

七个发达国家卫生系统的领导与治理

Peter C Smith^{1*} Anders Anell² Reinhard Busse³ Luca Crivelli⁴ Judith Healy⁵ Anne Karin Lindahl⁶ Gert Westert⁷ Tobechukwu Kene¹

1. 帝国理工学院 英国伦敦
2. 隆德大学经济与管理学院 瑞典
3. 柏林理工大学 德国
4. 意大利语区大学 瑞士
5. 澳大利亚国立大学 澳大利亚
6. 挪威卫生服务知识中心 挪威
7. 奈梅亨大学医学中心 荷兰

【摘要】本文运用结构式调查方法,探讨了澳大利亚、英国、德国、荷兰、挪威、瑞典和瑞士七个发达国家卫生系统的领导和治理情况。领导与治理模式包含三项基本职能:优先顺序设置、绩效监管和问责制。各国卫生系统的领导和治理方法存在着显著差异,零散并略显随意。虽然各国在卫生系统的总体目标上达成了共识,但设置优先顺序的途径各不相同。成本效益分析作为设置卫生系统运行优先顺序的一个主要方法被各国加以广泛运用,但并未发挥核心作用。各国虽然处于不同的发展阶段,但绩效监管却能广泛吸收有益意见。问责制特别是在最优方法的不确定性方面,各国之间的差异最大。大多数情况下,市场机制、选举程序、直接经济激励以及专业监督与控制等几种不同问责机制的组合可能更为合适。而且这些机制应与优先顺序设置和绩效监管协调一致。

【关键词】领导;治理;卫生系统;问责制

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.11.001

Leadership and governance in seven developed health systems

Peter C Smith¹, Anders Anell², Reinhard Busse³, Luca Crivelli⁴, Judith Healy⁵, Anne Karin Lindahl⁶, Gert Westert⁷, Tobechukwu Kene¹

1. Imperial College, London, United Kingdom
2. School of Economics and Management, Lund University, Sweden
3. Berlin University of Technology, Germany
4. Università della Svizzera Italiana, Switzerland
5. Australian National University, Australia
6. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Norway
7. Radboud University Nijmegen Medical Centre, The Netherlands

【Abstract】 This paper uses a structured survey to explore leadership and governance arrangements in seven developed health systems: Australia, England, Germany, the Netherlands, Norway, Sweden and Switzerland. It presents a cybernetic model of leadership and governance comprising three fundamental functions: priority setting, performance monitoring and accountability arrangements. Approaches to leadership and governance vary substantially, and have to

* 作者简介: Peter C Smith, 男, 教授。E-mail: peter.smith@imperial.ac.uk

本文英文原文参见 Health Policy, 2012, 106(1): 37-49, doi: 10.1016/j.healthpol.2011.12.009, 有所删减。

date been developed piecemeal and somewhat arbitrarily. Although there seems to be reasonable consensus on broad goals of the health system there is variation in approaches to setting priorities. Cost-effectiveness analysis is in widespread use as a basis for operational priority setting, but rarely plays a central role. Performance monitoring may be the domain where there is most convergence of thinking, although countries are at different stages of development. The third domain of accountability is where the greatest variation occurs, and where there is greatest uncertainty about the optimal approach. We conclude that a judicious mix of accountability mechanisms is likely to be appropriate in most settings, including market mechanisms, electoral processes, direct financial incentives, and professional oversight and control. The mechanisms should be aligned with the priority setting and monitoring processes.

【Key words】 Leadership; Governance; Health systems; Accountability

1 概述

2000年世界卫生报告引入政府对卫生系统的管理职责,包括确定卫生政策的思路 and 方向,通过规章制度和宣传教育发挥影响,以及收集和利用信息。^[1]该概念随后被世界卫生组织重新定义为“领导和治理”,即“制定战略性政策框架,并结合有效监督、联盟构建、制定适宜的监管和激励机制、注重制度设计及问责制”。^[2]在卫生系统中,领导和治理通常是政府最复杂且最重要的职能。

文献研究发现,治理可以定义为社会协调,一般分为三种类型:层级治理、市场治理和网络治理。^[3,4]层级治理意味着需要制定规则、分配资源和责任,同时也意味着自上而下的直接控制。市场治理则强调购买、监管和激励机制。网络治理则需要基于专业规范和信息建立共同的价值观和知识体系。

Ouchi认为,特定情况下最佳组织控制需要考虑以下两个方面:知识产出以及测量产出的能力。^[5]知识产出过程简单并能精确测量时,市场处于最佳状态。相反,知识产出过程复杂并难以测量时,层级治理是首要选择。当关于产出过程和结果测量的信息都非常贫乏时,组织就会采用Ouchi提出的“小团体控制(clan control)”模式,在该模式下,社会和文化标准决定了绩效,而不是市场机制或官僚制度。

传统的治理模式是基于层级治理,并向包括市场和网络在内的混合模式发展。这就要求政府在放弃直接控制的同时,采取创新并且更加理想的治理方法。领导和治理不仅涉及政府自身的筹资、服务提供以及资源控制,同时政府要有明确目标,并确保

