

张自宽

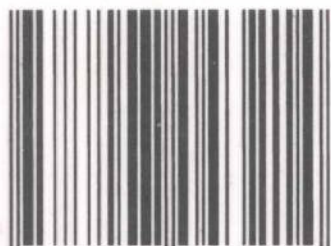
# 卫生改革 与发展探究

WEISHIHENGGAGAIGEGEYUFUFAZHANTANJIU

黑龙江人民出版社

VEISHENGGAI GEYUFAZHANTANJIU

ISBN 7-207-04321-X



9 787207 043214 >

ISBN7-207-04321-X/R · 87

定价：26.00 元



# 卫生改革 与发展探究

张自宽

黑龙江人民出版社

责任编辑:韩妙丽

封面设计:徐晓丽

## 卫生改革与发展探究

张自宽

---

黑龙江人民出版社出版发行

(哈尔滨市南岗区宣庆小区1号楼)

黑龙江人民出版社激光照排中心制版

绥化印刷厂印刷

开本 850 × 1168 毫米 1/32 · 印张 18 2/16 · 插页 2

字数:550 000

1999年5月第1版 1999年5月第1次印刷

印数 1—5 000



## 序

张自宽同志在国家卫生部成立之初,就进入卫生部医政司从事农村卫生管理和医院管理工作,时间长达40余年。这期间他作为党的卫生路线、方针和政策的执行者,经常深入基层广泛进行调查研究,倾听不同岗位人员的心声,掌握一手情况,针对当时环境中的卫生工作写出了颇令人深思的报告或建议。特别是党的十一届三中全会以来,我国进入了以改革开放、经济建设为中心的新的时期。如何调动广大医务工作者的积极性,充分利用现有卫生资源,搞好城乡医疗卫生与保健工作,成为人们倍加关注的卫生改革重要议题。这段时间,他努力从不同角度、不同层次、正反两个方面揭示卫生问题的实质,研究探讨具有中国特色社会主义的卫生发展规律,贯彻党的卫生路线方针和政策,积极为改革、推动农村卫生和医院管理的深化作了大量有益的探索。如今他已年届古稀,仍然以学会领导人身份研究和协助推进这两方面的工作。近半个世纪的经历使他对建设具有中国特色社会主义卫生事业有着深刻的体验和感情。《卫生改革与发展探究》可以说是他从事卫生事业管理几十年历程的心血结晶。

这本书是一本论文集,其特点是,既不是纯学术性的议论,又不是纯经验性的总结,而是针对实际工作中出现的问题以及如何解决这些实际问题提出了个人的见解。书中收集的88篇文章,时间跨度是从80年代初开始,包容了卫生改革初期的困难进程,大多涉及卫生改革与发展的方向、道路问题,记录了那段时间的工作

进程。它不仅能给基层工作者以有益的启迪,而且也试图为领导层决策提供历史的点滴借鉴。

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》指出:“卫生改革与发展要从国情出发,合理配置资源,注重提高质量和效率。……要适应社会主义市场经济的发展,遵循卫生事业发展的内在规律,逐步建立起宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制。”卫生改革的重要方面是农村卫生和医院管理,当然其它方面深化改革也十分重要。如:继承和发扬传统医学,加强科学研究和医学教育,当前做好大灾之后无大疫等预防保健工作。《卫生改革与发展探究》写的是农村卫生和医院管理的改革。这本书对卫生行政人员、医院管理人员和卫生政策研究人员都具有参考价值。

钱信忠

1998年12月

## 自序

自 70 年代末 80 年代初开始,我国社会主义现代化建设进入了改革开放的新时期,走上了建设有中国特色社会主义的新道路。

我是 1982 年 5 月回到卫生部医政司工作的,正值我国经济体制改革由农业转向工业和商业,卫生改革也由农村走向城市全面展开。医政司的职能是负责全国医疗卫生机构的管理与业务指导,当然要以改革为中心工作。我在司长岗位上工作了 9 年,1991 年离休,转到中国农村卫生协会和中华医院管理学会担任领导工作,仍然是以研究农村和城市卫生改革为主要任务。因此,可以说,16 年来我是在改革的大潮中搏浪前进的。

本书收集的文章,就是 16 年来我在改革大潮中搏浪前进的记录。

所谓搏浪前进,是指卫生改革过程并不都是一帆风顺的,而是要遇到不少艰难险阻,特别是在全国卫生工作会议之前,是在“摸着石头过河”的情况下进行卫生改革,不可能是稳稳当当的。

农村卫生改革遇到的风浪最大,主要表现在 50 年代开始形成的一套农村卫生制度和毛泽东同志提出的“把医疗卫生工作的重点放到农村”的方针,都被一些人当做“文化大革命”的产物予以否定。我从建国伊始就致力于农村卫生工作,深知搞好农村卫生的重要性,深知我党领导人对农村卫生的重视,更深知发展农村卫生事业之不易。无论在感情上还是理性上,对我党第一代领导人毛泽东、周恩来根据我国国情亲自制定的农村卫生工作方针政策和亲手培育起来的医疗卫生网、合作医疗制度和乡村医生制度,是视之如法宝,要坚决予以维护的。为此,当这些符合中国国情、具有中国特色的农村卫生制度遭到诋毁和否定时,我无所畏惧地大声疾呼,发出了不少呐喊之声。

医疗服务事业,在经济体制和社会制度都急剧转型情况下怎样经营,怎样管理,怎样发展,在一段时期内也曾发生过困惑,是以社会效益为主,还是



以经济效益为主,是以规划为导向,还是以市场为导向,是注重公正,还是注重效率?也是风浪迭起,争论不已。曾有一些人和单位片面理解市场经济发展规律,片面强调把医疗服务事业推向市场,实行市场化,致使许多医疗机构陷入困难或走入歧途。为此,我反复学习邓小平理论,并坚持以邓小平理论为指导,会同一些专家学者,对新时期的卫生与经济关系,医疗服务事业与市场经济,公平与效率的关系等一些重大的原则问题,进行了理论上的探究和实际工作的考察,写出了一些文章。力图寻找出社会主义市场经济体制下的医疗服务事业的发展规律,把医院改革引上正确的轨道。

1996年底,党中央、国务院召开的全国卫生工作会议和随后发布的《关于卫生改革与发展的决定》,对建国以来特别是改革开放以来卫生工作的经验作了全面的总结,对今后15年卫生工作的目标、任务、方针、政策作了全面的部署,既保持了我国卫生工作路线、方针、政策的连续性,又针对新时期经济发展和医学发展的新形势和人民群众对医疗卫生服务的新要求,提出了一些新的方针政策。我极为兴奋,认为这是我国卫生工作的“第二个春天”。为此,我写出了一系列文章为之“鼓与呼”。

近年来,在《决定》精神的指引下,农村卫生改革和医院改革都在进一步深化,但有些深层次的问题尚难得到较好的解决。这也牵涉到医疗服务事业的经营管理问题,既有宏观调控问题,又有微观运作问题。为解决这个问题,上海、北京、广东等地卫生部门都采取了一些措施。我作为中华医院管理学会和中国农村卫生协会的负责人理应分担一些工作。为此,我又会同一些专家学者搞了一些调查研究,写出了一些文章。

上述各种文章,绝大部分都在报刊上发表过。现在把它们编辑成一本书,意在为从事卫生改革和研究卫生改革的同仁提供一本比较系统的参考资料,从一个侧面体察到我国卫生改革的脉络。

古人有诗云:“直挂云帆济沧海,乘风破浪会有时。”我企盼着我国卫生改革与发展乘风破浪继续前进,争得更大的胜利。

张自宽

1998年8月

# 目 录

序.....	钱信忠(1)
自序.....	张自宽(1)
采取多种形式支援农村卫生事业建设	
——天津医学院附属医院与蓟县医院挂钩做出显著成绩 .....	(1)
天津口腔医院帮助农村医院培训口腔专业人才建设口腔 医疗网点的经验值得推广 .....	(6)
“三分之一县卫生事业整顿建设”的形势和问题	
——东北三省农村医疗卫生建设调查之一 .....	(9)
要采取多种措施解决农村卫生技术骨干大量外流问题	
——东北三省农村医疗卫生建设调查之二 .....	(15)
关于加强农村卫生队伍的管理和技术培训问题	
——东北三省农村医疗卫生建设调查之三 .....	(20)
农村合作医疗应该肯定 应该提倡 应该发展	
——东北三省农村医疗卫生建设调查之四 .....	(25)
关于适应农村形势的发展 健全农村基层卫生 组织的意见 .....	(30)
关于农村公社卫生院的改革问题 .....	(39)
“三权”下放是农村卫生院改革中的关键问题 .....	(45)
介绍嘉山县的农村医疗预防承包责任制 .....	(47)
积极稳步地推进农村基层卫生组织改革 .....	(50)
关于组织城市医疗卫生机构支援农村卫生事业	

建设若干问题的意见 .....	(56)
认真做好城市支援农村的工作 .....	(60)
大力加强医院精神文明建设 .....	(64)
对正确贯彻党的中医政策和农村卫生改革政策的意见 .....	(72)
坚持和发扬全心全意为人民服务的医疗作风 .....	(77)
把家庭病床工作由普及引向提高 .....	(81)
从一封乡卫生院长的来信谈农村卫生院的改革问题 .....	(87)
要加快医疗立法 .....	(95)
招远县坚持合作医疗方向完全正确 .....	(97)
加强理想和纪律教育 促进医院改革和精神文明建设 .....	(100)
加强农村医疗保健制度的研究 .....	(104)
中国的初级卫生保健要走我们自己的路 .....	(110)
关于在新形势下如何办好村级卫生组织的探讨 .....	(116)
努力振兴护理事业 .....	(124)
关于改革农村医疗保险制度的几点看法 .....	(135)
进一步加强农村基层卫生组织建设	
——对招远县农村基层卫生组织建设的几点建议 .....	(143)
继续加强重点县的卫生事业建设 .....	(147)
大有作为的初级卫生保健事业	
——祝贺《中国初级卫生保健》创刊 .....	(150)
加强对合作医疗的宣传 .....	(152)
对金山县亭林镇试办医疗保险的意见 .....	(154)
医疗卫生机构改革的形势与任务 .....	(156)
适应农村新形势 发展初级卫生保健事业 .....	(161)
关于即墨县卫生改革情况的调查 .....	(170)
把医德医风建设和医疗卫生改革进一步引向深入 .....	(176)
发展中的我国农村初级卫生保健事业 .....	(183)



在合作医疗问题上应该澄清思想统一认识·····	(188)
坚持实事求是就是同中央保持一致	
——在卫生部机关年终汇报会上的发言·····	(194)
我国农村卫生院发展简史·····	(196)
初级卫生保健工作概述·····	(201)
关于进一步深化文明医院建设的几点意见·····	(215)
继续深化医院改革 切实端正医德医风	
——在全国计划单列市卫生局长第四次联商会上的讲话·····	(218)
中国农村卫生服务研究·····	(225)
认真加强对医疗工作的治理整顿·····	(231)
积极推进社区康复工作·····	(237)
切实加强对初级卫生保健试点工作的领导·····	(239)
认真开展医院工作方针的再教育·····	(245)
关于我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”	
规划目标·····	(249)
医院管理体制的一项重大改革·····	(255)
加强对护理工作的领导·····	(261)
关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示·····	(264)
我国初级卫生保健的重点在农村 难点也在农村·····	(269)
扎扎实实地做好初级卫生保健试点工作	
——在全国初级卫生保健合作中心试点县	
工作会议上的总结讲话·····	(276)
牙病防治工作的形势和任务	
——在全国初级口腔卫生保健研讨会上的总结讲话·····	(283)
在医疗卫生领域如何对待市场经济问题·····	(293)
城市医院支援农村医疗卫生事业建设必须经常化、	
制度化·····	(297)

区域医疗卫生规划与县医院的任务 .....	(303)
积极推广运城等地的牙病防治工作经验 .....	(309)
关于实施医院分级管理与医院评审委员会的任务	
——在卫生部医院评审委员会第一次会议上的讲话(摘要) ...	(313)
端正医德医风的座右铭	
——纪念毛泽东同志“救死扶伤,实现革命的人道主义”	
题词发表五十周年 .....	(318)
我国农村初级卫生保健发展历程 .....	(321)
论大卫生观 .....	(330)
对合作医疗早期历史情况的回顾 .....	(339)
农村卫生工作面临的问题及对策 .....	(345)
要全面领会和贯彻小平同志南巡讲话精神	
——在全国医院分级管理研讨会上的讲话 .....	(353)
再论我国医院管理体制的一项重大改革	
——关于实施医院分级管理与医院评审问题 .....	(357)
关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究 .....	(372)
应该全面地表述新时期卫生工作方针 .....	(385)
正确认识医疗服务与市场经济的关系	
——对“医疗市场论”的辨析 .....	(387)
学习毛泽东同志的大卫生观 .....	(396)
学习毛泽东思想 发展农村卫生事业 .....	(404)
坚持卫生改革的正确指针	
——学习《邓小平文选》三卷后的思考 .....	(407)
农村合作医疗管理要法制化 .....	(416)
适应改革形势 充分发挥农村卫生协会作用 .....	(418)
应该尽快实现我国卫生工作战略重点的转移	
——纪念“把医疗卫生工作的重点放到农村”	

指示发布 30 周年·····	(423)
争取“公平”与“效率”同步发展	
——中国大陆医疗改革的态势及走向·····	(425)
永远和农民在一起·····	(434)
中国医疗服务事业的现状及展望·····	(436)
论农村医学对农村社会健全发展的作用·····	(442)
新时期农村卫生协会的任务和作用	
——中国农村卫生协会十年工作回顾·····	(454)
做农村卫生事业“三件法宝”的守护神·····	(460)
论卫生与经济的关系	
——对跨世纪卫生发展战略的探讨·····	(462)
学习和贯彻全国卫生工作会议精神 切实搞好初级卫生保健·····	(472)
改善农村卫生工作的关键在于发展和完善合作医疗·····	(476)
建设有中国特色卫生服务体系的科学指南	
——学习《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》	
体会之一·····	(481)
漫谈卫生事业同社会经济协调发展问题	
——学习《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》	
体会之二·····	(491)
医院改革需要全社会支持·····	(497)
论“以农村为重点”的战略意义及运作方式	
——学习《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》	
体会之三·····	(499)
漫谈经济体制转轨期的医院经营原则	
——学习《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》	
体会之四·····	(505)



变革中的中国医院·····	(511)
医院管理新模式:优质高效低耗	
——广东省清远市人民医院调查·····	(521)
积极探索医疗改革的新思路·····	(530)
办好农村卫协  促进农村卫生工作全面发展·····	(537)
深化医院改革的底蕴与曙光	
——山东省泰安市中心医院的调查·····	(545)
对清远、泰安两医院改革经验的思考·····	(553)
新闻媒体报道医疗纠纷要慎重公正实事求是·····	(562)
以《决定》为指导深化农村卫生改革	
——学习党的十五届三中全会《决定》的体会·····	(565)

# 采取多种形式 支援农村卫生事业建设\*

——天津医学院附属医院与蓟县医院

挂钩做出显著成绩

1982年6月10日

支援农村卫生事业建设,是城市医院义不容辞的重要任务。几年来,特别是党的十一届三中全会以来,天津医学院附属医院坚持与蓟县医院挂钩,采取选派高级医护人员到县医院兼职、对县医院的技术骨干进行传帮带、举办各种专业培训班,把县医院的技术骨干请进城市医院进修提高以及短期参观学习等方式,帮助县医院提高技术水平和管理水平,取得了明显的效果。

## 今昔对比

在挂钩之前,蓟县医院设有120张病床,基本上分为内、外两大科,业务科室很不健全,技术力量薄弱,全院没有一名主治医师,技术水平和管理水平都比较低,一般只能解决内、外科常见病、多发病,遇有疑难重症,只有转院。转院的病人,几乎每天都有,不仅加重了农民群众的负担,增加了城市医院的压力,而且常常延误治疗和抢救的时机,造成死亡。

挂钩以后,在城市医院的帮助下,蓟县医院狠抓技术培训,技术骨干队伍成长较快,业务科室逐步健全,现已成为设有250张病床、科室比较齐全的综合医院。他们已经建设起一支拥有22名主治医师的技术骨干队伍,新建

---

\* 这是一篇调查报告,原载《医院管理》1982年。

了脑系内外科、骨科、儿科、传染科、皮肤科、病理科、细菌室、护理部等科室，业务科室由几年前的 10 个增加到 18 个，各主要业务科室都有 3~5 名技术骨干，初步实现了技术配套。目前，内科建立了心血管及血液专业组，能解决内科疑难病的诊断，并能用除颤和起搏器等手段抢救危重病人。外科除普外各种手术外能独立进行食道下段、肺叶切除、前列腺摘除等手术。脑系科能处理重型颅脑外伤及简单的脑瘤、脊髓瘤等手术。妇产科能开展阴道子宫全摘、皮瓣法阴道成形术和腹膜外剖腹产。放射科能做各种投照技术，并能独立完成肾盂、胆囊、椎管、脑室、气脑、脑血管等十多种特殊造影。现在，各种疑难危重病人基本都能在本县解决，不需要转院了，因而大大减轻了城市医院的压力，减轻了农民的负担。

随着技术水平和水平的提高，1981 年与 1978 年相比较，医院的门诊量增加 2 万多人次，入院病人由 4427 例增至 6805 例，增加了 53.7%；病床使用率由 74.7% 提高到 91.2%；病床工作日由 272 天增加到 333 天；治愈率由 63.2% 提高到 72.5%；病死率由 2.5% 降低到 2.0%。

## 两种做法两种效果

天津医学院附属医院与蓟县医院挂钩是从 1973 年开始的。在 1978 年以前，由于“左”的干扰，采取的是“人海战术”、“改造政策”、“越向下越革命”的指导思想，虽然投入了大量人力物力，也为群众做了一些好事，但由于没有把重点放在县医院的建设上，以致收效不大。当时最实质的问题是把知识分子当作改造的对象，片面强调下到农村最基层，接受贫下中农再教育，和赤脚医生搞“三同”，搞“两管五改”，使很多老专家、老医生不能发挥专长，既浪费人才浪费时间，又劳民伤财。下乡几年，县医院的面貌没有明显改变，技术骨干得不到培养，技术力量不能配套，疑难危重病人照样外转，支援和被支援的城乡双方“两不满意”。

1979 年以来，根据党的十一届三中全会的精神和对“三分之一县卫生事业整顿建设”的要求，排除了“左”的干扰，改变了过去不切实际的做法，坚持实事求是，一切从实际出发，选派主任医师、主治医师、护士长等高级技术骨

干轮流到县医院兼职,把支援的重点放在县医院的根本建设上,把工作的重点放在培养技术骨干上,采取多种方式,帮助县医院培养人才,训练骨干,健全科室,建立制度,整顿秩序,提高技术水平和管理水平,除了通过查房、会诊、抢救以及举办各种专业培训班进行培训外,由县医院选配德才兼备的技术人才和城市医院下去兼职的人员结成“对子”,以带徒弟的方式实行“四定”(定学员、定老师、定任务、定时间)、“三包”(包教、包学、包会),教技术,带思想,传作风。这样做的结果,目的明确,责任落实,效果很好。通过这种办法,先后为县医院培训各种技术骨干 73 名,从而带动了县医院技术水平和管理水平的全面提高,并通过县医院带动了全县三级医疗网的普遍提高。

### 所谓“输出”和“输入”

有人认为,城市医院支援农村卫生事业建设,对下乡支援的城市医务人员来说,只能对外“输出”,而不会有什么“输入”。天津医学院附属医院的领导和专家们认为,这种看法是片面的,也是不符合实际情况的。他们从多年的实践中越来越深刻地体会到:城乡挂钩,派技术骨干到县医院,既是对农村医院的有力支援,同时对城市医院和城市医务人员本身也大有好处,用该院马骏院长的话来说,叫做“互相支援,教学相长,一举几得”。

一是通过广泛接触农民,有利于增强工农感情,树立全心全意为大多数人服务的思想。正如眼科宋国祥主任所说:“农民需要我们,我们也需要农民。”只要脑子里经常装着农民,就会关心农民的疾苦,处处为农民着想。这样的思想感情,对医务人员是不可缺少的。

二是通过带培县医院的技术骨干,进行各种专业培训,可以教学相长,有利于城市医务人员本身业务技术上的发展和提高。凡是下去兼职和讲课的同志,都能认真备课,刻苦钻研,注重实践,有的同志还从农村医生那里学到一些技术和经验,在进行技术指导、专业培训过程中,既为县医院培养了人才,又提高了自己。

三是通过广泛接触农村的病种,不但可以更直接地体会和摸索许多常见病、多发病的规律,而且可以更多地接触疑难重症,有利于开展医学科学研

究,下去支援农村卫生建设的医务人员,一般都把科研任务带下去,如对气管炎、肺心病的普查都是在下面搞的,有些科研论文也都是在县里写的。附属医院脑系科帮助蓟县医院建立脑系科后,1980年就总结了脑外伤100例,脑瘤几十例,这在城市医院也是难以做到的。

四是通过培训县医院的技术骨干,把县医院的建设搞上去,不但可以大大减轻城市医院的压力,有利于解决城市的医疗紧张问题,而且也为医学院校的教学实习开辟了新的基地。

五是通过城乡挂钩,帮助县医院建立健全规章制度,改进管理,也有利于改进和提高城市医院的管理水平,有利于勤俭办院。

## 把支援农村卫生建设当作长期的战略任务

天津医学院附属医院之所以能够坚持不懈地大力支援蓟县的卫生事业建设,关键在于该院党委对支援农村问题有一个正确的认识,始终把它当作必须坚持的正确方向,当作卫生工作的大局,当作城市医院责无旁贷的光荣任务。这个任务,是我国的国情所决定的,是“四化”建设的需要所决定的,是社会主义制度所决定的。在社会主义制度下,只要还存在着城乡差别,城市支援农村的任务就永远不会完结。正是基于这种认识,该院党委始终把城乡挂钩、支援农村列入重要议事日程,经常教育医务人员树立长期支援农村的思想,以支农为己任,以支农为光荣,舍得选派高级技术骨干下去,支援蓟县的卫生建设,即使在受到挫折的时候,也从未间断过。

粉碎“四人帮”以后,有的同志曾对城市支援农村的问题产生过怀疑,认为城市医务人员下乡是“左”的路线的产物,今后城市医院没有必要下乡了。针对这种情况,医院党委组织大家学习了党的有关方针政策,特别是党的十一届三中全会以后,通过认真学习三中全会以来的路线、方针和政策,总结了过去的经验教训,划清了坚持支援农村这个正确方向与具体执行中所发生的缺点错误的界限,把党的方针政策同“四人帮”的“左”的路线加以区别,把该不该坚持支援农村这个方向问题同具体工作中的缺点错误加以区别。这样做的结果,澄清了是非,消除了“左”的影响,纠正了不切实际的做法,坚持实

事求是,讲求实效,工作更加扎扎实实,使城乡挂钩、支援农村卫生事业建设的工作走上了健康发展的道路。

# 天津口腔医院帮助 农村医院培训口腔专业人才 建设口腔医疗网点的经验值得推广\*

1982年6月12日

农村的牙病很多,对农民的健康影响很大,并严重影响生产。广大农村俗有“牙痛不算病,痛起要人命”之说,流传甚广。人们迫切地要求防治各种牙病,农村实行生产责任制以后,随着生活水平的提高,这种要求更加迫切。而牙病防治工作在广大农村基本上仍属空白,一无牙科医生,二无镶牙技师(士),三无口腔科网点,即使像天津这样的大城市的郊县也并不例外。据几年前调查,武清县有63万人口,全县只有口腔专业人员2人。宁河县28万多人口,只有口腔专业人员6人,在天津市所属5个县来说,算是口腔科技术人员最多的一个县。由于缺少口腔防治网点,农民治牙、镶牙非常困难。这种情况,给了游医和不合格的镶牙医生可乘之机,他们到处兜揽生意,乱拔乱治,赚钱很多,坑人不少。

天津口腔医院是一所技术力量比较雄厚、技术水平较高的口腔专科医院。这个医院虽然设在大城市,但多年来却一直放眼农村,胸怀农民,把农民看病难的问题时刻挂在心上,把农村口腔科防治网点的建设当作自己应尽的义务,立志要填补农村口腔医学的空白,为开展农村口腔疾病的防治工作贡献自己的一份力量。该院年近七旬的老院长、著名口腔科专家吴廷春认为,能不能坚持这样做,“是对农民的感情问题”,是口腔医学能不能为大多数人谋利益的问题。

---

\* 这是一篇调查报告,原载《医院管理》1982年。



怎样才能填补农村口腔专业空白,建立起农村口腔疾病的防治网点呢?天津口腔医院经过调查研究认为,既不能靠国家调配口腔系毕业生的办法,也不能靠组织巡回医疗队的办法,前者是不现实的,后者是不长久的,最现实、最靠得住的办法是为当地培养口腔专业人才,走技术培训的道路。

为此目的,该院采取了组织口腔专业教学小分队的办法,下到蓟县、宁河、武清、宝坻、静海等县的县医院和中心公社卫生院,为农村医院培训口腔专业人才。从1973年开始,每年派出1批,每批去1个县,为期1年。小分队既有口内、口外、口矫等专业的技术骨干,又有年轻的医师、技师(士)和护士、药剂人员。到1980年,先后共派出7批,参加小分队的医务人员达107人,占全院医务人员总数的47%。小分队的任务,一是培训,也就是从农村现有的医务人员中选拔年龄较轻、基础较好、事业心较强的中等卫校毕业生,集中培训一年,既学习基础理论,更注重临床实践,使之能够熟练地掌握牙科常见病的诊断和治疗,达到口腔专业的中专水平;二是建点,帮助郊县医院、分院建立口腔科,并协助开展工作,建立威信;三是巩固提高,第一年培训、建点,第二三年派技术指导组到各点巡回指导,并安排县医院的口腔科医生到市口腔医院进修提高,通过1~2年的进修,使之成为县医院口腔科的技术骨干;四是结合培训、建点,开展口腔疾病的防治工作。几年来,小分队为10多万社员治了病,为7千多社员镶了牙,做各种手术834例,受到了农村医院和广大农民的热烈欢迎。

通过以上措施,他们已经为5个县培训了93名口腔专业人才,建立了62个口腔网点。各郊县医院和分院普遍建立了口腔科,有的重点公社卫生院也有了口腔专业人才。一般每20里内就有个口腔科的点,牙科常见病的诊断、治疗和镶牙都能就地解决。县医院的口腔科除牙科常见病外,还能解决一些比较疑难的问题。如蓟县医院口腔科开展了颌面部肿瘤、三大腺体摘除等10多种比较复杂的手术,过去需要转院的病人,现在基本上都能在县医院得到解决,不需要再转院了。

现在,天津口腔医院多年来为之奋斗的宿愿已初步实现,郊县农民看牙、镶牙难的问题已基本得到解决,但该院并不以此为满足。下一步的问题是在普及的基础上提高,特别是要重点加强县医院口腔科的建设,一方面准备继

续派技术骨干到县医院顶岗,一方面把县医院的技术骨干请上来进修,不断提高他们的专业技术水平,使县医院的口腔科真正成为全县口腔疾病防治的技术指导中心。这样做肯定还会遇到很多困难,该院的领导和医务人员一致表示,困难再大也要坚决搞下去。

# “三分之一县卫生事业整顿建设” 的形势和问题\*

——东北三省农村医疗卫生建设调查之一

1982年8月1日

六七月间,我和杜浩林同志到东北三省对农村医疗卫生工作做了一些调查研究,先后跑了10个县,看了一些县级医疗卫生机构,25个公社卫生院(包括10个中心公社卫生院)和25个大队卫生所,开了若干次座谈会,同一些县、社、队干部和医务人员座谈研究了一些问题,并参加了在绥化召开的黑龙江省农村社队卫生组织整顿建设经验交流会。由于调查的内容较多,拟分作几个专题来写。这是调查报告之一。



自从1979年卫生部提出“整顿建设三分之一县卫生事业”的任务以来,东北三省对这项工作都很重视,卫生厅局的主要领导同志亲自深入下去,调查研究,督促检查,总结经验。各试点县也都坚持从整顿入手,调整和充实了领导班子,抓紧了技术队伍的培训,加强了以县级医疗卫生机构为重点的县、社、队三级医疗卫生网的建设,改进了技术管理、行政管理和经济管理,整顿了工作秩序,改善了工作条件,开展了以“五讲四美三热爱”和医德教育为主要内容的社会主义劳动竞赛,推动了精神文明和物质文明的建设,好人好事大量涌现,服务态度、业务水平、医疗质量和工作效率都有了较为明显的提高,院容院貌也有了很大改变。

---

\* 这是一篇调查报告,曾摘要发表于《农村卫生事业管理研究》1982年第2期。

从三省的几个试点县来看,工作都很扎实,成绩都很显著,而且各具特点,各有所长。辽宁省黑山县医院三中全会前是一个有名的老大难单位,五个领导“三驾马车”、“四套人马”,院长和书记经常打架,甲骂乙是“走资派”,乙骂甲是“四人帮”,歪风邪气甚嚣尘上,医院工作一塌糊涂,被人们称之为“不可收拾的烂摊子”。三中全会以后,重新组建了领导班子,狠抓了班子建设和思想政治工作。端正了党风,伸张了正气,全院同志紧密团结在党总支的周围,精神振奋,人心向上,“五讲四美”成风,学先进做好事成风,钻研业务成风,医院的面貌彻底改观,服务质量不断提高。连续三年被县评为标兵单位,连续二年被市评为先进集体,去年被省人民政府命名为卫生系统先进单位,医院党总支被县委授予“先进党总支”的光荣称号。今年在全民文明礼貌月活动中,又被锦州市人民政府命名为红旗单位。最近,省卫生厅在该县召开了县医院整顿建设现场会,受到了与会同志的一致好评。

吉林省德惠县对县级医疗卫生机构的整顿建设下的力量较大,县医院、中医院、防疫站、妇幼保健所、药检所、结核病防治所、卫生进修学校等7所县级医疗卫生单位都已初具规模,初步形成了全县各项医疗卫生工作的技术指导中心。德惠县医院是从抓经济管理入手搞上去的,1979年确定为“三分之一试点县”后,把医院工作的重点转到业务技术建设上来,以提高医疗质量为中心,加强了思想建设,业务技术建设和规章制度建设,使医疗质量、技术水平和管理水平都有了新的较大提高。在重点加强县级医疗卫生机构建设的同时,还充实加强了4个中心公社卫生院。对大队一级的卫生机构,加强了领导和管理,乡村医生(赤脚医生)队伍稳定,合作医疗也得到了巩固,全县308个大队中有294个大队坚持了各种不同形式的合作医疗。

黑龙江省绥化县的特点是:社、队两级卫生组织的整顿建设搞得比较好,尤以中心公社卫生院的建设较为突出。两年前,全县6个中心公社卫生院只有双河卫生院比较像样,现在其他5个中心卫生院都赶上或者超过了双河。不仅做到了“房舍砖瓦化,取暖暖气化,庭院花园化,设备规格化”,而且都能开展一般腹部手术,能处理比较疑难的病症。有的中心公社卫生院在综合发展、全面提高的基础上,还注意了发挥优势,发展专科特长。例如在利民中心卫生院建立了骨科,并在省精神病院的帮助下建立了精神病房,解决了全县

精神病患者的住院治疗问题；在秦家公社卫生院建立了结核病防治所。因而大大提高了病床使用率，既增加了业务收入，又满足了社会上的需要。

## 二

总之，东北三省“三分之一县卫生事业整顿建设”的形势是好的，做法是对的，效果是显著的。但各地的发展很不平衡，存在的困难和问题还比较多。主要有三个方面的问题：一是现在规划的建设三分之一县的任务与实际所能投入的人力、物力、财力很不适应，上边的要求与底下的实际情况差距较大。二是对贯彻执行“调整、改革、整顿、提高”的方针，尚不够坚决有力，自觉性还不够高。三是领导班子的建设和思想政治工作亟待加强。

关于三分之一县卫生事业建设的任务问题。黑龙江省确定的三分之一重点县有 21 个县，吉林和辽宁各 17 个县，三省共 55 个县。其中由省卫生厅直接抓的有绥化、德惠、金县和黑山。凡是列为三分之一重点县的，从县医院、中医院、防疫站、妇幼保健站、药检所、卫生学校等县级医疗卫生机构到中心公社卫生院（每县 4~6 个），都要求人员、设备、房屋基本建设“三配套”。要建设的项目较多，任务较重，要求也比较高。而各省所能拨给的建设投资却极其有限。以黑龙江省为例，在 1985 年前每年用于三分之一重点县建设的照顾性投资只有 155 万元，其中绥化县 20 万元，尚志县 15 万元，北安县 9 万元，其他各县有 7 个县各给 8 万元，有 11 个县各给 5 万元，5 年不变，虽说可以发挥几个积极性，争取县级财政多给些支持，有些县、社医疗卫生机构通过增收节支、挖掘潜力，也可以自筹一些资金，但数量毕竟有限，按照“三配套”的要求，在 1985 年之前无论如何是办不到的。

关于贯彻执行“调整、改革、整顿、提高”的方针问题。虽然已经做了大量工作，取得了很大成绩，但这方面的任务还相当艰巨，就调整来说，既要调整医疗卫生机构的设置，合理布局，又要调整领导班子和卫生队伍的人员结构、技术结构和各类人员的比例关系，还要在财力、物力的使用上进行必要的调整。在这些方面，都还存在着不少阻力。一般农村卫生院都习惯于搞“小而全”，但绝大多数都是技术水平很差，医疗质量不高，工作量很小，床位利用率极低，锦州地区的床位利用率只有 30%。有的地方重迭的机构和积压的设

备迟迟调整不动,特别是人员的调整,困难就更大。

关于领导班子的建设和思想政治工作问题。在我们所到之处,凡是工作搞得好的单位,都有一两个有理想、有事业心、有才干、作风正派、不谋私利的领导骨干在起作用。辽宁省黑山县医院之所以能由一个“不可收拾的烂摊子”,一跃变为省、市、县的先进单位,就是因为有那么两个立志改革、治院有方、团结战斗的好带头人。黑龙江省明水县并非“三分之一”重点县,各方面的条件很差,但是这个县医院比某些重点县医院办得还要好。三中全会前,该院也是一个老大难单位,被群众叫做“破大家”、“屎家围子”。三中全会以后,该院之所以能够迅速摘掉这两顶极不光彩的帽子,连续3年被评为省、地、县卫生系统的先进单位,也是因为有一个事业心强、会做思想工作、能够带领群众艰苦奋斗的好班子。吉林省德惠县朱城子中心公社卫生院,多年来精神状态萎靡不振,院容院貌脏乱不堪,业务工作每况愈下,全院只设4张病床,七年多未开展一例手术。自从去年选派一名得力干部到该院当院长兼支部书记以后,不到一年,过去的落后面貌迅速改观。这位院长叫赵喜盛,是1961年的医专毕业生,在事业上有抱负,工作上有办法,兢兢业业,干劲十足。他一到医院就团结和带领群众甩开膀子大干,治脏治乱治差,既抓精神文明建设,又抓物质文明建设,扩大了病房,开展了上腹部手术,美化了环境,改善了职工生活,还建立了小图书室,把职工的精力引导到积极工作和发奋学习上。今年四至六月,全院的出勤率达到108%,因病缺勤的同志也都能主动用星期天来补上。现在,这个院的面貌正在进一步改变,医疗质量也在不断提高。

这些事例,给我们一个重要启发,加强农村卫生事业的整顿建设,就是要善于发现和培养那些真正有理想、有抱负、有才干的先进人物,把他们提到领导岗位上来,让他们大显身手。这一条比什么都要重要得多,这方面的工作,各地虽然都做了一些或者正在去做,但总的来说下的力量还不小,抓得不够有力,在列为三分之一的重点县中,仍有相当一部分县、社两级医疗卫生机构的领导人事业心不强,精神状态不振,既缺乏理想、志气和干劲,又缺少才干,工作就很难搞得上去,反而赶不上非重点县。像这样的单位,纵然给予建设投资,也不可能把事业搞好,不可能更好地发挥效益。所以我认为,今后安排

卫生建设投资,要首先考虑领导班子的精神状态如何,像黑山、明水县医院和朱城子中心卫生院这样的单位;如果在经济上给些投资,他们肯定会把一分钱掰成两半花,肯定能发挥更大的效益。

### 三

我们在东北三省调查时,有的地、县卫生局长提出“三分之一县卫生事业整顿建设”的提法,有点不太确切,不太准确,不太实事求是。这虽然是少数人的意见,我个人认为是有一定道理的。可否把它改为,继续贯彻执行“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的方针,加强对农村卫生事业的调整、改革、整顿、提高,分期分批地有计划地进行以县级医疗卫生机构和中心卫生院为重点的农村三级医疗卫生网的建设。理由如下:

首先,近二年来,对于坚持“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的方针,提得很少,有的甚至不提了,代之以“整顿建设三分之一县卫生事业”的口号。虽然三分之一县卫生事业的整顿建设,目的是有重点有步骤地加强农村卫生事业,以便分期分批地把我国农村卫生工作搞上去,但它毕竟是个工作方法问题。而“把医疗卫生工作的重点放到农村去”这个口号,则是一个方向问题,是卫生部门的一个全局性的长期的战略方针。抓“三分之一”是对的,也应该继续坚持这样的工作方法,但不能以此取代“把医疗卫生工作的重点放到农村去”这个全局性的口号。

其次,从贯彻执行“调整、改革、整顿、提高”的方针来说,也是一个全局性的问题,各行各业都要全面执行。当然,从领导机关的工作部署和工作方法来说,也要抓试点,也要分期分批,但不论是三分之一县或三分之二县的卫生事业,都是要全面进行调整、改革、整顿、提高。像领导班子的调整、整顿,精神文明的建设,队伍的培训提高,规章制度的建立,管理工作的改进,体制的调整和改革,都要普遍进行的。实际上各地也是这样做的。有些非三分之一重点县,比某些三分之一县搞得还要好(如明水)。所以只提“三分之一县的整顿”是不确切的,甚至可能会产生误解,可能会产生某种程度的消极等待情绪。虽然广州会议上部领导的讲话也强调了“要正确看待三分之一与三分之二的关系”,这与“全面整顿”或“分批地进行全面整顿”的提法是有很大不同



的。

第三,从加强农村卫生事业的建设这个角度来说,必须是有计划有步骤有重点地进行,分期分批,有点有面,点面结合,互相促进。特别是在财力、物力的分配上,应该优先照顾农村,而且必须集中使用,坚持做到“人员、设备、基本建设三配套”,以利发挥作用。这也就是三分之一县卫生事业建设的基本精神。但在具体执行中,一定要从各地的实际出发,实事求是,量力而行,能抓多少就抓多少,不要搞“一刀切”。根据各地的不同情况,可以先抓三分之一、四分之一,也可以先抓五分之一、六分之一。总之,既要高度重视,积极抓紧,又要扎扎实实,讲求实效,一个一个、一批一批地真正落实,力求把这项工作搞得更好,取得更大的效果。

以上只是个人的看法,仅供领导同志参考。如有错误,请批评指正。

# 要采取多种措施解决农村卫生 技术骨干大量外流问题\*

——东北三省农村医疗卫生建设调查之二

1982年8月3日

最近,我们在东北三省调查农村医疗卫生建设时发现,许多公社医务人员不安心在农村工作,技术骨干外流的现象十分严重。黑龙江省绥棱县原有大专毕业的医务人员 120 余人,近二三年来外流 80 余人,占 66.6%。克山县县级医疗卫生机构原有大专毕业生 20 多人,现在只剩下 2 人。瑷琿县瑷琿公社卫生院 20 年来先后曾分配去 6 名大专毕业生,现已全部走光。黑河地区医院近 3 年来外流的主治医师就达 10 人之多,占全院主治医师的 1/4。吉林省九台县其塔木中心卫生院,“文化大革命”前分配去 8 名医学院本科毕业生,内、外、妇、儿各科班子齐全,人员配套,许多疑难重症都能就地解决,80 张病床不但经常满员还要加床;现在 8 名大学生只剩 1 人,许多科室被迫关闭,医疗业务日益萧条,工作冷冷清清。辽宁省黑山县六合公社卫生院 1962 年以来先后分配去 11 名中专毕业生,现在只剩下老院长康学勤一人,全院 19 名工作人员中有 13 名是临时工,医疗、防疫、妇幼保健和计划生育手术等各项工作只能靠从生产大队抽调上来的赤脚医生支撑门面。

农村卫生技术骨干大量外流,原因是多方面的。除了部分同志不能正确处理国家利益和个人利益的关系,向往城市外,也确实存在很多实际问题,影响农村医务人员的积极性,不利于这支队伍的稳定。根据我们在东北三省的

---

\* 这是一篇调查报告,原载 1982 年 10 月新华社《国内动态清样》、新华社《内部参考》、《农村卫生事业管理研究》1982 年第 2 期。

调查,主要有以下几个问题:

一是子女就业、升学问题得不到合理安排。这是中年以上的医务人员不安心于农村工作的主要原因。按照现行政策,在农村工作的职工,其子女属于非农业户、招工不收、务农不要,多数都闲散在家长期待业。榆树县公社卫生院职工家在农村吃商品粮的待业子女有 113 人,桦甸县有 109 人,德惠县有 89 人,其中有的待业子女已由青年待到中年,30 岁左右仍无固定职业。这就给家长和待业青年带来了精神上和经济上的沉重负担,迫使许多医务人员千方百计调往城镇。黑山县无梁店公社卫生院院长张殿臣,女儿中学毕业后在家待业二三年,他宁肯院长不当,新盖的房子不要,千方百计调进了城,结果不到一年女儿就得到了就业。许多人实在无办法就要求提前退休,以便让子女“接班”,在我们所到的 10 个县,每个县的卫生系统都有“接班”子女二三百人。

农村中小学教学质量低,升学率大大低于城镇同类学校,这也是造成医务人员不安心农村工作的原因之一。如德惠县郭家公社中学是县里的重点中学,教学质量算是比较好的,但在 1981 年高考时,全校考生“剃光头”,不仅考大学榜上无名,连中专也无人达到录取线。因此,家中有学生,特别是有中学生的,也都积极要求调往城镇。

二是工资待遇低于城市,生活费用高于城市。特别是在住房、烧柴(煤)、吃菜等方面的困难尤为突出。一般农村公社卫生院普遍没有家属宿舍,医务人员绝大多数租用私房,房子质量既差,租金又贵,有的还需自己建房、买房。据一些基层干部和医务人员反映,近几年来,教育部门、邮电部门、财税部门都为在农村工作的职工建了一些宿舍,唯独卫生部门“一毛不拔”。医生住的房子多是“拄拐棍的(危房)”、“掉眼泪的(漏雨)”、“披头散发的(草房)”,既赶不上公社干部或其他部门的职工,也赶不上当地农民。除此之外,烧柴、烧煤、吃菜都要议价购买,买一吨议价煤比平价煤价格高 2 倍,还要自己设法去拉,这些都加重了农村医务人员的经济负担。

三是农村医院规模小、设备差、病种少,医务人员业务技术水平的提高受到很大限制。同是大专毕业生,分配到县级以上医院的同分配在公社卫生院的比较,不过二年,在业务技术水平方面就会有比较明显的差距,时间愈长,

差距愈大。农村医务人员又很少有机会到医学院校或城市医院进修,更无机会同国外交流,知识不能更新。因而势必直接影响技术考核和晋级晋升。

四是有关技术考核、职务晋升、保健津贴等政策规定和实施办法不合理,对农村医务人员缺乏必要的鼓励和照顾。例如按照现行规定,晋升主治医师以上的技术职称一律要求外文、论文;防疫人员、放射线科工作人员的保健津贴,一般农村要比城市低 1/2 或 1/3;城镇医院主治医师的家属吃农村口粮的可改为吃商品粮,而在农村卫生院工作的主治医师则无此待遇等等。这些规定都不利于调动农村医务人员的积极性,不利于稳定农村的卫生技术骨干队伍。

以上几个方面的问题都涉及到现行政策。我国卫生工作的一个重大方针是“把医疗卫生工作的重点放到农村去”,但现行的某些具体政策却“反其道而行之”,不是鼓励面向农村,而是逼迫农村医务人员回城,有的同志把它叫做“挖根”政策,而不是鼓励医务人员在农村扎根的政策。许多同志认为,如果不从政策上进行调整,不但农村卫生技术骨干外流的问题将难以控制,而且将给今后往农村分配大学毕业生增加困难,即使分配下去也难以巩固,长此下去我国农村的卫生事业将发生严重危机。

对于调整政策的必要性和紧迫性,东北三省的许多卫生行政领导干部认识上是明确的,在当地党政领导下,他们在自己力所能及的范围内,也相继采取一些措施,解决了一些实际问题。例如在技术考核和晋级晋升工作中,强调要从农村的实际情况出发,根据农村医生具有“一专多能”、“多面手”的特点进行考核和晋升,使相当一部分 50 年代或 60 年代初期的大专毕业生都获得了主治医师的技术职称;绥化县卫生科在有关部门的支持下,发动县、社两级的医疗机构,办起了几十所集体所有制的知青商店、药店、饭馆、健康旅舍以及印刷厂、综合服务站等企业,安排了本系统的待业子女 200 余人,为农村医务人员的子女就业找到了出路;德惠县卫生局经与劳动局协商,县委批准,拨了 40 名大集体的招工指标,经过考试,择优内招农村医务人员的子女,由县卫校办起了一个 3 年制的护士班,一举解决了农村卫生院技术骨干的子女就业和升学问题,等等。这些措施,在当地农村医务人员中引起了强烈反响,对稳定军心、鼓舞士气起到了积极作用。

但是,调整现行的不切实际的政策,是一个带有全国性的问题,不是一个地方、一个部门所能解决得了的。我们在东北三省同一些省、地、县卫生行政领导干部座谈时一致认为,必须从我国的实际情况出发,研究制定出一套有利于巩固和发展农村卫生技术队伍的具体政策,采取一些特殊的办法和措施,有针对性地解决一些实际问题。从政策上鼓励医务人员,特别是高级医务人员面向农村、扎根农村。为此,我们建议:

一、继续加强农村医疗卫生机构的调整、整顿和建设,努力为农村医务人员创造较好的工作条件。安排卫生事业经费和基建投资要重点放在农村,集中力量先把县级医疗卫生机构和中心卫生院整顿建设好。对主治医师以上的技术骨干和大专毕业生,应相对集中使用,以利发挥作用。

二、对在县以下农村医疗机构工作的主治医师以上的技术骨干和大专毕业生,实行工资加一级的农村津贴制,调离农村时停发。农村卫生院医疗、防疫人员的保健津贴,应享受和城市一样的同等待遇。

三、建议由地方财政、公社企业利润、卫生事业费和农村医疗机构的业务收入中,逐年各拨出一部分经费,为农村公社卫生院修建宿舍,解决分配到农村的大中专毕业生的住房问题。目前租用私房者,高于公房的租金,由单位给予补贴。

四、对农村卫生院职工生活必需的煤炭和烧柴,建议有关部门应按县城居民的标准给予供应。实在供应不上需购买议价煤、柴者,高于国家牌价的部分,由单位给予补贴。

五、农村公社卫生院的主治医师,其家属吃农村口粮的,应参照公安部(80)146号、粮食部(80)28号、国家人事局(80)57号《关于解决部分专业技术干部的农村家属迁往城镇由国家供应粮食的规定》,享受同城镇医院的主治医师一样的待遇,改为吃商品粮。

六、对农村医务人员吃商品粮的子女,中学毕业后不能升学的,应按城镇知识青年对待,由县劳动部门安排就业,卫生部门也可像绥化和德惠县那样,积极创造条件,采取多种形式,妥善安排本系统的待业子女,有关部门要尽可能地给予支持。

七、建议高、中等医学院校实行面向农村的定向招生。各省、自治区所属

的高、中等医药院校招生名额中,应有半数左右从县及县以下的农村中招收,毕业后仍回当地农村工作;全国重点医学院校的毕业生,来自县城及县以上农村地区的,在分配工作时原则上也要让他们回到家乡去。这一条要作为制度固定下来。地区一级的卫生学校,主要应从农村招生,为农村培养中级的卫生技术人才。

八、建立农村医务人员的培训进修制度。在县及县以下农村医院工作的大专毕业生,每隔三至五年进修或轮训一次。城市医疗、教学、科研单位,应当积极地承担起这个任务。对来自农村医院的进修学员,一般应免收进修费;非收不可的,应予减半。

九、对农村医务人员的技术考核和晋升晋级,要从农村的实际情况出发,充分考虑农村医生所具有的“一专多能”、“多面手”的特点,重在实际的技术水平和解决实际问题的能力,不能用城市大医院的标准去苛求他们。要研究制定适合农村实际情况的技术考核标准和晋升办法。

十、继续组织城乡医院挂钩,建立长期的对口支援关系,采取聘请专家兼职、讲学、会诊、技术协作、派下去帮助培训、请上来进修提高等多种形式,进行支援。这一条,也要作为制度,长期坚持下去。

十一、大力加强思想政治工作,表彰好人好事,教育和鼓励医务人员安心农村工作,扎根农村。医学院校要在学生中进行理想和前途的教育,鼓励毕业生服从国家分配,到祖国最需要的地方去,立志为改变农村的医药卫生面貌,保护农民健康,建设社会主义新农村贡献力量。报纸、广播、电视应多宣传农村医务人员的先进事迹,大造舆论,形成以扎根农村为荣的社会风气。

# 关于加强农村卫生队伍的管理 和技术培训问题\*

——东北三省农村医疗卫生建设调查之三

1982年8月7日

近几年来,东北三省的农村卫生队伍增长很快,大量的非专业人员源源不断地涌进卫生队伍,大有失去控制之势。新增加的人员,一是新招工的待业青年(包括“文化革命”期间上山下乡的老知青);二是卫生系统退休职工的接班子女;三是复员转业军人。吉林省近几年来进入卫生系统的非专业人员达19447人,占职工总数的23.3%。辽宁省锦州地区近三年来新增加的非专业人员5162人,占职工总数的34.4%。北镇县卫生系统1977年以前共有职工823人,现已增加到1268人,新增加的445人中,除国家分配来的大专毕业生7人,中专毕业生60人外,其余378人都是非专业人员。黑龙江省拜泉县去年一年安插到卫生系统的非专业人员就达300余人之多。过去青年人选择职业的理想是:一工业,二财贸,三文教,现在卫生系统成了热门,千方百计都往卫生部门挤。在卫生系统中,防疫站又是热门中的热门,进了防疫站就等于得到“金饭碗”,工作既“清闲舒适”、“干净卫生”,每月还可多得9元钱的保健津贴。北镇县防疫站,三年以前原有职工30人,现已增加到69人,其中35人都是近三年来安排进来的非专业人员,在这35人中,县里科局长以上的干部子女竟占半数之多。

上述问题,带有普遍性,而且现在还在继续安插,其势头有增无减,如此

---

\* 这是一篇调查报告。原载1982年新华社《国内动态清样》、新华社《内部参考》、《农村卫生事业管理研究》1982年第2期。



大量的非专业人员涌进卫生系统,已经造成了极为严重的带有灾难性的后果:

一是造成了机构臃肿,人浮于事,大量超编,经费超支。卫生事业费的增长远远赶不上人头的增长,把数量极有限的卫生事业费都被人头给吃掉,影响事业的发展。据初步测算,每增加一个人头,光是工资一项(包括副食补贴、烤火费补贴、公费医疗等)一年就得 600~800 元,如果加上培训经费和其他经费,就要过千元。黑山县大虎山中心卫生院 3 年前实有职工 65 人,现在猛增到 140 人(包括临时工 13 人),一年的工资开支约八九万元,县里拨给的经费今年是 4 万 8 千多元,只及工资的一半,造成收支严重失调,月月入不敷出,不但房子不能维修,器械不能购置,设备不能更新,连药品周转全都发生了危机。

二是造成了队伍庞杂,比例严重失调,人员构成极不合理,业务素质和技术水平不断下降。普遍都是初级人员多,技术骨干少;未经系统培训的多,科班出身的少;吃闲饭的多,能看病的少。长春市所属各郊县的公社卫生院 1969 年时初级人员只占 13.2%,1980 年竟占 40.1%。梨树县的初级人员占卫技人员总数的 50% 以上。德惠县夏家店卫生院 26 名职工中只有 1 名中医士、3 名护士。和平卫生院 31 名职工中,只有中专毕业生 1 人。桦甸县榆木桥中心卫生院 1977 年前 35 名职工中有医师 13 人,现在 42 名职工中只有医师 4 人。

三是许多非专业人员未经培训就让其顶岗,有的甚至为病人看病、开处方,以至笑话百出,差错事故时有发生。如黑龙江省有的农村卫生院的“医生”竟然开出“大树一支”(指庆大霉素)、“尼克松 12 片”(指氢化可的松)的处方;开出“大腿一条”、“照个半身像”的 X 光照像申请单,被人们传为笑柄。本来有许多公社卫生院几年前技术水平还是可以的,近二三年来由于技术骨干有的退休了,有的外流了,进来的是一批“啥也不懂”的待业青年,所以有的社员群众讽刺挖苦地说:“走了一批看病的,来了一批要命的;退了一批念书的,进来一批放猪的”。

造成上述问题的原因是很复杂的,有客观原因,也有主观原因。从客观上来说,卫生行政部门普遍没有“人权”,现行的人事管理制度和安排就业的

办法还存在着某些弊端,退休顶替,子女接班的问题比较普遍;党内、政府机关内以及社会上的不正之风对卫生系统的冲击和影响也很大。从主观上来说,主要是重视不够,控制不严,措施不够坚决有力,有的甚至放弃原则,过分迁就,片面强调照顾关系,睁一只眼闭一只眼,结果是稍一放松,涌进一大批非专业人员,包袱越背越重。另一方面,对如何更好地培训现有的卫生队伍,还没有引起普遍的高度重视,往往习惯于按老框框、老办法行事,不经培训或者短期训练一下就让其顶岗。这种老框框、老办法显然和今天“四化”建设的新形势很不适应。

总之,农村卫生队伍庞杂、质量不高的问题是普遍存在的,问题的程度也是严重的。这种情况与广大农民的要求极不适应,与社会主义四个现代化要求极不适应。十一届三中全会以来,随着农村生产责任制的推行,农民的生活水平提高很快,不仅要求农村有医有药,而且要求高水平、高质量的医疗服务。我们所以要大力加强农村卫生事业的建设,也正是为了适应农村的新形势,解决新问题,更好地为广大农民的健康服务。在农村卫生事业建设上,卫生技术队伍的建设是最根本的建设。基建、设备、规章制度、院容院貌的改变,尽管有这样那样的困难,但毕竟还是比较容易办到的;可是,人才的培养,人才的成长却比什么都要困难得多。所谓“十年树木,百年树人”。因此,我们必须十分重视农村卫生队伍的管理,必须十分重视对农村卫生队伍的培训提高,把工作的重点放在培养人才上,力争在几年之内,逐步改变农村卫生队伍的现状,把它提高到一个新的水平。

怎样才能搞好农村卫生队伍的管理和培训提高呢?我们在东北三省调查时,经同部分省、地、县卫生行政领导干部座谈研究认为:

一、要改革农村卫生队伍的人事管理体制。建议参照教育部门的作法,把农村卫生队伍的人事管理权交给县卫生局(科);今后县级组织、人事和劳动部门往卫生系统分配干部和职工,应征得县卫生局(科)的同意,未经同意的,不得硬性安插。

二、要坚决关闸,严格控制非专业人员继续流入卫生队伍。今后,除大中专毕业生外,未经系统培训的非专业人员,一律不准安排做卫生技术工作。

三、要适当进行调整和整顿。对现有的未经系统培训、不能胜任卫生业

务技术工作的非专业人员,一律不准在专业技术岗位上顶岗;已经顶岗的,要坚决调整下来,进行培训提高。对于文化水平过低,年龄过大,在卫生专业技术岗位上没有培养前途的,能清退的尽量清退,不能清退的要适当调换他们的工作,有关部门要积极给予支持。

四、要下大的决心,狠抓技术培训,有计划地分期分批地轮训现有的农村卫生队伍,提高他们的业务技术水平。坚持全员培训,抓住两头(技术骨干和未经系统学习的中、初级卫生人员),系统学习、限期提高。要舍得下本钱,尽可能地多搞点智力投资。办法可以多种多样,正规教育、业余教育、函授教育、广播电视教育、临床专业进修,以及各种训练班、提高班都可以办,鼓励自学成才。目前的实际文化程度达不到初中毕业水平的青年,要首先补习文化,然后再进行专业技术培训。通过大抓技术培训,力求在5年左右的时间,把现有初级卫生人员的绝大多数提高到中专水平,把现有的中专毕业的中级卫生人员的绝大多数提高到大专水平。

五、要认真办好县卫生进修学校,改善办学条件,提高教学质量,使之逐步向正规的职业中专过渡。县卫校的任务主要是轮训在农村中、初级卫生人员和乡村医生、赤脚医生,并应根据农村需要从农村招收高中或初中毕业生,按照正规中专的要求进行培养,毕业后仍回到农村去。对在职的未经系统学习过的中、初级卫生人员的培训,也应逐步走上正规化。学习时间不宜太短,一般以二年至三年为宜。县卫校除了要办好三年制或二年制的中专班外,还应根据需要经常举办各种短训班,并可以县卫校为依托,开展业余教育、函授教育、广播电视教育等等,采取多种形式,提高农村卫生人员的技术水平。

要积极地为县卫校培训和充实师资,逐步改进教学设备和房舍条件。师资力量不足可采取聘请兼职教师的办法。教学房舍、设备条件有困难,可以利用县医院、防疫站、妇幼保健站和中心卫生院等作为基地,分散办班,把一切可以利用的教学力量、教学条件、教学基地都要充分利用起来。

六、高等医学院校和中等卫生学校可适当减少一部分社会招生,或者在不减少社会招生的条件下,挖掘潜力,多搞点内招。黑龙江省卫生厅委托佳木斯医学院、齐齐哈尔医专、牡丹江医专和省人民医院各办了一个农村专科

医师班,招收中心公社卫生院具有三至五年工龄的中专毕业的在职医务人员,经过考试,择优录取,培训一年半至二年,使之成为农村专科医师,按大专待遇。第一批农村外科医师班共 250 人已于去年开学;今年拟再招一批农村妇产科医师班 250 人;以后还拟再招两批农村内科医师班和儿科医师班,争取在 1985 年以前办完,把全省 300 余个中心卫生院的中专毕业后工作三年以上的在职医务人员基本上轮训一遍。这种做法对农村医务人员是一个极大的鼓舞,反映很好,各地可根据本地区的实际情况加以仿效。

七、要研究制定适合农村实际情况的技术考试、考核办法和职称晋升办法。由省、市、自治区卫生厅、局统一组织,每隔二年左右全面考试、考核一次,严格按标准办事,既不能要求过苛,又不能降格以求,达到规定标准的,就授予相应职称,以鼓励医务人员勤奋学习,不断进取,不断提高。

# 农村合作医疗应该肯定 应该提倡 应该发展\*

——东北三省农村医疗卫生建设调查之四

1982年8月12日

自从1978年贯彻推广湖南湘乡关于努力减轻农民负担的经验以后,东北三省的农村合作医疗出现了明显下降的趋势,甚至有许多经济基础好,合作医疗办得好的大队也被一阵风给吹掉了。这种情况带有普遍性,尤以黑龙江的许多地区较为严重。据嫩江地区统计,到1980年底,全区2040个大队,坚持办合作医疗的只剩281个大队,占全区大队总数的13.8%。克东县162个大队,原来全部实行合作医疗,1980年只剩下2个大队。拜泉县所有大队的合作医疗全部停办。由于合作医疗停办,赤脚医生被当作非生产人员减掉,或者把大队卫生所承包给赤脚医生搞自负盈亏,有的还要向大队上缴利润,致使许多大队又重新出现了社员看病难、负担重的问题,并严重削弱了卫生防疫、妇幼保健工作和计划生育工作,造成疾病回升,既影响了农民的健康,又影响农业生产。

发生上述问题的主要原因,一是认识上的模糊不清,有的同志把办合作医疗看作是“穷吃富”,是“一平二调”,是“增加群众负担”等等。有的同志把落实生产责任制同办合作医疗对立起来,认为农村实行责任制后形势变了,再坚持办合作医疗怕犯“政策错误”;二是由于“左”的影响,有些地方办合作医疗不从实际出发,不顾当地经济条件和群众觉悟程度,片面追求减免率,搞“一刀切”,资金使用不能量入为出,影响合作医疗的巩固;三是管理不善,制

---

\* 这是一篇调查报告,原载《农村卫生事业管理研究》1982年第2期。

度不健全,资金被挪占的现象比较严重,合作医疗难以维持;四是放松了领导,有些干部怕麻烦,图省心,不愿办。有些干部则看上级的态度,上级不强调,自己就不敢理直气壮地去抓。“上面不喊了,中间不管了,下面就散了”。

上述情况一经出现,就引起了东北三省许多党政领导机关的高度重视。早在二年前,黑龙江省委第一书记杨易辰同志就明确批示:“无论如何赤脚医生、合作医疗应该提倡、应该肯定、应该发展,不能叫人家一阵风给吹掉了”。他还“建议组织几个调查组,进行一些调查,并提出改进和健全的意见”。1981年,黑龙江和吉林省人民政府就改进和加强合作医疗问题专门发了文件,指出“合作医疗是社员群众的集体福利事业,体现了社会主义制度的优越性”,“也是党对农村医疗卫生工作的一项重要政策。它对于保护劳动力,支援农业生产,起着积极作用”;要求各级政府要根据当前农村出现的新情况,把合作医疗纳入农业建设规划,统筹安排,因地制宜,切实抓好。在省委和省人民政府的领导下,许多地、县党政领导机关也都专门讨论了如何改进和加强合作医疗的问题,并做出了相应的决议。三省的卫生行政部门,通过大量的调查研究,认真总结了经验教训,纠正了“左”的作法,坚持从农村的实际情况出发,采取了许多有力措施,整顿和恢复合作医疗,基本刹住了“停办风”,取得了明显效果。

目前,辽宁省实行合作医疗的生产大队,占全省大队总数的 87.2%;吉林省占 77.3%;黑龙江省占 46.2%。原来停办最多的嫩江地区在克东县搞了恢复合作医疗的试点,现在克东全县已有 90%的大队恢复了多种形式的合作医疗。原来坚持合作医疗较好的北安县,经过整顿,使全县 95%的大队合作医疗得到了巩固。

总结东北三省的经验,可以得出以下几点看法:

一、应该充分肯定,合作医疗是适合我国农村实际情况的一种好的医疗保健制度,是社员群众的集体福利事业。多年的实践证明,它有利于解决农民看病吃药的问题,有利于贯彻预防为主方针,有利于巩固提高农村的赤脚医生队伍和基层卫生组织。归根结蒂,是有利于保护农业劳动力,有利于农村的物质文明和精神文明的建设。因此,绝大多数的农民是欢迎合作医疗的,是深得民心的。

我国是一个发展中的社会主义大国,10亿人口中有8亿是农民,对8亿农民的医疗保健问题,总得有一个能够解决问题的办法。无非是三种办法:一是谁看病谁出钱。二是在国家的扶持下,依靠集体力量办合作医疗。三是由国家包下来。谁看病谁出钱的弊端较多,靠这个办法要想从根本上解决8亿农民的医疗保健问题是不可能的。靠国家包下来,更不切实际,不仅现在不可能,几十年以后恐怕也难以办到。最现实、最理想的办法,是在国家扶持下依靠集体和群众的力量办合作医疗。这是解决8亿农民医疗保健问题的正确道路。这件事情即使现在不搞,将来也势必要搞;即使我们不积极组织农民去办,将来农民势必要自己组织起来替自己创造日益增多的福利事业。

过去一个时期,由于受“左”的影响,在实行合作医疗过程中,提了一些不切实际的要求,方法简单,操之过急,片面追求减免率,违背了实事求是、坚持自愿的原则,挫伤了干部、群众坚持办合作医疗的积极性,这是一个严重的教训,值得我们永远记取。但是,这些问题都是具体工作中的缺点错误,不能因此而否定合作医疗制度。对此,我们各级卫生行政部门的领导同志,必须有一个明确的统一的认识,坚持实事求是,一切从实际出发,只有这样才能给各级党政当好参谋,把合作医疗办得更好。

二、应该正确认识落实农业生产责任制与坚持合作医疗的关系。农村实行生产责任制之后,到底是有利于实行合作医疗,还是不利于实行合作医疗?对于这个问题,在许多干部中存在着两种不同的看法。一种看法认为:随着农业体制的改革,经济政策的放宽,生产责任制的推行,已经失去了举办合作医疗的基础,“农业搞承包了,卫生所也应该承包给赤脚医生,搞自负盈亏”,有的甚至主张把卫生所当作副业或企业经营,向大队上缴利润。另一种看法认为:实行合作医疗和落实农村经济政策是息息相关,互相促进的。农村实行生产责任制以后,形势越来越好,这就为坚持和办好合作医疗创造了更为有利的条件。理由是:其一,实行生产责任制后,生产迅速发展,社员、生产队的收入增加了,农村的生活显著提高了,因而更有条件办好合作医疗;其二,实行生产责任制后,改变了“吃大锅饭”的平均主义现象,社员群众为了搞好生产,多劳多得,劳动致富,对医疗保健的要求也更迫切,不仅要求有医有药,而且要求看病及时,预防工作有保障,少生病或不生病,因而实行合作医疗更



有群众基础；其三，实行生产责任制后，社会主义农业集体化的道路仍将长期不变，包括实行“双包”的生产队，公积金、公益金、管理费仍将年年提留，并不是恢复过去的小农经济。而且党的农业建设方针也明确指出：“在发展包括农林牧副渔在内的整个农村经济的同时，还要考虑和安排整个农村的建设。”其中也包括卫生方面的建设。显而易见，以上3条，都是发展合作医疗的基础，也是办好合作医疗的有利条件。那种把实行生产责任制同合作医疗对立起来的观点是片面的，不切实际的。

请看实际例子：黑龙江省北安县，近二年来，全县99.8%的生产队实行了各种形式的生产责任制，在落实生产责任制的过程中，县委和县政府把巩固和提高赤脚医生队伍，办好合作医疗作为关心农民疾苦一项大事来抓，目前全县有94.1%的大队配齐了赤脚医生（一般每个大队2~3人），有95.1%的大队合作医疗得到了巩固。合作医疗的资金，根据各队的收入水平以公益金为主，个人为辅，采取丰年多投，欠年少投，以丰补欠，逐年积累的原则，有计划地合理使用，不但保证了社员看病用药，而且做到年年有结余，全县历年结余的合作医疗资金（不包括固定资产）已达60万元之多。

三、由于农村经济发展很不平衡，办不办合作医疗，办何种形式的合作医疗，一定要从各地的实际情况出发，实事求是，因地制宜，坚持自愿原则，由社员群众讨论决定，不要搞“一刀切”，不要用行政命令的办法去硬性推行某种形式的医疗制度。

从东北三省的情况看，目前农村的合作医疗大致有3种形式：一是全免费的合作医疗（收挂号费，除营养滋补药外，医药费全部报销）。二是部分免费的合作医疗。三是“合医不合药”的合作医疗（挂号、注射、处置费免收，药费按零售或批发价交付）。上述3种形式的合作医疗，一般认为，后两种形式尤其是“合医不合药”的形式比较适合当前的农村多数地区的实际情况，除了少数确有条件的富队以外，切不可追求全包全免和过高的报销比例。

除了上述3种形式的合作医疗以外，还有一种“保本经营”的，即由大队给卫生所出资金底垫，保本经营，发展事业；赤脚医生的报酬，由生产大队给补助一部分，其余部分由业务收入中解决。这种形式，虽然也是看病收费，但可以避免抬高收费，不搞预防等弊病。目前经济条件较差，办合作医疗暂有

困难的,可以采用这种形式。

四、要改善和加强对合作医疗、赤脚医生和生产大队卫生所的领导和管理工作。黑龙江省的做法是:一是把大队卫生所与合作医疗制度分开管理,大队卫生所由公社卫生院和大队双重领导,单立账户,独立核算。这样作可以避免合作医疗挤占卫生所的药品基金,保证卫生所常年有医有药,并有所积累。二是加强赤脚医生队伍的管理和培训工作,建立健全赤脚医生档案和考核制度,实行凭证行医,对无证行医者加以取缔。选拔、调动、撤换赤脚医生,必须经公社审查,县卫生科批准,以利于稳定赤脚医生队伍。三是对合作医疗经费,由社、队加强管理,必须单独核算,专款专用,结余归合作医疗。公社、大队、生产队或任何个人都不得挪占合作医疗经费,不得把社员群众的“治病救命钱”变成随便可以占用的“万能机动钱”。这些作法都是可行的,对巩固发展大队卫生所和合作医疗事业都是有利的。

# 关于适应农村形势的发展 健全农村基层卫生组织的意见\*

(全国卫生厅局长会议参阅文件)

1983年1月8日

为了贯彻落实党的十二大精神,使农村基层卫生组织尽快适应农村的新形势,开创农村卫生工作的新局面,现对如何健全农村基层卫生组织问题提出如下意见:

一、农村基层卫生组织是农村医疗卫生网的基础,在社会主义现代化建设中具有重要作用。建设好农村基层卫生组织,不仅关系到占我国人口80%的广大农民的身体健康,也是经济发展、文化昌盛、民族繁荣、社会文明的标志之一。

建国以来,农村基层卫生组织有了很大发展。目前全国有农村公社卫生院五万五千余所(其中中心卫生院一万一千余所),大队卫生机构五十一万九千余所,基本上做到了社社有卫生院,85%的生产大队建立了卫生组织。十一届三中全会以后,随着农村生产责任制的推行,各地在对农村基层卫生组织的工作指导上,也正在摆脱长期以来存在的“左”的错误影响,在组织机构调整、建立责任制、改进管理方法和培训卫生技术队伍等方面做了大量的工作,并且正在从我国实际情况出发,积极探索健全农村基层卫生组织的新路子。这些措施,对于调动农村基层卫生人员的积极性,做好农村防病治病的工作,起到了重要的作用。

---

\* 这是为卫生部起草的一个文件稿,意在正确地引导农村卫生改革,健全农村基层卫生组织。因领导层意见不一致,此文未能发布。

当前的突出问题是,由于长期受“左”的错误影响,对集体所有制公社卫生院如何按照集体所有制的原则进行管理,还没有引起普遍的重视,相当多数的公社卫生院名为集体所有制,实由国家包下来,包得过多,管得过死,程度不同地存在着“大锅饭”、“铁饭碗”的倾向,致使其固有的长处和作用不能充分发挥,其中很大一部分要靠国家补助才能维持下去。至于大队一级的卫生组织,随着农业体制的改革进行相应地调整和改革是完全必要的。但由于有些地区放松了领导,致使有些大队卫生组织解体,赤脚医生改行,有些大队卫生组织偏离了为广大农民服务的正确方向,因而有些地方又重新出现了缺医少药,农民看病难、负担重,预防保健工作无人做的现象。这种情况应当引起各级党政和卫生行政部门的高度重视,采取切实的步骤和措施,认真加以解决。

二、要把农村基层卫生组织建设纳入农村建设的总体规划,纳入“三分之一县卫生事业建设”规划中去,根据各地不同情况,进行全面规划,合理布局,重点加强,稳步发展。在“六五”期间,要继续贯彻执行“调整、改革、整顿、提高”的方针,为今后的发展与提高打好基础。

由于各地的条件不同,情况各异,公社卫生院的建设和发展不能一律要求,必须因地制宜,合理布局。在一个县的范围内,应根据地理特点,交通条件,病人流向和历史习惯,相对集中人力、物力、财力,首先重点建设好3~5所中心卫生院,搞好人员、房屋、设备配套,适当增加病床,加强医技科室,使其成为一个片的医疗卫生和计划生育工作技术指导中心。对于重叠的医疗机构,应进行必要的调整,有的可以合并,有的可以充实改建为小专科或具有小专科特长的卫生院。对于一般公社卫生院,除了少数医疗任务大、病床利用率高的以外,一般不要再扩大规模。分科过细、病床过多、设备积压、人浮于事的,要进行适当调整。公社卫生院的工作重点,应该是扩大预防,积极防治当地的多发病、常见病和传染病,做好医疗预防、卫生防疫、妇幼保健、计划生育等工作,并把对大队卫生组织的业务指导和赤脚医生的培训工作切实担当起来。

建立和健全大队一级的卫生组织是整个农村发展建设的一个重要组成部分,一定要把它纳入规划,统筹安排。对现有的大队卫生组织,要认真加强领导管理,建立健全规章制度,使之不断巩固和提高。已经停办的,要积极创

造条件,尽快予以恢复。大队卫生组织的形式和规模,应从各地的实际情况出发,坚持集体办为主,多种形式并存,人员配备要少而精,做到有医有药,能防能治,方便群众,有利生产。不论采取什么形式,都必须坚持全心全意为农民服务的方向,遵守国家的政策法令,贯彻执行卫生工作方针政策,财务收支要量入为出,留有适当积累,用于发展事业。

三、按照集体所有制事业应当遵循的原则,努力办好集体所有制的公社卫生院。目前在全国 55 000 余所公社卫生院中属于集体所有制性质的有 36 900 多所,占 66.6%,其余 18 500 多所全民所有制的卫生院中也有一部分是由集体所有制改变过来的。根据多年的实践经验,对待集体所有制的医疗机构,应当在国家统筹规划、领导和扶持下,实行独立核算、自负盈亏、按劳分配、民主管理的原则。所谓独立核算,就是在财务上有自主权,正当的业务收入受法律保护,任何部门和单位都不得平调或吞并;自负盈亏,就是盈亏由各个医疗机构本身负责,收益分配取决于各自的经营情况,不搞统负盈亏;按劳分配,就是使劳动者的报酬和本单位经营好坏、岗位责任制、个人劳动成果紧密结合起来,分配形式可以灵活多样,在兼顾国家、集体和个人利益的原则下,劳动报酬可以不受全民所有制单位水平的限制;民主管理,就是全体工作人员有权民主选举或罢免本单位的领导人,在有关的政策法令范围内,对于经营管理、人员进出和内部事务中的重大问题,有权经过民主讨论后作出决定。

集体医疗机构的收费标准(不含药费),可以适当高于国家办的医疗机构。具体标准可由省、市、自治区卫生和物价部门,参照各项收费的实际成本酌情制定。

为了发挥集体医疗机构的长处,纠正包得过多,管得过死以及“大锅饭”、“铁饭碗”等弊病,对现有的集体所有制的公社卫生院,应当采取积极稳妥的步骤进行整顿和改革,有些全民所有制的公社卫生院也可以按集体所有制的办法进行管理,或试行承包责任制的办法。不论哪种办法,公社卫生院原有国家职工的一切待遇不变。各省、市、自治区可以选择一两个县进行试点,取得经验后再逐步推广。

集体医疗机构经过整顿改革后,各级党政和卫生行政部门仍必须加强领

导和管理,继续给予扶持。但必须改变过去那种包得过多、管得过死的作法,作到扶而不包,管而不死,活而不乱。国家扶持包括经费补助、大中专毕业生分配和医疗器械装备等方面。经费补助可采取定额、定项补助与按完成任务的好坏浮动补助相结合的办法,有条件的公社卫生院要努力做到把国家补助的经费主要用于发展卫生事业,人员的工资、福利费从业务收入中自行解决。

四、健全和完善责任制,改进经营管理,提高服务质量和工作效率。社、队两级卫生组织,都要按照责、权、利相结合的原则,建立和健全岗位责任制,实行联医(劳)计酬,严格考核、奖惩,使个人的经济利益与集体成果、个人劳动贡献相联系,贯彻按劳分配的原则,克服“干多干少、干好干坏一个样”、“吃大锅饭”的平均主义。要健全原始记录、统计、核算等基础工作,制定各项工作的指标和质量要求,建立考核制度,搞好检查评比。医疗、护理、卫生防疫、妇幼保健、计划生育以及行政、财务等各项工作,都要明确任务,落实到每一个岗位、每一个人,做到工作有指标,质量有标准,事事有要求,职责分明,赏罚严明,一丝不苟。

实行联医(劳)计酬责任制的根本目的,是加强工作责任心,改善服务态度,提高医疗质量,全心全意地为人民服务。在这个前提下,通过扩大业务项目以及勤俭节约等多种途径,组织合理收入,不能随意加重群众的不合理负担。

联医(劳)计酬的具体办法,应从实际出发,走群众路线,因地制宜,允许多种多样,要总结现行的以人计奖、固定工资加奖励、固定工资加浮动工资、固定及浮动工资加劳务提成等各种办法的经验,探索更加合理的分配办法。不论采取什么办法,都必须正确处理积累与分配的关系,反对分光吃尽的作法,更不得动用周转资金或挖库存来进行分配或发奖金。

五、关于农村的医疗制度。目前我国农村实行的医疗制度有两种,一种是合作医疗(集体保健医疗),一种是谁看病谁出钱。合作医疗的具体形式也是多种多样的,有的看病只交诊疗费,药费全免;有的医药费实行部分减免;有的实行免医不免药。合作医疗经费,多数是社队公益金出一部分,社员个人出一部分,也有的全部由群众集资,或全部由社队公益金负担。近二年来,随着各种承包责任制的推行,有些地区的大队卫生组织(或赤脚医生)与大

队、生产队集体或社员个人订立医疗保健承包合同,把卫生组织(赤脚医生)与大队、生产集体或社员个人之间的经济关系或和双方的权利、义务用合同形式确定下来,使集体保健医疗制度进一步完善,更便于群众理解和接受。

多年来的实践证明,合作医疗(集体保健医疗)是适合我国农村情况的一种好的医疗制度,对解决农民的医疗保健问题起到了重要作用。但在实行过程中由于受“左”的影响,在工作指导上脱离实际,操之过急,一哄而起,片面追求减免率,搞了“一刀切”,挫伤了干部、群众举办合作医疗的积极性。这是一个严重的教训,值得我们永远记取。

由于我国农村经济发展不平衡,实行什么样的医疗制度,办不办合作医疗,办什么样的合作医疗,要从当地的实际情况出发,坚持自愿的原则,由社员群众讨论决定。凡是有条件举办、社员群众又愿意办合作医疗的地方,应当积极给予支持;条件不具备或社员群众不愿意办的地方,就不要勉强举办,不能用行政命令的办法硬行推行某种形式的医疗制度。

在举办合作医疗的地方,都要把合作医疗与大队卫生组织分开管理,单独立账,独立核算,各负盈亏。

六、发挥中医药优势,坚持中西医结合。我国的农村基层卫生组织,特别是公社一级的卫生机构,绝大多数都是依靠中医建立和发展起来的。在农村基层卫生组织中,既有中医中药,又有西医西药,实行中西医结合,这是我国农村医疗保健工作的一大特点和优点,是其他国家所不可比拟的。但是长期以来,由于我们对发展中医中药的重要性认识不足,特别是“文化大革命”的破坏,农村基层卫生组织的中医中药力量逐渐被削弱,出现了后继乏人的情况。一度兴起的采、种、制、用中草药和普及针灸的活动,许多地区也没有很好地坚持下来。有些原来以中医中药为主的卫生院、所,逐渐被西医西药所取代。这种局面如果任其发展下去,必将给我国农村的医疗保健事业带来极其不利的后果。为了切实改变这种状况,应当采取下列措施:

(一)提高对发展我国传统医药重要性的认识,增强执行党的中医政策的自觉性。卫生行政主管部门和农村基层卫生组织,都要像重视发展西医西药那样发展中医中药,并把中医中药工作的好坏作为对农村基层卫生组织进行考核的一项重要内容。对继承发扬祖国医药学做出成绩的,应给予表彰;对

轻视中医中药或者搞形式主义应付上级的,应当进行批评。

(二)要为有经验的老中医、老药工配备得力助手,继承他们的学术经验,要鼓励中青年中医药人员,努力钻研中医药学术,不断提高专业技术水平。

(三)对一些中医药人员比较集中或具有某种中医专科特长的公社卫生院,要采取措施,使之能长期保持中医的特色,发挥中医药的专长。

(四)要继续提倡种药、采药,继续普及针灸,凡是能用针灸和中草药治疗的疾病,都要提倡用针灸和中草药治疗。

(五)要重视搜集、整理散在民间的各种单方、验方(包括一技之长),经过验证,确有疗效者,要推广使用。

七、加强少数民族地区和边境地区的基层卫生组织建设,是一项十分艰巨的任务,应该大力给予扶持。这些地区的基层卫生组织建设,主要应当依靠当地党政和各族人民,依靠当地的医药卫生人员,艰苦创业,共同努力。同时也要根据实际需要和可能条件,组织全国各地为他们培训医药卫生人员,在业务技术上积极地给以支援和帮助。

少数民族地区和边境地区的基层卫生组织建设,必须从实际出发,因地制宜,办医形式更要灵活多样。力求使医药卫生网点的布局和办医形式与群众生产、生活相适应,便于群众就近就医。

搞好少数民族地区基层卫生组织建设,必须十分重视发挥民族医药的作用。藏医藏药、蒙医蒙药、维医维药等传统的医药学,都是中国医药学宝库的重要组成部分,必须采取积极的措施,予以继承和发展。

对经济、文化特别落后、生活贫困、人口稀少或情况特殊的少数民族地区和边境地区的医疗保健问题,应该采取一些特殊的政策和措施,具体办法可由省、自治区根据实际情况制定。

八、必须大力做好农村卫生队伍的整顿和培训、提高工作。当前,公社卫生院存在的一个严重问题是,未经系统培训的人员多,任意安插的非专业人员多,造成人员超编、结构失调、素质降低、医疗质量下降、经费超支等严重后果。除了必须立即“关闸”,防止非专业人员继续涌进卫生队伍外,对现有的非专业人员必须进行认真清理和整顿。其中有培养前途的可以组织轮训,经考核合格后才能上岗工作。对确实不适宜做卫生技术工作的,能清退的尽量



清退,由当地政府或社队予以妥善安置,不能清退的可以改作其他工作,或者把他们组织起来,从事本单位或社会所需要的生活服务或劳动服务,由他们独立核算,自负盈亏。

要有计划地、分期分批地对农村卫生队伍进行全员培训,并且要形成制度长期坚持下去。要充分发挥县卫生进修学校、县级医疗卫生单位和中心卫生院的培训基地作用。省、地、市的医疗卫生机构也要承担为农村培训提高技术骨干的任务,可以脱产培训、进修,也可以半脱产或业余培训。凡是完成了规定的学业,考试及格的,发给结业证书。要把全员培训同技术考核、晋升和工资调整结合起来,以鼓励好学上进。通过全员培训,争取在五年或者稍长时间内,使现有初级人员的 1/3 左右达到中专水平,使现有中级人员的 1/5 左右达到大专水平。

在全面整顿和培训、提高公社一级卫生队伍的同时,要切实抓好对赤脚医生的培训、复训工作,采取多种形式,分期分批、较为系统地进行培训提高。要组织制定指导性的教学计划和大纲,编写出版通用教材,供各地参考选用。今后,地区以下的卫生学校,每年都要招收一部分赤脚医生。公社卫生院的编制缺额和自然减员,除了主要由国家分配大中专毕业生予以补充外,也可以从乡村医生中经过严格考核,择优录用。对现有的赤脚医生,尚未进行统一考试、考核者,要普遍进行一次考试、考核,合格者发给证书,其中达到中专水平者发给乡村医生证书。通过考试、考核,应建立赤脚医生档案,并加强管理。要认真贯彻执行国务院(1981)24 号文件的有关规定,妥善解决赤脚医生的报酬,稳定赤脚医生队伍。

九、努力建设高度的社会主义精神文明。这是全党全民的共同任务,也是农村卫生工作者的共同任务。党和人民赋予我们的光荣职责是救死扶伤,实行革命的人道主义,全心全意地为人民服务。这本身就包含着伟大的共产主义精神。每一个农村卫生工作者都要加强职业责任,恪守职业道德,遵守职业纪律,做一个有理想、有道德、守纪律的人,做一个社会主义精神文明的建设者。

要广泛开展建设社会主义精神文明的群众性活动。社、队两级卫生组织都要发动群众讨论和制定农村卫生工作人员守则,并经常对照守则检查评

比,形成比先进、学先进、赶先进、帮后进的热烈气氛,把精神文明的建设落实到每一个农村基层卫生组织,落实到每一个人,使之制度化、经常化。

农村卫生工作人员守则如下:

1.热爱祖国,热爱共产党,热爱社会主义,热爱人民,热爱本职工作,遵纪守法,廉洁奉公,自觉抵制不正之风。

2.坚持学习马列主义、毛泽东思想,刻苦钻研业务技术,努力做到又红又专。

3.发扬救死扶伤实行革命人道主义的精神,不断改善服务态度,提高医疗质量,全心全意为人民服务。

4.坚守岗位,尽职尽责,严格执行规章制度和操作常规。

5.关心集体,团结协作,艰苦奋斗,勤俭办医。

6.从农村实际出发,改进工作方法,方便群众,有利生产。

7.宣传卫生知识,破除迷信,移风易俗。

8.带头讲究卫生,植树栽花,美化环境,保持整洁、安静。

十、要切实加强对农村基层卫生组织的领导。农村经济体制改革之后,各地党政领导机关和卫生行政部门对办好农村基层卫生组织的责任更重大了。一定要把农村基层卫生组织建设纳入本地区的农村发展建设规划和卫生事业计划。对事业经费、基建投资、人员编制和赤脚医生补助,都要予以统筹安排。集体所有制的公社卫生院实行自负盈亏以后,分配给农村的卫生事业费不得削减,并应逐年地按比例地有所增加,以利于发展农村卫生事业。

县、乡、镇党政机关和农村集体经济组织,要对本地区农村基层卫生组织的发展建设切实负起责任。要经常关心这方面的工作,认真加强领导,帮助解决问题。农村社队集资办医,是社员群众的集体福利事业。不应视为“平调”和“不合理负担”。对赤脚医生,要给以合理报酬。实行“双包”的大队,赤脚医生的报酬应和大队干部享受同等待遇,实行合作医疗的大队,要做好合作医疗基金的筹集和管理工作的。

为了适应农村形势的发展,各地党政机关和卫生行政部门,都要改善对农村基层卫生组织的领导和管理方法,加强调查研究,不断总结新经验,正确地引导社队两级卫生组织进一步适应农业体制的变革和广大农民对医疗保

健的要求,沿着社会主义方向生动活泼、扎扎实实地向前发展,逐步走出一条适合我国国情、具有我国特色的健全农村基层卫生组织的新路子。

# 关于农村公社卫生院的改革问题\*

1983年2月8日

---

农村公社卫生院的工作如何才能适应农村的新形势,开创新的局面?根据我们在苏、皖农村的调查,答案是:必须坚决地进行改革。

近二年来,江苏省卫生部门对农村公社卫生院的改革,主要抓了两条,一条是推广了江阴的经验,改变了按人头分配补助经费的吃“大锅饭”的办法,把农村卫生事业费主要用于公社卫生院的基本建设、医疗装备和智力投资,至于卫生院工作人员的工资主要靠业务收入来解决,即所谓“吃饭靠自己,事业费主要用于发展事业”;另一条是搞浮动工资,落实责任制,先在部分县、社试点。最近省卫生厅在洪泽县召开了专门会议,总结交流了经验。由于进行了以上两个方面的改革,许多农村卫生院的服务态度明显改善,诊疗人次大幅度增高,服务项目迅速扩大,医疗质量逐步提高,业务收入大大增加,职工的工资收入也有所提高,过去那种连年亏损、靠补助过日子的局面很快得到扭转。以沙洲县为例,全县25个集体所有制的公社卫生院,去年一年内全部实现扭亏为盈,由1981年的亏损32万元,一跃而变为1982年的盈余17万6千5百元。

安徽省滁县地区的嘉山县,是实行大包干责任制最早的地区之一,在农业改革的带动下,农村卫生院的工作也进行了改革。全县36个区、社卫生院,有30个实行了不同形式的联医计酬承包责任制,收到了明显效果。以桥头区卫生院为例,在1980年以前,由于躺在社会主义身上,靠国家补助“吃大

---

\* 原载《医院管理》1983年第3期。

锅饭”，“小病不愿看，大病不敢看，见了危重症就赶快转院”。全院 36 个职工，每天的门诊工作量一般不超过 30 元，3 年之内国家投资了 9 万多元还年年亏本，资金几乎全被吃光，库存药品只剩下 2 100 元。自从 1980 年下半年实行科室核算、1981 年实行“百分计奖”、1982 年实行“大包干、半浮动、五定一奖”的联医计酬责任制以后，激发了全体工作人员的主人翁责任感，充分调动了每个人的积极性，门诊工作量由过去的平均每天不到 10 人次增加到 100 余人次，业务收入由过去的平均每天 20 多元增加到 300 多元，药品资金由过去的 2 100 元增加到 43 000 多元。在二年半的时间内，工作量和业务收入各增长了 10 倍以上，资金积累增加了 20 倍。1982 年全院 36 个职工的个人收入平均增加了 140 多元，其中最高的 200 元，最低的有 2 个人因缺勤多、完成任务差被倒扣 50 元。现在，该院完全可以不靠国家补助，并且自给有余。

上述事实说明，农村卫生院的改革势在必行，非改不可。只有通过改革，打破“吃大锅饭”的局面，破除旧的一套，才能充分调动医务人员的社会主义积极性，才能给农村卫生院带来新的活力和新的希望，才能适应当前农村的新形势，更好地为农业生产和农民的健康服务。



但是，从苏、皖两省的情况来看，农村卫生院的改革，都只不过是刚刚起步，现在所进行的改革，多属于小改小革，有的只是搞了一些小范围的改革试点工作。这些改革虽然起了积极的作用，但毕竟因为没有全面触动带根本性质的问题，所以还不能显著地转变局面。这种情况，与农村形势的发展很不适应，与农村医务人员的要求差距很大。现在，广大农村医务人员（包括卫生院的领导）对改革的要求十分迫切，人们都在议论纷纷，呼声很高。集中起来有两条，一是经济利益问题，要真正体现按劳计酬，多劳可以多得，奖金不要封顶（指不得超过一个半月或两个月工资），不吃“大锅饭”；二是自主权问题，人权、财权、管理权归卫生院全体职工，在不违背国家法令、政策的情况下，任何部门不得随便干涉。以上两条，又是互相联系、不可分割的。二者相比，带有根本性、决定性的是自主权问题。如果没有自主权，经济利益就很难得到保障，而现在恰恰在这个带根本性质的问题上，不敢改革，不敢触动。有的医

务人员感慨地说：“人们都在望报兴叹，党报上每天都在宣传改革，可是农村卫生院连半点人权财权都没有，谈何改革。不是下面思想不解放，而是上级有关部门不放权。”因此，一谈起改革，农村卫生院最关心的是“三权”能不能下放，下放到什么程度。大家认为：既要改革，就要从根本上改，否则就谈不上彻底的改革。所谓“承包”，也必然要涉及“三权”问题，不涉及“三权”问题的承包，实际算不上真正的全面的承包。

集体医疗机构的“三权”问题，本来就是属于集体医疗机构全体职工所共有。早在 50 年代，几个联合诊所一直坚持自愿组合、独立核算、自负盈亏、按劳分配、民主管理的原则，人员可以自由进出，领导由民主选举，工资可以上下浮动，队伍非常精干，大家都能兢兢业业，以所为家，办的很有特色，很有成绩。问题在于公社化后搞“一平二调”、“一大二公”，剥夺了他们的“三权”，严重挫伤了医务人员的积极性。1962 年贯彻调整方针，实行“三权”下放，许多农村卫生院又一度恢复了活力，形势很好。“文化大革命”期间又再次剥夺了他们的“三权”，统的过多、管的过死、乱安插人，形成机构臃肿，队伍庞杂，人浮于事，大家都躺在社会主义身上“吃大锅饭”，缺乏应有的积极性和责任感。30 年来正反两方面的经验证明，什么时候尊重集体医疗机构的“三权”，他们的积极性就能得到充分发挥；反之，什么时候剥夺了集体医疗机构的“三权”，他们的积极性就必然会受到严重压抑。

根据我们在苏、皖农村的调查，在农村卫生院的管理体制的改革上，当前的主要矛盾，是集体医疗机构要求拥有“三权”和有关部门仍要继续把持“三权”（特别是人事权）不肯下放的矛盾。这方面的矛盾，在嘉山县表现尤为突出。该县三十多所农村卫生院，人浮于事的问题早已相当严重，不少卫生院就是靠一二名技术骨干养活 10 几个闲杂人员，以至在 1981 年以前有 1/3 的卫生院发不了工资，长期靠国家补助过日子，形成“药光钱净山架空，外面还留个大窟窿”。可是，在 1982 年，县劳动局和县委宣传部一次就硬给农村卫生院安插招工的女“知青”41 人，最大年龄 35 岁，平均年龄 31 岁，孩子最多的有 4 个孩子，最少的也有 1 个孩子。有的人名为“知青”，实为半文盲，连自己的名字都不会写。这样的人居然分配到卫生院搞医疗技术工作，并且不准考试、考核，不准择优录用。因而遭到了各卫生院的一致反对，反映极为强烈。

有的卫生院院长要求辞职,有的医生要求自由组合或退出单干,有的坚持要向上告状。迫于基层的压力,县卫生局长一直顶了半年未肯接收,并搬出了中央组织部、卫生部和安徽省滁县地区的有关“不准向卫生机构安插非专业人员”的文件,一再说明理由。省卫生厅和地委的领导同志根据县卫生局的反映也都明确表示,这41人不能接收。但作为主管卫生工作的县委宣传部副部长,非但不予支持,反而蛮横无理地硬压卫生局长“通也得通,不通也得通”,“41人必须全部接收,少接收一个也不行”,“条条要服从块块”,而且,事隔不久,县卫生局长就被调动了工作。许多卫生院院长和医务人员对此极为不平,他们无限感叹地说:“看来还是权大于法”。这件事告诉我们,要实行“三权下放”(特别是人事权),阻力是相当大的,而且是有风险的。正是因为如此,就更应该有点勇气,更应该具有改革的紧迫感。

改革中的一大难题是,精简的人员如何安排。这件事情虽然很复杂、很困难,但办法还是不少的。除了该退休的退休,愿意辞职回家的可以辞职,适合做其他工作的可以设法安排到适当岗位上去之外,有些年龄较轻又有一定文化基础的同志,可以组织起来进行学习;有些具有一定技术和经验的同志,可以安排他们到缺医少药的大队单独举办或与赤脚医生联合举办卫生所;有些不适合做卫生技术工作的同志,可以帮助或组织他们搞“第三产业”,从事社会服务或劳动服务,让他们单独核算、自负盈亏。嘉山县明光区卫生院有一名医生,对搞医务工作毫无兴趣,病人也从不找他看病,平均每个月开不了一张处方,可是他懂得“生意经”,善于作生意。为发挥他一技之长,卫生院帮他开了一间蔬菜商店,同他订了承包合同,每月上交卫生院130元。过去这个同志完全靠卫生院来养活,现在不但自食其力,自己增加了收入,还可以为卫生院养活两个人。由于生意兴隆,最近他准备进一步扩大营业,再从卫生院挑选两名闲杂人员当助手,开个小饭馆,对内为卫生院的职工和病人服务,对外为社会服务。受这个事例的启发,我们和嘉山县卫生局商量,准备发动全县的农村卫生院,挖掘潜力,充分利用一切可能利用的条件,组织多余的非专业人员,根据每个人的具体情况加以培训,并在资金上给予支持,广开门路,同他们订立各种承包合同。有的可以办养鸡场,有的可以办苗圃培植树苗、花卉,有的可以种药、采药、制药,有的可以办商店、开饭馆等等,让大家八

仙过海,各显神通。如果都能这样办,卫生院的多余人员不但可以自行消化,自食其力,而且还能为社会创造财富,卫生院也能增加收入,可以收到一举三得之效。

### 三

我们所面临的改革是一次全面性的系统改革。在大改革中,必然会涉及到许多具体政策和制度方面的问题。对此,基层的同志都非常关心,迫切希望上级领导机关通过调查研究尽快加以明确。我们的具体意见是:

一、应该明确农村卫生院所进行的改革并不改变卫生院所有制性质,也并不改变职工的性质。现在是集体的职工今后仍为集体职工,现在是国家职工的今后仍为国家职工。

二、应该明确农村卫生院实行承包责任制以后,国家对集体医疗机构扶植和鼓励的政策不变。原来用于补助农村集体医疗机构的卫生事业经费不得减少,可以集中用于改善房屋和设备条件,加强智力投资,发展卫生事业,并对防疫、妇幼保健和计划生育工作给予任务补贴,对防保人员、退休人员以及长期脱产学习的人员,给予工资补贴。

三、应该明确农村人民公社政企分开后,农村卫生院的机构设置除了少数机构重迭的可作适当调整外,一般不要轻易变动。卫生院的名称,可冠以地名,受乡、镇政府和县卫生行政部门的双重领导。但不要和当地的集体经济组织脱钩,有的也可以隶属于集体经济组织,以利于依靠和鼓励农村的集体经济组织发展医疗卫生设施。

四、应该明确各有关部门和乡、镇政府都要尊重农村卫生院的自主权,特别是要下放人事管理权,让他们自己管理自己,应当允许他们有权民主选举或罢免院长;有权招聘或辞退人员;有权给贡献大、表现突出的职工增加工资或奖金;人员的调进调出都要征得卫生院的同意,未经同意的不得强行安插或强行调出。

五、要适当调整农村卫生院的收费标准。药品仍按零售价,不准提高;劳务费原则上按成本收费,或者恢复到 50 年代的水平,允许集体医疗机构的诊疗收费可以略高于全民单位,也允许地区之间可以有点差异,具体的收费标



准可由县政府制定,发布执行。

六、要正确处理国家、集体、个人三者的关系,兼顾三方面的利益。要确定合理的分配比例,留出适当的公积金和公益金,其余部分按照按劳付酬的原则进行分配,实行多种形式的浮动工资制。收入多的,职工的工资、奖金的分配,不受左邻右舍的影响,不受“不得超过一个半月”的限制。

七、要正确处理卫生院的经济效益与病人利益的关系。卫生院的改革,当然要考虑经济效益,但更要维护病人的利益,把病人的利益放在第一位,反对一切“向钱看”。通过改革,要努力提高医疗质量,改善服务态度,扩大服务项目,提高工作效率,更好地为病人服务。这才是衡量卫生院的改革搞得好的最重要的标准。

八、要正确处理尊重卫生院的自主权与加强领导的关系。所谓自主权,是在服从党和政府的领导,遵守政策、法令下的自主权,决不可把自主权与加强领导对立起来。应该看到,卫生院的体制改革以后,党和政府特别是卫生行政部门的责任更大了,过去的一套规章制度和管理办法有许多已经不适合今天的情况,这就需要我们加强调查研究,总结新的经验,解决新的问题,创立新的章法。既要加强政治思想领导和政策指导,又要加强业务技术领导和卫生立法工作,以保证农村卫生院的工作能够沿着社会主义方向健康地发展。

## “三权”下放是农村卫生院 改革中的关键问题\*

公社卫生院如何才能适应农村新形势,开创新局面?我们最近带着这个问题,在江苏、安徽农村进行了调查。这两省不少地区的公社卫生院,在农业实行生产责任制的带动下,虽然作了一些改革,起了积极作用,但是因为没有触动带根本性质的问题,所以还不能显著地转变局面。

农村公社卫生院的医务人员认为带根本性质的问题是:一、不吃大锅饭,真正实现按劳分配,多劳多得。二、卫生院有一定的人权、财权、管理权。而且后面一条更为重要。因为只有有了自主权,才能更好地实行按劳分配原则。有的医务人员感慨地说:“人们都在望报兴叹。党报上每天都在宣传改革,可是农村卫生院连半点人权财权都没有,谈何改革。不是下面思想不解放,而是上级有关部门不放手。”

集体医疗机构的“三权”,原来就是属于集体医疗机构全体职工所共有。早在50年代,几万个联合诊所一直坚持自愿组合、独立核算、自负盈亏、按劳分配、民主管理的原则,人员可以自由进出,领导由民主选举,队伍精干,大家都能兢兢业业,所以办得很有成绩。只是公社化后,由于搞“一平二调”、“一大二公”,剥夺了他们的“三权”,严重挫伤了医务人员的积极性。1962年贯彻调整方针,实行“三权”下放,许多农村卫生院又一度恢复了活力。10年内乱期间,再次剥夺了他们的“三权”,包得过多,管得过死,乱安插人,形成机构臃肿,队伍庞杂,人浮于事,很多人都躺在社会主义身上“吃大锅饭”,缺乏应有的积极性和责任感。30年来正反两方面的经验证明,什么时候尊重集体医

---

\* 原载 1983 年 4 月 3 日《健康报》

疗机构的“三权”，他们的积极性就能得到充分发挥；反之，什么时候剥夺了集体医疗机构的“三权”，他们的积极性就必然会受到严重压抑。

我们在江苏、安徽农村调查中看到，在农村卫生院管理体制的改革上，当前的主要矛盾是，集体所有制的卫生院要求拥有“三权”和有关部门不肯下放“三权”（特别是人权）的矛盾。有一些县，农村卫生院人浮于事的问题早已相当严重，不少卫生院都是靠一、二名技术骨干养活十几个闲杂人员，以致有的卫生院发不了工资，有的长期靠国家补助过日子。可是有的部门还硬要通过各种渠道，把不懂业务技术的人员安插进来搞业务技术工作。

事实告诉我们，要实行“三权”（特别是人权）下放，阻力是相当大的。但是，如果不解决这个带根本性质的问题，就实现不了真正的全面的承包责任制。因此我们呼吁有关部门下决心下放“三权”，使农村公社卫生院能够更好地进行改革，进一步调动医务人员的积极性和创造性，为保障农民健康和实现农业现代化作出更大贡献。

# 介绍嘉山县的农村医疗 预防承包责任制\*

1983年6月16日

编者按：农业承包责任制，不但使农业生产大发展，也冲击了生产大队的卫生组织建设，使大队卫生所、合作医疗、赤脚医生都面临着新的考验，嘉山县的农村医疗预防承包责任制，既体现了群众办医、互助互济的精神，又体现了按劳付酬、多劳多得的原则，很受群众欢迎。他们为完善这种医疗预防责任制所采取的办法也很好。作者热情地介绍了那里的情况，对每个关心医疗事业发展的人，都值得一读。

农村实行联产承包责任制后，生产大队的卫生组织建设如何进行相应的改革？安徽省滁县地区嘉山县的经验是，实行医疗预防承包责任制。

嘉山县是实行联产承包责任制比较早的一个县。在大包干责任制蓬勃兴起的情况下，由于卫生工作没有及时跟上，大队卫生组织相继停办，合作医疗纷纷解体，赤脚医生自谋出路，广大农村又重新出现了缺医少药和农民看病难、负担重的问题。社员对此很有意见。为了解决这些问题，嘉山县的卫生部门搞了大量的调查研究，积极探索多种多样的办医形式。1981年，在农

---

\* 原载《卫生经济》1983年第5期。

业大包干的带动下,马岗和石坝公社部分大队的赤脚医生,经过和社员群众商量,自愿签订医疗预防承包合同,受到了广大农民的热烈欢迎。

承包合同的主要内容有:社员每人每年交纳 0.6~1 元保健费或者交纳四五斤粮食,分“春、秋”两季付清。看病时只收药品材料费,免收“四费”(挂号费、出诊费、注射费、手术费)。承包医生负责保护社员的身体健康,做到有病早治,无病早防,保质保量地完成预防接种、妇幼保健和计划生育技术指导工作。坚持做到随请随到,随到随诊,开设家庭病床,定时巡诊,送医送药上门。合同一年一订,年终进行检查评比。有的还在合同上规定,对完成医疗预防任务好、服务态度好、执行药价政策好的赤脚医生,由社队给予奖励;对不积极搞预防,高价收费,发生医疗事故者,则应追究责任,酌情给予处罚。例如,发现一次高价收费,就罚款 10 元。

承包的形式也是多种多样。有的是大队卫生所或赤脚医生个人向大队承包,并把医疗预防承包纳入社员的生产承包合同;有的是赤脚医生个人或集体联合向社员承包;也有的只承包预防工作,不承包医疗。不论采取哪种承包形式,一律实行自愿原则,参加自愿,退出自由。

这种医疗预防承包责任制一经出现,就显示了它的优越性,很快就传播开来,不胫而走。先是在马岗、石坝两个公社迅速传开,后来其他公社的一些大队也陆续搞起了医疗预防承包。有的大队赤脚医生,起初只承包一部分社员,另一部分未被承包的社员很有意见,主动找赤脚医生要求承包。有的社员还给赤脚医生提意见:“你是大队培养起来的,现在搞承包,不能有亲有疏。”我们在石坝公社遇上了几个社员,顺便征求了他们对医疗预防承包的看法,他们一致称赞“这个政策好”,并给总结了八条好处:一是随请随到,看病方便;二是节省时间,有利生产;三是免收“四费”,减轻负担;四是药价合理,明码标价;五是预防工作可以落实;六是大家凑钱,互助互济;七是医群关系有了改善;八是医生生活有了保障。社员群众把出点保健费叫做“太平钱”、“保险费”。他们说:“只求平平安安过日子,年年出几角钱,一百年不看病也高兴。”有的还风趣地说:“现在我们农民也有了自己的保健医生。”

赤脚医生中的多数人,也愿意搞医疗预防责任承包。因为,实行承包责任制,责、权、利结合,有利于克服“吃大锅饭”的平均主义,能调动积极性,也

有利于落实赤脚医生的报酬。尤其对落实报酬问题,赤脚医生最为关心,这也是赤脚医生队伍能否稳定的关键。马岗、石坝公社实行医疗预防承包责任制后,平均每个赤脚医生一年所得的报酬可达600元左右(包括药品利润提成)。哪个医生签订的合同多,得的报酬也多。这样一来,许多赤脚医生都积极钻研业务技术,努力改善服务态度,加强了工作责任心。那些不学无术、服务态度不好、混日子的人就吃不开了。

总之,这种医疗预防承包责任制,体现了群众办医、互助互济的精神,也体现了按劳付酬、多劳多得的原则,能够更好地把防病治病任务落实到基层。它实际上仍具有合作医疗性质,是一种初级的医疗预防保险,是群众办医的一种比较好的责任制形式。

目前,在嘉山县的一些社队,这种医疗预防承包责任制正在进一步完善。经过和一些社队干部、赤脚医生商量,拟采取如下做法:

一、把参加医疗预防承包农户的保健费,纳入大队与农户签订的生产承包合同,由大队负责筹集。目前多数大队都没有纳入,而是由赤脚医生挨门挨户去收粮、收款,既影响赤脚医生的工作,又容易造成拖欠。张公岭公社官山大队把赤脚医生的报酬与大队干部和民办教师一样,纳入了大包干合同,由大队提留,就避免了这此弊病。

二、从实际出发,拟好医疗预防承包合同书。合同书上对赤脚医生和社员双方的责任、权利和义务必须明确,但一定要实事求是,不能脱离实际。例如,有的合同书上规定:“对需要转院的病人,应由医生护送,旅差费由医生自理。”这样的条款就不易做到。

三、大队卫生所的收入,应当留有适当的积累,用于医疗设备添置、赤脚医生的进修学习和集体福利。

四、加强领导,积极扶持,把大队卫生所作为大队社员群众的集体福利事业。随着生产的发展,在大队提留的公益金和工副业收入中,提取一定的比例,支持和发展医疗卫生设施。

# 积极稳步地推进农村 基层卫生组织改革

1983年7月15日

十一届三中全会以来,农村形势发展很快,出现了前所未有的大好局面。农业战线的改革,推动了其他各条战线的改革,也推动了农村基层卫生组织的改革。近几年来,我们大家都感到有一股强大的力量在推动我们前进,使我们逐步地认识到,农村基层卫生组织的改革也势在必行,非搞不可。正如中央领导同志所指出的:“一切部门,都有改革的任务。只有改革的侧重点不同,没有要不要改革的问题。改革,才能打开新局面,才能创造新经验,才能较快地提高广大干部的思想水平和领导才能。”

事实也正是这样,在农村普遍实行联产承包责任制的推动下,许多地区的农村卫生院和生产大队卫生组织都进行了一些改革,比较普遍地实行了多种形式的责、权、利相结合的联劳(医)计酬责任制,开始打破了吃“大锅饭”的局面,对调动医务人员的积极性,增强责任感,改善服务态度,提高医疗服务质量和经济效益等方面,起了积极的作用。有的地区在改革农村卫生院的人事管理制度和经费补助办法等方面作出了大胆的尝试。总的来说,农村基层卫生组织的改革的主流是好的,效果是显著的。但是应该说,改革还处于方兴未艾的阶段,有许多改革办法还很不成熟、很不完善,有待于通过实践进一步改进和完善。现在的问题是要进一步加强领导,研究新情况,解决新问题,积极稳步地把农村基层卫生组织的改革推向前进。

究竟应该如何加强对农村基层卫生组织改革的领导,在当前正在进行的改革中有哪些新情况新问题,需要我们去研究和解决呢?我想就以下几点谈谈看法:

## 一、关于卫生改革的指导思想

我们在考虑农村基层卫生组织改革时,必须坚持从农村的实际情况和卫生事业的特点出发,坚持全心全意为人民服务的社会主义方向,以是否有利于做好防病治病工作,不增加群众不合理负担,是否有利于卫生事业的发展与提高,建设具有中国特色的农村基层卫生组织,作为衡量我们的农村卫生改革搞得好不好、对或不对的标志。我们应当把这两个“坚持”,三个“有利”作为农村基层卫生组织改革的指导思想。凡是符合两个“坚持”,三个“有利”的改革,都应给予肯定,反之,则应予以纠正。

当前一个值得重视的问题是,必须防止“一切向钱看”。有个别地方和单位,搞改革的指导思想不明确,片面地以为“改革就是搞承包”、“承包就是包经济”、“包经济就是多赚钱”。在这种思想指导下,出现了重经济指标,轻医疗质量,重看病挣钱轻防疫保健工作,重物质利益轻思想政治工作的倾向,出现了不必要地给病人多检查、多开药、开贵药等加重病人不合理负担的现象。这些做法,虽是个别地区,个别单位的问题,但影响所及,既损害病人利益,又损害国家利益,也影响医疗卫生单位的声誉,是不符合社会主义原则的,必须坚决地加以纠正。

这里应当指出,搞卫生改革,当然也包括经济方面的改革,也就是要注意经济核算,讲求经济效益,加强经济管理。那种以为医疗卫生机构是单纯的社会福利事业,应由国家包起来,可以不搞经济核算,不讲经济效益,不注重经济管理的观点是不对的、有害的。如果不讲经济效益,不搞增收节支,医疗卫生机构非但不能发展也将难以维持。但是,卫生部门的经济管理决不可偏离为人民健康服务的宗旨,而只能在坚持为人民健康服务的前提下,通过改善服务态度,提高医疗质量,扩大医疗业务,开展新的服务项目,通过降低消耗、杜绝浪费、节约支出,来增加收益。只有这样,才能使卫生经济改革沿着正确的轨道健康地向前发展。

## 二、关于推行责任制

几年来的实践证明,在农村基层卫生组织中,通过实行责、权、利相结合



的多种形式的责任制,改进了劳动计酬办法,有利于打破“大锅饭”,克服分配中的平均主义;有利于改善服务态度,提高业务技术水平,提高服务质量;有利于加强科学管理,提高工作效率和经济效益。总之,有利于充分调动医务人员的积极性,起到了奖勤罚懒的作用。现在的问题是,应当总结经验,加以完善和提高。要把加强和完善责任制当作农村基层卫生组织改革的重要环节,下大力气认真抓好。

目前,各地农村基层卫生组织实行责任制的形式有多种多样,概括起来可分两大类:一类是联劳(医)计酬责任制;一类是大包干责任制。联劳(医)计酬和大包干的具体形式和作法也有多种多样。这是符合客观规律的。各地的情况不同,差别很大,应当贯彻从实际情况出发,因地制宜的原则,不搞“一刀切”。凡是对广大的农民群众有利,对农村基层卫生组织的巩固和发展有利,对调动医务人员积极性有利的责任制形式,都是好的和可行的,都应当加以支持。

在落实责任制中,任务要明确,指标要适当,责任要落实,考核要严格,奖罚要兑现,真正做到责、权、利结合,联系劳动成果计报酬,坚决打破“大锅饭”。要建立健全以岗位责任制为中心的各项工作制度、工作定额和考核办法。确定任务、指标,要有客观依据,对各项工作的数量、质量都要有具体的要求,并且落实到每一个科室,每一个人。至于经济指标,要实行经济民主,财务收支公开,提倡人人都要树立经济观点,讲求经济效益。但一般不要把经济指标包到个人,以免助长“向钱看”的不良倾向。

### 三、关于农村卫生院的自主权问题

我国的农村卫生院,绝大多数都属于集体所有制的性质。对待集体所有制的卫生事业的管理,理所当然地应当遵循集体所有制的原则,发挥全体职工当家作主的积极性,让他们在人、财和经营管理上有自主权。但是,长期以来由于受“左”的错误影响,集体医疗机构的“三权”,一直得不到应有的尊重。特别是在人事管理制度上,包得过多,管得过死,乱安插人,形成机构臃肿,队伍庞杂,人浮于事,能进不能出,大家都躺在社会主义身上吃“大锅饭”,缺乏

应有的积极性和责任感。这种不合理的现象,已经到了非改革不可的时候了。

现在,有一些地区已经在搞改革的试点。山西翼城县、安徽庐江县、四川重庆市的綦江县和长寿县等,都已搞了这方面的试点,他们在县委的支持下,大胆地进行了院长选举制、人员聘用合同制以及由院长“组阁”等人事管理制度上的改革。通过改革,调动了集体医疗机构的内在动力,恢复了活力,各项工作都上得很快,有些老大难单位也迅速改变了面貌。这些地方的经验,值得认真总结。

今后,集体所有制的农村卫生院,都要在当地政府和卫生行政部门的领导与扶持下,实行独立核算,自负盈亏,按劳分配,民主管理的原则。要做到这一点,必须保证他们有自主权,特别是人事权,允许他们有权选举或罢免院长;有权签订合同招聘和录用他们所需要的医务技术人才;有权辞退安插性人员和临时工、合同工;有权处分直至开除违法乱纪、屡教不改的职工;有权给贡献大、表现突出的职工增加工资或奖金。人员的派进调出,都要征得卫生院的同意,未经同意的不得强行安插或强行调出。从现在开始,各省、市、自治区都要选择一、二个县,进行改革的试点,总结出典型经验,然后再由点到面逐步加以推广。

#### 四、关于改革农村卫生事业费的补助办法

长期以来,国家对农村基层卫生组织采取了在经济上给予补贴,扶助其发展的政策,每年用于补助农村基层卫生组织的卫生事业费约7亿左右,占全部卫生事业费的20%。这是一个相当大的数字。如是使用得好,可以办很多事情,发挥很大的效益。多年来带有普遍性的问题是,对这笔巨额款项用得不好,基本上是由于农村卫生院的人头工资,哪个单位人多,补助就多;谁叫穷就补助谁。结果是“有了困难层层叫,没有钱向国家要”。这种补助办法,根本调动不了办好社会主义农村卫生事业的积极性,只能助长人们躺在国家身上吃“大锅饭”,必须坚决地加以改革。

江苏省江阴县首先改革了这种不合理的经费使用办法,把农村卫生院的

补助费由县卫生局集中掌握,重点用于改善基建条件,设备更新和智力投资,至于人头工资主要靠业务收入来解决,逐步做到了“吃饭靠自己,卫生事业费主要用于发展事业”。常熟、庐江、重庆等市县,除了集中一部分补助费用于卫生院的建設外,采取了通过考核评分,按各卫生院完成卫生防疫、妇幼保健、医护质量等工作任务的好坏实行浮动补助的办法。对完成任务好的多补,完成任务差的少补。这种把经费补助与完成任务好坏以及卫生院的建設挂起钩来的办法,有利于调动积极性,保证各项任务的完成,促进卫生事业的发展。这方面的经验值得认真总结。从现在开始,各地都要积极地进行农村卫生事业补助费使用办法的改革,都要力求做到合理使用经费,充分发挥效益。至于如何改革,则应从当地的实际情况出发,因地制宜。

## 五、要继续鼓励和支持农村集体经济 组织举办各种医疗卫生设施

这一条已经载入了我国《宪法》,必须坚决贯彻执行。

在我们这样一个人口众多,经济不发达的大国,发展医疗卫生事业,不可能完全由国家包下来,必须坚持“两条腿走路”的方针,充分调动农村集体经济组织、国家企事业组织和街道组织等各方面的积极性。依靠农村的集体经济组织,依靠亿万农民群众,发展农村的医疗卫生事业,正是我国农村卫生工作的突出特点,也是我们的优势所在。在这方面,我们已经积累了丰富的经验,取得了优异成绩,为国内外所公认。我们要继续发挥这个优势,不断研究新情况,解决新问题,总结新经验,把具有我国特色的农村基层卫生组织建设好。

农村集体经济组织举办各种医疗卫生设施,只要是群众自愿又是量力而行,不应视为不合理负担。凡是搞得好的,只能减轻农民的负担而决不会加重农民的负担。我们要通过典型调查,算帐对比来说服农村的干部和群众,以消除一部分人的误解。

今后,农村经过体制改革,政社分开以后,农村卫生院的建設仍然离不开

农村集体经济组织的支持。至于生产大队(村)的卫生组织,则主要应当依靠集体经济组织,依靠村民委员会,依靠群众来举办。具体的办医形式,要从实际出发,因地制宜,允许多种多样。目前,不少地方出现了大队卫生组织和合作医疗制度解体的情况,应当引起高度重视。卫生主管部门应该表明态度,正确地加以引导,切不可听之任之。

## 六、各级卫生行政部门都要积极地 支持改革,参加改革,领导改革

都有责任深入调查研究,进行试点,总结推广典型经验。面对这场全面系统的改革,情况相当复杂,我们的领导同志都要努力做到:态度要积极,思想要解放,头脑要清醒,工作要扎实。看准了的问题要坚决进行改革,看不准的要继续调查研究,不要操之过急,不能一哄而起。

在各地的农村基层卫生组织中,都有一批立志改革、勇于改革的先进分子,我们各级卫生行政部门的领导同志,尤其要满腔热情地支持他们,帮助他们总结经验,认真吸取他们提出的一切有益的意见。

要正确处理尊重农村基层组织的自主权与加强领导的关系。既要改变过去那种包得过多,管得过死的作法,又要认真加强领导。力求把领导工作做深做细。

在改革中,要切实调整好农村卫生院的领导骨干,大胆选拔那些德才兼备、年富力强、有科学文化知识的“明白人”来主持工作,并且要积极争取当地党政机关的领导和支持,以保证农村基层卫生组织的改革能够坚决而有秩序地进行。

# 关于组织城市医疗卫生机构支援农村 卫生事业建设若干问题的意见\*

1983年8月4日

党的十一届三中全会以来,我国农村经历了一场大的变革,出现了前所未有的新局面。中央书记处最近指出:“当前一个值得重视的大问题,就是农业生产发展了,农民发展商品生产的积极性起来了,而各个部门的工作却落在后面,远远不能适应。”要求各个部门的工作都要“为农民、为农业发展服务。一切部门都要树立这个思想,从各个方面支援农业”。为了具体贯彻中央书记处的上述指示,现对组织城市医疗卫生机构支援农村卫生事业建设问题,提出如下意见。

## 一、城市医疗卫生机构必须积极 担负起支援农村的任务

农业是国民经济的基础,农民占我国人口的80%以上,因此,我们应继续加强农村医疗卫生工作。早在建国初期,党和政府就开始动员城市医疗卫生力量支援农村,后来发展到城乡医院挂钩、实行对口支援,取得了很好的效果。十年动乱中,这一好的制度遭到破坏。党的十一届三中全会以后,卫生部提出了“搞好三分之一左右县卫生事业整顿建设”的任务,重申要继续组织城市支援农村,得到许多地区的积极响应,在具体作法上也有所创新。实践证明,这样做是完全正确的。搞好城市支援农村的工作,首先是城市医疗卫

---

\* 这是作者代卫生部起草的一份指示性文件。

生机构,特别是市、地以上的医疗卫生机构的领导和广大医务人员要树立为农民、为农业发展服务的思想,把大力支援农村卫生事业的建设,做为一项义不容辞的任务,长期坚持下去。

## 二、组织城乡挂钩,实行对口支援

(一)从各地实际情况出发,由省、市、自治区卫生厅、局统筹规划,合理安排,明确分工,组织市、地以上医疗卫生机构(含医疗、防疫、妇幼、中医、教育、药检等)与县级医疗卫生机构挂钩,建立业务技术指导关系。在具体安排时,要根据需要和可能,分轻重缓急,分期分批地进行。首先要集中力量把已经列入重点建设计划的“三分之一县”的卫生事业建设好,同时兼顾边远山区和少数民族地区的卫生事业建设。

(二)城市医疗卫生机构支援农村卫生事业建设,要把工作的重点放在县级医疗卫生机构的业务技术上,如有余力,也可兼顾农村的中心卫生院。要上下对口,抓县带社,建立逐级的业务技术指导关系,主要的任务有两条,一是通过技术指导和协作,加强基本功的训练,解决技术疑难问题。开展新技术,帮助县级医疗卫生机构提高业务水平;二是通过参加业务管理,帮助总结管理经验,建立健全规章制度,整顿秩序,提高科学管理水平。总之,要通过对口支援,使县级医疗卫生机构得到进一步地发展与提高,更好地发挥技术指导中心和培养人才基地的作用。

(三)在实施对口支援中,要高度重视人才的培养,把帮助培养当地的医疗卫生技术骨干放在首要地位。这是衡量对口支援搞得好不好最重要的标志。培养人才一要注重加强基本功的训练。二要注意配套,以利发挥作用。对原有的医疗卫生技术骨干,培训提高的重点是解决技术老化的问题。

(四)城乡挂钩双方,要通过互相协商,签订技术支援或技术协作合同,把对口支援的关系用合同制的形式确定下来。拟订合同书,要从实际出发,实事求是地规定任务和要求,明确双方的责任、权利和义务。合同一经签订,双方都要认真信守,共同执行。

### 三、方式要灵活,方法要多样

对口支援的方式方法,也要从各地的实际情况出发,灵活多样,采取派下去指导、送上来进修等多种形式进行。例如,可以聘请城市的医疗卫生技术骨干下去兼职;组织技术指导组或医疗、教学小分队下去讲学和进行技术指导;举办各种专业训练班;开展技术协作和技术攻关;安排农村的医疗卫生技术骨干到城市进修等等。

派下去支援的时间和人数,也要力求灵活,一般可采取分期分批,定期轮换的办法。服务时间,可以有长有短,本人自愿长期服务的,应予以支持和鼓励,即使是短期工作的,也应该欢迎。派出人员要坚持少而精,重在质量,不要片面追求数量。人员轮换时,要注意工作的交替和衔接。

### 四、采取多种措施,鼓励城市医务人员支援农村

(一)要大力宣传卫生工作支援农村的重大意义,鼓励城市医疗卫生机构的各种专业技术骨干自愿到农村服务,为农村的医疗卫生事业建设作贡献。

(二)对于下去承担兼职和工作半年以上的医疗卫生技术人员,除由原单位照发工资外,应由受援单位根据不同情况按月发给津贴。津贴费的标准,由省、市、自治区卫生厅局酌情确定或由对口支援的双方协商确定。对于临时下去担任教学任务的,受援单位应按规定给予讲课费。

(三)下去工作半年的,期满后休假 15 天;工作一年的,期满后休假 30 天;工作一年以上的,探亲休假的往返旅费由受援单位负责解决。

(四)对在支农工作中做出显著成绩,贡献较大者,应给予表彰和适当的物质奖励,并优先晋职晋级。

(五)受援单位对支农人员在政治上要主动关心,在生活上要热情照顾,在工作上要积极支持,切实做到使用得当,用其所长,人尽其才,充分发挥他们的作用。

(六)派出单位要负责做好支农人员的家属工作,照顾好其家属的生活,解除他们的后顾之忧。

## 五、加强对城市支援农村工作的领导

(一)省、市、自治区卫生厅局要把城市支援农村作为一项重要的经常性工作列入议事日程,并指定专人负责,认真抓好。

(二)各级卫生行政部门要注意总结和推广典型经验,宣传和表彰好人好事。

(三)所有承担支援农村任务的城市医疗卫生单位,都要把这项工作当作自己应尽的义务,切实做好,要把它作为衡量一个单位工作好坏的重要标准之一。

(四)随着城市支援农村工作的广泛开展,下去兼职、讲课和进行技术指导的医疗卫生技术骨干将会越来越多。为了减轻农村医疗卫生机构的经济负担,建议各地将支农人员的津贴费等,根据现行财政体制,做适当安排。



# 认真做好城市支援农村的工作\*

1983年8月10日

最近,卫生部根据党中央和国务院的指示精神,发出了《关于组织城市医疗卫生机构支援农村卫生事业建设若干问题的意见》,要求各地“城市医疗卫生机构,特别是市、地以上的医疗卫生机构的领导和广大医务人员要树立为农民、为农业发展服务的思想,把大力支援农村的卫生事业建设,作为一项义不容辞的任务,长期坚持下去”。这是卫生部为贯彻落实党的十二大精神,开创卫生工作新局面所作出的一个重大部署,也是城市医疗卫生工作改革的一项重要内容。对于这样一个事关全局的大问题,我们的同志要解放思想,从实际情况出发,大力做好支援农村卫生事业建设的工作,在为农民健康服务、为农业发展服务方面做出贡献。

## 城市医疗卫生机构的光荣使命

为什么说支援农村的卫生事业建设,为农民健康服务、为农业发展服务,是城市医疗卫生机构的义不容辞的任务呢?这是因为:

第一,农业是我国国民经济的基础,是实现十二大提出的到本世纪末使工农业总产值翻两番这个宏伟目标的战略重点之一。农村实行联产承包责任制以来,形势一片大好,出现了前所未有的新局面。“当前一个值得重视的大问题,就是农业生产发展了,农民发展商品生产的积极性起来了,而各个部门的工作却落在后面,远远不能适应”,正如中央所指出的“最不适应的一个是科技和教育的问题”,其中也包括医疗卫生的问题。如果我们各个部门的

---

\* 原载《医院管理》1983年第10期。

工作为农业服务得好,配合得好,就可以保护和进一步发展农民的积极性,促进农村经济的繁荣,带动各项生产建设的发展;如果我们各个部门的工作跟不上,农民已经高涨起来的积极性,也可能重新受到压抑甚至挫折,以致影响整个四化建设的进程,影响十二大提出的宏伟战略目标的实现。

第二,农民占我国人口的80%以上,是医疗卫生工作的主要服务对象。把医疗卫生工作的重点放到农村去,是卫生部门必须长期遵循的一条重要方针。随着农业生产的迅速发展和农民生活的日益改善,八亿农民对医疗卫生的需求日益增长。这种新的情况,更要求我们卫生部门的各项工作,要求我们的医药卫生工作者,都要眼睛向下,面向农村,面向农民,大力做好广大农村的医疗卫生工作。农村的卫生工作做好了,就是抓住了重点,抓住了卫生工作的大头,就能够更好地把握住为绝大多数人服务的正确方向。

第三,社会主义的城乡关系,是互相帮助、互相支援、友好协作、携手并进的关系。一般地说,城市是政治、经济、文化、教育、科学中心,也是医疗卫生工作的技术指导中心。城市医疗卫生事业的发展,不仅是为了适应城市人民的需要,也是为了适应农村人民的需要。城市支援农村,是自己份内的事,是责无旁贷的责任和义务。坚持这样做,不仅可以有效地帮助农村医疗卫生机构提高业务技术水平和科学管理水平,促进农村卫生事业的建设,而且也有利于促进城市医疗卫生机构的改革,有利于城市医药卫生人员的锻炼成长,有利于城市医疗卫生事业的发展与提高。

第四,在我国建设社会主义的现阶段,还存在着明显的城乡差别。这种差别,不仅仍然表现在经济发展水平、文化教育水平和生活水平等方面,而且也突出地表现在医药卫生工作方面。逐步地缩小并最终消灭历史形成的这种城乡差别,是摆在全国人民面前的一项极为艰巨的历史任务。完成这个任务,不仅需要八亿农民自立更生、艰苦奋斗,同时也离不开城市的支援与帮助。现在正在进行的农村现代化建设,涉及到各行各业,尤其是我们文教卫生部门在那里都大有用武之地。

## 正确总结过去的经验教训

30多年来,卫生部门支援农村的工作经历了曲折的发展过程,有许多成

功的经验,也有过严重的挫折和失误。早在建国初期,全国各地就开始动员城市的医药卫生人员支援农村的卫生事业建设,后来发展到城乡医院挂钩,大医院带小医院,实行对口支援,取得了很好的效果。十年动乱中,这一好的制度遭到了破坏。党的十一届三中全会以后,卫生部提出了“整顿建设三分之一县卫生事业”的任务,重申要继续组织城市医疗卫生机构支援农村的卫生事业建设,得到了许多地区的积极响应。但就全国范围来说,还没有引起普遍的重视,特别是有些同志一提起支援农村,就“心有余悸”,往往和十年动乱中那种“左”的错误联系起来,这是必须加以澄清的。

党中央和国务院号召各行各业支援农业,号召科技人员下乡为农村的生产建设服务,这是非常正确的,是完全必要的。这同十年动乱中那种搞形式主义、搞强迫命令,拆庙赶神,把大批城市医药卫生人员驱赶下乡去接受所谓“再教育”,是截然不同的。过去那套“左”的作法,无异于“杀鸡取卵”,不但严重地破坏了城市的医疗卫生工作,践踏了党的知识分子政策,而且也严重破坏了支农工作的开展。当时,被驱赶下乡的城市医药卫生人员数以几十万计。虽然广大医药卫生人员都怀着一颗同农民结合、为农民服务的赤城的心,他们在开展农村的防病治病中也做了大量的工作,但终究因为总的路线和指导思想不对头,以致收效甚微,得不偿失,并且难以为继。这个沉痛的教训必须永远记取。但是,我们现在重申的城市支援农村,决不是要重复过去那种“左”的错误作法,而是在新形势下为了适应农村发展需要所必须坚持的一项重大政策,是贯彻十二大精神、实现十二大提出的宏伟战略目标所必须采取的重大战略措施。我们一定要把党的方针政策同“四人帮”的倒行逆施加以区别,把该不该坚持支援农村这个方向问题同具体工作中的缺点错误加以区别,正确地总结过去的经验教训,坚持从实际情况出发,实事求是,讲求实效,把支农工作扎扎实实地开展起来。

## 把支援的重点放在县级医疗卫生机构的建设上

组织大中城市的医疗卫生机构与县级医疗卫生机构直接挂钩,建立固定的业务技术指导关系,实行对口支援,并且用签订技术支援和技术协作合同

的方式,把这种对口支援的关系确定下来,是一条成功的经验。各地都要从本地区的实际情况出发,统筹安排,明确分工,实事求是地规定任务和要求,采取派下去指导、请上来进修等多种方式,切实地把支农工作组织好。在具体安排时,要分期分批,集中使用力量,首先把已经列入重点建设计划的“三分之一”县的卫生事业建设好,同时兼顾边远山区和少数民族地区的卫生事业建设。

城市医疗卫生机构支援农村的卫生事业建设,一定要把支援的重点放在县级医疗卫生机构特别是县医院的建设上,如有余力,也可兼顾农村中心卫生院的建设。对口支援的主要任务有两条,一是加强技术指导,开展技术培训,帮助县级医疗卫生机构提高业务技术水平;二是帮助总结管理经验,健全规章制度,整顿工作秩序,提高科学管理水平。在实施对口支援中,自始至终都要高度重视人才培养,把培训提高当地卫生技术骨干放在首要地位。这是衡量对口支援搞得好的最重要的标志。一定要采取各种有效措施,帮助县级医疗卫生机构的各技术骨干尽快成长起来,培养出一批质量过硬、技术配套的高水平的技术骨干队伍。有了这样一批技术骨干队伍,就能使县级医疗卫生机构真正成为全县技术指导中心和培养人才的基地,就能够带动农村三级医疗卫生网的全面提高。

