

广东省公立医院医疗服务能力 与经济水平耦合协调程度研究*

潘宏伟^①, 邹俐爱^②, 张远妮^②, 姚奕婷^②, 马超^①, 杨方怡^③, 李尧天^①, 朱宏^{①④}

摘要 目的: 从地区和城市视角分析2016—2021年广东省公立医院医疗服务能力与经济水平的耦合协调程度。方法: 使用Stata 14.0软件对广东省各地区的公立医院医疗服务能力与经济水平的耦合协调度进行计算、使用ArcGis 10.8软件进行空间相关性分析和Moran空间分布散点图的绘制。结果: 2016—2021年广东省公立医院医疗服务能力与经济水平耦合协调程度呈现略微递增趋势, 但处于失调水平的城市占比较多(2021年17个)。截至2021年, 粤北、粤西地区大部分城市公立医院医疗服务能力领先于经济水平, 粤东、珠三角地区城市公立医院医疗服务能力落后于经济水平; 各年份的Moran's I指数均大于0.30, 各城市的耦合协调度在空间上存在聚类分布。结论: 广东省公立医院医疗服务能力与经济水平的耦合协调度随年份变化略有增加, 但整体不高, 且区域间差异较大, 呈现高、低聚类分布。政府应持续增加医疗卫生领域的财政投入, 注重区域间各类生产要素的合理配置和良性流转, 丰富两者间的转化途径, 建立公立医院医疗服务能力与经济发展间的良性循环。

关键词 公立医院; 医疗服务能力; 经济发展水平; 耦合协调度; 广东

中图分类号 R1-9;F241 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)09-0060-06

Research on the Coupling Coordination of Medical Service Capacity of Public Hospitals and Economic Level in Guangdong/Pan Hongwei, Zou Liai, Zhang Yuanni, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(9):60-65

Abstract Objective: Analyzing the coupling and coordination degree of medical service capacity of public hospitals and economic level in Guangdong Province from the perspective of region and city from 2016 to 2021. **Methods:** Stata 14.0 was used to calculate the coupling and coordination degree of medical service capacity of public hospitals and economic level in Guangdong province, and ArcGis 10.8 was used to analyze the spatial correlation and draw the Moran's I spatial distribution scatter plot. **Results:** From 2016 to 2021, the coupling and coordination degree of public hospitals' medical service capacity and economic level in Guangdong Province showed a slight increasing trend, but there were a large number of cities in imbalance level (17 in 2021). By 2021, the medical service capacity of public hospitals in most cities in northern and western Guangdong was ahead of the economic level. The medical service capacity of public hospitals in eastern Guangdong and Pearl River Delta region lags behind their economic level. The Moran's I index in each year was greater than 0.3, and there was a spatial cluster distribution of the coupling and coordination degree among cities. **Conclusion:** The coupling and coordination level between medical service capacity of public hospitals and economic development in Guangdong Province increased slightly with years, but the overall level was not high, and the regional differences were large, showing a high, low cluster distribution. The government should continue to increase financial input in health field, pay attention to the rational allocation and benign circulation of various production factors between regions, enrich the transformation pathways, and establish a virtuous circle between these two systems.

Keywords public hospital; medical service capacity; economic development level; coupling coordination degree; Guangdong

First-author's address School of Health Management, Southern Medical University, Guangzhou, 510515, China

Corresponding author Zhu Hong, E-mail: zhuhongnfy@126.com

医疗卫生行业的发展与经济发展密不可分。首先, 卫生财政支出与经济水平存在良好的正相关关系^[1], 卫生财富支出更是医疗卫生行业发展的重要资金来源。我国2016—2021年卫生财政支出年均增幅为

