

# 以人民健康至上理念 推进我国公共卫生体系变革

迟福林\*



- ◆ 党的十八大以来，随着“健康中国”目标的提出和实施，我国公共卫生体系开始从“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”。
- ◆ 实现高质量发展，要以人民健康至上为前提，实施“健康中国2030”战略，更要把以疾控体系为重点的公共卫生体系变革摆在突出位置。在努力打赢新冠肺炎疫情攻坚战的同时，更应将公共卫生体系变革纳入国家“十四五”发展规划纲要，以更大的决心和魄力化解公共卫生治理中的顽瘴痼疾。

习近平总书记2016年在全国卫生与健康大会的讲话中指出，“人民健康是社会文明进步的基础。拥有健康的人民意味着拥有更强大的综合国力和可持续发展能力。如果人民健康水平低下，如果群众患病得不到及时救助，如果疾病控制不力、传染病流行，不仅人民生活水平和质量会受到重大影响，而且社会会付出沉重代价。”<sup>①</sup>《“健康中国2030”规划纲

要》对加强重大传染病防控提出具体要求，例如“完善传染病监测预警机制”“加强突发性传染病防治”“强化重大动物源性传染病的源头治理”等。

2020年初暴发的新型冠状肺炎疫情，暴露出我国在重大疫情防控体制机制、公共卫生应急管理体系等方面存在明显短板。2003年SARS危机以来，尽管我国在公共卫生体系重

\* 迟福林，中国（海南）改革发展研究院院长。

构等方面取得了重要进展,但从实践看仍然存在某些结构性、制度性缺陷。为此,以人民健康至上的理念推进以疾控为重点的公共卫生体系变革,成为我国经济社会发展与全面深化改革的重大任务之一。

## 一、我国公共卫生体系变革有重要进展,但仍存在明显的结构性、制度性缺陷

当前,客观判断我国公共卫生体系建设面临的突出矛盾,推进以人民健康为中心的公共卫生体系变革,仍是我国走向现代化进程中亟需解决的重大课题。

### (一) 我国已初步建立覆盖城乡的公共卫生体系

**公共卫生体系的定义。**20世纪50年代,世界卫生组织将公共卫生定义为“预防疾病、延长生命、促进生理和心理健康的学科、制度和社会行动”。从基本国情出发,我国公共卫生体系主要是指以预防控制疾病、减少疾病发生、维护和促进国民健康为共同目标,以政府公共卫生监管部门、专业公共卫生机构、承担公共卫生医防整合法定责任的医疗机构和城乡基层医疗卫生机构为主体构成的工作体系和协作网络的总称。

**新中国成立以来我国公共卫生体系建设历程。**自新中国成立至20世纪70年代末,我国初步建立覆盖县乡村三级医疗预防保健网的公共卫生体系。自20世纪80年代后期到2003年的SARS危机,该阶段由于过于偏重经济效益,在一定程度上忽视了公益性,由此广大社会成员对公共卫生服务体系的改革存在某些争议。2003年SARS危机以后,我国加大了对公共卫生体系建设的投入,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。党的十八大以来,随着“健康中国”目标的提出和实施,我国公共卫生体系开始从“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”。

**基本形成公共卫生体系框架。**经过多年的努力,我国建立以“预防疾病、延长生命、促进生理和心理健康”为目标,以疾控体系为龙头,以公共卫生监管部门、专业公共卫生机构、承担医防整合法定责任的医疗服务机构为主体,以财政经费保障体系为支撑,覆盖城乡的公共卫生体系。

**基本建立起覆盖城乡的公共卫生服务体系。**截至2018年末,我国有疾病预防控制中心3443个,卫生监督机构2949个,妇幼保健机构3080个,城镇社区卫生服务中心(站)34997个,乡镇卫生院36461个;我国54.2万个行政村共设立村卫生室62.2万个,村卫生室人员达到144.1万人<sup>②</sup>。

