

ZHONGGUO QUYU WEISHENG GUIHUA
SHISHI XIAO GUO PINGGU

中国区域卫生规划 实施效果评估

——以青海省为例

赵大海 著



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

中國現代史 第五編 中國 大陸抗戰時期

——中國近世史綱要

趙世瑜 著

中国区域卫生规划实施效果评估

——以青海省为例

赵大海 著

上海交通大学出版社

内 容 提 要

本书首先对全国各省区域卫生规划的执行情况进行总体评价;以一个省为例,将区域卫生规划实施前后对卫生资源配置、卫生宏观发展的影响等进行详细阐述;在上述基础上,针对区域卫生规划执行不力的事实,进行原因分析;提出区域卫生规划政策完善的对策和建议。本书读者对象将是公共卫生、卫生管理和公共管理专业本科生、研究生,以及卫生行政人员、医疗卫生机构工作人员等。

图书在版编目(CIP)数据

中国区域卫生规划实施效果评估:以青海省为例/
赵大海著. —上海:上海交通大学出版社,2010

(公共医疗卫生管理与研究系列)

ISBN 978-7-313-06365-6

I. 中... II. 赵... III. 卫生工作—区域规划—评估—中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 056269 号

中国区域卫生规划实施效果评估 ——以青海省为例

赵大海 著

上海交通大学出版社出版发行

(上海市番禺路 951 号 邮政编码 200030)

电话:64071208 出版人:韩建民

昆山市亭林印刷有限责任公司 印刷 全国新华书店经销
开本:787mm×960mm 1/16 印张:8.75 字数:161 千字

2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-313-06365-6/R 定价:50.00 元

版权所有 侵权必究



赵大海（1980～ ），博士、博士后，上海财经大学公共经济与管理学院讲师，于2008年获复旦大学管理学博士学位，获国家留学基金委全额资助于2010—2011年在美国斯坦福大学进行博士后研究，已主持上海市社科规划、上海市教委等多项科研课题，以第一作者在《财政研究》等权威或核心期刊发表论文十余篇。

前 言

卫生资源配置是指一个国家或区域如何将筹集到的卫生资源分配到不同的领域、地区、部门和人群中去。卫生资源配置的方式,同其他经济资源配置一样,不外乎计划和市场两种手段。目前世界各国卫生资源配置的方式,已没有一种纯粹是计划或市场方式,而是计划与市场同时作用的混合模式。区域卫生规划(Regional Health Planning),作为计划与市场的有机结合方式,得到大多数发达国家的推崇。

1997年《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》对实施区域卫生规划进行了较为完善的阐述。1999年国家计委、财政部和卫生部联合发布了《关于开展区域卫生规划的指导意见》,对区域卫生规划的实施背景、目标和原则、规划编制内容和方法以及相应的政策措施等都作了明确的规定。全国各省(市)根据以上文件的精神,根据“边规划、边调整”的原则,逐步探索和开展了卫生资源配置标准和区域卫生规划的制定和实施工作。至2001年底,全国31个省(市、区)先后完成了卫生资源配置标准的制定,相应的超过200个地级市也完成了区域卫生规划的编制工作,并对各自区域卫生资源逐步进行了调整。

在“十五”期间,区域卫生规划没有进行系统评价,我国目前绝大部分省(市)均已出台了“十一五”卫生资源配置标准,大部分地区也相继出台了区域卫生规划的政策和文件。2009年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》重新强调:“强化区域卫生规划,省级人民政府制定卫生资源配置标准,组织编制区域卫生规划和医疗机构设置规划,明确医疗机构的数量、规模、布局和功能。”由此看来,区域卫生规划仍将作为我国进行卫生资源配置的主要工具和方式。

考虑到卫生资源配置标准由各省统一制定,本书选择以青海省为例,对“十五”期间区域卫生规划的执行情况进行分析和评估。首先对青海省各级医疗机构卫生资源配置现状进行分析和评估,在此基础上,对青海省区域卫生规划总体执行情况进行综合评价,并对区域卫生规划制度的完善提出可行的政策建议。

