

总额预付制对医疗供给行为的作用效应研究述评

曾国华*¹ 蒋翠珍² 吴雯雯¹ 罗传勇²

1. 江西理工大学经济管理学院 江西赣州 341000

2. 华东交通大学经济管理学院 江西南昌 330013

【摘要】支付方式改革在健康中国国家战略中扮演着重要角色。本文从总额预付制的基本理念、强化机制以及总额预付制对医疗成本、医疗供给数量、服务质量以及供给方行为变化等几个方面系统的梳理了国外相关研究成果,指出总额预付制对医疗供给行为以及除了成本控制之外的医疗系统表现,不论是理论还是实证的认知都非常有限,进一步研究需要关注发展中国家制度背景下总额预付制的市场表现及其差异、总额预付下医疗供给行为的跨期选择等问题,并改进评估总额预付市场表现方法。

【关键词】总额预付制; 医疗成本; 医疗质量; 供给方行为

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2018.09.002

Review on the medical provider behavior under global budget payment

ZENG Guo-hua¹, JIANG Cui-zhen², WU Wen-wen¹, LUO Chuan-yong²

1. College of Economics and Management, Jiangxi University of Science and Technology, Ganzhou Jiangxi 341000, China

2. College of Economics and Management, East China Jiaotong University, Nanchang Jiangxi 330013, China

【Abstract】The payment reform plays an important role in the Health China strategy. This article makes a review on the global budget payment from the basic concept, strengthening mechanism, as well as the medical costs, medical supply quantity, quality of service and the behavior of the supply side changes. We point out that the knowledge about medical supply behavior and the performance under global budget payment system besides cost control is very limited, neither theoretical nor empirical, further research directions should focus on market performance of global budget payment under developing countries and differences between different institutional backgrounds, and the inter-temporal choice of medical supply behavior under global budget payment, as well as the improvement of assessing method of global budget payment performance.

【Key words】Global budget payment; Medical cost; Medical quality; Provider behavior

1 引言

医保支付作为基本医保管理和深化医改的重要环节,是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆,也是深化医药卫生体制改革的重要抓手。从德国、美国的成功经验来看,其医保支付方式均是以DRGs为核心,辅之以总额控费等手段,在相当长的时间内,我国也将采用以总额预付与按病种付费

为主的多元支付方式。

虽然,总额预付制已在部分发达国家实施三十余年,积累了很多经验,理论研究也取得了丰富的成果,但这种支付方式对医疗供给行为以及除了成本控制之外的医疗系统表现,不论是理论还是实证认知都非常有限。^[1-2]因此,系统梳理、归纳国外总额预付制的市场表现及其影响因素,总结其中的一般规律,对于我国医疗市场总额预付制的实施具有重要

* 基金项目:国家社会科学基金项目(18BGL246)

作者简介:曾国华,男(1983年—),博士,副教授,主要研究方向为健康经济学研究。E-mail:zensoyou@163.com

通讯作者:吴雯雯。E-mail:zensoyou@163.com

意义。本文基于国外文献,对总额预付制的基本理念、强化机制及其对医疗成本、医疗供给数量和质量以及供给方的行为变化进行了归纳,并在此基础上对未来的研究方向进行了展望,希望能为我国医疗市场总额预付制的实施和改进提供参考,并为后续相关研究提供启示。

2 总额预付制的概念及强化机制

通常来说,总额预付是按一定方式分配给医疗部门或医疗系统(而非个人或者组织)固定数量的资源,以控制医疗总体支出,保证民众享受合理、可负担的医疗服务^[3]。总额预付制本身是一种辅助支付方式,可以和其他任意支付方式叠加,形成适用不同背景的方案。各种方案的主要差别在于医疗系统预算上限的约束机制。一般而言,有三种不同的约束机制,即价格调整(price adjustment)、按人头支付的健康方案(capitated payments to the health plans)、限制供给者预算(limiting a provider's budget)^[3]。第一种机制保证支出总额固定,根据服务量调整服务价格,德国急救部门、我国台湾地区以及加拿大大部分省采取这种价格调整机制。第二种和第三种机制是给医疗方案或服务方支付固定的金额,预算和实际支出之间的差额作为利润或者损失。中国、美国^[2]一般采取后两种方案实施总额预付。

