



# 不同级别医院就诊量与费用变化趋势分析

秦才欣<sup>1,2</sup>, 田蓝岚<sup>1,2</sup>, 金圣珙<sup>1,2</sup>, 钱东福<sup>1,2,3</sup>

1. 南京医科大学医政学院, 2. 健康江苏研究院, 3. 全球健康中心, 江苏 南京 211166

**摘要:**选取2010年以来我国各级医院的服务量及次(人)均医疗费用的相关数据,采用描述性分析方法比较服务利用及次(人)均医疗费用的变化趋势,为完善分级诊疗制度和减轻民众就医负担提出政策建议。结果显示,无论是在门诊还是住院服务利用上,我国医疗服务利用量都有了极大的提高,但居民医疗需求过度向三级医院集中,降低了总体的医院医疗服务利用率,且次(人)均医疗费用增速较快,加重了居民就诊的经济负担。为解决“看病难、看病贵”的问题,建议针对服务定位快速强化二级以下医院门诊服务能力、创新机制措施引导住院服务流向合理化,以保证医疗服务质量为前提探索精细化控费模式。

**关键词:**医疗费用;医疗服务利用;医院

**中图分类号:**R197.3

**文献标志码:**A

**文章编号:**1671-0479(2021)05-474-004

**doi:**10.7655/NYDXBSS20210512

我国卫生管理制度中的医院分级管理制度,将不同的医院按照功能划分、服务定位界定为一级、二级、三级,目的在于完善卫生服务体系,提高医疗服务利用水平,助力于解决“看病难、看病贵”的沉疴。这也符合我国一直以来基于“问题导向”的医改模式。2009年至今,新一轮医改实施了10年有余,其服务利用情况值得我们关注与探讨。2015年,国务院印发了《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》,把“控制医疗费用的不合理增长”作为基本目标之一,并对试点城市公立医院药占比提出了具体要求;同年10月,《关于印发控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见的通知》对降低门诊患者次均医药费用、住院患者人均医药费用的增幅作出明确要求。并于次年再次发布《关于尽快确定医疗费用增长幅度的通知》,要求各类别医院因地制宜制定控费目标。自2015年起,医疗控费一直是我国医改的重点关注问题。本研究通过对全国不同级别医院的门诊及住院服务量、人均门诊费用、次均住院费用等的变化趋势进行分析,探究我国医疗服务利用情况,并以2015年为界探究医疗费用控制的情况,分析医改十年我国各级医院服务供给水平及居民医疗费用负担情况,以期为进一步完

善分级诊疗和减轻民众就医负担提出参考意见。

## 一、资料和方法

### (一)资料来源

医疗服务利用量和人均卫生费用相关数据来源于《2016中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2020中国卫生健康统计年鉴》,具体指标包括各级医院门诊人次数、住院人次数、门诊患者次均医药费用和住院患者人均医药费用。居民人均可支配收入数据来自《2020中国统计年鉴》。

### (二)统计方法

通过Excel 2019对原始数据进行双轨录入,通过描述性统计方法对数据进行分析处理,计算其年增长率,并将医疗费用和人均可支配收入分别按照医药保健价格指数和人均可支配收入指数调整为2010年水平。

## 二、结果

### (一)各级医院门诊与住院人次的对比分析

随着经济水平发展和医保制度的完善,我国居民的就医需求不断得到释放。从医院服务量来看,2010—2019年,我国医院总门诊人次数增加了0.98

**基金项目:**国家社会科学基金重点项目“基本医疗服务治理体系研究”(20AZD081)

**收稿日期:**2021-05-21

**作者简介:**秦才欣(1997—),女,安徽马鞍山人,硕士研究生在读,研究方向为卫生政策与管理;钱东福(1973—),男,山东临沂人,博士,教授,研究方向为健康政策、医院管理与基层卫生,通信作者,dongfu016@126.com。

倍,总住院人次数增加了1.31倍,且均在新医改之后于2012年达到增长高峰期(表1)。各级医院服务人次数均有较快增长,其中,三级医院的涨幅最大、增速最快,门诊人次数和住院人次数的年均增速分别达到了11.69%和14.51%。从各级医院服务量的构成情况来看,居民就诊趋向三级医院的情况越发明显。在新一轮医改后,不管是门诊还是住院,我国三级医院的服务量构成比皆呈升高趋势,而二级医院的服务量构成比则呈降低趋势,分别于2012年和2016年,在门诊和住院服务量构成比上,我国三

