



● 刘 莹 王新建 仲伟海 著

城乡医护人力资源 优化配置标准

Optimizing Allocation Standard of the Urban and
Rural Health Care Human Resources

 辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

辽宁省优秀自然科学著作

城乡医护人力资源 优化配置标准

刘莹 王新建 仲伟海 著

辽宁科学技术出版社

沈阳

© 2011 刘莹 王新建 仲伟海

图书在版编目(CIP)数据

城乡医护人力资源优化配置标准/刘莹,王新建,
仲伟海著. —沈阳:辽宁科学技术出版社,2011.3

(辽宁省优秀自然科学著作)

ISBN 978-7-5381-6901-0

I. ①城… II. ①刘… ②王… ③仲… III. ①医药
卫生人员—人力资源管理—研究 IV. ①R192

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第039461号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳新华印刷厂

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm

印 张: 10.5

字 数: 240千字

印 数: 1 ~ 2000

出版时间: 2011年3月第1版

印刷时间: 2011年3月第1次印刷

责任编辑: 李伟民 陈 刚

封面设计: 嵘 嵘

责任校对: 李 霞

书 号: ISBN 978-7-5381-6901-0

定 价: 30.00元

联系电话: 024-23284360

邮购热线: 024-23284502

<http://www.lnkj.com.cn>

《辽宁省优秀自然科学著作》评审委员会

主 任:

康 捷 辽宁省科学技术协会党组书记 副主席

执行副主任:

黄其励 东北电网有限公司名誉总工程师

中国工程院院士

辽宁省科学技术协会副主席

副主任:

金太元 辽宁省科学技术协会副主席

宋纯智 辽宁科学技术出版社社长兼总编辑 编审

委 员:

郭永新 辽宁大学副校长

陈宝智 东北大学安全工程研究所所长

刘文民 大连船舶重工集团有限公司副总工程师

李天来 沈阳农业大学副校长

刘明国 沈阳农业大学林学院院长

邢兆凯 辽宁省林业科学研究院院长

辽宁省科学技术协会委员

吴春福 沈阳药科大学校长

辽宁省科学技术协会常委

张 兰 辽宁中医药大学附属医院副院长

王恩华 中国医科大学基础医学院副院长

李伟民 辽宁科学技术出版社总编室主任 编审

目 录

1 导 论	001
1.1 研究目的和意义	001
1.1.1 研究背景	001
1.1.2 研究目的	001
1.1.3 研究意义	002
1.2 国内外研究综述	002
1.2.1 国外研究概述	002
1.2.2 国内研究概述	005
1.3 研究内容和研究方法	007
1.3.1 研究内容	007
1.3.2 研究方法	008
1.3.3 技术路线	008
2 城乡医护人力资源优化配置标准的理论基础	009
2.1 医护人力资源的界定	009
2.1.1 卫生资源	009
2.1.2 卫生人力资源	009
2.1.3 医护卫生人力资源	010
2.1.4 医护人力资本及其主要特点	010
2.2 卫生经济学理论	011
2.2.1 卫生经济学的相关要素	011
2.2.2 卫生资源配置理论	012
2.3 新制度经济学	013
2.3.1 新制度经济学的基本理论	013
2.3.2 卫生制度的基本理论架构	014
2.4 机制设计理论	016
2.4.1 机制设计理论主要内容	016
2.4.2 建立有效的城乡医护人力资源配置保障机制	017
2.4.3 卫生人力资源配置是复杂的社会系统工程	017

