

管理的医療の発展と価値基盤的パートナー形成

佐 伯 力

The Development of Managed Care and Value-Based Partnering

SAEKI Isao

目 次

- 1 管理的医療の発展と医療の組織と提供における哲学的移行
- 2 有効な医療実践のための実質的統合と医療ハイブリッド組織の優位性と協働
- 3 医療看護における価値基盤的パートナー形成とステイクホルダー価値方程式
- 4 結論

Abstract

This thesis presents powers affecting current health and nursing care supply and resulting shift of fundamental viewpoint to health and nursing care. Also, the meaning of management responding to its shift and the purpose of business administration of health and nursing care is assessed in this research. From the viewpoint of effectiveness, efficiency, and managed control, failure of both organization; market and hierarchy is pointed out, and superiority of hybrid structure in health and nursing care supply system is discussed. Finally, the development of managed care as well as the importance of forming value-oriented partnership is emphasized.

Key Words

continuous quality improvement (CQI)	継続的品質改善
cost-based system	コスト基盤システム
governance	統治
health care management / health services management	医療経営
managed care	管理的医療
market organization	市場組織
hierarchical organization	階層組織
hybrid organization	ハイブリッド組織
quality networks	品質ネットワーク
value-based system	価値基盤システム
value chain of health care delivery	医療看護提供の価値連鎖

1. 管理的医療の発展と医療の組織と提供における哲学的移行

多くの産業国家において、今日、医療提供システム (health care delivery systems) は一つの危機にある。医療看護コストの上昇は、高齢者人口の増加と先端医療技術の進歩によって一層拍車がかげられ、また高品質医療が消費者・患者によってますます要求されている。そして健康の理解、特に福祉としての健康状態の意味することが近年顕著に変化してきた。その結果、多くの産業国家では、増大するコストが市民が最高の医療看護に接近することを妨げていることと闘争しなくてはならないのである。

ここで論究する主要な視点は、如何にして健康医療システム、なかんずく私的な組織実体 (private entities) が、特定の市場、医療看護提供市場において存続、発展するために、調整し、統合し、また非統合したりしながら自己を組織し管理するかを究明することにある。もちろん政府や国際機関等の公共的政策と活動は重要である。我が国では、海外災害援助市民センター (CODE) や国際医療援助団体 (AMDA) などの活動もある。またジャワ島中部地震の被災地では、各国や国際機関による救援活動が行われ、日本やマレーシアの緊急医療チームが活動し、中国や米国の救援隊も到着している¹⁾。国際社会における国際的な医療看護提供活動には世界各国の医療チームが参加し、協働している。今日、国際的な医療看護提供システムの重要性は一層大である。ここではそれらを議論することではなくて、ここでは政府は、医療看護サービスに対する給付支払者として見られることになる。

アメリカ合衆国での医療看護支出 (health care expenditures) は、2000年でGDPの13%である。経済発展と人口の高齢化に起因しているといえるだろう。1人当たりGDPの変化百分率に対する、1人当たり医療支出の変化百分率として定義される1人当たり医療支出の対GDP弾力性は、1以上である。このことは、医療支出によって吸収されるGDPの百分率が、1人当たりGDPの増大と共に上昇する傾向があることを示している。

合衆国の医療看護市場は、私的組織の活躍や、医療看護の提供と金融の調整の結果として出現した統合的医療提供の革新的な取組を提供している。合衆国の医療看護市場は、医療看護システムと制度の改革に努力している他の諸国にとっては、重要な情報とベンチマークを提供し得るのである。「ドイツのような諸国は、通常は管理的医療 (managed care) の創設と統合的医療看護提供を目的としながら、国内の医療看護の改革のためのア

1) 『毎日新聞』[平成18年5月31日]。

アイデアを採用する意図をもって合衆国の医療看護提供を見ているのである。」²⁾

米国では1965年に、それまでの医療看護自由市場に、65才以上の政府保障の‘Medicare’
と貧困人口の州保障の‘Medicaid’（カリフォルニア州では‘MediCal’）が出現した。
1980年代の始めには、政府の規制緩和政策によって、私企業がこの分野に参入した。この
期間において、制度的実践を統治する中心的な価値は、サービス提供の効率と有効性であ
った。1993年クリントン大統領が医療改革を提示したが成功せず、医療改革の金融問題も
成功せず、医療看護市場の政府規制は終りをつけたといえるだろう。医療看護が市場競争
のなかで行われ、医療看護提供方法の変化は、それ以来、主としてミクロ経済水準の私的
組織によって推進されている。

医療看護分野を特徴づけてきた特質や区分や境界は、ここ数10年の間に曖昧になってき
ている。州と地域で医師と他の医療関係者が、経営管理者や公的事務官と権力を分担し、
消費者運動が普及し、医療看護組織自体が医療と関係のない広い範囲のサービスを提供し
てきているのである。「その上更に、医療看護組織実体（health care entities）が、多様
な事業活動に従事している多事業部の企業（multidivisional corporations）の構成要素に
なっている。その結果として、合衆国の医療看護市場では、全般的な経営思考が理念
と実践を伴って維持されてきている。そして健康について、これまでとは異なった拡張さ
れた理解がそれに加わっている。」³⁾

1990年代は、医療経済における未曾有の集中化の時期であった。管理的医療（managed
care）の促進と病院、医師、保険業者そして管理的医療企業（managed care firms）によ
って、医療看護に融資しそれを提供するために、ネットワーク化、合同化を行い、水平的
並びに垂直的統合組織の形成が推進された。米国の大多数の州では、医術の法人的実践に
関する法（the Corporate Practice of Medicine Law）によって、病院は医師との契約に
依存していたので、この統合的提供システムへの医師の統合は重要な意味をもっている。

もともと歴史的には、医師と病院は公式的契約なしで相互に依存関係にあった。政府関
係の病院が有給の医師を雇用したり、企業家的医師が彼自身の施設を購入したりする例は
あったが、一般には、医師は病院の従業員でもなく、病院が医師によって所有されるもの
でもなかった。医学の主流では、医師と病院の独立性は、いかなる機関へよりも患者への
医師の献身の印として、心に秘められていたのである。この歴史的関係が、医学の企業的

2) Janus, Katharina [2003], *Managing Health Care in Private Organizations – Transaction Costs, Cooperation and Modes of Organization in the Value Chain*, Frankfurt a m Main, Germany: Peter Lang, p.28.

3) Janus, Katharina [2003], p.29.

実践に関する法規，すなわち病院と他の非医師的組織体による医師の雇用を禁じていることの中に存在するのである。

今日，医師は，管理的医療に貢献する集団や提携関係を形成してきている。カリフォルニア北部では，三つのモデルが広く見られる。すなわち，ネットワーク医学集団である医学財団のIPA (the independent practice association)。支援組織であるMSO (a management service organization, or a medical services organization)。医師集団へのサービス提供と医師の診療事務所管理などをするPPMO (a physician practice management organization) である。

IPAは，管理的医療の諸機能を遂行する目的で医師を共同し，日々の医師の実践活動の目的の為に，医師を分散化している。独立の医師がIPAと契約するのである。大抵のIPAでは，医学協会 (medical societies) や病院の医学スタッフ (hospital medical staffs) を中心にして形成された。そこでは数的にも政治的にも支配的な専門医師が，その専門職の中で伝統的な収入と地位を維持するために献身していたのである。しかし「この伝統的なIPAと比較して，ネットワーク医学集団における成功の最重要な決定要因は，専門性に焦点をおいた反管理的医療 (an anti-managed care) 指向から，一次医療 (primary care) に焦点をおいた積極的管理的医療 (a pro-managed care) 指向への移行である。」⁴⁾ そこで今日では，管理的医療の成功は，一つの医学集団が患者提携を誘引できる一次医療医師の参加と契約に魅力を持てることが重要なのである。

MSOは，典型的には，一つか又はそれ以上の病院によって形成され，公正な市場価値で医師と医師集団にサービスを提供し，また病院にもサービスを提供するサービス機関として活動するのである。単純なMSOは，医師に基本的な実践支援と管理的医療の交渉サービスを提供する。より複雑なものでは，医師の実践の為に資産を調達したり，診療事務所支援スタッフを雇用する。

PPMOは，医師集団にサービスを提供するだけでなく，医師の診療事務所をも管理する。大抵の場合，診療事務所を所有するか，又は将来それを購買する権利をもっている。幾つかのPPMOは，病院と保険会社との合弁事業への進出もしている。PPMOは医師に集中している。多くのPPMOは，公開で取引し，1980年代後半における米国医療看護市場での営利会社の出現をも促進した。

カリフォルニア法律 (California Law) に基づいて設立されている医学財団 (The Medical Foundation) がある。カリフォルニアの非営利医療看護財団 (a non-profit

4) Janus, Katharina [2003], p.124.

medical care foundation) は、一般的に連邦所得税からの例外規定を求める非営利法人である。医学財団は一つの非営利法人 (a non-profit corporation) である。共通の親組織を通じての病院の提携体か病院の子会社である。税免除の地位を獲得するためには、その財団は、コミュニティの便益の為に組織され、活動しなければならない。医師は、その財団に雇用されているのではない。分離した医師集団の組織体の一部になっている。医師は、医学財団によって経営的実践の混乱から解放され、診療的考慮に集中できる自由ができると見ている。同時にこの組織形態は、サービスの持続性とコスト効率的な提供の条件では、IPAよりも一層緊密な統合を確保しているのである。

医療看護コストの上昇と健康についての理解が、この10年のうちに顕著に変化してきた。また特別仕立ての高品質で、しかも一層コスト効率的なものへの需要の増加が、権限を持った消費者（患者）によって加速されている。上昇する医療看護コストへの反応として、医療看護市場 (health care market) に導入された米国における管理的医療 (managed care) の概念は、新しい製品、手段、組織形態を含んでいて、健康 (health) に対するこれまでとは異なった理解に貢献した。

管理的医療は広い範囲で種々な局面を含んでいる。「一つの定義は、管理的医療は経営概念 (management concepts) の応用であるとするものである。すなわち医療看護領域と財務の部分的統合であり、選好される提供者 (providers) と支払者との選択的契約である。医療看護提供の選択的な形態は、コストを統制しながら、同時に一方では医療の品質を確保することを試みることにある。」⁵⁾

管理的医療の哲学と目標は次のようなことである。

「その哲学 (Its philosophy) は、最も効率的な治療 (treatment) を使用し、かつ不必要な治療を排除しながら、第一次及び予防医療と原価管理を強調することである。管理的医療の目標 (the goal of managed care) は、適切で顧客指向的な医療を確保し、一方では、医療看護資源を賢明に管理しながら実行する。そして加入者の必要性を満足させるようなサービスを提供することである。」⁶⁾「なおその上に、管理的医療は次のことを含んでいる。すなわち、患者事前的段階 (prepatient stage) から患者事後的回復期 (post-patient convalescence) を通じての全体的過程の管理を包括している。その使用する機構は、事前許可的選考、治療の同時的検討、及び患者が不適切或は不必要な看護を受けないことを確保するための履行計画 (discharge planning) 等である。理論的には、管理的医療は、医療看護システム (the health care system) から不効率 (inefficiency) を排除すること

5) Janus, Katharina [2003], pp.32-33.

