

- 效考评体系[J]. 重庆医学, 2010, 39(11): 1461-1462.
- [5] 胡峰明. 条形码技术结合医院信息管理系统在门诊药品调剂中的应用[J]. 中国现代应用药学, 2010(6): 562-565.
- [6] 夏菱. 从医院会计制度改革看医院会计理念的新进展[J]. 重庆医学, 2010, 39(8): 1004-1005.
- [7] 邱时卿. 医院固定资产的网络化管理[J]. 中国医学装备, 2011, 1(8): 35-37.

- [8] 徐丹, 何治国. 基于射频识别技术的固定资产管理系统[J]. 计算机与数字工程, 2010, 12(38): 81-84.
- [9] 金鑫. 论医院固定资产管理系统与档案管理[J]. 中国医学装备, 2009, 6(4): 32-34.

(收稿日期: 2011-10-27 修回日期: 2011-11-17)

• 卫生管理 •

医疗保险费用供方支付方式对医生行为的影响

张翠华, 贺 加

(第三军医大学社会医学与卫生事业管理教研室, 重庆 400038)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.06.041

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)06-0618-03

医疗保险费用的支付方式是指医疗保险基金管理部门对参保方和对医疗服务提供方的医药费用支付的途径和方法, 包括对需方的支付及对供方的支付。卫生服务供方的决定会直接影响到服务的费用、适宜性和效率, 而向供方付费的方式可能是影响供方决定的最重要的因素。通过分析不同支付方式对医生行为的影响, 对进一步发展和研究这些支付方式, 促进医保支付方式改革, 减少卫生服务的过度提供, 鼓励供方控制成本、提高质量具有一定的意义。

1 供方支付方式的发展——从单一走向混合

世界各国对供方的支付方式是多种多样的, 目前主要包括按次支付 (fee for service, FFS)、总额预付、按人头支付、按薪酬支付、按病种支付等。

1.1 供方成本分担 医生是患者的重要代理人, 在利用他们的知识为患者诊疗服务过程中, 应该考虑患者的最大利益。然而, 医生代表的不仅是患者利益, 还代表医院管理者、第三方支付 (主体是保险公司) 或自己的经济利益。实际上, 医生代表的是为患者提供医疗服务而获得财务奖励后的反应。

采用供方成本分担机制的优势在于, (1) 供方成本分担不会造成患者的财务风险; (2) 不会妨碍低收入人群的卫生服务利用; (3) 供方行为会受新技术利用的影响, 供方成本分担可以提供有效的激励去减少新技术利用^[1]。如按人头支付, 会导致供方严格限制服务量, 这对抑制供方诱导需求、提高服务效率和控制医疗成本具有重要作用。所以, 理想的医疗保险支付体系既要保护消费者使其能避免患病时的财务风险, 也要使医疗资源能够有效地运用, 因而, 支付方式的改革就趋向于供方和需方的共同成本分担。

1.2 供方支付方式的发展趋势 在许多不同的卫生体制中, 按 FFS 都与费用的快速上涨有关。许多研究都发现, 如果收费的水平和相对价值可以达到供方诱导需求的目标, 供方就会有所反应。采用基于成本偿付的后付制 (按服务项目付费), 供方不承担经济风险, 其内在机制更易诱导医疗服务需求, 导致过多不必要的服务提供和医疗费用快速增长。供方承担的经济风险就多, 其节约资源控制成本意识就越强^[2]。

一种解决按 FFS 负面激励效应的供方支付方式是总额预算, 由政府部门或保险机构根据医疗机构服务情况, 按某种标

准确定某医疗机构一定时期预算总额。一些研究者认为总额预算是介于按 FFS 和按人头付费、按病例付费的一种过渡形式; 也有人认为总额预付是一种比较理想的控制费用的支付方式。但这种模式会导致医院的管理者缺乏提高效率和改进服务质量的动力。

