

名誉主编 陈觉民 张笑春

卫生资源配置 与区域卫生规划的 理论与实践

Theories and Practices
in Health Resources
Allocation and Regional
Health Planning

主编 万崇华 姜润生
主审 郑学宝

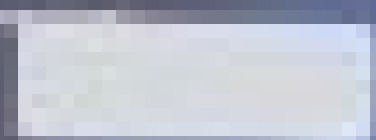


科学出版社

中国卫生出版社 2014

卫生资源配置 与区域卫生规划的 理论与实践

中国卫生出版社 2014



卫生资源配置与区域卫生规划的 理论与实践

**Theories and Practices in Health Resources
Allocation and Regional Health Planning**

名誉主编 陈觉民 张笑春
主 编 万崇华 姜润生
主 审 郑学宝

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书是较全面系统地介绍卫生资源配置和区域卫生规划的专著,对其制定、实施和评价全过程用到的理论方法均有涉及。不但对卫生资源配置标准制定方法和区域卫生规划全过程进行介绍,还对卫生服务需求及利用、卫生服务供给与利用效率、卫生资源配置公平性等进行阐述,既有美国、法国、澳大利亚、泰国等九个国家的方法和经验总结,又有我国几个代表性省份的卫生资源配置和区域卫生规划制定方法和过程的详细介绍,还附有大量的配置指标数据。

全书集理论与实践于一体,既有理论广度深度,又具有实践示范作用,适合于政府公务人员以及从事卫生管理和卫生经济等相关学科的研究者参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

卫生资源配置与区域卫生规划的理论与实践 / 万崇华,姜润生主编. —北京:科学出版社,2013.3

ISBN 978-7-03-036662-7

I. 卫… II. ①万… ②姜… III. ①卫生工作-资源配置-研究-中国 ②卫生工作-区域规划-研究-中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 024077 号

责任编辑:朱 华 李国红 / 责任校对:包志虹

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京通州皇家印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2013 年 3 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2013 年 3 月第一次印刷 印张:25

字数:592 000

定价:148.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

卫生资源配置与区域卫生规划的理论与实践

名誉主编 陈觉民 张笑春

主 编 万崇华 姜润生

主 审 郑学宝

副主编 李晓梅 陈 莹 谭中贵 杨云滨

参加编著人员 (按姓氏笔画排序)

万崇华(广东医学院)

毛龙云(楚雄州卫生局)

田永华(濠江县卫生局)

丛汇泉(法国卫生部)

曲校德(玉溪市卫生局)

自卫平(楚雄州卫生局)

自 蓉(云南省第一人民医院)

许传志(昆明医科大学)

杨 义(玉溪市卫生局)

杨 旭(云南省卫生厅)

杨 铮(广东医学院)

杨云滨(广东医学院)

李伟明(昆明医科大学)

李晓梅(昆明医科大学)

何晓敏(滨州医学院)

张晓磬(昆明医科大学)

陈 平(云南省健康教育所)

陈 晋(玉溪市人民医院)

陈 莹(昆明医科大学)

孟 琼(昆明医科大学)

赵拥军(滨州医学院)

钟继红(楚雄州卫生局)

闻品渊(云南省卫生厅)

姜润生(昆明医科大学)

郭 建(广东医学院)

黄巧云(昆明医科大学)

黄新萍(东莞市石龙博爱医院)

覃国强(广东医学院)

雷光和(广东医学院)

蔡德芳(玉溪市人民医院)

谭中贵(云南省卫生厅)

学术秘书 孟 琼(昆明医科大学)

参加课题的单位与人员

云南省卫生厅:谭中贵、闻品渊、杨旭

楚雄州:

楚雄州卫生局:钟继红、董应宽、普联珊、毛龙云、自卫平、何文朝、王如发、代必洪、刘应先、段海茜、朱明生、寇燕、李斌、李永祥、杨正光、李维平

楚雄市卫生局:李洪坚、徐俊、张天斌、刘忠义、徐林寿

双柏县卫生局:傅林贵、苏勇、李琴珍、徐溢

牟定县卫生局:郑琼华、普飞、滕佳发

南华县卫生局:阿敏、王从荟、刘桂仙、陈春华

姚安县卫生局:赵晓海

大姚县卫生局:王劲松、吴亮、马琼丽、孙建明、郑伟荣、朱卫东

永仁县卫生局:陈加富、罗思祥、罗秀高

元谋县卫生局:李自杨、文兴泽、陈志明

武定县卫生局:郑立华、李绍学、李燕春

禄丰县卫生局:段永康、何志国、李宏祖、李凤兰

永仁县猛虎乡卫生院:李洪祥

永仁县莲池乡卫生院:韩继学

玉溪市:

