



我国村医公共卫生服务能力现状与提升策略研究

李思清¹, 王莹莹¹, 曹冬丽¹, 陈家应^{1,2,3}, 张朝阳⁴

1. 南京医科大学医政学院, 2. 卫生政策研究中心, 江苏 南京 211166;

3. 南京医科大学康达学院, 江苏 连云港 222000; 4. 中国农村卫生协会, 北京 100061

摘要: 为了解我国村医基本公共卫生服务能力现状, 通过调查我国东、中、西部村医公共卫生服务掌握情况, 发现纳入分析的3 916名村医中, 3 056人(78.0%)自报具备健康促进能力, 2 905人(74.2%)自报具备健康管理能力, 3 471人(88.6%)自报具备预防接种能力, 3 453人(88.2%)自报具备传染病及突发公共卫生事件报告处置能力。根据不同人群特征进一步分析, 发现村医队伍存在结构不合理, 公共卫生服务能力不均衡, 不同地区村医服务能力差异较大等问题。需要加强高素质青年人才的补充, 针对能力薄弱之处重点培训, 对偏远地区实行政策优惠, 保证村医招的进、留得住, 推动队伍的可持续发展。

关键词: 村医; 基本公共卫生服务; 服务能力

中图分类号: R193

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2023)02-131-007

doi: 10.7655/NYDXBSS20230206

国家基本公共卫生服务项目的实施是促进基本公共卫生服务逐步均等化的重要内容, 是实现全民健康的重要实践, 是推进“健康中国”战略的有力举措^[1]。农村地区基本公共卫生服务的有效提供, 是实现国家基本公共卫生服务均等化的重要保证^[2]。农村地区基本公共卫生服务主要由乡村两级卫生机构承担, 2017年原国家卫生计生委联合多部门印发的《关于做好2017年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》提出, 原则上将40%左右的工作任务交由村卫生室承担^[3]。因此, 作为农村三级预防保健网的“网底”以及基层卫生服务的主要提供者, 村医承担着提供基本公共卫生服务的重任, 其公共卫生服务能力直接影响广大农村居民的健康。但如今仍有部分地区的村医队伍存在人员短缺、服务质量低、工作效率不高等问题, 村医队伍发展面临一定困境, 各项服务难以有效落地。为进一步强化农村地区基本公共卫生服务提供, 更好地发挥村医队伍居民健康“守门人”的作用, 本研究对我国东、中、西部四省一市3 916名村医的基本公共

卫生服务能力状况、特点和不足等进行了问卷调查与分析, 以期为有效地提升我国村医基本公共卫生服务能力提供证据支持。

一、资料和方法

(一) 调查对象与抽样方法

课题组于2020年8月对我国东、中、西部四省一市的基层医生队伍卫生服务能力情况进行调查。本研究采用分层整群抽样, 从东、中、西部选取了江苏省、安徽省、河南省、甘肃省、重庆市作为调研省(市)。选择样本省(市)中基层医生队伍规模在全省居中的地级市, 再根据经济发展水平和人口规模处于中等水平的标准, 在各样本市分别选取1个市区和1个县(市), 分别代表城市样本点和农村样本点。最终共抽取四省一市24个区(县、市)。将样本区(县、市)所有基层卫生机构的医生作为调查对象, 包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院和村卫生室的医生。调查通过问卷星平台发放线上电子问卷到基层医生所在微信群或个

基金项目: 国家自然科学基金项目“基于建立分级诊疗制度目标的家庭医生队伍建设研究”(71874087); 中国—盖茨基金项目“中国农村基本卫生保健项目”(OPP1176308)

收稿日期: 2023-03-22

作者简介: 李思清(1998—), 女, 江苏南京人, 硕士研究生在读, 研究方向为社会医学与卫生事业管理; 张朝阳(1958—), 男, 河南义马人, 博士, 教授, 研究方向为农村卫生管理与政策, 通信作者, zzyang001@sohu.com。

