

2002 - 2018 年我国的公共卫生治理变迁*

张刚鸣

(武汉大学健康学院 湖北 武汉 430072)

[摘要] 基于 2002 - 2018 年的数据,利用描述性统计分析与主成分分析的方法对我国这一时期公共卫生治理变迁的特点进行梳理和总结。在这十七年间,我国公共卫生治理主要具有三个特点:第一是在政府的主导下,公共卫生机构在逐渐实现向专业化和规范化方向的转型;第二是公共卫生治理的社会总体参与度在逐渐提高,但是政府对于治理关键领域的把控力度加强;第三是治理中更加注重公共卫生的公益性与均等性。我国公共卫生治理在逐步实现治理的现代化,但是在一些领域依然与现代化的要求有着一定差距。

[关键词] 国家治理; 公共卫生; 治理现代化; 国民健康

[中图分类号] R19 - 0

[文献标志码] A

[文章编号] 1004-4663(2021)07-507-04

Studying on the Transition of Public Health Governance in China from 2002 to 2018. /Zhang Gangming. //The Chinese Health Service Management.

Abstract Based on the data from 2002 to 2018, the characteristics of public health governance transition in China was summarized using descriptive statistics and principal components analysis. The public health governance was characterized as three aspects. The first is the transition of public health organizations to specialization and standardization leading by the government. The second is the gradually improving social participation in public health governance, while the governance on key areas was strengthened by government. And the third is more efforts on the equal and non-profit service of public health. China's public health governance is gradually transforming to modernization, but still has some drawbacks in some areas with the requirements of governance modernization.

Author's address School of Health Sciences, Wuhan University, Wuhan, P. R. China.

Key words state governance; public health; governance modernization; national health.

2001年起,我国开始了对公共卫生体系的改革与重构。主要对 2002 - 2018 年我国公共卫生治理变迁的特征进行分析,并对公共卫生治理的现代化路径进行探讨。

1 文献综述

治理这一概念于上世纪 90 年代以来开始在西方的政治学、经济学与管理学界兴起。总的来说,在西方的治理理论中,治理是各种公共的或私人的个人和机构管理其共同事物的诸多方式的总和,是使相互冲突的或不同利益得以调和且采取联合行动的持续性过程^[1]。在我国,这一概念在 21 世纪初开始由经济领域进入政治领域,并伴随着我国的改革开放事业成为了我国政治改革的重要内容。在党的十八届三中全会上,“完善和发展中国特色社会主义制度,推进国家治理体系和治理能力现代化”被作为全面深化改革的总目标。党的十九届四中全会又进一步将坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化作为主题进行研究,并做出了《关于坚持和完善中国特色社会主义制度推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》。作为公共服务同时也是卫生服务的重要组成部分,公共卫生是直接关系到国民健康发展和国家安全的重要领域,因此必须要顺应国家发展实际需要与战略布局,实现公共卫生治理体系的现代化。

关于我国公共卫生治理的发展,不少学者已总结了许多特征。武晋和张雨薇认为我国公共卫生治理主要经历了计划型与运动型(1949 - 1978)、市场化与法制化(1978 - 2001)、系统

化与国际化(2001 - 2009)、民生化与公益化(2009 - 至今)四个历史阶段的范式演进,呈现体系日益完善、效能整体提升的发展趋势^[2]。孙菊将新中国 70 多年以来我国卫生事业发展的经历划分为四个主要的发展阶段:一是新中国成立以来的以预防为主的工作方针,开展爱国卫生运动;二是 20 世纪 80 年代经济改革后政府职能弱化,医防体系分离;三是“非典”纠正了公共卫生改革方向,推动了公共卫生体系的重构与大规模建设;最后是当前面临的“新冠肺炎”疫情,需进一步推动公共卫生治理现代化改革,完善疾病防控体制机制,建立重大突发公共卫生事件社会治理体系^[3]。顾昕则认为中国公共卫生领域的治理模式是从高度行政化转为优化行政机制、拓展市场机制、引入社群机制,并逐步达到“国家 - 市场 - 社会”再平衡的过程^[4]。迟福林总结了我国公共卫生体系建设历程将其分为了四个阶段:第一是自新中国成立至 20 世纪 70 年代末,初步建立起覆盖县乡村三级医疗预防保健网的公共卫生体系;第二是从 20 世纪 80 年代后期到暴发 SARS 危机的 2003 年,强化“医疗为中心”的倾向,政府公共卫生服务职能弱化;第三是 2003 年 SARS 危机以后,初步建立了“国家 - 省 - 市 - 县”四级以疾病预防控制为龙头的专业公共卫生工作体系、卫生监督体系和城乡基层公共卫生体系;第四是党的十八大以来,从“以治病为中心”向“以人民健康为中心”转变,突出强调“预防为主、关口前移、资源下沉、全方位全周期维护和保障人民健康”^[5]。

