

我国贫困地区卫生人才队伍建设现状及对策研究

——以 G 省为例

郝志强^{1*} 程明兼² 姜金星¹

1. 徐州医科大学 江苏徐州 221004

2. 国家卫生健康委员会科技教育司 北京 100044

【摘要】目的:了解贫困地区卫生人才队伍建设现状及存在的问题,为优化卫生人才队伍建设提供对策与建议,不断提高贫困地区医疗卫生服务能力,助力健康扶贫。方法:以《2019 国家卫生健康统计年鉴》数据为基础,采用 SPSS22.0 统计软件对 G 省卫生人才现存总量及构成进行比较分析;根据《“健康中国 2030”规划纲要》的指标需求,结合 G 省人口发展预期目标数,对 G 省卫生人才需求进行测算分析;采用实地调研的方法,了解 G 省医学人才培养的实际现状和卫生人才的流失情况。结果:贫困地区卫生人才现有存量明显不足,结构不合理;目标增量压力较大,供给跟不上;保障机制不健全,流失较严重。建议:优化现有结构,健全培养机制,拓宽晋升通道,提升培养质量,加大引进力度、提高人才薪酬待遇,努力满足贫困地区卫生人才队伍“提升存量、优化增量、减缓流失”的紧迫需求,助力健康脱贫目标的实现。

【关键词】贫困地区;卫生人才;现状;对策

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.07.003

Research on the status and counter measures of health talent construction in poor areas of China: A case of G province

HAO Zhi-qiang¹, CHENG Ming-yang², JIANG Jin-xing¹

1. Xuzhou Medical University, Xuzhou Jiangsu 221004, China

2. National Health Commission, Beijing 100044, China

【Abstract】 Objective: This essay is aimed to investigate the current situation and existing problems of health talents in the impoverished areas, provide counter measures and suggestions on optimizing the construction of sanitary personnel, and improve the service capacity of health institutions and health poverty alleviation. Methods: Based on the data of 2019 National Health Statistics Year Book, the total amount and composition of health talents in G province were compared and analyzed by SPSS22.0 statistical software; the demand of health talents in G Province was calculated and analyzed according to the index demand of “Healthy China 2030” planning outline, combined with the expected population development target number of G Province; on-site investigation was used to understand the actual status of health talent training and the loss of health personnel in province G. Results: The existing stock of health talents in poverty-stricken areas is obviously insufficient, and the structure is unreasonable; the target increment pressure is large, and the supply cannot keep up with the demand; the guarantee mechanism is not sound, and the loss is serious. Suggestions: We should optimize the existing structure, enhance the training mechanism, broaden the promotion channels, intensify the quality of training, strengthen the introduction, improve the remuneration of talents, and strive to meet the urgent needs of health talent teams in the poor areas to “enhance inventory, optimize increments, and ensure support” to achieve the goal of health poverty alleviation.

【Key words】 Poor areas; Health talent; Status; Counter measure

* 基金项目:国家社科基金项目(19BGL251)

作者简介:郝志强(1982年—),男,硕士,助理研究员,主要研究方向为卫生经济与政策管理。E-mail:13645211911@139.com

2020年是全面建成小康社会、打赢脱贫攻坚战的收官之年。2016年原国家卫生计生委等15部门联合发布《关于实施健康扶贫工程的指导意见》，提出“到2020年，贫困地区人人享有基本医疗卫生服务，贫困人口大病得到及时有效救治保障，个人就医费用负担大幅减轻，贫困地区重大传染病和地方病得到有效控制，基本公共卫生指标接近全国平均水平”。^[1]在实施健康扶贫的过程中，人才扶贫是推动健康扶贫的重要抓手和关键领域，卫生人员的服务能力直接影响基层首诊、双向转诊、急慢分诊、上下联动的分级诊疗目标的实现。^[2]目前，相关学者对经济较为发达地区的卫生人才建设的选人、育人、留人等方面的研究已较为丰富^[3-5]，针对自然环境恶劣、经济发展落后的贫困地区卫生人才队伍建设研究相对较少，特别是精准解决贫困地区卫生人才存量明显不足、增量需求较大、政策支撑不够等问题还没有太多有效的措施。本研究以G省为例，分析贫困地区卫生人才队伍建设现状及其存在的问题，并针对性地提出切实可行的对策和建议，不断优化卫生人才队伍建设，助力健康扶贫目标的实现。

