

华北地区包容性公共卫生体系建设优化研究

“包容性绿色增长的理论与实践”课题组

(中国社会科学院工业经济研究所,北京100006)

摘要:公共卫生体系建设是关乎民生福祉、关乎公共安全的大事。“十四五”时期我国公共卫生发展面临诸多机遇和挑战。结合中国社会科学院“包容性绿色发展跟踪调查(IGDS)”2022年第二季度的调查数据,采用图表的形式描述了华北地区包容性公共卫生体系建设现状,通过对基层医疗卫生机构可触达性、挂专家号难度、就医需求满足度等方面进行对比,分析了华北五省份包容性公共卫生体系建设的区域差异。从完善基层医疗卫生机构、推进线上问诊、倾斜保护社会脆弱群体三个方面提出对策建议,以推动华北地区建立更加广泛、均衡和公益普惠的公共卫生体系。

关键词:华北地区;公共卫生体系;公民健康;包容性

中图分类号:D 63

文献标志码:A

文章编号:1674-0823(2023)01-0008-09

“健康中国”是实现中华民族伟大复兴的重要组成部分。习近平总书记强调“要把人民健康放在优先发展战略地位,努力全方位全周期保障人民健康,加快建立完善制度体系,保障公共卫生安全,加快形成有利于健康的生活方式、生产方式、经济社会发展模式和治理模式,实现健康和经济社会良性协调发展。”^[1]

党的十八大以来,我国公共卫生事业取得了显著的成绩,为保障人民生命健康、维护社会和谐稳定作出了重要贡献。目前我国建立了以政府为主导、以社区为主体广覆盖的公共卫生服务体系,推进基本公共卫生服务均等化,为全体居民免费提供疫苗接种、健康教育、妇幼健康管理、慢性病管理等服务。我国的公共卫生服务体系在保障全民健康、提升健康水平上起到了关键作用^[2]。本文结合中国社会科学院“包容性绿色发展跟踪调查(IGDS)”2022年第二季度的调查数据,对华北地区公共卫生体系建设现状、区域差异及存在问题进行对比分析,同时对华北地区包容性公共卫生体系优化提出对策建议。

一、华北地区样本分布特征

华北地区的调查涉及北京、天津、河北、山西和内蒙古,共收回问卷2475份,其中有效问卷1947份。整体上看,本次调查覆盖面广、回收数量多、有效问卷占比高,具体特征如下:一是调查

对象性别结构相对均衡。受访者中男性为1215人,女性为732人,男女占比分别为62.40%和37.60%,不存在显著的性别差异。二是调查对象年龄分布结构相对合理。按照35岁以下为青年组,36~55岁为中年组,56岁以上为老年组划分,占比分别为51.87%、43.66%和4.47%。三是调查对象工作行业覆盖相对全面。从调查对象所属工作行业来看,涵盖第一产业、第二产业、第三产业,各产业人数占比分别为8.33%、54.75%和36.92%。

总体来看,华北地区调查对象性别比例、年龄分布、行业覆盖都比较科学、合理。同时,如图1所示,调研还覆盖收入较低、缺乏社保和失业人口等对公共卫生健康需求较强的相对脆弱群体,能较好反映所在地区公共卫生体系建设的客观事实。

二、华北地区包容性公共卫生体系建设现状

(一)居民身心健康状况

1. 居民心理健康状况与全国平均水平相比较差,尤其是睡眠质量方面

根据受访者对心理健康状况的打分^①(如图2所示),华北地区被调查对象在反映心理压力的各项指标中,平均分均高于全国水平。在情绪低沉方面,华北地区高于全国0.16;在睡眠不好方面,华北地区高于全国0.17;在孤独感方面,华北地

① 1~5分打分,1分为完全没有,5分为一直都有。

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:中共临汾市委党校高琳。

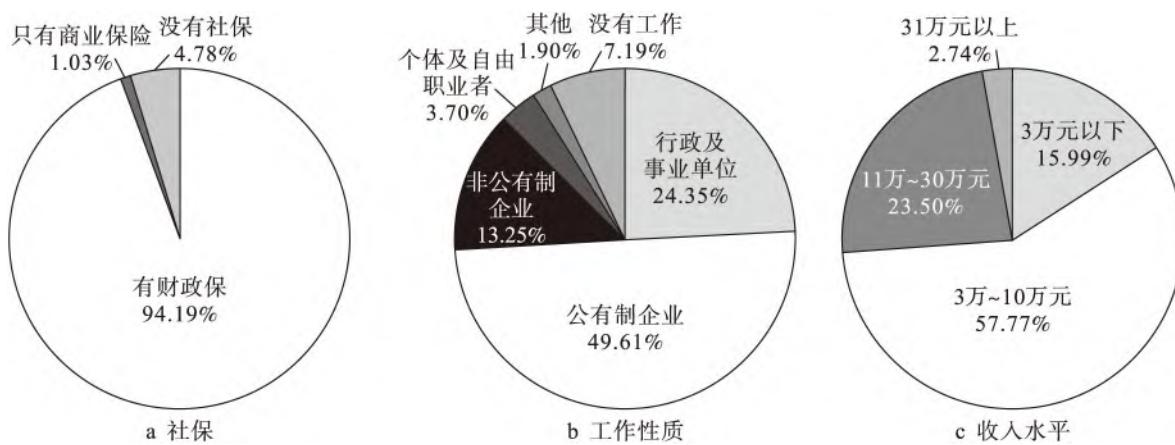


图1 调查样本社保、工作性质、收入水平分布

数据来源: 中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查 IGDS-A022021-68、84、85、89 题(华北数据)。

区高于全国 0.18; 在紧张感方面 ,华北地区高于全国 0.10; 在痛苦忧虑感方面 ,华北地区高于全国 0.12; 在快乐感方面 ,华北地区低于全国 0.03;

