

医疗领域所有制和市场竞争效果的研究评述

封进^{1*} 余央央²

1. 复旦大学经济学院 上海 200433

2. 上海市发展改革研究院 上海 200032

【摘要】医疗领域的所有制和市场竞争问题是卫生经济学研究的热点之一。本文分析了现有的研究成果,主要考察两个问题的研究和所得到的结论,一是医疗服务由政府或私人提供会产生什么差异,二是医疗市场竞争会产生什么结果。总体上看,现有实证研究表明不同所有制医院在成本、质量、效率等方面的差异并没有明确的结论。而竞争在很多情况下可以起到降低医疗费用的作用,但这一作用的前提是医院激励机制的改变。本文对中国医疗改革的政策含义在于,医疗市场的所有制模式需要根据国情而定,但市场机制的作用是不可忽视的。

【关键词】所有制;市场竞争;医疗服务

中图分类号:R197.322 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)09-0033-07

A review of the role of ownership and competition in health care

FENG Jin¹, YU Yang-yang²

1. School of Economics, Fudan University, Shanghai 200433, China

2. Shanghai Academy of Development Reform, Shanghai 200032, China

【Abstract】The ownership and market competition is one of the hottest topics in health economics. This paper reviews the related theoretic and empirical studies and explores the answers for two questions: What are the differences between public and private provision in health care? What are the outcomes of market competition in health care market? Generally speaking, there is no conclusive result about the impacts of ownership on cost, quality, and efficiency. However, competition does have an impact on the costs conditional on the changing of incentive of hospitals. The implication to China health care reform is that the ownership structure in health care should be in accordance with the specific situation of China, but the role of competition should not be ignored.

【Key words】Ownership, Market competition, Health care

医疗消费与其他消费的区别主要有两点,一是消费者对于所消费的服务的了解程度远少于服务的提供者;二是消费者所支付的费用小于提供服务的边际成本,其余的部分由第三方支付(医疗保险)。由此,医疗服务的提供模式有别于一般的商品和劳务,不能完全由私人提供,市场竞争的结果也难以预料。然而在医疗体制改革中,政府如何参与医疗供给,政府和市场各自应该发挥怎样的作用,却是无法回避的问题。本文通过两个主要的学术期刊全文数据库, Jstore 和 Ebsco Academic Source Premier 及目前最大的网上经济学论文库 Econpapers, 对研究医院所

有制和医院竞争对医院的成本、质量和效率影响的英文文献做检索,重点关注了采用计量经济学方法、1995 年之后且引用率较高的实证研究文献。基于这些文献,本文主要考察两个问题的研究和所得到的结论,一是医疗服务由政府或私人提供会产生什么差异,二是医疗市场竞争会产生什么结果。

1 不同所有制带来什么差异

医院所有制有公立、私人非营利、私人营利三种形式。理论上对营利性医院的存在性颇有争议,在医疗服务中,医生既是病人的代理人,也是自身利益

* 基金项目:国家自然科学基金(编号:70573024),复旦大学 985 项目,上海哲社青年课题(编号:2009EJB008)。

作者简介:封进,女(1968 年-),副教授,主要研究方向为卫生经济学。E-mail:jfeng@fudan.edu.cn

最大化的主体,病人的利益和医生的利益可能发生冲突,如果供给方是营利性的,这种冲突就是必然的。因此,需要一种不以营利为目的的医疗机构以减少这种冲突,非营利医院是一种解决办法。非营利医院不能将利润分配给个人,只能保留在机构内部,因而其追求营利的动机不强,可能会提供过高质量的服务,成本也高于利润最大化时的水平。尽管非营利医院追求利润的动机不如营利医院强,但随着行业内竞争的展开,为实现收支平衡,经营模式上与营利医院的差异逐渐缩小。公有制医院较私人非营利医院更有利于保障社会公平,保障贫穷的人获得基本的医疗服务,但预算软约束又会产生效率损失。理论的预测还需要有更多的实证结果加以验证,因此这个领域出现了十分丰富的经验研究。

