

- 中患者住院费用 DRG 分组实证研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(4): 33-35.
- [8] 陈婷, 姜小明. 基于决策树模型的脑梗死患者住院费用及病例组合分析[J]. 中国病案, 2021, 22(5): 67-69.
- [9] 赵彩莲, 初菁菁. 基于 DRG 医保付费的膀胱疾患住院费用分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(9): 79-81.
- [10] 韩雪, 韩雪梅, 单侯乾, 等. 基于 DRGs 的高血压 3 级患者住院费用分析[J]. 中国卫生统计, 2019, 36(3): 412-415.
- [11] 周士铭. 3 岁以下儿童 DDH 的治疗现状[J]. 四川医学, 2011, 32(11): 1832-1834.
- [12] 陈学涛, 张萍. 基于 DRG 的小儿肺炎住院费用影响因素探究[J]. 西南国防医药, 2021, 31(4): 6.
- [13] 吴学智. 基于 DRGs 的急性阑尾炎患者住院费用分析[J]. 中国卫生统计, 2020, 37(3): 465-467.
- [14] 金萍妹, 华伟, 陈洁, 等. 基于疾病诊断相关组法制定单病种住院费用标准的研究[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(2): 3.
- [15] 许红生, 焦绍锋, 王振军, 等. 股骨去旋转截骨术的研究进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2021, 29(3): 241-244.
- [16] 边臻, 陈涛. 发育性髋关节发育不良临床诊疗指南(~2 岁)[J]. 中华骨科杂志, 2017, 37(11): 641-650.
- [17] 端嘉骅, 郑鹏飞, 胡馨月, 等. 股骨近端截骨对 2~3 岁 Tonnis II 型发育性髋关节发育不良患者治疗效果的研究[J]. 临床小儿外科杂志, 2021, 20(2): 172-176.
- [18] 郭永瑾, 岑珏, 许岩, 等. 上海公立医院实施病种绩效评价的初步探索[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(8): 574-578.
- [19] 丁超, 王玉姣, 刘和风, 等. 临床路径管理下慢性胆囊炎患者住院费用及影响因素分析[J]. 卫生软科学, 2022, 36(1): 46-49.
- [20] 张丽梅, 黄世超, 张继玲, 等. 腰椎间盘突出症患者住院费用结构及影响因素分析[J]. 中国病案, 2021, 22(11): 60-63.

(收稿日期: 2022-06-18 修回日期: 2022-11-08)

## • 卫生管理 •

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.04.027

网络首发 网络首发: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20221128.1258.004.html> (2022-11-28)

## 广东省 2014—2020 年护理人力资源配置现况研究

廖少娜<sup>1,2</sup>, 赖嘉微<sup>1,2</sup>, 龚雪<sup>1,2</sup>, 黄文嫣<sup>1,2</sup>, 宋慧娟<sup>2△</sup>

(1. 南方医科大学护理学院, 广州 510515; 2. 南方医科大学南方医院, 广州 510515)

**[摘要]** **目的** 分析广东省 2014—2020 年护理人力资源配置现况, 为制订合理的区域卫生资源规划提供策略性依据。**方法** 描述性分析广东省 2014—2020 年护理人力资源配置现状, 并利用洛伦兹曲线、基尼系数和泰尔指数分析资源配置的公平性。**结果** 数量方面, 广东省护理人力资源数量明显增长但相对不足, 未达到全国及广东省预期目标, 且城乡资源配置失衡。结构方面, 低工龄、低学历和低技术职称护士群体仍是临床一线的主力军, 护理人力结构有待优化。公平性方面, 广东省注册护士按人口分布的公平性优于按地理面积分布, 资源配置总体差异与四大经济区域(珠三角、东翼、西翼和山区)间的配置差异逐步缩小, 城市间的差异成为影响广东省护理人力资源配置公平性的主要因素。**结论** 广东省护理人力资源配置总量相对不足且配置结构不合理, 城乡资源配置失衡, 区域公平性有待改善。

