分析
质量与结果框架：我们学到了什么？
Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?

来源：BMJ 2016;354:i4060 doi: 10.1136/bmj.i4060

Martin Roland和Bruce Guthrie评价绩效薪酬方案的得与失及其未来。

2004年，英国国家健康体系（National Health Service, NHS）引入了世界上最大、健康相关的按绩效付费的绩效薪酬方案——质量与结果框架(QOF)。然而，目前苏格兰正在放弃该方案，英格兰对此渐渐醒悟，很可能会导致一些重大改变。我们从中学习到了什么，未来QOF会发生些什么？

前景良好的开端

在上世纪90年代末，在英国，全科医师的工资已经大大落后于专科医师，全科医学的士气和招聘情况堪忧。政府和英国医学学会(British Medical Association, BMA)私下一致认为有必要大幅加薪。资金的来源也没有问题，因为政府在2000年承诺过将NHS开支占国内生产总值的百分比提高到欧洲中部国家的水平。当然，全科医生们亦需要给予政府相应的回报。BMA放下了她长期以来对“按质量支付”方案的反对，开始协商可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案。

接下来BMA和NHS雇主与少数临床顾问之间进行了为期18个月的谈判，以开发出能够形成该方案基础的结果测量指标（框图1）。重要的前提是，这些临床指标的构建应以循证指南为基础，以便这些指标能够博得广泛的专业支持（框图2）。该框架还包括与诊所机构和患者参与有关的指标。该一揽子计划是有争议的，BMA允许其成员在草案阶段和具体细节公开之后对方案进行投票。

实施过程耗时1年余。这些指标在引入财政奖励之前已经很好地用于指导计划的完善、电子病历和多学科团队管理慢性病的趋势。QOF结果导致了相对有限的额外质量改进，但减少了医疗照护中的社会经济不平等。

由于缺乏专业的支持或实施过程存在问题，一些指标被废除。需要实施新策略以持续改进医疗照护质量。

关键点

- 质量与结果框架(QOF)加速了先前的广泛使用电子病历和多学科团队管理慢性病的趋势
- QOF结果导致了相对有限的额外质量改进，但减少了医疗照护中的社会经济不平等
- 由于缺乏专业的支持或实施过程存在问题，一些指标被废除
- 需要实施新策略以持续改进医疗照护质量

以开发出能够形成该方案基础的结果测量指标（框图1）。重要的前提是，这些临床指标的构建应以循证指南为基础，以便这些指标能够博得广泛的专业支持（框图2）。该框架还包括与诊所机构和患者参与有关的指标。该一揽子计划是有争议的，BMA允许其成员在草案阶段和具体细节公开之后对方案进行投票。

实施过程耗时1年余。这些指标在引入财政奖励之前已经很好地用于指导计划的完善、电子病历系统中慢性病管理工具的投入，诊所详细的临床路径的产生，以及对在英国部分地区实施该方案的支持。临床电子数据是获得报酬所必需，因此在已经取得很好进展的社区诊所，临床电子病历系统得以广泛应用，尽管全科医生必须雇用更多的行政人员来收集所需的数据。QOF加速了原有的趋势——将慢性病的医疗照护转移给以护士为主导的诊所，尤其是糖尿病、心血管疾病和呼吸系统疾病。诊所使用依据QOF支付

来源：BMJ 2016;354:i4060 doi: 10.1136/bmj.i4060

马丁·罗兰 Martin Roland
布鲁斯·古思里 Bruce Guthrie

1 Institute of Public Health, Cambridge CB2 0SR, UK;
2 Population Health Sciences, University of Dundee, Dundee, UK

Correspondence to: M Roland mr108@cam.ac.uk

王艳丽 译
深圳市龙华区
中心医院
全科科
潘志刚 校
复旦大学附属
中山医院
全科医学系
规则而创建的软件工具，来监测医生对患者的照护。与更多的诊所内部管理手段一起，确保诊所能达到QOF的目标。

