

2022年我国省级疾病预防控制中心预算比较研究*

刘娜娜^①, 黄烈雨^②, 李振军^①, 郭岩^②, 李少琼^③, 陈宝珊^④, 陈浩^②

摘要 目的: 对我国省级疾病预防控制中心(以下简称疾控中心)预算资金投入与管理中的问题进行分析, 提出针对性解决策略。方法: 采用人口、地理数据对2022年我国31个省级疾控中心预算收支数据进行对比分析, 其中以集聚度模型进行公平性分析。结果: 不同省级疾控中心预算收入总量差异明显, 且有27个省级疾控中心预算收入占省级卫生健康行政部门预算收入的比例低于3%。大多数省级疾控中心的“卫生健康支出”是全部预算支出的主要部分; 31个省级疾控中心均缺乏在“科学技术支出”“教育支出”两方面的投入分配; “人均预算经费”“人均人员经费”差异明显, 且“人均人员经费”预算支出水平普遍偏低。结论: 省级疾控中心财政预算经费投入力度不足, 卫生健康不同领域的投入结构不合理, “重医轻防”矛盾依然突出。

关键词 省级疾病预防控制中心; 预算资金; 人员经费

中图分类号 R1-9; F014.4 文献标志码 A 文章编号 1003-0743(2022)12-0001-06

Comparison on 2022 Publishing Budget of Provincial Centers for Disease Control and Prevention in China/LIU Na-na, HUANG Lie-yu, LI Zhen-jun, et al./Chinese Health Economics, 2022,41(12):1-6

Abstract Objective: To reflect the problems in the budget investment and management of provincial Centers for Disease Control (CDCs) in China, and put forward targeted solutions to promote the healthy development of disease control and prevention. **Methods:** Combined with population and geographic data, the unit budget revenue and expenditure data of 31 Chinese provincial CDCs in 2022 are analyzed and compared, and the agglomeration degree model is used for fairness analysis. **Results:** The total budget revenue of different provincial CDCs varies greatly, and 27 provincial CDC's budget revenue accounts for less than 3% of the provincial health administrative department's budget revenue. There are obvious differences among the eastern, central and western regions of the provincial CDC's budget revenue. The health expenditure of most CDCs accounts for the majority of the total budget expenditure. While science & technology expenditure and education expenditure are lack of attention and allocation, there are significant differences between budget expenditure per capita and personnel expenditure per capita, and the level of personnel expenditure per capita is generally low. **Conclusion:** The funding input is insufficient, the structure of investment in different fields is unreasonable, and the contradiction of emphasizing medical care over prevention is still prominent.

Keywords provincial centers for disease control; budget fund; personnel expenditure

First-author's address Office of Human Resources, China Center for Disease Control and Prevention, Beijing, 102206, China

Corresponding author CHEN Hao, E-mail: chenhao@chinacdc.cn

疾病预防控制中心(以下简称疾控中心)是政府举办的以提供疾病预防控制与公共卫生技术管理和服务为主的公益一类事业单位^[1], 其经费需由国家财政予以支撑。截至2021年末, 全国共有疾控中心3 380个^[2], 其中省级疾控中心承担着全省范围的疾控工作, 对区域内各项疾控工作的推进和落实发挥着重要作用^[3]。

预算投入是对未来活动相应财务结果进行的预测和筹划, 有助于最大程度地帮助管理者和执行者实现目标, 预算投入的多少在一定程度上反映了投入者对

某一事物的重视程度^[4]。根据《关于推进部门所属单位预算公开工作的指导意见》(财预〔2021〕29号)和《国家卫生健康委预算单位预决算公开工作指引(试行)》等文件要求, 疾控中心作为国家财政全额拨款的事业单位, 需要按照相关要求和规范进行预算管理和预算公开。这既满足了国家政务管理的要求, 又有助于明确未来一段时间的工作重点, 从而推进疾控事业不断自我完善和发展。

