

政策工具视角下我国基本公共卫生服务均等化政策研究

和 红^{1,2,3*} 焦 军^{2,3} 余维维^{2,3} 邓 澈^{2,3}

1. 中国人民大学人口与发展研究中心 北京 100872
2. 中国人民大学健康科学研究所 北京 100872
3. 中国人民大学人口与健康学院 北京 100872

【摘 要】目的:通过对基本公共卫生服务均等化政策的量化分析,全面了解其总体特征、政策工具组合运用情况,为促进我国基本公共卫生服务均等化政策完善提供建议。方法:以 2009—2022 年中央政府发布的促进基本公共卫生服务均等化的政策为研究对象,构建“政策工具(X 维度)—利益相关方(Y 维度)—政策过程(Z 维度)”三维政策分析框架,开展政策内容分析。结果:供给型政策工具比例合理、政策重点立足于政府部门和政策执行阶段;主要运用公共卫生项目推进,重视基层医疗机构能力提升,并给予资金、人才支持。但存在总体结构失调、利益主体政策格局失衡和政策阶段关注不均等问题。建议:优化政策工具内部结构、对利益相关方投入多元化政策关注及合理布局政策阶段。

【关键词】基本公共卫生服务;均等化;政策工具
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.04.002

Policy research on equalization of basic public health services from the perspective of policy tools

HE Hong^{1,2,3}, JIAO Jun^{2,3}, YU Wei-wei^{2,3}, DENG Che^{2,3}

1. Population Development Studies Center, Renmin University of China, Beijing 100872, China
2. Institute of Health Science Research, Renmin University of China, Beijing 100872, China
3. School of Population and Health, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Objective: Quantitative analysis of policies on equalization of basic public health services was used, to comprehensive understanding of characteristics and the use of combinations of policy tools, and to provide recommendations for promoting equalization of basic public health services in China. Methods: The research object was policies on equalization of basic public health services by the central government from 2009 to 2022, and a three-dimensional policy analysis framework of “Policy tools (dimension X)-Stakeholders (dimension Y)-Policy process (dimension Z)” was constructed to carry out the content analysis of policies. Results: The proportion of supply-oriented policy tools was reasonable, and policy focus on government departments and policy implementation stage; Public health programs have been mainly used, and capacity enhancement of primary health care institutions has been valued and given financial and human resources support. However, there were structural dysfunction, imbalance in policy patterns of interest subjects, and uneven attention at policy stages. Suggestions: Promote the optimization of internal structure of policy tools, diversify policy attention to stakeholders, and rationalize distribute policy phases.

【Key words】 Basic public health services; Equalization; Policy tools

基本公共卫生服务是以孕产妇、儿童、老年人及慢性病患者等重点人群,面向全体居民并关系到人民健康的基础性公共服务。自 2009 年实施以来,基本公

卫服务范围不断扩大,逐步形成了 12 + 19 类综合性服务包;财政投入保障不断增加,人均基本公共卫生服务经费补助标准从 2009 年的每人 15 元提高至 2023 年

* 基金项目:中国人民大学公共健康与疾病预防控制跨学科交叉重大创新平台成果(2024PDPC)
作者简介:和红(1969 年—),女,教授,博士生导师,主要研究方向为社会医学、人口健康、健康教育与促进。E-mail:hehong@ruc.edu.cn
通讯作者:邓澈。E-mail:dengche@ruc.edu.cn

的 89 元。为缩小地区间基本公卫服务差异,完善基本公共卫生服务均等化政策体系,政府随之提出“促进基本公共卫生服务逐步均等化”,并陆续出台相关政策。^[1]然而,经过十几年政策推进,基本公共卫生服务在我国城乡、地区和人群之间依然存在显著差异,“使大家都能享受到基本公共卫生服务”的政策目标有待实现。

