

公立医院规模扩张的公共经济学解释与对策

董四平^{1,2*} 李冰² 杨婷婷¹ 隋霞¹ 何柳² 沈晓²

1. 卫生部医院管理研究所 北京 100191

2. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

【摘要】我国公立医院床位规模盲目扩张存在诸多风险与弊端。本文在分析医院规模扩张一般原因的基础上,基于尼斯卡宁模型构建了公立医院规模发展的公共经济学解释模型:医院追求的供给量是医院总成本与总收益相当时所对应的产量和规模,而不是医院边际收入等于边际成本时所对应的最佳产量和最佳规模;医院追求的规模一般为最佳规模的两倍。最后提出了遏制公立医院盲目扩张的对策和建议,包括消除公立医院管理的内部性、利用医保政策引导医院集约式经营、实现医疗机构设置规划的硬约束和合理引导医疗需求向基层流动等。

【关键词】公立医院;规模扩张;尼斯卡宁模型;公共经济学

中图分类号:R197.3 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.09.008

Scale expansion of public hospitals: Economics explanation and measures

DONG Si-ping^{1,2}, LI Bing², YANG Ting-ting¹, SUI Xia¹, HE Liu², SHEN Xiao²

1. National Institute of Hospital Administration, Beijing 100191, China

2. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Hubei Wuhan 430072, China

【Abstract】The abnormal expansion of the number of beds in public hospitals in China has many risks and drawbacks. An economic interpretation model of the expansion was established referring to Niskanen model besides the reasonable clauses. The scale of hospital beds is decided by a hospital's total revenue rather than optimal supply and size when the hospital's marginal revenue equals marginal cost. The desired scale is generally twice that of the optimum size. This paper is intended to propose some recommendation to curb the abnormal expansion of public hospitals, including eliminating public hospitals' "internality," re-orientating hospital operating focus away from health insurance policies, creating strict requirements for hospital planning, and establishing reasonable paths that guide medical need flows to primary hospitals.

【Key words】Public hospital; Scale expansion; Niskanen model; Public economics

1 公立医院规模扩张的现状与风险

20世纪90年代以来,我国公立医院纷纷通过现址扩张、新建分院、合并、联盟、组建医疗集团等多种形式谋求规模扩张,尤以综合医院病床扩张更为迅猛。从综合医院平均床位数横向国际比较来看,我国各级综合医院床位数明显较多;从我国综合医院平均床位数历史纵向发展比较来看,三级综合医院

床位增长尤为突出;从大型综合医院数量增长趋势来看,近10年来全国床位数800张及以上综合医院的数量年均增长速度超过25%^[1],2011年达到727家。公立医院的规模扩张在一定程度上满足了患者日益增长的医疗需求,缓解了看病难问题,但是医院盲目无序的规模扩张则会造成资源利用率下降、医疗机构诱导需求增加、诊疗费用过快增长等问题,不利于医院和卫生事业的健康发展。^[2]公立医院规模

* 基金项目:卫生部医院管理研究所基金(201101)

作者简介:董四平,男(1974年—),副研究员,主要研究方向为医院管理、卫生经济与政策。E-mail: sipingd@163.com

通讯作者:沈晓。E-mail: realshenxiao@163.com

扩张存在以下风险和弊端。

1.1 增加了医院管理与经营的风险

医院规模过大不可避免会带来管理幅度过宽、管理层次过多,大多数管理资源被财务、人事、基础设施和大型设备等方面的管理所消耗,对医疗服务质量和医疗安全等核心管理造成影响和冲击,可能导致医院提供的医疗服务质量较低。同时医院盲目扩张所产生的高运营成本会致使医院诱导需求,将高额的扩张费用转嫁到患者身上,造成医患矛盾加重、医院竞争力下降^[3],进而形成更大的经营风险,影响医院的生存和健康发展。

1.2 逐利动机导致医院公益性淡化

医院规模扩张是建立在融资基础之上的。在政府财政补助不足和自有资金有限的情况下,医院一般会选择负债融资,包括各种商业贷款、政府贴息贷款等,同时要承担还本付息压力。盲目扩张导致的较高负债率会给医院的现金流带来极大压力,诱发医院过度逐利动机,出现大处方、过度检查、过度治疗等损害患者和社会利益的医疗行为,最终导致医院公益性淡化。^[4]

