

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

韩优莉*

首都医科大学公共卫生学院 北京 100069

【摘要】全民医保制度下,支付方式提供了影响供方医疗服务行为的手段,成为调节卫生资源配置的重要杠杆。医保支付方式由后付制向预付制的改革,通过财务风险的转移调整对医疗机构和医生行为的激励,控制供方诱导需求行为带来的费用上涨,成为医疗保险制度改革的重要方向。但其发挥作用的基础是医疗服务提供方对支付方式的反应。医疗服务目标的多维性、医疗机构内部激励机制、管理者和医生的行为偏好都会影响改革的作用机制和强度。本文结合中国实际分析了后付制向预付制改革的作用机制和影响因素,并提出建立健康价值引导的支付方式,施行混合支付方式的策略,以及注重间接激励机制下医院管理者和医生参与的发展路径。

【关键词】医疗保险;支付方式;供方医疗服务行为;路径

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.03.004

The mechanism and pathway of the health insurance payment reform from retrospective to prospective mode on the medical provider's behavior

HAN You-li

School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

【Abstract】 Under the universal health insurance coverage, the payment mode provides a means to influence the behavior of healthcare service providers and has become an important lever for the adjustment of health resources allocation mechanisms. During the reform from retrospective payment to prospective mode, the adjustment of incentive mechanisms for healthcare service providers' behavior and the control of cost increase caused by the supplier-induced services has become an important direction for the comprehensive reform of health insurance payment system. However, the effect of this reform depends on medical service providers' response to payment methods. Altogether, the multidimensional nature of medical service goals, hospital's incentive policy, and the managers' and physicians' behavioral preferences affect the effectiveness of the reform of payment modes. This article analyzed the reform mechanism and its influencing factors, and proposes the development pathway for the establishment of value-based payment method reforms, choosing mixed payment methods, and inducing hospital managers and physicians' involvement in the reform under indirect incentive mechanisms.

【Key words】 Medical insurance; Payment method; Providers' medical behavior; Pathway

1 医保支付方式从后付制向预付制改革的背景

随着全民医保制度的基本建立,基本医疗保险已经成为医疗服务提供者最大的支付方。在医保制度全覆盖和患者自付比例逐步降低的背景下,患者过度使

用医疗服务的道德风险和供方诱导需求行为相互作用加速了医疗服务费用上涨的趋势。医保支付方式是医疗保险机构作为服务购买方对医疗服务提供方提供的服务进行补偿的方式。全民医保制度下支付方式提供了影响供方医疗服务行为的手段,成为调节医疗资源

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(71774113)

作者简介:韩优莉(1978年—),女,教授,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:hanyouli@ccmu.edu.cn

配置的重要杠杆。通过医保支付方式改革,调整对医疗机构和医生行为的激励,控制供方诱导需求行为带来的费用上涨,成为医保制度改革的重点。^[1]

由后付制向预付制转变,建立以病种付费为主的多元复合式医保支付方式是我国支付方式改革的主要方向。支付方式按照支付费率确定的时间分为预付制(事前确定)和后付制(事后确定)。按项目付费一直是我国医保制度的主要支付方式,此付费方式是典型的后付制,支付方和医疗服务提供方事先并未约定支付的费率,而是根据实际发生的符合医保目录的服务项目情况予以支付,旨在补偿医疗服务过程的成本。后付制主要的财务风险在支付方,但其带来的医疗服务项目的过度提供和缺乏对有价值但质量难以观察的医疗服务的激励等问题常被认为是医疗费用上涨的主要原因之一。^[2]因此,我国医药卫生体制改革的相关指导性文件多次提出医保支付制度从后付制向预付制改革的方向,明确提出逐步减少按项目付费,推行以按病种付费为主的多元复合式医疗保险支付方式。按病种付费属于预付制,支付方和服务提供方事先约定不同病种(组)的支付费率,结余由服务提供方留用,超支由提供方承担,形成财务风险由供方和支付方共同分担的机制。各地在推进的总额预付、按人头付费等也属于预付制,相比按病种付费,供方承担的财务风险更大。推进按病种付费为主的支付方式并减少按项目付费体现了由后付制向预付制转变的方向。