所有利益相关者能对系统行为和绩效发挥适宜的作用。实际上,强调利益相关者意味着国家无法施行“自上而下”的治理。鉴于现代经济社会权力分散,各国有必要调动网络的力量进行监管。^[6]复杂的卫生系统中,任何一个参与者都不具备全部知识和权力完成所有改革,因此,国家有必要通过多层组织进行网络式治理。

卫生系统的领导和治理是一个相对比较新颖的概念,各国在卫生系统管理的定义、模式以及如何衡量其效果方面还没有达成统一共识。^[7]然而,管理理论学家和政治学家已在该领域建立了比较理想的模型。本文将Beer模型描述为“控制论”。^[8]Osborne和Gaebler指出,如今,各国寻求方法“掌舵”而不是“谴责”其发达的经济体。^[9]

其他作者根据系统思维,对现实条件下实施特定干预的过程进行了深入探讨。^[10]只有考虑到全部的影响因素,包括系统如何反应,可能产生什么协同作用和负面影响,才能保证干预设计强力有效,预期效果才会实现。Veillard等提出了评估卫生部门管理绩效的操作性框架,这与卫生系统分析存在明确的相关性。^[11]根据世界卫生组织的定义,领导和治理包括设置改善人口健康状况的优先顺序、评估这些优先事项实现的程度,并考虑到全部利益相关者的行为。根据Smith和Goddard的研究结果,我们可将该内容归纳为三个关键部分:设置优先顺序,绩效监管和问责制,体现了领导和治理的核心特征。^[12]图1强调了一个成功的卫生系统治理中的绩效反馈理念,这意味着卫生系统的管理职能应该受到重视。

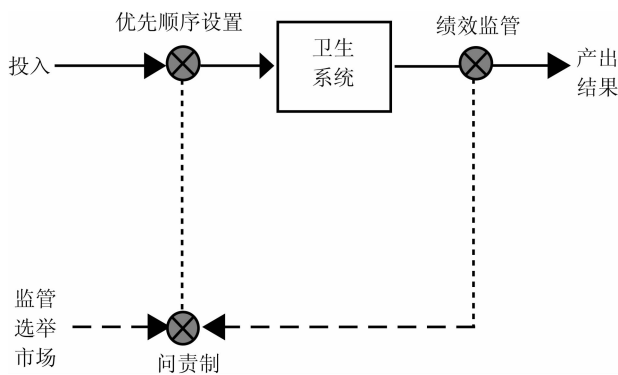


图1 卫生系统领导和治理控制论模型

1.1 优先顺序设置

优先顺序设置是指在一定的系统约束条件下,为优化卫生保健系统而进行资源分配的一种方法。^[13]设置优先顺序首先要有明确的目标,以此作为优化的基础。2000年世界卫生报告指出,主要卫生目标包括:(1)改善人口健康状况;(2)提供安全、优质的卫生服务;(3)提供具有反应性的卫生服务,满足患者需求;(4)公平的待遇和结果;(5)加强对人群疾病经济风险的防护;(6)确保卫生资源可持续供应和有效利用。

由于政治决策的不同,各国在制定目标以及确定目标的重要性方面存在显著差异,但仍有一般性框架提供指导。^[14]实践中关于卫生系统总目标的差别不大。设置优先顺序的任务是将卫生系统的总目标转化为可付诸的行动,但由于卫生预算压力,各国之间存在很大差异。^[15]

优先顺序设置可以采取多种形式,如按照卫生服务标准或需实现的目标等。^[13]在强制性医疗保险的卫生系统中,常用的形式是投保人享有卫生服务的权力或规范。^[16]还有一些其他方法,如改善健康状况,患者安全标准,等待时间以及卫生服务的可及性等。

1.2 绩效监管

信息技术革命提高了数据收集和分析能力,促进了卫生系统高效运行。通过提供及时的信息,可以改善卫生服务的提供,病人可以获得理想的治疗和健康结果。如果没有获得病历、健康状况等相关可靠且及时的信息,临床医生就不能提供最佳的治疗,甚至出现资源浪费和延误治疗。

发达国家的卫生系统中,绩效信息的范围、性质和向公众公开程度已取得惊人的发展。^[17]绩效监管是指卫生系统数据的收集、分析和整理,并向各利益相关者公布医生、机构和整个系统运行结果。绩效信息可以监测公共卫生、确保卫生服务安全性、为患者提供最佳治疗方案,引导卫生系统向更好方向发展。因此,绩效信息的一个主要目的是促进卫生系统的透明化,并明确各利益相关者的职责。

1.3 问责制

如果利益相关者没有足够权力影响结果,那么优先顺序设置和绩效监管的规范作用不大。Manion和Goddard研究发现,20世纪90年代苏格兰的绩效监管非常先进,但由于缺乏对部分医务人员、管理人员和机构的问责机制和激励机制,导致其对卫生系统行为的影响不大。^[18]国家层面的卫生系统也存在同样问题——《荷兰卫生保健绩效报告》^[19]放缓了讨论和设置优先顺序的速度。

Stewart认为,问责制有两大要素:承担责任(提供绩效信息),以及责任的结果(受到惩罚或奖励)。^[20]因此,绩效信息本身的有效性不足以促进问责制,必须制定措施允许各利益相关者表达各自对服务提供者的判断,必要时,鼓励他们采取补救措施。这些机制可能包括:市场机制,患者或纳税人可以自由选择服务提供者;民主机制,公众定期提交对相关机构的选择决定;直接激励机制,建立支付系统或评估系统;服务提供者监督机制,建立专业监管制度和同行评价机制。这些机制都激励服务提供者采取相应行动。

