【文/观察者网专栏作者 邓铂鋆】

随着全国新冠感染人数急剧上升，各地都出现了医疗资源不足的情况。基层尤其是农村医疗资源基础薄弱，一直是我国健康事业的短板。在当前严峻的新冠疫情下，农村基层能否安然度过疫情“第一波”冲击，尤其值得关注。

重症救治，农村医疗的短板

不久之前，笔者在社交平台注意到一桩悲剧。一位农村儿童新冠阳性，该儿童出现高热症状5小时之后病情转危，前往县医院就诊，医院采取种种治疗手段仍无法控制病情发展。县医院深夜派出救护车送孩子前往就近的城市三甲医院，跟车医务人员采取了必要的对症救治手段，孩子仍然在一个多小时的送医途中停止了心跳。

临床一线，经常见到新冠或其他因素的急性感染导致基础疾病恶化、多系统器官接连出现问题并导致恶性循环的病人，即急性感染成为“重症漩涡”的始动因素。儿童的免疫功能、血脑屏障等自我保护机制发育不全，除了感染新冠之外，由于流感病毒、细菌性呼吸道感染等急性感染引发脑炎、心肌炎爆发、病情迅速转危的病例并不罕见。

新冠肺炎相关死亡诊断的最新标准

当前新冠病毒变异速度很快，而且传染性“基本再生数R0”是流感的数倍，意味着庞大的感染规模。这不仅会造成医疗救治能力紧张，还会带来相当数量的危重病人，即便是1‰的死亡率也会威胁许多人的健康。

一旦疫情感染规模较大、感染者新增趋势过快，重症病人必将接踵而至。农村地广人稀，群众前往大医院就诊相对不便。在重症救治能力相对薄弱的农村，这类病人能否及时得到有效救治，对于农村三级医疗卫生体系来说是重大考验。

悬殊的“人均”差距

医疗界有一句俗语，叫“一级是一级的水平”，讲的是不同级别之间医疗机构的水平差距。以重症医学专业为例，根据评级标准，一所医院应当开设的重症医学科床位数，不能少于三级医院开放床位总数的4%，不能少于二级医院开放床位总数的2%。临床医学是一门实践极强的学科，医院科室的接诊量与诊疗能力高度正相关。

截止2021年年底，全国共有三级医院3275个，其中三级甲等医院1651个，但是分布在全国1600多个县级市及县城的三甲医院仅有三百余所。全国五分之四的三甲医院坐落在城市，意味着处理危重疾病的经验和实力较强的医疗团队也主要集中在城市。城乡危重救治能力差距悬殊，直接关系到婴幼儿童、老年人、慢性病人能否安然度过疫情高水平流行的冲击。

我们以多年来重点检测、统计数据连贯的健康数据“儿童死亡率”为例。2021年，我国城市5岁以下儿童死亡率为4.1‰，农村5岁以下儿童死亡率为8.5‰，农村5岁以下儿童的死亡率是城市的2.07倍。2021年我国城市婴儿死亡率3.2‰，农村婴儿死亡率5.8‰，农村婴儿死亡率是城市的1.8倍。2021年我国城市新生儿死亡率为1.9‰，农村新生儿死亡率3.6‰，农村婴儿死亡率是城市婴儿的1.89倍。截止目前获悉的统计数据，重症救治尤其是婴幼儿童等脆弱人群的重症救治是农村医疗的短板。

据统计，截止2021年年底，全国共有卫生人员1398.3万人。其中，县级（含县级市）医疗卫生机构共有卫生人员352.1万人，乡镇卫生院共有卫生人员149.2万人，村卫生室工作人员共有136.3万人，总计637.6万人。2021年，我国城市居民6.7亿人，县级市、县城、县以下的农村共有居民7.5亿人。城乡卫生人员看似760.7万人对637.6万人，差距并不大。

然而，卫生人员的范畴包括了没有卫生技术从业资质的人员。各985院校医学院毕业生的执业医师考试通过率常年高达95%以上，然而我国执业医师考试的通过率仅在三成左右。两个数据的巨大差距原因之一，就是大批在基层有岗位（报考资格）、无执照（多年无证上岗）的卫生人员常年屡战屡败。如果单纯衡量卫生技术人员，在5亿人口的农村，仅有卫生技术人员264.5万人。相较2021年年底全国1124.2万人卫生技术人员，城市（含县城、县级市）每千人口拥有卫生技术人员11.9人，农村每千人口拥有卫生技术人员5.29人，城乡每千人口拥有卫生技术人员之比达2.25。

