

我国医院效率评价研究现状

郑万会^{1,2*} 徐慧兰¹ 孙虹³

1. 中南大学湘雅公共卫生学院 湖南长沙 410011

2. 重庆市第九人民医院 重庆 400700

3. 中南大学湘雅医院 湖南长沙 410008

【摘要】通过对我国医院效率评价实证研究文献进行筛选和计量分析发现,研究经历了碎片化—双元化—规模化的阶段;研究对象以综合医院、二三级混合医院、地方系统、公立医院为主;研究内容集中于综合效率、技术效率、纯技术效率方面;评价方法以DEA的CCR和(或)BCC为主;指标选择以定性为主(如:纯文献分析占47.36%),且主要指标几乎为内因设置,使用频次排前3位的是:门急诊人次、床位数和固定资产、总支出;数据来源主要有公开获得、内部资料、各种调查、医院自报,且54.21%为单一渠道。医院效率评价聚焦于二级以上综合公立医院,主要以DEA相对效率为主,涉及内容多、地域广、跨度大。但指标选择、数据来源、因素量化等仍制约成果质量,研究者和管理者对效率评价的需求不平衡、认识不充分、知识不对等以及相关政策缺乏共同阻碍了成果转化,需要从顶层设计上建立符合我国医院实情的效率评价机制。

【关键词】 医院效率评价;成果转化;现状分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.06.003

The present situation of hospital efficiency evaluation in China: Based on bibliometrics analysis

ZHENG Wan-hui^{1,2}, XU Hui-lan¹, SUN Hong³

1. Xiangya School of Public Health, Central South University, Changsha Hunan 410011, China

2. The Ninth People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400700, China

3. Xiangya Hospital, Central South University, Changsha Hunan 410008, China

【Abstract】 This paper analyzed the present situation on efficiency in hospitals and reasons for the failure of implementation. The analysis found that the research experienced a stage of fragmentation-dualization-systematic phase. The research subjects mainly included integrated or general hospitals (84.21%), hospitals of Grade II or above (55.79%), mixed and local systems (95.26%), and public hospitals dominated with 97.89%, all of the subjects being covered from 22 provinces and municipalities. The comprehensive, technical and pure technical efficiencies had proportions of 87.89%, 68.84% and 86.84% respectively and were concentrated in the research content, the evaluation method being mainly DEA and and/or BCC (67.89%). The selection of indicators was mainly qualitative (47.36% for pure literature analysis) and the main indicators were almost internally set. The first three were used in the frequency division outpatient emergency number (55 visits), number of beds and fixed assets (44) and total expenditures (42). The main sources of data were public access (27.89%), internal data (31.05%), investigations or various surveys (30.53%) and the hospitals' own data reports (15.26%), and more than half (54.21%) was single road. Conclusion: The hospital efficiency evaluation focused on the integrated public hospitals above the grade two, mainly based on the relative efficiency of DEA, which involves many contents, wide geographical area and large span but the selection of indicators, data sources, and quantification of factors still restrict the quality of the results. The imbalance between the needs of researchers and managers for efficiency evaluation, inadequate understanding and unbalanced knowledge together

* 基金项目:世界银行项目(P126210);重庆市卫生和计划生育委员会医学科研项目(2017MSXM159);重庆医科大学2017年校级教育教学研究项目(JY170246);重庆市社会科学规划办公室调研项目(2016DY14);重庆市卫生经济学会科研项目(YWJK2017-11)
作者简介:郑万会,女(1972年—),博士研究生,高级经济师,主要研究方向为医院管理、卫生经济。E-mail:lonelygo@sina.com
通讯作者:孙虹。E-mail:shjhaj@vip.163.com

er with the lack of relevant policies hindered the transformation of results. Therefore, the consistent mechanism for hospitals efficiency evaluation should be established from the angle of top-level design and actual situation of hospitals in China.

