

# 公共卫生政策对慢性病防控效果的影响研究

刘怡 邓振

南昌康民医院, 中国·江西南昌 330006

**摘要:** 目的: 从慢性病管理视角分析吉林省国家基本公共卫生服务覆盖情况及其影响因素。方法: 采用吉林省 2008 与 2013 年国家卫生服务调查家庭健康询问调查数据, 以  $\geq 18$  岁调查人口为研究对象, 描述慢性病相关基本公共卫生服务的覆盖现状及趋势; 采用 logistic 回归模型分析其影响因素。结果: 与 2008 年比较, 2013 年慢性病相关基本公共卫生服务覆盖率有所提高, 慢性病患者健康体检率从 22.52% 提高到 53.59%, 高血压患者健康教育率从 63.51% 提高到 66.63%, 血压规范监测率由 82.56% 增至 93.13%; 与农村地区相较, 城市地区健康体检、血压规范监测服务覆盖率较高 (OR=1.5,  $P < 0.01$ ; OR=2.3,  $P < 0.01$ ), 建档率和高血压患者健康教育率较低 (OR=0.3,  $P < 0.01$ ; OR=0.6,  $P < 0.01$ )。个人文化程度、家庭人均收入、社会医疗保险类型、年龄与部分基本公共卫生服务覆盖相关。结论慢性病管理视角下, 吉林省基本公共卫生服务慢性病管理相关措施覆盖面在 5 年内有所改善, 但仍未达到“全面覆盖”的目标。

**关键词:** 慢性病; 基本公共卫生服务; 影响因素

## Research on the Impact of Public Health Policies on the Prevention and Control of Chronic Diseases

Yi Liu Zhen Deng

Nanchang Kangmin Hospital, Nanchang, Jiangxi, 330006, China

**Abstract: Objective:** To analyze the coverage of national basic public health services in Jilin Province and its influencing factors from the perspective of chronic disease management. **Method:** Using the data from the National Health Service Survey Family Health Inquiry Survey in Jilin Province in 2008 and 2013, the survey population aged  $\geq 18$  was selected as the research object to describe the current status and trends of coverage of basic public health services related to chronic diseases; Use logistic regression model to analyze its influencing factors. **Result:** Compared with 2008, the coverage of basic public health services related to chronic diseases has increased in 2013. The health examination rate for chronic disease patients has increased from 22.52% to 53.59%, the health education rate for hypertension patients has increased from 63.51% to 66.63%, and the blood pressure monitoring rate has increased from 82.56% to 93.13%; Compared with rural areas, urban areas have a higher coverage rate of health checkups and standardized blood pressure monitoring services (OR=1.5,  $P < 0.01$ ; OR=2.3,  $P < 0.01$ ). The filing rate and health education rate for hypertension patients are relatively low (OR=0.3,  $P < 0.01$ ; OR=0.6,  $P < 0.01$ ). Personal education level, per capita household income, type of social medical insurance, age, and coverage of some basic public health services are related. **Conclusion:** From the perspective of chronic disease management, the coverage of measures related to chronic disease management in basic public health services in Jilin Province has improved within 5 years, but has not yet reached the goal of “comprehensive coverage”.

**Keywords:** chronic diseases; basic public health services; influence factor

## 0 前言

慢性疾病在全球范围内构成了疾病的主要负担, 这一现象迫使我们必须将其实施可持续发展的策略中首要且紧急的考虑因素。在中华人民共和国, 随着人口迅速老龄化和生活习惯的改变, 慢性疾病的发病率在过去二十年间急剧上升, 这种趋势导致了巨大的国家卫生系统和经济的压力, 不仅因为慢性病导致的死亡, 还有随之而来的伤残调整寿命年的损失。在当前中国乃至全球范围内, 针对当前众多的慢性病患者群体来讲, 怎么样更加有效的帮助他们获得满意的管理服务就成为一种应该尽快有效解决好的关键性实践难