实践中,各国所有制结构存在很大差异,加拿大98%的医院是公立的;法国公立医院占65%,非营利医院占16%,营利医院占19%;德国三种所有制差不多各占三分之一;荷兰法律不允许有营利医院;瑞士46%的医院为公立医院,32%的医院为非营利医院,22%的医院为营利医院;美国非营利医院占到60%,公立医院占25%左右。实证方面对不同所有制医疗机构的比较主要从成本或医疗费用、治疗效果或质量、社会责任等三个方面进行,从而可以进行经营效率和社会福利的比较

采用系统分析方法的研究结果表明私人非营利医院和营利医院在成本、质量、效率等方面的差异尚没有明确的结论。Rosenau & Linder 美国对1980年以来149篇营利和非营利医院的比较研究进行了评估,其中有56篇文献比较两类医院的成本,这当中的77%发现非营利医院成本更低;综合质量、可及性、成本、慈善行为等四项指标的绩效评估表明,59%的比较研究得到非营利医院的绩效更好,12%的比较研究说明营利医院绩效更好,在其余的研究中二者没有差异。^[1]另一项系统性评估对文献中3800万美国病例的分析表明非营利医院病人的存活率更高。^[2]Shen, et al. 对1990—2004年间67篇研究美国不同所有制医院财务绩效的文献进行了评估,有18篇比较了营利和非营利医院的成本差异,其中11篇的结果是营利医院的成本更高;有11篇比较营利和非营利医院的营业收入,其中10篇的结果是营利医院更高;有14篇比较两类医院的利润率,其中12篇的结果是营利医院更高;有14篇比较两类医院

的效率,其中7篇的结果是营利医院更高。^[3]对同期46篇有关不同所有制医院质量差异的文献所做的分析表明,营利性和非营利性医院在死亡率方面的统计差异并不显著,且无论是用病人层面数据还是用医院层面数据的研究都是这一结果。^[4]

具体而言,研究发现营利医院用投入和产出衡量的效率更高^[5-6];通过对美国1985—1996年老年心脏病患者的费用支出、一年死亡率和复诊率的研究,Kessler & McCellan 发现所有制对医疗支出有明显影响,在控制了医院特征、病人特征、医疗市场的竞争程度以及地区固定效应后,结果显示有营利医院的地区的医疗支出要低2.4%,该研究还发现营利医院不但费用较低,而且对整个地区的医疗费用有溢出效应;同时他们也发现所有制对出院后患者的长期健康状况影响并不明显。^[6]Culter & Horwitz 采用两个医疗机构的案例,比较了他们从非营利转变到营利机构的变化。^[5]首先转变的动机有两个方面,一个是财务方面的考虑,主要为获得利润,得到更多的资本以及对政府补贴的悲观态度。另一方面文化和信仰也会影响到对营利和非营利的选择。其次,从财务结果看,转变成营利医院的确降低了成本,减少了债务和增加了资本。除了医疗机构本身的变化外,这种变化对社区内其他医院的影响也是存在的,他们发现非营利医院会模仿营利医院的营利模式,尽管这些医院有政府补贴。

另一些研究认为非营利医院成本并不比营利医院更高^[7-8],而且营利医院的服务质量较非营利医院的服务质量低^[9-10]。Ettner & Hermann 以老年精神病患者为研究对象,采用1989—1991年个人层面的数据,并匹配以所有病人接受治疗的医院的相关数据,估计了医院的营利性对成本、住院时间和再次住院情况的影响。在控制了病人特征、医院特征和地区固定效应后,发现非营利医院平均住院时间更长,非营利医院日均成本也比营利医院低,而30天内再次住院的比例(用于度量质量)二者没有差异,从而否定了非营利医院效率较低的观点。^[7]台湾的研究也有类似的发现。台湾的医疗市场中公立医院、营利医院和非营利医院的作用都不可忽视,用1996—2002年间心梗塞的病例,并匹配其就诊医院的信息,在控制了样本选择偏误后,发现表明非营利医院的出院后1、6、12个月的死亡率比其他所有制医院低约3%,但医疗费用各种所有制医院没有显著