【Key words】 Hospital efficiency evaluation; Transformation of achievements; Analysis of actual situation

2016 年 3 月, 国务院发布了《关于印发实施〈中华人民共和国促进科技成果转化法〉若干规定的通知》, 随后国家科技部、财政部等相关部委, 各地方政府相继出台了具体实施意见, 科技成果转化日益提到议事日程。然而, 社会科学研究因成果质量、转化机制、转化渠道、供需脱节等因素难以转化。^[1] 医院效率评价研究成果应用到相关部门的监管实践, 更是难上加难。为此, 本文在研究重庆市卫计委、重庆市社科联以及重庆市卫生经济学会有关医院效率评价等四项课题中, 结合世界银行项目的“质量、安全、成本、效率”一体化理念, 以我国医院效率评价为核心, 分析研究历程, 探讨研究对象、研究内容、测评方法、指标选择方法和具体指标以及数据来源; 剖析研究成果未能有效转化的原因; 阐明医院效

率评价转化的理论框架, 以期利用 DEA (Data envelopment analysis) 或 SFA (Stochastic frontier analysis) 等的相对效率评价方法能够真正用于管理实践。

1 资料与方法

1.1 资料来源

分别检索中国知网 (CNKI)、重庆维普科技期刊数据库 (VIP Information)、万方期刊全文数据库 (WanFang Data)、中国生物医学文献数据库 (CBM) 等中文数据库, PubMed、ScienceDirect 等外文数据库, 并查询原国家卫生和计划生育委员会、国家科技部、部分省市卫生和计划生育委员会及卫生信息中心、WHO 等与卫生政策相关的外文网站。检索时间建库到 2017 年 7 月 1 日。整理时以 CNKI 检索结果为主, 其余信息补充 (表 1)。

表 1 检索及相关结果

资料来源	检索词	检索策略	检索结果 (篇)	初步筛选 (篇)	初步保留 (篇)
CNKI	#1 医院		554	298	298
WangFang	#2 效率 OR 效益	#1 AND (#2 OR #3 OR #4)	437	231	32
VIP	#3 投入 OR 产出		208	195	76
CBM	#4 评价 OR 评估 OR 测评		176	71	35
国家卫计委			1270	15	4
PubMed			1296	184	3
Science Direct	#1 “hospital efficiency” OR “hospital input output”		158	23	4
	#2 “Data enveloping analysis method” OR “DEA”	(#1 OR #2 OR #3)	306	3	2
	#3 “Stochastic Frontier Analysis” OR “SFA”	AND #4	639	4	2
	#4 “China”		5	1	1
			0	0	0
WHO	#1 “hospital efficiency”	#1 AND #2	131	23	4
	#2 “evaluation”				
合计			5180	1048	458

1.2 资料提取及文献初选

检索文献 5 180 篇。以 CNKI 上获取的信息为母本, 按照自定义全选方式, 并利用 Excel 2010 设计文献计量表格, 导出 554 篇, 并初步筛选 298 篇; 在此基础上, 其余检索结果按照“初步筛选、初步保留”对其逐一补充, 初步纳入研究文献共 458 篇。其研究对象涉及我国不同属性、不同级别的公立医院和民营医院; 研究内容涵盖以医院为对象的实证研究、文献综述、指标构建等; 以科室、科研等为内容的效率评价; 效率类型包含综合效率、技术效率、配置效率、规模效率、成本效率等。按照纳入标准: (1) 以医院为对象; (2) 有指标、有数据、有评价方法; (3) 中国医院的实证研究, 最

终保留 190 篇。

1.3 资料分析

对 190 篇文献进行计量分析。内容包括: 研究对象、研究内容、评价方法及主要模型、指标选择方法及主要指标以及数据来源。其中, 研究对象按属性、级别、系统、地域、所有制分类; 指标选择分为定性和定量, 且包含三级指标; 数据来源按公开查询、内部资料、调查研究、医院自报分类。

2 结果

2.1 研究历程

我国医院效率研究始于绝对效率, 到相对效率

引入,逐步发展成以相对效率为主。经历了碎片化、二元化、规模化的过程。

(1)碎片化(1979—1994):自1979年,原卫生部等三部委发布了“关于加强医院经济管理试点工作的意见”后,在有限财政投入下,医院管理逐渐有了“效率”意识,学者开始关注医院效率。其研究内容包括经济效率、工作效率以及指标选择和文献综述等;研究方法有描述分析、比率分析、回归分析等。此阶段特点:成果量较少,研究内容、采用方法以及分析过程均较单一,呈现出碎片化特点。

(2)二元化(1994—2009):随着1994年有学者采用DEA评价上海市医院相对效率后,该理念和方法逐渐被业内外研究者采纳。此后,绝对效率和相对效率研究并行发展,研究成果也呈逐年增长之势,但以DEA为主的相对效率评价逐渐占据主导地位。其中,2000年庄宁等学者对公立医院效率的实证研究与2006年庞瑞芝对城市医院经营效率的实证研究被众多研究者所借鉴。此阶段特点:研究对象较多、研究内容丰富、研究方法以两种以上为主,多选择DEA