高额支付

因为低估了医疗照护的基线质量水平，政府在实施QOF的第一年总共支付了10亿英镑（相当于12亿欧元，13亿美元），比政府预期多出3亿英镑。这就意味着许多诊所在第一年中几乎都达到了最高表现分（因此也得到了最高支付）。随着QOF能提供额外的25%收入，诊所收入迅速增加。这当然也减少了对该方案的专业反对。然而，随着支付上涨幅度为零或接近于零，初始阶段上升的收入在接下来的10年内被逐步回收，以致诊所在2013—2014年的实际收入回落到2003—2004年的收入以下。

QOF是否改善了医疗照护质量？

QOF的确使医疗照护质量有所改善，但这是在一个广泛的NHS质量改进项目的背景下实现的。该项目包括主要慢性疾病的国家标准，对在NHS工作的所有医生年度考核，广泛使用临床审核对诊所进行比较，有时公开发布数据。以哮喘和糖尿病为例，QOF引入之后出现了医疗照护改善速度的小
幅上升。随着社会经济贫困地区诊所的绩效指标迅速赶上了较富裕地区的诊所，QOF关注的主要慢性疾病的医疗照护不平等程度有所下降。该方案可能限制了所纳入疾病的急诊住院的增加，但并未降低相关的病死率。

未纳入QOF管理的疾患，其医疗照护质量也持续得以改善，但是改善的速度低于QOF引入之前。当然也存在一定的负面的结果——例如，患者找自己选择的全科医生就诊的可能性持续下降，部分原因可能在于政府总是不懈关注激励医疗照护的快速可及性。

医生会作弊吗？

操纵数据很难被发现，计划中的“柔性监管”实际上也不严谨。政府的关注主要在该方案的一个方面——医生可以因各种原因将单个患者排除在数据之外的能力（例外报告），包括医生们的临床判断。这种能力对于该方案获取专业支持很重要，但是政府认为其很容易让人钻制度的空子。事实证明并非如此，仅有大约5％的患者被报告为“例外”。不过，正如预期，简单操作如测量血压的例外报告率较低，而复杂操作如诊断和中间结局（intermediate outcomes）的例外报告率较高。

QOF到底出了什么差错？

QOF仍然是世界上最大的医疗绩效支付实施方案之一，任何同等规模的项目都会遇到困难。在过去的数年里出现过几次技术问题，其中一个是最初的支付公式无意间系统性地导致大的、更富裕的诊所比同等质量的小诊所收入更高。第二个主要技术缺陷是我们给予诊所的支付金额是基于患者对全国调查问卷的应答情况确定的，而这个应答水平是随机变化的，以致于有些诊所的医疗照护虽然在改善，其实际收入却下降了。另外，方案实施后，某些指标也出现了问题，例如，常用于确定糖尿病登记情况的编码被改成了只登记那些能够完整描述糖尿病类型的档案。尽管这样做的本意是改进登记质量，一些患者因为糖尿病类型的编码不够具体而从QOF登记里实际消失了，这些患者随后可能得到较差的医疗照护。如果在方案实施前更好地验证这些指标，这些问题本可避免。但是，该方案最终在2009年英国国家健康与临床优化研究所（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）接管指标开发工作之后开始实施。

尽管最初的指标主要是全科医生看重的健康照护的有关方面，但随着时间的推移，指标与专业价值的一致性下降。造成这种情况的部分原因在于已经实现了容易的目标，并提出了基于循证医学的新指标，但这些新指标工作量很大，却只有微薄的收益。此外，QOF越来越多地采取了符合管理或政策流程，而不是临床流程的指标。同样引起关注的是，由于这些指标侧重于单一疾病，随着多重复杂病症的老年人口逐渐增加，这些老年人对健康照护的需求很难得到满足。2013年，诊所收入中与质量指标挂钩的最大百分比从25%下降到15%，因为全科医生认为较高的百分比代表的是管理，扭曲了临床实践。更极端的是，一个英语区（Somerset）的全科医生们在2015年达成了一项完全不同的方案来替代QOF，苏格兰在2016年放弃了QOF，选择了基于当地“质量圈”的质量改进方案。

全科医生的工作量已经在增加，全科诊所从NHS预算得到的份额已经在下降，工作压力比过去15年间空前增加，在这种的情况下，QOF产生的管理负担无疑使专业人士不欢迎QOF的程度增加了。

