

医疗

资源合理化配置研究
——基于利益相关者视角

编著 王肇奇

YILIAO ZIYUAN HELIHUA PEIZHI YANJIU
— JIYU LIYI XIANGGUANZHE SHIJIAO

中国医药科技出版社

医疗资源合理化配置研究

——基于利益相关者视角

王肇奇 编著

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书分为7章,通过对中国、美国、日本、新加坡等国及中国香港医药卫生体制及医疗卫生相关数据的研究,特别是对中国医药卫生体制改革中面临的难点、热点问题,如药品集中采购、药品定价、医生待遇、医疗保障、医疗机构分级管理、双向转诊制度、医疗信息化等问题进行了深入的分析、比较及评价,试图为解决“看病难,看病贵”的民生问题提出建议。

本书内容丰富、数据量大、针对性强,对研究中国医药卫生体制改革与发展具有参考价值 and 现实意义。

本书可供医药卫生行业及相关行业的管理者、研究者参考,也可供关心中国医药卫生体制改革的人士参考。

图书在版编目(CIP)数据

医疗资源合理化配置研究:基于利益相关者视角/王肇奇编著. —北京:中国医药科技出版社,2016.1

ISBN 978-7-5067-8162-6

I. ①医… II. ①王… III. ①医疗卫生服务-资源配置-研究-中国 IV. ①R199.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第027963号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号

邮编 100082

电话 发行:010-62227427 邮购:010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787×1092mm¹/₁₆

印张 20

字数 352千字

版次 2016年2月第1版

印次 2016年2月第1次印刷

印刷 三河市百盛印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-8162-6

定价 48.00元

版权所有 盗版必究

举报电话:010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

序 一

2009年3月，备受瞩目的《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》以及国务院关于《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009-2011年）》相继出台，这标志着新一轮改革拉开帷幕。2012年3月，国务院印发了《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》，进一步推动了改革的步伐，改革浪潮汹涌澎湃，日益高涨。一时间，医药卫生体制改革成了媒体报道的焦点，“两会”议论的热点，政府工作的重点。医院改革、医保改革和医药改革，药品定价、药品招标采购等问题受到社会广泛关注。党中央、国务院将解决这些问题滋生的“看病难，看病贵”以及食品、药品安全作为重点民生放到重要位置。国务院办公厅每年印发医改重点和实施方案，形成了中央和地方联动、部门间互动的有力格局，经党中央、国务院和地方党政领导的共同努力，社会各界的广泛参与，按照“保基本、强基层、建机制”的原则，在完善政策、健全制度、加大投入、统筹推进五项重点改革上取得了明显进展和初步成效。

医药卫生体制改革与发展是各级党委和政府的重要职责，其改革内容涉及千家万户、方方面面，涉及多个政府部门的协调和共同努力，是一项既艰巨又复杂的长期任务，必须持之以恒抓出成效。加快健全全民医保体系，积极推进公立医院改革和社会办医协调发展，完善基本药物制度和药品价格形成机制，规范食品、药品、化妆品、保健食品和医疗器械生产流通秩序，加强健康类产品监督管理的完善，迫切希望通过社会领域改革，带动政府职能转变，从而满足人民群众日益增长的健康需求，彻底解决“看病难，看病贵”的民生问题。

本书作者王肇奇先生是中国医药集团国药控股股份公司下属的国药控股（天津）医疗器械有限公司总经理，他长期从事医疗器械经营工作，为拓展业务服务于医疗机构。他平日认真研究医药相关法律、法规和规章，对医药卫生领域的改革与发展产生浓厚兴趣，通过与各医疗机构的深入交往，对医疗卫生系统现状与未来由感性认识上升到理性分析。最后，借工作之便，利用业余时间潜心调研，积累资料，查阅了大量文献，研究美国、日本、新加坡等国和中国香港的医药卫生体制，

并编写了这本《医疗资源合理化配置研究——基于利益相关者视角》一书。该书引用了大量的参考文献，内容丰富，数据量大，通过分析与比较，得出了研究结论，并对中国医药卫生体制改革提出建议，对研究中国医药卫生体制的改革与发展具有参考价值和现实意义，可供医药卫生相关部门和广大医药卫生工作者参考。

