

中国公立医院安全文化、 临床路径实施与医疗质量的 关联机制研究

主 编 薛 迪

副主编 白 飞 朱洪波 白 洁

復旦大學出版社

前言

医院安全文化建设和临床路径实施最终应该使医疗质量有所改善,而不是为“做”而做。医院安全文化影响着医务人员的态度、认知和行为。良好的医院安全文化能规范医务人员的行为,促进医务人员按照科学、公认的临床路径诊疗病人,有利于减少工作差错和事故的发生,提高医疗质量。有效的临床路径实施,也可促进规范行医、增强医疗资源的管理、提高医疗质量。近年来,我国政府和公立医院已逐步加强医院安全文化建设、推动临床路径实施、努力提高医疗服务质量与医疗服务效率。

本书旨在依据医院安全文化、临床路径以及医疗质量的相关理论,参考国内外相关研究,分析我国公立医院内、外部环境,以帮助我们了解公立医院运行所受到的外部社会经济发展与卫生政策的影响,了解我国公立医院的整体医疗资源状况与医疗服务状况;研制适用于我国公立医院的安全文化测评量表,为我国公立医院安全文化的测量提供有良好信度和效度的测量工具;测量和分析我国不同地区、不同等级公立医院的安全文化,分析我国公立医院安全文化的类型和特点,发现我国医院安全文化存在的问题或不足;分析我国不同地区、不同等级公立医院临床路径的实施状况,发现临床路径实施中存在的问题;探索性地构建我国公立医院安全文化、临床路径实施、医疗质量的关联机制模型,提出以改善医疗质量为目的、以规范医务人员行为为途径的公立医院安全文化建设与临床路径推进的方向。本书的相关论述有助于我国公立医院把握改善医疗质量的重点策略和重点环节,推进安全文化的建设,促进医务人员遵循诊疗规范,提高医疗的质量与安全,促进公立医院可持续发展。

本书共分六章。第一章我国公立医院的内外部环境,主要分析了我国社会经济发展状况、公立医院的医疗服务状况以及公立医院的政策环境(作者:白飞、汤慧芹、曹思雨、薛迪);第二章我国公立医院安全文化,主要介绍了安全文化的相关理论与研究,阐述了我国公立医院安全文化测量工具的研制,分析了我国公立医院安全文化的状况及其影响因素(作者:李敏奇、周萍、魏雪峰、薛迪);第三章我国公立医院临床路径的实施,主要介绍了临床路径的相关理论,分析了我国公立医院临床路径的实施状况、管理状况和管理者与临床医师对临床路径实施的认知,分析影响临床路径实施的因素(作者:白洁、陈英耀、夏景林、薛迪);第四章我国公立医院医疗质量分析,主要介绍了医疗质量的相关理论,分析了我国公立医院医疗质量

内外部的监管状况,以及我国公立医院医疗质量状况(作者:朱洪波、白洁、朱莉萍、薛迪);第五章安全文化、临床路径、医疗质量的关联机制,主要介绍了医疗服务行为的相关理论,分析了公立医院安全文化对临床路径实施、对医疗质量的影响,分析了临床路径实施对医疗质量的影响,并分析了医院安全文化、临床路径实施与医疗质量的关联性,最后探讨了安全文化、临床路径实施与医疗质量的关联机制(作者:薛迪、白洁、白飞、朱洪波);第六章创新性与局限性,主要阐述了本书所涉及的医院安全文化、临床路径实施与医疗质量相关实证研究的创新性与局限性(作者:薛迪、白洁、李敏奇)。

本书所涉及的诸多实证研究结果来自国家自然科学基金面上项目《中国公立医院安全文化、临床指南实施、医疗质量的关联机制模型研究》(71473047)和美国中华医学会基金项目《中国卫生技术评估合作项目》(13-153)的研究结果。在上述项目的研究过程中,得到了上海市、湖北省和甘肃省相关政府部门和公立医院管理者的鼎力相助,获得了临床医学专家和卫生管理专家的咨询意见,在此表示衷心的感谢!

编者

2018年10月

目 录

第一章 我国公立医院的内外部环境	1
第一节 我国社会经济的发展	1
一、人口和经济的发展	1
二、卫生投入状况	2
三、区域医疗资源与医疗服务状况	3
第二节 我国公立医院的医疗服务状况	6
一、床位数分析	6
二、人力资源分析	7
三、医疗服务数量分析	8
第三节 我国公立医院的政策环境	9
一、我国深化医药卫生体制改革的总目标	9
二、我国公立医院改革的总目标	10
三、我国公立医院试点改革的要求	10
四、我国公立医院改革试点的推进	12
五、我国公立医院临床路径实施的相关政策	21
第四节 我国公立医院内外环境的思考	22
一、社会经济发展对卫生事业发展的挑战	22
二、公立医院的医疗服务质量与效率	22
三、安全文化建设与临床路径实施的意义	22
参考文献	23
第二章 我国公立医院安全文化	25
第一节 安全文化的相关理论与研究	25
一、安全文化概念	25
二、安全文化的相关理论	26
三、医院安全文化相关概念	27
四、我国医院安全文化的研究	30

