

Study on the Mechanism of Public Hospital Continuously Expansion and Regulation Policy

公立医院规模持续扩张机制与调控策略

——理论模型与实证研究

匡莉◎著

中山大学出版社



公立醫院經濟持續發展機制與調控策略 ——以台灣為例的個案研究

謝世榮 著

中國醫藥出版社

Study on the Mechanism of Public Hospital Continuously Expansion and Regulation Policy

公立医院规模持续扩张机制与调控策略

——理论模型与实证研究

匡莉◎著

中山大学出版社

· 广州 ·

版权所有 翻印必究

图书在版编目 (CIP) 数据

公立医院规模持续扩张机制和调控策略: 理论模型与实证研究/匡莉著.
—广州: 中山大学出版社, 2011. 5
ISBN 978 - 7 - 306 - 03867 - 8

I. 公… II. 匡… III. 医院—管理—理论模型—研究—中国
IV. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 063354 号

出 版 人: 祁 军

策划编辑: 鲁佳慧

责任编辑: 鲁佳慧

封面设计: 林绵华

责任校对: 曾育林

责任技编: 何雅涛

出版发行: 中山大学出版社

电 话: 编辑部 020 - 84111996, 84113349, 84111997, 84110779

发行部 020 - 84111998, 84111981, 84111160

地 址: 广州市新港西路 135 号

邮 编: 510275

传 真: 020 - 84036565

网 址: <http://www.zsup.com.cn> E-mail: zdcbs@mail.sysu.edu.cn

印 刷 者: 广州市怡升印刷有限公司

规 格: 787mm × 960mm 1/16 11.5 印张 200 千字

版次印次: 2011 年 5 月第 1 版 2011 年 5 月第 1 次印刷

印 数: 1 ~ 1000 册

定 价: 28.00 元

如发现本书因印装质量影响阅读, 请与出版社发行部联系调换

内 容 简 介

本书在理论研究方面，基于规模经济和交易成本理论，结合医疗服务特征，构建“扩张动机、医疗技术、市场规模、专科细化程度、交易成本转嫁能力”的医院规模扩展的“五因素”理论模型，进而建立了“一环、两流、三切点”的理论模型，阐述大型公立医院规模持续扩张的交互演进机制。在实证研究方面，运用适存分析技术、超越对数成本函数和案例研究方法，从宏观、微观、个案三个层面系统地对转型期我国公立医院规模发展现状和特征、规模扩展途径与机制进行实证研究。从制度因素角度，分析了转型期我国公立医院规模持续扩张的制度性因素，并提出调控策略，即从制度着手，建立一个迫使公立医院追求成本最小化的制度环境，是有效控制大型公立医院规模持续恶性扩张的根本解决方法。提出在调控公立医院规模持续扩张的政策建议方面，近期目标是以改革和优化卫生政策为主，全面有效地调控城市大型公立医院规模持续扩张；远期目标是建立系统水平上的医院医疗市场竞争的制度安排，构建医疗资源纵向整合的医疗服务体系，使医疗资源在“联合体”内部通过计划机制配置、在“联合体”之间通过市场机制配置，最终实现各级医院均衡发展的目的。同时通过经验模型验证政策效果。

本研究受广东省卫生厅《广东省医疗卫生体系发展规划及相关问题的研究》、《广东省卫生总费用研究》和广东省软科学项目《广东省公立医院适宜规模的模型构建与相关卫生政策研究》的基金资助。

目 录

1 前言	1
1.1 研究背景	1
1.1.1 医院规模是影响卫生资源配置的重要因素	1
1.1.2 医院行业处于一个快速发展、快速变化的时期	1
1.1.3 国家新医疗改革方案对公立医院发展提出新要求	2
1.2 问题的提出	2
1.2.1 转型期我国公立医院规模持续扩大	2
1.2.2 公立医院规模持续扩张引发的一系列问题	3
1.2.3 针对公立医院规模持续扩张的调控措施收效甚微	5
1.2.4 现有理论无法解释我国公立医院规模持续扩张现象	7
1.3 研究意义	8
1.4 研究目的	8
1.5 研究内容	8
1.6 研究方法	9
1.7 本研究的创新	9
1.8 技术路线	11
2 医院规模研究现状	12
2.1 规模经济理论视角下的医院规模研究现状	12
2.1.1 医院规模经济的理论研究	12
2.1.2 医院规模经济的实证研究	13
2.2 交易成本理论视角下的医院规模研究现状	15
2.3 研究现状述评	17
2.3.1 研究思路存在的问题	17
2.3.2 医院规模经济研究中存在的不足	17
2.3.3 医院交易成本研究中存在的不足	18