的CCR、BCC模型;在影响因素分析上,多利用Tobit模型分析指标与结果关系,对环境因素研究较少。

(3)规模化(2009至今):医院效率评价逐渐以相对效率为主,研究对象从宏观(如:卫生资源配置效率)到微观;从整体(如:综合医院、中医院、专科医院等)到局部(如:科室、设备、人员、科研等);从表象(如:综合效率、纯技术效率等)到内因(如:环境变量、随机误差)。研究模型更加丰富(Malmquist、Bootstrap—DEA、三阶段—DEA),四阶段—DEA也开始进入研究者视野。此阶段研究特点:研究对象更加多元,研究内容更加丰富,研究结论也更可信。但成果应用未同步跟上。

2.2 研究对象

按研究对象的属性、级别、系统、地域、所有制形式进行分类。我国医院效率评价的研究对象重点是综合医院(84.21%),多以二级以上混合为主(55.79%);几乎包括地方系统的各级公立医院(95.26%),且22省市都有实证研究成果,其中成果数量处于前5位的省依次为:湖北、四川、山东、广西、黑龙江(表2)。

表2 我国医院效率评价对象分类

一级分类	二级分类	三级分类	文献量(篇)	构成比(%)	备注及主要参考文献
属性	综合		160	84.21	省、部属综合医院,县及以上人民医院 ^[2]
	中医		19	10.00	各级各类中医院 ^[3]
	专科		4	2.11	肿瘤医院等 ^[4]
	其它		7	3.68	多种属性混合 ^[5]
级别	三级		37	19.47	仅为三级医院 ^[6]
	二级		34	17.89	仅为二级医院 ^[7]
	基层		13	6.84	乡镇卫生院和社区卫生服务中心 ^[8]
	其它		106	55.79	多种级别混合 ^[9]
系统	地方		181	95.26	含研究单位为军队但研究对象为地方的医院 ^[2-9]
	军队		6	3.16	
	铁路		3	1.58	
地域(除军队和铁路系统的9篇)	全国		25	13.81	以全国为研究对象,样本量可大可小 ^[10]
	多省市		8	4.42	如上海和北京;江苏和湖北 ^[11]
	多地区		3	1.66	如东北地区;中、东、西部地区 ^[12]
	省市	湖北	14	7.73	
		四川	13	7.18	
		山东	12	6.63	
		广西	11	6.08	含外文文献 ^[13]
		黑龙江	10	5.52	
		新疆	9	4.97	
		上海、江苏	各8	8.84	含外文文献 ^[9]
		北京、天津、湖南	各6	9.94	含外文文献 ^[14]
		河南、辽宁	各4	4.42	含外文文献 ^[15]
		福建、宁夏、江西、广东、重庆	各3	8.29	含外文文献 ^[10-17]
		浙江、安徽	2	2.21	含外文文献 ^[18-19]
	山西、甘肃	各1	1.10		
	其它	14	7.73	指某地区、某省市、某医院等 ^[20]	
所有制	公立		186	97.89	军队和铁路系统纳入公立 ^[21]
	民营		4	2.11	

注:按文献量排序,下同

2.3 研究内容

按效率评价的内容分类。我国医院效率评价研究主要集中在综合效率、纯技术效率和规模效率方面,但其称谓多且杂,缺乏统一标准。以综合效率为例,多数研究者在解释整体效率、运行效率、相对效率以及服务效率都用了 DEA 计算的第一例数据,

势必给成果转化造成困难(表 3)。

2.4 评价方法

评价方法是效率评价关键。根据计量分析可知,DEA(129 篇,67.89%)和 SFA(34 篇,17.89%)为医院效率研究主要方法,故对采用此二种方法的研究进一步分析(表 4)。

表 3 我国医院效率评价内容分类

内容	文献量(篇)	构成比(%)	备注及主要参考文献
综合效率	167	87.89	含相对效率、整体效率、运行效率、投入产出效率 ^[20]
技术效率	160	86.84	指 DEA 评价时的技术效率和纯技术效率 ^[21-22]
规模效率	160	86.84	指 DEA 评价时的规模效率 ^[2-18,22]
全要素生产率	35	18.42	含标题中明确及内容中包含 ^[3-5]
服务效率	27	14.21	含标题中明确及内容中包含 ^[23]
配置效率	25	13.16	含标题中明确及内容中包含 ^[9]
成本效率	3	1.58	有 1 篇采用了 SFA ^[24]
生产效率	1	0.53	与绩效评价共同研究 ^[25]
其它	3	1.58	医院绩效评价、绩效评价、贡献率等

