

“目标偏差”与“工具偏差”： 乡村医生长效发展机制探究*

杨晓婷¹ 廖睿力² 毕怡琳¹

摘要：受2020年新冠肺炎疫情影响，农村医疗卫生安全备受关注。乡村医生作为农村基层医疗卫生服务的重要供给主体，在疫情防控等方面发挥了重要作用。然而，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。本文从政策目标、政策工具与社会进程之间形成的“目标偏差—工具偏差”两个维度提出分析框架，剖析乡村医生发展困境的成因，进而提出建立乡村医生长效发展机制。本文发现，“防治同步”的政策目标与“以防为主”的社会进程之间的“目标偏差”，是乡村医生发展困境产生的根本原因；而乡村医生执业门槛和其他政策工具（薪酬制度和晋升制度）与社会进程之间的“工具偏差”，是乡村医生发展困境产生的表层原因。因此，建立乡村医生长效发展机制应从以下四方面入手：第一，使政策目标适应乡村医生职能转换的社会进程，完善“分级诊疗”制度框架，明确农村基层医疗卫生服务供给主体的职能分工。第二，实施弹性化执业门槛，让乡村医生“招进来”。第三，完善激励机制，适当提高薪酬补助，同时明晰隶属关系，打通乡村医生晋升渠道，让乡村医生“留得住”。第四，构建紧密型县域医疗卫生共同体。

关键词：乡村医生 执业门槛 政策目标 政策工具 社会进程

中图分类号：C911 **文献标识码：**A

一、引言

2020年新冠肺炎疫情引发全球公共健康危机，中国城市公共卫生服务体系受到严峻考验；2021年初疫情在河北和黑龙江农村先后发生，中国农村医疗卫生安全也受到极大关注。2019年数据显示，中国约有84.23万乡村医生和卫生员，担负着5.26亿乡村人口^①的基本公共卫生服务和基本医疗服务

*本文系国家社会科学基金青年项目“农村老年多维贫困与精准扶贫机制研究”（项目编号：17CGL030）的阶段性研究成果、黄宗智历史与社会研究2019年青年学子资助计划成果、中国人民大学2020年度拔尖创新人才培养资助计划成果。感谢匿名评审专家和中国人民大学农业与农村发展学院博士研究生于滨铜对本文提出的宝贵意见，但文责自负。本文通讯作者：廖睿力。

^①数据来源：国家统计局网站，<http://www.stats.gov.cn/>。

的重任。在新冠肺炎疫情防控中，乡村医生作为农村基层医疗卫生服务的供给主体，积极履行了排查外来及返乡人员、筛查发热患者等工作职能，为防止疫情向农村蔓延发挥了举足轻重的作用。2021年中央“一号文件”对农村基层医疗卫生服务提出更高要求：“建立城乡公共资源均衡配置机制，强化农村基本公共服务供给县乡村统筹，逐步实现标准统一、制度并轨……推动乡村医生向执业（助理）医师转变……”，这意味着国家对农村基层医疗卫生服务的要求已向城市看齐，“基层首诊、双向就诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度不断完善。换言之，在制度要求下，乡村医生既要承担“防”的职能，还要具备“治”的技术水平。

从长远看，实现乡村医生“防治同步”的政策目标有助于保障农村居民享有更高质量的基本医疗卫生服务，提高农村居民的健康水平。然而，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。国家统计局官方网站数据显示，2019年中国乡村医生和卫生员数量为84.23万人，较2018年减少6.48万人。乡村医生和卫生员数量的减少，在一定程度上给农村基层医疗卫生服务的持续、稳定供给带来较大风险。因此，如何建立乡村医生长效发展机制成为亟待解决的现实难题。

现有文献多将乡村医生“招不进、留不住”的难题归因于激励机制失灵，进而从薪酬、养老和晋升等方面强调提高乡村医生的福利保障水平。但笔者认为，以上建议只能在表面程度上解决乡村医生发展难题。要想从根本上解决这一难题，必须将乡村医生发展问题置于中国医疗卫生制度的情境中进行系统性剖析。鉴于此，本文试图回答以下几个问题：乡村医生“招不进、留不住”的难题究竟是何原因所致？它反映了制度层面的何种问题？又该如何完善农村基层医疗卫生服务体系？为了回答以上问题，本文基于政策目标、政策工具与社会进程之间形成的“目标偏差—工具偏差”两个维度提出分析框架，并通过对相关政策文件的梳理和对2018—2020年山西省长治市平顺县3次调查资料的分析，探讨乡村医生发展中制度供给与现实需求之间的矛盾，并进一步提出建立乡村医生长效发展机制。

二、文献综述

乡村医生问题是农村基层医疗卫生体制问题的具体表现。剖析乡村医生发展困境，既要对中国医疗卫生制度改革有整体性认知，又要聚焦农村基层医疗卫生服务体系的具体细节。目前，研究乡村医生问题的学者大多关注后者，而忽略了前者。本文接下来从中国医疗卫生制度变迁和乡村医生发展困境两方面对已有文献进行综述。

（一）中国医疗卫生制度变迁

从制度变迁看，中国农村基层医疗卫生服务在不同时期有不同的政策目标。改革开放后，合作医疗迅速瓦解，不少乡村医生（赤脚医生）被迫转行，部分乡村医生虽继续行医，但其收入来源已从赚取工分转向销售药品和提供诊治服务（田疆等，2010）。2003年突发的“非典”疫情充分暴露了全国尤其是农村基层医疗卫生服务体系存在的诸多漏洞。对此，国家开始实行以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度，旨在提高农村基层医疗卫生服务供给水平（王兰芳、陈万明，2006）。但随着新型农村合作医疗制度在各地的推广实践，其逐渐暴露出覆盖病种局限（只保大病）、报销比例低、报销手续烦琐等问题，无法完全实现预期的政策目标（赵志刚、高启杰，2006）。

2009年，中共中央、国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号），标志着中国新一轮医药卫生体制改革（下文简称“新医改”）的开始^①。陈玲等（2010）在梳理了新医改方案的制定过程后指出，最初原卫生部的改革方案以“市场化”为方向，直到2005年3月时任国务院总理温家宝提出，深入整顿和规范医疗服务收费和药品购销秩序，切实解决群众看病难、看病贵的问题^②，医药卫生体制改革的目标才转向“非市场化”。《关于深化医药卫生体制改革的意见》明确提到“逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标”，并围绕这一目标首次提出“要改革药品加成政策，实行药品零差率销售”，从而保障农村基层医疗卫生服务供给的均等性。然而，自新医改后，随着社会发展的现实需求不断变化，全国医疗卫生服务体系建设在实践中的问题日益凸显。赵黎（2018）从“内卷化”的理论角度阐释了新医改的制度问题，认为新医改过程中不断引入管制政策造成了组织机构的繁杂细化、统一制度框架之下的精细化调整、边界内的变革与自我锁定、政策工具与政策目标相互错置的内卷化困境。因此，为了避免形式化、过密化和异化的治理效果，应调整政策工具以适应不同时期社会发展的现实需求。

