

# 县域医疗卫生资源:评估、功能定位及优化路径

王哲\* 范宪伟 关博 顾严

中国宏观经济研究院社会发展研究所 北京 100038

**【摘要】**目的:基于对当前县域医疗卫生资源现状评估,研究当前和未来时期我国县域医疗卫生资源优化路径和对策。方法:采用统计年鉴和研究报告数据进行描述性统计和文献梳理。结果:近年来我国县域医疗卫生资源日益丰富,但资源布局不均衡、服务能力不高和体制机制不灵活等问题仍广泛存在。结论:当前和未来一段时期,应逐步摒弃“追大求全”惯性思维,根据县域人口规模、行政区划、地理区位、交通通达性等特点,差异化确定县域、县本级和县以下卫生功能定位和不同类型县域卫生资源发展重点,更好服务县域群众卫生健康需求。

**【关键词】**卫生资源; 县域; 资源评估; 功能定位

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2021.09.010

## A study on assessment, functional orientation and optimization path of medical and health resources at county level

WANG Zhe, FAN Xian-wei, GUAN Bo, GU Yan

Institute of Social Development, Chinese Academy of Macroeconomic Research, Beijing 100038, China

**【Abstract】** Objectives: To study the optimization path and countermeasures of China's county-level medical and health resources for the current and future periods based on the assessment of status quo of such resources. Methods: Descriptive statistics and literature review were carried out on the basis of statistical yearbooks and research reports. Results: In recent years, county-level medical and health resources in China have become increasingly abundant, but problems such as imbalance in resource distribution, low service quality, and low institutional flexibility still exist extensively. Conclusions: At present and in a near future, efforts should be made to abandon the inertial thinking of "pursuing larger size and all-embracing functions" step by step, differentiate the orientation of health functions in county regions, at county level and below county level as well as the development priorities of health resources in different types of county regions in accordance with such characteristics as county population size, administrative division, geographical location and traffic accessibility, so as to better meet the health needs of the mass in county regions.

**【Key words】** Health resources; County regions; Resources assessment; Functional orientation

县域是最基本的综合行政单元,集聚着全国户籍人口近3/4,连接都市圈、城市群和乡村。县域医疗卫生服务体系对满足县城和乡村居民不断释放的医疗卫生服务需求,落实分级诊疗制度,推动实现“大病不出县”发挥着关键性作用。<sup>[1]</sup>2021年政府工作报告指出:“提升县级医疗服务能力,加快建设分级诊疗体系”。当前和未来一段时期,必须着力优化县域医疗卫生资源配置,提升县域医疗卫生服务能力,更好支撑以县城为重要载体的新型城镇化建设。

既有关于地方医疗卫生资源的研究主要关注省和地市层面,专门分析县域医疗卫生资源的研究明显较少,主要涉及两方面内容。一是县域医疗卫生资源配置的横向均等性研究。研究发现,当前我国县域卫生资源存在区域不均衡问题,表现为床位密度、卫生技术人员密度等配置不均,部分县域存在较大资源缺口。例如,有学者使用2011年全国2082个县的数据,计算了县域千人口医疗卫生机构床位数的基尼系数,分析发现我国千人口床位数的县域

\* 基金项目:中国宏观经济研究院2020年度重点课题(A2020061012)

作者简介:王哲(1989年—),男,博士,助理研究员,主要研究方向为医疗卫生政策。E-mail:wangzhe8976@163.com

差异较大,尤其是西部地区。<sup>[2]</sup>有学者基于四川省 2010—2017 年 181 个县市医疗机构床位、卫生技术人员和卫生支出数据,发现四川省县域卫生资源存在较为突出的配置不均等现象,而群众诊疗服务需求、地方经济发展水平等因素显著影响县域卫生资源配置水平。<sup>[3]</sup>二是县域医疗卫生资源配置效率研究。研究发现,由于卫生资源配置过程中的“一刀切”,我国部分县域医疗卫生资源配置效率相对不足,医疗资源投入—产出较低。如有学者采用数据包络分析法(DEA)对 2013—2017 年甘肃 23 个县(区)卫生资源投入产出数据进行分析后发现,23 个县卫生资源配置效率存在较大差异,资源不足与资源浪费并存,有 5 个县配置效率处于无效状态。<sup>[4]</sup>有学者对 2012—2014 年湖北省 64 个县的医疗卫生资源数据进行分析后发现,湖北省各县医疗卫生资源配置的效率总体较低,且有进一步下滑的趋势,而各县医疗卫生资源配置的规模效率要明显优于纯技术效率。<sup>[5]</sup>此外,基于安徽省 12 家县级公立医院的研究也得到了类似的结论。<sup>[6]</sup>

