

试论乡村医学

巩守平 张静 马永红 张海瑞 王胜昱
西安医学院

DOI:10.12238/jrm.v1i1.11161

[摘要] 开展乡村医学研究是推动乡村医疗卫生体系发展、提升农民健康水平、促进乡村振兴战略和健康中国战略深入实施的重要任务。研究团队在明确乡村医学研究基本概念和内涵的基础上,结合我国乡村医疗卫生体系发展现状,以乡村医学学科建设为主线,通过“建体系、搭平台、理机制、强队伍”等方式,开展乡村卫生政策、乡村医疗卫生服务质量提升、基层卫生人才培养模式创新等方面的研究及实践,为积极贯彻落实乡村振兴战略和健康中国战略、推动乡村医疗卫生体系发展提供支撑。

[关键词] 乡村医学; 健康中国; 乡村振兴

中图分类号: S731.7 文献标识码: A

Discussion on Rural Medicine

Shouping Gong Jing Zhang Yonghong Ma Hairui Zhang Shengyu Wang
Xi'an Medical University

[Abstract] Conducting research on rural health is an important task in promoting the development of the rural medical and health system, improving the health level of farmers, and advancing the implementation of the rural revitalization strategy and the Healthy China strategy. On the basis of clarifying the basic concepts and connotations of rural medical research, combined with the current development status of China's rural medical and health system, the research team focuses on the construction of rural medical disciplines and conducts research and practice on improving the quality of rural medical and health services, researching rural health policies, and innovating grassroots health talent training models through methods such as "building systems, platforms, mechanisms, and strengthening teams". This provides support for actively implementing the rural revitalization strategy and the Healthy China strategy, and promoting the development of the rural medical and health system.

[Key words] Rural medicine; Healthy China; rural revitalization

引言

党的二十大报告指出,推进健康中国建设,把保障人民健康放在优先发展的战略位置。2023年2月中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》明确指出,要把乡村医疗卫生工作摆在乡村振兴的重要位置。人民健康至上是中国式现代化道路的重要特征,是社会主义现代化强国的重要标志,是实现第二个百年奋斗目标的重要内容。健全完善乡村医疗卫生体系是全面推进乡村振兴战略、积极落实党的二十大报告中“促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局,提高基层防病治病和健康管理能力”的重要举措。

为深入贯彻党中央关于实施健康中国行动与乡村振兴战略的重大决策部署,致力于全面构建具有中国特色的优质高效乡村医疗卫生服务体系,为基层居民提供覆盖全生命周期的全方

位健康服务,本研究团队提出“乡村医学”的概念。在清晰界定乡村医学基本概念与内涵的基础上,将以乡村医学学科建设为主线,重点围绕乡村医疗卫生服务质量提升、乡村卫生政策深度研究以及基层卫生人才培养模式创新等关键问题,开展理论与实践探索工作,以期为推动乡村医学事业的持续健康发展,助力健康中国与乡村振兴宏伟目标的实现贡献力量。

1 乡村医学的概念及内涵

乡村医学(Rural Medicine)是一门专注于乡村地区居民健康、疾病特点和服务模式的医学学科^[1]。它运用多学科技术和方法,深入研究影响乡村人群健康的相关因素,并针对乡村地区特有的疾病进行诊断、治疗及预防,为农村居民提供适宜、有效、连续的医疗保健。同时优化乡村医疗卫生资源配置、管理模式和服务方式,促进乡村地区健康服务和乡村医疗卫生体系可持续发展^[2,3]。

具体来说,乡村医学涵盖以下五个方面:

1.1 乡村常见疾病诊疗及预防

以逐步实现“小病不出村、大病不出县”、“一般的病在市县解决,头疼脑热在乡镇、村里解决”为目标,制定完善呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病等常见疾病诊疗常规与技术规范,提升乡村常见疾病诊疗水平。

1.2 居民健康教育与健康促进

开展居民健康素养促进活动,丰富居民健康知识,改善居民行为生活方式,增强居民健康意识和自我保健水平,提高居民常见病防护能力。

1.3 乡村医疗模式完善及创新

以基层常见慢性病(高血压、糖尿病)为突破口,深度整合医疗服务和公共卫生服务、专科与全科,将一体化结构下“防、治、管”结合及上下衔接落到实处,在慢性病患者监测、随访、门诊、住院一系列流程上实现实时监测,促进医疗资源的双向流动,开创常见慢性病的防治新模式。

1.4 乡村卫生资源配置与优化

推动县域优质医疗卫生资源扩容和均衡布局,推动重心下移、资源下沉,健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系,为维护人民健康提供有力保障。

1.5 乡村卫生人才培养与引进

加强县域医疗卫生人才一体化配置和管理,改革完善乡村医疗卫生人才培养机制,以县为单位进行乡村医疗卫生人才培养,提升其专业素养和综合能力,进一步实现县域医共体内“人才下沉”,切实增加紧缺人才供给。

2 基于乡村医学的我国乡村医疗卫生服务发展历程和启示

乡村医疗卫生服务作为乡村医学研究的重要内容之一,以下主要就其发展历程与启示进行说明,具体为:

2.1 基于乡村医学的不同历史时期乡村医疗卫生服务发展

2.1.1 奠基岁月:农村医疗卫生的起步与探索(1949年-1978年)

新中国成立之初,农村医疗卫生条件极度落后,传染病、地方病及寄生虫病肆虐,国家确立了“面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针。在此方针下,政府重点开展了以防疫为主的公共卫生服务体系建设工作,开展预防接种和健康教育活动。1952年,在集体经济的支持下,具有互助共济性质的农村合作医疗制度应运而生,为农民提供了基本的医疗保障。到1976年,全国绝大多数的农村地区都建立了农村合作医疗体系。这种制度由集体和个人共同筹集资金,社员看病的费用由生产大队或公社统一支付或给予一定比例的报销,具有较高的福利性和公益性。