级医院和二级医院完成了比例逆转(图1、2)。至此,在医疗服务利用量上,我国三级医院占据了绝对优势,而二级医院则持续势弱。尽管一级医院所占比例下降幅度不大,其中住院占比还略有上升。但是,由于一级医院和三级医院初始住院占比的巨大差异,一级医院0.41%的比例增长并未改变我国的“倒金字塔”般的就诊格局。当前我国居民就诊大多涌向二级和三级医院,而其中三级医院在门诊和住院上以超过50%的占比占据了绝对优势地位(表1)。

表1 2010—2019年不同级别医院就诊服务量构成

年份	门诊人次数及构成比[千万人(%)]			总门诊人次数(千万人)	年增长率(%)	住院人次数及构成比[千万人(%)]			总住院人次数(千万人)	年增长率(%)
	三级	二级	一级			三级	二级	一级		
2010	76.05(41.39)	93.12(50.68)	14.57(7.93)	183.74	—	3.10(35.69)	5.12(58.96)	0.46(5.34)	8.68	—
2011	89.81(43.95)	99.20(48.55)	15.34(7.51)	204.34	11.21	3.71(37.83)	5.57(56.71)	0.54(5.46)	9.82	13.14
2012	108.67(47.06)	105.48(45.68)	16.77(7.26)	230.91	13.00	4.73(40.69)	6.24(53.73)	0.65(5.59)	11.62	18.34
2013	123.82(49.41)	109.17(43.56)	17.62(7.03)	250.61	8.53	5.45(42.58)	6.62(51.72)	0.73(5.70)	12.80	10.19
2014	139.80(51.21)	114.71(42.02)	18.48(6.77)	272.99	8.93	6.29(44.63)	7.01(49.70)	0.80(5.66)	14.09	10.11
2015	149.76(52.08)	117.23(40.77)	20.57(7.15)	287.57	5.34	6.83(45.78)	7.12(47.74)	0.97(6.47)	14.92	5.82
2016	162.78(53.16)	121.67(39.73)	21.79(7.12)	306.24	6.49	7.69(47.17)	7.57(46.46)	1.04(6.38)	16.30	9.26
2017	172.64(53.67)	126.79(39.42)	22.22(6.91)	321.64	5.03	8.40(47.78)	8.01(45.56)	1.17(6.65)	17.57	7.83
2018	185.48(55.13)	128.49(38.19)	22.46(6.68)	336.44	4.60	9.29(49.75)	8.18(43.78)	1.21(6.48)	18.68	6.30
2019	205.70(56.67)	134.34(37.01)	22.97(6.33)	363.01	7.90	10.48(52.38)	8.38(41.87)	1.15(5.75)	20.01	7.15
年均增长率(%)	11.69	4.16	5.18	7.86	—	14.51	5.64	10.63	9.73	—

