

我国传统医疗服务质量评价方法的管理理论分析

卢 玮

(中南财经政法大学 工商管理学院, 湖北 武汉 430064)

[作者简介] 卢 玮(1967), 女, 湖北大冶人, 中南财经政法大学工商管理学院博士生, 武汉科技学院副教授, 主要从事市场营销研究。

[摘 要] 对我国医疗服务质量的研究, 过去大多集中在其评价方法的演变上, 对其理论基础的 analysis 仅限于交易营销、多元化扩张和创新力上。传统医疗服务质量评价方法的理论基础, 已经不能适应现代医疗服务质量环境的变迁, 无法对现代医疗服务质量做出切合实际的评价。应以关系营销、核心竞争力、创新力与控制力的统一等管理学前沿理论作为我国现代医疗服务质量评价方法的理论基础, 以构建我国现代医疗服务质量评价方法和考核体系。

[关键词] 传统医疗质量; 关系营销; 核心竞争力; 创新力与控制力统一

[中图分类号] D035 [文献标识码] A [文章编号] 1672-7320(2007)03-0423-05

一、传统医疗服务质量的内涵及其主要评价方法

(一)传统医疗服务质量的内涵

我国传统的医疗质量有广义和狭义之分, 狭义的医疗质量主要指医疗服务的及时性、安全性和有效性, 是通过临床技术科室和医务人员遵循医疗管理制度、执行操作规程和技术规范、实施自我评价和控制所达到的医疗技术和医疗效果。其内容主要涵盖以生物技术质量特征为标准体系以及医疗工作效率的高低, 如诊断是否正确、迅速、全面, 治疗是否有效、及时、彻底, 治愈住院时间是长是短, 有无因治疗而给患者增加不必要的痛苦和损害, 医疗事故发生率的高低等。而广义的医疗质量, 按照被尊为医疗质量管理之父的多那比第安的观点, 则包括“结构—过程—结果”的三维内涵, 即将医疗质量分解为三个部分, 即基本结构(Structure)、实施过程(Process)和医疗结果(Outcome)^[1](第537-539页)。其中, 结构主要指各类资源的静态配置, 过程主要指医疗机构动态运行的质量与效率, 结果是结构与运行的最终质量测定。因而医疗质量的概念不仅涵盖了以往狭义的范围, 还包括医院工作效率、医疗费用是否合理、医疗技术投入—产出关系、医疗的连续性和系统性等指标。基于这种认识, 我国学者马骏将医疗服务质量明确地划分为基础质量、环节质量和终末质量三级质量结构, 中国标准化协会企业标准化专业委员会将医院服务质量分为医院工作质量、医疗环节质量和医疗服务终末质量。

(二)传统医疗服务质量评价方法

基于对传统医疗服务质量的狭义认知, 我国传统医疗质量评价方法仍然采用以统计指标评价法为主和其他方法为辅的评价体系。常用的方法有:

1. 传统医疗统计指标评价法。它是指通过医疗机构医疗终结的数字资料的收集、整理、计算和分步骤进行科学管理的评价方法。这种评价法以数字为事实, 制订相应的统计指标, 对医疗质量和效率进行

正确、及时和有效的评价,为医疗质量管理提供更可靠的质量改进依据;同时在保证统计数据的真实性、完整性和准确性的基础上,格外注意了统计数据的可比性和显著性。其优点是医疗指标统一、固定、具体,项目简单,便于统计和分析,带有一定的普遍性,是一种比较实用易使大家接受的管理方法。其缺点是事后的结果评价,被动管理,忽视人的作用和医疗活动过程中的质量控制。

2. 三级结构质量评价法。这是引进美国学者多那比第安质量管理法。其特点是有利于建立以医务人员为主体的三级质量控制网络体系,质量分层评价,针对性较强,效果比较可靠。该评价法的优点是把质量管理和评价明确地分成了三个环节,将质量管理责任进一步明确,以便于监督检查;其缺点是单靠医疗部门控制质量,全员参与意识、服务意识淡薄,也不易制定有可比性的、统一的医疗服务质量评价标准,在我国实际应用过程中,只重视了基础质量和结果质量,而忽视了对环节质量的评价和管理。

