

中國臨床護士短缺現狀、根源與對策

張新慶

摘要 20世紀90年代以來，儘管中國注冊護士數量在不斷攀升，但護士短缺問題一直得不到有效緩解。導致護士短缺的主要誘因是：護理服務的供需矛盾、醫療體制之弊端，以及醫院管理不到位。作者建議：國家要加大《護士條例》的監督力度，合理編制中長期護士編制方案，優先增加社區護士、專科護士和本科學歷護士的供給數量。

關鍵詞 中國 護士短缺 床護比 《護士條例》

改革開放30多年來，中國護士短缺問題始終沒有得到有效解決（應嵐，2006）。主要原因是：社會對護理服務需求的增長速度大於護士供給數量，國家政策不配套，宏觀管理存在疏漏，公立醫院領導缺乏解決本單位護士短缺問題的經濟動機。護士短缺導致一線護士工作負荷重、工作壓力大、身心健康不佳、離職率偏高，廣大護理人員對此反響十分強烈（趙紅雲，2009）。當然，護士短缺也是一個世界性難題（Buerhaus, 2009）。

1. 中國臨床護士短缺問題十分突出

1.1 護士總量嚴重不足

雖然2010年中國護士總量突破了兩百萬人，30年間總量增加了四倍，但如果用國際通用的衡量護士配備狀況的“床護比”和“千人口護士數量”等指標來看，中國臨床護士短缺問題依然十分突出。2009年衛生部相關調查顯示，中國醫院普通病房“床護比”平均為1:0.41，僅達到了衛生部1978年所設定的最低標準1:0.4。2008年世界衛生組織的數據顯示，2000-2007年間中國千人口平均護士數為1.0人，而巴西為3.8人，美國為9.4人，日本為9.5人，英國為12.8人。儘管2009年中國每千人口護士已增加到1.39人，但同發達國家的差距依然顯著，遠不能滿足城鄉居民的護理需求。衛生部醫藥衛生中長期人才發展規劃（2011-2020年）要求，到2015年千人口護士比例達到1:2.07，即全國護士達到286萬人，5年需新增護士68萬；到2020年千人口護士比例達到1:3.14，達到445萬。可以看出，即使到2020年中國護士數量在2010年的水平上實現了翻番，中國千人口護士數仍未達到巴西目前的水平。顯然，中國臨床護士短缺問題短期內難以得到根本解決。

1.2 臨床護士結構性短缺

首先，中國城鄉護士分布很不均衡。2009年衛生部的數據顯示，中國城鎮千人口護士為2.22人，而縣區僅有0.65人，城鄉護理人力資源配備差距明顯。其次，中國社區護士總量嚴重不足。據估算全國註冊的社區護士人數不足15萬人，總量不足全國註冊護士的7%，日常工作僅能勉強維持，無法有效配合全科醫生完成“社區首診”、“雙向轉診”等國家新醫改對社區衛生服務提出的戰略任務。第三，全日制本科學歷護士比例偏低，遠不能滿足現代護理事業發展的需要。調查顯示，目前中國僅有13.7%的護士擁有全日制本科學歷，遠低於歐美國家的學歷水平。第四，專科護士、助產士隊伍建設嚴重滯後。中國專科護士培養始於2000年，至今數量有限，質量不高，而美國已在200多個專科領域培養了10萬餘名專科護士。假如在“十二五”期間僅僅注重護士的總量擴充，而忽視社區護士、本科學歷護士、專科護士和助產士的定向培養，則結構性短缺問題仍得不到有效解決。第五，醫療機構內部“醫護比”也嚴重失調。世界銀行在《1993年世界發展狀況報告》中就已指出醫護比應達到1:2。2003年衛生部公布的全國醫護比為1:0.68，2009年上升到1:0.87，但與世界其他國家和地區相比相差懸殊。例如亞洲平均醫護比為1:2.02。我國香港地區、英國、泰國、德國以及日本等國的醫護比例都超過1:4；芬蘭、挪威、加拿大等國家的醫護比甚至超過了1:6。2008年WHO衛生人力資源數據顯示，2000-2007年間我國千人口的醫師比例已超過世界發展中國家的平均水平，但千人口護士和助產士比例則很低，醫護比例失調問題突出。

1.3 護士在編不在崗現象普遍存在

實地調查發現，相當多醫院只是名義上達到了《護士條例》中對床護比的硬性規定，而實際情況要糟糕的多。相當多的醫院沒有大幅增補護士的計劃安排，甚至有的還在減人增效，把部分臨床護士轉到辦公室、秘書、導醫等非護理崗位，使得臨床

