



# 我国农村订单定向医学生免费培养政策的多源流分析

周 勇<sup>1</sup>, 李诗薇<sup>2</sup>, 李 旭<sup>3</sup>

1. 贵阳幼儿师范高等专科学校学前教育系, 2. 社会工作系, 贵州 贵阳 550000; 3. 贵州师范大学教育学院, 贵州 贵阳 550000

**摘要:**我国农村订单定向医学生免费培养是提升基层医疗诊治水平、加强全科医疗队伍建设和补充基层医疗人才的关键举措。基于多源流经典要素构建二维政策分析框架,系统分析我国农村订单定向医学生免费培养政策。研究发现,我国农村订单定向医学生免费培养政策历经引入落实、持续推进、全面深化三个阶段,需直面问题源流、遵循政策源流、把握政治源流,抓住政策之窗开启的契机。未来我国定向医学生免费培养政策应完善人才免费培养的政策机制,优化政策执行衔接效果,把握定向医学生生命周期的成长轨迹,发挥干预措施合力效应。

**关键词:**农村订单定向医学生;多源流理论;医学教育政策

中图分类号:R19-0

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2024)01-001-006

doi:10.7655/NYDXBSS230356

党的二十大报告明确提出,发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区<sup>[1]</sup>。2010年6月,国家发展改革委等五部门联合启动实施农村订单定向医学生(以下简称“定向医学生”)免费培养工作。实施定向医学生免费培养是深化医改、加强基层医生队伍建设的重大举措,也是现阶段提升农村基层医疗卫生队伍整体素质和水平、优化基层卫生服务体系的关键战略<sup>[2]</sup>。为保障高等医学院校开展定向医学生免费培养工作,我国在不同阶段因时制宜地出台了一系列相关政策,培养了数万名定向医学生,他们成为健康乡村、健康中国的有力守望者<sup>[3]</sup>。本研究借助多源流理论经典要素构建二维分析框架,对我国定向医学生培养政策的变迁历程、演进动力进行系统梳理和分析,有助于更为全面深入理解该政策当前的境况与潜在需求,进而推进我国定向医学生免费培养政策的完善与落实。

## 一、研究设计

### (一)理论分析框架

美国学者约翰·W·金登在垃圾箱模型(the garbage can model)修正的基础上提出多源流理论<sup>[4]</sup>。

他认为政策议程和方案选择受问题、政策、政治三个源流影响,问题源流是指迫切需要系统加以解决的问题以及各种问题的界定、确认<sup>[4]</sup>;政策源流是某一特定政策领域中,政府内外的利益相关者组成的政策共同体就某一问题提出的种种政策建议和方案的集合;政治源流是指影响问题解决方案的政治力量<sup>[5]</sup>。分离的问题溪流、政治溪流以及政策溪流在某些关键时刻汇合,政策之窗随之开启,公共问题被提上政策议程<sup>[6]</sup>。本研究依据多源流理论经典分析要素,构建农村订单定向医学生免费培养二维政策分析框架(图1)。立足我国农村基层实践的政策环境,以变迁历程为横坐标、变迁动力作纵坐标,深入挖掘我国定向医学生免费培养政策的阶段特征、源流动力及演变趋势。

### (二)理论适用性

21世纪初,多源流理论被我国学者引入学习。目前已广泛应用于国家安全教育、高考异地改革政策、易地扶贫搬迁教育政策、校园霸凌治理等众多领域<sup>[7]</sup>,其强大的理论解释力已经得到国内外研究者肯定。农村订单定向医学生免费培养属于我国公共政策范畴,其政策产生过程并非一蹴

