

 中国社会科学院创新工程学术出版资助项目

 全国博士后管理委员会资助项目

医疗市场、医疗组织与 激励动机研究

Medical Market, Medical Organizations and
Incentive Motivations

方 燕 著



医疗市场、医疗组织与 激励动机研究

Medical Market, Medical Organizations and
Incentive Motivations

方 燕 著



经济管理出版社
ECONOMY & MANAGEMENT PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

医疗市场、医疗组织与激励动机研究 / 方燕著. —北京: 经济管理出版社, 2017.12

ISBN 978-7-5096-5406-4

I. ①医… II. ①方… III. ①医疗保健事业—卫生服务—研究—中国 ②医药卫生组织
机构—管理—研究—中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 249062 号

组稿编辑: 宋 娜

责任编辑: 梁植睿

责任印制: 司东翔

责任校对: 董杉珊

出版发行: 经济管理出版社

(北京市海淀区北蜂窝 8 号中雅大厦 A 座 11 层 100038)

网 址: www.E-mp.com.cn

电 话: (010) 51915602

印 刷: 玉田县昊达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 720mm×1000mm/16

印 张: 16

字 数: 262 千字

版 次: 2018 年 1 月第 1 版 2018 年 1 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5096-5406-4

定 价: 88.00 元

·版权所有 翻印必究·

凡购本社图书, 如有印装错误, 由本社读者服务部负责调换。

联系地址: 北京阜外月坛北小街 2 号

电话: (010) 68022974 邮编: 100836

第六批《中国社会科学博士后文库》 编委会及编辑部成员名单

(一) 编委会

主任：王京清

副主任：马 援 张冠梓 俞家栋 夏文峰

秘书长：邱春雷 姚枝仲 刘连军

成 员（按姓氏笔划排序）：

卜宪群 邓纯东 王建朗 方 勇 史 丹 刘丹青 刘跃进
孙壮志 孙海泉 张车伟 张宇燕 张顺洪 张星星 张 翼
李 平 李永全 李向阳 李 林 李国强 杨世伟 吴白乙
杨 光 陈众议 陈星灿 何德旭 房 宁 郑秉文 卓新平
赵天晓 赵剑英 胡 滨 高 洪 高培勇 黄 平 朝戈金
谢寿光 潘家华 冀祥德 魏后凯

(二) 编辑部（按姓氏笔划排序）

主任：高京斋

副主任：刘丹华 曲建君 李晓琳 陈 颖 薛万里

成 员：王 芳 王 琪 刘 杰 孙大伟 宋 娜 陈 效

苑淑娅 姚冬梅 郝 丽 梅 枚

本书获得国家社科基金青年项目“阶梯定价理论及其应用研究”（批准号：13CJL024）、北京交通大学人才基金“医保机制规制与公立医院改革的理论和实证研究”（批准号：KBRC15009536）的资助。

序 言

博士后制度在我国落地生根已逾 30 年，已经成为国家人才体系建设中的重要一环。30 多年来，博士后制度对推动我国人事人才体制机制改革、促进科技创新和经济社会发展发挥了重要的作用，也培养了一批国家急需的高层次创新型人才。

自 1986 年 1 月开始招收第一名博士后研究人员起，截至目前，国家已累计招收 14 万余名博士后研究人员，已经出站的博士后大多成为各领域的科研骨干和学术带头人。其中，已有 50 余位博士后当选两院院士；众多博士后入选各类人才计划，其中，国家百千万人才工程年入选率达 34.36%，国家杰出青年科学基金入选率平均达 21.04%，教育部“长江学者”入选率平均达 10% 左右。

2015 年底，国务院办公厅出台《关于改革完善博士后制度的意见》，要求各地各部门各设站单位按照党中央、国务院决策部署，牢固树立并切实贯彻创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，深入实施创新驱动发展战略和人才优先发展战略，完善体制机制，健全服务体系，推动博士后事业科学发展。这为我国博士后事业的进一步发展指明了方向，也为哲学社会科学领域博士后工作提出了新的研究方向。

习近平总书记在 2016 年 5 月 17 日全国哲学社会科学工作座谈会上发表重要讲话指出：一个国家的发展水平，既取决于自然科学发展水平，也取决于哲学社会发展水平。一个没有发达的自然科学的国家不可能走在世界前列，一个没有繁荣的哲学社

