

..... 医疗管理译丛

III
HEALTH
CARE

医疗卫生服务管理导论

Managing and Marketing Health Services

[英] 安格斯·莱恩 (Angus Laing)
莫伊拉·菲施巴赫 (Moirä Fischbacher) 著
吉利恩·霍格 (Gillian Hogg)
安妮·史密斯 (Anne Smith)

李 鲁 译

R197.32
112

... 医疗管理译丛

HEALTH CARE

医疗卫生服务管理导论

Managing and Marketing Health Services

安格斯·莱恩 (Angus Laing)
[英] 莫伊拉·菲施巴赫 (Moir Fischbacher) 著
吉利恩·霍格 (Gillian Hogg)
安妮·史密斯 (Anne Smith)

李鲁 译

中国人民大学出版社

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗卫生服务管理导论/ (英) 莱恩等著; 李鲁译. —北京: 中国人民大学出版社, 2012
(医疗管理译丛)
ISBN 978-7-300-16672-8

I. ①医… II. ①莱…②李… III. ①医药卫生组织机构-管理 IV. ①R197

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 271048 号

医疗管理译丛

医疗卫生服务管理导论

安格斯·莱恩 (Angus Laing)
[英] 莫伊拉·菲施巴赫 (Moira Fischbacher) 著
吉利恩·霍格 (Gillian Hogg)
安妮·史密斯 (Anne Smith)
李鲁 译

Yiliao Weisheng Fuwu Guanli Daolun

出版发行	中国人民大学出版社	邮政编码	100080
社 址	北京中关村大街 31 号		
电 话	010-62511242 (总编室)	010-62511398 (质管部)	
	010-82501766 (邮购部)	010-62514148 (门市部)	
	010-62515195 (发行公司)	010-62515275 (盗版举报)	
网 址	http://www.crup.com.cn		
	http://www.ttrnet.com(人大教研网)		
经 销	新华书店		
印 刷	北京中印联印务有限公司		
规 格	185 mm×260 mm 16 开本	版 次	2012 年 12 月第 1 版
印 张	8.5 插页 1	印 次	2012 年 12 月第 1 次印刷
字 数	197 000	定 价	42.00 元

版权所有 侵权必究 印装差错 负责调换

译者序

医疗管理译丛



本书以英国国民卫生服务体制（NHS）为背景，从卫生战略和市场管理的角度，分析决策者、管理者、专业人员和患者在医疗卫生服务的制度设计与服务供给上的博弈。医疗卫生服务系统由服务设计、服务构成、服务消费和服务评价四个要素组成，患者、决策者、专业人员和医疗卫生组织机构等作为这个庞大系统的参与者，都表现出各自的行为与观点。本书围绕着服务设计的过程、组织内部关系的管理、对医疗保健消费者的理解和服务质量的评价等四个核心议题，站在政策策略和管理操作的宏观与微观两个层面，历史地、全面地介绍和剖析了英国国民卫生服务体制。本书关于全民医疗卫生服务的管理理念、制度分析和实证研究，对正在深化的中国医药卫生体制改革具有借鉴意义。

本书在翻译和出版过程中，得到了中国人民大学出版社的支持，也得到浙江大学和浙江师范大学姜敏敏、王红妹、马伟宁、张凤合等同人的帮助，谨此致以衷心的感谢。由于水平有限，译著若有不妥或错误之处，望广大读者和业内同行批评指正。

李鲁

中华预防医学会社会医学分会主任委员
浙江大学社会医学与全科医学研究所教授
2011年5月于杭州



生产的最终结果和目标是消费，而生产者的利益应该是通过尽可能地促进消费者的消费来实现。

——亚当·斯密：《国富论》第四卷，第八章

本书的背景和宗旨

当各国政府全力应对人口、社会经济变迁和技术发展所带来的挑战时，如何组织和管理医疗保健服务，日益成为后工业时代公共政策的一个核心问题。政策制定者、医疗保健服务管理者及专业人员，在战略层面和操作层面上始终面临的难题是如何在不断增长着的消费者期望及需求与现存资源之间保持平衡。在许多后工业化国家，医疗保健服务已经高度政治化，各国政府面临着持续的压力，要将医疗保健系统重建成一个“乌托邦”式的、可获得的、高质量的和有成本效益的医疗保健系统。结果，管理者和专业人员也就有了一种持续的压力，力图发展有效而健全的管理框架以支撑他们在这一复杂的环境中的工作。

因此，医疗保健系统的组织与管理，越来越多地引起相关学术界的注意，大量的学术专著和学术论文涌现，从公共政策学、经济学、社会学到管理学等多种学科角度对医疗保健服务的组织与管理进行战略层面和操作层面的探讨。管理学文献的重点一直是组织的变迁、专业管理的关系和组织的设计。虽然这些反映了医疗保健的主题，但也局部反映了组织行为理论在医疗保健领域的主导地位。这就不可避免地造成了研究文献的重大缺陷，即那些服务提供过程所涉及的关键问题没有得到足够的关注。