**[关键词]** 护理人力资源; 资源配置; 公平性; 洛伦兹曲线; 基尼系数; 泰尔指数**[中图分类号]** R192.6**[文献标识码]** B**[文章编号]** 1671-8348(2023)04-0623-06

在健康中国战略背景下, 合理配置卫生资源以适应人类日益增长的健康服务需求是医疗界的重点研究内容之一。护理人力资源是卫生资源的重要组成部分, 其配置合理性与护理结局密切相关。护理人力资源不足会使护理工作处于超负荷状态, 不良事件发生率增高, 不仅威胁患者安全, 还将增加护士离职倾

向, 而护理人力资源过剩将增加医疗卫生成本, 造成资源浪费<sup>[1-3]</sup>。因而, 提升护理人力资源配置的科学性和合理性至关重要。目前, 罕有研究从时间维度纵向探究广东省护理人力资源的配置现况, 未能获取配置动态趋势。本研究运用洛伦兹曲线、基尼系数和泰尔指数分析 2014—2020 年广东省护理人力资源配置

的公平性,并剖析配置差异的主要原因,为制订合理的区域卫生资源规划提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

广东省数据来源于 2015—2021 年《广东统计年鉴》与《广东卫生健康统计年鉴》,全国数据来源于 2015—2021 年《中国统计年鉴》。本研究纳入的卫生资源指标包括每千常住人口注册护士、注册护士占卫生技术人员比例、医护比、床护比及注册护士的工龄、学历和技术职称构成比。基于《广东统计年鉴》,将广东省 21 个地市按照经济区域划分为 4 个区域,分别为珠三角(包括广州、深圳、佛山、东莞、惠州、中山、珠海、江门和肇庆)、东翼(包括汕头、潮州、揭阳和汕尾)、西翼(包括湛江、茂名和阳江)和山区(包括韶关、梅州、清远、河源和云浮)。

### 1.2 方法

采用 Excel 2020 建立数据库,描述性分析广东省 2014—2020 年护理人力资源配置现状,通过洛伦兹曲线和基尼系数综合评价资源配置的公平性,并用泰尔指数分析不公平性的来源。

#### 1.2.1 洛伦兹曲线

洛伦兹曲线由美国统计学家洛伦兹提出,分别以人口累计百分比和收入(或财产)累计百分比为横、纵坐标,用于反映社会收入分配(或财产分配)的公平程度<sup>[4]</sup>。其中,通过原点 45° 对角线绘制的直线称为绝对公平线,是衡量洛伦兹曲线的基准。洛伦兹曲线越靠近绝对公平线,则表示资源配置公平性越好。本研究将广东省护理人力资源(2020 年数据)按各地市每万常住人口和每平方公里注册护士拥有量从小到大排序,以地市常住人口累计百分比和地理面积累计百分比为横坐标、注册护士累计百分比为纵坐标,绘制广东省护理人力资源按人口分布和按地理面积分布的洛伦兹曲线。

#### 1.2.2 基尼系数

基尼系数由意大利经济学家基尼根据洛伦兹曲线提出,是测定资源分配总体差异程度的定量指标<sup>[4-5]</sup>。基尼系数的取值为 0~1,以 0.4 为资源配置公平性的警戒值,其评价标准如下:(1)<0.2 表示绝对公平;(2)0.2~<0.3 表示比较公平;(3)0.3~<0.4 表示相对公平;(4)0.4~<0.5 表示比较不公平;(5)0.5~0.6 表示差距显著;(6)>0.6 表示高度不公平。

其计算公式为:

$$G=1-\sum_{i=1}^n(X_i-X_{i+1})(Y_i+Y_{i+1})$$

在本研究中, $n$  为广东省所包含的地市数目, $i$  为各地市人均资源拥有量由小到大的排序号, $X_i$  为各

市人口累计百分比(或地理面积累计百分比), $Y_i$  为注册护士累计百分比, $X_0=0, Y_0=0$ 。

### 1.2.3 泰尔指数

泰尔指数<sup>[5]</sup>是依据信息量和熵的概念考察差异性,可将总体差异拆分为区域间和区域内两个部分,与基尼系数具有一定的互补性。泰尔指数取值范围为 0~1,取值越小,表明人力资源配置差异程度越小,反之则越大。

