曾发表 300 多篇论文并编写多部与社会医学和公共卫生相关的教科书。

张亮, 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院院长、教授、博士生导师, 享受国务院政府特殊津贴, 现为全国高等学校卫生管理专业规划教材评审委员会主任委员, 从事卫生事业管理领域教学、科研工作 30 余年。其作为课题负责人承担的国家、省部级科研课题有 40 余项, 作为主编、副主编及参编所出版的学术著作及规划的教材有 23 部, 在国内外刊物发表论文 200 余篇, 获中华医学科技奖卫生管理奖等省部级科技奖 7 项。

约亨·不莱菱格-奥赖利(Jochen Breinlinger-O' Reilly), 博士、卫生管理和社会医学教授、卫生保健管理 MBA 项目学术主任、质量管理和战略制定专家, 现就职于德国柏林经济与法律学院, 曾先后出任德国柏林策伦多夫(Zehlendorf)医院人力资源部部长、德国柏林夏洛腾堡马库斯伯格(Max-Bürger)医院行政院长及德国柏林市属马库斯伯格医疗集团有限公司 CEO, 有超过 15 年的专业经验。其负责的政府资助项目有亚洲医院管理国际领导力培训及中国、越南和印度尼西亚的咨询项目。

忘 序

一

《易经》有云：“举而措之天下之民，谓之事业”。卫生事业，则以保障和促进人民身体健康为使命，以社会稳定和发展为目标。它关系到千家万户的幸福安康，关系国家和民族的未来。因此，卫生事业的使命是伟大的，其性质是神圣的。而在这宏伟而灿烂的旗帜指引下，运用知识、学术去推动卫生事业的发展，去寻求解决卫生事业发展历程中面临的问题和困境之路，这一力量也是非凡的。

二

谈起卫生，人们往往将其与生命健康相联系。诚然，卫生事业管理作为以保障公众健康为宗旨的一门学科，在经历了近 30 年的发展历程后，已逐渐走向成熟；并在相关学科的渗透和影响下，其内容不断丰富、发展、系统和科学。特别是在社会医学视野下，卫生事业管理立足于以医学和管理科学为核心的跨学科发展模式不断拓展，已经形成了卫生政策规划、卫生制度健全、卫生资源配置、卫生服务保障、卫生法律法规、卫生经济管理、卫生信息管理等多位一体的全方位、多维度研究模式。

与此同时，卫生事业体现了政府和社会的责任，卫生事业发展要求同国民经济和社会发展相协调。改革开放以来，政府对卫生事业日益重视，中国卫生事业快速发展，医疗技术水平提高了，服务规模扩大了，医疗保障制度逐步健全了，传染病有效控制了……

这些都是卫生领域的福音。但我们也要认识到，困境、障碍、瓶颈同时也困扰着卫生事业的发展，公正、公平、正义等卫生价值体系需要我们去厘清和实

现。而对此，知识分子是能够做一些事情的。

同济，蕴含同舟共济之意。同济学人时刻投身于卫生领域，在卫生事业发展历程中，与社会各界人士同一方水土，共一番事业。华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院始建于2001年，是全国教育部部属高校唯一的一所集教学、科研、培训和咨询为一体的医药卫生管理学院，多年来广大师生同策同力，共同组建了一支充满创新和探索精神的卫生事业管理研究队伍，承担大量国际国内研究项目，产出了一系列学术成果。

为推动卫生事业管理学科领域的发展，分享学院的学术见解，在科学出版社的大力支持下，并报有关部门批准，我们拟用3年时间出版“当代卫生事业管理学术丛书”，并邀请国内外知名学者担任本丛书的学术顾问。

本丛书包括著作十余部，其内容主要基于学院教师承担的国家自然科学基金、国家社会科学基金、国家科技部支撑计划等重要科研项目，围绕国家医疗卫生政策、医疗卫生改革、国家基本医疗保障、社区医疗与新型农村合作医疗、医院管理理论与实践、国家与区域卫生信息化、卫生与健康信息资源管理等方面的相关研究成果进行出版。

就理论研究而言，本丛书将从多角度、多层次论证我国医疗卫生事业发展的宏微观问题，完善新时期我国卫生事业发展学术研究框架，表现并提升我国在该学科的研究能力；就学术应用而言，本丛书将在大量论证的基础上，提出具体方案，以支撑我国医疗卫生事业的政策规划、医疗卫生改革的深化推进、医疗卫生机构的管理运行实践；就学科发展而言，本丛书将广泛借鉴国内外医疗卫生事业管理学科的重要研究成果，引入最新研究方法与手段，对我国卫生事业管理学科体系的健全、内容的拓展、方法的更新和研究的深入具有重要价值。

