

基层医疗卫生机构人才状况调查报告

按照局党组的统一安排，局人事科会同沧州医专有关人员于近期对全市基层医疗卫生机构人才状况开展了专题调研。人事科先对各县（市、区）人才状况进行了全面摸底调查，随后又选择了3个县（区）进行实地调研，调研期间分别与县（市）卫生局、县级医院、乡镇卫生院有关人员进行了座谈。通过调研和摸底，基本摸清了基层医疗卫生机构人才状况。

一、全市基层医疗卫生机构人才状况

截止2014年10月底，全市县级及以下医疗卫生机构在编人员11915人，其中专业技术人员10285人，非专业技术人员1630人。非在编聘用人员5396人，其中专业技术人员4774人，非专业技术人员622人。

（一）沧州市县级医院人力资源现状

1. 沧州市所辖县级医院共有卫生技术人员（含不在编3862人）10084人，卫生技术人员占服务人群比例1.75/千人。

2. 在县级医院卫生技术人员中，以大专和本科学历为主，分别有4921人、3355人，占48.80%、33.27%；硕士研究生仅62人，占0.61%。（学历构成见表1）

表 1 沧州市县级医院卫生技术人员学历构成

学历层次	人数（例）	百分比（%）
硕士	62	0.61
本科	3355	33.27
大专	4921	48.80
中专	1555	15.42
高中及以下	191	1.89

具有执业（助理）医师资格的卫生技术人员 4033 人。执业（助理）医师人数较 2012 年调查时增加近千人。无执业资格 1852 人，占乡县级医院技术人员总数的 18.36%。（执业资格构成见表 2）

表 2 沧州市县级医院卫生技术人员执业资格构成

执业资格	人数（例）	百分比（%）
执业（助理）医师	4033	39.99
执业护士	4199	41.64
无执业	1852	18.36

县级医院卫生技术人员职称构成以初、中级职称为主，初级共 5585 人，占 55.38%；中级职称 2845 人，占 28.21%；副高级

职称 410 人，占 4.07%；无职称人员 1216 人，占 12.06%。（职称构成见表 3）

表 3 沧州市县级医院卫生技术人员职称构成

职称层次	人数（例）	百分比（%）
正高	28	0.28
副高	410	4.07
中级	2845	28.21
初级	5585	55.38
无	1216	12.06

（二）沧州市乡镇卫生院医生人力资源现状

1. 沧州市所辖 170 个乡镇卫生院共有卫生技术人员 4975（含不在编 912）人，卫生技术人员占服务人群比例 0.49/千人。

2. 在乡镇卫生院 4975 名卫生技术人员中，学历以中专为主，中专学历 2329 人，占 46.81%；其次为大专学历的卫生技术人员 1929 人，占 38.77%；而本科学历的卫生技术人员 428 人，仅占乡镇卫生院技术人员总数的 8.60%；无学历 314 人，占 6.31%。（学历构成见表 4）

表 4 沧州市乡镇卫生院卫生技术人员学历构成

学历层次	人数（例）	百分比（%）
本科	428	8.60
大专	1929	38.77

中专	2329	46.81
高中及以下	314	6.31

具有执业（助理）医师资格 2717 人，占 54.61 %。无执业资格 1594 人，占乡镇卫生院技术人员总数的 32.04%。（执业资格构成见表 5）

表 5 沧州市乡镇卫生院卫生技术人员执业资格构成

执业资格	人数（例）	百分比（%）
执业（助理）医师	2717	54.61
执业护士	682	13.71
无执业	1594	32.04

乡镇卫生院卫生技术人员职称构成结构中，以初级职称为主，共 3419 人，占 68.72%；中级职称 570 人，占 11.46%；副高级职称 12 人，占乡镇卫生院技术人员总数的 0.24%；无职称人员 1002 人，占 20.14%。（职称构成见表 6）

表 6 沧州市乡镇卫生院卫生技术人员职称构成

职称层次	人数（例）	百分比（%）
副高	12	0.24
中级	570	11.46

初级	3419	68.72
无	1002	20.14

（三）沧州市村医现状

1. 沧州市现有村医 11043 人，学历以中专为主，中专学历 7469 人，占 67.64%；其次为高中及以下 2850 人，占 25.81%；而大专学历 707 人，仅占村医总数的 6.40%；本科学历 18 人，占 0.16%。（学历构成见表 7）

