

华南地区包容性公共卫生体系优化研究

“包容性绿色增长的理论与实践研究”课题组

(中国社会科学院 工业经济研究所, 北京 100006)

摘要: 新冠肺炎疫情暴发以来, 人民群众对健康的关注度与日俱增, 对高质量医疗卫生服务的需求日益增加。党的二十大报告指出, 要继续推动健康中国建设, 健全公共卫生体系。基于中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查(IGDS)2022年第二季度调查结果, 对华南地区公共卫生环境现状进行分析, 并结合深圳市“两融合、一协同”整合性医疗卫生服务体系建设和“1+6”平台两个案例, 构建一条建设包容性公共卫生体系的路径, 分析目前构建包容性公共卫生体系所面临的主要问题, 并提出针对性对策建议。

关键词: 华南地区; 包容性; 公共卫生; 健康中国

中图分类号: D63 **文献标志码:** A **文章编号:** 1674-0823(2023)02-0106-08

自亚洲开发银行在2007年提出包容性增长概念以来, 包容性增长问题便持续受到公众、学术界以及政府的关注^[1]。包容性增长的概念是随着对贫困概念的研究不断深入而产生的。贫困的内涵由单纯的收入贫困不断拓展为能力贫困, 乃至权利贫困, 即贫困的内涵从货币层面延伸到非货币层面^[2]。与之相应, 学术界对增长理念的理解也在不断深化和拓展。1958年, 赫希曼在《经济发展战略》一书中阐释了极化涓滴增长理论, 该理论认为社会各个阶层都将通过市场机制获得经济增长的收益, 从而消除贫困, 实现帕累托最优。1990年世界银行提出基础广泛的增长, 强调为贫困人群提供更多的就业机会, 提高贫困人群人力资本水平, 最终达到消除贫困的目的。随后, 世界银行进一步提出益贫式增长, 强调赋予贫困人群更多政治权利、发展权利等^[3]。随着社会观念逐渐从注重物质财富增长转向强调可持续发展, 包容性增长的理念变得深入人心, 社会不再单纯追求GDP增长, 转而更多地强调实施包容性发展战略, 消除机会的不均等, 增强社会的公平性和包容性。此外, 有学者在包容性概念和常识性研究的基础上构建了包容性增长的理论框架, 主张加大医疗等方面的投入, 构建弱势群体的安全保障网络, 进而减轻疾病、疫情等突发事件对弱势群体的冲击, 使弱势群体共同享受经济增长的成果, 从而构建和谐社会, 推动社会可持续发展^[4]。

党的十八大以来, 中共中央高度关注人民健康,

着力构建全民健康服务体系, 大力推动健康产业可持续发展, 推动营造健康环境, 形成全民健身氛围^[5]。党的十九大明确提出了健康中国战略, 强调以建设健康中国为根本目的^[6]。在健康中国战略的推动下, 我国健康事业快速发展, 健康理念深入人心, 国民健康和医疗知识水平大幅度提高, 国民健康水平显著提升。党的二十大报告进一步指出, 要继续推进健康中国建设, 健全公共卫生体系, 推动中医药传承和创新, 提升重大疫情防控能力。

为构建包容性公共卫生体系, 推动健康中国战略全面深化落实, 提高我国人民健康水平, 根据中国社会科学院包容性绿色跟踪调查(IGDS)2022年第二季度的调查数据, 对华南地区公民健康现状进行分析, 并在此基础上结合深圳市数字化医疗发展的具体案例, 归纳总结出一条推动构建包容性公共卫生体系的可行路径。除此以外, 对目前构建包容性公共卫生体系存在的问题进行深入分析, 并提出对策建议。

一、华南地区样本分布特征

2022年第二季度中国社会科学院包容性绿色跟踪调查包括三个部分: 第一个部分主要调查公民的社会网络和健康状况; 第二部分是公民对宏观经济形势的看法; 第三部分为个体特征。华南地区的有效问卷数量为729份。从性别角度来看, 男性占比为51.00%, 女性占比为49.00%, 比例结构合

收稿日期: 2022-12-07

基金项目: 国家社会科学基金重大项目“包容性绿色增长的理论与实践研究”(19ZDA048)。

作者简介: “包容性绿色增长的理论与实践研究”课题组。本文执笔: 深圳大学中国经济特区研究中心刘伟丽、段裕。

理。从省份来看,广东省调查样本占总样本的58.80%,广西壮族自治区调查样本占总样本的15.80%,福建省调查样本占总样本的23.20%,海南省调查样本占总样本的2.20%,符合华南四省人口分布情况。从学历角度看,博士研究生人数和硕士研究生人数各占调查样本总数的5.20%和14.90%;大学本科学历人数占调查样本总人数比重最高,达到56.10%;大学专科人数占总调查对象人数的14.30%;高中、中专或技校以下的人数占总样本的9.50%。在年龄结构上,21~40岁的人数最多,占总样本的60.60%;21岁以下的占总样本的19.20%;40~55岁的占总样本的16.60%;55岁以上占总样本的3.60%。