与既有文献相比,本研究使用全国县级数据对 2015—2019 年县域医疗卫生资源的现状进行深入评估,不仅更为全面系统,也展现了“十三五”以来的最新情况。在此基础上,立足不同县域在行政区划、地理区位、人口经济等方面的现实差异,分类提炼县域医疗卫生功能定位和发展重点,进而提出有关政策建议,以期完善当前和未来我国县域医疗卫生资源提供借鉴。

## 1 我国县域医疗卫生资源现状评估

### 1.1 资料来源

相关资料数据主要来源于 2016—2020 年《中国

卫生健康统计年鉴》<sup>①</sup>、2016—2020 年《中国县域统计年鉴》(县市卷)等。

根据我国医疗卫生资源有关界定和统计口径,结合既有研究文献<sup>[3]</sup>,本研究选取每千人口医疗卫生机构床位数、每千人口卫生技术人员数、每千人口执业(助理)医师数、每千人口注册护士数等作为评估县级医疗卫生资源的代表性指标。其中,《中国卫生健康统计年鉴》有关统计中区分了城市和农村两个范畴,城市包括直辖市、地级市辖区,农村则包括县和县级市。因此,可以将“农村”范畴确定为县域。据此,可以得到全国和各省份的县域医疗卫生资源统计数据。《中国县域统计年鉴》则提供了全国各县(包含县、县级市,不含市辖区)户籍人口、医疗卫生机构床位数等数据,可据此计算各县平均医疗卫生机构床位数和各县每千名户籍人口医疗卫生机构床位数。

### 1.2 我国县域医疗卫生资源规模评估

2015 年以来,我国县域每千人口医疗卫生机构床位数、每千人口卫生技术人员数、每千人口执业(助理)医师数和每千人口注册护士数均持续增加且增速超过全国平均水平,分别由 2015 年的 3.71、3.90、1.55 和 1.39 升至 2019 年的 4.81、4.96、1.96 和 1.99,占全国平均水平的比重分别由 2015 年的 72.6%、66.8%、69.8% 和 58.6% 升至 2019 年的 76.3%、68.3%、70.8% 和 62.6% (表 1)。其中,县域每千人口医疗卫生机构床位数和每千人口注册护士数增速相对更快,而执业(助理)医师数量增速则相对缓慢。综合判断,“十三五”时期,我国县域医疗卫生资源总量呈快速增长趋势,县域医疗卫生资源规模同全国平均水平差距有所缩小。

表 1 2015—2019 年县域医疗卫生资源规模指标变化情况

年份	每千人口医疗卫生机构床位数(张)	占全国平均值比重(%)	每千人口卫生技术人员数(人)	占全国平均值比重(%)	每千人口执业(助理)医师数(人)	占全国平均值比重(%)	每千人口注册护士数(人)	占全国平均值比重(%)
2015	3.71	72.6	3.90	66.8	1.55	69.8	1.39	58.6
2016	3.91	72.8	4.08	66.7	1.61	69.7	1.50	59.1
2017	4.19	73.3	4.28	66.2	1.68	68.9	1.62	59.1
2018	4.56	75.6	4.63	67.8	1.82	70.3	1.8	61.2
2019	4.81	76.3	4.96	68.3	1.96	70.8	1.99	62.6

① 《中国卫生健康统计年鉴》在 2016—2017 年名为《中国卫生和计划生育统计年鉴》,2018 年后为《中国卫生健康统计年鉴》,为行文方便,下文均称《中国卫生健康统计年鉴》。