对口支援的人数、时间和方式方法,都要根据实际情况,力求灵活,一般可采取分期分批、定期轮换的办法。派出人员要坚持少而精,重在质量。不要片面追求数量。服务时间可以有长有短。可以采取兼职的方式,也可以采取派技术指导组、教学小分队或共同开展技术协作等方式。不论是兼职、担当教学或技术指导工作,都应区别不同对象按月发给津贴。受援单位对支农人员在政治上要主动关心,在生活上要热情照顾,在工作上要大力支持,合理使用,充分发挥他们的专长,使他们能有施展才能,大显身手的机会。

农村是广阔的天地,在那里一切有志之士都可以“海阔凭鱼跃,天高任鸟飞”。我们希望各省、市、自治区卫生行政部门和各有关城市医疗卫生单位,都要积极响应党中央和国务院的号召,适应形势的要求,把支农工作列入重要议程,认真动员和组织医药卫生人员到农村去,到边疆去,切实做好支援农村卫生事业建设的工作,为建设具有高度物质文明和精神文明的社会主义新农村作出应有的贡献。

# 大力加强医院精神文明建设\*

1983年10月

全国医院精神文明建设经验交流会,今天就要结束了。这次会议是在党的十二届二中全会通过了《中共中央关于整党的决定》的时刻召开的。这个决定以及中央关于清除精神污染的重大决策,对于开好我们这次会议,搞好医院的社会主义精神文明建设,有着巨大的指导意义。我们这次会议的任务,是以十二大精神、二中全会精神和《邓小平文选》为指导思想,根据中央关于建设社会主义精神文明的一系列重要指示,总结交流前一段医院精神文明建设的经验,发扬成绩,找出差距,研究并提出如何把这项工作进一步推向前进。几天来,通过大会交流经验、参观学习和小组讨论,使到会同志提高了认识,明确了方向,振奋了精神。大家一致认为,召开这次会议是非常必要的,适时的,对于今后医院精神文明建设必将起到积极的推动作用。

党的十一届三中全会以来,党中央曾多次郑重提出,在建设高度物质文明的同时,一定要努力建设高度的社会主义精神文明。十二大报告全面总结了这方面的经验,进一步明确指出,这是建设社会主义的一个战略方针问题。社会主义精神文明是社会主义的重要特征,是社会主义优越性的重要体现,是关系到社会主义的兴衰和成败的大问题。社会主义精神文明也是社会主义医院的一个重要特征。医院能不能沿着社会主义道路前进,坚持全心全意为人民服务的方向,也取决于社会主义精神文明建设。

在这次会议上,有16个单位在大会上介绍了经验,会议收到的经验交流材料有一百多份。从这些发言和经验交流材料来看,三中全会以后,特别是在中央提出开展“五讲四美三热爱”活动、“文明礼貌月”活动以来,各地医院

---

\* 这是作者1983年10月在全国医院精神文明建设经验交流会上的总结发言。

积极开展了以治理脏、乱、差为重点的社会主义精神文明建设,有力地推动了医院工作的整顿、改革和提高,成效比较显著。尤其是辽宁省,在省委、省政府的领导下,在“十大窗口、百家竞赛”中,全省医院普遍开展了创建“文明医院”的活动,在改变院容院貌、整顿医院工作秩序、建立健全以岗位责任制为中心的各项规章制度和技术操作规程、改善服务态度和um提高医疗质量等方面,都作出了较好的成绩,收到了明显的效果。全省已有34所城市医院、5所县医院、38所中心公社卫生院进入“文明医院”的行列,受到了省、市人民政府的表彰。其它各省、市、自治区也都做了大量的工作,并涌现出一批先进典型单位,摸索了不少经验。像这次会议上交流的天津市一些医院为了便民利民,解决病人看病难、住院难的问题,医务人员走出医院,广泛开设家庭病床,并使家庭病床工作逐步走上正规化、制度化的经验,哈尔滨医大第一附属医院在坚持搞好院内工作的同时,开展社会调查,扩大预防,帮助基层提高技术,尽量使群众看上病、看好病、少生病的经验,北京友谊医院坚持思想领先的原则,教育医务人员树立一切为了病人的观念,努力改变医院脏、乱、差面貌的经验;青海省人民医院加强医德教育,坚持文明行医,加强科学管理的经验,天津市人民医院结合整党,狠刹吃请受礼,端正党风带动院风好转的经验,黑龙江省人民医院从建设“两个文明”的高度,坚持进行改革的经验,以及浙江台州地区医院从端正服务思想、提高服务质量、降低陪住率入手,加强医院精神文明建设的经验等等,这些都是值得重视和学习的好经验。

从这次会议上总结交流的辽宁省和全国各地的经验来看,凡是精神文明建设抓得好,成效显著的地区和单位,都具有以下几个共同特点:

一、各级党政领导重视。在当地党委、政府领导下,卫生行政部门和医院的领导干部认识明确,行动坚决,身先士卒,带头实干。要求群众做到的,自己首先做到、做好,以自己的模范行动影响和带动群众,积极投入医院精神文明建设中去。

二、狠抓思想政治工作,始终坚持以共产主义思想为核心,从医院实际出发,反复深入地有针对性地做好群众的思想发动工作,激发群众的革命热情和政治责任感,树立起“对病人负责、为集体争光”、“为四化建设拼搏”的革命思想,自觉地把共产主义理想和道德原则体现在为人民服务的每句话、每个

行动上。

三、精神文明建设和医院的改革、全面整顿紧密结合,不仅重视解决医务人员的医德医风问题,改变医院脏、乱、差的状况,而且敢于冲破各种思想障碍,深入发动群众,从有利于更好地为病人服务,有利于调动职工群众的革命积极性,有利于加强科学管理的原则出发,对一些不合理的领导体制、机构设置和规章制度等,进行了改革的探索和尝试,从而促进了医院工作的改进和提高。

四、有一个统一的规划和明确的奋斗目标,有为实现这一规划和目标的具体要求和措施,做到干有目标,行有章法,检查评比有依据。

五、狠抓典型,总结经验,经常检查评比,抓点带面,突击和经常相结合,坚持不懈地把医院的社会主义精神文明建设不断引向深入。

总之,医院精神文明建设,经过一年多来的努力,是有很大成绩的。但是,由于社会主义精神文明建设涉及各个方面,内容比较广泛,又容易出现反复,特别是由于十年内乱的流毒还没有完全肃清,资产阶级和其他剥削阶级腐朽思想对人们的精神污染依然存在,彻底清除这些精神污染,建设高度的社会主义精神文明还需要经过长期艰苦的努力。我们目前所做的工作,只能说是一个良好的开端,与党中央提出的建设高度的社会主义精神文明的要求,与广大人民群众的希望和要求,还有很大的差距。我们必须时刻保持清醒的头脑,决不能满足已取得的成绩。

当前存在的主要问题是:

第一、社会主义精神文明建设发展很不平衡。有的动得好些,有的动得差些,有的还没有真正动起来。不但地区之间、单位之间不平衡,就是在一个单位内部也存在着不平衡的问题。全国的情况是这样,辽宁省的情况也是这样。

第二、在治理“脏、乱、差”的问题上,还有待于进一步抓紧抓好。特别是治“差”,更是一个薄弱环节。服务态度、服务质量、管理水平差的问题,经过整顿,虽有一定好转,但还没有根本好转。有的医务人员对病人冷漠无情,态度生硬,推病人、顶撞病人、训斥病人的现象还屡见不鲜。个别医务人员甚至利用职权走后门,吃请受礼。有的存在着“向钱看”的倾向,滥开不必要的药

品,滥做不必要的检查,加重了病人和公费医疗的负担。有的人开“人情方”、“人情假”,对病人不一视同仁。尤为严重的是,由于责任心不强,工作粗枝大叶,马马虎虎,医疗责任事故仍时有发生,即使像辽宁的某些“文明医院”,这种现象也还没有完全杜绝。

第三、突击活动和经常工作结合的问题,需要认真解决。相当一部分地区和单位,只是在“全民文明礼貌月”中,搞一阵子突击,而忽视了经常性的工作。就是在一些精神文明建设已经取得成效的医院,也还存在一个巩固提高的问题。

第四、有的地区和单位,工作不够扎实,仍然或多或少地存在着“大呼隆”、摆花架子、搞形式主义的现象。这样做很不得人心,也不会深入持久。

造成这些问题的主要责任在领导。特别是思想政治工作做得不细、不深,也不够经常。某些领导同志带头建设社会主义精神文明的自觉性还不高,主动性还不够强。这是应当引起严重注意的。

三中全会以来所进行的医院全面整顿和精神文明建设等等,都在不同程度上带有整党性质。10月11日,党中央发布了关于整党的决定,全党同志和全国人民瞩目的全面整党即将开始,这对医院的精神文明建设必将是一个强有力的推动。我们一定要乘十二届二中全会的强劲东风,以马列主义、毛泽东思想为指导,结合医院的工作实际,以整顿党风带动院风医风,带动医院的全面整顿、改革和提高,把医院的精神文明建设更加深入、持久地开展下去。为此,现提出如下意见:

一、进一步端正服务思想,做好优质服务,争取在二、三年内,使医院的服务态度、劳动态度和医疗作风有一个根本的好转。

医院精神文明建设,自始至终都要以共产主义思想为核心,坚持全心全意为人民服务的根本宗旨,着重解决端正服务思想,改善服务态度,做好优质服务的问题。要通过深入细致的思想政治工作,使医院职工逐步树立起共产主义的理想、道德风尚和劳动态度。树立起“一切为了病人”的观念,努力做到“对工作极端的负责任,对人民极端的热忱”,全心全意为人民服务。

要克服思想政治工作中的软弱和涣散倾向,旗帜鲜明地抵制和清除资产阶级和其它剥削阶级腐朽思想对人们的精神污染,纠正医疗活动中的不正之



风。要严格遵守医院工作人员守则和道德规范,做到文明行医。不准借故推诿和未经会诊就外转病人,不准顶撞和恶语伤害病人,不准借职业之便吃请、受礼,以权谋私,不准增加病人的不合理负担和损害病人利益,不准开“人情方”,“人情假”。对来诊病人切实做到“四个一样:干部群众一个样;熟人生人一个样;院内院外一个样;城市农村一个样。严防医疗差错,杜绝责任事故的发生。

为了把共产主义道德原则运用到医院精神文明建设实践中去,各地医院在“五讲四美三热爱”活动和“全民文明礼貌月”活动中,创造了许多新形式、新作法,如“学雷锋、做好事”、“尊患爱患”、“为您服务”、“五到床头”、“温暖送病床”、“青年服务队”、“评选优秀医务人员”、“把医疗服务送上门”以及开展“假如我是一个病人”的讨论,制定医德规范、服务公约、护理人员守则等等。这些都是很好的经验,要扎扎实实地大力推广,使之经常化、制度化。

二、要把精神文明建设同整顿、改革结合起来,推动医院工作全面提高。

就医院的整顿和改革来说,一定要从实际情况出发,整顿和改革一切不适应“四化”建设和人民需要、不利于调动职工社会主义积极性、影响提高医院科学管理的领导班子、管理体制、机构、制度和医疗作风等等,建立健全责、权、利相结合的岗位责任制和各项规章制度,建设具有中国特色的社会主义医院。在进行医院整顿改革,加强医院精神文明建设中,必须首先从人民群众迫切要求解决的问题入手。当前,仍要继续采取有效措施,综合治理脏、乱、差,特别要在治差上狠下功夫。至于医院工作中的有关人事、财务、工资制度等方面的改革,情况比较复杂,政策性很强,经省市自治区党委批准,各地可以搞试点,进行探索,并注意总结经验。

在医院的全面整顿和改革中,当前要大力抓好门诊急诊的工作。门诊急诊是医院的窗口。把门诊急诊工作抓上去,不仅可以使广大的就诊患者及时看上病,看好病,扭转当前的被动局面,而且,可以促进医院工作的全面提高。

要抓好门诊急诊工作,提高门诊急诊质量,一是要采取有效的便民措施,消灭“三长一短”,让病人看上病;二是要加强门诊急诊技术力量的配备,尽快改变靠“三生”支撑门面的现象。有条件的医院还可开设专病门诊,提高门诊的诊断治疗水平,让病人看好病。门诊医生的配备,本院医师不得少于三分

之二,主治医师不得少于四分之一,主任医师出门诊每周不得少于二次,门诊病人三次不能确诊者,要及时进行会诊;三是要高度重视急诊抢救工作,把好急诊抢救关,提高抢救成功率、降低急诊死亡率。要健全急诊科室,最好是形成独立单元,做到房屋、设备和人员配套。积极创造条件,向急救医学的方向发展。对急诊病人,必须保证在五分钟内由医护人员接诊。急诊观察病床同病房一样,建立病历,定时查房和会诊。急诊科室要固定一定的医护技术骨干,有关科室的医护人员特别是主治医师以上的技术骨干都要定期到急诊科室轮换,并把在急诊科室的表现及抢救危重病人的业务技术水平作为考核和晋升的必备条件。

三、在抓好医院自身整顿建设的同时,要积极帮助城乡基层医疗组织提高医疗技术和管理水平。

城乡基层医疗组织,是卫生工作的前沿阵地,直接面向人民群众,担负着大量的医疗预防任务。要想从根本上解决人民群众看上病、看好病和少生病的问题,必须把基层医疗组织建设好。这就要求县以上医院,在搞好院内工作的同时,必须放眼全局,面向基层,面向农村、面向厂矿,推广以城市带农村、医院带基层的做法,帮助城乡基层医疗机构加强建设。这也是医院精神文明建设的重要内容,是所有医院责无旁贷的光荣任务。

支援的方式可以多种多样。各省市自治区卫生行政部门要统筹规划,组织县以上医院采取城乡挂钩、对口支援和在划区分级医疗范围内组织技术协作等形式,通过定期会诊、讲学、技术示范、应聘兼职、接收进修、承担检验任务和物质支持等办法,帮助基层医疗机构提高技术和管理水平,使之能够就地就近解决群众的疾苦。同时还应该大力发展家庭病床,协助基层进行疾病普查和做好地段预防保健工作,直接为广大人民群众提供优质的医疗服务。

四、加强业务技术建设,培养各类业务技术人才和医院管理人才。

提高医疗技术水平和科学管理水平的关键在于人才培养。这是一项极为重要的根本性的建设。几年来,许多医院对培养人才都比较重视,也收到了一定的效果。这里值得提出的是,在抓人员培训时,一定要有计划性,择优培养,形成阶梯,同设备引进和新技术开展相同步。既要抓全员培训;更要特

别注重培训提高技术骨干；既要培训医务技术人员、又要培训提高管理人员。特别是对于属于短线的专业技术人才和医院管理人才，要重点培养，使他们真正学有所长，学有所得，学有所用，在提高医疗技术水平和科学管理水平上见成效。

各级各类医院的技术建设，要从实际出发，特别要认真重视专科重点建设，注意发挥优势，发展专科特长。像这次参观的大连市的几所医院，如一院的神经内外科、检验科，三院的骨科、眼科，儿童医院的新生儿病房，铁路医院的急诊科建设等等，都各有特长，各具特色。这方面的工作做好了，有利于人才的尽快成长，有利于医疗和科研工作的开展，有利于提高医疗质量和科学管理水平。

五、要加强领导，不断巩固和发展医院精神文明建设成果。

医院精神文明建设是整个社会主义精神文明建设的一个重要组成部分，是医院建设一项长远的战略方针。在党和政府的领导下，各级卫生行政部门，必须切实加强对这项工作的领导，巩固和发展前一阶段已经取得的成果，把创“文明医院”活动扎扎实实深入持久地坚持下去。

首先要继续加强思想政治教育。通过认真学习《邓小平文选》、党中央对建设社会主义精神文明的一系列重要指示和《中共中央关于整党的决定》，提高对建设精神文明重大意义的认识。要结合医院的工作实际和思想实际，抓住发生在医务人员中间的具有共产主义因素的典型事例，经常地深入细致地进行共产主义理想、道德教育和爱国主义教育，激励人们发扬崇高的共产主义、爱国主义精神和救伤扶伤的革命人道主义精神，自觉地抵制和清除精神污染，做一个有理想、有道德、有文化、守纪律的医务工作者。

搞好医院的精神文明建设，要从领导干部和党团员做起。领导干部和党团员要走在精神文明建设的先列，以身作则、带头实干，以自己的模范行动，带领群众一道去努力实践。

要从本地本单位的实际情况出发，制定切实可行的规划，确定经过努力能够实现的目标，提出具体实施步骤和措施，经常检查评比，表彰奖励先进，批评帮助后进，抓反复、反复抓，把医院的精神文明建设不断地推向前进。

要认真加强调查研究，及时发现新情况，解决新问题，总结新经验。要善

于抓典型,通过总结和推广典型经验推动医院的精神文明建设。当然任何先进典型都不可能十全十美,都会有局限性,都还要不断完善,不断提高。因此,在学习,推广典型经验的过程中,一定要和本地区、本单位的实际情况结合起来,切忌生搬硬套。

要切实防止搞形式主义,防止浮夸和弄虚作假。真正做到实事求是,扎扎实实,真正经得起检查,保证医院精神文明建设健康地向前发展。

以上意见,仅供参考。不当之处,请批评指正。

# 对正确贯彻党的中医政策和 农村卫生改革政策的意见\*

1984年2月14日

我想着重谈谈部党组与中央保持一致的问题。总的感觉本届部党组贯彻三中全会以来的路线是坚决的,做到了与中央保持一致。这届党组改组时间不长,担子重,人员少,都是勤勤恳恳忘我工作的。为把卫生事业搞上去,做了大量的工作,成绩是显著的,必须充分肯定。但从我所接触的这个侧面,感觉到有不足之处,主要是有一些问题考虑不周,研究不透。有时解决问题不够准确,不够深思熟虑,或多或少有片面性。主要谈二个问题:

## 一、关于正确贯彻党的中医政策问题

我在调回医政司前,曾在中医司工作四年多,了解一些情况。三中全会以来,在中央的直接关怀下,党组狠抓了中医政策的落实,成绩显著,局面大改观,中医事业得到了迅速恢复和发展,这件事做得好,很得人心。但是在贯彻中医政策中,对西学中人员有一些说法、做法欠妥,影响了团结,影响了调动西学中人员的积极性。近几年来,责难西学中的说法很多,是不符合中央精神、不符合中医政策的。如,有人把西学中当成消灭中医的根源,说什么“结合一点消灭一点,彻底结合彻底消灭”。这种说法显然不对,但没见到党组给予驳斥,是软弱的表现。还有的人要从组织上采取措施,要把西学中人员从中医机构中请出去,分离出去。特别是不能让他们担任领导职务,否则就是“西医专了中医的政”。最近看到毛主席的书信集,他在给杨尚昆同志的

---

\* 这是在卫生部党组召集的部机关司局长座谈会上的发言,原载卫生部整党办公室《简报》第6期。

一封信中说：“我看如能在 1958 年每个省、市、自治区各办一个 70~80 人的西医离职学习中医班，以两年为期，则在 1960 年冬或 1961 年春，我们就有大约 2 000 名这样的中西医结合的高级医生，其中可能出几个高明的理论家。”并说：“要指出，这是一件大事，不可等闲视之。”“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”也是在这封信中提出来的。显然，要发掘宝库，加以提高，不仅要靠中医，也要靠西学中和西医，要调动各方面的积极性。当然，十年动乱搞了些过头的“左”的东西，发生过以中西医结合取代中医的倾向。对中医事业破坏很大。这是在执行中的错误，不能归罪于西学中。西学中这支队伍是有贡献的，这些年中医和中西医结合科技成果，有相当部分是西学中人员和中医团结协作搞出来的，他们中的绝大多数人热爱中医，立志献身中医事业、尽管困难重重，道路坎坷，但是仍旧勤勤恳恳地工作，精神可嘉，应该鼓励、支持。有些不同观点是学术问题，应贯彻“双百”方针，不能因为有不同的观点就给予指责，甚至在组织上采取措施予以排斥，这种做法不利于事业，不利于安定团结。1958 年，根据中央“系统学习，全面掌握，整理提高”的指示，培养西学中人员，当时选拔的都是政治、业务好的技术骨干，经过二三年系统学习中医后，搞整理研究工作。后来一些人被提到中医机构的领导岗位，这是历史形成的，是组织上安排的，他们中的多数人是能够胜任工作的，少数不能胜任工作的可调整一下。如果都调整下来，分离出去，从政策上说不过去，实际也不可能。一些中医界的有识之士也不赞成这样做。名老中医魏龙骧同志对我说过：“如果这样做，是自己孤立自己。”一些西学中科技骨干提起这些事痛哭流涕。他们说：“西学中与中医是母子关系，是师生关系，谁也离不开谁。”有的人说，当时是响应党的号召才学中医的，现在是“姥姥不亲，舅舅不爱”。福建省卫生厅副厅长黄春源是中医出身，他说：“两支队伍要相依为命，合则双美，离则两伤。”总之，我认为对中医政策要全面理解，全面贯彻。中医政策也应该包括对西学中的政策。振兴中医，也要调动西学中的积极性。要强调团结，坚持和维护团结，千万不要做不利于团结的事，不要被宗派思想所左右和利用。现在确有宗派情绪，在一些会议上，如 1981 年在昆明召开的中医内科学术会议，秘书处的一位同志说：千万要防止不同观点的人（指西学中人员）钻进来。要反对派性，防止和克服偏见。特别是领导同志

在掌握政策时要注意。

## 二、关于正确引导农村基层卫生改革问题

主要谈以下几点：

### (一)农村基层卫生组织问题

三中全会以来,农村实行承包责任制,农村基层卫生组织出现了一些新情况和新问题。适应农村的新形势,对基层卫生组织实行改革势在必行,是正确的。要认真清除“左”的影响。去年厅局长会议上提出改变“大锅饭,独家办,一刀切,不核算”的状况,我们完全拥护。现在农村卫生组织改革的形势是好的,但有两个问题,值得商榷。

(1)对于村级卫生组织,提多种形式办医是对的,这比过去搞“一刀切”更适合当前农村的情况。但多种形式也有主次之分。月犁同志在春节前部机关职工大会上的讲话中提到:“对各种形式要调查研究,加以总结,肯定哪种形式为主,哪种形式为辅。”我完全同意这个意见。事实上,近两年我们医政司和各地卫生行政部门已经做过大量的调查。就多数地区来说,应坚持以集体办为主,多种形式并存,这是我们与各地卫生部门得出的比较一致的想法。《宪法》第二十一条也明确规定,“要鼓励和支持农村集体经济组织举办各种医疗卫生设施”。集体办医,只要是群众自愿,又是量力而行,就不应视为“加重群众负担”,就应该给予鼓励和支持。无论如何,农村基层卫生组织不能和农村集体经济组织和农民群众脱钩。在这个问题上,部里有分歧。这个分歧不在要不要提倡“多种形式”,而在于要不要提倡“以集体办为主”,要不要鼓励和支持农村集体经济组织和村民委员会举办医疗卫生事业。有一种说法,说×××室的意见代表了党组的观点。这种说法传到了各省市,把×××室刊登在《卫生工作简报》上,后又在《健康报》登出的河北农村基层卫生组织的调查报告当成是党组的观点。这篇文章以个人名义发表,作为一家之言无可非议,以卫生部××××室的名义发表就有些欠妥,而且事先并未征求我们医政司的意见。这篇文章主张把大队卫生所解体,由赤脚医生各自搞承

包,由他们凭自己的收入养活自己,并指出:这是发展的“必然趋势”,是发展的“必然方向”。相当一个时期,《健康报》只准宣传这个观点,不准或很少宣传其他形式,倾向性非常明显,既然是多种形式办医,为什么集体办得好的就不宣传?既然是“必然趋势”、“必然方向”,为什么许多已经散伙的大队卫生所又相继恢复?不能说服人嘛。只要符合实际、符合农民利益的都要提倡,不能有偏见,不能采取排斥态度。承包作为责任制是好的,但不宜提倡经济指标包到个人。教育部比我们明确,不提承包,强调责任制,我们也应强调贯彻责任制。总之,应贯彻《宪法》第二十一条的精神,大队卫生组织以集体办为主,多种形式并存,做到有医有药有机构,能防能治,便民利民。

(2)合作医疗问题。合作医疗是不是左的产物?有条件办、群众又愿意办的可不可以办?在这个问题上也是有分歧的。我们认为合作医疗不是左的产物,但是确实受了左的影响,搞了一刀切,片面追求全包全免,不切实际,这些都是必须纠正的。我们认为,合作医疗制度本身是好的,但也需要改革和完善。我了解一些合作医疗的历史,它是50年代,随着农业合作化运动的发展,由农民自己搞起来的,是农民的创造。当时有的地方农民总结了农村的四大合作:“农业合作社、信用合作社、供销合作社、合作医疗”,认为是共产党领导农民办的好事。十年动乱,受了“左”的影响,合作医疗搞过了头,要认真总结经验教训。但目前合作医疗仍是我国农村的一种较好的医疗保险形式,应该允许办,应该提倡,有条件办、群众愿意办的事情应给予支持。群众不愿办的事情,强迫群众去办的是不对的,而群众愿意办的事情不准群众办也是不对的。在一段时间里,对合作医疗肯定的话少了,否定的话多了,至少是不感兴趣,很少宣传报道。今年厅局长会议安排了江苏的发言,谭云鹤同志在会议结束时的讲话中也肯定了合作医疗仍然是农村多种办医形式的一种重要形式,凡是有条件而群众愿意办的地方,我们都要积极热情地支持他们办好。这样说就比较全面了。建议部里进一步调查研究。医疗制度是个大问题,尤其是8亿农民的医疗保健问题,总得有个既能解决问题又切合实际的办法,国家包不可能,谁看病谁出钱,得了大病许多人出不起;比较可行的办法是依靠集体,组织群众互助互济。现在有这种趋势,我们不组织,群众也会自己组织起来。《宪法》规定发展“社会保险”,合作医疗也是一种保险。



根据上述情况,我们觉得部党组在农村基层卫生组织的问题上,全面听取意见不够,特别是听取主管司局的意见不够,有时抛开主管司局,听少数人的。

### **(二)农村卫生建设,特别是老少边穷地区的卫生事业建设问题**

过去强调“把医疗卫生工作重点放到农村”,现在不大提了。三中全会后一度强调要有计划有步骤地进行“三分之一县的卫生事业建设”,现在也不大提了。从全面情况看,农村卫生事业建设亟须加强。特别是老少边穷地区的卫生事业建设,过去作了一些工作,但重视不够,花的力量不够,与内地差距太大,有的地区30年来没有改变面貌。这些地区的卫生建设,应作为特殊问题,制订特殊政策,采取一些特殊措施,给吃点偏饭,党组应多做些争取。

### **(三)城市支援农村的问题**

近几年提得不是那么多了,城市医务人员很少下乡。去年部里发了通知,但落实很困难,阻力不小。有思想认识问题,也有政策问题。“文化大革命”中“四人帮”借口贯彻“六·二六指示”,把知识分子赶到农村去,是极左路线,现在一提起城市支援农村,有些人仍心有余悸。许多医疗单位的医务人员追求“两文”,追求出国,连门诊也不愿去,情况很不正常。近几年部里对支援农村强调得很不够。医务人员去农村是建设社会主义新农村的需要,农民很欢迎,对医务人员也有好处,知识分子和工农结合,是必须坚持的带有方向性的问题。到农村跑一跑,搞搞技术指导,帮助培养当地人才,支援农村的卫生事业建设,是应大力提倡的好事,我们应当积极地做工作,大造舆论,也要研究制订一些政策和措施,加以鼓励。

# 坚持和发扬全心全意为人民 服务的医疗作风\*

1984年2月

党的十二届二中全会通过了《中共中央关于整党的决定》，作出了抵制资产阶级思想影响和清除精神污染的重要决策。邓小平、陈云同志在全会上的重要讲话，在阐述整党决定伟大意义的同时，都着重强调了思想文化战线不能搞精神污染。抵制和清除精神污染，是整党的一个重要组成部分，是全党的任务，也是各条战线的共同任务。我们希望广大医务工作者，都要认真学习和深刻领会二中全会的精神，积极响应党中央的号召，坚决抵制和清除精神污染，加速社会主义精神文明建设。

抵制和清除精神污染，对于办好社会主义医院，对于我们每个医务工作者有什么重要意义呢？第一，这是坚持四项基本原则的需要。各种精神污染，不管其表现形式如何，都是资产阶级和其他剥削阶级腐朽没落世界观的反映，是同共产主义思想体系和社会主义制度根本对立的。它的最大危害，就是冲击我们的立国支柱——四项基本原则，引导人们怀疑共产党的领导和社会主义道路。如果任其泛滥，就会祸国殃民。第二，这是坚持全心全意为人民服务的社会主义办院方针的需要。我们社会主义国家的医院，任何时候都要坚持全心全意为人民服务的根本宗旨，决不能偏离这个宗旨。这是社会主义医院的重要特征，是区别于资本主义国家医院的最重要的标志。以资产阶级思想为核心的各种剥削阶级思想，同全心全意为人民服务以及“救死扶伤，实行革命的人道主义”的精神，完全背道而驰。如果任其泛滥，就会偏离社会主义医院的发展方向，把医院工作引到邪路上去。第三，这是建设具有

---

\* 原载《医院管理》1984年第3期。

革命的理想、道德和纪律的医药卫生队伍的需要。精神污染是一种严重的腐蚀剂,具有腐蚀人们灵魂和意志的作用。只有不断地清除各种精神污染,才能使人们摆脱各种剥削阶级思想的影响,振奋起革命精神,成为有理想、有道德、有文化和守纪律的新型医务工作者。

应该充分肯定,党的十一届三中全会以来,在党中央提出的“在建设高度物质文明的同时,一定要努力建设高度的社会主义精神文明”这一战略方针指导下,医院的精神文明建设取得了很大成绩。通过开展“五讲四美三热爱”、“全民文明礼貌月”、“三优一学”以及创建“文明医院”等活动,全国各地的医院,无论在党的建设、群众思想政治教育、业务技术建设和劳动纪律、规章制度的整顿等方面,都取得了新的进展。医院的脏乱差面貌已有所改观,医疗作风正在逐步好转。服务态度、服务质量和管理水平都有一定的提高,并涌现出一批先进模范人物和文明医院。越来越多的医务人员正在奋发学习,努力使自己成为有理想、有道德、有文化和守纪律的一代新人。但是,必须看到,在我们医务界和医院工作中,确实存在着一些不正之风。

医风不正的主要表现是:一些同志对党中央提出的医务工作者必须全心全意为人民服务的口号很淡漠,对学习白求恩同志“毫不利己,专门利人”的共产主义精神表示淡漠。一事当前,先替自己打算,对工作不负责任,对患者缺乏热忱。服务态度差、服务质量差、管理水平低的问题,经过几年来的整顿,虽有一定好转,但还没有根本好转。有的医务人员对病人态度生硬,推病人,顶撞病人,刁难病人,训斥病人的现象时有发生。个别医务人员甚至利用职权走后门,谋私利,吃请收礼。有的存在着“向钱看”的倾向,滥开不必要的药品,滥作不必要的检查,加重了病人和国家的负担。有人开“人情方”和“人情假”,对病人不一视同仁。尤为严重的是,由于责任心不强,工作粗枝大叶,马马虎虎,医疗责任事故仍时有发生。当然,这些问题是在少数医务人员身上反映出来的,但其危害性很大,任其存在和发展是党和人民所不能允许的。

全心全意为人民服务,是共产党人和革命者的天职,是我们各项工作的出发点和落脚点。我们社会主义医院,是人民的医院;人民的医院必须关心人民的疾苦,着眼于人民利益,每时每刻都要向人民负责,“一切为了人民的健康”。离开为人民服务,就谈不上坚持社会主义方向,就必然要走到邪路上

去。为人民服务同为社会主义服务、为共产主义奋斗是一致的。在我们社会主义制度下,自私自利、损公肥私、损人利己是最可鄙的,而大公无私、舍己为人、助人为乐的精神才是可嘉的。我们通常所说的共产主义理想和道德规范,就包括为人民服务的宗旨,包括“毫不利己,专门利人”的精神。正如毛泽东同志在《纪念白求恩》一文中所说的:“我们大家要学习他毫无自私自利之心的精神。从这点出发,就可以变为大有利于人民的人。一个人能力有大小,但只要有这点精神,就是一个高尚的人,一个纯粹的人,一个有道德的人,一个脱离了低级趣味的人,一个有益于人民的人。”

克服医疗活动中的不正之风,是一个原则的问题,是加强医院精神文明建设,抵制和清除精神污染所必须着重解决的一个重要方面。目前,全党同志和全国人民瞩目的全面整党已经开始,这对医院的整顿和建设是一个极好的时机。我们一定要在十二届二中全会精神指引下,以马列主义、毛泽东思想为指导,改善服务态度,做好优质服务,以整顿党风带动院风和医风,带动医院的全面整顿、改革和提高,争取在2~3年内使医院的服务态度和劳动态度及医疗作风有一个根本好转,把医院的精神文明建设更加深入持久地开展下去。

克服医疗活动中的不正之风,必须大力加强以共产主义思想为核心的思想政治教育,坚持用共产主义思想教育人,这是彻底纠正各种不正之风,抵制和清除精神污染的最积极有效的措施。思想教育包括很多内容,最重要的是共产主义的理想、道德和纪律教育。我们要通过深入细致的经常性的思想政治工作,使广大的医务工作者树立高尚的思想情操、医德风尚和劳动态度,树立全心全意为人民服务的思想,发扬共产主义和爱国主义精神,坚持把人民的利益、国家的利益放在第一位,关心他人比关心自己为重,一切为了人民的健康,一切为了社会主义祖国的现代化建设,努力做到对工作极端的负责任,对同志、对人民极端的热忱。

加强共产主义思想教育,既要学习马列主义、毛泽东思想的基本原理,又要坚持在实践中进行。列宁曾多次指出,不能只限于从书本上学习共产主义,更重要的是要通过参加公益活动、公共服务和义务劳动,从平常的工作、劳动中来学习共产主义。近两年来,各地医院在开展“五讲四美三热爱”、“全

民文明礼貌月”活动和创建“文明医院”活动中,涌现出很多青年服务队和学雷锋小组,广泛开展“学雷锋,做好事”、“为您服务”、“尊患爱患”、“五到床头”、“温暖送病房”、“把医疗服务送上门”、“评选优秀医护人员”等活动,以及开展“假如我是一个病人”的讨论,制定《医德规范》、《服务公约》、《护理人员守则》等等,这些都是广大医务人员学习共产主义,培养优良道德情操的有效方法。通过这些活动,越来越多的医务人员把共产主义理想和道德原则一点一滴地体现在为人民服务的每句话和每个行动中,精神面貌和工作发生了可喜的变化,医患关系有了显著改善,共产主义精神不断发扬,这实际上也是对资产阶级和其他剥削阶级腐朽思想的抵制。我们一定要认真总结和推广这些好的经验,用好的典型事例教育广大医务人员,使这些活动能坚持经常,更富有教育意义。

克服医疗活动中的不正之风,领导干部和党团员要起带头作用。领导干部和党团员一定要努力提高对建设社会主义精神文明重大意义的认识,提高抵制和清除精神污染的自觉性,旗帜鲜明地站在这场斗争的最前列。每个干部,特别是党员领导干部,要带头转变作风,处处为人表率。身教重于言教,正人必须首先正己。要改变过去那种有问题只抓下面,不抓自己的错误作法。要求群众做到的,自己首先做到、做好,以自己的模范行为影响和带动群众,积极投入医院精神文明建设中。

克服医疗活动中的不正之风,必须拿起批评和自我批评的武器,开展积极的思想斗争。当前特别要着重克服领导工作中的软弱涣散状态,对于不正之风要敢抓敢管,而且要一抓到底,决不能采取姑息迁就的态度。但一定要坚持实事求是,对具体问题进行分析,还要讲究批评的方法,坚决防止“左”的错误。过去那种简单片面、粗暴过火的所谓批判,不但于事无补,反而极其有害。

# 把家庭病床工作由普及引向提高\*

1984年9月

六届全国人大二次会议上的政府工作报告中指出:今后“要着重抓好体制改革和对外开放这两件大事”,在进一步搞好农村改革的同时,“城市改革的步子要加快”。我们这次会议就是要贯彻六届人大二次会议的精神,一方面总结交流开展家庭病床工作的经验,一方面研究和探讨如何搞好城市医疗卫生工作改革的问题。现在,就有关家庭病床的问题谈几点意见:

## 一、家庭病床是医疗卫生方面的一项重要改革

医生到病人家里去看病,是祖国医学的传统。全国解放后,我们发扬了这个好的传统,创造了家庭病床这一新的服务形式。1958年,卫生部曾在天津开过家庭病床现场会,天津市开展家庭病床的经验很快普及到全国。但是二十多年来,家庭病床工作几经起落,除了少数单位坚持较好外,大多数单位搞一阵子就不了了之。党的十一届三中全会以来,经过拨乱反正,贯彻“调整、改革、整顿、提高”的方针,家庭病床又重新得到了恢复和发展。特别是近一年来发展更快,全国几乎每个省市都开办了家庭病床。据天津、北京、上海、黑龙江、辽宁、吉林、四川、西藏等14个省、自治区、直辖市不完全统计,1983年已建家庭病床十多万张,今年还将有更大增长,总之,形势发展很好。如天津市家庭病床工作,得到天津市人民政府的重视和支持,并把这一工作列为天津市政府为全市人民做的10件好事之一来抓。1983年,天津市87个街道卫生院、33所区级以上医院一千二百多名医生护士从事家庭病床工作,

---

\* 这是由作者撰写的在全国家庭病床工作经验交流会上的讲话。

全年共建家庭病床二万四千二百多张,年内结束家庭病床治疗的病人一万二千九百多人,相当两所 400 张床位的大医院全年收治的病人。

家庭病床能在短期内这样蓬蓬勃勃地发展起来,说明它是合乎国情、顺乎民意的。家庭病床的广泛开展,构成了医疗卫生工作改革的一个新动向,成为在新形势下开创卫生工作新局面和建设具有中国特色的医疗形式的一项重要内容。无论从解决现实存在的医疗设施与群众需要不相适应的矛盾,或者从医学发展的长远观点来看,家庭病床都可以说是医疗卫生方面的一项重大改革,是医疗服务工作的一个很大进步。

为什么说家庭病床是医疗卫生工作的一项重大改革和进步呢?这是因为:

第一,发展家庭病床可以缓和看病难、住院难的矛盾,有利于贯彻全心全意为人民服务的方针。我国是一个 10 亿人口的大国,全国病床 211 万张,平均每千人口只有病床 2.07 张。每年需要住院的病人大约五千万,实际只能收三千万,尚有两千万病人住不上医院。解决这个矛盾,如果要以多盖医院、增加病床的办法,在短期内是根本不可能的。因为国家要把有限的财力、物力主要用于经济建设,还不可能大量增加医疗卫生事业的投资。因此,必须从改革中去寻求解决的途径。实践证明,开设家庭病床就是缓和群众看病难、住院难的一项重要措施。办家庭病床,国家不要增加很多投资,就可以起到增加病床的作用。虽然它不能完全和正规病床等同,但是它作为正规病床的补充形式,在承担任务上相互调剂,各有侧重,使许多病人,尤其是老年病、慢性病人,不出门就可以得到基本的治疗和检查,既有利于病情的恢复,又可减轻病人家庭、单位和国家的负担,是一件利国利民的好事。

第二,发展家庭病床可以密切医患关系,有利于社会主义精神文明建设。旧中国有句俗话,叫做“医不叩门”。家庭病床破除了“医不叩门”的这个陋习。医务人员深入到病人家庭里,加深了对病人疾苦的理解,增强了对患者的同情心和责任感,改善了服务态度,好人好事层出不穷。家庭病床的医务人员,不畏烈日酷暑,不避风雨严寒,送医送药到床前,有重症病人随叫随到,节假日都守候在病人家里,甚至年三十都是在病人床前渡过的。有的医护人员待病人如亲人,替病人做家务活,既治病,又“治人”,坚持做思想工作,为病

家排忧解难,把医务人员的职责同助人为乐的精神结合起来,发扬了全心全意为人民服务的医德风尚。病人和家属也把大夫当做亲人一样。这种新型的医患关系,新的医德风尚,是社会主义精神文明的重要体现。

第三,发展家庭病床可以挖掘潜力,扩大服务,有利于促进医务人员技术水平的提高。目前,一些基层医疗单位“吃不饱”,尚有一定的医疗潜力;大医院任务重,但也有忙闲不均的情况存在。开展家庭病床后,扩大了服务范围,使多余的医疗力量找到了出路,去发挥应有的作用。同时,大医院本身开设家庭病床,或与基层医疗单位协作,有些病人经过住院治疗稳定后转入家庭病床进行康复治疗,可以加快病床周转,提高病床利用率,同样是挖掘了潜力。开展家庭病床服务范围扩大后,基层医务人员自单纯门诊为主转到系统地观察病人,要按正规入院病人一样书写病历、分析观察病情,还要进行治疗和抢救。这样就促使他们加强对业务知识和技术的学习,有利于提高技术水平和医疗质量。

第四,发展家庭病床可以扩大预防,有利于促进医疗、预防和康复的结合。现在医学界正在谈论医学模式的转变问题。一般都认为在现代工业社会中,医学要从单纯的“生物医学模式”向“生物——心理——社会医学模式”发展。这就要求医院改变旧有的服务类型,由医疗扩大到预防,由单纯预防传染性疾病,扩大到预防心因性疾病,由院内服务扩大到院外服务,由生理服务扩大到心理服务。开展家庭病床,医务人员送医送药上门,在开展治疗、护理的基础上,宣传普及卫生知识,开展健康普查建立健康卡片,进行饮食指导和有针对性的做思想工作,消除影响病情的不利因素等等,不仅有利于病情的恢复,也符合现代医学发展的模式。黑龙江省牡丹江市把家庭病床与医疗、预防、保健、康复四项工作结合起来,在区级医院成立了家庭医疗保健部,扩大了预防,创建了一支防治结合的专业队伍,在建设适合我国国情的城市卫生组织的尝试中迈出了可喜的一步。这方面的经验,值得引起重视。

## 二、在普及的基础上努力提高质量

从全国范围来说,家庭病床已经处在全面开展阶段。当前的主要问



题,一是发展不平衡,有些地方刚刚起步,有些地方还在酝酿之中;二是片面追求数量,忽视质量,有的把出诊和下地段也算做家庭病床;三是管理制度不健全,组织措施、技术措施、政策措施不落实,影响家庭病床的巩固和提高。今后的任务是要继续普及、巩固和发展家庭病床,加强管理,狠抓质量,把提高质量放在首位。要维护家庭病床的信誉,而绝不可砸了家庭病床的牌子。各级领导都要高度重视这个问题。

为了在普及的基础上不断提高家庭病床的质量,需要注意解决以下几个问题:

(一)要正确认识普及与提高的关系,防止和纠正片面追求数量而忽视质量的倾向。家庭病床一定要名副其实,讲究实效,决不可搞形式主义,徒具虚名,甚至弄虚作假。要严格以质量为核心的考核指标,鼓励人们在提高质量上狠下功夫。

(二)要加强家庭病床科(组)人员的配备,切不可把什么地方都不要的人塞进家庭病床科(组)去“滥竽充数”。必须配备主治医师或高年资住院医和护士长为技术骨干,要配备身体条件能适应家庭病床工作、责任心强、作风正派、有一定临床经验的医护人员参加家庭病床的具体业务工作。主管部门要把好这个关。人员不足或骨干缺乏,除了在院内调剂外,可以采取适当方式外聘。

(三)要充分发挥大医院的技术后盾作用。建立以基层单位为主力,以大医院为技术后盾的家庭病床工作体系。有的地区组织大医院带小医院、医院带基层,这种做法很好,值得提倡和推广。采取各种方式协助基层单位提高技术水平和家庭病床的管理质量。要采取必要的政策措施,制定有约束力的规章制度,鼓励人才向基层流动。大医院的医技科室要对家庭病床开放,还要对家庭病床的转诊、会诊、转院优先安排,使基层人员确实感到在技术上有人壮胆撑腰。

(四)要为家庭病床科(组)配备必要的器械设备,争取在一、两年内把应该配备的基本器械设备都要配备齐全。而且随着发展,还要不断增加新的设备。上级对家庭病床的补贴不得挪做它用。

(五)严格掌握家庭病床的收治适应症。对家庭病床处理上没有把握或

有困难的急重疑难病例,要及时转送到上级医院,不要勉强留住,以免耽误病情。有些技术性较强的护理工作,也不宜交给家属来做。

### 三、要建立一支高水平的家庭病床工作队伍

加强家庭病床工作队伍的建设,这是家庭病床人员的现状和这项工作长远发展要求所决定的。现在家庭病床队伍无论在数量上和质量上都与这项事业的发展很不适应。家庭病床收治的病人涉及许多科,工作内容除了医疗外,还有卫生宣传、预防、保健和康复等。而现阶段在从事家庭病床工作的人员,都是从临床抽调的医生、护士和地段保健人员。他们各自的业务知识、技术水平都有一定的局限性,还不能很好适应家庭病床工作的要求。家庭医学是一门专业,目前许多国家都有家庭医疗保健的医师,水平很高。我们的家庭病床工作总不能光是停留在为慢性病人打针吃药的水平上。因此,家庭病床的医务人员要提高业务水平,并向家庭医疗保健专业化方向发展。这是巩固、提高家庭病床的根本保证。为此,要从以下几点着手:

(一)采取各种方式加强人员培训。当前培训的重点是结合工作实际进行补课,缺什么补什么。今后,根据事业的发展,要增加医学统计学、预防医学、社会医学、医学心理学、老年医学和康复医学等方面的内容。培训要有计划,因地制宜,形式灵活多样。

(二)积极创造条件开展家庭病床的科研工作。家庭病床收治病种以老年病、慢性病为主,在治疗中要注意及时发现和总结经验。可利用地段居民相对稳定,便于随查等方便条件,选择适当病种病例,进行疗效观察,预防并发症等方面的研究。有些家庭病床尚未涉猎的课题,如康复医学等,也应积极进行探讨。

(三)经常开展学术活动,进行学术交流,使家庭病床在医疗、科研方面总结的经验和新的学术观点,能够有发表的机会和园地,进一步促进事业的发展。

(四)加强思想工作。目前在家庭病床医务人员当中,仍然有人存在搞家庭病床没有出息,怕丢掉技术和担心晋升提级受影响的思想顾虑。要针对这

些思想反复进行思想教育,提高他们对家庭病床的认识,树立在家庭医疗保健方面有所作为的专业思想。

#### 四、从政策上鼓励家庭病床事业的发展

医疗卫生改革的主要目的是充分调动医务人员的积极性,更好地为人民服务。为了办好家庭病床,各级卫生行政部门和医疗卫生单位,在组织上要加强领导,在政策上要给予鼓励,在措施上要予以扶植。为了充分调动广大医护人员开展家庭病床的积极性,除了做好政治思想工作外,可考虑采取以下措施:

(一)从家庭病床的劳务收入中提取一定比例奖励家庭病床医护人员。奖励要体现按劳分配、多劳多得和奖勤罚懒、奖优罚劣的原则,不搞平均主义。

(二)要按照国家有关规定发给家庭病床人员保健津贴(管理传染病、精神病,为病人检查接触 X 线的人员要按同类专业人员的保健津贴标准发给)、加班费、劳保用品和工作服。交通补助费可根据实际情况适当增加。

(三)各地卫生部门的事业费应有一定比例用于家庭病床,主要用于购置器械装备,为家庭病床工作的发展与提高创造良好的物质条件。

(四)卫生技术人员的晋升考核要充分考虑家庭病床人员的特点,不能搞“一刀切”。对长期从事这方面工作的人员,特别是随着专业队伍的形成,今后要制定相应的晋级考核办法。

总之,家庭病床是卫生工作改革的一个组成部分,是具有广阔前景的和具有中国特色的医疗服务形式,广大人民群众是非常欢迎的。凡是对人民群众有好处的事我们就要办,而且一定要办好。今后家庭病床不但要进一步普及,而且要不断提高。在当前正在深入进行的卫生改革中,我们一定要积极努力把家庭病床工作提高到一个新的水平。

# 从一封乡卫生院长的来信 谈农村卫生院的改革问题\*

1984年12月20日

最近,接安徽省寿县一位乡院院长的来信,集中反映了两个问题:一个是人才奇缺,滥竽充数。卫生院养了一大批“食客”,只拿薪金而不会看病。原有7名能看病的老医生,近几年全部退休,顶替或调剂进来的全部是“南郭处士”。现有职工9人,一个会看病的专业人员也没有。在万般无奈的情况下,只好从村里借用一名卫生员来,勉强支撑门面;二是入不敷出,濒临垮台散伙。过去有老医生们在,能“吹竽”者不乏其人,大家尚有“大锅饭”可吃,现在“大锅饭”也吃不下去了。在县卫生局每月补助80元的情况下,每名职工的月收入,多则二十几元,少则十几元,难以维持生活。在这里,“承包”也不灵。大家都是“学员”,别说看病,连拿药、打针都过不了硬,谁能“承包”得了!全区6个乡卫生院,已有4个即将垮台。有的卫生院,大门紧闭,只开3个小门,分3组看病,连药房、产房也分了。面对这种情况,这位卫生院长十分感慨地说:“我身为院负责人,又不能带头散摊子,实在不知所措!”

上述问题,在农村卫生院中并非个别现象,带有一定的普遍性,所不同者,只是程度上的差异。当然,也有很多卫生院办得较好,事业有发展,专业有特色,管理有提高,服务有改进,在群众中享有一定的威信。特别是卫生改革搞得好的单位,经过改革以后,冲破了许多旧框框,扩大了自主权,打破了“大锅饭”,调动了积极性,卫生院的面貌为之一新,出现了生机勃勃的喜人景象。这种办得好的卫生院,各地都有,而且在全面改革的推动下,将会越来越多,越办越好。经过改革,由落后变先进、扭亏为盈、“起死回生”者也屡见不

---

\* 原载《中国医院管理》1985年第2期。

鲜。但是在全国各地,仍有相当一部分卫生院办得很不景气,有的“半死不活”,有的则像寿县这位院长所说的那样,濒于垮台散伙的边缘。对于这样的卫生院,看来要动“大手术”,也就是必须下决心进行大刀阔斧地改革,否则就不会有出路。寿县这位乡卫生院长的来信,不仅向我们提示了改革的必要性,而且向我们提示了必须加快进行改革的紧迫感。对此,我们必须有清醒的认识,必须采取一系列的改革措施,切实解决问题。

农村卫生院的改革,涉及的面很广,需要做的事情很多,既有体制、制度、政策方面的问题,也有指导思想、科学管理和加强领导方面的问题;既有卫生院内部的改革问题,也有整个农村医疗卫生体制的总体改革的问题。由于各地的情况不同,具体如何改革,必须从当地的实际情况出发,因地制宜。即使在同—个地区,各个单位之间情况的差别也很大。这就要求我们各地卫生部门必须进行认真的调查研究,不断研究新情况,总结新经验,解决新问题,提出切合实际的改革办法和措施,把农村卫生院的各项改革不断地推向前进。

就目前全国的情况来说,下面几个带有共性的问题,值得研究探讨。

### 一、农村卫生院的机构设置与改革,既要与乡、镇的体制改革相适应,又要从卫生部门的实际情况出发,实事求是,统筹安排,合理布局

1983年10月中共中央、国务院《关于实行政社分开建立乡政府的通知》发出后,从各地建乡的情况看,多数是以原公社为基础建乡,少数是以大队为基础建乡,也有的省是以公社下面的管理区建乡。政社分开后建立起来的乡、镇数,已大大超过了原有的公社数。长期以来,农村卫生院基本上是按行政区划设置的。1983年底,全国共有公社卫生院55000多所,平均每社1所。现在,农村的行政区划变更了,乡、镇数大大增加了,农村卫生院的数量则不可能相应增加。因此,今后乡、镇的医疗卫生机构设置,要因地制宜,可以按行政区划设置,也可以不按行政区划设置。

过去,农村卫生院的设置和布局过于分散,力量不集中,技术人员、房屋、设备不配套,形不成拳头,一般只能处理小伤小病,解决不了大问题,病床和器械设备都不能充分发挥作用。这是一个很大的弊端,也是很大的浪费。总

结过去的经验教训,今后一定要重点加强中心卫生院的建设。在一个县的范围内,应根据地理特点、交通条件、病人流向和历史习惯,集中人力、物力、财力,有计划有重点地建设好几个中心卫生院,使其成为一个片的医疗卫生工作的技术指导中心。这样的中心卫生院,一般应设在集镇上,有的也可以叫县第二医院,第三医院……。至于一般的乡、镇卫生院,有条件的可设床位。没有条件的则不必设床,或只设几张观察床。其名称,也可不叫卫生院,改称为卫生所。

过去,农村卫生院片面搞“小而全”,结果往往是“小而不全”,“全”而不解决问题,卫生院本身也难以发展、提高。近几年来,有些地区对这种“小而全”的农村卫生院进行了改革,从需要和可能出发,注重扬长避短,发挥优势。因地制宜地办起了具有小型专科特色的卫生院。即在卫生院的性质、功能、任务不变的原则下,突出某一专科优势。这样做的结果,有利于广大群众,方便群众就医;有利于加快农村卫生事业的发展,促进专科建设;有利于调动医务人员的积极性,更好地为病人服务;有利于改善管理,提高经济效益和社会效益。山西省稷山县和翼城县的许多农村卫生院,过去普遍存在“吃粮难、花钱难、业务提高难”的问题,成为卫生部门的“困难户”、“救济户”,长期摆脱不了困境,但从办起小专科之后,这些问题都解决了,并一跃而变成了“富裕户”。因此有人说:“办一个小专科,救活了一个卫生院”。这是一条很成功的经验,值得各地借鉴、参考。

## 二、要提倡和鼓励多方集资,依靠社会各方面的力量,办好农村卫生院

目前,我国农村的医疗卫生设施和卫生技术队伍,无论在数量上和质量上都远远不能满足农民的需要。特别是在农村实行改革以来,随着生产的不断发展和农民生活水平的不断提高,对医疗卫生的要求也越来越高。人们不仅要求能够“看得上病”,而且要求有像样的医院,像样的医生,良好的设备条件,舒适的休养环境,真正能够“看得好病”。农民群众的这些要求是完全正当的、合理的。问题在于,改善农村医疗条件的资金从何而来?争取国家逐年增加农村卫生事业经费和投资是一个方面,但目前我们的国家还比较穷,

不可能拿出更多的钱来发展农村卫生事业,更不可能由国家包下来。在这种情况下,一个比较切实可行的办法就是动员社会各方面的力量,通过多种渠道筹集资金。特别要鼓励和支持乡镇企业、农村集体经济组织、重点户、专业户以及广大农民群众集资举办各种医疗卫生设施,地方财政包括乡镇财政也要给予大力支持。

医疗卫生事业是社会公益事业,关系到广大人民群众切身利益。“社会公益事业社会办”、“人民的卫生院人民建”,完全合乎逻辑,既合理又合法。我国《宪法》第二十一条明确规定:要鼓励和支持农村集体经济组织、国家企事业单位举办各种医疗卫生设施。那种以为发动社会集资举办医疗卫生事业不合理又不合法的观点是毫无根据的。

长期以来,在我国就有由社会各界和人民群众集资举办医疗卫生事业的传统习惯。党的十一届三中全会以来,通过一系列的改革,城乡经济日益活跃,群众生活日益改善,社会闲置资金也日益增多,这就为集资举办医疗卫生事业提供了日益雄厚的物质基础。现在,许多地方都相继出现了多方集资举办医疗卫生事业的新鲜事,并已摸索了一些经验。实践证明,只要坚持量力而行和自愿的原则,不搞硬性摊派和行政命令,不超越地方、乡镇企业和群众的负担能力,这条渠道完全可以走得通,而且必将越走越宽。

### 三、关于农村卫生院领导管理体制的改革

过去,对农村卫生院的领导管理,存在着两大弊端:一是由国家包下来,形成“官办”;二是管得过多,统得过死。致使农村卫生院一无“人权”,二无财权,三无经营管理上的自主权,存在着“大锅饭”和“铁饭碗”的通病,结果是严重压抑了广大医务人员和职工的积极性、主动性和创造性,使农村卫生院缺少活力,作用不能充分发挥。其中很大一部分要靠国家补助才能维持下去。显然,这种领导管理体制是很不合理的,必须坚决地进行改革。

我国的 55 000 多所农村卫生院中,属于集体所有制性质的约占 2/3 左右,属于全民所有制性质的约占 1/3 左右。今后,集体所有制的卫生院必须按照集体所有制的办法进行管理,也就是要在国家和集体的领导与扶持下,实行独立核算,自负盈亏,按劳分配,民主管理。全民所有制的农村卫生院,

也可以根据实际情况,参照集体所有制的办法进行管理。这样就有可能把国家拨给的有限的农村卫生院的补助经费,主要用于改善卫生院的设备条件、预防保健工作的任务补助以及智力投资等,以利于农村卫生事业的发展与提高。

与此同时,卫生行政部门及有关部门对农村卫生院必须“放权松绑”,扩大并尊重卫生院的自主权,使他们能够独立自主地进行管理。在遵守国家政策、法令的前提下,允许他们:(1)人员不搞定编,实行“按需调节”,对职工实行聘任制或合同制;(2)有权从院外招聘有专长的卫生技术人员,并给以优惠的待遇;(3)有权对职工进行奖惩、解聘和辞退,有权给贡献大、表现突出的职工增加工资或奖金;(4)有权决定本单位的工资形式和奖金分配办法;(5)对本单位的资金有使用和分配权;(6)有权根据本单位的技术优势,决定本单位的业务发展方向及科室设置。

农村卫生院实行院长负责制,党组织起保证监督作用。院长应由符合“革命化、年轻化、专业化、知识化”要求的能够锐意改革开创新局面的专业人员担任。可以采取民主选举的办法产生,也可以采取由群众推荐、上级卫生行政部门考察任命的办法。院长实行任期制,可以连选连任,不称职者可随时罢免或本人辞职。任职期间享受职务津贴。

农村卫生院要建立健全职工代表大会或职工大会制度,讨论并决定本单位的重大问题,对院长的工作进行有效的监督。卫生院的主人翁是本院的全体职工,院长是受全体职工的委托行使权力的。一定要保障全体职工的主人翁地位,充分发挥他们当家作主的积极性。

#### 四、关于进一步完善多种形式的责任制和 贯彻按劳分配的原则

通过几年来的改革,在这方面已经取得了不少好经验,好办法,应当认真总结,使之不断完善,并加以推广。实行责任制,必须坚持责权利相结合的原则;正确处理好国家、集体和个人的关系;正确处理好卫生院的经济效益与病人利益的关系;正确处理好分配与积累的关系。责任制的形式,可以多种多样,因地制宜,因工作性质、任务、服务对象、服务方式的不同而有所差异。在



落实责任制中,任务要明确,指标要适当,责任要落实,考核要严格,奖罚要兑现。要把质量管理放在首位,注意提高工作效益、社会效益和经济效益。要联系工作的数量和质量计酬,坚决打破“大锅饭”,纠正平均主义的分配办法。

农村卫生院的工资形式,要从各个不同地区、不同单位的实际情况出发,采取不同的形式与做法。不论采取何种形式,都必须坚决贯彻执行按劳分配的社会主义原则,都必须把职工的工资和奖金同本单位经营好坏和经济效益高低、同每个职工的工作好坏和贡献大小更好地挂起钩来。各单位的结余部分,除留适当公积金、公益金外,允许浮动分配,上不封顶,下不保底。无论是工资和奖金,都要拉开档次,拉开差距,以充分体现奖勤罚懒、奖优罚劣,充分体现复杂劳动和简单劳动、熟练劳动和非熟练劳动、繁重劳动和非繁重劳动之间的差别。对从事卫生防疫、妇幼保健和计划生育技术指导的卫生人员,在落实责任制和评定报酬时,一定要认真考虑他们的工作特点,根据本人肩负的责任和劳绩,根据完成任务的数量和质量,合理地评定报酬和奖励。

## 五、关于农村卫生院收费标准的改革

农村卫生院现行的收费标准很不合理,主要表现在:劳务费过低,大大低于实际成本;不同性质的医疗卫生机构,不同质量的医疗、设备条件,不同技术水平的医生,不同程度的医疗服务,差价没有拉开;对收费问题管得过死,搞了“一刀切”。结果造成劳务收费不能反映劳动价值,造成医疗卫生机构竟干“赔本生意”,甚至长期吃老本、穷对付,房屋不能维修,仪器、设备、技术不能更新,职工的工作条件和生活条件得不到改善,有的连“简单的再生产”都难以维持,卫生技术队伍也难以稳定、巩固。这样下去,既不利于农村医疗卫生事业的巩固、发展、提高,也不利于广大农民群众的切身利益和农村的四化建设。因此,必须从现在起采取措施,逐步改变这种不合理的状况,实行合理收费。

农村医疗卫生机构收费标准的改革,必须遵循从实际情况出发,因地、因人制宜的原则。不同性质的医疗卫生机构,不同质量的医疗、设备条件,不同技术水平的医生,不同程度的医疗服务,可以实行不同的收费标准,实行按质定价,优质优价。允许医生挂牌门诊,由病人自由选择医生。允许集体所有

制的医疗卫生机构的收费标准可以略高于全民所有制单位,有的项目也可以低于全民所有制单位。允许计划免疫和预防注射、保健服务等收取适当的劳务费和成本费。

改革农村医疗保健收费标准,涉及千家万户,肯定会遇到这样那样的阻力。但是,这种改革是完全符合广大农民的长远利益的。实行合理收费,是为了取之于民,用之于民,改善农村的医疗服务条件,更好地为农民群众服务。必须看到,广大农民群众对目前农村的医疗服务设施的落后状况很不满意,他们急切地希望能够尽快地改变这种状况,希望农村的医疗服务条件一年比一年有所改善。还必须看到,当医务人员为群众提供了良好的服务,帮助群众解除疾病的痛苦时,农民群众也乐意为他们的辛勤劳动付出更多的报酬。因此,关于改革和调整不合理的收费标准的问题,只要我们做好宣传解释的工作,把道理讲明白,一定可以得到广大农民群众和有关部门的理解和支持。

至于各地农村卫生院的收费标准如何调整,调整哪些项目,调整多大幅度,则应从各地的实际情况出发,经过调查研究,制定出合理的切实可行的方案,请示当地政府决定,切不可简单草率从事。

## 六、关于清理、精简非专业人员和在 职人员加强培训的问题

随着农村卫生院人事制度的改革,聘任制和合同制的实行,特别是在农村经济搞活之后,就业门路和致富门路越来越多,解决非专业人员的问题比过去容易得多了。我们一定要充分利用当前的有利条件,对农村卫生院的职工队伍进行一次认真地清理和整顿,重点是精简非专业人员。对于落聘或解除合同、精简下来的人员,要分别不同情况进行妥善安置。其中有培养前途的,应进行专业技术培训,经县以上卫生部门考试考核合格后予以录用。对确实不适宜做卫生技术工作的,能清退的尽量清退,让他们自谋职业;不能清退的可改做其他工作,或者把他们组织起来从事本单位或社会所需要的企业、副业或服务业,由他们独立核算,自负盈亏。

与此同时,要有计划地分期分批地培训提高农村卫生院的在在职的卫生技

术人员,提高他们的业务技术水平和科学文化水平。要逐步增加智力投资,加强培训基地的建设,积极地创造和改善培训条件。既要进行全员培训,又要对业务技术骨干和有培养前途的年青人给予重点培养。培训的方式,应当多种多样。可以脱产培训,也可以半脱产或业余培训。凡是完成了规定的学业、考试合格的,发给结业证书。要把在职卫生技术人员培训工作同技术考核、评定和晋升职称、工资调整结合起来,以鼓励好学上进。

以上几点,只是个人的一家之言,错误和片面之处在所难免,只供关心农村卫生改革的同志们参考。

目前,农村卫生院改革的形势很好,人心思改,改革大得人心,改革与不改革大不一样。我坚信,在党的十二届三中全会精神的指引下,在城乡全面改革洪流的推动下,通过全体农村医疗卫生工作者的共同努力,我国农村卫生院的改革一定会更加迅速、更加健康地向前发展,一定会取得更大的成功。

# 要加快医疗立法\*

1985年3月

改革开放以来,我国的法制建设,进展较快,成绩显著。但医疗立法和医疗卫生机构的法制化管理却明显滞后,既落后于经济和社会的发展,又落后于医疗卫生事业的发展与建设,与改革开放的形势极不适应。这个问题,事关重大,必须引起高度重视。

由于长期忽视医疗立法,目前医政管理工作无法可依的情况十分突出,不论对医疗机构的管理,对医疗、护理、医技等专业技术人员的执业管理,以及对各项医疗服务事业和专业技术工作的管理均无法可依。因此也就无法规范各种医疗行为,无法有序地规范医疗事业的改革与发展,无法有效地进行医疗管理和监督,由此而导致的医疗秩序混乱的状况也更难得到有效的根本性的治理。因此,加快医疗立法乃当务之急,作为全国卫生行政领导机关,一定要有紧迫感,切切不可等闲视之。

为了加快医疗立法,在部里尚无统一部署之前,医政司拟先行一步。初步打算:

一、成立医政司医疗立法调研起草小组。调研起草小组拟聘请几位既熟悉医政管理又懂法的离退休干部组成,由医政司提供调研经费,在医政司长领导下具体负责医疗立法调研起草工作。

二、制订医疗立法规划。五年内先调研起草以下几种法律、法规:

1. 医疗机构管理法。
2. 医师法。
3. 护士法。

---

\* 此文系作者为加快医疗立法写给卫生部领导的报告

- 4.急救医疗法。
- 5.献血法。
- 6.初级卫生保健法。
- 7.精神卫生法。
- 8.区域医疗规划指导规则。

以上各项,都是当前急需要做的,其中拟以医疗机构管理法、医师法和护士法作为近期的重点。我们希望,也能尽快列入部里的立法规划,以利于加快医疗立法的进程。

三、开展医疗法学研究,交流情报信息,组织专题论证,进行理论探讨。我们注意收集了欧美、日本等国以及我国台湾、香港地区有关医疗立法的情报资料,并已编印成册,发给有关部门及全国各地参考。

四、在医政管理干部中,要加强普法宣传,强化法制观念,领导干部要带头学习,既要学习国家的大法,更要学习与本职工作有关的法律、法规,做到知法、守法,依法管理,依法办事。

## 招远县坚持合作医疗方向完全正确\*

1985年4月26日

我完全同意顾英奇副部长的意见。这次陪同顾部长来招远,主要是了解招远的农村基层卫生组织和合作医疗。关于基层卫生组织问题,顾部长谈了很好的意见,我想再做点补充。重点谈谈合作医疗的问题。

近几年来,由于种种原因,农村合作医疗纷纷解体,从全国来讲,垮得差不多了,被一阵风给吹掉了。但也有少数地区,顶住了这股风,江苏、上海和山东的一些地区坚决顶住了,招远县就是顶住这股风坚持合作医疗搞得最好的一个县(山东省卫生厅张植萍厅长插话:招远县合作医疗在我省搞得最早、最好,现在也最巩固)。这次来招远,主要是调查了解一下:招远县合作医疗是怎样巩固下来的?到底办得怎么样?群众反映如何?下乡调查了解的结果,看到了很多新气象,各方面都很好,农村三级医疗卫生网健全,基层卫生组织巩固,农村卫生队伍稳定,乡村医生工作学习有制度,管理不断加强,群众看病方便,预防工作有保证,传染病越来越少,村里卫生面貌和农民的精神面貌都很好,特别是合作医疗很得人心,基层干部和农民群众都很拥护,由于坚持合作医疗,农民群众得到了很大实惠,老百姓交口称赞。招远县委、县政府为招远人民办了一件大好事,也为全国树立一个好榜样。所以,对招远县委、县政府应当表示感谢。

招远合作医疗能够坚持下来是很不容易、很不简单的。近几年,有人把合作医疗看作是“文革”的产物,是“大锅饭”,主张彻底否定。这股风刮得很凶,刮到全国各地,也刮到了山东,刮到了招远。但是,在这关键时刻,招远县委、县政府能够把住关,站得较高,看得较远。当一股风来了以后,能够识别

---

\* 这是在招远县与县委县政府领导同志交换意见时的谈话。

风向,关键时刻能够把握方向掌好舵,做到这一点很不容易。招远县委确实高明,使我很受教育。由于县委的旗帜鲜明,态度坚决,所以招远县的合作医疗“雷打不散”,不但坚持了下来,而且比较巩固,得到了发展和提高。

招远县坚持合作医疗的经验也完全可以证明:合作医疗不是“极左”的东西,不是“大锅饭”,不是“共产风”,而是农民的创造,是农民为了防病治病、保护健康实行互助互济的一种保健制度。我从事农村卫生工作几十年了,合作医疗出现于农业合作化初期,开始叫“保健医疗”或“集体保健医疗制度”,1955年我曾参与过这方面的调查研究,总结过山西高平县米山乡联合保健站创造“集体保健医疗制度”的经验。所以,应该说合作医疗是农民的创造,是农民在合作化思想的启发下组织起来的。合作医疗产生于农业合作化初期,至少要比“文化大革命”早十多年。在十年动乱期间,“四人帮”为了给“文化大革命”贴金,竟把合作医疗说成是“文化大革命的新生事物”。这种情况完全不符合历史事实。当然,合作医疗是在“文革”期间得到推广,用“左”的办法去推行。当时的卫生部长刘湘屏大搞合作医疗“一片红”,不管条件是否具备,一律都得办,而且片面追求减免率越高越好,这些不切实际的做法显然是错误的。但这些都是执行中的问题,并不是合作医疗制度不好。十一届三中全会以后,纠“左”完全正确,但有的地方划不清界限,把合作医疗当成“极左”,来了个一风吹,一哄而散。在这种情况下,招远县委就能顶得住,因此我说招远县委高明,高就高在这里。

现在,对合作医疗纷纷解体,农民群众有意见,一些外国朋友也不理解。世界卫生组织和世界银行的专家们说,许多发展中国家都在学习中国,开展初级卫生保健的经验,而中国却不珍惜自己的经验。“合作医疗是发展中国家群体解决医疗保健问题的唯一范例,许多国家都很重视”。“现在,合作医疗解体后,中国农民的医疗保健问题就失去了可靠的保障,做不到有难同当,贯彻预防为主也将会受到影响”。因此,世界银行多次建议我们,并且决定贷款支持我们搞农村医疗保险制度的研究(烟台市卫生局于克荣局长插话:最好在我们招远搞)。

下面,我想就招远县如何进一步巩固和办好合作医疗,提两点具体意见:  
第一,必须坚持勤俭办合作医疗的方针。招远县的合作医疗形式多种多

样,没有搞“一刀切”,这样做是对的。但有的还在搞全包全免,对此要慎重,要接受过去片面追求全包全免的教训。全包全免有弊端,容易造成浪费。为了避免浪费和少数干部的特殊化,还是应该与个人利益适当挂钩,也就是说个人也要负担一点,不要搞全包全免。至于个别的经济非常富裕的村,人均收入千元以上,村里决定要全包,我们也不能不让人家包,但是即使富起来,也要励行节约,勤俭办事业。总之,要提倡勤俭,注意节约,要从实际出发,量力而行。

第二,必须下大力培训和提高乡村医生队伍。招远的乡村医生队伍可以说已经得到巩固,报酬问题已得到解决,下一步就要狠抓提高。万里副总理曾强调指出:赤脚医生的时代已经过去了,今后卫生工作怎样适应新形势,关键是人才。万里同志的这个指示,完全正确。你们招远的乡村医生队伍虽然巩固住了,但有相当一批技术水平不高,素质不高,也有一批老的乡村医生面临更新换代的问题。因此,培训提高乡村医生的工作刻不容缓。你们县卫校的条件较好,有四个教室,可以多办个乡村医生班,最好是系统培训,按正规中专或职工中专的要求来办,学习时间要长一些,内容要充实一些,一毕业即可取得具有中专水平的乡村医生的资格。有的在职的乡村医生,适合参加短期培训的,也可办短训班,在普及的基础上提高。



# 加强理想和纪律教育 促进医院改革和精神文明建设\*

1985年6月

邓小平同志最近强调指出：“现在我们国内形势很好。有一点要提醒大家，就是我们在建设具有中国特色的社会主义社会时，一定要坚持发展社会主义物质文明和精神文明，坚持五讲四美三热爱，教育全国人民做到有理想、有道德、有文化、守纪律。”小平同志说“这四条里面，理想和纪律特别重要”。“我们这么大一个国家，怎样才能团结起来呢？一靠理想，二靠纪律”。“这两件事我们必须时刻牢记在心”。

小平同志的上述指示，对指导当前正在进行的医院改革和文明医院建设十分重要。我们搞四个现代化建设，发展社会主义经济，实现翻两番的目标，要靠理想和纪律；同样，我们搞医院改革和精神文明建设，建设具有中国特色的社会主义医院，也要靠理想和纪律。这里所说的理想，是共产主义的远大理想，是为社会主义现代化建设服务、为人民服务的献身精神。这里所说的纪律，包括严格遵守党纪、政纪，严格遵守宪法和法律，严格遵守医疗卫生工作的职业纪律。

全心全意为人民服务是社会主义医院的根本宗旨，也是区别于资本主义医院的最重要的标志。我们社会主义国家的医院，任何时候都必须坚持这个宗旨，决不可忽略或偏离。我们搞医院改革，搞文明医院建设，其根本目的都是为了更好地为人民服务。改革医院体制、制度和管理工作中的各种弊端，简政放权，落实知识分子政策，调动各方面的积极性，把医院办得具有生机和活力，是为了更好地为人民服务；开展创建文明医院活动，坚持五讲四美

---

\* 原载《中华医院管理杂志》1985年第2期。

三热爱,综合治理脏乱差,整顿工作秩序,健全规章制度,加强思想建设、医德风尚建设和业务技术建设,提高服务水平和科学管理水平,也是为了更好地为人民服务。为人民服务同为社会主义服务、为共产主义奋斗是一致的。我们通常所说的坚持社会主义方向、共产主义理想、信念和道德,都无不包括为人民服务的宗旨。因此,离开为人民服务,就谈不上坚持社会主义方向、共产主义理想、信念和道德,就会失去理想和目标,甚至会走到邪路上去。评价医院改革是否成功,评定文明医院建设搞得好不好,最重要、最根本的一条只能以为为人民服务、对人民负责这把尺子去衡量,其他的标准只能占第二位、第三位。

应该指出,在医院改革和文明医院建设实践中,越来越多的医院都十分重视理想、道德和纪律教育,十分重视关心人民的疾苦,着眼于人民利益,千方百计改善服务态度,提高医疗质量,坚持把国家的利益、人民的利益放在第一位,努力做到对工作极端的负责任,对同志、对人民极端的热忱,切切实实为群众办好事,受到了人民群众的热情称赞。这是当前医院工作的主流,令人十分可喜。但是也必须看到,在我们医务界和医院中确实有些同志经不起封建主义思想和资产阶级思想的侵蚀,理想和信念淡薄了,医德标准搞乱了,纪律松弛了,不大讲为人民服务,对人民负责了。有的人一事当前,先替自己打算,对工作不负责任,对病人缺乏热忱。有的人甚至乘改革之机,损人利己,损公肥私,见小利而忘大义,搞新的不正之风,中央虽已三令五申,依旧有令不行,有禁不止,想尽各种“对策”来对付党的政策。对于这些,群众很不满意,也是党和国家所不允许的。我们一定要用最大的努力,通过深入细致的思想政治工作,并采取各种必要的措施,去纠正新的不正之风,以巩固和发展医院工作的大好形势。尤其是领导干部、共产党员、共青团员不仅要锐意改革,而且要带头建设社会主义精神文明,用自己的模范行动带动越来越多的群众成为有理想、有道德、有文化、守纪律的新型医务工作者。

我们提倡在医务人员中间树立革命的理想、道德和纪律,全心全意地为人民服务,并不是可以不讲经济效益和社会效益,无视经济规律和价值规律。那种把社会主义的医院看成是单纯的福利事业,可以不讲核算、不计成本、无偿服务的观点是片面的、有害的。正如赵紫阳总理最近在全国科技工作会上

的讲话所指出的那样：“三十多年来的经验证明，在存在着商品经济的条件下，无视商品货币关系，无视价值规律，无视经济杠杆，与经济有关的事情就办不通。硬要去办，常常是事与愿违，劳而无功，最多也只能是事倍功半。”马克思也曾经说过：“服务是商品。服务有一定的使用价值，一定的交换价值。”“医生的服务费……可以称作劳动力的修理费。知识分子的活劳动也应该是有价值的。”根据马克思主义的理论，在存在着商品经济的条件下，医疗服务也得讲价值规律和经济规律，实行合理收费。这是不以人的意志为转移的。我们这样做，正是为了取之于民、用之于民，正是为了改善医院的服务条件，更好地为人民服务。否则，只讲服务，不讲补偿，服务越多赔钱越多，服务越好亏损越大，这样下去，不但医疗事业难以发展、提高，连“简单再生产”也难以维持，甚至垮台。其结果，只能是损害广大人民群众的根本利益。

我们提倡在医务人员中间树立革命的理想、道德和纪律，并不是不讲个人利益，而是要使人们认识到个人利益应服从国家和人民的整体利益，眼前利益应服从长远利益；也不是不要照顾医务人员的切身利益。恰恰相反，十一届三中全会以来，我们党一再强调要认真落实知识分子政策，帮助他们解决实际问题，充分调动他们的积极性，并为此做了大量的工作。最近，邓小平同志在全国科技工作会议上讲话时又提出：“能不能每年给知识分子解决一点问题，要切实解决，要见真效。”这说明我们党是非常关心知识分子的切身利益的。我们所反对的，只是那些置国家和人民的整体利益于不顾，甚至不择手段地损公肥私、损人利己、不讲道德的歪风邪气。对于不正之风，要坚决纠正。对于医务人员的正当的切身利益，要随时予以关心和照顾。我们一定要积极改善医务人员的工作条件和生活条件，认真贯彻按劳分配的原则和责权利相结合的技术经济责任制，反对平均主义，逐步地切实地解决医务人员的合理报酬问题。要建立必要的精神奖励和物质奖励制度，对在医院改革和文明医院建设中做出重大贡献的，要敢于实行重奖，以激发广大职工奋发向上、积极进取的精神，增强革命的事业心和主人翁责任感。

当前，医院改革正在全面展开，文明医院建设也正在不断地向纵深发展。改革越是深入、越是搞活，就越要重视社会主义精神文明建设，越要加强党风党纪的建设。一个单位精神文明建设搞不起来，精神状态不好、党风不好，改

革也搞不好。我们一定要把改革同文明医院建设和当前正在进行的第二期整党紧密结合起来,使之相互推动,相互促进,相辅相成。以改革和整党促进文明医院建设,以端正党风带动端正医德医风,以文明医院建设的成效来检验改革和整党的成果。

古人云:“道也者,不可须臾离也。”在今天,我们所说的“道”,就是发展社会主义,并最终实现共产主义,为了完成这个伟大的崇高的事业,我们务必把共产主义的理想、道德和纪律时刻牢记在心,万万不可忘记。

# 加强农村医疗保健制度的研究\*

1985年11月18日

根据党的全国代表会议通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第七个五年计划的建议》中提出的,要“认真研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的新的社会保障制度”的精神,探索适合我国农村的医疗保险制度,卫生部决定在四川省眉山、简阳二县进行农村医疗保险制度的试点工作。这项工作得到了世界银行的支持,并被列入第二批世界银行贷款的一个重要项目。为加强对农村医疗保险制度试点工作的领导,卫生部成立了由陈敏章副部长担任组长的专门领导小组,同时试点工作列为“七五”期间卫生系统的重点科研课题之一。这次在峨眉县召开农村医疗保险制度研讨会,目的是为了总结和交流我国农村实行合作医疗的经验和教训,介绍国外推行健康保险的情况和做法,在总结过去经验的基础上进行新的探索,研究探讨在新形势下我国农村实行健康保险制度的必要性、可行性和做法,以便为实现“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标提供重要的保障,这次会议开得很好,与会同志交流了大量的信息,发表了不少好的意见和见解,我个人很受启发,学到了不少知识。下面,我想讲三个问题。

## 一、在眉山简阳二县进行农村 医疗保健试点的背景

主要的背景是,农村改革以来,特别是农村实行联产承包责任制后,由于

---

\* 这是在四川峨嵋召开的农村医疗保险制度学术研讨会上的讲话。

种种原因,造成农村合作医疗制度纷纷解体。据调查,在 1980 年以前,全国农村实行合作医疗者约占 90%左右,而现在下降到 10%以下,有的省市几乎是全部解体。由此而出现了不少新的问题,产生了不良后果。据一般反映,至少有三个方面的问题:

第一,由于合作医疗制度的解体,直接影响到村级卫生组织的巩固,影响到乡村医生队伍的稳定。不少地方的村级卫生组织也随之解体,乡村医生改行,农村三级医疗卫生网网底破漏,致使这些地区的农村又再次陷入无医无药的境地。

第二,由于合作医疗制度的解体,使广大农民特别是较为贫困的农户,失去了基本保障,得不到基本的医疗保健服务。在农民群众中,看不起病、负担不起医药费用者相当普遍。特别是得了大病,即使是“万元户”,有的也难以承受。许多地区反映,农村的贫困户中相当多数都是因病致贫,贫病交加,像这样贫病交加的农户,即使是大力扶贫,也不大可能摆脱贫困。

第三,由于合作医疗制度的解体,也直接影响到“预防为主”方针的贯彻,影响到预防保健工作的落实。不少地方因此而导致传染病回升,甚至暴发流行。例如辽宁省朝阳县 1982 年农村合作医疗制度解体后,当年就发生小儿麻痹患者 368 人。我曾经到该县十二台公社亲自做过调查,在实行合作医疗时,该社已经多年未发生过小儿麻痹症,1982 年合作医疗解体后无人管预防,甚至把“糖丸”丢弃,当年就发生 55 例,死亡 7 人,有严重残疾者 31 人,轻度肌萎缩者 17 人,损失极为惨重。

正是在农村合作医疗制度纷纷解体的情况下,世界银行派专家组来我国考察农村卫生,世界卫生组织的专家也参与了考察组的工作。考察的地点是山东、四川二省。考察的结果对我国农村卫生工作的成绩给予了充分肯定,对我国开展农村卫生的政策、策略和措施给予了高度评价。考察组的报告特别强调指出,中国农村实行的“合作医疗制度”“是发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例。尽管每个合作医疗的具体情况在全国有很大差异,但是总的来讲,它是由群众集资,采取预付医疗保健金的形式,解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保健制度”。考察报告还颇为遗憾地指出,“然而在农村实行生产责任制后,合作医疗纷纷瓦解,不少地区甚至彻底垮台。结果使农村

大多数人口又失去了从前可以减少病灾的合作保险制度,而要自己承担全部医疗费用”。“这一趋势产生了两大不良后果:第一,没有医疗保险制度,就做不到有难同当,从而不可能再大大增进身心健康。尽管农村合作医疗制度有很多缺陷,包括无力分担大批人的病灾,但是它毕竟能提供一些很重要的基本服务。第二,尽管公共预防措施是中国卫生保健获得成功的根本,但看病付钱的办法不可避免地要忽视这些公共预防措施……而导致寄生虫和传染病的回升。”

基于上述情况,世界银行建议我们要认真“改革卫生医疗保险制度”、“从公正和效率来考虑”,一方面要限制城市里公费医疗和劳保医疗对医疗卫生服务的过度享用;另一方面要重建并资助农村医疗保险制,以期使广大农民都能得到基本的医疗卫生服务。这也正是世界银行为什么要同我国合作,进行“农村医疗保险制度研究”和试点的原因所在。

## 二、我国农村的医疗保险必须从我国的实际情况出发搞中国式的

首先,在我国农村要不要实行医疗保险制,过去是有争议的,现在这种情况已开始发生了变化。特别是在今年9月党的全国代表会议之后,一些对农村合作医疗持否定态度的同志,开始有了明显改变,至少是有所收敛,不再“大批特批”了。过去,这些同志把农村合作医疗批得“体无完肤,一无是处”,现在也认为可以“继续存在”了,因为这是大势所趋,民心所向。实践已经证明,并且还将继续证明,不积极地研究和建立农村的医疗保险制度,就不可能适应农村经济的发展和农民生活水平的提高,就不可能更好地保护农民健康,发展生产力,就不可能体现社会公正,实现“2000年人人享有卫生保健”。

其次,中国农村的医疗保健制度,应该是中国式的,而不应该照搬外国的一套。当然,外国的一些好的经验,特别是加强管理方面的经验,我们也应当学习,应当借鉴,但必须结合我国国情,决不可盲目照搬。

究竟什么是中国式的农村医疗保险制度?这个问题尚须研讨,尚须通过

实践去探索、创造、完善。或许有的同志要问,合作医疗是不是中国式的农村医疗保险制度,我个人认为,回答应该是肯定的。

有人把合作医疗与医疗保险截然分开,看作是性质不同的两件事,这是不全面、不妥当的。什么叫医疗保险,根据我个人的理解,所谓医疗保险是由被保险的团体或个人采取预付医疗保险金的形式,解决医疗保健问题的一种办法。从这个意义来讲,合作医疗就是一种医疗保险,是具有中国特色的适合社会主义初级阶段的一种医疗保险形式。这种看法得到了世界银行和世界卫生组织等国际组织专家们的肯定。当然,保险的范围有大有小,项目有多有少,程度有高有低,这是很自然的。由于经济发展水平的限制,现阶段我国农村的合作医疗,一般来讲还只能对基本的医疗保健问题给予补偿,但不能因此而否定它的保险性质。

也有人认为,合作医疗是低级的医疗保险形式,只能解决一般的问题,而医疗保险是高层次的保险形式,能够承担大的风险,这种看法也不一定恰当。实际上外国的医疗保险的办法也各有不同,多种多样,承保的范围有:一般疾病的医疗、住院医疗、外科手术、老年保健、牙科,等等。我国合作医疗的形式也是多种多样,目前虽然多数只能解决基本的医疗保健问题,但从发展的观点看问题,也完全可以随着经济的发展和人民生活水平的提高,随着保险基金的增加,相应增加合作医疗的服务项目,提高服务水平,提高承担较大风险的能力。

也有人认为,合作医疗的“名声”不大好,主张改改名字,不再叫合作医疗。这种看法也值得商榷。实际上合作医疗在农民群众中的名声并不坏,非但不坏,声望还相当高。尽管前几年有些人把合作医疗当作极左的东西大批特批,但不少地方的合作医疗仍然是“雷打不散”。有些地方的合作医疗虽已解体,农民群众至今仍非常怀念合作医疗,迫切要求恢复合作医疗。由此可见,合作医疗在广大农民群众中是深有基础,深得民心的。既然农民群众如此喜爱合作医疗,为什么还要改换它的名称呢?

当然,我国的合作医疗同外国的医疗保险是有区别的,并不能划等号。至于究竟有何区别,这次研讨会上有的专家列举了一些,我们还可以继续讨论。但是,不管怎么说,应当承认合作医疗也是一种医疗保险。尽管我们过



去搞的合作医疗有不少缺陷,很不完善,这也正是我们要认真研究解决的问题,包括要吸收外国的好经验,好办法,为我所用,但不能因此就不承认合作医疗的保险性质,甚至把合作医疗一脚踢开,这是很不应该的。实际上,现在有些地方搞的医疗保险并没有超出合作医疗的范围,同合作医疗制度并没有本质上的区别,只是名称叫法上的不同。这是我个人的看法。我这样说,并不是只赞成合作医疗,不赞成搞其它形式的医疗保险,而是要说明:合作医疗就是一种医疗保险,合作医疗保险的形式也有多种多样,不管搞哪种形式的医疗保险,只要适合当地实际情况,符合广大群众的意愿,我们都应该满腔热情地给予支持。

第三,中国式的农村医疗保险制度,要适合中国的国情,要适应中国农村经济和社会发展的水平,要适应农民群众的觉悟程度。特别要适合不同地区的不同情况,实事求是,区别对待,不搞“一刀切”。根据以往的经验教训,在工作指导上,有以下几点必须始终予以坚持:一是坚持因地制宜的原则,不搞一个模式,形式可以多种多样,办法不要强求一致。时间、地点、条件不同,具体的形式和办法也应该有所不同;二是坚持自愿参加的原则,切忌强迫命令,一哄而起。参加自愿,退出也应该自由;三是坚持量入为出,勤俭节约,严防浪费的原则,限制过度消费,不搞全包全免;四是坚持与当地经济和社会发展相同步的原则,既不可超越国家、集体、个人的承受能力,盲目追求高标准、高福利,又要设法使农村的医疗保险事业能够随着农村经济的发展和农民生活水平的提高同步增长,相应地提高广大农民群众享有医疗卫生服务的水平。

### 三、要抓紧进行农村医疗保险制度的科学研究

中国农村医疗保险制度的研究,是一个相当大而且也是十分重要的软科学课题。这项工作已经列入了卫生部“七五”期间科研计划,也列入了世界银行的贷款项目。对于这个项目,全国都很关注,能否完成得好,对全国都会有很大影响。因此,我们必须继续努力,抓紧进行,认真做好。

现在,这项科研课题是由课题科研小组具体承担的。科研小组主要由四川省卫生厅和上海医大、华西医大的专家组成,眉山、简阳二县也有代表参加。这项科研是同美国兰德研究所合作进行的。兰德研究所的专家不仅参与了调查,而且还要参与方案的科学设计和评价,经过半年的准备,实验现场的抽样调查已经完成,在抽样调查的基础上提出了初步的设想。这次研讨会贯彻了“百花齐放,百家争鸣”的方针,围绕着如何搞好农村医疗保险这个重大的科研课题展开讨论,各抒己见,集思广益,发扬了学术民主。这是一个良好的开端。当前首要的问题是要搞好科研方案的设计,希望课题组结合实际,进行充分研究论证,能够尽快制定出适合我国农村实际情况的比较合理的科研设计方案,并在眉山、简阳二县选择合适的现场进行实验,以便能够为全国各地建立和完善农村医疗保险制度提供参考案例。

这项科研课题虽已决定在四川进行,但其他很多地方也有积极性,也要开展这方面的科研工作。有的已在开始进行。对此,我们应该鼓励,应该欢迎。中国地域辽阔,各地情况差别很大,在各种不同的地区多搞几个科研实验点,是完全必要的。在这方面,我们还应该组织协作,凡是愿意开展这项科研的,都欢迎参加协作。不仅在卫生系统内部要组织协作,还要同有关部门加强协作,力求多吸收一些社会各方面的专家一起参与,充分调动各方面的积极性,把这项工作做好。

此外,根据陈敏章副部长的意见,希望能吸收一些研究生参与此项科研工作,并通过这项课题研究能够培养出一批干部,培养出一批年轻的专家。

关于眉山、简阳两个试点县的工作,此次两个县的领导同志都参加了会议,并表示要把建立农村医疗保险制度的实验作为为全县农民造福的一件大事,作为贯彻党的代表会议精神的一项重要任务,认真抓好。对此,我们表示欢迎。试点工作能不能搞好,关键在于两个县的强有力的领导,在党政的正确领导下,组织好部门协作和群众参与,动员全社会的力量,共同做好这项工作,我们衷心地祝愿眉山、简阳二县的试点工作能够取得圆满成功。

以上只是个人意见,不妥之处,请大家批评指正。

# 中国的初级卫生保健 要走我们自己的路\*

1985年12月11日

这次初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作会议,是在世界卫生组织支持下召开的。会议的主要议题,一是交流经验,总结前一段的工作;二是研究和部署今后的工作,特别是如何进一步搞好初级卫生保健的试点和示范工作。召开这样的工作会议,现在是第一次。有的同志建议,以后每隔一二年应该开一次。我完全赞成这一意见。

---

从化、嘉定、掖县三个合作中心已经搞了5年,金县、蒲城、蓟县、武鸣、灌县、肖山等6个农村卫生示范县也已搞了二年。科左中旗、吐鲁番的工作也已开始起步。上海县和绥化虽不是合作中心和示范县,但初级卫生保健工作搞得很出色,总结的经验也很好。这十几个县是全国开展初保工作的重点县、示范县,对外起窗口作用,对内起示范作用。对这十几个县,不仅国内很关注,国际上也很关注。这次世界卫生组织的驻华代表阮显达医生,以及麦卡德医生,罗伯医生都亲临指导,就是对我们推行初保工作的极大支持。所以,这十几个县的工作能否搞得好,将会影响全局。榜样的力量是无穷的,“星星之火,可以燎原”。我们希望,这十几个初级卫生保健工作的合作中心和示范县,都要成为全国的榜样,成为推进初保工作的燎原之火,为在全国范围内普及初级卫生保健,实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标做出积

---

\* 这是在广东从化召开的初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作会议上的总结讲话。

极的贡献。

初级卫生保健,本来是中国的创举,是我们自己的东西。可是有人却误以为是“外国的东西”、“不值得提倡”,这种看法显然是不妥当的。这次利用开会之机,我和 WHO 驻华代表阮显达医生多次交谈,受益匪浅。阮显达医生说:“‘2000 年人人享有卫生保健’战略目标的提出,其主要思想是从中国的经验借鉴而来的。WHO 认为,既然在中国农村这些并不富裕的地方都能向广大人民提供基本的卫生服务,那么在其他发展中国家也应该能够做得到。”阮显达医生还说:“中国的经验受到了许多发展中国家的关注,他们都想来中国学习。不少来中国学习的人回去都做了大量的工作,而且毫无疑问,这些工作中受中国经验的影响是很大的。例如,巴布亚新几内亚、斐济以及菲律宾等”。“尽管这些国家的初级卫生保健工作还只是停留在试点的阶段上,但是,他们都已意识到:中国能做的事情,我们为什么不能试一试呢?”通过上述阮显达医生的一番话,可见世界卫生组织和许多发展中国家,对中国的经验都极为重视,极为关注,评价极高。可是我们自己的一些同志包括我们卫生部机关的同志,却不能很好地珍惜我们自己的经验,非但不珍惜,有的甚至自己否定自己,自己诋毁自己,岂非咄咄怪事!

改革开放以来,的确有人对我国推行农村卫生和初级卫生保健的一套做法和经验不感兴趣,尤其对农村的三级医疗卫生网,对合作医疗制度持怀疑或否定的态度,他们主张搞“自由化”,搞所谓“卫生专业户”,而且鼓吹医疗上的高消费。许多地方的村级卫生组织纷纷解体,合作医疗制度陆续垮掉,他们非但不珍惜,反而幸灾乐祸。还振振有词地说“这是一种进步”,“是一种改革”。对此,我们长期搞农村卫生事业管理工作的同志,实在不能理解,广大农民和农村干部也不能理解,连世界卫生组织、世界银行等国际组织和所有关心中国农村卫生工作的外国朋友全都不能理解。昨天,阮显达医生对我说:“现在,据我所知,不少地方的基层卫生组织垮了,合作医疗也不存在了。世界卫生组织对农村基层能否向广大农民提供基本的卫生服务表示关注,对中国合作医疗制度的新问题表示关注。”并说:“世界银行在四川省的一个项目,就是以解决这个问题为目的的。”总而言之,如何从中国的国情出发,珍惜我们自己的经验,坚持正确的东西,抵制错误的作法,走我们自己的路,建设

具有中国特色的社会主义的农村卫生事业,是我们必须时刻注意的一个大问题。尤其是参加这次会议的十几个县,都是世界卫生组织初级卫生保健合作中心或农村卫生工作示范县,要时刻保持清醒的头脑,善于识别风向,明辨是非,千万不能“随风倒”,不能干违背国情、违背群众意愿、自己诋毁自己的蠢事。对于错误的东西,极左的影响毫无疑问必须彻底清除,但是对于正确的东西、中国的特色,必须敢于坚持,坚持到底。这次,十几个县的县政府领导同志也来参加会议,我们希望县政府和县委领导同志要帮助卫生部门把好这个关。

这是我要讲的第一点。



第二点,我想就如何进一步搞好初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县的工作,讲几点意见:

### 一、关于制订初级卫生保健的规划目标

从这次会上交流的情况看,各合作中心和示范县都在研究和制订“2000年人人享有卫生保健”的奋斗目标及具体措施。上海县高南生局长提出了适应经济发展加速发展初级卫生保健的基本构想。广东省卫生厅姜中舟副厅长也提出了要在1995年提前实现“2000年人人享有卫生保健”的奋斗目标。这些想法都是很好的。为了帮助各合作中心、示范县研究制订规划,我们请WHO计划专家麦卡德医生作了《卫生服务计划》的专题报告,相信会对大家有所帮助。现在的问题是,需要研究和确定一些基本的指标,规定一些具体的考核评价标准。正如阮显达医生在开幕式上提出的,要研究和制订一些指标和标准,搞标准化管理。我完全赞成阮显达医生的这个意见。参照全球性的指标,世界卫生组织提出了十二条。参照全球性指标,结合我国国情,我们也要研究和制订自己的规划目标和评价标准。这是一项非常重要的工作,从现在开始就要抓紧进行。建议到会的十几个县,回去以后都要尽快研究和制订本县的规划目标及标准。在此基础上,我们还应统一组织研究并制订可供全国参考的实现“2000年人人享有卫生保健”的指标及标准。

## 二、关于加强三级医疗卫生网的建设

各合作中心和示范县的三级医疗卫生网,多数都已初具规模,基础是好的。今后要进一步健全和完善农村三级医疗卫生网。当前特别要继续重点加强县级医疗卫生机构的建设,同时要重点加强中心乡镇卫生院。一个县搞3~5个,用5年左右的时间初步搞好,从技术骨干配备、医疗设备、基本建设、领导管理等方面,全面地予以充实加强,使之真正成为地区性的农村医疗中心。这项工作具有战略意义,对于改善农村的医疗卫生设施,提高农村的医疗技术水平,适应农村经济发展和农民群众新的要求,都有重要意义。各合作中心和示范县,都要把它当成一件大事来抓,争取5年内初见成效。

村级卫生组织是农村三级医疗卫生网的基础,只能加强,不能削弱。必须坚持集体办为主,多种形式并存。各合作中心和示范县,村级卫生组织的情况基本上是好的,但也不能掉以轻心。要坚决顶住“自由化”思潮对农村卫生改革的冲击,切实加强对村级卫生组织和乡村医生队伍的领导与管理,研究和制订村级卫生组织的管理办法,建立健全管理制度,使之不但能够巩固住,而且能够不断地健全、完善和提高。

## 三、进一步稳定、提高、发展和壮大农村卫生技术队伍

包括乡村医生队伍,这是健全和完善农村三级医疗卫生网的关键。没有一支训练有素的全心全意为农民服务的卫生技术队伍,所谓农村三级医疗卫生网就只能是徒具形式,不可能充分发挥作用。

近二年来,农村的卫生技术骨干外流的多,补充的少,实际是削弱了,素质也下降了。对此,必须引起高度重视。据我所知,卫生部正在研究解决这些问题的办法和措施,省、市、自治区卫生主管部门也在研究之中。但是,我建议各合作中心和示范县不要消极等待,而应立足于自力更生,培养干部。包括加强县卫校,举办各种培训班,选派技术骨干到大医院进修,或者与医学院校挂钩委托代培等等。既要培训提高现有的卫生技术干部,又要培养和补充新的力量,特别是技术骨干。要舍得下本钱,增加智力投资。

#### **四、要积极研究,探索和重建适合农村需要的医疗保险制度**

最近,党的全国代表会议已经把这方面的问题提到了重要日程,强调指出:“这是保证经济体制改革顺利进行和取得成功的重要条件,也是社会安定和国家长治久安的根本大计。”从卫生部门来讲,这也是实现“2000年人人享有卫生保健”的重要保障。因此,我们必须予以足够的重视。

最近,卫生部在四川开了研讨会,就农村医疗保险制度包括合作医疗问题进行了研讨,这是一个良好的开端。希望以此为契机,逐步地扎扎实实重建我国农村医疗保险制度,促进“2000年人人享有卫生保健”目标的实现。

应该说,我们十几个初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县,在举办合作医疗方面都有很好的群众基础,也积累了不少经验。尽管多数县的合作医疗已经垮掉,但决非广大农民之所愿,也不是没有条件办,而是被一阵风给吹散了。现在,党中央提出要研究建立农村社会保障制度的问题,这正是重建农村医疗保险制度的极好机会。我一向认为无论如何,8亿多农民不能没有医疗保险制度。这种医疗保险制度,应该从中国农村的实际情况出发,符合中国的国情,具有中国的特色,也就是说,应该搞中国式的,我国农村的合作医疗就是具有中国特色的一种医疗保险形式。对于外国的好经验好的管理办法我们当然要学,但要结合中国实际,为我所用。这就需要我们认真组织科学研究,积极地进行探索。作为全国初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县,都应该积极地进行这方面的工作,并且要力求先走一步,尽快做出成绩。但要接受过去的教训,不搞强行命令,不搞一哄而起,不搞一刀切。要坚持从实际出发,尊重农民群众的意愿,因地制宜,量力而行,“形式多样,项目不同,标准有别”,不要片面追求全包全免,也不可超越国家、集体和个人的负担能力。

#### **五、关于情报信息工作**

这次会上也进行了专题讨论,并请WHO的专家罗伯医生作了《初级卫生保健管理中信息收集与处理》的报告,讲了很多很好的意见,对我们更好地建立初级卫生保健的情报信息工作很有帮助。

在情报信息工作方面,我们十几个合作中心和示范县都作了不少工作,特别是上海县和绥化县,虽不是合作中心和示范县,但是他们的情报信息工作做得尤为出色。总之,对于已经做的工作,应充分肯定。但是,情报信息工作仍是亟待加强的薄弱环节。如何在现有基础上进一步改进、完善,使之系统化、标准化,提高准确性,提高质量,尚须做艰苦的努力。

至于如何改进和加强情报信息工作,我们准备先组织几个地方,研究和起草一个具体的方案,然后发下去征求意见,修改后再由卫生部发布试行,在试行中还可以再进一步修改、充实、完善。

## 六、关于加强领导

建议各省、市、自治区都要把加强对初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县的领导列入日程,切实抓好。在政府领导下,加强部门协作,发动全社会和广大人民群众积极参与。这项工作,既是与 WHO 的合作项目,是正式签订了协议的,搞得好不好,关系到对外开放和国家声誉。同时,这项工作在国内又带有示范性质,为全国所瞩目,搞得好不好,也关系到能否在全国更好地推行初级卫生保健,实现我国政府所承诺的“2000 年人人享有卫生保健”的全球战略目标。因此,切不可等闲视之。

这里还必须指出,推行初级卫生保健,是事关卫生工作全局的一件大事。它应该成为整个卫生战线的重点工作、中心工作,卫生战线的各个具体的职能部门都应该为此竭尽自己的努力,做出积极的贡献。希望各省、市、自治区卫生厅局党组,要加强领导,组织协调,督促各职能处室同心协力,共同把这项工作做好。

除了加强行政领导和政策指导外,还应加强业务技术指导。初级卫生保健工作,有很多问题带有科研性质,特别是有一系列的软科学课题,需要组织一批专家去研究。这方面的工作,单靠各合作中心和示范县自己去做有一定的困难,最好能组织一些高等院校和科研机构积极参与,为各合作中心和示范县做业务技术方面的坚强后盾。

以上意见,供大家参考。最后我想再表示一下,初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作会议,这次是首届,以后每年或者每隔一二年都要举行一次。下次会议,拟于明年在上海嘉定县召开。



# 关于在新形势下如何办好 村级卫生组织的探讨\*

1986年3月10日

我国农村实行联产承包责任制以来,农村形势发展很好,出现了经济蓬勃发展,生产蒸蒸日上,农民生活水平迅速提高的可喜局面。在新形势下,农村基层卫生组织尤其是村级卫生组织如何加强建设,究竟怎样办才能更好地适应农村四化建设和农民群众的新要求,是一个值得认真研究的大问题。在这个问题上,我们卫生部门内部存在着一些不同的看法。有些报刊还开展了专题讨论,大家各抒己见,思想很活跃,发表了一些很好的意见。我作为一个长期从事农村卫生事业管理的干部,也愿意谈谈个人的一些看法。

## 进一步认识村级卫生组织在农村 四化建设中的地位和作用

村级卫生组织是农村三级医疗卫生网的基础,是开展防病治病,搞好农村初级卫生保健的前哨阵地,也是最直接为广大农民服务的最基层的卫生保健组织。根据调查,我国农村约有50%左右的病人是在村级卫生组织就诊的,尤其是农村大量的预防保健工作包括卫生防疫、妇幼保健、计划生育指导等等,都要靠村级卫生组织去完成。如果没有健全的村级卫生组织,农村卫生的上述各项任务也就难以落实到基层。

村级卫生组织既是农村物质文明建设的必要保障,又是农村精神文明建

---

\* 原载《中国医院管理》1986年第5期。

设的一个重要标志。按照马克思主义的观点,进行农村的社会主义现代化建设,发展农村经济和文化,改善农民的物质文化生活,都应该包括改善农村的医疗卫生条件,增加农村的医疗保健设施,提高农民的健康水平。只有在发展农村经济建设的同时,相应也发展农村的医疗卫生事业,才能使农村经济的持续增长和农民生活水平的稳步提高得到更可靠的保证。

把医疗保健机构建在村上,以村级卫生组织为基础形成农村的三级医疗卫生网,是我国农村卫生保健工作的一大特色和优势。建国以来,正是因为发挥了这个优势,我们才能够在较短的时期内,使旧中国留下来的广大农村一无医二无药和疫病猖獗流行的状况得到了根本的改善,使许多危害人民严重的疾病得以消灭或控制,使婴儿死亡率由解放前的 200‰下降到 34.68‰。产妇死亡率,由解放前的 150/万下降到 5/万,人口死亡率由 25‰下降到 6.7‰,人口平均期望寿命由 35 岁提高到了 67.9 岁。

以上几点足以说明,村级卫生组织绝不是可有可无,而是非常重要,不可缺少的。因此,只能加强,使之不断巩固、完善、提高,万万不可削弱或砍掉。

## 研究解决新形势下出现的新问题

党的十一届三中全会以来,由于在农村实行了一系列正确的政策,全面推行联产承包责任制,调动了 8 亿农民的巨大的社会主义积极性,我国的农业以平均每年增长 10.8% 的高速度向前发展,农村人均年收入由 1980 年的 191 元增加到 1985 年的 400 元,增长一倍以上。农民的衣、食、住、行都有很大改善。农村的形势确实是一派大好,出现了安居乐业、生机勃勃的喜人景象。

在大好形势下,也出现了一些值得重视的新问题。其中之一就是有些地方的村级卫生组织解体,乡村卫生人员自谋出路,致使基层卫生工作削弱,特别是严重影响了预防保健工作,出现了计划免疫无人搞,发生疫情无人报,妇幼保健无人做的现象,给农民的防病治病带来了许多不便。用农民的话来说:“自从有了党的富民政策,我们农民吃不愁,穿不愁,就是无人防病治病真

发愁”。

这里举两个例子。一个是经济比较发达的沈阳市郊新民县张家屯乡,由于村级卫生组织一度解体,房屋被占用,医疗设备丢失,乡村医生有的弃医务农,有的经商,有的开拖拉机,有的当瓦工,这个乡的农村又重新出现了缺医少药的现象。特别是预防保健工作无人管,疫苗白白浪费,计划免疫和妇幼保健全部落空。另一个是经济不发达的陕西南部的紫阳、旬阳县,由于村级卫生组织解体,散摊,预防保健工作无人管,1985年发生流脑544例,比1984年上升41.6倍,死亡59例,比1984年上升28.5倍。太白县只有23%的村能坚持搞预防保健工作,车桥村由于无人接种麻疹疫苗,造成麻疹流行,1985年发生97例,死亡2例。

上述例子,几乎到处都有。可见由于村级卫生组织解体给农村卫生工作和农民健康带来的影响是严重的。

在一个时期内,许多地方的村级卫生组织之所以纷纷解体,有其客观原因,也有主观原因。从客观上来讲,主要是农村实行联产承包责任制后,过去那种靠生产大队提留的公益金解决村级卫生组织的资金,靠工分制解决乡村卫生人员报酬的情况发生了变化,又没有及时地研究新情况,提出新办法,解决新问题,从而导致了村级卫生组织的解体;从主观上来说,主要是认识问题和领导管理问题。有的同志把农村集体办医视为“左”的产物,看成是“大锅饭”,是“增加农民的负担”。这些看法一度流传甚广,影响很大。由于存在着这些模糊的认识,又没有及时澄清,从而导致了一些地方放松了领导,放任自流,听其自然,这是村级卫生组织解体的主要原因。这个严重的教训,值得我们牢牢记取。

## 坚持以集体办为主实行多种形式办医

在一定的条件下,坏事往往可以变为好事。近几年来,有不少地方由于村级卫生组织解体而吃了苦头,群众意见纷纷,促使卫生行政部门和有关方面的领导同志提高了认识,认识到建立健全村级卫生组织的重要性,明确了

业务指导思想,从而认真抓了村级卫生组织的恢复和整顿工作,加强了管理,落实了任务,解决了乡村卫生人员的报酬,使一度被冲破了的农村三级医疗卫生网的网底得到了修复,做到了有医有药有机构,能防能治能开展计划生育、便民利民,服务生产,受到了农民群众和基层干部的欢迎,卫生部门各项工作任务落实也有了组织保证。农村基层卫生工作的形势发生了可喜的变化。

但就全国情况看,村级卫生组织仍是农村三级医疗卫生网中最为薄弱的环节。目前全国大约有 87% 的行政村虽然已经有了医疗网点,但其中有相当大的一部分并无机构,也无设备,只是有一名乡村医生或卫生员在家里开业;也有相当一部分有机构,但很不巩固,很不健全,很不完善。此外,也还有一部分已经解体的村级卫生组织尚未恢复起来。因此,继续整顿、巩固、健全村级卫生组织,仍是摆在我们面前的最为紧迫的任务。

村级卫生组织究竟采取何种办医形式才能更好地适应当前农村的新形势?这要从各地农村的实际情况出发,尊重广大农民的意愿,不能强求一律,搞一刀切。但就全国多数地区的情况来看,我个人认为,应该坚持以集体办医为主,多种形式并存。其主要根据是:

第一,集体办医合乎广大农民的要求。1985年在10个省、自治区进行全国农村卫生服务抽样调查时,在5.8万多农户中就村级卫生组织的办医形式问题搞了民意测验,有62530人对此表示了意见,其中主张集体办医的占88.8%,主张个体办医的占11.2%。说明绝大多数农民对集体办医是欢迎的。

第二,以集体办医为主符合《中华人民共和国宪法》的精神。《宪法》第二十一条明确规定:“鼓励和支持农村集体经济组织、国家企业事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施,开展群众性的卫生活动,保护人民健康”。《宪法》第一百一十一条还规定:农村“村民委员会是基层群众性自治组织”,“办理本居住地区的公共事务和公益事业”,包括卫生事业,则是村民委员会的一项重要职责。

第三,以集体办医为主符合我国国情,也符合农村经济改革的发展趋势。我国是社会主义国家。我们的改革是社会主义制度的自我完善和发展,在联

产承包的基础上建立多种形式的服务和合作,完善和发展合作制,则是当前农村深入改革的基本目标。随着农村合作经济的发展和越来越多的农民逐步走向共同富裕,不仅对医疗卫生提出了新的需求,而且也为集资举办医疗卫生设施,发展农村卫生保健事业创造了更为有利的条件。越来越多的地区都主张集体办医。集体办医有较多的优越性,既有这种需要,又有这种可能。既有一定的经济基础,又有广泛的群众基础,我们没有任何理由不支持。

第四,卫生事业是以社会效益为唯一准则的社会福利事业,村级卫生组织又是以实现农村居民人人享有初级卫生保健为根本任务。这种性质和任务就决定了它必须依附于农村的群众性自治组织——村民委员会和农村的集体经济组织,必须依靠广大农民群众。否则,很容易偏离公益福利事业的方向;滋长“一切向钱看”,也不利于更好地全面完成初级卫生保健的各项任务,特别是预防保健的任务。

毋庸置疑,我们提倡村级卫生组织以集体举办为主,丝毫也不意味着要排斥或者限制其他办医形式;也绝不是要全国所有的地方,不管是否具备条件,不管群众是否愿意,都要这么办。以集体办医为主,多种形式并存,是就全国的情况而言的。有的地方特别是一些经济不发达的老、少、边、穷地区,集体办医有困难的,完全可以采取适合当地情况的其他办医形式。

所谓集体办医也有多种多样的形式。如由村民委员会集资举办、农村集体经济组织举办、乡村医生联合办、乡(镇)卫生院下村伸点,或者各种形式的联合办医等等。具体到一个地区、一个村,究竟采取哪一种办医形式,则应由当地的干部和群众讨论决定。

## 采取多种办法稳定提高乡村医生队伍

办好村级卫生组织的关键在于人才。稳定、提高、充实乡村医生队伍则是当务之急。

建国以来,经过多年的培养训练,我国已拥有一支由 125 万人组成的乡村医生队伍。他们在农村土生土长,与农民关系密切,坚持战斗在农村卫生

工作的最前线,热心地为农民服务,是开展农村初级卫生保健的基本依靠力量。乡村医生队伍总的情况是比较好的,但现在正面临着三个问题:一是队伍不稳定,呈逐年减少的趋势。1984年比1980年减少了21万多人,其中女乡村医生减少得更多。男女乡村医生的比例,已由过去的二比一下降到三比一;二是素质不高,知识结构不合理。在乡村医生队伍中,经过考试考核达到相当于中专水平,领有乡村医生证书者,只占39.8%。这也就是说,乡村医生队伍的60%以上还是未取得乡村医生资格的卫生员。从知识结构来说,乡村医生队伍普遍缺乏预防保健专业知识的训练,与其所肩负的搞好农村初级卫生保健的重任很不相称;三是后继乏人。近几年来,乡村医生队伍平均每年大约递减5~7%,新的人才又补充不上。许多地方培训乡村医生的工作已经停办多年,缺少或者根本没有培养乡村医生的学校,人才缺乏来源。

以上这些问题,亟需引起我们各级卫生行政部门的高度重视。否则,任其发展下去,我国的乡村医生队伍必将出现危机,后果不堪设想。

怎样稳定、提高、充实乡村医生队伍呢?首先,要努力提高乡村医生的社会地位,妥善解决他们的报酬。乡村医生同民办教师一样,都是农村的知识分子,他们的工作十分艰苦,又十分崇高,理应受到社会的尊重。并且应按国务院(1981)24号文件的精神,采取由乡村的提留中补贴一点(包括按服务人口提取的卫生保健费),从业务收入中提取一点,由地方财政补助一点等“几个一点”的办法,合理地解决乡村医生的报酬问题,保证他们的收入水平一般不低于当地的村干部和民办教师。这是能否稳定乡村医生队伍的关键所在。

其次,要采取多种办法培训现有的乡村医生队伍,提高其素质。已经中断了的乡村医生复训制度应尽快恢复。培训的内容,除了学习当地多发病、常见病的防治知识,学习适合农村的新技术外,应特别注意加重预防保健专业知识的训练,以改善他们的知识结构。培训的方法,可以集中办班,分散实习,也可以组织函授教育、电视教育、业余教育或其他形式。鉴于培训乡村医生的任务十分繁重,必须大力加强培训基地的建设。除了认真办好县卫生进修学校外,县医院、中医院、卫生防疫站、妇幼保健站和中心乡(镇)卫生院都应该成为培训提高乡村医生的基地。

再次,要继续做好乡村医生的考试考核和发证工作,整顿乡村医生队伍。

要严格掌握考试考核的标准,既不能过高要求,又不可降格以求。从现在开始,要逐步实行“先考试考核、后上岗”的制度,对乡村医生要进行考试考核,对脱产从事初级卫生保健工作的卫生员也要进行考试考核,不合格者不发证书,无证书者不准上岗,不准执业。在乡村医生队伍中,混杂了一些未经培训、不学无术的人,对这些人要进行清理和整顿。今后要制订出一套管理办法,加强对乡村医生队伍的管理,防止乱安插人和滥竽充数,以保持这支队伍的精干和稳定。

最后,要改革过去那种培养“赤脚医生”的老办法,探索培养乡村医生的新途径,为乡村医生队伍充实新的具有较高水平的人才。过去各地培养“赤脚医生”多采用先短期初训,工作一段时间后再反复复训的办法。这种办法,成才的时间既长,质量又不易保证,已不适应今天的情况,必须适时地加以改革。从现在开始,要积极创造条件,把培养新的乡村医生逐步纳入正规的中等医学教育的轨道。经过考试,选拔农村的高中或初中毕业生,系统培养三年,使他们毕业后真正达到中专程度,以后在工作中再不断学习提高,成为较高水平的合格的乡村医生。这是一项关系到今后农村卫生事业长远建设的具有战略意义的工作,必须引起足够的重视。当前要结合制订“七五”规划来制订这方面的规划。经济发达的地区应该先行一步,其它地区也要根据当地的具体情况,随着经济和文教事业的发展逐步实施。

## 加强对村级卫生组织的领导与管理

村级卫生组织具有小型、分散、多点的特点,分布极广,办医形式又有多种多样,如何加强领导与管理,认真办好、管好,是摆在我们面前的一大难题。多年来,许多地方一直没有把这个问题解决好,有的甚至撒手不管,放任自流,听之任之,既缺乏政治领导和行政管理,又缺乏业务领导和技术指导,使许多村级卫生组织长期处于“三不管”的状态。这种情况必须尽快加以改变,再也不能继续下去了。为了加强对村级卫生组织的领导与管理,当前应着重抓好以下几方面的工作。

第一,要明确分工,各负其责。县、乡、村三级都要把加强对村级卫生组织的领导与管理列入日程,落到实处,并且要把整顿村级卫生组织同整顿基层政权结合起来,把建设村级卫生组织同建设文明村镇结合起来。县卫生局和乡(镇)卫生院主要负责村级卫生组织的业务领导和技术指导,包括制订发展规划、核发许可证、培训人员、业务管理、质量监督、技术考核、技术咨询和服务等;乡政府和村民委员会主要负责对村级卫生组织的政治和行政领导,包括思想教育、人员奖惩、房屋建筑、器械装备、资金筹集、财务监督等。

第二,要制订章法,加强法制建设。对机构的管理、乡村医生队伍的管理以及各项业务工作和财务工作的管理,都要在调查研究的基础上制订具体法规,做到有法可依,有法必依,违法必究。当前急需制订乡村医生管理条例和村级卫生组织管理条例。在全国性的条例尚未制订、颁发之前,省、自治区、直辖市可以先订地方性的法规。目前有些省已经这样做了,除了对乡村医生进行考试考核和发证外,对村级卫生组织也要普遍进行登记、审查,符合规定条件和要求者发给许可证,无许可证者不准营业。经验证明,这样做十分必要,有利于加强管理,有利于保护人民健康,也有利于促进农村卫生事业建设。

第三,要帮助村级卫生组织制订服务公约和岗位职责,建立健全各种必要的规章制度和技术操作常规。对各种业务工作表册、卡片、报告书,如诊疗病人登记簿(或简单病历)、处方笺、计划免疫和妇幼保健卡片、疫情报告书、收费单据等,都要尽可能统一印制,加强管理,以利于积累资料,掌握信息,堵塞漏洞,防止差错事故的发生。

第四,发挥行业组织的作用,加强行业管理与监督。目前许多地区已经恢复、建立了卫生工作者协会或乡村医生协会,在宣传政策法规,进行理想、道德、纪律教育,组织政治和业务学习,开展“五讲四美三热爱”活动和学术活动,以及协助政府对村级卫生组织和乡村医生加强管理与监督等方面发挥了积极的作用。许多乡村医生都把协会看作是自己的组织,积极参与并支持协会的工作,接受协会的管理与监督。实践证明,这是一条很好的经验,值得普遍推广。



# 努力振兴护理事业\*

1986年5月

## 一、建国以来护理工作回顾

我国护理工作历来受到党和政府的重视。早在四十多年前,毛主席就写下了“尊重护士,爱护护士”、“护士工作有很大的政治重要性”的题词;周恩来总理曾多次亲切接见护士代表;邓颖超同志历任中华护理学会名誉理事长,经常关心、过问护士的工作、学习、生活,使广大护士深受教育或鼓舞。建国三十多年来,特别是在党的十一届三中全会以来,随着经济建设和医疗事业的发展,护理事业也有了很大发展,取得了显著成绩。主要是:

(一)护理队伍不断壮大。解放初期全国仅有护士3万余人,现已发展到63万余人,增长20倍。现在城乡各级医疗卫生机构的护理骨干力量,绝大多数是建国后培养出来的。十一届三中全会以来,新补充进护理队伍的中专毕业生大约有18万人,这批年轻的护士正在茁壮成长,有的已成为临床护理技术骨干。广大护理工作者承担着全国近6万所医院、卫生院220多万张病床的临床护理任务,还要承担大量的防病保健工作,有力地配合了医疗、预防、康复、教学、科研工作的开展,对社会做出了巨大贡献。

(二)随着临床医学的迅速发展,护理专业水平相应提高,护理技术范围也有所扩大。如大面积烧伤、器官移植、断肢再植、重症监护等专科护理,中西医结合护理以及家庭护理等方面进展都很快,有的还具有民族的特色,为我国护理学科增添了新的经验。

(三)党的十一届三中全会以后,经过拨乱反正,护理工作得到加强。各

---

\* 此为由作者主持撰写的在全国首届护理工作会上的工作报告。

级卫生行政部门和医院,通过贯彻卫生部发布的《关于加强护理工作的意见》等一系列有关文件,加强了护理工作的领导,认真进行整顿恢复,建立健全护理指挥系统和各种护理制度、质量标准、操作规范等,培训护理人员,取得了可喜的成绩。在改革中许多医院落实了技术责任制,实行了责任制护理,提高了护理质量,护理工作的管理水平也有了明显提高。

(四)通过开展“五讲四美三热爱”活动和创建文明医院活动,进行理想、道德、纪律教育,护理队伍的精神面貌发生了可喜的变化。全国有 20 多个省、自治区、直辖市开展了评选优秀护士的活动,涌现了一大批医德高尚、技术精湛、全心全意为人民服务的先进代表,受到了各级政府和人民群众的表彰。

(五)停办多年的高等护理教育已经得到恢复。1984 年教育、卫生两部在天津召开护理学专业教育座谈会,决定恢复高等护理教育后,已有协和医科大学、北京医科大学、中国医科大学、上海医科大学、山东医科大学、中山医科大学、北京中医学院、天津医学院和南京医学院等高等医学院校开设护理专业并正式招生。一些省市和单位还举办了大专水平的进修教育或夜大学,有计划地培养青年护理人才和教学师资,使护理学的教育体系日趋完善。与此相适应的高级护理科技人员的技术职务序列也已确立,从而拨正了护理专业的发展方向。这些措施必将对护理学科的发展与提高产生深远的影响。

(六)积极开展学术活动,出版学术刊物。中华护理学会以及各地分会,在各级科协和卫生部门的领导与支持下,1977 年以来召开全国性护理学术会议 16 次。护理杂志已由过去的一种发展到 5 种。这对于交流学术经验,开展学术争鸣,促进护理技术的发展与提高,发挥了很好的作用。

(七)对外交往正在不断扩大。为加强国际学术交流,由卫生部和中华护理学会先后 7 次组派护士代表团、组,赴美国、英国、澳大利亚、日本、新西兰、菲律宾等国家和香港考察访问;邀请国外护理专家来华办班或讲学 10 期;选派护士出国进修和出席国际性会议 30 余人。1986 年 3 月在北京召开了第一次中美护理学术会议,美国护理界出席 90 多人,我国有 100 多人出席,盛况空前,效果很好。初步开辟了一些国际交流渠道,有利于了解国际护理水平和吸收先进经验。

(八)在提高护士的社会地位和改善护士的生活待遇方面,各地也做了许多努力。特别是1985年的工资改革,国家对护士的工资待遇作了一定改善,并确定护士同中、小学教师一样,实行特殊职业津贴。卫生部还决定,1986年“五·一二”国际护士节向长期从事护理工作的护士颁发“荣誉证书”和“证章”。这对于稳定护理队伍,鼓励护士热爱本职工作,调动护理人员的积极性,将会起到积极的作用。

综上所述,三十多年来我国护理工作的进展很大,成绩显著。但是,在十一届三中全会以前,护理事业发展也几经曲折,甚至受到过严重挫折。十年内乱的破坏,使护理教育停顿,骨干改行,造成护士数量严重不足,水平不高,青黄不接等情况,至今仍十分突出。护理工作与“四化”建设和医疗卫生事业发展以及人民群众日益增长的需要很不适应,跟国际现代护理学水平相比差距更大。当前存在的主要问题是:

(一)护士数量严重不足,比例失调。据1984年15省市41328所不同类型医院调查,病床与护士平均为1:0.29,医生与护士平均为1:0.42,较《综合医院组织编制原则试行草案》所规定的比例(病床与护士平均为1:0.4,医生与护士平均为1:1.5)相差极为悬殊。按《综合医院组织编制原则试行草案》所定比例测算,加上当年自然减员应补充的人数,缺额195729人。而该15省市全年全部护士(卫生)学校毕业生只有14016人,扣除减员人数后仅剩4112人,平均每10所医院才能分配到1名护士。应当指出,我国所定的护理人员编制在国际上来讲是低标准的,发达国家的标准比我们要高得多。据美国、日本、西德部分医院资料,病床与护士一般在1:0.53~1:1.2之间,医生与护士一般在1:5.6~1:8.4之间。护士与人口的比例较发达国家距离更大。据世界卫生组织统计年报,美国1976年每万人口有护士67.4人;西德37.1人;日本34.8人。我国1985年每万人口才有6.3名护士。在护士严重缺乏的情况下,还有不少人在编不在岗。据15省市151所医院资料,这种情况约占23%,其中有1/3被抽调改做党、政、工、团等工作或实验室技术员,更加剧了护士紧缺的矛盾。

(二)护士素质较差,护理质量不高。据北京、四川、安徽、山西4省市24所医院实地调查,护士基本了解病人情况,认真执行三级护理者仅占23%;

能严格执行消毒隔离制度和无菌技术操作者仅占 18%；其中 23 所医院的静脉输液头皮针、管仍用酒精浸泡，且不计时间，也不测浓度。肌肉注射没有严格做到一人一药一管，差错事故屡有发生，仅就 11 省市 91 所医院不完全统计，1980~1984 年因护理不当，发生事故 72 起，死亡 19 人，占事故的 26.3%。

护理质量低，必然导致医院陪护人员多。据部分地区调查，一般省级医院陪护率高于 15%，地、市级医院高于 30%，县医院高于 50%，有的竟达 100%，严重影响了医院秩序和社会劳动生产力，群众意见很大。

护理质量上不去的原因是多方面的，其中一个重要因素是护士素质较差。当前在临床第一线直接从事护理工作的人员，训练不足或未经系统专业训练的约占 30%，县及县以下医院更高。全国现有 25 万多名护理员，多数都在当护士用。由于缺乏严格系统的专业训练和医德教育，加之社会上轻视护士等传统观念的影响，以致有些人不热爱护理专业，工作不安心，服务态度不够好，直接影响了护理质量。

(三)护理教育跟不上，严重落后于实际需要。人才需求与质量提高都与教育密切相关，任何一门学科，只有进行积极的智力投资，才能保质保量地不断开发和补充人力资源。而护理学由于多年不被重视，对护理教育造成了不良影响。在我国，培养中等水平的护士，是补充护理人才的主要来源，而现有护士(卫生)学校数量既少，条件也较差，普遍存在经费不足，校舍、教学设备缺乏而陈旧，师资数量少，水平低，教学质量不高以及实习基地不能满足要求等实际问题。加之办学办法多变，护校时办时停，招生不恒定，时有时无，学制一时 2 年，一时 3 年或 4 年；入学程度时而高中毕业，时而初中毕业，给教学工作增添了不少困难。当前各地普遍反映，护理专业招生志愿报名者甚少，为完成招生计划，往往采取降低入学标准的办法，这对提高护士素质和护理质量十分不利。

## 二、主要经验教训

回顾过去 30 多年来的护理工作，有很多经验教训需要认真加以总结。

总结历史的经验教训,是为了统一思想,分清是非,避免重犯过去的错误,在新的历史条件下把我国护理工作引向健康发展的轨道。我们的主要经验教训是:

首先,必须明确认识护理是一门独立的学科,它在整个生命科学中占有重要的地位。这在国外早已被确认,而我国长期以来则未能在认识上很好解决。任何一门学科是不是被承认,能否受到尊重和扶植,对这门学科的发展会有很大影响。

护理学是人类在与大自然和疾病斗争的实践中逐步发展起来的一门独立学科,与医疗有着密切的关系,相辅相成,相得益彰。我国历来就有“三分治七分养”之说,所谓“养”,主要内容是护理。人们患病后,不仅需要正确的诊断和良好的医药,还需要合适的休养条件。病后体内一些脏器或肢体功能发生变化,肉体痛苦,精神紧张,思想抑郁,都需要妥善的照料和安慰,恢复受损的功能,战胜疾病。换言之,护理工作除配合医疗执行医嘱外,更多、更主要的是对病人的全面照顾,促进其身心恢复健康。祖国医学十分重视环境、情绪对疾病的影响,将病因分为“六淫”和“七情”,实际是指体外环境和心理因素与疾病的关系。这正是现代生物心理社会医学模式的基本观点。护理学就是要研究社会条件、环境变化、情绪影响与疾病发生、发展的关系,对每个病人的具体情况进行具体分析,寻求正确的护理方式,消除各种不利的社会、家庭、环境、心理等因素,以促进病人康复。由于护理的对象是病人;还需要掌握相当的医学知识,了解病理生理变化、药物作用等。实际上,人类从胚胎时开始到生、老、病、死全过程都需要护理。随着科学技术的进步,社会的发展,人民生活水平的提高,护士将逐步由医院走向社会,更多地参与防病保健。因此护理学有其明确的研究目标和领域,在卫生保健事业中与医疗有着同等重要的地位。

必须指出,长期以来,由于对护理学科的科学性和重要性认识不足,不但妨碍了护理学科的发展,也给整个医疗保健事业的发展与提高带来了严重影响。我们过去办了不少蠢事,例如取消高等护理教育;停止医院办护校;提倡“护改医”、“护学医”;推行“医护一条龙”等,都是因为对护理学是一门独立的学科缺乏认识造成的。直到现在,仍有不少人轻视护理工作,把护理看成是

简单的技能和辅助性劳动,形成了一种传统偏见。这种偏见,不仅在社会上比较普遍存在,以致护校招生相当困难,也反映在卫生部门和医务人员之中。有的医院院长都不重视护理工作,甚至护士本身也有不少人轻视护理,不安心本职工作。应当看到,这是当前护理队伍不稳定,护理质量上不去的重要原因之一。这是一条极为重要的教训,我们应当牢牢记取,并要向社会大声疾呼,大力纠正轻视护理学科的世俗偏见和错误认识。

其次,一定要有计划按比例地培养护理人才。社会主义经济建设必须有计划按比例地协调发展,这是一条重要规律。历史的经验证明,违背了这条规律,社会主义事业就要受到损失。卫生战线各类卫生技术人员的培养,也必须遵循这条规律,使医疗、护理、药剂、检验及其他各类人员保持合理的比例,协调发展。医护比例、医务人员与病床的比例不是空想出来的,而是经过大量实践得出的结果。只有保持各类人员的合理比例,才能协调发展,否则,工作就要受影响。由于长期以来,我们忽视了这一点,对人才需求缺乏预测和合理安排,以致造成医护比例严重失调和倒置。由于护士不够,一些新建、扩建医院床位不能全开,护士工作日益简化,忙于应付打针、给药,大量临床护理依靠陪护人员去做。不少医院为应急需,连续招收护理员,缺乏理论知识和技能训练,使护理质量无法保证。另一方面,有些医院因医生超编或招工过多,挤占了护士名额,尽管急需补充护士,有了毕业生也进不去。如有一个省 1982 年护校毕业生约 1 000 人,由于医院总人数超编,有 500 人分配不出去,很多人改了行,学非所用;有的甚至弃护从商当了营业员。由此可见计划比例失调带来的后果。

第三,培养护士要处理好理论与实际结合的关系。我国解放前和建国初期,培养护士主要采取医院办护校的办法,这是一种行之有效的办学方式,有利于理论联系实际和培养学生解决问题的能力。当时,医院正式编制的护士并不很多,由于各年级学生都要进入临床,不同程度地担负一定范围和层次的护理工作,接触病人多,实践机会多,操作能力强,掌握知识较牢固,毕业时已具备独立工作能力。据了解,英国、澳大利亚等国家和香港,至今仍沿用这种培训方法。为适应医院工作需要,英国每年招生 6 次,香港 3 次,每次人数不多,入学后即列入护士编制,不同年级分别承担规定的护理工作,给予不同

