

安徽省乡村医生队伍建设的现状、问题及对策研究

谢瑞瑾^{1*} 潘淳¹ 桂亮¹ 吕满民² 程进¹ 毛惠芳¹ 王新¹

1. 安徽卫生健康职业学院 安徽池州 247099

2. 安徽省东至县总医院 安徽池州 247200

【摘要】目的:调查分析安徽省乡村医生队伍建设的现状与问题,并提出相应的政策建议。方法:将安徽省分为3个区域,即皖南地区、皖中地区和皖北地区。在各区域分别随机选取2个县,所选县中随机抽取4个乡镇所有在岗乡村医生进行问卷调查,并对卫生行政部门从事乡村医生管理的人员开展个人访谈。结果:安徽省乡村医生男女性别比为3.04:1;高中或中专以下学历为主(70.6%),注册乡村医生占56.0%;年龄在30岁以下、60岁以上的分别占1.8%、3.6%;未参加任何养老保险、未购买任何医疗保险的分别占23.2%、20.8%;77.6%认为收入不合理;需要解决的问题依次为养老保障(94.8%)、提高个人收入(92.0%)、医疗保险(86.3%)、增加培训支持(69.2%)、村卫生室房屋设备(63.9%)。结论:安徽省乡村医生队伍整体结构不平衡、保障水平低、服务能力弱,应在优化队伍结构、提高收入、降低执业风险、改善医疗条件、提高培训效果等方面综合施策,以加快安徽省乡村医生队伍建设。

【关键词】乡村医生;健康中国;安徽省

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.05.010

Investigative analysis of the current situation, problems and counter measures of the construction of rural doctors' team in Anhui Province

XIE Rui-jin¹, PAN Chun¹, GUI Liang¹, LV Man-min², CHENG Jin¹, MAO Hui-fang¹, WANG Xin¹

1. Anhui Health College, Chizhou Anhui 247099, China

2. Dongzhi County General Hospital, Chizhou Anhui 247200, China

【Abstract】 Objective: To investigate and analyze the current situation and problems in the construction of rural doctors' team in Anhui Province, and put forward corresponding policy suggestions for the government departments' decision-making and countermeasures for an enhanced problem solving. Methods: Anhui Province was divided into three regions of Southern Anhui, Central Anhui and Northern Anhui. Two counties and districts were randomly selected in each area, and the in-service rural doctors and health administrative department staff in four towns randomly selected from each of the selected counties were used as survey objects among whom to conduct interviews. Questionnaire survey, individual interview, access to statistical yearbook and other methods were used for investigation and analysis of the current status and problems encountered in the health examinations in Anhui Province. Results: The gender ratio of rural doctors in Anhui Province was 3.04:1, with 70.6% of rural doctors with high school or below and only 56.0% of them were registered rural doctors. 1.8% male doctors and 3.6% female doctors were under 30 and over 60 years of age. 23.2% and 20.8% of rural doctors affirmed that they don't take part in any endowment insurance or buy any medical insurance, and a proportion of 77.6% of them believed that the income is unreasonable. For our research subjects, problems that need to be addressed were endowment insurance (94.8%), personal income (92.0%), medical insurance (86.3%) and training support (69.2%), and village health room housing equipment (63.9%), respectively. Conclusions: For rural doctors in Anhui Province, the overall team structure is unbalanced,

* 基金项目:2019年安徽省领导圈定课题(SQKT19-18);2019年高校优秀拔尖人才培养资助项目(gxhjZD75)

作者简介:谢瑞瑾(1968年—),男,硕士,研究员,主要研究方向为医药政策与卫生管理。E-mail:health9994@sina.com

通讯作者:潘淳。E-mail:1791132152@qq.com

the security level is low and the service capability is weak. In order to improve the overall level of the team construction of rural doctors in Anhui Province, comprehensive measures should be taken to optimize the team structure, improve the income, reduce the practice risk, improve the medical conditions, and strengthen the training effect, etc.

