

新时代我国基层卫生健康综合评价：指数构建与实证研究

苗艳青¹ 吴佩林² 陈文晶³ 诸宏明¹

1. 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100191

2. 北京师范大学政府管理学院 北京 100875

3. 北京邮电大学经济管理学院 北京 100876

【摘要】目的：构建全国基层卫生健康发展指数(PHDI)，测度全国基层卫生健康发展绩效。方法：通过专家咨询法构建指标体系框架，以综合赋权法确定指标权重。利用莫兰指数和泰尔指数分别衡量PHDI的空间自相关关系和区域差异。结果：(1)PHDI分为公共责任、卫生资源和综合服务3个维度，涵盖14个指标。(2)我国PHDI呈持续递增趋势，由2018年的70.46提升至2022年的83.02，年均增幅4.19%。(3)2018—2022年全国基层卫生健康发展在空间上呈现一定的集聚效应，指数得分高(低)的省份，相邻省份得分也高(低)，但这一空间正相关关系在减弱。(4)我国基层卫生健康发展区域内和区域间差异呈逐年缩小趋势，区域内部差异主导了区域发展差异，且内部差异呈现“东部>西部>中部”的特征。结论与建议：全国基层卫生健康发展水平快速提升，均等可及态势逐渐显现，但区域内仍存在差异；应将基层卫生发展指标监测与评估工作常规化和制度化，并强化结果运用，加强区域内省份间的发展合作，促进基层卫生健康均衡发展。

【关键词】基层卫生健康发展指数；综合评价；综合赋权法

中图分类号：R197 文献标识码：A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.06.003

The comprehensive evaluation of primary healthcare in China's new era: Index construction and empirical analysis

MIAO Yan-qing¹, WU Pei-lin², CHEN Wen-jing³, ZHU Hong-ming¹

1. China National Health Development Research Center, Beijing 100191, China

2. School of Government, Beijing Normal University, Beijing 100875, China

3. School of Economics and Management, Beijing University of Posts and Telecommunications, Beijing 100876, China

【Abstract】 Objective: To construct the Primary Health Development Index (PHDI) and measure the performance of primary health care development in China. Methods: The PHDI was established through expert consultation. The indicator weights were determined using a comprehensive weighting method. Spatial autocorrelation and regional disparities in PHDI were analyzed using Moran's I and Theil indices. Results: (1) The PHDI framework comprises three dimensions—public accountability, health resources, and integrated services—covering 14 indicators. (2) The PHDI exhibited sustained growth, increasing from 70.46 in 2018 to 83.02 in 2022, with an average annual growth rate of 4.19%. (3) Spatial clustering of PHDI was observed, where provinces with high (low) scores neighbored provinces with similarly high (low) scores, though this positive spatial correlation gradually weakened. (4) Regional disparities in primary health care development showed continuous narrowing, with intra-regional differences dominating overall disparities. Intra-regional variations exhibited as "Eastern > Western > Central". Conclusions and suggestions: China's primary health care system has made rapid progress, with a growing trend toward more equitable access. However, disparities within regions persist. It is recommended to

* 基金项目：国家卫生健康委基层卫生健康司委托项目

作者简介：苗艳青(1977年—)，女，博士，研究员，主要研究方向为公共管理和基层卫生政策。E-mail:miaohanxinyun@126.com

通讯作者：诸宏明。E-mail:zhm@nhei.cn

routinize and institutionalize the monitoring and evaluation of primary health care development indicators, enhance evidence-based policy implementation, strengthen inter-provincial collaboration within regions, and promote coordinated resource allocation to support balanced development.

【Key words】 Primary Health Development Index; Comprehensive evaluation; Hybrid weighting method

1 引言

进入新时代,人民群众看病就医需求呈现多样化和差异化特点,提供系统、综合、连续的医疗卫生服务,不仅需要功能完备、结构合理、整合连续的卫生服务提供系统,更需要构建一个强大的、公平可及、为居民健康负责任的基层医疗卫生体系。只有建立起强有力的基层医疗卫生体系,才能以较低成本提供优质高效、以人为本的一体化服务。^[1]

在过去的十五年里,我国基层卫生改革与发展取得显著成效,但仍然面临区域发展不平衡、资源配置不均衡、供需矛盾突出等问题^[2],尤其是基层防病治病和健康管理能力依然不足。如何通过系统全面的评价识别影响我国各地基层卫生健康发展的不利因素,促进其高质量发展,是贯彻落实新时代“以基层为重点”卫生健康工作方针的有效途径。通过评估,提升基层卫生健康在政府决策议程上的优先级更是一项重要工作。^[3]鉴于此,本文试图通过构建全国基层卫生健康发展指数(Primary Health Development Index, PHDI),综合评价我国基层卫生健康事业的绩效。