人微信,基层医生自行填写,调查员进行审核。本文分析的对象是村级卫生机构医生,共回收问卷4 308份,剔除本人承诺中选择“不同意接受调查”问卷和非调查对象问卷,共收到有效问卷3 916份,问卷有效回收率为90.9%。

(二)调查内容

本研究以课题组前期开发的“家庭医生卫生服务能力指标体系”^[4]为依据,编制形成调查问卷。问卷内容包括调查对象基本信息和卫生服务能力自评两部分。基层医生卫生服务能力包括医疗服务能力、公共卫生服务能力、组织管理和服务协调、职业素养四个方面。本文重点分析村医的公共卫生服务能力。调查采用匿名方式,由村医自我评价其卫生服务相关能力,问题类比为“你是否具备某项能力”,选项为“是”和“否”,如果回答“是”,则判断基层医生自我评价具备此项能力。

(三)统计学方法

1. 统计分析

将“问卷星”收集的数据资料导出为 Excel 数据

表,再导入SPSS 22.0进行统计分析。村医各项公共卫生服务能力的具备情况以频数和百分比表示,采用 Pearson χ^2 检验比较不同地区村医的服务能力差异,分析村医服务能力分布特征。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 能力判断

根据课题组开发的“家庭医生卫生服务能力指标体系”制定村医的基本公共卫生服务能力判断框架,包括4项服务内容和14项服务技能,每项具体服务技能通过询问相关问题来判断其掌握情况。当村医回答具备评价内容数量达到2/3及以上时,则判定该村医具备该项服务技能。对于4项公共卫生服务能力的判断,则依据村医各项服务技能具备情况,即某服务能力需要的各项技能均具备时,则判定具备相应的公共卫生服务能力。以健康促进能力为例,当村医健康知识传播、健康生活方式指导、家庭健康状况诊断、社区健康问题分析4项服务技能均具备时,则判定该村医具备健康促进服务能力。村医基本公共卫生服务项目和服务技能的具体判定标准如表1所示。

表1 基本公共卫生服务能力具备情况综合判定标准

服务内容	服务技能	评价内容	数量(项)	技能具备判断标准
健康促进	健康知识传播	—	—	—
	健康生活方式指导	—	—	—
	家庭健康状况诊断	收集家庭成员健康状况、家族遗传情况等资料;指导健康家庭实践活动	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
	社区健康问题分析	收集社区健康档案记录、日常医疗日记、社区筛检结果等资料;分析健康问题,制定社区卫生服务计划	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
预防接种	免疫规划管理	疫苗接种指导;疫苗知识宣教	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
	不良反应处理	预防接种注意事项指导;预防接种不良反应处理	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
健康管理	健康档案管理和利用	建立并及时更新健康档案;为居民制定健康管理计划	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
	儿童健康管理	儿童营养指导;儿童体格检查	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
	妇女健康管理	计生指导;孕期健康指导;围绝经期健康;妇科两癌筛查	4	具备其中3项评价项目,则为基本具备该项技能
	老年人健康管理	体检指导与常见病筛查;健康与自理能力评估;不良情绪识别与干预;功能减退预防	4	具备其中3项评价项目,则为基本具备该项技能
	慢性病患者健康管理	掌握常见慢性病临床诊断依据;掌握常见慢性病主要危险因素与干预方法;掌握常见慢性病危急状况识别与处理方法;掌握常见慢性病稳定期治疗与并发症预防	4	具备其中3项评价项目,则为基本具备该项技能
传染病及突发公共卫生事件报告处置	风险管理	掌握相关疾病预防原则和方法、传播途径、检测方法等;协助风险排查,并收集和提供风险信息	2	2项评价项目均具备,则为基本具备该项技能
	发现、登记及报告	—	—	—
	协助处置和管理	—	—	—

