

多任务委托代理视角下家庭医生签约服务 高质量发展激励研究^{*}

——李梦瑶 王俏荔

【摘要】 目的 在基本医疗与健康管理任务并存的背景下,探索构建家庭医生签约服务激励机制,提升家庭医生努力水平,推动签约服务高质量发展。**方法** 基于多任务委托—代理理论,将基本医疗服务与健康管理服务并置,引入任务相关性,并以外生不确定性刻画两类任务的量化考核难度差异,构建可求解的最优契约模型;同时,运用 MATLAB 软件进行数值仿真实验验证。**结果** 政府最优激励强度与家庭医生努力成本、风险规避程度、任务相关性及外生不确定性呈负相关;任务互补性可促进努力程度均衡配置,而任务替代性易引发“挤出效应”;两项任务外生不确定性差异越大,最优激励强度差异越大,且任务相关性会强化该现象。**结论** 政府应针对不同任务的考核难度设计差异化、可动态调整的激励机制,强化多任务协同,并完善对家庭医生的监督与支持机制。

【关键词】 家庭医生签约服务;多任务激励;委托代理理论;服务质量;最优契约

中图分类号:R197

文献标识码:A

Incentive Research on High-Quality Development of Family Doctor Contract Services from a Multi-Task Principal-Agent Perspective/LI Mengyao, WANG Qiaoli. //Chinese Health Quality Management, 2026, 33(7): 97-102

Abstract **Objective** To explore the construction of an incentive mechanism for family doctor contract services under the coexistence of basic medical care and health management tasks, aiming to enhance the effort level of family doctors and promote high-quality development of contract services. **Methods** Based on multi-task principal-agent theory, basic medical services and health management services were placed side by side. Task correlation was introduced, and exogenous uncertainty was used to characterize the differences in quantitative assessment difficulty between the two types of tasks. A solvable optimal contract model was constructed, and numerical simulation was performed using MATLAB for verification. **Results** The government's optimal incentive intensity was negatively correlated with family doctors' effort cost, risk aversion, task correlation, and exogenous uncertainty. Task complementarity facilitated balanced effort allocation, whereas task substitutability was prone to trigger a "crowding-out effect". The greater the difference in exogenous uncertainty between the two tasks, the greater the difference in optimal incentive intensity, and task correlation would reinforce this phenomenon. **Conclusion** The government should design differentiated and dynamically adjustable incentive mechanisms based on the assessment difficulty of different tasks, strengthen multi-task synergy, and improve the supervision and support mechanisms for family doctors.

Key words Family Doctor Contract Service; Multi-Task Incentive; Principal-Agent Theory; Service Quality; Optimal Contract

First-author's address School of Humanities and Management, Ningxia Medical University, Yinchuan, Ningxia, 750004, China

家庭医生签约服务是深化医药卫生体制改革、推进分级诊疗制度建设的重要抓手。2022年,国家卫生健康委发布《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》,明确将“高质量发展”作为签约服务

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2026.33.7.19

^{*} 基金项目:国家自然科学基金项目(编号:71964028);宁夏回族自治区社科规划项目(编号:24NXBSH05);宁夏医科大学校级重点科研项目(编号:XZ2022012)

宁夏医科大学人文与管理学院 宁夏 银川 750004

的核心目标。构建科学的激励与保障机制是实现这一目标的关键。

现有研究基于医生代理理论与契约理论、利益相关者理论以及综合激励模型等视角,为解决家庭医生激励难题提供了诸多方案。有学者借助医生代理理论与契约理论,强调支付机制在优化家庭医生签约服务激励中具有重要作用^[1-2],并提出了医共体框架下的“激励相容”原则^[3]。有学者运用利益相关者理论进行研究,主张通过协同机制平衡家庭医生签约服务多方诉求^[4-5]。还有学者运用综合激励模型,构建家庭医生良性循环激励框架^[6],以实现高效激励^[7]。然而,从研究范式看,既往研究往往将家庭医生工作简化为单任务或以单一综合指标衡量,难以解释“重医疗、轻预防”等多任务配置偏差;综合激励模型更多停留在要素罗列与框架构建层面,缺乏对不同任务可观测性量化考核难度差异的刻画,难以回答考核更难的任务应如何设定激励强度,以及基本医疗服务与健康管理服务两类任务的激励差异在何种条件下会扩大等关键问题。家庭医生作为服务供需双方签订契约的核心主体,其在基本医疗服务与健康管理服务这两项核心任务上的行为选择,直接决定了签约服务的成效与政策目标的达成^[8]。本研究从多任务委托代理视角出发,构建合理可行的家庭医生激励机制模型,同时刻画基本医疗服务与健康管理服务两项任务,将家庭医生“努力—产出—报酬”关系置于可求解的最优契约框架中,避免将多任务问题简化为单一指标;以外生不确定性量化考核难度差异,进而推导政府对两类任务的差异化最优激励系数,阐明考核难度差异对激励强度差异化设定的影响机理;引入任务相关性参数,分析互补或替代关系下激

