

DRG/DIP 付费改革对医生福利的影响及机制研究

李乐乐* 王偌菲

中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

【摘要】目的:评估 DRG/DIP 付费改革的效果,研究 DRG/DIP 付费改革对医生福利的影响。方法:基于工作需求—资源模型,利用问卷调查法收集的 251 份样本数据进行城市固定效应的多元回归分析。结果:DRG/DIP 付费改革降低了医生的工资水平,且对医生福利的影响在不同科室间存在显著差异。但随着改革规范程度的提高,DRG/DIP 付费改革对医生工资水平的负向作用减弱。结论:医疗机构应该根据 DRG/DIP 付费改革带来的结构性影响和不同科室的实际情况及时调整医生的绩效考核方式,不断提高 DRG/DIP 付费改革的规范性,使医生的劳务价值得到体现与回归。

【关键词】DRG/DIP 付费; 医保支付方式改革; 医生福利; 工资水平

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.04.004

Impacts of DRG/DIP payment reform on physicians' welfare and its mechanism research

LI Le-le, WANG Ruo-fei

School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: To evaluate the effects of DRG/DIP payment reform and to study the impact of DRG/DIP payment reform on physicians' welfare. Methods: Based on the job demand-resource model, data from 251 samples collected using the questionnaire method were analyzed by multiple regression with city fixed effects. Results: The DRG/DIP payment reform reduced physicians' salary levels, and the impact on physicians' welfare differed significantly across departments. However, the negative effect of DRG/DIP payment reform on physicians' salary levels weakened as the standardization of the reform improved. Conclusions: Medical institutions should adjust the performance appraisal methods of physicians in a timely manner according to the structural impact of DRG/DIP payment reform and the actual situation of different departments, and continuously improve the standardization of DRG/DIP payment reform, so that the value of physicians' labor can be reflected and returned.

【Key words】 DRG/DIP payment; Medical insurance payment reform; Physicians' welfare; Salary level

医保支付方式改革是控制医疗费用不合理增长、提高医疗服务质量和优化医疗资源配置的重要手段。2020 年 2 月,中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出要推进医保支付方式改革,建立完善符合我国国情和医疗服务特点的医保支付体系。国家医保局于 2021 年印发《DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48 号),标志着我国住院医疗服务结算方式形成了以 DRG/DIP 付费为主,多种支付方式协同发展的格局。^[1]

作为我国医保支付方式改革的重要内容,DRG/DIP 付费改革对降低患者就医负担、提高医保基金使

用效率具有积极作用^[1-4],但是对医生福利的影响尚不清楚。已有研究多关注 DRG/DIP 付费改革对于医保基金、医疗质量和患者负担的影响,但是鲜有研究关注 DRG/DIP 付费改革对医生福利的影响。因此,本研究聚焦以下问题:DRG/DIP 付费改革对医生福利有什么样的影响?影响的机制是什么?为促进医生劳务价值的体现与回归提供参考。

1 文献综述

1.1 福利的内涵

福利的基本内涵是指一种良好的生活状态,这

* 基金项目:国家自然科学基金项目(72204251);河南省中原医学科技创新发展基金项目(24YCG2002)

作者简介:李乐乐(1990 年—),男,博士,讲师,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策。E-mail:lilele@ruc.edu.cn

通讯作者:王偌菲。E-mail:ucffin424@163.com

种状态涵盖了物质和精神层面的满足。狭义的工作福利一般指物质层面的待遇和保障,包括薪资和奖金、社保缴费以及各种补贴等。而在现代管理学的理论视角下,工作福利的定义范围更加广泛,除了各种形式的经济和实物报酬,还涵盖非物质层面上与工作相关的方方面面^[5],如工作本身、工作环境以及组织特征等对个体多层次需求的满足^[6]。在经济方面,工作收入应该保障个体的生活需求,并且同个体的精力投入以及各项人力资本投资对等,否则会挫伤个体对劳动交换中回报等价的基本预期,从而使其产生负面情绪。^[7]在非经济方面,工作福利包括得到尊重、身心健康支持、职业发展机会等有助于提高工作满意度和主观幸福感的元素。这部分福利往往与个体能否通过工作获得高层次的需求满足密切相关。工作生活平衡理论认为,过大的工作量会破坏生活与工作之间的平衡,进而导致个体身心疲惫和不满。^[8]溢出理论认为,工作领域的影响会溢出到工作之外的生活领域,在工作中感到压力更大的个体更有可能在工作和生活中经历不平衡。^[9]总而言之,福利是一个多元化的概念,需要从个体的需求满足以及幸福感的角度进行综合考量。

