

“乡聘村用”政策视域下乡村医生的发展嬗变与协同治理策略研究

——基于广西龙州县的调查

李全利^{1,2}, 邓叶烯¹, 郑李¹

1. 广西师范大学 政治与公共管理学院, 广西 桂林 541006;
2. 广西师范大学 西部城乡融合发展研究院, 广西 桂林 541006

摘要:“乡聘村用”政策通过将乡村医生纳入行政化管理序列, 引导医疗专业人才资源下沉基层, 以提升基层医疗卫生服务能力。尽管农村地区正在逐步推进“乡聘村用”政策落实, 但其制度效能仍未完全达到预期。对龙州县的田野调查表明: 其一, 乡村医生角色定位正从个体行医转向专业化岗位; 其二, 其执业场域面临从城市到乡村的转换; 其三, 其管理机制正由非正式治理向正式制度体系转型。剖析三重逻辑嬗变中的困境发现, 当前乡村医生主要面临身份重构脱嵌、场域转换阻滞和实践理性双重异化问题。基于协同治理理论, 构建以下“四力协同”治理策略: 以政府主导力完善政策制定, 以市场调节力整合资源提升效能, 以社会参与力提升荣誉感与信任度, 以及以技术支撑力强化村医能力与角色认知。

关键词: 乡村医生; 乡聘村用; 协同治理; 医疗服务

中图分类号: R197.1 **文献标识码:** A **DOI:** 10.12186/2026.03.005

文章编号: 2096-9864(2026)03-0037-10

乡村医生由赤脚医生转型演化而来, 其保障了农村居民基本医疗卫生服务的可及性, 但长期面临着收入水平低、补偿不到位、“养老难, 不敢退”等现实问题。2024年中央一号文件提出, “推广医疗卫生人员县管乡用、乡聘村用”^[1]。“乡聘村用”政策旨在破解乡村医生队伍发展薄弱难题, 通过定向医学生培养、定期专业培训、绩效量化考核和财政统筹保障, 缓解乡村医生身份模糊与职业发展困境, 增强岗位吸引力与稳定性。广西“乡聘村用”政策通过“县-乡-村”三级架构实施乡村医生一体化管理, 促

进优质资源向农村延伸, 推动构建有序就医格局。“乡聘村用”以提升乡村医生的服务能力与基层医疗水平为政策目标, 却产生了乡村医生难以充分满足农村健康需求的政策后果。这一现象的产生根源于乡村医生服务能力与农村居民疾病谱变化的不匹配^[2]。如越级就医的行为不仅加重了农村居民的经济负担, 更使得乡村医生“健康守门人”的角色难以发挥其真正的作用。

当前学术界对此形成三条研究主线: 一是在角色变迁视角下指出村医从集体化时期的

收稿日期: 2025-03-13

基金项目: 国家社科基金青年项目(21CMZ014); 广西哲学社会科学规划课题(22BSH0009)

作者简介: 李全利(1992—), 男, 河南省泌阳县人, 广西师范大学副教授, 博士, 博士生导师, 主要研究方向: 基层治理。

“赤脚医生”^[3]向健康“守门人”^[4]的转型,并逐步承担政策解读、健康管理等复合职能^[5];二是在困境分析维度下揭示乡村医生面临待遇保障缺失^[6]、执业风险突出^[7]和培训体系滞后^[8]等结构性矛盾;三是在建设路径的探讨方面主张通过编制化管理^[9]、镇村一体化^[10]和阶梯式培养^[11]破解人才短缺难题。尽管现有研究形成了较为完整的解释框架,但存在以下局限:其一,“乡聘村用”政策研究停留于福利待遇比较层面^[12],缺乏对制度负外部性的批判反思^[13];其二,理论建构薄弱,未揭示制度嵌入过程与村医行为选择的互构机制;其三,微观场域角色冲突尚未触及。鉴于此,本文拟从微观视角出发,考察乡村医生的职业发展和乡村医疗队伍建设的三重嬗变,通过透视乡村医生管理制度嬗变的现实困境,深入剖析乡村医生难以实现长效发展的症结所在,以建构兼顾稳定性和适应性的乡村医疗治理新范式。

一、调查方法与研究对象

本研究以广西壮族自治区崇左市龙州县为田野调查点。龙州县位于广西边疆地区,于2020年成为广西首个脱贫摘帽县,作为“乡聘村用”政策执行成效较好的县域,已经有效实现了乡村医生的场域回流、角色转型和制度规训,因此以龙州县为例开展研究具有较为典型

