

北京市农村社区卫生服务中心基本公共卫生服务人力和成本现状调查

郑建^{1*} 管仲军²

1. 北京大学人民医院 北京 100044

2. 首都医科大学卫生管理与教育学院 北京 100069

【摘要】目的:了解北京市农村地区社区卫生服务中心的基本公共卫生服务人力资源和服务成本情况,为推进基本公共卫生服务均等化提供政策依据。方法:自行设计调查问卷和调查表,选择北京市昌平区、通州区、怀柔区和密云县作为调查地区。根据经济发展水平高、中、低,以整群抽样法抽取 12 个社区卫生服务中心、108 位基本公共卫生服务人员进行调查。结果:在基本公共卫生服务人员中,年轻女性、防保人员和低职称人员占的比例较大;农村地区为预防接种和健康教育等项目分配的人员较多,为妇女保健和生殖健康等项目分配的人员较少;设置健康教育专栏、现场疫点处理等项目的单位成本较高;近郊地区为每个项目分配的工作人员数大多高于远郊地区,而每个项目的单位成本则大多低于远郊地区。结论:北京市农村地区基本公共卫生服务队伍的人力资源建设有待加强;各项基本公共卫生服务所需的成本差异较大,应结合实际需求情况和资源现状进行政策和财政上的调整。

【关键词】农村;基本公共卫生服务;人力资源;成本

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2014.09.004

Survey on human resources and the cost of essential public health services based on community health service centers in Beijing's rural areas

ZHENG Jian¹, GUAN Zhong-jun²

1. Peking University people's Hospital, Beijing 100044, China

2. School of Health Management and Education, Capital Medical University, Beijing 100069, China

【Abstract】 Objectives: To understand the human resources and costs of essential public health services based on community health service centers in Beijing's rural areas and to offer policy recommendations for advancing the progress of essential public health services. Methods: With the self-designed questionnaire, the paper collected data from the districts of Changping, Tongzhou, Huairou and Miyun. By cluster random sampling, 12 community health service centers and 108 personnel were surveyed based on the level of economic development. Results: The number of young women, preventive personnel and staff with low ranking positions represents a significant share of all essential public health service providers. Beijing's rural areas deploy a great deal of human resources for vaccination and health education with little set aside for women's health and reproductive health. The unit cost of setting special columns for health education and field disease treatment is higher than other service items. The suburbs deploy a great deal of human resources for service items than the outskirts while the unit costs are lower. Conclusions: Human resource for essential public health services in Beijing's rural areas should be strengthened. The costs of service items differ greatly so that policy adjustments and finances should be implemented based on actual demand and resources.

【Key words】 Rural areas; Essential public health services; Human resources; Costs

* 基金项目:北京市委组织部优秀人才课题(2010D005018000001)

作者简介:郑建,男(1987年—),硕士,主要研究方向为卫生政策管理。E-mail:zorro89757@sina.com

通讯作者:管仲军。E-mail:guanzhj@ccmu.edu.cn

2009年4月,《关于深化医药卫生体制改革的意见》(以下简称《意见》)将“全面加强公共卫生服务体系”列入了“四梁”之一。而阶段性指导文件《医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009—2011年)》和《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》则分别将“促进”和“提高”基本公共卫生服务均等化水平列为阶段性目标。因此,实现基本公共卫生服务均等化已成为我国近期的重要卫生政策之一。既往研究发现,由于卫生资源的分配不均衡和卫生服务可及性不同,不仅城乡间基本公共卫生服务水平和公平性存在差异^[1],农村内部不同经济水平的乡镇间公共卫生服务的接受情况也存在较大差异^[2],因此无论是考量城乡间还是农村内部公共卫生服务均等化情况,都要对农村地区给予更大关注。作为农村医疗卫生服务体系的网底和基础,乡镇卫生院或社区卫生服务中心(目前北京市农村地区的基层医疗机构主要为社区卫生服务中心)在《意见》中被明确赋予了“提供公共卫生服务”的责任,并且在医疗卫生实践中也确实承担了绝大部分公共卫生服务。^[3]所以,农村地区公共卫生服务的提供至关重要。

