

医院无形资产投资运营的影响因素：以声誉为例

孙庆文, 田文华^{2*}

(1. 第二军医大学基础部数理教研室, 上海 200433; 2. 第二军医大学卫生勤务学系卫生事业管理教研室, 上海 200433)

[摘要] **目的:**分析医院无形资产投资运营的影响因素, 提出建立健全医院无形资产投资运营体制的对策。**方法:**以医院声誉为例, 利用 Shapiro 模型和博弈论, 对医院进行无形资产投资、维护其品牌声誉的实质进行经济分析。**结果:**医院对未来的看法、医疗质量信息传递效率、成本差异等因素都会影响医院声誉的构建。**结论:**卫生领域必须确立稳定的产权制度, 积极培育市场信息中介, 依法规范卫生主管部门的行政行为, 完善公立医院治理结构。

[关键词] 医院; 无形资产; 声誉; 品牌; 信息不对称; 产权; 医疗质量指标; 价格管制

[中图分类号] R 197.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2007)03-0314-04

Influence factors of investment management of hospital intangible assets: take reputation as an example

SUN Qing-wen¹, TIAN Wen-hua^{2*} (1. Department of Mathematics & Physics, College of Basic Medical Sciences, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China; 2. Department of Health Administration, Faculty of Health Services, Second Military Medical University, Shanghai 200433)

[ABSTRACT] **Objective:** To analyze the influencing factors of investment management of hospital intangible assets, so as to provide countermeasures for establishing and optimizing the investment management system of hospital intangible assets. **Methods:** Taking hospital reputation as an example, we analyzed its role in the investment management of hospital intangible assets and the maintenance of hospital reputation in an economic perspective using Shapiro model and game theory. **Results:** The factors, such as the blueprint of hospital, efficiency of medical quality information transmission, and cost variance, all influenced the reputation of hospital. **Conclusion:** In the health care field, stable property right system should be established and market information agents should be cultivated. The administrative actions of involved departments should abide by the related regulation and the running system of hospitals should be optimized.

[KEY WORDS] hospitals; intangible assets; reputation; brand; information asymmetry; property rights; index of medical quality; price regulation

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2007, 28(3): 314-317]

作为核心竞争力的重要组成部分, 无形资产对医院的价值创造至关重要, 但无形资产本身的投资运营成本也非常大。在我们看来, 一个更为根本也更加重要的问题是: 在什么样的制度环境和激励机制下, 医院才具有投资运营无形资产的动力, 以获取患者的持久信赖? 本文以医院的声誉(reputation)或品牌为例, 对影响医院无形资产投资运营的制约因素进行经济分析。

1 信息不对称与医院声誉或品牌

医院的本质在于消耗有形资产形成无形资产, 医院投资、积累和经营无形资产的最终目的, 在于以经济有效的方式为患者创造更高的价值^[1]。然而, 医疗服务是一种典型的“经验品”(experience goods)和“信任品”(credence goods)^[2], 医院或医生比患者更了解服务质量(性价比), 患者在购买和消费之前, 甚至在消费之后, 都很难确定。越是信息不

对称的产品或服务, 信誉和品牌越重要^[3]。

消费者不是医学专家, 其时间和专业判断能力非常有限, 他们最容易记住并口耳相传的只是一所医院的口碑或声誉, 而不是医院拥有多少专利权或著作权, 更不可能了解一些医疗过程中的专有技术或技术秘密。医院必须有能力将这些无形资产整合为一种简单明了、易于识别的信号, 形成所谓的医院声誉或品牌, 使其成为患者选择的向导, 对医院产生信赖和忠诚度。另一方面, 医院的声誉或品牌可以节约消费者的质量鉴别费用, 声誉效应的扩散又使得医院在吸引新顾客方面具有极大的优势。随着生活水平的进一步提高, 人们越来越关注自身的健康,

[基金项目] 国家自然科学基金(70473096). Supported by National Natural Science Foundation of China(70473096).

[作者简介] 孙庆文, 硕士, 副教授.

* Corresponding author. E-mail: wh_tian@yahoo.com.cn

愿意为声誉和品牌付高价(溢价),医疗品牌的价值将越来越大。

2 医院声誉机制的一个模型

我们扩展了 Shapiro 的模型^[4]。假设医院在医疗技术水平和其他条件不变的情况下,医院可以提供的医疗服务有4种组合,即低质量服务(低成本 c_1 和低价格 p_1)、高利润服务(低成本 c_1 和高价格 p_2)、高质量服务(高成本 c_2 和高价格 p_2)和亏本服务(高成本 c_2 和低价格 p_1)。从医疗服务市场的竞争性和医院的持续发展来看,一个成熟的稳定的医疗服务市场中,高利润服务和亏本服务难以长期存在。因此,医院可以提供两种服务:低质量服务和高质量服务。假定医疗服务成本是包含所有生产要素(如医疗技术)的实际全成本,从理性预期的角度分析,患者对低成本和低价格的医疗服务质量通常没有过高要求,而对高成本和高价格的高质量服务有自己的选择和期望。

