



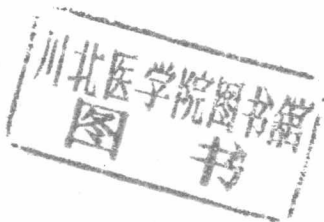
医院·市场

叶煜荣 策划
李文填 胡正路 叶文芳 编著

32

广东高等教育出版社

序



经过 20 多年的艰苦探索，中国终于找到了强国富民的唯一道路：发展社会主义市场经济。1992 年，卫生部陈敏章部长第一次提出卫生工作要主动适应社会主义市场经济需要，标志着中国医疗卫生界开始向市场经济迈进。2000 年 2 月，国务院体改办、国家计委、国家经贸委、财政部、劳动保障部、卫生部、药品监管局、中医药局《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》出台，标志着中国医疗机构将更深地卷入市场经济的大潮。它意味着对整个中国医疗事业重新构造，意味着中国现存医疗机构的大分化、大改组，意味着中国每个医疗机构都不可避免地参与市场搏击，以决定其生死存亡……这是对每个医疗机构及其职工的激励和挑战。

“医院走向市场”给我们带来希望，也引起人们的疑虑。它要求我们回答：按计划经济体制那套去办医院为什么再也行不通？医院走向市场有什么好处？走入市场的医院和它的职工怎样依照经济规律运作？医疗市场上的医患关系该如何协调？医院走向市场之后将失去什么？又将得到什么？在这本读物中，提出了人们普遍关注的问题，阐述了我们的观点。希望借此抛砖引玉，与大家共同探讨。

本书以面向大众，推动医疗机构深化改革为宗旨，努力把市场经济条件下医院经营管理知识、技巧作大众化、通俗化的介绍，以便进一步促进医务界的思想解放，做好必要的心理和知识准备，在医疗市场的竞争中自由搏击、一展身手。

愿这本小册子给予您走向市场的知识和力量。

作者

2000 年 6 月 9 日

1

298489

R191.32
4004

川北医学院图书馆
图 书

目 录

序.....	(1)
新中国医疗服务业的发展历程.....	(1)
起步艰难 成绩斐然.....	(1)
破旧立新 改革图强.....	(2)
转轨时期的磨擦.....	(6)
惊回首,深化改革不回头	(10)
构建与市场经济相匹配的医疗管理体制	(16)
培育医疗服务市场	(17)
医疗市场的驱动力和约束力	(20)
医疗市场的宏观调控体系	(26)
适应市场体制的观念更新	(37)
医疗市场是医患双方的利益均衡	(38)
市场空间尚可拓展	(41)
市场经济条件下的效益观	(43)
市场经济条件下的发展观	(45)
市场经济条件下的质量观	(47)
市场经济条件下的公关意识	(49)
医院面对的环境因素及驾驭技巧	(53)
医院是一个开放的经济系统	(53)
环境机会和环境威胁	(54)
影响市场变化的宏观环境	(58)
影响市场变化的微观环境	(66)

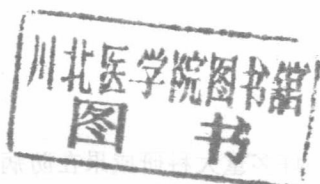
基 藏 书



A0330292

医院的经营战略	(71)
医院也要讲经营	(71)
经营的核心问题——调节供求	(75)
医疗机构的应变力及其提高	(77)
医院经营战略的制定	(81)
医院的经营策略	(86)
服务经营策略	(86)
医疗收费策略	(95)
服务渠道策略	(106)
服务推广策略	(108)
医院经营条件的优化和核算	(112)
医院经营的基本条件	(112)
医院经营收入的核算	(123)
医院经营费用的核算	(127)
医疗经营核算	(132)
医院运行机制的转变和制度创新	(136)
医院改革要打一场攻坚战	(136)
产权问题是绕不过去的坎	(138)
医院运行机制的转变	(142)
医疗服务业的产权重组	(148)
中外合资合作医疗机构的设置	(153)
医院经营过程的控制	(164)
控制的要求和步骤	(164)
医院物料控制	(167)
医院财务控制	(169)
盈亏分析	(176)
医院预算控制	(177)
医疗服务控制	(178)

