



编者按

党的十九大报告明确提出，要“加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设”。2016年，习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调要求树立大卫生、大健康观念，把以治病为中心转变为以人民健康为中心，关注生命全周期、健康全过程，把健康“守门人”制度建立起来。今年1月份，国务院办公厅印发《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》，对改革完善全科医生培养与使用激励机制提出了具体的改革举措。围绕如何实现《意见》中提出的改革目标，我们特约了相关协会负责人、专家、地方领导就此展开三方会谈。

全科医生是指在城市社区卫生服务机构和农村乡镇卫生院执业的综合程度较高的医学人才，主要承担预防保健、常见病多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务，定位为居民健康的“守门人”，也是完成我国分级诊疗中“首诊在基层”的主力军。我国全科医生制度于2011年提出，起步晚，经验少，配套体系尚不完善，学科建设相对滞后，全科医生队伍处于总体短缺状态。

发展现状体现为“三个矛盾”

社会需求旺盛与实际供给不足的矛盾。当前随着经济社会的快速发展，人民群众对卫生健康服务的需求越来越高，对健康服务的期望也逐步由“病后治疗救命”，转向“无病先防、发病早诊早治”，并呈现多元化、个性化发展趋势，因而供给能力不平衡不充分的瓶颈问题愈发明显。另外，截至2017年末，我国60岁及以上人口达2.41亿人，占总人口的17.3%，且老龄化速度呈明显加快趋势。同时，区域疾病谱也发生了重大变化，如以费县为例，2016年、2017年慢性病致死人数占总死亡人数的比例分别为86.8%、88.7%。老年人的健康管理、慢性病人的健康干预，以至全体居民的健康服务，都迫切需要“以疾病为中心”转向“以健康为中心”。承担这一任务的主力军，正是在社区和乡村服务的全科医生，因

中国医师协会全科医师分会会长 杜雪平

社会力量应成为全科诊疗服务的有力补充

我国全科医生队伍现状

近年来，在国家大力支持下，全科医生队伍迅速发展壮大。根据《2018中国卫生健康统计提要》，截至2017年底，我国共有基层医疗机构933024所，其中执业（助理）医师121.4万，占全国执业（助理）医师的35.81%；而全科医生仅25.3万（较2013年增长73.68%），其中取得全科医生培训合格证者为15.6万，注册全科专业者为9.6万（较2013年增长103.02%）；平均每万人口配备的全科医生数由2013年的1.07人增加至1.82人，较英美等发达国家仍有较大差距。

具体来说，目前全国有社区卫生服务中心（站）34652家，乡镇卫生院36551家，村卫生室632057个。平均每家配备执业（助理）医师人数分别为16.5人、12.8人和0.2人，平均机构诊疗人次分别为66407.8人次、30389.2人次及2831.0人次。可见目前

基层医疗卫生机构中乡镇卫生院及村卫生室在数量上居多，但执业（助理）医师配备较少，尤其是多数村卫生室不具备执业（助理）医师，却承担了2831人次的平均诊疗量。因此亟须尽快培养一批能够留在村卫生室的全科医生，改善当地的医生紧缺的现状。在地域分布方面，58.58%的社区卫生服务机构集中分布于东部地区，中部与西部分别仅占22.30%和19.12%。

社会力量对基层诊疗工作的作用

针对全科医生供需存在的巨大缺口，目前，我国已形成了包含全科医学学位教育、全科医生规范化培养及继续教育等较成熟的全科医生培养体系。除此之外，应充分发挥社会力量在全科诊疗服务中的作用，以形成有

力补充。

相关学术组织。目前我国全科医生数量虽较前明显增加，但仍存在较大的缺口，且有近三成尚未取得全科医生培训合格证。因此在政府加大培训力度的基础上，迫切需要全科医学的行业学会共同努力，通过多种途径培养全科医生、提高基层医疗机构的服务能力。目前我国全科医生已拥有自己的学术组织如中国医师协会全科医师分会、中华医学会全科医学分会等。这些行业协会及学会可协助政府制定行业规范，并通过发表和更新指南或专家共识等，为全科医生提供日常工作的权威依据。可为全科医生搭建良好的培训和交流平台，推动全科医生规范化培养、师资培养、转岗培训、继续教育、与国际全科医生的相互学习交流等。由于掌握全国各地的行业现状，也可作为行业代表，向政府部门反映业内运行状态、存在问题、政策需求等，使政府可以有的放

