

加强公共卫生服务提供以推进中国全民健康覆盖

袁蓓蓓和作者们认为：“公共卫生服务提供与医疗卫生服务提供更好地整合、以及更多的关注服务质量，才能进一步推进人民健康状况的改善。”

中国“基本公共卫生均等化”政策通过一系列筹资和治理方面的努力、确保全体人民对基本公共卫生服务的可及性¹。2009年中国启动了医药卫生体制综合改革、致力于在2020年实现全民健康覆盖²。“基本公共卫生均等化”是此轮医改中五项重点政策之一。

2009年改革之前，中国基层卫生服务体系提供了部分公共卫生服务项目（表1）、并且这些项目对改善妇幼健康和控制传染病做出了很大贡献。然而，基层卫生服务体系却没有资金、动力和能力扩大公共卫生服务项目，也就无法满足不断增长的、以及慢性病等新出现的公共健康问题。当时的这些挑战成为推进基本卫生服务全民覆盖的主要障碍。本文将分析2009年“基本公共卫生均等化”政策推出后，对推进全民健康覆盖的贡献、以及此政策未来发展的挑战。

“基本公共卫生均等化”政策的核心内容

“基本公共卫生均等化”政策覆盖的服务项目包括两大类（表1）——基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目，两类项目的筹资来源和递送体系有所不同。基本公共卫生项目由国家界定为必须向全体居民提供的最基本服务包，此服务包不覆盖医疗服务、只包括预防性和健康管理类服务，服务项目从2009年的9大类扩展到

2017年的14大类（表1）。地方政府可根据当地居民健康需要和财政支付能力扩展服务项目。基层卫生服务机构（框图1）负责将基本公共卫生项目直接和免费得提供给其区域的全体居民。基本公共卫生服务经费由国家和地方财政共同负担、并不得低于国家规定的最低筹资标准：2009年为人均筹资人民币15元（1.70英镑；2欧元；2美元）³、2017年已提高到人均筹资人民币55元⁴。

除此之外，“基本公共卫生服务均等化”政策也涉及到一系列针对重大公共卫生问题和脆弱人群的“重大公共卫生项目”（表1），这些重大项目主要由国家和省级财政筹资、由各类专业公共卫生机构负责组织实施和提供（框图1）。

该政策中“均等化”概念强调是实现全面可获得、以及对全体居民提供服务的标准统一；为此财政专项经费全额支持基本公共卫生项目（截止2016年底累计财政投入已达到人民币30亿）⁴。2009年到2017年人均筹资标准年均提高17.6%，高于同期卫生总费用年均增长率14.1%⁵。

为了确保各地区基层卫生服务机构获得同样水平的最低经费支持，中央财政通过转移支付给予低发展水平地区更多的支持（表2）。另外，国家制度和发布基本公共卫生服务包工作规范⁶，明确每一类服务的工作程序和绩效要求，并通过定期培训指导基层服务提供者如何执行工作规范、尤其是强调对村级卫生人员的培训。最后，“基本公共卫生服务均等化”政策特别强调对绩效的考核和评估，设计明确绩效要求以确保服务包提供标准一致化。中央财政利用专项考核经费支持上述培训（每年人民币8000万元）和考核评估活动（每年人民币6500万元）⁴。

服务覆盖和公平性的进展

本文选择两项服务来追踪政策执行后的覆盖率进展——0~3岁儿童健康管理和2型糖尿病管理。两类服务都是全球监测全民健康覆盖所用的指标⁷。儿童健康管理是改善儿童健康的重要干预，而儿童健康是卫生体系绩效的重要指标。糖尿病患者管理则代表了疾病谱转化背景下非传染性疾病负担的增长。另外，选择这2个指标也考虑到其可用的数据来源更有全国代表性，并能覆盖政策实施前后的时间段，有助于观察政策是前后的全国趋势变化。由于两类服务是基本公共卫生服务包中的核心内容，其覆盖面和公平性的趋势可以反映政策实施的影响。