### 1.3 县域医疗卫生资源区域分布评估

受区域经济发展水平、政府财力、地方重视程度等因素影响<sup>[7]</sup>,我国县域医疗卫生资源存在明显的区域不平衡问题。<sup>[8]</sup>对于不平等问题的度量,理论界一般使用标准差、基尼系数、泰尔指数、最高四分位值/最低四分位值(高低四分位值之比)等指标方法来测度。<sup>[9]</sup>采用上述方法,本研究对2015—2019年各县域每千人口医疗卫生机构床位数不平等情况进行了测算(表2)。结果发现,2019年,我国县域间每千人口医疗卫生机构床位数的基尼系数为0.197,泰尔指数为0.075。值得一提的是,尽管2015—2019年县域间每千人口机构床位数的基尼系数和泰尔指数有所降低,但标准差和高低四分位值之比呈拉大趋势。2015年,每千人口床位数最高25%分位点的县与最低25%分位点的县床位差距之比为1.588,到2019年,这一差距扩大至1.741。2019年,每千人口机构床位数全国最低的县与居前列的县,其床位数差距超过了20倍。

县域间每千人口床位数的差异,一方面是由省域内因素造成的,另一方面也与省份间的系统性差异密不可分。以各省份为分组依据,使用泰尔指数分解法将县域间差异分解为组内(省域内)差异和组间(省际间)差异<sup>[10]</sup>,识别县域间每千人口床位数差异的来源。结果显示,2015—2019年县域每千人口医疗卫生机构床位数的省际间差异在0.011上下波动,而省域内差异则逐渐降低,到2019年达到0.064,省域内差异远大于省际间差异(表2)。2019年,县域千人口床位数的省域内差异可以解释总差异值的85.3%,省际间差异可以解释14.7%。

表2 县域每千人口床位数横向不均衡情况

年份	标准差	高低四分位值之比	基尼系数	泰尔指数	泰尔指数(省际间)	泰尔指数(省域内)
2015	1.882	1.588	0.219	0.091	0.011	0.080
2016	2.101	1.578	0.215	0.091	0.013	0.078
2017	1.819	1.692	0.208	0.077	0.010	0.067
2018	2.038	1.729	0.200	0.076	0.011	0.065
2019	2.160	1.741	0.197	0.075	0.011	0.064

为了更加深入的分析县域医疗卫生资源在各省(区)内分布情况,本研究对各省(区)县域每千人口医疗卫生机构床位数、每千人口卫生技术人员数、每千人口执业(助理)医师数和每千人口注册护士数4项指标及与省内城市平均水平(不含北京、

天津和上海)进行了对比分析(表3)。结果发现,县域医疗卫生资源在不同省(区)内存在着较大的差异性,以千人口床位数为例,县域/城市比最低的海南省仅为33.0%,而最高的西藏则为82.7%。为了更加清晰展示各省结果,本研究按照县域每千人口医疗卫生机构床位数的县域/城市比值和县域每千人口卫生技术人员数的县域/城市比值各占50%的权重,建立了省内医疗卫生资源城乡不平等指数(表3)。可以看出,海南、河南、山西、黑龙江、内蒙古分列不平等指数从高到低排序前五位。在这些省份,县域床位、卫生技术人员等医疗卫生资源与城市(直辖市辖区、市辖区)相比差距较大,表明在这些省份医疗服务资源出现了过度集聚于城市的不均等现象。

### 1.4 县域医疗卫生发展问题评估

县域医疗卫生资源发展不仅存在不充分和不平衡的问题,其现有的存量功能发挥也受到诸多体制机制障碍限制。一是县级医院等级规模与区域行政级别完全对等的安排有欠科学。一些地方简单按照行政级别确定县医院的等级和规模<sup>[11]</sup>,没有将当地经济社会发展水平、人口状况、交通条件等因素纳入考量,导致部分发达县市和人口大县医疗卫生资源供需失衡<sup>[12]</sup>。二是县域医共体与城市医联体融合衔接不畅。部分县级医院作为县域医疗卫生服务体系龙头,囿于自身思维局限和实际利益,更愿意向下整合基层医疗机构,向上参与城市医联体的积极性不高,城市高等级医院与县级医院之间的竞争性仍然强于合作性,争抢患者现象时有发生,对口帮扶流于形式。<sup>[13]</sup>三是县域医疗服务与公共卫生服务相互割裂。由于县域公共卫生机构在经费投入、激励约束、人才建设等方面存在较大短板,加之传统上“重治轻防”观念,医疗机构几乎垄断了县域卫生领域话语权,县域医疗机构与公共卫生机构之间缺乏协同互动,防治分离现象较为普遍。<sup>[14]</sup>四是县域医疗卫生人员队伍建设滞后。多数县级医院面临着编制不足、薪酬水平有限、劳动强度较大、职业上升空间有限等问题,不仅无法吸引优秀高校毕业生来院工作,还时常面临优秀人才批量流失的情况,很多县级医院已经出现了人才队伍老化甚至断层的现象。<sup>[15]</sup>基层医疗卫生队伍建设也面临严峻挑战,乡镇卫生院、村卫生室招不到人、留不住人现象仍然较为普遍。

