

2018 年第 1 期 总第 3 期

中国卫生管理 研究

RESEARCH ON
CHINESE
HEALTH MANAGEMENT 2018 No.1, Issue 3

南京大学卫生政策与管理研究中心 / 主办

顾 海 / 主编

俞 卫 李 琚

医疗服务的特殊性、医生行业组织形式和薪酬激励机制

徐俐箐 杨 帆 王 健

健康与经济增长论述

宋宝香 朱艳娇 张怡青

城乡居民大病保险制度的群众认知度研究——基于江阴和太仓的比较分析

李德成 景抗震

公立医院法人治理结构探讨——基于委托代理理论

赵广川 杨妮超

我国社会长期护理保险制度构建研究



集人文社科之思 刊专业学术之声

刊 名：中国卫生管理研究

主办单位：南京大学卫生政策与管理研究中心

主 编：顾 海

2018 No.1, ISSUE 3 RESEARCH ON CHINESE HEALTH MANAGEMENT

编委会成员（按照姓氏笔画排序）

王虎峰 中国人民大学

李 玲 北京大学

胡善联 复旦大学

顾 昕 浙江大学

顾 海 南京大学

编辑部成员

编辑部主任：顾 海

副 主 任：尤 华

编 辑：徐 彪 崔 楠 杨妮超 寇 云 许晓敏

2018年第1期 总第3期

集刊序列号：PIJ-2016-182

中国集刊网：<http://www.jikan.com.cn/>

集刊投约稿平台：<http://iedol.ssap.com.cn/>

南京大学卫生政策与管理研究中心 / 主办

顾 海 / 主编

中国卫生管理 研究

2018 年第 1 期 总第 3 期

RESEARCH ON
CHINESE
HEALTH MANAGEMENT 2018 No.1, Issue 3



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

目 录

医疗服务的特殊性、医生行业组织形式和薪酬

 激励机制 俞 卫 李 琚 / 1

健康与经济增长论述 徐 俐 箏 杨 帆 王 健 / 18

城乡居民大病保险制度的群众认知度研究

 ——基于江阴和太仓的比较分析 宋宝香 朱艳娇 张怡青 / 41

公立医院法人治理结构探讨

 ——基于委托代理理论 李德成 景抗震 / 57

我国社会长期护理保险制度构建研究 赵广川 杨妮超 / 70

公立医院医务人员对医院文化认知的研究

 ——基于南京的调研 刘 剑 许文洁 / 81

中医药参与医疗卫生服务的现状及发展

 策略 卫 陈 徐 州 周亮亮 / 93

我国远程医疗服务的发展现状、问题及

 对策 顾 海 刘曦言 马琚茹 / 112

多元视角下的远程医疗应用评价研究 ... 许新鹏 顾 海 韩光曙 / 126

欧美发达国家远程医疗实践及对我国的借鉴 寇 云 李永刚 / 140

《中国卫生管理研究》稿约 / 150

Table of Contents & Abstracts / 152

医疗服务的特殊性、医生行业组织形式 和薪酬激励机制*

俞 卫 李 珺**

摘 要：我国公立医院在经历了二十多年靠自身创收改善医生薪酬的激励机制之后，2017 年人社部等四部门发布了改革试点指导意见，使薪酬制度改革成为公立医院改革的重点。本文从医疗服务的特殊性、医生行业组织形式和薪酬激励机制三个方面来探讨我国公立医院医生薪酬激励机制改革策略。医疗服务的特殊性使得自雇式成为国际医生行业组织形式的主流，但当医疗保障成为社会发展目标之后，医生和患者都必须面对有限公共资源的管理，而科学技术引起的医疗服务专业化使医生对医院的依赖越来越紧密，政府、医院和医生形成了从合同制到政府主办的各种医疗服务组织方式。但无论组织形式如何，由社会（政府）筹资方主导绩效考核，在有限资源下提高医疗服务价值是改革追求的共同目标。我国公立医院医生薪酬激励机制的主要问题是创收导向引起的诊疗方案费用高、效益低，但要转变为绩效导向则必须解决医院现行的经济运营体制，财

