

INTERNATIONAL COMPARISON OF
REGULATION SYSTEM FOR PHYSICIAN

医师管理制度的 国际比较

简伟研 熊先军 郭 岩 / 著



北京大学医学出版社

INTERNATIONAL COMPARISON OF
PHYSICIAN MANAGEMENT SYSTEMS

医师管理制度的 国际比较

陈仲雄 廖文彬 编 王 强 / 主审

中国协和医科大学出版社

医师管理制度的国际比较

简伟研 熊先军 郭 岩 著

北京大学医学出版社

YISHI GUANLI ZHIDU DE GUOJI BIJIAO

图书在版编目 (CIP) 数据

医师管理制度的国际比较 / 简伟研, 熊先军, 郭岩著.

—北京: 北京大学医学出版社, 2015. 1

ISBN 978-7-5659-0964-1

I. ①医… II. ①简… ②熊… ③郭… III. ①医师

—管理—制度—对比研究—世界 IV. ①R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 236665 号

医师管理制度的国际比较

著: 简伟研 熊先军 郭 岩

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京画中画印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 董采莹 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 8.25 字数: 164 千字

版 次: 2015 年 1 月第 1 版 2015 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0964-1

定 价: 38.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由

北京大学医学科学出版基金

资助出版

前言

无论在哪个国家、哪种社会形态下，医生大概都是令人向往的职业。然而，在中国，随着“看病难、看病贵”的呼声高涨，医生这个行业似乎陷入了某种尴尬的境地。当一个接受过良好教育的社会精英群体，“集体”受到包括“道德问题”在内的诟病时，我们的直觉是，制度层面上出现问题的可能性比较大。

2009年以来，中国积极推进新一轮医药卫生体制改革。在医疗保障、药品制度、基层卫生及公共卫生方面取得良好进展时，很多学者都遗憾地指出，“公立医院改革的路径尚未明朗”^①。公立医院的行为主体是公立医院的医生。可以肯定的是，尚未明朗的核心问题依然是医生管理的问题。

我们从2005年开始便一直关注医生管理的问题。起初，我们从外围政策入手，关注医疗服务的价格政策、支付制度设计等对医生行为的影响。接着，我们又关注到医院内部管理，比如医生工作量测评等问题。而后，我们把目光投向发达国家，观察制度相对稳定的发达国家如何解决医生的管理问题。接下来，我们又把视线转回到国内，再一次审视医院和外部利益相关者的关系，以及医院内部院级管理、科室和医生的关系。这样“从外到里又从里到外”地走了一遭以后，我们开始静下心来梳理头绪，整理研究的发现，并归纳思考所得。

我们把这些年对医师管理制度问题的主要研究发现和思考所得都写进这本书里。为了不失一般性，且避免组织内容和观点的过程产生偏颇，我们在第一章提出了本书分析“医师管理制度”的基本框架：“仁心”驱动“仁术”，“制度”维系“仁心”。于是，全书无论是对哪一个国家的“医师管理制度”进行分析，均围绕如何保证行医者拥有正确的动机和良好的医术而展开。

本书以“国际比较”为切入点，这一方面是因为“比较”是发现问题的便捷途径，另一方面是“国际经验”中确实有能给国内改革以启发的地方。于是，本书自第二章开始，连续使用了四个章节的篇幅，分析了英国、美国、加拿大和德国这四个西方发达国家在医师管理制度的设计和运行过程中的特点。

^① Yip WC, Hsiao WC, Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet*, 2012, 379 (9818): 833-842.

选择两个欧洲国家和两个美洲国家，也是为了展现地区特点和文化传统对制度的影响力。随后，从第六章开始，我们首先分析中国的医师管理制度特点（第六章），并以中外比较的视角分析了中国和欧美发达国家从卫生系统宏观设计到医师管理制度具体安排上的主要差异（第七章），进而总结西方发达国家在医师管理制度的安排上对中国的启示（第八章）。最后，在“结论”部分，我们回归到特定环境当中，提出我们经过仔细思量以后得出的破解中国医师管理制度核心问题的途径和方略。

为了更为具体地阐述观点，我们在最后安排了三个附录，分别阐述了三个在本书正文中提及的重要而技术性较强的问题，即医生工作量的测量、支付方与服务提供方的合约以及用于医疗服务管理的病例组合（case-mix）工具。

在多年关于医师管理制度的研究过程中，我们与许多研究者、医生、医院管理者及政府官员有过深入的交流。大多数的人都认同的一点是，中国在医师管理的制度设计上需要改革，需要总结自身的教训，也需要借鉴别国的经验，但最需要的是在客观地梳理和分析中国具体问题的基础上，将这些经验和教训有机地组织起来。我们希望本书在这一点上有所突破，从而能够为中国医师管理制度的完善提供资料、证据或是观点的支持。