2.1 价格调整

价格调整通常用于按服务付费系统中的成本控制,它能否有效取决于预算超支后的价格调整机制。在预算目标系统中,如果当年支出水平超支,则对未来价格进行调整。美国 Medicare VPS 系统就是典型的预算目标系统。而在预算上限系统是通过价格浮动来保证当年支出低于预算。

然而,价格调整机制在使医院可能获得更高利润的同时,也使医院暴露在不可预期的需求和成本变化风险之下^[4]。为了克服价格调整机制的缺陷,出现了多种修正形式的价格调整机制,例如利润共享机制和带成本传递的价格调整机制^[5]。虽然这些修正形式的价格调整机制降低了服务供给方的风险,但也导致额外的管制和监督成本,危害价格调整机制的简便性^[6]。

2.2 补偿限制

与大量的价格调整机制文献相比,关于补偿限制和供给方预算限制的理论 and 实证研究相对较少。

补偿限制系统下,预算目标转化为按人头支付的健康计划^[2]。一般认为,补偿额限制方案可能导致供给方选择较为健康病人的行为^[7]。

2.3 供给方预算限制

供给方预算限制是指给医疗供给方提供一个提前确定、固定金额、不随医疗服务量变化的年度医疗预算。美国纽约、罗契斯特实行这种方案。这种策略为供给方合理利用医疗资源提供了直接的经济刺激,但同样面临服务供给不足和风险选择的问题^[3]。

过去的经验表明,总额预付在引导供给方关注医疗资源使用方面影响较弱,需要额外增加监控和批准机制。总额预付要取得较好的效果,需要监控包括医疗服务数量、成本以及支付等数据,实行信息化管理^[3]。

3 总额预付制下的医疗成本:水平与结构

3.1 总额预付制的成本控制效果

一般认为,总额预付制能减少医院投入、降低次均费用,减缓医疗资源的过度使用,能在不损害医生专业自主性的情况下实现成本控制^[8]。但也有学者对总额预付制的控费效果提出质疑。例如有学者利用广义估计方程(GEEs),使用台湾地区全民健康保险(National Health Insurance)以及2002年和2004年(总额预算项目前后)全省范围的调研数据分析指出,实行总额预付后台湾地区医院住院时间增加7%,次均药物治疗增加15%,补偿费用增加14%,次均自付费用增加6%。^[9]

3.2 总额预付制对医疗成本结构的影响

有研究指出,总额预付制度下,医院试图增加次均可补偿费用来保护可能的损失。^[9]还有学者利用回顾性队列研究方法,使用南卡罗来纳州医疗保险医院出院数据库(South Carolina Medicare hospital discharge Standard Analytical File),对美国1997年平衡预算法案门诊康复服务年度限额政策的市场效应进行了分析,结果表明,门诊康复服务年度限额可能使服务供给结构发生变化,康复服务账单可能从受到管制的B类账单转移到未受到管制的设施设备使用账单^[7]。日本学者使用2004—2008年间日本医疗保险行政数据的双重差分法,通过分析引入预付制后医保补偿额上升的程度检验了新生儿诊断的供给诱导需求程度,发现由于新生儿重症监护(NICU)相对利润更高,医生通过操作新生儿报告体重,提高

NICU 使用数量^[10]。

4 总额预付制对医疗服务供给数量的影响

4.1 总额预付影响医疗供给数量的理论分析

第一种能对总额预付下医疗供给数量进行解释的理论是博弈论。在医生追求利润最大化的假设下,如果医疗供给方同时选择较少服务数量以最求更高的服务单价,则他们均能获得最高收益;但在不知道其他供给方策略的情况下,单个供给方的最优策略是提供最多数量的服务来保证其市场份额。当所有的供给方均选择增加服务数量时,服务单价的下降导致从医保购买方获得的补偿减少,从而出现囚徒困境,理性个体追求自身利益将导致集体利益的受损。个体为了自身利润最大化而忽视自身行为对总体价格水平的边际影响,竞争意识让所有个体提供更多的服务,导致低价均衡^[11]。

第二种能对总额预付制下医疗供给方行为反应进行合理解释的理论是聚焦社会福利的公共资源理论(Theory of common-property resources)。在这一理论框架下,与具有低排他性特征的纯粹公共资源不同,公共资源通常面临着过度拥挤或过度使用问题,医疗供给方在共享一个规模既定的预算时倾向于提高他们的市场份额。并且,只要总额过量的责任由集体来承担,个人供给方限制医疗供给行为的动机就非常小。