[Key words] Rural doctors; Healthy China; Anhui Province

2018 年《中共中央国务院关于实施乡村振兴战略的意见》指出^[1], 实施乡村振兴战略, 是解决人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间矛盾的必然要求, 而提升农村医疗卫生健康服务能力是满足广大农村人口的新时代需要的必要途径。^[2] 乡村医生作为亿万农村居民的健康“守护人”, 是健康中国和乡村振兴国家战略实施中的中坚力量, 如何解决基层卫生服务供给侧结构性矛盾与优化乡村医生队伍建设是医疗卫生领域的改革焦点之一。^[3] 本研究基于安徽省乡村医生队伍现状的调研结果, 分析问题及原因, 对安徽省乡村医生队伍建设、服务能力提升等方面提出政策建议。

1 资料和方法

1.1 研究对象

将安徽省分为 3 个区域, 即皖南、皖中和皖北地区。在各区域分别随机选取 2 个县区, 每个县区随机抽取的 4 个乡镇的村卫生室所有在岗乡村医生 (不含工作不满一年者) 作为调查对象, 共对 936 名乡村医生发放了调查问卷, 回收有效问卷 889 份, 问卷有效率 94.8%, 同时, 对卫生行政部门从事乡村医生管理的人员开展个人访谈, 全面调研安徽省乡村医生队伍的基本现状。

1.2 研究方法

1.2.1 问卷调查法

采用自行设计的问卷进行调查, 主要收集乡村医生的基本信息 (性别、年龄、婚姻状况、工作年限、职业资质等)、培训情况、生活保障 (收入情况、养老及医保情况)、留职意愿及亟待解决的问题等。采用一对一现场收集问卷, 遵守知情同意的研究伦理, 确保问卷的科学性与真实性。

1.2.2 访谈法

结合安徽省情, 就村卫生室的标准化建设、现有诊疗设备、信息化水平、药品供给配送等情况向当地卫生行政部门管理人员进行个人深度访谈, 全面了解其对乡村医生队伍现存问题的看法及对乡村医生队伍建设的具体建议。

1.2.3 统计年鉴查阅

查阅《安徽省统计年鉴》、《中国卫生和计划生育统计年鉴》、《中国统计年鉴》等, 获取安徽省乡村医疗机构、人员数量等资料。

2 结果

2.1 乡村医生队伍基本情况

被调研的 889 名乡村医生中, 男女性别比为 3.04:1, 皖北、皖中、皖南各 473 人、208 人、208 人; 年龄方面, 41~50 岁占 51.5%, 60 岁以上占 3.6%; 工作年限方面, 20 年以上占 77.1%, 11~20 年占 19.7%; 学历方面, 高中或中专以下占 70.6%, 专科或高职占 27.4%; 执业资质方面, 注册乡村医生占 56.0%, 执业助理医师占 26.2%。对皖北、皖中、皖南三个区域的数据进行卡方检验, 其中执业资质与年龄两个维度体现出显著的区域差异性, P 值均为 0.00, 性别、学历与工作年限未体现区域差异性 (表 1)。

表 1 乡村医生基本情况 ($n=889$)

因素	各区域人数(人)			合计 (人)	P
	皖北	皖中	皖南		
性别					
男	359	160	150	669	0.47
女	114	48	58	220	
年龄(岁)					
21~	97	34	31	162	0.00
41~	231	110	117	458	
51~	133	64	40	237	
61~	12	0	20	32	
工作年限(年)					
0~	5	1	0	6	0.26
5~	16	5	2	23	
11~	98	35	42	175	
20~	354	167	164	685	
学历					
初中及以下	11	7	7	25	0.76
高中或中专	302	146	155	603	
大专或高职	150	52	42	244	
本科及以上	10	3	4	17	

(续)

因素	各区域人数(人)			合计 (人)	P
	皖北	皖中	皖南		
执业资质					
执业医师	71	23	16	110	0.00
执业助理医师	119	52	62	233	
注册乡村医生	241	131	126	498	
执业护士等	33	2	4	39	
无资质	9	0	0	9	
合计	473	208	208	889	