表 3 2019 年县域卫生资源指标及城乡对比情况

	每千人口医疗 卫生机构 床位数(张)	县域/城市比 (%)	每千人口 卫生技术 人员数(人)	县域/城市比 (%)	每千人口 执业(助理) 医师数(人)	县域/城市比 (%)	每千人口 注册护士数 (人)	县域/城市比 (%)	省内城乡 不平等指数
海南	3.45	33.0	4.5	30.8	1.6	31.4	2.0	27.4	0.68
河南	4.24	38.5	4.0	31.5	1.6	35.6	1.5	24.2	0.65
山西	4.34	40.0	4.5	31.3	2.0	36.4	1.6	23.5	0.64
黑龙江	4.42	34.6	4.5	41.7	1.9	47.5	1.5	30.0	0.62
内蒙古	4.76	41.8	5.6	38.9	2.4	44.4	2.0	30.3	0.60
辽宁	4.93	47.7	4.0	36.0	1.7	39.5	1.6	30.8	0.58
湖南	5.44	43.0	5.3	40.8	2.1	45.7	2.4	36.4	0.58
广东	3.58	49.3	4.4	38.9	1.6	39.0	1.8	34.6	0.56
青海	5.24	49.7	5.4	40.6	2.1	46.7	1.7	27.0	0.55
吉林	4.71	44.7	5.3	46.5	2.3	48.9	2.1	40.4	0.54
重庆	4.64	52.8	3.6	38.7	1.5	45.5	1.4	30.4	0.54
安徽	3.69	49.6	3.6	43.4	1.5	51.7	1.5	36.6	0.54
云南	5.62	54.0	5.6	40.6	1.8	36.7	2.5	36.8	0.53
福建	4.06	56.2	4.6	42.6	1.7	41.5	1.9	38.0	0.51
宁夏	4.14	52.2	5.2	46.8	2.0	48.8	2.0	38.5	0.50
江西	4.32	55.0	4.0	44.9	1.5	50.0	1.6	36.4	0.50
甘肃	5.35	58.9	4.8	47.1	1.8	52.9	1.9	38.0	0.47
广西	3.99	60.4	4.3	45.7	1.4	43.8	1.8	40.0	0.47
湖北	5.28	58.7	5.0	49.0	1.9	52.8	2.1	41.2	0.46
贵州	4.91	60.2	4.6	48.9	1.5	45.5	2.0	43.5	0.45
山东	4.92	59.7	5.6	50.5	2.4	55.8	2.3	44.2	0.45
新疆	7.27	62.1	6.8	49.3	2.4	45.3	2.8	45.2	0.44
浙江	5.24	58.2	7.9	59.8	3.2	64.0	3.1	53.4	0.41
江苏	5.11	61.6	6.2	60.2	2.7	69.2	2.5	51.0	0.39
四川	6.03	70.1	5.0	52.6	1.9	55.9	2.1	44.7	0.39
陕西	5.39	67.0	6.9	62.7	2.0	55.6	2.6	50.0	0.35
河北	4.74	70.4	5.0	59.5	2.6	74.3	1.6	42.1	0.35
西藏	3.78	82.7	4.5	77.6	2.0	76.9	0.9	42.9	0.20

## 2 分类确定县域医疗卫生功能定位,助推县域医疗卫生资源差异化发展

我国幅员辽阔,县区分布广泛,县域单元经济地理差异较大。从地理区位来看,有的县毗邻大城市或地级市的主城区,有的位于都市圈、城市群的节点位置,有的处于相对边远的山区、民族地区、边境地区。从县域人口规模和人口密度看,既有总人口不到 1 万人的县,也有总人口超过 200 万人的县;既有人口密度低于 1 人/平方公里的县,也有人口密度高于 1 500 人/平方公里的县。从经济发展情况看,既有地区生产总值超过 4 000 亿元的县市,也有地区生

