

当代卫生事业管理学术丛书

医院医疗资源利用效率 评价及其适宜规模研究

陶红兵 著



科学出版社

当代卫生事业管理学术丛书

医院医疗资源利用效率 评价及其适宜规模研究

陶红兵 著

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书以医院医疗资源利用效率和适宜规模为研究重点,通过大量的文献资料分析和现场调查,对国内外医院医疗资源利用与医院规模现状进行系统分析,并详细梳理当前医院医疗资源利用效率评价方法以及最新研究进展。通过二手资料收集、半结构访谈、专题小组讨论等现场调研方法,收集医院医疗资源利用效率评价以及适宜规模研究的相关资料并进行深入挖掘,使用数据包络分析方法并结合病例组合指数,对样本医院医疗资源利用效率进行评价,并对医院适宜规模进行研究。同时,对医院医疗资源利用效率的影响因素进行理论模型探讨和定量分析,提出医院医疗资源利用效率改进和医院规模调控的管理策略和政策建议。本书可为医院医疗资源的优化配置与利用,以及医院规模的科学调控和区域卫生规划的制定等提供指导,具有重要的现实意义和参考价值。

本书可作为大专院校医院医疗资源利用相关专业师生的参考书,也可供卫生行政管理人员、医院中高层管理者、卫生投资者、相关专业科研工作者阅读。

图书在版编目(CIP)数据

医院医疗资源利用效率评价及其适宜规模研究 / 陶红兵著. —北京:科学出版社, 2016.12

(当代卫生事业管理学术丛书)

ISBN 978-7-03-050540-8

I. ①医… II. ①陶… III. ①医疗卫生服务-资源配置-研究-中国 ②医院-适度规模-研究-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 268802 号

责任编辑:徐倩 / 责任校对:赵桂芬
责任印制:徐晓晨 / 封面设计:无极书装

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京康华虎彩印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2016年12月第一版 开本:720×1000 1/16

2016年12月第一次印刷 印张:11 1/4

字数:217 000

定价:66.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

近年来,随着我国社会经济发展、医疗需求释放以及医疗保障制度改革,我国公立医院规模迅速扩张,这适应了民众日益增长的卫生服务需求,但也带来诸多问题。随着医院规模的扩大,医院面临的医疗风险和管理成本日益增加,合理评价医院医疗资源利用效率,找出效率改进方向,确定医院的适宜规模,成为医院可持续发展面临的关键问题,也成为当前各级卫生行政部门关注的重点。当前我国公立综合医院医疗资源投入不足与利用效率低下问题同时存在,对现有公立综合医院的医疗资源利用效率进行科学、合理的评价,是制定区域卫生发展规划、合理配置和利用医疗资源的一个重要而又紧迫的问题。

本书通过国内外文献研究和现场调查,系统分析国内外医院医疗资源配置与利用现状、效率评价现状以及医院规模发展趋势,并对医院医疗资源效率评价方法进行总结和梳理;在相关理论研究的基础上,采用病例组合指数消除不同医院病种结构和病情复杂程度对效率评价的影响,建立数据包络分析模型对样本医院医疗资源利用效率进行评价,并在效率评价的基础上,对不同级别样本医院的适宜规模进行研究和探讨;同时对医院医疗资源利用效率的影响因素进行理论模型分析和定量研究,最终提出医院医疗资源利用效率改进与医院规模调控的管理策略和政策建议。本书对于优化我国医院医疗资源配置、提升医疗资源利用水平、合理调控医院规模等具有很好的指导作用,适应当前医院改革的形势需要,具有较强的参考价值和现实意义。

本书共八章。第一章 绪论,主要对研究的背景进行总结分析,提出研究问题,并对研究的目的、内容与方法进行描述。第二章 国内外医院医疗资源配置及其效率现状,主要对国内外医院医疗资源配置的政策制度、现状问题以及资源利用的现状与矛盾等进行回顾总结。第三章 医院医疗资源效率评价与适宜规模的相关理论,主要对资源配置理论、绩效管理理论、规模经济理论以及交易成本理论等进行分析。第四章 医院医疗资源利用效率评价方法,系统梳理和总结当前医疗资源利用效率评价方法,并对病例组合指数的应用进行探讨。第五章 医疗资源利用效率评价以及适宜规模的实证分析,通过数据包络分析方法并结合病例组合指数,对样本医院医疗资源利用效率进行评价,并通过拐点法对适宜规模进行研究。第六章 医院医疗资源利用效率的影响因素研究,主要通过断尾回归模型分析医疗资源利用效率的影响因素。第七章 医院医疗资源利用效率研究的讨论与对策建议,提出医院医疗资源利用效率改进和医院规模调控的管理策略和政策建议。第八章 研究展望,梳理本书存在的不足以及下一步研究的方向。

