

乡村医生的脱嵌困境与紧密型医共体框架下的再嵌入机制研究

崔兆涵^{1,2*} 王叶³ 申红娟³ 马亚洁³ 吴记先³ 张瑞红³ 王会涛³

1. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166

2. 南京医科大学数智技术与健康治理实验室 江苏南京 211166

3. 唐县人民医院 河北保定 072350

【摘要】在健康中国战略与乡村振兴战略全面推进的背景下,乡村医生队伍的稳定与健康发展极其重要。我国乡村医生发展面临“脱嵌”困境,而紧密型医共体建设为解决乡村医生脱嵌困境提供了契机。本文基于嵌入性理论,对乡村医生面临的结构脱嵌、关系脱嵌、认知脱嵌困境进行解构,并对县域医共体解决乡村医生脱嵌困境的作用机制进行了理论分析,进一步运用唐县医院集团案例进行阐释。研究发现,县域医共体能够通过组织整合机制、利益协调机制、多元激活机制实现乡村医生的结构再嵌入、关系再嵌入与认知再嵌入;组织整合下行政手段与经济手段相结合是促进乡村医生再嵌入的基础;乡村医生的再嵌入需要县域医共体内外部变革的协同;多元激活机制是促进乡村医生再嵌入的内生性动力;乡村医生结构、关系、认知再嵌入之间存在递进与耦合关系。

【关键词】乡村医生;紧密型县域医共体;脱嵌;再嵌入

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.12.002

Research on the disembedding dilemma of rural doctors and the re-embedding mechanism under the framework of the merged county medical alliance

CUI Zhao-han^{1,2}, WANG Ye³, SHEN Hong-juan³, MA Ya-jie³, WU Ji-xian³, ZHANG Rui-hong³, WANG Hui-tao³

1. School of Health Policy & Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

2. Laboratory for Digital Intelligence & Health Governance, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

3. Tang County People's Hospital, Baoding Hebei 072350, China

【Abstract】Against the backdrop of the comprehensive advancement of the Healthy China Strategy and the Rural Revitalization Strategy, the stability and healthy development of the rural medical workforce have become increasingly significant. China's rural doctors are facing the dilemma of “disembedding” and the construction of the merged county medical alliance (MCMA) offers an opportunity to address this issue. Based on the theory of embeddedness, this paper deconstructs the structural disembedding, relational disembedding, and cognitive disembedding faced by rural doctors, and provides a theoretical analysis of the mechanisms through which MCMA can solve the disembedding dilemma of rural doctors. Furthermore, the case of Tang County Hospital Group is used to illustrate this. The conclusion can be drawn that MCMA can achieve the structural re-embedding, relational re-embedding, and cognitive re-embedding of rural doctors through organizational integration mechanisms, interest coordination mechanisms, and multifaceted activation mechanisms. The combination of administrative and economic means under organizational integration is the foundation for promoting the re-embedding of rural doctors. The re-embedding of rural doctors requires the synergy of internal and external changes within the MCMA. Multifaceted

* 基金项目:教育部人文社会科学研究青年基金项目(23YJCZH030);江苏省高校哲学社会科学研究一般项目(2023SJYB0291)

作者简介:崔兆涵(1993年—),男,讲师,主要研究方向为县域医共体。E-mail: cuizhaohan@njmu.edu.cn

通讯作者:王会涛。E-mail: txrmyy001@163.com

activation mechanisms are the endogenous driving force for the re-embedding of rural doctors. There is a progressive and coupled relationship between the structural, relational, and cognitive re-embedding of rural doctors.

