



● 各方观点

床位数“赶学比”的利益逻辑

编者按：国内超 2000 张床的超大型医院已经比比皆是，超过 5000 张床的“巨无霸”医院也已不是什么新闻。然而大洋彼岸同样为医改努力的美国，似乎又是另外一番景象。美国排名第一的麻省总医院，床位仅为 898 张，员工却超过 2.1 万名。

我国床位数的赶学比，导致医院纷纷向超大型“航母”发展，然而该方向真的能起到缓解医疗资源紧张的作用吗？



图片 / 新浪

修修补补不如重塑医疗服务生态环境

▲ 清华医院 CEO 助理 杨长青

医院床位数与人员的配比、服务量的配比、收入的配比，其实只是结果而已，而导致这种结果的原因可能既在医院内部，也可能在医院外部，而当医院不分类别的无意识通过扩张床位来形成某种结果的情况，来自于内部的原因极可能是适应环境的适应性选择结果。

如果要切实改变这一局面，就必须标本兼治，

正本清源，重新塑造医疗服务生态环境，这需要做到以下几点：

一是要从理念上充分认识医疗服务过程中，医疗诊断和治疗所具有的核心价值，并以此为核心重构医疗收入分配机制。

二是要重建医疗服务价格体系，引入以资源消耗为基础、以相对价值为尺度来支付医师劳务费用的方法（RBRVS）作

为医疗服务价格的定价机制。在定价过程中既考虑设备投入、资金投入等硬件因素，同时也要充分考虑到诊疗过程中人力资源的投入情况，特别是医师在诊断和治疗过程中付出的心力、精力。

三是创造环境，强化医疗服务核心技术和知识的创新。大力创造促进医疗核心技术、器械、药品以及相关知识的创

新发展环境，调动全社会相关资源建设医疗卫生创新体系，力争重构我国医疗卫生产业在全球产业链的发展优势，特别是要调动医院从事临床研究和转化研究的积极性和主动性，通过机制创建，通过市场空间换时间等策略，加速医疗卫生临床技术核心知识更新，在可能的时间内实现跨越式发展。

床位数增加的软实力缺位

▲ 徐州市第一人民医院眼科主任 李颢雁

笔者看来，增加床位是绝对不可能解决医疗资源紧张的局面的。医疗资源包含很多方面，医院规模、床位数等仅是硬件的一部分。医院的床位增加了，但作为最重要“软件”——拥有技术的医务人员并没有相应增加。如此一来，完全是在通过牺牲医务人员的休息时间、

透支医务人员的身体健康来满足日益增长的老百姓就医需求。

众多医疗机构之所以趋之若鹜般地将自己打造成为“医疗航母”，首先，很大程度上是因为缺乏足够的财政投入，医院处于自负盈亏的状态，医院为了养活自己，盈利已经成为其面对生活的一种状

态。其次，医院的评价体系也并不十分科学，当前的价值评价体系认为医院就是应该做大做强，如此才能彰显医院在各方面的实力，而实际上各个不同层级的医院应该有着不同的责任和使命，一视同仁的标准必然导致医院向更“高大上”进军。到底怎样的医疗机构

配置才是符合我国国情的配置呢？笔者看来，首先需要增加政府投入，努力培养县乡一级医院的医学人才，将一些常见病留在县乡、留在基层；其次，市级以上医院接诊较疑难病例，规模不用太大，提高工作效率，能在门诊解决的绝不住院治疗，节省医疗成本。

规避“航母”孤岛 可从“结对子”出发

▲ 中国中医科学院望京医院骨科 吴夏勃

在大医院增加床位，直观上看可以扩充医疗资源、为更多患者服务，在某种程度上可以缓解住院难的问题。但由于患者的过度集中，即使这些大医院都扩充病床数，依然不能从根本上解决就医难问题。基层医院如果扩充病床，由于技术力量跟不上，增加的病床更会造成浪费。