2.5 优化的基本理论	018
2.5.1 优化理论的基本思想和原理	018
2.5.2 优化理论在卫生人力资源优化配置中的作用	019
2.6 小结	020
3 中外城乡医护人力资源配置标准的比较	022
3.1 国外城乡医护人力资源配置现状、发展特点与经验	022
3.1.1 国外城乡医护人力资源发展概述	022
3.1.2 国外医护人力资源配置现状	022
3.1.3 国外城乡医护人力资源配置主要特点	025
3.1.4 国外城乡医护人力资源配置主要经验	027
3.2 我国城乡医护人力资源配置现状及发展特点	031
3.2.1 我国城乡医护人力资源发展概述	031
3.2.2 我国城乡医护人力资源配置现状	034
3.2.3 我国城乡医护人力资源配置标准特点	039
3.2.4 我国城乡医护人力资源的供需矛盾	041
3.3 国际经验对我国的启示	048
3.3.1 公共卫生体系的复杂性	048
3.3.2 医护人力资源配置对居民健康至关重要	048
3.3.3 政府是城乡医护人力资源配置的主导力量	049
3.3.4 城乡医护人力资源配置应与社会发展相适应	049
3.3.5 完善区域规划,发挥机制作用	050
3.3.6 必须建立规范的医疗服务准入制度	050
3.3.7 坚持农村公共卫生立法	050
3.3.8 加强社区和农村卫生人员的培养与政策支持	050
3.4 小结	051
4 城乡医护人力资源优化配置标准的影响因素与配置准则	052
4.1 城乡医护人力资源配置标准的影响因素	052
4.1.1 城乡人口因素	052
4.1.2 城乡居民健康需要因素	053
4.1.3 城乡居民潜在医疗服务需求	056
4.1.4 城乡卫生服务需求与利用因素	058
4.1.5 城乡经济因素	060
4.1.6 城乡卫生服务的可及性因素	061
4.1.7 城乡文化因素	063

4.1.8 其他因素	063
4.2 城乡医护人力资源优化配置准则	064
4.2.1 实事求是	064
4.2.2 统筹规划	064
4.2.3 整体协调	064
4.2.4 结构调整	064
4.2.5 分级功能	065
4.2.6 供需结合	065
4.2.7 保障公平	065
4.2.8 提高效率	065
4.3 城乡医护人力资源配置指标	066
4.3.1 总量指标	066
4.3.2 结构指标	066
4.3.3 分布指标	066
4.3.4 质量指标	066
4.4 小结	066
5 城乡医护人力资源优化配置标准的方法与模型	068
5.1 配置现状与特点	068
5.1.1 相对单一配置法	068
5.1.2 复合配置法	071
5.2 城乡结构优化配置法	072
5.2.1 方法的提出	072
5.2.2 配置标准与配置模型	073
5.3 配置标准中应注意的问题	078
5.3.1 规划年的人口、经济、文化和服务量的预测问题	078
5.3.2 护士配置标准的制定	078
5.3.3 需求因素的影响是一个可变指标	079
5.4 小结	079
6 城乡医护人力资源优化配置标准的模式、路径与保障	080
6.1 配置模式	080
6.1.1 政府配置	081
6.1.2 市场配置	081
6.1.3 混合配置	081
6.2 配置路径	082

6.2.1 合理制定区域城乡医护人力资源配置规划	082
6.2.2 保护存量, 稳定队伍	082
6.2.3 增加城乡基层医护人力资源	085
6.2.4 促进城市社区和农村医护人员素质的提高	086
6.2.5 建立健全城乡医护人力资源供求信息系统	087
6.3 配置保障	088
6.3.1 政策、法律、经济和行业保障	088
6.3.2 改革卫生人事制度	089
6.3.3 规范与完善培训体系	091
6.4 小结	091
7 鞍山市城乡医护人力资源优化配置标准的案例研究	092
7.1 鞍山市城乡社会经济发展与居民健康基本状况	092
7.1.1 鞍山市经济发展情况	092
7.1.2 鞍山城乡人口状况	093
7.1.3 居民健康状况分析	095
7.2 鞍山市城乡医疗机构医护人力资源配置与利用状况	096
7.2.1 配置状况	096
7.2.2 利用状况	099
7.3 鞍山市相关资源拥有量与全省、全国比较分析	099
7.3.1 卫生资源与全省、全国水平比较	099
7.3.2 鞍山地区卫生资源利用情况与全省、全国比较	101
7.3.3 鞍山社会、人口、经济发展与全省、全国水平比较	102
7.4 鞍山市规划年相关数据预测	103
7.4.1 鞍山地区规划年人口预测	103
7.4.2 鞍山地区规划年经济预测	106
7.4.3 鞍山地区规划年成人识字情况预测	109
7.5 鞍山市规划年城乡医护人力资源配置标准	110
7.5.1 鞍山市规划年城乡临床医生资源配置标准	110
7.5.2 鞍山市规划年城乡护士资源配置标准	116
7.5.3 鞍山市规划年每千人口医生与护士人员配置标准	117
7.6 鞍山市城乡医护资源配置的公平性评价	118
7.6.1 概述	118
7.6.2 资料与方法	118
7.6.3 结果	119
7.6.4 讨论	120

