

国家基本公共卫生服务项目实施现状及问题分析*

程念^①, 宋大平^①, 崔雅茹^①

摘要 通过对国家基本公共卫生服务项目进行面上调查和典型地区调查发现, 国家基本公共卫生服务项目已经建立了完善的组织管理体系、明确的分工协作机制和稳定的筹资增长机制, 服务内容不断丰富, 服务提供更加精细化, 居民获得感得到提升。建议进一步完善相关政策, 建立以需求为导向的基本公共卫生服务项目动态调整机制; 研究以成本为基础的服务标准测算方法并制定操作手册; 提供精细化与个性化服务; 加快发挥智慧化手段的助力作用。

关键词 国家基本公共卫生服务项目; 基层卫生服务; 家庭医生签约

中图分类号 R1-9; R195 **文献标志码** C **文章编号** 1003-0743(2022)11-0060-04

Analysis on the Status of the Implementation of National Basic Public Health Service Program/CHENG Nian, SONG Da-ping, CUI Ya-ru//Chinese Health Economics, 2022,41(11):60-62,90

Abstract Through the formal survey and typical area survey on the National Basic Public Health Service Program, it is found that the National Basic Public Health Service Program has established a perfect organization and management system, a clear mechanism of division of labor and collaboration, and a stable mechanism of funding growth, and the service content has been continuously enriched, the service provision has become more refined, and the residents' sense of access has been improved. It is recommended to further improve relevant policies, establish a demand-oriented dynamic adjustment mechanism for basic public health service programs; study cost-based service standard measurement methods and develop operation manuals; provide refined and personalized services; and accelerate the role of intelligent means to help.

Keywords National Basic Public Health Service Program; primary health service; contracted family doctor service

First-author's address China National Health Development Research Center, Beijing, 100044, China

国家基本公共卫生服务项目是2009年我国开启的新一轮深化医药卫生体制改革的重要组成部分, 是我国政府针对城乡居民存在的主要健康问题, 以重点人群、重点疾病和全体人群为对象, 从国家层面作出的一项系统性、全局性的基本公共服务制度安排^[1]。政府直接向城乡基层医疗卫生机构采购包括预防接种、健康教育、慢性病管理、孕产妇和儿童健康管理在内的“一揽子服务”, 全体居民可免费享受这些服务。本研究对我国18个省份进行了面上调查并对部分地区进行典型调查, 旨在探明国家基本公共卫生服务项目实施现状、发现问题并提出合理建议。

1 全国基本公共卫生服务项目实施情况

1.1 组织与管理

1.1.1 政府主导作用不断加强。《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》(中华人民共和国主席令第38号)中明确规定: 基本公共卫生服务由国家免费提供, 服务项目由卫生健康、财政等相关部门共同确定。国家以立法的形式明确了基本公共卫生服务经费的来源和项目制定情况。各省份也高度重视基本公共卫生服务项目工作: 江苏、福建、广西壮族自治区将基本公共卫生服务列入为民办实事项目; 广西壮族

自治区、辽宁、河北、山东、浙江、重庆、内蒙古自治区共7个省份分别从基本公共卫生服务的筹资与资金拨付、重点人群服务提供、总体实施情况等不同的方面将其纳入对各级政府的考核内容, 逐级压实了政府责任。

1.1.2 组织管理体系持续完善。国家、省、市、县4级均成立了领导小组或协调工作组、项目管理办公室和专家技术指导组, 从政策制定、日常管理、技术指导等各个方面推动工作开展。部分省份如安徽、河北、辽宁、甘肃、重庆、海南等由省级卫生健康部门主要领导担任领导小组组长, 高位推动基本公共卫生服务工作。

1.1.3 分工协作机制更加明确。由各级卫生健康行政部门负责项目的实施管理, 财政部门负责项目资金的筹措和监管, 城乡基层医疗卫生机构负责项目的具体实施, 专业公共卫生机构负责项目的业务培训、技术指导、质量监测和绩效考评等工作。

