

• 卫生政策与管理 •

新医改以来我国卫生经费、医疗资源、医疗服务耦合协调水平与障碍因子演变研究

李继宏¹, 张方¹, 杨兆城^{1,2}, 谢福生³

1. 桂林医科大学人文与管理学院, 广西 桂林 541199; 2. 桂林医科大学财务处, 广西 桂林 541199;
3. 桂林医科大学第二附属医院

摘要: **目的** 探索新医改以来我国卫生经费投入系统、医疗资源配置系统和医疗服务效率系统耦合协调水平与制约因素, 为推进我国医疗服务高质量发展提供参考。 **方法** 采用耦合协调模型和障碍度模型分析 2010—2023 年我国 31 个省份三系统耦合协调度和障碍因子演变。 **结果** 耦合协调度均值由 2010 年的 0.06 提升到 2023 年的 0.52, 各省份呈现缓慢上升趋势但未达到中级协调水平 (<0.6), 青海仅从 0.02 增至 0.31; 关键障碍因子障碍度均值从 0.10 增至 0.32, 从卫生经费投入系统和医疗资源配置系统的政府投入有限、人力资源队伍建设薄弱等多个指标逐渐演变为医疗服务效率系统的门诊与住院次均费用偏高等两个指标。 **结论** 我国三系统耦合协调水平有待进一步提高, 关键障碍因子由多个投入型指标演变为 2 个效率型指标。应进一步针对协调发展短板完善适配政策、优化医疗服务结构降低医疗费用、利用市场机制完善经费投入与利用机制等多方面提高三者协调发展水平。

关键词: 卫生经费投入; 医疗资源配置; 医疗服务效率; 耦合协调度; 障碍因子

中图分类号: R197.1 文献标志码: A 文章编号: 1003-8507(2026)15-2813-07

DOI: 10.20043/j.cnki.MPM.202512240

Coupling coordination level and evolution of constraining factors in health expenditure, medical resources, and medical services in China since the new healthcare reform

LI Ji-hong*, ZHANG Fang, YANG Zhao-cheng, XIE Fu-sheng

*School of Humanities and Management, Guilin Medical University, Guilin, Guangxi 541199, China

Abstract: Objective To explore the coupling coordination level and limiting factors of the health expenditure input system, the medical resource allocation system, and the health service efficiency system and to provide references for promoting the high-quality development of health services in China since the new healthcare reform. **Methods** The coupling coordination model and obstacle degree model were used to analyze the coupling coordination degree and the evolution of obstacle factors among the three systems in 31 provinces of China from 2010 to 2023. **Results** The average coupling coordination degree increased from 0.06 in 2010 to 0.52 in 2023, showing a slow upward trend but not reaching a moderate coordination level (<0.6). Qinghai only increased from 0.02 to 0.31. The average obstacle degree of the key obstacle factors rose from 0.10 to 0.32. The key obstacle factors gradually shifted from multiple input-related indicators, such as limited government investment and inadequate development of the healthcare workforce, to two efficiency-related indicators: relatively high average outpatient and inpatient costs. **Conclusion** The coupling coordination level of the three systems needs further improvement. The key obstacle factors have evolved from multiple input-based indicators to two efficiency-based ones. It is necessary to further enhance the coordinated development of those systems by diversifying strategies, such as perfecting adaptive policies to address shortcomings in coordinated development, optimizing the structure of medical services to reduce medical costs, and improving health expenditure input and utilization mechanisms through market mechanisms.

Keywords: Health expenditure; Medical resource allocation; Health service efficiency; Coupling coordination degree; Obstacle factor

基金项目: 中国博士后科学基金面上资助项目(2023M740531); 广西哲学社会科学研究课题(23FYJ029); 广西八桂学者“社会医学与卫生事业管理”岗位基金资助

作者简介: 李继宏(1970—), 博士, 副教授, 研究方向: 卫生政策与管理

通信作者: 杨兆城, E-mail: yzc0430@163.com

医疗资源合理配置和医疗服务高效利用直接关乎群众医疗需求实现程度, 也是国家卫生经费投入的目标和依据。卫生经费、医疗资源和医疗服务形成相互配合、相互促进的同步发展关系, 对推动医疗服务高质量发展和有效满足日益增长的医疗需求具有重

要意义^[1]。2009 年《关于深化医药卫生体制改革的意见》政策文件提出为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务是今后长期重点改革任务之一,首先要解决三者发展不平衡、不协调、不可持续的问题,这要求根据不同阶段难点调整策略,推进三者从无序演化转变为有序协同发展,达成动态平衡、良性互动的可持续发展格局。因此,研究三者协调发展短板,有利于各省份找准制约协调发展的关键症结,实现卫生经费和医疗资源社会效益最大化,更好地提升医疗服务供给效率,为我国医疗服务高质量发展提供保障。