1 对象与方法

1.1 对象

以G省为例，分析贫困地区卫生人才现有总量构成、未来需求、供给以及人才流失情况；结合实地调研相关材料，对贫困地区卫生人才队伍建设现状进行探讨。G省位于我国西北地区，地处黄河中上游，辖12个地级市、2个自治州，共有86个县级行政区划单位，其中贫困县58个，占67.4%；农村贫困人口120万，居全国第五，贫困发生率全国第一，在教育、卫生和养老等领域短板明显。

1.2 方法

以《2019国家卫生健康统计年鉴》数据为基础，采用SPSS22.0统计软件对G省卫生人才现存总量及构成进行比较分析；根据《“健康中国2030”规划纲要》对2030年每千人口执业（助理）医师数和每千人口注册护士数的指标需求，结合《G省人口发展规划（2016—2030年）》对2030年人口发展预期目标数，对G省卫生人才需求情况进行预测分析；采用实地调研的方法，于2019年9月23—26

日与G省卫生、教育等相关行政部门、3所医药类高校和10所医疗卫生机构的26位相关人员开展定性访谈，了解G省卫生健康事业的人才需求、省域医学人才培养的实际现状和卫生人才的流失相关情况，并将定性资料转录为文字后进行汇总整理归纳。

2 结果

2.1 G省卫生人才现存总量及构成情况

本文所论述的卫生人才是指《2019中国卫生健康统计年鉴》中界定的卫生技术人员，包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验技师（士）、影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员。不包括从事管理工作的卫生技术人员。截至2018年底，G省共有卫生专业技术人员15.63万人。年龄分布上主要以35岁以下为主，占47.3%；学历以大专及以下为主，占64.3%；职称以初级及以下为主，占75.6%（表1）。^[6]

表1 G省卫生人才队伍数量及构成情况

指标	分组	人数(万人)	构成比(%)
人员分布	执业(助理)医师	5.93	38.0
	注册护士	6.38	40.8
	其他	3.32	21.2
年龄分布	0~	7.39	47.3
	35~	7.07	45.2
	55~	1.17	7.5
学历构成	中专及以下	3.10	19.8
	大专	6.95	44.5
	本科	5.27	33.7
	研究生及以上	0.31	2.0
职称构成	初级及以下	11.81	75.6
	中级	2.75	17.6
	高级	1.07	6.8

数据来源：《2019年甘肃省卫生健康事业发展统计公报》

从相对人数来看，G省每千人口卫生技术人员数、每千人口执业（助理）医师数和每千人口注册护士数与全国平均水平和其他欠发达省份相比，均明显偏低。与经济发达地区相比，差距更大（表2）。^[7]

表 2 与全国及其它地区每千人口拥有卫生人才数的对比

省份	卫生技术人员	执业(助理)医师	执业医师	注册护士
G 省	6.0	2.3	1.8	2.4
全国水平	6.8	2.6	2.2	2.9
宁夏	7.7	2.8	2.5	3.4
青海省	7.4	2.7	2.3	2.9
陕西省	8.5	2.6	2.1	3.6
新疆	7.1	2.5	2.1	2.9
上海市	8.1	3.0	2.8	3.6
江苏省	7.3	2.9	2.4	3.2
浙江省	8.5	3.3	2.9	3.5
山东省	7.4	2.9	2.4	3.2

数据来源:《2019 中国卫生健康统计年鉴》

2.2 G 省卫生人才目标需求情况

如表 1 所示,截至 2018 年底,G 省共有执业(助理)医师 5.93 万人,注册护士 6.38 万人,根据《“健康中国 2030”规划纲要》中健康中国的指标需求和 G 省 2030 年人口发展预期 2 780 万的标准进行测算。结果显示,到 2030 年,G 省执业(助理)医师数量需达到 8.34 万人,缺口为 2.41 万人;注册护士数量需达到 13.07 万人,缺口为 6.69 万人(表 3)。^[8]

表 3 G 省卫生人才需求情况

指标	执业(助理)医师	注册护士
现存人员数量(万人)	5.93	6.38
2030 年指标要求(每千人)	3.00	4.70
2030 年需求数量(万人)	8.34	13.07
实际缺口(万人)	2.41	6.69

数据来源:《“健康中国 2030”规划纲要》、《2019 年甘肃省卫生健康事业发展统计公报》、《甘肃省人口发展规划(2016—2030 年)》

2.3 G 省卫生人才供给情况

G 省区域内培养规模上,2019 年 G 省临床类专业学生的招生数为 2 012 人,最大招生规模约为 2 900 人;护理类招生数为 1 824 人,最大招生规模为 2 300 人。在培养质量上,国家医学考试中心数据显示,2010—2018 年全国执业医师考试平均通过率为 67.13%,而 G 省内 3 所主要医学院校的这一指标分别为 71.93%、53.53%、42.55%。