1.2 资金筹集、分配与管理

1.2.1 明确了筹资来源与责任划分。国务院明确规定基本公共卫生服务为中央与地方共同财政事权, 共同承担支出责任, 中央负责制定人均基本公共卫生服务经费国家基础标准, 并随经济社会发展情况稳步提高。同时, 中央财政补助资金重点向困难地区倾斜, 西部地区补助80%, 中部地区补助60%, 东部地区补助10%~50%。江苏、浙江、重庆、广西、陕西、云南等省份也建立了与地方经济发展水平相适应的差异化

* 基金项目: 由中国与世界卫生组织2020—2021双年度合作项目支持。

① 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

作者简介: 程念(1981—), 女, 硕士学位, 研究员; 研究方向: 医保管理、基层卫生服务; E-mail: cnlj2005@126.com。

筹资分担机制。

1.2.2 人均基本公共卫生服务经费补助标准稳步提高。人均基本公共卫生服务经费补助标准由2009年的15元增加到2021年的79元，个别地区人均实际补助水平已经超过了国家规定的标准。比如，2020年江苏省人均实际补助水平已达到82.7元（不含新划入基本公共卫生服务项目经费），其中南京市栖霞区、无锡锡山区、苏州市张家港市等地区均大于100元。

1.3 项目制定与调整

服务内容不断丰富，由2009年的9类增加到2021年的12类，以及从原重大公共卫生服务项目和计划生育项目中划入的19项，其中原12类主要由基层医疗卫生机构承担，包括健康档案、健康教育、预防接种、传染病的报告与处理、重点人群健康管理等。各省份按照国家的统一部署提供基本公共卫生服务，个别地区在国家的基础上作了丰富拓展，如江苏省部分地区和陕西省西安市均通过地方财政，增加了慢性病患者体检项目。

1.4 服务提供方式

1.4.1 与家医签约相结合。各省份普遍将基本公共卫生服务项目作为家庭医生签约的基础服务包，向居民免费提供。同时，部分地区针对重点管理人群，还设计了个性化服务包，如江苏省围绕重点人群的常见健康服务需求，制定了《江苏省家庭医生签约服务项目库》，供家庭医生和签约居民协商后灵活组合，实现“点单式”签约。

1.4.2 与基本医疗有机融合。浙江、重庆等省份在组建县域医共体时，均成立了公共卫生管理中心，专业公共卫生机构参与医共体议事决策、重点疾病防治等相关工作。辽宁、江苏、浙江、福建、山东、河南、重庆、陕西、湖南、山西10个省份等均针对高血压或糖尿病患者开展了慢性病全程健康管理试点工作，对慢性病患者的筛查、治疗与转诊、生活方式干预、健康宣教、随访等进行全流程的管理。浙江、山东、湖南等省份均实现了健康档案、基本公共卫生服务与医疗信息系统的互联互通。

1.4.3 探索政府购买服务机制。海南对老年人体检等群体检查项目可由基层医疗卫生机构提出购买需求，委托市县卫生健康委通过政府招标采购服务的方式推进项目实施；山东结合基层机构能力和群众意愿，通过购买服务的形式，将孕产妇产前随访、跨片区就读的3~6岁儿童健康管理等委托其他机构承担。重庆放宽市场准入，基本公共卫生服务主体扩展到具备资质的专业公共卫生机构和非公立医疗机构。

1.5 服务补偿标准制定

为了进一步细化与量化项目经费，对基本公共卫生服务提供机构与人员进行合理的补偿，国家基本公

共卫生服务项目经费补偿依据由户籍人口向常住人口再向服务数量、质量、成本等综合因素进行转变。目前，安徽、福建、辽宁、山东、浙江等省份均由按人口简单结算转为以实际服务数量为基准、以服务质量和效果为系数的精细结算。比如安徽省的工分制、浙江省的当量法、辽宁省的参考值法等，均是在综合考虑每项服务的成本、风险、难度等因素的基础上，制定各项服务的标准化工作量，最后根据服务的数量和质量、价格等进行结算。

