

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.07.026

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240229.1609.019\(2024-03-02\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240229.1609.019(2024-03-02))

重庆市不同经济水平地区乡村医生队伍建设状况的研究*

苟翠萍¹, 谢冰¹, 陈倩¹, 胡永国², 吴宗辉^{1,2,△}

(1. 西南大学国家治理学院, 重庆 400715; 2. 西南大学医院, 重庆 400715)

[摘要] 目的 了解重庆市乡村医生队伍建设状况, 为提升该市乡村医生队伍质量提出对策建议。方法 采取现状调查的方法, 对该市高、中、低 3 个不同经济水平地区的乡村医生进行问卷调查, 并用 SPSS 25.0 进行统计分析。结果 重庆市不同经济水平地区乡村医生队伍在性别($\chi^2=80.79, P<0.05$)、年龄($\chi^2=95.17, P<0.05$)、学历($\chi^2=36.30, P<0.05$)、工作年限($\chi^2=253.96, P<0.05$)、日均工作时间($\chi^2=47.55, P<0.05$)、村卫生室设施设备齐全程度($\chi^2=49.01, P<0.05$)、村卫生室房屋属性($\chi^2=67.26, P<0.05$)、年收入($\chi^2=35.24, P<0.05$)、养老保障($\chi^2=258.93, P<0.05$)与执业保障($\chi^2=29.61, P<0.05$)上存在明显差异, 而在工作内容上不存在明显差异($\chi^2=12.09, P=0.06$)。结论 重庆市不同经济水平地区乡村医生队伍建设状况不同, 应注重多措并举并行。

[关键词] 乡村医生; 队伍建设; 经济水平; 现状调查; 差异; 重庆**[中图分类号]** R192.3**[文献标识码]** B**[文章编号]** 1671-8348(2024)07-1095-05

据《2021 年我国卫生健康事业发展统计公报》数据显示, 2021 年底全国 49.0 万个行政村共设 59.9 万个村卫生室, 村卫生室诊疗人次为 13.4 亿, 相较于上年减少 0.9 亿人次; 持乡村医生证的人员共计 69.1 万人, 相较于上年减少 10.1 万人, 其中重庆减少 1 575 人。2023 年 2 月, 中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》, 明确要求“发展壮大医疗卫生队伍, 把工作重点放在农村和社区”。长期以来, 在地理位置和经济发展水平的双重制约下, 我国西部地区卫生人力资源配置的总体水平一直低于东、中部地区^[1]。重庆作为西部地区唯一的直辖市, 农村基层公共卫生条件与东、中部相同水平城市差距较大, 近 1 600 万的农村居民日益增长的卫生健康服务需求与乡村医生队伍发展不平衡、不充分的矛盾日趋凸显。本研究旨在通过现状调查获悉重庆市乡村医生

队伍发展情况, 分析不同经济水平地区队伍建设的差异, 力图循因施策, 为全面提升重庆市农村公共卫生服务水平和质量, 推进乡村卫生健康人才振兴提供科学方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按照重庆市 2020 年地区生产总值(GDP)水平将重庆市各区(县)划分为 3 类, 即高经济水平地区(>800 亿元)、中经济水平地区(400~800 亿元)、低经济水平地区(<400 亿元), 见表 1。通过自制问卷对不同经济水平地区的乡村医生队伍建设情况开展现状调查, 调查内容包括基本情况(人口学特征)、工作情况(工作时间、工作内容、工作环境等)及保障情况(收入保障、养老保障、执业保障等)3 个方面。研究共收回调查问卷 6 088 份, 其中有效问卷 6 023 份。

表 1 重庆市不同经济水平地区分类情况

类别	包含区县	2020 年地区 GDP 均值(亿元)
高经济水平地区	渝北、九龙坡、渝中、江北、涪陵、江津、沙坪坝、永川、合川、万州、巴南、南岸	1 184
中经济水平地区	璧山、长寿、綦江、荣昌、大足、铜梁、北碚、开州、梁平、潼南、云阳、垫江、忠县	579
低经济水平地区	南川、丰都、奉节、秀山、大渡口、黔江、彭水、武隆、酉阳、巫山、石柱、巫溪、城口	233

1.2 方法

所有问卷回收后由检查员对问卷的完整性、有效

性进行检查, 剔除废卷后采用 EpiData3.1 软件对有效问卷进行双人双录入, 并借助 SPSS25.0 对数据进行统

计分析,采用频数、构成比或百分比对资料进行描述性分析,采用交叉表分析检验不同经济水平地区乡村医生队伍的差异性,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基本情况

