

城市卫生资源配置的失衡

——基于租值消散的视角

王子秀

上海工程技术大学社会保障研究中心, 上海

收稿日期: 2022年8月19日; 录用日期: 2022年9月12日; 发布日期: 2022年9月22日

摘要

城市医疗卫生资源的合理配置对强化社区医疗机构服务能力, 促进患者合理分流, 有序就医具有重要作用。论文借助新制度经济学的相关理论, 在租值消散视角下以几何数学的形式论证了不同层级的医疗机构面对医疗价格规制时所采取的不同行为对卫生资源的吸附强度不同, 形成了公立大型医院对资源的虹吸效应循环, 造成了医疗资源的配置始终向公立三甲医院倾斜。建议建立灵敏有度的价格动态调整机制、取消社区医院“收支两条线”, 加强落实分级诊疗制度, 适当放宽对社区医疗机构业务范围的规制。

关键词

城市医疗卫生, 资源配置, 新制度经济学, 租值消散

Unbalanced Allocation of Urban Health Resources

—From the Perspective of Rent Dissipation

Zixiu Wang

Social Security Research Center of Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Aug. 19th, 2022; accepted: Sep. 12th, 2022; published: Sep. 22nd, 2022

Abstract

The proper allocation of urban medical resources plays an important role in strengthening the service capacity of primary hospitals, promoting the rational shunt of patients and orderly seeking medical treatment. The paper uses the available body of New Institutional Economics theories to demonstrate that action taken by different grades of hospital in face of price control leads to

different absorption strength to healthcare resources from the perspective of Rent-Dissipation, which resulting in a siphonic effect in tertiary hospitals. Thus the configuration of healthcare resource has always been inclined to tertiary hospitals. The research suggests establishing a sensitive price adjustment mechanism, abolishing the “separation of revenue and expenditure” and improving performance and drive mechanism in primary hospitals, strengthening the implementation of hierarchical system, appropriately canceling regulations on the business scope of primary hospitals.

Keywords

Urban Healthcare, Resources Allocation, New Institutional Economics, Rent Dissipation

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

医疗卫生资源下沉对促进提高基层医疗机构服务水平,减少“小病大治”、“过度医疗”,解决我国居民“看病难、看病贵”问题具有重要作用。然而,当前公立三甲“人满为患”,社区医院“门可罗雀”的现象折射出城市医疗卫生资源配置仍然失衡的问题,对此《深化医药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》强调促进优质医疗资源均衡布局,完善分级诊疗体系。在自由市场中,资源的配置通过价格机制得以实现并达到最优,但我国对公立医院采取价格规制,实行政府指导价,因此结合分级诊疗制度的实施,在价格规制的约束条件下探索医疗卫生资源配置的优化路径,对提高社区医疗卫生资源利用效率,强化社区医疗机构服务能力,促进有序就医具有积极意义。当市场价格机制受到限制时卫生资源是如何在不同层级的医疗机构间进行配置的,其结果又是否与城市卫生资源配置失衡问题产生联系,本文利用新制度经济学的相关理论进行研究以期对探索价格规制下城市卫生资源配置的优化有所裨益。

2. 相关研究文献回顾

近年来学界对城市卫生资源配置的研究主要从分级诊疗的实施和资源配置的机制问题两大方面进行。

2.1. 分级诊疗与卫生资源配置关系的相关研究

近年来,有关卫生资源配置问题的研究集中在了分级诊疗的背景之下。分级诊疗制度被证实能够对基层卫生资源的配置具有显著正向推动作用[1],在此基础上,龚秀全和孙晨晗[2]的研究进一步将分级诊疗对卫生资源配置的改善具体化,证实其减少了医疗资源的浪费,且随着人口老龄化程度加深,分级诊疗对住院资源的节约效果越强。王淑云和孙泽生[3]的实证分析表明分级诊疗的实施使基层医疗机构的综合吸引力提升,患者对基层医院的院信任度、满意度和忠诚度均有改善,建议提升基层卫生硬件设施建设。分级诊疗的研究视角为卫生资源配置的优化方法提供了实证支持。