在幸福感方面 ,华北地区低于全国 0.02 ,这表明华北地区被调查对象心理健康水平较低 ,心理健康问题需要更多关注。

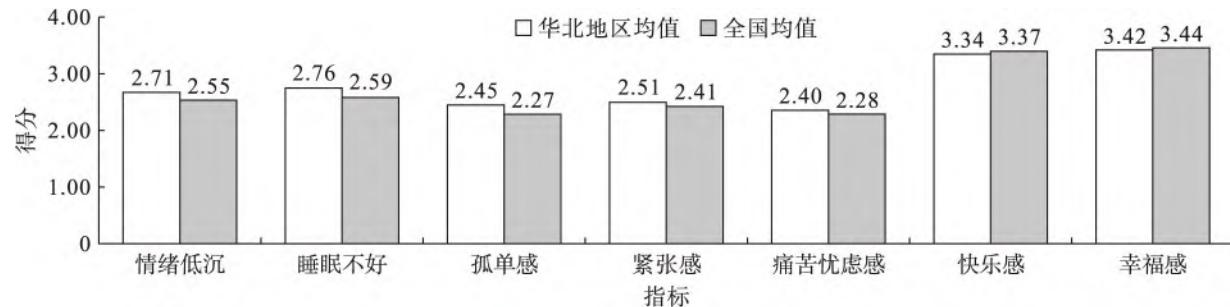


图2 被调查对象在心理健康方面的得分

数据来源: 中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查 IGDS-A022021-1、2、3、4、5、6、7 题(华北数据)。

2. 居民心理健康状况在两性、年龄、行业分布之间均存在差异

如图 3 所示 通过对被调查对象中男女性别结果比较可见 ,两性在心理健康方面差别较大 ,本研究中男性在情绪低沉、睡眠不好、孤单感、紧张感、

痛苦忧虑感方面各项得分均高于女性 ,分别高出 0.17、0.19、0.32、0.18 和 0.23。女性在快乐感、幸福感上得分均显著高于男性 ,分别高出 0.23 和 0.25。这表明需要对华北地区被调查对象中男性的心理健康加强监测 ,有针对性地开展健康宣传服务。

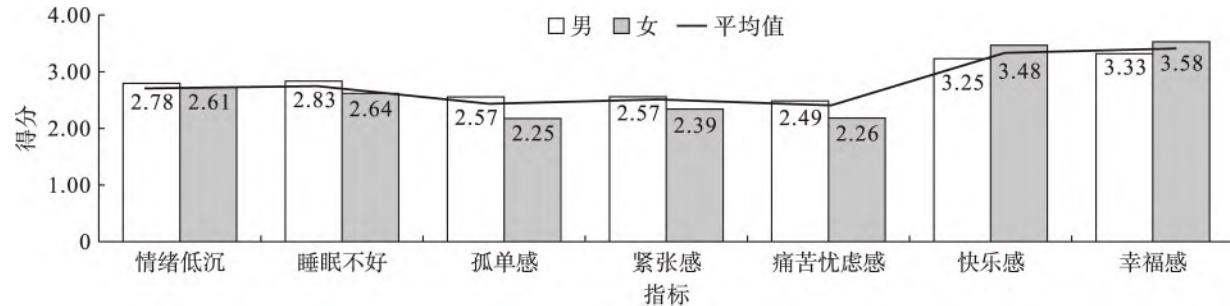


图3 不同性别被调查对象在心理健康方面的得分

数据来源: 中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查 IGDS-A022021-1、2、3、4、5、6、7、66 题(华北数据)。

如图 4 所示 ,通过对被调查对象中不同年龄段进行比较 ,显示在心理压力方面青年组的得分显著高于中年组、老年组 ,其中青年组的孤独感高于中年组 0.23 ,紧张感高于老年组 0.33 ,表明华北地区被调查对象中青年人群自身压力较大。作为社会建设中坚力量的青年人 ,在社会和家庭中

大多承担重要角色 ,其心理健康状况不容忽视。在快乐感、幸福感方面 ,老年组显著高于青年组、中年组 ,分别是 0.38、0.38 和 0.31、0.33。在睡眠方面 ,可能是受到新冠肺炎疫情这一负面生活事件的影响 ,青年组、中年组、老年组之间相差较小 ,睡眠质量都比较差。

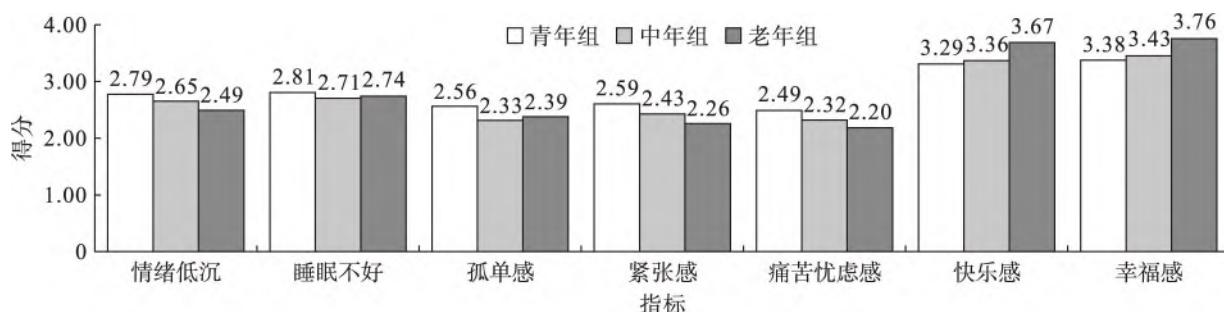


图4 不同年龄段被调查对象在心理健康方面的得分

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查IGDS-A022021-I、2、3、4、5、6、7、64题(华北数据)。