3. 医院分级管理评价方法。这是我国借鉴外国管理经验并经过充分论证后而形成的具有中国特色的管理评价法,现已在全国推广实施。它是按医院功能、规格、档次、定编、定标准、定评价方法,从而达到对医院全面管理的方法。其优点是医院分级,评价标准统一,一个评价循环套一个循环,促进医院向正规化方向发展,而且有利于跨区域性大规模检查,优胜劣汰;其缺点是实施、掌握评价方法的人员素质不同,很难在一个水平上评价,同一级医院评审结果可能相差太大,有失医院评审评价的现实意义,因此还需在实践中总结经验教训,找到适合中国医院的分级管理评价方法。

二、传统医疗质量评价方法理论基础的管理学分析

在医疗市场竞争日益激烈的今天,医疗服务质量的高低决定了医疗机构未来的发展。但传统医疗质量评价方法是以“自我”为导向,以“疾病”为中心确立的,其质控方法基本是以医疗机构自我评估为主,只反映了医疗供给方的情况,忽略了医疗需求方以及第三方付费机构(医疗保险公司)等的存在,很难体现患者或医疗顾客的想法。以此为基础,考核出来的医疗质量的高低,不能全面反映医疗机构的质量水平,也就体现不出其真正的竞争力。

尽管整个医疗行业的营销环境发生了巨大的改变,但我国传统医疗质量评价方法的管理学理论基础并没有发生实质性的变化,存在着相应的缺陷,表现为:

(一)以传统交易营销管理模式为主导,忽视关系营销管理模式的运用及二者的并存、融合

关系营销是个相对新的并且还在演变的概念。最初的定义是由伦纳德·贝里(Leonard Berry, 1983)提出的,意即“(…多种服务机构中的…)吸引、维护和…增进与顾客的关系。营销观念中吸引新顾客仅仅是营销过程的第一步。”^[2](第 35 页)

交易营销与关系营销是两种截然不同的研究范式:前者以产品为中心,把买卖双方的关系仅仅界定为“你买我卖”的单纯性商业往来,顾客只是交易的对立面,最多强调了交换过程中帮助顾客、满足顾客,因此,它着眼于单次交易活动收益的最大化,追求的是企业短期的经济利益。后者以长期关系为导向,其目的在于同顾客结成长期的相互依赖关系,把顾客视为永久的合作伙伴,发展顾客与企业及其产品之间的连续性的交往,以提高顾客忠诚度来巩固市场,注重企业在双方关系的交互作用中创造新的价值和长期经济利益,以便构建企业持续竞争优势。在我国医疗行业,绝大多数医疗机构都是以交易营销进行经营管理,将来院顾客看作单纯的你买我卖的一次性服务,未确立关系营销战略。因此,在实践上,强调市场顾客的个体性,而忽略其整体性,未将其顾客群体进行市场细分,更谈不上寻找和对其目标市场的定位。这样,每家医疗机构就没有相对固定的服务对象——顾客群体,还未意识到与顾客建立长期的战略合作伙伴关系对医疗机构生存、发展的价值所在,很少医疗机构为顾客提供了售后服务。

交易营销是以 4Ps(Product(产品)、Price(价格)、Place(分销渠道)、Promotion(促销))组合作为基本营销手段。这一理论认为,如果一个营销组合中包括合适的产品、合适的价格、合适的销售渠道和合适的促销策略,那么这将是一个成功的营销组合,企业的营销目标就可以实现。到 20 世纪 80 年代,美

国劳特朋教授针对 4Ps 理论存在的问题提出了 4Cs (Customer (顾客)、Cost (成本)、Convenience (便利)、Communication (沟通)) 营销理论, 要求抛弃传统的产品开发概念, 建立以顾客需求为中心的营销流程; 要求抛弃传统的定价方式, 建立为顾客创造价值的营销流程; 要求在制定分销策略时, 要为顾客提供最大的购买和使用便利, 而不是给企业自己方便; 要求抛弃传统的单向传播方式, 应通过同顾客进行积极有效的双向沟通, 建立基于共同利益的新型企业—顾客关系。所以, 关系营销是以 4Cs 组合为主要营销手段的, 真正体现了以顾客为导向、为顾客服务的理念。