励与努力程度配置的变化规律,并通过数值仿真进行验证,从而为推动家庭医生签约服务高质量发展提供理论依据。

1 理论基础

委托—代理理论实质在于设计激励与约束机制,保证代理人在追求自身利益的同时维护委托人的利益,从而使双方目标趋于协同^[9]。在家庭医生签约服务中,根据任务的性质和目标导向的不同,可将其核心任务区分为“基本医疗服务”和“健康管理服务”两项任务,前者侧重于应答式诊疗,具有短期、即时的特征;后者则强调进行主动式干预与管理,具有长期、预防的特征。作为政府代理人,家庭医生除提供诊疗服务外,还需履行“健康守门人”职责^[10]。然而,委托人与代理人的利益并不总是一致的,因此作为理性人的家庭医生往往优先将努力投入易于量化、短期见效的基本医疗服务,而相对忽视考核困难、效益滞后的健康管理任务,从而导致两项任务间出现投入不均、重短期而轻长期发展的难题与困境,制约了签约服务的高质量发展。鉴于此,本研究聚焦家庭医生在“医疗和预防”双重任务间的努力程度不均问题,通过多任务委托代理框架,进行最优激励设计,以协调其短期诊疗行为与长期健康管理目标。

2 模型假设

假设 1:家庭医生分别投入努力到两项工作任务中,但投入的努力水平 $e_i (i = 1, 2 \text{ 且 } e_i \geq 0)$ 是不同的,因此,分别用 $e_1、e_2$ 表示投入基本医疗服务和健康管理服务两项任务的努力程度。

假设 2:家庭医生在两项任务中投入努力承担的成本用 $C(e_1, e_2)$ 表示,成本与投入的努力程度有关,且 C 是严格递增的凸函数,满足 $C'(e_i > 0), C''(e_i < 0)$ 。设 $C(e_i) = 1/2m(e_1^2 + 2re_1e_2 + e_2^2)$,式中: $m (m > 0)$ 是家庭医生努力的成本系数, m 越大,表示家庭医生付出的成本越大,负效应越大; r 为两项任务的相关系数,本研究中设定两项任务为非相互独立关系,即 $r \neq 0$ 。

假设 3:由于二者存在明显的信息不对称,政府无法直接观测到家庭医生的努力程度,但可以通过产出衡量其努力水平。设产出函数 $y_i = e_i + \theta_i (i = 1, 2)$,式中: $y_1、y_2$ 分别表示投入努力到两项任务的不同产出; $\theta_1、\theta_2$ 是两项工作行为的外生不确定性影响因素, θ_i 相互独立,且服从 $\theta_i \sim N(0, \sigma_i^2), \sigma_i^2$ 也可以表示监督的难度。

假设 4:在家庭医生两种不同行为下,设政府的线性激励函数为 $S(y)$,即政府支付给家庭医生的报酬为 $S(y) = a + \beta_1y_1 + \beta_2y_2$,其中: a 为家庭医生的固定工资,与产出无关; β_i 为激励系数,与产出有关,且呈正相关关系。政府的期望收益函数为 $V(y_i)$,为了便于模型分析, $V(y_i)$ 有时也被写成 $V(e_i)$ 。

假设 5:委托人政府是风险中性的,以社会效益最大化为目标。代理人医生是风险厌恶的,追求自身效益最大化。因此,家庭医生的效用函数为 $U = -e^{-\rho U} (\rho > 0)$,其中: ρ 为家庭医生的绝对风险规避系数, ρ 越大则风险规避度越高; ω 为家庭医生的实际货币收入,家庭医生的风险成本为 $1/2(\beta_1^2\sigma_1^2 + \beta_2^2\sigma_2^2)$ 。