矢，有针对性地解决问题和提供支持，从而提高全科医生的数量和质量，推动基层医疗机构发展。

慈善组织及社会企业。慈善组织及地方企业可通过投资、捐赠医疗器械、药品等方式支持当地基层卫生医疗机构。一些全国性组织或企业也可利用自身网点覆盖面广的优势，协助各地全科医生共同开展大范围人群研究，或搭建基层医疗机构全科医生与综合医院专科医生的桥梁，促进全科与专科的科研合作，在科研领域推动基层医疗机构的发展。

互联网公司。我国基层医疗资源分布具有明显的地域差异，东部好于西部，城市优于农村。借助技术优势，互联网公司可为远程会诊、远程培训等提供支持，将优质医疗资源集中地区的专科和全科专家通过互联网“空投”到医疗卫生资源短缺的地区，提高当地基层医疗机构的诊疗能力。也可通过开发相关软件，如健康

教育、医疗信息查询、电子健康档案、疾病风险评估、在线疾病咨询、电子处方等多种形式搭建全科医生与居民间的桥梁，方便医患沟通，提高基层医生的诊疗效率。

另外，关于社会办基层诊所。目前，国内的社会办基层诊所多为个体私人诊所，以基本医疗为主。现在已逐渐承接国家基本公共卫生服务，如儿童免疫规划，妇女保健等，享受国家基本公共卫生政策资金。但服务数量和质量与公立基层医疗卫生服务机构还相差甚远，尤其是儿童免疫规划质量堪忧。其全科医生匮乏，没有吸引高质量全科医生的职业发展平台，包括晋升职称、科研教学、进修学习等。因此，对于国内少数民族偏远地区来说，应加大政府监督及管理，提升基层医疗卫生机构人力资源配置，加大全科医生或助理全科医生的培养，而不能将关注点仅仅放在硬件改造上。

山东省费县县委书记 程守田

从基层视角看全科医生数量不足问题

而这群体数量严重不足、工作机制不完善的短板问题显得尤为突出。

高质量服务需求与低层次发展水平的矛盾。鉴于全科医生的职能作用，对其业务能力和综合素质的要求也要高于专科医生。但目前基层的全科医生中，只有极少数是高校培养的“5+3”（5年本科、3年全科规培）全科医生，大多数是由专科医生通过转岗培训取得岗位资格。而且，第一学历构成中以专科、中专为主，职称构成也大多集中在初级、中级，整体学历职称相比专科医生偏低。全科医生发挥作用的两个主要平台：一是家庭医生签约服务，目前与多数家庭签订的是免费服务包，服务项目有限；二是分级诊疗制度，相应的工作机制尚未完全建立起来，全科医生服务质量整体不高。

政府高度重视与医务人员积极性不高的矛盾。2011年，国务院印发《关于建立全科医生制度的指导意见》；2018年初，国务院办公厅印发《意见》；各级也从行政指导、政策引导的角度出台了系列指导性意见。但是，由于基层全科医生属于新设专业类别，配套机制不完善，在实际收入、社会认可度上都要低于同级临床专科医生，造成医务人员从事全科医生的意愿不高。比如有的地方有专科医生参加了转岗培训但中途放弃，并且现有全科医生也多数从事临床专科岗位。

三个主要制约因素

培养周期偏长。全科医生在培养的过程中，需要接受比专科医生更加广泛而漫长的医学训练。目前，我国培养全科医学主要为“5+3”本科模式和“3+2”专科模式，经过5年或3年高等医学院校教育，再进行3年或2年全科医生规范化培训，至少5年才能培养一个全科医生。再加上这是一门新兴专业，招生规模有限，短期内全科医生数量