2.2. 卫生资源配置机制的相关研究

在对卫生资源配置机制的研究上角度是多元的。从政府主导资源配置的角度出发,朱恒鹏和林绮晴[4]等认为以行政等级为导向的资源配置模式是导致不同层级医疗机构的卫生资源配置不合理的根本原

因；李蔚[5]认为政府“抓大放小”的传统治理方式造成了医疗资源配置过度集中；徐伟、丁云龙和许鑫等[6]则认为政府将医疗卫生资源以医疗保险的形式补贴给患者，患者为了获得更好拥挤到优秀的三甲医院，从而导致医疗资源配置失衡；王国强和吕科伟[7]指出医疗资源配置失衡，反映的是政府与市场“两只手”关系作用的不协调；另外，有学者从市场的角度解释卫生资源的配置不均衡问题，如李银才[8]认为，高等级医院在纵向医疗机构之间的竞争机制中处于优势地位，对患者和医生具有虹吸效应，加剧了医疗卫生资源配置的不合理。

2.3. 简要评述

无论是分级诊疗制度的研究还是卫生资源配置机制诸多视角，过往研究更侧重于政府行为对资源配置的影响作用，然而市场作为配置资源的有效手段，从不同层级医疗机构行为的角度分析卫生资源配置过程的研究却相对较少，通过对公立大型医院与基层医疗机构的竞争优势比较进行的解释则仍不够深入和具体，且仍较少在经济学的框架内进行分析。忽略医疗机构在特定制度条件下的行为对医疗资源流动的影响可能会导致对医疗资源配置失衡的片面理解，因此本文将在市场行为层面上进一步拓展，运用新制度经济学的相关理论，尝试回答两个问题：不同层级医疗机构的行为如何影响卫生资源的配置，有限的资源为何在分配的过程中倾向了公立大型医院。最后，本文将为城市卫生资源配置优化提出相关建议。

3. 理论基础

我国对公立医院统一制定医疗服务成本测算办法、服务内容和医疗服务价格项目，并对非营利性医疗机构实行政府指导价，从新制度经济学的角度看，医疗服务作为一种商品，价格规制的实质是对产权的限制，这会带来医院租值消散等一系列问题，引起生产者行为的变化，行为的改变将会带来资源分配格局的变化。因此，属于新制度经济学范畴的产权理论、租值消散理论和交易费用理论成为了分析医疗机构行为的重要理论依据。

3.1. 交易费用理论

交易费用是新制度经济学的基础和核心范畴，也是新制度经济学研究社会问题和解释行为的通用工具。交易费用的概念源于1937年科斯《企业的性质》，文中首次提出交易费用是“使用价格机制的成本[9]”。后来经济学家又将交易费用总结为订立交易合约，执行交易的费用、信息费用等等[10]，这是狭义的交易费用，因此如患者在就诊时排队等候所付出的时间成本可理解为执行交易的费用；为寻找优质医疗资源所付出的成本，则可看作是信息费用，交易费用理论将以往被忽略的围绕交易产生的一系列行为纳入经济学的分析框架内。

3.2. 产权理论

产权是新制度经济学的一个重要分析工具，它确定了人对物的行为规范。资产的权利主要包括使用权、收入权和转让权三个方面，这三种权利之间相互影响，如对收入权的限制会产生与限制使用权相似的结果[11]。界定明晰的产权具有激励和约束的作用，能够帮助交易双方形成对交易的合理预期[12]，因而产权的而界定对主体的行为产生重要影响；另一方面，由于交易费用的存在，权利往往难以被完全地界定，未能被界定的产权将会处于公共领域之中，从而引起人们采取约束条件下交易费用最低的方式获取落入公共领域的价值[13]。

