

新冠肺炎疫情下中国医疗卫生设施现状与国际比较

王兰¹, 刘璐²

1. 同济大学建筑与城市规划学院, 上海 200092

2. 东南大学建筑学院, 南京 211189

摘要 医疗卫生设施是改善民生、保障人民健康的重要基础设施。基于2018年的医疗卫生设施统计数据,以人均医疗卫生设施数量、人均医疗卫生机构床位数、人均医护人员配置标准等指标作为比较对象,分析了中国医疗卫生设施的地域分布、城乡二元差异、公办与民办医疗卫生设施差异,并与其他多个国家的相关指标进行比较。结合武汉各医院在抗击新冠肺炎疫情中遇到的现实问题,提出加强南部省份医疗卫生设施建设,加大对基层医疗卫生设施和医护人员的投入,积极引导民营医疗卫生机构参与突发公共卫生事件的治理,在医院规划中为突发公共卫生事件预留应急场地等建议。

关键词 医疗卫生设施;新冠肺炎疫情;医院规划

健康是人类生存和社会发展的基本条件,人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志。中国共产党第十九次全国代表大会决议作出了实施健康中国战略的重大决策部署,充分体现了党对维护人民健康的坚定决心^[1]。2020年1月,新型冠状病毒肺炎疫情突发,医院床位数不足、医护人员短缺、医疗用品匮乏,全国各地纷纷伸出援助之手,踊跃捐献医疗物资,多省市派遣医疗救护队进行对口

支援,中央临时决定新建火神山、雷神山两座医院救治,并开设若干方舱医院收治病人。医疗卫生设施建设是衡量一国医疗卫生水平的重要指标。武汉作为中部重要的省会城市,其医疗卫生设施资源仍难以完全应对此次新冠肺炎疫情,侧面反映出武汉以及中国医疗卫生设施建设中可能存在短板。本文基于2018年中国医疗卫生设施统计数据,对比其他多个国家相关指标,结合武汉各医院在抗击

收稿日期:2020-03-02;修回日期:2020-03-05

基金项目:国家自然科学基金面上项目(41871359)

作者简介:王兰,教授,研究方向为健康城市规划与设计、城市更新、新城规划与开发、国际比较研究等,电子信箱:wanglan@tongji.edu.cn

引用格式:王兰,刘璐.新冠肺炎疫情下中国医疗卫生设施现状与国际比较[J].科技导报,2020,38(4):29-38;doi:10.3981/j.issn.1000-7857.2020.04.004

新冠肺炎疫情中的现实困境,探讨中国医疗卫生设施发展的不足之处,并提出相关建议。

1 中国医疗卫生设施体系

医疗卫生机构包括医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构、其他医疗卫生机构4类(图1)。医疗卫生设施是依法定程序设立的从事疾病诊断、治疗活动的卫生设施的总称^[2],是机构的空间支撑。本文集中讨论医院、社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院3类。其中,医院是中国医疗卫生设施的主要形式,社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院是基层医疗卫生机构的基础救治单元,是对医院的重要补充。

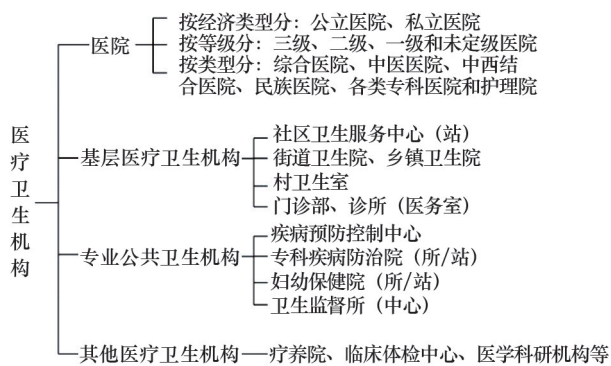


图1 中国医疗卫生机构系统

本文的分析数据来自政府机构和国际组织发布的公开数据,时间截止到2018年。其中,中国的数据来自:国家卫生健康委员会编纂的《2019中国卫生健康统计年鉴》^[3]、国家卫生健康委员会发布的《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》^[4]、国家卫生健康委员会制定出台的《健康中国行动(2019-2030年)》^[11]以及由国务院发布的中国健康白皮书《中国健康事业的发展与人权进步(全文)》^[5]。武汉地区数据主要来自:武汉市卫生健康委员会发布的《新中国成立70周年武汉经济社会发展成就系列报告》^[6]、武汉市统计局编纂的《武汉统计年鉴2018》^[7]、武汉市新闻办公室^[8]、国务院联防联控机制^[9]举行的新闻发布会。其他国家数据来自:世界卫生组织(WHO)^[10]、经济合作与发展组织

(OECD)^[11]和世界银行(World Bank)^[12]中的卫生与健康数据库数据。

2 比较分析

基于以上数据,对中国卫生设施数量的变化、地域差异、城乡差异、公立私立进行了关键数据的比较,同时结合多个国家的数据,分析中国可能存在的短板。具体指标包括:人均医疗卫生设施数量、人均医疗机构床位数、人均执业(助理)医师数、人均注册护士数、医院中民营医院占比等。