目前,国内外已有很多研究机构或学者设计了不同指标体系来评价不同行业领域发展。起步早、研究较成熟且应用较广泛的有加拿大 Fraser 研究所开发的世界经济自由指数评价体系^[4]、美国传统基金会^[5]和北京国民经济研究所构建的市场化指数评价体系^[6],这些评价体系均是用多维度、多指标综合成一个“指数”的方法评价经济发展状态,以此反映市场化发展的进程。在卫生领域,2000 年世界卫生组织报告中对全球 191 个成员国的卫生系统绩效评价结果进行排名。在国家层面,美国、英国、澳大利亚通过卫生系统绩效评价的结果,将卫生系统发展和国家整体发展战略结合起来进行综合评判。^[7]我国卫生系统评价研究起步于 20 世纪 80 年代^[8],主要分为两类:一是针对机构层面的评估研究^[9-13],这类评估主要从服务提供、经营状况、发展能力等三个维度构建评价指标体系;二是针对城乡或某个区域的服务体系或

者某项医疗卫生服务内容开展评估研究^[14-18],评估运用投入—过程—产出理论框架构建不同维度和数量的指标体系,如北京市卫生健康委借鉴 WHO 的卫生系统绩效评价理论框架并结合北京市卫生发展目标定位,构建了北京市卫生发展绩效评价指标体系。^[3]

纵观现有研究文献,存在以下三点不足:一是大多评估的方法集中于专家咨询、文献研究和层次分析法等,结果往往缺乏科学性与合理性^[19],不容易在同行中达成共识;二是评估研究过于理想化,仅仅根据评估目标和理论建立指标,并没考虑数据资料的可获得性,导致评价研究仅停留在构建指标体系阶段;三是构建的指标数量过多,造成评价信息过度重叠、评价系统反应迟钝,导致“数字黑洞”发生。^[20]整体而言,国内卫生系统评估大多数研究停留在指标体系构建层面,较少关注落地执行的可行性和可操作性;过多关注指标的科学性和专业性,较少考虑引领性和示范效应。基于此,本文有两个贡献:第一,指标选取更有代表性且突出当前我国基层卫生健康发展的工作重点,为落实“以基层为重点”的卫生健康工作方针,引导全国各省份建立适应新时代要求的基层卫生健康体系提供思路;第二,用综合赋权法确定指标权重并通过评估为各省识别基层卫生健康的短板弱项提供明确路径。

2 理论模型框架

世界卫生组织对于卫生体系评估主要集中于质量、公平与绩效,但这一评价框架太笼统且缺乏敏感性和可操作性,Roemer 将卫生体系定义为“向公众提供卫生服务的过程中实现的资源、组织、筹资和管理的组合”。^[21]本文将这一定义模型化为本文理论框架,由公共责任、卫生资源、综合服务三个维度构成,模型的假设条件是政府是构建卫生体系的主要责任人,承担卫生体系的公共责任,包括投入、信息系统、治理能力、激励机制等,通过一系列制度安排,形成卫生资源,包括人力资源、设施设备等资源;卫生资源依附于卫生组织(各级医疗卫生机构形成的卫生服务体系),通过有效管理和卫生筹资,形成最终的

服务产品(各种医疗服务),这些医疗服务将满足全体居民的医疗服务需求(图1)。从公共责任到卫生资源形成,再到服务提供,均称之为卫生体系。

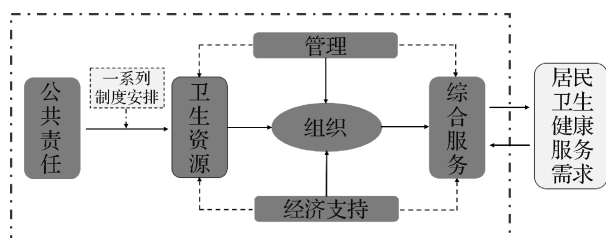


图1 基于Roemer模型构建的评价理论框架

3 资料与方法

3.1 指标构建方法

3.1.1 初始指标选择

全国PHDI指标选取过程中遵循以下原则:第一,全面性原则。尽量全面和系统地把握我国当前基层卫生健康发展的内涵与特点。第二,科学性原则。符合卫生管理和卫生统计等专业的基本要求,保证评价结果相对公正客观。第三,敏感性和数据易获性原则。选取的指标具有敏感性和数据易获性与连续性。

基于上述原则,以公共责任、卫生资源、综合服务三个维度作为基本变量,结合国内外关于卫生体系综合评价文献,并参考当前涉及我国基层卫生健康领域的重点政策文件,形成PHDI的初始指标池,包括公共责任维度8个指标、卫生资源维度10个指标、综合服务维度10个指标。