3.3. 价格规制、产权界定与租值消散

租值消散是指由于产权界定不明晰，价格机制不能充分发挥作用，促使非价格准则的采用导致资产

的租值下降。科斯认为，权利界定是市场交易的先决条件[14]，而价格规制导致资产的价值或收入的权利界定缺失，使价格准则无法正常发挥作用，取而代之的是以非价格准则，例如排队轮购。巴泽尔认为排队等候所消耗的时间成本是一种“浪费”[15]，张五常从租值消散的角度来看这种“浪费”，并认为这种浪费是在最大化假设下局限约束的最小值，即排队轮购的行为使租值消散最小化，其他减少租值消散的行为还包括改变生产行为和合约安排。由于价格是唯一不会导致租值消散的竞争准则[16]，因此生产者会想方设法地回到价格准则上，例如采用间接的价格准则以减少租值消散。

4. 城市卫生资源配置失衡的根源

4.1. 医院减少租值消散可采取的行为

4.1.1. 租值消散的形成

我国以“廉价”作为公立医院医疗卫生服务价格的长期目标，因此规制价格必然低于在不完全竞争市场条件下由医生边际收益、边际成本和需求量的决定的市场价格，造成了院方的租值消散，在最大化假设下意味着院方会尽可能的减少租值消散。如图 1，假设在没有价格规制的情况下，公立医院随行就市，采取市场价格 P_0 ，公立医疗服务的供给量为 S_0 ，成交量为 Q_0 。若医院采取规制价格 P_1 ，此时供给不变，但公立医院的医疗服务需求增长为 Q_1 ，出现了 $(Q_1 - Q_0)$ 的短缺。价格的规制使原属于院方的收入即图中斜线阴影部分 P_0ABP_1 的收入权界定缺失而落入公共领域中，从而引发公众对这部分价值的攫取。由于这部分医疗服务已无法通过正常的价格实现资源分配，因而价格机制的作用一部分将被非价格准则或间接的价格准则所代替。例如，排队等候是被广泛采取的非价格准则，排队等候需要患者付出时间成本，但从院方的角度上看，这部分成本并不能转化成为院方的收入，因此原本属于医院或医生租值中的一部分在患者的漫长排队等候中完全消散了。

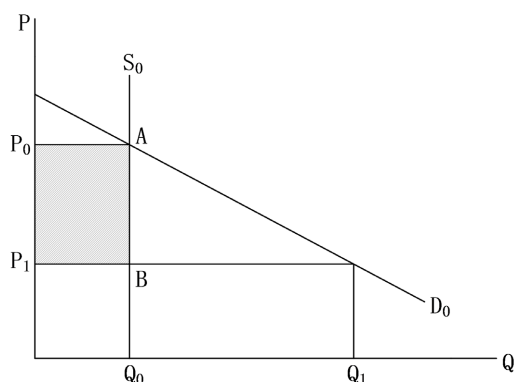


Figure 1. Formation of rent dissipation

图 1. 租值消散的形成

4.1.2. 医疗机构降低租值消散的行为

根据局限条件下利益最大化的假设，患方与院方会使租值租值消散尽可能的减小，排队等候通常是患方通常采用的准则，而院方则面临了更多的选择。其一是采用间接价格准则的方式将处于公共领域的价值回收，如院方可能采取诱导需求的行为，其本质是间接受取医疗费用。如图 2，假设供给不变¹，院方通过间接价格使实际医疗价格 P_2 高于规制价格 P_1 ，此时斜线阴影部分 P_0ACP_2 相比图 1 中斜线阴影部

¹供给不变的假设与“诱导需求”不冲突，原因有二，其一是发生“诱导需求”并不意味着医疗服务的供给增加并能够满足更多病人的治病需求；其二是“诱导需求”提高了治病费用，其本质已不是“服务”，而是一种社会成本。

