

中国基层卫生体系建设经验及其国际借鉴意义

孟庆跃* 袁蓓蓓

北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

【摘要】在建设人类卫生健康共同体背景下,加强全球卫生安全和提高健康保障水平是世界各国共同关心的重大问题。发展基层卫生体系是世界各国实现全民健康覆盖和提高健康水平最重要的策略。我国在七十多年卫生体系建设中,特别是在加强基层卫生体系建设方面,通过不断努力和实践,以及互学互鉴,积累了许多宝贵经验,并为世界所称道。本文以历史文献为基础,以基层卫生体系建设为重点,选取农村基本医疗保障体系建设、基层卫生服务体系建设 and 基本公共卫生服务均等化制度建设为主题,对我国实践经验进行了总结,以期在国际有所借鉴。

【关键词】中国;基层卫生体系;经验;借鉴

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.12.010

China's experiences in strengthening primary healthcare system and transferability to other nations

MENG Qing-yue, YUAN Bei-bei

China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 With the background of establishing a community of common health for mankind, to secure global public health safety and enhancing health status are the common concerns to all nations in the world. To develop primary health care system is the most important strategy. China has achieved remarkable progress in health system development over the past seven decades, especially in strengthening primary health care system, which have been highly appraised by international society. This paper presents synthesis of China's experiences in developing and supporting rural health security system, tiered health care delivery system and essential public health package, followed by discusses on policy implications for other settings.

【Key words】 China; Primary healthcare system; Experiences; Reference

基层卫生体系建设是实现初级卫生保健和全民健康覆盖(Universal Health Coverage, UHC)目标的基础。许多国家特别是发展中国家面临着如何加强和提高基层卫生体系能力的挑战。与大多数发展中国家一样,中国在不同的发展阶段,面临着卫生资源匮乏、农村人口占比较高、医疗服务需求增加较快、健康公平亟待改善等种种问题,都把加强和完善基层卫生体系作为卫生发展的重要策略。中国七十多年来基层卫生体系建设实践,可为其他国家提供重要参考。本研究选取农村医疗保障体系建设、基层卫生服务体系建设 and 基本公共卫生服务均等化制度建设等三个领域,介绍建设实践并讨论借鉴意义。

1 基层卫生体系建设重要性

世界卫生组织和世界银行联合发布的2023年全球UHC监测报告显示,全球在提供优质、可负担的和可及的医疗卫生服务方面进展放缓。自2015年以来,医疗卫生服务覆盖范围已经没有明显提高;2021年,约有45亿人未能获得必要的全面的医疗卫生服务。^[1]90%的UHC干预措施可以通过初级卫生保健体系提供,为了实现全民健康覆盖,世界卫生组织建议世界各国进一步加强初级卫生保健体系。^[2]基层卫生体系建设是初级卫生保健的核心。基层卫生体系贴近社区和最广大的人民群众,是人人享有

* 基金项目:国家社科基金重大项目(21ZDA130)

作者简介:孟庆跃(1959年—),男,教授,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:qmeng@bjmu.edu.cn

卫生服务的基本建设,是实现 UHC 人口覆盖目标的重要支撑;基层卫生体系提供基本和综合服务,是基本医疗和预防服务融合的最佳结合点,是实现 UHC 扩大服务面和提高服务可及性目标的重要途径;基层提供的卫生服务成本比较低,能够显著减轻家庭和社会疾病经济负担,是实现 UHC 经济可负担目标的重要基础。

中国政府一贯重视基层卫生体系建设,这充分体现各个阶段决定卫生工作基本方向的方针中。1949 年新中国成立后,卫生工作方针被确定为“面向工农兵,预防为主,团结中西医”,此后卫生工作方针虽有调整,但发展基层卫生和重视预防始终是主线。到 2016 年,卫生工作方针第一条就是以基层为重点,更加凸显基层卫生体系建设的重要意义。

世界卫生组织将卫生体系分为领导和治理、服务提供、卫生体系筹资、卫生人力资源、医疗产品及疫苗和技术 and 卫生信息系统等六大模块,并以此作为评价和分析国家和地区卫生体系绩效的基础。^[3]从国际经验借鉴的角度,我国被世界广泛认可的基层卫生体系建设经验主要集中在卫生筹资、服务提供体系和卫生人力资源等三个领域,属于“中国在发展中积累的可以同广大发展中国家分享的重要经验”。^[4]

