

本文引用: 尹楠, 廖菁. 中医定向医学生培养政策执行的现实阻滞与路径优化——基于史密斯模型的分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(4): 829–836.

中医定向医学生培养政策执行的现实阻滞与路径优化 ——基于史密斯模型的分析

尹楠¹, 廖菁^{2*}

湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

〔摘要〕 **目的** 探讨当前中医定向医学生培养政策执行的主要问题, 为优化中医定向医学生培养政策执行提供参考。**方法** 以史密斯模型为理论框架, 采用文献资料法、访谈法, 剖析 2010 年至今的相关政策与文献, 结合某大学中医定向医学生调研数据, 归纳出政策执行问题并提供相应的建议。**结果** 基于对政策文本和 135 篇文献的梳理及某大学 1 006 名中医定向医学生调研数据分析, 发现理想化政策的落地实操性不足; 执行部门协同性弱, 高校人才培养模式与基层需求脱节, 乡镇卫生院“重接收、轻使用”; 目标群体对政策知晓程度低、认可度低; 经济环境与社会环境的支撑不足等因素影响政策的实施效果。**结论** 基于史密斯模型提出加强政策适应性调整, 丰富政策工具类型; 加强执行部门的横向协同, 纵向联动; 提升目标群体对政策的知晓度、认同度; 多措并举, 优化政策执行环境等对策。以期为基层培养“留得住、医得好”的中医定向医学生提供有益的参考。

〔关键词〕 中医; 定向医学生; 政策执行; 史密斯模型

〔中图分类号〕 R2

〔文献标志码〕 A

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.04.025

Practical obstacles and optimization pathways for implementing cultivation policies for rural-oriented TCM students—an analysis based on the Smith model

YIN Nan¹, LIAO Jing^{2*}

Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China

〔Abstract〕 **Objective** To explore the primary issues in the implementation of current policies for cultivating rural-oriented TCM students and to provide references for optimizing the implementation of these policies. **Methods** The Smith model was used as a theoretical framework, and literature review and interview methods were used to analyze relevant policies and literature from 2010 to the present. Combined with data on rural-oriented TCM students from a certain university, the study identified policy implementation issues and offered corresponding recommendations. **Results** Based on the review of relevant policy texts and 135 relevant publications, as well as the analysis of survey data of 1 006 rural-oriented TCM students at a certain university, the study found that the implementation of idealized policies is insufficient. Factors affecting policy effectiveness include poor coordination among implementing agencies, a disconnection between the talent cultivation model in higher education institutions and the demand of grassroots units, a tendency among township health centers to "prioritize recruitment over utilization", low awareness and acceptance of the policies by target groups, and insufficient support from the economic and social environments. **Conclusion** The

〔收稿日期〕 2025-10-22

〔基金项目〕 湖南省教育科学“十四五”规划专项课题(XJK23BXJ022)。

〔通信作者〕 *廖菁, 男, 博士, 教授, 博士研究生导师, E-mail: 003346@hnu cm.edu.cn。

following strategies were proposed based on the Smith model: enhancing the adaptability of policies and diversifying policy tools; strengthening horizontal coordination and vertical collaboration among implementing agencies; increasing the target groups' awareness of and acceptance toward the policies; and adopting a multi-pronged approach to optimize the policy implementation environment. These measures aim to provide valuable guidance for cultivating rural-oriented TCM students who can "stay and practice effectively" at the grassroots level.

[**Keywords**] Chinese medicine; rural-oriented medical students; policy implementation; Smith model

我国基层医疗卫生队伍在结构配置、规模供给以及整体能力方面存在显著短板,其中中医类人才短缺、质量参差不齐的问题尤为突出,不仅制约了基层中医药服务的普及推广,也对农村医疗卫生服务体系的持续优化、中医药事业的传承发展构成重大阻碍。在农村地区,中医“简、便、廉、验”的服务优势与农民群众的健康需求高度契合,但基层中医人才“引不来、留不住、医不好”的困境长期以来未能有效破解。