1.3 诱导需求导致医疗资源浪费严重

从经济学角度来看,医院规模扩张至一定程度会出现规模经济递减现象,并导致病床使用率暂时下降,医院决策层通过引导或强制手段鼓励医务人员诱导需求。在合理需求与诱导需求共同作用下,病床使用率上升并且超过前期,此时医院领导层做出非理性决策,通过各种融资手段进行规模扩张,极大地浪费了医疗资源和社会经济资源。

2 公立医院规模扩张的原因分析

相关研究从不同角度对医院规模的影响因素进行了分析。2010 年有研究者应用结构方程模型(SEM)定量测量医院床位规模主要影响因素、影响程度及其相互关系,结果表明医院床位规模的决定因素包括区域内经济人口状况、医院经营收支水平、医疗市场竞争程度等方面;部分医院床位规模发展与当地卫生资源存量水平不相适应,缺乏成本控制动机与目标;“每百门诊人次住院比率”是医院诱导需求的敏感反应指标。^[4] 2011 年“一环、二流、三切点”理论模型被提出,即医疗生产技术、医院规模、专

科细化程度、市场规模和成本转嫁能力是医院规模持续扩张五要素,规模扩张均衡环、医院收益流和成本流、医疗生产技术、市场规模和成本转嫁能力是医院规模持续恶性扩张机制的三要素切入点。^[5] 2012 年提出的“一角、两圆、三方、四面”关联模型对国内医院床位规模变化以及与之相关的内外部因素、利益各方、制度安排进行了归纳,并认为其相互之间并行交叉作用促进床位规模持续增长。^[6] 2013 年有研究者利用博弈论工具分析发现获取更多医疗资源、诱导需求、扩大医疗市场份额、人事升迁机制等因素是公立医院扩张的内在助因。^[7]

文献分析结果表明:医院规模主要受医院内部和外部因素影响。医院外部影响因素包括国家卫生及有关政策、区域经济水平、社会文化因素、居民人口结构和健康状况、医疗市场竞争因素;内部因素包括组织管理、医疗技术人员管理、医疗技术水平、财务状况等。本文在对公立医院规模扩张原因进行简单梳理的基础上,试图从公共管理和公共经济学的角度对这一现象进行新的诠释。

2.1 一般原因分析

2.1.1 居民合理医疗需求的拉动

一方面,随着现代生活水平的不断提高,居民健康意识不断增强,总体医疗需求不断增长,对医疗服务的水平和质量提出了更高要求。另一方面,我国医疗保障制度不断完善。2012 年底,我国全民基本医疗保险体系初步形成,各项医疗保险参保超过 13 亿人,同时保障水平不断提高,2013 年新农合全国人均筹资水平达到 340 元。医疗保障体系的建立和完善极大释放了有效医疗需求。上述两方面原因对医疗服务供给能力形成巨大冲击。为了缓解供给压力,许多公立医院走上了规模扩张道路。

2.1.2 医院粗放式简单再生产

医院为适应医疗市场需求快速增长,提高总体收益,普遍采取粗放式的简单再生产,通过简单扩大床位数量、增添设备数量等措施提供更多数量的医疗服务。^[8] 这种增长模式短期内可提高经济效益,但阻碍了医院的长期健康发展。根据边际收益递减规律,应避免通过简单追求规模扩大来增加经济效益,而是要衡量单位产出的边际效益。但只有在单位产出的边际效益达到最大化、资源达到优化配置时,医

院才能实现由粗放式向集约式经营模式发展。

2.1.3 医疗机构布局不合理,监管不力

在社会主义市场经济条件下,政府在医疗卫生服务领域的管理职能之一是根据当地实际情况合理制定与实施区域卫生规划,优化卫生资源配置,实现资源配置结构的战略性调整,发展医疗卫生事业。当前公立医院过度追求规模扩张的主要外在原因是政府规划和监管不力。一方面,一些地区的卫生行政部门在区域卫生规划和医疗机构设置规划制定方面被医院“绑架”,使规划的制定缺乏科学性。另一方面,政府在制定规划和标准后,对规划的实施疏于监管,没有实现对区域内医疗资源的有效调控。