基本公共卫生服务均等化的相关研究主要包括实证和政策研究两个部分。在实证研究中,学者们重点关注区域、城乡及人群之间均等化差异,运用熵权法进行综合评价,并将卫生资源配置等作为均等化测量指标。^[2-4]政策研究数量较少,但研究者们普遍认为制度建设的缺陷是基本公共卫生服务均等化推进困难的重要因素,相关研究聚焦于财政制度和规范法规建设,并着重于解释性层面和政策实施效果,缺少在具体的工具层面对政策内部逻辑的研究。^[5-6]

政策目标和政策实现效果之间的落差,或与政策内容存在关联。而政策工具能体现政策运用的内在逻辑,已被广泛应用于医药卫生领域的政策研究中。因此,本文基于政策工具视角,对 2009—2022 年中央层面出台的基本公共卫生服务均等化政策展开文本分析,以全面了解我国基本公共卫生服务均等化政策的总体特征、政策工具组合运用的情况,为推动基本公共卫生服务均等化提供建议和参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本文以“基本公共卫生服务均等化”“公共卫生”和“均等化”为关键词在北大法宝上进行标题和全文检索,并运用北大法宝的联想功能进行关联检索和回溯,尽量扩大检索范围。基于对前述文献的梳理,本文还以与推进基本公共卫生服务均等化密切相关的“财政体制”“公共服务标准体系”为关键词进行标题检索。国家基本公共卫生服务项目是推进基本公共卫生服务均等化的重要内容,所以本文还对国家实施的 12 类基本公共卫生项目的相关政策文件进行标题检索,包括健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6 岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、慢性病患者健康管理(高血压、糖尿病)、严重精神障碍患者管理、结核病患者健康管理、中医药健康管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务、卫生计生监督协管服务。由于我国在 2009 年正式提出将推进基本公共卫生服务均等化作为新

医改的五项重点任务之一,所以本文的政策文件时间范围限定为 2009—2022 年。

纳入排除标准:(1)纳入政策文件的范围为中央层面发布的文件;(2)纳入政策文本类型是法律法规和部门规章等规范性文件,删除批复、公报等文件类型;(3)纳入政策文本与推进基本公共卫生服务均等化高度相关,若政策文本的标题与之相关度不高,至少在文本内容的三级标题中应该出现基本公共卫生服务的政策内容,否则予以剔除。通过查找和筛选,本文共计获取政策文本 99 条。

1.2 研究方法

本研究运用政策文本计量分析法,构建“政策工具(X 维度)—利益相关方(Y 维度)—政策过程(Z 维度)”三维政策分析框架^[7],以句子作为分析单元,使用 Nvivo 11 对 99 份政策文件进行政策工具编码,分析我国基本公共卫生服务均等化政策的总体特征和政策工具组合运用情况。

2 构建政策文本分析框架

本文综合政策工具(X 维度)、利益相关方(Y 维度)和政策过程(Z 维度),构建基本公共卫生服务均等化政策三维分析框架,对其总体运用及构成情况进行全面分析。并以政策工具类型为主要参考维度,分别研究政策工具和利益相关方、政策工具和政策过程的关系。图 1 为本文的分析框架。