需要说明的是, 尽管关系营销与交易营销是两种对立的营销范式, 但关系营销理论的提出并不标志着传统的交易营销范式的终结, 他们不是完全对立的, 而是可以并存、融合的^[3] (第 37 40 页)。这是因为: 首先, 它们的存在取决于不同的外部环境和内部条件; 其次, 营销手段的应用应使短期收益与长期利益在一定时期内达到均衡; 再次, 现代网络技术的发展使关系营销与交易营销在技术支撑上进一步融合; 最后, 关系营销 4Cs 与传统 4Ps 营销组合可以演化与并存。由此可见, 我国医疗机构应在医疗分类等级的基础上进行市场细分, 找准各自的目标市场, 用不同的营销理论做基础, 采取不同的医疗质量考核标准而不是过去那种简单的一刀切的传统评价方法。

(二) 以多元化扩张为主, 忽视其核心竞争能力的培育及二者的内在联系

首先, 从宏观上来看, 我国医疗市场已实现了经营主体的多元化, 并且是以国有医疗机构为主, 民营、外资等医疗机构为辅的竞争格局。但是, 在国有医疗机构中, 具备核心竞争能力、拥有较高品牌价值或知名度、具有国际竞争力、可持续发展的医疗机构却不多。由于医疗行业具有一定社会福利的特殊性, 除了依靠市场的自我调节作用外, 还需要政府的宏观调控, 在资源配置过程中, 有意识地培育出一定规模的具有国际水平的医疗机构, 使其能代表国家的医疗技术服务能力, 参与国际市场的竞争。

其次, 从微观上来看, 各医疗单位大多都不是实行跨产业性的多元化, 而是在医疗行业内, 实行医疗服务产品或项目的扩张。其目的在于: 其一是可以为医疗机构带来较多的利益; 其二是可以满足消费者多样性和多层次性的医疗需求; 其三是新医疗技术的出现、新医疗设备的发明等迫使医疗机构不得不开发新的业务领域、新的医疗服务项目, 同时它也为医疗机构的多元化提供了物质技术基础; 其四是多元化可以帮助医疗机构分散经营风险; 其五是可以提高竞争力和市场占有率。

但是, 这种多元化的结果使得全国各类同等级医疗机构之间的同质性越来越明显, 并把他们推向了一个更高的竞争平台, 掩盖了原已提高的竞争能力。所以, 采取单纯性的多元化战略, 并不能从本质上提高我国医疗机构的竞争水平, 而应该在多元化的基础上, 在提高医疗机构的外部竞争力的同时, 转向医疗机构内部实力的增强, 即医疗技术的提升、医疗服务的改进等软环境的竞争上来, 应从盲目的多元化战略转向医疗机构核心竞争力的培育上来。正如鲁梅尔特 (R. P. Rumelt, 1987) 所言, “很明显, 最重要的超额利润源泉是企业具有的特殊性, 而非产业内的相互关系”^[4] (第 74 页)。

医疗市场是个技术、知识、人才等资源高度密集的地方, 医疗机构要想获得长期的竞争优势, 必须将传统的多元化战略分析和以核心竞争力与企业实力为基础的多元化战略分析有机结合起来, 因为前者未对企业本身的特点引起足够重视, 而后者又较少关注企业的外部环境和行业特征。只有将医疗机构内部具体的、客观存在的优势资源通过外部市场或政府的力量进行有效配置, 才能培育出具有开发、保护资源的能力。

(三) 以创新力为主, 忽视控制力的存在及二者的统一

企业创新这一概念是 20 世纪初著名经济学家熊彼得首先提出来的。创新力是在尊重客观规律的前提下, 适时地根据主客观条件的变化, 通过创新活动使企业内部资源要素重新配置, 形成较以前更强的对环境的适应能力、生产能力、营销能力和盈利能力等, 促使企业在质的方面提高。这样就打破了企业原有的产权边界, 使企业的规模扩大, 从而产生了企业在量的方面增长。企业质的提高和量的增长, 一方面反映了企业成长的过程首先是企业不同方面创新的互动过程, 企业创新推动着企业成长的实现; 另一方面反映了企业内部整合能力和企业外在竞争能力的提高都依赖于企业创新力。从这个角度看,