基于上述背景,国家发展和改革委员会等 5 个相关政府部门于 2010 年联合发布了《关于开展农村订单定向医学生免费培养工作的实施意见》,明确将中医类专业纳入定向培养范畴。该政策的出台,标志着国家开始通过一系列针对性强、操作性强的政策和计划,定向培养一批立志于扎根农村基层、精通中医药适宜技术、服务广大农民群众的中医定向医学生。然而,正如学者埃利森所强调的,政策目标的实现仅有 10%取决于政策制定,而 90%依赖于政策的有效执行^[1]。如何构建制度化、长效化机制来保证农村中医定向医学生培养政策在基层全面落地,让中医定向医学生在基层留得住、医得好,是亟须解决的问题。本研究按照史密斯政策执行理论框架,从政策文本特点、执行主体行为、目标群体反应以及外部环境支持等角度展开全面分析,旨在基于理论与实证分析为政策在基层的进一步落实提供相应的对策。

1 农村订单定向医学生培养政策执行框架构建

1.1 资料来源

本研究以中国知网数据库作为文献来源。以“农村订单定向医学生”为主题检索词,检索时间区间为 2010 年 1 月至 2025 年 4 月的文献,共检索出 415 篇,并对其进行人工筛选。通过阅读文献剔除报纸、会议及与主题相关性低的无效文献,最后选用

135 篇符合要求的文献进行分析。农村订单定向医学生培养政策相关文本都来源于政府官方网站,以确保政策文本的权威性和完整性。同时,本研究配套采用半结构化访谈法,访谈对象涵盖两类核心群体:某高校中医定向医学生培养教师、在岗中医定向医学生。访谈内容聚焦政策认知、培养适配性、执业现状、留任困境等核心议题。

1.2 史密斯政策执行过程模型

史密斯是最早提出通过分析影响政策实施因素构建过程模型的学者之一,他在其著作《政策实施过程》中详细论证了影响政策实施的各类主要因素,并由此构建了一个描述政策实施过程的系统模型,这一模型又被称为“史密斯模型”。史密斯认为,影响政策实施过程的要素纷繁复杂,但起决定性作用的有 4 个:一是政策内容,主要指政策文本本身的合法性、可行性、合理性;二是政策执行主体,其构成要素涉及负责政策落实的实体机构及其成员,具体包括但不限于执行团队的构成、组织架构、领导策略及执行技能,以及决策者对政策的理解深度和执行效能;三是目标群体,该群体为政策直接影响的对象,即政策的直接受益者,分析其对政策内容及其实施方法的接纳度与支持度;四是政策环境,涵盖政治、经济、文化、人口和科技等多个维度,这些外部因素构成了影响政策有效实施的宏观背景^[2]。在所述理论框架内,政策执行被描绘为一个复杂系统,该系统由理想化的政策内容、执行者、目标群体以及政策环境四要素相互交织作用。在这一动态交互过程中,分歧与矛盾(即所谓的“紧张”)自然产生,这些紧张状态需要通过有效的调适措施予以缓解以实现系统的和谐运作。若在调适过程中识别到阻碍,应立即启动“反馈”机制并予以清除,确保问题得到及时解决。政策执行的反馈信息成为后续政策制定与实施的重要参考,以此构建一个闭环,其核心在于持续评估与调整,以期达成最优的政策效果。

1.3 史密斯政策执行模型的适用性分析

本研究运用史密斯政策执行模型来分析农村订单定向医学生培养政策的实施过程,具有一定的相关性与可行性。

一方面,该模型的四要素全面涵盖了政策实施的全流程关键环节,各要素间的相互作用共同塑造了政策执行的实际成效;另一方面,该模型提供了一套系统的分析方法,不仅能评估执行过程和效果,还能通过反馈机制揭示问题,为中医定向医学生培养政策执行优化提供有价值的决策参考。详见表 1。

1.4 农村订单定向医学生培养政策发展历程及文件梳理

国家相继颁布了一系列文件推动农村订单定向

医学生培养政策的落地实施,可分为三个阶段。第一阶段是 2010—2014 年,政策准备与实践初探阶段,定向医学生相关政策较少,主要关注政策内容和项目实施。第二阶段是 2015—2018 年,政策快速发展与改进阶段,定向医学生地方项目不断涌现,定向医学生培养进入快速发展时期。第三阶段是 2019 年至今,政策稳步推进与执行路径优化阶段,提升定向医学生服务期满留任率成为现阶段政策关注的重点。湖南省的配套政策对标国家规章制度(详见表 2),招生、培养、履约管理环节均有政策保障,看似农村订单定向医学生免费培养的政策体系已基本成型,但基层仍然存在定向医学生“留不住”的情况。