我们希望“当代卫生事业管理学术丛书”的出版能对卫生事业管理研究有所推动；能对卫生事业管理实践有所裨益；能对我国甚至全世界的卫生事业发展有所贡献。这是本丛书所有编写人员希望看到的。但是否做到了，则留待广大的读者朋友去评判了。

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

2014年5月20日

前言

由于卫生保健跨越的国界远远超出近代或传统的认识，卫生相关服务的全球化管理将是一件越来越重要的事情。本书将以与国际卫生保健管理及其实践相关的主题为例，丰富读者在这方面的知识、经验、观点和论点。在未来十年里，没有人能够真正预见卫生保健管理作为全球问题将会受到何等重视。但是，我们确信，全球化将指导卫生保健的提供和利用。如果这变为现实，当卫生保健管理成为卫生保健实践的重要议题时，它的发展将对相关学科的教学和研究产生影响。

同时，国家的卫生政策和卫生保健正经历全球性的重要变革。虽然原因是多样的，但是根本原因在于广泛的全球政治变革和快速发展的卫生和生命科学。尽管这些趋势将怎样影响卫生保健体系还不是十分明确，但是这些改变无疑将从根本上冲击筹资体系、医疗保险管理及卫生服务利用机制。本书的作者们虽然不能预见未来的卫生保健体系，但是可以根据社会对医疗保健管理者不断增长的需求进行假设推断。

本书的编著者包括医生、公共卫生专家和卫生保健管理者，我们在研究、教学和实践方面有着丰富的经验，而不断变化的环境是我们编辑本书的原因。我们的目的是为那些刚刚开始卫生保健管理工作的人员及其机构或者已经从事卫生保健管理工作的人员提供相关的案例。本书主要的观点是国际上关注的焦点，希望读者在阅读的过程中能够结合国情、经验和讨论来吸收。大量资本集中为卫生保健领域，特别是被国际标准行业分类定义为卫生保健行业的领域带来了管理和组织的革新，使卫生保健管理成为独立的专业。该发展预示着一些变革，如作为公共管理事物的卫生保健组织正朝着企业化组织变革，这些变革也预示着社会目标设置者与卫生服务供给者竞争市场利益之间的冲突。

改变不仅创造新的东西，同时也拷问现实。有一件事是明确的，即如果出现

卫生保健全球化，那么其过程需要被卫生保健体系和卫生保健服务覆盖的人群的参与，改变不应该只留给投资方及其股东。

希望本书可以成为不断发展的由传统的行政管理职责向医疗管理职责变革的革命的一部分。行政管理者监管医疗服务机构，但我们认为卫生保健管理者的职责超过行政管理者的职责。良好的卫生保健需要经理人的支持，从而能够更好地实现卫生保健的使命。

本书完成后，我们相互询问能坚持编完这本书的原因，正确的答案是什么呢？著作已经完成了，也许它是华中科技大学医药卫生管理学院一些客座教授与学院日益增长的友谊的成果。它已经为教学和富有成果的讨论及年轻学者们的交流提供了机会。有一件事从一开始就很清楚，那就是用来自不同历史和变革阶段的两种语言写一本书并不能仅仅依靠翻译来解决遇到的所有困难，必然需要一个长期的讨论，这样做并不是为了在任何情况下都有共同的立场，而是为了达成共识，为此，合著者们在这个过程中发挥了重要作用。编者希望在未来的这种社会和科学的相互交流中，更年轻的同事们也能够承担起责任。

本书得到了中国与德国政府共同签署的一些协议的支持，而政府之间的协议推动了机构之间的直接联系，加强了合作伙伴关系。在这里，德国柏林经济与法律学院及其卫生保健管理的硕士课程，以及三个德国编辑代表，在发展机构之间的交流中发挥了支持作用。

“知识是一种依赖现实世界行动者的社会活动的社会产品，它不只是智慧的表达”^①。这正是作者们想要倡导的——卫生保健管理者们以一种专业身份在一起工作始终是为了人民的利益。我们了解“现实世界”变革的后果，既非常熟悉相关问题的冲突和希望，也深知对变革的失意幻想、恐惧和争议，这也是我们认为学者与教师们的紧密联系很重要的原因。

为了此书的出版，我们要感谢支持者们。首先，我们要感谢出版商对这部中德学者合作著作出版的支持，感谢出版商及其员工让这部著作呈现在读者面前。其次，我们要感谢贝塔·尼霍夫(Beate Niehoff)女士，她曾经担任德国柏林夏洛特医院人事部主管近20年，对本书，特别是对第八章的内容给予了很多建议和意见。最后，我们还要感谢乌尔苏拉·第斯坎培斯(Ursula Descamps)博士(法国，斯特拉斯堡)对本书中法国卫生保健体系及其改革部分的帮助，感谢斯第夫·伊利佛(Steve Iliffe)教授(伦敦)对英国国家卫生服务(National Health Service, NHS)体系部分的帮助。

Jens-Uwe Niehoff 张亮 Jochen Breinlinger-O'Reilly

2014年6月

^① Salmon J W. Alternative Medicines. New York, London: Tavistock Publications, 1984: 277.