1965年,毛泽东主席的“六·二六”指示“应该把医疗卫生工作的重点放到农村去”,培养一大批“农村也养得起”的医生,由他们来为农民看病服务。随后,逐步建立了以县为单位的农村三级医疗卫生网络,包括县医院、乡镇卫生院和村卫生所,基本

实现了“一村一室”,初步形成了覆盖乡村的医疗卫生服务体系。同时,赤脚医生作为农村医疗卫生服务的中坚力量,他们既行医又参加农业劳动,为农村居民提供了基本的医疗保健服务,基层医疗人员的报酬由农民缴纳的保健费、农业公益金提取的业务收入和药品利润,并且与记工分相结合^[1]。这一时期,农村医疗卫生事业取得了显著成果,人民健康水平显著提高,传染病得到有效控制,人均预期寿命大幅提升,有效降低了因病返贫的现象。

2.1.2 春风化雨:农村医疗卫生体制的改革与创新(1978年-1992年)

改革开放以来,农村医疗卫生事业迎来了新的发展机遇。在此阶段,农村合作医疗制度失去了集体经济的支持,医疗负担逐步转移到家庭和个人身上。乡镇卫生院逐渐转变为自负盈亏的经济实体,虽然增强了自我发展动力,但也面临服务效率与公平性的考验。赤脚医生不能再靠挣工分取得收入,大多转变成了收取服务费和赚取药费的乡村医生。农村医疗卫生服务逐渐走向市场化。此外,随着家庭联产承包责任制的推行,农村人口流动增加,对公共卫生服务的覆盖面和响应速度提出了更高要求。

20世纪八十年代,我国启动“农村卫生三项建设”,即分期分批改造和建设乡镇卫生院、县防疫站、县妇幼保健站,使之达到无危房和房屋、设备、人才三配套的要求。1985年国务院批转《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》启动医改,提出“必须进行改革,放宽政策,简政放权,多方集资,开阔发展卫生事业的路子,把卫生工作搞活”,由此拉开了医疗机构转型的序幕。

这一阶段的措施增强了医疗卫生机构活力、提高了医疗供给能力,但也暴露了体制转型期的矛盾与挑战,如实施的“以工代医”、“以药养医”等政策极大提高了医疗费用,同时合作医疗的逐渐消失也加重了人民“看病贵”的问题。

2.1.3 跨越式提升:农村医疗卫生服务的全面提升(1993年-2012年)

1996年,确定“以农村为重点,预防为主,中西医并重,依靠科技与教育,动员全社会参与,为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务”的卫生工作方针,着力改善农村居民的医疗卫生服务状况^[5]。1997年,为了保障社会主义市场经济体制的运行,进一步满足日益增长的医疗卫生服务需求和解决“看病贵”的问题,引入了社会医疗保险制度体系。2003年,新型农村合作医疗制度(新农合)开始试点,标志着农村医疗卫生服务进入了一个新的发展阶段。新型合作医疗制度实施以来,不断完善,筹资水平逐步提高,保障范围不断扩大,为农民提供了更加全面、有效的医疗保障,提高了农民的健康水平。2009年,在总结抗击SARS经验的基础上,提出“坚持基本医疗卫生服务公益性”,将基本医疗服务纳入农村公共服务“一揽子”大盘里^[6]。2009年,新一轮医药卫生体制改革启动,致力于通过“四大体系、八大支撑”,建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务。随着市场经济的发展医疗机构逐渐呈现出多元化的发展趋势,包括公立医院、

私立医院、诊所等不同类型的机构相继出现,在提供医疗服务的同时也在一定程度上推动了医疗卫生服务市场的竞争和进步。这一阶段,农村医疗卫生服务体系建设、基本公共卫生服务均等化、基层医疗卫生机构综合改革等方面取得了显著成果,同时,随着医药分开、药品价格透明、新农合等政策的实施,农村居民的医疗负担也逐渐减轻。但与此同时医疗资源分配不均等问题也日益凸显,一些农村地区依然面临着医疗资源匮乏的困境。

2.1.4 高质量发展:乡村医疗卫生服务的均等化(2012年-至今)

2012年党的十八大以来,我党把人民健康放在优先发展的战略地位,大力推动我国卫生与健康事业发展,开辟了一条符合我国国情的卫生与健康发展道路。2016年,全国卫生与健康大会召开,明确了新时期的卫生与健康工作方针——“以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,将健康融入所有政策,人民共建共享”。2016年我国为深化医药卫生体制改革,促进医疗保障制度的公平性,开展了城乡居民医保整合工作。2017年,党的十九大做出了“实施健康中国战略”的重大决策部署,开启了全民健康新时代。2023年《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》在强化城乡基层医疗卫生服务网底、突出县级医院县级龙头地位、提升卫生健康人才能力、提高公共卫生服务能力、推进县域医共体建设等方面提出了新要求^[7]。2023年《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》在乡村医疗资源配置、乡村卫生人才队伍、乡村医疗卫生体系运行机制、农村地区医疗保障水平等方面对乡村医疗卫生工作提出了具体要求^[8]。《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》提出深化学习三明医改经验、完善优质高效的医疗卫生服务体系、多层次医保体系等,更加聚焦于医保、医疗、医药协同发展和治理^[9]。