总体及各区域的泰尔指数计算公式如下:

$$T=\sum_{i=1}^n P_i \log \frac{P_i}{Y_i}$$

在本研究中, $P_i$  为广东省  $i$  市人口数占全省(区域)总人口数的比重, $Y_i$  为广东省  $i$  市注册护士占全省(区域)注册护士总量的比重。

总体泰尔指数分解如下:

$$T_{\text{总}}=T_{\text{组内}}+T_{\text{组间}}$$

$$T_{\text{组内}}=\sum_{j=1}^k P_g T_g$$

$$T_{\text{组间}}=\sum_{g=1}^k P_g \log \frac{P_g}{Y_g}$$

其中, $T_{\text{总}}$  为广东省泰尔指数,反映总体差异, $T_{\text{组内}}$  为 4 个经济区域内部护理资源的差异, $P_g$  为第  $g$  组区域人口数占全省总人口数比重, $T_g$  为第  $g$  组区域的泰尔指数, $k$  为广东省所包含的区域数目; $T_{\text{组间}}$  为广东省 4 个经济区域之间护理资源配置的差异, $Y_g$  为第  $g$  组区域注册护士占全省注册护士总量的比重。

经济区域之间和区域内部对总体差异的贡献率分别为:

$$\text{组内差异贡献率}=\frac{T_{\text{组内}}}{T_{\text{总}}}$$

$$\text{组间差异贡献率}=\frac{T_{\text{组间}}}{T_{\text{总}}}$$

## 1.3 统计学处理

采用描述性统计,计数资料以频数或百分比表示。

## 2 结果

### 2.1 广东省护理人力资源配置情况

#### 2.1.1 护理人力资源数量配置现状

从整体情况看,广东省护理人力资源配置水平逐渐提高,与全国变化趋势一致。广东省注册护士总量从 2014 年的 233 483 人增加到 2020 年的 374 457 人,增长幅度达 60.38%,在全省卫生技术人员的占比从 40.05% 增长到 45.15%,连续 7 年高于全国水平。自 2014 年起,每千常住人口注册护士数量逐年增长,其中,2016—2018 年连续 3 年超过全国水平。截至 2019 年底,每千常住人口注册护士达 3.09 人,2020 年数量稍减为 2.97 人。医护比和床护比呈持续上升趋势,到 2020 年底,医护比和床护比分别为 1:1.22

和 1 : 0.66,均高于全国水平。见表 1。

表 1 广东省与全国注册护士配置情况比较

时间	广东省					全国				
	注册护士 (人)	每千常住人 口注册护士 (人)	注册护士占 卫生技术人 员比例(%)	医护比	床护比	注册护士 (人)	每千常住人 口注册护士 (人)	注册护士占 卫生技术人 员比例(%)	医护比	床护比
2014 年	233 483	2.18	40.05	1 : 1.08	1 : 0.58	3 004 144	2.20	39.58	1 : 1.04	1 : 0.46
2015 年	254 098	2.30	41.12	1 : 1.11	1 : 0.58	3 241 469	2.37	40.48	1 : 1.07	1 : 0.46
2016 年	283 793	2.58	42.66	1 : 1.17	1 : 0.61	3 507 166	2.54	41.48	1 : 1.10	1 : 0.47
2017 年	307 664	2.75	43.49	1 : 1.19	1 : 0.63	3 804 021	2.74	42.32	1 : 1.12	1 : 0.48
2018 年	334 551	2.95	44.30	1 : 1.21	1 : 0.65	4 098 630	2.94	43.01	1 : 1.14	1 : 0.49
2019 年	356 330	3.09	44.96	1 : 1.22	1 : 0.65	4 445 047	3.18	43.78	1 : 1.15	1 : 0.50
2020 年	374 457	2.97	45.15	1 : 1.22	1 : 0.66	4 708 717	3.34	44.10	1 : 1.15	1 : 0.52

