

编者按

随着深化医药卫生体制改革的推进,我国医疗卫生服务体系的一些深层次问题更加凸显,其中一个比较突出的问题就是基层医疗卫生机构中严重缺乏合格的全科医师。为此,中国科学院院士、北京协和医学院院长曾益新教授组成咨询研究组,在深入调研和研讨的基础上,形成了《关于在我国基层设立 10 万特聘全科医师的建议》的报告。报告深入分析了我国“看病难”的关键在于基层医疗机构建设薄弱,医疗技术水平不高,因而提出“在基层设立 10 万特聘全科医师”的建议,作为医改攻坚阶段的一个重要阶段性措施。为进一步推动全科医师建设工作,我们将报告进行整理并予以刊发,供读者参阅。

关于在我国基层设立 10 万特聘全科医师的建议

曾益新*

北京协和医学院 北京 100730

中图分类号:R192 文献标识码:C doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2012.02.001

Recommendations on setting up 100 thousand specially-appointed general practitioners at grassroots medical institutions in China

ZENG Yi-xin

Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

以“四梁八柱”为标志的新医改启动以来,党中央、国务院高度重视“看病难、看病贵”的紧迫诉求,站在战略高度和全局角度去系统谋划、部署医改工作;各地方、各有关部门紧紧围绕“保基本、强基层、建机制”的基本思路,稳步实施五项重点改革,医改成效不断显现,老百姓获益良多。

随着医改的大踏步推进,我国医疗卫生服务体系的一些深层次问题凸显出来,医改已经进入深水区和攻坚期。对特殊的问题,我们必须有特殊的手段;对关键的环节,我们必须有创新的思路。

鉴于我国基层医疗基础薄弱、财政投入有限的现实状况,当务之急便是采取特殊措施,以最短的时间建立一支规模适度、素质高、群众信得过的特聘全科医师队伍,让他们尽快下沉到基层去,彻底改善我国医疗体系“基础不稳”的局面,合理分流病人,极大缓解看病难的紧迫难题。

1 “看病难”问题的实质与根源

通过深入调研、分析和研讨了当前我国“看病难”问题的实质与关键,广泛调研、收集和分析了我国基层医疗卫生机构的现状与弊病,并充分听取了专家学者和基层医务工作者意见。

我们认为,“看病难”的实质是到大医院看专家教授难。据有关调查显示:大医院业务量的 60% 以上都可以在基层解决,但是民众对基层医疗卫生机构缺乏“安全感、信任度”,致使“患者流”不会主动下移。国家对此鼓励并推动“基层首诊和双向转诊机制”,但实际上“患者流”也并没有被动下移。究其根源,都在于基层医疗卫生机构的薄弱,小病治不愈,大病转不好。

目前,在我国基层医疗卫生机构这个层面,存在着一种恶性循环:“医疗技术不高→群众信不过→患者数量不多→经济效益不好→吸引不了

* 作者简介:曾益新,男(1962 年—),中国科学院院士,北京协和医学院院长,国务院深化医药卫生体制改革专家咨询委员会委员,研究重点是恶性肿瘤的发病机理及肿瘤的生物治疗。E-mail: yxzeng@gzsums.edu.cn

好医师——医疗技术不高”；而维持这种恶性循环的根源性要素，就是“医疗技术不高”。要打破这种带有强大惯性的循环，必须要有强有力的特殊手段，关键环节在于提高基层医疗机构的医师素质和水平。

基于以上分析，我们的结论是：“看病难”的关键在于基层医疗机构弱；基层弱的关键在于技术不高。解决“看病难”的关键在于强基层，强基层的关键在于强人才。

2 基层医疗卫生机构人才严重缺乏的现状

新医改实施以来，各地方、各有关部门稳步实施五项重点改革，特别在改善基层就医条件方面，中央安排资金共支持了近 1 877 个县级医院、5 169 个中心乡镇卫生院、2 382 个城市社区卫生服务机构和 11 250 个边远地区村卫生室建设，基层就医的硬件条件明显改善。但是，“患者流”并没有因此而显著下移。究其根源，就在于“基层医疗技术水平”这个比“基层硬件条件”更为关键的要素，没有得到显著改观。

当前，我国基层医疗卫生服务从业人员存在着较严重的总量不足、素质不高、流失严重等问题：(1) 执业医师尤其是全科医师数量严重不足。据 2009 年中国卫生统计年鉴，我国约有 6 万名执业范围为全科医学的执业(助理)医师，仅占执业(助理)医师总数的 3.5%，远低于国际上 30%~60% 的平均水平。我国农村地区，尤其是中西部地区基层，合格的医疗卫生人才更为短缺，仍有部分乡镇卫生院无执业医师。(2) 基层医疗卫生队伍素质不高。我国乡村医生大多学历不高，56.7% 的乡村医生不具备报考国家执业(助理)医师考试的资格。乡镇卫生院具有大专及以上学历的卫生技术人员不足 23%。社区卫生服务中心卫生技术人员高级职称人员不足 4%。基层医生难以取得城乡居民的信任。(3) 基层医疗卫生队伍不稳定。2003—2007 年，基层医疗卫生机构流失的正高、副高和中级专业技术资格人员分别占在岗相应职称人员总数的 35.7%、10.1% 和 9.5%，严重削弱了基层医疗卫生队伍的力量。(4) 缺乏机制制度保证和配套政策。基层医疗卫生人员