医患纠纷控制	(186)
医院公共关系实务	(188)
全员公关管理	(188)
从内部做起	(190)
重点突破：改善医（护）患关系	(194)
组建公关职能部门	(198)
聘请公关顾问	(204)
与公共关系公司合作	(205)
建立良好的医患关系	(210)
医患关系演变的社会文化背景	(210)
病人——偏离社会期望的特殊群体	(211)
医生——体现社会期望的控制力量	(215)
理性看待医患关系中的不对称性	(217)
医患关系的协调	(220)
以病人为中心的法理依据	(226)
走向市场 生机勃勃	(229)
由政策依赖转向市场导向	
——广东省中医医院管理模式的转变	(229)
走科技兴医、可持续发展的办院之路	
——广东省高州市人民医院的经营战略	(233)
抢占医疗技术市场的制高点	
——揭阳市人民医院科技兴院战略评介	(235)
产权定人心 股份出干劲	
——浙江省温州市沙城卫生院股份合作制的启示	(237)



新中国医疗服务业的发展历程

新中国的医疗卫生服务业，在党和政府的关怀下，克服了重重困难，仅以世界卫生费用的 1%，有效地为占全球 22% 的人口提供基本医疗卫生服务，引起世界的瞩目。步入新世纪，我国的改革开放将不断深入，自上而下的医疗体制改革，涉及千家万户和广大医务人员的切身利益，关系到医疗机构的生死存亡。回顾共和国 50 年来医疗服务业的发展历程，对把握未来、再创辉煌将大有裨益。

起步艰难 成绩斐然

新中国的医疗服务业，是在非常落后的基础上起步的。但在党的卫生工作方针指导下，卫生工作者团结奋斗，努力工作，仅用了较短的时间，就改变了旧中国“东亚病夫”的耻辱形象。

在旧中国，广大农村一无医二无药，卫生设施非常简陋，疾病丛生，瘟疫横行，光是血吸虫病就使得 1 200 多万人陷入贫病交加的境地。“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”是当时的真实写照。旧中国的人口死亡率达到 25‰，婴儿死亡率更高达 200‰，人均期望寿命仅 35 岁。

经过半个多世纪的建设和发展，我国医疗卫生事业发生了质的飞跃。目前，全国已建成一批设备精良、科室齐全、技术精湛、人才济济的大型现代化综合医院和专科医院。截至 1998 年，全国医院发展到 16 468 个，卫生院 5.1 万个，门诊部和诊所 22.9 万个。其中有些医院在临床医学各个领域已在国际上也享有较高

声誉。许多重大科研成果在防病、治病中产生显著效果。130多万乡村医生和卫生员，与基层医疗卫生机构通力合作，使县、乡、村三级医疗预防保健网覆盖广大农村。到1999年，全国有2100万职工和离退休人员参加了大病医疗费用统筹和离退休人员医疗费用统筹，部分地区已进行了基本医疗保险制度改革。经过艰苦努力，到1999年，我国每千人口拥有医院、卫生院床位2.39张，平均每千人口医生数为1.67人、护师（士）数为1.02人。1998年，我国居民总死亡率已降至6.5‰（新中国初期为30‰以上）。我国医疗卫生事业的长足进步，有力地促进全国人民整体健康水平的提高，国民平均期望寿命由建国前的35岁提高到71岁左右，孕产妇和婴儿死亡率大幅降低，居发展中国家前列。

这一切雄辩地说明：我国的医疗卫生队伍是一支值得信赖的队伍，是一支敬业爱民的队伍。

破旧立新 改革图强

我国医疗卫生事业之所以取得如此巨大的进步，是由于我们始终如一地贯彻执行“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的四大方针，更是20多年来医疗卫生改革不断深化的结果。