目 录

第一章 基本问题及其分析框架·····	1
研究问题的提出·····	1
影响医生行为的因素·····	2
收入·····	2
职业发展·····	3
法律法规、行业准则和职业精神·····	3
价格政策和支付制度·····	4
外部政策与医院内部管理·····	4
棘轮效应和替代效应·····	5
分析框架和策略·····	6
涉及的国家及其基本情况·····	7
第二章 英国的医师管理制度·····	10
英国的卫生系统·····	11
概述·····	11
英国 NHS 的运作·····	12
英国医生的培养和准入·····	13
医学生的招收·····	13
医生培养过程·····	13
英国医生从业的渠道和方式·····	15
概述·····	15
全科医生 (GP)·····	16
专科医生·····	17
临床研究人员·····	19
英国医师管理的组织结构·····	20
概述·····	20
英国的卫生部和国家卫生服务系统·····	21
代表公众的医学委员会总会·····	21

代表医生的英国医学协会	22
小结	23
第三章 美国的医师管理制度	25
美国的卫生系统	26
概述	26
美国医疗保障体系	27
美国医生的培养和准入	28
美国医生执业模式和待遇	29
美国医生执业概况	29
美国医生与医院及支付方的关系	30
美国医师管理的组织结构	32
概述	32
美国医学会 (AMA)	33
州医学委员会	34
小结	35
第四章 加拿大的医师管理制度	37
加拿大的卫生系统	38
概述	38
加拿大卫生系统的运作	39
加拿大的医生培养和准入	39
加拿大医生从业的渠道和方式	41
职业选择和从业方式	41
利益关系和收入来源	42
加拿大医师管理的组织框架	44
概述	44
加拿大各级政府部门	44
皇家医师学院	45
医师协会	47
小结	47

第五章 德国的医师管理制度	49
德国的卫生系统.....	50
概述	50
德国卫生系统的运作	50
德国医生的培养和准入.....	52
德国医生的从业方式.....	53
德国医生的职业发展	53
门诊医生	54
医院医师	55
德国医生的“自我监管”	56
开业医师的监管	57
兼职医生的监管	57
医生处方量的监管	57
小结.....	58
第六章 中国的医师管理制度	60
中国的卫生系统.....	61
概述	61
中国卫生系统的运作及其近期变革	61
医生的培养和准入.....	64
医生的培养	64
医生的准入	65
医生的执业方式和薪酬模式.....	66
医生的执业方式	66
医生的薪酬制度	67
规制医生的组织和工作方式.....	69
规制的主体——卫生行政组织	69
辅助性社会组织	71
小结.....	72
第七章 中外医师管理制度的要点比较	74
卫生系统的特征比较.....	74

医生培养与准入的比较	75
医生从业方式的比较	77
医生收入模式的比较	77
医生执业监管的比较	79
小结	80
第八章 西方四国经验对中国的启示	82
纵向合作、横向竞争的组织模式	82
谈判定价机制	83
发挥医学专业组织的积极作用	85
适当放宽医生的人事制度	86
重视管理基础工具的建立和开发	87
小结	89
基本观点和结论	91
附录一 医生工作量的测量	93
附录二 医生管理制度的变革与执行	
——以 NHS 全科医生支付合约为例	97
附录三 诊断相关组 (DRGs) 发展和应用的国际经验	103
主要参考文献	112

第一章 基本问题及其分析框架

研究问题的提出

在民众“看病难、看病贵”的呼声日益强烈的背景下，中国开始了新一轮医药卫生体制改革。然而，改革进行至今，直接关系“看病”、触及医疗服务提供者的改革，始终被视作难以突破的“深水区”。回顾 2009 年提出的“五项改革的重点任务”^①，其中的前四项工作，无论是健康保障体系、基本药物制度，抑或公共卫生服务均等化工作、基层卫生服务体系建设，都有了不同程度的突破^②；只有最后一项，即集中了中国绝大部分医疗资源的公立医院的改革，到目前为止依然处于“试点”阶段，改革的路径仍然不甚清晰。

