

“三农”决策要参

2022 年第 25 期（总第 411 期）

清华大学 中国农村研究院

2022 年 9 月 26 日

推进公共卫生服务均等化， 加快农民工市民化进程

内容摘要：公共卫生服务事关人民群众生命安全与身体健康，推进其均等化是为农民工“赋权”、破解农民工市民化困境的重要政策导向。当前，公共卫生服务已建立起“费随人走”的财政支持机制，但农民工享有的公共卫生服务仍与本地居民存在较大差距，远未实现均等化。究其原因，主要在于财政筹资机制的保障力度尚不足，居住证在公共卫生服务实践中的作用尚有限，“互联网+”在公共卫生服务实践中的应用尚需推广。据此，有如下政策启示：进一步优化公共卫生资金的财政筹资机制；进一步为居住证赋能，建立以居住证为载体的公共卫生服务供给机制；积极探索“互联网+公共卫生服务”，持续提升公共卫生服务数字化水平；聚焦社区空间场域，着力畅通公共卫生服务的“最后一公里”。

关键词：公共卫生服务 农民工市民化 财政筹资机制 居住证

农民工市民化是新型城镇化战略的首要任务。但时至今日，耸立于城乡之间的“户籍墙”仍坚不可摧，农民工依旧面临着“经济接纳、社会排斥”的窘境，难以实现社会身份的转换。长此以往，农民工可能陷入进退失据、成为“双重边缘人”的尴尬局面，甚至可能会诱发并固化城市“新二元结构”，耗散社会凝聚力，阻碍中国新型城镇化战略发展大局。当前，放宽落户条件与公共服务^①均等化是推进农民工市民化的一体两翼。放宽落户虽然能够“一劳永逸”，使农民工直接完成社会身份转变，然而越是农民工集聚的大城市，越倾向于采取“掐尖”落户政策，因此放宽落户只能惠及极少数人。相比之下，公共服务均等化旨在通过梯次为农民工“赋权”，使其社会权利逐步向本地居民看齐，虽然有渐进性，但却可以惠及全体农民工，也是当前加快破解农民工市民化困境的重要政策导向。

公共服务关乎民生，连接民心，是各级政府分内之事、应尽之责。在公共服务的各项内容中，公共卫生服务事关人民群众的生命安全与身体健康，其均等化水平会对农民工市民化进程产生直接且重要的影响，具有较强的现实意义。

一、公共卫生服务均等化已具备一定的制度基础

提供公共服务的核心问题是如何构建合理的分配机制。以公平原则为导向实现基本公共服务的均等化供给，是我国社会发展过程中形成的政府职能核心观念。长期以来，我国高度重视推进公共服务均等化，积极探索解决方案，尤其公共卫生服务领域的政策起步

^①文中的公共服务均指基本公共服务，公共卫生服务均指基本公共卫生服务。

时间较早、财政支持力度较大。

2009年，党中央和国务院联合出台《关于深化医药卫生体制改革的意见》（简称《意见》），启动实施基本公共卫生服务项目，公共卫生服务均等化的实践正式拉开序幕。在《意见》指导下，2013年，原国家卫生和计划生育委员会出台《流动人口卫生和计划生育基本公共服务均等化试点工作方案》（简称《方案》），启动流动人口公共卫生服务均等化试点工作，这标志着公共卫生服务均等化政策取得实质性突破，均等化实践进程驶入快车道。2016年，党中央和国务院联合颁布《“健康中国2030”规划纲要》明确提出，要继续做好流动人口基本公共卫生计生服务均等化工作。2017年发布的《“十三五”全国计划生育事业发展规划》提出，大力推进流动人口基本公共卫生计生服务均等化，按照常住人口^②配置卫生计生服务资源。2022年，国发院印发《“十四五”国民健康规划》，提出要持续完善国家基本公共卫生服务项目，推进基本公共卫生服务均等化。公共卫生服务均等化政策举措得到进一步深化。