我国医疗卫生改革的起步阶段也是非常艰难的。“文革”后期，“看病难”、“住院难”的怨声遍及城乡。且不说农村，即便是北京、上海、广州等大城市，“看病难、住院难、手术难”的现象也相当普遍。百姓为看个病，患者或家属起早摸黑去排队挂号，候诊、做检查、划价、交费、取药……统统都要排队。那时，我国每年诊治的病人数，仅仅是需要诊治人数的一半。像北京、上海、广州等大城市大医院的门诊任务超负荷2~3倍，医

院走廊摆满了“加床”。当时社会上流传着一句顺口溜：“得了重病住院难，看病诊断找医难，没有后门抓药难，护理不好病愈难。”

造成医疗服务供不应求的原因是多方面的：

其一，在计划经济体制下，只有国家办医这个单一渠道，尽管国家大力发展医疗卫生事业，但也只能基本满足居民低水平的医疗保健需求。

其二，医疗服务提供系统在“文革”时期也遭受到严重破坏，医疗卫生资源极为短缺。

其三，改革开放以后，随着经济的快速发展和人们收入水平的提高，一些被抑制的医疗保健需求得以释放出来，使供求矛盾更为突出。

其四，医疗机构在计划经济体制下形成的运行机制，缺乏生机和活力，“门难进、脸难看、话难听”的现象比比皆是，而患者能看上病已是谢天谢地了，也无暇指责医院的不是。

百姓的医疗需求得不到满足，似乎是医疗供给乏力。医生缺、护士缺、设备缺，怎么可以看病？然而这只是表面现象，深层次的原因在于旧体制存在严重缺陷。那时候，无论是医疗卫生事业的发展，或是居民医疗保健需要的满足，都寄希望于国家的财政补助，俗称由“国家包起来”。这一“包”，问题就多了：一方面，居民认为这是国家给的医疗福利，“不要白不要，白要也得要”。于是一人“公费”，全家享用的现象比比皆是，浪费无法遏制；另一方面，医院认为自己是个福利机构，一切开销都有国家兜着，无须搞什么经济核算。据统计，那时全国医院每年漏收医疗费上亿元。后来人们才知道，在社会主义初级阶段，几亿乃至十几亿人的生老病死的问题，几十万个卫生机构的经济补偿问题，统统由国家包起来是不现实的。

“包”不起又硬是“包”下去，使中国的医疗卫生事业一度

陷入了越办越穷，越包越低效的困境。

中国医疗卫生事业的振兴，是在改革开放中实现的。1978年，党的十一届三中全会迎来了伟大的思想解放运动。解放思想，实事求是，走出一条自己的道路，成为中国卫生事业发展的主旋律。此后，卫生部认真总结了建国后30年来卫生工作的成功经验和失败教训，决心抛弃体现计划体制特征的“独家办、一刀切、大锅饭、不核算”的办医模式，把工作重点放在群众急需解决的“看病难”问题上。

为了破解这道难题，从80年代初到90年代初，中国卫生改革始终围绕着转变观念、调整战略、增加有效供给而展开的。时任卫生部崔月犁部长说：“我们就是要调动一切可以调动的力量来发展卫生事业。”从此，中国卫生事业开始打破由国家大包大揽的局面，出现了中央、地方、部门并举的大好局面；卫生机构各种责任制相继诞生，自主权有所扩大；农村村一级组织多形式办医；改革收费制度。这些改革，使老百姓的基本医疗需求得到了满足。前任卫生部部长陈敏章对这10年的卫生改革作出这样的评价：从只有国家投入走向社会多方投入；充分发挥现有卫生机构的潜力；开展了多种类型的医疗保健保障制，使人民的基本需求得到了满足。这一改革成果，后被《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》所确认，指出卫生事业的性质是“政府实行一定福利政策的社会公益事业”。它的资金来自三方：各级政府的主渠道投入、社会各方集资、公民个人投入。这样，由国家包办卫生事业的旧体制开始被打破。