3.1.2 德尔菲法

通过德尔菲法对初始指标开展专家咨询。专家纳入标准如下:在卫生经济、卫生管理、基层卫生、公共卫生或公共管理等研究领域工作5年及以上,且具有高级职称。专家咨询问卷主要包括专家基本情况和指标体系打分表,各级指标评分由“重要性”“可操作性”“熟悉程度”和“判断依据”四个维度构成(满分为5分)。首轮专家咨询获取指标打分数据和专家意见,并将其纳入后续专家咨询问卷,通过再次指标数据与意见收集,对指标进行筛选。以专家积极系数、专家权威系数和肯德尔协调系数,作为专家打分整体科学性和可信度的衡量标准;以指标综合得分均数和变异系数为基础,采用界值法筛选指标。^[22]

3.1.3 综合赋权法

针对指标权重确定,大多研究采用主观赋权法,

如层次分析法、专家打分法等^[23-24],部分研究采用了客观赋权法,如主成分分析法^[25-27],加权综合指数法^[3, 28]。基于上述理论框架与指数构建原则,在现有文献基础上,本文选择综合赋权法确定指标权重,客观权重确定选择验证性因子分析法,通过构建“路径图”,获得结构方程模型,并对结果不断进行修正,选择通过验证的模型和拟合结果,确定最优模型,最后得出有路径系数的指标体系,形成指标体系的客观权重。主观权重确定首先根据指标体系制定问卷,按照严格的专家咨询法进行问卷咨询来确定。结合专家咨询获得主客观权重比例,并通过线性组合最终确定指标体系的综合权重。

3.2 指数测度方法

3.2.1 发展指数测度

在计算PHDI前,对原始数据做标准化处理,以消除各指标的量纲差异。为了使各指标得分具有跨年度可比性,在对各年度指标值做离差标准化处理时,首先参考相关政策文件,确定各指标的理想值 X_{best} 作为最大值,并使用2018年的各指标原始值中的最小值进行离差标准化处理:

$$V_{ht} = \frac{X_{ht} - X_{min-2018}}{X_{best} - X_{min-2018}} \quad (1)$$

其中, X_{ht} 为各个指标在2018—2022年内的原始值,将标化后的 V_{ht} 乘以100就得到 V_{it} ,然后根据各指标权重值计算指数,见公式(2)。具体来看,评价体系包括总指数、公共责任指数、卫生资源指数、综合服务指数,计算通过由下往上逐层加权求和,最终得到PHDI,为了更好地展示各省份在基层卫生健康发展方面的改善情况,根据每年的总指数结果测度各省份进步程度,见公式(3)。

$$I_t = V_{1t} * \bar{V}_{1t} + V_{2t} * \bar{V}_{2t} + \dots + V_{it} * \bar{V}_{it} \quad (2)$$

$$P_{2018-2022} = \left(\sqrt[4]{\frac{I_t - 2022}{I_t - 2018}} - 1 \right) * 100\% \quad (3)$$

3.2.2 空间自相关分析

本文使用Moran指数(Moran's I)进行空间自相关分析,以检验基层卫生健康发展是否具有空间相关特征,具体公式如下。

$$Moran's I = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} (x_i - \bar{x}_q) (x_j - \bar{x}_q)}{S^2 \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} x_i x_j / \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n x_i x_j} \quad (4)$$

其中, n 为空间单元数量, x_i 和 x_j 分别代表空间要素 x 在空间单元 i 和 j 中的值, $\bar{x}$ 为要素 x 的均值, W_{ij} 为

空间权重矩阵。Moran's $I \in [-1, 1]$, 当 Moran's $I > 0$ 时表示各地区呈正相关, 当 Moran's $I = 0$ 或者接近 0 时表示各地区空间上不相关, 当 Moran's $I < 0$ 时表示各地区呈负相关。

3.2.3 区域差异性分析

参照国家统计局标准, 将 31 个省份(含新疆生产建设兵团)划分为东、中、西部, 并使用 Theil 指数衡量 PHDI 的区域差异^①, 研究未涉及香港、澳门和台湾地区。由于 Theil 指数具有可加性, 区域整体差异(TL)是可分解为区域间差异(TL_b)和区域内差异(TL_w)。各差异计算公式如下:

$$\begin{aligned} TL &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \frac{y_i}{y} \log\left(\frac{y_i}{y}\right); \\ TL_b &= \sum_{k=1}^m \frac{n_k}{n} \left(\frac{\bar{y}_k}{y}\right) \log\left(\frac{\bar{y}_k}{y}\right); \\ TL_w &= \sum_{k=1}^m \left(\frac{n_k}{n} \frac{\bar{y}_k}{y}\right) TL_k \end{aligned} \quad (5)$$

