

我国公共卫生服务均等化研究现状

郑建^{1*} 管仲军²

1. 北京大学公共卫生学院 北京 100191

2. 首都医科大学 北京 100069

【摘要】公共卫生服务均等化已被我国列入医疗改革的执行内容和近期重点实施的方案中,而国内理论界对它的研究也持续升温。本文从公共卫生服务的相关概念和内涵、公共卫生服务均等化的评价、针对评价结果提出的政策建议等方面总结了我国近年来对于公共卫生服务均等化的研究进展,发现国内学者更关注公共卫生服务的公益性,强调政府在均等化过程中的作用,均等化的评价已初具体系,但我国城乡间和区域间的公共卫生服务尚未完全达到均等化。本文认为国内研究在公共卫生服务相关定义的明确、均等化评价指标和体系的建立以及均等化政策改进等方面存在一定问题,后续研究应以此为重点关注领域。

【关键词】公共卫生服务;均等化;现状

中图分类号:R197.1 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.08.013

The status quo of research on the equalization of public health service in China

ZHENG Jian¹, GUAN Zhong-jun²

1. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

2. Capital Medical University, Beijing 100069, China

【Abstract】The equalization of public health service has already been included in the health reform's action program and recent key projects in China. Since then the number of domestic academics researching on the equalization of public health service has been continuously rising. This article reviews recent domestic research progress of the equalization of public health service, such as the concepts and connotations of public health service, the evaluation of the equalization of public health, the policy suggestion based on the evaluation results and so on. The authors find that domestic researchers paid much attention to the public welfare of public health service and emphasized the importance of government in the process of equalization. Besides, the evaluation of equalization tended to form a system. However, the supply of public health service between urban and rural areas or regions has not achieved equalization. Above all, there are still problems in some research areas including the definition of public health service, the establishment of the evaluation indexes and evaluation system, the improvement of policy and so on. These aspects should be paid attention to in the future research.

【Key words】Public health service; Equalization; Status quo

“公共卫生”和“公共卫生服务均等化”的相关理论研究均起源于西方,国内在该方向的研究起步较晚。但是,随着“促进基本公共卫生服务逐步均等化”被列入2009年初中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称“《意见》”)、国

务院《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》明确从四个方面着手促进基本公共卫生服务逐步均等化,我国对相关内容的研究也日益深入。本文将从基本理论、评价方法、评价结果、政策建议等方面对公共卫生服务均等化的研究现状进行文献

* 基金项目:北京市教育委员会社科计划面上项目(SM201110025001)

作者简介:郑建,男(1987年—),硕士研究生,主要研究方向为社会医学。E-mail:zorro89757@sina.com

通讯作者:管仲军。E-mail:guanzhj@ccmu.edu.cn

梳理,在综合分析后提出相应的研究方向建议。

1 基本概念

1.1 公共卫生

公共卫生(public health)作为公共管理领域的原创性概念率先由西方学者提出。美国耶鲁大学教授 Winslow 于 1920 年为其做出如下定义:公共卫生是预防疾病、延长寿命、促进健康的科学和艺术;公共卫生通过有组织的社会努力,改善环境卫生,控制传染病,教育人们改善个人卫生习惯,组织医护人员对疾病作出早期诊断,提供治疗服务,并建立社会体制,确保社会每一个成员维持健康的生活标准,实现其与生俱有的健康和长寿权利。^[1]上述定义合理概括了公共卫生的本质、目的和工作内容,因此最终于 1952 年被世界卫生组织(WHO)所接受,并被沿用至今。后人对公共卫生的政策性阐释和公益性理解均在 Winslow 的基础上产生。

1.2 公共卫生服务

WHO 认为公共卫生服务应包含 9 个方面:预防、监测和控制传染性和非传染性疾病;监测人群健康状况;健康促进;职业卫生;保护环境;公共卫生立法;公共卫生管理;特殊公共卫生管理;高危人群和脆弱人群卫生服务。我国官方对公共卫生服务的定义最早由时任国务院副总理吴仪在 2003 年 7 月 28 日全国卫生工作会议上提出:公共卫生服务就是组织社会共同努力,改善环境卫生条件,预防控制传染病和其他流行疾病,改善良好卫生习惯和文明生活方式,提供医疗服务,达到预防疾病,促进人民身体健康的目的。