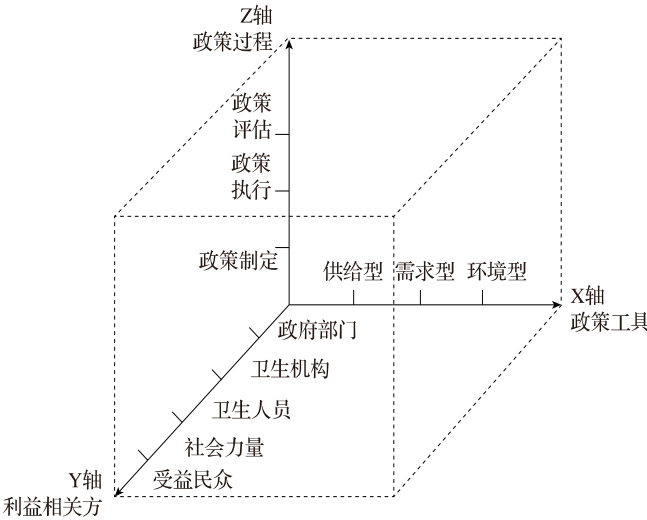


图 1 基本公共卫生服务均等化政策三维分析框架

2.1 X 维度:政策工具维度

政策工具是影响政策过程以达到既定政策目标的事物,它既是政府治理的手段和途径,又是政策目

标与结果的桥梁。^[8]因此,探讨基本公共卫生服务均等化政策效果和政策目标之间出现落差的原因,从政策工具视角对政策文本展开内容分析是直接窥探政策内在结构和理念的最佳方式。本文运用 Rothwell & Zegveld 的分类将政策工具分为环境型、供给型和需求型。^[9]

表 1 根据政策工具编码,聚类后形成了三种政

策工具分类下的二级类目,其中供给型政策工具是从政府层面推进基本公共卫生服务均等化,而在组织、资金、人才、基础设施方面提供直接性物质支持;环境型政策工具指从法律、制度、规范等层面为基本公共卫生服务均等化的推进提供良好发展环境;需求型政策工具指从受益民众的需求出发,激发民众参与公共卫生服务。

表 1 政策工具类型及内涵

政策工具	二级分类	类别描述
供给型	基础设施建设	加强基层医疗机构的住房保障及基础医疗设施建设。
	信息化建设	加快信息平台建设,运用信息动态管理,促进信息共享联通。
	公卫项目	包括基本公卫项目和重大公卫项目。
	卫生运动	推动文明城市和卫生乡村建设。
	资金支持	政府通过转移支付和补助补贴等方式支持公卫项目开展。
	人才建设	加强乡村医生及卫生监督员的建设和管理,引进人才。
	服务模式创新	推广政府购买服务项目及公卫项目签约服务。
	均等化帮扶措施	加大对贫困偏远乡村地区、城市流动人口的政策和资金支持。
环境型	事权划分与机制完善	中央和地方各级政府在财政、管理、卫生服务责任等方面的分配及体制机制。
	加强立法与规范	加强对公共卫生具体领域、人才准入、筹资分配等的立法、规范及标准建设。
	基层减负	运用信息化手段和调整评估方式实现基层减负。
	政府认识	地方各级政府重视基本公共卫生服务均等化,并加强领导。
	医防融合	促进医疗和公共卫生服务融合,预防保健和医疗诊治结合。
	发展教育和科技	通过高等教育和继续教育培养医疗人才,加强研究。
	引进社会力量	支持市场主体、社会组织等供给公共卫生服务。
	激励机制	实行绩效工资及与职称评定相联系。
	协调协作	部门之间、医疗机构之间协调协作。
	监督监管	对资金使用、基层医疗机构及人员服务质量的监督管理。
需求型	绩效考核	对卫生部门、基层医疗机构、卫生人员开展考核。
	示范试点	结合本土实际试点,不断改进政策。
	信息公开	公开公卫项目内容和公卫资金的使用状况等。
	教育宣传	教育指导和新闻媒体宣传提高民众的健康意识。
	需求调研	政策制定前了解民众实际健康问题和需求。
	项目调整	调整公卫项目。
	项目评估	对公卫项目实施效果的综合评估。

2.2 Y 维度:利益相关方维度

推动基本公共卫生服务均等化过程中所涉及的利益主体构成了一个紧密联系的社会系统,而利益主体之间的有效互动对于实现基本公共卫生服务均等化的目标至关重要。不同政策利益相关方在政策过程中都应得到关注,并在系统中发挥其应有的作用。基本公共卫生服务均等化政策的利益相关方包括政府部门、卫生机构、卫生人员、社会力量和受益民众。

行环节涉及资金、人力、设施保障,项目开展等;政策评估涉及项目完成质量、数量及社会效果评估考核。构建政策过程维度有利于从纵向视角了解政府在推进基本公共卫生服务均等化不同过程的政策工具使用状况。