6) Janus, Katharina [2003], p.33.

である。』⁷⁾

管理的医療の浸透と共に出現する手段, 特定の製品, 関連する組織の様式を考慮すると, 管理的医療は広範で種々な局面を含んでいる。「これらの手段には, 医療リスク管理 (medical risk management), 効用レビュー, 効用管理 (utilization management, UM), 証拠基盤薬品 (evidence-based medicine, EBM) に焦点を当てた品質経営 (quality management), 医療提供の結果指向的アプローチに従うための病氣管理 (disease management) が含まれる。』⁸⁾

効用管理には種々の考え方アプローチがある。一つのアプローチは, 個々の患者に対する医療領域の検討としてのミクロレベルの効用レビュー (utilization review) と, 同僚レビューと時間経過の上での医療の地域的な領域の評価を含むマクロレベルの効用管理 (utilization management) を区別している。他の見解では, 一層包括的な管理手段として効用管理を取り扱っている。

産業は, 同時的レビューと事例管理を強調するUMの統合モデルに向かって急速に移行しつつある。これを達成するためには, 情報技術と品質強化手段に基盤をおいて, 成功的なUMに対する特定の重要な点が存在する。最も重要な事は, UMはデータを収集し, 分析し, 詳細なレベルでそれを報告できなければ, 不可能で非効率であるだろうという事である。「このことが又, ベンチマーク (benchmarking) と継続的品質改善 (continuous quality improvement) を遂行するのに必要なのである。それ故に, 品質保証と改善の手段とUMとの結合は, 医療の領域に対する投入をコントロールし, 高品質の産出を確保することによって, 医療の効率と有効性の増大に導くのである。』⁹⁾

UMの基本的手段には次のようなものがある。

- (1) 一次医療医師 (ゲートキーパー) (Primary Care Physician, PCP)。PCPには, 全ての専門医療を監督する権限を与える。
- (2) 事前証明 (Precertification)。特定の手続きの払戻しのための事前の認可を得るために, 提供者 (provider) は支払者と契約する。
- (3) 同時検査 (Concurrent Review)。提供者 (provider) は, 医療が提供されていると同時に, 患者治療の型と量を検査する。
- (4) 回顧的検査 (Retrospective Review)。提供者又は私的会社が, 患者治療が提供された後にその型と量を検査する。

7) Janus, Katharina [2003], p.33.

8) Janus, Katharina [2003], p.33.

9) Janus, Katharina [2003], p.37.

- (5) 臨床的経路 (Clinical Pathways)。患者は、入院許可から退院までの、毎日の特定の診断に対する推奨された治療の輪郭を示す経路に従う。
- (6) 患者管理 (Case Management)。患者医療は、治療の連続を通して患者の後に従っていく患者管理者 (case manager) を使うことによって、密接に調整される。患者管理は、多部門的な医療提供方法である。その目標は、個々の患者と顧客がその一部である同質の人口の為の有効なコスト-品質比率を達成することである。これは、適切で有効な資源使用、部門横断的な協業的チーム実践、症状の発見を横断する調整された治療連続性、そしてコスト最小化を通して達成される¹⁰⁾。

米国における管理的医療 (managed care) の出現は1920年代後半である。1980年代の中期までは、伝統的な保障保険が医療看護市場を支配した。1980年代には、営利組織が医療看護市場に参入し競争が激化した。1930年代から1960年代にかけて中庸な成長をし、1960年代後半から1970年代にかけて顕著に発展した。それは、医療看護コストの予期せぬ大きな増大によって加速された。管理的医療が、一方では高品質医療を提供しながら、サービスにおける経済化によって、増大するコストに対する一つの解決を与えるものであると、いち早く考慮されたからである。1973年には、健康維持組織法 (Health Maintenance Organization, HMO, Act) が施行された。1990年代の始めには、集中化に向う動きが急速であった。

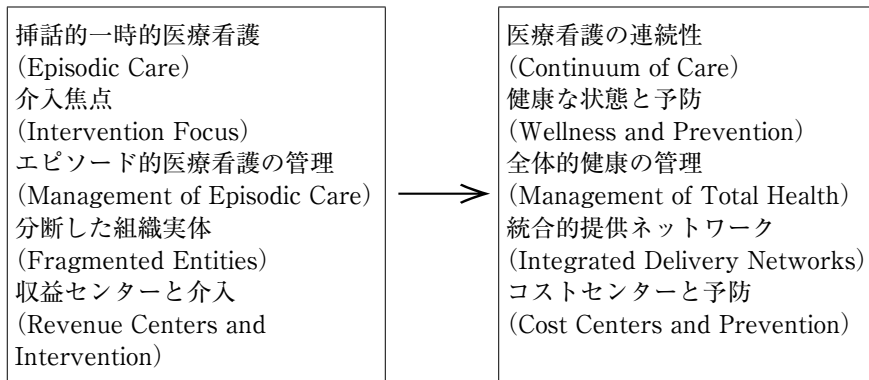
このような管理的医療の進展と一般化の最も顕著な結果の一つは、消費者としての患者の再定義と、病気の症状の発見から関係への焦点の移行である。そして、技術的進展、消費者選好、それにメンバー当り、月当り固定的先払いとしての人数割料金制度 (capitation) のもとの金融的誘因が結合して、外来患者医療を選択的治療としたのである。

「1990年代の中期に、伝統的形態における管理的医療の全盛期は、その医療の組織と提供の中に、図表 (1-1) に示したような一つの哲学的な (幾つかの基本的指針の) 移行を含んでいたのである。」¹¹⁾ 1990年代の後半には、管理的医療の概念は一層進展した。伝統的管理的医療から一層新たな管理的医療へと発展を示すことになったのである。そこに見られることは、垂直的非統合 (vertical disintegration) が一つの基準となっていることである。健康計画組織、医学集団、病院システムが、それぞれのサービスにベストを尽くすことに焦点を当てながら、契約的關係で他のシステムのサービスと調整をはかるのである。それに加えて、管理的医療と改訂された形態でのその持続は、健康の理解に重要な影響を与えている。

10) Janus, Katharina [2003], pp.36-37.

11) Janus, Katharina [2003], p.38.

図表1-1 医療看護の組織と提供における哲学的（基本方針の）移行



(出所) Janus, Katharina [2003], *Managing Health Care in Private Organizations – Transaction Cost, Cooperation and Modes of Organization in the Value Chain*, Frankfurt am Main, Germany: Peter Lang, p.38より作成。

進展した「管理的医療は、健康の理解を顕著に拡張した。その強調することは、医療の臨床的局面に焦点を当てる診療的医療（medical care）から、健康状態を持続し維持し強化することに関連する、直接的、間接的な全ての機能を包括する健康的医療（health care）に移行したのである。」¹²⁾「医療の組織と提供における哲学的移行（the philosophical shift）は、今後も継続して進展していくであろう。それは、健康についての拡張した多元的見解をもたらし、治療薬の概念（病気に対する過度な死亡率、不健全性、リスク要因のないこと）を統合し、生産的機能化と安寧を追加することであろう。完全な又は理想的な健康は、活動的で、病気からの解放的なことよりも、それ以上のことを含んでいる。それはむしろ、完全な身体的、精神的、社会的、心霊的幸福（spiritual well-being）の状態である。この福利の状態（this state of well-being）は、他の諸活動の成功の為と、他の領域における個人の生産的可能性の為の主要な前提条件と考えることが出来る。」¹³⁾健康は毎日の生活のための資源である。生活様式の目的ではない。

健康の促進は、人々が健康とそれを制御し、改善できることを可能にする過程である。健康の促進は、健康部門の責任だけでなく、健康的な生活様式を越えて福利に向って進むことである。完全な身体的、精神的、社会的福利の状態に到達するためには、個人と集団は、大志を検出し、実現し、必要をみだし、環境を変え、それと取組むことが出来なければならない。

健康は、身体的能力はもちろん、社会的、個性的資源を強調する積極的概念である。健

12) Janus, Katharina [2003], p.39.

13) Janus, Katharina [2003], p.39.

康促進は、単に健康部門の責任だけではない。健康的な生活様式を越え、福利の増進に向う運動である。こうした健康促進の運動は、既によく知られている。1986年11月21日、オタワ（Ottawa）で行われた第一回健康促進国際会議（The First International Conference on Health Promotion in Ottawa）における、健康促進のためのオタワ憲章（The Ottawa Charter for Health Promotion）で主張されたことである。その憲章では、更に健康促進を達成するための環境的、先行的必要条件（the environmental prerequisites）をも取り上げている。

社会の全ての種々な部分によって支持される、健康の一層包括的な理解に向うこの傾向は、治療から予防へと医療看護システムを移行させる。ゲノミクス（genomics）と生物工学の進展は、この移行を増大させるであろう。「健康の一層包括的な理解が出現してきつつある。そして評価されるべきこととして残ることは、健康の拡張した多元要素的見解に応じながら、如何にして医療看護提供チャンネルが、最もよく経営されるかということである。」¹⁴⁾

2. 有効な医療実践のための実質的統合と医療ハイブリッド組織の優位性と協働

医療看護提供のチャンネルは、次のように定義できる。「一つの製品が、生産者から最終使用者にまで移動するとき取る経路である。又は、一人の患者が、医療の適切な水準に向って、医療看護システムを通じて移動するとき取る経路である。」¹⁵⁾ 伝統的な生産産業における提供チャンネルは、生産者、卸業者、小売業者、最終使用者へと一方向的に進行する。それに対して、医療看護提供におけるチャンネルは、円環的な特徴を持っている。患者は、医療看護システムを通して移動しながら、病気の重さや健康の状態に従って、チャンネルを入ったり、出たりする。

種々な段階の医療の型が、多様な提供者（プロバイダー、provider）によって提供される。チャンネルを構成する種々な医療には、予防的医療、急性医療、リハビリテーション熟練看護、家庭医療看護、長期医療、自己医療がある。

医療看護提供チャンネルには、消費者（consumer）としての患者、そして選択、忠誠心、満足に影響を与えることが出来る顧客（customer）としての個人、集団、組織、支持者団体が存在する。医療看護提供チャンネルの中には、複雑で多元的な相互依存的顧客構造が存在する。多元的な顧客関係のなかの顧客には、病院、医師、政府機関、雇用者、HMO（Health

14) Janus, Katharina [2003], p.41.