本书的编写得到华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院以及相关单位和个人的大力支持，特别是相关医院为研究的开展提供了大量的资料和现场调查支持，在此一并表示诚挚的谢意！

由于医院医疗资源利用效率评价方法、病例组合指数的应用研究以及适宜规模的相关研究在我国还处于起步阶段，很多热点难点问题还需要进一步研究和探索，加之作者水平有限，虽经几次修改，但也难免存在不足和缺陷，敬请读者、专家、同行朋友惠予指正。

作者

2016年9月于武汉

目 录

第一章 绪论	1
第一节 研究背景与问题的提出	1
第二节 研究目的、内容与方法	11
参考文献	14
第二章 国内外医院医疗资源配置及其效率现状	16
第一节 我国医院医疗资源配置的政策与相关制度	16
第二节 我国医院医疗资源配置与利用存在的问题与矛盾分析	24
第三节 国外的医院医疗资源配置与利用现状	26
第四节 国内外医院医疗资源配置的相关情况比较分析	30
参考文献	35
第三章 医院医疗资源效率评价与适宜规模的相关理论	39
第一节 卫生资源配置与相关理论	39
第二节 医院绩效管理理论	42
第三节 规模经济理论	44
第四节 交易成本理论	49
参考文献	51
第四章 医院医疗资源利用效率评价方法	53
第一节 医院医疗资源利用效率与评价方法概述	53
第二节 常用的医疗资源利用效率评价方法介绍及比较	56
第三节 病例组合指数在医疗资源配置效率评价中的应用	66
参考文献	72
第五章 医疗资源利用效率评价以及适宜规模的实证分析	75
第一节 研究内容与方法	75
第二节 评价指标的选择与病例组合指数测算	78
第三节 不同级别医院医疗资源配置与利用的现状描述	90
第四节 不同级别医院效率评价的实证研究	98
第五节 不同级别医院适宜规模的实证研究	109

第六节 适宜规模与规模现状的比较分析	115
参考文献	120
第六章 医院医疗资源利用效率的影响因素研究	122
第一节 国内外医疗资源利用效率影响因素研究概述	122
第二节 常用的医疗资源利用效率影响因素的分析方法介绍	140
第三节 医疗资源利用效率的影响因素实证研究	143
参考文献	152
第七章 医院医疗资源利用效率研究的讨论与对策建议	158
第一节 讨论	158
第二节 对策与建议	164
参考文献	168
第八章 研究展望	170
第一节 本书存在的不足	170
第二节 下一步研究的方向	171

第一章 绪 论

第一节 研究背景与问题的提出

一、研究背景

(一) 当前医疗卫生资源配置问题依然突出

自 2009 年新一轮的医药卫生体制改革以来,我国医疗卫生事业得到了较快发展,医疗保障制度逐步完善,保障水平不断提高,基本建立了覆盖城乡的医疗卫生服务体系,人民群众看病就医的公平性和可及性明显提高,但是当前医疗卫生资源配置问题依然突出。

从医疗资源总量的角度来看,虽然政府的卫生投入力度逐年加大,我国医疗卫生机构数量、卫生人力资源以及卫生机构床位数等也快速增加^[1],但是与经济社会发展程度和人民群众日益增长的服务需求相比,医疗卫生资源总量仍相对不足,每千人口执业(助理)医师数、护士数、床位数均相对较低。

从医疗资源的配置角度来看,医疗资源集中在大城市、大医院,突出表现为“卫生资源配置的倒三角”结构:城市卫生资源占卫生资源总量的 80%,二三级大医院占医院资源的 80%^[2],与居民卫生服务需求“正三角”的局面不相适应。在医疗卫生资源的布局上,我国东、中、西部卫生资源分布极不均衡^[3],西部地区卫生资源配置水平相对较低,服务能力不足^[4],城乡医疗卫生资源的差距在不断拉大^[5]。新医改以来,基层医疗卫生机构数量快速增加,但是基层卫生人力资源状况却很难在短时间内得到全面提升,加之居民对优质医疗服务的追求日益强烈,进一步推动优质医疗资源向大城市中的大医院集中。