北京市在将推进城乡公共卫生服务水平纳入《北京市2010—2011年深化医药卫生体制改革实施方案》(以下简称《方案》)和《北京市“十二五”时期卫生发展改革规划》(以下简称《规划》)的基础上,参考原国家卫生部的要求,于2011年提出免费推行10大类42项公共卫生服务。本文基于笔者前期开展的“北京市农村社区卫生服务中心的基本公共卫生服务提供情况调查”所得资料,从供方角度对《方案》和《规划》中有关公共卫生服务提供的落实情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 抽样方法

采用整群抽样的方法。参考调查地区前三年内的GDP情况,根据经济发展水平和专家建议,从北京市经济发展水平较高的近郊和较低的远郊分别选择了昌平区、通州区和怀柔区、密云县作为调查样本区。在每个样本区中,将各乡镇按照GDP分为经济水平高、中、低三组,按照机械抽样的方法在每组随机各抽取一个乡镇,以样本乡镇的社区卫生服务中心所有提供过公共卫生服务的工作人员为问卷应答者、以主管公共卫生服务的负责人为调查表填写者。

1.2 调查工具与方法

以自行设计的《北京市农村基本公共卫生服务提供情况调查问卷》和《北京市农村乡镇卫生院(社区卫生服务中心)调查表》为调查工具,由经过统一培训的调查员进行一对一调查。

1.3 质量控制

调查问卷和调查表在设计时充分征求专家意见并经过多次讨论,设计完成后通过预调查检验质量;调查员进行统一培训和考核;调查前征得当地管理人员的支持和被调查者的配合;调查组设置督导员在问卷回收阶段进行审核;数据录入阶段由专业人员进行双录入与核对。

1.4 分析方法

采用SPSS 13.0对调查对象的基本情况等进行描述性统计,对组间率的比较使用 χ^2 检验,对组间均值的比较使用t检验。

2 结果

2.1 基本情况

调查回收有效问卷108份,其中近郊55份,远郊53份。被调查的公共卫生服务提供者中,男性25人,女性83人;20~29岁54人,30~39岁33人,年龄最大者60岁,年龄最小者19岁;平均年龄为31.2岁,近郊乡镇平均年龄为31.8岁,远郊乡镇平均年龄为30.7岁。

2.2 基本公共卫生服务提供人员的岗位和专业技术职务

从事基本公共卫生服务的人员以防保科工作人员为主,其次为医生。而近郊地区更倾向于将基本公共卫生服务的职能分配给防保人员。从事基本公共卫生服务的卫生人员多为初级职称,而远郊地区无职称的工作人员比例与近郊地区的差异有统计学意义(表1)。

表1 北京市农村基本公共卫生服务人员的岗位和专业技术职务情况(%)

类别		总体	近郊	远郊
专业 分类	医生	35.2	38.2	32.1
	护士	19.4	14.5	24.5
	防保人员	42.6	47.3	37.7
	其他	2.8	0.0	5.7
职称 分类	初级	70.4	78.2	62.3
	中级	20.4	20.0	20.8
	高级	0.0	0.0	0.0
	无*	9.3	1.8	17.0

注:* $P < 0.05$

2.3 人力资源分配情况

整体来看,北京农村地区为健康教育和预防接种等基本公共卫生服务项目分配的人力资源更多,而重性精神疾病管理、妇女保健和生殖健康等项目的人力资源则较少。近郊、远郊地区在人力资源分配上各有侧重,但仅在居民健康档案、妇女保健和生殖健康两项服务内容上两个地区的人数比例差异有统计学意义,且近郊高于远郊(表 2)。

表 2 北京市农村各项基本公共卫生服务分配人员占总人数的比例(%)

公共卫生服务内容	总体	近郊	远郊
预防接种	62.0	65.5	58.5
健康教育	60.2	52.7	67.9
居民健康档案*	42.6	54.5	30.2
传染病防治	37.0	41.8	32.1
儿童保健	37.0	40.0	34.0
慢性病管理	34.3	36.4	32.1
孕产妇保健	28.7	29.1	28.3
老年人保健	25.0	21.8	28.3
重性精神疾病管理	17.6	16.4	18.9
妇女保健和生殖健康*	13.0	20.0	5.7