第二节	我国公立医院安全文化的测量研究	31
	一、医院安全文化的测量	31
	二、我国公立医院安全文化的测评量表研究	33
第三节	我国公立医院的安全文化及影响因素	37
	一、我国公立医院安全文化分析的方法	37
	二、我国公立医院的安全文化分析	39
	三、我国公立医院安全文化的影响因素分析	44
第四节	我国公立医院安全文化的思考	51
	一、我国公立医院安全文化测评的代表性	51
	二、中国版 PSCHO 量表信度和效度的可接受性	52
	三、我国公立医院安全文化的水平	52
	四、我国公立医院安全文化的优势领域	53
	五、我国公立医院安全文化的薄弱环节	53
	六、我国公立医院安全文化在区域和医院级别间的差异性	54
	七、我国公立医院安全文化在不同类型工作和科室间的差异性	55
	八、改善我国公立医院安全文化的建议	56
	参考文献	58

第三章 我国公立医院临床路径的实施 62

第一节	临床路径的相关理论	62
	一、临床路径的概念	62
	二、国内外临床路径的应用	63
	三、临床路径实施状况的测量	64
	四、影响临床路径实施的因素	64
第二节	我国临床路径的实施状况	67
	一、我国临床路径实施状况分析的方法	67
	二、我国公立医院临床路径实施状况	72
第三节	公立医院临床路径的管理状况	93
	一、公立医院临床路径的培训和研究状况	93
	二、临床路径实施的质量控制状况	93
	三、临床路径实施的激励状况	98
	四、临床路径实施的认知效果	98
	五、临床路径实施中的问题和困难	99
第四节	公立医院医师临床路径实施状况及员工评价	102
	一、公立医院医师临床路径的实施状况	102
	二、公立医院医师临床路径的培训状况	103
	三、公立医院医师对临床路径实施病种的认知	104
	四、公立医院医师对临床路径的评价	104

	五、公立医院管理者临床路径的培训与实施状况评价	111
第五节	影响公立医院临床路径实施的因素	114
	一、公立医院层面临床路径实施的影响因素分析	114
	二、公立医院医师层面临床路径实施的影响因素分析	116
第六节	我国公立医院临床路径实施的思考	117
	一、我国公立医院临床路径实施状况	117
	二、我国公立医院临床路径的管理状况	118
	三、我国公立医院临床路径实施病种数的影响因素分析	119
	四、我国公立医院临床医师对临床路径实施现状的认知	120
	五、我国公立医院临床医师临床路径的应用状况	121
	六、我国公立医院临床医师临床路径应用和实施效果评价的影响因素	122
	七、我国公立医院临床路径的遵循状况	123
	参考文献	129
第四章 我国公立医院医疗质量分析		133
第一节	医疗质量的相关理论	133
	一、医疗质量的概念	133
	二、医疗质量的测量	134
	三、医疗质量的影响因素	135
第二节	我国公立医院医疗质量监管状况	136
	一、区域层面医疗质量监管部门	136
	二、区域层面医疗质量监管方式	136
	三、区域层面医疗质量监管频率与反馈	137
第三节	我国公立医院医疗质量状况	137
	一、区域层面的医疗质量分析	137
	二、医院层面的医疗质量分析	139
	三、病种层面的医疗质量分析	143
第四节	我国公立医院医疗质量相关的思考	155
	一、我国公立医院医疗质量监管体系状况	155
	二、我国医疗质量在区域间的差异	155
	三、我国公立医院医疗质量的差异	156
	四、我国公立医院病种质量管理	156
	参考文献	157
第五章 安全文化、临床路径与医疗质量的关联机制		160
第一节	医疗服务行为的相关理论与研究	160
	一、行为改变理论	160

二、组织理论	162
三、认知、社会、动机、组织因素及其模型	162
四、社会情境理论模型	164
五、有关安全文化、临床路径对医疗质量影响的相关研究	164
第二节 安全文化、临床路径与医疗质量的关联性分析	167
一、公立医院安全文化对临床路径实施状况的影响	167
二、公立医院安全文化对医疗质量的影响	168
三、公立医院临床路径实施状况对医疗质量的影响	172
四、公立医院安全文化、临床路径实施与医疗质量的关联性	181
五、关键知情者对公立医院安全文化、临床路径和医疗质量的认知	183
第三节 安全文化、临床路径实施与医疗质量的关联机制	185
一、公立医院安全文化可促进临床路径的实施	185
二、公立医院安全文化可影响医疗质量	185
三、公立医院临床路径实施可影响医疗质量	185
四、组织内外环境可影响安全文化、临床路径实施与医疗质量	186
五、公立医院安全文化、临床路径实施与医疗质量的关联机制模型	187
参考文献	190