**基金项目:**国家社会科学基金“童年社会学视域下乡村儿童生活世界研究”(18XSH001);贵州省教育厅高校人文社会科学项目“贵州省生育状况及生育支持政策体系构建路径研究”(2023GZGXRW149)

**收稿日期:**2023-11-29

**作者简介:**周勇(1997—),男,贵州织金人,硕士,助教,研究方向为医学教育政策法规,通信作者,sxmu5203@Foxmail.com。

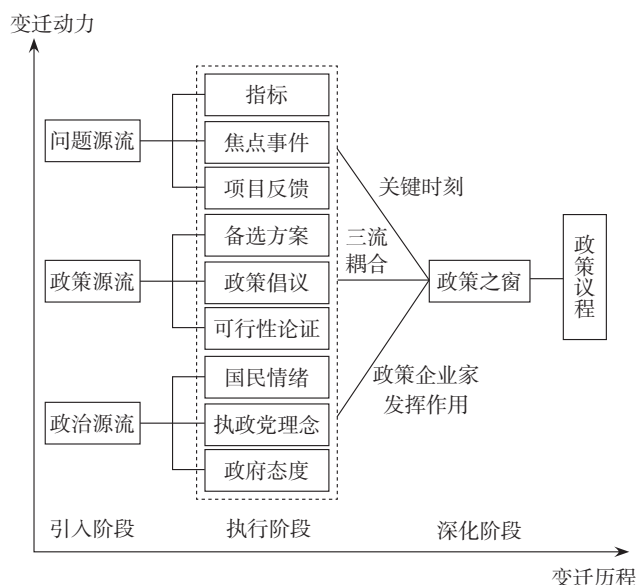


图1 定向医学生免费培养二维政策分析框架

而就,而是众多因素长期作用的结果,这符合公共政策议程设置、变迁特征与规律。运用多源流理论分析定向医学生免费培养政策,具有高度的理论适切性。

## 二、我国农村订单定向医学人才免费培养政策的变迁历程

自2010年起,为加强定向医学人才培养,党和国家在不同时期因时制宜地出台了一系列政策文件,不断细化和完善政策内容。本研究根据各阶段的里程碑式政策文本与关键性事件,将我国定向医学人才免费培养政策大致分为2010—2014年引入落实阶段(探索期)、2015—2020年持续推进阶段(发展期)、2021年至今全面深化阶段(完善期)。

### (一)2010—2014年:引入落实阶段(探索期)

2010年6月,国家发展改革委等五部门联合发布《开展农村订单定向医学生免费培养工作实施意见》,启动实施高等医学院校农村订单定向免费培养项目,重点为乡镇卫生院及以下的医疗卫生机构培养从事全科医疗的卫生人才<sup>[8]</sup>。明确定向医学生在校期间实行“两免一补”,入学前与当地卫生健康行政部门、就读医学院校签订协议,毕业后按协议要求到基层服务6年<sup>[8]</sup>。此后在国务院办公厅、原卫生计生委、教育部等多部门协同推动下,相关政策不断出台,逐步构建起定向医学生在招生录取、培养管理、经费补贴、就业履约等方面的政策框架,形成了招收农村生源、实行订单培养、招生计划单列的工作主基调。

这一时期定向医学生免费培养政策的执行重心为招生与培养。在招生上,绝大部分地区主要采取“全省招生、就近签约”模式,定向医学生免费培

养的目标人群最初是农村生源,初期部分非农村生源也进入其行列。但随着政策逐年实施,农村生源比例出现下降趋势<sup>[9]</sup>。已有经验表明,非农村生源毕业后留任农村基层医疗机构的可能性小于农村生源,并不利于定向医学生免费培养政策的目标实现<sup>[10]</sup>。在培养上,早期高校依托于临床医学院实施定向医学生培养工作,培养模式与普通临床医学专业学生基本相同,但会根据农村医疗卫生服务实际需求,适当增加相关课程。江西、广西、云南等多地高等医学院校探索定向医学生“订单式”培养模式,他们将学生单列编班或是成立专门学院,进行日常管理 with 教学培养,尽管在人才培养模式上仍存在诸多不足,但为后续系统规范培养定向医学生积累了宝贵经验。