如今该怎么做？

人们一致认为，保持和提高医疗照护质量是一项职业责任，但对应该如何做到这一点缺乏一致意见。虽然公认QOF需要实质性的改变，但是去除按
表1 出错的指标示例

| 指标       | 问题                         |
|------------|------------------------------|
| 患者是否能成功预约的调查报告 | 调查人员不足，联系调查评分和薪酬的公式结构不合理，导致薪酬的巨大随机差异（2008年引入，2011年废止） |
| 新诊断抑郁症病例在28天内使用过抗抑郁的PHQ-9 | 与专业看法不一致，招致“缺乏支持证据”的大量批评(但是有些同样证据)。全科医生确诊未受到真实的批评，易被全科医生通过自由文本描述患者的问题来“操作”，而不是使用电子记录(2006年引入，2013年放弃)编码“抑郁症” |
| 诊所应当登记肥胖患者 | 诊所只需登记一名肥胖患者就可以有效申请支付。该指标不鼓励规律称体重以创造一个综合的肥胖登记或对肥胖问题的策略(2006年引入，仍在运行) |

绩效付费的激励措施后，是否会导致质量下降的证据是相互矛盾的。因为应当谨慎地进行有限而持续的数据收集，以避免财政激励撤销带来的严重不良后果。哪种方案最好？还缺乏证据，不过，在QOF引入之前10年内医疗质量的持续改进，显示了由当地临床审核支持的标准和指标制定与实施是有效的。苏格兰NHS选择了这种方法，用通过10-15个诊所协同工作来确定和制定相关改进工作并实施“质量圈”取代了QOF。他们有可以把全科医生从诊所解放出来的经验，但没有集中创造的目标或财务激励措施。威尔士正在进行类似的工作。

QOF的成功之处包括使用多年的多学科团队系统管理慢性疾病和广泛使用电子病历的趋势加速。然而，质量和安全改进需要更多数据和策略，并能经受时间的考验。通过说服，协作和密切协调专业与管理而赢得人心及认同，是非常重要的，至少与任何单个质量改进倡议的技术要素一样重要。QOF（和更广义的绩效工资）并不是提高质量和减少差异的万能神药，其替代方案也同理。究竟英格兰、苏格兰、威尔士、北爱尔兰NHS采取的这些不同方法中哪一种是最成功的，让我们拭目以待。

参考文献

1. Roland M. Linking physicians’ pay to the quality of care—a major experiment in the United Kingdom. N Engl J Med 2004;351:1448-54. doi:10.1056/NEJMp041294 pmid:15459308.
2. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. BMJ 2007;334:1357-9. doi:10.1136/bmj.39238.890810.BE pmid:17580318.
3. Health and Social Care Information Centre. GP earnings and expenses time series 2002-2014. 2015. http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=13317&q=title%3a%22GP+Earnings+expenses+time+series+2002-2014%22.
4. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of care in England. N Engl J Med 2009;361:368-78. doi:10.1056/NEJMa0807651 pmid:19625717.
5. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. Lancet 2008;372:728-36. doi:10.1016/S0140-6736(08)61123-X pmid:18701159.
6. Harrison MJ, Dusheiko M, Sutton M, Gravelle H, Doran T, Roland M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. BMJ 2014;349:g6423. doi:10.1136/bmj.g6423 pmid:25389120.
7. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet 2016;388:268-74. doi:10.1016/S0140-6736(16)00276-2 pmid:27207746.
8. Roland M. Does pay-for-performance in primary care save lives? Lancet 2016;388:217-8. doi:10.1016/S0140-6736(16)00500-3 pmid:27207745.
9. Doran T, Kontopantelis E, Valderas J, et al. Effect of financial incentives on incentivized and non-incentivized clinical activities. Evidence from the UK’s Quality and Outcomes Framework. BMJ 2011;342:d3590. doi:10.1136/bmj.d3590 pmid:21712336.
10. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. N Engl J Med 2008;359:274-84. doi:10.1056/NEJMa0800303 pmid:18635432.
11. Roland M. Should doctors be able to exclude patients from pay-for-performance schemes? BMJ Qual Saf 2015;30:bmjqs-2015-005003. doi:10.1136/bmjqs-2015-005003 pmid:26717988.
12. Guthrie B, McLean G, Sutton M. Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract. Br J Gen Pract 2006;56:836-41 pmid:17132350.
13. Roland M, Elliott M, Lyraizopoulos G, et al. Reliability of patient responses in pay for performance schemes: analysis of national General Practitioner Patient Survey data in England. BMJ 2009;339:b3851. doi:10.1136/bmj.b3851 pmid:19808811.