（二）乡村医生发展困境

从乡村医生发展现状看，诸多文献基于实地调查发现乡村医生发展面临困境，具体表现为乡村医生职业满意度降低（陈钟鸣等，2015）、离职意愿增强（张胜军，2014）、队伍老龄化严重、现代化医疗技术学习能力较差等，导致农村基层医疗卫生服务供给出现“不稳定”“难持续”“应急性弱”等问题（曹舒、米乐平，2020；武春燕等，2021）。对此，现有研究大多将乡村医生发展困境归因于薪酬、养老和晋升等激励机制失灵问题。

在薪酬方面，有研究认为，薪酬激励（激励数量和激励方法）对医疗卫生服务供给有较显著的影响（陈叶烽等，2020）。新医改后，伴随药品零差率销售政策的实施^③，作为乡村医生主要收入来源的药品销售差价收入被“砍掉”（陈钟鸣等，2015）。在全国层面，邓元慧等（2017）基于对全国14个省（市、区）的调查发现，有42.4%的乡村医生认为其收入与付出不成比例，特别是基本药物制度实施后有60%的乡村医生感到收入大幅降低。在省级层面，孙葵等（2016）基于对山东省的调查发现，乡村医生的年均收入在基本药物制度实施后降至13624.9元，仅为改革前的60%，仅为乡村医生理想收入的36%。这种收入状况严重影响了农村基层医疗卫生服务供给的积极性。

在养老和晋升方面，已有研究发现，虽然不同省份乡村医生养老保险的参与和实施情况不同，但乡村医生普遍反映养老保障水平偏低。例如，张立强等（2014）基于全国12省24县（市、区）的调

^①农村和城市的医药卫生体制改革均属于新医改的内容。

^②参见《温家宝在十届全国人大三次会议上的政府工作报告》，<https://www.chinanews.com/news/2005/2005-03-14/26/550461.shtml>。

^③新医改前，乡村医生主要以销售药品赚取适当差价作为收入来源。2014年，原国家卫生和计划生育委员会、国家发展和改革委员会、教育部等印发的《村卫生室管理办法（试行）》中指出：“纳入基本药物制度实施范围内的村卫生室按照规定配备和使用基本药物，实施基本药物集中采购和零差率销售。”这一政策的实施导致乡村医生收入结构发生变化。

查数据发现，虽然受访乡村医生参保率已达到 81.4%，但是，参保的乡村医生中有 57.1%的参保类型为城乡居民基本养老保险（包括新型农村社会养老保险和城镇居民社会养老保险），而此类保险的保障效果较差。陈晶晶等（2016）通过调查发现，41.2%的乡村医生无任何养老保险，38.2%的乡村医生虽然有新型农村社会养老保险，但返还额度低，每月不足百元的基础养老金无法满足其养老需求。另外，乡村医生受编制约束不能享受体制内待遇，无法被纳入统一的社会保障体系，仅靠政府购买服务支付的资金不足以解决其养老问题（邓元慧等，2017）。在晋升方面，乡村医生没有明确且合理的身份（臧礼忠等，2009），无法同乡镇卫生院的人员一样享有正式编制，难以晋升，这导致他们对自身职业满意度和发展前景的信心不足，转行或换岗的意愿加强（张胜军，2014）。

综上所述，在中国医疗卫生制度变迁和乡村医生发展困境方面，不少文献已有阐述，但现有研究并未深入分析农村基层医疗卫生体制的政策目标，也未详细讨论乡村医生执业门槛这一政策工具，更未细致研究政策目标、政策工具与社会进程之间的互动关系。对此，在政策目标方面，本文将通过梳理近 20 年的政策文件较为全面和客观地总结农村基层医疗卫生体制政策目标的特征，在一定程度上填补已有研究的空白，并探究政策目标与社会进程之间的偏差；在政策工具方面，本文将利用一手调查资料，详细分析乡村医生执业门槛和其他政策工具与社会进程之间的偏差。

三、概念界定与分析框架

本文将在明确相关概念的基础上从政策目标、政策工具与社会进程之间形成的“目标偏差—工具偏差”两个维度提出分析框架。

（一）概念界定

本文涉及的核心概念包括社会进程、政策目标和政策工具。其中，社会进程强调客观世界的状态和趋势（社会发展的现实需求），政策目标强调政府通过政策制定期望达到的社会进程的状态，政策工具指为实现政策目标而采取的行动方案、规则、具体标准等。

1. 社会进程。社会进程（social process）这一概念来源于“间断—均衡”（punctuated equilibrium）理论，该理论将一切客观存在的事物称作“社会进程”（Baumgartner et al., 2009）。社会进程是政府制定政策的约束条件，例如，政府制定养老保险政策时会考虑人口结构，制定医疗保险政策时会考虑技术水平，制定教育政策时会考虑学生智力的发展规律。当然，社会进程并不是静止不变的，社会进程的变化既可能缓解社会问题，也可能产生社会问题。政府既是社会进程的组成部分和参与者，也是从社会进程中获取信息并制定相关政策的执行者^①（Baumgartner et al., 2009）。政府根据从社会进程中获取的信息制定相关政策的过程被称作政策过程，一般包括问题定位、政策目标设定、政策工具选择、政策实施、政策效果评估和反馈、政策修正等一系列阶段（薛澜、陈玲，2005）。本文重点关注政策过程中的政策目标设定和政策工具选择，接下来对政策目标和政策工具的概念进行详细界定。

^①政府由于精力和资源有限，无法时刻从社会进程中及时获取完全信息，因此，政府制定的政策可能存在滞后性和偏差性，需要通过不断被反馈、调适、修改以适应社会进程的变化。

2.政策目标。政策目标 (policy goals) 指的是政府为应对社会进程中产生的问题而采取行动所要达到的目的和指标。设定政策目标是选择政策工具的前提 (范梓腾、谭海波, 2017)。符合一般意义价值取向的政策目标包括平等、效率、安全和自由 (德博拉·斯通, 2006)。同一项政策可包含多重目标。政策目标可以来自中央政府 (贺东航、孔繁斌, 2011), 也可以来自中央与地方的互动 (Zhu and Zhao, 2021)。周雪光、艾云 (2010) 认为, 政策目标是制度变迁与社会进程相伴而生的互动结果, 既受到制度变迁轨道和方向的长期惯性影响, 又受到社会进程中行动者群体互动的短期结果影响。

3.政策工具。政策工具 (policy tools) 是实现政策目标的方法和手段 (顾建光, 2006)。不同学者对政策工具有不同的分类。欧文·E·休斯 (2015) 将政策工具分为供应型工具、生产型工具、补贴型工具和管制型工具。王辉 (2014) 依据政府强制的程度, 将政策工具分为强制类、市场类、引导类和自愿类。政策工具为政策目标服务, 所以, 政策工具往往伴随着政策目标的产生而产生。中央政府在设定政策目标时, 可能同时选择好了相应的政策工具, 再通过区域试点等方式检验所选择的政策工具是否能够实现政策目标 (Heilmann, 2018)。然而, 某些时候中央政府虽然设定了明确的政策目标, 但没有选择合适的政策工具, 此时, 政策工具的选择需要地方政府自行探索并与中央政府积极互动 (Zhu and Zhao, 2021)。

(二) 分析框架

本文将政策目标与社会进程之间的错位定义为“目标偏差”, 将政策工具与社会进程之间的错配定义为“工具偏差”。基于此, 本文提出“目标偏差—工具偏差”分析框架 (见图 1)。