表 1 模型适用性分析表
Table 1 Model applicability analysis table

模型要素	相关性分析	可行性分析
1.理想化政策	政策目标清晰,才能明确政策执行路径,达到政策预期效果。	该模型的分析方法可用于评估政策文本的清晰度、合理性与基层实际的匹配度,进行量化或定性评估。
2.执行机构	政策执行涉及多部门,执行机构的执行能力以及多部门协同是政策落地的关键。	该模型有助于剖析多部门间的协调配合机制、资源整合效率与执行能力,识别执行过程中的机构性瓶颈。
3.目标群体	中医定向医学生是政策核心对象,其履约行为直接决定政策最终成效。	该模型强调对目标群体的研究,可评估学生的认同度、履约动机及面临的现实挑战,为完善激励与约束机制提供依据。
4.执行环境	政策执行成效受经济状况、舆论氛围、社会需求、相关法规等多重环境因素影响,这些因素既可能提供支持,也可能构成挑战。	该模型将环境视为重要变量,可系统分析宏观环境如何促进或制约政策执行,从而提出增强环境适应性的策略。

表 2 湖南省农村订单定向医学生培养相关政策文件
Table 2 Relevant policy documents on the cultivation of rural-oriented medical students in Hunan province

序号	时间	发布部门	名称	相关内容
1	2015	中共湖南省委办公厅、湖南省人民政府办公厅	《关于进一步加强基层医疗卫生服务体系建设的若干意见》	重点抓好到乡镇卫生院工作的订单定向医学毕业生编制的落实。
2	2016	湖南省人民政府办公厅	《湖南省深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务》	加强以全科医生为重点的基层卫生人才培养;完善农村订单定向免费医学生招录就业、履约管理等相关政策。
3	2016	湖南省人力资源和社会保障厅、湖南省卫生和计划生育委员会	《关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的实施意见》	鼓励卫生专业技术人员服务基层,为强基层、保基本、建机制和建立分级诊疗制度提供人才支持;自 2016 年起,组织开展基层卫生专业技术人员高级职称评审工作。
4	2018	湖南省政府办公厅	《湖南省深化医教协同加快推进医学教育发展的实施方案》	加强对定向免费医学生的管理,省卫生计生委和省中医药管理局要建立违约定向免费医学生个人诚信档案。
5	2020	湖南省卫生健康委员会、机构编制委员会办公室、发展和改革委员会、教育厅、财政厅、人力资源社会保障厅、中医药管理局	《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》	加强组织领导、做好定向医学生就业安置工作、落实薪酬和社会保障等相关待遇、加强定向医学生履约管理、强化行政职能部门的履约管理。
6	2023	湖南省教育厅、卫生健康委员会	《定向医学生培养质量评估细则》	强化培养过程监管。

2 基于史密斯模型中医定向医学生培养政策执行问题分析

2.1 理想化政策

依据史密斯理论框架,政策设计的理想化程度深刻影响执行效能。一项政策能否赢得目标群体的广泛接纳并有效推行,关键在于其理想化水平的高低。理想化政策的核心特质包括 3 个方面,即政策的合法性、可行性、合理性。自 2010 年开始至今,接连出台的相关农村订单定向医学生政策文件,保证了政策的合法性。该政策尽管在整体宏观方面有所进展,但在可行性、合理性方面,政策具体执行阶段仍暴露出若干问题。

2.1.1 政策缺乏动态调整,降低政策可行性 本研究基于对湖南省每年发布的《关于做好湖南省农村订单定向免费本科医学生招生培养工作的通知》的文本分析,自 2021 年湖南省实施新高考本科批次合并改革以来,农村订单定向医学生招生仅对选考科目作出适配调整,明确临床医学专业限定物理+化学选考科目,中医学、中西医临床医学专业实行文理兼招,并单独设置院校专业组开展投档录取。但政策核心招录规则未进行适应性优化,仍沿用按县定向分配计划、本科提前批单个志愿填报的传统模式,未接轨新高考平行志愿招录机制。同时,严格保留农村户籍连续 3 年及以上的报考限制,未设置弹性调剂条款。随着本科批次合并,中医定向医学生提前批招录优势显著弱化,单一志愿模式又大幅提升考生报考风险,叠加户籍门槛僵化等问题,导致政策未能有效适配新高考改革带来的生源结构变化,直接引发优质生源流失、部分县域降分录取等问题。