卫生筹资是实现全民健康覆盖的重要保障。如何建立覆盖农村和欠发达地区全民基本医疗保障体系和基本公共卫生服务提供体系,是世界各国卫生体系建设的重点工作。我国建立了新型农村合作医疗、城乡居民基本医疗保险和大病保险等制度,在改革和完善卫生筹资系统方面积累了重要经验。我国在农村建立县、乡、村三级医疗预防保健网络,从组织建设上为农村居民获得基本医疗卫生服务提供了基础性保障。此外,我国自 20 世纪 50 年代中期开始的赤脚医生和乡村医生培养和使用体系,在较短时间内培养了一支“留得住、用得上”的农村卫生队伍,提高了基本卫生服务可及性。发展中国家一直在探索如何实现向全体居民提供免费的基本公共卫生服务,我国通过公共财政安排支持基本公共卫生服务均等化制度建设,也是各国关心的重要经验。

2 中国基层卫生体系建设实践

2.1 中国农村医疗保障体系建设

2.1.1 新型农村合作医疗制度

(1) 发展历程

从 20 世纪 50 年代到 80 年代,中国农村地区合

作医疗制度蓬勃发展,覆盖了 90% 以上的村庄,在改善农村居民健康方面发挥了重要作用。^[5]随着经济体制改革,合作医疗制度从 20 世纪 80 年代初开始逐渐瓦解。第三次全国卫生服务调查表明,2003 年中国近 80% 的农村人口没有任何医疗保障,农村居民因病致贫、返贫问题突出。^[6]2002 年,中国政府把加强农村卫生工作作为保障农民健康、发展农村经济的一项重要工作,其中建立新型农村合作医疗是工作重点。到 2014 年底,新型农村合作医疗覆盖了 98.9% 的农村人口。^[7]

(2) 筹资和补偿

新型农村合作医疗筹资有三个方面的特点。第一,多方筹资,政府补助和个人缴费相结合,政府承担主要筹资责任。中央和地方政府对居民参保费用给予补助,补助占比 70% 左右。2003 年试点之初,个人年度缴费 10 元,各级政府补助不低于 20 元。到 2015 年,个人缴费提高到 120 元,政府补助 380 元。第二,门诊和住院服务均纳入保障,服务范围和补偿水平逐步扩大。设置基本药物、基本医疗服务和基本医疗设施清单,规定门诊和住院费用共付比例和补偿上限,促进合理医疗。第三,建立监管机制。新型农村合作医疗由政府负责管理和运行,建立多部门参与的监管机制,向参保人定期公示资金使用和补偿情况,对医疗机构提供的服务进行定期和不定期的检查和考核。

(3) 发挥的作用

新型农村合作医疗发挥了三个方面的作用。一是提高了农村居民卫生服务可及性。2013 年第五次全国卫生服务调查结果显示,农村居民住院率由 2003 年 3.4% 提高到 2013 年的 9%,因经济原因应住院而未住院的比例下降。^[8]二是就医经济负担下降。2013 年,各级医疗机构新型农村合作医疗实际补偿比例达到 50%,其中乡镇医疗机构 80% 左右,县级医疗机构 60% 左右。^[9]三是参保者满意度高。2010 年,全国 87% 的参保居民对新型农村合作医疗满意或非常满意。^[10]

2.1.2 城乡居民基本医疗保险和大病保险

(1) 城乡居民基本医疗保险

在新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险基础上,2016 年,政府对两个基本医疗保险制度进行整合。整合的目的是通过扩大资金池提高风险共担的能力,通过统一福利包减少城乡居民医疗保障方面的差距,通过统一基金管理提升监管和服务水平。

整合后,政府保持了较高的补助比例,吸引城乡居民参保。新型农村合作医疗资金管理由县提升到地市,特别是在边远人口较少的地区,资金稳定性明显提高。城乡居民医保整合后,农村居民医疗服务覆盖范围扩大,对于解决农村因病致贫发挥了积极作用。此外,医保整合提升了管理层次,提高了管理效率,改善了管理规范化和标准化。