社会进程是政策过程的前提和条件。理论上而言, 为了达到政策制定的预期目的, 政策目标的设定和政策工具的选择需要同社会进程相一致, 但在实际的政策过程中, 它们之间并不是总能保持一致, 因此产生了目标偏差或工具偏差^①。本文聚焦乡村医生发展困境, 将乡村医生“招不进、留不住”难题归因于目标偏差和工具偏差。其中, 政策工具与社会进程之间形成的工具偏差可能通过执业门槛过高和激励机制失灵两种形式对乡村医生队伍建设造成负面影响。

基于图 1 的分析框架, 本文将结合相关政策文件和实地调查资料, 详细论述乡村医生职能转换的社会进程及其与农村基层医疗卫生体制政策目标设定、政策工具选择之间形成的目标偏差和工具偏差, 以剖析乡村医生发展困境的成因, 并进一步探究乡村医生长效发展机制。为了实现该研究目标, 笔者与调查团队于 2018 年 10 月、2019 年 7 月和 2020 年 1 月赴山西省长治市平顺县^②西沟乡和东寺头乡开展实地调查, 对两个乡的卫生院院长和辖区内 18 名乡村医生开展了深入访谈。

^①政策目标设定是整个政策过程的前序环节, 会影响政策工具的选择。错误的政策目标设定 (政策目标与社会进程之间存在偏差) 将导致错误的政策工具选择 (政策工具与社会进程之间存在偏差), 而正确的政策目标设定也有可能产生错误的政策工具选择。因此, 工具偏差的产生可能缘于目标偏差或政策工具的选择性偏误。

^②山西省平顺县地处太行山南端, 交通较为闭塞, 全县共有村卫生室 268 个, 村医 317 人。

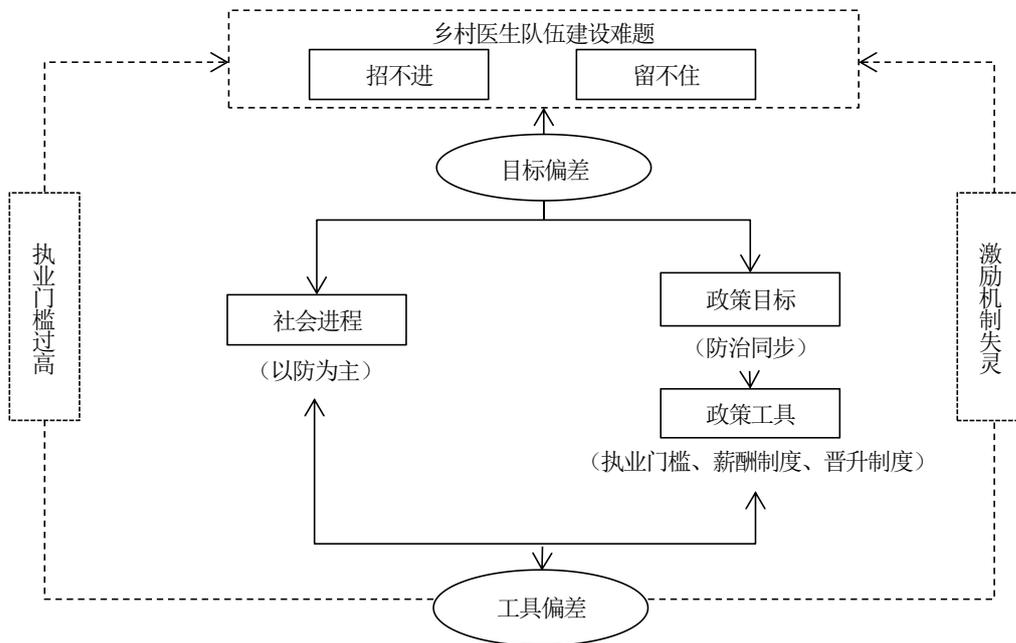


图1 “目标偏差—工具偏差”分析框架图

注：实线方框表示分析框架中的主要概念或现实问题；实线椭圆形突出本文的两大分析视角；虚线方框、虚线箭头表示工具偏差对乡村医生队伍建设难题的两种解释路径，因其属于子层级，故用虚线与主层级的实线区分。

四、乡村医生职能转换的社会进程

为了探讨乡村医生职能转换的社会进程，本文把乡村医生提供的农村基层医疗卫生服务分为基本医疗服务（侧重初级诊治服务）和基本公共卫生服务，并将前者简称为乡村医生“治”的职能，将后者简称为乡村医生“防”的职能。下文将从这两方面着手分析乡村医生职能转换的社会进程。

（一）乡村医生“治”的职能不断弱化

随着乡村人口外流和收入水平提高，乡村人口对乡村医生初级诊治服务的需求逐渐减少。科技进步促进了社会现代化发展，村集体作为乡土社会的原子单位，也随着社会结构的转型逐渐开放和融合。村庄地理位置和交通便捷程度都会影响乡村人口对医疗卫生机构的选择（朱玲，2000）。

实地调查发现，村一级的医疗水平与乡镇和县级之间存在明显差距，随着经济和交通条件的发展，村民对获得更高级医疗卫生机构诊治服务的可及性不断提高，因此对村一级的初级诊治服务需求不断减少，使得乡村医生“治”的职能不断弱化。以西沟乡三里湾村为例，笔者根据乡村医生Z的每日流水清单整理了2004年以来其药品销售收入变化情况。从图2中可以看出，以2009年为界，乡村医生Z的药品销售收入表现出先升后降的转折性变化。其原因在于2009年三里湾村开始修路，村民去往乡卫生院和县医院不及以往便捷，使得当年乡村医生Z的药品销售收入较2008年提高了20%，首次突破1万元；2010年公路修好后，乡村医生Z的药品销售收入呈现下降趋势；2016年平顺县实施

药品零差率销售政策后，乡村医生 Z 基本无药品销售收入，也不再记录收入流水。从 2010 年公路修好后乡村医生 Z 药品销售收入下降可以判断，交通条件改善减少了村民对村一级初级诊治服务的需求。