7.50%, 比财政总支出的增幅高0.40%, 同期GDP年均增幅为11.34%, 表明政府在卫生领域的投入随经济水平地提升逐渐增加。经济的发展会促进医疗制造研发产业规模提升, 2016—2021年我国医疗器械产业规模年均增幅为25.10%, 总规模达8 336亿元, 涵盖医疗设备、低高值耗材、体外诊断、医用健康系统等诸多领域^[2]。经济水平提高也会拉高居民的健康消费水平。随着社会经济的发展, 健康消费的边际效益逐渐领先于其他种类的消费, 即人民最有价值的消费渠道是投资健康、延长寿命^[3]。在2016年我国人均卫生费用为3 351.70元, 到2021年为5 111.10元, 增幅达52.49%, 我国居民整体的健康投资呈增长趋势^[4]。经济发展从供需两侧拉动医疗卫生行业的发展, 公立医院是我国医疗卫生行业的主体, 每年获得约70%的卫生财政投

* 基金项目: 国家重点研究发展计划(973计划)“主动健康和老龄化科技应对”重点专项“健康管理综合服务应用示范”项目(2020YFC2006400); 广东省卫生经济学会指令性课题(2021-WJZL-02)。

① 南方医科大学卫生管理学院 广州 510515

② 南方医科大学南方医院 广州 510510

③ 广东金融学院 广州 510521

④ 广东省卫生健康委员会 广州 510060

作者简介: 潘宏伟(1998—), 男, 硕士在读, 研究方向: 卫生经济、社区健康管理; E-mail: 1343548112@qq.com。

通信作者: 朱宏, E-mail: zhuhongnfy@126.com。

人,同时也是医疗产业研发产品的最大需求市场和居民健康消费的最大供给市场,服务能力的高低是经济发展间接作用到医疗卫生行业最直接、最充分的体现。研究表明,经济发展作用到卫生服务体系上时,必须具备良好的协调性,才能带来最大的健康效用^[2],因此,本研究以广东省为例,分析各地区的公立医院医疗服务能力与经济发展水平(以下简称两系统)的耦合协调现状并提出建议,为政府在制定政策时提供参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

公立医院医疗服务能力评价指标的数据来自历年“广东省卫生健康财务年报”,经济水平评价指标的数据来自历年“广东省统计年鉴”。区域划分基于“广东省统计年鉴”的划分方法分成4个区域,包括粤北:韶关、梅州、河源、清远、云浮5个城市;粤东:汕头、汕尾、潮州、揭阳4个城市;粤西:湛江、茂名、阳江3个城市;珠三角:广州、深圳、珠海、佛山、江门、肇庆、惠州、东莞、中山9个城市。

1.2 研究方法

1.2.1 文献综述法。借鉴李琼等^[3-5]的研究成果,基于过程—结果原则,从重要性、灵敏性、可获得性考虑,形成公立医院两系统的评价指标体系(表1)。

1.2.2 综合评分模型构建。因原始数据类型不同,研究采用极差法^[6]进行标准化处理;采用熵权法^[7-8],依据指标变异性大小确定权重;最后计算标准化值与对应权重的乘积之和得到综合评分值^[9](表1)。

1.2.3 耦合协调模型。耦合度^[10]表示两系统关联程度,耦合协调度反应两系统间协同发展的程度,计算公式如下:

$$C = 2 \times \left[\frac{S_{\text{公}} S_{\text{经}}}{(S_{\text{公}} + S_{\text{经}})^2} \right]^{\frac{1}{2}} \quad \text{式(1)}$$

$$T = \alpha S_{\text{公}} + \beta S_{\text{经}} \quad \text{式(2)}$$

$$D = (CT)^{\frac{1}{2}} \quad \text{式(3)}$$

$S_{\text{公}}$ 为公立医院医疗服务能力综合评分指数, $S_{\text{经}}$ 为经济发展水平综合评分指数; C 为两系统的耦合度,越大说明相互影响程度越强; T 为整体效益指数, α 和 β 取值均为0.50; D 为耦合协调度,越大说明协同发展情况越好,马迪等^[6]将耦合协调情况根据 D 值和 $S_{\text{公}}$ 、 $S_{\text{经}}$ 的大小情况分为以下15种(表2)。