* 本文为国家自然科学基金项目“我国公立医院医生薪酬水平与激励机制研究”（71473158）阶段性成果。

** 俞卫，上海财经大学公共经济与管理学院，教授，电子邮件：yu.wei@mail.shufe.edu.cn；李珺，上海财经大学公共经济与管理学院，博士，电子邮件：june19881107@163.com。

政、价格和医保应该配套调整政策，让医院在追求服务绩效的改革中，收入同绩效同步增长。

关键词：医疗服务特殊性 供给组织形式 医生薪酬激励机制

— 引言

医疗是一个特殊的服务行业，医生对疾病治疗方案具有决定权，而治疗方案则关系到个人的生活甚至生命，因此以治病救人为宗旨的医疗服务具有很强的道德内涵，医生要无私、无欲和以患者利益为上等理念始终是中外医学院毕业生誓言中的基本理念。但是随着经济和科学技术的发展，医疗服务分工细化，专业程度越来越强，治疗方案常常涉及不同专业的医生、医技、护士、康复师、营养师、心理医生等众多领域的医务人员，医患之间的个人因果关系也随着服务专业化和复杂性不断增加而淡化。如此复杂的医疗服务方式要求行业组织管理更加注重效率，而让全体人民享有基本医疗保障的社会发展共识也把医疗服务的公平性提升为行业发展的重要目标，效率和公平成为一个国家医疗服务体系建设的关键指标。一个效率低下的系统会浪费资源，阻碍社会目标的实现，而忽略公平则使医疗服务偏离了社会发展的终极理想。由政府主导医疗服务和由此产生的医生薪酬激励机制，则是效率和公平如何平衡的争论焦点。

我国的医疗服务体系是由政府建立的三级医疗服务网络形成的，医生在公立医疗机构中提供服务。在 20 世纪 80 年代的经济改革之前，医生薪酬全部来自于政府预算，薪酬水平由政府根据职务等级决定。改革之后公立医院医生薪酬先是采取了以职务工资为主的结构工资制度（1985 ~ 1993 年），然后建立了符合自身特点的职务工资制度（1993 ~ 2006 年）。自 2006 年后，公立医院开始全面推行岗位绩效工资制度。但是经济改革之后医生薪酬激励机制的最大变化还不是医院内部分配考核方法，影响激励机制最大的变化是医生薪酬资金来源由政府全额拨款转变为主要依靠医院自身创收，即医生要自己挣工资。实际上发达国家医生大多是自雇式行医，是典型的自己挣工资的方式。可是自雇式行医的产出后果是自己承担，而医院雇佣式的医生行医后果是医院承担，这就导致了公立

医院和医生为生存发展而追求经济效益的运营机制。2017 年国家四部门薪酬制度改革试点的根本目标就是要破除医院医生的这种自负盈亏分配方式,改变这种方式的一个重要问题就是:奖金同创收脱钩之后怎样保证效率和质量,能否消除逐利性医疗行为。本文从激励理论的研究发展入手研究医生薪酬激励机制,首先分析医生行业特殊性,系统梳理医生组织形式和薪酬激励机制的理论框架及国内外研究进展,然后分析我国医生薪酬激励机制存在的问题及改革政策,希望能够为公立医院薪酬制度改革提供理论依据和思路。全文包括四个部分:(1) 医生行业的特殊性与组织形式;(2) 医疗组织形式和支付方法与薪酬激励机制;(3) 我国医生薪酬激励机制的演变;(4) 政策思考。

二 医生行业特殊性与组织形式

医生行业特殊性同医疗服务的特殊性密切相关,同时也决定了医生的行业组织形式,以及医生同医院之间的关系,卫生经济学在这个领域做了大量的研究。

(一) 医疗服务特殊性与医生行业组织形式

同其他经济产品有所不同,医疗服务具有其特殊性,这一点自从 19 世纪 50 年代以来就被关注卫生行业的经济学家反复提及。^① 医疗服务的特殊性使它很难自发地通过市场进行交易,这源于它的四个特点:(1) 医疗服务是引致需求,患者需要的是健康;(2) 医疗服务对社会有很强的外部效应;(3) 医疗服务提供者与患者间信息不对称;(4) 医疗服务的后果是不确定的。虽然其他商品也可能具备这些特点,但是没有一个商品同时具有上述所有特点。这些特殊性使医疗服务的经济分析和相关政策的制定变得非常困难。^②