如图5所示,从不同职业得分情况看,情绪低沉、睡眠不好、孤单感、紧张感、痛苦忧虑感、快乐感、幸福感在不同职业间的得分具有统计学显著差异。第一产业工作者存在更大的心理压力和更低的快乐感、幸福感。第一产业工作者在睡眠不好方面得分最高,为3.01分。第二产业工作者各项得分次之。

第三产业工作者各项得分显示其具有更低的心理压力和更高的快乐感、幸福感,其中幸福感得分最高,为3.51分。出现这样的结果可能是因为第一产业工作者对心理健康的自我意识薄弱,关注程度低,加上获取心理知识渠道较少,因此要加强对第一产业工作者的关注,不断提高其快乐感、幸福感。

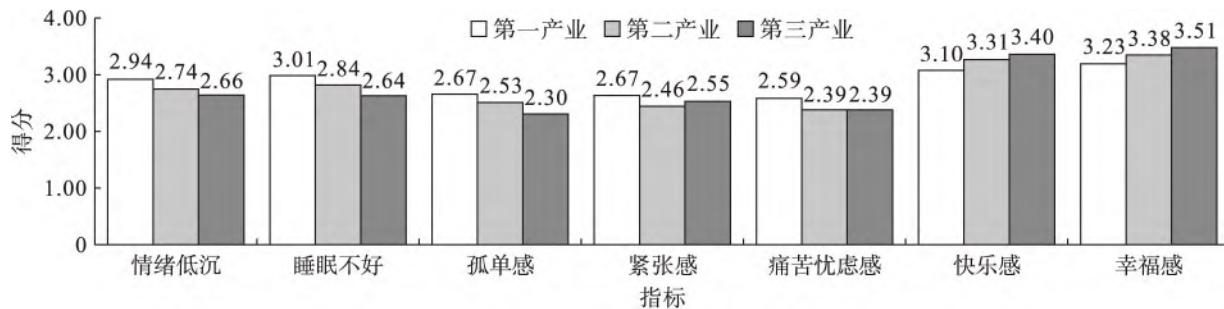


图5 不同工作行业被调查对象在心理健康方面的得分

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查IGDS-A022021-I、2、3、4、5、6、7、87题(华北数据)。

3.一半以上居民在不同程度上受到身体健康状况的影响

党的十八大以来,我国卫生健康事业获得了长足发展,人民健康水平持续提高。居民人均预期寿命由2020年的77.93岁提高到2021年的78.20岁^[3],居民主要健康指标总体已优于中高收入国家平均水平。然而,随着工业化、城镇化、人口老龄化进程加快,我国居民疾病谱正在发生变化,人民健康面临新的问题和挑战。具体来看:第一,华北地区被调查者在过去一年,因为身体原因(非先天疾病)而服药占比达58.10%。第二,因为健康状况而影响到与家人或朋友的社交活动,给出1分以上的被调查者占比达50.54%^①。第三,有53.42%的被调查者存在因为健康状况或情绪问题而影响到工作的情况。

应对这些挑战,提高人民健康水平,关键是人人养成健康生活方式。环境、运动、饮食均会影响健康,比如抽烟、酗酒、熬夜、不运动、暴饮暴食、空气污染

等。如图6所示,不抽烟、不喝酒且进行体育锻炼的人无慢性病占比最高,为32.09%;抽烟、喝酒且进行体育锻炼的人无慢性病占比次之,为23.28%;抽烟、不喝酒且不进行体育锻炼的人无慢性病占比最低,为1.47%,表明生活方式对人身体健康影响较大。

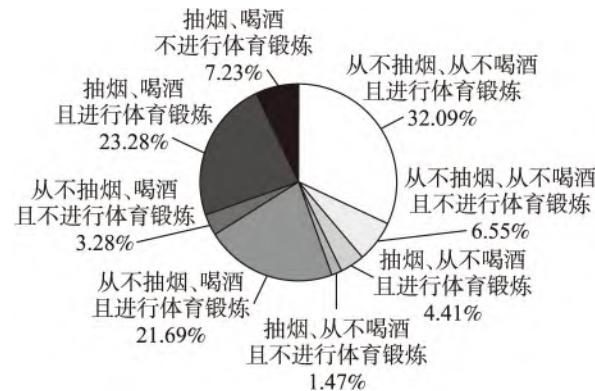


图6 目前无慢性病者生活习惯

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查IGDS-A022021-I、38、39、41题(华北数据)。

^① 1~5分打分,1分为完全没有影响,5分为完全不能进行社交活动。

(二) 新冠肺炎疫情对居民的影响

2019年末开始，新冠肺炎疫情的突然暴发与快速传播，对我国居民的生命健康造成了威胁。新冠肺炎疫情是近年来对我国影响最大的重大突发公共卫生事件，使我国公共卫生体系和公共卫生治理能力面临着巨大考验^[4]。疫情传播方式虽已确定，但传染性、隐秘性强，防控措施上面临诸多不确定因素，居民的日常生产生活方式也被迫改变，间接影响着居民的身心健康。

1. 大多数居民可以保持积极心态

调查结果显示，在因为新冠肺炎疫情的传播而对自己的健康产生过担忧方面^①，华北地区评分在1~3之间的比例达83.51%，其中有36.41%的被调查对象从来没有过担忧，说明居民对疫情风险的认知比较客观、理性，居民整体的安全感并未出现大幅下降。评分在4~5之间的占比16.49%，可能是因为感染病例的迅速增加、各地采取的封闭隔离措施和不确定的后遗症等因素，导致焦虑、担忧等心理反应增多。仅有7.40%的被调查对象总是感到担忧，表明自疫情暴发以来，华北地区相关部门迅速采取应对措施，切断传染源及传播途径，积极推进疫苗接种，总体上较为有效地维护了人民群众的身心健康。