1.2.4 空间相关分析。使用ArcGis 10.8软件和Stata 14.0软件对广东省各地区的两系统耦合协调度进行空间相关性分析,同时绘制高低聚类地区的Moran散点图^[11]。全局莫兰指数^[12](Moran's I)检验全局自相关性,取值为[-1,1],当为正值时表示在空间上呈聚类分布,负值表

表1 公立医院两系统的评价指标体系及其权重

一级指标	二级指标	三级指标	权重		
A 医疗服务能力	A1 卫生资源	A11 机构数	0.031 3		
		A12 平均在职职工人数	0.042 6		
		A13 平均开放床位数	0.034 2		
		A14 年末固定资产净值	0.055 3		
		A14 财政拨款收入	0.119 2		
	A2 服务总量	A21 诊疗人次	0.075 5		
		A22 出院人数	0.036 9		
		A3 服务效率	A31 每职工平均门急诊人次	0.012 0	
	A32 每职工平均住院床日		0.012 1		
	A33 出院者平均住院天数		0.000 9		
	A34 病床使用率		0.008 7		
	A35 病床周转次数		0.011 2		
	A36 百元固定资产医疗收入		0.010 7		
	A37 每床位占用固定资产		0.003 2		
	B 经济发展水平		B1 经济总量	B11 地区生产总值	0.093 2
				B12 社会消费品零售总额	0.082 1
		B13 人均一般公共预算收入		0.058 5	
B2 经济结构		B21 第二产业增加值	0.083 8		
		B22 第三产业增加值	0.109 1		
B3 经济效益		B31 人均地区生产总值	0.040 5		
		B32 人均可支配收入	0.039 7		
		B33 人均消费支出	0.039 4		

表2 各耦合协调类型的15种发展类型

协调类型	D值范围	$S_{公}$ 和 $S_{经}$	发展类型
良好协调	>0.80 ~ 1.00	$S_{公} > S_{经}$	经济水平滞后型
		$S_{公} = S_{经}$	两者同步发展型
		$S_{公} < S_{经}$	医疗服务能力滞后型
中度协调	>0.60 ~ 0.80	$S_{公} > S_{经}$	经济水平滞后型
		$S_{公} = S_{经}$	两者同步发展型
		$S_{公} < S_{经}$	医疗服务能力滞后型
勉强协调	>0.40 ~ 0.60	$S_{公} > S_{经}$	经济水平滞后型
		$S_{公} = S_{经}$	两者同步发展型
		$S_{公} < S_{经}$	医疗服务能力滞后型
中度失调	>0.20 ~ 0.40	$S_{公} > S_{经}$	经济水平滞后型
		$S_{公} = S_{经}$	两者同步发展型
		$S_{公} < S_{经}$	医疗服务能力滞后型
严重失调	>0.00 ~ 0.20	$S_{公} > S_{经}$	经济水平滞后型
		$S_{公} = S_{经}$	两者同步发展型
		$S_{公} < S_{经}$	医疗服务能力滞后型

示在空间上呈离散分布，为0表示在空间上随机分布。

2 结果

2.1 广东省公立医院两系统的综合评分指数及两者耦合协调情况

2016—2021年广东省耦合度取值为[0.67, 1.00]，呈

波动或递增趋势，说明两系统关联强度较强且越来越密切。在综合评分指数差值上，广州、深圳、珠海、佛山、惠州、东莞、中山7个城市的 $S_{公} < S_{经}$ ，差距随年份逐渐增加；韶关、湛江、茂名、梅州、河源、清远、揭阳、云浮8个城市的 $S_{公} > S_{经}$ ，差距随年份逐渐减少；汕头、江门、肇庆、汕尾、阳江、潮州6个城市的 $S_{公}$ 、 $S_{经}$ 均为先大于后小于的发展过程。在耦合协调度上，2021年最高是深圳、最低是汕尾；中度协调城市1个，勉强协调3个，中度失调11个，严重失调6个。21个城市的耦合协调度在波动中增加，其中韶关、深圳、肇庆、清远、东莞、揭阳相较2016年提升了一个等级（表3）。