医保支付方式改革期望通过对医疗服务提供者产生经济激励的转变,影响服务提供方的行为,从而影响服务提供的数量和质量,进而对医疗费用、卫生资源的配置和利用产生影响。但是,后付制向预付制改革发挥作用有赖于医疗服务提供方对支付方式的反应。^[3]医疗服务目标的多维性、我国医疗服务体系的特征、管理者和医生的行为偏好均会影响支付方式改革发挥作用的机制。

2 后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制

2.1 后付制向预付制改革发挥作用的前提

在全民医保覆盖的背景下,支付方式对医疗服务提供方的影响如同价格对供方的经济激励。经济激励发挥作用的基础是理性人假设,其本质是建立不同的经济信号,引导被激励方的自利行为。但医保支付制度的设计期望在引导服务提供方自利行为

的同时,能够同时符合购买方、患者以及卫生服务体系总体的利益和价值观。^[4]后付制的目的是补偿服务提供方的成本,预付制则旨在建立支付方和服务提供方的财务风险分担机制。单一后付制可能导致服务供给过度,单一预付制则会导致供给不足。在医疗资源有限、医疗费用快速上涨的压力下,支付方式从后付制向预付制为主转变,期望通过调整财务风险的分担机制给予医疗服务提供方以经济压力,增加供方控费意识,改变其服务提供行为,以减少医疗费用快速上涨的趋势。但是,通过财务风险分担影响供方行为需要一定的前提条件。一是医保支付方式的经济激励直接作用于服务提供者,即医生直接能够感知支付方式的财务风险分担压力;二是医疗服务提供方是理性人,会对经济激励带来的财务风险做出相应的反应;三是医疗服务提供方只有单一的经济激励目标,如果有其他考核的目标,会影响支付方式经济激励的强度。目前,我国医疗服务提供者的特点未能完全满足这些条件,可能影响改革的预期效果。

2.2 影响后付制向预付制改革发挥作用的要素

医疗服务的价值观和我国医疗服务体系的特点是影响这一改革发挥作用的前提条件。首先,医疗服务质量是医疗服务的核心价值,这就要求医疗服务的支付要能够补偿提供服务的成本,降低服务提供者经济风险,从而减少道德损害和逆向选择问题。^[5]其次,我国医保支付结算的对象通常是医疗机构,而不是直接对医生个人进行支付,医生对财务风险的感知决定于医疗机构多大程度上将医保支付的经济激励转化给医生,而是否转化给医生则受到医院管理者对支付方式及其激励机制的感知;第三,医生是医疗机构和患者利益的双重代理人,关注患者利益的利他性是医生职业道德的主要内涵,而利他性的存在可能削弱经济激励的强度。

2.2.1 医疗服务的多维度目标要求费用控制不能以质量下降为代价

医疗服务的最终目标是提高人们的健康水平,可及性、质量、可负担性均是卫生健康服务体系关注的重点。我国医保制度的全面覆盖很大程度上解决了可及性的目标,但是由于医疗资源的有限,需要对资源进行合理的配置以发挥最大的效用,使得决策者在政策制定时面临成本和质量的权衡。在医保补偿范围逐步扩大、患者自付比例逐步降低的背景下,

保证服务质量和控制服务成本是目前支付方式改革均需重点关注的目标。医疗服务提供方作为代理人,其目标呈现出多任务性,由于资源的有限性,面临保证服务质量和控制服务成本之间的双重压力。经典的多任务委托代理模型认为当代理人面临多项任务,如果完成不同任务的绩效在可度量性上有较大差别,那么委托人对代理人采用不同的激励会导致代理人在不同任务之间努力程度的不同。如果委托人实行强激励契约,代理人会把更多的时间和精力配置到绩效可度量性高的任务,而减少对绩效可度量性较低的任务的努力。^[6]对于医保支付方式的改革,质量考核机制相对于基于支付结果的货币激励更加难以量化,按项目付费对成本进行补偿,对医务人员控制医疗费用的经济激励较弱。后付制向预付制改革,增加了可度量性高的控制医疗服务费用的目标,可能导致服务提供方减少在保证服务质量方面的努力程度。单纯控制费用的目标,不能体现医疗服务保障病人健康的核心价值。^[7]