高、中、低 3 类经济水平地区乡村医生男女比例分别为 2.74 : 1.00、4.90 : 1.00、2.75 : 1.00。从年龄分布来看,3 类地区乡村医生年龄都集中在 45~<60 岁;从学历情况来看,3 类地区乡村医生的学历均以高中/中专为主;从工作年限来看, ≥ 20 年占比最高,<5 年、5~<10 年占比最低。不同经济水平地区的乡村医生,在性别($\chi^2 = 80.79, P < 0.05$)、年龄($\chi^2 = 95.17, P < 0.05$)、学历($\chi^2 = 36.30, P < 0.05$)及工作年限($\chi^2 = 253.96, P < 0.05$)4 个方面有明显差异,见表 2。

2.2 工作情况

乡村医生的日均工作时间($\chi^2 = 47.55, P < 0.05$)、村卫生室设施设备齐全程度($\chi^2 = 49.01, P < 0.05$)、村卫生室房屋属性($\chi^2 = 67.26, P < 0.05$)在不同经济水平地区间的差异有统计学意义,而在工作内容上($\chi^2 = 12.09, P = 0.06$)没有明显差异。进一步两两比较发现,中经济水平地区乡村医生的日均工作时

间明显高于其他两类地区;此外,高、低经济水平地区的村卫生室设施设备齐全程度呈现两极分化,表现为高经济水平地区设施设备齐全程度明显高于其他两类地区;同时,高经济水平地区村卫生室为原卫生院的 比例在 3 类地区中最高,中经济水平地区为个人房屋或自行租赁的比例在 3 类地区中最高,而低经济水平地区则以政府新建和所属村委会提供比例最高,见表 3、4。

2.3 保障情况

3 类地区的乡村医生年收入均以 1~<3 万占比最高,不同经济水平地区乡村医生的年收入有明显差异($\chi^2 = 35.24, P < 0.05$),低经济水平地区乡村医生年收入 1~<3 万的比例在 3 类地区中最高,中经济水平地区乡村医生年收入 3~<5 万的比例在三类地区中最高。养老保障方面,乡村医生的整体养老保险覆盖率为 36.9%(2 221/6 023),不同经济水平地区乡村医生在参保率上存在明显差异($\chi^2 = 258.93, P < 0.05$)。执业保障方面,47.1%(2 837/6 023)的乡村医生有执业保险,3 类地区乡村医生有执业保险的比例有明显差异($\chi^2 = 29.61, P < 0.05$),进一步比较分析发现,低经济水平地区乡村医生有执业保险的比例明显低于其他两类地区,见表 5。

表 2 不同经济水平地区乡村医生基本情况

项目	高经济水平地区($n=1\ 782$)		中经济水平地区($n=2\ 597$)		低经济水平地区($n=1\ 644$)		χ^2	P
	频数(n)	构成比(%)	频数(n)	构成比(%)	频数(n)	构成比(%)		
性别							80.79	<0.001
男	1 305	73.2	2 157	83.1	1 206	73.4		
女	477	26.8	440	16.9	438	26.6		
年龄							95.17	<0.001
<30 岁	24	1.3	6	0.2	37	2.3		
30~<45 岁	379	21.3	570	22.0	460	28.0		
45~<60 岁	1 143	64.1	1 733	66.7	1 034	62.9		
≥ 60 岁	236	13.2	288	11.1	113	6.8		
学历							36.30	<0.001
小学及以下	10	0.6	5	0.2	3	0.2		
初中	106	5.9	155	6.0	88	5.3		
高中/中专	1 160	65.1	1 517	58.4	1 018	61.9		
大专	461	25.9	865	33.3	488	29.7		
本科及以上	45	2.5	55	2.1	47	2.9		
工作年限							253.96	<0.001
<5 年	47	2.6	53	2.0	100	6.0		
5~<10 年	49	2.7	47	1.8	133	8.1		
10~<15 年	71	4.0	118	4.5	139	8.5		
15~<20 年	137	7.7	243	9.4	182	11.1		
≥ 20 年	1 478	83.0	2 136	82.2	1 090	66.3		