伴随着相关政策的颁布实施，国家不断夯实公共卫生服务的财政支持基础。自2009年“新医改”政策启动之后，国家持续提高公共卫生服务筹资标准与服务范围，筹资标准从2009年的人均15元，增长至2018年的人均55元；服务范围则从最初的9类扩充至14类。按照常住人口口径配置基本公共卫生资金的举措也逐渐铺开，居住半年及以上的长期流动人口可在居住地享受所有基本公共卫生服

^②常住人口包括户籍人口与居住半年及以上的流动人口。

务。国家在规定公共卫生服务人均筹资标准的同时，对中央与省级的筹资责任进行划分，并明确了中央对各地区的财政补助责任。

总之，公共卫生服务层面“费随人走”的财政支持机制得以确立，财政资金不应成为各地区推进公共卫生服务均等化的“挡箭牌”。

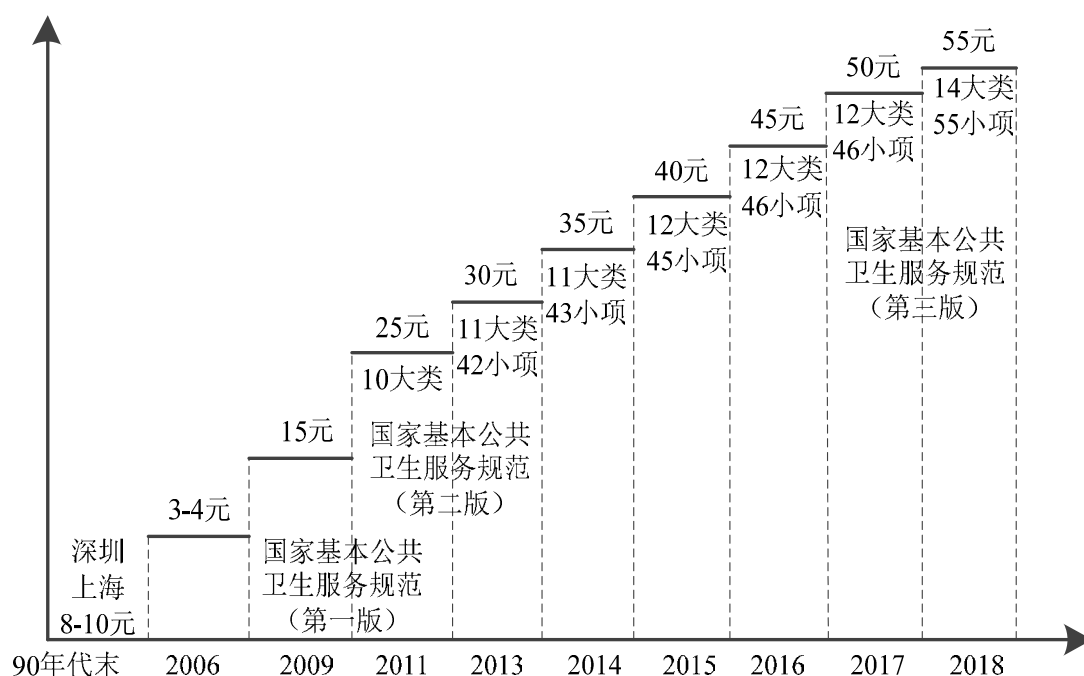


图 1 国家公共卫生服务项目财政筹资与服务范围发展历程

注：作者根据公开资料自行绘制。

二、公共卫生服务均等化的发展现状

为探究公共卫生服务均等化的发展现状，采用国家卫生健康委员会 2017 年组织实施的流动人口与本地居民对比式的专项调查（后文简称“专项调查”）进行具体分析。该项调查采用分层、多阶段与规模成比例的抽样方法，具有权威性高、专业性强、样本量大、覆盖面广等特征，是研究农民工公共服务及其市民化等问题最为常

