

卫生部门治理: 战略与机制

刘丽杭*

中南大学公共管理学院 湖南长沙 410083

【摘要】在将健康作为一个要素融入所有政府部门与社会团体政策制定中的大健康整合战略下,政府各部门及社会团体在共识基础上形成广泛性治理目标,由政府主导卫生系统的运行,通过加强政府各部门间及与社会组织的协调与合作,统筹卫生系统的服务及管理功能,建立社会参与的绩效问责机制,实现提升卫生部门治理水平,改善社会健康结果的目标。

【关键词】部门治理; 卫生改革; 整合战略; 绩效问责

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.11.006

Health sector governance: Strategies and mechanisms

LIU Li-hang

Public Administration College, Central South University, Changsha Hunan 410083, China

【Abstract】 Under the health integration strategies of public policy to health in all policies of all sectors and social areas, government departments and social organizations form a broad consensus on the basis of the goals of governance, led by government health system operations, through the strengthening of coordination and cooperation among government departments and social organizations as well as overall planning of the service functions of the health system, and the establishment of community participation in the performance accountability mechanism, in order to enhance the level of health sector governance and improve community health outcomes.

【Key words】 Sector governance; Health systems reform; Integration strategies; Performance accountability

卫生部门治理是以改善与增进健康为目标加强政府各部门间组织的协调与合作,以政府为主导,与企业、社会组织和公民合作,组织、分配和利用现有的社会资源共同管理公共健康事务,为全社会提供卫生保健服务。就其治理对象和基本内容而言,包含着卫生部门对于自身、市场及社会实施的公共健康管理活动。^[1]2000年世界卫生组织报告指出,卫生部门治理能够整合卫生系统的三项功能(服务供给、资源配置与卫生筹资)来完善卫生系统的结构,以及改善卫生系统的绩效。^[2]正在进行的我国医药卫生体制改革,亟待构建部门治理框架,采取有效的治理措施,制定和实施符合我国国情的卫生改革措施,以促进健康与社会经济的和谐发展。

1 卫生部门治理的功能

1.1 治理的概念及特征

西方的“治理”(Governance)概念原为控制、引导和操纵之意。20世纪末,随着公共管理模式的改革与创新,治理的内涵与外延在政治体制与社会管理的主体、范围、手段及运作等各层面都得到了新的诠释。治理理论的创始人詹姆斯·罗西瑙(James N. Rosenau)基于“正式机制与非正式机制”的理论将治理定义为“是一系列活动领域里的管理机制,尽管未得到正式授权,却能有效发挥其作用”^[3];1998年,英国学者格里·斯托克(Gerry Stoker)基于“权力—责任”的关系,梳理了治理的多种解释^[4]。国内众多学者也较为关注“政府治理”导向的研究,如毛寿龙将

* 基金项目:国家社会科学基金(10BGL091)

作者简介:刘丽杭,女(1963年—),教授,博士,博士生导师,主要研究方向为公共管理与卫生政策。

E-mail: 1400756817@qq.com

“Governance”翻译成治道,研究对象主要集中在政府职能、政府角色、中央政府与地方政府的关系、政府治理能力,以及行政管理等方面。^[5]国际治理委员会较完整地把治理定义为:各种各样的个人、团体处理其共同事务的总和。通过治理,可以促进其利益冲突与不同价值取向及激励机制的协调与可持续发展,并采取合作行动。这一过程包括授予社会团体或政府部门强制执行的权力,以及获得居民或社会团体支持,以及符合其利益的相关协议。^[6]

治理所涉及的领域远超过了企业经营、社团活动以及行政管理及执行,并拓展至所有组织界定、政策及决策过程的建构,以及所执行任务程序的设定、权力分配与责任机制的建立。治理不是一整套规则,也不是一种活动,而是一个过程;治理的权威也不是单一的自上而下的,而是多元与互动的。其理论基础不是控制,而是协调社会各组织、部门、个人的利益。由此,治理不仅涉及到企业与公司,也包括社会公共部门;它不是一种正式的制度模式,而是一种持续互动的过程。治理强调主体的作用,不同的主体,其治理的范围、方式、思路都不相同;规制强调的是规制的法律地位,需要制订明确可量度和可操作的目标和程序。因此,治理需要规制去落实主体的意愿与政策的目标,而规制则需要治理架构的合理化。^[7]