第一类服务是儿童健康管理服务，此类服务包括新生儿访视、儿童定期体检、儿童生长指标监测等具体服务项目。这类服务在2008年覆盖了74.59%的0~3岁儿童，在2016年覆盖率提高到90.0%⁸。图1展示了按人均GDP水平分层不同省份的儿童健康管理服务率的发展趋势，可见不同经济发展水平地区之间在儿童健康服务覆盖率上的差距明显缩小。

2型糖尿病患者的管理服务内容包括糖尿病患者筛查、定期随访和健康教育等服务项目。已被管理服务覆盖的糖尿病患者绝对数量呈明显增长趋势：从2011年1850万增长到2017年3120万（图2）⁸。管理总人数平均年增长率为7.3%、高于同期糖尿病患者绝对数量的年增长率4.1%⁹。

但是，如果用“糖尿病患者的管理率”这个指标，其时间变化趋势则不是线性的：2013年之前管理服务覆盖率停滞不前，2015年以后开始所有上升¹⁰，可能解释包括：由于很多二型糖尿病患者并没有被明确筛查出、因此对二型糖尿病患者的总数仍没有精确的数据；不同年份的覆盖率可能不可比、因为均等化政策的推进就会使得每年有更多糖尿病患者被筛查出¹¹。

图3数据显示糖尿病患者管理率在不同经济发展水平地区之间仍存在明显差异、但差异有所缩小^{10,12,13}。此图显示在西部欠发达地区，糖尿病患者管理率更高，其原因主要是西部地区得到了中央财政更高比例和更及时的转移支付、有利于政策更快速地执行。

“基本公共卫生服务均等化”的完善

“基本公共卫生服务均等化”的完善需要特别关注服务质量的提高。如果用健康结果作为服务质量的代理指标，儿童健康和糖尿病管理显示了不同的趋势：5岁以下儿童死亡率从2008年的20.6/1000下降到2016年的13.3/1000⁵；但是，同期慢性病死亡率却从4.8/1000增长到5.7/1000¹⁴。糖尿病病人的血糖控制率更直接地反应慢性病管理服务的质量：数据显示血糖控制率一直处于较低水平（基于卫生行政系统统计数据的结果：被管理糖尿病的血糖控制率从2014年的58.41%改变为2016年57.93%¹⁰；基于在个别农村地区患者调查数据显示了更低地控制率：在8%到38%的区间范围¹⁵⁻¹⁷）。考虑到复杂的卫生体系背景，我们提出以下提高基本公共卫生服务质量的建议。

要点

- 中国“基本公共卫生服务均等化”政策通过加强公共卫生体系来推进全民健康覆盖。
- 均等化政策提高了服务的人群覆盖率，不同经济发展水平地区服务覆盖率的差距有所缩小。
- 基本公共卫生服务的质量，特别是慢性病管理服务，是目前政策仍未完全解决的问题。
- 均等化政策的完善需要考虑筹资水平和服务包设计更科学地匹配；合理设计提供者激励制度以促进服务质量的提高；推动基本公共卫生服务包提供和基层诊疗服务更好地整合；推进健康服务提供体系更好地整合，以及健康服务筹资制度的进一步融合。