玉溪市卫生局:杨义、曲校德、李丁全、王红、施平、李艳芬、王旭、张迪、邓雪松、王海林、杨坤、普万明

玉溪市人民医院:陈晋、蔡德芳、张雄军

红塔区卫生局:胡本清

江川县卫生局:张盛国

通海县卫生局:汤文惠

澄江县卫生局:张宝川、张春亚、郭靖、刘伦、赵毅、袁国涛、付良平、张云川、李雪松

澄江县右所卫生院:潘奇林、马巧仙、杨露芳、阮卫坤

澄江县九村卫生院:杨成军、何启莉、付乾坤、张宁

华宁县卫生局:罗盛勇

易门县卫生局:鲁开龙

峨山县卫生局:张旭光

新平县卫生局:何富安、王媛、郝永明、普华蓉、马恒清、潘学祥、普红文、徐金富、徐文坛、李崇章、丁龙

元江县卫生局:姚永林、董杰、王惠玲、赵秀英、罗桥保、赵春林、李建国、刀金宏、李天保、王文山、李素玲

昆明医科大学研究生:吕东彪、姜黎黎、戚艳波、黄新萍、何左、付金翠、张凤兰、黄聿明、蒋建明、沈秀莲

前言

区域卫生规划指在一个特定的区域范围内,根据经济发展、人口结构、地理环境、卫生与疾病状况、不同人群需求等多方面因素,来确定区域卫生发展方向、发展模式与发展目标,合理配置和培植卫生资源,合理布局不同层次、不同功能、不同规模的卫生机构,使卫生总供给与总需求基本平衡,形成区域卫生的整体发展。

区域卫生规划作为我国卫生改革的重大政策,从理论研究到地区试点,再到全国范围内的推广,历尽十几年。20世纪80年代中后期,世界卫生组织和世界银行向我国介绍并推荐了区域卫生规划这一卫生管理和发展模式。20世纪80年代末,卫生部利用世界银行贷款在浙江金华、江西九江、陕西宝鸡三个地级市进行“综合性区域卫生发展项目”的试点。此后,国家发改委、卫生部和财政部随后出台的一系列政策,特别是1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》和1999年《关于开展区域卫生规划的指导意见》,为区域卫生规划的开展创造了良好的政策环境。2000年国家八部委联合制定《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》,国家卫生部将区域卫生规划列入2000年工作要点。此后,全国各地在区域卫生规划和优化卫生资源实践方面进行了积极尝试和探索。截至2003年年底,全国各省、直辖市、自治区均制定了“卫生资源配置标准”,200多个地级市制定了“区域卫生规划实施方案”。

2008年8月11日卫生部部长陈竺与法国卫生青年体育和社团生活部长巴切罗女士(Roselyne Bachelot-Narquin)就中法两国签署了一系列卫生与医学科学合作协定,其中包括在区域卫生规划方面开展合作。为了贯彻落实中法两国关于区域卫生规划的合作协议,法方选取中国两个具有代表性的省份云南省(相对贫穷落后)与浙江省(相对富裕先进)进行区域卫生规划试点合作。

2009年1月21日国务院总理温家宝主持召开国务院常务会议,审议并原则通过《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009~2011年深化医药卫生体制改革实施方案》,标志着“新医改”的正式启动。“新医改”中多处强调了区域卫生规划与资源的优化配置,进一步促进和推动了全国新一轮的卫生资源配置标准制定与区域卫生规划工作。