总体而言,华南地区被调查对象在性别比例、省份分布、学历结构以及年龄结构的选取上都比较合理,调查数据能够有效体现华南地区公民健康状况和公共卫生体系建设情况,具有较强的代表性和科学性。

二、华南地区公共卫生环境现状分析

(一) 居民总体健康情况

1. 居民身体健康现状

根据IGDS调查数据,华南地区居民无慢性疾病的比例为79.00%,高于全国平均水平(70.88%)。IGDS详细调查了居民患慢性病情况(图1)。华南地区被调查对象所患最常见的慢性病是内分泌类疾病,达到了5.40%,接近全国平均水平。而从全国总体调查数据看,我国患高血压的居民最多,达到了7.52%;患高尿酸、高血压以及高尿酸慢性疾病居民的比例是华南地区的两倍。综合上述分析可知,华南地区居民身体健康状况优于全国平均水平。

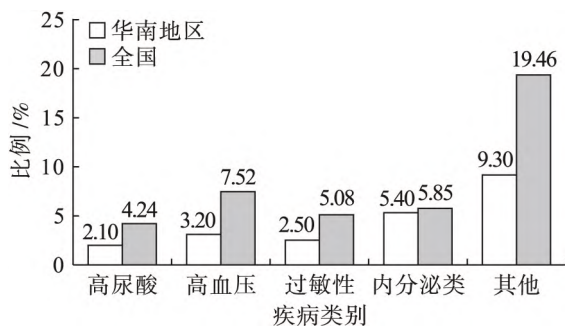


图1 华南地区及全国慢性病患者比例

2. 居民心理健康状况

对居民心理健康方面的测评,主要从情绪消极情况、难以入眠程度、孤独感、紧张感以及痛苦、

忧虑感五个方面进行。IGDS对居民心理健康状况采用李克特量表法进行测量,将选项为“很少情况有”以及“偶尔有”两种情况设为轻度;将选项为“经常有”的情况设为中度;将选项为“一直都有”的情况设为重度。

根据2022年第二季度IGDS调查数据,分别将华南地区和全国居民心理健康状况绘制为图2、3。

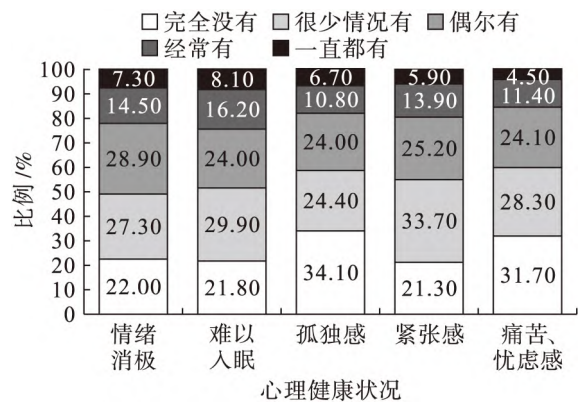


图2 华南地区居民心理健康状况

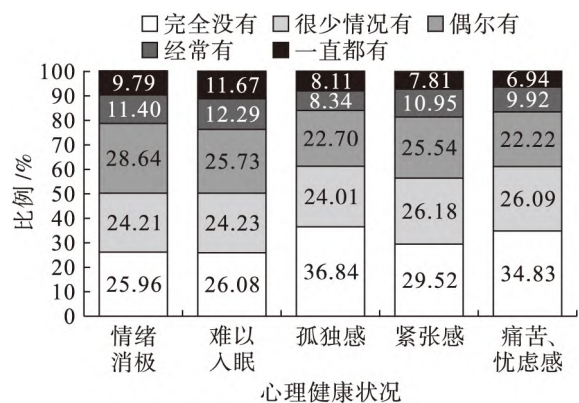


图3 全国居民心理健康状况

在情绪方面,华南地区居民“完全没有消极情绪”的比例为22.00%,低于全国平均水平(25.96%);华南地区居民“具有轻度消极情绪”的比例为56.20%,高于全国水平(52.85%);华南地区居民“具有中等程度的消极情绪”比例为14.50%,高于全国水平(11.40%);华南地区居民情绪严重消极的情况占7.30%,低于全国水平(9.79%)。总体而言,超过21.80%的华南地区居民会经常存在情绪消极的情况,居民的情绪健康有待改善。华南地区“一直都有消极情绪”和“完全没有消极情绪”两种情况的比例均明显低于全国平均水平,表明华南地区居民出现情绪极端的情况较少。

在睡眠情况方面,华南地区睡眠质量较差的比例较高,即“经常有”和“一直都有”难以入眠的居民比例达到了24.30%,略高于全国平均水平(23.96%)。华南地区“完全没有”难以入眠的比例为21.80%,明显低于26.08%的全国平均水