鉴于我国医疗卫生改革的艰巨性和复杂性,加之本人水平所限,本书可能在医疗卫生改革思路 and 观点等方面存在一定的不足,还望各位同行提出宝贵意见和建议。

赵大海

2010年3月16日

目 录

第 1 章	国内外卫生资源配置及区域卫生规划现状与研究进展	1
第 2 章	青海省社会经济及医疗卫生资源配置基本情况	10
第 3 章	青海省级综合医院医疗卫生资源配置现状及评价	16
第 4 章	青海省州(地、市)级综合医院医疗卫生资源配置现状及评价	25
第 5 章	青海省县医院医疗卫生资源配置现状及评价	32
第 6 章	青海省社区卫生服务中心医疗卫生资源配置评价	50
第 7 章	青海省乡镇卫生院医疗卫生资源配置评估	57
第 8 章	青海省村卫生室卫生资源配置评估	80
第 9 章	青海省医疗卫生资源配置与区域卫生规划综合评价	99
第 10 章	青海省医疗卫生资源配置与区域卫生规划政策分析与建议	114
第 11 章	讨论与结论	121
参考文献		131
后 记		134

第1章 国内外卫生资源配置及区域卫生规划现状与研究进展

本书根据资源配置的传统理论,结合国内外卫生资源配置情况对卫生资源以及卫生资源配置进行概述,为我国卫生资源配置以及区域卫生规划的评价提供借鉴和依据。

1.1 卫生资源的概念与要素组成

卫生资源,作为经济资源的一部分,是指在卫生领域中的经济资源。卫生资源,通常又可分为:卫生人力、物力、财力、技术和信息资源。1997年《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》中提出卫生资源的要素为“机构、床位、人员、设备和经费”;1999年《关于开展区域卫生规划工作的指导意见》中,也提出卫生资源的要素为“机构、床位、人员和设备”。龚向光和胡善联在对我国各地卫生资源配置标准的比较中指出:各省(市、区)在卫生资源的界定上,基本上都包括卫生机构、医院床位、卫生人力、医用设备和卫生经费5方面的内容,但也有个别省未包括卫生经费。陈建平对美国、新加坡、英国、澳大利亚等国所实施区域卫生规划的经验总结中指出:以上发达国所规定卫生机构、医院床位、卫生人力、医用设备和卫生经费为卫生资源的核心要素。

在卫生资源中,卫生人力资源是卫生资源中最重要的资源,是保障人民健康、进行社会生产的最重要的卫生资源。国内外对卫生资源的研究均表明:卫生人力资源是卫生资源中的第一要素。我国对卫生资源的研究,也是首先从人力资源开始的。

1.2 卫生资源配置的概念

卫生资源配置是指一个国家或政府如何将筹集到的卫生资源公平且有效率地分配到不同的领域、地区、部门、项目和人群中去。本定义主要是从公共经济学角度对卫生资源配置进行了定义,强调了国家或政府在卫生资源配置中的责任和作用。

1.3 卫生资源配置方式

卫生资源配置的方式,同其他经济资源配置一样,也不外乎习惯、命令和市场三种方式,同现代经济制度一样,目前世界各国卫生资源配置的方式,已没有单一方式,而更主要的是同时发挥市场机制和政府机制作用的混合经济,当然也不排除在少数地区和场合习惯仍旧发生影响。

对于卫生资源配置的方式来看,区域卫生规划目前得到大多数发达国家的一致推崇。

区域卫生规划,是指根据社会经济、居民健康状况和卫生服务需求等因素,确定区域内卫生发展的目标、模式和规模,统筹安排和合理配置卫生资源,向全体居民提供公平有效的卫生服务,最终达到保护和增进居民健康的目的。

