

# 村来村去共同帮扶 筑牢基层健康服务网

四川乐山市通过举办“民族医士班”，为每一个贫困村免费培养一个村医；通过对口帮扶，提高县域健康服务能力

## 问计民生

□ 本报记者 任丽梅

“2017年我就开始在这里工作。每天上午在卫生室坐诊，下午入户给村民作一些健康检查或其他随访。我的家也在这里！”

在四川省乐山市马边彝族自治县后池村宽敞明亮的村卫生室里，村医潘志美正在电脑前忙着整理病人的健康档案。她很年轻，但已经在这里干了近两年时间。

马边彝族自治县是国家级贫困村，后池村也是2018年12月通过易地搬迁刚刚建成的新村。中央纪委在后池村担任驻村“第一书记”的穆伟告诉记者，自从村里有了这个卫生室，全村百姓看病都很方便。尤其村卫生室和老年驿站、村幼儿园都建在一起，老人和孩子们的卫生保障都很及时。

四川乐山市市委常委、副市长胡强强表示，为了实现贫困人口基本医疗有保障，乐山市通过举办“民族医士班”，为每一个贫困村免费培养一个村医；通过对口帮扶，提高县域健康服务能力。如今，乐山市不但实现全市贫困人口医保参保率100%，贫困地区医疗卫生机构达标率100%，一支“本土化”“留得住”“用得上”的“永久牌”村医队伍成为全市医疗卫生服务体系坚实的“网底”。

## 补短板 夯实质网底

6月23日，国务院扶贫开发领导小组会议审议通过的《关于解决“两不愁三保障”突出问题的指导意见》明确要求，贫困人口基本医疗有保障，常见病、慢性病能够在县乡村三级医疗机构获得及时诊治。

然而记者在采访中却发现，虽然2011年国务院办公厅就发布《关于进一步加强乡村医生队伍

建设的指导意见》，强化村医队伍建设，但受各种因素影响，很多地方的村里还是没有个村医。有调查发现，全国目前还有1022个行政村没有卫生室、6903个卫生室没有合格的村医。不过，记者在四川乐山市采访中看到，乐山市从补短板开始，2013年在全省率先实施“一村一医”人才战略，举办了“民族医士班”“乡村医士班”，加快培育“本土化”乡村医生，为进一步健全村级健康服务“网底”进行了积极探索、实践。

胡强强介绍，多年来，乐山市在健康扶贫方面取得一定成效，但基层卫生机构服务能力建设形势依然严峻，民族地区是短板，村级卫生服务是弱项。2013年，乐山市普查发现，全市2032个行政村中，有近500个村没有乡村医生，而缺少村医的主要原因是“招不来、引不进、留不住、考不上”。为此，乐山市委、市政府高度重视，先后投入1520万元，依托乐山职业技术学院和成都中医药大学附属针灸学校联合办学，定向为峨边彝族自治县、马边彝族自治县、金口河区、沐川县培养200名中专学历的医学生。学员全部从“两边一区一川”没有乡村医生的“空白村”中选送，每村选送1个年龄在20岁左右、具有初中及以上学历的人员。2016年7月、2017年7月，两批学员毕业后都回到户籍所在行政村从事乡村医生工作，乐山市民族地区率先实现了“一村一医”之民生目标，有效缓解了民族地区农村群众看病难题。

2016年，乐山市补短板、强弱项从民族贫困地区拓展到非贫困地区，面向市内其他非民族地区招收了3届“乡村医士班”。目前，全市总共免费定向培养474名乡村医生，实现了全市村村有村医。

## 建机制 留住村医

“我很高兴自己能够成为

一名乡村医生。未来，我弟弟也会是一名村医。我已经考上大专，继续学习，提高我这个村医的服务水平。”

在马边彝族自治县下溪镇珍珠村，村医周伟超一提起参加“民族医士班”的学习，很自豪。周伟超说，现在不仅能给村里的人看病，加上奖励去年还获得7万多元的好收入。

国家卫健委扶贫办主任、财务司司长何锦国表示，村医招不进、留不住，一个最重要的因素就是工作量太少、待遇低，没有吸引力。

四川乐山市卫健委主任夏玲介绍，为了打造一支“本土化”“留得住”“用得上”的“永久牌”人才队伍，乐山市按照“村来村去”原则，从无乡村医生的“空白村”中选送符合条件的学员。上学之前就签订“乐山市民族地区定向培养乡村医生服务协议”，毕业后按照服务协议，回到原村从事乡村医生工作。