注: * $P < 0.05$

表 3 平均每个社区卫生服务中心提供相应服务的工作人员数(人)

服务大类	具体内容	总体	近郊	远郊
建立居民健康档案	为辖区常住人口重点人群建立居民健康档案*	3.9	5.0	2.7
健康教育	提供健康教育材料	7.5	6.7	5.8
	提供健康教育咨询服务	6.0	6.7	5.3
	设置健康教育宣传专栏	5.9	6.3	5.5
	开展健康知识讲座	6.0	6.7	5.3
预防接种	乙肝疫苗	3.5	4.0	3.0
	麻疹疫苗	3.5	4.0	3.0
	流脑疫苗	3.5	4.3	2.7
	白破疫苗	3.4	4.0	2.8
	麻腮风疫苗	3.3	4.0	2.7
	甲肝疫苗	3.2	3.5	2.8
	脊灰疫苗	3.1	3.5	2.7
	百白破疫苗	3.1	3.5	2.7
	乙脑疫苗	3.1	3.5	2.7
	卡介苗	3.0	3.0	3.0
	接种不良反应处理	2.0	2.5	1.5
	传染病防治	结核病、艾滋病等传染病防治知识宣传和咨询	3.3	3.8
传染病疫情监测		3.1	3.3	2.8
现场疫点处理		2.8	2.7	2.8
治疗或管理非住院的结核病或艾滋病病人		0.9	1.0	0.8
儿童保健	为 0~6 岁儿童免费进行健康体检	2.5	3.0	2.0
	为 0~36 个月婴幼儿建立儿童保健手册	2.3	2.8	1.8
	开展新生儿访视	2.3	2.8	1.8
	进行体格检查和生长发育监测及评价	2.3	2.5	2.2
	开展婴幼儿健康指导	2.1	2.8	1.3
	为新生儿免费进行先天性疾病筛查	1.5	1.5	1.5
孕产妇保健	在孕妇生产后一个月内进行产后访视	1.8	2.3	1.2
	为孕妇建立保健手册	1.7	2.2	1.2
	在孕妇怀孕期间进行产前检查和健康指导	1.2	1.3	1.0
老年人保健	对老年人进行一般体格检查	2.3	2.0	2.5
	对 65 岁及以上老年人登记管理	1.9	1.7	2.2
	为无社会保障的老年人提供一次免费体检服务	1.8	1.8	1.7
	对老年人提供疾病预防和自我保健等健康指导	1.7	0.8	2.5
	进行老年人健康危险因素调查	1.5	1.0	2.0
	为本市老年人提供优先就诊和出诊服务	1.0	1.2	0.8
慢性病管理	对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行指导	2.5	2.2	2.8
	对 35 岁以上人群实行门诊首诊、测血压	1.8	1.5	2.0
	对确诊高血压和糖尿病患者登记管理和随访	2.4	2.0	2.8
重性精神疾病管理	对重性精神疾病患者登记管理	1.4	1.5	1.3
	对家庭居住的重性精神疾病患者随访和康复指导	1.4	1.5	1.3
妇女保健与生殖健康	为辖区采用长效避孕措施的育龄公民进行免费健康检查	1.2	1.8	0.5

注: * $P < 0.05$

对于具体的单项基本公共卫生服务内容而言,分配卫生服务人员较多的是提供健康教育材料、健康教育咨询服务和开展健康知识讲座等项目;而分配人员较少的服务项目是管理和治疗传染病人、为老年人提供优先出诊和就诊等服务项目。近郊地区为每个项目分配的人员数大多高于远郊,但仅有1个服务项目的差异有统计学意义;而远郊地区为老年人保健、慢性病管理等所属的项目中分配的人员多于近郊地区,但差异无统计学意义(表3)。