表 7 沧州市乡村医生学历构成

学历层次	人数（例）	百分比（%）
本科	18	0.16
大专	707	6.40
中专	7469	67.64
高中及以下	2850	25.81

具有乡医证 8811 人，占 79.79%；具有执业医师（护士）资格 2130 人，占 19.29%；无执业资格 102 人，占 0.92%。（执业资格构成见表 8）

表 8 沧州市乡村医生执业资格构成

执业资格	人数（例）	百分比（%）
------	-------	--------

执业（助理）医师	2004	18.15
执业护士	126	1.14
乡医证	8811	79.79
无执业	102	0.92

二、存在的主要问题

多年来，我市采取了多项积极有效措施加强基层医疗卫生队伍建设，如：2007—2009年将全市乡村医生全面轮训一遍，近几年每年对乡镇卫生院工作人员、村卫生室工作人员、社区卫生服务人员的专业培训，开展了对口支援、城市医生晋升中高级职称前到基层服务一年活动，部分县（市）开展了招聘执业医师活动等等，但由于历史欠账多，地区经济社会发展不均衡，基层人才状况在县、乡、村三级均存在一些不容忽视的问题。

（一）卫生专业技术人员总量仍然不足。2014年，全市有农业人口576万，按照《河北省卫生资源配置标准》（2011-2015）的最低标准，到2015年，县级医院至少应配备各类卫生专业技术人员21772人，疾病预防控制人员806人，卫生监督人员576人，妇幼保健人员1094人，乡镇卫生院专技人员5760人。目前，县级医院实际配备10084人，疾病预防控制人员708人，卫生监督人员324人，妇幼保健人员830人，乡镇卫生院专技人员4975（含不在编912人）人。各单位普遍感到人手紧张。

随着医改深入推进，医保覆盖面逐年扩大，基层群众就医需求空前释放，县级医院住院病人明显增加，由于人员没有得到及时补充，临床医护人员大多超负荷工作，甚至有部分医护人员要同时管理十几个住院病人。在这种状态下，一方面不能使住院病人得到悉心照料，另一方面也严重透支了医护人员的健康。同时，由于医院人手紧张，周转不开，科室人员外出参加进修培训的机会也大大压缩。

随着医改深入推进，乡镇卫生院承担的公共卫生职能大幅增加，现有人员配置已远不能满足工作需要。以慢性病管理为例，《国家基本公共卫生服务规范》要求每年至少开展4次的面对面随访，此项工作由乡、村两级承担，工作人员反映：如果严格按规范操作，基本上没有时间再从事诊疗服务。

（二）基层医疗卫生队伍结构不合理，人才补充渠道不够畅通。从上述8个附表中可以看出，基层医疗卫生机构的学历层次普遍偏低，拥有本科以上学历和高级职称人员绝大部分集中在县级医疗卫生机构。年龄梯队结构也不尽合理，如县、乡两级专业技术人员中有相当比例的年龄都集中在36-44岁之间，如果新鲜血液补充不及时，这部分职工退休后将严重青黄不接。造成现有人员集中在一个年龄段，年龄梯队断档，影响了卫生事业的可持续发展。另一方面，不少单位反映近些年来很少公开招聘医学院校毕业生。尽管《河北省事业单位公开招聘工作人员暂行办法》

（冀人社发〔2011〕9号）和《沧州市事业单位公开招聘工作人员实施办法（试行）》（沧人社字〔2011〕133号）已经出台，并且将每年5月份定为公开招聘时间，但由于受各种实际困难制约，各县（市）的公开招聘工作开展的很不均衡，有的县10来年没招过人。

（三）人才外流现象在部分地区较为常见，高层次人才引进普遍困难。县级医院人才外流现象在沧州市周边地区较为常见，乡镇卫生院人才流动到县级医院在各地均有发生。人才外流给基层单位的发展造成严重影响，外流人才多为医院培养多年的业务骨干、学科带头人，一旦流失将对其原单位的学科建设造成重创，短时间内无法恢复到原水平；另一方面，流失的人才在当地均具有良好的口碑，拥有较为固定的患者群，流走的同时往往将当地的患者群也一并带走，这不仅给原单位造成了经济损失，无形中也给当地群众增加了看病负担。