题, 结合 2009 年提出的《关于深化医药卫生体制改革的意见》的重要条件之下, 有效加快了本轮医改措施的实施, 同时其属于改革的关键内容, 为此提出了基本公共卫生服务的项目, 旨在实现服务的均等化, 并针对儿童、孕产妇、老年人和慢性病患者等特定群体, 制定了一系列统一的公共卫生服务内容以患有特定疾病的人群为核心, 帮助他们获得不收费的疾病预防、妇幼保健等大量较为重要的基本公共卫生服务, 自 2009 年起, 各类项目所获得的人均财政资助额度呈现连续上升趋势, 至 2016 年峰值时已达到 45 元人民币; 从 2009 年的 10 个类别扩展至 2015 年的 12 个类别, 项目所涉

及的覆盖内容有所增加, 诸多研究已经涉及国家基本公共卫生服务项目的广泛覆盖, 主要分析了项目执行的现状、影响因素和存在的问题。研究表明, 年龄较大的人群通常接受更多的后续关注, 而健康意识水平与干预成效之间存在正向联系, 参加新型农村合作医疗的居民在该计划推行上的体验不甚理想, 文献分析指出, 受教育水平较低、经济条件较好的老年人群体, 更倾向于参与健康体检; 对于流动性较大的群体, 基本公共健康服务的获取受到性别、年龄、教育水平和医疗保险参与等个人微观因素的影响。根据文献所述, 探究各项变量对于结果的潜在作用, 研究表明, 在具体实施基本公共卫生项目的时候也面临着非常多的巨大挑战, 常见的有服务质量的高低情况、未均衡覆盖流动人员和边缘群体公共卫生服务、没有形成结果导向的绩效评估系统等诸多重要的问题。针对基本公共卫生服务的获取情况来讲, 当处于城乡居民之间均衡化进程当中的时候, 出现了很多的严重阻碍进程的相关问题, 所以应该进一步提高该方面的关注程度, 同时在较短的时间内处理好这些问题, 对于研究的具体范畴而言, 主要是将慢性病当做是重要视角, 再针对具体健康指标进行充分而且详细的分析, 并且深入探究基本公共卫生服务项目所对应覆盖范围的现象尤其少, 本次研究则是利用吉林省的实际调查来得到所需要的关键数据, 并且基于慢性病的管理层面, 具体论述了 2008 和 2013 年在吉林省属于 18 岁及以上的人群当中, 基本公共卫生服务项目的实际覆盖现象和相应的发展方向, 与此同时, 该研究还针对影响慢性病相关基本公共卫生服务项目覆盖率的诸多重要因素进行了非常充分的分析, 同时也提出了基本公共卫生服务进行具体实施的时候所具有的一些重要问题。该研究的最终目标就是获得所需的关键实证依据, 从而帮助加快基本公共卫生服务的全面覆盖和服务的均等化。

## 1 资料与方法

①资料来源该研究主要是采用了吉林省第四次(2008年)和第五次(2013年)国家卫生服务调查家庭健康询问调查的重要数据。

②该研究主要是以慢性疾病管理层面为基础, 利用五大标准去全面的评估基本公共卫生服务项目的普及程度, 在此框架下, 健康档案的建立比例和健康体检所对应的参加比例, 依次是将高血压或糖尿病患者人数和无慢性病的调查人口总数当做分母来进行计算获得的, 主要目的就是获得不同慢性病情况下的群体在一年当中建立健康档案以及进行健康体检的实际状况; 其中, 将高血压患者作为基数, 计算近三个月内接受健康干预的比例, 以及过去一年内进行至少四次规范血压测量的比例, 以此来描述管理公共卫生服务在高血压患者群体中的普及程度; 糖尿病患者的血糖监测遵循规范的比率, 揭示了公共卫生服务在糖尿病管理中的覆盖范围。针对糖尿病患者群体来讲, 一年当中进行不低于四