表1：“基本公共卫生服务均等化”政策前后的基本公共卫生服务和重大公共卫生服务项目内容

| | 基本公共卫生服务项目 | | 重大公共卫生服务项目 | |
|------|--|---|---|---|
| | 2009前 | 2009后的增加 | 2009前 | 2009后的增加 |
| 服务内容 | 0-3岁儿童健康管理 孕产妇保健 计划免疫 传染病及突发公共卫生事件报告和处置 | 居民健康档案管理 健康教育 老年人健康管理 慢性病患者健康管理（包括高血压患者健康管理和2型糖尿病患者健康管理） 严重精神障碍患者管理 卫生计生监督协管（2011后） 中医药健康管理（2015后） 肺结核患者健康管理（2015后） 免费避孕药具发放（2017后） 健康素养和戒烟（2017后） | 结核病、艾滋病重大疾病预防 国家免疫规划 农村孕产妇住院分娩 贫困人口白内障患者复明工程 改水改厕 消除燃煤型氟中毒危害 | 15岁以下人群补种乙肝疫苗项目 农村妇女乳腺癌、宫颈癌检查项目 增补叶酸预防神经管缺陷项目 |
| 筹资来源 | 不稳定地、有限的项目经费，经费来自各级政府、主要依靠当地政府财政筹资 | 经费由中央和地方政府共同承担，中央政府对欠发达地区有更多的转移支付 | 经费主要由中央和省级政府承担，中央政府对欠发达地区有更多的转移支付 | |

基本公共卫生服务包设计与筹资水平更加匹配

“基本公共卫生服务均等化”政策确保了经费支持和经费的均等地分配，这些做法推动了政策快速铺开、但缺乏对服务提供质量的关注。实施基本公共卫生服务项目之初，在确定服务项目种类和筹资标准时缺乏科学的成本核算和正式优先领域决策过程；另外，筹资水平和服务标准同质化的策略，没有考虑不同发展水平地区服务提供能力基线水平、成本要求等方面的差异。某省研究核算基本公共卫生项目包在当地的农村和农村地区实际成本分别为7.31美元/人和8.65美元/人，而实际的筹资水平是城乡均为3.97美元/人¹⁸。

为推进服务质量的改善，需要通过明确和正式的优先服务项目选择过程来完善基本公共卫生服务项目包的设计、让服务包内容在目前的筹资水平下更加合理；这个项目选择过程需要考虑不同地区的健康需求和成本要求。

绩效考核更多地关注服务质量指标

均等化政策执行策略中的筹资和治理安排有效地推动了政策快速铺开，但短期内可能需要在服务提供质量上做出妥协。例如在推行策略上，均等化政策强调严格和规律的绩效考核，并要求资金拨付与绩效考核挂钩；但由于政策初期考核标准多为服务提供过程指标，例如随访档案记录、健

康档案数量等，考核指标的设计缺乏对服务质量提高的激励作用⁴。均等化政策的改革应该在绩效考核中加入更多服务质量指标，以激励提供者将关注点和行为从服务量的完成转移到提高服务质量上。

基层卫生体系中公共卫生服务和医疗服务更好地整合

基本公共卫生项目与基层诊疗服务提供上的相对分离成为根本上改善基层卫生服务质量和人群健康的瓶颈。中国医疗服务体系和公共卫生服务体系分设的背景下²（框图1），基层卫生服务机构的公共卫生服务工作与日常诊疗工作缺乏协同；例如，基本公共卫生项目包中的慢性病管理服务只覆盖建立健康档案、定期随访和更新健康档案、以及健康教育，但并不包括开处方、调整用药等临床治疗服务。虽然基层卫生服务机构是需要同时提供基本医疗和公共卫生的提供主体，但其内部临床医生（主要承担基本医疗服务）和公共卫生人员（主要负责公共卫生服务）往往分设在不同部门、并缺乏有效机制激励他们合作提供整合和连续的服务，这成为改善慢性非传染性疾病患者健康结果改善的重要障碍。

均等化政策要借助公共卫生人员和临床医生共同组建“家庭医生团队”的政策契机、促进基本公共卫生项目和临床诊疗服务的有机融合，致力于提高慢性病管理服

务的连续型和质量、真正实现基本公共卫生项目对健康结果改善的贡献。

整个卫生系统改革的支持

最后，基本公共卫生服务质量的问题也源于许多宏观卫生体系长期的挑战。其中一个重要的挑战是基层卫生服务体系缺乏足够资质的医务人员³。另外，又缺乏有效激励机制提高基层医务人员工作动力²¹，尤其当基层医务人员在“基本公共卫生服务均等化”政策后面面临工作量的迅速增加^{22,23}。因此，均等化政策的有效推进离不开整个卫生体系的改革，特别是基层卫生服务人员的能力和激励水平的加强、公共卫生服务体系和医疗卫生服务体系的整合、以及卫生系统各筹资渠道的整合。