第六章 创新性 & 局限性 193

第一节 研究创新性	193
一、研制了适合我国公立医院的 PSCHO 量表	193
二、系统地分析了我国公立医院安全文化的状况	193
三、系统地分析了我国公立医院的临床路径实施状况	193
四、探讨了我国公立医院安全文化、临床路径实施与医疗质量的关联性	194
第二节 研究局限性	194
一、中国版 PSCHO 量表的局限性	194
二、安全文化、临床路径实施与医疗质量关联性分析的局限性	194
参考文献	194

附录 195

附表 1-1 2012~2014 年各行政区域 60 岁以上老年人口状况	195
附表 1-2 2012~2014 年各行政区域 65 岁以上老年人口状况	195
附表 1-3 2012~2014 年各行政区域财政总收入	196
附表 1-4 2012~2014 年各行政区域财政总支出	196
附表 1-5 2012~2014 年各行政区域城镇居民和农村居民人均可支配收入	197
附表 1-6 上海市、湖北省和甘肃省城乡居民医疗保健支出分析	197
附表 1-7 2012~2014 年各行政区域医疗机构数	198
附表 1-8 2012~2014 年公立医院核定床位数与实际开放床位数	199

附表 1-9	2012~2014 年不同省份核定床位数与实际开放床位数	199
附表 1-10	公立医院卫生技术人员数量分析	201
附表 1-11	公立医院卫生技术人员结构分析	201
附表 1-12	2012~2014 年不同地区公立医院医疗服务数量分析	202
附表 2-1	员工对所在医院病人安全文化的评价	203
附表 2-2	上海市、湖北省和甘肃省不同等级医院的员工调查数	204
附表 2-3	不同等级医院被调查员工的基本信息	205
附表 2-4	不同等级医院被调查员工所在的临床科室	206
附表 3-1	不同省份社区获得性肺炎临床路径关键指标的遵循率	207
附表 3-2	不同省份急性心肌梗死临床路径关键指标的遵循率	208
附表 3-3	不同省份急性左心功能衰竭临床路径关键指标的遵循率	209
附表 3-4	不同省份计划性剖宫产临床路径关键指标的遵循率	210
附表 3-5	不同省份胆囊切除术临床路径关键指标的遵循率	211
附表 4-1	2012~2014 年各区域卫生行政部门医疗质量监管状况	212
附表 4-2	2012~2014 年各行政区域卫生监督部门的医疗质量监管状况	212
附表 4-3	2012~2014 年各行政区域质控中心医疗质量监管状况	213
附表 4-4	2012~2014 年各行政区域行业协会医疗质量监管状况	214
附表 4-5	我国不同地区公立医院 5 个病种的出院状况分析	215
附表 5-1	安全文化对机构层面临床路径实施影响的 Logistic 模型的变量与赋值	216
附表 5-2	安全文化对病种层面临床路径遵循率影响的混合线性模型的变量与赋值	216
附表 5-3	安全文化对机构层面医疗质量影响的 Logistic 模型的变量与赋值	216
附表 5-4	安全文化对病种层面医疗质量影响的多层 Logistic 回归模型的变量与赋值	217
附表 5-5	临床路径对机构层面医疗质量影响的 Logistic 模型的变量与赋值	217
附表 5-6	临床路径遵循率影响因素的多层混合线性模型的变量和赋值	217
附表 5-7	临床路径对病种层面治愈好转影响的多层 Logistic 模型的变量与赋值	218
附表 5-8	临床路径对病种层面住院天数和医疗费用影响的混合线性模型的变量与赋值	218
附表 5-9	安全文化、临床路径实施与医疗质量机构层面关联性分析的 Logistic 模型的变量及赋值	219
附表 5-10	安全文化、临床路径实施与医疗质量病种层面关联性分析的多层 Logistic 回归模型和多层混合线性模型的变量及赋值	219

第一章

我国公立医院的内外部环境

2009年以来,我国公立医院的外部环境发生了很大变化。这些外部环境变化影响着我国公立医院运行的内部环境。分析我国公立医院内外部环境,有助于我们了解公立医院运行所受到的外部社会经济发展与卫生政策的影响,了解我国公立医院的整体医疗资源状况与医疗服务状况,更好地分析我国公立医院安全文化、临床路径实施与医疗质量的内外部影响因素,为改善我国公立医院安全文化建设、加强临床路径实施和提高医疗质量提供决策依据。