会科学的国家也不可能走在世界前列。坚持和发展中国特色社会主义，需要不断在实践中和理论上进行探索、用发展着的理论指导发展着的实践。在这个过程中，哲学社会科学具有不可替代的重要地位，哲学社会科学工作者具有不可替代的重要作用。这是党和国家领导人对包括哲学社会科学博士后在内的所有哲学社会科学领域的研究者、工作者提出的殷切希望！

中国社会科学院是中央直属的国家哲学社会科学研究机构，在哲学社会科学博士后工作领域处于领军地位。为充分调动哲学社会科学博士后研究人员科研创新的积极性，展示哲学社会科学领域博士后的优秀成果，提高我国哲学社会科学发展的整体水平，中国社会科学院和全国博士后管理委员会于2012年联合推出了《中国社会科学博士后文库》（以下简称《文库》），每年在全国范围内择优出版博士后成果。经过多年的发展，《文库》已经成为集中、系统、全面反映我国哲学社会科学博士后优秀成果的高端学术平台，学术影响力和社会影响力逐年提高。

下一步，做好哲学社会科学博士后工作，做好《文库》工作，要认真学习领会习近平总书记系列重要讲话精神，自觉肩负起新的时代使命，锐意创新、发奋进取。为此，需做到：

第一，始终坚持马克思主义的指导地位。哲学社会科学研究离不开正确的世界观、方法论的指导。习近平总书记深刻指出：坚持以马克思主义为指导，是当代中国哲学社会科学区别于其他哲学社会科学的根本标志，必须旗帜鲜明加以坚持。马克思主义揭示了事物的本质、内在联系及发展规律，是“伟大的认识工具”，是人们观察世界、分析问题的有力思想武器。马克思主义尽管诞生在一个半多世纪之前，但在当今时代，马克思主义与新的时代实践结合起来，越来越显示出更加强大的生命力。哲学社会科学博士后研究人员应该更加自觉地坚持马克思主义在科研工作中的指导地位，继续推进马克思主义中国化、时代化、大众化，继

续发展 21 世纪马克思主义、当代中国马克思主义。要继续把《文库》建设成为马克思主义中国化最新理论成果宣传、展示、交流的平台，为中国特色社会主义建设提供强有力的理论支撑。

第二，逐步树立智库意识和品牌意识。哲学社会科学肩负着回答时代命题、规划未来道路的使命。当前中央对哲学社会科学愈加重视，尤其是提出要发挥哲学社会科学在治国理政、提高改革决策水平、推进国家治理体系和治理能力现代化中的作用。从 2015 年开始，中央已启动了国家高端智库的建设，这对哲学社会科学博士后工作提出了更高的针对性要求，也为哲学社会科学博士后研究提供了更为广阔的应用空间。《文库》依托中国社会科学院，面向全国哲学社会科学领域博士后科研流动站、工作站的博士后征集优秀成果，入选出版的著作也代表了哲学社会科学博士后最高的学术研究水平。因此，要善于把中国社会科学院服务党和国家决策的大智库功能与《文库》的小智库功能结合起来，进而以智库意识推动品牌意识建设，最终树立《文库》的智库意识和品牌意识。

第三，积极推动中国特色哲学社会科学学术体系和话语体系建设。改革开放 30 多年来，我国在经济建设、政治建设、文化建设、社会建设、生态文明建设和党的建设各个领域都取得了举世瞩目的成就，比历史上任何时期都更接近中华民族伟大复兴的目标。但正如习近平总书记所指出的那样：在解读中国实践、构建中国理论上，我们应该最有发言权，但实际上我国哲学社会科学在国际上的声音还比较小，还处于“有理说不出、说了传不开”的境地。这里问题的实质，就是中国特色、中国特质的哲学社会科学学术体系和话语体系的缺失和建设问题。具有中国特色、中国特质的学术体系和话语体系必然是由具有中国特色、中国特质的概念、范畴和学科等组成。这一切不是凭空想象得来的，而是在中国化的马克思主义指导下，在参考我们民族特质、历史智慧

的基础上再创造出来的。在这一过程中，积极吸纳儒、释、道、墨、名、法、农、杂、兵等各家学说的精髓，无疑是保持中国特色、中国特质的重要保证。换言之，不能站在历史、文化虚无主义立场搞研究。要通过《文库》积极引导哲学社会科学博士后研究人员：一方面，要积极吸收古今中外各种学术资源，坚持古为今用、洋为中用。另一方面，要以中国自己的实践为研究定位，围绕中国自己的问题，坚持问题导向，努力探索具备中国特色、中国特质的概念、范畴与理论体系，在体现继承性和民族性、体现原创性和时代性、体现系统性和专业性方面，不断加强和深化中国特色学术体系和话语体系建设。

