

□本报记者 高艳坤 首席记者 刘志勇

筑牢乡村振兴健康之基

实施乡村振兴战略、积极应对人口老龄化、全面推进健康中国建设,都对新时代的乡村医疗卫生体系和能力建设提出了更高要求。

2023年年初,中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》,以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,为此后一个阶段推进乡村医疗卫生体系发展提供了遵循。落实中央文件的开局之年,全国卫生健康系统联合各有关部门牢牢抓住各项乡村医疗卫生重点工作,心怀久久为功的定力,为实现乡村振兴筑牢健康之基。



贵州省锦屏县河口乡卫生院的医务人员背着竹制背篓,免费上门为当地苗村侗寨群众送医送药、宣传健康知识。本报记者张丹摄

新思路引领新气象

建设健康中国、积极应对人口老龄化、推进乡村振兴等重大国家战略落实落地的交汇点,集中在基层。适应人口流动、乡村形态变化,以及居民健康需求和要求同步提升的新形势、新局面,优化基层卫生健康服务面临着新任务、新挑战。

盘点2023年的基层卫生健康工作不难发现,行业主管部门已经在长期实践探索中形成了进一步完善体系、优化服务的新思路。在新思路的指引下,相关工作呈现出鲜明的新气象。

从机构全覆盖到服务全覆盖。我国的县、乡、村三级医疗预防保健网为保障农村居民健康发挥着关键作用。过去,我国长期强调通过医疗卫生机构和人员全覆盖,保障居民服务需求。在脱贫攻坚时期,我国历史性地消除了乡村医疗卫生机构和人员“空白点”,为全面打赢脱贫攻坚战发挥了重要作用。

时间来到2023年,中共中央办公厅、国务院办公厅印发的《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》明确,要“因地制宜合理配置乡村两级医疗卫生资源,宜乡则乡、宜村则村”。同时,国家卫生健康委联合有关部门作出做好县域巡回医疗和派驻服务工作的部署。不难看出,当前乡村医疗卫生机构和资源布局更加强调县域统筹和布局优化,在一些人口较少的农村地区,相邻行政村已开始合建卫生室、共享乡村医疗卫生资源。农村基层医疗卫生服务开始从注重机构全覆盖转向注重服务全覆盖。

需要注意的是,居民健康需求的内涵在不断扩展,要求也更更新。居民对健康服务的期待从简单的“病有所医”向“病有良医”升级,且以老幼妇孺为主的农村居民多为疾病易感人群,这些要求基层医疗卫生机构要比过去更加注重服务能力提升和内涵建设。

从各自为战到整合联动。过去,我国县、乡、村三级医疗卫生机构相互孤立、各自为战,存在分工不清、能力不强、效率不高、运行不畅等问题。面对同样的服务对象群体,不少地区还出现县级机构虹吸患者和资源的现象,制约乡村两级能力提升,影响了居民的就医体验。

眼下,越来越多的地方通过紧密型县域医共体建设,统筹协调县域内医疗卫生资源。有的地区通过部署推动县域危急重症救治体系或心电、检验、病理等资源共享体系建设,理顺县乡村医疗卫生机构脉络。还有的地区通过县域医疗次中心建设,辐射带动周边乡镇卫生院;通过推进乡村一体化管理,将村卫生室转化为乡镇卫生院的服务延伸。

以上措施都在推动原本各自为战的县域医疗机构从分散走向整合。通过基层体系的有序运转,推动实现服务的系统连续、公平可及,增强居民就医的便捷性和获得感。

老大难问题取得突破。人才是推动医疗卫生事业高质量发展的第一资源,而人才缺乏也是制约乡村医疗卫生服务能力提升的老大难问题。2023年,卫生健康系统在探索解决这一问题方面取得了突破。

国家卫生健康委联合中央编办等部门启动大学生乡村医生专项计划,明确除订单定向培养和直接招聘具备执业(助理)医师资格的村医以外,主要通过实施专项计划填补乡村医生空缺岗位。此举明确了乡村医生补充来源和招录渠道,为发展壮大乡村医生队伍打下基础。

更重要的是,多部门联合制定大学生村医编制保障政策文件,推动优秀大学生乡村医生纳入事业编制管理,可有效解决新招录乡村医生的身份问题,拓展大学生乡村医生职业发展通道。有专家认为,这一政策将极大消除大学毕业生投身乡村的顾虑,极大提升乡村医生岗位吸引力。