近年来,随着“全民医保”的推进和“药品集中采购”的实施,农村居民的医疗保障水平得到了显著提升。中国政府加大了对农村地区医疗卫生服务的投入力度,推进了城乡医疗卫生服务的均衡发展。同时,随着“互联网+医疗健康”的推进,远程医疗、移动医疗等新型医疗服务模式逐渐在乡村地区普及开来。在卫生人员方面,政府加大了对乡村医疗卫生人才的培养和引进力度。通过实施“万名医师支援农村卫生工程”、“农村订单定向医学生免费培养项目”等措施,提高了乡村医生的整体素质。

建国以来,我国乡村医疗卫生服务的发展历程是一部从初创到成熟、从局部到全面的历史。在党的领导下,乡村医疗卫生服务不断深化改革,逐步实现了从量变到质变的飞跃。

2.2 基于乡村医学的乡村医疗卫生服务发展启示

2.2.1 始终坚持以人民为中心的理念

中国共产党的宗旨是全心全意为人民服务,党的一切工作都致力于实现好、维护好、发展好广大人民的根本利益。在党的十八大后,党将保障人民健康作为党和政府的奋斗目标。2016年的全国卫生与健康大会上,国家领导人指出,“没有全民健康,

就没有全面小康,要把以治病为中心转变为以人民健康为中心”。我国卫生工作的演变历程是一个不断探索、不断完善的过程。在不同历史阶段中,我们始终坚持以人民健康为中心的发展理念不动摇,坚持医疗产品公益性的基本原则,并根据国家发展需要和人民健康需求的变化及时调整和完善卫生工作方针及卫生政策。在新中国成立初期,着重通过爱国卫生运动和预防接种降低传染病发病率。改革开放后,为扩大医疗服务供给、增强医疗机构活力而间接引起的“看病难”、“看病贵”等问题凸显,党和政府就致力于通过基层医疗卫生服务的一系列改革降低疾病负担,增强医疗服务的可及性。近些年来,慢性病患率逐渐升高,精神与心理健康问题也日益增多,党和政府开始重视各种慢性病与精神心理的防治工作。这些均表明党的一切工作始终坚持以人民为中心的理念。

2.2.2 乡村医疗是人民健康关键所在

新中国成立初期,我国属于农业大国,农村人口占到89.36%,而且长期以来,我国农村地区的医疗资源相对匮乏,因而农村的医疗工作是我国卫生工作的重中之重。随着城镇化的发展,2023年城镇化率提高至66.16%,农村降至33.84%^[10],尽管如此,乡村基层医疗卫生工作仍是我国工作的重点,是实现健康中国战略和乡村振兴的应有之义。卫生工作方针从“面向工农兵”到“以农村为重点”再到“以基层为重点”的演变中可见我党和政府对乡村医疗工作的重视。从合作医疗到新农合再到城乡居民医保均体现了党和政府对降低乡村居民医疗负担的重视。建国以来,国家一直在推进优质医疗资源的扩容下沉,再到随后大力推进紧密型县域医共体的建设,均彰显了党和政府对乡村医疗资源配置的重视。党和政府一直贯彻执行“发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区”的政策,从赤脚医生到乡村医生再到新时代对基层卫生人才成熟的规范化的培养培训体系的建设,都有效充实着乡村卫生健康人才力量。

2.2.3 中国模式解决基层卫生难题

在中国乡村医疗卫生服务的发展历程中,逐渐形成了独具中国特色的医疗卫生体系。新中国成立初期,尽管我国经济发展水平相对较低,但在不断实践中建立起了相对完备的三级预防保健网络、赤脚医生服务体系以及农村合作医疗制度,这三项成就被世界卫生组织誉为中国卫生工作的三大瑰宝。与西方国家在工业革命后才逐步探索医疗卫生保障模式不同,中国在早期就开创了一条低水平、广覆盖的医疗卫生保障道路。2009年,中国踏上了深化医药卫生体制改革的新征程。至2012年,福建三明率先迈出了医改的步伐,其医改经验在历经数年的实践与积累后,于2019年被提升至国家战略层面。至2021年,三明医改模式更是获得了国家领导人的高度肯定与批示,要求在全国范围内进行推广。在这一过程中,医疗、医药、医保三医联动模式应运而生,成为中国卫生健康领域的一大创新与亮点。在这一联动模式的引领下,党和政府在县域医共体建设、公立医院改革、医保支付方式、医药集中带量采购以及医疗服务价格形成机制等方面,不断探索与实践,逐步形成了具有中国特色的医疗卫生发

