

基层人才：“量” “质” 同飞是基石

▲ 本报记者 陈惠

“

新医改以来，国家加大了对医疗行业的投入，尤其在强基层、保基本、建机制硬件方面投入很大。全民基本医疗保障制度覆盖了城乡 95% 的人口，织起世界上最大的一张基本医疗保障网。其中，新农合医疗制度覆盖面逐年增加，对改善农民的医疗待遇、减少医疗费用支出发挥了重要作用，一定程度上保障了农民能够看得起病的需求。

但是，另一方面，对一些经济欠发达地区和边远地区的基层医疗机构，尤其是对乡镇医疗卫生机构的建设和政策支持力度还亟待进一步加强。

习近平总书记在镇江世业镇卫生院考察时，院长坦言，基层医疗机构的最大问题就是——缺人。

”

城市：资源过剩 基层：人才缺失

全国人大代表、哈尔滨市第四医院高广生告诉记者，国家规定的乡镇卫生院编制过少，如哈尔滨市共有 185 个乡镇卫生院，实有编制总数 4872 人，仅占农业人口的 0.95‰。编制最少的仅为 4 人，有 25 个乡镇卫生院编制数量仅为 10~15 人，往往需要一人身兼多职，无法满足正常临床和公卫工作需要。许多乡镇卫生院已持续多年来基本未能得到正规大专以上医学院校毕业生补充，造成人才断档和后续乏人。

有些乡镇卫生院实际只有 1~2 名具有执业资格的医生，往往采取个体承包或变相承包方式，甚至全家上阵，实际医疗水平难以得到农

民认可。虽然新农合制度保证了农民在乡村卫生机构看病报销比例最高，个人花费最低，但许多农民有病仍然需要到城市的大医院求治。这在一定程度上抵消了新农合制度给农民带来的优惠条件，没有减轻农民个人的医疗负担。

其次，实行基本药物零差价制度后，由于药品加价提成取消，农民就医人数不足，致使基层医疗机构收入明显下降，因而造成运行困难，医务人员待遇低下，有一定医疗、护理水平的医务人员大量流失。

基层对优质医疗人力资源的强烈需求，与大城市优质医疗资源富集过剩、患者人满为患、花费高昂等形成了强烈对比。

没有强大的医疗卫生队伍 重心下移是空话

“将医疗卫生重心下移，没有强大的医疗卫生队伍，这是空话。”全国政协委员、苏州大学副校长熊思东分析，目前基层医疗卫生队伍需要三类人：

一类是基层卫生保健人才，这类人主要由公共卫生学院预防医学系培养，从事预防医学和公共卫生医学知识普及的工作，就业单位是基层卫生保健站等；

二类是基层药剂师。“药店不是商店，药品必须由药剂师销售，对药品的适应证、不良反应等都应该有所了解。但基层药店缺乏这样的药剂师，所以

出现用错药、用假药、用过期药的现象。”熊思东说。

三类是培养具备处理常见病、多发病，具有初诊能力的全科医生。

熊思东认为，要保持基层医师队伍的稳定性、保持队形完善、人员充沛，首先要保障基层医师的薪酬待遇和福利。

“一些地方基层医师薪酬按医疗服务收益决定，经费拨给所在乡、村、镇政府，常被挪用。支付时间有的按季度发放，有的半年付，有的一年付，这种支付体系如不改变，将极大地影响基层医师的工作积极性。”熊思东建议



应由县级人民政府将工资直接发到基层医师手里。

高广生则建议参照基层教师的待遇，把目前国家和各级政府购买公共卫生服务的补助变成基层医

生的工资。同时，解决乡村医生的医疗保障和养老保障，建立乡村医生的良性进入和合理退出机制，从根本上解决乡村医生的待遇问题。

多方着手提高基层诊疗水平

事实上，为解决基层人才短缺的问题，国家卫生计生委也制定了相应的政策，如面向基层的特岗医生计划等，但很多基层医院院长反映，这些专门针对基层培养的医生，毕业后一二年也都离开了。