2.4 基本公共卫生服务的单项服务成本

为一个服务对象提供一次服务所需成本即为单项服务成本,远郊和近郊区县平均单项服务成本的计算方法为: $\Sigma(\text{各中心单项服务成本} \times \text{各中心服务数量}) / \Sigma \text{各中心服务数量}$ 。研究发现,单项服务成本较低的服务项目是对35岁以上人群实行门诊首诊、测血压和接种各种疫苗等;所需成本较高的服务项目是现场疫点处理和设置健康教育宣传专栏等。在近郊农村为一个服务对象提供一次服务所需成本普遍低于远郊地区,且差异大多具有统计学意义;近郊地区仅在设置健康教育宣传专栏、现场疫点处理、治疗或管理非住院的结核病或艾滋病病人、为无社会保障的老年人提供一次免费体检服务、对在家庭的重性精神病患者随访和康复指导和为辖区采用长效避孕措施的育龄公民进行免费健康检查等六个项目的单位成本高于远郊(表4)。

3 讨论

3.1 基本公共卫生服务提供人员呈现年轻女性化和低职称化

本次调查的受访者中,男性所占比例少于女性,20~29岁的女性在调查对象中约占一半。这一现象与我国当前社区卫生服务人员的整体配置情况稍有不同。^[4]产生这种现象的重要原因之一是公共卫生服务队伍中的主要成员是负责预防接种、儿童保健和孕产妇保健等项目的年轻护士。而以年轻人为主、形成以老带新的公共卫生服务队伍,将有利于农村公共卫生服务能力的提高。因此,应当鼓励为乡镇卫生院等农村基层卫生服务机构定向培养年轻人才,面向农村进行专门招生,培养过程中给予学费、助学贷款等方面的补助,毕业后由县人事部门、卫生行政部门等联合安排到基层就业。^[5]在职称方面,北

京市农村地区基本公共卫生服务的提供人员中,以初级职称人员为主,无高级职称人员。这与2007年“医院公共卫生专业人员在职称分布上不平衡,初级及以下职称占73.9%”的结果非常接近。^[6]但是,这并不利于公共卫生服务的提供。因为职称结构是衡量群体结构水平的重要标准,而中高级职称人员的缺乏将使得相应队伍的专业能力不足。而在远近郊对比方面,远郊地区无职称的人员比例显著高于近郊地区,这与现状比较符合,反映了远郊地区对人才的吸引力不足等问题。^[7]所以,受限于远郊地区和偏远地区的人才吸引力劣势,应当在现有人员进行充分挖掘,建立健全农村卫生人员在职培训制度,明确乡镇级卫生人员进修学习和考核计划,充分利用函授、网络教育等多种方式拓宽培训渠道。^[8]

3.2 人员分配上呈现项目类别和地区的差异

在各类基本公共卫生服务项目中,预防接种人员占公共卫生提供者的比例最大。这是因为预防接种的需求除了有固定的中小學生预防接种外,还有流动的婴幼儿接种和外来人口接种等,而作为基层卫生机构,社区卫生服务中心必须将其作为工作重点之一。健康教育和居民健康档案得到重视则是疾病预防由三级预防前移至一、二级预防的结果。健康教育和居民健康档案的建立相辅相成,统一而规范的健康档案有助于慢性病病人健康教育路径图的形成。^[9]而重性精神疾病管理以及妇女保健和生殖健康之所以被分配了较少的人力资源,则是因为精神疾病发病率相对于其他疾病较低和精神疾病专业管理机构以及妇幼卫生保健机构分担了一部分基本工作量。^[10]近郊地区为各项服务分配的人员比例基本都高于远郊,说明近郊地区的公共卫生服务人员通常要一人同时承担多项职能。^[11]

被调查地区的近郊平均每个社区卫生服务中心提供相应服务内容的工作人员数一般大于远郊,这是因为被调查地区近郊人口数大于远郊人口数,使得每项公共卫生服务的服务对象数都高于远郊。配备卫生服务人员较多的服务项目则基本都属于“健康教育”范围内。健康教育受到重视不仅因为它能推动一级和二级预防,从经济学角度上看还能在新农合筹资和保障水平较低时提高农村居民对新农合的认识,提高参合率水平。而通过对慢性病的预防和控制,又能降低农村医疗费用的水平,保障新农合

表 4 单项服务成本(元)