工资待遇。各阶段课程密切联系实际,都有教师带教和辅导,护理质量和教学质量都较高。我国自 50 年代后期取消医院办护校,改为卫校办护理专业,将理论课集中前两年在学校上,最后才进入临床实习,理论与实际脱节,且因实践机会有限,技术不熟练,毕业后不能很快独立工作。目前,虽然有些医院恢复了护校,但招生常不固定,往往是需要人时开班或多招,不要人时不招或少招,造成护理队伍年龄、知识结构不合理,不能形成正常梯队,使工作、学习、生活安排都有困难。护理教育已经到了非改革不行的时候了。

第四,护理管理体制只能加强,不能削弱。护理工作有其专业特点和需要,要求有健全的管理体系,这在国内外都已充分证明。在我国,这方面同样走过弯路。长期以来,护理工作领导不力,管理体制不健全,各级卫生行政部门没有设立专门机构和专人负责护理工作,直到十一届三中全会以后才有所改善,但与发达国家相比,仍有很大差距。关于医院的护理管理体制,也有过多次反复。护理部曾几起几落,对护理质量造成了不良影响。50 年代初期学习苏联,医院实行科主任负责制,取消护理部,把护理工作置于从属的地位,削弱了护理工作的领导。60 年代初期总结了经验教训,恢复了护理部,加强了领导和管理,护理工作刚刚开始走上正轨,“文革”期间又彻底取消了护理部,护士长一律都“靠边站”,护理工作几乎无人过问,使病人遭受了不应有的痛苦和损失。直到 1978 年重新恢复护理部,狠抓了护理工作的整顿,情况才有了好转。总之由于护理部几经起落,使我们吃过不少苦头。历史的经验证明,护理作为一门专业,有其自身的特点和规律,护理管理体制是否健全,对护理工作的好坏、质量的高低关系极大。当前,在医院改革中,一些试点单位的经验也证明,凡是领导思想明确,切实加强了护理管理,确保护理部有职有权发挥其职能的医院,护理工作就有条不紊,质量就有提高,否则护理工作就要受到影响。

### 三、振兴护理事业的主要措施

从 1986 年开始,我国已进入了第七个五年计划时期。1985 年党的全国

代表会议通过的关于“七五”计划的建议,特别强调了经济发展必须与社会发展协调进行,物质文明建设必须与精神文明建设同时进行。适应全面改革的新形势和由温饱型向小康型过渡阶段的新的需求,积极发展护理事业,既是社会发展的一个组成部分,又是精神文明建设的一个组成部分。为了发展护理事业,当前有许多事情要做,其中极关紧要的问题是必须抓好以下几件事:

第一,要制订规划,积极培养护理人才。上面已谈到,当前护理工作的主要矛盾是缺乏人才。据初步匡算,要解决护士严重缺编和“七五”期间病床发展的需要,去掉自然减员的因素,大约需增加 50 万名护士才能基本满足需要。这是一个相当大的数字,按目前的实际情况,要想在 5 年内培养出 50 万名护士是不可能的。在这个问题上,既不可操之过急,又必须采取积极的态度。从实际需要和可能出发,我们提出了一个争取补充 30 万名护士的 5 年奋斗目标。这个目标如能实现,扣除自然减员的人数,到 1990 年护士总数可达 83 万人,比 1985 年净增 20 万人。预计可使病床与护士比例由现在的 1:0.26 提高到 1:0.3,人口与护士的比例由现在的 0.63‰ 提高到 0.8‰。可以看出,即使实现了这个目标,病床与护士、人口与护士的比例并没有多大变化,只是略有改善。我们希望,各省、自治区、直辖市都要参照这个主要奋斗目标,从当地的实际情况出发,搞好护理人员的供需调查和预测,制订各自的发展规划,并且把它纳入当地的“七五”规划之中,努力促其实现。

第二,要抓紧改革护理教育。解决护士数量、质量问题,关键在于教育。搞好护理教育则立足于改革,实行多规格、多层次、多种形式办学。

继续办好现有的护士学校和卫校的护理专业,是改革和发展护理教育事业的重点。要积极改善办学条件,充分挖掘潜力,尽可能扩大招生。在完成国家招生计划的前提下,允许学校利用现有的条件招收代培生和自费走读生,也可以采取各种联合办学的形式,培养中级护理人才。

医院办护校是行之有效的办学形式,有利于多出人才,快出人才,出好人才,应当大力提倡。各地应根据当地的实际情况和医院的具体条件有计划地发展。有条件的医院经过批准可以单独办护校,也可以医院联合或医院与卫校联合办护校。医院办护校招生应纳入中专招生计划。招生的办法、教学和实习的安排以及学生的生活补贴办法等,都可以根据实际情况进行改革。各



地可选择一二所医院先行试点,进行一些改革的探索和尝试,取得经验后再逐步推广。

在职护理人员的进修教育仍是一个极为薄弱的环节,必须予以重视和加强。要积极发展多渠道、多层次、多规格的成人教育,通过职工医学院校、夜大、函授、刊授、电视大学等多种形式,为在职护理人员广开学路。

由于高等护理教育停办三十多年,现有为数甚少的大专水平的高级护理人员多已年逾花甲,发展高等护理教育,培养新的高级护理人才乃当务之急。这项工作关系到护理学科的发展和护理事业的长远建设,必须积极给予扶植。已经开办护理系的几所医学院校,要努力改善办学条件,加强师资建设,编好教材,提高教学水平和教学质量。尚未开办护理系的几所部属医学院校及有条件的地方医学院校,都要积极创造条件,争取尽快开办护理专业。

第三,要尽快开展护理专业的自学考试,鼓励自学成才。关于高等护理专业的自学考试,拟在有条件的省、市先搞大专水平的自学考试试点,以便摸索经验,逐步推广。中等护理专业的自学考试,黑龙江等少数省、市已经开始,希望其他省、自治区、直辖市也要积极创造条件,做好准备,争取尽快开展起来。

通过自学考试,可为一大批训练不足的护理人员开辟一条自学成才的途径,办法得当,势在必行。希望各地要多做工作,特别要主动争取省、自治区、直辖市政府和自学考试部门的领导与支持,努力把这件事情办好。

第四,要改革、健全护理管理体制,加强对护理队伍和护理工作的科学管理。护理工作的改革,要有利于加强管理,调动积极性,提高工作质量和工作效率,更好地为病人服务。为了使护理工作更有成效地进行,医院的护理指挥系统只能加强,不能削弱。要培养一批符合“革命化、年轻化、知识化、专业化”要求的护理部主任、总护士长和护士长,造就一批既有现代化科学技术知识,又有管理才能的中青年护理管理干部。

要进一步健全和完善各项护理工作制度和操作规程,严格执行责、权、利相结合的岗位责任制。在有条件的医院,应逐步推行责任制护理,以提高护理质量。同时要尽可能地不断学习,采用新的技术,开展技术革新和科学研究,推动护理技术的进步。

第五,坚持用革命理想、道德、纪律武装护理队伍,发扬全心全意为人民服务的精神。

护理事业是崇高的事业。护理工作十分艰苦,又十分高尚。护理工作者担负着救死扶伤、保护人民健康的特殊重大的责任,她们工作的好坏,直接关系到病人生命的安危和千家万户的幸福或悲痛。人们常把护士誉为“白衣天使”、“生命的守护神”,称赞她们“不是亲人胜似亲人”。这些美好的赞誉,既反映了护理工作的极端重要性,又反映了人们对护理工作者的崇敬、尊重和期望。作为一名合格的护士,首要的问题就是要有一种崇高的理想,以高尚的道德风貌。无私的“奉献”精神和精湛的护理技术全心全意地为人民服务。

在我国六十多万护理大军中,绝大多数同志是好的和比较好的,她们常年战斗在防病治病的第一线,勤勤恳恳,任劳任怨,为保护人民的身体健康,保障四化建设做出了重要的贡献。但也确有少数同志表现不大好,她们鄙薄自己,自以为“低人一等”,工作涣散,纪律松弛,不求上进。个别人甚至玩忽职守,严重不负责任,以致发生差错事故,造成不应有的损失。我们应当帮助这些同志尽快摆脱世俗偏见的束缚,努力端正思想,振奋精神,自尊、自重、自爱、自强,以高度的自觉性和搞好本职工作的实际行动做一名真正合格的护士。

应当看到,自从中央提出建设社会主义精神文明的战略方针以来,广大护理工作者优先响应中央的号召,广泛开展了建设精神文明的群众性活动,使理想、道德、纪律教育在护理队伍中日益普及和深入,好人好事层出不穷,形势确实很好。我们必须因势利导,通过一切可能的途径,采取一切有效的方法,用革命的思想 and 革命的精神振奋起广大护理工作者全心全意为人民服务的巨大热情。

第六,关于加强领导。小平同志说过,领导就是服务。我们各级卫生行政部门和医院的领导,都要重视并切实做好为六十多万护理大军服务的工作,以保证她们在防病治病第一线坚持战斗,更好地为人民服务。要做到这一点,有许多事情要做,当前特别要抓好以下三点:一是要把护理工作列入各级卫生行政部门和医院领导的议事日程,经常关心、过问,及时研究新情况,解决新问题。配备和充实护理管理干部,地市以上卫生行政部门都要有专人

负责护理业务的管理,各级医院也都要健全护理管理体制;二是要在护理人员中进一步落实党的知识分子政策,关心护理人员的思想、工作、学习和生活。要注意倾听护士的呼声,关心她们的进步,帮助她们解决实际生活上的困难,解除她们的后顾之忧;三是要加强规章制度建设。除了要继续建立健全和完善各项规章制度外,要抓紧研究起草护士法,使各项工作都能有章可循,有法可依。

# 关于改革农村医疗保险制度的几点看法\*

1986年5月5日

在全国改革的新形势下,农村的医疗保健制度要不要进行改革,如何进行改革,将来的发展趋势如何,越来越受到有关方面的关注。许多同志都在致力于这方面的探索,笔者也愿意谈谈个人的一些看法。

## 农村医疗保险势在必行

从1986年开始,我国已进入了第七个五年计划时期。“七五”时期将是我国经济和社会发展的关键时期,也是全面改革我国经济、科技、教育等管理体制的关键时期。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第七个五年计划的建议》指出:“适应对内搞活经济,对外实行开放的新情况,认真研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的新的社会保障制度,……这是保证经济体制改革顺利进行和取得成功的重要条件,也是社会安定和国家长治久安的根本大计。”这里所说的新的社会保障制度,无疑也包括医疗保险制度。

我国现行的医疗保险制度有公费医疗、劳保医疗、合作医疗和自费医疗四种形式。在城市,享受公费医疗和劳保医疗者占人口的绝大多数。以北京市为例,约占全市人口的80%左右(含享受劳保医疗的职工家属),真正自费医疗者为数很少;在农村,几年前多数地区都实行合作医疗,现在实行合作医疗的已经不多,大约占10%左右。由于没有医疗保险,据部分地区的抽样调

---

\* 原载《中国医院管理》1986年第7期。

查,在农村患者中,该就诊而未能就诊者占 22.9%,该住院而未能住院者占 23.7%;计划免疫和妇幼保健的普及还远未达到要求。由此看来,医疗保险制度的改革,应以农村为重点。城市的医疗保险制度包括公费医疗和劳保医疗,也有许多弊端,亟需进行改革,但积极发展农村的医疗保险事业则是当务之急。

发展农村的医疗保险事业,既是党和国家的既定方针,又是农村形势发展的客观要求。

一、实行包括医疗保险在内的社会保险,已经载入了我国《宪法》。《宪法》明确规定:“中华人民共和国公民在年老、疾病或者丧失劳动能力的情况下,有从国家和社会获得物质帮助的权利。国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业。”

二、实行医疗保险,是广大农民的迫切要求。目前农村少数人富起来了,大多数人还处在温饱之中,也还有少数人连温饱尚未解决。除少数富裕户外,绝大多数的农户遇到大病重病还难以负担医疗费用,迫切需要社会的帮助。即使是富裕户,即使到本世纪末我国人民达到小康的生活水平,人们也希望建立适应群众需要的医疗保险制度,在医疗保健方面能够得到较好的保障。

三、实行医疗保险,是农村经济和社会发展的需要,也是社会进步的重要标志之一。随着农村改革的深入,农村经济和商品生产的发展,农民生活水平的提高,不仅对医疗卫生工作提出了新的需求,也为实行医疗保险制度创造了有利条件。

四、实行医疗保险,也是贯彻“预防为主”的卫生工作方针,实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的重要保障。特别是随着农村经济和社会的发展,农村人口的年龄结构、家庭结构、疾病结构正在发生新的变化。在这种情况下,不仅要更好地保护劳动力,而且老年保健、儿童保健越来越提到重要日程,如果没有一定的健康保险制度,这些问题都不可能得到很好的解决,卫生工作的社会效益必然会受到严重的影响。

以上几点可以说明,农村的医疗保险势在必行。对于这个问题,我们各级卫生行政部门和有关方面的领导同志必须有充分的思想准备,并且要予以

足够的重视。

## 农村实行医疗保险有深厚的群众基础

我国实行集体保健医疗制度已有较长的历史,在农民群众中有深厚的基础。早在 50 年代,随着农村互助合作运动的发展,有些地区的农民为了解决看不上病,看不起病的问题,自己组织起来实行互助互济,有的每人每年出几角钱或拿几个鸡蛋作为“保健费”,由农业社保健站统筹,社员看病时免收“四费”(挂号、注射、换药、出诊);有的则由农民个人和农业社集体共同筹集资金,社员看病实行部分减免。当时,我们把这两种办法统称为集体保健医疗制度,1959 年冬在山西省稷山县召开的全国农村卫生工作现场会议,肯定了农民群众的这种创举,并向党中央做了报告,中央也予以肯定。

十年动乱期间,在“左”倾路线的影响下,曾把合作医疗当作“文化大革命”的“新生事物”,用行政命令和搞政治运动的手段,在全国农村强制推行。结果,到 1976 年虽然有 90% 的农村社队实行了合作医疗,但其中有不少地方由于既缺乏思想准备,又缺少经济基础,加上管理不善等原因,常常是“春办秋垮”,时办时停,有的甚至徒具形式。这种不顾客观条件,也不尊重群众意愿,强迫命令的作法,显然是错误的、有害的。它不仅严重挫伤了广大群众的积极性,也损害了合作医疗的声誉。

党的十一届三中全会以后,许多地方的合作医疗纷纷解体,实际上可以看成是对推行“左”倾错误、搞“一刀切”的一种惩罚。但是,在这个问题上同样有一些经验教训值得我们认真总结。主要是,有的地方在纠正一种错误倾向的时候,忽视了另一种错误倾向,以新的片面性代替了过去的片面性。片面地认为,合作医疗是“‘左’的路线的产物”,有的甚至用行政命令强行予以解散。发生这种情况,主要是认识上的模糊不清,有的同志没有把推行合作医疗过程中的缺点错误同合作医疗制度本身加以区别;有的同志把合作医疗看成是“穷吃富”、“一平二调”、“增加群众负担”;有的同志则把落实家庭承包责任制同办合作医疗对立起来,认为农村实行责任制后已经失去了举办合作

医疗的基础,再办合作医疗怕犯“政策错误”,等等。

应当指出,近几年来许多地方合作医疗停办,并不意味着这些地方的农民群众不欢迎合作医疗,也不意味着农村实行合作医疗已经失去了群众基础,群众所厌恶的是搞强迫命令,搞形式主义及少数村干部利用合作医疗搞特殊化,而不是厌恶具有健康保险性质的合作医疗制度。我国农民很久以来就有亲友和邻里间互助互济的优良传统,新中国成立后对集资举办医疗保健事业更一向十分热心。只要我们坚持从实际出发,尊重群众的意愿,认真清除“左”的影响,兴利除弊,努力把合作医疗办好,广大农民不但不会反对,而且一定会受到多数人的拥护与欢迎。

还应当指出,尽管过去在推行合作医疗中曾经受到“左”的干扰和破坏,近几年在纠正“左”的错误作法的时候又对合作医疗制度持怀疑或否定的态度,但仍有一些地方的合作医疗一直未垮,而且经过改革,不断完善,越办越好。在这些地方,合作医疗制度已在群众中深深地扎了根。据北京医大在江苏省农村居民中抽样调查,赞成办合作医疗者占 79.3%;广东省恩平县调查,赞成办合作医疗者占 77.72%;湖北省广济县曾在全县农村就办不办合作医疗的问题搞过民意测验,赞成继续办合作医疗者占 90% 以上。此外,也还有不少地方合作医疗停办后,在群众要求下又重新得到了恢复。有的地方又出现了其他医疗健康保险形式,如江苏农村乡镇企业的劳保医疗,河南洛宁的儿童健康保险,山西翼城的儿童计划免疫和妇女围产期保健保险,山西运城地区的少年儿童口腔卫生保险等。这些情况都充分说明,在我国农村实行医疗保险是有深厚的群众基础的,是深得人心的。这件事情即使现在不搞,将来也势必要搞;即使我们不积极地组织农民去办,在不久的将来也势必要自己组织起来替自己创造日益增多的福利事业。

## 采取多种形式发展农村的 医疗保险事业

我国农村地域辽阔,各地的经济基础、生活水平和医疗条件差别很大。

发展农村的医疗保险事业,一定要从各地的实际情况出发,因地制宜,量力而行,切忌“一刀切”。

到2000年,我国经济发展将实现翻两番,全国人民生活水平将达到小康水平。“七五”时期,则是由温饱型向小康型过渡的阶段。在此期间,国家对医疗卫生事业的投资每年都会有所增加,但不可能增加太多;农村集体经济组织和农民的健康投资及医药负担能力,比过去会有一些改善,但不可能增加过快。在这种情况下,实行医疗保险的范围、项目和标准决不可超过国家、集体和个人的承担能力。除少数经济发达地区外,我国农村实行医疗保险只能是低水平的,并且应当多渠道集资,实行多种形式的医疗保险制度。

所谓多渠道集资,一是国家的扶持,包括卫生防疫、计划免疫、妇幼保健、计划生育等各项补助以及民政部门对贫困户的医疗救济款,这些补助经费该给的一定要给,决不能因为实行医疗保险而予以克扣或削减;二是农村集体经济组织提留的医疗保健基金,包括以村、组提留的公益金,乡(镇)村企业提留的医疗保健基金和以集体或个人承包的林、牧、渔、副业收入中提留的医疗保健基金等,这些医疗保健基金在当年收入中应占有合理的比例,随着生产的发展和收入的增加而同步增长;三是参加医疗保险的农户个人缴纳的医疗保险金。以上三个方面,国家的扶持现在不是,将来也不可能是农村医疗保健基金的主要来源,因为国家的财力有限,对8亿农民的医疗保健问题不仅现在不可能包,几十年后恐怕也包不了。医疗保险基金的主要来源,只能靠农村集体经济组织和农民群众个人集资。每人每年医疗保险金的标准,要根据各地的不同情况分别规定,有所差别,至于是以集体提供为主还是以个人缴纳为主,要从实际出发,区别对待。在有条件的地方,应力求做到以集体提供为主,集体经济基础较差的地方可以个人缴纳为主,以后随着集体经济的发展再逐步过渡到以集体提供为主。

所谓多种形式,就是要研究和建立适合各地不同情况和农民群众不同要求的形式多样、项目不同、标准有别的医疗保险制度。保险的形式,可以搞综合性的医疗保险,也可以搞单项的健康保险;可以搞基本的医疗服务保险;可以搞慢性病的医疗保险;可以办合作医疗,也可以办其他形式的医疗保险;合作医疗的形式也有多种多样。具体采用哪一种保险形式,要根据各地的实际



情况,经过广大群众的充分酝酿讨论,由农民群众自己选择。

发展农村的医疗保险事业,必须结合农村的经济体制改革和卫生改革稳步进行,切不可操之过急。“七五”时期是新旧体制转换时期,在此期间,我国农村普遍实行医疗保险制度尚有困难,因此,农村的医疗保健制度仍将是新旧两种制度并存。也就是说,有的地方实行合作医疗或其他多种形式的医疗健康保险,有的地方仍将继续实行谁看病谁出钱的自费医疗的办法,即使在实行合作医疗或其他形式的医疗健康保险的地方,也要允许自费医疗的办法同时存在。此外,现在还有不少地方实行社员按人头交纳“保健费”,看病时免收“四费”的办法(有的地方称之为合医不合药的合作医疗),这种办法比较适合经济不富裕农村的实际情况,只要群众愿意,仍应继续实行,不要急于向高一级的医疗保险形式过渡。

## 要加强对农村医疗保险事业的 领导与管理

农村医疗保险事业是关系到亿万农民切身利益的社会福利事业。搞得不好,可以造福于人民大众,使亿万农民受益;搞得不好,也会脱离群众,把好事办糟。而能否把这件好事办好,充分发挥其社会效益,关键在于加强领导与管理,在这方面,我们有很多经验教训值得认真总结,国外也有很多经验教训值得我们借鉴。根据国内外的经验教训,有以下几点应当注意:

一、各级卫生行政部门和实际从事农村工作的领导同志,都要充分认识发展农村医疗保险事业的重大意义,充分认识改革农村医疗保健制度的必要性和可能性,对新旧体制转换的艰巨性和复杂性,也要有足够的认识和思想准备。要为农民的利益想得远些、周到些,努力做到统一思想,积极支持,周密规划,稳步发展,正确地加以引导。坚持深入基层,深入群众,进行调查研究;坚持走群众路线,尊重群众的意愿;坚持先搞试点,边实践,边总结经验,扎扎实实地稳步前进。

二、要加强宣传,使广大群众都能了解为什么要实行医疗保险,怎样才能搞好医疗保险。要善于通过宣传教育,通过实践,通过算账对比去吸引群众,决不可靠行政命令去强迫群众。要坚持参加自愿,退出自由的原则,群众愿意不愿意参加医疗保险,实行何种形式的医疗保险,都要由群众自己选择,自己决定;已经参加了的,也要允许自由退出。总之,要充分尊重群众的意愿,保障群众的自主权。

三、关于保险的内容和减免的办法,要贯彻实事求是,量入为出,留有余地的原则,充分考虑国家、集体、个人的承担能力,根据各地情况的不同和群众的不同要求,确定不同的保险内容和减免办法。在一个县、一个乡的范围内,由于经济条件和群众要求的不同,实行医疗保险的内容和办法也不可能完全一样。决不能认为包得越多越好,减免的比例越大越好,更不能盲目追求全包全免。不论采取何种医疗保险形式,最好都能同个人的经济利益挂钩,使患者个人也要负担一部分医药费,以免造成浪费。

四、要结合各地实际情况,制定实施医疗保险制度的具体方案。改革的方案,应当多种多样,设计出多种模式,供群众选择。方案的设计,要建立在严密的、十分可靠的统计计算的基础上,对保险金的标准及来源、保险方式、保险范围,以及如何承担风险,如何加强管理等问题要进行周密的考虑,制定出具体办法和措施,使方案真正具有科学性和可行性。

五、发展农村医疗保险事业,必须在当地党政领导下,组织卫生、民政、保险公司等部门协同、密切配合,大力支持,精心指导。为加强经常性的领导与管理,在县、乡两级都应建立由有关部门联合组成的管理委员会,下设精干的办事机构。这种医疗保险的管理组织,可以是独立的管理体系,也可以是整个社会保险管理体系中的一个组成部分。它的主要任务是管好用好医疗保险基金,为基层服务,为群众服务。

六、承担医疗保险任务的各级医疗卫生机构,都要加强管理,改善管理,认真支持和办好医疗保险,充分发挥其社会效益。要教育医务人员努力提高思想水平和技术水平,改善服务态度,提高服务质量。要坚持医疗原则,纠正不正之风。坚决控制不必要的转诊,不必要的检查,不必要的用药,处处精打细算,厉行节约,克服浪费。

七、要加强有关医疗保险制度的科学研究。如何搞好 8 亿农民的医疗健康保险,是一个重大的科研课题。当前特别要在研究和设计科学的改革方案、科学的管理制度和管理办法上多下功夫。有关领导同志和专家要坚持深入实际,参加实践,不断总结经验,在探索中前进,逐步改进、充实、完善。

八、要积极促进农村医疗保险立法。这是保证农村医疗保险制度顺利实施的重要手段。在全国性的法律尚未制定颁发之前,地方可以先行一步。可以通过人大制定正式的法律,也可以由地方政府制定行政法规。法令一经颁布实施,任何组织和个人都必须坚决贯彻执行。

# 进一步加强农村基层 卫生组织建设

——对招远县农村基层卫生组织  
建设的几点建议\*

1986年7月15日

这次来招远时间不长,一天半跑马观花看了十一二个点,给我印象非常深刻。去年来过,时隔一年零二个月,变化很大,可说大干一年,开创了新局面。县直单位,如县医院、防疫站、妇幼保健站、卫校都很像样子,管理水平比较高,特别乡、村两级面貌有了明显改变,原来听说招远劲头很足,跟掖县搞起“比学赶超”,决心很大。来此以后看到县、乡、村不论院容院貌、村容村貌,都有很大变化,感到很高兴。不是一二个点而是大面积的,特别是创甲级卫生室,据介绍甲级卫生室已达30%,其它是乙级丙级,即使是乙级丙级跟过去也大不一样。说明领导是关键。加强领导,大抓了一年,的确开创了新局面。我认为招远大抓卫生室建设有这么几个特点:

一、党委重视,列入文明村、镇建设规划,当作精神文明建设重要组成部分。我觉得这种做法,很值得提倡,甚至乡、村长的工作实绩都跟这个挂上钩,提高了责任感和事业心,调动了积极性。我去年来招远曾经讲过,感谢县委领导对卫生工作的大力支持,今年还是要再重复这句话,而且乡镇领导也都如此积极。

二、县委、县政府直到乡镇,从卫生局到下属单位,事业心都很强,都想在改革年代干一番事业。我们接触到的领导同志除个别新上任外,都很熟悉情

---

\* 这是在招远县考察农村卫生组织后同县委县政府领导汇报时的谈话。

况,作为一级党的领导对卫生工作情况如此了解,可以说是非常难能可贵的。从卫生局开始,我所接触到的县级各医疗卫生领导班子,事业心很强,都想在事业上有所作为,都想改变招远医药卫生面貌。

三、招远工作扎实、深入,既注意抓点,又注意带面,既注意一般号召,又有具体措施,扎扎实实一步一个脚印。如村级卫生室的建设过去爱怎么办就怎么办,现在走向规范化、标准化,房屋、内部设备和工作制度都比较规范,工作搞得比较扎实。

四、在办卫生事业上,怎样调动各方面积极因素,招远县委、县政府作了大量工作。在目前国家、地方财政困难投入不足的情况下,多方集资,招远也带了头,村级集资 30 多万元,有的乡镇集资买 B 超。招远的经验证明,只要向群众作宣传,讲清道理,群众是拥护支持的。如果光靠卫生事业费,招远取得这样大的变化是不可能的。坚持集体办医体制,巩固合作医疗制度,是招远最大的特点。

下面再谈几点意见,供参考:

总的希望,再接再厉,更上一层楼。具体提几点意见和建议:

一、加强对农村卫生队伍的技术培训,改善知识结构,在提高技术水平上狠下功夫。招远农村三级网比较健全,“庙”已经比较像样,“庙”中也都有“菩萨”,但是“菩萨”是否很灵,就很难说。下一步要在培训提高上下功夫。怎样培训,可以送出去,可以委托代培,但更要坚持就地培训。因此,加强县卫校建设很重要,县卫校房子不错,师资、设备还差些,县卫校应该成为人才培养基地,争取创造条件纳入正规中专教育,成为中等专业卫生学校。当然人才培养光靠卫校还不行,县医院、卫生防疫站也应挖掘潜力,成为人才培养基地。现在县卫校只有两个班,一个是护理,一个是乡村医生。对乡村医生的培养,目前采取老办法培训已经不行了,就是先学三至四个月,最长的学一年,实践一段时间然后再培训。这种老办法过去可以,现在已不适应。县卫校应招收初中、高中生,系统培训二三年,过去乡村医生培训侧重于治疗,预防保健知识很少,应当加大预防保健方面的课程,因为乡村医生主要任务是预防保健。县卫校培养的乡村医生,应成为农村保健医士,能防能治。今后县卫校的学生,也不可能包下来,而是应采取“几个一点”的办法,即国家、集

体、个人出一点。建议你们作个规划，“七五”期间，有多少个乡村医生达到真正中专水平。

二、希望在乡、村两级要贯彻预防为主方针，切实加强防保工作。就我们所看到的，你们乡村两级防保工作搞得不错，防保人员比较落实，我们是满意的。目前，随着乡镇企业的发展，出现一些新问题，如环保工作、职业病防治等。随着生活水平提高、平均寿命延长和老龄化的进展，应该有新措施，村级卫生组织有责任，县卫生防疫站也有责任。但乡村医生缺乏这方面知识和经验，要加强这方面的培训。如何采取措施加强监督和管理，不仅卫生部门要重视，政府、党委部门也要重视，切实作好这方面的工作，要防患于未然。苏南地区环境污染严重，原来城市因污染不准搞的工业，现在转移到农村乡镇企业搞，这个问题要引起我们注意和重视。

三、医疗卫生机构要重视经济问题。当前，有好多医疗卫生机构经济有困难，县医院病房楼建一半，还有一半没完成。防疫站、妇保站几家挤在一起，工作用房较好，设备简陋，生活用房没有解决。这类问题如何解决，我想依靠国家多投一点资是一个方面，另一方面要多方集资，调动各方面积极性。你们自己有这方面经验，山东其他县也有这方面经验。去年我们去长清县，他们这方面下的力量很大，提出“人民医院人民建，建好医院为人民”的口号，而且宣传工作极为深入，收效甚好。首先县人大讨论后作出决议，县委、政府讨论决定，专门成立了医院建设集资办公室，有关部门分工协作，宣传部门作宣传，财政局负责收钱，妇联、青年团也配合作工作，集资数字相当可观，出现了许多动人事例，我们听到很受感动。其中有一位70多岁的小脚老太婆，提着一大包硬币交集资办公室，说是她孙女用集钱罐收集的，集资办公室不收不行。还有一个乡村医生一次捐200元，他说：“建设县医院是我一生的宿愿，现在我的愿望就要实现了，我一定要尽力去办”。事实说明，只要我们把道理跟群众讲清楚，是会得到群众支持的。你们这里乡镇企业发展很快，昨天在乡里看到电影院建得很漂亮，当然卫生院也不错，这说明群众对搞卫生事业是支持的。卫生集资不是乱摊派，是取之于民用之于民的，《宪法》第二十一条明确规定鼓励和支持农村集体经济组织举办的各种卫生设施，建议县里再进一步发动一下，抓好集资办医问题。

医疗机构收费问题,山东省医疗收费太低,直到现在,两种收费制度仍没有真正执行,看病越多越赔钱,诊疗工作量越大越赔本,这种情况很不合理,这方面也可以搞点测算。据说原来有关部门不承认医院赔本,测算后证明确实是赔本。“赔本生意”迟早是要垮台的。建议招远县人大、政府可否研究一下如何解决医院的赔本经营问题,包括如何合理地调整医疗收费标准。江苏沙洲县已决定调整,安徽决定恢复诊疗费。过去取消诊疗费,理由是国家给发工资,实际上并没有全额发给。总之,解决卫生经济问题要靠多种办法,主要的办法一是政府增加收入,二是多方集资,三是合理调整诊疗收费标准。

四、进一步巩固和办好合作医疗。全县一直坚持下来,非常难能可贵。据说前几年有个别村也“叫了行”,县委把关作了纠正。合作医疗的形式也有多种多样,不要追求全包全免。今后对合作医疗要加强管理。如何加强科学管理,要认真研究,要总结我们自己的经验,也要学习和借鉴外国的经验。最近,世界银行与我们合作在四川眉山、简阳两县搞农村医疗保险制度的试点,有美国兰德公司的专家参加,作为一个软科学课题。去年卫生部在四川开了研讨会,步广太局长也参加了会议。根据这次会议精神,招远县也可以先抓一二个乡镇试点,着重研究如何加强合作医疗的科学管理,如何进一步巩固和办好合作医疗。创办甲级卫生室活动,成效很大。今后,要继续抓下去。现在有30%,下半年要不要达到50%?我的意见,不要急于求成,不要片面追求百分比,要坚持实事求是,扎扎实实。当然下面劲头上来了也不要泼冷水。现在已达到甲级卫生室标准的,对工作质量、技术水平要抓好,严格要求,使之名副其实,继续前进。

# 继续加强重点县的卫生事业建设\*

1986年10月20日

自从1980年卫生部提出开展“三分之一县卫生事业整顿建设”的重大任务以来,已经7年了。据1985年底的统计,全国经过整顿建设的重点县已达594个,占全国总县数的29%。其中,1980~1983年重点建设的300多个县,总投资达4.4亿元,平均每个县146万元。通过对重点县卫生事业的整顿建设,加速了农村卫生事业的发展,初步建成了一批布局比较合理,技术力量、房屋建筑、仪器设备基本配套的县级医疗卫生技术指导中心,成绩是显著的。

四川省第一、第二两批44个县的卫生事业整顿建设工作已于1985年底全部结束。第三批27个县的整顿建设工作正在开始进行。前两批共重点加强了400多个医疗卫生单位,新建改建了工作和生活用房65万平方米;培训卫生技术人员32000人次;增添医疗仪器设备12000多台件;引进了不少新的技术。现在,这些县的医院大多开展了B超、病理、内窥镜、特殊造影等新的技术项目,有40个县还能开展脑外、胸外手术;防疫站普遍开展了细菌、毒理和生化检验;妇幼保健站健全了妇保、儿保门诊和优生遗传咨询;农村中心卫生院开展了生化、X光、心电图、超声波检查和上腹部手术。诊断治疗水平和管理水平都有了明显提高。

湖北省从全省73个县市中选择了26个县作为第一批整顿建设重点县。到1985年底,已经结束的有15个县,正在进行的有11个县。26个县的规划投资总额为7247万元,平均每个县278万元。在规划总投资中,省投资占54%,县投资占46%。经过验收的15个县,实际执行投资总额为3962万元,平均每县264万元。15个县共新建、扩建、改建工作和生活用房37万平方

---

\* 原载《农村医院》1987年第1期。



米,平均每县 24 700 平方米;添置或更新仪器设备 4 570 台件;培训各类人员 7 500 多人。通过培训和调整卫生技术人员的不合理分布,使卫生队伍结构趋于合理,技术素质明显提高,基本上做到了人员、设备、房屋三配套。

总之,实践证明,有计划地分期分批地加强重点县卫生事业的整顿建设,方向对头,办法可行,效果显著。这方面的工作搞和不搞大不一样,是不是集中力量打歼灭战其收效也大不一样。我们不但要充分肯定这种正确的做法,而且要不断改进不断完善,下决心继续坚持不懈地搞下去,争取到 2000 年使我国 2000 多个县的卫生事业面貌都能获得比较显著的改善。

为了进一步继续搞好重点县卫生事业的整顿建设工作,在工作指导和具体做法上,应当注意以下几点:

一、有计划地分期分批地加强重点县卫生事业的整顿建设,是社会主义精神文明建设的重要组成部分,也是经济和社会发展的的重要组成部分。必须把它纳入精神文明建设规划,纳入经济和社会发展的总体规划中去,使之相互协调,相互促进,同步发展。鉴于多年来许多地区卫生事业的发展速度落后于经济发展和社会发展速度,投入不足,欠账过多,造成了尖锐的供求矛盾,因此在制订规划时,我们应当力争使卫生事业获得一个较大的发展,以适应四化建设和人民群众日益增长的需要。

二、过去卫生部提出的进行“三分之一县卫生事业整顿建设”的基本精神,是要有计划有步骤地重点加强农村卫生事业建设。特别是在人力、物力、财力的分配上集中使用,以便分期分批地把农村卫生事业建设好。本着这个精神,各地在具体执行中一定要从当地的实际情况出发,实事求是,量力而行,不要片面追求数量,不要随意降低标准。既要认真重视,积极抓紧,又要扎扎实实,讲求实效,力求把这项工作搞得更好,取得更大的效果。

三、既然是有计划、有步骤、分期分批地搞,就不可能是齐头并进。先搞哪些县,后搞哪些县,要根据具体情况确定。一般的讲,要先安排在有条件的地方进行。所谓有条件的地方,一是要看当地的经济和社会发展条件以及当地政府对卫生事业重视和支持的程度;二是要看当地卫生部门领导班子的精神状态及管理能力和如何。只要能认真地把握住这两条,就有可能使有限的投资发挥出更大的效益。

四、要多方集资,调动多方面的积极性,支持重点县的卫生事业建设。目前,卫生事业经费已切块到地方,因此,进行重点县卫生事业建设主要应依靠地方投资。除了地方财政应予大力支持外,还应广泛发动社会各方面的力量,包括机关、团体、企业、事业单位,农村集体经济组织和广大农民群众,实行多渠道集资,以弥补建设资金之不足。这样做体现了社会福利事业要依靠社会举办,争取社会支持的精神,不应视为不合理的摊派。

五、要处理好重点县与非重点县的关系问题。这里所谓的重点县系指先行纳入计划,给予必要的投资补助,进行重点建设而言。就卫生工作的总体部署和完成各项工作任务来说,则不应该有重点县与非重点县之分。诸如卫生工作体制改革、精神文明建设、培训提高卫生队伍、加强对卫生事业的管理、提高防病治病的效益等等,不论是重点建设县或非重点建设县,都应该抓紧进行,切实做好。即使是扩充医疗卫生机构的基本建设和仪器设备,也不能消极等待,而必须采取积极的态度,争取地方政府和有关方面的大力支持,努力把事业办好。

六、重点县的卫生事业建设必须突出重点。即使是重点建设县,由于人力、物力、财力有限,必须有重点的集中使用,切不可撒“胡椒面”。当前,就改革与建设的关系来说,应该坚持一手抓改革,一手抓建设,以改革促建设;就加强县、乡(镇)、村三级医疗卫生网的建设来说,应该重点抓县级医疗卫生机构和中心卫生院的整顿建设,以带动乡(镇)、村卫生组织的全面整顿提高;就实现人员、设备、房屋三配套的要求来说,则应重点抓好人员培训和引进人才、引进新技术的工作,大力加强卫生队伍建设,提高卫生人员的思想道德素质和业务技术素质,提高服务水平和管理水平,充分调动广大卫生人员的积极性。否则,即使房屋建筑再好,设备添置再好,也不可能充分发挥作用。

七、有计划地分期分批地加强重点县卫生事业建设,是一项长期的艰巨任务。第一批完成了,还要搞第二批、第三批——。已经完成的县,也只是初步的,只是获得了“小变化”,距离实现“大变化”,接近国内、外先进水平,还相差甚远。社会在不断地发展,人类在不断地进步,我国的农村卫生事业建设也要不断前进,不断提高。我们第一步的奋斗目标是,争取到本世纪末使全国 2000 多个县的卫生事业建设普遍得到切实有效地加强,使之发生明显的变化。实现了这个目标,还要向更高的目标前进,逐步实现更大的变化。

# 大有作为的初级卫生保健事业

——祝贺《中国初级卫生保健》创刊\*

1986年11月1日

正当举国上下认真贯彻落实党的十二届六中全会精神,大力推进社会主义精神文明建设和全面改革的新形势下,由中国农村卫生协会主办的《中国初级卫生保健》杂志应运而生了。这是我国医药卫生工作发展史上的一件大事,值得热烈祝贺!

“到2000年实现人人享有卫生保健”,“使全世界的公民都能达到社会生活和经济生活所需要的健康水平”,这是世界卫生组织提出的全球性战略目标。这一战略目标已为世界绝大多数国家所接受,也为我国政府所承认。这是我国社会主义现代化建设总目标的一个组成部分,是到本世纪末实现工农业总产值翻两番,使城乡人民的物质文化生活水平达到小康水平的一个重要标志。

实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的决定性关键,是大力加强初级卫生保健,特别是农村初级卫生保健。所谓初级卫生保健,是指第一线的或群众最先接触的卫生保健服务。其主要内容为:开展对当前流行的卫生问题以及预防和控制方法的宣传教育;改善食品供应和适当的营养;提供安全饮水和基本环境卫生;加强妇幼卫生保健和计划生育;主要传染病的免疫接种;预防和控制地方病;妥善治疗常见病和伤残;提供基本药物等等。由此可见,初级卫生保健所包括的内容是极为广泛的。它既涉及卫生保健服务中的各项主要任务,又涉及与卫生保健有关的各个方面;既要求卫生工作者向群众提供预防、治疗及康复服务,又要求群众广泛参加初级卫生保健活动,提高

---

\* 原载《中国初级卫生保健》1987年第1期。

家庭保健和自我保健的能力;既要充分发挥基层卫生保健组织作用,又要建立健全有效的转诊制度和业务技术指导制度,形成完整的相互支持的卫生保健组织体系。这种组织体系,在我国就是遍布城乡的三级医疗卫生网。

我国幅员辽阔,人口众多,农村人口占 80%。加强农村卫生工作,始终是我国初级卫生保健工作的重点。尽管我国卫生资源不足,卫生队伍薄弱,卫生法规不够健全,管理体制尚需改革。但必须看到,我国有优越的社会主义制度,有党和政府的坚强领导,有全社会和人民群众的广泛支持,有开展初级卫生保健的丰富经验和坚实基础。中国的初级卫生保健事业大有可为,实现“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标大有希望。

当前,要搞好初级卫生保健工作,有一系列的事情要做。其中之一,就是要出版一本专门的学术性刊物,以利于传播知识,交流经验,沟通信息,进行理论上的研究和探讨,促进我国的卫生改革和初级卫生保健事业的发展与提高。现在,《中国初级卫生保健》杂志终于创刊问世,这是一件大好事,理应受到广大医药卫生工作者,特别是初级卫生保健工作者的热烈欢迎。

我们衷心地期望,所有从事初级卫生保健的实际工作者和理论工作者,以及与初级卫生保健有关的医疗、卫生、保健、教学、科研等单位和卫生行政机关,都要关心和支持这个刊物,使其茁壮成长。努力把它办成一个具有自己特色的较高水平的刊物,为发展我国的初级卫生保健事业,实现“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标做出应有的贡献。

## 加强对合作医疗的宣传\*

1986年12月17日

最近几年来,全国各地农村的合作医疗纷纷解体,只有少数地方仍在坚持。我国同世界卫生组织合作建立的四个初级卫生保健合作中心和六个农村卫生示范县,除上海嘉定仍在坚持合作医疗外,其它各县也已全部或大部解体。对此,大家的看法尚不一致。

我们医政司的态度很明确,概括起来有三点:第一,合作医疗不是文革的产物,而是农民群众的创举,把合作医疗当作极左的东西来批判,是错误的;第二,合作医疗确有不少问题值得研究和改进,特别是如何引进和借鉴国外搞医疗保险的经验,加强科学管理,改革和完善具有我国特色的合作医疗保险制度,更是当务之急;第三,从实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标来说,合作医疗是一种必不可少的制度保障。因此,在一些有条件的地方,合作医疗还是要办,要提倡,要鼓励,要支持,办得好的还应当予以表彰,这就是我们的基本态度。

遗憾的是,我们的这些意见尚未得到应有的支持,有时甚至竟被某些人斥为“坚持极左”、“抵制改革”。对此,我们并不介意,更未气馁。因为,我们坚信,合作医疗的大方向是正确的,主流是好的,是符合农民群众的意愿,符合社会主义原则,符合党的基本路线的。尽管现在受到了一些挫折,但历史将会证明,合作医疗不但不会夭折,而且还会有强大的生命力。因此,我们不但不会放弃我们的基本观点,而且要理直气壮地宣传我们的观点。

近几年来,由于有的同志把合作医疗当成“毒草”,各种报刊很少宣传,我们卫生部的机关报也基本上不做这方面的宣传报道,据有关人士透露,××

---

\* 这是在上海嘉定召开的初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作会议总结讲话的一部分。

报内定一条规矩：凡属正面宣传合作医疗和集体办医的稿件，一律不准见报，云云。对此，我们曾经提过意见，但无人理睬。这条“禁令”，至今尚未宣告解除。我们的报纸为什么要这样做？为什么合作医疗和集体办医的好典型就不准宣传？实在令人难以理解。

在这个问题上，我们的态度是：“你打你的，我打我的”，你不宣传，我宣传，而且要理直气壮地宣传。合作医疗是社会主义的新生事物，宣传社会主义是我们共产党员的神圣职责。基于这样一种认识，几年来我们到各地出差，经常要做这方面的宣传。我们还曾到江苏各县以及山东招远等地对这些地方坚持合作医疗给予道义上的支持。不但要做口头宣传，还要写文章，利用一切可能利用的宣传手段造舆论。但是，我们的力量极为有限，影响也极为有限。因此，在这里我向大家提议：欢迎所有关心农村卫生事业建设和合作医疗保健制度的同志，都要积极地行动起来，利用多种形式，加强对合作医疗的宣传，不但要向广大群众做宣传，而且要向各级党政领导干部做宣传，要向社会各界做宣传。通过宣传，拨乱反正，为合作医疗“恢复名誉”、“落实政策”，为有朝一日恢复和重振农村合作医疗事业做好舆论上的准备。

## 对金山县亭林镇试办 医疗保险的意见\*

1986年12月20日

不久前,听说金山县亭林镇亭新乡在上海医科大学和上海市卫生局的指导下,在合作医疗的基础上试办健康保险,取得了较好的效果。听到这个消息,我很高兴,今天特地来到此处,想亲自来看看,学习你们的经验。

刚才听了顾大同县长、包吉庭局长和亭新乡薛木良副乡长的介绍,可以看出:亭新乡的合作医疗健康保险搞得很好,为农民解除了很大的后顾之忧,解决了因病致贫的问题,受到农民群众的极大欢迎,政府的威信也提高了。据说,在1985年前,由于管理不善,亭新乡的合作医疗比较混乱,问题较多,农民群众很有意见。从1985年开始,对合作医疗进行改革,实行村办乡管,加强了领导和管理,基本解决了管理上的混乱和浪费的问题,受到了群众的称赞。今年又在村办乡管的基础上进行改革,集体和个人都增加了投入,合作医疗费由过去的每人每年7元(个人出5元,集体出2元),增加到每人每年9元(个人出6元,集体出3元),并改革了管理办法,调整了报销比例,成立了管理委员会,进一步加强了管理。特别是地方政府和保险公司都参与进来,在政府的统一领导下,卫生部门和保险公司密切协作,共同抓好合作医疗健康保险的试点工作,而且这种保险是属于福利性的,不以赢利为目的,保险公司只出力,不赚钱,这一点就更为难能可贵。所以我建议金山县委很好地总结亭林乡的经验,宣传和推广亭林乡的经验。

总之,亭林乡的经验很好,我看了以后满意,应该予以肯定。只是有一个问题尚须进一步研究和商榷,就是名称问题,叫法问题。现在的名称,叫做健

---

\* 这是作者在金山县亭林镇同县、乡有关负责同志的谈话。

康保险而不叫合作医疗,刚才薛乡长介绍说:“我们是在上海医大和市卫生局指导下把合作医疗转为健康保险的。”我个人的看法,最好不要把合作医疗和健康保险割裂开来,不要把合作医疗和健康保险看成是两个不同的概念,看成是性质不同的两件事。实际上亭新乡现在搞的“健康保险”与原来的合作医疗并没有什么本质的区别,如果说有点区别的话,现在有保险公司参加进来,这一点和过去不同,但具体办法和内容都没有什么不同,实质上还是合作医疗。所以,我建议,不要放弃合作医疗这个名称,否则有可能会造成误解。也可以考虑,把“保险”二字加上,叫做“合作医疗保险”或“合作医疗保健保险”。这样叫法是否确切,请你们再进一步研究一下。



# 医疗卫生机构改革的形势与任务\*

1986年12月

## 医疗卫生改革取得了可喜进展

党的十二届六中全会通过的《中共中央关于社会主义精神文明建设指导方针的决议》，是一个重要的历史性文献，是全党和全国人民必须共同遵守的行动纲领。认真学习、深刻领会、坚决贯彻决议的精神，真正把握好决议的方向，对于指导当前的医疗卫生机构改革，建设具有中国特色的社会主义医疗卫生事业，具有十分重要的意义。

自从党的十一届三中全会以来，在改革、开放方针的指引下，随着农村和城市改革的全面开展，我国的医疗卫生改革也由农村到城市逐步推开，取得了可喜的进展。在改革中，开始冲破了一些不合理的条条框框，给医疗卫生机构带来了生机与活力。创建文明医院和文明卫生单位活动的广泛开展，不仅改变了医院的院容院貌，带动了医院的各项工作，也促进了广大医务人员精神状态和服务态度的变化。越来越多的医院实行了院长负责制，对人员实行聘任，对任务和经费实行承包，有了一定的自主权。由于建立健全了责权利相结合的各种形式的责任制，以及实行超额提成、多劳多得等办法，提高了广大医务人员的积极性和工作效率，扩大了服务项目，服务水平也有了一定的提高。在改革中兴起的多种多样的医疗协作联合体，正在由点到面迅速发展，显示了勃勃生机，取得了明显的社会效益。不少省、市、自治区还随着工农业产品价格的调整，相继调整了医疗收费标准，这方面的改革尽管步子很小，但对长期以来医疗收费标准大大低于成本的不合理状况已开始有所触

---

\* 原载《中国医院管理》1987年第1期。

动,在一定程度上减少了经济亏损,有利于改善医疗条件,发展卫生事业。这一切说明,几年来的医疗卫生改革已经取得了不少成绩,形势是很好的。对此必须充分予以肯定。

## 当前的主要矛盾仍是供需矛盾

与此同时,也必须看到,我们的医疗卫生改革只是刚刚起步,在前进的道路上还有许多严重的困难,阻力还很大。当前最为突出的问题是医疗卫生事业发展缓慢,与实际需要相差很大,同经济的发展、人民生活水平的提高以及对医疗卫生需求日益增长的形势很不适应。

我们党在总结历史经验时曾明确地指出:“现阶段我国社会的主要矛盾是人民日益增长的物质文化需要同落后的社会生产之间的矛盾”。这种矛盾,也反映在我们医疗卫生战线。由于医疗卫生设施不足,人民群众的医疗卫生需求不断增长,许多医院特别是大医院都在超负荷运转,许多医务人员尤其是大医院的医护人员都在超负荷劳动。即使如此,人民群众看病难、住院难的问题仍十分突出。去年发生在哈尔滨的“黄庆跃事件”,不仅要从管理制度上和医德医风上认真总结经验教训,以便改进我们的工作,同时也要看到它是医疗卫生方面供需矛盾的反映,是由于供需之间相差悬殊所导致的结果。这种供需矛盾,可以说全国普遍存在,只是程度不同而已。对于这方面的问题,我们切不可视而不见,知而不言,而必须大声疾呼,认真对待,用最大的努力去寻求解决的办法。否则,就难以摆脱困难的处境,甚至会造成人民群众的不满,影响经济发展和两个文明建设。

## 出路在于改革

如何才能解决医疗卫生方面的供需矛盾,使医疗卫生事业逐步适应经济和社会的发展,适应人民群众的实际需要呢?这只有从改革中找出路、想办

法。这种改革,应该是多方面的改革,综合性治理,而不应该只是从现有的体制中去寻求解决问题的办法。

如何进行全面改革、综合治理呢?

首先,必须努力提高医疗卫生事业在整个国民经济和社会发展中的地位。正如党的十二届六中全会决议所指出的:文教卫生事业“既是物质文明建设的重要条件,也是提高人民群众思想道德觉悟水平的重要条件”;既是“推动历史前进的革命力量”,又是“代表一个民族文明水平的重要标志”。“要从我国地域辽阔、经济文化发展不平衡的实际出发,争取使这些事业获得一个大的发展”。

应该肯定,党的十一届三中全会以来,国家拨给卫生部门的事业经费和基建投资已逐年有所增加。但医疗卫生事业的发展速度,仍然落后于经济和人口发展速度。加上过去欠账过多,以及卫生队伍扩大、工资水平提高、物价上涨、医疗收费不合理等因素,就更加重了医疗卫生部门的困难。我国卫生经费占整个财政支出的比例,不但大大低于发达国家,也低于许多发展中国家。这种状况不改善,医疗卫生事业就不可能获得较大的发展,也不可能适应四化建设和人民群众日益增长的需要。

因此,从国家的角度来说,应该把医疗卫生事业提高到与教育、科学事业同等重要的地位,从经费和投资上保证其迅速发展。不论是中央或地方,都应当尽可能地增加卫生经费和投资,使之在财政支出中保持合理的比例,并且要广开渠道,实行多方集资。要像完成经济建设任务一样,确保完成医疗卫生建设任务。

第二,要搞好政策,从政策上保证医疗卫生事业的发展。当前有一系列的政策问题值得研究,例如:如何进一步简政放权;如何拓宽发展卫生事业的路子,多方集资,实行多渠道、多层次、多形式办医;如何对待集体医疗卫生机构和个体开业的医务人员,充分发挥他们的作用,如何解决广大农村和老少边穷地区医务人员匮乏的问题,稳定和提高这些地区的卫生技术队伍;如何推进横向联合,巩固和发展医疗卫生协作联合体;如何改革公费医疗和劳保医疗制度,发展多种形式的医疗和健康保险,以保障广大群众的基本需要;如何改革不合理的收费标准,调整医疗收费价格,等等。这些政策问题搞好了,

真正理顺了,就能更有力地促进医疗卫生事业的发展。

在我国,医疗卫生事业属于社会公益性事业,它以社会效益为最高准则,以全心全意为人民服务为根本宗旨,不以赚钱为目的。但是,在商品经济的条件下,社会主义的医疗卫生事业也决不可不讲究经济效益,不可不讲究经济管理和按成本收费。如何处理好公益性和生产经营性的关系,既注意社会效益又讲究经济效益,是医疗卫生部门所面临的一个大的政策问题。不把这方面的政策调整好,医疗卫生事业就将失去应有的生机与活力,失去自我改造、自我发展的能力,所谓社会效益也就难以得到充分有效地发挥。对此,必须唤起各有关方面的足够重视。

第三,要进一步搞好医疗卫生机构改革,增强医疗卫生事业的生机与活力。继续推行院长负责制和人员聘任制、劳动合同制,扩大医疗卫生单位在人事、财务和经营管理上的自主权。健全和完善责权利相结合的各种形式的责任制和承包制,充分调动广大医务人员和全体职工的积极性。大力提倡横向联合,发展多种形式的医疗卫生协作联合体。继续实行划区分级分工医疗,实行以医院为中心扩大预防,指导社区和厂矿的医疗卫生服务。各级医疗卫生机构都要认真挖掘潜力,扩大服务项目,办好家庭病床,开展各种专科服务和技术咨询,允许超额劳动和超时劳动合理提成,鼓励业余有偿服务,在提高社会效益的前提下努力提高经济效益。

要进一步深入开展创建文明医院和文明卫生单位的活动,努力改善服务态度,提高医疗质量和科学管理水平。大力加强理想、道德、纪律教育,加强职业道德建设,发扬社会主义人道主义精神,树立良好的医德医风。反对利用职权谋取私利,反对带有行业特点的不正之风。要通过经常性的思想政治工作激发广大医务人员全心全意为人民服务的积极性和责任感,努力提高自己的思想道德素质和业务技术素质,对工作、对病人高度负责,对业务技术精益求精。要经常表扬先进,督促后进,建立和发展团结友爱、互学互助、奋发向上的社会主义新型关系。

第四,要积极地向社会做宣传,向群众做宣传,为医疗卫生改革创造宽松、和谐的环境。这是保证医疗卫生改革顺利进行和获得成功的必不可少的重要条件。一方面,要通过广大医务工作者全心全意为人民服务的实际行

动,博得广大人民群众的信任,建立起良好的医患关系;另一方面,也要使全社会和广大人民群众都能了解医疗卫生机构的现实情况和实际困难,了解医务人员的甘苦和艰辛劳动,取得全社会和广大群众的理解、同情和支持,形成相互尊重、相互关心的和谐气氛。这两个方面的工作,都要切实做好,并且要持之以恒。目前,有些地方、有些医疗卫生单位经常发生医患矛盾,必须认真地实事求是地分析原因,分别不同情况妥善处理,及时加以改进。

在新的历史时期,全面改革是大势所趋,人心所向。在党的十二届六中全会精神指引下,我们各级卫生部门的领导同志一定要站在改革的前列,带领广大医务人员开拓前进,为开创医疗卫生工作的新局面而努力奋斗。

# 适应农村新形势 发展初级卫生保健事业\*

1986年12月25日

发展农村初级卫生保健事业,搞好农村第一线的医疗卫生服务是实现“2000年人人享有卫生保健”全球战略目标的关键性措施。建国30多年来,我国在农村卫生工作方面取得了举世瞩目的成绩。在当前农村改革不断深入和农村经济蓬勃发展的新形势下,如何更有力地推进农村初级卫生保健事业的发展与提高,是广大农民的迫切要求,也是摆在我们面前的重大任务。对此,各级卫生部门的领导同志和专业工作者都十分关心,进行了许多有益的探讨。借此机会,我想根据党的十二届六中全会精神和当前农村的实际情况,讲一些个人的看法,供同志们研究参考。

## 农村卫生改革和建设形势喜人

党的十一届三中全会以来,随着农村体制改革的逐步深入和农村经济的不断发展,农村卫生改革和建设也获得了可喜的进展,收效显著。主要表现在以下几个方面:

一、农村卫生改革逐步深入,使农村医疗卫生机构开始获得了内在动力与活力。

在改革中,县、乡(镇)两级医疗卫生机构紧紧抓住了放开搞活、简政放权这一中心环节,普遍调整了领导班子,逐步实行了院、所长负责制,建立健全

---

\* 原载《中国农村卫生事业管理》1987年第2期。

了责权利相结合的各种形式的责任制,开始改变了吃“大锅饭”的局面,有力地调动了广大职工的积极性。许多医疗卫生机构,从便民利民出发,改革不合理的规章制度,积极扩大服务项目,努力改善服务态度,服务质量,工作效率有了显著提高。许多乡(镇)卫生院改变了全民所有制医疗卫生单位的管理办法,逐步走向“独立核算,自负盈亏,按劳分配,民主管理”。有的举办了小专科,发展了专科特长。有的调整了办院方针,积极扩大预防,实行防治结合;有的精减了非专业人员,组织起来搞工副业生产,实行“以工助医”、“以副养生”;有的进行了把乡(镇)卫生院移交给乡(镇)政府领导的试点,实行分级管理。许多地方还改革了对农村卫生院补助经费的使用办法,改按人头均摊为按完成任务的好坏给予补助或奖励,并集中一部分经费用于发展事业和智力投资,收效甚好。

在改革中,村级卫生组织的办医形式有了新的变化。一度解体的村卫生室(所),又相继得以恢复。目前全国有 87.4% 的行政村都设有医疗网点,多数地区是以集体办为主,多种形式并存。许多地方制订了村级卫生组织的管理办法,加强了对村卫生室(所)的领导和管理,合理解决了乡村医生的报酬,建立健全了承包责任制。山东省还在全省范围内开展了创甲级卫生室的活动,并把建设村级卫生组织纳入建设文明村的规划,有力地促进了村级卫生组织的巩固、发展与提高。

## 二、重点县卫生事业的整顿建设初见成效。

自从 1980 年卫生部提出三分之一县卫生事业的整顿建设以来,到 1985 年底,全国已初步完成整顿建设任务的县 594 个,占全国总县数的 1/4 以上。其中 1980~1982 年重点建设的县有 300 多个,投资总额达 4 亿 4 千万元,平均每个县为 146 万元。这些资金都是地方自行筹集的,一般是采取省、地(市)、县各出一点,单位也自筹一点的办法,有的还发动了社会集资。这一措施,有力地加速了农村卫生事业的发展,初步建成了一批布局比较合理、技术力量、房屋建筑、仪器设备基本配套的县级医疗卫生机构和中心卫生院,工作条件有了很大改善,技术水平和管理水平也有明显提高。

三、采取多种办法培训提高农村的卫生人才,为解决农村卫生人才紧缺的问题摸索了一些新的经验。

黑龙江省坚持抓了四个方面的改革：一是实行面向农村的定向招生、定向培养、定向分配，把医学院校招生的重点由城市转移到农村，扩大农村招生比例。近五年来高等医学院校从农村招生的比例占总数的 43.1%，中等卫生学校从农村招生的比例占总数的 76.1%；二是举办职工大专班和中专班，有计划地培训提高在职的农村卫生人员。指定 3 所医学院校举办了农村专科医师班，并有 20 个市、县成立了职工中等卫生学校；三是组织有条件的县卫校与省、市中等卫校联合办学，全省有 53 所县卫校承担了联合办学任务，为农村培养了一大批中等卫生技术人才；四是举办刊授教育，成立乡村医生刊授学校，下设辅导站，采取平时自学与定期面授辅导相结合，单科考试分数积累的办法，培训提高乡村医生，深受广大乡村医生的欢迎。

湖南省重视加强县卫校建设，积极创造条件，把县卫校纳入中等卫生职业教育的轨道，使之成为培养中级卫生人才和乡村医生的基地。1985 年全省集资 600 多万元专款，用于加强县卫校建设，已有 31 所卫校正式批准为中等卫生职业学校，并有 14 所县卫校被批准为职工中专，二者合计，占全省 87 所县卫校的 51%。

四、在改革农村的医疗制度，寻求适合我国农村新的医疗保险形式方面做了有益的探索。

农村的合作医疗制度一度纷纷解体，但仍有一些地方继续坚持下来，比过去有了很多改进和提高；也有一些地方，合作医疗解体后，在群众的要求下，又重新得到恢复。经过这个反复，从领导到群众认真总结了经验教训，更加坚定了办好合作医疗的信心和决心。

此外，在改革中有不少地方坚持从当地的实际情况出发，积极探索，进行了各种医疗保险形式的试点，取得了新的进展。江苏省苏南地区和上海市所属各县，许多乡村企业的职工和家属享受了劳保医疗，占当地农村人口的 30%。四川省在眉山、简阳二县开始进行了健康保险试点。河南、河北、山西等省有些县试行了计划免疫、妇婴保健，中小学生口腔卫生保健等专项健康保险制度，受到了广大群众的欢迎。

五、城乡协作有了新的发展，各种形式的医疗协作联合体正在兴起。

在过去实行的城乡挂钩、对口支援基础上，根据扬长避短、自愿互利的原



则,城乡医疗卫生机构之间发展了横向、纵向联合,组成了形式多样、各具特色的医疗协作联合体。这是在改革中出现的新事物。一经出现,就在许多地方迅速推广,促使人才、技术由城市流向农村,促进了农村医疗卫生事业的发展和技术进步,密切了城乡关系,取得了明显的社会效益。

六、在改进对农村卫生事业的管理,提高管理水平方面,也做了不少工作。

许多地方卫生行政部门开始注意培训管理干部,开展“五长”考试。黑龙江省还举办了乡(镇)长训练班,向乡(镇)长传授初级卫生保健的基本知识和科学管理方法。去年在全国 10 个省的范围内开展的农村卫生服务抽样调查,取得了大量的科学数据,为搞好当前农村卫生改革和制订今后农村卫生事业发展规划提供了科学依据。在农村卫生改革和建设的实践中,许多干部经受了锻炼,增长了才干,提高了素质,一批熟悉业务、善于管理、勇于开拓的人才正在成长。

七、在改革中,不少地方恢复、成立了农村卫生协会或乡村医生协会,中国农村卫生协会也已在 1986 年 7 月正式成立。

农村卫生协会是广大农村卫生工作者的群众团体,是党和政府团结农村卫生人员的纽带,是卫生行政部门的得力助手。由于协会的成立,为加强农村卫生事业管理又增加了一条渠道,对于推进农村的初级卫生保健事业,加强对农村集体卫生机构、乡村医生和个体开业医生的管理,开展业务技术学习,组织学术交流,必将起到积极的作用。

## 正确认识新形势下的新情况新问题

我们在充分肯定前几年农村卫生改革和建设已经取得巨大成绩的同时,也必须清醒地看到,当前,农村卫生工作同农村经济的发展和农民生活水平的提高仍然很不适应,仍是整个卫生工作中的相当薄弱的环节。特别应该引起注意的是,如何认识农村全面改革深入发展形势下的新情况,解决好出现的新问题,这是能否把农村初级卫生保健事业不断推向前进的关键。

当前农村卫生工作面临的新情况新问题很多,概括地说,主要有以下几个方面:

一、农村的人口结构、职业结构、疾病结构和医疗卫生需求发生了巨大变化。

从人口结构看:出生率和死亡率大幅度降低,人均期望寿命明显延长,老年人口和独生子女逐步增加。根据 10 省抽样调查,在农村人口的不同年龄组中,患病率有明显差异,两周患病率以 0~4 岁儿童和 65 岁的老年人为最高,45 岁以上年龄组慢性病患病率明显上升。

从职业结构看:目前的趋势是,务农的劳动力在逐步减少,农业工人和第三产业从业者逐步增长,有的地区务工的劳动力已居农村职业构成的第一位。随着乡村企业的发展,带来了严重的环境污染和职业危害问题,亦急待解决。

从疾病结构看:急性传染病大幅度下降,同城市一样,慢性病已成为对农民健康的严重威胁,疾病谱和死因谱都有了根本的改变。现在,前三位的死因是脑血管病、心脏病和恶性肿瘤,外伤和中毒也有明显增加的趋势。如何适应这种趋势尽快促进医学模式的转变,亟需引起各级卫生部门的高度重视。

从医疗卫生需求看:十一届三中全会以来,随着农村经济的迅速发展,农民人均收入每年增长 13.7%,由 1980 年的人均 191 元增加到 1985 年的 400 元,增加一倍以上。农民的生活水平提高了,衣食住行都有了明显改善,对医疗卫生的要求越来越高。

许多地区的抽样调查表明,农村群众不仅要求就近就医,要求改善服务态度和提高技术水平,也迫切要求加强预防保健,提高健康水平。有些地区,60%以上的农村居民要求实行医疗保险;80%以上的家长要求自费为儿童做健康检查,自费参加计划免疫;70%以上的孕产妇要求参加围产期保健。山西省运城地区在部分幼儿园和小学校开展少年儿童口腔卫生健康保险,参加者达 100%。

二、供求矛盾非常突出,卫生资源严重不足。

县、乡(镇)两级医疗卫生机构普遍存在着人才缺乏、房屋简陋、设备陈

旧、经费不足的困难。根据 10 省调查结果,①从卫生人力看,平均每千人口仅有卫生技术人员 1.8 人。其中每千人口有医生 0.77 人,护士 0.24 人。卫生技术队伍数量少,素质差,结构也不合理。初级人员的比例过大,占农村卫生人员总数的 36.87%;②从病床看,平均每千人口仅有 1.28 张床。农村病床的分布,大约 1/3 设在县级医疗机构,2/3 在乡(镇)卫生院。许多乡(镇)卫生院的病床,实际上有名无实,根本算不上病床;③从设备条件看,许多县级医疗卫生机构的仪器设备基本还是 50、60 年代的产品,乡(镇)卫生院基本都是“文革”中的装备的低劣产品。少数县医院至今尚无救护车,个别县医院至今尚无显微镜;④从经费上看,据 40 个县的调查,按人口平均,每人每年的卫生事业费仅为 2.26 元。按县平均,每县每年的卫生基建投资仅为 10 万元,只能用于修修补补,缺少发展与提高的物质条件。

在农村三级医疗卫生网中,村级卫生组织仍是最为薄弱的环节。从统计数字看,全国虽有 87.4% 的行政村设有医疗网点,但其中有相当大一部分有名无实,既无房屋,又无基本设备,或者单纯看病赚钱,预防保健工作难以落实到基层;乡村医生的数量减少,素质较差,知识结构不合理,普遍缺乏预防保健知识,加上许多地方报酬问题未能很好落实,乡村医生队伍很不稳定,难以适应农村初级卫生保健事业发展的需要。

三、领导管理工作跟不上,领导管理体制和领导思想、作风、工作方法还不能适应改革的需要。

从领导角度看,如何进一步简政放权,既要放开搞活,又要管住管好,尚未得到很好的解决。一方面,许多县、乡医疗卫生机构,由于种种原因仍然受到许多束缚和制约,婆婆太多,管得过死,自主权极为有限,“大锅饭”也没有真正打破,需要进一步放开搞活;另一方面,在放开搞活的同时,宏观管理工作尚未跟上,工作指导不力,还不善于使用经济、技术和法律手段,完备的管理制度、办法和法律体系也还没有建立起来。在我们卫生行政部门内部,对某些重大问题的看法也不够统一,有些问题已经争论多年(例如村级卫生组织问题、合作医疗制度问题等),这虽属正常现象,但对更有力地指导农村卫生改革和建设必然会产生一些消极的影响。

从医疗卫生机构本身的角度看,也存在着领导管理不善的问题。本来,

我们的农村卫生资源极为有限,但在许多地方,有限的卫生资源并未充分发挥作用。人力、病床、设备都大有潜力可挖,经费的使用也不够合理,绝大部分卫生事业经费被“人头”吃掉,不能用于发展事业。许多乡(镇)卫生院难以实现自负盈亏,甚至有 1/3 以上的乡(镇)卫生院长期亏损,处境相当困难。造成这种情况原因很多,除了没有真正放权之外,其中一个重要的原因是领导不得力,缺乏勇于改革、开拓、进取的精神,因而也就不可能很好地带领职工搞好改革,奋发前进。

这里还需要指出,当前我国正处在新旧体制交替时期,在短期内,原有体制的弊端尚不可能很快消除,新的体制和管理方式还不可能很快建立起来。在这种情况下,旧的东西和新的东西经常发生矛盾。在前进过程中出现这样那样的问题和困难往往很难避免,我们既要正视出现的问题,又必须以积极的态度,从各地的实际情况出发,做艰苦细致的工作,扎扎实实地把农村卫生改革和建设推向前进。

## 搞好农村卫生改革和建设 关键问题在于加强领导

发展农村的初级卫生保健事业,实现“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标,是一项十分艰巨的事业。各级卫生行政部门的领导同志和全体工作人员必须充分认识搞好这项工作的必要性、艰巨性和重大意义,自觉地适应这种需要,努力提高领导管理水平,提高领导艺术,改进工作方法和工作作风。一方面要积极向党政领导和有关部门做宣传,搞好规划、组织、协调等工作;另一方面要经常深入基层,深入群众,加强调查研究,认真做好为基层服务的各项工作,力求尽快把主要精力逐步转到搞好规划、组织协调、调查研究、掌握政策、提供服务、加强检查监督方面来。

为了加强领导,当前在统筹规划、组织协调和工作指导等方面,有一系列的工作要做,在这里,我想着重强调以下几点:

一、为了更有力地推进初级卫生保健事业,实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,有必要在各级政府的领导下,建立起来专门的领导组织或协调组织。其名称,可以叫初级卫生保健委员会或协调小组。应广泛吸收卫生、民政、教育、文化、宣传、计划、财政、农业、水利、工业、商业等有关部门及妇联、青年团、工会等群众团体参加,由各级政府的主要负责同志担任委员会主席或协调小组组长。可以单独建立,也可以在各级爱国卫生运动委员会的基础上成立。

二、要参照世界卫生组织的要求,从我国的实际情况出发,研究制订我国农村“2000年人人享有卫生保健”的具体规划目标和评价标准,坚决把发展初级卫生保健事业,实现人人享有卫生保健,纳入社会主义精神文明建设规划,纳入经济和社会发展规划,力争农村卫生事业和初级卫生保健事业在“七五”计划期间有一个较大的发展。

县、乡(镇)、村三级,都要把初级卫生保健列为文明乡(镇)村建设的重要内容,作为评定文明乡(镇)村的重要标准之一。

三、要进一步贯彻放开搞活的方针,坚持改革,健全和完善农村三级医疗卫生网,继续改革领导管理体制,简政放权,关键是要解决人权、财权、管理权,真正扩大自主权。坚持实行多种形式的责权利相结合的责任制,坚决打破“大锅饭”,坚持改革不合理的收费制度,逐步做到按成本收费,并实行“优质优价”。只有这样,才能充分调动广大卫生人员的积极性,增加农村医疗卫生机构的生机和活力,使他们不但能维持收支平衡而且能够略有结余,具有自我改造和自我发展的能力。

四、要继续有计划有步骤地加强重点县卫生事业的建设。这是实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的带有战略性的措施。几年来的实践证明,这样做方向对头,办法可行,效果显著,搞和不搞大不一样。我们应当很好地总结经验,根据各地的实际情况,研究和修订规划,采取各种有效措施,坚持不懈地搞下去,争取到本世纪末使我国2000多个县的卫生事业面貌都能获得显著的改善。

农村卫生事业建设的重点,仍然是县级医疗卫生机构和中心卫生院。对于一般乡(镇)卫生院,重点是加强预防保健工作,实行防治结合。有条件的

可以办小型专科,在全面完成卫生院各项预防保健任务的基础上,发展专科特长。对村级卫生组织,只能加强,不能削弱,应坚持集体办医为主,多种形式并存。不论采取何种办医形式,都要加强领导和管理,认真落实乡村医生的报酬,稳定和提高乡村医生队伍。

五、要注意调动各方面的积极性,坚持多方集资,支持农村卫生事业建设。1980年以来,卫生事业经费已切块到地方。进行农村卫生事业建设,主要靠地方投资。除了地方党政应予以大力支持,保证卫生经费和投资逐年有所增长外,还应广泛发动社会各个方面多渠道集资,以弥补建设资金不足。这样做体现了社会福利事业要依靠社会举办和社会支持的精神,完全是取之于民,用之于民,不应视为不合理的摊派。

六、要积极探索适合我国国情的医疗保险制度,经过试点,逐步实施。力求在“七五”期间建立起形式多样、项目不同、标准有别的健康保险制度的雏形。我国农村实行多年的合作医疗制度,也是一种健康保险形式,也可以说是农民群众自己创造的具有我国特色的医疗保险制度。这种制度无疑是好的,过去由于“左”的影响,又缺乏科学管理,许多地方没有办好。现在还在办合作医疗的地方,要认真总结经验教训,改革弊端,加强科学管理,继续把它办好;已经停办的地方,只要群众愿意办,就应该积极地给予支持。

七、要继续大力提倡和组织城市支援农村、内地支援边疆、发达地区支援“老少边穷”等不发达地区的卫生事业建设;提倡横向联合,发展多种形式的医疗卫生协作联合体;提倡城乡挂钩,实行对口支援。这是一项带有战略意义的任务,是城市医疗卫生机构义不容辞的责任。这项工作做好了,不仅可以加速农村和“老少边穷”地区卫生事业的发展与提高,而且可以减轻城市医疗卫生机构的压力。

八、要认真贯彻“一手抓改革,一手抓法制”的精神,抓紧卫生立法,健全卫生管理法制,力争在“七五”期间初步建立起一些基本的卫生法规,逐步使各项工作都能有法可依,有法必依,既要放开搞活,又要管住管好。当前要抓紧起草初级卫生保健有关法规,也要研究起草对医疗卫生机构和卫生工作人员的管理法规。在全国性的法律、法规尚未颁布前,各地可以先行制定地方性的法律和法规,以保证农村卫生改革和建设的顺利进行。

# 关于即墨县卫生改革情况的调查\*

1987年4月16日

根据卫生部党组的意见,由卫生部医政司、政研室、防疫司及《健康报》社组成的5人调查组,于1987年4月9日到13日对山东省即墨县医疗卫生机构的改革情况进行了调查。现将结果报告如下。

## 即墨县卫生改革的基本情况

即墨县有30个乡镇,1032个行政村,99万人口。设有乡镇卫生院29所,县医院2所,县卫生防疫站、妇幼保健站、药检所、精神病防治院、结核病防治院、皮肤病防治所和温泉疗养院各1所,共有职工1445人。

### 一、全县卫生改革概况

在县卫生系统经费严重不足,医疗收费标准倒挂,政策性亏损日趋严重,正常业务难以维持的艰难处境中,县卫生局为了满足全县人民的医疗和预防保健的基本需求,根据国务院(85)62号文件精神,借鉴外地经验,制定了全县卫生改革方案。

第一步,自1983年起,对乡卫生院实行职工工资浮动制。具体做法是县卫生局将补助经费如数拨给乡、镇卫生院,卫生院将职工工资按出勤工资和任务工资两部分分别实行浮动。到1984年,改为从拨给乡、镇卫生院的补助费中先扣留20%,而后按照医疗业务、经济管理和社会卫生三项指标对卫生

---

\* 原载《中国医院管理》1987年第10期。

院进行百分考核,按考核结果浮动发给留存部分。这一做法初步扭转了连年亏损,朝不保夕的被动局面,基本上达到了收支平衡。

第二步,自1985年起,进一步改革了全县医疗卫生机构卫生经费的补助办法。即改变过去按人头平摊的做法,实行经费统筹管理,集中使用。具体做法是,将卫生经费除掉“五包”部分后均作为全县的积累资金,按轻重缓急,分期分批地集中用于房屋的维修、扩建和改建方面的投资。所谓“五包”就是一包2000元以上的基建项目和3000元以上的大、中型医疗设备的添置;二包所有卫生防疫、妇幼保健人员的工资;三包离退休人员工资和职工遗属补助;四包病休6个月以上人员的工资;五包统一安排进修、培训费用。对原属差额补助的各级医院不再拨给人头费,全部实行独立核算,自负盈亏。根据这一原则,医院将职工工资和医院支出的一切费用均包给科室,列入成本,而后按其纯收入的多少浮动发放工资、奖励工资(山东省规定每人每年96元奖励工资,作为工资补助的一种形式,不作为奖金)和奖金。允许有条件的医院取消现行工资制,实行个人收入月浮动。奖金的提取办法是,在业务纯收入中扣除职工工资和一切开支后,从结余中提取奖金,县医院为20%;卫生院为40%。实行这一做法后,1985年和1986年两年分别有2个和9个单位有不同程度的亏损,其他单位达到收支平衡或有结余。综合全县卫生单位的情况,1985年结余46.4万元;1986年在职工普遍调整工资,支出增加36.5万元的情况下,结余37万元。

## 二、县医院的改革情况

县医院有职工344人,病床322张。县二院有职工91人,病床60张。这两个医院按照县卫生改革方案,结合本单位具体情况制定了改革措施。县医院以1982~1984年各科室平均业务收入为基数确定科室经济承包指标,实行了经济承包责任制和奖金工资全浮动;1986年与1983年相比,门诊量由18万人次增加到20万人次,病床由180张增加到300张,大、中手术由509例增加到1037例,业务收入由92.4万元增加到232.6万元,由亏损9.6万元变为结余41.5万元,用结余款购置了B超、胃镜、体外反搏仪等设备。县二院实行了“四定”,即定收入、定支出、定质量、定奖惩的百分考核工资奖金浮动制;



1986年与1983年相比,住院病人由785人次增加到1729人次,病床使用率由70.2%增长到104.6%;手术由77例增加到148例,业务收入由19.4万元增加到52.3万元。

### 三、乡镇卫生院的改革情况

我们调查的皋虞、丰城、营上乡、王村镇和灵山镇5所卫生院。其中丰城乡卫生院是卫生局使用统筹卫生经费投资新建的,主要设备也是由卫生局配发的。改革措施规定迟到一分钟扣0.1元钱,迟到两小时算旷工半天。他们共制定劳动纪律240条,经济岗位责任制130条,职工平均每日工作10小时以上。改革前的1983年业务收入6万元,改革后的1986年业务收入达到15万元。营上乡卫生院实行岗位经济责任制,采取“定科室、定人员、定职责、定奖惩、定提成比例”的“五定”办法,进行收支核算和成本核算,一月一核算,一月一兑现。改革前的1983年门诊量为14400人次,业务收入8万元,年底亏损2500元。1985年门诊量增加到31030人次,业务收入11.8万元,盈余7900元。王村镇和灵山镇都是中心卫生院,改革前的1983年业务收入分别是9.6万元和15.7万元,亏损分别为2600元和800元;改革后的1986年业务收入分别为26.1万元和32.3万元,盈余分别为4.1万元和1.9万元。皋虞卫生院因技术力量贫乏,地理位置不佳,仍严重亏损。

### 四、县防疫站和妇幼保健站的改革情况

这两个单位的人员工资及事业费由卫生局全额拨给,并允许他们开展有经济效益的业务活动,从收入中提取与行政单位同等的奖金,其余部分留作单位积累。防疫站1986年卫生局拨款20.5万元,加上开展食品从业人员体检收入2.9万元,发食品卫生许可证收入1.4万元,食品卫生罚款收入3万元。他们用这些收入改善了站内设备,提高了工作效率和社会效益。1986年和1984年相比,四苗覆盖率由42.38%提高到73%,常见传染病的发病率普遍下降。妇幼保健站在内部管理上实行“三包”、“五定”的岗位任务承包责任制,即包任务、包指标、包质量,定人员、定措施、定时间、定任务、定指标;实施工资奖金浮动,季度检查,半年评比,年终总评。门诊业务收入由1983年的3

112 元增加到 1986 年的 35 000 元。

总之,即墨县各级医疗卫生单位由于实行了不同形式、不同内容的责权利相结合的岗位技术经济责任制,采取了严格的奖惩措施,调动了广大职工的积极性,竭力在经济上开源节流,不同程度地改善了工作和生活条件,多数医疗单位的面貌有所改观。

## 存在的问题

一、地方政府对卫生事业的投资没有与经济发展、财政收入和人均收入的增长同步增长,各级医疗卫生单位仍处于极其艰难的境地。1986 年与 1980 年相比,全县财政总收入增长 4.3 倍,而人均占有的卫生经费在绝对数上只增加 43%,在财政总支出中的比例却由 7.94% 降到 4.97%。全县基建总投资(不含集资部分)增加了 2.16 倍,卫生基建投资占总投资的比例只从 0.53% 提高到 1.56%。

二、医疗收费标准限制在极低水平,大大低于成本。例如,挂号费初诊 0.10 元,复诊 0.05 元;注射费肌肉注射 0.10 元,静脉注射 0.20 元,静脉输液 0.30 元;住院费自费每天 0.80 元。公费每天 1.50 元。本来可以放宽政策,适当调整医疗收费标准,用增加的合法收入来部分地补偿医疗业务的亏损,改善医院的经济状况,但却受到了不应有的限制。

三、部分改革措施有些偏颇,有悖于国家的劳动人事政策,损害了职工的正当权益。例如,许多单位规定病假一天扣 20% 的工资。这种办法虽然加强了劳动纪律,杜绝了少数职工任意旷工和小病大养的现象,但同时也使大多数因超负荷劳动而生病的同志不得不带病工作,长此下去,必然影响职工的健康。

四、由于补贴减少,又不准按成本收费,医院不得不特别强调经济效益,把一切行政、业务支出都以成本列入科室或个人的承包指标,要想方设法挣回来,同时还要挣出自己的工资、奖金和卫生局“五包”之外的一切必需费用。这样一来,从院领导到每个职工不得不人人算账,天天算账,除了应付日常工

作外,难以再有更多的时间和精力学习和研究如何改善管理,提高医疗质量,其结果可能使经济收入暂时上去了,但难免会产生一些副作用。

五、医疗卫生单位经济效益的增长存在着难以持久的不稳定因素。除前面“三”、“四”所述之外,他们越出正常药材供应渠道,从药厂直接进货,提高药品加工的收入。过分严格的节支办法,使本该维修、补充、更新的基本设施和消耗性器材,以至职工的工作服等都不适当地“因陋就简”,一再延续运转和使用,使医院除了增添的几件较大型设备外,处处破烂不堪。

六、农村基层卫生组织不健全,还有相当一部分“炕头卫生室”,预防保健工作还不落实。乡村医生年龄老化,亟需培养新一代乡村医生,但近百万人口的即墨县,至今尚无一所卫生学校。

## 我们的看法

一、四年来,即墨县卫生部门为扭转医疗卫生机构连年亏损的局面,推进卫生事业的发展,努力探索改革之路,实行了责权利相结合的技术经济责任制,取得了初步成效,服务态度得到改善,医疗质量和社会效益都有提高,卫生基本建设也有了进展,这些都应给予充分肯定。即墨县卫生部门的改革精神是十分可贵的,改革不改革确实大不一样。但是还应看到,进一步深化改革,冲破阻碍卫生事业发展的旧框框,彻底改革旧的管理体制和管理办法,仅靠卫生部门的努力是不够的。即墨县的卫生改革还有两个根本性问题没有解决,一是政府对卫生事业的投入没有与经济发展、财政收入的增长同步,实际上是大大减少了对卫生事业的投入;二是医疗收费标准过低,价格严重背离价值。国家既不可能较多地增加补助经费,又不允许调整收费标准,实行按成本收费,如果长期这样办,卫生事业是不可能得到发展的。

二、即墨县在卫生改革中,由于实行工资、奖金浮动和严格考勤、考核办法,突出每名职工在医院经营中的经济责任,从而调动了群众的积极性。但是,要使群众的积极性能够长久地保持下去,除了进一步加强社会主义精神文明建设之外,还必须重视不断完善改革措施,纠正那些有悖于国家政策的

办法和规定,使他们在扩大社会效益的同时,个人也能得到实惠。

三、“吃饭靠自己,建设靠国家”的口号不大确切,容易引起有关方面的误解,而减少对卫生事业补助和支持;另一方面也不符合即墨县目前的实际情况。实际上,即墨县对防疫、妇幼、药检机构是全包的,县、乡两级医疗机构是在“五包”的前提下“吃饭靠自己”。由于补助经费大幅度降低,人员费用大幅度增长,医疗收费低于成本支出,消耗得不到补偿,这样的“吃饭靠自己”也是靠不住的。同样,在卫生事业投资不能与经济发展和群众日益增长的要求同步增长的情况下,要解决医疗卫生机构的发展建设问题也是不可能的。所以,作为以社会效益为最高准则的医疗卫生福利事业,其存在与发展都离不开国家和有关方面的支持。目前国家的卫生事业拨款基本上还限于人员的工资补助,在县和县以下全民所有制医疗单位也只相当于现有职工工资总额的60~70%,有的甚至更少。因此,卫生经费短缺是普遍存在的问题。在卫生事业的发展中,必须强调增加对人民群众的健康投资是各级政府施政方针的一部分,应该引起高度重视,要强调国家、集体对卫生事业政策上的支持和经济上的扶助。

四、根据我国的经济状况和现行财政体制,多方集资是发展农村卫生事业的必由之路。地方财政收入增长后,应该重视发展群众福利事业,扩大卫生投资,重点加强县级卫生机构和中心卫生院的建设和。同样,乡政府和村民委员会也要在生产发展、收入增长的同时,把建设乡、村两级卫生机构作为乡(镇)、村建设总体规划和文明乡村建设的一部分。在条件允许的情况下,把乡卫生院逐步交给政府管理,村卫生室逐步成为村民群众集体福利事业的一部分,充分发挥乡、村两级办医的积极性,使人民群众日益增长的医疗卫生需求得到基本的满足。

# 把医德医风建设和医疗卫生改革 进一步引向深入\*

1987年8月

## 一、当前医政工作的重心是什么

我们医政工作管的面很宽,需要做的事情很多。这就需要我们的卫生行政领导机关和担任领导工作的同志善于统筹全局,抓住重点,从凌乱纷繁的事务中抓住每个时期的工作重心。只有这样,才能更有效地克服官僚主义,把工作做好。

当前医政工作的重心是什么?根据这次会议讨论的情况,我们认为:当前医政工作的重心是要抓好两件大事,一是要在四项基本原则指引下,在抓好理想、纪律教育的同时继续抓好医德教育,培养良好的医德医风,改善服务态度,提高医疗质量,推进文明医院和文明医疗卫生单位建设;二是要继续抓好医疗卫生改革,把改革引向深入,把医疗卫生工作搞活。

以上两个方面的工作是相辅相成、相互促进的,两点必须并重,不可偏废。不抓社会主义精神文明建设,改革就会偏离正确的方向,就搞不下去;不改革,就不可能充分调动广大医务人员的积极性和创造性,文明医院建设也搞不成。抓精神文明建设和抓改革,都是为了一个目的,那就是:办好社会主义的医疗卫生事业,全心全意地为广大人民群众服务。

在整个社会主义阶段,精神文明建设和改革都要长期地搞下去,不可能一蹴而就。我们医疗卫生的系统精神文明建设和改革,也是长期的任务,要不断深化,不断发展,不断前进,不能停顿,停顿了就要落后。

---

\* 这是作者撰写的在1987年全国医政处长会议上的报告。

不论是文明医院建设,还是医疗卫生改革,既需要思想政策指导,又需要法律保障,依法办事。现在的问题是许多事情无法可依,有法不依的情况也屡见不鲜。因此,必须抓紧和加快医疗立法,包括制定一些行政性的法规,使医政管理工作尽快由人治走上法治。既要有全国性的立法,也要有地方性的立法,近两年来,卫生部医政司组织了一个医疗立法调研起草小组,起草了医疗机构管理法、医师法、护士法等草稿和其他几种医政管理法规,已经多次征求意见,几易其稿,究竟何时能发布,尚很难说。我的意见,各地不要等待,可以先搞地方性的法规,这样可能会快一些。法律、法规一经发布,就要坚持执行。最近,国务院正式发布了《医疗事故处理办法》。对于如何贯彻执行,这次会议还要组织专门讨论,希望各地回去后,也要认真研究,组织好学习和宣传,认真贯彻实施。

## 二、如何把医德医风建设引向深入

党的十一届三中全会以来,特别是在党中央做出“两个文明建设一起抓”的决策以来,各地卫生部门广泛开展了创建文明医院和文明医疗卫生单位的活动,坚持不懈地开展医德教育,开展以提高医德水平、搞好优质服务为主要内容的劳动竞赛,涌现了一大批医德高尚,全心全意为人民服务的文明医院、文明科室和先进个人,受到了社会各界和人民群众的赞誉。通过抓社会主义理想、道德、纪律教育和医德教育,医疗卫生队伍的精神面貌和工作面貌都有很大改变。这次会议上介绍的哈尔滨亚麻厂“三·一五”爆炸事故的医疗抢救工作和海南岛登革热大流行的医疗抢救工作中所创造的感人至深的模范事迹,正是几年来坚持医德教育的丰硕成果。

哈尔滨和海南岛的医疗抢救工作实践,以及贵州省德江县医院和其他各地许许多多的抢救伤病员的实践都证明,我们医疗卫生队伍中的绝大多数同志是好的,在关键时刻是能够经得住考验的。完全可以这样说:我国的医疗卫生队伍,是一支可以信赖,值得尊敬的好队伍。人们不是在“呼唤白求恩精神”吗?白求恩精神就在我们队伍中间。人们不是在议论社会主义人道主义

吗？广大医务人员天天都在实践。这就是我们医疗卫生队伍的主流。

在肯定主流的同时也必须正视支流。我们医疗卫生队伍绝大多数同志是好的，但也确有一些人沾染了资产阶级的腐朽思想和作风。对患者缺乏同情心，冷、硬、顶、推者有之；对工作不负责任，马马虎虎，错诊，误治，甚至发生医疗事故者有之；不重病情重人情，开人情方、人情假、人情诊断证明书者有之；见利忘义，唯利是图，一切“向钱看”者有之；以权谋私，拉关系，捞“外快”，敲诈勒索，索贿受贿者也有之……所有这些都是同社会主义医德背道而驰的，是绝对不能容许的。特别是利用医疗职权谋取私利的种种卑劣行为，更应看作是行业不正之风。这些丑恶现象尽管发生在少数人身上，但它的腐蚀性极大，破坏性极大，既会严重地腐蚀我们的队伍，也会严重地败坏医疗卫生队伍的形象和声誉。因此，我们要随时揭露和批评这些丑恶现象，决不可让它自由泛滥。

前面已经肯定，几年来卫生系统坚持抓医德教育已经取得了明显成绩。但是这方面的工作现在还不够深入，发展也很不平衡，也有一些地方和单位停留在一般号召下，狠下功夫不够，结合实际不够，针对性不够，医德教育水平不高。因此，如何更广泛地普及医德教育，把医德教育引向深入，是摆在我们面前的一个亟待解决的重大问题。

普及和深入开展医德教育的根本目的，在于提高医疗卫生队伍的素质，培养良好的医德医风，全心全意地为人民服务。

如何普及和深入？各地都有很多经验，在这次会上沈阳等地也作了专门介绍，综合各地的经验，所谓普及，就是要在卫生队伍内部的所有人员中（包括领导和群众，医务人员和非医务人员，干部和工人）普及医德基本知识，做到人人受教育。所谓深入，就是要使人人都懂得，什么是社会主义医德，如何加强医德修养，端正医德医风。普及和深入，不是要大家死抠理论，死背教条不着实际，不是要大家坐而论道，或者搞形式主义，而是要深入人心，身体力行，人人都要实践。

要普及深入开展医德教育，必须坚持正面教育和自我教育的原则。这种教育要和革命理想、道德、纪律教育结合起来，要和制定医德规范结合起来，也要和落实岗位责任制结合起来。这样才能做到立意高，才能把医德教育转

化为规范化的实际行动,才能把职业道德同职业责任融合在一起,提高人们加强医德修养,在各自的岗位上尽职尽责的自觉性。

沈阳的经验值得重视。他们坚持开展多种形式的竞赛,把医德教育形象化、具体化;运用正反两方面的典型,进行生动具体的教育;以及每季一次的医德讲评制度,通过自我评价、领导评价、群众评价和社会舆论评价(特别是患者评价)等方法,评定每个人的医德优劣,并把评价结果作为职务聘任、晋升级、评选先进的重要参考依据。有的还把医德评价同奖金挂钩,实行奖优罚劣,有力地推动了医德医风建设。沈阳的实践证明,这些做法很好,各地可结合当地的实际情况学习、借鉴。

### 三、如何把医疗卫生改革引向深入

在党的改革、开放、搞活总方针指引下,几年来的医疗卫生改革由农村到城市,由点到面逐步展开,取得了显著成绩。从这次会上交流的材料看,近一年来的医疗卫生改革又有了新的发展。尤其农村改革要比城市进展快。但就全国总的情况来说,医疗卫生改革的步子还不大,进展还不快,阻力还不小,困难还很多。阻力和困难,有的来自社会各个方面,有的则产生于我们卫生系统内部。从卫生部门内部来讲,主要问题有三个,一是缺乏自主权。放宽政策,简政放权,喊的多,落实的少,特别是涉及人事、劳动制度和财政、物价问题,受多种因素的制约,卫生部门基本无权,要想改革困难很大;二是收费太低,亏本经营。国家拨的卫生事业经费和投资严重不足,又不准许医疗机构按成本收费,致使医疗机构困难重重,设备不能更新,房屋不能维修和扩建,缺乏内在活力和自我发展的能力;三是一些城市医院特别是大医院和专科医院长期超负荷运转,供需矛盾仍很突出。总之,问题很多,一些老少边穷地区问题就更多,困难也更大。解决这些问题的出路在于改革,不改革就没有出路。

把医疗卫生改革引向深入是当务之急。如何引向深入?有一系列艰苦的工作要做。



首先,要加强宣传,发挥舆论作用。一方面要经常地向广大人民群众、各有关部门和各级领导干部做宣传;另一方面也要不断地向卫生部门的各级领导和广大职工做宣传。通过宣传,力求达到两个目的:一是要争取广大人民群众、有关部门和各级党政领导干部对医疗卫生改革的理解、帮助和支持,提高人们对改革必要性的认识和承受能力,调动多方集资发展卫生事业的积极性;二是要在我们队伍内部排除各种束缚改革的旧思想、旧观念,树立大胆探索,锐意创新,勇于开拓的新观念,以主人翁的精神参加改革,推动改革。

第二,要端正改革的指导思想。救死扶伤,全心全意地为人民服务,是我们医疗卫生工作的根本宗旨,也是医疗卫生改革的根本指导思想。衡量一个医疗卫生单位的改革搞得好不好,只能用为人民服务这把尺子去衡量。因此,我们的医疗卫生改革,在任何时候、任何情况下都不能偏离为人民服务的根本宗旨,偏离了就会犯错误。

小平同志曾经告诫我们:“思想文化教育卫生部门,都要以社会效益为一切活动的唯一准则,它们所属的企业也要以社会效益为最高准则。”小平同志的这个重要指示,为我们的医疗卫生改革指出了明确方向,我们必须牢牢记住,并坚决贯彻落实,力争最大限度地提高社会效益。所谓提高社会效益,也就是更好地保护人民健康,更好地为人民服务,为四化建设服务。如果我们能够做到这一点,就会大大提高医疗卫生机构的声誉,就会得到人民群众的信任。

我们的医院、诊所既是事业单位,也是一个经济实体。在社会主义商品经济的条件下,医院、诊所为了生存和发展,以便更好地为人民服务,在提高社会效益的同时,必须讲求经济效益。为此必须加强经济管理,注重经济核算,励行增收节支,坚持勤俭办事业。这就是说,提高经济效益要立足于挖掘潜力,扩大服务项目,增加合理收入,降低不合理的消耗;而决不是巧立各种名目胡乱收费,冒改革之名,行利己之实,加重群众的不合理负担。

现在,两种倾向都存在。一种是只强调“社会效益”而忽视经济效益;另一种是只考虑“经济效益”而忽视社会效益,甚至见利忘义,“一切向钱看”。这两种倾向都是应当防止和纠正的。

第三,要为深化改革创造良好的条件和环境。现在,许多医疗单位处境

很难,日子很不好过。造成这种情况除了有主观上的原因,也就是有些单位的领导班子不得力,经营管理不善之外,也有许多客观原因,主要是某些政策不能放宽,权利不能下放,致使医院缺乏应有的活力,改革很难深入下去。

要为医疗卫生单位的改革创造良好的条件和环境,当前最主要的问题,就是要进一步简政放权,放宽政策。所谓简政放权,就是要真正地把人权、财权、经营管理权放给医疗单位,彻底改变上级有关部门统得过死、管理过细的状况。所谓放宽政策,当前最紧迫、最关键的就是要放宽医疗收费价格政策。我国的医疗单位不以赢利为目的,但也不能亏本经营。现在许多地区的医疗收费标准仍然大大低于成本,造成收的病人越多赔钱越多,抢救危重病人越多赔钱越多的局面,而国家对于政策性亏损又不给补贴,这种情况极不合理,长此下去医院是办不下去的。既然国家包不下来,就应该放宽政策,允许卫生部门制定合理的收费标准,并根据市场上医用商品价格指数的升降进行浮动;允许不同级别的医疗机构、不同条件的医疗设施、不同技术水平的医生在收费标准上可以拉开档次,实行优质优价。这样做的好处很多,对国家、对医院、对病人都有好处,只要做好宣传,把道理讲清楚,群众是可以接受的。同是改革不合理收费标准问题,现在出现了许多不同情况。有的省市领导采纳了卫生行政部门的意见,财政、物价等部门也给予支持,那里采取“小步快跑”的办法,收费标准一调再调;而另一些地方则举步维艰,甚至纹丝不动。除了财政、群众生活困难之外,有些是由于主观因素,所谓“事在人为”不能不说是个重要原因。

第四,要把深化改革和进一步搞好卫生事业的整顿建设结合起来。目前,改革和整顿建设的任务都很繁重,搞好改革,可以促进整顿建设,搞好整顿建设,也可以促进改革。尤其是农村,前几年有些地方片面理解卫生改革,放弃了领导管理,搞得“站垮网破”,村级卫生组织解体,乡村医生改行;或者把卫生所“叫了行”(拍卖),“五分钱承包出去”;或者搞“炕头卫生所”、“皮包卫生所”;或者搞“卫生专业户”,男女老少、老婆孩子一齐上,如此等等。这些都不能叫改革,而是干扰改革,败坏了改革的名声。正像湖南的老百姓所说的那样:“医生归了田,药架进商店,防保无人管,群众治病难”。湖北的老百姓也形容的很好:“不到二三里,医院四五家,医生六七个,你拉我也拉”。对

这样的所谓“多种形式办医”，不整顿行吗？这种混乱的局面如不去纠正，所谓深化改革只能是一句空话，也是卫生领导机关的失职。

中央领导同志曾经多次指出过，为了深化改革，既要放开、搞活，又要管住、管好。放开、搞活是改革，管住、管好也是改革。这个精神对我们卫生系统完全适用。我们切不可只抓一面放弃另一面，尤其不能容忍一些巫医、庸医、江湖医到处招摇撞骗，坑害群众。否则，就是我们医政管理工作的失职。现在，贯彻《药品管理法》，对取缔假药、劣药，已引起了从上到下的普遍重视，但对取缔非法行医的冒牌医生、江湖医生，还没有引起各级领导和有关方面的足够重视。我们要尽快地改变这种状况。

# 发展中的我国农村初级 卫生保健事业\*

1987年8月25日

## 历史的回顾

1949年新中国成立后,随着国民经济的恢复和发展,我国政府十分重视农村的医疗卫生工作,把开展农村的初级卫生保健列为工作重点。我们坚持了卫生工作“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”的方针,大力发展医疗卫生事业,建立健全医疗卫生组织,培训医疗卫生人员,解决广大农村防病治病的问题,积极进行卫生防疫、妇幼保健、计划生育工作,广泛开展爱国卫生运动,控制和消灭危害人民最严重的传染病、地方病,提高了人民的健康水平。过去那种缺医少药和疾病猖獗流行的状况逐步有了根本的改善。

1978年党的十一届三中全会以来,我国的初级卫生保健工作有了进一步的发展。世界卫生组织提出了“2000年人人健康”的全球战略目标,已为我国政府所承诺,并且把它作为本世纪末实现“小康社会”重要标志之一。为了实现这一目标,我们遵循党的改革、开放的方针,扩大了对外交流与合作,在世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发署以及世界银行等国际组织的合作与支持下,先后建立了6个初级卫生保健合作中心、6个农村卫生示范县、300个妇幼保健示范县以及为数更多的农村改水项目和计划免疫冷链项目。我们还多次召开过初级卫生保健研讨会,举办过多次国际性的PHC讲习班。这对于发展我们国内的初级卫生保健事业起到了积极的促进作用。

---

\* 这是在匈牙利召开的第十届国际农村医学学术会议上的报告。

## 我国初级卫生事业的主要成就

(一)医疗卫生事业得到了迅速发展。见表 1、2

表 1 1986 年全国农村卫生机构、床位、人员数

	机构(个)	床位(张)	人员(人)
县级卫生机构			
其中:			
县医院	2 309	375 308	452 239
中医院	880		
卫生防疫站	2 015		
妇幼保健站	1 809		
药品检验所	1 075		
卫生学校	1 187		
乡(镇)卫生院	46 967	711 234	882 923
村卫生室	647 850		

表 2 1986 年全国卫生机构、床位、人员数与 1949 年比

	1949 年	1986 年	增加倍数
卫生机构(所)	3 670	203 139	54.4
床位数(张)	84 625	2 562 502	29.3
人员数(人)	541 240	4 445 919	7.2

(二)许多危害人民最严重的传染病和地方病得到了有效控制。

我国政府规定,对 7 岁以下的儿童,应按计划免疫的程序,进行四种生物制品(麻疹疫苗、小儿麻痹糖丸、白百破混合疫苗、卡介苗)的接种。预计到 1990 年,全国计划免疫接种率将达到 85%。

由于广泛开展了计划免疫,白喉、百日咳、麻疹、脊髓灰质炎的发病率已有大幅度下降,见表3。

表3 1959年与1986年4种传染病发病率

	白喉 (/10万)	百日咳 (/10万)	麻疹 (/10万)	脊髓灰质炎 (/10万)
1959年	22.43	240.15	1432.41	2.60
1986年	0.07	7.97	18.86	0.17

(三)农村居民的卫生和营养状况有了明显改善。

以饮水为例,解放前我国农村居民的饮用水普遍不符合卫生要求,现在8亿农村人口已有4.2亿人口的饮水得到改善,其中使用上自来水的约占30%。

居民的营养状况,据调查,平均每人每天摄入热量2484~3290大卡,摄入蛋白质89~128克,均达到或超过规定标准。

(四)人口死亡率和婴儿死亡率大幅度降低,人均期望寿命大幅度提高,见表4。

表4 建国前与1985年全国人口死亡率、  
婴儿死亡率、人均期望寿命情况

	人口死亡 率(‰)	婴儿死亡 率(‰)	人均期望 寿命(岁)
建国前	25.0	200	35
1985年	6.6	34.7	67.9
其中:城市	6.0	14.0	
农村	6.7	34.7	

## 我国发展初级卫生保健事业的做法

从中国的实际情况出发,发展具有中国特色的初级卫生保健事业。

(一)坚持把初级卫生保健纳入各级党政议事日程,纳入经济与社会发展规划。许多地方成立了由政府主要负责人牵头,有关部门参加的初级卫生保健委员会或领导小组,有明确的奋斗目标和健全的指挥系统。

(二)发动群众积极参与初级卫生保健活动。通过宣传教育,普及卫生科学知识,动员群众自己起来同自己的不良卫生习惯作斗争,同危害人民最严重的疾病作斗争,提高人们自我保健能力。

(三)坚持预防为主的方针,大力推行计划免疫和妇幼保健,积极防治各种传染病、地方病和慢性病,开展爱国卫生运动,改善基本的环境卫生、食品卫生和饮水卫生。

(四)建立健全城乡三级医疗卫生网,在农村普遍建立县、乡、村三级医疗卫生网,形成了以县级医疗卫生机构为技术指导中心,以乡(镇)卫生院为中间枢纽,以村卫生室为基础的初级卫生保健网络。使广大农村居民都能就近得到方便而又低费的医疗卫生服务,力求做到把疾病预防控制在基层,对常见病能妥善处理,遇到疑难重症能在县级医疗机构中解决。

表 5 1985 年农村患者门诊、住院情况

	村卫生室	乡(镇)卫生院	县医院	县以上医院	合计
门诊(%)	39.5	40.5	11.6	8.4	100
住院(%)	2.5	49.6	34.3	13.6	100

从表 5 可以看出农村患者的门诊医疗服务,有 91.6%是由村、乡、县三级医疗机构承担的;农村患者的住院医疗服务,则主要由乡(镇)卫生院和县医院承担。

(五)采取多种办法为农村培训卫生技术人员,建设一支扎根在农村的全

心全意为农民服务的医疗卫生队伍。提倡高中等医学院校实行面向农村的“定向招生”，积极采取多种形式发展在职进修。除了为县、乡两级医疗卫生机构培养高、中级卫生人员外，从农村的知识青年中选拔适合的人才培养乡村医生和卫生员，这是解决农村卫生人力不足的好办法。

早在五六十年代，我们就通过办短训班（一般初训为3个月至半年，也有的为一年左右）培养了一大批半农半医的卫生人员，他们生长在农村，工作在本乡本土，与农民关系密切，能热心为农民服务，被农民称之为“赤脚医生”。农村最基层的初级卫生保健都是由他们承担的。目前全国从农民当中选拔培养起来的乡村医生队伍有120多万人（含从事初级保健工作的卫生员），其中约半数左右经过反复培训和实际工作锻炼达到中专水平，获得了乡村医生证书。这支活跃在农村卫生工作最前线的乡村医生队伍是我国农村开展初级卫生保健的最基本的依靠力量。

（六）在初级卫生保健工作中，既发挥现代医学的作用，又发挥传统医学的作用，提倡发展中医和中西医结合，提倡应用针灸、推拿和中草药，这是我国的一大特色，也是我们的优势所在。

（七）依靠农村的集体经济组织和农民群众，提倡互助互济，建立多种形式的医疗保健制度。我国农村实行的合作医疗制度是农民自己的创举，是带有中国特色的一种医疗保险形式。其它多种形式的医疗保险制度也正在试点之中。

（八）依靠国家、集体、群众及社会多种力量，多方集资，解决资金不足的困难。这样适合我国国情，可以多快好省地发展医疗卫生事业，把初级卫生保健工作做得更好。

我国的初级卫生保健事业虽然取得了较大的发展，但是由于经济薄弱，卫生人力匮乏，与社会主义现代化建设和人民群众的需要还不相适应。我们决心通过改革，进一步加强农村卫生事业建设，加快人才培养，完善医疗卫生设施和医疗保健制度，提高初级卫生保健质量，为实现世界卫生组织提出的2000年人人健康的目标做出应有的贡献。



# 在合作医疗问题上 应该澄清思想统一认识\*

1987年11月19日

1985年9月,党的全国代表会议通过了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第七个五年计划的建议》,着重指出:为了“适应对内搞活经济,对外改革开放的新情况,要认真研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的新的社会保障制度”。并且强调:“这是保证经济体制改革顺利进行和取得成功的重要条件,也是社会安定和国家长治久安的根本大计。”党中央的这个《建议》,不仅对建立新的社会保障制度指明了方向,而且也如何改革医疗保健制度特别是农村的医疗保健制度指明了方向。

我们高兴地看到,自从党中央《建议》公布后,全国卫生系统都在学习贯彻《建议》精神,研究和探索如何建立农村的医疗保健制度问题。合作医疗问题又被重新列为重要课题引起卫生行政部门和学术界的关注。一些地方的党政机关也正在调查研究,总结经验,有的已做出重新恢复合作医疗的决策。在这种形势下,卫生系统内部原来主张彻底否定合作医疗的人,态度也开始有所改变。这是值得欢迎的。但是前几年否定和批判合作医疗所造成的社会影响尚未消除。由此而导致的思想混乱也还未得到澄清。因此,我认为当前很有必要就如何正确地认识、评价、对待合作医疗的问题展开讨论,通过讨论和争鸣,逐步达到统一认识。

下面,我想就有关合作医疗若干有争议的问题,谈谈个人的看法:

一、合作医疗是不是“左”的产物,应该不应该予以否定?我一向认为,合

---

\* 这是在浙江肖山召开的全国初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作会议上总结讲话的一部分。

作医疗不是“左”的产物,更不是“文化大革命”的产物,不应加以否定。合作医疗产生于 50 年代,是农业合作化的产物,也是社会主义制度的产物。新中国成立后,在政治上翻了身,走上了互助合作道路的农民大众,为了抗御病灾,保护健康,在党的领导下,自己组织起来实行互助互济,创办合作医疗,这是农民群众的伟大创举,是发扬互相合作精神的体现,是好事,而决不是坏事。我们应当满腔热情地支持它、扶植它,使之健康发展。当然,合作医疗也受到了“左”的影响,特别是在“文化大革命”中,在极左路线影响下,用政治手段和行政命令强制推行,一哄而起,片面追求“一片红”,搞强迫命令,“一刀切”,显然是错误的,有害的。对这些“左”的错误,毫无疑问,应当批判,应当纠正。但是这种“左”的错误是执行极左路线的错误,并不是合作医疗制度本身的错误,应把执行极左路线所造成的错误与合作医疗制度加以区别。不能因为受到过“左”的影响就对合作医疗制度加以否定。

二、如何评价合作医疗的历史作用,合作医疗是有功还是有罪?有人说,合作医疗是“瓜菜代”、“吃白薯”,是“欺骗老百姓”。我认为,“瓜菜代”、“吃白薯”,总比饿肚子、饿死人要好得多。试想,在动乱年代,农民辛苦劳动一年,收入仅几十元,有的甚至分文不得,还要倒贴,如果没有合作医疗,农民怎样得到最基本的卫生保健服务?农村的各种传染病怎能得到有效地控制?如果没有合作医疗真不知要造成多少个农家破产,真不知要多死多少人。应该说在饿肚子的情况下,“瓜菜代”、“吃白薯”同样也可以充饥,也能够解决一定的问题。合作医疗搞“瓜菜代”非但无罪,而且有功。过去搞“瓜菜代”没有错,现在也仍然要提倡这种精神,也就是勤俭节约的精神,自力更生,艰苦奋斗的精神。那种医疗上的“高消费”,不适合我国的国情,现在不宜提倡,将来也不宜提倡。

三、合作医疗究竟是怎么垮的?调查表明,在农村体制改革前,合作医疗的复盖率约为 90%左右,以后逐年降低,最低时降到 5%,近年来略有回升,仍不到 10%。在改革中合作医疗纷纷解体,究竟原因何在?应当实事求是地加以分析。一般来讲,合作医疗的解体原因很多,有客观原因,也有主观原因,有外因,也有内因。所谓客观原因、外因,主要是农村实行联产承包责任制后,情况发生了变化。所谓主观原因、内因,主要是我们卫生行政部门对合

作医疗的态度问题,如何进行导向的问题。我在 1982 年在东北农村调查时就发现,上级领导不提倡、不支持甚至当做“极左”的东西来批判,是合作医疗纷纷解体的主要原因,用农民的话来说,叫做:“上边不喊了,中间不管了,下边就散了。”安徽医大的调查也认为,在合作医疗解体的各种原因中,起主导作用的是领导的态度。许多地方合作医疗解体,领导是重要原因;一部分地区的合作医疗之所以能坚持下来,雷打不散,最重要的原因也是由于领导的态度坚定。例如上海和苏南各县、山东招远、湖北广济等地,合作医疗之所以搞得好,主要是由于地方党政领导支持。由此可见,对一个事物,领导的态度如何,是提倡还是反对,是支持还是不支持,情况就大不一样。

四、合作医疗解体到底是好事还是坏事?前几年有的同志到处宣扬,合作医疗解体是“好事”、“垮了好”、“垮了活该”。这是一种幸灾乐祸的态度,不负责的态度。对此,国际社会不能理解,国内的老百姓也不能理解。包括世界卫生组织在内的许多国际组织,都对我国农村的合作医疗制度给予了高度评价,认为中国农村实行合作医疗“是发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例”,是“解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保险制度”。世界银行的专家们还尖锐地指出:由于农村合作医疗制度的解体,“产生了两大不良后果:第一,没有医疗保险制度,就做不到有难同当,从而不大可能再大大增进身心健康。……第二,尽管公共卫生措施是中国获得成功的根本,但看病付钱的办法不可避免地要忽视这些预防措施”。从国内来讲,社会各界特别是农民群众对合作医疗的解体也产生了强烈反响,湖北麻城的农民就曾尖锐地提出:“为什么猪的合作医疗可以办,人的合作医疗却要停办,为什么‘人不如畜’?”这件事情告诉我们,农民大众对合作医疗解体的看法,与某些鼓吹合作医疗解体“好得很”的人,却是截然不同。这件事情还告诉我们,判断一个事物的好坏,应当有明确的标准,最重要的标准就是要看:是否适合人民的利益。正如毛泽东同志所说的:“我们的责任是向人民负责,每句话,每个行动,每项政策,都要适合人民的利益。”显然,合作医疗解体,造成农村缺医少药,使广大农民失去了享有基本的医疗预防保健的社会保障,这根本不适合人民的利益,因而它决不是一件好事。

五、前几年由于对合作医疗持怀疑或否定态度而导致农村合作医疗的纷

纷解体,是不是工作指导上的一种失误?对此,看法也不一致。有的同志特别是主张否定合作医疗的同志,并不认为这是一种失误。有的同志认为“不要纠缠过去”,“要向前看”。也有的同志认为,前几年说合作医疗解体“好得很”是对的,而现在又说合作医疗“还是要办”也是对的。正直的同志,当然不会同意这种看法。任何事物都有个是非曲直,是非是不容颠倒的。人们都不会忘记,前几年在对待合作医疗问题上,确实发生过导向上的失误。这是客观事实,我们应当正视这个事实,认真总结经验教训。这样做,只会对工作有好处,不会有什么坏处。

六、有的同志把合作医疗的解体说成是农民“不欢迎”,说什么现在农民富起来了,合作医疗已不适应农民的需求。农民对它已经不感兴趣了。这种情况也不是事实。改革开放以来,随着农村经济的发展,农民的生活水平确实大大提高了,但真正富起来的只是少数,多数农民目前并不富裕,并有相当一部分农民至今尚未摆脱贫困。即使多数农民富起来了,农民也不能没有合作医疗健康保险。苏州地区是我国经济比较发达、生活比较富裕的地区,即使在这样的地区,根据去年民政部的调查,仍有20%以上的农民看不起病。特别是得了大病,有一些“万元户”又因病致贫,成了扶贫对象。因此,民政部建议,要把名存实亡的合作医疗制度尽快恢复起来。各地卫生部门的调查也表明,在农村人口中,欢迎合作医疗的约占80%左右,不欢迎的只占极少数。

七、有的同志把“合作医疗”与“健康保险”看作性质不同的两回事,认为“合作医疗”不具有保险性质,是一种“低级形式”,只能解决小伤小病;而“健康保险”则可承担较大风险,解决大伤大病。这种看法是片面的,是对合作医疗的一种误解。其实,合作医疗就是一种医疗保险制度,是具有中国特色的农村医疗保险制度。对此,不仅我们是这样看,国际社会的专家们也是这样看。世界银行的专家组在我国农村考察后认为,“尽管每个地方合作医疗的具体情况在全国有很大差异,但是总的来讲它是群众集资,采取预付医疗保险金的形式,解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保险制度”。总而言之,合作医疗是一种医疗保险制度。这一点已是肯定无疑。至于合作医疗能否解决大伤大病,承担较大的风险,这要看每个地方的具体情况。合作医疗的形式也有多种多样,保险的范围也是各不相同。谁也没有规定合作医疗只能

解决小伤小病,不能解决大伤大病。健康保险的形式也有多种多样,保险的范围和解决的问题也各不相同。在国外,除了基本的医疗保险外,还可以参加“再保险”、“单项保险”。在我国,为了适应不同人群的需要,解决一些合作医疗解决不了的问题,也可以在合作医疗的基础上搞“再保险”、“单项保险”。因此,根本不存在合作医疗是“低级形式”,而健康保险才是“高级形式”,“低级形式”的合作医疗应向“高级形式”的健康保险过渡的问题。

八、在社会主义的初级阶段,我国农村的合作医疗应该走“低投资、高效益”的路子,应该坚持勤俭办合作医疗的方针。无论如何不能把我们勤俭办事业的好传统丢掉,无论如何也不能像某些外国那样倡导医疗上的“高消费”。美国就是医疗上的高消费。据了解,美国全国每年用于医疗卫生费用的支出,超过4 000多亿美元,占国民生产总值的11%。在这4 000多亿美元中,40%由政府提供,60%由私人承担。由政府承担经费的医疗保险,主要有两种,一种叫 medicare,也就是老年人(65岁以上)的医疗保险,保险费的标准是每个老人一年为2 520美元;另一种叫 medicaid,也就是穷人的医疗保险,每人每年医疗保险费的标准为800美元。这些都只是政府承担的部分,还不包括个人负担的医疗费用。即使美国的医疗费支出高得如此惊人,但仍然不够,投资很高,而效益并不高。显然这种“高投资、低效益”的路子,决不是我们的方向。

九、合作医疗的经费来源,可以采取“几个一点”的办法来筹集,即国家、集体和个人相结合。在目前情况下,一般要由个人出大头,集体尽可能地给予补贴,国家也要适当给予支持。医疗保险费的标准,不论是集体补贴的部分或个人负担的部分,都应随着经济的发展和人均收入的提高同步增长,最好规定一个合理的比例。上海各郊县,有的人均收入已超过千元,可是人均缴纳合作医疗费一年只有几元钱,尚不足人均收入的1%,这个比例显然极不合理。目前普遍存在的问题是:农村经济年年在发展,人均收入年年在提高,而合作医疗经费标准却多年不变,实际上是年年有所降低,因为物价年年都在涨。这样下去肯定是不行的,也是不合理的。至于合作医疗减免的范围和报销的比例,应从各地实际出发,量力而行,量入为出,严格核算,加强科学管理,要吸取公费医疗的教训,不搞“全包全免”。要和个人的利益挂起钩

来,也要和医疗机构的利益挂钩,避免经费超支和浪费。

十、在我国农村,实行合作医疗保险制度,是社会发展的必然趋势,势在必搞。这是一个带有方向性的问题,完全符合社会主义初级阶段的理论,完全符合我国国情,也完全适合广大农民群众的利益。如果没有医疗保险制度的保障,“2000年人人享有卫生保健”的战略目标就难以实现,广大农民的医疗保健问题就得不到可靠的保证。这是社会发展的趋势,也是农民大众的迫切愿望。我曾经多次讲过,这件事情,即使现在不办,将来也势必要办,即使我们不组织群众去办,群众也会自己起来实行互助互济。在我们的工作中,群众愿意办,对人民群众有利的事情,作为政府领导机关,不积极地领导、组织和支持群众去办是不对的;相反,群众不愿办,不想办的事情,强迫群众去办也是不对的。因此,对合作医疗,我们应当适应群众的需要,加强领导,积极支持,热情帮助,正确引导。特别要抓好典型,总结典型经验,研究和制定加强科学管理的具体办法和措施。但要切忌形式主义和强迫命令,不片面追求百分比,不搞形式主义的“一片红”,也不搞一个模式,“一刀切”,要真正实事求是,扎扎实实地去做。这样,我国的合作医疗保健制度就能够不断地得到巩固、健全。就会更加得到广大农民的拥护。我坚信将来总有一天,也许用不了多久,合作医疗必将成为我国农村医疗保健制度的主要形式。

以上,只是个人的看法,不妥之处,请同志们批评指正。

# 坚持实事求是就是同中央保持一致

——在卫生部机关年终汇报会上的发言\*

1987年12月28日

今天,在部机关处以上干部大会上,我想借汇报工作的机会谈谈在医疗卫生改革中的几个有争议的问题及我们的看法,请同志们指教。

近几年来,我们常常听到部内有个别同志包括个别领导同志对我们医政司和我个人有些看法,批评我们思想不解放,因循守旧,抵制改革,甚至仍然坚持“文化大革命的一套”,这种说法流传甚广,甚至登载在《卫生经济研究》杂志上。今年第一期的《卫生经济研究》上有这样一段话:“我们卫生部的一些主管司局,现在还是靠传统观念,大队办一个门诊部,公社办一个医院,看病最好不掏钱,还是这一套,还是文化大革命时期这一套。”这些同志对我们有意见,无非是因为我们坚持认为,对农村的三级医疗卫生网不能否定,对村级卫生组织集体办医不能否定,对合作医疗制度不能否定。莫说是我们坚持的这些意见没有什么错,即使是错了,也不能乱扣帽子,乱打棍子。

更有甚者,今年四月,在紫阳同志对即墨的改革经验作了批示以后,受陈敏章同志的派遣,我带了一个由有关司局组成的5人调查小组,到即墨做了比较深入的调查,回来以后如实地汇报了情况,既充分肯定了改革的成绩,又指出了存在问题,提出了我们的看法。我们这样做是完全正当的,是无可非议的。可是有的同志却抓住这个问题进行指责,说什么“紫阳同志肯定的经验被×××给否定了”,“这是对紫阳同志的态度问题”。《关于即墨县卫生改革情况调查》,我们早已分送部党组和山东省卫生厅、青岛市卫生局,并发表在《中国医院管理》杂志第10期。我们认为,这个调查是实事求是的,说的都

---

\* 这是在卫生部机关处以上干部大会上的发言。

是实话,反映的是真实情况。这次健康报头版头条报道的全部内容,我们的调查报告中全部都讲了,但对我们所指出的那些问题健康报却只字未谈。我们并不反对宣传即墨的经验,而是担心片面地宣传会给卫生事业的发展建设带来不利的影响,因为即墨的改革是在两头都没有放开的情况下搞的。一方面国家也就是地方财政对卫生事业的拨款没有随经济的发展和财政收入的增加而同步增长,卫生经费占财政支出的比例却由 1987 年的 7.94% 下降到 1986 年的 4.97%;另一方面,又不准许医院按成本收费,县医院的挂号费初诊 0.10 元,复诊只有 0.05 元,住院费才 0.80 元。两头都给扎死了,侧路也未打通,乡镇政府和乡村企业对卫生事业也基本上没有给什么支持,大家可以想一想,这样的改革经验能够广范推广吗? 我们一方面在经常宣传国家拨给的卫生事业费要“同步增长”,经常强调要多方集资、多渠道集资,并且要改革不合理的收费标准,逐步实行按成本收费;另一方面又大力宣传在“两头都被扎死”,也没有得到其他资助的情况下,医疗机构不但能够自我维持,而且增强了“自我发展能力”的经验,这岂不是自相矛盾吗? 这样的宣传会不会给卫生事业的发展建设带来消极的影响? 实践将会作出结论。

我个人认为,在以上两个问题上,我们招来了一些指责和非议,不是因为别的,而是因为我们坚持了从实际出发,实事求是。坚持实事求是,一切从实际出发,正是为了更好地贯彻执行十一届三中全会以来的党的正确路线,正是为了同中央保持一致。这就是我们的基本态度和基本看法,不妥之处,请同志批评指正。



# 我国农村卫生院发展简史\*

1988年1月10日

中华人民共和国成立之前,我国的医疗卫生机构很少,全国各级各类医疗卫生机构总计仅有3 670个,其中医院2 600所,病床8万张。这些医疗卫生机构大多集中在大中城市和沿海地区。1949年全国2 100多个县,仅有1 400个县卫生院,病床13 000张,县以下广大农村,除了在集镇上有少数开业的中医诊所和中药铺外,基本上没有医疗卫生设施,处于严重缺医少药或无医无药的状况。

新中国成立后,党和政府一直倡导把医疗卫生工作重点放到农村,强调要建立健全农村基层医疗卫生机构,解决广大农村的缺医少药问题。经过多年坚持不懈的努力,在辽阔的中华大地上,一个以县级医疗卫生机构(包括县医院、中医院、防疫站、妇幼保健站、药检所、卫生学校等)为技术指导中心,以乡镇卫生院为枢纽,以村卫生室为前哨阵地的农村三级医疗卫生网逐步形成,并不断得到了充实、发展和提高。

我国的农村卫生院基本上是按农村的行政区划设置的,原则上是一个乡、镇设一所卫生院,一般都设在乡、镇政府所在地。但由于农村的行政区划经常变更,尤其在人民公社撤销后,有的地方乡、镇数量增加,故而尚未达到每个乡、镇都有一所卫生院。目前全国约有9万个乡、镇,而农村卫生院的总数则为4.7万所。

我国农村卫生院的发展历程,大体上经历了以下三个时期:

---

\* 原载《农村卫生院管理》,农村读物出版社,1988年。

## 一、从中华人民共和国成立到 1957 年

这是农村基层卫生组织的初创阶段。早在 1950 年 8 月卫生部召开的全国卫生会议上,就提出了县设卫生院,区设卫生所,乡设卫生委员、村设卫生员的要求,强调要建立健全农村基层卫生组织,及时作出了《关于健全和发展全国基层卫生组织的决定》。《决定》指出:“人民政府的卫生工作必须逐步改革过去那种不合理的状况,贯彻卫生事业面向广大劳动人民的方针”。为此,必须在建立建全县卫生院同时,逐步建立区卫生所。要求各地重视培养医士、助产士等中级卫生人员,作为开展农村卫生工作的骨干。并号召动员城市的卫生人员下乡,动员和依靠中医,开办初级卫生人员训练班,以及组织开业医务人员定期服务等方法,解决卫生干部不足的问题。

建国初期,全国各地的农村基层卫生组织建设,以东北大行政区为最快。1950 年,原东北人民政府卫生部决定,在东北各省建立 40 个卫生实验县,每个实验县各建立 2~4 个卫生实验区,采取公办、公私合办、私人联合、群众集资以及合作社营、私营等多种形式,建立了一大批区卫生所。其中有 50 个区卫生所是由东北人民政府卫生部直接拨专款,按照统一设计的基建图纸施工,并由东北卫生部统一配备卫生技术人员和医疗设备。当时,东北卫生部一次把 202 名中国医科大学的毕业生直接分配到 40 个卫生实验县的区卫生所工作,平均每个区卫生所配备医师 2 人,护士、助产士等中级卫生人员数人,设有医疗、防疫、妇幼保健等室,有门诊,也有病房,并开展巡回医疗和“家庭病床”,这便是早期建立的农村卫生院。

1951 年 5 月,卫生部召开了全国医政工作会议,总结了全国各地发展农村基层卫生组织的经验。会后,卫生部发布了《关于组织联合医疗机构实施办法》,号召在自愿的原则下,把私人开业的卫生人员组织起来成立联合诊所。联合诊所的组织形式可分私人联合及公私联合二种,可以是中西医联合,也可以是中医或西医联合。联合之目的是为了发挥集体力量建立分工合作关系,充实设备条件,推行地区负责制,以发挥最大的医疗预防效能。

从此以后,全国农村在建立健全区卫生所的同时,各种形式的联合诊所发展很快,到1957年,全国联合诊所已发展到5.7万多所,成为农村基层卫生组织的主要形式。

除此之外,从1955年开始,随着农村合作化运动的发展,在山西、河北、河南等省的农村,有一部分农业生产合作社集资举办了农村保健站,采取收“保健费”的办法解决医生的报酬,社员看病收药费,免收诊费及其他劳务费。1955年冬,卫生部调查并肯定了山西省高平县米山乡农业社联办保健站的经验,从此,由农业社集资联办的保健站也有了较快的发展。

我国的基层卫生组织,不仅有区卫生所、联合诊所和农业社保健站,还包括有遍布广大农村的不脱产的接生员和卫生保健员。她(他)们是经过短期训练、具有一定卫生知识的农民,是开展群众卫生工作的骨干和基本依靠力量。

## 二、从1958年到1978年

这是从人民公社化到“文化大革命”的极左时期,也是农村卫生工作受“左”的影响最严重的时期。这个时期的农村基层卫生组织基本上是按照人民公社的体制设置的。

1958年,在“左”的路线指导下掀起了“大跃进”和“人民公社化”运动。随着农村人民公社的建立,原有的农村联合诊所、保健站和个体开业的医务人员,全部并入公社,国家举办的区卫生所也多数下放到公社管理。这些不同所有制的医疗卫生机构,共同组成了公社卫生组织,成为人民公社的组成部分之一。

公社卫生组织一般分为三级:公社设卫生院,生产大队设卫生所(室),生产队设卫生员和接生员。公社卫生院是属于防治结合、中西医结合、医药结合性质的综合性的医疗卫生机构;生产大队所(室)的卫生人员多数为半农半医;生产队的卫生员、接生员全部是不脱产的农民。

公社化以后,特别是“文化大革命”中,尽管农村卫生组织建设受到了“左”的干扰和破坏,但是由于广大卫生人员的努力和农民群众的大力支持,

农村公社卫生组织建设仍是不断地有所发展,有所前进,有所提高,形成了农村三级医疗卫生网的格局。

农村公社卫生组织建设,一直得到城市医疗卫生机构的大力支持。许多地方采取了城乡挂钩,对口支援,大医院带小医院等办法,帮助农村培养卫生人员、提高技术,有力地支援了农村卫生事业建设。

为解决农村卫生人力的不足,各地卫生部门采取多种形式,培养半农半医的卫生人员(“文化大革命”中称为“赤脚医生”),形成了数以百万计的赤脚医生队伍,深受广大农民的欢迎。

### 三、从党的十一届三中全会到现在

党的十一届三中全会以来,经过拨乱反正,纠正“左”的错误,制定了改革、开放方针,从此我国农村卫生院建设进入了新的历史时期。

从十一届三中全会到现在已有 10 年。近 10 年来的农村卫生院在改革中不断前进。

——随着人民公社的撤销,乡(镇)政府的建立,原来的公社卫生院更名为乡镇卫生院并逐步实行由乡(镇)政府和县卫生局分级管理的领导体制。

——通过改革,农村卫生院扩大了自主权,实行了多种形式的责、权、利相结合的责任制,打破了“大锅饭”,调动了广大职工的积极性,出现了前所未有的生机和活力。

——在改革中有计划有步骤地开始进行了加强中心卫生院的建设和,初步建成了一批技术力量、房屋建设、医疗设备三配套的比较像样的中心卫生院。

——一般乡(镇)卫生院经过调整、改革,正在朝着扩大预防、加强初级卫生保健的方向发展,并有一批卫生院发展了小专科,突出了专科特长,逐步成为了具有某种专科特长的综合性的卫生院。