可推广的政策启示

中国2009年启动的“基本公共服务均等化”政策，通过一系列的制度设计加强公共卫生服务提供体系、推进全民健康覆盖。由于政策涉及体系多层面改革、涵盖服务项目众多，精确地评价其总体影响比较困难、不同服务项目的运行结果也有所不同。分析两个代表性服务项目的相关证据显示“基本公共服务均等化”政策提高了服务项目的人群覆盖、缩小了不同发展水平地区之间覆盖水平的差距；但服务项目的提供质量，尤其是慢性病管理服务的质量仍有待提高。

中国在“基本公共卫生服务均等化”政策上的经验，可以为其他试图通过“基本健康服务包”策略推进全民健康覆盖的中低收入国家提供一些启示。中国经验显示强有力地政府承诺是启动和快速落实全民健康覆盖策略的前提，而政府承诺的履行包括国家财政经费保障的落实、政策执行的规制和激励措施的实施。其次，简单的实行筹资水平的同质化、确保服务包在所有提供机构的全面可获得，这些做法还是不够的；随着基本公共卫生项目人群覆盖率的迅速提高，提高服务质量的需求变得更加迫切，否则会影响服务项目所产生的健康结果。最后，对于推进全民健康覆盖的政策，需要监测和评价不同人群，尤其是脆弱人群

框图1. 中国卫生体系背景下的“公共卫生服务”

“公共卫生”在中国最常用的定义为“组织社会共同努力以预防疾病和促进人民身体健康的目的”¹⁹。在中国“公共卫生服务”的内容则常常从提供主体的视角进行界定，即“由公共卫生服务机构提供的服务类型”，并区别于“医疗服务”机构提供的“医疗服务”。
 公共卫生服务机构：包括专业公共卫生机构和基层服务服务机构。专业公共卫生机构包括疾病预防控制中心、传染病预防和控制机构（结核病医院、寄生虫病研究所等）、妇幼卫生保健机构、健康教育所、血站和卫生监督部门。
 公共卫生服务：指上述公共卫生服务机构提供的服务，包括传染病预防和控制、慢性病管理和控制、卫生防疫应急和监测、地方病和环境相关疾病的预防和控制、妇幼保健、计划生育、健康教育、血液采集和提供、卫生监督、以及基层卫生机构提供的基本公共卫生服务项目。
 基层卫生服务机构：包括城市地区的社区卫生服务中心/站、农村地区的乡镇卫生院和村卫生室，是同时具备公共卫生服务和医疗服务功能的基层机构²⁰。通常基层卫生服务机构内有两类部门和人员：公共卫生/预防科和公共卫生人员负责基本公共卫生均等化服务包的提供；临床科室和医生负责提供面向个人的疾病诊断和治疗服务。

表2: 不同发展水平省份中央转移支付占基本公共卫生均等化经费总额的比例 (2017年)

| 经济发展水平 | 最低 | 低 | 中等 | 高 | 最高 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 省份数量 | 12 | 10 | 3 | 4 | 2 |
| 中国人均国内生产总值 (¥) | 45 577 | 47 589 | 69 670 | 99 771 | 1 278 140 |
| %中央转移支付占比 | 80 | 60 | 50 | 30 | 10 |