从城乡配置角度,广东省城市与农村每千常住人口注册护士配置失衡,尽管农村配置水平逐年提升,但截至 2020 年,城市每千常住人口注册护士为 5.03 人,而农村仅为 1.97 人,仍存在较大差距。从区域配置角度,广东省区域之间护理人力资源差异显著,资源主要集中于珠三角,其每千常住人口注册护士数量远超过东翼、西翼和山区 3 个区域,且高于全省乃至全国水平,东翼则持续处于最低水平。见表 2。

2.1.2 护理人力资源结构配置现状

工龄、学历和技术职称是衡量护士能力级别的重要指标<sup>[6]</sup>。在本研究中,广东省护理人力结构仍以低工龄、低学历和低技术职称的护士为主体。工龄结构指标呈波动变化状态,广东省内超过一半的护士工作年限不足 10 年,其中工龄低于 5 年的护士占比为 24.50%~28.00%。在学历结构上,广东省护士学历集中于大专及以下,尽管本科和研究生学历占比有所

提升,但截至 2020 年,本科护士占比为 24.60%,而研究生学历占比仅为 0.30%。在技术职称方面,广东省以初级职称护士为主体,截至 2020 年底,处于初级及以下职称护士占比高达 80.60%,中级职称占比 16.20%,高级职称仅占 3.20%。见表 3。

表 2 广东省 2014—2020 年各城乡及区域每千人常住人口注册护士配置情况(人)

时间	城市	农村	珠三角	东翼	西翼	山区
2014 年	4.82	1.12	2.42	1.06	1.64	1.83
2015 年	4.90	1.20	2.51	1.28	1.86	2.00
2016 年	5.13	1.37	2.67	1.43	2.23	2.29
2017 年	5.11	1.54	2.78	1.59	2.45	2.50
2018 年	5.24	1.71	2.96	1.71	2.61	2.71
2019 年	5.23	1.82	3.11	1.83	2.63	2.90
2020 年	5.03	1.97	3.20	1.97	2.72	3.08

表 3 广东省 2014—2020 年护理人力结构分布情况(%)

时间	工龄				学历			职称		
	<5 年	5~<10 年	10~<20 年	≥20 年	大专及以下	本科	研究生	初级及以下	中级	高级
2014 年	28.00	24.90	27.10	20.00	87.10	12.70	0.10	85.20	12.50	2.20
2015 年	28.70	25.50	25.60	20.20	86.10	13.70	0.10	85.40	12.20	2.50
2016 年	29.30	26.80	23.80	20.00	83.40	16.50	0.10	84.50	12.90	2.70
2017 年	28.50	27.80	23.70	20.10	82.00	17.90	0.10	84.50	12.90	2.70
2018 年	27.70	28.60	24.10	19.70	79.70	20.20	0.20	83.70	13.70	2.70
2019 年	26.90	28.90	24.80	19.40	77.40	22.40	0.20	82.20	14.90	2.90
2020 年	24.50	29.70	26.60	19.30	75.10	24.60	0.30	80.60	16.20	3.20

2.2 广东省护理人力资源配置公平性

2.2.1 护理人力资源配置整体公平性

2014—2020 年广东省各地市注册护士按人口分布的基尼系数为 0.12~0.18,均小于 0.2,处于绝对

公平状态,但按各地市地理面积分布的基尼系数为 0.56~0.58,处于 0.5~0.6 之间,表明按地理面积分布,广东省各地市注册护士配置差距显著。注册护士数量按人口分布的洛伦兹曲线较注册护士数量按地