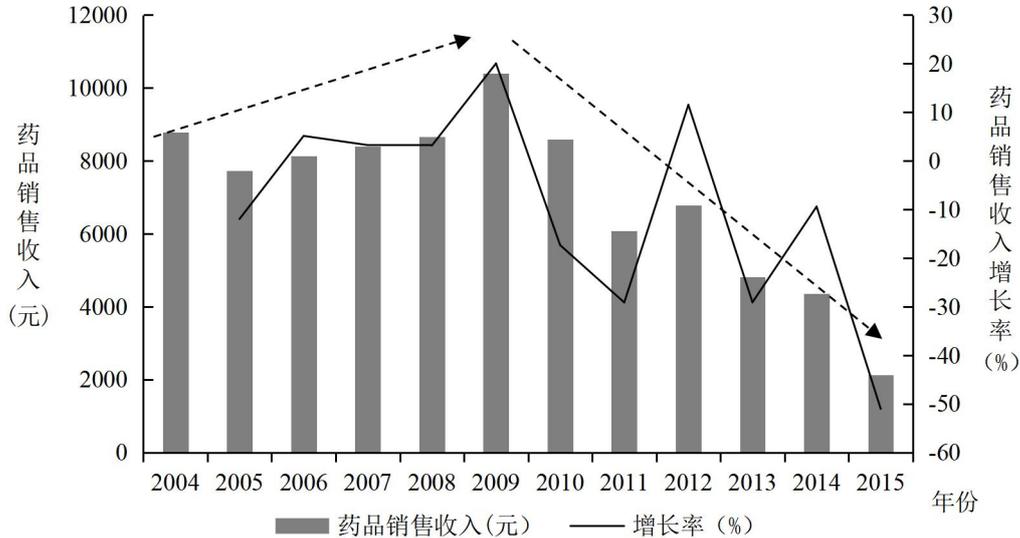


图 2 2004—2015 年三里湾村乡村医生 Z 药品销售收入变化情况

注：数据来源于 2019 年山西省平顺县三里湾村的实地调查，因 2010 年数据缺失，笔者用 2009 年和 2011 年的平均水平代替。

（二）乡村医生“防”的职能不断强化

乡村医生作为村卫生室执业人员，是农村基层医疗卫生服务的供给主体。随着全国医疗卫生服务体系的不断完善，村卫生室承担的基本公共卫生服务量呈递增态势。2009 年，国务院印发的《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011 年）》（国发〔2009〕12 号）中规定：“逐步在全国统一建立居民健康档案，并实施规范管理。”该方案提出推进五项重点改革的目标之一是“促进基本公共卫生服务逐步均等化”，并要求乡村医生承担起建立农村居民健康档案等“防”的职能。也正是从 2009 年起，调查地山西省平顺县乡村医生的“防”的职能逐步实现正规化。之后，原卫生部组织专家研究制定了更为细致的服务规范，截至笔者最后一次调查（2020 年 1 月），山西省平顺县普遍执行的是 2017 年原国家卫生计生委发布的《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（国卫基层发〔2017〕13 号）。该文件规定居民健康档案管理的服务对象“以 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等人群为重点”，并对基本公共卫生服务项目的内容、流程、要求、工作指标及服务记录表等作出了规定。该规范性文件的发布在使乡村医生“防”的职能更加正规化的同时，也使乡村医生在按照规定流程记录服务项目并填写相关表格等方面花费更多的时间和精力。

在相关政策的推动下，农村基本公共卫生服务的覆盖率逐步提高。例如，2017 年原国家卫生计生委、财政部、国家中医药管理局联合印发的《关于做好 2017 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2017〕46 号）提出“电子健康档案建档率保持在 75% 以上”“新生儿访视率、儿童健康管理率分别达到 85% 以上”“高血压患者管理人数稳步提高，规范管理率达到 60% 以上”“2

型糖尿病患者管理人数稳步提高，规范管理率达到60%以上”等要求，并明确提出“原则上将40%左右的工作任务（不含免费提供避孕药具项目和健康素养促进项目）交由村卫生室承担”。而笔者在实地调查中发现，山西省人民政府办公厅早在2015年颁布的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》（晋政办发〔2015〕82号）就提出“努力将50%左右的公共卫生任务交由村卫生室承担”。为实现基本公共卫生服务均等化，乡村医生的服务范围逐步扩展，承担的任务内容也不断增加，并且由于层层加码现象的存在，乡村医生承担的基本公共卫生服务工作量甚至超过了国家文件的要求。

除了以上常规性的基本公共卫生服务，2015年国务院办公厅出台的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》（国办发〔2015〕13号）要求乡村医生“开展契约式服务”，即开展“乡村医生和农村居民的签约服务”。这样一种契约式服务逐步发展为“家庭医生签约服务”。2016年原国家卫生计生委等七部门联合印发的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1号）提出“到2020年，力争将签约服务扩大到全人群，形成长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖”的目标。在笔者调查的平顺县西沟乡，家庭医生签约服务已经覆盖所有村民，该地家庭医生签约服务的协议要求乡卫生院及乡村医生提供9项服务，包括免费健康指导、免费转诊陪诊、免费预约医疗、免费健康管理、免费购药联系、免费老年关怀、免费挂号就诊、多项家庭出诊服务、免费基本服务。随着健康扶贫工作的深入开展，针对建档立卡贫困户，家庭医生签约服务进一步演化为“双签约服务”。双签约服务有两层含义，一是在家庭医生签约服务的基础上，再进行新的签约；二是除了与乡村医生或乡镇卫生院签约外，还要与县级医院和村干部签约。双签约服务在家庭医生签约服务协议的基础上要求乡村医生对因病致贫的贫困户进行健康管理。根据调查资料，平顺县的双签约服务开始于2017年8月，最初的要求同家庭医生签约服务的协议内容一致，即每季度对双签约家庭进行1次免费随访，但随后要求不断增加。2018年7—8月，随访频率增至每月4次；9月因乡村医生集体抗议改为每月1次，一直持续至2018年12月；后又因乡村医生抗议改回每季度1次。2020年后，根据脱贫不脱政策的要求，双签约服务仍在执行，乡村医生“防”的职能不断被强化。

综上所述，乡村医生承担的职能发生了由“治”向“防”的转换，即其承担的基本医疗服务的职能不断弱化，而承担的基本公共卫生服务的职能不断强化。因此，本文将乡村医生职能转换的社会进程特征概括为“以防为主”。

五、农村基层医疗卫生体制中的目标偏差和工具偏差

结合相关政策文件和实地调查资料，本文从“目标偏差—工具偏差”两个维度剖析农村基层医疗卫生体制存在的问题，揭示乡村医生“招不进、留不住”难题的原因。

（一）目标偏差：政策目标与社会进程之间的错位

中国现行的农村基层医疗卫生体制是以2003年后重建的乡村医生管理制度为基础，在2009年开始的中国医疗卫生制度整体改革的框架内进一步改革形成的。2003年“非典”疫情暴露了全国尤其是农村基层医疗卫生服务体系存在的诸多漏洞。当时，中国农村地区尚未建立正式的基层医疗卫生服务体系，为了弥补这一制度缺陷，国务院在2003年发布了《乡村医生从业管理条例》（国务院令 第386

号），实行“乡村医生执业注册制度”。值得注意的是，此时村卫生室并未被正式纳入医疗卫生机构，而且绝大部分未取得执业（助理）医师资格的乡村医生也不属于《中华人民共和国执业医师法》（中华人民共和国主席令第5号）的适用对象。乡村医生执业注册制度的建立，是为了迅速组建乡村医生队伍以更好地协助有关部门做好初级卫生保健服务工作，并按照规定及时报告传染病疫情和中毒事件。当时的政策目标以预防为主，正好适应后“非典”时期的社会进程，也在一定程度上满足了乡村医生被纳入正式医疗卫生服务体系的期待。在此背景下，乡村医生队伍不断扩大，乡村医生人数从2003年的79.2万人增加到2009年的99.5万人^①，增幅达25.7%。

2009年，中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中明确提出，新医改的目标是“逐步实现人人享有基本医疗卫生服务”“逐步缩小城乡居民基本公共卫生服务差距”；针对乡村医生群体，该文件指出要“促进乡村医生执业规范化，尽快实现基层医疗卫生机构都有合格的全科医生”，表明国家高度重视农村基本医疗服务和基本公共卫生服务的高水平同步供给。2011年国务院发布《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号），该文件进一步提出“首诊在基层”的政策目标。该政策虽然未对乡村医生提出具体要求，但可以反映新医改的政策目标是以提高基层医生的综合技能为核心。2015年国务院办公厅印发《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》（国办发〔2015〕14号），该文件指出村卫生室、社区卫生服务站“承担行政村、居委会范围内人群的基本公共卫生服务和普通常见病、多发病的初级诊治、康复等工作”，表明国家对乡村医生“防”和“治”的职能均给予高度重视。

