

按绩效支付及其对医疗机构成本影响研究综述

胡红岩* 王萱萱 贾欣欣 胡丹 陈家应

南京医科大学医政学院 江苏南京 210029

【摘要】目的:综述与绩效支付相关的医疗机构成本项目,为进一步量化绩效支付对医疗机构经济运行的影响提供参考。方法:采用系统综述法,检索国内外机构层面绩效支付的实证研究,并从绩效考核,绩效改进以及绩效激励三方面归集成本项目。结果:共得到 141 篇文献,中文 47 篇,英文 94 篇。中文文献研究对象以基层医疗卫生机构为主,而英文研究主要以医院为主。机构绩效支付导致医疗机构在基础资源配置、服务提供以及监管等方面的显性成本发生变动,同时机构在组织管理的不同层面产生大量的隐性成本。结论:(1)国内外相关研究关注的成本项目存在差异,这可能与绩效支付体系的完善程度,相关配套措施以及政策环境有关;(2)与医疗机构运行相关的隐性成本尽管得到了学者的关注,但是缺乏相应的量化研究;(3)现有的与按绩效支付相关的经济学评价主要是基于社会以及服务购买者的视角,且没有将隐性成本纳入成本计算范畴。

【关键词】按绩效支付; 医疗机构; 成本; 系统综述

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2015.06.004

Review on the pay for performance impact on hospital costs

HU Hong-yan, WANG Xuan-xuan, JIA Xin-xin, HU Dan, CHEN Jia-ying

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 210029, China

【Abstract】 Objective: To analyze the pay for performance related costs and provide suggestions for further study. Methods: Empirical literatures from inside the country and overseas were collected with a systematic review. Costs were summarized on the basis of three drivers (performance appraisal, performance improvement and incentive performance). Results: A total of 141 papers, 47 in Chinese and 94 in English were enrolled. Most papers in Chinese were subjected on healthcare facilities while the English ones emphasized on hospitals. Pay for performance may lead to the healthcare service costs, regulation costs and the resources allocation related costs reduction. In addition to these visible costs, a large amount of others hidden from different hospital management levels were also due to pay for performance. Conclusions: (1) Differences in costs could be found from home and overseas experience which perhaps resulted from the pay for performance, the supporting measures and the policy development. (2) More attention should be paid to the quantification researches on the health facilities' hidden costs. (3) Most available researches focus on pay for performance cost-effectiveness from the society and service purchase but not the providers' perspective and the hidden costs were also ignored.

【Key words】 Pay for performance; Healthcare facility; Hospital cost; Systematic review

近年来,随着医疗服务成本上升,卫生服务利用率提高以及患者对服务质量要求越来越高,很多国家尝试通过实施按绩效支付实现改善服务质量、提

高服务效率和节约成本的目的,并取得了积极的结果。^[1-3]当前,我国在基层医疗卫生综合改革中,也逐步明确了对基层医疗卫生机构实施基于绩效的财政

* 基金项目:国家自然科学基金(71173117);江苏省高校哲学社会科学一般项目(2015SJB160)

作者简介:胡红岩,男(1990年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生服务研究。E-mail: hhy_ha@163.com

通讯作者:陈家应。E-mail: jychen@njmu.edu.cn

补偿机制。

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提出要建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度。基层医疗卫生机构是我国基本卫生服务的主要提供者,新医改通过以投入换机制,推进基层医疗卫生机构实施包括基本药物制度,药品零差率销售等的综合改革,以保证公共医疗卫生的公益性质。在补偿机制上,通过核定任务、核定收支、量化考核基层医疗卫生机构的医疗卫生服务,并将考核结果与投入相结合以保证基层医疗卫生机构平稳运行和发展,调动机构和医务人员积极性。可见,基层医疗卫生机构实施绩效管理以及财政补偿的绩效支付对于均衡医疗机构公益性和积极性尤为重要。^[4]