2. 大多数居民清楚如何有效保护自己不被传染

在是否清楚如何有效保护自己而不被传染方面，华北地区96.82%的被调查对象清楚如何保护自己不被传染，其中57.42%的调查对象非常清楚。仅有3.18%的被调查对象完全不清楚如何保护自己而不被传染，说明有针对性地加强新冠肺炎相关知识与预防方法的宣传与教育，提高了人民对新冠肺炎的认识，让人们对疫情保持客观、理性的态度。同时，媒体作为人们了解疫情相关信息的来源渠道，多数群众通过官方媒体或自媒体学习到很多科学防疫的知识，提高了人们抗击疫情的信心，取得了较好的效果。

3. 在就医方式上，线上问诊人数增多

通过对新冠肺炎疫情暴发前后调查对象首诊、生病处理方式和生病后首先选择向谁咨询病情的对比发现，新冠肺炎疫情暴发后，有25.41%的调查对象改变了首诊就诊的选择（见图7），选择在社区卫生服务中心或乡镇卫生院和网上问诊进行首诊的人数增加，分别增加了15.95%和120.80%。有29.51%的调查对象改变了生病的处理方式

（见图8），选择上网搜寻医疗知识后自己治疗、自行服药和通过线上问诊寻求专业的医疗帮助作为生病处理方式的人数增多，分别增加了2.56%和68.64%。有25.23%的调查者改变了生病后首先选择向谁咨询病情的方式（见图9），选择向从事医疗及相关工作的同学、老师、同事和网上搜索或问诊的人数增加，分别增加了8.60%和20.42%。调查数据表明，受新冠肺炎疫情常态化影响，华北地区越来越多有就医需求的人们逐步开始选择线上问诊，不但缓解了实体医疗机构医疗资源不足的压力，又及时满足了人们“不能出门、但要看病”的需求。

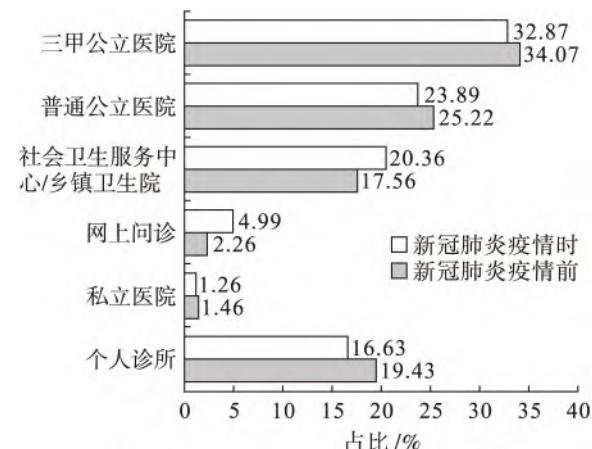


图7 新冠肺炎疫情前后，首次就诊选择情况

数据来源：中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查IGDS-A02202I-23、24题（华北数据）。

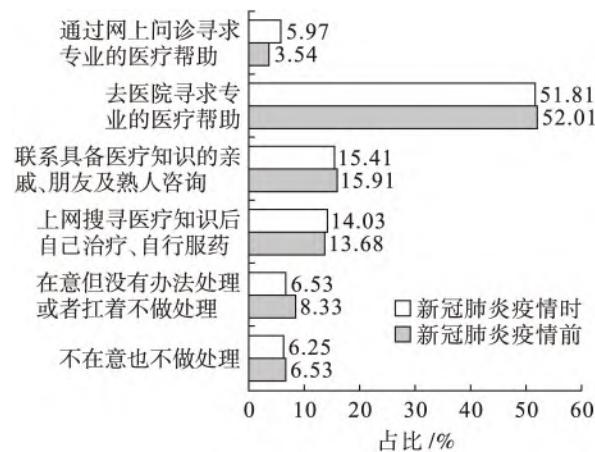


图8 新冠肺炎疫情前后，生病后的处理方式

数据来源：中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查IGDS-A02202I-31、32题（华北数据）。

（三）线上问诊发展现状

1. 线上问诊使用率不高

调查结果显示，华北地区53.98%的被调查

^① 1~5分打分，1分为完全没有，5分为总是感到担忧。

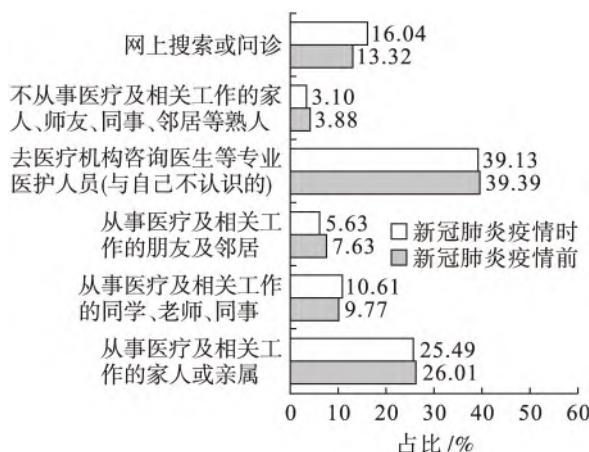


图9 新冠肺炎疫情前后生病后首先咨询病情情况

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查IGDS-A02202I-35、36题(华北数据)。

对象从来没有使用过线上问诊的形式看病,有40.22%的被调查对象偶尔使用线上问诊的形式看病。虽然华北地区越来越多有就医需求的居民逐步开始选择线上问诊,但新冠肺炎疫情期间,仍有大量患者选择在三甲公立医院、普通公立医院问诊就医。新冠肺炎疫情暴发后,有32.87%的被调查者选择到三甲公立医院首诊,23.89%的被调查者选择到普通公立医院首诊,仅有4.99%的被调查者会选择以线上问诊的方式进行首诊。这主要是因为当前线上问诊多服务于慢性病、常见病、多发病,针对复诊病人比较多,而且从医疗规范的角度,首次诊断仍需前往医院,否则可能会有“未接触”带来的诊疗信息缺失。在选择生病后通常处理方式方面看,华北地区居民对目前的公共卫生体系是认可的,超过半数(57.78%)的居民在生病后第一选择是寻求专业的医疗资源,其中有51.81%的被调查者会选择去医院寻求专业的医疗帮助,仅有5.97%的被调查者选择通过线上问诊寻求专业的医疗帮助。这表明虽然华北地区居民对我国当前的医疗水平是信任的,但网上医疗作为公共卫生体系建设的一部分,仍存在很大的发展空间。