4.2 总额预付影响医疗供给数量的实证分析

理论研究表明,总额预付制下医生会提高服务供给数量,但实证研究结果并未达成一致。

Kan et al.^[12]使用断点回归法对2001—2003年台湾地区全民健康保险数据的分析指出,总额预付制下,不论是营利性还是非营利性医院都增加了诊断强度。Cheng et al.^[9]、Chen et al.^[13]等基于台湾地区数据的研究均支持上述判断。Benstetter & Wambach^[11]基于德国数据的分析也发现,总额预付制下医生会提高服务数量实现目标收入,出现“水车效应”(treadmill effect)。

但与此相反的是,有学者认为,部门预算有助于法国医院1960—1990间医疗服务使用量的控制。有学者McKnight^[14]基于美国数据的分析则表明,总额预付下医生并没有很大程度上改变他们的行为。

总体来看,理论上总额预付制容易导致医疗供给方出现囚徒困境,医院增加服务供给以便提高在

预算总额中的市场份额动机,而实证分析结论并不一致。实际上,总额预付制度下个体医院是否选择超额供给受到市场结构、医院属性与规模以及医生偏好等多种因素的影响。

4.3 影响总额预付下供给数量的调节变量

4.3.1 市场结构

Kan et al.^[12]指出,如果存在大量供给方,并且市场是竞争的,总额预付制度下供给方会提供更多的服务数量;如果供给方之间串谋,供给方行为取决于政府对超额部分的惩罚力度;如果供给方具有市场控制力,则会减少医疗服务量。

4.3.2 医院所有制属性

Kan et al.^[12]指出,由于不同的制度背景和财务约束,营利性质的医院可能与私人非营利医院和公立医院的行为不同。其原因在于:非营利医院和公立医院不能分配利润,公立医院还面临其他的政治和法律约束;同时,私人非营利医院和公立医院被认为是为特定群体服务或达到特定目标,利润最大化不是他们的首要目标。并且,私人非营利医院和公立医院的软预算约束表明他们对财务刺激并不是那么敏感和积极^[14]。实证研究结果也表明,私人非营利医院和公立医院对财务刺激反应迟钝,尤其是公立医院^[12]。

4.3.3 医院规模

Chen & Fan^[11]采用两产品博弈理论模型,使用1997—2004年台湾地区卫生研究所补偿数据库(Health Research Institute claims database)的双重差分研究发现,对个体利益的追逐导致医院诊断人数增加;由于大医院提供更好的产品和服务,大医院和医疗中心的住院人次显著增长;而本地医院,尤其是那些没有教学点的小型医院服务数量下降。

4.3.4 医生偏好与个人特征

追求闲暇效用最大化的医生在价格管制下会通过价格筛选患者,并减少服务,而追求利润最大化的医生则可能提供与不管制时同样的服务。Elise et al.^[16]使用模糊断点回归对法国2005和2008年公共医疗保险行政数据的分析指出,价格管制对男性医生产生了明显的收入效应,男性医生受到价格管制约束后倾向于提供更多的服务,这也导致了他们收入高于女性医生。

4.3.5 价格限制

Ikegami & Campbell^[17]提出,政府干预虽然能够

显著控制医疗费用的快速增长,但任何价格上的管制都会引起医疗服务供给方医疗服务投入量的变化。Kakinaka&Kato^[18]指出,在管制者和供给方信息不对称的价格上限系统中,与社会最优产出相比,异质性的供给方要么供给不足,要么过量供给。少量供应或过量供应的程度取决于价格方案以及他们在非对称信息下的仁慈程度。如果新药利润更高,供给方倾向于更多的供给新药;如果老药利润更高,不是那么仁慈的供给方会减少新药的供给。这和 Iizuka^[19]的实证结论一致,财务动机的确影响医疗供给方的供给行为。支出上限政策对社会总体福利具有明显副作用。

与此同时,价格上限管制会影响市场上不同类型的企业的数量,可能导致市场分割。Zhang et al.^[20]利用泊松回归,使用 2003—2012 加拿大 Ontario 药典(The Ontario Drug Benefit formulary)的分析指出,价格上限管制伴随着更多的仿制药企业退出市场。Mian Dai^[21]利用美国 1 000 个县村透析设备运营数据的 probit 模型研究发现,价格上限管制降低了单一产品企业数量,但多产品企业数量增加。