医疗服务的特殊性也导致了医生职业的几个特点。(1) 信息不对称。医生了解患者的情况和可能的诊疗方案,但患者不知道。(2) 人力资本

① Pauly, M., "Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers," *Journal of Health Politics*, 13 (1998): 227-237.

② Arrow K. J., "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *The American Economic Review*, 53 (1963): 941-973.

成本很高。医生开始行医之前要进行很长时间的学 习，而且由于医疗技术在不停地发展，医生需要终身学习。（3）专业性强。医生所在领域的专业性很强，不同的医生也有着不同的治疗方案。（4）职业风险高。医疗服务的产出存在不确定性，医生在选择诊疗方案的时候一般源于自身经验或者大部分患者的诊疗结果，对具体患者的疗效不能完全确定。^①

医生职业的这些特性导致医疗服务质量和工作效率很难测量，管理成本很高，所以发达国家的医生早期基本上是以个体或者少数医生合伙的组织形式提供服务。随着医疗技术的发展和 社会医疗保障体系的产生，各类医院快速发展，通过医院雇佣提供服务的医生也逐渐增加。但是雇佣式与自雇式组织形式在薪酬激励机制和医患关系方面差异显著（如表 1），医生的医疗服务也会受到影响。

表 1 自雇式与雇佣式激励机制差异

执业方式	特点
自雇式	1. 与患者为长期客户关系，提供以患者需求为中心的服务，服务质量好，医患关系比较和谐； 2. 自我管理和经营业务，成本低，效率高； 3. 激励机制非常强，工作效率高。
雇佣式	1. 与患者没有紧密关系，服务质量和态度通过考核机制激励，相对自雇式较差； 2. 经营管理专业化，成本增加； 3. 工作效率激励机制没有自雇式高，容易出现效率低下的情况； 4. 学习机会多，技术进步快。

资料来源：Bucci R. V. , “Physician Employment and Compensation. Medicine and Business,” Springer International Publishing, 8 (2014): 149 – 159.

（二）医生与医疗机构之间的关系

医生与医疗机构之间关系的早期研究主要来自于美国经济学家。由于美国医院是从慈善医院逐步发展为私立非营利性医院的，而医生则主要以个体或者集体的形式行医，住院服务则通过契约关系承担患者住院治疗，导致提供营利性服务的医生在非营利性机构行医的特殊行为模式，如何研究这种特殊体制下的医疗行为是经济学家关注的重点。

① 郑大喜：《从医生的职业特点看医院绩效评价与分配制度设计》，《现代医院管理》2009 年第 12 期，第 6 ~ 9 页。

Reder^①、Newhouse^②和Feldstein^③等重点研究了私立非营利性医院的行为，但在理论模型中医生是被动的主体。Pauly和Redisc则提出了医生控制非营利性医院的理论，把医生和医院合为一体，分析医生对医院的影响。该理论提出，当医生对医院资产和非医生劳动力有控制能力的时候，会控制医院的规模，使医生的收入达到最高。该理论模型分别演示了在短期和长期、医院医生规模开放和封闭情况下，能够使医生收入最大化的医院规模。该模型虽然同我国公立医院医务人员职员制的体制有很大不同，但也为分析我国公立医院的行为提供了思路。^④

Newhouse等以医疗机构的效用最大化为目标，分析了服务量对医疗机构效用的影响。该理论模型显示医疗机构的效用受医生收入、声誉以及其他一些因素的影响，只有使医疗服务价格符合医生价值以及改善工作环境，才能使医疗机构以医疗服务质量为目标运营。^⑤ Pauly对医生投入、资本投入和产出进行了分析，发现支付医生合理的劳动报酬是一种激励，这种激励方式可以决定医生的诊疗行为以及医疗服务的成本和产出。^⑥ Fuchs认为医生在医疗服务过程中非常重要，药品的使用、手术等治疗方案都离不开医生的决策，医生对整个医疗服务的过程起着决定作用。^⑦

