

# 论医生的双重角色及其激励相容

陈晓阳 杨同卫

**摘要:**在医患关系中,医生充当着双重角色,不仅作为患者的代理人或顾问为患者利益着想,同时也作为医疗服务的提供者为自己的利益着想。在这种双重角色下极易发生供者诱导需求,并进而导致过度医疗与医疗费用的上升。因此,有必要在支付机制、成本费用约束和外在于监督等方面实现对医生的激励相容,以规范医疗行为,切实降低医疗费用。

**关键词:**双重角色;诱导需求;过度医疗;激励相容

**中图分类号:**R-05 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2006)02-0027-03

**A Study on Doctor's Dual Role and Its Incentive Compatibility** CHEN Xiaoyang, YANG Tongwei. Medical Ethics Department of Medical School, Shandong University, Jinan 250012, China

**Abstract:** In the doctor-patient relationship, doctor is playing the dual role, namely not only considers patient benefit as patient's agent or consultant, but also strives for own benefit as the medical service. It is frequently to occur supplier-induced demand under this kind of dual role, and lead to over treatment and the medical expense rise. Therefore, it is necessary to realize incentive compatibility in aspect as payment mechanism, cost expense restraint, external surveillance and so on to standard medical behavior and reduce the medical expense.

**Key Words:** the dual role; the supplier-induced demand; over treatment; incentive compatibility

当前适宜技术与诊疗最优化问题是学术研究的热点和前沿<sup>[1-3]</sup>。备受研究者们关注的是:为何最优诊疗屡屡被过度医疗所驱逐,适宜技术屡屡被利益所打败;为何适宜技术难以推行,医疗费用节节攀升。本文尝试性地运用医生双重角色理论对以上问题进行研究,并运用激励相容理论探讨规范医疗行为、切实降低医疗费用的途径。

## 1 医生双重角色理论

医生双重角色理论是说,医生在医患关系中充当着相互冲突的双重角色。一方面,在以诚信为基础的医患委托代理关系中,医生以病人利益代理人的身份向病人推荐治疗方案;另一方面,在以利益为基础的医患交易关系中,医生以医疗服务供给方的身份从病人身上取得相应的经济利益。

如所周知,在一般消费品市场上,具有不同知识程度的消费者挑选他们所希望的货物和劳务。然而在医疗方面,由于供方和需方之间存在严重的信息不对称,如进什么医院或接受何种形式的治疗,不全是由患者决定,而是经过患者选择医生,最终由医生做出选择和决定。也就是说,患者将选择权让渡给医生,形成“委托—代理”关系(Harding A & Preker A. Innovations in Health Care Delivery: Organizational Reforms within the Public Sector presented at Conference in Guangzhou, China. April 1999.);然后,医生根据所了解的患者的经济状况与医疗需要,代表患者做出决定,就如同患者若具有同样医学知识也会做出同样的决定<sup>[4]</sup>。

在医疗活动中病人来到医院付款挂号,便与医方达

成契约,委托代理关系宣告成立。病人性命相托并根据医院的要求支付费用、给付报酬。但是如今医疗保健服务早已不仅是济世的手段,同时也是谋利的工具,医院经营者、药品、保健品生产和推销商,医疗器械生产厂家,都将目光聚集到医疗服务这个有利可图的行业上来,并以此谋求最大限度的利润。所以,医生在给患者医嘱治疗时,不仅作为代理人或顾问为患者利益着想,而且也作为医疗服务的提供者为自己的利益着想,为自己所代表的利益集团着想,医生所担当的双重角色因而得以确立。

## 2 医生双重角色可能导致的诱导需求与现实危害

医疗服务市场有需方被动而供方垄断的特殊性,医生在双重角色下可以创造额外需求,也就是供方诱导需求。研究者们曾尖锐地指出:在一个医生和患者拥有同等充分信息、或者医生总是像一个善意代理人一样只关注患者福利的世界里,供者诱导需求不会发生;而医生正是作为患者的代理人 and 医疗服务提供者的双重角色利用了“信息缺口”使诱导需求成为可能<sup>[5]</sup>。正是由于供者诱导需求的存在,使得过度医疗成为可能,使得医疗费用节节攀升。