1.4 各国卫生资源配置与区域卫生规划实施现状

1.4.1 英国

英国的卫生资源配置方式,可以分为如下三个阶段。

(1) 按供给配置卫生资源。1971 年英国国家卫生服务制度(National Health Service, NHS)将 Crossman 公式引入其区域间卫生资源配置。Crossman 公式系 Richard Crossman 于 1968~1970 年任卫生部长时,组织有关人员研制提出的 NHS 资源地区间的分配标准与公式,后被称为“Crossman Formula”。Crossman 公式主要包括三个因素:人口、床位数、病例数(包括门诊病人和住院病人),这 3 个因素的权重分别是 0.5、0.25 和 0.25。该公式考虑了人群的卫生服务需要和维持现有卫生服务提供系统的稳定性,但未考虑社会经济、发病率等因素。由于这 3 个因素不能客观地反映卫生服务需求, Crossman 公式的使用遭到了批评。对 Crossman 公式最主要的批评是它根据供给水平进行 NHS 资源配置,而此时供给水平本身在地区间已形成了极不平衡的状况,再利用 Crossman 公式进行资源配置不可能达到“对相同健康状况的人群提供相同的卫生服务”的目的。应用 Crossman 公式进行资源配置的效果与 NHS 的根本原则相悖,同时许多研究表明,英国地区间卫生服务的供给、费用分布的不公平现象严重且仍在加剧,改善 NHS 公平性的呼声越来越高。

(2) 按需要配置卫生资源。1975 年,时任卫生部长的 Barbara Castle 下令组建了“资源配置工作组”(Resource Allocation Working Party, RAWP),研究并提

出一个能够根据人群健康需要公平地分配 NHS 资源的公式,并利用这一公式进行资源配置,这就是著名的 RAWP 公式。

RAWP 公式没有考虑既往的卫生服务供给和卫生服务需要,而考虑了不同地区人群对卫生资源的相对需要,并以标化死亡率(SMR)代替。RAWP 实际上是建立了一个加权的按人头分配资源的公式。公式的总体思路是满足“具有相同健康需要的人群应具有相同的卫生服务可及性”的目标。

(3) 按照利用配置卫生资源。1991 年 4 月英国开始了对传统医疗服务供给体系和 NHS 改革,引进了依据市场原则的“内部市场”机制,下放决策权力。随着 NHS 的变革,原有的资源配置公式面临着调整和修订的课题。以约克(York)大学卫生经济研究中心为首的研究者认为,应克服原公式的弊端,对缺乏卫生保健可及性、健康状况较差和流动性大的人群,在进行区域间卫生资源分配时,应给予更多的关注。他们在资源的公式上不断考虑和调整了许多测算要素,提出了卫生服务利用、供给和卫生保健需要三者相互作用的模型(后称 York 模式)。York 公式最明显的改变是以两个需求指标(急性期服务和精神卫生服务)来代替 SMR。

目前英国的卫生资源配置是从需要、供给和利用三个方面入手,并考虑多种因素的影响,使卫生资源配置更加科学和高效。

1.4.2 澳大利亚

澳大利亚的卫生资源配置方式同英国的模式基本一致,其卫生资源的配置公式也主要参考了英国的方法,许多州都通过资源配置公式来进行卫生资源分配。1989 年,新南威尔士州开始采用资源配置公式,作为地区间卫生经费分配的依据。

20 世纪 80 年代后期,在借鉴英国资源配置 RAWP 公式的基础上,新南威尔士州采用了相对健康需要指数作为卫生资源配置的公式,以保证具有相同健康需要的人群具有同等的获得卫生保健的机会和同等的卫生资金分配机会。从 20 世纪 80 年代初到 90 年代中期,其分配公式进行过不断调整和修改,使其能够促进公平性目标的实现。

澳大利亚在制定卫生规划和资源配置的过程中,十分注重运用经济学方法进行投入与产出分析,以追求实现健康投资的最佳收益目标。他们制定卫生规划的根本目的,是帮助决策者实现在卫生资源配置中的健康收益达到最大化。资源配置的有效性主要通过机会成本和边际效益两个原则来体现。机会成本原则就是把有限的资源配置到更好的项目和活动中,使效益达到最大化。边际效益原则就是比较规划项目的边际效益和边际成本,如果边际效益大于边际成本,则项目的效益就会增加,反之效益就会降低。据此提出了项目预算和边际分析(Program Budget and Marginal Analysis, PBMA)。PBMA 的意义在于关注以产出和目标为导向,