在本章的阐述中,上海市、湖北省和甘肃省及其公立医院的数据来自省级、地区级卫生行政部门的问卷调查、公立综合性医院的问卷调查以及其他相关文献和政府网站。在选择调查区域时,作者按照经济水平和地理位置代表性,在我国东部、中部和西部地区分别选取了上海市、湖北省和甘肃省作为调查省(直辖市)(以下简称“省”)。在上海市,因各区域内公立综合性医院数量较少,因此按2013年人均GDP的高低,选取4个区作为调查地区,共10个地区(以下简称“地区”);在湖北省和甘肃省,按2013年人均GDP的高、中、低,各抽取3个市或州作为调查地区,共6个地区。作者对上海市、湖北省和甘肃省以及抽取的10个地区,进行了卫生行政部门问卷调查。此外,作者在湖北省和甘肃省6个地区,分别抽取具有代表性的2所三级公立综合性医院和4所二级公立综合性医院作为被调查的公立医院。在上海市,因浦东新区人口约为另3个区的总和,且包括了城市和农村地区,因此作者在浦东新区抽取了具有代表性的2所三级公立综合性医院和6所二级公立综合性医院作为被调查医院,在另3个区分别抽取具有代表性的1所三级公立综合性医院和2所二级公立综合性医院作为调查医院;由于上海市三级公立医院区域分布不均,因此作者在上海市徐汇区又选择了1所具有代表性的三级公立综合性医院(既是大学附属医院又是市属医院)作为被调查医院,以使上海市具有6所被调查的三级公立综合性医院(以下简称“公立医院”)。

第一节 我国社会经济的发展

一、人口和经济的发展

2014年上海市、湖北省和甘肃省的常住人口分别为2 425.68万人、5 816.00万人和2 590.78万人;户籍人口分别为1 438.69万人、6 162.30万人和2 760.01万人(表1-1)。

2012~2014年上海市、湖北省和甘肃省的常住人口和户籍人口分别增长0.82%和1.90%、-0.03%和0.64%以及2.58%和0.51%。但是,我国人口老龄化趋势明显。2014年上海市、湖北省和甘肃省60岁以上老年人口分别占总人口的28.8%、16.9%和13.7%(见附表1-1);65岁以上老年人口分别占总人口的18.8%、9.8%和9.1%(见附表1-2)。2012~2014年上海市、湖北省和甘肃省的60岁以上老年人口比例分别增长3.10、1.50和1.10个百分点,65岁以上老年人口比例分别增长1.60、0.60和0.90个百分点。这对卫生事业发展和医疗卫生服务提出了挑战。

表1-1 2012~2014年各行政区域人口状况

地区	户籍人口(万人)			常住人口(万人)		
	2012年	2013年	2014年	2012年	2013年	2014年
上海市	1 426.93	1 432.32	1 438.69	2 380.43	2 415.15	2 425.68
A区	88.38	88.58	89.26	129.20	129.56	129.61
B区	109.32	108.95	108.86	134.04	132.27	132.19
C区	100.12	101.97	104.52	250.80	253.22	253.95
D区	281.12	283.79	288.43	526.39	540.90	545.12
湖北省	6 164.00	6 176.00	6 162.30	5 779.00	5 724.00	5 816.00
E市	821.71	822.05	827.31	821.71	1 022.00	1 027.27
F市	348.36	345.95	346.69	348.36	345.95	346.69
G市	403.50	408.14	412.73	331.00	331.20	332.00
甘肃省	2 690.61	2 706.99	2 760.01	2 577.55	2 582.18	2 590.78
H市	332.00	342.50	343.54	361.18	385.21	391.60
I市	375.73	354.76	380.26	328.22	341.32	330.11
J市	174.30	176.58	177.60	171.92	171.22	170.83

2014年上海市、湖北省和甘肃省的国民生产总值(GDP)分别为23 560.9亿元、27 367.0亿元和6 835.3亿元,人均GDP分别为9.71万元、4.71万元和2.64万元(表1-2),分别比2012年增长16.74%和14.57%、23.00%和22.21%以及22.71%和22.11%。2014年上海市、湖北省和甘肃省人均财政总收入和人均总支出也明显比2012年增长20%以上(见附表1-3和附表1-4)。此外,2014年上海市、湖北省和甘肃省的城镇居民人均可支配收入分别为47 710.0元、28 844.0元和20 804.0元;农村居民人均可支配收入分别为21 192.0元、10 489.0元和5 736.0元(见附表1-5),分别比2012年增长18.72%和21.79%、56.98%和52.06%以及21.26%和27.28%。经济发展和人民群众可支配收入的增加,使卫生事业发展成为可能。

二、卫生投入状况

随着我国社会经济的发展,卫生投入显著增加。2014年上海市、湖北省和甘肃省的卫生总费用分别为1 345.50亿元、1 393.90亿元和569.75亿元,分别占地区国内生产总值(GDP)的5.71%、5.09%和8.34%;人均卫生总费用分别为5 546.92元、2 396.66元和2 199.13元(表1-3)。2012~2014年上海市、湖北省和甘肃省的卫生总费用分别增长23.17%、27.42%和28.11%,卫生总费用占GDP的比例分别增长0.30、0.17和0.47个百