从医疗资源利用效率的角度来看,随着我国经济和社会的快速发展,居民对高端医疗服务的需求得以释放,就医习惯逐渐发生变化。部分居民看病就医时偏向选择大医院,导致“大医院”或“好医院”常常人满为患,而基层社区医院的病人却是门可罗雀。相关调查显示:省、市级大医院的门诊病人中有 64.8%、住院的慢性病病人中有 76.8%可以在社区基层解决^[6],就医结构的不合理导致医疗卫生资源利用的结构效率低下。另外,在竞争日趋激烈的医疗市场环境下,医疗机构为了谋求经济利益和发展空间,竞相引进医疗设备,扩大医院床位规模,造

成了有限医疗资源的严重浪费。

从 2009 年 1 月国务院常务会议通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发〔2009〕6 号)和《2009~2010 年深化医药卫生体制改革实施方案》(国发〔2009〕12 号)到 2015 年 3 月国务院发布的《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015~2020 年)》(国办发〔2015〕14 号)和《深化医药卫生体制改革 2014 年工作总结和 2015 年重点工作任务》(国办发〔2015〕34 号),优化医疗资源的结构和布局、提高医疗资源的利用效率一直以来都是深化医改工作的重点,这也从侧面反映出我国医疗资源合理配置的严峻形势。要实现到 2020 年人人享有基本医疗卫生服务和病有所医的目标仍然任重而道远。

(二) 国家新医疗改革方案对公立医院改革提出的新要求

《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)、《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》(国发〔2012〕11 号)、《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015~2020 年)》(国办发〔2015〕14 号)、《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》(国办发〔2015〕33 号)和《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》(国办发〔2015〕38 号)等文件对我国公立医院改革提出明确要求,即要建立健全以公立医院为主导的医疗服务体系;制定和实施区域卫生规划和医疗机构设置规划要明确各类医院的类别、数量、布局、规模、结构和建设标准;结合服务人口与服务半径、城镇化发展水平和群众医疗需求变化,引导医疗资源的合理配置,避免医疗资源的重复配置,充分利用现有医疗卫生资源;同时鼓励社会办医,形成多元化的办医格局,满足人民群众日益增长的多层次、多元化医疗服务需求。在公立医院规模扩张问题上,政府部门反复强调要从严控制公立医院的床位规模、建设标准和大型医用设备配置,对超出规模标准的公立医院,要采取综合措施,逐步压缩床位。在医院内部管理上,要强化公立医院的精细化管理,明确公立医院保基本的职能,优化服务流程,提高服务质量和效率。

医疗资源的有限性与医疗需求的无限性始终是各国卫生事业发展中无法逃避的矛盾,仅依靠政府单方面增加卫生投入并不是满足居民日益增长的医疗服务需求的有效办法。如何提高资源的利用效率,引导医疗资源的合理配置,充分合理利用现有医院医疗资源,减少资源浪费,满足区域内居民日益增长的医疗服务需求,成为当前关注的重点。因此,针对我国目前医疗资源浪费和配置不合理问题,对我国各级公立医院的医疗资源利用效率进行评价,并对医院的适宜规模进行科学合理的界定,具有十分重要的现实意义。

二、研究问题的提出

(一) 医院医疗资源利用效率评价问题的提出

1. 医疗资源的重要性与效率问题

医疗资源是指提供医疗服务的生产要素的总称,通常包括人员、医疗费用、医疗机构、医疗床位、医疗设施和装备、知识技能和信息等^[7]。其中住院医疗资源作为医院医疗资源的重要组成部分,通常包含床位和人员两大部分,其规模和利用效率直接影响到医院的整体运营及医疗服务功能的发挥^[8]。

据统计显示,全国医疗卫生机构住院人数逐年增长,到2013年达到1.92亿人。2010~2013年,全国医疗机构入院人数增长率分别为6.9%、7.9%、16.7%和7.6%^[1]。另外,2007~2009年,我国医院住院医疗费用占医院医疗费用的比例分别达到66.88%、65.64%和64.58%^[1]。

