



两会特刊

加强基层医卫人才能力建设

□全国人大代表 中国科学院院士 四川省医学科学院·四川省人民医院党委书记 杨正林

党的二十届四中全会提出“加快建设健康中国”，对“健全医疗、医保、医药协同发展和治理机制，促进分级诊疗”作了战略规划。2026年全国卫生健康工作会议强调，持续推进实施医疗卫生强基工程，做好“强基、稳二、控三”工作。

众信任度不断增强，另一方面也对基层医疗服务能力提出了更高要求。

2025年，针对四川省民族地区、革命老区的基层医疗卫生人才现状专项调研显示，近年来各地采取积极措施加强基层医疗卫生人才队伍建设，取得明显成效，但仍存在“招不来、留不住、提不高”等深层次矛盾，在偏远地区尤为明显。据此提出5方面建议。

一是深化本土化定向培养。结合《医疗卫生强基工程实施方案》关于农村订单定向免费医学人才培养的要求，加强民族地区高等院校医学专业教学能力建设，设立不同层级的医学专业，定向招收本地学生，培养更多的本地医务人员，使之留在本地基层服务。

二是建立县域一体化流动机制。在“县招乡用、乡招村用”基础上，以县为单位建立编制库、人才池，建立县、乡、村医疗卫生人员双向流动常态化机

制。一方面，可建立相关制度，规定县级医疗机构新进人员须有基层服务经历，中、高级职称晋升须有累计一定年限的基层帮扶经历；另一方面，应定期选派基层医务人员到县级医院轮岗进修、挂职锻炼，打通职业晋升通道。

三是健全精准化继续教育机制。依托城市三级医院、省级医学中心建立基层紧缺专业进修培训基地，畅通基层骨干到高水平医院长期进修渠道。完善“岗位替代”保障机制，通过上级医院下派业务骨干或医共体内统筹调配，确保外出进修人员“走得出去、顶得上来”。设立基层医疗卫生人才培养专项基金，统筹解决派出人员待遇、派出单位顶岗成本及承训单位教学成本。

四是改革基层医疗卫生人才评价机制。打破“一把尺子量到底”的职称评审模式，建立符合基层实际的“定向评价、定向使用”评价体系。对在民族

地区、偏远山区、革命老区长期服务的基层人员实行职称评审“单列计划、单设标准、单独评审”，重点考核服务数量、服务质量、群众满意度及实际贡献。建立基层职称岗位职数动态调整机制，着力向艰苦边远地区倾斜，拓展基层人员职业发展空间。

五是强化综合性保障激励机制。落实“两个允许”要求，建立与医疗服务数量、质量、群众满意度挂钩的绩效工资制度，对艰苦边远地区基层人员实施财政专项岗位补助，确保薪酬待遇具备市场竞争力。完善生活保障，加大基层医疗卫生机构周转宿舍建设力度，合理布局并开通基层医疗卫生机构与县城、中心场镇间的通勤班车，协调解决子女入学等实际困难。加强优秀基层医务人员宣传表彰，保障基层医疗卫生人才“下得去、留得住、干得好”。(本报记者王祎然整理)



扫码看两会收声筒



扫码看两会访谈 访谈嘉宾:全国人大代表杨晓静

我向两会说心声

让药品说明书走出“小字迷宫”

□郭元鹏(媒体人)

今年全国两会上，全国人大代表戴霞再次将目光投向药品说明书适老化改造，这是她连续第4年围绕这一议题建言。她带来的一组数据引人深思：在我国超4万种在售药品中，参与适老化改革试点的仅约2000种，规模效应远未形成。

“戴着老花镜都看不清”，不少老年人的吐槽道出了其吃药时的无奈。药品说明书本是指导安全用药的“救命纸”，却因字号过小、排版过密，成了影响老年人安全合理用药的“拦路虎”。

药品说明书适老化改造推进缓慢，背后藏着多重现实阻碍。对企业而言，放大字体意味着要增加纸张用量、调整包装模具，看似每盒只多花几分钱，日积月累下来也是一笔不小的开支，在缺乏强制要求和激励政策的情况下，多数企业选择观望。值得警惕的是，部分企业刻意缩小字号，试图

弱化不良反应等关键信息，更为老年人的用药安全埋下隐患。

除了企业动力不足，政策和技术层面的短板也不容忽视。目前，药品说明书适老化改造还没有统一的强制标准，试点范围有限，改革难以形成规模效应；电子说明书看似是破局之策，但大多只是纸质版的“电子翻版”，缺少语音朗读、智能查询等功能，对不熟悉智能设备的老年人来说基本形同虚设。