——在改革中出现的医疗协作联合体,已由城市扩展到农村。各种形式的城乡医疗协作联合体不断涌现,有力地促进了农村医疗事业的发展与提高。

——通过开展“创建文明卫生院”的活动,既促进了农村卫生院的医德医

风建设、业务技术建设和规章制度建设,又促进了农村卫生院的改革。改革和精神文明建设密切结合,相互促进,这正是新时期农村卫生院建设的最重要的特征。

# 初级卫生保健工作概述\*

1988年1月15日

初级卫生保健是当今世界普遍关注的一件大事,无论是发展中国家还是发达国家都很重视它。我国是世界上开展初级卫生保健最早的国家之一,素有“初级卫生保健的故乡”之称。建国以来,我国在初级卫生保健方面取得了举世瞩目的成绩,现在又正在朝着新的目标前进。这次北京市人民政府召开初级卫生保健工作会议,对过去的工作进行总结与回顾,研究制定“七五”期间的规划,落实今后几年初级卫生保健工作的目标、任务和措施。这样做不仅是十分必要的,也是非常适时的。首都的一举一动,将会迅速地影响到全国。如果全国各地都能像北京市人民政府这样高度重视初级卫生保健工作,并采取切实有效的政策和措施,我国的初级卫生保健事业必将开创新的局面,跨入新的阶段。

## “2000年人人享有卫生保健”全球战略

### 一、“2000年人人享有卫生保健”全球策略的提出及含义

“2000年人人享有卫生保健”(Health For All By The Year 2000,简称HFA/2000)是世界卫生组织在1977年提出来的。1977年5月第30届世界卫生大会作出决定:“世界卫生组织和各国政府的主要目标是,到2000年使世界所

---

\* 这是在北京市政府召开的初级卫生保健工作会议上的讲稿及在云南省政府PHC领导干部培训班讲课提纲之综合材料。

有国家的人民都能够富有成效地工作、学习和生活,在社会和经济生活方面都能达到那样一种健康水平”,“都能保持身体、精神与社会相适应的良好状态”。通俗的说法,叫做“2000年人人健康”,或者叫“2000年人人享有卫生保健”。这一战略目标,已为世界各国所承认,我国政府也于1983年对此表示承诺,积极赞同和支持这一战略目标在我国的实现。

世界卫生组织认为,健康是一项基本人权,是人类文明和社会进步的一个重要标志。“2000年人人享有卫生保健”这个口号,集中体现了“健康是人类的基本权利”和“卫生服务要公平”的思想,对健康的含义作出了更全面、更科学的解释。它的主要精神,简单地说就是“使全世界人民逐步达到最高可能的健康水平”。所谓“最高可能”,就是要使不同国家都能按照自己的社会和经济能力尽力改善其人民的健康状况,使全体人民都能富有成效地工作和学习,都能积极参与所在社区的社会生活。“2000年人人健康”,不是指到2000年将消灭所有疾病,也不是指到2000年不再有人生病或致残。它指的是,要不断地改善人们的生活和工作环境,用科学的办法去预防疾病,去减轻不可避免的疾病和伤残的痛苦,增进身心健康;它指的是,在居民中合理地分配卫生资源,使所有的家庭和个人都能在能接受和能提供的范围内,通过其充分参与,享受到基本卫生保健。

## 二、提出“2000年人人享有卫生保健”的国际背景

WHO提出“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标,主要是基于:

一是,绝大多数国家贫病交加,疾病和健康问题越来越严重。全世界约有10亿多人口生存条件极差,陷于贫困、营养不良和疾病的恶性循环之中。有10多亿人口得不到安全水,15亿人口得不到基本的环境卫生设施,数亿人受饥饿的威胁,民不聊生。大多数发展中国家,婴幼儿得不到免疫接种,每年因传染病死亡,因脊髓灰质炎致残,因腹泻而丧命的各有400万人以上。在150多个国家中,有70多个国家人口平均寿命不到55岁,有50多个国家的婴儿死亡率在100‰以上。在发达国家,上述问题虽不存在,但“富贵病”、“社会病”的威胁却十分突出,心脑血管病的死亡率约占全部死因的50%,癌症占20%,意外死亡占10%。其他如精神病、酒精中毒、滥用麻醉品等也在不断增

加。

二是,文化教育远未普及,公民受教育的机会极不均衡。文化程度对于卫生有着直接的影响,它使人们懂得自己的卫生问题及解决办法。成人识字率,在发达国家达到100%,在最不发达国家只占28%,其中妇女只占13%。发展中国家约有9亿成年人是文盲,他们的儿童只有十分之四能念完小学三年级。

三是,经济状况对卫生的影响。一般说来,国民生产总值高的国家,婴儿死亡率低,平均寿命长,国民生产总值低的国家的情况正好相反。多数发展中国家的按人口计算的国民生产总值在200~1000美元之间,而多数发达国家却在5000~10000美元之间。显而易见,发达国家和发展中国家在经济发展方面的差异是巨大的,而且这种差异现在仍在不断扩大,这对卫生事业的发展及普及极为不利。

四是,人口剧增和老龄化。全世界的总人口在70年代以近1.9%的速度增长,预计到2000年世界人口总数将超过60亿。其中80%集中在发展中国家和不发达国家。另一方面,人口年龄结构也在发生变化,社会老龄化的问题日趋严重。在发达国家,65岁以上的老人约占总人口的11%,预计到2000年将增至13%;在发展中国家,65岁以上的约占4%,预计到2000年将增至5%。人口的急剧增加和老龄化,也势必给卫生带来了新的课题。

五是,卫生资源分配不合理。绝大多数国家把主要卫生人力、物力、财力和技术都集中在城市,为少数有钱人服务,而多数人则得不到基本的医疗卫生服务。这种不公平、不合理的状况,在发展中国家普遍存在。服务人口与卫生人员之比,在最不发达国家为2400:1;发展中国家为500:1;发达国家为130:1。至于医生,在最不发达国家为17000:1;其它发展中国家为2700:1;发达国家为520:1。而人口与护士之比,在最不发达国家为6500:1;发展中国家为1500:1;在发达国家为220:1。另外,从城乡分布来看,许多国家每名医生在农业区的服务人口,要比在都市区多10倍。

以上这些问题都由来已久,长期没有找到解决的办法。尽管医学科学发展迅速,世界各国医疗卫生方面的经费也在不断增加,但是许多国家的疾病和健康问题却越来越突出,甚至越来越糟糕。因此,解决这些问题必须寻求



新的途径。

全球卫生及有关社会经济指标的差异,见附表:

附表 三类国家社会经济指标比较

	最不发达国家	发展中国家	发达国家
国家数	29	90	37
总人口(百万)	283	3 001	1 131
婴儿死亡率(每千名活产)	160	94	19
平均期望寿命(岁)	45	60	72
出生体重 2 500 克以上(%)	70	83	93
安全供水的普及率	31	41	100
成人识字率(%)	28	55	98
按人口平均国民生产总值(美元)	170	520	6 230
人均卫生经费(美元)	1.7	6.5	244
卫生经费占国民生产总值(%)	1.0	1.2	3.9

### 三、中国经验对 WHO 制定全球卫生战略的影响

从 70 年代开始,WHO 的主要官员多次来华考察,了解到在中华人民共和国成立后,中国人民在共产党和人民政府领导下,经过短短几 10 年的努力,就迅速改变了旧中国疾病猖獗流行和缺医少药的落后状况,摘掉了“东亚病夫”的帽子,健康水平有了显著提高。他们最感兴趣的是:中国的医疗卫生工作面向大多数人,为大多数人服务;坚持预防为主方针,防治结合;注重中西医团结,实行中西医结合,既发挥现代医学的作用,又发挥传统医药的作用;致力于动员群众,依靠群众,开展群众性的爱国卫生运动,人人参与卫生保健活动;致力于医疗卫生网的建设和医药卫生人才的培养,建立了遍及城乡、布局合理的三级医疗卫生网,形成了比较健全、有效的卫生服务体系;创立了“赤脚医生”制度,为发展中国家解决卫生人力问题提供了成功经验;创立了合作医疗等多种形式的集资医疗保健制度,依靠人民群众的互助互济,解决广大群众看不上病、看不起病和预防保健的问题。世界卫生组织高度赞扬中国卫生工作的成功经验,特别是开展农村卫生工作的经验。WHO 认为,

中国的经验具有重大意义,可供许多国家特别是发展中国家借鉴。于是,在总结中国经验的基础上,并结合其他发展中国家的经验,于 1977 年正式提出了“2000 年人人健康”的全球策略。

#### 四、“2000 年人人享有卫生保健”的全球指标及最低限标准

下面是 WHO 提出的到 2000 年全球应该达到的目标:

1. 每个国家的所有人至少已经使用基本卫生保健和第一级转诊设施。
2. 所有人在其可能的范围内积极参加对他们自己及其家庭的保健工作,并且积极参加社区的卫生行动。
3. 全世界的社区都能同政府共同承担对其成员的卫生保健责任。
4. 所有政府对其人民的健康都担负起全部责任。
5. 全体人民都有安全的饮水和环卫设备。
6. 全体人民都得到足够的营养。
7. 所有儿童都做抗儿童主要传染病的免疫接种。
8. 发展中国家传染病在公共卫生学上的重要程度到 2000 年不超过发达国家在 1980 年的程度。
9. 使用一切可能的方法,通过影响生活方式和控制自然和社会心理环境,来预防和控制非传染性疾病和促进精神卫生。
10. 人人都得到基本药物。

为了了解“2000 年人人享有卫生保健”的进展情况,以及这些策略在改善人民健康状况方面是否已经有了预期的效果,各国政府和国际社会都应检查实施情况并进行评价。WHO 指出,有四大类指标对各国在制定、检查和评价其策略和规划时具有意义。这四大类指标是:卫生政策指标、提供卫生保健的指标、健康状况的指标以及社会和经济的指标。根据这 4 大类指标,1981 年第 34 届世界卫生大会建议采纳的全球性检查评价“2000 年人人享有卫生保健”的指标及最低限标准如下:

1. 人人健康策略已得到政府认可,作为官方最高一级的政策,即以国家领导人发表宣言的形式承担义务;平均分配足够的资源;社区积极参加;为国家卫生发展建立一个适宜的组织体系及管理程序。

2. 已经建立或加强吸收人民参加策略实施工作的机构,广泛听取人民的要求与需要;各级党和社团的代表,如工会、妇女组织、农民或其他组织能够积极参加;以及对卫生事宜的决策充分下放到各个行政级别。

3. 至少有 5% 的生产总值用于卫生事业。

4. 有一个适当比例的卫生经费用于地方卫生保健,即用于除医院以外的第一级接触,其中包括社区卫生保健、卫生中心保健、诊所保健等。

5. 资源分配公平,卫生资源(包括人力、经费、设施等),按地理区域城市和农村人口合理分配。

6. 发达国家的卫生经费至少有 0.7% 转拨给发展中国家,用以支持他们的人人健康策略。

7. 全体居民都享有初级卫生保健,至少达到:

① 在家中或步行 15 分钟的距离之内有安全水以及在家中或邻近地方有适当的卫生设备。

② 做抗白喉、破伤风、百日咳、麻疹、小儿麻痹和结核的免疫接种。

③ 在步行或坐车一小时行程距离以内有当地的卫生保健机构,包括得到至少 20 种基本药物。

④ 有经过培训的人员接生,及至少到一岁的儿童的护理。

8. 儿童营养状况相当于:

① 至少 90% 新生儿出生体重达到 2 500 克以上。

② 至少 90% 儿童的体重符合其相应年龄组的体重标准。

9. 婴儿死亡率下降到 50% 以下。

10. 平均期望寿命在 60 岁以上。

11. 成人男女受教育比率超过 70%。

12. 人均国民生产总值超过 500 美元。

# 初级卫生保健是实现人人健康 战略的基本途径和关键措施

## 一、初级卫生保健的由来

初级卫生保健是由英文翻译过来的名词,英文原文叫 Primary Health Care,简称“PHC”。

初级卫生保健是和“2000年人人享有卫生保健”的策略口号紧密联系在一起。“2000年人人享有卫生保健”是全球卫生战略目标,而初级卫生保健则是实现这一战略目标的重要途径和关键措施。

最早提出并确定推行初级卫生保健,是1978年在苏联哈萨克共和国首都阿拉木图召开的国际初级卫生保健会议。这次会议是由世界卫生组织与联合国儿童基金会召开的。会议发表了一个宣言,也叫阿拉木图宣言,宣布“初级卫生保健是实现人人健康的关键”,提出了22条具体建议,以及一个关于初级卫生保健的完整报告。报告强调“卫生发展是社会经济发展必不可缺的,实现这些发展的手段是紧密联系的,改善卫生和社会发展的各项行动应该是相辅相成的”。报告还概述了初级卫生保健以及以它为基础的卫生系统的基本特征,并指出如何在社区组织初级卫生保健,使之成为卫生系统的一部分。阿拉木图宣言还促请所有国家政府制订开展初级卫生保健的国家政策、策略和行动计划,将它们作为整个国家卫生系统的一部分,并同其它部门搞好协调。它还要求开展国际间的合作,在全世界,特别是发展中国家以技术合作和符合国际新经济秩序的精神开展和实施初级卫生保健。

上述阿拉木图国际初级卫生保健会议的报告和阿拉木图宣言,得到了1979年世界卫生大会的赞同,同时也得到了1979年11月联合国大会的赞同。

## 二、初级卫生保健的概念及含义

初级卫生保健的“初级”，不应理解为“低级”。“Primary”一词，英文的原意为“第一位的”、“主要的”、“最初的”、“基层的”、“基本的”等等。把“Primary Health Care”翻译成为“初级卫生保健”是否确切，在学术界已有不同看法。但是，现在已成为惯用名词，为社会所接受，因此，没有必要再改。

对于初级卫生保健的概念，我们把它作了简要的概括。所谓初级卫生保健，是指最基本的、人人都能得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。这就是说，它是一种“基本的卫生保健”，是“个人、家庭和社区同国家卫生系统保持接触，使卫生保健深入人民生活与劳动的第一步，也是整个卫生保健工作的第一要素”。就国家和社会来讲，它是经济和社会发展的重要组成部分，是政府的职责，全社会的职责。就人民群众而言，人人都有权享受，人人都有义务参与。就我们卫生工作来讲，也可以说它是第一线的最基础的卫生保健工作，是国家卫生体系的重要组成部分。

## 三、初级卫生保健的基本内容

阿拉木图宣言对初级卫生保健的基本内容提出了要求，至少包括有以下8项：

1. 对当前主要卫生问题及其预防控制方法的宣传教育。
2. 改善食品供应和营养。
3. 足够的安全饮水及基本卫生环境。
4. 妇幼卫生保健，包括计划生育。
5. 主要传染病的免疫接种。
6. 预防与控制地方病。
7. 常见病伤的妥善处理。
8. 提供基本药物。

以上8点，是最起码的要求。除此之外，还应包括：如何推动个人积极参与；如何充分地利用当地卫生资源；如何建立相互结合、相互支持，连贯而又有效的转诊制度；如何培训提高当地及转诊体制中的医务人员；以及如何加

强部门协作等等。总之,初级卫生保健所包含的内容是极为广泛的。它既包括疾病的预防、治疗、康复和公共卫生,又包括社会、经济、文化、教育以及人类生产生活等各个方面。但是,由于世界各国的社会经济发展差异很大,初级卫生保健的内容和要求也有很大差异。

#### 四、初级卫生保健的基本指导原则。

根据阿拉木图宣言及第 32 届和第 34 届世界卫生大会决议的精神,实施初级卫生保健应遵循以下几条基本原则:

1. 政府领导。要制订切实可行的规划目标和实现这个目标的政策;动员并充分利用人力资源和财政资源;协调并推动各有关部门各负其责,密切协作,联合行动。

2. 社区参与。将职责和权力交给社区,并指导和监督他们组织实施。通过社区的广泛参与来组织和吸引群众参加社区卫生规划的实施和参加社区的卫生行动。

3. 合理布局。逐步做到社区居民接受卫生服务的机会要均等,逐步缩小城乡差别,特别要注意加强农村基层卫生组织的建设。

4. 预防为主。积极建立和完善“三级预防”的体制,特别要加强一级预防;坚持以医院为中心扩大预防的体制,敦促医院面向社区,积极参与和支持初级卫生保健;既要对付传染病、地方病、又要对付慢性病,促进各种增进健康、预防、治疗和康复措施的结合。

5. 适宜技术。这里所说的适宜技术,是指适合本国或本地区的技术和措施,它的含义较广,“是方法、技术、设备和利用它们的人的总和”。包括促进卫生、预防疾病、诊断治疗和康复等各种措施,也包括传统医学和行之有效的民间医疗保健技术;包括个人、家庭和社会为增进健康而采取的适宜的措施,也包括一级、二级和三级医疗预防机构所采取的适宜的措施。

6. 综合治理。既要加强卫生保健服务,又要改善营养、饮水、环境、住房和教育条件,既要充分发挥卫生部门的作用,又要同涉及和社会发展的各有关部门协调一致地工作;既要履行政府的责任和社区的责任,又要强化家庭的责任和个人的责任,最大限度地调动广大群众参与初级卫生保健的积

极性。总之,要从社会大卫生观念出发,采取综合措施,进行综合治理。

## 我国初级卫生保健工作的新进展

众所周知,我国开展初级卫生保健已有 10 年的历史。早在革命战争年代和解放后我们所倡导的大众卫生、农村卫生、基层卫生,实际上就是早期的初级卫生保健,只不过当时还没有这个名词。我国在开展初级卫生保健方面所取得的成绩,已为世界卫生组织和许多发展中国家所公认。为了研究、借鉴中国初级卫生保健的工作经验,促进中国卫生工作者同发展中国家卫生工作者之间的经验交流,世界卫生组织与我国商定,先后在广东省从化县、上海市嘉定县、山东省掖县和内蒙古的科佐中旗、黑龙江省的绥化、新疆的吐鲁番建立了 6 个初级卫生保健合作中心,并在天津的蓟县、辽宁的金县、陕西的蒲城、浙江的肖山、四川的灌县、广西的武鸣建立了 6 个农村卫生示范县。几年来我们先后在掖县和从化县召开了两次初级卫生保健的国际性会议。今年 10 月将在北京怀柔召开第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议。几个合作中心先后举办了国际初级卫生保健讲习班 13 期,为 50 个国家培训了几百名卫生官员。我们在国际上的影响越来越大。

1986 年 11 月,卫生部在北京召开“2000 年人人享有初级卫生保健”研讨会。这次会议后,随着经济发展和改革的深入,我国的初级卫生保健事业又有一些新的发展。主要表现在:

一、开发领导层方面有较大进展。去年 2 月,黑龙江省政府举办了专员、市(县)长初级卫生保健讲习班,比较系统地讲授初级卫生保健基本知识、基本要求和基本做法。专员、市(县)长回去后,又层层举办县(区)、乡(镇)、村长讲习班,做到“开发领导、领导开发、层层开发、全面发动,党政领导亲自动手,协调各部门统一行动,明确目标和任务,有计划有步骤地分期实施”。黑龙江省的这个重要经验,已在许多地方推广。安徽、湖北等省以省政府的名义召开专门会议。这次北京市人民政府召开的初级卫生保健工作会议,不仅有区县长参加,而且有各有关部门的负责同志参加,并决定成立北京市初级

卫生保健委员会。其他许多地方也建立了由政府主要领导同志牵头、有关部门负责同志参加的初级卫生保健委员会或协调小组,以利于调动和协调各方面的力量,推动初级卫生保健工作。

二、宣传工作比过去有进步。各种报刊以及广播、电视都注意加强了对初级卫生保健的宣传报道,并能利用多种形式向群众宣传科学卫生知识,提高群众的自我保健能力。《中国初级卫生保健》杂志已于去年元月向全国发行。从去冬开始,健康报开辟了初级卫生保健专栏,连续做了大量宣传报道,并开展了初级卫生保健知识竞赛。不久前开展的“世界无烟日”和“计划免疫”的宣传,也收到了较好的效果。由于宣传工作广泛深入,有力地推动了群众性卫生工作的开展。

三、示范县和试点县的范围扩大了。除全国 12 个初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县外,许多省、市、自治区和地、市也都确定了一批试点县。安徽省政府确定:为了实现初级卫生保健的目标,在总体部署上拟分两步走。第一步,从去年开始,先在天长等 6 个县进行试点,其他县(市)可选择一个或几个乡(镇)进行试点,积累经验,由点带面,逐步推进,争取到 1990 年,全省出现几个初级卫生保健示范县和一批示范乡(镇);第二步则在“八五”期间全面普及推广,到 2000 年,有 90%左右的县(市)实现初级卫生保健目标。

四、全面规划,实行目标管理。许多地方已经或者正在制定初级卫生保健的长远规划和阶段计划,并且把它纳入当地经济和社会发展规划和两个文明建设规划之中,作为政府的目标和考核政府政绩的重要内容。北京市人民政府制定了《关于北京市农村初级卫生保健“七五”规划的若干意见》。安徽省政府要求,HFA/2000 规划,应由各级政府负责制定。县(市)人民政府负责制定本县(市)的 HFA/2000 规划,并列为本地经济发展和精神文明建设规划的重要内容,从多方面支持卫生保健事业,调动各方面的力量,做好协调工作,保证规划的顺利实施。同时接受县(市)人大常委会的检查监督。乡(镇)政府和村民委员会负责制定本乡(镇)的长远规划和年度实施计划,定期检查落实。

五、在改革中普遍抓了乡、村两极卫生组织的整顿和建设,收效较好。据不完全统计,全国有 23 个省、市、自治区都明确地提出了村级卫生组织应实



行以集体办为主的多种形式办医,坚持把村卫生室建设列为文明村建设的重要内容,有力地促进了村卫生室的建设。有些省、市还制定了《村卫生室管理办法》和《村卫生室建设标准》,对村卫生室逐个进行登记、审查、发证,使一批已经解体或流于形式的村卫生室得以恢复,并建立健全了管理制度,落实了乡村医生的报酬,开展了创建甲级卫生室或“文明卫生室”、“合格卫生室”的活动,使村级卫生组织在几经波折之后又走上了健全发展的轨道。

六、为农村培养卫生人才的工作引起了各级政府和卫生部门的高度重视,对乡村医生的培养也正在逐步纳入中等医学教育的轨道。湖南省举办县中等卫生职业学校的经验在许多地方得到推广。牡丹江市新建了三年制的正规乡村医生学校。北京市新建的专门为农村培养专科医生的顺义医学专科学校已正式招生。顺义县举办的电视卫生中专深受基层卫生人员的欢迎,各方面的反映甚好,上海嘉定县的村级卫生人员中,有369人完成了为期3年的中专函授学习,获得了结业证书。

七、合作医疗和其他多种形式的集资医疗保健制度,开始呈现明显的上升趋势。四川简阳、眉山以及上海金山县的合作医疗保险试点已经取得初步成功,各种单项的健康保险和预防保健保偿制度(如计划免疫保偿责任制、妇女围产期健康保险,集体儿童的口腔保健保险等),正在全国各地稳步推广。

八、在建立和加强卫生情报信息系统方面也有新的进展。部分县已经配备了微机,各合作中心和示范县普遍加强了卫生统计和信息的管理、开发和利用,配备并培训了统计人员,建立了县、乡、村三级卫生信息网络,有的县还建立了农村疾病监测点,对一些重点疾病进行长期监测。

九、学术活动比以前更加活跃。许多省、市、自治区都成立了农村卫生协会,召开了初级卫生保健学术讨论会。许多医学院校和卫生厅局,还围绕着初级卫生保健的若干重要课题,按照科研程序进行设计、招标,深入到各种不同条件的农村现场,开展科学研究,有的已经取得了初步成果。这对于提高我国初级卫生保健的科学水平,更好地促进我国初级卫生保健工作的开展,具有十分重要的意义。

十、扩大了对外交流与合作。近几年来,每年都有一些国家的卫生官员和专家学者来我国考察初级卫生保健,我国也有一批专家学者到国外考察和

学习。去年8月,我国第一次派代表参加了在匈牙利举行的第10届国际农村医学暨农村卫生保健学术大会,并被当选为国际农村医学学会的执委会委员。第4届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议将于今年10月在怀柔召开。第11届国际农村医学会议也将于1991年在中国召开,我国的农村卫生及初级卫生保健工作在国际上的影响越来越大。

## 加强领导深化改革继续开拓前进

我国的初级卫生保健成绩显著,经验可贵,但是决不可盲目乐观。当前,初级卫生保健尤其是农村的初级卫生保健仍是一个非常薄弱的环节,存在的问题很多,困难也很大。主要的问题有三个方面:一是投资少、欠账多,与经济和社会的发展不同步,缺少发展与提高的物质条件,与人民群众的要求不相适应。在一部分地区,城乡差别不是在缩小,而是在扩大。甚至又重新出现了缺医少药的现象。在许多地方,农村医疗卫生机构破破烂烂,陈旧不堪。乡、村两级的卫生组织尤为薄弱,大约有1/3左右的乡镇卫生院难以维持,有半数左右的村卫生室有名无实,形同虚设。二是初级卫生保健队伍技术骨干少,素质差,难以适应初级卫生保健任务的需要。农村卫生技术骨干外流严重,补充困难,后继乏人。不仅县、乡两级缺少合格的人才,连乡村医生也后继乏人,这支队伍的人数在逐年减少。三是初级卫生保健工作既缺乏政策保障,又缺乏法律保障。现行的政策和措施,缺乏吸引力,不利于鼓励医务人员在基层和农村扎根,不利于调动广大基层特别是农村医务人员的积极性。由于合作医疗纷纷解体,使90%以上的农民失去了享受基本医疗卫生服务的保险制度的保障,对体现医疗卫生服务方面的公平性、合理性,体现社会的平等权利和实现“人人享有卫生保健”的目标,都带来了十分不利的影

响。这些问题应该如何去解决?卫生部门的努力是一个方面,更重要的是引起各级政府的高度重视,进一步加强领导,既要增加“健康投资”保证医疗卫生事业随着经济和社会的发展而同步增长;又要放宽政策,改革搞活,特别是要逐步增加对农村卫生事业的投入,并尽快制定有利于农村卫生事业发展的

政策和措施,加快医疗卫生机构改革的步伐。解决增强医疗卫生机构的活力的问题要靠改革,解决卫生技术人员缺乏的问题也要靠改革。与此同时,要加强法制建设和科学管理,使农村卫生和初级卫生保健工作逐步走上法制管理科学管理的轨道。

我国正处于社会主义的初级阶段,人口多、底子薄,同发达国家相比,国家很穷,人民生活还不富裕,实施初级卫生保健确实困难很大。但是我们也具有许多别的国家所缺少的优势,例如:我们有党和政府的坚强领导,有各有关部门和社会各界的密切合作与支持,有广大人民群众积极参与,有比较健全的城乡三级医疗卫生网,又有一套正确的卫生工作方针和包括祖国医学在内的适宜技术,这些都是我们克服困难的有利条件。只要我们充分发挥这些优势,坚持改革,勇于开拓进取,兢兢业业、踏踏实实地多干实事,经过长期的艰苦努力,世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标,一定能够在我国实现。

# 关于进一步深化文明医院 建设的几点意见\*

1988年4月

在党的“十三大”精神指引下,卫生改革正在深入发展。为了在卫生改革中进一步加强和深化文明医院建设并相互促进,现结合当前医疗服务工作的实际,对文明医院建设提出以下几点意见:

## 一、进一步提高认识,增强创建 文明医院的自觉性

文明医院建设,是医疗卫生系统贯彻党中央关于“两个文明”一起抓战略方针的重要措施,也是遵循党的十一届三中全会以来的路线,结合医疗卫生工作的实际,所倡导和建立的一种医院工作的评审办法。“文明医院”实际上就是医德医风、医疗质量、医院管理达到目前较好水平的先进医院。开展创建“文明医院”的活动,是借中央提出的加强“两个文明”建设的强劲东风,组织和动员卫生系统以及社会各方面的积极因素,推动医院的全面建设和发展。事实证明这样做,要比卫生系统内部孤立地抓医院的整顿和建设效果好得多。近五年来,全国医疗机构创建文明医院的实践充分说明,搞不搞文明医院建设大不一样。坚持搞文明医院建设,就能迅速改变医院的面貌,服务态度、医疗质量和管理水平就能得到进一步改善和提高。目前许多国家尤其是发达国家,都非常重视医疗质量的保证工作,并实行了各种形式的医院评

---

\* 这是作者 1988 年 4 月就医院文明建设问题代卫生部起草的一份指示性文件。

审制度,使医院的经营、管理、医疗质量接受客观评价。中国也不应例外。文明医院的建设,今后不是要不要搞的问题,而是必须坚持不懈一抓到底,不断发展,不断深化。各级医疗机构的领导和群众,都应当充分认识到这一点,自觉地把创建文明医院的活动坚持下去。

## 二、要狠抓根本性建设,注重医疗卫生队伍“两个素质”的提高

要进一步下大力抓医德医风建设和业务技术建设,提高医务人员的思想素质和技术素质。各级医疗主管部门和医院要不断地总结经验,结合实际,有的放矢,继续进行生动活泼的医德医风教育。要把医德医风的好坏,作为对医院、科室和个人考核、奖罚的主要指标之一。要狠抓岗前教育这一环,使之规范化。要注重青年医护人员思想和医疗作风的教育,注意发挥老一代和中年医务人员为人师表的传帮带作用。要扶正压邪,大力表彰全心全意为人民服务的好人好事,批评抵制各种歪风邪气对医疗卫生队伍的侵蚀。同时,要大力加强技术建设,搞好各种形式的在职培训,为医疗卫生队伍的知识更新和掌握先进技术,创造必要的条件。对各类技术人员业务上要严格要求,建立和完善考核、考试制度。培养干部要有长远规划和年度计划,要把培养和使用结合起来。对技术骨干和拔尖人才,要重点培养,力求为他们创造较好的工作条件,充分发挥他们的作用。

## 三、要抓好医疗质量这个中心环节,决不可有丝毫放松

医疗质量是医疗服务工作的灵魂,是全心全意为人民服务的重要体现。各级医疗机构,不论采取何种形式的承包责任制,实施目标管理的总目标以及计奖计酬考核指标,都必须坚持以质量为核心,在保证医疗质量前提下,完

成数量和经济效益指标。制订的质量指标要明确、有效、可控。数量和经济效益指标,要符合质量保证原则。提倡和鼓励为长远利益,为增强医疗工作后劲进行建设性经营,要注意和防止短期行为的发生,或者进行破坏性经营的倾向和作法。

各级医院,为了保证医疗质量,当前要着重抓医疗服务工作中的薄弱环节,采取切实措施堵塞漏洞。要加强门、急诊建设,加强医院交叉感染的管理。要认真贯彻执行《医疗事故处理办法》,狠抓医疗差错事故的预防,把差错事故降到最低限度,杜绝责任医疗事故。要把对医疗差错事故的管理作为考核、评价医院的重要标准之一。发生二级以上责任医疗事故的医院不能评为文明医院,并且也要在经济上受罚。

#### 四、要讲实效、做实事

在文明医院建设活动中,各级医院不要做表面文章,不搞形式主义。要在便民利民、提高服务质量上和落实知识分子政策、改善职工生活、工作条件上多做实事。要进一步改进和完善文明医院检查方法,逐步建立起一套适合我国国情的科学的医院评审制度,发现和培养一批精通医院管理业务,善于进行医院评审工作的专门人才。

要改善文明医院的奖励办法。文明医院建设搞的好不好,要与医院的经济利益和上级的预算补助挂钩。体现奖优罚劣。

#### 五、加强医院领导班子建设

创建文明医院的活动,能否深入持久地开展下去,关键在于医院的领导班子,领导班子的关键又在院长。领导班子必须带领群众共同搞好文明医院建设。要把文明医院建设作为院长的任期目标和实行目标管理的重要内容,作为考评院长业绩的一个重要标准。对于文明医院、先进单位的院长要注意保持稳定,少数确实不胜任者,可做适当调整。

# 继续深化医院改革 切实端正医德医风\*

——在全国计划单列市卫生局长

第四次联商会上的讲话

1988年8月

## 一、学习哈尔滨市改革精神， 进一步深化卫生改革

根据平时了解,在全国单列市中,广州、重庆、沈阳、哈尔滨等地,改革起步早、进展快,成效也较突出。近年来,我多次来哈,每次都有新的变化,今年的变化更加明显突出。前天看了黑龙江省医院,这是全国知名的老典型,工作一直较好。现在通过进一步落实院长负责制,各方面工作都有新的进展。医院的改造工程在全面进行,9月份可全面完工。那时将挂两个牌子,一个黑龙江省医院,一个中日友谊医院。由于引入竞争机制,人们的精神面貌发生了新的变化。昨天参观了哈尔滨市儿童医院、市立一院、道外区个体诊所及南岗区一些基层卫生单位,印象很深。尤其是南岗区的改革有较大的突破。改革前,这个区的一些医院躺在国家身上吃大锅饭,有的还入不敷出、死气沉沉,濒临破产;改革以后,不但自负盈亏,增强了自我发展的能力,而且技术水平的提高和专科建设发展也很快,医务人员的生活待遇也有明显的改

---

\* 原载《中国医院管理》1988年第11期。

善。现在全区卫生事业费,不再被“人头”吃掉,而是全部用来更新设备,发展事业。事实证明,改革和不改革确实不一样,尤其是整形医院和哈尔滨骨伤科医院,都是很好的典型。他们的改革精神十分可贵,既不要国家投资,又不要国家补助,完全依靠自己的力量,自力更生,自办了200~300张床的医院,而且实行了管理正规化、服务规范化、工作效率化、机制竞争化,充分发挥了主人翁的责任感和积极性。这样的民办医院,有很多长处,在解决看病难、住院难、手术难等三难方面发挥了很大的作用。据说黑龙江省卫生厅已将南岗区定为卫生改革超前实验区。我们相信,这个区的卫生改革一定会取得新的进展,创造出新的经验。

总之,我认为哈尔滨市卫生改革的成绩确实非常突出,改革的精神可佳,经验可贵,值得我们学习和借鉴。

1. 黑龙江省人民政府、哈尔滨市人民政府对卫生工作改革十分重视,坚持简政放权、开放搞活,为卫生改革制定政策,并协助说服有关部门支持卫生改革。黑龙江省人民政府转发了《黑龙江省卫生部门深化改革,放开搞活若干问题的意见》,哈尔滨市人民政府最近也做出卫生改革的规定。据程副市长介绍,发布这个决定很不容易,由市长出面召集有关部门反复协商,先后召开14次会议,终于取得一致意见。一个市级政府在短期内召开14次会议讨论卫生改革,据我所知,全国罕见。仅从这点就足以看出市政府对医院改革的重视程度。省、市政府之所以如此重视,这和卫生部门的工作也有密切关系。黑龙江省卫生厅和哈尔滨市卫生局善于做领导和有关部门的工作,经常汇报、宣传、主动争取省、市领导和有关部门对卫生改革的理解和支持。现在,有些同志,包括领导同志,不大了解情况,对卫生改革不热情,甚至不理解,一个重要原因是我们宣传得不够,工作没做到家。所以,做好宣传,大造卫生改革舆论,争取领导和有关部门的支持是十分重要的,宽松的改革环境也要靠我们积极地去争取。

2. 学习哈尔滨市的经验,要进一步解放思想,破除旧观念,增强改革意识,勇于开拓,不断进取。积极倡导改革,大力支持改革,做改革的带头人和促进派。黑龙江省卫生厅和哈尔滨市卫生局为我们做出了榜样,他们的思想敏锐,作风扎实,工作较细致,办法较灵活,决策较果断,能够根据中央精神,



结合本地区情况,创造性的工作,卫生部门要搞好改革,把改革引向深入,关键在班子、班子的关键又在一二把手,他们的精神状态如何,有无开拓精神,作风是否扎实,影响极大,对改革能否深入,关系也较大。卫生系统内部还有不少陈旧观念,还需继续解放思想,更新观念,这个问题不解决,改革很难深入。南岗区的经验,也说明了这一点。正如这个区的卫生局长唐宗元所说:“改革是大趋势,要改革必须更新观念,放开搞活,不能等上面发红头文件,而要自造小气候,通过多做工作,积极争取,为卫生改革创造一个宽松的环境。”南岗区的经验值得重视,值得我们好好学习。

3.要深化改革,既要放开搞活,又要加强领导,加强管理。放开搞活是改革,加强管理,管得科学有效,也是改革,不能只强调一面而忽略另一面。加强管理不能一管就死,事无巨细,包办代替,剥夺了基层单位的自主权,而是要在宏观上加强管理,进行控制。在这方面,南岗区也为我们做出了榜样。他们对基层管理,主要是宏观控制,弹性管理,而不是直接干涉一些具体事物,他们根据不同情况、不同问题,区别对待。有的不管,有的少管,有的严加管理。比如对选派院长、配备班子,管得非常严;对贯彻政策、方针、法令、上级下达的任务,他们也抓得很紧;对院内一些具体工作,责任制的形式及各项具体工作,则放手让院长干,不直接干预具体事物,并且强调机关要全面为基层服务。南岗区卫生局的这种做法,完全符合转变职能的精神,完全符合改革精神,值得我们学习借鉴。

哈尔滨市卫生部门实行全行业管理,也抓得很紧,进展较快,并初步摸索出经验。毫无疑问,全行业管理方向对头,势在必行。

4.为深化改革,保证改革的顺利进行,必须加强法制建设,加快制定必要的法规,使卫生管理走向法制的轨道。黑龙江省、哈尔滨市在这方面搞得很好,已制定了一整套法规,现在还在继续制定,使很多工作能够有法可依,有章可循。这样做,十分必要,今后还要进一步加强,完善配套。当然,有了法规,有了条例,就必须坚决贯彻执行,要做到有法必依,违法必究。

会上,许多同志反映,改革还有很多问题和困难。目前,改革的制约因素多,阻力大,进一步深入难点多。整个改革的环境还不太宽松,有些地方卡得较死,有待努力,通过改革逐步解决。此外,在医院内部还有不少问题,例如

大处方、乱收费、乱做不必要的检查、吃回扣、吃请受贿等问题。这些问题确实存在,而且有蔓延的趋势,应引起高度重视。但这不是改革的必然产物,和改革没有必然的联系,不改革也会出现。因此,不能把这些问题归罪于改革,更不能因有这些问题而放弃改革。当然,我们一定要认真引起重视,要积极想办法加以解决。

医疗卫生事业是社会公益事业。但在商品社会中,社会公益事业也要受经济制约,受价值规律的支配。如果没有经济观念,不加强经济管理,卫生事业不但不能发展,也很难维持。对这个问题,长期缺乏认识,教训不少,因此,必须重视和加强经济管理。当前,要逐步解决价格过低,背离价值规律的问题,这方面要多做调查研究,算细账;多宣传,取得社会的同情、理解和支持。单纯卡,是卡不住的。即使是卡,上面有政策,下面有对策。我们有的医疗单位对付的办法可以说很多,明的、暗的、“地上”的、“地下”的五花八门,搞不好会适得其反。正如程副市长所讲,“地上”的负担不重,“地下”的负担很重,“地上”、“地下”加起来,实际上的负担还是很重的。这样做的结果,往往会把风气搞坏,容易给一些人钻空子。医院吃亏,老实人吃亏,国家、病人当然也吃亏。我赞成王崇一同志的意见,多想办法,设法使“地下”的变成“地上”的;秘密的变成公开的;合理的变成合法的,不合理、不合法的要坚决纠正。对业余服务必须加强管理。业余服务必须有领导、有组织地开展,不能各行其事,愿怎么干就怎么干。尤其是大医院和教学医院,必须在保证完成医、教、研任务的前提下。原则上在本院安排,不要到处跑。个别人必须外出要经批准,要限制次数、时间。有的专家一周出7~8次业余门诊,还有什么精力搞医、教、研。有的人精力、兴趣根本没在院内,许多应做的事没做,甚至连看书学习都没有时间,使医、教、研任务受到冲击和影响。这种情况应当制止。在这方面中央精神很明确。李鹏总理一再强调,业余服务必须有组织有领导地进行。陈敏章部长的讲话也多次提到这一点。各地要制定一些章法,严格遵守。

总之,医疗工作改革亟待深入。越是深化改革,越要从严治院,越要维护医院的声誉、医务人员的声誉,越要注意社会主义医务人员的美好形象。通过改革,要尽快建立起医院工作新秩序,这里涉及到如何评价、衡量改革搞得

好不好的标准问题。评价、衡量医疗卫生改革的标准,邓小平同志在几年前就讲得很明确,要以社会效益作为唯一的标准,所谓唯一就是只此一个别无其他。所谓社会效益,我个人理解就是坚持全心全意为人民服务的根本宗旨,改善服务态度,提高服务质量。哈尔滨提出,这是卫生改革的生命线。这个提法很好,坚持这样做,我们的卫生改革就会生机勃勃。否则搞一些短期行为,尽管可以喧闹一时,迟早要垮台的,对此,我们必须时刻加以注意。

## 二、坚持不懈地大力加强医德教育,端正医德医风

社会上对医院有很多反映和意见。一是收费高,二是医德医风不好,对这两条意见要高度重视。总的情况是好的积极因素是主流,但对支流也不能掉以轻心。

最近哈医大一院发生一起事故,哈市新晚报已登载,标题是《病人临危多次求医遭拒绝》。一个患急性扁桃体炎的病人陈丽颖,住院三天,持续高烧不退,一天午后做了扁桃体穿刺,流血不止,几个小时后病情急剧加重,多次找医生遭到拒绝,后来家属把医生堵在门口,苦苦恳求医生去救病人,医生却说“我下班了,有事找护士”,病房的医生不管,护士只好给急诊值班医生打电话,也未及时前来抢救。据说当时有两位医生值班,一名迟迟不来,另一名脱岗到外边搞“业余服务”。结果延误了抢救时机,造成病人死亡的悲剧。这样的事例根本不应发生,也绝不允许发生。这是由于医德医风不好,缺乏责任心造成的。救死扶伤,实行社会主义的人道主义,是医务工作者的天职。旧社会的医生尚讲医德、讲良心,资本主义社会也讲,我们社会主义国家的社会主义医院就更应讲医德。医生有医德缺陷,不能说是好医生,甚至不能当医生。党一向教导我们要学习白求恩全心全意为人民服务。我们绝大多数医务人员也都能牢记党的教导,兢兢业业救死扶伤,全心全意为人民服务,受到社会的好评和人民群众的爱戴,可是哈医大一院的个别大夫竟拒绝抢救病人,这是不能令人容忍的。这件事也暴露了医院管理上的许多漏洞,例如,一

个高烧 40℃ 以上的病人入院三天多直到死亡未作血常规化验。再如,一个值急诊班的高级医生随便脱岗出外搞“业余服务”,这些都反映了医院管理上的混乱。

陈丽颖死亡事例,绝不是一个孤立的事例。它虽属发生在个别人身上的个别现象,但导致这一事故的医德医风不正和管理不严、纪律松弛的问题,却不是个别的。在某些地方、某些单位可以说带有一定的普遍性,因此必须引起高度重视。前天我去哈医大,隋永起校长忧心忡忡地说,搞业余服务没能严加管理,医德医风,医疗质量,医、教、研任务受到冲击,搞得秩序紊乱,质量下降,人心涣散,心不在院。有人热衷于—“钱”—“后”。“钱”就是捞人民币,“后”就是走后门,甚至不惜损害病人的利益,把病人当商品倒来倒去,成了倒买病人的“倒爷”。介绍一个病人少则 7~8 元,多则 40~50 元。隋校长表示抓住陈丽颖死亡事件,在全校展开大讨论。联系实际,对照检查,举一反三,深入进行医德医风教育,争取把坏事变好事。对好人好事,要大力表彰和奖励;对坏人坏事,要严肃批评,该处分的要处分。坚决刹住歪风,树立正气,把医疗卫生改革引向正确轨道,保证改革的顺利进行。

陈丽颖死亡事件给我们敲了警钟,再次提醒我们必须高度重视抓医德医风,必须年年抓,月月抓,天天抓,一时一刻也不能放松。现在有一种倾向,一些人对抓经济比较重视,但对抓政治思想、抓医德医风都不那么起劲,力量下得不够,指标不具体,考核也不严格,往往是软指标。抓经济抓医德两者都很重要,但是作为医院,医德医风更加重要,经济工作要抓,医德医风更要抓,而且要用主要精力抓。经济效益提高了要奖,医德医风好的更要奖,要重奖。要引导和鼓励大家在优质服务上下功夫,在端正医德医风上下功夫,在提高医疗质量上下功夫。

对当前医院的医德医风应如何估价?我认为应具体分析。抓得好的单位,医德医风是好的,或者正在向好的方面发展。有的单位由于重视抓医德医风,不但经济效益上去了,社会效益也有很大提高,医德医风也有很大改进。这样的单位到处都有。即使是问题比较多的单位,也有很多医德高尚的同志。这种情况说明,我们的医疗卫生队伍总的来说是好的。全国乡卫生院以上的医疗单位,每年要完成 20~30 亿人次的门诊任务,4~5 千万人次的住

院任务,基本上完成的很好,保障了人民的健康。如果没有一支好的队伍,没有为人民服务的精神,完成如此巨大的任务,是不可想像的。从一些大的灾害事故的抢救工作来看,我们的医疗卫生队伍在关键时刻还是经得起考验的,是能够召之即来,来之能战,战之能胜的。同时,也必须看到有一部分医务人员,近几年来理想、道德、组织纪律观念淡漠了,全心全意为人民服务思想、事业心也淡漠了,有一部分人一切向钱看,甚至见利忘义,利大大干,利小小干,无利不干,个别人连良心都置之脑后,这种情况尽管是少数,但对我们的队伍腐蚀很大,绝不可听之任之。我个人认为和战争年代、50年代及文化大革命前相比,现在的医德医风赶不上从前,正像党风和社会风气赶不上从前一样。我们应面对现实,实事求是。党风,社会风气不好,也势必影响医德医风。医德医风不正,也是党风和社会风气不好在医疗卫生系统的反映。因此,要进行综合治理,这不是孤立的问题。搞好医德医风和医德医风的根本好转,离不开党风和社会风气的好转。但从卫生部门讲,决不能消极等待,要像抓改革那样抓医德医风,要像抓经济管理那样抓质量管理,要规定些硬指标、硬措施,既要有明确的要求,又要有检查评价的标准。对好的要奖,差的要批评,坏的要处罚。我们已经制定了一个医院工作人员医德规范和实施办法,已起草一年了,现在还在修改中,争取尽快改好发布试行。1987年宁波会上,我们还搞了个医生誓言,作为医生的自我约束,古代有、外国也有,但我们国家还没有,对此有争议,准备进一步征求意见,展开讨论。总之,要采取各种办法,把医德医风教育引向深入,以保证医院改革沿着正确的方向前进。

# 中国农村卫生服务研究\*

1988年10月7日

中国位于亚洲东部,面积960万平方公里,拥有56个民族,10亿4千5百万人口,其中80%居住在农村。

新中国成立三十多年来,我国农村的卫生事业有了很大的发展,取得了巨大的成绩。到1986年底,全国已有县级医疗机构2309个,床位375308张,卫技人员452239人;乡级医疗机构46976个,床位711234张,卫技人员882923人。87.7%的行政村都有了医疗点。建立了以县级医疗卫生机构为技术指导中心,以乡(镇)卫生院为中间枢纽,以村卫生室为基础的县、乡、村三级医疗卫生网,形成了一个比较完整的卫生服务体系。

随着我国社会经济的发展,人民生活水平的提高,全社会对医疗卫生保健的需求也发生了变化。为了进一步了解中国农村居民对卫生服务的需求情况,探讨农村卫生资源占有、开发和利用规律,为制定农村卫生事业发展战略和发展规划提供科学依据,我们于1985年5月至11月,对全国农村医疗卫生服务现状进行了抽样调查。

## 调查内容与方法

### 一、调查范围与调查方法

本次调查采用了分层整群随机抽样的方法,根据不同地理方位,不同经

---

\* 这是在第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议上的报告,原载《第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议论文汇编》。

济状况,不同类型地区,在全国范围内,选择了比较有代表性的内蒙、山西、江苏、安徽、云南、广东、陕西、吉林、黑龙江九省(自治区)做为调查省。根据同一原则,每个省又选择了5个县,每个县选择6个乡(镇),每个乡(镇)在几个经济条件不同的村(居委会)中,以户为单位随机抽取1000人左右进行调查。在9省(自治区)的45个县,270个乡,520个村中,共做了56641户近27万人口的家庭调查,占全国人口的0.33‰。此外,还对292所县、乡卫生机构和583个村卫生所(室)进行了调查。

## 二、调查内容

1. 农村居民的患病、就诊情况。
2. 农村各级医疗卫生机构的技术力量、医疗装备、经费收支等情况。
3. 农村县、乡、村三级医疗卫生机构的门诊、住院情况。

## 三、质量控制

为了保证调查质量,我们采取了如下措施:

1. 选择了具有中专水平以上的调查员1500名,并对他们逐级培训,使其在调查过程中尽可能按照统一标准,统一提问方式进行。
2. 入户调查时由2名调查员共同进行。
3. 家庭调查的调查率要求在95%以上,按5%的随机抽样复核,合格率须在95%以上。要求一日门诊调查率在90%以上,复核合格率在95%以上。

# 调查结果

## 一、调查人口的基本概况

本次研究共调查56641户,265567人,平均每户4.69人。

1. 年龄、性别构成:在调查的265567人中,男性占50.03%;女性占49.97%,60岁以上人口21158人。老年系数7.97%,属于中青年年龄结构。
2. 职业构成:在调查人口中,按比重大小排列在前5位职业依次是农民

47.07%、学生 21.20%、儿童 13.96%、工人 8.71%、职员 4.25%。

3.文化构成:调查人口中,小学文化程度的占 39.31%;初中 21.02%;高中 6.25%;大学 0.20%。12 岁以上人口文盲率为 24.33%,高于全国平均水平。

4.经济状况:本次调查中,年人均收入最高的省为 455.45 元,最低的为 227.90 元,9 省平均为 306.43 元。

5.医疗费用负担形式:享受公费和劳保医疗的农村居民占 7.03%,半劳保医疗 1.75%;合作医疗 9.5%;自费 80.50%,其他 1.07%。

## 二、农村居民的健康状况及医疗需要

疾病在人群中的发生频率往往可以间接地反映居民对医疗服务的需要情况。本次调查反映疾病频率的指标主要有慢性病患者率和两周患病率。

### 1.慢性病患者情况

本次调查的 265 567 人中,现患各种慢性疾病 23 842 人,慢性病患者率为 89.78‰。呼吸系统、消化系统、心脑血管病、运动系统疾病的患病率分别为 15.81‰、14.44‰、12.36‰、9.35‰,这几种疾病患病人数占慢性病患者总人数的 66.9%。其次是传染病,患病率为 9.13‰,患病人数占慢性患者总人数的 10.01%。

慢性病患者率随年龄增长而升高,趋势检验,有显著性意义( $P < 0.005$ )。

### 2.两周内病伤情况

调查人口中,调查前 14 天内患病者 18 835 人,两周患病率 70.92‰。其中呼吸系统疾病患病率(23.44‰)最高,其次顺位为消化系统疾病(12.84‰)、传染病(9.37‰)、神经系统疾病(3.26‰)、心脑血管疾病(3.02‰),前 5 位疾病的构成比为 73.02%。

两周年龄别患病率的变化呈现两高一低。

### 3.疾病的严重程度

据家庭调查资料,农村居民两周内每千人口患病日数平均为 478 天,平均每人每年患病 12.4 天;两周内每千人口休工 205,平均每人每年因病休 5.4 天,平均每个学生每年因病休学 1.2 天;平均每人每年因病卧床 2.4 天。



### 三、农村卫生资源状况

通过对 45 个县,292 所县、乡级卫生机构和 583 个村卫生所的卫生技术人员、床位、卫生事业费及医疗设备等情况的调查,分析我国农村卫生资源状况。

1. 卫生技术人员:据 45 个县的 1984 年统计资料,卫生部门职工 46 977 人,其中卫技人员 38 549 人,占 82.27%。平均每千人口拥有医生 0.77 人,护士 0.24 人,药剂师 0.02 人。在卫技人员中,高级人员占 20.1%,中级人员占 43.1%,初级人员占 36.8%,高、中、初之比为 1:2.14:1.83。

2. 床位:在调查的 45 个县中,共有床位 25 634 张,平均每千人口 1.28 张,床位使用率;县医院 86.2%、中心(区)卫生院 56.3%、乡卫生院 45.8%。

3. 医疗设备:所调查的 45 所县医院,基本都配备了 X 线机、心电图机、光学显微镜和手术床。56 所中心(区)卫生院中,都配备有 30~200mA 的 X 线机、手术床和常规检验设备。乡卫生院的设备比较简陋,调查的 189 所乡卫生院中,138 所有 X 线机,128 所有简易手术床,有光学显微镜的还不到一半。

4. 卫生事业费:据 40 个县的调查(不含山西),1984 年卫生事业费共计 5455.2 万元,人均卫生事业费 2.26 元。在卫生事业费中,用于卫生防疫的占 12.2%,妇幼保健的占 3.4%,用于基本建设的经费占 7.5%。

### 四、农村医疗服务利用

1. 门诊服务利用:农村居民的门诊服务利用率相对较低,其两周就诊率平均 9.76%。在村级卫生所就诊的占 37.8%,在乡卫生院就诊的占 27.8%;在中心卫生院就诊的占 10.4%,在县医院就诊的占 11.7%;在县以上医院就诊的占 2.2%。在两周患病的 28 128 人次中,尚有 4 367 人次未得到医疗服务,平均未就诊的占 22.9%。未就诊的主要原因为:可以自我医疗(56.2%),自己认为病轻(20.5%),经济困难的 18.0%。

2. 住院医疗服务利用:本次调查的 265 576 人,有 8 828 人次需要住院治疗,有 2 094 人次应住院而未得到住院医疗服务,未住院率 23.7%。农村居民应住院而未能住院的主要原因是:经济困难(55.9%),自认为病情轻(25.9%),无床位(8.1%)。

# 讨 论

## 一、农村居民的医疗服务需求

居民对医疗服务的需求主要取决于居民的患病水平。根据 9 个省(区)农村居民慢性病患者率 89.78‰,推算在全国农村居民中现患各种慢性疾病者为 7 011 万~7 469 万人。据农村居民两周患病率 70.92‰,推算全国农村居民每人每年患病 1.78~1.99 人次。与城市居民每人每年患病 2.68~2.79 人次(1985 年)相比,农村居民对医疗服务的需求低于城市。

本次调查,农村居民的两周就诊率为 9.76%,年住院率为 2.54%,据此推算我国农村居民门诊需要量为 25.41 亿人次,住院需要量为 3104.9 万~3387.7 万人次。根据城市居民的两周就诊率(14.66%,1985 年)和年住院率(5.08%,1985 年),估算城市居民的门诊、住院需要量分别为 10.07 亿人次和 1 219 万~1 286 万人次。由此可见,农村居民对医疗服务的需要虽然低于城市,但是农村的医疗服务需求量却远高于城市。

慢性病前 5 位依次为:呼吸系统疾病、消化系统疾病、心脑血管疾病、运动系统疾病和传染病。可见当前农村患病率较高的仍是常见病和多发病,急性传染病的危害已大大降低,心脑血管及非生物性疾病呈上升趋势,但各地区间发展很不平衡,相当部分的地区特别是边远地区,一些急性传染病发病率仍较高,所以对常见病多发病和严重危害人民群众健康的传染病的防治仍是农村卫生工作的重点。

## 二、医疗卫生服务利用

我国农村居民两周就诊率 9.76%,患病而未就诊占 22.9%,住院率 2.54%,需住院而未能住院者占 23.7%。未能住院的主要原因是经济困难。患者对卫生服务的利用率仅为 76%,低于 7 国 12 地区的 80.2%的平均水平。从农村居民两周患病的调查看,人均收入低的人群的患病率高,而就诊率和

住院率低。不同医疗制度的就诊率和住院率也有差异,享受公费、劳保医疗的居民就诊、住院率均高于合作医疗,享受合作医疗的又高于自费。上述情况说明经济水平的高低和医疗保健制度形式与农村居民健康状况及医疗卫生服务利用密切相关。

本次调查,在村卫生所就诊患者的比例最高(37.8%),其次为乡卫生院(27.8%)、县医院(11.7%)。县、乡、村三级医疗机构完成了84.6%的门诊和86.3%的住院医疗服务。可见,绝大多数的农村患者在村、乡两级医疗机构就医。因此,应进一步巩固和发展农村三级医疗卫生网,加强初级卫生保健工作,推广适合中国农村情况的医疗保健制度,使农村居民得到必需的卫生服务。

### 三、农村卫生资源

随着农村经济的发展和农民经济文化水平的提高,农村居民对医疗卫生服务的需求将逐步提高。据9省(区)45个县调查统计,平均每千人口有卫生技术人员1.8人,医生0.77人,护士0.24人。许多地区卫生技术人员结构不合理,技术骨干缺乏,外流严重。45个县的高、中、初级卫生技术人员之比为1:2.14:1.83,说明高、中级技术人员不足,初级卫技人员比例过大。农村医疗卫生机构,特别是乡级机构,设备简陋。56所中心(区)卫生院中,有心电图机的有36所,有牙科综合治疗机的有6所,有除颤起搏器的只有1所。总之,我国农村的卫生资源是低水平的,卫生队伍素质差,医疗设备陈旧、缺乏,卫生事业投资不足,不能满足农村卫生事业发展的需要。

目前我国处于社会主义初级阶段,农村的经济、文化、医疗卫生设施和城市相比还有相当的差距。应采取国家、集体、个人相结合的方针,多方集资,解决农村初级卫生保健经费不足的困难;重视和加强卫生人员的培养,提高农村卫生人员的素质;研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的医疗保健制度;使卫生机构在国家的扶持下有自我改造,自我发展的能力,加速农村卫生事业的发展。

# 认真加强对医疗工作的治理整顿\*

1989年3月

## 一、抓治理整顿,既是深化卫生改革的重要内容,又是深化卫生改革的重要保障

10年来的卫生改革成绩很大,收效显著。通过改革,增强了医疗机构的活力,扩大了医疗服务,缓解了看病难、住院难的矛盾,医院的工作条件和医务人员的生活条件也有了程度不同的改善。但是由于在放开搞活的同时,没有适时地建立起严格的管理措施,既缺乏宏观调控和监督,又缺乏内部约束和制约,加上社会大环境和不良风气的影响,因而出现了一些混乱现象。集中表现在:医疗秩序混乱,经济秩序混乱,医德医风滑坡,医疗质量滑坡。这种“混乱”和“滑坡”现象,尽管是局部性的问题,少数单位或少数人的问题,但社会反响很大,既有损于医疗机构的声誉,也有损于医务工作者的形象,绝不可等闲视之。

党的十三届三中全会提出要“治理经济环境,整顿经济秩序,全面深化改革”。这一决定不仅符合当前我国经济领域的实际情况,也完全符合医疗卫生部门的实际情况,当前的经济环境、经济秩序急需加强治理和整顿,当前的医疗环境和医疗秩序也急需加强治理与整顿。治理、整顿的目的,是为深化改革创造一个良好的环境和秩序,它既是深化改革的重要内容,又是深化改革的重要保障。抓治理整顿,就是要抓管理和监督,加强宏观管理,建立监控系统,完善制约机制,充分运用思想教育、经济、行政和法律手段,进行综合治

---

\* 这是作者在1989年全国卫生厅局长会议上的发言。

理,坚决纠正某些混乱现象,以保证改革能够沿着正确的方向健康发展。

从去年下半年以来,为了贯彻中央提出的“治理经济环境,整顿经济秩序,全面深化改革”的指导方针,卫生部先后发布了《关于加强医疗工作管理的通知》、《个体开业医师中医师管理办法》、《医务人员医德规范及实施办法》等法规性文件,同时还着手制订《医院分级管理标准》,以加强医院的宏观管理和促进医院微观机制的完善,并在几个省市开展了试评。各地卫生行政部门也都相继采取了措施,认真加强对医疗工作的管理,狠抓了治理和整顿的工作。沈阳市向全市市民发布公开信,广泛发动市民监督,整顿医风医纪。天津市政府召开常务会议讨论整顿医疗秩序问题,卫生局召开了卫生行业整顿治理动员大会。黑龙江省在全省范围内开展了如何整顿医疗秩序、提高医疗服务质量的大讨论。北京、河北、山西、辽宁、吉林、河南、湖南、陕西、云南、四川、安徽、山东、福建、上海等省市也都针对医疗工作中的某些混乱现象制定了加强医疗管理的具体规定。许多医疗单位也相继建立了检查、考核和评审制度,加强了内部管理,并主动接受群众监督。实践证明,凡是认真抓了的地方,都取得了初步成效,受到了社会各界和广大群众的好评。但是,这方面的工作还仅仅是开始。治理、整顿的任务是艰巨的,绝非一朝一夕所能做好。即使是解决了旧的矛盾,还会再出现新的矛盾。在治理整顿中要注意巩固、完善已经取得的改革成果,凡是正确的、合理的改革措施,都必须坚持,而且要前进,要发展,决不能使改革停顿,更不能后退。中央已经决定,要把治理和整顿作为今明两年改革和建设的重点。这个决定对我们卫生部门也完全适用。我们一定要按照中央的部署坚持不懈地抓好治理和整顿,努力改善服务态度,提高医疗质量,把医疗卫生改革引向深入。

## 二、清理整顿医疗机构和个体开业 医队伍,坚决取缔无照行医

近几年来,在改革中提倡多渠道、多形式办医,国家、集体、个人一起上,医疗机构有了很大发展,医疗网点增加,服务范围扩大,既缓解了群众看病

难、住院难的矛盾,又减轻了大医院的压力和负担,收效确实很好。但在许多方面确有审查不严、管理混乱、甚至放而不管的情形,因而必然造成混乱。并有少数不法分子借机钻空子,混水摸鱼,搞歪门邪道,捞取不义之财,坑害国家,坑害老百姓。因此,在今明两年的治理、整顿中,必须把清理整顿医疗机构和个体开业医队伍当作一项重点工作来抓,切实加强宏观调控。这是治理医疗环境,整顿医疗秩序的需要,也是保障卫生改革健康发展所必须采取的一项重要措施。

(一)关于清理整顿的对象。各类社会医疗机构和个体开业医都在清理整顿之列,但重点应当抓住那些名不副实、不够条件、不合规定、不服管理或有各种不法行为的单位和个人。凡有此等情形者,不论是全民、集体或个体,也不管由谁主办(包括机关、部队、企业单位和社会团体),都必须认真进行清理整顿,该处罚的要处罚,该取缔的要坚决取缔。

(二)关于清理整顿的方法。主要是作好登记、审查、发证的工作。各类社会医疗机构和个体开业的医务人员,凡未办理登记注册手续者,都必须向当地卫生行政部门申请登记注册;过去已经登记注册者,也要重新办理登记注册手续。要明确规定举办医院诊所和申请个体开业所必须具备的基本条件和具体标准,经过严格审查确实合格者方可发给执业许可证。今后,各类医疗机构和个体开业的医务人员都必须持有执业许可证方准执业。无证而擅自开业者属于非法,要坚决予以取缔。

(三)关于加强行业管理。各级卫生行政部门是各级政府主管医疗卫生事业的职能部门,医疗机构和个体开业的医务人员理所当然地应由卫生行政部门归口实行行业管理。即使是中央各部门和企事业单位举办的医疗机构也毫不例外,部队医院如对社会开放也必须向地方卫生行政部门申请核发执业许可证,并接受地方卫生行政部门的管理与监督。除县、市以上各级政府的卫生行政主管机关外,其他任何部门和单位都无权审批医疗机构,也无权审批个体医务人员开业行医。

各级卫生行政主管部门在审批医疗机构和个体开业医时,应从当地实际情况出发,根据医疗需求统一规划,合理布局,进行宏观调控。有的地方医疗机构过于集中,供大于求,已经造成卫生资源浪费,像这样的地方就不应再批

准建立新的医疗机构,也不应再批准个体开业行医。

为了加强行业管理,还应注意发挥卫生工作者协会、个体开业医协会、农村卫生协会、厂矿企业医院管理委员会等行业组织的作用,并应逐步建立一支兼职的监督检查队伍。在治理整顿中,天津市卫生局聘请一百多名社会兼职监督员,沈阳市建立了医政监督检查队伍,湖南省卫生厅还发布了《医疗质量监督员管理办法》,明确规定医疗质量监督员的资格与条件、职责与任务、权限与义务,使之在卫生行政部门的直接领导下对当地各医疗单位的医德医风、医疗质量、医疗收费等进行经常性的监督。我们认为天津、沈阳、湖南的作法很好,值得各地仿效。

### 三、以整顿医风医纪为重点,从严治院

医风医纪的状况如何,关系到医疗卫生行业的形象和声誉。广大人民群众和全社会对医院的医风医纪都甚为关怀,我们各级医院的全体医务工作者也必须自觉地时刻注意维护自己的形象和声誉。对于目前出现的医德医风滑坡和医纪松弛的现象,必须采取有力措施坚决进行整顿,并且要以整顿医风医纪为重点,带动医院工作的全面治理,带动医疗质量、服务质量和水平全面提高。

首先,要把端正医德医风医纪纳入院科两级的目标管理和承包合同,作为考核医院工作好坏和评价改革成果的重要指标。近几年来,有些医疗单位在改革中出现一种倾向,往往对抓经济管理比较重视,对抓医德医风医纪却不甚起劲,力量下得很不够。即使纳入目标管理和承包合同,也往往是软指标,考核不严,赏罚不明,起不了多大作用。为了把医院办好,加强经济管理固然重要,加强理想、道德、纪律教育树立好的医德医风更加重要。要认真执行《医德规范及实施办法》,坚持抓好医德教育,坚持进行医德考核评价,建立健全社会监督与病人及其亲属举报制度等,并把考核结果与单位和个人的经济利益挂钩,实行奖优罚劣。要大力表彰和奖励全心全意为人民服务的好医生、好护士。对少数违法乱纪、医德败坏的人要严肃处理,树立和发扬正气,坚决批评和刹住歪风邪气,积极引导和鼓励大家在端正医德医风上下功夫,

在改善服务态度、提高服务质量上下功夫。

其次,要切实加强对医务人员业余服务和兼职的管理,坚决纠正不顾组织纪律和本职工作自行其是愿怎么干就怎么干的混乱现象。必须强调,所有医务人员都必须专心致志地做好本岗位工作,全面完成医教研各项任务。在保质保量地完成本岗位工作任务、保证医疗服务质量、保证正常的工作秩序、不影响学习提高和身体健康的原则下,国家允许有条件的医疗单位和医务人员开展业余服务活动,但必须有组织有领导地进行。原则上应由本单位统一组织,在单位内有计划地安排,对业余服务的时间和次数也要加以限制。一些医疗任务不饱和的单位和基层医疗机构不宜开展业余服务。对医院医务人员在其他单位兼职,必须严加管理,尤其是大医院的技术骨干,必须忠于职守,集中精力搞好医、教、研,不宜到处兼职“满天飞”。少数人需要到外单位兼职者,必须经本单位领导批准。兼职人员必须遵守国家法律和规定,讲究职业道德,严格组织纪律。不认真做好本职工作或者不积极完成本单位分配工作任务者不准到外单位兼职。总之,对业余服务和兼职要制定管理办法,完善管理制度,认真加强管理。

第三,要严格财务纪律,加强财务监督,坚决制止乱收费的现象。收费标准要张榜公布,接受群众监督。收费标准不合理的,应通过有关领导机关予以合理调整。要开“正门”,堵“旁门”,开“前门”,堵“后门”,设法使一些“合理不合法”的收费项目变成合理合法,增加经济活动的透明度,坚决堵住各种歪门邪道。对于无视财务纪律,搞秘密的“地下”活动,以不正当手段向病人、家属或对方医疗单位索取各种非法收入者,必须严肃处理,不仅要没收非法所得,还要酌情给予经济处罚和行政处分。

#### 四、要继续为深化改革创造宽松的环境

当前的卫生改革还有很多困难,特别是医院改革困难更大,政策措施不配套,许多方面仍然卡得过死,特别是医疗收费不合理,价格背离价值,改革的环境仍然不宽松。因此,在抓整顿治理的同时,一定要继续大力争取为深化改革创造一个宽松的环境。当前尤其要注意以下几点:



(一)要适当增加对医院的投资和事业经费。“吃饭靠自己”的口号在全民所有制的医院行不通,不宜提倡。对于县级以上的全民所有制的医院,国家应适当增加投资,随着经济的发展逐步增加医院的经费,为医院的发展与提高创造必要的物质条件。对于中小医院和乡镇(街道)卫生院也要积极给予扶助,使之不但能够维持,而且能够发展。目前,有些地方医疗卫生事业费占地方财政总支出的比例不但没有增加,反而逐年下降;也有些地方用削减医院补助经费的办法去增加防疫和妇幼保健机构的补助,致使许多医院由于经费减少,处于相当困难的境地。这些做法显然不妥。我们强烈呼吁,对医院的补助经费绝对不能削减,不能克扣,不能挪用。一方面要努力争取国家和地方政府对医院的支持,同时也要努力争取有关部门和全社会的支持,多方集资,以扩大卫生资源。对现有的资源,也要管好用好,使之发挥更大的作用。

(二)调整不合理的医疗收费标准。最近,国务院批转了卫生部、财政部、人事部、国家物价局、国家税务局《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》,同意对不合理的医疗收费价格进行合理调整,并同意“医疗卫生服务的收费,要根据不同的设施条件、医疗技术水平拉开档次。专家挂牌门诊,以及根据病人的特殊医疗服务要求开展的各种优质服务项目,允许在收费上适当高一些”。这是对医院改革的极大支持。我们要主动与有关部门联系,研究和制定调整不合理医疗收费标准的具体方案,力争逐步解决医疗收费价格不合理特别是劳务费过低的问题。

(三)减免名目繁多的各种“摊派”和苛捐杂税,减轻强加给医院的各种不合理的负担。在这方面要多做宣传,争取得到各级政府、各有关部门和全社会的理解、同情和支持。

以上意见,如有不当之处,请批评指正。

# 积极推进社区康复工作\*

1989年7月

残疾是一个现实的社会问题。据1987年抽样调查推算,全国有语言、智力、视力、肢体和精神等5种残疾人5164万。如果再加上慢性病、职业病、老年性退行性疾病而影响到某种功能障碍者,康复医疗直接服务人口将远远超过五千余万人。显然,解决这部分人的康复医疗问题将成为卫生事业发展战略中的一个重要问题。而社区康复则是为残疾人服务的基本的组织形式。

社区康复,是在一定的区域内依靠自身力量(包括残疾者本人及家属),以乡村、街道为基础,因地制宜、因陋就简、因人而异地对残疾问题进行预防和康复综合治理。据国外近年来报导,部分残疾人可在社区范围内得到康复,甚至偏瘫病人,只要早期康复、处理得当,在基层医疗单位,或在病人家里,都能获得与大医院、康复专科医院同等的康复疗效。因此,社区康复作为初级卫生保健的重要内容,是实现“2000年人人享有卫生保健”的一个重要条件,在康复医学事业发展中具有重要地位,希望引起各级政府的重视。

当前我国处在社会主义初级阶段,经济困难,集中开办康复中心需要大量的投资。社区康复是方便、经济的有效措施,投资少,效益大,是符合我国国情的,是我国康复事业的前景。

1986年卫生部委托山东、吉林、内蒙、广东四省(区)开展社区康复试点工作。经过近两年的实践,初步摸索一些经验。试点的4个省(区)认为:社区康复是涉及医疗卫生、文化教育、劳动就业、心理咨询、假肢支具、社会设施各有关方面较复杂的综合任务,必须由当地行政领导牵头,组成各有关部门参加的协调领导组织,来负责区域内康复工作的组织和实施。同时也要在区域

---

\* 《社区康复教材》“前言”。中国展望出版社。1990年。

内分层次、按部门组成各级相应的领导组织,形成网络,以便全面实施康复措施。

卫生部门在社区康复工作中,除要充分发挥各级卫生组织、各类卫生技术人员直接的康复医疗作用外,还要积极主动地把康复医疗要求贯彻在各行业任务中去,使康复医疗和其他康复密切结合起来。

康复医疗是职业、社会康复的基础,即使用康复工程或进行各项代偿训练时,也需要贯彻康复医疗的指导原则。因此,必须对社区范围内的各级卫生组织和有关医务人员,进行康复业务培训和调整,形成康复医疗分级指导网,负责对残疾者的检查功能测定、康复医疗、培养康复员效果评定或直接指导残疾人进行康复训练等业务。

《社区康复教材》就是根据试点的情况,组织有关专家,参照国内外有关资料编写而成的。全书共分四部分:第一部分着重介绍社区康复的行政管理与组织协调;第二部分介绍康复医学的基本理论和基本内容;第三、四部分介绍了康复医学的临床总论和各论,主要是为培训班教师提供一些参考教材。各地情况不同,在培训基层康复人员时,可以结合当地的实际情况和学员的水平,酌情使用。

目前社区康复工作还处在试点阶段,我们对于康复医学的研究也很不够,本书内容比较粗糙,希望各地把好的做法和经验加以总结,以便不断完善和充实这本《社区康复教材》的内容。

# 切实加强对初级卫生保健试点工作的领导\*

1989年8月9日

全国初级卫生保健合作中心、试点县工作会议,作为世界卫生组织初级卫生保健合作中心主任会议是第四次;作为全国各省、自治区、直辖市普遍参加的初级卫生保健试点县工作会议是第一次,可以说是前几次合作中心主任会议的衍生和发展,是我们接受了1987年10月肖山会议(第三次合作中心主任扩大会议)与会代表关于召开全国性会议的建议召开的,也是根据形势发展的需要决定召开的。全国30个省、自治区、直辖市共290名同志到会。其中,有各省、自治区、直辖市卫生厅(局)长和初级卫生保健试点县(市、区)的县(市、区)长;有各厅(局)医政部门负责人和初级卫生保健合作中心、示范县、试点县卫生局长及部分医学院校的同志;以及新闻单位的同志。会议期间,代表们认真听取了陈敏章部长的讲话和顾英奇副部长关于《深入开展初级卫生保健试点工作》的报告,一致认为,讲话和报告对我国初级卫生保健工作的地位、形势和任务作了全面深刻阐述,是符合我国的实际情况的,是完全正确的。

这次会议得到了世界卫生组织的大力支持。世界卫生组织西太区办事处主任韩相泰博士在他任职的第一年就亲自参加了我们的会议,并做了重要讲话。西太区驻华代表基恩博士和西太区卫生服务及计划司司长帕默博士也出席了我们的会议。

会议认真地讨论了初级卫生保健的试点工作,讨论了中国农村卫生事业

---

\* 这是在全国初级卫生保健合作中心、试点县工作会议上的总结讲话。原载《中国初级卫生保健》1989年第10期。

的发展道路、目标、策略和措施。大家进一步统一了思想认识,一致认为:农村初级卫生保健事业必须在党和政府的领导下,把每一个农民都能得到最基本的保健服务,都能达到发展生产力所必需的健康水平,以及为此目的而必须进行的农村卫生建设,作为社会经济发展总体目标的一部分,给予行政的、经济的、政策、法律的保障,统筹规划,有领导有计划有组织地实施。会上有 13 位市县(区)长作了令人鼓舞的发言。有 20 位卫生厅局的负责同志和合作中心、试点县卫生局长作了专题发言。这些发言基本概括了近年来的试点工作。实践表明:他们所开辟的工作,无论在初级卫生保健支持体系——三级医疗卫生网,基层卫生技术队伍的建设、集资医疗保健制度方面,还是在开发领导层、调查研究、制定规划、宣传动员群众、组织部门间合作以及检查评价等方面都取得了许多成功的经验。一些老、少、边、穷地区,如湖北、广西、江西等省自治区的部分县正在开拓着老、少、边、穷地区发展初级卫生保健的路子,显示了艰苦创业的奋斗精神,他们的探索,对于推动我国农村不同经济状况地区全面实现 2000 年的目标具有十分重要的意义。总之,所有试点县工作的实践表明,不论试点工作起步较早,基础条件较好的县,还是刚刚起步,基础条件较差的县,只要奋发努力,积极进取,在发展初级卫生保健事业中都可以大有作为,生动的事实使我们增强了实现既定目标的信心和决心。

会议讨论的初级卫生保健的 3 个相互配套的文件,即《关于我国实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》、《初级卫生保健工作管理程序》、《初级卫生保健工作评价指标》得到了大家的一致赞同,并提出了一些很好的修改意见。对于讨论中提出的意见和建议,会后我们将组织专门班子立即研究修改,尽快下发试行。其中关于《规划目标》将争取有关部门联合下发。现在大家原则同意 3 个文件的内容,就可以先做起来。这 3 个文件是建国以来我国农村卫生工作经验的总结,也是近 10 年来我们与世界卫生组织合作进行的初级卫生保健合作中心、农村卫生示范县工作经验的总结,是反复实践验证的结果。3 个文件的制定和实施,使我国农村卫生工作有了一套可以遵循的规划,共同参照的标准,考核评价的指标,因此,从现在开始,我们可以专心致志地搞农村卫生建设,一鼓作气地干下去,千方百计地防止再次出现农

村基层卫生建设的滑坡和反复,把党和国家赋予我们的任务完成好,把人民的保健事业办好。

会议期间,代表们还参观了蓟县的三级医疗卫生网,留下了极为深刻的印象。蓟县各级政府和卫生行政部门都很重视初级卫生保健工作,真正把这项工作作为一件大事抓紧抓好,三级网健全,作为网底的村卫生室巩固,有一部分乡村还恢复了合作医疗制度。情报和信息工作也正逐步走向科学化、规范化。基层卫生技术人员的待遇问题解决的也比较好,不仅经济条件好的程子口村工作做得好,经济条件一般的桑梓乡也做得很好。代表们认为,参观后很受启发,值得认真学习。

现在,我受部领导的委托,就如何贯彻这次会议的精神,搞好初级卫生保健试点工作,讲几点意见,供大家参考。

一、希望代表们回去后,要及时地向党委和政府汇报这次会议的精神,并提出如何传达贯彻的意见,积极主动地争取党政领导的支持。从卫生部门来讲,建议各级卫生行政部门把传达会议精神,学习陈敏章部长的讲话和顾英奇副部长的工作报告,作为联系农村卫生工作实际,进一步贯彻党的十三大以来的路线、方针、政策,贯彻四中全会精神的重要内容之一。要把会议精神传达到农村卫生战线的每一位同志。通过会议精神的传达和贯彻,达到进一步开发领导层,加强政府对初级卫生保健工作领导和部门协调,动员全社会的力量积极参与,把农村卫生工作的重点引导到实现2000年规划上来。把部领导关于试点工作的意见和所提出的发展农村初级卫生保健的任务,列入今明两年农村卫生工作计划,认真贯彻落实。

二、各省、自治区、直辖市卫生厅(局)要参照卫生部提出的《规划目标》、《评价标准》、《管理程序》,结合本地区的实际情况,制定自己的规划目标、评价标准和管理程序。同时,指导帮助地(市)、县卫生行政部门,特别是试点县做好相应工作,使试点县工作迅速进入程序化管理的轨道。

规划目标与各项指标、评价标准的制定,一定要从实际出发,尊重事物发展的客观规律。同时也要充分重视人的因素作用,既要防止高不可攀,也要力求达到一定的高度,即通过努力能够达到的高度,使规划、标准的实施切实起到推动事业发展的积极能动作用。

初级卫生保健管理程序要在总结多年来农村卫生工作历史经验的基础上,结合现代科学管理经验制定。管理程序一经制定,就要重视充分发挥它的导向作用,以保障实现规划目标。各地的管理程序在总体上要体现卫生部提出的管理程序,同时也应针对当地的具体情况、目标及相应的策略。

三、切实抓紧试点县工作。根据规划目标中分阶段达标的构想,1989~1990年两年应有10%的县,即200个县先期达标。其目的是希望各地选择条件适宜的县,培养自己的宜于推行的样板。这10%的县包括世界卫生组织初级卫生保健合作中心、农村卫生试范县。这些县的试点工作至少已进行了四五年了,应该率先达标。也包括1980年以来陆续进行重点建设的县、使用世界银行贷款支持农村卫生事业建设的县。这些县绝大部分在仪器装备、基本建设、人员培训上已经基本配套,只要工作跟上去,也完全可以率先达标。值得引起注意的是,有的重点县、贷款县往往热衷于争设备、争基建,结果楼房盖了,设备添了,工作却起色不大,没有取得应有的工作效益、社会效益。这里顺便提一下,各贷款省、自治区对农村卫生贷款县的管理,不仅要抓房屋基建、设备安装、派出进修,更要抓工作、抓质量、抓效益。特别要促使其充分发挥在发展农村卫生事业,实施初级卫生保健方面的效益。希望两方面不要脱节。甘肃介绍了这方面的经验,值得效仿。应该说,对农村医疗卫生机构的各种渠道各种形式的资金投入,都应该在实施规划目标上见效益。如果把这些潜在能量都动员起来,10%县达标是完全可能的。希望各地抓紧确定试点县,尽快开始试点县的基本情况调查和规划的制订与论证工作,把各项工作开展起来。

四、要认真做好社区工作。实施初级卫生保健的基础在社区。社区的各项医疗卫生工作又都要依靠三级医疗卫生网去完成。随着四化建设的进展,人民生活水平的提高,老龄化趋势的加快以及疾病谱的变化,人们对医疗卫生的需求也在逐渐发生变化。我们不但要继续防治传染病、地方病,同时也要积极防治非传染性疾病和伤残;不但要继续抓好妇幼保健,同时也要积极开展老年保健;精神卫生,口腔保健和各项康复事业都亟需提到重要日程。这些工作不可单打一,不可能各自都建三级网,而只能是一网多用。因此,一定要全面规划,统筹安排。要把上述各项工作都要纳入初级卫生保健规划,

纳入社区工作范畴,纳入三级医疗卫生网的工作任务中去。

五、要重视监督评价工作。卫生部制定的规划目标和评价标准都是经过量化的,是硬任务,弹性限度不大,比较容易进行评价。由于缺乏评价工作的经验,所制定的标准也难免会有这样那样的问题,只能作为试行标准,供各地参照。各地在制定自己的标准后,可结合试点县基线调查进行一次试评价,发现问题及时反映和纠正。卫生部拟与各卫生厅局合作,对第一阶段的“10%县”组织两次全国性的抽样评价。第一次阶段中期评价拟在1990年5月前后进行。第二次阶段末期验收拟在1991年5月前后进行。评价的组织实施办法将另行通知。

六、继续深入进行领导层的开发和管理干部培训工作。关于领导层的开发,许多省、自治区、直辖市已相继开始,并取得了很好的经验。希望各级卫生主管部门切实当好政府的参谋助手,把这项工作推广开来,坚持下去。从宣传学习初级卫生保健的基本概念、基础知识入手,到宣传学习全国和本地区的规划目标、管理程序,搞上二三次,使各级政府中的主要领导同志,特别是主管卫生的领导同志都能成为领导和管理初级卫生保健事业的干练的组织者、领导者。

关于初级卫生保健管理干部的培训,准备采取集中与分散相结合的方法进行。卫生部拟在世界卫生组织支持下,将上海市上海县建设成为初级卫生保健管理干部培训基地。1987、1988两年,受卫生部医政司委托,上海市卫生局、上海县卫生局同上海医科大学曾共同承办了3期县卫生局长的卫生管理讲习班,有111名卫生局长接受了培训,各方面反映很好。为配合规划试点阶段的任务,拟在今明两年陆续举办规划目标、管理程序、评价方法及情报信息管理方面的培训。

此外,为了加强初级卫生保健的理论研究和宣传工作,我们卫生部在黑龙江办了《中国初级卫生保健》杂志,陈敏章部长和顾英奇副部长担任杂志的名誉主编。这本杂志自创刊以来一直得到世界卫生组织的重视,中岛宏博士曾经说过,这是全世界第一本以初级卫生保健命名的专业期刊,并给予积极的支持和帮助。卫生部领导也很关心和重视这本杂志。该杂志创刊3年来,为推动我国初级卫生保健工作的发展,起了积极的促进作用。希望大家能够



利用这块园地,来研究探索中国初级卫生保健的规律,交流经验,共同寻求有效的方法来解决实际工作中遇到的问题,以推动全国初级卫生保健规划试点工作的发展。

# 认真开展医院工作方针的再教育\*

1989年8月

“勤俭办医院,树立全心全意为人民服务的医疗态度”是我国医院工作方针。这个方针尽管是50年代制订的,但现在并没有过时。在目前重申我国医院工作的方针,开展对医院工作方针的再教育,对于牢牢把握医院工作的大方向,搞好医院改革,仍具有十分重要的意义。

## 一、我国的医院工作方针是50年代 根据周恩来总理的指示确定的

1956年,周总理在党的八届三中全会上的报告中,对医疗卫生工作做了一系列重要指示,根据周总理的指示,卫生部经过反复研究,确定:“勤俭办医院,树立全心全意为人民服务的医疗态度”将作为我国医院工作长期的指导方针,并在1957年12月召开的全国第一届医院工作会议上讨论通过。在当时之所以要制订这样一个方针,是因为我们的医院是社会主义的、人民的医院。为人民服务是我们医院工作的根本宗旨,是医院工作的出发点和目的。勤俭办院全心全意为人民服务可以说是我们社会主义医院的根本标志。在当时,由于确立和认真贯彻了这个方针,对于端正办院的指导思想,扩大医院的服务功能,挖掘医院的潜力,改善服务态度,提高医疗质量,都发挥了巨大的作用。实践证明,“勤俭办医院、全心全意为人民服务”的方针是完全正确的。

---

\* 原载《中国医院管理》1989年第11期。

## 二、进行医院工作方针再教育的意义

自第一届全国医院工作会议后三十多年来,我国的医院建设得到了长足的发展,特别是在党的十一届三中全会以来,在正确路线、方针、政策指引下,坚持改革开放,坚持社会主义精神文明建设,增强了医院活力,进一步挖掘了现有医疗机构的潜力,扩大了服务,群众就医难的问题在绝大多数地区得到基本缓解。改革开放不仅提高了社会效益,也提高了经济效益,医院加强了经营管理,业务收入增加,越办越穷的局面明显好转,医务人员的待遇也有了一定的改善。

但是,由于政治思想工作被削弱和资产阶级自由化的影响,也由于我们没有始终一贯地坚持医院工作方针,勤俭办医院、全心全意为人民服务的观念逐渐淡化,滋长了形形色色的腐败风气和“一切向钱看”的腐朽思想,计较个人私利而不顾国家和人民利益的倾向也严重泛滥,有的人为了追求眼前实惠,忘记了为人民服务的根本宗旨,干了一些损公肥私,损人利己、坑害病人的事,造成极坏的社会影响。也有一些医院不顾国情,不顾人民利益,脱离实际,光想赚钱,一味盲目攀比,追求“高精尖”的设备,造成卫生资源的巨大浪费。这一切,都是与“勤俭办医院,树立全心全意为人民服务的态度”的方针背道而驰的。也是与党的路线,方针政策背道而驰的。在当前,我们重申医院工作的方针,正是为了结合医院工作实际贯彻四中全会的精神,克服和纠正医院工作中的腐败现象和种种不良风气,重振勤俭办医院、全心全意为人民服务之风。

进行医院工作方针的再教育,不仅是针对当前的实际情况和解决当前的问题,也是为了指导医院的长远建设和实现长远目标。也就是为四化建设服务的目标和“2000年人人享有卫生保健”的目标。从医院工作来说,实现这样的宏伟目标除了继续坚持改革开放以外,最主要的靠两条,一条是要发扬救死扶伤,全心全意为人民服务的精神,一条是要发扬勤俭办医院,艰苦创业的精神。这两种精神,是我国社会主义医疗事业的基本特征,也是我国医院工作的光荣传统。我们不但现在要讲勤俭办医院、全心全意为人民服务,十几年以后甚至几十年以后仍然要讲勤俭办医院、全心全意为人民服务。“勤俭

办医院,树立全心全意为人民服务的医疗态度”的医院工作方针,是长期的指导方针,要贯彻于我国整个社会主义建设过程的始终。

### 三、进行医院的工作方针再教育的要求

(一)学习和贯彻这个方针,首先应从各级领导干部做起,领导干部不仅要做好群众的发动和组织工作,结合实际,认真学习、贯彻,而且要率先垂范,身体力行,起表率作用,切实成为发扬勤俭办院、全心全意为人民服务精神的带头人。

(二)要对照四中全会的精神和“勤俭办医院,树立全心全意为人民服务的医疗态度”的医院工作方针,检查和反思几年来的医院工作,对成绩要充分肯定;对问题,要予以正视,分析根源,制订措施,坚决加以纠正。

(三)通过学习和贯彻医院工作方针,端正医院改革的指导思想,坚持全心全意为人民服务的根本宗旨和医疗卫生工作以社会效益为最高准则的指导原则,要教育医院和医务人员继续发扬救死扶伤全心全意为人民服务的精神,要进一步从思想认识和具体措施上强化医院的全面科学管理,加强医德医风建设,加强医疗质量管理,在提高医院基础质量,以及医院和医疗卫生事业的长远发展方面狠下功夫,坚决纠正片面追求经济收入忽略社会效益的倾向,坚决纠正只顾眼前实惠,忽视长远利益的短期行为。

(四)通过学习和贯彻这个方针,要从我国的国情出发,教育医院和全体职工克勤克俭,坚决抑制高消费和铺张浪费,根据客观的实际要求,在做好科学的预测和规划的基础上建设医院和发展适宜技术,坚决克服盲目攀比,片面扩大规模与追求“高、精、尖”设备的倾向,更不准以引进的高技术设备作为谋取经济收入的手段。

(五)学习和贯彻这个方针,要提倡合理检查,合理用药。对病人要加强计划医疗,努力缩短平均住院日,努力降低在门诊和住院病人医疗费中药费所占比例过高的不合理现象,坚决克服不合理处方、不必要的检查等过度消耗卫生资源的倾向,千方百计地减轻病人和国家的经济负担。

(六)通过学习和贯彻这个方针,要研究和建立一套廉政制度和廉洁从医

的制度,狠刹腐败风气,坚决制止巧立名目乱收费的现象,坚决向贪污受贿、敲榨勒索、坑害国家、坑害群众和各种以权谋私的行为作斗争。

# 关于我国农村实现 “2000年人人享有卫生保健”规划目标\*

1990年3月

“2000年人人享有卫生保健”是1977年世界卫生组织提出的全球战略目标,1986年我国政府明确表示了对这一目标的承诺。1988年10月李鹏总理进一步阐明实现人人享有卫生保健是2000年我国经济发展总体目标的组成部分。



我国农村实现人人享有卫生保健的基本途径和基本策略是在全体农村居民中实施初级卫生保健。所谓初级卫生保健是指最基本的、人人都能得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。实施初级卫生保健是全社会的事业。就国家而言,实施初级卫生保健是政府的职责,社会的职责。就人民群众而言,人人都有权享受初级卫生保健,人人又都有义务参与初级卫生保健并为初级卫生保健做贡献。就卫生工作而言,实施初级卫生保健是为全体居民提供最基本的卫生保健服务,以保障与增进人民健康,提高全民族的身体素质。实施初级卫生保健是体现为人民服务宗旨的重要方面。



依据党中央关于我国经济发展的战略部署,参照世界卫生组织的全球性

---

\* 这是作者代卫生部起草的文件,1990年3月15日以卫生部、国家计委、农业部等5个委的名义正式发布。

指标,从当前实际水平出发,提出我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”目标的最低限标准如下:

中国农村“2000年人人享有卫生保健”最低限标准  
(以县为单位)

初级卫生保健指标	不同经济地区最低限标准			
	贫困	温饱	宽裕	小康
1.把初级卫生保健纳入县、乡(镇)政府工作目标和当地社会经济发展规划(%)	100	100	100	100
2.县、乡政府年度卫生事业拨款占两级财政支出的比例(%)	8	8	8	8
3.健康教育普及率(%)	50	65	80	90
4.A.行政村卫生室覆盖率(%)	90	95	100	100
B.甲级卫生室占村卫生室比例(%)	30	50	70	90
5.集资医疗保健覆盖率(%)	80	50	60	60
6.“安全卫生水”普及率(%)	60	70	80	90
7.“卫生厕所”普及率(%)	35	45	75	80
8.食品卫生合格率(%)	80	80	85	85
9.婴儿死亡率每5年递降百分比(%)	20	15	10	5
10.孕产妇死亡率每5年递降百分比(%)	30	25	20	15
11.儿童“四苗”单苗接种率(%)	85	85	90	95
12.法定报告传染病发病率每5年递降百分比(%)	15	15	10	10
13.地方病病区特定指标:				
地方病患病率每5年递降百分比(%)	10	10	5	5



全国农村实现“2000年人人享有卫生保健”规划目标大致分两步走:第一步,1995年以前50%的县达标;第二步,到2000年再有50%的县达标。具体分为3个实施阶段:

第一阶段(1989 - 1990),即规划试点阶段。主要任务是:1.全面进行初级卫生保健的宣传教育,重点是开发领导层,培训管理干部、技术队伍和群众卫生骨干;2.健全农村三级医疗预防保健网,改革与完善医疗保健制度,完成实施初级卫生保健的组织准备;3.通过调查研究,在搞清各项指标本底情况基础上,以《最低限标准》为依据,提出本县预定值,制订相应的实施办法;4.选择条件适宜的县进行实施初级卫生保健的试点,建立在本地区具有典型意义的示范县。力争全国有 10% 的县首先达到规划目标的《最低限标准》。

第二阶段(1991 - 1995),即全面普及阶段。主要任务是在当地政府领导下,通过政府各职能部门的协同,群众的充分参与,全面实施“2000 年人人享有卫生保健”发展规划。各省、自治区、直辖市至少有 50% 的县达到《最低限标准》。

第三阶段(1996 - 2000),即加速发展、全面达标阶段。主要任务是:1.在社会经济条件进一步发展的基础上,完善发展初级卫生保健的内部机制,加快步伐,使所有的县都能达到初级卫生保健最低限标准,完成第二个 50%;2.第二个阶段已达标的县,要在新的基础上继续努力,以更丰富的内涵和更高的标准,向新的目标前进;3.全国范围的检查考核,总结验收。

## 几点说明

1.《关于我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》原则上提出了不同地区实现“人人享有卫生保健”的最低限标准和分阶段实施的构想。各省、自治区、直辖市应从实际出发拟定本地区的规划和实施办法。

2.不同经济状况地区的划分,是根据“国家 2000 年经济发展规划”和国家统计局曾经使用过的统计方法提出的,其意义在于强调从实际出发。既不搞一刀切,又努力促进农村卫生事业的发展,逐步缩小地区间的差距,达到卫生资源的公平分配,人人享有同等的健康权利。

3.各地规划指标的预定值一般不应低于《最低限标准》。目前经济已较发达,工作基础也较好的地区,指标及其内涵可以扩充,标准可提高。

4.初级卫生保健工作的管理程序和评价标准另发。



## 5. 关于指标的解释和计算方法:

指标 1 指初级卫生保健的实施已成为本届政府的工作目标,并有主要领导分工负责。制定了初级卫生保健发展规划,并定期检查考核实施情况。

$$\text{指标 1} = \frac{\text{把 PHC 纳入政府工作目标和当地社会经济发展规划的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

指标 2 县、乡政府年度卫生事业拨款指两级财政支出中,卫生事业费、卫生基建投资、中医经费、卫生科研经费和卫生人力发展投入的总和。不含集体组织的经济支持和个人支付的卫生费用。其意义在于保证卫生事业经费在地方财政支出中占有合理的比例,并使之随社会经济的发展同步增长。根据我国经济体制改革的深入发展,该项指标将有可能为“卫生事业费用占国民生产总值的比例”所取代。

指标 3 指中、小学健康教育课、常见疾病预防保健知识、生活卫生常识等普及到家庭、学校、企事业单位的百分比。

$$\text{指标 3} = \frac{\text{普及健康教育的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

接受健康教育的人数不足本乡常住人口的 70% 时,不计入分子的乡(镇)数。

指标 4A 村卫生室应有医有药有专门的工作房间,乡村医生承担医疗、预防保健和卫生宣传三项任务。

$$\text{指标 4A} = \frac{\text{村卫生室数}}{\text{行政村总数}} \times 100\%$$

设有一个以上卫生室的行政村,其分子“村卫生室数”仍按“1”统计。

乡(镇)卫生院所在村如未设卫生室,可在计算时从分母“行政村总数”中减去“1”。

指标 4B 甲级卫生室的最低标准是:(1)有诊断、治疗、药房三室分开的专用房屋;(2)至少有 120 种常用药品及必要设备;(3)至少有一名获得乡村医生证书的医生,有一名女乡村医生或卫生员(接生员);(4)有一套管理制度,如门诊、发药、收费、消毒、防保等项制度。

$$\text{指标 4B} = \frac{\text{甲级村卫生室数}}{\text{行政村卫生室总数}} \times 100\%$$

指标 5 指以全体居民为对象,通过不同的集资方式和管理办法,实行

集体与个人共同筹集医疗保健专用基金和按一定比例补偿居民的医药、预防保健费用支出的各种形式的医疗保健制度。

$$\text{指标 5} = \frac{\text{实行集资医疗保健制度的行政村数}}{\text{行政村总数}} \times 100\%$$

享受集资医疗保健的人数不足该行政村常住人口的 70% 时, 不计入分子的“行政村数”。

指标 6 指水源水的感官指标, PH 值和氟、亚硝酸盐含量指标达到国家标准, 煮沸后可以饮用。

$$\text{指标 6} = \frac{\text{饮用“安全卫生水”人数}}{\text{总人口数}} \times 100\%$$

指标 7 指厕所有墙、有顶、厕坑及贮粪池无渗漏, 厕内清洁, 无蝇蛆。粪便定期清除并行无害化处理。

$$\text{指标 7} = \frac{\text{卫生厕所数}}{\text{厕所总数}} \times 100\%$$

指标 8 指食品生产、经营单位的食品符合国家食品卫生标准。要求年检验件数在 500 件以上, 各种覆盖率达 100%。检验样品中抽样品应占 60% 以上。

$$\text{指标 8} = \frac{\text{符合食品卫生标准的样品数}}{\text{年检验样品总数}} \times 100\%$$

指标 9 婴儿死亡率指一年内, 每千名活产婴儿死亡数。“活产婴儿”指具有呼吸、心跳、脉搏、肌肉抽动 4 种生命现象之一者。在统计时, 婴儿死亡漏报率应控制在 20% 以下。婴儿死亡率每 5 年递降百分比指 1995 年比 1990 年、2000 年比 1995 年的婴儿死亡率各递降的百分比数。

$$\text{婴儿死亡率} = \frac{\text{婴儿死亡数}}{\text{活产婴儿数}} \times 1000\%$$

1990 年(1995 年) 1995 年(2000 年)

$$\text{指标 9} = \frac{\text{1990(1995 年)婴儿死亡率} - \text{1995(2000 年)婴儿死亡率}}{\text{1990(1995 年)婴儿死亡率}} \times 100\%$$

指标 10 孕产妇死亡率指一年内每一万孕产妇从妊娠至分娩 42 天, 由于与妊娠(含宫外孕)、分娩有关或因妊娠分娩致原发疾病恶化而引起的死亡数。但不含意外事故、节育手术事故和其他手术意外致死数。在统计时, 孕产妇死亡漏报率应控制在 20% 以下, 孕产妇死亡率每 5 年递降百分比指 1995 年比 1990 年、2000 年比 1995 年的孕产妇死亡率各递降的百分比数。

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{孕产妇死亡数}}{\text{年孕产妇总数}} \times 10000/\text{万}$$

按国际通用计算方法,“年孕产妇总数”以“年活产婴儿总数”计算。

$$\text{指标 10} = \frac{\frac{1990 \text{ 年(1995 年)}}{1990 \text{ 年(1995 年)孕产妇死亡率}} - \frac{1995 \text{ 年(2000 年)}}{1995 \text{ 年(2000 年)孕产妇死亡率}}}{1990 \text{ 年(1995 年)孕产妇死亡率}} \times 100\%$$

指标 11 指儿童“四苗”计划免疫中,每一种疫苗符合规范的接种率。

$$\text{指标 11} = \frac{\text{实际接种人数}}{\text{应接种人数}} \times 100\%$$

指标 12 法定报告传染病发病率指一年内每 10 万人口中,甲、乙、丙类 35 种法定报告传染病的发病数。统计报告中传染病漏报率应控制在 5% 以下。法定报告传染病发病率每 5 年递降百分比指 1995 年比 1990 年、2000 年比 1995 年的法定报告传染病发病率各递降的百分数。

$$\text{法定报告传染病发病率} = \frac{\text{法定报告传染病发病数}}{\text{年平均人口数}} \times 100000/10 \text{ 万}$$

$$\text{指标 12} = \frac{\frac{1990 \text{ 年(1995 年)}}{1990 \text{ 年(1995 年)法定传染病发病率}} - \frac{1995 \text{ 年(2000 年)}}{1995 \text{ 年(2000 年)法定传染病发病率}}}{1990 \text{ 年(1995 年)法定传染病发病率}} \times 100\%$$

地方病病区特定指标 地方病患病率每 5 年递降百分比指地方病流行每 10 万人口中,某地种地方病(碘缺乏症、地氟病、血吸虫病、大骨节病、克山病)患病人数每 5 年递降的百分数

$$\text{某地方病患病率} = \frac{\text{某地方病患病人数}}{\text{年平均人口数}} \times 100000/10 \text{ 万}$$

$$1990 \text{ 年(1995 年)} \quad 1990 \text{ 年(2000 年)}$$

$$\text{某地方病患病率每 5 年递降百分比} = \frac{\text{某地方病患病率} - \text{某地方病患病率}}{1990 \text{ 年(1995 年)某地方病患病率}} \times 100\%$$

# 医院管理体制的一项重大改革\*

1990年4月

从1987年下半年开始,卫生部医政司经过反复酝酿、研究、论证,认为有必要对我国的各级各类医院实行分级管理,制定统一的医院分级标准,建立统一的医院评审制度。这个设想一经提出,得到了各有关方面的积极赞同和支持。医政司先后组织有关专家和医院管理干部共同起草了《医院分级管理办法(试行草案)》和《综合医院分级管理标准(试行草案)》,在反复征求意见、反复修改并在几个省市选择部分医院进行试评的基础上,又经过全国医政工作会议审议,卫生部已于去年11月以(89)卫医字第25号通知正式发布,要求各地卫生行政部门结合当地实际情况,积极稳妥、有计划、有步骤地组织试行。

## 一、什么叫医院分级管理与医院评审

医院分级管理与医院评审,是运用现代医院管理理论,在总结我国三级医疗卫生网建设和文明医院建设经验的基础上,借鉴国际上的先进经验,所试图建立和实行的一种新的医院宏观管理体制。

所谓医院分级管理,实质就是根据医院的不同功能、不同任务、不同规模和不同的技术水平、设施条件、医疗服务质量以及科学管理水平等,将医院分为不同级别和等次对不同级别和等次的医院实行标准有别、要求不同的标准化管理和目标管理。

所谓医院评审,是根据医院分级管理标准,按照规定的程序和办法,对医

---

\* 这是作者在全国医院分级管理培训班上的讲稿。

院工作和医疗服务质量进行院外评价的制度。医院评审要经常地有计划有组织地进行,不搞“终身制”。每一评审周期为3年。经过评审的医院,达标者由审批机关发给合格证书;对存在问题较多的医院应令其限期改正或对其重新评审;对连续3年不申请评审或不符合基本标准的医院,一律列为“等外医院”。由卫生行政部门加强管理,并根据情况予以整顿乃至停业。

由此可见,实行医院分级管理与医院评审,是我国医院管理体制的一项重大改革,是对我国现行医院管理体制的自我完善,也是建立具有中国特色的社会主义医院管理体制的重要而又大胆的尝试。随着这种新体制的推行,必将有效地加强行业管理,标志着我国的医院管理工作已开始步入一个新的阶段。

## 二、为什么要实行医院分级 管理与医院评审

(一)实行医院分级管理与医院评审,是为了对医疗卫生事业的发展 and 建设进行必要的宏观调控,按照“区域卫生发展规划”的指导原则,逐步调整、健全、完善三级医疗网,促进医疗机构的合理布局和病人求医的合理流向,使有限的卫生资源能以得到比较合理的利用,发挥出更大的效益。

我国现行的医疗卫生工作体制,有很多优点,也有不少弊端。最突出的弊端就是缺乏统一规划,统一管理,往往是条块分割,部门所有,盲目发展,各行其是。结果造成布局不合理的资源浪费,造成城乡之间,部门之间、地区之间差别过大。这种状况,既不符合全心全意为人民服务、为绝大多数人谋利益的根本宗旨,也不利于医疗卫生事业的发展与提高,因此必须坚决地进行改革。实行医院分级管理与评审,正是为了推进这种改革,通过加强宏观调控,逐步克服上述弊端和各种不协调的现象。

(二)实行医院分级管理与医院评审,是为了推进医院标准化、规范化、科学化管理,建立院外评审制度,促进医院的基础建设、技术建设和医德医风建设,加强全面质量管理特别是医疗质量管理,提高医疗工作质量和工作效率,

更好地为人民服务。

医院是应用医学科学技术救死扶伤、保障人民健康的科学技术单位。当今世界,对医院管理都极为重视,要求极为严格。许多国家都制订了医院评审标准,建立了医院评审制度,这是对医院进行科学管理和评价的十分重要的措施。我国建国 40 年来,虽然在医院管理方面也制订了一些条例、办法和法规性文件,但迟迟没有制订出一部全国统一的医院管理标准,也没有建立起一套适合我国国情的医院评审制度。其结果,医院各项建设和管理无标准可依,主观随意性很大,难以保证医疗质量,也难以进行科学评价。显然,这对医院、对病人、对社会都是十分不利的。实行医院分级管理与评审,正是为了解决这个多年没有解决的重大问题,使医院建设和医院管理逐步走上标准化、规范化、科学化的轨道。

(三)实行医院分级管理与医院评审,是为了合理地调整各级医院的功能,健全与完善划区分级分工医疗制度,建立双向转诊关系,强化上下级医院之间的业务技术指导关系,以利于加强基层医院建设,更好地发挥基层医疗机构的作用。

早在 50 年代建立并广泛推行的划区分级分工医疗制度,以及上下级医院之间建立逐级业务技术指导关系,实行大医院带小医院、城市医院支援农村医院建设的制度,是切实可行、行之有效的较好的制度。它不但适合我国国情,也适合国际潮流。遗憾的是对这样一些好的制度未能很好坚持,更没有在理论和实践的相结合上对此进行深入系统地研讨。今后,随着医院分级管理与医院评审的实施,就是要把这些好制度尽快恢复、健全和完善起来,使各级医疗机构各自的功能和三级医疗网的整体功能都能得到最有效的发挥。

(四)实行医院分级管理与医院评审,还将对以医院为中心扩大预防,指导与实施初级卫生保健,推动社区的医疗卫生服务,起到积极的促进作用。

当今世界,传统的办医院模式正在改变,以“人人享有卫生保健”为目标,以社区为中心,全面推行初级卫生保健的新策略正在受到全世界的普遍重视。面向社区,面向群众,扩大预防,加强社区服务,参与初级卫生保健,已成为当代卫生改革和医院发展的新趋势。我们在制定《医院分级管理办法》和《医院分级管理标准》时,充分考虑了这种趋势,对各级医院尤其是一、二级医

院必须重视和加强社区服务,必须积极参与初级卫生保健,提出了明确要求。这样,就能够把医院参与初级卫生保健纳入医院的目标管理和标准化管理,以保证这项重大任务能够切实有效的在基层落实。

### 三、需要注意的几个问题

(一)必须端正指导思想,进行正确的政策导向。实行医院分级管理与评审的根本目的,是为了改革不合理的医院管理体制,建立健全科学的医院管理体制,调整与完善3级医疗预防网,提高医疗服务质量和医院管理水平,更好地为人民服务。这就要求我们各级卫生行政部门和医院管理干部,必须从医疗卫生工作的全局出发,树立医院的发展建设要适应经济和社会的发展,为增强医疗系统整体功能而做贡献的思想,防止和克服盲目攀比、不顾全局的局部观念。切实防止借分级管理之机盲目扩大医院规模和发展不适宜技术的现象发生。

目前,许多地方对医院分级管理与评审非常关心,许多医院都在对照医院分级管理标准找差距、订改进措施,准备接受评审,这是很好的。但是也出现了一些值得重视的带有倾向性的苗头,例如:有些单位比较偏重于考虑如何扩大规模、增设科室和增加高、精、尖设备,而对于如何加强基础建设、提高医疗服务质量却考虑较少。这种情况必须引起严重注意。

在这方面,政策的导向极为重要。正确的政策导向,应该引导医院在加强基础建设、提高基础质量狠下工夫,在加强医德医风建设、提高服务水平上狠下功夫。在医院评审中,基础质量和医德医风是考核的重点,要适当加大有关基础质量、医德医风等指标评分的权重。对基础建设不重视,基础质量和医德医风不好,纵然医院的规模再大,科室再全、设备再好,也不能成为合格医院。

(二)要在做好规划的基础上合理地确定医院的级别。根据“区域卫生发展规划”的指导原则,既要考虑长远的部署,又要作出近期的安排。对现有医院级别的确定,“应在适当尊重历史和现状的前提下,由当地政府卫生行政部门统筹规划加以调整。调整的依据应当是客观的需求,要避免主观随意性,

或个人意见的干预”。要求在实施医院分级管理之前,应该先行调查研究,收集有关信息和资料,进行综合分析预测,根据实际情况确定当地一、二、三级医院的数目、规模和发展目标,并且要留有充分的余地。

(三)要先行试点,在认真搞好试点的基础上再由点到面逐步推开,切忌要求过急,一哄而起,更不能搞形式主义。试点的过程既是学习和摸索经验的过程,也是发现问题、研究和解决问题的过程。要及时总结试点经验,根据试点中发现的问题修订和完善评审标准,改进评审工作。试点以后,也不宜急于全面开花,而应有计划、有步骤、分期分批地进行。总之,要积极稳妥,扎扎实实。

(四)既要严格要求,又要有一定的弹性和灵活性。鉴于全国各地情况差别很大,医院建设发展水平很不平衡,应该允许不同的地区可以有不同的要求,允许各地可根据当地的实际情况自订地方性标准。在考核评审时,既要严格坚持标准,防止过松过滥,又要照顾现实情况,防止脱离实际。例如,对现有的医院,由于受客观条件的限制,在房屋建设和设备方面尚未达标者,可适当放宽要求,但对基础建设、医德医风、医疗服务质量和科学管理等方面的要求,则绝对不可降低。

(五)乡镇卫生院是否参加评审,应从实际出发,区别对待。现已具备参加医院评审基本条件的中心卫生院或少数规模较大的乡镇卫生院,可以参加评审;目前尚不具备条件者,则可暂不参加评审。从全国情况看,目前符合医院分级管理标准的要求、具备参加评审条件的是少数,绝大多数乡镇卫生院短时间内还难以具备条件。对这样的乡镇卫生院,也应根据医院分级管理的要求加强管理,具体办法可由各省、市、自治区行政部门制订。

(六)要重视自我批评、自我监测。对医院的评审,院外评审固然重要,但从根本上来说医院本身的自查自评更加重要,每个医院都要经常对照医院分级管理标准,进行自我评定、自我监测,院和科室两级都要这样做。要有专门机构或专人负责。自我评定和监测的重点仍应是医护基础和质量、医德医风和科学管理。这方面的工作必须是高标准、严要求,而且要随时随地、坚持不懈地进行。

(七)要切实加强对医院分级管理与评审工作的领导。在我国实施医院



分级管理与医院评审是一项新的工作,涉及面广、内容复杂、难度较大,特别是如何把握住大方向,避免可能出现的失误和副作用,更须引起严重注意。这就要求各地卫生行政部门必须切实加强对这项工作的领导,并且要积极争取地方各级政府的领导,争取有关部门的支持与配合。在卫生部门内部,要注意组织医院管理干部和医务人员认真学习医院分级管理方法和分级管理标准,全面领会医院分级管理的目的和要求,以医院分级管理和医院评审为动力,努力完善服务态度,提高服务质量,提高医院管理水平,深化医院改革。

要加强领导,必须有健全而周密的组织工作。切实做到组织落实。其中的关键在于组建一个具有较高权威和科学作风的医院评审委员会。其成员不但应有较为广泛的知识 and 较为丰富的医院管理经验,而且必须作风正派、工作认真、廉洁公正、不徇私情,还必须亲自参加评审工作。评审委员会下要有一个坚强的办公室,负责日常工作。评审委员会及其办公室,必须重视和加强自身建设,并且要不断研究标准和改进评审工作方法,提高工作水平和工作效率。有的地方提出,拟把医院评审委员会建设成为负责医院评审的专业性机构,成为卫生行政部门加强行业管理的职能部门。我个人认为,这个意见很好,可供各地参考。

## 加强对护理工作的领导\*

1990年4月

护理工作是医疗卫生工作的重要组成部分,护理人员在医疗、教学、科研和预防保健、康复工作中发挥着重要作用。建国40年来,在党和政府的重视关怀下,护理事业有了很大发展,取得了显著成绩。护理人员数已由解放初期的3万余人,发展到现在的92.2万人,增长了30倍。停办30多年的高等护理教育于1984年恢复,现已有11所高等医学院校开设了护理专业,1988年已有第一批护理专业本科毕业生。目前护理教育以中专为主体,形成了大学本科、专科和中专3个层次的护理教育体系,并确立了与此相应的技术职务序列。从而确立了护理工作的专业地位。在提高护士社会地位和改善护士生活待遇方面,近年来党和国家做了很大努力,如1985年工资改革中,国家规定护士与中小学教师一样享受特殊职业津贴,实行了护龄津贴;1988年国家又为护理人员提高了10%的工资;为鼓励护士长期从事本专业,卫生部自1986年起定期向从事护理工作满30年的人员颁发荣誉证书和证章。在改革开放方针的指导下,近几年来护理方面的国际交流也在不断扩大,1980年以来,我国组派护理专业团组应邀赴美国、英国、澳大利亚、日本、新西兰、西德、加拿大等国考察访问;与一些国家互派专家进行讲学或办班;还多次选派护士出国进修学习等。这一系列鼓励措施,有效地调动了护理人员的积极性,促进了护理事业的发展。

我国护理事业虽然有了很大发展,但是与世界先进水平相比差距还很大,与卫生事业的发展 and 人民群众的需求也很不适应。当前仍面临很多困难和问题,其中主要是:(1)护士数量不足,人员素质参差不齐,有待于进一步提

---

\* 原载《中国医院管理》1990年第6期。

高。(2)护理技术水平和护理质量虽有一定发展和提高,但基础护理有所削弱,质量有所下降。(3)护理教育师资严重缺乏、教学培养目标不够明确,课程设置不尽合理,急需根据新的情况进行改革。(4)护理管理体制不够完善,卫生部《关于加强护理工作领导,理顺管理体制的意见》未能很好落实,一些地方或单位护理管理体制有所削弱,出现了片面追求经济指标而忽视质量管理等情况,使护理质量滑坡,严重影响了改革效果。

目前,我国即将进入第八个五年计划时期。在八五期间,随着国民经济和医疗卫生事业的发展,护理事业也必将得到相应的发展。发展护理学科,振兴护理事业,不但需要各级领导的重视,以及社会各方面的理解与支持,更需要全体护理人员振奋精神努力奋斗。当前尤应认真贯彻“治理整顿、深化改革”的方针,着重抓好以下几件事。

1.认真开展学习白求恩,学习雷锋,学习医疗护理战线先进模范人物的活动,大力弘扬无私奉献和全心全意为人民服务的崇高精神。为此,必须结合实际,加强思想政治工作,经常进行理想、道德、纪律教育和医德、医风教育,帮助广大护士树立崇高的理想和良好的医德、医风。努力做到具有待病人如亲人的深厚感情,舍己为人的高尚情操,严谨细致、文明礼貌的优良作风,团结协作的集体主义精神,廉洁服务、不谋私利的奉献精神。

2.认真加强“三基”、“三严”训练,组织广大护士苦练基本功,努力提高护理的基础质量。重视“三基”(基础理论、基础知识、基本技能)、“三严”(严格标准、严格管理、严格考核)是我国护理工作的好传统,也是提高护理质量的根本保证。遗憾的是,这些好传统在十年动乱中遭到严重破坏,至今未能得到很好的恢复。对护理工作要求不严、考核不严、管理不严的情况普遍存在,其结果必然导致护理质量的下降,对提高护士素质和护理技术水平也极为不利,必须引起重视。我们一方面要努力学习新的护理学理论和技术,开展新业务,特别是专科护理,以便跟上现代医学和现代护理技术的飞跃发展;与此同时,更要狠抓“三基”、“三严”,苦练基本功,在加强基础建设,提高护理基础质量上狠下工夫。在这方面也应来个竞赛,开展比学赶帮超活动,并且要表扬先进,激励后进。

3.积极推进护理教育的改革,加速培养合格的护理人才。要研究和总结

如何办好高等护理教育的经验,进一步办好高等护理教育;改革和完善中等护理教育,应根据理论联系实际的原则,加强基本技能训练,培养更多的实用人才;加强在职人员培训,未经过正规专业培训的采取多种方式进行专业培训,即使是正规学校毕业的护士,也要进行继续教育,不断提高素质。

4. 继续贯彻卫生部《关于加强护理工作的领导,理顺管理体制的意见》的精神,进一步加强对护理工作的领导和管理,理顺管理体制,积极培训骨干,提高科学管理水平。加强护士资格管理,加快制定《护士法(或护士管理条例)》的工作进程。切实抓好医院分级管理各项指标的落实,使护理管理工作在改革中进一步加强,护理质量明显提高。

# 关于改革和加强 农村医疗卫生工作的请示\*

1990年6月

国务院：

为了贯彻中央关于“全党动员起来，大办农业”，和“各行各业都要支援农业”的决定，现就改革和加强农村医疗卫生问题提出几点意见：

一、必须把加强农村卫生事业建设，改善农村卫生状况，解决8亿多农民的基本医疗保健问题，保护农民健康，作为整个卫生工作的重点，努力办好。改革开放以来，随着农村经济的发展和农民生活水平的提高，农村医疗卫生服务的供需矛盾日趋尖锐。一方面是需求增长，另一方面是供给不足。近几年来，由于种种原因，放松了对农村卫生事业的领导、管理和支持，农村卫生事业非但没有得到发展，反而有所削弱，进一步拉大了城乡差距。这突出表现为：第一，国家和集体对农村卫生事业的投入在本来不足的情况下明显减少，农村卫生技术人员大量流失。第二、三级医疗预防保健网受到严重冲击，不少地方的农村基层卫生机构和合作医疗保健制度解体，个体行医和社会办医失去控制，乱收费、高收费，群众承担不起医药费用，缺医少药状况较严重。第三，一些已经消灭或控制的传染病、血吸虫病再度发生，甚至泛滥起来。这些问题如不认真解决，不仅会阻碍农村生产力的发展，还会引起农民的不满，以致影响党群关系。

鉴于上述情况，应把加强农村医疗卫生工作作为战略重点，提到各级政府的议事日程上来。8亿农民现在是将来仍然是医疗卫生服务的主要对象。

---

\* 本文系作者为卫生部、农业部、国家计委、国家教委、人事部起草的，国务院于1991年1月17日以国发[1991]4号文件转发。

我们必须从卫生事业发展的长远战略着眼,从当前农村卫生事业投入严重不足,城乡之间医疗卫生资源分布极不合理的实际情况出发,通过治理整顿和深化改革将农村卫生事业振兴起来,把“2000年人人享有卫生保健”作为农村卫生奋斗目标。

二、巩固发展三级医疗预防保健网,完善农村卫生服务体系。加强农村的医疗卫生工作,实现“人人享有卫生保健”,要有坚实的组织保障。从50年代开始按照行政区划组建起来的县、乡、村三级医疗预防保健网,经过30多年的实践,证明是适合我国国情的。它的生命力和功效在于凝聚了国家、集体和农民群众三方面的力量共同举办卫生事业,并通过划区服务体现了分级负责的原则。各地要按照统一规划、合理布局的原则,逐步健全和完善以县级医疗卫生机构为技术指导中心,以乡(镇)卫生院为枢纽,以村卫生室(所)为基础的卫生服务体系。

在管理体制上,原则是实行分级管理。县级医疗卫生机构和中心卫生院由县举办和管理。目前除继续加强县级医疗卫生机构建设外,有条件的县要重点建设好三至五所中心卫生院,使之成为所在区域内实施初级卫生保健的技术指导中心;乡(镇)卫生院一般可由乡(镇)举办和管理。目前由乡(镇)管理有困难的可仍由县卫生局领导管理,或者由县卫生局和乡(镇)政府双重领导;村级卫生组织一般由村民委员会举办和管理,也可由乡镇卫生院设点。对近几年来兴起的个体医生和民办医疗机构,应作为三级医疗预防保健网的补充力量,由县、乡卫生部门加强管理,并规定他们承担一定的初级卫生保健任务,发挥其积极作用,限制其消极作用。

在经营管理上,县、乡、村三级医疗卫生机构,不论是全民或集体所有制性质,都应实行独立核算、自主经营和目标管理责任制。地方政府和卫生行政部门既要为它们提供必要的条件,又要加强领导和监督,鼓励和帮助它们改善经营管理。但不得干预其经营权,抽调其资金和安插非专业人员或医疗卫生单位不需要的人员。

县、乡、村三级医疗卫生机构要建立起逐级技术指导关系,形成系统的技术指导网络。省级和地(市)级医疗卫生机构都必须遵照中央关于城市支援农村的指示精神支援农村卫生事业建设,作出全面规划和具体规定,采取签

订合同或协议书的形式将这种支援与协作关系固定下来。

三、采取切实有效的办法,解决农村卫生技术人员缺乏的问题,稳定、充实和提高农村卫生技术队伍。

(一)任务侧重普及的各高等医学院校要在完成国家指令性招生计划的前提下,建立并完善面向农村(尤其是老、少、边、穷地区)的定向招生、定向培养、定向分配制度。要根据地方实际需要,积极、稳步地发展医学专科教育,尽快满足当前农村医疗卫生机构对高级人才的需求。中等卫生学校要面向农村基层,培养实用型的中等专业技术人才,以充实基层卫生队伍。

(二)要认真整顿并加强县卫校和职工中专的建设。省、地、县各级政府对确有基础条件的县卫校和职工中专(特别是对50万人口以上的大县),应积极扶植,重点支持,帮助其改善办学条件,提高教学质量,使其成为培训农村卫生人才和乡村医生的基地。

(三)要采取措施鼓励卫生技术人员由城市向农村流动。各医学院校要加强对学生的思想政治工作,教育学生树立“与工农相结合,为工农服务”,特别是为农民服务的思想。要把学生到农村实习参加医疗预防工作实践,作为对毕业生考核的一项重要内容。积极推行技术支农,试行由住院医师晋升主治医师、主治医师晋升副主任医师前,先到县医院或中心卫生院接受一年或几个月的农村医疗卫生工作实绩考评的做法,并使之成为制度长期坚持下去。卫生部将就医学院校毕业生、医务人员到农村服务问题制定相应的政策措施和配套管理办法。

(四)针对目前农村卫生技术力量薄弱和技术骨干外流的状况,必须大力加强思想政治工作,加强爱国主义、社会主义、集体主义和热爱社会主义新农村、全心全意为人民服务的教育,以及自力更生、艰苦奋斗的教育。与此同时,各省、自治区、直辖市人民政府要制定相应的政策,稳定农村卫生技术队伍。

(五)“乡村医生”是农村卫生技术队伍的重要组成部分。今后应争取做到:村级卫生组织新补充的乡村医生必须经中专或县卫校3年以上的系统医学教育。对现职的乡村医生应采取多种办法,补充医学基础知识,提高素质。各级政府必须十分重视乡村医生队伍的稳定和提高,要采取切实措施合理解

决其报酬。有条件的地区可在乡村医生和农村集体所有制医疗卫生机构职工中,本着国家、集体、个人三方担负的原则,逐步建立退休保险制度,以解决他们退休后的“老有所养”问题。

四、稳步推行合作医疗保健制度,为实现“人人享有卫生保健”提供社会保障。合作医疗保健制度系指在集体经济支持下,以农民互助合作为基础,按照自愿、受益和适度的原则,筹集医疗预防保健费用的多种形式的医疗保健制度。50年代在我国农村就已兴起的合作医疗保健制度,是农民群众在防治疾病方面发扬互助合作精神的体现,应当继续提倡,正确指导,改革完善,稳步推行。各地要在总结历史经验的基础上,根据本地区的实际情况,因地制宜地建立符合群众利益的合作医疗保健制度,并加强科学管理,严格财会制度和经费核算。禁止任何部门和单位挪用农民的合作医疗预防保健费用。

五、加强领导,促进农村卫生事业与经济、社会同步发展。

(一)加强农村卫生事业建设和推行初级卫生保健,是各级政府的职责。地方各级政府要把它当成一件大事来抓,主要领导同志要亲自负责,发动有关部门积极参与,分工协作,密切配合,广泛动员社会各方面的力量共同做好这项工作。

(二)认真落实和完善有关政策,鼓励和支持农村卫生事业的发展。几年来,许多地方发动和引导农村集体经济组织、国家企事业单位和广大农民群众共同关心和支持农村卫生机构建设;有计划有重点地加强中心卫生院建设;对不合理的医疗收费价格及不合理的医用水、电、煤价格(低限额供给,超额按议价供应),进行了合理调整;在村集体提留的公益金内安排一定的医疗保健费用;注意发展和壮大集体经济,解决部分合作医疗保健费用开支,逐步减轻农民的直接负担。实践证明,这些政策有利于农村卫生事业的发展,应继续贯彻执行,并不断完善,真正做到从政策上有所倾斜。

(三)地方各级政府和有关部门要逐步增加对农村卫生事业的投入,争取在5到10年内,使农村医疗卫生机构的工作用房和设备条件有所改善。各地在安排卫生事业基建投资和经费时,都应体现“把医疗卫生工作的重点放到农村”的精神,尽快缩小并逐步改变城乡医疗事业投入相差悬殊的现状。



对于贫困地区的卫生事业建设,尤应予以必要的扶植。

以上意见如无不妥,请批转各地遵照执行。

# 我国初级卫生保健的 重点在农村 难点也在农村\*

1990年7月24日

今天,我能有机会来参加广东省政府召开的广东省初级卫生保健委员会全体委员扩大会议,感到十分高兴。

参加这次会议,对我来说是个极为难得的学习机会。我们早就听说,广东省政府一向十分重视卫生工作,十分重视初级卫生保健,特别是去年以来,省政府批准成立了广东省初级卫生保健委员会,组织和制定了《广东省农村2000年人人享有卫生保健发展规划》。全省有30个县市进行了初级卫生保健的试点,做了大量的工作。最近,省政府正式发布了《广东省农村2000年人人享有卫生保健发展规划》,要求全省各地,认真组织实施。现在又决定召开这样一个会议,专门研究和部署如何实施全省的规划,抓好造福人民的初级卫生保健工作,把它作为贯彻十三届五中全会、六中全会精神,加强农村建设,密切联系群众,关心群众疾苦的一件大事,一件实事来抓。看到这种情况,我很受感动,很受鼓舞,并且深信,通过这次会议,必将对广东省的初级卫生保健事业,起到巨大的推动作用,对全国的初级卫生保健事业,也将会产生积极的影响。

下面我讲3点意见:

## 一、广东省的农村卫生事业建设和初级卫生保健起步较早,在全国有一定的影响

据我所知,党的十一届三中全会以来,广东省一直在抓紧进行农村卫生

---

\* 这是在广东省初级卫生保健委员会全体委员扩大会议上的讲话。

和初级卫生保健方面的工作。我们卫生部还先后几次在广东省开过农村卫生和初级卫生保健方面的会议,总结和推广广东的经验。例如,1980年初的全国农村卫生事业重点县建设经验交流会,也就是三分之一县卫生事业建设经验交流会,就是在广东召开的;1985年我们还在从化召开过全国初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县主任会议,这次会议也有世界卫生组织的重要官员参加。现在我们又高兴地看到,广东的初级卫生保健工作在过去的基礎上,近二年来发展很快,取得了新的更大的进展,形势喜人。最突出的,一是政府重视,切实加强了领导。在省政府的带动下,各级政府都把初级卫生保健纳入了议事日程,纳入了当地的社会经济发展规划,作为政府的职责,进行目标管理,并且把它作为考核政绩的一项重要指标,实行奖优罚劣。不仅政府的主要领导亲自组织,真正负起责任,而且充分发动政府各个部门,社会各个系统积极参与,积极承担部门的责任,明确分工,密切协作,动员全社会的力量,齐抓共管。这次会议召集这么多各级政府的领导、部门的领导,共议如何积极推进广东初级卫生保健的大计,这本身就说明,在广东,初级卫生保健已经成为各级政府的职责,成为各个部门义不容辞的责任。二是有了一个全省统一的规划。这个规划,最近已由省政府正式发布,从而使全省的初级卫生保健有了一个统一的奋斗目标。这个规划目标是全面的,积极的,也是实实在在的。14项指标集中了初级卫生保健的基本内容,主要的问题都包括了。而且这些指标都是从实际出发的,都是经过努力可以办到的,没有什么高指标,很多都是属于基础性的工作。当然要全面达到这些指标,也不是一件容易的事。但是,尽管有难度,广东的同志们敢于抓难点,攻难点,这说明广东在实施初级卫生保健方面决心很大,魄力也很大。“打基础,攻难点”,确实抓住了关键。因为只有打好了基础,才能更扎实、更有成效的工作;只有突破难点,才能更好地前进。三是为了推进初级卫生保健,在省政府的领导下,广东省卫生厅和全省各级卫生行政部门做了大量的卓有成效的工作,指导思想明确,工作扎扎实实,注意抓宣传,抓调查研究,抓试点,抓基层建设和指导性的工作,各项工作确实搞得比较好。黄光华厅长报告中提到,今年五月,经过试点,对各个试点县的中期评价,已经有七个县基本达标,作到了“后来居上”这一点确实很不容易。如果不是扎扎实实地做工作,是绝对办不

到的。

## 二、推行初级卫生保健的关键在于领导， 领导的关键在于确立大卫生观

这就是要正确地解决对卫生工作在社会、经济发展中的地位和作用的认识问题。

大家知道，近几年来到处都谈论大卫生观，到处都在宣传大卫生观，这是一件好事。但是似乎给人们造成了这样一种印象，好像这个大卫生观，是一个新的理论，新的概念，是外国人的发明。对这样一种看法，我认为不符合实际。所谓大卫生观，我个人的理解就是卫生工作的社会发展观，卫生工作的社会系统工程观，要从宏观的、社会的、人类文明和生存发展的高度，来看待卫生工作，就是要把卫生工作看作是全社会的事业，全民的事业，看作是社会的系统工程，而不能就卫生论卫生，不能把卫生工作看作是单纯的业务工作，看作是仅仅是卫生部门的事。在这方面，我认为还是毛主席他老人家最高明，站得最高，看得最远。如果讲大卫生观的创始人，我认为就是我们的伟大导师毛主席，他最早、最全面地提出了大卫生观，而且对此作了十分精辟的论述。

例如，毛主席一向把卫生工作看作是关系着全国人民生老病死的大事，是一个大的政治问题，看作是移风易俗，改造国家，改造世界的一件大事，看作是党的工作、群众自己的事业。他还亲自发动和倡导了群众性的爱国卫生运动。把卫生工作提高到移风易俗，改造国家，改造世界的高度，提高到爱国的高度，过去还从来没有听说过，无论是在中国，在外国都是前无古人的。

再如，也正是毛主席对卫生工作与经济和社会发展的关系，也作过一系列极为重要的指示。早在革命战争年代，毛主席就把卫生工作看作是建设苏区，取得革命胜利的重要保障。在全国解放以后，毛主席更十分重视在发展经济的同时，发展卫生事业。1950年，毛主席对全国卫生工作会议的题词：“为开展伟大的人民卫生工作而奋斗”，在卫生工作面前放了一个“伟大的”这

么一个词,这就说明毛主席把卫生工作看到是十分重要。后来毛主席在 50 年代亲自倡导除四害,讲卫生,消灭主要疾病,在他亲自起草的全国农业发展纲要当中,卫生也占有应有的位置。他还亲自批转了全国农村卫生稷山现场会的报告。这次会议的核心,就是强调要提高对卫生工作在社会和经济发展中的地位的认识,解决卫生和生产、生活的关系问题。

毛主席还亲自起草了著名的《中共中央关于卫生工作的指示》,在这个指示当中,他深刻地阐述了“卫生工作之所以重要,是因为有利于生产,有利于工作,有利于学习,有利于改造我国人民的低弱的体质,使身体健康,环境清洁,与生产大跃进、文化和技术大革命,相互结合起来”。这就说明毛主席对卫生工作的地位和作用,看得非常重要,想的也是非常全面的。

第三,毛主席最早把卫生工作看作是政府的职责,党的职责。早在井冈山斗争的时候,毛主席就指出,搞好医疗卫生,解决群众的防病治病的问题,是每个乡苏维埃的责任。在抗日战争时期,毛主席在《论联合府》这篇文章里也对此作过重要阐述。全国解放以后,他曾经起草和批转过很多重要的文件,也多次讲过这方面的思想。例如在 1960 年的“三一八”指示中,头一句话就是:“卫生工作,这两年有些放松了”。“中央现在提醒同志们要重视这个问题”、“现在,还有很多人不懂这个移风易俗,改造世界的意义。因此必须大张旗鼓,大做宣传,使得家喻户晓,人人动作起来。”等等。

与此同时,毛主席还强调指出,各级政府,各级党委都要把卫生工作列入自己的重要日程,每年“要为卫生工作开会四次”,“年年如此”。这就说明毛主席确实把卫生工作一向看作是党的职责,政府的职责,看作是全社会的大事,看作是振兴中华民族,造福子孙后代的一件大事。

第四,毛主席还亲自批准了卫生工作的四大方针,这就是“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”。而且亲自倡导了“要把医疗卫生工作的重点放到农村去”这样一个指导方针,还亲自审定了例如消灭血吸虫病等危害人民最严重疾病的规划等等。总之,毛主席对卫生工作有过一系列的重要指示,这些指示并没有过时,在今天仍有重大的现实意义。我个人认为,我们应当把毛主席对卫生工作的一系列重要指示,当作是毛泽东思想伟大宝库中的重要组成部分,认真学习,认真宣传,认真地贯彻执行。

但是,我们也不得不承认,近几年来在这一方面的宣传确实很不够,毛主席对卫生工作的一系列重要指示,有很多搞卫生工作的同志,包括新上来的一些领导同志至今不很熟悉,甚至还不太了解。因此,我认为,在今天重新宣传、学习毛主席对卫生工作的重要指示,很有必要,非常重要。这样做将有助于解决对卫生工作的认识问题,有助于树立大卫生观,有助于改善和提高卫生工作的地位,也有助于推进初级卫生保健事业。

### 三、我国初级卫生保健工作的重点 在农村,难点也在农村

本来,我国的农村卫生工作和农村的初级卫生保健是很有特色的,成绩很大。建国以来,我们在农村卫生和初级卫生保健方面,取得了举世瞩目的成绩,主要的成绩有以下三点:

一是逐步改变了缺医少药的落后状况,建立了遍布城乡的医疗卫生网。

二是逐步改变了疾病猖獗流行的状况,居民的环境卫生、饮水卫生、营养卫生状况,有了较大的改善,许多危害人民严重的传染病、地方病和营养不良性疾病,得到了有效的控制。

三是显著地提高了我国人民的健康水平,人口的死亡率和婴儿死亡率大幅度降低,人均寿命大幅度提高。

尤其难能可贵的是,这些成绩的取得,是在人口多,底子薄,收入水平低的情况下取得的。我们认为这是我国社会主义制度优越性的重要体现。中国的这些成绩,确实受到了全世界的关注,也得到了世界卫生组织的充分肯定。

但是,我们也不得不承认,前几年,对农村卫生工作指导上,确实有失误,至少是工作指导不力。造成农村卫生工作问题成堆,在一部分地区,农村卫生事业不是发展了,前进了,而是削弱了,倒退了;城乡医疗卫生方面的差别在某些地区不是在缩小,而是在扩大。这种情况不能不引起我们高度的重视。应该说,我国在农村卫生和初级卫生保健方面,有很多经验教训,值得我

们认真地总结,特别是对近几年来在工作指导上的一些经验教训,更值得我们进行反思。我觉得下列几点值得总结:

1.一个时期以来没有始终一贯地坚持把医疗卫生工作的重点放到农村去的指导方针。城乡兼顾,实际上是重点放到城市,政策向城市倾斜,人力、物力、财力向城市集中,所以就造成农村事业萎缩,造成城乡差别越来越大。

2.十一届三中全会以来,卫生部曾经提出进行“三分之一县的卫生事业建设”的规划设想,其目的是有计划、有重点,分期分批地加强农村卫生事业建设,改善农村的医疗卫生条件,更好地为农民服务。这个规划设想一度作为全国卫生工作的战略目标普遍推行,但是没过多久就遭到了夭折,三分之一县卫生事业建设的要求也没人再提了。

3.在改革中,有人把农村三级医疗卫生网当作过时的、阻碍农村卫生事业发展的旧体制,加以批判和改革,特别是对村级卫生组织,不准提集体办医,不准支持集体举办的卫生所,提倡所谓“卫生专业户”,造成大批的村级卫生组织纷纷解体,农村的三级医疗卫生网的彻底破坏。农村基层卫生组织究竟是提倡集体办为主,还是提倡卫生专业户,提倡赤脚医生个体开业?一直争论了多年,直到今年的卫生厅局长会议,才算统一了认识,当然,这是一大进步。

4.农村合作医疗是不是文化大革命中“左”的产物,应不应该彻底予以否定,也一直争论了多年。合作医疗之所以纷纷解体,由过去的90%下降到不到6%,有它的客观原因,也有它的主观原因。从客观原因来讲,农村的体制改革对我们的集资医疗有一定的影响,但是主观原因在某些方面还起决定性作用。因在相当一个时期,我们有些同志对合作医疗,持完全否定态度,不但不支持,而且当作极左的东西加以批判。我们认为,在这方面的政策导向极为重要,正像有的地方农民所说的:“上边不喊了,中间不管了,下面就散了”。近二年来,通过学习党的十三届四中全会、五中全会、六中全会精神,才逐渐统一了认识,并且把推行集资医疗保健制度,列入了2000年人人享有卫生保健的规划目标。

5.前几年,大力宣扬和推行“吃饭靠自己,建设靠国家”的口号,也对农村卫生事业的发展 and 建设,带来了不利的影响。这个口号尽管不切实际,但是

在当时只能拥护,不能怀疑。否则就是对改革,对总书记的态度问题。

总之,对卫生部门来讲,这些年对农村卫生工作的指导,确有不少经验教训值得总结,进行反思。当然,前些年由于种种原因造成了一些地区农村卫生事业的滑坡和倒退,这是就全国情况而言的,就农村基层的情况而言的。也有一部分地区的农村卫生事业不存在滑坡和倒退的问题,而是大大发展了,提高了,例如广东的珠江三角洲,还有苏南、胶东、辽南等地。但在全国来说,有几个地方能赶上珠江三角洲!

