

“三农”决策要参

2020 年第 14 期（总第 333 期）

清华大学 中国农村研究院

2020 年 4 月 26 日

建设健康中国，乡村医“境”如何破局？ ——山西省平顺县的调研与思考*

内容摘要：作为健康中国“最后一公里”的承担者，乡村医生在应对疫情等突发性公共卫生事件和保障农村基础医疗卫生服务方面，扮演着重要角色。乡村医生是解决农村居民因病致贫、返贫问题，确保夺取脱贫攻坚战全面胜利的中坚力量。本文通过山西省平顺县的调研发现：乡村医生普遍存在“收入低、职能多、门槛高、前景差”四大问题，陷入“招不进、留不住”的发展困境，未能充分保障村级医疗卫生服务的“网底”作用。对此，本文提出以下政策建议：一是加强乡村医疗队伍建设，适当增加政府转移支付；二是划分职能边界和权责边界，建立有效激励机制；三是综合区域经济情况，合理调试准入门槛和考核要求；四是明确乡村医生隶属关系，适时纳入正式医疗编制系统。

关键词：健康中国 脱贫攻坚 乡村医生 医共体 公共服务

*本文为清华大学中国农村研究院 2019 年暑期农村调查研究学生团队成果之一，同时为 2019 年“黄宗智青年学子资助计划”调研成果。感谢清华大学中国农村研究院胡振通老师对本文的悉心指导；感谢中国人民大学农业与农村发展学院硕士生陈世伟等同学在调研中的贡献；感谢山西省平顺县政府和受访者提供的相关资料以及相关老师的指导建议。报告观点仅代表调研团队看法。

“乡村医生”作为农村医疗卫生服务的主要提供者和践行者，长期以来为广大农民生命健康安全做出重要贡献，在我国农村经济建设和社会治理中发挥着不可替代的作用。随着健康扶贫工作的推进，村医被赋予了更多行政职能，重要性愈加凸显。但需注意的是，乡村医生现存的发展问题，大大限制了其村级医疗卫生服务“网底”作用的充分发挥。本文结合对山西省平顺县的贫困户、非贫困户、乡村医生和乡镇卫生院的访谈资料，着重探讨乡村医生面临的“招不进、留不住”的发展困境，围绕乡村医生普遍存在的“收入低、职能多、门槛高、前景差”的四大问题，深入分析困境成因，并提出相关政策建议。

一、乡村医生的发展困境

村医作为基层医疗的健康“守门人”，其重要性不言而喻，然而，2019年发生了系列村医集体辞职事件，引发社会广泛关注。2019年6月28日，河南省通许县朱砂镇36名村医集体辞职，7月7日该县大岗李乡28名乡村医生集体辞职。2019年7月13日，黑龙江省依兰县63名乡村医生集体辞职。村医队伍人才储备严重不足，其发展困境主要源于职能要求增加、准入门槛提高，但工资、养老等报酬激励机制并未同步完善。

对此，本团队选取国家扶贫开发工作重点县山西省长治市平顺县作为研究地点，于2018年10月和2019年7月先后开展了两次调研，共走访两个乡镇，访谈20余名乡村医生。调研发现，该县存在的乡村医生问题在全国具有典型性，由于村医报酬激励和工作内容

的不匹配，致使村医陷入了“招不进、留不住”的发展困境。一方面乡村医生补助低，另一方面乡村医生工作层层加码、不堪重负。青年人才认为村医待遇不高，职业发展受限，对村医职位持观望态度。同时，存在部分年轻村医离职离岗进城打工现象，致使乡村医疗队伍不断衰弱，呈现老龄化趋势。调研资料显示，超半数乡村医生年龄在 60 岁以上，50 岁以上的占比近 90%。

乡村医生不可或缺，为何会出现基层医疗的健康“守门人”陆续离职弃岗、青年人才对“乡村医生”职位望而却步的现实困境？乡村医生“招不进、留不住”的难题究竟应如何“破局”事关重大。

二、乡村医生发展困境的根源

通过政策梳理和调研访谈，从报酬激励和工作辛苦程度的权衡角度出发，剖析村医“招不进、留不住”发展困境的根源，具体包括“收入低”“职能多”“门槛高”“前景差”四个方面。

（一）收入低：药品收入下降，政府补贴不足

2011 年，国务院办公厅《关于进一步加强乡村医生队伍建设的指导意见》中提出，“实现村卫生室和乡村医生全覆盖，原则上每个行政村设置 1 所村卫生室，每千人应有 1 名乡村医生”。这一时期，药品收入基本占乡村医生全部收入的 60%~90%。新医改后，中共中央、国务院在《关于深化医药卫生体制改革的意见》中首次提出“要改革药品加成政策，实行药品零差率销售”。2014 年，《村卫生室管理办法（试行）》对村卫生室药品做出了“零差率销售”的明确要求。随着基本药物制度的实施和药品零差率销售在农村地区的逐