自新一轮医改以来,我国卫生总费用占GDP的比重逐渐提高,从2008年的4.4%提高到2012年的5.4%(图1-1)。虽然医疗机构的硬件设施条件得到一定程度的改善,但是医疗机构资源的利用效率没有得到同步提高,这一直是令人担心的问题。事实上,目前我国医疗卫生资源利用效率并不高,浪费医疗资源的现象仍然比较严重。改革开放之后,随着市场机制的引入,医疗机构之间的竞争愈发激烈,我国公立医院的经营有着明显的逐利倾向^[9]。在行政化的管理制度下,医

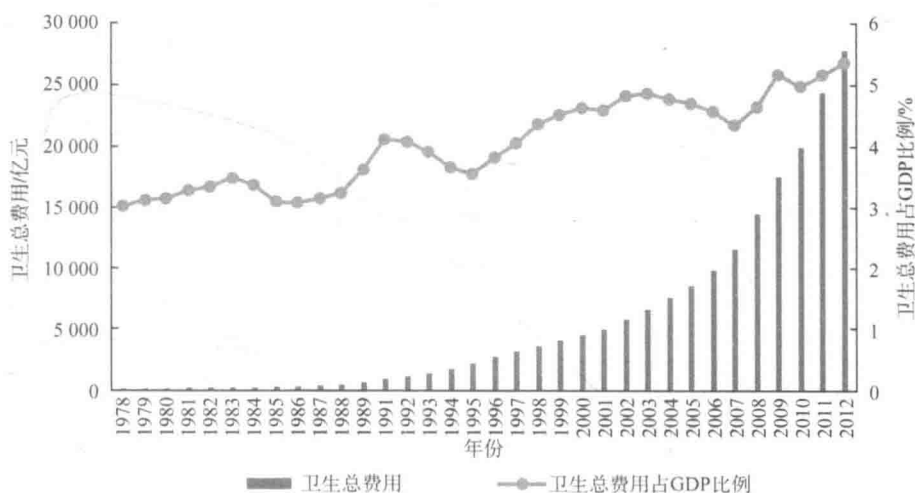


图 1-1 中国卫生总费用和卫生总费用占 GDP 比例

资料来源:《2013 年中国卫生统计年鉴》

院管理者受到经济利益的驱动和影响, 过于强调数量和规模的重要性, 竞相扩大医院床位规模和引进设备以提高其经济效益和竞争力, 而不注重医院的质量和效率。医院医疗资源效率不高, 闲置与不足的矛盾突出。与此同时, 医院还通过诱导需求和行业技术垄断等手段从中谋取利益, 进一步加剧了医疗资源的浪费。

床位使用率是一个常用的医院资源利用效率评价指标, 能够反映医院病床的利用效率, 适用于不同类型医院间的横向比较。它能够判定一个医院在某一方面是否超出平均水平, 尤其在确定一所医院效率特别高或特别低时非常有效。表 1-1 显示了我国 2005~2013 年的医院床位使用率情况。总体上来看, 我国医院的床位使用率逐年增加。其中公立医院的床位使用率由 2005 年的 71.5% 增加至 2013 年的 93.5%, 且呈逐年上升的趋势; 与公立医院相比, 民营医院的床位使用率相对较低; 一级和二级医院的床位使用率与三级医院相比也存在较大的差距。这表明, 医院床位医疗资源, 尤其是基层医疗机构的床位资源, 并没有得到充分的利用, 资源闲置与浪费情况持续存在。有研究指出^[10], 按照 7 个西方大国的医院床位平均利用率, 目前中国的医院床位资源大约闲置或富余 10%。与卫生费用控制较好的英国相比, 目前中国医院的床位富余在 20% 左右, 城乡卫生院的床位富余为 17%~27%。但是需要指出的是, 床位使用率指标只限于单项指标的比较, 不适用于多重投入和多重产出的情况, 所覆盖的效率信息仍较少, 无法满足医院综合效率比较的需要。

表 1-1 2005~2013 年我国医院病床使用率

年份	医院/%	按经济类型分		按医院等级分		
		公立医院 /%	民营医院 /%	三级医院 /%	二级医院 /%	一级医院 /%
2005	70.3	71.5	49.8	90.5	68.1	49.6
2007	78.2	80.3	54.6	97.6	75.6	52.6
2008	81.5	84.0	55.3	100.5	80.1	53.6
2009	84.8	87.7	58.2	102.5	84.8	54.5
2010	86.7	90.0	59.0	102.9	87.3	56.6
2011	88.5	92.0	62.3	104.2	88.7	58.9
2012	90.1	94.3	63.2	104.5	90.7	60.4
2013	89.0	93.5	63.4	102.9	89.5	60.9