2.2 乡村医生队伍社会保障与收入现状

养老保险方面,购买城乡居民养老保险 552 人(62.1%),城镇职工基本养老保险的 117 人(13.2%),未参加任何养老保险者 206 人(23.2%);医疗保险方面,购买城乡居民医疗保险 631 人(71.0%),城镇职工医疗保险购买者 45 人(5.1%);收入方面,2018 年乡村医生年收入在 20 000~29 999 元的 201 人(22.6%),30 000~39 999 元 270 人(30.4%),40 000~49 999 元 126 人(14.2%)。其中,认为收入不合理的 699 人(77.6%)、合理的 199 人(22.4%);理想年收入方面,选择 2~5 万元的 239 人(26.9%)、6~10 万元的 608 人(68.4%)(表 2)。

表 2 乡村医生生活保障情况(n=889)

项目	组别	人数 (人)	构成比(%)
养老保险 情况	城镇职工基本养老保险	117	13.2
	城乡居民养老保险	552	62.1
	其他商业养老保险	14	1.6
	未参加任何养老保险	206	23.2
医疗保险 情况	城镇职工医疗保险	45	5.1
	城乡居民医疗保险	631	71.0
	其他商业医疗保险	28	3.1
	未购买任何医疗保险	185	20.8
过去 1 年收 入(元)	0~	153	17.2
	20 000~	201	22.6
	30 000~	270	30.4
	40 000~	126	14.2
	50 000~	139	15.6
认为工作收入 是否合理	合理	199	22.4
	不合理	690	77.6
理想年收 入(万元)	2~	239	26.9
	6~	608	68.4
	10~	42	4.7

2.3 乡村医生队伍教育培训情况

被调研的 889 名乡村医生中,最近 5 年未去医疗卫生机构进修的为 708 人(79.6%);最近一年,参加乡

村卫生培训的仅 1 次的 239 人(26.9%),2~7 次的 452 人(50.8%);最近一年接受培训的天数小于 14 天的为 759 人(85.4%)(表 3)。

表 3 乡村医生教育培训情况(n=889)

项目	组别	人数	构成比(%)
最近五年去医疗卫生 机构进修	是	171	19.2
	否	708	79.6
最近一年参加乡村医 生培训的次数	工作不满 5 年	10	1.1
	1 次	239	26.9
	2~7 次	452	50.8
	8 次及以上	112	12.6
最近一年接受培训 的天数	没参加过	86	9.7
	小于 14 天	759	85.4
	大于等于 14 天	130	14.6

2.4 乡村医生队伍现实需求与留职意愿

乡村医生认为目前需要解决的问题按百分比高低依次为养老保险(94.8%)、提高个人收入(92.0%)、医疗保险(86.3%)、增加培训支持(69.2%)、村卫生室房屋设备(63.9%);留职意愿方面,表示愿意继续从事乡村医生职业的有 718 人(80.8%),不愿意的有 171 人(19.2%)(表 4)。

表 4 乡村医生现实需求与留职意愿(n=889)

项目	组别	人数	构成比(%)
目前需要解决的 问题	养老保险问题	843	94.8
	提高个人收入问题	818	92.0
	医疗保险问题	767	86.3
	增加培训支持	615	69.2
继续留任乡村 医生意愿	村卫生室房屋设备问题	568	63.9
	是	718	80.8
	否	171	19.2

2.5 村卫生室医疗环境基本建设现状

乡村医疗环境建设方面,通过访谈及实地调研了解到,大部分村卫生室的房屋面积不达标,且个别村卫生室为乡村医生个人房屋或租用房屋。村卫生室的诊断室、观察室、治疗室、药房、资料室、值班室基本具备且独立分开,但仍有部分村卫生室缺乏卫生间和自来水。诊疗设备方面,村卫生室配备了健康一体机,仅能满足农村居民部分一般常见病的诊疗,缺乏简易呼吸机、血糖仪、氧气瓶等急救设备,缺少中医中药基本设备。村卫生室信息化设备少,信息化水平差。村卫生室常用药品少,药品供给配送方面存在不及时不规范的现象。