已有研究对医生福利的关注主要集中于物质层面,这些研究普遍认为我国公立医疗机构医生的薪酬水平偏低,薪酬结构和绩效考核标准不合理。长期以来我国公立医疗机构实行的是“岗位绩效工资制”,医务人员薪酬由基本工资、津贴补贴和绩效工资三部分组成。在结构方面,绩效工资占据主导地位,且这部分工资大多与医疗机构、科室的创收捆绑,受所在科室收支结余的影响。^[10]在绩效考核方面,大部分公立医疗机构并未建立起科学、有效的绩效管理体制,医生的绩效工资基本与其职称、学历、工作年限等因素相关,并非基于工作数量、质量、合理性等因素进行管理。^[11]同时,由于长期以来我国医疗服务价格扭曲使得医疗服务价格不能真正反映医务人员的劳动价值,医生无法通过合理的方式获得与付出成本相对等的回报,容易导致过度医疗和诱导需求的现象发生。^[12]

1.2 DRG/DIP 付费改革的激励

DRG/DIP 付费改革是一种价值导向下的改革,在预付制下,医疗机构的收入总额很大程度上取决于病种权重,使得医疗机构有强烈动力控制医疗成本,规范医疗服务行为。^[1,4,13-14]这种成本最小化的

激励,需通过医疗机构的内部管理转化为对医生的激励,才能发挥其规范医疗服务行为的作用^[15],如果医疗机构内部的绩效管理系统与支付结构保持一致,则可以提高医疗机构管理的效率^[16]。研究发现,在 DRG 支付水平不同的情况下,医生的绩效工资占工资总额的比例有所不同^[17],这意味着 DRG 付费改革可以影响医生的薪酬。同时,由于 DRG/DIP 付费将医疗费用控制的风险由医保机构转移到医疗机构,医疗机构很可能为了保证医疗行为规范和医疗费用不超支而做出风险规避行为。研究表明,在按项目付费方式下,医生会超额提供医疗服务;而在以 DRG 为主的付费方式下,会出现医疗服务供给不足。^[18]

综上所述,DRG/DIP 付费改革改变了医疗机构对医生的经济激励,同时,DRG/DIP 付费改革要求医疗机构进行精细化管理,对医生的薪酬绩效和工作方式等都产生了重要影响。本研究从多维度视角分析 DRG/DIP 付费改革对医生福利的影响及影响机制,以弥补相关研究的不足。

2 理论框架

2.1 工作需求—资源模型

本研究评价医生福利时引入了组织心理学中的工作需求—资源模型(Job Demands-Resources model, JD-R)(图 1)。该模型假设每个工作都有特定的需求和资源,这些需求和资源相互作用影响个体的福利。其中,工作需求是工作对个体的生理、心理、社交能力等方面的要求,需要个体付出相应的努力或成本才能完成工作的因素;工作资源是工作中有助于实现工作目标、减少工作需求或刺激个人成长和发展的因素。工作需求—资源模型的核心假设有四点,分别为:(1)损耗路径,即过高的工作需求和缺乏工作资源引发工作倦怠,进而对福利造成消极影响;(2)增益路径,即由充裕的工作资源引发,通过提高个体的工作投入,进而产生积极影响;(3)缓冲假设,工作资源能够缓冲高工作要求对个体的损耗;(4)应对假设,即个体在高工作需求下能更好地将工作资源转化为高水平的工作绩效。