的实践意义。截至2023年,全县117个行政村均配置1名以上乡村医生,其中包括医学院校定向生、自主报名参与“乡聘村用”的医生和通过聘用转型的本土乡村医生,乡村医生年龄逐渐年轻化、学历层级也越来越高,具有较为全面的代表性。

本研究于2024年7月开展田野调查,采用半结构式访谈法进行,访谈对象涵盖乡镇卫生院负责人、乡村医生和村民三类主体,在访谈对象选择中充分考虑到乡村医生的性别比例、年龄结构和身份籍贯等。为深入了解乡村医生现状,在群合村、贯明村开展入户走访,对经常接受村医服务的村民进行访谈,访谈内容包括乡村医生工作开展的现实障碍,乡村医生的角色定位、发展场域、管理机制三个方面的转换逻辑等。访谈记录采用“类别+任职单位缩写+时间+序号”的编排模式,如武德乡卫生院副院长的编码为X1-WDX24709-001,访谈人员基本信息见表1。

二、乡村医生的三重嬗变

“乡聘村用”政策通过制度安排驱动乡村医生发生三重嬗变。在角色定位层面,政策建立的准入机制与培训体系重塑其专业化属性,推动个体医者向“公卫人”的角色转型;在执业场域层面,结构性激励打破城乡二元分割,引导

表1 访谈人员基本信息

序号	受访者	性别	年龄	工作单位	职务或职业	备注
001	赵医生	男	52岁	武德乡卫生院	卫生院副院长(外乡)	跨乡调派卫生院任职
002	庞医生	男	55岁	保卫村卫生所	聘用乡村医生(本村)	本村乡村医生转型聘用
003	许医生	女	46岁	科甲村卫生所	聘用乡村医生(本村)	本村乡村医生转型聘用
004	黄医生	男	22岁	群合村卫生所	聘用乡村医生(外村)	广西中医学校毕业定向医生
005	农医生	女	20岁	武德村卫生所	聘用乡村医生(外村)	广西中医学校毕业定向医生
006	黎医生	女	41岁	龙州镇卫生院	卫生院副院长(本镇)	本镇提拔,卫生院任职
007	陆医生	女	42岁	镇秀村卫生所	聘用乡村医生(本村)	毕业于马山卫校,原村医转聘
008	农医生	男	30岁	板门村卫生所	聘用乡村医生(外村)	毕业于南宁卫校,自主报名选聘
009	陆医生	女	51岁	百农村卫生所	聘用乡村医生(本村)	毕业于龙州卫校,原村医转聘
010	覃医生	女	28岁	贯明村卫生所	聘用乡村医生(本村)	广西中医学校毕业定向医生

医疗人才从城市向农村场域定向渗透;在制度管理层面,契约化管理取代非正式行医传统,将薪酬保障、职业发展等纳入科层体系。

1. 从个体行医到编制管理:政策驱动下的乡村医生身份转型

改革开放初期,集体经济支撑的合作医疗制度逐步解体,农村医疗转为村民自费模式,“赤脚医生”向个体村医转变。部分村医通过承包卫生室开设私人诊所,形成自负盈亏模式。伴随身份属性转变,盈利导向逐渐成为执业核心原则。农村地区在很长时间内都处于“以药养医”的状态,村医的收入依赖药品销售加成与零散诊疗收费。监管松散导致执业环境不规范,从而引发抗生素滥用、过度治疗等问题,加剧了基层用药安全隐患。随着慢性病管理、老龄化照护等现代医疗需求增长,个体乡村医生的局限性日益凸显。知识更新滞后的村医群体难以应对糖尿病、心脑血管疾病等健康问题。2011年前后,各地开始将个体乡村医生纳入乡村一体化管理。但管理强化与乡村医生待遇提升未形成协同效应,村医的养老保障政策制定在大多数省(区市)是空白的。在大批村医即将年老退休,继而面临沉重养老问题的情况下,破解村医养老困境成为稳定村医队伍的重要考量因素^[14]。