3 模型构建与求解

基于上述假设,政府的期望收

益为:

$$E(R_b) = V(e_i) - a - \beta y \quad (1)$$

家庭医生的确定性等价收益等同于期望收益,即:

$$R_c = a + \beta y - 1/2m(e_1^2 + 2re_1e_2 + e_2^2) - 1/2(\beta_1^2\sigma_1^2 + \beta_2^2\sigma_2^2) \quad (2)$$

经上述分析,在政府和家庭医生的委托代理关系中,想要达到均衡与最优激励,既要考虑家庭医生的参与约束条件,又要考虑激励相容约束条件^[11],以此保证家庭医生在追求自身利益最大化的同时,能够按照政府的期望完成任务。因此,激励模型构建如下:

$$\max E(R_b) = V(e_i) - a - \beta y \{a, \beta y\} \quad (3)$$

$$(IR)a + \beta y - 1/2m(e_1^2 + 2re_1e_2 + e_2^2) - 1/2(\beta_1^2\sigma_1^2 + \beta_2^2\sigma_2^2) \geq U_0 \quad (4)$$

$$(IC)(e_1, e_2) \in \operatorname{argmax} a + \beta y - 1/2m(e_1^2 + 2re_1e_2 + e_2^2) - 1/2(\beta_1^2\sigma_1^2 + \beta_2^2\sigma_2^2) \quad (5)$$

在委托代理双方信息不对称的情况下,需要先求解激励相容约束^[12],根据式(2)求出 R_c 关于 e_1 和 e_2 的一阶条件,并解得 e_1 和 e_2 作为 β_1 和 β_2 的函数:

$$\begin{cases} e_1 = (\beta_1 - r\beta_2)/m(1-r^2) \\ e_2 = (\beta_2 - r\beta_1)/m(1-r^2) \end{cases} \quad (6)$$

最优情况下,政府所支付给家庭医生的薪酬不会超过其保留效用,因此参与约束(IR)两端取等号^[12],解得:

$$U_0 + 1/2m(e_1^2 + 2re_1e_2 + e_2^2) + 1/2(\beta_1^2\sigma_1^2 + \beta_2^2\sigma_2^2) - \beta y = a \quad (7)$$

将式(6)与式(7)代入目标函数 $E(R_b)$ 中,并对 β_1 和 β_2 求偏导,得到政府最优激励系数:

$$\begin{cases} \beta_1^* = (1-r)A_2 + r/(A_1A_2 - r^2) \\ \beta_2^* = (1-r)A_1 + r/(A_1A_2 - r^2) \end{cases} \quad (8)$$

其中, $A_1 = 1 + m\rho\sigma_1^2(1-r^2)$, $A_2 = 1 + m\rho\sigma_2^2(1-r^2)$ 。

将最优激励系数 e_1 和 e_2 代入

努力水平表达式,得到家庭医生最优努力水平:

$$\begin{cases} e_1^* = (\beta_1^* - r\beta_2^*)/m(1-r^2) \\ e_2^* = (\beta_2^* - r\beta_1^*)/m(1-r^2) \end{cases} \quad (9)$$

命题 1:政府对家庭医生两项任务的最优激励系数 β_i^* 与家庭医生的努力成本系数 m 、风险规避程度 ρ 、两项任务相关系数 r 以及任务外生不确定性 σ_i^2 呈负相关。

证明:对 β_i^* 分别求关于 m 、 ρ 、 σ_i^2 的偏导数,可得 $\partial\beta_i^*/\partial m < 0$, $\partial\beta_i^*/\partial\rho < 0$, $\partial\beta_i^*/\partial r < 0$, $\partial\beta_i^*/\partial\sigma_i^2 < 0$ 。