2.1 医疗卫生设施概况与SARS时期的数据对比

新中国成立前,中国的医疗卫生事业发展十分艰难曲折,初步构建了中国医疗卫生体系的框架^[13]。1949年全国仅有医疗卫生机构3670个,卫生人员54.1万人,卫生机构床位数8.5万张,医疗卫生体系十分薄弱^[5]。以1949年末全国总人口54167万人^[3]进行估算,每十万人医疗卫生机构数仅0.68个,每千人口卫生机构床位数仅0.16张。1978年改革开放以后,国家针对当时存在的医疗卫生资源短缺的问题,开始实行多渠道筹资办医,增加医疗卫生资源供给,逐步放开药品生产流通市场^[5]。1997年,中共中央、国务院发布了《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,强调了以政府为主导,社会和个人力量为补充的办医方针。1998年国家开始建立保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。

2003年,重症急性呼吸综合征(SARS)疫情之后,国家全面加强公共卫生服务和重大疾病防控工作,逐步建立健全突发公共卫生事件应急机制,加快建设农村和城市基层社区医疗卫生机构,进一步完善新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险制度^[5]。在医疗卫生服务体系方面,形成了覆盖城乡的基层医疗卫生服务网络,多元办医格局初步形成。2003年SARS疫情暴发时,全国医疗卫生机构总数为806423个,其中医院数为17764个,基层医疗卫生机构数为774693个,专业公共卫生机构数为10792个^[3]。截止到2018年末,全国医疗卫生机构总数为997434个,其中医院数33009个,基层医

疗卫生机构数 943639 个,专业公共卫生机构数 18034 个^[4]。到 2018 年,每 10 万人口医院数由 1.37 个增加到 2.37 个;每 10 万人口基层医疗卫生设施数由 4.21 个增加到 5.12 个(图 2)。

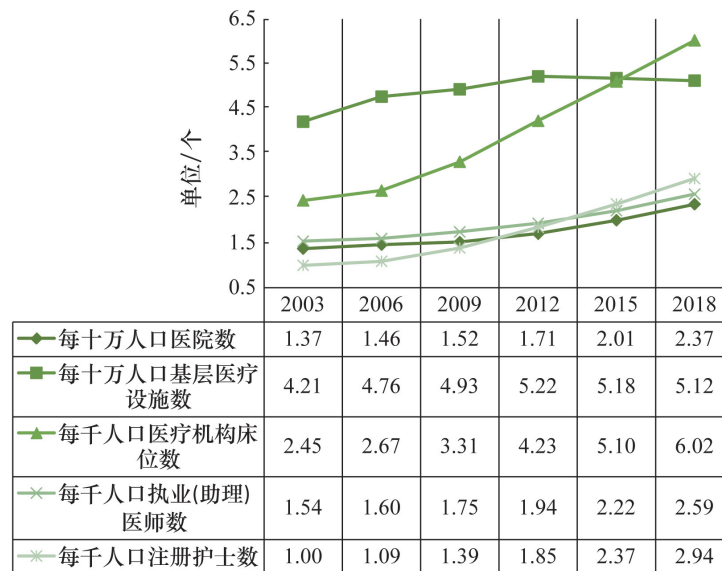


图2 中国医疗卫生设施的发展趋势(2003—2018)^[3]

本文中医疗卫生设施指医院、社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院3类,基层医疗卫生设施指社区卫生服务中心(站)和乡镇卫生院2类。

在医护人员和医疗卫生机构床位数指标上,2003年我国每千人口医疗卫生机构床位数 2.45 个,每千人口执业(助理)医师数 1.5 个,每千人口注册护士数 1.0 个^[3];到 2018 年底数据,每千人口医疗卫生机构床位数 6.02 个,每千人口执业(助理)医师数 2.59 个,每千人口注册护士数 2.94 个^[3],较 2003 年均有大幅增长,尤其是床位数指标,达到 2003 年水平的 2.5 倍^[3]。