### (二)2015—2020年:持续推进阶段(发展期)

2015年5月,教育部等六部委出台《关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见》,强调继续实施定向医学生免费培养项目,明确以农村生源为主,加大中西部农村贫困地区、边远地区倾斜力度<sup>[11]</sup>。原卫生计生委印发《住院医师规范化培训管理办法(试行)》,首届定向医学生毕业报后需按规定参加3/2(“本三专二”)年的住院医师规范化培训(简称规培),再返回基层医疗卫生机构履约服务,服务规培时限计入基层服务年限<sup>[12]</sup>。2019年9月,卫生健康委等七部委联合印发《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》,对定向医学生就业安置和履约管理工作作出了详细规定<sup>[13]</sup>。为持续推进定向医学生免费培养项目,国务院办公厅等多部委多次出台政策文件,进一步完善定向医学生免费培养政策。

相较于上一时期,此阶段定向医学生免费培养政策执行从招生培养延伸到规培、就业服务、履约管理。在招生培养上,国家职能部门多次发文强调以农村生源为主,扩大招生规模,一些非中西部城市也根据本地区需求启动定向医学生免费培养项目,部分中西部城市在实施国家定向医学生免费培养项目的基础上增加省级项目,如云南等地在临床医学基础上开设预防医学、麻醉学、针灸推拿等专业<sup>[14]</sup>。医学院校不断创新人才培养模式,如贵州在实施“5+3”模式的基础上又推出“3+2”项目,拓宽专业覆盖面的同时也使医学生培养更加符合本地区实际需要<sup>[15]</sup>。大部分地区推行“县管乡用、下沉到村”的人事管理新机制,在巩固拓展脱贫攻坚成果与衔接乡村振兴时代进程中保障了人才要素供给。而定向医学生纳入规培后服务期限缩短一半,无法满足基层的长期需求,削弱了基层医疗卫生机构对定向医学生培养政策的可持续信心。此前卫生健康委等七部委已经发布定向医学生就业安置和履约管理的实施细则,但地方行政管理部

门在落实住房保障、薪酬待遇等方面上未能完全同步;规培结束后的定向医学生人力资本价值提升,收入待遇却低于规培前,无疑会动摇其续约留任决心。

### (三)2021年至今:全面深化阶段(完善期)

至2021年6月,2010年招收的首批定向医学生服务期满。根据国家卫生健康委等七部门发布的《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》文件精神,对服务期满、愿意继续留在基层医疗卫生机构工作的定向医学生,要求各地予以政策鼓励、倾斜,提供相应便利和有效支持,对服务期满、自主择业的也应予同意。进入“十四五”以来,党和国家在战略层面强调继续实施定向医学生免费培养项目,相关职能部门先后出台政策文件,为乡村振兴培养本土急需紧缺人才,下沉基层服务,贡献专业医学力量,奠定分级诊疗制度、全面健康覆盖的坚实人才基础。

进入此时期,从招生培养、规范化培训、就业履约到续约服务的整体框架全面实践完成,以“5/3年院校教育+3/2年规范化培训”为主的培养模式趋于稳定,“县管乡用”“乡管村用”人才管理模式得到推广,“县聘乡用、乡聘村用”新机制进入探索范畴。但一项针对定向医学生服务期满续约的追踪调查发现,继续教育、学历提升、职称职级晋升等成为他们的难点与痛点<sup>[16]</sup>,且缺乏国家层面意见指导,这或将影响定向医学生免费培养政策的长远成效。