本书作者基于一系列职业进修和研究生课程的教学经验，深感医疗管理教材缺乏，尤其缺乏关于医疗保健服务提供过程方面的教材。尽管有关一般服务供给管理的文献并不少

见,但医疗保健服务及其市场的特殊性限制了这些文献在医疗保健领域的应用。为弥补这种不足,本书特意没有从组织行为学的角度出发,而是采用战略和市场管理的观点,来讨论医疗保健服务的组织与管理。虽然选择以这个视角切入来考察医疗保健服务的组织与管理,但本书并不对战略或市场管理进行详细介绍,而是引入一些与服务设计、组织内部关系和消费者行为等相关的重要概念,来探讨管理者和专业人员在医疗保健服务供给过程中所面临的挑战。

本书旨在通过这种视角,综述政策制定者、管理者和专业人员在医疗保健服务的设计与提供的管理中所面临的各种挑战,以满足不同学科、职业和管理背景的读者的需要。本书涉及的政策基础和理论资料为攻读卫生政策或卫生管理专业的优等生及研究生提供了坚实的平台,帮助他们从综合的角度来关注医疗保健服务的组织与提供。本书各章节内容之间既相互关联,又相对独立,所以也适合那些根据自身兴趣而阅读本书的读者。本书综合了管理者、医生和患者的视角和观点,因此也适合于多学科的研究。

本书的中心议题

本书各章节采用了作者在卫生管理研究领域的经验,包括服务设计、组织内部关系、服务使用者行为和服务质量等议题。尽管作者已经在管理与医疗保健期刊上发表了大量论文,但这些论文只是片断地反映了医疗保健管理者 and 专业人员所面临的大量管理流程。关键的是,这些单个议题之间的内在联系,以及它们对医疗保健服务提供的协同影响都被忽略了。这些研究集中在组成医疗保健服务环的四个要素上:服务的设计、服务的结构、服务的消费和服务的评价(参见图0—1)。每个要素都表现在患者、政策制定者、专业人员和组织机构等这些医疗保健重要参与者的行为和观点之中。

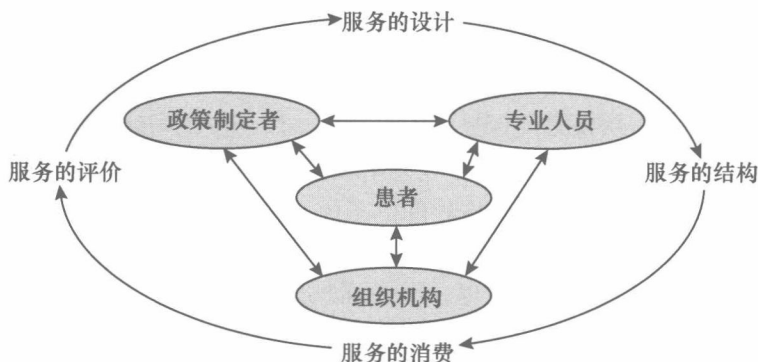


图0—1 医疗保健服务环

为了综合这些研究,本书针对现代医疗保健系统中负责管理服务设计和供给的专业人员所面临的挑战,构建了战略层面和操作层面的总体看法。因此,本书的基本结构考虑到要使管理者和专业人员超越他们所从事的医疗保健服务系统中的某个特定部门,能从更综合和更整体的观点去发展医疗保健服务。为了提供这样的总体看法,本书包括四个核心

议题:

- (1) 服务设计的过程;
- (2) 组织内部关系的管理;
- (3) 对医疗保健消费者的理解;
- (4) 评价服务质量。

考虑到政府对现代医疗保健系统运行的重要影响,任何对医疗保健服务供给的分析都必须放在政府政策背景下进行。然而,若将这种分析与当时的卫生政策联系过于密切也会存在着一定的风险,比如,导致分析的深度不够,因执政党更迭带来的政策关联度不足。在面对医疗保健服务提供的政策背景时,我们关注的重点是要搞清政策的内在本质,因为它们可能对医疗保健服务的管理具有持续的影响。所以本书的重点,第一是治理与责任,第二是竞争与合作,第三是患者权力的赋予。

本书的结构

在核心议题中,本书首先讨论的是服务设计的过程。在回顾基本政策议题时,可以明显地看到一些对医疗保健系统的设计过程有着直接影响的特定要素,例如强调提高临床和服务质量、发展组织内部合作关系、提高消费者的参与度。服务设计的概念、过程及其在医疗服务背景下的重要性和任务,都在这些议题的讨论过程中得到了评价。医疗保健专业人员所面临的服务设计的挑战是相当复杂的,因为医疗保健服务设计不但包括临床的、职业的和组织内外的关系,而且还可能涉及摒弃旧设施和启用新设施同步进行的复杂过程。随之而产生的服务设计活动需要对医疗保健组织和专业中的一系列利益相关者的范围及其利益有充分的理解。因此,综合不同专业群体、组织以及消费者对医疗服务形式的意见的能力,成为管理设计过程的关键。我们在随后章节中将探讨组织内部的各种关系和消费者的参与。为了阐述具体的设计问题,第2章首先讨论服务设计的战略意义、背景、内容以及总的设计过程。把医疗保健与范围更为广阔的管理文献结合起来,作者在该章最后的国民卫生服务体制(NHS)的服务设计中引入了一个战略性方法。