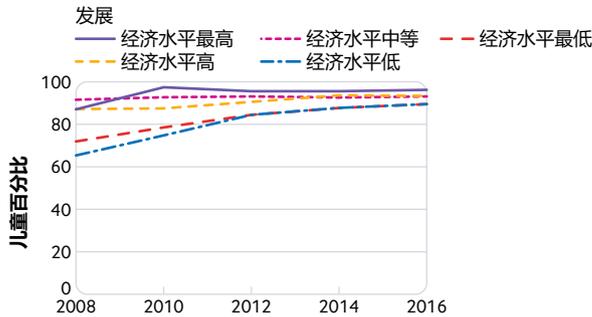


图1: 不同发展水平省份的儿童健康管理服务覆盖率, 2008—2016年⁵

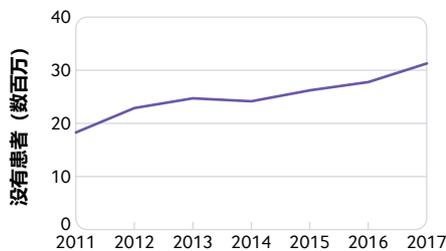


图2: 2型糖尿病管理服务覆盖的总人数, 2011—2017年⁸

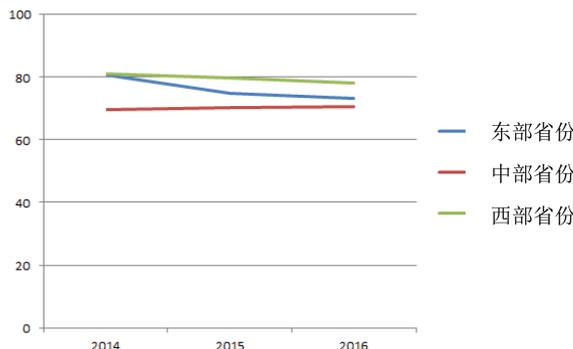


图3: 2011 年到2017 年在不同地区 2 型糖尿病管理服务覆盖率¹⁰

在服务利用和其获得服务质量上的进展, 以确保真正的全民健康改善。

感谢北京大学中国卫生发展研究中心赵璇在数据整理和分析方面的帮助。

撰稿者贡献: 袁蓓蓓在其他作者帮助下撰写文稿。Dina Balabanova主要研究领域为卫生体系加强方面, 在撰写和修改文稿过程中对卫生体系加强的观点做出贡献。汤胜蓝研究领域主要是卫生体系研究和传染病控制项目, 对本文框架的主要讨论观点有贡献。高军重点工作领域是全民健康覆盖的进展监测、使用信息系统和研究证据支持卫生决策, 对本文框架和主要概念界定有重要贡献。郭岩在全民健康覆盖和初级卫生保健方面有丰富研究经验, 参与了本文的框架构建、数据支持和主要观点讨论。

利益冲突: 已经阅读和理解BMJ关于利益冲突的政策, 没有可以声明的利益冲突。

出处和评议: 委托, 外部同行评议。

这篇文章是北京大学中国卫生发展研究中心建议和The BMJ委托的系列文章的一篇。The BMJ对外部同行评议、编辑和出版全程管理。文章出版费由北京大学医学部支持。