表 4 DEA 和 SFA 的分析

研究方法	原理	适用条件	已选模型	已选择变量	优缺点
DEA	采用线性规划技术。即在保持决策单元(DMU)的输入或输出不变条件下,将其投影到相对有效的生产前沿面上,判断其偏离程度(DEA 是否有效)	多投入、多产出	CCR 或 BCC、CCR 和 BCC、Malmquist、CCGS、SE-DEA、三阶段-DEA、CCWH	投入:人、财、物等;产出:医疗质量、医疗数量、资源利用等	优:不需要预先设定具体的函数形式和分布假设,从而避免了主观系统误差 缺:忽略了随机误差,对数据要求高,对奇异值敏感
SFA	采用计量方法估计前沿生产函数,即事先建立生产函数,以此为基础形成生产前沿面,求出技术无效率项的条件期望,从而求得技术效率	多投入、单产出或单投入、多产出	Cobb-Douglas 生产函数、成本函数	总支出与经费、人员、资本等投入;总收入与医院质量、医疗数量和资源利用等产出	优:能够考虑环境变化和随机因素对医疗行为的影响,并排除随机误差 缺:不能避免因预设生产函数而带来的系统误差

2.5 指标选择

指标选择方法和具体指标是效率测评重点。本文从指标选择方法及重要指标进行分类研究。

2.5.1 指标选择方法

选择指标时 79.47% 的采用多种研究方法,其中 47.36% 为文献分析(含 18.42% 单用)。文献研究借鉴了前人研究成果,有一定科学性,但主观性较强,对于文献阅读多少、分析程度难以从指标选用

中体现;32.11% 的采用主观选择方法,且均为单用。此法对研究者知识水平、研究深度和广度有不小考验;16.32% 采用专家咨询,该法同样主观性较强;6.84% 为行业要求,其反映了一定时期政策规定(表 5)。对于定量研究而言:聚类分析、相关分析、变异系数等应用较少,在文中呈现出过程的研究更不多见,又因这种方法对统计知识、统计软件要求较高,一般为高校或专业研究机构所采用。

表 5 我国医院效率评价的指标选择方法

选用方法	包含内容	文献量(篇)	构成比(%)	备注及主要参考文献	
定性	文献研究	文献分析、文献计量法、文献荟萃法等	90	47.36	35 篇单用,其余混用 ^[6]
	主观选择	主观选择	61	32.11	均为单用 ^[3]
	专家咨询	专家咨询、专家建议、专家访谈	31	16.32	2 篇单独使用
	行业要求	行业要求	13	6.84	1 篇单用,其余混用
定量	聚类分析	聚类分析	23	12.11	全为混用 ^[9]
	相关分析	相关分析、相关统计方法、相关性分析	13	6.84	全为混用
	变异系数	变异系数	10	5.26	1 篇单用,其余混用
	因子分析	因子分析法	2	1.05	全为混用
	其它	问卷调查、假设检验法、逻辑模型法、AHP	各 1	2.11	全为混用

2.5.2 主要指标

由于医院效率评价指标主要为内因,故就医院内部人财物等投入,医疗数量与质量等产出,对主要指标归类(表6)。我国医院效率评价指标呈现以下特点:一级指标基本涵盖了医院效率评价各个方面,包括人、财、物投入;医疗质量、医疗数量、资源利用等产出共10项;二级指标划分相对统一,包括职工总数、支出、成本、收入、床位、设备、资产等投入;总量、门急诊、住院、服务质量、总收入、病床等产出共31项;三级指标量多(仅职工总数的指标就有23

表6 我国医院效率评价投入产出指标

一级指标	二级指标	三级指标	使用频次	
投入	人力	职工总数	16	
		职工数	12	
		职工人数	10	
		员工人数	6	
		职工总人数、职工总数(人)	5	
		在职职工	10	
		卫技人员	12	
		卫生技术人员数	6	
		卫生人员数、卫生技术人员数(人)	6	
		医生数	8	
	护士数	5		
	财力	支出	总支出	42
			业务支出	14
			总支出(万元)、医疗支出	5
			床位数	44
			床位	17
		实际开放床位	实际开放床位	13
			实有床位数(张)	8
			病床数	6
			实际开放床位、开放床位数	44
			物力	资产
	固定资产总额	10		
	固定资产总值	9		
固定资产(万元)	9			