在分析了服务设计之后,第3章和第4章深入探讨了NHS组织内部关系的特征和服务提供的结构。通过分析竞争与合作方法对服务组织所造成的紧张,以及内部组织关系对服务设计过程的重要性,第3章探讨了调整内部组织关系可供选择的方法的理论基础。该章特别应用了管理学、社会学和经济学的观点,分析了NHS组织内部关系的动态性,其核心是对市场、以网络为基础的组织管理模式以及在这种宏观治理框架下各种关系的动态性的分析。在分析竞争(市场)和合作(网络)占主导的政策背景下的组织内部关系时,该章考虑了更为广泛的组织、专业和社会网络在改变NHS的服务提供结构中的重要性。在此基础上,该章最后探讨了在公立部门和私立部门背景下各种组织内部关系的概念化在理解医疗保健服务提供中的重要性。这为第4章进一步讨论NHS的组织内部关系的动态运作提供了理论基础。

通过对医疗保健服务供给结构的理解,第4章主要分析了在不同NHS的政策框架下

所产生的医疗服务关系的特征与形式,其核心是对构建这些关系的各部分进行深入探讨,既包括出现在正规组织之间的正式交往,又包括这些组织中的专业人员之间的非正式联系。该章采用了一种源于商业市场的分析框架,探讨了初级卫生保健部门与跨越了初级和二级卫生保健界线的那些组织内部关系变化的特征与动力。这样,这些初级和二级卫生保健部门之间的关系由冲突转向合作,以及初级卫生保健由孤立转向整合的重点就得到了深入的分析。在动态分析组织内部关系的基础上,该章最后探讨了患者及其他服务使用者在这些关系管理中不断改变着的角色。这为随后章节从患者角度研究医疗保健服务的设计和供给提供了组织背景。

近年来,政府关于公共部门的政策的一个基本议题是将服务使用者视为消费者,认为他们在医疗保健服务中应享有与在私立部门中同样的权利。对于 NHS 来说,以往强调的是责任而不是患者的权利,所以强调患者是消费者就需要调整其服务重点,将患者而非系统置于组织的中心。在此背景下,将患者理解为消费者以及不断发展消费者行为类型模式就很有必要了。因而,第 5 章一开始就分析了医疗保健等专业服务领域中不断变化的消费者行为的概念。在此概念基础上,该章首先探讨了消费者在选择医疗保健提供者过程中的行为类型,接着分析了服务过程的特征以及消费者与专业人员之间的互动类型。通过分析医疗保健中消费者行为的动态性,第 6 章探讨了影响医疗保健消费者消费模式的主要因素,以及这些影响因素的变化特征,尤其是消费者与专业人员之间的信息不对称及其对医疗保健服务的设计与供给的影响。这些讨论的核心是分析信息来源对消费者消费之前的服务期望以及使用服务之后的服务评价所起到的作用。对医疗保健中消费者行为模式的分析为本书最后的章节奠定了基础。第 7 章将讨论服务质量的评价和消费者满意度。

通过回顾基本政策议题,可以明显看出提高服务质量和满足服务使用者的期望是现代卫生政策的中心。当强调将患者视为消费者的时候,以消费者为中心的医疗服务质量和满意度概念就成了医疗保健流程的核心。对于医疗保健管理者和专业人员来说,消费者满意度是测量服务设计与供给过程有效性的重要指标之一。在此背景下,第 7 章详尽分析了服务质量和消费者满意度测量中的问题,其核心是服务满意度的概念及其与其他服务质量度量的关系。在此基础上,该章具体分析了消费者对服务满意度的核心维度,以及医疗服务管理者和专业人员在服务满意度评价中应该面对的问题。消费者对服务满意度的实际评价成为第 7 章的第二个重要议题。具体地说,该章探讨了一系列测量消费者满意度和服务质量的方法,同时深入分析了服务满意度评价中遇到的主要问题。

综上所述,这四个核心议题涵盖了从事医疗保健服务供给的管理者和专业人员所面临的主要问题,从最初的服务设计到消费者对服务消费的评价,提供了一个总体看法。医疗保健服务供给的核心,如服务环所示,是对一系列复杂关系的管理。事实上,医疗保健服务管理最终关注的是对一些重要的互动和关系的管理。从这点上看,在医疗保健服务供给中,复杂的网络关系以及患者与专业人员之间不断变化着的互动类型模式是现代医疗保健服务供给的重点,它们构成了联系本书四个核心议题的脉络。