线上问诊大幅提高了互联网医疗用户的整体规模和渗透率,为互联网医疗领域收获了新的流量。但由于医生的资质不同、服务水平的差异等,线上问诊的局限性不容忽视。调查结果显示,华北地区41.9%的被调查者使用线上问诊的目的是了解病况,只有5.91%的被调查者通过线上问诊来开药。由此可见,虽然居民对线上问诊的接受度越来越高,但是华北地区老百姓对于线上问

诊、网上购药的使用率并不高。

2. 线上问诊认可度较低

在使用过线上问诊的被调查者中,有51.35%的被调查者认为线上问诊的医生水平与当地医疗机构医生水平相当,有16.26%的被调查者认为线上问诊的医生水平普遍高于当地医疗机构医生水平。由此可见,部分线上问诊平台还未达到用户的体验要求。另外,从受访者对网上医疗信息的打分^①来看,仅有4.88%的被调查者打5分,认为网上医疗信息非常可信,这在一定程度上反映出,虽然线上问诊是各个互联网医疗平台的常态,但是在华北地区还没有得到大部分人的认可。

调查数据显示,有54.44%的被调查者认为生病后有的时候可以在网上找到有帮助的信息,4.31%被调查者认为生病后总不能在网上找到有帮助的信息。有37.80%的被调查者认为线上问诊的医生水平能够有效应对普通病症,但有12.79%的被调查者认为线上问诊的医生水平差,无法满足需求,仅有4.11%受访者认为网上问诊医生水平能有效治疗疑难杂症,表明网络问诊的医生一般能够通过网络问诊的方法对普通病症进行初步诊断。有16.02%的被调查者认为线上问诊明显改善了就医体验(如缩短就医时间,提升就医效率和便捷程度等),31.84%的被调查者认为线上问诊就医体验改善不大,13.35%的被调查者认为线上问诊完全没有改善就医体验。因此,如何不断优化和完善线上问诊以消除患者顾虑、获取患者信任、改善患者体验、满足患者需求,是关乎我国未来包容性公共卫生事业发展的重要命题。

三、华北五省(市、自治区)包容性公共卫生体系差异对比

1. 基层医疗卫生机构可触达性方面,京津冀两地较方便,天津待加强;城市地区较方便,农村地区待加强

《“健康中国2030”规划纲要》明确提出,要坚持“以基层为重点,预防为主”的新时期卫生与健康工作方针,将卫生健康的工作重心下移,充分发挥基层医疗卫生机构“健康守门人”的作用^[5]。基层医疗卫生机构主要包括城市的社区卫生服务中心(站)和农村的乡镇卫生院及村卫生室,为居民提供包括基本医疗和公共卫生服务在内的初级卫生保健服务^[6]。表1反映的是华北五省(市、自治区)城乡居民到最近的社区卫生服务中心/

① 1~5分打分,1分为完全不可信,5分为完全可信。

乡镇卫生院的距离(在不堵车的情况下),结果显示 华北地区五省份已初步建立起包容性公共卫生体系 其中北京市受访者选择步行 30 分钟以内到达就近的社区卫生服务中心或乡镇卫生院的比例最高 ,为 81. 41%; 河北省次之 ,为 80. 80%; 天

津最低 ,为 62. 63%。这表明华北地区五省份之间基层医疗卫生机构可获得性存在明显差异。天津应加强基本公共卫生服务下沉基层建设 ,进一步满足居民健康需求 ,加快形成半小时基层医疗服务圈。

表 1 华北地区五省份城乡居民到最近的社区卫生服务中心/乡镇卫生院就医距离对比

样本分类		步行	步行	需要开车,	开车	开车	开车需要	全部样本
		10分钟内可达	10~30分钟可达	10分钟内可达	10~30分钟可达	30~60分钟可达	1个小时以上	
农业户口	人数	155	124	80	45	9	8	421
	占比/%	36. 82	29. 45	19. 00	10. 69	2. 14	1. 90	100
非农业户口	人数	727	484	152	85	38	31	1 517
	占比/%	47. 92	31. 91	10. 02	5. 60	2. 50	2. 04	100
北京市	人数	61	66	13	10	5	1	156
	占比/%	39. 10	42. 31	8. 33	6. 41	3. 21	0. 64	100
河北省	人数	149	74	29	15	6	3	276
	占比/%	53. 99	26. 81	10. 51	5. 43	2. 17	1. 09	100
内蒙古自治区	人数	71	42	14	15	1	2	145
	占比/%	48. 97	28. 97	9. 66	10. 34	0. 69	1. 38	100
山西省	人数	581	390	153	78	35	34	1 271
	占比/%	45. 71	30. 68	12. 04	6. 14	2. 75	2. 68	100
天津市	人数	24	38	25	12	0	0	99
	占比/%	24. 24	38. 38	25. 25	12. 12	0	0	100

