

**薪酬对医师行为的影响：
“当激励与职业精神发生冲突”
(William Hsiao – 2008)**

**第四届中美医师职业精神会议
2009年10月**

**Sharon Levine, MD and David J Rothman PhD
Kaiser Permanente
and
Institute for Medicine as a Profession**

美国卫生体制改革的迫切性

- 1/6 的美国公民缺少保障基本保健服务的使用权——无保险
- 卫生保健花费所占**GDP**比例持续增长：**2008年达到16.7%**，预计**2020年将达到20%**——这将会给其他的社会需求带来负面影响，如：教育、基础设施建设、国家安全
- 卫生产出一般或低于平均值——例如：预期寿命、疾病死亡率
- 保健成本**>**所有发达国家平均值的**2.5倍**

保健的高成本——多因素

- 高成本的管理与低效率的筹资
- 更高的投入价格——药品、器械、诊断检查和医师服务
- 昂贵保健和服务的过度使用——例如：核磁共振（MRI scanners） 3X, 心血管再造（cardiac revascularization） 2X, 药品总花费（越是新药，价格就越昂贵） 2.5X
OECD 平均值

高成本干预 “滥用传统” 的多因素分析

- 医师培训— 一切为了病人的评价激励机制
- 实践中的同伴文化— 奖励最有干劲的人
- “防御性治疗” — 医师不会因为 “做得太多” 而遭到起诉
- 病人因素— 基于 “高技术” 解决方案的偏见； “新的” 与 “改善的” 相混淆； “直面消费者” 的 “医学奇迹” 营销

高成本干预 “滥用传统” 的多因素分析

- 对高技术的，大量的，高成本保健的鼓励、奖励与正面强化
 - > 也许MD的行为影响和“精神榜样”是最有力的途径
 - > 对其他途径的多重影响

尽管存在这样一个事实，社会期望，而且医生也相信，医师行为应当只接受职业伦理和职业精神的指导

薪酬激励

- 医师获得多少薪酬（占卫生保健花费总额的20%）远远不及他们如何获得薪酬和他们为了获得收入而选择做什么来得重要——
- 所有的支付方案都会有潜在的风险存在？
哪些方案可能会给病人和社会带来最大的风险，哪些风险是最容易通过其他机制得以抵消的？

主要的支付制度：

按服务付费（Fee-for-Service Payment）

- 主要表现：美国医师收入的80%以上来自于商业保险和公共支付
- “按量支付（Pay for Volume）” —鼓励做得更多，以争取更多的收入— 程序 VS. “观望与交流”
- “尽我所能帮助病人” 的希波克拉底誓言被解释为“不计成本、相关收益的可能性以及对其他风险池的影响而尽可能地去做好每一件事”
- 医师自我利益（收入） VS. 患者利益（卫生保健权） VS. 社会利益（对集体资源的需求）

主要的支付制度：

按人头付费（Capitation/Global Payment）

- 预设了一个每人每年的“风险调整”支付以提供其所有的保健需要
- 在个体医师/小群体层面上难以实施—风险调整不易实行
- 不会刺激“过度治疗”，但会存在治疗不足或不治疗的隐忧（和过度治疗相比，患者更害怕治疗不足）
- 医师的自我利益（做得越少，将保有越多的收入）
VS. 患者利益（得到必要的以及合理的照顾）
- 谁将从节省（**savings**）中获益？医师，患者，还是保险公司？

主要的支付制度： 薪酬（Salary）

- 主要表现：约 20% 的美国医师的薪酬——主要是大中型医院
- 在存在多个付费者的环境下，以及独立和小型医院中难以实施
- “效用中立（Utilization neutral）” – 既不鼓励做得过多也不鼓励做得过少
- 主要关注产出能力和患者的转诊——但是对行动措施和管理质量、产出能力和患者的满意度负有责任

医师薪酬改革： 对于卫生体制改革的必要性

- 在美国，人们普遍认为需要进行薪酬改革以应对逐年增长的卫生花费
- 但是，在实践上、政治上都很难实施；很可能出现美国卫生改革的“第二阶段（**second phase**）”——在继成功扩展保健的可及性和覆盖面的保险改革之后，不会对消费增长率有大的影响

影响医师行为的其他因素和“环境因素（ Environmental Signals ）”

- 产业诱因—基础科学研究提供的市场和物质准备，“收益证据（ evidence of benefit ）”
- 支付给医师的直接的（咨询费用）和间接的（差旅、教育基金等）；“食物、友谊以及奉承”
- 高技术干预和专家服务的“过度支付（ Overpayment ）” VS. 基本保健、预防和健康促进的“支付不足（ underpayment ）”

影响医师行为的“环境因素”

- 目前，很小比例的美国毕业生会选择参与初级保健医学方面的培训和实践——然而，有效的卫生保健体系却需要一个良好的初级保健基础
- 按服务付费不能给医师应对公共卫生问题提供激励（戒烟、环境对慢性病的影响、应对突发疾病的社区准备等等）

然而，激励并不是全部.....