其中, y 表示各省基层卫生健康发展水平, n 为省份数量, n_k 为 k 区域内省份的数量。

3.3 数据来源

本研究数据来自四个方面: 一是全国各省份卫生健康统计年鉴, 有 4 个指标: 与上年相比基层诊疗人次比重变化幅度、执业(助理)医师占乡村医生的比例、每千农村人口乡村两级医务人员数、每万人口全科医生数; 二是各省卫生健康行政部门的年度工作报告, 有 5 个指标: 乡镇卫生院/社区卫生服务中心提供中医非药物疗法的比例、家庭医生签约服务全人群覆盖率、重点人群家庭医生服务签约率、达到服务能力标准的乡镇卫生院/社区卫生服务中心比例、县域卫生健康综合信息平台建成率; 三是各省份卫生财务年报, 有 2 个指标: 基层财政补助占政府卫生支出比例、乡镇卫生院医务人员收入与县级医疗机构人员收入比值; 四是国家免疫规划信息系统、国家基本公共卫生服务项目管理信息系统和民政部门, 有 3 个指标: 以乡(镇、街道)为单位适龄儿童免疫规划疫苗接种率达到 90% 的乡(镇、街道)占比、高血压患者基层规范管理服务率、村(居)委公共卫生委员会覆盖率。

运用验证性因子分析法确定客观权重的样本量至少为测量项(量表题)数量的 5 倍^[29], 因此本文收集

了 2018—2022 年全国 31 个省份(含新疆生产建设兵团)14 项指标 2 240 个观测值组成面板数据。

4 结果

4.1 专家咨询结果

本研究共咨询专家 22 名, 平均年龄为 52.96 ± 5.75 岁, 其中来自高等院校的专家 10 人(45.45%), 从事基层卫生健康领域研究 5 年及以上的专家占比 85.96%, 硕士及以上学历的专家占 76.89%。四轮专家咨询问卷回收有效率为 100%, 专家积极性很高; 各级指标权威系数均值达 0.86, 表明专家对各项指标熟悉程度较高; 专家打分肯德尔协调系数由首轮 0.208 显著提升至第四轮的 0.396 ($P < 0.05$), 专家意见协调程度较高, 整体而言专家打分结果具备科学性和可信度。

经过 4 轮专家咨询, 共剔除初始指标 14 个, 包括: 县域内就诊率、“两病”患者基层规范管理服务率、居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例、县域内基层医疗卫生机构医保基金支出率等(综合得分均低于 4 分, 部分指标变异系数大于 0.25); 对 6 个保留指标的名称、计算公式进行调整。公共责任维度从投入、机制、治理与支撑四个方面构建了 4 项指标; 卫生资源维度则从人力、设施、综合能力方面构建 4 项指标; 综合服务从医疗服务、基本公共卫生服务等方面构建 6 项指标(表 1); 各项指标综合得分区间为 4.23~4.89, 指标变异系数区间为 0.05~0.18, 最终指标体系专家意见较为一致。

4.2 指标体系及权重结果

验证性因子分析显示, 模型拟合的卡方自由度比(χ^2/df)为 1.738 (< 3 为理想值范围), 近似误差均方根(RMSEA)为 0.076 (< 0.08 为可接受范围), 比较拟合指数为 0.919 (> 0.90 为可接受范围), 总体而言模型拟合较好。客观权重排在前三位的指标分别是县域卫生健康综合信息平台的建成率(0.148)、执业(助理)医师占乡村医生的比例(0.132)、每万人口全科医生数(0.125)。以专家咨询表中对指标重要性评分计算主观权重, 排在前三位的依次是达到服务能力标准的乡镇卫生院/社区卫生服务中心比例(0.096)、基层财政补助占政府卫生支出比例(0.090)、与上年相比基层诊疗人次比重变化幅度

① 区域差异指东、中、西部在区域间和区域内的差异。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; 中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南; 西部地区包括内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆。

(0.087);并得到主、客观权重占比分别为42.08%和57.92%。如表1所示,在指标综合权重中,排在前三位的分别是县域卫生健康综合信息平台的建成率(0.111)、每万人口全科医生数(0.107)、执业(助理)医师占乡村医生的比例(0.103)。