差异^[10]。

近期更多的研究表明这两类医院在质量、成本和为穷人提供服务方面的差异很小。^[11-14] 这些实证结果在很大程度上并不能验证理论对非营利医院经营模式和目标的假定。尽管非营利医院追求利润的动机不如营利医院强,但也要求收支平衡,因而在经营模式上与营利医院并不会有很大差异,在竞争比较激烈的时代尤其如此。

关于公立医院与私人非营利医院的差异,Shen 等人的研究样本中有 11 篇文献比较了两类医院的成本差异,其中 5 篇结果是公立医院较高;有 6 篇比较了两类医院的利润率,其中只有 1 篇结果是公立医院更高;有 10 篇比较了两类医院的经营效率,其中 6 篇表明公立医院更高。但他们的研究还指出,统计上看,公立医院和非营利医院的差异比营利医院和非营利医院的差异程度要小。^[3] 在质量方面,对 46 篇文献的统计分析显示,公立医院所有原因死亡的死亡率显著高于非营利医院,但心脏疾病的死亡率显著低于非营利医院。^[4]

就发现公立医院与私立医院有显著差异的文献看,主要的结果有以下几点,首先,从医疗费用看,公立医院比较低。Sloan 等用美国 1982—1994 期间“国家长期医疗调查数据(National Longitudinal Survey of Children and Youth, NLYCS)”数据研究了四类疾病,结果表明对于治疗最初 6 个月的费用,非营利医院和私人营利医院之间并没有显著的差异,但公立医院的费用要低 19%。而质量方面,2 年后的生存率营利医院为 67%,公立医院为 67%,非营利医院为 69%,并没有明显差异。其次,公立医院的营利性较低。^[11] Picone 用 1982—1994 期间 NLYCS 数据考察了医院从公立医院变成营利或非营利,或营利变成公立医院等所有制转变 1 到 2 年后的质量变化情况,发现从营利医院变成公立医院后,没有观察到质量的下降,但从公立医院转变成私立医院后住院的死亡率会下降,利润迅速增加,同时雇员减少。再次,公立医院承担更多的社会责任,在资金上存在“软约束”。^[14] 公立医院比其他医院接收了更多的低收入者和没有医疗保险的人,从这些消费者身上所获得的利润较少甚至要亏本,所以主要由政府向这类人提供服务。上世纪 90 年代末,美国加州政府为了鼓励更多的医院为低收入者服务,规定如果医院成本中超过 25% 用于低收入患者则可以得到政府的补

贴。Duggan 采用医院层面的数据并配合病人层面的数据评估了这一政策的效果,发现非营利医院和营利医院对这一政策做出的反应一样,接收了更多的有保险的低收入者,但对于收入很低的穷人依然排斥,把更穷的患者留给公立医院。^[13]

2 市场竞争产生什么效果

除了所有制的性质外,医疗服务供给中另一特殊的问题是市场竞争会产生什么效果。理论上竞争并不必然导致效率提高和价格下降,还可能导致社会福利损失。而且由于信息问题,医院市场的竞争通常是垄断竞争,竞争会使得效率降低,表现为供给规模小于成本最小化的要求^[15]。医疗保险的存在使得医疗领域的竞争主要不是价格竞争,由于医疗保险降低了消费者对价格的敏感性,竞争会导致医院之间的医疗设备竞争,为吸引病人,医院把重点放在提供更多服务而非降低价格上。Robinson 和 Luft 用美国 1982 年每个医院及其 15 公里半径内的其他医院的数据,发现没有竞争者的医院的平均成本比有 11 个以上竞争者的医院低 26%。^[16] 大多数人用美国 1980 年代以前数据所做的经验研究表明医院为了争取病人会导致医疗费用的上涨。^[17]