为解决乡村医生专业素养不高与队伍稳定性弱化的难题,国家推行“乡聘村用”改革,通过合同制聘用、财政保障工资等机制推动基层医疗队伍长效发展。通过“乡聘村用”政策、行政化吸纳管理与执业资质认证的三重驱动,村医彻底告别“半专业化”身份(见表2)。在此过程中,村医职能重心转向公卫服务,诊疗职能逐步弱化,其收入结构转向财政兜底与绩效相结合,终结“以药养医”的趋利导向。龙州县整合乡镇卫生院和村卫生室两级机构,基本实现对乡村医生的一体化管理。乡镇卫生院与村医每年签订一次劳动合同,并为其购买养老保险。受聘乡村医生的基本诊疗业务、公共卫生服务均由乡镇卫生院进行考核与监督,同时县卫健局也会不定期下乡进行“突击检查”。

以前我们赤脚医生,好像是个体那种,现在转变成这样子肯定好啊。因为政府帮我们交养老保险,工资固定。群众过来看病,我们开出的药有效果的话,人家就对我们信任。(访谈资料:C7-BNC24710-009)

乡村医生从个体行医转向接受编制管理的实质是制度身份的专业化转型,这一过程源于

表2 个体村医与“乡聘村用”政策下的村医对比表

对比维度	个体村医	“乡聘村用”政策下村医
身份定位	个体属性 身份模糊且无明确劳动关系归属	纳入乡镇卫生院进行编制管理 职业身份法定化
执业资质	多数仅持赤脚医生证 无国家统一医师资格认证	持乡村医生执业证书上岗 通过国家统一职业资格考试
收入结构	自主创收型 药品销售差价 诊疗服务费	财政保障型 基本工资 绩效补贴
监管机制	松散化监管 无标准化病历记录 药品采购渠道混乱	绩效考核 健康档案电子化 国家基本药物制度
待遇保障机制	退出机制缺失 无退休及养老保险制度 风险自担	基本工资 诊疗服务费、基本公卫服务补助 参加养老保险

农村医疗需求提升与稳定乡村医生队伍的现实考量。“乡聘村用”政策推动乡村医生专业化建设,缓解了农村居民“看病难、看病贵”问题。但乡村医生转型过程中也隐藏着以下问题:其一,部分从村庄“土专家”转为国家卫生体系正规从业者的乡村医生,在此过程中可能遭遇身份定位模糊或难以适应专业化要求等困境;其二,村民仍将乡村医生视为简易诊疗者而非现代医疗卫生专业人员,对其新角色接受度不高;其三,乡村医生受人情关系网络影响,其主体能动性被消解。

2. 从城市场域到农村场域:乡村医生医疗场域的实践重构

医疗场域从城市向农村的跨越,表现为医疗实践主体在异质性社会空间的结构调适。城市场域呈现高度专业化、技术导向与科层分工的特征,乡村场域则深嵌于熟人社会关系网络,致使制度理性与乡土社会形成持续性张力。医务人员在城市规划下形成的精细化诊疗模式必须重新调整为适应农村的乡土化策略。城市医生通过医疗学术会议、专业期刊发表其学术成果来确立专业知识权威,而乡村医生则要依靠向当地居民传授健康知识和本土疾病防治经验来构建知识体系。城市医生依托团队和平台开展工作,而乡村医生则需通过与村民建立起信任关系来拓展自身服务范围。城乡医疗结构差异性还体现在城市“中心辐射”服务体系与乡村“散点渗透”格局之间的适配失衡。医疗人才从城市下沉到农村需要逐步适应服务模式的变化。乡村医生作为一个移动的医疗单元覆盖村落,可以提升公共卫生服务的可及性。此外,乡村医生还会将西医诊疗知识融入“三月三歌圩”等传统文化场域开展健康筛查,实现医学知识在地化发展。

了解哪个村举办唱山歌活动,我

会收集信息,配备医生,下去联合村卫生室一起提供医疗服务,将开展公共卫生服务的好处宣传出去。(访谈资料:X1-WDX24709-001)