### (二) 公共卫生体系仍存在结构性、制度性突出矛盾

**公共卫生应急管理体系仍然比较薄弱。**从抗击新冠肺炎疫情的情况看,现有公共卫生体系对突发公共卫生事件的预警能力、应对能力存在短板。如医护人员急需的防护服、口罩短缺等现象,反映出公共卫生基本应急物资储备体系不健全,疫情发生后的反应能力和处置能力不强的严重缺陷。

**公共卫生管理体制和运行机制不到位。**虽然公共卫生体系的“四梁八柱”基本制度框架已经建立,但公共卫生管理碎片化、资源分散化的矛盾比较突出。例如,公共卫生资源分散在公共卫生监管部门、专业公共卫生机构、各类医疗服务机构等部门,难以有效整合,特别是在发生突发公共卫生事件时,难以形成强大

合力。

**“重医轻卫”“重医轻防”的矛盾还比较突出。**财政资源、人才资源和基础设施等的资源配置，存在“重医轻卫”“重医轻防”的倾向。例如，疾控体系建设投入“财神跟着瘟神走”的特点还比较突出。此外，专业公共卫生人员不足、基层公共卫生队伍不稳定的矛盾比较突出，并由此导致传染病防控能力严重不足。

**公共卫生法律体系不健全。**目前，我国公共卫生领域有13部法律，但相对侧重微观技术层面。部门立法和管理型立法特征明显，立法碎片化问题突出。

### （三）以人民健康为中心推进公共卫生体系变革

以“健康中国2030”为目标全面提升我国公共卫生体系的水平和质量。从国际比较看，美国有3亿多人口，卫生人员总数为1900万；我国有14亿人口，到2018年末卫生人员总数仅为1230万人<sup>③</sup>。我国已进入发展新阶段，在广大社会成员的卫生健康需求全面快速增长的时代背景下，建设公共卫生体系、扩大公共卫生基础设施建设、提高公共卫生发展水平仍有巨大空间。

**理顺公共卫生体制，提升公共卫生体系的效能。**例如，整合各种公共卫生议事协调机构，设立自上而下的政府公共卫生委员会，理顺各级政府公共卫生职责；建立健全公共卫生经费财政保障制度；深化专业公共卫生机构改革，以“公益性和盈利性分离”为原则，重构专业公共卫生网络；改革完善公共卫生人才培养体系与人才管理体制；构建老龄化社会下公共卫生的社会保险制度支撑等。

**深化公共卫生体系变革。**着力解决公共卫生、尤其是重大疫情防控的体制机制缺陷；着力深化公共卫生体系、公立医院等方面的改

革；着力加大公共卫生领域的政府投资，提升公共卫生领域的供给质量。

**充分发挥中医药在公共体系建设中的独特优势。**习近平总书记在2016年的全国卫生与健康大会上明确提出，“要着力推动中医药振兴发展，坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，努力实现中医药健康养生文化的创造性转化、创新性发展。”《“健康中国2030”规划纲要》对充分发挥中医药独特优势作出部署。问题在于，要把发展中医药作为国家公共卫生体系建设的重要任务，从提高中医药服务能力、发展中医药养生保健治未病服务、推进中医药继承创新等方面，加大投入力度，促进中医药发展，使中医药在“健康中国”建设中发挥重要作用。

## 二、我国已建立自上而下的疾病防控体系，但距离统一、高效的目标仍存在明显差距

目前，我国初步建立了疾控机构、医院、基层医疗卫生机构分工协作、上下联动的重大疾病防、治、管服务体系，但结构不合理、体制机制不健全的矛盾仍然比较突出。从这次抗击新冠肺炎疫情的实践看，加快推进疾病防控体系变革，成为我国改革完善公共卫生体系的核心任务。