产总值不足 4 亿元的县。县域在地理区位、行政区划、人口规模、经济发展等方面的差异,决定了不同县域医疗卫生发展方向上应有所侧重。

### 2.1 进一步明确县域卫生的功能定位

县域医疗卫生服务体系是我国基层医疗和公共卫生功能的基本承载,也是专科服务和新发传染病防治的重要阵地。鉴于各地人口规模、年龄结构、财政状况近年来的新变化,在县域卫生服务体系建设上,应逐步改变过去“追大求全”的做法,采取更富效率、更有针对性的发展策略,更紧密围绕城乡居民从“病有所医”到“病有优医”的服务需求转变,结合积极应对人口老龄化、疾病谱变化、公共卫生风险

等因素,明晰县域卫生功能定位:在县以下层面,着力形成覆盖全民的健康管理平台;在县本级层面,积极培育相对优质的专科诊疗龙头;同时在县市全域努力构建整合协作的新发传染病立体防控网络。

### 2.1.1 形成覆盖全民的基层健康管理平台

县级以下基层医疗机构是居民日常医疗服务的主要提供方,占总服务能力的70%左右。伴随着人口老龄化进程和疾病谱变化,慢性病日益成为主要健康风险因素。<sup>[16]</sup>应该重点增强基层医疗机构健康管理能力,切实为儿童、妇女、老年人和慢性病患者等重点人群提供有针对性、个性化和可获得的妇幼保健、基础疾病管理、医养结合、安宁疗护等服务,完善涵盖治疗—康复—长期护理—日常健康管理的服务链。依托全民覆盖的服务网络,加快健康管理渗透,消除不利于健康的环境和生活因素,减少非必需的过度医疗活动,有效利用基层有限资源达到最大的居民健康产出效果。

### 2.1.2 培育相对优质的专科诊疗龙头

县本级机构转向瞄准县域内常见、多发的专科疾病,依托优质资源下沉、县域自身技术和业务条件的提升,显著增强县本级机构的专业水平,使县级医疗机构具备常见病、多发病的专科终端诊疗能力。通过医联体、医共体等均衡化配置方式,带动县域内资源有效整合、功能拓展和同质辐射,逐步解决县以下相对优质的基本医疗服务可及性问题,真正实现“大病不出县”的目标。对于明显超出县域医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病,则应有序分流上移至上级医疗机构。

### 2.1.3 构建整合协作的新发传染病立体防控网络

县域在新发传染病防治方面具有明显的风险分散和关口前移优势。建议通过县域内各层级机构协同配合,深化医疗和公共卫生有机融合发展,形成覆盖县(市)、乡镇(街道)、村(社区)的新发传染病疫情多层次防控网络。依托县级机构的专业能力,形成对新发传染病风险更加广泛的哨点监测网格,为及早干预救治创造有利条件,进而提升医疗卫生服务体系对突发公共卫生风险的应对能力。

## 2.2 推动县域医疗卫生资源差异化发展

在优化县域医疗卫生资源布局中,应充分考虑县域在实有医疗卫生资源和可利用外部资源方面不

平衡的现实情况,在财政性投入趋紧的情况下,根据各县域人口规模、区域面积、交通通达性、经济发展情况等,采取差异化发展策略,有针对性选择扩规模、提质量、促融合、强衔接、塑全能等主攻方向。

### 2.2.1 对于卫生资源还有较大缺口的县域,重在“扩规模”

实有医疗卫生机构床位、卫生技术人员明显不足的县市,应根据县域内实有人口、诊疗人次和周边县区卫生资源配置情况,加快扩大医疗卫生资源规模至必要水平。确保每个县市均至少有1家二级甲等水平综合性医院,人口超过100万人的大县配置三级综合性医院,逐步缩小县域间每千人口床位数、每千人口执业(助理)医师人数、每千人口注册护士数等关键资源指标的差距。

### 2.2.2 对于床位和人员相对充沛,但功能发挥不充分的县域,重在“提质量”

通过外引内联,促进优质资源更加充分下沉和医疗资源合理配置,提高县域机构医疗水准和业务能力,基本满足各类非疑难疾病就医和急危重症患者抢救的需求。同时,深化县域公立医院综合改革,推进现代医院管理制度建设,在医疗服务价格制定、公立医院薪酬制度和人员编制制度等方面探索更多突破,提升存量医疗卫生资源的服务能力和实绩。