表1 近10年我国农村三级医疗卫生服务情况

年份	村卫生室			乡镇卫生院			县医院			总计		
	机构数 (%)	诊疗人次 数亿人次 (%)	平均每个 机构诊疗 人次	机构数 (%)	诊疗人次 数亿人次 (%)	平均每个 机构诊疗 人次	机构数 (%)	诊疗人次 数亿人次 (%)	平均每个 机构诊疗 人次	机构数 (%)	诊疗人次 数亿人次 (%)	平均每个 机构诊疗 人次
2014年	645 470 (92.91)	19.9 (49.38)	3 083	36 902 (5.31)	10.3 (25.56)	27 912	12 365 (1.78)	10.1 (25.06)	81 682	694 737 (100.00)	40.3 (100.00)	325 383
2015年	640 536 (92.77)	18.9 (47.61)	2 951	36 817 (5.33)	10.3 (26.45)	28 519	13 074 (1.89)	10.3 (25.94)	78 782	690 427 (100.00)	39.7 (100.00)	303 174
2016年	638 763 (92.68)	18.5 (46.13)	2 896	36 795 (5.34)	10.3 (26.93)	29 352	13 640 (1.98)	10.8 (26.93)	79 179	689 198 (100.00)	40.1 (100.00)	293 523
2017年	632 057 (92.53)	17.9 (44.31)	2 832	36 551 (5.35)	10.3 (27.48)	30 369	14 482 (2.12)	11.4 (28.22)	78 718	683 090 (100.00)	40.4 (100.00)	278 534
2018年	622 001 (92.29)	16.7 (41.96)	2 685	36 461 (5.41)	10.3 (28.14)	30 718	15 474 (2.30)	11.9 (29.90)	76 903	673 936 (100.00)	39.8 (100.00)	256 822
2019年	616 094 (92.18)	16.0 (39.51)	2 597	36 112 (5.40)	10.3 (28.89)	32 399	16 175 (2.42)	12.8 (31.60)	79 134	668 381 (100.00)	40.5 (100.00)	250 008
2020年	608 828 (92.05)	14.3 (38.75)	2 349	35 762 (5.41)	10.3 (29.81)	30 759	16 804 (2.54)	11.6 (31.44)	69 031	661 394 (100.00)	36.9 (100.00)	219 296
2021年	599 292 (91.98)	13.4 (35.17)	2 236	34 943 (5.36)	10.3 (30.45)	33 197	17 294 (2.65)	13.1 (34.38)	75 749	651 529 (100.00)	38.1 (100.00)	219 993
2022年	587 749 (91.95)	12.8 (33.33)	2 178	33 917 (5.31)	10.3 (31.51)	35 675	17 555 (2.75)	13.5 (35.16)	76 901	639 221 (100.00)	38.4 (100.00)	218 423
2023年	581 964 (91.81)	14.0 (33.73)	2 406	33 753 (5.33)	10.3 (31.57)	38 811	18 133 (2.86)	14.4 (34.70)	79 413	633 850 (100.00)	41.5 (100.00)	228 518
总计	6172 754 (92.33)	19.9 (41.04)	2 631	358 013 (5.35)	10.3 (28.66)	31 675	154 996 (2.32)	10.1 (30.30)	77 357	6 685 763 (100.00)	395.7 (100.00)	254 913

展模式与经验。这些中国模式与中国经验, 不仅为国内医疗卫生事业的发展提供了有力支撑, 更为全球卫生领域提供了宝贵的“中国样板”^[11]。如今, 中国已开辟出新时代中国特色社会主义卫生事业的发展道路。国际卫生领域所倡导的“将健康融入所有政策”以及“社区是疾病防治的第一线”等理念, 均源自中国疾病防治工作的实践与创新, 彰显了中国在全球卫生治理中的独特贡献与智慧。

3 新时期基于乡村医学的我国乡村医疗卫生服务问题分析

随着我国经济社会的快速发展和城市化进程的不断推进, 第七次人口普查数据显示, 我国乡村人口为50979万人, 占全国总人口的36.11%^[12]。基于乡村医学的我国乡村医疗卫生服务以乡村居民健康为中心, 既要提升医疗服务质量和效率, 又要确保医疗资源的公平分配和有效利用。根据《我国卫生健康事业发展统计公报》统计, 近十年来我国农村卫生服务工作取得积极进展, 具体数据详见表1^[13]。

推进乡村医疗卫生服务建设是我国在新时期实现健康中国战略和乡村振兴战略的有效融合, 也是县域医疗卫生资源统筹

和布局优化的重要方向。然而, 新时期基于乡村医学的乡村卫生健康事业发展与居民日益增长的医疗卫生服务需求之间存在一定差距, 我国乡村医疗卫生服务在建设过程中仍面临诸多困难。

3.1 村卫生室“网底”功能脆弱

村卫生室是我国县乡村三级卫生服务体系的网底, 是农村三级卫生服务网的最基层单位, 直接面向农村居民, 承担着保障农村居民健康的重要职责。由表1发现, 我国近十年村卫生室平均数量占农村三级卫生服务网的92.33%, 村卫生室诊疗人次数占41.04%, 平均每个村卫生室年诊疗量逐年降低, 直至2023年有所提升。随着我国新型工业化、信息化和农业现代化的深入发展, 农村人口进城务工成为普遍现象, 留守老人成为农村地区常住人口, 日益增长的慢性病负担使其医疗卫生服务需求明显增加。但由于我国优质医疗资源大多集中在城镇, 农村地区整体医疗资源配置较低, 越来越多的农村居民选择前往乡镇卫生院或县级以上医院就医^[14]。自2023年我国把乡村医疗卫生工作摆在乡村振兴的重要位置, 我国村卫生室管理建设才得以稳步推进, 诊疗人次数得以增加。

村卫生室发展弱势和不均衡是我国县乡村三级卫生服务

体系存在的薄弱环节。我国2014年印发了《村卫生室管理办法(试行)》，这一举措旨在规范和提升村卫生室的管理与服务水平^[15]。然而在实践过程中发现该办法缺乏与村卫生室服务现状紧密相连的具体建设方案及标准化指导，导致村卫生室存在基础设施建设发展不平衡、诊疗行为不规范、村医队伍结构不合理等问题^[16]。同时，更为严峻的是，地方财政配套资金的不到位，成为了制约村卫生室标准化建设进程的一大瓶颈，特别是在中西部地区^[17]。资金匮乏不仅延缓了村卫生室硬件设施的升级换代，还严重影响了基本公共卫生服务项目的顺利实施，使得农村居民的健康权益难以得到充分保障。

3.2 乡镇卫生院“枢纽”功能弱化

乡镇卫生院是我国农村三级医疗卫生服务体系的枢纽，充当着我国基层群众健康守门人的重要角色。由表1发现，近年来在国家医改政策支持下，我国乡镇卫生院承担着大部分农村人口的基本医疗、预防保健、公共卫生等医疗服务，平均每个乡镇卫生院年诊疗量均在逐年增加，明显高于村卫生室。乡镇卫生院综合卫生服务能力水平的提升是国家医疗卫生体制改革的重要任务，关系到优质医疗资源的下沉，是实现全民健康覆盖的保障。