不足的问题难以得到根本性解决。

培养模式不活。虽然部分高校开设了全科医学专业，但由于起步晚，学科建设还处于摸索提升阶段，培养规模也有限，难以满足实际需求。为弥补人员短板，很多地方采取专科医生转岗解决，参训人员接受1个月的理论培训、10个月的三级医院带教培训、1个月的县内实践基地锻炼，这种模式培养的全科医生工作水平参差不齐，整体效果不够理想。

岗位吸引力不足。全科医生主要面向基层服务，就业在乡村，而目前城乡在基础设施、公共服务等方面的差距依然明显，全科医生在生活环境、工作条件、个人待遇、职业前景等方面都面临诸多现实问题。首先，受就业方向限制，在高校招生时，全科医学专业就缺乏吸引力。其次，在医学院校毕业后就业时，乡村医疗机构依然会错失多数优秀人才。再次，相当一部分在基层就业的全科医生，积累一定经验后就会跳槽，近年来城市医院虹吸了大量基层人才。

建议从三个方面重点着力

国务院《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》提出，到2020年，我国城乡每万名居民拥有2—3名合格的全科医生。据国家卫健委统计，截至2017年底，我国培训合格的全科医生已达25.3万人，每万人口拥有全科医生1.8人，5年来总人数增长了1倍，但地域分布不均衡的问题突出。如江苏、上海、北京、浙江等4省份每万人口拥有全科医生数高于3人；陕西、江西、辽宁等7省份低于1人；21个省处于全国平均水平以下，其中包括山东、河南、四川等人口大省。全科医生培养和队伍建设，需要在政府部门的主导下，多方共同努力，多策并举推进。

拓宽培养渠道。在以学校教育为主、转岗培训为辅的现有全科医生培养模式的基础上，探索更多形式的培养渠道，以弥补全科医生空缺岗位。扩大医学院校的全科医学专业招生规模，每年招收数量不低于当年招收计划的20%，并适当增加“3+2”模式的全科医生培养数量，缩短培养周期。加大转岗培训力度，原则上在基层医疗机构执业的所有专科医生都要经过培训加挂全科医学执业资质，鼓励城市医院的专科医生参加转岗培训并下沉乡村服务。探索全科医生特招办法，引导具备执业资质的乡村医生、个体行医等社会群体参加全科医生培养培训，扩充人员总量。

加大培养补助。建立全科医生公费培养制度，农村订单定向免费培养医学生优先保障全科医学专业，对在读大学生由各级政府按比例承担学习费用，并给予生活补助。对“5+3”“3+2”模式培养的全科医生，与基层医疗单位签订就业协议，其后续规范化培训期间，由政府出资“带薪培养”。对参加转岗培训的基层医疗机构在职人员，由政府全额承担学习费用，并发放生活补助。

保持队伍稳定。参照教师、护士等岗位补贴政策，实行全科医生岗位补贴政策；督促基层医疗机构完善考核评价和绩效工资机制，优先向全科医生倾斜，提高经济待遇。注重选拔优秀全科医生兼职管理岗位，落实优先晋职晋级、评先树优等激励政策，增加职业荣誉感。基层医疗机构招聘技术人员时，单列全科医学专业招考计划，给予放宽学历限制、降低录取分数线等倾斜政策，同时要签订服务协议，规定最低服务期限。城市医院招聘引进基层在岗全科医生的，要根据所在基层医疗机构的实际需求，通过下沉帮扶、上挂提升等手段，帮助基层填补人才空档，承担同等责任。

浙江大学公共管理学院副教授 何子英

着力于构建全科医生发展的有利宏观环境

习近平总书记指出：“没有全民健康，就没有全面小康。”党的十九大报告明确提出：“深化医药卫生体制改革，全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，健全现代医院管理制度。加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设。”长期以来，基层医疗卫生机构服务能力不足、医技力量薄弱等问题，严重影响了我我国分级诊疗体系的构建和全民健康覆盖的实现，是导致“看病难，看病贵”的主要原因之一。进一步创新体制机制，加强全科医生队伍建设，夯实基层医疗卫生服务网络，提升基层医疗卫生服务能力，已然成为当前我国全面深化医药卫生体制改革的主要任务和关键环节。有鉴于此，《意见》重点围绕全科医生的培养与使用，进一步提出了一系列具体改革举措。