2.4 政策文本的分析单元和编码

首先选择编码的单位,本文以政策文本中的政策条款为编码单位。二是制定一份编码单,编码单是观察和记录政策文本的重要工具,本文的编码格式为“政策文件编号-一级政策标题-二级政策标题-三级政策标题”,如 1-2-1-1。本文运用 Nvivo 11 对 99 份政策的政策工具使用情况进行编码,共计编码 519 条(表 2)。

2.3 Z 维度:政策过程维度

为达到政策目标的不同政策过程,包括政策制定、政策执行和政策评估。政策制定涉及项目内容的准入,项目供给主体和供给方式的确定等;政策执

表 2 基本公共卫生服务均等化政策内容分析单元编码示例

编号	文本名称	内容分析单元	编码	政策工具类型
1	关于完善政府卫生投入政策的意见	二、明确政府卫生投入的范围和方式 (一)健全公共卫生经费保障机制 1. 建立健全城乡基本公共卫生服务经费保障机制。	1-2-1-1	环境型(完善制度机制)
...	...	...	...	...
45	关于印发《中国慢性病防治工作规划(2012—2015 年)》的通知	四、策略与措施 (二)拓展服务,及时发现管理高风险人群 2. 及时了解社区慢性病流行状况和主要问题,有针对性地开展健康教育,免费提供常见慢性病健康咨询指导。	45-4-2-2	需求型(健康教育)
...	...	...	...	...
99	关于印发“十四五”全民健康信息化规划的通知	三、主要任务 (六)拓展基层信息化保障服务体系 3. 坚持以基层为重点,加快补齐基层医疗信息化短板,融通汇聚县域内数据,强化数据分析运用,推动基层卫生健康信息化综合治理能力显著提升。	99-3-6-1	供给型(信息化建设)

3 结果

3.1 政策工具使用情况(X 维度)

由表 3 可见,供给型和环境型比例较高,需求型政策工具的使用比例极低;呈现供给型强势地位突出,环境型使用过溢,需求型政策工具拉力不足的状况。

各政策工具内部构成也存在很大差异。供给型政策工具内部构成存在以下特点:(1)公卫项目响应次数极高(32.5%),但卫生运动占比低(1.9%),政府主要通过公卫项目来推进基本公共卫生服务均等化政策的落地,服务形式较为单一。(2)资金支持(19.1%)、人才建设(13.9%)、信息化建设(11.0%)的使用处于第二梯队,说明政府在推进基本公共卫生服务均等化过程中重视基层医疗机构服务能力的提升,并在资金、人才、信息化方面给予较大的政策关注和支持。(3)均等化帮扶措施(9.6%)占比较低,与实现向乡村和偏远地区倾斜医疗资源的政策目标出现差异。

环境型政策工具的内部构成表现出:(1)绩效考核(19.9%)和监督管理(18.5%)的使用比例最高,反映政府对卫生服务开展情况尤其是对卫生投入的监管和对基层医疗服务的监督检查的重视。(2)事权划分与机制完善(16.2%)、加强立法与规范(7.4%)分别居于第三和第五位,即政府对完善基本公卫服务制度标准的重视。(3)与引进社会力量占比较低(5.1%),尤其在基本公共卫生服务领域,市场和社会力量仍非常薄弱。

表 3 基本公共卫生服务均等化政策工具分布情况

政策工具	二级分类	响应次数	百分比 1 (%)	百分比 2 (%)
供给型	公卫项目	68	32.5	13.1
	资金支持	40	19.1	7.7
	人才建设	29	13.9	5.6
	信息化建设	23	11.0	4.4
	均等化帮扶措施	20	9.6	3.9
	基础设施建设	14	6.7	2.7
	服务模式创新	11	5.3	2.1
	卫生运动	4	1.9	0.8
	合计	209	100.0	40.3
环境型	绩效考核	43	19.9	8.3
	监督管理	40	18.5	7.7
	事权划分与机制完善	35	16.2	6.7
	协调协作	28	13.0	5.4
	加强立法与规范	16	7.4	3.1
	激励机制	14	6.5	2.7
	引进社会力量	11	5.1	2.1
	发展教育和科技	10	4.6	1.9
	政府认识	7	3.2	1.3
	医防融合	7	3.2	1.3
	基层减负	5	2.3	1.0
	合计	216	100.0	41.6
需求型	教育宣传	38	40.4	7.3
	项目调整	15	16.0	2.9
	项目评估	14	14.9	2.7
	需求调研	13	13.8	2.5
	示范试点	8	8.5	1.5
	信息公开	6	6.4	1.2
	合计	94	100.0	18.1
总计		519	100.0	