### （一）建立起自上而下的疾控体系

**我国疾病预防控制体系建设的起步。**我国于1949年成立中央防疫委员会及其下设的防疫总队；到了1965年，全国形成了覆盖城乡的卫生防疫体系。

**疾病预防控制网络的建立。**1978年后，我国相继颁布《中华人民共和国急性传染病管理条例》《全国卫生防疫站工作条例》。1982年卫生部成立直属的预防医学中心，1985年成立中

国预防医学中心, 2002年组建成立中国疾病预防控制中心(CDC)。随后, 全国省级、市级和县级疾控中心相继成立, 形成了全国疾控体系。

**疾病预防控制体系建设的提速。**2003年后, 各级政府相继出台政策措施, 加大了财力投入, 进一步强化突发公共卫生事件应急管理体系、疾病预防控制体系和卫生执法监督体系建设。

目前, 我国初步建成了以“国家-省-市-县”四级疾控中心为基础的疾病预防控制体系, 初步建成全球规模最大、“横向到边、纵向到底”的传染病疫情和突发公共卫生事件网络直报系统, 基本形成由各级疾控中心、其他专业公共卫生机构、承担公共卫生医防整合法定责任的医疗机构组成的、覆盖全国城乡的疾病预防控制网络。

## (二) 疾病预防控制体系结构不合理、体制机制不健全的矛盾突出

**各级疾控中心距离有效发挥疾病防控作用还有很大空间。**我国各级疾控中心是以疾病信息收集分析、疾病检测、疾病防治研究为主要业务的公益性事业单位。一方面, 作为公益性事业单位, 疾控中心开展具有行政行为特征的疾控工作时, 尤其是面对新冠肺炎疫情这样的重大公共卫生事件时, 难以有效发挥“侦察兵”和“哨兵”作用。另一方面, 各级疾控中心既无权也无力协调共同承担疾病预防控制职责的其他同级专业公共卫生机构, 也难以协调同级医疗机构。

**缺乏有效运行的财力保障。**SARS危机后, 各级财政对疾控体系进行了大规模投入, 但尚未转化成为制度性安排。从数据看, 政府对疾控中心的财政投入占同级财政支出的比例呈现下降趋势, 从2002年的1.27%下降到2012年的1.05%, 下降了17.3%。2002-2012

年, 我国疾控人均人员经费投资增长290.6%, 人均公用经费增长190.8%, 低于同期全国财政支出增长幅度(471.1%), 也低于人均GDP的增长幅度(308.8%), 距离疾控中心全额投入的标准仍有31.1%的缺口, 导致疾控职责总体完成度只有76.6%<sup>④</sup>。

**人力资源总量普遍不足、结构不合理突出。**2014年, 中央编办、财政部、国家卫生计生委印发《关于印发疾病预防控制中心机构编制标准指导意见的通知》(中央编办发[2014]2号), 提出疾病预防控制中心的人员编制原则上按照各省、自治区、直辖市常住人口(以第六次全国人口普查数据为准)万分之1.75的比例核定。按照这一要求, 我国四级疾控中心需配备23.5万人<sup>⑤</sup>, 但2018年我国疾控人员只有18.8万人, 而且还在不断流失。与2017年相比, 2018年我国疾病预防控制中心人员数净减少了0.3万人<sup>⑥</sup>。

## (三) 建立统一、高效的疾控体系

**确立并强化疾控体系作为政府履行基本公共服务责任主体的重要地位。**把疾病预防控制明确为政府优先保障的基本公共服务, 把疾控工作明确为行政行为, 重新界定各级疾控中心的机构性质, 创新其管理体制机制, 赋予充分的法定行政权力, 使其能够管理、组织和协调其他专业公共卫生机构和医疗机构。