目 录

医疗管理译丛



第 1 章 卫生政策的主题	1
1.1 引言	1
1.2 卫生政策永恒的主题	1
1.3 治理与责任	2
1.4 竞争与合作：组织的效率和效果	6
1.5 患者赋权：提升以患者为中心的服务	9
第 2 章 医疗服务设计	15
2.1 引言	15
2.2 设计的战略意义	15
2.3 对设计的理解	16
2.4 设计的背景因素	17
2.5 设计的内容	24
2.6 差异性和服务质量	28
2.7 设计的过程	29
2.8 NHS 服务设计的战略方法	31
第 3 章 服务结构：理解组织内部关系和网络	35
3.1 引言	35
3.2 等级制、市场和网络：卫生服务体系组织的方法	36
3.3 理解卫生服务体系市场	38
3.4 理解医疗保健网络	43
3.5 医疗保健中市场和网络的管理	47
第 4 章 组织服务：为组织间服务所提供的管理	52
4.1 引言	52
4.2 卫生保健组织间各种关系的界定	53
4.3 管理初级与二级保健关系：冲突还是合作？	56
4.4 发展初级保健关系：孤立还是整合？	59

4.5 患者与组织间的关系：排斥还是授权？	62
4.6 医疗保健关系的管理：组织、专业人员和患者	63
第5章 理解医疗服务的消费者	66
5.1 引言	66
5.2 消费者与医疗保健	66
5.3 消费者与服务	67
5.4 认知型消费者	68
5.5 对医疗服务提供者的选择	69
5.6 医疗保健的消费：服务过程	72
5.7 服务环境	73
5.8 对医疗保健提供者的启示	74
5.9 结论	75
第6章 变化的消费者	79
6.1 引言	79
6.2 学习	79
6.3 期望	80
6.4 电视在消费者期望形成中的作用	81
6.5 互联网赋予消费者的权利	83
6.6 对医疗保健提供者的启示	87
6.7 结论	88
第7章 医疗保健的消费者评价	91
7.1 引言	91
7.2 为什么要测量患者满意度？	91
7.3 患者满意度测量的问题	92
7.4 “患者满意度”的定义及与其他因素的关系：什么正在被测量？	94
7.5 因素之间的关系	96
7.6 患者满意度概念的维度：应该测量什么？	98
7.7 患者满意度的测量：如何测量？	99
7.8 服务质量量表	102
7.9 应答偏性的影响	106
第8章 结论：满足绩效期望	115
8.1 引言	115
8.2 服务循环：整合中的服务过程	116
8.3 服务设计：整合中的多种视角	117
8.4 服务结构：管理组织内部的关系	119
8.5 服务消费：从患者到消费者	121
8.6 服务评价：评价消费者的满意度	122
8.7 战略关系管理：走向成功的服务供给	123

者之间利益与权力的平衡。

在 NHS 发展的一些关键时期，保守党和工党都曾分别执政，因此 NHS 的成长与发展受到两党政策的深刻影响。政府的干预不仅体现了不同的政治治理观念，也反映了当时国内外学术组织和临床实践的观念。至今，英国 NHS 已发展演变为苏格兰体系、英格兰及威尔士体系，这为探索从政策到实践的一系列议题提供了丰富的研究案例。但作为研究案例，它又十分复杂。片面看待 NHS 个别政策和建议所导致的结果这一做法令人担忧，因为 NHS 的改革既有持续性的改革，也有革命性的变革，而来自政府和服务提供者并行的能动性作用所造成的复杂的动态影响力及其需要，很难被识别和把握。

一方面，在任何一个阶段占据主流地位的卫生服务政策、体制、建议和措施等都表现为实实在在的规程，即便从业者对这些规程感到迷惑不解、不知所措、无所作为或丧失热情。另一方面，当我们从整体上反思 NHS 的规程时，总能够发现贯穿其中的永恒主题，它并没有因执政党的更替而发生改变。

毫无疑问，我们可以从多个角度分析归纳 NHS 的日常规程，但出于本书的目的，我们确定了其中三个基本主题，将在本章随后部分逐一论述。

(1) 治理与责任。当前，医疗服务重视质量优先和临床治理，这是循证实践 (evidence-based practice) (主要关注临床绩效) 和组织绩效评价发展的产物。NHS 绩效评价的体制和管理已将这些事项都考虑在内。这不仅使组织运作和临床实践发生了变化，而且还以提高 NHS 整体临床质量为目的，形成了新的国家和地方机构及其管理体系。

(2) 竞争与合作。从一开始，政府就千方百计地寻求 NHS 的组织方式，以实现资源配置效率和效果的最优化。为了达到这个目的，政府试图在医疗及其相关的公共服务提供者中确立一种他们认为适当的竞争与合作的组织方式。NHS 在任何一个时期，不管其是否更类似于“市场”或更接近于“官僚等级”，都不否认卫生服务应该是在复杂的服务提供者的组织网络中进行的事实，而要管理好这张网络，就需要认识到是哪些因素在起作用，该采取什么样的理念和方法。