在发达国家，医生多数是以个人或者集体拥有诊所的形式执业。Bucci认为私人执业的最大优点之一是医生对他们的服务有主导权。与医院比较，私人诊所可以根据诊疗情况更快地做出决策，改变方案。在私人诊所工作的另一个关键因素是可以通过增加工作量来增加收入。但是私人诊所的缺点也显而易见，诊所医生刚开始的收入一般没有医院医生高，而且他们必须自己去承担医疗设备费用，这就使得个人行医成本很高，

① Reder M. , “Some Problems in Economics of Hospitals,” *American Economic Review*, 55 (1965): 472 - 80.

② Newhouse J. , “Toward a Theory of Non-Profit Institutions: An Economic Model of Hospital,” *American Economic Review*, 60 (1970): 64 - 73.

③ Feldstein M. , “Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics,” *American Economic Review*, 61 (1971): 853 - 72.

④ Mark Pauly, Michael Redisch, “The Not-For-Profit Hospital as a Physicians’ Cooperative,” *American Economic Review*, 3 (1973): 87 - 99.

⑤ Culyer A. J. & J. P. Newhouse, *Handbook of Health, Economics*, 2000.

⑥ Pauly M. V. , “The Economics of Moral Hazard,” *American Economic Review*, 49 (1968): 532.

⑦ Fuchs V. R. , “The Supply of Surgeons and the Demand for Operations,” *The Journal of Human Resource*, 10 (1978): 38.

收入也得不到保证,他们必须不断提高服务水平来保持患者数量。Sarma等利用市场竞争模型研究了一个工业组织中私人诊所的医生,发现私人医生间的竞争并不激烈。^①

对医生在发达国家的不同体制下的研究发现可以总结为四个方面:(1)在对医疗机构有控制力的情况下,医生会通过提高医疗资源效率来提高收入,而在自我执业时医生的控制力是最高的;(2)医疗机构的效用是质量,当医生在医疗机构工作时,提高质量可以提高收入;(3)收入对医生是一种激励,这种激励能够决定医师的诊疗方式和医疗服务的成本和产出;(4)个人执业的医生为了收入会增加工作时间,但是在医院,控制医生合理的工作时间可以提高工作动力。

发达国家研究医生的理论模型显然并不适用于我国的情况,但医生与医疗机构之间的关系对医疗服务质量和资源配置效率的影响对我国医生多点执业的政策有一定的参考价值。医生在我国的主要执业形式是作为公立医院的雇员,当公立医院必须追求经济效益时,医生和医院如何在公立医院公益性和经济效益之间平衡,是政府探讨公立医院激励机制的一个关键因素。当公立医院的医生同时在外面执业行医时,他们如何处理不同医疗机构的患者,政府如何管理这些行为是一个重要问题。

三 医疗组织形式、支付方法与薪酬激励机制

医疗组织形式和支付方法直接反映了薪酬的激励机制,而每一种激励机制都会影响诊疗方案,从而决定了费用、疗效,即资源配置效率,这也是医疗服务价值的核心。发达国家改革的趋势是,把医疗服务的价值作为绩效考核的核心指标,按照绩效来支付薪酬,通过提高医疗服务的价值使社会福利最大化。

(一) 组织形式和支付方法对医生薪酬的影响

医生行医的组织形式包括自雇式和雇佣式,与之相应的薪酬支付方式主要有三种:按服务项目支付、按人头支付、按薪金支付。按服务项目付费是根据具体的服务项目向医生支付与项目相关的薪酬。英国实行

^① Sarma S., Devlin R., Hogg W., "Physician's Production of Primary Care in Ontario, Canada," *Health Economic*, 19 (2010): 14 - 30.