2.2 基于公共经济学的理论诠释

2.2.1 公共选择理论与内部性

公共选择理论认为,公共部门(代理人)也是经济人,也会寻求特定条件下的自身利益的最大化。^[9]作为理性经济人,公共部门(代理人)追求的不一定是社会福利最大化,而是通过追求预算规模最大化实现薪金、津贴、声誉、晋升等自身利益的最大化,这种自身利益的最大化倾向被称为“内部性”。在实践中,内部性会导致公共支出规模的扩张,因为公共支出规模的扩张才能实现公共权力的最大化,而公共权力的最大化才能实现自身利益的最大化。医院是以特定的公共利益为目标,为社会提供公共服务的非营利组织,是公共部门的重要组成部分,同样具有内部性问题。医院内部人员为了追求自身的经济利益,容易导致其在医院规模扩张中的基础设施建设、医疗设备及耗材采购等过程中发生非法行为,如近年来披露的深圳医疗系统肃贪、湘雅医院腐败串案等事件。

2.2.2 公共支出规模的尼斯卡宁(Niskanen)模型

官僚是公共政策执行者的总称,包括行政官员和公共雇员在内。政治家与官僚按照政权与治权两权分离的原则实行职能分工,从而使官僚在执行公共政策时拥有较大的权力。美国学者尼斯卡宁(W. A. Niskanen)认为,由于官僚效用是预算规模的增函数,因而官僚提供的公共部门产量可能是社会最适产量,即效率产量的2倍。^[10]要使资源配置富有效率,不仅需要满足总收益超过总成本这个条件,而且必须满足边际成本等于边际收益这一条件,根据边

际成本等于边际收益原则求得的产量才是社会最适产量。而官僚追求的公共产品数量则是由社会总成本曲线与社会总收益曲线的交点所决定,他们认为凡是总成本不超过总收益的政府预算方案均是可取的。尼斯卡宁指出,虽然政治家们的追求目标是社会最适产量,但在实际生活中官僚产出水平会占上风,监督者往往受被监督者操纵。在进行公共决策时政治家无法通过提供公共产品的最佳服务量来决定公共支出规模,官僚阶层则利用信息垄断优势来追求自身的利益,结果必然使公共支出规模扩张。^[11]

2.2.3 公立医院规模经济学模型构建

本文依据尼斯卡宁(Niskanen)模型尝试建立了医院规模的经济学模型。此模型的博弈双方分别是作为政治家角色的国家相关机构(人大、国资委、卫生行政部门等)与作为官僚角色的医院决策层。医院作为提供公共服务的机构,与国家相关机构是委托代理关系,存在信息不对称。模型如图1所示。

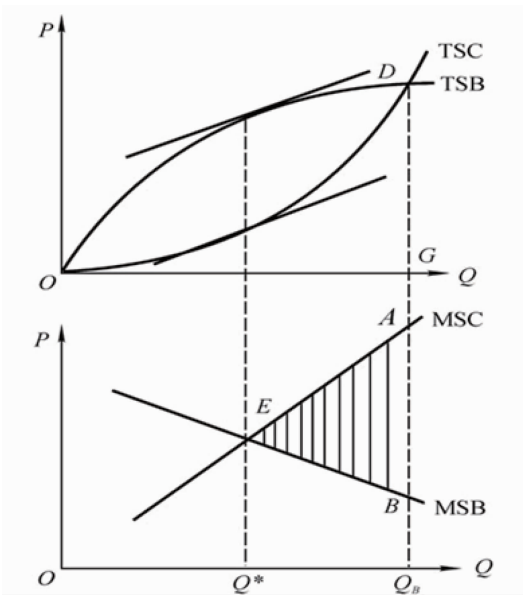


图1 公立医院规模经济学模型

图1中纵轴表示医疗服务价格,横轴表示医院可提供的医疗服务数量(由医院规模决定),图的上半部分为医院总成本曲线TSC与总收益曲线TSB,图的下半部分为医院边际成本曲线MSC与边际收益曲线MSB。根据尼斯卡宁模型可知,当医院边际收益等于边际成本时利润达到最大化,即图1中MSC线与MSB线的交点E所对应的产量Q*是最佳服务量,按此服务量确定的规模为最佳规模。当边际收