贡献者与机构(Contributors and sources): 本文的作者和编辑要感谢社会的贡献者。我们收到了来自1000多名医学专家的帮助，他们为这篇论文提供了宝贵的反馈和意见。我们通过网络和社交媒体进行了广泛的讨论和交流，与全球的医生和患者建立了紧密的联系。我们感谢所有参与这个项目的人员，他们的努力和贡献使这篇论文成为可能。
14 Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:b1870. doi:10.1136/bmj.b1870 pmid:19474024.
15 Gibson J, Checkland K, Coleman A, et al. Eighth national GP worklife survey. University of Manchester, 2015. http://www.population-health.manchester.ac.uk/healtheconomics/research/Reports/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport.pdf.
16 Dreischulte T, Donnan P, Grant A, Hapca A, McCowan C, Guthrie B. Safer prescribing—a trial of education, informatics, and financial incentives. N Engl J Med 2016;374:1053-64. doi:10.1056/NEJMc1508955 pmid:26981935.
17 Lester H, Schmittied J, Selby J, et al. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. BMJ 2010;340:c1898. doi:10.1136/bmj.c1898 pmid:20460530.

评论
“英国质量与结果框架：我们学到了什么？”读后感

杨秉辉
复旦大学附属中山医院全科医学系教授

对计划经济的诟病，很大的一部分是指向：计划经济抹杀了人从事生产劳动的积极性，干好干赖（得到的报酬）一个样，结果使得生产的发展停滞，社会也就难以进步了。

英国对全科医生的薪酬制实行“质量与结果框架（QOF）”的计酬办法，自2004年实施以来，被认为是世界上规模最大、健康相关的、按工作表现付费的绩效薪酬方案。不过，实施十多年来，取得了不少成绩的同时也暴露出了相当的缺陷，虽也不断修正改善，但仍难如人愿，苏格兰地区甚至已在开始放弃该方案。

英国自然不是计划经济国家，过去他们给全科医生的报酬是按其服务人群的数量来确定的。英国医学会曾长期不赞成对全科医生“按质量支付报酬”的方案，大约是因为认为医生不是工人，他们的“产品”很难判定优劣吧。不过，随着时代的进步，面对有可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案，英国医学会也就从善如流地接受了。

英国自然不是计划经济国家，过去他们给全科医生的报酬是按其服务人群的数量来确定的。英国医学会曾长期不赞成对全科医生“按质量支付报酬”的方案，大约是因为认为医生不是工人，他们的“产品”很难判定优劣吧。不过，随着时代的进步，面对有可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案，英国医学会也就从善如流地接受了。

果然，QOF实施之后，全科医生诊所对电子病历系统的全面推行、慢性病管理工具的投入、基于循证医学的临床路径的产生，甚至对经济不富裕地区医疗水平的提高，都起到了积极的作用。对指导计划，包括医疗记录、患者信息、教育培训机构、管理，药品管理的完善，都取得了良好的作用。

不过，随着时间的推移，QOF也暴露出许多不尽如人意之处。比如这些指标侧重于单一疾病，随着面临多重、复杂问题的老年人人口逐渐增加，这些老年人对健康照护的需求很难得到满足等等。

而且比较关键的问题在于，“QOF”越来越多地采取了符合管理或政策流程而不是临床流程的指标”QOF”产生的行政负担无疑使其在专业人士中不受欢迎的程度增加了”。这篇文章的作者认为：QOF并不是提高（医疗）质量的灵丹妙药。

英国自然不是计划经济国家，过去他们给全科医生的报酬是按其服务人群的数量来确定的。英国医学会曾长期不赞成对全科医生“按质量支付报酬”的方案，大约是因为认为医生不是工人，他们的“产品”很难判定优劣吧。不过，随着时代的进步，面对有可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案，英国医学会也就从善如流地接受了。