[Key words] Rural doctors; Merged county medical alliance (MCMA); Disembedding; Re-embedding

1 引言

党的二十大报告中提出了“发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区”。乡村医生与村卫生室是我国农村三级卫生服务体系的网底,在健康中国战略与乡村振兴战略持续推进的背景下,乡村医生队伍的稳定与健康极其重要。但是长期以来,乡村医生发展面临着一系列问题,包括服务能力薄弱、工作积极性较低、身份不明确和缺乏基本保障等^[1],导致农村居民健康“守门人”的功能难以有效发挥。上述问题可以归纳为乡村医生的脱嵌困境,“脱嵌”是社会关系从某种既有关联(如空间或者时间)中脱离,即一个系统未能根据具体情况进行调适并与另一个系统相适应,从而处于一种相互游离的状态^[2],乡村医生实际上脱离了农村医疗卫生服务体系的整体性发展。紧密型县域医共体(以下简称“县域医共体”)通过对县、乡、村三级医疗机构进行深度整合,将乡村医生重新纳入农村医疗卫生服务体系中,为解决乡村医生的脱嵌困境提供了契机。相关研究指出,县域医共体能够提高乡村医生工作积极性和业务能力,增强乡村医生从事基本公共卫生服务和医疗服务的规范性^[3];县域医共体下的“乡村一体化”管理能够增强乡村医生的组织支持感^[4],减少角色模糊^[5],增强稳定性^[6]。但当前研究未对乡村医生的脱嵌困境进行系统性的理论阐释,同时对县域医共体解决乡村医生脱嵌困境的作用机制研究不充分。

嵌入性理论为上述问题提供了一个适宜的理论视角,乡村医生的脱嵌困境具有复杂的内涵,嵌入性理论可以多个维度对脱嵌困境进行全面解构,同时能够揭示乡村医生与其他子系统及要素的互动,有助于理解县域医共体框架下乡村医生行为的转变。课题组于2022—2023年对河北省保定市唐县医院集团进行了多次实地调研,通过参与观察与深度访谈获得质性资料。本文基于嵌入性理论对乡村医生脱嵌困境以及县域医共体解决乡村医生脱嵌困境的作用机制进行理论分析,并以唐县医院集团作为案例,对上述理论分析进一步阐释,以期为乡村医生发展与县域医共体建设提供参考。

2 理论分析

嵌入性(embeddedness)理论最早由波兰尼在《大转型》一书中提出,强调人的经济行为是嵌入在政治、社会、宗教等经济与非经济制度中的。随后,Granovetter等学者进一步发展了嵌入性理论,提出了经典的结构嵌入性和关系嵌入性分析框架,并探讨了社会网络、主体关系等因素对经济活动的影响^[7],其中结构嵌入性强调了主体所嵌入的社会网络的结构特征以及主体所处的网络位置给行动主体所带来的超额价值,关系嵌入性侧重于从主体间关系视角开展分析,强调网络中的主体间关系是一种主体获取信息和资源的作用机制。有学者提出了结构、认知、文化、政治嵌入性框架,其中认知嵌入性强调了网络中的社会认知、群体认知与思维等因素对于主体行为的影响机理。^[8]嵌入性理论在农村产业发展、乡村治理等领域中得到了应用,有研究基于嵌入性理论从制度、结构、认知三个维度分析了70年代以来乡村医生与国家之间的关系演变,经历了深度嵌入、脱嵌、偏差嵌入的三个发展阶段^[9],为本文研究框架构建提供一定借鉴。本研究基于嵌入性理论,从结构、关系、认知三个维度对乡村医生的脱嵌困境进行解构,并探究县域医共体推动乡村医生再嵌入的作用机制(图1)。