药品说明书适老化改造体现的是民生温度，守的是安全底线。在人口老龄化程度不断加深的背景下，社会不仅要关注老年人的衣食住行，更要守护好他们用药的“最后一公里”。制定统一的适老版说明书标准，给予企业适当激励，开通审批“绿色通道”，让企业愿意改、主动改；搭建全国统一的电子药品说明书平台，结合智能技术，让电子说明书真正成为老年人的“用药助手”。

是时候拆掉药品说明书的“小字迷宫”了，让一纸说明回归其本来的意义——清晰可读、安全可托。

将全科医学素养纳入教育体系

□全国人大代表 浙江省人民医院院长 高明华

高素质医学人才是落实健康中国战略的关键支撑，然而，当前医学人才培养体系存在明显短板。《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》提出的“加强面向全体学生的全科医学教育”的要求尚未有效落地，“以人为本”的整体健康观、连续性照护，以及防治结合思维等全科医学的核心要素，也未能真正融入医学生基本素质培养。这不仅影响医学人才知识结构的完整性，也制约整合型医疗卫生服务体系的构建，难以适应健康中国建设对人才的迫切需求。

具体来说，医学院校教育阶段未能奠定扎实的全科医学理念与知识基础，毕业后教育阶段未能形成必要的能力整合与深化体系，职业素养教育中全科医学价值认同普遍薄弱，从根

本上制约了学生将全科医学素养内化为职业素质的自觉性。

因此，亟须深化医学教育改革，将全科医学的核心理念、基本知识及主要技能，与思政元素及医学人文相融合，凝练成全科医学素养，融入医学生基本素质教育体系，帮助医学生形成稳固的全科思维模式与行为规范。

一是明确全科医学素养的基础地位，将其纳入医学教育必修体系并量化达标要求。建议将全科医学素养教育列入临床医学类专业大学生必备的综合素质教育范畴，并明确其对应的必修学分不少于4学分。指导各医学院校建立健全贯穿培养全程的全科医学素养教育课程体系与教学内容，推动健康管理、社区预防等核心教学模块前移，并广泛采用案例教学、PBL(以问题或项目为导向的学习)教学等多元化教学方法，确保全科思维实现“早期融入、全程贯通”。

二是建强基层实践基地，将全科

医学素养基层实践纳入教学核心环节。全科医学素养的形成，离不开真实的基层场景支撑。为实现全科医学素养教育理论与实践融会贯通，建议教育、卫生健康部门协同推进规范化、标准化的基层实践教学基地建设，将其纳入医学院校统一管理体系。通过建立准入与退出机制，实施同质化质量监督，确保基层实践环节的教学质量。同时，推动实践基地在师资配备、教学内容、考核标准等方面与院校教学有效衔接，为学生提供社区跟诊、健康管理、慢性病随访等系统化实践训练。在真实场景中，引导学生感知“以人为本”的全科理念，体悟连续性照护、防治结合的职业思维。

三是发挥执业医师资格考试“指挥棒”作用，将全科医学素养纳入考核体系。建议国家执业医师资格考试从知识、技能、态度3个方面强化全科医学素养考核。在医学综合笔试中，将全科医学核心理念与基本知识纳入

“临床医学综合”或“预防医学综合”等核心考核模块，同时在“医学人文综合”部分体现职业态度与价值观，实现多维评价。在实践技能考试中设立全科医学专门考站，重点考查学生在模拟真实基层场景中的全科思维与综合服务能力，如社区常见病初诊、慢性病随访设计、家庭健康评估、连续性照护方案制定等。通过采取以上举措，引导医学院校优化课程设置，激励学生主动内化全科医学素养，真正将全科理念转化为服务基层、协同诊疗的执业能力。(本报记者王祎然整理)



扫码看两会·连线合集

全国人大代表廖志略：制定药食同源物质健康声称标准

本报讯(记者刘敬明)全国人大代表、广东省茂名市化州市培林橘红种植专业合作社社长廖志略表示，当前，我国药食同源产业快速发展，但存在健康声称标准缺失、表述不规范、监管边界不清晰等突出问题，建议加快建立统一、科学、可落地的药食同源物质健康声称标准体系，以推动中医药现代化、规范产业发展，赋能乡村振兴。

廖志略表示，推动药食同源物质清单科学扩增，是产业可持续发展的首要前提与资源基石，其核心在于建立一套融合传统食用经验与现代科学证据的严谨评估体系。当前，药食同源产业面临“民间认可、法规滞后”的核心矛盾，诸多已获充分研究支持的特色资源因未被列入功能目录而面临合规创新受限与高价值转化瓶颈。