各国已着手建立治理的机构或系统,这在一定程度上满足了优先顺序设置、绩效监管和问责制的需要,然而机制的范围、设计和有效性存在很大不同。本文探讨了澳大利亚、英国、德国等七个国家卫生系统治理进展,特别介绍了比较成熟的独立机构(an arm's length institution)所采用的治理方法,评估了其操作范围和有效性,讨论了这些机构对卫生系统领导和治理的服务程度。

独立机构并没有一个统一的定义。经济合作与

发展组织(OECD)将其定义为“承担政府责任但不受政界人士控制的机构,这些机构不具备传统职能部委的层次结构,在某些情况下进行自治并不受政治影响”。^[21]这些机构有两大目标:提高效率和效益,不受政治影响下的决策合法化。

与传统政府部门不同,这些机构拥有不同的治理部门,一定程度上管理自治,不受一些管理、财务或人事规则影响。相同点是,这些机构在赋予明确权力的条件下,其具体操作不受日常政治审查和控制。OECD将这些定义为“分散化治理”措施。^[21]

本文研究了一些高收入国家的卫生系统,这些国家基本上实现全民覆盖,筹资来源于强制性税收或社会医疗保险。表1总结了各国关键的卫生统计数据,存在很多相似之处。^[22,23]表2比较了这些国家卫生系统的特点,存在着很大差异。卫生系统内分散化控制的最好程度是人们重点讨论的话题。^[24]本研究反映了从分散化控制措施至高度集权化控制措施的演变。由于分散化的落实程度和模式不同,系统“控制”也存在很大差别。

表1 各国人口、卫生支出和健康情况

指标	澳大利亚	英国	德国	荷兰	挪威	瑞典	瑞士
人口(百万,2009年)	21.3	61.6	82.2	16.6	4.8	9.2	7.6
卫生总支出占GDP百分比(% ,2008年) ^a	8.5	8.7	10.5	9.9	8.5	9.4	10.7
政府一般卫生支出占卫生总支出百分比(% ,2008年) ^a	65.4	82.6	74.6	75.3	78.6	78.1	59.1
人均卫生支出(美元,2008年) ^a	3365	3222	3922	4233	5207	3622	4851
人均期望寿命(岁,2009年) ^a	82	80	80	81	81	81	82
2006—2007年0~74岁各种原因的标准化死亡率(%) ^b	56.9	82.5	76.4	65.6	63.6	61.3	53.1 ^a
1997—1998年至2006—2007年标准化死亡率变化百分比(%) ^b	-35.3	-34.7	-28.0	-32.3	-35.5	-30.7	-18.7 ^b

来源:a;WHO^[22]; b; Nolte and McKee 2011^[23]

^a 2004—2008年平均值,来自 Ticino 卫生管理部门的计算

^b 与1998—2002年平均值相比

表2 各国卫生系统特点

指标	澳大利亚	英国	德国	荷兰	挪威	瑞典	瑞士
国家制度	联邦	单一	联邦	单一	单一	单一	联邦
卫生筹资来源	一般税收	一般税收	工资相关税收	工资相关税收及商业医疗保险	一般税收	一般税收	商业医疗保险
医疗保险机构	全民健康保险计划	国民卫生服务体系	160家疾病基金组织	医疗保险公司	区域和地方卫生局	区域和地方卫生局	80个医疗保险公司和26个行政区
卫生系统治理	联邦和州政府	国家卫生部	社团	社团	国家	国家和各郡	传统上是各个行政区,但逐渐被联邦政府代替
医院所有权	州政府公立医院(70%床位),私立医院	主要是公立医院或非营利性医院	公立医院和私立医院混合	私立医院非营利医院、非政府组织	联邦政府(5个区域办事处)	21个郡	私立医院和公立医院
医生就业	主要是私立医院	主要是公立医院,与政府签订合同	主要是私立医院	主要是私立医院	与地方政府签订合同及私人医生	全郡从业人员	主要是私立医院

2 研究结果

各国卫生系统领导和治理很大程度上可通过各个类型的机构来评估。表 3 总结了七个国家的相关机构。

表 3 七国卫生系统治理相关机构

国家	优先重点设置	绩效监管	问责制
澳大利亚	政府理事会、卫生和老龄部、各州和各地区卫生部、卫生部长会议、国家电子卫生过渡管理局、国家卫生预防机构	卫生和社会福利研究所、卫生保健安全和质量委员会、国家卫生绩效管理局、医院定价管理局	政府卫生部门、认证机构、卫生从业人员监管机构
英国	卫生保健质量委员会、国家卫生和临床卓越研究院(NICE)	保健质量委员会、福斯特医生情报网、国家统计局	卫生部
德国	联邦联合委员会(G-BA, 成员: 联邦社会医疗保险医师协会、联邦疾病基金协会、医院联合会)、卫生保健质量和效率研究所(IQWiG)	质量应用与科技保健学院(前身是联邦质量保证办公室)、卫生保健透明度和质量组织	联邦联合委员会(G-BA)、联邦医师商会、联邦保险管理局(BVA)
荷兰	卫生理事会、医疗保险委员会(CVZ)、药品评价委员会(CBG)	国家公共卫生环境研究所(RIVM)	卫生保健督察局(IGZ) 卫生保健管理局(NZa)
挪威	区域卫生管理局、卫生保健质量改进与优先顺序设置理事会	卫生部(医院)、各直辖市(基层保健)	卫生监督局
瑞典	卫生和社会事务部门、牙医和药品福利机构(TLV)	国家卫生和社会福利委员会、郡理事会协会、质量登记机构(个别条件)	郡理事会/地方政府
瑞士	联邦服务委员会、医疗委员会(各州)	联邦统计办公室、患者安全基金会、瑞士DRG联邦机构	瑞士医疗协会(FMH)及其他专业组织