作为我国基层医改的重要创新,“乡聘村用”政策通过编制管理解决乡村医生的身份问题,同时以阶梯式薪酬体系重构乡村医生的岗位价值坐标。这种结构性激励与医务人员固有的乡土情感资本形成耦合效应,有效激活医疗卫生人才“在地化”工作意愿。这不仅推动了其执业地点的选择由城市向乡村的空间转移,而且实现了乡村医生服务模式从“候鸟式”帮扶到“嵌入式”发展的根本性转变,为筑牢基层卫生网底注入了可持续的人力资源动力。自从龙州县实施“乡聘村用”政策以来,乡镇卫生院与村卫生室建立对口支援关系,双方开展技术指导 and 人员培训,促进城乡资源协同共享。但是因生活条件、文化差异和职业发展受限,乡村医生可能会产生适应困难或抵触情绪。此外,由于城乡医疗标准存在差异,城市强调高精尖技术,而农村更需要简便实用的基础服务,资源配置的统一规划与地方适用性之间存在张力。

我30岁了,愿意在这里干,就是因为这个政策好。其实30岁也算年轻,如果我想去外面的话我也能去,但是我觉得这个政策好,如果我可以长期做的话,退休了以后也有保障。(访谈资料:C6-BMC24710-008)

3. 从非正式制度到正式制度:制度嵌入性的层级跃迁

在社会转型的过程中,农村地区的医疗体系呈现出正式医疗制度与非正式医疗制度并存的局面^[15]。在龙州县的传统乡村医疗体系中,

非正式制度的作用发挥需要依赖血缘关系网络与地方性医学知识的代际传递。乡村医生的权威源于其家族声望、经验积累以及与乡土文化的融合,而非现代医学的资质认证体系。随着国家医疗卫生服务体系现代化的推进,过去的非正式制度的缺陷逐渐凸显。与此同时,大量乡村医生因为待遇无法得到有效保障而离开原有岗位。农村基层医疗卫生服务体系面临乡村医生“招不进、留不住”的难题^[16]。

实行“乡聘村用”政策后,龙州县通过“财政工资+绩效工资+边境地区岗位津贴”的薪酬体系重新建立乡村医生激励机制。为提高乡村医务工作者服务能力,龙州县选派多名医师下沉基层开展“传帮带”技术帮扶工作,使村医系统掌握慢性病规范化管理技能。同时当地还开办中医文化培训班,使乡村医生在村民认知中兼具“国家代理人”与“文化传承者”的双重身份。“乡聘村用”政策下乡村医生需要平衡繁重的公卫职责与诊疗任务,导致任务落实效率受到影响。非正式制度依赖乡村人情和习惯运作,而正式制度介入后却要求统一标准,其矛盾的本质在于制度嵌入进程中文化调适与效能转换引发的结构性难题。

这个政策有指定培训班,我们就让村医去参加,有8个村医通过上级办的培训班,学到技术,以后可以开展中医项目。(访谈资料:X1-WDX24709-001)

三、乡村医生转变的现实困境

“乡聘村用”政策的推进标志着乡村医生从体制外的自由执业者向准公职人员身份的转变。国家采取合同聘用、财政兜底与绩效考核,试图通过制度吸纳重构村医群体的职业属性。然而,政策文本的愿景在医疗实践中发生嬗变:乡村医生在专业化转型中面临身份重构的现实

困难;乡村医生跨场域实践中的资本转换困境;在乡村医生管理制度专业化的进程中,其实践理性发生异化。

1. 专业化转型中乡村医生的身份重构困境

“乡聘村用”政策实施后,村医由过去单一诊疗职能向“医防结合”双重角色转型,被束缚于各项精细考核网络中的基层医务工作者,转型为医疗数据指标的“守门人”^[17]。为强化基层服务体系规范化建设,基层医疗机构要求村医规范填报并定期提交包括健康档案、公共卫生服务和诊疗记录在内的三类核心数据。上述档案材料构成绩效考核体系的核心维度,是绩效薪酬核算的直接依据。现行考评机制的刚性特征客观上促使乡村医生需要将大量时间与精力投入资料的填写与提交上。

考核扣分的话,主要是工作这一方面,入户前你要打电话去问人家不在家里。如果不在的话,就要在村口等他们。扣分是避免不了的。有时候上面的人会电话回访村民,问他们知不知道家庭医生,他们可能知道我是村医,但不知道家庭医生是什么,那就又该扣分了。(访谈资料:C6-BMC24710-008)

乡村医生作为政策执行的末端环节,大量公共卫生任务的下沉导致其需在行政事务中投入大量时间,临床诊疗时间因此被挤压^[18]。与此同时,“乡聘村用”政策虽赋予乡村医生“医防结合”的新身份,但宏观制度诉求与微观个体认知间的矛盾始终未能消解。一方面,政策设计中“医防结合”的职能转型缺乏清晰的权责边界与能力适配机制,自上而下的任务摊派使乡村医生陷入考核达标优先于服务质量提升的实践困境;另一方面,长期浸润于传统诊疗文