平。综上,华南地区居民的睡眠质量较差,低于全国平均水平。值得注意的是,华南地区居民“一直都有”难以入眠的比例(8.10%)低于全国平均水平(11.67%),表明相较于全国,华南地区居民较少出现特别严重的睡眠问题。

在孤独感方面,华南地区居民“完全没有”孤独感的比例为34.10%,低于全国平均水平(36.84%);华南地区居民“很少有”孤独感和“偶尔有”孤独感两种情况的比例之和为48.40%,高于全国平均水平(46.71%)。“经常有”孤独感和“一直都有”孤单感的华南地区居民比例(17.50%)略高于全国平均水平(16.45%),但“一直都有”孤独感华南地区居民比例(6.70%)低于全国平均水平(8.11%)。在紧张感方面,华南地区居民“完全没有”紧张感的比例为21.30%,远低于全国平均水平(29.52%)。华南地区“一直都有”紧张感的居民比例为5.90%,低于全国平均水平7.81%。华南地区居民“完全没有”紧张感和“一直都有”紧张感两种情况的比例都小于全国平均值,即华南地区居民紧张感的极端情况较少,整体偏向于适度的紧张感。在痛苦、忧虑感方面,华南地区居民“完全没有”痛苦、忧虑感的比例为31.70%,低于全国平均水平(34.83%);“一直都有”痛苦、忧虑感的华南地区居民比重为4.50%,低于6.94%的全国平均水平。

综上所述,华南地区居民都具有一定程度的消极情绪、难以入眠、孤独感、紧张感以及痛苦、忧虑感。华南地区居民“完全没有”和“一直都有”两种情况都小于全国平均值,呈现出向中间值靠近的趋势。总体而言,华南地区居民的心理健康状况要优于全国整体水平。

通过调查结果可知,华南地区居民的健康水平和心理健康水平都高于全国平均水平,但华南地区仍有较多的居民存在身体或心理方面的问题。

(二) 医疗资源网络分析

居民可以通过私人网络和公共网络两种途径获得医疗服务与医疗资源,前者是指居民从亲属、朋友等具有私人社交属性的群体处获得医疗服务,后者是指居民从医院等公共性机构获得医疗服务。

居民的私人医疗网络包括直接的私人医疗网络和间接的私人医疗网络:直接的私人医疗网络是指当居民具有医疗需求时,可以直接提供专业性医疗咨询的亲属、朋友等;间接的私人医疗网络是指当居民具有医疗需求时,可以联系专业医疗

人士为其提供医疗咨询的亲属、朋友等。IGDS对居民的直接私人网络和间接私人网络进行了调查,将调查结果分别绘制为图4、5。

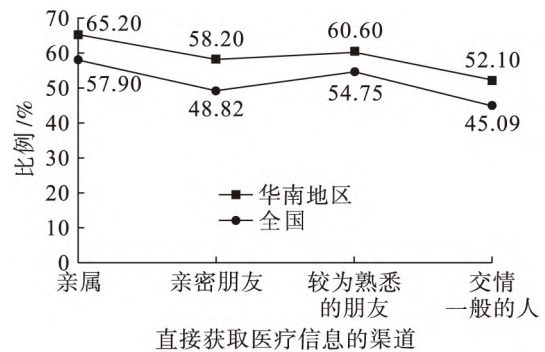


图4 受访者直接私人医疗网络情况

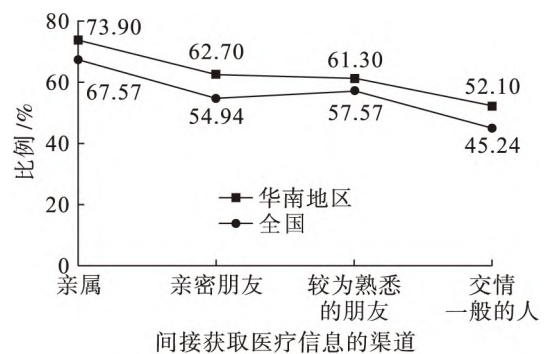


图5 受访者间接私人医疗网络情况

从图4可知,华南地区居民可以“从亲属处直接获得专业性医疗咨询”的比例为65.20%,比全国平均水平高7.30%;华南地区居民可以“从亲密朋友处直接获得专业性医疗咨询”的比例为58.20%,比全国平均水平高9.38%;华南地区居民可以“从较为熟悉的朋友处获得专业医疗咨询”的比例为60.60%,略高于全国平均水平(54.75%);华南地区居民可以“从交情一般的人处获得专业医疗咨询”的比例为52.10%,高于全国平均水平(45.09%)。从上述分析可知,华南地区居民的直接私人医疗网络强于全国平均水平。此外,无论华南地区还是全国,居民可以直接从亲属处获得专业性医疗咨询的比例最高,而从交情一般的人获得专业医疗咨询的比例最低。从图5可知,在间接私人医疗网络方面,华南地区可以直接为居民提供专业性咨询服务人群的比例从高到低依次是亲属、亲密朋友、较为熟悉的朋友和交情一般的人。在直接私人医疗网络方面,华南地区居民可以从各个群体获得专业医疗咨询服务的比例都高于全国平均水平。值得注意的是,仍然有一定比例的居民无法通过直接或者间接私人医疗网络得到专业性医疗服务,这类人群就医需求更多地依赖于公共医疗网络。