概言之,中国公共卫生治理随着经济社会现代化与疾病谱

* 基金项目:国家社科基金重点项目“推进流动人口基本公共卫生服务均等化研究资助”(20AZD036)

张刚鸣 gangmingzh@163.com

系的变化不断调试,治理过程体现国家、市场、社会三者关系的不断变化,以及行政机制运行模式的不断发展变迁,然而目前关于我国公共卫生治理的研究依然较少,且多为整体性、理论性研究,缺乏实证分析来归纳特征。在本文中,将主要基于2002-2018年的数据,以定量和定性相结合的方式探究这十七年中国公共卫生治理变迁的特点。

2 数据与方法

本文分析的数据采集自《中国卫生统计年鉴》(2003-2013)、《中国卫生与计划生育统计年鉴》(2014-2017)和《中国卫生健康统计年鉴》(2018-2019)。针对公共卫生变迁的不同领域,本文采取了不同的分析方法。针对不同类别公共卫生机构数量的变化、政府对不同类别公共卫生机构财政补贴的变化以及基本公共卫生服务的开展情况上,本文主要采用的是描述性统计分析。针对公共卫生治理社会参与的分析上,本文采用了主成分分析的方法。具体的分析指标如表1所示。

表1 公共卫生治理变迁分析指标体系

指标名称	单位	分析方法
公共卫生机构数量		
疾病预防控制中心数量	个	描述分析
卫生防疫站/防病中心/预防保健中心数量	所	
专科疾病防治院数量	个	
专科疾病防治所数量	个	
卫生监督所数量	个	
妇幼保健院数量	个	
妇幼保健站/所数量	所	
健康教育站数量	个	
公共卫生机构财政补贴		
政府卫生支出	亿元	描述分析
政府对公共卫生机构的财政补助	亿元	
政府对疾病预防控制中心财政补贴	亿元	
政府对卫生监督所的财政补助	亿元	
政府对妇幼保健院/所/站的补助	亿元	
政府对专科疾病防治院/所/站的财政补助	亿元	
公共卫生机构的社会参与		
专科疾病防治院非公办占比	%	主成分分析
专科疾病防治所非公办占比	%	
卫生监督所非公办占比	%	
妇幼保健院非公办占比	%	
健康教育站非公办占比	%	
疾病预防控制中心非公办占比	%	
专科疾病防治院非政府办占比	%	
专科疾病防治所非政府办占比	%	
卫生监督所非政府办占比	%	
妇幼保健院非政府办占比	%	
健康教育站非政府办占比	%	
疾病预防控制中心非政府办占比	%	
基本公共卫生服务		
人均基本公共卫生服务经费补贴	元	描述性分析
基本公共卫生服务项目数	项	

3 2002-2018年我国公共卫生治理的变迁

经过实证分析,本文总结梳理出2002-2018年我国公共卫生治理变迁具有以下特点:

3.1 在政府的主导下,公共卫生机构逐渐实现专业化与规范化的转型

公共卫生机构的专业化、规范化转型主要体现在更专业、规范、功能更集中的公共卫生机构数量的不断增多和政府对公共卫生机构财政补贴的不断加大上。2001年,我国开始推进卫生监督体制和疾病预防控制体制改革。将原卫生防疫站被赋予的卫生执法、监督功能划出,设立卫生监督所,并进一步将卫生事业单位中的疾病预防控制、公共卫生技术管理和服务职能集中,增加了预防控制慢性病等功能,建立疾病预防控制中心^[6]。通过对2002-2018年不同类别公共卫生机构数量的分析,本文发现在2002年我国的疾病预防控制体系主要以卫生防疫站、防病中心和预防保健中心为主(占比82.5%)。专门具有卫生执法、监督功能的卫生监督所也处于一个较小的规模(571所)。但从2002年开始,疾控中心的数量开始增多,尤其是2003年后增速迅猛,直到2007年完全取代了卫生防疫站、防病中心和预防保健中心这三种机构。与之类似,卫生监督所的规模也是一个不断增大的过程,在2012年达到了3088所后开始趋于稳定的水平。另外,在妇幼保健和专科疾病防治这两个领域也在不断地实现机构规模化转型的特点,主要表现在规模更大、专业性更强的妇幼保健院和专科疾病防治院的数量在不断增加而定位更偏向于基层、规模更小的妇幼保健站/所和专科疾病防治所的数量在不断下降。