5 总额预付制下医院选择(弃置)病人的行为

弃置病人指转移贫困的或者不受欢迎的病人到其他医院,一般是从医院急诊部门、营利或私人非营利医院被转移到公立医院^[22]。被转院的病人通常会因延迟的诊治导致病情严重,也消耗了更多的医院资源。Ansell & Schiff^[23]估算 1987 年美国大约有 250 000 名病人因为经济原因被拒诊,接受弃置病人的医院每年要花费 10.4 亿美元。

总额预付制度也因会加剧弃置病人而受到指责^[22]。Lin 等人^[24]针对 128 家台湾地区医院的问卷调查表明,绝大多数普通医院主管认为总额预算制度使得医院试图将费用控制在预算之内,超过固定限额之后,医院和重病患者均不会得到补偿,由此导致来病人推诿现象的增加;83.8% 的医院主管认为自己的医院存在一定程度的弃置病人情况。进一步的,Chen et al.^[13]基于对 2000—2002 年台湾地区全民健康保险数据的分析发现,控制住其他因素影响后,主管感知的弃置病人程度和按病种付费下患者人数、医疗市场竞争程度以及医院病床数正相关;在台湾总额预付制度下,弃置病人现象很普遍。

Ching-Chi Hsu^[22]对弃置病人的影响因素做了非常好的综述。

5.1 医院所有制性质

私人营利性质的医院更可能因为经济原因转诊病人。Lin et al.^[25]指出,弃置病人和医院所有制之间关系的原因是投资者所有或营利性医院因为追求利润最大化对成本控制更积极。在盈利导向下,盈利性质的私人医院医生更具有选择低成本或盈利病人,拒绝高成本和不盈利病人的动机^[13]。但近年来医疗系统成本压缩改革下,所有制差异正在逐渐模糊。Pruitt&Langland-Orban^[26]基于 WellCare 健康公司的案例分析指出,由于政府预算、竞争强度的加大,财务压力迫使公立医院和非营利性医院最终选择低成本或者盈利病人,拒绝高成本或者不盈利病人以维持可接受的利润水平。

5.2 支付方式

随着 NHI 预付制、按病例支付和总额预算的执行,医院财务压力日益加大,这可能会鼓励医院选择有利润的病人而将病情复杂和不能盈利的病人转移到其他医院^[22]。Lin et al.^[27]针对台湾地区医院的调查显示,约有 85% 的被调查者称总额预付加剧弃置病人情况的发生。Pruitt&Langland-Orban^[26]研究揭示了按病例支付患者人数和被调查者的推诿患者感知程度之间的正向关系。Chen 等人^[13]指出,如果医院能够补偿的医疗服务数量有限,他们可能会挑选并发症少,医疗成本较低的年轻病人。其实证研究也证实总额预付制下台湾地区儿童和年轻人,尤其是男性患者的住院人数迅速增加。

5.3 市场竞争

Schlesinger 等人^[28]指出,医院间逐步增大的竞争加重了经济原因的病人转移。Weissman^[29]的研究也支持这一判断,他认为市场竞争的扩散是影响弃置病人规模和强度的三个趋势之一。那些位于竞争更激烈地区的医院倾向于提供更好的服务来吸引或保持财务上具有吸引力的病人,而更高的成本导致医院接收财务没有吸引力病人意愿的下降。

6 总额预付制下的医疗质量

成本控制和医疗质量是医疗卫生行业最重要的两个目标。在多数工业化国家,过去几十年政府主导了多次包括旨在降低政府补偿、扩展医疗服务项目以及强化医疗竞争的医疗改革,但依然没有解决成本控制和医疗服务质量之间的平衡问题^[30]。

尽管固定价格管制很可能得到有效率的产出,

但使得管制者和行业执行者在保证医疗质量和控制成本之间角力。如果医疗成本控制伴随着糟糕的诊断产出,进而导致患者福利的下降;抑或总额预付制带来的诊断强度的增加并没伴随医疗产出效果的改善,那么医疗资源存在浪费和错配^[12]。

