

# 两年前首创全额正式编机制,今年迭代“乡聘村用”——余姚村医入编,改变了什么

本报记者 陈 醉 通讯员 俞玲玲 劳超杰



改造后的新桥村狮子桥卫生室里,医务人员正在进行健康宣教。  
通讯员 诺冰 摄



余姚市人民医院心血管内科的刘刚主任医师在低塘中心卫生院查房并进行教学指导。



通讯员 吴华浓 摄

岑佩佩医生在汪巷村卫生室诊治病人。

通讯员 朱伟丹 摄

“我们村有科班医生坐诊,有点小毛病想配点药,不用再大老远跑镇上卫生院。”日前,在宁波余姚大隐镇章山村卫生室里,看病的村民纷纷给医生竖起大拇指。

村民口中的科班医生,是余姚首批正式编乡村医生。两年前,余姚在全省率先探索全额正式编乡村医生制度。作为浙江今年确定的“县聘乡用、乡管县育”创新行动五个试点县(市)之一,余姚首批28名“县聘乡用”医生目前也已经率先下沉到社区卫生服务中心和乡镇卫生院。不仅如此,他们还在“县聘乡用”的基础上迭代推出“乡聘村用”,推动医疗人才下到更基层的村卫生室。

无论是“县聘乡用”,还是“乡聘村用”,指向的是同一改革命题——创新基层医疗卫生人才的岗位聘用和编制使用机制。

今年,浙江在医疗人才改革领域频频“发声”,出台《关于全面加强浙江省卫生健康领域“三支队伍”建设实施方案》,发起“万医进修”行动、首次启动实施“大学生乡村医生专项计划”等等,推动基层医疗全方位解构与重塑。

余姚的改革创新究竟给基层医疗带来了哪些改变?记者前往探访。

## 破冰:科班医生接班“村室”

余姚四明山革命老区梁弄镇汪巷村常住人口900余人,患有慢性病的老年人偏多。一年前,唯一的村医退休后,村卫生室只能大门紧闭。

村卫生室“后继无人”的窘境,在全省都是一桩“心病”——

以宁波数据为例,目前全市在职乡村医生有1967名,其中60岁以上超过六成。余姚324个“村室”中,60岁以上的村医占78%左右,70岁以上占比超过50%,80岁以上有18人。

如今,这种尴尬正在被打破。

2022年,余姚在全省率先探索出台《关于进一步加强乡村医疗卫生服务体系建设的实施意见》,首次面向社会定向招聘正式编村医,岑佩佩成为汪巷村卫生室有史以来首位“带编”村医。

汪巷村卫生室重开,岑佩佩的“身份”很快传遍小山村:“90后”,辽宁中医药大学毕业,原来在鄞州区百丈街道社区卫生服务中心坐诊,具备主治医师资格……“不出村又能看医生配药咯!”78岁的汪大爷很开心。这几天,他吃着岑佩佩开出的慢性病调理中药,时不时还去“村室”做个理疗,直夸“我们村医真厉害”。

目前,余姚已有28名“带编”村医入驻乡村卫生室,其背后是一场大刀阔斧的改革大戏。

“按每个村卫生室至少一名乡村医生的标准配置,我们专门拿出377个正式编制定向招聘村医,让村医拥有独立正式编制。人员经费由余姚市财政全额拨付,编制则纳入属地乡镇卫生院(社区卫生服务中心)。”余姚市卫健局局长李斌告诉记者。

“独立编制”“财政全额保障”,简单两句话包含了多少乡村医生的渴望。

村医整体待遇偏低、工作环境欠佳、福利保障不到位等问题影响职业“含金量”,难以吸引年轻人。就在今年7月9日,省卫生健康委在杭州召开全省卫生健康人才科教大会,瞄准这个痛点,首次启动实施“大学生乡村医生专项计划”,全力争取对大学生村医的编制支持,力争到2027年招聘大学生乡村医生500名。

细读余姚公布的“正式编村医”招聘细则,不难发现,条件很接地气。比如,虽然要求招聘对象具有相应执业(助理)医师资格,但年龄放宽至40周岁。近年来,余姚已加大乡村医生培养培训力度,目标达45%以上的乡村从业医生具备执业(助理)医师以上资格,这意味着,很多“老村医”也可通过提升自身的专业技能和学历背景,打开进编通道。

今年41岁的张保林是低塘街道黄湖村卫生室的“编外”村医,已经工作11年零9个月。之前,他考取了《执业医师证》,又参加了去年的正式编村医招考,刚好“卡”上年龄线,考上正式编并在今年3月份顺利转正。

“岗位还是原来的岗位,但考上编制后,更安心,更有动力!”张保林一脸满足。同样兴奋的还有张保林所服务的村民。“张医生特别好,每天六七点就开门给我们测血压量血糖、配药输液、看诊调理”“就算是晚上六七点钟,只要在卫生室门口喊一声,他就会出来接诊……”可见,编制不仅仅给予村医认可,给老百姓也带来更好的保障。