理面积分布的洛伦兹曲线更接近绝对公平线(2020 年数据),表明广东省护士按人口配置的公平性优于按地理面积配置的公平性,见图 1。

### 2.2.2 区域护理人力资源配置公平性

在广东省 4 个经济区域中,珠三角各年度泰尔指数处于最高值,表明珠三角地区护理人力资源配置的公平性最差,而西翼连年处于最低值,其护理人力资

源配置公平性最高。泰尔指数变化趋势表明,广东省总体和区域间的泰尔指数持续下降,而区域内部则处于波动上升趋势。截至 2017 年底,经济区域间的差异是广东省护理人力资源配置差异的主要来源,其贡献率为 50.93%,但区域间的差异逐年缩小。2018 年起,区域内部差异成为广东省护理人力资源配置不公平性的主要原因。见表 4、图 2。

表 4 广东省 2014—2020 年护理人力资源配置的泰尔指数及其贡献率

时间	珠三角	东翼	西翼	山区	广东省	区域内	区域内贡献率 (%)	区域间	区域间贡献率 (%)
2014 年	0.011 5	0.006 8	0.000 6	0.006 1	0.025 2	0.008 6	34.12	0.016 6	65.88
2015 年	0.009 8	0.002 3	0.002 0	0.005 3	0.017 9	0.007 1	39.53	0.010 8	60.47
2016 年	0.009 8	0.002 2	0.000 1	0.004 5	0.015 4	0.006 8	44.03	0.008 6	55.97
2017 年	0.009 3	0.002 2	0.000 0 <sup>a</sup>	0.004 0	0.013 2	0.006 5	49.07	0.006 7	50.93
2018 年	0.008 9	0.003 3	0.000 0 <sup>a</sup>	0.004 4	0.012 8	0.006 4	50.20	0.006 4	49.80
2019 年	0.009 3	0.002 5	0.000 2	0.003 2	0.012 6	0.006 5	51.31	0.006 1	48.69
2020 年	0.009 7	0.003 2	0.000 4	0.003 4	0.012 0	0.006 9	57.36	0.005 1	42.64