长期以来，由于历史遗留的基础设施欠账沉重、卫生专业人才严重匮乏、绩效考核机制缺乏有效激励、医保起付线设置及基本药物目录限制造成的束缚，以及重公卫轻医疗的业务方向等多重因素交织影响，乡镇卫生院的医疗卫生服务能力提升步履维艰，部分机构甚至呈现出发展萎缩的不良态势^[18,19]。与此同时，乡镇卫生院未能充分发挥其作为医疗卫生服务网络中枢的应有作用，在提供医疗服务方面并未展现出明显的地域性差异，仍保持着一种相对松散的组织关联。乡镇卫生院与县级医院之间在推进县域医疗共同体建设的进程中尚未形成紧密的利益共同体和资源统筹分配体系，与村卫生室也未形成医疗服务的延伸^[20]。这一现状导致新的不平衡与不充分问题在乡镇卫生院层面凸显出来，成为当前农村医疗卫生服务体系中亟待解决的关键问题。

3.3 县医院“龙头”作用不强

按照我国医疗卫生服务体系的设计，县级医院是农村三级医疗卫生服务网的龙头、是县域医疗卫生服务的中心、是连接城乡医疗卫生服务能力的枢纽。由表1发现，近十年来县医院机构逐年增加，平均每个县医院年诊疗量大致不变，但远超前于乡镇卫生院和村卫生室。可见乡村医疗资源仍然集中在县级医院，进一步加剧了城乡医疗卫生服务的不均衡，也侧面反映出我国分级诊疗制度尚未完全落实的现状。

后疫情时期伴随着居民快速增长的健康需求，县医院的“龙头”功能发挥不强，主要表现有：一是县医院医防融合能力亟需提升。面对突发公共卫生事件的预警及处理，机构建设、人才建设、基础设施建设等方面，均存在较大短板。二是基层居民健康服务能力有待进一步强化。由于医疗卫生机构管理者普遍缺乏以促进健康为先的治院理念，“重医疗轻健康干预”的现象严重，加上人力资源短缺、急危重症救治能力弱等问题，延长居民健康

服务链的重任难以落实。三是县级医院普遍存在心脑血管、肿瘤、儿科、精神等专科建设短板，部分疾病诊疗和临床技术不足，导致患者流失或者健康服务无法下沉。四是县级医院的功能定位还需进一步细化，对上级医院的专科联盟模式还不成熟，对基层医疗服务网的“龙头”作用还未充分体现。五是县级医院改革是公立医院改革的重要内容，以县级医院改革为突破口全面推进公立医院改革对于整个医改具有战略性的全局意义，但县级医院改革还未充分展开。

3.4 基层卫生机构协同作用体现不够

目前，分级诊疗制度的实施仍面临显著挑战，未能充分发挥其预期效能。县医院虽然具备一定的医疗卫生服务能力，但受制于资源和地理位置，难以全面覆盖所有农村地区，使得医疗服务存在盲区。而乡村卫生院和村卫生室在医疗设备、医疗技术和人才队伍建设等方面存在短板，难以有效应对农村居民日益增长的医疗需求，这就导致我国基层医疗服务能力整体不足。更为严重的是，县域内县乡村三级医疗机构功能、性质各不相同，各级机构为了自身生存和发展形成了对病源的激烈抢夺，往往将发展医疗服务和有偿公共卫生服务作为核心业务，忽视了彼此间的协同合作与资源互补。从而进一步导致县级医院因资源紧张“吃不消”一床难求、乡镇卫生院因资源闲置“吃不饱”资源浪费、村卫生室因缺乏信任而“没人吃”。其中，县医院诊疗量远超乡镇卫生院和村卫生室，县医院诊疗人次占比持续攀升，而村卫生室持续下降。这一系列问题不仅影响了分级诊疗制度的有效实施，也阻碍了基层医疗服务能力的整体提升。

此外，县医院、乡镇卫生院与村卫生室之间构建的“三医联动”机制被视为提升农村医疗卫生服务水平核心驱动力。然而，当前由于部门分割、基层医疗服务能力不足以及缺乏有效的激励机制等问题，导致“三医联动”发展存在诸多障碍。医保、医疗、医药隶属于不同的部门来管理实施，导致政策制定、执行和监督等环节存在协调不畅的问题，部门间信息共享机制不健全，信息孤岛现象严重，严重制约了医疗资源的合理配置与高效利用。

4 乡村医学研究的必要性与紧迫性

4.1 乡村医学研究的必要性

乡村地区由于地理、经济和社会因素的限制，面临着不同于城市地区的医疗卫生挑战。乡村医学研究对于提高乡村医疗卫生服务水平、促进农村居民健康、实现健康中国战略具有重要意义。

4.1.1 满足基层居民医疗卫生需求

乡村医学研究能够深刻了解乡村基层医疗服务的现状与实际需求，通过全面分析乡村医疗资源的布局、医疗服务的供给状况以及居民的健康需求态势，围绕乡村居民的医疗需求行为精准施策，结合紧密型县域医共体建设有力推动我国分级诊疗体系“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”机制的有效实施。这不仅有助于优化乡村医疗资源配置，提升医疗服务效率与质量，还能确保乡村居民在就近的基层医疗机构就能获得及