在村级卫生室工作的136.3万人员中，有69.1万人由于历史原因造成职业培训层次较低，仅能申领乡村医生证、卫生员证。这类行医执照的执业内容、执业地点受到限制。持证医务人员仅能在农村行医，从事初级保健及“打补丁”性质的行医活动，为农村居民提供最基本的医疗服务。如果减掉这类人员，农村每千人口拥有卫生技术人员仅为3.95人，城乡每千人口拥有卫生技术人员的差距高达三倍。

尴尬的技术人员素质

农村卫生技术人员除了人均数量不足，由于历史原因导致的培训不足、人才队伍老龄化等问题也较为突出。

在农村卫生技术人员序列中，2成的乡镇卫生院医师没有大学学历。我国村卫生室工作人员当中仅有三分之一获得了大专及以上学历，半数是中专学历。有些村医是上世纪六七十年代培训的“赤脚医生”，80年代通过“同等学历”考试取得的中专文凭。全国七分之一的村医是“相当于中专”学历及高中以下学历。当前全国近四分之一的村卫生室工作人员年龄在60周岁以上。发达地区遇到病人就诊高峰，尚可以通过召回65周岁以下退休医务人员补充医务人员力量。基层的老村医本来就是六七十岁没退休，基层医疗卫生的冗余度极低。

乡镇卫生院及农村卫生室的诊疗水平也是一言难尽。由于农村医疗卫生机构医术水平较低，在上级医院面前缺少竞争力，2008年启动新一轮医改以来，一些地区认为这类机构应该扬长避短，专注于公共卫生事业。于是一些乡镇卫生院将业务重点转为承担当地居民的健康档案管理及普及卫生保健知识，提供的医疗服务趋于基本化。一些农村医疗卫生机构曾经开展的手术、接生、相当数量的疾病诊疗等医疗业务转给了上级医院，“治病”能力不断下降，医务人员相关业务生疏。

随着政策的调整，一些地区的乡镇卫生院重新重视医疗工作。但是2020年以来，农村医疗卫生机构肩负了疫情防控任务，“重公共卫生、轻诊疗”的情况有所加剧。一些乡镇卫生院本来由于常住人口流失遭到缩编，工作人员人手紧张。2021年抽调大量人员支援疫苗接种，2022年越来越频繁的全员核酸采样，这都让医务人员在治病方面变得更加力不从心。由于前一阶段的疫情防控工作，乡镇卫生院及村卫生室普遍限制甚至是禁止接诊发热病人，医务人员对相关疾病缺少经验。

现在很多地区的乡镇卫生院按照平时的常住人口安排人员编制。春节期间大量外出务工人员及新市民群体返乡过年，让农村医疗卫生资源的“人均”数据更加难看。往年回乡过节的游子并没有带来就医需求，对基层医疗卫生没有影响；近期则有了严峻的疫情输入及扩散压力，这将冲击脆弱的农村医疗卫生体系。

县医院ICU迎来“大考”

2020年新冠肺炎疫情暴发以来，我国高度重视各级医疗机构的重症医学（ICU）专业发展。据2022年1月9日的联防联控机制发布会，全国的重症医学床位总数是13.81万张，其中三级医疗机构重症医学床位是10.65万张。我国重症医学床位人均床位数量接近10张/10万人的水平，步入了发达国家水准。

而在短短的两年之前，我国ICU床位数量为67198张，人均重症医学床位仅为4张/10万人，疫情近三年，我国重症医学床位数增加了8万张。今年11月，有关部门紧急对全国的重症医学资源进行了摸底，该数据应当准确反映了我国重症医学资源的近况。

重症医学床位数量的突飞猛进，意味着我国目前8.05万名重症医学医师、22万名护士重症医学护士、17.77万名“可转换”的重症医学护士后备力是在近年来成长起来的。尤其是一些医院为了迎接评级新近开设的重症医学床位，平常使用率较低，医务人员能否经受得住考验有待实践证明。