相关文献主要是围绕医疗资源、医疗服务和区域经济间协同发展水平展开研究,已有研究证明无论是两两系统间还是多系统间存在明显的耦合协调发展关系,不同地区经济发展对医疗资源、医疗服务协调发展有显著促进作用^[1-3]。但忽视了卫生经费投入的直接影响,一方面体现为评价指标缺少卫生经费的筹资和分配指标,也缺少卫生经费与医疗资源、医疗服务多系统间协同研究,导致无法真实反映政府投入的调控作用、财政补助情况和筹资责任,另一方面鲜有进一步分析阻碍三者间协调发展的障碍因素,导致对该问题的分析不够全面和精准。鉴于此,本文基于耦合协调模型和障碍度模型,探讨卫生经费投入、医疗资源配置和医疗服务效率的耦合协调程度和关键障碍因子,为我国医疗服务高质量发展提供更具操作性的方向和路径。

1 资料与方法

1.1 资料来源与指标体系构建 数据来源于 2010—2023 年《中国卫生统计年鉴》《中国卫生和计划生育统计年鉴》《中国卫生健康统计年鉴》31 个省份统计数据。依据统计年鉴将研究区域划分为三个,东部地区 11 个省份(北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南)、中部地区 8 个省份(山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南)、西部地区 12 个省份(内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆)。针对 2010 年上海、海南、四川、西藏、陕西、青海、宁夏和 2011 年西藏的部分卫生经费数据缺失,通过查阅各省份统计年鉴、相关文献^[4]或采用线性插值法^[5]补齐。

按照指标选取独立性、科学性、可操作性等原则,参考相关研究构建指标体系。卫生经费投入系统中政府卫生支出占卫生总费用比重、个人卫生支出占卫生总费用比重、卫生总费用占国内生产总值(gross domestic product,GDP)比重、人均卫生费用、床均财政补助等指标直接反映了国家重视程度及保障水平、财政投入在供给端落地情况^[4-5];医疗资源配置系统中三级医院占医院比重、每千人医疗机构床位数、每千人卫生技术人员数、每千人执业(助理)医师数、每千人注册护士数等指标直观反映了优质医疗资源市场规模、物力和人力配置情况^[1-2,5];医疗服务效率系统中每千人诊疗人次、门诊次均医疗费、住院次均医疗费、平均住院日、床均医疗收入等指标较好地反映了该省份就医意愿和需求满足情况、诊疗技术利用与服务流程管理效率等情况^[2-3,6-7]。见表 1。

表 1 耦合协调水平的评价指标体系

Table 1 The evaluation index system of coupling coordination level

一级指标	代码	二级指标	代码	属性	权重均值
卫生经费投入	A	政府卫生支出占卫生总费用比重(%)	A1	正向	0.051 8
		个人卫生支出占卫生总费用比重(%)	A2	负向	0.070 3
		卫生总费用占 GDP 比重(%)	A3	正向	0.074 4
		人均卫生费用(元)	A4	正向	0.080 4
		床均财政补助(元)	A5	正向	0.068 8
医疗资源配置	B	三级医院占医院比重(%)	B1	正向	0.062 4
		每千人医疗机构床位数(张)	B2	正向	0.061 9
		每千人卫生技术人员数	B3	正向	0.075 2
		每千人执业(助理)医师数	B4	正向	0.090 9
		每千人注册护士数	B5	正向	0.072 5
医疗服务效率	C	每千人诊疗人次(人次)	C1	正向	0.042 8
		门诊次均医疗费(元)	C2	负向	0.062 9
		住院次均医疗费(元)	C3	负向	0.084 2
		平均住院日(天)	C4	负向	0.043 9
		床均医疗收入(元)	C5	正向	0.057 7