7.7 小结	121
8 总结与展望	122
8.1 全文总结	122
8.2 主要创新点	123
8.3 研究展望	123
附 录	125
附表A 193个国家或地区医护卫生人力资源现状	125
附表B 2000年鞍山地区人口普查相关数据	131
附表C 1985—2008年鞍山地区城乡人民生活相关主要指标	140
附表D 2007年全国城乡每千人口医生和护士人员数据	141
附表E 卫生部门综合医院医生人均服务量与收入增长的对比	142
附表F 1991—2007年鞍山地区城乡医疗机构医护人员数量构成表	143
附表G 1995—2007年鞍山地区城乡医疗机构门诊服务利用情况	145
附表H 1995—2007年鞍山地区城乡医疗机构住院服务利用情况	147
附表I 2001—2008年鞍山地区卫生相关指标与全省、全国水平比较	149
参考文献	150
致 谢	157

1 导 论

1.1 研究目的和意义

1.1.1 研究背景

改革开放以来,我国医疗卫生事业成就显著,包括建立了遍及城乡的医疗卫生服务体系,消灭了一批危害人民健康的烈性传染病,医疗保障制度逐步建立,居民平均期望寿命、婴儿死亡率、孕产妇死亡率等主要健康指标达到发展中国家的先进水平。但也要看到,在医疗卫生服务中仍存在一些突出的矛盾和问题。城乡之间、区域之间、不同人群之间的医疗卫生服务差距很大。优质医疗卫生资源过分向城市和大医院集中,而农村卫生和城市社区卫生发展严重滞后,群众不能就地享受到安全、有效、方便的医疗卫生服务。长期以来,在推进卫生事业发展进程中,出现了卫生人力资源配置的不和谐,表现为:重医疗,轻防保;重西医,轻中医;重医疗,轻护理;重城市,轻农村,致使防保体系不健全,功能难发挥,农村医疗配置薄弱。随着医疗体制改革的深入,“看病难、看病贵”已然成为中国当前突出的社会问题。有学者指出,卫生资源配置的不和谐是群众看病难的主要原因^[1]。

同时,医护卫生人力资源(指医生和护士)是卫生人力资源的重要组成部分,其发展水平直接影响到人民健康水平的提高和卫生事业的发展。同时,也是反映一个地区医疗与护理服务水平的重要标志,是卫生系统强化自身功能、实现可持续发展的关键。医护人力资源优化配置的研究是卫生人力资源配置研究的基础。城乡医护人力资源作为卫生系统的基本要素之一,其数量是否充足,质量是否合格,结构是否合理,分布是否均衡,直接影响卫生服务提供的数量与质量,影响国家经济发展和社会稳定。

目前,我国卫生事业改革与发展处在历史的关键时刻。近年来,卫生事业的改革与发展受到社会广泛的关注。胡锦涛总书记在党的十七大报告中,科学地阐述了医疗卫生工作在国家经济社会发展中的重要地位和作用,明确提出了“人人享有基本医疗卫生服务”的奋斗目标。因此,为建立和谐社会,保证卫生资源与卫生服务的公平性和有效性,用科学的发展观作指导,进行城乡医护人力资源优化配置的研究已迫在眉睫。

1.1.2 研究目的

医护人力资源是一种稀缺资源。从本质上讲,人人都有平等享用卫生资源的权利,

但由于卫生人力资源的稀缺性与配置不当,常常造成资源分配的不公平和效率低下。因此,如何根据健康需求,以基本卫生服务为导向,优化城乡卫生人力资源配置,建立一个有持续发展能力、能够保证良好服务质量的卫生服务体系,确保国民能平等享受一定质量的医疗护理服务才是更为重要的。

目前,我国城乡医护人力资源配置不合理的现状,特别是城乡差异很大,严重影响了我国的卫生事业的公平性。但是,目前国内外还没有统一城乡卫生人力资源配置标准。解决这个问题,不仅仅是解决老百姓看病难、提供卫生人力资源基础保证;对一个地区而言,医护人力资源的优化配置是决定卫生服务水平的关键因素。从卫生部门自身来讲,医护人力资源的优化配置有利于区域卫生规划,资源整合,发挥优势,形成互补;从最大程度上防止重复建设和盲目竞争,避免人才流失从而造成浪费。