分 P_0ABP_1 缩小了。从患者的角度看, 由于价格上升, 需求下降为 Q_2 , 短缺减少为 $(Q_2 - Q_0)$, 看似在一定程度上缓解了短缺程度, 减少了排队的时间, 但是减少排队的这部分成本实际上被诱导需求所产生的交易费用代替。例如过度医疗对于患者来说没有任何好处, 消费者额外的负担为交易费用, 等同于租值消散; 从院方的角度看, 采取间接的价格准则使患者付出的货币成本直接转化为收入, 即将原本处于公共领域的价值据为己有, 从而减少了租值消散。

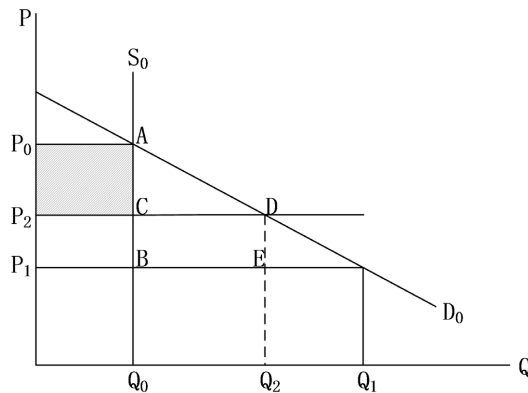


Figure 2. Adopt indirect price criterion to reduce rental value dissipation

图 2. 采取间接价格准则减少租值消散

其二是在采取间接价格准则的基础上, 扩大供给。如图 3, 由于院方采取间接价格准则使实际价格上升到 P_2 , 但同时也产生了新的公共领域 $CDEB$, 因此尽可能的扩大供给可以获得这部分公共领域价值。假设将供给线 S_0 向右平移到 S_1 , 使 Q_3 尽可能接近 Q_2 , 可使获取到的公共领域价值 $CGFB$ 最大化, 图中直线阴影部分即租值消散 P_3HGP_2 最小化。扩大供给一方面降低了公立医疗服务的市场价格, 使 P_0 与 P_2 的差缩小到 P_3 与 P_2 的差, 从而减少租值消散, 另一方面扩大了间接价格准则的容量, 能够增加了院方的收入。

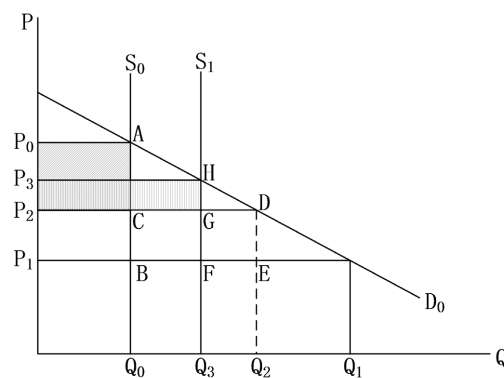


Figure 3. Reduce rent dissipation by expanding supply

图 3. 通过扩大供给减少租值消散

其三是改变生产行为, 由于价格规制限制了院方的收入权, 根据产权理论, 医疗服务的使用权会受到类似的限制, 即院方可能采取降低医疗服务质量的方法。巴泽尔对 20 世纪 70 年代美国汽油价格规制进行了分析, 发现汽油供给方通过降低辛烷值来提供较低质量的汽油[17], 而在医疗领域, 则发现有类似地采取减少低输液率和抗生素的使用等行为[18]。如图 4, 降低服务质量意味着院方减少成本, 在一定程

度上节省时间并接待更多病人，因此服务供给量扩大到 Q^* ，但服务质量的降低使需求曲线由 D_0 向左平移到 D_1 ，此时院方的租值消散为图中直线阴影部分 P^*DEP_1 ，可以看到调整生产行为后租值消散较减小了。采取降低服务质量的行为虽然可以减少租值消散，但却不能将其转化为院方的收入。