新形势下，我国哲学社会科学地位更加重要、任务更加繁重。衷心希望广大哲学社会科学博士后工作者和博士后们，以《文库》系列著作的出版为契机，以习近平总书记在全国哲学社会科学座谈会上的讲话为根本遵循，将自身的研究工作与时代的需求结合起来，将自身的研究工作与国家和人民的召唤结合起来，以深厚的学识修养赢得尊重，以高尚的人格魅力引领风气，在为祖国、为人民立德立功立言中，在实现中华民族伟大复兴中国梦的征程中，成就自我、实现价值。

是为序。

王京波

中国社会科学院副院长

中国社会科学院博士后管理委员会主任

2016年12月1日

摘 要

医疗行业中出现的诸多问题和现象几乎都属于激励问题。医疗市场所存在的医疗保险机构、患者和医疗服务提供者这三方利益主体，搭建了医疗保险机构—患者、患者—医疗服务提供者和医疗保险机构—医疗服务提供者三条利益链条。医疗保险和服务支付机制，分别用于协调前两条基础关系。医疗行业的显著特征包括：疾病发生与否和治疗效果不确定；诊疗信息不对称；医疗服务作为信任品和公共品的特征；具有团队生产特性等。这些特征导致医疗市场失灵成为常态。本书的核心主题是探索和梳理医疗行业和市场中的各类激励动机的来源、优缺点和适用范围。

医疗保险和服务价格规制理念演变，从强调可及性与成本补偿，历经突出成本控制与激励，到当今更关注医疗质量、安全与医治功效。主导性规制（支付）手段，相应地经历了从后付制，历经预付制，再到强调混合型支付和基于功效支付等的演变。这映射出医疗规制者用以规制价格的信息来源的变化：从服务特征，历经服务者、服务项目和患者多方信息，到患者（内生性）特征信息。医疗服务和保险付费机制所能产生的经济激励，确实显著影响了医疗服务提供者的行医行为和患者的就医行为。利用经济激励、医疗组织与市场环境以及医疗行业制度，能促成（也能偏离）医疗效率与公平、患者满意和社会健康等目标。

医疗行为和医疗市场的特殊性，致使医疗行业普遍出现两个独特的经验事实：医疗服务价格和市场内的医师存量之间呈正偏相关，以及供给方常能诱导患者的医疗需求。对这两种现象分别有多种解释，争议很大。医疗保险和服务激励机制问题，

背后存在一个多阶段不完全信息博弈过程。分析和理解医疗市场的激励动机，必须置于合约理论和信息经济学框架内。处于诊疗信息优势的医师受患者委托，对患者疾病进行诊疗决策的医患之间的代理问题，是最基础的议题。理性经济人的行为无外乎出于两大类激励动机：第一大类是以货币补偿为核心的经济激励和以管控、晋升和声誉等为代表的非经济激励组成的外生动机，这类动机来源于外生刺激，区别在于刺激手段不同；第二大类是与外界刺激无关的，发源于内心感觉和价值取向的内发动机。

鉴于行医团队性、任务多重性和效果与行为不可完全合约性，旨在克服信息不对称和效果不确定的供给侧和需求侧成本分担异常复杂。由于患者信息不完全和不对称，基于患者特征的医保不可行，从而基于医疗费力的医保，因难以规避（事前和事后）道德风险和逆向选择问题而导致效率损失。由于医疗服务提供者和需求者（患者和医保方）的利益诉求不一致，在行医行为难以观察、测度和验证的情况下，作为不完美代理人的医疗服务者，会策略性地偏离所设定的目标，出现逆向选择和道德风险等问题。解决需求侧和供给侧问题的基本思路分别是：通过以医保赔付不完全为特征的需求侧成本分担比例合理化，实现风险分散和规避道德风险的权衡；通过以服务者承担部分成本为特征的医疗服务补偿支付，实现医疗服务供给的有效、高质和安全。确定医疗服务支付机制的依据，可以是服务者特征、服务项目或患者特征，也可能是这三类信息的两种或三种的组合。鉴于纯粹后付制和预付制的内在缺陷，有必要进行某种程度和形式的混合。当今国际社会对医疗管控的核心目标，开始由在满足可及性和方便性前提下最小化成本，过渡到实现医疗净价值最大化。医疗效果或效益评估是无法避免的核心问题。因主观测度信息不可验证和委托人道德风险问题的存在，基于对实际绩效的主观测度的隐性付费合约是无效率的。其实，绩效往往是不可直接测度的，基于相对绩效或特定维度指标的间接绩效评估（尤其是P4P机制），能通过诱导对患者的治疗高功效和好结果，来消除拒诊和转诊之类的消极行为，但是无法