基层综合试验区建设也为破解老大难问题探索了一些新办法。如,四川省泸县新增、统筹事业编制空编,建立医共体编制“周转池”的做法,将空编率控制在2%左右,有效解决了基层“无编可用”与“有编不用”并存、编制资源固化的问题。海南省东方市实施“市属乡用”“乡属村用”改革,全市医疗卫生机构编制内工作人员由市卫生健康委、市医疗健康集团管委会统一管理、调配,人员调动不受单位经费渠道或人员身份限制,促进了人员、编制的灵活配置。这些经验都有望在进一步挖掘、总结、完善后,向更大范围推广。

县域统筹,优化服务体系

2023年,各地坚持县域统筹,进一步优化医疗卫生资源布局,健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系。

按照《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》要求和需求实际,各地因地制宜合理配置乡村两级医疗卫生资源,宜乡则乡、宜村则村,从注重机构全覆盖转向更加注重服务全覆盖。为切实保障农村居民健康服务需求,2023年1月,国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局联合印发《关于做好县域巡回医疗和派驻服务工作的指导意见》,推动建立稳定的县域巡回医疗和派驻服务工作机制,以“固定设施、流动服务”的方式,提高农村居民获得医疗卫生服务的可及性、便利性。

多地纷纷启动县域医疗次中心建设,优化县域医疗卫生资源配置。四川、贵州、广西等省份继续支持能力较强、具有一定辐射和带动作用的中心乡镇卫生院发展,将其提升为二级医院院前服务中心,并辐射带动周边医疗机构。重庆市启动首批61家区县域医疗卫生次中心创建。江苏省在76个涉农县(市、区)深化农村区域性医疗卫生中心建设。记者在实地采访中发现,县域医疗次中心建成后,县域就医格局随着医疗卫生资源布局的调整而优化,许多居住地远离县城、县级医院的居民能够就近得到比以往便捷、优质的医疗服务。

在调整优化资源布局的基础上,拓展基层医疗卫生机构服务功能,提升服务能力,也较过去提升了优先级。国家卫生健康委持续开展“优质服务基层行”和社区医院建设,2023年达到服务能力标准的机构比例提高到70%以上;社区医院增加了500多个,累计超过4300个。同时,推进乡村一体化管理的县域数量稳步增长,越来越多的村卫生室正在转变为乡镇卫生院的延伸服务点,适宜技术和服务更加顺畅地下沉到村级。

创新机制,壮大人才队伍

党的二十大报告明确要求,发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区。2023年,从国家到地方都将更好地为基层引人、留人、用人作为重要工作,一些长期待解的难题取得突破,一些经实践检验有效的措施获得推广。

这一年,我国基层卫生健康人才培养和储备数量稳步增长。各省份持续推进农村订单定向免费医学专业培养,“5+3”本科层次定向招生规模

稳定在5000人以上,“3+2”专科层次定向招生规模超过8000人,可有效缓解基层人才短缺问题。吉林、安徽等省份实施“一村一名大学生村医计划”,把符合条件的村医纳入大专学历教育,以“线上+线下”授课方式提升村医学历。

在稳定乡村医生队伍方面,3年前,国家卫生健康委印发文件,允许相关专业应届毕业生免试申请乡村医生执业注册,全国多个省份累计招聘4000余名大学生乡村医生进入村卫生室工作。2023年4月,国家卫生健康委、中央机构编制委员会办公室、教育部等五部门联合印发《关于实施大学生乡村医生专项计划的通知》,进一步强化部门协同配合,完善激励引导措施,提升大学生乡村医生待遇保障水平,增加其就业稳定性。

值得一提的是,今年年底,中央机构编制委员会办公室、国家卫生健康委、教育部等五部门联合印发《关于做好大学生乡村医生专项计划编制保障工作的通知》,在既有政策基础上,通过编制保障进一步提升乡村医生岗位对大学毕业生的吸引力。

在创新人才招录方式方面,“县管(聘)乡用、乡聘村用”实施范围进一步扩大。其中,重庆市在全市深化“县聘乡用”人才招聘、使用和考核机制。区县医院招聘的新人主要在县里进行培训、考核,作为人才储备起来,同时按照不少于当年招聘执业医师类人员总数的80%优先安排中级及以上骨干医务人员下沉基层。甘肃、广西等省份全面推行乡村医生“乡聘村用”,通过乡村一体化强化村医队伍保障。