袁蓓蓓 副教授¹, Dina Balabanova 副教授², 高军 区域顾问³, 汤胜蓝 教授¹, 郭岩 教授⁴

¹北京大学中国卫生发展研究中心, 北京, 中国

²伦敦卫生和热带病学院, 伦敦, 英国

³世界卫生组织, 马尼拉, 菲律宾

⁴杜克大学, 达勒姆, 美国

⁵北京大学公共卫生学院, 北京, 中国

通讯作者: 袁蓓蓓

beibeiyuan@bjmu.edu.cn

译者: 袁蓓蓓, 北京大学

- 1 国家人口和计划生育委员会. 关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见. 2009. #http://www.gov.cn/ztl/ygzt/content_1661065.htm.
- 2 Meng Q, Mills A, Wang L, Han Q. What can we learn from China's health reforms? BMJ 2019;365:l2349. doi:10.1136/bmj.l2349.
- 3 Yang L, Sun L, Wen L, et al. Financing strategies to improve essential public health equalization and its effects in China. Int J Equity Health 2016;15:194. PubMed doi:10.1186/s12939-016-0482-x.
- 4 秦江梅. 国家基本公共卫生服务项目进展. 中国公共卫生, 2017; 33(9):1289-1297.
- 5 国家卫生与健康委员会. 2010-2018中国卫生统计年鉴. 北京: 中国协和医科大学出版, 2010-2018.
- 6 国家基本公共卫生服务规范. 第1-3版 2009-17.
- 7 World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. 2017. https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/.
- 8 2016年度医改工作进展监测报告. http://www.nhc.gov.cn/tigs/ygjb/201707/72dbec11426a48cfe66325c20099c5f.shtml?from=singlemessage&isappinited=0#10006-weixin-1-52626-6b3bfd01fdde4900130bc5a2751b6d1.
- 9 International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 8th ed. 2017. https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html.
- 10 汪志豪, 杨金侠, 陈馨等. 国家基本公共卫生服务项目实施效果评价. 中国卫生经济 2018;37:63-6.
- 11 Zhao Y, Crimmins EM, Hu P, et al. Prevalence, diagnosis, and management of diabetes mellitus among older Chinese: results from the China Health and Retirement Longitudinal Study. Int J Public Health 2016;61:347-56. PubMed doi:10.1007/s00038-015-0780-x.
- 12 王芳, 李永斌, 丁雪等. 国家基本公共卫生服务项目实施进展及公平性. 中国卫生政策研究 2013;6:9-14.
- 13 邓操, 郝晓宁, 蒋宇等. 基本公共卫生服务疾控项目实施进展及公平性研究. 中国卫生经济 2018;37:64-8.

- 14 中国疾病预防控制中心, 国家卫生与计划生育委员会统计信息中心. 全国疾病监测系统死因监测数据集, 中国死因监测数据集 2007-2014. 北京: 军事医学科学出版社, 科学普及出版社, 2007-2014.
- 15 Liu X, Li Y, Li L, et al. Prevalence, awareness, treatment, control of type 2 diabetes mellitus and risk factors in Chinese rural population: the RuralDiab study. *Sci Rep* 2016;6:31426. PubMed doi:10.1038/srep31426.
- 16 Liu X, Wang L, Wang P, et al. The dynamics of type 2 diabetes mellitus prevalence and management rates among rural population in Henan Province, China. *J Diabetes Res* 2017;2017:9092759. PubMed doi:10.1155/2017/9092759.
- 17 Yang F, Qian D, Chen J, et al; LWS Project Group. Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes mellitus in rural China: results from Shandong Province. *Diabet Med* 2016;33:454-8. PubMed doi:10.1111/dme.12842.
- 18 Yin D, Wong ST, Chen W, et al. A model to estimate the cost of the national essential public health services package in Beijing, China. *BMC Health Serv Res* 2015;15:222. PubMed doi:10.1186/s12913-015-0902-4.
- 19 吴仪. 加强公共卫生建设开创我国卫生工作新局面—在全国卫生工作会议上的讲话. *中国卫生质量管理*2003;53(4):5-11.
- 20 World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. People's Republic of China health system review. Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific Health systems in transition 2015;5(7).
- 21 Ma X, Wang H, Li Y, Shi L, Liu X. Incentivising China's primary health care providers. *BMJ* 2019;365:l.
- 22 Li X, Cochran C, Lu J, et al. Understanding the shortage of village doctors in China and solutions under the policy of basic public health service equalization: evidence from Changzhou. *Int J Health Plann Manage* 2015;30:E42-55. PubMed doi:10.1002/hpm.2258.
- 23 Zhou H, Zhang W, Zhang S, et al. Health providers' perspectives on delivering public health services under the contract service policy in rural China: evidence from Xinjian County. *BMC Health Serv Res* 2015;15:75. PubMed doi:10.1186/s12913-015-0739-x.

Cite this as: *BMJ* 2019;365:l2358
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2358>