<sup>a</sup>:西翼 2017、2018 年的泰尔指数小于 0.0001。

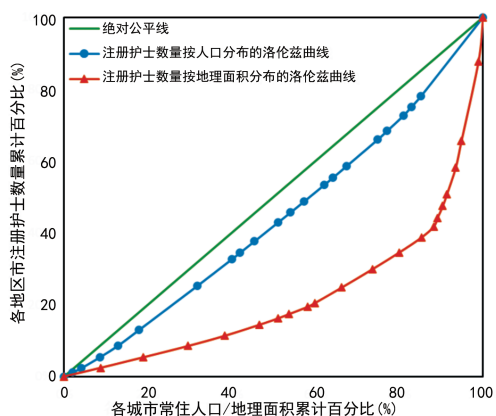


图 1 2020 年广东省各地市注册护士按人口和地理面积分布的洛伦兹曲线

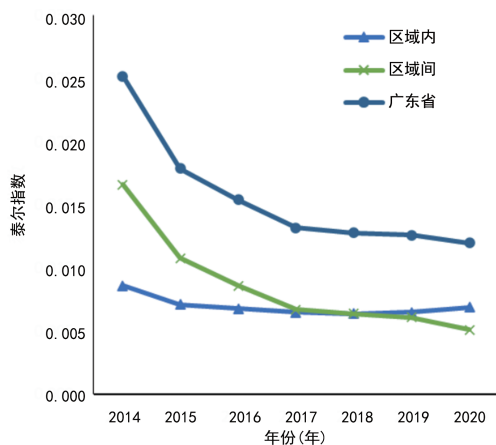


图 2 广东省 2014—2020 年护理人力资源配置泰尔指数的变化趋势

## 3 讨论

### 3.1 广东省护理人力资源配置数量与结构分析

#### 3.1.1 护理人力资源数量呈增长态势,但仍未达到政府预期目标

广东省护士队伍显著壮大,扭转了医护倒置的局面,满足了患者优质护理服务的基本要求<sup>[7]</sup>。《全国护理事业发展规划(2016—2020 年)》<sup>[8]</sup>提出,预计到 2020 年,每千人口注册护士数达 3.14 人,医护比为 1:1.25,床护比根据医院等级及专业属性为(1:0.5)~(1:0.8)。基于此,广东省政府制定了 2020 年护理事业发展目标,即注册护士总数达 38.2 万人,每千人口注册护士数为 3.5 人,医护比达 1:1.25,床护比为(1:0.5)~(1:0.8)<sup>[9]</sup>。由表 1 可知,除了床护比,广东省实际注册护士总数、每千人口注册护士数和医护比依次为 37.45 万人、2.97 人和 1:1.22,均未达到全国与广东省的预期目标。

#### 3.1.2 护理人力结构呈现“金字塔”型

截至 2020 年底,广东省护理人力结构呈现“三低”现象,即以低工龄、低学历和低技术职称的护士为主体。其中研究生学历和高级职称注册护士不足总量的 5%。护理人力结构总体呈下宽上尖的“金字塔”型,即绝大部分“三低”护士集中于“金字塔”最宽处,占比最低的高工龄、高学历和高技术职称护士处于塔尖。

低工龄占比大可能与护士离职相关。护士离职受组织和个人因素影响。一方面,超负荷、高压、高风险的护理工作环境和健全的管理体系等使得护士身心俱疲,最后往往因不堪重负而离职<sup>[10]</sup>。另一方面,护士仍以女性为主导,她们对家庭的重视程度更

高,很可能在家庭与工作冲突无法调和时催生离职意愿<sup>[11]</sup>。护士低学历与护理学科的发展、护理教育体制直接相关。相比于发达国家,中国护理教育起步较晚,1983 年前护理教育以中专为主,此后才逐步开展本科与研究生教育<sup>[12]</sup>。而护士职称偏低与职称评审标准有关。目前,医院职称评定多依据学历、工龄、外语和科研能力<sup>[13]</sup>。广东省低学历、低工龄的护士占比大,这本身已限制了护士职称晋升。学历低一般意味着外语水平和科研能力不高,如果未接受系统的专业培训,职称晋升将成为护士难以逾越的门槛。

### 3.2 广东省护理人力资源城乡与区域配置分析

#### 3.2.1 城乡护理人力资源配置呈现“倒三角”模式

我国卫生资源分配的原则为优先满足基本卫生服务需要,其次为高端卫生服务需要<sup>[14]</sup>。基于此,卫生资源的配置应当呈“正三角”模式,但当卫生资源配置大多集中于高端卫生服务机构时则呈“倒三角”模式<sup>[14-15]</sup>。截至 2020 年底,广东省城乡护理人力资源配置差距有所缩小,但资源配置倒置局面仍未彻底转变。城乡护理人力资源配置失衡受多重因素影响。在城乡二元经济结构下,由于“重城轻乡”,大量的医疗卫生资源流向城市,农村先进医疗设备少、薪资福利低,岗位吸引力不足,农村人力资源流失严重<sup>[15]</sup>。此外,基于《广东卫生统计》,2020 年城市居民可支配收入为农村居民的 2.49 倍,城乡收入差距大,基层医疗事业发展受限,职业发展空间狭小,可能导致护士选择基层医疗机构执业的意愿不高。