注:百分比 1 为二级类目在该类政策工具中的比重;百分比 2 为二级类目占总政策工具的比重。

需求型政策工具的内部构成表现出:(1)教育宣传占据了绝对比例(40.4%),媒体宣传和教育引导成为吸引公众参与公卫服务,提高健康意识和健康素养的主要方式。(2)需求调研、示范试点、项目评估、项目调整等其他类型政策工具的比例较低,即民众未能主动参与到政策的制定过程中,并且政府较少从民众角度评估公卫项目的实施效果。(3)信息公开占比较低(6.4%),民众获取信息的渠道受阻。

3.2 政策工具—利益相关方组合状况分析(X-Z 维度分析)

如表4所示,不同利益相关方的政策工具响应频次不同,对政府部门的政策工具使用率最高(39.3%),社会力量最低(2.5%)。进一步分析不同利益相关者的政策工具使用情况发现:(1)针对政府部门的供给型和环境型政策工具使用比例较大。(2)针对卫生机构和卫生人员的环境型政策工具比重较大。(3)针对社会力量,政策工具类型大多是环

境型,缺少供给型政策工具。(4)针对受益民众的供给型政策工具使用占比较大。

在供给型政策工具中:(1)公卫项目对政府部门和受益民众响应次数最高,但对卫生人员,公卫项目的涉及次数较少(3次)。(2)资金支持对受益民众和政府部门响应次数最高,对卫生机构和卫生人员的响应次数较少。

在环境型政策工具中:(1)对政府部门(38.0%)、卫生机构(26.9%)、卫生人员(26.9%)的响应率相当,对社会力量(4.6%)和受益民众(3.7%)的响应率略低,对社会力量缺乏应有的关注。(2)对卫生人员,监督监管的响应次数是激励机制的2倍,呈现重监管轻奖励的现象。

在需求型政策工具中:政府部门(42.6%)的响应率高于受益民众(35.1%),即政府从激发需求的角度出发,但更多针对政府部门和其他的社会主体,受益民众的政策响应率较低。

表4 基本公共卫生服务均等化政策 X-Z 维度分析

政策工具	二级分类	政府部门	卫生机构	卫生人员	社会力量	受益民众	合计
供给型	公卫项目	35	11	3	2	17	68
	资金支持	13	9	5	—	13	40
	人才建设	4	3	21	—	1	29
	信息化建设	11	5	2	—	5	23
	均等化帮扶措施	7	1	4	—	8	20
	基础设施建设	5	8	1	—	—	14
	服务模式创新	3	6	2	—	—	11
	卫生运动	4	—	—	—	—	4
	合计(n,%)	82(39.2)	43(20.6)	38(18.2)	2(1.0)	44(21.1)	209(100.0)
环境型	绩效考核	13	18	8	1	3	43
	监督监管	3	11	25	1	—	40
	事权划分与机制完善	23	5	5	—	2	35
	协调协作	14	12	2	—	—	28
	加强立法与规范	11	5	—	—	—	16
	激励机制	1	1	12	—	—	14
	引进社会力量	4	—	—	7	—	11
	发展教育和科技	4	—	4	1	1	10
	政府认识	6	—	1	—	—	7
	医防融合	3	3	—	—	1	7
	基层减负	—	3	1	—	1	5
	合计(n,%)	82(38)	58(26.9)	58(26.9)	10(4.6)	8(3.7)	216(100.0)
需求型	教育宣传	14	7	1	1	15	38
	项目调整	10	4	1	—	—	15
	项目评估	—	2	—	—	12	14
	需求调研	7	3	1	—	2	13
	示范试点	7	—	—	—	1	8
	信息公开	2	1	—	—	3	6
	合计(n,%)	40(42.6)	17(18.1)	3(3.2)	1(1.1)	33(35.1)	94
总计(n,%)		204(39.3)	118(22.7)	99(19.1)	13(2.5)	85(16.4)	519(100.0)