由于患者只能在事后判定医疗服务的质量,所以医患之间的交易如果只进行一次,则唯一的均衡是:医院利用患者的无知,向患者提供低成本低质量服务,但索要高价 p_2 (道德风险)。但医患之间的博弈往往是重复进行的,这时,医院有可能主动减少自身的道德风险行为,逐渐获得声誉,锁定一批忠诚的客户,形成品牌优势。假定患者采用触发策略(trigger strategy),则高质量服务市场得以维持的必要条件是:

$$(p_2 - c_2)(1 + \delta + \delta^2 + \dots) \geq (p_2 - c_1)(1 + \delta + \dots + \delta^{k-1}) \text{ 即 } p_2 \geq c_2 + \left(\frac{1}{\delta^k} - 1\right)(c_2 - c_1)$$

其中, δ 是贴现因子,其大小由医院对未来的看法和博弈重复的可能性大小决定,而 k 的大小则反映了患者对质量感知的时滞程度,它与医疗质量鉴定和信息传递效率有关。对 p_2 的另一个约束是进入和竞争,因此,不对称信息下高质量服务市场的均衡价格只能取最小值 $p_2 = c_2 + \left(\frac{1}{\delta^k} - 1\right)(c_2 - c_1)$, 医院获得信息租金(information rent)或称为质量贴水(quality premium): $r \equiv p_2 - c_2 = \left(\frac{1}{\delta^k} - 1\right)(c_2 - c_1)$ 。信息租金的含义是:由于信息不对称,患者为了得到优质服务,不得不支付高于边际成本的价格 p_2 , 信息租金太低不足以惩罚以次充好的医

院,租金太高则导致更多的进入。

显然,赚取租金是医院进行无形资产投资,维护其品牌声誉的真正诱因。可以发现,由于不同医疗服务项目的信息不对称程度不尽相同,并非所有医院都要来打造知名品牌,低成本、低质量、低价格的医疗服务同样会有市场。无法想象一个只有名牌的市场,医院应该找准自身的市场定位及相应的竞争策略。

租金 r 取决于参数(δ 、 k 、 c_2 (或 p_2)。 $\frac{dr}{d\delta} < 0$,

$\frac{dr}{dk} > 0$, $\frac{dr}{d(c_2 - c_1)} > 0$, 也就是说,贴现因子 δ 越小、消费者对质量感知的时滞后期 k 越大、高品质服务成本 c_2 相对于低品质服务成本 c_1 越大,则建立和维护医院声誉越困难。下面我们围绕这些线索展开讨论,以揭示其中蕴涵的制度条件和政策含义。

3 讨论

3.1 稳定的产权制度 如果医院没有真正的所有者(索取剩余同时承担医院经营风险的人),或者所有者地位朝不保夕,未来非常不确定,则 δ 变小, r 增大。对给定的边际成本 c_2 , 均衡价格 p_2 必然上升。价格过高,优质服务市场难以维持(发展中国家低收入水平不足以支撑这样昂贵的市场),预期到这种结果,没有人真正关心医院的声誉。即便可以维持,市场范围也很小,难以惠及大众。因此,稳定的产权制度是医院声誉得以形成和维系的重要基础^[3]。

产权问题包括三个方面。第一,公立医院产权制度改革。现在某些所谓的名医院,只是行政垄断下,患者由于无法选择而不得不依赖,并非信赖。但公立医院不可能有真正的剩余索取者,这时,可以考虑通过“民意”(voice)增加委托人(代理人)的政治风险来改善目前的产权虚置问题。第二,民营医院产权保护。政府不能偏袒公立医院,与民(营)争利,而应该鼓励、引导私人办医,在法律上明确民营资本与国营资本的同等待位,保持政策的连续性。第三,人力资本的资本化。任何人的职业生涯都是有限的,当他因为种种原因要放弃对医院无形资产的产权时,应该能够转让和交易,否则他就没有必要关心医院的声誉。例如前几年,上海利群医院实施以个人品牌带动医院品牌的经营战略,成立了“黄海微创外科工作室”、“路红社肿瘤治疗工作室”、“楼国祥四肢显微创伤工作室”、“于树平中西医肾病工作室”

等^[5],门急诊量急剧增长,业务总收入突破1个亿。随之出现的问题是:如果这些代表品牌形象的人将来要退出,他们的“名号”如何定价、兑现和转让?如果这些问题不能妥善解决,市场效应能够持久吗?

