

国家基本公共卫生服务项目实施进展及公平性

王芳* 李永斌 丁雪 代涛

中国医学科学院医学信息研究所/卫生政策与管理研究中心 北京 100020

【摘要】目的:分析国家基本公共卫生服务项目实施进展与公平性,为项目持续发展提供参考。方法:在安徽、河南和重庆调查 15 个区县的所有社区卫生服务中心和乡镇卫生院,分析基本公共卫生筹资、人员配置和服务提供进展,并以基尼系数分析公平性改善情况。结果:基本公共卫生服务经费逐年提高,2011 年人均筹资标准已超过 25 元/人/年;基层公共卫生人员数量有所增加,但人员配置相对不足且公平性有待提高;服务提供公平性有所改善,妇幼保健服务相对较好,高血压和糖尿病规范化管理明显改善。结论:基本公共卫生筹资可能存在“隐性不公平”,基层公卫人员配置相对不足,服务提供实效性有待提升。建议重视项目成本测算,加强基层人才队伍建设,合理确定服务项目,建立以质量为导向的绩效考核机制,创新基层公共卫生服务模式等。

【关键词】基本公共卫生服务;公平;筹资;人力资源;卫生服务提供

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2013.05.002

The national essential public health services project in China: progress and equity

WANG Fang, LI Yong-bin, DING Xue, DAI Tao

Institute of Medical Information, Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

【Abstract】 Objectives: In this paper, we discuss the development and equity of national essential public health services, and provide references for the sustainable development of these services. Methods: We analyzed financing, staffing, and service delivery at community and township health centers in 15 counties in Anhui, Henan, and Chongqing. We calculated the Gini coefficient to evaluate equity. Results: We found that financing for essential public health services has gradually increased and that subsidies were more than RMB 25 per capita in 2011. The quantity of personnel in primary health care institutions had increased, but personnel needed to be distributed more equitably. Primary health care services, in particular, child and maternal health services, were being more equitably provided. Management of hypertension and diabetes had also been standardized to a much greater extent. Conclusions: Some imbalances still remain in the financing of essential public health care, and there is still a shortage of trained public health care staff. Service delivery also needs to be continually improved. We recommend paying more attention to cost estimates of essential public health services, training and developing health care staff, and making well-considered decisions about which services to focus on. We also recommend establishing a quality-oriented performance evaluation mechanism and innovating on the service-delivery model.

【Key words】 Essential public health services; Equity; Financing; Health workforce; Health service delivery

健康公平是社会公平的重要方面,保障国民健康公平性是衡量社会公正和公平的重要指标之一,而公共卫生服务均等化则是公平享有健康权利的基

石。^[1-2]发达国家政府大多推行公共卫生服务均等化政策与措施,保障生活在不同地区的每一个国民都能享受基本均等的公共卫生服务,从而保护人群健

* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目“医药卫生体制改革评价研究”;中央级公益性科研院所基本科研业务费“深化医药卫生体制改革监测与评价研究”

作者简介:王芳,女(1969 年—),博士,副教授,主要研究方向为卫生政策与管理、基层卫生。

E-mail:wang.fang@imicams.ac.cn

通讯作者:代涛。E-mail:dai.tao@imicams.ac.cn

康。^[3]由于城乡二元经济体制格局与政策惯性、卫生资源分布等原因,我国城乡之间、不同地区和不同收入人群之间获得卫生服务的机会、承担的费用以及健康水平还存在较大差距。^[1,4]2009年启动的国家基本公共卫生服务项目是落实预防为主的工作方针、实现健康公平的重要策略和制度安排。^[5]实施三年来,国家基本公共卫生服务项目进展如何?对于改善健康公平,特别是卫生服务的公平性是否产生积极的影响?还存在哪些主要问题?这些均是亟待回答的问题。