完全消除逆向选择问题。同时，测度和衡量医治功效程度或结果的内在困难，加剧了医患间代理关系的复杂性，使间接测度比直接主观绩效评估新增了多任务代理问题。

以医疗服务和保险支付为代表的经济激励并不完美，医疗市场失灵和无效率普遍存在。规避医疗经济激励有限性的一个有效手段便是，打开医疗组织这个“黑箱”，分析来自患者、医师和医疗组织这样的双层代理关系，及其科层结构所带来的激励元素。医疗组织结构和制度常被认为是应对医疗市场失灵的自然反应。通过医疗组织的科层机构，及其赋予的有形和无形的外生性非经济激励，引导利益相关者的行为。一方面，有形和强制力的操作审查和选择性合约，带来的非经济激励不可小觑。另一方面，无形的职业生涯和声誉、效率工资和晋升制，也会显著地影响行为者的行为方式。在长期雇佣关系中，具有报酬后置特性的工龄工资制度，可以遏制员工的偷懒行为。外部劳动市场（如职业经理人市场）在引导员工努力工作方面作用显著。实际支付高于边际贡献的效率工资制度，能诱导员工努力工作，也能吸引和甄别高能力员工。在医院雇佣制下，基于相对业绩比较的晋升激励，往往能实现基于绝对业绩的支付合约所无法实现的效果。相对业绩比较可以剔除代理人之间存在的共同随机性因素，增加绩效评估的准确性和客观性，降低风险成本和强化激励机制。本书的内容同样适用于绝大多数非医疗行业。

除了由非经济激励组成的外生动机，这里还存在发自内心感觉和价值取向的内发动机和社会情境。从工作中获取的正效用主要来自于身心的愉悦和工作满意等。对于医疗行业，许多医生的努力工作在很大程度上出于对名誉和社会地位的追求，以及对职业道德、责任感和荣誉感的追求。外生动机可能对内发动机产生排挤。内发动机可能与外生动机相互替代和补充，因而需要科学合理的协调。

鉴于非经济激励和内发动机相关的政策研究的成熟性，这里主要从经济激励范围内从市场和政策角度来给出克服医保市场的逆向选择和道德风险问题的具体建议，以及从研发角度

探索医疗服务市场的多目标兼顾问题。至于医保市场的逆向选择问题，可以通过团队医保和组建风险池，以收益机制设计与风险分割为重点的类型甄别手段，抑或强制投保政策手段来实现。对于其中的道德风险问题，可以通过收益机制设计与成本分担以及收入税优惠来实现。对于医疗服务市场中对多数量、高质量和低费用的多元化目标要求，只能通过技术和模式创新来解决，尤其是依据医疗服务分类进行医疗商业模式创新。

关键词： 医疗市场； 医疗组织； 激励动机； 经济激励； 内发动机

Abstract

Incentive is considered to be key to many problems and phenomena in medical markets. There are three agents in medical market (i.e., medical insurance, patients and medical care providers) , and three chains of interest (i.e., insurance-patient, patient-provider, and insurance-provider) . Medical insurance and care payments are respectively used to coordinate the former two chains of interest. Distinguishing features of Medical industry are as follows: uncertainty on whether some diseases appear and outcomes of treatment, asymmetric information on diagnosis and treatment, medical care to be public good and credence good with teamwork property. Because of these properties, medical markets fail commonly. The key theme of the book is, to investigate and explore the sources, applicable scopes, pros and cons about incentive motivations in medical markets.

The ideas of price regulation on medical insurance and care have been evolving, from emphasis on accessibility and cost reimbursement, through on cost control and incentive, nowadays to on medical quality, safety and medical efficacy. The dominant methods of price regulation have been evolving correspondingly, from retrospective payment, through prospective payment, to mixed payment and pay-for-performance. Meanwhile, it twinned the evolution on the dominant sources of information used by medical regulator for defining payment structures and levels, i.e., from information on exogenous characteristics of services, through on properties of providers, services and patients, to on endogenous

features of patients. Surely, the economic incentive derived from medical insurance and care mechanisms, evidently influences the behaviors of patients and medical care suppliers. The reasonable combination of economic incentive, medical organization, market environments and institutions, can facilitate (also deviate from) trade-off between medical efficiency and equity, patients' satisfaction, and social health.