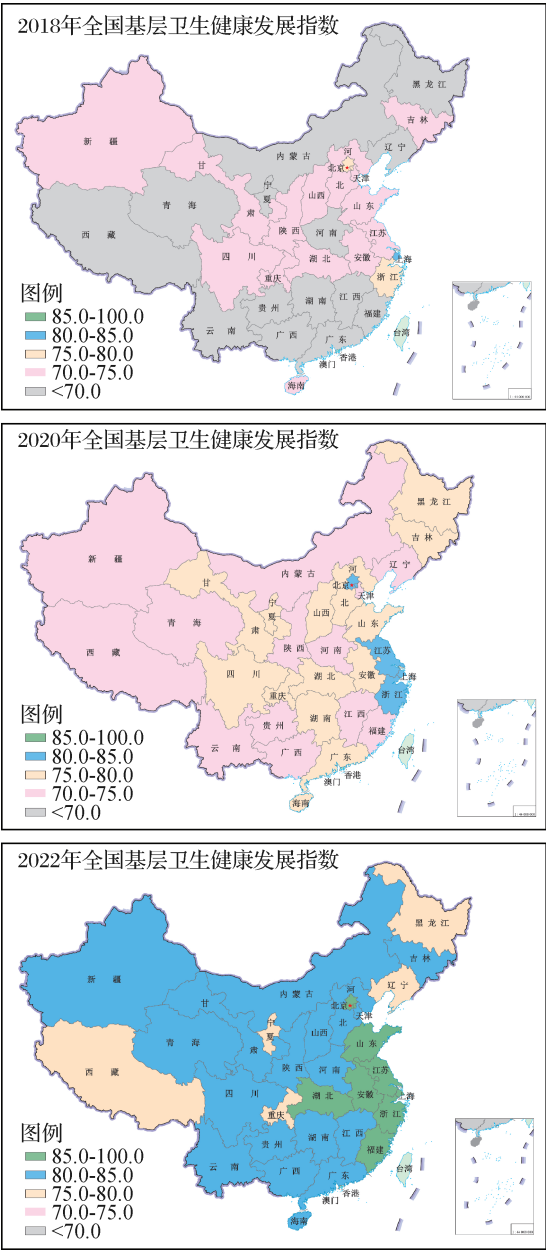
表1 基层卫生健康发展评价指标体系

评价维度	维度权重	评价指标	指标权重
综合服务	0.309	1. 与上年相比基层诊疗人次比重变化幅度	0.046
		2. 乡镇卫生院、社区卫生服务中心提供中医非药物疗法的比例	0.041
		3. 以乡(镇、街道)为单位适龄儿童免疫规划疫苗接种率达到90%的乡(镇、街道)占比	0.039
		4. 高血压患者基层规范管理覆盖率	0.036
		5. 家庭医生签约服务全人群覆盖率	0.089
		6. 重点人群家庭医生服务签约率	0.058
卫生资源	0.362	7. 每千农村人口乡村两级医务人员数	0.051
		8. 每万人口全科医生数	0.107
		9. 执业(助理)医师占乡村医生的比例	0.103
		10. 达到服务能力标准的乡镇卫生院、社区卫生服务中心比例	0.101
公共责任	0.329	11. 基层财政补助占政府卫生支出比例	0.088
		12. 乡镇卫生院医务人员收入与县级医疗机构人员收入比值	0.047
		13. 县域卫生健康综合信息平台建成率	0.111
		14. 村(居)委公共卫生委员会覆盖率	0.083

4.3 发展指数测度结果

从全国层面看,2018—2022年PHDI得分分别是70.46、72.80、75.55、80.52和83.02,指数得分年均增长率为4.19%。从省份看,所有省份的发展指数均呈增长趋势。将PHDI得分分为5个梯队,从第一至第五梯队得分依次为[85,100]、[80,85)、[75,80)、[70,75)、[0,70)。整体而言,2018年各省份PHDI主要集中在四、五梯队,分别有14个和15个省份。第二、三梯队分别有1个和2个省份,均来自东部,西部省份主要集中在第五梯队,各省份PHDI跟经济发展水平高度正相关。2020年,各省份PHDI主要分布在第三、四梯队,省份数量分别为15个和12个,第二梯

队增加到了4个省份,均在东部地区。中部省份主要集中在第三梯队,西部省份主要集中在第四梯队。2022年,全国PHDI呈现显著增加,第一、二、三梯队的省份数量分别是9个、18个和5个,所有省份(包括兵团)均进入前三梯队。整体分布呈现东部地区主要在第三梯队,中西部地区第二梯队分布基本均等的格局(图2)。