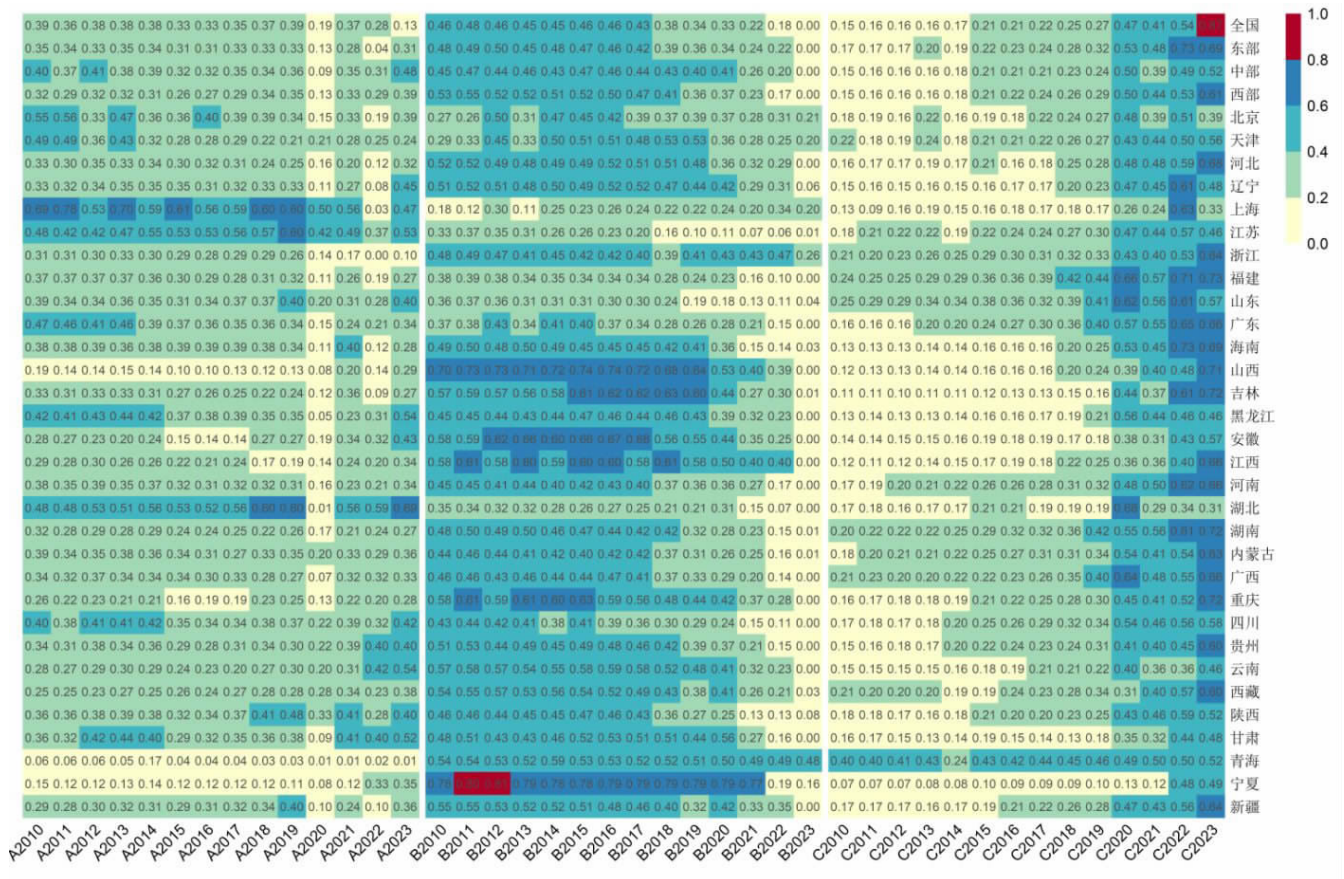
1.2 研究方法

1.2.1 熵权法 熵权法是对原始数据进行归一化处理,计算熵值确定指标权重^[2]。

1.2.2 耦合协调度模型 耦合协调是指多个系统间通过相互作用共同演进完成特定目标的过程,耦合协调度模型是度量多个系统间协调发展程度^[3],计算公

2.2 三系统障碍度演变分析 2010—2019 年全国和三地区的卫生经费投入系统(代码 A)、医疗资源配置系统(代码 B)、医疗服务效率系统(代码 C)障碍度均值从大到小排序都呈现为 B、A、C,2020—2023 年 C 障碍度均值最高,A 上下波动,B 持续下降,三系统呈现相同演变趋势。具体来看,东部 11 个省份在 2010—2019 年均呈现 A 或 B 障碍度最高,2020—2023 年有 10 个省份 C 障碍度最高;中部 8 个省份在 2010—2019 年间有 7 个 B 障碍度最高,2020—2023

年 4 个省份 C 障碍度始终最高,其他省份 C 与 A、B 障碍度交替最高;西部 12 个省份在 2010—2019 年基本呈现 B 障碍度最高,2020—2023 年有 6 个 C 障碍度最高,其他省份 C 与 A、B 障碍度交替最高;另外,2010—2023 年青海 B 和 C 障碍度接近且均远高于 A,宁夏 A 和 C 障碍度接近但均远低于 B。综上,大部分省份呈现由 B 或 A 障碍度最高逐渐演变为 C 障碍度最高的趋势。见图 2。