次血压检测的患者所占的比率被计算, 当进行多因素分析的时候, 重点是采用了多个对健康会形成重要影响的主要因素。

③利用 SPSS18.0 软件, 执行数据统计与分析工作, 在探究特定研究主体时, 对其五项关键量化标准进行核算, 进而对关联的基本公共卫生服务的普及状况及其随时间的变化情况进行深入解析, 本研究选取了 18 岁及以上的人口作为调查的整体样本, 涉及 8 个自变量, 同时通过 logistic 回归模型来全面的分析健康档案建立以及健康体检之间所存在的重要关联性因素, 不过针对建档所作出的多因素分析只采用了 2013 年的数据; 在具体探究高血压患者的时候, 基于不存在慢性疾病影响的重要前提条件之下, 通过 logistic 回归模型来深入的研究健康教育以及规范血压监测服务会对患者形成什么程度的重要影响; 此外, 该研究又将糖尿病患者当做是重要的研究样本, 并且对慢性病患者情况所存在的影响进行了有效排除, 然后通过 logistic 回归模型来全面的分析了患者接受血糖规范监测服务的影响因素, 不过此分析只采用了 2013 年的数据。

## 2 结果

①在吉林省针对 13922 名居民进行了一项重要的调查(见表 1), 其中存在 11565 人超过了 18 岁, 所对应的平均年龄达到了 44.7 岁, 并且调整后的家庭人均年收入是 6962.13 元; 其中农村人口为 6675 人, 城市人口为 4890 人; 教育水平主要集中在初中、中专以及高中阶段, 此三者合计占比约为 55.74%; 表 1 中详细列出了医疗保险的涵盖范围以及慢性疾病的发病率情况。2013 在本次研究中, 共有 15573 名参与者被纳入调查, 其中 13,400 名年龄满 18 周岁, 全体参与者的平均年龄为 48.97 岁, 家庭人均收入平均为 13628.43 元; 性别比例中男性占 0.95 (6541 人中的 6,541), 而女性占 0.05 (6859 人中的 318), 农村与城市人口比为 0.72 (5602 人居住在农村, 7798 人居住在城市); 个体的知识水平获得了一定程度的上升; 在 2008 年, 没有加入社会医疗保险的个体在总人口中占比明显下降, 这一变化显著反映了社会医疗保险制度的普及程度提高 31.09。在 2013 年, 医疗保险的覆盖范围扩展至 90.84%, 其中涉及的三种主要保险类型; 从 2008 年至 2013 年, 高血压以及糖尿病所对应的发病率依次从 9.49% 提高到了 17.77%。

②服务覆盖情况(见表 2)。基于慢性疾病管理策略的重要指导前提之下, 可以得知基本公共卫生服务所对应的触及范围, 从 2008 至 2013 年, 出现了非常明显的提高。在 2013 年的时候, 针对吉林省 18 岁及以上的调查人群来讲, 患有高血压或糖尿病的人群, 其建立健康档案的比例, 相较于无慢性病的人群, 高了 6.32 个百分点, 达到 77.91%, 而无慢性病的人群建档率为 71.59%, 定期健康体检对于这一人群尤为重要。

表 1 调查人口基本情况

特征人数		2008 年		2013 年	
		比例 (%)	人数	比例 (%)	人数
调查地区	农村	6675	57.72	5602	41.81
	城市	4890	42.28	7798	58.19
文化程度	小学及以下	3984	34.55	3896	29.07
	初中、中专及高中	6427	55.74	7766	57.96
	大专及以上	1119	9.71	1738	12.97
婚姻状况	已婚	9246	79.95	11085	82.72
	其他	2319	20.05	2315	17.28
社会医疗保险	城镇职工	1461	12.63	3504	26.15
	农合 / 城镇居民	6508	56.27	8669	64.69
	无社保	3596	31.09	1227	9.16
慢性病患病情况	无慢性病	9517	82.29	10152	75.76
	高血压 / 糖尿病	1097	9.49	2381	17.77