## 三、我国农村订单定向医学人才免费培养政策的发展动力

我国农村订单定向医学人才免费培养政策历经三个阶段变迁,问题源流、政策源流以及政治源流发挥的作用各不相同,但当“三流耦合”时,“政策之窗”得以开启。

### (一)问题源流

决定哪些问题将成为政策问题甚至比决定哪些将成为解决方案还重要<sup>[17]</sup>,这意味着问题引起政策制定者的重视,需要通过数据指标、重大事件或危机事件、现行政策执行反馈来识别。以2009年我国卫生事业发展公报统计数据为例,截至年末,基层医疗卫生机构315.2万人(占比40.0%),总诊疗33.9亿人次(占比61.7%),全国范围内每千人口执业(助理)医师1.75人<sup>[18]</sup>,这意味着全国不到一半的基层医疗卫生队伍要承担超过半数的诊疗工作,担负诊疗压力大。一项医疗系统数据表明,全国患病的人中,49%应看病没看病,32%应住院没住院<sup>[19]</sup>;有限的医疗卫生资源都集中在城市和“高精尖”领域,中西部经济落后、交通不便的偏远农村地区“看病难”形势严峻,“小病拖、大病扛”成为农村老百姓

不敢看病、看不起病的真实写照。将互联网平台索引内容的时间设定在2010年前,发现“农民看病跑断腿”的新闻报道屡见不鲜。2003年“非典”暴发,“预防为主”经验引起各界重视。2005年国务院发展研究中心出具研究报告“唯市场医改基本不成功”的警示,医改问题广受媒体关注。2005—2017年中国疾病负担研究报告显示,农村地区高血压、糖尿病等慢性病所导致的疾病负担逐年上升<sup>[20]</sup>,慢性病的预防、诊疗、管理离不开基层医疗卫生服务体系支撑,打造一支数量充足、素质优良的基层医疗卫生队伍显得极为紧迫。面对农村居民日益增长的医药卫生需求,为其提供便捷、低成本的医疗卫生服务亟待提上议程。

### (二)政策源流

问题能够引起重视并不能保证能排上决策者的政策议程,这还需要吸引人的备选方案和政策建议<sup>[4]</sup>。在“十五”“十一五”期间,专家学者围绕“基层医疗卫生队伍建设”开展研究,中国知网等数据库收纳文献超过百余篇,丰硕的学术成果提供了有力专业支撑。国外先进培养经验与中国农村实践相结合<sup>[21]</sup>,如1972年日本自治医科大学面向全国招收培养医学生,学成后返回家乡服务;本土实践经验有效迁移到医学教育领域,如2007年国务院依托教育部六大直属师范高校实施师范生免费教育试点,为中西部地区培养一大批优秀基础教育师资,对招生培养、就业管理方面的政策设计提供参照。这些经验虽不能完全照搬,但带来了有益的参考和借鉴<sup>[22]</sup>。根据中国人大网、中国政协网提案信息,来自医疗卫生行业的人大代表、政协委员积极建言献策,围绕全科医生培养、基层卫生队伍建设、优化城乡医疗资源配置等内容发声,而这些来自一线的真实声音无疑为政策方案制定提供了决策信息参考。

### (三)政治源流

政治源流是指对问题解决产生影响的政治过程,独立于问题源流和政策源流之外,由国民情绪、执政党理念、政府态度等要素组成<sup>[4]</sup>。2008年10月,《关于深化医药卫生体制改革的意见(征求意见稿)》公布,收到3.5万条反馈<sup>[23]</sup>。“看病难、看病贵”的呼声久居不下,弥散在公共舆论潮流之中,优质医疗卫生资源下沉到中西部农村地区,在家门口就医反映强烈,安全有效、方便价廉的医疗卫生服务是广大人民群众迫切愿望,深化医疗改革的国家行动则大大提振了人民群众的信心。坚持以人民为中心始终是中国共产党的执政理念,党和国家领导人高度重视农村广大农民的医疗卫生问题,多次作出重要批示。中国共产党第十七次全国代表大会报告中明确提出,提高全民健康水平。党的十八大以来,“人民健康、工作重点放在农村”多次出现



在党和国家的重大会议报告中。在“十五”“十一五”的国务院政府工作报告中,反复强调加强卫生队伍建设,我国政府改善民生、解决“看病难、看病贵”问题的努力与决心尽显。国家启动新一轮医药卫生体制改革,为贫困地区农村培养实用的医疗卫生人才,造就大批扎根农村、服务农民的合格医生,推动优质人力资源“下沉”农村。