1.2 卫生部门治理的作用

自 20 世纪 70 年代以来,在政府的财政压力与居民健康需求持续增长的双重困境下,卫生管理体制的改革与健康服务模式的转型一直是国际社会卫生改革与发展的主题。卫生改革与发展的困境,以及全球性金融危机与健康社会决定因素的挑战,不仅促进了卫生部门治理研究领域的创新与发展,而且也逐步形成了一定的共识,不仅要为居民提供一个完善的卫生服务体系,而且应前瞻性地营造一种健康的社会环境,并将健康作为一个关键要素融入所有的政策之中,以促进健康的社会与经济发展,并形成有效的政府治理机制。基于医疗卫生服务的公共性,以及政府应该或能够承担的责任,国际社会都已接受了世界卫生组织所提出的大健康理念,即强调卫生服务的公平性,增加政府财政投入,并实现医疗保险全民覆盖等。2000 年世界卫生组织也首次将卫生部门治理作为其中功能之一。^[2]

卫生部门治理是由政府主导卫生系统的发展。

即政府负责制定卫生系统的发展目标和运行机制,包括卫生系统发展的方向、强调卫生政策的实施及规制,并针对卫生系统绩效的改善构建有效的信息系统,以促进卫生系统的问责机制与透明度。因此,卫生部门治理能够通过卫生系统三大功能:即卫生筹资、资源配置以及服务供给功能的整合来完善卫生系统的结构与功能,并以此促进卫生系统整体绩效的改善。2008 年 6 月 WHO 欧洲委员会制定了“增加财富与增进健康的卫生系统:塔林宪章”的卫生改革框架,系统提出了建立投资于健康就是投资于人类发展、社会和谐与财富增长的发展理念,并致力于完善卫生服务系统的四个功能,强调卫生改革与发展必须要满足居民日益增长的卫生保健需求与健康期望。因此,卫生部门治理可归纳为以下几个方面^[8]:(1)明确卫生改革与发展的目标,以及制定实现目标的战略规划;(2)在制定目标与评价健康状况时提供必要的信息支撑;(3)基于一定的社会价值取向与伦理准则来构建卫生管理体制,以促进卫生改革与发展目标的实现;(4)基于卫生部门的法律法规来推动卫生改革与发展目标的实现;(5)通过完善卫生系统的组织结构与服务模式来适应居民卫生保健需求与健康期望的变化与发展;(6)通过动员全社会的广泛参与,以实现更高层次的健康状况。实际上,卫生部门治理是一种超越了卫生系统管理的方法,不同于卫生系统管理与服务市场规制的概念。

2 卫生部门治理战略

卫生部门治理是一个复杂的连续不断的过程,并成为了一种包括卫生系统在内的多种组织和力量参与的体系,也使得卫生部门治理遇到了前所未有的新挑战。为适应现代社会与经济改革的进程,卫生部门治理理念和战略模式应进行新的适应性的转型。

2.1 健康整合战略

社会公共政策主要涉及居民的衣食住行等生活事件,基于这些基本事件,政府部门的职能可以分为农业生产、教育培训、医疗卫生、社会救助、社区发展、交通、文化与休闲娱乐等众多管理部门。为实现国家发展战略中的社会健康发展目标,将健康作为一个关键要素融入所有公共政策之中是政府健康治理的主要特点,它不仅把健康及其相关问题提到了

政府工作的优先领域,而且也促进了包括卫生部门和非卫生部门之间,特别是财政、教育、交通、就业和农业等政府部门的协同合作,以及双向促进,确保与健康相关的公共政策能够获得卫生系统内外利益相关者的接受并得以实施。因此,整合作为一种促进卫生部门与其它政府部门之间相互合作与包容发展的治理措施,已经获得了政府各部门和众多决策者,特别是各利益相关者的广泛认同。整合所强调的是所有公共政策都有可能对居民健康产生影响,如农业、教育、环境、财政等部门的政策,以及住房和交通运输等方面的政策。因此,卫生部门治理的作用不只局限在卫生系统内部的监督与管理,还包括了具有一定部门及专业特色的领导权,以影响并协调其它政府部门和社会团体,如金融、贸易、交通运输、教育和农业等领域的相关行为,这不仅涉及到中央和地方层面的政府部门,各社会团体与企业,而且还包括其它的利益相关者。这就要求所有政府部门或社会团体在其所制定的政策中,必须有机地将健康与健康促进等概念融入进去。但是,这已超越了卫生部门传统的职权与管理范围。正因如此,卫生部门治理的主要任务是转变卫生部门传统的管理模式,不断加强与其它政府部门或社会团体之间的互动与合作。^[9]