益大于边际成本时,说明扩大生产规模能增加收益;而在边际收益小于边际成本时,说明生产已经进入到了亏损的领域,规模扩大不能取得预期的经济效益。

在实际工作中,作为政治家角色的国家相关机构追求的是 Q^* 点所对应的最佳规模。而作为官僚角色的医院决策层所追求的产量则是由医院总成本曲线与总收益曲线的交点 D 所对应的医疗服务提供给量 Q_B 。他们甚至认为凡是总成本不超过总收益的预算均是可取的,即从 O 点到 G 点之间对应的规模都是有意义的。由于信息不对称,政府或卫生行政部门对于医院的真实情况并不十分了解,在进行公共决策时无法根据最佳规模来决定医院的规模建设。在这种情况下,医院的决策层会为了追求自身或集团的利益,利用医疗信息不对称来控制规模,如通过诱导需求增加病人数,造成床位紧张的现象,再谋求床位规模扩张。通过建立该模型,我们可以初步解释一些非正常的医院经营行为,如大部分公立医院财务报表一般为总体收支平衡(略有结余或亏损);大部分医院不注重成本核算,通过不停增加床位等投入实现简单扩大再生产,没有边际成本和边际收益概念。

3 遏制公立医院盲目扩张的对策与建议

3.1 消除公立医院管理的内部性

公益性是公立医院的基本属性。但在外部干预和制度约束不到位的情况下,公立医院顺理成章地出现内部人控制问题和逐利动机,并通过不断扩大床位规模和诱导需求来实现利润最大化。要消除内部性,一方面要实现公立医院决策主体的多元化,通过建立公立医院理事会等法人治理结构,使委托人(包括卫生行政部门、公共利益代表者等)有机会参与公立医院的重大决策,尽量消除公立医院管理的内部性问题。另一方面要实现公立医院经营的透明化。相关管理部门应通过制定强制信息披露等方面法律法规,促进公立医院透明化,从而消除监管信息的不对称,使政府和社会能够对其进行有效地监督,也促进医院管理水平的提高。只有消除公立医院管理的内部性,才能从根本上保证医院的公益性和社会效益。

3.2 利用医保政策引导医院集约式经营

在第三方支付制度和医疗支付方式改革背景

下,医院要增强竞争优势,必须寻求新的集约式经营模式。集约是相对粗放而言,是以效益为根本、对经营诸要素进行重组、实现以最小成本投入获得最大投资回报的经营方式。一方面医院要通过加强内部管理、充分利用医疗资源、重视医疗服务质量、加强人才建设等促进医院管理模式由粗放型向集约型转变。另一方面,必须完善医疗保障政策和改革医疗支付制度,通过实施按病种付费、按人头付费、总额预付等方式减少过度医疗等现象,避免医院通过延长病人住院时间等不良行为增加医疗费用,迫使医院不得不通过提高医院管理水平实现集约经营。

3.3 实现医疗机构设置规划的硬约束

公立医院规模无序扩张原因之一是区域卫生规划和医疗机构设置规划的约束力度不够。政府作为公立医院的政策制定者和监管者,在各类规划的制定、实施和监督过程中都要承担起应有的职责。首先,政府要对本地医疗需求与供给的实际情况进行充分了解,制定并实施适宜本地区发展的区域卫生规划;其次,要尽可能真实准确的掌握地区公立医院信息,明确其类别、规模、布局、结构、功能定位等职能^[12],根据各医院实际确定其应有的规模,尽可能避免由于信息不对称造成的决策失误进而影响医院的长远发展;最后,政府要对医院的发展和规模建设进行实时监督和调控,保证医院在实际的规模扩张中符合区域卫生规划的发展要求,形成监督医院发展的硬约束长效机制。