理论上,在医疗市场竞争逐步加剧、价格竞争受到管制的背景下,医院为了生存必然选择提高质量以吸引患者。然而,更高的质量需要雇佣更有技巧的专业人士,购买更好的机器或材料以获得技术优势,意味着更高的医疗成本。质量提升伴随着成本增长,因此价格上限管制将导致质量下降^[31],尤其当客户很难鉴别服务质量的水平时,成本与质量之间存在平衡效应^[32]。

而实证研究结论并不一致。Kan 等人^[12]指出,总额预付制下,不论是营利性质还是非营利性质医院都增加了诊断强度,但并未带来死亡率的下降;额外的医疗供给并未实现医疗质量的提升,医疗资源存在浪费。我国台湾地区、OECD 国家的经验也表明,总额预付对医疗效率和质量存在负面影响^[33]。但是,Leatherman 等人^[34]通过四个案例的分析发现,由于在病情严重程度、调整的病例组合情况以及地理位置之间的差异,成本和质量之间并不存在所谓的平衡效应。

7 进一步研究方向

20 世纪 80 年代部分国家推行总额预付制以解决成本补偿机制导致的医疗费用快速增长问题以来,国外发达国家(地区)三十多年的经验积累为我国总额预付制的推行提供了有益的参考。但这种支付方式对医疗供给行为以及除了成本控制之外的医疗系统表现,不论是理论还是实证认知都非常有限。总额预付制度是激发^[1]还是抑制^[14]医疗供给数量;损害^[12]还是独立于^[34]医疗质量;提升^[35]还是压缩^[36]患者福利,都存在争议,需要进一步深入研究。

本文认为,进一步研究可以从以下几个方面展开:

(1) 发展中国家制度背景,尤其是中国背景下总额预付制市场表现的研究有待深入。尽管有很多文献对总额预付市场表现问题进行了研究,但多数研究围绕着发达国家,发展中国家的研究非常少。中国独特的分层医疗系统,覆盖最多人口的医保制度,使得中国经验对于发展中国家和分层医疗体系国家具有很强的借鉴意义。但由于我国新农合总额预付制运行时间尚短,对其市场表现,比如对医疗市场医

疗成本、医疗供给以及服务质量的监测和统计很少,为数不多的研究文献也多聚焦成本控制效果^[37],缺乏有深度的机理研究,难以对新农合总额预付制的实施效果和改进方向进行合理判断。

(2) 不同制度背景下总额预付制市场表现的比较。相比较其他市场,药品市场由于复杂的制度背景,因而对制度特征更加敏感。医疗市场供给侧的制度背景^[38]、病人自由选择的程度^[39]、医院竞争策略^[40]以及医疗质量信息开放程度^[41]的不同都会造成医疗供给者行为方式的不同。因此,开展不同制度背景的比较,对于理解总额预付制市场表现的内在机理和一般规律具有重要意义。

(3) 评估总额预付市场表现的实证方法的改进。医生行为是受到多种因素的影响,文化、制度和支付方式等多种差异使得医疗行为的描述难以一般化^[42]。更加困难的是,患者的异质性和潜在的样本自选择使得研究更加复杂和困难^[43]。目前国内多数研究往往通过汇总数据进行描述性分析,通过比较不同年份或者改革前后例均费用的环比、定比变化情况,判断控费是否取得成效。但由于不同种类疾病之间费用支出差别巨大,采用汇总数据将会忽略费用数据内部的层次结构,甚至可能产生聚集性偏倚^[44]。而国外研究多利用案例分析或行政数据、问卷调查数据采用回归分析和双重差分方法,这些研究可能因遗漏变量和内生性问题而导致有偏估计。要合理评估总额预付制的市场表现,需要在研究方法上有所改进。