1.6 信息化建设与应用

在制度与信息系统建设方面，国家层面建立了基本公共卫生服务项目的常规信息采集制度，建设了基本公共卫生服务项目管理信息系统，提升信息上报质量与效率。辽宁、江苏、浙江、福建、山东、湖南、海南、陕西、内蒙古等省份积极推动电子健康档案、基本医疗、基本公共卫生等相关系统的建设与互联互通，推动信息共享使用。浙江省、广西壮族自治区建立了基本公共卫生服务绩效考核和监管信息系统，提高资金拨付、使用与考核的效率和准确性。在技术应用方面，安徽、河北、海南、湖南等省份通过刷卡、刷指纹、人脸识别等信息技术对接受服务的居民身份进行识别与确认，提高服务的真实性和规范性；浙江、辽宁、安徽、湖南、云南、海南、内蒙古等省份通过微信公众号、手机APP等形式向居民提供家庭医生签约、慢性病自我管理、基本公共卫生服务项目信息查询等服务，提高服务便捷性。在信息使用方面，浙江、福建、海南、山东、湖南、山西等省份大力推进居民电子健康档案对建档居民本人开放和使用服务。山东全省16个市136个县（市、区）均已实现居民健康档案对建档居民本人开放；浙江省统一电子健康档案向建档居民本人开放的路径、规范开放内容，目前11个市、89个县（市、区）实现通过统一路径向建档居民本人开放，方便居民查询本人健康信息，调动居民参与自我健康管理的积极性。

1.7 考核评价与结果应用

各省份普遍建立了县（市、区）全面考核、设区市检查复核、省级定期、不定期抽查的督导检查与项目评价相结合的分级绩效考核机制。在考核方式上，逐渐采用以信息化手段考核和现场考核相结合的方式，通过信息系统进行数据的核查与分析，提高考核的效率和质量。在考核主体上，山东、湖南、山西、云南、重庆等省份建立了第三方评价与考核机制，确保评价与考核结果的客观和公正。在考核结果的应用上，各省份普遍注重将考核结果与项目资金拨付、人员绩效等挂钩，充分发挥绩效考核的作用。

1.8 宣传与引导

为了提高居民对基本公共卫生服务项目及相关知

识的知晓程度,各地不断创新宣传方式,加大宣传力度。通过播放宣传片、印发宣传手册、发放免费服务卡、制作宣传专栏、悬挂横幅、组织讲座、义诊等多种多样的形式,充分发挥报纸、杂志、电视、网络等各种媒体的作用,对国家基本公共卫生服务项目进行大力宣传。

2 国家基本公共卫生服务项目实施中相关问题分析

2.1 服务内容与质量方面

2.1.1 服务内容缺乏动态调整机制。主要表现为:(1)部分项目与居民的需求不相适应,居民参与的积极性较低,比如中医体质辨识、卫生监督协管等,并且卫生监督协管属于管理性任务,居民的获得感更低。(2)城乡发展不平衡造成城市居民和农村居民对相同的服务项目积极性存在较大差异,如老年人健康体检项目,城市居民中老年人多为退休职工,多数可以参加单位组织的健康体检,且体检项目丰富,导致其对基本公共卫生服务项目中的健康体检接受度低。(3)重症精神病患者管理等项目与基层医疗卫生机构的服务能力不相适应,基层医疗卫生机构在执行上存在困难。

2.1.2 服务质量缺乏同质化。由于各地区人员能力、管理水平、管理手段等方面存在的差异,目前各地区在基本公共卫生服务质量方面也存在一定差异,地区间缺乏同质化,部分地区在实施过程中,仍然存在服务质量不到位的情况,如电子健康档案及管理人群信息更新不及时,信息不准确,重点人群面对面随访不能完全落实,服务操作不规范等,降低居民的获得感。

2.2 资金筹集、分配与管理方面

2.2.1 资金使用效率有待于进一步提升。虽然中央财政对中西部地区的基本公共卫生服务补助资金和比例进行了倾斜,多数省份也根据经济水平差异对各县(市、区)的资金承担比例进行调整,但个别地区地方财政压力仍然较大,加上资金拨付流程等多种因素的影响,资金不能及时到位现象仍然存在,并最终影响资金的使用效率^[1]。另外,目前各地普遍采取年初预拨,年底根据基本公共卫生服务项目考核结果进行结算的方式,这种方式虽能对资金进行有效监管,但却使得资金的拨付时间被延长,结算资金通常在第二年才能拨付,同样也影响了资金的使用效率。