但这些结论随着管理医疗的出现发生了变化,改变医生和医院所受到的激励是改变竞争结果的关键。医疗服务的支付方式传统上是后付制,即按实际支出支付费用,此时医生并没有降低成本的激励,而有激励诱导需求。美国从 1980 年代中期开始推行管理医疗,医疗保险机构亲自挑选医疗服务提供机构,为被保险人服务,且采用预付制的付费方式。Shleifer 为存在市场失灵的公共服务领域的竞争提出了一个“标尺竞争”理论,即为卖方提供一个统一的标尺,任何一个卖方如果可以将成本降低到这个标尺之下就可以获得额外的收益。在管理医疗下这个标尺就是预付的费用。这样医院之间的竞争转变成成本竞争。^[18] Gaskin 和 Hadley 考察了 84 个最大的城市区域管理医疗对医院成本的影响,发现到 1993 年健康维护组织(Health Maintenance Organization, HMO)及其采用的管理医疗模式导致医院成本降低了 7.8%,而且 HMO 市场份额越大和增长越快的地区,医院成本下降也越多。^[19] Bamezai 等人也有同样的发现,他们用 1989—1994 年间 3 456 家医院的成本数据,发现 HMO 市场份额越大的城市,医院成本

上涨越小。^[20]

有研究预测管理医疗按人头付费,会诱使医院接受病情较轻的病人,同时医疗质量可能下降。^[21]但经验分析表明,管理医疗的引入对质量仍然有正向的激励作用。Kessler 和 McClellan 用享有医疗照顾(Medicare)的消费者 1985 到 1994 年中四年的心脏病病例、并匹配以医院的信息,估计了竞争和管理医疗对医疗支出及治疗效果(1 年死亡率和复诊率)的影响。他们首先估计病人选择某种医疗机构的概率,在此基础上为每个病人所面对的医疗市场估计竞争程度,从而在很大程度上克服了市场竞争度量中的选择性偏误。他们发现在 1991 年之前竞争使得费用增加,质量提高,但 1990 年后竞争导致费用大幅度下降,质量也有显著提高。而且,在 HMO 参与率较低的地区,竞争会导致医疗费用上涨,质量改善不大;在 HMO 参与率较高的地区,医疗费用下降,死亡率下降。^[17] Gowrisankararan 和 Town 比较了竞争对参加 HMO 的病人和 Medicare 病人的影响。他们发现,在南加州,竞争加强使得 HMO 病人的急性心肌梗塞的死亡率和肺炎的死亡率都有所下降,但普通 Medicare 的病人这两项死亡率却提高了。他们的研究说明竞争对医院质量的激励是有条件的,管理医疗模式是一个关键的条件。^[22] Sari 用美国 16 个州 1992—1997 年间医院的面板数据估计了竞争对质量的影响,质量用伤口感染率和并发症率度量,竞争用集中度指数度量,结果发现,管理医疗使质量提高,集中度下降(竞争增强)会使得质量下降。^[23] Rogowski 等汇总了 6 篇文章的结果,其中 5 篇为 2000 年之后的文章,4 篇文章都支持了竞争有助于质量改善或对质量没有影响的结论,有 1 篇文章发现 HMO 的快速增长,使得医疗照顾病人的 7 天、30 天和 90 天的死亡率增加,而对长期死亡率没有影响,但这篇文章并没有直接度量竞争程度。^[24]

对美国以外国家的研究还十分有限,最近一项对英国的研究发现英国的医疗市场竞争结果是医疗费用有所下降,但质量也下降了。英国从 1991 年开始在国家卫生系统(NHS)中引入竞争机制,具体做法是政府成立两个代理机构,为公众选择医疗机构并签订合同购买医疗服务,医疗费用全部由财政支付。这项政策在 1992 年到 1990 年代中期促进了医疗机构之间的竞争,但 1997 年新政府执政之后政策又强调医疗机构之间的合作,竞争程度下降。在此