资料来源: 《2014 年中国卫生统计提要》

医院在卫生服务提供中发挥着核心的作用, 如何提高其资源利用效率是一个非常关键的问题。低下的卫生资源利用效率不仅不能满足居民的健康需要, 反而会造成有限资源的浪费和医药费用的过快上涨, 加重国家、集体和个人的经济负担, 制约我国卫生事业的健康发展。因此, 如何在有限的医疗卫生资源的基础上, 提高医院卫生资源的利用效率, 整合医疗资源存量, 激活闲置的医疗资源, 充分

发挥其最大效益和功能,减少资源浪费,满足全体居民的卫生服务需要和需求,已成为当前医疗卫生体制改革所关注的重点问题。

2. 国内外医疗机构效率研究

医疗资源利用效率研究一直都受到关注。从国外来看,一些国家在医院医疗资源利用评价方面有着较为成熟的经验,对理论和方法也进行了广泛的探索,其研究内容主要集中在针对医院医疗资源利用的效率、影响因素、管理效能等方面制定相应的评价方法或机制。在效率评价方面主要从以下两方面切入:第一,从医院整体角度对医疗资源利用效率进行评价;第二,从病种角度对医疗资源利用效率进行评价。在资源利用效率影响因素研究方面,国外学者多使用两阶段法进行研究与分析,即在第一阶段使用数据包络分析(DEA)或其他计量经济学前沿模型测算效率值,第二阶段以所得效率值为因变量,各效率的影响因素为自变量,进行回归分析,筛选主要影响因素并确定影响因素的影响程度。国外学者在医院效率的测算方法以及效率的影响因素分析方法上具有很多的创新,而且其研究思路已经相对成熟,对国内学者的相关研究具有重要的参考价值 and 借鉴意义。

从国内来看,目前我国众多医疗资源利用评价主要是利用与医院整体规模、质量、效益和效率有关的传统指标,对医院整体或科室的医疗资源利用效率进行评价,少有从病种角度切入进行效率评价的研究,而且这些评价受不同医院的病种结构和病人病情程度的影响较大,难以帮助被评价医院准确了解自身医疗资源利用的现状以及与处于领先地位的医院之间的差距,不利于被评价医院发现自身资源利用中存在的问题,不利于资源的配置和管理绩效的持续改进。此外,国内研究在效率评价及其影响因素的实际应用中还有许多问题需要解决。例如,不顾入院患者的病情轻重,单纯用治愈率、病死率等指标去衡量医院治疗质量。尽管国内研究存在诸多需要解决的问题,但是在理论研究与实践需要的双重推动下,我国医院效率评价及其影响因素的研究正呈现出方兴未艾之势。因此,借鉴国外先进的评价模式和理念,对国内医院效率评价及其影响因素进行更深入的研究非常必要。

3. 提出问题——医疗资源利用效率评价及其影响因素分析

综合以上几方面的考虑,提出本书拟解决的几个问题。首先,从政策上来讲,我们非常关心目前所实施的新医改方案在政策方面是否有效,即医疗资源是否得到了充分有效的利用。其次,从学术角度来看,目前国内对卫生体系的效率测算的研究非常多,其方法也多种多样,但是我国从病种角度入手,开展医院医疗资源利用效率评价的研究还比较少,而且存在许多需要进一步解决的问题和深入研究的空间,包括对不同级别医院进行效率评价及其影响因素分析、考虑住院病人

结构性差异对产出结果进行调整等方面。最后,我国各个地区在人口、经济和社会因素方面都具有各自的特点,那么当前各地区的医院医疗资源利用效率情况到底如何,有何差异,影响利用效率的因素又有哪些?