3	相关理论与辨析	19
3.1	规模经济理论	19
3.1.1	规模与规模经济的基本概念	19
3.1.2	四个层次的规模经济	20
3.1.3	规模经济理论	21
3.1.4	规模经济理论总结	28
3.1.5	规模经济实证研究	33
3.2	交易成本理论	36
3.2.1	交易与交易成本的定义	36
3.2.2	交易成本产生的前提条件	37
3.2.3	交易成本的分类	39
3.2.4	影响交易成本大小的四个维度	41
3.2.5	交易成本的特点	43
3.2.6	交易成本理论的应用	44
3.3	价值链理论	45
3.4	规模相关理论辨析	48
4	医院规模扩展理论模型与交互演进机制	50
4.1	对本研究中“医院规模”和“规模经济”定义的约定	50
4.1.1	“医院规模”的定义	50
4.1.2	对“规模经济”与“规模经济性”的使用约定	50
4.1.3	对规模经济主体的约定	50
4.2	规模经济理论与交易成本理论在分析医院行业中的适用性	51
4.3	公立医院生产活动与交易活动、生产成本与交易成本	51
4.3.1	生产活动和生产成本	52
4.3.2	管理活动和管理型交易成本	53
4.3.3	购买型交易活动和购买型交易成本	53
4.3.4	提供型交易活动和提供型交易成本	53
4.3.5	接受政府管制和政府型交易成本	54
4.4	医院规模扩展理论模型的构建	55
4.4.1	医院规模扩展“五因素”理论模型的推导过程	55
4.4.2	医院规模扩展“五因素”理论模型	58
4.5	医院规模扩展“五因素”的作用	59

4.5.1	规模扩张动机对医院规模扩张的作用	59
4.5.2	医疗技术对医院规模影响的作用	59
4.5.3	市场规模对医院规模影响的作用	60
4.5.4	医院专科细化程度对医院规模扩张的作用	61
4.5.5	医院交易成本对医院规模影响的作用	62
4.6	公立医院规模持续恶性扩张“五因素”交互演进机制	64
4.6.1	“机制”的释义及本研究中机制的研究框架	64
4.6.2	公立医院规模持续恶性扩张机制的构成要素	65
4.6.3	构成要素间的关系与相互作用	65
4.6.4	医院规模扩张的“一环”和“两流”	67
4.6.5	医院规模循环扩张中的“三切点”	67
4.6.6	公立医院规模持续恶性扩张的交互演进机制 ——“一环、两流、三切点”理论模型	71
4.6.7	构成要素之间相互作用的结果	72
5	实证研究 1: 转型期公立医院规模发展特征	73
5.1	研究工具与趋势检验	73
5.1.1	适存分析方法的原理	73
5.1.2	趋势检验	74
5.2	数据与变量	74
5.2.1	研究对象与数据来源	74
5.2.2	医院规模分类	75
5.2.3	指标选取	75
5.3	结果与分析	76
5.3.1	省市级综合性公立医院的结果分析与讨论	76
5.3.2	县级综合性公立医院的结果分析与讨论	81
5.4	讨论	85
5.5	主要结论	85
5.5.1	医院规模的发展趋势与特征	85
5.5.2	转型期公立医院的适存规模	86
5.5.3	医院规模与生产效率间的关系	86
5.5.4	医院最优规模不一定是社会最优规模	86
6	实证研究 2: 转型期公立医院规模经济特征	87
6.1	计量经济学模型	87

