

# 筑牢乡村医疗卫生服务“网底”

## ——全国政协“促进乡村医疗卫生健康发展”专题调研综述

本报记者 吕巍

乡村医疗卫生体系是农村三级医疗卫生服务体系的重要组成部分，在服务农村居民就近看病就医和疾病防控方面发挥着重要作用，承担着保障亿万农民身心健康、提升亿万农民获得感、幸福感和安全感的重要任务。促进乡村医疗卫生健康发展，是健康乡村建设的应有之义，事关乡村振兴的底色与健康中国的成色。

近年来，我国乡村医疗卫生健康事业在党中央、国务院的高度重视下取得了可喜成绩，出台了一系列促进乡村医疗卫生体系发展的政策文件，不断优化乡村医疗卫生机构布局和建设，加强乡村医疗卫生人才队伍建设，确保基本医疗卫生服务全覆盖，乡村医疗卫生体系建设取得了积极进展。但随着城镇化和人口老龄化等新发展趋势的出现，乡村医疗卫生体系面临新的挑战，与新时代乡村医疗卫生发展的要求和群众期盼相比也还有较大差距。

如何健全县乡村三级医疗卫生体系建设？如何进一步加强和完善乡村医疗卫生保障机制和人才队伍建设？如何提升疫情防控能力和精细化水平？如何采取措施缩小城乡间、区域间差距？面对这些亟待研究和解决的问题，全国政协教科卫体委员会组织委员组成专题调研组，由全国政协副主席卢展工带队于3月下旬赴山西、山东开展调研，并计划在4月底与台盟中央联合承办“促进乡村医疗卫生健康发展”双周协商座谈会。虽然受疫情影响，实地调研没有成行，改成了线上调研，但这并未影响政协委员们深入调研讨论，积极建言献策的热情和实效。一块屏幕，承载起委员们筑牢亿万农民群众健康“第一道防线”的坚强决心和强大动力。

### 让村民健康的“守护者”引得进、留得住

乡村医疗卫生人才队伍是我国医疗卫生服务队伍的重要组成部分，是发展农村医疗卫生事业、保障农村居民健康的重要力量。然而，这些最贴近亿万农村村民的健康“守护者”，却长期面临编制、待遇低、职业发展空间小的尴尬。

据国家卫健委提供的数据显示，全国乡镇卫生院人员现行编制标准为1‰左右，近10年没有调整，已经无法满足日益增长的基层医疗卫生服务需要。再加上编制使用不合理，2020年全国乡镇卫生院空编率高达15.1%，而外聘率高达35.4%，影响了乡村医务人员队伍稳定性。工资待遇方面，2020年，全国地市级以上医院、县医院、乡镇卫生院在岗职工年均工资分别为17万元、10万元和7.9万元，乡镇卫生院职工工资与市、县级医院有很大差距，甚至比全国社会平均工资水平低1.8万元。

在太原市，基层医务人员“引不进、留不住”现象也普遍存在。乡镇卫生院空编率为29%，卫技人员总量严重不足。全市乡镇卫生院在编人员中，本科以上学历人员不足一半，中级及以上职称不足1/3，总量不足、结构不合理，成为制约乡镇医疗卫生发展的瓶颈。

调研组认为，应尽快提高基层机构编制标准，全面推广“县聘乡用”和“乡聘村用”，推动“两个允许”政策落地，提高基层医务人员收入待遇，提升基层岗位吸引力。培养一批具备医、防、管能力的复合型人才，增加全科、儿科等基层紧缺人才供给。

委员们还提出，应由县级政府切实承担起政府办医主体责任，根据要求核定并落实人员编制。充分利用人员公开招聘、医学订单定向生、三支一扶等方式，多渠道补充人员。实施农村订单定向医学生免费培养政策，



视频调研中的山西分会场

推进以全科医生为重点的基层医疗卫生人才培养。参照“大学生村官”的激励政策，鼓励大专以上学历、有执业助理医师证的人员到村卫生室执业。建立以激励性工资制度为核心，符合乡村医疗卫生人员职业特点的收入分配及考核机制，提高基层卫生人员的待遇，巩固完善基层卫生人员养老保险政策。

也有委员表示，可以鼓励退休的医疗专家、卫生健康部门的公职人员回乡发挥余热，在乡村健康发展规划、医疗技术传帮带、健康教育、引进人才和资金等方面发挥重要作用。同时从国家到地方政府、有关部门也要建立相应配套政策，在人才使用、基本保障、创新创业等方面提供有效服务，让这些人才能够留得住、留得住、留得好，为乡村医疗卫生能力建设作出更多积极贡献。