制度和实践设定、职业伦理、价值和文化规范都或多或少地对医师行为有所影响

但是，尽管个体往往都会从其自身利益出发行动，“神圣职业本身的神圣性构成其自身奖励的一大部分（honor makes up a great part of the rewards of an honorable profession）”

激励并非全部.....

为了保证“所有的公民都能获得他们所需要的卫生保健，社会建立其所需要的卫生保健体系（高质量、可负担、公平和以患者为中心）”，我们必须加强职业精神建设以规约自我利益，并推进以下责任：

- 个体患者福利第一
- 人群的卫生需求
- 社群的资源

建构相关责任.....

- > 服务的产出，而不仅仅是“服务的量”
- > 为了改善保健服务的质量和有效性，
公开其结果和过程
- > 减少并最终消除支付方案内部的负面
刺激

The Permanente Medical Group的 医师薪酬与激励 – 一个大型多专业 的组织实践 (组织化医疗团队中的6000多名 医师)

- 原则和价值
- 方法论
- 结论
- 经验

原则和价值— 薪酬制度 ...

- 支撑组织的社会使命
- 确认“责任二分”
- 反映“群体责任”的重要性
- 对个体和群体的出色表现进行奖励
- 设计是否透明，是否易于理解
- 实施是否公平
- 支持和加强职业精神

方法论

- 专长和基于市场的薪金
- 在群体层面的行动激励：卫生计划“风险池份额”预算的**5-7%**
- 每一个医疗中心的份额反映其行动的质量和服务的目标
- 医疗中心决定个体医师的薪酬激励：医师上级领导运用客观标准进行判断以评价医师行动
- 医师领导与行动测量是必须的
- 成本和效用均无法决定医疗中心或医师的薪酬激励