注:数据来自《2020中国卫生健康统计年鉴》《2016中国卫生和计划生育统计年鉴》,此数据涵括了所有分级医院的诊疗次数。

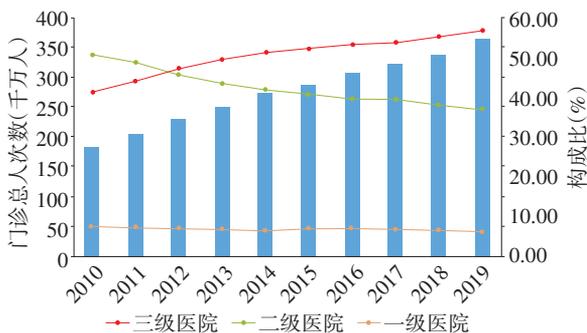


图1 2010—2019年医院门诊人次及各级医院构成比

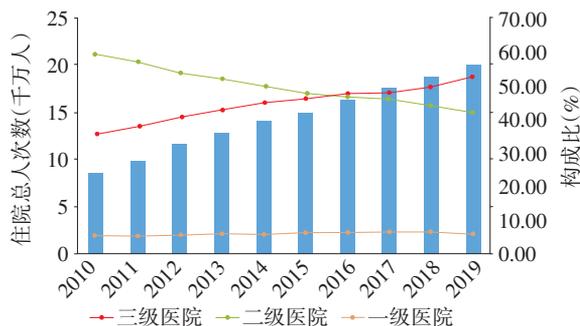


图2 2010—2019年医院住院人次及各级医院构成比

(二)不同级别公立医院次均门诊费用与人均住院费用比较

无论是次均门诊费用还是人均住院费用,在通

过医药保健价格指数排除价格波动因素之后,各级医院的医药费用仍呈现出不断增长的态势,且年均增速超过了同样调整到2010年水平的居民人均可支配收入增速,这表明我国民众的医疗经济负担仍在加重。从不同级别医院的平均医药费用来看,三级医院最高,而一级医院最低,这与分级诊疗的定位相一致。以2015年控制医疗费用政策的发布为界看医药费用的增速差异,发现2015—2019年各级医院门诊次均费用和住院人均费用增速均小于2010—2015年,其中唯一例外的是一级医院的住院费用增速,一级医院人均住院费用在2010—2015年的年均增速达到5.22%,在之后的2015—2019年更增至6.14%,这说明政府对于医疗费用的控制有了一定效果,但一级医院的住院控费问题没有得到缓解。从费用增长情况来看,费用的增速与医院级别呈现出负相关的趋势,一级医院的门诊和住院费用年均增速均超过5%,一级医院费用的快速增长需引起政府的重视(表2)。

### 三、讨论

(一)不同级别医院门诊就诊变化

新一轮医改之后,在全国范围内,各级医院的门诊服务量皆有了大幅度增长。总体来看,2010—

表2 2010—2019年不同级别公立医院患者次均医药费用情况 (元)

年份	门诊患者次均医药费用			住院患者人均医药费用			居民人均可支配收入
	三级	二级	一级	三级	二级	一级	
2010	220	139	93	10 442	4 339	2 844	12 520
2011	227	145	102	10 721	4 474	3 060	13 196
2012	236	153	109	10 885	4 602	3 196	13 539
2013	247	160	115	11 290	4 785	3 431	13 891
2014	258	168	120	11 579	4 894	3 576	14 168
2015	271	176	127	12 021	5 112	3 668	14 367
2016	279	180	137	12 153	5 269	4 079	14 654
2017	285	183	140	12 171	5 393	4 281	14 889
2018	296	188	144	12 252	5 524	4 544	15 198
2019	308	196	148	12 475	5 688	4 655	15 635
年均增长率(%)	3.80	3.85	5.29	2.00	3.05	5.63	2.50
2010—2015年增长率(%)	4.21	4.75	6.37	2.86	3.34	5.22	—
2015—2019年增长率(%)	3.29	2.75	3.94	0.93	2.70	6.14	—

注:数据源自《2020中国卫生健康统计年鉴》《2016中国卫生和计划生育统计年鉴》和《2020中国统计年鉴》。基于《2020中国统计年鉴》数据将医药费用价格采用医药保健价格指数调整为2010年的水平。我国卫生健康统计年鉴仅有公立医院的各级医院费用数据,目前,我国公立医院服务利用量相对于民营医院占有绝对优势(以2019年为例,公立医院诊疗人次占比为85.76%,住院次数占比为82.55%)。

2019年,我国医院门诊诊疗人次从1.05亿人次增长至2.30亿人次,随着我国经济水平、教育水平以及居民健康意识的提升,我国居民的门诊服务利用水平有了大幅度提高。但从各级医院的门诊服务量占比情况来看,三级医院门诊服务量占比一路高涨,超过50%,其“黑洞”和“虹吸”效应毋庸置疑对二级及以下医院的生存空间造成了极大的挤压<sup>[1]</sup>。与我国对比鲜明的是,英国以全科医师为核心的全民医疗保障体系(National Health Service, NHS)通过广大的全科医生完成了近90%的初级医疗服务,而二级、三级医疗服务则由医院的专科医生提供<sup>[2]</sup>。