表 3 不同经济水平地区乡村医生工作情况

项目	高经济水平地区($n=1\ 782$)		中经济水平地区($n=2\ 597$)		低经济水平地区($n=1\ 644$)		χ^2	P
	频数(n)	构成比(%)	频数(n)	构成比(%)	频数(n)	构成比(%)		
日均工作时间							47.55	<0.001
<8 h	288	16.2	298	11.5	297	18.1		
8~<10 h	640	35.9	883	34.0	544	33.1		
10~<12 h	267	15.0	464	17.9	262	15.9		
≥ 12 h	587	32.9	952	36.6	541	32.9		
设施设备齐全程度							49.01	<0.001
是	1 338	75.1	1 773	68.3	1 056	64.2		
否	444	24.9	824	31.7	588	35.8		
村卫生室房屋属性							67.26	<0.001
政府新建	359	20.1	473	18.2	357	21.7		
个人房屋	422	23.7	749	28.8	403	24.5		
原卫生院	123	6.9	94	3.6	107	6.5		
村委会提供	597	33.5	842	32.5	584	35.5		
自行租赁	281	15.8	439	16.9	193	11.8		

表 4 不同经济水平地区乡村医生工作内容包含情况

项目	高经济水平地区($n=1\ 782$)		中经济水平地区($n=2\ 597$)		低经济水平地区($n=1\ 644$)	
	频数(n)	百分比(%)	频数(n)	百分比(%)	频数(n)	百分比(%)
医疗卫生服务	1 386	32.1	2 062	32.2	1 247	32.1
公共卫生服务	1 656	38.2	2 396	37.4	1 500	38.6
上级分配的任务	1 246	28.8	1 841	28.8	1 083	27.8
其他	39	0.9	104	1.6	57	1.5
总计	4 327	100.0	6 403	100.0	3 887	100.0

此项为多选。

表 5 不同经济水平地区乡村医生收入保障情况

项目	高经济水平地区($n=1\ 782$)		中经济水平地区($n=2\ 597$)		低经济水平地区($n=1\ 644$)		χ^2	P
	频数(n)	构成比(%)	频数(n)	构成比(%)	频数(n)	构成比(%)		
年收入							35.24	<0.001
<1 万	217	12.2	305	11.7	224	13.6		
1~<3 万	1 053	59.1	1 516	58.4	1 059	64.4		
3~<5 万	419	23.5	629	24.2	299	18.2		
5~<10 万	84	4.7	132	5.1	54	3.3		
≥ 10 万	9	0.5	15	0.6	8	0.5		
养老保险							258.93	<0.001
有	930	52.2	760	29.3	531	32.3		
无	852	47.8	1 837	70.7	1 113	67.7		
执业保险							29.61	<0.001
有	861	48.3	1 294	49.8	682	41.5		
无	921	51.7	1 303	50.2	962	58.5		

3 讨 论

3.1 缩小男女比例,加强后备力量储备

根据重庆市《村卫生室(所)管理办法》规定,村卫生室(所)的乡村医生数应按不低于行政村户籍人口

的 1% 进行配置,针对有妇幼工作需要的,应当配备女性乡村医生。本研究结果显示,重庆市乡村医生男女比例差异较大,女性明显少于男性,此现象在中经济水平地区更为突出,表明女性乡村医生存在配备不足的问题,制约农村妇幼保健工作开展。因此,应当重视对女性乡村医生的培养^[2],在同等条件下可优先聘用女性,以缩小男女比例。同时,针对乡村医生队伍面临的“超龄留岗”“青黄不接”的问题,一方面招录部门可适当放低乡村医生入职门槛,重点吸引高职(专科)院校护理学、康复医学、公共卫生管理等非临床医学专业毕业生,扩容乡村医生队伍;另一方面,老龄乡村医生存在身体体能下降的问题,在农村环境和复杂的医疗服务需求下,老龄乡村医生的日常工作略显吃力,可在合理的安排下适当退出乡村医生队伍,为注入新鲜血液创造机会^[3]。

3.2 创新团队服务模式,提高工作效率

乡村医生的工作时间具有不确定性^[4]:一是半农的身份使得乡村医生不仅要履行医生职责,农忙时节还需确保农业生产活动的时间投入;二是农村医疗卫生服务需要乡村医生根据村民作息时间安排入户随访、健康宣教等工作;三是农村地理环境使得乡村医生需要花费较多的时间行路。在我国卫生健康工作重点从“以治病为中心”向“以预防为中心”转变的战略方针下^[5],乡村医生的主要业务向基本公共卫生服务倾斜,多数服务项目要求定期上门随访,因此,村民到院找不到医生的情况时有发生。目前,“乡聘村用”政策下,重庆市部分区县在积极探索构建“1+1”服务团队,即 1 名乡村医生+1 名乡镇卫生院工作人员组成签约团队为农村居民提供服务,但实际上大多数签约团队存在流于形式的问题,未能发挥实效作用。2019 年 11 月,《重庆市区县域医共体“三通”建设方案》正式出台,文件强调各区县应有效整合区县域医疗卫生资源,提升基层医疗卫生服务能力,推进分级诊疗。借此契机,可尝试创新“1+2”服务模式,由 1 名乡村医生+1 名乡镇医生+1 名县级专科医生组成团队,下沉优质医疗资源,赋能基层医疗卫生,提升服务效率^[6]。

