

# 医改背景下解决乡村医生待遇与保障问题的探讨

田疆<sup>1\*</sup> 张光鹏<sup>1</sup> 任苒<sup>2</sup>

1. 卫生部人才交流服务中心 北京 100097

2. 大连医科大学社会科学与管理科学学院 辽宁大连 116044

**【摘要】**当前医改背景下,解决乡村医生待遇与保障问题是稳定乡村医生队伍发展、促进相关医改措施实施的一项重要任务。长期以来,村卫生室以个体为主导的经营模式,乡村医生“半农半医”、“非卫生专业技术人员”的身份,加之相关政策的缺失与不完善是造成乡村医生队伍待遇相对偏低,养老保障缺乏的深层次原因。通过对医改文件分析和医改背景下地方经验的总结,有针对性的提出以下四点对策建议:大力推进乡村一体化管理;政府多种方式补助,保证乡村医生合理收入;政府主导,多种模式解决乡村医生养老问题;开辟途径,解决乡村医生身份。

**【关键词】**乡村医生;待遇;保障

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.12.008

## Analysis on improving the income level and social security of village doctors under the background of new healthcare system reform

TIAN Jiang<sup>1</sup>, ZHANG Guang-peng<sup>1</sup>, REN Ran<sup>2</sup>

1. Health Human Resources Development Centre, Ministry of Health, Beijing 100097, China

2. School of Social Science and Administration Science, Dalian Medical University, Liaoning Dalian 116044, China

**【Abstract】**In the background of new healthcare system reform, improving the income level and social security of village doctors will benefit this retention and promote the implementation of the related assignments of new healthcare system reform. For a longer time, a series of problems caused low income level and lack social security of village doctors, which includes most village clinics are non-government running; the characteristics of village doctors are as semi-agricultural, semi-medical and non-health professional. In addition, the relevant policies were weak. According to above reasons, through analyzing of new healthcare system reform policies and collecting of some typical regional experiences, this study provides four suggestions as follows: promote township-village integration management; government provides subsidies in various ways to ensure a reasonable income of village doctors; government finances the problems of village doctors by multi-mode; opening new ways to change the characteristic of village doctors.

**【Key words】**Village doctors; Income; Social security

2009年4月6日,中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》发布,新医改方案关系到中国农村卫生服务体系的建设与完善,也牵动着百万乡村医生的生存与发展。长期以来,待遇偏低和保障制度缺失严重阻碍了乡村医生队伍的发展,同时大大削弱了其卫生服务提供能力。新形势下,如何解决乡村医生的待遇和保障问题,稳定并促进乡

村医生队伍发展,是当前卫生体系建设面临的一项重要任务。

## 1 乡村医生待遇、保障状况及原因分析

### 1.1 乡村医生待遇、保障状况

长期以来,乡村医生植根于最基层,责任重大、工作繁重,但待遇保障严重缺乏。

\* 基金项目:中澳卫生与艾滋病项目(编号:HSS904)。

作者简介:田疆,男(1980年-),助理研究员,主要研究方向为卫生人力资源管理、卫生政策。E-mail: tianjiang@moh.gov.cn

### 1.1.1 收入相对较低、地区差异大、结构不合理

2007年卫生部人才交流服务中心对重庆涪陵、湖北长阳和上海浦东三个地区乡村医生收入进行调查,平均年收入分别为7 188元、9 242元和20 398元。<sup>[1]</sup>2006年苏锦英等学者对全国6个省份进行调查,结果显示村医从事卫生服务平均年收入为6 504元,最高省份为11 090元,最低省份为3 951元。<sup>[2]</sup>总体水平低于1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展决定》中所规定的“当地村干部”和“民办教师”参照水平。<sup>[3]</sup>从收入结构来看,除个别地区外,绝大多数乡村医生没有固定工资,收入大多数来自于业务收入,而来自政府、村集体补贴所占总收入比例偏低,甚至有些地方乡村医生收入完全靠业务收入。

### 1.1.2 养老无保障

目前,只有上海、北京、江苏等地初步建立了乡村医生养老保险制度,多数地区尚未建立乡村医生养老保险制度,相关研究显示,97.46%的乡村医生没有养老保险,“老无所养”问题严重。<sup>[2]</sup>针对养老问题,乡村医生集体上访在全国多个地区出现,严重影响了当地卫生工作的开展和社会的稳定,一些地方甚至将处理乡村医生集体上访作为工作重点。<sup>[4]</sup>