(4) 总额预付下医疗供给行为的跨期选择。时间偏好被认为是经济行为的基本特征,动态模型中的标准效用理论对个体行为具有很强的预测能力。正如有研究者强调的那样,将动态性纳入状态依存性或前瞻性行为分析框架非常重要,尤其当个体面临时间约束不得不在即时满足和延迟满足之间进行跨期选择的时候^[45]。在总额预付制度下,管理者根据历史数据和当年市场判断制定医院的补偿金总额,超支不补。因此,医院需要在时间、预算双重约束下实现自身效用最大化问题,医疗供给行为面临着跨期选择。而就我们所知,目前并没有医疗行为跨期特征的研究。将跨期模型纳入医疗供给行为的研究框架,将有利于我们进一步了解医疗市场的规律,也是进一步研究的重要方向。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Bradley Chen, Victoria Y. Fan. Strategic Provider Behavior Under Global Budget Payment With Price Adjustment In Taiwan[J]. *Health Economics*, 2015(24): 1422-1436.
- [2] Mathematica. Global budgets for health care. 2009. http://www.mass.gov/EOHHS2/docs/dhcfp/pc/2009_03_13_Global_Budgets_final-C5.pdf
- [3] Long, Stephen H, M. Susan Marquis. Toward a Global Budget for the U. S. Health System: Implementation Issues and Information Needs [M]. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1994.
- [4] Pellegrino P, Ranieri L, Costantino N, et al. A Real Options-Based Model To Supporting Risk Allocation In Price Cap Regulation Approach For Public Utilities[J]. *Construction Management And Economics*, 2011(29): 1197-1207.
- [5] Panteghini, P. M. and Scarpa, C. Political pressures and the credibility of regulation: can profit sharing mitigate regulatory risk? *International Review of Economics*, 2008, 55 (3), 253-74.
- [6] LRovizzi, D Thompson. The regulation of product quality in the public utilities. *Fiscal Studies*, 1992, 13 (3) :74-95.
- [7] Simpson, Heather S. Bonilha, Abby S. Kazley, aJames S. Zoller, Kit N. Simpson, Charles Ellis. Impact of Outpatient Rehabilitation Medicare Reimbursement Caps on Utilization and Cost of Rehabilitation Care After Ischemic Stroke: Do Caps Contain Costs? . *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2015(96):1959-1965.
- [8] Chen S-H. The political analysis of global budgeting for the national health insurance. Master thesis, 2009. National Taiwan University. Taipei, Taiwan.
- [9] Shou-Hsia Cheng, Chi-Chen Chen, Wei-Ling Chang. Hospital response to a global budget program under universal health insurance in Taiwan. *Health Policy*, 2009 (92): 158-164.
- [10] Shigeoka, Hitoshi and Fushimi, Kiyohide, Supplier-Induced Demand for Newborn Treatment: Evidence from Japan. *Journal of Health Economics*, 2014(35): 162-178.
- [11] Benstetter F, Wambach A. The treadmill effect in a fixed budget system. *Journal of Health Economics*, 2006, 25 (1): 146-169.
- [12] Kamhon Kan, Shu-Fen Li, Wei-Der Tsai. The impact of global budgeting on treatment intensity and outcomes. *Int J Health Care Finance Econ*, 2014(14): 311-337.
- [13] Chen, F. J., Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Xirasagar, S. Providers' responses to global budgeting in Taiwan: What were the initial effects? *Health Services Management Research*, 2007, 20(2): 113-120.
- [14] McKnight R. Medicare balance billing restrictions: impacts on physicians and beneficiaries. *Journal of Health Economics*, 2007(26): 326-341.
- [15] Kornai, J. The soft budget constraint syndrome in the hospital sector. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009(9): 117-135.
- [16] EliseCoudin, , Anne Pla, Anne-Laure Samson, Gp Responses To Price Regulation: Evidence From A French Nationwide Reform. *Health Economics*, 2015(24): 1118-1130.
- [17] Ikegami N, Campbell JC. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff*, 2004, 23(3):26-36
- [18] MakotoKakinaka, Ryuta Ray Kato. Regulated medical fee schedule of the Japanese health care system. *Int J Health Care Finance Econ*, 2013(13): 301-317.
- [19] Iizuka, T. Expert's agency problems: Evidence from the prescription drug market in Japan. *RAND Journal of Economics*, 2007(38): 844-862.
- [20] Wei Zhang, DaphneGuh, Huiying Sun, Carlo A. Marra, Larry D. Lynd, and Aslam H. Anis. The Impact of Price-cap Regulations on Exit by Generic Pharmaceutical Firms. *Medical Care*, 2016, 54(9): 884-890.
- [21] Mian Dai. Product choice under price regulation: Evidence from out-patient dialysis markets. *International Journal of Industrial Organization*, 2014(32): 24-32.
- [22] Hsu, Ching-Chi. THE Association Between Length Of Stay, Medical Expenses, And Psychiatric Patient Dumping - A Study Of Provider Competition Under Global Budgeting In Taiwan. 2015-04-06. ETD -- Ph. D. Dissertations. Collections. <http://jhrl.library.jhu.edu/handle/1774.2/37984>
- [23] David A. Ansell; Robert L. Schiff. Patient Dumping: Status, Implications, and Policy Recommendations. *JAMA*, 1987, 257(11):1500-1502.
- [24] Lin HC, Yang MC, Chen CC, Tang CH: Hospital administrators opinions toward the prevalence of patient dumping in Taiwan. *Chang Gung Medical Journal (Taiwan)*, 2004 (27): 35-43.
- [25] Heng-Ching Lin, Ming-Chin Yang, Chu-Chieh Chen, Chao-Hsiun Tang. Opinions Of Hospital Administrators Toward The Prevalence Of Patient Dumping In Taiwan. *Chang Gung Med J*, 2004, 27(1):35-43.
- [26] Pruitt, Z., Robst, J., Languard-Orban, B., & Brooks, R. G. Healthcare costs associated with antiretroviral adherence among Medicaid patients. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2015,13(1): 69-80.
- [27] Heng-Ching Lin, Senyeong Kao, Chao-HsiunTang, Ming-Chin Yang, Hong-Shen Lee. Factors contributing to patient dumping in Taiwan. *Health Policy*, 2006(77): 103-