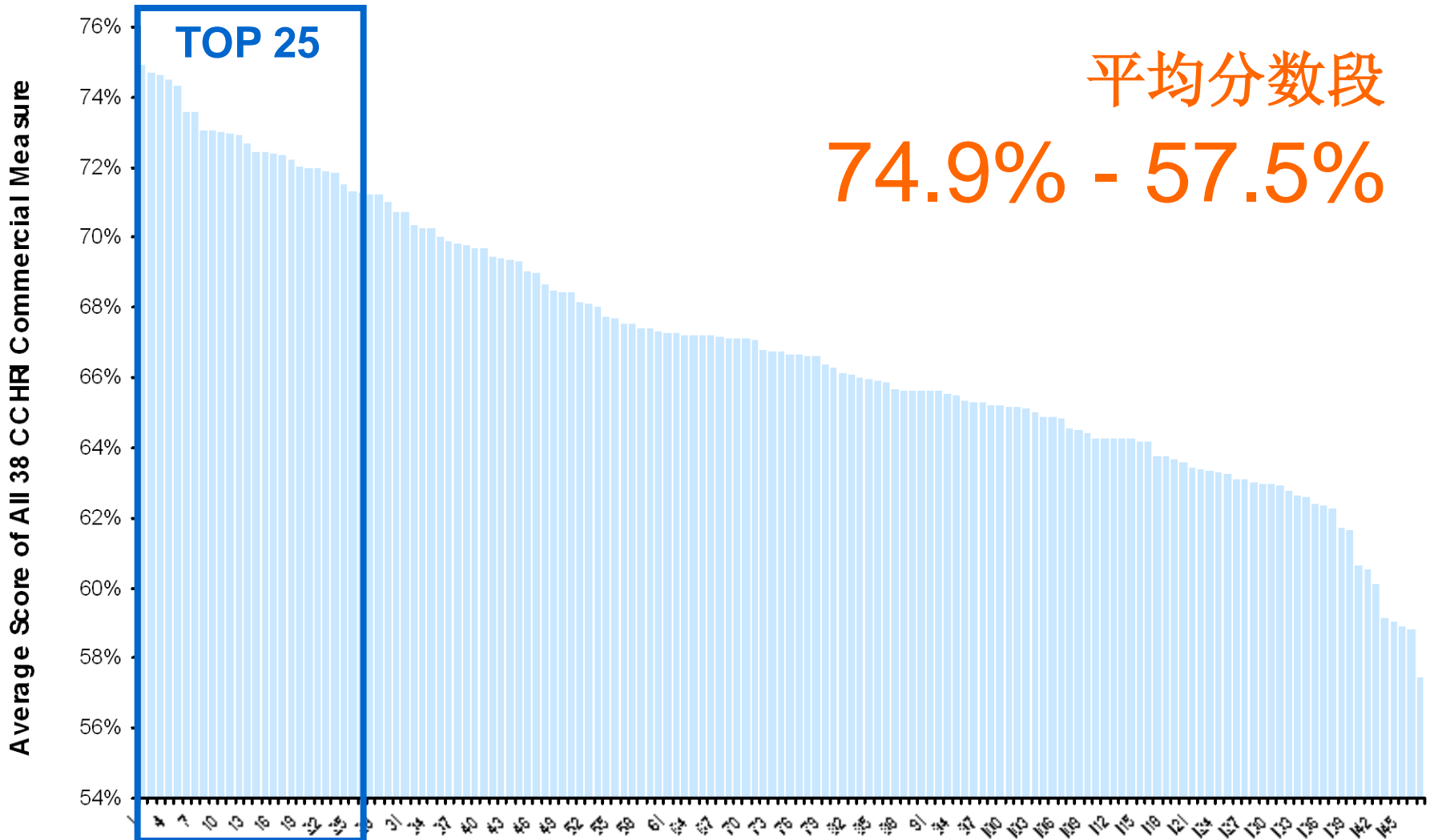
方法论

- 个体医师的行为标准
 - 照料（**care**）的质量与适当性
 - 提供给同僚的服务与患者的满意度
 - 团队贡献，“成员身份”
 - 工作量

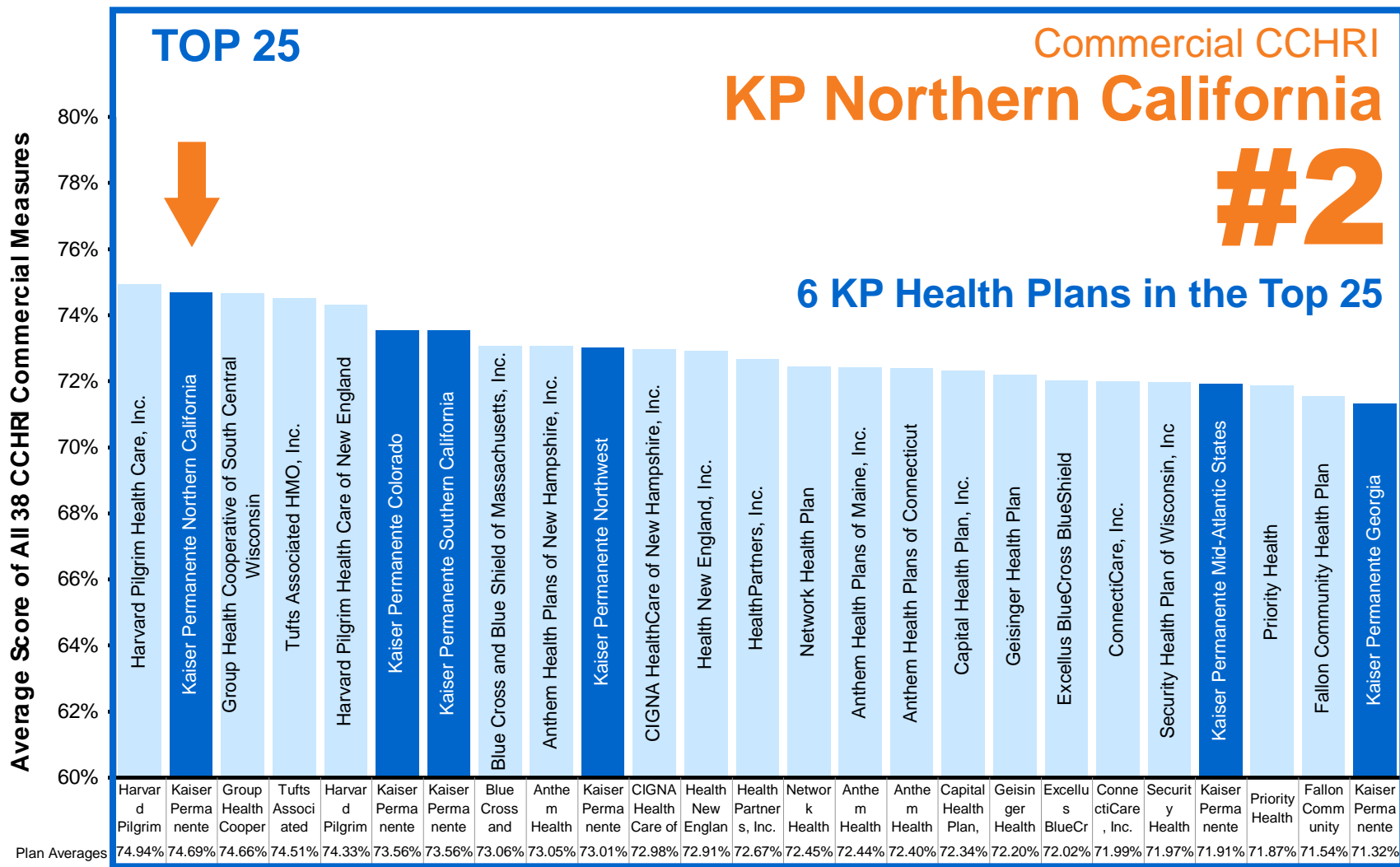
结论

- 有代表性的质量标准
- 资源效用
- 医师自豪感与职业满意度