命题 1 表明:家庭医生的努力成本系数越高,其付出同等努力的负效用越大,因此需要更高的边际收益来补偿,但政府为控制总成本,最优策略反而是降低激励强度。家庭医生的风险规避程度越高,承担风险的成本越大,越厌恶波动性收入,因此政府需降低激励强度,增加其固定报酬。任务相关性系数越高,激励强度越弱^[13],若任务为替代关系,家庭医生会将努力重新配置到高激励任务上,以追求个人效用最大化,从而导致激励扭曲。任务的外生不确定性越高,产出的与努力无关的随机干扰越大,以产出推断努力的信号越弱,激励合约的有效性就越低,这一点在健康管理这类难以量化考核的任务上尤为显著,因此政府降低激励系数、提高固定支付薪酬是帕累托改进的最优选择。

命题 2:家庭医生在两项任务上的最优努力水平 e_i^* 与政府激励系数 β_i^* 呈正相关,与努力成本系数 m 呈负相关,且任务相关性通过激励系数间接影响努力程度配置。

证明:由于最优努力水平 $e_1^* = (\beta_1^* - r\beta_2^*)/m(1-r^2)$, $e_2^* = (\beta_2^* - r\beta_1^*)/m(1-r^2)$,显然 e_1^* 与 m 呈负相关。

进一步对 e_i^* 求关于 β_i^* 的偏导数,当 $0 < r < 1$ 时, $\partial e_1^*/\partial\beta_2^* < 0$, $\partial e_1^*/\partial\beta_1^* > 0$, $\partial e_2^*/\partial\beta_1^* < 0$, $\partial e_2^*/\partial\beta_2^* > 0$; 当 $-1 < r < 0$ 时, $\partial e_1^*/\partial\beta_2^* > 0$, $\partial e_1^*/\partial\beta_1^* > 0$, $\partial e_2^*/\partial\beta_1^* > 0$, $\partial e_2^*/\partial\beta_2^* > 0$ 。

命题 2 表明:政府激励强度的提升会促使家庭医生在两项任务上提高努力水平,而努力成本的增加则会降低其努力投入。激励与努力之间的正向关系不仅符合经济学原理,而且说明政府确可通过调节激励系数引导家庭医生的努力分配^[14]。此外,两项任务相关性不同,激励系数对最优努力水平的影响也不尽相同。替代关系下,政府若仅提高对基本医疗服务任务的激励,家庭医生不仅会增加该项任务的努力投入,还会将部分原本用于健康管理任务的努力转移到该服务中,挤占资源,从而引发“挤出效应”。互补关系下,政府提升其中一项任务的激励强度会同时促进家庭医生在两项任务上共同努力,从而带来正向外部效应,实现努力水平的协同增效。

命题 3:任务相关性 r 影响家庭医生在两项任务间的努力分配格局。替代性任务会导致努力偏向激励较高的任务,互补性任务则促进努力均衡配置。

证明:定义努力比率 $\varphi = e_2^*/e_1^*$,由式(9)可得 $\varphi = (\beta_1^* - r\beta_2^*)/(\beta_2^* - r\beta_1^*)$,对其求关于 r 的偏导数,当 $0 < r < 1$ 时, $\partial\varphi/\partial r < 0$; 当 $-1 < r < 0$ 时, $\partial\varphi/\partial r > 0$ 。

命题 3 表明:替代关系下,家庭医生作为理性的经济人,往往追求个人收益最大化,倾向于将努力更多地分配在激励强度更高的任务上,从而引发医疗服务中的“马太效应”,即加剧“重医疗、轻预防”的现象^[15]。互补关系下,由于提高对某一项任务的

努力付出会带来正向外外部效应,因此家庭医生有动机维持努力水平的相对均衡,这种连带关系不仅能够促进家庭医生自身实现效用最大化,而且也能够促进政府实现社会总效益最大化的目标。由此可知,政府必须通过设计不同的激励强度来矫正此类市场失灵,确保即使当家庭医生面临两种互相排斥的任务时,他们的努力资源仍然能够依据社会最优水平进行配置^[16]。

命题 4: 政府对于两项任务的激励强度差异随外生不确定性的不对称性而扩大,且任务相关性 r 会增强该现象。

证明: 定义 $\triangle\beta = \beta_1^* - \beta_2^*$, 由式(8)可得 $\triangle\beta = (1-r)(A_2 - A_1)/(A_1A_2 - r^2)$, 其中 $A_i = 1 + \rho m \sigma_i^2(1-r^2)$ 。