的按目标支付也可以理解为按项目支付的一种方式，当医生的服务达到一定的目标水平才能获得收入。按人头付费是根据每个社区每个医生负责的人数来付费，而不需要考虑每个病人的服务数量以及服务水平。^① 固定报酬的支付方式是按薪金付费，一般是某一医疗机构的医生，按照医院的安排完成工作任务，对医生服务的患者人数和诊疗次数一般不做规定，但效率和质量是工作绩效的重要部分。表 2 列出了五个发达国家医生薪酬支付的方式。

表 2 不同国家医生雇佣关系与薪酬支付方式

国家	全科医生		医院外专科医生		医院专科医生	
	雇佣关系	薪酬支付方式	雇佣关系	薪酬支付方式	雇佣关系	薪酬支付方式
英国	自雇为主	混合支付为主 (按人头付费占收入大部分)	自我雇佣	按服务项目收费	受雇佣 (大多数专科医生)	工资制 (基于多年经验、奖金、加班和非正常工作时间外的支付)
美国	自雇为主	大多数全科医生按服务项目收费, 一些按人头收费, 一些按绩效工资	自我雇佣 (大多数专科医生)	按服务项目收费	受雇佣 (一些专科医生)	绩效工资 (根据护理的质量和病人的满意度)
澳大利亚	自雇/受雇	混合支付为主 (主要是按服务项目收费, 少部分按人头收费和奖励)	自我雇佣	按服务项目收费	受雇佣	混合收费 (医院的工资和为私人病人治疗的按服务收费)
加拿大	自雇为主	按服务项目收费为主, 少部分作为社区诊所医生按工资支付	自我雇佣	按服务项目收费	受雇佣	工资制
德国	自雇为主	按服务项目收费为主	自我雇佣	按服务项目收费	受雇佣	工资制

资料来源：冉利梅、刘智勇、姚岚等《发达国家不同管理体制下医师薪酬模式分析及趋势探讨》，《中国卫生经济》2012 年第 5 期，第 94 ~ 96 页。国外医务人员激励机制研究课题组《六国医生收入方式分析》，《中国卫生》2011 年第 12 期，第 44 ~ 45 页。

① 王小万、杨莉、胡善联：《按人头付费、工资支付、按项目付费及混合支付制度对初级保健医生行为的影响》，《中国循证医学》2008 年第 8 期，第 416 ~ 417 页。

从这几个国家的行医组织形式可以看出：个人行医（自我雇佣）有的按人头付费，有的按服务项目付费；医生隶属医院作为医院职员时，绩效考核下的工资制是常见的支付形式；全科或者家庭医生主要是个人行医或集体行医（自我雇佣）。

（二）组织和支付方式对医生诊疗行为的影响

学者们对自雇式医生薪酬激励机制做了很多研究。Tufano 通过调查和分析医生在不同的薪酬支付方式下的生产力和医疗行为发现，医生的行为会受到医生薪酬支付方式的影响。^① Greenfield 研究团队分析了五个不同组织和支付方式。通过对四个专科将近 400 名医生和 20000 多成年患者的诊疗方案进行多因素分析，发现患者所得疾病的复杂程度是影响医疗资源使用的主要因素。但在控制了患者疾病的复杂程度这个因素后，医疗组织形式和支付方式是有显著影响的，按项目付费的个体诊所患者的住院率比按人头付费的健康管理集团的住院率高 41%，明显看出按人头付费可以鼓励预防保健，并且减少过度医疗。^②

Langenbrunner 和 Liu 从理论上分析了医疗服务不同的支付方式对医生诊疗服务行为以及对医疗服务资源使用效率的影响，并且总结了相关实证研究的结构。^③ Gosden 等对支付方式与医生行为的有关文献进行了综述，发现能够明确表现支付方式对医疗服务行为影响的研究不多，说明医生逐利行为的也很少，影响医生执业的主要因素还是医德。但是丹麦的研究发现不同的支付方式对初级保健医生的行为有影响。^④ James C. Robinson 对不同的支付方式进行了介绍，认为医疗保健系统是一个持续改进的环境，只有提高技术，并且具有灵活的分配方式，才能提供高质量的医疗服务。^⑤

① Tufano J., Conrad D. A., Sales A., et al., "Effect of Compensation Method on Physician Behaviors," *the American Journal of Meded Care*, 7 (2010): 363 - 373.