(2) 大病医疗保险

大病医疗保险是在基本医疗保险的基础上,对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排,参保对象为城乡居民医保参保人。城乡居民大病医疗保险的目的是解决“因病致贫、因病返贫”问题,使绝大部分人不会因为疾病陷入经济困境。大病医疗保险资金来源包括基本医保资金按比例划转和财政补贴。大病保险覆盖的疾病因地区而异,但一般包括恶性肿瘤、先天性心脏病、脑中风后遗症、儿童白血病、终末期肾病、严重精神疾病等需要高额费用的疾病。大病保险的实际报销比例一般不低于70%。

2.2 中国基层卫生服务体系建设

2.2.1 农村三级医疗预防保健网

(1) 发展历程

农村县、乡、村三级医疗预防保健网是以县级综合性医院为龙头,以乡镇卫生院为枢纽,以村卫生室为网底,提供综合医疗卫生服务的体系。其发展经历了三个阶段。第一阶段是1949—1957年,在经济水平很低和医疗卫生资源匮乏的条件下,政府整合既有资源建设县医院、建立联合诊所和建设村级保健站。^[11]第二阶段是1958—1978年,在这一阶段,“把卫生工作重点放到农村去”的号召为发展三级网提供了强有力的政治保障,培养乡村医生不断提高村级卫生服务能力,政府财政支持乡镇卫生院发展。第三阶段是1978年改革开放以来,特别是从20世纪90年代中期以来,政府通过加大财政投入,实施分级诊疗和家庭医生制度,健全和完善农村卫生服务体系。^[11]

(2) 主要建设机制

第一,坚定的政治承诺和有效领导。三级医疗预防保健网建立之初,主要得益于卫生政策导向和政府对农村卫生工作的高度重视。从治理结构上,中央和地方政府财政和管理“分权”安排,激励地方政府积极建设发展三级网络。第二,充分动员社会

资源。政府通过投入和充分动员社会资源,在较短时间内,初步建立起覆盖农村地区的卫生服务体系。此外,农村医疗卫生三级网为爱国卫生运动等群众性卫生活动提供了服务保障,凸显了网络健全的优势。第三,提供基本和综合的卫生服务策略。农村三级医疗预防保健网络坚持预防与医疗相结合、中西医结合等策略,形成了经济上可行、技术上适宜的服务模式。

2.2.2 乡村医生队伍建设

(1) 发展历程

乡村医生队伍建设经历了三个阶段。第一阶段是赤脚医生发展阶段。1965年,在毛泽东主席6月26日指示下,农村卫生工作受到高度重视。1968年,《红旗》杂志发表了《从赤脚医生看医学教育革命方向》一文^[12],标志着赤脚医生进入全面发展阶段。第二阶段是从赤脚医生到乡村医生过渡阶段。1985年,“赤脚医生”一词由乡村医生替代。赤脚医生通过考试后获得乡村医生证书,未通过考试者成为卫生工作者。乡村医生主要依靠医疗服务收费维持运行。第三阶段是乡村医生发展阶段。20世纪90年代以来,中国开始发展基层医疗,乡村医生再次发挥了重要作用。特别是21世纪以来,政府出台了一系列与乡村医生有关的政策文件,乡村医生成为基本医疗和公共卫生服务的重要提供者。^[13]

(2) 培训和服务功能

赤脚医生主要由村民和村委会推荐,选拔的主要标准包括对医疗卫生有热情,有一定的文化基础,有医疗工作经验者优先。提供赤脚医生培训的机构包括乡镇卫生中心和县卫生学校。一些城市医院派出医疗队到农村地区进行赤脚医生的培训。赤脚医生培训时间较短,通常为3~6个月。培训主要内容是常见病的诊疗、小手术和疾病预防知识。中医药基本知识和使用也是培训的重点。赤脚医生和乡村医生的主要职能是常见疾病的诊断和治疗,家访也是重要服务方式。此外,他们还提供公共卫生服务,包括疾病预防和健康教育。2009年以后,随着基本公共卫生服务均等化项目实施,乡村医生承担了越来越多的公共卫生服务职能。