以山东省为例,2000~2005年,在医疗机构数、床位数和卫生技术人员数逐年提高的情况下,单纯性病种的治疗费用也在不断上升。表1显示了2000年与1995年相比单病种医疗费用的增长情况。

根据供求规律和技术进步规律,对于单纯性病种而言,随着医疗技术的发展和供给的增加,医疗服务价格应该降低。但是所调查的六种疾病的治疗费用都在上升,最大上升比例为城市医院胆结石和胆囊炎的治疗费用,五年上升了136.36%,最低上升比例为县医院前列腺增生的治疗费用,上升比例为26.65%。考虑到物价

山东大学医学院医学伦理学研究所 山东大学人文医学研究中心 山东济南 250012

因素,2000年相对于1995年物价指数为109.3%,仅仅上升了9.3%。可见,其中绝大部分的医疗价格上升是不正常的,可以推断为与供者诱导需求有关。

表1 2000年与1995年相比单病种医疗费用增长情况

病种	医院类别	1995年(元)	2000年(元)	增长比例(%)
胃恶性	城市医院	1998.26	4215.13	110.94
肿瘤	县医院	1585.63	2460.90	55.20%
结肠恶	城市医院	2754.11	4817.78	74.93
性肿瘤	县医院	1838.18	2372.15	29.05
子宫良	城市医院	1242.73	2776.12	123.79
性肿瘤	县医院	1041.26	1732.13	66.35
阑尾炎	城市医院	845.13	1872.34	121.54%
	县医院	840.78	1189.15	41.43
胆结石、胆	城市医院	1312.95	3103.33	136.36
囊炎	县医院	1156.88	1803.19	55.87
前列腺	城市医院	1286.98	4198.73	226.25
增生	县医院	1726.79	2186.96	26.65

资料来源:山东省卫生厅 山东省卫生统计资料。

关于供者诱导需求问题,Reinhardt Uwe W. (1989)曾断言:“显然,医生诱导需求这一问题直指当今卫生政策的要害,那就是,对于卫生保健内部的资源配置的足够控制力来自需求方还是来自对提供方的管制。”<sup>[6]</sup> 本文认为,医疗活动的特殊性,决定了患者不能诊疗自己的疾病,而必须通过医生来进行。这实际上是医患之间在信息不对称状态下所达成的委托代理关系,是掌握较多信息的代理人(医生)与掌握较少信息的委托人(患者)之间的博弈。为了让充当双重身份的医生真正忠实于患者的利益,切实消除诱导需求,降低医疗费用,必须在机制设计上实现对医生的激励相容。

### 3 实现对医生激励相容的途径

按照信息经济学理论,在委托代理关系中,最突出的两个组成要素是冲突的目标和分散的信息。目标冲突是指委托人和代理人各自有自己的利益要求,其间蕴涵着发生冲突的可能性。

在医患委托代理关系中,这种目标冲突的存在正是源于医生所充当的双重角色。信息分散是指代理人往往具有委托人所不知道的信息,这也常常被称为不对称信息。在医患委托代理关系中信息不对称尤其显著。在委托代理关系中由不对称信息带来的核心问题就是:如何在委托人不掌握一些信息的情况下使代理人按照委托人的利益目标行动。激励就在此时发挥作用——委托人给予代理人以激励,让他们按照委托人的利益目标行动。为了保证激励方案的有效性,需要方案满足两个约束条件:参与约束和激励相容约束。参与约束即代理人从接受合同中得到的期望效用不能小于不接受合同时能得到的最大期望效用<sup>[7]</sup>。激励相容约束简单地说,就是要求无论代理人的私有信息如何,代理人按照委托人所希望的那样行事的话则代理人得到的支付最大。<sup>[8]</sup> 相对于参与约束,激励相容约束更为关键,在实际操作中更为复杂和困难。

借鉴激励相容原理,推行适宜技术,降低医疗费用的根本途径在于:在患者和医生之间构建激励相容机

制,使医生无论如何行动、无论在信息上如何占优,都只有在忠实和维护患者利益的状态中才能够获得最大的利益。本文在支付机制、成本费用约束以及外在规范监督三个方面提出设想与建议。