若 $\sigma_2^2 > \sigma_1^2$, 则 $A_2 > A_1$, 故 $\triangle\beta < 0$, 即 $\beta_1^* < \beta_2^*$, 反之亦然。

命题 4 表明: 对于健康管理服务这类外生不确定性更高、更难以监督衡量的任务,政府应施加相对更弱的激励强度,因为将家庭医生的报酬与一个受大量与努力无关的随机干扰所影响的产出指标强挂钩,会让其承担过多不可控风险,而这部分风险最终需要政府以更高的期望报酬来补偿。反之,对于基本医疗服务这类不确定性较低、更容易精准考核的任务施加更强的激励,则能更有效地引导努力投入。此外,任务相关性会放大或缩小这种基于不确定性的激励差异,当 $|r|$ 较大时,任务间关联紧密,一项任务的激励强度会强烈影响另一项任务的努力决策,因此政府必须更敏锐地根据两项任务外生不确定性的相对变化来动态调整激励差值。

4 仿真分析

为将抽象的委托代理模型转化

为具象的结论与政策启示,使用 MATLAB 软件进行数值仿真,并参考已有研究^[17-18],进行参数设定: $\rho=0.18, m=1.2, \sigma_1^2=0.6, \sigma_2^2=1.2$, 其余变量在合理区间内变动。

4.1 政府激励系数影响因素的仿真分析

如图 1 和图 2 所示,在控制其他变量下,分别令 $m \in [0.5, 2.5], \rho \in [0.1, 1.5], \sigma_i^2 \in [0.1, 2]$ 连续变化。随着 m, ρ, σ_i^2, r 的提高, β_1^* 与 β_2^* 均单调递减,表明当家庭医生努力成本高、风险厌恶程度强、任务相关性系数高或任务绩效难以衡量时,政府降低激励强度、提高固定支付份额,是节约激励成本与降低家庭医生风险补偿的双优策略。

4.2 家庭医生努力水平影响因素的仿真分析

如图 3 所示,两项任务努力程度 e_1^*, e_2^* 随家庭医生努力成本 m 上升而下降;如图 4 所示,取 $r=-0.5, r$

$=0$ 和 $r=0.5$, 分析两项任务在互补、独立和互替情形下努力水平随激励系数的变化。当任务性质为互补时,两项任务的努力水平均随激励系数的增加而增加;当任务性质为替代时, e_1^* 随 β_1^* 增加而增加、随 β_2^* 增加而减小, e_2^* 随 β_1^* 增加而减小、随 β_2^* 增加而增加。