2000~2001年云南省根据国家要求制定了卫生资源配置标准并下发各地实施区域卫生规划,取得了一些可喜成绩。但对一些长期存在的问题尚未得到有效解决,如卫生资源配置不合理,条块分割严重,难以有效实施区域卫生规划等。从2009年起,我们借助法国区域卫生规划技术与经验,整合云南省有关卫生专家的智慧与经验,在2001年卫生资源配置标准研究的基础上,选取楚雄、玉溪、曲靖、怒江四个地级市(州)为试点,采取多种调查技术和统计分析方法对云南省的卫生资源配置与利用现状进行分析与预测,开始了新一轮的卫生资源配置标准制定与区域卫生规划工作。本书主要是这十多年来我们在此方面进行的一些探索工作的总结,同时对国际和国内其他省市的探索进行介绍,力图体现以下特色:

1. 全面性 全书分成理论篇与实践篇两大部分。理论篇对我国卫生资源配置和区域卫生规划的发展、制定、实施和评价中所应用到的各种方法从理论的角度深入浅出地进行分析

阐述,同时还对包括美洲、澳洲、欧洲和亚洲在内的其他主要国家实施区域卫生规划的内容和特点进行了介绍。在实践篇中,对我国几个具有代表性的省份进行卫生资源配置和区域卫生规划具体实施方法和过程进行了详细介绍。

2. 实用性 本书内容丰富,涉及面广且具有一定深度,既包括卫生资源配置中机构、人力、床位、经费和大型医疗设备的标准设置和规划方法的介绍,又包括卫生服务需要、需求及利用、卫生服务供给与利用效率、卫生资源配置公平性的研究方法。本书有大量的参考文献以及卫生绩效、卫生资源配置方面的主要指标数据,具有较强的工具性和资料库性质。同时,本书集理论与实践两方面合二为一,既具有理论广度深度,又具有实践示范作用。在实践篇中,完整阐述了卫生资源配置和区域卫生规划的全过程,具有较强的借鉴性和启发性。

本书编撰者都是从事卫生事业管理和卫生统计工作多年的学者和专家,其中很多学者曾到过许多国家就区域卫生规划领域进行了考察和交流。本书既有科研实践的总结,也有国外交流的思考。虽然如此,限于水平,不足之处在所难免,敬请读者不吝赐教!

本书在编撰和出版过程中,得到了科学出版社、云南省卫生厅、楚雄州卫生局、玉溪市卫生局、玉溪市人民医院、楚雄市卫生局、永仁县卫生局、大姚县卫生局、澂江县卫生局、新平县卫生局、红塔区卫生局以及广东省卫生经济学会和中国卫生经济学会等的大力支持,尤其是云南省卫生厅陈觉民厅长及广东省卫生经济学会张寿生会长的非常“给力”的支持帮助,广东医学院郑学宝院长(中国人民大学人力资源管理博士后)在百忙中审阅了全书,在此谨代表全体编委一并鸣谢!

万崇华 2012年8月于广东医学院
姜润生 2012年8月于昆明医科大学

目 录

理 论 篇

第一章 卫生资源配置与区域卫生规划概况	(3)
第一节 卫生资源概况	(3)
第二节 国内外卫生资源配置现状	(6)
第三节 卫生资源配置研究概况	(10)
第四节 区域卫生规划研究概况	(14)
第二章 卫生资源配置与区域卫生规划的发展及伦理思考	(20)
第一节 卫生资源配置与区域卫生规划的发展	(20)
第二节 卫生资源配置与区域卫生规划的制度伦理分析	(24)
第三章 部分国家卫生资源配置与区域卫生规划	(32)
第一节 美国卫生资源配置与区域卫生规划	(32)
第二节 巴西卫生资源配置与区域卫生规划	(38)
第三节 英国卫生资源配置与区域卫生规划	(45)
第四节 法国卫生资源配置与区域卫生规划	(50)
第五节 德国卫生资源配置与区域卫生规划	(59)
第六节 澳大利亚卫生资源配置与区域卫生规划	(63)
第七节 日本卫生资源配置与区域卫生规划	(68)
第八节 新加坡卫生资源配置与区域卫生规划	(73)
第九节 泰国卫生资源配置与区域卫生规划	(78)
第四章 卫生资源配置标准的制定方法	(84)
第一节 卫生资源配置标准制定的意义与原则	(84)
第二节 卫生资源配置标准制定步骤	(85)
第三节 卫生资源配置现状分析	(90)
第四节 卫生资源配置标准制定方法概览	(98)
第五节 卫生机构配置标准制定	(105)
第六节 卫生人力资源配置标准制定	(110)
第七节 医疗床位配置标准制定	(113)
第八节 大型医疗设备配置标准制定	(115)
第九节 卫生经费配置标准制定	(119)
第五章 卫生服务需要、需求与利用研究方法	(122)
第一节 卫生服务需要、需求与利用概况	(122)
第二节 卫生服务需要、需求与利用的研究方法	(130)
第三节 卫生服务需要、需求与利用的影响因素	(137)