2.1 澳大利亚

澳大利亚实行联邦制度,联邦政府、六大州及两个地区职责划分清楚,各自管理本区域内的卫生系统。卫生保健由公立和私立医疗机构共同提供,医疗服务由国家医疗保险支付,药品由国家进行补贴,

公立医院向患者免费提供服务,卫生经费来源于税收和患者自付费用。虽然私立医疗保险是自愿的,但澳大利亚政府鼓励国民购买私人医疗保险并享受私人医疗服务。^[25]

优先顺序设置是联邦政府、州政府和区政府的共同责任。澳大利亚通过诸如国家卫生预防局等机构告知优先事项,澳大利亚卫生评估技术(HTA)一直处于领先地位,目前正在建立安全互操作电子卫生信息系统。卫生部长会议讨论并确定国家各项优先重点。政府理事会采取相关措施加强绩效监管。卫生保健安全和质量委员会领衔倡议并提出各项相关标准,但并没有正式的干预权力。为强化公立医院的相关绩效监测和问责制,联邦政府于 2011 年成立了医院定价管理局和国家卫生绩效管理局,各项主要问责机制主要通过政府间论坛、国家和州政府卫生部门、服务认证机构以及 2010 年成立的澳大利亚卫生从业人员监管机构进行监督。

澳大利亚通常采用“软”方法开展相应的监管工作。卫生系统的高度分权化在促进创新并增强反应性的同时,也削弱了问责制。澳大利亚正在通过颁布国家最低标准和公众绩效报告来进行完善。然而,对州政府或公立医院应采取什么激励或惩罚措施以满足优先顺序设置要求尚未清楚,而且私立部门的问责制仍然比较薄弱。

2.2 英国

英国实行全民免费的国家卫生服务体系(NHS),卫生经费来源于一般税收并实行全民保险。目前,NHS 越来越依赖于公立、非营利、商业服务提供者组成的混合市场。患者可免费选择任何的非紧急医疗服务,费用由诊断相关组(DRG)支付系统支付。^[26]2010 年联合政府更加强调提供者市场,绩效信息将会发挥重要作用。

卫生保健质量委员会与卫生部共同制定了一套“核心标准”,对组织合规性进行评估,这些标准组成了优先顺序设置的主要机制。评估多是自我报告,但不利于审计和检查。国家卫生和临床卓越研究院(NICE)也可以进行优先顺序设置,NICE 试图将最好的实践质量标准融入这套“核心标准”,进行技术评

估,绩效考核成为了该机构近期改革的核心。私立组织福斯特医生情报网同样可以提供标准化住院死亡率在内的 NHS 医院评估。传统上,英国 NHS 问责制强调组织与卫生部之间的层级管理关系,但最近的政策强调市场化问责制,包括鼓励更为多样化的卫生服务供应市场,提供者支付机制改革,提出患者选择保证机制,完善提供者绩效信息,努力为市场参与者创造一个公平竞争的环境。

目前,以市场为导向的模式正逐步落实到位。但系统仍缺乏关于卫生系统职能、机制等信息,这限制了患者进行选择。而即将实行的 NHS 财政紧缩政策限制了创新的范围。

2.3 德国

德国实行社会医疗保险体系(Social Health Insurance, SHI)。85%的居民都会获得由160家竞争性医疗保险基金组织提供的保险。这些组织是国家法律允许的自主、非营利的独立机构,资金则来源于雇佣者和被雇佣者。目前还存在着约10%的私人医疗保险,另外4%则由政府直接负担。^[27]德国实行联邦制度,各州和不同社团机构之间三权分立,这让德国拥有了很大程度的自主决策权。

2004年成立的联邦联合委员会(G-BA)代表的是疾病基金组织、医院和门诊医生的利益。这是德国社会医疗保险体系中优先顺序设置机构。委员会负责定义社会医疗保险体系中的“福利包(the benefit basket)”,并评估保健的质量和效率,其工作还要得到卫生保健质量和效率研究所(IQWiG)的报告支持。^[28]2010年质量应用与科技保健学院(AQUA)开始以匿名方式出具绩效报告,做出相关分析和解释。^[29]同时,所有医院也被要求公开出版包含27项评估指标的绩效报告。通过各种法定和自愿的资格认证方案,问责制得到保障,患者可以对保险提供方做出自由选择。