**强化疾病疫情预防应急能力建设。**改革和完善疫情预警信息发布机制, 加强应急机制、应急队伍、应急储备、应急救治基础设施建设, 不断完善公共卫生危机应急预案体系、应急联动体系、信息报告体系, 不断提高突发事件的应对能力。

**创新疾控体系运行机制。**要建立完善专业公共卫生机构、综合医院和专科医院、基层医疗卫生机构“三位一体”的疾病防控机制, 建立信息共享、互联互通机制, 推进慢性病的防、治、管整体发展, 强化医防结合。要建立

多部门联合协作的疾病防控工作模式，探索医疗机构等多部门与疾控机构有效结合防治疾病的工作机制和工作模式，加强疾病联防联控。加快探索建立基本公共卫生服务项目、分级诊疗、家庭医生签约服务与慢性病防治相融合的新型疾病防控体系。

**健全疾控体系的财政投入保障机制。**提升政府财政对各级疾控中心基础设施建设和疾控人员待遇的保障程度；显著缩小疾控与医疗专业技术人员待遇的鸿沟；拓宽疾控人员晋升通道，显著提高各级疾控中心对高素质人才的吸引力；明显提升疾控人员的专业技术能力。

**实施疾控体系特殊的人才政策。**加大疾控专业技术人员比例，及时调整人才结构，补齐基层疾病控制专业人员缺口；在各级疾控中心建立有别于一般行政单位公务员和事业单位的薪酬制度，建立薪酬标准不低于同级医疗机构人员平均水平的激励机制，出台经费支持等相关政策，探索建立符合疾控行业特点的薪酬和绩效工资等制度，充分调动广大疾控专业技术人员的积极性、主动性和创造性。

### 三、我国公立医院改革有多方面重要进展，但履行公共卫生职责仍面临着突出矛盾

面对抗击新冠肺炎疫情的严峻考验，“白衣战士”展现了救死扶伤、医者仁心的崇高精神。公立医院是我国公共卫生与基本医疗的中坚力量，是实现“健康中国2030”目标重要的专业技术主体。为此，强化公立医院在公共卫生服务供给方面的重要职责，要以公益性、专业性为导向深化公立医院改革。

#### （一）公立医院改革在强化基本医疗卫生服务上取得重要进展

（1）改革开放后公立医院的三轮改革。第一阶段是1979年至1998年，主要特征是推

行医疗服务的社会化、市场化。第二阶段是1998年至2003年，主要特征是卫生机构实行并完善院（所、站）长负责制，进一步扩大医疗机构的经营管理自主权，建立和完善任期目标责任制，明确院（站、所）长的责、权、利。第三阶段是2003年的SARS危机至今，主要特征是提升公立医院的公益性，围绕集中解决“看病难、看病贵”推动“三医联动”改革，公立医院改革进入“快车道”。

（2）公立医院在强化基本医疗卫生服务供给上取得重要进展。党的十八大以来，公立医院改革与基层医疗卫生体制改革、医药体制改革和医疗保险保障制度改革有机衔接，健全城乡医疗基本保障，取消药品加成等制度，实施进口抗癌药零关税等政策，公立医院在强化基本医疗服务供给上取得突破性进展并发挥了重要作用。

（3）公立医院承担诸多公共卫生职责。在公共卫生领域，公立医院是传染病、慢性病及部分突发公共卫生事件早发现、早报告、早处置的前沿阵地。除了保障基本医疗服务外，公立医院还承担着突发公共卫生应急、传染病防治、妇幼保健、慢性非传染性疾病管理、健康教育与促进等诸多公共卫生职责。

#### （二）公立医院履行公共卫生职责面临制度性瓶颈

（1）公立医院履行公共卫生法定职责的补偿机制不健全。政府对公立医院的补偿机制，更多地倾向于医疗服务，而公立医院履行公共卫生职能的补偿机制相对不到位。除了医疗服务，公立医院还承担传染病防治、慢性疾病管理、健康教育与促进、卫生应急等公共卫生工作。这些公共卫生工作难以创造经济效益，经费来源主要是医院自筹，这也是导致公立医院“重医轻卫”倾向的主要因素。从医疗机构的情况看，目前有的公立医院公共卫生部