既往研究多是针对基层妇幼保健或慢病管理等专题的公平性研究,对基本公共卫生服务项目缺乏全面性、实效性的追踪研究。^[6]本研究以安徽、河南和重庆作为典型地区,从卫生服务公平性改善的角度对国家基本公共卫生服务项目实施的进展和成效进行初步分析,包括卫生筹资、公共卫生人员配置和基本公共卫生服务提供三个方面,以期项目的持续发展提供借鉴和参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

采用定量调查和定性访谈相结合的方法,结合不同地区社会经济发展水平、人口学特征、卫生事业状况和医改工作推进情况等,选取了安徽、河南和重庆三省(市)开展现场调研,共调查63家社区卫生服务中心(简称“中心”)和161个乡镇卫生院(简称“卫生院”),具体抽样方法见本期“我国基层卫生综合改革实施效果”。

1.2 研究方法

以辖区或基层卫生机构基本公共卫生服务人口(人口总数、孕产妇、0~6岁儿童、65岁以上老年人等)为基准,从卫生筹资、公共卫生人员配置和基本公共卫生服务提供等方面计算2009—2011年基尼系数(计算公式 $G = 1 - \sum_{i=1}^n (X_i - X_{i-1})(Y_{i-1} + Y_i)$)^[7]。由于本研究侧重于纵向分析医改前后基本公共卫生服务公平性的整体改善情况,不强调查省市的比较,因此在公平性分析时仅计算三省市合计的基尼系数。

基尼系数评判标准的界定参照经济学的人群收入分配公平性的基尼系数标准:基尼系数 ≤ 0.2 为公平状态,0.2~0.3为比较公平状态,0.3~0.4为相

对公平状态,0.4~0.5为警戒状态,0.5~0.6为不公平状态, > 0.6 则属高度不公平的危险状态。^[8-9]

使用Epidata3.0软件建立数据库录入数据,运用R统计分析软件进行基尼系数计算。具体分析维度和指标见表1。

表1 分析框架

分析维度	指标
基本公共卫生服务筹资	筹资标准 补助额度
基层公共卫生人员配置	千人口公共卫生人员数 千人口公共卫生医师数
基本公共卫生服务提供	健康档案建档率 健康档案计算机管理率 0~6岁儿童系统管理率 孕产妇系统管理率 65岁以上老年人健康管理率 高血压规范管理率 糖尿病规范管理率 重性精神病系统管理率 高血压有效控制率 糖尿病有效控制率

2 结果

2.1 基本公共卫生服务筹资

2.1.1 筹资标准

三省市实行城乡统一的人均基本公共卫生服务投入标准,2011年安徽、河南和重庆人均公共卫生经费标准分别为25.20元、25.87元、26.33元,其中中央补助16~21元,市级补助2~3元,区县承担3~7元(表2)。

表2 人均公共卫生经费标准(元/人/年)

地区	年份	国家	市级	区县及以下	合计
安徽	2009	12.00	1.00	2.00	15.00
	2010	11.53	2.00	2.80	16.33
	2011	19.20	2.33	3.67	25.20
河南	2009	9.50	1.50	5.20	16.20
	2010	13.20	1.80	5.00	20.00
	2011	16.67	2.20	7.00	25.87
重庆	2009	8.00	1.33	0.67	10.00
	2010	12.00	2.00	2.67	16.67
	2011	20.67	2.67	3.00	26.33

2.1.2 补助额度

基层医疗卫生机构公共卫生服务补助收入逐年递增,占机构财政收入的比例也呈上升趋势,2011年安徽、河南和重庆中心公共卫生补助占财政收入的

比例分别为 30.08%、68.77% 和 41.35%；卫生院分别为 24.09%、47.70% 和 27.79%（表 3）。

表 3 基层医疗卫生机构公共卫生平均补助经费

机构	地区	公共卫生补助(万元)			占财政收入的比例(%)		
		2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
中心	安徽	28.22	36.30	73.18	14.54	22.80	30.08
	河南	34.18	66.38	72.70	55.33	59.47	68.77
	重庆	61.15	98.79	126.71	32.27	42.73	41.35
卫生院	安徽	4.00	13.73	28.23	8.53	19.58	24.09
	河南	12.03	74.17	102.26	11.56	45.04	47.70
	重庆	10.46	15.97	30.34	23.66	21.27	27.79