将华南地区居民和全国居民到达不同层次医疗机构所需时间的比例绘制为表1。华南地区“步行10分钟内到达社区卫生服务中心或乡镇卫生院”的比例为37.60%，而在全国层面，居民“步行10分钟内到达社区服务中心或乡镇卫生院”的比例为45.37%。华南地区“步行10分钟内就可到达二级及以上、三甲以下医院”的比例(11.90%)同样低于全国平均水平(19.29%)；华南地区居民“步行十分钟内可以到达三级甲等公

立医院”的比例(9.50%)同样低于全国平均水平(15.57%)。这一定程度上反映华南地区的10分钟医疗圈仍有较大的提高空间。华南地区居民步行10~30分钟以及开车30~60分钟达到各类医疗机构的比例与全国平均水平基本一致。值得注意的是，华南地区居民开车需要1个小时以上才能达到各类医疗机构的比例均小于全国平均水平，这也体现了华南地区在医疗整体布局上优于全国平均水平，能够充分满足居民及时就医的需求。

表1 各类医疗机构可达情况

医疗机构	步行 10分钟内	步行 10~30分钟	需要开车 10分钟内	开车 10~30分钟	开车 30~60分钟	开车需要 1个小时以上
社区卫生服务中心/ 乡镇卫生院	37.60%/ 45.37%	29.40%/ 29.31%	18.70%/ 13.94%	11.70%/ 7.93%	2.10%/ 2.11%	0.50%/ 1.34%
二级及以上、 三甲以下公立医院	11.90%/ 19.29%	23.50%/ 25.32%	24.30%/ 20.58%	28.30%/ 20.05%	8.20%/ 8.31%	3.80%/ 6.45%
三级甲等公立医院	9.50%/ 15.57%	17.80%/ 17.54%	20.30%/ 16.92%	28.00%/ 22.39%	13.40%/ 10.73%	11.00%/ 16.85%

注：单元格内“/”前后数字分别表示华南地区和全国在相应时间能到达对应医疗机构的比例。

综上所述，华南地区居民的医疗资源网络总体上高于全国平均水平，但仍需要继续增加公共医疗机构数量，提高医疗机构水平，优化医疗机构布局。

(三) 居民网络问诊现状分析

网络问诊是对线下医疗机构的重要补充，是现代公共卫生体系的重要组成部分。推动网络问诊高质量发展有利于医疗资源的充分利用和减少患者的就医成本，并对于解决线下医疗不对称问题具有重要意义^[7]。特别是疫情防控进入常态化后，网络问诊可以有效减少医生和患者、患者之间的直接接触，有利于减少疫情传播；同时，网络问诊也可以缓解医院所面临的压力，减轻医护人员工作负担。

IGDS从多方面调查居民网络问诊情况。华南地区居民生病后“从没用过采用网络问诊形式看病”的比例达到49.50%，而全国的比例为56.92%。华南地区网络问诊普及率高于全国平均水平，但仍然有接近半数的居民“从未使用过网络就诊的形式看病”。华南地区居民“经常使用网络问诊和总是使用网络问诊”的比例分别为6.30%和0.80%，而全国居民“经常使用网络问诊和总是使用网络问诊”的比例为4.53%和1.09%。相较于全国而言，华南地区经常使用网络问诊的被调查者比例较高，但总是使用网络问诊的比例较低。

为了进一步考察网络问诊在缩短就医时间、提升就医效率方面的成效，IGDS从就医体验、医生水平等方面进行了调查。调查结果表明，华南

地区少部分居民(6.40%)表示网络问诊对提升医疗效率、缩短就医时间没有改善；31.10%的居民认为网络问诊对就医体验改善不大；24.30%的居民认为网络问诊明显改善就医体验。在全国层面，12.38%的居民认为网络问诊对就医体验没有改善；31.01%的居民认为改善不大；而认为网络问诊明显改善就医体验的比例仅有13.11%。对比华南地区和全国的数据可知，华南地区居民认为网络问诊对就医改善不大的比例基本与全国一致，但华南地区居民认为网络就诊明显改善就医体验的比例接近全国比例的两倍，这也从一定程度上反映出华南地区的网络问诊水平高于全国平均水平。