表 2 2008 年与 2013 年吉林省调查人口部分基本公共卫生服务项目覆盖情况

基本公共卫生项目人数		2008 年		2013 年	
		比例 (%)	人数	比例 (%)	人数
健康档案建档	高血压或糖尿病患者	-	-	1855	77.91
	无慢性病人群	-	-	7268	71.59
健康体检	高血压或糖尿病患者	247	22.52	1276	53.59
	无慢性病人群	989	10.39	3069	30.23
高血压患者健康管理	接受健康教育	630	63.51	1378	66.63
	血压规范监测	819	82.56	1926	93.13
糖尿病患者健康管理	血糖规范监测	-	-	631	91.72

注：“-”表示 2008 年数据部分指标无法计算。

2008 年相比, 该比率提高了约 31.07 个百分点, 并且较无慢性病的人群比率高出 23.36 个百分点; 从 63.51% 增至 66.63%, 高血压病群体中接受健康知识普及的比例有所提升; 规范性血压监测的比率, 从 82.56% 提高至 93.13%; 2013 年, 吉林省针对糖尿病患者的管理状况进行了调查, 发现其中 91.72% 的患者进行了规范的血糖监测。

③影响因素分析 (见表 3、表 4)。在吉林省的一项单因素分析表明, 针对 18 岁及以上居民的慢性病相关基本公共卫生服务利用而言, 可以得知其与居住区域、教育水平及慢性病发病率等之间, 存在不同程度的关联性, 在控制了其他变量之后, 对城市区域中 18 岁及以上居民的健康检查状况进行了多变量分析, 最终的统计结果表明相较于农村区域, 服务之可达性在城市地区显著增加 (优势比 =1.50, 置信区间 =1.38 至 1.62) 1.64 规范性血压与血糖的监控服务, 二者呈现正相关性 (比值比为 2.25, 置信区间为 1.64 至 3.70); 在统计学中, OR 值为 1.24, 95% 置信区间为 0.59 至 2.63; 在城市区域, 建立个人健康状况记录以及针对高血

压的卫生教导, 相较于农村地区, 其普及率显著较低 (比值比为 0.34, 置信区间为 0.31 至 0.38); 在给定的置信区间内, 0.62 的比值比估计值为 0.50 至 0.76 之间, 就健康档案建档而言, 家庭人均收入在医疗保险所对应的覆盖范围当中, 年龄不小于 65 岁, 同时患有高血压或糖尿病的那些重要调查对象, 更倾向于创建健康档案; 在对特定人群进行健康评估的研究中发现, 受教育水平较高、经济条件较好且有高血压或糖尿病病史等情况的个体, 更倾向于参与一年一度的健康体检。但是针对高血压患者管理而言, 能够重点得知的就是地区间存在着较大的调查差异现象, 而且还发现血压规范监测服务所对应的覆盖范围和高学历群体、城镇职工医保覆盖及年龄具有明显的统计学上的正相关性; 并且针对高血压患者开展的健康教育活动和家庭成员的平均经济水平呈现反比关系, 对于糖尿病患者的管理领域来讲, 可以明显发现的就是处于地区差异以外, 血糖的标准化监控和个体的文化水平具有显著的正相关性, 但是血糖的标准化监控服务和另外的很多因素都没有表现出显著的相关性。其可能是和参加调查的糖尿病患者人数相对较少存在很大的关系。