门的人力配置平均不足4人,专业技术人员比例不到10%<sup>⑦</sup>。

(2) 公立医院的公益性和专业性的制度保障不足。例如,在一定时期内,有的公立医院片面强调创收目标,医生开药和开出检查项目越多,收费越高,其个人收入也就越高。这种激励机制调动了医务人员创收的积极性,但导致公立医院的公益性、专业性在一定程度上受到影响。

(3) 基本医疗与公共卫生脱节。例如,公立医院临床医学与公共卫生两个体系各自发展而难以有效结合,缺乏有效的沟通与协作,二者之间存在脱节。此外,医疗机构与专业公共卫生机构之间缺乏有效的协调联动机制,难以实现“防”与“治”的有机融合,难以满足广大群众日益增长的公共卫生和健康需求。

### (三) 以强化公益性、专业性为导向深化公立医院改革

(1) 强化公立医院的公共卫生职能。在公立医院管理层面,明确公共卫生与临床医疗的同等地位,完善公共卫生科室,加大公共卫生资源投入,明确公立医院履行公共卫生职责的运作机制、评价机制、监督机制,强化公立医院的公共卫生职能。

(2) 将公共卫生事件应急作为公立医院重要的公共卫生职能。公立医院要建立健全突发公共卫生事件应急响应机制,建立完整常备的突发公共卫生事件应急指挥机构,制定配套应急预案,定期模拟演练,并对医务人员进行专项培训,以提高全员应急意识和应急能力。

(3) 完善对公立医院履行公共卫生职能的补偿机制。进一步明确公立医院承担公共卫生职责的范围、实施标准。建立健全财政补偿机制,确定补偿标准及补偿方式,把公共卫生服务补偿纳入政府财政支出的年度预算,制定完善的补偿政策;完善各级医院公共卫生服务

专项评价考核机制,由第三方进行绩效评估,考核结果与财政补偿标准挂钩。

(4) 以专业化为导向加快优化公立医院治理结构。例如,以专业化为导向改革公立医院绩效管理制度,明确把专业性作为医务人员绩效考核的主要硬约束指标。

## 四、我国公共卫生投入加大,但与“健康中国”建设的实际需求相比仍有较大差距

从抗击新冠肺炎疫情的实践看,我国公共卫生体系的重要短板之一,是公共卫生领域的投入远不适应实际需求。尽管2003年SARS危机后,我国增大了公共卫生投入,但投入不足、结构不合理的矛盾仍然比较突出。建设现代化的公共卫生体系,仍需要大幅增加公共卫生财政投入,进一步加快公共卫生基础设施建设,由此提高公共卫生领域的供给质量。

### (一) 医疗卫生投入不断加大

(1) 医疗卫生总费用规模快速扩张。2001-2018年,我国医疗卫生总费用从2001年的5025.93亿元增长至2018年的59121.90亿元,年复合增长率达15.60%<sup>⑧</sup>。2018年,我国人均卫生费用达4148.1元<sup>⑨</sup>。

(2) 医疗卫生总费用占GDP的比重有较大提升。2001-2018年,我国医疗卫生总费用占GDP的比重由2001年的4.53%增长至2018年的6.57%<sup>⑩</sup>,保持上升趋势。

(3) 政府卫生支出加大,个人卫生支出占比明显下降。2001年,政府卫生支出占卫生总费用的比重为15.93%,个人卫生支出占卫生总费用比重为59.97%。随着财政投入的不断加大和医保体系的不断完善,到2018年,我国政府卫生支出占卫生总费用的比重提升到27.74%,提升了约11个百分点;个人卫生支出占卫生总费用比重下降到28.61%,下降了约