6.1.1	超越对数成本函数形式	87
6.1.2	本研究使用的模型	88
6.1.3	门诊边际成本和住院边际成本	88
6.1.4	固定资产投入适度性	89
6.1.5	规模经济	90
6.2	数据与变量	91
6.2.1	数据	91
6.2.2	变量	91
6.3	结果与分析	94
6.3.1	描述性结果	94
6.3.2	模型模拟结果与分析	95
6.3.3	边际成本与服务价格的比较	97
6.3.4	各级各类医院规模经济与规模报酬的测量与分析	101
6.3.5	不同产出水平下医院规模经济的变化规律	102
6.4	与国外同类研究结果的比较分析	105
6.5	主要结论	106
7	案例研究：医院规模经济来源与扩张路径	108
7.1	研究方法和理论工具	109
7.2	案例医院的发展情况	109
7.2.1	医院的一般情况与规模发展	109
7.2.2	医院的发展战略	110
7.2.3	医院的经营策略和管理措施	110
7.3	医院规模扩张过程中出现的问题	115
7.4	医院规模经济来源	116
7.4.1	通过成本控制，降低非生产性成本	117
7.4.2	成本不可分性——薄利多销，降低单位产出成本	117
7.4.3	提高人力资本使用效率，降低单位人力成本	119
7.4.4	人力资本累积——学习效应，知识经验与技能积累	120
7.4.5	医疗技术创新的经济性	121
7.4.6	管理的规模经济性	123
7.5	医院竞争优势的产生与规模扩张路径	124
7.6	医院规模扩张导致问题的原因分析	126

7.7 主要结论	127
8 公立医院规模持续恶性扩张的制度分析	128
8.1 制度是导致我国公立医院规模持续扩张的根本原因	128
8.2 强扩张动机的公立医院管理体制	130
8.3 “二元式”医疗服务定价制度	131
8.4 按服务量付费为主的医院服务支付制度	133
8.5 专项拨款方式为主的公立医院财政补偿机制	134
8.6 个体水平上的医院竞争制度安排	135
8.7 定位模糊的民营医院进入障碍	136
8.8 薄弱的医疗服务监管机制	136
9 公立医院规模持续恶性扩张调控策略	139
9.1 新医疗改革下我国公立医院运行面临的约束条件与现实选择	139
9.2 从制度着手,控制大型公立医院规模持续扩张	140
9.2.1 从制度着手,关键在于建立一个迫使医院追求成本 最小化的制度环境	140
9.2.2 医疗改革策略必须考虑卫生政策的整体性、政策间的 相容性和配套性政策保障	141
9.3 优化公立医院补偿机制	141
9.4 强化公益性为主的公立医院绩效评价考核机制	142
9.5 建立与价值相符的医疗服务定价机制	143
9.6 实施以提高健康为目的的多元化医疗费用支付方式	144
9.7 强化区域卫生规划和医疗机构设置规划实效	145
9.8 积极发展民营医院,构建满足多元化多层次医疗服务体系	145
9.9 远期目标——形成系统水平上的医院竞争制度安排	146
9.10 政策模拟	152
9.10.1 政策效果模拟思路	152
9.10.2 政策模拟结果	154
9.10.3 政策模拟结论	160
参考文献	161
后 记	174

1 前 言

1.1 研究背景

1.1.1 医院规模是影响卫生资源配置的重要因素

经济学研究的基本目的就是资源配置问题，即如何用最小的投入获得最大的产出。在财富取得和使用中，每一个经济活动主体都在避免劳动及产品的浪费，以期能够获得最大的利益，而企业规模问题则是资源规模的核心问题。正如产业组织理论的代表人物乔治·J. 施蒂格勒在其《规模经济》所指出的：“规模经济理论是关于社会组织经济理论关键部分，因为它是每个关于市场组织、政府控制经济生活的作用（及其变化过程）问题的基础。”

医院在医疗服务行业占据重要地位。医院所消耗的医疗费用占一个国家或地区卫生总费用的近 70%^[1]，是医疗服务提供的重要组成部分。医院规模是医疗资源有效合理配置的重要变量，主导着医疗服务市场的资源、结构和分布，对医疗卫生系统的配置效率和生产效率有着十分重要的影响。

1.1.2 医院行业处于一个快速发展、快速变化的时期

中国经济社会快速发展，经济水平提高、城乡一体化发展、社会医疗保障加快形成等诸多因素促进了我国医院行业进入一个快速发展变化的时期。大多数医院或通过合并组建医疗集团或通过增加床位，以谋求医院规模扩大发展；城区新建以及城乡一体化中，政府也在不断新建和调整公立医院。同时，人口老龄化、疾病谱改变等促进了对公立医院数量、结构、布局和功能调整。