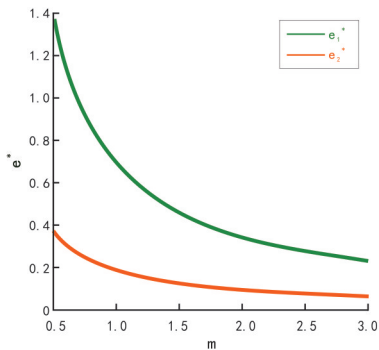


图 3 家庭医生最优努力水平 e^* 与努力成本 m 的关系

4.3 任务相关性对努力配置影响的仿真分析

如图 5 所示,令 $r \in [-0.9, 0.9]$ 连续变化,其他参数保持不变,计

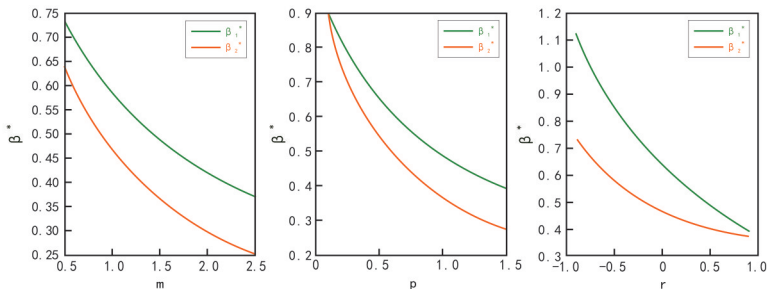


图 1 家庭医生激励系数 β^* 与努力成本 m 、风险规避程度 ρ 、任务相关性 r 的关系

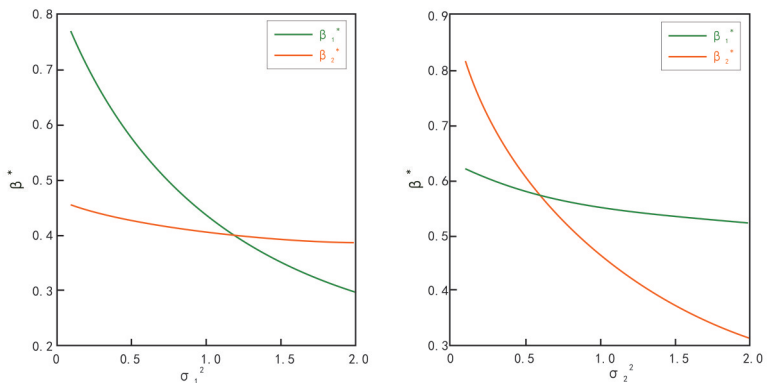


图 2 家庭医生激励系数 β^* 与任务外生不确定性 σ_i^2 的关系

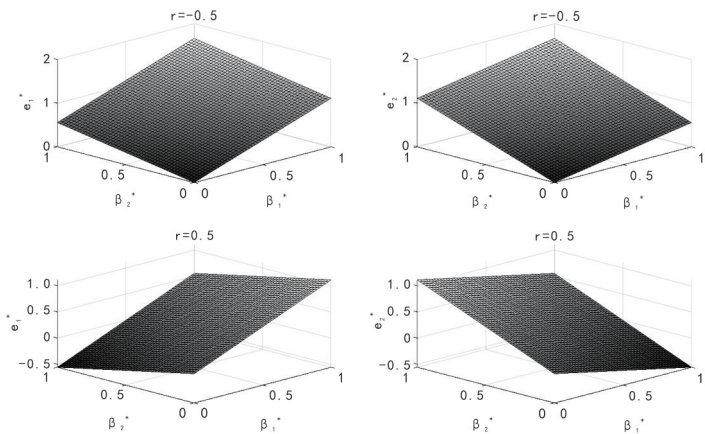


图4 不同任务相关性下家庭医生努力水平 e^* 与激励系数 β^* 的关系

算努力比率 $\varphi = e_2^*/e_1^*$ 。

当两项任务为替代关系时,努力比例随 r 增大而偏离均衡;当两项任务为互补关系时,互补性越强,努力配置更趋于均衡。此外,通过图示还可以明显看出任务之间的互补关系能激励家庭医生在两项任务上都付出更多努力,而任务之间的替代关系则会导致家庭医生减少努力,尤其是在健康管理这类非核心任务上。

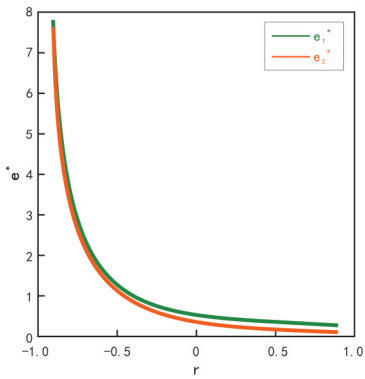


图5 两项任务努力配置均衡性 e^* 与任务相关性 r 的关系

4.4 外生不确定性对激励差异调节影响的仿真分析

如图6所示,令 $r \in [-0.9, 0.9]$ 连续变化,其他参数保持不变,计算激励差异 $\Delta\beta$ 。当任务二外生环境不确定性更高时,即 $\sigma_2^2/\sigma_1^2 > 1$ 时, $\Delta\beta < 0$,表明在这种情况下政府应对任务二施加较弱激励。当任务一外生

环境不确定性更高时, $\Delta\beta > 0$,政府应对任务一施加较弱激励。此外,当任务互替性增强时,即 r 接近1时,曲面陡峭度显著增加,表明 $\Delta\beta$ 对 σ_2^2/σ_1^2 的变化更敏感。

综合上述分析,仿真结果表明了家庭医生激励机制绝非“一刀切”的简单问题,而是一个需动态响应个体差异、任务特性与环境不确定性的系统工程。政策制定者应借助此类量化工具,预判不同激励方案在真实场景中的作用,从而设计更具韧性、公平与效率的制度。