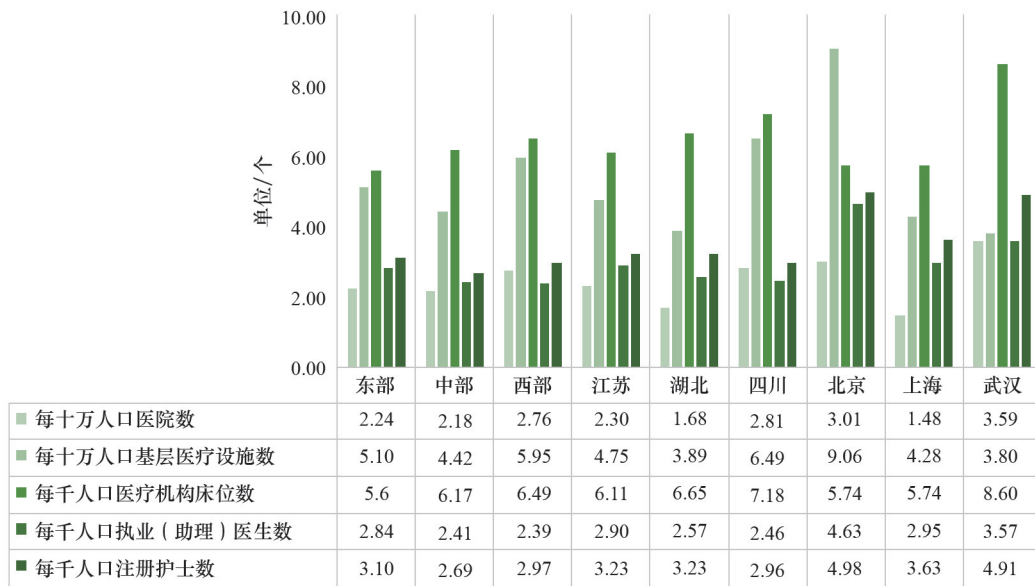
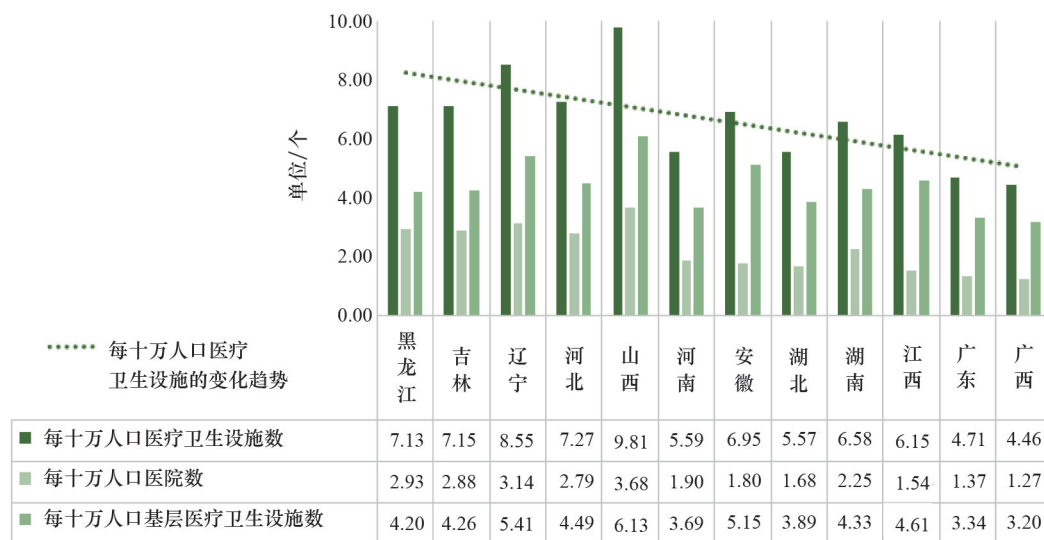
2.2 医疗卫生设施的地域比较

人口跨区域流动会动态影响不同地区的医疗卫生设施资源配置。中国人口流动由中西部向东部迁移的区域特征长期未变,加上有国家西部大开发、扶持中西部地区医疗卫生设施建设等相关政策的支持,西部地区与东部的医疗卫生资源差距逐年缩小。

2018 年末,东中西部地区常住人口数为:东部地区 5.8 亿,中部地区 4.4 亿,西部地区 3.8 亿;相应

的医疗卫生设施总数量为:东部地区 4.3 万个,中部地区 2.9 万个,西部地区 3.3 万个。从人均设施情况来看,人均医疗卫生设施数西部最高,东部次之,中部最低,总体上相差不大;表现为每十万人医院数、每十万人基层医疗卫生设施数和每千人医疗卫生机构床位数(图 3)。在医疗卫生人力资源的比较上,东西部情况翻转,东部高于西部,表现为每千人医生和护士数(注:东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南 11 个省、直辖市;中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南 8 个省;西部地区包括内蒙古、重庆、广西、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆 12 个省、自治区、直辖市)。

同时,中国的医疗卫生设施分布在地域上呈现出一定的南北差异(图 4)。选取从北到南 12 个省份的数据发现:人均医疗卫生设施数呈向南递减趋势,东北三省的每十万人医疗卫生设施数为 7.61 个,湖北省为 5.57 个,广东省为 4.71 个,广西省为 4.46 个。东北三省近几年来一直是人口流出大省,人口持续流出在一定程度上抬高了人均医疗卫生

图3 东中西部地区医疗卫生设施比较^[3]图4 医疗卫生设施的南北差异比较^[3]