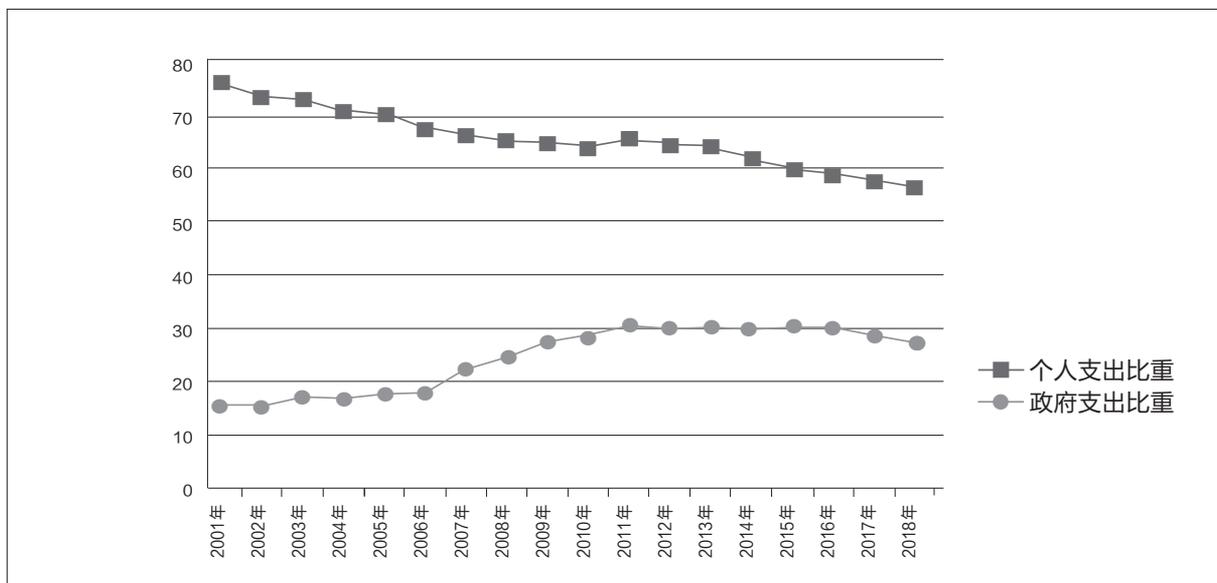


图1 卫生支出中政府与个人支出比重 (单位: %)

数据来源: 国家统计局,《中国统计年鉴2019》, 中国统计出版社, 2019年9月。

30个百分点<sup>①</sup>。

(4) 公共卫生项目人均经费补助标准不断提高。国家及地方财政补助力度不断加大, 服务覆盖面不断扩展, 逐步形成了包括14大类55项服务的综合性服务包。国家基本公共卫生服务项目的人均经费补助标准逐年提高。例如, 从2017年的50元逐步提高至2018年的55元、2019年的69元<sup>②</sup>。

## (二) 政府公共卫生投入与实现“健康中国”目标仍有较大差距

(1) 卫生筹资总体水平偏低。2018年, 我国卫生总费用占GDP的百分比为6.57%, 但仍低于世界平均水平<sup>③</sup>。世界银行数据显示, 2014年世界卫生费用支出占GDP比重平均为9.9%。其中, 美国达17.1%。瑞典、瑞士、法国和德国占比分别达到11.9%、11.7%、11.5%和11.3%。在亚洲, 日本和韩国的卫生费用占GDP比重为10.2%和7.4%。金砖国家中的巴西和印度, 卫生费用占GDP比重分别达到9%和

8.9%<sup>④</sup>。

(2) 卫生经费的支出结构不合理。以2013年为例, 我国政府卫生支出中有65.19%用于疾病治疗, 用于疾病预防的仅占14.59%, 而直接用于重点疾病预防控制的经费(基本公共卫生服务和重大公共卫生服务项目), 仅占当年政府卫生投入总额的7.91%<sup>⑤</sup>。