时、有效的医疗服务。乡村医学研究助力提升县乡村医疗卫生机构医疗卫生服务能力,满足乡村居民对于常见病、多发病的日常诊疗及预防需求,同时,对于危急重症患者,能够迅速实现积极转诊,确保他们得到及时救治。这些研究不仅增强了乡村医疗服务的可及性与有效性,更为乡村医疗卫生事业的持续健康发展奠定了坚实基础,进一步推动了乡村医疗卫生服务的整体提升。

4.1.2 推动乡村振兴战略

2024年中央一号文件《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》就乡村卫生健康工作明确提出加强乡镇卫生院和村卫生室服务能力建设,强调乡村医疗在乡村振兴中的关键作用。乡村医学研究分别着眼于乡村卫生资源配置与优化和乡村卫生人才培养与引进,旨在从根本上解决我国卫生人力资源配置存在城乡间分配不均衡的问题^[21]。通过深入探究,不仅优化了乡村卫生资源配置,还促进了人才向乡村流动,有效缓解了乡村医疗资源的短缺。乡村医学研究通过全面分析影响乡村人群健康的多元因素,可以揭示农村居民因病致贫、因病返贫的深层次根源。在此基础上,从疾病预防、诊疗技术提升及医疗费用控制等多方面提出了一系列针对性措施,旨在切实减轻农村居民因病产生的经济负担,有效遏制因病致贫、因病返贫的现象。

随着医疗服务的持续改进,乡村养老体系也得以优化,这不仅提升了乡村居民的生活质量,还进一步激发了地方产业的发展潜力,为乡村振兴注入了深厚的人文关怀与经济活力。同时,乡村医学的发展逐渐关注到乡村居民的生活环境对其健康的影响,通过加强农村环境卫生整治、改善饮用水质量、推进厕所革命等措施,可以减少疾病的传播和发生,提高农村居民的健康水平,也可以进一步加强乡村生态文明建设,推动乡村治理现代化发展。因此,乡村医学研究不仅直接提升了农村医疗卫生服务的整体水平,还间接促进了乡村经济、社会、文化和生态的全面协调发展,为乡村振兴战略的实施提供了坚实的支撑与推动力。

4.1.3 促进医疗卫生公平

随着我国经济社会的蓬勃发展,医疗卫生事业取得了显著进步,构建了一个较为全面的医疗卫生服务体系。然而,在医疗服务质量持续升级的同时,也面临着医疗费用持续上涨与医疗资源日益紧张的双重挑战,形成了“费用攀升”与“资源紧缺”并存的复杂局面。在此背景下,乡村医学研究显得尤为重要,它致力于推动县域优质医疗卫生资源的扩容与均衡分布,积极探索和完善乡村医疗保障体系,加速基本公共卫生服务的全面覆盖,旨在从根本上解决乡村居民普遍遭遇的“看病难”与“看病贵”难题,切实提升乡村医疗卫生服务的可及性与可负担性,为乡村居民提供更加优质、便捷、经济的医疗服务。

4.2 乡村医学研究的紧迫性

4.2.1 应对人口老龄化挑战

随着全球人口老龄化的不断加剧,我国特别是农村地区面临的人口老龄化问题也日益严峻。根据《2023年度国家老龄事

业发展公报》,截至2023年末,全国60岁及以上的老年人口达到2.96亿,占总人口的21.1%。其中,65岁及以上的老年人口为2.17亿,占总人口的15.4%^[22]。特别是中国社会科学院的报告指出,农村地区60岁及以上人口占比已经超过20%,远超全国平均水平。随着青壮年人口向城市迁移,农村的老龄化问题更为突出。

老年人口的健康需求更加多样化且复杂,如各种阿尔茨海默病、骨质疏松症等老年病及高血压、糖尿病等慢性疾病多发,且这些疾病需要长期、持续的医学关注和护理^[23]。然而,乡村地区的医疗资源配置相对匮乏,医养结合实施难,难以有效满足老年人的健康需求。而且乡村老年人口的医疗保障意识薄弱,许多人缺乏必要的健康管理和疾病预防知识;经济收入水平低甚至无经济收入,医保缴费难,医保待遇的享受不具有持续性。乡村医学通过研究,乡村老年人的健康需求和健康意识、适合乡村环境的老年病和慢性病防治策略和健康管理方法、县域医共体的建设及老年人的医保参保和待遇策略等,有助于提高老年人的生活质量。

4.2.2 解决乡村医疗资源短缺问题

医疗资源短缺及不均衡是制约乡村医学发展的主要问题之一。农村地区的经济发展水平相对较低,基础设施相对来说不完善,也难以吸引和留住优秀的医疗人才^[24]。随着医疗技术的不断进步和人口老龄化的加剧,这一矛盾愈发突出。通过乡村医学研究,探索县域医共体的实施路径,乡村医疗卫生的机构布局、基础设施及服务功能,全科医生的培养模式研究,乡村卫生人才的培养机制、培训机制、使用机制及收入待遇保障机制等,为政策制定提供科学依据。从而进一步优化医疗资源配置,推动优质医疗资源的下沉和均衡分布。

4.2.3 提升乡村医疗服务质量

乡村医疗服务质量普遍不高,服务内容单一,难以满足群众多样化的健康需求。提升乡村医疗服务质量是乡村医学研究的核心目标之一。只有提供高质量的医疗服务,才能真正保障乡村居民的健康权益。通过乡村医学研究,推动医疗服务模式的创新。例如,推广家庭医生签约式服务制度、建立社区健康服务中心等,提高医疗服务的可及性和便捷性,增强居民的获得感和信任感。通过研究全科医生的培养模式,乡村卫生人才的培养培训机制、使用机制及收入待遇保障机制等,有助于吸引更多优秀的医疗卫生人才投身乡村医学事业,提高乡村医生的综合素质,提高医疗服务质量。通过健康教育和预防工作,增强居民的健康素养和防病意识。减少疾病的发生率和传播风险,提高乡村医疗服务的质量和效率。