当前一些转岗重症医学人才的培养周期略短，战斗力有待检验。经过正规临床规范化培训的“科班出身”人才，在就业上又嫌弃基层医疗机构。在我国，由于分级诊疗不完善等种种原因，重症医学专业主要集中在大城市、大医院。医学人才的培养模式需要医科生在本科毕业后，在有实力的大医院接受临床专业研究生暨住院医师规范化培训，形成临床思维，培养专业技能及经验。在大医院“赢者通吃”的医疗格局下，大医院在形成市场垄断的同时又获得了人才垄断。越是“高大上”的专业，离开大医院越不好开展，人才越不好就业。

2021年招聘季，笔者注意到安徽省无为市人民医院由于多个专业无人报考或是报考人数不足，不得不取消了招聘计划。在全体大学毕业生考公、考事业编蔚然成风的当下，县乡岗位也令人趋之若鹜，往往一个岗位有十几个、几十个报考者。在这种情况下，多数地区的县以下医务人员招聘可能是全国“考公上岸”大潮中竞争压力最低的。然而，无为市这样一个经济条件不错的县级市，第一人民医院这样远比乡镇“高大上”的岗位居然无人问津。其中，重症医学科的“无人报考”，反映了当前县级医疗机构重症医学专业普遍性的求才尴尬。

2021年安徽无为市人民医院由于无人报考取消多个招聘计划

“速成”的ICU床位是我国引以为傲的工业产能及“集中力量办大事”的伟大成就。但“速成”的重症医学队伍能否经得住“第一波”的考验，只能在不久的将来通过回顾总结，让现实作答。

乡村：“压平感染”还是“快速过峰”？

当前，不同的专家对如何度过新增病例快速增长期有不同见解，基本可以分为“压平感染”和“快速过峰”两种意见。

持“压平感染”观点的人认为，应当通过一系列疫情防控手段，包括保持佩戴口罩，必要时采取减少人员聚集、减少人员流动、减少堂食、减少娱乐活动、鼓励非关键工作岗位居家办公等限制措施，减轻疫情高峰对医疗系统的压力。通过控制每天的新增感染者数量，让现有感染者总数及重症病人数量维持在医疗机构可以应付的范围。但是“压平感染”必然会延长人群普遍获得抗体的周期，让社会长期承压。

持“快速过峰”观点的人认为，如果将来80%~90%的居民都会感染新冠，不如放任疫情传播速度，缩短疫情达峰的周期，避免医疗行业等部门持续作战。一些媒体也将权威专家意见“感染一次新冠就获得了抗体，相当于注射了一次疫苗”曲解为“专家说了，感染新冠就是打疫苗”。一些人出于经济利益的考虑，以此向民众宣传“早晚都会阳，早阳有抗体”，希望在春节长假实现“快速过峰”，降低劳动者病假减员对经济的影响。

美国“自然流行”状态下的新冠病例日增曲线

笔者认为，虽然有说法认为感染一次新冠奥密克戎毒株获得的抗体可以让人对该毒株免疫三个月到半年，但是这种“免费疫苗”毕竟是要医疗单位准备ICU床位的，能不沾就不沾，能晚沾就晚沾。何况新冠奥密克戎存在大量变异毒株，不同毒株之间存在免疫逃逸，感染一次新冠获得的抗体意义有限。国外疫情经验丰富地区存在感染了甲毒株可能短期就会重（chóng）感乙毒株的例子。

以日本为例，近期不同变异毒株导致的疫情在日本南北一千余公里纵深的国土上你唱罢我登场。像我国这样幅员辽阔、人口众多的国家，更要警惕此类情况的发生。尤其经济中心城市在包容和海纳百川了全国生产要素的同时，必然也将接纳各地的变异毒株。“快速过峰”理论可能惨遭“波峰叠加”的现实。这类城市只能既接受各地支援的病毒，又让各地支援医疗队伍和快递小哥。

因此，笔者建议，对于医疗力量薄弱的农村地区来说，尽量采取“压平感染”措施，避免居民集中感染对医疗救治队伍造成冲击，帮助老人、儿童、慢性病人等高风险人群平稳适应疫情防控新阶段。我们好不容易争取了三年的时间给了这些人安全感，希望在这最后的冲刺中把这种安全感延续下去。

本文系观察者网独家稿件，文章内容纯属作者个人观点，不代表平台观点，未经授权，不得转载，否则将追究法律责任。