化的村医群体,仍存在重治疗轻预防的职业路径依赖。

这里病人很多,需要上报的材料也很多,还有很多材料是重复的。我们要花时间去入户,收集好信息又要进行整理,耗费很多时间,影响了我们最基本的看病坐诊。有时候都觉得自己不像个医生,整天都是填资料,把我们的看家本领(看病)都给放下了。(访谈资料:C2-KJC24709-003)

乡村社会是传统与现代交织的场域,如同以己为中心投石入水激起的涟漪,随个体所处时空变化形成不同关系圈层^[19]。在此社会形态中,医患关系早已超越单纯诊疗互动,乡村医生需要深度嵌入乡土社会网络。因此,乡村医生在执业过程中既要遵守国家行业规范与伦理道德,又需应对农村特殊场域关系网络的社会规约,导致其职业身份定位出现模糊化问题。虽然“乡聘村用”政策明确规定了乡村医生的工作时长,但在实际诊疗中面对患者的突发性需求时,乡村医生必须随时响应。“八小时工作制”看似为村医减负,实则形同虚设。在微薄利益驱动下,乡村医生持续进行自我加压。尽管“乡聘村用”政策旨在优化资源配置、提升村医专业水平并改善服务质量,但在实践层面仍需应对复杂社会关系网络衍生的额外负担。

八小时工作说是这样说,那可能有这种情况,比如说我准备下班了,但是人家刚来几个看病的,你不可能不给人家看病的。或者是我去参加培训,一般晚上才能回来,村民家里面需要拿药的话就打电话给我,我上门去送。(访谈资料:C7-BNC24710-009)

2. 乡村医生跨场域实践中的资本转换困境

乡村场域潜在的关系网络具有封闭性与排他性,这些特质构成了医疗定向生进入乡村的壁垒。乡村医生在为村民诊疗时作为职业收取报酬,通过经济纽带建立医患关系;同时,治疗过程中还需构建情感联结。由血缘伦理构建的差序格局具有的先赋性特征^[20],使初入乡村的医学类应届毕业生在与村民建立情感联结时面临困难。情感先赋性基础的缺失导致新晋村医难以完全获得患者的支持与信任。在诊疗过程中,除疾病诊疗外,人情关系的构建往往是传统医学课程未充分覆盖的内容。对多数新晋医生而言,克服语言障碍、适应地方习俗和融入紧密的地缘关系网络仍是重大挑战。龙州县推行“乡聘村用”政策初期遭遇乡土文化阻力,新入职年轻村医虽持有国家认证资质,但因不谙村落人情往来,村民对其诊疗能力缺乏信任,日均接诊量甚至不足老村医半数。

我刚来这儿还没到一年,村里面的人不太相信我的水平,学医年龄越高,感觉就越能让人相信。所以来看病的人其实也不多。如果比较内向的话,不怎么在村里走动,就有点难开展工作。(访谈资料:C4-WDC24709-004)

乡村生活环境艰苦、医疗资源匮乏和职业发展空间受限,从城市下派至基层的医疗人才需适应城乡显著差异。检验设备有限导致难以及时获取检测结果,乡村医生必须依托丰富的临床经验与基础体格检查实施快速诊断。从设备依赖向经验依循的转换过程存在困难,新聘医疗人才普遍面临适应障碍,村卫生室医生往往难以对复杂病症进行诊疗^[21]。城市快节奏、高强度工作模式与农村相对松散却琐碎的工作形态存在冲突,乡村医生需经历职业模式的调

适过程。

在村里的工作确实是难做一点的。除了诊疗,还要去入户。年轻人肯定也有这种顾虑,又担心安全,所以说村医有村医的难处。设备肯定是缺的,国家也知道。(访谈资料:C5-ZXC24710-007)

