

四川山区乡村医生生存与发展状况调研¹

陈橙，杨小川，蒋婷，李可，谭靖锋

(乐山师范学院经济与管理学院，四川 乐山 614000)

【摘要】乡村医生是农村医疗体系中最不可或缺的组成部分，其生存与发展问题日益严重，亟待解决。本文以四川乡村医生为研究对象，根据区域经济、地貌特征、民族成分等要素选择典型的乡村代表，进行实地走访和问卷调查。深入了解当下乡村医生收入微薄、缺少保障、风险较高、设备缺乏、后继无人等问题。深入剖析其主、客观等多方面原因，为乡村医生发展改革提供建设性意见。

【关键词】四川；乡村医生；生存；发展

【中图分类号】R197.1 **【文献标识码】**A

1 四川山区乡村医生从业背景

村卫生室是以乡村医生为主体的三级医疗卫生服务体系的网底，在保障农民健康中发挥着非常重要的作用。近年来乡村医生的生存状况备受关注，在2017年的中共第十九次代表大会中，习近平总书记提出了乡村振兴的重大战略部署，三农问题再次成为全党工作的重中之重，要想发展农村经济，农民的身体健康状况才是最坚实的基础。

乡村医生在20世纪80年代也被称为“赤脚医生”，在村民心中有着极高的地位。如今“赤脚医生”逐渐退出历史舞台，作为其延续的乡村医生的生存发展问题也日益凸显。相关调查显示，50岁以上的乡村医生占23%，40至49岁的村医占24%，而20至29岁的年轻村医仅有7%。村医队伍结构老化、断层严重、经济来源有限、政策制定无益、制度落实区域差异较大等一系列生存问题不断加剧，整个医疗卫生服务体系问题将进一步恶化。

“看病难、看病贵”现象在农村可谓是常态，村民的就医问题十分严峻，一旦处理不当，“因病返贫”现象或将再次成为农村迈向小康的阻碍。作为一个传统农业大国，我国农民人口基数大，农民是国家农业发展的主力军，解决农民民生问题，完善农村医疗制度迫在眉睫。

2 乡村医生生存与发展现状

2.1 双重压力并行，乡村医生生存状况堪忧

2.1.1 收入普遍较低，生活压力大

¹ [收稿日期]2019-08-20

[作者简介]陈橙（1997—），女，四川阆中人，乐山师范学院经济与管理学院本科在读；蒋婷（1997—），女，四川遂宁人，乐山师范学院经济与管理学院本科在读；李可（1998—），女，四川眉山人，乐山师范学院经济与管理学院本科在读；谭靖锋（1997—），男，四川眉山人，乐山师范学院经济与管理学院本科在读。

[通讯作者]杨小川（1973—），男，四川乐山人，乐山师范学院经济与管理学院教授，硕士，研究方向：中小企业发展。

据问卷调查显示月收入在 2000 元以下的村医人数达到 55.60%,且各地区公共:卫生服务补助、基础性补助、基本药物零差率补助等差距较大,补助金额不稳定,甚至并未完全到位。对于多数乡村医生而言,从医收入是家庭收入的主要来源,但微薄的从医收入无法在日益增长的物价水平下支撑整个家庭的开销,生活压力不断加大。

2.1.2 工作风险较高,生存压力大

乡村医生位于三级医疗卫生服务体系的网底,是农村传染病发生时的第一接触者,风险性较高。据调研,76%的乡村医生没有医疗风险基金或落实不到位,部分地区组织乡村医生自费购买,但使用条件苛刻,走访中据部分乡村医生反映,该项保险实为空壳,有名无实。

2.2 多项问题齐发,乡村医生队伍发展艰难

2.2.1 结构老龄化问题突出,青黄不接现象严重

目前村医年龄普遍偏大,四川山区乡村医生中年龄在 46 岁以上占总人数的 58%,其中只有 21%的人年龄在 35 岁以下。由于社会快速发展,乡村医生职业吸引力降低、社会地位下降,这一群体难以吸纳新鲜血液。