## 1.2 原因分析

### 1.2.1 村卫生室性质及乡村医生身份

县、乡、村三级农村卫生服务机构中,县、乡两级机构大多数为政府举办的全民所有的公办公事业,而村卫生室举办形式多样,据《2010年中国卫生统计提要》显示,2009年全国村卫生室63.3万个,其中村办35.1万(55.4%)、乡镇卫生院设点4.5万(7.1%)、联营3.1万(4.9%)、私人办18.4万(29.1%)、其他2.2万(3.5%)。由于农村集体经济组织已经解体,除在个别经济较发达的地区,村委会作为基层群众性自治组织很难有实力兴办村卫生室,很多以村办名义存在的村卫生室实质是村医个体兴办或承包经营。相比于县、乡两级机构大多数为政府举办的现状,个体经营占主导的模式使乡村医生绝大多数处于“自由职业者”状态,再加上其“半农半医”、“非卫生专业技术人员”的身份,使其完全被排斥在国家工资、福利待遇政策以外。<sup>[5]</sup>

而与乡村医生产生于同一历史背景的民办教

师,在国家政策支持下,转为了国家公办教师,每月工资有保障,享受医保、失业保险、退休工资等福利待遇。不仅是民办教师,一些地区农村兽医的待遇也高于乡村医生,如江西省瑞昌市20世纪90代中后期开始,兽医通过兽医资格考试,取得兽医资格证,可转为正式事业编,享受事业单位在编人员的待遇。<sup>[6]</sup>

### 1.2.2 相关政策的缺失

乡村医生承担了大量的基本医疗服务和公共卫生服务,这些服务本质上属于公益性服务。20世纪80年代中国农村经济体制改革后,乡村医生失去了集体经济的支持,由于缺少相应的政策,政府及村集体的补偿缺失致使乡村医生失去固定收入,只能以医疗服务的收入维持生计。另一方面,乡村医生治疗的基本都是多发病或常见病,用药本身就非常便宜。再加上农民的收入低,往往选择较便宜的药,使得乡村医生的收入得不到保障。

在保障制度方面,长期以来我国缺乏国家层面的乡村医生社会保障的政策。原有的老农保由于筹资水平低,保障度不大,并未在农村养老中取得实效,乡村医生养老保险的参保率很低。而由于乡村医生农民的身份,无法参加城镇企业职工基本养老保险和城镇居民养老保险。

## 2 新医改对乡村医生待遇与保障的影响

随着医改的推进,相关措施为解决乡村医生待遇保障问题提供了契机,同时也带来新的挑战。(1)公共卫生服务均等化的推进。根据医改文件,村卫生室和乡镇卫生院共同承担农村地区9项基本公共卫生服务项目,政府对乡村医生提供的公共卫生服务提供合理补助。截至2009年4月,全国已有23个省(区、市)制定了乡村医生公共卫生服务补助政策,这项措施的实施肯定了乡村医生工作的社会公益性,肯定了他们的贡献,为解决乡村医生待遇问题提供了突破口。但由于补助方式、标准、来源、配套措施的不同,在实施过程中一些地区也出现了补助水平偏低、与乡村医生劳动不成正比,补助无法落实到村等问题。(2)药品零差率的实施。通常情况下,药品收入会占到乡村医生全部收入的60%~90%<sup>[1,7]</sup>,但是随着基本药物制度的实施和药品零差价在农村地区的逐步推广,这部分重要收入来源将被“砍掉”,

如何对乡村医生补偿将成为棘手问题。

从上可见,随着公共卫生服务均等化、基本药物制度逐步开展,乡村医生收入构成也在逐渐发生转变,未来将主要包括:医疗服务费(部分地区在逐渐减免)、公共卫生服务补助、基本药物零差率销售经费补助、村集体补贴、其他政府补助等。可见,乡村医生通过提供服务所得的直接收入逐渐减少,而来自政府的公共卫生服务补助、基本药物零差率销售经费补助等将成为其收入的主要组成部分。养老保险方面,2010 年 1 月卫生部发布的《关于加强乡村医生队伍建设的意见》中提出:“乡村医生养老保险可结合新型农村社会养老保险等多种方式予以解决”。