注:该图基于国家测绘地理信息局标准地图服务网站下载的审图号为GS(2019)1833号的标准地图制作,底图无修改。

图2 2018—2022年全国基层卫生健康发展指数

为深入探究不同PHDI水平的维度特征,将2018—2022年PHDI进行分维度讨论(图3)。结果显示,2022年全国基层卫生健康发展的公共责任指数、

卫生资源指数及综合服务指数得分分别为 97.56、75.99、88.77。公共责任指数得分比 2018 年提高 36.62 分；卫生资源指数得分比 2018 年提高 40.86 分，在三个维度中提升最为显著；综合服务指数得分比 2018 年提高 16.64 分。

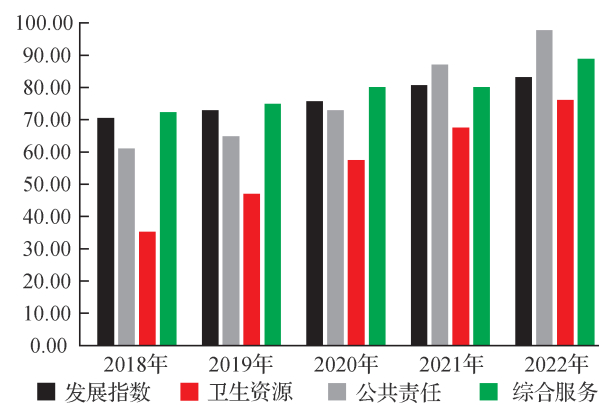


图3 2018—2022年全国基层卫生健康发展指数：总指数和分维度指数

4.3.1 空间相关关系

2018—2022年全国PHDI的Moran's I均大于零，且均通过了5%的显著性检验，表明我国基层卫生健康发展存在空间正相关关系，即我国基层卫生健康发展在空间分布上呈现出一定的集聚效应，PHDI较高的省份被其他PHDI较高的省份所包围，相对较低的PHDI省份被较低PHDI省份所包围。2018—2022年全国PHDI的Moran's I整体呈先增后减趋势。具体而言，先由2018年0.363提升到2019年的0.421，此后持续降低至2022年的0.253(表2)。

表2 2018—2022年全国基层卫生健康发展指数的Moran指数

指数	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
Moran's I	0.363	0.421	0.335	0.263	0.253
Z值	3.502	3.981	3.172	2.572	2.453
P	<0.001	<0.001	0.002	0.010	0.014

在空间分布上创建邻接权重矩阵，利用Stata软件生成2018和2022年全国PHDI的Moran散点图(图4)。Moran散点图主要分为高一高(第一象限)、低一高(第二象限)、低一低(第三象限)、高一低(第四象限)。高一高和低一低分别表示PHDI高(低)的省份其周边省份PHDI也较高(低)；低一高和高一低表示PHDI较高(低)的省份其周边省份的PHDI较低(高)，从而表明地理位置相邻省份具有差异性。结果表明，2018—2022年我国基层卫生健康发展水平

在空间分布上呈现出一定的集聚效应，符合相邻省份PHDI双高(双低)的情况。但与2018年相比，2022年的集聚效应发生了变化，低一高和高一低的省份数量增加。

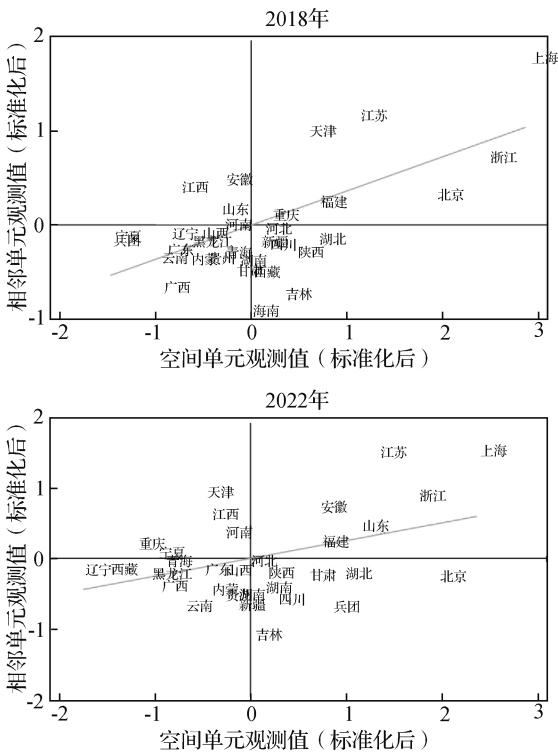


图4 2018和2022年省际基层卫生健康发展指数Moran散点图

4.3.2 区域差异及分解

我国PHDI总体区域差异呈持续减小趋势，由2018年的0.0347缩减至2022年的0.0058，年均降幅36.10%，其中2021年相较上一年度降幅明显，达67.07%。将总体差异进行分解，我国PHDI区域内和区域间差异与整体差异保持一致，呈现持续缩小趋势；此外，区域内差异对区域整体差异的贡献度呈先增后减趋势，且区域内差异对区域整体差异一直起主导作用，持续稳定在75%左右(表3)。