3.4 合理引导医疗需求向基层流动

长期以来我国已逐渐形成了医疗卫生资源配置的“倒三角”模式,优质医疗资源日益集中到高级别医院,马太效应日益明显。为防止公立医院规模无限膨胀,必须合理引导医疗需求向基层流动。一方面要建立和落实双向转诊制度,即“小病进社区,大病进医院”。转诊制度不但能充分发挥大中型医院在人才、技术及设备等方面的优势,也能够合理利用基层医疗卫生机构的服务功能和网点资源。另一方面要加强基层医疗卫生机构建设,提高其技术能力和管理水平。

参 考 文 献

- [1] 董四平,梁铭会,马丽平.我国综合医院规模发展特点与趋势分析[J].中国卫生经济,2011,30(1):62-63.

[2] 徐幻, 刘玉秀, 杨国斌, 等. 新医改模式下关于医院规模建设的思考[J]. 中国社会医学杂志, 2010, 12(27): 338-339.

[3] 陈波, 赵昕昱. 公立医院扩张中的收益与风险研究[J]. 当代经济, 2012, 11(22): 60-61.

[4] 董四平, 安艳芳, 刘庭芳. 我国公立医院规模发展的理论解释与政策建议[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(1): 78-82.

[5] 匡莉. 公立医院规模持续恶性扩张机制——“一环、两流、三切点”理论模型的构建[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(4): 28-37.

[6] 李林, 王珊, 刘丽华. 影响我国医院床位规模的内外部分因素分析[J]. 中国医院, 2012, 16(9): 6-8.

[7] 曹剑涛, 马进, 李志建. 公立医院规模扩张的内因及抑制策略——基于演化博弈理论视角[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(2): 34-39.

[8] 浦金辉. 转型期医院规模发展与内涵建设[J]. 解放军医院管理杂志, 2011, 10(18): 901-902.

[9] 高培勇. 公共经济学[M]. 第1版. 北京: 中国人民大学出版社, 2004.

[10] Niskanen WA. Bureaucracy and representative government [M]. Chicago: Aldine Atherton, 1971.

[11] 蓝志勇, 陈国权. 当代西方公共管理前沿理论述评[J]. 公共管理学报, 2007, 4(3): 7-10.

[12] 刘军民. 公立医院无序扩张的冷思考[J]. 卫生经济研究, 2012(2): 3-6.

[收稿日期:2013-03-24 修回日期:2013-07-10]

(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

《中国卫生政策研究》杂志入选中国科学引文数据库 (CSCD) 来源期刊

近日,中国科学院文献情报中心公布了2013—2014年度中国科学引文数据库 (Chinese Science Citation Database, CSCD) 来源期刊。经过定量遴选、学科专家评审和遴选委员会评议,《中国卫生政策研究》杂志被收录为中国科学引文数据库 (CSCD) 来源期刊,这是我国医药卫生管理类期刊首次进入该数据库。

CSCD 来源期刊每两年遴选一次,依据文献计量学的理论和方法,通过定量与定性相结合进行综合评审,2013—2014年度共收录来源期刊1143种,其中中国出版的英文期刊126种,中文期刊1017种。CSCD 是我国第一个引文数据库和 ISI Web of Knowledge 平台上第一个非英文语种的数据库,也是中国科学院院士入选、教育部长江学者入选、教育部学科

评估和国家自然科学基金委杰出青年基金的指定查询库。

《中国卫生政策研究》杂志创刊以来,贯彻“传播政策、研究政策、服务决策”的办刊理念,在各位编委、审稿专家、作者和读者的指导帮助下,学术质量迅速提升,本次入选 CSCD 来源期刊,是继2011年进入中国科技核心期刊 (中国科技论文统计源期刊) 和2012年清华大学《中国学术期刊影响因子年报》公布的杂志影响因子 (1.587) 在医药卫生管理类期刊中排名第一后的又一新的突破。今后,杂志将以更加科学、前瞻的视角,更紧密地围绕卫生改革发展的重点、热点和难点,深入传播医药卫生政策,分享研究成果,为我国卫生政策研究和卫生改革发展贡献新的力量。