然而，由国家和单位包起职工医药消费的局面仍然是个难题。由于这个问题久拖不决，矛盾日益尖锐，一方面，医药的公款消费诱发医疗费用迅速上涨（1997年比1978年上涨28倍），另一方面又有许多效益不佳的企业职工手持报销单无法报销，不少人看不起病。于是，1998年底，一个“低水平、广覆盖、双

方负担、社会统筹”的医疗保险改革方案正式出台。这个方案的有效实施，使国家和用人单位丢掉“包”字的沉重负担，换之以一个与社会主义市场经济相配套的社会医疗保障网。这对于保障劳动者的健康，稳定社会秩序，促进经济发展，提高卫生服务水平和效率等方面发挥重大作用。

矛盾是层出不穷的，当人们的基本医疗需求得到大体满足之后，新增长起来的多层次需求又远未得到满足，适应新形势的服务方式亟待创新。计划经济体制养成的思维定式，使我们许多医疗机构面对群众的需求，见事迟，反应慢，大量可供利用的市场机会就在眼前溜走了。当时，全国5万个乡镇已拥有5.5万个乡级卫生院，但有越来越多先富起来的农民跑进大城市寻医问药；而不少农村卫生院却是门庭冷落；在有着众多国家级医院的北京，却无法满足不同国家的大使馆、领事馆人员的基本医疗服务，以至于有些人宁愿坐飞机去香港看病。这一切表明：群众的需求已经在变，变得多样化、多面化，在庞大而又变化迅速的需求面前，我们的医疗服务显得那么苍白无力。

1992年底，党的十四大明确提出在我国建立社会主义市场经济体制。这好比是一座灯塔，指引着中国卫生改革实现新的突破。中国的卫生事业是面向市场，还是走向市场，抑或推向市场？人们在深深地思考，热烈地讨论，谨慎地摸索。陈敏章说：面对新的经济体制和群众需求的多样化，医疗机构要主动掌握信息，改变上等计划、下等病人的模式。1992年卫生部出台了《关于深化卫生改革的几点意见》，第一次提出：卫生改革要主动适应社会主义市场经济需要。随后，卫生部开始了长达两年的“国家卫生服务总调查”，以便及时掌握全国卫生服务的供需信息。

供需、竞争、价格，这些市场经济的关键词开始出现在卫生服务当中，卫生服务完成了观念上的一次大跨越，从被动服务走

向主动服务；从满足单一需求，走向满足多层次、多样化需求。正如陈敏章在一个座谈会上所言：医疗卫生机构要从市场经济的观点来看待社会需求，尽我们所能，满足这些需求。

转轨时期的磨擦

针对 70 年代末“看病难、住院难、手术难”的社会矛盾，80 年代卫生改革的重点是扩大供给。为此，宏观决策部门相继出台了一系列旨在扩大供给的政策，如在国务院批转卫生部《关于允许个体开业行医问题的请示报告》（1980 年）、《关于卫生工作若干政策问题的报告》（1985 年）、《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》（1989 年）等文件中就明确提出了鼓励个体医务人员参与医疗服务供给、鼓励工矿企业等部门的医疗机构向社会开放、鼓励城乡医疗机构之间联合协作、扩大医疗卫生机构经营自主权、调整医疗收费标准等政策措施。在这些政策措施引导下，一些医院积极借鉴企业改革的经验，在转换内部运行机制等方面作出了新的尝试，如实行多种形式的管理责任制、改革内部分配制度、强化经济管理等，有力地促进了医疗服务业的发展。尽管这种发展主要表现为外延扩张，但也基本解决了城乡居民“看病难、住院难、手术难”的问题。