我国医院医护人员与病床配置的比例，远低于西方发达国家，医护人员的劳动强度却远高于他们。无限制地扩充病床数，而医护人员却得不到补充和培养，医疗质量便无法得到保证。仅靠这些航母级医院显然不能解决全国人民就医难的问题，且反而容易形成“孤岛”。想要将患者分散到基

层医院就医，必须提高基层医院的诊治水平和医疗设备。笔者建议：首先要采取帮扶措施。以行政命令的手段，责令三甲医院与郊区县结成对口医院，以“手拉手”形式帮扶，三甲医院每周派人到基层医院出诊带教，而基层医院派人到三甲医院进修学习。相关的补贴费用，需要政府投入。

其次可借用“北京市朝阳区中医药专家下基层传承工程”的方法，将经验传授于基层医院的学生，教会一个人，带动一个学科，服务一片患者。再次，基层医院应重视人才梯队培养，增加培养经费，制定培养目标，任人唯贤，定期派送优秀骨干到三甲医院进修学习，才能达到目的。

● 第三只眼

“医生荒”背后是体制梗阻

▲ 媒体人 白剑峰

据报道，陕西宁陕县医院盖起了 9 层的豪华大楼，仅有 28 名正式医生，大批骨干医生离开；一些乡镇卫生院因缺少会操作的医生，医疗设备静静地躺在墙角。

从医生个人的角度看，“求上流”是人之常情，基层条件艰苦、待遇低下，谁不愿意调进大医院呢？但是，从另一个角度看，好医生不愿意在基层，拼命想往上层挤，大医院成了人才“抽水机”，这恰恰反映了我国医疗体制的弊端，即医疗资源供给体系与市场经济体制不相匹配。

让高水平医生“向下流”，核心是公立医疗机构去行政化、去垄断化，让市场在资源配置中发挥决定性作用。首先，取消公立医院的事业单位身份，同时废除行政级别，打破资源分配中的行政垄断，让所有医院获得平等竞争

的机会。同时，废除职称评定制度，让医生不再被论文、职称等“枷锁”束缚，一心一意扑在临床上。像发达国家一样，评价一位医生好坏，不看论文，也不看职称，而是看临床水平，看患者的口碑。

其次，放开医生自由执业，让医生从“单位人”变成“社会人”，鼓励有资质的医生开办私人诊所。建立一个以医生自由执业为基础的高度市场化的人力资源市场，为促进各级医疗机构平等竞争创造条件。医生一旦自由流动起来，不需要任何行政命令，优质医疗资源自然就会下沉到基层。

可见，解决基层“医生荒”，关键是减少行政干预，打通体制机制“梗阻”，建立与市场经济体制相适应的医疗卫生体制，让“看不见的手”更好地配置资源。

● 热点观察

做媒体就该摆出事实

▲ 本报记者 张雨



日前，央视《面对面》栏目在温岭杀医案二审宣判后，对维持死刑原判的封闭逻辑，谁也不会看到连恩青进行了采访。电视画面中，连恩青面对央视的镜头依然在其自我的逻辑中将自己臆想成为揭露黑幕的英雄，甚至义愤填膺地说：“医生自作孽不可活，是其咎由自取！”

回想每当有类似暴力伤医案时，总会有一些媒体试图找寻花边，采访患者伤医的原因。连恩青的“经历”自然也在温岭事后，成为一些媒体炒作的“料”，报道中甚至将其描绘成为让人心生同情的可怜人，而忽视了其所作为造成的后果。

若是没有央视此次面

对面的采访，谁也不会知道连恩青自己那套怪异的封闭逻辑，谁也不会看到连恩青没有丝毫悔过甚至还经常微笑的表情，谁也不会了解连恩青对于医院以及世道的憎恶早已深入其髓……

新闻报道就该如此，媒体责任就该如此，只需要将事实真相摆在世人面前，以一个正常人对于是非的判断能力，完全不会再对连恩青心生任何怜悯，罪有应得甚至罪不容诛才是对其的评价。而对于为此付出生命代价的王云杰医生，以及和王云杰一样的医者们，公众定能够对他们的现状及遭遇报以更多理解，这才是真正正能量的体现。