我国医疗卫生服务行业受传统医疗质量评价体系的约束,只重视医疗技术创新和量的扩张,过于重视大型医疗设备、门诊住院大楼、病床数目等有形物质要素的投入,而相对忽视医疗服务、医疗信息、市场营销运作能力、科学管理能力、价值观和创新思维等无形要素的提高。可见,我国医疗机构目前普遍存在着创新力不足的问题。

控制力是企业在生产经营活动中,根据市场经济运行规律,对企业的战略规划和运营适时地进行调整,对企业自身行为自觉地进行约束,使其经营活动不超过自身的能力范围,并降低经营风险,最终获得相对于竞争对手更多的成本优势的能力。按照哈佛商学院罗伯特·西蒙斯(Robert Simons)教授的看法,面对日趋成熟的消费者和竞争激烈的市场环境,如何在一个要求灵活性和创新性的企业中施加足够的控制至关重要。并且认为企业领导在激励员工去主导变革,寻求创新的方式来面对消费者的需求时,这种方式必须是可控的,而且提出了由诊断控制系统、信念系统、战略边界(禁区)系统和交互式控制系统等四个子系统有机联系构成的企业控制体系,只有四者的相互支撑和配合,才可保证企业在创新的基础上持续健康发展(参见图 1)^[5](第 5 页)。

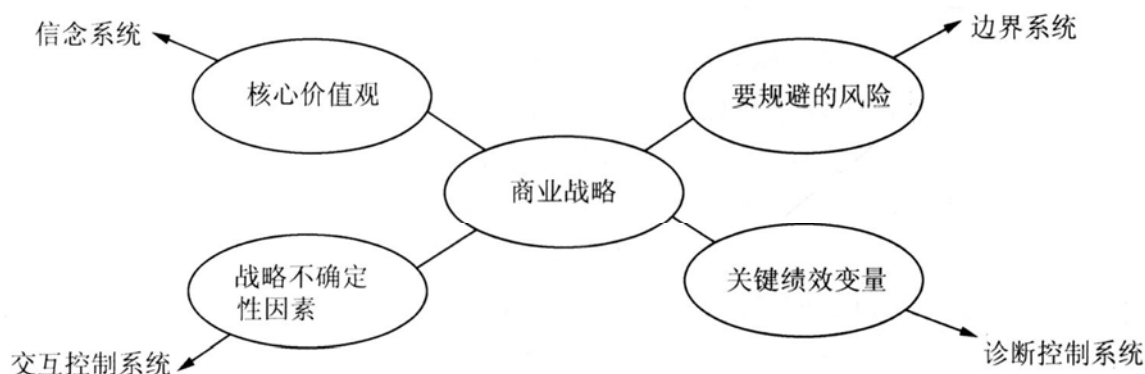


图 1 四种控制体系下的创新战略

创新力与控制力动态统一的思想是中南财经政法大学彭星闻教授学术思想的结晶和升华,他通过对国内外诸多大中型企业从“明星”到“流星”蜕变过程的实地考察、跟踪深入研究后提出来的。他认为(1997)任何企业的健康成长都必须坚持创新力与控制力的动态统一。如果将企业成长比作汽车行驶,那么创新力就是油门,控制力就是方向盘和刹车。任何汽车的行驶都离不开油门、方向盘和刹车,没有油门,汽车便失去了前进的原动力,没有方向盘和刹车,汽车的行驶就失去了安全保障。许多企业生命周期短暂,其根源在于创新力与控制力的失衡,要么是创新力不足,要么是控制力缺失。由此可见二者还是一种对立统一的关系,他们可以统一在企业价值保值增值这个大目标上。创新力是一个企业生存与发展之源、之本,而控制力则是一个企业稳定成长的保障。此外,控制力能激活潜在创新力,提供创新初始动力;创新力又能提供新的控制手段,提升控制力。基于上述看法,在传统的医疗服务体制和医疗质量评价体系下,我国医疗服务行业不仅是创新力不足,而且普遍缺乏有效的控制力约束。