表 1-2 2012~2014 年各行政区域 GDP

地区	GDP(亿元)			人均 GDP(万元) [†]		
	2012 年	2013 年	2014 年	2012 年	2013 年	2014 年
上海市	20 181.7	21 818.2	23 560.9	8.48	9.03	9.71
A 区	657.6	721.9	787.7	5.09	5.57	6.08
B 区	1 201.1	1 381.7	1 467.9	8.96	10.45	11.10
C 区	1 594.2	1 722.1	1 843.8	6.36	6.80	7.26
D 区	5 929.9	6 448.7	7 109.7	11.27	11.92	13.04
湖北省	22 250.2	24 668.5	27 367.0	3.85	4.31	4.71
E 市	8 003.8	9 051.3	10 069.5	9.74	8.86	9.80
F 市	851.0	965.0	1 081.0	2.44	2.79	3.12
G 市	482.0	552.0	612.0	1.46	1.67	1.84
甘肃省	5 569.0	6 300.0	6 835.3	2.16	2.44	2.64
H 市	1 564.0	1 776.3	1 913.5	4.33	4.61	4.89
I 市	413.9	456.3	496.9	1.26	1.34	1.51
J 市	433.8	463.3	497.6	2.52	2.71	2.91

[†]按常住人口计算。

分点,人均卫生总费用分别增长 20.88%、26.61%和 27.46%。此外,2014 年上海市、湖北省和甘肃省的卫生总费用中,政府卫生支出分别占 20.46%、29.84%和 37.27%(表 1-3),比 2012 年相比,湖北省明显增长(1.88 个百分点),上海市和甘肃省略有降低(分别降低 0.82 和 0.70 个百分点)。

人均卫生总费用的增长,也使我国人均医疗保健支出有所增加,尤其是农村居民人均支出增长较快。2014 年上海市、湖北省和甘肃省城镇居民人均医疗保健支出分别为 1 350.3 元、1 033.5 元和 1 117.4 元,分别占人均年现金消费支出的 4.8%、6.6%和 8.0%;农村居民人均医疗保健支出分别为 1 990.9 元、624.4 元和 513.3 元,分别占人均年现金消费支出的 14.0%、9.9%和 10.6%(附表 1-6)。与 2012 年相比,2014 年上海市、湖北省和甘肃省城镇居民和农村居民人均医疗保健支出均有所增加(分别增长 32.81%和 93.48%,0.38%和 5.49%以及 6.45%和 28.97%)。

三、区域医疗资源与医疗服务状况

(一) 区域医疗资源

随着卫生投入增加和医疗服务需求的增加,医疗卫生资源总体呈上升趋势。2014 年上海市、湖北省和甘肃省分别拥有医疗机构数 4 987 所、36 110 所和 27 902 所,其中医院 332 所、753 所和 427 所,明显比 2012 年有所增加(附表 1-7)。2014 年上海市、湖北省和甘肃省每千人口床位数分别为 4.57 张、5.48 张和 4.72 张;每千人口卫生技术人员数分别为 6.76 人、5.39 人和 4.80 人;每千人口执业(助理)医师人数分别为 2.53 人、2.15 人和 1.78 人;每千人口注册护士数分别为 2.96 人、2.47 人和 1.73 人(表 1-4)。2012~2014 年上海市、湖北省和甘肃省每千人口床位数分别增长 -0.65%、50.96%和 8.76%,每千人口卫生技术人员数分别增长 10.10%、23.91%和 12.15%,每千人口执业(助理)医师人数分别增长 10.96%、21.47%和 9.20%,每千人口注册护士数分别增长 11.70%、31.38%和 20.98%。

表 1-3 上海市、湖北省和甘肃省卫生总费用分析[†]

地区	政府卫生支出		社会卫生支出		个人卫生支出		合计		卫生总费用占 GDP 的比例(%)	人均卫生总费用(元)
	金额(亿元)	百分比(%)	金额(亿元)	百分比(%)	金额(亿元)	百分比(%)	金额(亿元)	百分比(%)		
2012 年										
上海市	232.49	21.28	646.51	59.19	213.35	19.53	1 092.35	100.00	5.41	4 588.86
湖北省	305.89	27.96	335.88	30.70	452.19	41.34	1 093.96	100.00	4.92	1 892.99
甘肃省	168.88	37.97	113.94	25.62	161.91	36.41	444.72	100.00	7.87	1 725.36
全国	8 431.98	29.99	10 030.70	35.67	9 656.32	34.34	28 119.00	100.00	5.41	2 076.67
2013 年										
上海市	250.82	20.09	740.42	59.30	257.44	20.62	1 248.68	100.00	5.78	5 170.21
湖北省	368.37	29.92	397.23	32.26	465.59	37.82	1 231.19	100.00	4.99	2 123.10
甘肃省	188.17	36.31	141.28	27.26	188.76	36.43	518.21	100.00	8.27	2 006.89
全国	9 545.81	30.14	11 393.79	35.98	10 729.34	33.88	31 668.95	100.00	5.39	2 327.37
2014 年										
上海市	275.29	20.46	791.87	58.85	278.34	20.69	1 345.50	100.00	5.71	5 546.92
湖北省	415.91	29.84	465.85	33.42	512.13	36.74	1 393.90	100.00	5.09	2 396.66
甘肃省	212.32	37.27	164.19	28.82	193.24	33.92	569.75	100.00	8.34	2 199.13
全国	10 579.23	29.96	13 437.75	38.05	11 295.41	31.99	35 312.40	100.00	5.55	2 581.66