服务大类	具体内容	总体	近郊	远郊
居民健康档案	为辖区常住人口重点人群建立居民健康档案*	7.4	6.4	13.1
健康教育	提供健康教育材料	22.5	22.2	24.5
	提供健康教育咨询服务*	5.2	4.9	8.9
	设置健康教育宣传栏*	137.0	147.0	88.7
预防接种	乙肝疫苗*	2.6	2.3	5.1
	麻疹疫苗*	3.1	2.7	7.5
	流脑疫苗*	2.8	2.4	6.3
	白破疫苗*	2.9	2.2	5.2
	麻腮风疫苗*	2.9	2.5	5.5
	甲肝疫苗*	2.9	2.5	5.5
	脊灰疫苗*	2.5	2.4	3.8
	百白破疫苗*	2.7	2.4	5.7
	乙脑疫苗*	2.9	2.5	5.6
	卡介苗	4.3	4.2	4.5
	接种不良反应处理*	11.0	7.5	23.7
传染病防治	传染病疫情监测*	14.1	6.6	18.9
	现场疫点处理*	176.0	196.4	32.0
	治疗或管理非住院的结核病或艾滋病病人*	30.6	35.1	22.6
儿童保健	为 0~6 岁儿童免费进行健康体检*	17.2	15.1	26.6
	为 0~36 个月婴幼儿建立儿童保健手册*	8.3	7.6	9.5
	开展新生儿访视*	14.0	10.1	26.7
	进行体格检查和生长发育监测及评价	5.8	5.7	6.1
	开展婴幼儿健康指导*	4.8	4.6	5.4
	为新生儿免费进行先天性疾病筛查	19.6	19.7	18.6
孕产妇保健	一般体格检查及孕期营养、心理等健康指导*	5.6	4.7	11.5
	开展至少 5 次孕期保健服务和 2 次产后访视*	15.8	14.7	23.3
	为孕妇建立保健手册*	6.7	5.6	9.8
老年人保健	进行一般体格检查和健康危险因素调查*	14.0	7.0	22.6
	对 65 岁及以上老年人登记管理*	4.8	3.6	5.7
	为无社会保障的老年人提供一次免费体检服务*	55.9	122	23.8
	对老年人提供疾病预防和自我保健等健康指导*	4.2	2.1	6.3
	为本市老年人提供优先就诊和出诊服务*	5.1	3.9	5.7
慢性病管理	对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行指导*	5.7	5.1	7.9
	对 35 岁以上人群实行门诊首诊、测血压*	0.4	0.3	1.0
	对确诊高血压和糖尿病患者登记管理和随访*	6.2	4.3	11.8
重性精神疾病管理	对重性精神疾病患者登记管理*	15.8	14.8	16.2
	对家庭居住的重性精神疾病患者随访和康复指导*	22.7	37.8	8.1
妇女保健与生殖健康	为辖区采用长效避孕措施的育龄公民进行免费健康检查*	71.3	117.0	44.2

注: * $P < 0.05$

资金的运行安全。^[12]管理和治疗传染病人、为老年人提供优先出诊和优先就诊等基本公共卫生服务项目则是分配卫生人员数较少的项目,这是因为它们与基本医疗有一定的交叉,所以部分服务并不由公共卫生服务人员提供。远郊地区为每项服务分配的人员数普遍少于近郊,但“老年人保健”对应的 5 项服

务则恰恰相反。这是因为被调查的远郊地区老年人口比例高于近郊^[13-16],相应的需求也较高。目前我国倡导的是基本公共卫生服务的“均等化”而非“平均化”,因此应当根据各地的实际需求给予相应的服务供给,尤其是在卫生人力资源总量有限的情况下,应当合理计划各项服务的人力配置。^[17]