#### 3.1 设计激励相容的医疗费用支付机制

医疗费用支付机制包括支付方式、支付时机等。不同的支付方式将对医疗服务提供者产生不同的激励与约束,见表2。

表2 不同支付方式对医疗服务提供者的影响

支付方式	对医疗提供者决策与成本的影响
按项目支付	对医生没有约束作用,常常产生诱导需求与过度医疗,激励不相容
按病种支付	对医院费用产生约束作用,但也可能导致住院日下降和检查治疗不足导致质量下降
按床日支付	对医院成本产生约束,但也可能产生延长住院日和降低日常服务质量等难以预见的情况
按人头支付	可以有效地控制过度医疗,但也可能走向另一个极端——治疗不足
总额预算	可以有效控制医疗费用,但服务质量可能下降
薪金制	可以消除过度服务或者服务不足的激励,但可能导致效率下降,服务水平降低的道德风险

对提供方医疗费用的支付时机也将对提供者是否有控制费用的动机产生影响,即对提供者费用的支付是采取后付制还是预付制,将影响其医疗费用的支出水平,进而对医疗保险费用的控制产生不同的作用。如果采取前瞻性支付制度,即在年初确定支付费率,而不考虑治疗的实际成本,将激励提供者尽可能地提高效率,设法压缩每一名住院患者的成本,以获取更多的结余。相反,如果在年末即采用回顾性的支付方法,那么,支付费用就可能取决于医院对每一名患者的实际花费,则会刺激提供者想方设法地增加成本基数,以获取年终更多的补偿,在通常情况下预付制比后付制方式更鼓励医院提高效率,可以相对地更节约费用。

根据国内外的实践经验,基于我国目前的基本情况,在医疗费用支付方式选择上,必须改革单一的按项目付费的支付方式,根据医疗服务的多样性综合应用多种支付方式。比如对于社区医疗服务可以采用按人头付费的办法;对于特殊的疑难疾病采用按服务项目付费的办法;对于诊断容易明确、治疗方法相对固定的病种实行按病种付费;对于床日费用变动较小、床位利用率高,难以通过延长住院天数来增加费用的疾病,采用按床日费用付费的办法。

#### 3.2 建立激励相容的费用约束机制

建立对医疗服务提供者的合理的费用约束机制,将能有效地提高医生的费用意识,减少不适当用药和不必要检查。

从限制医疗服务提供量出发,有以下两种可供选择的费用约束机制:第一,医疗经费预算包干。这是指医疗保险公司作为需方的总代表对医院年度内的医疗经费实行预算包干制,超支不补或按比例补偿,结余归医院。这种激励措施将极大地调动医院科学、合理使用医疗资源、降低医疗费用的积极性。(下转第34页)

所当然<sup>[7]</sup>。

关于探索精神,科学就是探索未知。“非典”作为突如其来的一场未知的疾病,它的病原体是什么?传播途径是什么?医学就是在探索未知——获得已知——探索新的未知中前进的。关于团队精神,当代科学研究往往需要科学家结成团队才能攻克难关。2003年中国本是“SARS大国”,许多科学研究机构也开展了研究,但令人遗憾的是,主要研究成果却被外国科学家取得。内中除了科学研究水平的差距之外,还在于中国许多科学研究机关彼此互相封锁,缺乏团队精神。

由此可见,医学科学精神强调的更多的是一种科学态度。中国疾病预防控制中心流行病学首席科学家曾光曾经讲道:科学家有两种,一种是在捍卫科学,一种是在捍卫自己的学说,前者是在科学的大海中寻找和求证,而后者只是在自己的渔网中寻找和求证。因此,真正的科学精神是以怀疑、平等、多元、开放、互动为特征的。

所谓医学人文精神,就是倡导尊重人、爱护人,人人享有生命权、健康权。医学不仅要解除病痛,还要给人以良好的生命质量和生活质量。医学发展只有本着以人为本,以科学技术为手段,医学发展才是“科学发展”。笔者以为,这是符合温家宝总理在党的十六届三中全会提出的“科学发展观”的思想内涵。