1.1.3 研究意义

对城乡医护人力资源优化配置进行系统的理论与案例研究,一方面可以对我国卫生人力资源区域配置不平衡进行科学分析,并提出相应的解决问题的办法;另一方面也丰富了城乡卫生人力资源优化配置理论,对于解决老百姓“看病难、看病贵”,建立和谐社会,加速卫生事业的改革有重要的现实意义。

1.2 国内外研究综述

1.2.1 国外研究概述

(1) 西方经济学资源配置理论基本思路

卫生经济学是在第二次世界大战后,作为一门新兴的独立学科出现在发达资本主义国家。目前,卫生经济学有其自己的理论体系和丰富的研究成果。今天,要思考卫生人力资源合理配置问题,就要借鉴西方经济学资源配置理论^[2-4]。

西方经济学家更多地关注合理配置资源的手段,并在这个问题上分为三派^[5]。一派以芝加哥学派为代表,主张通过市场竞争来组织全社会的经济运行。政府对经济活动的直接干预往往事与愿违,有损于经济效率。因此,芝加哥学派认为,市场才是资源配置的理想方式。马克思主义经济学家认为,资本主义社会生产始终处于无政府的混乱状态,在社会主义和共产主义社会条件下,通过中央计划手段配置资源,才会达到合理的配置状态。更多的经济学家在这两派之间处于相对中立的观点。他们认为,由于市场失灵的存在和现实中市场的不完全,通过纯粹的市场手段来配置资源,是无法达到合理状况的。同时,对于公共产品的提供和垄断的控制,政府可以起到更有效的作用。因此,诸如凯恩斯学派和新古典综合派等经济学家们认为,在发挥市场作用的同时,也要重视政府作用。

从西方经济理论角度来看,需求与供给理论常被用于指导资源的配置。在卫生经济发展初期,卫生需求理论基本上是将经济学的需求理论简单地套用。这其中存在的问题

是,第一,卫生服务的满意度产生于健康而不是服务本身;第二,如果将健康视为一种商品,那么它是个人和家庭通过把时间、市场商品包括卫生服务综合在一起才能生产出来,因此,卫生服务价格既包括货币价格,也包括时间价格。

从经济学角度评价卫生服务效益主要有两个方面,一是卫生服务作为卫生产业的产出,即在卫生各方面的投入(包括人力、物力和财力的投入)所能提供的各种服务量,以及投入与产出的比例关系;二是卫生服务作为增进健康的投入,所能影响到的人们健康水平以及健康状况的改变程度。但是,卫生资源不仅主要属于公共物品、准公共物品,还包括个人物品^[6],卫生资源更是一种稀缺资源。所以,即在世界范围内产生了卫生资源配置与优化问题的议题。

(2) 世界两大典型的服务模式

国际上有两种被普遍认可的服务模式^[7],美国与英国是分别以需求模式与供给模式为理论基础的两个机制的典型代表。美国因过于强调消费者的需求和市场机制而走向极端。美国的卫生资源配置,走的是一条从最初完全的市场机制作用,到第三方逐渐介入,再到重新强调加大市场机制作用的道路。其突出的重点在于想借助市场机制解决效率低下问题。而英国推行的是福利政策,实行国家计划调配卫生保健服务制度,突出的是合理配置和坚持以需要为出发点,通过预算控制,实现资源的配置。但是,英国的医疗服务效率却非常低,这反过来又影响了居民享受医疗服务的权利。目前,这两种代表性医疗服务体制改革的发展趋势是:美国是走向有规制的市场,同时,引入政府宏观调控手段,促进公平性。英国则是建立内部市场^[8],引入竞争机制,改善与提高服务效率。

事实上,世界上并没有完美的医疗服务体制,执政者都必须在效率与公平之间进行权衡并作出取舍。卫生服务的效率与公平性也就体现了市场机制与政府干预的相互补充。

(3) 国外医护卫生人力资源配置实践的发展状况及存在的问题

到20世纪50—60年代,世界上许多国家,包括西方一些发达国家的卫生事业发展相当迅速,大批的社会医疗机构和卫生教育、科研机构纷纷建立,医学科技进步使新技术、新设备层出不穷,同时带来卫生事业费用以超过经济增长的速度迅速攀升,卫生事业发展处于无序状态,卫生人力资源分配和利用不合理。自20世纪80年代以来,各国卫生人员地理分布城市化趋势很严重,尤其是发展中国家。农村地区合格卫生人员缺乏。由于全球范围内社会、政治、经济发展水平的差异以及卫生系统的资源分布极不均衡,导致了世界各国卫生状况的不公平。据统计,大多数发展中国家,80%以上受过培训的卫生人员均集中在大中城市,仅为全球20%的人口服务,这说明当前卫生人力资源配置还远没有实现其公平性原则,这是一个全球性的普遍现象^[9]。