以某大学为例,新高考政策批次合并后,中医定向医学生按照本科层次录取,而本科层次分数跨度很大,招录进来的学生往往比同批次非定向中医学专业招录的学生分数低很多,导致生源质量下降。2024 年提前批定向中医学专业物理类控制线为 442 分,录取最低分为 447 分,位次为 157289;非定向中医学专业物理类控制线为 422 分,录取最低分为 541 分,位次为 48114^[3]。数据表明,定向中医学专业最低录取分数较非定向中医学专业低 94 分,位次差距超过 10 万位,生源质量差异显著。而优质生

源是保障农村订单定向医学生培养质量、满足基层中医医疗服务需求的关键前提,生源质量的下滑使得政策“培养合格基层中医人才”的核心目标在起点便难以实现,政策可行性大打折扣。

2.1.2 政策工具失衡,削弱政策合理性 政策在工具选择与组合上存在明显失衡,从工具类型看,政策偏重行政指令、考核问责等强制性工具。对 2010—2023 年农村订单定向医学生政策文本进行量化分析的研究提示:现阶段我国政策内容对定向医学生的院校教育关注度较高,而对毕业后教育和继续教育关注度略有不足;政策工具的使用以命令型工具为主,职能拓展型政策工具使用相对较少,政策对定向医学生技能提升的重视程度不够^[4]。

对标《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》《关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的实施意见》等文件,政策工具呈现“强约束、弱激励、虚保障”的失衡结构,合理性不足。强制性工具方面,文件明确 6 年服务期、全额退赔+失信惩戒等刚性条款,以到岗率、签约率为核心考核指标,整体约束性强。激励工具方面,虽提及职称评审倾斜,但未制定中医定向生专项薪酬补贴、职业晋升通道等细则,经济与发展激励碎片化。保障工具方面,“有编有岗”“培养质量保障”等表述多为原则性要求,未明确编制预留、带教资源配套等刚性细则,兜底支撑不足。这种失衡导致政策目标与执行手段不匹配,严重影响落地成效。

2016—2024 年,某大学出现违约行为的中医定向医学生,大部分是因为已成功考取研究生。该违约动机表明,中医定向医学生群体对学历深造及职业技能培训有着强烈诉求,且将其视为职业发展的核心诉求与是否履约的关键考量因素。而当前政策工具中,针对这一核心诉求的激励与保障条款严重缺位,既未明确服务期内学历提升的合理路径,也未建立深造与基层服务的衔接机制,最终导致“强约束”难以留住有发展诉求的人才,进一步印证了政策工具失衡对政策落地成效的负面影响。

2.2 执行机构

政策执行的实际操作由特定部门或机构承担,即政策执行机构。政策能否得到有效落实,关键在于

执行主体对政策目标与内涵的精准把握、所采取的具体行动方式,以及其内部组织架构、运作机制、执行策略,还有不同部门间的协作模式等因素^[9]。

2.2.1 卫生行政部门与其他职能部门协同性弱 卫生行政部门与其他职能部门的协同性弱,并非单纯的部门沟通问题,核心根源在于组织架构的权责分割缺陷与运作机制的协同缺失。从组织架构来看,我国行政体系中卫生、人社、财政、教育等部门分属不同职能序列,各部门的权责边界清晰但缺乏协同接口,导致卫生行政部门在推进政策时,难以统筹协调其他部门的资源与行动。从运作机制来看,缺乏常态化的跨部门协同议事机制、信息共享机制与资源整合机制,各部门仅依据自身职责推进工作,部门间的工作推进缺乏同步性与联动性。卫生行政部门在统筹安排定向毕业生就业岗位分配、规范化培训基地落实、薪酬保障及编制核定等工作时,需要协同人力资源和社会保障部门、机构编制委员会办公室等部门共同推进政策落地实施。然而在政策实际执行过程中,各部门往往局限于自身职能范畴开展工作,缺乏系统性实施方案,部门间存在的潜在掣肘因素可能抵消协同效应,导致政策推进呈现单兵突进、成效受限的困境^[6];出现编制不够、暂缓入编、人岗不匹配、安置单位不合理、工资福利待遇受不同地区经济影响参差不齐等问题;只有少部分地区的定向毕业生享有人才补助或基层就业本科毕业生相关补助^[7]。最终使得政策核心承诺“毕业有岗有编”在基层悬空,动摇了目标群体对执行机构的信任,损害了政策效能。