注:列标题由系统代码+年份组成,如 A2010 为 2010 年卫生经费投入系统,代码见表 1。

图 2 2010—2023 年三系统障碍度演变趋势

Figure 2 Evolution trend of three-system obstacle degree from 2010 to 2023

2.3 障碍因子演变分析 首先,计算并筛选障碍度排名前三的指标,2010—2019 年障碍因子障碍度均低于 0.20,全国主要障碍因子为 B4、A3、B3,东部为 B4、B3、B5,中部为 B4、B3,西部为 B1、B4、B5,均归属于 B 或 A;2020—2023 年障碍度超过 0.20 的障碍因子数量逐渐增加,全国主要障碍因子为 C3、C2、A1,东部为 C3、C2,中部和西部为 C3、A1、C2,均归属于 C 或 A。整体上,2010—2023 年归属于 B 和 A 的障碍因子障碍度和数量逐渐下降同时归属于 C 的障碍因子障碍度和数量逐渐增加。另外,床位数和诊疗人次都偏低是青海长期存在的障碍因子。篇幅所限,仅展示全国和 3 个地区障碍度排名前三的主要障碍因子。

见表 3,代码见表 1。

其次,统计各省份高频次障碍因子(≥ 3 次),2010—2015 年全国与三地区的高频次障碍因子均归属于 B 和 A,B4、B3、B5、B1、A1 与 A5 等是关键障碍因子;2016—2018 年归属于 B 和 A 的障碍因子频次逐渐减少、C3 频次逐渐增加;2019—2023 年归属于 C 的 C3、C2 等障碍因子频次和数量逐渐上升,归属于 B 和 A 的频次和数量逐渐减少,2023 年是 C3、C2、A1。综上,高频次障碍因子从归属于 A 和 B 过渡为归属于 C 和 A,呈现障碍度逐渐提升且障碍因子数量逐渐减少的趋势。见表 4。

表 3 2010—2023 年障碍度排名前三的主要障碍因子

Table 3 Major obstacle factors ranked in the top three from 2010 to 2023

区域	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年
全国	B4(0.12)	B4(0.12)	B4(0.12)	B4(0.12)	B4(0.12)	B4(0.13)	B4(0.13)	B4(0.12)	B4(0.10)	C3(0.13)	C3(0.19)	C3(0.20)	C3(0.25)	C3(0.46)
	A4(0.10)	A4(0.10)	A4(0.10)	A4(0.10)	A4(0.10)	A4(0.11)	A4(0.10)	A4(0.09)	C3(0.10)	A1(0.11)	C2(0.13)	A1(0.15)	C2(0.17)	C2(0.40)
	B3(0.10)	B3(0.10)	B3(0.10)	A3(0.10)	A3(0.10)	B3(0.10)	B3(0.10)	B1(0.09)	A1(0.09)	B4(0.09)	B4(0.09)	C2(0.13)	A1(0.13)	A1(0.10)
东部	B4(0.12)	B4(0.13)	B4(0.14)	B4(0.12)	B4(0.14)	B4(0.14)	B4(0.14)	B4(0.12)	B4(0.12)	C3(0.15)	C3(0.20)	C3(0.22)	C3(0.33)	C3(0.37)
	B3(0.11)	B3(0.11)	B3(0.12)	B2(0.10)	B3(0.12)	B3(0.12)	B3(0.11)	B3(0.11)	C3(0.11)	A1(0.10)	C2(0.13)	A1(0.16)	C2(0.22)	C2(0.32)
	B5(0.10)	B5(0.10)	B5(0.10)	B3(0.10)	B5(0.10)	B5(0.10)	B5(0.10)	C3(0.09)	A1(0.10)	B4(0.10)	C1(0.10)	C2(0.14)	C1(0.10)	A1(0.26)
中部	B4(0.11)	B4(0.12)	B4(0.11)	B4(0.12)	B4(0.11)	B4(0.12)	B4(0.12)	B4(0.11)	B1(0.11)	A1(0.15)	C3(0.18)	A1(0.19)	C3(0.21)	A1(0.38)
	B3(0.10)	B3(0.10)	A2(0.11)	B3(0.10)	A3(0.10)	B3(0.10)	B3(0.10)	B1(0.10)	A1(0.11)	B1(0.11)	C2(0.14)	C3(0.17)	A1(0.20)	C2(0.27)
	A2(0.09)	A3(0.10)	B3(0.09)	A2(0.10)	B3(0.09)	B5(0.09)	B1(0.10)	B3(0.09)	B4(0.10)	B4(0.10)	B1(0.14)	C2(0.12)	C2(0.18)	C3(0.25)
西部	B1(0.14)	B1(0.15)	B1(0.15)	B1(0.15)	B1(0.16)	B1(0.17)	B1(0.16)	B1(0.17)	A1(0.17)	A1(0.19)	C3(0.25)	C3(0.25)	C3(0.30)	C3(0.38)
	B4(0.11)	B4(0.12)	B4(0.11)	B4(0.12)	B4(0.11)	B4(0.11)	B4(0.12)	A1(0.11)	B1(0.15)	C3(0.16)	B1(0.13)	A1(0.21)	A1(0.23)	A1(0.33)
	B5(0.10)	B5(0.10)	B5(0.10)	B5(0.10)	B5(0.09)	B5(0.09)	C3(0.10)	C3(0.11)	C3(0.13)	B1(0.14)	C2(0.11)	C2(0.11)	C2(0.14)	C2(0.23)