从以上政策文件可以看出，为了应对突发公共卫生事件和提高全民健康水平，国家十分重视乡村医生“防”的职能，并积极推动村级基本公共卫生服务能力发展，以逐步实现城乡居民基本公共卫生服务均等化供给；同时，为了实现“基层首诊”的目标，国家也十分重视乡村医生“治”的职能，要求乡村医生能够胜任初级诊治服务等工作，并推进基层全科医生制度的建立。因此，本文将农村基层医疗卫生体制政策目标的特征概括为“防治同步”。

由上可见，“防治同步”的政策目标对乡村医生的综合技能提出了较高要求，强调乡村医生既要承担“防”的职能，还要具备“治”的技术水平；然而，“以防为主”的社会进程对乡村医生的综合技能并未提出较高要求，而是更加强调“防”的重要性。这就使政策目标与社会进程之间因错位形成了目标偏差。这种偏差既是乡村医生“招不进、留不住”难题产生的根本原因，也是农村基层医疗卫生服务供给难以持续的重要原因。

另外，需要强调的是，作为中国医疗卫生制度的重要一环，农村基层医疗卫生体制的目标偏差不仅可能对农村基层医疗卫生服务体系产生影响，也可能对全国医疗卫生服务体系产生影响。因此，从目标偏差维度分析农村基层医疗卫生体制存在的问题，不仅有助于理解乡村医生“招不进、留不住”的现实难题，也有助于理解以“分级诊疗、基层首诊”为核心的新医改难以执行下去（高和荣，2017；申曙光、张勃，2016；姚泽麟，2016；赵黎，2018，2019；黄严、张璐莹，2019）的原因。

^①数据来源：2017年《中国卫生和计划生育统计年鉴》。

（二）工具偏差：政策工具与社会进程之间的错配

在政策工具方面，现有研究几乎均从激励的视角解释农村基层医疗卫生服务供给不足问题。虽然也有文献指出乡村医生执业门槛过高（例如周令等，2011），但并未深入探究其背后的原因。笔者认为，乡村医生执业门槛与社会进程之间的错配表现为执业门槛过高，这是乡村医生“招不进、留不住”难题产生的重要原因，应予以充分关注。除执业门槛外，本文还探讨了其他政策工具（包括乡村医生的薪酬制度和晋升制度）与社会进程之间的错配，具体表现为激励机制失灵。

1. 乡村医生执业门槛与社会进程的错配。中国乡村医生的执业门槛经历了从低到高逐步提升的过程。乡村医生执业门槛的高低在一定程度上决定了农村基层医疗卫生服务的质量，也反映了国家对农村基层医疗卫生服务的关注程度及政策目标的变化。2003年实行乡村医生执业注册制度以前，提供农村基层医疗卫生服务的多为集体化时期培养起来的赤脚医生，虽然村级医疗名义上是由村集体主办，但随着集体经济的衰败，乡村医生实际上处于无人管理的状态。乡村医生执业注册制度实行后，众多尚未取得执业（助理）医师资格的乡村医疗从业者通过培训和考核获得了乡村医生执业证书，继续提供农村基层医疗卫生服务。乡村医生执业注册制度的实施，意味着国家重新建立起农村基层医疗卫生服务体系，并持续扩大和整顿乡村医生队伍，强化农村基层医疗卫生服务工作。

值得注意的是，乡村医生执业注册制度事实上是阶段性的补充政策。通过对相关政策文件的分析可以发现，2003年国务院发布的《乡村医生从业管理条例》的适用范围为“尚未取得执业医师资格或者执业助理医师资格，经注册在村医疗卫生机构从事预防、保健和一般医疗服务的乡村医生”；与此形成对比的是1998年第九届全国人民代表大会常务委员会议通过的《中华人民共和国执业医师法》，其适用范围为“依法取得执业医师资格或者执业助理医师资格，经注册在医疗、预防、保健机构中执业的专业医务人员”。可以看到，适用于尚未取得执业（助理）医师资格人员的《乡村医生从业管理条例》其实是对适用于取得执业（助理）医师资格人员的《中华人民共和国执业医师法》的补充。这样的制度设计既实现了短时间内建立农村基层医疗卫生服务体系的政策初衷，也体现了政策目标与社会进程的协调互动。在此之后，乡村医生执业门槛不断提高，根据2015年国务院办公厅发布的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》，新进的乡村医生必须具备执业（助理）医师资格，满足该标准的乡村医生已属于《中华人民共和国执业医师法》的管理范围。

乡村医生执业门槛的逐步提高符合“防治同步”政策目标的要求，但并不符合乡村医生职能转换“以防为主”的社会进程的要求。按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》的规定，笔者结合在山西省长治市平顺县的调查资料对乡村医生主要负责的基本公共卫生服务内容进行了整理（见表1）。从表1看出，乡村医生提供的基本公共卫生服务主要涵盖儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人体检、慢性病管理和出生死亡统计等方面的工作。实地调查中了解到，农村基本公共卫生服务中需要专业技术人员和专用设备的项目，几乎均已上移至乡卫生院或县医院。例如，西沟乡和东寺头乡的乡村医生曾负责新生儿的防疫接种，但该项内容现已全部上移至乡卫生院。再如，乡村医生曾负责0~3岁新生儿的体检工作，但由于村卫生室并不具备测量血红蛋白的条件，该项内容也已全部上移至乡卫生院。由此可见，乡村医生执业门槛与社会进程之间形成的工具偏差体现为乡村医生执业门槛较高，

但实际上乡村医生更多承担的是技能要求相对较低的“防”的职能。

表1 乡村医生主要负责的基本公共卫生服务内容

项目	项目内容	乡村医生主要负责内容
0~6岁儿童健康管理	新生儿家庭访视	检查健康情况,并通知前往上级医疗卫生机构
	1~8月龄儿童健康检查	通知前往上级医疗卫生机构
	12~30月龄儿童健康检查	通知前往上级医疗卫生机构
	3~6岁儿童健康检查	测量身高、体重等
	防疫接种	通知前往上级医疗卫生机构
孕产妇健康管理	6~24月龄儿童营养包	领取、发放
	第1次产前检查	通知前往上级医疗卫生机构
	第2~5次产前随访	通知前往上级医疗卫生机构
	产后7天访视	检查有无抑郁、生病等
65岁以上老年人体检	产后42天健康检查	通知前往上级医疗卫生机构
	全身检查	通知并带队前往上级医疗卫生机构体检
慢性病管理	高血压患者随访服务	测量血压、指导用药
	2型糖尿病患者随访服务	测量血糖、指导用药
	严重精神障碍患者管理	询问病情是否稳定
	肺结核患者管理	指导用药、询问病情是否稳定
出生死亡	统计工作	记录