成都中医药大学附属医院针灸学校分管教学的副书记苏萍告诉记者，考虑到这批学员是未来的村医，学校专门研究了中医专业教学计划和培养目标，将中医适宜技术和公共卫生管理及知识技能纳入教学大纲和教学内容，设置课程30多项，确保学员能够对常见病、多发病等进行基本的诊治和急救处理。

夏玲说，为了让学员安心学习，市、县财政出资480万元，不仅免除了学费，在校学习期间的住宿费、书本和资料费也全免，并发给每人每月生活补贴300元。在场所保障上，从2016年起全市按照每个村卫生室7万元建设标准，共投入资金4011万元进行了村卫生室建设，全面消除卫生室空白村。当然，为了保障他们的收入待遇，市卫健委严格落实基本药物制度经费、基本公共卫生均等化服务经费的40%下沉补助政策以及基本医疗服务收入和各项补助等。

夏玲强调，未来，乐山市卫健委持续实施已毕业乡村医生培训计划，通过组织进修学习，鼓励、支持参加高考试题，提升学历教育等方式，实现村医培训全覆盖。

“凡年度考核为优秀和合格的村医，县政府每人分别奖励1万元和0.5万元。”马边彝族自治县县委书记郭正强告诉记者，为了鼓励乡村医生积极从事计划生育、健康扶贫政策宣传、基本公共卫生和基本医疗服务，县政府根据乐山市的《关于建立乡村医生准入退出机制和完善养老保障的指导意见》，出台了《马边彝族自治县实施卫生计生人才振兴工程九条措施》，建立乡村医生退出保障机制和各种激励机制，不仅稳定了村医，还调动了他们的积极性。

## 共帮扶 提升能力

“根据刚才B超的检查，我建议这个病人应该住院，再进一步明确诊断。”7月4日下午，一场远程B超会诊分别在四川大学华西医院和马边彝族自治县人民医院举行。

据华西医院宣传部副部长周亮介绍，为了让贫困人口常见病、慢性病能够在县乡村三级医疗机构获得及时诊治，华西医院于2016年4月对马边彝族自治县人民医院进行对口帮扶，派驻院长、副院长各1名

长期驻点县人民医院，教授、副教授各1名定期（每月一周）到马边县人民医院指导工作。3年来，在华西医院的全力帮扶下，马边彝族自治县人民医院呼吸内科、心血管内科、儿科均建成四川省县级医院临床重点专科；骨科加入华西骨科联盟，实现与华西骨科间在双向转诊、人才培养、科学研究上的协作与资源共享；急诊科已经成为马边彝族自治县辖区内120区域调度中心，并加入华西急诊学科联盟。组建消化内镜室、建成远程教学与会诊系统、

建设血液透析中心、成功创建二级甲等医院，如今的马边彝族自治县人民医院突破多个“空白”，县域医疗服务水平全面提升。

统计显示，马边彝族自治县人民医院2018年实现了建院74年发展史上的重大突破，医院门诊和住院同比增加17.71%和22.68%，大病不出县第一次有了突破，有效满足了全县老百姓对高质量医疗服务的需求。

“现在，我带着平板，随时都可以处理县医院发送过来的病理片子。”在乐山市人民医院的病理科，韩爱军大夫兴奋地告诉记者，通过他们的帮扶，乐山市金口河区人民医院和美姑县人民医院都可以开展病理检查了，而这对于一些癌症的早发现和及时治疗很有意义。

据了解，2015年以来，乐山市人民医院牵头金口河区人民医院，结对共建四家基层医院，投入各类经费600万元，通过推进“5+2”在线帮扶，实现远程影像覆盖35家基层医疗机构、远程超声覆盖4家基层医疗机构、远程检验覆盖39家基层医疗机构，远程心电图覆盖233家，贫困县的医疗服务水平与能力在帮扶中得到提高。

胡强强说，乐山市通过实施医疗救助扶持工程、公共卫生保障工程、医疗服务能力提升工程、卫生人才培植工程和“一村一医”人才战略，以及落实“十免四补助”“一站式服务”“先诊疗后结算”等救助政策，全市已累计救助贫困人口16万余人次，达5000余万人次，实现贫困患者住院、慢性病门诊维持治疗费用个人支付占比控制在4.7%和5.1%。截至目前，全市已有两个贫困县顺利实现脱贫摘帽，贫困村减少至33个，贫困人口下降至1.26万人，贫困发生率降低至0.5%，因病致贫减少至1600多户。