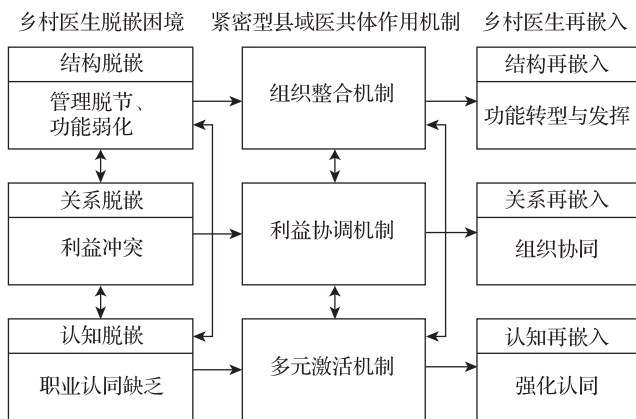


图1 紧密型县域医共体推动乡村医生再嵌入的作用机制

2.1 结构脱嵌与组织整合机制下的再嵌入

乡村医生的结构脱嵌体现为在农村三级医疗卫生服务体系中愈发边缘化,具体表现为管理脱节与

功能弱化。一是管理层面上的管理脱节。2010 年卫生部办公厅发布了《关于推进乡村卫生服务一体化管理的意见》(卫办农卫发[2010]48 号),在全国范围内推进乡村一体化管理,在县级卫生行政部门的统一组织下,由乡镇卫生院对村卫生室和乡村医生进行指导与管理。但是多数地区乡镇卫生院能力也相对薄弱,同时与乡村医生在医疗服务和基本公共卫生服务提供中存在业务范围上的重叠,在能力和意愿两方面都不具备对乡村医生进行良好管理的条件。因此,对乡村医生的管理处于失序状态,较为明显的体现就是乡村医生在开展基本公共卫生服务等工作中,存在大量象征性执行、拖延执行等问题,导致基本公共卫生服务项目的执行呈现“悬浮”状态。^[10]二是服务层面上的功能弱化,主要体现在医疗业务的持续萎缩。伴随着乡村医生数量逐年减少,年龄结构也趋于老化,作为服务载体的村卫生室医疗服务能力持续下降,医疗服务质量也难以得到有效保障。同时在城镇化趋势下,村民收入水平提高、交通便利性极大提升、村民外出务工等因素并存,县域内医疗服务需求减少,在县域医疗服务体系中的功能愈发弱化。供需两端的因素共同造成村卫生室就诊人次占比逐年降低,从 2015 年的 24.6% 降至 2023 年的 14.7% (表 1)。

表 1 2015—2023 年乡村医生与村卫生室服务提供情况

年份	村卫生室人员数量(万人)	村卫生室就诊人次(亿)	全国就诊总人次(亿)	村卫生室就诊人次占比(%)
2015	144.8	18.9	76.9	24.6
2016	143.6	18.5	79.3	23.4
2017	145.5	17.9	81.8	21.9
2018	144.1	16.7	83.1	20.1
2019	144.6	16.0	87.2	18.4
2020	144.2	14.3	77.4	18.4
2021	136.3	13.4	84.7	15.8
2022	136.7	12.8	84.2	15.2
2023	132.7	14.0	95.5	14.7

注:1. 村卫生室人员数包含乡村医生、执业(助理)医师、注册护士、药师、卫生员。

2. 表格中 2022、2023 年数据来自于 2022 年、2023 年我国卫生健康事业发展统计公报,其他年份数据来自于历年卫生健康统计年鉴。

县域医共体能够通过组织整合机制,有效改善上述两类“脱嵌”的状态。在管理层面上,县域医共体形成了县乡村三级科层制组织结构,并基于此构建一体化管理模式,提升了对乡村医生的管理与控制强度,进而有效改善政策执行困境。在业务层面

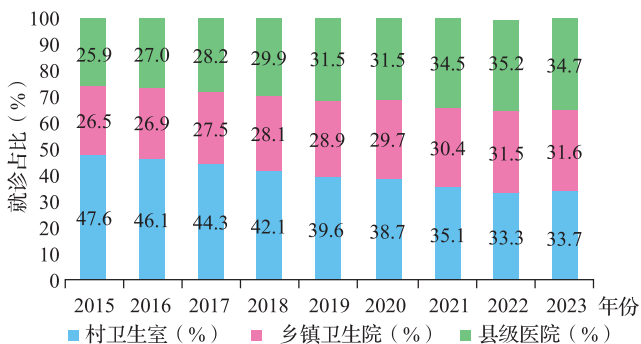
上,县域医共体建设的目标之一就是提升基层服务能力与服务质量,一方面更加能够以行政命令的方式安排乡镇卫生院医务人员通过驻点或巡诊的方式提升乡村医生服务能力,另一方面,县域医共体中能够构建统一的服务与管理标准,提升同质化管理水平。与此同时,县域医共体也是推动从“以治疗为中心”向“以健康为中心”转型的整合型服务组织载体,在整体发展目标下,对县乡村三级医疗机构进行更加清晰的差异化定位,减少服务范围重叠,并强调医防融合的实现。因此,乡村医生能够一定程度上转变其弱势地位,而成为其他医疗机构完成目标所依赖的一方,强化其在农村医疗卫生服务体系中的重要性。