为了回答这些问题,本书通过构建基于病种的医院医疗资源利用效率评价模型,对各级医院医疗资源利用效率进行评价,并对效率影响因素进行研究,这一系列研究对改进医院医疗资源利用效率、合理配置医疗资源、减少资源浪费十分必要。

(二) 医院适宜规模问题的提出

1. 公立医院规模持续扩张

自 20 世纪 90 年代以来,随着市场经济体制的逐步建立,我国医疗机构快速发展,医疗资源总量不断增加,医院规模和服务能力得到了迅速的提高,尤其是综合医院病床规模扩张迅猛。据统计,2010~2011 年,我国三级医院在数量上增长了 8.9%,床位规模扩张迅速,增长了 14.9%。此外,自 2009 年新医改以来,我国县级医院床位量增加了 61.79%。表 1-2 显示了我国医院床位数量发展情况。其中,2013 年,全国 500 张以上床位的医院达到 2640 家,与 2005 年相比增长了 2.58 倍;医院床位数超过 800 张的医院数量由 2005 年的 284 家增加到 2013 年的 1212 家,翻了四倍之多;2005~2013 年,全国 100~499 张床位的医院所占比例呈逐年下降趋势,而 500 张以上床位的医院所占比例呈逐年增长趋势。说明从结构上看,我国大型医院数量占比偏高,而且有进一步扩张的趋势。另外,从单体规模上看,国内很多大型单体医院的床位规模已达 4000 张,有的医院甚至达到了 7000 张,这在其他国家(地区)十分罕见。同时期的国外大型医疗机构床位数多在 1000 张左右,少数在 2000 张以上(表 1-3)。

表 1-2 全国按床位数分组的医院数量及构成比

年份	医院数量/家	按床位数分组				
		<100 张 (%)	100~199 张 (%)	200~499 张 (%)	500~799 张 (%)	≥800 张 (%)
2005	18 703	11 156 (59.6%)	3 746 (20.0%)	2 777 (14.8%)	740 (4.0%)	284 (1.5%)
2009	20 291	12 083 (59.5%)	3 479 (17.1%)	3 133 (15.4%)	1 008 (5.0%)	588 (2.9%)
2010	20 918	12 394 (59.3%)	3 496 (16.7%)	3 241 (15.5%)	1 069 (5.1%)	718 (3.4%)
2011	21 979	13 137 (59.8%)	3 425 (15.6%)	3 402 (15.5%)	1 158 (5.3%)	857 (3.9%)

续表

年份	医院数量/家	按床位数分组				
		<100 张 (%)	100~199 张 (%)	200~499 张 (%)	500~799 张 (%)	≥800 张 (%)
2012	23 170	13 814 (59.6%)	3 488 (15.1%)	3 508 (15.1%)	1 301 (5.6%)	1 059 (4.6%)
2013	24 709	14 798 (59.9%)	3 647 (14.8%)	3 624 (14.7%)	1 428 (5.8%)	1 212 (4.9%)

资料来源：《2013 年中国卫生统计提要》

表 1-3 国内外医院床位规模比较

国家、地区	医院	开放床位数/张	数据年份
中国内地	郑州大学第一附属医院	7000	2013
	武汉协和医院	4800	2015
	华西医院	4300	2015
	温州医科大学附属第一医院	4200	2015
	同济医院	4000	2015
	西京医院	3218	2013
	中国医科大学附属第一医院	2249	2012
美国	约翰·霍普金斯医院	1145	2014
	哈佛大学附属麻省总医院	950	2013
	梅奥诊所	1500	2014
德国	纽伦堡中心医院	2600	2014
	慕尼黑大学附属医院	2200	2013
	弗赖堡大学附属医院	1800	2013
日本	顺天堂大学附属顺天堂医院	1020	2013
	日本医科大学附属医院	899	2013
英国	Smith 医院	1200	2010
中国台湾	台北荣民医院	2941	2015
	台北长庚纪念医院	300	2015
新加坡	中央医院	1518	2013
中国香港	玛丽医院	1440	2013

注：以上资料来源于各医院官方网站，均为单体规模下的医院床位数

国内学者针对公立医院规模持续扩张的原因开展了大量定性研究，综合来看，认为公立医院规模持续扩张的原因在于：①疾病谱的改变以及人口老龄化造成卫生服务需要逐年增加；②医疗保险覆盖范围的逐步扩大，居民就医需求增长迅速；③居民医疗消费水平的逐年提高；④居民的非理性就医行为刺激了居民的医疗需求；⑤按项目付费的支付方式增加了规模扩张的动力；⑥医疗服务的市场