灾难医学这个特殊视域凸显的恰恰是科学精神与人文精神的有机统一。反观重大的灾难史,我们发现虽然出现的灾难各不相同,但灾难背后反映的问题往往出奇的相似,即人类在对待自身生命的历史长河中经历了从神性的蒙昧到人性的全方位关怀的辩证开放过程,这是一条理想性的没有尽头的具有美学悲剧性色彩的艰辛探索之旅。

参考文献:

- [1] 张鸿祺. 灾难医学[M]. 北京:中国协和医科大学北京医科大学联合出版社,1993,7,8.
- [2] [日]久留一郎,罗丹. 灾难受害者的心理与社会支持[J]. 湖南医科大学学报(社会科学版),2000,2(4):79-80.
- [3] 吴国盛. 科学传播与科学文化再思考[J]. 中华读书报,2003,(10):29.
- [4] 李醒民. 科学精神和科学文化研究二十年[J]. 自然辩证法通讯,2002,(1):84.
- [5] 费孝通. 文化论中人与自然关系的再认识[J]. 新华文摘,2003,(1):130.
- [6] 梁浩材. 社会医学的历史使命[J]. 医学与哲学,1998,(4):1.
- [7] 曾厚生. 社会互动、文化观照与医学文化[J]. 医学与哲学,1996,(9):9.

作者简介:赵美娟,副教授,从事以博士生为对象的医学人文方面的教学与研究工作。

收稿日期:2005-06-14

(责任编辑:赵明杰)

(上接第28页)第二,资金预算限制,即采取资金总预算限制的方式来规范医疗行为和控制医疗费用。意大利、丹麦、英国等许多国家都以这种方式控制医疗费用的上涨。例如,丹麦规定医疗费用超出预算范围15%的部分,将在下一年度的经费预算中扣除。

按照上述思路,国家可以根据疾病的种类,规定医疗费用的最大增长幅度,规定药品收入和医疗收入的比例,规定非基本药物所占的最大比重,对于超出的部分保险公司可以拒绝支付,自付费病人可以拒绝支付等等。

3.3 实行激励相容的外在规范与监管机制

在合理支付机制、建立费用约束机制的同时,还可以通过外在规范与监管机制加强对医疗服务提供方的激励与约束。比如,(1)通过制定和实行基本诊疗规范、用药规范,来约束提供者的医疗服务行为和医疗费用支出水平。根据用药规范对每位医师诊疗病人的用药及其费用的合理性进行审核,与其工作业绩、奖励等联系起来。(2)建立一个由病人及其家属、医学专家等多方人士组成的医疗质量评估组织,根据病人的反应、医疗服务量、服务态度、医疗质量等多方面因素对医疗服务进行评估,并根据评估结果实行相应的经济奖惩。(3)将医疗费用控制结果作为医院绩效考核的主要指标,并与医院主要负责人的业绩直接挂钩,以强化责任人控制

费用的责任意识。一旦发现违规行为,即对之进行罚款、取消定点医疗服务资格等处罚;对出现违规行为的医生等医务人员个人,也可进行罚款和吊销执业资格等处罚。

参考文献:

- [1] 杜治政. 过度医疗、适度医疗与诊疗最优化[J]. 医学与哲学,2005,26(7):1-4.
- [2] 刘典恩. 适宜技术与诊疗最优化的可行性研究[J]. 医学与哲学,2005,26(7):5-8.
- [3] 郭照江,刘秦,赵登臣. 诊疗最优化原则的伦理学探析[J]. 医学与哲学,2005,26(7):20-21.
- [4] David Dranove, William White. Agency and the Organization of Health Care Delivery[J]. Economic Inquiry,1987,24(4):405-425.
- [5] Shain,Max,Milton. I. Roemer, Hospital costs relate to the supply of beds[J]. Modern Hospital,1959(92):71-73.
- [6] Reinhardt Uwe W. ,Economists in Health Care:Saviors,or Elephants in a porcelain Shop? [J]. American Economic Review,1989,(79):337-342.
- [7] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海:上海三联书店、上海人民出版社,2004.240.
- [8] 黄涛. 博弈论教程——理论与应用[M]. 北京:首都经济贸易大学出版社,2004.257.

作者简介:陈晓阳(1955-),男,博士、教授,山东大学人文医学研究中心主任,山东大学医学院医学伦理学研究所所长。

收稿日期:2005-12-13

(责任编辑:张斌)