3.3 基本公共卫生服务单项服务成本地区差异明显

对单项服务成本开展研究能为制定服务收费或补偿标准提供依据,也能为医疗资源的合理利用提供参考。^[18]本次调查发现单项服务成本较低的服务项目是对35岁以上人群实行门诊首诊、测血压和接种各种疫苗等,这些项目的共同特点是所需的物料较少,并且项目可以集中开展或伴随其它健康活动共同开展,而这些次均费用较低的项目在医疗机构相对较多且集中的近郊地区,单位成本比远郊地区低。这是因为远郊地区相对地广人稀,提供这些常规服务时的路程和时间消耗较大,宣传成本也较高。而与之相反的消耗物料较多、发生时间不规律的现场疫点处理和设置健康教育宣传专栏等服务项目则所需单位成本较高,在近郊地区的单位成本也高于远郊地区。调查发现健康教育宣传专栏等项目在近郊地区的执行质量要求相对高于远郊地区,其设置效果也相对较高,这样就拉高了相应项目的单位成本。此外,如前文所述近郊地区为重性精神疾病管理和妇女保健与生殖健康分配了较多的人力资源,人力成本和工作人员消耗的资源拉高了单位成本。因此,应当进一步开展公共卫生服务的单项服务成本测算,针对不同地区的服务成本进行相应补贴,避免“一刀切”之后对部分地区的补偿不能保证该地区的服务项目开展。

3.4 本研究的局限性

本次调查样本量较少,样本量仅为108份。但是从乡镇抽样情况上看,样本乡镇数量为12个,接近北京市农村地区乡镇总数的10%,并且涵盖了经济水平高、中、低三种类型的乡镇。此外,调查对象为样本乡镇的全部公共卫生服务提供人员,调查前经专家咨询认为仍然具备较强代表性。

4 建议

结合分析和讨论,提出以下建议以推进北京市基本公共卫生服务的进一步发展:首先,基本公共卫生服务提供者队伍仍然存在数量不足和能力、素质有待进一步提升的情况,但这部分人员在较长一段时间内仍然是基层卫生服务体系的重要力量。建议在引进高素质、高职称人才的同时,还应当加强对队伍中在职人员的培养,为其提供培训和晋升的机会,进而提高队伍整体的工作能力。其次,由于北京市农村地区的基本公共卫生服务采取免费的政策,因

此其覆盖范围不应取决于居民的支付能力和乡镇的经济水平,而是应该根据各区域居民的实际需要量、人口构成和各区域间的实际差距进行调整。例如,由于远郊地区有利于养老等原因,远郊居民中的老年人口比例较近郊居民更大,因此加大对远郊地区老年人保健的投入将获得更高的性价比;而近郊居民的居住区域相对集中,使得其卫生服务的便利性和可及性方面具备一定的先天优势,此时增加卫生人员上门服务量,就能使得院外卫生服务覆盖率得到较大提升;对于远郊地区,则应适当增加医用车辆的配置;对于孕产妇产后访视、重性精神疾病患者的管理等偏向于基本医疗服务但又属于院外医疗的服务项目,应当对专业医疗机构不能完成的功能进行补充。最后,可以对单位成本较高或远近郊单位成本差异较大的服务项目设置专项经费以促进服务的提供。总之,政府应当避免在各个基本公共卫生服务领域采取同样的比例进行经费分配,在进行宏观调控和调整转移支付的模式之前,应进行更加深入的专项调查,以明确各地区的卫生资源设置和居民实际需要。

参 考 文 献

- [1] 刘国秋,谭宗梅,周小波,等. 公共政策视野下城乡公共卫生服务公平性问题探析[J]. 科技致富向导, 2012(12): 7.
- [2] 钟爽. 我国农村乡镇卫生院基本卫生服务功能开展现状及影响因素研究[D]. 济南: 山东大学, 2010.
- [3] 石长敏,郑建,张拓红,等. 北京市不同经济水平农村居民基本公共卫生服务利用现状调查[J]. 中国卫生政策研究, 2012, 5(8): 67-72.
- [4] 张并立,樊宏,金生国,等. 不同经济发展水平城市社区卫生服务中心的资源配置现状分析[J]. 医学与社会, 2010, 23(12): 53-55.
- [5] 陈俊星. 中国农村卫生人力资源存在的问题及对策[J]. 中国农村卫生事业管理, 2008, 28(7): 505-507.
- [6] 肖焕波,袁作雄,王增权,等. 北京市郊区公共卫生人力资源现状调查[J]. 中国公共卫生, 2007, 23(11): 1382-1383.
- [7] 吴妮娜,张晓,俞金枝,等. 新医改背景下北京乡镇卫生机构人力资源配置分析[J]. 中国社会医学杂志, 2011, 28(4): 281-283.
- [8] 黄伟,龚勋,张洁欣,等. 中国农村卫生人力资源现状分析与思考[J]. 医学与社会, 2007, 20(9): 21-23.
- [9] 简周红,黄行芝,李红,等. 社区糖尿病病人的管理[J]. 护理研究, 2008, 22(32): 2998-2999.