The specificity of medical behaviors and markets contributed to the widespread appearance of two empirical facts: ① the positive partial correlation between medical care price and the stock of doctors within given local market, and ② supplier-induced demands. There are many explanations and disputes for both. The process of incomplete information game with multistages exists behind the incentive mechanism design on medical insurance and care. To analyze and interpret incentive motivation in medical markets, the frameworks in contract theory and information economics are reasonable and necessary. The agency problem between provider and patient is the most basic theme and breakthrough point for exploring related medical topics. The behaviors of rational economic agents, without exception, derived from two categories of incentive motivations: ① extrinsic motivation including economic incentive with the core of monetary payment, and non-economic incentive such as promotion, reputation and career concern, the class of motivation stems from exogenous stimuli which differ in stimulus measures; ② intrinsic motivation unrelated with outside, coming from innate feelings and value orientation.

Due to teamwork feature during treatment, task multiplicity, and non-contractability of outcomes and behaviors, supply- and demand-sided cost sharings are extremely complicated. In the setting of informational incompleteness and asymmetry, medical insurance based upon patients' properties is infeasible, while insurance on medical expenses brings about efficiency losses, mainly on account

of the difficulty in dealing with (ex ante and ex post) moral hazard and adverse selection. In light of difficulty to observe, measure and verify medical behaviors, with interest inconsistency between medical care suppliers and demanders (patient and medical care providers), the suppliers as imperfect agent can and will deviate strategically from defined aims. The problems of Adverse selection and moral hazard arise. The resolution to supply – and demand –sided cost sharings is as follows: to rationalize demand–sided cost sharing with part settlement, for the implementation the trade –off between medical cost risk spreading, and mitigation of moral hazard; to compensate medical care with provider sharing cost partly, for the efficiency, high–quality and safety of medical care supply. The basis for determining the medical payment medansm can be the characteristics of the servile provider the servile item or the patient; or the combination of the three or the two. In consideration of latent defects of retrospective and prospective payments, mixture of these methods with some level is necessary. At present, the key aim of medical control has transferred from cost minimization on condition of access and convenience, to net value maximization. The measurement of medical outcome or value is very fundamental. Implicit contract with subjective assessment for actual efficacy always is inefficient, in the environment with non–verifiable information for subjective evaluation and the existence of moral hazard from the principal. Actually, medical performance frequently is unmeasurable directly. Indirect performance evaluation (such as P4P), by relative performance or given indicators, can undermine passive behaviors like transferring and refusing treatments, but cannot eliminate wholly adverse selection. The unavoidable difficulty in weighing the outcome and extent of treatment, aggravate the complexity in agency problem between provider–patient relationship, adding up extra multitask agency in indirect assessment.

The economic incentives like medical insurance and care

payment are imperfect. Medical market failure and inefficiency are common. One effective means for evading the imperfectness of medical economic incentive is to open the “black box”, medical organization, and to further investigate incentive elements coming from double-level agency among patients, providers and medical organizations and its bureaucratic structures. Medical organization and institution are seen as natural response to medical market failures. Within bureaucratic structures, there are tangible and intangible noneconomic incentives with exogeneity. Tangible incentives embody utilization review and selective contracting; intangible ones are like career concern, reputation, promotion; Will also significantly affect the behavior of actors. In long-term employment relations, the seniority wage system with deferred compensation can strongly suppress employees' shirking. External labor markets such professional manager markets, remarkably induce agents to work hard. Efficient wage not only make employee work hard, but also screen and attract high-quality employees. In hire hospital, promotion based on relative performance comparison can make better than payment contract on absolute performance. Relative performance comparison will remove the common contingency among agents, and increase the accuracy and objectivity of outcome appraisalment, finally reducing cost risks and intensifying incentive mechanisms. The content of the book applies equally to the vast majority of non-medical sectors.

Besides the extrinsic motivation made up of non-economic and economic incentives, there are intrinsic motivation and social context originated from inner feeling and value orientation. The positive utility obtained from work mainly comes from physical and mental pleasure and job satisfaction. For the medical profession, many doctors wok hard, largely out of the pursuit of fame and social status, and the pursuit of professional ethics, responsibility and honor. Extrinsic motivation may exclude intrinsic motivation. Intrinsic motivation may substitute or supplement extrinsic motivation, in