2.2.2 医疗机构的内部管理影响支付方式改革的激励强度

支付方式的经济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调节医疗服务的作用。医生是医疗服务的直接决策者,但支付方式对医生的激励强度不仅受支付方式本身的影响,而且受医疗机构的组织结构和内部激励机制影响。^[8-9]我国的医生多在医疗机构内部从事医疗服务,支付方式对医生医疗服务行为的影响是间接的,即支付方式作为外部激励影响医疗机构的收支,医疗机构通过内部激励影响医生医疗服务提供行为,从而影响医疗服务的效率、质量和公平性。因此,医疗机构管理者多大程度上将医保支付由后付制向预付制改革的外部压力转化为对医生的内部激励影响着改革的作用。2013 年对北京市按病例诊断分组付费(DRG)试点的 3 家医院和作为对照的 4 家非试点医院调查发现,医院管理者考虑到预付制可能带来的对医疗质量不利的影 响,在试点过程中均未把医保支付的结果直接与医生的收益挂钩。随着试点的推进,2016 年部分试点医院将 DRG 医保支付对医院盈亏的影响纳入医生的绩效考核,但仅占医生绩效考核的 10% 左右。管理者倾向于弱化支付方式带来的经济激励。

2.2.3 医疗服务提供方行为偏好带来单一经济激励的失灵

医疗服务提供者的行为特点影响支付方式以理

性人假设为前提的激励机制。经典的激励理论模型一般假设理性的委托人和代理人追求经济收益的最大化。但近年来大量行为经济学研究发现决策者的决策效用不仅取决于经济因素,还依赖于心理因素和内在动机,在医疗服务领域更为突出。^[10-11]医疗服务提供者(管理者和医生)的行为特点是影响支付方式激励作用的重要因素。医保机构、医院管理者、医生之间形成了多层委托代理关系。由于委托人和代理人之间的信息不对称和目标不一致,可能产生机会主义行为,如逆向选择问题和道德风险等。委托代理问题解决的核心是如何使代理人的行为保证委托人的利益最大化。委托代理问题进一步转化为激励约束问题,处于信息劣势的委托人要设计一个激励方案来引导具有信息优势的代理人,采取与委托人利益相一致的行动。^[12]标准委托代理模型的基本假设是:在以业绩为基础的激励契约中,提高经济激励强度可以增加代理人工作的动机与努力水平;动机与努力的增加可以提高业绩。但是,行为经济学的实验研究发现经济激励对代理人行为的影响不仅体现在价格效应,还体现在心理效应,使得经济激励、代理人努力水平和业绩之间不具有严格的相关关系。代理人个体特征(能力、风险态度、社会偏好等)、参照点效应(其他代理人报酬和决策者的期望收益)、工作意义等均影响经济激励与努力工作程度之间的关系。^[13]关于支付方式对初级保健医生行为影响研究的系统综述显示,尽管有一些证据表明支付方式可以影响医生的行为,但是结果存在较大差异,实证研究结果的不一致性可能与难以准确测量和控制混杂因素以及可能存在的内生性行为因素有关。^[14]在目前国际支付方式改革的趋势下,关注服务提供者的行为特点和规律(即激励机制中的心理效应),对于完善支付方式改革中的激励机制具有重要意义。^[15-17]实验经济学的研究进一步验证了医生利他性对支付方式作用机制的影响。Brosig-Koch 和 Hennig-Schmidt 等设计经济学实验就支付方式对医生行为的影响进行了系列研究,这些研究基本验证了理论预测的按服务付费会导致医生的诱导需求,按人头付费会导致供给不足。^[18-19]Godager 等分析了医生的利他性,结果发现几乎所有医学生对患者健康收益的权重都为正,即医学生在个人利润和患者健康收益之间权衡时,给予患者健康收益正的权重,其中 44% 的医学生给予患者健康收益高于个人利润的权重。^[20]另外,相关研究也发现医生具有提供高质

量医疗服务的内在动机,而货币激励对医生内在动机具有一定的“挤出”效应。^[21]医疗服务提供方(医院管理者和医生)的利他性会弱化支付方式的经济激励效果,而过强的经济激励则存在挤出供方内在动机的风险。

因此,医疗服务目标的多维性、医疗机构内部激励制度、管理者和医生利他性偏好等都会影响支付方式由后付制向预付制改革调整医疗服务行为的预期效果和强度。

2.3 由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制

2.3.1 多任务委托代理关系下的间接激励机制

支付方式由后付制向预付制改革对医疗服务行为的影响实质是多任务委托代理关系下的间接激励

机制(图1)。根据我国医疗服务体系的特点,支付方式对医疗服务行为的影响首先是对医疗机构管理者行为的影响,进而转化为医疗机构内部管理对医生行为的激励,医疗机构管理者起中间传导作用。医院管理者是医院的代理人,既对医院经营管理负责,关注其经济收益,也要保证服务质量,保障患者医疗安全。医院管理者对支付方式的反应,体现在其对医院收益和患者受益目标的权衡。医院管理者作为医院和患者的双重代理人,其决策行为是寻求医院收益和患者受益的最优均衡点。支付方式对医院管理者行为的影响决定了医院管理者对医生激励模式的选择,即将外部经济激励转化为内部对医生的激励(以医保支付结果为基础的激励机制)的程度。

