

“全县 114 名村医，平均年龄 55.7 岁” 村里的“医”靠，还能依靠吗？

“我们县有 114 名村医，年龄最大的 79 岁，70 岁以上的村医 27 人，占比 23.68% 平均年龄 55.7 岁！”
2025 年 3 月，四川省眉山市青神县卫健局局长刘炯在和农视网的直播连线中，很无奈的说道：“若干年后，可能将面临无村医的情况。”

刘炯反馈的情况并不是个例，根据《2023 年我国卫生健康事业发展统计公报》显示，截至 2023 年末，全国持乡村医生证的人员和卫生员仅剩 62.2 万人，比上年减少 4.3 万，近 10 年减少了 38.3 万人。

乡村医生的现状到底如何？这些一直承担着乡村居民健康“守护人”的村里“医”靠，还能依靠吗？

村民们家门口的“医”靠

一场大雪遮盖着黄土高原的沟沟壑壑，马家湾村医冯玉青顶着风雪深一脚浅一脚踩在山梁上，赶着去给村民送高血压药，这是记者第一次看见冯玉青时的场景。

2020 年冬天，记者到山西省永和县阎底乡拍摄纪录片，正巧遇上冯玉青，当时很好奇别人都躲在窑洞里取暖，为什么他冒雪出来？得知他是村医，记者一路跌跌撞撞跟着他翻了两个山坡到了村民家，那一天村民老赵的血压飙到了 180，如果不是冯玉青及时把降压药送到，后果不堪设想。

同样的场景也发生在四川省自贡市贡井区桥头镇增产村，2021 年夏天的一个午后，村民李秀芳在稻田里突然昏厥。邻居狂奔至村卫生室，撞见正在给高血压患者配药的村医黄永剑。他抄起急救箱，拖着因脊柱侧弯而佝偻的身躯，一瘸一拐冲向现场。患者面色青紫，颈动脉无搏动——心脏骤停！黄永剑立即跪地进行胸外按压，汗水混着泥水浸透白大褂。按压到第 5 分钟时，患者指尖微颤；第 8 分钟，救护车赶到接力抢救。事后县医院心内科主任感慨：“没有村医那‘黄金五分钟’，这人救不回来！”

而在江西省吉安市青原区新圩镇新圩村，61 岁的刘明英老人突然晕倒在地，她的老伴一路小跑到村卫生室，独臂村医陈桂平简单询问了病情，急忙赶到她家。陈桂平经过紧急检查后发现其已经有了心肌梗症状，连忙打 120 急救电话，放下电话迅速展开心肺复苏术。经过十几分钟的抢救，刘明英醒了，只有一只胳膊的陈桂平却累得瘫软在地上。

类似的紧急救人事件，几乎在全国各地村医身上都曾经发生过。而村医之所以被众多村民称为家门口的“医”靠，不仅仅是在突发急症（如心梗、农药中毒）或自然灾害时，村医能第一时间急救，疫苗接种、妇幼保健、传染病监测、村民的慢性病管理，这些都是村医日常的工作内容。

根据卫计委公布的数据，2024 年我国高血压、糖尿病、心脏病等慢性病发病率呈上升趋势，慢性病死亡人数占比超过 80%。相对于城市，农村的健康意识更薄弱。

最让村医黄永剑头疼的，就是患慢性病的村民，缺乏自我管理意识，大部分村民常常不把自己的慢性病当回事，很难坚持吃药。他们村曾有一位 50 多岁的男性村民，患高血压多年，就是没把吃药放在心上，有一回停药半个月后就出现脑出血，最后不幸去世了。这样的事情，也曾发生在马家湾。

记者在多年的乡村调研和拍摄中，发现基本每个村医心里都有本全村居民的“健康账”，他们最知道所在村的安危冷暖，最知道村里的人需要什么照顾，是基层医疗中不可缺少的一个群体。

乡村医生的“生存危机”