马边彝族自治县下溪镇珍珠村村医周伟超正在给病人诊脉。 本报记者 任丽梅 摄

## 评说

# 高空抛物考问社区治理水平

□ 王立彬

高空抛物被称为“悬在城市上空的痛”。痰液、剩饭、污水及花盆、铁钳、锅铲不时“从天而降”，不仅威胁市民生命安全，还污染环境、危害公共安全，成为城市管理、社区治理一大顽症。各地援引法律、严肃惩戒，加装监控、威慑预防，但有关事件有增无减。

西安某小区近日还成立了一支“妈妈防空队”，对相关事件进行拍照录像、留取证据等。据报道，这支“防空队”已形成一定震慑力。这对我们的基层组织和社区工作是一个启示。

社区是城市治理“最后一公里”，是党委和政府联系群众、服务群众的神经末梢。社区人口越来越多，楼房越建越高，社区治理水平也要更上一层楼。党中央高度重视社区工作，中共中央办公厅《关于加强和改进城市基层党的建设工作的意见》强调，充分调动居民参与积极性，形成社区治理合力。可以说，改革创新基层治理方式，提高社区治理能力，是根治高空抛物等“城市病”的根本遵循。

妈妈们行动起来，基层党组织与社区机构也要动起来。城市管理和服力量要下沉，尽快把工作重心转移到基

层组织建设上来，转移到社区公共服务、公共管理、公共安全工作上，从基层干起来，从居民操心事、烦心事、揪心事抓起来。建设与邻为善、以邻为伴、守望相助的社区，对高空抛物等不良行为釜底抽薪。基层党组织要敢担当、有作为，督促业委会和物业服务企业履行职责，依法保护业主合法权益；推进党务公开和民主管理，发挥自治章程、居民公约的积极作用，弘扬公序良俗；充分运用网上社交平台，引导居民密切日常交往、参与公共事务，引导居民崇德向善；把居民维护公共利益的情况纳入社会信用体系，基层组织参与社区治理的情况纳入绩效评价……总之，要通过法治、德治、自治的有机融合去根治陋习。

“同住一栋楼，相逢不点头。”城镇化快速推进，深刻改变我国城市社会结构。不少人未完全适应城市生活方式，社会公德观念淡薄。某地陋习排行榜中，高空抛物与乱扔垃圾齐名。在街头乱扔垃圾的，跟高空抛物的很可能就是同一个人。

不是每个人都住在高层，但是每个人必然会从地面走过。当你从楼下走过时，不妨想想上楼之后该遵循什么样的行为准则。

# 整治婚丧陋俗须标本兼治

各地相继出台规章制度并加强宣传教化

□ 郭强 梁军 周楠

近日，中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于加强和改进乡村治理的指导意见》，明确提出全面推行移风易俗，整治农村婚丧大操大办、高额彩礼、铺张浪费、厚葬薄养等不良习俗。

新华社记者在大部农村调查发现，在各地大力整治下，当前盲目攀比、大操大办现象有所好转，但仍存在进一步“降温”空间。基层干部群众和有关专家建议，在整治婚丧陋俗中要标本兼治。

“以前办红白喜事都比排场，一摆就是七八十桌，连续摆好几天，有的村民为撑门面甚至举债办红白喜事，大大增加了家庭负担，广大群众苦不堪言。”江西省南昌市安义县长埠镇木马村老年协会会长廖松说，如今村里制定了村民公约，对红白喜事办酒的规模、菜品和乡亲随礼进行了规范，盲目攀比、大操大办的现象少了。

在甘肃庆阳、平凉等地5个乡镇6个村庄，高额彩礼问题实现了从过去“没人管”到如今“多人管”，一些地方的高额彩礼问题得到有效解决。过去村里的彩礼要10多万元，

现在控制在8万元左右。

在湖南省岳阳市华容县三封寺镇，当地出台了规范办理婚丧事宜的文件，倡导“婚事新办、丧事简办、其他不办”，除婚丧嫁娶外，老人小孩生日、新房落成等其他事宜不办，如要办，只能邀请直系亲属参加。三封寺镇华一村村民刘忠立说，现在人情负担大为减轻，很多家庭每年的人情费用从一万多元减少到两三千元。

一些地方还通过村委会、红白理事会等，督促村民按照有关规定操办红白喜事，对不遵守“硬杠杠”的村民，村委会将取消其家庭或个人参评“和谐五星”“好婆婆”“好媳妇”等荣誉资格。

据了解，一些地方坚持宣传教化在先，通过百姓喜闻乐见的形式引导群众观念转变，推动移风易俗取得成效。在甘肃陇南，当地农村将抵制高额彩礼的观念融入地方传统剧种花灯戏里，教化村民移风易俗。在江西省鹰潭市余江区，今年举办了多期“媒婆”培训班，从彩礼来历，高额彩礼引发的民事纠纷、刑事案件等方面进行宣讲，倡导文明婚嫁新风。