#### 3.2.2 区域护理人力资源配置公平性不足

根据洛伦兹曲线和基尼系数,广东省护理人力资源按人口配置的公平性好,但按地理面积配置水平悬殊,按人口分布的公平性更优,提示广东省政府在进行护理人力资源配置时重视人口因素,而较少考虑地理因素,这有可能造成护理人力资源集中于人口密集地区。自 2014 年起,珠三角地区人口在全省总人口的占比超过 50%<sup>[16]</sup>,这可能正是当前该区域拥有最多护理人力资源的部分原因。此外,珠三角是广东省政治、经济、文化、教育发展的命脉,对东翼、西翼和山区 3 个地区具有明显的“虹吸效应”,是护理人力资源聚集的关键所在。由泰尔指数及其变化趋势可得,珠三角也是护理人力资源配置公平性最差的区域,城市间的差异成了影响全省护理人力资源配置公平性的主要原因。经济两极化是护理人力资源配置两极化的主要原因。根据《广东省卫生健康统计年鉴》,仅广州和深圳两市的生产总值便超过了全省生产总值的一半,相比于经济欠发达城市,护理人员倾向于去经济发达且医疗水平高的城市和医院就业,从而造成了区域内部护理人力资源配置不足和浪费并存的现象<sup>[5,17]</sup>。

### 3.3 建议

#### 3.3.1 提升护理人力资源配置水平,优化护理人力结构

在健康中国战略背景下,有关部门应以人民健康服务需求为导向,结合广东省情况,鼓励适当扩大护理本科与研究生招生规模,优化医学人才培养体系,推动护理学科发展。医学院校需注重强化师资力量,创新教育模式,可深化院校合作,搭建理论衔接实践的桥梁,承接医疗机构的用人需求。而医疗机构则应健全护理人才发展与保障体系,吸引并留住护士。鼓励护士参加继续教育,提升学历。人才筛选体现专业能力,遵循“公开、平等、竞争、择优”的原则,破除唯学历、资历、论文和奖项倾向。拓宽护士专业发展路径,可结合其性格特点与需求,制订适宜的职业发展规划,如对于性格外向且擅长沟通的护士,可以培养其成为护理教育专家,最大限度发挥护士的才能。尤其重视护士的薪酬待遇,因为薪酬是最基本的保障,而绩效作为薪酬的核心部分,其分配应体现护士的劳动价值。研究表明,资源相对价值比率评估系统(RBRVS)是国外核算医务人员工作绩效的有效方法,综合考虑了医护人员在医疗项目的投入,包括项目投入时间、复杂程度、风险系数等,符合“多劳多得”的原则,能提高护士工作积极性,从而提高护理服务品质和患者满意度<sup>[18]</sup>。广东省医疗机构可借鉴山东省临沂市中心医院和温州医科大学第一附属医院的实践经验,构建切实可行的护理绩效薪酬分配方案,提高护士薪酬满意度和留职意愿<sup>[19-20]</sup>。

#### 3.3.2 统筹兼顾城乡与区域护理人力资源配置

护理人力资源配置需结合地区经济、人口、地理等多方面因素,提高资源配置的可及性和公平性。经济发展是基层医疗事业发展的基础,故广东省要大力发展区域特色经济,政府应加大对欠发达地区的扶持力度,刺激落后地区与农村经济发展,缩小居民收入差距,为协调区域内与城乡间护理人力资源配置不均提供动力。各区域遵循《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》“强基层、补短板、优布局”的政策导向,落实对口帮扶项目,建设医联体与区域医疗中心,依托互联网平台,建设远程医疗服务网络,推动优质医疗资源的流动与下沉,刺激基层医疗事业的发展,提高护理岗位吸引力。此外,遵循“填平补齐”的原则,控制“饱和”地区的护理人力资源总量,加强“薄弱”地区的资源补给,政策予以适当倾斜,如放宽招录条件、给予经济补贴等,引导护理人才流向山区基层、农村。

本研究基于《广东统计年鉴》《广东卫生健康统计年鉴》和《中国统计年鉴》,通过描述性分析、洛伦兹曲线、基尼系数和泰尔指数方法,从人力资源的数量和

结构上分析了 2014—2020 年广东省护理人力资源配置现况及其公平性,为医疗行政部门决策提供了参考意见。建议下一步开展实地调研,深入探究影响广东省护理人力资源配置的具体原因。