实施健康整合战略的关键要素是开展健康决定因素的社会评估,通过研究健康的决定因素来构建政府部门之间的合作机制,并统筹政府各部门之间的社会健康发展目标,以全方位改善居民的健康状况。广义上的健康社会决定因素,尤其是教育、就业和环境等的影响分布在不同的人群之间,从而决定着健康的不公平性。即使在发达国家,由于其社会福利与保障制度的不同,其居民的健康状况也存在明显的差异。要改善居民健康状况的水平与分布,需要基于公平、参与和合作等基本原则来协调政府各部门和社会团体之间的行为。同时,除卫生部门以外的其它政府部门与社会团体也要负责对影响健康的危险因素采取干预措施和系统管理,特别是要根据其部门特点采取具体而明确的干预措施。因此,必须基于卫生部门的治理机制来促进公共政策有效实施,如在阿德莱德关于健康的公共政策,建议《Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy》中所提到的,应该促进所有政府部门和社会其它领域对健康与公平及其相关政策的重视^[10],而且这也是一种社会责任。在欧洲,特别是欧盟国家在健康

整合战略上已经奠定了坚实的法律基础,其发展战略也已经被纳入到《世界卫生组织欧洲区人人享有健康的政策框架》(The Health for All policy framework for the WHO European Region)中^[8];在2006年,欧盟成员国一致赞同欧洲理事会所提出的健康整合战略建议,并在2007年被欧盟采纳作为健康发展战略的基本准则^[11]。随后,欧盟成员国、世界卫生组织与欧盟委员会共同签署了《健康整合战略的欧洲联盟部长级会议宣言》。^[12]同时,按照1992年的协议,成立了“欧洲社区”,从本质上为欧盟组织授予了一定的权利,从而能够有效支持健康整合战略的实施。“里斯本条约”也在考虑将“保护人类健康”作为制定和实施政策时的一个关键要素。^[13]

但是,在实施健康整合战略的过程中,仍然面临许多的挑战:(1)卫生政策或政府部门之间的相互合作机制是否能够促进健康决定因素的改善,并保障健康整合战略的顺利实施;(2)健康整合战略的成本是重要的决策依据,任何影响其他公共部门政策的成本要素都会对卫生政策的制定产生影响,甚至将面临严峻的挑战;(3)如果其它政策的决定因素处在国家、区域甚至是国际层面,那么对地区卫生政策和措施的促进作用就会非常有限;(4)具体政策变化对健康所产生的影响并不是直接和明确的,往往表现出一定的滞后效用。^[14]因此,为了应对这些挑战,不仅需要构建各部门之间有效合作的激励机制,而且还需要保证信息和数据的真实与可靠性。

2.2 形成目标共识

健康治理不仅强调政府各部门之间的协调与合作,而且也注重社会健康发展目标的包容与可持续性,并正在从强调政府各部门之间的协调与合作转向更积极地促进政府与社会在基本的社会价值取向上形成共识,以共享包容与可持续的社会健康发展目标。^[13,15]

基于不同的文化及价值理念,不同国家在其社会发展目标的价值取向上会有所不同,特别是在涉及到传统文化与一些特殊人群的相关公共政策时,健康作为一种治理目标所具有的特色也越来越突出。但是,所有国家在寻求改善社会与居民健康状况这个明确而广泛的政策目标时,其决策往往很少受到其传统文化与社会价值理念的驱使。健康涉及到社会全体成员,能够获得最高标准的健康是每个公民的一项基本权利,人人健康是整个人类社会最