2.2 基层公共卫生人员配置

2011 年安徽、河南、重庆中心每万人口配备公共卫生人员数分别为 2.9、3.4、2.3，而卫生院分别为 2.3、2.4、3.6，与 2009 年相比，基层医疗卫生机构每万人口公卫人员配备数呈逐年上升趋势。公共卫生医师的配置变化趋势与公共卫生人员相似，但是配置数量很少，平均每万居民配置公共卫生医师数不到 1，大多数不到 0.5（表 4）。

表 4 基层公共卫生人员配备数(名/万人口)

项目	地区	公卫人员			公卫医师		
		2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
中心	安徽	1.6	2.0	2.9	0.2	0.2	0.3
	河南	2.6	3.2	3.4	0.2	0.2	1.5
	重庆	1.6	1.9	2.3	0.4	0.8	0.7
卫生院	安徽	1.3	2.2	2.3	0.2	0.2	0.3
	河南	1.5	2.3	2.4	0.3	0.3	0.3
	重庆	2.6	3.1	3.6	0.1	0.1	0.1

2.3 基本公共卫生服务提供

2.3.1 建立健康档案

2009—2011 年，三省市健康档案建档率均有所上升，其中中心的建档率从 51.80% 增至 76.95%，安徽省上升幅度最大；卫生院从 47.56% 增至 76.11%，

河南和重庆上升幅度较大。在已建健康档案中，实行计算机管理的比例也在逐年上升，其中城镇从 2009 年的 52.47% 上升到 64.57%，而农村则从 33.67% 上升到 92.04%（表 5）。

表 5 健康档案建立和计算机管理情况(%)

机构	地区	健康档案建档率			健康档案计算机管理率		
		2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
中心	安徽	41.03	55.36	51.73	36.53	46.83	55.91
	河南	53.14	69.57	91.77	67.88	69.14	71.68
	重庆	73.80	88.76	94.49	46.06	43.04	64.72
卫生院	安徽	44.41	51.86	59.89	10.89	74.62	86.98
	河南	42.42	68.90	81.57	54.21	85.53	99.74
	重庆	54.70	82.12	90.50	28.76	31.32	81.83

2.3.2 儿童、孕产妇和老年人等重点人群保健

2011 年，安徽、河南、重庆 0~6 岁儿童的系统管理率均超过 85%，孕产妇系统管理率仅安徽省卫生院低于 70%，其他两省均超过 85%，而河南、安徽两省 65 岁以上老年人健康管理率有较大幅度增长，2011 年均达到 90% 左右，重庆市卫生院则相对较低，不到 70%（表 6）。

2.3.3 高血压、糖尿病和重性精神疾病等重点疾病管理

高血压和糖尿病规范管理率整体呈现上升趋势，2011 年三省市中心高血压规范管理率达到 70% 以上，卫生院达到 85% 以上，而高血压有效控制率均达 75% 以上，重庆市相对较低；中心糖尿病规范管理率达 70% 以上，卫生院更高，接近或超过 80%，而糖尿病有效控制率也是接近或超过 80%（表 7）。重性精神疾病患者系统管理率逐年上升，2011 年河南、重庆重性精神病系统管理率达到较高水平，分别从 2009 年的 44.04%、77.40% 上升至 89.10%、96.00%，安徽相对较低，2011 年仅为 59.78%。

表 6 基本公共卫生服务开展情况(%)