(续)

一级指标	二级指标	三级指标	使用频次	
产出	服务数量	总量	9	
		总诊疗人次、诊疗人次数	5	
	门急诊	总诊疗人次数	55	
		门急诊人次	24	
		门急诊人次数	6	
		门诊人次	40	
	住院	出院人次	30	
		出院人数	15	
		住院人次	11	
		入院人数	5	
		出院人次数、住院人次数、年住院人次	9	
		手术	手术人次	7
服务质量	质量	住院手术人次、住院手术人次数	7	
		危重病人抢救人次数	5	
		病死率	31	
		资金收益	总收入	29
		业务收入	8	
资源利用	病床	医疗收入	40	
		病床使用率	16	
		平均住院日	11	
		病床周转次数	8	
		出院者平均住院日	6	
		病床周转率、	5	
		病床使用率(%)、床位使用率	5	

注:1. 根据DEA和SFA法,指标按投入产出分;综合评价法、RSR等根据知识和经验,分别整理到相应栏目;
2. 由于篇幅原因,仅列出频次大于5的指标

种)、称谓不规范(以职工数为例,有职工数、职工人数、员工人数、职工总人数、员工数等)、计量不统一,同一涵义的指标单位使用不统一。

2.6 数据来源

数据来源是效率评价的核心。医院效率评价的实证研究中,数据的真实性、完整性、长周期是关键,现数据来源渠道主要有公开查询、内部资料、各种调查以及医院自报等(表7)。

表7 我国医院效率评价的数据来源

数据来源	具体内容	文献量(%)	构成比(%)	备注及主要参考文献
公开	各类统计年鉴、各省市信息中心数据、各类简报、各类公报	53	27.89	18篇单用,其余混用 ^[9]
内部资料	全国普查数据、全国医疗机构成本监测数据、卫生机构年报、财务会计报表、人事报表、上级直报数据、卫生信息直报数据、卫生财务年报、各地卫计委和规划财务处数据	59	31.05	14篇单用,其余混用 ^[26]
各种调查	问卷调查、现场调查、课题调研	58	30.53	43篇单用,其余混用 ^[16-17]
医院自报	医院病案信息系统、医院财务、信息、人事、医保部门的报表	29	15.26	28篇单用,多为研究者对自己本单位的研究
二次文献		1	0.53	表明利用了文献数据
未明确		12	6.32	未明确数据来源

由公开渠道获得数据的研究占27.89%,该类资料易获得,但数据较宏观,研究结论多为宏观政策制定作参考;通过内部渠道获取数据来进行医院效率评价的文献占31.03%,该数据真实性、完整性

均优,研究结论可信度高,可为政策制定提供直接决策支持。但仅可在经过许可后,由少数人在一定范围内使用,且在公开发表时原始信息常不公布;由各种调查获取数据占30.53%,其数据真实性、完整

性把控较难,对政策制定有一定参考;医院自报数据占 15.26%,其虽客观性和完整性较强,但因样本量极少,仅在一定范围内具有一定参考作用。

3 讨论

成果质量、供需矛盾是制约成果转化的重要因素,下文将从这两个方面进行讨论。

3.1 成果质量

尽管医院效率研究已具相当规模,并积累了丰富的经验,但在指标体系建立、数据质量把控及影响因素分析等方面还存在不足。

3.1.1 指标体系建立

指标选择是评价的核心,存在以下问题:一是指标筛选不严谨。190 篇文献采用主观选择和单纯文献分析达 96 篇;而采用聚类分析、相关分析、变异系数、因子分析等与定性相结合的量化遴选仅 30 余篇,详细列出了原始数据、选择方法及筛选过程的更少;二是指标表述不规范。同一指标多种称谓(如:职工总数、职工数、职工人数、在职职工数等);同一指标多种计量单位;三是指标使用繁杂。虽人财物等投入,医疗质量和数量、资源利用等产出指标相对统一,但在具体指标上非常繁杂。使用频次小于 5 的指标大量存在,以收入为例,有 28 项仅使用 1 次的三级指标;四是指标选择易受数据限制。有相当部分研究者由于受客观条件限制,只能从数据获得性角度去取舍指标,导致代表医疗质量指标(如:病例组合指数、治愈好转率、诊断符合率等)常被去掉。但这些指标恰恰能反映医院的医疗质量和核心竞争力。此类问题使评价结果的真实性和客观性存疑,从而影响成果转化。