设施指标。作为经济强省、人口持续流入地的广东省,目前的指标偏低,需要尽快解决自身医疗卫生资源配置不足的问题。

面对新冠肺炎这种突发性的传染性疾病,越是人口密集的省份,越要做好医疗卫生设施保障,否则一旦出现疫情,会大大增加救治能力不足与疫情失控的风险。

湖北省是此次新冠肺炎疫情的重灾区,湖北在

人均医疗卫生设施数量上小幅落后于中部地区以及全国平均水平。作为湖北省会城市的武汉市,其人均医疗卫生设施水平较大幅度优于其他地区,人均医院数量和床位数超过北京、上海,人均医师数和护士数超过上海,人均基层医疗卫生机构数量落后于北京、上海,甚至低于湖北平均水平。在人均医疗卫生机构床位数上,湖北地区高于全国平均水平,尤其是武汉市,每千人口医疗卫生机构床位数

高达8.6个,比北京、上海高出50%。虽然武汉市各项指标均高于平均水平,但在此次新冠肺炎疫情中,武汉依然面临着巨大的资源缺口,尤其是可收治新冠肺炎病症的发热门诊和传染性疾病床位数量严重不足,导致大量新冠肺炎轻症和疑似患者未能及时入院治疗。一边是较高的医疗设施配置水平,一边是严重匮乏的医疗设施资源现状,说明在实际使用中,常规医疗卫生设施标准在面对突发公共卫生事件中的空间适应性较差,只能通过新建传染病医院和改造临时隔离场所来满足大量的床位需求。

2.3 医疗卫生设施的城乡差异

农村医疗卫生设施建设一直是党中央、国务院关注的重点工作。2014年,习近平总书记在调研江苏镇江某卫生院时指出,要推动医疗卫生工作中心下移、医疗卫生资源下沉。2018年全国直辖市、地级市辖区以内的总人口数为4.7亿人,县、县级市

及以下辖区内的总人口数为9.2亿人^[9],城乡人口数之比为1:2。目前城市医疗服务机构采用“医院+社区卫生服务中心(站)”两级服务体系,农村采用“县级医院-乡镇卫生院-村卫生室”三级服务体系(城市包括直辖市市区地级市辖区,农村包括县及县级市,乡镇卫生院及村卫生室计入农村)。城乡医疗卫生资源差距明显(图5)。岳丽蓉^[14]等指出,中国80%的医疗资源集中在大城市的核心医院,而仅有20%的医疗资源分配到地方基层医院,造成三甲医院人满为患,基层医院无人问津的现象,这是医疗卫生资源分配不合理的问题”。从2015年9月开始,国务院办公厅印发了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》^[15],提出“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的诊疗模式,提升基层医疗卫生机构的医疗服务能力,引导患者选择基层医院首诊。郭胜等^[16]认为,在分级诊疗制度全面实行之后,社区和卫生院的医疗卫生条件有明显好转。

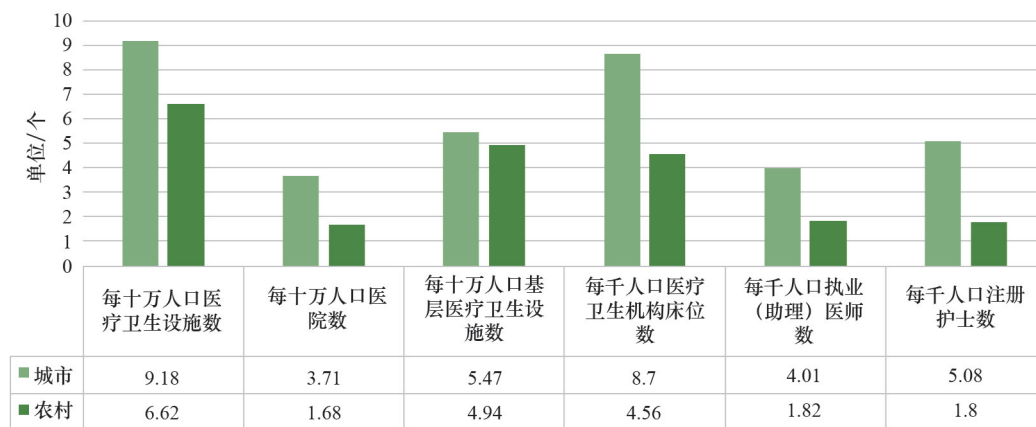


图5 城市和农村地区医疗卫生设施比较

从近几年人均基层医疗卫生设施数可知(图2),基层医疗卫生设施增长不明显,甚至有所下降。新冠肺炎疫情期间,农村医疗资源相对短缺,易造成防控死角。在疫情防控工作中,要兼顾好大城市、中小城市、县乡镇以及农村地区的防疫工作,防止疫情向中小城市、农村地区传播。农村人口居住分散,本身起到了一定的隔离效果。相对于城市人口流动大,农村地区人员稳定,更容易掌握疫情传播路径。城乡中社区防控是此次疫情防控工作