#### (四)政策之窗

我国中西部农村偏远地区“看病难、看病贵、医疗资源不均衡”所牵引出的农村医疗卫生队伍问题,为定向医学生免费培养政策变迁产生了合理性基础;医疗卫生领域的专家学者、人大代表、政协委员以学术论文、议案提案的方式为定向医学生免费培养政策变迁提供了合法性依据;中国共产党“以人民为中心”的执政理念,高度重视农村农民医疗卫生问题,以及政府着力破解民生难题举措为定向医学生免费培养政策变迁指明了战略性方向。问题源流、政治源流和政策源流汇聚、耦合,农村订单定向免费医学人才培养的“政策之窗”顺利开启。具体来说,问题源流与政治源流汇合,“问题窗口”“政治窗口”得以打开,党和国家着力解决人民群众关心的“看病难、看病贵”问题,围绕新一轮医疗改革顶层设计,已经提出采取定向免费培养等多种方式,保障基层医疗卫生人才培养,满足广大农村群众的医药卫生需求。2010年6月,国家发展改革委五部委联合启动实施农村订单定向医学生免费培养工作,这一实施意见的出台被视作定向医学生免费培养项目启动的开端。而随着专家学者的意见持续发酵、成熟并系统化,实现了三流耦合;定向医学生免费培养政策宏观上的理念设计,中微观上的具体落实,招生、培养、履约政策框架愈发清晰。党的十八大以来,习近平总书记带领全党全国各族人民先后全面建成小康社会、打赢脱贫攻坚战、推动乡村振兴,始终把农村摆在突出位置,实现了基本医疗有保障,就医难问题得到历史性解决。在国家宏观战略的指引下,医疗卫生的相关专家、学者纷纷响应国家顶层设计,对定向医学生免费培养政策优化提供了建议。随着农村人民群众对优质医疗资源服务需求的进一步增大,重大传染性疾病传播的后续影响,发展壮大基层医疗卫生队伍、提高基层防病治病应急管理能力成为必须回应的实践问题源流。伴随三种源流汇合,国家持续实施定向医学生免费培养项目,扩大招生规模及调整招生结构;延续了以往服务农村医疗“下得去、用得上、留得住”的医学生定位,又力求农村地区学生“上得来、下得去、用得好”。国家通过严格限定生源,将定向医学生纳入住院医师规范化培养范围,探索人才培养新机制、新模

式,完善就业安置、履约、续约的服务管理制度,提升医学生专业素质,培养出一支高质量的基层全科医生队伍。

## 四、我国农村订单定向免费医学人才培养政策的未来指向

回顾定向医学生免费培养政策走过的十余年,国家累计投入近21亿元,支持中西部省份培养本科层次定向医学生7.5万余人。4.1万名毕业生按照约定到基层履约服务<sup>[24]</sup>,从规模上实现了为中西部乡镇卫生院培养1名从事全科医疗定向医学生的“全覆盖”,在国家脱贫攻坚、乡村振兴的时代进程中起到重要作用。未来我国定向医学生免费培养应不断完善深化政策内容、强化执行效果,充分发挥政策效能。