掩卷深思，我认为医药卫生体制改革既有社会性，又有专业性。广大医药工作者要深入学习，认真实践，寻找改革过程中的关键点。中国已成为世界第二大经济体，医药卫生事业也发生了翻天覆地的变化，除个别偏远地区外，既不缺医，又不少药，医药专业毕业生充足，药品供应过剩，但却出现了“看病难，看病贵”问题。对于“看病难，看病贵”，有人分析总结为：“看病难”是“三长两短”，即挂号、候诊、取药时间长，医生看病、检查时间短；“看病贵”是因为“三新二溢”，即药品新、设备新、技术新，药品外溢和化验单外溢，意思是由于大处方和重复检查造成。深究其原因，在于医疗机构分级管理不明确，医疗机构设置、人员编制和职能配置因政府财政投入不足，监督力度不够，医院收入与医护人员待遇挂钩，使得大医院（三级甲等）看小病，小医院看大病，功能定位不到位，从而导致了“看病难”。我参观过新加坡中央医院，这所大医院院内、楼内没有排队的患者，基本无门诊患者，而到病房一看，床位使用率极高，大量门诊患者被消化分散在社区医院和二级医院，三级甲等医院只承担疑难病症的诊断和治疗。由此可见，一、二级和三级医院明确分工后大医院人满为患、小医院冷冷清清的现状有望迎刃而解。

2015年是全面完成“十二五”规划的收官之年，全面贯彻党中央、国务院决策部署，充分发挥政府职能和市场机制作用，全面完成“十二五”规划目标胜利在望。

天津市食品药品监督管理局原局长

《中华医学百科全书 药事管理学卷》副主编 王生田

2015年10月

序 二

1898年成立的北京大学和1912年成立的中国第一所医科大学——北京大学医学部从诞生那天起，就与国家的命运戚戚相关，就肩负着振兴国家民族的历史责任。自2003年医改之风悄然吹起，北京大学、北京大学医学部、北京大学各附属医院以及北京大学方正集团就在用实际行动积极探索中国医疗卫生体制改革。

在社会资本办医方面，10年前筹建北京大学国际医院时，北京大学医学部主任韩启德院士为这座亚洲最大单体医院提出了建院使命——“建设国际一流医院，领跑医疗体制改革，力争打造成国内最大的由社会资本投资的非营利性大学附属医院。”可以说，北京大学国际医院是社会资本办医的试验田，更是造福百姓健康的福祉工程。

在医疗大数据信息化建设方面，针对目前医疗健康信息的壁垒、孤岛，2010年北京大学医学部在韩启德副委员长直接指导下成立了北京大学医学信息学中心。“用医学信息作为纽带和平台来推动基础和临床、临床和人群、临床和临床、防病和治病之间的研究，推动我们的自主创新”。2014年，北京大学在此基础上筹建了北京大学医疗健康大数据研究院和医疗健康大数据研究中心。结合信息化的发展建设，如何积极探索国内医院科学化、精细化管理？如何促进医疗卫生管理方式由粗放型向精细化经营模式的转变？如何提高医院的整体管理水平？如何帮助政府最大限度地发挥医保的效能？如何使医院管理者在现有政府财政补贴下提升医院绩效考评以及如何使广大医务人员获得合理的收入？本书的作者——王肇奇老师带领课题组从围绕医院各方利益相关者的角度，进行了深入的调研，提出了中国的模式与解决方案，对政府卫生主管部门以及医院管理者提供了很好的借鉴与参考。

张俊 教授

北京大学医管处处长

北京大学滨海医院院长

2015年8月18日

前 言

近 10 年来，“看病难，看病贵”问题一直是社会民众和政府关注的社会问题，而且“看病贵”的问题越来越突出，已经影响到人们的日常生活。国家从 1980 年起至今已连续出台深化医疗卫生体制改革的方案，目的是改变和调整医疗、医药和医保的配置问题，力求从保障体系、制度建设等方面进一步调整其整体资源配置，从根本上改变这一国计民生的大问题。

我从事医疗器械行业已近 20 年，有 15 年私企和 5 年控股企业的从业经验，其中有 5 年的时间将中国企业生产的医疗器械出口到世界各地，深知出口产品的价格，也亲身感受到了国内生产企业出厂价格与国内市场零售价格的巨大差距。在 10 年国内销售医疗器械的过程中，将国内外的医疗器械直接销售给医院，也配合国外厂家服务于临床专家，进过手术室，甚至在手术床旁指导过外科医生如何正确使用先进的外科器械。通过与医疗行业不同角色人物的交流和沟通，深切体会到医药、医疗、医保的国家政策和制度对医疗行业的健康发展会产生长远的影响。