注:单元格内容表示指标代码(障碍度),如 B4(0.12)表示 B4 指标的障碍度为 0.12。

表 4 2010—2023 年频次 ≥ 3 的高频次障碍因子Table 4 High-frequency obstacle factors with a frequency of ≥ 3 from 2010 to 2023

区域	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	2023 年
全国	B4(21)	B4(22)	B4(22)	B4(20)	B4(23)	B4(24)	B4(20)	B4(18)	A1(17)	C3(18)	C3(29)	C3(30)	C3(31)	C3(29)
	B5(13)	B5(13)	B5(14)	B3(12)	B3(12)	B3(13)	B1(14)	B1(14)	B1(17)	A1(15)	C2(23)	C2(24)	C2(26)	C2(27)
	B3(12)	B1(12)	B3(13)	B5(12)	B1(11)	B5(12)	B3(10)	A1(11)	B4(15)	B1(15)	B1(11)	A1(21)	A1(18)	A1(26)
	B1(11)	B3(11)	B1(11)	B1(11)	B5(11)	B1(11)	B5(10)	B3(11)	C3(14)	B4(12)	B4(9)	B1(5)	B1(5)	A5(3)
	A5(9)	A3(8)	A3(7)	A4(10)	A3(8)	A5(9)	A1(7)	C3(11)	A5(7)	C2(11)	A1(6)	C1(3)	C1(4)	
	A3(8)	A4(8)	A4(7)	A3(7)	A4(8)	A4(7)	A5(7)	A5(7)	B3(6)	A5(6)	C1(4)			
	A4(8)	A2(5)	A5(6)	A5(6)	A5(7)	A3(6)	C3(6)	B5(6)	A3(3)	B3(6)	C4(4)			
	B2(3)	A5(5)	B2(4)	B2(5)	A1(6)	A1(4)	A3(5)	A3(4)	A4(3)					
				A1(4)	B2(3)	B2(3)	A4(5)	A4(4)	B5(3)					
				A2(3)			B2(3)	B2(3)						
东部	A4(5)	A4(5)	B4(6)	A4(7)	B4(6)	B4(8)	B4(6)	A1(6)	A1(7)	C3(7)	C2(10)	C2(10)	C3(11)	C2(10)
	A5(5)	B4(5)	A4(4)	A5(4)	A4(4)	A5(4)	A5(4)	B4(5)	C3(6)	A1(6)	C3(10)	C3(10)	C2(10)	C3(10)
	B4(5)	A3(4)	A5(4)	A3(3)	A5(4)	B3(4)	A4(3)	A4(4)	B1(5)	C2(5)	B1(3)	A1(9)	A1(6)	A1(9)
	A3(4)	A2(3)	B3(4)	B2(3)	B3(4)	B5(4)	B1(3)	C3(4)	A4(3)	B1(4)			B1(3)	
	B3(3)	A5(3)	B5(4)	B3(3)	A1(3)	A1(3)	B3(3)	A5(3)	B4(3)	B4(3)				
	B5(3)	B3(3)		B4(3)	A3(3)	A4(3)	C3(3)	B1(3)						
中部		B5(3)		B5(3)	B5(3)									
	B4(7)	B4(7)	B4(7)	B3(7)	B3(6)	B4(7)	B4(6)	B4(6)	B4(6)	B4(5)	C3(8)	C3(8)	C3(8)	A1(8)
	B3(6)	B3(6)	B3(6)	B4(7)	B4(7)	B3(6)	B3(5)	B3(5)	B1(4)	B1(4)	C2(6)	C2(5)	C2(7)	C2(7)
西部	B5(3)	B5(3)	B5(3)	B5(3)	B5(3)	B5(3)	B5(3)	B1(3)	B3(4)	B3(4)	B1(4)	A1(4)	A1(4)	C3(7)
										C3(4)	B4(4)			
	B4(9)	B4(10)	B4(9)	B4(10)	B4(10)	B4(9)	B1(9)	B1(8)	A1(8)	A1(7)	C3(11)	C3(12)	C3(12)	C3(12)
	B1(8)	B1(9)	B1(8)	B1(8)	B1(9)	B1(8)	B4(8)	B4(7)	B1(8)	B1(7)	C2(7)	C2(9)	C2(9)	C2(10)
	B5(7)	B5(7)	B5(7)	B5(6)	B5(5)	B5(5)	B5(5)	C3(5)	B4(6)	C3(7)	A1(4)	A1(8)	A1(8)	A1(9)
	A5(3)		A3(3)	A3(3)	A3(3)	A5(4)	A1(3)	A1(4)	C3(6)	B4(4)	B1(4)		C1(3)	
	B3(3)		B3(3)			A3(3)	A3(3)	B3(4)		C2(4)	B4(4)			
						B3(3)	C3(3)			A5(3)				