3.2 竞争性医疗服务市场 当市场进入有障碍时,上述模型 k 期以后消费者不再购买医疗服务的惩罚不可行,模型不再成立。这时垄断者不论提供何种服务,价格都将变为垄断价格。垄断的直接后果是降低资源配置效率,减少消费者剩余(Harberger三角),间接后果是导致谋取垄断地位的各种寻租活动(rent seeking)，“租值”耗散于非生产性的游说甚至贿赂行为之中。

个人医疗服务市场是可竞争的,只有行政性垄断才可能持久。资料显示,直到2000年,我国医院床位数属于私营的仅占10%,其余的50%为中央、省、市或县级政府所有,40%属于国有企业,从而导致疾病费用过高等诸多问题^[6]。政府为履行社会职能,实现政策性目标,为公民提供基本的安全网,设立适当数量的公立医疗机构是必要的。但市场经济下政府与市场职能划分的原则是:市场能做就尽量让市场去做。我们认为,目前医疗改革中出现的诸多问题恰恰是由处于垄断地位的公立医院不恪守“公立”本位的“逐利”行为造成,而不是市场的失败。

3.3 医疗质量指标 根据模型,患者感知服务质量的滞后期 k 越大,则 r 越大,市场规模越小。显然,由患者分散地获取医疗质量信息既不经济,技术上亦不可行。例如,《医疗事故处理条例》已付诸实施,但患者维权成本太高,质量与信息披露真实性存在很大问题。因此,为了改善医疗质量信号的传递机制,应该充分发挥媒体、信息中介、保险公司、各种健康服务一体化组织(借鉴美国的HMOs, Health Maintenance Organizations)以及雇主(特别是大企业所有者)的作用,它们具有质量信息收集的积极性、技术优势和规模经济。同时,政府有责任帮助医院、保险公司、杂志、网站开发合理有效的评价指标,提供资金和技术支持,并将监督和评价的结果公告社会。

另一方面,目前的质量指标主要是对医院投入的测定(化验次数、平均住院日、床位使用率,甚至包括大型先进设备的数量),这些过程指标对医院管理十分重要,但患者和保险公司更关心的是医疗后果。美国的情况是,健康照顾财务管理局(Health Care

Financing Administration, HCFA)从1984年开始,根据复杂的统计模型计算结果,定期公布各医院的住院病人“预计死亡率”。因为该模型不够完善,没有将病人健康状况包括在内,可能导致医院拒收危重患者,因而从1990年代初期开始,不再出版这种列举医院死亡率的“报告卡”。不过,包括纽约和宾夕法尼亚州在内的几个州立即填补了这项空白,专门发行心脏外科死亡率“报告卡”。宾夕法尼亚大学还与当地企业界联手,共同开发了一套比较全面的医院质量评价指标体系(住院病人死亡率、手术后滞留时间、传染率等直接针对医疗后果的指标),医疗购买者可以利用这些信息,选择更好的医院。类似的评估也被用于医生。不论如何,人们倾向于认为,将来的医生为了获得医院就职资格,或与健康组织签约,可能将不得不主动提供其服务质量方面的证据^[7-8]。

3.4 政府的卫生政策与医院的治理结构 第一,价格管制政策(出于反暴利或其他目的)可能会使医院得不到正常的信息租金,从而没有人愿意提供与众不同的高品质医疗服务,“劣币驱逐良币”,市场将停留于单调的低层次水平,很少有质量改进和服务方式创新,没有市场细分,没有特色品牌,多样化需求得不到满足。政府与其进行价格管制,不如对基础医学研究进行补贴,降低医院获得新技术或自主创新的成本 c_2 ,并及时提供质量信息,减小患者对质量认证的滞后期 k ,从而降低信息租金,提高消费者福利。

第二,主管部门行政政策制订必须受到法律的限制。在政出多门、政策多变的不稳定环境中,医院难以形成稳定的预期,从而降低贴现因子 δ 的值,不利于声誉的形成。

第三,公立医疗机构由于产权不清,责任不明,在与供应商的交易中,往往没有积极性鉴别质量和讨价还价,这一方面导致了伪劣产品问题,另一方面也干扰了市场信息(药品价格虚高),推动医疗机构成本 c_2 上升,价格 p_2 升高。

第四,政府为履行其社会职能、实现其政策性目标,需要设立适当数量的公立医疗机构。为了降低代理成本(c_2 的一部分),在国外,作为特殊法人,每个公营企业必须立一部专门法,地方公营企业必须由地方机关逐个立法,严加约束。同时,对公立医院往往采用公共部门式的治理机制,公立医院医护人

员作为公共部门的雇员,不享有剩余索取权,而是拿固定工资(公立医疗机构人员的工资收入一般参照社会同等教育水平和工作条件的其他行业人员的工资水平进行测算)^[9-10]。院长履行“首席医务官”(CMO)的职责,而政府对医院的资产和重大投资项目负责,承担财务风险,行使决策权和决策控制权。另一方面,利用竞争性市场显示的“平均成本线”,进一步完善公立医院的成本核算和激励机制,降低边际成本 c_2 和服务价格 p_2 , 增加优质医疗服务的可及性,提高普通消费者的经济福利。