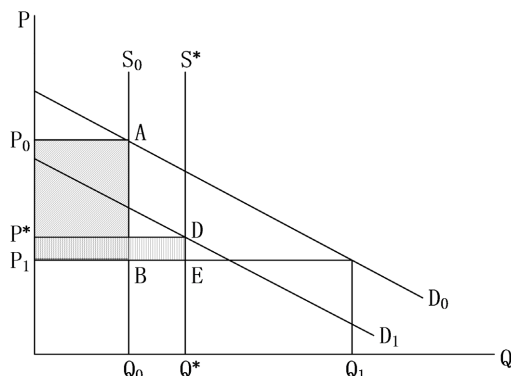


Figure 4. Reduce rent dissipation by adjusting production behavior

图 4. 通过调整生产行为减少租值消散

4.2. 不同制度条件下医疗机构降低租值消散的行为选择

公立大型医院与社区医疗机构之间的收支模式、功能定位和绩效与激励机制存在着较大的差异，这些差异作为重要的局限条件，促使院方选择不同的行为，决定了公立大型医院与社区医疗机构对资源吸附的能力不均等，影响卫生资源的配置。

4.2.1. 公立三甲自负盈亏与社区医院收支两条线

公立医疗机构的收入主要来源于财政补助和医疗服务收入。但实际上大型医院是自负盈亏的，在此约束下，意味着公立大型医院必须依靠医疗业务收入维持运营，因此院方有动力增加收入。但在价格规制下院方难以通过价格获得足以维持开销的收入，因此更可能采取间接的价格准则来减少租值消散。相反大部分地区的社区医疗机构采用的是收支两条线的管理模式，医疗机构的医疗收入和其他收入全额上交政府财政管理专户，医疗卫生支出、基建设备支出等通过相关部门实行预算管理，医生的工资标准由行政部门综合考评核定。在收支双线的条件下，社区医疗机构缺乏创收动力，政府制定的工资标准将很大程度上决定了社区医疗机构医生资源的供给数量和质量。显然，在面对租值消散时，若经费不足，社区医疗机构会倾向于采取降低服务质量的行为来减少租值消散，但降低服务质量会使部分患者流向大型医院，增加大型医院的服务承载压力。为了容纳更多病人，公立大型医院不得不扩大服务供给。

4.2.2. 不同层级医疗机构功能定位的差异

2015年《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》指出，城市三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务，基层医疗卫生机构为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。可以看出，三级医院与社区医疗机构在功能定位上差别较大，为了能够给治疗急危重症和复杂疾病提供技术上的支持，三级医院比社区医院配置了更多大型医疗设备和病床，同时也为采取间接价格准则行为提供了条件。相比之下，“治小病”的社区医院医疗服务项目数量较少，复杂程度较低，因此通过间接价格准则的方式增加收入的可能性低于三级医院。显然，采取在间接价格准则的基础上扩大供给的行为更可能成为大型医院的行为选择，这意味着

公立大型医院会向政府争取更多资源投入,在资源有限性约束下,必然导致社区医院资源投入相对不足。

4.2.3. 绩效与激励机制

从产权的角度看,激励机制承认了医生对医疗服务的收入权,利于发挥人力资本的价值,绩效考核同时也能够发挥约束功能,监控医疗服务质量。由于我国对基层医疗机构绩效考核的研究起步较晚,目前尚未形成较为完善的绩效考核体系,基层医疗机构绩效考核存在方式单一、维度单一、指标未能反映实际工作等问题[19][20]。近年来,随着分级诊疗制度的加速推进,社区医院的工作量不断增加,但工作负荷与激励制度不对应,未能体现多劳多得的问题突出[21],相反大型医院则出现绩效考核机制推动医院逐利的问题[22]。因此,从绩效与激励机制的应用情况上看,大型医院更具创收动力,相反社区医疗机构则会更倾向于降低服务质量来减少租值消散。