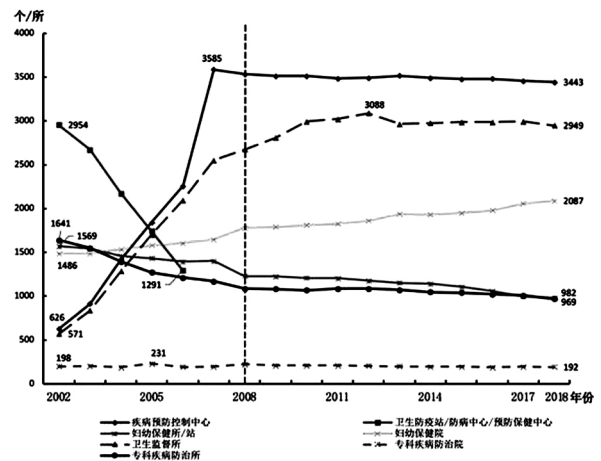


图1 2002-2018年我国公共卫生机构数量变化趋势

除了机构上的专业化、规范化转型,我国也加大了对公共卫生机构的财政投入,旨在提高其硬件设施条件。2002至2018年,我国政府对公共卫生机构的财政补助每年都处于递增状态,从90.8亿元增长至1243.3亿元。对疾病预防控制机构的财政补助从52.2亿元增长至511.3亿元。对卫生监督所的财政补助从6.0亿元增长至115.4亿元。对妇幼保健机构的财政补助从18.4亿元增长至373.6亿元。对专科疾病防治机构的财政补助从8.9亿元增长至57.6亿元。在对公共卫生机构的财政补助中,疾病预防控制机构一直占据了较大的比重,这说明2002-2018年,疾病预防控制是我国公共卫生治理的重点领域。

3.2 公共卫生治理中的社会参与度总体提高,但关键领域政

府把控力度增强

公共卫生治理中社会参与度的总体提高与政府对关键领域的把控力度增强主要体现在各类公共卫生机构非政府办与非社会办的比重变化上。公共卫生机构的非政府办比重和非公立办比重是有效衡量其社会参与的指标。在本文中通过对2002-2018年各个不同类别公共卫生机构的非政府办比重和非公立办比重进行主成分分析并提取出主成分,能够直观的反映出不同类型公共卫生机构的社会参与情况。经过主成分分析,共提取出三个主成分。主成分1主要反映了妇幼保健院、专科疾病防治院/所、健康教育站这三类机构的非政府办和非公立办的总体情况。主成分2和3主要反映了疾病预防控制中心和卫生监督所这两类机构的非公立办和非政府办的总体情况。通过每个主成分的权重计算出综合主成分,则能够反映出所有公共卫生机构社会参与的综合情况。本文发现,在2002

-2018年,我国公共卫生机构的社会参与度总体呈上升趋势,综合主成分得分由2002年的12.29分上升为2018年的29.91分。尤其在妇幼保健、专科疾病防治和健康教育这三个领域呈现出了总体上升趋势(主成分1的得分由2002年的18.26分上升为了2018年的55.79分)。这表明,我国公共卫生治理领域中的社会参与度在总体提升,正在由过去国家完全包办公共卫生事业转变为社会各主体积极参与。但是,通过对主成分2和3的分析可以发现,在疾病预防控制和卫生监督这两个领域的社会参与却呈现出总体下降的趋势,尤其是在这两个领域的政府把控力度在逐渐上升(主成分3的得分由2002年的11.86分下降为了2018年的3.08分)。事实上,疾病预防控制和卫生监督是公共卫生治理的核心领域,其关系到国民生命健康安全、公共卫生危机有效处置和卫生法治的稳定发展,由此可见我国对公共卫生治理中关键领域的把控力度在逐渐加强。