的关键环节,要加强基层医疗卫生设施的建设,建立城乡一体、联防联控的防疫体系。

2.4 公办与民办医疗设施发展比较

医院是从事疾病诊断与治疗活动的主要场所,在医疗卫生设施体系中扮演重要角色。公立医院是我国医疗服务体系的主体,以公立医院为主导,以民营医院为补充的多元化办医格局是我国医疗体制改革的主要方向。

目前中国医院总数33009个,其中公立医院

12032个,民营医院20977个,民营医院占比63.5%(图6)。湖北省民营医院占比51.3%,武汉市民营医院占比60%^[7],民营医院占比不断提升,在整体数量上已超过公立医院。民营医院的构成中,民营综合医院12144家,民营专科医院6155家,其中传染病专科医院2家,民营医院总床位数为172万张。目前,民营医院单体规模普遍偏小,500张床位数及以上的民营医院数为335个,占民营医院总数的1.6%,同规模的公立医院数达3396个,是民营医院

的10倍左右。在基层医疗卫生设施中,公立基层医疗卫生设施占主体地位,占比超过70%,尤其是乡镇卫生院,社会办乡镇卫生院仅179家,不足总量的1%。从地域分布来看,民办医疗卫生设施主要分布在东南沿海经济发达地区,西北地区民办医疗卫生设施数量较少。在城乡分布中,大城市民办医疗卫生设施数量较多,农村地区的民办医疗卫生设施数量较少。

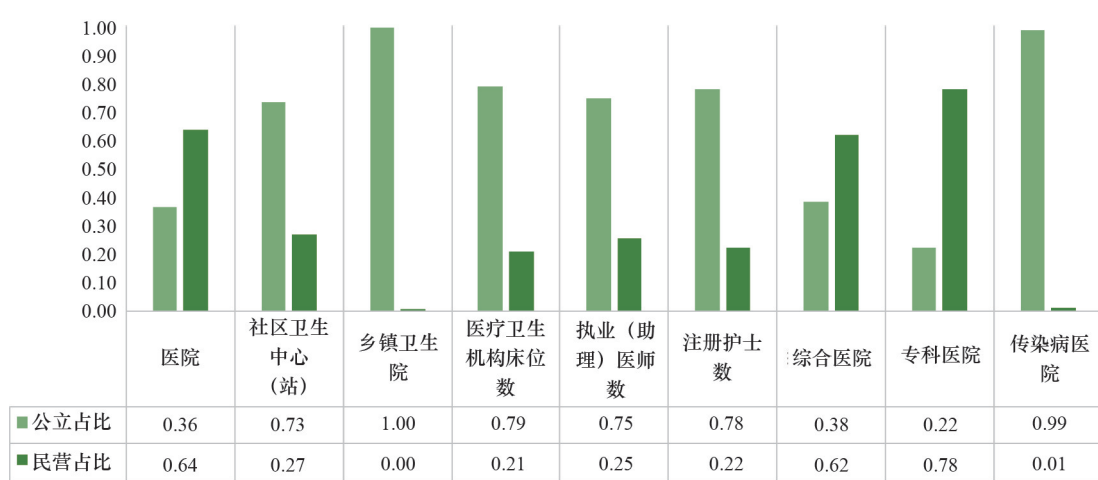


图6 公立和民营医疗卫生设施比较

在抗击新冠肺炎疫情期间,武汉各类民营医院有所表现但没有达到社会预期,质疑之声不断。一方面由于民营医院多数规模较小,自身的防疫能力较弱,医务人员相对比较少,有能力治疗传染性疾病的民营医疗设施稀缺等;另一方面,武汉地区民营医院因疫情影响,暂停了门诊和住院业务的开展,需要等待政府统一调配医疗资源。为解决武汉市新冠肺炎患者床位紧缺的情况,武汉市政府分5批次征用了50家定点医院接收肺炎患者。前3批次共24家主要以公立医院为主,仅1家民营医院;后两批次共26家,有11家民营医院。从武汉疫情防控中可以看出,公立医院仍然是抗击疫情的主要力量,与武汉民营医院的数量相比,民营医院的参与程度不高,目前的角色主要是作为储备医疗力量。随着全国民营医院比例的进一步提高,如何让