求实求细,推进便民惠民

90%以上的居民能在15分钟内到达最近的医疗点,其中绝大多数是基层医疗卫生机构,基层医疗卫生机构的服务质效直接影响着居民的就医体验。

着眼切实提升群众在基层医疗卫生机构获得基本医疗和卫生健康服务的便利度和服务质量,2023年8月,国家卫生健康委印发《基层卫生健康便民惠民服务举措》,围绕方便居民就医、优化服务提供、简化就医流程、改善服务体验、做好慢病管理、提升签约感受6个方面,提出10条具体措施。《举措》印发后,各地稳步推进10条措施的落实,使患者在就诊时间、就近就医等方面有了更多选择。

一些地方结合实际对便民惠民措施进行了丰富和细化。如,浙江省杭州市将16种慢性病纳入长期处方范围,并分别制订社区临床管理路径;河南省新乡市一些乡镇卫生院设立代理代办办公室,帮助行动不便的老年人和残疾人办理医保补助、更换慢性病证等,以工作人员“多跑腿”换取老年人“少跑路”。8月、9月、12月,国



村民在浙江省湖州市德清县莫干山镇仙潭村卫生室进行健康监测。谢尚国摄

家卫生健康委分别在北京市、广东省广州市、重庆市召开新闻发布会,介绍相关工作进展,推介各地受欢迎、可复制的典型做法。

做实家庭医生签约服务和公共卫生服务同样是提升居民获得感的有效举措。2023年,国家卫生健康委在多次会议上强调,总结推广疫情转段期间家庭医生为重点人群服务的经验,推动家庭医生签约服务尽快实现“六个拓展”,持续提高家庭医生签约率;将提供基本公共卫生服务与落实家庭医生签约服务相结合,将基本公共卫生服务做出实效。

在第13个“世界家庭医生日”前后,国家卫生健康委在全国范围内组织开展“签而有约 共享健康”主题活动,引导居民主动利用基本医疗、公共卫生、健康管理等签约服务,增强居民切身感受,形成签约双方共同履约的良好氛围。

点面结合,推动综合改革

基层长期面临人才短缺、能力不强等问题,随着乡村形态变化和人口迁徙流动等情况的变化,事业发展还将面临一些新挑战,需要通过体制机制改革探索解决方案,推动基层卫生健康服务体系与时俱进。

国家卫生健康委自2021年8月启动基层卫生健康综合试验区建设,先后确定12个县(市、区)为综合试验区,推动改革创新。2023年,国家卫生健康委围绕综合试验区建设先后4次召开工作推进会或经验交流会,不断引导各地互学互鉴、总结经验,持续

稳步推动试验区高水平建设。

各综合试验区党委政府高度重视,先后建立党政主要领导牵头、政府分管领导具体负责的领导机制,开创了县区级党委政府直接领导基层卫生健康工作的先河,推动综合试验区建设取得实效。如,山东省寿光市开展单病种群体管理,组建6个首席医师团队,指导802名家庭医生开展签约服务,有关做法被编入中组部全国干部学习培训教材;四川省泸县新增、统筹211个事业编制建立医共体编制“周转池”,重点保障医疗机构紧缺急需专业技术人才;安徽省滁溪县明确将居民医保基金打包给医共体,建立医共体超支风险分担与结余留用分配机制等。

为支持综合试验区建设,国家卫生健康委积极对接中盖基金设立“中盖试验区项目”,形成符合各地实际、目标清晰明确、可操作落地的项目实施方案,为引导、支持各试验区政策改革和制度创新提供了资金支持。

在紧密型县域医共体建设方面,3年试点取得明显成效。县域内整体医疗服务能力提升;试点地区医疗服务回流县域、下沉基层效果显现;患者就医负担减轻,医保基金使用效能提升。据悉,下一步,国家将推动紧密型县域医共体建设由试点阶段转入全面推进阶段。

巩固衔接,建设健康乡村

脱贫攻坚胜利后的5年过渡期,国家明确对脱贫县保持脱贫政策总体稳定,做到扶上马送一程。