第六章 卫生服务供给与利用效率研究方法	(142)
第一节 卫生服务供给与利用效率概述.....	(142)
第二节 卫生服务供给的理论与方法.....	(150)
第三节 卫生服务利用效率研究方法.....	(158)
第四节 卫生服务供给与利用常用指标.....	(162)
第五节 分析实例.....	(168)
第七章 卫生资源配置公平性研究方法	(180)
第一节 卫生公平的基本理论与原则.....	(180)
第二节 国内外卫生资源配置公平性研究现状.....	(181)
第三节 卫生资源配置公平性的测量方法.....	(185)
第八章 区域卫生规划的编制	(195)
第一节 区域卫生规划编制的原则与思想.....	(195)
第二节 区域卫生规划编制的方法与程序.....	(199)
第三节 我国区域卫生规划编制现状分析.....	(201)
第九章 区域卫生规划与卫生资源配置的评价	(206)
第一节 区域卫生规划与卫生资源配置评价的意义与作用.....	(206)
第二节 区域卫生规划和卫生资源配置评价原则和步骤.....	(207)
第三节 区域卫生规划和卫生资源配置评价内容与方法.....	(208)

实 践 篇

第十章 广东省卫生资源配置与区域卫生规划	(217)
第一节 广东省卫生资源配置与区域卫生规划概况.....	(217)
第二节 广东省卫生资源配置标准制定.....	(219)
第三节 广东省部分城市区域卫生规划实践.....	(223)
第十一章 山东省卫生资源配置与区域卫生规划	(249)
第一节 山东省卫生资源配置与区域卫生规划概况.....	(249)
第二节 山东省卫生资源配置标准制定.....	(253)
第三节 山东省部分城市区域卫生规划实践.....	(257)
第十二章 云南省卫生资源配置与区域卫生规划	(262)
第一节 云南省卫生资源配置标准制定.....	(262)
第二节 云南省部分地区的区域卫生规划.....	(265)
第十三章 云南省楚雄州区域卫生规划试点研究	(272)
第一节 楚雄州基本情况概况.....	(272)
第二节 楚雄州居民卫生服务需要、需求与利用分析.....	(276)
第三节 楚雄州卫生机构规划.....	(284)
第四节 楚雄州卫生人力资源规划.....	(290)
第五节 楚雄州医疗床位规划.....	(295)
第六节 楚雄州大型医疗设备规划.....	(298)
第七节 楚雄州卫生经费规划.....	(307)

第八节	楚雄州公共卫生资源规划	(312)
第十四章	云南省玉溪市区域卫生规划试点研究	(321)
第一节	玉溪市基本概况	(321)
第二节	玉溪市居民卫生服务需要、需求与利用分析	(323)
第三节	玉溪市卫生机构规划	(332)
第四节	玉溪市卫生人力资源规划	(338)
第五节	玉溪市医疗床位规划	(342)
第六节	玉溪市大型医疗设备规划	(345)
第七节	玉溪市卫生经费规划	(353)
第八节	玉溪市公共卫生资源规划	(357)
参考文献		(363)
附录		(371)
附录 1	世界部分国家人口经济及卫生指标	(371)
附录 2	世界部分国家主要卫生资源配置指标	(373)
附录 3	中国各省市主要社会经济及卫生指标	(375)
附录 4	中国各省市医疗卫生机构数	(377)
附录 5	中国各省市医疗卫生机构床位数及医院床位使用率	(379)
附录 6	中国各省市卫生人员数	(381)
附录 7	中国各省市每千人执业(助理)医师数和注册护士数	(383)
附录 8	中国各省市近年不同机构卫生服务情况	(385)
附录 9	云南省 2010 年末各地区卫生资源配置现状	(387)
附录 10	云南省 2015 年末卫生资源配置指导标准	(388)