近年来，随着我国“健康中国战略”的深入实施，政府对基层医疗卫生服务体系建设的投入不断加大，同时推行了以补偿机制和绩效工资制度改革为核心的基层医疗卫生机构运行机制综合改革，逐步引入和实施了分级诊疗、基层首诊和家庭医生签约服务等现代医疗卫生制度，以及加快探索建设城市医疗集团和县域医共体以促进优质医疗资源向基层下沉。这些制度机制、政策举措的引入和实施，一方面凸显了建设一支强大的基层全科医生队伍的迫切需求，另一方面也从不同的面向形成合力，推进了基层全科医生队伍建设。总体而言，目前我国的全科医生队伍建设取得了一定的成绩，对于推动分级诊疗、促进基层首诊的作用开始初步显现，全科医生作为居民“健康守门人”的功能角色也逐步确立，但离预期的目标仍有一定差距，实际效果也并不十分理想，诸如全科医生岗位吸引力不足、职业认同感不强、居民信任度不高、签约服务流于形式等问题依然比较突出和严峻。

从长远来看，要建设一支让群众信任、患者满意、服务优质而高效的全科医生队伍，应重点构建一个有利于扩大全科医生作为医疗资源供给的宏观环境。首先，改革完善高等医学院校的全科医学教育和培训制度，创新全科方向的医学生的招考和培养方式，加强全科医学课程体系和师资力量建设，从医学人才的供给这个根本上解决全科医生资源不足的问题。其次，尽快落实“建立符合医疗行业特点的人事薪酬制度”，理顺分配关

系，合理提高医务人员的工资水平和福利待遇，完善公立医疗机构的财政补偿、服务购买、医保支付等机制，建立正向激励结构，通过体面的工资收入来广泛吸引人才学医从医。再次，为医务工作者营造一个更加安全的执业环境，严厉打击医闹和暴力伤医事件，维护医疗秩序稳定，切实保障医务人员的人身安全，正确引导社会和网络舆论，建立和加强对不实医疗新闻报导的问责或处罚机制，推动构建和谐医患关系，推动形成全社会尊重医务人员的良好氛围。

从当前来看，解决岗位吸引力不足、职业认同感不强、居民信任度不高、签约服务流于形式等实际问题，具体可以从以下几个方面着手：第一，改革创新基层医疗卫生机构的补偿机制，如浙江近年来着力推行“专项补助与付费购买相结合、资金补偿与服务绩效相挂钩”的新型补偿机制，从过去的“养人养机构”切实转变为“养事养服务”，取得了比较明显的改革成效，浙江基层医疗卫生机构的服务质量和运行效率、医务人员的工作积极性及其薪酬待遇较之过去均有显著提高。第二，进一步优化基层医务人员薪酬分配和绩效工资制度，适当扩大基层医疗卫生机构的内部分配自主权，分配重点向全科医生倾斜，全面缩小全科医生与专科医生之间的收入差距，可专门设立全科医生津贴，逐步实现基层全科医生工资收入不低于县级医院同年资医师工资。第三，医保基金支付方式和服务模式与绩效激励机制等，重点着力于提升家庭医生签约服务的内容与质量，探索个性化、多元化的服务套餐定制和有偿供给，明确家庭医生签约服务在分级诊疗中的基础作用及签约对象可享受到的相应的优先权利。第五，制定基层全科医生继续教育和培训行动计划，全面取消全科医生晋升高级职称的外语、计算机、论文等门槛限制，适当扩大基层医疗卫生机构的高级职称岗位设置比例，并结合当前的县域医疗共同体建设，将基层全科医生的编制身份、人员流动、岗位调整等全部纳入县域一体化管理。