15) Janus, Katharina [2003], p.41.

Maintenance Organization), 保険会社, 製薬会社とそして患者がある。

健康状態の各決定要因が, 健康と幸福と繁栄としての福利の健康状態 (a healthy state of well-being) に貢献する評価百分率は次のようである。健康行動 (Health Behavior) 50%, 環境 (Environment) 20%, 遺伝学 (Genetics) 20%, 医療への接近 (Access to Care) 10% である¹⁶⁾。これによると, 人々の行動によって, 人々の健康状態の50%が決定される。このことは, 医療看護提供チャネルのなかで健康の共同生産者 (a co-producer of health) としての医療看護消費者の重要な役割を強調することになる。他の50%は, 環境, 遺伝的要因, 基礎的医学医療を含む医療への接近の結合したものである¹⁷⁾。消費者は, 医療看護の共同生産者と考えることが出来る。消費者は, 現在と将来の医療看護の公共政策のなかでの目的の設定に参加すべきである。

製品「健康」(the product “health”) は, 多様なサービスと製品のミックスとして提供される。患者は, 医学医療や薬品などで多様な製品とサービスを要求する。個々の患者の健康は, 種々な方法によって達成され得る。種々な医師が, 多様な診断を提示し種々な処置を推薦する。患者は, 診断を得るために医師と病院を調べることも出来る。「かくして, 医療看護提供の選択可能なチャネルを決定し, 効率的で有効な医療看護提供を達成するために, 組織をいかに設計するかが決定されねばならないのである。」¹⁸⁾

今日, 社会における多くのシステムは中核能力に焦点を当てながら, 所有と契約関係の両者を含意する混合又はハイブリッドの形態を評価することが多いといえるだろう。ゼルマン (W. A. Zelman) は次のように指摘する。「急速に移り変わる市場と多彩に開花した組織形態との結合は, とりわけ統合の多様な水準を達成することの長所と, 所有と雇用関係とは対立する契約的又はネットワーク的關係を通じて, それを達成する能力の両者に関して議論をすることになる。」¹⁹⁾

取引費用経済化の方法において, 医療看護取引を調整するための市場組織と階層組織形態の失敗を指摘することができる。

市場組織の失敗は次のようなものをあげることが出来る。

制約された合理性と機会主義とに関連する行動から生じる契約的失敗。市場参加者の間における非対称的または欠陥の情報と関連する諸問題。逆の選択, 倫理的危険。特に情報の欠陥と関連する問題。遅延と法外な値段の請求, 外部性としての情報の生産。

16) Janus, Katharina [2003], p.46.

17) Janus, Katharina [2003], p.46.

18) Janus, Katharina [2003], p.47.

19) Janus, Katharina [2003], p.152.

階層組織形態の失敗は次のようなものをあげることが出来る。

階層の規模の増大と共に誘因的歪曲が悪化し、結果的に取引的不経済が生起する。契約的失敗、官僚制的コスト、歪曲された誘因の流行、選択的介入の不実行可能性。

階層組織形態の逆機能には次のようなことを指摘できる。

- (1) 公式チャンネルにおける長い意思決定チャンネルと市場変化への応答の非弾力性と高い調整費用。
- (2) 過程と市場から離れている意思決定者。
- (3) 濾過と歪曲した情報の問題。
- (4) 部門的目標と目的への集中。階層のトップは過程の概観を持つのみである。
- (5) 命令による階層的調整の受容の欠如。権威主義的管理様式の背景では特に顕著である。

「市場経済もまた純粹の階層組織も、取引費用の経済化のために医療看護取引を組織化するためには適切な枠組みを提供しない。取引費用経済学は、基本的に危険を緩和するための適応を取扱う。医療看護取引の高度に複雑な性格は、自主的で協働的な適応能力を要求する。これは、組織のハイブリッド形態によってのみ達成され得るのである。」²⁰⁾

ウィリアムソン (Williamson, Oliver E) は、ハイブリッド組織様式を次のように定義する。「市場と比較して、自主性を保持し、しかし付加的な取引特定の保護手段を提供する長期的契約関係である。」²¹⁾ 統治構造 (Governance structure) については、「それは取引の誠実さが決定される制度的基盤である。可択的な三つの分離した構造的統治が一般に認識される。古典的市場、ハイブリッド契約、そして階層である。」²²⁾ と定義する。

ウィリアムソンは、適応を二つの型に分ける。Aタイプ、即ち自主性 (autonomy) を表すものと、Cタイプ、即ち協働 (cooperation) を表すものである。そして、三つの組織様式、市場、階層、ハイブリッド様式のそれぞれの特徴と優位性を指摘している²³⁾。彼はハイブリッド様式を次のように要約する。「要約すればハイブリッド様式は、中強度の誘因、中間程度の経営的機構によって特徴づけられ、中強度の適応、半役所的形式主義の契約法体制を示している。両極で対立する市場と階層と比較して、ハイブリッド様式は、五つの属性、誘因強度、経営的統制、適応A、適応C、契約法の全てにおいて、二つの両

20) Janus, Katharina [2003], p.145.

21) Williamson, Oliver E., [1996], *The Mechanisms of Governance*, New York, Oxford University Press, p.378.

22) Williamson, Oliver E., [1996], p.378.

23) Williamson, Oliver E., [1996], pp.102-105.

極の中間に位置している。]²⁴⁾

これからすると、取引が、即時市場取引と比較して一層長期的関係に基づき、しかし階層組織のなかでは完全には履行されない時は、何時でもそれは、統治のハイブリッド様式によって組織されていることになる。よって、両極の間には、長期供給協定はもちろんのこと、提携、合同ベンチャー、フランチャイズ、ライセンス協定、ネットワークまで存在する。そして医療看護市場におけるハイブリッド組織の最も一般的な形態は、ネットワーク組織である。

市場組織は、基本的には価格機構のような誘因機構によって管理され、階層は、公式ルールと権限に基盤をおいている。ネットワークの管理では社会的機構が特に重要である。階層と市場基盤の特徴の複雑な混合から生じる不利な問題は、ネットワーク特性に特定の社会的機構を適用することによって克服され得るのである。ネットワーク組織の不利な点は、基本的にはコントロールと強制手段を欠いていることに起因する。「この問題は、対外的活動に関しては、心のなかに競争的協働 (coopetition) の目的を保持しながら、ネットワークのなかでは、信頼-権力-均衡 (confidence-power-balance) を設立することによって、改正され得るのである。この優位な枠組を実現するためには、ネットワーク活動を調整するスイッチ・ボード・カンパニーまたは調停者が有益である。]²⁵⁾

実質的な統合の形態として、ハイブリッド形態が存在する。

実質的統合 (virtual integration) とは、それは多くの統合と同じような便益が、契約と情報システムによって結合されたネットワークの中で、組織を連結することによって達成されることを言うのである。これらの組織は、統合的提供システムや管理的看護のもとでの医療システムのような活動目的と同時的に生起し、しかもそれ自身の独自性を留めているのである。組織のハイブリッド形態 (hybrid organization) は、全ての構成要素を所有しなくても、統合を達成できる一つの機構を代表するのである。

これらの統合的組織は、常に変化しつつある環境の背景の中で特に重要性を証明するであろう。取引費用を経済化しかつ価値を付加するためには、活動的な統合を達成することが重要である。活動的な統合が、ハイブリッド形態の成功的な経営にとって重要なのである。この為の組織的提供システムの能力は、所有モデルよりも一層特定の能力に依存するのである。それには三つの能力がある。機能的統合 (functional integration)、医師、医師システムの統合 (physician [-system] integration)、臨床的統合 (clinical integration) である。

24) Williamson, Oliver E., [1996], P.105.

25) Janus, Katharina [2003], pp.78-79.

「機能的統合は、主要な支持機能と活動、例えば財務管理、人的資源管理、戦略的計画、情報管理、マーケティング、品質改善管理が、医療システム（the health system）に最大の全般的価値を付加することに関して、実体的組織（entities）を横断して調整される程度として定義される。」²⁶⁾ この統合の程度は、集中化と標準化の結果が何であるかに依存する。機能又はサービスの統合を識別するものは、機能又はサービスが調整された方法で、そのシステムの全ての構成要素に奉仕することと、そのシステム全体に価値を付加することである。機能的統合は、医師（医師システム）統合のための基盤である。

「医師統合とは、医師と組織的提供システムが、そのシステムの具体的目標（aims）と意図的目標（purpose）に同意して連合し、分担した共有の達成目標（objective）を相互に達成するために共同して働く程度である。」²⁷⁾ 行動的な展望からすると、これは、医師がシステムに経済的に連結され、その設備とサービスを使用し、計画、経営、統治に積極的に参加する程度に反映される。医師統合能力の最も重要なものは、真の医師集団の発展、信用関係を構築するのに役立つリーダーシップの眼識と関連するものである。医師統合が達成されれば、臨床的統合が促進される。

「臨床的統合は、患者に提供されるサービスの価値を最大化することを目的として、時間経過のうへで、人々、機能、活動、場所を横断して調整される程度である。」²⁸⁾ それは看護の供給と最も直接に関連するので、看護の一層のコスト有効的提供を達成するための医療システムの能力の中で、最も重要な要素である。二つの要素が、一層のこの統合化と関連する。情報システムの標準化と医師システム統合の多様な尺度である。

「臨床的統合と関連する最も重要な能力は、個々の患者とより一般的には地域社会のための、医療改善努力（health improvement efforts）の結果をたどる方法の中で、コミュニティ医療看護管理（community health care management）課題と連結する看護の連続体を横断しての看護管理システム（care management systems）の実施である。」²⁹⁾

現実的な統合（actual integration）を達成するための、このような概念が成功的に追求されれば、医療組織のハイブリッド様式の便益が出現するのである。

医療ハイブリッド組織の主な便益を四つあげる事が出来る。（1）弾力性と敏速性、（2）組織的自主性、（3）医師統合への貢献、（4）将来財への対応である。

（1）弾力性と敏速性。「機能的、医師的、臨床的統合という意味で現実的統合が達成さ

26) Janus, Katharina [2003], p.153.