我国高度重视公共卫生体系建设, 明确提出要建立稳定的公共卫生事业投入机制, 在体制机制、功能定位、专业能力等方面加大疾病预防控制体系改革力度^[5]。但由于疾控工作具有投入回报周期长、工作成效易被忽视等特点, 导致目前我国偏重治疗忽视预防的现象仍极为普遍^[6]。综上所述, 研究如何合理利用现有资源更好地落实疾控中心职能至关重要。因此, 本研究通过对我国31个省级疾控中心公开的2022年预算收支数据进行汇总、分析, 反映目前我国省级疾控中心财政资金投入与管理中的问题, 进而提出针对性解决策略, 促进疾控事业可持续发展。

* 基金项目: 中央财政-中国CDC公共卫生应急响应机制的运行项目(131031001000210001)。

① 中国疾病预防控制中心人事处 北京 102206

② 中国疾病预防控制中心政策规划研究室 北京 102206

③ 中国疾病预防控制中心信息中心 北京 102206

④ 中央财经大学统计与数学学院 北京 100081

作者简介: 刘娜娜(1995—), 女, 硕士学位; 研究方向: 卫生管理、人力资源管理; E-mail: liunn@chinacdc.cn。

通信作者: 陈浩, E-mail: chenhao@chinacdc.cn。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究资料来源于我国省级疾控中心或卫生健康行政部门官方网站,采用网络检索方式获得我国31个省级疾控中心和卫生健康行政部门公开的预算收支数据,对财政收支数据进行分析。由于除北京、上海外,其他省份的卫生健康行政部门统一管理、安排本级公立医院预算,因此,为保证数据可比性,本研究将北京、上海卫生健康行政部门和公立医院管理机构的预算进行合并后纳入分析比较。另外,陕西省疾控中心公布的预算数据只包含一般公共预算数据,不含上年结转。上海市疾控中心和新疆维吾尔自治区疾控中心公布的预算数据不含上年结转。31个省份的常住人口数来源于我国国家统计局公布的《第七次全国人口普查公报(第三号)》,地域面积数据来源于民政部公布的《中华人民共和国二〇二〇年行政区划统计表》(网址: <http://xzqh.mca.gov.cn/statistics/>);省级疾控中心的职工数量来自中国疾病预防控制中心信息系统。

1.2 方法

1.2.1 预算收入与支出。整理我国31个省级疾控中心预算公开文件,省级疾控中心的预算收入分为“本年收入”和“上年结转结余”。其中“本年收入”包括5个科目,分别是:一般公共预算、政府性基金预算、国有资本经营预算、财政专户管理资金、单位资金(事业收入、事业单位经营收入、上级补助收入、附属单位上缴收入、其他收入);“上年结转结余”包括6个科目,分别是:一般公共预算、政府性基金预算、国有资本经营预算、财政专户管理资金、单位资金、非财政拨款结转结余。省级疾控中心的预算支出按支出项目类别划分,分为基本支出和项目支出两类;按支出功能科目划分,分为11个科目,分别是:一般公共服务支出、科学技术支出、教育支出、社会保障和就业支出、卫生健康支出、住房保障支出、其他支出、抗疫特别国债安排的支出、债务还本支出、债务付息支出、灾害防治及应急管理支出。其中,卫生健康支出又细分为7个科目,分别是:卫生健康管理事务、公立医院、公共卫生(疾病预防控制机构、基本公共卫生服务、重大公共卫生服务、突发公共卫生事件应急处理、其他公共卫生支出)、中医药、计划生育事务、行政事业单位医疗、其他卫生健康支出。

省级疾控中心预算公开文件中,“人员经费”是单位根据定员编制和开支标准,在基本支出中用一般公共预算财政拨款安排的“工资福利支出”和“对个人和家庭的补助”;“社会保障和就业支出”主要用于事业单位离休人员补贴费、事业单位基本养老保险缴费支出、事业单位职业年金缴费支出等;“住房保障支出”主要用于单位按规定比例为职工缴纳的住房公积