对网络问诊医生水平的研究主要分为两个方面：第一个方面是网络问诊是否能够满足医疗需求，第二个方面是网络问诊医生水平和当地医疗机构医生水平的比较。在第一个方面，华南地区有6.20%的居民认为网络问诊的医疗水平差，无法满足医疗需求；44.60%的居民认为网络问诊的医生水平可以有效应对普通病症；6.20%的居民认为网络问诊的医生水平能够有效治疗疑难重症。在全国层面，少部分居民(11.50%)认为网上问诊的医生水平差，无法满足医疗需求；34.32%的居民认为网上问诊的医生水平可以有效应对普通病症；仅有3.52%的居民认为网上问诊的医生水平能够有效治疗疑难重症。综合上述分析可知，较多的居民认为网络问诊可以满足普通病症

的医疗需求,华南地区居民对网络问诊的满意度高于全国平均水平。在第二个方面,华南地区居民认为网络问诊的医生水平高于当地医疗机构医生水平的比例为7.40%,低于全国的平均水平(8.68%);华南地区居民选择网络问诊的医生水平与当地医疗机构水平相当的比例为29.60%,选择低于全国平均水平(22.03%);华南地区居民认为网络问诊的医生水平普遍低于当地医疗机构医生水平的比例为17.10%,高于全国平均水平(14.02%)。网络问诊突破了地域的限制,网络问诊医生水平趋于均等,使得医疗水平较高的华南地区存在更高比例居民认为网络问诊的医生水平低于当地机构,而全国这一比例则相对较低。

在居民网络问诊习惯方面,主要从网络问诊目的、所看病类型以及是否通过网上医生开处方药三个方面进行研究。多数华南地区居民网络问诊的目的只是问问情况(40.30%),与全国平均水平基本一致(39.83%)。华南地区居民看病的类型主要是平时生活中的各类小病(超过40.00%),而全国居民通过网络问诊治疗生活中小病比例为36.69%。在是否有找网络医生开处方药的经历上,华南地区仅有16.01%的居民有过找网络医生开处方药的经历,而全国的这一比例为22.90%。综上可知,大部分居民将网络问诊视为线下就医的补充,无论华南地区还是全国层面,居民网络问诊的主要目的只是问问情况,治疗一些生活中的小病,并且很少有开处方药的经历。

(四) 新冠肺炎疫情对居民就医习惯的影响

自新冠肺炎疫情暴发以来,居民生产生活受到了严重冲击,公众医疗资源紧张,社会对公共卫生体系的重视程度大幅提升^[8]。通过调查发现,超过60%的华南地区居民在过去一年里都因为疫情传播对自己的身体健康产生过担忧。为推动构建疫情常态化背景下的公共卫生体系,有必要对新冠肺炎疫情对居民就医习惯的影响进行分析。基于此,IGDS从新冠肺炎疫情暴发前后华南地区居民首次就医咨询对象、首次就诊地点以及生病后的处理方式三个方面,综合调查了新冠肺炎疫情对华南地区居民就医习惯的影响。为了使数据具有可对比性,剔除了在疫情期间没有生过病的样本,最终得到有效样本529个。

华南地区居民患病后首先去医疗机构咨询医生等专业医护人员的比例最高,达到38.30%,在新冠肺炎疫情期间,这一比例进一步提高,达到40.30%。此外,华南地区居民生病后首先选择网上搜寻或问诊的比例为13.40%,在新冠肺炎疫情

期间,该项比例提高到了15.40%。与此相反,华南地区居民在新冠肺炎疫情期间选择向从事医疗及相关工作的亲属、朋友、邻居以及同学等咨询的比例都有一定幅度下降。在新冠肺炎疫情期间,华南地区居民生病后首先选择去医疗机构咨询医生、网上问诊的比例有一定程度的提高,并且这两项比例之和超过了50%。从生病后的处理方式看,华南地区居民生病后选择去医院寻求专业医疗帮助,通过网上搜寻医疗知识后自行治疗、服药和通过上网问诊寻求专业医疗帮助的比例分别为53.90%、14.60%和7.50%。在新冠肺炎疫情期间,上述比例分别增加到54.30%、15.40%、10.70%。

将华南地区居民生病后首次就医选择医院情况绘制为图6。根据图6可知,华南地区居民生病后选择去三甲公立医院看病的比例最高,达到了30.30%;其次是乡镇卫生院,达到了27.80%。在新冠肺炎疫情期间,华南地区居民选择去三甲公立医院看病的比例具有小幅度提高(达到31.70%);而选择去乡镇卫生院看病的居民比例下降到了25.90%。值得注意的是,新冠肺炎疫情期间华南地区居民选择网络问诊的比例提高了近一倍。

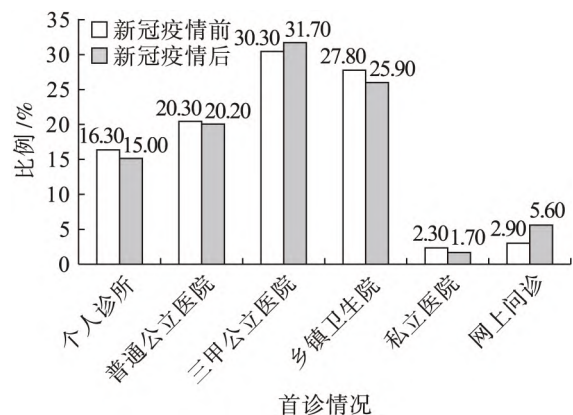


图6 新冠肺炎疫情前后首次就诊选择医院情况

综上所述,大多数华南地区居民就医问诊时更倾向于高水平公立医院和网上问诊,并且在新冠肺炎疫情期间这一倾向更为明显。因此,需要进一步加强公共医疗体系建设,提升网络问诊水平,更好地满足华南地区居民的就医需求。