在讨论我国学者们的看法之前,首先要明确一点,即应当将“基本公共卫生服务”与“公共卫生服务”视为一物。这样做的主要原因有二:一是绝大多数学者并未提出二者有何不同,有的学者还在同一篇文章中在二者之间徘徊,有时用前者,有时又用后者^[2];二是在纲领性文件《意见》中,有四处提到了公共卫生领域的“均等化”,其中三处的对象是“基本公共卫生服务”,另一处是“公共卫生服务”,并且未指出二者有何区别。

国内学者在 WHO 和吴仪的定义基础上,对“公共卫生服务”的概念提出了见仁见智的理解。虽然

对其范围或内容的理解不尽相同,但终归万变不离其宗,始终围绕着“全民性”、“公益性”和“强调政府责任”等三个方面展开^[3],即公共卫生服务应以“人民”、“社会公众”等为对象,强调保障公众健康,政府应承担主要的组织、筹资和领导责任,应满足人民群众最基本的健康需求。如有研究者认为,公共卫生服务应该涵盖最基本的医疗服务、计划免疫、传染病控制与预防、妇幼保健、劳动卫生、学校卫生、食品安全、环境卫生的监督和检测以及健康教育、医学研究与开发投入等 10 个方面。^[4]还有研究者对提供者进行了补充说明,认为公共卫生服务应主要由社区卫生服务中心、各级疾病预防控制中心、卫生监督所等机构提供,涵盖预防接种等九大方面。^[5]

1.3 公共卫生服务均等化

在阐述公共卫生服务均等化的内涵时,学者们都不约而同地将“均等化”与“平均化”的差异加以强调,认为均等化并非平均化,不是绝对的平均,应当在保证结果大致均等的基础上,适度允许差异的存在,但要控制这种差异使其不影响社会公平。有学者认为均等化是要将差距控制在社会可承受的范围之内^[6],它不仅应当包括全体公民享有的机会和原则均等以及结果应该大体相等,还应尊重某些社会成员的自由选择权^[7]。还有研究者认为公共卫生服务均等化是基于公平原则和社会平均水平,把贫富差距控制在合理的范围内,促进区域之间、城乡之间、群体之间协调发展,使不同社会阶层均衡受益,由此确保社会全体公民能分享经济社会发展成果,保障公民基本权利。^[8]

2 公共卫生服务均等化的评价

2.1 评价的基本标准

由于“均等化”在一定程度上允许差异的存在,而该差异又无法被准确定位,因此国内学者对公共卫生服务均等化的判断准则尚未达成一致。有学者从“公平性”角度出发,认为公共卫生服务均等化的评价应该包括卫生服务资源分配的公平性、卫生服务利用的公平性、卫生服务筹资的公平性^[6]。有的学者则从现实意义角度出发提出两个衡量标准:一是坚持以人为本、公平正义与和谐发展核心价值价值标准,二是能积极推进医药卫生体制改革和基

本卫生保健制度建设的操作标准。^[9]还有研究者尝试利用罗尔斯“最大最小”原则定义“均等化”过程中出现的差异,认为该差异须对弱势群体最为有利。^[10]

2.2 评价方法

在评价公共卫生服务均等化的实际应用中,所选用的指标可以分为基础指标和综合测量指标。其中前者可以由常规报表或实际调查直接得到,计算方法简单,但人均和比例指标偏多,总量指标偏少,例如两周患病率、婴儿死亡率等等^[11]。选择指标时可从资料可得性角度出发以现成数据^[12]、国家或地方相关文件^[13]为依据,也可以从科学性角度出发参考德尔菲法的筛选结果^[14]。在采用德尔菲法的指标体系研究中,有研究者等依托卫生系统概念框架,基于筹资、服务资源、服务提供以及服务结果的结构,基于省级层面的年度指标信息,建立了包含4个一级指标、15个二级指标和38个三级指标的指标体系以集中对区域均等化程度进行衡量,服务于国家层面的决策^[15],颇具影响力。