进入 90 年代以后，医疗服务业在 80 年代快速增长的基础上，仍然呈现出外延扩张的发展态势。与此同时，医疗费用的过快增长引起社会各界的广泛关注，“看病难”被“看病贵”的怨声所取代。本来，医疗费用的增长是伴随人口老龄化、疾病谱的改变以及经济发展和高新技术的临床应用而不可避免的 global 趋势，但问题是在相当一个时期内，我国医疗费用上涨过快，超过了国民经济和居民收入的增长速度，几乎到了患者、用人单位和政府都难以承受的地步。从全国卫生部门 2 000 多家综合医院的

统计资料看,平均每诊疗人次医疗费用由 1986 年的 4.4 元上涨到 1993 年的 23.3 元,平均每年增长 28%;平均每一出院病人住院医疗费用由 167 元上涨到 1 021 元,平均每年增长近 30%。另有统计资料显示,从 1990 年到 1997 年,平均每诊疗人次医疗费用和平均每一出院病人住院医疗费用分别由 10.9 元和 473.3 元增长到 61.6 元和 2 384.3 元,年均增长率分别为 28%和 25.9%。

医疗费用的过快增长严重影响到医疗服务业的健康发展:

一方面,在一定程度上抑制了居民的医疗保健需求和对医院服务的利用。根据两次国家卫生服务调查的结果,90 年代我国城乡居民的医疗需要量呈增长趋势,但医疗需求量却呈下降趋势,部分患者的医疗需求发生转移,从利用医院服务转为购买药品和采取自我医疗等措施。

另一方面,90 年代以来与 80 年代中期形成明显反差,全国公立医院的业务量(诊疗人次和住院人数)和资源利用率均呈下降趋势:据统计,在卫生部门所属的综合医院,医生人均日诊疗人次由 1990 年的 5.5 人次下降到 1997 年的 4.6 人次;医生人均每工作日负担的住院人数由 1990 年的 2.1 人下降到 1997 年的 1.4 人;病床使用率由 1990 年的 88.2%下降到 1997 年的 67.4%。这不仅导致医院卫生资源的闲置和浪费,效益滑坡,而且引发出医疗机构之间的不良竞争。一些医院为了“争病人”,千方百计抢购大型设备,大搞专科建设,结果在医疗市场上出现了“大马拉小车、蚂蚁啃骨头”的局面。这种“不良竞争”,造成了城市卫生资源配置的不合理局面,即:社会的卫生需求呈正三角形,而卫生资源配置却呈倒三角形态势。卫生资源配置的“倒三角形”态势,是指从区域水平上看,卫生资源的总体配置出现高层卫生机构的资源多于中层次,中层卫生机构的资源配置又多于基层卫生机构资源配置的状态(如下图 A 所示)。从效率、公平、质量和可及性原则上讲,与居民卫生需求相适应的卫生资源配

置，应该呈正三角形分布状态，即卫生资源理应更多地配置在基层医院和诊所，其次是配置在中层卫生机构（如二级医院和卫生防疫机构），而三级医院和相对应的卫生防疫机构的资源配置应少于中层和基层（如下图 B 所示）。



显然，调整“倒三角形”的卫生资源配置格局，是不可避免的了。这一调整，必将带来两个结果：

- 一是重新构建城镇医疗卫生服务体系，强化社区卫生服务；
- 二是城市中的原区级医院必然要作相应的改组和分化，以克服城市医疗资源过剩的问题。

到 90 年代中期，新旧体制转换中发生激烈的碰撞：在提倡多渠道办医以缓解“看病难”的同时，一些地区出现了乱办医、乱收费的倾向；在扩大服务以满足多样化需求的同时，一些医院又出现了过度服务；在搞活的同时出现管理的松懈。一时间，医药费用急剧上升，群众抱怨“看病贵”、“出院难”，这些问题并不是改革的过错，而是我们的改革尚未到位，还不能够熟练地处理改革、发展、稳定的关系，是前段改革中的局部措施多，配套措施少；浅层改革多，体制创新少；注意放开的同时，约束机制乏力……