1.1.3 国家新医疗改革方案对公立医院发展提出新要求

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）、《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）》（国发〔2009〕12号）、《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》（卫医管发〔2010〕20号）等文件对我国公立医院发展提出了明确要求，即构建公益目标明确、布局合理、规模适当、结构优化、层次分明、功能完善、富有效率的公立医院服务体系。区域卫生规划和区域医疗机构设置规划要明确各级各类公立医院的类别、数量、规模、布局、结构。引导医疗资源合理配置，避免医疗卫生资源配置重复、盲目扩大规模，逐步缩小城乡差别、地区差别，充分合理利用医疗资源，满足区域内居民日益增长的医疗服务需求。从医疗改革指导意见和改革方案看，我国把公立医院规模、布局、结构和数量作为合理配置卫生资源特别是作为实现政府功能的公共资源的重要内容，并强调要控制目前城市大医院规模持续扩张。由此可见，对我国公立医院规模的研究，具有重要的理论意义和现实意义。

1.2 问题的提出

1.2.1 转型期我国公立医院规模持续扩大

我国医疗改革自20世纪80年代中期开始持续了20多年，现在已进入转型期。在这一转型时期，我国医院特别是公立医院得到迅速发展，医院规模和服务能力持续提高，医疗资源总量不断增加。表1-1显示了1980—2009年我国医院规模的发展情况。其中，规模超过500张病床的医院数量从1980年的67所增加至2009年的1281所，所占医院数量的比例也相应地从0.9%上升至5.5%。超过800张病床的医院数量已经从2000年的71家上升至2009年的498家。这表明，大规模医院所占的比例持续上升。而在规模持续扩张的医院中，中心城市公立医院特别是城市大型医院占绝大多数^[2]。

表 1-1 全国按床位数分组的综合医院数量及构成比

年份	医院数 (家)	按床位数分组				
		<100 张 (%)	100~199 张 (%)	200~499 张 (%)	500~799 张 (%)	≥800 张 (%)
1980	7859	4501 (57.3)	2125 (27.0)	1166 (14.8)	67 (0.9)	0 (0.0)
1985	8748	4935 (56.4)	2148 (24.6)	1529 (17.5)	136 (1.6)	0 (0.0)
1990	9760	5442 (55.8)	2163 (22.2)	1872 (19.2)	283 (2.9)	0 (0.0)
2000	10781	5505 (51.1)	2667 (24.7)	2042 (18.9)	496 (4.6)	71 (0.7)
2005	12982	7524 (58.0)	2526 (19.5)	2060 (15.9)	620 (4.8)	252 (1.9)
2008	13119	7609 (58.0)	2223 (16.9)	2153 (16.4)	716 (5.5)	418 (3.2)
2009	13364	7792 (58.3)	2126 (15.9)	2165 (16.2)	783 (5.9)	498 (3.7)

数据来源: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pwstj/index.htm>。

注: 括号内的数据表示按照床位数分组的医院数量构成比(%)。

1.2.2 公立医院规模持续扩张引发出的一系列问题

目前, 公立医院规模持续扩张引发了以下四个问题:

第一, 医院负债增加、盈利能力下降, 带来国有资产潜在风险。杨文秀等^[3]、陆国俐等^[4]分别对天津市、浙江省和黑龙江省不同级别公立医院的规模与负债情况进行了调查。由于政府补助不足, 公立医院需要依赖业务收入来维持生存和发展, 公立医院扩大规模在一般情况下均需要向银行借债来投入发展, 有的公立医院负债率甚至已经超过了 50%^[5], 这样不可避免地加大了公立医院的经营风险。与此同时, 医院扩张规模后, 投入巨资购买的

医疗设备和业务用房并没有提高医院效率、降低医院成本效益,造成政府医疗资源浪费和医院成本增加^[6]。

第二,医疗安全、医疗质量和服务质量下降。对医院规模扩张前后医患关系进行了专题调查结果显示,医院规模扩张导致医疗费用上涨,医患间缺乏人文关怀、医院内部管理效率跟不上规模发展、员工福利受到医院发展资金积压等因素,导致医患纠纷平均增长了21.8%。