现在看来,农村卫生工作到了非抓不可的时候了。从卫生部来讲,在十三届五中全会以后,为了贯彻党的五中全会、六中全会精神,又把农村卫生工作提到了重要的日程,我们已就农村卫生改革和建设的问题联合国家计委、国家教委、农业部、人事部等5个部委,共同向国务院写了专门的报告,最近已经送到了国务院。而且为了研究农村卫生方面的问题,部领导还将亲自带队,深入农村,还深入到一些老、少、边、穷的省份,进行调查研究。过去那种忽视农村的倾向,已经开始纠正。但是要真正把农村卫生工作搞上去,使农村医疗卫生工作的面貌有一个较大的改善,还需要做大量的艰苦的工作,还要进行长期的、坚持不懈的努力。当然,农村卫生工作也要抓重点,抓主要环节。我认为,现在我们抓初级卫生保健,就是抓住了重点,抓住了主要环节。因为初级卫生保健是一项综合性系统性的工程,抓住了这个主要环节就能带动农村卫生工作的方方面面,就能从根本上改善农村卫生状况,提高农民的健康水平。



# 扎扎实实地做好初级 卫生保健试点工作

——在全国初级卫生保健合作中心

试点县工作会议上的总结讲话

1990年8月28日

历时4天的全国初级卫生保健合作中心、试点县工作会议今天就要结束了。这次会议的主要目的是对全国初级卫生保健试点工作进行中期评价和经验交流,并根据总体评价结果和前一阶段的实践经验,进行继续推进试点工作的对策研究。全国各地对这次会议都极为重视,30个省、自治区、直辖市都派代表参加了会议。

这次会议得到了世界卫生组织西太区办事处的支持和帮助。世界卫生组织官员罗比博士和顾问勃特兰博士、徐丽娜女士专程来华参加会议,并给大会作了学术报告,受到了与会代表的高度评价。对世界卫生组织给予中国农村初级卫生保健事业的一贯支持与帮助,中国卫生部和中国同行感激之情的最好的表达方式是以艰苦的努力,不遗余力的工作,推进中国农村卫生事业的发展,支持世界卫生组织关于“2000年人人享有卫生保健”目标的实现。

下面,讲六点意见。

## 一、对这次会议的评价

这次会议是我国初级卫生保健规划试点阶段的一次重要会议,是去年天津蓟县会议的继续深入和发展。总的来说,我们认为这次会议开得很必要,很适时,很成功,比较好地达到了预期目的。主要的收获有以下几点:

第一,对初级卫生保健试点工作的中期评价进行了总结和分析,既肯定了成绩,总结了经验,又找出了问题和难点,研究并提出了解决问题的办法和对策。

第二,会议期间,代表们听取了陈敏章部长关于《加强领导,推进初级卫生保健试点工作》的报告。报告全面阐述了初级卫生保健工作的发展形势,总结了执行《关于我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》第一阶段(规划试点阶段)任务以来所取得的成绩,明确地提出了试点阶段后期的工作任务。进一步表明卫生部贯彻党的十三届五中、六中全会精神,加强农村卫生工作,加强预防保健两个战略重点的决心。报告对于推动规划试点各阶段各项工作向纵深发展,完成这一阶段所规定的任务有重要的指导意义。

第三,会议期间,代表们围绕着如何推进初级卫生保健工作进行了广泛的经验交流。会议收到经验交流材料有80余篇,其中常州市政府和华容县政府关于《当好初级卫生保健的组织者和领导者》的经验,金坛、莱州等地全面加强农村三级医疗预防保健网建设的经验,云南玉溪和浙江6个试点县(市)整顿村级卫生组织的经验,湖北枝江抓好基层卫生人员培训的经验,上海郊县、招远、武穴等地坚持发展完善合作医疗保健制度和四川凉山美姑县在贫困的彝族地区重兴合作医疗的经验,以及河南推广“双瓮漏斗式厕所”,掀起“厕所革命”的经验等等,引起了与会同志的高度重视和极大兴趣。

第四,会议期间,代表们还深入到金坛县农村进行现场参观学习,考察了乡、村两级卫生组织和农村改水改厕工作,听取了开展初级卫生保健工作情况介绍,受到了很大启发。代表们认为,金坛县把初级卫生保健落实到基层的经验和做法确实值得学习。

第五,会议期间,还听取了国内外专家们的学术报告,对初级卫生保健的评价分析与质量保证、农村三级医疗预防保健网的体制问题以及农村集资医疗保健制度问题等,从学术上进行分析和研讨,既为会议增加了学术气氛,又使代表们深受启发,受益非浅。

总之,这次会议既是一次工作会议,又是一次经验交流会和现场会,是继天津蓟县会议之后又一次研究和解决实际问题的务实的会议。正像天津蓟

县会议对于在全国范围内推行初级卫生保健起到的积极促进作用那样,通过这次会议也必将推动全国初级卫生保健试点工作进一步向纵深发展,促进规划试点阶段各项任务的落实。

## 二、关于初级卫生保健试点工作的中期评价

今年三、四月间,由卫生部医政司牵头,组织有关司局、专家和卫生行政管理干部,对30个初级卫生保健试点县的工作按照统一的标准和方法进行了中期评价。其结果已由陶意传副司长和杨辉同志向大会作了报告。正如陈部长所说的:“这两个报告在占有了大量翔实资料的基础上,分别在初级卫生保健试点工作的管理和学术技术方面,进行了认真的、科学的总结和论证”,其基本内容和基本观点都是符合实际的,应该予以肯定。尽管这项工作仅仅是对初级卫生保健进行科学管理和质量监控的一种探索和尝试,但是实践已经表明:中国已在初级卫生保健科学评价和质量管理上迈出了可喜的一步,这也是由经验管理向科学管理过渡的一个重要标志。

据世界卫生组织的专家介绍,对初级卫生保健进行全国性的评价,全世界尚无先例,中国是第一家。世界卫生组织顾问勃特兰博士、徐丽娜博士都高度评价了我国的初级卫生保健及其中期评价工作,他们说世界卫生组织认为,“中国是初级卫生保健的模范”,“中国在初级卫生保健质量评价方面也处于领先地位”,“对30个县的初级卫生保健进行评价分析是非常出色的一大成果”。这是对我们的鼓励和鞭策。但是对这次中期评价,我们也必须“一分为二”,只能说是基本上成功,不可估计过高。因为我们是第一次进行这方面的工作,不仅自己缺乏经验,可资借鉴的经验也很少,只能是在实践中摸索,边学边干,边总结经验。现行的一套评价标准和方法也有待改进,力求使之更科学、更完善。例如这次中期评价中提出的“健康行为形成率和居民卫生保健科普知识普及率两指标达标率最高”的结果,同实际情况有差距,其中很可能有水分。

总之,评价工作现在仅仅是开始,以后还要经常不断的进行,并且要经常总结经验。不仅卫生部要定期组织全国性的评价,省、市、自治区也要组织地

区范围的中期评价,县、市也应进行自评。通过评价,加强质量控制和目标管理,以保证初级卫生保健的各项指标真正落到实处。

### 三、关于攻难点的问题

各地普遍反映,在13项指标中,达标比较困难的有3项,即指标2、指标5和指标7。因此有必要在全面推进初级卫生保健的同时,着重地、积极设法攻克这三大难点。这对于全面实现《我国农村“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》具有重大意义。

三大难点也是三大重点。具体的指标值都是经过调查研究反复论证后确定的,都是符合实际、经过努力可以办到的,不存在要求过高、不切实际的问题。

关于指标2规定的卫生事业拨款占县、乡两级财政支出的比例不得少于8%的问题,我们曾多次同国家计委讨论过。计委的同志认为,作为县、乡级财政,8%的比例并不高,因为县、乡财政不同于中央和省级财政,它的主要财力应该用于发展造福于人民的文教卫生事业。事实上,在卫生部和国家计委等五部、委、局联合下发《规划目标》后,全国已有不少县业已达到或者超过8%。以经济最发达的上海来说,越是经济发达、财政支出的基数越大,达到8%的比例就越加困难。但是上海市的6个县都全部达到了这一指标。再如地处贵州贫困山区的黎平县是财政补贴县,卫生事业拨款也已接近8%。最近,广东省省长办公会议讨论决定,在省政府颁发的广东省初级卫生保健实施方案中,已明确规定卫生事业拨款不得少于县、乡财政支出的8%。上海、广东能办到的事情,其他地方按理也应该能够办到。关键在于要争取党政领导的理解和支持。为此,我们要千方百计多做工作,争取地方财政对农村初级卫生保健尽可能地增加投入,以保证“2000年人人享有卫生保健”战斗目标的实现。

关于指标5要求的集资医疗复盖率的问题,虽然难度也比较大,但现在的形势与前几年不同了,大环境也发生了变化,这对于振兴集资医疗保健制度极为有利。前几年对集体办医和合作医疗不但不支持,反而当成“极左”的

东西,大批特批,加速了村级卫生组织和合作医疗的纷纷解体。现在,在中央十三届四中、五中、六中全会后,从上到下逐步统一了认识。越来越多的同志认为,要振兴中国的卫生事业,还得要重申“把医疗卫生工作的重点放到农村”的方针,还得要加强三级医疗卫生网的建设,还得走合作医疗、集体办医之路。最近,已经有几个省的省政府决定要逐步恢复合作医疗制度。李铁映同志在《国内动态清样》上登载的《湖北省决定恢复农村合作医疗制度》一篇报道上批示:“要总结合作医疗的经验”。据山东招远卫生局步广泰同志说,中宣部已组织几大新闻单位去招远考察合作医疗。根据李铁映同志的批示,卫生部也将组织专门调查组去湖北等地调查总结合作医疗的经验。根据上述情况,我以为指标5的达标难度大大减少。因为根据多年的经验,中国的许多事情往往都要靠政府去组织和推动,只要政府重视,又有群众基础,重振合作医疗或其它形式的集资医疗保健制度就不会太难。现在需要注意的是必须扎扎实实地做工作,稳步前进,发展一批,巩固一批,切忌要求过高或过急,一轰而起,或者搞得不好又来一个一轰而散。

关于指标7卫生厕所普及率问题,在这次中期评价达标情况最差,30个县竟然无一达标,充分说明实现这一指标的要求确实难度较大。我们认为造成这一情况的主要原因还是认识问题。因此,必须加强宣传教育,加以引导和示范。河南的经验很有说服力,只要领导重视,大力宣传,通过示范,引导和发动群众自觉地掀起“厕所革命”,这一指标是完全可以实现的。至于这一指标中的具体要求,可以根据实际情况,进行必要的调整,首先要达到“有棚、有盖、有墙、不渗不漏,无蝇无蛆”的要求,在此基础上对无害化处理率的要求,则可因地制宜,逐步达到。至于采用何种方法改厕,也要根据各地的自然、地理、气候条件和卫生工作基础的不同,因地制宜。

#### 四、关于政策倾斜和法律保证

许多同志提出,实现“2000年人人享有卫生保健”是一项复杂的社会系统工程,既需要政府领导,部门协作,社会参与,齐抓共管,更需要有一系列的配套政策保证和法规保证。最近,卫生部等五个部委已就加强农村卫生改革和

建设中的若干政策问题给国务院写了报告,争取国务院能够尽快予以批转。除此之外,我们还准备起草一些有关的法律和法规,目前我们还正在做这方面的努力。

我们高兴地看到,近几年来许多省、自治区、直辖市政府以及市、县政府对农村卫生和初级卫生保健工作越来越引起重视,除加强领导外,还注意实行倾斜政策,并制定了相关的地方性法规。希望今后能进一步加强这方面的工作。作为政府的卫生行政主管部门,我们都必须适时地进行有关实施初级卫生保健政策、法规的研究,争取在完成《规划目标》第一阶段的时候,拿出一批政策、法规研究的成果,为规划与标准的进一步完善和促进全国初级卫生保健的立法创造条件。

## 五、需要注意的几个问题

当前,我国实施初级卫生保健的形势很好,一个政府重视、部门协作、社会支持、群众参与的可喜局面已开始形成。在新形势下,我们卫生行政部门的同志更要兢兢业业,扎扎实实地努力工作,力求避免工作指导上可能出现的偏差和失误。当前尤其要注意以下几点:

第一,不可有急于求成的思想。历史经验证明,急于求成,往往欲速则不达,把好事办糟。我们的规划目标,是2000年的目标。虽然经过努力,有可能提前实现;但对绝大多数县来说,要想在一年、二年、三年全面达标是不可能的。我们必须时刻保持清醒的头脑、科学的态度,来不得半点虚夸或搞形式主义。

第二,不可有畏难情绪。全面达到规划目标的要求绝不是轻而易举的事,但也并非高不可攀。只要我们紧紧依靠党和政府的领导,依靠广大的人民群众,知难而进,锲而不舍,就一定可以克服前进道路上的任何困难,实现既定的目标。

第三,不可搞“一刀切”。坚持因地制宜、分类指导的原则,实事求是,一切从实际出发。在全国范围内关于四类地区四类标准的划分,还难以概括不同地区之间的差别,这就要求我们要学会并善于根据不同地区的具体情况,

创造性地进行工作。

第四,不可“降格以求”。2000年规划目标的13项指标,都是最低限标准。都是要实实在在、不折不扣、认真地完成。如果最低限标准还可以再随意加以降低,这种所谓的“最低限”标准,就将失去意义,做为2000年规划目标,也必将失去其意义。

第五,不可“毕其功于一役”。要发扬连续作战的作风,经常抓,反复抓,坚持不懈。正像社会在不断发展、不断前进一样,我们的初级卫生保健也要不断发展、不断完善、不断提高。即使达到了既定的目标,也要朝着新的目标前进,更上一层楼。

以上“五个不可”,我们应当共同努力,加以防止。

## 六、如何传达贯彻这次会议的精神

建议各省、自治区、直辖市卫生厅(局)回去后,先向厅(局)党组汇报,并进行一次讨论,根据陈敏章部长报告的精神,结合当地实际情况,提出贯彻落实的意见,必要时报告省政府批准执行。至于各合作中心、试点县如何贯彻落实,请各县政府自行讨论决定。希望各地经常同我们保持联系,把贯彻落实的情况及时告诉我们。

# 牙病防治工作的形势和任务\*

——在全国初级口腔卫生保健研讨会上的

总结讲话

1990年10月12日

首先谈谈形势。大家知道,1985年山西运城牙病防治工作会议以来,全国牙病防治工作发展很快,出现了前所未有的崭新的局面,形势很好,形势喜人。主要表现在以下几个方面:

第一,运城会议以来,牙病防治工作已经或者正在被提到卫生工作的重要议事日程,日益引起了各级领导的重视。过去的牙病防治工作,基本上只是由少数的口腔专业人员在搞,势单力薄,成效不大,各级领导还没有把牙病防治当作一件大事纳入议事日程,给予足够的重视。现在,也就是从运城会议以来上述情况逐渐发生了变化。各级领导都正在或者已经把牙病防治工作纳入了议事日程,从中央到地方,从地方的省、地、市一直到县,各级领导都开始重视抓牙防,许多地方都成立了专门的机构,制定了牙病的防治规划,有的还实行目标管理。特别值得提出的是,许多地方的政府把牙病防治工作当作是关心人民疾苦的一件大事、一件实事来抓,不仅加强了领导,而且协调有关部门,从宣传教育、组织发动和经费等方面给予大力的支持,从而使牙病防治工作的局面逐渐被打开,出现了前所未有的好形势。从运城会议以后,先后有黑龙江、浙江、四川、广东等省在政府的关怀下,召开了全省的牙病防治工作会议或现场会,制定了本省的牙病防治规划,有力地推动了牙病防治工作的开展。

---

\* 原载《全国牙病防治工作通讯》第3期。



特别应该值得指出的是,1989年初,全国牙病防治指导组正式成立,这是我国牙病防治史上的一件大事,是卫生部为加强牙病防治工作所采取的一项重大措施。全国牙病防治指导组一经成立,就着手制定规划。开展爱牙日的活动,组织流行病学调查等一系列的工作。实践证明,有没有这样一个全国性的组织情况是大不一样的。在全国牙病防治指导组成立后,由于各级领导的重视,先后有很多省、市、自治区也都成立了牙病防治指导组。根据这次会议得到的信息,全国30个省、市、自治区有20个已经成立了牙病防治指导组,它们是黑龙江、辽宁、吉林、北京、天津、云南、广西、浙江、湖南、湖北、福建、安徽、江西、江苏、贵州、四川、广东、山西、甘肃和河北。全国的14个计划单列市有9个也成立了牙病防治指导组,这9个市是:青岛、哈尔滨、沈阳、成都、大连、宁波、西安、厦门、武汉。也有不少的省、市制定了牙病防治规划。完全可以这样说,目前的全国牙病防治工作已经走上了有组织,有领导、有计划迅速发展的轨道。

第二,广泛开展了口腔健康教育的工作,特别是通过开展全国爱牙日的活动,有效地扩大了社会影响,对于普及口腔卫生知识,增强广大群众的口腔卫生意识,动员群众人人参与口腔卫生保健起了极好的作用。

大家知道,我国的牙病的发病率很高,据流调的数据推算,全国约有七八亿人患有牙病。可是,我们的口腔医师数量又非常之少,仅占人口的1/10万。而且随着社会经济的发展,人民生活水平将日益提高,食品越来越精细,糖的摄入量也会不断增加,牙病的发病率肯定还会上升,龋病将治不胜治。根据我国的情况,解决牙病防治的根本办法是贯彻预防为主方针,而口腔卫生教育在预防牙病上有着特殊的作用。群众只有掌握了口腔卫生保健知识,人人爱护牙齿,人人刷牙,人人都参与口腔卫生保健,就可以有效地预防牙病。有鉴于此,1989年,卫生部、国家教委等9个部委决定,每年的9月20日为全国爱牙日。去年,首届爱牙日在全国广泛地开展。今年的爱牙日活动比去年就更加广泛,更加深入。这两次爱牙日主题都很明确,中心口号鲜明而又突出,宣传的形式也是多种多样。通过开展爱牙日的活动,在社会上引起了强烈的反响,受到了群众的好评。爱牙日的活动,不仅在国内深入人心,深得社会各界广泛支持,而且在国际上也产生了良好的影响,得到了一致的好评。

许多国家多年想做而又一直没有做到的事情,我们国家却在短短的一、二年之内实现了、做到了。很多外国朋友对此惊叹不已,甚至一致评价认为中国了不起。可见,爱牙日活动不仅在国内产生了极好的影响,在世界上,在国际上也产生了很大的影响。

第三,对于如何把牙病防治、特别是初级口腔卫生保健纳入整个的初级卫生保健工作中去,各个地方都做了认真的研究和探索,并且已经初步摸索了一些有益的经验。

例如,许多地方提出,在制定初级卫生保健规划的时候,应该增加上口腔卫生保健的内容,使人人享有口腔卫生保健成为“2000年人人享有卫生保健”的一个重要的组成部分。毫无疑问,这个意见是完全正确的。再比如,在农村的三级医疗卫生网的基础上,建立和健全牙病防治网,实行一网多用,也是一条很重要的、很好的经验。全国有一部分牙病防治的先进县已经做到了在县一级有牙病的防治中心(其中有的是专业防治站,有的是在县医院里面通过加强口腔科,使之发挥这个作用),在乡镇一级,主要是中心乡镇卫生院设置了口腔科,在村一级,对乡村医生也进行了初级口腔卫生保健的培训。由于建立和健全了牙病防治的三级网,大大有利于开展初级口腔卫生保健,有利于解决广大群众“治牙难”、“镶牙难”的问题。再如,有许多地方都从当地的需要和可能出发,从当地实际情况出发,采取多种办法,培训口腔防治人才,特别是中初级人员,他们能够把人才的培训和网点建设结合起来,同开展初级口腔卫生保健结合起来,切实地做到培训一批人才,建立一批网点,开辟一片地区的初级口腔卫生保健工作,边培训、边建点、边工作、边提高。这种方式,实践证明是切实可行、行之有效的。

再如,为了保证人人享有口腔卫生保健目标的实现,武义等地还创造了在中小学和幼儿园的集体儿童中实行牙病统筹保健的经验。我们参观的武义项店乡还在农村居民中实施牙病统筹保健,受到了农民群众的欢迎和好评。这种做法,我们认为是集资医疗保健制度的一种形式,应该予以肯定,并应在有条件的地方,因地制宜地予以推行。

总之,初级口腔卫生保健工作,虽然起步较晚,目前仍在探索之中,但已经出现了很多很好的经验,像这次会议上交流的运城的模式、武义的模式、哲

盟的模式以及黑龙江的模式,这些模式都是从各地的实际情况出发,符合我国国情,并且经过实践证明是切实可行、行之有效的,而且有很多经验还得到了世界卫生组织的肯定。

第四,牙病防治工作的内容和范围也正在逐步地扩大,牙病防治工作的试点也在逐步扩大。

我们搞牙病防治的历史可以说已经几十年了,但是在过去几十年里,我国的牙病防治工作基本上局限在少数城市,而城市基本上局限于少数中小学校。现在的情况发生了根本性的变化,牙病防治工作正在由城市向农村扩展,也正在由内地向边疆扩展。从防治的对象来看,也正在由中小学和幼儿园的集体儿童向整个人群扩展。从牙病防治工作的试点工作来讲,过去的几十年牙病防治工作的试点县了了无几,可是运城会议以后,试点的范围在逐步地扩大,全国各省、市、自治区都有了自己的试点县,而且也都总结了各自的试点经验,一些试点县的经验也正在许多地方逐步地得到推广。

上述情况表明,全国的牙病防治工作的形势确实很好,是前所未有的,也是令人鼓舞的。我们认为之所以能够有这样的成绩和好的形势,首先应该归功于党,归功于政府的正确领导。当然,与有关部门的协作、配合、支持也是分不开的。同时也应该指出,我们之所以能够取得这样的成绩和好的形势,更应该归功于立志献身于牙病防治事业,勇于开拓进取,开创牙病防治新局面的口腔界的专家和广大的医务工作者。没有他们的艰苦奋斗,没有他们的献身精神,就不会有今天牙病防治工作的新局面。所以,在这里我谨代表卫生部和全国牙病防治指导组,并以大会的名义,向战斗在牙防第一线的医务工作者们表示诚挚的敬意和衷心的感谢!

毫无疑问,我们已经取得了很大的成绩,但是,这只不过是一个良好的开端。当前全国牙病防治工作面临的困难仍然很大,问题仍然很多,主要有以下几点:

第一是发展不平衡。牙病防治工作目前还只是在一部分地区得到了比较广泛的开展,还有相当大的一部分地区目前基本上仍属空白,摆在我们面前的牙病防治的任务是十分繁重而又艰巨的。要实现 2000 年人人享有口腔卫生保健的目标,更是一件十分艰巨的事情。

第二是健康教育仍是一个极为薄弱的环节,尤其是在农村,很多地方这项工作基本上还没有开展,过去毛主席讲过这么一句话,严重的问题在于教育农民。这句话,过去是正确的,现在我认为仍然是正确的。从牙病防治工作来讲,农村比城市就更加艰巨。根据一些调查,分析目前我国人群刷牙率,城市大概是80%左右,农村只有20%左右,甚至有的地方还不到20%，“牙病不算病”旧的传统观念,仍然根深蒂固。牙病的就诊率城市大致为15~20%,农村仅仅是5%左右。可见广大群众口腔卫生知识的贫乏相当严重,要改变这种状况,决不是简单的事情,必须做长期的、坚持不懈的努力。

第三是牙病防治机构还很不健全,牙病防治人才还极为缺乏。目前在牙防工作上供求矛盾还十分突出,群众“看牙难”、“镶牙难”的矛盾还是普遍存在。不少地方的农民为治牙要跑几十里路到县医院,许多城市居民看牙病也要半夜去排队、挂号。另一方面,我国的口腔专业人才又大多集中在城市,广大的农民还很少得到口腔卫生保健。因此,需培养大量的中初级人才为广大的农民服务。

第四是仍有一些地方的有关领导同志对牙病的防治工作尚未引起应有的重视。在这些地方,牙病防治工作既提不到议事日程,又得不到必要的支持,致使牙防工作困难重重,举步维艰。

以上这些问题,都是客观存在的,我们应重视。但是也应该指出,这些问题都是前进中的问题,发展中的问题,是经过努力完全可以克服的。对此,我们应该有充分的信心。



下面讲讲第二个问题,今后怎么办?

我们总的想法是,一定要把牙病防治工作纳入整个的初级卫生保健工作之中,使之成为整个初级卫生保健的一个重要的组成部分。成为“2000年人人享有卫生保健”的一个重要的组成部分。我们所说的“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,理所当然也应该包括人人享有口腔卫生保健。根据我们多年的经验,要实现人人享有卫生保健的战略目标,必须有一个具体的奋斗目标,还必须有一个客观的、科学的评价标准。为此,从卫生部来讲,近几

年来一直在致力于初级卫生保健目标和标准的研究,于去年正式制定并发布了《关于我国农村实现 2000 年人人享有卫生保健的规划目标》。同时也发布了与之配套的文件“2000 年人人享有卫生保健”目标的评价标准和初级卫生保健工作管理程序。这几个文件不是以卫生部一个部的名义发布的,而是以 5 个部委的名义正式发布的。除了卫生部之外,还有国家计委、农业部等。5 个部委一致决定,要在全中国农村分地区、分阶段、分层次地全面实施初级卫生保健。这个规划目标和实施办法,既参照了世界卫生组织提出的全球性指标,又充分考虑了我国的国情,从我国农村的实际情况出发,因此很快就得到了中央有关部门的支持和地方政府的认可,也得到了世界卫生组织的赞许和支持。

这个规划目标一共提出了 12 项指标,加上地方病的指标为 13 项,这些指标都是从大的方面,从宏观的角度提出的,并没有把所有的疾病都放进去。因为如果这样做的话,那么我们这个规划目标的制定就会极其繁琐,也很难行得通。尽管这些疾病没有具体地一个一个列入进去,但是许多的指标都和包括牙病防治在内的常见多发病防治有极其密切的关系。比如说这 12 项指标的前几项,如把初级卫生保健纳入政府的目标管理、纳入当地社会经济发展规划、卫生事业支出占当地财政支出的比例以及健康教育、三级网的建设、医疗保险制度的普及等等指标,都是带有根本性的,足以影响整个卫生工作全局的重要指标,都和牙病防治工作有极其密切关系。这是一个方面。另一个方面最近一两年来,我们也一直在研究如何把初级口腔卫生保健纳入到整个初级卫生保健之中的问题,而且已经初步提出了一些办法,我们打算增加两项附加指标,一个叫做刷牙率,还有一个就是口腔卫生知识普及率。争取将这两项附加指标加到初级卫生保健评价标准中去。如果你能够做到,经过评估可以给你加分;如果你做不到,就要减分,通过这样的办法促进初级口腔卫生保健开展与落实。当然,对这个问题,目前还在继续研讨。因为,整个的初级卫生保健现在还是处在试点的阶段,所以究竟如何纳入为好,我们还准备结合试点,进一步地进行研讨,也欢迎到会的同志们对此提出建设性的意见。

总之,我认为,对于把初级口腔卫生保健纳入到整个的初级卫生保健工

作中去,在这个问题上,我们大家的意见是完全一致的。也只有纳入,我们的牙病防治工作才可能会出现新的局面,至于具体如何纳入,还可以进一步研讨,总结经验。

至于今后我们如何进一步搞好牙病防治工作,如何进一步把初级口腔卫生保健工作开展起来,深入一步,我主张要扎扎实实地搞,认认真真的搞,要抓实的东西,多办点实事。下面提出几点具体意见,供大家参考。

### 第一,关于加强领导

加强领导,主要包括两个方面:一个是要积极主动地争取各级党政领导对牙病防治工作的重视、关怀和支持。在这方面,我认为我们应该多做宣传、多造舆论,要把有关的道理向领导同志多汇报,讲清楚,主动争取领导的支持,这就是所谓开发领导层。在这方面,我们不能有任何的消极等待思想,而应该是积极主动,千方百计。也就是说不能消极地等待领导来抓我们,而应该我们主动地去争取领导。第二是各级卫生行政部门要把牙病防治工作纳入到自己的议事日程,来加强对这方面工作的领导。为了落实这一点,我们认为,建立和健全牙病防治指导组至关重要,因为实践证明有没有牙病防治指导组,情况大不一样,有很多同志都这样说,如果没有全国牙病防治指导组的成立,恐怕也就很难想象有今天这样的局面。我们认为,这样的评论是有它一定的道理。因此,希望已经成立牙病防治指导组的地区要进一步地健全、充实、完善,积极开展工作,发挥作用。还没有成立牙病防治指导组的,我们希望应该尽快地成立起来。至于牙防指导组的组织形式可以根据各地的情况,酌情决定。比如说,北京市就是把整个的慢性病,包括肿瘤、心血管、脑血管、牙病防治和防盲,成立了一个统一的慢性病防治领导小组,下面分为若干个指导组,其中牙病是一个。我觉得这种形式也未尝不可。总之,牙病防治的指导组织必须要有,市、县也应该有的。它的成员,最好由有关方面的代表性的人物来组成,既要有专家,也要有卫生行政领导干部,同时像这次会议上同志们所建议的,吸收、邀请教委的有关领导同志参加这样的指导组,还是很有益处的。

### 第二,关于制定规划和扩大试点问题

全国的防治规划,经过几次征求意见,现在准备再进一步地加以修改,争

取年底前后能够下发。各省、市可以参照执行,并且要参照全国的规划,结合当地的实际情况,制定地方上的具体规划。各地在制定规划的时候,要注意不能搞一刀切,不能千篇一律,都是一个指标,一个要求,要区别各地的不同情况,提出不同的要求。比如这次我们制定的全国初级卫生保健规划目标,就分为四种不同的地区,提出了各自不同的指标要求。这四种不同的地区是:贫困地区、温饱地区、宽裕地区、达到小康水平的地区,而且这些要求也不是固定不变的,可以是滚动式的。比如说某某地方现在还是温饱,再过两年以后已经达到宽裕的水平了,那么指标也要相应地提高。

同时,还要注意抓重点人群。所谓重点人群就是指的中小学生和儿童,包括幼儿园的集体儿童,同时对老年人的牙病防治工作也不能忽视,因为我们国家老龄化的进展还是比较快的,老年保健的问题,也亟需提到重要的议事日程。所以,重点人群既应该包括青少年和儿童,也应该包括老人。在制定规划的时候,还要注意研究把哪些指标可以纳入到初级卫生保健规划当中去,例如,像刷牙率的问题,宣传教育覆盖面的问题。这个我们准备在全国的评价标准里把它补充进去。具体到各个地方,你们还应该增加哪些内容,请你们根据各地的情况去研究决定。

在试点当中,各地也可以根据各自的情况抓不同类型的试点。在这方面,我们希望也应该研究和制定一些标准,经过考核、验收,就可以承认它是口腔卫生保健的达标县,或者叫做先进县。我们准备回去建议部里研究,争取在明年,在全国范围内评选一批牙病防治的先进县,准备由全国牙病防治指导组先行研究提出一个草案,经过征求意见之后,由卫生部正式下发。

### 第三,关于人才培训和网点建设

根据这次会议大家讨论的意见,我们认为牙病防治网的建设应该是多种多样,不宜搞一刀切。在农村来讲,建设好县、乡、村三级网至关重要。在县一级,我们认为县医院必须有口腔科,有条件的县可以成立牙病防治所(站);中心乡镇卫生院要积极创造条件设立口腔科(或诊室),而且应该有个规划,争取在五年左右的时间内把它建成。一般的卫生院可以根据自己的条件,承担初级口腔卫生保健的任务,目前还不大可能要求设置口腔科(或诊室)。当然在有条件的地方,如果能设或者设置兼职的人员,也应该予以支持;至于村

一级,对于乡村医生,要经过培训,使他们能够达到会做口腔卫生健康教育的宣传,会进行口腔卫生指导,会识别一些常见的牙病等等。但是这里应该指出,对于初级口腔卫生保健人员,经过培训以后,要经过严格的考试、考核,取得了合格证书以后,才能上岗。对他们要进行必要的质量控制,这也是对人民负责。而且经过短期培训的初级口腔保健人员,每隔一定时期还要进行复训,使他们不断地得到提高。至于乡村医生开展治疗牙病的业务,更要严格控制。现在有些乡村医生乱拔牙情况还是经常见到,必须加强管理。今后,乡村医生治疗牙病的,要经过考核和发证,无证者不准执业。

除了上面谈到的加强农村三级牙病防治网的建设之外,还要有更高层次的牙病防治指导中心,尤其是高等医学院校和省、市级的医院,特别是比较大的口腔医院都应该要求他们建立预防保健科,承担牙病防治的科研和技术指导任务。根据大家的意见,我们准备考虑要把这方面的内容纳入到今后的医院分级管理和评审工作中去。

#### **第四,关于加强学术和信息交流**

我们这次会议本身就是一次很好的学术交流和信息交流,这方面的工作,我们建议要经常进行,要采取多种多样的形式。在这里,我们还要建议各种医学杂志,要给口腔卫生保健以一定的阵地,尤其是口腔医学杂志,更要把初级口腔卫生保健放在应有的地位。

#### **第五,要主动地争取各级政府和有关部门的支持**

大家知道,牙病防治工作是全社会的事、全民的事业,涉及方面很广,必须在各级政府的领导下,各个有关部门通力协作,积极配合。要积极设法把牙病防治工作纳入各级政府的议事日程,纳入各级卫生行政部门的工作日程,纳入初级卫生保健工作之中,纳入城乡三级医疗卫生网的工作之中。要积极争取有关部门、社会各界、广大群众对牙病防治的支持和参与。

一年一度的爱牙日活动,是人民群众进行口腔卫生教育,普及口腔卫生知识,动员群众人人参与口腔初级卫生保健的极好的形式,我们一定要把它坚持下去,而且争取年年都有新的进展。至于经费问题,这次会议上大家提出了很好意见,希望能够通过适当的方式来加以反映,争取能够得到较多的经费的支持。希望省市的同志、各地的同志回去以后,要积极主动地争取各



级领导、各有关部门和社会各界的大力支持,要多渠道、多种形式、多种办法来筹集资金。比如我们这个全国牙病防治督导组,也是没有固定的经费来源的,至今这个问题还没有得到解决。说一句老实话,如果我们若是一味地强调,必须首先得给我解决经费问题和编制问题,那么我相信,恐怕今天就不会有全国牙病防治指导组的诞生。所以在这方面,我们不能等待,而应积极地想办法。比如我们这两年开展全国爱牙日的活动,所需要的经费都是多渠道解决的,包括这次开会的经费,也是多渠道,“几个一点”解决的。所以,我们建议同志们回去以后,还是要多想办法,争取各个有关方面的支持,多渠道、多形式、多种办法来筹集资金。困难肯定是有的,但是事在人为,我们要发扬知难而进,锲而不舍的精神。在这方面我们特别要学习牛东平同志的精神、白成平同志的精神以及何德文同志的那种精神。希望通过这次会议,我们口腔界的专业人员,要振奋精神,有所作为,以新的精神风貌,去开创全国牙病防治工作的新局面。

# 在医疗卫生领域如何对待 市场经济问题\*

1990年12月

近几年来,在医疗卫生改革中,有一种主张,即在商品经济的大环境中,医疗卫生服务领域也必须“引进市场经济的机制”,运用市场机制把医疗卫生工作“搞活”。并且认为,“医疗卫生事业是商品经济的组成部分”,而医疗卫生服务则也是一种“商品”。医务人员与病人之间进行“等价交换”才能体现医务劳动的价值。只有开放医疗市场,鼓励医疗机构之间进行“自由竞争”,才能进一步深化改革。这种主张一度流传甚广,影响甚大。对此,在社会上,在医疗卫生系统内部一直存在着不同看法,目前尚未取得统一认识。我不是经济学家,对经济理论问题知之甚少,仅就实践中接触到的一些感受谈几点个人的意见:

## 一、市场经济对医院工作的干扰不可低估

几年来,在医院工作中出现的一些不可忽视的问题,原因是多方面的。我个人认为,在诸多原因中,市场经济、市场机制对医院工作的干扰不可低估。并不否认,在医院工作中,在不违背全心全意为人民服务根本宗旨的前提下,引进市场经济的某些合理成分是必要的。像成本核算观念、质量观念、效率观念、时间观念、价格不能背离价值的观念,以及在正确方向指引下的公平竞争观念等,不但在经济领域适用,而且也完全适用于医院。结合医院工作实际,引进和树立这些观念,对医院工作有好处,这已为实践所证明。但是

---

\* 载《中华医院管理杂志》1991年第3期。

决不可不顾医疗卫生工作的行业特点,脱离实际地、盲目地照搬市场经济的一套做法,决不可乱提诸如“引进市场经济的机制”、“搞活医疗市场”之类的口号。否则,就难免会出现问题,甚至会发生导向性的错误。

所谓市场经济,就是以私有制为基础,一切经济活动经过市场,由价值规律进行调节的经济。它与社会主义以公有制为基础的有计划的商品经济有着根本的不同。市场经济,说白了就是赚钱,什么产品能赚钱就生产什么,经营什么能赚钱就经营什么,哪里能赚钱就到哪里去干。企业和个人一个个都受金钱的驱使,只为自身的狭隘利益而奋斗,利大大干,利小小干,无利不干。这种盲目的、自发的市场经济,不可避免地会造成无政府状态,使经济秩序和社会生活陷入混乱。因此,在我们这样的社会主义国家,即使在经济领域中,也绝对不能离开国家计划的约束和指导,而片面地强调市场经济。在我们医疗卫生领域,对于市场经济的干扰,就更不能听之任之。

## 二、市场经济对医院工作干扰的主要表现

市场经济对医院工作的干扰,主要是干扰社会主义的办医方向。它集中表现在三个方面:一是干扰和动摇医疗服务事业救死扶伤、全心全意为人民服务的根本宗旨。像前一个时期出现的“一切向钱看”的倾向、忽视预防保健工作的倾向、忽视分级分工医疗和逐级进行业务技术指导而大搞“自由竞争”的倾向以及由此而导致的乱办医、乱涨价、乱收费、乱开药、乱做不必要的检查、甚至把病人当“商品”进行倒卖,实行“等价交换”等等。恐怕都与市场经济的干扰有密切的关系;二是干扰和破坏医疗卫生机构按照区域规划的原则合理布局,造成医疗卫生机构和医务人员越来越向城市和经济发达地区集中,城乡差距、经济发达地区与经济不发达地区的差距进一步扩大,出现严重的医疗卫生资源分配利用的不公,引起广大农民的不满;三是干扰和削弱以公有制为基础的社会主义卫生事业,不利于巩固和加强公有制的主体地位。公有制卫生事业是我国城乡卫生事业的支柱,对公有制卫生事业的任何干扰与削弱,都会对贯彻国家的卫生工作方针、保证经济建设顺利发展,保护人民健康,带来不利的影晌。

显然,以上三个方面都是关系到坚持社会主义办医方向的重大问题。几年来,在这些重大问题上都程度不同地受到了市场经济的干扰,出现了某些混乱现象,现在不得不进行认真地治理整顿。但是,要彻底清除市场经济的影响却不是一件容易的事情。尤其是由于鼓吹市场经济“一切向钱看”而造成的对社会主义精神文明和医德医风的冲击,使不少医务工作者特别是青年受到严重的影响和毒害,这方面的教训更是十分深刻。

### 三、对医疗市场进行干预是当前的国际趋势

在医疗卫生工作领域,“活跃医疗市场”的主张,也来自于“外国经验”的影响。“医疗市场”,实际上是市场经济在医疗服务领域中的反映和运用。全世界大多数国家尤其是资本主义国家都在搞医疗市场。一些西方国家例如美国搞医疗市场是其资本主义的社会制度和高度发达的自由商品经济机制所决定的。他们的医疗市场虽然很活跃,但是全社会却要付出不堪承受的医疗费用不断大幅度上涨的代价,医疗卫生服务的宗旨也因此而受到了严重冲击。对此,连西方一些资本主义国家自己也是很清楚的。所以,从 50 年代以来,许多资本主义国家都不得不对医疗市场经常进行干预和某些调节,使之逐渐有所收敛。以美国为例,为了对付医疗费用的不断上涨,政府采取了诸如:按“疾病诊断相关分类”(DRGs)定额付款制度和“健康维持组织”(MHO)预期付款制度等等措施进行干预,对医疗服务提供、利用和医疗费用的报销都作了种种限制。尽管如此,美国医疗费用不断上涨的势头还在继续发展。全国每年用于医疗卫生的费用支出竟达 4 000 多亿美元之巨,约占国民生产总值的 11%。按人口平均,人均每年 2 000 美元。如此巨额的经费支出,基本上都用在医疗上,而在预防保健上投资甚微,形成了“高投资,低效益”。对这种局面,许多美国人都在抱怨。一些有识之士提出,要设法抑制医药费用上涨,减少医药费用所占比例,用更多的钱去搞预防保健,特别是要大力加强和支持初级卫生保健。这些意见无疑是正确的,但在美国社会,要改变医疗卫生服务的无政府状态,实为一大难题。

我国在解放前实质也是市场经济,在医疗卫生服务方面也是市场机制。

其结果仅有的少数医院和病床都集中在大城市,为少数有钱人服务,广大农村一无医二无药,劳动人民饥寒交迫、贫病交加,生命和健康毫无保障。新中国成立后,情况发生了根本变化。过去那种一无医二无药的悲惨落后局面之所以能够迅速改变,主要是因为在中国共产党的领导下实行社会主义制度。因此,搞“医疗市场”不适合中国国情,不仅与我国的社会制度不符,而且有悖于医疗卫生事业的根本宗旨。医乃仁术,医生和病人之间不存在等价交换的关系。在我国,有许多医疗卫生工作项目做与不做,并非以是否有经济收入、能否赚钱而取舍,而是以人民的利益为前提。预防保健工作对医疗卫生机构来讲并不赚钱,相反还要有大量投入,但它对人民有利,所以不但要积极去做,而且必须认真做好。我们的责任是向人民负责,每句话,每个行动,每项政策,都要适合人民的利益。一切不符合或者损害人民利益的事情都要坚决改正。我们之所以必须要坚持这一条,道理很简单,就是因为我国是社会主义国家,我国的医疗卫生事业是以公有制为主体、以全心全意为人民服务为宗旨的社会主义卫生事业。

总之,我认为,必须坚决排除市场经济对我们医疗卫生服务工作的干扰。对于诸如“搞活医疗市场”和“鼓励自由竞争”之类的口号,还是以不提为好,以免引起思想混乱,干扰社会主义的办医方向。

# 城市医院支援农村医疗卫生事业建设 必须经常化、制度化\*

1991年1月

“全党动员起来,集中力量办好农业”、“各行各业都要支援农业”是党中央的决策。在卫生领域,为贯彻中央的这个决定,就必须把加强农村卫生事业建设,改善农村卫生状况,解决8亿多农民的医疗保健问题,作为我国整个卫生工作的重点。为此,城市医院、高层次的医院必须搞好对基层和农村医疗卫生事业的支援工作。既往的经验说明,作为“响应号召”,城市医院组织一些人下去一段时间,并不难办。而难的是长期坚持,使之成为医院的自觉行动。其原因是在观念上和政策上存在着某些障碍。如果不消除这些障碍,城市医院支援基层和农村卫生事业建设的工作,就有落不到实处的可能。为了使这项工作更好地落实,切实做到经常化、制度化,应从以下几个方面努力:

## 一、更新观念,提高认识,增强对支援 农村医疗卫生事业的自觉性

1983年卫生部曾下发过《关于组织城市医疗卫生机构支援农村卫生事业建设若干问题的意见》,对如何支援农村医疗卫生事业建设提出了不少要求。但是这个文件的精神未能贯彻始终,城市医院支援农村,高层次医院支援基

---

\* 这是为贯彻中央关于“各行各业都要支援农业”的指示,为《健康报》撰写的一篇文章。

层的工作,近年来被大大削弱。主要是由于在“自由化”思潮的影响和商品经济的冲击下,在医疗服务活动中不适当地引入了市场机制的消极因素,滋长了“一切向钱看”的倾向,片面追求经济收入,甚至依靠其设备条件和技术条件的优势,吸引大量病人和诱使农村卫生人才倒流,不利于农村医疗卫生单位的发展和作用的发挥。因此,城市医院要做好支援农村和基层工作,首先必须排除商品经济对医院工作的干扰,端正办医院的指导思想,提高对支援农村和基层重大意义的认识。

要认识到,城市医院支援农村和基层,是所有医院必须承担的职责和应尽的义务,是我国医院工作的优良传统。这是我国的社会主义制度和医院的性质所决定的。在社会主义条件下,我国各级医院之间的关系,是互助合作关系、逐级指导关系,不是自由竞争、互相倾轧的关系。城市指导农村、支援农村,正是社会主义的重要特征之一。像西方国家的那种医院之间自由商品式的竞争,不适合我国国情,决不可盲目提倡和照搬。

要认识到,城市医院支援农村,大医院支援基层,不是权宜之计,而是自本世纪 50 年代以来卫生革命的必然趋势。在当代,评价医院的工作,如果还是仅仅看院内的医疗、科研、教学如何,显然是不够的,而更重要的,还要看它在医院“围墙”之外的社区,即在农村和基层做了些什么。支援农村和基层,已经是落在城市医院肩上的历史性重任。

要认识到,城市医院支援农村和基层,与加强自身建设相辅相成的辩证关系。城市医院、高层次的医院支援农村和基层,扩大医院功能,参与和支持初级卫生保健,是增强基层医疗卫生服务能力,改善大医院超负荷运转,真正解决看病难、住院难问题的根本途径。

## 二、统筹规划,干实事,求实效

为了使城市医院支援农村医疗卫生建设的工作真正落到实处,不走形式,不应付差事,除了对此项工作的重要意义加深认识,并采取实际措施加以落实外,还应在各级政府领导下,协调有关部门,加强宏观管理,进行规划指导,调整政策。

首先,要统筹规划。根据我国的实际情况和“区域卫生规划”的原则,城市医院支援农村,应以省、直辖市、自治区及所辖地市为单位,进行统筹规划。省、直辖市、自治区所在地的城市医院,及其所辖地市的医院,不论是卫生部门的,或是工矿企业的,不论是现代医学的,或是传统医学的,不论是综合医院,或是专科医院,均应一律纳入规划。在自愿和指令相结合的原则下,城市医院对农村和基层医疗机构划片包干,分工负责,建立与完善固定的技术合作和逐级技术指导关系。要避免城市医院盲目跨区、跨省的“满天飞”的合作方式,减少资源的浪费。

其次,要予以政策保证。当前,由于医院经济补偿的正常途径不通顺,筹资政策存在缺陷,城市医院,尤其是大医院处于非常矛盾的状态,大多数医院已经深深感到长期超负荷运转,既不利于其自身功能的发挥、长远建设和科学管理,也不利于卫生人力、物力流向农村和基层。但是,为了维持医院的经济收益,大医院又担心门诊、住院病人分流到农村和基层。这是城市医院的苦衷,也是造成城市医院支援农村易走回头路的一个潜在因素。为了求实效,搞好城市医院支援农村卫生事业建设工作,就必须正视这个问题,认真加以解决。调整政策就是为医院办实事,解除后顾之忧,创造宽松的环境。这项工作仅卫生部门一家难以办成,必须在各级政府领导下,有卫生、物价、财政等部门共同参与,认真分析研究医疗卫生系统的问题和难处,调整不利于城市医院支援农村卫生事业的某些政策,使支援农村工作真正落到实处。

当前,尤其要尽快研究制定一些有效的政策措施,鼓励高、中级医药卫生技术人员由城市向农村流动。例如,有些地方在改革中试行的医学院校毕业生先到农村服务一、二年,然后再行分配的制度,以及城市医院由住院医师晋升主治医师、主治医师晋升副主任医师前,先到县级医院或农村中心卫生院接受一年或几个月的农村医疗卫生工作实际考评的做法,实践证明是可行的,应当认真总结经验,并使之形成制度,长期坚持下去。

### 三、城市支援农村,要实行目标管理

各地卫生行政部门和医院对城市医院支援农村和基层,均应实行目标管



理。各医院按照省、直辖市、自治区卫生行政部门统一规划的要求,确定目标,制定具体规划和实施计划。上级部门要结合实行医院分级管理和各种形式目标责任制管理,对其加强监督、考核和评价,评价结果与医院评审、考核医院领导班子的政绩密切结合。

同时,应建立和完善必要的制度及标准。包括:与被支援单位签订的协议或合同;医务人员到农村或基层服务的制度;技术指导与技术协作制度;双向转诊制度;不同层次医院病种技术标准等等。

#### 四、根据实际需要,明确任务

各地卫生行政部门和城市医院要根据农村和基层的实际需要确定支援农村的任务:

1. 协助基层制订初级卫生保健规划目标及实施方案,为初级卫生保健规划目标的实施、考核、评价提供技术咨询意见。

2. 协助县医院和中心卫生院对农村卫生技术人员进行基本知识、基础理论、基本技能的强化训练,培训业务技术骨干,举办学习班、专题讲座、技术示范、帮助解决技术难题,指导开展新技术、新项目,建立短缺专科,帮助提高业务技术水平。

3. 参与医院管理,建立健全医疗规章制度,提高医疗服务质量和科学管理水平,使医院管理走向制度化、规范化、科学化。

4. 参加门诊、病房的临床医疗工作和预防保健工作,通过实际工作进行传、帮、带。

#### 五、深化城乡医院关系,探索和 建立城市医院支援农村医疗 卫生事业建设的新模式

城市医院派人到农村医院传授知识和技术,对农村医务人员进修学习,

给予一定的方便条件和优惠照顾。这是必要的,也是我国城市医院支援农村的传统做法。今后,还应当继续和发扬这种传统。但是,必须看到这种做法仍有一定的局限性。即这种城乡医疗机构关系较松散,在工作安排上难免会有随意性,并易受客观冲击。根据多年的经验,采取一个大医院同几个小医院挂钩,把小医院的业务技术建设、人才培养和科学管理,完全纳入上级医院的统一规划的做法,切实可行,行之有效。国际上也有一些国家提倡和推行这种做法,受到世界卫生组织的肯定。我国医疗卫生工作条块分割,各自为政的管理体制,对发展这种大、小医院的新型关系很不利。但是,在不改变现行体制和城乡医院隶属关系和人事关系的情况下,如何进一步深化我国城乡医院的关系,是值得探讨的新课题。在这方面,有条件的地方可以搞搞研究、试点,力争有所突破。如果在一个地方,城乡医院的联系能冲破现行管理体制上的障碍,对全国将有很大意义。

## 六、实施医院分级管理,促进城市 医院支援农村的工作

当前,各地正在进行医院分级管理工作。医院分级管理是根据现代科学管理的原理,总结我国城乡三级网建设、文明医院建设的经验,学习借鉴国际上“区域卫生规划”的思想和医院评审的经验,建立的适合我国国情的医院宏观管理体制。实行这种管理体制,有利于促进支农工作和加强基层建设。

按卫生部发布的《医院分级管理办法》规定:医院按其与社区的关系,即按功能、任务的不同分为一、二、三级。各级之间必须建立双向转诊制度,固定的逐级技术指导关系。评审标准要求,各级医院必须支持和参与初级卫生保健,加强与社区的联系。必须在功能上逐步扩大具有医疗、预防、保健和康复四项功能,对社区承担医疗、综合卫生保健服务、培训和卫生行政管理支持的四项任务。同时,还要逐步调整病人流向,以及制定合理的收费标准等等。总的来说,实施医院分级管理对落实城市医院支援农村和基层医疗卫生事业建设有利,是使这项工作逐步走向制度化、常规化、科学化的有效办法,也是

深化城乡医院关系的系统工程和比较全面的方案。因之,应当积极、稳妥,有计划、有步骤的组织实施。

# 区域医疗卫生规划与县医院的任务\*

1991年3月10日

## 一、何谓区域医疗卫生规划

区域医疗卫生规划是世界卫生革命的一个重要发展趋势,也是我国对医疗卫生事业的发展进行宏观调控的战略性措施。

区域医疗卫生规划是在区域发展理论和现代规划管理理论的指导下,运用系统分析的方法,根据本地区的实际情况和对未来前景的预测,而制定的区域医疗卫生发展战略规划,它是区域经济和社会发展规划的重要组成部分。

制定区域医疗卫生规划的基本目的,就是以实现 HFA/2000 为目标,以地区居民为对象,根据地区经济、社会发展和居民的预防医疗保健需求,有计划地进行卫生资源的综合开发和合理利用,使之充分发挥效益。

## 二、区域医疗卫生规划的基本特点及基本内容

### 1. 基本特点:

(1)从实际情况(需要和可能)出发,适应当地经济和社会发展的需要,适应居民的预防医疗保健需求。

(2)体现大卫生观——政府领导,部门协作,社会参与,群众参与,综合治

---

\* 这是在全国县医院院长讲习班上的讲课提纲。

理。

(3)地区医疗卫生服务网络化、系统化,分级分工,相互协作,有序运转,系列服务。

(4)坚持扩大预防,实行预防、医疗、保健、康复综合服务。

(5)讲求适度发展,注重适宜技术(包括人才培养、设备购置、技术发展等)。

(6)讲求成本效益,合理利用资源,低投入,高效益。

(7)与改革医疗保健制度,实施全民健康保险相同步。

(8)地方统一领导,加强行业管理,逐步走向法制化。

## 2. 基本内容:

(1)制定规划的目的和指导思想。

(2)地区现状分析。

(3)合理划分预防医疗保健圈。

(4)合理确定各级医疗机构的功能地位及相互关系。

(5)研究制订改善医疗资源缺乏地区及加强基层医疗机构的特殊政策。

(6)建立完善的急救医疗体制。

(7)建立老人医疗保健服务体制。

(8)建立康复医疗服务体制。

(9)建立牙病防治服务体系。

(10)建立供血服务体制。

(11)提出对危害当地人民最严重疾病的防治对策。

(12)建立地区居民健康管理系统。

(13)建立情报信息管理系统。

## 三、国际社会提倡区域医疗卫生规划的背景

### 1. 适应 HFA/2000 和 PHC。

2. 卫生机构分布的均衡性。
3. 卫生服务的公平性。
4. 卫生资源利用的合理性。
5. 控制医疗费用的高涨。
6. 国家和地方对卫生发展和卫生服务进行干预,以组织化、计划化、法制化代替自由化。

#### 四、我国推行区域医疗卫生 规划的进展情况

1. 建国以来,我国的经济建设和社会发展一直是有计划地进行。卫生发展也被纳入国家的或地方的经济和社会发展规划。但在不同时期,往往受到来自各方面的干扰。

2. 区域医疗卫生规划的基本观点在我国早已确立,并经长期实践、检验,证明是正确的。

(1)大卫生观。

(2)按行政区划建立医疗卫生机构。统一规划,合理布局,形成城乡医疗卫生网。

(3)实行分级分工医疗,即划区医疗的体制。三级医疗卫生网逐级进行业务技术指导的制度。

(4)实行城市支援农村,内地支援边疆,发展地区支援不发达地区,大医院带小医院的制度。

(5)以医院为中心扩大预防。

(6)工矿企业的医疗卫生机构由地方统一领导。

(7)在广大农村推行合作医疗制度和乡村医生制度。

(8)实行医院分级管理。

3. 在世界银行支持下,九江、金华、宝鸡三市进行了区域卫生规划的试点,制定了五年“综合性区域发展规划”,现已开始实施。

4. 目前的发展趋势。

(1) 方向已定, 逐步实施。

(2) 用区域医疗卫生规划的观点和原则指导当前的卫生改革与发展, 加强宏观指导和宏观调控, 正在引起各地的重视。

(3) 在区域卫生规划原则指导下的医院分级管理与医院评审, 正在进行试点, 稳步实施。

(4) 区域医疗卫生发展的重点在农村, 在于搞好农村三级医疗卫生的建设。

(5) 开展区域卫生规划有关的理论和方法研究。

(6) 把区域卫生规划的基本原则纳入国家和地方的有关法规, 实行法制化管理。

## 五、县医院在农村区域卫生 发展中的地位 and 作用

1. 县医院在农村县、乡、村三级医疗卫生网中处于核心地位, 是农村三级医疗网的“中枢”、“龙头”。它是全县的医疗业务技术指导中心, 是农村三级网开展医疗、教学、科研的基地。

2. 县医院的核心地位, 主要是基于:

(1) 地处全县政治、经济、文化中心。

(2) 人才较集中, 实力较强。

(3) 历史上一直处于中心地位。

(4) 以医院为中心, 扩大预防的体制。

(5) 医院分级管理体制中的功能地位。

3. 作为一个县的医疗业务技术指导中心, 不仅能正确地诊治常见病、多发病, 而且应胜任急症抢救和疑难重症的诊治, 做到大伤大病不出县。

4. 县医院的作用不仅在于完成本院院内的医疗、教学、科研任务, 提高业务技术水平和管理水平, 而且还在于指导全县的基层医疗机构的业务技术,

提高全县的医疗业务技术水平和管理水平。必须放眼全县,胸怀全局,指导基层,加强基层。

5.以 PHC 为中心,以实现 HFA/2000 为目标,做好社区的预防、医疗、保健、康复服务,是我国农村卫生工作的发展趋势。县医院的工作也要与这一发展趋势相适应,积极地扩大功能,改变传统的办院模式,走出医院大门,为推进社区 PHC,提高人民的健康水平做出贡献。

## 六、为建设“像样的县医院”而奋斗

1.建设“像样的县医院”是 50 年代后期提出的口号。在今天,建设“像样的县医院”,就是要按二级医院的标准把县医院建设好。不仅要“达标上等”,而且要适应农村特点和农民群众的需求,适应卫生革命和医学模式转变的新的发展趋势,办成深受农民欢迎、热心为农民服务的农村综合医院,办成扩大改革开放的多功能医院。

2.县医院的发展要遵循两条原则:(1)规模要适度;(2)技术要适宜。不盲目扩大规模,不盲目追求“高大精尖”,重在提高医院的综合水平。

3.加强县医院建设,必须始终不渝地抓好两个关键:一要加强领导班子建设,关键是要有一个符合“四化”要求、敢抓敢管,能够团结和带领全体职工开拓前进的好院长;二要大力加强技术队伍建设和专科技术建设,培养又红又专的技术人才,关键是要培养一批技术骨干,特别是各个专业的学科带头人。

4.现阶段县医院业务建设的重点仍在于加强基础建设,提高基础质量。

下列各点是基础建设的重点:

- (1)医德医风。
- (2)基本制度。
- (3)基本设施。
- (4)基本功训练。
- (5)急诊急救。



(6)各种常见病、疑难重症的诊疗技术。

(7)基础护理、专科护理、危重病人护理。

(8)消毒隔离与预防医院感染。

(9)预防保健科的建设和在全院人员中树立大卫生观念、预防为主观念、现代医学模式观念。

(10)质量管理与监督。

5.各级卫生行政部门要为建设“象样的县医院”创造必要的条件。大、中城市的大医院、医学科研机构 and 高等医学院校要为县医院建设提供积极的支援和帮助。

6.争取地方政府和有关部门大力支持县医院的改革和建设,为县医院的发展与提高创造较好的物质条件。

# 积极推广运城等地的 牙病防治工作经验\*

1991年3月25日

要大力宣传和推广运城、武义、哲盟和黑龙江等牙防工作四个模式四个样板的经验。去年在武义会上就谈过这个问题,这次我们全国牙病防治指导组扩大会议,把这四家都请来了,分别做了经验介绍。因此,我们这次会议比起以前任何一次会议更丰富多彩,内容更加充实。我听他们的经验已经不止一次了,但给我的感觉是一次比一次深化,一次比一次受教育。这四个地方的经验确实是十分可贵。这四个地方在我国并不是经济发达的地区,有些地区还是贫穷落后的地区,像哲盟是少数民族地区,我们叫做“老少边穷”。像运城,人均经济收入都在全国平均水平之下。黑龙江在全国来讲也不是经济发达的省。浙江武义县也不是浙江省经济发达的县。他们的基础相当薄弱,相当差。就拿运城来说,七八年前牛东平大夫那里还是个夫妻诊所,牙病防治还是一片空白。而现在,情况发生了根本的变化,取得了举世瞩目的成绩。同样,在哲盟,80年代初期,口腔科人才与人口之比是1:13万,远远地低于全国平均水平。经过短短几年的努力,达到了1:1.1万。这是了不起的。所以说,这四个地区的经验十分可贵。如果说要建设具有中国特色的口腔卫生事业的话,他们给我们做出了榜样。因此,我还有一个想法,能不能把这四个地方的经验系统的总结一下,编成一本书,这对各地学习和推广他们的经验会是很有益的。刚才卞金有同志对四个模式进行了一番总结,他分析得很好,总结得也很好,各有特色,但有一些基本经验还是共同的。我觉得最主要的

---

\* 这是在第三次全国牙病防治指导组扩大会议上讲话的一部分,原载《全国牙病防治工作通讯》第4期。

有：

第一条，他们都是主动地争取各级领导的支持，争取各有关部门的支持。在这几个地方，牙病防治事业已经纳入了政府的议事日程，纳入政府的目标管理，也纳入了当地的社会经济发展规划和卫生保健事业的规划。可以说，这几个地方的牙病防治工作已经成为政府的目标，成为全社会的事业，全民的事业。不是只凭少数几个专业人员，而是动员千军万马，大家来一起积极参与。我觉得这个经验十分可贵，正是由于政府把它列入自己的议事日程，那么有关部门才能更好地配合，很好地协作。如教育、文化、宣传、青年团、妇联等各个有关的方面都参加进来了。从卫生系统内部来讲，也不是哪个部门管就哪个部门孤军奋战，现在情况变了。虽然是医政部门管，但是防疫部门也参与，妇幼卫生部门也参与，卫生宣传教育部门也参与，这样才能有力量。

第二条，他们都切实地把牙病防治纳入到初级卫生保健统一规划之中。在这方面，几个地方都给我们提供了新鲜的经验，不仅在初级卫生保健规划中有口腔卫生保健的内容，有牙病防治的内容，有比较具体的奋斗目标，而且还有一套检查评比的方法。像牡丹江的林口在这方面就做得很好，不仅从规划上纳入，而且从组织上，从领导上，从宣传发动上，从各个方面都纳入了。这样就使我们的口腔卫生保健的实施有了可靠的保障。这个问题，确实是一个很重要的问题。从我们全国牙病防治指导组来讲，一直在研究这个问题，但是黑龙江走在了我们的前头，因为在我们全国牙病防治指导组成立之前，也就是从1988年就开始研究怎样把口腔卫生保健纳入初级卫生保健，而且现在已经摸索了一套经验，说明在这方面我们是有共识的。牙病防治工作孤军奋战，孤立地搞是不行的，要达到更大的效益，实现人人享有口腔卫生保健目标，就必须走这条路。

第三条，他们都把培养口腔专业人才，建设牙病防治网点当做一件大事来抓。这样做确实是抓到了点子上，抓到了关键。因为要搞口腔卫生保健，要搞牙病防治，没有一支队伍是不行的。没有一套布局合理的防治机构和网络也是不行的。当然，这个网络不能是撇开三级医疗卫生网而自成体系，都搞成口腔医院或口腔防治诊所，甚至到村里都建立牙病防治所，这是不可能的。他们的共同经验就是，在三级医疗卫生网的基础上，建立牙病防治网，而

不是另搞一套,就像黑龙江讲的,是母网与子网的关系,一网多用。因为实际上,每一种病都搞一个网是不可能的,只能是一网多用。这里所说的一网多用,就是在我们整个医疗卫生网里面,必须要有口腔科的设施和口腔技术人才,口腔卫生保健工作得有人来做。在这几个地方,可以说已经初步做到了这一点。即:在县一级,都有牙病防治所或者是县医院的口腔科,成为全县的牙病防治工作的指导中心;在乡镇一级,在目前虽然还没有实现乡乡有口腔技术人才,但是在中心乡卫生院都建立了口腔科或者叫五官科;村一级,有的地方对乡村医生进行了短时间的培训,像林口,180多名乡村医生都经过了口腔卫生保健知识培训,虽然培训时间很短,但是教会他们会做牙病的预防,会做口腔健康教育,会识别一些最常见的牙病。我想,乡村医生能做到这“几会”就了不起了,就够了。不一定要求乡村医生都成为口腔科大夫,那是不现实,也是不可能的。当然,像山西运城,在中心村也设立了口腔专业人员。就多数地区来讲,恐怕还难以办到。看来,三级网在这几个地方已经普遍都形成了,有了一定的基础。口腔专业人员初步形成了一支队伍,高中初相结合的,以中初级人员为主。这样,我们的一些牙病防治任务就可以在这些地方得到落实。

第四条,这几个地方都十分重视口腔卫生健康教育。采取多种形式宣传群众,动员群众,积极参与口腔卫生保健。全国“爱牙日”活动,他们这几个地方也都开展得很好。虽然都是农村,首届“爱牙日”时要求先在大中城市进行,但是他们都积极认真地开展。而且不是一天,前前后后搞了一周,甚至更长。采用多种多样的形式,广泛宣传、发动,取得了比较好的效果。当然,这方面的工作还是刚刚开始,需要坚持不懈地反复宣传。这一点不仅我们口腔卫生保健需要这样做,整个的初级卫生保健也需要这样做。对于如何搞好初级卫生保健,世界卫生组织概括了几条,其中有一条是“群众参与”,这也是总结借鉴中国的经验而提出来的。毛主席曾经有句名言,叫做“我们必须告诉群众,自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯做斗争”,用我们现在的的话来说,叫做群众参与,要提高群众自我保健意识。口腔卫生保健是群众自己的事情。但广大群众特别是农民和少年儿童一般都缺乏口腔卫生保健知识,这就需要我们去做宣传教育,普及口腔卫生保健知识。这方面的任务

相当艰巨,我们必须努力做好。

第五条,坚持自力更生,艰苦奋斗。这也是四个地方牙防工作经验的最可贵之处。创业之初,这几个地方的条件都很差,困难重重,但是他们没有“等、靠、要”,没有被困难所吓倒,而是发扬了自力更生、艰苦创业的精神,“有条件要上,没有条件积极地创造条件也要上”。像牛东平同志、何德文同志为了开拓牙防事业,可以说是千方百计,百折不挠,多少年如一日,做了大量的艰苦的工作。古人说“得道多助”,牛东平、何德文他们的这种精神,终于感动了“上帝”,得到了各级领导、各有关部门和广大群众的支持,开创了牙防工作的新局面,可见“事在人为”,“有志者事竟成”。

我认为,以上五条是四个地区牙防工作带有共性的经验,值得全国各地认真学习、借鉴。

# 关于实施医院分级管理与医院 评审委员会的任务

——在卫生部医院评审委员会第一次  
会议上的讲话(摘要)

1991年5月

各位委员,同志们:

刚才,顾英奇副部长宣读了卫生部《关于成立卫生部医院评审委员会的通知》,正式宣告了卫生部医院评审委员会的成立。这是我国医疗卫生战线上的一件大事,也是我国医院发展史上的一件大事,它标志着我国医院工作开始进入一个新的重要阶段,可喜可贺。

下面,我想就医院分级管理与评审委员会的工作,谈几点个人的意见。

第一,关于医院分级管理。

近十年来,卫生部医政司主要抓了两件事。一是积极推进农村卫生和初级卫生保健;二是大力开展文明医院建设和医院分级管理。这两件事都关系到卫生工作的全局,关系到卫生工作的深化改革和长远建设,不但引起了卫生系统的普遍重视,也得到了党委、政府和有关部门的大力支持。这两件事都很曲折。尤其是农村卫生和初级卫生保健,更是走了一条曲折的路,可以说是困难重重,阻力很大。但是我们坚持认为,这件事大方向正确,符合广大人民的利益,因此必须千方百计克服困难,坚定不移地把这项事业推向前进。现在终于打开了局面。中央和国务院明确指示,要把卫生工作的重点放到农村,卫生部等几个部委联合发布的《关于我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》,正在全国各地开始实施,形势发展很好。第二件事,从开展创建文明医院活动到提出医院分级管理,也经历了五六年的探索。现在,

实行医院分级管理可以说方向已定,但工作只是刚刚起步,尚未推开。特别是对于实施医院分级管理的必要性和重大意义的认识问题,还有待于通过实践进一步提高认识。我深信,一旦认识问题得到解决,这项工作也会发展很快,也一定会得到各级党政领导、有关部门和社会各界的理解与支持。

为什么要搞医院分级管理?主要是基于以下两方面的考虑:一是为了深化医院改革,解决宏观管理失控和微观管理失衡的问题;二是为了解决医院建设和医院管理无标准可依的问题。上述两个问题存在已久,改革开放以来尤为突出。所谓宏观管理失控,主要是在改革中城乡三级医疗卫生网和划区分级分工医疗体制受到严重冲击,对社会办医失去控制,对医疗机构的设置和执业管理失去控制,造成医疗秩序混乱,医疗机构布局不合理和医疗资源的浪费;所谓微观管理失衡,主要是在医院管理、发展和建设上都程度不同地存在注重经济收入、忽视医德医风和医疗质量,注重局部利益、忽视全局利益,注重眼前利益、忽视长远利益的倾向,造成了医院管理上的失衡和发展建设上的盲目性。这种“宏观管理失控”和“微观管理失衡”,又都与医院建设和医院管理无标准可依有密切关系。

为了解决上述问题,我们做了长时期的酝酿和探索。1983年,先是在全国范围内推广了辽宁省创建文明医院的经验。这实际上是对医院实行标准化管理和进行院外评价的一种尝试。实践的结果,取得了一定的成效,但也有其不足之处。主要是:宏观调控难以解决;标准不够全面,有局限性;院外评审缺乏组织保证和制度保证,主观随意性在所难免。于是,在1987年,我们在总结我国三级医疗卫生网建设和文明医院建设经验的基础上,借鉴国际上关于制定“区域医疗规划”和建立医院评审制度的经验,提出了搞医院分级管理与医院评审的设想。以便从根本上解决我国的医院管理与发展建设无标准可依的问题。

因此,我们从1987年开始,就把制定医院分级管理辦法和医院分级管理标准作为一项软科学课题,组织有关专家,进行多次论证。1988年上半年完成“中国医院分级管理研究”课题设计,并成立了有11个省市卫生厅局和部分直属院校参加的《医院分级管理标准》起草小组。在深入调查研究,多方征求意见,反复论证的基础上,初步起草了《综合医院分级管理辦法》、《医院基

本标准》、《医院分级分等标准》、《医院检查考核评分标准》、《医院评审申请书》等草案,作为讨论稿发给各省市卫生厅局、部直属单位和有关部委等 100 多个单位征求意见,同时还采用特尔非法征求了 100 多位专家的意见。在此过程中,我们边进行讨论修改,边在北京、辽宁、吉林、河南等地选择一些医院进行试评,并根据试评的情况反复进行修改。然后,又分别在 1989 年 4 月河南洛阳的专题研讨会和 8 月在天津蓟县召开的全国医政工作会议上进行充分讨论和修改,最后又在 10 月提交部长办公会议审议通过,1989 年 11 月由卫生部发布试行。由此可见,卫生部作出实行医院分级管理与评审的决策是非常慎重的,也是科学的。

从卫生部发布医院分级管理办法和标准至今已两年多,各地的试点都证明,办法基本可行,标准也基本可行。办法和标准都是从中国实际情况出发的,内容也比较全面,它既有政治,又有业务;既有物质文明建设,又有精神文明建设;既有宏观,又有微观;既有硬件,又有软件;既有重点,又有一般。而且还特别注重突出重点,把握好正确的导向,避免可能出现的偏差与失误,因此,医院分级管理办法和标准可以说是有一定的独创性、有我们自己的特色的。它与美国、加拿大、澳大利亚等国不同,美、加、澳等国都无宏观调控,无分级管理,也无基本标准与分级分等标准之分。当然,我国的医院分级管理办法及标准,目前还只是一个试行草案,还有许多问题需作进一步研讨和修正,还有待于通过实践进一步完善。但是,从过去无标准可依,各行其是,发展到今天的实行标准化管理,按统一的标准进行医院管理和医院建设,按标准从严治院,这无疑是一大进步,是医院管理体制的一项重大改革,也是建设具有中国特色的社会主义医院的重要而又大胆的尝试。这件事搞好了,不仅利国利民,有利于加强三级医疗卫生网的建设和医院的科学管理,而且可以扩大国际影响,让中国的医院管理在国际上占有一定的位置。

卫生部发布试行的医院分级管理办法及标准,理所当然地应当看作是医院工作必须遵循的基本法规,作为部颁标准,应对医院工作有严格的约束力,绝不是可执行可不执行的问题,即使现在有的地方还缺乏条件,也要积极地创造条件争取早日实施。为了推进医院分级管理的法制化,去年,我们已把医院分级管理和医院评审写进了代国务院起草的《中华人民共和国医疗机构



管理条例(草案)》。草案规定：“国家实行医疗机构评审制度”。设置医疗机构必须按照区域卫生规划,并由卫生行政部门核发《医疗机构设置许可证》;医疗机构开业,必须向卫生行政部门申领《执业许可证》。草案还规定:“县级以上卫生行政主管部门设立医疗机构评审委员会”。“医疗机构评审委员会的评审意见,是卫生行政部门对新建医疗机构核发《设置许可证》的依据;评审委员会的检查结果,是卫生行政部门对医疗机构核准注册的依据;评审委员会的评审结论,是卫生行政部门对医疗机构的工作进行评价的依据”。这个条例草案,卫生部已于1990年底之前,上报国务院法制局,现在正在进行研究和论证。我们相信,一旦得到审议通过,并由国务院颁发实行,必将会大大加快医疗机构管理法制化的进程。必将对推行医院分级管理和医院评审更为有利,更加有了法律保障。

## 第二,关于医院评审委员会的工作。

卫生部医院评审委员会已宣告成立,但现在还只是一个“空架子”,可以说是“一无所有”。一无编制,二无经费,三无办公房屋及设备,委员又分散在全国各地,困难很多很多。要真正地把评审委员会健全起来,还得有个过程。现在的问题是,如何克服困难,积极开展工作,发挥评审委员会的作用。为此,当前要抓好以下几项工作:

(一)制定卫生部医院评审委员会章程,明确评审委员会的性质、任务、组织和管理制度。会前,医政司组织几位同志草拟了一个讨论稿,现已发给大家,请各位委员审议并帮助修改。

关于评审委员会的性质与任务,卫生部卫医发(91)11号《关于成立卫生部医院评审委员会的通知》已有明确规定:“卫生部医院评审委员会是在卫生部直接领导下,从事医院评审的专业性组织。”其主要任务是:

- 1.了解和掌握各地医院分级管理和评审进度,进行信息交流;
- 2.负责评审三级特等医院;
- 3.核查各地评审结果,进行评审质量控制;
- 4.研究和修订综合医院分级管理标准;
- 5.组织和研究、制定专科医院分级管理标准;
- 6.培训医院管理干部;
- 7.开展医院分级管理和评审的宣传工作;
- 8.进行医院分级管理理论性研究和相关对策的研究。

(二)建立健全办事机构。根据卫生部卫医字(89)25号和(91)11号文件

的精神,组建医院评审委员会办公室,负责日常工作,与卫生部医院管理研究所(筹)合署办公。

(三)如何发挥委员的作用。鉴于委员们分散在全国各地,因此必须充分发挥每个委员的主动性,积极参与,就地发挥作用。主要应做好:1.学习、研究标准,正确地掌握和执行标准;2.努力做好宣传工作;3.根据地方卫生行政部门和卫生部医院评审委员会的安排,积极参加医院评审工作;4.对如何改进医院评审工作,修订医院分级管理标准,提出意见和建议;5.遵纪守法,公正廉洁,带头搞好廉政建设。

(四)关于组织区域性交流与协作问题,可根据各地的实际情况和委员们的要求,适当加以组织。

(五)要积极争取各级领导和有关方面对医院分级管理和评审工作的支持。一要主动请示汇报工作,主动争取领导;二要研究并提出支持医院分级管理的配套政策措施,主动争取有关部门的支持;三要设法筹集活动经费,以保证评审委员会的正常开支。

以上几点,只是个人的意见,不妥之处,请同志们批评指正。

## 端正医德医风的座右铭\*

——纪念毛泽东同志“救死扶伤，实行革命的人道主义”题词发表五十周年

1991年7月14日

1941年7月，毛泽东同志在延安为中国医科大学题词：“救死扶伤，实行革命的人道主义。”这个题词连同在此前后发表的《纪念白求恩》、《青年运动的方向》、《在延安文艺座谈会上的讲话》、《为人民服务》等光辉著作，为我国的医疗卫生工作和广大医务工作者指明了正确的方向。它既是我国医疗卫生工作的基本指导方针，也是我们医务工作者必须时刻遵循的基本准则。50年来，在它的教育和鼓舞下，一代又一代的医疗卫生工作者，为保护广大人民的健康，保障革命战争和建设事业的顺利发展，做出了重要的贡献。50年后的今天，我们重温毛泽东同志这一光辉题词，仍然感到十分亲切，深受教诲，并且深信广大医务工作者都会从中受到教育，推动我们端正医德医风，在社会主义现代化建设的新时期，更好地为人民健康服务，为建设有中国特色的社会主义作出新的贡献。

毛泽东同志经常教导我们，“人是要有一点精神的”。对于医务工作者来说，就是要有救死扶伤、实行革命的人道主义即社会主义的人道主义精神，就是要有“毫不利己、专门利人”，“全心全意地为人民服务”的精神。这是社会主义医德的最根本的标志，也是社会主义精神文明建设在医疗卫生战线上的最重要的体现。在我国，衡量医疗卫生工作是否坚持了正确的方向，衡量医务工作者是否具有高尚的医德情操，最根本的标准就是看是否坚持救死扶伤的社会主义人道主义精神，全心全意地为人民服务。如果一个医院不能坚持

---

\* 这是作者为《健康报》写的社论

发扬这种精神,就不能算是一个合格的医院;如果一个医务人员不能坚持发扬这种精神,就不能算是一个合格的医务人员。医疗卫生战线上的各级干部和广大医务工作者,必须时刻牢记毛泽东同志的教导,经常用这个标准来检查自己的一切言行。

新中国成立 40 多年来,我们已经建立了一支人民的卫生技术队伍。从总体来看,这支队伍是好的,是用救死扶伤、实行社会主义的人道主义精神武装起来的。他们热爱党,热爱社会主义,满腔热情地对待自己所从事的事业,全心全意地为人民服务。在我国经济发展水平不高、卫生投入不足的情况下,人民健康水平能够得到显著提高,平均期望寿命能够从解放前的 35 岁左右延长到现在的 69 岁,接近发达国家水平,这一举世瞩目的成就,是同我国广大卫生工作者辛勤工作、无私奉献分不开的。尤其是在发生重大灾害事故、抢救生命、防病救灾的关键时刻,他们表现出很高的觉悟,能够“召之即来,来之能战,战之能胜”,并且确保大灾之后无大疫,为国家、为社会、为人民立下了很大的功劳,受到了人民的尊敬。这是我们的主流,必须予以充分肯定。但是我们也必须指出,近几年来,由于放松了思想政治工作和资产阶级自由化的影响,我们卫生技术队伍中的一部分人确实沾染了资产阶级的腐朽思想和作风。一是服务态度不够端正,有冷、硬、顶、拖、推等现象;二是“以权谋私”、“以医谋私”的倾向有所滋长,少数人向患者索要财物,吃请受礼;三是“一切向钱看”的歪风也传播开来了,有的人甚至见利忘义,唯利是图,把病人当“商品”进行倒卖等。以上 3 种倾向形成当前医疗卫生行业的不正之风。它是与救死扶伤的社会主义人道主义精神完全背道而驰的。这些不良倾向尽管发生在少数人身上,但它的危害极大,既严重地腐蚀我们的队伍,也严重地败坏医疗卫生单位的声誉,损害党与人民群众的血肉联系。因此,我们必须严肃地揭露和批评这些不良倾向,决不可让它自由泛滥。

医疗卫生行业的不正之风,是党风不正和社会风气不正在卫生系统的反映,是社会腐败现象的一种表现。目前,在党的正确路线指引下,各级党委和政府都在大抓端正党风和廉政建设,以促进社会风气的根本好转。与此同时,我们各级卫生行政部门也在大抓精神文明建设和廉政建设,大抓治理整顿和深化改革,纠正行业不正之风,也收到了明显的成效。但是,医疗卫生行

业不正之风的问题,仍是当前群众反映强烈的热点问题之一。要彻底解决这方面的问题,必须下大的决心,狠狠地抓,一天也不能放松。这件事抓好了,就可以有效地抵制资产阶级腐朽思想的侵蚀,促进卫生改革和建设沿着正确的方向健康发展。

要彻底纠正医疗卫生行业的不正之风,必须遵照邓小平同志的指示,“一靠理想,二靠纪律”,“有理想,有纪律,这两件事我们必须时刻牢记在心”。

所谓有理想,就是邓小平同志所指出的:要“有马克思主义信念、共产主义信念”,“一定要树立共产主义的远大理想”。在当前,就是要搞“社会主义的四个现代化”。对于广大医务工作者来说,坚持社会主义和共产主义的理想,就必须落实到发扬救死扶伤的社会主义人道主义的精神,全心全意地为人民服务的实际行动上;必须真正发扬“毫不利己专门利人”的精神。当然,这并不意味着社会可以对卫生工作者正当的物质利益漠不关心。在社会主义中国,知识分子、卫生工作者的物质利益同国家、集体和人民的利益在根本上是一致的,是受到党和政府高度关注的。

所谓有纪律,就是必须遵纪守法。对于医务工作者来说,遵纪守法还应该包括必须严格遵守卫生工作的各项法规和《医德规范》,必须严格执行各项规章制度和技术操作规程。这也就是通常所说的职业纪律。

“救死扶伤,实行革命的人道主义”光辉题词已经发表 50 年了。它是毛泽东同志留给我们的宝贵的精神财富,具有强大的生命力。这一题词,永远是指导我们每个医务工作者行动的座右铭。我们要实践这一光辉题词,自觉抵制不正之风,为保护人民健康,实现社会主义现代化建设第二步战略目标,作出更大的贡献。

# 我国农村初级卫生保健发展历程\*

1992年1月20日

## 一、我国农村初级卫生保健的形成与发展

在我国,开展农村卫生和初级卫生保健,已有几十年的历史。可以说,中国共产党领导全国人民艰苦奋斗,推翻反动统治,建立新中国,建设社会主义的历程,就是不断地与贫穷、疾病、愚昧和不卫生做斗争的历史。

早在新中国成立之前,中国共产党所领导的革命根据地和解放区就十分重视卫生工作,并且把它看作是建设革命根据地、夺取革命胜利的重要保障。当时毛泽东同志所倡导的农村卫生、大众卫生、国民卫生实际上就其目的、内容要求与方法来说,同初级卫生保健基本一致,实际上就是中国农村早期的初级卫生保健。毛泽东同志在江西苏区长岗乡所创造的在乡苏维埃的领导下发动群众,大搞群众卫生运动的经验,应该看作是中国农村开展初级卫生保健最早也是最宝贵的经验。

新中国成立后,随着国民经济的恢复和社会主义建设事业的发展,初级卫生保健事业也得到了发展。党和政府一贯强调在发展经济的同时,发展卫生事业。制定并坚持了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众相结合”的卫生工作方针,把加强农村卫生事业建设,改善农村的卫生状况列为工作重点。不仅在建立健全医疗卫生组织、培训医疗卫生技术人员,解决广大农村缺医少药问题上取得了令人瞩目的成绩,而且坚持发动群众,广

---

\* 原载《中国农村初级卫生保健指导手册》,辽宁科技出版社,1992年。

泛开展爱国卫生运动,移风易俗,改造国家,提高人民健康水平。这些方面的工作,我们已坚持 40 余年,即使在“十年动乱”期间,也未曾放松。

党的十一届三中全会以后,在改革、开放的方针指引下,随着政治、经济、文化、思想、社会等领域的深刻变革,我国的初级卫生保健工作也有了进一步的发展。我国政府承诺了 WHO 提出的“2000 年人人享有卫生保健”全球战略目标,并把它纳入社会、经济发展总体规划中,作为两个文明建设不可缺少的一个重要环节,作为本世纪末实现“小康社会”的重要标志之一。从 1980 年起,在全国范围内分期分批地进行了重点县卫生事业的整顿建设,主要是集中人力、物力、财力加强县级医疗机构和中心卫生院,同时要建立健全村级组织,稳定与提高乡村医生队伍。依靠县、乡、村三级医疗预防保健网,全面加强农村医疗卫生工作,推动初级卫生保健工作的深入发展。

随着改革、开放政策的实施,十年来,我们同世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发计划署、世界银行和国际农村医学会等国际组织,发展了友好合作关系,先后建立了莱州(山东)、从化(广东)、嘉定(上海)、科左中旗(内蒙古)PHC 合作中心、绥化(黑龙江)PHC 情报信息合作中心和金州(辽宁)、都江堰(四川)、武鸣(广西)、蒲城(陕西)、萧山(浙江)、蓟县(天津)农村卫生示范县以及上海县“卫生部初级卫生保健管理干部培训中心”。还建立了 300 个妇幼卫生保健示范县和为数众多的农村改水项目和计划免疫冷链项目。这些合作项目都在不同领域与侧面,推动了我国农村基层卫生事业的发展。除此之外,我们还与 WHO 等国际组织合作在我国召开了一系列 PHC 会议和研讨会。例如:1982 年在山东莱州市召开的有十几个国家卫生部部长、卫生总监和社会部部长参加的“PHC 区间研讨会”;1985 年在广东从化县召开了以“传统医学在 PHC 中的应用”为主题的国际研讨会;1986 年在北京召开的有省、地(市)、县政府领导参加的“实现 2000 年人人享有卫生保健领导干部研讨会”;1987 年在浙江萧山会议上首次提出了《初级卫生保健合作中心、农村卫生示范县的最低限标准及考核评价标准》;1988 年我国与国际农村医学会合作在北京成功地举行了第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术大会;1989 年卫生部在天津蓟县召开的全国首届初级卫生保健工作会议又根据我国实际情况制定了《关于我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”规划

目标》及评价标准和管理程序,并联合国家计委、农业部等有关部委发布试行;1990年江苏常州会议又在总结初级卫生保健试点工作中期评价基础上,提出了进一步加强领导,继续推进PHC试点工作的要求;1990年WHO还在上海召开了区域间PHC质量保障会议;1991年我国再次与国际农村医学会合作在北京召开了第十一届国际农村医学学术大会,吸引了来自全世界五大洲的数百名专家学者,共同就“2000年人人享有卫生保健”的对策进行研讨。这些活动,不仅极大地促进了我国初级卫生保健事业的发展,而且也扩大了我国在国际上的影响。现在,许多国际友人都把中国看作是“初级卫生保健的故乡”。中国推行初级卫生保健的经验受到了国际社会的普遍关注。

## 二、中国初级卫生保健的巨大成就

新中国成立之前,中国是个半封建半殖民地国家,经济十分落后,医药设施极为贫乏,疾病流行非常严重。中国人竟被一些外国人诬为“东亚病夫”。当时,广大农村除了在少数集镇上有散在的开业医生外,基本上是无医无药。全国2000多个县,仅有1400所设备极其简陋的县卫生院,病床只有20000张,只能为少数有钱人服务。广大农民饥寒交迫,贫病交加,生命和健康毫无保障。新中国成立后,在党和政府的领导下,经过40年的努力奋斗,我国在农村卫生和初级卫生保健方面取得了举世公认的巨大成就,过去那种无医无药和疾病猖獗流行的状况已经有了根本的改善。

四十年来的主要成就可归纳为以下三个方面:

(一)依靠国家、集体和农民群众的共同努力,在全国范围内逐步建立起县、乡、村三级医疗预防保健网,培养了一支能够坚持同农民相结合,为农民服务的医疗卫生队伍,逐步改变了拥有八亿多人口的广大农村严重缺医少药的落后状况。

目前,在我国的县一级,设有县医院、中医院、卫生防疫站、妇幼保健站、药品检验所和卫生学校等;在乡(镇)一级,设有防治结合的综合性的卫生院,并对其中一批地点比较适中、交通方便的乡(镇)卫生院,在人员配备、器械装



备、房屋建设和领导管理上予以重点加强,使之成为中心卫生院;在村一级,一般都设有卫生室,配备有二、三名乡村医生和卫生员,有相应的房屋和简单的医疗器材,有 100 余种常用药品,有的还设有妇科检查室和观察床。

上述县、乡、村三级医疗预防保健网,县级医疗卫生机构是全县的业务技术指导中心和培养卫生技术人才的基地,乡卫生院是承上启下的中间枢纽;村卫生室是三级网的基础。由于农村三级医疗预防保健网的建立和发展,我国广大农村已经形成了一个符合统一规划、合理布局原则的不同层次的卫生服务系统和转诊系统,使广大农民一般都能够就近得到方便而又廉价的医疗、预防、保健服务,初步做到了把疾病预防、治疗、控制在基层,遇有比较疑难的病证一般都能在县级医疗卫生机构得到解决。

(二)坚持开展了以除害灭病为中心的群众性爱国卫生运动,农村的环境卫生、饮水卫生、营养卫生状况有了较大改善,逐步改变了疾病猖獗流行的状况,许多危害人民最严重的传染病、地方病和营养不良性疾病得到了有效地控制。

以传染病为例,由于采取了积极的综合性防治措施,在建国后不太长的时期内,我国就相继消灭或基本消灭了古典型霍乱、鼠疫、天花、回归热、斑疹伤寒、黑热病等严重危害人民健康的传染病,其它传染病的发病率和死亡率也都显著下降。全国法定报告传染病率已从六十年代初期的 3200/10 万下降到 1990 年的 292/10 万;死亡率由 20/10 万下降到 1.15/10 万(根据各地调查,传染病发病的漏报率为 10~80%,如以平均漏报率为 50% 估计,则目前传染病实际发病率应当为 500/10 万以上)。

在传染病中下降最明显的是实行计划免疫控制的疾病。由于我国儿童计划免疫四种疫苗接种率已经接近发达国家的水平,白喉发病率已由六十年代初期的 12.7/10 万下降到 0.04/10 万,百日咳由 284.3/10 万下降到 1.76/10 万,脊髓灰质炎由 5.34/10 万下降到 0.4/10 万,麻疹由 842/10 万下降到 7.59/10 万。

(三)由于农村医疗卫生条件的改善和生活水平的提高,使得农村居民的健康状况有了显著改善,人口死亡率尤其是婴儿死亡率持续下降,平均期望寿命显著提高。

全国人口总死亡率已由解放前的 25‰ 下降到 1990 年的 6.28‰。按城乡分,过去农村人口死亡率远比城市要高。如七十年代中期,城市人口死亡率为 5.4‰,农村为 7.9‰;到了八十年代中期,城市人口死亡率 5.8‰,农村 6.7‰。可见农村人口死亡率的下降速度比城市快,城乡人口死亡率的差距正在逐步缩小。

婴儿死亡率和孕产妇死亡率是衡量一个国家和地区社会经济和卫生保健水平的重要指标。建国前,我国农村的婴儿死亡率高达 250‰ 以上,孕产妇死亡率 15‰ 以上,现在婴儿死亡率已降到 35‰ 左右,孕产妇死亡率降低至 9.47/万 左右。目前婴儿死亡率和孕产妇死亡率在不同地区差异很大。一般来讲,农村明显高于城市,经济不发达的农村明显高于经济发达的农村。

全国人口的平均期望寿命,已由建国前的 35 岁(农村更低)提高到 69 岁。但城乡人口的平均期望寿命仍有一定差异。农村不同类型地区的平均期望寿命差异则更为明显。

上述情况表明,40 年来我国在农村卫生和初级卫生保健方面所取得的成绩是令人鼓舞的。尤其是在“一穷二白”、人口多、底子薄的情况下取得如此辉煌的成就,更为难能可贵。这是党和政府正确领导的结果,也是社会主义制度优越性的重要体现。

### 三、我国农村开展初级卫生保健的基本经验

实施初级卫生保健,促进“人人健康”,是当今世界普遍关注的一件大事,也是世界卫生保健的发展趋势。四十年来我国的农村卫生工作不仅适应和反映了这一趋势,而且也为实施和扩大初级卫生保健提供了基本做法和经验。主要有以下几点:

第一,必须正确地解决对卫生保健在社会经济发展中的地位 and 作用的认识问题。卫生保健工作绝不是单纯的业务工作,而是关系到移风易俗、改造世界的一个大的政治问题,是关系到经济振兴、社会进步、国家富强、民族繁

衍的一件大事。因此,必须把它纳入社会经济发展规划,动员全社会的力量大力促进,认真做好。

第二,必须紧紧依靠党和政府的领导,坚持把卫生工作纳入各级政府的重要议事日程,实行目标管理。各级政府都要把发展卫生事业特别是初级卫生保健事业看作是政府的职责,不仅要统筹规划,增加“健康投资”,而且要制定正确的政策,加强指导,保证卫生保健事业随着经济和社会的发展同步增长。

第三,必须坚持多部门协作,在各级政府的领导下,发动各有关部门积极参与,分工负责,相互协调,密切配合,务求使全社会都明白,搞好初级卫生保健不仅是政府的责任、卫生部门的责任,也是各有关部门的责任,全社会的责任。坚持多方集资,广泛动员社会各方面的力量共同做好初级卫生保健工作。

第四,必须紧紧依靠广大人民群众,把政府的决心与群众的力量最紧密地结合起来。要不断地宣传群众、动员群众、发动群众积极参与卫生保健工作,在群众中普及卫生保健知识,增强自我保健意识。广大人民群众都能自觉地积极地起来参与初级卫生保健之日,就是实现“人人享有卫生保健”之时。

第五,必须始终不渝地坚持预防为主方针,实行防重于治、防治结合的原则。预防为主是一种最主动、最经济、最有效地防治疾病、促进健康的手段。各级各类医疗卫生机构和所有的医药卫生人员都必须不断地强化预防为主的观念,积极地扩大预防,做好各项预防、保健、医疗和康复工作。

第六,必须不断地健全县、乡、村三级医疗卫生网,完善农村卫生和初级卫生保健的服务系统和转诊系统,努力改善服务态度,提高服务水平和服务质量,保障农民群众对医疗卫生服务的基本需求,使广大农民人人都能就近得到基本的、有效的、能够负担得起的卫生保健服务。

第七,必须十分重视农村卫生人力的开发,建设一支扎根在农村的全心全意为农民服务的医疗卫生队伍。采取多种办法为农村培养卫生技术人员,特别是要培养和造就一批专业技术骨干,提高专业技术水平。从农民当中选拔和培养起来的乡村医生队伍是我国农村卫生技术队伍的重要组成部分,是

开展初级卫生保健的主力军,必须不断地培养和提高他们,充分发挥他们的作用。

第八,必须重视发展适宜技术,特别要认真继承和发扬祖国医药学遗产,坚持中西医结合,充分发挥传统医药在初级卫生保健中的作用。

第九,必须稳步推行合作医疗保健制度,为实现“人人享有卫生保健”提供社会保障。五十年代在我国农村就已兴起的合作医疗保健制度是农民群众的伟大创举,是广大农民在防治疾病方面发扬互助合作精神的体现。由于种种原因,在农村改革中,不少地区的合作医疗保健制度受到干扰和冲击,当前要在总结经验教训的基础上,因势利导,稳步推行,并加强科学管理,改革完善。

第十,必须大力提倡和组织城市支援农村,内地支援边疆,发达地区支援不发达地区卫生事业建设,使之形成制度,长期坚持下去,这是建立社会主义的城乡关系,加强城乡互相合作,缩小城乡差别,实现“人人享有卫生保健”战略目标的需要,也是当代卫生革命发展的必然趋势。大、中城市的医疗卫生机构尤其是大医院都必须适应这一趋势,积极主动地承担起这一历史重任。

#### 四、新形势下的问题与对策

我们在总结 40 年的巨大成就和丰富经验的同时也必须看到,改革开放以来,随着农村经济的发展和农民生活水平的提高,农民群众对医疗卫生服务的需求不断增长,供需矛盾日趋尖锐,出现了一些新情况、新问题。

一是人口结构发生变化,人口老龄化发展较快。中老年人口的增加和独生子女的增多,都对医疗卫生工作提出了新的更高的要求。据推测;到 2000 年全国人口可达 12.5 亿或者更多一些,60 岁以上的老年人将占人口总数的 10.5%左右,其绝对数可达 1.3 亿人左右。由于人口数量的增加和人口构成的变化,特别是老龄化的发展,由此而引起的医疗卫生服务需求将是十分可观的。

二是疾病流行仍很严重,疾病的发生发展和流行模式也在发生改变。传

染病、地方病虽有所控制或下降,但仍未得到根本解决。某些传染病在局部地区仍时有暴发流行。与此同时,农村居民慢性病患者率正在上升。据抽样调查,农村居民慢性病患者率为 89.7‰,而且正在随着人口老龄化的发展而继续升高。农村人口的死亡原因和构成也发生了变化,因恶性肿瘤、脑血管病、心脏病所造成的死亡,城市占 60%,农村占 43%。

三是农民群众中的卫生习惯还未改变,文明、健康、科学的生活环境和生活方式尚未建立起来。已经倡导多年的改良饮水和卫生厕所的问题尚未很好地解决,又出现了不少新问题。主要是随着农村现代化的发展,乡镇工业的兴起,农村越来越多地使用机动车辆、机械、化肥和杀虫药物,环境污染日趋严重,职业公害和工伤事故不断增多,造成了对农民健康的极大威胁。农民群众对环境保护和劳动保护的要求比过去大大提高了。

四是近年来由于种种原因,放松了对农村卫生事业的领导、管理和支持,农村医疗卫生事业发展比较缓慢,城乡差距进一步拉大。突出表现在国家和集体对农村卫生事业的投入在本来不足的情况下有所减少,人力、物力、财力向城市集中,农村地区尤其是边远地区和少数民族地区卫生资源匮乏,医疗卫生机构房屋破旧,设备简陋,人才短缺,技术骨干外流严重,补充困难,技术水平不高。越来越多的农村居民纷纷绕过基层卫生机构而直接涌向县医院或城市大医院。农村的三级医疗卫生网在相当一部分地区未能得到切实地加强。

针对上述情况,为了适应农村的新形势,迎接新的挑战,解决农村卫生工作中存在的问题,实现世界卫生组织提出的“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标,党中央、国务院相继采取了一系列重要措施。继 1990 年 3 月 15 日卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱卫会联合发布关于《我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》之后,1991 年 1 月 17 日,国务院以国发(1991)4 号文件批转了卫生部等部门《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》;4 月 9 日全国人大通过了我国国民经济和社会发展十年规划和“八五”计划;11 月 29 日,党的十三届八中全会又通过了《中共中央关于进一步加强农业和农村工作的决定》。上述党中央、全国人大、国务院的一系列重要文件,都对加强农村卫生和初级卫生保健提出了明确要

求,为振兴农村卫生事业指明了方向。其国务院(1991)4号文件对此作出了尤为全面系统的阐述,是指导我国农村医疗卫生工作的纲领性文件。国务院(1991)4号文件的基本精神,可概括为以下几点:

1.实事求是地指出了前几年有忽视农村卫生事业建设的倾向,致使一些地区的农村卫生事业非但没有得到发展,反而有所削弱,进一步拉大了城乡差距。

2.重申了“把医疗卫生工作重点放在农村”的指导方针,强调“必须把加强农村卫生事业建设,改善农村卫生状况,解决八亿多农民的基本医疗保健问题,保护农民健康,作为整个卫生工作的重点,努力办好”。强调“应把加强农村医疗卫生工作作为战略重点,提到各级政府的议事日程上来”。

3.明确了“把‘2000年人人享有卫生保健’作为农村卫生工作的奋斗目标”。要求“在今后十年内,分两步实现全国农村‘2000年人人享有卫生保健’的规划目标”。

4.全面肯定了发展农村“三级医疗预防保健网”和“合作医疗保健制度”的经验,强调要从我国的国情出发,统一思想认识,坚定不移地走“建设有中国特色的社会主义农村卫生事业”的道路。

5.强调“各级政府要加强领导”,“增加对农村卫生事业的投入”,“认真落实和完善有关政策”,“促进农村卫生事业与经济和社会的发展同步增长”。“争取在五至十年内使农村医疗卫生机构的工作用房和设备条件有所改善。各地在安排卫生事业基建投资和经费时,都应体现‘把医疗卫生工作的重点放到农村’的精神,尽快缩小并逐步改变城乡医疗事业投入相差悬殊的现状。对于贫困地区的卫生事业建设,尤应予以必要的扶植”。

一年来的实践证明,国务院发出的关于改革和加强农村医疗卫生工作的通知,以及全国人大和党中央在有关的文件中对农村医疗卫生工作的指示精神,影响巨大,意义深远。它是一个“宣言书”,宣告我国农村卫生工作新时期已经到来。它是一个“动员令”,动员全国各地都要积极行动起来,采取各种有效的措施,大力振兴农村卫生事业,推进初级卫生保健,为实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标而努力奋斗。

# 论大卫生观\*

## 一、何谓大卫生观

近 10 多年来,从国际到国内,对卫生工作有一种新的观念、新的提法,叫做“社会大卫生”。我国卫生界的许多专家和领导同志都积极赞同和支持此种提法,并得到了国务院的肯定。1989 年 3 月 17 日国务院《关于加强爱国卫生工作的决定》指出:“必须牢固树立大卫生观念,坚持不懈地抓好群体性、社会性的卫生工作”。国务院《关于加强爱国卫生工作的决定》还强调,要“强化群体和社会各部门的大卫生观念”。

何谓“大卫生观”? 概括地说,所谓大卫生观,就是要站在宏观的、社会发展和人类进步的高度来看待卫生工作,并依靠全社会的力量推进卫生工作,进行综合治理,即卫生工作的社会发展和卫生工作的系统工程观。大卫生观是与过去那种传统的、狭义的对卫生工作的看法相比较而言的。传统的观念往往把卫生工作看作是孤立的工作,单纯的技术性工作,看作是卫生部门自己的事。而大卫生观则把卫生工作看作是全社会的事业、全民的事业,看作是人类生存和发展的基本要素,强调卫生工作的社会性、群体性,强调卫生工作是社会与经济发展的重要组成部分,而且承认卫生工作与社会经济发展之间的相互促进作用。

社会大卫生所包含的内容极为广泛,其基本内容大致可概括为以下四个方面:

(1) 承认卫生工作是社会与经济发展的重要组成部分,坚持把卫生工作纳入社会和经济发展的总体目标,使之与社会和经济的发展同步发展;

---

\* 原载《中华医院管理》杂志 1992 年第 6 期。

(2)承认健康是人类的基本权利,人人都有权享受基本的卫生保健,人人都有义务参与初级卫生保健并为普及初级卫生保健做贡献;

(3)坚持把卫生工作当作国家和社会的职责,纳入政府的目标管理,组织各有关部门、各群众团体、各厂矿企业和全社会努力为之奋斗;

(4)卫生部门要适应新的形势,更新观念,积极地推进医学模式的转变,努力扩大预防,扩大社会化的服务,为增进人民健康多做贡献。

## 二、毛泽东是大卫生观的积极倡导者

有人误以为大卫生观是从国外引进的,是外国人的发明倡导,其实不然。如果讲谁是大卫生观最早、最积极的倡导者,应该说是我们伟大的领袖毛泽东同志。正是毛泽东最早、最全面、最系统地提出了大卫生观,并对此做出了十分精辟的论述。其主要的观点如下:

(一)毛泽东同志一向把卫生工作看作是党的工作、群众的工作,看作是“关系到全国人民生老病死”,关系到“移风易俗,改造国家,改造世界”的一件大事,“是一个大的政治问题”。他还亲自发动和倡导了爱国卫生运动。把卫生工作提高到“移风易俗,改造国家,改造世界”的高度,提高到“爱国”的高度,无论是在中国或外国,恐怕都是前无古人的。

(二)毛泽东同志一向把卫生工作看作是社会经济发展的重要组成部分,看作是革命和建设的重要组成部分。早在革命战争年代,毛泽东同志就把卫生工作看作是建设苏区、巩固革命根据地、取得革命胜利的重要保障。全国解放以后,毛泽东同志更加重视卫生工作在社会经济发展中的地位 and 作用,强调在发展经济的同时,应当积极发展卫生事业,注意保护劳动力,保护人民的健康。他强调指出:“如果只注意前一个方面,忘记或稍加忽略后一方面,那是错误的。”毛泽东同志坚持把除四害、讲卫生、防治和消灭危害人民最严重的疾病作为增强人民体质、保护劳动力、提高劳动效率的重要措施,并且把卫生工作纳入由他亲自起草的《全国农业发展纲要》之中。毛泽东同志认为,“卫生工作之所以重要,是因为它有利于生产,有利于工作,有利于学习,有利



于改造我国人民低弱的体质,使身体健康,环境清洁;与生产大跃进、文化和技术大革命相互结合起来”。

(三)毛泽东同志一向认为,人民群众是历史的创造者,是国家的主人,卫生工作必须全心全意为人民服务。他不仅亲自批准了“面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作同群众运动相结合”的卫生工作四大方针,而且还亲自提出了“要把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针。毛泽东同志认为,农民占中国人口的绝大多数,是卫生工作的主要服务对象,所谓“为绝大多数人服务”,就是要为农民服务。他多次强调要把大量的人力、物力放到农村,解决广大农村缺医少药问题,组织城市医务人员下农村,积极为农村培训卫生人才,建立健全农村基层卫生组织,认真防治农村的常见病、多发病,使广大农民都能得到最基本的卫生保健服务。毛泽东同志的这些指示,还包含着要逐步缩小医疗卫生工作方面的城乡差别、工农差别、干群差别的深远含义,这与世界卫生组织关于“卫生保健是一项基本的人权”、“卫生保健服务要公平”的主张是完全一致的。

(四)毛泽东同志一向认为,讲究卫生的根本精神是为了“使一切人民都能逐渐地脱离开愚昧状态与不卫生的状态”,是为了“减少疾病,提高人民的健康水平”,也是为了“人人振奋,移风易俗,改造国家”。毛泽东同志所说的“提高人民的健康水平”,其含义也相当深远,既包括“应当积极地预防和医治人民的疾病,推广人民的卫生医疗事业”,也包括消除妨碍人民健康的各种障碍,如扫除文盲、消除愚昧、破除迷信、改善居住条件、改造环境、改良营养和饮水等等。这与世界卫生组织提出的对于“健康”含义的最新理解(即健康不仅指不得病或可以享受到医疗服务,还指个人的幸福和使人具有能够适应社会生活和经济生活所需要的健康状况)也是完全一致的。

(五)毛泽东同志一向主张,“我们必须告诉群众,自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争”。办法就是发动群众、依靠群众、配合生产、学习和生活,积极开展全民健康教育和群众性的爱国卫生运动。无论老人、小孩、青年、壮年、教员、学生、男子、女子,都要充分发动起来,积极参与,掌握卫生保健知识,“养成人人讲卫生,家家爱清洁的良好习惯”,“以卫生为光荣,以不卫生为耻辱”。为了增强人民体质,还应大力提倡锻炼身体,“凡能做到

的,都要提倡做体操,打球类、跑跑步、爬山、游水、打太极拳及各种各色的体育活动”。毛泽东同志强调,一定要使更多的人“懂得这个移风易俗,改造世界的意义”,“因此,必须大张旗鼓,大做宣传,使得家喻户晓,人人行动起来”。

(六)毛泽东同志一向十分重视培养“政治坚定,技术优良”的医药卫生干部队伍,发挥专业卫生队伍的作用。他不仅经常勉励医务人员与工农相结合,发扬“救死扶伤,实行革命的人道主义”精神,以白求恩为榜样,全心全意地为人民服务,而且还经常告诫医务人员要相信群众、依靠群众,号召“一切医药卫生人员都要振作起来,与党委、群众组成三结合,显示自己的能力”。为了解决广大农村的缺医少药问题,使广大农民都能尽快得到最基本的卫生保健服务,毛泽东同志还亲自批准在全国农村推行“赤脚医生”制度和“合作医疗保健”制度。这不论在中国,还是在全世界,都是一项前所未有的伟大创举。

(七)毛泽东同志还把中国革命的统一战线的思想应用到卫生工作方面,强调要“团结新老中西各部分医药卫生人员,组成巩固的统一战线,为开展伟大的人民卫生工作而奋斗”。毛泽东同志所说的卫生工作方面的统一战线,不仅包括“团结新老中西各部分医药卫生人员”,而且还包括联合各有关部门和群众团体,广泛动员全社会的力量,积极参与,密切协作,齐抓共管。由毛泽东同志批准成立的爱国卫生运动委员会,有20几个部门的负责人参加,就是在政府领导下协调各有关部门进行密切协作的极好的组织形式。

(八)毛泽东同志一向把卫生工作看作是政府的职责、党的职责。早在革命战争的时期,毛泽东同志就指出,“军政机关对于卫生问题,再不能像从前一样不注意,以后各种会议,应该充分讨论卫生问题”,“发动广大群众的卫生运动,减少疾病以至消灭疾病,是每个乡苏维埃的责任”。“应该把它提到自己的议事日程上,应该讨论,应该决定,应该实行,应该检查”。新中国成立后,毛泽东同志更加强调党和政府必须切实加强对卫生工作的领导。特别是在1960年3月18日发出的《中央关于卫生工作的指示》中,一再提醒各级党委的主要负责同志要重视卫生工作,领导同志要亲自挂帅,切实加强领导。《中央关于卫生工作的指示》还明确要求,各级党委和各有关部门党组,一年内“要为卫生工作开会四次,一季一次,每次三四小时即够,不要过长,以后年

年如此”。在党中央的指示中竟然对各级党委一年要为卫生工作开几次会都做出了如此具体的规定,可见毛泽东同志对卫生工作的重视之甚。

以上八点,只是毛泽东同志对卫生工作一系列指示中与大卫生观有关的部分,并非全部。但仅就这几点就足以说明,毛泽东同志确实非常伟大、英明,站得最高,看得最远,不愧是一个伟大的马克思主义者。毛泽东同志对卫生工作一系列重要指示,也应当看作是毛泽东思想伟大宝库的重要组成部分。

### 三、中国倡导大卫生观的国际影响

中国是倡导大卫生观最早的国家,也是通过实践获得重大成就和丰富经验的国家。对于中国的经验,国际社会给予了高度评价。世界卫生组织助理总干事塔哈达博士说:“我所看到的像中国这样的真正的初级卫生保健不多。中国这套经验非常丰富,对发展中国家非常有参考意义,因为经过多年实践,证明是确实行之有效的办法。”<sup>[1]</sup>国际农村医学会主席约·坦尼教授曾在第十一届国际农村医学学术会议上谈到:“中国在推进社会大卫生、实施初级卫生保健方面做出了突出的成绩,为发展中国家树立了榜样,中国的经验不仅对发展中国家有用,对发达国家也有参考价值。”现在,有不少外国朋友对中国的经验很感兴趣,有的称之为“中国模式”,并撰写文章加以介绍,可见中国的经验在世界上是颇有影响的。

中国倡导大卫生观、推进初级卫生保健在国际上产生的影响,主要有如下两个方面:

第一、对世界卫生组织制定全球卫生战略和政策的影响。据世界卫生组织的官员透露,该组织提出“2000年人人享有卫生保健的战略目标和做出发展初级卫生保健的决策,确实受到了中国经验的启示”。在做出这一决策之前,当时的总干事马勒博士曾来华考察过我国的农村卫生工作,认为“中国应用的一些原则、做法和经验适用于第三世界国家”,因而,提出了初级卫生保健这个新名词、新概念<sup>[1]</sup>。世界银行的专家也认为“确实,1978年关于通过初

级卫生保健战略来实现 2000 年人人享有卫生保健的《阿拉木图宣言》深受中国模式的影响”<sup>[2]</sup>。

第二、对发展中国家的影响。一些研究中国农村卫生问题的国际组织专家认为，“中国在改善卫生保健的做法和带来的成功，中国在改善卫生状况方面的多部门协作以及在卫生部门内部对预防、动员群众和集体出资，对赤脚医生的强调——有力地影响了整个发展中国家卫生专业人员的思想”。这方面的影响是广泛的，也是深远的。对此，近几年来外国朋友议论很多，现摘其要者如下：

(1)中国强调把初级卫生保健作为国民经济和社会发展的重要组成部分，作为政府的职责，社会的职责，组织多部门协作和全社会参与。不仅各级政府都有明确的目标，而且在“各级都建立了非常有效的组织网，它是同各级的政治、行政、经济组织密切联系的”。“它的政治决心及管理能力的中国初级卫生保健之所以成功的关键”<sup>[2]</sup>。因此，正在寻求向中国学习，以求扩大初级卫生保健的其他国家，应该特别注意中国由中央到地方各级发动和领导的经验”<sup>[2]</sup>。

(2)中国领导人所倡导的“群众路线”和“人民战争”在发展初级卫生保健方面得到了充分体现。“1949 年以后不久，就开展了大规模的群众运动来改进环境卫生，消灭四害，开展预防接种，以防治传染病，及控制大规模流行疾病(如疟疾和血吸虫)的媒介，动员群众是这些运动成功的关键”<sup>[2]</sup>。

(3)中国的卫生工作方针是“预防为主”。“和其他大部分国家相比，中国强调预防性服务甚于治疗性服务，但是为了人民的福利及控制传染病，也并不忽视治疗性措施”<sup>[2]</sup>。“中国对预防的关心，也导致寻求一种卫生战略，它所能达到的效益超越了卫生系统本身。特别是改善营养，提供安全的饮水和环境卫生，适当的粪便处理，减低生育率，及广泛教育的进步等等”<sup>[2]</sup>。中国所采取的这种“多面性的战略”，无容置疑是极为成功的。

(4)中国农村的三级卫生保健网是国家卫生体制中不可分割的一部分，是为农村提供卫生保健服务的强有力的组织系统。“这一系统是基于这样一种思想，即在一个国家，如果不可能做到每一个小镇或村庄都有高级医师，那么在大多数的居民团体，甚至在许多贫穷和边远地区步行距离内有一个或更

多的中级卫生人员则是可能做到的”。“中国也已经使人才问题简化了,它避免了建立单独的官僚机构,相反地,只是在已经存在的政治——经济——行政组织机构中增加了卫生保健服务系统”<sup>[2]</sup>。

(5)中国对“赤脚医生”的强调,是“为了向大多数农村居民提供必不可少的最低限度的卫生保健服务”。中国的做法“为发展中国家提供了可贵的经验”,是“解决发展中国家农村缺医少药的重要途径之一”。“许多亚、非、拉国家运用了同样原则,结合自己的国家情况,采取了适当方式方法培训了大批初级卫生工作人员,为促进建立农村初级卫生保健起了重要推动作用”<sup>[1]</sup>。

(6)中国农村实行的“合作医疗制度”,“是发展中国家群体解决卫生经费的唯一范例。尽管每个合作医疗的具体情况在全国有很大差异,但是,总的来讲它是由群众集资采取预付医疗保险金的形式,解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保险制度”<sup>[2]</sup>。“然而,在农村实行生产责任制后,合作医疗制度纷纷瓦解,不少地区甚至彻底垮台。结果使农村大多数人口又失去了从前可以减少病灾的合作保险制度,而要自己承担全部医疗费用”<sup>[2]</sup>。这种情形令人遗憾。

(7)中国发展初级卫生保健在技术上强调“中西结合”、“土洋并举”,也受到了全世界的普遍关注。特别是对传统医学的作用已为举世所公认。其他如本着自力更生的精神,研究使用“土办法”、“土设备”,解决饮水改良和粪便无害化,研制卫生厕所和沼气池等,也得到了许多国际友人赞许。

上述几个方面,基本上都是外国朋友对我国倡导大卫生、推行初级卫生保健工作的议论和评价。这些议论和评价都是实事求是的,是符合我国实际情况的,但基本都是赞扬的话,都是讲的好的一面,这是主要的。也有一些外国朋友在考察了中国的农村卫生和初级卫生保健之后,给我们提出了一些十分中肯的意见,值得引起我们的注意。这些意见,概括起来有以下几点:

(1)中国卫生工作发展极不平衡,城乡之间差别很大。特别是一些贫穷和边远地区,“依然和热带发展中国家状况相似”,“往往连起码的卫生服务都没有”<sup>[2]</sup>。因此,对政府来讲,一个主要的卫生政策问题就是,要资助贫穷地区的卫生保健”<sup>[2]</sup>。“要进一步考虑公正”<sup>[2]</sup>。

(2)慢性病的问题,值得引起重视。“目前,中国的死因结构和发达国家

极其相似——心脏病、肿瘤和中风首当其冲”。“因此,如何制定和实施把预防和低成本的治疗、康复以及健身结合在一起的对付慢性病的战略是至关重要的”<sup>[2]</sup>。“这场卫生革命如能取得成功,即便是部分成功,不仅对中国,而且对期待中国的公共卫生方面起领导作用的国际社会,也都有着很大的价值”<sup>[2]</sup>。

(3)“中国农村卫生保健中特别重要的一个现象是在实行了生产责任制后农村合作医疗制度的衰退”。由此“产生了两大不良后果:第一、没有医疗保险制度,就做不到有难同当,从而不可能再大大增进身心健康。尽管农村合作医疗制度有很多缺憾,但它毕竟能提供一些很重要的基本服务。第二、尽管公共卫生措施是中国获得成功的根本,但看病付钱的办法不可避免地要忽视这些公共预防措施”。因此,如何改革和重建农村的医疗保健制度是一个亟需解决的重大问题<sup>[2]</sup>。

(4)中国目前正在加强中心卫生院的建设,“这也许是提高农村地区获得医疗保健的首选重点”。“给这些中心卫生院配备水平适当的合格的卫生人员,将是一项棘手的问题”,“这需要给医务人员一定的鼓励,包括提供令人满意的设备和工作条件”<sup>[2]</sup>。

(5)中国的卫生工作有不少好的传统和特色,如何把好的传统和特色保留下来,并发扬光大,是一个特别值得注意的问题。“千万不能因为‘现代化’而化没了”。“希望中国在学习外国技术的时候,要学外国好的东西,有用的东西,不要把外国的一些坏东西也学来”<sup>[1]</sup>。

显然,以上这些意见都是十分中肯的、富有建设性的。这些问题都至关重要,也是我们正在研究、设法解决的问题。外国朋友这些建设性的意见,既体现了友好的情谊,也寄予了深切的希望,我们应该继续努力,把工作做得更好。

## 参 考 文 献

[1] 陈文杰,实现“2000年人人享有卫生保健”的基本途径——初级卫

生保健。医院管理[增刊]1982,3:15,10,12。

- [2] 迈向 2000 年的中国经济——世界银行对中国经济考察的背景材料。北京:气象出版社,1984:11,11,16,73,84,15,71,15,72,78,118 ~ 119,22,126,160,18,157,19,23。

# 对合作医疗早期历史情况的回顾\*

1992年3月30日



合作医疗源于何时何地？目前尚缺乏考证，说法不一。一般认为，最早可追溯到抗日战争时期陕甘宁边区。从1942~1945年，在党中央领导下，陕甘宁边区开展了两大运动，一个是整风运动，一个是生产运动。为了战胜敌人，克服困难，毛泽东同志号召“把群众力量组织起来”，“自己动手，丰衣足食”。那么，用什么形式去把群众组织起来呢？毛泽东同志指示：“目前我们在经济上组织群众的最重要形式，就是合作社”。“这是人民群众得到解放的必由之路，由穷苦变富裕的必由之路，也是抗战胜利的必由之路”。当时，在党中央毛主席的倡导下，各种形式的合作社（包括生产合作、消费合作、运输合作，信用合作等）应运而生，医药合作社也是在毛主席《组织起来》的号召下诞生的。

不过实事求是地讲，当时的医药合作社（或称卫生合作社），只是一种民办助的医疗机构，并不是一种医疗保健制度。据史料记载“卫生合作社——1944年因伤寒、回归热等传染病流行，政府应群众要求委托大众合作社（当时商业销售机构）办理，总社设延安。资金由大众合作社和保健药社投资，并吸收团体和私人股金，政府也赠送药材等，是一种城市民办公助的医疗机构，采取‘中西医合作，人兽兼治’。到1946年，卫生合作社达43个（内有两个兽医社）”。

建国伊始，在1950年前后，为了解决广大农村无医无药的问题，东北各

---

\* 原载《中国卫生经济》1992年第6期。



省也曾积极提倡采用合作制和群众集资的办法,举办合作性质的基层卫生组织。据原东北人民政府卫生部统计,1952年东北地区的1290个农村卫生所中,属于合作社管的85个,群众集资举办的225个,二者合计310个,占全区卫生所总数的17.44%。其原热河和松江省的一些农村地区,还发动农民群众以粮食、土豆和鸡蛋等实物入股投资,建立了一批医药合作社。这段历史,我自己亲身经历过,也参与过农村基层卫生组织的组建工作。但是据我所知,这些卫生所和医药合作社,也都是属于具有合作性质的医疗保健机构,而并未实行具有保险性质的医疗保健制度。



那么在我国农村,究竟在什么时候开始出现具有保险性质的合作医疗保健制度的萌芽呢?据我所知,那是在1955年农业合作化高潮的时候。那时,随着农业合作化运动的发展,河北、山西、河南等省农村出现了一批由农业生产合作社举办的保健站,这些农业保健站绝大多数也都是属于由一个或几个农业社集体办站的性质,实行看病收费。最早实行“医社结合”,并采取由社员群众出“保健费”的办法,建立集体保健医疗制度的,是山西省高平县米山乡联合保健站。这个保健站,成立于1955年春。1955年冬,山西省人民委员会(省政府)和卫生部都相继总结并肯定了米山乡的经验,一致指出,“米山乡举办农业社联合保健站的经验,初步实现了走上集体化农民的‘无病早防,有病早治’,省工省钱,方便可靠”的理想,“为农村的预防保健工作建立了可靠的社会主义的组织基础”。

1955年11月,在当时卫生部党组书记、副部长徐运北同志带领下,由卫生部、国务院文教办和山西省卫生厅组成联合调查组,深入到高平县米山乡进行调查研究。当时,我是这个调查组的成员之一。我们一到米山乡,便召开了一系列的调查会,包括农民座谈会、农业社干部座谈会、保健站医务人员座谈会等等,还深入到保健站和部分农民家里进行考察访问。结果证实,对举办保健站并实行社员群众集体保健医疗制度的做法,不论是农民、农村干部或医生,都比较满意。他们的基本做法是:

(一)在乡人民委员会(乡政府)领导下,由农业生产合作社、农民群众和

医生共同集资建站。

(二)在自愿的原则下,每个农民每年缴纳 0.2 元钱的“保健费”,免费享受预防保健服务,患病时免收挂号费、出诊费等劳务费。

(三)保健站坚持预防为主,挂签报病,巡回医疗,送医送药上门。医生分片负责所属村民的卫生预防和医疗工作。

(四)坚持勤俭办站,保健站经常费的来源有三:(1)农民的“保健费”; (2)农业社公益金中提取 15 ~ 20%; (3)医疗业务收入(主要是药费)。

(五)采取记工分与支付现金相结合的办法,合理解决医生的报酬。

上述米山乡的做法,用现在的话来说,叫做“合医合防不合药”式的合作医疗。当时我们曾概括地总结了三大好处:一是多方集资建站,有利于发展农村卫生事业;二是建立集体保健医疗制度,“无病早防,有病早治”,有利于保护农民健康;三是部分地冲破了把医生的经济来源完全依赖于“治病收费”的旧传统,为贯彻预防为主的方针,解决医疗和预防的矛盾创造了有利条件。在卫生部肯定了米山乡的经验后,米山乡的做法在全国部分地区得到了推广。

至于“社办合作医疗制度”这个提法,从现在所能查到的资料看,最早始于河南。据河南省卫生厅 1960 年的一篇报告介绍:“‘社办合作医疗制度’是 1956 年 9 月原王店团结农庄创始的”。1959 年春,我和陈仲武等同志曾去河南农村做调查,根据调查所见,农业合作化时期,河南农村的“合作医疗制度”,也是采取收“保健费”的办法,并由农业社从公益金中适当给予补助,合作的范围也是“合医合防不合药”。因此,它同山西省高平县米山乡的内容和做法并无差别,只是名称提法不同而已。

### 三

到了 1958 年农村实现人民公社化后,由于“左”的影响,“一平二调”,“共产风”盛行起来,许多地方的人民公社实行平均主义的供给制,普遍实行所谓“几包”,诸如“吃饭不要钱”、“看病不要钱”、“上学不要钱”、“小孩子入托不要钱”等等,结果对农村的生产生活造成了极大破坏。“几包”很快便遭夭折。但现在应当强调指出的是:当时农村实行的“看病不要钱”,并不是合作医疗,

而是在急于“向共产主义过渡”错误思想指导下的社办“全民免费医疗”。

1959年11月,卫生部在山西稷山县召开了全国农村卫生工作现场会议。会后,在卫生部党组上报党中央的《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》及其附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》中,对于农村的医疗保健制度提出了如下的意见:

“关于人民公社的医疗制度,目前主要有两种形式:一种是谁看病谁出钱,一种是实行人民公社社员集体保健医疗制度。与会代表一致认为,根据目前的生产发展水平和群众觉悟程度等实际情况,以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜。”“即现在各地所说的‘保健费’的办法或‘合作医疗’”。“其主要特点是:1.社员每年缴纳一定的保健费;2.看病时只交药费或挂号费;3.另由公社、大队的公益金中补助一部分。具体作法可根据当地条件制定。实行这种制度,对于开展卫生预防,保证社员有病能及时治疗和巩固公社的医疗卫生组织,都较为有利”。“另有一些人民公社实行谁看病谁出钱的办法,也不要急于都改变过来”。

1960年2月2日,中共中央以中发(60)70号文件转发了卫生部党组的报告。党中央的批语肯定了“卫生部党组关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议的报告及其附件(关于人民公社卫生工作几个问题的意见)很好”,并要求各地参照执行。事后不久,《健康报》发表了《积极推行集体保健医疗制度》的社论。但由于“大跃进”运动和农村人民公社化运动带来的经济困难,中央决定对国民经济实行“调整、巩固、充实、提高”的方针,农村的医疗卫生工作也随之进行了相应地调整,因而对农村实行集体保健医疗制度也放慢了步子,更加强调从实际出发,实事求是,因地制宜。