2.2 关系脱嵌与利益协调机制下的再嵌入

乡村医生的关系脱嵌集中体现在与上级医疗机构之间的利益冲突。县域内三级医疗机构的组织属性不同:县级医院作为差额拨款的公益二类事业单位,在财政补助占比相对较低的情况下,需要尽可能提供更多医疗服务获得业务收入以维持基本运营与未来发展,乡镇卫生院虽然作为预算制的公益一类事业单位,但财政拨款往往与编制、床位数量绑定,而乡镇卫生院中存在大量编外人员,同样需要依靠提供更多医疗服务维持运营。村卫生室多为“公助民办”性质,需要自主经营与自负盈亏。这就导致三级医疗机构都存在规模扩张的动力,同时在原来按项目付费的医保支付方式下,进一步放大了各级医疗机构的逐利动机。而在县域人口数量与疾病谱相对稳定的前提下,三级医疗机构业务范围的重叠导致了竞争关系的形成与利益冲突的产生。如图 2 所示,近年来县级医院和乡镇卫生院在县域内医疗服务占比持续提升,而村级医疗服务占比持续下降。另外,乡村医生与乡镇卫生院均承担基本公共卫生服务工作,特别是在乡镇卫生院与村卫生室医疗服务能力都在衰退的情况下,基本公共卫生经费成为二者收入的重要组成部分。在乡村一体化管理中,乡镇卫生院负责对所辖村医的基本公共卫生经费的分配,但是往往会存在截留经费、分配不透明等问题^[9],进一步加剧了乡村两级医疗机构之间的冲突。

县域医共体的建设目标之一即为构建“利益共同体”,能够在外部政策与内部变革协同下对组织利益进行协调,减少乡村医生与其他组织的冲突。一是针对县域医共体实施“总额付费、结余留用”政策,能够转变原有按项目付费下的“规模”导向激励,转

而形成了“成本”导向的激励模式,这就要求其他医疗机构与乡村医生紧密合作以控制成本获得更多“结余”。二是能够调节控制关系,减少组织间冲突。县域医共体在科层制框架下,县级医院作为牵头单位,同时具有对乡镇卫生院和村卫生室的管理权限,能够运用行政权力对原有“乡村一体化”存在的弊端进行针对性调节。



注:图中2022、2023年数据来自于2022年、2023年我国卫生健康事业发展统计公报,其他年份数据来自于历年卫生健康统计年鉴。

图2 2015—2023年县域内三级医疗机构就诊结构变化

2.3 认知脱嵌与多元激活机制下的再嵌入

乡村医生的认知脱嵌主要体现在职业身份认同的缺乏与工作积极性的丧失。乡村医生属于“半医半农”的身份^[11],普遍存在身份认同模糊的困境,其从事医疗与基本公共卫生相关工作,但是却并未被纳入我国卫生技术人员队伍中实现统筹管理,身份不明确也进一步导致其养老保障、执业风险保障等缺失。与此同时,乡村医生的发展平台受限、职业发展路径的不清晰以及经济激励不足等因素造成职业归属感较低^[12],也进一步导致了乡村医生队伍人员流失严重、年龄结构老化、活力不足等结构性问题的出现。