当前我国农村医疗人才队伍建设面临持续流失的严峻挑战。全国范围内数据显示,2014—2023年我国乡村医生与卫生员数量已连续十年呈负增长态势(见表3)。聚焦广西区域,自2014年以来,受城市化加速发展与医改进入深水区的双重影响,乡村医生数量总体呈现持续走低趋势。乡村医疗人才流失现象的结构性根源在于城乡二元体制。在医疗资源配置失衡的背景下,城市地区相对优越的医疗条件与职业待遇形成虹吸效应,导致农村医疗人才向城市单向流动。广西虽通过民族政策倾斜、定向医学生培养等区域政策优势延缓了队伍衰退速率,但仍无法消解“城市拉力”引发的持续性人才外流。

3. 制度转轨下乡村医生实践理性的双重异化 “乡聘村用”政策下乡村医生获得双重职能

表3 2014—2023年全国乡村医生和卫生员数据表

序号	时间	数量/人	比上年增长/%
1	2023年	622 079	-6.39
2	2022年	664 543	-4.62
3	2021年	696 749	-12.41
4	2020年	795 510	-5.56
5	2019年	842 302	-7.14
6	2018年	907 098	-6.35
7	2017年	968 611	-3.17
8	2016年	1 000 324	-3.02
9	2015年	1 031 525	-2.52
10	2014年	1 058 182	-2.12

定位。随着外部制度环境持续强化,“医防结合”模式陷入形式化运行的困境^[22]。乡村医生一方面须履行国家基本公共卫生服务职责,实施家庭医生签约制健康管理;另一方面须完成村级常见疾病谱系的初级诊疗任务。科层制逻辑下的问责机制迫使乡村医生将大量精力集中于高频次考核。在科层制向基层延伸过程中,其工作重心转向公共卫生档案整理与系统数据录入,主观能动性受行政力量制约。该政策推动乡村医生管理向制度化转型,但缺乏合理的管理制度势必将削弱村医的行医积极性。

现在好多材料都要重复提交,为什么不能统一交?不仅要去测量,还要填一些重复的东西,这不就是有点形式主义,为什么不能做到数据共享呢?
(访谈资料:C3-QHC24709-004)

乡村医疗制度由非正式向正式转型后,乡村医生转而承担家庭医生签约服务,签约对象分为普通人群与重点人群,前者建档仅为完成指标任务,建档后即停止跟踪管理;后者建档后则需接受持续性分类管理服务。在年度体检中,多数老年人难以理解检查项目的医学意义,甚至因担忧检出健康问题而产生抵触心理。村民缺乏主动参与服务项目的积极性,客观上增加了乡村医生的工作负荷。这种现象折射出村民对“乡聘村用”政策服务内容存在认知偏差,体检项目的效用未能获得村民价值认同,进而加大了乡村医生实施体检工作的现实难度。处于政策执行末端的基层社会资源储备有限,难以支撑上级下达的多重任务指标,在资源短缺与指标超载的双重压力下往往力不从心^[23]。乡村医生经过利弊权衡后,通常会选择围绕考核指标进行优先执行,其职业主动性弱化。

有时候不是不想做,我也想多开展点业务。但完成上面的任务都够呛了,而且一个人你不能开太多的药,因为医保局会查你的。只能说是尽量完成任务,少被扣分,没有动力去开展新业务了。(访谈资料:C2-KJC25109-003)

四、乡村医生长效发展的协同治理策略

乡村医生作为基层医疗服务的核心供给主体,在“乡聘村用”政策实施过程中面临角色身份、执业场域和制度嵌入性的三重转型困境。基于协同治理理论,通过构建政府、市场、社会、技术间的“四力协同”治理策略,明确各主体的职能定位与协同路径,可破解乡村医生可持续发展困境,推动基层医疗服务质量提升,最终形成乡村医疗人才长效发展的制度保障体系。

1. 政府主导力:政策制定应对吸引力不足与碎片化问题

提升乡村医生的职业吸引力、破解其发展困境,关键在于强化政府的政策引导作用,应通过优化制度设计弥补现有体系缺陷,依托系统治理重塑职业发展环境。其一,针对乡村医生重复建档负担,需通过多部门协作以消除管理碎片化。县级政府应牵头编制《乡村医生发展专项规划》,明确卫健、财政、人社三部门职责,卫健部门应厘清诊疗与公卫服务边界,精简冗余报表;财政部门应优化转移支付机制,实现补助直拨村医账户;人社部门应设立独立职称通道,将基层服务年限纳入评审加分。其二,建立保障体系强化岗位吸引力。应基于县级财政能力,建立政府补贴与个人分担相结合的模式,确保村医按城镇职工标准享受养老与医疗保障。其三,健全职教体系促进能力迭代。应依托县