(3) 专业公共卫生机构获得的经费支持比重偏低。2018年, 我国专业公共卫生机构获得的财政补助收入为1243亿元, 基层卫生医疗机构获得的财政补贴收入为1977亿元。两者分别占医疗卫生机构财政补助收入(6065亿元)的21%和32.6%。相比之下, 各类医院获得的财政补助收入占比高达44.47%<sup>⑥</sup>。

## (三) 适应“健康中国”的要求, 加大对公共卫生的投入

(1) 加大卫生经费投入。通过扩大财政卫生经费支出等措施, 争取到“十四五”末期, 我国卫生总费用占GDP的比例达到10%

左右。

(2) 扩大公共卫生领域的财政投入。调整财政支持结构,进一步提升公共卫生财政投入的比重,保障疾控体系和基层公共卫生体系正常运转的资金支持。

(3) 公共卫生支出向农村和落后地区倾斜。缩小城乡和地区间基本公共卫生服务的差距,加快基本公共卫生服务均等化进程。

## 五、我国政府公共卫生职能有所加强,但离满足全社会公共卫生的需求仍有较大差距

2003年SARS危机以来,加快建设服务型政府成为多方面的共识,政府的公共卫生职能有所加强。《“健康中国2030”规划纲要》提出,要把健康摆在优先发展的战略地位。但是,无论从此次抗击新冠肺炎疫情的情况看,还是从实施《“健康中国2030”规划纲要》的要求看,政府的公共卫生职能履行仍严重不到位,公共卫生治理亟待加强。

### (一) 政府公共卫生职能不断加强

(1) 政府公共卫生职能在多方面强化。一是扩大公共卫生投入;二是推动形成公共卫生体系;三是推动形成公共卫生多元筹资机制;四是推动建立公共卫生管理体制框架;五是初步形成了公共卫生法律法规体系。

(2) “健康中国2030”提出公共卫生体系建设目标。《“健康中国2030”规划纲要》提出,到2020年,建立覆盖城乡居民的中国特色基本医疗卫生制度,健康素养水平持续提高,健康服务体系完善高效,人人享有基本医疗卫生服务和基本体育健身服务,基本形成内涵丰富、结构合理的健康产业体系,主要健康指标居于中高收入国家前列。到2030年,主要健康指标进入高收入国家行列。包括建立起覆盖全国、较为完善的紧急医学救援网络,突

发事件卫生应急处置能力和紧急医学救援能力达到发达国家水平。

(3) 把人民健康摆在优先发展的战略地位。《“健康中国2030”规划纲要》提出,把健康摆在优先发展的战略地位,立足国情,将促进健康的理念融入公共政策制定实施的全过程,加快形成有利于健康的生活方式、生态环境和经济社会发展模式,实现健康与经济社会良性协调发展。这就要求形成覆盖全生命周期、针对生命不同阶段的主要健康问题及主要影响因素的医疗卫生服务体系。

### (二) 比照“健康中国2030”目标要求,政府的公共卫生职能履行远不到位

(1) 难以适应全面快速增长的公共卫生需求。一是公共卫生领域存在较多的历史欠账,某些传统传染性疾病和公共卫生问题尚未得到有效控制;二是在新发传染病出现时,突发公共卫生事件应急能力不强仍是突出短板;三是随着我国加速进入老龄化社会,慢性病出现“井喷”状态,但尚未形成有效应对慢性病的公共卫生管理体系。

(2) 政府卫生支出占比仍然偏低。世界卫生组织《2010年世界卫生报告》中提倡的卫生支出目标为:广义政府卫生支出占GDP的比重不低于5%,个人卫生现金支出占全国卫生总支出的比重为15%~20%。2018年我国政府卫生支出占GDP比重仅约为1.82%;个人卫生现金支出占卫生总费用的比重高达28.61%<sup>①</sup>。