2010 年，一次偶然的机会让我放弃私企职业生涯，与国药控股天津有限公司一起成立了合资的国药控股（天津）医疗器械有限公司。国药控股天津有限公司当时的主要业务工作是药品分销，但该公司的领导高瞻远瞩，看到了未来医疗器械行业的发展前景，快速引进资源，成立了医疗器械有限公司。由此，使我有机会将从 2003 年起就关注的美国 GPO 理论和模式在此平台得以实施。

又一次偶然，也可以说是人生中的必然。2007 年春，我去南开大学商学院读 EMBA，有幸认识更多的智者和人生路上的恩师，也是我的导师——南开大学商学院院长张玉利教授。在他的直接帮助下，成立了课题组，还配备了一名博士、两名硕士研究生、两名本科生和一名老师与我一起对医药、医疗器械和医疗相关部门机构进行调查研究。根据我多年看到的医疗行业存在的问题，决定从利益相关者的角度分析中国、美国、日本、新加坡等国和中国香港的医疗数据和案例（所谓利益相关者是指国家发展和改革委员会、医疗机构、医疗保险机构、医药卫生管理机构、财政部门、医药商业单位、医生以及患者这八个利益相关体）。通过对这些国内外

医疗行业相关数据、文献、行业报告和研究报告等理论数据的综合分析，提出了对中国医疗行业问题的分析和改革的建议。

虽然研究报告历经了5个月得以完成初稿，但它凝聚了我近10年对医疗行业和利益相关互动变化给行业所带影响的观察和思考。

其实，对医疗行业的研究完全是我个人性情所致。也许在现实生活中看到和亲身经历的东西太多，受到的刺激过于敏感；也许年龄的原因，忧国忧民之心尚存；也许还是个“愤青”。起初，写作研究报告的目的只是想对我未来的工作有指导意义，帮助梳理一下工作脉络，让未来的工作方向更清晰。后来，是想打印出来给行业的一些相关人员看看，听听他们的意见。在写作和调研过程中，曾拜访和请教了天津市发展和改革委员会、天津市卫生和计划生育委员会、天津市人力资源和社会保障局、天津市财政局等相关部门的领导，了解到他们所关注的现实问题，听取了他们的意见和建议。正是由于他们的肯定，特别是天津市食品药品监督管理局原局长王生田的肯定和鼓励，才使我决定出版。愿本书的出版能引起业界的共鸣，能引起大家进一步的思索。

尽管本书的编写花费了大量心血，但由于本人写作经验不足，认识不够，理论水平有限，书中定有不妥之处，敬请广大读者批评指正。

本书在编写过程得到了多方的大力支持和帮助，在此对所有给予我指导和帮助的领导、老师、同学及文献作者，一并表示由衷的感谢。

编者

2015年秋于天津

目 录

第一章 绪论	1
一、研究医疗资源合理化配置的背景	1
二、研究医疗资源合理化配置的目的	3
三、研究医疗资源合理化配置的方法	3
第二章 中国医疗卫生体制研究	5
一、中国医疗服务体系	5
二、中国医疗卫生费用	22
三、中国医疗保障体系	26
四、中国公共医疗卫生体系	45
五、中国医疗卫生监管体系	47
六、中国药品领域相关情况	48
七、中国医疗器械相关情况	54
八、中国药品集中采购	56
九、中国药品定价机制	59
十、中国双向转诊制度	69
十一、中国医疗信息系统	71
十二、中国医疗卫生体制的评价	76
第三章 美国医疗卫生体制研究	78
一、美国医疗卫生体系	78
二、美国医疗费用	81
三、美国医疗服务体系	90
四、美国集中采购组织	110
五、麦克森公司简介	119
六、美国医疗信息系统	126
七、美国医疗保障体系	134
八、美国医疗监管体系	152