2.2.2 缺乏科学合理的服务补偿机制。目前,国家层面尚未建立项目补偿标准,部分地区仍简单按照服务人口数进行资金拨付,资金使用情况未能与服务的数量和质量真正挂钩。一些典型地区虽然进行了探索,即根据项目的服务难度和成本等相关因素制定补偿标准,但典型地区之间的具体口径与方法却不尽统一,因此在相同项目的服务标准、不同项目之间的权重等各方面均存在一定差异,缺乏统一性和可比性。

2.3 服务保障与支撑方面

2.3.1 基层人力难以适应基本公共卫生服务项目增加的需求。自2009年开展以来,国家基本公共卫生服务项目服务内容与任务量不断增加,但作为服务提供方的基层医疗卫生机构,长期以来一直存在人员编制和数量缺乏的问题,因而造成基层医疗卫生机构人员基本公共卫生工作量不断加重,尤其在村级,多数地区不仅村医数量缺乏,且服务能力相对较差,难以承担现行政策规定的40%的基本公共卫生服务服务工作量。另外,地区间基层卫生服务能力水平的差异也对服务的同质化产生影响。

2.3.2 信息化建设与利用程度有待进一步加强。部分地区信息化建设落后,基本公共卫生服务信息系统功能相对简单,仅发挥信息记录与存储作用,缺乏在线监管、在线考核、统计分析等精细化管理功能,未充分发挥信息系统对于基本公共卫生服务服务质量和效率的提升作用。另外,部分地区基本公共卫生服务系统与医疗、医保等系统未能实现互联互通,不仅造成人员基本信息等各系统之间相同信息的重复采集和人力资源的浪费,同时也制约了各部门之间的信息共享和利用,比如无法充分发挥电子健康档案在医疗中的作用,无法实现根据管理人群的就医情况进行个性化管理等。

3 国家基本公共卫生服务项目提质增效建议

3.1 服务提供与内容方面

3.1.1 建立以需求为导向的基本公共卫生服务项目动态调整机制。在充分考虑群众实际健康需求和感受度的基础上,应突出服务特性,对服务项目和服务内容进行优化调整。建议将传染病和突发事件处置、卫生计生监督协管移出基本公共卫生服务项目,将老年人和儿童中医药健康管理整合至老年人和儿童健康管理环节,中医体质辨识不作为必须开展项目。

3.1.2 提供精细化、个性化服务。应加强基本公共卫生服务与家庭医生签约服务在人员、服务内容、宣传、激励等方面的衔接,将基本公共卫生服务项目作为家庭医生签约的基本免费服务包向居民提供,根据基本公共卫生服务重点管理人群的健康管理情况,依据年龄、病情、就医需求等个体特征,开展精细化个性化服务。建议开展诊间随访和一体化门诊,将基本公共卫生服务与基本医疗相互融合,推动重点人群健康全程管理。在基层医疗卫生机构水平不能满足需求的地区,推广政府购买服务模式,提高居民获得感。

3.2 资金筹集、分配与管理方面

3.2.1 建立科学的、可持续的筹资机制。在建立以需求为导向的基本公共卫生服务项目动态调整机制的基础上,应进一步开展相关研究,建立科学的可持续的筹资机制, (▶▶下转第90页▶▶)

些异常信息和审计疑点。如重症监护病人在收取重症监护费的同时又违规收取了一级护理费；《目录》中麻醉监测费用为20元/小时，而实际收取40元/小时；西药注射用头孢他啶最新采购单价25.60元，实际收费单价35.99元，未执行药品零差价销售。以上疑点经审计人员核实并反馈后得到了有效地解决。

3.2 避免重复工作，有效缩短审计时间

审计人员只需要将所需的业务数据、资料等进行采集、整理，就可以通过审计模型进行分析，减少人工机械性重复工作。本研究中，审计人员采用离线数据采集方式，共采集10张数据表、1 952.6万条记录，审计模型分析仅耗时5天。通过疑点表对涉及的医疗服务项目、金额、执行科室等进行有针对性地核查，比传统手工核查审计方式节约了大量时间。

4 总结

大数据背景下公立医院服务审计模型的构建，有效增强了审计部门数据采集、存储和分析处理能力，有助于审计与财务运营、业务活动有效融合并及时发现公立医院管理和运营上的问题，实现对医院发展运营风险评估、日常经济业务活动以及内部监督的信息化管理^⑤。这不仅是提升大数据环境下审计管理和业务