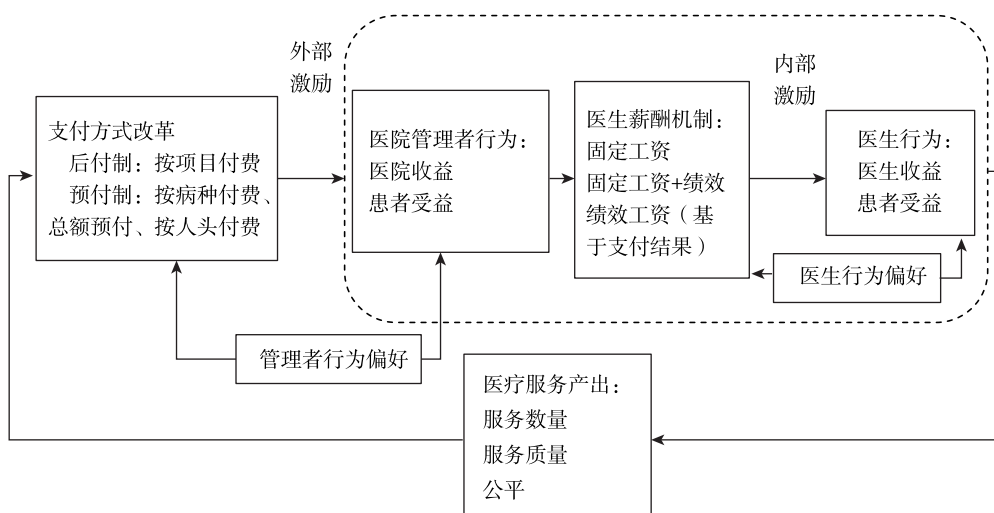


图1 后付制向预付制改革对医疗服务行为影响的作用机制

2.3.2 支付方式间接激励的传导机制

支付方式由后付制向预付制转变影响医保机构和医院成本风险的分摊机制,后付制下医保机构承担主要的成本风险,预付制下医院分摊部分成本风险。当医院面临成本风险时有动力通过内部管理提高效率降低服务成本,控制服务费用。由于医生是医疗服务的主要决策者,当医院管理者面临较大成本分摊风险时就有可能将风险通过绩效考核机制转移给医生。医院医生作为患者的代理人,同时也要考虑个人收益,其决策是个人收入和患者受益之间的权衡。医院内部对医生的货币激励机制以固定工资和绩效考核机制为主,根据多任务委托代理模型,当医生面临多任务时,固定工资制激励医生把主要精力放在边际努力成本小的任务上;绩效工资

制则激励医生在可测量性高且边际产出和边际努力增加相关性高的任务上。^[22]医院管理者面临医院经营管理任务和公益性的任务,医院管理者对医生激励机制的选择依赖于支付方式对医院带来的成本压力,以及医院管理者面临的多重任务。医保支付方式对薪酬支付机制影响的程度决定了其对医生行为影响的程度。管理者和医生的行为偏好(利他性)影响外部激励的效果,对内部激励政策的完善提出更高的要求。

3 完善后付制向预付制改革的发展路径

鉴于医疗服务目标的多维性、医务人员激励的间接性,以及医疗服务提供者的利他倾向对支付方式改革效果的影响,本研究从健康价值引导、混合支

付、鼓励管理者和医生参与三个方面提出完善后付制向预付制改革的发展路径。

3.1 确定以健康价值引导的支付方式改革方向

以控制医疗费用的过快增长为目标的支付方式改革是短期战略,符合医疗服务价值观,转变医院和医生盈利动机的激励机制的变革才是长期发展战略。^[23] 医疗服务保障健康的基本价值决定了控制医疗费用不能以牺牲医疗服务的质量为代价。当面临多任务目标时,需要决策者确定其改革政策的优先重点(费用控制或改善质量)。^[24] 这将决定支付方式改革的发展方向,以及与支付方式相配套的制度建设。