第三,医疗费用结构性上升,危及医疗服务的可及性和公平性。人均医疗费用随着医院级别增高而快速上升(表1-2)。服务量和医疗费用水平两个因素共同作用,使我国总体医疗费用明显上升,超过了经济发展水平和居民消费水平,并危及医疗服务的可及性和公平性^[7]。1993年、1998年和2003年卫生服务调查结果显示,两周患病未就诊率城市地区从42.4%上升至57.0%,农村地区从33.7%上升至45.8%;居民因为经济困难而未住院的比例,城市居民从41.6%上升至56.1%,农村居民从60.8%上升至75.4%^[8]。

表1-2 2009年我国卫生部门综合医院门诊和出院病人人均医疗费用

医院级别	门诊病人人均医药费用(元)			出院病人人均医药费用(元)		
	总计	药费	检查治疗费	总计	药费	检查治疗费
部属	305.2	172.5	72.6	15197.3	6226.8	5675.1
省属	238.4	127.5	65.8	12121.6	5303.3	4149.1
地级市属	164.5	85.0	50.0	7216.2	3108.5	2537.4
县级市属	126.8	62.3	40.3	4381.1	1996.1	1410.7
县属	109.8	49.3	39.9	2978.6	1373.5	977.9

数据来源: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pwstj/index.htm>。

第四,不同级别医院发展出现分化,医疗服务提供体系“正三角形”结构遭受破坏。综观近20年,伴随我国公立医院规模持续扩张过程,我国不同级别医院发展差距日趋扩大。一是表现在城市大医院规模持续扩张。2000年拥有800张或800张以上病床数的医院有71家,占医院总数的0.66%;2005年就已经达到了331家,占医院总数的1.77%。而基层小型医院则生存艰难,发展缓慢。2000年200张病床以下的医院有8172家,占医院总数的27.8%;2005年达到14902家,占医院总数的79.68%。二是表

现在不同级别医院医疗服务提供能力差距日益加大。较高级别的医院提供的服务量大于基层医院、不同级别医院医疗资源的使用效率存在明显差距,级别越低的医院效率越低,见表1-3。我国公立医院特别是城市大医院规模持续扩张,导致基层医院生存艰难,发展乏力,使我国医疗服务提供体系结构受到破坏,严重威胁了医疗服务的可及性和公平性,破坏了健康服务的根本准则^[9]。

表1-3 2009年我国三级医院工作量

医院级别	机构数		诊疗人次		入院人数		病床 使用率 (%)	医师日 均担负 诊疗人 (次)	医师日 均担负 住院床 (日)
	个	构成比 (%)	亿次	构成比 (%)	万人	构成比 (%)			
总计	12866	—	17.28	—	7736	—	84.7	6.4	2.1
三级医院	1233	9.6	6.89	39.9	2668	34.5	102.5	7.4	2.5
二级医院	6523	50.7	8.88	51.4	4636	59.9	84.8	6.0	2.1
一级医院	5110	39.7	1.50	8.7	432	5.6	54.5	6.4	1.3

数据来源: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/pwstj/index.htm>。

如果说,前面两个问题还主要出现在医院个体层面,回避或减轻这些问题还可寄希望于提高医院管理者的资金运作水平和风险控制能力,后面两个问题则产生了明显的不良影响,破坏了医疗服务体系的合理结构,说明医院规模经济的后果出现了显著的负外部效应。再次凸显出有效控制城市大医院规模持续扩张,对建立均衡的医疗服务提供体系,控制医疗费用上涨具有重要的现实意义。

1.2.3 针对公立医院规模持续扩张的调控措施收效甚微

对我国公立医院规模发展的认识主要经历了两个阶段。第一个阶段在2001年之前,对大医院规模扩张普遍持赞成态度,认为医院规模是医院技术实力和市场势力的象征,是一个城市和地区医疗技术水平的标志。医院规模发展具有提升医疗服务体系整体水平、改善医疗服务结构的功能,因此,各级卫生部门都把医院规模发展作为该区域卫生工作的重点^[10]。第二个阶段在2004年后,随着城市公立医院特别是大规模医院持续扩张带来的上述