3.3 政策工具—政策过程组合状况分析(X-Y 维度分析)

如表 5 所示,三个不同政策过程的政策工具响应率存在显著差异,政策执行(48.0%)和政策制定(31.4%)响应率最高,政策评估(20.6%)响应率最低。

分析不同政策过程的政策工具使用发现:(1)政策制定阶段涉及市场、社会组织及受益民众等社会力量参与的需求型政策工具占比极低。(2)涉及资金支持和人才建设的供给型政策工具使用多分布于政策执行阶段,而非政策制定阶段。(3)政策执行阶段对卫生人员的激励工具使用较少。

表 5 基本公共卫生服务均等化政策 X-Y 维度分析

政策工具	二级分类	政策制定	政策执行	政策评估	合计
供给型	公卫项目	65	2	1	68
	资金支持	1	39	—	40
	人才建设	1	28	—	29
	信息化建设	—	21	2	23
	均等化帮扶措施	11	7	2	20
	基础设施建设	—	11	3	14
	服务模式创新	—	11	—	11
	卫生运动	4	—	—	4
	合计	82	119	8	209
环境型	绩效考核	10	—	33	43
	监督监管	2	6	32	40
	事权划分与机制完善	7	24	4	35
	协调协作	1	23	4	28
	加强立法与规范	16	—	—	16
	激励机制	10	2	2	14
	引进社会力量	3	8	—	11
	发展教育和科技	3	7	—	10
	政府认识	3	4	—	7
	医防融合	7	—	—	7
	基层减负	2	2	1	5
	合计	64	76	76	216
需求型	教育宣传	1	37	—	38
	项目调整	1	—	14	15
	项目评估	2	4	8	14
	需求调研	13	—	—	13
	示范试点	—	8	—	8
	信息公开	—	5	1	6
	合计	17	54	23	94
总计(n,%)		163 (31.4)	249 (48.0)	107 (20.6)	519 (100.0)

4 讨论

4.1 政策工具总体结构失调

供给型政策工具占比较合理,说明政府重视公卫项目的运用以及资金、人才等要素的供给,强势推

动基本公共卫生服务均等化。作为基本公共卫生服务均等化政策的核心,供给型政策工具应继续处于主导地位,但存在内部结构不均衡的问题。首先,信息化建设使用不足。在推进基本公共卫生服务均等化的过程中,信息化建设缺位不仅影响医疗卫生系统内部数据共享,也难以缓解公共卫生服务的资源紧张状况。^[10]其二,均等化帮扶措施使用缺位。国家推进基本公共卫生服务均等化政策是基于地区、城乡和人群之间存在显著差异的社会背景,但相关政策对于部分经济发展落后地区、农村和人群缺乏足够充分的政策倾斜。

环境型政策工具作为引导性工具,服务于政策目标并发挥辅助作用。但是环境型与需求型政策工具的使用比例悬殊,可能导致资源浪费,并挤压需求型政策工具的使用空间。主要表现为:其一,监管工具使用不合理。在环境型政策工具中,绩效考核和监督监管占据前两位,且监督监管远高于激励机制,说明政府强调卫生服务提供过程的监督和管理。其二,制度规范性不足。事权划分与机制完善的使用率较高,但在法规文件中,党内法规较少;涉及财政资金的分配与管理的规范性文件中,国务院发布的文件数量少于下属具体部门,可能影响基本公共卫生服务均等化的稳定性和持续性。