護士缺編狀況雪上加霜。衛生部對全國126家二級以上公立醫院調查結果顯示，在崗護士人數占護士總人數的84.5%。（劉華平，2005）由此推測，在全國二級以上公立醫院中，有超過10%的護士在編不在崗。例如，北大醫院院長劉玉村反映，該院年均有30名護士離崗轉行，護士缺口維持在200名左右。如果以2010年全國護士總量計算，在編不在崗的護士數量應超過20萬。

1.4 廣大護理人員對臨床護士短缺反映強烈

筆者剛剛完成的一項針對全國八省份的護士從業狀況調查結果顯示，74.4%的護士稱護士缺編是阻礙實施優質護理服務的根本因素，59.9%稱護理人員配備不足是限制本科室護士才能發揮的首因，80.1%稱臨床護士數量不足已嚴重制約了護理質量的提高，為護理差錯和護患糾紛埋下隱患。不少被調查的護理部主任反映：為應對衛生部正在大力推行的優質護理服務示範工程，醫院不得不拆東牆補西牆，減少其他科室護士數量。如果臨床護士配備不到位，則示範工程則將僅僅停留在“示範”層面，根本無法全面落實。本次調查中，有三分之一的受訪護士以書面方式提出了意見或建議，其中的兩成是針對臨床護士短缺的。

1.5 臨床護士短缺引發了嚴重後果

護理質量和醫療質量受到較大牽制，存在較大的病人安全隱患。超過八成的護士認為，臨床一線護士數量不足已嚴重制約了醫療質量的提高，成為病人的重要安全隱患之一。加大了在崗護士的工作壓力，身心健康狀況不佳。有26.7%的護士的日均工作時間在8小時以上，護齡長或職稱高護士的工作超時現象嚴重。有38.3%的護士稱月均值夜班1-6次，有32.6%的人為7次及以上。八成的護士形成有焦慮、強迫和抑鬱症狀。有59.9%的科室護士長認為，限制本科室護士才能發揮的首要因素是人員配備不足，高居各項影響因素的首位。八成的科護士長稱自己所在科室近年來患者數量在不斷增加；但同時有五成的科護士長認為，2008年5月份開始實施《護士條例》以來，本科室臨床護士配備沒有增加。總之，當前臨床護士嚴重短缺限制我國護理事業發展的一個主要瓶頸。

2. 中國護士短缺的根本原因

我國護士短缺的根本原因是護士總量供給不及

醫療機構對護理服務和護理人員的實際需求。此外，由于護理服務社會效益大而經濟效益小，加上國家的專項財政補償機制不健全，醫療機構缺乏解決臨床崗位護士短缺的強勁動力。

2.1 護理服務需求遠大于護理供給

隨著醫保覆蓋面提高，健康意識的增強，人民群眾的護理需求在迅速增加，特別是隨著新農合制度的推進，刺激了廣大農民對基本醫療護理服務項目的需求，縣級醫院醫療護理服務出現井噴現象。與2000年的人口普查相比，2010年中國65歲以上老人比例已達到8.87%。老齡化社會的提前到來，更是極大刺激了康復、護理、養老等醫療延伸服務的需求。一方面，護理服務需求的急劇增長，另一方面，護理人員的供給相對滯後。以社區護士為例，即使在一些發展較好的大城市，社區護士也僅有數千人。2010年北京市現有常住人口為1961萬，按每3千居民配備1名社區護士的標準計算，社區護士應達到7千名左右，但目前社區護士僅為4千人，缺口在3千人左右。另外，我國社區護士普遍存在“三低一少”的現象，即起點低、學歷低、職稱低、人員少。在不少地方甚至出現社區全科醫生總數超過社區護士的倒掛現象，社區護士配備比例明顯偏低。這些原因使得我國護士短缺問題難以在短期內得到有效緩解。

2.2 公立醫院解決護士短缺問題不積極，臨床護士轉崗現象突出

20世紀90年代以來，國家財政撥款比例下降，為了在市場經濟中生存和發展，公立醫院把經濟效益放在優先考慮的位置，從而淡化了公益性。護理服務社會效益突出但經濟效益不佳，公立醫院難免會消極應對護士缺編問題，甚至減人增效。事實上，《護士條例》實施以來，本科室臨床護士實際配備沒有增加。當前衛生部正在全國大力推行無陪護病房試點工作，醫療機構需要大幅提高試點病房的床護比，但被訪談的醫院護理部主任反映，無陪護病房新增的護士中相當一部分是從其他臨床科室中抽調的，結果造成其他臨床科室的護士短缺問題更加突出。由此看出，在國家財政撥款不增加和醫療機構護士總量不增加的情況下，不少醫院實際上是在消極應付無陪護病房試點工作。