面对全球发展这些问题,世界卫生组织(WHO)在组织世界各地专家研究各国的经验与教训的基础上,对国家卫生计划与管理模式向各国倡导推行区域卫生规划。1987年在第四次世界卫生大会上,WHO通过了促进卫生人力发展平衡的决议,并把卫生人力规划列为今后的重点。随着经济全球化和知识经济化形势的日益加剧,综观世界各

国,公共卫生人力短缺和素质不高的问题普遍存在。2004年,WHO提供的卫生人力报告指出,几乎所有国家的公共卫生人力都未能够应对现有挑战。据有关统计结果显示,各国医疗卫生资源分布极不均衡,医生和护士在各国总人口中所占的比例在经济发展水平不同的国家就有极大的差异。有关数据表明^[10],世界医护卫生人力资源配置情况更加严峻,2006年在193个国家或地区中,每万人口医生配置数最少的不足1人,最多的达到474人;每万人口护士配置最少的是1人,最多的是955人(附表A1~A6)。世界差距如此悬殊,真是难以想象。其中,有23个国家或地区,每万人口医生配置数不足1人;有12个国家或地区,每万人口仅有1位医生。2006年,世界卫生组织把“卫生人力资源”作为世界卫生日的主题,呼吁世界各国关注卫生人力危机,制定卫生人力计划和增加卫生工作者^[11]。

总之,卫生人力资源配置是社会资源体系的重要组成部分,同样存在稀缺性特征和如何最佳配置资源的问题。医护人力资源配置的研究是卫生人力资源配置研究的基础,合理配置卫生资源就成为重大的理论政策议题,不单纯是卫生经济学研究领域,也是卫生政治学和卫生政策研究领域中最基础与最核心的议题。因此,卫生资源优化配置是一项复杂的社会系统工程,是一个世界性难题,由于它涉及很多深层次问题,往往牵一发而动全身,被称为“社会改革的珠穆朗玛峰”^[12],卫生系统不是机械组成的机器,而是一个复杂的、有适应能力的系统,而且一个部位的变化往往会引起其他方面产生不可预知的改变(Burke2002)^[13]。

(4) 国外对卫生人力资源配置方法的研究概述及不足

自20世纪30年代起,就有学者对卫生人力资源进行研究。美国于1933年开始了卫生人力需要量的研究。到了50—60年代,许多国家,特别是发达国家,针对卫生人力资源需要量作了大量的研究。美国、澳大利亚、俄罗斯、英国、法国、比利时等发达国家在卫生人力的预测方面取得了很好的成效。印度尼西亚于1984年根据2000年国家卫生目标对卫生人力需要量作了预测。1987年在第四次世界卫生大会上,WHO通过了促进卫生人力发展平衡的决议,并把卫生人力规划列为今后工作的重点。

目前,世界还没有统一的卫生人力资源配置标准。但是,世界卫生组织已推荐的测算方法主要有四种:卫生人力/人口比值法、卫生服务需要量法、卫生服务需求量法、服务目标法^[14]。除了以上四种测算方法外,最常用的方法还有:专家咨询法、医院规划模式法、多元线性回归法、时间序列计算法、灰色模型法等。每种方法需要的资料和应用范围不尽相同,测算过程也有所区别,可根据不同的研究目的、时间、范围,选用不同的研究方法。

但是,一种预测方法得出的结果往往有局限,比如:卫生人力/人口比值法,简便易行,通俗易懂,但是,比较粗糙。医生需求法,没有考虑需要指标。服务目标法、专家咨询法,避免不了主观意识。多元线性回归法、时间序列计算法、灰色模型法等,其预测结果将继续保留历史和目前所存在的资源配置弊端,难以发挥“规划、调整和约束”的作用。