民营医院更加早期的参与到疫情防治中来,目前仍然缺少制度上的方案。

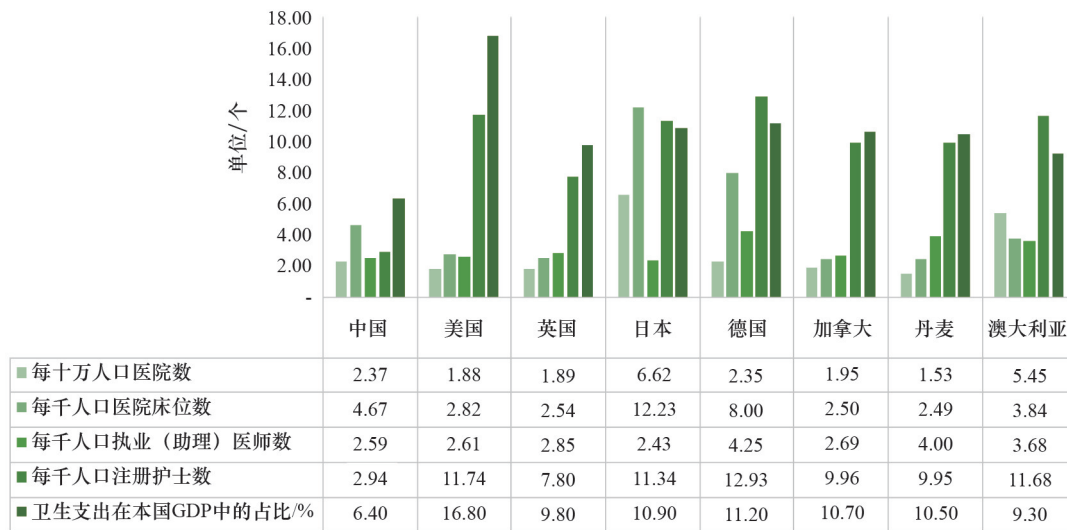
2.5 医疗卫生设施的国际比较

为进一步分析中国医疗卫生设施现状,选取美国、英国、日本、德国、加拿大、丹麦和澳大利亚7个国家进行横向比较(图7)。

美国是全球第一大经济体,英国的医疗卫生体系建立最早,日本医疗卫生技术先进,作为亚洲邻国,有一定的借鉴意义。

1) 美国。

美国医院协会AHA公布的医院数据显示,截止到2018年底,美国医院总数6146个,其中社区医院数5198个^[7]。美国没有政府主导的全民医保;政府主导的社会医疗保险制度集中于保障老年群体和弱势群体,一般工作人群的医疗保险主要由商业

图7 各国医疗卫生设施比较^[3-10, 15-17]

保险机构提供。由于大多数商业保险机构要求每位参保居民必须配备一名社区医生,并规定转诊需要家庭医生认可和推荐,因此美国形成了以家庭医生为核心的诊疗制度。美国医疗设施的建设强调与科学技术的融合,侧重提高医疗服务的效率与质量,出现了医疗机构与医院床位总数下降、大型综合医院机构数量减少、中小型专科医院增加的趋势^[17]。

2) 英国。

英国的医疗卫生体系由公共医疗体系和私营医疗体系共同组成。截止到2019年10月,英国公共医疗体系共管理着223个信托机构、1257家医院^[18]。英国公共医疗体系分为两级,第一级为社区与家庭服务,由在社区驻诊的家庭医师和护士提供服务;第二级为医院服务,由专科医师负责接手由家庭医师转介的病人,或处理一些重大的意外事故及急诊患者。私营医疗体系作为公立医疗体系的补充而存在。

3) 日本。

据日本厚生劳动省的调查数据显示,截止到2018年10月,日本共有医疗卫生机构17.9万个,其中医院8372个,其中私立医院占绝大多数,占医院总量的约80%^[19-20]。日本诊疗体系没有建立家庭医生制度,而是依靠区域卫生规划建立起三级医疗

圈,各级医疗圈都有对应等级的医疗设施,形成体系分明、完备的医疗服务网络。一级医疗圈以市町村为单位,二级医疗圈由基于医院提供住院服务;三级医疗圈为区域中心医院,提供高精尖住院服务,基本没有门诊服务。

4) 多国比较。

从各项指标的比较中可以看出,中国在人均医院数和人均床位数指标上已经超过美国、英国,次于日本和德国,达到中等偏上水平。但在人均医师数和人均护士数两项指标对比中,中国的人均医疗卫生人力资源配置仍然严重落后于其他国家。中国每千人口执业(助理)医师数处在排名末端,接近于美国、加拿大,稍高于日本,与德国、丹麦仍有较大差距;中国每千人口注册护士数则更低,仅为2.94个,其他国家的平均水平为10.77个。另外在医生护士比上,即每一名医生配备的护士数,中国医护比为1:1.14,日本是1:4.7,美国是1:4.5,中国医护比严重偏低。同时,卫生支出是衡量一国医疗卫生投入的重要指标,中国的卫生支出仅占GDP的6.4%,而比例最高的美国达16.8%^[21]。因此,中国在医疗设施建设上已接近其他多个国家水平,但在医护人员配置上还有不足,中国应继续加大对医护人员的投入,培养更多高质量的医护人员。

3 新冠肺炎疫情中的武汉医院情况

新冠肺炎疫情前,武汉市拥有医疗卫生机构6340个,医院398个,医疗卫生机构床位数9.53万张,执业与注册医护人员数量9.4万人^[6],根据国家发改委2003年发布的《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》,中国计划的传染病人均床位数为1~1.5床/万人^[27],武汉在疫情发生前一共有2家传染病医院,有传染病床位952张,仅达到我国计划的人均床位数下限。