2.4 G 省卫生人才流失情况

访谈过程中发现,在培养规模和能力不足的情况下,卫生人才流失的问题依然存在。如当地卫生、

教育等相关行政部门及高校工作人员提到:“随着考研热的持续升温,大部分本科生都会选择考研继续深造,尤其是医学生,为了能进工作条件和发展前景更好的大医院,考研比例更高;而在选择高校时更愿意选择经济水平发达的东部地区医学院校,且研究生毕业后愿意回家乡工作的比例很低,优质的医学生流失严重。”当地医疗卫生机构工作人员也提到:“贫困地区卫生人才在得不到有效供给的同时,卫生人才还不断流失。贫困地区医疗卫生机构与东部发达地区相比,一没丰厚薪资水平,二没发展空间,三没科研条件,相关体制机制不健全,职称晋升、薪资水平等保障制度难以得到有效的落实,拿什么留住卫生人才,贫困地区优质卫生人才流失太严重了,卫生人员严重短缺。”

3 讨论

3.1 G 省卫生人才现有存量明显不足,结构不合理

G 省现有卫生人才存量低于全国平均水平,和发达省份相比存在较大差距。在总量不足的情况下,其专业构成、学历结构和职称结构不合理。执业(助理)医师与注册护士数量之比不达标,医护比远低于国家 1:2 的要求;学历水平总体较低,高学历卫生人才缺乏,大专及以下学历所占比例超过一半;高级职称卫生人才极少,初级及以下职称卫生人才占比超过 75%。

3.2 G 省卫生人才目标增量压力较大,供给跟不上

到 2030 年,G 省执业(助理)医师数量需增加 2.41 万人,注册护士数量需增加 6.69 万人才能弥补缺口,可见增量压力较大,尤其是注册护士。G 省由于地处西北贫困地区,卫生人才流入率低,解决现有存量不足和目标增量压力主要靠省域内医学人才的培养来供给。从供给的数量来看,G 省临床类专业医学生最大供给基本能够满足需求,但卫生人才流失严重;护理类医学生平均每年最大供给与需求间的缺口为 3 300 人,供给数量明显低于需求水平;从供给的质量上来看,G 省内 3 所主要的医学院校中,仅有一所教育部直属院校,该校 2010—2018 年执业医师考试平均通过率略高于全国平均水平,其他两所院校通过率均远低于全国水平,难以达到国家卫生人才培养的标准要求。

3.3 G省卫生人才保障机制不健全,流失较严重

定性访谈发现,G省卫生人才岗位稳定性较差。由于G省地处西北贫困地区,自然环境偏差,社会经济发展相对滞后,且尚未形成有效的政策平台,在个人待遇、工作条件、发展前景等方面相关激励和保障制度措施难以得到有效落实,难以吸引高层次医学人才。同时,省域内卫生人才岗位稳定性差,二级以下医院特别是基层医疗卫生机构的卫生技术人员,更愿意前往薪资待遇高、平台广的三级医疗机构工作,易出现高级别医疗机构“虹吸”基层卫生人员的现象。

4 对策与建议

4.1 优化贫困地区卫生人才结构,健全人才培养机制

4.1.1 优化现有人才结构

对于贫困地区而言,开展以“更新理念、夯实基础、学以致用、注重实效”为目标的知识更新培训和技能补缺教育,对于提升卫生人才的岗位胜任力,优化卫生人才结构至关重要。一方面优先支持贫困地区培训需求单列上报,优先保障住院医师规范化培训、助理全科医生培训和农村订单定向医学生免费培养计划单列下达,加强“5+3”为主体、“3+2”为补充的临床医师队伍建设;另一方面,明确不同医疗机构对人才的不同需求,以“同质化的胜任力培训”为导向,三级医院重点培养领军人才,县级医院重点培养骨干人才,乡镇卫生院重点培养适宜人才,提升其业务能力,不断优化贫困地区卫生人才结构。

4.1.2 健全人才培养机制

一是建立有效的医教协同工作机制。根据2017年国务院63号文件的精神,在贫困地区建立以省级卫生主管部门和教育主管部门为主的医教协同机制,共同加大卫生人才培养政策和资源投入力度,共同研究解决卫生人才队伍建设的现实问题和长远问题;二是建立“供需平衡”的人才培养机制。^[9]贫困地区卫生主管部门应在对各类、各层、各区域卫生人才需求情况科学分析的基础上,合理安排住院医师规范化培训招收计划,为教育主管部门下达各级各类招生计划提供决策参考,建立合作共赢的医学人才培养共同体。