用的微观调查数据。

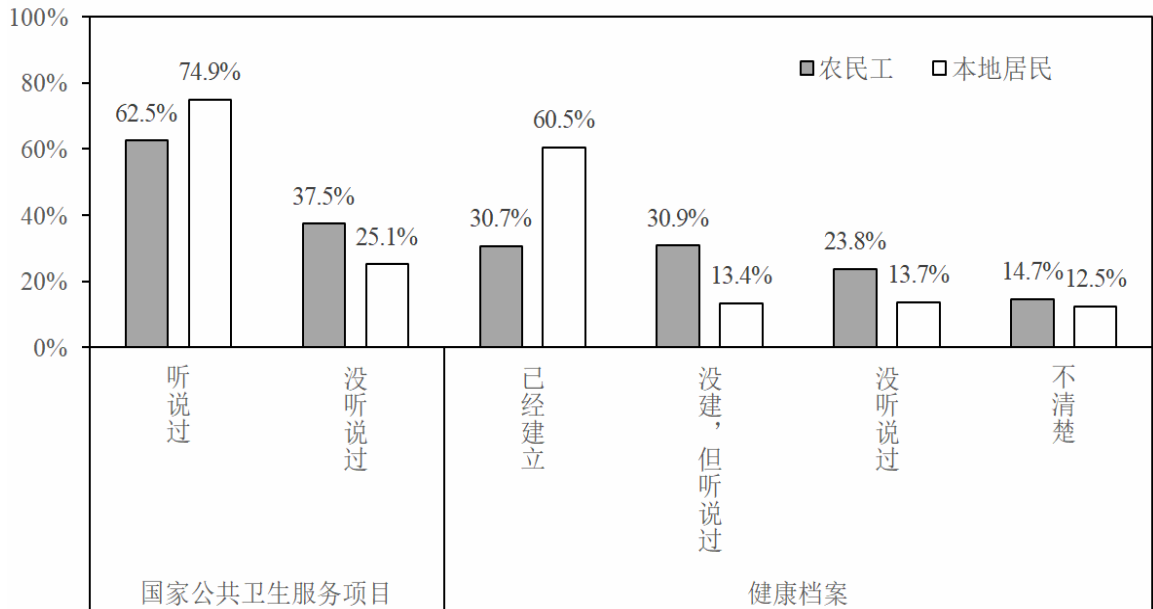


图 2 国家公共卫生服务项目知晓率与健康档案建档率

注：数据来源于专项调查。

第一，国家公共卫生服务项目宣传普及有待加强。如图 2 所示，样本范围内，听说过国家公共卫生服务项目的农民工比例为 63.3%，而本地居民这一比例高达 74.9%，比农民工高 10.6 个百分点；健康档案建档率方面，农民工与本地居民的差距更大，本地居民建档率达到 60.5%，没听说过健康档案的比例仅为 3.7%，而农民工建档率仅为 30.7%，比本地居民低 29.8 个百分点，没听说过健康档案的比例高达 23.8%，比本地居民高 20.1 个百分点。由此可见，农民工对于国家公共卫生服务项目知晓率与健康档案建档率均明显偏低，国家公共卫生服务项目宣传普及有待加强。

专项调查具有多重优势，但一个必须重视的问题是数据时效性

不强。为了佐证专项调查数据的准确性，本研究查阅并对比了近期相关调查数据。2017年，针对海口市居民的调查结果显示，公共卫生服务项目总体知晓率为74.7%^③。2019年，针对上海市居民的调查结果显示，公共卫生服务项目总体知晓率为75.9%^④。2019年，针对浙江省、山西省和重庆市的调查结果显示，三省居民对公共卫生服务项目的总知晓率为85.4%^⑤。

针对重庆市居民的调查结果显示，2021年重庆市居民健康档案知晓率、建档率分别为71.5%和63.1%^⑥。另一项针对淄博市、潍坊市、菏泽市的调查结果显示，2019年三市居民健康档案建档率为64.5%^⑦。上述调查虽多是针对个别城市的抽样调查，但调查结果与专项调查结果比较接近，能够从侧面佐证专项调查数据的准确性。