从而改变了传统的以投入和服务活动计划为导向的方式。

1.4.3 瑞典

瑞典在近年来的卫生改革进程中,卫生计划的方法也发生了较大的变化。20世纪70年代,瑞典通过长期规划来制定卫生计划,并据此来制定年度预算。20世纪80年代后,其卫生计划又有了一些新的发展。特别在卫生服务计划和卫生计划制定方法上有了一些重要的变化,比如从过去的“以医疗为依据”变为“以居民需要为依据”,其目标是使“全人口健康水平的提高和卫生保健服务公平性获得”。资源配置的具体方法被称为“斯德哥尔摩模式”,与英国的 York 模式有较大的区别。

1.4.4 美国

美国通过一系列的法案及措施来推动卫生资源的合理配置和利用。1975年,美国颁布了《国家卫生计划与资源发展法》,其总体目标是实现卫生系统设施和资源的合理布局。法案明确规定了联邦、州、地方三级政府的各自职能。其中,联邦政府成立国家卫生计划及资源发展委员会,制定国家卫生计划的发展大纲及协助制定国家卫生健康政策;在州政府层面,要求州长指派一个政府机构来执行卫生计划及其他行政职能;地方政府成立一个“卫生系统机构”,对“卫生系统计划”进行核查及修改,并落实年度报告。此外,许多州通过立法,采取准入资格的方法来控制医院、病床及大型医院设施的数量,并对新产品、新设备的投入实行严格的审查和评估。

1.4.5 日本

日本区域卫生规划的重点是机构和床位。政府根据床位数设立医疗机构,规定20张床位以上的医疗机构为医院,19张床位及以下者为诊所。其配置标准是平均每万人拥有一所医院,每800人有一所诊所,区域内的床位数则由区域内人口数量、区域内居民平均住院率、床位使用率等指标测算得出。同时,日本政府根据地域特点和卫生需求情况,在区域卫生规划中设定了三级保健医疗圈。一级保健圈为市、町、村一级,主要是诊所;二级保健圈为都、道、府、县一级,主要是医院,并接受一级圈的转诊;三级保健圈主要与精神卫生、结核病和公共卫生有关。在三级保健圈中,二级圈是区域卫生规划的重点,对其病床和新建医院进行严格控制,其他则采取注册备案的形式。

1.4.6 新加坡

新加坡区域卫生规划的重点是对卫生机构的设置。2000年,新加坡按照公立

医疗机构的地理位置和规模,将所有公立医疗机构划分为东、西两个医疗集团,即位于东部的新加坡卫生保健服务和位于西部的国家卫生保健集团。这两个集团规模相当,得到政府的补助也一样。每个集团内部都有一所三级医院、一所地区医院、一所专科医院、一些卫生服务中心和初级诊所等,其每年的营业额也接近。

新加坡对卫生资源的规划,引入了市场竞争机制,这也是卫生部组建两大集团的目的。两大集团的总裁均由卫生部任命,两大集团均按照企业化方式运行,属于非营利性质,拥有较大的经营权,包括对下属医院的统一规划与功能整合、对集团内部资源的统一调配等,并从医院绩效和审计两方面对改制医院进行管理。各公立医疗机构则在经营方面拥有了充分的自主权,使医院能够更灵活和快捷地对市场需求做出反应。集团通过绩效考核和审计这两种方式对医院进行管理。

政府对公立医疗机构的管理主要体现在:政府要求医院立足于基本的、非昂贵、非高科技的保健服务,并确保医疗服务水平是国家和人民所能够负担得起的。卫生部对医院有管理控制权,具体为以下几个方面:规定各级别病房的医疗服务、环境和服务态度所应达到的水平;按照病房级别规定医院所能执行的最高收费标准;按照“消费物价指数+x”规定医院每年的收入增长率;为各医院规定病床总数和不同级别的病床数量;控制各专科部门的发展和新医药科技的引进;根据病人的门诊就诊和使用不同级别病房,按不同津贴率将资金直接拨付给医院。