表2 2002-2018年我国公共卫生机构社会参与水平得分

年份	主成分1	主成分2	主成分3	综合主成分
2002	18.26	7.71	11.86	12.29
2003	19.97	6.27	6.65	12.06
2004	16.87	6.11	6.62	10.50
2005	14.31	4.48	3.9	8.51
2006	12.72	5.26	5.28	8.10
2007	52.33	13.73	21.97	31.73
2008	50.64	13.84	19.32	30.52
2009	45.35	18.24	12.54	27.83
2010	31.59	10.97	10.18	19.24
2011	38.08	10.34	8.93	22.11
2012	45.52	8.55	6.99	25.10
2013	47.97	8.85	5.9	26.20
2014	51.44	7.87	4.77	27.53
2015	54.43	8.57	4.17	29.05
2016	52.54	9.94	7.08	28.84
2017	57.43	11.17	3.77	30.99
2018	55.79	10.3	3.08	29.91

3.3 公共卫生治理中更加注重公益性与均等性

公共卫生治理中公益性、均等性的加强主要体现在基本公共卫生服务的公益性、均等性的加强上。2009年后,公共卫生服务体系建设是“新医改”建设的四大体系之一,在政府的主导下逐步实现公共卫生服务的均等化。2009年开始,我国针对重点人群、重大公共卫生问题启动了6项国家重大公共卫生专项和9类基本公共卫生服务项目。2011年,我国进一步完善基本公共卫生服务,将基本公共卫生服务的内容扩展为了11类41项,增加了卫生监督协管服务、传染病和突发公共卫生事件报告和处理内容,将人均基本公共卫生服务经费补助上升为25元。截至年底,全国电子档案建档率达到了50%;高血压、糖尿病患者的健康管理人数分别达到了4500万和1500万人。2012年,我国城乡居民健康档案规范化电子建档达到了60%以上,高血压和糖尿病规范化管理人数分别达到了6500万和1800万人^[7]。并提高了流动人口以及农村留守儿童和老人接受基本公共卫生服务的均等性。2013年,我国进一步将人均基本公共卫生服务经费补助标准提升为30元,新增经费主要被用于做实、做细、做深现有的基本公共卫生服务,进一步扩大受益人

群,强化基础性服务项目,并新增了中医药健康管理服务。2014年,人均基本公共卫生服务经费补贴标准又被提升为35元。2015年,公共卫生服务开始重点在广覆盖的基础上强化高质量、高水平,将基本公共卫生服务同基本医疗服务相衔接,推进实现提供以全生命周期为核心的连续性医疗卫生服务。人均经费补贴从35元提高至40元。2016年,我国基本公共卫生服务人均经费补贴从40元提升到了45元。至此,我国的基本公共卫生服务在很大程度上提升了城乡之间、区域之间和群体之间的均等化水平,重新凸显了公共卫生的公益性特征。

4 讨论

4.1 对公共卫生治理与治理现代化的探讨

总体而言,2002-2018年我国的公共卫生治理变迁是在逐渐走向治理的现代化。那么该如何理解公共卫生治理与其治理的现代化?根据治理理论,公共卫生治理可以理解为在维护国民生命健康与国家公共卫生稳定这一共同目标下实现的“国家-市场-社会”关系的调整与平衡,即使原来在公共卫生管理中处于中心地位的政府(国家)被国家、社会和市场的重新组合所替代,使得政府之外的力量被更多的强调。也可以理解为

是为了实现维护公共卫生安全与国民健康这一共同社会目标,各种公共的或私人的个人和机构共同管理事物,使相互冲突的或不同的利益得以调和并且采取联合行动的持续的过程。因此,公共卫生治理的现代化是追求在公共卫生领域“善治”的过程,即旨在实现具有善治的法治性、透明性、责任性、参与性、回应性、公平性等要素且能实现公共利益的最大化的过程^[8]。然而,公共卫生也有其本身的特殊性,它一方面以提供公共服务的形式存在,而另一方面则是以对威胁国家或公民公共卫生与生命健康安全的因素处理中存在。因此政府的力量在公共卫生治理中依然不能磨灭,需要政府强有力的来维持公共卫生作为公共服务时的均等性和可及性问题以及在处理突发公共卫生事件中的宏观调控能力,并与市场的机制实现一个完美的平衡^[9]。