27) Janus, Katharina [2003], p.154.

28) Janus, Katharina [2003], p.154.

29) Janus, Katharina [2003], pp.154-155.

れば、組織のハイブリッド様式は階層組織を越える幾つかの優位を持つことが出来る。³⁰⁾ 階層組織の中では、規定された垂直的チャネルを情報とコントロールの流れは通る。一方、ネットワーク構造の中では、情報とコントロールの流れは、周囲の状況に依存しながら多元的経路を通る。このことは、結合点が権限を与えられていれば、ネットワークは地域情報に一層、弾力的、かつ敏速に応答することが出来ることを意味する。特に、医療看護市場のような混乱した市場では、組織が、速く効率的な方法で変化に適応しなければならぬ。このような時、時間と弾力性は、しばしば決定的な判断基準である。

(2) 組織的自主性。医療看護取引を組織化する時に、多様な結合の全てを結合するのは次のことである。すなわち、それらの結合は、実質上の組織的自主性を保持するが、しかし同時に、関係する当事者に相互的に便益となるような、共有の利益に基盤をおいていることである。このことは歴史的に、病院、医師、その他の医療看護プロバイダーが、相互に大きな程度の独立を認めながら、基本的には共生関係 (a symbiotic relationship) を維持してきている事実と一致する。

(3) 医師統合への貢献。医療ハイブリッド組織の優位性は医師統合に関連して生じる。医師の構成要素の統合は、医療システムの成功にとって決定的に重要である。しかしながら、「直面する困難は文化的課題である。医師は、最終的な決定をし、患者の診断と処置に独立的に活動するように訓練されている。この習慣が、実践の経営に浸透する。患者看護と実践経営の両者に渡って、医師は、進んで他の医師に助言を求め、患者を紹介する。しかし、その専門外の者にではない。この心的態度の結果として、自身の決定をすることに慣れている医師は、大組織の一部である組織的ルールを受容するのに困難性をもっている。かくして、一定の自主性を保持するハイブリッド組織の顕著な特徴は、現実的な医師統合を達成するのに貢献する。³¹⁾

(4) 将来財への対応。医療看護提供組織のハイブリッド様式は、将来財に対する市場の欠如又は限界性によって課せられる困難を、克服するために使用する事が出来る。「ハイブリッド組織は、将来に拡張し、未来時点市場に関する不確実性を低減するのに役立つのである。³²⁾ ハイブリッド組織は、新製品、新市場、新生産技術の出現と、政治的又は自然的事態の結果から生起するような変化によってもたらされる、世界の予見できない出来事に対して、自主的、共同的、弾力的な適応を可能にするのである。

ハイブリッド組織の管理 (management of hybrids) について、その管理構造の特徴的

30) Janus, Katharina [2003], p.155.

31) Janus, Katharina [2003], p.156.

32) Janus, Katharina [2003], p.156.

で重要な幾つかの問題点について考察しよう。

ハイブリッドを維持することは警戒心を必要とする。ハイブリッド組織の中の関係は、壊れやすい (fragile) し、変化 (change) する。しかしまた、共同して一層強くなることも出来る。予期される便益を確保するには、時間、エネルギー、資源への継続的な誓約が必要である。重要な挑戦は、時間の一定時点において、特定のシステムのための正しい統治 (ガバナンス, governance) と管理モデルを設計することにある。

「最適な管理構造は、その組織の独自の歴史、文化、現在の構造に感受的であらねばならず、また言うまでもなく、変化の速度を含んでいる市場の特定の性格に応答していなければならない。」³³⁾ 組織は期間と領域を持ち、業務ルールを明確にする必要がある。期待は相互に同意、理解され、パートナーはネットワークによって学び、強化される。ハイブリッドは静態ではない。多様な活動の為に資源を提供する環境との動的交換を含んでいるのである。

ここで重要なことは、参加する組織のうちのどれが、管理構造自身を設立し、耐え続くネットワーク組織を達成するための意思決定に責任を持つのかという事である。その位置を満たせるものは、調停者 (mediator) である。それは、集権的ネットワーク組織では一人で、又は分権的条件のときには幾人かのネットワーク参加者で成立することが可能である。更に、スイッチボード・カンパニー (switchboard company) が、ネットワーク参加者や外部調停者となることが可能である。ドイツの医療看護市場では、調停者として機能している医薬品会社、シュヴァルツファーマ (Schwarzpharma) が存在する。

「1994年以來、シュヴァルツファーマは、医師の間に品質ネットワーク (quality networks) を創始して維持している。それは基本的には、心臓血管及び胃腸病学と呼吸気病学の病気に焦点をおいている。コンサルティング会社に加えて、シュヴァルツファーマは、現在150のネットワークの中に組織された3000人の医師に、資本、知識 (know-how) 及び技術的支援を提供している。代表は、ネットワーク管理者として、組織的支援を提供し、ネットワークの間にベストプラクティス (best practices) の共有を促進するために活動しているのである。」³⁴⁾

医療看護ネットワークに関連しての基本的課題はその編成 (formation) にある。医薬品会社が、一つの調停者として医師と共同して、品質標準のような基本的課題に同意をするように働きかけている。「独立の医師は、共通に開発された指針と標準に従って進行する。それによって品質評判と競争優位を得るために、彼等の自主性を限定することに同意する。

33) Janus, Katharina [2003], p.157.

34) Janus, Katharina [2003], p.158.

そこで、このことが単独実践者 (solo-practitioners) から彼等を差別化し、品質特徴を表示する。それによって不確実性と取引費用を低減するのである。]³⁵⁾

ここでネットワークの統治モデルを選好するための組織化の要点をあげておこう。組織は少なくとも四つの次元にそって、組織化をする必要がある。

- (1) コントロール (control) 次元。組織が集権的構造か又は分権的 (会議) 構造によって統治されるのか。
- (2) 構造 (structure) 次元。分権的構造であれば、例えば下位会議が各業務単位か、その集合か、地域別かを決定する。
- (3) 機能化 (functioning) 次元。多元的会議を中心に組織するシステムでは、各会議水準に与えられる権力、支配力 (powers) と権限 (authorities) の輪郭を明確に示さねばならない。一つの選択は、システムレベルでの統治機関 (governing body)、機関又は地域レベルでの諮問助言会議 (advisory boards) を持つことである。
- (4) 構成 (composition) 次元。組織は、統治の全般的システムが代表制か非代表制かを決定しなければならない。代表制会議であれば、メンバーは特定の業務単位との関係に基づいて選ばれる³⁶⁾。

そして組織の成功的な管理のための重要な要因を四つあげる事が出来る。

- (1) 統治の構造と過程を能率的にする。
- (2) 管理の役割を再定義し、その管理を能率的にする。速い意思決定で市場動態への反応が機敏となる。報酬システムを再構築し強いリーダーシップを達成する。
- (3) 強い医師指導者を開発する。
- (4) アクセス (利用方法)、コスト、品質、結果などに関して、広い業績アカウントビリティ判断基準を実施する³⁷⁾。

ハイブリッドネットワークの維持と活動の持続について考察しよう。ハイブリッドネットワークは、内的機構を通じて活動し、管理することによって持続され得るのである。内的調整機構の最優先目的 (the overriding objective) は、協働 (cooperation) の達成である。

「病院と医師との間に堅固な活動的關係を發展させる必要性は、相互依存を含む協働 (cooperation) を達成することを目的とする協業的過程 (a collaborative process) として

35) Janus, Katharina [2003], p.158.

36) Janus, Katharina [2003], p.157.

37) Janus, Katharina [2003], p.158.

定義されている。』³⁸⁾ 医療看護サービスの提供に含まれる殆どの過程は、互恵的相互依存の性質を持っている。この互恵的な相互依存は、相互作用的な形式の中でそれぞれがその課題を達成する。この相互依存は、各当事者が価値あるものを与え、価値あるものを受取り、この取引を公平なものに見做すような取引又は交換を必要とする。このことが、求められる種類の取引を達成するために、経済活動に対する多様な調整機構の中心的重要性に向って焦点を移すのである。

「市場交換では、取引は価格機構によって調停される。一方、階層的関係の中では、各当事者が一つの集合的組織体（a corporate body）に労働を貢献し、その組織体は各々の貢献に価値づけをし、それに公正に報酬を与えることによって、その関係を調停する。ハイブリッドに関連しては、調整機構は社会的機構（social mechanisms）を含み、大なる程度に相互依存的であるが故に一層複雑である。その調整機構は、成功的な管理と協働に貢献する多様な機構を採用するのである。』³⁹⁾

内的機構を通して、協働を達成することに関する要因を五つあげる事が出来る。

- (1) 信頼と権力のバランス（the confidence - power -balance）
- (2) リーダーシップ
- (3) 文化
- (4) 情報技術（I T）と継続的品質改善（CQI, continuous quality improvement）
- (5) 誘因⁴⁰⁾

（1）信頼と権力のバランス

組織のハイブリッド形態のなかでは、信頼と権力のバランスを達成することが重要である。医療看護市場における権力は、通常、コントロール、権限、物事を生起せしめる能力を意味する。一方、信頼における信用と誓約は、ハイブリッドの基礎的な接着剤である。「有効な医療実践は次のことを要求するだろう。真に患者中心である能力。継続的資本投資。一層進歩する情報システム。チームで作業する能力。処理技術と実践。支払誘因における変化に適応できる能力。継続的に看護を改善する能力。外部当事者に応答できる能力である。これらの全てを生起させ得る二つの基本的要因が、信用とリーダーシップである。』⁴¹⁾

しかし当事者達が常にお互いを識別するのかどうか、意味のある堅固な協働が信用に基

38) Janus, Katharina [2003], p.159.