九、美国药品价格	153
十、美国公共医疗卫生体系	162
十一、美国医疗卫生体制的评价	163
第四章 日本医疗卫生体制研究	165
一、日本医疗卫生服务体系	165
二、日本医疗卫生监管体系	174
三、日本医疗保障体系	176
四、日本国民医疗费用的来源与支出	181
五、日本药品流通市场及主要药品流通企业	185
六、日本医疗器械市场	190
七、日本 SPD 模式	191
八、日本医疗体制的评价	194
第五章 新加坡医疗卫生体制研究	204
一、新加坡医疗卫生体系	204
二、新加坡医疗服务体系	205
三、新加坡医疗监管体系	228
四、新加坡药品市场	229
五、新加坡医疗保障体系	234
六、新加坡医疗信息系统	246
七、新加坡医疗卫生服务体系的评价及启示	249
第六章 中国香港医疗卫生体制研究	260
一、香港医疗卫生体系	260
二、香港医疗卫生监管体系	265
三、香港医疗保障体系	267
四、香港医疗卫生体制其他方面	276
五、香港医疗体制的改革与变迁	279
第七章 基于利益相关者视角对中国医疗卫生体制改革的建议	281
一、调整政府财政投入方向	281
二、借鉴美国 GPO 成功案例，改善中国现有药品采购商业模式	287
三、制定合理的药品和医疗器械、医疗耗材价格机制	288
四、全面消除“以药养医”，推进“医药分离”的同时建立合理绩效制度	291
五、借鉴国外经验，进一步完善医疗保障体系	294
六、推进医疗信息化建设，提高医疗信息化水平	298
参考文献	302

第一章 绪 论

一、研究医疗资源合理化配置的背景

近年来,“看病难,看病贵”问题一直是社会民众和政府关注的热点话题,而且“看病贵”的问题在中国越来越突出,已经影响到人们的日常生活。党中央、国务院曾多次强调要建立完善的基本药物保障供应体系,加强药品监管,确保用药安全,切实降低药价,保障人们的基本权利,维护人们的生存权、健康权和发展权。可是,自20世纪80年代中期以来,中国药品价格迅速攀升,患者就医费用负担沉重,药品费用的比例一直居高不下。尚有少数群体看不起病,吃不起药,住院治疗也存在问题,生命健康得不到保障,健康严重受到影响。

2012年《中国卫生统计年鉴》中的数据显示,2010年全国卫生总费用为19 980.39亿元,其中政府卫生支出5732.49亿元,社会卫生支出7196.61亿元,个人卫生支出7051.29亿元。在卫生总费用构成中,政府、社会、个人承担的比例分别为28.7%,36%,35.3%。中国个人承担的比例高达35.3%,这一比例远远高于世界其他国家的平均水平,如2009年美国的患者个人承担的比例为18%,2010年日本的患者个人承担的比例仅为12.7%。

以下为中国、美国、日本患者就医医疗费用负担比例的比较。由表1-1可看出,中国政府对于卫生支出承担的比例为28.7%,低于社会与患者个人承担的比例,同时卫生总费用占GDP的比例仅为4.98%。

表 1-1 2010 年中国卫生总费用

单位:元

合计	卫生总费用(亿元)			卫生总费用构成(%)			卫生总费用 占GDP%	人均卫生总 费用
	政府卫生 支出	社会卫生 支出	个人卫生 支出	政府卫生 支出	社会卫生 支出	个人卫生 支出		
19 980.39	5732.49	7196.61	7051.29	28.7	36	35.3	4.98	1490.06

2009年,美国医疗费用为2.5万亿美元,美国医疗费用的承担者主要包括政府、雇主、医疗保险投保人和患者。2009年,上述各部分对其2.5万余亿的医疗支出所承

担的比例如图 1-1 所示。

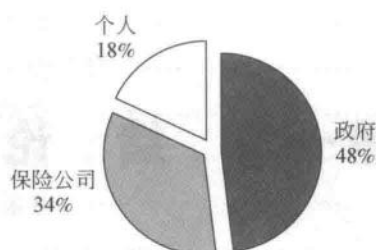


图 1-1 2009 年美国各方所承担医疗费用比例示意图

日本国民医疗费用来源于公费（包括中央政府和地方政府）、保险费（包括雇主、投保者）、其他（包括患者负担和其他自付部分），具体负担费用数据及比例见表 1-2。

表 1-2 以医疗费用来源划分的日本国民医疗费用

费用来源	2010 年		2009 年		对前年变化	
	金额	比例 (%)	金额	比例 (%)	增减额	增减率
国民医疗费用	374 202	100	360 067	100	14 135	3.9
公费	142 562	38.1	134 933	37.5	7629	5.7
中央政府	97 037	25.9	91 271	25.3	5766	6.3
地方政府	45 525	12.2	43 662	12.1	1863	4.3
保险费	181 319	48.5	175 032	48.6	6287	3.6
雇主	75 380	20.1	73 211	20.3	2169	3
投保者	105 939	28.3	101 821	28.3	4118	4
其他	50 322	13.4	50 102	13.9	220	0.4
患者负担	47 573	12.7	49 928	13.9	2355	4.7