### 2.2.3 对于国家医学中心和区域医疗中心所在地的县域,重在“促融合”

考虑到随着交通便利性和分级诊疗制度深入实施,居民可以依托高水平机构就近满足专科疾病诊疗需求的现实条件,县域卫生资源应与上级医疗机构形成更加紧密的分工协作机制。县以下基层医疗机构着重强化居民慢病、常见病健康管理,县本级机构推动转型为上级医院的分院、院区或医联体协作机构,承接专科初诊、术后康复和重症稳定期患者管理等非紧急、非危重服务。这样既可以充分调动县域闲置资源,也能够进一步提升国家医学中心、区域医疗中心的资源集聚辐射效益,有力支撑高质量医疗服务更加充分地共建共享。

### 2.2.4 对于非医学中心省会城市和一般地级市所属的县域,重在“强衔接”

进一步打通与本市、本省和周边省市高等级医院的合作的障碍,在保持一定的县域医疗卫生能力

的基础上,依托医疗集团、专科联盟等协作方式,进一步畅通向上向下转诊通道和跨区域合作机制。通过明确机构间功能定位,优化医保支付制度,合理保障不同层级医疗机构的收入,逐步消除医疗机构间过度竞争和上级医疗机构过度抢占资源现象。

### 2.2.5 对于脱贫县、边境县、民族县、“三区三州”县等特殊县域,重在“塑全能”

由于受地理通达性、基金支付能力等因素影响,特殊地区县域的绝大多数居民要在属地解决近乎全部医疗卫生需要。这就要求在推动基础服务网络均衡覆盖的同时,做大做强县本级机构,形成县域内全科室、全门类的服务供给。同时还应加强巡回医疗能力建设,使县本级医疗服务资源能够充分辐射配送至县内各个乡镇,满足特殊群体优质医疗服务需求。

## 3 优化县域医疗卫生资源的政策建议

县域医疗卫生服务体系对于满足县域内居民卫生健康服务需求,落实分级诊疗制度,推动实现“大病不出县”发挥着关键性作用。随着新型城镇化的深入推进,乡村产业和人口持续向城镇集聚,我国县域常住人口城镇化率不断提高,县城作为新型城镇化重要载体的作用将进一步发挥。切实提升县城承载力和吸引力,更好适应进城工作、定居、落户人群不断释放的医疗卫生服务需求,需要围绕县域医疗卫生功能定位,针对性推动县域医疗卫生资源差异化发展,不断增加县域医疗卫生资源供给,提升县域医疗卫生服务能力和服务质量。

### 3.1 加大县域医疗卫生投入力度,优化基本医疗卫生资源配置

实施县域卫生补短板专项行动,充分发挥中央预算内投资的引领作用,通过投资带动县域医疗卫生服务能力提升和长效机制建设。坚持分类施策,有针对性地确定扩规模、提质量、促融合、强衔接、塑全能等不同县域的主攻方向,重点加大对卫生资源存在较大缺口的县域和脱贫县、边境县、民族县、“三区三州”县等特殊县域财政资金补助力度,增加基本建设、设备购置、人员薪酬、重点学科等方面经费保障水平,补齐重点县域医疗卫生资源短板。推广临床医师“县管乡用”轮换派遣制度,通过将派遣医师待遇经费纳入县级财政预算,实行晋升职称、提任职

务、评优评先“三优先”政策等方式,缓解基层医疗卫生服务“人才荒”。全面开展社区医院建设工程,优化全科医生和乡村医生队伍,做实家庭医生签约服务,促进县域基层医疗卫生服务能力扩容提质。

### 3.2 继续实施县级医院能力提升工程,推动医共体与医联体建设工作相协调

研究制定全面提升县级医院综合能力工作方案,提升县级医院能力建设的持续性和长效性,进一步增强已达到三级医院和三级中医医院服务能力要求的 500 家县医院和县中医医院服务能力和服务质量,力争“十四五”时期县医院、县中医医院医疗服务能力基本标准实现全覆盖,基本符合县医院医疗服务能力推荐标准的县医院达到 1 000 家,新增 500 个县级医院(含中医院)达到三级医院设施条件和服务能力。协调推进县域医共体建设与城市医联体建设,借鉴福建省三明市、浙江省县域医共体建设有关经验,加快推进城市医联体由松散型向紧密型转变,全面推进城市医院优质资源下沉,更好发挥城市高等级医院对县级医院的长效带动机制,带动县级医院诊疗服务能力提升,助力分级诊疗制度建设。