39) Janus, Katharina [2003], p.159.

40) Janus, Katharina [2003], pp.160-170.

41) Janus, Katharina [2003], pp.160-161.

盤において生起するほどに、未来が成功的に大きいのかどうかは疑問である。信用が、機会主義的なネットワーク参加者によって濫用されている場合には、権力 (power) が付加的な取引特定の安全装置を提供するのである。「信用は、ハイブリッドの管理の為の最も基本的な要素である、全ての当事者が、信用し信用される価値があることが決定的に重要である。その際、困難な課題は、全ての当事者が同じ言語と定義の共有を確保することである。」⁴²⁾

(2) リーダーシップ

強いリーダーシップを発展させ、共通の目標、目的を創造する過程の中心には医師に権能を与える必要性が存在する。これは非医師である経営責任者(non-physician executives)に対して、新しい技能と心的態度を要求する。

(3) 文化

必要な協業 (collaboration) は共通文化を通して創出される。「ハイブリッドは、システム展望を促進し、参加者の間に協働のための基盤となる環境、プラットフォーム (a platform) を提供するような強い文化を発展させる必要がある。ネットワーク組織の中では、相対的に高い程度の自主性の故に、階層組織の中で文化を構築することよりも、それは一層困難な課業と考えられる。」⁴³⁾ 信用が監視とコントロールに代置し、市場及び階層組織と比較して、取引費用効率の統治構造を創造することが組織文化と関連してハイブリッド組織にとって重要なことである。

(4) 情報技術と継続的品質改善

重要な価値を創造するために情報が、獲得され、選別され、企業の価値連鎖の基本的並びに支持的活動の中へ同化されねばならない。これは情報技術と包括的情報システムを通して達成される。臨床と金融の両者を含む情報システムは、成功的システムを団結させる接着剤と考えられる。信用が行動的接着剤であるのに対して、これは技術的対応物としての接着剤である、

洗練された情報システムの優位性は、i 全般的優位性 (General advantage), ii 技術的優位性 (Technological advantages), iii 経営的優位性 (Management advantages) において存在する。

42) Janus, Katharina [2003], p.160.

43) Janus, Katharina [2003], p.162.

i 全般的優位性

現在の看護管理実践（current care management practices）の理解と、この実践を改善するためには、必要とされるデータと情報を収集し、分析する事が重要である。看護を改善し、価値を継続的に付加する能力は全般的優位性を形成する。統合された情報システムは、医療システムの発展の重要な要因である。またその発展の結果である。

ii 技術的優位性

- (a) 生産性が顕著に改善されるだろう。プログラマー、アナリスト、スタッフが携帯できる技能を持つからである。
- (b) IT環境の良好なコントロールは、投資円滑化と弾力的IT構造を含むオープン・システム環境の下での優位性を形成する。
- (c) コスト・コントロールが改善される。同一のソフトウェアが修正なしで多元的プラットフォーム（multiple platform）で運用できる。ソフト開発と維持コストが低減する。基本的プラットフォームに関りなくソフトの一貫性から、訓練費が低減する。ハードウェア・コストが低減し、価格対成果率（価格／成果）が改善する。

iii 経営的優位性

- (a) 施設のアカウンタビリティ
- (b) 看護を積極的に管理する機会
- (c) データ分析とネットワーク・マネジメント
- (d) 実践を共通の看護状況の中で調和すること等が、それぞれ向上する。

(5) 誘因

如何なる種類の組織でも、各参加者の誘因を創造し調整することは、重要な挑戦である。如何にして、誘因システムが、統治ハイブリッド様式のもとで意味のある協働を達成するために設計されるべきかが課題である。

誘因に関して、市場と階層の間の重要な相違は、交換の統治に利用可能な誘因の範囲である。階層は、昇進と賞与などの命令と自制によって統治される内的誘因に主として依存する。一方、市場交換は、価格機構に基盤をおき、交渉と同意はそれに頼ることになる。

ハイブリッド組織では、利用可能な誘因の範囲は、一層狭いといえる。また誘因システムは、一層複雑である。その目的は、臨床的目標と金融的誘因の両者の調整である。ある程度の期待の集中（convergence of expectations）は、ハイブリッド構造の中での成功的な協働のために必要である。これは、組織文化と統治のような社会的機構における増大する関心を通して、組織的誘因の範囲を拡張し、共有的価値と信用を強調することによって

達成することが出来る。必要とあれば、医療看護システムの誘因システムは、継続的に監視され、改訂されなければならない。

3. 医療看護における価値基盤的パートナー形成とステイクホルダー価値方程式

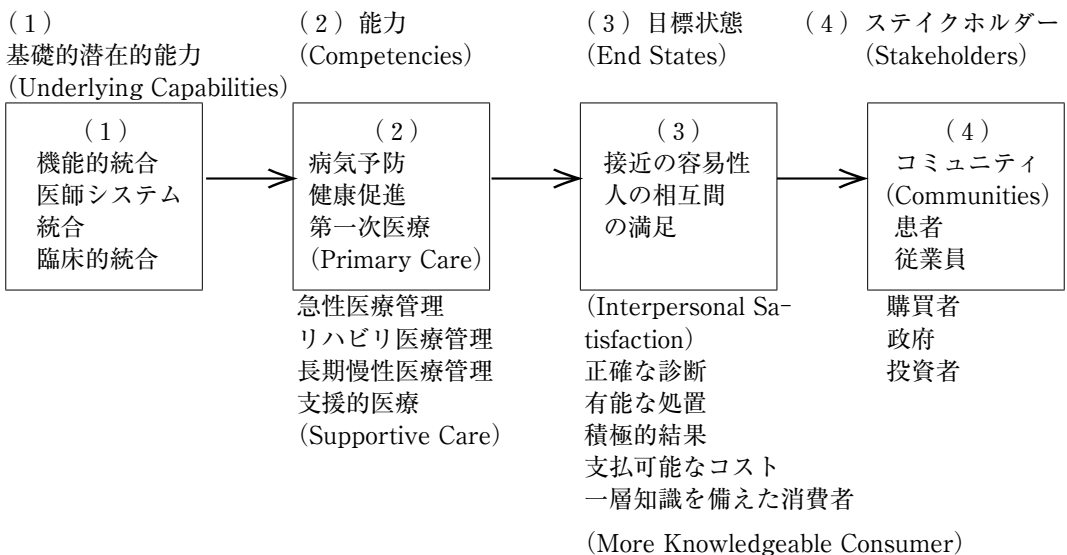
製品とサービスに対する顧客の期待を含み、セグメンテーションを導入し、価値の役割を強調することによって、価値提供システムが創出されるのである。

まず重要な医療看護提供の価値連鎖は、図表（3-1）のように提示する事が出来る。この基本的な価値連鎖（a value chain）から、顧客、それとむしろ多元的顧客関係の期待を考慮し導入することによって、医療看護提供の価値提供システム（a value delivery system）への移行が、具体化を求められる課題である。この課題は、価値創造の進展した視点と方法を探求し取り入れること、及び価値創造のアプローチによって解決し得るのである。

価値創造の新しい視点と方法は、次のように提示することが出来る。

まず第1に、価値創造が、物理的資本の有形資産から、人的資本、情報、知的資本、顧客関係の無形資産へと、投資の重点が移行していることである。このことは、これまでの大量的価値創造の方法が、看護の品質と結果へより大きな強調をおくことに置き替わってきていることを意味する。

図表 3 - 1 医療看護提供の価値連鎖



(出所) Janus, Katharina [2003], p.172.より作成。

第2に、医療看護の価値は、業務活動の優秀性、製品とサービスのリーダーシップ、顧客との親密性に、一層の重点があることである。

第3に、現代から来る数10年の間における新しい価値の未開拓分野は、人口基盤の医療管理 (population-based health management) である。それは最も広い形態での病気予防と健康促進を含み、それによって計画組織体とプロバイダーは、個人と人口を健康に保つことによって報酬が与えられる、この重要な移行は、医学と経営 (学) (medicine and management) 及び、公共の健康とコミュニティ (public health and the community) の合併 (a merger) を要求するだろう。

最後に、単にコスト推進型医療システムではなくて、価値推進型医療システムに対して付加される重要な力は、アカウントビリティ (accountability) の新しい形態への需要である⁴⁴⁾。

アカウントビリティが、危険と報酬に対して共有された財務的アカウントビリティを表示するのであれば、それは、人口基盤の医療改善の基礎を作ることになるだろう。人々の健康を維持するために、全ての当事者に危険を割り当てた人数均等割制 (capitation) は、初期の予防と健康促進の重要性を強調した。しかし今日では、支払機構としてのこの均等割制は、その全盛期を終わっている。かくして病気と健康状態の管理に関連して協働を強調しつつ、アカウントビリティは新しい組織形態の上に設定されねばならないのである⁴⁵⁾。

病気予防と健康促進の努力と共に、価値連鎖の上流で介入することによって、顧客へのより大きな価値が創造されるのである。この移行が、医療看護プロバイダーの使命の拡大を導いたのである。医療看護プロバイダーの使命は、急性、慢性看護の提供のみでなく、健康な人口を達成するために、そのコミュニティにおける他者との協働と部門横断的統合を含むのである。「価値連鎖アプローチから価値提供システム展望への移行を達成するためのこの価値創造アプローチは、医療看護システムにおける協働を強め、取引費用の経済化をもたらすのである。」⁴⁶⁾

医療看護ハイブリッド組織の中で、協働を強め取引費用の経済化を生起させる重要な概念として、次に示すような四つの概念を提示することが出来る。それらは何れも、パートナーの形成化に重要な変化をもたらすものである。

- (1) 重要取引顧客管理 (Key-Account-Management, KAM)
- (2) 供給チェーン管理 (Supply-Chain-Management, SCM)

44) Janus, Katharina [2003], p.172.

45) Janus, Katharina [2003], p.173.

46) Janus, Katharina [2003], p.173.