(3) 经济补偿

乡村医生在不同时期获得经济补偿的渠道和方式不同。在20世纪60年代和70年代集体经济时期,其收入来源是乡村集体经济和合作医疗。赤脚医生的工资与村干部和乡村教师差不多,高于普通

村民。^[14]1980 年以来,乡村医生的经济补偿主要来源于服务收费,其中药品收费加成是主要收入。自 2009 年医药卫生体制改革以来,取消了药品加成收入,政府基本公共卫生服务均等化项目和财政补助逐步成为乡村医生的主要收入来源。

2.3 中国基本公共卫生服务均等化筹资制度建设

2.3.1 公共卫生筹资发展历程

在中国计划经济时期,中央集中资金应对重大公共卫生问题,动员民众开展“爱国卫生运动”,有效降低了传染病发病率,居民整体健康水平明显提高。20 世纪 80 年代中期,中央和地方政府实行分权和税制改革,政府承担公共卫生筹资的责任降低,政府公共卫生支预算份额急剧下降,卫生服务体系公共卫生职能减弱,基本公共卫生服务的提供受到影响。自 2003 年以来,我国政府开始加强对公共卫生服务支持,加大公共卫生投入,加强基层医疗卫生机构建设和人力资源培训,免费向城乡居民提供基本公共卫生服务。公共卫生专业机构人员经费、建设经费、运营经费以及艾滋病、结核病、地方病防治等重大公共卫生服务经费,全部由政府预算承担。公立医院承担的公共卫生服务获得政府的特别补贴,基层医疗卫生机构建设资金和人员经费均由政府预算拨款。

2.3.2 建立基本公共卫生服务均等化制度

(1) 确定基本公共卫生服务内容

2009 年我国启动新一轮医药卫生体制系统性改革,其中重点之一是建立基本公共卫生服务均等化制度。该制度明确规定“基本公共卫生服务包”内容,包括建立居民健康档案、健康教育、预防接种、儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压、2 型糖尿病健康管理、严重精神疾病管理、传染病和突发公共卫生事件报告和处理 9 大类服务。此后,随着筹资水平的提高,服务包逐年扩大。

(2) 政府财政全额补助确定的基本公共卫生服务内容

中央、省和地方政府共担基本公共服务经费。中央财政资金通过转移支付方式向经济欠发达的中西部地区转移支付,各级政府按照当地经济社会发展水平筹集相应比例的经费。中央财政资金分别通过一般转移支付和专项转移支付等方式分别向西部、中部和东部地区发放 80%、60% 和 10%~50% 的资金,省级财政通过转移支付方式实现省内富裕地

区向贫困地区交叉补贴,支持基本公共卫生服务提供。

(3) 筹资水平逐步提高

基本公共卫生服务资助标准以每项服务综合成本为基础,资金水平由 2009 年的人均 15 元提高到 2023 年的 89 元,保证了服务经费的落实和制度的规范化管理。同时,中央政府鼓励地方政府根据当地一揽子服务的内容和财政能力,适当提高资金水平。

(4) 实施考核管理制度

基本公共卫生服务经费按照专项资金管理,统一核算,按人头分配。每年年初确定人均资助额度,资金分配金额透明,有效防止资金挪用,也有利于财政部门资金监管。为了提高资金使用效果,建立绩效考核制度,提高资金使用效率,政府财政部门留有一定比例的资金,在预算监督和绩效评估后发放。绩效评价指标包括项目管理质量、资金利用率、完成任务数量和质量、社会满意度等。

3 国际借鉴意义

如何建设强有力的基层卫生体系是世界上大多数国家共同关心的问题。虽然各国卫生体系发展的背景和阶段不一样,但在基层卫生体系建设方面都积累了一定的经验,互学互鉴有利于促进各国卫生体系共同发展。我国基层卫生体系建设实践中,至少有以下三个方面的借鉴意义。