3. 质量控制

调查员均为课题组教师和在校研究生、本科生,现场调查前期均进行培训。调查由当地卫生行政部门协助组织,调查前进行宣传动员,确保调查知情和对象配合。调查期间由调查员对收到的问卷及时检查,确保数据的一致性、完整性、正确性及答案逻辑性,一旦发现问题及时核实、纠正。在知情同意情况下留有调查对象联系方式,调研结束后进行问卷抽查复核,确保问卷质量。

二、调查结果

(一)村医的基本情况

3 916名调查对象的平均年龄为(47.9±7.8)岁,最小22岁,最大78岁,从年龄组分布情况来看,45~59岁年龄组人数最多,占比60.4%,30岁以下仅占0.7%,提示村医队伍更新不足;男性2 748人(70.2%),女性1 168人(29.8%);学历以高中及以下

为主,占比71.8%,大专学历占比25.3%,本科及以上学历仅占2.9%;3 916名村医中持执业(助理)医师资格证有1 512人(38.6%),持乡村医生资格证有2 067人(52.8%),持全科医生资格证有302人(7.7%),其他或没有任何资质的村医35人(0.9%,表2)。

(二)公共卫生服务能力总体情况

根据判断标准,若某项公共卫生服务能力的各项服务技能均具备,则认为该村医具备该项公共卫生服务能力。接受调查的3 916名村医中,分别有3 056人(78.0%)、2 905人(74.2%)、3 471人(88.6%)和3 453人(88.2%)具备健康促进、健康管理、预防接种和传染病及突发公共卫生事件报告处置能力。从全国层面来看,村医的预防接种和传染病及突发公共卫生事件报告处置能力具备较高,均在88%左右,而健康管理能力具备较低,仅74.2%。不同地区村医能力具备情况差异有统计学意义($P < 0.001$,表3)。

表2 调查地区村医的基本情况 [n(%)]

基本特征	东部	中部	西部	合计
调查人数	859(21.9)	1 963(50.1)	1 094(27.9)	3 916(100.0)
性别				
男	456(53.1)	1 502(76.5)	790(72.2)	2 748(70.2)
女	403(46.9)	461(23.5)	304(27.8)	1 168(29.8)
年龄(岁)				
<30	6(0.7)	8(0.4)	12(1.1)	26(0.7)
30~44	258(30.0)	679(34.6)	332(30.3)	1 269(32.4)
45~59	551(64.1)	1 144(58.3)	672(61.4)	2 367(60.4)
≥60	44(5.1)	132(6.7)	78(7.1)	254(6.5)
学历				
高中及以下	650(75.7)	1 479(75.3)	684(62.5)	2 813(71.8)
大专	171(19.9)	431(22.0)	388(35.5)	990(25.3)
本科及以上学历	38(4.4)	53(2.7)	22(2.0)	113(2.9)
执业资质				
执业(助理)医师	489(56.9)	705(35.9)	318(29.1)	1 512(38.6)
全科医生	58(6.8)	177(9.0)	67(6.1)	302(7.7)
乡村医生	306(35.6)	1 065(54.3)	696(63.6)	2 067(52.8)
其他或无执业资质	6(0.7)	16(0.8)	13(1.2)	35(0.9)

表3 调查地区村医公共卫生服务总体情况 [n(%)]

组别	人数	健康促进	健康管理	预防接种	传染病及突发公共卫生事件报告处置
东部	859	692(80.6)	702(81.7)	777(90.5)	776(90.3)
中部	1 963	1 588(80.9)	1 440(73.4)	1 762(89.8)	1 776(90.5)
西部	1 094	776(70.9)	763(69.7)	932(85.2)	901(82.4)
合计	3 916	3 056(78.0)	2 905(74.2)	3 471(88.6)	3 453(88.2)
χ^2 值		44.774	37.453	18.167	49.307
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

(三)村医健康管理能力比较

1. 服务技能具备情况

接受调查的3 916名村医中,具备健康档案管理和利用、儿童健康管理、妇女健康管理、老年人健康管理和慢性病患者健康管理能力的分别有3 764人(96.1%)、3 494人(89.2%)、3 175人(81.1%)、3 775人(96.4%)和3 738人(95.5%)。