域医共体构建县乡村三级培训体系,按季度开展慢性病管理、急救技能等实务培训,促进培训成果向服务效能转化。其四,完善订单培养机制强化人才供给。政府应加强与医学院协作,将定向医学生输送至村卫生室,建立协同培养体系,引导资深村医结对指导,促进医学知识与乡土场景融合,为乡村振兴构筑坚实健康屏障。

2. 市场调节力:资源整合改善设施薄弱与效能低下问题

破解村卫生室服务能力困境需激活市场机制资源配置效能,通过多元主体协同构建可持续“造血”机制,系统克服政府投入边际效益局限。其一,激发企业社会责任弥补基础短板。应引导本土药企与医疗设备商通过公益捐赠或成本价供应,定向更新卫生室老化设备,重点支持民族医药产业研发适配农村场景的壮医药浴设备,快速提升基础设施硬件水平。其二,创建政企协同数字服务生态。应联合互联网医疗平台共建区域“健康云”系统,试点数字健康站定点服务,使村民可借助智能终端自助完成血压血糖监测、电子档案查询,数据实时对接县域医共体平台获取上级医院远程诊断支持。其三,创新市场化运营保障机制。应通过公开招标引入第三方专业机构负责设备维护,协议明确权责边界,企业承担定期巡检与村医操作培训,卫生部门按服务绩效支付费用,构建专业技术支持网络确保持续服务效能提升。

3. 社会参与力:文化培育提升村医荣誉感与信任度

破解乡村医生融入农村场域面临的信任壁垒与情感疏离问题,需通过社会力量协同参与重塑基层健康生态,以乡土文化为纽带激活社区主体性,建立和谐的医患关系。其一,深耕文化基因重构医患互动模式。应依托“三月三歌圩”等传统节庆,组织村医参与健康山歌创作传唱,借助非遗文化传播力普及健康理念。其

二,利用社区支持网络强化职业认同。村委会应协同乡贤理事会设立“健康卫士”荣誉体系,通过村民大会表彰优秀村医,乡镇卫生院应联动退休医师与志愿者组建村医支持小组,定期开展病例研讨与心理疏导,实现经验传承与情感支持。其三,创新参与式治理培育共情基础。应实施“健康积分”制度,使村民通过签约家庭医生、参与慢病筛查累计积分兑换中医理疗等增值服务,促使服务供给模式从单向输送转向双向互动,推动村民角色由“被动接受者”向“健康共治者”转变。

4. 技术支撑力:数字赋能强化村医能力与角色认知

针对当前乡村医生角色定位模糊与专业认同薄弱的现状,可通过数字工具普及和知识体系赋能的综合方案,系统性提升其职业竞争力,重塑其在基层医疗体系中的价值定位。应以县域医共体为载体,在部分乡镇试点建设“5G云诊室”,实现电子处方流转,并开展与县域医共体龙头医院的远程会诊,提高诊疗精准度;通过数字赋能提升乡村医生服务能力,强化其角色认知;加强乡村医生的职业培训,提升乡村医生的专业能力,增强其职业认同感。同时,应依托对口帮扶医学院开发在线培训平台,联合高校与中医医疗机构建设壮族医药技术教学视频库,内容涵盖穴位按摩、药浴配方、草药炮制等地方特色课程,帮助村医在掌握现代医学知识的同时,传承本土医疗技能。

五、结语

“乡聘村用”政策作为推动边疆乡村医生队伍建设的尝试,其初衷是通过改善乡村医生待遇、留住医疗人才来提升基层医疗服务能力。对龙州县的田野调查表明,乡村医生在从个体执业者向国家认证的公共卫生服务者转变的过程中,存在制度身份与现实认知的错位,乡村医

生普遍面临职业认同危机与专业定位模糊的双重困境。该政策试图通过行政吸纳破除城乡二元分割,但在执行中表现出结构性张力,导致乡村医生难以实现执业场域的转换。在非正式乡土治理向制度化治理转型过程中,标准化考核与乡土医疗模式之间产生摩擦。以上三维嬗变势必会引发后续一系列的实践困境。未来需要通过建立政府、市场、社会、技术四力协同机制,提升乡村医生的角色认同、加强中医培训、多维提高工资待遇。针对当前考核中行政任务过重的问题,权重调整应遵循“三增两减”原则,即增加村民就诊量、村民满意度、中医药服务量的考核分值,减少重复性报表填写、形式化打卡记录的考评比重,以制度协同提升基层医疗网络韧性。边疆地区基层医疗体系的完善,应以乡村的视野解决乡村场域中的问题,从而构建价值共识,助力乡村医生长效发展。