一般而言,合理的工资水平不仅可以满足个体的生活需要,更是对个体劳动成果的认可,进而补偿工作带来的疲劳、倦怠等负面影响,激发个体的积极性。而过大的工作负荷和高压环境则意味着个体需要在工作中保持高度专注以应对各种挑战 and 变化,

因此可以被视为工作需求的重要组成部分。基于模型设定和数据可得性,本研究将工作量与工作压力作为衡量医生工作需求的指标,以工资水平作为评估医生工作资源的关键要素,从而进行深入的探讨与分析。

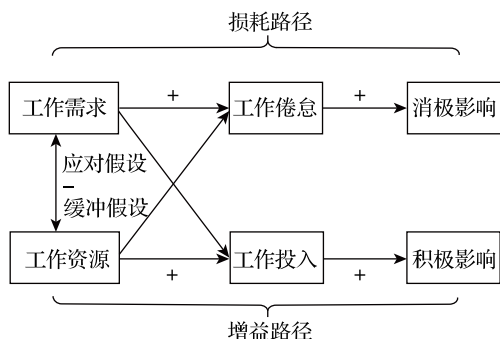


图1 工作需求—资源模型图

2.2 DRG/DIP 付费改革对医生福利影响的分析框架

在已有理论和研究成果的基础上,本研究提出如下分析框架(图2):(1)DRG/DIP 付费改革影响医生福利主要通过改变其工作需求(工作量和工作压力)以及工作资源(工资水平)实现;(2)DRG/DIP 付费改革激励医疗机构降低成本、提质增效,直接影响医疗机构收支情况和医疗服务效率,进而对医生的工资水平、工作压力和工作量产生影响,三者通过 JD-R 模型的四个假设路径相互作用,最终影响医生福利。

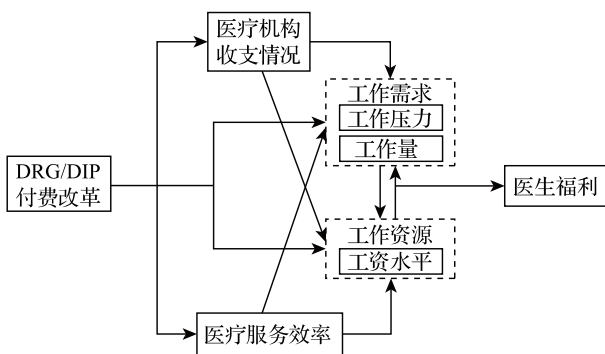


图2 研究分析框架图

3 研究方法

3.1 数据来源与变量定义

本研究数据来源于国家自然科学基金项目(72204251)关于医保支付方式改革的调查问卷(医生),该问卷涵盖了医生的个人信息、医疗服务、DRG/DIP 改革和医用耗材四个部分。课题组于

2023 年 7—9 月在全国范围内随机抽取 17 个省份,然后再随机抽取 17 个下属地级市,并在这些地级市内随机抽取医疗机构的医生进行问卷调查。删除核心变量存在缺失值和异常值的样本后,共得到 251 份有效样本数据。其中,所在医疗机构开展 DRG/DIP 付费改革的样本 100 份,所在医疗机构未开展 DRG/DIP 付费改革的样本 151 份。有效样本范围覆盖 13 个省(自治区、直辖市),涵盖了不同经济发展水平的地区,并且 DRG/DIP 付费改革实施时间不一,因此具有较强的代表性,可以更好地解释 DRG/DIP 付费改革对医生福利的影响及影响机制。

本研究的被解释变量包括工资水平、工作量和工作压力,解释变量为 DRG/DIP 付费改革,中介变量包括医疗机构收支情况和医疗服务效率。其中,医疗服务效率通过平均住院时间、再住院率和信息化管理水平等问题进行测量,所有问题的回答选项赋值相加得到医疗服务效率的评分。

考虑到医疗机构开展 DRG/DIP 付费改革的规范程度会影响到改革效果,本研究引入了调节变量,由疾病分组、病案首页填报、临床数据的收集与报送、DRG/DIP 付费标准、服务绩效评价五方面问题的回答选项赋值相加得到规范性评分。同时,本研究控制了医生性别、学历(受教育年限)、所属科室、职称、所在医疗机构性质和级别、税后工资等个体特征变量。具体变量定义及赋值情况如表 1 所示。