5. 讨论:虹吸效应的形成机理及资源配置的失衡

通过对局限条件差异的分析可知,在价格规制下大型医院更倾向于通过采取间接价格准则和扩大医疗服务供给的行为来减少租值消散,而社区医疗机构则更倾向于降低服务质量。社区医院不断降低服务质量将导致患者不断转向大型医院求医,大型医院在面临“人满为患”时则会在采取间接价格准则的基础上扩大供给,如此循环,形成了大型医院对医疗资源的虹吸效应。绩效与激励机制的广泛运用让优秀的医生看到了增加收入,减少租值消散的机会,因此三甲医院聚集了最优秀的医生资源。同时由于大型公立医院和社区医疗机构皆为政府财政直接供养对象,自负盈亏的大型医院能通过政府的项目补助降低扩大供给的成本,因此不断向政府争取财政投入,资源配置再次倾向三甲医院。王俊豪和贾婉文[23]的定量研究表明上级医院与基层医疗机构在设备总价值、医疗卫生服务供给规模和平均财政补助收入的差异程度非常大,说明当前医疗卫生资源的分配依旧向上级医院倾斜。在收支两条线和绩效机制不完善的局限条件下,医疗卫生资源投入不足将导致社区医院进一步降低服务质量以减少租值消散,致使患者首诊选择不断转向三甲医院,增加了大型医院“人满为患”的压力,由此扩大供给的需求再次产生,形成三甲医院虹吸效应的循环,长期的循环最终将导致公立医疗机构两极分化,产生社区医院“门可罗雀”与公立三甲“人满为患”的现象。

6. 结论与政策建议

我国政府掌握了最主要和最优质的医疗资源,改变资源配置失衡,可从多方面综合考虑。应采取有效措施,干预局限约束,阻断虹吸效应循环,并强化社区医疗机构资源吸附能力,结合分级诊疗的实施和本文的研究结果,对此本文提出以下建议:

6.1. 建立灵敏有度的价格动态调整机制

传递供求信息是价格的重要功能,这一功能在市场配置资源的过程中发挥着重要的作用。建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制,明确调价的启动条件和约束条件,理顺公立大型医院和社区医疗机构之间的医疗服务比价关系,使医疗服务价格更好地传递供求信息,将有利于引导居民有序就医,降低医疗服务的租值消散,提高卫生资源利用效率。

6.2. 取消社区医院“收支两条线”,完善绩效与激励机制

取消社区医院“收支两条线”,使社区医院对其收入具有分配权,促使社区医院建立有效的绩效与激励机制,从而恢复医生对医疗服务的收入权,这将促使医生选择增加收入而不是降低服务质量来减少租值消散。在推行分级诊疗背景下,社区卫生服务中心将在医疗体系中承担更加重要的角色,社区医疗

机构所承接的工作任务量也将更加繁重，但这也意味着社区医院将会有更好的发展机会，多劳多得，绩效优酬的分配制度将大大有利于社区医院对优质医生资源的吸附。

6.3. 加强落实分级诊疗制度

具有约束力的分级诊疗制度能有效规范患者的首诊选择和调整各层级医疗机构的服务供给行为，促使供需匹配，从而提高社区医疗卫生机构诊疗量和资源利用效率。家庭医生签约作为落实分级诊疗制度的重要突破口，将家庭医生签约服务形式的覆盖面逐渐扩展到普通人群，并在合约中明确医患双方责任、权利和义务，提高签约率，同时构建医疗卫生机构分工协作机制，通过制定和落实入、出院标准和双向转诊原则，从而引导患者有序就医，医者有序行医。如此各层级医疗机构各司其职，避免患者“扎堆”求医，将促进优质医疗卫生资源下沉基层，使医疗资源配置趋向合理。