4.2 提升增量,加强贫困地区合格卫生人才供给能力

4.2.1 提升人才培养质量

医学院校在扩大招生规模和加大农村订单定向医学生培养力度的同时,应系统性地提高培养质量。一是统筹并合理安排学科专业布局,针对贫困地区医学学科资源不充分的现实情况,合理布局医学类重点学科、专业培养点和专业学位点的建设;二是切实提高教育教学的水平质量。在规范教学模式的基础上着力加强专业建设,在提升教师教学水平的基础上着力加强课程建设,在推进规章制度建设的基础上全面提升教学过程管理的力度。

4.2.2 加大人才引进力度

在考虑医疗卫生机构实际情况和需要的基础上,积极引进卫生人才。对于一般的卫生人才招聘,只要符合招聘标准、岗位要求,就应该不拘一格招人才,在定向招聘医学毕业生之外,可以考虑面向社会招聘有相应资质的医疗人才,由政府给予一定资金支持,充实贫困地区卫生人才队伍。对于高层次人才引进,协调相关部门尽量简化手续,充分尊重用人单位的自主权,落实“用人单位选人、人事部门审查、编制部门解决”的进入机制,建立起引进中、高级人才的“绿色通道”;对一些紧缺的岗位要适当降低引进人才标准,以解决岗位紧缺现状。同时,积极引导卫生机构按照“不求所有、但求所用”的原则,积极采取讲学、兼职、短期聘用、技术合作等方式灵活引进优秀卫生人才,建立有利于人才注入的引才机制。

4.3 完善机制,减缓贫困地区卫生人才流失

4.3.1 提高人才薪酬待遇

中央财政和地方财政应加大对贫困医疗卫生事业的投入,设立贫困地区专项津贴和特招岗位专项补助。对于本科毕业生,实施毕业生扶贫计划,聘用后分3年逐年退补学杂费,提供周转住房,帮助解决子女教育和父母养老问题;对于研究生,实施高层次人才扶贫计划,一次性给予适当的科研启动经费和生活补贴;对于退休医生,实施首席专家扶贫计划,按年度给予专项补助,允许基层医疗卫生机构自主调整基础性和奖励性绩效工资比例,以提高其薪资水平。

4.3.2 拓宽人才晋升通道

针对贫困地区有岗无人、专业服务匮乏的窘境,应探索建立贴合贫困地区的医疗卫生机构专业技术人员职称评审制度。结合人社部 2019 年开始实施的职称评审“双定向”政策,对贫困地区卫生人才职称实行单独评审、单列标准、单独确定通过率,评审结果定向在基层使用。^[10]适当调整职称晋升评价标准,进一步破除“四唯”倾向,对于长期扎根艰苦边远地区和基层一线并作出突出贡献的专业技术人员,可以破格参加职称评审,以获得更快的职业发展和职称晋升。在二级以上公立医院设立特设岗位,受聘毕业生可提前转正定级,有效解决由于机构层级等因素造成的晋升空间受限的情况。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 关于实施健康扶贫工程的指导意见[Z]. 2016-06-21.
- [2] 周晓敏, 王慧敏, 王玉萍, 等. 创新基层卫生人才培养, 助推精准健康扶贫——以“卫生骨干进修”专项培训为

例[J]. 医学教育研究与实践, 2020, 28(1): 29-31.

- [3] 景援, 姿继权, 陈宝忠, 等. 上海市浦东新区医疗卫生机构人力资源分布均衡性评价[J]. 中国初级卫生保健, 2013, 27(8): 25-28.
- [4] 蔡滨, 车永茂, 缪丽亚, 等. 江苏省城乡卫生人才均衡发展现状及对策研究[J]. 中国医院, 2018, 22(5): 35-37.
- [5] 董国欣, 陈红艺, 伍丽群, 等. 深圳市卫生人力资源现状分析[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(7): 189-193.
- [6] 甘肃省卫生健康信息统计中心. 2019 年甘肃省卫生健康事业发展统计公报[R]. 2019.
- [7] 2019 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2019.
- [8] 甘肃省人民政府. 甘肃省人口发展规划(2016—2030 年)[R]. 2018.
- [9] 国务院办公厅. 关于深化医教协同 进一步推进医学教育改革与发展的意见[Z]. 2017-07-11.
- [10] 赵兵. 让更多人才在贫困地区扎根[N]. 人民日报, 2020-06-08(2).

[收稿日期:2020-04-28 修回日期:2020-06-10]

(编辑 赵晓娟)