表 1 变量定义及赋值情况

变量	定义及赋值情况
被解释变量	
工资水平	大幅增加至大幅减少分别赋值 5~1 分
工作压力	大幅增加至大幅减少分别赋值 5~1 分
工作量	大幅增加至大幅减少分别赋值 5~1 分
解释变量	
DRG/DIP 付费改革	是 = 1, 否 = 0
中介变量	
医疗机构收支情况	显著盈利至显著亏损分别赋值 5~1 分
平均住院时间	大幅增加至大幅减少分别赋值 1~5 分
再住院率	大幅增加至大幅减少分别赋值 1~5 分
信息化管理水平	大幅增加至大幅减少分别赋值 5~1 分
调节变量	
疾病分组	非常合理至非常不合理分别赋值 5~1 分
病案首页填报	非常规范至非常不规范分别赋值 5~1 分
数据收集与报送	非常规范至非常不规范分别赋值 5~1 分
付费标准	非常科学至非常不科学分别赋值 5~1 分
服务绩效评价	非常好至非常不好分别赋值 5~1 分
个体特征	性别、学历、所属科室、职称、税后工资等

3.2 模型设定

医保基金支出压力较大的城市更可能推行 DRG/DIP 付费改革,同时城市的经济发展状况也会影响到医生的福利水平。为了消除城市因素引发的内生性问题,本研究使用城市固定效应的多元回归模型对 DRG/DIP 付费改革和医生工资水平、工作量以及工作压力之间的关系进行模拟,模型设定如下:

$$Y_c = \beta_0 + \beta_1 D + \beta_2 D_norm + \alpha X + \gamma_i + \varepsilon$$

$$Y_c = \beta_0 + \beta_1 D + \beta_2 D_norm + \beta_3 profit + \beta_4 effic + \alpha X + \gamma_i + \varepsilon$$

其中, Y_c 表示医生的工作特征(工资水平、工作量和工作压力), D 表示医生所在医疗机构是否开展 DRG/DIP 付费改革, D_norm 是开展 DRG/DIP 付费改革和其规范程度的交互项, $profit$ 表示医生所在医疗机构的收支情况, $effic$ 表示医生所在医疗机构的医疗服务效率, X 表示医生的个体特征, γ_i 代表城市固定效应, ε 是误差项。

4 结果

4.1 样本的基本情况

样本的性别分布相对均衡,平均年龄约为 37 岁,平均从事医生工作的年限约为 12 年,本科和硕士学历的医生占多数。大部分样本来自公立三级医疗机构,职称大多为初级(医士、医师)和中级(主治医师),其中内科和外科医生最多。

表 2 汇报了全样本核心变量描述性统计的结果。由表 2 可知,与所在医疗机构未开展 DRG/DIP 付费改革的样本相比:(1)开展 DRG/DIP 付费改革的人员工资水平均值略低,工作压力和工作量均值较高;(2)医疗服务效率均值更高,但医疗机构收支可能存在亏损(均值小于 3);(3)医疗机构开展 DRG/DIP 付费改革的规范程度较好。

表 2 全样本核心变量描述性统计表

变量	开展 DRG/DIP 付费改革		未开展 DRG/DIP 付费改革	
	均值	标准差	均值	标准差
工资水平	3.05	0.757	3.161	0.833
工作量	3.65	0.845	3.239	0.79
工作压力	3.76	0.878	3.226	0.81
医疗服务效率	9.95	1.559	9.594	1.371
医疗机构收支情况	2.93	0.977	—	—
DRG/DIP 付费改革规范性	18.22	3.227	—	—