目 录

引言.....	1
第 1 章 术语的一般性共识.....	6
1.1 健康	7
1.2 卫生政治学.....	10
1.3 卫生政策.....	12
1.4 健康的决定因素.....	12
1.5 疾病.....	19
1.6 残疾.....	20
1.7 损伤.....	20
1.8 紊乱.....	21
1.9 患病.....	21
1.10 医疗状态	22
1.11 制造疾病	22
1.12 健康促进	23
1.13 医源性问题	23
1.14 疾病指征	24
1.15 医学创新	24
1.16 医疗旅游	25
1.17 卫生保健和医院管理者的专业精神	27
第 2 章 卫生保健和服务产品	28
2.1 补充和替代医学.....	30

2.2	行为导向的预防	31
2.3	慢性病保健或慢性病病例	32
2.4	同步评审(住院期间审核)	33
2.5	防御性医疗	33
2.6	治疗延迟	35
2.7	诊断调查	35
2.8	疾病管理与疾病管理项目	37
2.9	早期检测策略	39
2.10	择期手术	39
2.11	实验疗法	40
2.12	卫生保健	40
2.13	卫生服务体系	40
2.14	独立病例管理	41
2.15	整合型保健	41
2.16	医疗必要性、必要的医疗服务	43
2.17	医疗评审和医疗评审标准	44
2.18	护理	44
2.19	康复	45
2.20	长期照护	46
2.21	预测医学	46
2.22	预防	47
2.23	预防医学	49
2.24	预防性检测	49
2.25	初级卫生保健	49
2.26	疾病筛查	51
2.27	简单医学	54
2.28	社会工作	54
2.29	治疗计划	55
2.30	结构性预防	55
2.31	远程医疗	55
2.32	治疗	56
2.33	健康福祉	57
第3章	卫生经济学基础	58
3.1	卫生经济学中的分配问题	66
3.2	责任	70

3.3	肯尼斯·约瑟夫·阿罗·····	71
3.4	预算影响分析·····	73
3.5	医疗服务成本委员会·····	74
3.6	成本·····	74
3.7	成本控制·····	78
3.8	成本控制中的政策问题·····	79
3.9	客户·····	80
3.10	效力·····	80
3.11	有效性·····	81
3.12	效率·····	81
3.13	有利选择·····	82
3.14	卫生保健服务筹资·····	82
3.15	米尔顿·弗里德曼·····	82
3.16	卫生保健服务营销·····	83
3.17	医疗价值链·····	84
3.18	卫生经济分析·····	84
3.19	约翰·梅纳德·凯恩斯·····	86
3.20	Kondratiew 周期·····	87
3.21	边际效益·····	88
3.22	医学进步的边际效用·····	88
3.23	道德风险·····	89
3.24	帕累托定律·····	91
3.25	营利中心·····	92
3.26	患者·····	92
3.27	计划制订·····	93
3.28	供方和买方的分离·····	93
3.29	兰德健康保险实验·····	94
3.30	定量配给·····	95
3.31	风险选择·····	96
3.32	罗默法则·····	97
3.33	提供者的诱导需求·····	98
3.34	卫生账户系统·····	98
3.35	卫生总支出占 GDP 的百分比·····	98
3.36	支付意愿·····	100
第 4 章 卫生筹资模式·····		101

4.1	责任健康计划	104
4.2	保费、保费的设计、保费的服务包	105
4.3	贝弗里奇模型	106
4.4	俾斯麦模式	106
4.5	共付保险	107
4.6	社区保健	107
4.7	社区医学	108
4.8	共付制、共付	108
4.9	起付线	108
4.10	医疗救助所	109
4.11	参保	109
4.12	健康保险的均衡原则	110
4.13	弹性支出账户	110
4.14	群体保险	111
4.15	健康保险	112
4.16	医疗储蓄账户	114
4.17	风险群组、风险人群分组	115
4.18	国家或地区健康保险体系举例	115
4.19	赔付型健康保险计划	132
4.20	参保前健康状况	133
4.21	公共-私人伙伴关系	133
4.22	健康保险的责任	134
4.23	单一支付方系统	136
4.24	社会医疗保险	137
4.25	特定疾病保险	137
4.26	保单付费人	138
4.27	补充保险	138
4.28	第三方支付者	138
4.29	自愿性医疗保险	139
4.30	卫生保健服务券	139
第5章	管理型保健	140
5.1	管理型保健简介	143
5.2	管理型保健组织	145
5.3	管理型保健产业	154
第6章	卫生保健与竞争	156