三、构建包容性公共卫生体系的积极探索——以深圳市为例

通过对IGDS样本分析可知,华南地区居民身体健康状况优于全国平均水平,华南地区医疗资源较全国更为丰富,医疗机构布局更为合理。多数居民都使用过网络问诊就医,但多停留于了解情况等层面。新冠肺炎疫情发生以来,居民对

公共医疗卫生服务和网络问诊需求增加。因此,应加强数字医疗体系建设,提升网络问诊的医生水平和服务质量,减少医院聚集人数,满足新冠肺炎疫情下居民日益增长的对高质量医疗服务的需求。现以深圳市为例,结合 IGDS 调查数据和实际情况展开分析,研究构建包容性公共卫生体系的新路径。

1. 深圳“两融合、一协同”整合性医疗卫生服务体系——发展改革委推广的创新举措

深圳市在公共医疗卫生体系建设上不断创新,构建了“两融合、一协同”的整合性医疗卫生服务体系,该创新举措得到国家发改委的高度认可,并被国家发改委推广。

整合性医疗卫生服务是指根据群众的健康需求,将维护健康、预防疾病、医疗诊断、康复护理等各种医疗卫生健康服务整合为一体,并协调各级各类医疗卫生机构为人民提供高质量医疗健康服务。深圳市“两融合、一协同”整合性医疗卫生体系由三部分组成:一是医院和社康融合的发展运行机制,二是医疗与预防融合发展的学科发展体系,三是全科与专科协同服务的分级诊疗模式。

在构建医院和社康融合发展机制中,深圳市主要从规划引领、政策引导、依法治理、标准规范四个方面协同发力,从而促进医院和社区健康服务中心融合发展,进一步满足人民群众的多层次医疗健康需求。具体而言,在规划引领方面,深圳市出台了整合性医疗服务体系规划,按照不同的功能分为区域医疗中心和基层医疗集团。区域医疗中心以市属医院为主体,以学科建设为纽带,以建设医疗学科高地为目标,主要负责诊疗急危重症和疑难复杂疾病以及防治重大疾病。基层医疗集团以区属医院及下属社康机构为主体,以“院办院管”的管理体制为纽带,主要承担居民健康“守门人”责任,负责治疗常见病、多发病。在政策引导方面,设立专项财政经费,鼓励医疗专家进社区,对社康机构工作的全科医生,给予25~35万元的生活补助,同时建立健全基层医疗绩效评价制度。在依法治理方面,深圳市出台了《深圳经济特区健康条例》,明确规定以集团化形式筑牢基层卫生健康服务根基,建立健全基层社康机构和医院的协作机制,明确医院主要负责人为社康机构的第一负责人。在标准规范方面,深圳制定了地方标准,规范了基层医疗机构的组织架构、行政和业务管理。

深圳市在构建医疗与预防融合发展的学科发展体系中,主要从完善医疗预防融合体系、改革医

院学科发展模式 and 促进信息共享三个方面展开。为了促进医疗和预防融合发展,深圳市组建了多个重大疾病预防中心和医疗预防融合小组,并组织专科医生到社康机构进行业务指导,提高社康机构的综合医防水平。在医院学科发展改革方面,深圳构建了全流程检测体系,并将学科建设从医院内部拓展到医院外部,构建了智慧家庭健康管理中心,将治病医疗延伸到日常健康管理。在促进信息互通共享方面,深圳开发了“社康通”微信小程序,为居民提供网络预约,报告查询、健康检测等服务。此外,深圳全市社康机构统一使用社区健康服务信息平台,将居民的健康数据纳入健康档案数据库,实现了居民健康数据的数字化管理。

深圳市着力构建全科与专科协同服务的分级诊疗模式,该模式主要从推动医院门诊服务下沉、完善专科医生和全科医生协同服务以及开展分级诊疗三个途径共同发力,提高公共医疗服务水平。具体而言,在推动医院门诊下沉方面,深圳市支持医院设置全科医学门诊以及院内社康部门,并通过补贴的方式引导医院门诊服务下沉。此外,还开展专家进社区活动,鼓励专科医生到社康机构服务。在完善专科和全科医生协同服务模式方面,深圳试点开展了专科和全科医学生协同的家庭会诊服务,并对部分符合条件的专科医生进行培训,鼓励他们向全科医生转岗。在分级诊疗方面,主要针对慢性病展开,引导慢性病患者在社区进行首次诊断,对糖尿病、高血压等疾病患者在社区就诊给予补贴和优惠。