4.2 对我国公共卫生治理现代化的理解

由本文研究可知,在2002-2018年间我国公共卫生治理主要具有公共卫生机构实现专业化、规范化转型,治理中社会参与度提高和重回公益性、均等性这三个特点。这三个特点均体现了我国公共卫生治理的现代化。首先,公共卫生机构是我国公共卫生治理中的主体,专业化和规范化的转型使得其在公共卫生治理中明确了自身的权责,能够及时对突发公共卫生危机做出反应,并能够以更强的能力去处置公共卫生事件,也就是符合了治理现代化中责任性、回应性和专业性的特点。接着,在这十七年间我国公共卫生治理中社会参与度在不断地提升,这在一定程度上打破了计划经济时代政府包办的格局,使得公共卫生真正成为了国家、社会、市场共建共享的事业。同时,我国政府也并没有彻底放弃政府在公共卫生治理中的作用,在疾病控制和卫生监督这两个领域政府反而加强了掌控能力,这则是符合了公共卫生本身的特性,能够保证在突发公共卫生危机到来时,能够强有力的进行治理。最后,这一时期我国公共卫生治理还具备公益性和均等性的特点,这则能够使得公共卫生真正公平惠及到全体大众,符合了治理现代中公平性的特点。

4.3 对未来公共卫生治理发展的建议

我国公共卫生治理依旧有许多与现代化要求不相一致的地方,同时由于我国独特的国情,我国的公共卫生治理也需要与中国的特色相结合。本文提出以下建议。

第一,要充分的发挥党在公共卫生治理中的领导与动员作用。因为以党组织为主导的多元治理结构是我国国家治理的一大特色^[10]。党组织能够延伸至许多政府触及不到的领域,同时在公共卫生危机来临之时,党组织对党员、群众的动员能够迅速的组织起人力、物力进行应急。所以,未来我国的公共卫生治理必须要坚持党的领导,使其成为一场在党领导下,为了人民生命健康安全这一目标,共建共享的全民运动。

第二,要进一步加强公共卫生治理的法治体系建设。实现公共卫生治理的现代化,必须要加强法治建设。当前,我国公共卫生治理的法治依然薄弱,尤其是在新冠肺炎疫情中暴露出了公共卫生应急上的法律漏洞^[11]。因此,在未来的公共卫生治理中,必须要完善公共卫生法律法规,进一步明确公共卫生机构的职责与权限,强化治理人员的法治意识,做到治理有法可依、有法必依和执法必严。

第三,进一步落实将健康融入所以政策方针,坚持共建共享与全民健康的理念。根据“生物-心理-社会”的现代医学模式,健康的影响因素不仅包括生物医学这样的显性的影响因素,还包括许多隐性的社会因素^[12]。这就要求公共卫生治理中必须要坚持将健康融入所有政策。同时,公共卫生治理还必须要坚持全社会共建共享的理念,在各个行业和个人中形成维护健康和促进健康的强大合力,在全人群和全生命周期提供公平可及、连续系统的健康服务。

[参考文献]

- [1] 俞可平. 论国家治理现代化[M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2014. 18.
- [2] 武晋, 张雨薇. 中国公共卫生治理: 范式演进、转换逻辑与效能提升[J]. 求索, 2020(04): 171-180.
- [3] 孙菊. 疫情推动公共卫生治理现代化改革[J]. 人民论坛, 2020(S1): 38-41.
- [4] 顾昕. 中国公共卫生的治理变革: 国家-市场-社会的再平衡[J]. 广东社会科学, 2014(06): 180-192.
- [5] 迟福林. 以人民健康至上的理念推进公共卫生治理体系变革[J]. 行政管理改革, 2020(04): 4-12.
- [6] 原卫生部. 卫生部关于印发《关于卫生监督体制改革实施的若干意见》和《关于疾病预防控制体制改革的指导意见》的通知. 北京, 2001年.
- [7] 魏子柠. 致敬十年新医改[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2019. 37-55.
- [8] 俞可平. 中国的治理改革(1978-2018)[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2018, 71(03): 48-59.
- [9] 顾昕. 走向互动式治理: 国家治理体系创新中“国家-市场-社会关系”的变革[J]. 学术月刊, 2019, 51(01): 77-86.
- [10] 孔庚, 王炳林. 中国共产党在国家治理体系中的地位和作用[J]. 思想教育研究, 2020(10): 53-58.
- [11] 姚明, 桂群. 我国公共卫生地方立法研究——基于32部地方法律规范的实证分析[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(03): 201-204.
- [12] 周业勤. 重审社会医学与生物心理社会医学模式的关系——兼评社会医学研究方法的局限性[J]. 中国卫生事业管理, 2009, 26(12): 838-840.

[收稿日期] 2020-11-15

(编辑 杨练)