期间几乎没有新的医疗提供者进入,因而竞争主要是受政策主导。Propper 就利用这种政策的变化比较了竞争较强的地区和竞争较弱的地区医疗质量的变化。对医院面临的竞争的度量方法是为每个医院构造一个路程为 30 分钟的地理区域,再看这个区域内医疗机构的数目。总体上可以分成两类机构,一是有潜在竞争的机构,另一是没有竞争可能的机构。用一个虚拟变量表示这两类机构,再与时间变量做交互,这样可以看到面对不同竞争局面的医院的质量随时间变化的差异。质量的度量采用 30 天心肌梗塞的死亡率。结果发现,同一时期,面对较强竞争的医院这一质量指标较低,两类医院的质量差异在 1992 年到 1990 年代中期增加了,而后下降。其中的原因在于,与质量下降同时发生了成本下降和费用下降。然而,正如作者指出,这一结果并不能说明竞争就一定会导致质量下降,因为质量的度量以及竞争的方式都会改变这一结果。^[25]

此外,市场竞争使得不同所有制之间的差异缩小。Duggan 用美国加州 1990—1996 年间三类不同所有制医院的数据研究表明,营利医院比例越高的地区,非营利医院对经济激励的反应和营利医院越接近。^[13]也有研究发现,在加州随着医院竞争的加强,营利医院提供的免费服务有所增加^[26];随着竞争的加强,非营利医院和营利医院在提供免费服务方面几乎没有差异。现有研究也证明,竞争加剧使营利医院和非营利医院在质量方面的差异缩小,营利医院有更多的积极性提高质量。^[27]

3 研究方法及其对结果的影响

医疗市场的实证研究中遇到的最大的挑战是对变量的度量,对某些关键变量如质量、成本、竞争程度等甚至在定义上都没有统一的说法。在解释和比较不同研究结果的时候需要特别明确这些结论所针对的特定环境和对象,避免以偏概全。

大多数研究通过成本与质量的比较来衡量医院的效率或社会福利的改善,但这些变量在不同的研究中可能采用了不同的度量,含义并不完全一样。就成本而言,有研究区分了每个病例的日均成本、辅助成本及总成本^[7],也有研究用的是每个病例的成本或每次住院的成本^[28]。不少研究直接用医疗支出度量就医的成本,作为比较社会福利的指标之一^[6]。更加复杂的是对质量的定义和度量,上述文献采用

了多种质量度量,但都存在一定的局限。首先,对质量的衡量往往有多个维度,如治疗后的自评健康状况、治疗后一段时期的生存率或复诊率、伤口感染率或并发症,甚至是医疗投诉的案例数目等,在搜集数据的时候难以把多个维度的信息都搜集到;其次,每种质量指标都不一定能反映质量,比如常用治疗后一段时期内的生存率度量质量,这个指标用于年轻病人或门诊病人时意义就不大,用于那些死亡率不高的疾病也不是一个可靠的质量指标;再次,对质量的度量融合了很多被治疗对象本身的特征,同样的服务对不同的人 and 病例效果可能不一样,虽然可以控制尽可能多的病人特征,但这个问题依然存在。

对市场竞争的度量中遇到的两大问题,一是如何划定市场的边界,二是就诊的医疗机构是人们选择的结果,需要解决选择性偏倚。大多数研究采用的市场集中度指标都要首先为某个医疗机构划定市场,一般是根据医院 60% ~ 75% 的病人的来源地为医院定义一个半径,将这个区域作为该医院拥有的市场范围,这个范围内的市场份额和医院数目是计算竞争程度的依据。这样的度量有诸多问题^[17],首先,市场按病人的来源地划定,如果一个医院声誉很好,病人会从较远的地方赶来,那么这个半径就会比较大,这样估计出来的结果是竞争的效果和医院未观测特征的效果的混合;其次,这样划分使得某一医院及其竞争者完全从地理上决定,这就使得竞争的度量存在测量误差;再次,用病人选择的某一范围内的医院情况度量竞争,而不是用病人居住地的医院情况度量,这样会使得竞争程度和病人的某些未观测特征相关联,导致结果的偏倚。