深圳市在构建包容性公共卫生体系的过程中,积极改革创新,通过构建“两融合、一协同”整合性医疗卫生服务体系,使医疗卫生服务和资源惠及人民群众,优化了医疗卫生资源的配置,提高了居民就医的包容程度,更好地满足了人民群众对高质量医疗服务的需要。

2. 深圳“1+6”平台模式——包容性健康平台模式创新

深圳市创新构建了“1+6”平台发展模式,强化了卫生健康行业基础管理平台建设,使得医疗卫生体系快速发展,医疗行业迅速进步,逐步实现医疗服务智能化和医疗行业规范化。“1+6”平台是指深圳市“12361”工程和六大卫生健康基础平台,其中六大卫生健康基础平台包括医疗卫生行业多元化综合监管平台、大型医疗设备管理平台、突发卫生事件应急管理平台、公立医院运营平台、公共卫生综合管理平台以及居民健康管理基

础平台。

深圳市政府斥巨资建设“12361”工程,推动全民健康信息化。具体而言,“12361”工程是指一个深圳全面健康信息平台、两大健康保障体系、三大健康数据核心库、六大业务应用系统、一项健康惠民云服务。“12361”工程中的深圳市市级区域全民健康信息平台主要由基础平台、市属公立医院管理信息子平台、公共卫生信息管理子平台三个部分构成,其中基础平台又分为集成和管理两项子工程。深圳市全民健康信息平台实行立体式运行,向上负责与省级区域全民健康信息平台对接,向下同区级全民健康信息平台衔接。两大健康保障体系是指标准与安全,“12361”工程坚持以“系统、规范、先进、实用”的原则进行构建,整合了领域间、部门间的资源和信息,为采用大数据方法分析健康卫生情况提供了现实基础。三大健康核心数据库是指全市人口信息、电子病历、居民健康档案数据库。六大业务应用系统是指根据用户类型划分的六类应用系统,包括基层医疗卫生类系统、公共卫生类医疗系统、业务协同类应用系统、综合管理类应用系统、医疗类应用系统以及卫生健康职能类应用系统。此外,为解决优质医疗资源匮乏的问题,深圳市推出了“三名工程”,引进了一批国内外名医、名院和名诊所,对医学团队进行大力资助,给予人才丰厚的待遇。高层次医学人才和团队的引进,显著改善了深圳市高端医疗人才资源缺乏的问题。

深圳市建设了数字化医疗平台,整合了全市医疗资源,引进了一批在国内外具有影响力的高层次医学团队。通过对团队资助丰厚的经费,对人才安居给予支持,提高人才补贴和奖励,积极支持学术研修交流等措施,实现了对医学人才包容程度的大幅提高,医学人才、团队多层次多方面的需求得到满足,创新力得到激发,医学学科建设得以快速发展,人民群众各层次的就医需求得到满足。

四、基于包容性增长的华南地区公共卫生体系优化建议

根据华南地区公共卫生环境现状,结合深圳市“两融合、一协同”整合性医疗卫生服务体系建设和“1+6”医疗平台建设两个案例,针对目前面临的难题和建设包容性公共卫生医疗体系提出对策建议。

1. 加强公共医疗卫生应急管理体系建设

首先,应急医疗卫生物资储备不足。在新冠肺炎疫情期间,多地医院出现医疗物资短缺情况,

严重威胁医护人员和患者的健康安全,阻碍了防控工作的开展。其次,城市疫情应急管理措施简单粗放。在新冠肺炎疫情期间,多地防控措施过于单一,部分群众生活需求难以有效保障。最后,新冠肺炎疫情初期存在信息公开不及时问题。信息公开不及时滋生了谣言,加剧了群众恐慌,不利于群众心理健康和疫情防控大局,表现出舆论引导能力不足等问题。

为此,华南地区首先要加强公共医疗卫生应急管理体系建设。此次新冠肺炎疫情检验了公共卫生体系应急能力,面对突然而来的高传染性新型冠状病毒,既有的公共卫生体系应急管理体系呈现出顽强的韧性,为战胜新冠肺炎疫情打下了坚实的基础,但疫情预防能力和疫情初期的应急处理能力仍需要进一步提高:一是普及疫情预防理念,常态化开展疾病预防演练,提高各级政府和人民群众对疫情的警惕性和识别力,避免因为对疫情的不重视而造成严重后果。二是开展各级政府领导预防预警培训,提高各级地方政府部门领导的疫情预防能力和应急管理水平。三是整合医疗资源,做到各级医疗机构和政府有关部门互联互通,推动信息化数字化改革,并着力完善应急物资储备体系。