(3) 以患者为中心的服务。与其他服务产业一样，消费者对医疗服务的期望不断增加。因此，服务提供者已将注意力转向如何组织最佳服务供给的过程，并且利用商业过程再造等概念来重新定位医疗服务，形成以患者需要为中心而不是以“生产功能”（即服务供给）为中心的理念。他们甚至强调不仅仅要去理解患者，还要让患者参与服务的设计、供给和评价。

1.3 治理与责任

1997 年英国工党政府出版的《新国民卫生服务体制：现代与可靠》(The New NHS: Modern and Dependable, Department of Health, 1997) 及苏格兰版的《保健设计》(Designed to Care, Scottish Executive Health Department)，引入了临床治理的概念，其定义是：

通过创建优质的临床保健环境，从而让 NHS 组织能够不断改进服务质量，确保

提供高标准的医疗保健服务。

(Scottish Executive Health Department, 1998)

为了实现这个目标,政府把质量、绩效和责任置于临床医生、管理者和政治家心目中最重要的位置,同时创立了一系列支撑质量标准开发和实施的内外实体及程序。虽然临床治理在本质上是新观念,但在一定程度上是把卫生政策和实践在过去20年里不断发展的两大主题——提高组织绩效和建立循证医疗的精神——联系起来,并进一步向前发展。

提高组织绩效

NHS 成立后不久,提高组织绩效就成为人们关注的焦点。政治家们很快认识到,人的不健康状态并不是一经治疗就能根除的,相反,对 NHS 资源的需求却在不断增加 (Teeling Smith, 1984; Vaizey, 1984; Enthoven, 1985)。政府迫切要保持投入到 NHS 中的公共资金的水平,因此努力寻求改进组织结构和过程,以完善各种稀缺资源的配置。为此,政府引入了各种行政的、组织的和管理的改革 (Klein, 1989),以此来消除被认为是 NHS 系统固有的低效率。

20 世纪 80 年代,时任“森宝利”^① 主席的罗恩·格里菲思 (Ron Griffiths) 勋爵发表了关于 NHS 的评论,使人们开始格外关注 NHS 稀缺资源的使用方式。勋爵的评论强烈批判了 NHS 在体系运作方面的问题,他在评论中形象地描述道:“如果弗洛伦斯·南丁格尔 (Florence Nightingale) 今天提着灯穿过 NHS 的走廊,几乎可以肯定地说,她在寻找的是主管。” (引自 Klein, 1989: 208) 这个评论的直接后果是,在卫生服务的全局层面建立了一个总的管理结构,增加了决策的责任强度,同时发展了绩效管理的系统。这一政策措施不仅要引起系统机构上的变化,而且还雄心勃勃地试图改变职责与“行事的方式”,同时还产生了新的“领导者”队伍,他们激励决策,创新文化 (Pettigrew et al., 1994: 31-32)。政府建立了一个监督委员会和管理委员会 [被称为国家卫生服务管理执行部 (National Health Service Management Executive, NHSME)], 以加强对 NHS 的协调和集中领导;同时赋予该管理委员会以考核绩效指标和临床医生的预算管理的权力。在管理方式上,从临床共识管理逐渐转为等级控制管理 (Klein, 1989)。

尽管管理改革使官员、医生和卫生服务管理者更专注于改善绩效,但众人的想法未能获得完全的统一。人们对 NHS 资源的需求仍在持续增加。到 20 世纪 80 年代末 90 年代初,政府显然要采取更多措施来提高卫生服务效率。为解决这一问题,当时的保守党政府设计了内部化的市场改革 (Department of Health, 1989)。这场改革以强调竞争力来驱动系统效率的提升,由购买者从卫生当局和某些全科医生那里获得价格低、候诊时间短的卫生服务。这样,购买者就会“把钱付给干得最好的医院” (Department of Health, 1989: 37),其激励机制是通过寻求较低廉的服务,将结余的预算放入自己的口袋 (1.4 “竞争与合作”一节将对此进行深入讨论)。

^① 森宝利 (Sainsbury), 英国最大的连锁超级市场。——译者注

提高临床绩效：循证医疗

20 世纪 80 年代，尽管许多医疗保健政策的重点集中在提高组织绩效上，但也对循证医疗的诉求给予了认可 (Walshe and Rundall, 2001)。正如戴维斯和纳特利 (Davies and Nutley, 1996 b) 所言：

直到近些年，人们才认识到医疗保健的特点不是疗效的不确定，而在于治疗的成功常常无法确定……最近几年，这种不确定性已越来越明显，于是医疗保健工作者……力求“以证据为依据”。

临床证据的大量运用始于对临床审核的重视。临床审核是对“医疗保健质量系统的、深入的分析，包括诊断和治疗的过程、资源的使用、患者的治疗结果等” (Department of Health, 1989: 37)。为了提高质量和资源使用效率与效果，在卫生服务体系中建立了确保由临床工作人员、专家组织和医疗服务管理者共同参与的系统、评价程序和责任机构 (Department of Health, 1989)。