2.2 广东省公立医院两系统的综合评分指数及耦合协调情况

各地区的耦合度均接近1，地区视角下两者关系同样密切；从差值来看，2016年各地区均 $S_{公} > S_{经}$ ，到2021年，仅粤北地区 $S_{公} > S_{经}$ ，其他的地区均 $S_{公} < S_{经}$ ，变化最快为珠三角地区。4个地区耦合协调度均在波动中上升，协调等级出现变化的仅粤北地区。2021年中度协调地区：珠三角，中度失调：粤北，严重失调：粤东、粤西，协调度依次为：珠三角>粤北>粤东>粤西（表4）。

表3 广东省各城市2016年、2021年两系统综合评分指数及耦合协调情况

城市	2016年							2021年						
	$S_{公}$	$S_{经}$	$S_{公}-S_{经}$	C	T	D	L	$S_{公}$	$S_{经}$	$S_{公}-S_{经}$	C	T	D	L
广州	0.161	0.319	-0.157	0.940	0.240	0.480	3.000	0.232	0.463	-0.231	0.940	0.350	0.570	3.000
韶关	0.060	0.017	0.043	0.830	0.040	0.180	1.000	0.066	0.044	0.022	0.980	0.050	0.230	2.000
深圳	0.262	0.387	-0.125	0.980	0.320	0.560	3.000	0.401	0.530	-0.129	0.990	0.470	0.680	4.000
珠海	0.039	0.125	-0.086	0.850	0.080	0.270	2.000	0.059	0.179	-0.120	0.860	0.120	0.320	2.000
汕头	0.044	0.037	0.006	1.000	0.040	0.200	2.000	0.056	0.065	-0.009	1.000	0.060	0.250	2.000
佛山	0.160	0.177	-0.018	1.000	0.170	0.410	3.000	0.177	0.249	-0.072	0.990	0.210	0.460	3.000
江门	0.078	0.049	0.029	0.970	0.060	0.250	2.000	0.086	0.088	-0.002	1.000	0.090	0.300	2.000
湛江	0.068	0.030	0.039	0.920	0.050	0.210	2.000	0.067	0.062	0.005	1.000	0.060	0.250	2.000
茂名	0.067	0.033	0.034	0.940	0.050	0.220	2.000	0.084	0.062	0.022	0.990	0.070	0.270	2.000
肇庆	0.057	0.027	0.030	0.940	0.040	0.200	1.000	0.056	0.058	-0.002	1.000	0.060	0.240	2.000
惠州	0.061	0.078	-0.017	0.990	0.070	0.260	2.000	0.080	0.125	-0.044	0.980	0.100	0.320	2.000
梅州	0.047	0.011	0.036	0.780	0.030	0.150	1.000	0.053	0.028	0.025	0.950	0.040	0.200	1.000
汕尾	0.022	0.007	0.016	0.840	0.010	0.110	1.000	0.011	0.033	-0.021	0.870	0.020	0.140	1.000
河源	0.032	0.005	0.027	0.690	0.020	0.110	1.000	0.030	0.028	0.002	1.000	0.030	0.170	1.000
阳江	0.048	0.019	0.029	0.900	0.030	0.170	1.000	0.033	0.041	-0.008	0.990	0.040	0.190	1.000
清远	0.070	0.018	0.052	0.810	0.040	0.190	1.000	0.047	0.044	0.003	1.000	0.050	0.210	2.000
东莞	0.101	0.151	-0.051	0.980	0.130	0.350	2.000	0.134	0.233	-0.099	0.960	0.180	0.420	3.000
中山	0.072	0.094	-0.022	0.990	0.080	0.290	2.000	0.086	0.127	-0.041	0.980	0.110	0.320	2.000
潮州	0.032	0.011	0.020	0.880	0.020	0.140	1.000	0.019	0.030	-0.010	0.980	0.020	0.150	1.000
揭阳	0.051	0.019	0.032	0.890	0.040	0.180	1.000	0.057	0.037	0.019	0.980	0.050	0.210	2.000
云浮	0.036	0.005	0.031	0.670	0.020	0.120	1.000	0.034	0.026	0.008	0.990	0.030	0.170	1.000