较高度度的授权决策是德国体制的优势。向参与者授予优先顺序设置、绩效评估和控制卫生支出的权力,需要权衡不同利益,担负共同责任。德国政府的权力和责任比其他国家要弱,各种非政府角色会阻碍决策生成并拖延优先顺序设置和法律条例的

执行。在过去20多年中,不同政党联盟试图通过强化政府权力来克服这种两难境地,如将各部门联合委员会归并、试图建立监管质量的政府代理机构或创造由联邦保险当局管理的国家卫生基金。

2.4 荷兰

荷兰的卫生服务体系已经从传统社会医疗保险(允许高收入家庭自愿选择私人保险)向竞争性医疗保险制度转变。在该医疗保险制度下,全体居民将强制参加保险,选择不同类型的保健服务包。^[30]荷兰医疗改革的显著特点是设置了与政治目标相一致的长远目标。这种长远目标包括保险和供应方的“管理竞争”体制、控制商业行为以及医疗保险体系的质量和成本。荷兰卫生保健管理局(Dutch Health Care Authority, NZa)通过设定支付比例、规制参与者的市场支配权力,对这些长远目标的实现进行监督。卫生保健督察局(Health Care Inspectorate, IGZ)负责设定最低质量标准。

卫生部负责设置优先顺序,对卫生保健的可及性、质量和成本负有责任,必要时卫生部还是设置战略优先权的立法机构。独立机构负责优先顺序设置的具体操作,包括卫生理事会、医疗保险委员会以及药品评价委员会等。绩效监管是管理竞争机制的核心,所有保险提供方须提供年度绩效报告,发布在为被保险人提供信息的网站(KiesBeter.nl)上。此外,国家公共卫生环境研究所每两年出具一份国家卫生体系绩效报告,并递呈议会作为监管卫生部卫生体系管理工作负责程度的手段^[19]。管理竞争着重强调将市场视为问责制的重要媒介,而市场的高效运行需要透明的信息并为患者提供有意义的保险选择。地方卫生局在确保市场运行上负有主要责任,同时荷兰竞争管理局通过《荷兰竞争法》确保保险供应方之间实现公平竞争。卫生保健督察局设定的最低质量标准以资格认证的形式进行问责。同时,医疗行业的自我约束也是荷兰卫生体系的一个重要内容。

与其他国家卫生体系不同,荷兰实现了领导和治理因素之间的相互匹配。他们意识到医疗改革中充满变数,需要依靠现有机构去承担众多角色。到目前为止,多次改革始终与长期目标保持一致,相关

独立机构的角色和责任得到合理调整。而荷兰面临的³¹最大挑战是在短期和长期内让优先重点设置和绩效监管与相关体系反应性上保持一致。最近,荷兰卫生部发起和成立了一个国家层面的质量研究所(Quality Institute),整合相关机构的知识。

2.5 挪威

挪威的卫生经费来源于税收。政府分为三级层次:中央、省和市。市级政府负责基层医疗并为老年人、残疾人和精神病患者提供保健;各省负责疾病预防和口腔护理服务;中央政府负责一些专科卫生保健服务。为在更大区域内实现卫生服务的组织和规划,挪威被分为了四个卫生大区,每个卫生大区包括了3~5个省,20世纪70年代的卫生改革关注卫生服务的公平和发展;80年代以分权和成本控制为重点;90年代关注领导和效率;2000年以来关注卫生服务的提供和组织。^[31]

在中央层面,综合性国家卫生规划是设置优先战略的基础。在基层医疗层面上,当地的优先顺序设置主要由各个自治市负责。二级医疗由四个卫生大区负责,通常的做法是与卫生部订立合同,在合同中明确医院在数量、质量等方面需要实现的目标。卫生服务质量改进与优先顺序设置委员会负责设置国家层面的优先顺序。绩效考核是合同的核心内容,在基层医疗层面上,大多数市都设有绩效考核体系。

目前,大多数绩效考核体系过度关注结构和数量,而忽视健康结果,这对改善服务质量没有什么作用。绩效考核结果的公开程度有限,公开渠道不畅通。另外,还缺乏分析数据的能力。由于没有采取相应措施对绩效考核加以改进,这些因素导致绩效考核的意义有限。

问责制主要依靠行政手段进行。患者权利法明确提出治疗应在明确的时间框架内进行,并对此进行监管。如果医院未在该时间段内提供治疗,患者有权利前往其他地方就医,而未能按时提供治疗的医院应承担由此产生的支出。就此而言,优先顺序设置、绩效监管和问责制三方面之间有一定的协同作用。

2.6 瑞典

瑞典是议会君主制国家,包含三个政府层级:中央政府、郡政府和市政府。卫生费用来源于国家和地区税收。^[32]卫生与社会事务部制定国家层面的目标和政策,地方政府承担服务提供和筹资的职责;21个郡政府在其管辖范围内为居民提供优质的医疗卫生服务,90个市政府负责为老年人提供养老护理服务。自2005年起,改革重点关注服务一体化、卫生绩效透明化、基层医疗服务的选择以及私有化。