东、中、西部村医均是健康档案管理和利用能力具备最高(97.4%、97.0%、93.4%),妇女健康管理能力具备均最低(88.2%、79.6%、78.2%)。总体来看,具备健康管理能力的村医占比74.2%,其中东部地区最高(81.7%),中部次之(73.4%),西部最低(69.7%)。东、中、西部村医健康管理能力具备情况差异有统计学意义($P < 0.05$,表4)。

表4 我国东、中、西部村医健康管理能力具备情况 [n(%)]

组别	人数	健康档案管理和利用	儿童健康管理	妇女健康管理	老年人健康管理	慢性病患者健康管理	5项均具备
东部	859	837(97.4)	780(90.8)	758(88.2)	836(97.3)	827(96.3)	702(81.7)
中部	1 963	1 905(97.0)	1 758(89.6)	1 562(79.6)	1 918(97.7)	1 908(97.2)	1 440(73.4)
西部	1 094	1 022(93.4)	956(87.4)	855(78.2)	1 021(93.3)	1 003(91.7)	763(69.7)
合计	3 916	3 764(96.1)	3 494(89.2)	3 175(81.1)	3 775(96.4)	3 738(95.5)	2 905(74.2)
χ^2 值		29.908	6.299	37.737	41.535	50.973	37.453
P 值		<0.001	0.043	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2. 不同性别村医健康管理能力比较

研究显示,不同性别村医健康管理服务能力存在差异($P < 0.05$),78.6%的女性村医具备健康管理服务能力,而男性村医具备率为72.3%。其中,健康档案管理和利用、儿童健康管理和老年人健康管理3项

男、女性村医服务能力的差异并不显著($P > 0.05$),而妇女健康管理女性村医的能力具备率比男性村医高8.6%,说明在妇女健康管理方面,女性村医素质能力远高于男性村医(表5)。只有保证高素质女性村医的配备,才能保障当地妇女保健服务的有效提供。

表5 调查地区男、女性村医健康管理能力具备情况 [n(%)]

组别	人数	健康档案管理和利用	儿童健康管理	妇女健康管理	老年人健康管理	慢性病患者健康管理	5项均具备
男性	2 748	2 652(96.5)	2 444(88.9)	2 158(78.5)	2 658(96.7)	2 643(96.2)	1 987(72.3)
女性	1 168	1 112(95.2)	1 050(89.9)	1 017(87.1)	1 117(95.6)	1 095(93.8)	918(78.6)
χ^2 值		3.719	0.785	38.982	2.812	11.146	16.925
P 值		0.054	0.376	<0.001	0.094	0.001	<0.001

(四)健康促进能力比较

1. 服务技能具备情况

调查显示,村医具备健康知识传播、健康生活方式指导、家庭健康状况诊断和社区健康问题分析能力的比例分别为96.3%、98.6%、95.5%和80.9%,以社区健康问题分析具备比例最低。东

中、西部的村医对健康生活方式指导能力具备比例均最高(99.8%、98.7%、97.5%),而社区健康问题分析能力具备情况均最低(83.1%、83.3%、74.7%)。东、中、西部村医健康促进4项能力具备比例差异均有统计学意义($P < 0.001$),且均以西部最低(表6)。

表6 我国东、中、西部村医健康促进能力具备情况 [n(%)]

组别	人数	健康知识传播	健康生活方式指导	家庭健康状况诊断	社区健康问题分析	4项均具备
东部	859	833(97.0)	857(99.8)	844(98.3)	714(83.1)	692(80.6)
中部	1 963	1 918(97.7)	1 937(98.7)	1 883(95.9)	1 636(83.3)	1 588(80.9)
西部	1 094	1 020(93.2)	1 067(97.5)	1 014(92.7)	817(74.7)	776(70.9)
合计	3 916	3 771(96.3)	3 861(98.6)	3 741(95.5)	3 167(80.9)	3 056(78.0)
χ^2 值		40.807	17.542	36.351	37.663	44.774
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2. 不同执业资质村医健康促进能力比较