注：L为协调等级。

2.3 耦合协调情况的空间相关性分析

2016—2021年两者耦合协调度的全局莫兰指数均在0.30以上 ($P < 0.05$), 表明耦合协调度存在空间自相关性, 有较大可能存在聚集分布, 且随年份变化略有降低, 到2021年出现反弹(表5)。2021年Moran散点图结果显示, 18个(85.71%)城市耦合协调度在空间布局上呈正相关, 高一高聚集城市: 广州、深圳、珠海、佛山、江门、惠州、东莞、中山, 均为珠三角地区城市; 低—低聚集城市: 汕头、湛江、茂名、肇庆、梅州、汕尾、河源、阳江、潮州、揭阳, 其中包含粤东、粤西的全部城市、粤北的小部分城市和珠三角的1个城市(图1)。

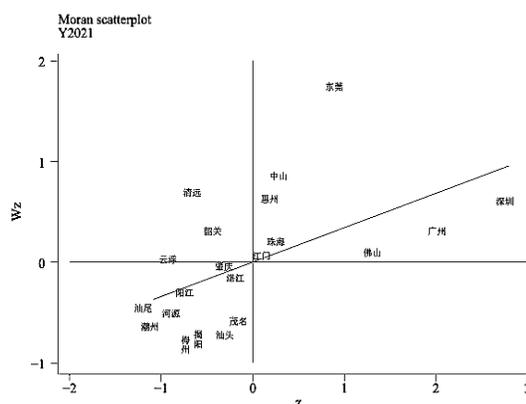


图1 广东省21城市耦合协调度空间聚集情况

3 讨论及建议

3.1 2016—2021年两系统的耦合协调程度有所增加, 但整体水平不高

2016—2021年各城市两系统协调度均值变化范围[0.24, 0.29], 随年份略有增加。截至2021年, 21个

城市中经济水平滞后8个, 公立医院医疗服务能力滞后13个; 失调城市17个, 占比80.95%; 4个地区中, 粤北为经济水平滞后型, 其余均为医疗服务能力滞后

表4 2016—2021年四大区两系统综合评分指数及耦合情况

地域及年份	$S_{公}$	$S_{经}$	$S_{公}-S_{经}$	C	T	D	L
粤北							
2016	0.063	0.014	0.049	0.767	0.038	0.171	1
2017	0.065	0.018	0.047	0.824	0.041	0.185	1
2018	0.067	0.021	0.045	0.856	0.044	0.194	1
2019	0.071	0.025	0.045	0.882	0.048	0.206	2
2020	0.062	0.027	0.035	0.921	0.045	0.204	2
2021	0.060	0.034	0.026	0.961	0.047	0.214	2
粤东							
2016	0.015	0.009	0.006	0.970	0.012	0.107	1
2017	0.016	0.012	0.004	0.992	0.014	0.119	1
2018	0.017	0.016	0.002	0.999	0.017	0.129	1
2019	0.019	0.019	0.000	1.000	0.019	0.139	1
2020	0.014	0.020	-0.006	0.984	0.017	0.129	1
2021	0.015	0.025	-0.011	0.964	0.020	0.139	1
粤西							
2016	0.006	0.004	0.002	0.981	0.005	0.068	1
2017	0.008	0.007	0.001	0.999	0.008	0.088	1
2018	0.010	0.010	0.000	1.000	0.010	0.100	1
2019	0.012	0.013	-0.001	0.999	0.012	0.111	1
2020	0.006	0.014	-0.007	0.933	0.010	0.096	1
2021	0.008	0.020	-0.012	0.904	0.014	0.112	1
珠三角							
2016	0.387	0.347	0.040	0.999	0.367	0.605	4
2017	0.386	0.368	0.019	1.000	0.377	0.614	4
2018	0.411	0.393	0.019	1.000	0.402	0.634	4
2019	0.433	0.421	0.012	1.000	0.427	0.653	4
2020	0.406	0.424	-0.019	1.000	0.415	0.644	4
2021	0.475	0.476	-0.001	1.000	0.476	0.690	4