(一)坚持定向医学生免费培养政策机制,优化政策执行衔接效果

我国城乡医疗资源布局不平衡,尤其是人力资源不平衡的情况持续存在<sup>[25]</sup>。人才培养政策作为周期长、见效慢、投入大的民生基础工程,其人才红利释放是一个漫长的过程。实现医疗优质资源下沉到中西部广大偏远农村,建设高质量的基层全科医生队伍,必须直面问题,坚持农村生源、订单培养、定向就业的主方向不动摇,不断扩大招生规模,面向农村地区持续输送基层医疗卫生人才。在过去十余年,定向医学生免费培养政策框架已经完全建立,并在今后很长一段时期内成为国家常态化政策。政策发挥效能的关键在于有效执行、长效落实。应坚持以医学生为关键主体,自上而下组织各地各部门齐心协力,共同推进培养工作。从定向医学生前期培养过程来看,在党和国家统筹规划下,国家卫生健康行政、教育行政管理、财政等部门已经建立起医学宏观管理机制,形成了政策合力,科学指导下级行政部门会同高等医学院校做好招生培养工作。高等医学院校依据医学培养规律,将高质量的人才输出到基层医疗卫生机构,定向医学生培养“输入”工作整体态势向好,成效突出。

而从已有政策执行反馈结果来看,高等医学院校将定向医学生“输出”到基层,但地方行政管理部门在“接收”过程中存在执行偏差,政策执行衔接不顺畅,未能保障就业安置等后续环节的工作成效。这需从国家层面长远谋划、高位统筹,建立定向医学生履约服务的周期性考评机制,将续约率作为重要考核指标;责成有关部门为地方行政管理部门在落实就业安置、履约管理、续约服务环节上提供详细指导意见和必要财政支持。各地政府要坚定政策投入成本的决心不动摇,组织人力资源、财政部门提前预留编制,建立专项资金池,确保“有编有岗”,加

快建成“定向评价、定向使用”的基层职称制度,围绕学历提升、继续教育等方面建立专门倾向性政策和针对性措施。关注定向医学生报到、规培、续约三个时间段的心理变化情况,保持工作梯度式推进。力求做到彰显人文关怀,解决后顾之忧,合理安排岗位,保障生活工作条件,将薪资待遇真正落到实处,实现“岗位留人、待遇留人、感情留人”。

(二)把握定向医学生生命周期成长轨迹,发挥干预措施合力效应

我国定向医学生免费培养政策在实施过程中不断契合时代需求、进行完善创新,“上得来、下得去、留得住”始终是国家实施定向医学生免费培养政策的初衷。但从近年中国裁判文书网收录数据来看,定向医学生违约的诉讼记录高达35起;在各地官方信箱、留言板中医学生违约事实存疑留言,违约事件频发且呈现上升趋势<sup>[26]</sup>。一项对广西三地首届定向医学生的随机调查数据显示,流失率居高不下,续约率不到50%,收入水平、职业发展成为影响定向医学生留任基层的重要因素<sup>[27]</sup>。“下得去、留得住、有发展”成为定向医学生免费培养政策亟须回应的现实议题。世界卫生组织将各国培养、吸引、保留合格的基层医疗卫生人才经验总结为教育类、强制类、激励类与专业支持类四类措施<sup>[2]</sup>。立足中国农村基层实践,充分考虑国内外政策环境差异,借鉴国际经验,综合实施定向医学生免费培养政策的干预措施。

把握定向医学生生命周期的成长轨迹,紧扣国家政策的价值导向,坚持多线并进的工作思路,以医学教育类措施为主线,激励类措施与强制约束类措施互相衔接,专业支持类措施有机补充。我国本科定向医学生以农村生源为主,其成长轨迹主要是“5年院校教育+3年规范化培训+3年基层服务”。长期以来,“两免一补、降分录取、毕业带编”是吸引广大农村学子报考的重要因素,同时他们毕业后返回基层就业的可能性更高。因而在第一个“5年院校教育”时间节点里,地方卫生健康管理部门应全方位、多渠道告知定向医学生免费培养政策的内容细节,明晰享受权利与履行业务,筛选出愿意扎根基层、服务基层的优质生源。高等医学院校在培养过程中注重契约精神培养,加强医学生服务基层的荣誉感和责任感教育,突出农村现实需求,探索具有社会普适性与区域特色性相结合的人才培养模式。进入第二个“3年规范化培训”时间节点,尊重定向医学生的社会身份诉求,对编制、住房、薪资待遇进行全方位保障。定向医学生完成规培后,个体人力资本得到增值,履约服务中配套的薪酬奖励机制也应同步健全,可直接体现在薪资收入等方面。到第三个“3年基层服务”时间节点,建立医学生定