理论篇

第一章 卫生资源配置与区域卫生规划概况

第一节 卫生资源概况

一、前言

健康是人类全面发展的基础。医药卫生事业关系千家万户的幸福,是重大民生问题。深化医疗卫生体制改革,加快医药卫生事业发展,是适应人民群众日益增长的医药卫生需求,不断提高人民群众健康素质,贯彻落实科学发展观、促进经济和社会全面协调可持续发展的必然要求,是维护社会公平正义的重要举措,是人民生活质量改善的重要标志,是全面建设小康社会和构建社会主义和谐社会的一项重大任务。

中华人民共和国成立以来,特别是改革开放以来,我国医药卫生事业取得了显著成就,覆盖城乡的医药卫生服务体系基本形成,基本防治能力不断增强,医疗保障覆盖人口范围逐步扩大,卫生科技水平迅速提高,人民群众健康水平明显改善,居民主要健康指标处于发展中国家前列。但同时,也应该看到,当前我国医药卫生事业发展水平与经济社会协调发展要求和人民群众健康需求不相适应的矛盾还比较突出。城乡和区域医疗卫生事业发展不平衡,资源配置不合理,公共卫生和农村、社区医疗工作比较薄弱,医疗保障制度不健全,药品生产流通秩序不规范,医院管理体制和运行机制不完善,政府卫生投入不足,医药费用上涨过快,人民群众反映比较强烈。

从现在到 2020 年,是我国全面建设小康社会的关键时期,医药卫生工作肩负着繁重的任务。随着经济的发展和人民生活水平的提高,群众对医药卫生服务将会有更高的要求。工业化、城镇化、人口老龄化、疾病谱变化和生态环境变化等,都给医药卫生工作带来一系列新的挑战。深化医药卫生体制改革,是加快医疗卫生事业发展的战略选择,是实现人民共享改革发展成果的重要途径,是广大人民群众迫切愿望。而在整个医药卫生体系中,卫生资源(health resource)是最为重要的关注点,也是新医改最主要的切入点。

二、卫生资源的概念及特点

(一) 卫生资源的概念

卫生资源(高丽敏,2008)是经济资源的一种,广义的卫生资源包括:围绕医疗机构为主体形成的医疗资源;围绕防治疾病在医疗卫生服务过程中所投入的货币资金;围绕公共卫生服务所形成的卫生资源;围绕政府监督管理形成的卫生管理资源;治疗和预防所需要的药品、器械、材料、试剂生产机构和流通机构;围绕药品、器械、材料、试剂等形成的科学研究机构和成果;城镇职工基本保险制度的医疗保险基金、合作医疗基金、商业医疗保险基金等;政府管理卫生事业的政策资源;医学人才和人才培养、医学教育、医科学院等;临床医学科学研究和科学研究的成果;管理、医院文化等形成的无形资产资源;医疗卫生管理的能力水平、学

科特长、综合抢救能力、培养人才的能力、科学研究的基础能力。狭义的卫生资源是指在一定时期内存在于卫生行业内部的各种生产要素的总和,其有两层含义:一是卫生资源的分配——称为初配置,其特点是卫生资源的增量分配;二是卫生资源的流动——称为再配置,其特点是卫生资源的存量调整。

卫生资源包括卫生人力资源、卫生物力资源、卫生财力资源、卫生信息资源。下面将对各种类型资源的各项指标进行详细阐述:

1. 卫生人力资源(卫生技术人员的数量和质量) 包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师(士)、检验及影像技师(士)、卫生监督员和见习医(药、护、技)师(士)等卫生专业人员,以及其他技术人员、管理人员和担负领导职责或管理任务的工作人员。包括从事医疗保健、疾病控制、卫生监督、医学科研与教学等业务管理工作的人员;主要从事党政、人事、财务、信息、安全保卫等行政管理工作人员。

2. 卫生物力资源(基本建设、医疗设备、药品、卫生材料)

(1) 床位数

1) 编制床位:由卫生行政部门核定的床位数。

2) 实有床位:指年底固定实有床位数,包括正规床、简易床、超过半年加床、正在消毒和修理床位、因扩建或大修而停用的床位。不包括产科新生儿床、接产室待产床、库存床、观察床、临时加床和病人家属陪侍床。