1.4.7 法国

法国在制定区域卫生规划的过程中,既对一个地区卫生资源配置的标准和数量提出严格的要求,又根据地区间以及公立、私立医院间在卫生资源以及需求方面的差异而提出不同的要求。2000年世界卫生组织发表的报告显示:法国卫生系统整体效能排名世界第一。文献研究提示:这主要是得益于法国政府长期推行的区域卫生规划政策。法国政府长期以来一直将制定和实施区域卫生规划作为调控卫生资源配置,实现卫生服务目标的重要手段。

1.5 各发达国家区域卫生规划的实施经验总结

以公平性作为卫生资源配置的第一原则。各国均充分考虑到地域等相关因素:在区域卫生规划中非常注重对地域特征的研究,如面积、交通、总人口、健康状况与卫生需求等。对于卫生机构布点、床位设置、人员配备等都是以地域为基础。石光教授在对我国区域卫生规划进行的系列研究中指出:我国区域卫生规划总体效果不理想,其主要原因是由卫生资源配置不公平性导致的。

卫生资源配置以需求为导向。各国在区域卫生规划中都充分考虑卫生资源与

相关因素的关系,在深入分析的基础上,找出存在的关键问题,提出规划的重点,以此提高规划的科学性。总体上,将区域卫生规划所涉及的各种因素分为两大类:一是外部环境,包括政治、经济、社会、人群健康状况、居民卫生需求特征等。二是内部环境,包括卫生资源投入和配置情况、卫生服务状况等,同时在内部环境分析中,将公共卫生、医疗服务、社区等作为一个整体进行考虑。更重要的是,各国在制定区域卫生规划中,已逐步从以供给为主向以需求为主转变,充分重视服务人群的卫生服务需求,并以此作为配置卫生资源的重要依据。

综合运用政府规划与市场手段。各国都将制订区域卫生规划作为政府调控卫生资源的重要方法,并以政府规制的形式给予明确。一般通过立法明确区域卫生规划的法律地位,在区域内实施统一的卫生发展目标和措施,实行统一的卫生筹资方案配置各类卫生资源。同时,在规划的制定实施过程中,充分注重运用市场手段,即政府从宏观上对卫生资源的数量和质量提出明确标准。同时,允许各医疗卫生机构根据自身实际与市场需求进行适当的调整,这样一方面可以确保资源的提供,同时也使规划更具可操作性。

1.6 我国卫生资源配置与区域卫生规划实施现状

我国对卫生资源配置研究起步较晚,到1982年才有江苏、吉林两省开展医疗卫生人力需求量的预测。20世纪80年代,利用世界银行的世Ⅲ贷款,卫生部在浙江省金华市、江西省九江市和陕西省宝鸡市实施了“区域卫生发展项目”的试点工作。1997年《中共中央、国务院关于卫生改革和发展的决定》对实施区域卫生规划进行了较为完善的阐述。1999年国家计委、财政部和卫生部联合发布了《关于开展区域卫生规划的指导意见》,对区域卫生规划的实施背景、目标和原则、规划编制内容和方法、相应的政策措施都进行了明确的规定。全国各省(市、区)根据以上文件的精神,根据“边规划、边调整”的原则,逐步探索和开展了卫生资源配置标准和区域卫生规划的制定和实施工作。

从各省(市、区)已出台的卫生资源配置标准来看,各省(市、区)在卫生资源的界定上基本包括卫生机构、医院床位、卫生人力、医用设备和卫生经费五个方面的内容,但也有个别省未包括卫生经费。

在卫生资源配置标准的测算中,对医院床位和卫生人力一般采用服务目标法、服务需求法和卫生服务需要法,而对大型医疗设备则一般采用人口比值法。并且各省(市、区)在进行卫生资源配置标准测算时,基本都合并使用这些测算方法,如黑龙江省采用了服务目标法来测算卫生人力,但同时也采用了卫生服务需求法和卫生服务需要法进行校正,有部分省(市、区)在测算过程中建立了一些新名词或定