第二，健康教育内容匮乏且针对性不足。在专项调查中，健康教育涉及突发公共事件自救、慢性病防治、心理健康教育、传染病防治、职业病防治等五项教育内容，其中接受过所有健康教育内容

③翟瑜菲、寇毛毛、王扬冰、董春波、李娜、刘玉梅：《海口市居民对基本公共卫生服务项目知晓率和满意度调查》，《中国公共卫生管理》，2019，35（02）：153-156页。

④戴伊檬、顾悦：《上海城市居民对基本公共卫生服务项目的知晓率调查》，《劳动保障世界》，2019（11）：74页。

⑤尤莉莉、赵金红、陈新月、杨凌鹤、刘美岑、潘钰婷、张思琪、刘远立：《国家基本公共卫生服务项目实施十年的进展与成效》，《中国全科医学》，2022，25（26）：3209-3220页。

⑥郭彦伶、罗茂焯、熊华利、邱建平、于均梅、唐大义：《2021年荣昌区居民健康档案建档、知晓和使用情况调查分析》，《疾病预防控制通报》，2022，27（04）：1-6页。

⑦程梦菲、张金梦、李向云、胡善菊、庄立辉、于贞杰：《基于健康档案利用的山东省基本公共卫生服务利用影响因素研究》，《医学与社会》，2019，32（05）：14-17页。

的农民工比例为 13.8%，而本地居民这一比例则为 22.2%，远超农民工群体。图 3 进一步对比了农民工与本地居民接受各项健康教育的比例。总体来看，农民工在各项健康教育的接受比例上均远低于本地居民水平，其中慢性病防治教育与本地居民差距最大，达到 16.2 个百分点，心理健康教育与本地居民差距也超过了 10 个百分点。