中国乡村如繁星般散布,由于近年来人口老龄化不断加剧,各地都存在着庞大的乡村医疗服务需求。从浙江的动作不难看出,做强基层医疗,更好地服务老百姓求医问药,亟需“制度补位”。

## 探索:打造“上通下达”的通道

“吱吱吱”,打印机吐出一张张诊疗单据,长长地拖到地面上。

上午11时许,在余姚市阳明街道新桥村的狮子桥卫生室里,村医陈莹丽忙得头都抬不起来。受伤小伙坐着轮椅来换药、胸闷的大爷前来问诊、慢性病人定时复诊指标……一早就开始工作的她,已经给十几个病人问诊、看病、开药。

就在去年底,陈莹丽还是阳明街道社区卫生服务中心的主治医师,有10多年门诊经历,还考出了中医适宜技术合格证书。今年1月1日,她正式“转岗”到狮子桥卫生室当村医。

陈莹丽的细致和专业很快赢得村民的信任,“村室”门诊量蹭蹭上涨。“我们这里离阳明街道社区卫生服务中心车程不过10分钟,但许多原本在乡镇医院就诊的患者,如今都跟着我来到了‘村室’。”每每说起这,她一脸自豪。

同样是带“编”村医,陈莹丽的路径也是浙江医改迈向“深水区”的新举措。

村医不愿留在基层,除了编制保障,未来发展也是绕不开的“结”。曾经有地方试水实施农村(社区)医学生定向培养计划,结果,第一批招录的大学生最终一个都没留下来。今年,全省推开“大学生乡村医生专项计划”,如何让“带编”村医留得住、干得好,也成为各地探路的方向。

余姚市卫健局组织人事科科长潘旭冲举了一个例子,四明山上的大岚镇,方圆63平方公里,有13个行政村、42个自然村,部分村卫生室服务人员只有一二百人,服务项目主要是配药、基础检查等,对村医自身职业成长不利。

“可见,要人才留得住,就要让他们能成长,这意味着,要从根源上拓展乡村医生职业前景,让村医成为一个吃香的职业。”潘旭

冲说。

今年,余姚尝试将村医定向招聘进行优化,村卫生室人员招聘纳入乡镇一级卫生院后,主动权交给基层,由他们统筹派遣医生下沉“村室”,村医也可“反向”到乡镇医院坐诊、学习,拓宽了执业空间,医务人员有动力“沉得下”,也有渠道“浮得起”。

不久前,省卫生健康委出台举措,助力像村医这样的基层医生成长。根据《浙江省万名基层医生进修三年行动方案(2024—2026年)》,计划从2024年开始,通过3年时间组织全省1万名以上基层医务人员参加进修。

“村医养成”背后是一套多方发力的组合拳。

陈莹丽见到狮子桥卫生室的第一眼,就打破了她对“村室”的偏见。诊前服务区、候诊区、检查检验区、全科诊室、中医阁等一应俱全,进门处还有硕大的电子屏幕用作数字化诊疗。村卫生室还能预约200种左右的检验项目,标本采集后,每天有物流上门来收取送到余姚市临检中心……目前,余姚已在全域展开了“村室”升级工程,至今年底将改造完成189家“村室”,提供良好的执业环境,赋能村医,仅这一项就要投入近4000万元。

除硬件“上新”外,全省县域都已打通了县、镇两级医疗资源,全面赋能村医。一些病患无需再到上级医院门诊办卡、找医生、开检查单、排队检查,在村卫生室都能尽快做相应的检查,这也让村医有更多施展个人能力、造福群众的获得感,大大提升工作能动性。

改革厘清体制,关键是有效把握“人”这一核心要素,当每个人都拼命奔跑,医改自然活力迸发。一组数据可管中窥豹,今年,余姚已有7名来自乡镇医院的主治医师主动报名成为村医,乡村医生从“有”到“优”正照进现实。

## 延伸:县镇村人才“一通到底”

“医生,我胸闷、发慌……”

9月20日一早,60多岁的李某手按着胸口,推开低塘中心卫生院内科诊室大门。坐诊医生刘刚详细询问病情后,立即给他做了心电图检查,结果显示:T波倒置。

“遗传性心尖肥厚型心肌病,目前暂用药物,定期复查。”刘刚凭借多年临床经验和丰富的专业知识,作出诊断。

心脏疾病瞬息万变,心电图等影像诊断又需要相当的经验,基层卫生院受限于设备和技术,以往遇到类似患者大多选择转诊上级医院。余姚市人民医院心血管内科的“王牌”之一、主任医师刘刚的到来,让低塘中心卫生院信心倍增。