(3) 価値基盤的パートナー形成 (Value-Based-Partnering)

(4) 効率的消費者応答 (Efficient-Consumer-Response, ECR)

そしてハイブリッド組織において、その協働の維持と持続にとって中核的に重要であるのが、価値基盤的パートナー形成とステイクホルダーの価値方程式のシステムの存続と発展である。ここで四つの中心概念について概略的に検討しておこう。

(1) 重要取引顧客管理

重要取引顧客管理は、1990年代において米国の新しいビジネス環境から出現したのである。大きな交渉力を持つ購買組織体を対象とした一つの販売戦略である。1990年代の(merger)ブームでは、大きな交渉力を持つ購買組織体が増加した。医薬品会社のプッシュ・プル結合戦略(combined push-pull-strategy)はよく知られている。すなわち、自社の製品に対して、健康計画組織体にはプッシュ戦略、医師集団に対してはプル戦略をとるという重要取引顧客管理に依存している。多くの会社が、価値基盤関係による販売アプローチを採用して、トップ顧客、重要取引顧客との関係を改善する非常に多くの機会を発見しつつある⁴⁷⁾。重要取引顧客管理者(a key account manager)の役割が注目され、かつ重要である。彼や彼女は、高水準の販売技能を持つと同時に、伝統的な販売業績尺度を超越する、企業間関係を組織化する(orchestrating)などの優れた関係技能を持つことが重要である。

成功的なKAM戦略は次のような要素から成り立っている⁴⁸⁾。

- (1) トップ・マネジメントの支持と関与を確保する。
- (2) よく定義された使命と役割(アカウントビリティ、権限、責任)を持つ。
- (3) 正しい取引勘定を選択し、それを管理する。
- (4) 正しい重要取引顧客経営者を選択する。
- (5) 世界水準のパートナー形成を目指す。

(2) 供給チェーン管理

供給チェーン概念の目的は、高い顧客サービス、低い在庫投資、低い業務活動コストの葛藤する目標の明らかに矛盾する状況が、均衡又は最適化するように、顧客のサービス必要条件に供給者からの物財(materials)の流れを同期化させることである。

「一般に、供給チェーン管理は、源泉から使用者への物資と製品の流れを管理する技術

47) Janus, Katharina [2003], p.173.

48) Janus, Katharina [2003], pp.174-175.

を意味する。それは次のように定義される。原材料供給者から最終使用者までの顧客と他のステイクホルダーのために、価値を付加する製品、サービス、情報を供給する重要な事業過程の統合である。]⁴⁹⁾一つの拡張した企業のように機能する多元的会社集団は、活動シナジー (operating synergy) を達成するために、共有する資源 (人、物財、資金、情報、過程、技術、業績尺度) の最適使用の形成に努力する。その求めようとする結果は、高品質、低コストで、そして市場に速やかに提供され、顧客満足を達成する製品又はサービスである。

最近では、SCMへの顧客の重要性が認識され、顧客中心の供給チェーン管理 (customer-centered supply-chain management) が提唱されている。それは、製造業者、供給者、販売者、顧客の協働として定義され、拡張された企業の中での全ての結合を意味する。

医療看護市場において生起しつつある変化は、今日の医療看護市場でのSCMの理解に影響を与えている。その影響のうちの幾つかは次のようなことである。チャネル構成員間の協働の進展。特定の製品・サービスの必要条件をみたすためのセグメンテーションの増加。取引と物理的配給チャネルの両者における情報技術の重要性の増大。医療看護配給の中での提供システムの多様性の増大。増大するコストと収益のゼロ成長から、コスト低減と抑制に対する合同解決の促進等である。

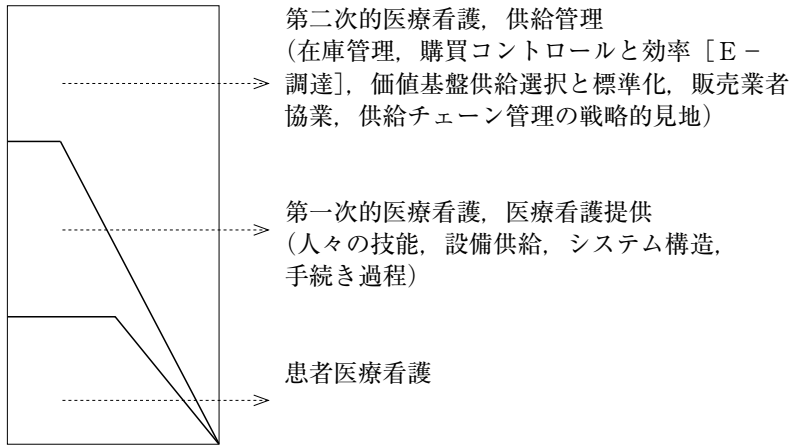
これらのSCMに対する新しい理解は、情報技術によって促進されながら、消費者、被保険者への考慮の増大と、相互便益的諸関係の創造という課題となって具体化している。即ち、顧客指向の供給チェーン (a customer-led supply chain) の実現と実質的な供給者システム統合 (supplier system integration) という課題である。この顧客指向の供給チェーンと供給者システム統合を達成するためには、その課題解決への最優先となる原理を見出すことが必要となるのである。それをここでは、価値連鎖パートナーシップ (value chain partnership) の創造を最優先原理とすることである。

この価値連鎖パートナーシップ、すなわち価値基盤的パートナーシップは、SCMの組織水準的な見解と、そこにおける協業と共有的目標によって、全体的な資源コストを低減することが出来る。またジャスト・イン・タイム方法論の適用や、ベスト・プラクティスの同僚との共有などを可能とし、特徴とすることが出来るのである。医療看護における供給チェーン管理の組織的見解は、図表 (3-2) のように提示することが出来る。消費者である患者の医療看護 (patient care) に対する第一次的医療看護は、医療看護提供 (healthcare delivery) である。それは人々の技能、備品機器供給、システム構造、手続

49) Janus, Katharina [2003], p.176.

過程から成り立っている。更に、第二次的医療看護は供給管理 (supply management) である。それは在庫管理, 購買コントロールとその効率 (E 調達), 価値基盤供給選択と標準化, 販売業者協業, 供給チェーン管理の戦略的見地から成り立っている。

図表 3 - 2 医療看護における供給チェーン管理の組織的見地



(出所) Janus, Katharina [2003], p.182.より作成。

(3) 価値基盤的パートナー形成

人口基盤の医療看護管理の必要性の認識から, 新しいパートナーの必要性も生じるのである。価値基盤のパートナー形成は, コスト基盤の競争を越えて医療看護システムを進めるために設計されている。「その認識は, 医療看護は商品ではないことである。そのシステムにおける多くの価値は, 四つのステイクホルダー, すなわち消費者, プロバイダー, ヘルス・プラン (保険会社等), 雇用者の間の関係から生起するということである。」⁵⁰⁾ 価値基盤のシステムは, ステイクホルダー集団の間の関係を契約的又は金融的關係だけではなくて, 協業のための多元的機会を持った関係として見る機会を提起する。価値基盤的契約は, 協働のための枠組を提供する。一方, 価値方程式は, より詳細に交換関係を定義するのである。

「価値基盤のパートナー形成は, 包括的に履行されれば単にコストを低減するためよりも, 価値を提示するために全てのステイクホルダーが, 協業する機会を提供することによって, 医療看護システムにおける競争の性格を変化させる可能性を持っている。」⁵¹⁾ それ故に, 価値基盤的パートナー形成の重要な課題は, 交換関係を定義する価値方程式の定義

50) Janus, Katharina [2003], p.183.

51) Janus, Katharina [2003], p.183.

である。これは後述することにしてしよう。

価値基盤的システムにおいては、契約過程は単に法的執行としてだけではなくて、種々なステイクホルダー集団の価値方程式をよりよく理解し、必要な協業を促進する為の諸関係を構築する為の手段として見られるのである。契約的努力を、費用基盤システムと価値基盤システムにおいて対比して示したのが図表（3-3）である。価値基盤アプローチは顧客価値を増加させるのみでなく、強化された協働の結果として取引費用を低減させるのである。

図表 3 - 3 コスト基盤システム対価値基盤システムにおける契約的努力

	コスト基盤システム	価値基盤システム
雇用者 対 従業員	会社は医療看護費填補に、資金援助をするだろう。	会社は品質の高いプロバイダーとプログラムへの接近を提供し、合理的コストで健康状態を最大化するだろう。
ヘルスプラン 対 雇用者	プランが支払要求コストと、プランの運用コストを低減するだろう。	プランは従業員の満足と生産性の改善を援助し、品質の高いプロバイダーのネットワークと健康状態改善のプログラムを提供する。
ヘルスプラン 対 プロバイダー	プランは割引との交換条件において、患者を紹介するだろう。	プランはプロバイダーと共同で管理過程を円滑化し、患者の医療看護改善のためのデータを供給する。
プロバイダー 対 ヘルスプラン	プロバイダーはより大きな割引を受容するのに同意する。	プロバイダーはプログラム開発への支援と参加をする。プログラムは顧客の健康と従業員の生産性改善を導く。プランと共同で便益を宣伝する。

（出所）Janus, Katharina [2003], p.188.より作成。

スタディン（I. Studin）は、管理的医療看護における医薬品製造業者とヘルスプラン、健康計画（Health Plan）との関係の再構築を論じて、同様の価値基盤的パートナー形成を提示している。「彼の主張する提示は次のことである。健康計画（health plans）が、変化する管理的医療環境への応答として、その価値連鎖の中に、トヨタ自動車と同様なパートナーシップを構築することである。また、医師と病院が重要であると考えられる一方で、医薬品会社が管理的医療看護販売者の段階から、先進的医療看護段階へ移行する時、一つの特別な役割を演じるということである。」⁵²⁾

この先進的管理的医療看護実践での重要な課題は、証拠基盤的薬品、ベンチマーキング、結果管理、統合的データベースの開発等である。この影響を受けながら、医薬品製造業者

52) Janus, Katharina [2003], p.188.