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查 IGDS-A022021-22 题(华北数据)。

除了区域差距外 ,城乡居民医疗服务和医疗资源可获得性也存在差距。城市居民中有 79. 83% 的居民可以在步行 30 分钟以内到达就近的社区卫生服务中心或乡镇卫生院 其中 47. 92% 的受访者可以在步行 10 分钟内就近就医。农村居民中有 66. 27% 的居民可以在步行 30 分钟以内到达就近的社区卫生服务中心或乡镇卫生院 其中 36. 82% 的受访者可以在步行 10 分钟内就近就医。这表明华北地区包容性公共卫生体系建设需要进一步向农村地区倾斜 ,农村居民的基层公共卫生网络可触达性需要提升。

2. 挂专家号方面 ,晋冀蒙三地较方便 ,京津两地存在挑战

调查数据显示 ,华北地区有 66. 36% 的受访者认为网上挂号更容易挂到想要的医生号 ,有 19. 36% 的受访者没有使用过网上挂号。关于“去医院就医时挂专家号是否比较困难”的选项^① ,调查数据如图 10 所示 河北、内蒙古和山西三地超过 1/4 的被调查者认为在医院挂专家号完全不困难 比例分别为 32. 78%、27. 59% 和 26. 44%。河

北被调查者中 ,评分在 4 ~ 5 之间的比例为 20. 74% ,仅有 2. 07% 的被调查者认为挂专家号非常困难 ,整体困难程度较低。北京和天津被调查者认为在医院挂专家号不困难占比较低 ,分别是 15. 92% 和 8. 08% 特别是作为首都和特大城市的北京 ,评分在 4 ~ 5 之间的比例达 42. 03%。结果表明 华北地区医疗资源分布不均衡现象较为严重 ,大量的优秀医疗资源集中在北京、天津等大城市 ,导致以北京为代表的特大城市以及以天津为代表的部分地区 ,医疗资源承载压力负荷较为严重。为进一步完善包容性公共卫生体系建设 ,让更多的人可以享受高水平的医疗服务 ,华北地区应突出重点区域 ,综合运用互联网、先进设备、信息化管理等方式 ,切实加强就医信息化建设 ,及时高效地配置医疗资源 ,确保缓解“挂号难”工作取得明显成效。

3. 就医需求满足度方面 ,北京满意度最高 ,晋蒙两地满意度较低

如图 11 所示 ,关于“当地医疗水平是否能够满足医疗需求”情况的调查^②显示 北京有 51. 28% 的被调查者打出满分 5 分 ,28. 21% 的被调查者打

① 1 ~ 5 分打分 ,1 分为完全不困难 5 分为完全困难。

② 1 ~ 5 分打分 ,1 分为完全无法满足 5 分为完全可以满足。

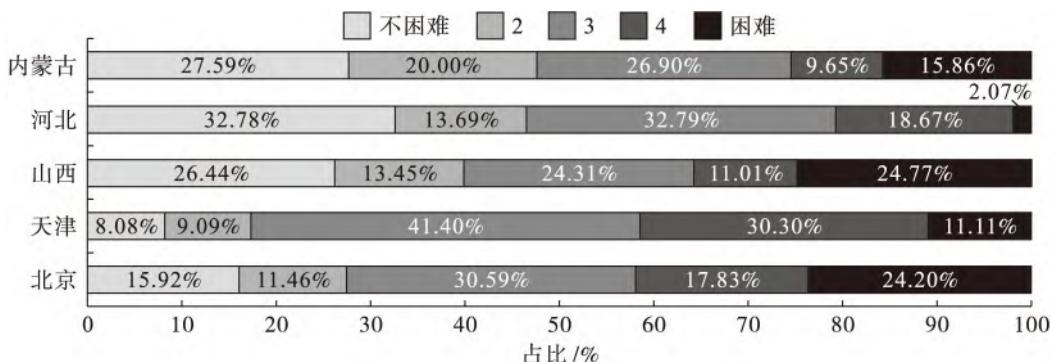


图 10 当您去医院找专家就医时 挂专家号是否比较困难

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查 IGDS-A022021-25 题(华北数据)。

出 4 分。天津有 35.36% 的被调查者打出满分 5 分 ,39.39% 的被调查者打出 4 分。山西和内蒙古两地被调查者认为当地医疗水平无法满足医疗需求的占比略高 山西有 16.05% 的被调查者打出 1 分 ,认为当地医疗水平完全无法满足医疗需求 ,13.77% 的被调查者打出 2 分; 内蒙古有 11.03% 的被调查者打出

1 分 ,认为当地医疗水平完全无法满足医疗需求 ,20.00% 的被调查者打出 2 分。由此可见 北京、天津两地公共卫生和医疗服务体系取得明显进展 ,医疗服务水平不断提高 ,整体医疗水平在华北五省份中具有优势 ,而山西、内蒙古两地在人民向往的高质量医疗供给方面存在较大距离。