乡村医生起源于上世纪 60 年代，原来有一个更接地气的名字，叫“赤脚医生”，当时基层卫生员既要干农活，又要为村民看病，南方水田多，经常要



桥头镇增产村村医黄永剑为村民看病。

“赤脚”下田，所以被农民叫做“赤脚医生”，寓意他们“半农半医”的工作状态。

曾经在顶峰时期，村医人数有近 500 万，到如今只有 60 多万，即使加上执业（助理）医师总数也才 110.8 万人，为何乡村医生会越来越少？

追根溯源，有三个很现实的原因。在近两年的跟踪拍摄中，冯玉青跟记者仔细梳理了让村医流失最大的三次变革。

一是不能开处方：2007 年 5 月 1 日，国家开始实行《处方管理办法》，要求具有注册的执业医师和执业助理医师才有资格开处方，以保护患者。而绝大多数的乡村医生都不具备这样的资格，只能靠卖药来赚钱了，就是“以药养医”。

二是不能自行买卖非基本药物：2009 年国家开始推行“国家基本药物制度”，村卫生室只能卖统一采购的基本药物，而且要求零利润，多少钱买来就多少钱卖，以解决村民买药贵的问题。但限制买卖“国家基本药物目录”以外的药，彻底阻断了乡村医生的收入来源。

三是增加了基本公共卫生服务：2010 年 4 月，国家开始推进“乡村卫生服务一体化管理”，村卫生室不仅承担居民常见病、多发病的诊疗服务，还担负健康档案管理、慢性病患者健康管理等 12 类国家基本公共卫生服务项目的重任。繁杂的公共卫生服务占据了村医的大部分时间，再没精力提升看病能力。

对于这点，北京中医药大学管理学院院长李瑞锋教授也深有感触，他到基层去调研时，也发现很多基层医疗机构其实超过一半的时间是在做基本公共卫生服务：“为什么说乡镇卫生院和村卫生室的医疗服务能力不如过去了呢？虽然基层医疗卫生机构的服务能力和水平纵向来看已经有了一定程度的提高，但是与城市公立医院的发展相比，其相对服务能力和水平明显偏弱甚至下降，因为他们大量的时间是在做公共卫生的填表、填卡工作，看病的精力与过去相比明显减少，而且看病主要是慢性病诊疗、开药，加之老百姓生病后也更愿意到大医院看病，而真正需要不断提升临床诊断的

能力是在减弱的。”

对于村医们来说，三项变革除了带来工作内容的改变，更多的是影响了收入。村医们的收入由原来靠能力和靠市场赚钱，变成了靠领各种补助。冯玉青跟记者算过一笔账，他负责整个村几百人的健康管理，每月 400 元的基本工资加上公共卫生补助，一年下来总收入大概一万元，比原来能自己看病卖药时少了两三万。

在物价不断上涨的时代，这样的收入要维持一个家庭的日常开销，包括孩子的教育、老人的赡养等，显得捉襟见肘。

很多村医陆续选择转行，但干了 42 年村医的冯玉青始终没有转：“我也想过转行，心里舍不得，也不知道除了村医自己还能做什么”。冯玉青心里很难受，因为 1978 年他高中毕业选择回村做村医时，觉得这是一个让他无比光荣的职业。

相对比职业的荣光消散，让干了二十年以上的村医们最揪心的，还是自己的养老难题。不同于乡村教师，乡村医生一直游离于体制外。村医虽然承担着医疗卫生服务体系工作，却依然属于农民范畴，一旦退出村医岗位，基本就没有了收入，这让大部分老年村医不敢退。

四川省眉山市青神县的村医面临同样的问题，县里 60~69 岁的村医 14 人，70 岁以上的村医 27 人，占比 23.68%。从管理的角度，县卫健局局长刘炯也很犯难：“目前全国尚未有统一的村医退出标准和办法。”