### 3.3 深化县域公立医院综合改革,加快建立现代医院管理制度

优化调整县域公立医院编制管理制度,探索实行县级公立医院员额备案制管理和动态调整机制,改变公立医院人员编制的审批制管理为控制总量备案管理,对新聘用人员纳入员额备案管理,根据医疗机构设置规划和公立医院工作任务变化情况及时动态调整医院总员额。创新人才招聘激励政策,围绕县域内公立医院紧缺专业和紧缺人才目录,对引进紧缺人才和高层次人才实行优惠政策,增强县域公立医院吸引力。优化县级公立医院薪酬制度,通过落实经费财政补助、调整医疗服务价格、规范县级医院诊疗收费管理等方式,拓宽县级医院薪酬制度改革经费渠道,合理增加县级医院薪酬总量,增强县级医务人员工作积极性和稳定性。持续开展县级公立医院绩效考核工作,强化绩效考核指标导向作用和绩效考核结果运用,逐步提升绩效考核结果在财政拨款、等级评审、学科和区域医疗中心建设等领域的权重。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 谷佳伟, 张翔, 张祖仪, 等. 基于耗散结构理论的县域医疗服务体系发展特征及优化路径研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(8): 10-14.
- [2] Pan J, Shallcross D. Geographic distribution of hospital beds throughout China: A county-level econometric analysis[J]. International journal for equity in health, 2016, 15(1): 1-8.
- [3] Ding L, Zhang N, Mao Y. Addressing the maldistribution of health resources in Sichuan Province, China: A county-level analysis[J]. PloS one, 2021, 16(4): e0250526.
- [4] 王志灵, 姚进文, 路杰, 等. 甘肃省23个特困县(区)卫生资源配置效率研究[J]. 卫生软科学, 2018(11): 29-34.
- [5] 李京, 杨帆, 毛宗福. 湖北省县级医疗卫生资源配置公平与效率分析[J]. 统计与决策, 2017(13): 114-117.
- [6] Li N, Wang C, Ni H, et al. Efficiency and productivity of county-level public hospitals based on the data envelopment analysis model and Malmquist index in Anhui, China[J]. Chinese medical journal, 2017, 130(23): 2836-2843.
- [7] 张茅. 县域医疗卫生改革发展的探索与实践[J]. 管理世界, 2011(2): 1-4, 48.
- [8] 刘钟明, 胡伟, 杨耀光, 等. 浙江省县及县以上医疗机构资源配置分析[J]. 卫生经济研究, 2008(9): 26-28.
- [9] 弗兰克·A. 考威尔. 不平等测度[M]. 上海: 格致出版社、上海三联书店、上海人民出版社, 2019.
- [10] Liu W, Liu Y, Twum P, et al. National equity of health resource allocation in China: data from 2009 to 2013[J]. International journal for equity in health, 2016, 15(1): 1-8.
- [11] 魏后凯. 中国城市行政等级与规模增长[J]. 城市与环境研究, 2014(1): 4-17.
- [12] 袁锦贵. 我国公共服务资源的行政区层级配置空间格局及影响机制研究:以文化、教育、医疗为中心[D]. 上海: 华东师范大学, 2019.
- [13] 崔兆涵, 王虎峰. 整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 1-7.
- [14] 王俊, 朱静敏, 王雪瑶. 公共卫生体系与医疗服务、医疗保障体系的融合协同:理论机制与案例分析[J]. 中国科学基金, 2020(6): 703-711.
- [15] 代涛, 郑英, 甘戈, 等. 全国县级公立医院综合改革第一批示范县改革进展研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 1-10.
- [16] 余央央, 封进. 我国老年健康的动态变化及对健康老龄化的含义[J]. 世界经济文汇, 2017(3): 1-16.

[收稿日期:2021-08-24 修回日期:2021-09-14]

(编辑 赵晓娟)