向培养、使用、发展的长效机制,健全职后继续教育医学体系,提供更加充足的职业发展机会,为他们提升学历、轮岗交流、进修访学等方面创造必要条件。对于职称评聘方面,可适当放宽要求,侧重工作成效,开辟绿色晋升通道。在三个关键的时间节点里,强制性约束措施始终贯穿其中,遵循管理政策权威性与人性化融合原则,最终实现契约精神的回归。充分发挥干预措施的合力效应,让更多定向医学生扎根基层、服务农村,担当基层群众健康“守门人”,成为健康乡村的主力军。

#### 参考文献

- [1] 习近平. 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗:在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告(2022年10月16日)[M]. 北京:人民出版社,2022:49
- [2] 刘晓云,贾宗林,刘民,等. 农村订单定向医学生免费培养政策的设计、实施及未来走向分析[J]. 中国全科医学,2022,25(22):2691-2697
- [3] 中国教育报. 培养健康乡村的守望者——全国农村订单定向医学生培养十周年综述[EB/OL]. [2023-10-14]. [http://www.moe.gov.cn/jyb\\_xwfb/s5147/202001/t20200108\\_414693.html](http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/s5147/202001/t20200108_414693.html)
- [4] 约翰·W·金登. 议程、备选方案与公共政策[M]. 丁煌,方兴,译. 修订版. 北京:中国人民大学出版社,2017:18-79
- [5] 莫甲凤,杨雯. 学术打假何以成为国家行动——基于多源流理论的分析[J]. 现代大学教育,2022,38(5):15-26
- [6] 曾令发. 政策溪流:议程设立的多源流分析——约翰·W·金登的政策理论述评[J]. 理论探讨,2007(3):136-139
- [7] 王瑜,叶雨欣. 多源流理论视角下我国教育扶贫政策的变迁分析[J]. 当代教育论坛,2020(6):19-27
- [8] 国家发展改革委等五部门. 关于印发开展农村订单定向医学生免费培养工作实施意见的通知[EB/OL]. [2023-10-22]. [https://www.ndrc.gov.cn/fzggw/jgsj/shs/sjdt/201006/t20100604\\_1121988.html](https://www.ndrc.gov.cn/fzggw/jgsj/shs/sjdt/201006/t20100604_1121988.html)
- [9] 胡丹,陈楚康,张超,等. 我国农村订单定向免费医学生培养成效及存在问题[J]. 中国卫生政策研究,2018,11(9):28-33
- [10] 胡丹,陈楚康,张超,等. 农村订单定向医学生免费培养政策实施现状调查[J]. 中国卫生政策研究,2016,9(9):60-64
- [11] 国家卫生健康委等七部门. 关于进一步做好农村订单定向医学生免费培养工作的意见[EB/OL]. [2023-10-28]. [http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/moe\\_740/s7955/201505/t20150520\\_189494.html](http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/moe_740/s7955/201505/t20150520_189494.html)
- [12] 卫生计生委. 关于印发住院医师规范化培训管理办法(试行)的通知[EB/OL]. [2023-10-25]. <https://www.>