中国医院收入主要包括财政补助收入、上级补助收入、业务收入（包括医疗收入、药品收入、医疗耗材以及其他收入）。根据《2012 年中国卫生年鉴》，2011 年财政补助收入 1313.20 亿元，占医院收入 8%，上级补助收入为 35.30 亿元，占总收入比例不到 1%，业务收入超出 90%，是医院最主要的收入来源。而在 90% 的比例中，药品收入的比例超出了 40%，接近于总收入的一半，由此可见，医院的药费收入仍然是医院收入的一个非常重要的来源。通过药品获得收入成为医院提高收入的一个重要方式和手段。而这一过程中，增加了患者就医的医疗成本，加重了患者的经济负担。因此，要破解“看病难，看病贵”的难题，就必须彻底改革药费作为患者医疗成本结构中很大比例的现状，扭转药费作为医院收入重要来源的不合理局面。

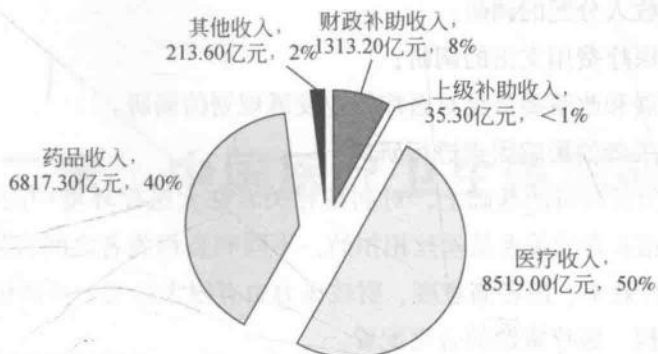


图 1-2 中国医院收入比例构成

由于医药不分，在全国药品销售总额中通过医院销售的药品占 80% 以上，而发达国家的医疗费用中药费比例一般仅为 3%，中国近几年在医院的总收入中，药费收入占 60% 左右，少数中、小医院高达 70% ~ 80%，中国没有实行完全的医药分业管理，由于医疗机构是垄断药品分销的终端市场，而且医院又是医疗机构中的绝对主体，面对来医院就医的患者，医院在制定药费方面处于绝对的主导地位。

二、研究医疗资源合理化配置的目的

针对目前医疗行业存在的“看病难，看病贵”，医保费用不足，使用效率低下，财政补贴不到位，医院管理者、医生等收入的不合理等问题，从利益相关者角度，探讨医疗资源合理化配置方案。同时，对现有医疗资源现状进行分析。本书所指的利益相关者是指医疗机构、医疗保险部门、卫生监管部门、政府财政部门、企业、医生、患者、国家发展和改革委员会等。

三、研究医疗资源合理化配置的方法

1. 对利益相关者进行调研

主要通过国内外文献、各国相关公开数据、网站信息、行业报告、研究报告等理论数据进行综述及分析；特别是通过对各国数据的比较，作为对中国提出问题分析及制度建议的基础。主要对美国、日本、新加坡、中国香港的医疗行业各个方面进行调研，具体如下：

- (1) 医疗机构服务结构及运营情况的调研；
- (2) 医疗保险费用收入来源和支出的调研；
- (3) 卫生管理部门对医疗机构资源配置和医疗质量管理的调研；
- (4) 财政对医疗行业投入和补贴的调研；
- (5) 对商业供货模式的调研；

- (6) 对医生收入分配的调研；
- (7) 对患者医疗费用支出的调研；
- (8) 国家发展和改革委员会对医疗行业发展规划的调研。

2. 对利益相关者的影响因素进行研究

在对利益相关者调研的基础上，对利益相关者在大医疗环境中的相互影响及关系进行分析。利益相关者的关系是丝丝相扣的，不同利益相关者之间有复杂的相互影响，对医疗体制的运行效率、患者满意度、财政压力也有很大影响，具体包括以下几点。