4.2 回归结果

为更加准确地评估 DRG/DIP 付费改革对于医生福利影响的净效益,还需要进一步回归分析。表 3 中的(1)~(3)列显示不包含 DRG/DIP 付费改革相关解释变量的模拟结果,可以看出部分变量的系数显著且符合预期的结果。在工作量方面,税后工资每增加 1 万元/年,工作量的评分显著减少 0.012,这说明工资水平的提升有助于降低医生对工作量增加的感知,从而削弱其负面影响。在工作压力方面,医生年龄每增长 1 岁,工作压力的评分显著提高 0.056,这说明年长的医生可能面临更大的工作压力;而医生工作年限每增加 1 年,工作压力的评分显著降低 0.037,这表明工作经验的积累有助于医生更好地应对和调节工作压力。

表 3 中的(4)~(6)列加入了 DRG/DIP 付费改革相关解释变量的影响,模型拟合优度有少许提高。在工资水平方面,开展 DRG/DIP 付费改革使评分显著下降 1.55,说明 DRG/DIP 付费改革降低了医生的工资;但是交互项系数显著为正,说明随着开展改革的规范程度提高,DRG/DIP 付费改革对工资水平的负向作用逐渐减弱。在工作量和工作压力方面,开展 DRG/DIP 付费改革对两者评分的影响系数为正,交互项系数为负,但是系数均不显著,不具有统计学意义。这表明,DRG/DIP 付费改革对医生的工作量和工作压力并未产生显著影响。

表 3 基于城市固定效应模型的回归分析结果

	未包含 DRG/DIP 付费改革相关解释变量			包含 DRG/DIP 付费改革相关解释变量		
	(1)工资水平	(2)工作量	(3)工作压力	(4)工资水平	(5)工作量	(6)工作压力
DRG/DIP 付费改革				-1.55 ** (0.609)	0.15 (0.954)	0.327 (0.91)
交互项				0.078 *** (0.025)	-0.007 (0.051)	-0.021 (0.043)
性别	-0.057 (0.112)	-0.05 (0.099)	-0.07 (0.084)	-0.032 (0.103)	-0.052 (0.105)	-0.071 (0.088)
受教育年限	-0.064 (0.04)	-0.005 (0.022)	0.012 (0.028)	-0.053 (0.038)	-0.006 (0.023)	0.01 (0.027)

表 3 基于城市固定效应模型的回归分析结果(续)

	未包含 DRG/DIP 付费改革相关解释变量			包含 DRG/DIP 付费改革相关解释变量		
	(1)工资水平	(2)工作量	(3)工作压力	(4)工资水平	(5)工作量	(6)工作压力
医疗机构性质	0.162 (0.112)	0.112 (0.188)	0.177 (0.218)	0.146 (0.097)	0.113 (0.181)	0.186 (0.219)
职称	-0.005 (0.086)	0.115 (0.139)	-0.093 (0.097)	0.039 (0.08)	0.11 (0.142)	-0.101 (0.104)
医疗机构等级	-0.034 (0.111)	-0.074 (0.152)	-0.074 (0.106)	-0.051 (0.123)	-0.074 (0.157)	-0.057 (0.105)
税后工资	0.016 (0.01)	-0.012** (0.005)	-0.011 (0.008)	0.017 (0.01)	-0.013** (0.005)	-0.012 (0.007)
年龄	0.013 (0.018)	0.023 (0.023)	0.056** (0.021)	0.006 (0.019)	0.023 (0.025)	0.057** (0.023)
工龄	-0.024 (0.018)	-0.022 (0.02)	-0.037** (0.017)	-0.016 (0.019)	-0.023 (0.023)	-0.039* (0.019)
常数项	3.764*** (0.717)	2.992*** (0.554)	1.984** (0.75)	3.734*** (0.632)	2.998*** (0.538)	1.966** (0.71)
观测值	251	251	251	251	251	251
R ²	0.032	0.021	0.058	0.072	0.022	0.062
城市固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES

注:括号内为稳健标准误差,*** $P < 0.01$,** $P < 0.05$,* $P < 0.1$ 。

4.3 中介效应检验

由上述回归结果可知,DRG/DIP 付费改革对医生的工资水平存在更显著的影响。因此,本研究就医疗机构收支情况和医疗服务效率对 DRG/DIP 付费改革影响医生工资水平的中介效应进行了进一步 Sobel 检验。中介效应检验的结果如表 4 所示。从回归结果来看,医疗机构收支情况和医疗服务效率在 DRG/DIP 付费改革对医生的工资水平的影响中未发挥中介作用。这一结果表明,可能存在其他未知的因素在影响 DRG/DIP 付费改革与医生工资水平之间的关系,仍需进一步探索与分析。

表 4 医疗机构收支情况和医疗服务效率的中介效应检测结果

	医疗机构收支情况	医疗服务效率
总效应	-1.681 (0.467)	-1.681 (0.467)
直接效应	-1.672 (0.493)	-1.876 (0.447)
中介效应	-0.010 (0.156)	0.195 (0.150)
P 值	0.952	0.193

注:括号内为稳健标准误差。

4.4 异质性分析

由于不同科室的工作强度、技术要求和盈利能力存在差异,所属不同科室的医生的工资水平、工作

量和工作压力有所不同。开展 DRG/DIP 付费改革后,新的激励改变了医疗机构的目标和管理方式,这种激励内部转化为各科室的绩效目标时也会受科室原有的特征影响。因此,本研究进行了基于科室的异质性分析,将样本数量最多的内科医生和外科医生分为两个子样本进行回归。具体分析结果如表 5 所示。

在工资水平方面,两个子样本模拟的系数符号与全样本回归结果一致,但系数大小存在差别。对于内科医生来说,开展 DRG/DIP 付费改革使工资评分显著降低了 2.431,但是提高 DRG/DIP 付费改革规范性可以显著减轻这种负向影响;对于外科医生来说,开展 DRG/DIP 付费改革对工资水平的负向影响更大,具体表现为评分显著降低 2.842。此外,研究发现提高 DRG/DIP 付费改革规范性在外科医生群体中发挥的调节作用较小。

在工作量和工作压力方面,DRG/DIP 付费改革对内科医生的工作量和工作压力未产生显著影响。而针对外科医生子样本的回归结果与全样本回归结果存在明显差异。数据显示,开展 DRG/DIP 付费改革使外科医生的工作量评分显著下降 1.788,且 DRG/DIP 付费改革规范性发挥了显著的负向调节作用,同时工作压力评分显著下降 1.127。

表5 异质性分析结果

	内科			外科		
	工资水平	工作量	工作压力	工资水平	工作量	工作压力
DRG/DIP 付费改革	-2.431 ** (0.802)	1.213 (1.17)	1.844 (1.138)	-2.842 *** (0.547)	-1.788 ** (0.602)	-1.127 ** (0.492)
交互项	0.123 ** (0.04)	-0.046 (0.066)	-0.103 (0.059)	0.101 *** (0.031)	0.068 * (0.031)	0.028 (0.022)
性别	-0.013 (0.159)	-0.355 * (0.169)	-0.13 (0.183)	0.528 ** (0.206)	-0.092 (0.138)	-0.067 (0.187)
受教育年限	-0.13 * (0.064)	-0.116 (0.085)	0.09 (0.096)	-0.124 * (0.057)	-0.02 (0.075)	-0.081 (0.045)
医疗机构性质	0.666 ** (0.27)	0.476 (0.384)	0.544 (0.32)	-0.474 * (0.219)	0.088 (0.134)	0.13 (0.117)
职称	0.384 *** (0.087)	0.485 * (0.224)	0.12 (0.283)	0.477 (0.298)	-0.09 (0.235)	-0.115 (0.18)
医疗机构等级	0.036 (0.356)	-0.424 *** (0.122)	-0.372 ** (0.141)	0.093 (0.237)	-0.296 ** (0.131)	-0.175 (0.114)
税后工资	0 (0.014)	-0.021 (0.019)	-0.008 (0.023)	0.008 (0.017)	-0.02 (0.021)	-0.052 ** (0.02)
年龄	0.088 * (0.045)	0.199 ** (0.075)	0.004 (0.075)	0.03 (0.035)	0 (0.024)	0.069 ** (0.029)
工龄	-0.107 ** (0.046)	-0.225 ** (0.072)	-0.006 (0.081)	-0.052 (0.033)	0.021 (0.024)	-0.045 (0.029)
常数项	2.088 (1.188)	0.889 (1.189)	2.502 (2.101)	4.273 *** (1.239)	4.793 *** (1.169)	4.134 *** (0.887)
观测值	64	64	64	70	70	70
R ²	0.302	0.293	0.207	0.252	0.191	0.314
城市固定效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES

注:括号内为稳健标准误差, *** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$ 。

5 讨论与建议

5.1 DRG/DIP 付费改革显著影响医生福利, 科室间存在异质性

本研究主要有以下发现:第一,DRG/DIP 付费改革降低了医生的工资水平,对医生的工作压力和工作量没有显著影响。结合 JD-R 模型分析,DRG/DIP 付费改革对医生的工作资源有负向影响,进而使医生福利缩减。第二,提高开展 DRG/DIP 付费改革的规范性可以显著降低改革对医生工资水平的消极作用。第三,异质性分析表明,DRG/DIP 付费改革对不同科室医生福利的影响程度不同。就内科医生而言,改革对其工资水平有负向影响,进而削弱了 JD-R 模型中的增益路径,使福利减少;而对于外科医生来说,情况更加复杂。

首先,开展 DRG/DIP 付费改革对外科医生工资水平的负向影响更大。可能的原因是外科医生在提供医疗服务时更需要使用一些价格高昂的耗材,且一些复杂、高风险的手术可能导致更高的治疗成本和更长的恢复期,这意味着患者的住院费用容易超出医保支付的总额,从而导致所在科室亏损,最终影响与科室收支捆绑的绩效工资。其次,改革对外科

医生的工作量和工作压力都产生了负向作用,该现象可能的解释有:一方面,支付方式改革促进了医疗机构管理模式转变,鼓励医生更高效地利用医疗资源,减少不必要的检查和手术,从而减轻了外科医生的工作量和工作压力。另一方面,工作量的降低也可能是风险规避的结果。DRG/DIP 付费改革对医疗机构的收入结构产生了影响,使得医生在提供医疗服务时更加注重成本控制和风险管理。在这种背景下,医生可能会倾向于选择风险更低、成本更可控的治疗方案,减少一些复杂手术或高风险操作,从而减少工作量。综上所述,DRG/DIP 付费改革降低了外科医生的工资水平、工作量和工作压力,即同时削弱了 JD-R 模型中的增益路径和损耗路径。且基于应对假设,医生在一定水平的工作需求下能被激发出更高的积极性,因此改革对外科医生福利的影响方向是不确定的。这种不确定性源于医生的个人素质和偏好,不同医生在面对相同的改革措施时,可能因个人经历、技能水平、职业态度等不同而表现出不同的反应和应对策略。

5.2 科学调整医生薪酬制度, 加强 DRG/DIP 付费标准规范建设

DRG/DIP 付费改革对医生福利的影响极为复杂,这是多种因素共同作用的结果。在改革初期,医

生可能会面临工资水平下降,滋生风险规避行为。为应对这一问题,建议应根据新型医保支付方式灵活调整医生的薪酬制度,关注不同科室医生的实际需求和反馈,探索建立科学有效的绩效管理系统。医疗机构内部的激励政策需要同 DRG/DIP 付费制度充分衔接,正视绩效评估的重要价值,不可忽视医生在各项医疗服务活动中的投入和与其他要素的互动,科学量化医疗卫生服务中如数量、效果、服务满意度等多维度的指标,将其纳入医疗机构对医生的绩效评价体系中。通过合理的考核方式和奖惩机制,优化与完善医生的绩效工资制度,体现多劳多得、优绩优酬,使医生的劳务价值得到体现与回归,引导医生合理诊疗行为。随着 DRG/DIP 付费改革的持续推进和完善,其对医生工作效率的积极作用逐渐显现,这有助于在一定程度上减轻医生的工作负担,进而提升医生的职业满意度和主观幸福感。因此,管理者应加强 DRG/DIP 付费的标准规范建设,推动改革高质量进行。在实践中持续完善 DRG/DIP 各模块功能,提高疾病分组的合理性、病案首页填报的合规性、临床数据收集与填报的规范性以及付费标准的科学性,使改革红利真正辐射到医、保、患三方,实现共赢。

