

周丽·著

我国公立医院 行为绩效

——价格管制下的实证研究



经济科学出版社
Economic Science Press

我国公立医院 行为绩效

——价值医疗下的实证研究

项目资助：国家自然科学基金：《艾滋冲击家庭金融和公共政策的实证分析》、项目号：70773066

我国公立医院行为 绩效分析

——价格管制下的实证研究

周 丽 著

经济科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

我国公立医院行为绩效分析：价格管制下的实证研究/周丽著. —北京：经济科学出版社，2011.5
ISBN 978-7-5141-0001-3

I. ①我… II. ①周… III. ①医院-效率-研究-中国
IV. ①R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 205451 号

责任编辑：闫建平
责任校对：郑淑艳
版式设计：代小卫
技术编辑：王世伟

我国公立医院行为绩效分析

——价格管制下的实证研究

周 丽 著

经济科学出版社出版、发行 新华书店经销

社址：北京市海淀区阜成路甲 28 号 邮编：100142

总编部电话：88191217 发行部电话：88191540

网址：www.esp.com.cn

电子邮件：esp@esp.com.cn

固安华明印刷厂印装

880×1230 32 开 8 印张 210000 字

2011 年 5 月第 1 版 2011 年 5 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5141-0001-3 定价：18.00 元

(图书出现印装问题，本社负责调换)

(版权所有 翻印必究)

中文摘要

自 20 世纪 80 年代中期以来,我国医疗服务领域发生了一系列耐人寻味的变化,人民群众看病难、看病贵的问题日益突出,并由此而形成的“医生、医院、医药”的“三医”问题,已经成为不亚于“三农”问题的社会的一大弊病。在当今社会,医疗费用已经成为百姓关心,政府和社会关注的焦点和热点。因此,医疗服务的价格高企,费用攀升与效率低下并列的问题,已经远远超出医疗服务领域的范畴,而直接与社会经济和居民健康状况密切联系在一起,成为影响社会和谐发展的主要矛盾。

本书使用了中国浙江省和四川省部分城市 22 家公立医院 2004 ~ 2006 年的一组数据,首先对备选指标进行同趋势化处理和聚类分析,再运用 DEA 方法评估了它们的效率分数。第二阶段应用 Tobit 计量经济学模型鉴别和确定了决定效率高低的因素。本书实证分析结果指出了提高公立医院效率的方向,并证明医院规模、患者负担程度、医院所处区域和医院级别是影响公立医院的重要因素以及对效率产生影响的方向。结果发现:西部医院比东部医院更有效率,三甲医院并不比非三甲医院效率更高,适当调整医院经营规模和减轻患者负担是现阶段提高医院经营效率的有效途径。更加证实:医疗服务价格改革希望通过“结构调整”来控制医疗费用上涨的目标基本没有实现,而且,缺乏配套改革措施的医疗服务价格调整又进一步加剧了医疗费用

的上涨。因此我国医疗服务价格存在严重的结构性缺陷。

国内外学者从信息不对称角度分析研究了支付制度，价格管制对医生的医疗决策行为的影响，也提出了许多有深度的建议与对策。本书利用行为决策理论来分析价格管制的情况下，我国看病贵、看病难的医疗困境产生的本质原因，通过构建公立医院医生效用函数模型，说明公立医院医生的决策行为是造成看病贵、看病难的内在机理，为目前医疗困境提供新的理论解释，为医疗改革提供新的思路。

最后，政策建议是明确医疗服务价格改革目标与原则；转换医疗服务价格形成机制；坚持公立医院的公益性；加强公立医院信息化建设；医疗费用支付方式的配套改革引入有管理的竞争机制；整体推进医疗服务体制改革。

关键词：医院效率 DEA 价格管制 医疗决策行为 引致需求

中图分类号：F23

Abstract

Since the middle 80's in the last century, a series of thought-provoking changes have occurred in the field of health service. People are confronted with many prominent obstacles in the medical care field such as inconvenient access to medical care and expensive medical care expenditure. Consequently the problems resulted from the physicians and hospitals as well as medicines are nothing less significant than the issues of Agriculture、Rural Area and Peasants. The medical care field is faced with series of inevitable challenges and unsolved difficulties. In nowadays, the residents, government and society are wholly focused on the medical care cost. As a result, the control of medical care price and cost and improving the efficiency of hospital which has been far beyond the bounds of medical care service has connected directly with the economy and health status of residents.