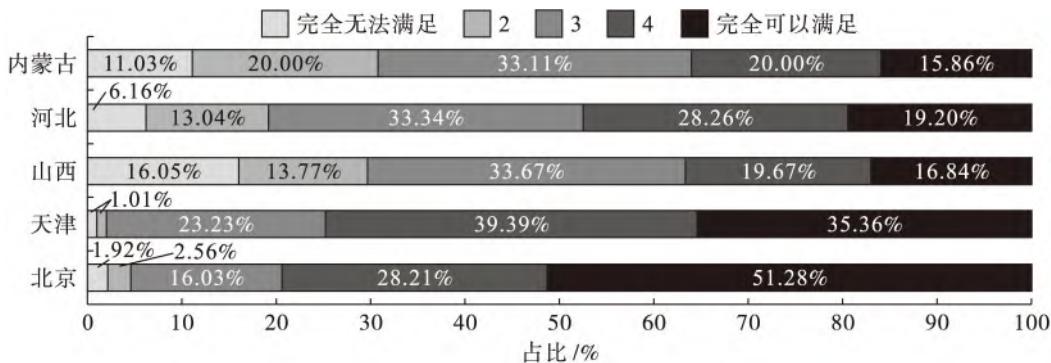


图 11 您认为当地的医疗水平是否能够满足您的医疗需求

数据来源:中国社会科学院包容性绿色发展跟踪调查 IGDS-A022021-27 题(华北数据)。

四、优化华北地区包容性公共卫生体系的对策建议

“包容性增长”的内涵在其执行上强调“参与”和“共享”两个层面^[7] 核心是协调发展、共同发展 ,包括在可持续发展基础上的经济增长和公平正义基础上的增长共享两个方面。实现这两个方面的连接并促使其前进的动力是“生产发展、生活富裕”的增长理念和增长实践^[8]。实行“包容性增长”的目标是让全体国民都能够公平合理地分享经济增长成果 ,同时也是保障中国经济安全的战略需要^[9]。基于 IGDS2022 年第二季度华北地区的调查结果 ,提出如下进一步建设包容性公共卫生体系的建议。

1. 加快完善基层医疗卫生机构 扩大公共卫生体系建设的广泛性

下沉到基层的公共卫生服务网络保证了最广

大民众获得公共卫生资源的权利 ,实现了医疗资源覆盖的广泛性 ,进而保证了人力资本的总体提升。社区卫生服务中心或乡镇卫生院是距离老百姓最近 ,能够及时为老百姓提供基础医疗服务的医疗机构。在一定程度上 ,社区卫生服务中心或乡镇卫生院可以为附近居民提供经济便捷的医疗服务 ,收治一些简单疾病和慢性疾病的患者 ,起到合理配置医疗资源 ,为大医院分流患者量 ,缓解大医院看病难的作用。

新医改以来 ,我国投入了大量资金 ,各级政府也颁布了一系列政策文件 ,对基层医疗卫生机构的支持力度逐步加大 ,但基层医疗卫生机构的发展仍面临不少实际困难。本次调研数据显示 ,新冠肺炎疫情暴发前后 ,华北地区选择在社区卫生服务中心或乡镇卫生院进行首诊的人数增加 ,社区卫生服务中心或乡镇卫生院在一定程度上缓解了二级以上公立医院医疗资源压力 ,但华北区域之间、城乡之间在基层医疗卫生机构可触达性方

面仍存在明显差异,尤其是天津半小时基层医疗服务圈建设与其他四省份相比发展滞后,因此必须加快完善基层医疗卫生机构,扩大公共卫生体系建设的广泛性。一是优化政府卫生财政投入结构。公共卫生服务应主要由政府以及政府资助、鼓励、扶持的非营利机构和中介组织来共同承担。政府财政资源投入应从大医院向基层医疗卫生机构倾斜,从城市向农村和经济落后地区倾斜。通过保障医疗卫生领域的人力、物力、财力资源向基层医疗卫生机构倾斜,尽快缓解区域之间、城乡之间医疗卫生资源配置的失衡问题^[10]。同时,鼓励社会资本到基层投资建设多样化的医疗卫生机构,补齐基层医疗卫生机构的资源短板,让广大基层人民群众就近享受更好的医疗卫生服务。二是探索基层医疗服务新模式。如台州市开启的“全科医生签约服务”新模式,对于一般常见病、多发病,签约医生实行门诊预约服务;对于慢性病和康复期患者,签约医生进村入户开展随访和康复指导,如有病情需要,可提出转诊建议,帮助联系上级医院的专科门诊,提升基层公共服务的可触达性^[11]。三是加强基层公共卫生人才队伍建设。继续统筹做好农村订单定向免费医学生培养、基层人才培训、乡村医生学历提升等工作,建立符合医疗卫生行业特点的薪酬制度,完善职称评审、岗位设置、教育培训等政策,建立与城乡居民医疗服务需求相匹配的人力资源培养体系,不断提高基层医疗卫生人员的专业技能,提高居民对基层公共卫生机构服务的满意度。

2. 加快推进线上问诊,优化公共卫生体系建设的均衡性

强调区域间、城乡间公共卫生事业发展的均衡性,有利于避免医疗资源过度向某一群体集中,要求更加注重分配的公平性和资源的共享。数字时代大力推动的线上问诊是对全国医疗资源的再次分配,让偏远、落后地区居民也能够触及最高水平的医疗资源,实现了资源的跨时空共享,突出体现了人民健康的公平性。

当前,医疗产业及其数字化应用已成为全球瞄准的竞争热点,各国的医疗服务体系正在广泛对接数字化,对于数字医疗技术及其产业推广也已成为各国政策关注重点^[12]。数字化正深刻改变着传统经济的发展方式,并在重塑包括医疗服务在内的公共服务提供方面发挥着重要作用^[13]。从调查数据看,华北地区虽有66.37%的被调查者认为网上挂号更容易挂到想要的医生号,但整体上仍然存在着线上问诊使用率低、线上问诊服

务认可度不高的问题,另外,山西、内蒙古两地在人民向往的高质量医疗供给方面存在较大距离,因此必须加快推进线上问诊,及时高效地配置医疗资源,优化公共卫生体系建设的均衡性。一是加快搭建信息共享平台。华北地区各省份应结合本地实际,在国家医疗信息化建设基本功能的基础上,开发适合本地区特点的补充功能,形成“国家基本功能+地方补充功能”的医疗卫生信息系统。完善居民预约挂号、信息查询、结果查询、用药咨询等自助性服务,尤其是在新冠肺炎疫情防控中,充分利用信息化手段,更好地为居民提供云上医疗服务。优化信息共享,有效量化医疗卫生机构和医务人员依托电子健康档案提供线上服务的工作量,进一步提高线上问诊的质量和效率。二是提升线上问诊服务水平。加强对基层医疗卫生机构医务人员的互联网远程指导、培训,提高其医疗服务水平。通过远程会诊服务提高人民群众对北京等大城市优质医疗卫生人力资源的可及性。在医疗资源薄弱的农村地区,特别是在山西、内蒙古等经济发展比较慢的农村地区,可利用网络技术将医疗资源进行在线整合,通过建立区域检验中心,促进检查结果互认,提高资源利用率,减少资源重复利用,提供更高质量的医疗服务^[14]。三是促进医疗人力资源流动。充分利用信息化手段,完善分级诊疗模式。通过激励政策引导医疗卫生人力资源向农村转移和下沉,加大山西、内蒙古的医疗卫生人员与北京、天津等优质医疗卫生人才的学习和交流,促进华北地区公共卫生体系区域协调发展。加大线上问诊服务宣传力度,提高群众对网络医疗服务的知晓度、参与度和使用率,让线上问诊真正成为公共卫生服务的新模式,充分满足老百姓的新需求。