- 112.
- [28] Schlesinger M, Dorwart R, Hoover C, Epstein S: The determinants of dumping: a national study of economically motivated transfers involving mental health care. *Health Services Research*, 1997(32): 561-590.
- [29] Weissman JS: Commentary: economic transfers, the changing face of a familiar problem. *Health Services Research*, 1997(32): 591-598.
- [30] McCue MJ, Thomson JM, Dodd-McCue D. Association of market, mission, operational, and financial factors with hospitals' level of cash and security investments. *Inquiry*, 2000(37): 411-22.
- [31] Weisman, D. Price regulation and quality. *Information Economics and Policy*, 2005,17(2): 165-174.
- [32] Kevin M. Currier. A practical approach to quality-adjusted price cap regulation. *Telecommunications Policy*, 2007 (31): 493-501.
- [33] Tung, Y.-C. , & Chang, G. -M. The effect of cuts in reimbursement on stroke outcome: A nationwide population-based study during the period 1998 to 2007. *Stroke*, 2010, 41(3): 504-509.
- [34] Leatherman S, Berwick D, Lies D, et al. The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Aff*, 2003(22): 17-30.
- [35] Propper, C. , Burgess, S. and Gossage, D. Competition and quality: evidence from the NHS internal market 1991-9. *Econ. J*, 2008(118): 138-170.
- [36] Simoes, P. , Marques, R. : Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services. *Cent. Eur. J. Oper. Res*, 2011, 19(1): 39-63.
- [37] 盛红旗, 王黎勇, 沈郁淇, 等. 潍坊市新型农村合作医疗总额定额付费方式改革与探索[J]. *中国卫生经济*, 2016, 35(1): 45-47.
- [38] Kessler, D. P. and Geppert, J. J. The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. *J. Econ. Mangmnt Strat*, 2005(14): 575-589.
- [39] Beckert, W. , Christensen, M. and Collyer, K. Choice of NHS-funded hospital services in England. *Econ. J*, 2012 (122): 400-417.
- [40] Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones and Alistair McGuire. Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English Nhs Patient Choice Reforms. *The Economic Journal*, 2011, 121(8): 228-260.
- [41] Dranove, D. Chapter ten — Health care markets, regulators, and certifiers. In V. Mark, T. G. M. Pauly, & P. B. Pedro (Eds.), *Handbook of Health Economics*, 2011, Vol. 2, Elsevier (2011).
- [42] Gosden, T. , Forland, F. , Kristiansen, I. , Sutton, M. , Leese, B. , Guiffrida, A. , Sergison, M. , Pedersen, L. Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001(6): 44-54.
- [43] Sørensen, R. , Grytten, J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*, 2003 (66): 73-93.
- [44] 王超, 张春红, 毛宗福. 基于发展模型的新型农村合作医疗支付方式改革控费效果分析[J]. *中国卫生经济*, 2014(9).
- [45] SJHaider, JA Klerman. Dynamic properties of the welfare caseload. *Labour Economics*, 2005,12,(5): 629-648.

[收稿日期:2017-12-25 修回日期:2018-07-17]
(编辑 薛云)