义了一些新的变量,如山东省在资源配置标准测算过程中提出了模拟状态床位数、理想床位数和标准床位数等概念,但其测算方法的核心是利用卫生服务目标法。

2001年底,全国31个省(市、区)均已完成了卫生资源配置标准的制定工作,相应的超过两百个地级市也完成了区域卫生规划的编制工作,并对各地卫生资源进行调整。

1.7 卫生资源配置与区域卫生规划评价的方法学研究

1.7.1 资源配置的原则及评价方法

(1) 效率原则,帕累托最优状态。经济学意义上的效率是指资源配置已达到了这样一种境地,即无论做任何改变都不可能使一部分人受益而没有其他人受损,这种状态被称为:“帕累托最优”。分析效率的方法,主要有比率分析法、数据包络分析以及计量经济学分析法等。

(2) 公平原则,指生存机会的分配应以需要为导向,人人机会均等。为了对公平程度进行衡量,经济学常用劳伦斯曲线这一分析工具和基尼系数的指标。

(3) 稳定原则,主要包括稳定物价、充分就业、经济增长和平衡国际收支。

1.7.2 卫生资源配置的原则及评价方法

卫生资源配置的原则及评价方法基本同经济资源配置的原则及评价方法一致,在卫生资源配置中,卫生资源配置评价考虑的问题,主要包括总量、结构、效率、公平和质量。

WHO在1976年根据对美国、加拿大、阿根廷、英国、荷兰、芬兰和南斯拉夫等7国12个地区1500万居民近10年的卫生服务抽样调查结果,进行了卫生资源配置综合评价,并提出了综合评价模式。这种综合评价的思路是将人群健康需要、卫生服务利用和卫生资源供给三个方面有机联系起来,以人群健康需要量、卫生服务利用量及资源投入量3类指标的平均数作为划分高低的标准,组成8类组合,以此对一个国家或地区卫生资源配置进行综合评价。

我国对卫生资源配置的评价主要是从公平性和效率的角度进行。徐凌中、郭清等人均已借助洛伦斯曲线和基尼系数,分别对山东东营市和浙江杭州市卫生资源配置进行地区和人口分布方面的公平性研究。周海滨等人利用秩合比RSR法对1996~2001年深圳市卫生资源配置进行了综合评价,另外,张雪飞等人利用TOPSIS等综合评价方法对湖北省1985~2000年卫生资源配置进行过综合评价。

1.7.3 区域卫生规划的评价方法

龚向光、雷海潮、张鹭鹭、马进等人在“十五”规划之初,均对区域卫生规划的评价提出了一些方法。马进提出通过区域卫生规划逻辑模型,从卫生资源的投入、产出和结果进行评价。胡善联、龚向光提出:对于区域卫生规划实施情况的评价,可以分为短期、中期和长期评价,其中长期评价是针对卫生资源配置的公平性、效率、质量和可持续性四个方面,另外还要关注对居民健康状况的影响。

对于评价方法,龚向光也坦承:由于整个卫生系统比较复杂,外界环境因素对其有较大的影响,因此,在评价区域卫生规划实施结果时较难将结果完全归因于区域卫生规划的实施,而是应当具体问题具体分析。对于各地区的差异,对于区域卫生规划的实施较难确定一个全国标准来监督和评价其实施效果,而只能采取各个地区实施前后历史比较为主,而与其他地区比较为辅的评价办法。因此,区域卫生规划实施情况的评价,实则也就是对卫生资源优化配置的评价,其评价方法同一般卫生资源配置的评价方法一致。

1.8 我国“十五”期间区域卫生规划实施的评价情况

我国区域卫生规划总体进展不够明显,在实施过程中遇到了一定障碍,集中表现在:目标认识模糊、制度基础缺乏、实施手段不足、政府引导不力、规划技术不成熟等。石光于2005年指出:区域卫生规划在全国从1999年开始推广以来,对于区域卫生规划的实施效果均没有进行系统评价,他从改变卫生资源配置、倒三角、优化病人流向的目标进行过评价。结果指出:区域卫生规划在调整卫生资源配置、病人流向以及大型医疗设备过快增长的目标均没有实现。另外,石光还从制度经济学的角度,运用官僚制多元主义、军备竞赛、管制俘获等理论解释了区域卫生规划政策实施不佳的深层次制度原因。高惠琦等人也认为:区域卫生规划实施的进展情况不容乐观。也有对“区域卫生规划形同虚设”的报道。到目前为止,尚未见有对2001~2005年区域卫生规划执行情况的系统报告,尤其是对以一个省为单位系统进行卫生机构、床位、人员、设备等配置情况进行区域卫生规划结果评价更未见有报道。