3 讨论

3.1 乡村医生队伍整体结构不平衡

3.1.1 乡村医生队伍总量不足, 年龄与性别结构失衡

安徽省约 3 000 万人生活在农村, 只有村卫生室人员 41 997 人, 乡村医生缺口数为 9 962 人, 且分布严重不均的问题尤为突出。^[4] 乡村医生在年龄结构上存在人员断层隐患, 人才队伍储备不足, 显然不能满足未来农村居民日益增长的卫生健康需要; 性别方面, 男多女少的不合理结构对农村妇幼卫生保健工作的开展可能存在不利影响。

3.1.2 乡村医生队伍学历层次偏低, 执业资质与服务能力要求不匹配

安徽不同地区乡村医生承担的职责没有差异。在学历与执业资质方面, 安徽省乡村医生以高中或中专以下学历和注册乡村医生为主, 乡村医生队伍总体学历层次和执业资质偏低在一定程度上体现出其临床技能水平低及卫生健康服务能力较弱^[5], 执业资质与服务能力不匹配, 难以适应乡村医疗卫生服务和农民的健康需要。

3.1.3 乡村医生队伍在执业资质与年龄结构上体现出显著的区域差异性

执业资质方面, 皖南、皖中比皖北低, 执业资质偏低表明卫生健康服务能力相对较弱^[5]; 此外, 皖北、皖中相对于皖南, 其乡村医生队伍的整体年龄偏大; 从工作年限来看, 近十年乡村医生队伍建设滞后。

3.2 乡村医生社会保障水平低, 福利待遇与工作任务不对等

由上述结果可知, 乡村医生参加养老保险和医疗保险的比例偏低, 这充分说明安徽省乡村医生社会保障水平偏低。此外, 与 2018 年安徽省城镇非私营单位就业人员年平均工资(74 378 元)以及卫生和社会工作行业就业人员年平均工资(96 596 元)相比^[6], 乡村医生年收入偏低, 但却承担着基本诊疗服务、公共卫生和医保报销等繁重工作, 其福利待遇与工作量不对等。

3.3 乡村医生队伍培训工作不到位, 现实需求与供给现状矛盾突出

由上述结果可知, 近八成的乡村医生最近 5 年未参加过任何相关进修, 在最近一年接受培训的天数也小于 14 天, 这与国家对乡村医生每年提供不少于两次免费培训且累计培训时间不少于两周的政策

要求有较大差距, 这充分说明了培训工作开展的不到位。同时, 访谈中发现村卫生室的医疗环境建设方面亟待完善, 凸显了当前乡村医生的现实需求与供给现状之间的矛盾。

4 建议

4.1 多途径增加乡村医生队伍的数量, 优化人才结构

首先, 组织相关高校实施乡村医生定向培养计划, 培养经费和生活补助由财政统一安排。可采取由行政村推荐、乡镇卫生院审核、县卫生健康委确定安排, 分批分年度实施, 优先安排乡村医生空白村。定向培养的乡村医生必须签订定向就业协议, 承诺服从政府及学校的就业安排。其次, 加强在岗乡村医生培养培训工作, 减少乡村医生流出。最后, 可将乡村原有的计划生育服务人员充实到村卫生室, 扩大乡村医生队伍。对于性别不合理问题, 应积极鼓励符合条件的女性报考, 改善性别结构, 从而满足农村妇幼工作的需要。

针对不同区域的乡村医生队伍卫生健康服务能力与年龄结构的显著差异, 皖南、皖中应着重提升乡村医生队伍的学历层次与执业能力, 皖南则需要加大培养力度, 弥补乡村医生队伍数量的不足。一是结合脱贫攻坚任务, 面向全省为每个贫困村招录 1 名本科医学类专业人才充实乡村医生队伍, 培训学费及生活费由财政安排, 纳入乡镇卫生院全额事业编制管理, 驻村从事乡村医生服务。二是结合“十四五”乡村医生队伍建设要求, 以县为单位, 统筹为每村选拔 1 名临床医学专科毕业生, 取得执业助理以上资格的纳入乡镇卫生院统一管理; 三是结合乡村振兴需要, 以乡镇服务人口为基数, 增加乡镇卫生院编制总量, 实行乡村一体化管理, 由乡镇卫生院派驻到村卫生室开展服务。