## 延伸阅读

□ 本报记者 任丽梅

“贫困地区医疗卫生机构服务能力明显提升，贫困患者得到及时救治且医疗费用负担大幅减轻，已经有670万户因病致贫返贫贫困户实现脱贫。”日前，在国家卫健委举行的新闻发布会上，国家卫生健康委扶贫办主任、财务司司长何锦国表示，未来，针对少数地区缺医疗卫生机构、缺医生、部分机构房屋设备等基础设施未达标等突出问题，将以加强县医院能力建设，“县乡一体、乡村一体”机制建设，乡村医疗卫生机构标准化建设为三大主攻方向，力争到今年底全面消除乡村医疗卫生机构和人员的“空白点”。

## 贫困人口基本医疗有保障

何锦国介绍，目前，我国贫困患者已得到基本救治。大病专项救治病种全国范围内扩大到25种，很多地方在此基础上增加了30多种，对慢病患者落实家庭医生签约服务。截至2019年6月底，全国1435万贫困大病和

# 年内全面消除乡村医疗服务“空白点”

国家卫健委表示，将加强县医院能力建设，“县乡一体、乡村一体”机制建设，乡村医疗卫生机构标准化建设

慢病患者得到基本救治和健康管理服务。同时，贫困患者费用负担明显减轻。

在推动建立基本医保、大病保险、医疗救助、政府兜底保障机制以及实行县域内住院“先诊疗、后付费”和“一站式”即时结算后，2019年上半年，全国贫困患者医疗费用个人平均自付比例控制在10%左右。

此外，贫困地区医疗服务能力逐步提升。截止到2018年底，全国832个国家级贫困县已经全部建成至少1家县级公立医院。其中，773个县至少有1家县级医院达到了二级医院的服务能力，占比是92.9%；在832个国家级贫困县所辖的12,899个乡镇当中，超过1.1万个乡镇的卫生院基础设施已经达标，占比88.1%；在16.6万个贫困地区

行政村和建档立卡贫困村当中，13.8万个行政村的卫生室基础设施建设达标，占比83.1%；15.8万个行政村的卫生室至少已经拥有1名合格的乡村医生，占比95.2%。通过组织全国1107家三级医院“一对一”对口帮扶832个贫困县的1172家县级医院，建立远程医疗网络，全面提升了贫困地区县医院诊疗能力。从2019年上半年健康扶贫动态管理数据系统看，94.5%的贫困患者在县域内得到妥善治疗。

## 乡村医疗机构渐趋标准化

何锦国强调，健康扶贫虽然取得了一定成绩，但在实现贫困人口有地方看病、有医生看病等基本医疗有保障方面，还存在问题。通过对全国832个国家级贫困县和建档立卡贫困村开展的全面排查发现，截

止到2018年底，全国还有46个乡镇没有卫生院，666个卫生院没有全科医生或者执业（助理）医师，且80%集中在“三区三州”深度贫困地区。1022个行政村没有卫生室，6903个卫生室没有合格的村医，53%集中在“三区三州”；1495个乡镇卫生院、24,210个村卫生室没有完成标准化建设。

为此，国家卫健委会同有关部门制定印发《解决贫困人口基本医疗有保障突出问题工作方案》。未来，贫困人口全部纳入基本医疗保险、大病保险和医疗救助等制度保障范围之内，常见病、慢性病能够在县乡村三级医疗卫生机构获得及时诊治，得了大病、重病后基本生活有保障。

加强县医院能力建设，将符合条件的贫困县县级医院全部纳入全民健康保障工程

支持范围。加大“组团式”帮扶力度，加强针对当地疾病谱的临床专科建设。推进远程医疗，实现贫困县县级医院远程医疗全覆盖。推进“县乡一体、乡村一体”机制建设，通过农村订单定向医学生免费培养一批、“县聘县管乡用”和全科医生“特岗计划”聘用一批、从县医院选派一批等方式，解决乡镇卫生院无合格医生问题。通过“乡聘村用”，从卫生院选派医生到村卫生室开展巡诊或派驻等方式，解决村卫生室无合格医生问题。加强乡村医疗卫生机构标准化建设，力争到2019年底，全面消除乡村医疗卫生机构和人员“空白点”。

全面落实重点传染病、地方病综合防控三年攻坚行动，做好艾滋病、结核病、包虫病、大骨节病综合防治工作。