一系列问题，出现了反对医院规模持续扩张的声音。

从2004年开始，我国卫生行政部门多次出台了各种规定。国务院吴仪副总理强调，要建立二级双向转诊制度，控制大医院持续扩大规模。卫生部部长高强在2006年全国卫生工作会议上指出，要从严控制大型医院建设规模，禁止医院擅自利用银行贷款和社会融资购置大型医用设备，严格医院高新技术和设备准入，引导公立医院坚持公益性的办院方向^[11]。把社会效益放在首位，处理好内涵建设与外延发展的关系、基础质量与技术创新的关系。卫生部门在多个文件中强调，要加强对公立医院规划建设管理，严格控制大医院盲目扩大建设规模、超豪华装修和负债建设的行为^[12,13]。加快研究制定卫生建设标准和评价体系，严格控制公立医院盲目发展。2009年国家在新出台的国家医药改革文件中再次明确指出，要控制公立医院规模持续扩张的行为和现象。

但是，城市大医院事实上至今也没有停止规模扩张的步伐。例如，从医院个体规模看，我国四川华西医院床位已经发展到4000多张，成为世界上规模最大的单体医院，还有些县医院向卫生行政主管部门申请将床位扩建到3000多张^[14]。从表1-1仍可以明显地看到这一点。

我们曾在2007年初对广东省各级公立医院约150名院长进行了问卷调查，几乎所有的院长都表示要在未来的2~3年内扩大医院的规模，且大多数被调查的院长表示，即使卫生行政部门出台了控制医院规模扩张等相关政策后，医院规模扩张仍然会继续下去。我们访谈的部分医院院长甚至认为，应该在医疗改革政策不明朗的情况下，及早加快医院规模扩张速度，以获取医院今后的发展实力。这一结论隐含地表示出医院院长在规模建设上的博弈心理和政府部门控制医院规模扩张的软弱无力，说明政府部门出台的控制公立医院规模扩张的规定和措施收效甚微，针对医院规模扩张的行为进行直接地约束和控制并不是真正的“有效解”。

从政府部门对控制城市大医院规模扩张的规制政策看，调控思路提出的措施和规定，基本上是遵循学者们给出原因分析和建议来制定的，即均是直接针对医院规模扩张的行为进行干预。不同层面的政府部门出台对公立医院规模扩张的规制态度以及规制政策收效甚微，预示着对公立医院规模扩张的有效控制既具有重要性又具有艰巨性，凸显了对我国公立医院规模问题研究的迫切性。

1.2.4 现有理论无法解释我国公立医院规模持续扩张现象

首先,按照规模经济理论,医院会享受因规模扩大而带来的经济性即规模经济性,但规模又不能无限制扩大,经济规模将受到技术水平、市场规模和管理效率等因素的限制而呈现出“U”形形态。但我国公立医院规模持续扩张,且似乎在朝着一个没有边界的方向无约束地扩张。

其次,根据规模经济理论,医院达到规模经济时其平均成本最低,此时医院可能将以最低的成本向居民提供相同质量的医疗服务,医院也最有空间降低医疗服务价格,当低成本延伸到消费者时,社会福利也达到好的状态。但我们看到,大医院规模扩张不但不能降低医疗费用,反而引发了一场受到国际国内高度关注的“看病难、看病贵”的社会问题。

最后,按照规模经济理论,“医院规模并非越大越好,如果医院规模扩大1倍,其风险就会扩大4倍”^[15]。我国公立医院规模持续扩张,应该有不少大规模公立医院倒闭,但事实上我国大型公立医院尚没有任何一家出现倒闭或被兼并的现象。

从学术研究层面看,针对我国城市大医院规模持续扩张的原因、问题 and 对策,研究者们开展了大量定性研究。综合来看,认为城市大医院规模持续扩张的原因主要在于:①财政投入不足导致公立医院逐利行为,应该明确大医院的功能定位;②政府部门对公立医院管理缺位,以及部分地方政府的默许与鼓励;③二级转诊制度缺乏;④城市大医院垄断地位;⑤大医院负债行为。这些研究主要集中在对医院规模持续扩张带来的弊端方面的表述,针对医院扩张行为本身的分析并提出一些关于控制医院规模扩张的对策与建议,属于主观分析判断研究,缺乏对问题产生机制和途径的分析,系统性不强。在医院定量研究方面,主要采用规模经济的计量模型,来测量医院规模经济大小,但对规模扩张的合理性未做出判断。研究主要针对某一个侧面或零星的问题进行,研究结果比较局限和片面。

以上事实说明,现有规模经济理论无法完全解释我国公立医院规模持续扩张的现象,需要构建新的理论模型来加以解释。