此外,政府应加大对医疗卫生体系建设的财政支持力度,推动医疗卫生资源和服务下沉,使优质的医疗资源和服务惠及人民群众。具体而言,包括以下三个方面:一是提高医疗卫生的财政支出比重,增加医疗卫生教育的财政支出,培养多学科复合型医学人才,特别是医学、公共卫生和信息学复合背景人才。二是推动财政资金的合理使用,对居民就诊进行直接补贴,减少居民就诊费用。三是鼓励创新,包括公共卫生制度创新和医疗卫生技术创新。例如,对有效优化就医流程或医疗机构设置、布局的人士进行直接的财政奖励,提高研发人员的薪酬,加大医疗创新的科研奖励力度等。

2. 提升公共卫生体系数字化和信息化水平

目前多数医疗信息系统属于封闭式系统,主要围绕特定医疗健康领域或者人群范围建设,医疗信息互联互通水平低、医疗信息资源共享程度低。在资金投入方面,针对公共卫生体系信息化的资金投入较少,尚不能满足医疗信息化建设的需求。在人才培养方面,多学科复合背景人才较少,医学和信息学等其他学科复合人才培养体系不完善。

为此,华南地区应鼓励支持互联网医疗,提高各级各类医疗机构数字化水平,促进信息互联互

通。首先,构建全流程数字化医疗服务,包括网上预约,电子诊断报告以及即时健康检测等服务。其次,打造良好的数字化医疗卫生生态环境,例如构建统一的患者信息平台,促进各级医疗机构信息系统互联互通等。最后,积极开展医疗卫生和新一代数字技术的交叉研究,鼓励支持发展深度学习、人工智能和大数据等新一代信息技术在医学领域应用。具体而言,包括采用人工智能技术进行医学诊断,提高诊断效率和准确度以及利用大数据技术进行流行病分析,提高发现病源的能力等。

3. 完善医疗人才引进和培养机制,提高对医疗人才的包容度

根据问卷调查可知,华南地区医疗人才供应不足,需要大力引进和培养医疗人才。建议从以下几个方面入手:第一,为医疗团队提供丰富的奖励和补助,完善医疗人才住房保障机制,给予医疗人才奖励补贴,提高医疗人才薪酬。第二,开展学术研修交流,促进医疗人才、团队发展。第三,优化医院绩效考核体系,提高对医疗人才、团队生活和工作的包容度。

此外,为缓解医疗资源不足的问题,政府应牵头对医疗资源进行整合。具体而言,政府应牵头

构建医院和社康融合发展的运行机制,促进医疗与预防融合发展,完善专科与全科协同服务的分级诊疗模式,推动医疗资源和服务下沉,更好地满足人民群众多层次的医疗卫生需求。医疗人才包容度的提高将推动居民就医包容度提高,两者相互促进,最终形成包容性公共卫生体系。

参考文献:

- [1] 安宇宏. 包容性增长 [J]. 宏观经济管理, 2010(10): 64.
- [2] 张秀艳, 潘云. 贫困理论与反贫困政策研究进展 [J]. 经济问题, 2017(3): 1-5.
- [3] 杜志雄, 肖卫东, 詹琳. 包容性增长理论的脉络、要义与政策内涵 [J]. 中国农村经济, 2010(11): 4-14.
- [4] 李刚. “包容性增长”的学源基础、理论框架及其政策指向 [J]. 经济学家, 2011(7): 12-20.
- [5] 庄琦. 始终把人民健康放在优先发展的战略地位——党的十八大以来健康中国行动的成就与经验 [J]. 管理世界, 2022, 38(7): 24-37.
- [6] 张晓刚, 陈念, 牛玉东. 健康中国战略在新冠肺炎疫情防控中的内涵升华及未来实施路向 [J]. 西南大学学报(社会科学版), 2022, 48(3): 53-64.
- [7] 姜劲, 白闪闪, 王云婷, 等. 线上和线下医疗服务质量对患者线下就医决策的影响 [J]. 管理科学, 2020, 33(1): 46-53.
- [8] 周子超. 中国省级政府医疗卫生支出效率及其影响因素研究——基于新冠疫情背景下的反思 [J]. 经济问题探索, 2021(2): 49-65.

Research on optimization of inclusive public health system in South China

“Research on Theory and Practice of Inclusive Green Growth” Project Team

(Research Institute of Industrial Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100006, China)

Abstract: Since the outbreak of COVID-19 pandemic, people are increasingly concerned about health, and the demand for high-quality medical care is increasing. The report to the 20th National Congress of the Communist Party of China points out that the promotion of the building of a healthy China should be continued and the public health system should be further perfected. Based on the results of the follow-up Inclusive Green Development Survey (IGDS) of the Chinese Academy of Social Sciences in the second quarter of 2022, the current situation of public health in South China is analyzed. And a path for building an inclusive public health system is constructed by combining the two cases of “two integration and one collaboration” integrated medical and health service system construction and “1+6” platform in Shenzhen. The main problems are analyzed concerning building an inclusive public health system and the targeted countermeasures are proposed.

Key words: South China; inclusiveness; public health; healthy China

(责任编辑: 吉海涛)