区域卫生规划,在国外,被证明是一种较好的卫生资源配置方式,当然也存着一系列问题,有待于进一步完善,至少到目前为止,还未有一个更有效的方式来替代区域卫生规划。世界其他国家也仍然在使用区域卫生规划协调卫生资源的配置。

我国“十五”期间各省均进行了卫生资源配置标准的制订,各地也出台了区域

卫生规划的政策,学术界对其实施效果存在质疑,认为大部分地区区域卫生规划没有真正付诸实施。目前,尚未有权威的报道和评价。我国目前绝大部分省(市地)均已又出台了“十一五”卫生资源配置标准,大部分地区也相继出台了区域卫生规划的政策和文件。区域卫生规划,将仍然作为我国进行卫生资源配置的主要工具和方式。

鉴此,有必要对“十五”期间我国各省卫生资源配置标准的实现情况以及各地区区域卫生规划的落实情况进行全面的系统评价,在评价的基础上,了解各地区域卫生规划中存在的问题,总结经验、教训和区域卫生规划开展中的难点,修正原先的区域卫生规划政策,使之能真正成为我国卫生资源配置的指导性政策。

第2章 青海省社会经济及医疗卫生资源配置基本情况

2.1 青海省基本情况介绍

青海省位于中国的西部,青藏高原东北部,全省平均海拔在3000米以上,青海省与新疆、四川、甘肃和西藏4省区相邻。全省东西长约1200公里,南北宽约800公里,面积72.2万平方公里,面积仅次于新疆、西藏、内蒙古自治区,居全国第4位。

青海省于1999年按照国务院的统一要求,进行了区域行政规划的调整,省内行政区划为1个市(省会西宁市),6个民族自治州(黄南藏族自治州、海南藏族自治州、海北州、果洛藏族自治州、玉树藏族自治州和海西蒙古族藏族自治州),1个地区公署(海东地区),41个县和2个县级市(见图2-1)。青海省有藏、回、蒙古、撒拉等43个少数民族。按照经济发展水平和地域特点,青海省各区域一般分为四类:西宁市、海东地区、环青海湖区域(海北、海南和海西蒙古族藏族自治州)和青南区域(黄南、玉树和果洛藏族自治州)。

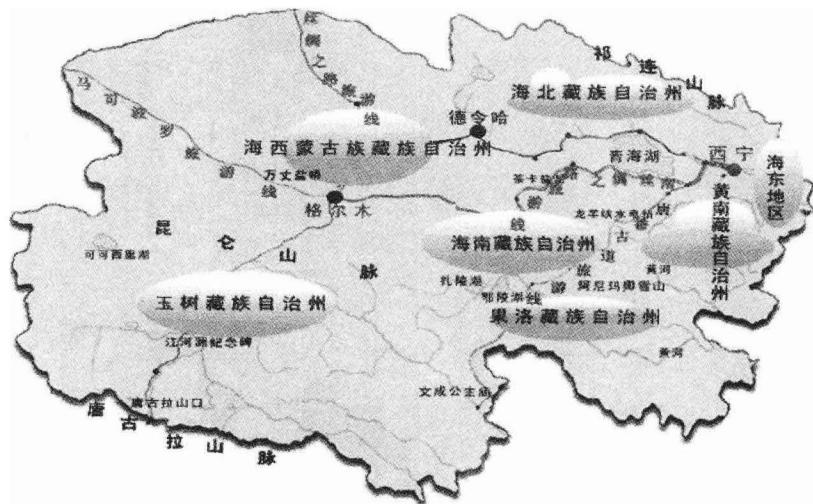


图 2-1 青海省 2005 年行政区划图