县域医共体能够通过多种措施实现对乡村医生的激活。一是通过对乡村医生身份的重新塑造,在县域医共体中实施人员统筹管理与使用,实施“乡聘村用”,乡村医生成为乡镇卫生院工作人员,部分地区探索给予乡村医生事业编制,缴纳养老保险与医疗责任保险等,使乡村医生由独立的个体成为县域医共体的正式成员^[13],能够提升其职业地位与社会认可度,进而强化其职业认同。二是通过强化基层帮扶与业务培训力度提升,有助于提高乡村医生考取执业(助理)医师资格证的能力^[3],改善其职业发展前景。三是能够实施综合激励措施,包括绩效激励、荣誉激励等,从多方面提升乡村医生的工作积极性。

3 案例剖析

3.1 案例基本情况

唐县位于河北省保定市西部,总人口约60万,2020年5月唐县医院集团正式成立运行,该医院集团由唐县人民医院牵头,成员单位包括唐县中医院和妇幼保健院,以及20个乡镇卫生院和345个村卫生室。唐县医院集团成立后,在组织结构设计、外部治理体系、内部管理机制、健康服务模式等方面开展了系列改革,针对乡村医生采取了健康医师服务能力培训、实施“主管村医”工程等改革措施,有效改善了当地乡村医生的脱嵌困境,促进了乡村医生队伍的发展。

3.2 案例分析

3.2.1 组织整合机制下乡村医生的结构再嵌入

首先是县域医共体框架下乡村医生管理体制的改变。在集团成立之前,对乡村医生实施“乡村一体化”管理,具体为县卫生行政部门监管、乡镇卫生院主管、村卫生室配合的管理模式,而由于乡镇卫生院普遍“重公卫、轻医疗”,乡镇卫生院服务和管理能力总体较为薄弱,对于乡村医生难以实施有效管理。因此,在集团成立之后,将乡镇卫生院对乡村医生的管理职能转交给集团,分别由集团的公共卫生事件救治管理中心与医疗质量管理中心对乡村医生的基本公共卫生服务与医疗服务进行垂直管理,为提升乡村医生工作质量和服务能力以及实现同质化管理提供基础。

其次是乡村医生功能定位的转型与再明确。唐县医院集团在成立之后,明确集团工作分为医疗、公共卫生和健康教育三部分。在此基础上根据单位性质和工作重点不同进一步明确了县乡村三级医疗机构的功能定位。其中,村卫生室“70%做健康、30%做医疗”,以疾病预防为主,抓好健康教育普及化、居民健康档案精准化、慢病用药精细化、妇女儿童保健管理常态化、小病治疗标准化。总体来讲,乡村医生与村卫生室主要侧重于公共卫生与健康教育,同时加强基本医疗服务能力,并制定了村卫生室分级诊疗病种目录,明确了适宜在村卫生室中诊疗的疾病种类。

然后是“主管村医”服务模式的创新。在明确乡村医生功能定位的基础上,唐县医院集团在集团内推行了“主管村医”工程,即乡村医生参照县级医院病床主管医生管理病人的模式,管理辖区内群众

公共卫生服务与健康。核心内容包括:第一,服务人群的合理分配。各村根据本辖区慢性病人群、老年人、儿童等重点人群的分布情况和乡村医生数量,均等包户给每位主管村医,每位主管村医拥有相对固定的服务对象,对本村居民实施“网格化”管理。第二,服务形式的转变。结合家庭医生签约工作,从原有居民找乡村医生的被动服务模式转变为主动上门服务模式。第三,服务内容进一步丰富。在提供基本医疗与基本公共卫生服务的基础上,开展“村医讲健康”活动,并与唐县医院集团开展的“健康知识进万家”工程相结合,通过多种方式宣传普及健康知识,对村民开展健康教育与行为干预。

在上述一系列变革后,乡村医生再嵌入到县域医疗服务体系中,“原来(村卫生室)就是半荒废的状态…现在是集团直接管,每个月有培训和考核…服务变得更加正规化和规范化了…”(B村卫生室负责人),并实现了在新形势下发展模式与业务重点的转型,从原来的边缘化状态转变为向居民提供健康管理服务的“守门人”,促进“网底”功能的持续发挥,“集团成立给我们培训的时候在强调‘健康’理念,我本人作为中医是非常认同的,中医就强调治未病…我们要把村里人的健康管起来…”(Z村乡村医生)。