影响医疗费用上涨的因素很多,除了从医疗服务供方行为影响的角度控费,还要从大健康的角度考虑医疗保障的政策。人口快速老龄化、新技术的应用以及人口流动增加带来的传染病传播的风险,都需要从大健康的角度考虑医保补偿范围和支付方式的变革。申曙光等提出“大医保”的概念,包括从“保疾病”逐渐走向“保健康”;提高医疗卫生服务的可及性和效率;提高医疗卫生服务的质量;以满足人民健康需求为导向这一概念将医疗保险从补偿医疗服务费用的角色提升到以健康价值为引领,推进卫生服务体系有效供给的高度。^[25] “大健康”视角下的“大医保”面临多任务目标,需要完善公共卫生服务、医疗服务和医疗保险之间的协同机制,也必然要求重新审视健康价值引领的支付方式选择的优先重点,将质量保证优先于费用控制,同时完善相应的配套制度。

3.2 采用多任务目标下混合支付方式的策略

多任务的目标下,混合支付方式是可选的发展路径。以往研究显示,预付制和后付制的混合优于单一的支付方式。Ellis 和 McGuire 在美国预付制(DRG)改革的背景下首先构建了分析预付制对医生行为影响的理论模型,该模型基于委托代理理论,假定医生同时作为医院和患者的代理人,支付制度的效果依赖于医生对两个委托人价值的判断,如果医生对患者受益的评价低于对医院收益的评价,则会导致医疗服务供给不足,而以成本为基础的后付制则导致供给过度,两者结合的混合支付方式优于两种单一的付费方式,能够激励医生提高服务效率,减少不必要的服务,降低供方的风险。^[3] 实验经济学的研究也发现混合支付方式(按服务项目和按人头预

付)更有利于激发医生提供最有利于患者的服务量。^[26] Robinson 对医疗机构内部支付方式的调查显示,一半以上的医疗机构内部采用将后付制(按服务付费、绩效工资)和预付制(按人头付费、不基于绩效的工资)混合的激励方式,而且寻求将外部激励和内部对医生的激励机制相结合的策略。^[27] Dumont 利用面板数据分析加拿大魁北克地区对医生支付从按项目付费到混合付费(固定工资和按项目付费混合)改革的效果,混合付费下医生提供服务数量减少,单次服务时间增加,教学和管理工作的时间也有所增加,存在数量和质量的潜在替代关系。^[28]

国内学者在分析单一支付方式对医疗服务行为激励作用优缺点的基础上,提出了向混合支付方式发展的设想。^[29] 李静静和王健在国内首次使用实验经济学的方法,验证了按服务项目付费和按人头付费两种支付方式对医生行为的影响,并基于研究结果提出了向混合支付方式转变的建议。^[30] 杨永梅根据经济学成本效用理论,提出中性医保支付方式以医疗服务数量无关的预付制为基础,混合按成本支付的后付制可以实现医保支付的中性,有助于抑制医生诱导需求。^[31] 张馨元等以北京地区医学生为样本,利用实验经济学的方法探讨了后付制和预付制对医生医疗服务行为的影响,结果显示,虽然 DRG 付费方式已经考虑了疾病的严重程度,但当疾病严重程度最高时,预付制带来的患者健康损失最大,建议在疾病严重程度高、不确定性强时,考虑采用预付制和后付制混合的支付方式。^[32] 考虑疾病严重程度将预付制和后付制混合的支付方式一定程度上弱化了预付制带来的经济激励,但更加符合医疗服务的价值观。

3.3 从管理者和医生认同的角度完善激励制度的设计

3.3.1 医院管理者的参与促进支付方式改革与内部激励机制的结合

在间接激励机制下,医院管理者对支付方式改革的认识以及转化为具体的医生激励措施影响医生的服务提供行为。^[33-34] 在我国 DRG 试点逐步推开的进程中,医院管理者已经意识到以病种为基础的支付方式改革对医院管理带来的挑战,从管理上重点关注医疗成本的控制,保证医疗质量,提高医疗服务效率。^[35-36] 医疗保险机构作为第三方支付机构,单纯的费用控制目标同医疗服务体系在具体的管理目