The paper uses a panel data set of 22 public hospital of Zhejiang and Sichuan province over the period 2004 – 2006 to evaluate their efficiency scores, at first it deals with these spare indices by the same trending methods and hierarchical cluster analysis. In the second stage, It then employs a Tobit econometric regression model to identify the key determinants of efficiency. The empirical results sug-

gest the direction of how to improve firm efficiency. It is found that hospital size, the burden of patients, the region of hospital and the grade of hospital are important factors affecting public hospital performance and how to influence performance. The study finds: the eastern hospital are more efficient than the eastern hospital, third grade class A hospital ranks worse than non-third-grade-class-A hospital. At present, lessening the burden of patients and adjusting the operation scale of hospital are a valid channels to increase hospital's operation efficiency.

Domestic and foreign scholars have comparatively gone deep into investigating the medical decision behavior of physician under fee changes and price control from the perspective of information asymmetry, and have brought forward many advanced proposals and countermeasures. While by using the behavioral finance theory, this article analyses the essential reasons of the medical difficult situation of difficulty and expensive medical care under price control in China. Through constructing the utility function model of public-hospital physicians, it explains that the public-hospital physicians' medical behavior is the intrinsic mechanism of difficulty and expensive medical care which provides new theory interpretation for the medical difficult situation and new thinking for the physical reformation.

The main policy suggestions are: To clear the goal of medical care price reform; To establish the principle of medical care price reform; To set up the transformation mechanism of medical care system; To establish restraint mechanism of medical care cost; To improve the surveillance management system of medical care price; To provide the measures for medical care payment systems reform; To introduce the competitive managed care system; To advance the medi-

cal care system reform; To make reference to the experience from international medical care systems reform . . .

Key words: Data Envelopment Analysis (DEA); Hospital Efficiency; Price control; Medical decision behavior; Physician induced demand (PID)

CLC: F23

目 录

第1章 绪论	1
1.1 前言	1
1.2 研究问题的提出	7
1.2.1 效率低下与资源浪费并存	7
1.2.2 医疗收费标准偏高与偏低并存	8
1.2.3 医疗服务价格总水平上涨与价格扭曲并存	9
1.2.4 调价滞后与调价不到位并存	9
1.2.5 规制乏力与收费失控并存.....	11
1.3 研究的思路和意义	14
1.3.1 研究的思路.....	14
1.3.2 研究的意义.....	15
1.4 研究方法与路线.....	16
1.4.1 研究的方法.....	16
1.4.2 研究的路线.....	17
1.5 本书的结构.....	18
第2章 文献综述	21
2.1 医院绩效.....	21
2.1.1 绩效与医院绩效.....	21
2.1.2 效率的概念.....	24
2.2 绩效评价方法.....	29

2.2.1	数据包络分析 (DEA) 模型介绍	41
2.2.2	DEA 模型在公立医院绩效评价中的应用	46
2.3	价格管制国内外研究状况	56
2.3.1	国外研究状况	56
2.3.2	国内研究状况	59
2.4	医生引致需求理论	61
2.4.1	价格刚性模型 (price rigidities model)	62
2.4.2	目标收入模型 (target income model)	63
2.4.3	引致需求成本问题	64
第3章	公立医院价格管制的背景与现状	68
3.1	医疗服务的属性与分类	68
3.1.1	医疗服务的属性	68
3.1.2	我国医疗服务的划分	71
3.2	我国医疗服务价格管制政策的演变	73
3.2.1	医疗服务价格管制主体和管制对象	73
3.2.2	价格管制政策的演变过程	75
3.2.3	限制药价已不能控制药费增长	83
第4章	公立医院的内外环境	85
4.1	我国公立医院的外部环境	85
4.1.1	公立医院的宏观环境	86
4.1.2	公立医院的产业环境	95
4.1.3	公立医院的体制与机制环境	98
4.2	公立医院成本管理现状	103
4.2.1	成本核算现状	103
4.2.2	成本管理的其他问题	105
4.3	本章小结	106

4.3.1	效率管理环境方面	106
4.3.2	成本管理现状方面	107
第5章	公立医院样本描述统计分析	109
5.1	样本来源分析	109
5.1.1	南充市国民经济和社会发展概况	110
5.1.2	金华市国民经济和社会发展概况	111
5.2	样本财务描述	113
5.2.1	公立医院损益状况分析	113
5.2.2	公立医院的资产状况分析	121
5.2.3	公立医院的盈利状况分析	122
第6章	公立医院效率评价的实证研究	124
6.1	筛选指标	124
6.1.1	选择评价指标	125
6.1.2	初始指标筛选	128
6.1.3	最终指标筛选结果	136
6.2	公立医院效率实证分析	138
6.2.1	DEA 投入产出数据	138
6.2.2	DEA 输出效率分析结果	141
6.2.3	Tobit 模型分析影响公立医院效率的因素	146
6.3	本章小结	150
第7章	公立医院医生决策行为效用分析	152
7.1	公立医院医生决策行为研究	152
7.2	公立医院医生效用函数模型	154
7.3	医生效用函数的推广	159
7.4	本章结论	160