从医疗机构的角度出发,机构绩效的逐步提升与良好的经济运行始终是机构运行管理的两个主题。然而国内外的研究指出按绩效支付往往会导致医疗机构管理成本、人力成本、设施设备投入成本等增加。^[5-6]目前鲜有学者对这些成本项目开展系统的归纳与定量的测量,所以也无法进一步分析绩效支付对医疗机构经济运行的影响。本文基于国内外绩效管理以及绩效支付的实践研究,从机构成本变动角度,总结绩效支付对医疗机构的影响,期望为下一步定量测量相关成本项目提供帮助。

1 资料与方法

1.1 成本范围界定

成本是指与经营目的有关的活动所发生的价值牺牲,包括显性成本范畴和隐性成本。^[7]显性成本是指对各种资源耗费的货币表现,可在会计账簿中以一定的货币价值计量。与显性成本相比,隐性成本具有隐蔽性和无形性等特点,无法用传统的会计账簿记录,因此往往被组织忽略,但同时隐性成本又是组织决策的重要影响因素。^[8]目前,国内仅有少数学者关注到医院隐性成本,比如有学者指出应该基于不同层次的成本动因(包括战略层、运营管理层和作业层)来量化医疗机构隐性成本。^[9]有学者还进一步从规划构建层、运营管理层和作业^[10]操作层3个层次定性分析医院手术室隐性成本。为了较为全面地综述与绩效支付相关的机构成本,本文在文献筛选与提取阶段,不对机构成本相关主题进行限制,而是通过检索绩效支付对医疗机构产生的影响范围间接获取成本项目。

1.2 资料来源与检索策略

本文检索的英文数据库包括 PubMed, Web of Science 和 Google Scholar,中文数据库包括中国知网和万方数据库。检索方法包括关键词检索法和滚雪球检索法。检索策略包括“performance”,“performance management”,“pay for performance”,“performance-based financing”,“health care”。中英文文献筛选管理工具包括 Note express 2.0 以及 Endnote X7。

1.3 文献纳入和排除标准

纳入标准:(1)文献语言及时间:中英文文献检索时间为各个数据库建库至今;(2)研究内容:实施机构层面的绩效管理或绩效支付,讨论了实施现状及对医疗机构的影响;(3)研究对象:医疗机构,不包括疾病预防控制中心、血站以及健康管理机构等。(4)文献类型:调查研究、案例研究以及相关报道。

排除标准:(1)研究内容:仅对绩效支付开展理论研究的文献;缺少对绩效管理和绩效支付方案的介绍以及对机构影响评价的文献;(2)研究对象:仅实施机构内部员工岗位绩效管理和绩效支付的文献;(3)文献类型:新闻报道、书信以及仅提供摘要的文献。