[†] 2012 年和 2013 年数据来源于: 国家卫生计生委, 中国卫生和计划生育统计年鉴, 中国协和医科大学出版社, 2014 年数据来源于: 万泉, 张毓辉, 王秀峰等, 2014 年我国各地区卫生总费用核算结果与分析, 中国卫生经济, 2016, 35(3): 9-12。

表 1-4 2012~2014 年各行政区域每千人口卫生资源

地区	每千人口床位数			每千人口卫生技术人员数			每千人口执业(助理)医师数			每千人口注册护士数		
	2012 年	2013 年	2014 年	2012 年	2013 年	2014 年	2012 年	2013 年	2014 年	2012 年	2013 年	2014 年
上海市	4.60	4.73	4.57	6.14	6.48	6.76	2.28	2.41	2.53	2.65	2.81	2.96
A 区	6.15	6.89	6.73	7.78	8.00	8.67	2.96	2.89	3.30	3.33	3.41	3.80
B 区	6.82	6.71	6.89	8.01	8.55	9.29	2.87	3.05	3.25	3.74	4.10	4.52
C 区	2.78	1.77	1.76	2.71	2.97	3.13	1.01	1.06	1.17	1.22	1.38	1.40
D 区	3.45	3.51	3.68	4.65	4.90	5.20	1.75	1.82	1.95	1.97	2.11	2.25
湖北省	3.63	4.97	5.48	4.67	5.26	5.39	1.77	1.90	2.15	1.88	2.04	2.47
E 市	7.07	7.12	8.85	8.31	8.74	9.54	3.30	3.33	3.59	3.40	3.79	4.41
F 市	5.86	6.52	7.13	6.25	6.77	7.09	2.24	2.42	2.49	2.57	2.85	3.05
G 市	3.87	4.07	5.20	3.67	3.89	4.11	1.28	1.34	1.60	1.50	1.54	1.56
甘肃省	4.34	4.63	4.72	4.28	4.50	4.80	1.63	1.74	1.78	1.43	1.59	1.73
H 市	7.59	6.48	6.79	7.28	7.41	7.96	2.94	2.94	3.18	2.99	3.15	3.49
I 市	2.90	3.10	3.60	3.00	3.50	3.98	1.40	1.60	1.94	1.60	1.90	2.04
J 市	3.90	4.10	4.40	4.00	4.20	4.60	1.40	1.50	1.60	1.50	1.60	1.80

(二) 区域医疗服务数量

卫生资源的投入增加和医疗服务需求的增加,使医疗服务数量总体快速增长。2014 年上海市、湖北省和甘肃省年门急诊人次数达到 2.40 亿人次、1.08 亿人次和 0.32 亿人次,比 2012 年分别增长 13.87%、14.53%和 -13.94%;2014 年上海市、湖北省和甘肃省年出院人次数分别为 345.11 万人次、716.07 万人次和 336.45 万人次,比 2012 年分别增长 14.20%、23.71%和 16.55%;2014 年上海市、湖北省和甘肃省住院手术人次数分别为 175.54 万人次、206.19 万人次和 51.60 万人次,比 2012 年分别增长 39.09%、43.99%和 11.59%(表 1-5)。

表 1-5 2012~2014 年门急诊人次数和出院人次数

项目	2012 年	2013 年	2014 年	2012~2014 年增长率(%)
年门急诊人次数(万人次)				
上海市	21 114.29	22 423.53	24 043.26	13.87
A 区	1 164.68	1 208.59	1 272.53	9.26
B 区	1 645.17	1 710.76	1 812.20	10.15
C 区	1 527.55	1 668.55	1 771.95	16.00
D 区	3 745.89	4 064.23	4 563.34	21.82
湖北省	9 470.38	10 056.28	10 846.12	14.53
E 市	5 741.58	5 962.03	6 581.64	14.63
F 市	2 050.00	2 250.00	2 386.00	16.39
G 市	1 867.98	1 787.73	1 808.93	-3.16
甘肃省	3 761.74	3 451.83	3 237.33	-13.94
H 市	1 548.37	1 618.53	1 751.09	13.09