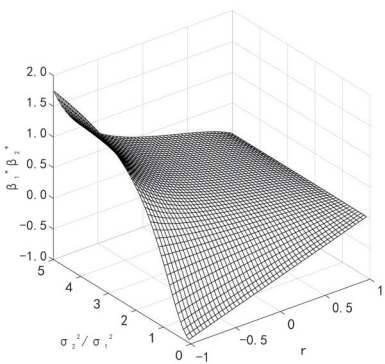


图6 激励强度差异 $\Delta\beta$ 与外生不确定性 σ_2^2/σ_1^2 、任务相关性 r 的关系

5 讨论与建议

5.1 设计差异化激励方案,降低任务冲突风险

基于命题1的结论及仿真结果

可知,政府应根据家庭医生的努力成本系数、风险规避程度以及任务的外生不确定性因素和相关性,设计差异化激励方案。具体而言:对于因工作负荷重、技能要求高或资源支持不足而导致努力成本较高的家庭医生,需通过提高绩效薪酬、签约服务费用等经济补偿进行激励;对于倾向规避收入波动、偏好稳定可预期回报的风险厌恶型家庭医生,应当提供职业发展规划、晋升保障等稳定且可以预期的激励方式^[19];对于环境不确定性因素高、难以量化的任务,如以居民长期健康改善(慢性病控制率、健康素养提升)为核心的健康管理服务,可以借鉴全科医生激励机制中的按人头预付制和间接定价的支付理念^[20],将基本医疗服务与健康管理服务进行整合定价,使家庭医生的收益与其所负责人群的整体健康产出挂钩;对于强相关性任务,如将慢性病患者的随访管理与日常配药、复诊紧密结合的服务模式,则需要设计综合激励方案,推动多项任务协同发展。需要指出的是,模型假设两项任务的外生不确定性相互独立,而现实中如突发公共卫生事件可能同时扰动基本医疗与健康管理服务的产出,导致不确定性相关,这一简化虽便于分析,但可能低估任务间风险联动对最优激励结构的影响。

5.2 优化激励强度,引导家庭医生均衡配置努力投入水平

基于命题2的结论及仿真结果可知,家庭医生最优努力水平与激励系数、努力成本及任务相关性有关。因此,政府需要优化激励强度,引导家庭医生均衡配置努力投入水平。政府制订激励政策时,应考虑激励结构是否合理,避免因激励偏差导致家庭医生努力方向扭曲,甚至与政策期望效果完全相反^[16]。对此,在绩效考核中可以将基本医疗

和健康管理任务进行捆绑,例如,在设定绩效指标时,要求完成一定数量基本医疗服务的同时,必须达到相应的健康管理覆盖率或居民健康指标改善,两项任务共同构成一个综合绩效单元,并据此统一核算和发放绩效奖励,使两项任务在激励形式上形成互补关系。此外,可以通过信息化建设,打破部门机构的行政壁垒,实现互联互通,降低家庭医生努力成本^[21],以提高其执行意愿和服务效率。

5.3 强化任务整合,促进签约服务协同增效

基于命题 3 的结论及仿真结果可知,互补性任务能够促进家庭医生在多项任务上均衡配置努力程度。对此,政府应推动家庭医生整合多项任务,提升服务效能。一方面,政府需建立统一的服务质量评估框架,将基本医疗和健康管理服务均纳入考评,减少因考核分离导致的努力程度配置扭曲;另一方面,探索混合支付模式,改变原有单一支付模式造成的“重数量、轻质量”弊端,并对居民健康改善效果等能够促进健康管理服务的指标进行重点考核,使家庭医生在追求经济效益的同时,自然契合政府推进“健康守门人”制度的长期目标^[21]。

5.4 完善监督与支持机制,保障激励长效持续

基于命题 4 的结论及仿真结果可知,任务的不确定性差异扩大会导致激励差异扩大,并且任务相关性越高这种影响越显著。因此,应当加强对外生不确定性高、产出难以精确量化任务(如健康管理服务)执行的监督与支持,引入独立的第三方评估机构,通过科学评估来约束家庭医生可能存在的机会主义行为^[22];建立针对性的支持团队和风险补偿基金,缩小外部环境的不对

称性;构建环境变化动态评估体系,灵活调整激励组合,降低整体激励风险。同时,应发挥非经济性激励作用,通过系统化的职业发展支持、工作环境优化及心理关怀等,回应家庭医生的深层需求^[23],提升其应对多任务压力的能力,从而增强激励机制的韧性与可持续性。

作者贡献:李梦瑶负责理论建模、数据仿真与论文撰写;王俏荔负责研究指导、深度分析与论文修订。

利益冲突:所有作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参考文献

[1] 方海. 基于医生代理理论的中国家庭医生签约服务发展策略[J]. 中国全科医学, 2021, 24(4): 381—386.