终的追求目标。因此,每个国家及其政府都在致力于“人人健康”的社会发展目标,以促进社会的可持续发展。这些目标的主要特征是拥有广泛的人群及社会基础,能够示范性引导所有参与者包括私人非营利部门和营利部门都必须接受政府的相关政策及强制性规定。一个国家社会与居民健康发展的基本政策目标主要体现在:公平和公正、政府责任、效率、健康与安全、健康促进、个人选择 6 个方面^[8,16](表 1)。

表 1 社会与经济发 展的政策目标

政策目标	解释
公平和公正	为全体居民,包括贫困、农村、年老、残疾的和其他易感人群提供平等及必需的卫生保健服务
政府责任	通过国家卫生保健服务或建立社会医疗保险制度提供卫生保健服务
经济效率	在财政可承担的范围内筹集卫生经费
健康与安全	保护劳动者,确保饮水安全和食品卫生监督
健康促进	教育居民关于医疗服务,药物使用和健康行为
个人选择	确保供方、某些特殊病种的保险业者在目标的控制内尽可能多的选择

政府各部门及社会团体在共识基础上所形成的广泛性治理目标及措施主要体现在 7 个方面^[17-18]:(1)公平与公正。税收部门在政策上给予优惠或合法避税;企业给予残疾者、少数民族以平等的工作机会;卫生部门根据需要准入和提供治疗服务;教育部门根据能力准入和提供教育服务;交通部门提供公共交通。(2)投入与补偿。税收部门改进或调节收入税;企业缴纳卫生附加税;卫生部门加大对社会健康要素的投入;教育部门通过税收补偿教育;交通部门缴纳公共交通的公补金。(3)健康促进。税收部门对健康教育或设施免税;卫生部门对患者或居民提供健康信息与健康教育服务;教育部门对健康教育的质量评估;农业部门给消费者提供并标示产品有关健康的信息。(4)健康与安全。税收部门对于损害健康的产品及服务施以重税;企业在工作时间,职业保健服务,保护设施(如头盔)提供职工的健康与安全;卫生部门保证全体居民的健康,卫生保健服务效果及质量;教育部门关注上学交通安全,计划免疫及学校保健;交通部门强制要求企业安装车位安全带、气囊,强制司机使用安全袋及速度控制;农业部门要求对食品卫生质量进行监督。(5)个人选择。卫生部门为居民提供服务机构及保险支付者等选择;教育部门为居民提供上中学与大学等选择。(6)

可持续性发展。税收部门对公共服务的配套税收政策;对企业提出环境保护的要求;卫生与教育部门加大财政的可支持性投入;交通部门限制汽车废气排放污染;农业部门限制使用有毒杀虫剂。(7)促进经济增长。企业通过反托拉斯法及正当竞争法有序参与;卫生部门确保投入的有效性。

3 卫生部门治理机制

卫生部门在制定政策并采取一系列的相关措施来改善居民健康状况以及健康的社会决定因素时,必须利用相关的治理机制来促进其他政府部门和社会团体将健康作为一个关键要素纳入其各自所关注的领域。

3.1 统筹机制

根据世界卫生组织所提出的卫生系统在服务供给、资源配置、卫生筹资、部门治理等 4 项功能,只有卫生部门治理能够统筹其它 3 项功能来完善卫生系统的结构以及改善卫生系统的绩效。^[2]

整合卫生资源与转变服务模式。一是通过整合初级卫生保健服务(含门急诊服务)和住院医疗服务来转变卫生服务的模式。主要通过筹资模式与补偿机制的改革,将财政预算和决策权从医院转移到初级卫生保健机构,并鼓励患者尽可能地利用初级卫生保健服务,引导和构建分级就诊机制,以改善卫生服务的协调与可持续性;二是提升卫生系统的反应性。通过加强卫生服务的能力建设,扩大患者对医疗卫生服务机构的选择权,采取公开透明的政策和供需双方协调合作的模式,尽可能地改善卫生系统的反应性和缩短就医等待时间。同时,还可以针对不同的患者需求,基于患者的偏好采取多维的服务模式来提升卫生系统的反应性和满意度,进而改善政府卫生投入的绩效;三是改善医疗服务质量。通过完善医疗服务质量的法律和政策体系:如构建病人安全战略;完善新技术与药品的管理制度;把医疗服务质量保障措施纳入专业培训和继续教育中等措施;四是加强公共卫生与健康促进。通过采取宏观措施来强化公共卫生在卫生服务体系中的作用,如减少贫困、改善生活和工作条件;同时结合微观措施,主要针对已知的健康高风险行为和生活方式,采取健康促进和疾病预防措施;五是加强卫生人力建设。为适应疾病谱和人口结构的变化,主要措施是提高全科医生比例和充分发挥护士在医疗卫生服务