的培养培训尚未建立科学规范的体系和制度，低水平重复培训多，政府投入效果有待提高。同时，尚未建立人员准入、评价与退出制度，人才使用和管理政策不配套。

3 设立 10 万特聘全科医师的建议

综合分析我国当前“看病难”问题的实质、关键和基层医疗卫生机构薄弱的现状、弊端，纵向总结我国医疗卫生体制改革历程的经验、教训，横向借鉴国外医疗卫生人才队伍建设的经验、教训，我们提出“在基层设立 10 万特聘全科医师”的建议。建议的内容如下：在全国现有的约 5 万个乡镇卫生院或社区服务中心及个别技术力量很弱的县级医院中，每个院(中心)设立 2 个特聘岗位，公开招聘完成 5+3 培训的全科医师，分年度配置，争取在 2~3 年内约 10 万名全科医师全部到位。特聘全科医师(下称“特聘医师”)，按照“国标、省统、县管、乡用”的基本原则，在全国范围内统一规划、部署和实施。

3.1 基本思路

“强基层”的关键在于“强人才”。以建立一支素质高、信得过的基层特聘全科医师队伍为突破口和攻坚点，全面打破目前基层医疗卫生机构“群众信不过、医生留不住、技术上不去”的恶性循环，彻底改善我国医疗体系“基础不稳”的现实局面，极大缓解群众“看病难”的紧迫问题。

鉴于当前国内全科医师基数不足的现状，按照分年度配置的思路，争取 2~3 年内约 10 万特聘全科医师全部到位。

3.2 职能与任务

管好未病、看好小病、转好大病、应好急病，“传、帮、带”好基层医药卫生人才队伍；做好群众健康的“守门人”、医疗费用的“看门人”、人才队伍的“鲶鱼人”。

(1) 在基层承担预防保健、常见病多发病的诊疗、慢性病康复与管理、健康教育与管理等连续性、综合性服务。

(2) 在基层承担专科疾病的识别、转诊以及危重情况的应急处理任务。

(3)作为基层医生团队的领头人,传、帮、带好普通基层医护人员。

3.3 招聘与管理

(1)岗位编制。在全国现有的约 5 万个乡镇卫生院或社区卫生服务中心及个别技术力量很弱的县级医院中,每个院(中心)设立 2 个特聘岗位。特聘全科医师纳入县级医院统一管理,编制由国家特设特批,不占用所在单位原有编制。

(2)招聘管理。特聘全科医师按照“公开、公平、自愿、择优”的原则,实行公开招聘,并纳入县级医院统一按合同管理。合同中应详细明确规定双方的权利和义务。

1)招聘程序:A. 公布需求;B. 自愿报名;C. 资格审查;D. 考试考核;E. 集中培训;F. 资格认定;G. 签订合同;H. 上岗服务。

2)招聘对象和条件:

A. 临床医学专业全日制 5 年本科及以上学历毕业生,在国家认定的全科医师规范化培训基地,接受 3 年的全科医师规范化培训,并取得规范化培训合格证书。

B. 从三级甲等医院接受过 2 年以上专科方向住院医师规范化培训的执业医师中挑选部分人员,到国家认定的全科医师规范化培训基地,再进行 1 年的全科医学强化训练。

C. 从二级甲等以上综合性医院的普通内科或急诊科主治医师中挑选部分人员,到国家认定的全科医师规范化培训基地,再进行 1 年的全科医学强化训练。

D. 鼓励能够胜任全科医师岗位的退休医务人员应聘。

(3)户籍管理。服务期间,特聘全科医师的人事关系及户口等由所在地县级医院统一管理。特聘全科医师的户口也可按照国家有关规定保留在原学校或原单位管理,也可根据本人意愿将户口转至入学前户籍所在地或工作单位所在地。

(4)聘任管理。特聘全科医师纳入县级医院统一按合同管理。合同中应详细明确规定双方的权利和义务。特聘全科医师的首次服务期为 5 年,服务期满后,鼓励继续留在基层医疗卫生机构工作,也可选调到上级医院或全科医师规范化培训基地工作。来自大中型医院的医师,可根据个人意愿回原单位工作。特聘全科医师服务期满后报考研究生,在同等条件下优先录取。

(5)绩效管理。特聘全科医师在服务期内,由地方卫生行政部门对其进行跟踪评估。对成绩突出、表现优秀的,给予表彰;对不按合同要求履行义务的,要及时进行批评教育,督促改正;对不适合继续在全科医师岗位工作的,应及时将其调整出全科医师队伍并相应取消其享受的相关政策优惠。