2.2.2 培养院校人才培养模式与基层需求脱节 高校作为中医定向医学生培养的核心主体,其人才培养模式与基层医疗服务实际需求存在显著脱节,具体体现在课程设置、教学模式两个关键环节,导致中医“辨证施治、简便廉验、慢性病调理、养生保健”的天然优势难以转化为基层所需的实际服务能力。一是课程结构未能充分体现中医全科医学和基层服务的核心要素,与中医定向医学生的培养定位存在偏差。作为教学计划的关键环节,高校的课程设置对中医定向医学生未来职业特性考量不足,采用与非定向中医学专业学生基本相同的课程设置,未能体现中医全科医学教育的特色。具体表现为中医全科

医学课程体系不完善。当前某大学中医学专业定向生的主要课程有:《中医基础理论》《中医诊断学》《中药学》《方剂学》《医古文》《内经选读》《伤寒论》《金匮要略》《温病学》《中医内科学》《中医外科学》《中医妇科学》《中医儿科学》《社区卫生服务管理》等^[8]。针对农村地区的实际需求,基层预防保健、康复医学、社区健康管理等实用课程以及与理论课程相匹配的技术课程,如针灸推拿课程等,课时比例相对偏低。这在一定程度上未能充分满足基层常见病、多发病的诊疗以及基层医疗卫生服务的有效供给。二是教学模式与定向医学生的职业特点匹配度不足。医学院承担中医定向生培养任务的教师反映,目前中医定向医学生培养最大的问题是学生综合能力欠缺。作为未来基层群众的“健康守护者”和医疗服务的“全能型人才”,中医定向医学生更需要强化基础理论和实践技能的培养。然而,高校仍未针对其专业特点调整教学方法,依旧沿用传统单向灌输式教学,导致学生缺乏主动思考和解决问题的能力,仅掌握书本知识,实践能力薄弱。若长期采用单调的教学方式,将影响其理论知识的扎实程度,进而制约后续临床实践能力的提升。

2.2.3 乡镇卫生院“重接收、轻使用” 乡镇卫生院是定向生培养政策的具体执行者。目前,约有4.1万名中医定向医学生到乡镇卫生院履约,取得一定效果,如在新冠疫情防控期间,已经到基层工作的此类定向生也参与了大量疫情防控工作,在疫情防控中发挥了重要作用^[9]。但结合我国基层医疗卫生管理体制运行逻辑与乡镇卫生院执行动机分析,当前基层政策执行端存在明显的“重接收、轻使用”导向偏差。

从执行动机分析,乡镇卫生院接收定向生本质上是被动完成上级卫生健康部门的行政指令,核心目标是满足《关于做好农村订单定向免费培养医学生就业安置和履约管理工作的通知》中对定向生到岗率、合同签订率的刚性考核要求。人员顺利到岗即意味着阶段性考核任务完成,但并未基于卫生院人才梯队建设、基层医疗服务能力提升的实际需求,形成主动培育、合理使用人才的内驱力。

从基层管理体制与激励机制分析,一方面,乡镇卫生院多实行差额财政补助管理模式,无论是行政

等级还是技术分级,均处于底层。乡镇卫生院基本药物配备使用政策按照基层医疗卫生机构最低层级的医疗技术服务能力要求设定,无法满足患者就医需求,导致门诊量不足。乡镇卫生院自身经济造血能力不足,缺乏定向生专项培养、岗位激励、职业发展的配套经费,既无经济基础也无资源支撑为定向生规划成长路径、优化岗位配置。另一方面,乡镇卫生院的年度考核体系以基本医疗服务量、公共卫生任务完成度为核心指标,并未将定向医学生的能力培养、在岗留存率、人才价值发挥纳入考核范畴,缺乏鼓励乡镇卫生院重视人才使用与留存的激励机制。

2.3 目标群体

作为政策的主要受益者和执行对象,目标群体对政策的认知、认同程度,都会对政策响应的效果产生影响,从而对政策执行的实际效果形成制约。本研究的目标群体主要指某大学中医学专业的定向医学生。某大学自 2011—2024 年共计招收 1 006 名中医学专业定向生^[10]。详见图 1。

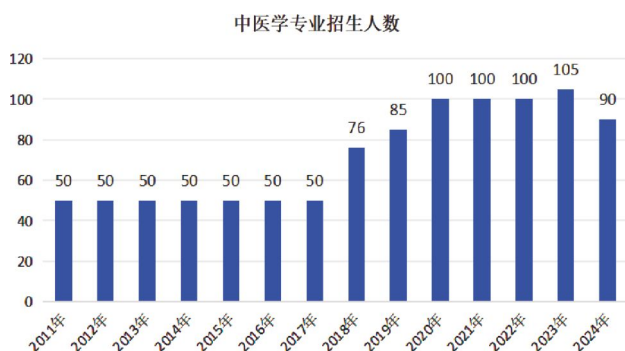


图 1 2011—2024 年某大学中医学专业定向生招生人数

Fig.1 Enrollment numbers for rural-oriented medical students in the TCM major at a certain university from 2011 to 2024