“基层医院太缺乏学科带头人，年轻人在那里看不到前途，如果基层医院的医疗学术氛围、环境氛围，都能达到附属医院相当的水平，人才流失不会这么严重。”这是浙江大学医学院附属第二医院沈华浩教授近年来到多地会诊最深的体会。

而国家在提高基层诊疗水平，提升医疗质量方面，主要是通过城乡医院对口支援的方式。

2014 年 2 月 11 日，

国家卫生计生委召开的城乡医院对口支援工作会议通报，截至 2013 年，全国 1266 家三级医院与 2771 家县级医院建立了对口支援关系，受援乡镇卫生院 3644 所；累计常驻县级医院的城市三级医院医务人员超过 15 万人次，诊疗患者近 6000 万人次，派驻乡镇卫生院的技术人员 9.2 万人次；2.4 万名县级医院骨干医师到对口城市三级医院接受为期 1 年的培训。

针对国家卫生计生委已经建立的城乡医院对口支援 3 年工作方案和城市医师下基层新机制，高广生说，城市大医院与基层医院进行对口支援的措施实行多年，有些地方仍流于形式，有必要进一步强化机制。他建议制定三甲

医院对口包县政策，要求每一个三甲医院必须至少包扶（不是帮扶）一个以上的县，有条件的医院可包扶更多的县，在人员交流、基层医务人员培训、技术合作、设备共享、远程诊疗、患者转诊等方面加大对口合作力度，并使之制度化、刚性化，将包扶合作的结果列为对三甲医院的考核内容。

而在提高基层医师技术水平和诊治能力方面，熊思东给出了更具体建议：可以建立业务休假制度，参照高等院校休学术年假的方式，一名基层医师工作 3 年就应有 1 年时间的带薪休假，由自己或所在单位找上级医疗机构进修，提高业务水平，涉及费用由所在单位支付。“在所

有制度和机制不能得到马上改变的情况下，这是可以优先考虑实行的，也是最具可操作性的。”

此外，基层医师的学术评介体系应有所调整，“基层医疗不能走三甲医院的职称评定体系，他们不具备这种体系的评定条件，因此很多基层医师没有职称，即便是有，基层医师的主治医师与三甲医院的主治医师不是同等水平。”熊思东以教育体系为例，“高等院校教授和中小学老师的学术评介是不一样的，基层医师可以参照中小学教师的评介体系，设定一级到特级的级别评定，制定不同于三甲医院医师的考核标准，为基层医师提供上升通道。”

培养“同质化”医生 城乡医疗水平方有保障

为了源源不断地给基层医疗机构储备后续力量，也为了老百姓能够在基层享有与大医院同等水平的医疗服务，2014 年，国家建立住院医师规范化培训制度，希望培养“同质化”医生，满足患者的需求。

“医学生毕业后要在培训基地进行三年的规范化培训，培养成一个合格

的医生，这样无论是在大医院还是在乡镇卫生院都能有基本水准一样的医生来看病，这是我们一个理想目标，我们要朝着这个目标扎扎实实向前走。”国家卫生计生委主任李斌说。

“我们可以设想，三五年、十年二十年之后，当我们的患者在新疆

的医院看病，和到兰州的医院看病，再到西安的医院看病，所得到的诊疗结果相对一致，那么患者还会劳民伤财非要来到北京吗？”国家卫生计生委科教司原副司长、中日医院院长王辰说。

“我国医护数量远远不能满足医疗需求，尤其是在基层。很多基层医师

都是没有接受过正规医学教育，达到标准医师水平的人很少。假如能从医学生时期就开始抓，未来培养的都将是正规医师，如此才能保证城乡老百姓均能享受到优质医疗服务。”沈华浩说，从这个角度上说，目前我们国家开展住院医师规范化培训，实际是在还债。