表5 广东省两系统耦合协调度空间自相关性情况

年份	Moran's I	Z	P
2016	0.345	2.550	0.011
2017	0.329	2.494	0.013
2018	0.319	2.427	0.015
2019	0.329	2.509	0.012
2020	0.309	2.402	0.016
2021	0.339	2.509	0.012

型；且仅珠三角地区达到中度协调，其余为失调水平，由此看来两系统协调性整体不高。原因如下：（1）可能有政策影响，《广东省“十三五”深化医药卫生体制改革规划》（粤府〔2017〕55号）中强调建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度，着力于基层医疗卫生服务能力的提升。《广东省国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要》（粤府〔2016〕35号）中指出要坚持“创新、协调、绿色、开放、共享”发展理念，实现“全广东省地区生产总值年均增长7%等目标，保持经济中高速增长，迈向中高端水平”。政策上的差异令两者增长趋势出现参差，从而对提升协调度幅度产生影响；（2）财政投入机制没有考虑到当地经济发展与资源配置等的实际情况，未能有效转化为医疗服务能力。

党的二十大报告指出要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，在当前情况下，应继续加大医疗卫生领域的财政投入力度，完善公立医院在取消药品加成、控费等背景下的财政补偿机制，保障经济发展的同时，注重提升地区医疗服务能力。同时针对协调性相对较好的城市，应为公立医院医疗服务能力探寻新的增长方向，推动公立医院完成“三个转变”，侧重于财政^[13]在高素质人才、高精尖技术以及精细化管理等方面的投入，实现服务能力的优质扩容^[14]，促进两者协调发展。

在转化方面，既要持续寻求新的卫生投入形式（包括政府购买服务、直接补助需方等），优化医疗服务能力转化途径；又要实施绩效管理，围绕公立医院医疗服务能力量化建立绩效考评体系，卫生投入参考考评结果，提升资金使用效率，实现医疗服务能力的高效转化。

3.2 地区间的协调水平差异较大

2016—2021年各城市两系统协调度标准差范围[0.12, 0.14]，极差范围[0.45, 0.54]；各地区协调度标准差范围[0.24, 0.27]，极差范围[0.53, 0.58]。这表明各地区之间协调水平存在较大差异，地区间差异大于城市间差异。以2021年为例，深圳的协调度是汕尾的4.86倍，珠三角的协调度是粤西的6.27倍。一是经济发展好的地区总量大、行业结构较为齐全、资源转化效率较快，可以更快带动医疗服务能力提升。二是省内

明星城市的“虹吸效应”造成各类资源和生产要素由周边城市向中心城市汇拢，同时地区内不同层级公立医院资源的共享机制尚未成熟，使高水平公立医院占比较低的边缘城市逐渐被拉开差距。

针对区域间协调水平差异较大的问题，从财政角度看，应合理划分上下级政府卫生财政责任。下级政府承担主要投入责任，上级政府加大对困难地区的转移支付力度，促进地区间的相对公平；同时优化财政的支出结构。从供需双方出发，既要注重在基建、设备等方面对公立医院的补助，也要不断提升医疗保障体系的覆盖种类和力度，提高人民的健康消费水平。