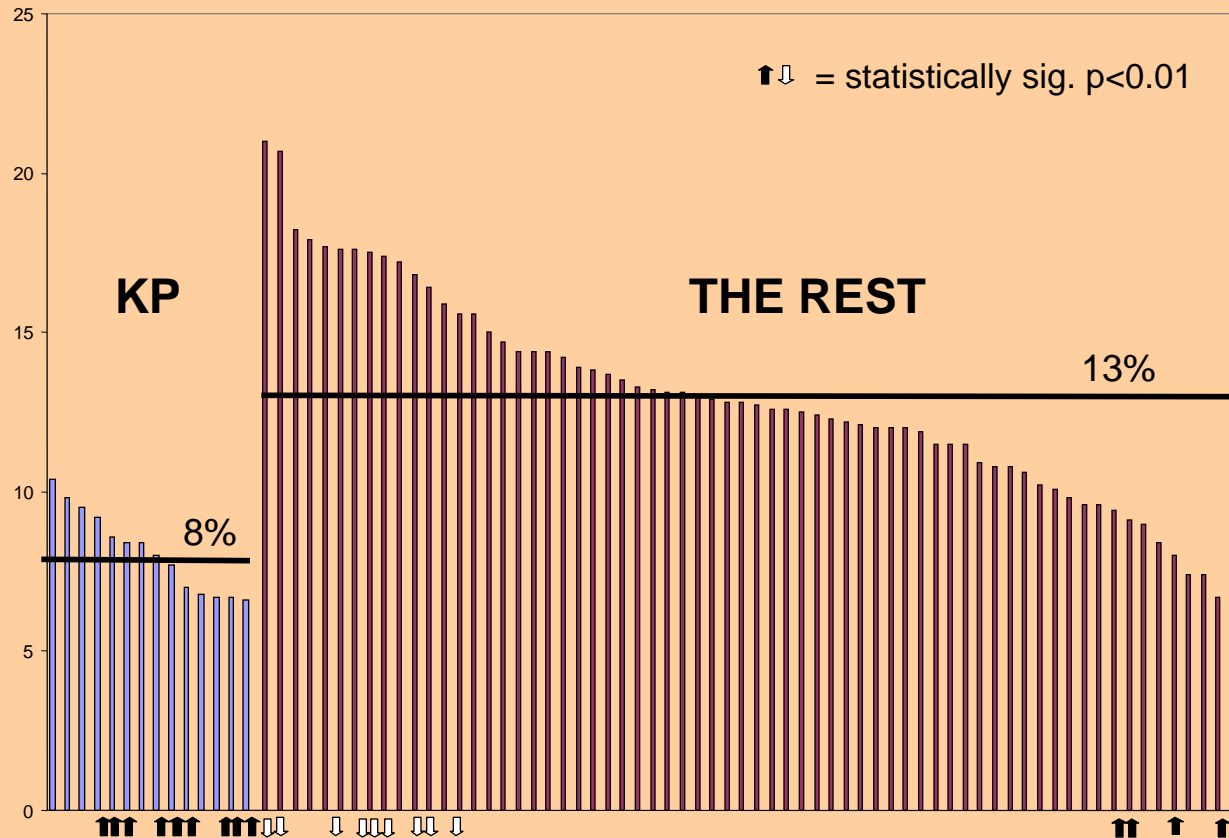
Nation-wide, 147 of 409 health plans report on all 38 Commercial measures of Quality.



KPNC's Clinical Quality Performance ranks second nationally (Commercial CCHRI).