3.3 加大基本公共卫生服务补助力度,优化工作内容

根据政策规定,乡村医生主要负责向农村居民提供基本医疗服务和基本公共卫生服务,同时承担卫生健康部门委托的其他医疗卫生服务工作^[7]。但在实地调研发现,“重公卫、轻诊疗”是当前重庆市乡村医生工作的共性表现。繁重且细致的基本公共卫生服务占用了乡村医生的大量精力,83.2% 的受访乡村医生认为基本公共卫生服务任务过重^[8]。同时,由于日常诊疗服务不足,乡村医生存在诊疗技能荒废的风险,既不利于乡村医患信任关系的建立,也难以有效

发挥乡村医生在基层卫生服务网中的支撑作用^[9]。从地理位置来看,重庆山区较多且工作环境艰苦,地处低经济水平地区的乡村医生,需要花费更多时间完成入户随访、信息建档、老年体检等面广量大的基本卫生服务工作。因此,各区县应在综合考量人口服务需求与乡村医生服务能力的基础上,合理配置乡村医生从事国家基本公共卫生服务的工作量,适度提高乡村医生从事公共卫生工作的财政补助标准。

3.4 强化村卫生室标准化建设,改善工作环境

近年来,重庆市积极开展行政村卫生室标准化建设,启动了村卫生室星级评定工作,评定内容包括业务用房、设施设备、人员配置、基本医疗和公共卫生服务、一体化管理等 10 个方面。对 3 类地区的村卫生室房屋属性和设备齐全度进行现状调查时发现,乡村医生的业务用房属性还存在个人房屋与租赁房屋等情况,不同经济水平地区村卫生室设施设备都有所缺乏,经济欠发达地区更为突出,势必会阻碍村卫生室标准化建设^[10]。有研究通过分析村卫生室环境整改对群众诊疗效果满意度的影响,发现改善工作环境对于稳定乡村医生队伍、提高群众就医满意度方面具有重要意义^[11]。未来,重庆市应加大公有产权卫生室建设,力争尽快实现每个行政村至少有 1 所公有产权卫生室,统一村卫生室的建设规模、结构布局、建筑风格、外观标识。此外,要积极引导社会捐助和公益资本支持村卫生室建设^[12],加强对村卫生室设施设备的配备,定期对村卫生室房屋设施、诊疗器械进行维修和更换,改善乡村医生工作环境,使村卫生室更好地为农村居民提供综合性、连续性的健康管理服务。

3.5 完善养老保障政策,提高养老保险覆盖率

2016 年,重庆市卫生健康委员会印发《关于离岗乡村医生养老和医疗补助的通知》,对离岗的乡村医生根据服务年限发放补助,一定程度上提高了乡村医生的养老待遇。但是,目前全市尚未建立统一的乡村医生养老保险制度,大多数乡村医生仍处于老无所养的境地中,尤其在经济发展水平越差的地区,乡村医生的养老保险参保率更低。其他研究显示,中部地区湖南省的乡村医生养老保险参保率为 90.2%^[13],东部地区山东省的乡村医生养老保险参保率达 70% 以上^[14],同处西部地区的四川省为 63.1%^[15]。由此可见,重庆市乡村医生养老保险总体覆盖率与中部、东部、西部其他省份存在一定的差距,应当积极总结全国各地的有益经验,尽快建立市级层面的乡村医生养老保险制度,扩大养老保险覆盖范围^[16]。同时,政府应当加强对基层养老的重视,实现差异化管理,构建多层次养老保障体系。针对暂无可依附组织机构的乡村医生,采取积极的激励机制,引导其以灵活就业人员的身份购买职工养老保险,保证此类人员自行承担养老保险缴费金额的能力和机会,保障乡村医生养