从宏观上来讲,首先,医疗资源配置的战略失控。据卫生部统计,2000 年中国卫生费用中,农村卫生费用占 22.5%,城镇卫生费用占 77.5%,这就是说,占全国人口 2/3 的农村居民所花费的医疗费用,不到城市居民的 1/3。这种绝大多数医疗资源向大中城市集中,特别是省会城市,其中,又有 2/3 以上集中于大医院。致使在今日的城市中,医生和医院床位比需要量多 20~25%,一些大型医疗设备拥有量比需要量多 25~33%,在北京、广州等医院的核磁共振机的人均都超过了伦敦和纽约。这意味着我国医疗资源一方面整体上几乎是绝对贫困,另一方面又严重浪费,资源配置结构不合理;其次是医疗体制本身变革方向的失控。随着我国经济体制大环境的市场化改革,医疗服务行业的市场化趋势变化也是历史的必然。但在改革创新的过程中,很多地方将国有医院一卖了之,完全走国有企业改革之路。因此,导致我国医疗卫生体制改革目前处在“政府主导”和“市场主导”的十字路口停滞不前。

从中观上来讲,我国医疗机构由各级卫生行政部门主管,并接受他们组织的医院等级评审和监督。

特别是对国有医院而言,国家卫生行政主管部门既是裁判员,又是运动员。除了对医疗机构的收费价格、各类入行及行医资格等方面的监管外,卫生行政主管部门对医疗机构提供医疗服务的能力和质量水平的监控,主要靠医院的分级评审和分级管理。但这些评审指标的制定,评审委员的组成、执行等都是卫生系统内部的事情,是站在医疗提供方的角度来确定的,并未充分考虑到医疗需求方—消费者的相关利益。而且也没有社会的第三方对医疗卫生主管部门的监督行为进行监控,即在中国没有谁来管制管制者。即在传统医疗质量评价体系中,我国医疗机构缺乏患者及其家属,社会医疗保险机构或商业医疗保险公司等社会机构的监督。

从微观上来看,各家医疗机构对其年度计划、技术质量指标、各类医务人员的操作规程及其职责等都有明确的制度规定,以便监督、控制、考核等。但在市场经济条件下,对医疗机构各自发展的规模、发展方向、新开展的医疗服务项目等则缺乏有力的战略控制。有些国有医院在定位不明确的情况下,盲目超常规发展,最终导致其核心竞争力的丧失,医疗成本的增加和医疗资源的浪费。

医疗行业的发展离不开创新,但创新的依据是顾客需求的变化。各医疗机构应与顾客建立长期合作伙伴关系来了解其需求,通过提高其核心竞争力来满足顾客的需求,以“两力统一”来保证其可持续性发展。所以我国医疗行业应在扬弃传统医疗质量评价方法的基础上,尽快推出符合现实状况的现代医疗服务质量评价方法和考核体系,使其适应消费者、服务提供者、社会中介、政府等的需求满足。

[参 考 文 献]

- [1] [美] 斯蒂芬·J. 威廉斯. 卫生服务导论[M]. 刘健平,等译. 北京:北京大学医学出版社,2004.
- [2] [美] A. 佩恩. 服务营销[M]. 郑 薇,译. 北京:中信出版社,1998.
- [3] 王 霆,卢 爽. 关系营销[M]. 北京:中国纺织出版社,2003.
- [4] 吴诗启. 虚拟经营条件研究[D]. 浙江财经学院,2005 年博士学位论文.
- [5] [美] 罗伯特. 西蒙斯. 控制[M]. 鲜红霞,等译. 北京:机械工业出版社,2004.

(责任编辑 叶娟丽)

On Evaluation Methods of Traditional Medical Service Quality in China by Management

LU Wei

(School of Business Administration, Zhongnan University of Economics & Law, Wuhan 430064, Hubei, China)

Biography: LU Wei (1967), female, Doctoral candidate, School of Business Administration, Zhongnan University of Economics & Law, majoring in marketing.

Abstract: In past years, the research on medical service quality of China focused on its evaluate methods and theory of exchanging marketing, polybasic extending and creativity. I think that the theory basis of traditionally evaluate methods of medical service quality does not meet development and improper evaluation of modern medical service quality. I advanced new evaluation methods and examination system of modern medical service quality of China which basis on theory of relationship marketing, decisive competitiveness, competence unification of innovation and control.

Key words: traditionally medical service quality; relationship marketing; decisive competitiveness; competence unification of innovation and control