按照以上检索策略和纳入、排除标准完成了对相关文献的检索和筛选(图1)。

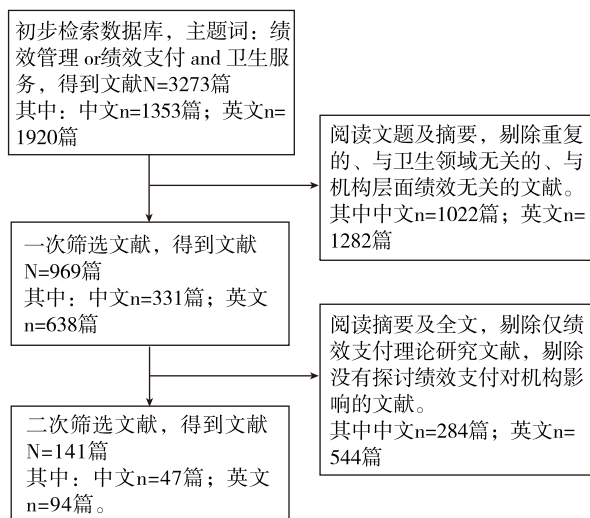


图1 文献筛选流程图

2 结果

2.1 文献基本情况

通过文献检索共获得 3 273 篇文献,其中中文

1 353 篇, 英文 1 920 篇。根据筛选标准进行文献筛选, 最终纳入 141 篇文献, 中文 47 篇, 英文 94 篇。

在纳入文献的发表时间上, 47 篇中文文献的发表时间均在 2009 年以后, 94 篇英文文献的发表时间主要集中在 2004 以后(图 2)。这主要是由于国内自 2009 年新医改系列政策文件逐渐明确了对基层医疗卫生机构实行机构层面的绩效考核, 并且将财政补偿与绩效结果挂钩。纳入的英文文献主要是以美国医疗保险与医疗救助服务中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)开展的医院按绩效支付的试点项目(U. S. Premier Hospital Quality Incentive Dostration, HQID 或 PHQID)以及英国基于质量结果框架的绩效支付等项目为研究对象, 这些项目依次是在 2002 年、2003 年以及 2004 年逐渐开展。

在纳入的文献类型上, 期刊文献 116 篇、学位论文 18 篇、新闻报道 3 篇、研究报告 2 篇以及著作 2 部。在研究对象上, 中文文献的研究对象均是基层医疗卫生机构, 包括社区卫生服务中心(站)(24 篇)和乡镇卫生院(23 篇)。英文文献的研究对象包括医院(67 篇)、护理院(9 篇)以及初级卫生保健中心和信托机构(18 篇)。

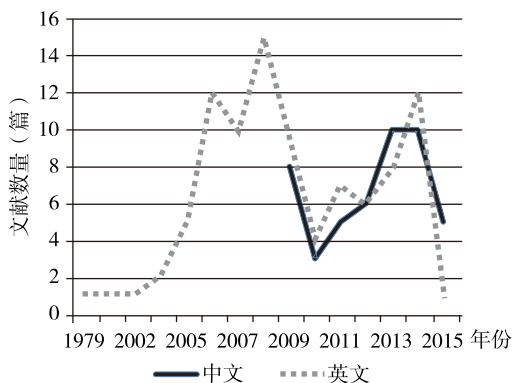


图 2 中英文文献发表时间分布

2.2 文献研究结果

2.2.1 绩效考核与成本

绩效考核是运用数理统计和运筹学方法, 采用特定的指标体系, 对照统一的评估标准, 按照一定的程序, 通过定量和定性对比评估, 对一定经营时期内的经营效益和经营者业绩做出客观、公正和准确的综合评判。^[11]与绩效考核相关的医疗机构成本主要包括基础数据搜集、培训宣传等管理成本, 工作压力、无效工作时间等隐性成本。WHO 的相关报道指出在按绩效支付制度下, 医师往往花费大量的时间填写和修改绩效考核表, 影响其有效服务时间, 增加

了医疗工作者绩效报告和管理压力。^[12-13]对于规模较小、基础信息系统不完善、人力资源有限的机构还面临缺乏人员搜集统计绩效数据的问题。^[14]我国有学者通过定性访谈发现由于乡镇卫生院信息系统不健全, 而绩效考核复杂, 耗费乡镇卫生院大量人力、物力、财力, 易于造成绩效考核工作流于形式。^[15-16]除此之外, 有些学者在问卷调查中也发现医院管理者认为现行的绩效考核不公平, 绩效考核工作操作手续复杂, 管理成本高。^[6, 17]在隐性成本方面, 绩效考核工作导致医护人员有效工作时间减少, 工作效率降低, 部分医务人员还指出绩效考核会带来较重的创收任务, 增加工作压力。^[18]