2.2.2 学历水平与医疗水平普遍较低

多数山区乡村医生由“赤脚医生”演变而来,学历水平较低,医疗技术有限。其学历大多集中在专科水平,占比高达 67%,仅有 11%的村医拥有大学及以上的高学历,但其中还有 19%的村医学历在初中及以下;就医疗水平而言,58%的村民认为乡村医生的医疗水平一般。这不仅归结于社会发展,也归根于村医本身。医疗技术日新月异,而部分山区乡村医生依然墨守成规,没有紧跟时代步伐,缺乏努力学习、向上发展的意识。

2.2.3 游离于体制之外,老无所依

乡村医生受卫生院和政府监督管理却不隶属于任何一个部分,成为了游离于体制之外的“局外人”,意味着在发生任何意外时,只能自己承担全部责任。不少村医到老也没能等来政府的养老保障,仍要靠自己坐诊,赚取生活费,导致村医对自己职业整体的认同感、成就感降低,甚至产生不满情绪。

2.2.4 医疗设施参差不齐,基药制度弊大于利,村卫生室空置严重

走访调研中发现山区村卫生室的医疗条件良莠不齐,87%的村卫生室都存在医疗设备缺乏的情况,少部分地区设施豪华,但过于形式化,实用性低。总的来说医疗设备较差,无法满足基本的检查,导致百姓看病较难,因病返贫现象频繁出现。另外,在新医改背景下,大力推行的基药制度使得药物价格较高,在增加山区乡村医生购药成本的同时也增加了老百姓的就医费用,于双方而言都百害而无一利。由于乡村医生工作难度大、工资微薄,多数村医选择重新就业;加之政府组织修建的村卫生室离村医住所较远、时间成本高,一部分村医选择在家中坐诊,另一部分村医则在家和村卫生室两边坐诊。这两方面都导致多数村卫生室呈空置状态、村民就医难。

2.3 医疗发展滞后,少数民族村医问题突出

四川少数民族聚居地较多,分布较广。尽管政府已加强对少数民族贫困地区的财政投入,但是由于其数量庞大、地处偏远、消息闭塞,加之当地财政捉襟见肘,无法适应国家新农合发展的需要,使得相关医疗保障制度不能有效实施。

3 影响乡村医生生存与发展的原因分析

3.1 乡村医生主观上自我发展意识不足

随着时代不断发展，生活水平不断提高，人民对基层医疗服务的需求形式、内容、质量要求也不断增加。但许多乡村医生自我发展意识不足，行医就诊依然墨守成规，完全按照传统诊疗方法不仅诊疗效果不佳而且不能满足当前人们较高的医疗服务需求。目前，大部分乡村医生安于现状，面临当前恶劣的生存环境，部分村医没有主动总结自身问题，认识社会发展问题，解决自身生存难题。同时，村医队伍缺乏主动向前发展的动力，对新医疗知识及技术的主动接触性差，主动学习意识较为淡薄。

3.2 诸多客观原因阻碍乡村医生发展

3.2.1 城镇化加速，农村人口流失严重、交通条件改善

近年来随着城镇化进程的加快，城镇人数不断增加，农村人口不断流失，据有关资料显示，2010-2018年中国城镇人口数量稳步上升，由最初6.6978亿人增加到8.83137亿人，城镇人口增速较快。加之交通条件改善，农村到村卫生室就诊人数急剧下降，直接导致了乡村医生收入降低，进一步恶化其生存环境。

3.2.2 区域经济发展不平衡，医疗资源分配不均

自改革开放以来，经济飞速发展，经济水平明显提高，但区域经济发展不均衡，各地区经济水平差异较大，导致了医疗资源分布不均，差异明显。据有关资料显示，医院诊疗次数排名前三的地区分别是广东、浙江、江苏，经济越发达地区，医院诊疗次数明显高于经济落后地区，医疗服务水平差异较为明显。同时，经济发展的不平衡，也导致财政补贴政策差异较大，各地区财政补贴水平差异较大，使医疗资源分配不均成为常态。