- [10] 罗荣, 杨琦, 潘晓平, 等. 妇幼保健机构公共卫生职能履行情况分析[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(3): 198-201.
- [11] 彭迎春, 苏宁, 何永洁, 等. 社区卫生服务机构岗位工作内容的非参与观察研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(7): 726-728.
- [12] 李德华, 孟庆跃, 涂诗意, 等. 基于经济学的农村慢性病健康教育思考与建议[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(1): 31-32.
- [13] 昌平区 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报 [EB/OL]. [2014-01-10]. <http://www.bjchp.gov.cn/dlerkpc/tabid/5095/InfoID/113903/frtid/5045/Default.aspx>
- [14] 通州区 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报 [EB/OL]. [2014-05-10]. <http://wenku.baidu.com/view/e2c21f8471fe910ef12df8b4.html>
- [15] 怀柔区 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报 [EB/OL]. [2014-05-10]. <http://www.hrtj.gov.cn/Page/348/InfoID/15767/SourceId/1143/PubDate/2011-05-23/Default.aspx>
- [16] 密云县 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报 [EB/OL]. [2014-05-10]. <http://wenku.baidu.com/view/a47c7c21aeea998fcc220ea6.html>
- [17] 徐建浦. 中国公共卫生人力资源建设现状及建议[J]. 口岸卫生控制, 2010, 15(5): 15-17.
- [18] 刘克玲, 张德英, 孟庆跃, 等. 妇幼保健公共卫生服务项目成本测算研究[J]. 中国妇幼保健, 2001, 16(1): 3-7.

[收稿日期:2014-05-21 修回日期:2014-06-04]
(编辑 谢宇)

· 信息动态 ·

《柳叶刀》:促进中国医学教育的发展

近期,《The Lancet》杂志发表了题为“the future of China's health”的中国专题系列文章,其中柯杨等人分析了 1998 年以来中国医学教育的进展和挑战,研究认为中国医疗卫生体制改革的成功主要依赖于一支高效的、接受过良好教育的卫生专业人才队伍。

近年来,由于不断扩招,医学毕业生的数量不断增加,但有许多人并未进入本专业领域,潜在的一个主要原因就是医学教育和就业机会的不匹配:(1)将价值观和职业道德融入医学教育至关重要,这一过程需要进行人文科学、沟通、道德准则以及临床示范等方面的广泛学习。然而,中国医学课程仍然仅限于生物医学、医学技术和临床实践。教学方法过于死板,大多数课堂以教师说教为主,学生死记硬背。中国医患关系紧张和医生暴力伤害事件的增加,与教育上的这些缺陷可能存在关联。(2)临床实习仅限于医院,而不去基层医疗卫生机构,导致医学毕业

生在基本医疗服务和疾病预防方面的知识有限。(3)教师数量缺乏,而班级人数较多又限制了创新教学方法的应用,并妨碍了师生之间的互动,导致教学质量下降。

这一研究是中国医学教育调查研究的一个良好开端。但仍然有许多关键问题需要回答。医学教育的真正内涵是什么?课程如何设置?医学教育如何为中国目前的医疗卫生体制改革服务?医学院校如何帮助政府提供持续的医学教育?如何将医学毕业生在其他领域就业的损失降到最低?这些问题需要更多的数据和研究支持,也需要对卫生人力和教育体系投入更多资金,可以考虑设立国家医学教育常设委员会收集证据,监督和审查进展情况,以及向国家卫生计生委提供必要的建议。

(来源:The Lancet)