三个级别的政府均可以设置卫生系统的优先顺序。中央政府确定总体的目标和政策,并为地方决策提供证据支持。自2006年起,绩效监管以临床和绩效结果为重点,并对21个郡的卫生质量和临床指标进行比较。当地政府联盟通常与国家卫生与福利部联合开展绩效监管。在政府的支持下,由专业组织对具体治疗的质量数据进行记录并整理。中央政府通过直接激励措施影响郡的发展,如根据患者在医院就医的等待时间,来支付相应费用。郡议会问责制通过当地居民选举来实现。传统的市场机制以及居民的选择是有局限性的,但近期得以加强,尤其是在基层医疗层面上。

当然,瑞典卫生体系仍有改进的空间。除处方药、医院就医等待时间外,优先顺序设置并不透明,与绩效监管也未能协同,服务提供方面的绩效信息也有限。另一方面,质量数据记录系统的确为卫生人员和机构设置提供了参考。三个级别的问责制通常通过选举得以实现。而利用市场制将会带来何种影响,有待于进一步分析。

2.7 瑞士

瑞士卫生系统也包含三个层次:联邦(中央政府)、州和自治市。卫生费用主要来源于医疗保险费用和税收。联邦干涉程度有限,但过去十年中央政府在卫生决策中的地位日益重要。州、大的自治市、医疗保险公司等对筹资、服务的提供和组织承担责任。1996年的基本卫生改革在全国推行了强制性的标准化医疗保险福利套餐。^[33]公民可以自由选择法定的非营利性保险公司。

联邦及州政府共同承担优先顺序设置的职责,

自治市提供老年人健康保健。联邦及州政府、医疗保险公司、服务提供方联盟等共同参与决策过程。联邦政府负责确定法定福利套餐,联邦服务委员会负责提供治疗方面的建议,但审议并不透明。为解决这一问题,2008年苏黎世州建立了医疗委员会。2011年各州同意将该机构上升为联邦级别。绩效监管方面存在局限性。^[34]没有系统收集医疗保健质量相关的绩效指标,也没有全国性的绩效考核方案,绩效监管通常是由州卫生部门与服务供应方联盟联合开展。瑞士DRG联邦机构通过从各家医院系统收集数据来考核医院绩效。另外,在一些利益相关方的支持下成立的患者安全基金会,尚处于发展初期。问责主要通过消费者选择、专业人员控制、满足医师对继续教育的需求以及医院的自愿认证来实现。但由于绩效监管和优先顺序设置方面处于弱势地位,无法保证其以系统化的方式开展。2011年1月,联邦政府提出一项草案,旨在加强对医疗保险公司的问责和控制。瑞士卫生系统的领导和治理可谓高度分化。^[34]由于信息力量薄弱且缺乏透明度,削弱了保险和服务提供方的市场效果。

3 讨论

3.1 优先顺序设置

设定卫生系统的目标是一项明确的政治任务,也是每个政府应尽的职责。研究发现:医疗服务质量和安全等指标毫无争议,然而,效率最大化或促进公平性等指标却存在很大争议。追求卫生系统效率或公平性本身是有意义的,但转化为可衡量的指标,并非易事。

在调查的国家中,只有德国、挪威、英国以及澳大利亚的卫生系统设定了正式的目标。虽然总体目标的设定是一项政治任务,但建立一个为国家卫生部提供决策支持的机构体系,则可能是政府实现决策的最佳途径。然而,它要承担武断选择目标的风险,而且容易受到既得利益者的阻碍,在权力下放的系统中也会遭遇诸多困难。

缺乏清晰的目标,会使优先顺序的设置变得困难重重。优先重点设置在强制性医疗保险体系中尤为重要,原则上必须告知保险方、患者和付款方保险

方案中覆盖了哪些疾病及治疗手段,谁是医疗保健的受益方,以及他们所能获得的医疗保健质量标准。只有将患者权利陈述清晰后,才能使保险公司、服务提供方以及政府承担相应责任。在发达国家,认为卫生系统应覆盖一切合理的治疗方式和达到患者认可的质量水准是理所当然的,但对于权益的清晰阐述却极少涉及。随着日益增长的财政压力和服务质量问题的曝光,许多卫生体系正面临越来越大的压力。阐明优先顺序设置的必要性变得越来越重要。瑞士由于缺乏全国性的优先顺序设置机构,各州主动成立了名为“医疗委员会”的机构,旨在发起关于优先顺序设置的公众辩论。

清晰的目标一旦设定,细节性优先顺序的设置工作便可授权于业内其他组织,这对于提高成本效果,实现人口健康最大化和确保患者安全发挥重要作用。例如,被广泛认同的实现健康最大化的方法是运用成本效益分析对卫生技术进行评估。本文所调查的七个国家在这一方面都取得了不同进展。澳大利亚采用成本效益分析评估新药品,英国NICE规定了强制性的技术指南,瑞典2002年制定了关于药品成本效益的强制性指南。这些国家越来越重视新型技术成本效益审查的同时,也将此标准应用到更大范围的医疗服务中。

地方进行优先顺序设置的普遍问题在于其本身的复杂性,并缺乏将总体目标分解为地方目标的能力。英国通过建立总体目标设置机制并收紧地方自由裁量权的方式,成功解决了就医等候时间长等问题,但被证明是不可持续的。相反,瑞典的全国卫生保健优先顺序设置中心促进了优先顺序设置的进程,并为地方政府优先顺序设置和绩效监测的研究与开发提供支持。