除了变量的度量问题外,所用的数据也使得研究结果需要小心对待。美国对 65 岁以上老人提供的医疗照顾覆盖了 90% 的老人,为研究者提供了十分有价值的信息,因而很多研究对象都是老年人口。在研究中为了得到较为同质的服务,一般是以某个特定病种的病例为研究对象,比如心脏病、肺炎、精神病等。精神病被认为是信息不对称最为严重的病种,所以不少研究都以精神病病例为对象。不同的病种会导致不同的结果,比如在竞争对质量的影响上,竞争有可能使需求弹性低的服务质量下降,而需求弹性高的服务质量会提高。^[25]

现有研究都采用一国数据,忽视了不同国家医疗体制存在的差异,跨国比较难以进行。英国和美

国医疗体制的差异导致竞争的结果可能不同。英国医疗市场竞争的结果和其市场本身性质有关,英国通过代理机构和医院签订购买合同构造一个内部市场。但消费者首先要通过家庭医生才能去医院,而家庭医生固定属于某个代理机构,消费者并不能选择代理机构,这样就难以保证代理机构有激励为消费者的利益考虑。而美国市场以非营利医院为主体,很多非营利医院还能从联邦政府接收建设补助,但对非营利性医院有较为完整的监管体系,这些条件很多国家并不具备。

4 对中国医疗改革的启示

在中国,医院所有制和竞争问题虽然是讨论的热点,但相关的学术研究还比较少。尽管各国情况差异很大,对已有研究的分析仍然有助于理解医疗市场的性质和相关政策的效果,对中国医疗改革的政策研究具有一定的借鉴意义。

首先,不同所有制医院的绩效是否存在差异这一问题并没有定论,因而中国对医院所有制结构的选择需要取决于自身的条件。在国家医疗卫生投入不到位、公立医院公益性目标缺乏保障、看病贵问题普遍存在的情形下,大量引入私立医疗机构不能实现满足基本医疗需求的目的。由市场配置医疗资源的一个前提是政府投入要能跟上,在市场导向下,医疗资源倾向于流入大城市或大医院,提供获利性较强的服务。如果政府投入不到位,基本医疗服务的价格也会被拉高,而且农村地区以及城市的社区卫生机构难以发展。因此,加强公立医疗机构的责任是当前的重点。与此同时,现阶段对民营医院的发展尚缺乏较为成熟的政策体系和监管措施。民营医院缺乏生存和发展的土壤,现有制度环境催生了民营医院的机会主义心态,追求短期利益,社会普遍对民营医院持不信任态度。中国虽然规定了非营利医院不能分配盈余,但通过其他分配方式这一约束可以轻易突破,对其监管渠道还十分不成熟。

尽管如此,将民营医疗机构定位于对公立医疗机构的补充地位具有现实意义。随着对医疗服务需求的不断增加,公立医院看病难的问题也会越来越严重,民营机构可以通过提供更为舒适的环境和优质服务缓解看病难问题。从消费者需求看,收入水平和消费能力的提高,健康保健意识的加强和社会老龄化趋势都对民营医院发展提出要求。