第 8 章 公立医院价格管制的经济分析与改革	162
8.1 医疗市场的经济学分析	163
8.1.1 医疗服务市场的结构性缺陷	163
8.1.2 政府在医疗服务领域责任的缺失	164
8.1.3 医疗市场的经济学分析	165
8.2 看病贵问题的系统分析	168
8.3 价格管制的目标和原则	174
8.3.1 价格管制的目标	174
8.3.2 价格管制的原则	177
8.4 医疗服务定价方法	179
8.4.1 改革补偿措施, 实行全成本定价	179
8.4.2 合理配置卫生资源, 明确价格管制范围	181
8.4.3 制定合理的定价方法	182
第 9 章 结论与建议	193
9.1 医疗服务价格是表象, 医疗体制改革才是根本	194
9.2 医疗服务的定价与支付方式分析	195
9.3 新医疗体制改革试点的评析	198
9.3.1 新医疗体制改革试点取得的成功	198
9.3.2 新医疗体制改革试点的不足	200
9.4 中国医疗体制改革建议	202
附录 A 绩效评价指标一览表	210
附录 B 三级公立医院绩效评价指标体系的指标说明	215
参考文献	222
致谢	240

第 1 章

绪 论

1.1 前言

我们这个社会正处于转型的过程之中。分化和重组已使不同的人群在利益和主张上有了明显的不同，但是新的适合于市场经济和法治的规制尚未形成，当两种体制并存的时候，新、旧体制交错就会显现出一些转型社会特有的情状^[1,2,3]。我国医疗服务体制的改革就处在这样一个特殊的历史时期，各种矛盾相比其他领域显得更为尖锐、复杂。在矛盾的重围中寻求和谐改革之路是当前我国医疗服务体制改革的最大难题^[4,5,6]。

在宏观层面，医疗服务的发展一直保持着相当高的发展速度，医疗服务的环境、设施与设备，医疗服务的规模与技术进步，都得到明显的发展。而在微观层面，医疗费用的畸高，令人看不起病，不敢看病，人们深切体会到“看病难、看病贵”。医生、医院、医药所形成的“三医”问题，其社会影响之巨、对社会损害之大、侵害社会弱势群体之深，已经成为不亚于“三农”问题的社会的一大弊病，而这“三医”问题的焦点就是“看病贵”。我国医疗服务领域在宏观的“繁荣”和微观的不景气所形成的反差已经表明，医疗服务领域的发展与社会经济发展之间已经出现了断裂^[4,5,6]。

根据卫生部有关资料,全国综合医院每一诊疗人次的医疗费从1990年的10.9元涨至2007年的136.1元,上涨了12.5倍;同期,平均每一住院者住院医疗费由473.3元升至4 973.8元,上涨了10.5倍(见表1-1、表1-2)。目前医疗费的上漲幅度已经超过了全国物价上涨指数,超过了GDP的增长,也超过了全国职工工资总额的增长^[7,8,9]。急剧上涨的医疗费用正在蚕食我们的工资、积蓄与投资,也正在影响着医疗机构的竞争力、社会经济的发展,以及政府的公正性;也深刻地暴露了社会经济转型时期我国医疗服务领域所存在的体制性、机制性、结构性等深层次矛盾^[6]。

表1-1 门诊病人1990~2007年人均医疗费用及比例

年份	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007
门诊病人人均医疗费(元)	10.9	39.9	85.8	108.2	118.0	126.9	128.7	136.1
其中:药费	7.4	25.6	50.3	59.2	62.0	66.0	65.0	68.0
检查治疗费	2.1	9.1	16.8	30.8	35.1	37.8	39.9	42.4
占门诊医疗费比例								
药费(%)	67.9	64.2	58.6	54.7	52.5	52.1	50.5	50.0
检查治疗费(%)	19.3	22.8	19.6	28.4	29.8	29.8	31.0	31.1

表1-2 住院病人1990~2007年人均医疗费用及比例

年份	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006	2007
住院病人人均医疗费(元)	473.3	1 667.8	3 083.7	3 910.7	4 284.8	4 661.5	4 668.9	4 973.8
其中:药费	260.6	880.3	1 421.9	1 748.3	1 872.9	2 045.6	1 992.0	2 148.9
检查治疗费	121.5	507.3	978.5	1 411.6	1 566.3	1 678.1	1 691.3	1 734.6
占住院医疗费比例								
药费(%)	55.1	52.8	46.1	44.7	43.7	43.9	42.7	43.2
检查治疗费(%)	25.7	30.4	31.7	36.1	36.6	36.0	36.2	34.9