需求型政策工具在总体使用中严重缺位,对实现基本公共卫生服务均等化政策目标的拉力不足。我国需求型政策工具在实际使用中普遍偏少,可能与我国国情或缺乏需求型政策工具的使用条件相关。^[11]但是项目评估、项目调整作为重要的政策工具,及政策过程的重要环节,政策评估的质量和结果,可以帮助政策制定者审视政策存在的问题,并为政策调整或新政策的制定提供参照,其缺位可能会导致政府相关部门无法根据民众需求和时代变化动态调整卫生政策。

4.2 相关主体间政策利益格局失衡

各利益相关方和各主体内部的政策工具使用失衡。政府和卫生机构得到的关注较多,社会力量参与率极低,对卫生人员存在管理和激励的失衡,受益民众缺席政策项目制定和评估。首先,基本公共卫生服务供给主体单一化,社会力量参与不足。社会力量的响应次数极少,即社会主体如市场力量及社会组织的角色和作用鲜被提及。基层医疗机构在供给中发挥重要的服务者角色,但存在着缺乏竞争环

境且主体单一化的现象。针对社会力量的供给型政策仅停留在引导和呼吁层面,缺乏实质性支持,不利于提升服务质量与效率、降低政府服务成本,难以实现资源优化配置和均等化。^[12]其次,受益民众缺席影响政策精准度。公卫项目基本通过自上而下的方式制定,而民众在需求调研中的缺失,使其缺少政策参与的合规渠道,仅作为被动接受者享受卫生服务。在多元福利视角中,服务受众也是重要的一方,缺乏民众参与影响政策制定和服务供给的质量。此外,民众参与需求评估比例低,政策更多从供方的视角去评估公卫项目成效,忽略了需方。最后,监督管理和政策激励使用失调,针对卫生人员的政策工具使用中存在重监管轻激励的现象,利用监管规范卫生人员权责行为,但不合理的激励机制将影响基层卫生人员的工作积极性及人才队伍的稳定性。^[13]

4.3 政策阶段的关注不均

三个政策阶段使用的政策工具数量及类型不均衡,呈现政策执行阶段政策工具数量庞大,政策制定和评估阶段不足的状态。一方面,关系到政策实现关键的资金分配、管理、人才建设与培养的政策内容多被分配在政策执行阶段,而非政策制定阶段。可见部分基本公共卫生服务均等化政策的制定存在滞后性。另一方面,对政策评估阶段的关注非常少,且多聚焦于绩效考核和监督管理,利用评估结果进行项目内容调整,及评估阶段利用激励手段进行鼓励和引导的政策工具使用率较低。可能由于基本公共卫生服务以政府主导的特性,更加强调服务的规范性。

5 建议

5.1 优化政策工具内部结构

政府仍需要扮演主导角色并发挥引导作用,为民众提供平等可及的基本公共卫生服务,保持供给型政策工具优势地位,但需调整内部结构,从政策和物资支持的角度为推进基本公共卫生服务均等化持续发力。^[14]需要优化环境型政策工具作为辅助性的政策工具的运用,减少冗余,增强政策的引导力,提高资源利用效率。需求型政策工具使用比例过低,应增强对其使用力度,从需求侧发力拉动均等化。

5.2 对利益相关方投入多元政策关注

政府应引导多元社会主体参与基本公卫服务供给,并针对不同利益相关方,调整政策工具使用,提

升政策精准度。^[15]首先,政府在主导基本公共卫生服务均等化的同时,适当转变角色,发挥好服务性角色,充分利用社会力量的专业性和对需求的敏感性提供优质服务,可借鉴一些国家通过政府购买服务的方式向医院购买专业的公共卫生服务。^[16]其次,发挥民众参与政策议程的主体性,探索建立公共卫生服务供给的自主决策和需求的有效表达机制,有利于满足民众健康需求和服务项目落实;此外,应积极推动民众参与需求评估过程。