从不同执业资质村医健康促进能力具备情况来看,全科医生具备的比例最高,82.8%的全科医生具备健康促进服务能力,且健康促进服务的每一项服务

技能均是全科医生具备率最高,全科医生的社区健康问题分析能力具备率达84.8%,而全科医生占村医队伍比重却是最低的,仅占7.7%,说明当下全科医生培养不够,无法及时补充到村医队伍中(表7)。执业(助理)

医师健康促进能力具备率最低,可能因为执业(助理)医师的职责相对固定,即提供基本的医疗诊断服务,

职责范围相对较窄,较少需要提供全面的健康服务,因此在健康促进服务方面的能力较低。

表7 不同执业资质村医健康促进能力比较 [n(%)]

组别	例数	健康知识传播	健康生活方式指导	家庭健康状况诊断	社区健康问题分析	4项均具备
执业(助理)医师	1 512	1 458(96.3)	1 496(98.9)	1 440(95.2)	1 166(77.1)	1 126(74.5)
全科医生	302	291(96.4)	299(99.0)	298(98.7)	256(84.8)	250(82.8)
乡村医生	2 067	1 987(96.1)	2 033(98.4)	1 970(95.3)	1 716(83.0)	1 653(80.0)
其他或无执业资质	35	35(100.0)	33(94.3)	33(94.3)	29(82.9)	27(77.1)
χ^2 值		1.585	7.235	7.668	22.999	19.713
P值		0.663	0.065	0.053	<0.001	<0.001

3. 不同学历村医健康促进能力比较

通过比较不同学历村医健康促进服务能力的差异发现,高中及以下学历村医能力最高,健康促进能力具备率达79.5%。社区健康问题分析能力具备率高中及以下学历村医最高,达82.2%(表8)。可能因为这部分村医大多由20世纪的赤脚医生转变而来,加上村级卫生人员行医都在固定的行政村,很少会四

处派遣。所以尽管没有高学历,但可能已经在农村地区从事医疗服务多年,具有丰富的实践经验和应对各种健康问题的能力,也更加熟悉当地的文化和生活方式,更容易与当地居民建立良好的沟通和信任关系,对所管辖的村庄及村民都有深厚的了解,对社区健康问题分析、家庭健康状况诊断等服务都很熟练,相应的能力水平也在日积月累中不断提升。

表8 不同学历村医健康促进能力比较 [n(%)]

组别	例数	健康知识传播	健康生活方式指导	家庭健康状况诊断	社区健康问题分析	4项均具备
高中及以下	2 813	2 711(96.4)	2 771(98.5)	2 701(96.0)	2 313(82.2)	2 235(79.5)
大专	990	952(96.2)	977(98.7)	932(94.1)	766(77.4)	735(74.2)
本科及以上	113	108(95.6)	113(100.0)	108(95.6)	88(77.9)	86(76.1)
χ^2 值		0.263	1.829	6.044	11.819	11.852
P值		0.877	0.401	0.049	0.003	0.003

三、讨 论

(一)村医队伍可持续性发展不足,需加强高素质青年人才的补充

调查显示,村医队伍老龄化程度严重,学历水平整体较低。接受调查的村医平均年龄47.9岁,45岁以上占比近67%,而30岁以下的年轻村医仅占0.7%,没有年轻医生的补充,队伍可持续发展不足。同时,调查地区村医学历普遍偏低,高中及以下学历占比71.8%。村卫生室医生作为农村卫生服务的“主力军”,其高龄、低学历情况严重影响农村居民接受公共卫生服务的质量^[5]。