本研究还存在以下不足:一方面,研究的样本数量较小,无法准确地模拟出相关的影响系数;且调查问卷仅对所在医疗机构开展了 DRG/DIP 改革的医生询问医疗机构的收支情况,导致医疗机构收支情况的数据缺失值较多,难以深入研究影响机制。另一方面,本研究仅以医生的工资水平、工作压力和工作量三个指标反映医生福利,没有收集如工作自主性等更多典型的 JD-R 模型变量数据,可能存在解释医生福利变化不够全面的问题。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 李乐乐,田梦怡,妥宏武. 我国医保支付方式改革的运行逻辑、影响机制与实施效果分析[J]. 中国卫生经济, 2022, 41 (12): 10-15, 21.
- [2] 李乐乐,俞乔. 云南省玉溪市 DRGs 付费改革的实践探索[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(3): 47-48, 52.
- [3] 王坚强,王奕婷. DRG 医保支付方式改革对医疗行为的影响[J]. 湖南社会科学, 2021(1): 133-139.
- [4] 李乐乐,李怡璇. 我国医保支付方式改革的治理路径分

析:基于 DRG 与 DIP 的机制比较[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(9): 43-48.

- [5] 伍晓奕,汪纯孝. 西方企业员工福利满意度研究述评[J]. 外国经济与管理, 2005 (5): 53-58.
 - [6] Gulyani G, Sharma T. Total rewards components and work happiness in new ventures [J]. Evidence-based HRM: A Global Forum for Empirical Scholarship, 2018, 6(3): 255-271.
 - [7] Siegrist J, Wahrendorf M. Work stress and health in a globalized economy[M]. Switzerland: Springer, 2016.
 - [8] Aruldoss A, Kowalski K B, Parayitam S. The relationship between quality of work life and work-life-balance mediating role of job stress, job satisfaction and job commitment: evidence from India[J]. Journal of advances in management research, 2020, 18(1): 36-62.
 - [9] Frischmann B. Spillovers theory and its conceptual boundaries [J]. William and Mary law review, 2009, 51(2): 801-824.
 - [10] 孙杨,顾雪非,冯友梅. 医保支付方式与公立医院薪酬制度改革协同机制研究:基于期望理论的领薪医生行为分析[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(12): 45-50.
 - [11] 王禾,闵锐. 基于我国行业特点的公立医院薪酬制度思考与分析[J]. 中国医院管理, 2019, 39(5): 48-50.
 - [12] 李乐乐,陈自清,侯方圆,等. 利益传导视角下医疗服务价格改革对医务人员薪酬水平的影响[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(10): 24-28.
 - [13] 李乐乐. 政府规制与标尺竞争:医保支付方式改革的治理路径分析[J]. 经济社会体制比较, 2021(3): 80-88.
 - [14] Ellis R P, McGuire T G. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply[J]. Journal of health economics, 1986, 5(2): 129-151.
 - [15] 韩优莉. 医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(3): 21-27.
 - [16] Shaolin Z, Yingying G, Zhenju H. Building a Performance Management System for Hospitals Based on Diagnosis-Related Group (DRG) Payment[J]. Journal of Sensors, 2022: 1-10.
 - [17] Xing L, Jiali T, Xinyan L, et al. The effect of internal salary incentives based on insurance payment on physicians' behavior: experimental evidence [J]. BMC Health Services Research, 2023, 23 (1): 1410-1410.
 - [18] Xing L, Yue Z, Xinyuan Z, et al. Effects of fee-for-service, diagnosis-related-group, and mixed payment systems on physicians' medical service behavior: experimental evidence[J]. BMC Health Services Research, 2022, 22 (1): 870-882.
- [收稿日期:2024-01-16 修回日期:2024-03-06]
(编辑 赵晓娟)