[2] 耿晴晴, 杨金侠, 盛吉莉. 基于契约理论的家庭医生式服务支付机制设计[J]. 中国卫生事业管理, 2015, 32(1): 12—14.

[3] 黄严, 张璐莹. 激励相容: 中国“分级诊疗”的实现路径——基于 S 县医共体改革的个案研究[J]. 中国行政管理, 2019(7): 115—123.

[4] 李婕, 朱先, 曾志嵘. 基于利益相关者角度的家庭医生签约服务满意度研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(8): 24—28, 33.

[5] 王世长, 吴爽, 李晨辉, 等. 家庭医生签约服务主要利益相关者作用机理及损益分析[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(5): 57—60.

[6] 杜学鹏, 零春晴, 吴爽, 等. 我国家庭医生激励机制研究——基于波特—劳勒综合型激励模型[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(3): 22—25.

[7] 王媚楠, 赵盼盼, 王屹亭, 等. 基于综合激励模型的家庭医生签约服务激励机制构建[J]. 中国全科医学, 2020, 23(12): 1523—1528.

[8] 景日泽, 方海. 基于供需视角的中国家庭医生签约服务研究进展[J]. 中国全科医学, 2020, 23(25): 3131—3138.

[9] 苏明城, 张向前. 激励理论发展及趋势分析[J]. 科技管理研究, 2009, 29(5): 343—345, 339.

[10] QIN S, DING Y. Who is willing to participate in and provide family doctor

contract service? A cross-sectional study based on the medical staff's perspective in China[J]. Medicine, 2021, 100(32): e26887.

[11] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海: 上海人民出版社, 2012: 241—242.

[12] 罗建强, 杨子超. 制造企业衍生服务外包双任务激励契约设计[J]. 工业工程与管理, 2020, 25(6): 15—23.

[13] 张岚, 王俏荔. 双重委托代理视角下公立医院高质量发展激励研究[J]. 中国医院, 2024, 28(7): 16—20.

[14] 沈郁淇, 陈作森, 王金萍, 等. 供方视角下家庭医生签约服务激励机制分析[J]. 中国公共卫生, 2019, 35(4): 423—426.

[15] 郭科, 顾昕. 政府管制与医生兼差的激励机制: 多任务委托代理模型的视角[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(9): 10—13.

[16] 伍琳, 李梦颖. 医保支付激励与医生多任务执行偏差——新的解释框架和政策启示[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 37—42.

[17] 赵宸元, 蒲勇健, 潘林伟. 考虑公平偏好的链式多重委托—代理激励机制[J]. 系统管理学报, 2018, 27(4): 618—627.

[18] 张岚, 王俏荔. 基于多任务委托代理模型的公立医院激励机制优化研究[J]. 中国医院, 2024, 28(10): 16—19.

[19] 高鹏, 杨翠迎. 中国家庭医生制度的政策变迁与启示——基于倡议联盟框架的分析[J]. 东北大学学报(社会科学版), 2022, 24(3): 78—86.

[20] 杨志平, 刘运芳, 樊代明. 试论新型全科医生的激励机制[J]. 中国卫生质量管理, 2017, 24(1): 98—100, 105.

[21] 申曙光, 张勃. 分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设[J]. 学海, 2016(2): 48—57.

[22] 许金凤, 林鹏, 朱大伟, 等. 不完全契约视角下医院内部激励机制的构建[J]. 医学与哲学, 2024, 45(8): 26—29.

[23] 郑吕云, 曾令黄, 刘志刚, 等. 基于离散选择实验的医务人员激励偏好研究[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(4): 59—62.

通信作者:
王俏荔: 宁夏医科大学人文与管理学院教授
E-mail: wyd809@163.com

收稿日期: 2025—12—08
修回日期: 2026—01—23
本文编辑: 任红霞