值得注意的是，“医院”是医疗服务提供的场所，而提供服务的主体则是医院中的医务人员，其中，又以“医生”这个群体为代表。大多数情况下，人们并不能准确地预期什么时候患病（所谓的卫生保健服务需求的“不确定性”）；一旦患病，出于对健康的珍视，总希望尽早康复，不甚计较治疗花费（所谓的医疗服务“价格弹性低”）。而大多数情况下，患者并不能（像消费一般消费品那样）“独立”地判断接受什么医疗服务及使用什么药物，这个过程需要通过具备专业素养的医生来完成（所谓的医疗服务提供方与需求方之间的“信息不对称”）。这些医疗服务的特点，使得医生能够在医疗服务过程中处于优势地位；处于相对劣势的患者，则被认为在这个过程中存在着“潜在”的利益损失。

界定和度量上述医疗服务过程的分析有很多。经典且被学术界广为引用的“诱导需求”^③模型认为，当医生的实际收入与预期收入存在差距时，会凭借其信息优势诱导患者增加医疗服务消费。使用这个模型进行分析的结论是，

① 国务院. 医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011）. http://www.gov.cn/jzwgk/2009-04/07/content_1279256.htm

② Meng Qun, *Lancet*, 2012 和 Winnie Yip, *Lancet*, 2012.

③ 参见 Sherman Folland 等著 *The Economics of Health and Health Care* 中关于“供给诱导需求和小地域差异”的内容。

放开医生（及其他掌握高技术的医疗服务提供者）的准入门槛，会引发过度医疗，从而使医疗费用上涨，医疗资源浪费。部分实证研究的结果也发现，医疗服务提供者数量增加（供给增加）并没有因为“供大于求”而使医疗服务价格下降，因此，支持了“诱导需求”模型的结论^④。

然而，针对中国“看病难”和“看病贵”并存的特殊现象，有学者提出了另一个分析角度，即：“过高”的准入门槛（尤其是行政管制造成的准入障碍）一方面导致了医疗服务的提供不足，进而造成了“看病难”；另一方面，人为地给予现有的医疗机构垄断地位（不仅仅是医疗机构由于技术壁垒而出现了“自然垄断”），进而造成了“看病贵”。事实上，在中国医疗费用飞速上涨的二三十年里，医疗服务提供者数量的上升速度远远低于医疗费用的上涨速度。这似乎为“过度管制”这个分析模式所得出的结论提供了佐证^⑤。

到底是“过度放任”还是“过度管制”造成了今天中国医疗服务领域的困境，学术界的争论一直没有停止。不过，从这些有启发性的争论中，可以得到一些基本认识：对于医疗服务领域而言，医疗服务提供者（尤其以医生为代表）需要相应的规制，但又不能无限制地“强硬约束”。关键在于：第一，规制的“度”要合理；第二，规制的目标要正确，即让医生的诊疗行为“回归到”以患者健康福祉为依归的正确轨道上来。显然，这些是针对医生管理的制度设计问题。换言之，对于医疗服务提供者的改革，无论是强调强化约束抑或主张放宽管制，到了“动真格”的政策实践时，都需要通过精细的制度设计，科学地把控张弛之道，将医生的行为引导到增进患者健康福祉这一核心上来。这便是本书集中关注“医师管理制度”的初衷。更准确地说，本书的目标是试图在一定程度上回答这样的问题：在中国的特定环境下，如何改革激励和约束机制的安排，保障医生的诊疗行为符合患者的健康福祉。

影响医生行为的因素

收入

收入对医生行为的影响可以从多个层面来看。一方面是沿着“供给诱导需求”模式的思路走。该模型推测医生行为除了基于医患之间的信息不对称以外，另一个核心思想是医生的“期望收入”^⑥，即：如果医生诊治患者的实际

④ 参见 Shain 和 Roemer（1959）及 Roemer（1961）关于床位数和住院天数关系的实证研究。

⑤ 参见周其仁《病有所医当问谁——医改系列评论》（2008）。

⑥ 同注释4。

收入低于他（她）的期望收入，医生便引导患者多消费，直到达至其期望收入为止。换言之，该模型认为诱导的多少与医生期望收入和现实收入的差距直接相关；如果医疗服务市场中存在某种价格管控抑制了医生的收入，医生诱导需求的行为将增加。

另一个角度是从医生声望损失的机会成本来看。医生提供服务的基点应当是根据患者病情的实际需要，诱导患者过度利用服务是一种“不道德”行为。某医生如果出现这种行为并被曝光，其声誉将受损，进而影响其职业发展或未来收益。在相同曝光可能性下，收入越高意味着诱导需求行为的代价将越大。

再一个方面是从医生人力的宏观视角出发。收入作为医生劳动力的价格，其高低引导劳动力在医生这个行业中的配置。预期收入越高，计划接受医学培训、从事医生行业的人就越多。劳动力市场的变化，直接影响医疗服务提供者之间的竞争强度，进而影响医疗服务供给的数量和质量。