注：根据相关政府文件与2018年和2019年山西省平顺县西沟乡调查资料整理。

综上所述,执业门槛过高是工具偏差的重要表现形式之一。在乡村医生职能由“治”转“防”的社会进程中,乡村医生的执业门槛可能高于现实需求,过高的门槛虽然提高了农村基层医疗卫生服务质量,但增加了乡村医生的招聘难度,导致乡村医生“招不进”。高执业门槛的设定是由“防治同步”的政策目标决定的,所以,执业门槛与社会进程之间形成的工具偏差实际上是由目标偏差导致的。

2.乡村医生薪酬制度、晋升制度与社会进程的错配。首先,乡村医生薪酬制度与社会进程之间的错配表现为乡村医生薪酬激励不足。在2009年中共中央、国务院首次提出药品零差率销售政策前,乡村医生的收入主要来自药品销售差价和政府补助。药品零差率销售政策实施后,药品销售差价不再是乡村医生的收入来源。药品零差率销售政策最初在公立医院实施,后扩展到乡镇卫生院和村卫生室。不过,各地的政策实施进度存在差异。2012年山西省人民政府办公厅发布的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的意见》(晋政办发〔2012〕60号)中提出:“将村卫生室纳入基本药物制度实施范围,执行基本药物制度的各项政策,实行基本药物集中采购、配备使用和零差率销售。”但笔者调查的山西省平顺县开始实施药品零差率销售政策的时间较晚。2016年,该县正式成立医疗集团负责统筹全县药品采购,并且规定村卫生室药品必须从乡镇卫生院采购,采购价格和销售价格一致。

没有了药品销售差价收入后,政府补助成为乡村医生收入的最主要来源。2015年国务院办公厅出台的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》要求:“各地要综合考虑乡村医生工作的实际

情况、服务能力和服务成本，采取购买服务的方式，保障乡村医生合理的收入水平。”实地调查发现，山西省人民政府办公厅根据国务院办公厅文件要求在2015年发布了《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》，将乡村医生的补助分为三部分：基本公共卫生服务补助、国家基本药物制度补助和村卫生室日常运行维护补助。其中，前两项补助均根据乡村医生所在村的户籍人口数进行计算，补助标准均不少于每人每年5元；而每个村卫生室日常运行维护补助是每年不低于1000元的固定补助。

根据山西省最低补助标准和国家每千人至少1个乡村医生的政策要求^①，笔者可以简单计算出1个乡村医生每年可获得5000元基本公共卫生服务补助、5000元国家基本药物制度补助和1000元日常运行维护补助，共计1.1万元，每月约917元。但实际上，从全国平均水平看，每个乡村医生的年收入低于该水平。2019年全国乡村人口共计52582万人，那么基本公共卫生服务和国家基本药物制度补助共计525820万元；2019年全国村卫生室61.6094万个，那么日常运行维护补助共计61609.4万元。由此可以粗略计算出，全国乡村医生的补助合计为587429.4万元，而2019年乡村医生和卫生员总数为84.23万人^②，经计算，平均每人可获得补助6974元，折合每月约581元。

从山西省平顺县西沟乡三里湾村的调查资料看，乡村医生Z为该村605位村民提供医疗卫生服务，按当地的补助标准（基本公共卫生服务补助和国家基本药物制度补助合计按照所在村户籍人口每人每年11.9元）测算，乡村医生Z每年可获得约7200元（605人×11.9元/人），再加上每年2400元的村卫生室日常运行维护补助，乡村医生Z每年的补助收入约为9600元，平均每月补助收入约为800元。根据2017年山西省人民政府办公厅发布的《关于调整我省最低工资标准的通知》（晋政办发〔2017〕120号），山西省一类、二类、三类和四类工作的月最低工资标准分别为1700元、1600元、1500元和1400元。由此可见，从乡村医生的从业收入看，三里湾村乡村医生Z的收入水平既未达到按山西省最低补助标准和国家每千人至少1个乡村医生测算出的每月917元的收入水平，也远低于山西省公布的第四类工作的最低工资标准。而据前文所述，乡村医生承担的基本公共卫生服务内容不断增多，工作量不断加大。这导致乡村医生的从业收入与工作付出无法匹配，使乡村医生薪酬制度与社会进程之间形成错位。

其次，乡村医生晋升制度与社会进程之间的错配表现为乡村医生晋升受阻。乡村医生晋升受阻一方面缘于乡村医生的身份和地位不明确。《中华人民共和国执业医师法》的适用范围并不包括尚未取得执业医师资格或者执业助理医师资格的乡村医生。并且，历史上村卫生室主要由村集体主办，所以，大部分乡村医生没有被纳入到统一的医师人才管理体系，无法晋升到乡镇卫生院或更高级别的医疗卫生机构工作。即使是已获得执业（助理）医师资格的乡村医生，由于晋升受阻，也有较强的转行或换岗意愿。虽然2010年原卫生部办公厅颁布的《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）规定了“乡村医生在暂不改变农民身份的前提下实行聘用制，并在村卫生室执业，

^①2015年国务院办公厅出台的《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》中提出：“原则上按照每千服务人口不少于1名的标准配备乡村医生。”

^②乡村人口、全国村卫生室、乡村医生和卫生员的数据均来源于国家统计局网站（<http://www.stats.gov.cn/>）。

乡村医生的业务收入、社会保障和村卫生室的资产纳入乡镇卫生院统一管理”，但实际上乡村医生的编制问题一直未能得到妥善解决，晋升问题就更是难上加难了。

乡村医生晋升受阻另一方面缘于村卫生室的隶属关系模糊（臧礼忠等，2009）。2009年，中共中央、国务院发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中强调：“政府重点办好县级医院，并在每个乡镇办好一所卫生院，采取多种形式支持村卫生室建设。”2014年原国家卫生计生委联合其他四部门发布的《村卫生室管理办法（试行）》（国卫基层发〔2014〕33号）仍然延续类似表述：“各地要采取公建民营、政府补助等方式，支持村卫生室房屋建设、设备购置和正常运转。”从以上文件可以看出，政府对村卫生室的支持主要体现在推动村卫生室标准化建设方面，但并未明确规定村卫生室的隶属关系。即使是在乡（镇）村一体化管理的框架下，村卫生室与乡镇卫生院之间也不必然存在明确的隶属关系。实地调查发现，乡镇卫生院如果不是村卫生室资产（如房屋）的出资人，或者乡村医生并不由乡镇卫生院聘用，那么，乡镇卫生院与村卫生室之间仅存在纵向的业务指导或药品统一管理的关系。由于村卫生室与乡镇卫生院的隶属关系模糊，村卫生室无法为乡村医生提供合理的晋升渠道。

综上所述，激励机制失灵也是工具偏差的重要表现形式之一。在乡村医生职能由“治”转“防”的社会进程中，这种工具偏差是乡村医生“留不住”的主要原因，具体表现为两个方面：一方面，虽然乡村医生承担的基本公共卫生服务的职能不断增加，但是乡村医生的薪酬激励不足；另一方面，由于乡村医生身份地位不明确、村卫生室隶属关系模糊，乡村医生晋升受阻。