5 乡村医学学科体系的论述

5.1 基于现代医学模式的乡村医学学科体系论述

现代医学模式,即生物—心理—社会医学模式,强调人类健康和疾病应当从生物学、心理学、社会学三个不同领域综合考察,运用综合措施防病治病,增强人类健康^[25]。现代医学模式适合新的医学发展需求,在既往医学模式发展的基础上充分考量了现代社会的人口谱、疾病谱、死因谱和病因谱的变化,把疾病

的致病原因从单一的生物因素的考量提升到从整体观点看待, 突出了心理因素、社会因素以及环境因素对人类健康的影响。随着乡村振兴战略的深入实施, 乡村地区的经济社会环境在不断发生改变, 人们的健康状况和健康需求也日益多样化, 已不再仅仅满足于对疾病的防治, 而是积极地要求提高健康水平和生活质量, 还要求和谐的人际关系和社会心理氛围, 因此医疗卫生服务工作目标也应该由原来简单的疾病防治转向全民身心健康与和谐统一^[26]。

5.2 基于健康社会决定因素理论的乡村医学学科体系论述^[27]

健康社会决定因素(Social determinants of health), 是指在那些直接导致疾病的因素之外, 由人们居住和工作环境中的社会分层的基本结构和社会决定性条件产生的影响健康的因素, 它包括贫穷、社会排斥、居住条件、工作环境及全球化等不同方面。相关研究表明, 影响我国乡村居民健康最主要的社会因素是农村的经济水平, 相对于城市居民而言, 乡村地区普遍表现为经济条件薄弱, 农民家庭人均纯收入较低, 无过多的经济能力用于健康投资; 其次是健康教育服务的利用, 农村居民健康意识普遍不高, 对于自身健康关注不够, 没有意识到自身的健康存在问题, 主动获取并应用健康信息的能力较差, 基本上处于顺其自然的被动接受状态, 不能够做出采纳健康行为的正确选择; 第三是生存环境, 乡村分布分散, 不同地区居民生活居住条件差异大, 社会环境的卫生和整洁, 交通状况的便捷等都会影响医疗卫生服务的质量和可及性; 第四是卫生政策, 医疗卫生政策包括分级诊疗制度、医保制度及基本药物制度的实施对缓解农村地区“看病难、看病贵”等问题起到了极大的推动作用, 此外一系列公共卫生服务项目的实施, 对改善农民健康, 预防疾病起到了不可忽视的作用。

5.3 基于全生命周期理论的乡村医学学科体系论述^[28]

全生命周期作为一种现代化管理理念, 是指在管理过程中充分考虑每一项工作的周期性和过程性问题。在健康领域, 全生命周期是指对个体或群体从胚胎到死亡的全过程进行全面监测、分析评估、提供咨询和指导, 并对健康危险因素进行干预的全过程, 这一理论强调从生命早期开始预防疾病, 促进健康, 确保整个生命过程的健康服务和保障。构建乡村医学学科体系, 增进乡村人群健康福祉, 离不开全生命周期健康服务的有力支撑。在全生命周期理论的支撑下, 在乡村地区秉持大健康观, 着眼孕产期、婴幼儿期、少儿期、成年期、老年期等不同生命阶段中的健康问题, 把握不同生命阶段健康影响因素的广泛性、系统性、累积性、交互性, 提供连续性、针对性的集预防、治疗、康复、健康促进等为一体的健康干预举措, 实现更高水平的全民健康^[29]。

5.4 基于问题为导向的乡村医学学科体系论述^[30]

问题导向是一种以问题为核心, 以解决问题为目标的思想和方法。它强调在认识和解决问题的过程中, 以具体问题为出发点, 有针对性地进行思考、分析和实践^[31]。基层医疗卫生机构

作为医疗卫生服务体系的重要组成部分, 承担着为基层人民群众提供基本医疗和公共卫生服务的重任, 新时期我国基层医疗卫生服务体系存在一系列的突出问题。一是优质医疗资源短缺, 基层医疗卫生资源分布严重不均衡, 优质医疗卫生人才匮乏, 医疗设备相对落后, 缺乏先进的医疗检测设备和诊断仪器, 难以满足患者的诊疗需求; 二是服务能力有待提高, 基层医疗技术水平有限, 缺乏对常见病的诊断和治疗能力; 三是配套措施落实不到位, 缺乏对基层人员相应的激励机制, 社会保障等财政支持政策不到位; 四是在分级诊疗的社会面的宣传还不够到位, 突破不了患者向大医院集中、跨区域就诊的现状, 科学有序的就医格局尚未形成。乡村医学研究把乡村医疗卫生工作摆在乡村振兴的重要位置, 以基层医疗卫生存在问题为导向, 以体制机制改革为驱动, 加快县域优质医疗卫生资源扩容和均衡布局, 推动重心下移、资源下沉, 健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系。

5.5 基于交叉学科建设的乡村医学学科体系论述^[32]

随着科学技术的发展、新学科的产生、创新型人才的培养以及经济社会的发展等方面的影响, 打破了传统的学科界限, 促进多学科间的协同合作, 推动了知识的创新和深化。国务院办公厅印发的《关于加快医学教育创新发展的指导意见》中明确指出, 要加快高层次复合型医学人才培养, 促进医工、医理、医文学科交叉融合。乡村医学学科建设基于构建基层医疗卫生交叉学科协作平台, 立足服务生命全周期和健康全过程, 加快现有医学专业的改革升级, 推动医科与工科、理科等多学科交叉融通, 加快新医科建设, 培养具有“仁心仁术”的卓越医学人才, 服务健康中国建设。