能力的重要方式，也是适应公立医院精细化管理、高质量发展和智慧化建设的现实需要。此外，公立医院经济业务活动复杂多样、政策性强，不仅限于本研究所提到的审计模型及规则，还需要结合工作实践不断探索和完善。本研究为现阶段公立医院内部审计工作提供了一些新思路、新方法，以期为未来公立医院大数据审计系统或平台建设提供参考。

参 考 文 献

- [1] 郑大喜, 莉燕, 刘凡娜, 等. 新形势下医院价格管理机构设置、人员配备与职能定位[J]. 中国卫生经济, 2019,38(12): 44-48.
- [2] 山西省医疗保障局. 《2021年度医保基金飞行检查情况公告》[EB/OL]. (2022-05-19) [2022-06-14]. http://ybj.shanxi.gov.cn/xxfb/fdzdgknr/gzdt/202205/t20220523_6077325.html.
- [3] 高正, 陈微. “互联网+”医院收费审计平台建设研究[J]. 会计之友, 2021(8):37-41.
- [4] 陈旭, 李迪, 王海兵. 大数据环境下四维审计模型的构建与应用[J]. 中国注册会计师, 2022(2):36-42.
- [5] 解媛媛. 内部审计视角下医院内部控制信息化构建探索[J]. 中国卫生经济, 2021,40(5):84-87.

[收稿日期: 2022-08-26] (编辑: 高非)

(◀◀上接第62页◀◀)

并根据项目设置情况，考虑服务数量、服务内容、服务质量、服务难度、服务半径等各种因素，进行科学分析与测算，制定与服务提供相匹配的筹资水平。还应根据各地财政能力，进行更加精细化的筹资责任划分，尤其是在地方各级财政的筹资责任划分方面，要提高资金到位及时性。建议通过信息化手段提高绩效考核效率，提高资金结算与拨付进度。

3.2.2 探索以成本为基础的服务标准测算方法并制定操作手册。在参考典型地区的实践经验基础上，应组织开展相关研究，综合考虑对服务补偿标准产生的各类客观因素，包括经济水平、地理位置、服务半径、服务难度、服务成本、服务数量等方面，探索出科学合理的基本公共卫生服务项目补助标准测算方法与口径，并制定操作手册。建议各地区在国家层面研究制定的统一方法和口径基础上，根据本地实际情况，测算各项目在当地的补助标准，同时根据各年度不同筹资水平与服务量等因素的变化进行定期调整。

3.3 服务保障与支撑方面

3.3.1 加强人员培训、激励和技术指导。围绕基本公共卫生服务项目资金管理、服务规范、信息系统应用、绩效评价等内容，应加强对基层医疗卫生机构的培训，提高服务质量和同质化水平。建议推行首席基层公共卫生医师，每个乡镇卫生院、社区卫生服务中心配备1~2名专（兼）职公共卫生医师，全过程参与

任务分配、目标制定、流程优化、健康信息分析和反馈等，精准提升基层专业能力和服务能力。完善医院、专业机构参与基本公共卫生服务工作的激励机制，充分发挥医院和专业机构的指导作用，推动指导制度化和规范化。充分发挥家庭医生团队作用，加强全科、专科、公共卫生管理人员之间的学习与交流，促进能力共同提升。

3.3.2 加强信息化建设与使用。应推广智能设备的使用，并通过智能设备自动传输服务信息，同步建立信息传输规范，提高服务真实性和效率。建议完善基本公共卫生服务信息系统功能，实现对基本公共卫生服务监管和质量控制的支撑，充分发挥信息化手段在绩效考核中的作用，提高考核质量和效率。应积极推进基本公共卫生服务信息系统建设与各业务系统的互联互通，促进部门间信息共享，加强对健康数据的分析和活用，推动服务个案的全程精细化管理。建议推进电子健康档案向建档居民本人开放，调动群众参与自我健康管理的积极性，提高群众获得感。

参 考 文 献

- [1] 尤莉莉, 刘远立. 国家基本公共卫生服务项目十年评价(2009—2019年): 实施国家基本公共卫生服务项目的意义和经验[J]. 中国全科医学, 2022,25(26):3203-3207.

[收稿日期: 2022-08-21] (编辑: 毕然, 滕百军)