### 参考文献

- [1] 营晓,张海燕,么莉,等. 护理缺失的研究进展[J]. 中国护理管理,2021,21(8):1266-1271.
- [2] 吕永利,耿力,丁颖. 经历不良事件后离职的低年资护士的感受及应对措施的质性研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(9):1320-1324.
- [3] LEE E, KALISCH B J. Identification and comparison of missed nursing care in the United States of America and South Korea[J]. J Clin Nurs,2021,30(11/12):1596-1606.
- [4] 贾红影,蒋秋焕,刘纬华,等. 河南省护理人力资源现状分析及配置公平性研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(2):187-192.
- [5] 尹欢欢,钱志刚. 2009—2017 年安徽省护理人力资源配置状况及公平性研究[J]. 护理学杂志,2020,35(8):48-52.
- [6] 张薛晴,翁艳翎,宋玉磊,等. 我国护理人力资源结构配置研究进展[J]. 中国医院管理,2020,40(8):88-90.
- [7] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 卫生部办公厅关于开展全国三级医院优质护理服务检查评价的通知[EB/OL]. (2011-10-28)[2021-12-14]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=53227>.
- [8] 国家卫生健康委员会. 国家卫生计生委关于印发全国护理事业发展规划(2016-2020 年)的通知[EB/OL]. (2016-11-18)[2022-04-14]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=53227>.
- [9] 广东省卫生健康委员会. 广东省卫生计生委 广东省中医药局关于印发广东省护理事业发展规划(2016-2020 年)的通知[EB/OL]. (2017-07-12)[2022-04-14]. [http://wsjkw.gd.gov.cn/gkmlpt/content/2/2131/post\\_2131224.html#](http://wsjkw.gd.gov.cn/gkmlpt/content/2/2131/post_2131224.html#)
- [10] 孙迪,张旭,侯秀欣. 护士离职原因质性研究的系统评价[J]. 护理研究,2018,32(23):3686-3692.
- [11] 杨田田,李小燕,余立平,等. 工作-家庭冲突在护士工作压力与离职意愿关系中的中介作用[J]. 护理研究,2020,34(3):420-424.
- [12] 姜安丽主编. 护理学导论[M]. 上海:复旦大学出版社,2015.
- [13] 田君叶,李晶,胡美华,等. 医院护理人力资源配置与使用研究进展[J]. 中国护理管理,2014,14(12):1300-1304.
- [14] 刘金伟. 城乡卫生资源配置的“倒三角”模式及其成因[J]. 调研世界,2006(3):22-24.
- [15] 王波,杨林. 共享发展理念下医疗卫生资源有效供给:基于城乡比较[J]. 东岳论丛,2017,38(9):158-166.
- [16] 广东统计信息网. 广东统计年鉴 2015 年[EB/OL]. (2015-11-17)[2022-04-14]. [http://stats.gd.gov.cn/gdtjnj/content/post\\_1424894.html](http://stats.gd.gov.cn/gdtjnj/content/post_1424894.html).
- [17] 广东卫生健康委员会事务中心. 2020 年广东省卫生健康统计年鉴[EB/OL]. (2021-12-09)[2022-04-14]. <http://www.gdhealth.net.cn/html/tongjishuju/tongjiziliao/>.
- [18] JACOBS J P, LAHEY S J, NICHOLS F C, et al. How is physician work valued? [J]. Ann Thorac Surg,2017,103(2):373-380.
- [19] 丁凯雯,乔建红,许翠萍,等. RBRVS 评估系统应用于护理绩效考核的研究进展[J]. 护理研究,2017,31(23):2821-2823.
- [20] 王敏,吕美荣,王芹,等. 基于 RBRVS 理论护理工作绩效薪酬分配模式的构建及应用[J]. 山东医学高等专科学校学报,2020,42(3):221-223.
- [21] 毛丽洁,余儒,贺彩芳,等. 以工作量为基础的护理绩效核算方案构建[J]. 中华护理杂志,2014,49(12):1487-1491.

(收稿日期:2022-04-24 修回日期:2022-11-13)