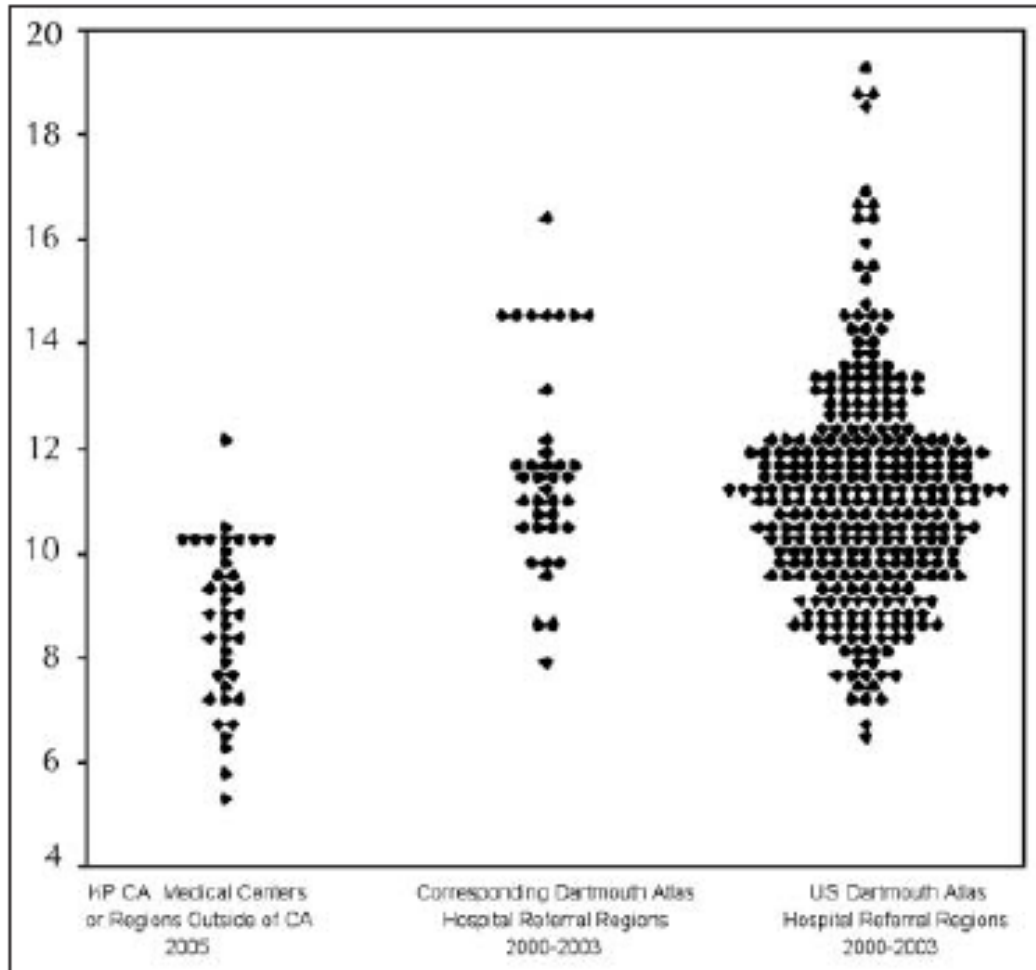
KP-Northern California Hospitals 30-Day Mortality After Acute Heart Attack



Group Practice

Source: 2002 study by the California Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD) which found that Kaiser Permanente members have a significantly greater chance of survival from heart attacks than non-members. The study, released in February 2002, showed that the survival of