2.3.1 目标群体对政策的知晓度不足 农村定向医学生免费培养政策面向高考毕业的学生,主要依赖于地方教育部门、高中以及招生学校的宣传。相关研究表明,多数学生、家长群体是被免学费、毕业后能够直接进入定向单位工作等优惠政策所吸引,真正热爱基层愿意到基层服务的占少数^[11]。此现象并非个案,有学者专门对在校免费定向生进行了系统的问卷调查,有超过半数的学生选择定向生免费培养是为了减轻家庭负担,仅有将近 1/7 的学生是因为个人兴趣^[12]。这反映出地方教育部门、高中和招生学校对农村定向医学生免费培养政策的宣传力度仍

不够。

2.3.2 目标群体对政策的认可度不足 基层工作环境艰苦、薪酬水平与上级医疗机构存在显著差距、职业发展通道狭窄以及激励机制不足等问题,是导致定向生对政策认可度偏低的共性原因。而对于中医定向医学生而言,还面临着中医执业特有的现实阻碍。其一是政策支持不足,中医科室建设滞后,专业身份弱化。多数乡镇卫生院未将中医科室纳入核心布局,中医科室仅设简易工位或与西医科室合并,缺乏独立诊疗空间,部分中医定向医学生被调配至非执业岗位,导致“学中医难行中医”。其二是中医定向医学生诊疗价值难以体现。多数卫生院无专项绩效激励,绩效与西医诊疗服务量挂钩。而中医诊疗技术耗时长、收费偏低,导致付出与回报脱节,挫伤工作积极性。这些困境从根本上消解了中医定向医学生对政策的认同感与职业价值感,多数中医定向医学生看不到长远前景。有调查显示,6 年期满后愿意继续留任的中医定向医学生不足 20%^[13]。这一现象严重背离政策“留得住”的初衷,中医定向医学生大量流失导致国家培养成本浪费,基层中医服务能力持续薄弱。

2.4 执行环境

政策的执行必然受到各种外部条件的制约,包括经济环境、社会文化背景等多重因素,这些都会对政策的实际成效产生显著影响。

2.4.1 经济支撑不足 近年来,随着我国政府卫生支出的增加,政府卫生支出占国内生产总值的比重稳步提高,这为农村订单定向医学生政策实施提供了良好的经济保障;但基层卫生财政补偿制度的固有缺陷造成财政资源的实际投入难以落实到位,基层医疗机构卫生费用增速普遍较低,卫生费用向基层倾斜力度有待强化^[14]。同时,受城乡二元结构的影响,我国乡村经济发展长期滞后于城镇。优质医疗资源包括中医诊疗资源、人才培养资源,长期向城市三甲医院集中,中医药服务体系在资源分配中处于弱势地位,这种配置格局经过长期积累已经形成惯性。这些因素在一定程度上影响着政策实施效果。详见图 2。

2.4.2 社会认知桎梏 在“大卫生、大健康”理念深入践行以及《“健康中国 2030”规划纲要》全面实施的

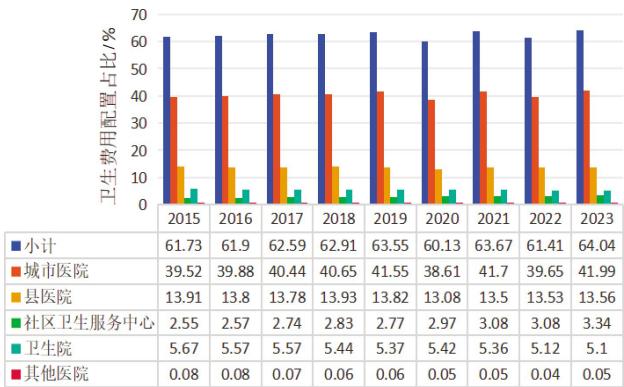


图 2 2015—2023 年我国卫生总费用配置情况^[14]