6 结束语

综上所述, 开展乡村医学研究是推动乡村医疗卫生体系发展、提升农民健康水平、促进乡村振兴战略和健康中国战略深入实施的重要举措。并且乡村医疗卫生服务是乡村医学研究的重要内容, 基于此, 本文从乡村医学的概念与内涵出发, 阐述了基于乡村医学的我国乡村医疗卫生服务发展历程和启示, 并结合新时期分析了基于乡村医学的我国乡村医疗卫生服务问题, 提出了乡村医学研究的必要性与紧迫性, 最后为了确保乡村医学研究成果, 就乡村医学学科体系进行了论述, 旨在促进乡村振兴战略的实现以及提升乡村居民的健康水平。

[参考文献]

- [1] 陈志潜. 中国农村之医学: 我的记述[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2023.
- [2] 卞宝领. 乡村振兴背景下农村卫生健康保障研究——基于CiteSpace的知识图谱分析[J]. 改革与开放, 2023, (16): 45-54.
- [3] 郑玮, 董葱, 黄志辉, 等. 卫生健康经济视域下健康乡村建设现状及发展对策[J]. 中国公共卫生管理, 2019, 35(05): 593-598.
- [4] 张西凡, 曲江斌, 唐颖. 我国农村卫生服务体系的发展历程、现实问题及对策思考[J]. 卫生软科学, 2005, (03): 147-149.
- [5] 夏迎秋, 王靖元. 走出中国特色的基层卫生发展道路[J].

中国农村卫生事业管理,2019,39(08):534-537.

[6]林建.乡村振兴战略下我国农村医疗卫生服务供需矛盾分析[J].中国卫生经济,2020,39(12):9-12.

[7]国务院办公厅中共中央办公厅.关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见[EB/OL].https://www.gov.cn/gongbao/content/2023/content_5750620.htm.

[8]中共中央办公厅国务院办公厅.关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见[EB/OL].https://www.gov.cn/zhengce/2023-02/23/content_5742938.htm.

[9]国务院办公厅.关于印发《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》的通知[EB/OL].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202406/content_6955905.htm.

[10]中国统计年鉴编委会.中国统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2023.

[11]王春晓.“三明医改”评估:卫生治理框架的分析[J].甘肃行政学院学报,2018,(01):33-46.

[12]国务院第七次全国人口普查领导小组办公室.2020年第七次全国人口普查主要数据[Z].北京:中国统计出版社,2021.

[13]中华人民共和国国家卫生健康委员会.我国卫生健康事业发展统计公报[EB/OL].<http://www.nhc.gov.cn/>.

[14]黄滢,李文丽,邹炳文.农村医疗资源配置区域均等化与制度优化路径[J].农村经济与科技,2023,34(08):192-195.

[15]卫生计生委发展改革委教育部财政部中医药局关于印发《村卫生室管理办法(试行)》的通知[EB/OL].https://www.gov.cn/gongbao/content/2014/content_2765488.htm.

[16]胡宏根,蔡宇,王莲,等.因地制宜创新建设方式,提升村卫生室服务能力[J].中国农村卫生,2024,16(03):36-38.

[17]戴宏,张继春,周大亚.中国村卫生室医疗卫生服务能力的现状、问题及对策[J].中国卫生政策研究,2018,11(07):67-72.

[18]王思远,杭苒枫,韦莹珏,等.我国乡镇卫生院服务能力现状及影响因素研究[J].中国农村卫生事业管理,2023,43(01):47-51.

[19]徐春光,董云宁.河南省乡村医疗卫生体系建设:现状、

问题与对策[J].农村·农业·农民,2024,(16):36-38.

[20]高秋明,廖藏宜.乡村医疗卫生体系发展特征研究[J].中国特色社会主义研究,2024,(04):83-94.

[21]高祺阳,刘丽丽,周恭伟.“十三五”期间我国卫生人力资源配置现状及公平性分析[J].中国社会医学杂志,2024,41(2):238-243.

[22]民政部.2023年度国家老龄事业发展公报[EB/OL].https://www.gov.cn/tianbo/bumen/202410/content_6979487.htm.

[23]成前,李月,王伟进,等.中国老年人口健康状况及其家庭照料需求预测[J].人口学刊,2024,46(05):73-89.

[24]韩焯.我国农村医疗卫生服务体系发展现状及对策[J].长春中医药大学学报,2015,31(01):202-203.

[25]王忠,师乐,陆林.现代医学模式:困境、挑战和机会[J].中国医学伦理学,2019,32(07):837-839.

[26]黎迎,焦明丽,李心畅,等.现代医学模式下农村老年痴呆预防及健康促进研究[J].中国医院管理,2016,36(10):61-63.

[27]杜维婧.我国农村居民健康的社会决定因素研究[D].中国疾病预防控制中心,2012.

[28]李佳.生命周期理论框架下的健康投资选择[D].首都经济贸易大学,2015.

[29]杜莹莹,陈起风.全生命周期健康视角下农村青少年健康增进的困局与突破[J].山东农业工程学院学报,2021,38(5):99-104.

[30]黄晨.乡村振兴背景下贵阳市农村基层医疗卫生服务能力提升研究[D].贵州:贵州大学,2023.

[31]刘艳红.从学科交叉到交叉学科:法学教育的新文科发展之路[J].中国高教研究,2022,6(10):1004-3667.

[32]胡中英,朱小平,刘毅.“双一流”背景下医学院校交叉学科建设的路径探析[J].中国卫生事业管理,2024,41(2):191-194,236.

作者简介:

巩守平,男,医学博士,博士生导师,一级主任医师、教授,现任西安医学院党委副书记、校长。