3.2.3 政策缺乏实践性，基层执行不力，形式主义严重

地方政策缺乏实践性，政策制定者对基层情况了解不充分，未能充分反映民意；政策执行者在政策执行过程中流于形式，未充分考虑政策针对性、实效性，反而形成了上有政策下有对策的不良作风，缺乏实际有效的行动，各项决策效率不高；农村医疗改革，特别是村医发展，没有充分与基层政策执行者自身利益紧密联系，政策可实施性不强，政策实施效果不佳；责任与利益长期倒挂，使村医“不敢医”“不愿医”，造成了乡村医生队伍建设艰难，基层医疗卫生服务形势严峻，农村医疗改革任重道远。

3.2.4 社会价值观念改变，村医认可度降低

现代人价值观念转变，即便是农村人也越来越追求“名利”“安逸”，村医在无意中成为了“平庸”“操劳”的代名词，乡村医生职业认可度下降，从“赤脚医生”到“乡村医生”，从“德高望重”到“无人问津”，很多年轻人宁愿出去打工也不愿学医，学医的学生不愿做村医，村医群体社会地位堪忧。

4 促进乡村医生可持续、健康发展的建议

4.1 多措并举，提高乡村医生综合收入

4.1.1 医养结合，构建新型医养体系

将村民医疗服务与养老服务系统化结合，建立并推广医养体系。在村卫生室开启医养服务，村民自愿参与购买，村医可为其提供定期医疗检查及健康照料，记录并定期更新参与医养服务人员的相关健康数据。通过互联网联系村医和购买人员，加强信息共享，以减轻外出务工人员赡养压力，提升乡村医生收入。

4.1.2 医政共建，实现村医一体服务

乡村医生同时兼任部分村务工作，由政府部门出面，将村卫生室与村办公室修建在一起，便于乡村医生办公和行医。例如在四川省遂宁市河沙镇多个村已自发形成这样的工作模式，并取得良好效果。乡村医生在行医中了解村民的生活状况，在办公中了解村民的健康状况。这种本土化的培养，也加大了村医对自己家乡的感情，让他们能够更好地在当地奉献。对于村民和乡村医生来说这都是一次共赢，因此“村医一体化”的自救方法也值得其他地区借鉴。

4.1.3 主动学习，提升村医医疗水平

乡村医生应积极参与各项培训，紧跟时代发展，学习新型医疗技术。乡村医生应主动申请到县级、市级等各大医院及医学类院校进行学习和进修，丰富医疗手段，增强其竞争力。同时也需要积极考取国家规定乡村医生所具备的各类证书，让自己完全满足行医资格条件，获得大家的认可，以获得更多收入。

4.1.4 借助网络，强化村医远程服务

将互联网与乡村医疗相结合，形成远程医疗服务体系。乡村医生作为医药代表，连接村民和大医院。在诊疗疾病需要抽血化验等检验时，乡村医生可搜集患者的样本，送往医院检查。医院得出诊疗结果后通过互联网发送到村医手中，根据其病症严重程度为村民选择合适的就医场所。通过这种形式，一方面村医不仅能获得村民更准确的诊疗资料而且可以收取合理的中介费，提高收入；另一方面也可为村民节约部分费用，为其带来便利。

4.2 多政齐出，保障乡村医生生存发展

4.2.1 深入调研，坚决杜绝形式主义

政府相关机构理顺关系，由下而上深入地进行专题调研，由上至下强化执行。深入调研，杜绝形式主义需要做到以下几点：首先要明白和理解农村医改的目的是什么？乡村医生的发展对农村医改意味着什么？乡村医生健康生存和发展对乡村振兴和实现小康社会的作用是什么？其次是理顺各种关系。包括乡村医生和基层政府的关系，乡村医疗和各级医疗机构、医药监管机构、医药企业、医药院校等事业单位、医疗公益机构等的关系。第三是要制订、修改完善各类涉及农村医疗的制度。制度的制订、实施要切合村民的需要，符合村民的条件。第四是要在调研中针对不同区域的经济条件、社会习俗、人力资源、医疗现代化程度、村民意识等各种因素，让政策具有针对性，不流于形式。