老问题^[17]。

3.6 加大偏远地区政策倾斜,缩小收入差异

重庆是典型的“二元经济结构”城市,因地形地貌、资源技术、产业结构的不同,各区域经济发展水平具有差异性。偏离主城都市区以农村人口为主的渝东南和渝东北地区,卫生健康方面的支出总值相对较低。从调研结果来看,乡村医生队伍建设质量受经济发展水平影响,经济发展有限的地区在建设可持续发展的乡村医生队伍上更具挑战性^[18]。因此,重庆市乡村医生队伍发展应考虑各区县发展基础和发展条件,注意缩小不同经济水平地区之间的差异^[19]。一方面,市级政府应持续加大对卫生财政的投入,针对部分偏远地区因地理劣势等导致的问诊不便、服务对象偏少、业绩考核达标难等问题,可根据地域位置制定倾斜政策^[20],适度放宽对偏远地区的业绩考核标准。同时,对经济困难地区的乡村医生增设岗位补助,尽可能缩小不同经济地区乡村医生的收入差距;另一方面,政府在购买基本公共卫生服务时,可制定城镇、乡村不同单价方案,将偏远地区特别是贫困村的乡村医生服务单价调整到略高于城区的单价水平^[21],作为提高乡村医生劳动报酬、增加服务动力的一种方式。

参考文献

- [1] 赵若楠,王健,韩彩欣.我国西部地区卫生人力资源配置公平性及发展预测研究[J].卫生经济研究,2023,40(6):22-25,29.
- [2] 郑黎,李程锦,成倩雯,等.女性乡村医生继续教育现状与对策研究[J].卫生职业教育,2022,40(5):150-152.
- [3] 方鹏骞.多措并举破解基层医疗卫生人才短缺之困[J].人民论坛,2020(29):79-81.
- [4] 高红霞,叶清,陈迎春,等.时间要素对乡村医生队伍数量配置的影响辨析[J].中国卫生事业管理,2020,37(10):757-760.
- [5] 国家卫生健康委员会疾病预防控制局.坚持预防为主以全民健康助力全面小康[J].中华疾病控制杂志,2020,24(10):1117-1119,1236.
- [6] 杨晓婷,廖睿力,毕怡琳.“目标偏差”与“工具偏差”:乡村医生长效发展机制探究[J].中国农村观察,2021,160(4):90-106.
- [7] 魏美琪,李莉,张含璇,等.基于扎根理论的山西省某县级市乡村医生职业化机制研究[J].医学与社会,2023,36(4):74-79.
- [8] 卢忠智,杨成良.乡村医生职业现状及队伍建设问题探讨:以湖北省某县级市为例[J].卫生职业教育,2023,41(9):151-154.
- [9] 沙奇科,王小合.共同富裕背景下乡村医生队伍建设存在问题与对策:以浙江省余姚市为例[J].中国农村卫生事业管理,2022,42(9):632-635.
- [10] 戴宏,张继春,周大亚.中国村卫生室医疗卫生服务能力的现状、问题及对策[J].中国卫生政策研究,2018,11(7):67-72.
- [11] 张秀茹,李国强,刘艳菊.乡村医生工作室的建设和效果评价[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(6):181-182.
- [12] 杨敏.推动社会资本参与医疗民生事业建设研究:以福州市为试点[J].北方经贸,2020,40(6):3-5.
- [13] 王益兰,帅劲节,欧岚,等.健康乡村视域下湖南省乡村医生队伍建设的现状及对策研究[J].中国卫生产业,2022,19(10):19-24.
- [14] 姚璐,姚静静,刘岩,等.山东省乡村医生养老保障现状及满意度调查[J].医学与社会,2019,32(8):104-110.
- [15] 张小娟,田森森,朱坤.村卫生室人员执业现状及待遇保障分析:基于6省18县的调查[J].中国卫生政策研究,2015,8(11):63-69.
- [16] 张勇,刘晓昀.乡村医生基本养老保险参保选择的有限理性分析[J].中国农村卫生事业管理,2022,42(3):195-199,208.
- [17] 卢佳月,董晨雪,张爱静,等.江苏苏南地区乡村医生薪酬激励优化路径研究[J].江苏卫生事业管理,2021,32(1):15-19.
- [18] 瞿连贵,石伟平,李耀莲.乡村人才振兴视野下职业教育的功能定位及实践指向[J].中国职业技术教育,2021,33(6):50-56.
- [19] 沙小苹,李晨倩,宋捷.健康扶贫地区乡村医生培养模式研究[J].中国全科医学,2020,23(S2):11-13.
- [20] 董复宗,王秀彬,郝玉玺,等.基于双因素理论的乡村医生工作满意度及影响因素调查[J].中国卫生质量管理,2023,30(4):62-66.
- [21] 张扬阳.江西省余干县乡村医生发展现状及对策研究[D].南昌:南昌大学,2020.

(收稿日期:2023-09-18 修回日期:2024-01-18)

(编辑:成卓)