六、乡村医生长效发展机制

乡村医生职能转换的社会进程是设定政策目标和选择政策工具的准则。“以防为主”的社会进程与“防治同步”的政策目标之间形成的目标偏差，是乡村医生发展困境产生的根本原因；而执业门槛和其他政策工具（薪酬制度和晋升制度）与社会进程之间形成的工具偏差，是乡村医生发展困境产生的表层原因。因此，建立乡村医生长效发展机制，一方面，在政策目标的设定上要适应乡村医生职能转换的社会进程，明确农村基层医疗卫生服务供给主体的职能分工；另一方面，在政策工具的选择上既要调整执业门槛制度使乡村医生“招得进”，也要完善激励机制（薪酬制度和晋升制度）使乡村医生“留得住”。基于此，建立乡村医生长效发展机制还需要进一步构建紧密型县域医疗卫生共同体。

（一）政策目标：职能分工

现阶段农村基层医疗卫生体制政策目标的主要特征为“防治同步”。但有两点值得注意：第一，提供农村基层医疗卫生服务的基层医疗卫生机构^①不仅包括村卫生室，还包括乡镇卫生院。第二，农村基层医疗卫生服务的职能包括“防”“治”两部分。其中，“防”指基本公共卫生服务，如防疫、慢性病管理和健康扶贫等；“治”指基本医疗服务，如普通常见病、多发病的初级诊治和康复等工作。基于对以上两点的认知，本文认为，建立乡村医生长效发展机制必须将乡村医生问题置于中国医疗卫

^①根据2015年国务院发布的《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）》，基层医疗卫生机构主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部（所）和军队基层卫生机构等。

生制度的整体格局内，调整政策目标使之适应乡村医生职能转换的社会进程，并明确农村基层医疗卫生服务供给主体的职能分工，即协调“防”“治”职能在乡（镇）一级和村一级的分工，让乡镇卫生院担负更多“治”的职能，让乡村医生担负更多“防”的职能。

（二）“招进来”：调整执业门槛

为纠正执业门槛过高的工具偏差，应根据不同村情中乡村医生职能转换的社会进程特点，实施合理的、有弹性的乡村医生执业门槛制度，而非“大一统”“一刀切”。例如，若实际村情需要乡村医生承担更多技术要求较低的“防”的职能，则可适当降低人员招聘要求，并进一步通过加强县、乡（镇）两级对乡村医生的培训考核或乡村医生在线学习平台建设，提高乡村医生的技能水平；若实际村情需要乡村医生承担更多技术要求较高的“治”的职能，则可适当提高人员招聘要求，并强化农村基层医疗卫生服务供给县乡村统筹，实现城乡公共资源配置标准统一、制度并轨的政策目标。

（三）“留得住”：完善激励机制

为纠正激励机制失灵的工具偏差，应根据不同村情中乡村医生职能转换的社会进程特点，一方面，适当提高乡村医生的补助标准，缩小乡村医生与村“两委”或乡镇卫生院工作人员的收入差距，完善基层医疗卫生机构绩效工资政策，逐步建立符合医疗卫生行业特点、有利于人才下沉和“医共体”发展的薪酬制度，形成有效的薪酬激励；另一方面，明晰乡村医生在农村基层医疗卫生服务体系中的身份和地位，使政策工具的选择适应社会进程发展，建设乡村医生职业发展的晋升渠道，缓解乡村医生“招不进、留不住”的难题，助力乡村医生长效发展机制的建立。

（四）构建紧密型县域医疗卫生共同体

为进一步纠正农村基层医疗卫生体制中的目标偏差和工具偏差，需要构建紧密型县域医疗卫生共同体。具体而言：第一，加强乡（镇）、村两级医疗卫生机构在县域医疗卫生服务体系中的统筹安排，通过契约机制和职能分工等形式，实现从纵向的线性结构向各主体交叉、互助的紧密型县域医疗卫生共同体转变；第二，加强乡村医生在基本公共卫生服务（“防”的职能）上的标准化供给和县、乡（镇）两级对乡村医生基本医疗服务（“治”的职能）的针对性帮扶，从而完善基层首诊制度，综合提高农村基层医疗卫生服务水平；第三，调整乡村医生执业门槛，完善激励机制，积极探索乡村医生“县招、乡管、村用”等实践方案，从而建立乡村医生长效发展机制（见图3）。

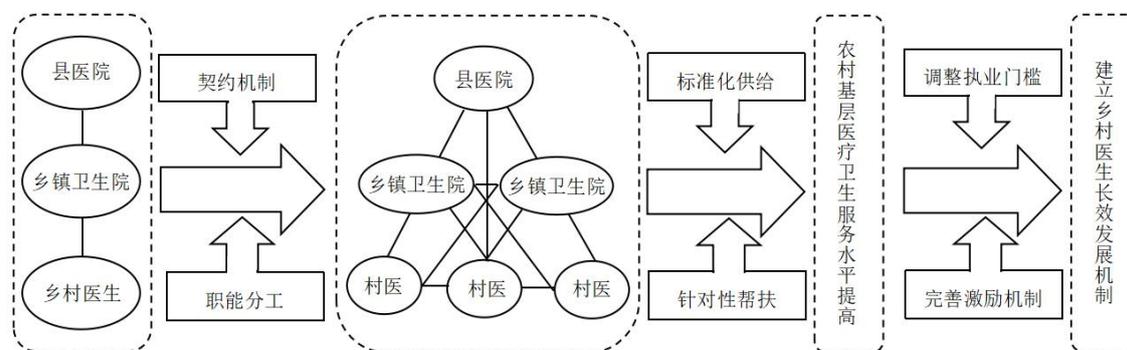


图3 乡村医生长效发展机制

七、结论与进一步讨论

结合相关政策文件和实地调查资料，本文以乡村医生发展困境为切入点，重点剖析了农村基层医疗卫生体制的政策目标和政策工具，并根据二者与社会进程之间形成的“目标偏差—工具偏差”提出分析框架。基于这一分析框架，本文分析发现，现阶段农村基层医疗卫生体制“防治同步”的政策目标与乡村医生职能转换“以防为主”的社会进程之间存在目标偏差，乡村医生执业门槛和其他政策工具（薪酬制度和晋升制度）与社会进程之间存在工具偏差，这两类偏差较全面地揭示了乡村医生“招不进、留不住”难题的具体成因。基于此，本文从明确农村基层医疗卫生服务供给主体的职能分工、实施弹性化执业门槛、完善激励机制、构建紧密型县域医疗卫生共同体四个方面探讨了建立乡村医生长效发展机制的可行路径。

中国近十几年农村基层医疗卫生体制改革一直内嵌并服务于中国医疗卫生制度的整体性改革。因此，分析农村基层医疗卫生体制既可以更加深入地理解农村基层医疗卫生服务存在的现实问题，又可以给同为基层医疗的城市社区医疗改革带来启示，还可以为全国“分级诊疗、基层首诊”的制度设计提供经验。就现阶段而言，中国农村基层医疗卫生体制改革实际上是在既定政策目标下不断探索、逐渐改进的过程。这种渐进式的改革本应与社会进程同步演进，但随着改革的深入，政策制定很可能陷入路径依赖的风险。“间断—均衡”理论认为，政府制定的政策难以时刻与社会进程保持一致，总有摩擦产生，而政策制定的路径依赖可能会不断加剧二者的摩擦，当摩擦达到一定阈值时就会推动政策变迁。本文认为，农村基层医疗卫生体制中存在目标偏差，这种偏差导致的后果需要经过一定的时间累积才会彻底显现，而乡村医生“招不进、留不住”的难题很可能是矛盾累积的预警，需要引起政府和学界的高度关注。