在资金有限的条件下, 如何保证参保者利益的最大化, 又能有效控制医疗费用的不合理增长, 激励医疗机构提高服务效率? 一种方式是将不同的服务项目打包, 按照一个单一的固定标准支付。按病种付费是越来越普遍使用的方式, 通过计算出不同病种的“标准”费用, 来决定对供方的补偿水平。这种方式最突出的例子就是诊断相关组 (diagnostically related groups, DRGs)。美国在 20 世纪 80 年代初期开发出 DRGs 后, 按病种付费方式被很多国家根据自己国情加以发展, 使用的名字也各不相同。按病种付费的支付方式可以将一些经济风险转移给供方, 供方要承担收治患者的盈亏风险, 由此激励供方提高效率、控制成本。

就住院服务而言, 越来越普遍使用的是按病种支付。对于门诊服务, 最常见的代替按 FFS 的方式是按薪酬支付, 或者按供方应该服务的患者数 (按人头) 支付。按薪酬支付不会使供方降低质量、拒绝提供服务或者提供不必要的服务, 但它往往不能激发供方更努力地工作并提高效率。相反, 按人头支付会促使供方降低每位患者的成本, 这有助于控制提供过度服务, 却可能造成服务提供不足。多数国家现在使用的或准备采用的供方支付制度, 主要是为了激励患者和医疗服务供方在医疗消费和利益间取得均衡, 供方和需方共同分担成本风险。从国际趋势来看, 各国医疗保险支付方式也是起源于单一的支付方式, 逐渐走向多元化支付方式组合、配套的多元化混合支付方式。

2 供方支付方式对医生行为的影响

多数情况下, 不同的支付方式对供方的激励比较好理解, 关键是供方对支付方式激励的行为反应。医生的行为是卫生保健体系实施的重要元素, 医生通常在两个方面做选择。即工作时间和卫生服务提供的量。供方支付方式会影响医疗服务提供的数量和质量。国外在 20 世纪 80、90 年代就支付方式改变对医生行为的影响做了大量研究。

2.1 按 FFS 与按人头支付比较 研究发现,按 FFS 更容易导致服务量的增加,至少在某种程度上反映出提供不必要服务的问题。而按人头支付医生会减少卫生服务的量,甚至一些必需的医疗服务;或者出现撇奶油现象,选择病情比较轻的患者^[3]。Iversen 和 Lurås^[4]分析从 FFS 到混合支付(按人头支付和 FFS,其中 FFS 比例比较低)后,患者转诊率增加了,但原因并不在于按人头支付的实施,而是因为混合支付方式中 FFS 的比例太低。美国一项研究揭示了 medicaid 计划中儿童初级保健实行按人头支付,控制了患者年龄、性别、入组时间和前期的卫生服务利用状况等因素后,与传统的 FFS 相比,儿童初保就诊率有所增加^[5]。实施按人头支付后,由于收入影响,医生为了看更多的患者而缩短对患者看诊时间。替代效应的影响会导致医生追求效益最大化,分配最少的时间给按人头付费的患者,为了有更多时间来治疗那些能带来更大边际效应的患者或增加自己娱乐时间^[6-7]。

2.2 按 FFS 与按薪酬支付比较 美国按薪酬支付与按项目付费相比较的研究表明:每个患者的就诊次数没有差别,而按薪酬支付组完成的总就诊次数低于按 FFS 组,主要是健康儿童就诊减少。按薪酬支付组医生的患者更倾向于在固定医生处就诊,且可及性提高^[8]。Sørensen 和 Grytten^[8]研究发现支付方式从薪酬制转换到 FFS 后,医疗服务量增加了 20~40%,医生诊治的患者数更多。Gosden 等^[9]研究结果表明,与 FFS 和按人头支付相比,薪酬制可引起低水平的卫生服务,如减少患者数量、诊断性检查和转诊及每个患者就医程序等。一项从 FFS 到以薪酬为基础的混合支付(薪酬不依赖服务提供的量)的研究分析。发现医生在混合支付下减少服务的量。而且,医生增加了对每例患者服务的时间,其中包括非临床服务。而非临床服务对确保卫生服务质量非常重要,这在 FFS 下是没有额外补偿的。结果显示支付方式的改变引起医疗服务从数量到质量的转变^[10]。