3.2.2 利益协调机制下乡村医生的关系再嵌入

医保基金“结余留用”下的协同促进。在行政部门向牵头医院下放医院集团日常管理权力的基础上,对医院集团实施医保“总额预付、结余奖励”的支付方式,并允许“结余”用于内部分配、医务人员绩效及基层医疗机构发展,为了形成更多结余,需要强化预防职能,减少居民发病,并且通过分级诊疗来实现在县域医共体内的病源结构优化,以上构成了“利益共同体”的基础,需要从原有的竞争关系转变为协同关系。“在2020年集团召开村卫生室村医工作大会,给我们分析了村卫生室发展方向…集团实施打包付费,如果有结余的话,可以用来分配,村卫生室一方面要做好预防,另一方面也要和乡镇、县医院密切合作…”(C村卫生室负责人)。在此基础上,制定了促进乡、村两级协同的考核指标,包括与乡村医生相关的“发起远程会诊数量”“村卫生室分级诊疗病种诊疗率”等。

基本公共卫生服务经费打包下的控制关系调节。在将基本公共卫生服务经费打包给牵头医院的基础上,针对乡、村两级医疗机构利益冲突较为集中的基本公共卫生服务经费补助分配,改变了原有的

二级考核分配模式(即乡镇卫生院考核村卫生室、村卫生室考核乡村医生),而实施一级考核分配模式(即由集团职能部门直接对乡村医生进行考核)。集团基于《国家基本公共卫生服务规范》的要求,对基本公共卫生服务和家庭医生签约相关工作进行了细化,进一步提炼出96个考核点,能够兼顾相关工作完成的数量与质量。同时,对村卫生室信息化系统进行了改造升级,使得集团能够直接提取乡村医生基本公共卫生服务工作数据进行考核,在防止数据失真的基础上实现多劳多得、优劳优得。与此同时,唐县医院集团改变了原有按季度考核和资金拨付的方式,改为按月进行考核和拨付,能够及时给乡村医生兑现收入。

针对乡村医生的“一级分配”本质上是实现了过程控制与结果控制的分离,由乡镇卫生院对乡村医生进行业务方面的培训与指导,医院集团对质量与结果进行控制与考核,一定程度上扭转了乡、村两级在基本公共卫生服务领域中的竞争关系。“…乡镇卫生院考核我们的基本公卫服务,但经费经常会拖着不给或者不足额给我们…现在集团统一管起来之后…县医院直接每个月考核,每个月发钱,领到的公卫经费也比原来要多上一千来块…”(E村乡村医生)。对于乡镇卫生院,也减轻了对乡村医生进行行政管理的压力,能够投入更多精力聚焦于自身医疗业务的发展:“这个一级分配也给我们(乡镇卫生院)减轻了不少负担,我们本身人手就不够,说实话没有那么多精力再去管村医,他们自己也不想被我们管…”(X乡镇卫生院院长)。

3.2.3 多元激活机制下乡村医生的认知再嵌入

身份重塑与加强保障。对于每个村卫生室,统一加挂具有医院集团标识的牌子,明确其作为医院集团组织成员的身份,进一步明确乡村医生身份为乡镇卫生院职工,其收入按照全县乡镇卫生院在编职工平均工资发放,不足部分由县财政资金补齐。乡村医生养老保险按照企业职工待遇由集团为其缴纳,同时,集团还承担了乡村医生的医疗责任险。为进一步推进医防融合与全民健康的实现,集团将乡村医生定位为“基础健康医师”,强调其居民健康“守门人”的角色与身份。另外,集团通过加强村卫生室现代化建设,包括基础信息化、全智能化心电图机配备等7项村卫生室环境卫生基础工作,改善了乡村医生的工作环境。