1965年6月,毛泽东同志做出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示。卫生部于同年8月组织了三个农村卫生工作队,其中赴湖北农村卫生工作队由贺彪副部长带领,到革命老根据地大别山麻城县蹲点。当时,麻城县是全国仅有的全县坚持合作医疗的一个县。而且,麻城县农村合作医疗,并非只是“合医合防不合药”,而是属于“合医合防又合药”型的,不仅解决小伤小病,也能解决一些大伤大病。卫生部之所以要选择麻城作为全国农村卫生工作的试点县,目的之一就是要在抓建立健全农村三级医疗卫生网,为农村

培养卫生技术人才的同时,研究和探讨如何改革和完善农村医疗保健制度的经验。麻城蹲点一年,卫生工作队做了大量的卓有成效的工作,使麻城全县的农村卫生工作面貌有了明显的改观。在如何对待合作医疗方面,卫生工作队给予了大力支持和具体指导。不仅做了大量的调查研究,总结了经验,而且还帮助麻城县委、县政府制定了《关于加强合作医疗管理若干问题的规定》和《麻城县合作医疗暂行管理办法(试行草案)》,对于巩固和完善农村合作医疗保健制度起到了积极的作用。

#### 四

在我国农村,合作医疗的真正大面积的普及,是在“文化大革命”期间。1966年冬毛泽东同志批示推广湖北长阳县乐园公社办合作医疗经验后,合作医疗被当作“文化大革命”的一个“新生事物”在全国范围内迅速推广。其实,合作医疗早已有之,并不是“文化大革命”的“新生事物”。可是,当时有些人为了给“文化大革命”贴金,竟然篡改历史,歪曲事实。由于把合作医疗当作“新生事物”,强制推行,搞不搞合作医疗是对毛主席的态度问题,是“执行不执行毛主席革命路线”的问题,因此很快就一哄而起,实现了“一片红”。这样做看起来是全面普及了,但却助长了形式主义和浮夸风,许多地区的合作医疗时办时停,很不巩固。但是总的来讲,农村实行合作医疗对保护农民的健康还是起了积极的作用,十年动乱期间,尽管农村经济发展缓慢,农民生活水平很低,但一般尚能得到初级卫生保健服务,也并未造成大的疫病流行,关键就在于社、队两级都建立了卫生保健组织,并普及了合作医疗保健制度。

以上只是对农村合作医疗早期历史情况的回顾,至于近十几年来情况已为大家所共知,这里不再赘述。

#### 参 考 文 献

1. 毛泽东.《组织起来》《毛泽东选集》第三卷。
2. 陈海峰等.《中国卫生保健》北京:人民卫生出版社,1985年。
3. 东北人民政府卫生部统计资料.《东北卫生》第2卷第1期。

4. 卫生部办公厅.《基层卫生组织资料汇编》,1958年。

5. 卫生部医疗预防司等.《农村人民公社社员集体保健医疗制度经验选编》北京:人民卫生出版社,1960年。

6. 中共中央文件.中发(60)70号《中央转发卫生部党组关于农村卫生工作现场会议的报告》1960年2月2日。

# 农村卫生工作面临的问题及对策

1992年5月

80年代以来,我国卫生事业得到了较快发展,成绩卓著。但农村卫生事业的发展却较城市卫生事业的发展缓慢得多。如何加快农村卫生事业建设,努力开创农村卫生工作的新局面,是摆在各级政府和卫生主管部门面前的首要任务。

## 一、当前农村卫生工作的主要矛盾

当前农村卫生工作的主要矛盾是供需矛盾日趋尖锐。

### (一)农民的需求不断增长

1.农村经济的发展和农民生活水平的提高。农民人均收入成倍增长,绝大多数农民温饱问题基本解决。科学文化水平也有较大提高,精神面貌发生了新的变化。健康意识日益增强。

2.农村人口持续增长,人口结构发生变化,中老年人口增加,独生子女增多,人口老龄化发展较快。

3.农村现代化的发展和乡镇工业的兴起,带来了一系列新的问题。如环境污染、职业危害、工伤事故、精神卫生等。

4.疾病谱和死亡谱的改变。控制传染病、地方病的任务仍十分艰巨。农村居民慢性病患率正在上升,慢性病的预防已经成为主要的公共卫生问题。

### (二)农村医疗卫生事业发展缓慢,服务水平低

1.城乡差距极为悬殊。国家和集体对农村卫生事业投入在本来不足的情况下,逐年减少,大部分农村地区的卫生事业远远滞后于经济和社会的发

展。“七五”期间,全国医院病床增加了约40万张,而农村(包括县医院)却减少了近3万张;卫生技术人员总数增加了48万多人,而农村卫生技术人员竟减少了2万多人。

2.农村三级医疗预防保健网受到严重冲击,不少地方农村基层卫生组织和合作医疗保健制度解体,又重新出现了缺医少药的情况。

3.农村医疗卫生机构房屋破旧,设备简陋,技术水平不高,管理不善,经济困难,有相当一部分乡镇卫生院难以维持。

4.农村卫生技术人员缺乏,素质较差,队伍很不稳定。技术骨干外流严重,补充困难。

造成农村卫生事业发展缓慢的原因很多,有客观原因,也有主观原因,有外因,也有内因。我们卫生行政部门,应该着重从工作指导上找原因。主要有二个问题:一是,一个时期以来,未能认真地贯彻中央关于加强农村工作的指示,没有始终一贯地坚持“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针。放松了对农村卫生事业的领导、管理和支持。人力、物力、财力向城市集中。政策向城市倾斜。“城乡兼顾”,实际是重点放在城市,造成城乡差别越来越大。二是,对农村卫生改革在导向上有失误。特别是在如何对待农村三级医疗预防保健网、如何对待村级卫生组织、如何对待合作医疗保健制度等方面,值得认真总结经验教训。

## 二、90年代农村卫生工作的奋斗目标

党的十三届八中全会通过的《中共中央关于进一步加强农业和农村工作的决定》指明了90年代我国农业和农村工作的主要任务和总的奋斗目标。“主要任务是:农业综合生产能力和效益提高到一个新的水平,到本世纪末确保粮食总产量达到5千亿斤,农林牧副渔各业和乡镇企业持续发展,农村国民生产总值再翻一番;农村改革要有一个新的进展,逐步建立和完善适应社会主义有计划商品经济发展的经济体制和运行机制;农村社会面貌要有一个新的变化,形成经济繁荣兴旺、思想健康向上、社会安定团结的局面。总的目

标是：在全面发展农村经济的基础上，使广大农民的生活从温饱达到小康水平，逐步实现物质生活比较丰裕，精神生活比较充实，居住环境改善，健康水平提高，公益事业发展，社会治安良好”。

根据上述农业和农村工作的主要任务和总的奋斗目标，结合我国农村卫生工作的实际情况，90年代农村卫生工作的奋斗目标是：

(一)把“2000年人人享有卫生保健”作为90年代我国农村卫生工作的主要奋斗目标。要求分两步实现卫生部、国家计委、农业部等五部委发布的《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》。即：第一步，1995年要争取有50%的县达标；第二步，到2000年全国所有的县都要达到人人享有卫生保健的最低限标准。

(二)巩固、健全、发展农村三级医疗预防保健网，完善农村卫生服务体系。根据国家计委和卫生部的初步规划，争取1995年前，50%的县级医疗卫生机构得到充实完善；80%的中心乡(镇)卫生院实现房屋、设备、人员、技术、管理五配套；40%的乡(镇)卫生院得到改善提高；村卫生室的复盖率达到90%以上，其中甲级卫生室达到30%以上；农村缺医少药状况得到显著改善。到2000年，全国农村县、乡、村三级医疗卫生机构进一步得到充实提高，基本解决农村缺医少药问题。

(三)充实、提高农村卫生队伍，逐步解决农村卫生技术人员缺乏的问题。到本世纪末达到：县级医疗卫生机构以大学本科和专科为主体，中心乡(镇)卫生院以专科和中专生为主体，乡卫生院以中专生为主体，村卫生室的乡村医生都要达到职业中专的水平。

(四)稳步推行和完善多种形式的农村合作医疗保健制度，为实现“人人享有卫生保健”提供社会保障。农村合作医疗保健制度的覆盖率，1995年前，要有50%的县，达到规划目标所要求的占行政村总数的50%~60%以上；到2000年，全国所有的县都要达到规划目标的要求，做到无病早防、有病早治，农民享受卫生保健的条件改善，健康水平提高。



### 三、振兴农村卫生事业的政策及措施

国务院批转的《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》指出：“必须把加强农村卫生事业建设，改善农村卫生状况，解决 8 亿多农民的基本医疗保健问题，保护农民健康，作为整个卫生工作的重点，努力办好。”“应把加强农村卫生工作做为战略重点”。“从卫生事业发展的长远战略着眼，从当前卫生事业投入严重不足，城乡之间医疗卫生资源分布极不合理的实际情况出发，通过治理整顿和深化改革将农村卫生事业振兴起来”。国务院 4 号文件，不仅正确地分析了农村卫生工作的形势，重申了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针，而且还要求各级政府认真加强领导，采取切实的政策和措施，振兴农村卫生事业，促进农村卫生事业与农村经济和社会的发展同步增长。

(一)进一步明确了“加强农村卫生和初级卫生保健是各级政府的职责”。“各级政府要把它当成一件大事来抓，主要领导同志要亲自负责，发动有关部门积极参与，分工协作，密切配合，广泛动员社会各方面的力量共同做好这方面的工作”。

(二)强调“各级政府和有关部门要逐步增加对农村卫生事业的投入，争取在 5 到 10 年内，使农村医疗卫生机构工作用房和设备条件有所改善。”强调各地在安排卫生事业基建投资和事业经费时，都要把重点放到农村，“尽快缩小并逐步改变城乡医疗事业投入相差悬殊的状况。对于贫困地区的卫生事业建设，尤应予以必要的扶植”。

(三)强调应“发动和引导农村集体经济组织、国家企事业单位和广大农民群众共同关心和支持农村卫生机构建设”，增加“健康投资”。明确指出，可以在农村集体提留的公益金内安排一定的医疗保健费用；“注意发展和壮大集体经济，解决部分合作医疗保健费用开支”；可以在农民群众中“按照自愿、受益和适度的原则，筹集医疗预防保健费用”。

(四)为了解决医疗机构亏本经营的问题，可以“对不合理的医疗收费价格进行合理调整”。为了减轻医疗机构的不合理负担，对于“医用水、电、煤低限额供给，超额按议价供应”的问题，也要进行“合理调整”。

(五)除继续加强县级医疗卫生机构建设外,要“有计划有重点地加强中心卫生院的建设”。“有条件的县,要重点建设好3至5所中心卫生院,使之成为所在区域内实施初级卫生保健的技术指导中心”。

(六)村级卫生组织是农村三级医疗预防保健网的基础,只能加强,不能削弱。“一般由村民委员会举办和管理,也可由乡镇卫生院设点”。

(七)县、乡、村三级医疗卫生机构,“都应实行独立核算、自主经营和目标管理责任制。地方政府和卫生行政部门既要为它们提供必要的条件,又要加强领导和监督,鼓励和帮助他们改善经营管理。但不得干预其经营权,抽调其资金和安插非专业人员或医疗卫生单位不需要的人员”。

(八)对近几年兴起的“个体医生和民办医疗机构,应作为三级医疗预防保健的补充力量,由县、乡、卫生部门加强管理,并规定他们承担一定的初级卫生保健任务,发挥其积极作用,限制其消极作用”。

(九)为了解决农村卫生技术人员缺乏的问题,“高等医学院校要在完成国家指令性计划任务的前提下,建立并完善面向农村(尤其是老、少、边、穷地区)的定向招生、定向培养、定向分配制度。要根据地方实际需要,积极、稳步地发展医学专科教育,尽快满足当前农村医疗卫生机构对高级人才的需求。中等卫生学校要面向农村基层、培养实用型的中等专业技术人才,以充实基层卫生队伍”。

(十)加强县卫校和职工中专的建设。“省、地、县各级政府对确有基础条件的县卫校和职工中专(特别是对50万人口以上的大县),应积极扶植,重点支持,帮助其改善教学条件,提高教学质量,使其成为培训农村卫生人才和乡村医生的基地”。

(十一)要积极培养乡村医生。今后应逐步做到:“村级卫生组织新补充的乡村医生必须经中专或县卫校3年以上的系统医学教育。对现职的乡村医生应采取多种办法,补充医学基础知识,提高素质”。

(十二)为稳定农村卫生技术队伍,除大力加强思想政治工作外,“各省、自治区、直辖市人民政府要制定相应的政策”,帮助他们解决实际困难,包括适当提高农村卫生技术人员的工资待遇、改善居住条件和安排子女就业等,使他们安心农村工作,解除后顾之忧。

(十三)要采取切实措施,合理解决乡村医生的报酬,稳定乡村医生队伍。有条件的地区可在乡村医生和农村集体所有制医疗卫生机构职工中,本着国家、集体、个人三方负担的原则,逐步建立退休保险制度,以解决他们退休后的“老有所养”问题。

(十四)要制定相应的政策措施和管理办法,鼓励卫生技术人员由城市向农村流动。医学院校“要教育学生树立‘与工农相结合,为工农服务’,特别是为农民服务的思想。要把学生到农村实习参加医疗预防工作实践,作为对毕业生考核的一项重要内容”。要积极推行“技术支农”,“试行由住院医师晋升主治医师、主治医师晋升副主任医师前,先到县医院或中心卫生院接受一年或几个月的农村医疗卫生工作实绩考评的做法,并使之成为制度长期坚持下去”。

(十五)必须大力提倡和组织城市支援农村,内地支援边疆,发达地区支援不发达地区的卫生事业建设。“省级和地(市)级医疗卫生机构都必须遵照中央关于城市支援农村的指示精神支援农村卫生事业建设,作出全面规划和具体规定,采取签订合同或协议书的形式,将这种支援与协作关系固定下来”。

#### 四、迎接农村卫生工作的“第二个春天”

进入 90 年代以来,农村卫生战线喜讯频传,形势喜人。

——1990 年 3 月 15 日,卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱卫会联合发布关于《我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》,提出了 13 项指标及分阶段达标的构想,拉开了在全国农村推行初级卫生保健的序幕。

——1990 年 12 月 30 日,党的十三届七中全会通过《中共中央关于制定国民经济和社会发展十年规划和“八五”计划的建议》,其中指出:“卫生工作要贯彻预防为主、依靠科技进步、动员全社会参与、中西医协调发展、为人民健康服务的方针。多渠道增加卫生投入,有计划有重点地改善医疗条件,提高医疗服务质量,整顿医疗秩序。切实加强农村卫生组织建设,巩固和发展

三级医疗卫生网。”

——1991年1月17日国务院以(1991)4号文件发出了《批转卫生部等部门关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示的通知》，要求各省、自治区、直辖市人民政府和国务院各部委、各直属机构“遵照执行”。

——1991年4月9日，七届人大四次会议批准了《中华人民共和国国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要》，其中强调“要把医疗卫生工作的重点放在农村。到1995年，使全国50%的县达到《在我国农村实现‘2000年人人享有初级卫生保健’规划目标》的低限标准”。

——1991年11月9日，杨尚昆主席和李鹏总理给在北京召开的第十一届国际农村医学会议发来贺信。杨尚昆同志指出：“农村医学是造福于人类的伟大事业。它不仅关系到保障农民健康和提高人口素质，也关系到经济的发展和社会的进步，是国民经济和社会发展的重要组成部分”。“2000年人人享有卫生保健”是世界卫生组织提出的全球战略目标。早在1983年中国政府对此已作出承诺，现在正在为实现这一战略目标进行不懈的努力。中国是一个拥有11亿人口的大国，又是一个发展中的国家，我们有责任对世界做出应有的贡献，积极促进‘2000年人人享有卫生保健’在我国的实现”。李鹏总理提出：“最近，我们已把‘2000年人人享有卫生保健’纳入了我国国民经济和社会发展‘八五’计划和十年规划，作为各级政府和全社会的共同目标，努力为之奋斗”。“搞好农村的初级卫生保健，使人民健康达到较好的水平，是我国在本世纪最后十年的重要任务之一。为此，我国政府将进一步组织动员全社会各个部门和所有成员关心、支持和参与初级卫生保健，共同为‘2000年人人享有卫生保健’在我国的实现作出贡献”。

——1991年11月29日，中国共产党第十三届中央委员会第八次全体会议通过了《中共中央关于进一步加强农业和农村工作的决定》，把“健康水平提高，公益事业发展”列入90年代我国农村工作的总的目标，把“坚持开展爱国卫生运动，抓紧农村医疗卫生网建设，建立健全合作医疗制度，努力消灭地方病”，作为农村工作必须切实做好的一项重要任务。

上述党中央、全国人大、国务院的一系列重要指示，都对加强农村卫生工作和初级卫生保健提出了明确的要求，阐明了农村卫生工作所必须遵循的指

导方针和具体政策,为振兴农村卫生事业指明了方向。

遵循党中央、国务院的指示,近年来,已有广东、广西、四川、贵州、云南、河南、山西、河北、天津、湖南、湖北、青海、甘肃、新疆、宁夏、江苏、山东、江西、黑龙江等省、自治区、直辖市均以政府的名义发布了关于加强农村卫生工作的决定,或召开农村卫生和初级卫生保健工作会议,从加强领导、增加投入、政策倾斜和动员全社会积极支持和参与农村卫生建设等方面,做了大量的工作,并已初步取得了一定的成效。我国的农村卫生工作正在开始进入“第二个春天”。

在新的的大好形势下,我们各级卫生行政部门和广大医务工作者,更要奋发图强,开拓前进,为振兴农村卫生事业,推进初级卫生保健,实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标而努力奋斗。

# 要全面领会和贯彻小平同志 南巡讲话精神\*

——在全国医院分级管理研讨会上的讲话

1992年6月

近几年来,我三下佛山,每次都有新的感受,深深感到党的改革开放政策无比正确。改革开放既对卫生服务和卫生事业发展提出了新的需求,也大大促进了卫生事业发展和医院建设,促进了初级卫生保健。早在50年代,我就来过佛山,旧佛山的情景至今记忆犹新。十几年的改革开放,使佛山发生了翻天覆地的变化,旧貌变新颜。特别是最近小平同志南巡讲话后,形势发展更快、更好,更加鼓舞人心。二十年赶上亚洲四小龙的号召,显示了小平同志的伟大气魄和高瞻远瞩。它正在激励着广东人民、佛山人民以更加高昂的斗志朝着新的更伟大的目标开拓前进。这种大好形势确实前所未有的,激动人心,令人深受鼓舞,也深受教育。从这里,我看到了国家的希望,看到了未来的美好前景。佛山的今天,就是我们全国的明天。当然,这个“明天”是带有夸张意义的。我国地域辽阔,发展极不平衡,地区差别极为悬殊,有些边远落后地区要想赶上佛山今天的发展水平,决非短期内所能办到。但是我深信,在社会主义制度下,有了党的改革开放政策,全国各地都会加快步伐,一年比一年好起来。我们的前景是好的,是大有希望的。

现在看来,这次选在佛山开会,地点是选对了。这决不意味着我们要照

---

\* 摘自卫生部医政司《医院分级管理资料精编》。

搬佛山的做法,鼓励大家在大搞一流的高水平的医疗设施上学佛山赶佛山,而是让大家来看看改革开放给佛山带来的变化,看看改革开放的大好形势,以利于解放思想,开阔思路,更好地贯彻小平同志南巡讲话的精神,加快改革开放的步伐,把医院改革搞得更好。

佛山的医院改革与医院分级管理,我去年来考察过,深感有许多好经验值得认真学习。其中最重要的有两条:一是,佛山同志们的改革开放意识很强,改革开放的精神很了不起。他们思想活跃,思路敏捷,敢想敢干,敢于改革,也善于改革。他们勇于开拓,改革的决心大,步子快,上了一个台阶又一个台阶,不断进取,永不停步。他们重视学习政策,研究政策,善于争取政策和应用政策,用好用足政策,把医疗卫生工作搞活。他们善于开发领导,争取领导,善于开发各有关部门,争取各有关部门和全社会对医疗卫生事业的关心和支持。二是,佛山同志们的科学管理意识很强,具有严肃认真的科学态度和辩证唯物的领导艺术。他们始终坚持“两手抓”、“两手硬”,也就是一手抓改革,一手抓加强管理;一手抓微观搞活,一手抓宏观调控;一手抓思想教育和业务管理,一手抓法制管理,等等,因而在放开搞活的情况下能够做到活而不乱,管而不死。例如,对医院工作人员开展业余服务和兼职,一向控制很严,管理很严,大家也不想出去“捞外块”,而是全心全意做好岗位工作,医院工作搞好了,个人的生活也相应得到了改善;对个体开业医,虽然政策上允许,但只能作为公有制卫生事业的补充,当地三级医疗卫生网比较健全不需要再补充的,则坚决不批;上下级医疗机构之间的技术指导关系和双向转诊关系也坚持的比较好,支农和扶贫工作也有具体部署,而且做得较好。有的地方屡禁不止的“医生满天飞”、“倒卖病人”和“大医院冲击小医院”的现象,在佛山也基本上没有发生,医疗秩序是比较好的。这次搞医院分级管理,也是做为深化医院改革的一个重要方面,坚持两手抓,相辅相成,相互促进。这也正是佛山经验的最为可贵之处。

关于两手抓的问题,中央早有指示,多次强调:要一手抓放开搞活,一手抓管住管好,放开搞活是改革,加强管理也是改革。我们在前几年的全国医政处长会议上,曾多次强调要贯彻中央关于两手抓的指示精神,并反复指出,加强对医疗机构和医疗业务的管理,是我们医政管理部门最重要的职责,如

果不认真地加强管理,就是我们医政管理工作的失职。本来这是一个不言而喻的事,可是人们的理解却不大相同。我们的宣传工作也常常有片面性,甚至发生导向上的偏颇。但是,佛山的同志们却能在改革的大潮中始终保持清醒的头脑,坚持两手抓、两手硬,这也正是他们的高明之处,是非常难能可贵的。

所以我认为,我们学广东、学佛山,主要是学两条:一是要学习他们强烈的改革意识和大胆改革开拓进取的精神;二是要学习他们强烈的管理意识和辩证唯物的领导艺术和领导方法,坚持“两点论”,而不是“一点论”,坚持“两手抓”、“两手硬”,而不是“一手抓”或“一手硬、一手软”。



关于如何学习和贯彻小平同志南巡讲话精神,进一步解放思想,深化医院改革的问题,顾英奇副部长在讲话中作出了比较全面的阐述,我完全赞同。这里,我想结合最近我所听到看到的情况,补充点意见。

最近,我跑了一些省市,所到之处,都在学习和贯彻小平同志讲话精神,思想比较活跃,提出了一些深化医院改革的新的见解和新的构想,有的正在酝酿新的改革方案,有的正在进行新的探索和尝试,形势是很好的,一次新的思想解放的浪潮正在全国各地迅猛地展开。

但是,在大好形势下,也出现了一些值得注意的苗头。仅就我所接触到的情况,试举几例:

——有的正在进行政府机构改革的试点县,最近明令宣布,撤消县卫生局,把卫生行政主管部门从政府机关划出,成立所谓“卫生服务公司”,成为经济实体,等等。

——有的正在进行深化改革的试点县,县政府宣布取消对医院的各种补贴(包括工资补贴和卫生事业费等),让医院吃饭靠自己,并且要向县财政上缴利润,今年上缴五万元,明年上缴七万,后年上缴九万,逐年都要有所增加。而医院的收费标准却又不准放开,至今仍是亏本经营。

——有的地方,在放开搞活后,管理工作未跟上,宏观调控不利,又开始出现了分级分工医疗体制的冲击,对公有制医疗卫生机构特别是大中型医



院的冲击,以及对农村和边远地区医疗卫生事业的冲击,等等。

——有的报刊,对于宣传和树立改革的典型缺乏严肃的求实精神,甚至把不符合基本标准的不合格的医院当作改革的典型大树特树,造成了不好的影响。

类似事例,可能会有很多,值得引起高度重视。

这些事例告诉我们,贯彻小平同志南巡讲话精神,也必须实事求是,一切从实际出发,具体情况具体分析。这是小平同志思想的核心,是能否全面地准确地贯彻小平同志重要指示的关键所在。

小平同志强调要解放思想,就是要坚持实事求是的思想路线。解放思想决不意味胡思乱想;胆子要大一点,决不意味再重复过去那种“人有多大胆,地有多高产”的错误;步子要快一点,决不意味胡干蛮干。离开了实事求是,就不会有真正的思想解放,不但不会加快改革的步伐,反而会给社会主义事业带来难以弥补的损失。

现在,改革的形势确实很好。形势越好,越要保持清醒的头脑;越是有了成绩,头脑越要冷静。我们要学会善于审时度势,善于分析具体情况,善于独立思考、明辨是非。要多学点马克思主义哲学,多学点辩证法。既不能因循守旧,又不能脱离实际。看准了的事情,要大胆去做,坚定不移;看不准的事情,不要急于去办,可以等一等,继续进行研究和探索,也可以先搞试点。总之,我们必须全面领会小平同志的指示精神,正确地指导当前的卫生改革,把卫生改革搞得更好。

# 再论我国医院管理体制 的一项重大改革\*

——关于实施医院分级管理与医院评审问题

1992年8月

1989年11月,中华人民共和国卫生部发布了《医院分级管理办法》和《综合医院分级管理标准》,决定对全国各级各类医院实行分级管理,建立医院评审制度。

所谓医院分级管理,实质就是在区域医疗卫生规划的原则指导下,根据医院的不同功能、不同任务、不同规模和不同的技术水平、设施条件、医疗服务质量以及科学管理水平,将医院分为不同级别和等次,制定出不同的标准和规范化要求,对不同级别和等次的医院实行标准有别、要求不同的标准化管理和 target 管理。

所谓医院评审,是根据《医院分级管理办法》和《医院分级管理标准》,按照规定的程序和办法,对医院工作和医疗服务质量进行院外评价制度。医院评审由特定的专门组织医院评审委员会负责实施。每一评审周期为三年。经过评审的医院,合格者由上级卫生行政机关发给评审合格证书;对存在问题较多的医院应令其限期改正或重新进行评审;对不符合基本标准的医院,则属于不合格医院,由卫生行政部门加强管理,根据情况予以整顿乃至停业。

医院标准化管理和医院评审,在国外早已有之。据了解美国是世界上建立医院评审制度最早的国家,加拿大、澳大利亚、西班牙等国以及我国的台湾地区也早已开展了医院评审工作。我国的医院分级管理与医院评审,是借鉴

---

\* 这是在全国医院院长研讨班上的讲稿。

国际上先进经验,在总结我国三级医疗卫生网建设和文明医院建设经验的基础上建立的。它是我国医院管理体制的一项重大改革,也是建立具有中国特色的社会主义医院管理体制的重大尝试。随着这种新体制的推行,标志着我国的医院建设和医院管理已开始步入了一个新的阶段。

## 一、实行医院分级管理的必要性

建国四十余年来,我国医疗卫生事业有了巨大发展。1949年,全国只有医院(包括各种公私立医院、教会医院和县卫生院)2 600所,病床8万张。到了1991年,全国医院总计已发展到69 101所,病床2 688 600张。其中县及县以上医院13 638所,病床1 900 678张;乡镇卫生院48 140所,病床729 162张。医院的分布,遍及城乡,担负着极其繁重的医疗预防保健任务,每年的门诊诊疗人次达26亿多人次,住院人数5 292万多人,为保护城乡人民的健康做出了巨大的贡献。

我国医疗卫生事业建设的成就是举世公认的,但也必须看到近几十年来,随着医疗卫生改革的深入,也越来越暴露了我国医院发展建设和医院管理方面的一些问题。最为突出的问题有两个:一是宏观管理失控;二是微观管理失衡。

宏观管理失控,主要是对医院的发展建设缺乏统一规划、统一管理,往往是条块分割,部门所有,盲目发展,各行其事。发展无规划,建设无标准,审批不严格,管理缺章法,对医疗机构的设置、新建、扩建和执业管理都不同程度地失去控制。结果造成了医疗结构布局不合理和医疗资源的浪费,造成城乡之间、部门之间、地区之间差别过大,造成医疗秩序混乱。由于宏观管理失控,也使得原来已经形成的城乡三级医疗网和划区分级分工医疗制度受到严重的冲击,因而导致各级医疗机构之间逐级技术指导关系和双向转诊关系的削弱,造成病人流向不合理。许多小伤小病往往越过基层医疗机构直接跑到大城市大医院,结果造成高层次医院超负荷运转,收治了大批应该由基层医疗机构收治的病人,致使基层医疗机构的作用不能充分发挥,病床和设备使

用率低,既浪费医疗卫生资源,也直接影响到基层医疗机构的巩固、发展与提高。微观管理失衡,主要是医院建设、管理和评价缺少一套全国统一的科学标准,以及与之相配套的考核评价办法,因此直接影响医院的标准化管理和标准化建设,存在着很大的盲目性和主观随意性。尤其近几年来,许多医院在医院管理和发展建设上都程度不同地存在着注重经济收入,忽视医德医风和服务质量;注重扩大规模,争购高技术设备,忽视基础建设;注重局部利益,忽视全局利益;注重眼前利益,忽视长远利益的倾向。因而医院的内涵建设得不到切实加强,医院的基础设施和基础质量得不到切实的改善,医院的工作效率和医疗质量也很难得到切实的保障和提高。

上述情况表明,在卫生改革中出现的宏观管理失控和微观管理失衡的现象,都与医院的发展、建设和管理无标准可依也难以进行科学的全面检查评价有密切的关系。实践使我们认识到,要想从根本上解决宏观管理失控和微观管理失衡的问题,真正加强对医院的科学管理,必须走标准化管理的路子,按各级医院的功能、任务确定合理的标准,坚持按标准来发展、建设、管理和评价医院。实行标准化管理,是科学管理的基础,也是科学管理的重要标志。当今世界,不仅医院在推行标准化管理,各行业也都在推行标准化管理。因此,在我国全面实施的区域医疗卫生规划指导下的以标准化为主要内容的医院分级管理,是形式发展的必然,也是我国的医院管理从经验管理走上科学管理的必由之路。

## 二、医院分级管理的基本原则

(一)在作好规划的基础上确定医院的级别。卫生部要求:医院分级管理要力求体现区域医疗卫生规划的思想,在制定分级管理方案时,应首先做好调查研究,广泛收集、分析、利用区域内城乡医疗卫生服务的信息及有关资料,了解当地的医疗资源状况及医疗服务需求,做好预测与规划。根据实际情况合理确定本地区各级医院的数量、规模和发展目标,以促进医疗机构的合理布局 and 医疗资源的合理利用。

(二)按医院功能、任务的不同,把医院划分为一、二、三级,各级医院都必须经过评审。

一级医院:是直接向一定人口的社区提供预防、医疗、保健、康复服务的基层医院、卫生院。

二级医院:是向多个社区提供综合医疗卫生服务和承担一定教学、科研任务的地区性医院。

三级医院:是向几个地区提供高水平专科性服务和执行高等教学、科研任务的区域性以上的医院。

上述一、二、三级医院,根据各医院技术水平、医疗服务质量、设施条件、科学管理水平等综合水平,又分别划分为甲、乙、丙三等,三级医院增设特等,共三级十等。

由于各级医院的级别,是由上级政府卫生行政部门根据区域医疗卫生规划的原则确定的,故应保持相对稳定,不可随意变动。而各级医院的等次,则可根据其综合水平的高低,进行升降。这就是说,医院分级管理,不宜鼓励升级,但应鼓励升等,鼓励各级医院通过竞争提高综合水平,达到较好的等次。

(三)强调各级医院都必须面向社区、面向基层,努力扩大医院功能,积极参与和支持初级卫生保健。各级医院都必须具有医疗、预防、保健、康复四项功能,承担卫生宣教和人员培训任务,以不同的方式支持和参与社区防病治病和预防保健活动。

(四)强调各医院之间必须建立技术指导关系和双向转诊关系。上级医院有责任指导下级医院,城市医院有责任支援农村医院,发达地区的医院也有责任帮助不发达地区的医疗卫生事业的建设。各级医院之间的关系,是互相帮助,协调合作的关系,而不是互相排斥、互抢“饭碗”的关系。

### 三、医院分级管理的预期目的

通过实施医院分级管理和医院评审,期望能达到以下目的:

(一)有利于推行区域医疗规划和初级卫生保健。改革不合理的医疗卫

生服务体制,健全和完善城乡三级医疗卫生网,促进医疗机构的合理布局和医疗资源的合理利用。加强医疗服务的整体性、层次性、合理性,发挥医疗卫生网的整体效能,使之更好地适应城乡广大人民的需要,以保障“2000年人人享有卫生保健”战略目标的实现。

(二)有利于加强对医疗机构的行业管理,整顿医疗秩序。不论是全民所有制、集体所有制的医院,或个体、私营的医院,也不论是卫生部门的医院、工矿企业医院或社会办医,都必须纳入分级管理,实行统一评审。坚持按标准审批和评价医院,扭转“乱办医、办医乱”的局面。

(三)有利于促进各级医院改善服务态度,提高医疗质量,加强科学管理。医院分级管理标准指标体系是以确保医疗质量为重点的综合指标体系,当前的医院评审又把医疗质量(特别是基础质量)、医德医风和科学管理列为突出的重点,这就决定了各级医院为了“达标上等”,势必要重视质量管理,重视医德医风建设和业务技术建设,确保医疗质量的提高。否则,就不可能进入先进医院行列,甚至会成为不合格医院,失去人民群众的信任。

(四)有利于完善各级医院的功能,提高医院的总体水平。现代医院只注重改善医疗服务是不够的,而必须具备医疗、预防、保健、康复四项功能,承担医疗、教学、科研三项基本任务。通过实施医院分级管理与评审,可以促进上述四项功能和三项基本任务的密切结合、协调发展,以更好地适应社会需求,促进医学科学进步。

(五)有利于调动各方面的积极性,动员各方面力量,包括各级政府、各有关部门、社会各界和人民群众共同参与和支持医疗卫生事业建设。

#### 四、医院分级管理标准

卫生部制定的《综合医院分级管理标准(试行草案)》,涉及十个方面的内容,包括医院管理、医务人员的资历和能力、医务人员培训和毕业后教育、规章制度、建筑与基础设施、医院感染的控制、医疗质量监督与评价、安全管理、医疗活动记录(病案、报告、会议记录)和统计指标等。

因为一、二、三级医院的功能、任务不同、具体的标准也不同。各级医院的标准、又各分为基本标准和分等标准两个部分。

(一)各级医院的基本标准,是对各级医院的基本要求和必备条件。基本标准的内容,包括以下七个方面:

(1)医院规模(亦即各级医院执行其任务的最低规模,包括编制床位、每床平均建筑面积、每床净使用面积、人员配备、门诊日均每门诊人次建筑面积、人员配备、医务人员比例等);

(2)医院功能与任务;

(3)医院组织管理;

(4)医德医风建设与文明服务;

(5)医疗质量管理;

(6)医院安全管理;

(7)医院环境;

附表: 各级医院基本规模标准

项目	标 准		
	一级医院	二级医院	三级医院
编制床位(张)	20	100	500
每床建筑面积(平方米)	45	45	60
每床净使用面积(平方米)	未要求	≥5	≥6
门诊日均每门诊人次建筑面积(平方米)	未要求	≥3	≥4
人员编制(床位与职工人数之比)	1:1 - 1.4	1:1.4	1:1.6
医务人员比例(%)	80	75	72 - 75

上述基本标准,也是评定医院开业资格的最低限标准。我们之所以要单独制定并首先强调基本标准的目的,一是为了加强医院的基础建设和基础性工作,纠正忽视基础性工作和常规设备,而片面追求高技术设备和盲目扩大规模不注重效率的倾向;二是对医院的开业资格规定最低限度标准,用以衡量开业条件,把握好医院开业资格的认定。各级医院如果达不到基本标准的

要求,就属于不合格医院。

(二)各级医院的分等标准,主要是注重医院综合水平,强调加强医院的科学管理和提高医疗质量,强调人才培养和技术水平的提高,强调发挥医院的整体功能和促进长远发展。而对于医院的“硬件”如建筑、设备等,暂不作硬性统一要求。

各级医院分等的标准,实质上主要是以个级甲等医院为标杆制定的标准。甲等医院的标准,可以反映当前乃至今后几年内同级医院最好水平,体现了一定的科学性和先进性,也可以说它是先进医院的标准,也是今后新建、扩建医院的标准。这样做主要是为了保证医院的科学管理和医疗质量,并考虑医院的长远发展,跟踪国际水平。

(三)各级医院的分等判定,由医院评审组织按《医院分级管理标准》经过评审做出判定。各级医院首先必须通过基本标准的评审,基本标准通过后再进行分等判定。对于医院建设成绩显著,科室设置、人员配备、管理水平、技术水平、工作质量和技术实施等,按分等标准综合考核检查达 900 分以上者(总分 1000 分),定为各级甲等医院;医院建设成绩尚好,其科室设置、人员配备、管理水平、技术水平、工作质量、技术设施等,按分等标准综合考核检查达 750—899 分者,定为各级乙等医院;医院建设有一定成绩,基本标准考核合格,但按分等标准要求尚有较大的差距,综合考核检查在 749 分以下者,定为各级丙等医院。

医院分级管理标准并不是一种固定不变的标准,而是要随着客观情况的变化,以及在实践中遇到的新问题,定期修订,及时增加新的要求,力求体现标准的科学性和先进性,以利于医院的发展建设。

## 五、医院评审的基本做法

(一)组建医院评审委员会。医院评审委员会是在政府卫生行政部门领导下,独立从事医院评审的专业性组织,由卫生行政部门聘请有经验的医院管理、临床、护理、医技等方面的专家组成。评审委员会下设办公室,负责日



常工作。

医院评审委员会分为部级评审委员会、省级评审委员会、地(市)级评审委员会三级。部级评审委员会由卫生部组织,负责评审三级特等医院,制定与修订医院分级管理标准及实施方案,并对地方各级评审结果进行必要的抽查复核;省级评审委员会由省、自治区、直辖市卫生厅(局)组织,负责评审二、三级甲、乙、丙等医院;地(市)评审委员会由地(市)卫生局组织,负责评审一级甲、乙、丙等医院。

(二)制定医院评审实施细则和考核评价标准。组织有关专家对卫生部颁发的《医院分级管理标准》进行分解,使之量化、具体化。并采用科学的方法,合理确定指标权重,规定数学模型,便于操作和统一评审的尺度。目前各级医院的评审实施细则和考核评价标准主要由省、自治区、直辖市卫生厅(局)负责组织和制定,其中三级特等和三级甲等医院的考核评审标准将由卫生部统一组织制定。

(三)确定评审程序。卫生部在《医院分级管理标准》中规定的评审程序如下:

1. 自查申报。各医院应根据《医院分级管理标准》先行自查,认为符合标准后,填写《医院评审申请书》一式数份,向相应的医院评审委员会提出申请。

2. 资格审查。医院评审委员会根据申请书对医院的申请进行初审,确认参加评审的资格。

3. 考核检查。医院评审委员会对医院实行平时有重点的抽查和周期相结合的考核检查。日常考核结果作为周期评审的一部分。周期性评审应根据评审标准结合自报材料进行实地检查,包括听取汇报、与管理人員讨论、全面检查、抽查、回性调查、接待院内外来访等方式,最后采取评分或数学模型办法做出综合评价。评审过程中,医院应向评审委员会提供所需要的各种真实情况和资料。

4. 评审结论。医院评审委员会应对被评审医院做出评定级别和等次的结论,并提出正式报告呈报同级卫生行政部门。

凡申报三级特等医院者,应先报省级医院评审委员会通过三级甲等医院的评审,然后由省级评审委员会根据评审结果决定是否推荐其到卫生部医院评

审委员会参加三级甲等医院的评审,然后由省级评审委员会根据评审结果是否推荐其到卫生部医院评审委员会参加三级特等医院的评审。

5. 审批。根据医院评审委员会的报告及结论,由相应级别的卫生行政部门审定批准。发给全国统一格式的证书,并按年度公布评审结果。各级医院的评审权限是:

(1)三级特等医院,由卫生部审批。

(2)二、三级甲、乙、丙等医院,由省、自治区、直辖市卫生厅(局)审批。

(3)一级甲、乙医院,由地(市)卫生局审批。

(四)要先行试点,在认真搞好试点的基础上再由点到面逐步推开。试点的过程既是学习和摸索经验的过程,也是发现问题、研究和解决问题的过程。要及时总结试点经验。根据试点中发现的问题,修订、补充和完善标准,改进评审工作。

(五)要把握好正确的导向。当前,要积极引导各级医院把工作重点放在加强基础建设和提高医疗质量上,放在加强医德医风建设、改善服务态度上,放在加强科学管理、提高管理水平上。在医院评审中,要适当加大基础质量、医德医风、科学管理这三个有关指标评分的权重。并可实行“单项否决”。这就是说。即使其他方面都符合标准,惟有基础质量、医德医风、科学管理这三个重点中的一项不合格,就不能成为合格的医院,更不能成为甲等医院。

## 六、各地试点工作情况

自从1989年11月卫生部发布《医院分级管理办法》和《综合医院分级管理标准》后,全国各地都选择了一些医院进行试点,许多非试点医院也闻风而动,发动全院上下自觉地学习标准,自觉地对照标准找差距,开展自查、自评活动,边查、边评、边改,争取“达标上等”。各级卫生行政部门和各级医院,都把医院分级管理和医院评审工作纳入重要的议事日程,领导重视、全员发动,出现了一个以实施医院分级管理为目标,大抓医院的基础建设,医德医风建设和业务技术建设,促进医院科学化、标准化管理的可喜局面。

截止 1991 年底的不完全统计,已经通过评审的医院有 478 所,评审的结果如下:

部分地区试点医院评审结果

医院级别	评审结果			合计
	甲等	乙等	丙等	
一级医院	149	62	32	243
二级医院	91	58	34	183
三级医院	35	16	1	53
总计	275	136	67	478

上述评审结果,各类甲等医院的比例过高,乙等、丙等医院的比例过低,这是因为试点医院基本上都是条件较好的医院。因此,这种比例关系并不具有代表性。

近三年来的试点工作经验证明:医院分级管理,方向对头,方法可行,势在必搞。通过搞医院分级管理与医院评审,使我们找到了一条深化医院改革的路子,抓住了医院工作的纲,纲举则目张,带动了医院工作的全面发展与提高,成效极为显著,有些多年未能很好解决的问题包括一些深层次的问题,现在通过实施医院分级管理已经或正在得到解决。

实施医院分级管理的主要成效是:

(一)增强了对医疗卫生事业的宏观管理意识,注重宏观调控。区域医疗规划的原则正在得到积极贯彻与实施,对调整、健全、完善城乡三级医疗网,促进医疗机构的合理布局与医疗资源的合理利用,促进各级医疗机构之间恢复与建立逐级技术指导关系和双方转诊关系起到了积极的作用。

(二)促进了医院的标准化管理和目标管理。各试点医院和大批非试点医院都普遍地根据《医院分级管理标准》的要求,制定了“达标上等”方案,明确了奋斗目标。并且把全院的目标分解到每个科室,落实到每个单位、每个人,做到“千斤重担大家挑,人人身上有指标”,人人都要为“达标上等”做贡献。激励每个医院工作人员,都要把能否“达标上等”作为一种责任和一种荣誉,激发了主人翁精神、集体主义精神和无私奉献精神,极大地调动了医院全

体员工的积极性。

(三)促进了医院内涵建设、基础建设和质量管理。普遍开展了以“三基”(基本知识、基本理论、基本技术)“三严”(严肃的态度、严格的要求、严密的方法)为主要内容的基本功训练,并建立了严格的考核制度,提高了“三基”素质,培养了“三严”作风。与此同时,大力强化制度建设,健全以岗位责任制为中心的各项规章制度,加强监督检查,增强了全体员工恪遵职守、尽职尽责的自觉性。注重质量管理,特别是基础医疗护理质量。医院的基础设施和常规设备有较大改善,许多薄弱科室如急诊、消毒供应、监护、抢救、手术、分娩、婴儿、观察、注射、处置室等普遍得到了加强,病房和门诊管理得到重视,基础质量有所提高。

(四)促进了医院的精神文明建设和医德医风建设,试点医院普遍建立了医德医风教育考核制度和社会监督体系,加强了内外监督。定期收集社会反映,改进工作。普遍开展了优质服务活动和便民利民活动,有力地促进了服务态度的改善和服务质量的提高。经社会调查,各试点医院的社会满意率为90%左右。

(五)促进了医院的专科建设、医学科研和科技进步。各试点医院特别是二三级医院普遍按部颁标准的要求加强专科建设,发展重点专科,突出专科特色,上技术,上水平。注重人才培养,特别是学科带头人和技术骨干的培养。注重开展学术活动,活跃学术气氛,促进人才成长和技术水平的提高,随着业务技术建设特别是专科建设的加强,各试点医院的诊疗水平和医疗质量都跃上了一个新台阶,提高疑难疾病的确诊率、治愈率和危重病人的抢救成功率。

(六)加速了医院“硬件”设施更新,促进了房屋调和条件的改善。许多老医院多年来一向是“因陋就简”,影响技术水平和服务质量的提高,现在通过搞分级管理“达标上等”,得到了不同程度的更新改造,面貌有所改观。许多医院的基础设施和基本设备有了明显的改善。许多基层医院、乡镇卫生院的房屋改建和设备更新也有了较快的进展。

(七)通过医院分级管理与医院评审,既调动了各级卫生行政部门和医院内部的积极性,也调动了各级政府、各有关部门和全社会积极性。各级政府、

有关部门和社会各界对医院分级管理和评审,对医院开展“达标上等”活动普遍引起了关注,给予了充分理解和支持。许多地方相继出现了全社会关心医院、支持医院、建设医院的新局面,为医院的建设和发展创造了一个良好的环境。

总之,医院分级管理的试点是成功的,成效是显著的。通过试点还使我们学到了很多科学管理知识,学会了怎样搞医院分级管理和医院评审,培养了一大批干部,培训了队伍,摸索了一套经验和办法。这也是试点工作的一项重大收获。

## 七、有待深入解决的问题

首先,从在组织领导加强宏观管理方面来说,主要有以下几点:

(一)如何处理好实施医院分级管理与深化医院改革的关系,在认识上尚未得到很好的解决,特别是在邓小平同志南巡讲话后,改革开放加快了步伐,部分地区的医院分级管理与医院评审却有些停滞不前。甚至有人对推行医院分级管理与医院评审是否符合小平同志南巡讲话的精神持怀疑态度。这种把改革开放与加强管理对立起来、割裂开来的看法是错误的、有害的。中央的精神一向是“两手抓”,“两手硬”。越是改革开放,越要加强管理,越是放开搞活,越要管住管好。放开搞活是改革,加强管理也是改革。根据中央的精神,我们认为医院分级管理与医院评审不但要继续推行,而且要加快步伐,一定要端正认识,排除干扰,坚定不移地把这项工作做到底。

(二)推行区域医疗规划,加强对医疗机构的宏观管理与宏观调控,是当前医疗卫生事业的重大难点。尤其是历史形成的涉及到条块分割,部门所有制上的弊端,以及由此而导致的医疗资源分布和利用的不合理,决非在短期内所能解决的。许多老问题尚未解决,一些新的问题又相继出现,当前在进一步放开搞活之后又会造成新的冲击,因而就更增加了宏观调控的难度。越是困难越要知难而进,锲而不舍。对历史遗留问题的解决,需要有个过程;但对新的宏观管理失控的问题一定要积极防止,一经出现,就要及时采取措施,把问题解决在萌芽状态。

(三)对医疗机构的管理国家至今尚未正式立法。卫生部和地方政府虽然制定了一些暂行管理办法,但权威性不高。各有关部门往往又协调不够,政出多门,各自为政,致使卫生部门难以真正有效地进行行业管理。这也正是造成宏观管理失控,“乱办医,办医乱”的重要原因。当务之急是必须加快医疗机构管理法制化的进程,在全国人大尚未正式立法之前,拟争取先由国务院颁发《医疗机构管理条例》,以应急需。这个问题预计很快可以得到解决。

(四)应抓紧制定一些配套政策及措施,以利于医院分级管理与医院评审工作的贯彻实施。当前首先要解决如何把医院评审与收费标准挂钩的问题,使不同层次、不同服务水平的医院在收费价格上拉开档次。有关这方面的政策措施,各地都正在研究,有的已有所突破。

(五)《医院分级管理标准》不够完善,也不配套。现行的《标准》通过实践检验,需要修改、完善。同时要抓紧制定各种专科医院的标准,使之配套。在这方面的的工作现在正在进行中。

(六)医院评审组织尚待加强,医院评审办法也有待改进。现在,各省、自治区、直辖市的医院评审委员会虽已陆续建立,但基本上都是一无编制,二无经费,评审员多为兼职,难以胜任大量的、极其繁重复杂的、长期性的医院评审任务。此外,如何改进医院评审办法,使之更科学、更合理、既保证评审质量,又提高工作效率,也亟待解决。

其次,从医院本身来讲,也有不少的问题需要进一步地解决:

(一)医院工作要进一步适应新形势,更新观念,增强宏观意识,树立大卫生观念,努力摆脱重治轻防、关门办院等传统观念的束缚,正确认识自己在医院群体和整个医疗卫生网中的功能位置,发挥医院的整体功能,为增进人民健康多做贡献。

(二)要继续狠抓医院基础建设、内涵建设,在改善服务态度,提高医疗质量和服务水平上狠下功夫。努力改善基础设施和常规设备,加强医技科室,消除薄弱环节,注重医德医风,进一步注重基础建设和基础质量,注重科学管理,坚决防止借实施医院分级管理之机,盲目攀比,不适当地扩大医院规模、增添高精尖设备和发展不适宜技术的倾向。

(三)要继续狠抓人员培训。既要重视医务技术人员培训,也要重视医院管理人员培训;既要组织全员培训,更要重点培养技术骨干和学科带头人。对有培养前途的年轻一代,尤其重点培养。要积极组织学术交流,积极开展医学科研,促进人才成长。只有重视人才培养,促进人才成长,才有可能增强医院发展的后劲,提高科学技术水平。

(四)要重视经常性工作。医院为了“达标上等”,迎接评审,临时采取一下突击的形式是可以的,但经常工作是基础。光靠搞突击,解决不了“达标上等”的问题,即使一时上去了,如果不重视经常性的工作,还会恢复原状。所以一定要努力做好经常性工作。特别要建立健全一系列有效的质量保障制度和检查监督办法,加强自我控制,内外监控,及时发现问题,及时解决问题,坚持不懈,持之以恒。

(五)要切实防止和克服搞形式主义,做表面文章和弄虚作假的行为,坚持实事求是,严肃认真的科学态度,做实事、鼓实劲、收实效。

## 八、对全面推行医院分级 管理的设想与展望

总的来说,我国的医院分级管理与医院评审工作还只是刚刚起步。目前多数地区仍处于试点或扩大试点阶段,只有部分省、市正在由点到面逐步推开。目前通过评审的医院为数很少,大约仅占全国应参加评审医院总数的百分之三。在我国的6万余所医院、卫生院中,县以上医院全部都应参加评审,共1.3万余所;4.8万所乡镇卫生院中具备参加医院评审基本条件的有1.2万余所,占卫生院总数的20%。二者合计,应参加医院评审的各级医院共达2.5万余所。这是一个相当庞大的数字,更是一项十分艰巨而复杂的任务。

但是,既然实行医院分级管理的方向已定,《医院分级管理办法》和《医院分级管理标准》业已发布实施,我国的医疗分级体制也已纳入“八五”计划和《卫生工作纲要》,而且医院分级管理试点工作均已取得成功,所以现在的问题就是要认真贯彻执行,积极引导和推动医院分级管理在全国范围内广泛深

入地开展起来,决不可再等待观望。

关于实施医院分级管理的具体步骤和做法,应根据各地的实际情况,因地制宜,不可强求一致。评审工作的组织、进度也要由省、自治区、直辖市卫生行政部门酌情安排。总的要求,一要积极,二要稳妥,在保证质量不走过场的前提下,尽可能加快步伐。从全国来讲,我们的大致设想是:在继续扩大试点的基础上,从1993年开始,除少数条件较差的少数民族地区外,都要由点到面,全面推开。争取在1995年前完成第一个评审周期(每个评审周期为三年),并相继进入第二个评审周期。为此,一定要精心组织,广泛宣传发动,加强干部培训,加强具体指导,积极争取各级政府、有关部门和社会各界的支持,同时要积极推进医院分级管理的法制化,从多方面促进医院分级管理和医院评审工作在全国范围内更加广泛地开展起来,深入持久地坚持下去。

实行医院分级管理和医院评审,是关系到医院改革和长远建设的大事,它是一项艰巨的系统工程,又是一项新的工作,缺乏经验,难度很大。但是,事在人为,只要我们紧紧依靠各级政府的领导,紧紧依靠各级医院的广大干部和群众,坚持正确的政策导向,创造性地进行工作,就一定可以克服前进道路上困难,取得巨大的成效。



# 关于我国农村合作医疗保健制度的回顾性研究<sup>\*</sup>

1993年8月

根据国务院研究室委托研究任务书提出的要求,我们对本课题分下列三部分进行了研究:

一、农村合作医疗保健制度产生的历史背景及其在发展我国农村卫生事业中的作用。

二、农村合作医疗保健制度衰落的原因及其所产生的后果。

三、农村合作医疗保健制度与农村经济发展形态的依存关系。

现将研究结果报告于后。

## 一、农村合作医疗保健制度产生的历史背景及其在发展我国农村卫生事业中的作用

“合作医疗”一词,最早见于中央文件并作为农村医疗保健制度正式提出,是1959年12月卫生部党组上报党中央的《关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告》,该《报告》附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》对于农村的医疗保健制度提出了如下的意见:

“关于人民公社的医疗制度,目前主要有两种形式,一种是谁看病谁出钱;一种是实行人民公社社员集体保健医疗制度。与会代表一致认为,根据目前的生产发展水平和群众觉悟等实际情况,以实行人民公社社员集体保健

---

\* 这是作者受国务院研究室和卫生部委托撰写的研究报告的第一部份。

医疗制度为宜。”“即现在各地所说的‘保健费’的办法，或‘合作医疗’。”“其主要特点是：1.社员每年交纳一定的保健费；2.看病时只交药费或挂号费；3.另由公社、大队的公益金中补助一部分。具体作法各地可根据当地条件制定。实行这种制度，对于开展卫生预防，保证社员有病能及时治疗和巩固公社的医疗卫生组织，都较为有利。”

1960年2月2日，中共中央以中发(60)70号文件转发了卫生部党组的这个报告及附件，认为“报告及其附件很好”，并要求各地参照执行。从此，合作医疗便逐渐成为我国农村医疗卫生工作的一项基本制度。

### (一)合作医疗保健制度形成的经过

在我国，采用“合作制”或“群众集资”的办法举办医药卫生事业由来已久。远在抗日战争时期，陕甘宁边区就举办了医药合作社(或称卫生合作社)。据史料记载，“卫生合作社—1944年因伤寒、回归热等传染病流行，政府应群众要求委托大众合作社(当时商业销售机构)办理，总社设延安。资金由大众合作社和保健药社投资，并吸收团体和私人股金，政府也赠送药材等，是一种民办公助的医疗机构，采取‘中西医合作，人兽兼治’。到1946年，卫生合作社达43个(内有两个兽医社)”。

1950年前后，东北各省为了解决广大农村无医无药问题，也曾积极提倡采用合作制和群众集资办法举办基层卫生组织。据原东北人民政府卫生部统计，1952年东北地区的1290个农村卫生所中，属于合作社管的85个，群众集资举办的225个，二者合计310个，占全东北农村卫生所总数的17.44%。其中原热河和松江省的一些农村地区，还发动农民群众以粮食、土豆和鸡蛋等实物入股投资，建立了一批医药合作社。

虽然上述的各种卫生合作社、卫生所和医药合作社，还都是属于具有合作性质的医疗保健机构，而未实行具有保险性质的医疗保健制度，但却为后来实行的具有一定保险性质的合作医疗保健制度开了先河。

我国农村正式出现具有保险性质的合作医疗保健制度，是在1955年农业合作化高潮时期。那时，随着农业合作化运动的发展，山西、河南、河北等省农村出现了一批由农业生产合作社举办的保健站。在农业社保健站中最早实行“医社结合”，并采取由社员群众出“保健费”和生产合作社公益金补助

相结合的办法,建立集体医疗保健制度的,是山西省高平县米山乡联合保健站。这个保健站成立于1955年初。他们的基本做法是:

1.在乡人民委员会(乡政府)的领导下,由农业生产合作社、农民群众和医生共同集资建站。

2.在自愿的原则下,每个农民每年缴纳二角钱的“保健费”,免费享受预防保健服务,患者治疗免收挂号、出诊等费。

3.保健站坚持预防为主,挂签报病,巡回医疗,送医送药上门,医生分片负责所属村民的卫生预防和医疗工作。

4.保健站经常费来源:(1)农民缴纳的保健费;(2)农业社公益金提取15—20%;(3)医疗业务收入(主要是药品利润)。

5.采取记工分与发现金工资相结合的办法,合理解决保健站医生的报酬。

上述做法,用现在的话来说,叫做“合医合防不合药”的合作医疗。

1955年冬,山西省人民委员会(省政府)和卫生部相继调查总结并肯定了米山乡的经验,认为这是“初步实现了走上集体化农民的‘无病早防,有病早治,省工省钱,方便可靠’的理想,为农村的预防保健工作建立了可靠的社会主义的组织基础”。由于卫生部的肯定,米山乡的做法在全国部分地区得到了推广。

至于“社办合作医疗制度”这个提法,从现在所能查到的资料看,最早始于河南。据河南省卫生厅1960年的一篇报告介绍:“社办合作医疗制度是1956年原王店团结农庄创始的。”1959年春,卫生部医政司陈仲武、张自宽同志曾去河南农村做调查,据调查所见,农业合作化时期,河南农村的合作医疗制度,也是采取“保健费”的办法,并由农业社从公益金中适当给予补助,合作的范围也是“合医合防不合药”。它同山西省高平县米山乡的内容和做法并无差别,只是名称提法不同而已。

到了1958年农村实现人民公社化后,由于“左”的影响,“一平二调”“共产风”盛行起来。许多地方的人民公社实行平均主义的供给制,普遍实行所谓“几包”,诸如“吃饭不要钱”、“看病不要钱”、“上学不要钱”等等,结果对农村生产生活造成极大破坏,“几包”很快夭折。现在应当明确指出的是,当时

农村实行的“看病不要钱”，并不是合作医疗，而是在急于“向共产主义过渡”的错误思想指导下的社办“全民免费医疗”。

1959年11月，卫生部在山西稷山县召开全国农村卫生工作会议后写给党中央的报告及其附件《关于人民公社卫生工作几个问题的意见》，是在总结上述经验教训的基础上提出的，基本符合农村实际；对于推进农村合作医疗制度起到了一定的作用。但是由于“大跃进”运动和“人民公社”化运动“左”的影响以及三年自然灾害带来的经济困难，中央决定对国民经济实行“调整、巩固、充实、提高”的方针，农村的医疗卫生工作也随之进行了相应的调整，因而对农村实行集体医疗保健制度——合作医疗也放慢了步子。然而也有少数县如湖北省麻城县仍然在全县范围内坚持实行合作医疗制度，深受农民群众的拥护。1965年8月，卫生部派出由副部长贺彪带领的工作队到该县蹲点，帮助麻城县委、县政府制定了《关于加强合作医疗管理若干问题的规定》和《麻城县合作医疗暂行管理办法(试行草案)》这对于巩固和完善农村合作医疗保健制度起到了积极的作用。

在我国农村，合作医疗的真正大面积的普及，是在1966年以后“文化大革命”期间。这一方面是由于广大农民有此需求；更重要的是由于毛泽东同志亲自批发了湖北省长阳县乐园公社办合作医疗的经验。在当时的政治气氛下，搞不搞合作医疗，不仅是重视不重视农民医疗保健问题，而是执行不执行毛主席革命路线问题，因此很快就一哄而起，实现了合作医疗“一片红”。全国绝大多数生产大队都办起合作医疗。“文化大革命”结束后，合作医疗曾一度载入我国宪法。1978年3月5日五届人大通过的《中华人民共和国宪法》第三章第五十条规定：“劳动者在年老、生病或丧失劳动能力的时候，有获得物质帮助的权利。国家逐步发展社会保险、社会福利、公费医疗和合作医疗等事业，以保证劳动者享受这种权利。”卫生部也根据宪法的精神和当地的实际情况，对合作医疗作了初步总结，制定了《农村合作医疗章程(试行草案)》，于1979年由卫生部、农业部、财政部等部委联合下发。1980年，全国农村仍约有90%的行政村(生产大队)实行合作医疗。

以上就是农村合作医疗保健制度的出现、形成和发展情况。

(二)合作医疗保健制度产生及发展的基础

合作医疗作为一种社会保障制度,在中国农村的产生和发展决非偶然,而是中国传统文化与社会主义时代精神相结合的产物;它如同社会主义在中国大地产生一样,是历史发展的必然。马克思主义认为,在分析任何一个社会问题时,都要把问题提到一定的历史范围之内。依据这个观点来分析合作医疗,我们认为,它的产生和发展是由三种因素构成的:一是历史传统文化的影响;二是农村合作经济的反映;三是当时防治疾病的需要。起决定作用的是第二点。

### 1. 关于历史传统文化的影响。

合作医疗作为一种社会现象,它既是一种医疗保险制度,又是一种价值观念,即人们在医疗保健领域中的互助合作精神的体现。中国的传统文化是以人道主义思想为主体。中国人道主义又讲的是人们的相互友爱,互相帮助,着眼于人际关系的处理。所谓“老吾老,以及人之老,幼吾幼,以及人之幼”,就是把亲子之爱、邻里之情扩大到整个社会,作为处理人际关系的道德规范。这种道德规范—价值观念渊源于孔孟思想中之“仁”,自春秋战国以来,一直成为中华民族社会行为的准则之一。但是,由于历史的局限,在封建剥削阶级统治下,这种传统文化是一个封闭性的自足系统。正如中国封建社会商品经济无论怎么发展,也摆脱不了自然经济纽带,脱胎为资本主义一样,传统文化也不可能靠自我批判来进行自我更新。人们的互助友爱行为,始终脱离不了自我状态而形成一种自觉的社会制度。这就是说,中国的合作医疗,作为一种观念形态来说,它孕育于中国的传统文化,但只有在社会主义社会才能形成一种社会医疗制度。

### 2. 关于农村合作经济的反映。

唯物辩证法认为,任何上层建筑都是经济基础的反映。农村合作医疗制度,实质上就是农村合作经济的反映。可以这样说,没有农业合作化运动,就不会有农村合作医疗运动。如前节所述,我国农村采取合作形式举办医疗卫生机构,最早可追溯到抗日战争时期的陕甘宁边区。那时,为了战胜敌人,克服困难,毛泽东同志号召“把群众力量组织起来”,“自己动手,丰衣足食”。并说:“目前我们在经济上组织群众的最重要形式,就是合作社”。因而各种形式的合作社(包括生产、消费、运输、信用等)就应运而生,医药合作社也开始

诞生。但由于农业还没有进行社会主义改造,生产资料还没有实行公有制,所以医药合作社(包括解放后的东北各省的医药合作社)只是作为一种医疗卫生机构而存在,而没有发展成为农村的医疗保健制度。合作医疗的最早形态是农业合作社的保健站。保健站与医药合作社不同,它是由农业合作社发动群众集资举办的,是隶属于农业合作社的公益性福利事业单位,是为解决本社社员的医疗保健问题而建立的。并且通过收保健费的办法,对本社社员实行一定程度的医疗保险。起初有些地方把这种办法叫做“集体保健”,其实就是合作医疗保健。

合作医疗的产生、发展过程清楚地说明,合作医疗是伴随农业合作化运动出现的,是合作经济在医疗卫生工作中的反映,也就是农民群众的互助合作运动从生产领域发展到卫生领域,中国的传统文化中的互助友爱思想,从自发的、个别状态转变成自觉的、群体的社会行为。促成这个转变的直接因素,是农业生产资料的公有制。

### 3. 关于防治疾病的需要。

合作医疗在农业合作社成立之初就出现,并很快地为农民所接受,还有另一个原因,就是当时防治疾病的迫切需要。这是合作医疗产生的催化剂。

解放初期,我国农村卫生工作极端落后,全国农村普遍缺医少药,急、慢性传染病和各种地方病十分猖獗,严重影响农民健康,影响农业生产的进行。广大农民群众迫切要求改善医疗条件。怎样解决这个问题呢?单靠国家和城市支援,显然是不够的。在农业合作化运动中,作为农民群众生产生活的组织者——农业合作社,就把生产上的互助合作机制引用到医疗保健上来。“保健站”和“合作医疗”就由此而诞生。随着农村社会经济的发展,逐渐形成具有一定保险性质的合作医疗保健制度。

这就是我国农村合作医疗保健制度产生的历史背景和社会基础。

### (三)合作医疗保健制度的历史作用

曾经有人这样说:“由农业合作社兴办‘保健站’以及由此而派生的‘合作医疗’和‘赤脚医生’这三个新生事物,是解决我国广大农村缺医少药问题的三件法宝。这是符合历史实际的。这三个新生事物,是一条藤上结的三个瓜。一条藤是农业合作社,即农村的集体经济,没有这一条藤是长不出那三

个瓜的。这三个瓜实际上是一回事，一个是机构，一个是人，一个是制度，总起来就是具有中国特色的农村医疗保健制度，合作医疗则是产生这个整体制度的基础。它们的历史作用主要有以下几点：

第一，在较短时间里，普及了农村基层卫生组织，使农民初步解决了“看不上病”和“看不起病”的问题，缓和了医疗保健工作与发展农业生产力不相适应的矛盾，从一个侧面增强了广大农民对社会主义制度优越性的认识。

第二，完成了农村三级医疗预防保健网的建设，使划区分级医疗和计划免疫工作的实施，以及健康教育、爱国卫生、妇幼保健、计划生育等工作都有了依托，使这些工作在科学文化还很落后的农村能够顺利地开展起来，使危害农民最严重的传染病、地方病逐步得到减少或消灭，从而有效地保护了农业劳动力，为发展农业生产做出了贡献。

第三，合作医疗与公费医疗、劳保医疗结合在一起，初步构成了我国医疗保健制度的三大支柱，尽管这三大支柱都存在一定的缺陷和弊病，需要进行改革，但从历史上来看，它们对于保障我国人民的身心健康确实起到了巨大的作用。就是在“文化大革命”那样动乱时期，农业生产受到很大破坏，农民生活水平很低，但并未发生大的疫病流行，一般尚能得到初级卫生保健服务，关键在于社、队两级都建立了卫生保健组织，并普及了合作医疗保健制度。

这个经验甚至越出国界到第三世界的一些国家，为他们解决农村卫生问题提供了有益的借鉴。80年代初，世界银行和世界卫生组织都曾派专家组来我国考察农村卫生，考察组的报告特别强调指出，中国农村实行的“合作医疗制度，是发展中国家群体解决卫生经费的惟一范例。尽管每个合作医疗的具体情况在全国有很大差异。但是总的来讲，它是由群众集资、采取预付医疗保险金的形式，解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保健制度”。世界卫生组织还在另一份考察报告中说：“初级卫生工作人员的提出主要来自中国的启发。中国在占80%人口的农村地区，发展了一个成功的基层卫生保健系统，向人民提供低费用和适宜的医疗保健技术服务，满足大多数人的基本卫生需求，这种模型很适合发展中国家的需要。”

## 二、合作医疗衰落的原因及后果

我国农村合作医疗保健制度,如果从 1955 年山西省高平县米山乡举办保健站算起,到 1991 年中央和国务院再次肯定合作医疗,提出“稳步推行合作医疗保健制度”为止,中间经历了整整 35 年。在这 35 年中,合作医疗是几起几落,呈现出“马鞍形”的发展状态。从 1956 年到 1966 年这十年,基本上是在探索中前进;1966 年冬,毛泽东同志批示推广湖北长阳县乐园公社合作医疗经验后,合作医疗被当做“文化大革命的新生事物”在全国掀起了高潮;“文化大革命”结束后,合作医疗一度徘徊;1982 年以后,随着农村经济体制的改革,合作医疗又衰落下去。据 1985 年的调查,全国实行合作医疗的行政村由过去的 90% 以上猛降至 5%。

我们认为,合作医疗的“大起”“大落”都不是正常现象,都不能反映合作医疗的本质和发展规律,更不能以此作为肯定或否定合作医疗的依据。“大起”与“大落”都有其历史原因,都应当提到一定的历史背景下进行观察与分析。一般地说,合作医疗在“文化大革命”期间的“大起”,道理比较简单,那就是政治上的干预。在毛泽东同志批示推广湖北长阳县乐园公社办合作医疗经验后,在中央“文革”小组的部署下,各级党政机关就把推行合作医疗制度当做一项政治任务,自上而下,强制推行,因此就一哄而起,很快就实现了全国“一片红”。至于在 80 年代(1982—1985 年)的“大落”,情况就复杂得多,不是一种因素而是多种因素造成的。概括地说,主要是下列四种因素:

第一,是“文化大革命”的影响。“文化大革命”推进和普及了合作医疗,但却助长了形式主义和浮夸风,给合作医疗注入了许多“左”的色素,扭曲了合作医疗的性质,从而使一些人把合作医疗当作“文化大革命”的产物而予以否定。

第二,是管理经验的缺乏。合作医疗虽然早在 50 年代中期就已产生,但直到 1966 年仍然是在一部分地区推行;毛主席批示推广乐园公社经验后,发展势头又过猛;从上到下对这一制度都缺乏认真的研究,如合作规模及形式,基金如何收取和支付,参加者的权利与义务、如何合理确定减免的范围和比例,药品如何管理等等,都没有形成一套成熟的经验和管理制度;1978 年卫生



部虽然制定并下发了一个《农村合作医疗章程(试行草案)》，但由于不完全切合实际，没有真正起到规范的作用，从而使各地合作医疗发生许多混乱现象，为群众所不满。

第三，是农村经济体制改革的牵制。从 1981 年开始的农村经济体制改革，为了纠正人民公社“一大二公”、“吃大锅饭”等弊端，起始阶段有些地方侧重于“包干到户”和“包产到户”分散经营这一层，而忽视了统一经营这一层，使农业合作化以后逐步发展起来的集体经济大部分解体，从而也就影响到依靠集体经济兴办起来的医疗卫生机构和合作医疗保健制度。

第四，是舆论导向和政策导向上的失误。由于上述几种原因，就使一些地方的领导人对合作医疗产生错误看法，认为合作医疗是“左”的产物，不适合于社会主义初级阶段的经济基础，与农村经济改革后的体制不适应，于是在言论上和政策上都对举办合作医疗持怀疑或否定态度，从而在舆论上和政策上都做出了一些错误的导向。这样，就更使合作医疗失去支持的力量而进一步衰落。

在上述四个因素中，核心的东西是对合作医疗的认识问题：合作医疗究竟是不是“左”的思想路线的产物？明确的答案是，合作医疗不是“左”的思想路线的产物，但在其发育成长过程中受到“左”的思想影响，而这种影响在“人民公社化”时期就已开始，到“文化大革命”时期更甚。

合作医疗如同农业合作化一样，农业合作化本身没有错，它是解放农业生产力使广大农民走向共同富裕的社会主义经济制度。农业合作化运动之所以遭受挫折，一度阻碍农业生产的发展，是由于自 1957 年以后受到“左”的思想的侵袭和干扰，诸如“一大二公”、“穷过渡”、“吃大锅饭”、“一平二调”等等思想和做法。这些“左”的思想，既歪曲了农业合作化的性质，使农业生产遭受破坏；也必然会折射到合作医疗上来，使合作医疗受到影响。这个影响主要表现在两个方面：

一是扭曲了合作医疗的性质。有些地区把农民群众在医疗保健上的互助合作变成了医药上的“大锅饭”，使小农经济的平均主义思想膨胀起来，不论有病无病，大病小病，都要向保健站、卫生所索取与其所缴纳的“保健费”（合作医疗基金）相等甚至超过的药品，否则即认为自己吃了亏。也有少数基

层干部搞特殊化,在医药上“多吃多占”。而那些患有大病,真正需要群众和集体帮助的人则得不到应有的帮助。这样,就使合作医疗失去其固有的意义和活力。

二是超越了客观的可能性。有些地方片面追求减免率,误以为减免率高越好,小病大病全免费。这样,就大大超越了集体经济的承受能力,使许多社队合作医疗都因开支过大,后继无源而干枯;甚至使一些保健站、卫生所的药品周转金也被吃光,形成有医无药的新的窘困局面。这是管理上的失误。

总之,合作医疗是在农业合作化基础上产生的集体保健医疗制度,由于群众的支持,形成了巨大的力量,对于解决广大农村缺医少药问题,保护广大农村居民的健康起到了巨大作用。但由于受了“左”的思想路线的影响,加之缺乏科学管理,产生了不少弊病,既不利于农村卫生事业的发展,又影响了合作医疗的声誉,因而遭到一些人的否定。

科学的态度应该是“两点论”,首先应肯定合作医疗是适合我国国情的农村卫生工作的基本制度,要继续坚持和发展;同时,又对它在经营管理机制上的种种弊端和缺陷进行认真的研究和改革,使这个制度更加完善。然而,历史的发展是曲折的,在每个历史转折关头总要受到形而上学思想的干扰,有些人在拨乱反正,清除“左”的影响时,连同正确的东西也否定了,就如同洗婴儿脏水一样,在端起澡盆倒去脏水时把婴儿也一同倒去了。所以,合作医疗在很长一段时期里静悄悄地无声息,处于被压抑的状态。这是卫生部门工作的一大失误。

对于合作医疗的衰落,国际社会不理解,国内群众也不满意。1983年世界银行专家组在考察报告中指出:“在农村实行生产责任制后,合作医疗纷纷瓦解,不少地区甚至彻底垮台,结果使农村大多数人口又失去了从前可以减少病灾的合作保险制度,而要自己承担全部医疗费用。”“这一趋势产生了两大不良后果:第一,没有医疗保险制度,就做不到有难同当,从而不可能再大大增进身心健康。尽管农村合作医疗制度有很多缺陷,包括无力分担大批人的病灾,但是它毕竟能提供一些很重要的基本服务。第二,尽管公共预防措施是中国卫生保健获得成功的根本,但看病付钱的办法不可避免地要忽视这些公共预防措施,而导致寄生虫病和传染病的回升。”

世界银行的这个考察报告只是反映了山东、四川两省部分农村的情况。实际上,凡是合作医疗停办的地方都出现了这些现象。例如辽宁省朝阳县1982年合作医疗解体后,当年就发生小儿麻痹患者368人。该县二台公社已经多年未发生小儿麻痹,合作医疗解体后当年就发生55例,死亡7人,有严重残疾的31人,轻度肌萎缩者17人。其原因是由于合作医疗解体,不少地方的村级卫生组织也随之解体,乡村医生改行,初级卫生保健工作失去了依托,预防工作无人过问了。因此,不仅贫困地区需要重办合作医疗,就是像苏州那样经济比较发达,生活比较富裕的地区也要求恢复合作医疗。据民政部1986年的调查,苏州地区仍有20%以上的农民看不起病,特别是得了大病,有一些“万元户”又因病致贫,成了扶贫对象。因此,民政部建议,要把合作医疗尽快恢复起来。

### 三、合作医疗与农村经济 发展的依存关系

合作医疗不是“左”的思想路线的产物,更不是“文化大革命”的产物,这在前两节已经阐述清楚了。这里还要研究一个重要问题,就是农村合作医疗与农村经济发展的依存关系。因为有些人认为合作医疗是农业生产集体化的产物,它是随着农村集体经济的发展而发展的。十一届三中全会后,农村经济体制经过改革后发生了深刻的变化,已由人民公社的“三级所有,队为基础”的体制变为以家庭联产承包责任制为基础的“统分结合,双层经营”的体制,使合作医疗失去了集体经济的支持,也就是失去了存在的社会基础。所以,合作医疗在1982年后就出现全国性的大衰落。

我们认为,这种完全从经济观点来看待合作医疗的兴衰,也是片面的,没有正确反映客观事物的真实情况。诚然,合作医疗的产生与发展同农村集体经济的发展有着天然的联系——共生关系,荣则俱荣,衰则俱衰;但是,决不能认为农村经济体制改革后合作医疗就失去存在的基础。因为合作医疗基金一般都是来自两个方面:一是集体经济的补给;二是农民个人的交纳。

从集体经济来看,农村经济体制改革主要是改变经营机制而不是改变所有制,在生产资料的所有制上仍然坚持以集体所有制为主。从经济实力来说,改革初期,虽然许多农村集体经济有所削弱,但是发展趋势(包括国家的政策导向和各地实践情况)仍是要逐步壮大集体经济力量。

从农民个人力量来看,实行家庭联产承包为主的责任制后,农民家庭经济活力大大增强了,收入增多了,支付能力增大了。

这就是说,不论是集体力量还是个人力量,合作医疗所赖以存在的经济基础并没有削弱更没有消失;相反地却在逐渐增强。这是一种情况。更值得注意的一种情况是,经过这场“大起大落”之后各地要求和赞成办合作医疗的人明显增多了。据北京医科大学 1986 年在江苏省农村居民中抽样调查,赞成办合作医疗的占 79.3%;广东省恩平县调查,赞成办合作医疗的占 77.72%;湖北省广济县的民意测验,赞成继续办合作医疗的占到 90% 以上。据分析,其原因是,在实行家庭联产承包责任制后,集体经济对农民生活上(包括防治疾病)的补助大大减少了;而农民家庭收入虽有所增加,但支付医药费的能力还很有限,还承受不了大的病灾的袭击,正如苏州地区所反映的那样,一个万元户往往因有一人生了一场大病而成为贫困户。所以更感到举办合作医疗的必要。这就是说,经过历史的反复以后,人们对合作医疗优越性的认识更清楚了,合作医疗的群众基础比过去更坚实了。

至于在农村经济体制改革初期,各地合作医疗大量垮台,除了本文第二节所说的几个原因外,从合作医疗与农村集体经济的依存关系上来看,就是由于许多地方的合作医疗都过分依附于农村集体经济组织,把所有权和经营权混在一起,完全归属于集体经济管理部门(先是农业合作社,后来是生产大队)。这是合作医疗的“先天”毛病。因为合作医疗最早的“胚胎”是“保健站”,保健站是由农业社办起来的,是农业社的一个事业单位,机构归农业社所有,经营工作也归农业社掌管。这样的体制,在起始阶段是有好处的,对于迅速普及农村基层卫生组织产生了巨大的推动作用。但是久而久之,它就产生了前面所说的一些弊端,在农村普遍进行体制改革,实行“两权”(即以土地为主的生产资料的所有权与经营权)分离时,卫生部门的工作指导又未能及时跟上去,对合作医疗制度(包括基层卫生机构)进行相应的改革,以致在所

依附的集体经济削弱或瓦解时就失去支撑的力量而趋于解体。但必须指出,这主要是经营机制上存在缺陷所致,而并非在农村经济体制改革后合作医疗就失去了存在的基础。

回顾农村合作医疗发展的历程,总结正反两方面的经验,正确处理合作医疗与农村集体经济的关系,应当是“依存”的关系而不能是“依附”的关系。所谓“依存”关系,就是合作医疗既要依靠集体经济的支持,而又是独立自主经营。按照历史唯物主义的观点,时代条件不同,历史遗留的问题不会原封不动地再提出,它的出现会有新形态,人们对它应有新的认识。在我国农村普遍实行家庭联产承包制的新经济体制下,农村合作医疗保健制度也必然以新的面貌出现。但我们认为下述四点应该作为指导农村合作医疗发展的基本准则:

1. 合作医疗与乡村医生及三级医疗预防保健组织是具有中国特色的社会主义农村卫生保健制度的基本内容,必须坚持并不断完善和提高。

2. 合作医疗保健制度的内涵,应随着农村经济的发展和农民生活水平的提高,不断加以拓宽,与实施初级卫生保健规划目标衔接起来。

3. 合作医疗经营体制要与当地经济体制相适应,合作程度和合作规模要与经济发展水平及农民生活水平、觉悟程度相适应,管理形式要与当代科学管理的要求相适应。一要因地制宜,不搞“一刀切”;二要尊重农民的意愿不搞强迫命令;三要加强科学管理,严格核算。

4. 合作医疗的管理,要同个人利益适当挂钩,不搞“全包全免”;也要和医疗机构的利益挂钩,避免经费超支和浪费。

# 应该全面地表述新时期 卫生工作方针\*

1993年8月

最近,在看一些文件和参加一些会议听到的发言中发现,有些人对新时期卫生工作方针的表述,只提“贯彻预防为主,依靠科技进步,动员全社会参与,中西医并重,为人民健康服务的方针”这五句话,有的人甚至干脆把这五句话简称为“五大方针”,而不提“把医疗卫生工作的重点放到农村”。我认为这是不全面的,应该引起注意和重视,并予以纠正。

上述新时期卫生工作方针,是1991年在七届全国人大四次会议上确定的。全文原是六句话,其中原有“把医疗卫生工作的重点放到农村”这一句。这六句话是立足于“大卫生观”,以“2000年人人享有卫生保健”为总目标,指导整个卫生事业发展的总方针。它是一个整体概念,不应只引用前五句话,或称“五大方针”,而将“同时把医疗卫生工作的重点放到农村”这句话割掉。

“把医疗卫生工作的重点放到农村”,是毛泽东主席1965年针对当时存在着“重城市、轻农村”的倾向而提出来的。这不是为了解决某个时期工作缺点问题的权宜之计,而是对建国初期制定的卫生工作方针(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)的补充和完善,是针对我国国情而确定的卫生工作的战略方针。我国是农业大国,百分之八十以上人口在农村,农民和农业状况如何决定着国家的兴衰。正如江泽民同志在十四大报告中所说的,没有农村的繁荣就没有全国的繁荣,没有农民的小康就没有全国的小康。按此类推,也可以说,广大农民享受不到卫生保健,就不可能实现全国人人享有卫生保健。因此,我国医疗卫生工作必须把重点放到农村。

---

\* 这是作者给卫生部党组写的一份建议,发表在《健康报》内参第126期。

这应当成为我国卫生工作长久的方针。如果这一条落实不了,那么,“贯彻预防为主,依靠科技进步,动员全社会参与,中西医并重,为人民健康服务”就大半要成为空话。

总之,《纲要》中确定的新时期卫生工作方针的六句话或者说六项内容,是有机结合互相关联的整体。它是建国初期制定的卫生工作“四大方针”加上毛主席“1965年指示”的继续和发展;但在内涵、结构和文字表述方式上都有一些变化。这是反映了新时期卫生工作的特点。我们在理解和论述这个方针时应当把握住这个特点。

# 正确认识医疗服务与市场经济的关系\*

——对“医疗市场论”的辨析

1993年8月

近来,随着市场经济的蓬勃发展,卫生系统内的“医疗市场论”也悄然兴起。一些人认为:医疗服务事业只有走向市场,实行商业化,才能同我国经济体制改革和经济建设形势相适应,才能彻底摆脱当前面临的困难。这种舆论正在影响着医院的改革与区域性卫生规划及医院分级管理工作的进行。如果发展成为一种主导思想,如果按“医疗服务商品化”、“把医疗机构推向市场”的思路办医,就有可能走入歧途,使我国已经初步建立起来的具有中国特色的社会主义医疗保健体系,遭受一次重大的冲击和挫折。因此应当对这个问题进行一次认真地讨论,求得正确的认识,以避免医疗卫生决策发生失误。

我的观点是:医疗服务工作要适应市场经济的需要,为建立和发展社会主义市场经济服务,可以在经营管理上运用某些市场经济机制,以增强其自身活力;但同时必须严格遵循医疗事业自身的规律,不可把医疗服务事业推向市场,任其自由经营。发展医疗服务事业应该坚持以规划为导向,而不能以市场为导向。

## 一、“医疗市场论”的内涵及依据

什么是医疗市场?严格地说,这个概念现在还很模糊,不像金融市场、劳

---

\* 原载《中华医院管理》杂志 1993 年第 11 期。



动市场、科技市场等那样清晰。综合最近一些报刊杂志发表的有关医疗市场的文章,“医疗市场论”的内涵是主张以市场为导向,发展医疗卫生服务事业,其论点和依据大致有以下几点:

1. 把市场作为优化卫生资源配置的主要手段,实行医疗机构自由发展的策略:根据是江泽民同志在党的“十四大”的政治报告中关于所有制结构“以公有制包括全民所有制和集体所有制为主体,个体经济、私营经济、外资经济为补充,多种经济成分长期共同发展”的论述及有关规定。认为这对各行各业包括卫生部门都具有普遍意义,卫生部门必须坚定不移地按照这个规定去兴办医疗卫生机构,实行国家、集体、个人一齐上,支持社会民办和私营机构。

2. 按照市场经济规律转换医院经营机制,使医疗服务工作在市场之中运行和发展:根据是《中共中央、国务院关于加快发展第三产业的决定》中提出的“现有大部分福利型、公益型和事业型第三产业单位,要逐步向经营型转变,实行企业化的管理”的意见。认为这里所说的大部分包括医疗卫生单位,既然要向经营型转变,实行企业化管理,当然就要走向市场,按照市场经济规律办理。

3. 遵循价值规律,建立由市场决定的医疗价格体系:根据是中共中央、国务院《决定》中提出“第三产业大部分价格和收费标准要放开,分别情况实行浮动定价、同行议价或自行定价,以形成合理的比价关系”的意见,以及卫生部关于“三保、三放”的决定。认为“医疗服务价格以市场为取向已不可逆转”。

把上述三项论点再加以概括,就是:医疗机构要实行自由发展,医疗业务要实行自由经营,医疗价格要实行自由定价。归结为一句话,就是要把医疗机构推向市场,通过自由竞争,求得生存和发展,以此来提高医疗服务质量和效率。这就是“医疗市场论”的内核,或者说是“医疗市场论”所要导致的结果。

我不赞成上述的观点,因为,它不符合当今世界医疗卫生工作的发展方向;它有悖于我国社会主义医疗服务事业的规律和特性;它没有准确地反映中共中央、国务院发展第三产业和建立社会主义市场经济体制的精神实质。

## 二、当代医疗卫生事业的发展趋势

当今世界一些国家包括老牌资本主义国家和新兴的资本主义国家,尽管在发展经济上坚持和倡导市场经济体制,但在发展医疗服务事业上却正从以市场为导向转为以规划为导向。具体表现在:①国家对医疗卫生服务的责任加强,干预也加强,对私营医疗机构采取了一系列严格的限制措施,而不是任其自流;②发展医疗卫生组织,一般都按区域进行规划,按规划设置机构;③各级各类医院都要支持和参与初级卫生保健,根据自己的职能和条件担负一定的任务;④对医疗费用进行必要的控制和调节,而不是任其自由上涨。

为什么在市场经济已高度发达的国家在医疗卫生服务工作上反而从市场导向转为规划导向呢?这是由于市场导向的结果,带来了医疗卫生服务事业发展的不平衡,使医疗卫生工作产生了许多困难和危机。据世界卫生组织调查分析,主要有下列3个问题:

1. 卫生资源分配不平衡:地区之间、城乡之间普遍存在着卫生资源分配和利用不公等现象。无论发达国家还是发展中国家,几乎都是“医生跟着富人走”,卫生资源大部分都集中在大中城市那些用于为少数人服务的、昂贵的、复杂的技术上,忽略了为大多数人提供初级医疗保健服务,有些人在医疗上享受着高消费,有些人则得不到最基本的服务。

2. 医疗费用急剧上涨:由于医疗服务不同于一般商品,不完全受供需总量是否平衡的影响,其上涨幅度往往高于一般商品,而且一涨上去就居高不下,因此,使国家和个人都难以承受。以美国为例:60年代美国年卫生费用总计为2400亿美元,年人均费用1000多美元;80年代年卫生费用上升到4000多亿美元,人均近2000美元;到了1992年,美国的年卫生总费用猛增至8000多亿美元,人均3000多美元,其医疗卫生费用占国民生产总值的14%,超过了国防费用和教育费用。尽管美国的医疗卫生费用如此之多,但仍有3700万人没有医疗保险,得不到基本的医疗保障。所以,克林顿政府一上台,就把改革医疗保健制度作为一项紧迫任务。

3. 计划和管理不善:卫生部门与其他社会经济部门合作不够、管理不善,以致卫生资源使用效益很差,难以充分发挥作用。

由于这些问题的存在并且日益尖锐,迫使资本主义国家的当权人物和一些学者认识到,由市场主导的医疗保健体系,不可能配合政府实现下述目标:①向全体民众提供同等医疗保健服务机会;②合理、有效地利用医疗资源;③把医疗费用控制在合理范围之内。因此,近年来,许多国家和地区包括我国的台湾省都在对医疗制度及医疗市场进行整顿,力求克服医疗服务事业实行商业式自由经营所带来的种种弊端。

世界卫生组织等国际机构经过对各大洲卫生状况的调查,特别是考察研究了我国农村医疗保健制度以后,对于按照何种原则改革医疗保健服务体制,取得了基本一致的看法,那就是不论社会制度和发达程度如何,都应遵循这样3条原则:①把“人人享有卫生保健”作为一项基本人权,为全体民众——社会所有成员提供基本的医疗保健服务,达到医疗保健服务的公平性;②按照区域和人群分布、医疗卫生需求状况,设置医疗卫生机构,使有限的卫生资源发挥最充分的效用,达到卫生资源配置合理化;③把医疗保健费用控制在合理范围之内,使国家和社会各阶层(不同收入水平)的民众都能承受。

上述情况说明,医疗服务与一般商品有所不同,也不同于一般经济领域的活动,它有自己独特的发展规律。我国目前出现的“医疗市场论”,很显然同国际上的医疗保健发展趋势相背离。我们应接受资本主义国家医疗市场的教训,不能重蹈其覆辙。

### 三、我国医疗卫生事业的特性及现状

从我国社会主义基本制度赋予医疗卫生事业的特性及医疗卫生事业的现实情况来看,目前倡导发展医疗市场也是不适宜的。

1.我国医疗卫生事业是社会主义事业的组成部分,从一开始就有双重属性,即公益福利性与生产经营性。它是救死扶伤、为人民服务为宗旨,以建设有中国特色的社会主义医疗卫生事业为目标,以党在社会主义初级阶段的基本路线为指导方针的。这就决定了我国医疗卫生事业必须坚持社会主义方向。正如邓小平同志所指出的:“思想文化教育卫生部门,都要以社会效益为一切活动的惟一准则,它们所属的企业也要以社会效益为最高准则。”这也

正是社会主义医疗卫生事业与资本主义医疗卫生事业的重大区别之一。这个性质和宗旨,无论是在计划经济体制下还是在市场经济体制下都是不能改变的。深化医疗卫生体制改革只能是更好地体现这个性质和宗旨,而决不能背离它。

2.我国城乡医疗卫生网的格局,经过40多年建设、整顿与调整,已基本上形成了一套具有我国特色的医疗卫生服务体系,尽管在布局和管理体制上都还有不少缺点,需要进行改革和完善,但这些改革只能是以规划为导向,而不能以市场为导向。

3.我国城乡居民经济收入还处于低水平,特别是绝大多数农民还刚刚解决温饱问题,在医疗保健上的承受能力极为有限。如果按照“医疗市场论”者的主张,把医疗服务工作的补偿完全放在患者身上,即医院完全按实际劳动消耗(包括物化劳动和活劳动)和市场供需情况确定医疗服务的成本和价格,计价收费,则必然导致医院为了追求经济收入而忽视社会负担能力,提供过度的服务。其结果是,既浪费了社会资源,又增加了患者和国家的负担。

4.市场经济是法制经济,我国发展市场经济刚开始,各种保护和制约市场的法律都还不齐备,尤其是管理医疗市场的法规更为缺乏,没有约束机制,如果一味放开,那只能导致医疗秩序和医疗服务工作的混乱(目前在一些地方已出现这种情况),而很难为患者提供优质、高效、低耗的服务。

综上所述,不论从长远看还是从眼前看,发展医疗市场对国家、对人民、对整个医疗卫生事业都是弊多利少。

#### 四、对“医疗市场论”所依据的 几个政策性问题的理解

党的“十四大”根据邓小平建设有中国特色社会主义理论提出的“90年代改革和建设的主要任务”,是指导我们医疗卫生体制改革的总依据。在此之前,中共中央、国务院发布的《关于加快发展第三产业的决定》与“十四大”精神是完全一致的。我们要全面地准确地理解这两个文件的精神实质,而不

能失之偏颇。

1.关于所有制结构问题：“十四大”报告中指出：“社会主义市场经济体制是和社会主义基本制度结合在一起的，在所有制结构上，以公有制包括全民所有制和集体所有制为主体，个体经济、私营经济、外资经济为补充，多种经济成分长期共同发展。”有的同志在论述医疗市场引用“十四大”报告中的这段话时，却不提“主体”和“补充”，只强调“多种经济成分长期共同发展”，从而主张要“国家、集体、个人一起上，支持社会民办和私营机构”。这种不分“主体”与“补充”的观点，我们认为是一个严重的疏忽。社会主义市场经济体制与资本主义市场经济体制的不同之处，主要一点就在于所有制结构上，前者是以公有制为主体，后者是以私有制为主体。既然在社会主义市场经济体制下，私营医疗机构只是补充，那就应该视需要而定，本地区医疗资源不足、需要补充就允许发展，不需要补充就不再发展，或者鼓励他们到缺医少药的地方去。对这个政策的掌握和运用，沿海一些开放城市如佛山、大连等市都比较恰当。这些城市由于社会主义公有制的医疗服务机构已能满足居民对医疗保健的需求，对发展新的私营医疗机构就基本上没有放开，所以社会上的医疗秩序一直很好。而内地的一些地区有的反而很混乱，有的地区当地的医疗机构已经处于“饱和”状态，却仍在继续发展社会办医，甚至就像开放农贸市场一样开放医疗市场，以致一些只有 10 来万人口的小城市，个体和私营医疗机构就有上百家之多，给现有的医疗保健体系造成很大的冲击和损害。对这种现象，社会上很有意见，不少政协委员在会议上发言或写出提案要求政府进行整顿。这个问题应该引起主管当局的重视。

2.关于现有医疗机构向经营型转变，实行企业化管理问题：根据中共中央、国务院关于加快发展第三产业的决定，有三点需要仔细研究，而不应主观认定。其一，《决定》中所提的福利型、公益型和事业型的第三产业要向经营型转变，实行企业化管理，以及改革价格体系，将价格和收费标准放开的规定，都是说“大部分”而没有说全部，医疗服务机构是属于“大部分”还是属于“小部分”，或者医疗服务机构中的哪些项目属于“大部分”，哪些属于“小部分”，值得研究。其二，向经营型转变，实行企业化管理，并不等于就是企业，就要实行商业化。其三，医疗服务是一种特殊的劳务产品，要参与市场活动，

但不同于一般商品；其价格也不同于一般商品价格，不完全受供求关系支配和调节，更不能说“以市场为取向已不可逆转”。我们认为，医疗服务机构向经营型转变，实行企业化管理，主要是实行成本核算和自主经营，以提高资源利用的效率；而不是像工商企业一样，直接地给国家和社会生产提供财富。主张医疗卫生事业完全市场化的人，只看到医疗服务商品属性的一面，而忽视医疗服务事业的特性，忽视医疗价格一般不受供求关系调节的一面。

3. 关于“三保、三放”问题：“三保、三放”，即“保农村卫生，城市逐步放开；保预防保健，医疗逐步放开；保基本服务，特殊服务逐步放开”。这是今年全国卫生厅局长会议的报告中提出来的。它也是主张发展医疗市场者所引用的又一依据。我们认为，“三保、三放”作为把握卫生部门工作重点和国家对卫生事业投资战略重点和补偿机制的依据，是正确的。卫生部门的工作重点应当确保“三保”，国家对卫生事业的投入应当向“三保”方面倾斜。但是，如果把它当作卫生工作适应市场经济的策略，有些问题尚须研究商榷。因为，第一，卫生工作要放开搞活，要与市场经济相适应并为其服务，应该是全面的而不是局部的，不仅是城市、医疗、特殊服务要放开，农村、预防保健、基本服务也应放开，因为这些方面也要面向市场，也要增加活力，激发内在动力。第二，随着世界经济文化和科学技术的发展及医学模式和疾病谱的变化，卫生观和卫生服务的职能已大大拓宽，从单纯的医疗型转向预防——保健——医疗——康复——健康教育一体化的初级医疗卫生保健服务。制定卫生发展战略应立足于大卫生观，以实现“人人享有卫生保健”为目标，推进整体与群体性卫生保健活动。如果以“三保、三放”作为处理卫生工作与市场经济关系的策略，显然只能是一种权宜之计，而不是根本解决问题之道。

## 五、怎样使医疗卫生服务 与市场经济相适应

医疗卫生事业的发展不能以市场为导向，一般地说也不需要另搞什么医

疗市场。但是,由于经济是基础,我国经济体制正由计划经济向市场经济转化,医疗卫生事业必然是在市场经济的大环境中运行,因此,医疗卫生服务一定要面向市场,与市场经济的发展相适应,更好地为经济建设和人民健康服务。

所谓相适应,包括两个方面内容:①最根本的问题是搞好服务,提高全心全意为人民服务、为社会主义建设服务的自觉性,努力改善服务态度,提高医疗质量,使人民满意、社会满意。要随着经济和社会的不断发展,不断改进医疗卫生服务方式,提高服务水平,逐步满足人们对医疗卫生的基本需求和特殊需求,使人们的健康水平不断提高;②医疗卫生事业要利用市场经济的发展为自身的发展与提高提供强大的物质支持,并运用市场经济的活力增强自己的发展能力,使自己在服务中的消耗不但能得到补偿,还应使自己在服务中不断得到发展和提高。

为此,我们认为各级政府卫生行政部门当前须努力做好以下5项工作。

1.按照“大卫生观”部署卫生工作:①坚持把卫生工作纳入当地的社会和经济发展的总体规划,使之与经济和社会的发展同步前进;②承认健康是人类的基本权利,人人都有权享受基本的卫生保健,人人都有义务为普及初级卫生保健做贡献;③扩大卫生服务职能,以实施初级卫生保健为中心,把预防、保健、医疗、康复、健康教育有机结合起来,全面发展。

2.抓好区域卫生规划及医院分级管理和评审工作:通过合理规划,使社会上的各种医疗卫生资源(包括全民、集体、私营和个体)都得到充分的利用和合理的配置。以现行的城市分级负责划区医疗和农村三级医疗卫生网为基础,按照区域规划的要求加以改革或调整,克服当前某些地方的机构重叠设置和资源浪费现象。对个人开业和私营医疗机构,一定要按照国家有关规定加强管理,决不可放任自流。医院分级管理和评审工作的主要意义在于促进医疗卫生单位在宏观调控下的标准化管理和建设,通过评审促使各级各类医疗卫生机构不断提高服务水平和服务质量。

3.建立“双重复合补偿模式”,使医疗卫生服务劳动得到合理补偿:在我国社会主义建设初级阶段,医疗卫生事业的经费补偿完全依靠政府或者社会都是有困难的,必须采取财政预算补偿与服务经营收入补偿两种手段相结合

的办法予以解决(也要鼓励社会各界多渠道增加投入)。至于两种手段相结合的范围、程度和形式,即财政预算补偿多少,服务经营收入补偿多少,在不同地区、不同领域和不同时期可以有所不同。但不论是哪种程度和形式,都必须走向有序化、模式化和制度化,而不能随意处理。各级政府计划、卫生、财政、物价等部门应根据当地经济状况共同研究制定出一个“双重复合补偿计算公式”。这个“计算公式”应该是动态的,根据市场物价和劳动工资升幅情况,对医疗价格和收费标准每年核定一次,使医疗卫生服务价格(即服务经营收入)能与市场物价和劳动工资水平相适应。这样可使医疗卫生服务既得到合理的补偿,又受到一定的约束,不能随意提高医疗价格。

4. 一般医疗服务机构应实行自主经营,引入市场公平竞争机制:在确保基本医疗保健服务的基础上,可以根据客观需要和自身所具有的功能及条件,开展多种服务和特种服务,以满足社会上不同人群的需要,提高社会效益和经济效益。在管理上,要仿效或借鉴企业管理办法,实行院长负责制和目标管理责任制,形成医院、科室双重效益(社会、经济)目标控制的新格局。

5. 对医务人员和职工坚持进行职业道德和法制教育:要使广大医务人员充分地认识,我国实行的社会主义市场经济体制是同社会主义基本制度紧密结合在一起的,根本目的是更好地为人民服务、为人民大众谋求福利。在市场经济体制下,决不能把接收“红包”的多少作为衡量医务人员价值高低的标尺。医务劳动要有合理的补偿,但应在政策、法律许可范围之内寻求补偿渠道,决不能采取乱收费、乱开处方、乱做检查,甚至“倒卖病人”或以病情作为讹诈等不正当手段勒索病人以增加收入。这是不论在什么经济体制下都是应该恪守的。



# 学习毛泽东同志的大卫生观\*

1993年10月

毛泽东卫生思想是毛泽东思想的重要组成部分,是我们党和国家宝贵的精神财富。毛泽东卫生思想是以毛泽东为代表的老一辈无产阶级革命家在长期的革命和建设实践中总结出来的科学理论体系,在毛泽东卫生思想中,贯穿着一条主线、一个核心,这条主线和核心就是大卫生观。

## 毛泽东同志是大卫生观的积极倡导者

近十多年来,从国际到国内,从卫生界到社会各部门,都在谈论大卫生观,宣传大卫生观。这是一件好事。但是有的同志言必外国,美国、日本、欧洲如何如何,似乎给人们造成了这样一种印象,好像这个大卫生观,是一个新的理论、新的概念,是外国人的发明。对这样的一种看法,我认为不符合实际。

何谓大卫生观?概括地说,所谓大卫生观,就是要站在社会发展和人类进步的高度来看待卫生工作,并坚持动员和依靠全社会的力量进行综合治理,即卫生工作的社会发展和卫生工作的社会系统工程观。大卫生观是与过去那种传统的、狭义的对卫生工作的看法相比较而言的。传统的、狭义的观念往往把卫生工作看作是孤立的工作、单纯技术性的工作,看作是卫生部门自己的事。而大卫生观则把卫生工作看作是全社会、全民族、全人类的事业,强调卫生工作的社会性、群体性,强调卫生工作是社会与经济发展的重要

---

\* 原载《中国初级卫生保健》1994年第1期。

组成部分,而且承认卫生工作与社会经济发展之间的相互促进作用。

毫无疑问,大卫生观是一种先进的、科学的卫生工作思想体系。这种思想体系;不是现在才形成的,而是早已形成,不是什么外国人的发明,而是中国共产党以毛泽东为首的老一辈无产阶级革命家的创造。正是毛泽东同志最早、最全面、最系统地提出了大卫生观,并对此做出了十分精辟的论述。

## · 毛泽东大卫生观的基本要点

毛泽东同志一向把卫生工作看作是党的工作、群众工作,看作是“关系到全国人民生老病死”,关系到“移风易俗,改造国家,改造世界”的一件大事,“是一个大的政治问题,党必须把它管好”。为此,他亲自做调查研究,亲自起草对卫生工作的指示,亲自倡导和发动了爱国卫生运动。像毛泽东同志这样把卫生工作提高到“移风易俗,改造国家,改造世界”的高度,提高到“爱国”的高度,无论是在中国或外国,恐怕都是前无古人的。

毛泽东同志一向把卫生工作看作是社会经济发展的重要组成部分,看作是革命和建设的重要组成部分。早在革命战争年代,毛泽东同志就把卫生工作看作是建设苏区、巩固革命根据地、取得革命胜利的重要保障。全国解放以后,毛泽东同志更加重视卫生工作在社会经济发展中的地位和作用,强调在发展经济同时,应当积极发展卫生事业,注意保护劳动力,保护人民的健康。他强调指出:“如果只注意前一个方面,忘记或稍加忽略后一个方面,那是错误的。”毛泽东同志坚持把除四害、讲卫生、防治和消灭疾病作为增强人民体质,保护劳动力,搞好经济建设的重要措施,并且把卫生工作纳入由他亲自起草的《全国农业发展纲要》之中。毛泽东同志认为:“卫生工作之所以重要,是因为它有利于生产,有利于工作,有利于学习,有利于改造我国人民低弱的体质,使身体健康,环境清洁,与生产大跃进、文化和技术大革命相互结合起来。”

毛泽东同志一向认为,人民群众是国家的主人、社会的主人,卫生工作必须全心全意为人民服务。他不仅亲自批准了“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”的卫生工作四大方针,而且还亲自提出了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针。毛泽东同志认为,农民占中国人口的绝大多数,是卫生工作的主要服务对象,“为绝大多数人服务就是要为农民服务”。否则,所谓国民卫生就会“大半成了空话”。他多次强调要把大量的人力、物力投到农村,解决广大农村缺医少药的问题,组织城市医务工作人员下农村,积极为农村培训卫生人才,建立健全农村基层卫生组织,认真防治农村的常见病、多发病,使广大农民能得到最基本的卫生保健服务。毛泽东同志的这些指示,还包含着要逐步缩小医疗卫生工作方面的城乡差别、工农差别、干群差别的深远含义,这与世界卫生组织关于“卫生保健是一项基本的人权”、“卫生保健服务要公平”的主张是完全一致的。

毛泽东同志一向认为,讲究卫生的根本精神是为了“使一切人民都能逐渐地脱离愚昧状态与不卫生的状态”,是为了“减少疾病,提高人民的健康水平”,也是为了“人人振奋,移风易俗,改造国家”。毛泽东同志所说的“提高人民健康的水平”,其含义也相当深远,既包括“应当积极地预防和医治人民的疾病,推广人民的卫生医疗事业”,也包括消除妨碍人民健康的各种障碍,如扫除文盲、消除愚昧、破除迷信、改善居住条件、改造环境、改善营养和饮水等等。这与世界卫生组织提出的对于“健康”含义的最新理论(即健康不仅指不得病或可以享受到医疗服务,还指个人的幸福和使人具有能够适应社会生活和经济生活所需要的健康状况),也是完全一致的。

毛泽东同志一向主张,“我们必须告诉群众,自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯作斗争。”办法就是发动群众、依靠群众、配合生产,积极开展群众性、经常性的爱国卫生运动。无论老年、小孩、青年、壮年、教员、学生、男子、女子,都要充分发动起来,人人参与,积极参与,“养成人人讲卫生,家家爱清洁的良好习惯”,“以卫生为光荣,以不卫生为耻辱”。毛泽东同志强调,一定要使更多的人“懂得这个移风易俗改造世界的意义”,“因此必须大张旗鼓、大做宣传,使得家喻户晓,人人行动起来”。

毛泽东同志一向十分重视培养“政治坚定,技术优良”的医药卫生干部队伍,发挥专业卫生队伍的作用。他不仅经常勉励医务人员与工农相结合,发扬“救死扶伤,实行革命的人道主义”精神,全心全意地为人民服务,而且还经

常告诫医务人员要相信群众、依靠群众,号召“一切医药卫生人员都要振作起来,与党委、群众组成三结合,显示自己的能力”。否则,即使是“华佗”,也奈何不了区区的“小虫”。为了解决广大农村的缺医少药问题,使广大农民都能尽快得到最基本的卫生保健服务,毛泽东同志还亲自号召城市医务人员要支援农村,亲自提倡培养“半农半医”和农村卫生保健员,亲自批准在全国农村推行“赤脚医生制度”和“合作医疗保健制度”。这不论在中国,还是在全世界,都是一个伟大的革命创举。

毛泽东同志还把统一战线的思想应用到卫生工作方面,强调要“团结新老中西各部分医药卫生人员,组成巩固的统一战线,为开展伟大的人民卫生工作而奋斗”。卫生工作方面的统一战线,不仅包括“团结新老中西各部分医药卫生人员”,而且还包括联合各有关部门、各群众团体和社会团体,进行广泛的协作。由毛泽东同志批准成立的爱国卫生运动委员会,有二十几个部门的负责人参加,就是在政府领导下协调各有关部门进行密切协作的极好的组织形式。

毛泽东同志一向把卫生工作看作是政府的职责、党的职责。早在革命战争时期,毛泽东同志就指出,“军政机关对于卫生问题,再不能像从前一样不注意,以后各种会议,应该充分讨论卫生问题”。“发动广大群众的卫生运动,减少疾病以至消灭疾病,是每个乡苏维埃的责任”。“应该把它提到自己的议事日程上,应该讨论,应该决定,应该实行,应该检查”。新中国成立后,毛泽东同志强调党和政府必须切实加强对卫生工作的领导。特别是在1960年3月18日发出的由毛泽东同志亲自起草的《中央关于卫生工作的指示》中,一再提醒各级党委的主要负责同志要重视卫生工作,领导同志要亲自挂帅,切实加强领导。《指示》还明确要求,各级党委和各有关部门党组,一年内“要为卫生工作开会四次,一季一次,每次三四小时即够,不要太长,以后年年如此”。在党中央的指示中,竟然对各级党委一年要为卫生工作开几次会,都做出了如此具体的规定,可见毛泽东同志对卫生工作的重视之甚。

以上八点,只是毛泽东同志对卫生工作一系列指示与大卫生观有关的部分,并非全部。但仅就这几点就足以说明,毛泽东同志确实非常伟大,非常英明,站得最高,看得最远,不愧是一个伟大的马克思主义者。

## 中国倡导大卫生观的国际影响

在毛泽东思想指引下,中国是倡导大卫生观最早的国家,也是通过实践获得重大成就和丰富经验的国家。对于中国的经验,许多外国朋友给予了高度评价。世界卫生组织助理总干事塔哈达博士说:“我所看到的像中国这样的真正的初级卫生保健不多。中国这套经验非常丰富,对发展中国家有参考意义,因为经过多年实践,证明是确实行之有效的办法。”国际农村医学会主席约·坦尼教授也说:“中国在推进社会大卫生、实施初级卫生保健方面做出了突出的成绩,为发展中国家树立了榜样。中国的经验不仅对发展中国家有用,对发达国家也有参考价值。”

中国倡导大卫生观,推进初级卫生保健在国际上产生的影响,主要有如下两个方面:

第一,对世界卫生组织制定全球卫生战略和政策的影响。据世界卫生组织的官员透露,该组织提出“‘2000年人人享有卫生保健’的战略目标和做出发展初级卫生保健的决策,确实受到了中国经验的启示”。“其主要思想是从中国的经验借鉴而来的”。在做出这一切决策之前,当时的总干事马勒博士曾来华考察过我国的农村卫生工作,认为“中国应用的一些原则,做法和经验适用于第三世界国家”,并且认为“既然在中国农村这些并不富裕的地方都能够提供基本的卫生服务,那么在其他发展中国家也应该能够做得到”。因而提出了初级卫生保健这个新名词、新概念。世界银行的专家也认为“确实,1978年关于通过初级卫生保健战略来实现‘2000年人人享有卫生保健’的《阿拉木图宣言》深受中国模式的影响”。

第二,对发展中国家的影响。一些研究中国农村卫生问题的国际组织专家认为,“中国在改善卫生保健的做法和带来的成功,中国在改善卫生状况方面的多部门协作以及卫生部门内部对预防、动员群众和集体出资,对赤脚医生的强调——有力地影响了整个发展中国家卫生专业人员的思想”,这方面的影响是广泛的,也是深远的。对此,近几年来外国朋友议论很多,现摘其要者如下:

1. 中国强调把初级卫生保健作为国民经济和社会发展的重要组成部分, 作为政府的职责, 社会的职责, 组织多部门协作和全社会参与。不仅各级都有明确的目标, 而且在“各级都建立了非常有效的组织网, 它是同各级的政府、行政、经济组织密切联系的”。“它的政治决心及管理能力的中国初级卫生保健之所以成功的关键”。因此, 正在寻求向中国学习, 以求扩大初级卫生保健的其他国家, 应该特别注意中国由中央到地方各级政府发动和领导的经验。

2. 中国领导人所倡导的“群众路线”和“人民战争”, 在卫生工作方面, 特别是在发展初级卫生保健方面也得到了充分体现。“1949年以后不久, 就开展了大规模的群众运动来改进环境卫生, 消灭四害, 开展预防接种, 以防治传染病, 及控制大规模流行疾病(如疟疾和血吸虫)的媒介, 动员群众是这些运动成功的关键”。

3. 中国的卫生工作方针是“预防为主”, “和其他大部分国家相比, 中国强调预防性服务甚于治疗服务, 但是为了人民的福利及控制传染病, 也并不忽视治疗性措施”。“中国对预防的关心, 也导致寻求一种卫生战略, 它所能达到的效益超越了卫生系统本身, 特别是改善营养, 提供安全的饮水和环境卫生, 适当的粪便处理, 减低生育率。及广泛教育的进步等等”, 这种“多面性的战略”, “无容置疑是极为成功的”。

4. 中国农村的三级卫生保健网是国家卫生体制中不可分割的一部分, 是为农村提供卫生保健服务的强有力的组织系统。“这一系统是基于这样一种思想, 即在一个国家, 如果不可能做到每一个小镇或村庄都有高级医师, 那么在大多数的居民团体, 甚至在许多贫穷和边远地区步行距离内有一个或更多的中级卫生人员则是可能做到的”。“中国也已经使人才简化了, 它避免了建立单独的官僚机构, 相反地, 只是在已经存在的政治——经济——行政组织机构中增加了卫生保健服务系统”。

5. 中国对“赤脚医生”的强调, 是“为了向大多数农村居民提供必不可少的最低限度的卫生保健服务”, 中国的做法“为发展中国家提供了宝贵的经验”, 是“解决发展中国家农村缺医少药的重要途径之一”。“许多亚、非、拉国家运用了同样原则, 结合自己的国家情况, 采取了适当方式方法培训了大批

初级卫生工作人员,为促进建立农村初级卫生保健起了重要推动作用”。

6.中国农村实行的“合作医疗制度”,“是发展中国家群体解决卫生经费的惟一范例。尽管每个合作医疗的具体情况在全国有很大差异,但是总的来讲它是由群众集资采取预付医疗保险金的形式,解决群众基本医疗保健问题的一种医疗保险制度”。“然而在农村实行生产责任制后,合作医疗制度纷纷瓦解,不少地区甚至彻底垮台。结果使农村大多数人口又失去了从前可以减少病灾的合作保险制度,而要自己承担全部医疗费用”。这种情形令人遗憾。

7.中国发展初级卫生保健在技术上强调“中西结合”,“土洋并举”,也受到了全世界的普遍关注,特别是对传统医学包括针灸、草药的作用已为举世所公认。其他如本着自力更生的精神,研究使用“土办法”、“土设备”,解决饮水改良和粪便无害化,研制卫生厕所和沼气池等,也得到了许多国际友人的赞许。

上述几个方面,基本上都是外国朋友对我国倡导大卫生、推行初级卫生保健工作的议论和评价。这些议论和评论都是实事求是的,是符合我国实际情况的,但基本都是赞扬的话,都是讲的好的一面,这是主要的。也有一些外国朋友在考察了中国的农村卫生和初级卫生保健之后,给我们提出了一些十分中肯的意见,值得引起我们的注意。这些意见,概括起来有以下几点:

1.发展极不平衡,城乡之间差别很大。特别是一些贫穷和边远地区,“依然和热带发展中国家状况相似”,“往往连起码的卫生服务都没有”。因此,“对政府来讲,一个主要的卫生政策问题就是,要资助贫穷地区的卫生保健”,“要进一步考虑公正”。

2.慢性病的问题,值得引起重视。“目前,中国的死因结构和发达国极其相似——心脏病、肿瘤和中风首当其冲”。“因此,如何制定和实施把预防和低成本的治疗、康复以及健身结合在一起的对付慢性病的战略是至关重要的”。这场卫生革命如能取得成功,即便是部分成功,不仅对中国,而且对期待中国在公共卫生方面起领导作用的国际社会,也都有很大的价值”。

3.“中国农村保健特别重要的一个现象,是在实行生产责任制后农村合作医疗制度的衰退”。由此“产生了两大不良后果:第一,没有医疗保险制度,就做不到有难同当,从而不可能再大大增进身心健康。尽管农村合作医疗制

度有很多缺憾,但它毕竟能提供一些很重要的基本服务。第二,尽管公共卫生措施是中国获得成功的根本,但看病付钱的办法不可避免地要忽视这些公共预防措施”。因此,如何改革和重建农村的医疗保健制度是一个亟需解决的重大问题。

4.中国目前正在加强中心卫生院的建设,“这也许是提高农村地区获得医疗保健的首选重点”。“给这些中心卫生院配备水平适当的合格的卫生人员,将是一项棘手的问题”、“这需要给医务人员一定的鼓励,包括提供令人满意的设备和工作条件”,也包括政府如何在政策上实行倾斜。

5.中国的卫生工作有不少好的传统特色,如何把好的传统和特色保留下来,并发扬光大,是一个特别值得注意的问题。“千万不能因为‘现代化’而化没了”。“希望中国在学习外国技术的时候,要学外国好的东西,有用的东西,不要把外国的一些坏东西也学来”。

显然,以上这些意见都是十分中肯的,富有建设性的意见。这些问题都至关重要,也是我们正在研究,设法解决的问题。外国朋友这些建设性的意见,既体现了友好的情谊,也寄予了深切的希望。我们应继续努力,把工作做得更好。特别要认真学习、宣传、运用毛泽东的大卫生观,用毛泽东思想和邓小平同志建设有中国特色的社会主义的理论,指导当前的卫生改革和卫生事业建设,为建设具有中国特色的社会主义卫生事业而努力奋斗。



# 学习毛泽东思想 发展农村卫生事业\*

1993年12月

毛泽东同志对卫生工作最为重视,尤其关注农村卫生工作。“把医疗卫生工作的重点放到农村”,是他的一贯思想。

建国初期,我国农村极为贫穷落后,缺医少药的情况十分严重,许多传染病、地方病猖獗流行,严重危害农民的健康和生命。为了“积极地预防和医治人民的疾病,推广人民的医药卫生事业”,根据毛泽东同志和周总理的指示,确立“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,特别强调要积极建立农村卫生组织,大力为农村培养卫生人员。制定并发布了有关的决定,关于培养农村卫生人员和建立农村基层卫生组织问题,还写进了《全国农业发展纲要(草案)》。

到了1959年,我国农村三级医疗卫生网的雏形就已基本形成。1959年冬,卫生部在山西省稷山县召开了全国农村卫生工作会议,提出了“积极发展与提高农村卫生组织和卫生队伍的意见”,得到了党中央和毛泽东同志的肯定,批转全国各地贯彻执行。1960年3月18日,毛泽东同志在亲自起草的《中央关于卫生工作的指示》中提醒各级领导要重视农村卫生工作,还要求各级党委每年“要为卫生工作开会四次,以后年年如此。可见他老人家对农村卫生工作是何等的重视!

60年代初,由于自然灾害和“左”倾错误,致使农村卫生事业的发展受到严重影响。毛泽东同志多次亲自督促卫生部门抓好农村卫生工作。1965年,在三届人大第一次会议期间,毛泽东同志就“组织城市高级医务人员下农村和为农村培养医生”的问题发出了重要指示。6月26日,毛泽东同志在同身

---

\* 这是作者应约为《健康报》“理论探讨”栏目写的一篇论文。

边工作人员谈话时,对卫生部门忽视农村的倾向进行了严肃的批评,反复强调要“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。7月19日,毛泽东同志在同医务人员谈话时再次强调城市的医生要下乡,并指示医疗和药品不能以赚钱为目的。8月2日,毛泽东同志听取了举办半农半医训练班为农村培养不脱产卫生人员的情况汇报,肯定“这个办法好”。9月21日,党中央正式批转了《卫生部党组关于把卫生工作重点放到农村的报告》,强调指出:“必须把城市卫生工作的重点放到农村,认真组织城市卫生人员到农村去,为农民服务,培养农村卫生人员,建立健全农村基层卫生组织,有计划有步骤地解决农村医药卫生问题。”党中央的批语还宣告:“中央准备在明年夏天召开一次全国农村卫生工作会议,总结经验,并研究如何制定农村卫生建设十年规划的问题。”遗憾的是,由于“文化大革命”,拟议中的全国农村卫生工作会议也就未能开成。

对于上述重要指示,卫生部和各省、市、自治区卫生行政部门都采取了有力措施,坚决贯彻执行,迅速掀起了一个组织城市医务人员下农村和为农村培养医务人员的高潮,在短短几个月内,不仅组织了几千个医疗队,几万名城市医务人员下到农村,而且卫生部的部长、副部长都亲自带队。在深入农村开展巡回医疗、防病治病的同时,重点抓了县、区医疗卫生机构的整顿建设、培养农村卫生技术骨干和半农半医、建立健全农村基层卫生组织、健全和完善农村合作医疗保健制度以及改水、改厕、改良农户烟囱灶等工作,为广大农民办了不少实事,也摸索和总结了不少非常宝贵的经验,为全面加强农村卫生建设做出了贡献。

“把医疗卫生工作的重点放到农村去”这句话是毛泽东同志的一贯思想,是我国卫生工作必须长期坚持的指导方针。

毛泽东卫生思想是极为丰富的,它是毛泽东思想伟大宝库的重要组成部分。在毛泽东卫生思想中,最重要最基本的问题是对发展农村卫生事业和保护农民健康的强调。坚持“把医疗卫生工作的重点放到农村”,为占全国人口80%的农民服务,给我们指明了搞好农村卫生工作的道路和方法。关于组织城市医务人员下农村支援农村卫生事业建设的主张;关于改革医学教育加快为农村培养医务人员的主张;关于建立健全农村基层卫生组织和农村医疗卫生网的主张、关于提倡“半农半医”、“赤脚医生”和合作医疗的主张;关于发动

群众、依靠群众,开展以除害灭病为中心的爱国卫生运动的主张;关于把发展农村卫生事业列入农业发展纲要,使之与农村经济的发展相适应和相互促进的主张;关于把卫生工作当作一个大的政治问题列入各级党委的重要议事日程加强领导的主张,等等。所有这些,都是我们改革和发展农村卫生事业的正确指针,也是我们在社会主义市场经济体制下建设具有中国特色的社会主义农村卫生事业的正确指针。当前,我们要结合学习《邓小平文选》第三卷和党的十三届四中全会以来关于“切实加强农村卫生组织建设,巩固和发展三级医疗卫生网”、“发展和完善农村合作医疗制度”的决定,深入学习毛泽东卫生思想,进一步贯彻落实“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针,为开创农村卫生工作的新局面而努力奋斗。

# 坚持卫生改革的正确指针\*

——学习《邓小平文选》三卷后的思考

1994年1月

在全国上下贯彻党的十四大精神,努力建立社会主义市场经济新体制的形势下,卫生体制改革究竟以什么为目标?这是卫生界正在探讨的一个重要课题,也是社会各界普遍关注的一件大事。不少人认为,现行的卫生体制不适应新的经济环境,必须引进市场机制,主张按市场规律办事,把医疗卫生事业推向市场,按市场要求配置资源,实行自由经营,使医疗卫生服务市场化,以摆脱医疗卫生机构经费补偿不足的困境。也有不少人不同意这种观点,认为医疗卫生服务如果实行市场化,将会导致医疗保健费如脱缰之马,猛增猛涨,使人民群众在享受医疗卫生保健方面的差距不断拉大,难以保证公平,并将破坏业已形成的医疗卫生保健网和社会主义的医疗道德观,主张医疗卫生事业可以引进某些市场机制以增强活力,但主要地仍应通过规划和行政干预来控制、来调节。这两种意见的实质是“导向”之争、“效益”之争,卫生改革是以市场为导向还是以规划为导向?是以经济效益为主,还是以社会效益为主?学习《邓小平文选》三卷之后,我觉得对这个问题有了明确的答案。

## (一)

小平同志 1985 年 9 月 23 日在中国共产党全国代表会议上讲话中说:“思想文化、教育、卫生部门,都要以社会效益为一切活动的惟一准则,它们所属

---

\* 这是作者给《中国医院管理》写的一篇论文,原载《中国医院管理》1994年第5期与第6期。

的企业也要以社会效益为最高准则”。这段话文字不多,内涵却极丰富,仔细领会,它至少涵盖了这样几个方面:第一,它把卫生与思想、文化、教育并列,都纳入精神文明建设范畴,应按照精神文明建设的要求和规律运转;第二,社会效益是相对于经济效益而言的,卫生部门要“以社会效益为一切活动的惟一准则”,就意味着在配置卫生资源和处理各种问题时,只能是按社会效益要求办事,而不是其他。小平同志的这段话,高度概括了社会主义卫生工作的特性和宗旨,既是卫生部门开展和进行各项工作的指针,也是卫生改革的指针,如果偏离这个指针,卫生工作就要走进误区而遭受损失。

在这里,首先要搞清的是,究竟什么是医疗卫生服务工作的社会效益?具体内容包含哪些方面?