3) 实际开放总床日数:指医院各科室每日夜晚 12 点开放病床数总和,无论该床是否被病人占用,都应计算在内。包括消毒和小修理等暂停使用的病床。

4) 实际占用总床日数:指医院各科室每日夜晚 12 点实际占用的病床数(既每日夜晚 12 点住院人数)总和,包括实际占用的临时加床在内,病人入院后于当晚 12 点前死亡或因故出院的病人,按实际占用床位 1 天进行统计,同时统计“出院者占用总床数”。

5) 出院者占用总床日数:指所有出院人数的住院床日之总和。

(2) 房屋及基本建设、设备

1) 房屋建筑面积:指单位购建且有产权证的房屋建筑面积,不包括租房面积。

2) 租房面积:卫生机构使用的、无产权证的房屋建筑面积。无论其是否缴纳租金,均计入租房面积。

3) 万元以上设备:包括医疗设备、后勤设备等在内的全部万元以上设备。

(3) 卫生财力资源(卫生总费用):国际上比较分析各国的卫生财力资源的指标主要有两个:一个是卫生总费用占其国内生产总值(GDP)的比重,另一个是各国的人均卫生总费用。收入与支出、资产与负债具体指标如下:

1) 非营利性医院各项指标解释与《医院会计制度》一致;营利性医院与《企业会计制度》一致;其他卫生机构与《事业单位会计制度》、《民间非营利组织会计制度》一致。

2) 基本药物收入:指年内使用《国家基本药物目录》内药品取得的收入,不包括由省级人民政府确定的非目录药品收入。

3) 中药收入及中药费。

4) 人员支出:指医疗和药品支出中的基本工资、绩效工资、津贴、社会保险费等,但不包括对个人家庭的补助支出。基本工资指事业单位工作人员的岗位工资和薪级工资。

(4) 卫生信息资源(所需的一切信息和技术)。还包含医院提供的医疗服务,其主要的

分析指标有:

1) 总诊疗人次数:指所有诊疗工作的总人次数。统计界定的原则:①按挂号数统计,包括门诊、急诊、出诊、单项健康检查、健康咨询指导人次、患者1次就诊多次挂号,按实际诊疗次数统计,不包括根据医嘱进行的各项检查、治疗、处置工作量;②未挂号就诊、本单位职工就诊及外出诊不收取挂号费的,按实际诊疗人次数统计。预约诊疗人次数包括网上、电话、院内登记、双向转诊等预约诊疗人次之和。

2) 出院人数:指所有住院后出院的人数。包括治愈、好转、未愈、死亡及其他人数。统计界定原则:①“死亡”,包括已办住院手续后死亡、未办理住院手续而实际上已收容入院死亡者。②“其他”,指正常分娩和未产出院、未治和住院经检查无病出院、无并发症的人工流产或绝育手术出院者。③3日确诊人数,指入院后确诊日期-入院日期 ≤ 3 日的出院人数。

3) 急诊、住院危重病人抢救及成功人次数:按实际抢救人次数进行统计。急危重病人经抢救后,治愈、好转或病情得到缓解者,视为抢救成功。病人有数次抢救,最后一次抢救失败而死亡,则前几次抢救计为抢救成功,最后一次为抢救失败。

4) 入院与出院、术前与术后、临床与病理诊断符合人数:指主要诊断完全相符或基本相符的人数。

5) 住院病人手术人次数:指施行手术和操作的住院病人总数。一次住院期间施行多次手术的,按实际手术次数统计。

6) 医院感染例数:指病人住院期间新发生的感染例数。包括住院获得出院后发生的感染,不包括入院前已开始感染或入院时已处于潜伏期的感染。

7) 无菌手术(I级切口)愈合例数:指出院病人在住院期间施行的属于I级切口(无菌切口)的手术次数,不包括无菌手术后切口未愈合即出院、转院或死亡的手术次数,以住院病案首页为依据。按愈合登记分为甲级愈合(指切口愈合良好)、乙级愈合(指愈合处有炎症反应)、丙级愈合(指切口化脓)。

8) 医疗纠纷:指患者及其家属等关系人对医疗机构及其医务人员提供的医疗护理等服务效果不满意而与医疗机构发生的纠纷。

9) 医疗事故报告例数:按鉴定日期(不以发生日期)统计。

10) 临床用血总量(U):每200ml全血统计为1U;手工分离成分血按每袋200ml全血制备分离统计为1U,机采成分血1人份统计为1U(采集2人份为2U);机采血浆按每100ml 1U统计。