中的作用。^[15,19]

完善卫生筹资模式与支付方式。一是提高公共财政的卫生投入。各国政府都在通过各种渠道来保持或提高卫生筹资的水平,如提高公共财政在卫生领域的投入和优先权,采取多元化的筹资或混合筹资模式,改变卫生服务机构的资金流向和统筹基金的支付方式等措施来增加政府在卫生领域的投入和减少财政投入的障碍;二是提高统筹基金的稳定性。从各国的实践看,虽然权力下放可以实现卫生系统的目标和某些特定功能;但是,分散式的筹资模式可能会加大统筹基金的风险,并限制卫生资源的再分配能力。通过采取集权管理模式的改革,让地方卫生行政部门来管理各地的卫生筹资,不仅可以提升卫生资源再分配的力度,也能够明显促进卫生系统绩效的改善;三是改变支付方式。实践证明,以病种为基础的支付方式可以激励医院的财务核算机制,使其更加灵活与透明。但需要实施比较严格的监管制度;四是积极探索卫生服务的购买模式。将卫生服务提供者的绩效与当地居民的卫生保健需求有机地结合起来,重新分配卫生资源。即将购买者与提供者分离,以购买者为杠杆来改善卫生服务的绩效。^[14,19]

3.2 协调与合作机制

卫生部门与政府其他部门之间,以及社会团体的协调与合作,主要是通过倡导健康理念与整合式的合作战略,并通过参与者的协调机制来实现,以促进卫生改革与发展目标的实现。每个国家在关注健康及其相关问题的决策时,都需要考虑政府不同部门及其相关领域的不同利益,只有在形成共识的基础上,通过顶层设计,以及构建相关的问责机制,政府各部门以及社会团体之间才能达成共识,形成有效的合作机制,并尽可能地保持部门政策目标与社会发展总体目标的一致性。其主要措施是^[20]:(1)主导政府部门之间的卫生改革进程;(2)支持其它政府部门自觉评估各自政策对健康所产生的影响;(3)在其它部门制定及实施相关政策时,如果涉及到居民健康与卫生问题时,要积极参与并合作,如食品或环境政策等;(4)通过对健康决定因素的评估,提出一些部门的政策可能会对健康产生负面影响,必要时承担捍卫健康的社会责任。一些欧洲国家所建立的具体工作制度有^[8]:建立国家和地区层次的公共卫生与卫生政策报告议会制度;建立永久性的部

门合作委员会来准备、实施和追踪大健康战略;建立多部门的合作机制,以正式陈述政策建议的方式来形成部门之间的磋商机制,以及更多的非正式协商机制与契约。

同时,利用现代信息与网络技术构建政府各部门职能及资源的有效协调机制,这不仅促进了政府能够跨越内部功能划分、组织界限甚至地理界限而相互联系,而且可以凭借其信息传播的快捷、精准、互动与广泛性的特点,逐步形成一个综合性的大健康服务体系。居民可以通过“一站式”的服务窗口就可以获得全程与连续性的公共卫生服务。同时,最大限度地整合社会与社区资源,激发社会活力,给社会与居民提供一个广泛性的参与机会,推动着社会公众由象征性参与阶段转向实质性参与阶段,使政府健康治理更具有灵活性与渗透力。^[19]

3.3 绩效问责机制

将卫生系统绩效评价与问责机制以及发展战略有机地结合起来,通过绩效评价方式来促进问责机制的可持续发展,并以此来提升卫生系统的社会地位及其服务价值,是促进和完善卫生部门治理机制的重要措施。