续表

项目	2012年	2013年	2014年	2012~2014年增长率(%)
I市	259.44	272.10	280.30	8.04
J市	711.52	779.16	733.30	3.06
年出院人次数(万人次)				
上海市	302.21	313.92	345.11	14.20
A区	12.18	12.87	14.48	18.88
B区	31.11	33.86	36.46	17.20
C区	13.68	14.73	15.76	15.20
D区	42.60	44.53	52.45	23.12
湖北省	578.82	647.55	716.07	23.71
E市	190.91	210.32	237.10	24.19
F市	73.06	82.30	88.16	20.67
G市	60.34	63.97	72.42	20.02
甘肃省	288.68	317.66	336.45	16.55
H市	52.82	60.22	65.41	23.84
I市	26.66	28.30	30.10	12.90
J市	15.28	17.77	19.32	26.44
年住院手术人次数(人次)				
上海市	1 262 100	1 504 500	1 755 400	39.09
A区	34 100	45 900	59 100	73.31
B区	135 251	167 364	185 885	37.44
C区	55 453	63 680	72 888	31.44
D区	205 081	236 099	315 324	53.76
湖北省	1 432 000	1 641 154	2 061 897	43.99
E市	484 858	524 335	605 000	24.78
F市	98 316	141 014	144 945	47.43
G市	89 907	96 710	117 902	31.14
甘肃省	462 406	522 035	516 003	11.59
H市	14 923 056	15 471 594	16 686 849	11.82
I市	104 000	107 000	114 000	9.62
J市	27 682	29 028	24 643	-10.98

第二节 我国公立医院的医疗服务状况

一、床位数分析

2014年上海市、湖北省和甘肃省被调查的54所公立医院的核定床位数平均为809.48张,实际开放床位平均为834.96张,分别比2012年增长16.89%和18.68%;并且,三级医院核定床位数(2014年平均1377.67张)和实际开放床位数(1384.17张)明显高于二级医院(分别为525.39张和560.36张)(附表1-8)。上海市、湖北省和甘肃省的实际开放床位数也有显著差异(附表1-9)。

二、人力资源分析

2014年上海市、湖北省和甘肃省被调查的54所公立医院的卫生人员平均为1 038.61人;其中,卫生技术人员占83.59%,其他卫生技术人员占5.20%,行政人员占5.09%,工勤人员占6.12%。三级医院的卫生人员规模和卫生技术人员的比例高于二级医院(表1-6和表1-7)。在卫生技术人员中(平均868.17人),医师占35.37%,护士占52.43%,医技人员占12.20%;三级医院的卫生技术人员中,医师比例略高(附表1-10和附表1-11)。

表1-6 公立医院卫生人员数分析

项目	三级医院(N=18)		二级医院(N=36)		合计(N=54)		t
	平均数	标准差	平均数	标准差	平均数	标准差	
卫生技术人员	1 516.83	748.68	543.83	337.28	868.17	685.03	5.25***
其他技术人员	94.67	81.72	33.72	24.63	54.04	58.17	3.09**
行政人员	95.72	97.76	31.36	31.39	52.81	68.22	2.72*
工勤人员	86.78	49.55	52.00	57.50	63.59	56.97	2.19*
合计	1 794.00	843.79	660.92	404.95	1 038.61	792.06	5.40***

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

表1-7 公立医院卫生人员结构分析

项目	三级医院(N=18)		二级医院(N=36)		合计(N=54)		χ^2
	人数	百分比(%)	人数	百分比(%)	人数	百分比(%)	
卫生技术人员	27 303	84.55	19 578	82.28	46 881	83.59	118.38***
其他技术人员	1 704	5.28	1 214	5.10	2 918	5.20	
行政人员	1 723	5.34	1 129	4.75	2 852	5.09	
工勤人员	1 562	4.84	1 872	7.87	3 434	6.12	
合计	32 292	100.00	23 793	100.00	56 085	100.00	

*** $P < 0.001$ 。

2014年上海市、湖北省和甘肃省被调查的54所公立医院的医师中,硕士及以上学历者占34.16%,35岁以下者占39.84%,高级职称者占28.48%;三级医院的医师中,硕士及以上学历者、35岁以下者和高级职称者的比例高于二级医院(表1-8)。

表1-8 公立医院医师的结构分析

项目	三级医院			二级医院			合计			χ^2
	医院数	人数	百分比(%)	医院数	人数	百分比(%)	医院数	人数	百分比(%)	
学历构成										
博士	15	996	11.66	35	128	1.90	50	1 124	7.35	
硕士	15	3 203	37.48	35	896	13.28	50	4 099	26.81	