从人类社会对医疗卫生服务的需求和医学科学的发展来看,医疗卫生工作的社会效益,以一句话来概括,就是使全体人民都能享有卫生保健,不断提高健康水平。这不仅在社会主义的中国是这样,目前世界上大多数国家都有此共识。联合国开发总署发表的《1990年文化发展报告》,把人生三大要素作为衡量人文发展的尺度,这三大要素是:健康、寿命;获得知识的机会;生活水平。其中健康、寿命与医疗卫生工作密切相关,可以说是衡量医疗卫生工作效果的主要标志。现在世界上许多国家都承认享受基本的医疗保健属于人的基本权利范围。因此,世界卫生组织提出了一个阶段性的奋斗目标,即“2000年人人享有卫生保健”。中国政府对此做出了承诺,并把它与我国社会主义现代化建设第二步战略目标——达到小康水平联系起来,纳入国民经济和社会发展“八五”计划和十年规划之内。

据此,我们认为,医疗卫生工作的社会效益,应包括以下几点:

1. 给全体民众提供同等医疗卫生服务的机会,保证城乡居民都能享受基本的医疗卫生服务,以体现医疗卫生服务的公平性。

2. 根据社会需求,合理配置医疗卫生资源(包括人、财、物),并有效地运用这些资源,避免和减少医疗卫生资源的浪费,做到以较少的投入获得较大的效益。

3. 把医疗卫生费用控制在合理的范围之内,改革不合理的医疗制度,使国家、集体(社会团体、企事业单位)和人民群众都能承受得起,避免因医疗费

用过度膨胀制约经济建设的发展和人民群众生活水平的提高。

以上三点是从宏观而言。从微观上说,医疗卫生服务的社会效益应体现下列几个方面:

- 1.在预防方面,通过贯彻预防为主,做好各种预防保健工作,减少疾病,降低发病率,增强人民体质。

- 2.在医疗方面,通过不断改进医疗服务工作,使诊断、治疗、护理及时、准确、周到、得当,不断提高医疗质量,提高各种医疗设备的利用率,缩短平均住院日,降低医疗成本,避免浪费。

- 3.除了大力做好预防保健和医疗服务外,还应积极发展康复医学事业,尤其要积极推进社区康复,使散在于城乡基层的大多数残疾人和慢性病、老年病功能障碍者能够享有基本的康复服务。

总之,通过上述宏观和微观两方面的活动,达到两项总的效果,一是使全体人民的健康获得确切的保障,并不断提高水平;二是使国民经济和社会发展得到有力的保障和促进,而不是制约。这就是医疗卫生工作的社会效益。

## (二)

卫生部门之所以要以社会效益为一切活动的惟一准则,是由下列两个因素决定的:

第一是社会主义本质的要求。

小平同志建设具有中国特色社会主义的理论是一个科学的完整的学说。读《邓选》三卷可以发现,他在每次倡导改革开放,建立市场经济体制,解放生产力和发展生产力时,几乎都要提到使全体人民共同富裕问题。比较集中的提法是:1985年3月7日,小平同志在全国科技工作会议上的讲话中说:“社会主义的目的就是要全国人民共同富裕,不是两极分化。如果我们的政策导致两极分化,我们就失败了”。“总之,一个公有制,一个共同富裕,这是我们所必须坚持的社会主义的根本原则”。同年9月23日,他在党的全国代表会议上又说:“在改革中,我们始终坚持两条根本原则,一是以社会主义公有制

经济为主体,一是共同富裕”。1990年12月24日,他同几位中央负责同志谈话,重申“社会主义最大的优越性就是共同富裕,这是体现社会主义本质的一个东西”。到1992年初,他视察南方几次谈话又进一步对社会主义本质作了完整的表述,这就是“解放生产力,发展生产力,消灭剥削,消除两极分化,最终达到共同富裕”。

学习了小平同志的这些讲话,我认为他强调卫生部门要以社会效益作为一切活动的惟一准则,就是把卫生工作与社会主义的本质联系在一起考虑的。因为做好卫生工作,减少疾病发生,增进人民健康,既是解放和发展生产力的重要因素,又是实现人民共同富裕的重要条件。而要达到这个目的,就必须使医疗卫生服务工作做到普及、公平和合理。恰恰在这方面我们做得很不够,主要是长期以来忽视农村卫生事业的发展 and 建设,致使城乡差距极为悬殊,农村卫生事业落后于经济和社会的发展,不能适应广大农民群众的需求,农民群众看不上病、看不起病和因病致贫的情况仍然比较严重。有鉴于这种情况,党中央一再强调“要把医疗卫生工作的重点放到农村”;强调“要多渠道增加投入,有计划有重点地改善医疗条件”,“切实加强农村卫生组织建设,巩固和发展三级医疗卫生网”;强调要“发展和完善农村合作医疗制度”,“积极促进‘2000年人人享有卫生保健’在我国的实现”。党中央的这些重要指示,都是贯彻和体现了小平同志的上述思想。

## 第二,精神文明建设的需要。

在狠抓社会主义物质文明建设的同时,要狠抓社会主义精神文明建设。这是贯串于《邓小平文选》三卷的又一个重要思想。1985年,他在党的全国代表会议上讲:“社会主义精神文明建设,很早就提出来了。……至今效果还不够理想。主要是全党没有认真重视。我们为社会主义奋斗,不但是因为只有社会主义有条件比资本主义更快地发展生产力,而且因为只有社会主义才能消除资本主义和其他剥削制度所必然产生的种种贪婪腐败和不公正现象”。接着他就提出“当前的精神文明建设,首先要着眼于党风和社会风气的根本好转”。关于思想文化教育卫生部门都要以社会效益为一切活动的惟一准则,就是在这个背景下提出来的。其目的,是为了消除“种种贪婪腐败和不公正现象”。

什么是不公正现象,从医疗卫生工作来说,就是医疗卫生资源的配置不均衡和医疗卫生服务利用不合理,绝大多数医疗卫生资源都集中在城市,而广大农村仍然缺医少药;少数人在医疗保健上过度享用,消费过多,而广大农民中的相当多数甚至还难以享受到基本的医疗卫生服务。

什么是贪婪腐败?一个突出的表现就是“一切向钱看”。对于“一切向钱看”的歪风,小平同志早在1983年10月在党的十二届二中全会上就作了尖锐而深刻的批评,他说:现在有些同志认为,“既然现在是社会主义阶段,‘一切向钱看’这是必然的,正确的。这些错误的观点大都写成文章公然在报刊上发表,有些一直没有得到澄清”。“一些人对党中央提出的文艺为人民服务,为社会主义服务的口号表示淡漠”。“这种‘一切向钱看’,把精神产品商品化的倾向,在精神生产的其他方面也有表现。有些混迹于艺术界、出版界、文物界的人简直成了唯利是图的商人”。小平同志在这里批评的虽然着重于文化界,但在卫生界也同样存在着这种现象。所以,他在关于加强精神文明建设的讲话中就把卫生部门与思想、文化、教育部门并列,同时提出来。强调这些部门都要以社会效益为一切活动的惟一准则,就是为了纠正这种“一切向钱看”的歪风。

### (三)

从当前情况看,卫生工作要坚持以社会效益为惟一准则,除了学习领会上述的小平同志的思想观点外,还要学习《邓选》三卷有关论述,解决两个认识问题:一是卫生工作与经济环境的适应问题;二是卫生资源的优化配置问题。

对这两个问题的研究,从总的方面来说,不能受形而上学的影响,拘泥于一般原理和一般规律,而应按照小平同志所倡导的“实事求是”的思想路线,研究卫生工作特别是我国社会主义体制下的卫生工作的特殊规律。小平同志在《政治上发展民主,经济上实行改革》一文中说:“中国搞社会主义走了相当曲折的道路。20年的历史经验告诉我们一条最重要的原则:搞社会主义



一定要遵循马克思主义的辩证唯物主义和历史唯物主义,也就是毛泽东概括的实事求是,或者说一切从实际出发”。实事求是,一切从实际出发,是小平同志建设有中国特色社会主义理论的精髓。我们研究探索卫生改革和发展的道路,一定要以这个思想为指导。

“卫生改革要适应经济环境”。这是当前一些同志主张把医疗卫生工作推向市场,实行医疗卫生服务市场化的主要理论根据。我们认为这是把马克思主义的“上层建筑与经济基础相适应”的原理简单化了,只看作是体制和运行机制的一致。翻阅《邓选》三卷全部文章,没有一处提到在我国经济体制由计划型转为市场型时,上层建筑各个方面都要引进市场机制,实行商品化。相反地,小平同志正是为了防止思想文化教育卫生部门工作在“一切向钱看”歪风的影响下滑向商品化,单纯追求经济效益,所以才非常肯定地提出这些部门要以社会效益为一切工作的惟一准则。这表明小平同志对待上层建筑与经济基础相适应的问题,并没有局限于体制上的一致,也没有要求像经济工作一样讲求经济效益,而是从更高层次和更广泛角度,也就是从能不能为大多数人服务,为社会主义服务这个高度来看待这种关系。在社会主义制度下,上层建筑要与经济基础相适应,主要是做好服务工作,以促进而不是制约经济建设的发展。具体到卫生工作,就是如前面所说的,要使全体人民都能享受到基本的医疗卫生服务,从而有效地保护劳动力,发展生产力,并能防止因病致贫,实现共同富裕。

至于采取什么体制和运行机制才能达到这个目标,从我国四十多年来卫生工作实践和世界上一些国家的经验和教训来看,实行市场型(自由经营)的卫生体制并不能达到这个目标。美国是实行自由式医疗市场的有代表性的国家。由于国家对卫生服务事业调控能力差,医疗部门追求高额利润,医疗费用急剧膨胀,一年高达9 000亿美元,相当于美国国民生产总值的14%,致使国家和民众都不堪重负,几千万人得不到医疗保险,迫使克林顿总统上台后把改革医疗制度列为在内政方面以主要精力抓的三件大事之一。由克林顿夫人希拉里领导的全国医疗保健领导小组经过九个月调研制定了医疗保健改革方案,目标是加强政府对卫生服务事业的宏观控制,使人人享有医疗保险。这个改革方案能否在国会通过,能否顺利实施,现在还很难说。我

国近年来在市场经济大潮的冲击下和拜金主义思想的影响下,不少地区和单位按市场机制经营医疗卫生事业,片面追求经济效益,忽视社会效益,也出现不少混乱现象。这种情况不仅在国内引起了很大的社会反响,意见纷纷,而且也引起了国际社会的关注。世界银行提出的“1993年世界发展报告”(主题是“向卫生投资”)指出:“中国当前面临的三个挑战十分严峻。它们是:(1)全国卫生事业的支出中,用于预防的公共卫生费用正在令人震惊地下降,越来越多的人不得不自费支付健康保健费用。重医轻防将导致中国丧失四十多年在卫生事业上取得的异乎寻常的成就;(2)中国正在面临老龄化的新压力,如不改变当前不合理的卫生保健模式,到2000年卫生保健费用将由现在占国民生产总值的3.2%,上升到18%,到2030年,将达到25%,这是绝对承受不了的;(3)中国还有近1亿贫困人口没有享受到卫生服务,而大量的卫生资源正在不合理地向城市大型医院集中。应该有的放矢,将有限的卫生资源用到最需要的人群身上。”(见1993年11月13日《人民日报》)这是从卫生发展战略上对中国卫生工作的评论和预估,它告诉我们,把医疗卫生事业推向市场,实行商品化,在中国更没有出路。

至于说引用市场体制于医疗卫生工作,可以保证医疗卫生资源配置的优化,那也是没有根据的。什么是资源的优化配置?简单地说,就是按照优化的原则,把资源配置到最有效率、能够获得最大效益的地方。市场经济体制之所以能够使资源配置优化,是由于价格规律的作用,依价格为取向配置资源,可使资源配置到经济效率较高的环节上。卫生工作与经济工作不同,经济工作追求的是经济效益,为国家和社会创造尽可能多的财富。卫生工作属于精神文明建设和社会保障范畴,它所追求的是社会效益,是使全体人民都享受到基本的医疗卫生服务。因此卫生资源的配置,必须首先体现和保证社会公正原则和普遍可及性,当然也要讲求经济效益,但是占第一位的是公平,是社会效益。如果医疗卫生资源的配置也以价格为取向,实行自由竞争,则一切医疗卫生机构和个人都要为获取最大经济效益而奋斗,什么服务项目、什么地方、什么环节能赚钱,资源就往哪里投,谁的钱多谁就能享受最多最好的服务。这样,不仅达不到医疗卫生服务的公平性和普遍可及性,而且医疗费用也会不可遏制地增长,使国家、集体和个人都难以承受,其结果反而会阻

碍甚至破坏医疗卫生事业的发展。所以,医疗卫生事业决不能套用市场经济的体制,实行自由化、商品化经营,仍然应当以指令性计划和行政手段为主配置资源。当然,这样做也有弊端,也有不尽合理和浪费状况,这是需要通过改革予以解决的;但是,比较起来,从人民群众利益考虑,还是计划型的配置资源更为适宜和有利一些。

有鉴于医疗卫生服务事业的这种特殊性,现在世界上不少国家和地区提出的卫生改革的基本对策,都是改变以市场为导向为以规划为导向,推行区域卫生规划和医疗保健网计划。我国在这方面原处于领先地位,决不能倒退。

#### (四)

坚持卫生工作以社会效益为惟一准则,除了加强思想教育,克服拜金主义影响外,还要解决一个实际问题,即医疗卫生机构的成本和费用的补偿问题,这是我们在卫生改革中必须着力解决的重要问题之一。

强调医疗卫生工作要以社会效益为惟一准则或最高准则,并不是说不讲经济效益;恰恰相反,要想扩大和提高医疗卫生工作的社会效益必须在资源上增加投入,并对这些资源加强管理和利用,使它发挥尽可能大的效益。正如一位经济学家所说的:“公平”与“效率”必须兼顾。“公平”就是医疗卫生服务工作所要产生的社会效益;“效率”就是产生和维持这种“公平”效果所需要的经营管理。

为此,必须通过深化改革,探索和建立新的补偿模式,实行国家、集体和个人共同负担卫生建设投资 and 医疗保健费用。

现在不少研究改革的人都认为,卫生改革已经成为当前经济改革中的重点和难点。这主要是因为现行卫生经济管理体制下有两个矛盾难以解决和统一。一是宏观效益与微观效益的不一致。从微观上(一个医院)讲,看病的人次越多,门诊量越大,病床使用率越高,医院的效益就越好。而从宏观上看,则希望搞好预防工作,降低发病率,看病人次越少越好。至于医疗服务则

要实行划区医疗和分级分工医疗的体制,不能把病人都吸引到大医院。二是预算补偿(国家拨款)与业务补偿(业务收费)的不协调。许多地方为集中财力搞经济建设,给卫生的预算补偿逐步减少,由医疗卫生单位以提高业务收入来补偿的比例逐渐加大,这样,就必然迫使医疗单位千方百计地创收,加重病人负担,从而引起社会人群的不满。或者,医疗卫生单位搞赔本经营,则医疗卫生事业势必日益亏损而萎缩下去。

怎样解决这些矛盾?从我国的现实情况出发,比较可行的办法是建立国家、集体(包括社会团体、企事业单位和街道、农村集体经济组织)和个人三结合的补偿机制,既要增加投入,增加健康投资,又要合理调整医疗机构的收费标准(特别是诊断等劳务费的标准)使各种类型的医疗卫生保健组织能够健康地发展;同时,建立多种类型的医疗保险基金,使各种人群(包括公教人员、企事业单位职工和城乡居民)患病治疗时都能得到基本保障。这样,既可使各种人群的医疗保健消费得到基本的保证,又可使医疗卫生保健机构在获得“双重补偿”(政府或集体拨款和业务收入)的保障下得以正常运转和发展提高。至于国家、集体和个人应分担的补偿数额(包括给医疗卫生保健机构的投资和医疗保健基金),在不同地区不同时期应有不同的侧重。总之,要掌握一条,就是国家、集体、个人都能承受得起。

总之,在市场经济体制下,医疗卫生服务工作仍应坚持以社会效益为惟一准则,决不可走自由经营和市场化之路,仍要大力加强宏观调控,加强计划性和组织性。只有这样,才能使医疗卫生工作随着经济建设的发展而健康地发展,逐步满足人民大众的需求。这是医疗卫生事业本身固有的特性所决定的。

# 农村合作医疗管理要法制化\*

1994年6月

“发展和完善农村合作医疗制度”，是党的十四届三中全会所作的一项决定。这个决定唤起了人们对合作医疗的重新思考和重视。这里，我谈点个人的体会。

我国农村合作医疗制度，从50年代中期伴随农业合作化诞生以来，经历了极为曲折的过程，有时非常红火，有时又很冷清，反反复复40年，终由于它具有强大的生命力，顶住了历史的风风雨雨而坚持生存下来。总结40年的经验教训，最基本的有两条，其一，它作为我国农村卫生工作三大支柱之一和农民群众获得基本医疗预防保障的一个基本形态，是适合我国国情的，体现了我国传统文化价值观和社会主义制度的本质，反映了农村居民群体的愿望和要求；其二，它在前进道路上之所以历经坎坷，几度兴起又几度低落，则是由于农村经济体制变革带来的影响以及思想认识政策导向上的偏差和管理上的不善。正如有的地方总结的那样：当农村缺医少药，防病治病发生困难缺少保障时农民群众就热切盼望和呼唤合作医疗，而当合作医疗办得不好失去其应有的作用时，农民群众又有怨言，甚至产生反感情绪。这说明合作医疗制度本身是好的，问题在于如何加强管理。

花开花落，时序不断更替。我国社会主义建设已进入建立市场经济体制的新时期。当前，我们急需做的事情，是探索在市场经济体制下，怎样发展和完善农村合作医疗制度。我认为，发展和完善是相辅相成的。发展是指施行合作医疗制度的规模，也就是要逐步扩大农民群众享有基本的医疗预防保健

---

\* 原载1994年6月8日《健康报》。

的覆盖面,要把合作医疗从局部地区向全国推广;完善是指改进合作医疗制度的施行办法,加强科学管理,克服过去存在的缺陷和弊端,提高其效益,发展是前提,完善是基础。不发展谈不到完善,不完善就难以发展。要把发展与完善结合起来,有许多工作要做,从领导角度来说,当务之急就是要制订一系列有关推行合作医疗制度的法律或法规,使合作医疗管理法制化。其所以要如此,一则是通过立法,肯定合作医疗的历史地位和社会价值,澄清人们认识上的误区,使这个制度能够得到法律的保障和监督,不致再像过去那样,完全是按照一些领导人主观上的好恶而取舍。二则是把各地一些成功的做法,带有规律性的东西总结出来,形成法律条文,以规范各地的行动,减少和防止领导工作上的失误。

要制订好这部法规,从当前情况看,需注意把握这样几点:(1)要把实行合作医疗制度看做是社会主义的本质在医疗预防工作上的体现。小平同志说:“社会主义的本质,是解放生产力,发展生产力,消灭剥削,消除两极分化,最终达到共同富裕。”实行合作医疗,可以防止一些农民因遭受严重的病伤灾害支付大量医药费而陷于贫困。(2)要把实行合作医疗当做是顺利建立社会主义市场经济体制的一项重要因素。因为要想顺利建立社会主义市场经济体制,必须建立与这个体制相配套的多层次的社会保障体系,其中包括社会保险,社会救济、社会福利、优抚安置和社会互助。合作医疗在社会保障体系中具有两种功能,既是社会保险,又是社会互助。对参加合作医疗的个人来说是医疗预防保险,对群体来说则是防治疾病的互助。这是合作医疗与一般医疗保险不完全相同之所在。(3)合作医疗水平要与当地社会生产力发展水平以及多方面的承受能力相适应。坚持从实际情况出发,切忌“一刀切”。正如李鹏总理最近所指出的:中国农村的情况很复杂,合作医疗制度的形式不能千篇一律,要因地制宜,进行多种形式的探索。(4)合作医疗管理要科学化、规范化,特别要充分研究和吸收近几年来各地在合作医疗科学实验中所总结的一些好经验、好办法。以上四点在制订合作医疗法规时应当予以特别注意。

# 适应改革形势 充分发挥农村卫生协会作用\*

1995年4月

## 一、新时期农村卫生协会的任务

中国农村卫生协会是1986年成立的。1992年12月召开第二次会员代表大会,根据国务院批转卫生部等部委《关于改革和加强农村卫生工作的请示》文件精神,修改了章程,改选了领导机构,强化了协会的组织建设。在这次会议上,陈敏章部长代表卫生部对新时期的农村卫生协会工作任务作了明确而又具体的指示。他说:

“根据党的十四大精神,新时期农村卫生工作的总目标和总任务是2000年全国农村居民生活都能达到小康水平,都能享受到初级卫生保健服务。为了实现这个总目标,从领导管理上来说,要着重抓好三项工作:一是按照‘把医疗卫生工作重点放到农村’的方针,实行政策倾斜,增加对农村卫生经费的投入;二是加强宏观调控,协调各方面的关系,调整好布局 and 结构,使各种卫生资源得到合理的配置;三是保护好广大农村卫生人员的权益,使他们得到合理的待遇,并在技术上不断提高。

“要做好这三件事,单靠各级卫生行政部门的力量是不够的,必须充分发挥各级卫生协会的作用。农村卫生协会是由农村卫生机构和卫生工作者组织的、具有行业管理性质的社会团体,有许多工作由卫生协会做比由卫生行政部门去做更富有效果。在当前形势下,卫生协会的职责,主要是三项:一是管理,二是协调,三是服务。

---

\* 这是作者在1995年全国医政工作会议上的发言。

“所谓管理,就是协助卫生行政部门加强对农村医疗卫生机构和医疗卫生人员的行业管理,使各种所有制和各种类型的医疗卫生机构和人员都能按照国家的卫生法令法规、制度和宏观计划行事,不损害国家利益和人民群众的利益。

“所谓协调,就是按照‘2000年人人享有卫生保健’的目标,协调好卫生机构与卫生机构之间以及卫生系统与其他系统之间的关系,使各种卫生资源都得到优化配置,各个卫生机构都能充分分挥其社会效益,各尽自己应尽的社会义务。

“所谓服务,就是帮助各个会员单位和会员个人解决一些困难问题,给他们办一些实事,如工作、学习和生活上的一些实际问题,把卫生协会真正办成农村卫生人员之家,团结一致,为发展农村卫生事业而共同奋斗。

“这是新时期赋予农村卫生协会的历史使命和主要任务。希望各级卫生行政部门的领导同志都能充发认识农村卫生协会在发展我国农村卫生事业中的历史地位和作用,真正把它当作自己的得力助手加以重视和支持。”

此后,在1993年10月召开的全国首届农村医学学术会议暨模范乡村医生表彰大会上,国务委员彭珮云、全国人大常委会副委员长吴阶平在讲话中又都对农村卫生协会工作作了指示;一致认为,在当前农村卫生工作面临许多新情况新问题的形势下,各级卫生行政部门要充分发挥农村卫生协会的作用,以加强农村卫生的管理、协调和对乡村医生的服务。加强农村卫生协会是增强农村卫生工作活力的必要条件。

## 二、两年来协会工作的实况与问题

按照卫生部对协会工作的指示,两年多来,我们在开拓农村卫协工作新局面上作了不懈的努力,取得了一些成就。

首先是在促进农村卫生队伍建设方面办了几件实事:第一,与医政司、《健康报》社合作开展了评选和表彰优秀乡村医生和模范乡村医生的活动,全国共评选出5000余名优秀乡村医生100名模范乡村医生,于1993年10月集中北京予以表彰。第二,举办了两次全国农村医学学术大会,共有1600人参加。



加,送交论文1100多篇,除在会议上宣读外,并编成论文集分发各地。这两件事在国内均属首创,受到国家领导人彭珮云、吴阶平和卫生部领导同志的赞许,在全国引起广泛的反响。第三,出版了一本适应农村卫生人员阅读和进行学术交流的医药刊物——《中国乡村医药》,已出版8期,陈敏章为刊物写了专题文章,称它是“农村卫生人员的必读刊物”。第四,与北京市初级卫生保健电教中心合作筹办一所乡村医药电教函授学院,现已通过教育主管部门审评,预计不久即可宣告成立。第五,举办了县、乡医院院长和农村卫生事业管理干部培训班。第六,积极开展了对外的交流与合作组织和选送了一批农村医药卫生工作者到日本研修。

在进行上述几项工作的同时,我们还在组织调查研究和参政议政方面做了一些工作,先后提出了关于全面表述新时期卫生工作方针的建议,关于健全和完善合作医疗制度的建议,关于农村不宜于推行医疗服务市场化的建议,以及我国农村卫生和初级卫生保健工作的“三大法宝”和“三根支柱”的观点,都得到国务院和卫生部领导同志的采纳和肯定。

在对外工作方面,两年来,除了继续加强与日本的交流与合作外,还成功地组织了对泰国、印度、芬兰等国的考察与访问,并在瑞典首都斯德哥尔摩举行的第12届国际农村医学大会上,我国代表再次当选为国际农业医学及农村卫生学会副主席。

以上所述都是农村卫生协会总会所做的工作。至于省、地、县级农村卫生协会,这两年中在组织建设和开展各项活动方面,都做了大量工作。不少地方卫生行政部门把建立健全农村卫生协会当作卫生体制改革的一项重要内容。目前全国30个省、市、自治区都已建立了农村卫生协会,地(市)、县、乡各级也都建立了卫协组织。不少县、市卫生协会在当地政府卫生部门的领导和支持下,通过建立组织、发展会员和开展学习培训,组织学术交流和评比、检查等活动,把乡村医生和个体开业医药人员组织起来,建立自我约束的规章制度,使农村医疗卫生工作坚持了有序活动状态。与此同时,许多县(市)卫协会在维护农村基层卫生人员权益方面也作了不少工作,例如举办乡村医生养老保险、合理解决乡村医生工资待遇等,对稳定乡村医生队伍,巩固农村基层卫生组织起到了重要作用。像河南的武陟县、山东的平度市、陕西

的合阳县、江苏的金坛市、山西的晋城市、广东的佛山市、湖北的恩施县等地，均在改革中强化了卫生协会的工作，充分发挥了卫协的管理、协调和服务功能，取得了很多的经验。

以上情况证明，陈敏章部长 1992 年对农村卫生协会作用的评价完全正确，农村卫生协会不是可有可无，也不是无足轻重，而是必不可少，大有作为。遗憾的是，不是所有卫生行政部门领导人都能认识到这点。目前还有部分县（市）没有建立农村卫生协会，或者虽然建立了但徒具形式，没有开展实际活动，无声无息，甚至名存实亡。主要原因是这些地方卫生行政部门领导和负责医政工作的同志对这项工作没有认真抓起来，这就是当前存在的主要问题。

### 三、正确认识和处理医政工作 和卫协工作的关系

根据我们多年来的实践和体会，农村卫生协会能否普遍建立和健全起来并充分发挥作用，关键在于各级卫生行政部门的主要领导和负责医政工作的同志对这个组织的认识和重视程度如何。因为卫协会作为卫生行政部门推进农村卫生事业的助手，必须纳入各级卫生行政部门主要领导的议事日程，必须同医政工作紧密挂钩。否则，卫协会是很难开展工作。为此，我想提出以下三点看法，供同志们参考。

首先，要明确认识协会的建立和发展，是时代的要求，历史发展的必然。由于我国经济体制的改革，我国社会正在发生一次广泛而深刻的转型，各种社会结构都在发生变化。卫生事业和经济事业一样，正呈现多元化，除全民、集体医疗机构外，还出现了大量的个体、私营、公私联营和中外合营的医疗机构。怎样使这些医疗机构都能在正确的轨道上运行，协同工作，避免过度竞争，做到自我约束，相互协调，并能维护自身的利益和向政府反映它们的共同要求，就需要在政府与医疗卫生单位和卫生人员之间有一个中介机构。这种中介机构是与市场经济相伴而生的产物，所以，近些年来，各行各业都建立起

了协会。有了这个中介机构,政府部门才有可能摆脱大量的具体微观事务,提高管理层次,加强宏观指导。我们卫生系统在50年代就曾成立卫生工作者协会,那时工作对象主要是个体开业医和联合诊所。60年代以后,随着个体医生和私营医疗机构都加入全民和集体单位,以及片面强调“党领导一切”,各级卫生工作者协会活动也就逐渐停顿下来。现在农村卫生机构和卫生队伍比五六十年代繁杂得多,农村卫生工作也更为繁重,更需要卫生协会这种中介性机构。我们负责卫生行政工作的领导同志应从社会转型和农村卫生事业发展战略的全局来重新认识农村卫生协会的作用,积极地主动地把它建立和健全起来。

其次,要理顺卫生协会与医政部门的关系。目前有些地方成立了卫生协会但没有发挥作用,主要原因是没有把协会放到恰当的位置上。这里有两种情况,一种情况是卫生行政部门还习惯于老一套的工作方法,把大小事务都揽在自己身上,一切工作都通过行政渠道去进行,忽视发挥卫协组织的作用;另一种情况是把协会当作卫生行政部门的一个职能单位,而没有当作社团组织,形式上虽然用协会名义,实际上仍然是行政运作,使协会只反映政府的意志,而不能表达会员群众的呼声,独立运行机制没有形成,官方色彩较浓,既减弱了协会对会员的吸引力,又无法避免和弥补行政干预的不足。正确的方式是把协会当作卫生行政部门与农村医疗机构和卫生人员之间的一座“桥”,医政上和许多事情可以通过这座“桥”下达和上通。

第三,要给卫生协会创造必要的工作条件。如上所述,要使当前农村卫生工作走上有序和繁荣,健康地向前发展,从卫生行政角度来说,应在加强行政管理(主要是宏观管理)的同时配合以行业管理(主要是微观管理),发挥卫生协会的作用,使它成为能够独立运作的实体机构。这样,就必须给它配备必要的人力和物力,给它具有独立开展工作的基本条件。目前,县级政府机构正在进行改革精简,各地卫生行政部门应当趁此时机把一部分人力物力配置到卫生协会,使卫生协会真正起到卫生行政部门的助手作用。

# 应该尽快实现我国卫生工作 战略重点的转移\*

——纪念“把医疗卫生工作的重点放到  
农村”指示发布 30 周年

1995 年 6 月

今年 6 月 26 日,是毛泽东主席发出“把医疗卫生工作的重点放到农村”指示 30 周年,是一个值得纪念的日子。

30 年前的今天,毛主席针对当时卫生部门只重视城市和干部的医疗保健,而忽视农村和农民的医疗卫生工作,造成广大农村严重缺医少药的状况,强调指出“必须把医疗卫生工作的重点放到农村”,“必须认真组织城市卫生人员到农村去,为农民服务,培养农村卫生人员;建立农村基层卫生组织,有计划有步骤地解决农村医药卫生问题”。从此以后,“把医疗卫生工作的重点放到农村去”,就成为了指导我国卫生工作的重要方针。

30 年来,在党和政府的领导下,卫生部门在贯彻“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的方针和加强农村卫生工作方面,做了大量的工作,取得了一系列的重大成就。农村的医疗卫生工作面貌已经发生了根本性的变化。这是有目共睹、举世公认的。但是,我们也必须看到,近 15 年来,我国城乡医疗卫生事业的发展极不平衡,集中表现在:大中城市的医疗卫生事业发展迅速,成绩卓著;而农村医疗卫生事业则发展缓慢,有些地方非但没有加强,反而有所削弱,城乡差距非但没有缩小,反而进一步拉大了。许多地区的农村卫生工作严重滞后于经济和社会的发展,也与广大农民群众日益增长的需求很不

---

\* 这是作者为纪念毛泽东“把医疗卫生工作的重点放到农村”指示发布 30 周年给《健康报》写的文章。

适应。造成这种情形,原因是多方面的,最主要的原因是,未能始终一贯地贯彻执行“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针,从上到下未能真正实现医疗卫生工作重点的转移。

诚然,近年来,在各级政府和有关部门发布的文件上,在全国和地方的卫生工作会议上,在一些领导同志的讲话和文章中,一直在强调“把医疗卫生工作的重点放到农村”,也采取了一些诸如加强农村卫生工作的“三项建设”等措施,取得了一定的效果。但就如何加强农村卫生工作、实现我国卫生工作重点转移的总体而言,所谓“把医疗卫生工作的重点放到农村”,往往仍停留在文件和口头上的一般号召,缺乏坚决有力的实际行动,“重点不重”的情形,确实存在。实际上,在全国、在许多地方,卫生人力、物力、财力均在向大中城市集中,许多政策也在向大中城市和大医院倾斜。对城市,往往是锦上添花,对农村尤其是边远贫困地区,则缺乏雪中送炭。这种情形与“把医疗卫生工作重点放到农村”的方针完全背道而驰,必须加以纠正。

值此纪念毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示发布 30 周年之际,我们强烈呼吁各级党政和卫生行政部门的领导同志,要重新学习毛主席对农村卫生工作的一系列重要指示,提高认识,下定决心,加大力度,采取坚决有力的措施,尽快解决“重点不重”的问题。要少讲空话,多办实事,多动“真格”的。从加强领导、增加投入,实行政策倾斜,组织城市支援农村,以及动员全社会积极支持和参与农村卫生建设等方面多做工作,把人力、物力、财力的重点真正放到农村,让“重点”真成“重点”,逐步缩小城乡差距,为振兴农村卫生事业,实现“2000 年人人享有卫生保健”的战略目标而努力奋斗。

# 争取“公平”与“效率”同步发展\*

——中国大陆医疗改革的态势及走向

1995年8月

中国大陆的改革开放和现代化建设事业,目前已进入整体推进和重点突破的新阶段。城乡社会都在发生深刻的变化。医疗服务事业状况如何,将会呈现什么样的态势?这是海内外同仁所关心的。在这里,我着重从宏观上谈一些看法。

## 医疗改革的基本形势

大陆的医疗改革工作,如果从80年代初期算起,已经进行了15年。15年来,遵循着改革开放的方针,坚持以改革旧的医疗体制,调整和开发医疗资源,扩大医疗服务能力,为社会经济发展和人民健康服务为具体目标,各级卫生行政部门以及许多医院都相继制定了一些改革办法和措施。总的情况是:取得了相当的成效,但也出现了不少问题。改革还只是初步的,深层次的改革尚有待于进一步展开。

成效主要表现在:

——进行了区域医疗规划和医院分级管理的试点,建立了医院评审制度。这对政府加强对医疗服务的宏观调控,合理地配置和利用医疗资源,建立分级医疗体系,以及加强医院内部的科学管理,加强医德医风建设和专业

---

\* 这是作者1995年8月在台湾召开的第二届海峡两岸医院管理学术研讨会上的发言。

技术建设,提高医疗质量与技术水平,都起到了促进作用。

——发展了医疗协作联合体,组织了地区之间、城乡之间的协作和支援,实行以大带小,发挥了大医院的技术优势,带动了小医院进步,使病人合理分流,扩大了医疗服务能力。

——普遍推行了院长负责制和多种形式的综合目标管理责任制,扩大了医院的自主权,增加了活力,调动了医院和医务人员的积极性。

——不少地区逐步改革价格体系,对一些收费偏低的服务项目进行适当调整。有些新技术项目实行按成本收费。上海市从去年开始实行“总量控制,结构调整”的改革措施,对遏制医药费用的过度增长起到了有效的作用。

——不少医院在保证基本医疗服务的同时开展了专家门诊、业余服务以及各种不同类型的特需服务。这些措施既满足不同需求层次的人群对医疗服务的需求,同时使医院和医务人员增加了部分收入。

——有些医院在集中主要精力办好“主业”的同时,也兴办了一些卫生企业,实行“以副补主”,“以工助医”,在一定程度上贴补了医院经费之不足。

这些成效集中反映在医疗事业有较大发展,服务能力显著增强,工作效益显著提高,基本上适应了经济、社会的发展和群众的需求。

出现的问题是:

——医疗事业发展不平衡,城乡之间、地区之间的差距进一步扩大。医疗资源分布不合理,人力、物力、财力资源都存在着向城市和经济发达地区集中的趋势,广大农村和贫困地区的医疗事业发展缓慢,人民群众享受基本医疗服务的公平性有所下降。

——社会办医和个人开业行医在许多地方失控,出现了“乱办医、办医滥”的现象,使假医假药有可乘之机,严重地扰乱了正常的医疗秩序,损害了群众的根本利益。

——医德医风受到冲击,医疗费用急剧上涨。由于医疗机构布局失衡,病人就医又缺乏正确的引导,加上“拜金主义”思想的影响,滥用药、滥检查、滥收费和收“红包”等不正之风在不少单位泛滥起来,使公费医疗、劳保医疗和自费医疗费用都失去控制。粗略统计,全国卫生总费用每年在以 20% 以上的速度上升,国家、单位和个人都难以承受。

——大部分医疗改革措施(包括专家门诊、业余服务、特需服务、新技术项目按成本收费以及办“工副业”等),对城市大医院和经济发达地区比较有利,受惠较多;而对基层特别是对贫困地区的农村医疗机构不利,甚至造成很大冲击。由于许多常见病、多发病的病人被吸引到城市大医院,许多基层和农村医疗机构则业务清淡,收入减少,难以为继,不少单位面临解体的威胁。

——对医疗单位的经济补偿机制形成“两头卡”的现象,财政部门的预算拨款多年来增加幅度很小;而物价部门又从控制物价上涨的要求出发,限制医疗机构收费标准的调整,致使一些医疗机构陷入困境。有的则采取“开旁门、侧门、歪门”的办法,造成医疗资源巨大浪费和预防保健工作的削弱。

这些问题虽然是局部的,但是影响却涉及全局和今后的发展。

其所以出现这些问题,有客观原因,也有主观原因。客观原因主要是,在由计划经济向市场经济转化的过渡时期,上层建筑和经济基础的关系在许多方面没有理顺,制约因素很多;许多工作出现“碰撞”和不协调。医疗改革的政策措施不配套,法制不健全,也是一个重要原因。主观原因是,在我们医疗卫生部门内部,一个时期对医疗事业的特性及其在市场经济体制下运行的规律,缺乏明确的和统一的认识,过分强调医疗服务事业市场化,一度出现舆论导向和政策导向上的失误。从而在一定程度上助长了公平与效率、城市与农村发展的失衡,资源的短缺与浪费现象同时严重地存在。这是一个值得牢牢记取的严重的教训。

## 在改革实践中统一认识

中国大陆正在进行的以建设有中国特色的社会主义为目标,将高度集中的计划经济体制改造为以生产资料公有制为主体的市场经济体制,在全球是一个崭新的课题。既无现成的模式可以借鉴,又无现成的理论可资遵循。只能是“摸着石头过河”,探索前进。医疗改革也是如此。因此,在此期间出现不同的认识,完全是正常的,也是难免的。

实践出经验,出真知。由于改革的需要和在实践中不断出现的问题,十



五年来,大陆的医院管理学家和卫生经济学家都对医疗改革进行了专门的研究,经过多年的调查、思考、讨论以至争辩,人们对下列三个问题逐步取得了共识:一是工作目标,是以社会效益为主,还是以经济效益为主?二是发展机制,是以市场为导向,还是以规划为导向?三是经费补偿,是以政府投入为主要渠道,还是以自己创收为主要渠道?

关于工作目标问题,目前比较一致的看法是,应以社会效益为主。理论根据有两点:第一是医疗服务事业在现代经济分类中虽然列入第三产业之中,有经济属性;但同一般的工商企业有所不同。在市场机制中给企业提供的激励是利润,它的正常运转是通过价格机制实现的。医疗事业对社会的责任不是给社会直接创造财富,而是为创造财富的人以及全体居民提供健康保障。这个特性是医疗卫生事业所固有的,是内因,是本质,不因环境的改变而改变,在计划经济体制下是如此,在市场经济体制下也是如此。第二是社会主义的医疗事业必须与社会主义的基本目的相联系。社会主义的本质是解放和发展生产力,消灭贫困和防止两极分化,促使全体居民共同富裕。因此,“思想、文化、教育、卫生部门都要以社会效益为一切活动的惟一准则;它们所属的企业也要以社会效益为最高准则”。

据此,我们曾把医疗卫生工作的社会效益的内涵,界定为:“1. 给全体民众提供同等医疗服务的机会,保证城乡居民享受基本的医疗卫生服务,以体现医疗卫生服务的公平性。2. 根据社会需求,合理配置医疗卫生资源,并有效地运用这些资源,避免和减少资源的浪费,做到以较少的投入获得较大的效益。3. 把医疗费用控制在合理的范围之内,使国家、集体(企事业单位)和人民群众都承受得起,避免因医疗费用过度膨胀影响经济建设的发展和人民群众生活水平的提高。”这个界定把“公平”与“效率”统一了起来。受到卫生行政领导和有关专家的赞同,认为对深化医疗改革有实际意义。

由于对医疗卫生事业的性质和其工作目标取得了一致的认识,在发展机制上的“规划导向”与“市场导向”的争论也逐渐统一起来,认为医疗服务领域不能完全照搬市场机制,在市场经济体制下仍然要以规划为导向。其理论依据是:

1. 市场机制的价格和竞争,对经济领域来说,确实可以把社会资源配置

到效益最高的地方去,提高企业效率,提高质量,促进经济发展,但不能保证公正,起跑线可以一样,但终点或结果绝不会相同。因此,不能完全应用于医疗卫生服务事业。因为医疗卫生服务系社会保障的主要组成部分,它关系到每个公民的切身利益。政府和社会要通过国民收入的分配和再分配,保证公民不分种族、民族、财产和地位都要享受最基本的医疗卫生保健。尤其在在我国对医疗服务需求最大的是占人口 80% 的广大农民,是对常见病、多发病的防治。医疗服务必须首先体现公正、技术适宜、让群众和社会在经济上都可以承受。为此,医疗服务价格就不可能完全按市场上商品价格公式那样随需求增高而提高,医疗资源的配置也不可能完全随价格升降而流入、流出。

2. 医、患双方不具有一般市场的供需关系。在一般商品市场中,供方和购方是最基本的结构成分,双方各自独立、地位平等,通过协商决定商品的价格。购方购买商品具有享受性、计划性、选择性,对价格和支付有可知性和预见性。然而在医疗服务领域里,由于病人对疾病的无知(即缺乏卫生知识),特别是农民卫生知识更匮乏,往往处于被动地位。医生则处于主动地位,甚至可以说是垄断地位,检查、诊断、治疗均由医生决定。因此,医疗服务若作为开放的市场,供需双方无平等可言。其结果,可导致医生想怎么做就怎么做,开大处方,做各种根本不需要的检查,而且是赚钱的就多做,不赚钱的就少做或不做。这样,既贻误病情,又加重病人负担,还造成社会医疗资源的巨大浪费。

3. 医疗服务全盘市场化影响卫生事业的根本宗旨。一般规律下,在市场中供需双方就是金钱交易的买卖关系,无人道主义、救死扶伤可言。而人道主义和救死扶伤是为医之本,其价值不能以值多少钱来衡量。抛弃这一宗旨的医疗服务,就不可能是真正的医疗卫生服务。这一点,就连美国的有识之士都直言不讳。美国的医疗市场化在国际上规模最大,历史最久。目前其国内和国际社会对它的评价都认为其带来的高昂的卫生费用的投入,使政府和人民都背上十分沉重的负担,而且投入产出的效益也不高,从而遭到绝大多数人民的反对,是失败的。迫使克林顿政府不得不把医疗制度的改革作为国内的一件大事来抓,提出了“有管理的竞争”的改革方案。美国是世界上经济最发达的国家,都难以承受医疗市场化所造成的负担,我国经济实力远不如

美国,更不能走这条路。

对医疗服务事业发展机制的上述认识,在中国大陆已成为政府的决策思想和行为。最近,国务院领导人曾明确提出:卫生事业是社会公益性事业,不能主要依靠市场机制,而要依靠政府来组织、管理、协调和支持。各级政府要把卫生工作纳入国民经济与社会发展的总体规划,通过有力的政府行为来促进卫生事业的发展与改革。同时,要适应社会主义市场经济的发展,探索新的运行机制。妥善处理国家、单位、医疗机构、医务人员和患者之间的经济利益关系;通过改革逐步建成具有中国特色的、适应国民经济与社会发展需要的、能满足全体社会成员的基本需求并满足不同人群多层次需求的社会主义卫生服务体系。

这既是对过去改革中出现的争论的总结,又是指导今后医疗改革与发展的基本思路。

## 面向 21 世纪的卫生发展 的基本思路

从全球来看,21 世纪将是高科技大发展的世纪,预防医学大发展的世纪。从我国大陆来看,整个社会将是从小康向富裕目标迈进,跻身于世界上经济强国之林的世纪。但是,人口多,资源少,仍然是医疗卫生服务工作的基本矛盾。怎样让有限的医疗卫生资源产生较大的社会效益,仍然是我们制订卫生规划和设计卫生工作模式的总的依据。

针对这种形势,卫生部最近制订的《卫生事业第九个五年计划及 2010 年规划设想》确定的基本思路是:“一个中心,三个适应,即以人民健康为中心,适应社会主义市场经济体制,适应疾病模式转变,适应人民群众对医疗卫生多层次的需求。”

改革与发展的基本战略是:按照“公平”与“效率”相统一的原则,强化基本医疗卫生服务工作,走以内涵发展为主,内涵与外延发展相结合的道路。把农村卫生、预防保健和中医药作为战略重点,大力加强基层医疗卫生服务

力量,突出农村初级卫生保健工作和城市的社区医疗卫生服务;在地区发展格局上,打破条块分割,推动区域卫生发展规划,同时积极支持贫困地区卫生事业,缩小地区差距;在战略指导原则上,强化政府的社会职责,贯彻政府负责、部门配合、群众参与的原则,并建立和完善法律保障制度。

“为了保证以“社会效益为惟一准则”的实施,“公平”与“效率”的同步发展,使医疗服务事业随着社会经济、文化和科技的发展不断地健康地向前发展和提高,经过各有关方面的共同研究,提出下列几点基本思路:

### 1.关于医疗卫生机构的设置和管理。

坚持以公有制医疗机构为主体,社会办和个体医疗机构为补充。严格按照《医疗机构管理条例》,加强医务管理和监督,强化区域规划思想,实施医院分级管理,建立健全医疗机构设置审批制度、评审制度和登记注册制度。坚决制止乱办医,取缔非法行医。严格控制城市医院规模,强调内涵发展为主,反对不正当竞争。

基层卫生服务体制,要继续发挥三级医疗预防保健网便民服务的传统优势,同时要根据形势发展改进组织形式。总体上,县级医疗卫生机构要控制规模、改进服务质量,扩大服务范围,大力加强农村中心卫生院和基层卫生组织建设。乡镇卫生机构和城市街道卫生机构要改革成为直接面向人群,把初级卫生保健和综合的防治工作配合为一体的社区健康服务组织。

### 2.关于增加卫生投入与确保战略重点。

政府投入是卫生事业发展的主渠道,应当大力争取逐年以略高于经济增长的速度增加卫生投入,争取尽快达到卫生事业费占国家财政支出的比例不少于4%,全国卫生总费用占国民生产总值的比例不少于5%。但是政府再增加投入也不能把12亿人口的医疗保健事业包下来,医疗机构还需要通过服务收费和社会集资进行补偿。要积极开拓多种筹资渠道,加快卫生事业发展。

政府资金投入的重点,应首先放在农村医疗卫生设施建设和预防保健上,特别是对于农村贫困地区医疗卫生设施建设更要给予重点扶持,帮助这些地区尽快解决缺医少药问题,尽快脱贫。

### 3.关于建立城乡居民的医疗保险制度。

在试点的基础上加快医疗保健制度的改革,争取尽快建立起适合我国国情的、覆盖大部分城乡居民的、多层次的健康保障制度。职工医疗保险制度改革的目标是建立社会统筹医疗基金与个人医疗账户相结合的医疗保险制度。在农村,仍应积极地引导广大农民建立多种形式的合作医疗保健制度。条件成熟的地方,要在合作医疗的基础上,引进健康保险机制,提高农民群众抗疾病特别是抗大病风险的能力。

#### 4. 关于调整医疗收费结构和理顺医疗服务价格体系。

首先要调整医疗收费结构,提高技术劳务性收费标准,降低药品和检查费用所占比例,严格控制医疗费用过度上涨。同时,要建立医疗服务收费标准随市场价格变动而调整的机制,以减少医疗机构的亏损。通过调整和改革,要尽快实现按不含财政补贴部分的成本收费,并争取逐步实现按全成本收费,以提高医疗机构的自我发展能力。

#### 5. 关于改进医疗服务体系和运行方式。

运用行政、经济和技术相结合的手段,通过实施医院分级管理和评审,引导各级医院在纵向上协调合作,横向上开展以加强管理、加强医德医风、提高医疗质量、合理控制医疗费用、扩大社会预防服务为内容的有限度竞争。

各级医院之间建立健全技术指导和双向转诊制度,按医院级别适当拉开收费档次,制定分层次医疗的疾病诊断治疗技术标准,规范就医者和医疗服务提供者双方的医疗行为,合理分流病人,改变大医院长期“超负荷”、小医院“吃不饱”的现象。

调整医院内部结构,加强急诊急救设施,提高应急应变能力和抢救水平;积极发展中间服务项目和设施,分流老年、慢性和康复期病人;贯彻“预防为主”方针,增强预防意识,扩大社会预防工作;提高医院床位使用率,缩短平均住院日;挖掘医疗系统整体功能和效率方面的潜力。逐步建立起院前服务(预防)、院中服务(治疗)、院后服务(康复)“三位一体”的新的服务体制。

#### 6. 关于法制建设。

一方面要加快立法,争取在“九五”(第九个五年计划)期间制定出医疗、预防、保健、康复等主要领域配套的法律法规,基本形成卫生法律体系,使各项工作都有法可依;另一方面要建立健全卫生监督执法体系,严格执法监督,

真正做到执法必严,违法必究。

以上几点,只是大陆卫生事业管理工作者和有关方面在讨论“九五”规划时提出的基本思路和基本设想,是否切合实际尚有待于在实践中检验。但是有一点是可以肯定的,大陆的医疗改革必将继续进行下去,是不可阻挡的。

## 永远和农民在一起\*

1995年12月

在日本国长野县南佐久郡的山区小镇臼田町,有一所举世闻名的农村医院——佐久总合病院。50年前,这所病院创办之初,仅仅是一个小小的农村诊所。现在,它已发展成为拥有一千多张病床的现代化医院。日本国农村医学研究所、全国农村保健研修中心和长野县健康管理中心也都设在佐久总合病院内,医院还附设有高等护士专科学校和东洋医学研究所。几十年来,它一直活跃在农村医疗保健工作的第一线,既是地域医疗保健的中心,也是日本农村医学会的发祥地,对日本全国乃至国际农村医学事业的发展起着重要的示范和推进作用。

这所深受农民信赖、在国际上享有盛誉的病院,是由国际著名的农村医学大师若月俊一博士创办的。若月先生早年毕业于日本的最高学府——东京大学医学部,就职于东大附属病院外科。50年前,深受马列主义思想影响的若月俊一,竟然离开条件优越的大城市大医院,携眷来到长野县信川山区,扎根于被称为“日本屋脊”的穷乡僻壤——佐久坪臼田町,走上了同农民相结合,为农民服务的道路。如今,若月先生虽已84岁高龄,却仍然奋斗不息,日夜操劳,活跃在农村医学的第一线。

在长期的农村医学实践中,若月俊一先生不仅创造了辉煌的业绩,还创立和发展了现代农村医学的思想和理论:“和农民在一起”。发展农村医疗保健事业,确保农民的基本人权,“农村医学是属于农民的,是为保障农民健康服务的”;发展农村医学事业必须“充分发动和依靠农民大众”;“预防胜过治疗”,对农村居民实行“健康管理”;以病院为基地,联合农村各种医疗保健机

---

\* 这是作者祝贺日本佐久总医院创立50周年的贺词。

构及社会福利机构,“发展地域医疗保健”和“医疗、保健、福利密切结合”;坚持不懈地对农民进行健康教育,提高农民的自我保健能力;坚持走出病院大门,实行“五三二工作方式(即以 5/10 的技术力量搞好住院病人的医疗服务,以 3/10 的技术力量搞好门诊病人的医疗服务和健康咨询,以 2/10 的技术力量深入农村,巡回检诊,搞好农村的健康调查、健康管理和公共卫生),建立农村病院工作新模式;适应农村新情况,发展“老健设施”及“在宅保健”强化社区服务;建立“农村医科大学”,“培养有志于献身农村医学、能真正为农民服务的医学人才”;以及农村医学必须“立足本国,放眼世界”,特别是应该支援发展中国家,促进“农村医学国际化”……所有这些,都是当今农村医学领域里的宝贵的精神财富。

若月俊一先生是中国人民的老朋友,他所领导的佐久总合病院,近十年来每年都接收中国的农村医务工作者到该院研修,并先后两次举办“中日友好农村医学高级研修班”,为促进中日友好和农村医学交流做出了重要贡献。若月先生说,“天下农民是一家,农村医学事业是国际化的事业。”“中国有九亿农民,如果中国农村实现了‘人人享有卫生保健’,WHO 提出的全球战略也就大半得到了实现。”

若月俊一先生这种“和农民在一起”、全心全意为农民服务的深厚感情,这种对农村医学事业的执着追求和奉献精神,被称之为“若月精神”,也是培育和凝聚佐久总合病院全体员工的“院魂”。急农民之所急,想农民之所想,与广大农民同甘苦,共欢乐,这就是 50 年来佐久总合病院所走过来的道路。现在,他们仍在沿着这条道路朝着 21 世纪的新目标奔跑。我衷心地祝愿他们取得新的更大的成绩。



# 中国医疗服务事业的现状及展望\*

1996年12月

## 一、中国医疗服务工作的 基本方针与体制

中国是个幅员辽阔、人口众多、农业为主体的发展中国家。全国面积960万平方公里,分为23个省、5个自治区、3个直辖市,现有人口12亿多,其中有8亿多是农民。经济文化事业正处于发展之中,医疗服务事业也处于发展之中。

在中华人民共和国成立之前,经济文化非常落后,医疗卫生资源极端贫乏。1949年全国仅有卫生技术人员5万人,按当时人口平均每千人口有0.93人,其中绝大多数都是以师带徒方式培养出来的中医中药人员;各种医疗卫生机构3670个,其中大小医院2600所,病床8万张,按人口平均每千人口只有0.14张。这些病床80%设在大中城市,20%设在县城,广大农民基本上没有医疗设施。当时疾病状况极为严重,各种传染病、地方病广泛流行,人口死亡率高达20%,婴儿死亡率为200‰,产妇死亡率为150/万,人均期望寿命只有35岁。

新中国成立后,医疗卫生工作面临的一个极其严峻的挑战是:怎样以较小的医疗卫生资源来支撑庞大人口对医疗卫生服务的要求,做到公平与效率

---

\* 这是作者在韩国医院管理学术大会上的特别讲演。

并重,迅速地控制住一些重大疾病的流行。

面对这种情况,中央政府制定了“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”和“把医疗卫生工作的重点放到农村”的卫生工作方针。这是建设我国卫生事业总的指导思想,也是创造医疗服务模式的总依据。

依据上述方针和指导思想,按照公平与效率相统一的原则,从 50 年代开始,逐步解决了宏观方面的几个重大问题,从而初步形成社会主义制度下的医疗卫生服务体系。即:

——依靠国家、集体和个人三方面力量的结合,建立起以公有制为主体的覆盖全国城市与乡村的医疗服务机构。

——按照国家行政区划和人群分布情况,以规划为导向配置医疗卫生资源,设置医疗服务机构,做到哪里有人哪里就有医有药。

——依照国民经济收入的分配制度,建立三种医疗保险制度,即:①以国家公务人员、军人和大学生为对象的公费医疗,②以企业和事业单位的职工为对象的劳保医疗,③以乡村居民为对象的农村合作医疗。

——根据开展三级医疗保健服务的要求,在城市实行以医疗为中心扩大预防,划区负责,并建立逐级进行技术指导和转诊制度;在农村,建立县、乡、村三级医疗预防保健网,实行分级负责和转诊制度。

——按疾病的转归规律,建立以综合性医院为主体的四类医疗机构:即医院、门诊部、慢性病院和康复医院、护理院。另外,还另有一些专科医院,如:妇幼保健院、妇产医院、儿童医院、口腔医院、肿瘤医院、传染病院、结核病院、精神病院等。

由于医疗卫生机构的普及,预防工作的加强,医疗保障制度的逐步建立,城乡人民生活水平的逐渐提高,环境的改善等多种因素的综合作用,1995 年全国法定报告传染病的发病率下降至 176/10 万;全国人口死亡率下降到 6.5‰;婴儿死亡率城市为 13.5‰,农村为 21.5‰;人均期望寿命接近 70 岁。特别值得指出的是,这是以低于发达国家 170 倍的医疗卫生支出而取得的(据世界银行资料,1980 年发达国家平均每人年医疗费用为 1 869 美元,中国为 11 美元)。初步实现了以较少的资源支撑庞大人口医疗卫生需求的总目标。

## 二、中国的医疗卫生改革

我国医疗工作从 80 年代开始随着国家经济体制的改革也进行了改革。改革目标是,使医疗服务事业体制与国家建立的社会主义市场经济体制相适应,从封闭型转向开放型,增强医院工作活力,提高工作效率,促进医院现代化,进一步提高医疗质量和服务水平。

十多年来,采取和实行的改革措施,主要有以下几条:

——建立以公立医疗卫生机构为主体、社会办医和个人办医为补充的办医体制。以政府制订的区域卫生规划为导向,由政府授权卫生行政部门对区域内的医疗机构设置实行统筹规划,进行政策指导和组织协调、监督、检查工作。基层医疗机构纳入社区综合服务之内,以家庭和人群为服务对象。

——改革医疗保障制度。在城镇,建立社会(包括国家和企业)统筹医疗基金和个人医疗账户相结合的职工医疗保险制度,医疗保险费由国家、用人单位和职工个人三方合理负担,医院负责医疗和管理工作,建立对医患双方都有约束力的管理机制。在乡村,积极发展和完善合作医疗制度,资金筹集以农村居民个人投入为主、集体(村委会和乡镇企业)扶持,政府引导和支持,以乡(镇)为单位统筹办理。

——按照“两权”(所有权与经营权)分离”的原则,扩大医院的经营自主权。公立医院是在国家政策指导与支持下,自主管理的法人。实行院长负责制,引进市场经济的竞争机制,建立起责任与报酬挂钩的、有激励、有约束、富有活力的管理制度。

社会团体和公民个人办医,实行自主经营,自负盈亏。政府按照国家颁布的《医疗机构管理条例》及其他有关法规对其加强监督管理。

——调整医疗服务价格。基本医疗服务价格由政府管理,合理定价;非基本医疗服务价格按照不低于成本的原则核定。调整医疗收费结构,适当提高技术劳务性收费标准,降低药品和检查费的比例。

——建立医院分级管理和评审制度。按照我国已有的三级医疗网的建制和综合水平,将我国医院划分为三级。一级医院是直接为社区提供医疗、

预防、康复、保健等综合服务,属初级卫生保健机构。农村的乡卫生院、城市街道卫生院都属于这一级。二级医院是跨社区提供医疗卫生服务的地区性医院,是覆盖 10 万人口以上的地区医疗预防技术中心,大致相当于县医院、地、市级医院及大厂矿中心医院。三级医院是跨地区、省市以及向全国范围提供医疗卫生服务的医院,是具有全面的医疗、教学、科研能力的医疗保健技术中心。省级以上医院和医科大学大型附属医院均属于三级医院。

上述各级医院均须按照规定的程序和标准,由医院评审委员会进行评审,提出评审结论,审批发证。每一评审周期为三年。周期内评审委员会还要及时抽查,发现缺陷,限期改正,必要时重新评审。

通过上述多项改革,促进了医疗事业的发展,医院的服务能力显著增强,服务质量和效益显著提高。

### 三、面临的问题与挑战

中国仍属于发展中国家,但当前既有其他发展中国家相类似的问题,也有与发达国家相类似的问题。

——医疗卫生事业发展不平衡,地区间卫生状况和人群健康状况的差距有所加大,享受基本医疗服务的相对公平性有所下降。尤其贫困地区居民的基本医疗服务需求得不到满足,因病致贫、因病返贫的现象仍时有发生。

——医疗卫生投入总量不足,配置不合理,医疗资源利用率不高,医疗费用不断上涨。目前我国卫生总费用占 GDP 的比重尚不足 4%,距 WHO 提出的要求尚有一定差距。医疗资源的分布存在着向城市和东南沿海地区集中的趋势。医疗机构的服务效率不高,平均住院日过长,大医院超负荷,而乡镇卫生院病床利用率则过低。在高科技设备的引进上(如 CT, MRI 等)存在着盲目攀比、争相购置的倾向,因而更加助长了医疗费用的上涨。近几年来每年医疗费用上涨的幅度均超过 20%。

——人口继续增长,老龄化的趋势加快。预计到 2000 年全国总人口将接近 13 亿,2010 年接近 14 亿。到本世纪末,60 岁以上的人口将超过 10%,65 岁以上的老年人将达 1 亿人,占总人口的 7% 以上。

——疾病谱发生改变。慢性、非传染性疾病发病率逐步上升,心脑血管疾病、恶性肿瘤、意外伤害等正逐步成为居民死亡的主要原因。但针对新的疾病谱的预防战略和预防体系尚未形成。

——医疗保障制度不合理,覆盖面低。公费医疗和劳保医疗存在严重浪费,急需进行改革。农村居民的合作医疗一度解体,重建农村合作医疗任务艰巨。

#### 四、迈向 21 世纪的努力途径

今后 15 年是我国社会主义现代化建设的关键时期。社会主义市场经济体制的建立与完善,要求医疗卫生改革和发展与之相适应。随着经济发展、科技进步和人民生活水平的提高,人民群众对改善卫生服务、提高生活质量将有更多更高的要求。为了适应新形势,解决新问题,迎接新的挑战,中共中央人民政府——国务院将于今年 12 月召开全国卫生工作会议,总结改革以来的经验,制定新的卫生政策,坚持以规划为导向,协调卫生与经济等方面的关系,为全国医疗卫生服务事业的进一步发展,建成有中国特色的医疗卫生体制,创造一个更加良好的外部环境。

今后的医院工作,将在继续推行和落实上述几项重大改革措施进一步深化改革的基础上,朝着建立合理的补偿机制、整体化的医疗体制、高素质的管理队伍的目标前进。

——合理的补偿机制。包括三个方面,即:健全的医疗保险筹资渠道、合理的医疗补偿机制和完善的医疗费用制约机制。这三个方面配套结合,相互衔接,而且与医疗卫生工作的社会目标相一致,使医院得到合理、稳定的资金来源,收入与支出平衡,使社会享有公平的医疗保障。

——整体化的医疗体制。医疗体制的社区化和行业化,是世界性卫生革命的大趋势。依据卫生模式的战略转变,我们构建整体化高效的医疗体制,总的发展方向是将急症医院(综合医院)、慢性病医院、康复医院、家庭医疗机构建成连贯性的医疗体系,形成有机结合的服务网络。开展一日住院、一日手术和一日分娩,提高病床利用率,减少平均住院日,减少人均门诊、住院医

疗费用。使卫生发展以医疗机构为中心转向以人群医疗需求为中心的战略转变。

——高素质的医院管理队伍。为了实现公平与效率的统一,必须有高效率的管理。高效率管理就要有高素质的管理人才。我国的医院管理队伍,特别是主要领导人大多数来自技术岗位,是“硬专家”不是“软专家”,多数是经验管理而不是科学的经营管理。为加速改变这种状况,拟采取三个方面的措施:一是抓紧培训工作,使上岗的管理干部受到合格的专业培训,并在实践中不断加强继续教育。二是在人才选择上,改变医院管理者必须是技术专家的传统观念,扩大管理人才的选择范围。三是建立管理干部体制,使管理人员的资格、晋职、待遇得到政策和法律上的承认和保障;建立起正规的考试、考核和任职证书的制度,严格上岗前的考察批准程序。使管理对医院的功能产生乘数效应。

# 论农村医学对农村社会 健全发展的作用\*

1996年5月

人类社会前进的步伐即将跨入 21 世纪。中国以及亚洲许多发展中国家正在奋起,投入世界经济和科技竞争的大潮,争取经济全面增长。在此历史大转折的形势下,笔者认为必须重视和加强农村医学的研究与实践,为亚洲农村社会的健全发展发挥积极作用。现将管见陈述如下,就教于各位学者专家。

## 一、健康与农村社会健全发展的关系

综观世界各国实现现代化的历史,可以得出两点认识:一是实现工业化要以办好农业为基础;二是振兴农村必须做到经济、教育、工业三者并重。这是因为,发展工业所需要的资金大部分要依靠农业积累;振兴农村经济的关键在于提高劳动者的素质,劳动者的素质包含智力与体力两个方面。因此,要使一个农村社会(特别是 80%以上人口在农村的亚洲发展中国家)健全地向前发展,就必须是经济、教育与卫生三者平衡发展。这是建设现代化社会的基础工程。关于经济和教育在促使农村社会健全发展中的作用,人们已有共识。而对卫生问题则有所忽视。实际上,卫生在促进社会经济发展中的重要性绝不低于教育。根据世界银行的一项调查报告,做好卫生工作可以从四

---

\* 这是作者 1996 年 5 月 22 日在日本北海道举行的第七届亚洲农村医学学术会上的特别讲演。

个不同方面促进经济增长：

首先是，可以减少因劳动者生病而带来的生产损失。最明显的效益是因疾病而损失的工作日少了，工作效率和劳动生产率提高了，工作年限延长了。又据中国统计局资料，中国农村每一劳动力创造的农村社会总产值，1985年为1 699.8元(人民币，下同)，1992年增至5 740元，除工业能源和科技投入产生的效益外，农民体质的增强(即体能产生的作用)占到22%。印度泰米尔纳德邦的一项对麻疯病人的研究资料表明，消灭残疾使那些拥有工作的人的年收入增加两倍多；消灭全印度64.5万麻疯病人的残疾使印度1985年GNP增加1.3亿美元，相当于所得到的发展援助资金的10%。尽管麻疯病在印度疾病负担中所占的比例非常小，1990年还不到1%。

其次是，可以促进对自然资源的利用，提高土地利用率。例如，在斯里兰卡，在1947—1977年间对疟疾的根除，使以前因蚊虫肆虐无人居住的地区迁进了大量移民，土地产出大幅度增加。根除疟疾的成本累积为5 200万美元，而在31年中国民收入的累积收益却达到76亿美元。中国从50年代后期开始在南方十多个省开展大规模的根除血吸虫病运动，使得上千万的病人变成强壮劳力，几百万公顷荒沟荒丘和河滩变成肥沃良田，增产粮食在百亿公斤以上。

第三是，可以增加儿童的入学人数并使他们提高学习效果。一些专家研究分析，健康和营养状况越好，儿童入学的准备就越充分，入学的人数也就越多。反之，会在三个方面减少对下一代进行教育的效益：入学人数，学习能力，对女孩子的不平等。在尼泊尔的一项研究表明，营养不良儿童的入学率只有5%，而营养正常的儿童入学率则达27%。营养不良儿童由于缺铁和缺碘，损害识读功能，形成智力低下，学习成绩要比营养正常儿童低15%—20%。在泰国，比平均身高一年龄比率低10%的儿童，有14%不能升级。由于重男轻女的陋习在亚洲许多国家中普遍存在，女孩更易受到碘和铁缺乏症的影响，女孩的入学率和学习能力就更低，很多女孩不能受完小学教育。这是农村社会健全发展的一个重要障碍。

第四是，可以减少医疗费用开支，使一些资源用于其他方面的建设和消费。就某些疾病来说，即使不考虑所有的间接效益(如提高劳动生产率)，单是降低发病率减少医疗的支出，就是非常可观的。



以上四个方面的事例虽然不很全面,但足以说明健康与农村社会健全发展的关系。良好的健康状况,既是农村社会发展最根本的目标,又是加快农村社会发展的重要因素。把卫生工作作为发展努力的一部分,是低收入国家促进农村社会健全发展的一个有效方式。

## 二、亚洲农村医学面临的挑战

医学的服务对象和研究对象是人。是以保护人的生命和增进人的健康为主旨。因而医学必须随着人口生态的变化而不断发展,农村医学也必须针对农村人口生态的变化而不断地进行研究和发

展。当前亚洲农村人口生态面临着极为严峻的形势,给亚洲农村社会的健全发展带来很大威胁,从而也给农村医学带来了前所未有的挑战。

第一是人口的急剧增加。

在人类发展史上有三次人口加速增长时期。目前正处于第三次人口加速增长期。自 1950 年至今,世界人口增加一倍多,从 25 亿增加到 56 亿。这个时期人口加速增长的主要原因是许多发展中国家摆脱了殖民统治和战争灾害,稳定的生活造成了高出生率;同时,引进先进医疗技术和药物,使死亡率突然大幅度下降;而过去由于高死亡率形成的多生子女的观念又不能随着死亡率猛烈下降而改变。所以,出生率在发展中国家(主要在农村)普遍维持在很高的水平上,现在还在继续。联合国和许多国际组织预测,全球人口要达到 120 亿,才能停止增长。亚洲除日本、新加坡等少数国家和地区外,大部分是不发达、低收入国家,人口增长尤快。据 1990 年统计,全球人口为 52.67 亿时,亚洲就占 26.67 亿,占 1/2 多。按全球人口要达 120 亿计算,亚洲人口至少要达到 60 亿以上,而绝大部分在农村。

农村人口的迅速增长,食物供应受到前所未有的沉重的压力,从而使因营养不良而罹患的疾病大量增加。据世界银行的一项调查,1990 年孟加拉国 5 岁以下儿童营养不良人数为 60%,巴基斯坦为 57%,泰国为 26%,菲律宾为 19%,印尼为 17%。

第二是,人口老龄化,被赡养的人口(15 岁以下和 65 岁以上)比例加重,

以及疾病谱的变化,迫使卫生费用开支加大,社会预防医学任务更加繁重。由于出生率在许多国家逐渐下降和人均寿命延长,人口老龄化问题日趋严重。联合国人口司 1980 年预测,到 2000 年全世界 60 岁以上老年人口将达到 5.9 亿,(其中,中国将达 1.3 亿)老年人口的增长速度明显大于总人口的增长速度,到 2025 年还要翻一番达到 10 亿以上。

同人口老龄化相关的一个问题,就是疾病谱的变化。从亚洲多数国家来说,第一次卫生革命的任务尚有待继续完成,而第二次卫生革命的任务又迫在眉睫。据世界银行和世界卫生组织的一项调查报告,1990 年印度、中国、亚洲其他地区及岛屿的传染病、非传染病、外伤三大类的发病情况的比例是:

	印度	中国	亚洲其他地区及岛屿
人口(百万)	850	1 134	683
传染病(%)	50.5	25.3	48.5
非传染病(%)	40.4	58.0	40.2
外 伤(%)	9.1	16.7	11.3
总 计(%)	100.0	100.0	100.0

这个统计数字表明在亚洲大多数国家和地区传染性疾病的和非传染病的发病率基本相等。尤其中国非传染性疾病的发病率已大大超过了传染病,这就给农村医学带来了严峻的问题。

第三是,环境污染造成的危害。环境污染包括空气、水源、土壤和食物等,它是与经济的发展(主要是乡村工业)、人口的猛增相伴而来的。对贫困地区和穷人来说,威胁健康最大的是家庭环境污染(包括住室条件、卫生设施、供水状况、垃圾处理、室内空气等)。据世界银行和世界卫生组织的一项研究,1990 年与贫困家庭环境相关的主要疾病,有肺结核、腹泻(包括痢疾、伤寒、霍乱)沙眼、热带病群、肠道寄生虫、呼吸道感染、慢性呼吸系统疾病、呼吸道癌等 8 大项,给发展中国家造成的疾病负担(年百万 DALY)达到约占总疾病负担的 30%。下面两个数字特别值得我们重视:一是在发展中国家中约有 13 亿人无法取得洁净而供应充足的水源,亚洲约占 7.8 亿人;二是全世界约有 20 亿人缺少适当的粪便处理设备,亚洲约占 12.5 亿人。这是亚洲的许多国家腹泻、肠道寄生虫病以及血吸虫病难以控制和消灭的主要原因。

第四是,文化程度低对健康的影响。亚洲大多数国家由于人口增长快,人均收入低,教育发展慢,农村居民特别是妇女受教育的机会少,文化程度普遍不高,对儿童健康有直接的影响。因为农村妇女都要负责操持家务,处理食物加工和准备饭菜,喂养和照顾幼儿以及照料病人,处理与健康有关的一切事务。世界银行对 25 个发展中国家的人口和健康调查表明,在其他条件相等情况下,母亲受过 1—3 年的教育就足以使儿童死亡率减少 15%,受过 7 年以上学校教育的,就使儿童死亡率下降 75%。在印度尼西亚,在一些贫穷家庭中,未受过教育的母亲的子女有 24% 发育不良,而母亲略受初等教育的则只有 11%。在泰国,受过初等教育的有 30% 懂得采用口服补液法或者用盐和糖的土法溶液治疗儿童腹泻;受过中等教育的则有 90% 会采用这种方法。文化程度不同对成人健康也有很大影响。联合国一项调查表明,受过最高教育与最低教育之间的人均寿命的差异是:男子大约 6 年,女人大约 5 年。在巴基斯坦,两者的差异达 17 个百分点。

亚洲发展中国家农村社会对医学的挑战,除上述四个方面外,还有 HIV 的传播和艾滋病死亡的上升,抗药性病种数目的增加,广泛使用烟草一类对健康有害的物质等。总之,亚洲大多数国家的农村社会,经济、教育、卫生的发展还处于不协调、不平衡的状态,还没有进入或没有完全进入健全发展的轨道。农村医学面临的问题非常繁杂,既要解决多病种的医疗和预防技术问题,又要解决卫生管理(包括政策、体制和发展战略)上的问题。而从整体和发展来看,解决管理上的问题更为重要,因为上述几个方面的挑战,在很大程度上是由于国家和社会的收入分配、发展经济和减少贫困的政策以及卫生投入的办法存在诸多不合理的因素所引起的。

### 三、中国及亚洲其他国家协调健康 与农村经济关系的措施

亚洲许多国家和地区虽然面临着上述的一些困难和问题,但也存在着克服障碍的诸多积极因素。最可喜的是,经济已开始起飞或即将起飞,国民经

济增长率在世界上处于前列,随着经济的增长,农村社会健全发展所依赖的几个基本因素正在朝平衡协调的目标进行调整。普遍的做法是把 WHO 提出的“2000 年人人享有卫生保健”的要求纳入本国的国民经济和社会发展的总体规划之中。有些国家还专门制定了有利于穷人的卫生政策。如泰国政府制定了一个全国性的改革农村贫穷落后面貌的计划,包括解决卫生、住房、计划生育、治安、就业和道德等方面的问题。马来西亚政府规定收入最低的阶层获得的公共医疗补贴份额,要高于中产阶级和富有者。印度尼西亚在 80 年代为较低级别的医疗设施进行了大量投资。这里我想着重地讲讲中国的做法。

中国是世界上人口最多的国家。自古以来就坚持以农为本,“民以食为天”。50 年代初期农村人口占全国总人口 90% 以上,现在仍然占到 75%。农村社会的状况为如何,历来关系着国家的大局——稳定、进步与发展。中国共产党和人民政府非常重视和关心农村工作。40 多年来,中国在解决农村问题上两大突出成就,受到全世界的瞩目:

一是以只占全球 7% 的耕地养活了占全球 22% 的人口,而且人均粮食高于世界平均水平,1990 年世界粮食人均均为 316 公斤,中国为 393.1 公斤。

二是以低于发达国家的 170 倍的医疗卫生支出,使人均预期寿命延长到近 70 岁,接近发达国家的水平。1990 年发达国家人均医疗卫生支出为 1 860 美元,中国为 11 美元(据世界银行资料)。

这两个突出成就是互相联系、互相促进的。第一个成就(粮食增长)的取得跟农业劳动者体质增强有密切关系。中国在耕地面积逐年减少的情况下,粮食产量却逐年上升,由 1949 年的 11 318 万吨增至 1992 年的 44 266 万吨,42 年中增长近 4 倍,主要是通过提高单位面积产量而获得的。我在本文第一部分说过,粮食单位面积产量的不断提高,是农业劳动者勤奋耕作的结果,除工业投入和科技力量外,人的体能占到 22% 的作用。这跟传染病的减少,看病的及时,死亡率的下降,寿命的延长均有关系。第二个成就(健康增强)的取得,则跟农业的不断发展,农村居民获得的营养逐年改善有关。

按人口平均的主要农产品产量

单位:公斤

年 份	粮 食	油 料	糖 料	猪 牛 羊 肉	水 产 品
1949	208.9	4.7	5.2	4.1	0.8
1959	255.3	6.2	18.2	5.1	4.6
1969	265.0	4.2	16.2	7.4	3.6
1979	342.7	6.6	25.4	11.0	4.4
1989	364.3	11.6	51.9	20.8	10.3
1992	380.0	14.1	75.6	23.7	13.4

以上情况和数据表明,中国农村社会的经济增长与健康增长是双向的。正如WHO1984年发出的A37号文件指出的:“过去十年中被认识到的第一个基本真理是,正如发展本身推动了卫生一样,卫生也同样推动着社会及经济的发展,两者需齐头并进。”

中国农村社会的这种双向作用和做法,既贯彻于政府的政策,也贯彻于农村医学的活动。

毛泽东从中国的历史传统和现实出发,早在50年代末和60年代初先后提出两个非常响亮的口号作为指导中国农村社会发展的工作方针,一是以农业为国民经济的基础;二是把医疗卫生工作的重点放到农村。在这两条方针的指导下,中国农村的经济建设和卫生建设始终是相伴而行的。以“除四害,讲卫生”为中心的爱国卫生运动和防治血吸虫病的灭螺运动都是结合农业生产进行的。在全国农村普遍建立的三级医疗预防保健机构,乡村医生队伍和合作医疗保健制度,也是依靠和结合农村合作经济体制的发展而发展起来的。因此,农业生产稳步地持续地增长,农村卫生事业和农民健康状况也随之逐步得到发展和改善。中国农村医学在这个时期的创造和所起的作用,就是把哲学(唯物辩证法)和经济学引用到医学,把国家、集体和个人的力量聚合到一起,建立起“三位一体”(三级医疗预防保健组织、乡村医生队伍、合作医疗保健制度)的农村卫生体制。为全面推行初级卫生保健奠定了基础。

从1966—1976年的“十年内乱”(即“文化大革命”)使中国农村经济和卫生事业都遭受重大挫折。但在邓小平的“拨乱反正”和“改革开放”的思想指导下,从80年代初开始,中国农村社会又在新的起点上逐渐走上协调发展的轨道。中国国务院总理李鹏在给第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术

会议的信中明确表示：“我国政府将把深化农村卫生改革，保障农民健康，提高人口素质纳入社会经济发展总体目标，使卫生事业与经济的发展同步增长。”

中国政府的这个指导思想在计划部门按照邓小平的中国实现现代化三步走的战略设计而制定的农村社会的“小康”标准(即 2000 年要达到的水平)中，得到具体落实。中国农村现阶段“小康”社会的主要指标是：

人均国民生产总值 1 090 美元；

中学入学率 55% - 60%；

人均预期寿命 70 岁。

这个标准与世界中等收入国家(1988 年)年平均水平相比较，大致为下表：

小康标准的国际比较

项目	单位	中等收入国家水平		中国小康标准水平		下中等收入国家水平	
		水平值	权数	水平值	权数	水平值	权数
人均国民生产总值	美元	1 930	30	1 090	16.9	1 380	21.5
平均期望寿命	岁	66	16	70	17.0	65	15.8
中学入学率	%	54	8	57	8.4	49	7.3

从上表看，中国小康标准的经济水平稍低于下中等收入国家，而卫生和教育水平则略高于中等收入国家。这就是说，中国所定的小康社会标准符合一般国家发展规律，而且是把健康与文化放在更重要的位置，也就是把提高劳动者素质作为促进农村社会健全发展的因素放在更为重要的位置。这也符合国际共识。联合国开发总署发表的《1990 年人文发展报告》，就把“健康、寿命；获得知识的机会；生活水平”这三者作为人文发展的尺度，并把“健康、寿命”放在第一位。

经过十多年的奋斗，中国部分农村已经初步达到或接近小康水平。

——主要农业指标与国外相比位居前列：农业生产指数(以 1979—1981 年 3 年平均为 100 计算)，1991 年达到 179.8，比世界平均数高出 53.82，超过所有国家；谷物单位面积产量，1991 年每公顷收获 2 985 公斤，高出世界平均

数 308 公斤;国民生产总值,1994 年为 43 800 亿元(人民币),人均 3 650 元,农村居民人均纯收入 1 220 元。

——农村教育事业显著发展,1994 年农村人口入学数为 26 947 万人,占农村人口 36%。

——农村居民健康保障水平显著提高,以 1994 年与 1985 年相比,村级(最基层)医疗卫生机构从 625.992 个增至 649.892 个,占行政村总数 88.8%;农村改水受益人口(即饮用比较洁净的自来水或井水)从 4.2 亿人增加到 7.79 亿人,占农村人口总数的 84.8%;法定传染病发病率从 872.33/10 万下降到 203.68/10 万;婴儿死亡率在沿海一带的农村和城市的郊区已降至 10—20‰,内陆和边远少数民族地区大约稳定在 40‰—50‰,这在发展中国家依然是比较低的。人均预期寿命也远比一般发展中国家为高,据 1985 年的抽样调查,已经达到 68.9 岁。

从中国及其他亚洲国家的实践来看,在低收入的国家,只要国家政策和医学的活动得当,农村经济和人民健康是可以平衡发展走向良性循环的。

#### 四、农村医学对促进农村 社会健全发展的作用

实践出真知,出科学。反过来,真知与科学又促进了社会的实践和进步。根据中国及其他一些国家农村人民健康的趋势,农村医学在促进农村社会健全发展中的作用越来越明显,这种作用主要是通过扩大农村医学的外延而产生的。

首先是,将“增长第一”的观点转变为“健康第一”的观点。这是人们对社会发展认识上的一次飞跃。“增长第一”的观点,是把单纯追求经济增长放在首要地位,忽视人的主体能动作用。“健康第一”(不是狭义地指个人健康,而是广义地指整个社会人群在身心上、社会适应能力上都很强)是重视人的因素,在健康与社会经济发展的双向作用中突出健康的主导作用。“增长第一”是许多发展中国家共同存在的观点,因为经典的劳动要素没有把人口素质和

健康素质包括在内。50年代以后,联合国提出两个“发展十年”都不很成功,原因就是过分强调了经济发展,只注意“增长第一”。中国领导人和医学工作者根据“人是生产力诸要素中最积极的因素”的理论,认为解放和发展社会生产力首先是解放人,调动和提高劳动者的生产积极性和能力。毛泽东在其领导中国革命的各个时期都是把改变农村生产关系,发展农村经济与做好农村卫生工作,提高农民健康水平相提并论。建国以后,在提出“农业是国民经济的基础”以后,接着又提出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。“健康第一”观点的核心是经济建设从以物为中心转变为以人为中心,卫生与社会发展要同步。这样,就使医学获得了新的发展,提高了它的作用。这个新观点随着科技革命的迅猛发展,逐渐被人们所接受。例如:

美国社会卫生协会提出的一个简明的社会发展指标,称为 ASHA 指标,其公式是:

ASHA =

$$\frac{\text{成人识字率} \times \text{就业率} \times \text{平均寿命} \times \text{国民生产总值年增长率}}{\text{出生率} \times \text{婴儿死亡率}}$$

这个公式的分母反映人口和卫生工作,分子反映经济、社会、教育和健康水平。

日本著名管理学家东田敏夫提出另一个更简明的公式:活力 = 智力 × (体力 + 毅力 + 速力)。这四个“力”都与健康密切相关。

这两个公式说明两个问题:一是健康发展必须与社会发展协调、同步;二是卫生工作在社会发展中不是可有可无、可多可少的工作,而是社会发展中必不可少、具有战略地位的事业。

WHO1984年发出的 A37号文件把“卫生与社会经济发展要齐头并进”当作“一个基本真理”提出,是对医学发展(特别是农村医学发展)的一个科学性的总结。

其次是树立“大卫生”的观点。

“大卫生”一词是中国人民和医学工作者通过实践的发明。虽然还不够科学的严谨性,但它具体表述了医学从个体化向社会化发展的过程,是医学进一步社会化的结果。它是与“健康第一”观点一脉相承的。

“大卫生”是指卫生系统从封闭变为开放系统,使卫生与社会发展同步、



齐头并进的具体体现。“大卫生”的同义语就是“健康为人人,人人健康”,国家、社会各系统把健康和经济富裕作为共同追求的目标。“大卫生”是医学进一步社会化的必然产物,使医学直接促进了社会的健全发展,并加重和扩大了医学在促进社会健全发展中的作用。其原因是,它把卫生工作纳入整个社会系统,使卫生工作与整个国民经济和社会发展相辅相成。这在中国农村表现的最为鲜明和突出。中国农村在 50 年代和 60 年代开展的消灭性病运动,以灭蝇、灭鼠、灭蚊、灭虱为目标的爱国卫生运动,防治血吸虫病的灭螺运动,和近期开展的农村改水改厕运动,食盐加碘运动,都是由政府各有关部门通力合作,全社会参与的全民运动。是“大卫生”观的具体贯彻和体现。是中国农村卫生工作取得较快发展和较好成绩的原因所在。

第三是把“增加和改善公共卫生服务支出”作为改进健康状况的重要或主要因素。

一般而言,经济收入高低是影响人们健康的直接原因,一个国家的人均收入越高,人们的寿命可能越长,身体越健康。这有大量事例和数据佐证。但是,近些年的医学研究发现另一个规律,在发展中(低收入)国家,经济对健康的影响——人们预期寿命的长短,在很大程度上取决于收入分配而不是人均收入。在那些收入分配(公共卫生服务支出)得到改善的国家中,人们的预期寿命增加就快。据世界银行和世界卫生组织对贫困数据可比的 22 个发展中国家(其定义是,按 1985 年购买力平均计算,每天消费不到 1 美元的人在人口中的比重)的考察,贫困的普遍性和用于卫生的人均公共开支的差异,是各国预期寿命各不相同的重要原因。但这并不意味着收入增长与预期寿命增加无关,而是说其主要影响在于它能在多大程度上减少贫困和支持公共卫生服务。在上述 22 个发展中国家中,经济增长对预期寿命所产生的影响,1/3 是通过减贫,2/3 则是通过增加公共卫生开支。在斯里兰卡,人均公共卫生支出的增加与人均收入的增加达到同等数额,对减少婴儿死亡率的有效性高 21 倍。

“增加和改善公共卫生服务支出”的社会效果,是国家和社会用较少的钱获得了健康的改善;最大受益者是穷人,通过获得基本的医疗保健服务,增加他们的人力资本——最重要的资产(劳动力)的使用。所以,中国能在人均年收入只有 300 多美元的情况下,使人均预期寿命达到接近 70 岁。据世界银

行的一项研究报告,“中国与处于同一发展阶段的其他国家相比,中国用于医疗卫生的 GNP 整整低一个百分点,但它的预期寿命几乎要比这些国家高 10 岁”。“新加坡用于医疗卫生支出要比处于同等发展水平的其他国家少 4%,但预期寿命却是相同的”,其原因是:在国家用于公共卫生服务的支出分配比较公平合理,能使绝大多数人口受益。其作用表现在 3 个方面:为人们提供了普遍的预防性的卫生服务(如防疫工作),逐步促进改变人们的健康行为和不断改善人们的健康环境。中国农村最成功的做法是从 60 年代到 70 年代普遍依靠农业集体经济组织和农民群众建立健全农村基层卫生组织和举办合作医疗,使农村医疗保险覆盖面达到 90% 以上。可惜中国的这两项“举世无双”的措施,在 80 年代以后由于在经济体制的改革中受市场导向的影响一度有所削弱,使农村卫生事业遭受一些挫折。这从相反的方面使人们进一步认识到“增加和改善公共卫生服务支出”在发展中国家的的重要性。有鉴于此,目前中国正在从两个方面采取措施扭转农村卫生工作滑坡的现象:一方面,政府通过举办“扶贫工程”(在本世纪末使 7 500 万农村人口脱贫)和加强农村基层卫生组织建设,改善农村人口健康保障条件;另一方面,大力推进农村初级卫生保健和改善医疗保险办法,使农村卫生工作与农村社会经济发展在推行市场经济的新形势下做到互相适应互相促进。我们预计这两项措施将使中国农村医学得到进一步的发展。将使中国农村社会的发展进一步健全起来。

# 新时期农村卫生协会的任务和作用\*

——中国农村卫生协会十年工作回顾

1996年7月23日

中国农村卫生协会于1986年7月成立,迄今已整整十年,回顾十年来的历程,可谓“十年磨一剑,功夫不寻常”。

## 一、协会成立的历史背景 及协会的宗旨、任务

中国农村卫生协会是在改革开放和市场经济大潮兴起的新形势下成立的,也可以说它是改革开放的产物。

本来,卫协会的组织形式早已有之。早在建国初期,我国实行的是新民主主义制度,在经济上是国营经济领导下的多种经济形式并存,其中私营经济占相当大的比重。医药卫生方面除了县以上有少数公立医院外,城乡基层医疗卫生机构绝大多数也都是私营的、个体的。当时,为了把散在社会上的医药卫生工作者组织起来,许多地方都建立了卫生工作者协会。通过卫协会这个群众性团体,团结和组织广大卫生工作者坚持学习、改造、进步,贯彻新中国的卫生工作方针,在推进城乡基层卫生组织建设和加强行业管理等方面发挥了重要作用。在社会主义改造时期,许多地方还通过卫协会,组织建立和管理联合诊所。到50年代中期城乡联合诊所发展到五万多所,为后来的城乡基层卫生组织建设奠定了基础。因此可以说50年代各地的卫协会是很

---

\* 这是作者在庆祝中国农村卫生协会十周年纪念会上的报告。

活跃的,也确实发挥了很大的作用。但是在 1958 年农村公社化后,政治运动不断,“左”的路线干扰,从而导致各种群众团体不断削弱乃至解散。在当时情况下,各地的卫协会组织多数纷纷解体,有的则名存实亡。

改革开放以后,到了 80 年代中期,随着农村经济体制改革的深化和市场经济大潮的兴起,过去在计划经济体制下形成的农村医疗卫生服务体制和管理方式都发生了较大的变动。一方面是在放宽政策后,医疗卫生机构出现多种形式,社会办医大量增加,许多乡村医生也离开集体走向个体经营,出现了“乱办医,办医滥”的混乱状况,假医假药充斥市场。另一方面各级政府机构包括卫生行政部门都要进行改革和精简,转变职能,许多具体的行业管理工作难以到位。在此形势下,卫生部考虑,需要成立一个组织,协助各级卫生行政部门加强管理工作,把广大农村卫生人员团结组织起来,按照国家的政策、法规和计划开展活动,并不断提高技术水平和服务质量,以适应新形势下医疗卫生事业发展的需要。经过酝酿和参考国际上的经验,乃成立中国农村卫生协会。这便是十年前建立农村卫生协会的历史背景。

中国农村卫生协会是由全国农村卫生机构和农村卫生工作者组成的兼有学术性和行业管理性质的社会团体,它的宗旨是“团结全国农村卫生工作者,积极开展初级卫生保健,努力促进我国农村卫生事业的发展,为提高我国农村居民的健康水平和建设有中国特色的社会主义服务”。为了实现这个宗旨,协会必须“积极开展工作,努力成为各级卫生行政部门的得力助手,党和政府团结广大农村卫生人员的纽带,广大农村卫生人员的知心朋友”。这既是协会建设和协会工作所必须始终遵循和努力实现的目标,也是新时代赋予农村卫生协会的历史使命和主要任务。十年来的实践证明,只要牢牢把握协会的宗旨,积极发挥“助手”作用、“纽带”作用,做广大农村卫生人员的知心朋友,诚心诚意地为农村卫生人员多办实事,农村卫生协会就会愈益显示其作用,为社会所承认。

## 二、十年来的工作与功效

按照上述宗旨和任务,十年来中国农村卫生协会和地方各级卫协会在卫

生部和各级卫生行政部门的领导和支持下,做了不少工作,概括起来主要是四项:

(一)协助卫生行政部门推行农村卫生改革和建设,发挥了参谋助手作用。组织有关人员对农村经济体制改革后卫生工作出现的新形势和问题进行了广泛的调查研究,先后写出了《论农村卫生暨初级卫生保健》、《论合作医疗》、《对我国农村合作医疗的回顾与展望》、《坚持卫生改革的正确方针》、《关于全面地表述新时期卫生工作方针的建议》等论文、研究报告和建议;并积极参与了卫生部关于加强农村卫生改革和建设、关于农村合作医疗保健制度和《乡村医生管理办法》等有关政策法规的研究论证工作,提出了许多建设性的意见,受到了国务院和卫生部有关领导的重视。

在实际工作中,各地卫生协会都积极参与了医疗市场的清理整顿和管理。在配合卫生行政部门加强对乡(镇)村两级卫生组织的改革、整顿与管理,加强对乡村医生、社会办医和农村医药市场的管理,以及积极宣传和推行农村合作医疗保健制度等方面发挥了重要作用。

(二)采取多种措施对农村卫生人员进行思想政治工作,为他们多办实事,激发他们为农民健康服务的积极性。

农村基层卫生人员共有 200 余万人,其中乡村医生队伍有 130 多万,是农村卫生工作的生力军。为了稳定这支队伍并提高其工作积极性,1993 年,在卫生部的支持下,由中国农村卫生协会牵头,联合卫生部医政司和《健康报》社,在全国开展评选、表彰优秀乡村医生的活动。这是建国以来的第一次。各省、自治区、直辖市卫生厅(局)和卫生协会都参与了这项工作。经过自下而上的逐级评选,全国共评选出 5 000 多名优秀乡村医生;在此基础上,好中选好,推荐出 100 名作为全国模范乡村医生,授予全国模范乡村医生称号,在北京召开表彰大会,由国务委员彭珏云颁奖并讲话。这一举措,社会反响很好,特别在乡村医生队伍中引起轰动效应。

与此同时,各地农村卫协还为会员办了不少实事。有的地方采取“国家、集体、个人各拿一点”的办法,集聚资金,建立了农村集体卫生人员和乡村医生退休养老保障制度;有的地方兴办了“乡村医生之家”、“老年卫生人员之家”;有的地方采取节日慰问、生日祝贺、春节联欢、困难补助、出外旅游和疗养等方式,加强与会员的联系。

(三)广泛开展学术活动和专业培训工作,提高农村卫生人员的技术水平和业务素质。

当前,我国农村卫生技术队伍的主要问题不是数量不足,而是质量不高,绝大多数是中初级人员,没有受过正规培训或培训不足的约占半数以上。针对这种情况,协会把培训提高乡、村两级卫生人员业务素质作为自己的一项主要任务,狠抓三件事:

一是出版面向乡、村两级卫生人员的医药科技月刊——《中国乡村医药》杂志。陈敏章部长曾撰文推荐这本刊物是“农村卫生人员的必读刊物”。卫生部正式发出通知,要求“利用《中国乡村医药》搞好乡村医生的继续教育”。从今年起杂志增辟两个专栏——“乡村医生继续教育”和“乡村医生资格考试复习题解”,配合乡村医生资格考试做好培训和辅导工作,受到广大农村卫生人员的欢迎。

二是举办农村医学学术会议,交流学术经验。从1993年开始,协会已连续举办三次全国农村医学学术会议,并已形成制度,每年一次,长期坚持下去。这也是建国以来的创举。吴阶平副委员长曾在首届大会上发表讲话,指出“这是一件具有历史意义的大事”,对于促进农村医学发展、提高我国农村卫生人员的素质都会起到积极的作用。

三是开办短期培训和函授教育。协会先后举办过“内科进修班”、“蛇伤防治”、“中风预测”、农村卫生事业管理等培训班,并与有关单位合作举办乡村医生函授教育。同时还举办6期日语培训班,组织7批共100名农村卫生技术骨干赴日本国进行专业进修,为农村卫生技术人员开辟了一条出国研修的渠道。这在我国农村医学史上也是前所未有的。

(四)积极参加国际合作与交流,推进农村医学的发展。

中国农村卫生协会与国际农村医学会和亚太地区农村医学会有对口组织,并是这两个国际组织的主要成员。我国农村医学特别是农村卫生事业建设和管理在国际上享有盛誉。为了促进农村医学的发展和国际交流,我会曾在首都北京成功地举办了第四届(1988年)亚洲农村医学会议和第十一届(1991年)国际农村医学会议。此外,我会还多次组团参加国际农村医学交流活动,许多国家的农村医学专家也经常来我国考察访问。通过这些交往,中国农村卫生协会在国际上提高了知名度,扩大了影响,我会主要负责人并被

当选为国际农村医学会副会长和亚太地区农村医学会副主席。

### 三、对自我发展道路的探索

如上所述,十年来中国农村卫生协会在促进我国农村卫生改革和发展上做了不少工作,发挥了一定的功效,显示了这个组织的作用。但从整体上,各项工作的覆盖面还不很宽广,作用和功效还不甚显著。其原因除了卫生行政部门如何进一步加强领导与支持外,协会本身的自我建设还存在一些问题,作为一个全国性的群众团体,发育还不成熟。

目前,全国农村卫生协会,组织建设尚待健全和普及。但要健全卫协会组织机构,从上至下都面临许多困难:一无会址,二无专职人员,三无固定经费。拿中国农村卫生协会来说,至今尚无自己的办公地址,也无任何专项经费补贴。从1992年开始连每年拨给2~3万元的“人头费”也一概停发,完全靠自己经营维持生存。既要自筹工作人员的工资福利费,又要自筹办公费、差旅费、设备费,还要自筹开展各项工作的事业经费,真是困难重重。但我们为了农村卫生事业,决心在农村卫生协会的建设上探索出一条“自我发展”的道路。经过三年的奋斗,已有一点眉目,也可以说是初见曙光。上述各项工作绝大部分都是在近几年办的。这就是说,在完全“断奶”的情况下,我们不仅维持住了协会的生存,而且在工作上还有显著的进步和发展。我们开拓的办法,概括地说主要是三点:一靠勤俭,二靠勤奋,三靠勤劳。所谓勤俭,就是勤俭节约,勤俭办事业。所谓勤奋,就是对事业执着追求,勤勤恳恳,奋发图强,认真不懈。所谓勤劳,就是努力工作,不怕辛苦,勤劳地服务。总之,我们没有任何别的诀窍,靠的就是这“三勤”,这就是我们探索出的自我发展的道路。几年的实践使我们体会到,只有靠“三勤”,协会才能生存,才能提高凝聚力和向心力,才能有所作为,获得发展。“三勤”精神也就是创业精神,我们要进一步发扬这种精神,开拓协会的工作,把协会办好。

以上就是中国农村卫生协会建会十年来的基本总结。

总结中国农村卫生协会建立十年来的经验集中到一点就是:农村卫生协会在我国农村卫生事业发展中有着极为重要的作用,它的作用的任何政府机

构或其他组织所无法取代的。农村卫生协会不是可有可无,无足轻重。因此,建议各级卫生行政部门都能认真加强对农村卫生协会的领导,关心和支持协会的工作,重视发挥协会的作用。利用行政体制改革转变政府职能的时机把各级卫协会都建立和健全起来,使它发育成熟,成为真正的社会团体。各级农村卫协一定要加强自身建设,以“三勤”精神赢得各方面的资助和支持,不断壮大自己,不仅要进一步发挥卫生行政部门的“助手”作用,党和政府团结广大农村卫生人员的“纽带”作用,做广大农村卫生人员的知心朋友,而且要在发展农村医学上做出积极贡献,使我国的农村医疗卫生工作在 21 世纪再现辉煌。



# 做农村卫生事业 “三件法宝”的守护神\*

1996年9月

中国农村的三级医疗预防保健网,乡村医生队伍、合作医疗制度,是具有中国特色的社会主义制度下的新生事物。以前曾被人们称为解决农村缺医少药问题的“三件法宝”,后来又称为建立社会主义农村医疗卫生服务体系的“三根支柱”。这些比喻非常确切,它已为历史所验证,取得国内外医学界的共识和公认。

这里我要说的是《中国农村卫生事业管理》杂志在巩固发展这三个新生事物上所起的作用。这一点还有很多人不甚了解,我根据自己长期观察认为她是“三件法宝”的守护神,或者说是“三根支柱”的忠实卫士。为此,我热烈祝贺《中国农村卫生事业管理》杂志创刊十五年来所做的贡献。

世界上各种事物的发展往往都要经历一个曲折的道路。上述三个新生事物也是如此,尤其是合作医疗更是屡遭磨难。远期的事情不说,单是近二十年就遭受两次大挫折,先是把它们当做“文化大革命”的产物而一概否定;后来又将它列入“增加农民负担”的范畴而加以限制。在此期间尤其前一个时期,不少地方在政策导向和舆论导向上都有失误,而《中国农村卫生事业管理》杂志则从诞生之日起就旗帜鲜明地为这三个新生事物的存在和发展进行辩护,开展了大量的社会调查,举办了多层次的科学论证,发表了许多有理有据的文章,克服了人们认识上的误区,为党和政府的决策提供了有力的依据,使一些地方的三级医疗预防保健网、合作医疗和乡村医生队伍的建设重新走

---

\* 这是作者给《中国农村卫生事业管理》杂志创刊十五周年的贺词。原载《中国农村卫生事业管理》1996年第12期。

上正轨。这是这本杂志所产生的主要的社会效益,也是她经历十五年的风雨,在极困难的条件下能够越办越好的原因所在。

实践出真知,实践是检验真理的惟一标准。经过长时期的社会实践,党政领导和卫生部门都已明确肯定办好上述三项工作是振兴农村卫生事业的基本建设。今后的任务是要在发展、完善、提高上下功夫。我希望《中国农村卫生事业管理》杂志的全体同志再接再厉,以“十年磨一剑”的精神,再试锋芒,发出新的光和热。

# 论卫生与经济发展的关系\*

——对跨世纪卫生发展战略的探讨

1996年12月

中共中央、国务院决定今年召开全国卫生工作会议,研究部署跨世纪的卫生工作。这是令人兴奋的喜讯。人们期盼通过这次会议能改善全国卫生系统的宏观经济环境,使我国卫生工作在21世纪重现辉煌,标炳于世界。为此,笔者谨就卫生与经济的关系作些探讨,以供有关当局参考。

## 从世界银行两项提示说起

近些年来,世界银行与我国有关部门合作对我国的社会经济、经济改革以及有关的事业进行了大规模的考察和专题研究,写出了不少有分量的报告。其中关于卫生的有两个:一个是1992年撰写出版的《中国卫生模式转变中的长远问题和对策》;另一个是1994年发表的《1993年世界发展报告(向卫生投资)》。前一本书在开头和结尾明确提出:“中国人民未来的健康将主要取决于以经济上有效而且平等的方式来改善健康状况的公共政策。”“重新分配卫生总开支,使更多的开支费用来自公共(政府)来源,用于公共需要,就像中国过去(指80年代以前——笔者注)所做的那样。”后一个报告则指出:“中国当前面临的三个挑战十分严峻。它们是:(1)全国卫生事业的支出中,用于预防的公共费用正在令人震惊地下降,越来越多的人不得不自费支付健康保健费用。重医轻防将导致中国丧失四十多年来在卫生事业上取得的异乎寻常的成就;(2)中国正在面临老龄化的新压力,如不改变当前不合理的卫生保

---

\* 这是1996年12月发表在《中国卫生经济》杂志上的一篇文章。

健模式,到 2000 年卫生保健费用将由现在占国民生产总值 3.2% 上升到 10%,到 2030 年会达到 25%,这是绝对承受不了的;(3)中国还有近一亿贫困人口没有享受到卫生服务,而大量的卫生资源正在不合理地向城市大型医院集中。”应该有的放矢,将有限的卫生资源用到最需要的人群身上。

这两个报告主题不同,作者不同,然而观点却极为一致,都是以卫生费用开支是否体现预防为主方针和公平服务原则作为评价卫生工作的标准,也就是都从经济观点来看待卫生问题。其道理何在?怎样扭转上述的不良倾向?

## 首先要弄清两个基本关系

### 一、健康增长与经济生长的关系

世界各国特别是那些人口众多、以农业经济为主体的国家,在实现现代化的过程中,一般都是经济、教育、卫生三者并重平衡发展,以这三项作为建设现代化社会的基础工程。这是因为建设现代化社会关键在于提高劳动者素质,劳动者的素质包括智力与体力两个方面。

联合国开发总署发表的《1990 年人文发展报告》就把“健康、寿命;获得知识的机会;生活水平”作为衡量一个社会发展程度的三把尺子,并把“健康、寿命”放在第一位。美国社会卫生协会经过广泛的调查研究提出一个简明的社会发展指标,称为 ASHA 指标,其公式是:

ASHA =

$$\frac{\text{成人识字率} \times \text{就业率} \times \text{平均寿命} \times \text{国民生产总值年增长率}}{\text{人口出生率} \times \text{婴儿死亡率}}$$

这个公式的分母反映人口和卫生工作,分子反映经济、社会、教育和健康水平。日本著名管理学家东田敏夫提出另一个更简明的公式:活力 = 智力 × (体力 + 毅力 + 速力)。这三个科学研究说明两个问题:第一是健康发展必须与社会经济发展协调;第二是卫生在社会发展中不是可有可无、可多可少的工作,而是促进社会健全发展必不可少,具有战略地位的事业。

在我国,关于教育在促进社会经济发展中的重要性,人们已有共识。近

年来纷纷提出了“科教兴农”、“科教兴县”、“科教兴省”以至“科教兴国”的战略。而对卫生则还有所忽视,反映在对卫生的投入和对卫生人员的待遇与教育相比都相差很远。实际上,卫生在促进社会经济发展中的作用绝不低于教育,这里有两个资料足以证明:一个是世界银行的一项研究,它根据中国50年代人均寿命55岁,人口净增率20‰;60年代人均寿命60岁,人口净增率15‰;70年代人均寿命65岁,人口净增率15‰;1950—1980年人均国民生产总值年增长率为5.9%和劳动人口占总人口45%等10个主要数据,计算出1950—1982年内,由于延长寿命所创造的经济价值共24730亿美元,每年约773亿美元,即每年国民生产总值中由于健康投入所创造的经济价值占20%。另一项资料是中国国家统计局的统计,中国农村每一个劳动力所创造的农村社会总产值,1985年为1699.8元(人民币下同),1992年增至5740元,除工业能源和科技投入产生的效益外,农民体质的增强即体能产生的作用约占22%。两种不同的测算,结果基本一致。

大量事实证明,健康增长与经济增长是双向的,互为作用的。世界卫生组织总结中国和其他一些国家的经验得出一个科学性的结论(1984年A37号文件):“过去十年被认识到的第一基本真理是,正如发展本身推动了卫生一样,卫生也同样推动着社会及经济的发展,两者需齐头并进。”近些年来,有不少国家进一步重视起健康在促进经济建设和社会发展中的作用,提出了从“经济第一”向“健康第一”转变的新的发展战略,强调“人是经济增长的真正发动机”,“健康是载知识和道德的舟车”,把管理工作重点从以物为中心向以人为中心的轨道转移。这是当今世界发展的必然趋势和共同规律。不论是发达国家还是发展中国家都应如此。中共中央建议:今后十五年,我国经济增长方式要“从粗放型向集约型转变”,社会发展要向“公正、安全、文明、健康”目标前进。要实现这个要求,必须把卫生提到更为重要的地位,要像重视教育一样重视卫生。

## 二、社会效益与经济效益的关系

卫生事业是服务性事业,但与一般商业性的服务事业有所不同甚至可以说根本不同,它不是直接为国家赚取利润增加收入的事业,而是属于消费性的服务事业。这旨在国家收入再分配(再投入)中作为一种平等工具调解人

群收入的不平等,使社会走向公正、安定与健康。所以,它的根本属性是社会福利性的公益事业,它所追求的效益不是经济效益而是社会效益。卫生事业的这个特性,不论是在计划经济体制下还是在市场经济体制下都是不变的。

邓小平同志 1985 年 9 月 23 日在中国共产党全国代表会议上讲话中在讲了经济体制全面改革问题以后,在讲精神文明建设时明确指出:“思想、文化、教育、卫生部门,都要以社会效益为一切活动的惟一准则,它们所属的企业也要以社会效益为最高准则。”这段话文字不多,内涵极为丰富,从卫生角度来领会,它至少包含两层意思:一是它把卫生与思想、文化、教育并列,都纳入精神文明建设范畴,应按照精神文明建设的要求和规律运作;二是社会效益是相对于经济效益而言的,卫生工作要以社会效益为惟一准则或最高准则,就不能与经济效益并提和并重。

卫生工作要以社会效益为惟一准则或最高准则,并不是不讲经济效益,也不是不产生经济效益;只是这种经济效益主要地不是体现在医疗卫生机构的创收上,而是体现在增进人们健康、延长寿命在经济建设上所起的作用,就如我们在前一部分所说的那样;同时,还体现在做好预防工作,减少疾病发生,节约资源消耗,降低医疗费用开支,减轻国家、集体和城乡居民个人的负担。这在我国以防治传染性疾病为主的第一次卫生革命中体现的非常明显。

我国第一次卫生革命是成功的,获得国际社会的一致赞扬。世界卫生组织和世界银行的评价是:“远远超出了按其所处的经济发展阶段(即低收入阶段)可以预期的水平。”“大大超过了其他许多发展中国家所取得的成就”。成就的主要标志是:以 1980 年与 1949 年相比,人口总死亡率从 20‰下降到 6‰,婴儿死亡率从 200‰下降 40‰,人均预期寿命从 45 岁上升到近 70 岁,男性生存概率接近美国水平。特别值得指出的是,这是以低于发达国家 170 倍的医疗卫生支出而取得的(据世界银行资料,1980 年发达国家平均每人年医疗费用为 1 860 美元,中国为 11 美元)。从经济学观点来说,就是以较少的投入获得较多的产出。

费用低而效果好,其原因按照世界银行的说法是卫生政策体现了“公共”二字,即卫生经费来源于公共而又用于公共。所谓来源于公共,一是政府预算拨款,二是集体补助(包括农村集体经济和工商企业)。所谓用于公共,一是用于公共预防(为实施全民计划免疫和改善环境卫生及饮水条件等),二是

通过公费医疗、劳保医疗和合作医疗等形式使城乡普遍享受到基本的医疗保健服务。这就是说,过去我国卫生费用开支的模式是完全依据和支持“预防为主”和“人人健康”这个全国卫生政策总目标的。

一般而言,经济收入高低是影响人们健康的直接原因。但近些年来的医学研究发现了一个新规律:在发展中(低收入)国家,经济对健康的影响——人们预期寿命的长短,在很大程度上取决于用于卫生的人均公共开支的差异。据世界银行对贫困数据可比的 22 个发展中国家的调查,经济增长对预期寿命产生的影响,1/3 是通过减贫,2/3 是通过增加公共卫生开支。中国在这方面是一个典型。

综合以上所述,我们认为邓小平同志关于卫生工作要以社会效益为惟一准则或最高准则的论断,在具体做法上应当包括这样三点:

1. 给全体民众提供同等医疗卫生服务的机会,保证城乡居民都能享受到基本的医疗保健服务,以体现医疗卫生服务的公平性。

2. 根据社会需求合理配置医疗卫生资源(包括人、财、物)并有效地运用这些资源,避免或减少医疗卫生资源的浪费,充分发挥资源的效用。

3. 把医疗卫生费用控制在合理范围之内,改革不合理的有缺陷的医疗保健制度,使国家、集体和人民群众都能承受得起,避免因医疗保健费用过度膨胀占用过多的资金,影响和制约经济建设的发展和人民生活水平的提高。

做到这三点,实际上就是将经济效益寓于社会效益之内,实现了社会效益与经济效益的统一。但要做到这三点,必须加强政府行为,加强宏观调控的力度,不能片面地按经济规律办事。

## 正视经济体制转变对卫生的负面影响

遗憾的是,由于市场经济大潮的冲击,邓小平同志关于卫生工作要以社会效益为惟一准则或最高准则的指示没有引起人们应有的重视。近些年来,卫生改革的一些举措逐渐偏离了这个准则滑向片面追求经济效益的轨道。例如,有一些同志认为:经济体制转型卫生体制也应转型,在市场经济体制下,卫生事业有双重性,既有福利性也有商品性(实际上是以商品性代替了福

利性),医疗服务事业应按市场规律办事,按市场需求配置医疗卫生资源,实行自由经营与竞争;将医疗卫生服务事业推向市场,走向商业化,以摆脱医疗卫生机构经费补偿不足的困境。在这个思想影响下,卫生部门曾先后提出医疗卫生机构“吃饭靠自己”,和“三保三放”的卫生经济政策。“三保”是保住预防、农村和基本医疗服务;“三放”是放开医疗机构、城市和特殊医疗服务的运营管理,其经费来源主要依靠业务经营收入。这个政策且不说它是否合理,实际上是很难操作的。其结果是,保的没有保住,放的就如脱缰之马难以控制,不仅医疗费用急剧上涨,就连一些基本的预防服务也实行收费。从而使卫生经费的来源和使用都改变了方向,经费来源主要依靠医疗卫生机构的业务收入,经费的使用主要用于医疗和城市高档次医疗设施的建设;从而使为平民服务的基层医疗卫生机构中的大多数陷于贫困破败的状态。根据1988年的调查资料分析,卫生经济结构的发展变化趋势是:

——实际人均卫生费用(包括各种来源)的增长超过了总的经济增长。1980—1988年卫生费用人均年增长率为11%,国内生产总值的年增长率为8.7%。

——政府对卫生的补贴在绝对数字上有增加,但占卫生总费用的比重在下降,从1980年的30%下降到1988年的19%。

——医疗保险(包括公费医疗劳保医疗)支付的绝对数额在上升,但相对比重在下降,从1980年的53%下降到1988年的41%。而且只覆盖人口的20%。

——病人自费的绝对数额和占卫生总费用的比重都在上升,从1980年的14%上升到1988年的36%。

另据一项统计资料分析,1979—1987年政府卫生预算支出的趋势是:高层次医院占用预算的比重日益上升,从1980年的38%上升到1987年的48%;用于乡级卫生院的比重日益下降,从1980年的23%下降到1987年的18%;用于防疫站的比重从1980年的15%下降到1987年13%。

这些趋势在进入90年代以后更为加剧,社会卫生总费用每年在以20%以上的速度在增长,大大超过了国民经济总产值的增长速度。其中医疗费用增长更快,据上海市统计,年增长率高达39.2%,超过同期国民生产总值12.6个百分点,超过职工人均收入14.6个百分点,超过农村居民收入21.3个百



分点。1993 年比 1992 年医疗费用增长达到 51.5%。达到国家、集体和个人都难以承受的程度,引起社会强烈反应。

造成这种趋势的原因,除价格作用外,主要是经济体制改革使卫生系统运作的宏观经济环境发生了根本性的变化。这个变化过程是从农村公社制解体开始,又随着财政体制的改革和权力下放而加速。具体点说,来自三个方面:一是国家为集中资金投入经济建设,对卫生预算进行了限制和紧缩,不能向卫生部门提供新的资金以支付日益增长的卫生经常费用,提倡和鼓励大多数医疗卫生机构自己创收以补偿成本的消耗和工资开支的缺额。二是财政体制改革权力下放,原由中央部门(卫生部、财政部)控制的卫生经费改由地方各级政府列支,许多地方政府由于财力紧张常常挤压卫生经费,使财政预算分配给卫生部门的比重日益下降。三是农村经济体制改变,合作医疗制度解体,大多数村级卫生组织失去集体经济和群众合作力量的支持。这三个因素结合起来加上物价上涨因素,就迫使整个卫生系统不得不改变经营宗旨和运作方式。在这个大环境下,卫生部门进行的改革,尽管意图良好,旨在提高效率和改善服务,但主要目的还是为本部门筹集必要的资金,以稳定医务人员和使机构运转,实际上是一种求生存的战略。从局部来看某些改革是有效的成功的;但从整体上看,它逐渐使我国卫生保健制度从以社会效益为主转向了以经济效益为主,改变了卫生事业的公共福利性和“人人享有卫生保健”的公平性,难以遏止医务人员的偏重治疗和“大处方”行为,从而使社会卫生总费用的增长率日益超过国民经济总值的增长率。这不仅对国家经济建设和社会发展不利,而且难以应付我们正面临的第二次卫生革命的挑战。

## 面临的疾病形势及应采取的对策

当前,新旧世纪交替时期,我国人民面临的疾病形势是非常严峻的。由于经济发展的不平衡,人口结构的变化,宏观经济环境的改变,卫生系统面临着两大挑战:既要继续完成第一次卫生革命任务,又要应付第二次卫生革命。也就是在必须继续与传染性疾病作斗争的同时,又要应付慢性病和非传染性疾病的大量发生对医疗卫生服务的需求。据世界卫生组织的一项调查报告,

1990年我国与印度及亚洲其他地区的传染病、非传染病、外伤三大类的发病率是：

	中国	印度	亚洲其他地区
人口(百万)	1 134	850	683
传染病(%)	25.3	50.5	48.5
非传染病(%)	58.0	40.4	40.2
外 伤(%)	16.7	9.1	11.3
总 计(%)	100.0	100.0	100.0

这个统计数字表明我国第一次卫生革命的成就超过印度及其他一些亚洲国家,疾病模式已向慢性病和非传染病转变;同时也表明我国防治传染病的任务还很繁重,正处于第一次卫生革命和第二次卫生革命的交叉时期。

传染性疾病目前发病率最高的是那些边远地区和贫困农村。这些地区由于经济和教育发展都比较缓慢,人均收入低,营养和卫生条件不能迅速改善,抗病能力差,更重要的是缺乏集体医疗保险,预防措施(初级卫生保健)因缺乏公共财力的支持难以落实,控制传染病的难度还很大,一些传染病往往在消灭之后又复发,一些农户常因贫而病或因病而返贫。根据“中国卫生经济培训与研究网络”与美国哈佛大学合作对我国 114 个贫困县进行的调查,发现有 73% 的患病未就诊者、89% 的应住院而未住院者都是由于经济困难支付不起医疗费用。婴儿死亡率和孕产妇死亡率要比全国农村水平高出一倍多,结核病的患病率为 7/10 万。

防治慢性病和非传染性疾病就更为艰难。慢性病致病因素很多,主要风险因素是吸烟、高血压、饮食中饱和型的动物脂肪、环境和职业因素以及细菌和病毒感染。从目前情况看,死于慢性病的风险要比死于传染病的风险高出许多倍。根据世界银行 1987 年调查统计,我国死于心脏病、慢性阻塞性肺病、脑卒中、肿瘤等慢性病的共占总死亡率 72%;卫生部 1993 年对部分市、县调查统计,死于呼吸系病、恶性肿瘤、脑血管病、心脏病、损伤和中毒的则高达 80.5%。

从对国家经济建设和社会发展的危害以及对医疗费用的消耗来说,慢性病比传染病也更为严重。传染病发病率和死亡率最高的是 5 岁以下的儿童,

而慢性病发病率和死亡率最高的则是中老年人。一些专家运用人口模型和疾病模型预测,在今后几十年内,我国中年人口将急剧增长,到2030年40—69岁人口将增加240%,如果对慢性病不实行预防战略,按照目前卫生保健服务模式工作的话,到2030年中年人的绝对死亡率将以每年4%的速度上升,全国人口死亡总数将从目前的每年500万增加到大约1700万人,其中大约1/3是中年人,人均预期寿命将从目前的70岁下降到65岁,社会卫生总费用也将大幅度增加,占到国内生产总值的25%。这对于国家经济建设、社会发展和人民生活都将是难以承受的沉重的打击。

人口结构的变化和疾病模式的变化,是自然发展和社会发展的必然规律,是不能抗拒的。但发病率、死亡率以及医疗费用的高低,则是可以通过人为的努力加以控制和改变,关键在于制定适宜的卫生战略和卫生经济政策。正如世界银行研究报告所指出的:“中国人民未来的健康将主要取决于以经济上有效而且平等的方式来改善状况的公共政策。”“卫生保健系统的公共政策,将决定未来疾病的数量、特点和分布”。

具体点说,就是要对当前卫生保健服务模式作较大的改变,扭转十多年来受宏观经济环境变化的影响偏重于医疗、偏重于城市、偏重于个体服务的倾向,在战略重点上实行三个倾斜,向预防倾斜,向农村倾斜,向中老年慢性病倾斜。为此,必须在卫生经济政策上作相应的调整。首先要调整指导思想。中央和地方各级政府特别是计划和财政部门要把卫生事业看做是带有福利性的社会公益事业,是促进社会发展实现社会公正、平等的一个主要工具。卫生工作的经济效益不在于减少国家的预算支出;而在于降低社会卫生总费用的支出,在于增进人民健康,提高劳动生产率,给国家和社会创造更多的财源。其次,对卫生费用的补偿,应以国家投入和集体筹集为主,社会卫生总费用占国民生产总值的比例和占国家财政支出的比例应参照国际经验适当安排,当前社会卫生费用总量一般应以占国民生产总值8—10%为宜,其中国家、集体和个人应分担的比例应根据各地经济发展水平适当划分,贫困地区应适当增加国家的投入,把增加卫生投入当做扶贫减贫的一项有效措施和主要内容。第三,对医疗卫生机构的收费,在增加国家投入和补偿以后要严加控制和管理。要适时地调整不合理的收费标准,逐步实行按成本收费。要合理调整收费结构,尽快改变药费所占比例过大,技术劳务费所占比例过

小的不合理状况。第四,建立和完善各种不同形式的医疗保健保险制度及运作机制,保证全国各类人群都能得到基本的医疗保健服务。在广大农村,应当积极稳步地重建合作医疗制度,应当把合作医疗作为有中国特色的社会主义医疗保健制度肯定下来,总结经验教训,加以完善。总之,面对当前的疾病形势,必须重新运用预算政策为直接杠杆,由国家有关部门通力合作,动用财政工具并采取各种有效措施来影响卫生部门的开支,只有这样,才能克服当前卫生费用急剧上涨和卫生保健服务不公平现象。

# 学习和贯彻全国卫生工作会议精神 切实搞好初级卫生保健\*

1997年3月

目前,在全国各地正在掀起学习和贯彻全国卫生工作会议的高潮。建国以来第一次由党中央、国务院召开的全国卫生工作会议,在我国卫生发展史上具有划时代、里程碑的意义。江泽民总书记和李鹏总理在全国卫生工作会议上的重要讲话和提交会议讨论的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》,指明了卫生事业在我国经济社会发展中的重要地位和作用,明确了我国卫生事业的性质和卫生工作方针,确定了从现在起到2010年卫生工作的奋斗目标,阐明了卫生改革的目的是指导思想,提出了一系列促进卫生改革与发展的重大政策措施,这对于进一步推动卫生事业的发展,促进社会主义现代化建设,保证跨世纪宏伟目标的实现,必将产生重大而深远的影响。学习和贯彻全国卫生工作会议精神,最重要的就是要认真学习、全面领会坚决贯彻执行江泽民总书记和李鹏总理的重要讲话(以下简称《讲话》)和《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》(以下简称《决定》)。《讲话》和《决定》在总结建国以来卫生工作经验的基础上,全面阐明了面向21世纪我国卫生工作的大政方针和战略部署,是指导全国人民建立社会主义卫生服务体系的行动纲领。对于我们从事初级卫生保健工作者来说,学习《讲话》和《决定》之后更是心明眼亮,精神振奋,信心倍增。因为《讲话》和《决定》把初级卫生保健提到了更加重要更加突出的地位。

首先是,对实施初级卫生保健规划的重要性和历史意义作了高度的概括。

《讲话》和《决定》都强调指出“在全国实现人人享有初级卫生保健,不断

---

\* 这是作者1997年3月应《中国初级卫生保健》杂志之约写的一篇论文。

增进人民健康,提高全民族健康素质,是经济社会发展和精神文明建设的重要目标,是人民生活达到小康水平的重要标志,也是促进经济发展和社会进步的重要保障”。我们从这段话中可以体会到:《讲话》和《决定》是把“人人享有初级卫生保健”作为整个卫生事业的基本内容和提高全民族健康素质的基本措施。也可以说是把普遍实施初级卫生保健规划作为全面建立社会主义卫生服务体系的基础。这是根据我国四十多年来卫生工作经验和借鉴外国先进经验所得出的基本结论。国内外经验都证明,只有做到人人享有初级卫生保健,才能使整个社会和国民经济健全地向前发展;才能算是一个真正的小康社会,跻身于现代社会之林。因为一个现代社会的发展和进步,必须是经济、教育、卫生三者并重,齐步前进。而对于发展中国家来说,健康的因素在发展生产力中的作用尤为显著。

其次是,《讲话》和《决定》确定的卫生事业性质、卫生工作方针和奋斗目标,要求初级卫生保健必须进一步加强。

我国卫生事业属于什么性质,是福利性、公益性还是商品性?长期以来一直有争议。在计划经济体制下人们都当它是福利性事业或带有福利性的公益事业,改革以后又有许多人说它属于第三产业,有商业性。这次《讲话》和《决定》正式界定为“我国卫生事业是政府实行的一定福利政策的社会公益事业”。所谓社会公益事业,就是在政府的倡导、组织和给予一定的资助下,由社会公众兴办又为社会公众服务,使全社会成员共同受益。以这个观点来衡量和体察我国的各种卫生事业设施,绝大多数都符合这个性质。特别是初级卫生保健事业社会公益性更强,初级卫生保健的13项指标,几乎全部要依靠社会公众力量兴办,受益者也是整个社会的全体民众。这就是说,发展初级卫生保健工作是最能体现卫生事业的社会公益性。

再从卫生工作方针来说,《讲话》和《决定》都明确阐明了新时期卫生工作方针,就是:“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。”新时期卫生工作方针,既为推行初级卫生保健指明了必须坚持的正确方向,也必将为贯彻落实新时期卫生工作方针奠定基础。新时期卫生工作方针共有七句话,除后面两句(即“两为”)系指的整个卫生工作的目的和效果外,前面五句特别是“以农村为重点”、“预防为主”、“动员全社会参与”三项都要以初级卫生保健为基

础来贯彻落实。初级卫生保健覆盖面越大,越能体现以农村为重点、预防为主和动员全社会参与。因为初级卫生保健的对象包括所有人群,它所进行的工作必然要求全社会参与,它所产生的效果就是从消除外在致病因素和增强人体内部抗病能力两个方面都增强预防疾病的能力。因此,可以这样认为,全面推行和加强初级卫生保健工作,就是最认真地最积极地贯彻新时期的卫生工作方针。

《讲话》和《决定》提出的卫生工作的奋斗目标是:到2000年,初步建立起具有中国特色的包括卫生服务、社会医疗保险、卫生执法监督的社会主义卫生服务体系,基本实现人人享有初级卫生保健,人民健康水平进一步提高。到2010年,在全国建立起适应社会主义市场经济体制和人民健康需求的、比较完善的卫生体系;国民健康的主要指标在城市达到或接近世界中等发达国家的平均水平,在农村达到发展中国家的先进水平。这是与《国民经济和社会发展“九五”计划和2010年远景目标》相适应的规划目标。从目前全国初级卫生保健规划的实施情况看,距离这个目标还相差很远。为了使卫生工作与经济、社会的发展同步前进,成为促进国民经济和社会发展的一个积极因素,我们必须努力加强初级卫生保健工作。

第三是,《讲话》和《决定》为加强农村卫生和初级卫生保健工作作出了有力的安排,给实施初级卫生保健规划注入了新的活力。

《决定》在第三部分把“加强农村卫生工作,保证初级卫生保健目标的实现”列做一个专题提出,要求各级党委和政府高度重视这一工作,采取有力措施,切实予以加强。《决定》明确指出:“初级卫生保健规划包含了农村卫生工作的主要内容,搞好初级卫生保健是农村卫生工作的关键。各地要把这项工作纳入国民经济和社会发展规划,并作为小康县(乡、村)的考核指标,实行目标管理。”这是加强初级卫生保健工作的领导组织保证。

为了保证广大农村居民享受到基本的医疗卫生服务,并给实施初级卫生保健规划创造良好的外部环境和条件,《决定》要求,要围绕初级卫生保健这个中心,配套进行改革和建设,做好以下几项工作:

一是积极、稳妥地发展和完善合作医疗制度。按照民办公助的原则,建立起以个人为主、集体扶持、政府适当支持的新的筹资合作机制。力争在本世纪末在我国农村多数地区建立起多种形式的合作医疗制度,并逐步提高社

会化程度。

二是加强农村基层卫生组织建设,完善县、乡、村三级医疗预防保健网。在本世纪末基本实现“一无三配套”(无危房,房屋、人员、设备配套)的目标。村级卫生组织坚持以集体办为主。

三是巩固与提高基层卫生队伍。合理解决农村卫生人员待遇,村集体卫生组织的乡村医生的收入不低于当地村干部的收入水平。通过多种形式的培训,到2000年使80%的乡村医生达到中专水平。

四是做好贫困地区的卫生工作。中央和地方政府要安排部分资金帮助贫困地区重点解决基础卫生设施、改善饮水条件和防治地方病、传染病。鼓励发达地区对口支援贫困地区的卫生工作。

五是建立城市卫生机构对口支援农村的制度。采取人员培训、技术指导、设备支持等方式,帮助农村卫生机构提高服务能力。

以上五项是与初级卫生保健相关的配套措施,是全面建立具有中国特色的农村卫生服务体系的基本因素或者叫基础工程,必须同时进行,同步发展。

初级卫生保健的核心是立足于自力更生基础之上的群众自我保健,是人人参与、人人享有的一种大众卫生保健。它的目标能否实现,关键在于唤醒群众的自我保健意识,在于专业卫生人员对初级卫生保健给予有效的支持和服务,在于卫生行政管理者和组织者对现行卫生服务系统进行合理的改造。

党中央、国务院召开的全国卫生工作会议和作出的《决定》,给初级卫生保健增添了巨大的推动力。但是,我们必须看到,近年来由于多种因素的干扰,无论是初级卫生保健、合作医疗、乡村医生队伍、三级医疗预防保健网的建设,都存在严重的滞后状态。而卫生事业在经济建设和社会发展中应有的地位和重要作用至今还没有被人们普遍认识。在此情况下,我们必须以全国卫生工作会议的召开为契机,以中央的《决定》为动力,大做宣传,造成声势,以实现初级卫生保健目标为“龙头”,把合作医疗、乡村医生队伍和农村三级医疗预防保健网的建设等工作联结在一起,制订规划,全面推进,把农村卫生工作全面振兴起来。机不可失,时不再来。我们一定要抓住时机,努力开拓,为实现人人享有初级卫生保健的目标而奋斗。



# 改善农村卫生工作的关键在于 发展和完善合作医疗\*

1997年6月

近来,常听到人们谈论党中央、国务院召开的全国卫生工作会议以及会后发布的《关于卫生改革与发展的决定》,像一股强劲的春风,吹动着全国各地卫生事业萌发出欣欣向荣的景象。这使我联想起6年前,卫生部老部长钱信忠同志在《人民日报》上发表的一篇题为《重振合作医疗雄风》的文章。当时我读到它极为喜悦和兴奋,今天重温仍使我感动。钱老把合作医疗比喻为推动农村卫生事业的“雄风”,是极为贴切的。

农村合作医疗早在50年代农业合作化时期就已兴起。它是继国家举办公费医疗、劳保医疗之后,农民群众依靠集体力量,发扬互助合作精神,在自愿互利基础上组织起来的与疾病作斗争的一种集体医疗保健制度。依靠这个制度和以这个制度为基础建立起来的农村三级医疗卫生保健网和乡村医生队伍,在农村社会生产力还很低下、文化卫生资源都很匮乏的情况下,迅速解决了广大农村缺医少药问题,取得了以防治传染病为主的第一次卫生革命的胜利,创造了以低于发达国家170倍的医疗卫生支出而使主要卫生指标接近中等发达国家水平的奇迹,受到国际社会的普遍赞扬。

合作医疗之所以具有如此优越性,从根本上说,是由于它运用了社会主义的功能,体现了我国社会主义的本质和医疗卫生工作的最终目的。

什么是社会主义的本质?邓小平同志说:“社会主义的本质,是解放生产力,发展生产力,消灭剥削,消除两极分化,最终达到共同富裕。”共同富裕是

---

\* 这是作者1997年6月给卫生部医政司编写的《中国农村合作医疗培训讲义》写的序言。

以经济为基础的社会整体形态,其内涵既包括经济物质生活,也包含文化水平和身心健康指标。现代社会学 and 经济学都认为,一个健全社会的发展,必须是经济、文化(教育)和健康三者同步。改革开放以来,我国农村社会发展进步过程中的大量事实证明,实现共同富裕必须有集体医疗保健和社会保险制度作保障,否则就会有不少人因病伤而难以脱贫致富,或者又由富返贫。这就是说,实行合作医疗是实现共同富裕的一个重要因素,也可以说是实现共同富裕目标不可缺少的一个重要环节。

什么是医疗卫生工作的最终目的?一言以蔽之,就是贯彻为社会主义现代化建设服务、为人民健康服务的方针,做到人人享有卫生保健。要达到这个目的,需有多种因素配合,最要紧的是卫生经费的筹集和开支都应体现“公共”二字,既来源于公共而又用于公共。所谓来源于公共,一是政府拨款;二是集体投入;三是群众集资。所谓用于公共,一是用于群体预防;二是改善基本医疗服务设施,使绝大多数民众都能享受到基本的医疗保健服务,特别是使一些经济困难人群也都能得到基本的医疗保障。合作医疗完全体现了这种精神。它的社会学价值,在于它可作为一种平等的工具,起到弥补或调节社会财富分配上的不平衡不公平现象的作用。同时,它还有助于培育人们集体主义思想和互助友爱的品德。这是合作医疗同资本主义施行的个人医疗保险有所不同的地方。它是在社会主义思想指导下的有中国特色的农村医疗保险制度。它适合于中国的国情,所以,具有强大的生命力。

有些人认为合作医疗是计划经济的产物,上述目标和理想只能在计划经济体制下实现;现在实行市场经济,农业生产以家庭联产承包为基础,允许一部分人先富起来,合作医疗已失去存在和发展的经济环境。所以,改革开放以后,合作医疗就在全中国范围内大滑坡。我认为,这是误解。合作医疗与经济体制有一定的关系,但没有必然的固定的联系。它是由政府引导扶持、以个人投入为主的乡村集体经济给予适当补助的集体医疗保障事业。基础是自愿、合作与互利。从经济观点来看,它是同现阶段的农村以家庭经营为基础的经济体制完全相适应的。在现阶段,我们还找不到解决我国9亿多农民健康保障的其它更好的办法。合作医疗的特点(也是优势)是把个人和集体的投入集中起来统筹使用,共同抗御疾病风险,做到人人享有卫生保健,发挥社会公益的作用。

至于“文革”之后各地合作医疗出现大滑坡，纷纷停办，钱信忠同志在他那篇《重振合作医疗雄风》的文章中作了深刻的实事求是的分析，他认为主要是下列三个原因造成的：

——“文革”前，农村合作医疗制度的推行与实践只有几年，制度并不完善。“文革”时期，采取强制推行，加上赤脚医生本身的业务素质和管理水平以及经济力量都比较薄弱，致使农村一度重新出现看病吃药难的局面。

——改革初期，社会主义办医方向不明确，过分推崇个体行医。认为集体办医已不适应潮流。虽然部分坚持合作医疗的地区，在集资方法、业务管理、技术培训、合作模式等方面都积累有丰富经验，但主管部门对此既不推广，也不宣传，却过多地宣传个人开业优势。

——为人民服务的宗旨模糊了。只注意为少数人服务，而对9亿多农村人口的看病、吃药、预防、保健，有所忽视，成为关注不多的难点。

鉴于这种情况，党中央、国务院在广泛调查深入研究的基础上，通过有关文件和领导人的讲话，重申合作医疗是我国农村卫生工作的基本制度，明确指出新时期的合作医疗是建立社会主义市场经济体制下的农村社会保障体系的一项重要内容，并针对存在的问题作出了“发展与完善农村合作医疗制度”的决定。从而为“重振合作医疗雄风”指明了方向、道路。

“发展与完善”是辩证的统一。发展是前提，完善是为了发展。发展是量的增加，完善是质的提高。发展是动态的概念，主要是指覆盖面的扩大，中央《决定》提出的目标要求是“力争到2000年在农村大多数地区建立起各种形式的合作医疗制度”。完善也是动态概念，完善的内涵很多，包括资金筹集与管理，合作形式与规模，服务内容与方式，减免医药费的程度与方法等等，都要总结过去的经验教训，结合当前的形势，予以改进，既要因地制宜切合实际，又要随着形势发展不断提高。完善的标准是，使群众——参加合作医疗者真正受益，无病能早防，有病能及时治，健康水平不断提高。随着农村社会经济的不断发展，农村居民消费水平的不断提高，人口结构和疾病谱的变化，农村居民对医疗保健的需求也在不断提高，因此，合作医疗的服务内容和保障水平也应不断提高。

近年来，国内外医学界对“医学的目的与调整医疗服务模式”问题讨论得很热烈，大多认为传统的医学目的已不适应新的卫生革命，要明确和树立新

的医学目的。传统的医学目的(治疗疾病,阻碍死亡)使医学出现了一些局限性,如技术统治医学、忽视整体、忽视病人、忽视社会、医疗资源浪费等。新的医学目的则认为:疾病和死亡都不能被彻底征服或消灭,健康不等于无病,长寿不等于不死。要善待生命,避免早死,要正确对待生命和死亡。在这个观念指导下,一种新的医疗模式亦随之产生:既然疾病和死亡是人类生命过程中所无法超越的部分,那么预防为主、防治结合则是最现实的抉择,而医学关怀的焦点更应是人,而不是某种疾病。对这个问题的认识在很大程度上决定着医疗机构的服务方向和质量。我觉得在研究完善合作医疗制度时也应考虑这个问题。

国务委员彭珮云同志最近在一次会议上讲话时指出:“当前搞好农村卫生工作的关键是要发展和完善合作医疗制度。”这是科学的论断。从当前改善农村医疗卫生条件来说,合作医疗有双重作用,一方面它是农村卫生筹资的主要渠道,通过建立和发展合作医疗把乡村集体的一部分资金和农民群众个人的医疗消费聚集起来投入卫生,可促进乡村两级卫生组织建设和走出困境;另一方面它是合理调整病人的就医机制,使县、乡、村三级卫生资源都得到合理的利用,既便利了农村居民防治疾病,又使三级卫生网得到相应的发展。以上海市郊区为例。据报道,上海郊区 10 个县(区)、205 个乡(镇)、2 877 个行政村,目前参加合作医疗的有 263.64 万人,占人口总数 80.09%。门诊病人 69.98% 在村卫生室,22.86% 到乡卫生院,去县市级医疗机构的仅占 7.16%。住院病人 66.26% 住在乡卫生院,27.34% 住在县(区)级医院,住在市级医院的仅占 6.4%。可见,实行合作医疗对调整病人流向和改善农村基层卫生机构的经营状况有明显作用。

马克思主义认为,方针路线确定之后干部就是决定的因素。发展和完善农村合作医疗需做很多艰苦细致的工作,最重要的一环是提高农村干部和卫生管理人员对合作医疗的认识水平和运作能力。卫生部医政司为使各级卫生行政部门和医学教育部门做好农村干部和卫生管理人员的培训工作,组织专门人才编写出这本《讲义》,这是促使农村合作医疗走上规范化——健康发展轨道的基本建设。《讲义》汇集了各方面的智慧和经验,理论性和实践性都很强,对农村合作医疗的发展必将产生重大影响。我衷心祝愿《讲义》出版发行成功。并且坚信:我国农村的合作医疗在中央《决定》精神的引导下,在各