2.2.2 绩效改进与成本

国外很多研究通过对比不同绩效水平的医疗机构特征发现, 医疗机构为了改善组织绩效往往在组织结构、资源配置、服务提供等方面做出变革。组织结构变革主要体现在医院管理者直接参与绩效改进和绩效分配、成立质量管理小组和临床团队、医师参与到质量管理以及设计分配制度。^[19-20]在资源配置上, 包括信息系统建设以及人力资源投入。实证研究已经证明完善信息系统建设有助于改善服务质量、提高服务效率以及节约成本。^[21-22]Brand C. A 发现电子医嘱系统的应用与医院多维度绩效(患者健康结果, 医院经济效益, 服务过程)等有直接关联。^[23]国内也有学者发现与对照组相比, 建立社区健康信息系统, 即实现医院信息管理系统和预防保健信息对接的社区卫生服务中心, 在优化门诊流程、药物不良反应预警系统、医保费用管理以及社区公共卫生报表工作等方面的效率显著提高。^[24]在人力资源管理上, 国内外研究均发现医疗机构通过调整分配人力资源、招聘优秀的医护人员、加强医护人员的继续教育培训、调整工作量等变革措施来提高服务质量。^[25-27]在服务提供上的变革主要包括临床路径的使用, 提高医护人员对诊疗规范的依从性以及设置专职人员监管服务质量和数量。^[19]除此之外, P4P 往往导致服务提供者与服务购买者之间出现博弈行为, 比如服务提供者仅关注受绩效激励的服务或指标, 而其他服务或指标被忽视以及挑选病人以更容易实现绩效目标。^[14]国外有研究分析了北加利福尼亚 35 所医疗机构在 1997—2007 年效率指标的变动, 发现当糖尿病视网膜病变筛查率和宫颈癌筛查率不再是绩效激励指标时, 两项指标年均下降 3% 和 1.6%。^[28]国内学者也发现社区卫生服务中心为了规

避医疗风险,逐年减少提供面向体质虚弱的老人或重症疾患晚期患者的家庭病床服务。^[29]事实上,医疗机构往往会为了获得绩效奖金,重新分配有限的医疗资源,减少其他服务的质量提升^[30],这也潜在地影响到医疗机构资源配置的机会成本增加以及服务质量改变导致的隐性成本。

2.2.3 绩效激励与成本

激励性支付体系的一个重要假设就是奖金会激发人们的动机,而动机带来绩效,所以合理的激励对于绩效改善很重要。^[31]机构层面的绩效支付,需要合理平衡机构之间以及机构内部员工的激励否则会再次出现“吃大锅饭”现象,进而降低服务效率和服务积极性。^[32]国外学者指出为了改善绩效,医疗机构往往需要额外的成本来激励医师改善服务,并且在二次激励中,很容易出现由于激励不足导致医护人员工作积极性和工作效率低下的现象。^[5,14]国内学者基于认知评价研究发现,在机构激励支付方面由于存在诸如激励力度较小导致二次分配员工收入变化较小、绩效考核灵敏度不高导致各个机构获得的激励支付额度相差不大、资金拨付与绩效考核机构不挂钩等现象直接导致机构员工的积极性下降,影响机构运行效率。^[33-34]绩效激励除了奖励之外,还存在惩罚措施。例如美国 PHQID 项目下,项目医院由于绩效得分排名较低,Medicare 可能会扣留其 1%~2% 的补偿费用。^[35]国内绩效惩罚通常与医疗机构负责人任免、医务人员职称晋升等挂钩。^[36]可见绩效支付下,医疗机构面临一定的经济和管理风险。有学者指出如果以预设的固定目标作为绩效目标,那么医疗机构很可能由于绩效水平较低,面临着为提高绩效而投入的成本无法补偿的经济风险,并且机构规模越小,承担的风险越大。^[37]除此之外,国外绩效公示制度会影响医疗机构的声誉,进而影响机构的服务量,导致机构成本发生变化。^[38]

2.2.4 其他相关成本

除了以上三种主要的成本动因外,还有一些因素也会导致机构成本的变化。如贯穿绩效支付设计与执行的绩效沟通反馈,合理有序的正式沟通与非正式沟通会提高组织运行效率,促进机构各项工作有序运行,对隐性成本有积极的正向作用。在绩效支付体系下,医疗机构内部工作往往以质量改进为中心,例如积极参与新的质量提升项目,提高医疗护理服务的连续性等。^[39]此外英文文献还发现按绩效支付导致医疗机构面临潜在的违规成本,比如英国