步推广，乡村医生收入基本全部来自政府补贴，药品收入接近为零。调研数据显示，在基本药物制度实施后，乡村医生的月均收入平均下降 770.7 元，是其期望收入的 1/3。2015 年《山西省人民政府办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》规定，乡村医生的补贴由三部分构成：基本公共卫生服务补助（根据服务人数，按人均 5 元补贴计算）、国家基本药物制度补助（按村卫生室所在村的户籍人口，每人每年不少于 5 元的标准补贴）和村卫生室日常运行维护补助（对村卫生室日常运行发生的水、电、暖、信息网络维护费等公用支出给予补助，每个村卫生室每年补助金额不低于 1000 元）。按照每千人至少 1 个乡村医生的政策要求，可以简单计算出一个乡村医生每年可获得 5000 元基本公共卫生服务补助、5000 元国家基本药物制度补助以及 1000 元日常运行维护补助，共计 1.1 万元，每月约 917 元。而调研地村医月收入约 800 元（服务人口 607 人）。根据《山西省人民政府办公厅关于调整我省最低工资标准的通知》，山西省一类、二类、三类和四类工作的最低工资标准分别为 1700 元、1600 元、1500 元和 1400 元。乡村医生的收入甚至远低于第四类工作的最低工资标准 1400 元，存在收入困境。

（二）职能多：职能范围扩大，工作不堪重负

新医改后，为实现脱贫攻坚目标，乡村医生被赋予了更多的时代要求。现阶段乡村医生的两大职能为：基础医疗和公共卫生服务。前者对村级医疗需求较小，但技能要求较高；后者需求较大，但技能要求较低。具体而言，从职能需求角度出发，随着村民医疗需求

升级和交通的便捷化，通过村医药品收入降低这一基本事实，可推测当前基础医疗（问诊卖药）需求较小；山西省平顺县实行“双签约”后，慢性病管理和健康扶贫（如测血糖、血压等）公共卫生服务成为村医的主要工作内容，需求较大。从职能技术角度出发，调研发现，目前乡村医疗中需要专业技术人员和专用设备的项目，基本已经上移至乡卫生院或者县级医院（见表1）。乡村医生当下承担的公共卫生服务实际上更多是信息搜集工作，并不需要太多专业技能。例如，对于慢性病管理，可通过一定时间的技能培训，掌握血压、血糖等基本医学常识。换言之，乡村公共卫生服务需要的并不是具备高技术水平的“医生”，而更多是围绕“慢性病管理”与“健康扶贫”工作的“信息搜集者”。对此，应认清医疗人才短缺而公共卫生服务医疗需求增加的矛盾，进一步思考人才资源分配问题，并结合实际情况把握“技能—岗位”之间的平衡。

表1 乡村医生公共卫生服务需具备的技能要求

项目	主要内容	村医主要负责内容	技能要求	备注
0~6岁儿童健康管理	新生儿家庭访视	通知	低	上移卫生院
	1~8月龄儿童健康检查	通知	低	上移卫生院
	12~30月龄儿童健康检查	通知	低	上移卫生院
	3~6岁儿童健康检查	测量身高、体重等	低	学校体检
	防疫接种	通知	低	上移卫生院
	6~24个月儿童营养包	领取、发放	低	

项目	主要内容	村医主要负责内容	技能要求	备注
孕产妇健康管理	第 1 次产前检查	通知	低	上移县医院
	第 2~5 次产前随访	通知	低	上移县医院
	产后 7 天访视	有无抑郁、生病等	低	
	产后 42 天健康检查	通知	低	上移县医院
65 岁以上体检	全身检查	通知, 带队	低	上移卫生院
慢性病管理	高血压患者随访服务	测量血压、用药情况	低	
	2 型糖尿病患者随访服务	测量血糖、用药情况	低	
	严重精神障碍患者管理	病情是否稳定	低	
	肺结核患者管理	用药情况、病情	低	
出生死亡	统计工作	记录	低	

（三）门槛高：准入门槛提高，医疗人才短缺

国家对乡村医生的准入要求在逐年提高。最初大部分“赤脚医生”并非医学科班出身，主要通过他人传授、实践摸索获取医学经验。20 世纪 80 年代初，国家首次实行“乡村医生资格考试”，140 万“赤脚医生”通过考试的仅有 60 万人。2004 年乡村医生执业考试标准重新制定，《乡村医生从业管理条例》要求新进乡村医生经“县级人民政府卫生行政主管部门进行有关预防、保健和一般医疗服务基本知识的培训”后，通过考试即可获得相关执业资格。2006 年，卫生部、国家中医药管理局、国家发改委和财政部联合下发的《农村卫生服务体系建设与发展规划》要求“到 2010 年，全国大多数乡

村医生要具备执业医师及以上执业资格”。2015年,《国务院办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》进一步提高乡村医生执业门槛,要求“新进入村卫生室从事预防、保健和医疗服务的人员,应当具备执业医师或执业助理医师资格”。与此同时,随着人口增加,乡镇和城市对医疗人员的需求量不断攀升,城乡之间人才竞争的加剧,将使得乡村医生“招不进”的问题更加凸显。当前乡村医生主要职能更多地转向提供技能要求较低的公共卫生服务(慢如性病管理和健康扶贫),而村医准入门槛整体提高的制度供给是否与现实需求存在差距,还需深入思考把握供需之间的平衡。