综合测量指标则是由基础指标或其他数据经过特定方法转化得到的,同样的基础指标能产生不同的综合测量指标,进而从不同角度服务于卫生决策。有学者在早期研究中指出,健康公平性的测量方法主要有极差法(因计算简单而常被采用,但不能衡量所有组之间的差异)、洛伦兹曲线(以与对角线的重合程度判断公平性)和基尼系数(洛伦兹曲线与对角线之间面积与对角线下面积之比)法、差异指数法(优势在于测量收入的不公平)、不平等斜率指数及相对指数法(能反映社会经济状况对健康不公平的影响)、集中曲线法(以曲线与对角线的相对位置关系判断公平程度)等。^[16]还有学者总结了国外较为成熟的利用/需要比、分项分析法、集中系数法、加权功利性社会福利函数法等方法。^[6]此外,泰尔指数(Theil index)也常被用于评价社会分配的公平性。^[17]

2.3 评价结果

多数学者认为目前我国公共卫生服务均等化程度比较低。并且就目前所掌握的文献看,几乎所有学者在谈到公共卫生服务均等化现状时,都专门将城乡公共卫生服务非均等化的严重程度加以强调。此外,东、中、西部之间以及各省份间的公共卫生服

务也存在非均等化现象。而非均等化的现状多被研究者们归因于政府的主导地位和指导作用没有被重视、财政体制不合理等。

对于我国当前公共卫生服务供给的现状,有研究者在总体上做出了三个判断:一是医疗卫生支出增长迅速,但总费用数额不高,并且政府对医疗卫生投入不足,城乡居民医疗卫生支出负担过重;二是城乡公共卫生资源分布不均衡,医疗卫生条件差距大;三是居民的健康水平在城乡之间也存在较为明显的差距^[18]。还有学者直接指出,无论从区域还是城乡角度来看,我国基本卫生服务均等化程度还很低。^[19]在分析造成公共卫生服务供给城乡非均等的根本原因时,学者认为政府在公共卫生服务提供上的责任缺失难辞其咎^[20],而各项政策的城乡二元制度安排^[18]、财政体制改革不彻底、公共财政支出不合理等^[20]也是主要原因。此外,还有研究指出市场经济时期我国医疗卫生事业在“公益性”和“市场化”之间未能找到平衡,在改革和发展模式选择中过分重视经济增长,诸多社会事业发展没有得到政府应有的重视,这也在一定程度上导致了区域间和城乡间公共卫生服务的非均等化。^[21]

2.4 对公共卫生服务均等化的政策建议

多数学者认为公共卫生服务应坚持公平的价值取向及公益性的服务要求,需要强调政府在公共卫生服务均等化过程中的责任,并完善相应的体制建设。

公平被研究者们认为是当前医疗卫生体制改革的首要价值目标:公共卫生服务的公平供给是改革推进的社会稳定器和人类基本医疗保障权的要求;公共卫生服务要由政府公平提供;应构建以政府为主导、以市场为辅助的新型医疗卫生体制,提高民主参与性;加强法制建设,从立法上确立医疗卫生改革的大方向和政府责任,确认公民的合法权益,规定医疗卫生事业的本质属性和发展方向。^[21]从机制上讲,应坚持“低水平、广覆盖、高效率”的方针,建立以政府主导的多元卫生投入机制,完善公共卫生服务经费保障机制;建立高效规范的医药卫生机构运行机制,加强绩效考核,提高服务效率和质量。^[22]还有学者建议完善财政管理模式,建立以政府为主导的公共卫生财政支出体制;建立合理有效的公共卫生投

入保障机制,解决公共卫生支出总量规模不足的问题;完善农村公共卫生的财政保障机制建设,解决公共卫生支出的城乡结构偏差的问题;完善转移支付制度,采用一般性转移支付为主、专项转移支付为辅的公共卫生财政转移支付模式,解决卫生支出的区域差异。^[23]