探究我国门诊服务独特的“倒三角”格局的形成原因,从需方来看,我国居民拥有较大的自主择医权,由于医疗服务市场的信息不对称以及居民对于生命健康的重视,患者极易基于质量偏好盲目追求优质医疗资源<sup>[3]</sup>。另一方面,从供方角度,我国医院的分级管理制度,本意是为了划分不同级别医院的医疗服务分工,助推分级诊疗的实施。但实践过程中,医院等级的划分标准并未与诊治的疾病类型相关联,反而因为等级划分的硬件标准,如医院规模、人才技术力量和医疗设备等因素,渐渐成了医疗服务质量的代名词。在此背景下,医院为维持运营会竭力扩张医院规模,建设人才队伍,配置精密设备以占据患者就医选择的优势地位,竞争不仅在同级医院之间,更体现在不同级别医院间的无序竞争,这加剧了优势医疗资源分配与利用的不合理。

#### (二)不同级别医院住院就诊变化

与门诊情况相似,随着就诊需求的释放,各级医院的入院人数有所增长,其中一级医院住院服务量的构成比由2010年的5.34%上涨为2019年的5.75%。但与一级医院住院服务量占比的小幅增长

及二级医院占比的下降趋势相比,三级医院住院人数强势上涨,其入院人数占比超过住院总人数一半。但与门诊相比,医院住院服务利用中出现三级医院服务量与二级医院服务量所占比例逆转的时间节点相对较迟,比门诊晚了4年,于2016年首次出现三级医院占比第一的局面。这可能是由于在住院方面医保的差异化报销政策引导了部分患者的就医选择,但很多研究表明,尽管有部分中老年或常见病、多发病患者对于医疗价格变化更为敏感的人群,在差异化报销比例的引导下愿意降低就诊医院的级别,但医疗服务属于刚性需求,在医疗住院补偿政策和经济好转的情况下,单纯依靠报销比例差异无法实现分级诊疗<sup>[4-5]</sup>。同时,受限于基本药物制度、二级和一级医院的绩效考核制度等原因,低级医院被动不能够或主观不愿意提供住院服务,为了规避医疗风险,甚至倾向于向三级医院转诊住院患者<sup>[6]</sup>。

相较于美国的医疗床位资源,我国与美国的每千人口床位数早在2009年就实现了增减交替。此后,我国的床位数继续快速上升,而美国则持续下降,到2017年,我国每千人口床位数比美国多出2.85张<sup>[7]</sup>。床位资源是反映医院规模的核心指标之一,伴随着我国各级医院床位数量的上涨,各级医院床位使用率差异较大,同时存在着使用不足和使用过度的情况,三级医院的床位“供不应求”,与此同时二级及一级医院的床位则使用不足<sup>[8]</sup>。

#### (三)不同级别医院次均费用变化

导致医疗费用上涨的因素很多,如经济发展、技术进步、设备更迭等,但除此以外,人为诱导因素是更值得注意的非合理性因素,如过度检查、过度住院等。在医疗服务市场中,由于高度的信息

不对称,患者是医疗服务的被动接受方,而医生和医院掌握着绝对的主动地位。在我国,公立医院仍旧是提供医疗服务的主体<sup>[9]</sup>,尽管属于事业单位,但公立医院的财政拨款补贴仅占10%左右,而业务收入才是医院运营的主要收入来源,呈现出逐利的“市场化”特征<sup>[10]</sup>,因此,如果缺乏足够的制衡机制来约束医院,会导致医院偏离公益性初心<sup>[11]</sup>。新医改之后,以居民可支配收入增长率为参照,我国各级医院的住院和门诊费用增长速度过快。这一方面说明我国居民的就医经济负担在加重,医保优惠给大家带来的实际福利被稀释;另一方面也暗示了政府的制约作用和医院的自律作用还有待加强。

针对医疗费用快速增长的状况,从2015年开始我国出台了一系列政策文件,对医院尤其是公立医院的医药费用进行了直接干预,尤其强调了药占比的控制,并对试点地区的医疗费用增幅作出了明确要求。两个阶段的医疗费用年均增速差异明显,2015年之后,除了一级医院的住院费用增长速度有所增高,其他各级医院的医疗费用增长速度皆有所降低。观察一级医院费用结构,发现尽管药占比持续下降,由2010年的43.7%下降至28.8%。但检查费占比反而有所上升,由2010年的6.5%上涨到8.7%，“一刀切”的医疗控费机制还有待完善。本研究对2015年实施医疗控费政策后各级医院的次均医药费用的增速做了初步的比较,并发现其存在差异性,关于这种差异是否是控费政策导致的值得进一步研究和论证。此外,在现阶段医疗控费过程中,政府主要通过行政手段直接干预,但实现控费目标仍需多方考量,通过经济手段达成长效机制。