3. 倾斜保护社会弱势群体,注重公共卫生体系建设的公益性

注重公共卫生体系建设的公益性,即更多地关注社会弱势群体的获得感,保障弱势群体的利益。强调建立广泛覆盖的医疗保障体系,为重点人群提供医疗救助、医疗帮扶体系,充分显示我国对社会弱势群体的关怀,让老百姓都能实现“病有所医”和“看得起病、吃得起药”,有效地保障社会弱势群体的生存权和发展权。华北地区被调查者中失业人员占7.19%,年收入3万元以下占15.99%,农村户籍人口占21.6%。对这部分群体的调查数据显示,第一产业工作者存在更大的心理压力和更低的快乐感、幸福感,因此必须倾斜保护社会弱势群体,注重公共卫生体系建设的公益性。一

是建议以低收入群体和失业人员的绝对需求为导向,完善低收入群体和失业人员常见病和普通门诊费用补助方案,在大病统筹的基础上把更多的低收入群体和失业人员纳入保障范围之内。降低低收入群体和失业人员医疗保险的起付线,扩大对其医疗救助的范围,如对一些检查费用、医疗费用等给予补助,实行减免。增加对低收入群体和失业人员的心理健康服务。同时,基层医疗机构在满足低收入群体和失业人员就医需求方面发挥着重要作用,是缓解低收入群体和失业人员就医压力的有效途径之一,建议通过为低收入群体和失业人员提供免费避孕药具、免费低价基础体检、健康咨询、妇幼保健服务与健康教育等主题活动,引导低收入群体和失业人员重视自身健康问题,提高预防疾病意识。二是加强农村居民健康管理。扩大针对农村地区老年人、婴幼儿、孕产妇的健康检查范围,如为患有慢性病的老人建立电子档案,为已婚已育妇女免费提供宫颈癌和乳腺癌筛查等。加强对农村地区重大疾病控制、疫苗接种、医疗保健等公共卫生项目的实施,使公共服务惠及更多的农村居民。

参考文献:

- [1] 白剑峰. 把人民健康放在优先发展战略地位 [N]. 人民日报 2022-06-20(1).
- [2] 宋月萍. 在疫情防控中完善公共卫生服务体系建设 [EB/OL]. [2021-11-03]. <http://health.people.com.cn/n1/2020/1103/c14739-31916864.html>.
- [3] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 2021年我国卫生健康事业发展统计公报 [EB/OL]. [2022-07-12]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml>.
- [4] 魏丽, 经纶. 防疫常态化下我国公共卫生体系建设的思考 [J]. 湖北经济学院学报(人文社会科学版) 2021, 18(7): 51-54.
- [5] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[R]. 北京: 中华人民共和国国务院公报 2016: 34.
- [6] 周瑞, 姚能亮, 陈芳芳. 基于卫生政策分析的基层医疗卫生机构在新型冠状病毒肺炎疫情防控中的作用研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25(10): 1155-1161.
- [7] 陆岷峰, 张惠. “包容性增长”的内涵辨析及实现要点 [J]. 江南论坛 2010(11): 15-17.
- [8] 岳彬. 包容性增长的时代价值与实践取向 [J]. 安徽师范大学学报(人文社会科学版) 2010, 38(6): 626-631.
- [9] 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.
- [10] 杨林, 李思赟. 城乡医疗资源非均衡配置的影响因素与改进 [J]. 经济学动态 2016(9): 57-68.
- [11] 台州市人民政府. 台州市人民政府办公室关于推进全科医生签约服务的实施意见 [R]. 台州: 台州市人民政府公报 2015: 14-17.
- [12] 王伟光, 由雷. 创新驱动发展中的产业协同创新体系文献综述 [J]. 技术经济与管理研究, 2016(3): 114-118.
- [13] 郭瑜. 数字经济下的养老保险: 挑战与改革 [J]. 华中科技大学学报(社会科学版) 2021, 35(2): 25-31.
- [14] 李贵敏, 孙晓杰. 我国城乡基层医疗机构卫生资源配置变化趋势分析 [J]. 卫生软科学 2020, 34(11): 20-25.

Research on optimization of inclusive public health system in North China

“Theory and Practice of Inclusive Green Growth” Project Team

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

Abstract: The construction of the public health system matters a lot to people's well-being and public safety. During the 14th Five-Year Plan period, the public health development in China faces many opportunities and challenges. Based on the survey data 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 the construction of the inclusive public health system in North China is described in the form of charts. The regional differences in the construction of inclusive public health system in the five provinces of North China are analyzed by comparing the accessibility of primary medical and health institutions, the difficulty of making appointment with expert doctors, and the satisfaction of medical needs. Countermeasures and suggestions are put forward from three aspects: improving grassroots medical and health institutions, promoting online consultation, and tilting protection for vulnerable groups in society, so as to promote the establishment of a more extensive, balanced and inclusive public health system in North China.

Key words: North China; public health systems; citizen health; inclusivity

(责任编辑: 吉海涛)