の経営と役割は、管理的医療看護販売者段階、すなわち貯蔵庫管理者、予算管理者、処方書警察官の状況から、先進的管理的医療看護段階、すなわちシステム管理者、病気管理チームリーダー、医療看護品質改善合意形成者の状況へと進んでいくのである。価値基盤的パートナー形成は、これらの市場行動者にとって便益をもたらすのである。医薬品会社（pharmaceutical companies）が、価値基盤的パートナー形成において重要な役割を演じるのである。それは、彼等が、医療看護市場参加者の全てを顧客として持つ唯一の組織実体であるという事実に基づくものである。

（４）効率的消費者応答

効率的消費者応答（ECR）は、1990年代から、消費財産業において、特に食料雑貨産業に適用されてきている。顧客からのプル・システムを導入するには、このECRアプローチが有益なのである。ECRは、価値連鎖とその組織が包括的アプローチを取ることを意味する。

ECRで留意すべきことは、次のことである。「1 顧客、特に医療看護市場におけるように多元的顧客関係が、全ての思考の中心に存在しなければならない。2 価値連鎖にそっての協働とパートナー形成が重要である。この拡張したアプローチが理想的には、供給者、製造業者、顧客の間に、WIN-WIN-WIN 状況が結果となるような利益に対する価値連鎖パートナーシップに導くのである。」⁵³⁾

ECRの最優先の目標は、適正な製品・サービスを、適正な時期に適正な場所に提供することである。このために消費財産業ではECRは、四つの手段を持っている。それは、効率的補給、効率的貯蔵分類、効率的販売促進、効率的製品導入である。医療看護取引に関連して、このECRの理念と手段は次のように提示できるであろう。

- （１）効率的医療看護調整。全ての市場行動者を横断して医療看護を調整する。
- （２）効率的情報交換。効率的で効果的な医療看護提供を達成するために。適切で時機をえた情報を全てのパートナーや顧客と交換し、また提供する。
- （３）効率的払戻し方法論。払戻しシステムを協働で設計し、誘因の歪曲、過少又は過剰治療を含むことを避けるために、品質と成果尺度を採用する。
- （４）効率的なリスクと利用管理。マクロ基盤では効率的リスク管理を可能とし、ミクロ基盤では包括的な利用管理を設計するために、人口基盤の医療管理（population-based health management）を導入する。

53) Janus, Katharina [2003], pp.189-190.

ECRを通して達成され得るコスト成果の関係の突破には、組織内での機能的境界を横断して、或は組織的境界を横断しての協働を必要とするのである。それには、「伝統的な機能基盤の貯蔵庫アプローチ(silo approach)から、過程ラインにそって組織される一層、過程基盤で、チーム指向的で、顧客焦点型のアプローチへの組織構造における重要な変化が実施されなければならない。」⁵⁴⁾

組織のハイブリッド様式は、ソフト要因 (soft factors) 例えば文化と信用に多くを依存している。それ故に、ECRアプローチから生起する必要な組織的变化は、主としてソフト要因によって達成されるだろうといえる。ここでの組織の内的変化は、その80%がソフト要因、例えば、変化への文化的進取性、誓約、リーダーシップ、協働への進取性、モチベーションに帰属する。その20%がハード要因、例えば、組織的必須条件、情報技術、インフラストラクチャー、人的資本の資格認定に帰属するとされている。これを80-20-ルールという⁵⁵⁾。

「ECRを採用する多くの組織に対する最大のコストは、かくして資本投資 (financial investments) ではなくて、人々のコスト (people costs) である。」⁵⁶⁾ ECRアプローチは顧客焦点の多面的アプローチ (a multilateral approach) である。価値連鎖は、それによって、製造業者や小売業者が顧客に製品をプッシュするプッシュ指向システムから、顧客が製品をプルし、システムがそれに適切に応答するシステムへと変換される。価値連鎖への包括的アプローチは、価値連鎖をフィードバックと顧客関係を含む循環の流れに変えるのである。このような経営概念が、医療看護取引に対して、組織の最も先進的な組織様式といえるハイブリッド形態の管理を向上し促進するのである。

ここで価値方程式について概説しておこう。

価値基盤的アプローチは、それぞれの市場行動者が他から受取ると期待するものと、他に提供するものとを包括している。基本的出発点は、それぞれのステイクホルダー集団は、それぞれの価値方程式を最大化しようと試みるという事である。

「各々のステイクホルダーの価値方程式は、他のステイクホルダー集団の価値方程式と直接的にか間接的にか連結している。これらの連結を確認し、促進する中で、価値基盤的パートナー形成は、これらのステイクホルダー集団の間関係によって創造され得る無形の価値 (例えば信用) を獲得し始める。単なる交換の代わりに、協業 (collaboration) が、その全体のシステムを通して、強化された価値を創造するための機会を提供するのである。

54) Janus, Katharina [2003], p.192.

55) Janus, Katharina [2003], p.192.

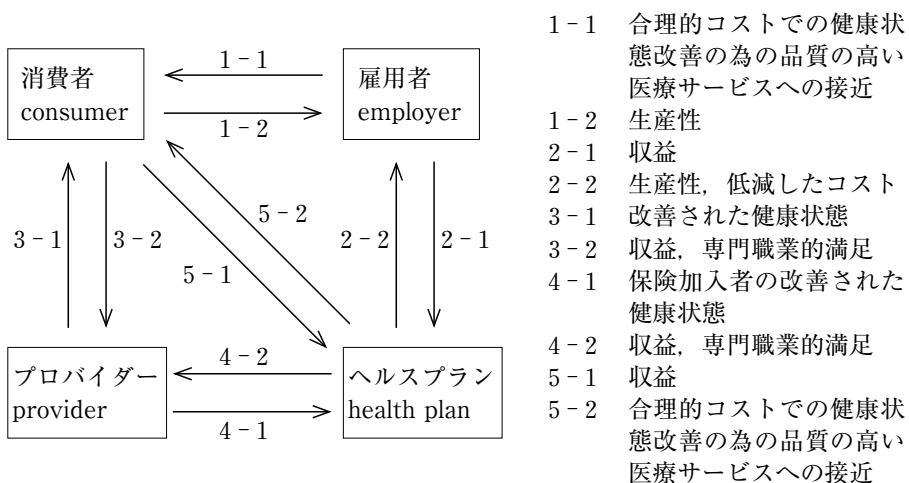
56) Janus, Katharina [2003], p.192.

より低い取引コストを意味する価値基盤的パートナー形成の結果として、意味のある協働と実的な統合が達成されるのである。]⁵⁷⁾

図表(3-4)は、各々のステイクホルダーの相互依存的価値方程式を要約的に示している。活動的な価値方程式の構成要素と、種々なステイクホルダー集団の相互依存性を認識する成果尺度をもった価値基盤の契約は、改善された市場アカウンタビリティに対する機会を提供する。

図表(3-3)は、コスト基盤システムと価値基盤システムの比較における、各々のステイクホルダーの重要な契約的努力を提示している。図表より、コスト基盤的アプローチと価値基盤的アプローチの特徴を指摘することが出来る。前者では、医療看護費填補への資金援助、支払要求コストと運用コストの低減、割引と患者の紹介等である。後者では、合理的コストでの健康状態の最大化、品質の高いプロバイダーのネットワークの提供、プログラム開発の支援と参加、顧客の健康状態と従業員の生産性の改善への援助等である。価値基盤的アプローチは、顧客価値を増加するのみではなくて、強化された協働の結果として取引費用を低減するのである。価値基盤的システムの中での契約過程は、単なる法的執行としてだけではなくて、ステイクホルダー集団の価値方程式の理解と、そして必要な協業を促進する構造的関係のための手段としてみる事が出来る。

図表 3 - 4 多元的価値方程式



(出所) Janus, Katharina [2003], p.187.より作成。

57) Janus, Katharina [2003], p.186.

4. 結論

この論文の研究目的は次のことである。

現代の医療看護提供に影響を及ぼしている諸力とそれに基づく医療看護への基本的見解の移行を提示する。それに対応するマネジメントへの意味と経営の目的を究明する。有効性と効率そして統治の側面からみて、市場と階層の両組織の失敗を指摘し、医療看護提供システムにおいてハイブリッド組織の優位性を論じた。そして管理的医療の発展と共に価値基盤に基づくパートナーシップの形成の重要性を究明することである。

9月11日の直後に、サンフランシスコでは、一人の男が、毎朝、ゴールデン・ゲイト・ブリッジを渡って戻るように歩き始めたのだ。彼の前にアメリカの国旗を持ちながら。彼は、これを完全に1年間行った。天候がどのようなであろうと。これは、サンフランシスコ湾岸地域の多くの人々の心身のまさに一つの象徴であった。それは、人々を再び団結させた。意志あれば道ありを人々に示したのである⁵⁸⁾。

サンフランシスコを始めとして、アメリカ合衆国には全国的規模で活躍している医療看護提供者団体は数多くある。その中でもカイザーとその医学集団（Kaiser Permanente, Permanente Medical Group）は、よく知られている。「カイザー・パーマネントは、アメリカ合衆国最大の非営利の健康維持組織である。九つの州とコロンビア特別地区[DC]で、加入者810万人にサービスを提供している。それは医師と経営担当者の代表の間における協働事業体である。組織、金融、そして前払い基盤で加入者に高品質の医療看護サービスを提供することに対する責任を分担している。現在カイザー・パーマネントとして知られている組織は、1952年に誕生し成長してきたのである。二つの組織、すなわち非営利カイザー財団ヘルス・プランと病院、及び11,345人の医師を擁するパーマネント・医学集団とのパートナーシップ事業体である。医学集団は、医師達が活動する全ての地域と部門ごとに一つずつあり、医師は専属の契約で結ばれている。カイザー・パーマネントは統合的医療看護提供システムである。」⁵⁹⁾

ここでは医療看護市場における統治様式として、市場、階層組織と比較してハイブリッド組織様式の優位性を強調した。その一つの基点は取引コストの経済化である。ウィリアムソン（Williamson, Oliver E.）は、取引費用理論に関連した説明で「取引がマイクロ経済

58) Janus, Katharina [2003], p.9.

59) Janus, Katharina [2003], pp.208, 212.