从制度角度看，要完善区域间的帮扶及协同机制。以信息化手段为支撑^[15]，针对尚无高水平医院的城市进行点对点帮扶，按照省市共建、网格布局、均衡配置的思路补短板、强弱项、提质量，为帮扶地区引入先进的技术和管理理念^[16]，盘活存量资源，提升帮扶地区医疗服务能力，同时利用帮扶机制打破现有空间分布格局^[17]，加快形成新的区域医疗服务中心；区域内要建立良好的资源流转机制。通过持续推进医师多点执业制度，完善并统一医联体或医共体的人事、预算和激励制度，建设区域内大型医疗设备调配中心等措施，进一步促进区域范围的资源共享，提升市域内的居民就诊率，实现整体提升公立医院医疗服务能力。同时推进疾病诊断、医保业务的统一编码和跨区域通办，为各项制度的运行保驾护航。

3.3 两系统提升速度不同导致协调水平的波动趋势存在差异

由于 $S_{公}$ 与 $S_{经}$ 变化速度的差异，对协调性的影响不尽相同。 $S_{公}$ 、 $S_{经}$ 的年均增长速度分别是：粤北（-0.68%，20.25%）、粤东（0.06%，23.11%）、粤西（7.09%，38.95%）、珠三角（4.22%，6.54%），除珠三角地区外，其他地区两系统的增长速度存在较大差异。这对经济滞后地区来说，缩小了两者的差距，但同时存在“矫枉过正”的情况；对医疗能力滞后地区来说，拉大了两者的差距。除受政策影响外，这也表明其他地区的经济水平增长并没有很好地提升公立医院医疗服务能力，没有形成类似珠三角地区差距逐渐缩小，协调度同步提升的结果。

各地区要因因地制宜。针对经济滞后地区，经济发展依旧是重点，提升经济水平才能带动资源的聚拢和行业发展，稳固公立医院医疗服务能力^[18]。着力于地区经济发展，促进各类生产要素的合理流动和高效集聚，坚持核心城市驱动战略，拓展边缘地区的产业发展通道以及特色产业，建立协调、绿色的长效发展机制，形成主体功能明显、优势互补的经济布局，以此来吸引卫生行业人才的进驻和医药企业的投资，提升医疗服务能力。

医疗服务能力滞后地区，短期来看要增加财政的转移支付比例，长期来看要利用经济优势，保障原有

产业链供应稳定的同时丰富健康相关产业结构^[19],以高水平公立医院为中心,打造健康产业群,提高资源转化效率。(1)引导经济投资流向医药高精尖产品技术的研发、评估和应用^[20],促进医疗服务能力的提升;(2)鼓励第三方研究和咨询机构的发展,为公立医院的精细化管理和提质增效提供支持,协助公立医院完成3个转变,实现医疗服务能力高质量增长;(3)探索社会力量参与下的补充医疗保险制度,拓宽筹资渠道,为需方提供保障,促进两者间产、学、研路径的形成,建立共赢的良性循环。

3.4 两系统耦合协调度受空间分布影响较大

广东省公立医院的医疗服务能力和经济水平的耦合协调程度在空间上呈现高—高、低—低聚类分布,随年份波动的趋势不大,一直保持中心高(珠三角中心),四周低(粤东、粤西和粤北边缘)的空间格局。原因可能是东西狭长形的地理格局对生产要素的空间流动等产生影响,同时中心城市的医疗、经济资源向四周辐射强度易受到地理限制,在边缘地区容易形成低—低聚集区。除帮扶机制外,政府在资源配置时应从地理及功能布局上对区域内卫生资源存量(包括基建、设备、人力等)进行整合,以此为参考,制定科学合理的区域卫生规划。卫生资源供大于求的地区,要对布局不合理、资源冗余的公立医疗机构进行调整;供不应求的地区,应加大政策倾斜力度,同时鼓励多方参与,健全医疗卫生服务网络。