村医队伍另一个突出问题即执业资质不达标。国务院颁布的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》规定,新进入村卫生室从事预防、保健和医疗服务的人员,应当具备执业医师或执业助理医师资格。然而调查结果显示,3 916名村医中具有执业(助理)医师资质的仅占38.6%。村医所承担的职能综合性强,是基层医疗卫生队伍中最接近全科医生性质的医疗卫生人员,调查显示,全科医生的能力具备率高于其他资质的医生,而队伍里全科医生的占比仅7.7%。全科医生受过更为全面的

医学教育,对常见疾病的预防、治疗以及健康知识的传播有更深入的了解,可以为患者提供更为全面和有效的卫生服务。全科医生队伍得不到及时补充,影响村民高质量卫生服务的获得。针对以上问题,政府应加大村医人才培养力度,尤其是全科医生的培养,提高村医队伍中的高水平全科医学人才比例。同时,完善包括村医在内的基层卫生人才发展政策,拓展村医职业发展通道,在编制、薪酬、身份以及社会地位等方面提升待遇,减少对村医的歧视性政策,彻底破除长期以来村医被边缘化的窘境,破解青年人才“下不去,留不住”的困境。

(二)村医健康管理能力不足,需进行针对性改善

村医公共卫生服务能力总体具备情况较好,所选取的4项常见基层公共卫生服务能力具备率均在75%以上,只有健康管理能力稍低。而健康管理的5项具体技能中,妇女健康管理能力较弱,仅有81.1%的具备率。调查结果还显示,女性村医的健康管理能力具备率比男性村医高6.3%,其中妇女健康管理具备率比男性村医高8.6%。接受调查的村医中男性占比70.2%,女性占比29.8%,说明男女性村医比例的失衡,将影响妇女卫生保健服务和孕产妇健康管理服务的有效提供。女性村医的不足,严

重影响当地妇女高质量健康管理服务的获得。而男村医开展妇女健康管理也存在诸多不便,对妇女健康服务的开展必然会产生不利的影响;农村地区适龄妇女的“两癌”发病率较高^[6]，“两癌”筛查工作的组织协调也需要有村医参与。因此,村医掌握相关妇女保健技能对维护农村女性健康十分重要。根据调查结果,除了妇女健康管理能力,村医在儿童健康管理能力掌握方面也存在不足,能力具备比例不足90%,如今农村地区多为留守儿童和老人,对重点人群的健康管理应该得到重视。

村医公共卫生服务能力的具备,对提高农村居民的公共卫生服务质量、保护农村居民健康具有重要作用,在建设新农村、实现乡村振兴中,公共卫生服务和居民健康也同样重要。针对村医的能力短板,应加强其专门知识培训和技能训练。地方卫生行政部门要根据当地公共卫生服务具体需求,明确培训内容和师资队伍,由县级组织实施,提高基层培训效果和质量^[7]。除了医疗卫生专业知识和技能培训外,还要加强流行病学、统计学等基础知识培训,提高村医开展基本公共卫生服务的能力。针对村医工作量大、任务重的现状,要将培训、督导、服务相融合,提高培训效果和村医能力。针对当前女性村医紧缺的局面,各地应加强农村地区女性医生的培养,在招聘、福利待遇等方面对女性村医给予一定的政策倾斜^[8],进一步改善村医队伍结构,以满足不同人群的健康需求。

(三)西部地区村医公共卫生服务能力较低,需做好生源地培养

14项服务技能均是西部地区村医能力具备率最低,而从村医学历结构看,西部地区村医大专及以上学历人员的比例是最高的。这可能因为西部地区在深化医改以来,基层卫生队伍建设取得了一些成效,人员有所增加,素质有所提升,但卫生服务能力仍然处于较低水平。这提示西部地区的村医培训和能力提升工作还需要进一步加强。西部地区山区多,工作条件艰苦,许多行政村仅配有1~2名村医,需承担慢性病随访、老年体检、健康档案建档等面广量大、费时费力的工作,村医数量少任务重,难以抽出时间参加培训,可能会导致培训不足,能力