3.2 绩效监管

现代卫生系统中广泛使用绩效考核工具,但对于如何最有效的使用绩效数据却没有定论。在所有接受调查的国家中,目前关注的重点是是否收集数据和收集什么数据,以及如何将这些数据整合成为一个有效的治理系统。

原则上,绩效监管应按照医疗保险的覆盖面、服

务的质量和效果进行调整。但事实上由于卫生系统缺乏清晰的目标,难以进行绩效监管,如健康结果常采用不规范的指标进行考核。此外,如果各地自由设定自己的优先事项,就很难有统一指标。国家则只能发挥基础数据收集的作用,而不是创设特定的绩效指标。

设置绩效监管框架在本质上是一个国家政府的责任,也可以直接授权或委托给国家或区域机构。绩效监测的最重要功能之一是能够在提供同样类型服务的机构之间进行对比。这需要在全国范围内形成统一的绩效考核框架和指标规范。

资源相对丰富的国家,机构更加需要收集、分析和整理绩效信息。因此,许多国家正在致力于开发一个更加协调一致的总体概念框架。

与绩效数据范围一样,绩效监管的另一个重要因素是绩效数据所呈现的格式。这一部分的关键点包括:绩效总结报告的内容,绩效报告的层面(机构或个人),报告是否公开,根据绩效产生的机构排名,个人绩效指标对总体指标的影响程度等。迄今为止,尚没有证据表明公众会根据绩效公开报告选择相应的服务提供者。

本文所调查大多数国家都要求卫生服务机构定期出具绩效考核报告,并通过签订合同等方式将其落实到位。这包括英国的卫生保健质量委员会、澳大利亚的国家卫生绩效管理局等。

3.3 问责制

问责制是卫生系统领导和治理方面最需要完善的一个内容。一般而言,问责制包括四种类型:市场问责制、选举问责制、激励问责制、服务提供者监督机制。几乎所有国家的卫生系统都包括以上几种类型的问责制,任何服务提供者的支付机制都会提供一些激励措施。^[35] 激励措施是否与卫生系统目标相匹配是最关键的问题,实际上,许多现存的问责制因政治事件而得到了发展。

被调查国家的问责制侧重点各不相同。荷兰主要依赖于由竞争机制规范的市场,英国似乎也朝着同一方向发展。瑞典和瑞士则注重地方民主问责制,尽管对选民是否获得充足的信息还存在着一些

疑问。德国小心运用市场工具,但主体却继续依赖于一个授权的“社团主义者(corporatist)”体系。挪威由四个区域卫生当局通过制定年度规划与合同,进行直接的指挥和控制。澳大利亚注重与利益相关者谈判,设立了澳大利亚卫生从业者监管机构。荷兰和瑞士则注重专业问责制,瑞士计划引进一个类似瑞士金融市场监督管理局的监管机构,对医疗保险公司问责。

检验问责制有效性最简单的方法就是审查其开发的激励措施。主要的激励措施包括:经济激励制度,约定合同双方的目标及义务,职业能力的认证以及职业声望的保持。问责制设计者必须基本上确定所选择的激励措施是否将在机构和个体从业者之间引起理想的反应。

4 小结

本研究强调了国家在卫生系统领导与治理中所发挥的重要性。七个国家通过设置相关机构来完成有关优先顺序设置、绩效监管与问责制。表 4 总结了各国应吸取的教训以及遇到的障碍,如优先顺序的设置需要权衡国家目标与地方发展重点;绩效监管涉及实践中适宜技术的有效使用。

表 4 需要吸取的经验教训和可能遇到的障碍

策略	任务	吸取的经验教训	遇到的障碍
设置优先顺序	设定国家目标 建立网络化治理	广泛的国家目标必须转化成可实现的地方指标; 涉及关键的利益相关方	国家优先顺序与地方优先顺序之间的冲突; 既得利益者的强势干预
绩效监管	统一的绩效指标; 建立一个全国性报告框架; 数据收集和分析	建立资源丰富的绩效监测机构; 明确报告框架的目的; 规定清晰明确的技术要求	中央优先顺序与地方优先顺序之间的冲突; 服务提供者对政治合理性的怀疑; 能力和协调的缺乏,技术困难
问责制	建立问责机制; 将各策略协同组合运用	运用多种机制进行奖惩; 各监管机构协同合作	监管和执法能力的缺乏; 不同问责机制之间缺乏协同

在卫生保健特别是二级卫生保健提供方面,问责制正从传统信任方法向更加透明的方法转变。支持该转型的关键手段就是公开相关数据,了解其目标和优先权,进而形成一个有意义的问责制过程。这不仅反映出日益增强的绩效数据收集和分析能力,同时也反映了公众对透明度的要求。在不久的将来日益完善的绩效数据可以呈现优先顺序设置和问责机制中所存在的缺陷,从而进一步改善。本次研究同时也强调了分权化卫生系统的复杂性,国家规定的优先顺序和相关数据可以帮助地方进行决策,但也保留了一定的自治空间。研究表明尽管卫生系统的总体目标似乎可以达成共识,但在优先顺序设置的方法上仍存在差异,不同国家处于不同的发展阶段,绩效监管可成为共同的思考领域。在问责制方面,各个国家差异显著,对于最优方法的选择,并没有统一定论。市场机制、选举进程、直接经济激励机制、专业监督与控制相结合,可能才是大多数设置中最为合适的一种。