能力提升。集团建立了乡村医生能力培训机

制,其目标确定为逐步将县域内乡村医生培养成现代化标准的优秀健康医师,重点培训其公共卫生服务能力与健康管理能力,具体包括健康管理概述、慢病特殊人群健康管理相关知识与技能等,同时也会针对乡村医生考取执业(助理)医师资格证等有助于职业发展的事项组织专门培训。

综合激励。集团对于提升乡村医生积极性采取了多种激励方式,除上文所提到的“一级分配”考核模式所代表经济激励,还采取了荣誉激励等方式,例如对乡村医生进行考核排名与表彰,另外在对乡村医生能力培训中采取“请进来”“送出去”、内部选拔三种方式,其中“送出去”是指选拔业务精、考核成绩突出的乡村医生外出参加健康管理培训班,而内部选择是在集团内选拔优秀乡村医生进行巡回培训,这两种培训方式也兼具了荣誉表彰的作用,能够有效调动乡村医生积极性,同时也能够增强对于医院集团的认同感。除此之外,乡村医生主动向居民提供相应的健康管理服务,在持续提升服务质量的同时,加强了乡村医生与居民之间的良性互动。“原来是有家庭医生,但是一年也没有上门一回,现在时不时会过来,问问我的病情,也会给我讲一些健康知识,让我多走走,做饭少放油盐…我觉得这样挺好…”(C村某患糖尿病老年居民)。

4 讨论

4.1 组织整合下行政手段与经济手段相结合是实现乡村医生再嵌入的基础

县域医共体对县乡村三级医疗机构进行深度整合,对人、财、物实施统筹管理,其科层式的组织结构与运行管理模式是重塑农村医疗卫生服务秩序的基础。县域医共体组织整合中的行政机制能够直接解决原有乡村医生管理脱节与失控的问题,提供了对其进行功能重塑的必要条件。依托县域医共体深度整合后的行政命令能够推动组织协同关系的建立,而协同的可持续则需要通过行政手段与经济手段相结合。在“总额预付、结余留用”政策下形成了通过组织协同来实现成本控制的内生动力,并通过建立合理的利益分配机制加以实现,同时通过调节乡镇卫生院与村卫生室的控制关系,采取牵头医院垂直管理乡村医生的模式来消除乡、村两级之间围绕基本公共卫生服务的竞争与冲突,保障乡村医生利益的实现。进一步,能够通过对乡村医生的标准化管理与考核,有效提升乡村医生的医疗服务与基本公

共卫生服务能力与质量,并成为在微观层面上对乡村医生实施激励的管理基础。

4.2 乡村医生的再嵌入需要县域医共体内外部变革的协同

县域医共体建设是一个内外部协同的整体性治理过程^[14],在县域医共体框架下乡村医生的再嵌入也需要内外部变革的协同。乡村医生在不同维度上的再嵌入都需要外部制度变革的支撑:结构再嵌入中,行政部门向牵头医院“授权”是牵头医院开展一体化管理的基础,具有了对乡村医生进行统筹管理的合法性基础;关系再嵌入中,医保基金实施“总额预付、结余留用”政策为推动乡村医生与乡镇卫生院、县级医院构建“利益共同体”提供了激励结构;认知再嵌入中,乡村医生的身份明确、养老保障等问题都需要财政、人事等政策的支持。与此同时,需要通过县域医共体中管理制度的变革,实现乡村医生功能定位的调整与服务模式的创新,并通过资源投入、提升能力、考核激励等方式确保乡村医生功能的发挥。

4.3 多元激活机制是促进乡村医生再嵌入的内生性动力

乡村医生功能的发挥需要最终落脚到微观层面上每个乡村医生对其工作职责的落实,因此乡村医生再嵌入需要在个体层面上激励乡村医生,以实现其对职业发展的认同并提升工作积极性。完善乡村医生保障是稳定乡村医生队伍、减少乡村医生持续流失的基础。其中最核心的就是对乡村医生身份的重塑,包括在县域医共体框架内明确其作为乡镇卫生院员工的身份,并在基本收入、养老保障、医疗责任风险等方面加以完善,能够有效改善其身份认同困境,强化身份组织属性,进一步赋予其“健康医师”的身份,促进其健康管理功能的发挥。在此基础上,依托县域医共体持续提升乡村医生能力,改善其在新职能定位下的服务质量。同时,通过经济收入、职业荣誉、职业成就等多方面的综合激励,为其构建良好的职业发展愿景,进而有效提升工作积极性。