#### 四、对策建议

本研究发现目前我国的医疗服务利用存在着就医需求过度向上集中,居民疾病负担加重等突出问题。如何将各级医院所提供的医疗服务向其功能定位上靠拢,提高医院的资源利用效率是目前医改的重点攻坚任务。建议以服务定位为引领,充分考虑患者需求,通过医疗保险制度、基本药物制度等配套措施,科学有效地引导民众的就医流向。具体建议如下。

(一)强化二级以下医院门诊服务能力,发展特色科室

在门诊服务方面,我国居民就医趋高性现象越发严重。考虑到患者在医疗服务市场的被动性与就诊惯性等因素,更多要从供方入手改革来扭转居民的门诊就医选择。

政府应尽快以分级诊疗制度和各级医院的功能定位为指引,因地制宜将各级医院的诊疗病种明

确。这样也有助于在较短时间内结合群众的就医需求,有针对性地弥补二级及以下医院服务能力的不足。通过医联体建设安排三级医院专家定期坐诊、远程医疗等方式引导优质资源下沉。通过完善临床路径、开展业务讲座等模式提升二级、一级医院对于常见病、多发病的诊治水平。可以试行上级医院托管下级医院的服务模式,从组建小组式、导师式的业务指导来真正实现上级医院对下级医院服务能力的兜底保障。此外,配套政策要同步支持,通过基本药物制度改革,扩展二级、一级医院的用药目录,将高血压、糖尿病、冠心病等多发病、慢性病的常用药都纳入基层用药目录与门诊统筹报销范围。制定细化标准,对于符合要求的慢性病患者可以一次提供一个月的长处方。供方医改应从患者就医需求出发,准确把握医院服务定位,帮助引导门诊患者合理就医。

其次,三级医院承担着诊治疑难杂症等繁复的医疗任务,二级及一级医院由于资金、政策等因素在核心竞争力上无法与其匹敌,跟随三级医院走“高精尖”之路无异于以卵击石。相反,要顺应社会需要,与三级医院错位发展才能找到长期发展方向,拓宽医疗服务的边界。比如随着老龄化加剧,老年人的医疗服务是医疗服务市场的空缺。而三级医院无法提供长期的、综合的康复医疗服务,二级及一级医院应该把握机会,走差异化发展之路,开展老年病、康复等特色科室,打造口碑以吸引患者。

(二)创新机制措施引导住院服务流向合理化

在住院服务方面,目前同样存在着医疗需求过度向上集中的问题。要进一步加强紧密医联体建设,完善其内部的运行机制。一方面,医保作为最大的医疗费用支付方,要充分发挥经济杠杆作用。借助医保支付方式改革,如采取以医联体为单位的总额预付方式;按照病种购买医院住院服务;对于常见病和多发病,在不同级别的医院设置不同的报销比例和医保起付线,以此倒逼三级医院主动放弃不符合自身诊疗定位的住院患者,给予基层医院更多的服务空间。另一方面,编制完善的绩效考核方案,落实相关的奖惩措施。比如考核三级医院开展手术中的三级、四级手术的占比;三级医院中轻症住院患者及康复期患者的下转比重;医联体集团中“绿色”转诊通道标准的细致程度等。通过绩效考核,鼓励三级医院专注发展疑难重症科室。引导各级医院分工协作参与负责不同程度的疾病,或是同一疾病不同诊疗阶段的住院服务。而医院分级管理制度的标准设定也要与医院优势学科、重点病种等标准考核相结合,助推不同级别的医院转型。以医院医疗服务定位改革为龙头,最终完成医院级别代表“医疗服务质量”转变为代表“所诊治的疾病种