职业发展

职业发展对医生行为的影响大致可以从两方面看：一是晋升制度，二是声誉。技术职称上的晋升是行业对医生个人在医疗服务能力上的认同。得到同行的认同，无疑是医生职业生涯中所要追求的。医生要获得晋升，需要满足晋升的条件。于是，晋升过程中对医生的评价方法、维度和指标将影响医生在执业过程中的行为。

声誉是社会对医生在能力乃至操守上的认同，同样是医生在执业过程中所努力追求的。声誉的产生是医生医疗服务产出的累积。注重声誉的医生，在医疗服务过程中会更加注重医疗安全 and 质量以及患者的满意度。

法律法规、行业准则和职业精神

医生是“健康所系、生命相托”的行业，技术壁垒高，且涉及的伦理问题众多，是少数几个有专门法律法规、拥有强大行业组织和强调职业精神的特殊行业之一。针对医生执业的法律法规（如中国的《执业医师法》），一般以“权利”和“义务”的条款对医生的诊疗行为进行约束，这是医生执业过程中不可违拗的基本准则。

行业准则一方面直接关系医生的准入和退出^⑦，另一方面，医学行业组织

⑦ 即便在那些政府直接管理医生准入和退出的国家和地区（如中国），医生的行业组织也在医生准入考核，医疗过失和医疗事故技术鉴定等方面发挥重要的作用。

出台的各种技术规范和临床诊疗常规直接影响医生的诊疗行为。尽管技术规范不像法律法规那么“强硬”，但却是评价医生诊疗行为恰当性的直接依据。

至于医生职业精神对医生行为的约束，学界有着不同的看法。部分学者认为靠职业道德约束医生主要靠医生的自觉，而非外界第三方的监督，于是便成了一种“软约束”，对医生行为的影响很有限。但另一种观点却强调古今中外的医生行为准则中，均强调医生救死扶伤的职责和对患者无分贵贱的关怀。作为底线的法律法规以及纯粹的技术规范，均难以捕捉仁心仁术之细节，真正以患者为中心的医疗行为需要靠医生发自内心的精神来约束。

价格政策和支付制度

一般认为，医疗服务提供者能够依靠医疗技术壁垒形成自然垄断，因而，很多地区都或多或少地对医疗服务价格进行管制。公共定价是管制的极端形式，即政府依据所谓“社会平均成本”规定各项医疗服务的价格。即便政府有能力精准地测算各项医疗服务的平均成本^⑧，对于医生个体而言，医疗服务成本大多或在平均成本（医疗服务价格）之上，或者在其之下。于是，当两个医疗服务可以替代时，医生会倾向于提供对他（她）自己而言成本较低的服务，或者把更多的精力放在那些成本低于平均成本的服务上面。

支付制度是另一种重要的经济激励安排。理论上讲，当价格单元刚好是需要购买的单位产出时，监督成本最低。然而，医疗服务的产出是健康状态的恢复，“健康”难以定量，也就不可能作为定价单元。现实世界中对医疗服务的定价并非直接以健康产出为单元，而是采用某些医疗服务过程的单元为替代，如按项目付费、按床日付费、按单次住院付费、按人头付费等。不同的定价方式给医生不同的激励和约束，于是医生会产生不同的策略性行为。例如，按项目付费下医生倾向于多提供服务；按床日付费下，医生倾向于延长患者的住院时间；按单次住院付费下，医生倾向于缩短单次住院时间，甚至拆分单次住院；按人头付费下，医生则倾向于减少对单个患者的服务量，或者躲避与身体状况不佳的人签订服务协议。

外部政策与医院内部管理

传统上对支付制度的分析局限于支付方与医生之间的博弈，即支付方式的变化影响医生的效用，医生的效用变化影响其行为。然而，现实世界中，许多

⑧ 事实上，精准测算数千项医疗服务的成本是很难办到的，即便勉强进行估算，也是代价高昂。也因为这样，进行公共定价后，价格部门无法按照社会经济的变化及时调整医疗服务价格。

医生并非独立开业或以完全独立的身份行医，而是作为医疗机构的雇员提供医疗服务。在后一种情况下，医疗机构便成了博弈的一方。于是，近年来，有学者提出了支付方、医院和医生三方博弈的分析框架。在这个框架下，支付方式变革的“连锁反应”变为：医院外部支付制度的变化影响医院（管理者）的效用，这个效用变化导致了医院（管理者）调整医院内部管理制度，而内部管理制度的变化影响医生的效用，后一个效用变化影响医生的行为^⑨。