注:单元格内容表示指标代码(频次),如 B4(21)表示 B4 指标出现 21 次。

3 讨 论

3.1 各省份耦合协调度差异逐渐减少且呈缓慢上升趋势,但仍存在较大提升空间 2010—2023 年 31 个省份耦合协调度均呈现缓慢上升且差距逐步缩小的

发展趋势,只有青海明显低于其他省份,整体呈现“严重失调为主—轻度失调增多—初级协调为主”演变过程,但均未达到中级协调水平,表明三系统耦合协调水平仍有显著提升空间。可能有两个主要原因:一

是由于我国于 1979 年启动的医疗体制改革实践过度强化了市场化配置医疗资源,导致卫生投入滞后于经济发展、资源配置不合理与医疗服务效率偏低等问题长期存在^[8],这使得 2010 年我国各省份三者耦合协调水平都处于严重失调状态。二是新医改以来,各级医疗机构的补偿机制与管理与运营机制改革等配套政策陆续实施,有效促进了三者有序协调发展^[9];然而我国人口众多、人均收入水平低以及城乡、区域改革基础和动力差距较大等现实困难,决定了三者协调发展建设是一个长期、渐进过程^[10],这使得自 2011 年以来各省份耦合协调水平虽有明显改善但仍有待进一步提升。

3.2 关键障碍因子由归属于卫生经费投入系统和医疗资源配置系统演变为归属于医疗服务效率系统,呈现障碍度逐渐提升且数量逐渐减少趋势 首先,2010—2023 年全国和三个地区呈现卫生经费投入系统和医疗资源配置系统障碍度逐渐下降、医疗服务效率系统障碍度逐渐上升趋势。其次,关键障碍因子障碍度呈现逐渐提升且数量逐渐减少趋势,由人力资源不足、三级医院数量较低、政府支出占比较低与床均财政补助有限等归属于前二个系统的投入型指标,逐渐演变为医疗服务效率系统的门诊与住院费用偏高等效率型指标,长期存在的政府投入不足情况明显变好。上述结论可能有五个主要原因:一是新医改初期实践并未根本性缓解卫生投入不足与资源分配“倒三角”结构矛盾^[9],形成我国居民就医倾向首选三级医院现象,三级医院普遍超负荷运转,导致我国医疗服务供给与医疗需求失衡问题长期存在,使得我国长期处于卫生经费投入有限、医疗人力资源和三级医院数量相对不足的状态^[7],卫生投入不足和资源配置不合理问题没有明显改善。二是由于管理体制行政化、激励机制不合理等问题短期内难以解决,导致我国人力资源长期处于紧缺状态^[11],新医改以来公立医院不断深化改革,就业环境、职业前景、薪资待遇等问题逐步改善^[10],缓解了人员流失和后备人才转行现象。三是我国政府多年来坚持逐渐增加卫生事业投入总量,同时逐步放宽社会资本进入门槛以增加服务供给主体与规模^[12];这一系列改革缓解了卫生经费投入和医疗资源配置的阻力作用。四是我国城镇化建设、医保全覆盖政策改革等带来刚性且持续增长的医疗服务需求^[13],加剧了医疗费用增长。五是新医改以来我国人均年门诊次数长期低于同期经济合作与发展组织国家均值,但居民年住院率逐渐上升而同期经济合作与发展组织住院率呈下降趋势^[14],医疗服务利用结构失衡也加强了医疗费用攀升趋势,医疗费用相对过高成为当前我国医疗服务高质量发展的主要制约因素。