6.4. 适当放宽对社区医疗机构业务范围的规制

现行《城市社区卫生服务机构管理办法》规定社区医疗机构的功能是提供公共卫生服务和基本医疗服务，对业务范围有较为严格的限制，新增医疗服务内容也需要经过严格的审批方可提供。适当放宽对社区医疗机构业务范围的规制，允许社区医疗机构在提供基本卫生服务的基础上利用社区卫生服务需求多样化的特点，在激励机制引导下选择具有比较优势的服务内容和服务模式，将有利于社区医疗机构更好发挥区位优势，增强对卫生资源的吸附能力。

参考文献

- [1] 王传恒, 莫颖宁. 分级诊疗实施前后山东省基层医疗卫生资源配置公平性研究[J]. 现代预防医学, 2021, 48(17): 3162-3167.
- [2] 龚秀全, 孙晨晗. 我国分级诊疗模式是否能节约医疗资源[J]. 南方经济, 2021(5): 34-51.
- [3] 王淑云, 孙泽生. 分级诊疗改革对患者满意度和诊疗选择行为的影响[J]. 管理工程学报, 2021, 35(6): 115-127.
- [4] 朱恒鹏, 林绮晴. 改革人事薪酬制度建立有效分级诊疗体系[J]. 中国财政, 2015(8): 69-71.
- [5] 李蔚. 十三五时期中国医疗卫生领域面临的问题及其治理[J]. 甘肃社会科学, 2015(6): 205-208.
- [6] 徐伟, 丁云龙, 许鑫. 城市医疗资源优化配置的出路和选择——兼论摆脱制度吸纳资源的困境[J]. 技术经济与管理研究, 2014(1): 96-101.
- [7] 王国强, 吕科伟. 新医改背景下我国基层医疗体制存在的伦理困境及其对策[J]. 中国医学伦理学, 2018, 31(7): 905-908.
- [8] 李银才. 竞争性市场与医疗体系供给侧结构性改革[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(8): 22-25.
- [9] Coase, R.H. (1937) The Nature of The Firm. *Economica, New Series*, 4, 386-405.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>
- [10] 卢现祥. 新制度经济学[M]. 武汉: 武汉大学出版社, 2011: 43-44.
- [11] Cheung, S.N.S. (1974) A Theory of Price Control. *Journal of Law and Economics*, 17, 53-71.
<https://doi.org/10.1086/466784>
- [12] 罗纳德 H. 科斯, 等. 财产权利与制度变迁[M]. 上海: 上海人民出版社, 2014: 71.
- [13] Y. 巴泽尔. 产权的经济分析[M]. 上海: 上海人民出版社, 1997: 88.
- [14] Coase, R.H. (1959) The Federal Communications Commission. *Journal of Law and Economics*, 2, 1-40.
- [15] Y. 巴泽尔. 产权的经济分析[M]. 上海: 上海人民出版社, 1997: 17-37.
- [16] 张五常. 经济解释[M]. 北京: 中信出版社, 2015: 754.
- [17] Y. 巴泽尔. 产权的经济分析[M]. 上海: 上海人民出版社, 1997: 28.
- [18] 欧阳芳芳, 余宗洋, 王秀云, 温瑜玲. 深圳市新医改实施对社康中心全科门诊的影响研究[J]. 中华全科医学, 2014, 12(12): 1975-1977.
- [19] 甘仁榕, 朱焱, 卢芸. 贵阳市主城区社区卫生服务中心考核现状分析[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(1):

9-12+62.

- [20] 蒋易芬, 蒲川, 等. 我国基层医疗卫生机构绩效考核研究的文献分析[J]. 中国全科医学, 2016, 19(25): 3023-3027.
- [21] 李姣姣, 李妍君, 等. 基层卫生人力资源管理存在的关键问题与调整策略[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(9): 670-673.
- [22] 谢世堂, 尹金淑, 等. 北京市公立医院内部绩效考核分配现状与思考[J]. 中国医院管理, 2015, 35(4): 12-15.
- [23] 王俊豪, 贾婉文. 中国医疗卫生资源配置与利用效率分析[J]. 财贸经济, 2021, 42(2): 20-35.