6.1	选择	164
6.2	服务可及性的竞争	166
6.3	供给者之间的竞争	167
6.4	保险公司之间的竞争	168
6.5	结果竞争	168
6.6	竞争失败	169
6.7	管理型竞争	171
6.8	供给者和消费者的市场力量	173
6.9	产品型医疗	174
6.10	基于价值的竞争	176
第7章	卫生保健、服务提供和设施	178
7.1	急诊服务	180
7.2	非卧床服务	181
7.3	“名品店”医院	181
7.4	患者自主权	182
7.5	电询中心	183
7.6	保健之家	183
7.7	诊所	183
7.8	沟通	184
7.9	依从性和依附性	185
7.10	营利性卫生保健组织	186
7.11	医生联合执业	187
7.12	家庭保健	187
7.13	医院	188
7.14	中间保健服务	188
7.15	长期保健	189
7.16	移动医疗	190
7.17	非营利性卫生保健组织	190
7.18	门诊	191
7.19	姑息治疗	191
7.20	个性化医疗	192
7.21	家庭诊所	193
7.22	公共卫生行政部门	193
7.23	转诊	193
7.24	康复医院和康复诊所	194

7.25	技术性护理机构	195
7.26	二级保健	195
7.27	自我保健、自我帮助	196
7.28	专业化保健、专业化	196
7.29	三级保健	197
7.30	患者分流	197
7.31	患者分流服务提供者	198
第8章	卫生保健管理的常见问题	200
8.1	平衡计分卡	206
8.2	卫生保健供给中的变革管理	207
8.3	委派	207
8.4	分权	208
8.5	卫生保健价值链管理	208
8.6	卫生保健产业	209
8.7	卫生保健机构管理	211
8.8	国际卫生保健管理	211
8.9	法律规章	216
8.10	专业人员的法规	220
8.11	风险管理	220
8.12	战略管理	223
第9章	卫生保健的质量	225
9.1	临床路径或关键路径临床实践指南	229
9.2	临床决策支持	231
9.3	考克兰·阿奇博尔德及考克兰合作组织	232
9.4	诊断指南	232
9.5	多纳比蒂安的三要素	233
9.6	循证医学	234
9.7	失败管理	238
9.8	临床行为规范	239
9.9	结果及结果测量	239
9.10	卫生保健的同行评议	240
9.11	质量评估	241
9.12	质量保证	241
9.13	质量环	241
9.14	卫生保健质量	242

9.15	质量改进	242
第 10 章	国际范围内的医疗管理方法	247
10.1	卫生保健的可及性	252
10.2	医疗服务的认证、认证证策及授权	254
10.3	卫生保健的行政管理和服务管理	256
10.4	考核、审计与评估	257
10.5	卫生保健管理的基准管理	258
10.6	变革管理	261
10.7	资格认证	261
10.8	分权和替代	262
10.9	医疗文书和电子病历	263
10.10	目标设置	265
10.11	医院管理核算	266
10.12	激励政策	266
10.13	医疗管理信息系统	267
10.14	组织、组织发展及组织结构	267
10.15	结果管理	268
10.16	门诊业务管理者	269
10.17	人事管理	269
10.18	卫生保健的规划	270
10.19	计划	270
10.20	重大事件分析	271
10.21	服务利用及服务利用研究	272
10.22	工作权利	273
第 11 章	卫生保健服务偿付的相关概念	274
11.1	服务补偿滥用	277
11.2	医保覆盖成本精算	278
11.3	调整门诊-住院服务费用比	279
11.4	调整平均人头费	279
11.5	调整支付率	279
11.6	调整人头费	280
11.7	行政管理成本	280
11.8	次均就诊全成本	281
11.9	可允许的收费	281
11.10	门诊支付分类	281

11.11	统一支付方体系	282
11.12	核准收费	282
11.13	基础人头费	282
11.14	预算制和捆绑支付制	283
11.15	人头费	284
11.16	按病种付费	285
11.17	病例预算	285
11.18	病例组合和病例组合指数	285
11.19	患病率	286
11.20	赔偿审核人员及赔偿审核	286
11.21	竞标	287
11.22	门诊保健服务报酬的概念	287
11.23	残疾人员支付系统	288
11.24	服务费贴现	288
11.25	按项目付费	288
11.26	费用表	289
11.27	平均病例费用	289
11.28	总额预算制	290
11.29	总额费用	290
11.30	激励支付体系	291
11.31	医疗损失率	291
11.32	个人自付制及个人自付费用	291
11.33	按绩效支付	292
11.34	按结果付费	294
11.35	预付制	294
11.36	预付制体系	295
11.37	按目标支付	295
11.38	治疗费用	296
11.39	加权人头费用	296
11.40	预扣性支付	296
第 12 章	药物和处方	297
12.1	重大伤病险	298
12.2	回拨	298
12.3	封闭处方集	298
12.4	比较效果研究	299