参考文献

- 1.曹舒、米乐平，2020：《农村应对突发公共卫生事件的多重困境与优化治理——基于典型案例的分析》，《中国农村观察》第3期。
- 2.陈晶晶、陈淑婷、厉欣怡、欧云清、江启成，2016：《安徽省乡村医生现状调查分析》，《卫生经济研究》第4期。
- 3.陈玲、赵静、薛澜，2010：《择优还是折衷？——转型期中国政策过程的一个解释框架和共识决策模型》，《管理世界》第8期。
- 4.陈叶烽、丁预立、潘意文、金菁、姚沁雪，2020：《薪酬激励和医疗服务供给：一个真实努力实验》，《经济研究》第1期。
- 5.陈钟鸣、尹文强、贾海艺、郑骥飞、朱丽丽、秦晓强、黄冬梅、孙葵，2015：《基本药物制度背景下基于扎根理论的乡村医生离职倾向形成机制研究》，《中国全科医学》第25期。
- 6.德博拉·斯通，2006：《政策悖论：政治决策中的艺术》，顾建光译，北京：中国人民大学出版社。
- 7.邓元慧、张新庆、韩跃红，2017：《我国村医队伍发展的现状与问题》，《中国卫生事业管理》第2期。
- 8.范梓腾、谭海波，2017：《地方政府大数据发展政策的文献量化研究——基于政策“目标—工具”匹配的视角》，

- 《中国行政管理》第12期。
- 9.高和荣, 2017: 《健康治理与中国分级诊疗制度》, 《公共管理学报》第2期。
- 10.顾建光, 2006: 《公共政策工具研究的意义、基础与层面》, 《公共管理学报》第4期。
- 11.贺东航、孔繁斌, 2011: 《公共政策执行的中国经验》, 《中国社会科学》第5期。
- 12.黄严、张璐莹, 2019: 《激励相容: 中国“分级诊疗”的实现路径——基于S县医共体改革的个案研究》, 《中国行政管理》第7期。
- 13.欧文·E·休斯, 2015: 《公共管理导论(第四版)》, 张成福、马子博等译, 北京: 中国人民大学出版社。
- 14.申曙光、张勃, 2016: 《分级诊疗、基层首诊与基层医疗卫生机构建设》, 《学海》第2期。
- 15.孙葵、尹文强、黄冬梅、于倩倩、赵延奎、李云伟, 2016: 《新医改形势下乡村医生收入状况及其对职业心态的影响》, 《中国卫生事业管理》第5期。
- 16.田疆、张光鹏、任苒, 2010: 《医改背景下解决乡村医生待遇与保障问题的探讨》, 《中国卫生政策研究》第12期。
- 17.王辉, 2014: 《政策工具选择与运用的逻辑研究——以四川Z乡农村公共产品供给为例》, 《公共管理学报》第3期。
- 18.王兰芳、陈万明, 2006: 《新型农村合作医疗引致的医疗需求与供给变化结果的分析》, 《中国农村经济》第5期。
- 19.武春燕、赵李洋、胡善菊、杨锦茹, 2021: 《基于疫情防控的农村突发公共卫生事件应急系统脆弱性分析》, 《卫生经济研究》第3期。
- 20.薛澜、陈玲, 2005: 《中国公共政策过程的研究: 西方学者的视角及其启示》, 《中国行政管理》第7期。
- 21.姚泽麟, 2016: 《政府职能与分级诊疗——“制度嵌入性”视角的历史总结》, 《公共管理学报》第3期。
- 22.臧礼忠、刘宝、姚经建、卢苑, 2009: 《乡村医生隶属管理的探索》, 《中国卫生事业管理》第4期。
- 23.张立强、宋太平、任静、赵东辉、汪早立, 2014: 《部分省份乡村医生养老保障现状调查》, 《中国卫生政策研究》第10期。
- 24.张胜军, 2014: 《乡村医生工作满意度的影响因素分析——对湖南省12个县、市36所乡镇卫生院和36个村卫生室的调查》, 《中国初级卫生保健》第3期。
- 25.赵黎, 2018: 《发展还是内卷? ——农村基层医疗卫生体制改革与变迁》, 《中国农村观察》第6期。
- 26.赵黎, 2019: 《新医改与中国农村医疗卫生事业的发展——十年经验、现实困境及善治推动》, 《中国农村经济》第9期。
- 27.赵志刚、高启杰, 2006: 《农户医疗需求的约束因素分析——以京郊农村为例》, 《中国农村观察》第3期。
- 28.周令、周超、任苒、李策, 2011: 《乡村医生执业资格管理和保障研究》, 《中国卫生事业管理》第1期。
- 29.周雪光、艾云, 2010: 《多重逻辑下的制度变迁: 一个分析框架》, 《中国社会科学》第4期。
- 30.朱玲, 2000: 《政府与农村基本医疗保健保障制度选择》, 《中国社会科学》第4期。
31. Baumgartner, F. R., C. Breunig, C. Green-Pedersen, B. D. Jones, P. B. Mortensen, M. Nuytemans, and S. Walgrave, 2009, “Punctuated Equilibrium in Comparative Perspective”, *American Journal of Political Science*, 53(3): 603-620.

32.Heilmann, S., 2018, *Red Swan: How Unorthodox Policy-Making Facilitated China's Rise*, Hong Kong: The Chinese University of Hong Kong Press.

33.Zhu X., and H. Zhao, 2021, “Experimentalist Governance with Interactive Central-Local Relations: Making New Pension Policies in China”, *Policy Studies Journal*, 49(1): 13-36.

(作者单位：¹中国人民大学农业与农村发展学院；

²清华大学公共管理学院)

(责任编辑：张丽娟)

“Goal Deviation” and “Tool Deviation”: A Study on the Long-term Development Mechanism of Rural Doctors

YANG Xiaoting LIAO Ruili BI Yilin

Abstract: Affected by the COVID-19 pandemic in 2020, rural medical and health safety has attracted much attention. As an important supplier of rural primary medical and health services, rural doctors play an important role in the prevention and control of the pandemic. However, the rural primary medical and health service system is facing problems in the construction of rural doctors' team, such as “no recruitment, no retention”. This article proposes a two-dimensional analytical framework of “goal deviation” and “tool deviation”, analyzes the causes of the development dilemma of rural doctors and further investigates the mechanism for establishing an effective country doctor system. The study finds that the goal deviation between the policy goal of “prevention and treatment synchronization” and the social process of “prevention in the first place” is the root cause of the development dilemma of rural doctors, whereas the tool deviation resulted from the divergence between policy tools (recruitment requirements of rural doctors, salary system and promotion system) and the social process is the surface cause of their development dilemma. Therefore, the establishment of long-term development mechanism of rural doctors should start from the following four aspects: First, making the policy goals adapt to the social process of rural doctors' function transformation, improving the “hierarchical diagnosis and treatment” system framework, and clarifying the functional division of rural primary medical and health service providers; Second, providing flexible recruitment requirements, so that rural doctors can be recruited; Third, improving the incentive mechanism, appropriately increasing their salary and subsidies, clarifying the subordinate relationship, and opening up the promotion channels for rural doctors, so that they can stay; Fourth, building a strong county medical and health community.

Keywords: Rural doctor; Recruitment Requirement; Policy Goal; Policy Tool; Social Process