Fig.2 Allocation of China's total health expenditure from 2015 to 2023

宏观背景下,为政策执行创造了良好的社会环境。但受长期发展惯性与传统认知桎梏的叠加影响,我国卫生资源配置存在的“重医轻防”“重医院,轻基层”“重城市,轻农村”的传统观念一时还难以转变,导致一段时间以来我国农村医疗卫生基础异常薄弱^[15]。与此同时,社会层面还普遍存在对中医药服务功能的刻板认知,“中医重调理、轻治疗”“中医药仅为西医辅助诊疗手段”等片面观念根深蒂固,民众对中医药在基层常见病、慢性病、多发病防治中的核心作用与临床实效认可度不足。此类偏见经代际传递逐步固化为社会氛围惯性,既降低了基层群众对中医医疗服务的就医选择意愿,也弱化了中医定向医学生在基层执业的职业价值感与社会认同感,进一步加剧了中医人才在基层“留不住、融不进”的现实困境。

3 基于史密斯模型的中医定向医学生培养政策执行优化对策

3.1 加强政策动态调整,丰富政策工具类型

科学合理的政策动态调整是确保定向医学生培养工作有效开展的关键支撑。对应前文提及的生源质量问题,政策应建立生源质量动态调控机制,设置录取基准线。在本科批次合并背景下,设定定向医学生最低录取控制线。要求高考成绩不低于同校非定向中医学专业录取均分的 85%,确保生源质量。

丰富政策工具类型,优化政策工具内部组合。政策应重视职能拓展型工具、激励工具的使用,重视定向医学生对于学历提升的诉求。政策可增设“深造-

履约”绑定机制,报考专项计划的定向生需增签《深造后返岗协议》,明确“深造前服务满 2 年+深造后返岗服务 3 年”的履约要求,违约需退还学费补贴及已享受的专项基金支持。对完成深造并返岗服务满 3 年的定向生,授予“基层中医高层次人才”认定,在职称晋升中优先评定,或优先推荐至县级中医院担任骨干医师。

3.2 加强执行部门的横向协同,纵向联动

首先,针对部门协同的组织架构缺陷与运作机制缺失,卫生行政部门应牵头开发多端口的协同信息平台。设置 6 大专属端口:卫生健康委员会报送岗位与规培信息;人力资源社会保障厅报送编制情况;财政厅报经费明细;教育厅报送培养数据;基层机构反馈履职情况;定向生填报意向与申诉,形成“一人一档”,实现数据实时共享。打通跨部门协同的专属接口。重点解决定向生的编制核定、薪酬保障及职业发展等核心诉求问题。此外,利用信息化手段还可以动态监测政策执行效果,建立反馈调整机制,确保政策落地与基层需求相匹配。

其次,培养院校需要进行课程结构优化。培养院校需增设中医适宜技术、慢性病中医管理、基层常见病辨证施治等课程;增加基层服务场景课程如家庭医生签约、乡村健康管理、急诊急救实操等。培养院校也需要进行教学模式优化,采用院校授课和基层轮岗的双轨模式,保证在基层的实践时长;推行“案例教学+情景模拟”,聚焦基层真实病例;还可以搭建线上问诊实训平台,对接基层医疗机构实时案例,提升职业适配能力。

针对前文提到的乡镇卫生院“重接收、轻使用”的执行偏差问题,上级卫生行政部门可通过开发协同信息平台新增定向医学生服务期成长模块。卫生院需定期录入履职表现、能力提升等记录,以此作为上级分配晋升名额、培训经费的重要依据,倒逼其纠正“重接收、轻使用”的执行偏差。

3.3 提升目标群体对政策的知晓度、认同度

一方面,针对目标群体对政策的认知水平低的问题,建议高校招生与高中、地方教育部门合作,将政策宣讲纳入高考志愿填报指导体系,确保潜在考生及时获取权威信息,还可以组织政策说明会,邀请往届定向医学生现身说法,增强信息的可信度与感

染力;制定统一的政策问答手册,明确培养模式、就业保障、违约条款等核心内容,避免因信息模糊导致决策偏差。

另一方面,针对政策认同不足的问题,建议国家中医药管理局联合多部门制订《基层中医服务能力建设与定向生岗位匹配标准》,明确中医科室诊疗区、治疗区、康复区与中药房配置底线与岗位清单,将“严禁非执业岗位调配”纳入政策红线,对违规机构实行定向医学生名额核减、取消评优资格的约束。同时,建议医保部门结合中医诊疗服务特点,按“操作复杂度+时长”制定分级定价标准,保障定向医学生在提供中医诊疗服务时能获得合理的薪酬回报,增进职业认同及政策认同。