- (1) 医疗机构 医疗资源的合理配置。
- (2) 医疗保险 提高医保资金的使用效率，弥补不足。
- (3) 卫生管理部门 提高监管效率，提高医疗质量。
- (4) 政府财政 优化财政支出，提高资金使用效率。
- (5) 商业单位 医药供应商业模式的改变。
- (6) 医生 阳光收入的落实和绩效考核标准。
- (7) 患者 “看病难，看病贵”问题得到有效缓解。
- (8) 国家发展和改革委员会 医疗行业资金的投入和使用。

第二章 中国医疗卫生体制研究

一、中国医疗服务体系

中国医疗服务体系由医院、基层医疗卫生机构以及专业公共卫生机构三大类机构构成。医院包括综合医院、中医医院、专科医院；基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部（所）；专业公共卫生机构包括疾病预防控制中心、专科疾病防治院（所/站）、妇幼保健院（所/站）、卫生监督所（中心）。

根据2012年《中国卫生统计年鉴》，2011年底全国共有各类医院21 979家，基层医疗卫生机构918 003家，专业公共卫生机构11 926家。由图2-1及图2-2可以看出，基层医疗卫生机构占了绝大多数，是中国医疗卫生机构的主体组成部分，占全部全国医疗卫生机构数量的97%。医院和专业公共卫生机构占的比例相对较低，分别占2%及1%。

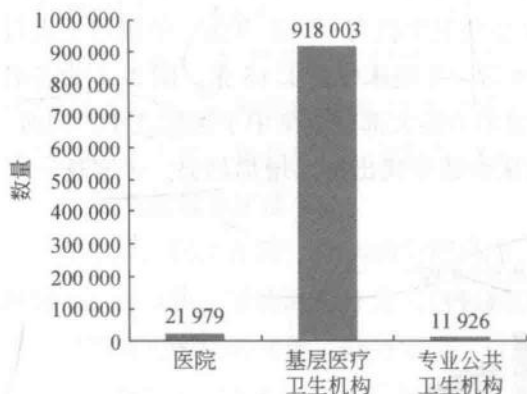


图 2-1 全国医疗卫生机构数量
(2011年)

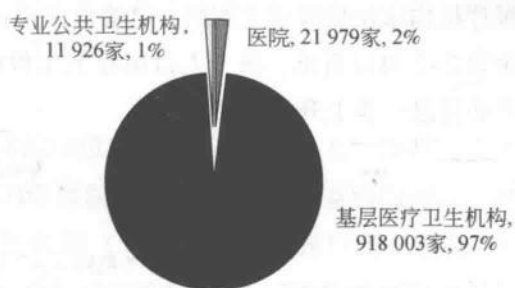


图 2-2 全国医疗卫生机构数量构成比例
(2011年)

表2-1是全国各类医疗卫生机构数量，图2-3是2002~2011年全国各类医疗卫生机构数量动态趋势，从中可以看出，三类卫生机构数量基本都呈平稳增长上升趋势，基层医疗卫生机构增长速度显著快于医院及专业公共卫生机构数量的增长速度，未来三种类型医疗机构数量将继续增加。

表 2-1 全国各类医疗卫生机构数量

类型	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年
医院	17 844	17 764	18 393	18 703	19 246	19 852	19 712	20 291	20 918	21 979
基层医疗 卫生机构	973 098	774 693	817 018	849 488	884 818	878 686	858 015	882 153	901 709	918 003
专业公共 卫生机构	10 787	10 792	10 878	11 177	11 269	11 528	11 485	11 665	11 835	11 926
总计	1 005 004	806 243	849 140	882 206	918 097	912 263	891 480	916 571	936 927	954 389

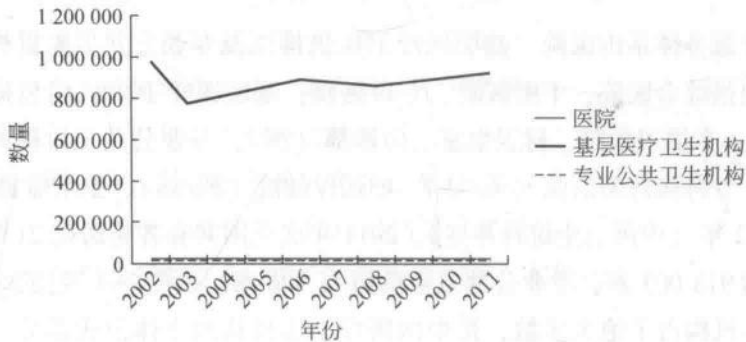


图 2-3 全国各类医疗卫生机构数量动态趋势 (2002 ~ 2011 年)