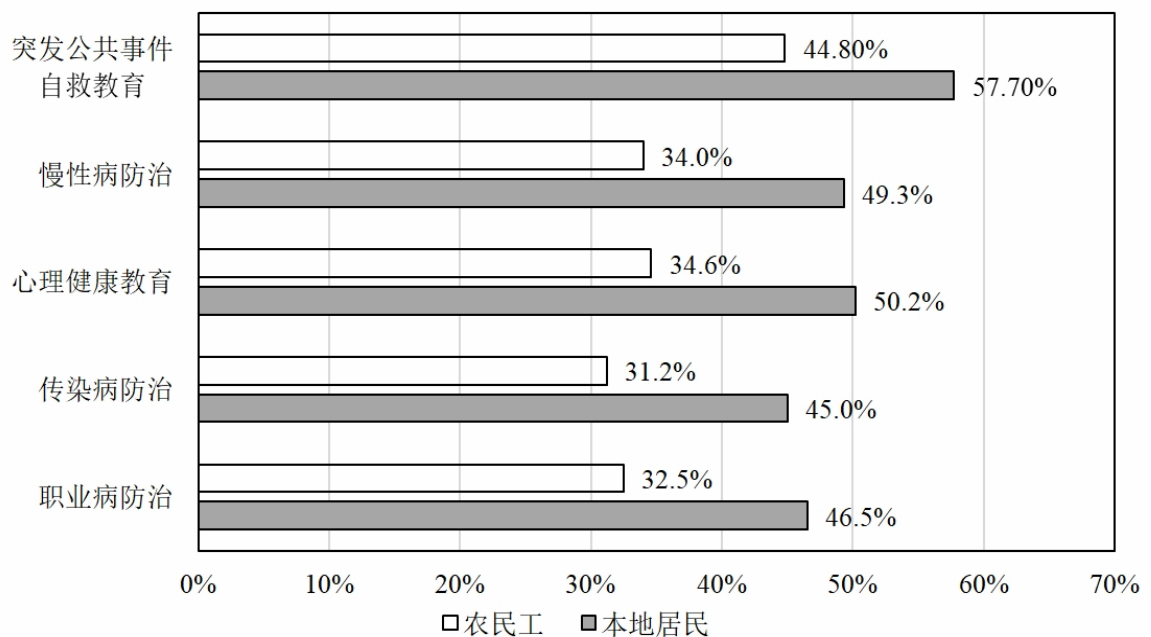


图 3 农民工与本地居民接受各项健康教育的比例

注：数据来源于专项调查。

值得注意的是，对于农民工而言，不同的健康教育重要性有显著差异。2015 年，国家卫生健康委员会出台了《关于进一步规范社区卫生服务管理和提升服务质量的指导意见》，明确提出根据流动人口的特点，重点加强传染病防控等公共卫生服务。此外，大部分农民工属于产业工人，他们的工作环境常常与“粉尘”“有毒物质”“噪声”等有密切联系，每年都有大量农民工遭遇职业病（如尘肺

病等)侵害。不难看出,相比于其他教育内容,传染病防治与职业病防治教育对于农民工而言更为重要。然而,即便如此,在传染病防治与职业病防治教育方面,农民工依然与本地居民存在较大差距,足见公共卫生服务均等化水平仍亟需提高。

由图 3 可知,接受过传染病防治与职业病防治教育的农民工比例分别为 33.7%和 38.3%,而本地居民接受过这两项教育的比例分别达到 42.8%和 46.3%,远高于农民工的水平。

第三,健康教育形式单调且缺乏互动性。专项调查统计了农民工与本地居民接受健康教育的形式,主要涉及健康知识讲座、宣传栏、面对面咨询、公众健康咨询、社区短信/微信/网站、宣传资料等。