居民看病吃药事关两项费用：一是药品价格；二是医疗服务价格，即各种检查费、诊疗费等。医疗服务价格，关系千家万户的利益。客观地说，由于疾病的变化、医疗条件的改善、医疗手段的更新、医疗技术的提高，医药费用逐步上升是可以理解的，但如果是因为医疗服务价格项目不规范、医疗服务价格不合理、医疗机构补偿机制不健全，而造成医药费用负担的上升速度明显快于社会经济发展和居民收入的增长速度，超过了群众的心理和经济承受能力，那就是一种不正常的现象了。因此，多数百姓心存看不起病之忧，可以说是当今构建和谐社会的一个最大隐患。

医疗服务不仅是对人们疾病问题的治疗与促进居民健康的社会行为，而且是一种重要的社会分工和制度安排，与整个社会、经济发展及体制演化有着密切的关系^[10,11]。目前医疗服务发展过程中所存在的问题不仅仅是医疗服务领域的问题，而且是我国20多年改革积累起来的问题在医疗服务领域的集中表现^[12,13]：即医疗服务领域投资渠道单一，吸纳社会资本投入力度不大；公立医院垄断的局面没有完全打破，多种所有制医疗机构有管理的竞争格局还没有形成；公立医疗机构管理体制不顺，缺乏活力，医疗服务模式单一与居民健康与医疗需求多样化之间存在矛盾；等等。

随着我国经济的快速增长，居民对健康与医疗服务的需求也在不断增长，而且是一个必然的长期需求趋势。同时，随着居民收入水平的差异化，其健康与医疗服务需求的结构明显呈现出不同的层次，这与其他领域市场的高、中、低端需求结构是相同的。然而，现有的医疗服务价格规制使得医疗服务机构无法对这种复杂的、不同层次的医疗需求结构作出反应，极大地抑制了市场机制在医疗服务领域有效配置资源的功能，造成的结果就是一方面处于需求高端、具有支付能力的患者得不到令他们满意的医疗服务，而处于低端的患者又觉得现有医疗服务价格过高，从而出现整个社会对医疗服务普遍不满的局面。在社会保障制度尚不

健全的情况下，这些矛盾和问题集中表现为两个方面^[6,12]：一是群众对“看病难、看病贵”反映强烈；二是医疗服务效果不能令人满意。因此，现行医疗服务体制状况和价格政策之缺陷、百姓负担之沉重，是无须避讳的一个重大社会问题。

我国医疗服务体制的改革在不断向前推进，但医疗费用还在快速上涨，医疗服务领域所出现的种种弊病和痼疾，几乎无不与不合理的价格政策相关联。现行的医疗收费标准中，与技术劳务相关的价格过低，而且各级医院间价格差距不大。以收费标准较高的北京市为例，不管哪一级的医院，普通门诊挂号费几乎都只是元，阑尾切除手术费，一、二、三级医院的收费分别是180元、216元和234元，只有几十元的差价^[6,7]。这就造成大医院门庭若市，医生疲于应付，80%~90%的病人实际上并非需要在三级医院就诊的常见病多发病。而基层医院却门可罗雀，人力物力资源得不到充分利用，分级医疗制度无法得以推行^[7]。又如远远低于运行成本的住院床位费（15~30元/天），也是目前各医院平均住院日居高不下的主要原因之一^[7]。而且由于技术劳务项目的定价过低，价格和价值严重偏离，医护人员的技术性的劳动价值得不到体现，也阻碍了医疗技术的发展与医疗服务质量的改善。从当前为社会所诟病的“医生红包”问题，除了思想教育的因素外，更深层次的因素实际上是与医疗服务价格规制密切相关，由于医生的人力资本价值无法得到正常的市场定价，必然会通过诸如“红包”等灰色形式实现，红包在某种程度上实际代表了社会对医生人力资本价值的一种认同。医疗服务价格规制所面临的主要问题是^[6,7,8]：①医疗服务价格所反映的市场竞争不充分，医疗服务价格没有弹性，不能反映不同质的医疗服务，这与医疗服务机构引入有管理的市场竞争机制不相适应；②医疗服务价格项目不统一，收费行为不规范，也是社会公众反映最大的一方面；③医疗服务机构收入结构和医疗服务价格体系