跟临时坐诊不同,今年7月开始,刘刚正式转岗至低塘中心卫生院,换了“新身份”。

在中国医疗卫生服务体系中,像低塘中心卫生院这样的乡镇卫生院就是承上启下的枢纽。今年6月,浙江发布《关于全面加强浙江省卫生健康领域“三支队伍”建设实施方案》,在长兴、余姚等全省五地试点“县聘乡用、乡管县育”创新行动,目标到2027年全省县域医共体全面开展“县聘乡用、乡管县育”工作,卫技人员有序流动1000人次以上。刘刚就是在这样的改革背景下,成为余姚的“县聘乡用”医生之一。

“如果说,大学生村医、‘乡聘村用’解决的是医疗‘网底’的缺口问题,那么‘县聘乡用’发力的是‘强技术’。”余姚市低塘中心卫生院院长黄银芳深有感触。

低塘中心卫生院服务周边四个乡镇街道的10余万群众,对心血管专家已盼了多年。

“虽然以前通过医共体等机制,也有专家到乡镇卫生院坐诊、巡诊,但短期坐诊重在‘帮’,不在‘扶’,难以让外来医生和乡镇医生最大化发挥合力作用。”黄银芳坦言。“县聘乡用”改革启动后,他向余姚市卫建局上报人员需求时,“第一志愿”就是心血管专业。

根据余姚出台的“县聘乡用”实施细则,明确余姚市县级公立医院相关专业的中级或以上职称医师,以全脱产形式下沉到余姚基层公立医疗卫生机构,连续工作时间不少于1年。也就是说,骨干医生必须扎扎实实“扎”在基层。

余姚市人民医院心血管内科的下沉医生刘刚,一到低塘中心卫生院,“工作清单”就被排得满满当当。

8月,梳理胸痛救治流程薄弱环节,分级开展全员胸痛急救培训;9月,通过教学查房、坐镇内科病房,随时解决医生们的难题和疑问,并随时讲解以强化院内心电图识别能力、心肌梗死等危重病人的救治能力;10月,常见危重症患者识别、诊治或转诊讲座……

透过这份清单,基层医疗的渴求与期待呼之欲出。可以说,浙江开出的这剂“县聘乡用”药方,注重的正是“对症下药”。

浙江明确要求基层医疗机构紧缺的超声、放射、妇产科等纳入必须下沉的专业范围。像B超诊断医生,全省范围内都是紧缺型人才,而在余姚首批“县聘乡用”医生中,就有4名B超诊断医生。

不久前,国家卫生健康委接连发文,明确建设重点中心乡镇卫生院、县域医疗次中心等,达到二级综合医院服务能力水平,在这个维度上,“县聘乡用”的探索未来还将担负更多的使命。

## 他山之石 外地基层医卫人才使用机制创新做法

泉州:

国家卫生健康委9月20日在福建省泉州市举行新闻发布会,举例介绍了泉州做法。泉州为解决人员编制紧缺问题,探索实行“规模控制、按实核编”管理方式,根据实际开放床位数、医院等级等因素,动态核定人员控制总量。同时,允许公立医院自主招聘,通过绿色通道引聚人才;实行科室行政主任和执行主任“双主任制”,给予适岗人才匹配的待遇。像泉州下辖的安溪县,近年来改革薪酬制度,实行医务人员工资总额管理。据统计,基层医疗机构职工收入与2018年相比,增长了62%,县乡两级医疗机构职工收入差距逐步缩小。

三明:

薪酬制度改革,是稳定基层医疗队伍建设的基础。三明市自2021年以来,探索按健康绩效取酬的全员岗位年薪制,将基本年薪与岗位职责挂钩、绩效年薪与考核结果挂钩,增强健康导向作用,激励医务人员的价值取向和老百姓的健康诉求同向而行,医生的平均年薪由改革前2011年的

5.65万元增加到2023年的19.56万元。

重庆:

2023年,重庆凭借卫生人才“县聘乡用”改革获评全国医改十大新举措。该市明确要求区县医疗机构,每年按照不低于当年新招聘执业医师类人员数量的80%,派遣骨干医生到基层工作。为让人才愿意下、下得去,重庆还创新薪酬机制,“县聘乡用”人员在基层工作一年期间,原单位只发发基础工资并缴存“五险一金”,绩效工资则由“区县医疗机构、基层医疗卫生机构和区县财政各筹资一部分”的方式建立资金池,区县人社、财政部门将全体“县聘乡用”人员作为一个“虚拟单位”,以不低于区县医疗机构平均水平的标准,单独核定绩效工资总量,再由区县卫生健康部门依据人员绩效考核结果发放给个人。

(本报记者陈醉根据新华社等公开报道整理)



低塘街道黄湖村卫生服务站医生张保林上门为病人检查。  
通讯员 严雯雯 摄

余姚全市乡村医生进行推拿类技术实操培训。  
通讯员 张旭东 摄