廖志略以化橘红为例指出，化橘红从千年传承纳入药食同源目录，解决了“能不能吃”的问题，但“吃了有什么好处”仍未得到科学规范的回应。目前，市场上大量药食同源产品存在证据与声称脱节问题，同一原料产品功效表述五花八门，这不仅误导消费，更损害行业公信力。对于化橘红这样具有明确传统功效的物质，缺乏科学的健康声称标准，严重制约其市场价值释放。

廖志略建议，探索建立“传统食用证据+现代科学证据”的双轨评价机制，加快制定药食同源物质健康声称专项标准；借鉴国际经验，建立历史食用证据、现代安全性证据、功能科学性证据“三证合一”的药食同源物质功能目录准入评估机制。

同时，积极参与国际食品法典委员会(CAC)、国际标准化组织(ISO)等主导的相关国际标准制定，推动我国药食同源物质健康声称标准与国际接轨。

全国政协委员王广发：完善医师多点执业制度体系

本报讯(记者吴倩)我国医师多点执业制度已执行多年，经历了从政策探索到立法确认的演进过程，成为资源下沉和强基层的“催化剂”，为上级医院医师下沉基层提供了合法的制度通道，助力构建分级诊疗秩序。全国政协委员、北京大学第一医院呼吸和危重症医学部主任王广发指出，这一制度在实际运行中暴露出一些问题。比如，受“单位人”身份束缚，公立医院医生在考虑多点执业时会顾虑第一执业单位的态度和潜在阻力；公立与民营机构间存在隐性门槛，限制了医师通过多点执业向社会办医机构输送优质服务的范围和深度；医院管理者也可能担心骨干医师精力分散，影响本院医疗质量和学科建设，因此缺少积极性。此外，尽管有“一证多点”的政策方向，但在具体的跨专业、

跨区域执业备案和审批流程上，仍存在程序烦琐、标准模糊等问题，未能完全实现资质的精准和快速匹配。

“这些问题具有潜在挑战和一定风险。”王广发指出，若缺乏制度引导，优质医师资源可能更易被提供更高报酬的大城市、大医院或高端私立机构吸引，与强基层的目标背道而驰。医师在不同机构间奔波，如何确保其在基层能投入足够的服务时间、保持服务连贯性，避免成为“走穴”式的“飞行医生”？对于接收医师多点执业的基层机构而言，如何将流动的专家有效纳入本地的医疗质量安全管理体系？如何实现电子病历和患者信息的无缝对接？这些都是亟待解决的问题。

王广发认为，未来应逐步完善医师多点执业制度体系。一是破除准入壁垒，取消多点执业的职称与年限的

“硬门槛”，将执业能力的判断权交给拟接收的基层医疗卫生机构。二是破除行政壁垒，取消主执业机构的“同意权”限制，明确废止多点执业申请需取得第一执业地点“同意”或“书面批准”的前置条件，全面回归并严格落实区域注册制下的备案管理制度——医师在同一省级行政区划内选择多点执业，仅需向注册主管部门履行告知性备案，其第一执业地点应配合办理相关手续，不得无故阻拦或设置障碍。

三是破除法律壁垒，适时修订医师法关于“主执业机构”的限制，将现行医师法中“应当以一个医疗卫生机构为主”的强制性表述，修改为“可以确定一个主要执业机构，或以合同形式约定多个执业机构之间的工作关系”，为跨区域、多机构执业提供更灵活的法律空间。

全国政协委员甘华田：推进“新医科”复合型人才培养

本报讯(记者吴倩)人工智能、新材料等前沿技术与医学深度融合，正深刻重塑医学诊疗模式与健康产业发展格局，传统的单一学科医学人才培养模式已难以有效应对这一形势，无法满足人民群众日益增长的多层次、多元化健康需求。全国政协委员、四川大学华西医院甘华田教授指出，实现健康中国战略目标，必须超前布局、优先建设“医学+X”和“X+医学”复合型人才培养体系。

甘华田介绍，我国虽然在推动建设“新医科”，但目前仍处于探索阶段，存在一些

问题。如学科壁垒森严，交叉机制不畅；培养模式系统性不足，深度广度不够；交叉导向评价缺失，师资队伍匮乏；资源配置分散，产教融合不深。

甘华田建议，将“医学+X”交叉学科建设纳入国家高等教育发展和健康中国建设的总体规划，设立“医学+X”一级交叉学科，打破医学、工程等传统学科界限，明确其学科内涵、知识体系和学位授予门类；制定专项发展规划，出台国家级“新医科”人才培养指导意见，引导高校结合自身优势差异化发展“医学+X”特色方向。