在实施 P4P 后发现部分全科医生利用绩效考核系统漏洞,出现为了提高绩效,增加收入而谎报病例的现象。^[2]美国 PHQID 项目医院为提高绩效得分出现不合理使用抗生素的现象。^[40]

在医疗服务成本方面,很多学者认为绩效支付下,患者并发症、死亡率以及一年内二次住院率降低引起医疗费用以及医疗服务成本降低。例如 Meacock R 等人对 P4P 项目开展了成本效果分析,发现参与 P4P 项目的医院,由于平均住院日和并发症减少,增加了 5 227 个质量调整生命年,节约了 440 万英镑的医疗服务成本。^[5]Calikoglu S 等人将 2007—2010 年美国马里兰州参与 P4P 项目的医院院内感染发生率与同期全国水平比较发现项目医院院内感染发生率降低了 15.26%,合计节约了 1.109 亿美元。^[30]在国内,有研究以宁波市江东区社区卫生服务中心作为研究对象,发现在引入社区卫生服务经费绩效管理后,与其他对照机构相比,该社区卫生服务中心产出相同的社会效能所消耗的经费最少,但对对照组机构的平均服务效率是江东区社区卫生服务中心的 1.47 倍。^[29]另有调查发现安徽省宿松县在完善乡镇卫生院机构绩效考核,调整机构激励与员工激励机制后,乡镇卫生院的诊疗人数和医疗收入大幅回升,同时患者次均诊疗费用逐渐稳定在较低水平并延续下降趋势。^[41]

综上所述,笔者发现绩效支付导致医疗机构产生很多额外成本,其中显性成本包括:(1)基础资源配置成本,如信息系统完善成本、绩效改进相关医疗设备购置成本、员工招聘培训成本等;(2)服务提供成本,如内部激励成本、医疗服务成本等;(3)监督管理成本,如监管人员经费以及办公费、接待费、培训费等其他公共经费。隐性成本按照成本动因分为:(1)战略层隐性成本,为与组织运行效率变动、组织文化变动、机构声誉变动等相关的成本;(2)运营层隐性成本,为无效工作时间、工作效率降低以及工作压力等;(3)作业层隐性成本包括与服务提供的违规行为以及与服务质量变动等相关的隐性成本。

3 文献评阅

通过文献综述,本文发现国内研究较多关注绩效支付对机构显性成本的影响,例如完善信息系统,加强人力资源投入,以及强调绩效考核耗费医疗机构大量人、财、物等资源。国外研究侧重与绩效支付体系相关的隐性成本,例如经济风险和组织文化变

动等。这一方面可能是因为国内外绩效支付体系在卫生领域的成熟程度以及相关配套措施的完善程度不同。例如国外在信息系统建设、绩效结果公示、绩效指标建立都较为成熟,而国内基层医疗卫生机构一直面临着资金投入不足、技术水平偏低、人员匮乏、设备落后的问题。^[42]另一方面也可能是因为国内外不同的政策环境和实施条件。^[43]例如国外医疗机构在绩效改善方面的成本投入由自身承担,而国内医疗机构诸如信息系统等硬件设备由政府承担。

事实上,国内外很多学者都发现实施医疗机构层面的绩效支付不可避免出现消极影响,例如与绩效激励相关的公平性问题以及医疗服务中出现博弈行为等。由于研究者没有将这些负面影响视为隐性成本,所以在大多绩效支付体系本身的经济学评价中均没有量化这类成本。但是医院管理者在评价绩效支付体系对机构运行的影响利弊时需要考虑到这些风险因素,并且现有的针对这些风险因素或是隐性成本的相关研究还处于判断有无的定性研究阶段,缺乏量化研究。