表 3 吉林省调查地区慢性相关基本公共卫生服务覆盖单因素分析

特征	健康档案		健康体检		血压规范监测		高血压健康教育		血糖规范监测	
	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI
调查地区										
农村	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
城市	0.31b	0.28~0.33	2.57b	2.41~2.73	2.95b	2.33~3.74	0.61b	0.51~0.72	2.49b	1.35~4.58
文化程度										
小学及以下	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
初中、中专及高中	0.57b	0.52~0.62	1.24b	1.16~1.33	1.58b	1.24~2.00	0.85a	0.72~1.00	2.91b	1.64~5.15
大专及以上学历	0.36b	0.32~0.41	3.20b	2.91~3.51	4.57b	2.38~8.78	0.81	0.62~1.05	3.90a	1.33~11.45
家庭人均收入										
中等以下	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
中等以上	0.58b	0.53~0.62	1.79b	1.69~1.90	1.54b	1.22~1.94	0.71b	0.61~0.83	1.61	0.94~2.77
社会医疗保险										
城镇职工	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
农合 / 城居保	1.95b	1.79~2.13	0.24b	0.22~0.26	0.33b	0.24~0.45	1.26b	1.07~1.49	0.47a	0.27~0.84
无社保年龄 (岁)	0.74b	0.64~0.84	0.18b	0.16~0.20	0.36b	0.24~0.54	0.84	0.66~1.06	0.91	0.20~4.09
< 35	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
35~64	1.13b	1.03~1.24	1.63b	1.51~1.77	3.16b	1.64~6.12	1.01	0.55~1.88	0.52a	0.28~0.97
≥ 65	1.43b	1.26~1.62	3.64b	3.31~4.01	4.83b	2.45~9.53	1.13	0.60~2.10		
慢性病情况										
无慢性病	1.00		1.00							
高血压 / 糖尿病	1.40b	1.26~1.56	3.00b	2.78~3.23						

注: a.P < 0.05; b.P < 0.01。

表 4 吉林省调查地区慢性相关基本公共卫生服务覆盖多因素分析

项目	健康档案		健康体检		血压规范监测		高血压健康教育		血糖规范监测	
	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI	OR 值	95%CI
调查地区										
农村	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
城市	0.34b	0.31~0.38	1.50b	1.38~1.64	2.25b	1.64~3.07	0.62b	0.50~0.76	1.24	0.59~2.63
文化程度										
小学及以下	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
初中、中专及高中	0.92	0.82~1.02	1.24b	1.14~1.34	1.17	0.88~1.56	1.14	0.94~1.38	3.50b	1.70~7.21
大专及以上学历	0.87	0.75~1.02	2.54b	2.24~2.88	2.41a	1.17~4.95	1.19	0.87~1.64	5.33a	1.47~19.3
家庭人均收入										
中等以下	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
中等以上	0.75b	0.69~0.82	1.09a	1.02~1.17	0.88	0.67~1.15	0.76b	0.64~0.91	0.92	0.48~1.77
社会医疗保险										
城镇职工	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
农合 / 城居保	1.14a	1.02~1.27	0.51b	0.47~0.57	0.66a	0.44~0.98	0.96	0.78~1.20	0.96	0.45~2.03
无社保年龄 (岁)	0.71b	0.62~0.83	0.28b	0.25~0.31	0.49b	0.32~0.75	0.82	0.64~1.05	1.32	0.28~6.35
< 35	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
35~64	0.96	0.86~1.07	1.39b	1.26~1.52	2.78b	1.40~5.54	1.04	0.55~1.95	0.46a	0.23~0.92
≥ 65	1.38b	1.18~1.61	2.56b	2.27~2.88	3.79b	1.84~7.80	1.33	0.70~2.52		
慢性病情况										
无慢性病	1.00		1.00							
高血压 / 糖尿病	1.62b	1.44~1.81	2.01b	1.84~2.18						

注: a.P < 0.05, b.P < 0.01; 回归模型纳入调查地区、个人受教育水平、家庭人均收入、社会医疗保险类型、年龄、性别、婚姻状况、慢性病情况; 分析高血压与糖尿病人群覆盖时, 慢性病情况一项被排除。

④慢性病患者控制率。2013 年吉林省城市地区  $\geq 18$  在所进行的岁末人口调研中, 被诊断为高血压的个体中, 有 59.63% 的患者其血压得到了有效控制 (计 913 人, 总共 1531 人), 这一比例相较于农村地区的高血压患者血压控制率 47.67% (计 256 人, 总共 537 人) 要高出约 12 个百分点, 12 对比上一年, 各项指标的增长或下降幅度, 以百分点的形式展示了数据的变化; 在糖尿病患者中, 城市与农村区域的血糖管理成效存在着明显的差异, 并且城市地区的管理率达到了 45.77% (265/579), 但是农村地区只有 22.02% (24/109), 城乡之间形成了大概 24% 的差距, 针对慢性病患者的管理成效来讲, 城市区域相较于农村区域表现得更为出色。