[参考文献]

- [1] 田文华,孙庆文,李捷伟,等. 无形资产与医院价值创造[J]. 中国卫生经济,2006,25:58-60.
- [2] Tirole J. 产业组织理论[M]. 张维迎 总译校. 北京:中国人民大学出版社,1997:131-133
- [3] 张维迎. 法律制度的信誉基础[J]. 经济研究,2002(1):3-13.
- [4] Church J, Ware R. 产业组织:战略方法(英文影印本)[M]. 北京:清华大学出版社,2000:193-196.
- [5] 陈青. 上海利群医院为名医生设立工作室:以个人品牌带动医院品牌[N]. 文汇报,2002-10-31(6).
- [6] 吴晓峰. 我国公立医疗机构产权制度缺陷分析[J]. 中国卫生资源,2004,7:61-63.
- [7] Besanko D, Dranove D, Shanley M,等. 公司战略经济学[M]. 武亚军 总译校. 北京:北京大学出版社,1999:522-523.
- [8] Besanko D, Dranove D, Shanley M,等. 战略经济学[M]. 詹正茂,冯海红,林民旺,等译. 3版. 北京:中国人民大学出版社,2006:524-525.
- [9] Folland S, Goodman A C, Stano M. 卫生经济学[M]. 王健,孟庆跃 译. 北京:中国人民大学出版社,2004:572-578.
- [10] Grand J L, Propper C, Robinson R. 社会问题经济学[M]. 苗正民 译. 北京:商务印书馆,2006:55-57.
- [收稿日期] 2006-09-27 [修回日期] 2007-02-12
- [本文编辑] 尹茶

· 消息 ·

临床试验注册通讯(第1期)

1 WHO注册平台(WHO Registry Platform)的模式

国际临床试验注册平台(The International Clinical Trials Registry Platform, ICTRP)目前有两个主要部分:WHO 临床试验注册机构协作网(the Register Network)和检索入口(Search Portal)。注册机构协作网将提供一个论坛供注册机构之间交换信息,检索入口将提供甄别临床试验的惟一入口。

检索入口不是临床试验注册机构,而是甄别临床试验的网站,使用者可经此入口检索中央数据库(the Central Repository)。中央数据库将纳入贡献者注册机构(Contributing Registers)上传的资料并供检索。使用者检索到目标临床试验后,点击超级链接,就可直接从源注册机构获得相关记录。

2 WHO ICTRP 科学指导小组(SAG)工作会议和注册机构工作组(RWG)会议

由 WHO ICTRP 秘书组与 WHO 神户中心共同组织的第3次科学指导小组(SAG)会议和首次注册机构工作会议(RWG)于2006年11月29日至12月1日在日本神户召开。WHO ICTRP 秘书组衷心感谢日本健康、劳动和福利部及 WHO 神户中心为组织这两个会议所做出的贡献和支持。

2.1 SAG会议 第三届SAG会议于2006年11月29日至30日召开。会议目的是总结上一年工作并制定未来工作计划,重点是制定1年、2年和5年计划以最终形成该项目战略规划基础。

2.2 临床试验注册机构工作组(RWG) 首届RWG会议于2006年12月1日召开。与会者先作自我介绍并简单陈述各自注册机构的关键信息。会议的首要任务是制定临床试验注册规范,议题涉及临床试验注册的各种模式、为保证成功甄别试验及试验注册者(如核查同一试验在不同注册机构重复注册)对注册机构的最低技术要求,以及如何处理信息不全的试验。

3 WHO注册平台的结构

WHO 临床试验注册机构协作网(the Register Network,示意图见第324页)的目的是为各注册机构提供一个彼此交流信息和共同工作以建立最好的临床试验注册实践的论坛。WHO 临床试验注册机构协作网的协作注册机构(Collaborating Register)按上传和不上传注册资料到 WHO ICTRP 中央数据库(Central Repository)分为两类:上传注册资料者称为“贡献者注册机构(Contributing Registers)”,不上传资料者为“非贡献者注册机构(non-Contributing Registers)”。根据上传资料的途径,贡献者注册机构又分为两类:直接向 WHO ICTRP 中央数据库提交资料者为一级注册机构(Primary Register),通过一级注册机构间接上传资料者为成员注册机构(Partner Register)。非贡献者注册机构既不直接也不间接上传资料到中央数据库,是那些期望成为注册协作网成员但不能满足贡献者注册机构1条或多条标准的注册机构。

截至第1期电子通讯(e-Note)编发时,全球已有10家临床试验注册机构获准加入注册协作网。

(刁 驥 译,吴泰相 摘编、译校,李幼平 审核)