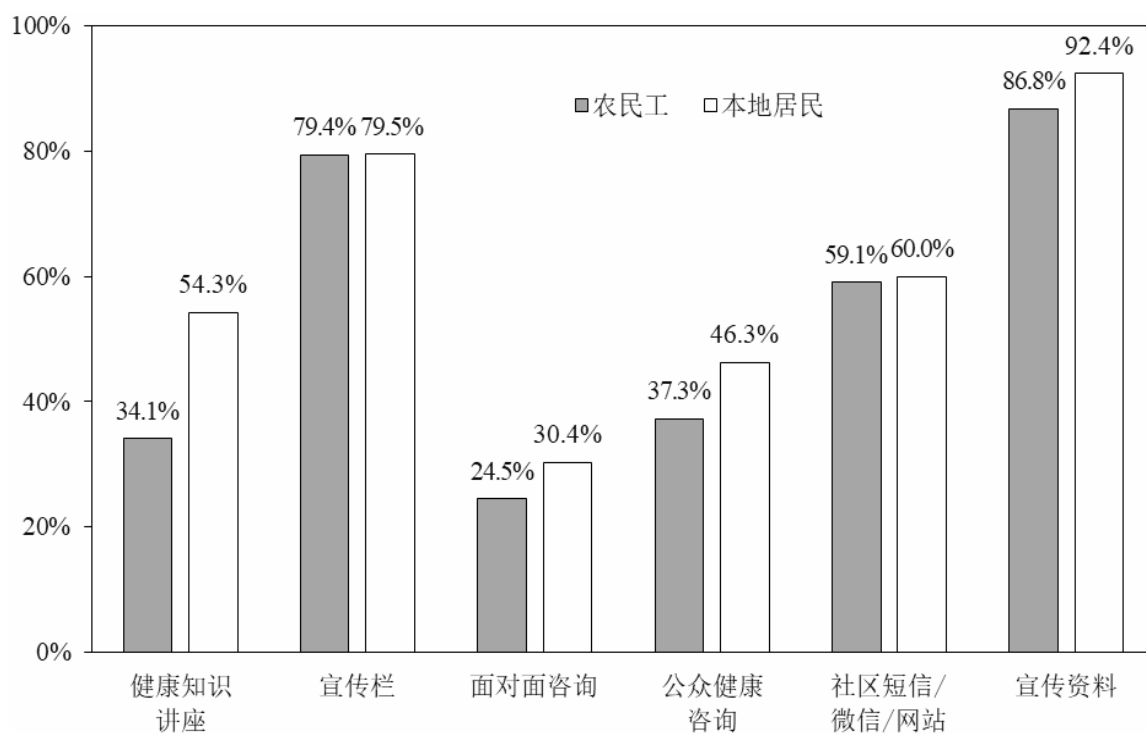


图 4 农民工与本地居民接受健康教育的形式

注:数据来源于专项调查。

总体来看，本地居民和农民工接受健康教育的形式均比较单调，普及度最高的健康教育形式依然是宣传资料、宣传栏等传统教育形式，而社区短信/微信/网站等依托互联网手段的新兴教育形式普及度有待提高。

样本范围内，本地居民接受的健康教育形式平均 3.278 种，农民工与之有明显差距，平均 2.703 种，且这一差距主要体现在健康知识讲座、面对面咨询、公众健康咨询等互动性更强、更具针对性的教育形式中（详见图 4）。

第四，高落户门槛降低了农民工公共卫生服务的可及性。城市落户限制是农民工市民化进程的关键桎梏，可能会影响农民工的空间流动及公共服务的可及性。一般而言，落户门槛与城市层次与规模紧密相关，例如北京、上海等一线城市往往设置较高的落户门槛，而在这些城市农民工往往更为集中，农民工的市民化意愿也更强烈。

结合张吉鹏和卢冲（2019）^⑧计算的落户门槛指数，本研究分析了城市落户门槛与农民工健康档案建档率之间的关系，结果显示，落户门槛与建档率呈显著负相关关系，即落户门槛越高的城市，农民工健康档案的建档率越低。由此不难推断，在农民工相对集中且市民化意愿较强的高落户门槛城市，农民工更难以享受到公共卫生服务。

^⑧张吉鹏、卢冲：《户籍制度改革与城市落户门槛的量化分析》，《经济学（季刊）》，2019，18（04）：1509-1530 页。

三、公共卫生服务均等化水平低的原因剖析

第一，公共卫生服务财政筹资机制的保障力度尚不足。长期以来，我国高度重视推进公共卫生服务均等化，多项政策中明确提出按照常住人口配置公共卫生资金，让流动人口平等享受公共卫生服务。同时，国家还建立了公共卫生服务“费随人走”的财政支持机制。

然而虽然多项政策号召将包括农民工在内的流动人口纳入公共卫生资金的配置范围，但由于缺乏有效激励与监督，不同地区的政策差异明显，甚至部分地区只停留在“纸上谈兵”阶段，相关政策并未真正落地生效，公共卫生服务的财政筹资机制仍需加强保障。

第二，居住证在公共卫生服务实践中的作用尚有限。居住证是我国户籍制度改革的破冰之举，是摊薄城市户籍福利、推进公共服务均等化的重要制度安排。2016年开始施行的《居住证暂行条例》明确指出，居住证持有人在居住地依法享受包括公共卫生服务在内的六大公共服务，这为推动公共卫生服务均等化提供了制度保障。

但当前，居住证与公共卫生服务的联结机制尚未建立，在推进公共卫生服务均等化进程中，居住证尚未发挥应有作用。各地在实践进程中并未将持有居住证作为享有公共卫生服务的先决条件。在部分地区，即便持有居住证可能也无法享有部分公共卫生服务。由此，在公共卫生服务层面，被寄予厚望的居住证制度尚需被“激活”。

第三，“互联网+”在公共卫生服务中的实践应用尚需推广。2018年，国务院办公厅提倡将“互联网+”的新模式和新业态融入公共卫

生服务体系中，依托“互联网+”，推动公共卫生服务线上线下融合互动，提高公共卫生服务便利共享水平，推进公共卫生服务数字化进程。

但在公共卫生服务的具体实践中，依托“互联网+”的应用场景仍十分匮乏，现有健康教育内容不充足、形式不丰富、精准性不足、互动性不强，亟需将“互联网+”等现代科技手段嵌入公共卫生服务的具体情境中，从而实现以公共卫生服务的数字化带动均等化。