金等;“教育支出”主要用于进修及培训支出;“科学技术支出”主要用于科技重大项目和其他科学技术支出。

1.2.2 卫生资源集聚度。卫生资源集聚度(Health Resources Agglomeration Degree, HRAD)是指某地区占上一层区域1%的土地面积上集聚的卫生资源数量的比例^[7]。计算公式为: $HRAD_i = \frac{(HR_i/HR_n) \times 100\%}{(A_i/A_n) \times 100\%} =$

$\frac{(HR_i/A_i)}{(HR_n/A_n)}$,其中 $HRAD_i$ 表示 i 地区的卫生资源集聚度, HR_i 表示地区的卫生资源数量, A_i 表示 i 地区的土地面积, HR_n 表示上一层区域的卫生资源总量, A_n 代表上一层区域的土地总面积。

人口集聚度(Population Agglomeration Degree, PAD)是指某地区占全国1%的国土面积上集聚的全国人口的比重^[7]。计算公式为: $PAD_i = \frac{P_i A_i}{P_n A_n}$,其中 P_i 代表地区的人口数量, P_n 代表地区的土地面积,代表上一级区域的人口总量, A_n 代表上一层区域的土地总面积。

当 $HRAD_i = 1$ 时,表示该地区卫生资源按照地理规模分布处于绝对公平;当 $HRAD_i > 1$ 时,表示该地区卫生资源按地理配置较为充分;当 $HRAD_i < 1$ 时,表示该地区卫生资源按地理配置公平性不足。当 $HRAD_i - PAD_i \geq 0$ 时,表示该项卫生资源基本满足集聚的人口服务需求;当 $HRAD_i - PAD_i < 0$ 时,表示该项卫生资源配置不足。

2 结果

2.1 省级疾控中心预算收入情况分析

2022年,我国31个省份中将省级疾控中心预算收入和卫生健康行政部门预算收入由高到低分别进行排序可知,省级疾控中心预算收入前3位分别是北京(23.00亿元)、四川(14.15亿元)、浙江(9.12亿元),其余28个省份预算收入均在8亿元以下,其中24个省级疾控中心预算收入低于5亿元。省级卫生健康行政部门预算收入前3位分别是上海(973.89亿元)、北京(733.67亿元)、浙江(658.57亿元)。由样本数据计算出31个省级疾控中心预算收入占省级卫生健康行政部门预算收入比例,得出:前4位分别是四川(5.54%)、西藏(4.55%)、北京(3.13%)和海南(3.06%),其余省份均低于3%,详见图1。

2 结果

2.1 省级疾控中心预算收入情况分析

2.2 省级疾控中心预算收入集聚度分析

采用我国31个省级疾控中心的预算收入数据对应人口、地域面积数据,根据卫生资源集聚度公式计算出省级疾控中心预算收入集聚度(Budget Revenue Agglomeration Degree, BRAD),见表1。从31个省级疾控中心BRAD来看,东部地区>西部地区>中部地区;排