### 3 讨论

对于中国而言, 全部的公民, 不管其年龄、种族、收入等情况是否相同, 所能够得到的基本公共卫生服务其实都是非常平等的; 此处的“公平性”属于服务权利以及机会层面的对等性, 所有人均存在着平等的享受条件; 基于认同各个地理区域、城乡差异和不同人群的情况下, 保证全部的公民均可以得到相应水平的基本公共卫生保障。吉林省慢性病相关基本公共卫生服务覆盖重点是具有下面的一些关键特征。

在 2008 至 2013 年的五年时间里, 涵盖的服务范围有所增长, 进行健康体检的比例、高血压患者接受健康教育的比例以及规范监测血压的比例均呈现上升趋势, 其中高血压患者健康教育率以及血压规范监测率所对应的提升却相对平稳, 在所占比例中, 与 12.71% 相混合的, 是那个表示联合的符号“和”, 在针对高血压以及糖尿病患者完成档案建立以及健康体检的条件之下, 和那些无慢性病患者进行具体比较的话, 对应的覆盖率都存在着显著的提升, 同时对另外一些重要因素进行有效控制之后, 依旧存在该关键趋势; 目前存在的公共卫生服务项目评估体系可能导致了这一现象, 其中, 慢性疾病患者群体, 其医疗档案成为评估的焦点; 在健康管理领域, 针对慢性疾病患者及年满六十五岁以上的老年人群体, 其档案建立与体检服务的过程, 在一定程度上显示了健康管理的交叉性与重合性。基本公共卫生服务的均等化与基层医疗人员的服务项目要求存在重叠, 导致他们更加注重关键人群的健康管理情况, 作为相关部门需要对基本公共卫生服务的提供者作出较为科学有效的考核, 并且针对采用的考核机制以及考评指标进行必要的优化。

当前, 服务的延伸还没有真正完成“全面覆盖”的重要目标, 且其在区域之间呈现出显著的不平衡状态, 根据 2013 年的统计数据可以明显得知的是, 经过全面观察之后发现以上服务实际上还没有得到全方位的覆盖, 即便是高血压患者形成了 93.13% 的血压规范监测覆盖率, 但是对于不同人群而言, 依旧具有覆盖面不均衡的重要情况, 之所以存

在该情况, 在很大程度上是因为存在调查区域、教育水平、收入状况以及年龄因素等方面的重要影响作用。

当针对城市和农村区域进行具体比较的时候, 可以发现城市人群在健康体检、血压与血糖的规范化监测服务方面往往存在着较大的普及率 (比值比依次是 1.50、2.25、1.24), 但是农村地区在建立健康档案上则呈现较低的建档率。针对血压健康的教育服务中, 相较于农村区域, 两项服务的普及率显著较低 (农村地区比值为 0.34、0.62); 在乡村地带, 那些技术门槛不高的服务项目展现出较好的实施成效, 例如建立健康档案并积极的组织进行相关的健康知识教育活动, 与之相比来看, 很多具有较大技术含量的项目, 比如健康体检、规范性血压与血糖监测等, 在农村地区的效果则不尽如人意。鉴于此, 对于生活在乡村地域的群体而言, 尽管某些评估指数反映出正面状况, 但对具体实施中的公共卫生项目以及它们在人群健康维护方面所发挥的实际作用, 仍有待于持续监测与评估, 以下四个因素可能是导致这种情况出现的关键原因: 大量的农村地区没有较高的基层医疗机构的服务水平, 关键的原因就是村医没有很高的学历以及足够多的专业知识储备, 并且技术能力不够高, 从而造成其可以提供的卫生服务数量比较少并且没有很高的质量; 对于基本公共卫生服务项目而言, 基层医疗机构和二级 / 专家服务机构之间还没有形成非常密切的合作。目前, 国内农村地区的基层医疗机构依旧存在着非常严重的人员不足情况, 导致很多的基层医疗人员工作量巨大, 许多服务仅停留于形式, 服务质量不能够获得有效的保证, 对于目前存在的众多公共卫生服务项目来讲, 农村地区重点是具有考评机制不足的情况。对于第四项而言, 资金也并未得到更加科学高效的利用, 并且也没有形成较为有效的绩效考核机制, 由此基层医疗项目资金往往以一揽子方式发放, 进而出现了工资绩效与医疗人员工作量不成正比的情况。就医疗保健而言, 城镇职工的医疗保险计划相较于其他无保险、农村合作保险或城镇居民保险计划的群体, 其参与者更倾向于进行健康体检和规范的血压检查, 这一差别在统计学上表现显著, 在现行体制下, 中国社会医疗保险的统筹级别存在明显不足, 各统筹区域拥有较大自主权, 从而导致“全民医保”的目标不能够顺利完成, 并且也很难有效的确保卫生服务具有很高的公平性以及均衡性。在实际实施基本公共卫生服务项目的时候, 应该尽快整合社会医疗保险制度, 以此来确保完成基本公共卫生服务的均等化目标。