- gov.cn/gongbao/content/2015/content\_2806023.htm
- [13] 国家卫生健康委等七部门. 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[EB/OL]. [2023-10-28]. [http://www.moe.gov.cn/jyb\\_xgk/moe\\_1777/moe\\_1779/202007/t20200715\\_472873.html](http://www.moe.gov.cn/jyb_xgk/moe_1777/moe_1779/202007/t20200715_472873.html)
- [14] 王碧艳, 吴琪俊. 我国农村订单定向医学生免费培养计划的政策分析[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 34-38
- [15] 贵州省人民政府办公厅. 关于印发贵州省深化医教协同进一步推进医学教育改革与发展实施方案的通知[EB/OL]. [2023-10-28]. [https://www.guizhou.gov.cn/zwgk/zcfg/szfwj/qfbf/201804/t20180428\\_70473622.html?isMobile=true](https://www.guizhou.gov.cn/zwgk/zcfg/szfwj/qfbf/201804/t20180428_70473622.html?isMobile=true)
- [16] 程晓冉, 张笑天, 王静雅, 等. 订单定向医学生的就业与履约: 基于四所医学院校的五年跟踪分析[J]. 中国全科医学, 2022, 25(22): 2713-2719
- [17] 托马斯·R·戴伊. 理解公共政策[M]. 彭勃, 译. 北京: 华夏出版社, 2004: 32
- [18] 卫生部. 2009年我国卫生事业发展统计公报[EB/OL]. [2023-11-03]. [https://www.gov.cn/gzdt/2010-04/09/content\\_1576944.htm](https://www.gov.cn/gzdt/2010-04/09/content_1576944.htm)
- [19] 高粱. 没有健康哪有小康——全面深化医改研讨会侧记[J]. 经济导刊, 2015(4): 34-45
- [20] 殷鹏, 齐金蕾, 刘温宁, 等. 2005—2017年中国疾病负担研究报告[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(12): 1145-1154
- [21] 张超, 陈楚康, 张众, 等. 农村地区培养卫生人才的国际经验与启示[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(1): 67-75
- [22] 曲铁华, 袁媛. 我国师范生免费教育政策的百年历史考察[J]. 社会科学战线, 2010(1): 213-219
- [23] 发展改革委. 《深化医药卫生体制改革指导意见(征求意见稿)》征求意见情况通报[EB/OL]. [2023-11-10]. [https://www.gov.cn/gzdt/2008-11/15/content\\_1150153.htm](https://www.gov.cn/gzdt/2008-11/15/content_1150153.htm)
- [24] 国家卫生健康委. 关于政协第十四届全国委员会第一次会议第01118号(医疗卫生类090号)提案答复的函[EB/OL]. [2023-11-15]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/tia/202309/464a5c6dcd2d4286a19756bf3fae7e42.shtml>
- [25] 曹琦, 严则金. 我国优质医疗资源扩容改革主体行为逻辑和机制优化——基于行动者中心制度主义的分析[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(2): 1-10
- [26] 人民网. 拿什么留住定向免费医学生[EB/OL]. [2023-11-20]. <http://leaders.people.com.cn/n1/2023/0905/c58278-40070936.html>
- [27] 张鑫, 赵越, 黄立创, 等. 广西三地首届服务期满农村订单定向医学生工作及影响因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(7): 74-80

(本文编辑: 姜 鑫)

## Multi-source analysis of free training policy for rural order-oriented medical students in China

ZHOU Yong<sup>1</sup>, LI Shiwei<sup>2</sup>, LI Xu<sup>3</sup>

1. Department of Preschool Education, 2. Department of Social Work, Guiyang Preschool Education College, Guiyang 550000;  
3. College of Education, Guizhou Normal University, Guiyang 550000, China

**Abstract:** The free training of rural order-oriented medical students in China is a key measure to improve primary medical diagnosis and treatment, strengthen the construction of general practice teams, and supplement grass-roots medical talents. Based on the multi-source classic elements, a two-dimensional policy analysis framework is constructed to systematically analyze the free training policy of rural order-oriented medical students in China. The study found that the policy has undergone three stages: introduction and implementation, continuous promotion and comprehensive deepening. It is vital to face the problem's origins, follow the policy and grasp the political origin while seizing the opportunity to open the policy window. In the future, the policy of free training of directed medical students in China should improve the policy mechanism of free talent training, optimize the convergence effect of policy implementation, grasp the growth track of targeted directional medical students, and give full play to the joint forces of intervention measures.

**Key words:** rural order-oriented medical students; multi-source theory; medical education policy