3 讨论

从公共卫生的定义和公共卫生服务的内容上看,公共卫生服务是一项基本的卫生服务,它应当涵盖人们日常生活所必需的基本卫生需求,并且其目标应当是全体国民。而获得公共卫生服务是民众基本权利,不应受社会地位、收入水平等影响。因此,实现公共卫生服务均等化不仅能够提高全民健康素质、为经济和社会可持续发展提供重要保障^[24],还在一定程度上具有政治意义,能促进社会和谐发展。所以,促进公共卫生服务均等化具有极其重要的意义。胡锦涛在 2006 年中央政治局学习会议上就提出了人人享有基本卫生保健服务的理念。随后,在《意见》等文件的指导下,卫生部于 2009 年启动了 9 项基本公共卫生服务项目,涉及了居民健康档案管理、居民健康教育和健康咨询、婴幼儿保健体系的建立、孕产妇保健、老年人健康指导、儿童疫苗接种、传染病防治、慢性病管理以及重性精神疾病管理等方面。2011 年,卫生部进一步向全国推行包括居民健康档案管理、健康教育等内容在内的 10 大类 41 项免费的公共卫生服务项目。

虽然我国对推进公共卫生服务均等化非常重视,但是在执行过程中仍存有许多问题。一是相关概念和定义尚有模糊之处,需要进一步明确:即便在诸如《意见》等重要文件中,也没有明确基本公共卫生服务与公共卫生服务的区别,这使得学者们进行研究时不知到底从哪一个名词入手。二是评价标准和体系还未完全成形,需要梳理和深入研究:尽管中央在相关文件中划定了公共卫生服务的范围,各地方也结合实际情况进行了相应的调整,但是仍然缺乏标准化的评价体系,也就是没有一套统一的标准来说明做到了什么程度才叫实现了“均等化”,这使得学者们在各自进行评价时得出的结果缺乏可比性。三是均等化现状尚不能令人完全满意,仍有提

升空间:从学者们的研究结果上看,全国各区域之间、同一区域城乡之间的公共卫生服务提供仍存在较为显著的差异,要彻底实现公共卫生服务的“均等化”尚需时日。

4 建议

今后对公共卫生服务均等化相关领域的研究中,需要注意先前研究中存在的不足,重点关注相关定义及内涵的明确、评价指标和体系的建立、均等化执行方案的改进等方面。

4.1 明确定义,确立内容

公共卫生服务的定义应当体现其五大基本特征:一是适度的强制性:公共卫生服务的供给应具有强制性,各级政府应立法或制定相应条例、规章来保证其实施和评价,在保障其可及性的同时,还应尊重个体的选择权利;二是公益性:公共卫生服务是一种公共产品,应当从全社会角度出发满足整体需要;三是先进性:应当综合考虑人口结构变化趋势、经济水平发展前景和疾病谱改变方向等因素,从中长期视角来明确相应的服务范畴;四是可行性:我国处于社会主义初级阶段,城乡之间以及各地区之间在经济条件、资源禀赋等方面仍存在一定差距,因此要考虑各地执行时的难度和可操作性;五是动态性:同一个国家或地区,在不同的社会发展阶段对于公共卫生的需求是不同的,所以公共卫生服务应当是一个发展的概念,要有与时俱进的特点。基于后三个特点,建议在中央政府给出统一的定义、划定公共卫生服务应当实现均等化的基本范围后,各地再根据实际情况进行微调。如北京就参考了卫生部划定的范围,提出了自己的 10 大类 42 项免费公共卫生服务项目。

4.2 完善指标,建立体系

应当建立标准化的、可行性强的评价体系,以其对均等化的实现情况进行动态监测。建议相关部门统一组织学者进行研究,系统筛选评价指标、科学设计评价方法。以此法设计的评价体系,既可用于突击检查和定点评价,也可用于各地定期上报的数据,以便进行长期监测。这样区域间的结果就具有可比性,相关政策建议的提出也会具备更强的针对性和操作性。