标上存在着一定的冲突,在改革的过程中也往往会
出现将对方作为对立面。但是,从医疗服务健康价
值角度看,两者的目标是一致的。而且,由于医疗服
务提供方在医疗服务体系中独一无二的地位,只有
得到医疗机构认同的支付方式改革,才能够真正得
以实施。医疗服务体系的配合程度和效果将直接影
响医疗保障体系目标的实现。学者将我国少数地区
在极短时间初步建立 DRGs 支付体系归功于医保与
医疗机构的谈判协商机制和供方的参与性。^[37]

3.3.2 医生的参与和认同实现外部激励的内化

过强的经济激励存在挤出医生内在动机的风
险,而能够被医生认同的外部激励对医生的行为具
有积极的意义。关于企业的研究显示控制性、非内
化的外部动机削弱员工的内部动机;自主性、内化
的外部动机(认同动机)能够促进和保护内在动机。^[38]
对丹麦全科医生的研究显示,当全科医生认同外部
激励为提高质量的手段时,可以促进其内部动机。^[39]
支付方式改革同医疗服务价值观中预防为主、健康
促进、患者至上等理念结合起来,是改革的长远战
略。^[7]在医生利他性普遍存在的情况下,使医生参与
支付方式改革,建立医保、医院、医生认同的支付方
式改革路径,是实现支付方式改革长远效果的基础。

随着后付制向预付制为主的支付方式转变,必
将带来医保制度和医院内部管理的改变。医保支付
方式的改革需要从健康价值引导、混合支付策略设
计和建立医疗服务提供者认同的激励制度等方面进
一步完善,以实现费用控制和质量保障的平衡,体现
医疗服务的价值。同时,也需要进一步深化相关实
证研究,为支付制度的完善提供依据。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 彭宅文. 改革开放以来的社会医疗保险制度改革:政策
范式转移与制度约束[J]. 社会保障评论, 2018, 2(4):
56-74.

[2] Boris K, Kantarevic J. Quality and quantity in primary care
mixed payment models: Evidence from family health organi-
zations in Ontario [J]. Canadian Journal of Economics,
2013, 46(1): 208-238.

[3] Ellis R P, McGuire T G. Provider behavior under prospec-
tive reimbursement: Cost sharing and supply[J]. Journal of
Health Economics, 1986, 5(2): 129-151.

[4] Langenbrunner J C, Cashin C, O'Dougherty S. Designing
and implementing health care provider payment systems:
how-to manuals[M]. The World Bank, 2009.

[5] Mougeot M, Naegelen F. Supply-side risk adjustment and
outlier payment policy [J]. Journal of Health Economics,
2008, 27(5): 1196-1200.

[6] Holmstrom B, Milgrom P. Multitask principal-agent analy-
sis: Incentive contracts, asset ownership, and job design
[J]. Journal of Law, Economics and Organization, 1991, 7
(1): 24-52.

[7] 王冬. 基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新[J].
社会保障评论, 2019, 3(3): 92-103.

[8] 简伟研. 医疗费用支付制度选择研究[D]. 北京: 北京大
学, 2007.

[9] Conrad D A. Design and impact of physician payment incen-
tives: theory and evidence [EB/OL]. (2017-02-06)
[2020-10-01]. [http://www.dictionaryofeconomics.com/ar-
ticle?id=pde2013_P000382](http://www.dictionaryofeconomics.com/article?id=pde2013_P000382)

[10] 汪良军, 童波, 陆海. 合约理论的实验研究进展[J].
经济学动态, 2015(4): 103-120.

[11] Hennig-Schmidt H, Wiesen D. Other-regarding behavior
and motivation in health care provision: An experiment with
medical and non-medical students [J]. Social Science &
Medicine, 2014, 108(5): 156-165.

[12] 埃里克·布鲁索, 让·米歇尔·格拉尚, 编. 王秋石,
李国民, 李胜兰等, 译. 契约经济学(理论和应用)
[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2011.

[13] Koszegi B. Behavioral contract theory [J]. Journal of Eco-
nomic Literature, 2014, 52(4): 1075-1118.

[14] Gosden T, Forland F, Kristiansen I S, et al. Impact of
payment method on behavior of primary care physicians: a
systematic review [J]. Journal of Health Services Research
& Policy, 2001, 6(1): 44-55.

[15] Khullar D, Chokshi D A, Kocher R, et al. Behavioral eco-
nomics and physician compensation—Promise and Challenges
[J]. New England Journal of Medicine, 2015, 372(24):
2281-2283.