此后，循证对决策的作用不断提升。现在看来，英国工党政府把证据提升到了政策决策程序的中心地位 (Davies et al., 1999a)，即“更加依赖于科学证据而不是政治观点或专家意见” (Lohr et al., 1998)。这对医疗保健服务具有重要的意义：

我们必须根除临床服务过程中的低效率和效果差等现象，对新药、新疗法的临床效果和成本—效益作深入的分析，消除官僚机构产生的低效率，克服医疗保健因获得性方面的差异所造成的不公平。

(Scottish Executive Health Department, 1997)

在英国，主要有两种方法支持了循证医疗的使用：循证医学 (EBM) (Rosenberg and Donald, 1995; Sackett et al., 1997) 和临床诊疗指南 (Forrest et al., 1996) (参见 Lohr et al., 1998; Davies and Nutley, 1996b)。两者都采用了来自临床研究、临床流行病学、卫生经济学和卫生服务研究等领域的信息 (Perleth et al., 2001)，确定了最佳诊疗方法，鼓励开展以患者为中心的治疗，从而提高了医疗保健服务的质量。

塞克特等人 (Sackett et al., 1996) 将循证医学定义为“将个人专业知识和系统化研究所获得的最佳外部实证作 (信息) 整合……从而在相关的个体诊疗中，审慎、明确、明智地使用当前最佳实证，为临床作出决定”。在这种“自下而上”的方法中，临床医生和病人共同选择最适合患者的诊疗决策，即患者在决策过程中具有明确的作用。而临床诊疗指南是以系统的、“自上而下”的方式发展起来的，是用于指导医生和患者在特定临床环境下进行决策的方法 (Lohr et al., 1998)。临床诊疗指南也来自对文献的系统研究，旨在正确处理特定疾病和患者群体。它们通常被组合成综合性医疗路径 (ICPs)^[1] (Campbell et al., 1998)，通过设定患者预期的病程、临床结果和护理管理来指导临床决策。该方法的一大优势是便于核查临床诊疗指南的实施情况。

尽管循证医学和临床诊疗指南的受关注程度日益增加，但它们的发展与应用仍存在着问题。它们的运用在方法学上仍存在困难 (Davies and Nutley, 1999b)，在使用效果上也

受到质疑 (Lohr et al., 1998)。然而,循证运动的发展态势似乎并不会减弱,正如戴维斯和奈特利 (Davies and Nutley, 1999b) 所述:

我们可以期望人们会更努力地去进行循证医疗的尝试。因为至少知识的发展通常会使我们对环境的复杂和对我们无知的程度有着更清楚的认识。

玻利斯等人 (Perleth et al., 2001) 认为卫生技术评估是提高效果和效率的第三种手段。卫生技术评估在英国已被广泛采用,包括对医疗保健改良的成本效果评价、药物的评价等,建议服务提供者采纳相应的创新技术。

提高服务质量和评价绩效

当前对临床治理、临床绩效和组织绩效的重视,是“服务质量新精神”的体现 (Navaratnam and Harris, 1995)。这已经出现在整个公共服务中,并已经把临床绩效和组织绩效汇集起来,形成了一个综合的“质量”观念。在此过程中,形成了一系列测量手段,以保证预期的质量水准能够实现。戴维斯等人 (Davies et al., 2001) 最近指出了这些变化:

2001 年新春,政府宣布要采取进一步措施来解决 NHS 中出现的质量问题。国家临床评价机构的建立提供了“解决医生绩效不良问题的新方法” (Department of Health, 2001)。这只是自 1997 年以来所有措施中最新的一个。实际上从那以后,我们已经看到文件讨论过后所发布的白皮书和一系列令人眼花缭乱的机构的建立及规划的出台:国家临床效果研究所 (NICE)、健康促进委员会 (CHI)、绩效评价框架 (PAF)、现代化管理局 (Modernization Agency)、全科医学委员会 (GMC) 改革议案和法律效力的介入,还有现在的国家临床评价机构 (NCAA)。

总而言之,这些(或其他的)机构和绩效框架^[2]代表了一种全方位的途径,试图改变组织的结构和过程,确保服务质量的持续提高,而且它同时也尝试改变 NHS 的文化。

采用临床治理作为提高质量的基础,是当前 NHS 所面临的最重要挑战之一,尤其是需要付出更多的努力来确保临床治理不只是简单地成为提高生产率的工具 (Holzer, 1993; Davies et al., 2001; Dixon, 2000)。正如狄克森 (Dixon, 2000) 所言:

绩效观念应该与生产率观念区别开来,但却应和质量与发展的观念结合起来。尽管生产率很重要,但它也可能很容易地就成为绩效降低的标志……人们一提到“绩效”,就常常联想到关于急诊收治、候诊和财务收支平衡等管理日程表式的传统狭隘的“绩效管理”概念。然而,“质量”却使人联想到临床治理,它在很大程度上是一张临床专业的日程表,但那些提高非临床领域绩效的政策……应该和临床绩效目标一同加以考虑……它们是整个治理措施的有机组成部分。