其次,不能否定医疗市场竞争的作用。医疗领域的竞争绝非简单的放开市场、增加供给方的数量,现有的经验研究对于医疗市场竞争的结果还很难说有普遍性的结论,但至少可以看到医疗市场上需要引入某种竞争机制改变对医疗机构的激励,如果能采取适当的措施,减少信息不对称,医院竞争的结果和一般行业并无本质的差异。美国的管理医疗通过保险公司和医院之间的合约关系控制成本并保证了质量。英国通过建立内部市场和政府购买而引入竞争机制。很多欧洲国家也正逐步引入某些形式的竞争模式,如瑞典、芬兰、西班牙、法国等。值得注意的是各种形式的竞争机制是建立在各国原有的医疗体系性质基础之上。中国采用管理医疗模式还需要必要的准备,首先,在合约制下,费用如何确定;其次,需要进行一些基础性的工作,比如对病种分类、核算病种诊断费用等;再次,目前基本上一个城市只有一个社会保险基金,这就不能保证基金的管理人能为病人寻找最合适的医院。在存在多个医疗保险基金时,投保人可以选择加入一种或几种医疗保险基金,因而需要进一步在医疗保险市场引入竞争机制。另一种竞争模式是通过消费者选择加强医疗机构之间的竞争。这就需要消费者具备选择的能力,关键在于消费者能够获得有效的信息,医疗服务中的信息不对称问题是导致费用过高或质量过低的根源,因此有必要建立医疗服务信息平台,向消费者传递信息。

参 考 文 献

- [1] Rosenau P, Linder S. Two decades of research comparing for profit versus non-profit performance in the US[J]. *Social Science Quarterly*, 2003, 84(2): 219-241.
- [2] Devereaux P J, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis[J]. *Canadian Medical Association*, 2004, 170(12): 1817-1824.
- [3] Shen Y, Eggleston K, Lau J, et al. National Bureau of Economic Research, Working Paper[R]. 2006.
- [4] Eggleston K, Shen Y C, Lau J, et al. Systematic Review of Hospital Ownership and Quality of care: What explains the different results in the literature? [J]. *Health Economics*, 2008, 17(12): 1345-1362.
- [5] Cutler D M, Horwitz J R. Converting hospital from not-for-profit to for-profit status: why and what effects? [J]. NBER working paper, 1998, NO. 6672.
- [6] Kessler D P, McClellan M B. The effects of hospital ownership on medical productivity[J]. *The Rand Journal of Economics*, 2002, 33(3): 488-506.
- [7] Ettner S L, Hermann R C. The role of profit status under imperfect information: evidence from the treatment patterns of elderly Medicare beneficiaries hospitalized for psychiatric diagnoses[J]. *Journal of Health Economics*, 2001, (20): 23-49.
- [8] Zuckerman S, Hadley J, Iezzoni L. Measuring hospital efficiency with frontier cost functions[J]. *Journal of Health Economics*, 1994, 13(3): 255-280.
- [9] Mark T L. Psychiatric hospital ownership and performance [J]. *Journal of Human Resources*, 1996, 1(3): 631-649.
- [10] Lien H, Chou S, Liu J. Hospital ownership and performance: Evidence from stroke and cardiac treatment in Taiwan [J]. *Journal of Health Economics*, 2008, 27(5): 1208-1223.
- [11] Sloan F A, Picone G A, Taylor D H. Hospital ownership and cost and quality of care: Is there a Dime's worth of difference? [J]. *Journal of Health Economics*, 2001, 20(1): 1-21.
- [12] Silverman E M, Skinner J S. Are for-profit hospitals really different? Medicare upcoding and market structure [R]. NBER working paper, 2001.
- [13] Duggan M. Hospital ownership and public medical spending [J]. *The Quarterly Journal of Economics*, 2000, 115(4): 1343-1372.
- [14] Picone G, Chou S, Sloan F. Are for-profit hospital conversions harmful to patients and to Medicare? [J]. *RAND journal of Economics*, 2002, 33(3): 507-523.
- [15] David D. Mark A S. *Handbook of Health Economics*[M]. New York: Elsevier, 2000.
- [16] Robinson J, Luft H. The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care [J]. *Journal of Health Economics*, 1985, 4(4): 333-356.
- [17] Kessler D P, McClellan M B. Is hospital competition socially wasteful? [J]. *The Quarterly Journal of Economics*, 2000, 115(2): 577-615.
- [18] Shleifer A. A theory of Yardstick Competition [J]. *The Rand Journal of Economics*, 1985, 16(3): 319-327.
- [19] Gaskin D J, Hadley J. The impact of HMO penetration on the rate of hospital cost inflation, 1985-1993 [J]. *Inquiry*, 1997 (34): 205-216.
- [20] Bamezai A, Zwanziger J, Melnick G A, et al. Price Com-

petition and Hospital Cost Growth in the United States (1989-1994) [J]. Health Economics, 1999, 8 (3): 233-243.