化,激烈的市场竞争使医院主动扩大床位规模、增加病人的收治以谋求生存和发展空间。

需要指出的是,虽然我国公立医院床位数增长迅速,但是从国际上看,我国床位总量仍然是不足的。从每千人口床位数来看,2013年,日本、韩国、德国、法国每千人口床位数分别为13.3张、11张、8.3张、6.3张(图1-2),而中国每千人口床位数为3.3张。可见,我国当前公立医院床位总量仍然是不足的,但是大型医院床位数量过多,而且有进一步扩张的趋势。考虑到当前我国城镇化和老龄化的趋势、慢性病负担加重等方面的影响,优化结构、提高资源利用效率、控制单体规模过大应该是现阶段床位资源调控的重点^[11]。

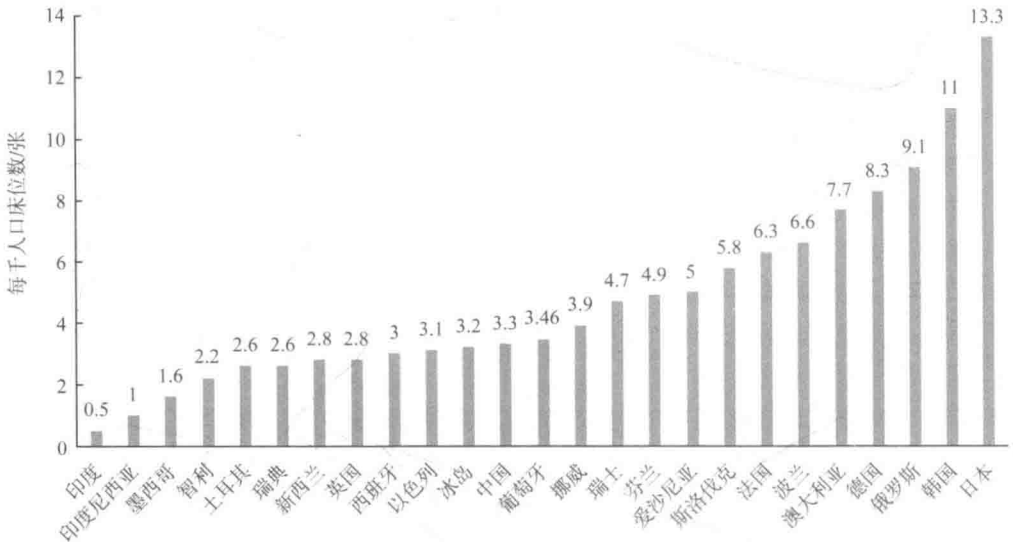


图 1-2 2013 年中国与经合组织国家每千人口床位数

资料来源: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

2. 公立医院规模扩张存在一系列的问题

公立医院规模的持续扩张,一方面适应了民众日益增长的卫生服务需求,另一方面,也带来了诸多问题。目前,公立医院规模持续扩张的弊端主要体现在:

第一,加剧了卫生资源的不合理配置。公立医院,尤其是大型公立医院,一方面凭借医疗设备先进、专业人员集中、技术成熟等方面的优势,吸引了更多患者,加剧了医疗服务市场资源配置的“倒三角形”;另一方面吸纳优质医疗人才向上流动,加剧了医疗人力资源在数量和质量方面配置的“倒三角形”,削弱了基层卫生机构的服务能力^[12]。医疗服务提供体系的“正三角形”结构遭受

破坏。

第二，医疗服务质量与安全下降。医院规模持续扩张，而医疗服务人员、技术水平、学科发展的增长速度都难以与其增长相适应^[13]。医护人员工作负担增加，超负荷运转，其时间和精力容易被分散，而且医院的精细化管理难度也加大，医疗质量和医疗安全受到影响。

第三，影响医院成本效益。医院床位规模与成本-效益呈倒 U 形关系，当规模超过适宜数目时，规模经济效应弱化，医院的成本-效益下降^[14]。另外，医院规模无序扩张导致各投入要素在数量和结构上配置不合理，造成投入要素的浪费，由此产生的隐性成本则加大了医院的运营成本。

第四，增加了医保基金的透支风险。一方面，在按项目付费为主的医保支付方式下，医院存在诱导需求，增加了患者的医疗费用负担^[15]。另一方面，随着我国社会和经济的发展，人群疾病谱逐渐发生变化，人们的就医需求也与日俱增，加之“以药养医”政策的助推作用，我国总体医疗费用明显上升^[16]。医疗费用的过快增长，增加了医保基金透支风险。