1.2.2 国内研究概述

(1) 国内学者对卫生人力资源配置理论研究的成果

我国关于卫生人力资源配置的研究起步较晚,始于20世纪80年代中期。在80年代中期,在较高层次的卫生管理部门和学术界开展了区域卫生发展的理论研究,先后于1986年和1987年举办了卫生经济研讨会和卫生发展战略研讨会,卫生部提出卫生事业要走社会化、区域化的发展道路。研究成果见于这一时期的《中国卫生事业管理》、《卫生软科学》、《卫生经济研究》等期刊文章和专著。1987年胡善联编辑出版的《外国卫生事业管理》一书,曾对世界各国卫生人力的研究作了较为系统和详细的介绍,但对公共卫生人力资源的配置研究涉及甚少。

梁智等^[15](1991)提出的《灰色系统在卫生人力供给趋势预测中的应用》;曹建新^[16](1992)提出的《微观集成法在卫技人才需求预测中的应用》;饶克勤等^[17](1997)提出的《我国及不同类型地区医疗卫生服务资源配置标准测算研究》;严云良等^[18](1999)提出的《二元线性回归法在卫生人力资源预测中的应用》;张鹭鹭,胡善联^[19](2000)的《医院医疗服务供给的经济学实证研究》;方勇等^[20](2000)提出的《HRDI在卫生人力资源配置中的实用性研究》;徐翠玲等^[21](2001)的《黑龙江省卫生资源配置标准编制方法研究》;罗家洪等^[22](2002)的《云南省卫生资源配置标准的弹性系数研究》;夏芹等^[23](2003)的《利用双重体系进行卫生资源配置的模式探讨》;周宝宏等^[24](2003)采用洛伦兹曲线(Lorenz Curve)和基尼系数(Gini Coefficient)方法测量部队卫生机构、人力、床位资源按保障人数配置的公平性的研究;张鹭鹭等^[25](2003)采用数据包络分析(Data Envelopment Analysis, DEA)、随机前沿成本模型(Stochastic Frontier Cost Model, Frontier模型)与秩相关检验方法,对某区域内3个地区23所军队医院进行包括配置效率与技术效率的系统效率测算研究;龚向光,胡善联^[26](2005)利用泰尔指数分析各省(自治区)卫生资源配置标准对资源配置公平性的影响。经济学家李晓西^[27](2002)指出,判断卫生资源配置是否合理的标准应该包括公平与效率兼顾,实现卫生服务产品总供求基本平衡,结构基本平衡。这些研究成果是进行我国城乡医护人力资源优化配置研究的基础和主要理论来源之一。

有学者认为^[28],新中国的卫生制度演进大体可分为三个阶段,这三个阶段的卫生制度与中国的新型经济相联系,反映了经济社会发展的脉络,具有鲜明的时代特征。即,新中国成立至20世纪70年代末的卫生制度的形成期——公平阶段;1979年至十六届六中全会的卫生制度的转型期——效率阶段;十六届六中全会以后的卫生制度的重构期——和谐阶段。党的十七大,为今后我国卫生事业的发展指明了方向,同时,根据《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》(中发[2009]6号),2009年4月公布的《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011)》,提供了政策保障,为城乡医护人力资源优化配置的研究提供了依据和很大的研究空间。

(2) 国内城乡医护人力资源配置实践的发展及存在的问题

我国在20世纪80年代只有江苏、吉林等省份制定过卫生人力发展规划,到了90年代,全国各地先后进行了卫生人力需要量的预测。1997年以来,各地在卫生资源优化配置和区域卫生规划实践方面又进行了众多富有积极意义的研究和尝试。如山东省制定了卫生资源配置标准^[29-30],广东省和辽宁省也成立了卫生资源配置标准研究小组,并进行了大量的调研工作^[31-32]。2001年底河南、浙江、海南、四川、青海、黑龙江、吉林、河北、湖北、重庆等省(直辖市)相继制定出本省(直辖市)的卫生人力配置标准^[33-37]。随着知识经济大潮的冲击,“人力资源是卫生事业发展的第一资源”的理念逐渐成为共识,卫生人力资源的研究越来越系统和深化,逐渐由数量趋势分析转向卫生人力素质研究,由定性研究转向定量模型研究,由卫生系统的单一视角转向教育等广范围、多视角研究。但是,现在各省在制定区域卫生规划配置标准时所用方法不一,没有一套固定的研究编制模式。综合专家和学者观点,认为国内关于城乡医护人力资源配置现状,主要存在如下问题:

①配置不够科学,缺乏统一标准。萧宝容、梁智恒认为,当前我国卫生系统未能根据卫生部门岗位应有编制合理配置人力资源,多年沿用原有的编制标准已不能适应社会需要^[38]。王天瑞曾经撰文指出,目前卫生资源配置的模式并不是真正按照区域人群卫生服务需求配置,而是依托于部门、地方的行政隶属关系来配置。龚向光、胡善联等通过对25个省、市、区卫生资源配置标准的比较发现,现有的卫生资源配置标准只是狭义的医疗资源标准,涉及的疾病预防控制机构人力配置标准差异较大^[39]。

②人力资源总量不足、素质不高。凌莉^[40](2001)对我国卫生资源配置的状况进行了研究,她认为我国卫生资源配置的不合理表现为布局 and 结构不合理,卫生资源总量相对不足。同时存在医生总量短缺与闲置浪费现象并存。

③结构配置不合理。贡森在全面盘点中国卫生系统的资源配置状况后,认为我国卫生工作的重点在执行中存在着偏差,将实际重点放在了医疗上,而忽视了预防保健服务的发展,从而导致预防保健人力的不足^[41]。

④城乡分布不合理。高素质人员多集中在城市、经济发达地区,无论是数量或质量,中西部地区和农村的卫生人力均远低于东部地区。1949年我国卫生人员数城乡分布的比例为2.56:1,医生数之比为1.06:1,到1995年两比例分别达到2.27:1和2.49:1,医生的城乡分布差别明显增大。不同地区,每千人口拥有的卫生人员数量相差较大,2006年全国每千人口卫生人员数为3.58,而同期北京10.58,上海7.93;贵州仅为2.10,重庆2.49^[42]。有学者认为,中国卫生资源配置的最大问题是农村现有的卫生资源不能满足农村的卫生需求问题。城市人口占全国人口1/3,但是却占有2/3以上的卫生资源。而且这种差距呈现越来越大的趋势。农村很大一部分地区没有摆脱贫困—生病—贫困的恶性循环。

⑤护士人力资源严重匮乏,医护比例严重失调。重医轻护现象比较严重,甚至严重影响医疗护理质量的完成。我国目前大部分医院配置护理人员仍然遵循普通病房床护比为1:0.4^[43]。而该标准是国家卫生部1978年制定的,已经不能适应医疗的快速发展及

患者对护理服务的需求^[44]。另一方面,卫生资源的配置与疾病模式的转变不相适应,国务院一直强调加强区域卫生规划,要求地方政府按照经济发展水平和人民健康需求,统筹各地卫生资源,规划建设卫生医疗体系。但有的地区规划难以制定,有的制定了规划也难以落实。其中一个重要原因是现有的医疗卫生资源分别隶属于不同行业与部门,当地卫生部门难以对全行业实施有效监管。

(3) 国内对城乡医护人力资源配置研究中存在的不足

①研究内容多集中在人力资源的学历、年龄、职称等结构分析,对人力资源的配置规划、配置标准研究不多。

②卫生人力资源配置未能形成较为统一的标准。各省、各地对人力资源规划的研究尚处于探讨阶段,各方专家、学者研究视角不同,采取的标准、方法不尽统一。有很多区域配置标准中没有具体适应时期范围。

③大多卫生人力资源需求预测研究,以历史和现实的数据为依据,预测规划年配置数量,没有结合区域规划年人口、经济、文化等综合指标,预测该区域卫生人力资源需求标准,历史配置的错误不能纠正。

④没有具体解决城乡医护人力资源结构的调整方法与数学模型。

⑤缺乏对城乡医护人力资源优化配置标准的系统性、整体性研究。

因此,为建立和谐社会,加速医疗卫生体制改革,使改革成果与百姓共享,当务之急是以科学的发展观为指导,研究与建立城乡医护卫生人力资源优化配置的方法与途径,调整城乡医护人力资源配置结构,满足城乡居民基本医疗卫生的需求,遵循“公平优先,兼顾效率”的原则,实现在供需平衡(合理配置)的基础上,对有限的卫生人力资源充分有效利用,获得最大的卫生服务效益,使城乡医护人力资源的配置产生最佳的功能和效益。满足有效性和经济性的优化配置,建立具有中国特色的城乡医护卫生人力资源配置标准。