2011 年底, 全国各类医疗卫生机构共有床位数量 515.99 万张, 其中医院 370.51 万张, 基层医疗卫生机构 123.37 万张、专业公共卫生机构 17.81 万张。中国每千人口医院和卫生院床位数 3.5 张, 每千农业人口乡镇卫生院床位数 1.16 张。图 2-4 为各类医疗机构床位数构成比例图, 可看出床位资源中的绝大部分都集中于医院之中。同时, 由表 2-2 可以看出, 每千人口医疗卫生机构床位数呈现出持续增加趋势, 未来这一水平必将进一步上升。

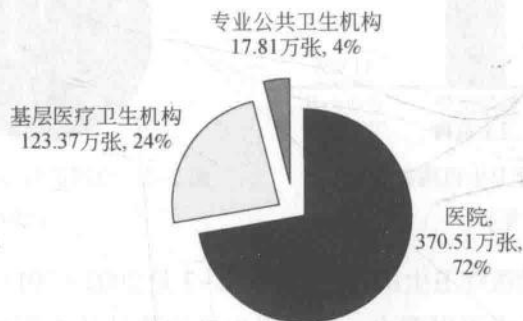


图 2-4 全国各类医疗卫生机构床位数量构成比例 (2011 年)

表 2-2 每千人口医疗卫生机构床位数

	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年
每千人口医院和卫生院床位数 (张)	2.63	2.84	3.06	3.27	3.5
每千农业人口乡镇卫生院床位数 (张)	0.85	0.96	1.05	1.12	1.16

(一) 医院

2011 年底, 全国共有各类医院 21 979 家, 所拥有的总卫生服务人员 4 526 978 人, 占总卫生服务人员的 52.4%; 其中卫生技术人员 3 705 541 人, 占总卫生服务人员的 81.85%, 包括执业医师 1 306 835 人, 约占总执业医师的 53%; 注册护士 1 627 761 人, 约占总注册护士的 72.5%; 药师 220 004 人, 约占总药师的 60.44%; 技师 214 266 人, 管理人员及后勤保障人员 8 21437 人 (管理人员 246 838 人), 约占总卫生服务人员的 18.15%, 各类医院拥有床位 370.51 万张。

2011 年, 卫生技术人员与管理后勤保障人员比约为 4.5 : 1、与管理人员比为 15 : 1; 其中, 医师与管理后勤保障人员比为 1.6 : 1, 与管理人员比 5.3 : 1; 护士与管理后勤服务人员比约 2 : 1, 与管理人员比 6.6 : 1; 而医师与护士、药师、技师之间比为 1 : 1.24 : 0.17 : 0.16; 另外, 医师与床位数比 1 : 2.8; 护士与床位数比为 1 : 2.28; 药师与床位比 1 : 16.8; 技师与床位数比 1 : 17.3; 管理后勤保障人员与床位数比 1 : 4.5; 平均每家医院拥有床位、医师、护士、药师、技师、管理后勤保障人员 (管理人员) 数分别为 168.6 张、59.5 人、74 人、10 人、9.7 人、37.3 人 (11.2 人)。

2011 年底, 中国各类医院共诊疗 225 883.7 万人次, 其中平均每家医院接诊 102 772.5 人次; 医师平均接诊 1728.5 人次; 护士平均接诊 1387.6 人次; 药师平均接诊 10 267.3 人次; 每张床位一年服务患者 609.7 人次。

1. 医院数量及床位

在中国, 以“医院”命名的医疗机构, 住院床位总数应在 20 张以上。按照医院等级划分, 可以将全国的医院分为三级医院、二级医院和一级医院三种类别的医院, 其中不同等级的医院的功能、任务不同。①一级医院 (床位数在 100 张以内, 包括 100 张): 是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院, 卫生院。②二级医院 (床位数在 101 ~ 500 张): 是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。③三级医院 (床位数在 501 张以上): 是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教育、科研任务的, 主要指全国、省、市直属的市级大医院及医学院校的附属医院。此外, 除一、二、三级医院以外, 还有一些未分级的医院。

根据 2012 年《中国卫生统计年鉴》, 2011 年底全国共有各类医院 21 979 家, 其中一