(3) 尚未形成“大卫生、大健康”的公共卫生管理框架。由于缺乏顶层设计,尚未形成国民全生命周期健康管理服务的管理框架。一是公共卫生领域的中央地方关系尚未理顺,公共卫生服务均等化尚未实现;二是公共卫生各专业机构高度组织化、属地化,医疗机构承担公共卫生职能定位不明确,公共卫生机构、医疗机构分工协作机制不健全;三是疾病预防

控制网底不牢、职责不清；四是基层医疗卫生机构无法获取应有的公共卫生资源等。

### （三）以“大卫生、大健康”为导向创新政府公共卫生管理体制

（1）强化“大卫生、大健康”公共卫生管理体制的顶层设计。适应全生命周期健康管理服务的要求，重新定位政府公共卫生职责和专业公共卫生机构、综合医院和专科医院、基层医疗卫生机构等职责，实现防治结合，将慢性病纳入公共卫生管理框架，建立完善功能互补、协作密切、权责清晰的公共卫生管理体制。

（2）实现政府履行公共卫生职责法定化。第一，以立法的形式明确界定政府公共卫生职能，确保政府履行公共卫生服务职能于法有据。第二，明确公共卫生领域的各级政府的法定支出责任，理顺公共卫生领域的中央地方权责分工。第三，依法规范公共卫生行政部门、公共卫生专业机构和公立医院的职责。

（3）完善政府购买基本公共卫生服务的机制，充分发挥社会力量的作用。注重提升公共卫生投入的效率，制定国家基本公共卫生服务项目成本或标准价格；完善政府采购，形成包括公立医院、民营医院、公共卫生机构等在内的多元供给主体；形成充分调动各方面积极性、以结果为导向的公共卫生服务供给体系。

当前，我国正处于抗击新冠肺炎疫情的关键时期，更处于迈向高质量发展的重要历史关口。实现高质量发展，要以人民健康至上为前提；实施“健康中国2030”战略，更要把以疾病防控体系为重点的公共卫生体系变革摆在突出位置。在努力打赢抗击新冠肺炎疫情攻坚战的同时，更应深刻反思，从长计议，将公共卫生体系变革纳入国家“十四五”发展规划纲要，以更大的决心和魄力化解公共卫生治理中的顽瘴痼疾。应当在疫情防控的大考中加快改

革完善适应我国高质量发展的公共卫生体系，加快改革完善国家重大疫情防控体制机制，加快改革完善国家公共卫生应急管理体系。<sup>①</sup>

- ① 中共中央文献研究室：《习近平关于社会主义社会建设论述摘编》，中央文献出版，2017年版。
- ② 国家卫生健康委：《2018年我国卫生健康事业发展统计公报》，2019年5月22日。
- ③ 国家统计局：《中国统计年鉴2019》，中国统计出版社，2019年9月。
- ④ 郝模、陈政、李程跃：《我国疾控体系的蝶变与隐忧》，《光明日报》，2015年4月24日。
- ⑤ 同④。
- ⑥ 同②。
- ⑦ 杨诗雨、张晓娜、张霄艳：《武汉市公立医院公共卫生人才队伍建设现况调查分析》，《湖北文理学院学报》，2019年第5期。
- ⑧ 同③。
- ⑨ 国家卫生健康委：《2018年卫生健康事业发展统计公报》，2019年5月22日。
- ⑩ 同③。
- ⑪ 国家统计局：《中国统计年鉴2019》，中国统计出版社，2019年9月。
- ⑫ 参见国卫基层发〔2017〕46号、国卫基层发〔2018〕18号、国卫基层发〔2019〕52号。
- ⑬ 同③。
- ⑭ 同③。
- ⑮ 邓峰、吕菊红、高建民：《推进“健康中国”建设的主要策略分析》，《中国公共卫生管理》，2016年6月。
- ⑯ 国家卫生健康委员会：《中国卫生健康统计年鉴2019》，中国协和医科大学出版社，2019年9月。
- ⑰ 同③。

（责任编辑：杨 婷）