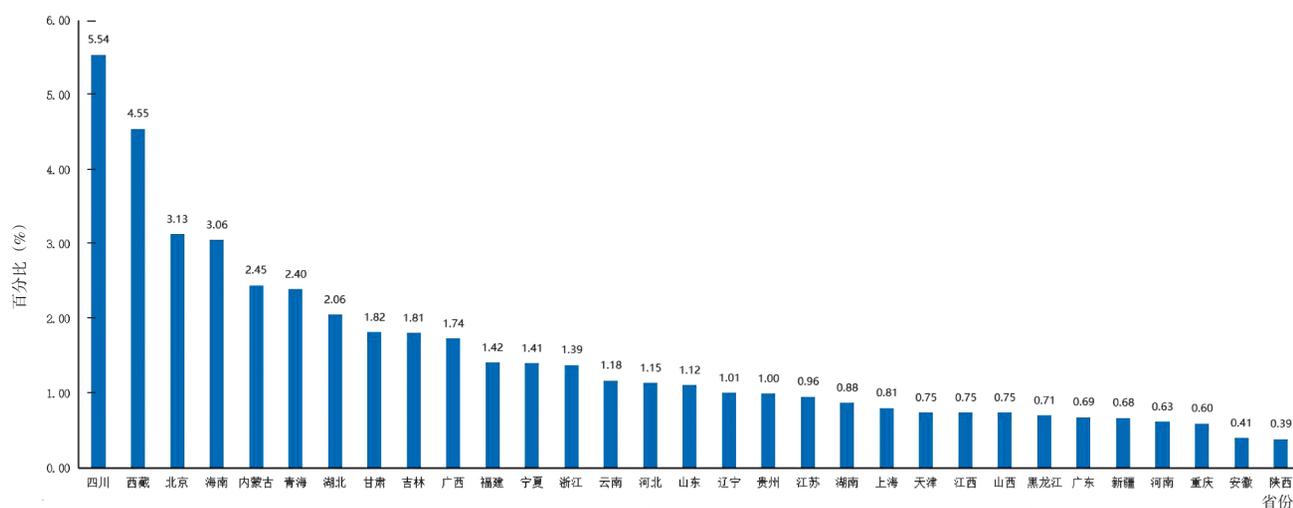


图1 2022年我国省级疾控中心预算收入占省级卫生健康行政部门比例情况

表1 2022年我国省级疾控中心预算收入集聚度情况

区域	省份	PAD	BRAD	BRAD-PAD
东部	北京	8.80	99.56	90.76
	上海	26.82	91.70	64.88
	天津	7.90	15.87	7.97
	海南	2.03	9.50	7.47
	浙江	4.41	6.71	2.30
	山东	4.34	2.77	-1.57
	江苏	5.79	2.50	-3.29
	福建	2.37	2.33	-0.04
	辽宁	1.94	1.73	-0.21
	河北	2.68	1.66	-1.03
中部	广东	4.79	1.21	-3.58
	湖北	2.08	1.90	-0.18
	河南	4.00	1.67	-2.32
	江西	1.82	1.13	-0.69
	湖南	2.16	0.84	-1.32
	山西	1.49	0.77	-0.73
	安徽	2.98	0.71	-2.27
	吉林	0.87	0.62	-0.25
	黑龙江	0.47	0.31	-0.16
	西部	四川	1.17	2.13
广西		1.43	1.90	0.47
重庆		2.67	1.71	-0.96
宁夏		0.75	1.70	0.95
贵州		1.46	0.77	-0.70
甘肃		0.40	0.64	0.24
云南		0.83	0.49	-0.34
青海		0.06	0.22	0.16
内蒙古		0.14	0.17	0.03
新疆		0.11	0.07	-0.03
西藏		0.02	0.07	0.04
陕西	1.29	0.17	-1.11	

名前2位的省级疾控中心分别是北京、上海，BRAD均大于90；13个省份的BRAD小于1，说明这些省份的省级疾控中心预算收入地理配置公平性不足。从31个省级疾控中心BRAD-PAD来看，东部地区>西部地区>中部地区；中部地区8个省份的省级疾控中心的BRAD-PAD均小于0，表明这些省份的省级疾控中心预算收入不能满足集聚的人口服务需求。综上，中部地区的省级疾控中心预算收入集聚度较差，即在地理公平性和人口公平性均较差。值得注意的是，四川省疾控中心的集聚度好于所有中部省份乃至部分东部省份。

2.3 省级疾控中心预算支出结构分析

将31个省级疾控中心预算支出情况按照由高到低顺序进行排序，并计算出本年支出中一级科目预算占总预算支出的比例（表2）。计算结果发现，31个省级疾控中心预算支出占比情况不尽相同，主要集中于“卫生健康支出”占比，除湖北（56.43%）和江苏（73.76%）以外，其余省份占比均在80%以上。湖北省疾控中心预算支出中“抗疫特别国债安排的支出”占比为40.81%，可能与新冠肺炎疫情初期湖北作为抗疫主战场需要特别安排有关。江苏省疾控中心在“住房保障支出”方面，预算支出为20.66%，主要是由于提租补贴（也称为住房补贴）力度较其他省份大，其余省份均低于6%。在“科学技术支出”“教育支出”两方面31个省级疾控中心均缺乏投入。