3.1 政府发挥主导作用

我国基层卫生体系建设的历程和经验充分说明,在市场失灵的医疗卫生领域,政府发挥主导作用,对于建设基本医疗卫生制度和实现全民健康覆盖目标至关重要。虽然政府在卫生体系发展中的角色和作用各个国家间有差别,但基本共识是,政府在基层卫生体系建设中应该发挥主要作用。第一,政府主导卫生体系顶层设计。政府不同的历史发展阶段,规划和发展与经济社会发展相适应、满足居民医疗卫生服务基本需求的卫生体系非常重要。卫生资金从哪里来、建设一支什么样的卫生队伍、通过什么样的组织结构提供服务,需要政府总体设计和布局。第二,公共财政在基本医疗保障制度和服务提供中发挥主要作用。我国新型农村合作医疗制度建设就是个很好的例子。如果没有政府持续投入,新型农村合作医疗制度不可能在短时期内实现全民覆盖。第三,高度重视部门协调在卫生体系建设中的作用。

卫生体系的复杂性和健康社会决定因素的广泛性,需要充分动员卫生相关部门共同努力。我国农村三级医疗预防保健网络建设是政府主导下相关部门共同努力的结果。第四,监管评价是政府管理卫生体系的重要手段。促进卫生体系不断提高公平性、效率和质量,把公共财政支持有效转化为健康改善,需要政府建立科学的监管和评价制度。我国在基本公共卫生服务均等化制度建设中,建立了有效的资金监管制度。

3.2 建设基本医疗卫生制度是关键

基层卫生体系建设有赖于基本医疗卫生制度的建设。基本医疗卫生制度包括基本医疗保险、基本公共卫生服务包、医疗卫生人才培养和基本医疗卫生服务提供,是保障基本医疗卫生服务可及和卫生体系可持续发展的基础。我国基层卫生体系建设实践表明,基本医疗卫生制度建设可以提高基层卫生体系运行的质量。当前,因各种因素的影响,世界各国特别是发展中国家,实现 UHC 目标的路径比较艰难,建设基本医疗卫生制度的进程并不理想。我国自 21 世纪初以来,把基本医疗卫生制度建设作为重点工作,先后建立新型农村合作医疗、城市居民基本医疗保险、医疗救助、基本公共卫生服务均等化等制度,这些制度在政府资金支持下,具有稳定的筹资来源、明确的服务内容和严格的监管制度,在发展中不断完善和优化,成为基本医疗卫生服务的重要支柱。建设基本医疗卫生制度需要抓住主要矛盾。比如建设基本公共卫生服务均等化制度,核心问题是经济欠发达地区筹资能力不足,难以与经济发达地区在筹资上做到均等,政府采用转移支付制度进行交叉补贴,发达地区补贴欠发达地区,为基本公共卫生服务均等化制度建设提供了坚实的经济基础。发展中国家紧紧抓住基本医疗卫生制度建设,可以从长远和根本上解决诸如卫生服务不稳定、服务体系不衔接、基层卫生机构人员匮乏等问题,通过加强基层卫生体系,支撑初级卫生保健和 UHC 战略目标的实现。

3.3 发展基层卫生体系是重点

基层卫生体系是实现初级卫生保健的核心。许多发展中国家在基层卫生体系建设中面临着人员短缺、资金匮乏、服务体系不完整等挑战。比如在许多发展中国家特别是低收入国家,基层很难吸引和留住卫生技术人员。我国在不同发展阶段中,也有着