高层次人才引进困难主要体现在重点院校本科生和硕士以上学历研究生引进困难。经调查，目前大中专毕业生在就业时都将就业后的身份编制能否落实作为重要的考虑因素，在县级及以下机构表现更为突出，甚至在青年男女谈婚论嫁时都将是否有编制作为重要条件。在现行的制度框架内，硕士以上研究生可以不用参加事业单位统一招聘而直接选聘到县级医疗机构工作，但由于受县级医院客观条件所限，硕士研究生多不愿到县级医院工

作。而令县级医院心仪的重点院校的优秀本科生却不在选聘范围内，在就业政策上没有特殊待遇，在外地解决编制的吸引下，他们多流向能直接解决编制的地区。因此，近几年形成了县级医院新进人员以三本学历为主的局面。

（四）专业技术人员知识更新存在实际困难。专外出进修学习是专业技术人员获取新知识的主要途径，在实际工作中基层专技人员外出进修尤其是长时间脱离岗位进修学习存在三个方面的实际困难：一是由于基层医疗卫生机构人员紧张，工作量大，外出进修势必会影响所在科室工作正常运转；二是基层单位在送出学习时心存顾虑，有的专业技术人员进修学习后要求调离原单位；三是外出进修学习期间一般只发给档案工资，直接影响了进修人员的经济收入。

（五）乡镇卫生院现行的绩效分配机制降低了职工工作积极性。乡镇卫生院工作人员反映当前的绩效分配机制拉不开收入差距，奖励性绩效工资所占比例偏低，干多干少、干好干坏对收入影响不大，影响了职工的积极性，尤其降低了骨干人员的工作积极性，再加上公共卫生任务量的增加，一些单位出现了把病人推向上级医院的现象。

三、对策建议

（一）区别单位性质和职能，分别落实相应的措施。对由县级财政负担的，承担政府职能和公共卫生职责的疾控机构、卫生

监督机构和妇幼保健机构，应依据当前经济社会发展需要重新调整编制总量。并落实好定期招聘制度，及时补充事业单位工作人员。在公开招聘工作中，面向社会公开选聘人员的条件适当放宽，将重点院校的优秀本科毕业生通过选聘的方式吸引进来。

对县级医院和乡镇卫生院政府有关部门要敢于放权，将用人自主权放给基层院长。允许基层单位在用人方式上更有灵活性，实行竞聘上岗、按岗聘用、合同管理，全面推行聘用制度和岗位管理制度；建立能上能下、能进能出的竞争性用人机制，实行定编定岗不定人，变身份管理为岗位管理，变终身制为合同制。

赋予基层院长绩效分配的权力，基层院长可根据实际情况调整奖励性绩效工资比例，合理拉开收入差距。基层医疗卫生机构收支结余部分可按规定用于改善待遇，调动医务人员积极性。健全完善绩效考核办法，实行考核结果与职工收入挂钩，提高奖励性绩效工资比例，实行同工同酬，无论是否在编，均实行按岗定酬，多劳多得；体现多劳多得、优绩优酬，合理拉开收入差距，充分调动医务人员的积极性。

（二）继续实施对口帮扶相关政策。继续实施“万名医师支援农村卫生工程”，进一步完善城市医生晋升职称前到农村医疗机构服务一年政策，根据基层医疗卫生单位实际需要选派下乡医生，进一步加强对下乡医生的监督和管理。使下乡人员切实发挥出“服务一方百姓、带动一个专科、培养一名医生”的作用。

（三）加强基层医疗卫生队伍服务能力建设。组织实施农村卫生人员培训项目，加强对在岗人员的适宜技术、适宜技能、基本公共卫生知识培训，确保乡镇卫生院人员每五年轮训一遍，鼓励医务人员参加在职学历教育和继续医学教育。建立定向培养机制。与医学院校合作从农村高考生中招收定向培养学生，签订定向培养协议，在校期间免收学杂费，毕业后至少到乡或村级医疗卫生机构服务三年以上，服务单位新进人员优先从定向生中符合条件的人员中录用。协议学校为定向生设置专门课程，增加全科医学知识和公共卫生知识等农村急需的、实用的课程。