2.4 省级疾控中心预算支出人员经费情况分析

利用31个省级疾控中心的预算支出总经费、一般公共预算基本支出中总人员经费与对应的职工数量，计算出人均预算经费和人均人员经费，并按照人均人员经费从高到低进行排序（表3）。人均预算经费排名前2位的省级疾控中心人均预算金额高于200万元，分别是北京（354.34万元）和四川（200.16万元），最低的3

表2 2022年我国省级疾控中心预算支出总金额及支出占比

省份	支出 总金额 (万元)	一般公共 服务支出 占比 (%)	科学技术 支出 占比 (%)	教育 支出 占比 (%)	社会保障 和就业支 出占比 (%)	卫生健康 支出 占比 (%)	住房保障 支出 占比 (%)	其他支出 占比 (%)	抗疫特别 国债安排 的支出占 比 (%)	债务还本 支出 占比 (%)	债务付息 支出 占比 (%)	灾害防治 及应急管 理支出占 比 (%)
北京	229 968.29		0.15	0.26	0.57	99.02						
四川	141 509.78		0.33	0.01	1.10	97.55	1.01					
浙江	91 219.75		0.48		1.36	95.90	2.26					
上海	78 994.00				4.58	94.12	1.30					
广西	61 820.60				2.72	96.22	1.06					
山东	60 130.00	1.51			3.63	93.59	1.27					
湖北	49 008.44				2.76	56.43			40.81			
海南	43 888.63		0.32	0.10	1.09	97.76	0.73					
河北	42 759.59				8.33	90.34	1.33					
河南	38 638.00			0.46	5.18	92.47	1.89					
福建	37 998.08				4.68	92.89	2.43					
辽宁	35 277.78		1.18		3.89	93.10	1.82					
江苏	33 997.44				5.58	73.76	20.66					
广东	29 581.09				8.36	91.64						
内蒙古	27 849.36		3.08		3.32	92.50	1.09					
江西	25 987.90				2.09	97.65	0.25					
云南	25 981.75	0.10	0.07		4.94	89.55	5.33					
天津	25 877.56				5.17	94.38		0.15		0.30		
湖南	24 046.22		0.06		5.46	92.40	2.08					
青海	21 484.05		0.70		5.30	91.49	2.51					
黑龙江	19 420.29				11.08	86.38	2.55					
重庆	19 039.37				4.27	94.30	1.43					
贵州	18 758.24		0.43	0.02	9.37	86.08	4.10					
甘肃	18 142.27				3.11	94.22	2.68					
新疆	16 861.26				6.86	90.41	2.73					
山西	16 641.31		0.90		4.10	94.62			0.29	0.08		
吉林	15 977.72		0.30		2.11	96.64	0.95					
宁夏	15 121.31		0.43		4.57	92.98	2.02					
安徽	13 513.50					99.64						0.36
西藏	10 902.30				6.78	87.58	5.65					
陕西	4 953.10				0.26	95.19	4.54					

个省级疾控中心分别为陕西(23.70万元)、黑龙江(28.31万元)、贵州(37.22万元)。人均人员经费支出排名前3位的省级疾控中心经费高于30万元,分别是北京(46.53万元)、江苏(35.84万元)、广东(31.80万元),超半数省份人均人员经费集中在10万~20万元。计算“人均预算经费”和“人均人员经费”的变异系数,分别为0.67和0.36,说明“人均预算经费”的数额差异远大于“人均人员经费”。将“人均预算经费”与“人均人员经费”分别进行排序,发现不同省级疾控中心的位次有明显差异,18个省级疾控中心“人均人员经费”低于20万元,“人均人员经费”普遍偏低。

3 讨论

国家疾病预防控制局的成立,标志着我国疾病预防控制体系新一轮的改革发展正式拉开帷幕^[8]。在疾控体系改革背景下,研究省级疾控中心预算收入与支出情况,有助于从投入角度直观地发现问题,为进一步深入开展改革的相关工作提供支持,从而推动各项国家政策早日落地。