机构	地区	0~6岁儿童系统管理率			孕产妇系统管理率			65岁以上老年人健康管理率		
		2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
中心	安徽	79.83	92.42	91.64	62.53	66.83	76.97	18.67	63.47	92.78
	河南	83.65	84.39	86.51	80.06	83.96	78.90	67.33	87.53	88.47
	重庆	79.83	92.42	91.64	62.53	66.83	76.97	18.67	63.47	92.78
卫生院	安徽	70.92	79.57	84.13	56.49	57.92	61.01	18.86	61.63	90.18
	河南	88.15	74.90	91.39	83.96	84.95	85.42	71.75	86.39	93.45
	重庆	84.14	92.50	92.00	87.11	90.42	91.36	75.02	62.68	68.73

表7 慢病规范管理和有效控制情况(%)

机构	地区	高血压规范管理率			高血压有效控制率			糖尿病规范管理率			糖尿病有效控制率		
		2009年	2010年	2011年									
中心	安徽	66.37	72.42	73.24	89.88	87.42	85.90	81.48	77.96	81.74	91.00	85.58	86.53
	河南	83.92	85.47	85.72	78.94	75.56	80.10	87.53	86.55	90.87	84.50	82.22	86.37
	重庆	68.52	68.05	72.79	80.45	78.83	75.83	68.95	69.82	71.55	77.40	79.62	80.09
卫生院	安徽	73.44	80.25	85.77	84.04	83.88	85.22	72.56	75.33	79.95	82.57	81.27	84.87
	河南	90.00	91.51	93.71	90.00	92.19	90.97	89.00	88.11	91.28	87.00	88.54	89.25
	重庆	86.76	90.45	90.93	69.03	77.91	77.70	84.61	90.06	93.29	68.49	78.40	79.28

2.4 公平性分析

从筹资情况来看,中心和卫生院基本公共卫生服务项目补助经费按人口累计的基尼系数在逐年下降,2011年基尼系数已低于0.2,公平性改善明显且处于较好水平。

从人员配置来看,中心和卫生院基层公共卫生人员和公共卫生医师配置的基尼系数呈逐年下降趋势,城市好于农村。2011年,中心公共卫生人员配置的基尼系数低于0.4,达到相对公平状态,卫生院该系数大于0.4;公共卫生医师配置基尼系数也逐年下降,但2011年仍高于0.5,处于不公平状态。

表8 基本公共卫生服务筹资、人员和服务提供的基尼系数

项目	中心			卫生院		
	2009年	2010年	2011年	2009年	2010年	2011年
公共卫生补助	0.330	0.173	0.171	0.104	0.101	0.080
公共卫生人员配置	0.412	0.398	0.382	0.478	0.456	0.420
公共卫生医师配置	0.633	0.594	0.525	0.650	0.648	0.594
居民健康档案规范化建档	0.562	0.527	0.488	0.660	0.517	0.428
其中:计算机管理	0.632	0.629	0.550	0.788	0.650	0.450
高血压规范管理	0.667	0.479	0.384	0.608	0.267	0.265
糖尿病规范管理	0.696	0.572	0.487	0.632	0.491	0.428
孕产妇系统管理	0.310	0.269	0.244	0.269	0.215	0.214
0~6岁儿童系统管理	0.315	0.270	0.268	0.317	0.303	0.288
65岁以上老年人健康管理	0.640	0.310	0.313	0.408	0.352	0.322
重性精神疾病系统管理	0.532	0.247	0.237	0.563	0.328	0.293

从服务提供来看,规范建档和计算机管理的基尼系数均由2009年的高度不公平下降至警戒水平,公平性呈持续改善趋势;高血压和糖尿病规范化管

理服务的公平性改善较为明显,由高度不公平转为相对公平和警戒状态;妇幼保健服务提供公平性一直处于相对较好的水平,且呈现持续向好趋势;老年人和重性精神疾病管理的基尼系数则由警戒状态和不公平状态转为相对公平状态和比较公平状态,改善比较明显(表8)。

3 讨论与建议

3.1 基本公共卫生筹资水平逐步提高且公平性较好,但可能存在“隐性不公平”