### 3 医改背景下地方政府解决乡村医生待遇保障的经验

在当前医改背景下,各地各级政府积极采取措施,探索解决乡村医生待遇保障问题。在全国 23 个制定了乡村医生公共卫生服务补助政策的省(区、市)中,北京、江苏、青海等 7 个省(区、市)以考核评价为基础,补助标准高于 3 000 元/人/年,这将有利于解决乡村医生的收入偏低问题。同时,为保证村级补助的到位,江苏省最新文件要求“对乡村医生承担的基本公共卫生服务,按照不低于当地基本公共卫生服务专项资金总额的 30% 给予合理补助”。在补偿药品零差率销售对村级卫生机构的影响方面,目前江苏、河北等 7 个省(区)在医改配套文件中明确了乡村医生或村卫生室基本药物零差率销售经费补助的具体方案,补助方法包括对乡村医生给予定额补助、按行政村给予定额补助、根据户籍人口核定给予补助、核定收支差额 4 种方式。上述 7 省的政策全部于今年制定,其配套措施的制定、效果的评估需进一步关注。

养老保险方面,北京、江苏等地根据自身特点对乡村医生养老模式进行探索,为其他地区提供了借鉴经验。北京按照“老人老办法、新人新办法、中人过渡”的方式,将乡村医生养老保险的政府补助政策与北京市新型农村社会养老保险制度相衔接,使乡村医生养老保障问题得以解决;在此模式中,通过按执业年限给予财政补贴的方式,体现政府对乡村医生贡献的肯定。江苏将乡村医生以灵活就业人员的

身份纳入企业职工基本养老保险,县级财政承担其用人单位的角色,承担筹资总额的 12%,同时使其获得与城镇就业群体同样的保障水平;在养老保险金补缴方面,通过允许达到退休年龄后继续延缴,直至缴足 15 年的方法,解决一次性补缴所造成的巨大经济负担。

除上述省级政策之外,一些市、县根据自身情况也进行了大量探索。以苏州的吴江市(县级市)为例,全市实施镇村一体化管理,各社区卫生服务中心(乡镇卫生院)作为村卫生室的管理主体,村卫生室成为乡镇卫生院派出机构,村卫生室人员实行聘用制,每月根据绩效考核结果对乡村医生发放基础工资和效益工资,同时根据《吴江市乡村医生参加城镇职工基本养老保险的意见的通知》要求,为被聘用的乡村医生统一办理养老保险。为配合医改进程,2010 年起该市将农村公共卫生专项经费提高到人均 80 元以上,同时通过考核保证至少 30% 落实到村级;提出建立基层医疗卫生服务机构政策性补偿机制,由市、镇(区)两级财政分担,保证乡村医生收入平均每年不低于 3.5 万。通过上述措施,为乡村医生提供适宜的收入和养老保障,使乡村医生安心为广大农村居民提供卫生服务。此外,根据苏州市的文件,农村社区卫生服务中心(乡镇卫生院)和村社区卫生服务站按每万名服务人口配备 18 名卫生技术人员的标准重新核定编制,取得执业助理医师及以上资质的在岗乡村医生,经考核后可以纳入正式编制。通过该项措施,一方面保证农村卫生服务适当的人力配置;另一方面鼓励乡村医生向执业(助理)医师转化,转变乡村医生身份,为从根本上解决乡村医生问题提供了路径。

## 4 建议

### 4.1 大力推进乡村一体化管理

转变村卫生室非政府举办的性质和乡村医生身份是解决村医待遇和保障问题的关键所在。通过“乡村一体化管理”将村卫生室真正纳入乡镇卫生院管理,乡镇卫生院对村卫生室的政务、业务、财务、药品和人事等实行统一管理,村卫生室的举办主体转为乡镇卫生院,乡镇卫生院院长为其法人,村卫生室成为乡镇卫生院的院外机构,乡村医生由乡镇卫生

院聘任。此模式实现了村卫生室的性质由“非政府举办”转变为“政府举办”，在此模式下，一系列的优势将得以体现：(1)乡镇卫生院承担起乡村两级的医疗卫生服务职责，统筹乡村两级机构的收入和各级财政为农村基层提供的补助和经费，在为乡村医生提供基本工资的情况下，通过考核发放绩效工资；(2)统一为被聘用的乡村医生办理养老保险，并分担部分养老保险费。<sup>[8]</sup>这种模式的优势已经在江苏、上海等地多年的实践中体现出来，不仅解决了乡村医生待遇保障问题，也有助于公共卫生服务均等化和基本药物制度等医改措施的实施。当然由于各地的经济、管理机制不尽相同，各地可本着有利于村卫生室持续健康发展和更好地服务于农村居民的原则，稳步推进一体化管理。