续 表

项目	三级医院			二级医院			合计			χ^2
	医院数	人数	百分比 (%)	医院数	人数	百分比 (%)	医院数	人数	百分比 (%)	
本科	15	3 926	45.94	35	4 625	68.57	50	8 551	55.93	1 972.12***
大专	15	330	3.86	35	790	11.71	50	1 120	7.33	
中专及以下	15	90	1.05	35	306	4.54	50	396	2.59	
合计	15	8 545	100.00	35	6 745	100.00	50	15 290	100.00	
年龄构成(岁)										
<25	14	110	1.47	35	117	1.75	49	227	1.60	
25—	14	1 191	15.87	35	727	10.87	49	1 918	13.52	
30—	14	1 835	24.45	35	1 673	25.02	49	3 508	24.72	
35—	14	1 415	18.86	35	1 268	18.96	49	2 683	18.91	
40—	14	1 145	15.26	35	1 085	16.23	49	2 230	15.71	
45—	14	879	11.71	35	708	10.59	49	1 587	11.18	66.78***
50—	14	578	7.70	35	553	8.27	49	1 131	7.97	
55—	14	246	3.28	35	352	5.26	49	598	4.21	
60—	14	105	1.40	35	204	3.05	49	309	2.18	
合计	14	7 504	100.00	35	6 687	100.00	49	14 191	100.00	
职称构成										
正高级职称	16	935	10.57	35	369	5.49	51	1 304	8.38	
副高级职称	16	1 798	20.33	35	1 331	19.79	51	3 129	20.10	
中级职称	16	3 006	34.00	35	2 890	42.97	51	5 896	37.87	8.64**
初级职称	16	2 512	28.41	35	1 857	27.61	51	4 369	28.06	
未定级	16	591	6.68	35	279	4.15	51	870	5.59	
合计	16	8 842	100.00	35	6 726	100.00	51	15 568	100.00	

** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

此外,上海市、湖北省和甘肃省公立医院的卫生人员规模、卫生技术人员规模和结构比例也有显著差异。

三、医疗服务数量分析

2014年被调查的公立医院平均年门急诊人次数、年出院人数和年住院手术例数分别为81.13万人次、3.01万人次和1.13万人次,分别比2012年增长19.02%、24.16%和36.53%;2012~2014年三级医院的平均年门急诊人次数、年出院人数和年住院手术例数均显著高于二级医院(表1-9)。此外,2014年上海市公立医院的平均年门急诊人次数(171.45万人次)显著高于湖北省(50.72万人次)和甘肃省(21.22万人次),平均年住院手术例数(1.92万人次)也显著高于湖北省(1.06万人次)和甘肃省(0.38万人次),但湖北省公立医院的平均年出院人数(3.91万人次)显著高于上海市(3.41万人次)和甘肃省(1.70万人次)(附表1-12)。

表 1-9 2012~2014 年不同等级公立医院医疗服务数量分析

项目	三级医院			二级医院			合计			$\chi^2_{\text{Kruskal-Wallis}}$
	医院数	均值	中位数	医院数	均值	中位数	医院数	均值	中位数	
2012 年										
年门急诊人次(万)	18	109.47	98.34	36	47.51	20.91	54	68.16	28.22	6.89**
年出院人数(万)	18	4.03	2.88	36	1.62	1.52	54	2.42	1.83	13.20***
年住院手术例数	17	1.66	1.15	36	0.44	0.35	53	0.83	0.42	16.63***
2013 年										
年门急诊人次(万)	18	120.54	104.84	36	50.73	25.50	54	74.00	31.29	6.32*
年出院人数(万)	18	4.51	3.21	36	1.78	1.72	54	2.69	2.02	14.01***
年住院手术例数	17	1.97	1.38	36	0.51	0.38	53	0.98	0.48	15.41***
2014 年										
年门急诊人次(万)	18	132.63	113.63	36	55.38	26.50	54	81.13	34.91	6.89**
年出院人数(万)	18	5.04	3.51	36	1.99	1.91	54	3.01	2.31	12.28***
年住院手术例数	17	2.26	1.63	36	0.60	0.44	53	1.13	0.55	13.67***
2012~2014 年增长率(%)										
年门急诊人次(万)	18	21.15	15.55	36	16.56	26.71	54	19.02		
年出院人数(万)	18	24.85	21.99	36	23.28	25.35	54	24.16		
年住院手术例数	17	36.26	41.69	36	37.02	26.38	53	36.53		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。

第三节 我国公立医院的政策环境

一、我国深化医药卫生体制改革的总目标

2009 年 3 月,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》开启了我国深化医药卫生体制的改革,提出了深化医药卫生体制改革的指导思想是:从我国国情出发,借鉴国际有益经验,着眼于实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,着力解决人民群众最关心、最直接、最现实的利益问题。坚持公共医疗卫生的公益性质,坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重的方针,实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开,强化政府责任和投入,完善国民健康政策,健全制度体系,加强监督管理,创新体制机制,鼓励社会参与,建设覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,不断提高全民健康水平,促进社会和谐。《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出了到 2020 年我国覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立的目标,即普遍建立比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系,比较健全的医疗保障体系,比较规范的药品供应保障体系,比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制,形成多元办医格局,人人享有基本医疗卫生服务,基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求,人民群众健康水平进一步提高。