3.1.2 数据质量把控

数据的客观性、真实性和完整性是数据质量的体现。同样存在较多问题:(1)数据来源单一。多数研究仅能从公开统计资料或各种调查获得,或过于宏观、或连续性与完整性受限,使研究结论量化决策参考作用受限;同时,尽管有部分研究样本量太少,研究结论的普遍性和实用性存疑;(2)数据决定样本取舍,将不同级别、不同属性医院混合研究已不在少数,这是由于数据受限而 DEA 对样本量要求,研究者只能将“异质性”医院纳入同种体系中,结果缺乏可比性;(3)缺乏数据共享机制。有关部门往往以患者隐私保护、政策规定、其它保

密要求为由,拒绝提供。即使部分有机会获得平台监测数据的研究者,也仅能在许可范围内使用。使得大量能够反映医院实情的真实数据游离在研究者之外,使研究结论与管理需求有差异。(4)基础数据质量有待提高。统计数据质量提升、健康大数据平台建设,统计专业重视等都有待提升。诸多因素制约了数据质量,从而影响评价结果。

3.1.3 影响因素分析

影响因素能否消除或控制,是提高成果质量的又一关键。现有问题:(1)模型选用时未考虑影响因素。67.89% 研究者使用了 DEA 基本模型,医院运行的内外因素均被忽略。加上“同质性”前提不能有效把握,使得评价结果更具偏差;(2)多从内部原因和单一方法分析影响因素。如:因素分析多就指标体系内部与评价结果之间关系进行比较,对于大量可能影响医院效率其它指标和外环境的变量并未纳入。且几乎均采用了 Tobit 方法,从系数正负号和显著性检验来判定影响;(3)外部环境变量的局限性。外环境变量局限于人均 GDP、常住人口、地区卫生资源等。对于人口密度、医院密度、地理环境以及其它可能影响效率的因素还未纳入。(4)少有考虑随机误差。尽管随机误差对评价结果的客观性具有一定影响,但仅极少数研究者应用相关方法(如:三阶段-DEA、Boot-strap)来测量。总之,影响因素和随机误差等的客观存在被有意无意忽视,使结论不易被管理者信服和采纳。

3.2 供需矛盾

3.2.1 研究者和管理者需求的不平衡

研究者常常因课题研究、职称评定、学历学位等硬性要求,采用 DEA 和 SFA 的各种模型进行研究,达目的后,其研究成果多数仅在各种数据库中公开,缺乏力推成果转化的机制;管理者习惯用绝对效率管理,用几个关键性指标(如增长率、下降率、构成比等)来评价医院效率,缺乏主动学习和应用相对效率评价的内动力,不易主动关注和学习相对效率评价。双方需求的不平衡阻碍了成果转化。

3.2.2 研究者和管理者认识的不充分

研究者由于受客观需求所限,往往需要寻找先进方法和新颖模型。客观上忽略了医院效率评价的实用性;而管理者时常对研究者(尤其是专门从事管理的研究者)抱有偏见,甚至误认为医院效率评价研究不实用。加上公立医院仍然处于“自收自支”大背景下,

管理者往往认为经济收入、门急诊人次和住院人次等几个关键指标足以满足管理需求,对相关研究缺乏主动跟踪的动力,也缺乏定期沟通的机制。双方都未真正站在对方角度来认识,同样阻碍了成果转化。