基本公共卫生服务属于公共产品,政府在公共卫生服务的筹资、规划、监管乃至服务提供方面具有不可推卸的主体责任。^[10-11]从制度设计层面来看,国家实施基本公共卫生服务项目由中央和地方政府拨款,经济相对落后的地区,中央财政投入力度相对更大,以弥补地方财政不足,使经济发展水平不同地区的群众能够享受同等水平的基本公共卫生服务,体现了健康公平的理念。从调研地区实践来看,三省市政府明确了项目所需经费主要由各级政府预算安排,特别是城乡实行统一的人均基本公共卫生服务投入标准,且投入水平逐年增长,为项目广泛开展、提高服务公平性奠定了重要基础。

从基尼系数计算结果看,基层医疗卫生机构公共卫生筹资公平性目前已经达到较好的水平,这主要是由于各省市实行城乡统一的筹资标准。但是,平均化并不等于均等化或公平,由于实施国家基本公共卫生服务项目之初,在确定服务项目种类和补助经费标准时缺乏对基层开展基本公共卫生服务项目成本的科学测算,更没有对不同地区、城乡之间开展服务的成本差异进行论证,因此这种缺乏成本核算的平均化可能会造成一种表面上的公平,可能存在“隐性不公平”问题。

3.2 基层公共卫生人员配置公平性虽有改善但公平程度仍然不高,工作任务重、服务整合程度低使人员配置相对不足更加凸显

基层公共卫生人员数量虽有所增加,公共卫生医师占卫技人员的比例也逐步提高,但 2011 年调研地区每万居民配置公共卫生医师不到 1 名,低于卫生部《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》中原则上要求社区卫生服务中心按每万居民配备 1 名公共卫生医师的要求。从人员配置公平性看,虽然公平性有所改善,但在农村地区,乡镇卫生院公共卫生人员短缺现象更为明显,处于警戒或不公平状态,改善空间较大。

随着基本公共卫生服务项目的逐步推进,基层医疗卫生机构工作任务逐步加重,对医务人员及其服务能力的要求相应也在提高。基本公共卫生服务提供均具有综合性、连续性的特点,需要公共卫生、临床、护理人员形成团队,相互配合、共同开展服务。访谈发现,临床医生公共卫生服务理念和技能不足,与公共卫生人员协同开展服务的程度较低,使公共卫生人员短缺问题更为凸显。

3.3 基本公共卫生服务提供公平性得以改善,但需注重改革实效

从调研地区来看,国家基本公共卫生服务项目主要从重点疾病和重点人群着手为人群提供基本公共卫生服务,服务提供公平性整体得到改善,主要体现在:一是服务内容得到拓展,服务对象更为广泛,从妇女、儿童扩大到老年人群、慢病患者、精神病患者等重点人群,并为全人群提供健康管理,特别体现了对弱势人群的关注;二是通过服务提供方式的创新,让目标人群能够真正享受到相关服务,如重庆市实施“公共卫生服务券”制度,完善政府购买公共卫生服务机制,促进服务功能的实现,真正惠及老百姓,提高了资金使用效率^[12];三是通过加强质量监管和绩效考核,有利于提升基本公共卫生服务的规范程度,使不同人群能够获得同等质量的服务。

然而,访谈发现,在基本公共卫生服务开展过程中还存在一些深层次问题。第一,由于项目实施的任务导向比较明显,对基本公共卫生服务项目的考核评估“重进度,轻质量”。另外,由于各项服务在资金分配权重上有所不同,导致基本公共卫生服务项

目发展不够均衡。如健康档案建档率在资金分配中所占权重较高,机构会把更多精力投入到建档中,而忽略了健康档案的使用以及其他项目的开展。第二,有些地方注重基本公共卫生服务的任务完成情况,而忽略了人手不足、服务能力不够的问题,可能出现“造假”现象。第三,基本公共卫生服务项目涉及人群、内容广泛,服务提供应突出“防治结合”原则,当前基本公共卫生服务和基本医疗服务割裂现象仍较为明显,如慢病管理,全科医生和公共卫生人员之间服务整合程度较低,“防治分离”现象比较普遍,服务效率和质量受到影响。