卫生系统领导和治理方法的基本原理并不是自然产生的,其成功的实施涉及国家、地方、卫生人员与居民等多个利益相关者。然而,一些好的倡议似乎缺少影响力,或许是由于目标居民缺少对这些信息恰当的理解,并为之付诸行动。政府出资的独立机构的主要作用是帮助人们获取相关信息,并做出合理的决定。目前,卫生系统面临的挑战包括基于可持续财政拨款所设置的优先顺序,激励创新而不是打击创新的绩效监管,加强而非破坏专业职责的问责机制设计。

致 谢

衷心感谢伦敦健康协会 Sarah Thomson 与英国联邦基金 Robin Osborn 所提供的宝贵意见,感谢伦敦健康协会 Sarah Jane Reed 协助调查,同时感谢研讨会的参加者以及所有建言献策者。

参 考 文 献

[1] The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance [R]. Geneva: World Health Organization, 2000.
[2] Everybody's business: Strengthening health systems to im-

prove health outcomes: WHO's framework for action [R]. Geneva: World Health Organization, 2007.
[3] Bouckaert G, Peters B, Verhoest K. The coordination of public sector organizations-shifting patterns of public management [M]. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2010.
[4] Thompson G, Frances J, Levacic R, et al. Markets, hierarchies and networks: The coordination of social life [M]. London: Sage, 1991.
[5] Ouchi W. A conceptual framework for the design of optimal control mechanisms [J]. Management Science, 1979, 25: 833-849.
[6] Braithwaite J, Drahos P. Global business regulation [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
[7] USAID. Health governance: concepts, experience, and programming options [R]. Bethesda: USAID, 2008.
[8] Beer S. Decision and control: the meaning of operational research and management cybernetics [M]. London: John Wiley & Sons, 1966.
[9] Osborne D, Gaebler T. Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector [M]. Boston: Addison-Wesley, 1992.
[10] Systems thinking for health systems strengthening [R]. Geneva: World Health Organization, 2009.
[11] Veillard J H M, Brown A D, Baris E, et al. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework [J]. Health Policy, 2011, 103(2-3): 191-199.
[12] Smith P, Goddard M. Performance management and operational research: A marriage made in heaven? [J]. Journal of the Operational Research Society, 2002, 53(3): 247-255.
[13] Hauck K, Smith P, Goddard M. The economics of priority setting for health: A literature review [R]. Washington DC: The World Bank, 2002.
[14] Arah O, Klazinga N, Delnoij D, et al. Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement [J]. International Journal for Quality in Health Care, 2003, 15: 377-398.
[15] Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes: A conceptual and comparative study (part 2) [J]. Health Policy, 2002, 59(3): 223-241.

- [16] Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, et al. Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries: Evidence from the European Health BASKET project [J]. *European Journal of Health Economics*, 2005, 6: 2-10.
- [17] Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, et al. Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- [18] Mannion R, Goddard M. Impact of published clinical outcomes data: Case study in NHS hospital trusts [J]. *British Medical Journal*, 2001, 323: 260-263.
- [19] Westert G, Van den Berg M, Zwakhals S, et al. Dutch health care performance report 2010 [R]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- [20] Stewart J. The role of information in public accountability [M]. // Tomkins C. *Issues in public sector accounting*. Oxford: Philip Allen, 1984.
- [21] OECD. Distributed public governance: Agencies, authorities and other government bodies [R]. Paris: OECD, 2002.
- [22] WHO. World health statistics 2011 [R]. Geneva: World Health Organization, 2011.
- [23] Nolte E, McKee M. Variations in amenable mortality-trends in 16 high-income nations [J]. *Health Policy*, 2011, 103(1): 47-52.
- [24] Saltman R, Bankauskaite V, Vrangbaek K, et al. Decentralization in health care: Strategies and outcomes [M]. Maidenhead: Open University Press, 2007.
- [25] Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review [R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- [26] Smith P, Goddard M. The English National Health Service: An economic health check [R]. Paris: OECD, 2009.
- [27] Busse R, Stock S. The German health care system [R]. // Commonwealth Fund. *International profiles of health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States* [R]. New York: Commonwealth Fund, 2010.
- [28] Busse R, Nimptsch U, Mansky T. Measuring, monitoring, and managing quality in Germany’s hospitals [J]. *Health Affairs*, 2009, 28(2): w294-304.
- [29] Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) Qualitätsreport 2009 [R]. Göttingen: AQUA Institut, 2010.
- [30] Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: Health system review [R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- [31] Johnsen J. Norway: health system review [R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- [32] Glenngård A, Hjalte F, Svensson M, et al. Sweden: Health system review [R]. Copenhagen: WHO Regional Office for European behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
- [33] Minder A, Schoenholzer H, Amiet M. Switzerland: Health system review [R]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2000.
- [34] OECD. OECD reviews of health systems-Switzerland [R]. Paris: OECD, 2011.
- [35] Robinson J. Theory and practice in the design of physician payment incentives [J]. *Milbank Quarterly*, 2001, 79(2): 149-177.

[收稿日期:2012-09-10 修回日期:2012-09-20]

(编辑 赵晓娟)