### 政策保障力度要跟得上、常态化

建立优质高效的医疗卫生服务体系是健康中国建设的核心内容，是中共十九大作出的重要部署。然而，随着医疗资源持续向大城市、大医院聚集，乡村医疗卫生体系建设始终未得到足够的重视，越来越成为整个医疗卫生服务体系中最薄弱的环节。

一方面，地方政府责任落实不到位。“十三五”期间中央投资不再支持乡村医疗卫生机构，市县两级政府为建设主体责任主体。中西部地区受财力限制，支持力度不够。另一方面，医疗卫生方面财政投入用于基层比例偏低。2009年医改以来，财政用于医疗卫生方面的投入仅在2009—2012年期间向基层倾斜，此后投入重点转向公立医院。2011—2020年，中央支持各级医疗卫生机构建设投资2560亿元，用于乡镇卫生院和村卫生室等基层机构的资金仅占13.2%。

有委员在调研中发现，由于财政资金投入不足，一些地方的乡镇卫生院等基层医疗机构均未规划建设规范的发热门诊，用于传染病防治以及适龄儿童、老人和孕产妇健康管理的检测等专业设备普遍简陋。有的基层妇幼保健院用于下乡服务的仪器设施等磨损报废加速、更新不及时，部分设施设备老旧但财政资金投入缺口较大，需要基层自己“想办法”“找饭吃”，不然就只能“凑合用”“将就使”，或者就“暂停服务”。

山西省政协副主席、九三学社省委主委李青山也反映，虽然“十一五”“十二五”期间，国家对基层医疗卫生机构基础设施进行投入建设，但总体上水平偏低，每所乡镇卫生院只有15—20万元，每个村卫生室只有4万元左右。部分非贫困县投入不足，乡村两级医疗卫生机构建设达标率不高，亟须加大投入和建设力度。

“一定要提高乡村医疗卫生体系战略地位，落实党委和政府责任。”委员们在交流讨论中表示，应加强党对卫生健康工作的领导，在各级党委中明确一位常委分管卫生健康工作，市县两级政府由负责常务工作同志主管卫生健康工作。由市县两级政府承担乡村医疗卫生工作领导、规划、投入、管理的主体责任。在乡村振兴中加大中央对省级支持乡村医疗卫生发展的考核力度，将乡村医疗卫生体系建设发展情况作为对市县两级政府绩效考核的重要指标。

调研组提出，可以参照基本公共卫生服务项目资金分担模式，建立国家、省、市、县四级政府对乡村医疗卫生机构的综合投入保障机制。特别是进一步加强乡村医生队伍建设的投入，提升乡村医生保障水平。同时，国家层面也应出台政策支持推进基层医疗卫生机构综合改革，推动乡镇卫生院实行一类财政保障、专门绩效激励管理。

大家都认为，应争取在“十四五”时期，将中西部乡村医疗卫生体系建设重新纳入中央投资建设范围，重点支持“三区三州”和脱贫县补齐设施设备短板，提高乡村医疗卫生体系信息化水平。

### 促体系完善要分主次、有重点

把不断提高乡村医疗卫生体系信息化水平作为促进乡村医疗卫生健康发展的重点工作来抓，是委员们的共识。

调研中，乡村医疗机构信息化建设滞后、发展空间受限的情况给委员们留下了很深的印象：信息化建设不平衡的现象普遍存在，自助服务、移动服务、智能电子病历、移动医护等智慧医疗手段，在绝大多数乡村医疗机构还无法实现。全民健康信息平台还不够完善，基层医疗机构数据采集标准统一困难，数据单一、质量差，数据传输及时性较差，无法为医疗机构管理提供全面、精准、综合的统计和决策数据。

委员们认为，随着现代信息技术的发展，5G、大数据、人工智能在医疗领域的应用越来越广泛而成熟，在乡村振兴战略中，要注重发挥远程医疗的作用，比如推广采用远程超声、远程听诊器、远程心电图等较为成熟的方式，快速连接乡村患者与高端医院的专家，减少误诊和就医成本，提高诊断的精准度，以技术缩小城乡医疗水平差距，实现对乡村医生的远程培训和指导，提升村医的水平 and 能力。

远程医疗作用的发挥需要综合施策是委员们的共识。国家层面要有顶层设计，地方政府层面要有落地方案，乡村医生要配备承接条件，医保部门要衔接好报销比例，各环节要形成合力共同推动。同时，还需完善对乡村医生和上级医院的激励机制和评价体系，只有这样，才能进一步提升运营效能，促进农村医疗卫生水平的提高。