1.3 研究内容和研究方法

1.3.1 研究内容

本书共分8章。第1章介绍了本文研究的背景与意义,对国内外相关研究进行了归纳总结和评述,在此基础上拟定全文分析框架、研究思路与方法。第2章总结了城乡医护人力资源优化配置标准的理论基础,包括卫生经济学理论、新制度经济学理论、机制设计理论、优化的基本理论,为全文研究奠定了理论基石。第3章通过对中外城乡医护人力资源配置标准的比较研究,总结国际经验对我国的启示。第4章总结了城乡医护人力资源优化配置标准的影响因素,提出配置准则及配置指标。第5章建立城乡医护人力资源优化配置标准——结构调整综合配置模型。第6章构建了城乡医护人力资源优化配置标准的模式、路径与保障。第7章通过对全国16市公立医院改革试点市之一,鞍山市

案例研究及结构调整综合配置模型的实际应用，确立该地区2009—2013年城乡医护人力资源配置标准。采用洛伦兹曲线、基尼系数和差别指数方法对2007年现状和2013年配置的城乡医护人力资源分布进行评价；结果显示城乡医护人员优化配置标准的可及性和公平性。第8章全文总结与研究展望。

1.3.2 研究方法

- (1) 定性与定量相结合
- (2) 综合分析论证与预测研究相结合
- (3) 总体研究与案例研究相结合

①本研究采用回顾分析与统计的方法，对近年国外193个国家或地区医护卫生人力资源配置标准，及改革开放以来，中国城乡医护人力资源配置基本情况进行分析与研究。

②应用卫生经济学等相关理论，结合卫生服务供给、需要和利用情况，综合文化—人口学、社会经济指标，卫生服务需求的变化，城乡人口密度、服务的可及性等相关指数的研究，确立城乡医护人力资源优化配置标准，建立数学模型（多因素调整配置模型），即综合优化配置法。同时，构建实施路径。

③结合案例研究，应用城乡优化配置法（多因素调整配置模型）；利用洛伦兹曲线、基尼系数和差别指数（ID），评价该地区城乡医护卫生人力资源的分布公平性。

④利用Excel录入信息数据，完成后进行逻辑校对，对相关数据分别采用人口预测软件（CPPS）和SPSS软件等系统，建立数学模型，进行相关数据统计和预测。

1.3.3 技术路线（图1-1）

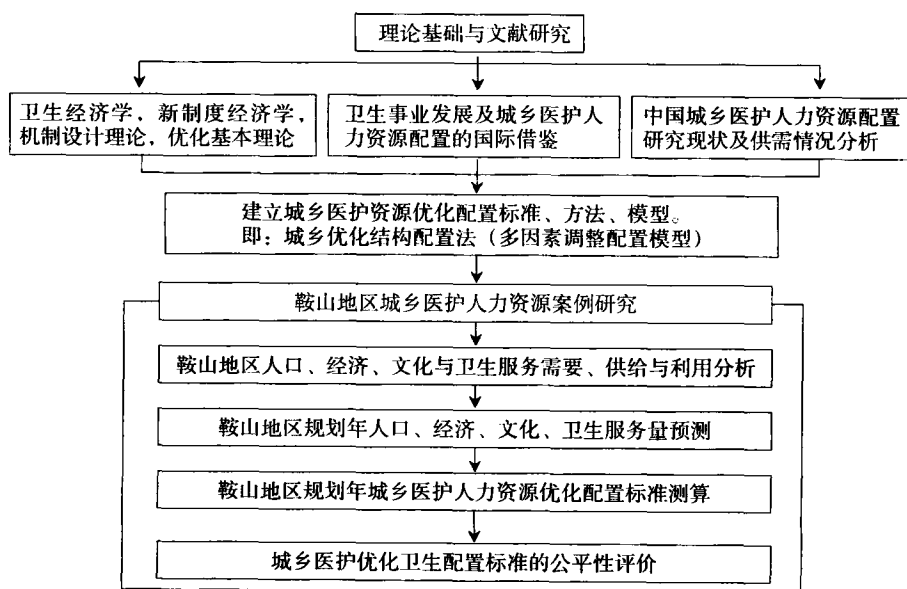


图1-1 研究技术路线图