heart attack patients at all Kaiser Permanente hospitals was better than the statewide average. Overall mortality was 8 percent versus the statewide average of 12 percent.

Variation in Use of Hospital Days in Last Six Months Per Decedent



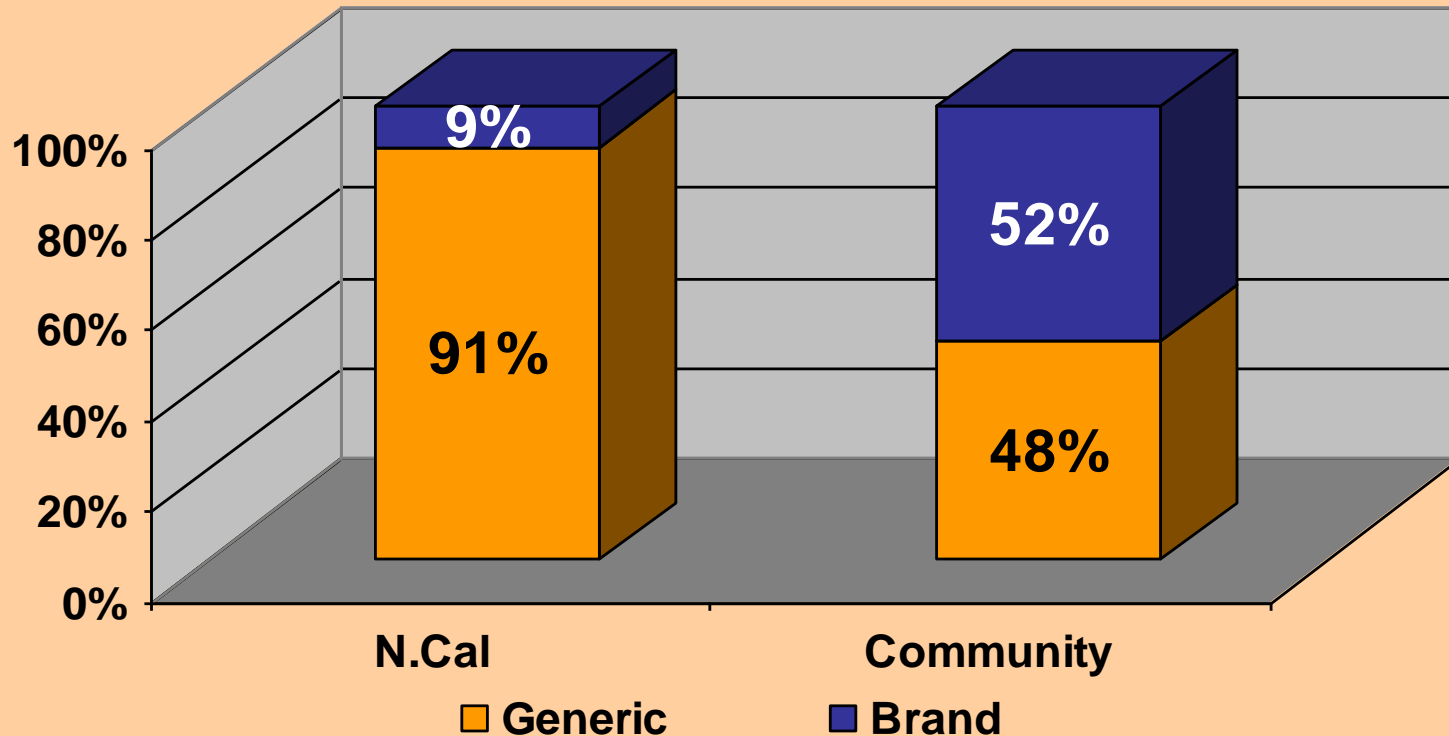
Source: "The Dartmouth Atlas Applied to Kaiser Permanente: Analysis of Variation in Care in End of Life," *Permanente Journal* Winter 2008