分析の究極的単位である。』⁶⁰⁾ と言う。取引という用語は、一般的には売買行為、営利のためになす経済行為、あるいは相互の利益になるような交換条件で事を処理することを言う。しかし、取引それ自身は財やサービスの交換ではなくて、むしろ技術的に分離可能なインターフェイスを横断した所有権の移転である。活動の一段階が終るともう一つの段階が始まる。取引費用理論が基本的に関わる二つの課題がある。それは危険の緩和 (the mitigation of hazards) と 適応の問題 (the problem of adaptation) である。統治 (governance) を通じての危険の検出と説明そして緩和は、取引費用理論の基本的課題である。またウィリアムソンは、組織的失敗の枠組みとして、制約された合理性、機会主義、不確実性、少数者問題のこの四つの中の関係を取り上げている。それらによって、市場組織と階層組織の失敗の基本的な理由づけをすることが出来る。特に、制約された合理性と不確実性、機会主義と少数者問題の対による組合せが、市場組織の失敗を生じさせると言える。階層組織形態の失敗では、契約的失敗、官僚制的コスト、歪曲された誘因、選択的介入の不実行可能性をあげることが出来る⁶¹⁾。

医療看護の価値連鎖を、製品を消費者にプッシュするプッシュ指向システムから、消費者が製品をプルし、システムが適切に応答するシステムへ変換すれば、価値連鎖には循環的フローが形成され、フィードバックと多元的顧客関係が成立するのである。マーケティングでは、事業哲学が製品中心から顧客中心へと変わりつつあることを強調する。製品ポートフォリオから顧客ポートフォリオへと発想の重点を移すことが重要なのである。これを重視するのが、カスタマー・リレーションシップ・マネジメント (CRM) である。CRMをさらに進めて、全当事者との関係性をマネジメントするのが、ホール・リレーションシップ・マネジメントである。この新しいマーケティング・パラダイムを実践するのがホリスティック・マーケティングである。ホリスティック・マーケティングの実践で重要なことは、ステイクホルダー全ての力を結集して価値の創造に取り組むことである。価値連鎖の優れたマネジメントを通して、高品質の製品とサービスをスピーディに提供する。バリュー・ネットワークで結ばれた事業パートナーがこれを支えるのである。

コンピュータ基盤の情報システムで多元的プラットフォームが形成される。コトラー達 (Kotler, Philip; et al.) は、四つの競争プラットフォームを提唱する。(1) 製品・サービス、(2) 事業アーキテクチャー、(3) マーケティング活動、(4) 業務オペレーションのプラットフォームである。経営資源とそのマネジメント、事業パートナーとそのマネジメント、CRM、顧客の便益と意識、コンピテンシー、事業領域の九つのホリスティック・マ

60) Janus, Katharina [2003], p.60.

61) Janus, Katharina [2003], p.127.

ーケティング・フレームワークの構成要素が、四つの競争プラットフォームを支える。そこから企業戦略、事業戦略の立案、展開を主張するのである⁶²⁾。

日本は世界の経済大国と言われている。しかし日本の経済社会の現状は、経済大国とは思えない状況が続いている。それらのうちには、保険料が払えない無保険者の増大、赤字財政からくる年金不安、教育問題とも関連する自殺者の増加などがある。

エコノミスト誌は「医療難民」と題して、特集記事を掲載している。その六つの項目記事をあげれば次のようである⁶³⁾。

- (1) 増える「医療空白地域」。行き場失う長期療養高齢者、医療も介護も十分に受けられない「医療難民」が溢れだす恐れがある。
- (2) 病院の選別・淘汰が始まる。診療報酬の引き下げとセットになった医療制度改革、病床数の削減と病院数の削減。
- (3) この改革で医療現場は機能不全に陥る。各地で医療過疎地がもっと出てくる恐れがある。
- (4) 「医療は金で買うもの」となる恐れ。揺らぐ国民皆保険制度。公的給付を絞り、患者負担を増やす改革。
- (5) 「高度で格安」医療ツアーが人気、インドで治す。米国や英国ではインドへの医療ツアーが組まれている。医療技術は世界トップ級、高級ホテルのような病院。
- (6) 世界的な患者獲得競争が始まっている。米国に日本人向け「医療特区」構想。「医療産業の空洞化」が起りかねない。日本の病院も医療をサービス業にする時代と言う。

医療経営（health services management, health care management）は、課題が多く競争的に挑戦的な状況にある。増大するサービス需要。コスト抑制と財務基盤充実戦略。専門領域間の緊張。人口の高齢化と慢性病の増大。生物的、臨床的科学における技術進歩。医療の技術的変化の圧力。基本的実行指針の確立。品質改善への要求等、これら全てが集中する点に医療経営が存在するからである。

現在とこれから約10年は、医療看護のための展望と設計が重要な時期である。医療看護提供者、政府、個人、そして地域社会は、共有したビジョンを開発するために共同で活動する必要がある。統一された命題は、世代を横断した医療提供であるだろう。目標は、組

62) Kotler, Philip; et al., [2002], *Marketing Moves*, Massachusetts, Harvard Business School Press, pp.27-32. (有賀裕子訳『コトラー新・マーケティング原論』, 翔泳社, 2002年, 42-48頁。)

63) 『エコノミスト』[2006年5月23日], 毎日新聞社, 82-91頁。

織的義務と政治的循環を超越した医療看護の方向と配置であるだろう。医療サービスはGNPの大きな部分を消費する。経済の他の分野への効果の波及は大きい。医療サービスにおける意思決定には、多様な需要に適応できる組織能力に集中する課題を含んでいる。地域の雇用や支援的な裏方の分野での雇用は重要な判断基準である。支払い可能な保険料と保険適用は、グローバルな経済の中で競争できる、弾力的で責任のある労働力の発展にとって重要な要素なのである。

いわゆる9月11日以後の環境 (a post-9/11 environment) の中で、コミュニティ崩壊を対象とするリスクの評価と管理、準備の負担は一層増大している。特に医療サービス組織の経営には、それは重要な意味を持っている。組織と環境の両者は、増大するリスクと多様な水準の不確実性に直面し、組織は一層大なる適応性と創造性が要求される。未来は、以前にはなかったような活動や、試みられていなかった努力を要求するだろう。アカウントビリティは臨床と財務の判断基準を持たねばならない。新しいアカウントビリティは、購買者、消費者、より大きなコミュニティの必要、需要、期待を満たすような品質、コスト、準備、又は便益、コスト、準備の間の関係としての価値を強調するのである。新しいアカウントビリティは、保険提供者はもちろん、医療看護提供者、規制機関組織に重要な役割を課すだろう。医療サービスの分野での組織編成の中心には統合がある。1990年代を通しての新しい実証では、統一的所有を持っている病院が、契約的基盤の医療ネットワークの病院よりも財務的成果はすぐれているという提示がある。ネットワーク病院では、集権的が分権的よりも財務的成果がすぐれ、差別化又は集権化を殆どもたない病院ネットワーク或はシステムは、最も低い財務的成果であるという。

医療制度改革に努力している世界各国にとって、アメリカ合衆国の医療制度は一つのベンチマークを提供している。しかしその人口の大きな部分 (major segments) は、医療保険適用範囲の外に存在し続けているのである。そして医療支出は、国民総生産 (GNP) の相当な部分を消費している。2002年全体を通して合衆国における約4,330万人 (人口の17.3%) が医療保険の外にあった。2001年から240万人の増加である。メディケイド (Medicaid) とメディケアー (Medicare) のようなプログラムが存在するにもかかわらず。一方、大抵の人々は私的保険の適用を受けている (2002年で68%) のである。大抵の私的保険は雇用基盤であるという事実は、失業率の増加は、医療保険無しの人々の割合が増加することを意味している。これはまた、医療提供者への払い戻しに大きな影響を与えている。医療支出は、2002年で1兆6,000億ドルに達し、GNPの14.9%を占めた。一人当たりでは、5,440ドルである。その増加は、GNPの成長率 (3.6%) の2倍であった。インフレーション恒常ドルに調整して、その成長は過去10年に渡る年成長率4.9%に比較して、

2002年は一人当たり7.1%に上昇したのである。病院支出は、総計された増加の約3分の1を計上した。

現在、医療サービスの財務と払い戻しに重要な意味を持つ施策が行われ始めている。産業国家、合衆国が、全市民に対しては医療への財務的接近を保証していないという事実が一層鮮明になって来ているのである。国家と州の両水準で全アメリカ人、又は少なくとも母親、子供、高齢者の人口部分のための受益の基礎的枠組を確保するために、財務的接近を拡張することに関心が増大しつつある。メディケアーは、私的医療計画組織を一層拡張して受益者を加入させる。メディケイド・プログラムも同様な方向で移行を続けている。コスト抑制へのたゆまなき努力の中で、コストは医療サービスの中で抑制されても、社会の中の他の制度に対するコストが増大することがある。

参考文献

- Beauchamp, D., [1999], "Community: The neglected tradition of public health". in D. Beauchamp & B. Steinbeck (Eds.), *New ethics for the public's health*, New York, Oxford University Press.
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. J., [2003], "Health care organizations as complex adaptive systems". In S. Mick & M. Wyttenbach (Eds.), *Advances in Health Care Organization Theory*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Janus, Katharina, [2003], *Managing Health Care in Private Organizations*, Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Matthews, R. C. O., [1986], "The Economics of Institutions and the Sources of Growth," *The Economic Journal*, 96, December, pp.903-918.
- Philip, Kotler, et al., [2002], *Marketing Moves*, Massachusetts, Harvard Business School Press. (有賀裕子訳『コトラー 新・マーケティング原論』, 翔泳社, 2002年。)
- Scott, W. Richard, et al., [2000], *Institutional Change and Healthcare Organizations — From Professional Dominance to Managed Care*, Chicago.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Morgan-Erickson, K., & Mitchell, J. B., [1996], *Remaking health care in America: Building organized delivery systems*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Studin, Ira, [2002], "Reframing the Pharmaceutical Manufacturer/Health Plan Relationship in Managed Care," *Managed Care*, February, pp.46-54.
- Vitberg, Alan K., [1996], *Marketing Healthcare into the Twenty-first Century—The Changing Dynamic*, New York.
- Waterman, Robert A., [1995], "Nonprofit Medical Care Foundation." in L. F. Wolper (Ed.), *Health Care Administration — Principles, Practices, Structure, and Delivery*, 2nd ed.
- Williamson, Oliver E., [1975], *Markets and Hierarchie: Analysis and Implications*, New York,

Free Press.

Williamson, Oliver E., [1996], *The Mechanisms of Governance*, New York, Oxford University Press.

Young, David W., et al., [2001], "Value-Based Partnering in Healthcare: A Framework for Analysis," *Journal of Healthcare Management*, vol.46, no.2, March/April.

Zelman, Walter A., [1996], *The Changing Health Care Marketplace—Private Ventures, Public Interests*, San Francisco.

Zuckerman, H. S., [2002], "Foreward." In: A. Ross, F. J. Wenzel, & J. W. Miltung, (Eds.), *Leadership for the future: Core competencies in health care*, Chicago, Health Administration Press.