3.4 完善基本公共卫生服务项目实施的建议

在强化政府公共卫生服务职能的同时,注重决策的科学化,对不同地区、不同服务项目的成本进行科学测算,建立基于成本测算的基本公共卫生服务筹资补偿机制,提高资金使用效率;完善基层卫生人才政策,吸引和鼓励优秀公共卫生人才服务基层;以实践技能为核心加强基本公共卫生专业培训,特别是临床医生的综合能力,促进服务的有效整合;充分考虑城乡居民的健康需求和基层医疗卫生机构的实际状况,合理确定基本公共卫生服务项目,与基层人力资源配置和服务能力相匹配;建立以质量为导向的基本公共卫生服务绩效考核机制,在绩效考核中要强调质量和结果指标,避免片面追求数量和任务的完成等短期效应,促进服务项目的均衡发展;创新基层公共卫生服务模式,加强基本医疗与公共卫生的有机结合,开展一体化、团队性服务,提高服务的整合程度,逐步实现防治结合。

致谢

感谢中澳卫生与艾滋病项目的支持;感谢河南省卫生厅黄红霞副厅长、安徽省卫生厅徐恒秋副厅长、重庆市卫生局尹祖海副局长等领导的支持以及调研卫生行政部门和医疗卫生机构的协助;感谢参与调研的中国医学科学院卫生政策与管理研究中心的同事和研究生在资料收集整理和分析过程中付出的辛勤劳动。

参 考 文 献

[1] 陈竺, 高强. 走中国特色卫生改革发展道路使人人享有

- 基本医疗卫生服务[J]. 求是, 2008(1): 35-38.
- [2] 曾光. 中国公共卫生与健康新思维[M]. 北京: 人民出版社, 2006.
- [3] 王芳, 刘晓曦, 邱五七, 等. 加拿大与澳大利亚公共卫生服务均等化经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(5): 59-62.
- [4] 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, 27(5): 63-65.
- [5] 国务院. 国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)的通知(国发[2009]12号)[EB/OL]. http://www.gov.cn/zwqk/2009-04/07/content_1279256.htm
- [6] 赵红, 王小合, 高建民, 等. 基本公共卫生服务均等化研究综述[J]. 中国卫生事业管理, 2010, 27(11): 780-783.
- [7] 徐凌忠, 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.
- [8] Pan American Health Organization. Measuring health in equalities: Gini coefficient and concentration index[J]. Epidemiol Bull, 2001(22): 3-4.
- [9] 彭升. 我国收入分配差距与公平问题研究[M]. 长沙: 中南大学出版社, 2008.
- [10] 范春. 公共卫生学[M]. 厦门: 厦门大学出版社, 2008.
- [11] 梁鸿, 贺小林. 我国基层医疗卫生服务体系建设的目标、成效与改进路径[J]. 中国医疗保险, 2011(12): 11-14.
- [12] 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卷的分析与评价[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(6): 18-22.
- [收稿日期:2013-04-08 修回日期:2013-05-12]
(编辑 赵晓娟)

· 信息动态 ·

欢迎订阅 2013 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生和计划生育委员会主管,中国医学科学院主办,医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊,国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982,国内统一刊号为 CN 11-5694/R,中国科技核心期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针,及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验,促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作,提高卫生政策研究理论水平和实践能力,为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有:

专题研究、医改进展、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、国际卫生、理论探索、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊,每月 25 日出版,国内外公开发行,大 16 开本,进口高级铜版纸彩封印刷,定价 15 元/册,全年 180 元(含邮资)。全国各地邮局均可订阅,邮发代号 80-955,也可向编辑部直接订阅。

地址:北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编:100020

E-mail:cjhp@imicams.ac.cn

healthpolicycn@gmail.com

电话:010-52328667 52328669

传真:010-52328670