医院规模扩张不仅给医院带来了负内部效应，同时也给包括医疗保险、患者在内的外部环境带来显著的负外部效应。因此，对医院规模扩张的管理和控制不仅对降低医院经营风险十分必要，而且对建立良性的医疗服务提供体系也具有十分重要的意义。

3. 国家对公立医院规模扩张的管控进展

随着公立医院不断扩张规模，从 2004 年开始，国家卫生部门相继出台了许多相关政策和规定，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行为，采取对公立医院的规模扩张行为进行直接的干预调控措施。但是，事实上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，公立医院规模扩张的步伐并没有因此而停止，从表 1-3 中可以明显看出这一点。

从大型公立医院的角度来看，面对当下大型医院“一号难求”“一床难求”的问题，解决问题的办法有两个：一是提高医院效率，二是扩大医院规模。相比较而言，扩大医院规模比较容易，而且见效快。这既满足了居民的需求，也顺应了医院自身的发展要求^[17]。从政府决策部门的角度来看，目前国家政策引导并鼓励社会资本办医，如果大型公立医院持续扩张，非公立医院的生存和发展空间势必然受到压缩，多元化的办医格局难以形成。但是政府在财政、医保支付方式改革以及物价调整等多方面的政策并没有与公立医院规模管控政策相配套，因此公立医院规模管控政策在执行的过程中也是阻力重重。从政府遏制公立医院扩张的受益方来看，相较于遏制公立医院规模扩张，非公立医院更希望全盘放开非公立医院的准入、彻底放松医生的流动、允许公立医院与社会资本的合作、同意非公立医院也能进医保；而基层医疗机构更希望放开医生多点执业，以及推行

社区首诊^[17]。因此，公立医院、政府以及政策受益方这三方在遏制公立医院规模扩张问题上的认识并不一致，政府部门的相关政策和措施收效甚微也就不难理解了。

尽管目前公立医院规模扩张趋势尚未得到明显的改观，但是国家对医院规模扩张的管控步伐从未停止。2015年3月发布的《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015~2020年）》（国办发〔2015〕14号）针对目前医院的规模扩张问题，提出了管控措施，要求根据常住人口规模合理配置公立医院床位规模，同时要求严格控制公立医院单体床位规模的不合理增长，并且给出了以下参照标准：县办综合性医院床位数一般以500张左右为宜，50万人口以上的县可适当增加，100万人口以上的县原则上不超过1000张；市办综合性医院床位数一般以800张左右为宜，500万人口以上的地市可适当增加，原则上不超过1200张；省办及以上综合性医院床位数一般以1000张左右为宜，原则上不超过1500张；专科医院的床位规模要根据实际需要合理设置。随后，2015年5月国务院办公厅发布了《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》（国办发〔2015〕33号）和《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》（国办发〔2015〕38号），强调要明确公立医院床位规模、建设标准和设备配置标准，严禁公立医院自行举债建设和购置大型医用设备，严格控制超越县级公立医院功能定位或疗效不明确、费用高昂的医疗技术、大型医用设备的引进和应用，对超出规模标准的公立医院，要采取综合措施，逐步压缩床位。从国家发布的政策文件中可以看出，控制医院规模扩张的政策导向是十分明了的，而且国家在管控公立医院的规模扩张问题上的决心也是非常坚定的，但是问题的关键在于采用何种方式去控制医院规模，而且将医院规模控制在何种程度合适。

4. 提出问题——医院的适宜规模

从政府管理的角度看，无论是区域卫生规划还是医疗机构设置审批，都需要研究医院的适宜规模。特别是针对中国现有的人口规模和密度、经济发展条件、大城市的中心地位和医院管理能力，回答中国医院最优规模的问题十分必要。另外，从学术研究和管理实践角度来看，医院的适宜规模目前也还没有定论。

面对现如今医院规模不断扩张的现状，国家卫生部门相继出台各种政策，要求严格控制医院规模扩张，那么究竟不同等级和功能定位的医院的规模控制应该在什么程度才适宜？其依据又是什么？国家的政策文件对这些问题也仅仅是给出了原则性的指导，并没有形成可操作性的意见，这再次凸显了对我国公立医院适宜规模问题进行研究的迫切性。因此，合理界定医院的适宜规模是现实且紧迫的问题，不仅对国家有效管控医院规模具有现实意义，而且对于我国医疗卫生事业的健康有序发展也具有十分重要的意义。