4.2 落实乡村医生社会保障制度, 提高乡村医生收入

首先, 建立健全相关制度, 将乡村医生纳入公益性保障范围并提高养老保障标准, 加快出台全省统一的乡村医生养老保障制度, 财政部门安排专项资金, 逐步实现在岗乡村医生参加城镇职工基本养老保险; 其次, 严控乡村医生准入, 新进入村卫生室工作人员, 原则上应有全科执业助理医师以上资格, 执业类别为临床或中医, 从源头上最大限度地降低执业风险; 再次, 建立较高的乡村医生医疗风险保障机制, 卫生部门统一为受聘乡村医生购买医疗责任险。

提高收入是广大乡村医生的强烈愿望。从稳定乡村医生队伍出发,一是建立保基本的岗位收入,在统筹基本公共卫生服务、药品零差率、一般诊疗费的基础上,结合合同资历的乡镇卫生院工作人员收入,确定乡村医生岗位年度收入总量并纳入财政预算;二是创新考核方式,建立以服务质量、居民满意度为主要权重的考核指标体系,弱化区域人口及服务半径造成的影响;三是打通乡村医生职业通道,对于工作优秀,深受农民欢迎的乡村医生给予荣誉、经费奖励。

4.3 创新模式,提升村卫生室服务能力

4.3.1 加强标准化建设,满足村卫生室发展需要

政府应加大财政投入力度建设标准化村卫生室,添置、更新村卫生室的诊疗设备,每个卫生室建设业务用房为120~150平方米、占地面积不少于300平方米的标准化村卫生室,做到“六室”(诊断室、观察室、治疗室、药房、资料室、值班室)独立分开,配套设施齐全。每个村卫生室配齐工作人员。

4.3.2 开展规范化培训,提高乡村医生执业能力

一是开展乡村医生岗位胜任能力的模型研究,培训内容要结合乡村医生的岗位任务,实现“教材、教法、教师”改革,注重加强公共卫生服务、常见病和慢性病预防与治疗、急救知识、信息化、智慧医疗等方面的培训。二是采取临床进修、集中培训、对口支援等多种方式,每年选派乡村医生到省、市、县级医院有针对性的进行培训,也可从省、市、县级公立医院选派医生驻村帮扶,通过“传帮带”,培养“小病善治、大病善识、重病善管、慢病善管”的乡村全科医学人才,更好的服务基层。三是充实乡村医生例会培训内容,在对乡村医生定期例会部署工作同时,增加基本医疗、基本公共卫生服务内容,不断提高能力。

4.3.3 创新信息化模式,筑牢乡村公共卫生服务网底

安徽正在开展乡村医生“智医助理”试点,借助信息化手段为乡村医生提供辅助诊断技术。可以把“智医助理”的使用与建立紧密型县域医共体有效衔接起来,提高县域医疗资源的配置和使用效率。乡村医生服务于当地农村,具有熟悉当地每一户家庭成员的优势,因而,在基于信息化建设的基础上,开展家庭医生(乡村医生)签约服务,可为实现基层首诊、分级诊疗奠定坚实基础,可确保分级诊疗在乡村落地,增强农村地区广大群众的改革获得感,筑牢乡村公共卫生服务的网底。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 中共中央 国务院关于实施乡村振兴战略的意见[J]. 理论参考, 2018(4): 4-15.
- [2] 赵睿, 刘峰. 乡村振兴战略背景下乡村医生能力提升研究[J]. 牡丹江医学院学报, 2019, 40(6): 160-162.
- [3] 陈醇, 叶清和, 高红霞, 等. 我国乡村医生职业化转变医院调查[J]. 医学与社会, 2019, 32(4): 38-41.
- [4] 安徽省卫生健康委员会. 2018年安徽省卫生健康事业发展统计公报[EB/OL][2019-05-30]. http://wjw.ah.gov.cn/news_details_50738.html
- [5] 林熙莹. 镇村卫生服务一体化背景下乡村医生队伍建设研究[D]. 厦门: 厦门大学, 2017.
- [6] 庞超锋. 安徽省城乡居民收入差距影响因素研究[D]. 杭州: 浙江工商大学, 2018.

[收稿日期:2020-03-04 修回日期:2020-04-30]

(编辑 赵晓娟)