3.3 建议

首先,因地制宜补齐协调发展短板,持续提升各省份耦合协调水平。提升耦合协调发展水平关键在于通过定期评估各省份经费、资源和服务利用合理性,明确三者发展方向或失衡点,综合考虑各省份地理、人口、经济等因素,针对协调发展短板完善适配政策,补齐短板挖掘发展潜力,并构建政府、卫生部门、医疗机构、居民等多方共治格局,增强三者发展后劲^[9];此外,加强利用远程影像诊断、电子病历共享、远程会诊等信息技术提升偏远省份对口帮扶力度^[7],将有限的卫生经费和医疗资源配置到关键需求点,提升医疗服务质量和利用效率,持续推进三系统同步提升和均衡发展。

其次,优化医疗服务利用结构,多元缓解医疗费用的制约作用。一是明确各级机构实际资源需求量及服务利用情况,开展更多服务利用率高的诊疗项目,加强监管不合规诊疗行为^[14],控制不合理费用支出。二是加强区域医疗中心建设,推进各级机构人才培养和医疗服务同质化,以提升服务质量和医疗技术、健全全临床诊疗管理机制^[7],减少无效成本消耗。三是深化强基层制度建设,提升基层对常见病和多发病的预防、治疗能力,降低重大疾病发生风险^[9],减少不必要医疗支出。四是做好医保结构性改革、医联体建设、医疗服务价格与绩效管理制度改革等政策衔接和优化,系统性完善供需双方激励机制^[15],打破医院诊疗、社区康复与居家照护间壁垒,构建全生命周期的医疗服务体系,替代碎片化、重复性服务,进一步降低医疗费用。

最后,利用市场机制完善经费投入与利用机制,拓展政府投入不足破解路径。一是建立政府主导的多渠道经费投入体系,适当提高政府卫生投入占比的同时,利用市场机制优化社会资本筹资和捐赠环境,形成公益性保障和市场化效率的良性互动^[16],提高政府、社会、医疗机构等多主体经费供给能力,拓宽经费筹资来源。二是完善经费利用机制,利用人群健康结果精细化设计经费分配制度,合理调整投入优先级以缓解经费浪费和利用效率递减^[12],确保经费投入产出持续优化,从根本上破解政府投入不足问题。

本文由于统计数据限制纳入指标不够全面,在后续研究中期待尽可能兼顾科学与全面纳入更多指标,更加深入完善地研究。

利益冲突声明 本研究不存在任何利益冲突

参考文献

- [1] 杨泽华,丁强,陈曦,等. 供需匹配视角下我国医疗资源耦合协调关系研究[J]. 中国医院, 2024, 28(3): 29-32.
Yang ZH, Ding Q, Chen X, et al. Research on the coupling and