提升困难^[9]。西部地区村医能力水平较低,很大程度上与人员短缺相关,应注重培养本地村医,由于来自本土,在语言、民风、民俗等方面较为熟悉,有利于医患的沟通,更易于取得群众的信任。采用定点招生、定向培养和定向就业等方式,尽量招收农村地区生源,在整体人才培养模式的设计中,突出贴近岗位,早认识、多临床、强实用的特征,带领学生到村卫生室实践,将岗位实习贯穿始终。同时政府也要给予偏远地区一定的政策倾斜,造就扎根农村、服务农民的乡村医生。

参考文献

- [1] 尤莉莉,刘远立. 国家基本公共卫生服务项目十年评价(2009—2019年)系列报告(一)——实施国家基本公共卫生服务项目的意义和经验[J]. 中国全科医学, 2022(26):3203-3208
- [2] 王晶,王晓燕. 中国村级公共卫生服务供给研究——以政策环境为视角[J]. 北京社会科学, 2018(3):77-83
- [3] 赵黎. 发展还是内卷?——农村基层医疗卫生体制改革与变迁[J]. 中国农村观察, 2018(6):89-109
- [4] 练璐,李心怡,邹慕蓉,等. 应用改良德尔菲法构建我国家庭医生卫生服务能力指标体系[J]. 中国卫生资源, 2021,24(4):448-452
- [5] 窦倩如,曹霞,樊利春,等. 海南省基层医疗卫生机构妇幼保健人力资源现状分析[J]. 医学与社会, 2020,33(11):36-41
- [6] 张玉萍,刘晓燕,商广洁,等. 2014—2016年山西省农村地区女性宫颈癌筛查结果分析[J]. 中国妇幼保健, 2020,35(7):1312-1315
- [7] 金晔鑫,陈勇,潘翔,等. 乡村基层公共卫生服务与乡村医生队伍建设问题探讨[J]. 上海预防医学, 2021,33(1):19-24
- [8] 沈玮玮,黄超,闫春晓,等. 新医改背景下村医执业现状及职业前景预期影响因素分析——以湖南省5个地级市为例[J]. 卫生软科学, 2020,34(6):3-7
- [9] 刘子言,肖月,赵琨,等. 国家基本公共卫生服务项目实施进展与成效[J]. 中国公共卫生, 2019,35(6):657-664

(本文编辑:姜鑫)

Research on the current status and improvement strategies of public health service capacity of rural doctors in China

LI Siqing¹, WANG Xuanxuan¹, CAO Dongli¹, CHEN Jiaying^{1,2,3}, ZHANG Chaoyang⁴

1. School of Health Policy and Management, 2. Health Policy Research Center, Nanjing Medical University, Nanjing 211166; 3. Kangda College of Nanjing Medical University, Lianyungang 222000; 4. China Rural Health Association, Beijing 100061, China

Abstract: This study investigates the basic public health service capabilities of rural doctors in the eastern, central, and western regions of China. We conducted a survey in order to understand the current situation of basic public health services. The survey found that among the 3 916 rural doctors included in the analysis, 3 056 (78.0%) reported that they had health promotion capacity, 2 905 (74.2%) reported that they had health management capacity, 3 471 (88.6%) reported that they had vaccination capacity, 3 453 (88.2%) cases reported having the ability to report and handle infectious diseases and public health emergencies. In the case of health promotion and health management ability, further analysis was conducted according to the characteristics of different groups of people, and it was found that the rural doctor team had an unreasonable structure and public health service capacity. The problems such as unbalanced public health service capacity and other problems were found, and the service capacity of rural doctors in different areas varied greatly. It is necessary to strengthen the complement of high-quality young talents, focus on training for weaknesses, and implement policy preferences for remote areas. We need to strengthen the supplementation of young talents, focus training on weaknesses, and implement preferential policies for remote areas to ensure that rural doctors are recruited and retained, and to promote the sustainable development of the rural doctor team.

Key words: rural doctor; basic public health service; service capability