在归纳总结相关成本项目时,本文发现目前围绕按绩效支付的效果评价以及经济学评价研究已经很多,但这些研究主要基于全社会的角度或者服务购买者的角度,较少直接从服务提供者的角度探索 P4P 对其经济运行的影响。国外学者 Gregory B. Kruse 等人尝试通过对照研究分析 P4P 对医院总成本、总收入、利润和医保总支出的影响,发现 P4P 既不会影响机构经济运行也不会增加医保负担。^[38]但该项研究受资料搜集的限制,将成本仅局限在总成本和显性成本,无法深入分析成本构成变动,并且数据的质量也存在质疑。所以,未来的研究可以尝试从服务提供者的角度评价按绩效支付体系,并且基于更加准确真实的数据(如机构内部财务报表等)分析 P4P 对医疗机构经济运行的影响。

参 考 文 献

[1] Peabody J, Shimkhada R, Quimbo S, et al. Financial incentives and measurement improved physicians' quality of care in the Philippines[J]. *Health Affairs*, 2011, 30(4): 773-781.

[2] Lindenauer P K, Remus D, Roman S, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement [J]. *New England Journal of Medicine*, 2007, 356(5): 486-496.

[3] Petersen L A, Woodard L C D, Urech T, et al. Does pay-

for-performance improve the quality of health care? [J]. *Annals of internal medicine*, 2006, 145(4): 265-272.

[4] 赵云. 公立医院改革中公益性和积极性均衡的客观必然与实现路径[J]. *中国医院管理*, 2011, 31(3): 1-4.

[5] Meacock R, Kristensen S R, Sutton M. The Cost-Effectiveness Of Using Financial Incentives To Improve Provider Quality: A Framework And Application[J]. *Health economics*, 2014, 23(1): 1-13.

[6] 康琦, 曹永春, 陈家应, 等. 乡镇卫生院负责人对机构绩效考核的认知评价——基于甘肃省卫 XI 项目县的调查[J]. *中国卫生政策研究*, 2012, 5(5): 46-49.

[7] 赵书和. 成本与管理会计[M]. 北京市: 机械工业出版社, 2009.

[8] 高妮妮, 刘子先. 隐性成本含义、估测方法和控制方法研究述评[J]. 2014, 35(9): 69-78.

[9] 高妮妮. 显性与隐性成本视角下的医院成本管理研究[D]. 天津: 天津大学, 2013.

[10] 刘俊兰, 高妮妮, 刘丽. 建立手术室隐性成本管理体系的构想[J]. *中华医院管理杂志*, 2013, 29(1): 17-21.

[11] 蔡志明, 陈春涛, 王光明, 等. 绩效评估与绩效管理——基于对建立医院绩效评价体系有借鉴作用的述评[J]. *中国医院*, 2005, 9(3): 66-72.

[12] Kalk A. The cost of performance-based financing[J]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89(5): 319.

[13] Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? [J]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89(9): 695-698.

[14] Sautter K M, Bokhour B G, White B, et al. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program [J]. *Journal of healthcare management*, 2006, 52(2): 95-107.

[15] 阮柏荣, 喻国军, 余飞跃. 我国乡镇卫生院绩效考核存在的问题及对策研究[J]. *经济视角(中旬)*, 2012(11): 169-170.

[16] 母玉清. 重庆市乡镇卫生院绩效管理实施效果评价研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2013.

[17] 陈强, 周亚夫, 沈国强, 等. 吴江市农村社区卫生服务中心管理人员对机构绩效考核的认知评价研究[J]. *中国全科医学*, 2013, 16(19): 2216-2218.

[18] 何佳佳. 连云港市部分乡镇卫生院绩效考核机制研究[D]. 南京医科大学, 2012.

[19] Vina E R, Rhew D C, Weingarten S R, et al. Relationship between organizational factors and performance among pay-for-performance hospitals [J]. *Journal of general internal medicine*, 2009, 24(7): 833-840.