为了推动中国卫生改革的健康发展，1996 年 12 月，党中央、

国务院在北京召开了全国卫生工作会议。这是建国以来规格最高、规模最大、而且是首次以中共中央、国务院名义召开的卫生工作会议。会议作出的“卫生改革与发展的决定”，使几百万卫生工作者如久旱逢甘露，欢呼“卫生工作的春天来了！”

春天，意味着卫生事业在国民经济和社会发展中的地位和作用得到充分肯定和高度重视。明确发展卫生事业是社会主义现代化建设的重要目标，是人民生活质量改善的重要标志，是社会主义精神文明的重要内容，是经济和社会可持续发展的重要保障。

春天，意味着卫生事业发展的远景目标已经确定，即到2010年，在全国建立起适应社会主义市场经济体制和人民健康需求的、比较完善的卫生体系，国民健康的主要指标在经济较发达地区达到或接近世界中等发达国家的平均水平，在欠发达地区达到发展中国家的先进水平。

春天，意味着指明了卫生改革的目的和发展道路，即通过改革增强卫生事业的活力，充分调动卫生机构和卫生人员的积极性，不断提高卫生服务的质量和效率，更好地为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务。要适应社会主义市场经济的发展，逐步建立起宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制。

春天，还意味着完善卫生经济政策，增加卫生投入，意味着加强党和政府对卫生工作的领导等等。的确，《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（下称《决定》）的颁布，犹如春风化雨，推动着我国医疗卫生体制改革向纵深发展。

改革，从一定意义上说，是现存利益格局的大调整。得与失、利与弊，在社会上往往有不同的评说，加之改革亦不可能一步到位，体制转轨时期的磨擦、矛盾在所难免，于是，“倒春寒”的怨声偶有所闻。“倒春寒”的说法系指《决定》赋予医疗卫生机构的激励性政策没有得到全面、及时的落实，而制约性措施的执行力度不断加大，从而使一些医疗机构陷入生存危机。

“倒春寒”叫得最凶是在 1999 年。因为这一年，卫生系统积聚多时的计划与市场的矛盾充分暴露；这一年，涉及医疗卫生部门的多项改革陆续出台，计有城镇职工医疗保险制度全面启动，区域卫生规划工作加紧推进，新的医院会计制度和财务制度正式实行，执业医师法正式施行，还有“总量控制、结构调整”办法的广泛推行……所谓“倒春寒”实际上是医院配套改革引发的危机感。

惊回首，深化改革不回头

人往往是危机临头才惊醒。

城镇职工医疗保险制度改革方案的实施，使城市医疗服务市场受到严格管制。新的医保制度实行这样一个原则，即以收定支、保持收支平衡。保险基金的筹集和交付在数量上有着严格的限制。医疗保险基金的筹资率与职工工资总额挂钩，按“以收定支”原则对医疗服务提供者付费，因此，保险能够支付的最大额就成为医院在医疗保险市场能够得到的收入的最大额。从现行政策看，这个额度目前为职工工资总额的 8%，扣除参保率、筹资到位率的不足部分和个人账户沉淀的部分。根据试点城市的经验推算，医院从基本医疗保险基金所能得到的业务收入总额大约只有职工工资总额 8% 的八成左右。鉴于 8% 这一基数相对于以往公费劳保医疗消费水平（广州大体是 17% ~ 18%），确是名副其实的“低水平”。由此可见，医改将使城市医疗保健消费受到一定限制，这对城镇医疗机构来说，的确是个不小的冲击。

“医保以外还有一块大蛋糕”，有人这样安抚医疗界的朋友。是的，从近期来看，非医疗保险患者所占的市场份额始终是块“大蛋糕”。但问题在于：这块“大蛋糕”无论在城市、在农村或在企业办的医院都在“缩水”。