[16] Khullar D, Safran D G. Using behavioral economics in pro-
vider payment to motivate improved quality, outcomes &
cost: The Alternative Quality Contract [J]. Healthcare,
2017, 5(12): 6-8.

[17] Emanuel E J, Ubel P A, Kessler J B, et al. Using behav-
ioral economics to design physician incentives that deliver
high-value care [J]. Annals Internal Medicine, 2016,
164: 114-119.

[18] Hennig-Schmidt H, Selten R, Wiesen D. How payment
systems affect physicians' provision behavior— An experi-

- mental investigation [J]. *Journal of Health Economics*, 2011, 30(4): 637-646.
- [19] Brosig-Koch J, Hennig-Schmidt H, Kairies N, et al. How to improve patient care? - An analysis of capitation, fee-for-service, and mixed payment schemes for physicians[R]. *Ruhr Economic Papers*, 2013.
- [20] Godager G, Wiesen D. Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism[J]. *Journal of Health Economics*, 2013, 32: 1105-1116.
- [21] Green E P. Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physician incentives[J]. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2014, 106 (98): 367-378.
- [22] 郭科, 顾昕. 公立医院管理中的激励机制: 多任务委托代理理论的视角[J]. *经济学动态*, 2015(10): 49-57.
- [23] Yip W C, Hsiao W, Meng Q, et al. Realignment of incentives for health-care providers in China[J]. *Lancet*, 2010, 375(9720): 1120-1130.
- [24] Allard M, Jelovac I, Léger P T. Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms[J]. *Journal of Health Economics*, 2011, 30(5): 880-893.
- [25] 申曙光, 张家玉. 医保转型与发展: 从病有所医走向病有良医 [J]. *社会保障评论*, 2018, 2(3): 51-65.
- [26] Brosig-Koch J, Hennig-Schmidt H, Kairies N, et al. The effects of introducing mixed payment systems for physicians - experimental evidence [R]. *Ruhr Economic Papers*, 2015.
- [27] Robinson J C, Shortell S M, Li R, et al. The alignment and blending of payment incentives within physician organizations [J]. *Health Services Research*, 2004, 39 (5): 1589-1606.
- [28] Dumont E, Fortin B, Jacquemet N, et al. Physicians' multitasking and incentives: Empirical evidence from a natural experiment [J]. *Journal of Health Economics*, 2007, 27 (6): 1436-1450.
- [29] 王东进. 完整系统地推进医疗保险支付制度改革[J]. *中国医疗保险*, 2011(8): 6-7.
- [30] 李静静. 支付方式对医生行为影响的实验经济学研究 [D]. 济南: 山东大学, 2016.
- [31] 杨永梅. 医保支付对医生行为影响的经济分析[J]. *医学与哲学*, 2016, 37(7): 66-69.
- [32] 张馨元, 韩优莉, 薄云鹊, 等. 由后付制向预付制转变对医生行为影响的实验研究证据 [J]. *中国卫生经济*, 2020, 39(4): 28-32.
- [33] 邵辉. 糖尿病按人头付费支付方式改革对医院管理的影响研究—以天津市 ST 医院为例 [D]. 天津: 天津大学, 2014.
- [34] 张翠华. 供方支付方式改革对核心利益相关主体行为影响的研究 [D]. 重庆: 第三军医大学, 2014.
- [35] 朱国隆. 医疗保险费用支付方式改革对医院管理的影响 [J]. *中外健康文摘*, 2013, 12(38): 252-253.
- [36] 焦卫平, 张晨, 郭娜, 等. 医疗保险 DRGs 付费试点实践与效果评价 [J]. *中国病案*, 2016, 17(12): 50-51.
- [37] 顾昕. 中国医保支付改革的探索与反思: 以按疾病诊断组 (DRGs) 支付为案例 [J]. *社会保障评论*, 2019, 3 (3): 78-91.
- [38] 张剑, 宋亚辉, 刘肖. 削弱效应是否存在: 工作场所中内外动机的关系 [J]. *心理学报*, 2016, 48(1): 73-83.
- [39] Pedersen L B, Andersen M K K, Jensen U T, et al. Can external interventions crowd in intrinsic motivation? A cluster randomized field experiment on mandatory accreditation of general practice in Denmark [J]. *Social Science & Medicine*, 2018, 211: 224233.

[收稿日期:2020-11-07 修回日期:2021-02-10]

(编辑 赵晓娟)