



徐凤芹 委员



霍勇 委员



张澍 委员



凌锋 委员



谢良地 委员



重点 关注

住培专培：实现制度衔接

▲《医师报》融媒体记者 熊文爽

全国人大代表、邢台人民医院党委书记陈树波表示，我国自2014年初实质性启动住院医师规范化培训制度以来，在短短的5年多时间内便实现了“从无到有”的裂变性进展，取得了令人瞩目的历史性成绩。政策体系基本建立，工作机制基本建立，培训体系逐步建立，财政投入不断加大，培训人数逐渐增多，培训效果逐步显现。我国住培制度实现了临床医生模式的重大突破，创造了医师培训史上的新奇迹。

“落实住培制度的过程，也是勇于探索、成果倍出、提振信心、指引前行的过程。但在肯定住培取得的骄人成绩的同时，我们也看到了一些问题。”

陈树波坦言，目前，医教协同在机制、体制、具体政策的衔接上还不够完善，医学院校培养规模远大于住培容量，存在大量人力、物力资源的浪费，学位衔接还不够顺畅；如何培养同质化的合格医师仍是难题；专科医师规范化培训和认证体系尚未全面推开；住培学员的薪酬待遇问题亟待解决；现行制度下住培医师的身份界定不明确，执业缺乏可操作性。

针对当前的住培问题，陈树波建议，教育部应与卫健委加强沟通。一方面，教育部要重新评估医学院校扩招政策的利弊，提出合理的院校教育招生规模；另一方面，卫健委应考虑适当增加住培基地数量，通过多方筹资，扩大规培招收

总量，以满足基层医疗机构对高质量、同质化的合格住院医师的迫切需求。

面对学位衔接问题，陈树波建议教育部减少MD+Ph.D类高精尖复合型临床医学人才的培养规模，破除“唯学历论”，大力培养扎根临床“能看病”、“会看病”的临床医生。

陈树波表示，住院医师规范化培训属于毕业后教育，培训对象的身份认定是住院医师。因此，其收入不能低于当地城镇人均收入。“最重要的是，建议尽快修订相关法律及配套文件，根据新形势的发展修改相关内容，化解因法律制定滞后、政策不协调而造成的法律风险，破除对住培基地和培训对象的不合理束缚。”

热点 话题

将中国志愿医生纳入帮扶工作

▲全国政协委员、宣武医院神经外科首席专家 凌锋

中国志愿医生作为中国医师协会下属的二级工作委员会，在2018年肩负扶贫攻坚任务。我带领300余名志愿医生，走访了75个县，为1万多名老百姓进行了义诊，我们共进行了几百次查房，培训了近3000名村医，也得到了卫健委、特别是医政医管局的大力支持。

我们在调研中发现，贫困县的因病返贫率高达40%~70%。如果不能把基层医院的技术兜底兜住，就很难阻挡因病返贫的现象。我们根据国家卫健委列举的9类25种基层常见病、多发病，制定了针对基层医院12个技术短板的补充清单。并把清单发给每个县医院，他们缺什么我们就补什么，需要什么我们就送什么。同时，我们还在70多个县分别设置了中国

志愿医生工作站，要求各工作站在两年时间内，让这些技术在当地医院都能够独立实施。

目前我们发现的问题是，国家指定的定点扶贫任务存在目标不够明确，技术不够明确，帮扶医院工作不持久，工作积极性不高，不能够针对被帮扶地区的所需去进行持续性帮助等问题。我建议把中国志愿医生的工作和国家的定点扶贫工作相结合，把扶贫工作当作一盘大棋来下。不管是西藏，还是内蒙，都是在中国的土地上，都是为国家开展扶贫工作。把民间组织纳入国家定点帮扶政策，才能更好地把贫困县县医院技术兜底兜住，为贫困地区真正留下一个走不了的医疗队伍，才能真正的防止因病返贫的现象发生。

胸痛中心建设的“三全模式”

▲全国政协委员、北京大学第一医院心血管内科主任 霍勇

心肌梗死救助项目从2011年开始，不断推广到基层，但目前发现仅仅从医院层面开展还远远不够，所以在今年的两会上，我的提案方向是如何建立更好的体系。

当前中国胸痛中心建设体系已完全符合国家医疗体制改革提出的要求。胸痛中心建设提出“三全模式”，进入一个新阶段。如果胸痛中心建设能够实现预防、急救全域覆盖、全

员参与、全程管理，才真正能够实现从急救到预防，从疾病到慢病的延伸，而这种延伸也恰恰能够发挥医疗机构在医疗体制改革中重要环节的作用。

所以，我建议以胸痛中心建设为抓手，把心肺复苏、心率复苏连在一起，重点提升医院的专业救治、公众救治能力。通过救治能力的提升，增强预防疾病健康意识，这是提升整个社会健康素养的重要工作。

让全科医生快速衔接基层工作

▲全国政协委员、北京市丰台区方庄社区卫生服务中心主任 吴浩

针对全科医生的培养，一方面是通过临床医院培养，另一方面是通过基层服务机构培养。临床医院培养主要是训练全科住培医师的临床技能及临床思维。基层服务机构培养主要目的是岗位胜任力训练，把专业技能应用到实践中，让毕业生能够更快速衔接到基层工作。

现在“5+3”的全科医生毕业后要分配到乡卫生院，立即走入工作岗位，但是要考虑到走入岗位的全科医生能否适应工作。建议如果规培学员在规培期间取得执业医师资格，应允许其在社区实践基地规培期间独立执业，增加实践机会，使其毕业后能够更好地适应基层临床需要。

提案 议案

优化急性胸痛患者救治的3个延迟

▲全国政协委员、中国科学院院士 葛均波



《中国心血管病报告2017》显示，心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位，其中农村为45.01%，城市为42.61%。今后10年，心血管病患病人数仍将快速增长，而其中危害最大的是以急性心肌梗死为主的急危重症患者，这对全国心血管疾病的防治任务和社会经济都是巨大挑战。现阶段，主要有三方面的时间延迟影响急性胸痛患者救治效率，分别是病人延迟、转运延迟和治疗延迟。而胸痛中心的建

设，主要是从以上三个方面优化流程，从而缩短患者救治时间，提高救治效率，降低死亡率和改善预后。

经过5年多的发展，中国胸痛中心建设体系逐步完善，胸痛中心建设的数量也逐步增多，基本形成覆盖全国的急性胸痛救治的一张网。但这些数量的胸痛中心和救治效率仍不能满足我国日益增长的急性胸痛患者的就诊需求。

我建议，国家卫生健康委员

会继续关注和大力推动全国各医疗机构胸痛中心建设，将胸痛中心建设纳入等级医院和重点学科评审的考核范围，督促各级卫生健康委员会贯彻落实《指导原则》的具体要求，将“推动胸痛中心建设”列入各级卫生行政主管部门年度工作计划中。同时，由国家卫生健康委员会组建成立胸痛中心全国质控专家组，并推动各省、市成立各级质控专家组，共同开展胸痛中心日常质控工作，持续提升胸痛中心质量，提供更高质量诊疗服务，大力推进急诊急救体系建设，强化急性胸痛诊疗相关院前急救设施设备配备，完善技术规范和操作流程，推动院前急救与医疗机构院内绿色通道的无缝衔接，提高急性胸痛救治效率，将胸痛中心建设设立为县级医院提质达标验收的考评指标，助力早日实现500家县域医院综合能力提升工程。