类”的思维模式。

(三)以保证医疗服务质量为前提探索精细化控费模式

公立医院自负盈亏的补偿机制改变了医院的行为逻辑。尽管2015年控费政策取消了药品加成并促进了药占比的下降,但仍存有监管漏洞,过度医疗行为并未就此消失,仍旧以过度检查、卫生材料收入等形式存在。实际上,无论是取消药品加成或是减少检查费用占比,这些调控措施并未触及医疗费用控制的核心<sup>[12]</sup>。政府的监管及其政策调控应以保障医疗服务质量为前提,而一味地控制单项费用占比容易导致医院“腾笼换鸟”的现象发生。因此,医疗费用的控制应破除目前医疗服务价格平移的粗放化管理模式。短期来看,因地制宜发展按病种付费等精细化控费模式,对同一病种不同级别医院的付费标准予以调整,进一步助推不同级别医院专注于自身功能定位,以医保为推手激发医院医疗控费与分级诊疗的主观能动性。长远来看,学习发达国家基于价值补偿(VBR)的支付改革趋势,以治疗效果而非服务项目为付费标准,将医院拉入与医保支付方同等的主观控费立场,通过服务质量为考核目标来协同供方、需方、支付方三者的目标,最终达到医疗控费的效果。

#### 参考文献

- [1] 孙春花. 刍议公立大中型医院无序扩张现象[J]. 行政事业资产与财务, 2015(27):81-82
- [2] 罗彤. 英国全科医生体系如何发挥控制医疗费用的作

用[J]. 中国财政, 2019(22):19-21

- [3] 邵瑛琦, 吴群红, 单凌寒, 等. 黑龙江省居民门诊就诊流向及影响因素分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(6):387-391, 405
- [4] 杨显, 高广颖, 要鹏韬. 医保差异化报销政策对患者流向影响研究[J]. 中国卫生经济, 2018, 37(4):28-32
- [5] 高秋明, 王天宇. 差异化报销比例设计能够助推分级诊疗吗?——来自住院赔付数据的证据[J]. 保险研究, 2018(7):89-103
- [6] 王书平, 薛杰, 胡晔康, 等. 新医改后农村居民住院流向及费用负担研究[J]. 卫生经济研究, 2020(5):16-18
- [7] Health care resources: hospital beds [EB/OL]. [2021-03-01]. <https://stats.oecd.org/Index.aspx>
- [8] 赵临, 汪雅璇, 张馨予, 等. 我国医院床位资源利用现状与供需分析研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37(8):13-15
- [9] 谢翩翩, 杨金侠, 刘瑾琪, 等. 安徽省某市三所公立医院2015—2017年运行情况分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2019, 19(2):138-142
- [10] 顾昕. 新中国70年医疗政策的大转型:走向行政、市场与社群治理的互补嵌入性[J]. 学习与探索, 2019(7):1-13
- [11] 尹红燕, 王珩, 李念念, 等. 公立医院公益性内涵界定及相关问题探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2016, 16(4):267-270
- [12] 张雅娟, 毛振宾. 药品零加成背景下公立医院的逐利机制与优化策略[J]. 河南师范大学学报(哲学社会科学版), 2021, 48(1):2-12

(本文编辑:姜 鑫)

## Analysis on the trends of visits and expenses in hospitals of different levels

QIN Caixin<sup>1,2</sup>, TIAN Lanlan<sup>1,2</sup>, JIN Shengxuan<sup>1,2</sup>, QIAN Dongfu<sup>1,2,3</sup>

1. School of Health Policy and Management, 2. Institute of Healthy Jiangsu Development, 3. Global Health Center, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

**Abstract:** Under the background of the new round of health-care reform, this study was aimed to compare and analyze the utilization of health services and medical expenses per capita in different levels of hospitals, and to propose policy recommendations for improving the hierarchical diagnosis and treatment system and reducing the burden of medical care. Relevant data of service volume and medical expenses per capita of hospitals at all levels in China since 2010 were selected, and descriptive analysis methods were used to compare the changing trends of service utilization and medical expenses per capita. At present, the utilization of medical services in China has greatly increased in both outpatient and inpatient services. However, the medical demand of residents has been excessively concentrated in tertiary hospitals, which reduces the overall utilization of hospital medical services, and medical expenses per capita have increased rapidly, which increases the economic burden of residents for medical treatment. In order to solve the problem of “difficult and expensive medical treatment”, it is recommended to quickly strengthen the outpatient service capabilities of hospitals below the secondary level, innovate mechanisms and measures to guide the rational flow of inpatient services, and explore refined fee control models on the premise of ensuring the quality of medical services.

**Key words:** medical expenses; medical services utilization; hospital