四、推进公共卫生服务均等化的政策建议

自2009年“新医改”政策启动后，多项政策聚焦推动公共卫生服务均等化，并构建了“费随人走”的财政支持机制，但公共卫生服务均等化仍未实现，农民工在享有公共卫生服务层面与本地居民存在明显差距。为推进公共卫生服务均等化，加快农民工市民化进程，提出以下政策建议。

第一，进一步完善公共卫生资金的财政筹资机制。财政投入是公共服务的基石。公共卫生服务均等化水平之所以不尽如人意，归根结底还是财政基础不扎实、不牢靠。因此，要进一步强化中央财政责任，适当加大中央财政对包括农民工在内的流动人口的转移支付力度。科学界定各级地方政府的筹资责任。根据各层级的财政现状，建议由省级财政承担主要筹资责任。在省地县之间，按照经济发达程度和财力状况，实行分类分担。

第二，进一步为居住证赋能，建立以居住证为载体的公共卫生服务提供机制。进一步完善居住证制度，建立以居住证为载体的公

共服务供给机制，通过为居住证赋能，提升居住证的含金量，使农民工群体平等地获得更广泛的公共服务。除了公共卫生服务之外，后续还应考虑将子女义务教育、保障性住房等强排斥性公共服务纳入进来。在高落户门槛城市，户籍内外的福利往往差距更大，农民工更难以突破户籍这层“天花板”。因此，依托居住证梯次获得公共服务应作为这类城市农民工市民化的重要政策导向。

第三，积极探索“互联网+公共卫生服务”，着力提升公共卫生服务数字化水平。数字化是当今时代的发展潮流，以数字化带动均等化应当作为今后一个阶段公共卫生服务实践的重要导向。

其一，以国家倡导建立全国统一的电子健康档案为契机，推动农民工电子健康档案在线查询和规范使用，保障农民工享有公共卫生服务的基本权利。基于农民工的流动性等特点，还应考虑建立统一的服务信息平台，实现异地建档、流动转档，实现农民工信息的跨部门、跨系统、跨区域共享。

其二，依托“互联网+”，打造健康教育云平台，全方位、全覆盖宣传健康教育知识，同时针对农民工群体，精准做好健康科普工作。农民工大多工作繁忙，在参与传统的健康教育方面往往心有余而力不足，“互联网+”手段有助于打破时空隔阂，使农民工随时随地关注健康教育。

第四，聚焦社区空间场域，着力畅通公共卫生服务的“最后一公里”。在公共卫生服务实践中，无论是开展健康教育还是建立健康档案，均需依托社区这一基础单元。因此，要以社区为关键空间

场域，提升社区卫生服务中心（站）等基层卫生机构的服务效能。改变传统、统一、同质化的教育内容与方式，因地制宜开展健康教育。教育内容上，更加重视职业病防治、传染病防治等与农民工息息相关的教育内容；教育方式上，注重组织面对面咨询活动，通过增强互动性提升教育质量，使农民工更精准地获得、理解并使用保健信息，从而丰富其健康知识，提升其健康素养。

农民工所在的工作单位承载着与社区类似的功能，部分农民工（尤其是新生代农民工）主要在工作单位接受健康教育，如职业病防治教育等。工作单位也应做好扎实推进农民工健康教育，倡导健康劳动，防止其受到职业病、传染病等侵害，提升农民工的保健意识与健康素养。

清华大学中国农村研究院 冷晨昕

北京理工大学人文与社会科学学院 祝仲坤



清华大学 中国农村研究院

地址：北京·清华大学公共管理学院 612 室（邮编 100084）

电话：86-10-6277 3526

传真：86-10-6279 6949

电子邮箱：cirs@mail.tsinghua.edu.cn

网址：<http://www.cirs.tsinghua.edu.cn>



欢迎关注清华大学

中国农村研究院官方微信

刊号：TH-T-1021

（使用本文需征得清华大学中国农村研究院同意）