公立医院两系统之间联系密切,广东省两者间的协调程度随年份变化略有增加,但整体水平不高。政府应持续增加医疗卫生领域的财政投入,丰富两者间的转化途径,注重区域间各类生产要素的合理配置和良性流转,加强对薄弱地区公立医院医疗服务能力地帮扶及经济发展地投入,建立公立医院医疗服务能力与经济良性发展的良性循环。

参 考 文 献

- [1] ROBERT-J GORDON. The U.S. Standard of Living since the Civil War[M]. Princeton University Press, 2016.
- [2] HENSHER M, JOHN T, BEN C, et al. Health care and the future of economic growth: exploring alternative perspectives[J]. Health economics, policy, and law, 2020,15(4): 419-439.
- [3] 李琼, 李松林, 白杏, 等. 粤港澳大湾区基本公共服务与经济发展耦合协调的时空特征[J]. 地理科学进展, 2022, 41(9):1688-1701.
- [4] 韩欣慰, 马迪, 陈苗苗, 等. 我国31省份医疗服务能力与地区经济耦合协调研究[J]. 医学与社会, 2022,35(8):39-43.
- [5] 毛瑛, 王雪, 何荣鑫. 基于TOPSIS模型的公立医院医疗服务能力评价研究[J]. 中国卫生质量管理, 2016, 23(6):99-103.
- [6] 马迪, 韩欣慰, 杜金, 等. 山东省基层医疗卫生服务能力与区域经济的耦合程度评价[J]. 中国卫生资源, 2022, 25(3): 363-366.
- [7] 王爽, 王冲, 李想, 等. 基于德尔菲—熵权法的规范化护士培训指导教师胜任力评价体系研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(5):87-90.
- [8] 翟诺, 陈沛军, 李建国. 基于改良TOPSIS法的广东省中医医院医疗服务能力综合评价[J]. 中国卫生统计, 2019,36(2): 291-294.
- [9] 接纯纯, 周典, 田帝, 等. 基于DRG和综合指数法的住院患者医疗服务绩效评价[J]. 中国医院管理, 2022,42(10):27-30.
- [10] 蔡红, 韩兆洲, 孙瑞峰. 人力资源与经济高质量发展的耦合协调关系研究[J]. 统计与决策, 2022(21):174-178.
- [11] 曹琳剑, 周詹杭, 王凯丽. 公共卫生基础设施与经济高质量发展耦合协调演化——以长江经济带为例[J]. 统计与决策, 2021,37(17):140-144.
- [12] 赵启港, 马安宁, 高润国, 等. 新医改前后我国城镇人均医疗保健支出空间分布变化研究[J]. 中国卫生经济, 2021, 40(7):60-64.
- [13] 黄园, 闫晋洁, 王卫红, 等. 价值链分析角度下的公立医院运营和资源配置思路分析[J]. 中国卫生经济, 2023,42(4): 81-83.
- [14] 李蔚. 十三五时期中国医疗卫生领域面临的问题及其治理[J]. 甘肃社会科学, 2015(6):205-208.
- [15] 李志锦, 马昕, 李建军, 等. 大型公立医院紧密型战略托管县级医院实践与探索[J]. 中国医院管理, 2021,41(11):91-93.
- [16] 梁妍, 王洪, 杨国旺, 等. 公立医院托管模式对区县医院服务能力提升的影响——以北京中医医院集团运行模式为例[J]. 中国医院管理, 2021,41(2):91-93.
- [17] 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.
- [18] 陈奎, 卢佳月, 葛国曙. 我国省域医疗卫生机构运行规模、质量和效率的耦合协调度研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(7): 41-46.
- [19] 郭同济, 钟思琪, 胡萌. 数字经济对医药制造业产业结构升级的影响测度[J]. 金融与经济, 2022(9):62-71.
- [20] 陶春海, 焦荣荣, 罗鉴, 等. 财税政策对医药制造业产业结构升级的异质性影响——基于面板分位数的研究[J]. 数理统计与管理, 2022,41(5):899-915.

[收稿日期: 2023-07-07] (编辑: 毕然)