Figure 4. Variation in hospital days per decedent in last six months of life KP vs *Dartmouth Atlas* Hospital Referral Regions.

Statin Initiative

Market Share: Statins 2007

2007 N.Cal vs Community* Generic Statins vs Brand Statins/Statin Combinations** Market Share
Annual savings (cost avoidance) = \$104,500,000

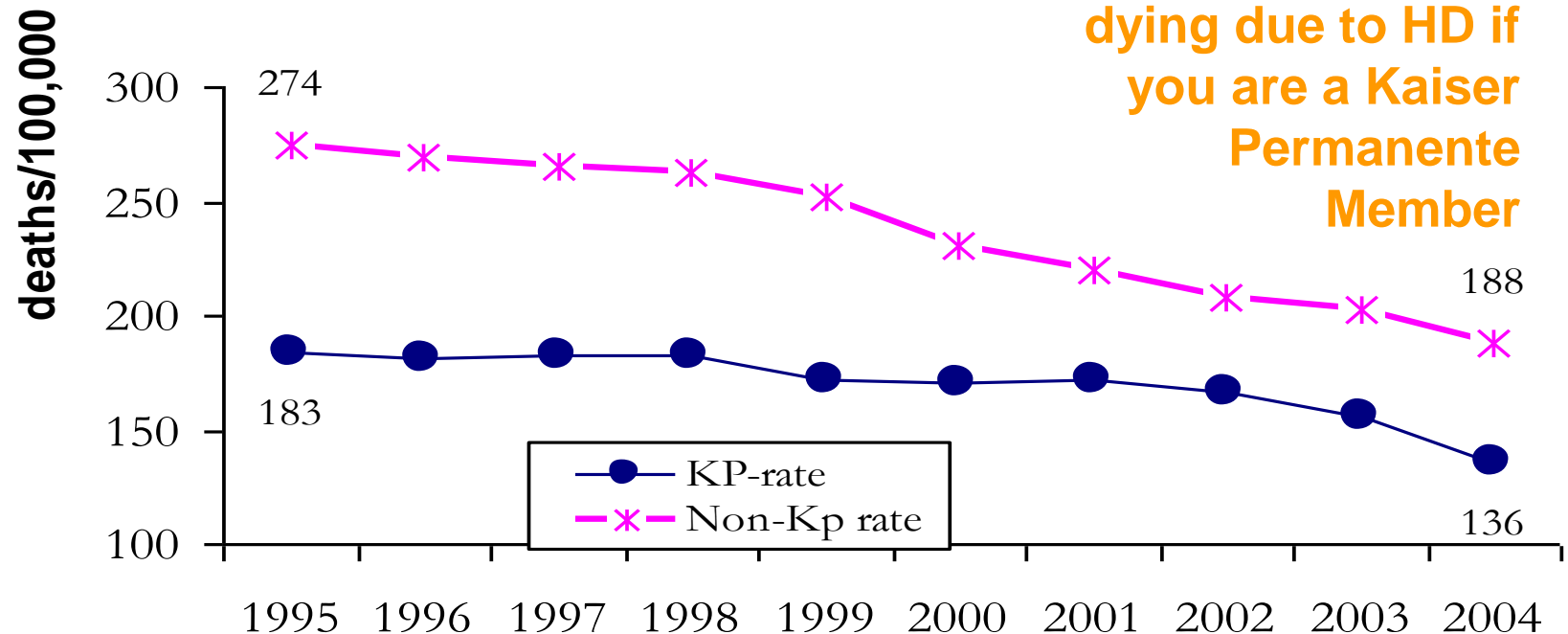


* Medimpact

** Generic: Lovastatin, Simvastatin, Pravastatin.
Brand: Crestor, Lescol, Lipitor, Vytorin, Advicor

心脏病死亡率降低

Trends in Heart Disease Mortality in the population of Kaiser Permanente (N. California) and the rest of California, age-sex adjusted*, 1995-2004



* 2004 KP is the standard pop for the adjustment year

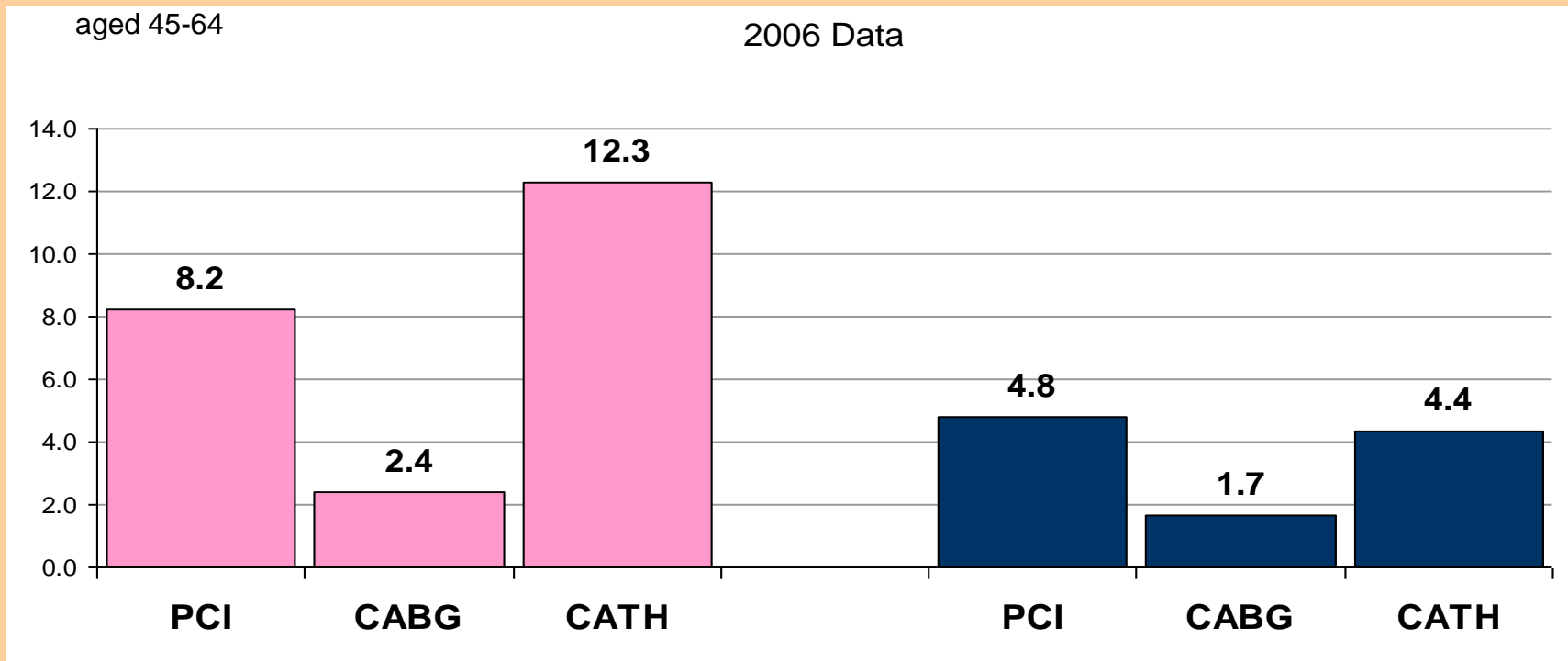
While Using Fewer Coronary Procedures –PCIs, CABG, CATH