4.2.2 明确身份，政府提供体制保障

理顺镇政府、镇卫生院和村医间的隶属关系，明确各自的职责范围，强化职责。政府管制度，卫生院管技术，将乡村医生人员挂靠在卫生院，单列“村医”编制，不占用镇卫生院本来编制，明确村医身份问题。由镇卫生院管理编制及村医日常事务，由政府为村医解决养老等保障问题，生存发展两不误。

4.2.3 完善制度，扩大基药自采权限

适当调整基药平台采购制度或合理恢复乡村医生药物自主采购权。一方面，合理恢复乡村医生的药物自主采购权，由其自己选择在正规医药公司或基药平台采购日常治疗所需药物。政府应该制定相应准则及法律法规，防止村医恢复自主采购权后为牟私利出现问题。另一方面，乡镇卫生院也需加强对乡村医生的监督管理。处理好药价问题，保障药品质量才能促进乡村医生和村民共同发展。

4.2.4 强力保障，完善风险基金制度

政府应完善乡村医生医疗风险制度，并提供部分财政支持，形成医疗风险赔付基金。由当地镇卫生院统一管理、核算。若发生一般医疗事故，在村医可承受范围内由其自行赔付（例如限制在 1000 元内）；若发生较大医疗事故，达到一定金额，可动用基金赔付，赔付范围包括经第三方调解机构调解的医疗纠纷，人民法院判决的医疗纠纷和主管部门调解的医疗纠纷，风险基金的成立为避免医疗事故对医生产生的风险提供有力保障。

4.2.5 提高意识，推进民族医卫事业

民族地区基层政府需要主动介入，带领少数民族居民加强生活卫生设施建设，完善医疗卫生系统。以地方乡村医生为核心，通过常态化的座谈方式进行日常卫生及疾病防治知识普及。改变当地居民意识形态的误区，让他们意识到卫生事业的重要性。

4.2.6 强化关联，夯实医疗卫生网底

增强乡村医疗发展与政府工作人员、大型医疗机构工作人员的关联度，实行管理人员责任制，将乡村医生及该村医疗卫生的发展与政府工作人员的晋升高度关联，是推进农村医疗改革，夯实医疗卫生网底的有效方式。为每一个村配备一名政府管理人员（兼职或监管、分管），与乡村医生协同发展，以发展的成效来作为该工作人员能否晋升的条件之一；加大乡村医生与各级医院的合作力度，鼓励优秀医生以坐诊的方式对乡村医疗进行援助。提升乡村医生自身的医疗技术、也让政府能更关心乡村医疗卫生网络网底的发展，这样才能更加促进民生的发展。

4.3 多界共助，提升乡村医生社会地位

4.3.1 村企共建，推动精准医疗扶贫

医药企业、医药设备公司可加强村企共建，进行精准医疗扶贫服务。在获取适当利润前提下，大型正规医药企业可合理降低价格，向乡村医生出售常用药品，以降低乡村诊疗费用，同时也可向公益组织捐赠用于乡村医疗的日常药品，企业委派员工定期下乡指导乡村医生用药。医药设备公司可向村卫生室提供合理利润前提下的常用医疗设备及免费售后维修等服务。

4.3.2 村校相连，强化医学职业意识

医学类高校应加强对乡村医生的正向宣传教育。要加强对学生社会价值观教育，形成正确职业观、就业观。激发学生的奉献精神，鼓励学生到农村基层就业。真正融入基层医疗，对社会、对医疗事业做出贡献。将帮助乡村医生学习先进的医学知识和实践技能纳入学生毕业的审核内容之一。

4.3.3 公益先行，开展支医帮扶活动

医学类公益组织，可效仿支教方式，鼓励有知识、有能力的医学从业者和医学生，担任志愿者，到偏远农村，医疗基础设施落后的地方进行支医。他们可以与当地乡村医生进行深度交流学习，在带去比较先进的医学知识的同时，也可以调研、学习