经济收入水平和年龄等因素直接影响建档情况; 教育层次、经济状况及年龄阶段显著影响健康体检状况; 教育水平及年龄因素显著影响血压与血糖的标准化监测; 较高教育层次的个体能够在个人卫生要求方面形成更加清晰的认知, 可以很好的得到所需的医疗健康信息, 同时更加深入的理解基础公共卫生服务的职能; 伴随当前人口年龄的逐渐增加, 个体在自身健康状况方面所存在的关注也逐步上升, 这成为

公共卫生策略聚焦的关键领域。

### 参考文献:

- [1] Wang Y, Lim H, Wu Y. Growing global burden of chronic noncommunicable diseases and an alarming situation in China[J]. Beijing Da Xue Xue Bao, 2012, 44(5): 688-693.
- [2] 谢铮, 罗秀, 简伟研. 我国基本公共卫生服务均等化政策回顾初探[J]. 中国全科医学, 2013, 16(37): 3662-3664.
- [3] 刘亚囡. 中国基本公共卫生服务政策及实证研究——以山东为例[D]. 山东: 山东大学, 2013.
- [4] 卫生部. 国家基本公共卫生服务规范(2011年版)[S]. 国家基本公共卫生服务规范, 2015.
- [5] 秦江梅. 国家基本公共卫生服务项目进展[J]. 中国公共卫生, 2017, 33(9): 1289-1297.
- [6] 耿书培, 浦雪, 曹志辉, 等. 国家基本公共卫生服务实施效果及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2018(1): 18-24.
- [7] 何莎莎, 危莉, 冯占春. 均等化目标下我国农村老年人利用基本公共卫生服务的影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2012, 31(8): 42-44.
- [8] 郭静, 邵飞, 范慧, 等. 流动人口基本公共卫生服务可及性及影响因素分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 75-82.
- [9] 范宪伟. 基本公共卫生服务项目的实施现状及机制优化[J]. 宏观经济管理, 2017(11): 61-65.
- [10] 杨颖. 公共卫生服务项目实施存在的问题及改进措施[J]. 经贸实践, 2017(9): 46-47.
- [11] 牛继东, 张启军, 冯星淋. 吉林省第五次卫生服务调查研究报告[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2016.
- [12] 张晨韵, 汤优佳, 张雪晖, 等. 我国基本公共卫生服务均等化建设与发展内涵的思考[J]. 海峡预防医学杂志, 2014, 20(1): 65-67.
- [13] 吴忠恕. 基本公共卫生服务项目实施中存在问题及对策[J]. 中国公共卫生管理, 2013(1): 22-24.
- [14] 申曙光, 侯小娟. 我国社会医疗保险制度的“碎片化”与制度整合目标[J]. 广东社会科学, 2012(3): 19-25.

作者简介: 刘怡(1983-), 女, 中国湖北武汉人, 硕士, 从事公共卫生研究。