② Greenfield S., Nelson E. C., Zubcoff, et al., "Variations in Resource Utilization among Medical Specialties and Systems of Care: Results from the Medical Outcomes Study," *JAMA*, 25 (1992): 1624 - 1630.

③ Langenbrunner J. C., Liu X., "How to Pay? Understanding and Using Incentives," *Health, Nutrition, and Population Family of the World Bank's Human Development Network*, 2004: 481.

④ Gosden T., Forland F., Kristiansen S., et al., "Capitation, Salary, Fee-for-service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behavior of Primary Care Physicians," *The Cochrane Library*, 3 (2006).

⑤ James C. Robinson, "Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives," *Milbank Quarterly*, 79 (2001): 149 - 177.

(三) 发达国家按绩效支付的努力

虽然前期研究显示经济因素对医生诊断行为和服务质量的影响有不同的结论,^①从按项目支付到按照绩效支付是过去十几年发达国家医生薪酬改革的趋势。英国早在1986年就将绩效工资应用到英国国家健康系统(NHS)的管理中心。为了改善健康系统的绩效,政府通过下放一些部门的权力,加大医院对资金自由使用的权力来提高医疗系统内部的竞争。在英国,最初只对医疗卫生系统的管理人员实施绩效工资,对医院的管理人员则按他所在单位的目标(包括长期和短期目标)贡献分成5个等级。最高等级的职工绩效工资可以增加6%,二等的增加4%,三等的增加3%,四等的不能获得绩效奖励,只能获得正常增加的部分,五等的什么都不能获得。而后在2004年,英国将绩效工资推行到英国国家健康系统中的医生,医生的绩效工资被分为12个层次,从2602英镑到69261英镑不等,其中获得比较高绩效奖金的高年薪医生的比例占66.7%。^②

美国是从2000年开始提出按绩效支付的方式,最早提出的是美国医学研究院(Institute of Medicine, IOM),美国医学研究院的三个系列报告指出,美国高昂的医疗费用并没有获得应有的效果,应该推行按绩效支

-
- ① Tan S. Y., Melendez-Torres G. J., “Do Prospective Payment Systems (PPSs) Lead to Desirable Providers’ Incentives and Patients’ outcomes? A Systematic Review of Evidence from Developing Countries,” *Health Policy Plan*, 33 (2018): 137–153.
 Clemens J., Gottlieb J. D., “Do Physicians’ Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health?” *Am Econ Rev*, 104 (2014): 1320–1349.
 Echevin D., Fortin B., “Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: Evidence from a Natural Experiment,” *Health Econ*, 36 (2014): 112–24.
 Pechlivanoglou P., Wieringa J. E., de Jager T., “The Effect of Financial and Educational Incentives on Rational Prescribing. A State-space Approach,” *Health Econ*, 24 (2015): 439–53.
 Feng Y., Ma A., Farrar S., Sutton M., “The Tougher the Better: An Economic Analysis of Increased Payment Thresholds on the Performance of General Practices,” *Health Econ*, 24 (2015): 353–71.
 Li J., Hurley J., DeCicca P., “Physician Response to Pay-for-performance: Evidence from a Natural Experiment,” *Health Econ*, 23 (2014): 962–78.
- ② “The Health and Social Care Information Centre-Workforce Directorate. General and Personal Medical Services, England, 2001–2011,” as at 30 September [Internet]. The Health and Social Care Information Centre, 2012 [cited 2012 Dec 15]. <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/workforce/numbers/nhs-staf-2001-2011-gene-prac/nhs-staf-2001-2011-gene-prac-rep.pdf>.