2020年1月,新冠肺炎疫情的突然暴发,导致武汉市原有的发热门诊和传染病医院床位严重不足。为此中央紧急决定另建火神山与雷神山两家传染病医院,提供传染病床位2500张。同时武汉市政府分5批次征用50家定点医院进行隔离改造,用来收治新冠肺炎病人,提供传染病床位1.15万张^[22]。武汉市政府还征用了部分学生宿舍作为临时隔离病房,并将体育场馆、会展中心、学校等公共设施改造成为方舱医院,解决隔离用床位3万张。除了紧急建设传染病医院外,中央还从全国各地调派医护人员进入武汉救治患者。截止到2月17日,全国29个省包括新疆生产建设兵团和军队系统一共派出3.2万余名医务人员支持湖北武汉,占到既有武汉医护人员总量的1/3。

总体来看,武汉新冠肺炎疫情期间医疗设施总量共增加34个(表1),医疗床位数增加3.25万张,医护人员数量增加3.2万人,总床位数达到4.5万张,基本满足新冠肺炎疫情的救治需要。

此次疫情凸显出医疗设施现状的短板。虽然武汉市的医疗机构床位数达9.53万张,但传染病床位仅1000张,有医院出现床位空置情况。这说明一些常规医院缺乏应急适应能力,不能处理突发应急状况,以至于不得不通过紧急建造传染病医院的方式来弥补原有医疗设施的不足。按照传染病医院的设计要求,在院区规划上必须要明确区分清洁区、半污染区和污染区^[23];做到控制传染源、切断传染链、隔离易感人群^[23]。常规医院应考虑做好疫情期间收治传染病患者的准备工作,考虑到传染病医院对病区的隔离要求,设置一定数量具备单独隔离

表1 武汉新冠肺炎疫情期间医疗卫生设施变化情况^[6-9]

设施/单位	原有数量	新增数量	合计	增长比例
医院/个	398	34	432	9%
医疗机构床位数/万张	9.53	3.25	12.78	34%
职业与注册医护人员数量/万人	9.4	3.2	12.6	34%
新冠肺炎患者接收医院/个	52	34	86	65%
传染病医院/个	2	2	4	100%
定点医院/个	50	0	50	—
方舱医院/个	0	32	32	—
新冠肺炎患者床位数/万张	1.25	3.25	4.5	260%
传染病医院床位数/万张	0.1	0.25	0.35	250%
定点医院床位数/万张	1.15	0	1.15	—
方舱医院床位数/万张	0	3	3	—

条件的诊疗单元与护理单元模块,为普通病房预留好设备接口,在疫情期间可以及时转换为传染病房。在综合医院发热门诊和传染科预留室外应急场地,以方便共享医疗基础和医护资源。

4 结论

中国医疗卫生设施建设经历了改革开放、医疗卫生体系改革、社会医疗保险制度建立,鼓励发展社会资本办医,实行分级诊疗制度等阶段,逐步建成了由城市两级设施、农村三级设施构成的较为完善的医疗卫生服务体系。经过长期的西部发展战略,中国医疗卫生设施的总体布局呈现均衡发展态势,但应注意加强南方地区的医疗卫生设施建设。农村一直是医疗卫生设施薄弱的地区,从近5年的数据看,基层医疗卫生设施的增速依旧缓慢。在新医改政策鼓励下,民营医院发展迅速,但民营医院规模偏小,向基层转化的力度不够,民营医院床位数与医护人员数量和公立医院相比整体偏低。随着民营医院的发展,建议采取措施积极引导民营医院参与突发公共卫生事件的防治工作。

从与其他国家的对比可以看出,中国在医疗卫生设施数量上已接近欧美等国家水平,在人均执业(助理)医生数和人均注册护士数上还有一定的差

距,在医疗卫生领域的资金投入不够,应继续加大对于基层医疗设施和医护人员的投入。

本次新冠肺炎疫情充分暴露了床位数不足的问题。为解决这一问题,除了增加传染病医院床位、应做好分区隔离、保障预留充分的应急场地与设施外,常规医院也需考虑一定的空间弹性,建议设计可供隔离改造的独立分诊单元和护理单元,同时为突发公共卫生事件预留应急场地。

中国目前有两种医疗卫生设施规划体系,一种是由城市规划部门组织的城市总体规划中的医疗卫生设施专项规划,另一种是由卫生部门主导的区域卫生规划。医疗卫生设施专项规划是城市总体规划的重要组成部分。本文的指标比较数据可以为医疗卫生设施专项规划提供一定依据。结合此次新冠肺炎疫情,各城市规划部门在编制医疗卫生专项规划中,应结合自身特点,重点从大型优质医院的布局优化入手,加强社区医疗卫生机构建设,推动医疗卫生服务设施均衡化发展,提高应对突发公共卫生事件的整体能力。

参考文献(Reference)