4.4 乡村医生结构、关系、认知再嵌入的递进与耦合

乡村医生脱嵌困境从不同层面上导致了乡村医生的“失灵”,县域医共体通过组织整合机制、利益协调机制、多元激活机制分别实现乡村医生结构、关系与认知的再嵌入,围绕乡村医生在“健康”导向下的功能发挥,分别实现了功能定位重塑与可控制、功能发挥可持续、功能微观激活,三者之间存在递进与耦

合关系。结构再嵌入在体系角度上将乡村医生纳入到农村医疗卫生服务网络中,明确乡村医生在新的发展形势下的功能定位并实现有效控制,解决其持续边缘化的问题。在此基础上,通过关系再嵌入中的利益协调改善组织间关系,能够为村卫生室及乡村医生发展提供良好的双边关系环境,确保乡村医生利益实现,支撑其功能发挥的可持续。进一步,认知再嵌入则是从个体层面上对新功能定位下的乡村医生进行能力与积极性的激活,提升其职业认同感与价值感,确保其在微观层面上功能的实现。

作者贡献:崔兆涵、王会涛负责文章的构思与设计;崔兆涵、王叶、申红娟、马亚洁、吴记先、张瑞红负责资料的收集与整理;崔兆涵负责资料分析与解释,并撰写论文;王叶、张瑞红、王会涛负责对论文进行修订、质量控制与审校、监督管理。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 邓元慧, 张新庆, 韩跃红. 我国村医队伍发展的现状与问题[J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(2): 120-122, 144.

[2] Anthony Giddens. The consequences of modernity [M]. London: Polity Press, 1992.

[3] 赵瑞娜. 县域医共体对乡村医生的影响: 基于相邻两县实地调研的经验证据[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(2): 113-117.

[4] 程蒙, 李建涛, 原效国, 等. 乡村一体化对乡村医生角色压力的影响研究: 以山西省紧密型医共体为例[J].

中国卫生事业管理, 2022, 39(7): 540-544.

[5] 张含璇, 李建涛, 原效国, 等. 乡村一体化改革对乡村医生组织支持感的影响研究: 以山西省紧密型县域医共体为例[J]. 现代预防医学, 2022, 49(20): 3753-3758.

[6] 王昕怡, 陈楚. 乡村医生队伍稳定性现状及影响因素分析: 以紧密型县域医共体为背景[J]. 福建医科大学学报(社会科学版), 2024, 25(2): 38-42, 72.

[7] Granovetter M. Economic action and social structure: The problem of embeddedness [J]. American journal of sociology, 1985, 91(3): 481-510.

[8] 杨玉波, 李备友, 李守伟. 嵌入性理论研究综述: 基于普遍联系的视角[J]. 山东社会科学, 2014(3): 172-176.

[9] 张雨薇, 武晋, 李小云. 村医与国家: 从深度嵌入到偏差嵌入[J]. 湖北社会科学, 2020(4): 44-54.

[10] 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(4): 90-106.

[11] 张朝阳. 强化系统性匹配是村医队伍稳定与可持续发展的基础[J]. 中国农村卫生, 2022, 14(10): 15-17.

[12] 龚超, 骆达, 张昱, 等. 镇村卫生服务一体化视阈下乡村医生职业认同与离职意愿研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(10): 724-730.

[13] 魏美琪. 紧密型县域医共体背景下乡村医生职业化生成机制[D]. 太原: 山西医科大学, 2023.

[14] 崔兆涵, 王虎峰. 整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J]. 中国卫生政策研究, 2021, 14(2): 1-7.

[收稿日期:2024-09-29 修回日期:2024-11-12]

(编辑 赵晓娟)