参考文献:

- [1] 中共中央 国务院关于学习运用“千村示范、万村整治”工程经验有力有效推进乡村全面振兴的意见[N]. 人民日报,2024-02-04(01).
- [2] 代志明,侯梦爽,王菲.“超级乡镇医院”的成长经验与启示:以浏阳市集里医院为例[J]. 郑州轻工业大学学报(社会科学版),2024,25(4):35-41.
- [3] 田孟. 乡村治理转型与村级卫生人力资源配置变迁[J]. 中国卫生经济,2016,35(2):45-50.
- [4] 谭晖,黄冬梅,尹文强,等. 基于关键事件法对新形势下乡村医生的角色职能研究[J]. 中国卫生事业管理,2016,33(10):768-770.
- [5] 崔盼盼. 疫情防控中乡村医生的角色重塑与功能实践:基于突发公共卫生事件的分析[J]. 中国农村卫生事业管理,2021,41(3):170-175.
- [6] 李彬,杨洁敏,李泉,等. 为乡村医生提供社会保障的必要性研究[J]. 医学与哲学(人文社会医学版),2009,30(8):45-47.

- [7] 孙葵,尹文强,黄冬梅,等.乡村医生执业风险现状及应对策略研究[J].中国卫生事业管理,2019,36(10):756-759.
- [8] 陈政,王颖,崔欣,等.我国乡村医生队伍的产生发展和现状[J].中国初级卫生保健,2009,23(9):1-3.
- [9] 田疆,张光鹏,任菁,等.中国乡村医生队伍的现状与发展[J].中国卫生事业管理,2012,29(2):127-129,157.
- [10] 钱矛锐,杨竹,陈永忠.乡村医生运行机制存在的问题及其对策研究[J].医学与哲学(人文社会科学医学版),2009,30(3):59-61.
- [11] 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.
- [12] 黄馨慧,王舒云,冯启明,等.“乡聘村用”政策背景下广西乡村医生薪酬水平现状调查[J].中国卫生经济,2025,44(2):74-78.
- [13] 徐心怡,朱平华,梁朝玉,等.广西乡村医生“乡聘村用”政策实施困境及其对策[J].医学与社会,2024,37(8):46-51.
- [14] 陈会方,许虹.乡村卫生一体化管理中村医发展问题探讨:基于合理性视角的分析[J].广西社会科学,2014(2):144-146.
- [15] 焦思琪,王春光.农村多元医疗体系的型构基础与逻辑研究[J].社会学研究,2022,37(1):46-67,227.
- [16] 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.
- [17] 李春南.政府统筹还是医院自主?——一个贫困乡镇医改中基药制度的运行困境[J].社会发展研究,2017,4(2):179-194,245.
- [18] 张雨薇,武晋.乡村医生职业嵌入的内卷化困境与治理路径[J].中国农业大学学报(社会科学版),2021,38(2):60-72.
- [19] 费孝通.乡土中国[M].北京:北京大学出版社,2012:26.
- [20] 徐晓军.内核—外围:传统乡土社会关系结构的变动:以鄂东乡村艾滋病人社会关系重构为例[J].社会学研究,2009,24(1):64-95,244.
- [21] 李玲,黎嘉辉.探索中国式农村医养结合[J].中国农业大学学报(社会科学版),2021,38(4):91-102.
- [22] 吴志鹏,姚泽麟.乡村“医卫结合”何以走向形式化?——电子健康档案的应用及其社会后果[J].社会发展研究,2023,10(2):57-75,243.
- [23] 王春城,苏菲,王帅.政策扩散中的层级考评与对标对表:指标治理何以引致基层形式主义?[J].行政论坛,2024,31(6):105-120.

[责任编辑:侯圣伟]



引用格式:李全利,邓叶焱,郑李.“乡聘村用”政策视域下乡村医生的发展嬗变与协同治理策略研究:基于广西龙州县的调查[J].郑州轻工业大学学报(社会科学版),2026,27(3):37-46.