类似的经历,面临着同样的困难。在 20 世纪 50 至 60 年代,我国经济发展水平低,卫生人力资源匮乏,所采取的培养和使用“留得住、用得上”的乡村医生,为农村居民解决了很多的医疗卫生和健康问题。随着经济发展和卫生体系水平的提高,我国通过医学教育,优化乡村医生结构,拓宽乡村医生职业发展空间,多渠道补偿乡村医生和提高其收入水平,虽然乡村医生的质量仍要不断提升,但基本解决了世界上基层卫生体系建设中最大的人才难题。从中形成对发展中国家的启示,一是根据实际培养适宜人才,二是从经济上进行合理补偿,三是根据发展不断调整人才培养的规划。另外从三级医疗预防保健网建设中,可以得到的启示是,基层卫生服务组织建设并不仅仅依赖于经济发展水平,加强对基层卫生体系作用的认识,重视基层卫生体系建设,也能够资源匮乏条件下建立起基本的卫生服务网络。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Billions left behind on the path to universal health coverage [EB/OL]. [2023-12-12]. <https://www.who.int/news/item/18-09-2023-billions-left-behind-on-the-path-to-universal-health-coverage>
- [2] World Health Organization. Universal Health Coverage (UHC) [EB/OL]. [2023-12-12]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-%28uhc%29>
- [3] World Health Organization. The world health report 2000-Health systems: Improving performance [R]. 2000.
- [4] 李君如. 中国经验对发展中国家的重要意义 [N]. 人民日报, 2018-03-27.
- [5] Zhang Y, Dong D, Xu L, et al. Ten-year impacts of China's rural health scheme: lessons for universal health coverage [J]. *BMJ Global Health* 2021, 6: e003714.
- [6] 卫生部统计信息中心. 中国卫生服务调查研究: 第三次国家卫生服务调查分析报告 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003.
- [7] 国家卫生与计划生育委员会. 2015 中国卫生统计年鉴 [M]. 北京: 中国统计出版社, 2015
- [8] 卫生部统计信息中心. 中国卫生服务调查研究: 第三次国家卫生服务调查分析报告 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2013
- [9] 国家卫生计生委. 2013 年新农合进展情况及 2014 年工作重点发布 [EB/OL]. [2023-12-12]. <https://www.gov.cn/>

xinwen/2014-05/04/content_2671213.htm

保障问题的探讨[J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3(12): 33-36.

[10] Brown P H, de Brauw A, Du Y. Understanding Variation in the Design of China's New Co-operative Medical System [J]. The China Quarterly, 2009, 198: 304-329.

[14] White S D. From "barefoot doctor" to "village doctor" in Tiger Springs Village; a case study of rural health care transformations in socialist China[J]. Hum Organ, 1998, 57(4): 480-490.

[11] Meng Q, Chen W, Yang H, et al. People's Republic of China Health System Review[R]. Geneva: Health System in Transition, 2015.

[12] 从赤脚医生的成长看医学教育革命方向[J]. 红旗, 1968(3).

[收稿日期:2023-10-24 修回日期:2023-11-26]

(编辑 赵晓娟)

[13] 田疆, 张光鹏, 任苒. 医改背景下解决乡村医生待遇与

致谢 2023 年度审稿专家

为提高学术质量,本刊坚持双盲审稿制度,对稿件进行同行评议,感谢以下专家 2023 年度的审稿支持(按姓氏音序排列):

曹建文 常 峰 陈家应 陈 璐 陈小华 程 峰 仇雨临 邓 敏 董四平 杜本峰 方 亚
 冯占春 高广颖 高良敏 龚时薇 龚秀全 关丽征 管晓东 郭 清 郭 蕊 郭昱君 韩优莉
 郝晓宁 何江江 和 红 侯建林 胡广宇 胡 敏 胡 明 黄葭燕 简伟研 金音子 景丽伟
 李 莉 李瑞锋 李伟明 李文敏 梁海伦 刘国祥 刘军安 刘 鹏 刘晓曦 刘晓云 罗 力
 罗 荣 吕国营 吕兰婷 马骋宇 马 颖 满晓玮 毛 瑛 毛正中 孟 开 欧阳伟 潘 杰
 彭浩然 彭 荣 钱东福 勤 云 申俊龙 司建平 孙 菊 孙 梅 孙 强 孙晓杰 锁凌燕
 谭华伟 谭清立 汤少梁 唐文熙 陶立波 万 泉 王 超 王超群 王 芳 王汉松 王 俊
 王 琬 王贤吉 王小合 王晓晓 王 峥 王志锋 魏 巍 魏 文 吴华章 吴 晶 吴少龙
 伍 琳 向国春 项 莉 谢士钰 邢怡青 熊季霞 徐爱军 徐 芳 徐匡根 徐 伟 薛惠元
 杨红燕 杨 莉 杨肖光 尹 慧 尹文强 袁蓓蓓 袁莎莎 袁兆康 曾 益 翟方明 翟运开
 张东峰 张广科 张航空 张 皓 张璐莹 张明吉 张胜发 张文娟 张小娟 张 研 张再生
 赵 斌 赵 静 钟玉英 周晓媛 朱 荟 朱俊利 朱依曦 左根永 左学金