[20] Reiter K L, Nahra T A, Alexander J A, et al. Hospital responses to pay-for-performance incentives[J]. *Health Serv-*

- ices Management Research, 2006, 19(2): 123-134.
- [21] Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care[J]. Annals of internal medicine, 2006, 144(10): 742-752.
- [22] 吕晓荣. 电子病历系统使用行为对绩效影响的实证研究[D]. 哈尔滨: 哈尔滨工业大学, 2013
- [23] Brand C A, Barker A L, Morello R T, et al. A review of hospital characteristics associated with improved performance[J]. International Journal for Quality in Health Care, 2012, 24(5): 483-494.
- [24] 沈伟珍, 武桂英, 方志伟, 等. 社区卫生信息化建设对工作效果的影响[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(11): 817-819.
- [25] Bradley E H, Holmboe E S, Mattera J A, et al. A qualitative study of increasing β -blocker use after myocardial infarction: why do some hospitals succeed? [J]. JAMA, 2001, 285(20): 2604-2611.
- [26] Kane R L, Shamiyan T A, Mueller C, et al. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis [J]. Medical care, 2007, 45(12): 1195-1204.
- [27] 严胜, 伏嘉宝, 刘志中, 等. 上海市某区 30 所社区卫生服务中心综合绩效评价[J]. 中国初级卫生保健, 2009, 23(11): 12-14.
- [28] Lester H, Schmittiel J, Selby J, et al. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators [J]. BMJ. 2010, 340: c1898.
- [29] 杜丽君, 水黎明, 白廷军. 宁波市江东区社区卫生服务经费绩效管理改革的成效分析[J]. 中国全科医学, 2009, 12(18): 1741-1743.
- [30] Calikoglu S, Murray R, Feeney D. Hospital pay-for-performance programs in Maryland produced strong results, including reduced hospital-acquired conditions [J]. Health Affairs, 2012, 31(12): 2649-2658.
- [31] 徐凌中, 王兴州, 刘冬梅, 等. 绩效支付体系在卫生部门的应用[J]. 中华医院管理杂志, 2000, 16(3): 11-14.
- [32] 林胜. 乡镇卫生院实施绩效工资政策的现状与建议[J]. 莆田学院学报, 2012, 19(1): 41-45.
- [33] 陈琦, 王君丽, 潘岳松, 等. 北京社区卫生服务机构员工对收支两条线管理的认知评价[J]. 卫生软科学, 2009, 23(3): 814-816.
- [34] 高星, 陈荃, 雷行云, 等. 我国社区卫生服务绩效管理的现状和问题及对策研究[J]. 中国全科医学, 2014(16): 1826-1828.
- [35] Rosenthal M B, Landon B E, Normand S L T, et al. Pay for performance in commercial HMOs [J]. New England Journal of Medicine, 2006, 355(18): 1895-1902.
- [36] 杨佳. 我国乡镇卫生院绩效评价现状与改革思路[J]. 医学与社会, 2014, 27(6): 5-9.
- [37] Cromwell, J, Trisolini, M G., Pope, G C, et al. Pay for performance in health care: Methods and approaches[M]. North Carolina: RTI Press, 2011.
- [38] Kruse G B, Polsky D, Stuart E A, et al. The Impact of Hospital Pay-for-Performance on Hospital and Medicare Costs [J]. Health services research, 2012, 47(6): 2118-2136.
- [39] Shortell S M, Jones R H, Rademaker A W, et al. Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients [J]. Medical care, 2000, 38(2): 207-217.
- [40] Drake D E, Cohen A, Cohn J. National hospital antibiotic timing measures for pneumonia and antibiotic overuse [J]. Quality Management in Healthcare, 2007, 16(2): 113-122.
- [41] 王先奎. 建立完善乡镇卫生院激励机制的实践探索[J]. 卫生经济研究, 2012(10): 29-31.
- [42] 白景明, 刘军民. 基层卫生投入机制优化与绩效考评研究[J]. 经济研究参考, 2010(72): 2-25.
- [43] 孟庆跃. 对“按绩效支付能否改善卫生保健质量”一文的评论[J]. 中国循证医学杂志, 2008, 8(5): 303-303.

[收稿日期:2015-03-18 修回日期:2015-06-08]

(编辑 刘博)