表3 2018—2022年中国基层卫生健康发展水平Theil指数及其分解

年份	总体差异	区域内差异	区域间差异	东部	中部	西部
2018	0.0347	0.0242	0.0105	0.0438	0.0075	0.0191
2019	0.0257	0.0190	0.0068	0.0386	0.0045	0.0133
2020	0.0225	0.0169	0.0056	0.0272	0.0035	0.0192
2021	0.0074	0.0061	0.0013	0.0145	0.0022	0.0026
2022	0.0058	0.0045	0.0013	0.0090	0.0018	0.0032

进一步分解区域内差异,三大区域内部差异基本呈现“东部>西部>中部”的排序。具体而言,东部和中部区域内部差异逐年降低;西部区域内部差异整体呈现波动下降趋势。

5 讨论与建议

5.1 该指标体系具有科学性、合理性和可靠性

本研究基于Roemer模型确定理论框架,结合国内外相关文献、我国基层卫生健康发展实践与当前重点任务,采用德尔菲法探索建立综合评价指标框架,并通过综合赋权法计算指标权重,确定评估的核心与重点,确保指标体系的科学性、合理性和可靠性。同时,咨询专家分别来自北京、山东、江苏、重庆、甘肃等省份,主要从事基层卫生、卫生管理等领域的研究和实践工作,与研究内容有很强的相关性,全部具有高级职称,表明专家具有丰富的理论基础和实践经验。四轮咨询的权威系数均大于0.7,表明了指标体系构建的可靠性。然而,任何指标体系构建都有具有一定的局限性^[30],各地在使用该评价指标体系时应结合当地实际情况进行调整和完善,有效发挥综合评价机制“指挥棒”作用,并强化结果运用。

5.2 我国PHDI逐年提高,但不同维度的提高程度存在差异

2022年全国基层卫生发展指数得分比2018年增加了12.56分,且所有省份指数得分均在75分及以上,与已有研究结果基本一致。^[31]但分维度看,公共责任和卫生资源维度的提高程度远超综合服务提供维度。根据Roemer模型,如果缺乏合理、有效的激励机制,即使卫生资源大幅度增加和公共责任持续强化,也不会获得有效的服务能力。为此,需要科学设计微观层面的激励约束机制以提升综合服务能力,并逐步建立以健康结果为激励导向的评价机制。^[31]

5.3 区域间均等化发展趋势逐渐显现,但区域内仍存在差异

从全国层面看,相邻省份基层卫生健康发展的空间正相关关系在减弱,基层卫生健康均衡发展趋势逐渐显现。但区域内仍存在一定差异,东部区域内差异明显大于中西部地区,这一结果与已有研究一致。^[32-33]有研究显示,区域内不同省份间在政府财力、经济总量和产业结构上差异显著导致基层卫生

健康发展水平的空间非均衡格局。^[34]为此,建议加强区域内各省份之间的合作联动,通过强化区域内统筹,搭建资源共享机制,组织区域内省份间的交流学习合作互访,通过合作交流,促进区域内基层卫生健康均等化发展。

作者贡献:苗艳青负责构思研究设计、文献综述、撰写文章;吴佩林负责数据收集与整理、协助完成论文的撰写与修改;陈文晶负责数据分析;诸宏明负责研究设计、对文章的知识性内容进行审阅。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 世界银行,世界卫生组织. 深化中国医药卫生体制改革:建设基于价值的优质服务提供体系[M]. 中国财政经济出版社, 2016.
- [2] 杜本峰, 郝昕. 我国卫生健康服务体系的发展改革与建设路径[J]. 郑州大学学报(哲学社会科学版), 2021, 54(2): 39-43.
- [3] 雷海潮. 北京市卫生发展综合评价研究设计与效果[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(4): 1-5.
- [4] GWARTNEY J, LAWSON R, HALL J, et al. Economic freedom of the world: 2020 annual report-executive summary [R]. 2020.
- [5] MILES M, HOLMES K R, O GRADY M A, et al. Index of economic freedom[R]. The Heritage Foundation, Washington DC and World Street Journal, New York, 2006.
- [6] 樊纲, 王小鲁, 张立文, 等. 中国各地区市场化相对进程报告[J]. 经济研究, 2003(3): 9-18.
- [7] 李叶, 吴群红, 常铁中, 等. 国际卫生系统绩效评价的递嬗历程与比较分析[J]. 中国卫生经济, 2011, 30(8): 73-75.
- [8] 胡志, 朱敖荣, 吴雁鸣. 中国农村初级卫生保健指标体系研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 1989(5): 14-20.
- [9] 姚岚, 龚勋, 熊巨洋, 等. 社区卫生服务中心个人绩效考核方案初探[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(12): 13-15.
- [10] 胡鹏飞, 李菲, 张凯, 等. 广州地区乡镇卫生院绩效评价研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2009, 29(7): 516-519.
- [11] 高建民, 韩焕菊, 闫菊娥, 等. 陕西省基层卫生机构绩效评价体系研究[J]. 中国医院管理, 2011, 31(5): 47-49.
- [12] 郭芬芬, 刘冬梅. 基于灰色RSR法的基层医疗卫生机构服务能力评价[J]. 中国卫生统计, 2014, 31(6): 1012-1014.
- [13] 喻雪双, 何文翀, 屈伟, 等. 分级诊疗背景下基层医疗卫生机构基本医疗服务绩效考核指标体系探讨[J]. 现