绩效评估的目的是进一步理顺与明确众多卫生系统参与者在改善健康状况过程中的角色与责任,并将其转换为改善卫生系统绩效,并促进绩效管理的具体措施。通过在决策过程中加入绩效评价方面的信息,能够促使决策者在评价和调整卫生发展战略、规划、政策和目标时充分考虑到卫生改革与发展的目标。卫生系统绩效评价方法主要是通过以下几个方面来支持和完善卫生部门的治理机制:(1)卫生改革与发展战略是以改进居民健康结果为导向;(2)在制定政策时提供有关健康状况与健康社会决定因素的信息;(3)政府各部门所制定的政策均应该纳入促进健康和健康发展战略的公共政策服务理念,这也是与卫生部门治理的责任与目标相吻合的。卫生系统绩效评价包括两个方面内容^[14]:一是实现最终目标的程度,如居民健康状况的改善,居民医疗风险保障水平的提升,以及卫生系统反应性或绩效的改善;二是实现过程目标的程度,如卫生服务的可及性、覆盖率、质量和安全性等。要全面评价卫生系统绩效需要考虑以下几个因素:(1)评价过程应常规化、系统化和透明化。应事先计划好贯穿整个评价过程的报告制度,卫生系统绩效评价不以改革方案

或国家卫生发展规划的终止为终点,定期评价卫生系统绩效能更快地发现新的问题与明确优先领域,进而调整卫生改革与发展的目标;(2)评价内容应全面而均衡,绩效评价是针对整个卫生系统,而不只是某个项目、某个目标或某种服务。卫生系统的整体绩效要大于卫生系统各构成要素绩效之和;(3)基于多渠道的数据与信息来源进行政策分析,完善定性与定量评价方法,以及样本资料均有助于绩效指标的解释:如时间趋势、空间趋势、区域比较或国际比较,与标准和目标的比较等;(4)卫生系统绩效评价应公开透明,并强化卫生部门治理的问责机制,使公开透明与问责机制相互促进并相互依存。

卫生系统绩效评价及其问责机制类似于社会公共管理中的绩效评价与问责机制。明确权责(公开信息)和促进责任的落实(约束或奖励)是问责制的两个特点。基于绩效评价的问责机制不仅要求各利益相关者对其国家、区域和地方卫生系统的绩效负责,还要求对其绩效的改进负责。^[21]对责任的承诺不仅是对社会和居民的负责,也是一种发展卫生服务、提高管理能力、改善自我评价机制和战略规划能力的措施。

向社会与居民公开绩效评估报告能够促进问责机制的完善与可持续发展。绩效评估报告通常以各国卫生系统绩效排序的方式来说明本国卫生系统的相对绩效^[22],这不仅可以增加社会对卫生系统绩效情况的了解和关注,而且还可以通过建立一个信息平台来吸引社会与公众的参与,以及大众媒体来关注国内各地区卫生系统之间绩效的差异,以及本国与世界各国之间的绩效差异。这也成为促进政府有关部门与决策者重视卫生系统所存在的问题,以及有效的改进措施;同时,针对所存在的差异还能够帮助卫生部门的管理者向社会与公众解释出现这些差异的原因,并阐明卫生系统所面临的挑战。尽管这些数据的可比性和评价指标的选取还存在一些方法学上的问题^[23],在 2000 年的世界卫生报告和 2012 年的 OECD 国家卫生状况概述(Health at a glance 2013)^[24]等报告都说明了卫生系统绩效比较的影响力。目前,尽管大众媒体和公众还只是关注卫生服务的质量,但是,通过卫生系统绩效评估结果的排序,他们也开始关注更宏观的国际卫生系统绩效的比较,如欧洲健康消费指数等。^[19,25]

4 小结

促进健康治理体系和治理能力的现代化,已经

成为我国卫生改革可持续发展的必然要求。我国卫生改革的关键点也就在于促进卫生系统逐步形成一个政府、市场、社会各司其职,而且还能够互相合作的多元健康治理模式,因此,基于卫生部门治理的理念及其策略,不仅能够促进我国的卫生改革与发展,而且还能够通过卫生部门的治理来不断提升社会健康的价值取向,并实现卫生发展模式与服务模式的双层转型。