3.1 省级疾控中心财政预算经费投入力度不够,“重医轻防”矛盾依然突出

研究结果显示,不同省级疾控中心预算收入总量差异明显,且有27个省级疾控中心预算收入占省级卫生健康行政部门预算收入比例低于3%。这说明政府对

表3 2022年我国省级疾控中心预算支出人员经费情况

省份	职工数 (人)	预算支出		人员支出	
		总经费 (万元)	人均预算 经费 (万元)	总经费 (万元)	人均人员 经费 (万元)
北京	649	229 968.29	354.34	30 195.27	46.53
江苏	510	33 997.44	66.66	18 278.27	35.84
广东	387	29 581.09	76.44	12 308.08	31.80
西藏	253	10 902.30	43.09	7 055.39	27.89
山东	372	60 130.00	161.64	10 016.00	26.92
河北	449	42 759.59	95.23	11 600.50	25.84
江西	264	25 987.90	98.44	6 777.96	25.67
福建	361	37 998.08	105.26	8 931.97	24.74
浙江	497	91 219.75	183.54	12 199.25	24.55
河南	411	38 638.00	94.01	9 180.40	22.34
天津	371	25 877.56	69.75	8 207.20	22.12
湖南	323	24 046.22	74.45	6 888.15	21.33
广西	425	61 820.60	145.46	8 546.90	20.11
湖北	438	49 008.44	111.89	8 614.44	19.67
青海	279	21 484.05	77.00	5 403.16	19.37
甘肃	394	18 142.27	46.05	7 418.05	18.83
海南	253	43 888.63	173.47	4 732.27	18.70
四川	707	141 509.78	200.16	13 062.39	18.48
宁夏	229	15 121.31	66.03	4 227.48	18.46
辽宁	395	35 277.78	89.31	7 177.01	18.17
陕西	209	4 953.10	23.70	3 664.63	17.53
山西	214	16 641.31	77.76	3 715.97	17.36
重庆	288	19 039.37	66.11	4 840.61	16.81
新疆	384	16 861.26	43.91	6 255.36	16.29
内蒙古	288	27 849.36	96.70	4 375.69	15.19
上海	688	78 994.00	114.82	10 360.12	15.06
云南	567	25 981.75	45.82	8 411.67	14.84
贵州	504	18 758.24	37.22	7 176.89	14.24
安徽	310	13 513.50	43.59	4 256.40	13.73
黑龙江	686	19 420.29	28.31	7 815.47	11.39
吉林	215	15 977.72	74.31	1 594.55	7.42

省级疾控中心财政投入的资金总量不足和我国卫生总费用的结构明显不够合理,公共卫生未能得到足够重视,有悖于我国卫生健康领域“预防为主”的方针。政府长期投入不足将导致各地各级疾病预防控制机构的能力逐渐弱化,以至于不能有效地通过疾病预防控制对疾病上游人群进行健康干预,同时难以在重大疫情突然出现时具备足够的应对处置能力^[9]。疾病预防控制是未来解决生存与健康问题的根本策略^[10],而疾病预防控制人员稳定的收入来源是保障工作顺利进行的基础。当前疾病预防控制相关工作任务大幅增加,疾控中心筹资机制又较为单一^[11]，“有任务、无经费”的情况日益严重。政府应结合疾病预防控制工作特点,合理增加资金投入,增加疾控中心经费在政府经费中的