(四) 前景差: 福利待遇有别, 发展前景受限

在全球中等收入国家中,中国是客观存在城乡两套医务人员待遇体系的极少数国家之一。在编制职数、晋升空间等方面,村医和城市公立医院的医生之间有不小差距。不可否认,老村医们受教育水平低,步入中老年后学习能力下降,无法与现代医生同台竞技。但这一群体充当了农村健康“守门人”的重要角色,相关养老保障政策亟待完善。对于新晋的乡村医生,能否为其提供与正式医疗体系同等的编制和合理的晋升渠道,值得深入探究。要解决村医“招不进、留不住”的发展困境,必须从多方面全盘把握。

三、政策建议

在全面打赢脱贫攻坚战、实施乡村振兴和健康中国战略的政策交汇期,针对乡村医生普遍存在的发展困境,本文提出以下政策建议。

第一，加强乡村医疗队伍建设，适当增加政府转移支付。乡村医生困境的核心是“补助低”。对此，应建立村医发展长效激励机制，一方面，适当提高村医补助，缩小村医和村两委或乡镇卫生院工作人员的收入差距，完善基层医疗卫生机构绩效工资政策，逐步建立符合医疗卫生行业特点、有利于人才下沉和“医共体”发展的薪酬制度；另一方面，尽快完善村医养老保障等多种激励机制，并拓展村医后备人才培养渠道。2020年中央一号文件指出：“对应聘到中西部地区和艰苦边远地区乡村工作的应届高校医学毕业生，给予大学期间学费补偿、国家助学贷款代偿。”多维度、多渠道、多层次促进村医队伍的后备人才建设。

第二，区分职能和权责边界，建立有效激励机制。乡村医生的两大职能中，公共卫生服务要求技能较低、需求却在提高，而基础医疗服务技能要求较高、需求却有限。若将两大职能全部赋予至“乡村医生”这一执行主体上，往往需要大量且高技能的医师，但贫困地区存在政策目标与实际情况脱节现象。对此，应根据不同村的集体经济发展水平、领导班子建设情况以及乡镇医疗体系人员情况，明确职能边界。在特定时期、特定目标下，根据现实情况，考虑是否需要增加卫生专员等辅助职位，如此前的计生专员或抗疫期间的防疫专员等。结合中央、地方的政策内容，合理制定不同地区乡村医生的考核标准和激励制度，在保证“多劳多得、少劳少得、不劳不得”公平性的情况下，加强乡村医生、村集体、乡镇医院等多方主体的共同参与，加快推动“紧密型县域医共体”建成。一方面，

若村医水平较高，可适当赋予较多职能并予以物质激励，若村医工作能力一般，则应由乡、县卫生部门替代部分职能，最终在医疗重要环节中做到多主体职能交叉、共担风险。另一方面，减少形式主义、重复性的无用职能，合理减负，形成有效激励。

第三，综合区域经济情况，合理调试准入门槛和考核要求。2020年中央一号文件指出：“加强乡村医生队伍建设，适当简化本科及以上学历医学毕业生或经住院医师规范化培训合格的全科医生招聘程序。”对此，应进一步区分公共卫生服务与基础医疗两大职能，划分职能边界，找准可行方案，备好替代手段。在准入门槛方面，相对低技术要求的公共卫生服务部分，可适当降低人员招聘要求。同时，由村—乡—县形成的“紧密型县域医疗卫生共同体”分担相应职能，保障村级医疗卫生服务质量；利用互联网信息平台（如中国继续医学教育网等）实现乡村医生在线学习，保障基本技能过硬。在考核要求方面，针对部分地区药品市场化程度较高、交通方便的情况，村一级的基础医疗需求在逐步减少，可探索施行“多村一医”制度，节省医疗开支；针对部分交通不便、所辖村庄人口稀少且老龄化等问题严重的贫困地区，应在按服务人数进行补贴之外，适当增加补贴。

第四，明确乡村医生隶属关系，适时纳入正式医疗编制体系。由于村卫生室和乡村医生均无明确的隶属关系，对于医疗纠纷需由乡村医生独立承担无限责任，缺少风险分担机制，使得乡村医生行医受到掣肘，进一步加剧乡村医生“招不进、留不住”的困境。应

尽快明确村卫生室和乡村医生的隶属关系，进一步明确乡村医生的身份和地位。据 2020 年中央一号文件所示，“允许各地盘活用好基层卫生机构现有编制资源，乡镇卫生院可优先聘用符合条件的村医”，打通乡村医生未来发展的上升渠道，有助于稳步推进紧密型县域医疗卫生共同体建设。

中国人民大学“健康中国护卫队”调研支队

报告执笔人：杨晓婷 毕怡琳 廖睿力



清华大学 中国农村研究院

地址：北京·清华大学公共管理学院 612 室（邮编 100084）

电话：86-10-6277 3526

传真：86-10-6279 6949

电子邮箱：cirs@mail.tsinghua.edu.cn

网址：<http://www.cirs.tsinghua.edu.cn>



欢迎关注清华大学

中国农村研究院官方微信

刊号：TH-T-1021

（使用本文需征得清华大学中国农村研究院同意）