(二) 卫生资源的特点

卫生资源具有以下两大特性:一是卫生资源具有公共产品特性;二是卫生资源具有可重复性、可流动性和兼容性的特点。

目前我国卫生资源的现状是拥有量得到快速增加,卫生资源的结果逐渐趋于优化;医用设备更新换代加快,设备普及率提高,拥有大量世界上最先进的医疗技术、诊疗设备。同时,我国卫生资源总体不足,卫生发展落后于经济发展;医疗卫生资源配置不合理,农村和城市社区缺医少药的状况没有得到完全的改变。

根据《全国卫生资源与医疗服务调查制度》,在配置方法上,我国实行以供方为导向的资源配置方式,资源配置主要以床位和人力为主要依据。这种按床位、按人头补经费的办法,

造成了一系列问题与矛盾,造成了资源配置不合理的恶性循环。密度较高的地区比较集中,低人口密度地区分布较低,卫生人员、卫技人员以及病床等卫生资源均表现出相似的分布规律,由此造成资源过剩与匮乏并存的局面。显然,从公平角度来说,按每千人卫生人员数、病床数来配置卫生资源对人口密度低的地区不公平,而密度低的地区往往是农村、西部落后地区,这种配置方式也是与均等化相悖的。所以我们首先要考虑的是密度对卫生资源配置均等化的影响。从专项资金来看,也由于缺乏科学的标准、必要的论证和严格的监控机制,资金分配的随意性较大,刺激了购买高精尖设备和盲目争上基本建设规模。有调查显示,我国卫生资源总量的 80% 左右配置在城市,且先进的医疗仪器和技术集中在大城市的大医院,高级卫生技术人员集中在经济发达的地区,尤其是城市大医院,部分城市某些高精尖的仪器设备的总体规模已经接近甚至超过一些发达国家的水平,部分地区还出现供大于求的局面。根据部分地区的研究结果显示,城市医生和床位的实际拥有量比需要多出 $1/5 \sim 1/4$,部分大型诊疗设备的实际拥有量比需要量多出 $1/4 \sim 1/3$ 。

从经济学理论的角度出发,卫生资源配置均等化也就是“可及性”的均等化。“可及性”是指能持续、有组织地为居民提供容易获得的医疗卫生保健服务。这种医疗卫生服务在内容上适合、在数量上能满足居民基本需要,并且以居民能够承受的方式提供。因此,根据上述定义,可将卫生资源可及性分为两类:一类是供方可及性(又称绝对可及性),即医疗卫生服务提供方是否能提供充足的和公平的卫生服务资源。一般用居民离最近医疗机构的距离、时间、人均医生数、人均床位数、提供医疗服务的内容、医疗技术水平、社会医疗保障制度等指标衡量。另一类是需方可及性(又称相对可及性),即个人是否有能力获得由供方提供的医疗卫生服务。家庭收入、家庭卫生设施、个人的受教育年限、健康意识、个人生活方式等都是衡量医疗服务需方可及性的重要指标。

(姜润生)

第二节 国内外卫生资源配置现状

一、国内卫生资源配置现状

中华人民共和国成立以来,我国卫生资源不管从数量上还是质量上都有了很大的进步,《2011 年卫生统计年鉴》显示,截至 2010 年年底,我国拥有各类卫生资源,如卫生机构数、卫生人员数、床位数等都达到了一个新的水平。

(一) 卫生资源配置情况

1. 卫生机构情况 2010 年底,我国共有各类卫生机构数 936 927 个,其中医院 20 918 个,基层医疗机构 901 709 个,专业医疗机构 11 835 个,其他医疗机构 2 465 个;东中西部分别拥有 339 306 个、308 990 个和 288 631 个医疗机构。我国共有社区卫生服务中心 6 903 个、城市社区卫生服务站 25 836 个、乡镇卫生院 37 836 个和村卫生室 648 424 个。

2. 卫生人员情况 2010 年底,我国共有卫生人员 8 207 502 人,其中卫生技术人员 5 876 158 人,乡村医生和卫生人员 1 091 863 人,其他技术人员 290 161 人,管理人员