- coordination relationship of medical resources from the perspective of supply and demand matching in China [J]. Chinese Hospitals, 2024, 28(3): 29–32.(In Chinese)
- [2] 陈珂瑄,王永强,杨世兰,等. 我国医疗卫生资源配置与服务利用耦合协调关系分析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(7): 1255–1259, 1289.
- Chen KX, Wang YQ, Yang SL, et al. Analysis on the coupling and coordination relationship between medical and health resource allocation and service utilization in China [J]. Modern Preventive Medicine, 2024, 51(7): 1255–1259, 1289.(In Chinese)
- [3] 何刚,范艳存. 医疗资源配置、医疗服务能力与经济发展的耦合协调水平分析:基于 2018~2023 年内蒙古盟(市)级面板数据[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(7): 766–770, 805.
- He G, Fan YC. Coupling and coordination analysis of the medical resources allocation, medical service, and economic development based on the city panel data in Inner Mongolia from 2018 to 2023[J]. Chinese Health Service Management, 2025, 42(7): 766–770, 805.(In Chinese)
- [4] 冯静,柴培培,李岩,等. 2023 年我国地区卫生总费用核算结果与分析[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(2): 7–12.
- Feng J, Chai PP, Li Y, et al. Estimates and analysis of regional total health expenditure in China in 2023 [J]. Chinese Health Economics, 2025, 44(2): 7–12.(In Chinese)
- [5] 陈燕莹,吴睿,朱黎明,等. 知识溢出视角下的卫生资源配置空间聚集与卫生总费用影响因素研究 [J]. 中国卫生经济, 2022, 41(7): 47–49, 59.
- Chen YY, Wu R, Zhu LM, et al. Study on the influencing factors of the spatial agglomeration of health resources allocation and total health expenditure from the perspective of knowledge spillover[J]. Chinese Health Economics, 2022, 41(7): 47–49, 59.(In Chinese)
- [6] 孔凡懿,刘缘,刘佼磊,等. 我国医疗服务效率的时空演进趋势及影响因素[J]. 医学与社会, 2024, 37(10): 7–12.
- Kong FY, Liu Y, Liu JL, et al. Spatio-temporal Evolution Trend and Influencing Factors of Chinese Healthcare Service Efficiency [J]. Medicine and Society, 2024, 37(10): 7–12.(In Chinese)
- [7] 李丽清,邱诗雅,孙克. 创新扩散视角下优质医疗资源扩容影响因素的实证分析:以国家区域医疗中心为例[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(11): 39–44.
- Li LQ, Qiu SY, Sun K. Empirical analysis on the influencing factors of the expansion of High-Quality medical resources from the perspective of innovation diffusion: taking an National regional medical center as example [J]. Chinese Health Economics, 2025, 44(11): 39–44.(In Chinese)
- [8] 赵云,潘小炎. 基本价值的偏失与供需体制的失衡——旧医改的教训与新医改的启示[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(6): 392–393, 404.
- Zhao Y, Pan XY. Discussing the deviation of fundamental value and unbalance of supply and demand system enlightened from the reform of medical and health care system [J]. Chinese Health Service Management, 2010, 27(6): 392–393, 404.(In Chinese)
- [9] 李立清,喻明,丁海峰. 基于 "IAD+4E" 框架的中国新医改制度分析与理论探讨——以三明医改为典型案例的实证考察[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(12): 1321–1327.
- Li LQ, Yu M, Ding HF. Institutional analysis and theoretical discussion of China's new medical reform based on the "IAD+4E" framework sampled with a typical case of sanming medicine reform [J]. Chinese Health Service Management, 2024, 41(12): 1321–1327.(In Chinese)
- [10] 陈明波,梁沛枫. 高质量发展背景下公立医院综合改革路径探索[J]. 中国医院, 2025, 29(9): 23–26.
- Chen MB, Liang PF. Exploration of comprehensive reform path of public hospitals in the context of high-quality development [J]. Chinese Hospitals, 2025, 29(9): 23–26.(In Chinese)
- [11] 顾昕,惠文. 遏制“看病难”:医疗人力资源开发的治理变革[J]. 学习与探索, 2023(2): 130–141.
- Gu X, Hui W. Difficulty in seeking medical treatment': governance reform in the development of medical human resources [J]. Study & Exploration, 2023(2): 130–141.(In Chinese)
- [12] 戴萌娜,袁燕,尹文强,等. 新医改后我国卫生费用筹资现状及趋势预测分析[J]. 中国卫生统计, 2022, 39(5): 642–646.
- Dai MN, Xi Y, Yin WQ, et al. Analysis on the current situation and trend of health expenditure financing in China after the new medical reform [J]. Chinese Journal of Health Statistics, 2022, 39(5): 642–646.(In Chinese)
- [13] 贾慧萍,杜瑶, Coyte P, 等. 医保全民覆盖背景下居民医疗费用的影响因素分析——基于 2005—2014 年省际面板数据分析[J]. 湖南农业大学学报:社会科学版, 2019, 20(2): 76–83.
- Jia HP, Du Y, Coyte P, et al. Impact analysis on residents' medical expenses under the background of the Universal coverage of medical insurance: Based on the provincial panel data during 2005–2014[J]. Journal of Hunan Agricultural University (Social Sciences), 2019, 20(2): 76–83.(In Chinese)
- [14] 姚强,张晓丹,焦月芳,等. 我国过度医疗的主要表征、生成机制及治理策略分析[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(7): 61–69.
- Yao Q, Zhang XD, Jiao YF, et al. The characteristics, mechanisms and governance of overmedicalization in China[J]. Chinese Journal of Health Policy, 2025, 18(7): 61–69.(In Chinese)
- [15] 涂怡欣,郁建兴. 县域医共体改革:构建整合型医疗卫生服务体系的中国方案[J]. 治理研究, 2025, 41(1): 81–90, 59.
- Tu YX, Yu JX. County medical community reform: a Chinese solution for building an integrated medical and health service system [J]. Governance Studies, 2025, 41(1): 81–90, 59.(In Chinese)
- [16] 王清波,傅虹桥. 中国卫生筹资转型的主要特征与历史沿革[J]. 北京大学学报:医学版, 2024, 56(3): 462–470.
- Wang QB, Fu HQ. Main characteristics and historical evolution of China's health financing transition [J]. Journal of Peking University (Health Sciences), 2024, 56(3): 462–470.(In Chinese)

收稿日期: 2025–12–14