National 50th Percentile Rate

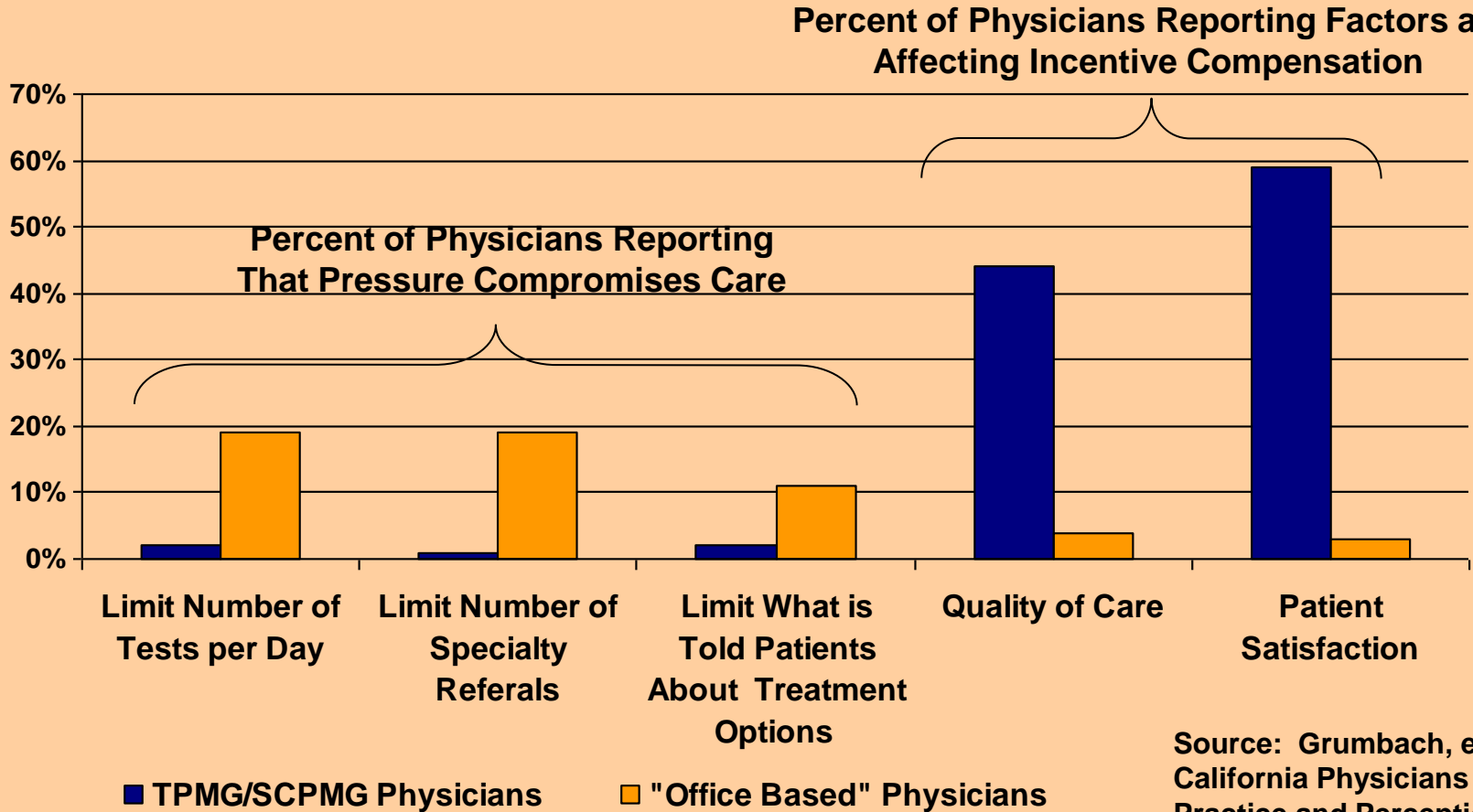
Kaiser Permanente Rate

Procedures/ Thousand Males
aged 45-64

2006 Data



职业满意度： KP报告中，初级保健医师在提供高质量的保健和服务时得到了较好的支持



Source: Grumbach, et. al., California Physicians 2002: Practice and Perception

2008 医师观念调查信息： 职业精神与自豪感

我在自己部门日复一日的工作证明质量是最重要的	4.3
我所提供的照料和服务的质量成就我自己作为一个医生	4.7
我的部门聘用那些能够提供高质量服务的医生	4.5
我将向好朋友推荐 Kaiser Permanente 是一个购买卫生保健的好地方	4.3
我为 Kaiser Permanente 为我们所服务社群的健康贡献感到骄傲	4.4
我为 Kaiser Permanente 高服务质量的良好声誉感到骄傲	4.4
我将向医生同僚推荐 TPMG	4.3

经验：在一种有严格职业规范的文化氛围中，

- 薪酬杠杆不能改变文化、激励医师或创造真正的医师满意度—而一种自豪的文化、职业精神和优秀的领导能力则可以
- 团队中，同僚之间的尊重同样是一种激励
- 一项预期的/基于薪酬的制度能够通过一个基于适宜价值、公开分享行动数据和良好管理的设计缓和和对低效和产出能力的关注