占比;应允许并鼓励社会力量参与,探索建立以财政为主,其他重大专项投入、社会捐助等多渠道、可持续发展的公共卫生筹资机制^[12]。

3.2 东、中、西部不同地区间经费投入不平衡,区域差异显著,预算收入分配公平性有待提高

通过集聚度计算结果对31个省级疾控中心预算收入进行公平性分析,发现省级疾控中心预算收入区域间差异明显,东部地区明显优于中西部地区,值得注意的是,中部地区的经费投入公平性低于经济条件和地理因素更有限制性的西部地区;四川省疾控中心的集聚度情况好于所有中部省份乃至部分东部省份,说明除去经济、地理因素影响,当地政府对疾控体系建设的关注度也很重要^[13]。由于我国人口众多且分布不均、地区间自然禀赋差异显著以及社会经济发展不平衡的国情,资源往往向人口密集、经济发达的地区集聚;因而缩小地区差异,推动地区间协同发展,是完善卫生服务体系、保障基本公共卫生服务均等化的重要保障^[14]。政府应加强顶层设计和统筹管理,兼顾人口因素和地理因素,不断缩小不同省份间因经费投入不合理而导致的疾控中心运行能力的差异,使我国各地区的疾控中心都能够更好地发挥其职能,让人民群众享受安全、可及、便利、优质的公共卫生服务^[15]。

3.3 预算支出中科技支出、教育支出未得到足够重视,疾病预防控制机构能力建设情况不够理想

通过分析预算支出结构发现,我国31个省级疾控中心均缺乏在“科学技术支出”“教育支出”两方面的投入分配。省级疾控中心作为本省疾控体系的龙头,承担着科研引领、示范带头的重要作用,在预算支出中安排较少比例的“科学技术支出”和“教育支出”,影响其事业发展和对本省疾控机构示范带头作用的发挥。因此各省级疾控中心需进一步争取财政支持,高水平保障科研经费、教育经费等常规经费,建立并完善针对科研和教育培训的财政投入长效保障机制和配套奖励措施;探索与本地高校或外省高校开展共建公共卫生学院合作,依托自身业务工作和技术积累延伸合作领域;建立现场流行病学、公共卫生医师规范化培训等特色人才培养项目^[8],通过培训提高公共卫生从业人员整体素质,增强疾病预防控制能力。

3.4 预算支出中人员经费普遍不足,公共卫生人才队伍建设和发展任重道远

从分析人员经费情况中发现,“人均预算经费”和“人均人员经费”排序有明显不同,且“人均人员经费”水平普遍偏低。以上海市疾控中心为例,“人均预算经费”排在第7位,“人均人员经费”排在第26位,上海市疾控中心预算公开文件表明,财政拨款收入占当年全部收入的55.20%,财政人员经费占当年全部人员经费的49.07%,其余人员经费资金均依靠非财政项

目。“人均预算经费”和“人均人员经费”的不对应，反映了省级疾控中心人员经费保障水平与工作量之间存在矛盾，工作积极性难以有效调动；人员经费不足、激励保障等体制机制缺失，使得疾病预防控制中心工作人员获得感不强、职业荣誉感不高，进而导致疾控中心留不住高素质人才，给我国公共卫生事业的可持续发展带来了不利影响^[6]。本研究中江苏省疾控中心“住房保障支出”占比为20.66%，远高于其他省份，原因是江苏能够根据当地经济发展水平、平均工资水平等因素，及时调整当地事业单位和政府机关人员住房保障标准，2019年1月标准上调至26%^[7]，通过调整住房保障标准，江苏实质上保障了人员整体收入水平，加强了全省人才队伍的建设。此外，各地区疾控中心也可积极争取增加绩效工资总量，利用灵活绩效分配的方式，对高层次人才实行协议工资制、年薪制等有利政策支持，帮助单位留住、引进高层次人才。

参 考 文 献

- [1] 黄烈雨, 刘娜娜, 赖程昱, 等. 我国省级疾病预防控制中心预算比较研究[J]. 中国卫生经济, 2022,41(2):49-56.
- [2] 国家统计局. 中华人民共和国2021年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. (2022-02-28)[2022-06-28]. http://www.stats.gov.cn/xgk/sjfb/zxfb2020/202202/t20220228_1827971.html.
- [3] 黄烈雨, 陈浩, 刘娜娜, 等. 我国省级疾病预防控制中心人员情况对比分析[J]. 现代预防医学, 2021, 48(14): 2571-2575.
- [4] 朱静敏, 白杨, 张福康. 中国基本公共卫生服务财政投入现状与可持续性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022,15(2): 34-39.
- [5] 新华网. 习近平主持专家学者座谈会强调 构建起强大的公