据统计, 20 世纪 90 年代以来, 我国医疗卫生事业迅猛发展的同时, 各地医疗机构门诊量和住院量持续下降。1998 年全国医院和卫生院门诊总量为 21.3 亿人次, 比 1992 年减少了 4.4 亿人次; 住院人次为 4 995 万, 比 1992 年减少了 227 万人次。据统计, 卫生部门综合医院平均每个医生全年负担诊疗人次和住院床日数均呈下降趋势: 1998 年与 1990 年相比, 诊疗人次由 1 683 下降到 1 178; 病床使用率由 85.7% 下降到 63.3%, 乡镇卫生院病床使用率仅为 33.2%。

工业及其他部门医院(下称职工医院)虽然自 80 年代始对社会开放, 但进入 90 年代以来, 其服务量和业务收入均呈下降趋势, 相当一部分医院处境十分困难。尽管职工医院占医院总量的 44%, 拥有床位占病床总数的 27.6%, 人员占医院职工总数的 25.5%, 但在 1998 年, 职工医院诊疗人次仅占医院诊疗人次的 29%, 住院人数仅占 19%; 平均每个医生全年担负的诊疗人次为 1 516 人次, 全年担负的住院床日为 437 床日; 病床使用率为 53.2%, 病床周转次数为 11.7 次, 出院者平均住院日为 15.1 日。与卫生部门医院相比, 职工医院的资源利用率更低, 面临的困难更大。

凡此种种, 足见医疗机构面临的严峻形势。造成这种状况的原因尽管可以列出不少, 但总根子在于管理体制和运行机制上的缺陷。可以说, 体制不改, 出路难求。当然, 为了把问题看清楚, 不妨就 90 年代医疗市场日渐低落的具体原因作大致的分析:

1. 医疗资源配置失衡

医疗服务业同整个国民经济环境相似, 在告别了短缺经济时代之后, 从总体上步入了买方市场, 供大于求。目前一些城镇医院的供给过多, 源于计划约束的松弛和市场行为的失范。进入 90 年代之后, 医疗机构的低水平重复建设屡禁不止, 导致僧多粥少。这在市场规律作用不断强化的条件下, 必然要把部分医疗

机构淘汰出局，让部分素质差的医务人员下岗或转岗。

医疗市场上的供求矛盾还表现为结构性矛盾。这就是说，尽管“求医难”的问题已基本解决，但从深层次分析，医疗资源的配置却又问题不少。实在说，如今要找个看病的场所、找个看病的医生并不难，但要找间称心的医院、贴心的良医就难了。这就客观上提出中国医疗资源的战略性重组的问题，包括医疗资源的城乡布局、地域布局的调整，以及医疗服务的所有制结构、技术结构、品种结构、档次结构的调整，使医疗保健服务与当代社会生活节奏相协调、与广大医疗消费者不同支付能力相适应。

2. 医疗机构效率低下、活力不足

受计划经济体制的影响，我国医疗机构普遍存在低效率、高成本，内部运行机制不活的问题。过去，这个“弊病”之所以没有发作，只因为各级政府给予相当数额的财政补贴，才使医院维持日常运作。然而，“成也萧何，败也萧何”，计划经济体制下的财政补贴使相当多的医疗机构及其人员养成了“等、靠、要”的陋习，具体表现为提供有效服务的能力及自我生存和发展能力极低，从昔日信奉“爱哭的孩子多喂奶”到如今惟恐“断奶”，压根儿没想过到市场“找饭吃”。

物换星移。市场经济浪潮猛烈地冲击着医疗服务业，医疗机构的补偿机制转向以市场补偿为主，与此相应，财政补助有所削减，有些地方甚至取消。这样一来，医疗机构在计划体制下形成的痼疾就充分暴露。大多数基层医院（卫生院）基本上模仿城市大医院的架构设置科室和配置人员，普遍存在科室过多、功能重叠而工作量不足的问题。僵化的人事制度和“大锅饭”的分配制度使医院冗员膨胀、不堪重负。在客观经济环境发生巨大变化的情况下，多数医院还不知道什么叫面向市场，仍然沿袭着老祖宗那套等客上门、坐堂行医的服务模式，致使相当一部分基层医院门庭冷落，而社区居民潜在的医疗保健需求却得不到开发和满