同样,为巩固临床治理,我们需要在拓展信息上做出实质性的努力 (McColl and Roland, 2000)。艾伦 (Allen, 2000) 提出,这包括作为与责任相关的四个维度的信息:

- 财政,关注财务透明度,以及由此而能进行的回顾检查和对所有开支的解释能力;
- 过程,关注恰当程序的运用;

- 项目，关注所进行的活动，尤其是其质量；
- 优先，关注所开展活动的适宜性。

与临床治理密切相关的是过程和项目的治理（Allen, 2000），因为它们用恰当的程序记录了医疗保健的供给和责任，并根据国家及地方的标准或框架进行检查，同时也对此类活动的质量作出相应评价，包括年度报告、向公众公开的审计报告，以及患者的优先参与权。

组织绩效和临床绩效的综合评价始于政府绩效评价机构（Department of Health, 1998），它界定了绩效的六个方面内容（见下面的知识链接）。这些责任维度和绩效的表达，需要依赖信息基础设施作为支撑，要有充足的资源，但目前还不具备这些条件（Baker, 2000）。信息的整理、监督和解释也正在不断完善。一些机构诸如国家临床效果研究所（NICE）、临床标准委员会（Clinical Standards Board）（苏格兰）和卫生技术委员会（Health Technology Board）（苏格兰）等只是最近才成立，全力支持临床责任制和改进质量，需要制定大量的标准及措施，而那还有很长的路要走。尤其对服务结果难以明确的时候（Radin and Coffee, 1993），要设计评价结果的测量方法和选择合适的指标，同样是复杂而且有待进一步完善的（Mannion and Goddard, 2001; Mulligan et al., 2000; Shaw, 2001）。



知识链接

国家绩效框架——关键方面

- 健康促进
- 公平获得
- 有效供给适宜的卫生保健
- 效率
- 患者/照护者的经验
- NHS 保健的医疗结果

通过提高质量和强化责任来改善医疗服务的举措至少在 1979 年就已出现（Shaw, 2001），而且对公共服务标准的监督还有可能进一步提升。除了提高临床和管理绩效之外，同样被用来评价服务的路径还包括，满足消费者（而非服务提供者）的需要、更好地鼓励消费者参与外围决策、更好地与外界组织及团队内部合作等。以下我们将逐一进行讨论。

1.4 竞争与合作：组织的效率和效果

20 世纪 80 年代以来，NHS 连续改革的中心目标是提高医疗保健供给的效率和效果。人口变迁和技术发展使人们对 NHS 的需求持续增长，政策制定者必须设法使医疗保健公共投资的收益实现最优化，以满足患者的期望（Lapsley, 1994）。但卫生服务体系的组织和专业人员群体的多样性，加剧了这个挑战的复杂性。卫生服务体系组织不但包括 NHS

组织,还涉及地方政府部门和志愿者机构,因此协调管理服务供给过程中多部门组织间的相互关系,是医疗保健面临的一项重大挑战。市场机制的方法强调价值与竞争,网络结构的方法强调创新与合作,这两者间出现了明显的政策分歧。自20世纪80年代以来,关于采用竞争还是合作的方法的争论,在英国成为宏观层面上讨论组织和管理NHS医疗保健政策的焦点。然而,这不是英国独有的争论,而是一场是否允许医疗服务系统存在特殊内在组织结构的争论,它反映了整个后工业经济时代卫生政策的特点(Ham, 1999)。

在英国,这个争论得到了主流政治观点的支持,认为NHS管理中建立的等级与官僚设置不能供给高质量或者具有成本效果的卫生保健。NHS的政策制定者借鉴私立部门的组织管理实践及发展,研究了可供选择的机构设置,积极寻求治理机制,以提高NHS内部的资源配置效率和活动协调性。在这种环境与理念的支配下,20世纪80年代后期,各种竞争原则被以准市场机制的内部市场形式引入NHS;20世纪90年代后期,这种以市场为基础的竞争方法,又被跨界网络的结构改进与合作模式所取代,这反映了竞争手段的失败和政府意识形态的转变(Light, 1997)。虽然将这些连续的改革描述为从等级到市场再到网络的过程,可能过于简单(Exowrthy et al., 1999),但是竞争与合作间的动态平衡已经成为英国近20年来卫生政策的基本特征。为了理解医疗保健中正在进行的竞争与合作之间的政策争论,即便最简单地回顾一下这些连续性的政策体系,也是有价值的。