英国自然不是计划经济国家，过去他们给全科医生的报酬是按其服务人群的数量来确定的。英国医学会曾长期不赞成对全科医生“按质量支付报酬”的方案，大约是因为认为医生不是工人，他们的“产品”很难判定优劣吧。不过，随着时代的进步，面对有可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案，英国医学会也就从善如流地接受了。

英国自然不是计划经济国家，过去他们给全科医生的报酬是按其服务人群的数量来确定的。英国医学会曾长期不赞成对全科医生“按质量支付报酬”的方案，大约是因为认为医生不是工人，他们的“产品”很难判定优劣吧。不过，随着时代的进步，面对有可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案，英国医学会也就从善如流地接受了。

果然，QOF实施之后，全科医生诊所对电子病历系统的全面推行、慢性病管理工具的投入，基于循证医学的临床路径的产生，甚至对经济不富裕地区医疗服务水平的提高，都起到了积极的作用。对指导计划，包括医疗记录、患者信息、教育培训机构、管理，药品管理的完善，都取得了良好的作用。

不过，随着时间的推移，QOF也暴露出许多不尽如人意之处。比如这些指标侧重于单一疾病，随着面临多重、复杂问题的老年人人口逐渐增加，这些老年人对健康照护的需求很难得到满足等等。

而且比较关键的问题在于，“QOF”越来越多地采取了符合管理或政策流程而不是临床流程的指标”QOF”产生的行政负担无疑使其在专业人士中不受欢迎的程度增加了”。这篇文章的作者认为：QOF并不是提高（医疗）质量的灵丹妙药。

英国自然不是计划经济国家，过去他们给全科医生的报酬是按其服务人群的数量来确定的。英国医学会曾长期不赞成对全科医生“按质量支付报酬”的方案，大约是因为认为医生不是工人，他们的“产品”很难判定优劣吧。不过，随着时代的进步，面对有可能大幅提高全科诊疗收入的“按绩效付费”的支付方案，英国医学会也就从善如流地接受了。

果然，QOF实施之后，全科医生诊所对电子病历系统的全面推行，慢性病管理工具的投入，基于循证医学的临床路径的产生，甚至对经济不富裕地区医疗服务水平的提高，都起到了积极的作用。对指导计划，包括医疗记录、患者信息、教育培训机构、管理，药品管理的完善，都取得了良好的作用。

不过，随着时间的推移，QOF也暴露出许多不尽如人意之处。比如这些指标侧重于单一疾病，随着面临多重、复杂问题的老年人人口逐渐增加，这些老年人对健康照护的需求很难得到满足等等。

而且比较关键的问题在于，“QOF”越来越多地采取了符合管理或政策流程而不是临床流程的指标”QOF”产生的行政负担无疑使其在专业人士中不受欢迎的程度增加了”。这篇文章的作者认为：QOF并不是提高（医疗）质量的灵丹妙药。

我国改革开放以来，各行各业“干好干赖一个样”的薪酬模式迅速打破，新的“按劳分配”的模式被普遍推行。在医疗卫生领域中如何看待这个“劳”字却有着许多差异：部分医疗机构将医生用药、开具检查项目的数量视为工作的“量”，与给予医生的报酬挂钩，促成了过度检查、过度用药的产生。医务人员的薪酬应该与他的工作质量挂钩，在这一点上，QOF对我们应该有启示的。英国推行QOF过程中暴露的缺点和问题对我们也应该有启示的；应该关注的是“真实世界”里的医疗卫生服务的质量，而不是或仅仅是指管理或政策流程的指标。

评价“真实世界”里的医疗卫生服务的质量，的确不像评价一件工业产品那么容易，医疗卫生服务质量的提高需要多种策略，并且要求通过实践加以改进，使其能经受时间的考验。不过，我认为还须像文中所提到的：医生们需要认识到“保持和提高医疗质量是一项职业责任”，而医生薪酬的管理部门也应该关注“通过协作以及协调专业和管理，赢得人心及认同”。

（收稿日期：2017-08-15）