- 共卫生体系 为维护人民健康提供有力保障 李克强王沪宁出席[EB/OL]. (2020-06-02) [2022-06-28].https://www.ccp.gov.cn/xtt/202006/t20200602_141353.shtml.
- [6] 周子勋. 疫情助推我国医疗卫生体系加速变革[N]. 中国经济时报, 2020-03-17(A04).
 - [7] 夏晴, 熊季霞. 基于集聚度的我国中医药卫生资源配置公平性分析[J]. 中国医院管理, 2022,42(5):27-31.
 - [8] 沈洪兵. 新型冠状病毒肺炎疫情后我国疾控机构改革发展需要思考的几个问题[J]. 中华流行病学杂志, 2022,43(1): 1-4.
 - [9] 陈卓蕾, 付晨, 吴凡, 等. 我国疾病预防控制机构筹资现状研究[J]. 上海预防医学, 2021,33(1):13-18.
 - [10] 王宇. 疾病预防控制的社会意义[J]. 中国公共卫生, 2018, 34(1):1-3.
 - [11] 杨玉洁, 邱五七, 孟月莉, 等. 2011—2016年北京市公共卫生机构财政投入状况分析[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(1):38-41.
 - [12] 李春根, 仇泽国. 切实加大我国“十四五”公共卫生政府投入力度[J]. 中国财政, 2020(20):27-29.
 - [13] 孙梦婷, 王高玲, 孙思萌, 等. 我国疾控中心人力资源配置现状以及公平性研究[J]. 现代医院管理, 2021,19(5):5-9.
 - [14] 刘丽杭, 闫凤玲. 湖南省医疗卫生资源配置现状及公平性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(9):69-75.
 - [15] 单莹, 孔凡磊, 时涛, 等. 我国公共卫生财政投入现状的时空分析[J]. 中国卫生经济, 2020,39(9):41-44.
 - [16] 王黎黎, 周久顺, 罗中根, 等. 2010—2018年我国疾病预防控制中心发展情况分析: 与综合医院对比[J]. 预防医学情报杂志, 2020,36(8):998-1002.
 - [17] 陈晨. 基于激励视角的L市公务员工资制度研究[D]. 徐州: 中国矿业大学, 2021.

[收稿日期: 2022-09-09] (编辑: 彭博)

欢迎赐稿、订阅 《中国公共卫生管理》杂志

《中国公共卫生管理》杂志创刊于1985年,是由国家卫生健康委员会主管,中华预防医学会、黑龙江省卫生健康发展研究中心主办的医药卫生事业管理类学术期刊。本刊主要读者对象为:全国专业公共卫生机构卫生人员,基层医疗卫生机构卫生人员,卫生健康行政管理人员,全国各级各类医疗机构公共卫生职能科室管理人员,承担管理职能的公共卫生技术人员,高等院校、科研机构的相关教学、研究人员。

本刊欢迎有关公共卫生管理科学及相关选题的原始研究论著,涉及医药卫生体制改革、公共卫生体系与制度、个体与公共健康、公共卫生服务与公共卫生组织运营、公共卫生组织管理与外部治理、健康与疾病等方面的理论与

实证研究、述评、综述,以及公共卫生管理理论、技术、方法在实践中应用的新鲜经验,国外公共卫生管理学术研究趋势和动态。

本刊为双月刊,邮发代号:14-319 定价:每册20元,年定价:120元。国内外公开发售。

作者通过《中国公共卫生管理》杂志网站(<http://ggws.cbpt.cnki.net>)在线投稿,其他投稿网站皆为虚假网站。编辑部地址:哈尔滨市香坊区中山路112号,电话:0451-87253010,邮箱:phm85@163.com。

欢迎公共卫生相关领域专家、学者、广大公共卫生人员为本刊投稿。

《中国公共卫生管理》编辑部