2.3 護士編制標準落後于實際需要，且監管缺失缺位

當前中國護士編制標準仍在執行衛生部1978年

制定的草案，至今未加以修訂。雖說2008年國務院發布的《護士條例》對護士配備做了剛性規定，但過於原則，沒有具體的獎勵或處罰。如今三年多過去了，《護士條例》的實施細則仍未出臺，政策執行彈性過大，給醫院留出了“上有政策，下有對策”的空間。2010年以來，衛生部、各省市衛生廳雖大力倡導優質護理服務示範工程，但由於護理人員配備和財政支持等配套措施沒有跟上，致使示範工程呈現出難以為繼的困局。

3. 緩解中國護士短缺的若干對策

為了有效緩解我國臨床護士短缺問題，需要多方努力，協同解決。尤為重要的是，一方面，國家要制定教育培養護理人才的規劃，切實觀測落實，增加有效供給；另一方面，政府相關部門和醫療機構要共同努力，營造良好的從業條件和從業環境，合理使用護理人才，留住臨床護士，減少一線護士的流失。

3.1 加緊制定新護士編制方案原則和大綱，把護士配備目標落到實處：

衛生主管部門要認真落實《醫藥衛生中長期人才發展規劃（2011-2020年）》規定的未來5年的護士配備標準，根據護理需求、“十二五”社會經濟發展的總體狀況和現有醫護人力資源總量，儘快制定新的醫療機構護士編制方案，明確規定中長期“床護比”或“千人口護士比例”標準及具體實施舉措。要探索不同醫院不同科室“醫護比”模式，根據具體工作需求進行評估，合理分配護理人力。新護士編制方案要留有餘量，參照國際同等經濟發展水平的國家護士人力資源狀況，動態調整，促進護理隊伍可持續發展。

3.2 加大監督力度，確保醫療機構護士配備達標：

既要開源，又要節流。在《護士條例》的實施細則中，要對各級醫療機構護士配備標準進行細化，明確護士崗位職責，非護理崗位人員不得占用護士編制，杜絕在編不在崗現象。要把落實國家護士配備標準作為評價和考核醫院的一項硬性指標，與醫院級別評定相結合，督導各級醫療機構徹底解決護士在編不在崗問題。

3.3 逐步解決護士結構性缺編問題：

衛生部、教育部和人保部應進一步研究“十二五”期間中國作高等護理教育規劃問題，逐步縮小中專護理教育規模，誇大專科。本科學歷教育規模，各地要制定“十二五”專科護士培養總量及達標標準，加大醫療機構和高等院校的協和與合作，採取定向培養、委託培養等多種方式，加大專科護士、社區護士、助產士等專業護士的培養力度，培養費用可由政府財政和用人單位共同解決，根據培養本科、專科護士所需的實際費用設定撥補標準。

參考文獻

- 應嵐、吳欣娟、馬麗莉（2006）。北京地區50所醫院護理人力配置現狀調查分析。《中華醫院管理雜誌》，22（6）：400-401。
- 趙紅雲、李秋潔、曹俊環（2009）。護理人力配置與患者護理滿意度的相關性研究。《護理管理雜誌》，9（4）：6-7
- 劉華平、韋玉秀、糜莉（2005）。護士人力資源現狀分析和配置標準研究。《中國護理管理》，5（4）：23-25
- Buerhaus, P. I., Auerbach, D. I., & Staiger, D. O. (2009). The Recent Surge In Nurse Employment: Causes And Implications, *Health Affairs*. 28(4): w657 - w668.

Current Nursing shortage and its solutions in China

Xin Qing Zhang

Abstract Although the total number of registered nurse have been increased rapidly since 1990s, the nursing shortage is still a serious problem in mainland China. There are three major roots of nursing shortage: 1) the unbalanced nursing supply-demand structure; 2) the issues in medical care system; and 3) the ineffectiveness of the hospital nursing management. Finally, the author argues that: it is high time for the central government together with the related ministries to implement the regulation of nursing, to setup the long-term nurse supply plan at the national and provincial level, and to prioritize the supply of community nurses, nursing specialists, and nurses with bachelor's degree.

Key words China nursing shortage nurse/bed ratio nursing regulation