5.3 合理布局不同政策阶段

政策制定、政策执行和政策评估阶段都应得到合理和充分的体现。要加强对政策评估阶段的关注,制定有效的政策评估方法,并利用评估结果促进政策的动态调整。其一,改变过去由单一主体—政府承担政策评估任务的局面,引导第三方和民众共同参与政策评估,实现多维度、多方法和高效率的政策评估。其二,政策评估阶段要合理使用管理和激励手段,既要规范服务过程和行为,也要给予卫生人员鼓励和支持。其三,在政策制定阶段的财政资金分配与管理,医疗卫生队伍建设和培育中,政府应该制定更高效力、更权威的法规及政策体系,以保证政策执行的稳定性,推进基本公共卫生服务均等化政策目标的实现。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 胡同宇. 国家基本公共卫生服务项目回顾及对“十三五”期间政策完善的思考[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(7): 43-48.

[2] 朱琳, 王筱婧. 城市流动人口基本公共卫生服务均等化与精准脱贫研究[J]. 北方民族大学学报(哲学社会科学版), 2019(5): 54-59.

[3] 汤少梁, 刘浩然. 基于熵权-TOPSIS 法的 31 个地区基本医疗服务均等化研究[J]. 中国卫生统计, 2016, 33(6): 1030-1034.

[4] 罗静, 杨涛华, 田玲玲, 等. 中部地区公共卫生健康高质量发展研究[J]. 经济地理, 2021, 41(10): 174-182.

[5] 杨敬宇, 张维. 关于基本医疗卫生服务均等化的思考[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2010, 31(6): 61-63.

[6] 李杰刚, 李志勇, 朱云飞, 等. 县域间基本公共卫生服务均等化: 制约因素及公共政策: 基于河北省的实证分析[J]. 财政研究, 2013(11): 29-32.

[7] 韦伯罗伯特·菲利普. 内容分析法导论[M]. 李明, 译.

- 2 版. 上海: 上海人民出版社, 2019.
- [8] 陈振明. 政府工具研究与政府管理方式改进: 论作为公共管理学新分支的政府工具研究的兴起、主题和意义[J]. 中国行政管理, 2004(6): 43-48.
- [9] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and technology [M]. Reindustrialization and technology, 1985.
- [10] 张润彤, 赵红梅, 许媛, 等. 数据驱动的大型医院门诊系统服务效率与患者流研究[J]. 管理科学, 2019, 32(6): 72-85.
- [11] 李浩, 戴遥, 陶红兵. 我国 DRG 政策的文本量化分析: 基于政策目标、政策工具和政策力度的三维框架. 中国卫生政策研究, 2021, 14(12): 16-25.
- [12] 熊烨. 政策工具视角下的医疗卫生体制改革: 回顾与前瞻: 基于 1978—2015 年医疗卫生政策的文本分析[J]. 社会保障研究, 2016(3): 51-60.
- [13] 朱晓丽, 陈庆琨, 杨顺心. 新一轮医改以来我国基层卫生人力资源现状及问题分析[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(11): 57-62.
- [14] 夏冕, 高艺宁, 陈芝玲, 等. 政策工具视角下我国公立医院薪酬政策文本分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(12): 1-8.
- [15] 钱宁, 王肖静. 福利国家社会政策范式转变及其对我国社会福利发展的启示[J]. 社会建设, 2020, 7(3): 37-48.
- [16] 李杰刚, 李志勇, 朱云飞, 等. 县域间基本公共卫生服务均等化: 制约因素及公共政策: 基于河北省的实证分析[J]. 财政研究, 2013(11): 29-32.
- [收稿日期: 2024-03-02 修回日期: 2024-04-09]
(编辑 赵晓娟)

欢迎订阅 2024 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管, 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, 本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库 (CSCD) 核心期刊、中国科技核心期刊 (中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊 (A)、《中国人文社会科学期刊评价报告 (AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

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、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

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、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、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 20 元/册, 全年 240 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

电话: 010-52328696, 52328697