此外，他呼吁深化医教协同，构建

长学制、贯通式、多类型的培养模式；支持高水平大学探索“4年非医学本科+4年临床医学博士+X年专科医师/科学家训练”的“MD+PhD”(医学博士+哲学博士)双博士培养模式；完善“5+3+X”临床医学人才培养体系，将“医学+X”理念融入住院医师规范化培训和专科医师培训阶段，鼓励住院医师结合临床问题开展相关研究，培养具有创新能力的卓越医学科学家；构建有利于交叉学科发展的学术评价和资源配置机制，针对从事交叉研究的教师和研究人员进行探索建立独立的评价标准和职称晋升通道。

一线足迹

87岁吴登云的新计划

□特约记者 张楠

每周一到周五，87岁的吴登云仍在新疆维吾尔自治区克孜勒苏柯尔克孜自治州乌恰县人民医院出整天的门诊，免费为乌恰县的农牧民看病。患者做手术时他要巡诊，术后他要查房，还要为患者做康复宣教。3月1日，记者来到乌恰县，采访了这位“马背医生”。

3月1日恰是周日。下午2时，乌恰县县城风很大，但阳光很暖。“干脆到家里聊吧。”吴登云说。

记者跟随吴登云来到他所住的小区。这里与祖国最西端的县级医院——乌恰县人民医院，仅隔一条马路。“他们不让我开车了，我现在出门就骑这个。”在楼道门口，吴登云指着一辆电瓶车说，之前他住的地方离医院有1公里，晚上经常要回医院会诊，不方便，因此就搬到了这里。

吴登云家的房子100多平方米，三室一厅。客厅还算宽敞，三室却塞得满满当当的，不少家具用了50年以上。吴登云风趣地说，算上母亲10月怀胎，他已“虚活”87岁，到新疆工作62年了，家具用了50多年很正常。家里没有存款，没有贵重的物品，甚至没有一件新款的家具家电，老伴正坐在老旧的沙发上织着毛衣。

吴登云，这个享誉界外的老医生，在祖国最西部的帕米尔高原上，坚守了一辈子，勤俭了一辈子，奉献了一辈子。

1940年出生于江苏省高邮市的吴登云，1963年从扬州医学专科学校毕业后，响应党的号召，奔赴乌恰县工作，从此扎根帕米尔高原60余载。他从一名普通医生做起，曾任乌恰县人民医院院长、县政协副主席，现为医院名誉院长。在那个艰苦的年代，他每年花三四个月时间骑马巡诊牧区，足迹遍布全县9个乡、30多个自然村，被群众亲切地称为“马背医生”。

他为抢救患者无偿献血30多次，累计献血7000多毫升。1971年，为救治全身烧伤50%的幼儿，他从自己腿上取下13块皮肤，移植到孩子身

上。他实施“十年树人计划”，培养大批本地医疗人才。他的事迹经《健康报》率先报道后迅速在全国引起强烈反响，人们称赞他为“白衣圣人”。他先后获得“全国优秀共产党员”“100位新中国成立以来感动中国人物”“最美奋斗者”等荣誉。

而今，吴登云虽已87岁高龄，但耳不聋、眼不花，头脑很清楚，只是额头爬满了皱纹，面颊长出了老年斑，背驼得更厉害了，走起路来左脚也跛得更明显。

尽管如此，每周一至周五，吴登云仍然在乌恰县人民医院三楼出门诊，平均每天接诊7名患者，多的时候接诊十几名患者，患者大多有高血压或心脏不适。他仍然坚持几十年来的老规矩：不收专家门诊费。

吴登云说，他现在更重要的一项工作是盯着手术安全。乌恰县人民医院主要做些上腹部手术，每月手术量为15~20台。每台手术他都要上台提醒，叮嘱医生注意手术安全；在术后查房时，他要提醒患者早下床活动、促进康复。吴登云说，他“管上医疗安全10来年”了，医院没出过医疗事故。

经过几代人的努力，尤其是江苏省常州市自2010年起开展了持续的对口支援，如今乌恰县人民医院建设得很好，有9栋楼了，病房综合楼有9层、120张病床。2024年，该院达到国家县医院医疗服务能力推荐标准，其中中医科和放射科获评州级临床重点专科。

“还是太缺人才了。”吴登云说，乌恰县地处边陲，自然条件艰苦，乌恰县人民医院已经很长时间没招进一个医学本科生了。吴登云曾在的一所医学院校作报告，报告会现场仅有1名女生表示，毕业后愿意到乌恰县人民医院工作。可毕业了，女生没来成，原因是家长坚决不同意。

当下，吴登云正酝酿着一个“筑巢引凤”计划——县里愿意来乌恰县人民医院工作的人才提供100平方米的免费住房，干满15年后，房子归个人所有。吴登云说，目前这仅是他自己的一个想法，他要去找“外援”。

“万一呢？”吴登云说，眼睛里闪着希望。