4.3 重视评价,及时调整

研究者和相关部门应当正视均等化评价得出的结果,及时调整执行方案和相关政策。在实现公共卫生服务均等化的过程中,政府主导和政府筹资是关键,各地可以在以下五种补偿/筹资方式中进行选择和尝试:一是政府全额补助:政府充当唯一财政资金提供者,直接补偿供方,拨款给卫生服务机构,由卫生服务机构生产和提供服务;二是以服务券的形式补需方:由公共卫生服务的需求方持政府发放的“服务券”到卫生机构享受相应的服务,政府在一定时期内与卫生机构结算;三是政府和市场共同提供公共卫生服务包:将公共卫生项目以“服务包”的形式提供,以实现资源共享和成本控制;四是市场提供服务,政府进行购买:政府作为购买主体,向公立机构、民营机构甚至个人购买社区公共卫生服务;五是政府向社会组织购买:这里的社会组织是指非营利性组织,并不直接提供服务,而是通过“买人”(如志愿者、义工等)来提供服务。合理定位政府位置、及时调整策略,才能形成执行—评价—修改的良性循环,促进公共卫生服务均等化的实现。

参 考 文 献

[1] Winslow C E A. The Untilled Fields of Public Health[J]. Science, 1920, 50: 30.

[2] 陈蓓蓓. 我国基本公共卫生服务城乡差距与均等化探析[J]. 西安社会科学, 2009 (5): 63-65.

[3] 徐林山,程晓明,周召梅,等. 城市社区公共卫生服务项目分类研究[J]. 中华医院管理杂志, 2005, 21(2): 86-88.

[4] 韩子荣. 中国城乡卫生服务公平性研究[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2009.

[5] 田伟,栗美娜,张鹭鹭,等. 公共卫生服务系统筹资行为研究[J]. 中国初级卫生保健, 2009, 23(11): 1-3.

[6] 孙逊,张寓景,汤明新,等. 基本卫生服务均等化界定、评价及衡量方法[J]. 卫生软科学, 2009, 23(4): 424-427.

[7] 常修泽. 中国现阶段基本公共服务均等化研究[J]. 中共天津市委党校学报, 2007, 9(2): 66-71.

[8] 兰迎春,王敏,王德国,等. 基本卫生服务均等化的伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2009, 22(1): 138-

139, 150

[9] 刘琼莲. 论基本公共卫生服务均等化及其判断标准[J]. 学习论坛, 2009, (9): 54-57.

[10] 陈昌盛,蔡跃洲. 中国政府公共事务: 体制变迁与地区综合评估[M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2007.

[11] 胡善联,刘宝,徐海霞,等. 我国公共卫生服务均等化的实证研究: 重庆市公共卫生服务券的分析与评价[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(6): 18-22.

[12] 王芳,刘利群,朱晓丽,等. 不同地区间基本公共卫生服务公平性分析[J]. 中国社会医学杂志, 2011, 28(6): 421-423.

[13] 邢聪艳. 均等化视角下 FZ 市城市社区基本公共卫生服务建设与发展对策研究[D]. 福建医科大学, 2011.

[14] 曾光. 现代流行病学[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1994.

[15] 刘宝,胡善联,徐海霞,等. 基本公共卫生服务均等化指标体系研究[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(6): 13-17.

[16] 徐凌中,邴媛媛. 卫生服务的公平性研究进展[J]. 中华医院管理杂志, 2001, 17(5): 265-267.

[17] 兰相洁. 中国区际公共卫生服务水平差异的变化: 运用泰尔指数的测度方法[J]. 财经理论与实践, 2010, 31(4): 67-71.

[18] 和立道. 我国公共卫生服务供给均等化现状分析[J]. 石家庄经济学院学报, 2009, 32(4): 73-77.

[19] 杨永梅. 我国基本医疗卫生服务均等化问题研究[J]. 哈尔滨商业大学学报: 社会科学版, 2009, (2): 96-99.

[20] 荆丽梅,徐海霞,刘宝,等. 国内公共卫生服务均等化的理论探讨及研究现状[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(6): 8-12.

[21] 牟海林. 中国医疗卫生体制改革的公平取向及其实现[D]. 吉林大学, 2006.

[22] 张寓景,汤明新,孙逊,等. 基本卫生服务均等化政策研究[J]. 卫生软科学, 2009, 23(4): 434-437.

[23] 陈共,王俊. 论财政与公共卫生[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2007.

[24] 冯显威. 促进基本公共卫生服务逐步均等化政策分析[J]. 医学与社会, 2009, 22(7): 9-11, 17.

[收稿日期:2012-05-03 修回日期:2012-06-23]

(编辑 刘 博)