#### 4.2 政府多种方式补助,保证乡村医生合理收入

随着医药卫生体制改革的不断深入，乡村医生职能和收入结构也在逐渐发生转变，其所提供的基本医疗服务和公共卫生服务本质上属于公益性服务，政府应承担相应责任，给予合理补助，保证落实。(1)公共卫生服务补助方面，各地应根据经济情况和乡村医生的服务量制定补助标准，省、市、县多方筹资，经济较好的地方村委会和乡镇政府应参与资金的筹集；同时提出明确的标准保证资金落实到村卫生室，如江苏至少要保证30%公共卫生服务补助落实到村级；在资金拨付方式上，可为乡村医生建立独立账户，由县财政和卫生部门共同管理资金，通过卫生局和乡镇卫生院的联合考核，直接发放到村医；对于没有建立紧密型乡村一体化管理的地区，避免通过乡镇卫生院拨付。(2)药品零差率销售补偿方面，政府应将其视为“政府办基层医疗卫生机构”，积极探索有效的补偿方案，确保乡村医生收入不下降。乡村医生的总体收入水平仍应以当地的村干部作为参照，对偏远山区的乡村医生应适度提高补助标准。

#### 4.3 政府主导,多种模式解决乡村医生养老问题

乡村医生养老问题已严重影响乡村医生队伍和社会的稳定，而解决老有所养问题，政策性强，人员涉及面广，因此各级政府应加强领导，承担起主导责任，将解决乡村医生问题纳入政府议事日程。各地可在对解决乡村医生养老保险所需费用测算的基础

上，根据地区经济、社会环境、管理模式等因素，选择适宜养老模式，细化各级政府、机构和个人的分担比例，“老人老办法、新人新办法”。大多数地区可以以“新型农村社会养老保险”的实施为契机，解决乡村医生养老问题。经济较好的地区，可借鉴江苏模式将乡村医生纳入企业职工基本养老保险。无论采用何种形式，乡村医生养老保险建立过程中，政府、集体应对其加大补助，使其保障水平高于一般农民。在此基础上，建立乡村医生退休制度，促进乡村医生队伍新老更替，优化队伍结构。

#### 4.4 开辟途径,解决乡村医生身份

转变村卫生室的性质和改变乡村医生身份是解决乡村医生待遇和保障问题的根本所在。苏州市在乡村一体化管理的模式下，允许取得执业助理医师及以上资质的在岗乡村医生，经考核后纳入乡镇卫生院编制。这个措施从根本上转变了乡村医生的身份，因此有条件的地方可积极进行探索。作为配套措施，鼓励地方卫生行政机构开展相应教育培训，帮助村医通过执业助理医师资格考试。

#### 参 考 文 献

- [1] 卫生部人才交流服务中心. 中国乡村医生历史回顾与现状研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] 苏锦英, 高倩. 我国乡村医生医疗收入现状调查分析[J]. 医学与社会, 2008, 21(8): 27-29.
- [3] 史甲奇, 贾红英, 高鸽. 我国乡村医生养老保障现状及对策[J]. 医学与社会, 2010, 23(1): 35-37.
- [4] 李彬, 杨洁敏, 李泉. 为乡村医生提供社会养老保障的必要性研究[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2009, 30(8): 45-47.
- [5] 礼臧忠, 刘宝, 姚经建. 乡村医生隶属管理的探索[J]. 中国卫生事业管理, 2009(4): 263-264.
- [6] 朱宏, 徐刚, 高健. 江西省乡村医生养老保险对策研究[J]. 农业考古, 2009(4): 317-320.
- [7] 霍丽伟, 孙劲峰. 乡村医生收入来源及其保障制度[J]. 合作经济与科技, 2010(8): 94-95.
- [8] 王靖元. 依托乡村一体化管理解决乡村医生养老保险问题[J]. 卫生经济研究, 2007(11): 8.

[收稿日期:2010-08-02 修回日期:2010-09-19]

(编辑 刘 博)