- [1] 国家卫生健康委员会. 健康中国行动(2019-2030年)[R/OL]. (2019-07-15) [2020-02-25]. http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm.
- [2] 刘兆文. 杭州医疗设施发展与医院布局研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2006.
- [3] 国家卫生健康委员会. 2019中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2019.
- [4] 国家卫生健康委员会. 2018年我国卫生健康事业发展统计公报[R/OL]. (2019-05-22) [2020-02-25]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25fcbcd0.shtml>.
- [5] 中华人民共和国国务院新闻办公室. 白皮书: 中国健康事业的发展与人权进步公报[R/OL]. (2017-09-29) [2020-02-25]. http://www.xinhuanet.com//2017-09/29/c_1121747583.htm.
- [6] 武汉市健康卫生委员会. 新中国成立70周年武汉经济社会发展成就系列报告三十四[R/OL]. (2019-09-29) [2020-02-25]. <http://tjj.wuhan.gov.cn/details.aspx?id=4510>.
- [7] 武汉市统计局. 武汉统计年鉴2018[M]. 北京: 中国统计出版社, 2019.
- [8] 湖北省政府新闻办公室. 湖北疫情防控第29场例行发布会[EB/OL]. (2020-02-21) [2020-02-25]. <https://v.qq.com/x/page/g3069pvznm.html>
- [9] 国务院联防联控机制. 新闻发布会[EB/OL]. (2020-02-17) [2020-02-25]. <https://v.qq.com/iframe/preview.html?width=500&height=375&auto=0&vid=o3067tz90i>.
- [10] 世界卫生组织. 2018世界卫生统计报告[R/OL]. (2018-08-08) [2020-02-25]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
- [11] 经济合作与发展组织. 经合组织统计[DB/OL]. [2020-02-25]. <https://stats.oecd.org/#>
- [12] 世界银行集团. 世界发展指标[DB/OL]. [2020-02-25]. <https://databank.shiang.org/reports.aspx?source=2&type=metadata&series=SH.MED.NUMW.P3>
- [13] 邓铁涛, 程之范. 中国医学通史(近代卷)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 6.
- [14] 岳丽蓉, 孙立祺, 杨康, 等. 改革开放背景下我国医疗卫生体制改革的现状及策略研究[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(19): 185-188.
- [15] 国务院办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[EB/OL]. (2015-09-11) [2020-02-25]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm.
- [16] 郭胜, 李江峰, 唐立岷. 分级诊疗制度下我国基层医疗卫生机构发展现状分析[J]. 社区卫生服务, 2019, 33(10): 32-34.
- [17] 美国医院协会. 2020美国医院协会医院统计[J/OL]. [2020-02-25]. <https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>.
- [18] 英国国民医疗服务体系. NHS统计数据[DB/OL]. (2017-07-14) [2020-02-25]. <https://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs>.
- [19] 日本厚生劳动省. 2018年医疗保健设施(动态)调查/医院报告概述[R/OL]. [2020-02-25]. <https://www.mhlw.go.jp/index.html>.
- [20] 蒋志伟. 日本医疗卫生设施规划实践与启示——以心血管医疗设施为例[C]. 中国城市规划学会、重庆市人民政府. 活力城乡 美好人居——2019中国城市规划年会论文集. 中国城市规划学会、重庆市人民政府: 中国城市规划学会, 2019: 1248-1261.
- [21] 黄锡璆. 国内外现代医疗设施建设新进展[J]. 中国医院建筑与装备, 2019, 20(11): 38-40.
- [22] 邓琳爽. 从医院规划设计的角度看突发传染病疫情的应急[J/OL]. (2020-02-19) [2020-02-25]. https://mp.weixin.qq.com/s/9iFqEpoal_wIcTdQ-2vj-w.
- [23] 浅议传染病专科医院设计的总体构想[J]. 中国医院建筑与装备, 2003(4): 4-5.

The present condition of China's medical and health facilities in the epidemic situation of COVID-19, and a comparison with other countries

WANG Lan¹, LIU Lu²

1. College of Architecture and Urban Planning Tongji University, Shanghai 200092, China

2. College of Architecture, Southeast University, Nanjing 211189, China

Abstract The medical and health facilities are important infrastructure for improving people's livelihood and protecting people's health. The relationship between supply and demand of medical and health facilities in China needs to be reexamined in the epidemic situation of the COVID-19. Based on the statistics of the medical and health facilities in 2018, this paper selects the number of medical and health facilities per capita, the number of beds per medical and health facilities per capita, and the number of medical and health personnel per capita to make a comparison. This paper analyzes the regional distribution of medical and health facilities, the difference between urban and rural areas, and the difference between public and private medical and health facilities in China, and compares them with other countries. In view of the realistic problems of hospitals fighting against COVID-19 in Wuhan, the following suggestions are made: strengthening the medical and health facilities of provinces in South China, increasing the investment in primary health care facilities and medical staff, guiding private medical institutions to participate in the management of public health emergencies, and reserving emergency sites for public health emergencies in hospital planning.

Keywords medical and health facilities; COVID-19; hospitals planning ●



(责任编辑 卫夏雯)