参 考 文 献

- [1] Mossialos E, Permanand G, Baeten R, et al. Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy[M]. Cambridge: Cambridge University Press. 2010.
- [2] World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance[R]. 2000.
- [3] 詹姆斯·N·罗西瑙. 没有政府统治的治理[M]. 南昌: 江西人民出版社, 2001.
- [4] 格里·斯托克. 作为理论的治理: 五个论点[J]. 国际社会科学, 1999(2): 19-30.
- [5] 毛寿龙, 李梅, 陈幽泓. 西方政府的治道变革[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 1998.
- [6] 英瓦尔·卡尔松, 什里达特·兰法尔. 天涯成比邻-全球治理委员会的报告[R]. 北京: 中国对外翻译出版公司, 2005.
- [7] 杨团, 施育晓. 治理与规管——试析如何走出医疗卫生改革困境. 江苏社会科学[J], 2006(5): 82-88.
- [8] WHO Regional Office for Europe. The Health for All policy framework for the WHO European Region[R]. 2005.
- [9] Wismar M et al. Health targets and (good) governance[J]. Euro Observer, 2006, 8(1): 1-8.
- [10] World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy[C]. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 1998.
- [11] Council of the European Union. Council conclusions on health in all policies (HiAP) (EPSCO) [C]. Brussels, European Commission, 2006.
- [12] Rome, Ministry of Health. European Union Ministerial Declaration on Health in All Policies[R]. 2010.
- [13] Public Health Agency of Canada. Crossing sectors-experiences in intersectional action, public policy and health. Ottawa, Public Health Agency of Canada [R]. 2007.
- [14] World Health Organization. Everybody's business, Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action[R]. 2009.
- [15] Mossialos E, Dixan A, Figueras J, et al. Funding health care: options for Europe[R]. 2002.

- [16] Baldwin R, Cave M. Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice [M]. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- [17] Light D. Sociological perspectives on competition in health care[J]. Journal of Health Politics, Policy and Law, 2000, 25(4): 969-974.
- [18] Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice[J]. Journal of Public Administration Research and Theory, 2007, 18: 543-571.
- [19] Sarah Clark, Albert Weale. Information governance in health: An analysis of the social values involved in data linkage studies, the Nuffield Trust in UK[R]. 2011.
- [20] Inez Mikkelsen-Lopez, Kaspar Wyss, Don de Savigny. An approach to addressing governance from a health system framework perspective[J]. BMC International Health and Human Rights, 2011(11): 13.
- [21] Enderlein H, Wälti S, Zürn M. Handbook on multi-level governance[M]. Cheltenham, Edward Elgar. 2010.
- [22] Saltman R B, Rico A, Boerma W G W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care [M]. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006.
- [23] McKee M. The world health report 2000: Advancing the debate[R]. 2000
- [24] Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2007[R]. 2007.
- [25] Health Consumer Powerhouse. The Euro health consumer index 2008[R]. 2008.

[收稿日期:2014-09-23 修回日期:2014-10-13]
(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

对卫生政策与体系研究的能力进行评估:基于七所非洲高校的实证研究

卫生政策和体系研究的重要性众所周知,而高校是维持和增进这一能力的核心,并培养后续的决策者和卫生专家。然而,很少有人关注高校开展这一研究的能力。近日,《卫生政策与规划》杂志发表了题为“Assessment of capacity for Health Policy and Systems Research and Analysis in seven African universities: results from the CHEPSAA project”的文章,作者在非洲卫生政策与体系分析联盟的支持下,对五个非洲国家七所高校所开展这一研究的能力进行了自我评估。

该评估侧重于“资本”和“需求”,并分析了六个重点领域:领导力和治理、卫生政策和体系研究分析的教学和研究范围、沟通、网络、将研究转化为实践、以及研究所需要的资源环境等。各高校通过采用文

献综述、定性与定量的访谈、员工问卷调查、比较分析等方法收集资料,并对以上六个重点领域进行了数据分析。

研究发现,尽管这一研究依然面临诸多挑战,但其在非洲已经有所发展。七所高校都具有开展这一研究的能力,如都已开展卫生政策与体系研究分析的教学和调研等,但在研究人员数量、机构规模以及开展这一研究的能力和范围等方面存在明显差别。因此,还需要进一步加强研究人员培训,优化开展这一研究的环境,将这一研究融入到本科生和研究生的教学中,鼓励更多的组织参与其中,并加强对这一研究的支持。

(林伟龙 摘编自《Health Policy and Planning》)