3.4 激励与保障

(1)薪酬待遇。服务期内,特聘全科医师享受中央财政提供的每人每年 10 万元的特殊津贴(发达地区地方政府可在此基础上另加补贴),同时领取所在单位的绩效工资。

(2)经费保障。中央财政设立特聘全科医师专项资金。特聘全科医师服务期间,中央财政按照每人每年 10 万元的标准给予补助。发达地区地方政府可以根据本地经济条件,设立本地特聘全科医师专项资金,用于提高本地特聘全科医师的津贴标准。

(3)社会保障。服务期内,特聘全科医师的“五险一金”均由所在地县医院购买,并纳入到服务所在地社会保障体系,享受相应的社会保障待遇。对于应聘前有工作单位的特聘全科医师,可选择享受原工作单位的社会保障待遇或者服务所在地的社会保障待遇。

(4)住房保障。服务期内,服务单位要为特聘全科医师提供相应的周转住房和必要的生活条件。

(5)职称晋升。特聘全科医师在基层医疗机构服务期间,可提前一年晋升职称,按照国家有关规定,可放宽外语要求,论文不做硬性规定,将服务数量、服务质量、群众满意度评价等作为特聘全科医师晋升职称的重要因素。

(6)继续教育。积极开展实用性强的继续医学教育项目。特聘全科医师在服务期内,以省为单位,由各省、市、自治区的卫生厅(局)组织辖区内特聘全科医师每年接受一次为期一周的全科医学继续教育。

(7)舆论宣传。1)宣传特聘岗位:树立特聘全科医师形象,强化国内医护人员对特聘全科医师特殊福利待遇、身份地位和事业发展的认知和认可,鼓励大家积极竞争特聘岗位,不断优化特聘医师队伍素

质,增强其基本医疗服务的能力;2)宣传全科医学:培养居民的预防为主意识和小病及时治疗的观念,改变民众对传统医学模式的依赖心理,转变不管大病小病都到大医院的惯性行为,为全科医学的发展营造良好的社会氛围和生长土壤。

3.5 组织实施

卫生部、财政部负责全国特聘全科医师工作的规划和指导。制定全科医师特聘岗位计划实施方案以及有关政策标准和规章制度。

省级卫生行政部门负责辖区内特聘全科医师的组织工作。负责制定本省特聘全科医师制度的实施细则,包括岗位设置、人员招聘与管理、培训与继续教育等内容,实施细则报卫生部备案。

县级卫生行政部门负责制定并实施辖区内特聘全科医师的工作方案。负责特聘医师日常管理,以及县域内的流动配置、优化整合等工作。鼓励和组织有关行业协会学会、高等院校等社会各有关方面参与特聘全科医师队伍建设的相关工作。

4 本制度可能引起的问题与对策

4.1 编制问题

基层医疗机构中医务人员虽然素质有待提高,但人员数量并不少,有的地方甚至已经超编。这样,新增加的特聘全科医师就必然会与目前的编制数量产生冲突。我们认为,特聘全科医师制度只是全科医师制度在目前医改攻坚阶段的一个临时性措施,是为了打破“医疗技术不高→群众信不过→患者数量不多→经济效益不好→吸引不了好医师→医疗技术不高”这一恶性循环的一个特殊举措,必须由国家设立特殊的岗位,给予额外的每个单位

二个特聘全科医师的编制。等到恶性循环变成良性循环后,基层医疗机构能够常规高水平运转,业务量提升,效益大幅度提高,具有吸引高水平人才的能力,就不需要继续增加新的特聘全科医师的编制了。

4.2 与原来就业人员的关系问题

特聘人员由于其经济待遇远高于其他人员,必然会与所在单位其他就业人员产生矛盾,就如同当年高校的“长江学者特聘教授”一样。但随着时间的推移,由于特聘人员的到来,技术水平的提高,吸引更多的病人就医,业务量的提升会带来整个单位效益的提高,其他就业人员也能够从特聘制度中受益;而且,特聘人员的特殊待遇主要是由中央财政直接拨付,并不是从原单位效益中抽提出来,这种矛盾应当能够逐步缓解。

4.3 特聘全科医师与基层医疗卫生机构行政负责人之间的矛盾

由于教育和培训背景的差异,特聘全科医师很可能比乡镇卫生院和社区卫生服务中心的行政负责人技术水平更高,更能吸引病人就医,更能创造经济效益,所以有可能与行政负责人之间产生矛盾。这种矛盾的化解首先在于制度设计时对特聘全科医师的定位应该放在技术带头人,并不是去领导基层医疗机构;其次,应该教育基层医疗机构的行政负责人以宽广的胸怀和积极的姿态,全力支持特聘全科医师们开展工作。

[收稿日期:2012-01-05 修回日期:2012-01-14]

(编辑 何平)