付原则,^①美国医学研究院随后展开了系列研究提出了按绩效支付的理念和方法。^②按绩效支付的方式在美国很快进入试行阶段,到 2005 年,有上百个公立和私立医疗机构采用了绩效工资的方式,由健康计划或者保险公司提供了绩效工资方案的评估,有些是一家评估机构,有些是多家评估机构,之后有更多的机构施行了按绩效支付的方案。

在 2006 年,日本全国 973 所地方公立医院的赤字总额达到 1984 亿日元。研究发现,亏损的主要原因之一是人员费用占比太高(占支出的 55%~60%)。由于日本公立医院亏损严重,日本对公立医院进行了改革,对公立医院放松管制,医院成为独立法人,可以自主经营,自负盈亏。也对医生的薪酬进行了改革,由原来的财政预算统一支付由政府制定的工资标准变为基本工资加绩效工资的制度,院长也对人事任免有了一定的调整权利。^③

随着按绩效支付原则的引进,学者对绩效工资制度是否能提高医疗服务质量进行了研究。早期研究显示绩效奖励并没有显著改善服务质量,而且发现当付费与疗效相关时,医生(医院)会避免接收高危患者,后期有不少研究发现按绩效支付还是对医疗服务质量有正面影响的。^④Beaulieu 等的研究发现在绩效工资制度下大部分医生(13/21)会为了获得更多的收入去改善他们服务质量的评分。^⑤Damberg 等发现医生组织投

① Institute of Medicine, "Crossing the Quality Chasm: A New health System for the 21st Century," Washington DC, 2001.

② Institute of Medicine, "Performance Measurement: Accelerating Improvement," Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment, and Performance Programs, 2006, <http://www.nap.edu/catalog/11517.html>.

Institute of Medicine, "Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare," Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment, and Performance Programs, 2007, <http://www.nap.edu/catalog/11723.html>.

Institute of Medicine, "Medicare's Quality Improvement Organization Program: Maximizing Potential," Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment, and Performance Programs, 2006, <http://www.nap.edu/catalog/11604.html>.

③ Takayoshi Terashita, Hiroshi Muto, Toshihito Nakamura, "Willingness to Pay for Municipality Hospital Services in Rural Japan: A Contingent Valuation Study," *BMC Research Notes*, 4 (2011): 177.

④ Lindenauer P., Remus D. S., Rothberg M., et al., "Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement," *New England Journal of Medicine*, 17 (2007): 1782.

⑤ Nancy Dean Beaulieu, Dennid R. Horrigan, "Putting Smart Money to Work for Quality Improvement," *Health Services Research*, 40 (2005): 1318-1334.

入更多的护理流程将获得更好的绩效评分，在绩效工资制度下医生可能通过诊疗程序提升医疗服务质量来获得更多的收入。^① Casalino 等发现外部刺激，例如更好的合同、公众认可等和医疗服务质量是密切相关的，但是奖金却对质量没有那么明显的提高。^② Conrad 发现从某些方面来说按绩效支付是有成效的。Conrad、^③ Rosenthal^④ 发现有些绩效考核可以提高医生组织的效率而有些绩效考核可以提高医生个人的效率，不同的考核侧重所得出的结果有所不同。尽管研究结果有很多差异，但基本认同绩效工资制度可以改变医生行为。

（四）美国以价值为基础的绩效考核

美国医疗费用 2017 年占 GDP 的 17.9%，远高于其他发达国家水平（12% 左右），美国医改的重点是降低费用，提高质量。奥巴马于 2010 年通过了《平价医疗法案》，提出了以价值为医疗服务绩效考核核心（value based medical care）的目标和支付方法。^⑤ 以价值为基础的医疗服务支付方式强调以治疗疾病和恢复健康为产出目标来考核服务质量和资源使用效率，不再以控制住院和门诊具体服务项目的资源使用作为考核目标（例如 DRG 和门诊定价方法）。^⑥ 美国老年医疗保险局从 2015 年开始试行以价值为基础的支付方式，计划从 2019 年开始全面推动以价值为基础的医疗服务支付体系，2019 年上调最高 4%，到 2022 年将增加到 9%。该考核指标包括四个维度：医疗服务质量，使用的资源，电子病例档案的

① Damberg C. L. , Shortell S. M. , Raube K. , Gillies R. R. et al. , “Relationship between Quality Improvement Processes and Clinical Performance,” *The American Journal of Managed Care*. 16 (2010): 601 - 606.