2.3 按 FFS 与按病种支付比较 按照病种支付的直接理想结果应该是医生的诱导需求行为得到有效控制,并且医院更加注重医疗服务的成本核算。研究者调查结果表明,实施按病种付费后,患者住院日缩短,一些不必要的检查减少,医生更具有成本意识,但减少了对医生职业的认同^[11]。由于医院和医生想得到更高的补偿,医生会缩短患者住院时间,将疾病的诊断等级不客观的提高,拒绝治疗利润少的患者^[12]。医院在医疗行为中,可能很难会主动选择对病患较好但可能比较亏钱的方案。一些实证研究证实,实施 DRGs 后医生选择患者的行为有增加趋势,将严重、无利润的患者做不适当的转院。李芝仪^[13]发现实施按病种支付后,医生为减少患者住院费用,将必要检查在患者住院前(门诊)完成,部分费用从住院转移到门诊,导致门诊费用上涨,使卫生服务的总费用并未得到很好的控制。Schlesinger 等^[14]的研究结果表明实行 DRGs 后 64.7% 的医院有倾倒病患(patient dumping)的行为。

并不是所有的研究都支持支付方式和医生行为之间有着必然的联系。Grytten 和 Sorensen^[15]研究发现当控制了医生和患者的一般特征后,支付系统对医生的影响很小。Carlsen 等^[16]的研究也显示对医生补偿方式的改变对就诊人数和实验室检查数的影响很小或没有影响。Hutchinson 等^[17]发现从 FFS 到按人头支付转变后对医院的使用率并没有影响。Town

等^[18]进行的系统研究指出支付方式和医生提供预防保健服务之间不存在积极的关系。

3 结 语

大量实证研究和实践经验均表明,目前存在的几种主要的支付方式各有利弊,单一支付方式无法较好的控制供方行为。卫生决策者需要继续尝试供方成本分担的混合支付方式,包括初级保健实施按人头支付和医院采用按病种支付。混合支付方式对供方和需方都进行风险调整,鼓励供方成本控制并减少供方对卫生资源有效利用的微观调控,使医务人员能提供专业的治疗和保健。

各种对供方支付方式影响医生行为的比较研究,目的都是为了寻找一种理想的,能够较好控制供方行为的支付方式。医生的行为主要由他们对工作的满意程度(内在动机)驱使,但是,他们对支付激励的实际行为反应还受很多混杂因素的影响,如受非货币因素(伦理、职业道德、规章制度、临床不确定性)和货币因素(支付系统)的影响^[19],卫生保健系统影响供需双方的其他配套措施的改革也会影响供方行为。对于控制费用的不合理增长,支付方式的改革能起到重要作用,但作用有限,必须考虑到医生行为的其他影响因素,还需与其他体制机制改革相配套进行,才能够很好的控制费用的增长。

参考文献:

- [1] Pope G. Using hospital-specific costs to improve the fairness of prospective reimbursement[J]. J Health Econ, 1990,9(3):237-251.
- [2] Xue JB, Hung GF, XinZhao. Cost Sharing in the Urban Health Care Insurance System in China[J]. Chin Econ, 2008,41(5):6-16.
- [3] Brros P. Crean-skimming, incentives for efficiency and payment system[J]. J Health Econ, 2003,22(3):419-443.
- [4] Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs referral decisions[J]. Health Econ, 2000,9(3):199-210.
- [5] 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[J]. Chin J Evid-Based Med, 2008, 8(6): 416-417.
- [6] Melichar L. The effect of reimbursement on medical decision making; do physicians alter treatment in response to a managed care incentive[J]. J Health Econ, 2009,28(4): 902-907.
- [7] Astrid S. Physician reimbursement and technology adoption[J]. J Health Econ, 2005,24(5):207-230.
- [8] Sørensen R, Grytten J. Patient choice and access to primary physician services in Norway[J]. Health Econ Policy Law, 2009,4(1):11-27.
- [9] Gosden T, Sibbald B, Williams J, et al. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behavior in England[J]. Health Policy, 2003,64(3):415-423.
- [10] Dumont E, Fortin B, Jacquemont N, et al. Physicians multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment[J]. J Health Econ, 2008,27(6):1436-1450.
- [11] Randolph KQ. Assessing the impact of cost control strat-