3.4 多措并举,优化政策执行环境

经济环境方面,建议省级财政牵头、地方配套,设立“基层中医定向生执业保障专项基金”,重点用于中医设备更新、中药饮片集采配送,确保临床常用中药饮片配齐,贵细药材按需调配。由省中医药管理局统一监管经费使用情况。同时,建议县级政府将中医科室建设纳入乡村振兴重点支持领域,撬动社会资本参与基层中医科室升级,以此改善基层医疗资源分配不均的现状。

社会环境方面,建议由国家中医药管理局联合地方政府,开展“中医基层行”科普活动,通过乡村义诊、健康讲座、短视频宣传等形式,展示中医治疗常见病、慢性病的实效,提升农村群众对基层中医的信任度。

4 小结

本文基于史密斯模型对中医定向医学生政策执行问题剖析及对策研究发现,当前针对中医定向医学生的相关研究仍存在边界局限与深度不足,为完善政策研究体系、提升实践指导价值,未来研究可从三方面进一步深化。一是拓展研究范围,选取不同经济发展水平的农村地区开展对比分析,探索政策执行的区域差异及适配策略。二是引入定量研究方法,通过问卷调查、数据分析等方式,量化政策各要素对执行效果的影响程度,增强研究结论的科学性。三是关注政策动态调整,结合乡村振兴、分级诊疗等

新政策背景,持续追踪中医定向医学生的职业发展轨迹,为政策的长期优化提供更具时效性的建议。

参考文献

- [1] ALLISON G T. Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis[M]. Boston: Little Brown and Company, 1971: 176.
- [2] SMITH T B. The policy implementation process[J]. Policy Sciences, 1973, 4(2): 197–209.
- [3] 湖南中医药大学本科招生网. 历年分数[EB/OL]. (2024-01-01)[2025-08-20]. <https://zsdata.hnucm.edu.cn/zsdata/lqxx/#/lnfs>.
- [4] 李晓娜, 高敏, 邵佳娴, 等. 我国农村订单定向医学生免费培养政策文本量化分析[J]. 中华医院管理杂志, 2023, 39(8): 558–563.
- [5] 张礼亮, 马骋宇, 张婧怡, 等. 我国全民参保政策执行的制约因素和治理策略研究: 基于史密斯政策执行模型[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(3): 19–23.
- [6] 陈丽君, 傅衍. 我国公共政策执行逻辑研究述评[J]. 北京行政学院学报, 2016(5): 37–46.
- [7] 王寅生, 余昌胤, 肖雪, 等. 农村订单定向医学毕业生基层服务困境及对策建议的质性研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(16): 2021–2027.
- [8] 湖南中医药大学中医学院. 学院专业及就业范围简介[EB/OL]. (2025-12-30)[2026-01-20]. <https://zyxy.hnucm.edu.cn/info/1013/5179.htm>.
- [9] 王子岳, 胡丹, 张柏松, 等. 订单定向医学生的工作意愿: 基于四所医学院校的三年跟踪分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(11): 57–62.
- [10] 中华人民共和国教育部. 教育部办公厅关于做好2024年中央财政支持中西部农村订单定向免费本科医学生招生培养工作的通知[EB/OL]. (2024-06-12)[2025-08-20]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/moe_740/s3864/202406/t20240614_1135605.html.
- [11] 吉金山, 王莉, 张正祥, 等. 地方综合性院校订单定向医学生专业认同状况研究[J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(6): 581–584.
- [12] 何筱玥, 孟媛, 王菁, 等. 我国农村订单定向医学生免费培养项目相关政策分析[J]. 中国社会医学杂志, 2024, 41(1): 1–4.
- [13] 何凌林, 谢海波, 卓海燕, 等. 中医农村订单定向医学生毕业后情况调查研究[J]. 卫生职业教育, 2023, 41(2): 130–133.
- [14] 李岩, 柴培培, 冯静, 等. 2023年中国卫生总费用核算结果与分析[J]. 中国卫生经济, 2025, 44(2): 1–6.
- [15] 张宗光, 张云策, 王恩波, 等. 农村卫生资源配置研究的新视角与城乡卫生服务均等化的政策探讨[J]. 中国卫生经济, 2013, 32(10): 35–37.

(本文编辑 禹纯顺)