- [21] Frank R G, Glazer J, McGuire T G. Measuring adverse selection in managed health care [J]. Journal of Health Economics, 2000, 19(6): 829-854.
- [22] Gowrisakaran G, Town R. Estimating quality of care in hospitals using instrumental variables [J]. Journal of Health Economics, 1999, 18(6): 747-767.
- [23] Sari N. Do competition and managed care improve quality [J]. Health Economics, 2002, 11(7): 571-584.
- [24] Rogowski J, Arvind K J, Escarce J J. Hospital competition, managed care, and mortality after hospitalization for medical conditions in California [J]. Health Services Re-

search, 2007, 42(2): 682-705.

- [25] Propper C, Burgess S, Gossage D. Competition and quality: evidence from the NHS internal market 1991-1999 [R]. CMPO working paper, 2003.
- [26] Banks D A, M. Paterson M, Wendel J. Uncompensated hospital care: Charitable mission or profitable business decisions? [J]. Health Economics, 1997, 6(2): 133-143.
- [27] Hirth R A. Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes [J]. Journal of Health Economics, 1999, 18 (2): 219-240.
- [28] Sloan F. Not-for-profit ownership and hospital behavior [M]. Handbook of Health Economics, 2000.

[收稿日期:2009-06-30 修回日期:2009-08-16]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·



中國醫院 九本圖書
CHINESE HOSPITALS

卫生部主管 中国医院协会主办
中国科技论文统计源期刊 中国科技核心期刊
刊号: ISSN 1671-0592 CN 11-4674 (月刊)
定价: 16元/期 邮发代号: 2-743

- 传播现代经营理念
- 报道学科重大进展
- 交流先进管理经验
- 发布最新权威信息

随时订阅 欢迎投放广告

《中国医院》杂志是由中华人民共和国卫生部主管、中国医院协会主办的兼有医院行业指导和医院管理学术交流双重职能的权威性、科学性、实用性国家级大型期刊,是中国科技论文统计源期刊,中国科技核心期刊。

《中国医院》杂志秉承创新、厚载、求实,贴近医院、服务医院的编辑方针,始终以读者为本,引领潮流。传播现代经营理念,报道学科重大进展,交流先进经验,发布权威信息,融导向性、先进性、学术性、权威性与实用性为一体。

《中国医院》杂志以学术论文和实地采访报道相结合的形式,依托中国医院协会及其三十多个分会/专业委员会,聚集全国医院院长和医院管理专家学者,组成权威性编委会,与各省市自治区医院管理学会、协会联系紧密。其以高品质的编辑和印制质量,全面的资讯服务,成为读者十分信赖的读物。

《中国医院》杂志的栏目内容包括:医疗卫生领域权威人士的高端访问、综述、论述、针对医院管理经营焦点或热点问题的特别策划、政策法规及权威信息发布、著名医学专家的从医感悟、致力于解决医院管理实际问题的案例分析、医院采风、管理创新、管理实务、医疗机构维权与自律、医院质量、医院评审、医院安全、医院护理、医院IT、医院药事、医院人力资源、医院后勤、医院感染管理、病案管理、门急诊管理、研究与报告、经验交流、医院建筑、海外视窗等。



● 垂询热线: 010-67609651/67609652/87677703 传真: 010-87677705
地址: 北京市丰台区南三环东路27号院芳群公寓6号楼402室(100078)
网址: www.chaj.com.cn E-mail: zggy@vip.163.com