威士多等人(Wistow et al., 1996)所称的“把市场引入政府”,就是把以市场为基础的竞争治理引入NHS。20世纪80年代,新古典主义的微观经济学理论盛极一时,这种观点就是微观经济学在公共政策领域的反映(Ferlie, 1992)。从这种思想角度看,由于市场力量之间各种竞争的相互作用,市场被视为是效率、选择和活力的同义词;与此相反,由于保护垄断地位和缺乏有效激励机制,官僚等级制无一例外地被视为无效率和缺乏活力。这至少反映了这样一个基本意念:与其他公立部门的组织一样,NHS在很多方面是低效率的,因此它需要面对经济的激励和竞争的角力,以实现有效地节约和抑制用于医疗服务的公共支出(Maynard, 1994)。在有关1989年前NHS改革发展政策宗旨的阐述中,清晰可见这样一些描述:

围绕着竞争在提高NHS内部质量和效率方面的作用展开了大量讨论……如果要在医疗服务的不同部门中引进某种有效的竞争,那就是引进市场体制所具有的最佳特质……

(Teeling-Smith, 1986)

此观念的主要后果是NHS组织事实上被分化了,具体表现为NHS从一个庞大、内部化了的行业官僚机构,向一个市场机制框架内独立运作的松散集团转变。NHS内部各组织间以及卫生服务体系供给所涉及的外部相关组织,都以签订正式契约关系的形式来进行管理。同样重要的是,NHS重视在已有管理机制思路和绩效指标的基础上,鼓励市场化的竞争模式,至少在初级阶段是如此。其操作运行目标和机制都清楚地体现在1989年的白皮书《为患者工作》(*Working for Patients*)上。

NHS的医院信托机构能从它提供的服务中获得收益,主要是通过与卫生当局签订合同,为居民提供卫生服务。另一部分合同和收益来自于全科医生自己的NHS预

算。……这种筹资方式刺激了绩效的改进。它创造了机会，向已改进和扩大了的服务供给方提供经费，使经费流向患者愿去的地方。那些更受全科医生和患者欢迎的医院将会吸引 NHS 投入更大份额的资源，用作提升医院服务质量。

(Department of Health, 1989)

尽管在 1997 年工党竞选获胜时，准市场机制和相关的契约管理仍占了一席之地，这种市场运作已取得实质性的进展，但是早期强调的竞争行为模式已逐步地被合作工作模式取代。这种改变反映了医疗保健服务的相互关联性、潜在复杂性，以及私立部门合同模式的变化 (Laing and Cotton, 1995; Flynn et al., 1996)。在竞争性的准市场体制背景下出现了关系式合同，我们可以认为这为随后的工党政府在 NHS 中引入组织内部网络化的管理奠定了合作方式的基础。20 世纪 80 年代以来，保守党政府关于市场与竞争作用的观点已成为一信条，此后工党政府把合作与合伙关系当成公立部门改革的主要原则。对“以合伙关系为第三条道路” (Department of Health, 1997) 的青睐，标志着政府在组织和管理医疗保健的主导思想上放弃了市场与竞争的理念。尽管 20 世纪 90 年代后期的政策制定者面临着与 20 世纪 80 年代后期一样严重的财政压力，而且也同样关注效率、绩效评价、成本效果和质量，但实现这些目标的机制已大不相同。医疗保健系统不再追求激励竞争，而是通过组织内的合伙关系和网络结构之间的合作来实现这些目标。哈德森等人 (Hudson et al., 1999) 把这一政策的调整描述为复杂社会问题管理中“不言自明的合作美德”。促进合作的办法反映了医疗保健问题相互联系的特征，以及为确保无缝衔接服务提供完善而有效的跨界机制的需要。如先前政府推崇市场和竞争一样，该政策变化反映了私立部门不断增加对合伙关系与网络的兴趣，原因在于他们看到了这种方法既有助于改良似乎行之有效的业务治理，又有利于组织机构的学习与创新 (Bianchi, 1995; Huxham, 1996)。

NHS 合作式伙伴关系的工作目标，在初始的政策文件和后来的政见论战中都显而易见。尽管都关系到初级保健，但我们可以从下列摘录中清楚地感觉到 NHS 政策的导向。这些摘录有力地证实了保守党政府和工党政府各自信奉的路线的差异。

全科医生及其团队日益认识到一起工作的优势……全科医生组成联盟，形成新型初级保健组织的基础，这将克服那些人为造成的界限。

(Department of Health, 1997)

基层的初级保健组织……正在攻克服务与专业之间的障碍。由此我们有了一个独一无二的机会，看到了前所未有的可能整合保健服务的雏形。我们期望在将来看到，所有地方的医疗服务不是秘密的竞争而是公开的比较。

(Health Select Committee, 1999)

基于互惠、信任和长久合作理念之上的跨界结构取代了冷淡的、形式上的合同管理，跨界结构的产生标志着 NHS 在宏观层面上组织与管理的显著变化。然而有人却提出了这样的建议，认为在 NHS 内部市场的操作层面上要将合作方法调整或改变以适应 NHS 的特别情况，就像其为符合卫生服务复杂性的实际情况所发展的演化过程一样 (Exworthy et al., 1999)，特别是合作与竞争之间的分野未必能如政策制定者预料的那样，可清楚界