乡村医生传统的医学方法、民间良方。除此之外，公益组织可通过募捐的方式为乡村修建或改善村卫生室软硬件。

4.3.4 媒体协同，提升村医社会地位

社交媒体要发挥舆论导向作用，关注基层村医的生存发展现状。拍摄有关乡村医生的公益视频或撰写软文，运用各大媒体发布相关内容，宣扬乡村医生的奉献精神，揭示乡村医生当今艰难的社会现状，让更多的人了解、关注这一伟大的基层群体，让乡村医生职业得到正向发展，提升乡村医生的社会认可度。

4.3.5 乡聘村用，保障村医代际传递

“乡聘村用”，即由卫计局和人社部门统一组织，乡镇招聘符合条件的社会医务人员和医学生到村卫生室工作。截至 2018 年底，四川巴中某乡镇卫生院与 3287 名聘用村医签订劳务协议，村医乡聘率达到 91.91%。农村群众“看病难”、乡村医生“退出难”的情况得到大幅改善。2011 年来，四川雅安宝兴县为解决群众“看病难”问题，创新“乡聘村用”模式，大幅度提高了三级卫生服务网络体系网底的整体水平。因此，“乡聘村用”模式得到了实践的检验，可大范围推广。

另外，当地政府可效仿“免费师范生”招录“免费医学生”，为优秀的贫困孩子提供就学机会，制订定向村医培养计划，以国家基本公共卫生服务为导向，参与培养的农村医学专业学生需与当地卫生主管部门签订定向协议，并承诺毕业后到村卫生室任职三至五年，任职期满后自主选择就业。村医定向培养计划，是培养面向村卫生室从事公共卫生服务及基本医疗服务的实用性初级卫生技术人员，满足现有村医需求，保证村医队伍的代际传递。

4.4 多策同行，保护地方传统医疗文化

乡村医生不仅是中国最底层的医疗卫生队伍，它更是在中国特有时代背景下产生的一种文化。大多数乡村医生都有自己独特的治疗方法。汉族聚居区的乡村医生的诊治以中药为主，辅助一些地方药物。少数民族聚居区，医学分为了很多门派，包括藏医学、彝医学、苗医学等……乡村医生不仅是救死扶伤的白衣天使，还承载着独特的医疗文化，因此，在关注乡村医生群体的同时，保护我们传统的医疗文化也刻不容缓。

4.4.1 以身作则，重视村医传统医疗文化传承

无论是汉族还是少数民族地区，传统医疗文化在村医行医就诊上都发挥着举足轻重的作用。不少传统医疗方法可谓是疑难杂症的克星。为保护传统医疗文化，一方面乡村医生应以身作则，将有益的传统医疗技术、理论知识、医疗书籍等进行传承；另一方面为少数民族的独特医疗方式与文化申请非物质文化遗产，以确保传统医疗文化的延续性。

4.4.2 开放包容，促进村医传统医疗文化融合

即便就在四川省内，各民族间传统医疗文化也千差万别。为开发新医疗技术，应当鼓励村医主动走出去，促进国家间、民族间的相互交流与医疗文化融合，首先可在国内各省成立相关医疗文化研究组织，对当地传统科学医疗文化进行深入研究；比如四川省就可以以藏羌彝文化走廊为契机，举办民族间的传统医学研讨会，增强民族间的医学文化交流与学习。其次也可成立国家级研究机构，以各国对少数民族传统医疗文化的研究为中心进行相关探讨学习，促进中外医学的交流。

[参考文献]

[1]马晓飞. 贯彻落实新发展理念推动医疗卫生跨越式发展[N]. 银川日报. 2018-05-07

[2]王焯.当前乡村医生队伍建设存在问题与对策思考[J].中国初级卫生保健,2013(10).

[3]黄铁牛,刘三妹,张晓念.基于公共卫生服务能力的乡村医生本土化人才培养实践与探索[J].教育教学论坛,2018(40).