3.2.3 研究者和管理者知识的不对等

研究者多数是高校师生、专门研究机构专业人员。在专业知识、统计知识以及文献检索能力方面都具有较强实力,但往往局限于理论研究,即使实证研究,也多从数据中来到数据中去,缺乏医院管理实践的感性支撑基础,在指标选择、影响因素分析上不全面;管理者由于忙于管理业务,且相当部分管理者长期处于临床一线,凭借专业威望、经验管理大体能满足职位需求,较多强调专业领域的与时俱进,而忽视管理知识提升,认为没有必要花时间和精力去学习相对效率以及相关基础知识,也阻碍了成果转化。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 谢瑾岚. 加快社会科学成果转化的若干思考[J]. 社会科学管理与评论, 2013(4): 25-31, 111.
- [2] 王小万, 刘丽杭, 匡绍华, 等. 大型综合公立医院效率特征及变动研究[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(10): 33-40.
- [3] 王诗意, 潘小炎, 李秋华, 等. 广西县级中医医院运营效率及影响因素分析[J]. 医学与社会, 2016, 29(10): 39-42.
- [4] 胡蓉, 李莺. 26家省级肿瘤医院医疗服务效率的DEA评价[J]. 中国肿瘤, 2008(5): 348-350.
- [5] 李贺然, 熊林平, 郑兴东. 基于Malmquist指数的医院运行效率分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2017, 24(4): 301-304.
- [6] 崔政坤, 吴明. 利用数据包络分析法评价三级综合医院的效率[J]. 解放军预防医学杂志, 2016, 34(2): 175-178.
- [7] 李丹娜, 马燕, 王涵. 数据包络分析在评价二级医院相对效率中的应用[J]. 医药世界, 2007(2): 97-99.
- [8] 周慧姊, 王晓燕, 董屹, 等. 基于数据包络分析的乡镇卫生院运行效率评价及分析[J]. 中国全科医学, 2015, 18(7): 755-758.
- [9] 苏澎. 基于功能的城市公立医院规模效率及优化策略研究[D]. 上海:第二军医大学, 2016.
- [10] 郭晓日. 我国公立医院效率及其影响因素研究[D]. 济南:山东大学, 2012.
- [11] 陈丽红, 汤磊, 倪卫杰. 基于Malmquist指数的上海三级综合医院2003—2014年全要素生产率分析[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2016, 36(6): 912-916.
- [12] 谭忠婕. 基于规模报酬拐点的二级公立医院适宜规模研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2014.
- [13] Jiang S, Wu W M, Fang P. Evaluating the effectiveness of public hospital reform from the perspective of efficiency and quality in Guangxi, China [J]. Springerplus, 2016, 5(1): 1922.
- [14] Li H, Dong S, Liu T. Relative efficiency and productivity: a preliminary exploration of public hospitals in Beijing, China [J]. BMC Health Serv Res, 2014(14): 158.
- [15] Cheng Z, Tao H, Cai M, et al. Technical efficiency and productivity of Chinese county hospitals: an exploratory study in Henan province, China [J]. BMJ Open, 2015, 5(9): e007267.
- [16] 张晓红. 宁夏县级公立医院医疗资源配置效率研究[D]. 银川:宁夏医科大学, 2016.
- [17] 敖检根, 万贻平, 余文珠. 江西省县级公立医院改革试点运行效率分析——基于DEA模型的实证分析[J]. 中国卫生统计, 2014, 31(6): 1007-1009.
- [18] 曾菊英. 基于路径收敛设计的医院产出效率的识别与模拟研究[D]. 杭州:浙江工商大学, 2010.
- [19] Liu Q, Tian X, Tian J, et al. Evaluation of the effects of comprehensive reform on primary healthcare institutions in Anhui Province [J]. BMC Health Serv Res, 2014(14): 268.
- [20] 吴明, 李曼春, 侯建林, 等. 随机前沿成本函数方法在医院经济效率评价中的应用[J]. 中华医院管理杂志, 2000(8): 58-60.
- [21] 周芳, 张鹭鹭, 俞文雅, 等. 2009—2012年6家大型军队医院投入产出调查分析[J]. 解放军医院管理杂志, 2014, 21(9): 846-848.
- [22] 张靖, 钟若冰, 廖菁, 等. 分析评价四川省340家公立医院的技术效率[J]. 重庆医学, 2011, 40(19): 1929-1931.
- [23] 卞鹰, Clas Rehnberg, 孙强, 等. 不同性质医院服务效率差异分析[J]. 中国卫生资源, 2001(4): 147-150.
- [24] 韩晶, 孟庆跃. 医院成本分析与效率评价研究[D]. 济南:山东医科大学, 1999.
- [25] 王新会. 公立医院医疗服务绩效与生产效率评价研究[J]. 现代医院管理, 2016, 14(5): 32-35.
- [26] 钮庆璐, 熊季霞. 江苏省县级公立医院效率评价[J]. 中国卫生资源, 2016, 19(6): 517-521.

[收稿日期: 2017-09-22 修回日期: 2018-01-04]

(编辑 刘博)