“应建立完善全国统一、联网的基本公共卫生服务大平台，拓展应用功能促进资源共享，不断提升基层医疗服务效率和质量。统一工作数据标准，解决数据孤岛，让乡村的‘死数据’变成有利于医疗和卫生防疫的‘活档案’。”有委员表示。

乡村医疗机构的医保支付政策也是委员们关注的重点。

当前，医保资金以保住院、保大病为主，医保资金持续“向上流动”，医保资金流向卫生院的占比连续下降，一些村卫生室甚至未纳入医保定点机构。太原市也反映了门诊诊费标准偏低的问题，“基层医疗服务执行全省统一标准且仅为三级医院一半，因此难以吸引优秀人才长期在基层服务。”

太原市有关方面提出，希望国家能够出台向基层医疗卫生机构适度倾斜的医保政策。根据基层业务特点，探索基层医疗服务定价下放县级、最高限价和市场指导价等多种价格并行机制，开展定额报销、全科门诊打包付费等试点，优化医保基金按人头付费、结余留用的激励机制。

委员们也认为，应放宽医保资金对乡镇卫生院住院费用年度总额限制，合理超支补偿。加快建立分级诊疗制度，显著提升初诊在乡村两级机构的报销比例，逐步将县域医保基金对乡村两级支付比例提高到30%以上。根据乡村医疗卫生机构服务能力，放宽常见病多发病用药范围。

黄宇光 全国政协委员，北京协和医院麻醉科主任

韩清华(女) 全国政协委员，山西医科大学第一医院副院长

马宇鹏 台盟中央研究室副主任

聂春雷 国家卫生健康委员会基层卫生健康司司长

胡同宇 国家卫生健康委员会基层卫生健康司运行评价处处长

徐玮 国家卫生健康委员会基层卫生健康司家庭医生处处长

### ■党派声音

致公党中央：

## 提升农村疫情防控能力和精细化水平

本报记者 吕巍

新冠肺炎疫情发生以来，农村地区一直是防控的重点和难点。

在致公党中央看来，这是因为，与城市相比，农村地区传染病疫情防控存在人员防控意识缺口，容易产生松懈麻痹的思想；邻里之间较为熟悉，交往密切，容易共同参与婚宴、葬礼等聚集性活动；农村疫情防控能力整体薄弱。

致公党中央建议完善农村地区传染病疫情防控组织体系。加快推进村(居)民委员会公共卫生委员会建设，至少应由村(居)委会副主任兼任主任，副主任和成员应广泛吸纳乡村医疗卫生机构在职人员及居住本村(居)卫生专业技术人员参加，鼓励村(居)群团和社区组织、驻区企业单位参与工作。疫情发生时，要按照“提级管控、干部下沉、扁平运行”原则，向疫情发生乡镇迅速充实力量，构建乡镇(街道)干部、医务人员、民警、志愿者各司其职的防控网络，实行三级包保制度，细化责任分工，为村镇做好疫情防控工作提供支持。

强化农村居民防控知识宣教和生活方式引导也尤为重要。致公党中央认为，应综合运用移动媒体、村(社区)各类宣传阵地和信息平台，采取农村群众易于接受、易懂易懂的形式，积极开展防控政策、防疫知识宣传和健康教育，强化个人防护理念和责任意识，增强自我防护和出现发热等不适症状后第一时间就诊、报告的观念。尽量减少人员聚集性活动，发动村民共创干净整洁的生产生活环境，加强对农贸市场、镇镇超市等公共场所和背街小巷等薄弱环节开展环境卫生整治，重点消除农村卫生死角。

致公党中央还提出了健全群防群控和监测预警机制的建议。认为应建立全员健康监测机制，强化乡村医生与社区网格员协调联动，实行社区网格与乡村两级医疗卫生机构挂联结对，发现可疑情况第一时间及时处置。与此同时，强化基层医疗卫生机构哨点作用，乡镇卫生院和社区卫生服务中心应在机构内设立发热门诊(哨点)诊室，对发热和相关症状患者进行预检、登记、排查、隔离和转诊。

### ■委员观点

全国政协委员唐旭东：

## 发挥中医药在乡村医疗卫生中的积极作用

本报记者 吕巍

中医药具有“简、便、廉、验”特点，有着深厚群众基础。党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央把中医药工作摆在突出位置，要求切实把中医药这一祖先留给我们的宝贵财富继承好、发展好、利用好。但是最贴近人民群众的基层特别是乡村中医药人才队伍，存在着人员紧缺、水平低下、分布不均、结构不合理、队伍不稳定等问题，严重影响人民群众对中医药服务的可及性和获得感。