② Casalino L. , Gillies R. R. , Shortell S. M. , et al. , “External Incentives, Information Technology, and Organized Processes to Improve Health Care Quality for Patients with Chronic Diseases,” *Pub Med Cross Ref*. 4 (2003): 434 - 41.

③ Conrad D. A. , “Lessons to Apply to National Comprehensive Healthcare Reform,” *Am. J. Manag Care*, 15 (2009): 306 - 21.

④ Rosenthal, M. B. , Dudley, R. A. , “Pay-for-performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care?” *Am. Med. Assoc*, 297 (2007): 740 - 744.

⑤ Conrad D. A. , “The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care,” *Health Serv. Res.* , 50 (2015): 57 - 89.

⑥ Himmelstein D. U. , Woolhandler S. , “Physician Payment Incentives to Improve Care Quality,” *JAMA*, 3 (2014): 304.

VanLare J. M. , Blum J. D. , Conway P. H. , “Linking Performance with Payment: Implementing the Physician Value-Based Payment Modifier,” *JAMA*, 28 (2012): 2089 - 2090.

数据录入和先进医疗服务手段的使用。^① 初步显示以价值为基础的支付方式确实可以在提高质量的同时降低成本,^② 但也有研究发现以价值为基础的经济激励支付方法效果不明显,^③ 其中一个主要原因是数据准确性。Karen 的研究团队评估了美国老年医疗保险第一年试运行的以价值为基础的支付方式,发现有近 30% 的医生或者诊所因为没有准确申报数据遭到了 1% 的罚款。因此,这个新的方法能否成功还有待进一步的实践探索。

从发达国家医生薪酬激励机制的改革过程来看,当医疗服务成为全民共享的社会保障计划之后,费用必然快速上升。因为即使是医生可以成为患者的代理人,医患之间达成共识的医疗消费方案会远远超过社会承受力。而政府普遍采取的手段就是按照平均费用来支付医疗服务,对门诊各项服务按照资源使用强度定价的 RBRVS (Resource-based Relative Value Scale) 和按照疾病类型为住院定价的 DRG (Diagnoses Related Group) 都是基于这个思路。但是美国的经历显示如果没有对医疗费用实行总额控制,按照平均费用控制资源使用基本失效,原因是无法控制量。现在美国按照价值支付实际上是把治好一个疾病作为考核基础,鼓励以最少资源和最好的质量来治疗疾病,能否达到效果还要看管理技术。以疾病为基本单位计算支付费用的概念很早就有了,没有实行的主要原因在于疾病周期难以定义,特别是慢性病基本上没有边界。信息技术的发展为管理复杂的医疗服务资源使用提供了可行技术,但医生和医疗机构能否接受这样的管理仍需要支付、医疗和患者三方的合作和认同。^④

四 我国医生薪酬激励机制的演变

我国公立医院医生薪酬激励机制大致可以分为三个阶段:一是 20 世纪 80 年代改革开放之前的计划经济阶段;二是改革开放后,1985 年至

① Clough J. D., McClellan M., "Implementing MACRA: Implications for Physicians and for Physician Leadership," *JAMA*, 14 (2016): 2397-2398.

② Bowling B., Newman D., White C., Wood A., Coustasse A., "Provider Reimbursement Following the Affordable Care Act," *Health Care Management (Frederick)*, (2018).

③ Papanicolas I., Figueroa J. F., Orav E. J., Jha A. K., "Patient Hospital Experience Improved Modestly, But No Evidence Medicare Incentives Promoted Meaningful Gains," *Health Aff. (Millwood)*, 36 (2017): 133-140.

④ Wynne B., "For Medicare's New Approach to Physician Payment, Big Questions Remain," *Health Affairs*, 35 (2016): 1643-1646.