2024 年 6 月，65 岁的冯玉青退出了 46 年的村医岗位，他所在的永和县根据当地实际情况，采取了年满 65 岁的村医一律退岗的政策。

他跟记者算了一下退休后每个月的收入，稳定的有城乡居民基本医疗保险 199.8 元和由省市县各级财政共同承担的村医退养补助 200 元，另外村集体还安排了村医退养补助 300 元：“这个要根据村集体经济状况决定发与不发，去年村里是发了，今年还不知道怎么样呢。”

让“医”有靠，才能依靠

村医老龄化和缺人问题，正困扰着基层医疗体系的管理者们。

刘炯在和农视网的直播连线中，也

算了一笔账：青神县村医队伍中 30 岁以下的仅 7 人，占比为 6.3%。而大学生村医计划的执行与乡镇卫生院空编情况不匹配。以白果乡为例，白果乡卫生院共有编制 23 个，现有在编人员 22 名，仅有 1 个空编，而辖区内 7 个村（社区），目前尚未招录大学生村医，短期内也无空编用于大学生村医招录。若干年后，可能将面临无村医的情况。

没有编制，年轻人很难加入到村医的队伍中来。

谭秋成是中国社会科学院农村发展研究所研究员，他曾在江苏调查了十几个县医院，发现很多乡镇卫生院出钱送来委培的医生，最后都留不住。对于这些委培医生来说，在医学院院校读了五年，又到医院委培三年，很难接受八年后再到乡镇医院上班。因为医疗行业跟经验很有关系，好的医院能快速积累经验，很快就可以挣钱，但乡镇卫生院看的病都相对简单，还有些地方不看病就搞公共卫生，所以大部分委培的医生宁愿赔钱违约也要另找出路。

要破局，编制下沉，给村医一个“身份”，是各地都需要考虑的问题。

“乡聘村用”是各地为解决在岗村医归宿感和养老待遇而普遍采用的一种方式。乡村医生的农民身份无法缴纳“五险一金”和养老保险金，也没有晋升渠道，采取乡镇卫生院聘用，派驻村卫生室使用的途径，就能较好的解决这一困境。

但“乡聘村用”通常需要符合二道“门槛”，一是村医年龄规定在 45 岁以下，这与养老缴费需缴满 15 年相关，是刚性约束；二是取得执业资格为执业（助理）医师。

为帮助在岗村医提升学历，以尽快取得执业资格。2025 年，山西省面对全省 45 岁以下在岗的村卫生室工作人员，计划单独招生 1000 人交由三所省内职业学院专门培养。

而为解决村医荒和部分乡村医生退休后无事可干的问题，安徽省则出台了《到龄退出村医返聘管理办法（试行）》明确到龄退出村医返聘适当延长服务年龄，具有乡村医生资格且中医药服务在当地特别受群众欢迎的，可延长服务年龄至 75 周岁。

对于未来乡村医疗人才的培养，2025 年中央一号文件在“完善乡村人才培育和激励机制”中提出：继续实施大学生乡村医生专项计划。

而从长远构建乡村医疗体系的角度来看，全国政协委员、农业农村部副部长吴宏耀认为，要强调的是服务覆盖，不是机构覆盖。这也正是中央提倡的方向，2025 年中央一号文件提出“以人员下沉为重点推进紧密型医共体建设”和“推动远程医疗服务体系”建设。

2025 年 3 月 26 日，陕西省召开新闻发布会，全面推进紧密型县域医共体建设，县级医院派驻骨干下乡带教，提升村医诊疗能力。江西、福建、安徽、广东等省份的紧密型县域医共体建设也已经走在了前列。

村医不仅是医疗服务的提供者，更是村民健康的“守门人”，乡村社会的“稳定剂”。他们的存在让“小病不出村”成为可能，是乡村振兴中不可或缺的基石。未来，乡村医疗的发展，将会更加贴合实际，正如吴宏耀所说：这个阶段社会发展变化太快，结构变化太快，过去的一些想法和认识可能得随着我们整个的变化而变化。

（曾丽清文/图）