“中医药的发展，需要政府管理、人才培养、产业协同发展等方面的有力支撑，希望2022年的中医药事业能春风化雨，万象更新。”全国政协委员、中国中医科学院副院长唐旭东提出，在做好常态化疫情防控工作的基础上，重点做好中医药发展的内涵建设。

在他看来，为“十四五”建立优质高效的中医药医疗卫生服务体系起好步、打下坚实基础，任务的重点在“抓两头”“顶天立地”：一是切实推进大型公立中医院的高质量发展，真正发挥

其在中医药医疗卫生服务行业的引领、推动作用；二是筑牢基层医疗卫生网底，促进健康而保障小康，为乡村振兴战略保驾护航。

“在基层方面，工作的关键是要加大基层特别是乡村中医药实际服务能力的建设力度，完善和充实我国基层医疗与公共卫生网底。实操的着力点是加快乡村中医药人才的培养，建立乡村医生培养专项基金，增加乡村医师定向招生培养的计划名额，切实解决中医、中西医结合专业乡村医师培养占比太低的问题，推进乡村中医药人才队伍建设上的培养、管理、待遇等综合改革等。”唐旭东表示。

他建议建立“国家政策引导、各级政府主导、多方协调联动、科学精准施策”的机制，推进乡村中医药人才队伍建设综合改革。设立中医药事业发展专项资金和乡村中医药人才专项基金，采用订单制、定向制、师承制等模式，分层分类培养乡村中医药人才，完善符合中医药人才培养特点的乡村医师准入条件，促进中医药医疗卫生服务体系高质量发展。

全国政协委员钱学明：

## 管办分离建好“县域医共体”

本报记者 吕巍

人才匮乏、专业能力水平低是一直制约我国农村基层医疗卫生健康事业发展的主要症结。虽然我们国家早已建立了县、乡、村三级组成的农村医疗卫生体系，但在全国政协委员、广西壮族自治区政协副主席、民建广西区委会主委钱学明看来，不少地方的“县域医共体”建设并不到位：有的是让县人民医院与乡镇卫生院简单在形式上挂牌联合，并没有实现“体系一体、利益一致”，并没有实现资源下沉、双向转诊；有的以县人民医院、中医院、妇幼保健院为主体，建了3个“医共体”；还有个别县甚至拉上民营医院，建设了5个“医共体”。

“由于县中医院、妇幼保健院只是专科医院，并不能全面帮扶乡镇卫生院，这样的‘医共体’显然难以发挥作用。根据国家卫健委统计，全国754个试点县中只有70%达到紧密型‘县域医共体’标准。”钱学明说。

在他看来，“县域医共体”建设之所以走向、变形，主要原因之一就在于县级党委、政府没有尽到改革的领导责任，而是把

改革任务直接交给县卫健局。他建议明确改革责任，由省级党委、政府负责统筹推进，省级党委、政府负责协调落实、县级党委、政府负责具体实施，确保“管办分离”。而其中，明确县级党委、政府主要改革责任，加快转变县级卫健部门职能，从直接开办公立医院转变为监管医疗卫生行业尤为重要，是真正实现“管办分离”的关键。

“此外，还应明确建设标准，做到‘体系一体’。”钱学明说，2019年以来，国家卫健委已经明确提出了“县域医共体”建设试点的13项重点任务、11条评判标准、26条监测评价指标。应尽快全面、客观总结各地“县域医共体”建设试点的经验和教训，进一步明确“县域医共体”的数量标准。

“对于50万人口以内的县域，应以县人民医院为基础，建设1家‘县域医共体’；对于50万人口以上的县域，可以酌情建设2家及以上‘县域医共体’。以此确保各地‘县域医共体’都能改到位、建得好、起作用，进而贯彻落实中央‘一号文件’相关部署，真正促进乡村医疗卫生健康发展。”钱学明表示。

## 调研组名单

卢展工 全国政协副主席

袁贵仁 全国政协常委、教科卫体委员会主任，教育部原部长、党组书记

张茅 全国政协常委、教科卫体委员会副主任，国家市场监督管理总局原局长、党组书记

丛兵 全国政协委员、教科卫体委员会驻会副主任

孙咸泽 全国政协委员、教科卫体委员会副主任，中国药学会理事

长，原国家食品药品监督管理总局副局长、药品安全总监

王贵齐 全国政协委员，中国医学科学院肿瘤医院内科主任

邢念增 全国政协委员，中国医学科学院肿瘤医院山西医院总院长

方来英 全国政协委员，原北京市卫生和计划生育委员会党委书记

张澍 全国政协委员，中国医学科学院阜外医院心律失常中心主任

唐旭东 全国政协委员，中国中医科学院副院长