- egies on Swedish physicians' practice behavior[J]. *Int J Health Care Qual Assur*, 2003, 16(5): 257-260.
- [12] Berki SE. DRG's, incentives, hospitals, and physicians, commentary[J]. *Health Affairs*, 1995, 4(4): 70-76.
- [13] 李芝仪. 论病例计酬制度对医院门、住诊医疗服务转移之影响——以长庚纪念医院为例[D]. 桃园: 长庚大学医务管理系, 2002.
- [14] Schlesinger M, Dorwart R, Hoover C, et al. The determinants of dumping: a national study of economically motivated transfers involving mental health care[J]. *Health Serv Res*, 1997, 32(5): 561-590.
- [15] Grytten J, Sorensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway[J]. *J Health Econ*, 2001, 20(3): 379-393.
- [16] Carlsen, F, Grytten J, Skau I. Financial incentives and the supply of laboratory tests[J]. *Eur J Health Econom*, 2003, 4(4): 279-285.
- [17] Hutchinson B, Birch S, Lomas J, et al. Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of health service organizations in Ontario[J]. *Can Med Assoc J*, 1996(154): 653-661.
- [18] Town R, Kane R, Johnson P, et al. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review[J]. *Ame J Prev Med*, 2005, 28(2): 234-240.
- [19] Laura AP, LeChauncy DW, Tracy U, et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care[J]. *Ann Intern Med*, 2006, 145(4): 265-272.

(收稿日期: 2011-08-09 修回日期: 2011-09-22)

军医大学重点学科胜任力构成要素的探析*

王 懿, 刘卫东[△], 王振维

(第三军医大学医学检验系, 重庆 400038)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.06.042

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)06-0620-02

在知识经济时代, 人力资源已成为高校重点学科最重要的战略资源。如何实现人力资源合理高效的开发与利用, 已成为重点学科可持续发展的重要推动因素。目前, 大多高校重点学科仍采用传统的人力资源管理模式, 未形成战略和系统的人力资源规划、职业化的行为评价体系以及高效的培训开发体系, 不能辨别人才能否胜任重点学科某一岗位, 也不能对人员进行工作绩效预测和绩效考核激励^[1]。然而, 胜任力理论为高校重点学科人力资源管理提供了新的思路。大量的实践表明, 胜任力不仅能很好筛选和甄别个体的潜在动机和素质, 能够选拔出

适合各种岗位的优秀人才胜任力研究, 还能够应用于人员培训、工作指导、薪酬制订、绩效考核等人力资源管理的各个方面^[2-6]。因而, 本文采用行为事件访谈法^[7-8], 对第三军医大学国家和省部级重点学科相关人员进行调查, 确定重点学科胜任力的构成要素, 为其人力资源管理的科学化和标准化提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 受访人员主要在该校重点学科从事教学、科研或管理工作, 个人背景情况见表 1。

表 1 受访人员个人背景

组别	性别		年龄			婚姻		职称			教育程度				教育背景			有无行政职务	
	男	女	30~39	40~49	≥50	未婚	已婚	高级	中级	初级	博士	硕士	学士	其他	医学	药学	理工	有	无
绩优组	9	1	5	5	0	0	10	10	0	0	10	0	0	0	5	3	2	8	2
普通组	7	3	7	3	0	0	10	3	7	0	9	1	0	0	4	4	2	6	4

1.2 方法 在文献研究基础上, 利用定性研究的方法, 通过开放性问卷对该校国家和省部级重点学科 10 位资深专家进行访谈, 获得医科大学重点学科通用胜任力。然后, 从该校级重点学科中抽取 30 位相关人员, 并通过同行专家评议从中选出业绩优秀组 10 人, 从余下人员中随机抽选普通组 10 人, 展开行为事件访谈^[9-10]。访谈时间 1 h 左右并全程录音, 受访对象每人提供成功和不成功的关键工作事件各 2 件。对访谈资料进行胜任力编码, 采用 SPSS11.5 统计软件进行数据分析, 对比

绩优组和普通组之间的胜任力差异, 确定医科大学重点学科胜任力的构成要素。

2 结 果

2.1 受访人员提供的工作事例 绩优组和普通组受访对象每人提供成功和不成功的关键工作事件各 2 件, 总共提供了 80 件关键工作事件, 主要包括科研、教学、管理、人才培养等事例。

2.2 访谈长度(字数)与访谈时间 绩优组的访谈时间为(62.3±7.02)min, 访谈长度为(10 041.3±1 100.15)字; 普通