“激励理论”为医院因应外部政策而调整内部管理提供了基本准则——“激励相容”。“激励相容”是指管理者在制度设计时能够让个人利益和集体利益相一致的状态。显然，在这种状态下，组织管理成本是最低的。如果医院的管理者遵循“激励相容”的原则，医院内部管理制度对医生产生的激励应该是，医生努力获得较多收益时，医院较容易实现其组织目标（即医院管理者的收益也较多）。

棘轮效应和替代效应

“棘轮效应”是描述调整激励水平时，“向高调整容易，但往低调整困难”的一种状态。在医疗费用支付制度改革时，很多地区都有“棘轮效应”的报道。例如，医疗保险对某精神病医院住院患者实行按床日付费，预期医院在按床日付费的激励下，医生将降低单床日的医疗费用。然而，实证数据显示，单床日费用并未降低。产生这种情况的重要原因是医生为了防止下一期医疗保险降低床日费用^⑩，于是努力维持甚至提升单床日的花费。

“替代效应”是指不同的激励方式之间可能产生相互替代的作用。研究得最多的是收入和职业发展之间的替代。当然，从经济学的角度，可以将职业发展也纳入“收入”的分析框架下。这是因为，一般意义上的“收入”主要通过“当期收益”对医生行为产生影响，而职业发展则可视作通过医生对未来收益的预期来影响医生的行为。在实证分析上也显示，如果医生对其职业发展的预期良好，他（她）对当前收入的关注程度会降低。

当然，无论是棘轮效应还是替代效应，对政策制定者和制度设计者最重要

⑨ 沿着这样一个思路，在组织层次较多的医院，临床科室应该也算博弈的一方，因为临床科室直接管理医生。当医院层面的管理制度变化时，科室将作出因应，调整科室内部管理，进而影响医生的行为。

⑩ 在维持床日费用不降低的同时，医疗服务提供者改变诊疗模式，减少药品、耗材等的提供以降低成本，同时提升那些主要依靠医务人员劳动付出的服务，如护理服务、精神状态诊疗量表的测量等。

的启示其实是，在设计和制定医生管理制度时，需要综合考虑影响医生行为的各种因素以及因素之间的交互作用，努力将多种激励作用有机地整合到医生管理的制度安排当中，让这些因素协同作用，相得益彰。

分析框架和策略

“制度影响行为，行为影响产出”是本书遵循的基本逻辑。换言之，本书的基本分析框架是医师管理制度影响了医生的行为，进而影响到医疗服务的产出，即患者的健康福祉。

具体来说，医生的诊疗行为是患者福祉的重要影响因素，而医生的技能以及医生受到的激励和约束决定了其诊疗行为。医生这个行业的准入规则决定了医生的基础素质；对医生进行职业技能的继续教育，在很大程度上影响到医生知识和技能的更新。从激励机制上看，最主要的两类激励是经济收入和职业发展。上述各种制度安排，除了由行政管理部门以规范性文件的形式颁布实施的举措以外，可能还存在一些“非正式”的安排（例如，某些医生除了正式的薪酬制度安排下的薪水外，可能还存在其他“灰色”收入）。而本书关注的主要是“正式安排”这个层面，即本书所谓的“医师管理制度”，其范畴是医生教育和准入制度、薪酬制度、晋升制度的正式安排，以及制定和执行这些制度的相关机构之工作职责。

当然，一个国家的医师管理制度必然是在当地卫生体系的框架下，同时，必然受到当时当地特定的社会、经济和宏观政策环境的影响。为了更加深入地认识这些制度特征，本书在分析不同国家医师管理制度时，会把医师管理制度放到具体国家的卫生系统当中，同时，适当地将分析范围向所在国的宏观制度环境拓展。

与其他的制度变革一样，改革医师管理制度需要“成本”。部分制度学派的学者认为，改革的成本，除了重新分配利益所付出的代价外，另一项重要的成本是“讯息”。事实上，决策的过程是“诊断问题—构建备选方案—选择备选方案”的过程。这个过程中任何一个环节都需要大量的信息支持，这个过程越是精细，需要的信息就越多。从资讯的来源看，除了靠自身的“试点”探索，“摸着石头过河”外，另一个重要的来源便是放眼看世界，学习其他国家和地区的经验。这也是本书把重点放在国际经验分析的原因。

更具体地讲，本书选择了英国、美国、德国和加拿大四个西方发达国家作为主要的分析对象。这是因为，一方面，包括上述“诱导需求”在内的诸多医生行为的分析模型来自西方学界。到目前为止，关于医疗服务提供者的规制所