- 代预防医学, 2018, 45(3): 467-470, 495.
- [14] 梁万年, 王红, 杨兴华. 中国城市社区卫生服务评价指标体系的建立[J]. 中国卫生事业管理, 2002, 18(8): 460-462.
- [15] 刘岳, 王竞波. 我国中、西部县域卫生系统绩效评价框架[J]. 中国卫生经济, 2009, 28(1): 64-66.
- [16] 王志锋, 贾金忠, 简伟研, 等. 中国农村基本卫生保健工作发展与思考[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(10): 1-6.
- [17] 赵苗苗, 吴群红, 郝艳华, 等. 黑龙江省县级医院绩效评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理, 2012, 32(4): 20-22.
- [18] 岳毅, 孙翠勇, 侯豪迈, 等. 河南省农村卫生资源配置公平性分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2013, 33(3): 253-255.
- [19] 胡永宏. 对统计综合评价中几个问题的认识与探讨[J]. 统计研究, 2012, 29(1): 26-30.
- [20] 李博. 多指标综合评价方法应用中存在的问题与对策[J]. 沈阳工程学院学报(社会科学版), 2010, 6(2): 200-202.
- [21] LIN VIVIAN, 郭岩, LEGGE DAVID, 等. 中国卫生政策[M]. 北京大学医学部出版社, 2010.
- [22] 吴佩林, 陈文晶, 张思琪, 等. 基于德尔菲法的“两病”门诊用药保障机制评估指标体系构建[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(10): 34-40.
- [23] 石敏俊, 范宪伟, 逢瑞, 等. 透视中国城市的绿色发展: 基于新资源经济城市指数的评价[J]. 环境经济研究, 2016, 1(2): 46-59.
- [24] 冯兴元, 孙同全, 董翀, 等. 中国县域数字普惠金融发展: 内涵、指数构建与测度结果分析[J]. 中国农村经济, 2021(10): 84-105.
- [25] 吴开亚, 张力. 发展主义政府与城市落户门槛: 关于户籍制度改革的反思[J]. 社会学研究, 2010, 25(6): 58-85.
- [26] 樊纲, 王小鲁, 朱恒鹏. 中国市场化指数: 各地市场化相对进程 2011 年报告[M]. 北京: 经济科学出版社, 2011.
- [27] 张吉鹏, 卢冲. 户籍制度改革与城市落户门槛的量化分析[J]. 经济学(季刊), 2019, 18(4): 1509-1530.
- [28] 毛锦凰, 王林涛. 乡村振兴评价指标体系的构建: 基于省域层面的实证[J]. 统计与决策, 2020, 36(19): 181-184.
- [29] BENTLER P M. EQS structural equations program manual [M]. Multivariate software Encino, CA, 1995.
- [30] 魏巍, 谭琳琳, 时松和, 等. 等级评审员视角下医院医疗技术临床应用评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理, 2025, 45(5): 54-58.
- [31] 刘兰芳, 姚岚. 基层卫生健康事业高质量发展内涵与路径分析[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(1): 17-23.
- [32] 朱燕, 马玉龙, 王佳怡, 等. 2011—2020 年我国卫生资源配置的地区差异和动态演进[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(4): 417-423.
- [33] 陆苗, 方金勇, 刘海荣, 等. 我国基层卫生人力资源配置的区域差异、动态演进及优化策略研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2025, 25(2): 203-208.
- [34] 陈志勇, 韩韵格. 基本医疗卫生服务供给的动态演进及空间差异[J]. 中南财经政法大学学报, 2021(2): 53-64.

[收稿日期:2025-05-06 修回日期:2025-06-07]

(编辑 赵晓娟)