级党委、政府的重视支持下,在各级卫生管理干部的共同努力下,一定能像钱信忠老部长所希望的那样——重振雄风,我国的农村卫生事业在新世纪到来之际一定会再现辉煌。

# 建设有中国特色卫生服务体系 的科学指南\*

——学习《中共中央、国务院关于卫生改革  
与发展的决定》体会之一

1997年6月

中共中央、国务院召开历史性的全国卫生工作会议之后,紧接着又发出《关于卫生改革与发展的决定》。这两件大事都是建国以来的首举,标志着新中国卫生事业经过48年的历程进入了建立完整服务体系和配套运行机制的新时期。

《决定》充分体现了以江泽民同志为核心的党中央和国务院对人民健康的高度重视和对卫生工作的高瞻远瞩。

《决定》是一个具有鲜明历史意义的重要文件。从全国改革与发展形势来看,它是同近几年来党中央、国务院所作的经济建设、科学技术、教育工作以及精神文明建设等一系列决定相呼应的配套文件,是以经济建设为中心全面推进我国社会主义现代化建设、构筑有中国特色社会主义体制的一个组成部分。从卫生工作形势来看,它是使卫生工作与社会主义市场经济相适应,建立完善的服务体系,健康地迈向21世纪,迎接第二次卫生科学的科学指南。

《决定》使广大卫生工作者欢欣鼓舞,心明眼亮。长期以来特别是改革开放以来,广大卫生工作者在工作实践中碰到的许多模糊不清和有疑虑的问

---

\* 作者学习《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》后写了四篇论文,分别发表于《中国医院管理》、《中国乡村医药》、《中国医院》。

题,《决定》都给予了明确的回答,对于社会主义市场经济体制下的卫生工作的地位、性质、方针、原则、政策以及各方面的相互关系和运作模式都提出了规范性意见,无论处于何种岗位的卫生工作者,都可从《决定》中找到自己所需要的答案。值此新旧世纪之交,中央作出这个《决定》,定会对我国卫生事业产生深远的影响和巨大的推动力量。是我们卫生工作者的福音,也是全国人民的福音。

《决定》之所以具有如此强劲的威力,是因为它是马列主义、毛泽东思想、邓小平建设有中国特色社会主义理论为指导,科学地分析了卫生与社会经济发展的关系,科学地总结了建国以来卫生工作的经验教训,科学地揭示了社会主义市场经济体制下卫生工作的规律。是在我国社会主义现代化建设承前启后、继往开来的重要时期,为卫生改革与发展指明了方向,规范了一条建设有中国特色的社会主义卫生事业所必须遵循的正确道路。

本文拟就学习《决定》提出的“卫生工作的指导思想”,即卫生工作的地位、性质、方针、基本原则等几个重大问题以及它们之间的关系谈几点体会。

## 一、关于卫生工作的社会地位

卫生工作在国民经济和社会发展中处于什么样的位置,这是发展卫生事业首先要明确的问题,或者说是卫生工作的首要问题。因为这关系到国家和社会对卫生工作的重视程度,关系到国家对卫生工作的规划、投入和对卫生人员的待遇。定位不明确或者不准确,必然妨碍卫生事业的发展,从而也就妨碍经济建设和社会进步。

纵观世界各国特别是那些人口众多、以农业经济为主体的国家实现现代化的过程,一般都是经济、教育、卫生三者并重平衡发展,以这三项作为建设现代化社会的基础工程。这是因为建设现代化社会关键在于提高劳动者素质,劳动者素质包括智力与体力两个方面。联合国开发总署发表的《1990年人文发展报告》就把“健康、寿命;获得知识的机会;生活水平”作为衡量一个社会发展程度的三把尺子,并把“健康、寿命”放在第一位。美国社会卫生协会经过广泛的调查研究提出一个简明的社会发展指标,简称为ASHA指标,

其公式是：

$$\frac{\text{成人识字率} \times \text{就业率} \times \text{平均寿命} \times \text{国民生产总值年增长率}}{\text{人口出生率} \times \text{婴儿死亡率}}$$

这个公式的分母反映人口和卫生工作,分子反映经济、社会、教育和健康水平。日本著名管理学家东田敏夫提出另一个更简明的公式:活力 = 智力 × (体力 + 毅力 + 速力)。这三个研究报告都说明卫生是促进社会经济健全发展的基本因素和具有战略地位的事业,而且要与社会经济发展协调和同步。

在我国,关于教育在促进社会经济发展中的重要性,人们早有共识。而对卫生则有忽视甚至轻视,往往摆不到应有的位置,反映在国家计划和财政预算中对卫生事业的投入过低,社会卫生总费用占国民生产总值的比例也远远低于国际上的一般水平。对卫生工作的这种不适当的定位,在很大程度上,是由于人们看不到劳动者的健康在经济增长中的作用。实际上,卫生在促进社会经济发展中的效能绝不低于教育。世界银行的一项研究和中国国家统计局的一项统计资料都证明,由于延长寿命和增强体能所创造的经济价值在社会总产值中约占 20% ~ 22%。

大量事实证明,健康增长与经济增长是双向的,互为作用的。世界卫生组织总结中国和其他一些国家的经验得出一个科学性的结论(1984年 A37号文件):“过去 10 年被认识到的一个基本真理是,正如发展本身推动了卫生一样,卫生也同样推动着社会及经济的发展,两者需齐头并进。”近些年来,有不少国家进一步重视健康在促进经济建设和社会发展中的作用,提出了从“增长第一”向“健康第一”转变的新的发展战略,强调“人是经济增长的真正发动机”,“健康是载知识和道德的舟车”,把管理工作重点从以物为中心向以人为中心的轨道转移。这是当今世界发展的必然趋势和共同规律。

党中央、国务院召开的全国卫生工作会议和所作的《决定》,总结我国的历史经验,吸收了国外的科研成果,正确处理了卫生与经济的关系,高度肯定了卫生工作在社会发展中的重要地位。江泽民总书记在全国卫生工作会议上讲话中非常明确地指出:“卫生事业关系到经济发展和社会稳定的全局,在国民经济和社会发展中具有独特的地位,发挥着不可缺少、不可替代的作用。国家的富强和民族的进步,包含着健康素质的提高。在全国实现人人享有卫生保健,不断增进人民健康,提高全民族健康素质,是经济社会发展和精神文



明建设的重要目标,是人民生活达到小康水平的重要标志,也是促进经济发展和社会进步的重要保障。”江泽民同志还指出:“目前仍有一些地方和部门的领导同志对发展卫生事业的重要性重视不够,我们要求通过召开这次会议,进一步提高对卫生事业重要地位和作用的认识,把我们的卫生工作做得更好。”李鹏总理在讲话中也高度评价了卫生的重要性,他说:“保护和提高广大人民群众的健康水平,是发展经济、促进社会进步的必要条件。医疗卫生条件改善了,人民健康水平提高了,就能创造一个良好的经济建设社会发展环境。”李鹏总理还强调指出:“今后 15 年,是我国实现社会主义现代化建设战略目标的关键时期,卫生事业是实现这一目标的重要组成部分,必须与国民经济和社会发展相协调,人民健康水平要与经济发展水平相适应。”《决定》将上述讲话精神作了精辟的概括,开头就写道:“人人享有卫生保健,全民族健康素质的不断提高,是社会主义现代化建设的重要目标,是人民生活质量改善的重要标志,是社会主义精神文明建设的重要内容,是经济和社会可持续发展的重要保障。全党、全社会都要高度重视卫生事业,保护和增进人民健康”。这些铿锵有力的话语,非常明确地解决了卫生工作的社会地位,也就是将卫生工作定到社会发展的应有的地位,给卫生工作注入了极其强劲的活力,对卫生事业的发展必将产生巨大的力量。

## 二、关于卫生事业的性质

《决定》解决的第二个大问题,是关于我国卫生事业的性质问题。这是我国实行改革开放以来在卫生系统甚至经济学界以及计划部门争论最多讨论最热烈的一个课题,因为它是实行卫生改革首先要解决的问题。

我国卫生事业属于何种性质,过去,中央虽未作过明文规定,但在计划经济体制下一般都认为它是福利性事业,似乎没出现过任何疑虑。因为社会主义社会就是生产资料为国家和社会公众所有,为全体人民谋福利的社会,政府对人民群众施行的预防保健和医疗,基本上都是免费或者低收费,医疗卫生机构的经济补偿也是绝大部分来自政府财政。所以,人们都把卫生事业称为福利事业。

改革开放以后,由于经济体制逐渐由计划经济向市场经济转变,而在现代社会经济分类又将服务性事业划为第三产业,医疗卫生事业属于服务行业自然应归入第三产业,按照“上层建筑应与经济基础相适应”的理论框框,一些人就认为医疗服务事业的属性也应由福利性改为商品性或经济生产性,折衷一点就说有“双重性”,即福利性与商品性,在一段时期内争论得很激烈。在上述思想的影响下,为了使医疗卫生服务与市场经济相适应,一些地方的领导人和卫生行政部门就提出把医疗卫生服务事业推向市场,以市场为导向配置医疗卫生资源和调整医疗卫生结构,从而导引出两种行为:一是片面追求经济效益,二是大量开放社会办医和个人开业;出现了两种不良现象:一是社会医疗费用急剧上涨,二是乱办医、办医滥,假医假药纷纷出笼。

这时,在医院管理、卫生经济以及社会经济等学界就出现三种争论:一是工作目标,是以社会效益为主,还是以经济效益为主?二是发展机制,是以规划为导向,还是以市场为导向?三是经费补偿,是以政府投入为主渠道,还是以自己创收为主渠道?总之,卫生体制改革向何处去,成了一个模糊不清的问题。而这一切混乱的根源都在于卫生事业的定性不明确。

上述问题引起了党中央、国务院领导同志的关注和重视,经过多次研究,通过发布有关文件和有关领导同志在一些重要会议上的讲话,对上述混乱现象和争论逐步作了澄清,纠正了一些偏差。最后在《决定》上作出了规范性的解答,即:“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。”这是极为科学的定性。它非常辩证地运用了马克思主义关于上层建筑要与经济基础相适应的观点,针对我国现阶段的生产力发展水平和实行的经济体制,使卫生事业与国民经济和社会发展相协调,人民健康保障的福利水平与经济发展水平相适应的正确性,既不超前,也不落后。按照一般性的理解,所谓福利性事业,就是由政府投资举办、对人民实行免费(或少量收费)服务。我国是个人口多、底子薄、生产力发展水平不高的大国,现阶段根本办不到。所谓社会公益性事业,就是主要依靠社会力量和人民群众力量举办的、非营利性的、为人民群众服务的事业。《决定》把这两个结合起来,统称为“政府实行一定福利政策的社会公益事业”,非常精确,既体现了我国社会主义制度的本质,又符合现阶段的经济体制和发展水平。

为了使人们对这个定性能够明确理解和运作,《决定》在多处作了这样的

政策规定：

——“政府对发展卫生事业负有重要责任。各级政府要努力增加卫生投入，广泛动员社会各方面募集发展卫生事业的资金，公民个人也要逐步增加对自身医疗保健的投入。到本世纪末争取全社会卫生总费用占国民生产总值的5%左右。”（《决定》第3条）

——“中央和地方政府对卫生事业的投入，要随着经济的发展逐年增加，增加幅度不低于财政支出的增加幅度。积极拓宽卫生筹资渠道，广泛动员和筹集社会各方面的资金，发展卫生事业。”（《决定》第32条）

——“各级政府对公共卫生和预防保健工作要全面负责，加强预防保健机构的建设，给予必要的投入，对重大疾病的预防和控制工作要保证必需的资金。”（《决定》第16条）

——“对农村卫生、预防保健、中医药等重点领域，中央政府继续保留并逐步增加专项资金，地方政府也要相应增加投入。”（《决定》第32条）

——“各级政府要把卫生扶贫纳入当地扶贫计划，安排必要的扶贫资金帮助这些地区重点解决基础卫生设施，改善饮水条件和防治地方病、传染病。要把扶持这些地区卫生事业发展作为财政转移支付的重要内容。鼓励发达地区对口支援贫困地区和少数民族地区的卫生工作。”（《决定》第15条）

——“农村乡统筹要有一定数额用于农村卫生工作，村提留要有一定数额用于合作医疗，乡镇企业和其他乡村集体经济的收入也要支持农村卫生工作与合作医疗，具体筹资办法和比例由地方政府或集体经济组织确定。”（《决定》第33条）

此外，《决定》还在“完善卫生经济政策，增加卫生投入”部分对政府举办的各类卫生机构的基本建设、大型设备的购置、维修、离退休人员费用，以及人员经费补助等多项开支的补偿问题都作了具体规定，绝大部分都是由政府财政解决。

所有这些规定，使我们充分了解到《决定》对我国卫生事业的定性，为什么在“社会公益事业”前面加上“政府实行一定福利政策的”11个字。这表明卫生事业跟一般社会公益事业还有些不同，福利性仍占有相当的比重。理解这一点非常重要，可以使我们更加正确地把握住卫生改革与发展的方向。

### 三、关于新时期卫生工作方针

《决定》指出：“新时期卫生工作的方针是：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。”这是在继承以往卫生工作方针的基础上针对我国政治、经济、文化和卫生事业发展的新形势而提炼出来的。它跟建国初期卫生工作方针一样都有鲜明的时代烙印。新时期卫生工作方针是以往卫生工作方针的继承和发展。是经过长期实践与研究形成的一套非常完满的方针。

建国初期的卫生工作方针是1950年召开的第一届卫生工作会议制定的，最初表述是：“面向工农兵，预防为主，团结中西医。”1952年根据周恩来总理的提议加了一句：“卫生工作与群众运动相结合。”后来又把毛泽东同志提出的：“把医疗卫生工作的重点放到农村”增加进去成为五句。这个方针是总结和继承革命战争年代卫生工作的优良传统，以毛泽东思想为指导，揭示了社会主义卫生工作的根本宗旨、方向、道路和战略重点，在建设和发展新中国的卫生事业中，发挥了巨大的推动力量。正如江泽民同志所说：“新中国成立后，在党和政府领导下，实行卫生工作者和广大群众相结合，开展群众性爱国卫生运动，建立了城乡的卫生服务网，消灭或基本控制了严重危害人民健康的一些传染病和地方病，使我国卫生面貌发生了历史性变化。”“改变了‘东亚病夫’的耻辱形象”。历史证明，这个方针不仅对国内卫生工作产生积极的导向作用，同时在国际上也产生广泛的影响。

改革开放以来，针对经济形势和卫生形势的发展和变化，对上述方针作了适当的调整。1992年，第七届全国人民代表大会第四次会议批准的《中华人民共和国国民经济和社会发展十年规划和第八个五年计划纲要》，对新时期卫生工作方针的表述是：“贯彻预防为主，依靠科技进步，动员全社会参与，中西医并重，为人民健康服务的方针，同时把医疗卫生工作的重点放到农村。”这个表述与过去比较，继承了以往卫生工作方针的主要思想，如预防为主，把卫生工作重点放到农村；在服务方向、中西医政策和群众运动的提法上略作调整，将“面向工农兵”改为“为人民健康服务”，将“团结中西医”改为“中西医并

重”，将“卫生工作与群众运动相结合”改为“动员全社会参与”；另外，加上了一项新内容，即：“依靠科技进步”。这样，就既继承了历史传统，又与时代精神和国际趋势合拍，基本导向是正确的。经过几年实践，大家感到这样表述还不够完善，没有更加突出地反映出中国卫生事业的特色。所以，在中央下达的《关于卫生改革与发展的决定》中又作了较大调整，将“同时把医疗卫生工作的重点放到农村”简化为“以农村为重点”，并在表述顺序上从最末一句调为最前一句；将“服务”从“一为”改为“双为”，即“为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务”；将“依靠科技进步”改为“依靠科技与教育”。这样，就更能体现我国进行社会主义现代化建设的指导思想和战略部署。

对卫生工作方针的修订和调整，集中地表达了改革开放以来我国社会主义事业发展的新形势，卫生工作者在这个新形势下努力探索新的发展道路的过程。这里，我想对“以农村为重点的”问题再谈点体会。据我了解，“文革”以后，一些人对毛泽东同志在60年代中期提出的“把医疗卫生工作的重点放到农村”的指导方针曾有不同的看法，认为这会削弱城市卫生工作，因而一度放弃了这个方针，把卫生投入重点转到城市，所以在最初提出新时期卫生工作方针时就没有“把医疗卫生工作的重点放到农村”这一句。后来，虽然加上了“同时把医疗卫生工作的重点放到农村”这一句话，但是许多同志包括卫生部门的一些领导同志在表述新时期卫生工作方针时仍只讲前五句，而不讲后一句。这种表述方式，反映出一些政策研究者对我国卫生工作方针的战略思考还不够成熟。改革开放以后，我国农村卫生事业发展缓慢，不少地方陷入困境，恐怕与上述指导思想上的偏颇有一定关系。现在中央《决定》将“以农村为重点”作为新时期卫生工作方针的第一句，既简明，又有力，继承和发展了毛泽东卫生思想。这是完全符合我国国情的非常正确的指导方针。

#### 四、关于卫生改革与发展 应遵循的基本原则

《决定》在明确规定新时期卫生工作的地位、性质、方针之后，又进一步对

卫生改革与发展应遵循的基本原则作出规定,这也是有重大意义的。目的是把卫生改革和发展引上正确、有序、健康的轨道。

基本原则共有 6 条,即:

“坚持为人民服务的宗旨,正确处理社会效益和经济效益的关系,把社会效益放在首位。防止片面追求经济效益而忽视社会效益的倾向。”

以提高人民健康水平为中心,优先发展和保证基本卫生服务,体现社会公平,逐步满足人民群众多样化的需求。

发展卫生事业要从国情出发,合理配置资源,注重提高质量和效率。重视加强农村卫生、预防保健和中医药。因地制宜,分类指导,逐步缩小地区间差距。

举办医疗机构要以国家、集体为主,其他社会力量和个人为补充。

扩大对外开放,加强国际卫生领域交流与合作,积极利用和借鉴国外先进科学技术和管理经验。

坚持社会主义物质文明和精神文明两手抓、两手都要硬。加强卫生行业职业道德建设,不断提高卫生队伍的思想道德素质和业务水平。”

这 6 条基本原则都是在总结卫生改革正反两方面经验教训的基础上提出的。是依据上述卫生工作地位、性质、方针作出的基本规范。这里,我想就“社会效益”和“社会公平”两个问题谈点体会。

关于社会效益问题:《决定》指出的“坚持为人民服务宗旨,正确处理社会效益和经济效益的关系,把社会效益放在首位。防止片面追求经济效益而忽视社会效益的倾向”的原则,这是我国社会主义制度和社会主义卫生事业的根本性质所决定的。在计划经济体制下是这样,在社会主义市场经济体制下仍然应该这样。邓小平同志在 1985 年 9 月 23 日在中国共产党全国代表会议上讲话时指出:“思想、文化、教育、卫生部门,都要以社会效益为一切活动的惟一准则,它们所属的企业也要以社会效益为最高准则。”这段话文字不长,内涵很丰富,从卫生角度来领会,它至少包含两层意思,一是它把卫生与思想、文化、教育并列,都纳入精神文明建设范畴,应按照精神文明建设的要求和规律运作;二是社会效益是相对于经济效益而言的,卫生工作要以社会效益为惟一准则或最高准则,就不能与经济效益并提和并重。

卫生工作要以社会效益为最高准则,并不是不讲经济效益,也不是不产

生经济效益；只是这种经济效益主要地不是体现在医疗卫生机构的创收上，而是主要体现在增进人民健康延长寿命在劳动生产经济建设上所起的作用的效益。同时，还体现在做好预防工作，减少疾病发生，节约资源消耗，降低医药费开支，减少国家、集体和个人的经济负担。这在我国以防治传染性疾

病为主的第一次卫生革命中体现的非常明显。我国第一次卫生革命是成功的，获得国际社会的一致赞扬。世界卫生组织和世界银行、联合国开发总署的评价是：“远远超出了按其所处的经济发展阶段（即低收入阶段）可以预期的水平”。“大大超过了其他许多发展中国家所取得的成就。”成就的主要标志是：以 1980 年与 1949 年相比，人口总死亡率从 20‰ 下降到 6‰，婴儿死亡率从 200‰ 下降到 40‰，人均预期寿命从 35 岁上升到近 70 岁。特别值得指出的是，这是以低于发达国家 170 倍医疗卫生费用支出而取得的。据世界银行统计，1980 年发达国家平均每人年医疗费用为 1 860 美元，中国为 11 美元。从经济学观点看，这是以较少的投入获得较多的产出。

关于卫生工作社会公平问题：《决定》强调的：“以提高人民健康为中心，优先发展和保证基本卫生服务，体现社会公平……”的原则，最能体现我国坚持社会主义制度的特征。而且我认为上述的我国第一次卫生革命所获得的巨大成就，就是由于卫生政策体现了“社会公平”，即卫生经费主要来源于公共（国家和集体）而又用之于公共；卫生机构根据人民群众的需要设置，而又切实保证服务于人民群众。

根据历史经验和我国现行制度，我认为卫生工作要体现以社会效益为主和做到社会公平，应包括以下三点：

1. 通过宏观调控，增加国家和集体对卫生的投入，给全体民众提供同等医疗卫生服务的机会，保证城乡居民都能享受到基本的医疗保健服务，实现人人享有卫生保健。

2. 根据社会需求合理配置医疗卫生资源（包括人、财、物），并有效地运用这些资源，避免或减少医疗卫生资源的浪费，充分发挥资源的效用。

3. 把医疗卫生费用控制在合理范围之内，改革不合理的有缺陷的医疗保险制度，使国家、集体单位、人民群众都能承受得起，避免因医疗保健费用过度膨胀占用过多资金，影响国家经济建设和人民生活水平的提高。

应该肯定，只要全面贯彻执行中央的《决定》，努力做好工作，以上三点是完全可以做到的。

# 漫谈卫生事业同社会经济 协调发展问题

——学习《中共中央、国务院关于卫生改革  
与发展的决定》体会之二

1997年7月

党中央、国务院召开的全国卫生工作会议和发布的《关于卫生改革与发展的决定》，基本精神是要求卫生事业同社会经济协调发展。正如《人民日报》祝贺全国卫生工作会议闭幕社论所说：“这次会议对加强卫生领域的物质文明和精神文明建设，使卫生事业同社会经济协调发展，具有重要的意义，在我国卫生事业发展史上必将产生深远的影响。”

协调发展含有多方面的意义，包括平衡、同步和适应。深化卫生改革是为了解决这个问题，制订卫生事业发展规划也要以此为依据和标准。

关于卫生事业为什么必须同社会经济协调发展，这个道理人们谈得不少，《决定》作了精辟概括，一开头就指出：“人人享有卫生保健，全民族健康素质的不断提高，是社会主义现代化建设的重要目标，是人民生活质量改善的重要标志，是社会主义精神文明建设的重要内容，是经济和社会可持续发展的重要保障。”这四个方面的“重要”，就是卫生事业必须同社会经济发展相协调的根本道理所在。李鹏总理在全国卫生工作会议上讲话则进一步指出：“今后15年，是我国实现社会主义现代化建设战略目标的关键时期，卫生事业是实现这一目标的重要组成部分，必须与国民经济和社会发展相协调。”

至于怎样才算是协调，国务委员彭珮云同志作了明确的解释，她说：“根据建国以来几十年实践经验，如果卫生事业的发展落后了，人民的健康得不到基本保障，不仅直接影响社会生产力，还会因疾病流行造成损失，甚至影响社会的稳定。如果提供服务的水平超越了经济发展水平，国家负担不起，人



民群众承受不了,卫生事业也不可能持续、协调、健康发展。”

这就是说,全国卫生工作会议和《决定》十分明确地解决了必须协调发展和为什么要协调发展的问題,当前和今后要做的就是怎样使其落实,也就是怎样做才能使卫生事业同社会经济协调发展。为此,谈两点个人看法。

一、要通过各种途径,进行全新的社会发展的宣传与教育,使人们树立“全面发展”观念。

卫生事业之所以必须同社会经济发展相协调,从更深层次来说,是基于一个健全的社会必须是以人的发展为中心的全面发展的社会,社会主义社会更应如此。这是马克思主义历史唯物论的基本观点,也是邓小平建设有中国特色社会主义理论的基本观点。改革开放一开始,邓小平同志就将社会全面发展与现代化目标紧密地联系在一起,1979年10月,他在中国文学艺术工作者第四次代表大会上的祝词中就指出:“我们的国家已经进入社会主义现代化建设的新时期。我们要在大幅度提高社会生产力的同时,改革和完善经济制度和政治制度,发展高度的社会主义民主和完备的社会主义法制。我们要在建设高度物质文明的同时,提高全民族的科学文化水平,发展高尚的丰富多彩的文化生活,建设高度的社会主义精神文明”,从而促进社会主义在政治、经济、文化(卫生)等方面的发展,得出“发展才是硬道理”的科学结论。江泽民同志在党的十四大上也指出:“坚持党的基本路线,加快改革开放,集中精力把经济搞上去。同时,要围绕经济建设这个中心,加强社会主义民主法制和精神文明建设,促进社会全面进步。”在全国卫生工作会议上,江泽民同志又进一步提出“社会全面发展”的概念,并与卫生事业联系起来,他说:“我国社会主义现代化事业,是以经济建设为中心的社会全面发展、全面进步的事业。卫生事业关系到经济发展和社会稳定的全局,在国民经济和社会发展中具有独特的地位,发挥着不可缺少、不可替代的作用。国家的富强和民族的进步,包含着健康素质的提高。”

目前,社会全面发展已经成为哲学社会科学的前沿课题。根据现代社会学理论的看法,社会全面发展包含很多内容,其中最重要的有两点:一是社会各系统(如经济系统、政治系统、文化系统)的发展应当处在一个基本相同水平上,它们相互之间有一种良好的均衡关系,从而保证整个社会既有发展的实绩,又有发展的潜力。二是社会的发展应该以人的发展为中心,为目标,即

社会全面发展的核心是人的全面发展。人是一个国家最大最根本的资源,社会全面发展最根本的是努力提高人的综合素质,它包括人的道德、体力和智力。社会发展的这个新概念,越来越为世界各国所普遍接受。不管是发达国家还是发展中国家,都在根据自己的特点和发展需求,制定相应的社会发展目标,逐渐把发展战略从“增长第一”(指单纯追求经济增长、忽视人的主观能动作用)转向“健康第一”(指整个社会人群在身心上、社会适应能力上都很强),把管理工作重点从以物为中心转向以人为中心。从我国来说,经济发展的需求已形成共识,但对社会全面发展的意义还没有获得高度的认可。面对21世纪的挑战,我们必须加强这方面的宣传和教育。只有树立全面发展的观念,才能更好地全面落实《关于卫生改革与发展的决定》。

《决定》强调卫生事业必须同社会经济发展相协调,还有更现实的原因,这就是当前卫生事业的发展处于严重滞后状态。一是地区间发展不平衡,农村卫生、预防保健工作薄弱,医疗保障制度不健全,卫生投入不足,资源配置不够合理,医疗费用上涨过快;二是随着经济发展、科技进步、人民生活方式改变,以及工业化、城市化、人口老龄化进程加快,与生态环境相关的卫生问题日益加重;三是慢性非传染性疾病患病率日益上升,一些老的传染病、地方病仍然危害着人民健康,而一些更为凶恶的传染病和慢性病又开始发生流行。所有这些问题,如果不及时解决,就会严重制约、阻碍甚至破坏社会经济的发展。

二、要尽快制订一个适宜的卫生发展战略和合理的卫生经济政策,利用经济杠杆,调整和扭转卫生事业与社会经济发展不相协调的状态。

首先,要努力使对卫生事业的投入比例与国内生产总值增长的比例呈正相关,并在投入的构成上加大政府投入的比例。对卫生事业的投入也叫做卫生总筹资,也就是全社会对卫生资源的投入量。其构成一般分为政府预算内卫生支出、社会卫生支出、居民个人卫生支出三大类。它的总量及其构成状况是衡量和评价一个国家、一个地区卫生发展的重要指标,也是检验卫生事业同社会经济发展是否协调的一个重要标尺。

据中国卫生总费用研究课题组的研究报告,在1990~1994年的5年间,我国卫生筹资总额和人均卫生筹资虽然在逐年上升,但在下列三个方面的比重却呈现下降趋势:

一是卫生筹资总额在国内生产总值中所占的比例,从 1990 年的 3.71% 下降到 1994 年 3.19%。

二是卫生筹资总额中政府预算内卫生支出所占比例,从 1990 年的 24.85% 下降到 1994 年 20.44%。

三是卫生筹资总额增长率和人均筹资增长率都在下降,前者从 11% 降到 6.9%,后者从 9.6% 降到 5.7%。

上述三个数据明确反映出从 1990 年以来卫生事业的投入与国内生产总值的增长没有呈正相关,而是负相关,也就是说卫生事业的发展同社会经济的发展没有达到均衡,实现同步。而在这个期间卫生筹资总额(即社会卫生总费用)和人均卫生筹资(即人均卫生费用)之所以连年上升,主要是由居民个人支出增多,在卫生筹资总额中所占比例由 1990 年的 28.85 上升到 1994 年 32.21,其原因是医疗保障制度的变化,加大了居民个人医疗费用支出所造成的。这不是一个健康的现象。正如世界银行 1994 年发表的《1993 年世界发展报告(向卫生投资)》所指出的:“中国当前面临的三个挑战十分严峻”,其中之一是“全国卫生事业的支出中,用于预防的公共费用正在令人震惊地下降,越来越多的人不得不自费支付健康保险费用”。

为了改变这种不健康、不协调的现象,中央《决定》提出:“各级政府要努力增加卫生投入,广泛动员社会各方面筹集发展卫生事业的资金,公民个人也要逐步增加对自身医疗保健的投入。到本世纪末,争取全社会卫生总费用占国内生产总值的 5% 左右。”并确定“中央和地方政府对卫生事业的投入,要随着经济的发展逐步增加,增加的幅度不低出于财政支出的增长幅度”。这是完全正确的,是与现阶段社会经济发展水平相适应的。现在要做的事情是,应进行科学的论证,将卫生筹资总额中政府、社会和居民个人应分担的比例按《决定》的精神加以调整并确定下来,使它成为制度,以规范各方面的行为。

其次,要调整和改善卫生总费用分配流向,实行三个倾斜:向农村倾斜,向预防倾斜,向中老年疾病倾斜,以扭转近些年来偏重城市、偏重医疗、偏重个体服务的不良倾向。

“以农村为重点”,是新时期卫生工作方针的首要原则。农业是国民经济的基础,农村人口占全国人口的大多数,又是卫生工作的薄弱环节,按公平的

原则,政府对农村卫生拨款也应该占大多数。可是十多年来的实际情况是,城市医院占用政府拨款比重愈益加大,对乡村卫生事业拨款的比重愈益下降。以1993年为例,全国县以上医院得到各级政府拨款为735.832万元,而乡镇卫生院仅得到135.237万元,相差近6倍。这是造成许多地方农村卫生事业衰退的一个重要原因。在这种情况下,国家对卫生投入多向农村倾斜是纠正城乡社会发展不平衡的一个重要措施。

“预防为主”,是我国卫生工作的根本方针。我国在以防治传染病为主要任务的第一次卫生革命能够取得全世界瞩目的辉煌成就,就是由于认真贯彻了这个方针。值得注意的是,根据有关统计资料,近十几年来人均卫生总费用的分配流向有了明显的改变:预防保健费用所占比例有所减少,医疗费用所占比例明显增加,下列三个数据足以说明:

——人均卫生总费用,从1985年的26.11元上升到1995年的170.12元。

——人均医疗费用,从1985年的20.7元上升到1995年的145.91元。

——人均医疗费用占人均卫生总费用的比例,从1985年的79.36%上升到1995年85.77%,增加了6.41个百分点。

这种情形亟须引起高度重视。

从目前传染病、地方病的发病形势看,对预防工作也决不可掉以轻心。据世界卫生组织报告,在过去20年中全球已发现艾滋病、埃博拉出血热、大肠杆菌0157、疯牛病等30多种新的传染病;结核病、白喉、登革热、霍乱、疟疾等曾经得到控制的传染病,近几年又重新肆虐。在我国,艾滋病已蔓延到29个省(自治区、直辖市),全国艾滋病病毒感染人数1996年比1995年上升了69%;霍乱0139新菌型,1993年曾在我国边远地区发生流行,以后几年中均有病例发生;通过实验性监测,发现我国也存在0157病菌的感染。一些旧传染病的发病率也出现回升,例如:1996年我国西南部分省、区发生人间鼠疫局部流行;目前全国有600万肺结核病人,其中150多万是传染源;性病病例报告逐年增加,1996年前10个月比1995年同期增长了9.68%。这就是说面对这个严峻的形势,必须加大对预防工作的投入。

至于向中老年疾病倾斜,这是随着人口老龄化和疾病谱变化带来的新问题和新要求,是为了减轻慢性病对中老年人的影响,从而有助于国家经济建设和城乡社会的健康发展。对于严重危害中老年人健康的慢性非传染性疾

病,应及早实行预防战略,特别要大力加强以社区为基础的慢性病预防和老年保健工作,这既是加强防保工作的重要课题,也是有效地降低老年人医疗费用的重要举措。

总之,在依据中央的《决定》制订新的卫生经济政策时,必须体现“公共”二字,即卫生经费来源于公共而又用于公共。所谓来源于公共,一是政府预算拨款,二是集体补助(包括农村集体经济和工商企业),三是群众集资(如合作医疗)。所谓用于公共,一是用于公共预防(如实施全民计划免疫和初级卫生保健等),二是改善基本医疗服务设施,使城乡居民普遍享受到基本的医疗保健服务。世界银行在其编写出版的《中国卫生模式转变中的长远问题与对策》一书中所说的两句话:“中国人民未来的健康将主要取决于以经济上有效而且平等的方式来改善状况的公共政策。”“卫生保健系统的公共政策,将决定未来疾病的数量、特点和分布。”值得我们认真思考和参考。

## 医院改革需要全社会支持\*

读了6月24日《健康报》关于李培林毒打长沙市传染病医院院长曾正国事件的报道,我们非常气愤,同时也引发出一些思考。

一个省会所在地的市级医院院长竟被检察院的反贪局局长随意拘禁,毒打3小时,人格受尽侮辱,身体受到严重摧残,几乎丧命,令人发指。在“文革”结束已20年,国家大力加强法制建设和精神文明建设的今天,居然还发生这样的事情,绝对不能容忍。在该医院全体职工的严正要求下,长沙市芙蓉区人民法院将李培林逮捕法办,处以三年徒刑,完全应该。只是案情拖的时间过长,量刑有点偏轻,还不尽如人意。

李培林毒打院长案件作为个案已经了结,但它在社会上激起的反响仍在扩展,使一些医院管理者联想到自己的遭遇和境况。因为像这样的恶性案件虽然极为罕见,但医院与外界发生矛盾,医生与患者出现纠纷,一些单位和个人依仗手中权力和势力,破坏医院资产,勒索医院钱财,对医务人员进行人格侮辱或施以暴行,扰乱医院正常工作秩序则是常有的事情,在各地不断发生。而当这些情况反映到舆论界、司法界时,医院得到的回应往往是责备有余,保护不足,致使一些医院院长和医务人员心里常有不平感和危机感。

医院是同人的生命与健康打交道的服务行业,稍有疏忽即会给患者及其家人造成无法弥补的损失。因此,对医院工作必须严格要求。减少和消除医患纠纷的根本办法是加强医院自身建设,要以服务人民、奉献社会为宗旨,对职工经常、深入地进行职业责任、职业道德、职业纪律以及医学目的的教育,使医院成为精神文明建设的典范;同时,要加强法制教育,学法、懂法、知法、用法、守法,特别要把修订后的《中华人民共和国刑法》(1997年10月1日施

---

\* 原载《中国医院》1997年第2期。

行)关于“危害公共卫生罪”的有关条文变成约束力,加强自律性,鞭策自己兢兢业业工作。

但是,要使医院的医疗服务工作健全有序地进行,除医院本身努力外,还需要社会各界特别是舆论界、司法界的理解和支持。医院作为服务行业,具有高风险特征,曾有人形容医务人员的处境是“一脚在医院,一脚在法院”,弄不好就要吃官司。而目前又正值医院体制深化改革时期,医院的经济补偿机制,干部职工和城乡居民的医疗保障制度,医院服务价格体系和经营管理模式,都还处于变革、探索和试行之中,没有完全定型,不少医院正在为生存而拼搏。在此期间,既需要外界的监督,更需要外界的理解和保护。只有这样,才能使他们获得心理上的平衡,尽心尽力地为人民健康服务。

# 论“以农村为重点” 的战略意义及运作方式

——学习《中共中央、国务院关于卫生改革  
与发展的决定》体会之三

1997年8月

中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》，对于新时期卫生工作方针的表述把“以农村为重点”放在首位，这是有深远意义的。对此，江泽民总书记、李鹏总理在全国卫生工作会议上的讲话中都作了具体阐述。江泽民同志说：“我国农村人口占总人口的绝大多数，农村医疗卫生基础薄弱，比较落后，只有切实搞好农村卫生工作，才能使我国卫生状况在整体上有大的改观。”李鹏同志说：“当前，农村卫生工作仍是一个突出的薄弱点，如果9亿农村人口缺乏健全的卫生服务网和完善的医疗保障制度，就不能说解决了中国的卫生问题。”可以看出，两位领导人都是立足全国来看待农村卫生问题的。这是以邓小平建设有中国特色社会主义理论为指导来观察问题，是对毛泽东卫生思想的继承和发展。

把医疗卫生工作的重点放到农村，过去、现在和将来都是我国卫生工作应遵循的根本方针。这是我国的基本国情所决定的。具体点说是基于三个因素：(1)农村人口占全国人口的绝大多数；(2)农业是国民经济的基础；(3)农村医疗卫生条件和农民享有医疗卫生保健的程度比城市差。因此，无论是从为人民健康服务，还是从为社会主义现代化建设服务来看，都必须长期坚持这个方针，不能动摇。否则，将会影响我国社会的健全发展。

人类社会发展的历史进程表明，一个健全的社会必须是经济、教育、卫生三者并重，协调发展。马克思主义追求的理想社会——共产主义是消灭三大差别，首先是消灭城乡差别。而一般国家的社会发展，都是农村落后于城市，



这在人口众多、幅员辽阔、以农业为经济主体的我国更为显著。为了使城乡差距逐步缩小,实现全体人民共同富裕,整个国家健全地向前发展,必须在加快农村经济、教育发展的同时,加快卫生的发展。

从现实要求来说,卫生工作以农村为重点的战略意义,首先表现在它是促进农村经济增长的基本因素之一。最直接最明显的效益,是医疗卫生条件的改善可以防止和减少疾病的发生,从而使因疾病而损失的工作日少了,工作效率和劳动效率提高了,工作和劳动年限延长了。这三个方面综合起来产生的经济效益是巨大的。这里有两个资料足以证明:一个是世界银行的一项研究,它根据中国50年代人均寿命55岁,人口净增率20%;60年代人均寿命60岁,人口净增率15%;70年代人均寿命65岁,人口净增率15%;1950~1980年人均国民生产总值年增长率为5.9%和劳动人口占总人口45%等10个主要数据,计算出1950~1982年内,由于延长寿命所创造的经济价值在国民生产总值中约占20%。另一项资料是中国国家统计局的统计,全国农村每一个劳动力所创造的产值,1985年为1699.8元,1992年增至5740元,其中除工业能源和科技投入产生的效益外,农民体质的增强即体能产生的作用约占22%。两种不同的测算,结果基本一致。

大量事实证明,健康增长与经济增长是双向的,互为作用的,经济发展推动了卫生发展,卫生发展也同样促进了经济发展。我国在解决农村问题上有两大突出成就受到全世界瞩目:一是以只占全球7%的耕地养活了占全球22%的人口,而且人均粮食高于世界平均水平;二是以低于发达国家170倍的医疗卫生支出,使人均寿命达到近70岁,接近发达国家的水平。这就是健康增长与经济增长互为作用的生动例证。也是国家正确处理卫生与经济关系的结果。

其次,从文化教育来看,健康可以增加农村儿童的入学人数并使他们提高学习效果。一些专家研究,健康和营养状况越好,儿童入学的准备越充分,入学的人数就越多。据世界卫生组织对亚洲几个发展中国家农村的调查,营养不良儿童的入学率只有5%;营养不良儿童由于缺铁和缺碘,损害识读功能,形成智力低下,学习成绩要比健康儿童低15%~20%。这种情况在我国贫困农村和边远地区同样存在。针对这种情况,联合国开发计划署建议我国实施“综合全面扶贫”新战略新政策,即“在侧重增加农村收入的同时,还要辅

以旨在确保全民能得到良好的医疗保健和教育的政府措施”。

扶贫是“九五”期间的一项重要任务。目前全国农村还有 6000 万贫困人口,中央下定决心要在 2000 年前使这些贫困人口完全脱贫。从卫生经济学观点看,贫困与健康的关系十分密切,贫困使健康状况恶化,健康恶化又加剧贫困。贫困地区的居民因病致贫或返贫的现象很普遍,据典型调查约占贫困户总数一半以上。因此,中央在《决定》中特别提出“要把卫生扶贫纳入扶贫计划”。加强农村卫生工作,对保证“国家八七扶贫攻坚计划”的实施有着重要作用。从这个意义上说,落实卫生工作以农村为重点的方针,它所产生的影响远远超出经济和文化范畴,是社会主义本质的具体体现。

再从疾病的发展趋势来看,也必须大力加强农村卫生工作。我国第一次卫生革命的任务尚有待继续完成,而第二次卫生革命任务又迫在眉睫。农村情况更为严重,多种传染病传播流行的各种因素依然存在,随着商品、人口和运载工具的大流动,有可能使一些局部发生的传染病扩散蔓延,如鼠疫、霍乱、肝炎等疾病都存在暴发流行的危险;尤其是结核病,目前全国结核菌感染者达 3.3 亿人,肺结核病人约有 600 万,农村发病率两倍于城市。同时,随着疾病谱的变化,高血压、心脑血管病、肿瘤、糖尿病等慢性病,在农村也普遍发生,呈急剧上升趋势,卫生部 1993 年对部分县调查统计,呼吸系病、恶性肿瘤、脑血管病、心脏病、损伤和中毒等五种疾病的死亡率共计高达 400.22/10 万。

方针是起导向作用的。正确的方针能否迅速转化为强大的推动力,关键在于怎样贯彻落实,也就是怎样运作。从目前情况看,除了要端正和提高对农村卫生重要性的认识外,需要认真解决以下三个问题:

第一,要制订一个与卫生方针相适应的卫生经济政策,增加政府对农村卫生的投入,并使投入的分配体现出公平。

一般而言,经济收入高低是影响居民健康的直接原因,居民健康状况与卫生费用占国内生产总值的比重呈正相关。但近些年来的医学研究发现了一个新规律:在发展中(低收入)国家,经济对健康的影响——居民预期寿命的长短,在很大程度上取决于卫生的人均公共开支的差异。据世界银行对贫困数据可比的 22 个发展中国家的调查,经济增长对预期寿命产生的影响,1/3是通过减贫,2/3是通过增加公共卫生开支。并认为中国在这方面是一个

典型。中国只用了全球卫生总费用的1%，却较好地解决了占世界人口22%的居民的健康和卫生服务问题。世界银行在其撰写出版的《中国卫生模式转变中的长远问题和对策》一书中写道：“中国在第一次卫生革命中，在控制传染病死亡率方面所获得的成就大大超过了其他发展中国家。”其原因就是“以经济上有效而且平等的方式来改善健康状况的公共政策，……如计划生育、儿童免疫、普及初级医疗保健、改善饮水和住房条件，所有这一切，都是中国人民的健康水平和预期寿命大幅度提高的原因”。“中国人民未来的健康仍然取决于重新分配卫生总开支，使更多的开支费用来自公共（政府）和用于公共需要”。这些研究结论主要是根据我国农村卫生实践经验提炼出来的，是客观的，实事求是的。可作为我们重新制订卫生经济政策的参考。

为了使农村医疗卫生条件得到进一步改善，增加投入是十分必要的。《决定》提出：各级政府要努力增加卫生投入，广泛动员社会各方面募集发展卫生事业的资金，公民个人也要逐步增加对自身医疗保健的投入。到本世纪末，争取全社会卫生总费用占国内生产总值的5%左右。这是就全国整体而言的，但从具体分配和使用上来说，当务之急是如何合理地调整卫生总费用中城乡所占的比例，逐步加大对农村的投入，真正体现出“以农村为重点”。也就是说，要在分配方式和使用的重点上加以改进，加强宏观调控，保证卫生投入的分配和支出在实质上（而不是形式上）体现公平。要努力实现“两个倾斜”，一是中央和地方政府的经费划拨，都要向农村和贫困地区倾斜，千方百计加快农村和贫困地区卫生事业的发展；二是使政府和社会各方面的卫生投入向预防保健方面倾斜，首先用于公共卫生，预防疾病，确保政府对农村卫生实行一定的福利政策。

第二，以实施初级卫生保健规划目标为龙头，对县、乡、村三级卫生服务网、合作医疗制度和乡村医生队伍进行配套建设。

基本实现人人享有初级卫生保健，是现阶段卫生工作的奋斗目标。初级卫生保健是基于“大卫生观”的，包括医疗、预防、保健和环境卫生的综合体。根据多年来的实践经验，要使这项工作全面开展起来，稳固地向前发展并能不断提高，除了要由政府把它纳入国民经济和社会发展规划，实行目标管理外，还必须把健全县乡村三级卫生网、完善合作医疗制度和巩固提高乡村医生队伍工作同时抓起来，使它们同步发展。否则，初级卫生保健规划目标就

会由于缺少支撑力量而难以落实。

在以防治传染病为主要任务的第一次卫生革命时期,我国农村卫生工作之所以取得举世瞩目的优异成绩,从体制上看,就是由于建立了以农村集体经济为依托的“三位一体”的卫生服务体系。事实证明,三级卫生网、合作医疗、乡村医生是不可分割的统一体。三级卫生网是载体,合作医疗是保障,乡村医生是执行服务的基本依靠力量,三者缺一不可。这个“三位一体”的农村医疗卫生工作模式的优越性,主要有4点:(1)把国家、集体和农村居民办医的积极性都调动了起来,开发了社会的潜力,克服了国家财力不足的困难;(2)使医疗卫生资源的配置,基本做到公平合理和普遍可及性,克服了因地区经济发展不平衡给卫生事业发展带来的困难;(3)可以有计划、有组织、有领导和有目标地开展预防和保健,使预防为主方针得到较好的贯彻落实;(4)跟广大农业劳动者的生活和劳动密切联系,使医疗卫生服务可以直接转化为生产力。

农村改革以来,由于农村经济体制的变化,从以生产队为基本核算单位的集体经营转变为以家庭承包为基础的统分结合、双层经营,对建立和巩固“三位一体”卫生服务体制产生一定的影响。但是以村委会为核心的社区结构正在形成和发展,而随着农业生产走向产业化,新的集体经济也正在形成和壮大,应该说创立“三位一体”的卫生服务体系的条件现在比过去更好。我们应该按照中央《决定》的要求重新把这三项工作办好,在不同的起点上逐步提高,形成一个完整的农村卫生服务体系。

第三,要认真落实《决定》提出的“建立城市卫生机构对口支援农村的制度”,以及“城市卫生人员在晋升主治医师和副主任医师之前,必须分别到县或乡卫生机构工作半年至1年”的规定,切实做好城市支援农村、发达地区支援贫困地区和少数民族地区的工作。

应当指出,城市支援农村、发达地区支援贫困地区和少数民族地区,是我国医疗卫生工作的优良传统,也是城市卫生机构必须承担的职责和应尽的义务。这是我国的社会主义制度和医疗卫生工作的性质所决定的。在社会主义条件下,我国城乡卫生机构之间、大医院与小医院之间、医院与基层卫生机构之间的关系,是互助合作关系,逐级指导关系,不是自由竞争、互相倾轧的关系。像某些资本主义国家那种医疗卫生机构之间自由商品式的竞争,不适

合我国国情,决不可盲目提倡和照搬。

还应当指出,城市支援农村、发达地区支援贫困地区和少数民族地区的卫生事业建设,不仅有利于加快农村和贫困地区、少数民族地区卫生事业的发展,也有利于大中城市和发达地区的卫生改革、发展与提高。特别是通过城市卫生人员下农村,多接触农民、多接触实际,对于增强工农感情、树立良好的医德医风、提高专业技术水平都大有好处。

为了使支援农村和支援贫困地区的工作长期坚持下去,真正落到实处,应在各级政府领导下,统筹规划,明确任务,划片包干,分工负责,实行目标管理。支援工作的重点,应放在人员培训、技术指导和设备支持上,以帮助被支援单位提高技术水平和管理水平,提高服务能力。要多干实事,注重实效,绝对不可搞形式主义和走过场。

落实“以农村为重点”的卫生方针,是全社会全卫生系统的任务,卫生界的各个方面都要为此而努力。医学教育、医学科学研究特别是城市医疗卫生机构,都要围绕上述的要求根据自己的条件建立起新的定型化的支援机制,为使我国农村卫生事业再铸辉煌而各尽其力。

# 漫谈经济体制转轨期的 医院经营原则

——学习《中共中央、国务院关于卫生改革  
与发展的决定》体会之四

1997年9月

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》，是对我国卫生事业跨世纪(未来14年)的战略部署，也可说是经济体制转轨期间的卫生政策安排。总的目标是要在全国建立起适应社会主义市场经济体制和人民健康需求的、比较完善的卫生体系(包括卫生服务、医疗保障、卫生执法监督)，创立一个具有中国特色的新的卫生服务模式。

医疗机构是卫生服务体系中的主体，经营状况如何，关系全局，影响重大，亟需认真深入学习《决定》精神，端正经营方向，改进经营办法，建立与经济体制转轨期宏观经济环境相适应的经营机制。

## 《决定》提出的经营管理原则和政策

《决定》根据卫生发展要与社会经济发展相适应相协调的原理，明确现阶段我国卫生事业的性质是政府实行一定福利政策的社会公益事业。从这个性质出发，对卫生改革与发展提出了以下基本原则：

——“坚持为人民服务的宗旨，正确处理社会效益和经济效益的关系，把社会效益放在首位。防止片面追求经济效益而忽视社会效益的倾向。”

——“以提高人民健康为中心，优先发展和保证基本卫生服务，体现社会公平，逐步满足人民群众多样化的需求。”

——“从国情出发,合理配置卫生资源,注重提高质量和效率。重点加强农村卫生、预防保健和中医药。因地制宜,分类指导,逐步缩小地区间差距。”

——“举办医疗机构要以国家、集体为主,其他社会力量和个人为补充。”

——“扩大对外开放,加强国际卫生领域交流与合作,积极利用和借鉴国外先进科学技术和管理经验。”

——“坚持社会主义物质文明和精神文明两手抓、两手都要硬。加强卫生行业职业道德建设,不断提高卫生队伍的思想道德素质和业务水平。”

此外,对国家举办的医疗机构特别是城市医院还提出了积极参与并搞好城市职工医疗保障制度改革,扶持农村合作医疗,建立对口支援农村的制度,开展城市社区服务,帮助提高基层医疗卫生机构等要求。

上述基本原则和要求,实际上也就是各级医疗机构今后经营管理必须遵循的基本原则。

为了使各级医疗机构能够按照上述原则和要求办事,完成自己所承担的任务,健康地向前发展,《决定》要求医疗机构要通过改革和严格管理,建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制。为此,《决定》又对医疗机构的经营管理作出了一些政策规定,主要有六条:

一是,“实行并完善院(所、站)长负责制,进一步扩大经营自主权”。深化人事制度与分配制度改革,打破平均主义,调动广大卫生人员的积极性。

二是,政府要切实解决好医疗消耗的补偿问题。除了对基本建设、大型设备购置、维修以及离退休人员等费用由政府给予安排外,根据医疗机构的不同情况及其所承担的任务,“对人员经费给予一定比例的补助,对重点学科的发展给予必要的补助”。

三是,改革和完善卫生服务价格体系。“区别卫生服务性质,实行不同的作价原则”。“不同级别的医疗机构收费标准要适当拉开”。“增设并提高技术劳务收费项目和收费标准,降低大型设备检查治疗项目过高的收费标准”。“争取在二三年内解决当前存在的卫生服务价格不合理的问题”。

四是在保证完成基本卫生服务任务的前提下,医疗机构可开展与其业务相关的服务。

五是,公立医疗机构“继续享受税、费优惠政策”。

六是,医疗机构要“加强经济管理,勤俭办卫生事业”。

这些政策规定是与社会主义市场经济体制相适应的,对于维护医疗机构的生存和发展,保护其权益,激发其活力,都是有力的保障。问题在于能不能正确地认真地贯彻执行。

## 现阶段医疗服务中的主要矛盾

我国医疗服务事业经过建国以来 48 年特别是改革以来 18 年的发展,数量和规模都已达到相当的水平,目前的主要矛盾不是数量不足,而是质量和效率不高,医疗服务的供需关系,在大多数地区和大多数项目上不是供不应求,而是需求不足。病床使用率是衡量供需关系的一个重要标志,据卫生部卫生统计中心资料,1993 年全国县及县以上医院和乡卫生院病床使用率分别为 60.8% 和 38.4%,1996 年县及县以上医院略有上升为 64.7%,而乡卫生院则下降为 36.9%。这反映出城乡居民(特别是农村居民)对医疗服务需求很低,同时也反映出城乡医疗机构的服务潜力很大。这种需求不足还反映在卫生总费用和医疗总费用所占国内生产总值的比重变化上。中国卫生总费用研究课题组调查统计,从 1978 年到 1990 年的 13 年间,全国卫生总费用和医疗总费用占国内生产总值的比重一直是上升趋势,分别从 3.10% 和 2.53% 上升到 3.96% 和 3.35%。而从 1991 年开始两者都呈下降趋势,分别从 3.96% 和 3.35% 下降到 1995 年的 3.57% 和 3.06%。

这里须探究的是,为什么在城乡居民经济收入和消费水平都在逐年提高的情况下对医疗服务的需求却在下降?根据国外经验,人均国内生产总值在 500 美元左右的国家,卫生总费用占国内生产总值的比重一般会突破 4%,不至于在 3%~4% 之间徘徊,而我国却出现这种态势,其原因何在呢?经对有关统计资料分析,主要原因有两点:一是卫生筹资结构变化向个人负担倾斜,以 1990 年与 1994 年对比,以全国卫生总费用为 100 来计算,政府预算内卫生支出从 24.85 下降到 20.44,社会(包括企事业单位和集体经济单位)卫生支出从 39.91 下降到 36.81,居民个人卫生支出从 28.83 上升到 32.21。二是由于政府对医疗机构的直接补偿比重降低,迫使许多医院把补偿重点放到增大服务强度上,包括开大处方,增加不必要的检查、竞相增添高精尖设备,仅 CT 一



项,1986年全国只有30台,到1993年跃至1300多台。这样就使医疗费用急剧上涨。按全国人口统计人均医疗总费用从1990年的54.33元上涨到1995年的145.91元。按单个病人计算,1996年县及县以上卫生部门综合医院平均每一门、急诊人次医疗费用为52.5元,平均每一出院病人住院医疗费为2189.6元;省级综合医院则比此数额高出近一倍,卫生部所属医院则高出约一倍半。上述两项因素是互为因果的,加到一起就限制和削弱了人们对医疗服务的需求。从而也就削弱和限制了医疗卫生事业的发展。一些专家论断,对医疗服务需求不足是现阶段我国卫生事业继续发展的主要障碍。我们应清醒地认识到这个问题,积极谋求解决办法。

## 改善经营管理的方向和途径

中央《决定》指出的方向是:“要适应社会主义市场经济的发展,遵循卫生事业发展的内在规律,逐步建立起宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制。”具体做法,《决定》提出了4条,即:(1)加快制定卫生机构设置、人员编制的标准;(2)规范财政对卫生机构的投入;(3)改革和完善卫生服务价格体系;(4)调整医疗机构收入结构。这4条就是由宏观与微观结合起来建立医院经营新机制的基本内涵。只要能够切合实际的做好上述四个方面的工作,就能够解决当前医疗费用超常上涨、医疗资源浪费、医疗需求不足等等问题,促使医疗服务事业走上有序地健康地发展轨道。关键在于如何做到切合实际?

目前,我国正处于新旧经济体制交替的过渡期,新的经济体制尚未完全形成,上层建筑和经济基础在许多方面尚未理顺,许多工作尚未形成规范化和定式化,一切都还在探索和磨合之中。制定新的卫生经济政策和医院经营管理办法须要考虑三个现实因素:一是根据新的经济体制和国家财力,要求政府大幅度增加卫生投入,实际上不大可能。二是新的医疗保障制度(包括城镇职工医疗保障制度和农村合作医疗制度)正处在起步阶段,有效覆盖面才百分之十几,要使它普遍成为医疗机构经济补偿的一个固定来源,至少还得五年,甚至更久。三是居民个人支付能力也很有限,据《人民日报》资料,1996年城镇居民家庭每人全年消费支出中用于购买食品的支出占49.9%,

农村居民更高,占到 58.8%。在这样的消费结构下,用于医疗消费的水平是很低的。这就是说,要想通过进一步提高医疗服务收费水平来进一步增加医院的收入也很困难。

经济体制转轨期的这种形势和境况,决定了现阶段医疗机构的经营管理必须按照中央《决定》的精神在下列四个方面进行努力。

第一,按照区域卫生规划指导原则和卫生资源配置标准,制定好卫生机构设置、人员编制标准,适当控制医疗卫生机构的数量和规模(包括基本建设和大型设备),尤其要控制好社会力量办医和个体行医。通过抑制医疗机构的不适宜的增长和不合理的竞争来抑制社会医疗总费用的增长,并把医疗机构的经营思想和行为引导到提高服务质量和效率上来,力求做到优质、高效、低耗。

第二,争取各级政府“切实解决好医疗机构的补偿问题”。除了按照区域卫生规划的要求安排好各级医疗机构的基本建设及大型设备的购置、维修外,并按“根据医疗机构的不同情况及其承担的任务,对人员经费给予一定比例的补助”的精神,将这个“一定比例”确定两个基点:一是每年增加幅度不低于财政支出的增长幅度,二是补助数额要占到医疗机构人员经费开支的三分之一以上。根据专家测算,政府补助必须达到这个水平,才能成为宏观调控的经济杠杆,使卫生总费用得到总量控制,抑制医疗总费用不合理增长。

第三,对医疗服务价格的调整要同一般商品价格的调整成正相关。医疗机构是非营利单位,不能追求利润,但医疗服务是有成本的,它所用的材料、器材、药品以至人力都是通过市场,受市场价格的制约。为了使城乡居民获得基本医疗服务,目前医疗服务还不能完全按成本收费;但为了维持消耗和补偿的平衡,弥补政府补助之不足,必须随着市场物价的变动及时地适度地调整其服务价格。为此,应由省一级的计划、工商、物价、卫生等部门组成医疗服务价格管理组织,负责协调这项工作,使医疗服务价格在“总量控制”之下得到及时的有序的调整。

第四,调整医疗机构收入结构,降低药品收入在医疗机构收入中的比重,同时要克服滥用高精尖设备扩大收入的不良倾向。据调查,近些年来,有些医疗机构的药品收入曾占到业务收入的 70%左右,甚至更高。这都是极不正常的现象,是造成社会医疗总费用急剧上涨的主要因素,必须认真解决。

正常的现象,是造成社会医疗总费用急剧上涨的主要因素,必须认真解决。

以上四个方面是互为影响互相制约的,必须按系统工程原理同时进行,才能得到应有的效果。

# 变革中的中国医院\*

1997年10月24日

从80年代初开始,中国社会按照邓小平设计的建设有中国特色社会主义的蓝图进入了改革开放的新时期。

17年来,随着经济体制和社会结构的转变,中国医院工作也发生了深刻的变化,包括机构设置、管理体制、补偿机制、服务模式和医疗技术都呈现出新的态势。目前,正按照“公平与效率相统一”的原则,继续深化改革,争取在2010年前在全国范围内建立起与社会经济发展相协调、与人民健康需求相适应、具有中国特色的医疗服务体系。

兹将17年来中国医院的变革情况分述如下:

## 一、医疗机构的发展变化

中国的医疗机构在计划经济的体制下是按照行政区划和产业系统设置的。目前,我国医疗机构大致可分医院、中医院、卫生院、门诊部(所)、疗养院和其他医疗机构。按所有制形式划分,改革前各种医疗机构基本上都是公有制,其中县及县以上医院包括工业及其部门所办的医院全部为国家举办,称之为全民所有制;城乡基层医疗机构如农村乡(镇)卫生院和城市街道卫生院多数为乡(镇)或街道集体举办,称之为集体所有制。对这两种公有制的医疗机构,长期以来实行的是由国家基本上或部分“包下来”的政策。改革后,这

---

\* 这是作者1997年10月24日于仙台在日本国第35届医院管理学术大会上的特别讲演。

种情况已经有所改变。陆续出现了一批私营、个体和合资或合作经营的医疗机构,股份制或股份合作制的医疗机构也开始出现,并有逐渐增多的趋势。但目前我国的医疗机构仍以公有制为主体,社会办医和个体开业等其他形式为补充。估计随着经济体制的改革,特别是随着工商企业所有制结构的调整,医疗机构的所有制形式还会有新的变化。

由于我国幅员辽阔,人口多,医疗卫生工作的基础薄弱,资源贫乏,在过去几十年里,着重于在数量上发展医疗机构,增加床位和卫生人力资源。现在,医疗机构、床位、卫生人力的数量已具相当规模,全国病床总数已达 286 万多张,平均每千人口拥有 2.40 张;全国卫生人员总数 541 万多人,平均每千人口 3.59 人,其中中西医师总数 194 万人,平均每千人口 1.62 人。当前的主要问题,一是发展不平衡,城乡差别、地区差别进一步扩大,医疗资源分配不合理;二是许多医疗设施的物质条件较差,人员素质也不高,服务质量有待改善。因此,今后我国医疗事业的改革与发展将不再追求数量上的增加,重在加强内涵建设,提高质量。同时要调整医疗资源的分布,注重对医疗资源的有效利用,特别要加快农村和西部地区的发展,以逐步缩小城乡差距和地区间的差距。

我国卫生事业的性质是政府实行一定福利政策的社会公益事业,不以盈利为目的。国家要求医疗卫生事业要适应社会主义市场经济发展,适应人民群众日益增长的医疗保健需求,努力实现人人享有初级卫生保健。但是由于国家财力有限,政府还不可能大幅度增加卫生投入;由于人民群众的负担能力极为有限,医疗卫生机构的收费标准受到严格限制,一时还难以做到按成本收费。另一方面,由于物价逐年上涨,卫生人员的工资逐年提高;离退休人员逐年增加,医疗卫生机构维持发展的费用也在大幅度增加。在这种情况下,医院的经营管理就更加困难。有些中、小医院特别是贫困地区的医院入不敷出,处境越来越难,甚至陷入了困境。这也是在今后改革中必须着重解决的重大问题之一。

## 二、医院经营管理体制的改革

17年来,我国医院经营管理体制的改革,主要是围绕着扩大医院经营管理自主权进行的,这是卫生改革刚开始就提出并普遍实行的一项重要措施。其目的,是克服计划经济体制下形成的“大锅饭、不核算、一刀切和平均主义”的弊病,建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制。主要内容是:

——实行院长负责制。改革前,绝大多数医院都是实行党委领导下的院长负责制,医院人事、财务和重大事项都由党委集体讨论决定。由于党委书记大多是外行,在领导管理上往往偏重于政治要求,偏重于执行政府和卫生主管部门的一般工作布置,使医疗工作的发展和提高都受到影响。改革,是放权给院长,院长成为医院法人代表,负责医院全面工作。现在,全国大小医院院长都是医务人员出身,熟悉医疗业务,这对于各级医院贯彻“以医疗为中心”的业务运作,大有裨益。不足的是:绝大多数院长都缺乏医院管理科学的专门训练,都是从临床岗位上选调上来的,有的还不安心于管理岗位,仍留恋临床技术工作,致使管理水平提高的较慢。为解决这个问题,近几年中央和许多省市都在加强医院管理干部的培训,使医院管理人员逐渐走向专业化。

——实行经济核算,自负盈亏。改革前,全民所有制医院和国营企业一样,只管生产不管经营,不负经济盈亏责任,基建、大型设备购置及人员工资都由政府编列预算统一拨付,而且是由中央和省、市两级财政直接掌管。从80年代开始,实行了两项改革,一是改由中央和省、市两级拨款为“分灶吃饭”,属于哪级医院就由那级政府给解决经费;二是改全额补助为差额补助,盈亏政府不管由医院自负,人员工资及奖金福利均由各医院根据收入情况自行决定。这样做的好处是医院可以自主经营,扩大业务;可以充分发挥管理人员的聪明才智和刺激全体职工的竞争性。缺点是由于各地经济发展不平衡,地方政府财力的不同和居民消费水平的差异,医院之间收入上的差距越来越大,致使贫困地区的县及县以下医院陷于困境,影响医疗服务的公平性。

——实行“目标管理”和“按劳分配”制度。改革前,由于“平均主义”和“大锅饭”思想影响,医务人员之间收入差距很小,也很少物质奖励,干与不干、干好与干坏都一个样。改革后,多数医院实行了人员聘任制,院方对各科室、科室对职工实行目标管理,将工作指标与经济指标结合起来,联系工作成绩付给报酬,超额完成任务者由院方或科室给予奖励。这种做法的优点是,有利于激励和调动科室负责人和职工们的工作积极性,使人力资源得到充分发挥和利用。缺点是促使某些科室和医务人员为追求收入而过度服务,增加病人负担,造成物质资源浪费。须要有制约办法。

### 三、建立医院分级管理与医院评审制度

这是在总结我国三级医疗预防网建设和文明医院建设经验的基础上,借鉴国际上先进经验,从1989年开始实行的一种新的医院管理办法。

1989年以前,我国医院管理工作上存在的问题,从客观上说主要是依靠政治和经济手段(即调拨经费)进行调控,缺乏一部全国统一的医院管理标准,也没有建立起一套全国统一的医院评审制度,医院发展建设和管理无标准可依,往往是条块分割,部门所有,盲目发展,各行其是,结果是造成布局不合理和资源浪费,造成宏观管理上的失控,导致医疗秩序的混乱。

实行医院分级管理,就是按照“区域卫生发展规划”的指导原则,根据医院的不同功能、任务、规模和不同的技术水平、设施条件、医疗服务质量及科学管理水平等,将医院划分为不同级别和等次,对不同级别和等次的医院实行标准有别、要求不同的标准化管理。

实行医院评审,就是根据《医院分级管理办法》和《各级医院管理标准》,按照规定的程序和办法,由医院评审组织对医院质量做出院外(客观的)评价。

我国现行的医院分级标准,是依据国际惯例和我国城乡三级医疗预防网建设的现实情况,将医院划分为一级、二级和三级三个级别。

一级医院是直接为社区提供医疗、预防、康复、保健等综合服务的基层医院,属初级卫生保健机构。农村的乡卫生院、城镇卫生院、中小城市的区级卫

生院都属于此一类。

二级医院是跨社区提供医疗卫生服务的地区性医院,是覆盖人口 10 万以上的地区医疗保健中心,如县医院、中小城市的市医院及大厂矿职工医院等。

三级医院是跨地区、省市以及向全国范围提供医疗服务的医院,是具有全面的医疗、教学和科研能力的高层次的医疗保健中心。

上述一、二、三级医院又各分为甲、乙、丙三等,三级医院增设特等,共三级十等。医院级别的划分,是由上级政府的卫生行政部门根据区域卫生规划的原则确定,不可随意变动。而各级医院的等次,则可根据其综合水平的高低,通过评审进行升降。

各级医院的基本标准,是对各级医院的基本要求和必备条件,也是评定各级医院开业资格的最低限标准。内容包括:(1)医院规模;(2)功能与任务;(3)组织管理与规章制度;(4)质量管理;(5)文明服务;(6)医疗安全;(7)医院环境。

各级医院的分等标准,既是各级医院建设和发展的标准,也是对其水平和质量进行评价的依据。分等标准的内容包括:科室设置、人员结构、管理水平、技术水平、教学与科研、医疗设备、信息管理、各项统计指标等八大项,每大项中又包括有许多具体指标,内容涵盖了医院工作的方方面面。

医院评审的程序,首先是由各个医院及其科室发动全体工作人员,对照《标准》进行自查、自评,找出问题和差距,进行整改,争取“达标上等”。医院经过自查、自评认为已经达到《标准》的要求后,即可填报《医院评审申请书》,向医院评审委员会提出申请。医院评审委员会分设为全国、省、地区三级,实行分级评审。一般评审一所医院须 1~2 天。评审合格者由卫生行政部门发给合格证书,不合格者限期改进或令其歇业。目前规定,每三年为一个评审周期,经评审合格者三年后仍需重新评审。

上述医院分级管理与医院评审的办法实施以来,全国已有近万所医院通过评审,主要效果是:调动了各级医院、各级卫生行政部门乃至各级政府和全社会的积极性,共同关心和支持医院的发展与建设;促进了区域医疗卫生规划的实施,使医疗资源的配置趋于合理;克服了医院建设和发展的盲目性,从



扩大外延转向加强内涵;促进了医院的业务技术建设和医德医风建设,提高了服务水平和医疗质量;提高了医院管理水平,从经验管理走向科学管理。但也出现一些负面效应,如有的医院为应付评审,搞一些表面性工作,而不是从根本上改进;有的医院借机扩大规模,购置一些不必要的高精尖设备等。目前,这项工作正在总结经验和教训基础上逐步推行。

#### 四、医院补偿机制的转变

17年来,我国医院改革中最棘手的问题,是医院的经济(医疗服务消耗)补偿问题。

改革前,按照传统以及国际惯例,我国医疗卫生事业定性为福利事业,医疗卫生机构的运转是依靠国家或企业支付。随着我国经济由计划经济向社会主义市场经济转化,医疗卫生事业的性质定为“政府实行一定福利政策的公益性事业”,所需经费改为由政府、社会和居民个人三方面共同负担,对医疗机构的人员经费政府只给予一定比例的补助。加上财政体制的改革和市场价格体系尚未理顺等原因,在一段时期医院的经济环境非常复杂和困难,处于三面受困状态。

一是政府补助在逐年减少。有关部门一度把医疗服务事业当做第三产业,确定医院经常性支出主要通过服务收费取得补偿,因而对医院的补助就未按社会经济发展水平和工资上涨情况予以递增,财政补助额占医院人员工资实际开支额的比例在逐年下降,从80年代初期的80%下降到90年代的20%,甚至更低。

二是医疗收费价格被卡死。国家物价部门为控制市场物价,对医疗收费价格仍沿袭计划经济体制下的管理办法,长期未按市场物价变动情况从总体上进行调整,致使医疗服务收费标准严重背离价值规律,医务人员劳动无价值可言,医疗服务收不抵支问题日益突出。

三是购入支出日渐加大。由于物价上涨,医院通过市场购入的多种物料以及水电暖 and 办公费用都成倍增加,使医院亏损问题更为严重。

在此形势下,许多医院为求生存就被迫将补偿重点(主渠道)放在服务收

费上,而医疗服务收费标准留给他们的出路又只有两条:一条是追求药品差价的收入;另一条是增设那些收大于支的项目。这样,就产生两种不健康的现象:一是许多医院出现“大处方”行为,增大药品销售额,药品收入占到医院总收入 65% 以上;二是增加不必要的检查,竞相增添高精尖设备,仅 CT 一项 1986 年全国只有 30 台,目前已达二千多台,上海市 1 300 万人口,就有 CT 七十多台,核磁共振十多台。

这种过分增大服务强度的结果,就更加剧了医疗费用上涨。据上海市统计,1983 年至 1993 年医疗费用增长率高达 31.8%,超过国民生产总值(GNP)增长率(含通货膨胀率)约 16 个百分点。进入 90 年代医疗费用增长更快,年增长率高达 39.2%,超出 GNP 增长率 12.6 个百分点,超出职工人均工资增长率 14.6 个百分点,超出农村居民人均收入增长率 21.3 个百分点。按全国人口统计,人均医疗总费用从 1985 年的 20.72 元上涨到 1995 年的 145.91 元;按单个病人计算,1996 年县及县以上的综合医院平均每一门诊、急诊人次医疗费为 52.2 元,平均每一出院病人住院医疗费为 2 189.6 元,省级综合医院则比此数额高出近一倍,卫生部所属医院则高出约一倍半。致使政府、企业和居民个人都感到负担过重,难以承受。

在此期间,医疗费用的筹资结构也在发生变化,政府和企业负担的比例额在下降,居民个人负担的比例额在上升。以 1990 年与 1994 年对比,以全国医疗总费用为 100 计算,政府预算支出从 24.8 下降到 20.44,社会(包括国营企事业单位和集体经济单位)支出从 39.91 下降到 36.81,居民个人支出从 28.83 上升到 32.21。

上述过度服务和个人负担医疗费比重的加大,两项因素加在一起,就大大限制和削弱了人们对医疗服务的需求,出现了医院床位利用率近 10 年来逐年下降的现象;反过来又限制和削弱了医疗事业向前发展的势头,使医疗事业陷入恶性循环。这说明以无限提高医疗费用增加病人负担作为医院经济补偿的主渠道,无论是在计划经济还是市场经济体制下都不是正确的办法。

面对这种形势,我国政府和卫生管理专家都在努力探索改革之正道,希望寻找出一种既能有效地控制医疗费用的过快增长,又能相对保持医疗卫生

服务对全社会人群的有效覆盖(即公平性)、服务质量和效率的理想模型。经过反复研究和试验,决定根据“开源节流、共同负担”的原则,从下述三个方面同时采取措施,形成整体效应:

一是增加政府的卫生投入,遏止社会医疗总费用的筹资比重向居民个人倾斜的趋势。根据专家测算和典型试验,必须使政府补助成为医院补偿的主渠道,增加投入,才能成为宏观调控的经济杠杆,抑制医疗总费用不合理增长。为此,中共中央、国务院作出决定,要求各级政府努力增加对卫生的投入,切实解决医疗机构的补偿问题,除了按照区域卫生规划安排好各级医疗机构的基本建设及大型设备的购置、维修外,并对人员经费给予一定比例的补助,每年增加幅度不低于财政支出的增长幅度。今年以来,全国各省市都贯彻了中央决定,大幅度增加了卫生经费的支出。

二是改革和完善医疗保障制度,使医院有较稳定的收入,使城市职工和农村居民得到最基本的医疗服务。具体做法是:在城镇,建立社会统筹与个人账户相结合的医疗保险;在农村,发展和完善以个人投入为主、集体补助、政府扶持为辅的合作医疗。这两项制度都是动态的,要求其保障水平和方式要与社会生产力水平以及各方面的承受能力相适应。基本医疗的定义是:适应绝大多数参保人员必要医疗需求的、医疗机构采用适宜技术所能提供的、社会医疗基金有能力给付的医疗服务。这两个制度经过多年的试验,目前已在部分城镇和农村推广,争取到2000年其覆盖面达到70%以上。

三是实行医疗费用“总量控制,结构调整”政策,理顺收费标准,给医院医务劳动、基础服务以应有的价值,阻断医院对药品差价及增设高精尖设备的热情,从而将医疗费用增长控制在社会能够接受的范围。

这个政策是由上海市于1993年提出并首先实行的。其基本内容与实施办法是:

1. 实行医疗费用总量控制,就是限定各级各类医疗机构,根据当前经济增长和物价上涨幅度,把医疗费用增长的幅度控制在24%之内。在此总目标下,建立综合考核指标:每门诊人次和每住院床日的平均单价限于比上年增长24%之内,其中药费限于比上年增长15%。

2. 调整医疗服务收费结构,适当提高医务人员的劳务收费标准。增设门

诊和住院的诊疗费和护理费;提高常规检验项目的收费;提高手术费标准;降低高精尖设备收费标准;控制药品费用过度增长,药品收支与医疗收支实行分开核算,分别管理。

3. 设立监控和奖惩指标。市卫生局按月出简报及时通报各单位总量控制的实施情况,按季度对各单位的总收入与计划指标进行对比考核,对超出指标的收入先予以收缴,年终统一结算。对总收入突破规定增长额度的单位,由市卫生局收缴其增长部分,并处以相当于增长部分 5~10 倍的罚款。对于弄虚作假,隐瞒医疗费收入的单位,核实后除对单位主要负责人给予通报批评和行政处罚外,同时处于相当于隐瞒金额 5~10 倍的罚款。

上述“总量控制,结构调整”政策,经在上海、北京等市试行,效果良好。上海市在 1994 年下半年就将医疗费用增长幅度控制在 24.2%,已低于该市职工收入增长率。北京市于 1996 年实行,从 1996 年 10 月至 1997 年 4 月间,平均每住院床日收费 296.4 元,较 1996 年的平均收费数仅增加 15%。这项政策措施,可以说是“一举三得”:控制了医疗费用的过快增长;增加了医院收入的含金量,调动了医务人员积极性;有利于职工医疗保险制度的实施。但也存在一些问题须要进一步研究,例如,政策指标的合理度问题,医院受益不均衡问题等。

## 五、医疗服务模式的调整

医疗体制的社区化和行业化,是世界性卫生革命的大趋势。

中国正处于第一次卫生革命和第二次卫生革命交叉与过渡期。随着社会经济的发展,人们生活方式的变化,人口老龄化,慢性病、非传染性疾病的增多,新技术及新方法的采用和消费者需求的上升,医疗服务结构及模式亦应随之而改变。

基于上述情况,我国医疗服务结构总的发展趋势是:由急症医院(综合医院)、慢性病医院、康复医院、社区及家庭医疗构建成连贯性的医疗体系。为了使医疗服务适应人民健康的要求和社会主义建设现代化的要求;目前我国医疗服务模式,正在从下列三个方面进行调整。

一是转变医学目的。要求医院管理者和医务人员从以疾病为中心改变为以病人为中心,纠正过去那种忽视病人、忽视社会、浪费医疗资源等现象,树立尊重生命、尊重人格、尊重生命质量的思想,树立大卫生观,把关心焦点放大到对病人的整体乃至整个人群上。方法是以如何提高医疗质量和服务水平为主导,广泛开展“医学的目的与调整医疗服务模式”的讨论,引导人们逐渐摆脱传统医学目的影响。

二是积极发展社区卫生服务。逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络,加强城乡基层医疗卫生机构建设,使其以社区、家庭为服务对象,开展疾病预防、常见病与多发病的诊治、医疗与伤残康复、健康教育、计划生育技术服务、妇女儿童和老年人保健等工作。为此,采取的措施是:(1)增加政府对城乡基层社区卫生的投入,引导卫生资源流向社区基层,实现卫生资源的优化配置;(2)有计划地分流医务人员和组织社会上的医务人员,在城乡居民区开设卫生服务网点,并纳入社区卫生服务体系;(3)改革医学教育,加快发展全科医学,为城乡社区基层卫生机构培训全科医生,并积极培训和提高现有社区卫生人员和乡村医生的服务水平;(4)把社区医疗服务与建立健全职工医疗保险和合作医疗制度结合起来,建立双向转诊制度。

三是办好城市大医院,带动二级医院和普通三级医院。目前我国 500 张床位以上的医院有 742 所,要在其中选择百余所组成“国家队”,主要从事急危重症和疑难病症的诊疗,结合临床开展科研,跟踪追赶世界先进水平;同时开发适宜技术,指导和培训基层卫生人员。

总之,医疗服务模式要实行以医疗机构为中心向以人群医疗需求为中心的战略转变,逐渐建立起“生命绿色通道”。

# 医院管理新模式:优质高效低耗\*

——广东省清远市人民医院调查

1997年12月

全国卫生工作会议之后,大家都在探索建立与国民经济和社会发展相协调的卫生事业发展新模式,尤其是医疗机构如何走上质量效益的良性发展道路,更为人们关注的焦点。广东省卫生厅及时推出了清远市人民医院的“优质高效低耗”管理模式,作为全省各级医院学习榜样,邀请我会前往考察。为此,我们于今年7月下旬组织几位老专家和中青年学者由张自宽会长率领到该院进行一次实地调查,所见所闻,使我们十分欣喜地感到她是医院改革中的一颗新星,经营思想和管理办法符合邓小平理论,符合中央《关于卫生改革与发展的决定》的精神,为我国医院改革与发展开拓了一条新路。特介绍于下:

## (一)

清远市地处粤北山区,是广东省经济文化基础较差的一个贫困地区,也是少数民族比较集中的地区。清远市人民医院原是一个简陋、处境困难的县级医院,1988年随着在清远成立地级市,原清远县人民医院也随之升格为地市级医院。

原清远县医院的底子是:固定资产总值345万元,其中设备价值不足45万元;业务用房6900平方米;年业务收入357万元,负债60万元;地方财政年补助14元,职工人均年收入1800元无论是从房屋建筑、诊疗设备、业务技

---

\* 这是作者率领中华医院管理学会调查组到清远市人民医院考察后写的调查报告,发表于《健康报》及《中国医院》。

术和管理水平来说,都是比较落后的。

为了使这个新升格的地市级医院能够按照地市级医院的标准迅速发展起来,能够担负起全市(共辖3区,2市,5县,其中2个少数民族县)360万人口的医疗保健和技术指导任务,清远市委、市政府在广东省卫生厅的支持下调来原阳山县医院院长郑少俊出任该院院长,对他的要求是:在现阶段市财政非常拮据不能给医院增拨很多经费的条件下,要迅速改变医院面貌成为合格的地市级医院。形势逼人,形势也能造就人。郑少俊院长面对资金短缺、技术落后、人才匮乏、房屋破旧的严峻局面,学习邓小平建设有中国特色社会主义理论,分析国家经济体制转变后卫生经济政策的变化,把现代管理科学与市场经济机制引进医院经营管理,从而形成和确定下述的办院观点:

①破除“等、靠、要”思想,立足于自力更生,走自我生存、发展与完善之路。

②以提高医疗质量为中心,搞好服务工作,树立医院信誉,求得社会的支持。

③向管理要效益,对人、财、物、时间、信息实行全面科学管理,挖掘内在潜力,降低成本消耗。

按照上述思想观点进行经营管理,逐步形成一整套制度,概括起来就叫做“优质高效低耗医院管理模式”。经过9年的奋斗,医院出现了奇迹般的变化:

——新建急诊、门诊、化验、科技、制剂、职工住宅等大楼共12座,增加建筑面积4.8万平方米,其中增建业务用房3.8万平方米,比1988年增加4.5倍。

——现有CT、ECT、核磁共振、螺旋式CT、彩色多普勒等价值万元以上医疗设备175台(套),专用医疗设备1514台。

——医院固定资产总值达9894万元,其中医疗设备总值3911万元,分别比1988年增长27.7倍和86倍,每编制床位占用固定资产21万元,增长14.8倍。

——临床医技科室从12个增至37个,职能科室从4个增至15个,住院病区从6个增至17个,二级专业分科21个,实际开放床位从260张增至519

张。

——技术人才,9年来从省内外引进副高职以上学科带头人和技术骨干15名,中级职称人员51名,本科毕业生及研究生67名。现有职工586人,其中主任医师10人,副主任医师25人,中级技术人员116人。

医院基建规模及设备、技术的这些巨变,反映到业务上切实做到了优质高效低耗,主要指标如下:

——医院服务能力大幅度增强。1996年门诊总量53.2万人次,急诊总量7.9万人次,出院病人1.12万人次,完成大中型手术3311例,分别比1988年增长58.1%、220%、63.6%、122%。过去只能做一般手术,如今开展了心脏手术、断肢再植、全喉切除、自身骨髓移植、宫内疾病诊断及生长监测等技术。

1996年病床周转次数为28次,病床使用率为90.7%,平均住院日数为11.9天,住院抢救危重病人1273次,成功率为93.2%。

1996年平均每门诊人次费用为52元,平均每一出院人次费用为3598元,药品收入占业务收入37.95%。

——综合管理效益大幅度提高。与1988年相比,1996年全院业务收入7332万元,增长19.5倍,医疗消耗成本下降19.65%,业务收支结余增长117倍,全员劳动效率增长10.6倍,职工个人年平均收入增长13倍,达到2.5万元。

9年来,医院共积累再投入的发展基金6483万元,使医院发展和提高有了雄厚的经济力量。

## (二)

清远市人民医院实施优质高效低耗模式,在六七年时间内把一个较落后的县级医院改造成三级甲等医院(1995年正式评定),并被评为全国卫生系统先进集体,获得如此巨大成就的主要原因是郑少俊院长及其领导班子正确理解和掌握了邓小平建设有中国特色社会主义理论,从思想方法到工作方法都突破了传统观点的影响,大胆地进行了革新。基本内涵有三点:

一是,解放思想树立新的效益观点。把邓小平的“三个有利于”观点化入



了医院经营管理,以“有利于人民医疗保健,有利于增强医院服务能力,有利于提高医院综合管理效益”作为办好医院的标准,改革和发展的依据。首先是在解决资金不足问题上打破了常规做法,利用市场经济筹集资金办法,采用和开辟了多元化的筹资渠道。9年来,共筹集医院建设资金 12 032 万元,其中,向金融市场及市财政滚动式贷款 2 715 万元,开发产业引进外资 1 758 万元,由社会各界和港澳同胞捐助 384 万元,医院职工集资 692 万元,医院业务收入积累 6 483 万元。用途是:基本建设投资 4 528 万元,购置医疗设备 4 094 万元,治理环境及征用土地 186 万元,其他固定资产投资 1 086 万元,归还贷款和合资成本共 2 038 万元。

这种筹资和投资取向,是该院迅速扩大规模,增强服务能力,提高综合效益,实现良性发展的基本保证。

二是,充分运用国家给予的经营管理自主权,大胆进行改革,创立了一套与市场经济发展规律相适应的管理体制,保障了人、财、物、时间、信息都产生高效益。

1. 领导方法,建立了集体讨论、院长决策、两级负责、层级管理的现代管理网络。医院各项重大改革、发展目标和业务建设,都是先由院科两级干部和党委进行论证,再提交院务工作会议、职代会、党员大会进行论证,最后由院长决策,并组织实施。

2. 人事管理,实行全员劳动聘任合同制,以事设岗,以岗定员,逐级聘任和管理。具体做法是:医院对科室负责人、科室负责人对一般人员进行聘任,由聘任者与受聘者当面协议,说明受聘期的职务、岗位职责和职业道德的规范要求,签订应聘合同书。对各科室的解聘人员,由院方另行安排工作或者跟班学习,发基本工资,停发奖金。按此办法每年进行一次,实质上是对全院职工不断进行才能、技术、品德和服务态度的考核与筛选,达到了一举三得:可以促进职工们爱岗敬业;可以保证人才不断优化;可以严格控编,把住进人关。该院实际开放床位 519 张,按卫生部颁发的医院工作人员与床位比例的最低标准,一个 520 床的三级医院,至少可用职工 830 名,而该院现有职工仅 586 名,少用 245 人,按每人年开支 2.5 万元计,仅此一项,就减少开支 612 万元。这是该院做到低耗的一个主要因素。

3、质量管理,推行全面质量管理,开展全面优质服务,使服务质量、医疗质量都持续提高。具体措施是:

(1)在院长主持下,建立一支目标明确、责权利结合、协调而有效率的管理工作队伍,形成医技保临床,后勤保全院,逐级监控与横向监控相协调,自上而下与自下而上的监控相制约,院内监控与院外监控相配合,工作监控与统计监控相结合的服务质量和医疗质量管理网络系统。

(2)树立良好社会信誉是效益的新观念。办法是:第一,向全院职工发布“五不准”规定:一不准在任何时间、任何场合与病人或病人家属发生争吵;二不准以任何借口推诿病人,延误抢救时机;三不准向病人索取钱物,收受红包;四不准私设药房和在采购药品器械时拿回扣;五不准私自行医,从事第二职业和业余门诊,损公肥私。第二,经常组织医务人员上街为群众作义务咨询,登门给各机关、团体、学校做义务体检及妇儿保健。第三,减免费用为贫困企业职工和居民进行体检,为灾区提供免费医疗。

(3)通过建立严密检控制度狠抓环节质量,提高医疗质量。办法是坚持以“一个标准”、“两个规范”进行效果评价,即以48项质量统计指标作为标准,以病历规范及危重病人抢救规范作为依据,划分组织、制度、行政、医疗、护理、财务、设备、后勤、安全9个小组,平时进行随机抽检的工作检控,季末进行资料汇总分析的统计检控,平时检控结果归入季末统计。由质量监控委员会组织造册评分,召开受控科室负责人协调会议,公布季度检控结果及奖惩分数,并报财务科按分数计发或扣发奖金。

4、经济管理,实行全员参与的十分严密的高效低耗的经济核算。具体做法是:

(1)对全院职工反复进行经营观点三过渡的教育,即:医院要从纯福利型向福利与公益事业型过渡;财会人员要从记账报账型向核算管理型过渡;医疗骨干要从单纯技术型向技术管理型过渡。

(2)医院建立总会计师责任制,负责主管全院的经济核算,直接对院长负责,以财务科为核算指导中心,各科室为责任中心,责任会计与科室管理员为核算责任人,科室核算责任人负责科室经营核算工作,直接对科主任、护士长负责。

(3)实行院科两级核算和院科两级分配。医院统一定额管理、计量管理和全成本核算;科室每月向核算中心提出准确的借贷记账汇报及收支统计信息。核算中心运用会计核算、统计核算、业务核算方法,对院科两级各项经济技术指标进行全面复核控制和分析运算,由总会计师主持效益分配。医院对科室业绩浮动奖金的分配,采用质量控制、收支结余提成的形式;科室分配个人,采用绩效结合、拉开差距的原则,力求创收积累与个人分配达到合理适度,使医院与个人利益同步增加。科室收支结余提成比例公式如下:

$$\text{科室提成比例} = \frac{\text{预定全院年人平均奖金额} \times \text{科室定员数}}{\text{上年度科室收支结余额}} \times 100\%$$

该院保收、创收的方法,主要从提供便民措施、提高工作效率、发展技术、开发专科着手,贯彻质中取信、量中创收的原则。衡量工作效率基本指标是:在册职工年平均门诊量为750人次,年平均管床位为210床日。以衡量基本指标计算全员门诊劳动效率与住院劳动效率,便于分析原因,计算结果高于1为佳:

$$\text{全员门诊劳动效率} = \frac{\text{当年门急诊人次}}{750 \times \text{在册职工数}}$$

$$\text{全员住院劳动效率} = \frac{\text{当年出院者床位日数}}{210 \times \text{在册职工数}}$$

该院降低药品收入比例的办法是:①抓好多发病、常见病种的诊治用药规范;②取消专职药品采购员,成立药事委员会,实行药事监督与控制,药剂科负责处方分析、编制进货计划、组织供应;③禁止非临床药品及保健性补品的购销,严禁进行院内药品传销和科室自行进药,规定进口药品不超过购药的10%。从而使年药品收入占业务收入的比重从1987年的57.79%下降至1996年37.85%。

该院控制消耗成本的办法是:①实行全成本院科两级核算和核算后分配制度;②将药品、卫生材料及业务费用列为医院调控的主要内容,每年年终对其消耗情况组织专题分析,提出改进措施;③抓住卫生材料购销流程,完善购、存、领、用等环节,健全科室储存与班次消耗、班次责任人与使用数量、三联发票与处方核对的制度;④重点防止“人情检查”与检查不收费的行为;⑤低值材料及业务费用主要通过定额消耗与计量消耗进行管理。从而有效地

控制了经营服务的各种耗用成本。该院 1996 年的消耗成本比 1987 年下降 19.65%。

三是,按照医院发展内在规律,正确处理基建、设备、人才三者的关系,使投资项目同步配套,及时产生效益。这是清远市医院经营管理能够做到优质、高效、低耗的又一个重要原因。

从第一部分所述该院筹资与投资情况来看,他们经营之道,基本上是负债经营,以投资促发展,在发展中求效益。这是风险很大的经营方法,然而他们获得了巨大成功。这是由于他们对新时期的市场关系和医院发展的内在规律,都有清醒的认识,十分严肃地和慎密地处理了下述三方面的问题:

投资:为避免失误,他们实行了 5 条做法:(1)每年负债余额控制在当年业务盈余的 70%,少余少贷,避免债务过重,压力太大。(2)自我积累的资金与借贷数额统一计划、统一使用,选定项目及时配套上马,缩短投资回本周期。(3)非生产性开支及无效固定资产投资,不占用借贷资金。(4)坚持有借有还,贷必付利的事业信用。(5)医院领导班子严格把关,廉洁自律,每个重大投资项目都经过主管院长主持专业论证,提交院领导班子集体审议,项目合同及价格还要由总会计师主持审核,而后由院长决策并组织专门小组进行项目上马的筹划工作。

配套:为避免漫无止境的项目资金滞留,保证项目建设的及时同步配套:他们事前做了以下规定:(1)按照医院发展总体规划,建筑立项与施建进度的安排,尽可能与项目建设的预期目标相符。(2)设备定货期与到货期,与用房落成期相符,配套设施及时安装。(3)人员配备及培训提前进行。(4)专业技术人才按计划引进或聘请,预期到位。(5)项目的机构、编制、学科行政关系,带头人、物资供应及收费价格申报等项工作,都在同时完成。

用人:贯彻了邓小平“尊重知识,尊重人才”的指示,具体做法是:(1)要求院科两级领导都要有爱才之心,识才之能,容才之量,育才之责。(2)对慕名而来的各路人才,恭留善用,大胆引进。(3)坚持设岗定职、因事择人,并结合医院工作特点,择优选用入编人员。(4)让有望成才之人脱颖而出,用人不追求名气,讲求真才实学,才高者委以重用。9 年来,该院从外地引进和分配各类专业人员共达 401 名,培训人才投资共达 413 万元。

### (三)

综观清远市人民医院创立的优质高效低耗的经营管理模式,我们认为实质上是走出了一条以邓小平理论为指导的、有中国特色的医院经营管理的道路,即:既运用了市场经济的经营机制,又坚持了社会主义的办院原则,实现了公平与效益、质量与效率、民主与集中的统一。体现在:

——筹措医院发展资金,遵循了“开源节流,共同负担”的原则,既不是消极地等待国家和地方政府增加投入,又没有采取过度服务手段以提高医疗费用来增加收入。而是把扩大医疗服务范围,增设服务项目,提高医疗服务质量,提高经济收支结余率作为开源的主渠道;同时,把加强经济核算,降低成本,减少浪费,堵塞漏洞作为增收的主源泉。所以,该院9年来尽管投入很大,可以说是高投入,但并没有陷入“高投入、高成本、高消耗、高收费”这样的恶性圈子。该院1996年的门诊费用和住院费用都在同类医院的全国平均数以下,没有造成医疗费用急剧增涨的趋势。这在地处东南沿海的广东地区是很难得的。

——经营管理,突出了社会效益,以信誉为本,要求全院职工树立“医德就是本钱,信誉就是效益,质量就是生命”的新观点,通过优质高效低耗的服务,赢得社会的支持和病人的向往。特别难得的是,不仅把低耗作为医院增收的措施,而且也是着眼于病人的利益,为了减轻病人的负担。这里要特别提出的是,前几年,在开展特殊医疗服务的思潮影响下,不少医院都实行了优质优价、优先优价以及点名手术等高价服务,而该院仍然坚持敞开专科、专家门诊,不另加价。这说明该院在运用市场经济机制改进医院经营管理工作中抵制了市场经济的消极因素的影响。所以,赢得社会各界的普遍赞扬。1996年,清远市委、市政府在全市开展“十佳文明窗口”评选活动所收回的6万张选票中,该院就获得5.7万张赞成票,名列十佳榜首。

——权力的运用(包括重大决策、人事任免、劳务分配和奖惩),既发扬了民主,又体现了集中,形成了强有力的院科两级领导核心,从而能使全院职工团结一致,同心合力,为振兴清远市医院作艰苦的奋斗。起关键作用的,是以郑少俊院长为首的医院党政领导成员,精诚团结,严于律己,从不滥用权力谋

取私利,在各个方面都以身作则,率先垂范。特别是郑少俊同志既能抓住一切机遇,大胆开拓;又能坚持党性,敢于抵制一切不正之风。这些优良的领导素质,是该院建立优质高效低耗管理模式诸要素中起决定性作用的要素。

中共中央、国务院在《关于卫生改革与发展的决定》中指出:“卫生改革的目的在于增强卫生事业的活力,充分调动卫生机构和卫生人员的积极性,不断提高卫生服务的质量和效率,更好地为人民健康服务,为社会主义现代化建设服务。要适应社会主义市场经济的发展,遵循卫生事业发展的内在规律,逐步建立起宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制。”我们认为清远市医院实现了这个指示和要求,可作为一个典范。

# 积极探索医疗改革的新思路\*

1998年2月

党的十五大以后,医药卫生战线同全国其他战线一样,都在以十五大精神为指导,积极寻求并大胆探索适应社会主义市场经济的新思路。由此也引起我对医疗机构改革与发展的一些新思考。分述如下,就教于专家学者。

## 近年来医疗机构运行出现的新特点

全国卫生工作会议以前,医疗服务工作中的主要问题或者叫热点问题,是医疗费用急剧上涨,大大超过国民经济增长总值和国民收入的增长水平,从而出现一种恶性循环:一方面是许多患者因医疗费用高看不起病,使许多医院门诊量和住院人数都有所减少;另一方面是许多医院为求生存,还不得不在提高医疗费上做文章。造成这种情况的原因,从经济学观点说,主要是经济体制和财政体制改革以后国家对医疗机构的经费补助减少,医院经常性开支甚至包括增添一些大型设备主要靠业务收入补偿;而技术劳务收费标准又受物价管理部门的严格监控,不能按成本收费。为了突破这个“夹谷”,谋求收支平衡,许多医院就在药物和设备上寻找出路,因而普遍出现“大处方、滥检查”的行为。对病人加重了经济负担,对医院造成了业务萎缩。

为纠正这种不正常现象,使医疗服务事业健康发展,中央在《关于卫生改革与发展的决定》中提出两项政策措施,一是增加对卫生事业的投入,二是调整医疗收费结构,提高技术劳务收费价格。从一年来各省、区、市贯彻执行

---

\* 这是作者学习十五大报告后就医疗事业宏观改革问题写的一篇文章。

情况看,第一项政策的主要受益者是两头,即城市的一些大医院和农村基层医疗机构。例如,河南省一年增加一亿三千多万元的卫生经费,其中一亿元是给省直两所大医院,二千万元给农村卫生“三项建设”,另外一千多万元是支持计划免疫。其他各省的做法也大致一样。去年全国农村卫生“三项建设”共投入 20 亿元,约有 3 500 个卫生院、防疫站和妇保站得到改造。第二项政策——提高技术劳务收费标准,虽然是面对全国各级各类医疗机构,但由于医院的等次不同,受益大的仍是技术占优势的大医院,而且提高的幅度有限,不能完全抵偿成本消耗。这就是说,这两项政策的实施,对于中间层次的中小型医院,或由于党政领导重视不够,或由于地方财力不足,一般都受益不大。这是一个新情况。

另一个新情况是,近年来在一些地方推行的新的职工医疗保障制度和医疗费用的“总量控制”的措施,对于抑制医疗费用不合理增长,减少医疗资源浪费,都有明显的效果。但由于许多企事业单位处于亏损状态,职工医疗保障基金不能如数按期到位;医疗收费结构未能及时调整或调整的不尽合理,等等原因,使许多中小型医院不但没有增加收入,反而日益亏损。据九江市市直 7 所医院统计,1994 年业务收入增长率为 33.4%,收支基本平衡,从 1995 年起收入增长率即大幅度下降,1995 年为 6.3%,1996 年为 6.2%,而卫生材料消耗、医疗设备更新和维修费增长率却分别为 12.8%、25% 和 33%,支出大大超过收入,单是第二人民医院一年就亏损 158 万元。

上述情况反映出近年来全国医疗机构运行态势是:部属和省属的大医院,在国家重点扶持和技术上占优势的作用下困难有所缓解;农村基层卫生机构由于国家投入重点的倾斜,合作医疗制度的重建和乡村两级卫生机构一体化的推行,困难也开始减轻;惟独处在中间层次的医院和一些企业医院的困难处境没有松动。因此,我觉得现阶段的医疗改革应在继续抓紧抓好上下两头的同时,对整个医疗系统的改革与发展问题作全盘考虑,把中间层次的问题也提上议事日程,抓紧研究制订出一个整体的全面的改革与发展方案。中间层次的医院数量很大,办得好坏对人民健康和社会发展都影响极大,而从建设比较完善的医疗服务体系,全面提高医疗质量和工作效率来说,解决好这个中间层次的问题对上下两头都有促进。



## 中间层医疗机构困难增多的根本原因

上述中间层次的广大医院群体,在近年来国家连续采取几项重大改革措施以后,困难处境未能缓解,甚至在一些地方有越来越重的趋势,其原因,从整体上看,是长期以来积累的体制上和结构上的矛盾,在十多年来的改革中没有得到解决,甚至还有发展。具体表现在下列几个方面:

一是,我国医疗机构(包括机构、床位、人员)的总量,经过建国以来数十年特别是改革以来近二十年的发展,与现阶段人民群众的需求(医疗消费水平)相比在许多地方(主要是城市)已达到供过于求的程度,按市场规律来说,已从卖方市场转为买方市场。据 1997 年统计,我国人均占有病床、医生数及一些现代化的大型高档的医疗设备都已达到或接近中等发达国家水平,而人均收入和消费水平却还远远落后于中等发达国家。这种供过于求状态带来的问题必然是门诊人数减少,病床和医疗设备利用率不高,根据卫生统计,1990 年每一医生全年诊疗 1 683 人次,住院 766 床日,到 1996 年降至 1 195 人次和 545 床日,分别下降 29% 左右。这是总的原因。

二是,改革开放以后,社会办的医疗机构和个人开业在许多地方失控,形成对公立医疗机构的包围圈,有的甚至不择手段地与公立医疗机构抢夺医疗市场,而公立医疗机构又大多沿袭旧的办医方式不变,官僚主义陋习严重影响服务质量和竞争力。这是一些中小型医院门诊和住院人数下降的又一原因。据 92 个城市卫生服务调查表明,从 1986 年到 1996 年,中等医院门诊量下降 50%,小医院门诊量下降 70%。允许社会办医和个人开业,本是为了充分开发医疗资源以补公立医疗机构力量之不足,并借以促进公立医疗机构服务态度的改善。但控制管理不严,形成自流状态,就有损于医疗事业的健康发展。

三是,改革开放以后,对医疗机构领导管理体制上的弊端例如条块分割、领导多头、各自为政、设置无序、布局混乱的情况,基本上没有触动,甚至还有发展。原来实行的划区分级医疗和逐级进行技术指导的秩序被打乱,而又未

建立起与新的社会经济运作方式相适应的新制度,从而导致病人流向混乱,引发出一些医疗机构不健康的竞争思想,盲目地增添高档医疗器械,扩大规模,结果是得不偿失,造成资源浪费,加大亏损。

四是,许多中小医院的诊疗技术水平低,尤其对一些慢性疾病诊断准确率和治愈率都不高,以致不少患者舍近求远,涌向城市大医院,造成城市大医院人满为患,基层医院病人稀少的“倒三角”现象。有资料反映,1994年全国医院业务收入720亿元,其中慢性病人门诊和住院的收入达418亿,占58%。据抽样调查,到城市大医院求治的慢性病人有68%本应在基层医院解决。

五是,许多医院规模过大,机构臃肿,严重超编,造成冗员过多,效率不高,工资福利等开支日益加重。估计以医生为主的各类卫生人员相对富余100万左右,其中大部分属于公职人员,每年人头费多耗费80亿元以上。

这五个方面的问题,是长期积累下来的深层次的矛盾,随着改革的深入日益突出。单靠各医院自身改革不可能解决,也不是国家增加一点经费投入和对医疗收费进行总量控制所能完全解决。应以党的十五大精神为指导,积极寻求与社会主义市场经济相适应的深化医疗改革的新思路、新措施。

## 深化改革重点在于调整存量结构

当前医疗机构出现的各种矛盾,是与我国经济工作中(包括体制、结构和政策)存在的矛盾和问题紧密相关。因此,解决矛盾也应参照经济体制改革的策略和办法。

关于经济体制改革,江泽民同志在党的十五大的报告中提出了崭新的总思路:“要根据我国经济发展状况,充分考虑世界科学技术加快发展和国际经济加速重组的趋势,着眼于全面提高国民经济整体素质和效益,增强综合国力和国际竞争力,对经济结构进行战略性调整。”我觉得江总书记的这段话也完全适用于医疗工作,把它引伸过来,似可表述为:要根据我国卫生事业发展状况,充分考虑世界卫生革命形势和我国经济社会发展趋势及人民大众对健康的需求,着眼于全面提高医疗工作整体素质和医疗保健水平,对医疗结构

进行战略性调整。

所谓对医疗结构进行战略性调整,就是以中央《决定》提出的“到 2010 年,在全国建立起适应社会主义市场经济体制和人民健康需求的、比较完善的卫生体系”为总目标,以大卫生观为座标,以规划为导向,走质量效益发展道路,对全国现存的各级各类医疗机构(包括城市大医院和农村卫生机构),采取评估、定位、求衡、消肿、补短等措施,进行调整、改革和整顿,使医疗保健服务工作全面走上公平与效率相统一的轨道,健康、协调、持续地向前发展。

**评估:**就是按照建立社会主义统一大市场和医疗服务总量平衡的原则,对现有的各种形式所有制的医疗机构,以省(自治区、直辖市)为单位进行存量评估,立足于社会主义初级阶段的国情,根据疾病发展趋势和人口发展变化情况,计算出今后 10~20 年全社会对医疗服务的需求量(包括总量和各个项目、专业的分量),作为调整、改革和发展的依据。

**定位:**就是按照区域卫生规划、划区分级医疗保健和逐级进行技术指导的原则,对现存的各级各类医疗机构,按其规模、功能、技术特长和所处的地理位置,确立其在三级医疗保健服务体系的地位、任务和服务范围。同时,对改革后的职工医疗进行定点,使它们各得其所,充分发挥资源的效用。

**求衡:**就是调整与纠正某些地区现存医疗力量与现阶段社会需求的过大偏差,采取关、停、并、转等办法进行调整与纠正,使医疗资源的配置与利用趋于合理和平衡,主动适应医疗服务市场。

**消肿:**就是针对各级医疗机构(包括城市大医院和农村卫生院)普遍存在人浮于事、效率不高、成本增大、经济亏损的情况,按照十五大和中央《决定》中提出的改革精神进行精简,裁减不必要的机构和人员,参照工业企业的做法,转岗分流,另行安置就业。

**补短:**就是根据疾病结构的变化,针对现存医疗机构在某些服务项目上短缺或技术力量不足的现象,予以适当的填补或充实,或是增设专业医疗机构,或是增加专门科室,或是增添相关设备和技术人员。

上述五项,均属结构性调整,但要使其顺利实行,则有赖于体制改革的深化,不改革旧的经营管理体制,上述结构性调整都难以进行,即使进行也难以奏效。这就要依靠国务院和各省(自治区、直辖市)政府在改革政策上作出决

断。

1. 在经营管理体制上改现行的条块分割为条块结合属地化管理。企事业单位所属的医疗机构根据不同情况,或划归地方统一经营管理,或保持原有产权、体制不变,在工作上纳入区域卫生规划和划区分级医疗范围和序列。

对县以上医疗机构的基本建设及大型医疗设备的购置维修经费由中央和省两级财政预算列支,交卫生部和卫生厅(局)掌管核拨;人员经费由同级政府根据各医疗机构的不同情况及其承担的任务,给予补助。

2. 随着国民经济增长,国家逐步提高对卫生的投入,调整投资结构和比例,缩小卫生资源配置的城乡差距,加大对基层医疗机构投入的比例,逐渐改变目前医疗资源配置倒三角型的格局。

同时,要加强社区卫生服务,将区域卫生规划、社区卫生服务和医疗机构改革有机地结合起来,利用关停并转医疗卫生机构的固定资产和人员建立社区卫生服务机构,并使医疗保险与社区卫生服务挂钩,形成紧密的依存关系。

3. 按照十五大提出的“公有制实现形式可以而且应当多样化”和“三个有利于”的精神,允许一些医院在不打乱区域卫生规划和划区分级医疗制度的前提下改变经营体制、产权形式和运行机制,开发和利用社会资源,增强医院活力,减轻国家负担。

4. 进一步扩大医院经营自主权,实行新的人事制度。参照北京市最近的做法,可从5个方面做起:一是加强编制管理,紧缩人员编制,重新制定市场经济条件下医疗机构新的人员编制标准。二是按岗位职数聘任上岗,实行合同制管理。对院长实行任期目标责任制,对中层干部实行目标管理责任制,中层职能部门的一般管理人员实行职员聘任制,对专业技术人员实行专业技术职务聘任制,对工勤人员实行合同聘任制,三是减员增效。实行按需设岗,变现行的身份管理为岗位管理进行知识、学历、年龄结构的调整,使职工队伍精干高效,把岗位富余人员减下来,促其合理流动。四是启动卫生人员服务中心,发挥卫生人才市场中介作用。五是着手研究社区卫生服务所需的全科医师序列的评审标准、条件及程序。

以上意见,是根据十五大精神和中央《决定》提出的卫生改革“要适应社会主义市场经济的发展,遵循卫生事业发展内在规律,逐步建立起宏观调控

有力、微观运行富有生机的新机制”的总体思路,参照当前经济改革实行的“总量控制,结构调整(重点是调整存量结构)”的做法,将医疗机构宏观改革与微观结合起来同步进行的一种设想。涉及面广,需解决的问题很多,实行起来可能难度很大。但从发展观点看,这是建立比较完善的医疗服务体系必由之路,而目前又正是进行这种深层次改革的有利时机。按照十五大的部署,目前全国经济运行和发展格局正在发生历史性的变化,为使国有经济布局 and 结构向适应市场经济要求的方向加速转变,中央采取的政策措施是抓大放小,鼓励兼并,规范破产,下岗分流,减员增效,实施再就业工程。这个浪潮必然会波及医疗服务行业。乘此时机,我们制订出相应的医疗机构深化改革办法,逐步付诸实施,将会是顺水推舟,可收事半功倍之效。

# 办好农村卫协 促进农村卫生工作全面发展\*

1998年5月

各位代表：

现在，我代表中国农村卫生协会第二届理事会作工作报告。

## 对过去五年工作的回顾

中国农村卫生协会第二次全国会员代表会议是于1992年12月在北京召开的，迄今已经5年了。这5年来，在邓小平建设有中国特色社会主义理论的指导下，在以江泽民同志为核心的党中央的领导下，我国两个文明建设都取得了辉煌的成就。从农村来说，农业经济持续上升，农民生活逐渐接近小康水平，农村卫生体制经过改革整顿逐步走上与市场经济和社会发展相适应的轨道。在这个形势下，五年来我会主要进行了三个方面的工作：

（一）加强协会自身建设，探索出一条自我发展的道路。

我会成立于1986年7月，当时的历史背景是：随着农村经济体制改革的深化和市场经济大潮的兴起，过去在计划经济体制下形成的农村医疗卫生体制和管理方式都发生了变动，一方面是医疗卫生机构出现多种形式，社会办医大量增加，许多乡村医生离开集体走向个人经营，假医假药充斥市场；另一方面是各级政府机构包括卫生行政部门都要进行改革和精简，转变职能，一

---

\* 这是作者于1998年5月在北京召开的中国农村卫生协会第三次会员代表会议上所作的工作报告。

般的行业管理要多发挥各种社团和行业组织的作用。针对这个形势和情况,卫生部参照我国建国初期的做法和国际经验,决定成立中国农村卫生协会,作为全国农村卫生机构和农村卫生工作者共同组成的社会团体,具有行业管理和学术组织的双重性能。

自1986年到1992年,是本会的初创时期。这个阶段虽然困难,但还给予几名人员编制,每年拨给几万元人头费和专项经费。从1993年起,国家对一般社会团体停发各种补贴,包括人员工资和事业费等全部停发,完全靠自己经营维持生存。在这种情况下,本会既要自筹工作人员的工资福利费,又要自筹办公费、差旅费、设备费,还要自筹开展各项服务工作的事业经费,“巧媳妇难为无米之炊”,真是困难重重,举步维艰。面对困难,我们没有别的选择,只能下定决心,排除万难,硬着头皮向前闯,采取自力更生,以会养会、从服务中求生存、从服务中求发展的办法,经过几年奋斗拼搏,终于走出沼泽地,初见曙光。目前,我会在自身建设上已奠定了初步的基础,不仅能维持协会的生存,而且办了几件涵盖全国农村卫生发展的大事和实事,显示了农村卫生协会的价值和作用。

五年来,我们立足于自立自强,闯出这个自我发展道路的主要做法,就是加强自身建设,实行“三勤”,一靠勤奋,二靠勤俭,三靠勤劳。所谓勤奋,就是对事业执着追求,奋发图强,坚持不懈;所谓勤俭,就是勤俭节约,挖掘潜能,精打细算,一个人顶几个人用,一元钱顶几元钱花,少花钱,多办事;所谓勤劳,就是不计较报酬,不怕辛苦,齐心协力,全身心地投入,勤劳地服务。我们就是依靠这“三勤”精神扎下工作根基。许多地方卫生协会如江苏、四川、辽宁、吉林、湖南、湖北、福建、山东、黑龙江等省,也是在这个精神指导下,振兴和发展起来的。例如四川省农村卫生协会通过收取会费、争取医药厂商赞助、开展药品供销委托有偿服务、举办专科门诊等服务工作,解决协会和两个专业委员会的活动经费,并购置了一套办公用房及设备,工作搞得颇有起色。

(二)积极参与农村卫生改革和建设,发挥参谋、助手作用。

这方面的工作主要是围绕着一个目标做了三件事。一个目标是:坚持和完善农村卫生事业的“三根支柱”——合作医疗制度、乡村医生队伍、县乡村三级医疗卫生服务网。三件事是:

1. 组织专家学者对我国农村卫生工作基本制度进行了广泛深入的调查研究和科学论证,写出了一系列论文,如《论农村卫生暨初级卫生保健》、《论合作医疗》、《坚持卫生改革的正确方向》、《关于全面地表述新时期卫生工作方针的建议》、《论“以农村为重点”的战略意义及运作方式》等;并积极参与卫生部关于农村卫生改革与建设,关于发展和完善农村合作医疗保健制度和乡村医生管理办法等政策法规的研究论证工作,提出许多建设性意见。我们感到特别的欣慰的是,上述的一些建议,如“把医疗卫生工作的重点放到农村”纳入新时期卫生工作方针的建议,关于应把合作医疗、乡村医生和农村三级医疗卫生服务网作为我国农村卫生服务体系三根支柱的建议等等,均得到了国务院和卫生部有关领导同志的肯定和采纳,并已被纳入了中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》之中。

2. 配合卫生行政部门,加强对农村基层卫生组织和农村卫生人员管理,巩固乡村医生及集体卫生人员队伍。在这方面,中国农村卫生协会和各地农村卫生协会也办了不少实事。其中在农村卫生人员中影响较大的:一是由中国农村卫生协会牵头,联合卫生部医政司和《健康报》社(后来还有卫生部妇幼卫生司、国家中医药管理局医政司)开展两次评选和表彰全国优秀乡村医生活动。这是建国以来的创举。第一次是1993年,由全国各省、自治区、直辖市及其所属二千余个县(市)卫生部门从下而上评选,共选出五千多名优秀乡村医生,在此基础上优中选优,从中精选出一百名作为全国模范乡村医生,授予全国模范乡村医生称号,在北京举行表彰大会,由国务院和卫生部领导同志授奖。第二次是参照第一次做法,从去年开始评选,共选出新的优秀乡村医生近四千名,模范乡村医生102名。这些全国模范乡村医生也应邀来北京参加这次三代会,并将在这次会议上进行表彰奖励。

二是一些地方农村卫生协会采取各种形式为会员办实事,排忧解难。有的是按照“国家、集体、个人各拿一点”的办法,筹集资金,建立农村集体卫生人员和乡村医生退休养老保障制度;有的是举办“乡村医生之家”、“老年卫生人员之家”等福利性设施开展服务活动;有的是采取节日慰问、困难补助和出外旅游、疗养等形式,加强与会员的联系。沈阳市卫生协会还制定了《卫生协会会员助学金、奖学金的暂行规定》,投入资金帮助区、县卫协会员参加该市



医学院举办的医学基础教育。三是在卫生行政部门的统一规划下,积极参与医疗市场的清理整顿工作。有些县、市卫生行政部门按照《医疗机构管理条例》规定并把社会办医管理工作交给卫生协会,由卫生协会按照行业管理方式进行管理,收效甚好。江苏省南通、徐州、金坛等市农村卫生协会都设置专职人员协助卫生行政部门推行“四统一管理制度”,加强对村卫生室的管理,使绝大部分村卫生室达到甲级标准。辽宁省为把广大乡村医生组织到协会活动中来,专门制定了《乡(镇)卫生协会组织办法》,目前全省已有80%乡(镇)成立了卫生协会。四川省卫协还专门成立了县医院、农村卫生院两个管理协作委员会,开展协作和学术经验交流活动。以上各项工作对于健全县、乡、村三级卫生组织,克服农村医疗卫生服务工作的混乱现象,都起到一定的作用。

为了加强地方卫生协会的组织建设,总结交流地方卫协的工作经验,进一步发挥地方卫协的作用,我会与卫生部医政司联合于1996年开展了评选先进县(市)卫生协会的活动,由各省、自治区、直辖市卫生厅、局推荐,卫生部各有关部门和农村卫生协会的领导共同评议,确定242个县(市)卫生协会为全国先进县(市)卫生协会,1996年7月在北京举行经验交流会,并在人民大会堂召开了表彰大会。

3. 广泛开展学术交流和专业培训工作,提高农村卫生人员的技术水平和业务素质。为此,我们也办了几件实事:一是出版面向农村基层卫生人员的医药科技月刊——《中国乡村医药》杂志。从1994年6月创刊已出版44期。陈敏章部长曾撰文推荐这本刊物为“农村卫生人员的必读刊物”。卫生部发出通知,要求“利用《中国乡村医药》搞好乡村医生的继续教育”。从1996年起杂志增辟两个专栏——“乡村医生继续教育”和“乡村医生资格考试复习题解”,配合乡村医生资格考试做好培训和辅导工作。受到广大农村卫生人员的欢迎。二是举办农村医学学术会议,交流学术经验。从1993年开始已举办五次(每年一次),共交流各种论文近3000篇,参加会议宣读论文共达二百多人次。这也是建国以来的创举。从此许多土生土长的乡村医生都可以走上全国性的学术讲坛,发表学术见解,进行学术交流。正如我国著名医学家、全国人大副委员长吴阶平教授在首届全国农村医学学术会议上的讲话所指

出的“这是一件具有历史意义的大事”。三是开办短期培训,并与有关单位合作举办乡村医生函授教育。另外,还举办多期日语学习班,组织 100 余名农村卫生技术骨干赴日本国进行专业研修。

### (三)积极参加国际合作与交流,推进农村医学的发展。

中国农村卫生协会作为学术性团体,是与国际农村医学会和亚太地区农村医学会相应的对口组织,是这两个国际组织的主要成员。我国是世界上人口最多的农业大国,农村卫生工作在国际上享有盛誉。我们曾承办第四届亚洲农村医学会议和第十一届国际农村医学会议。我会主要负责人是国际农村医学会副会长、亚太地区农村医学会副主席。我会在推进国际农村医学交流与发展上负有重要义务和责任。

近 5 年来,我会每年都组织一些专家学者出访,参加各种学术会议,介绍我国农村医学发展情况,学习和吸收外国农村医学先进经验,对亚洲各国农村医学有了较多的了解。1996 年 5 月在日本北海道举行的第 7 届亚洲农村医学会议,我会常务副会长张自宽被指定作题为《论农村医学对农村社会健全发展的作用》的特别讲演。这篇讲演稿综合研究了国内外的信息资料,提出发展农村医学的一些新观点,受到了与会人员的称赞。在这次大会上,最引人注目的是中国代表,各国朋友对中国农村卫生工作的经验也最为关注。在会议期间举行的亚太地区农村医学会理事会还一致决定,第 8 届亚太地区农村医学大会将于 1999 年在中国广州举行,并一致推举张自宽教授担任第 8 届亚太地区农村医学会议主席。这些都充分说明,我国在国际农村医学界具有广泛的影响。

以上三个方面,是过去五年我会着力进行的主要工作,除此之外,我们还积极响应党中央、国务院号召,以实际行动支援农村贫困地区特别是革命老区的卫生事业建设。为了向贫困地区的农村卫生人员输送精神食粮,我会曾多次捐赠书刊杂志,其中捐赠给贫困地区乡村医生的《中国乡村医药》就达 2 万余册。价值 6 万多元。与此同时,我们还将一批价值 27 万元的日产医疗仪器其中包括 ICU、CCU、心电图机、显微镜等无偿地捐赠给陕北革命老区的绥德、吴堡二所县医院。这是我们对老区人民所表达的一片爱心,也是我们响应党中央、国务院关于扶贫和支援老区建设的一个实际行动。这件事情在

陕北老区引起了强烈反响,并被作为党中央关怀老区人民的一个具体例证,传为佳话。

总之,5年来,在卫生部的领导下,我会在推进农村卫生改革与发展,加强对农村卫生事业行业管理和学术交流方面都竭尽自己的努力,做了一些工作。可以说是初步开拓出了农村卫生协会工作的新局面。但从整体上看,作为全国性的农村卫生工作者的团体,发育还不成熟,组织还不健全,工作任务也有待进一步明确。特别是,协会作为一个全国性的社团法人实体,经济上还缺少实力,许多想办的事情还难以办到。许多地方卫生协会还处于“三无”——无会址、无专职人员、无固定经费——状态,难以显示出群众团体的优势和作用。

## 对今后5年工作的展望

今后5年,即从1998年到2002年,正是新旧世纪交替的时期,是我国人民在以江泽民同志为核心的党中央领导下,高举邓小平理论伟大旗帜,把建设有中国特色社会主义事业全面推向21世纪的关键时期。

在新旧世纪之交,我国卫生战线仍必须坚定不移地贯彻把工作的重点放到农村的方针,按照党的十五大精神和中央《关于卫生改革与发展的决定》,农村卫生工作应以落实初级卫生保健规划,实现人人享有卫生保健,提高医疗保健水平,促进小康县、乡、村建设为目标,在发展与完善合作医疗制度,完善县乡村三级医疗卫生服务网,巩固与提高基层卫生队伍特别是乡村医生队伍三个方面狠下功夫,为建立有中国特色的农村卫生体系奠定扎实的基础。

根据上述要求和当前农村社会形势,今后五年,农村卫生协会的组织及业务都会有较大的发展。因此做好上述三个方面的工作,除了国家要加强领导和宏观调控,加大资金投入外,同时需要依靠社会力量的支持、配合和监督。这是随着社会主义市场经济体制逐步发育成熟的必然趋势。

从管理角度来说,在社会主义初级阶段允许在公有制为主体的条件下发展多种形式的医疗卫生机构。十五大报告指出:要推进机构改革,按照社会

主义市场经济的要求,转变政府职能,实行政企分开,培育和发展中介组织。中央《决定》也指出:要改革卫生体制,各级卫生行政部门要转变职能,加强卫生行业管理。所谓发展中介组织,加强行业管理,就是要充分发挥各种行业协会、学会的作用,把一些具体管理工作交给协会、学会承担起来。

从服务工作来说,当前完善农村三级卫生服务网,巩固基层卫生队伍,最要紧的事情是妥善解决集体卫生人员和乡村医生的待遇问题和社会保障问题,特别是退休养老问题,以解除他们的后顾之忧。比较彻底的办法是比照国家对待农村民办教师的政策建立一种统一的保障制度。如果目前难以办到,则应总结和推广一些地方由卫生协会自己组织起来兴办各种集体福利的经验。各级卫生行政部门和政府有关部门对此应当积极地给予支持。

从提高卫生技术水平来说,当前我国农村卫生技术队伍的主要问题不是数量不足而是质量不高,绝大多数是中初级人员,没有受过正规培训或培训不足的占半数左右。这是许多农村卫生机构业务不振、病人流向城市的主要原因。随着农村居民生活水平的提高,人口结构和疾病谱的变化,社区卫生服务制度的兴起和拓展,对基层卫生人员的要求越来越高,不仅要有良好的业务素质,而且要有优良的思想品德,不仅要不断更新知识、提高技能,而且要向全科医疗方向发展。解决这个问题,单靠改革和发展医学院校教育是远远不够的,必须从多渠道多层次同时努力,如举办电视、函授教育,举办短期培训班,举行相关的学术会议,出版适应的医药刊物等,以短、平、快的方式,使广大的农村卫生人员迅速得到各自需要的新知识新技术,农村卫生协会开办这些工作有着巨大的潜力和优势,应当充分开拓和发挥。

综上所述,农村卫生协会不论作为行业管理的中介组织或是农村卫生的学术团体,都应随着国家经济、行政机构改革的深化和农村经济文化的发展而向前发展。基于这种认识,我会今后五年将在卫生部的领导和有关部门的支持配合下,努力做好下列工作:

第一,组织建设。在继续加强总会自身建设的同时,要加强与各省、区、市卫生厅、局和卫生协会的联系,遵照国家关于社团管理的有关规定,结合各地的实际情况,敦促各地尽快把地方卫生协会建立健全起来,做到有会址,有专职人员,有固定经费,成为名副其实的社会团体。

第二,业务指导。根据《中国农村卫生协会章程》规定的宗旨和任务,以及卫生部对协会工作的指示和要求,努力做好对农村卫生的调查研究和业务指导工作,充分发挥卫生行政部门的参谋助手作用。尤其要调查总结先进地区卫协会的实践经验,探索如何办好卫协会的新路子,使各级卫生协会特别是县(市)级卫生协会工作走向经常化、定式化(包括对会员的教育、管理和服务),真正成为联结农村卫生“三大支柱”的纽带,真正成为“农村卫生人员之家”,进一步增强协会的凝聚力。

第三,学术活动。按照对农村卫生人员进行继续教育和培养“全科医生”的要求,进一步办好《中国乡村医药》月刊,改进编辑工作和发行工作,提高刊物质量,扩大发行数量和覆盖面。这本杂志是中国农村卫生协会的会刊,是农村卫协会会员自己的刊物,所有的会员和会员单位都应该积极订阅,积极参与办刊,力求使它普及到所有乡镇卫生院和村卫生室。同时要进一步办好农村医学学术交流,办好各种培训班及电视函授教育,开辟多种途径给乡、村两级卫生人员以适宜医学知识和临床技术教育。

第四,国际交往。要扩大国际间的合作,加强科技信息交流,为发展我国和亚洲农村医学作出贡献。当前要积极做好准备,力求开好明年即将在广州举行的第8届亚太地区农村医学学术大会,进一步扩大我国在农村医学领域的国际影响。

同志们,古人云:“乘风破浪会有时,直挂云帆济沧海”。现在正是我们直挂云帆、乘风破浪、济渡沧海的大好时期。让我们在以江泽民同志为核心的党中央领导下,高举邓小平理论伟大旗帜,乘十五大的东风奋勇前进,办好各级农村卫生协会,为建设农村卫生体系而奋斗!

# 深化医院改革的底蕴与曙光\*

——山东省泰安市中心医院的调查

1998年7月

为了探索适合社会主义市场经济体制的医院经营管理模式,继去年7月对广东省清远市人民医院改革经验调研之后,最近我会又组织一个调查组对山东省泰安市中心医院深化改革情况进行了一次调研。这次调研,使我们进一步看到了深化医院改革的底蕴与曙光。

## 深化改革带来的巨大变化

泰安市中心医院位于山东省中南部泰山脚下,始建于1948年,是一所具有50年历史的综合型医院。作为一个地(市)级的医院,其发育成长过程跟同类型医院基本一样,都是随着社会经济的发展由小到大、由低到高逐步发展起来的。然而,在1991年以后的深化改革的大潮中,这个医院却以异乎寻常的速度腾飞起来,无论是建设规模、医疗设备、技术水平和管理水平都超过了许多同类型医院,是同类型医院改革的佼佼者。以该院自身比较(1997年与1990年比较),七年来发生了以下六个方面的巨变:

医院建筑面积由6.1万平方米增至12.1万平方米;医院床位由550张增至1000张;医院年收入由1284万元增至9686万元;年收支节余由280万元增至3220万元;医院固定资产由1290万元增至11935万元;万元以上设备

---

\* 这是作者于1998年4月率领中华医院管理调查组到泰安市中心医院考察后写的调查报告,发表于《中国医院》。

由 126 台增至 291 台。

该院目前的技术状况(亦即服务能力)是:

——在职人员 1 285 名,具有高级职称的医护人员 143 名,其中博士生 11 名,硕士生 39 名。

——设置 31 个临床科室,15 个医技科室,6 个科技实验机构和 ICU、CCU 监护病房。

——配备有先进的磁共振、CT 和高速螺旋 CT、三维立体成像数字减影血管造影系统、直线加速器、X 刀、全自动生化分析仪、彩色超声等先进仪器设备。

——开展的手术有:冠状动脉造影术、成形术及支架放置术,射频消融术,二尖瓣狭窄球囊扩张术,骨髓移植,肾脏移植,角膜移植,体外循环心脏瓣膜植换术、冠状动脉搭桥术,腹腔镜、胆道镜手术,脑立体定向手术,全喉切除再造发音重建术,断肢再植及拇指再造术。全院放射介入每年达 1 000 例以上。

——年门诊量 40 万人次,年出院病人 2 万人次,病床使用率达 95% 以上。全院病房都严格实行了标准化管理。并根据医学谱和疾病结构的变化,增添了许多新的服务措施,创造了优美的治疗环境,使患者和患者家属都得到温馨的感受。

特别值得指出的是,泰安市中心医院的外部经济环境和政策环境并不宽松,泰安市 533 万人口,大多数是农民,1997 年人均收入 3 667 元,社会消费水平属于中等,政府财力亦不宽裕,对医院的经济补偿比例跟一般地区一样也是在逐年减少。据该院历年财务统计分析,从 1991 年到 1997 年七年中增长的 10 645 万元的固定资产中,政府专项拨款仅有 1 168.2 万元,其余均是医院业务收入积累的。从 1990 年到 1997 年的 8 年中,医院实发工资总额为 5 984.12 万元,政府差额拨款共计 2 056.96 万元,不足之数全由医院业务收入弥补。政府差额拨款占工资总额的比例,1990 年为 67.63%,1997 年下降到 25.6%。这就是说,这个医院 7 年来业务大发展的资金来源,主要是来自医院内部,来自增收节支。

该院每个职工年均业务收入(即产值)1990 年为 13 184 元,1997 年增至

76 873 元,增长近 6 倍。但其收费标准与同级同类医院相比,并不算高,门诊、住院医疗费用都在全国平均数之下,1997 年全国省辖市、地区属医院平均每一门急诊人次医疗费用 67.0 元,平均每一出院病人住院医疗费用 3 030.2 元;该院分别为 63.84 元和 2 796 元。

以上数据表明,泰安市中心医院 7 年来固定资产的急剧增加,医疗业务的迅速发展,其经济来源,既不是政府的增加投入,也不是提高收费标准增加病人负担。而是靠优质的服务吸引了大量病人来该院就诊,靠加强科学管理创造良好的效益,这是该院业务发展的主要支撑力量。

## 引用市场机制于医疗服务工作

泰安市中心医院的真正崛起是在 1992 年 1 月邓小平南巡讲话发表之后。

南巡讲话使该院新上任的院长兼党委书记袁训书同志领悟到深化改革的精神实质,萌发出医院改革的新观念,概括起来是 8 个字:市场,发展,竞争,机遇。他认为,改革是为了建立社会主义市场经济体制,建立市场经济是为了发展生产力,市场经济是竞争的经济,竞争靠善于抓机遇。他以这个逻辑来观察和论证医院改革,产生了两个非常鲜明的观点:

一是发展观点。他认为:“搞医院改革单是提出‘适应’市场经济是不够的,而是要紧紧‘抓住’市场经济发展的宝贵机遇,促进医院各项工作的全面发展。”

二是竞争观点。他认为:“在市场经济体制下医疗服务存在市场是客观事实,有市场就有竞争,有竞争才有发展,发展靠竞争,竞争可使市场机制与医院科学管理结合起来,竞争才能促进医疗质量、医疗技术的提高,竞争必然迫使医院要从严治理,……总之,正是竞争才给医院的生存和发展带来了希望。”

在上述思想观点的指导下,泰安市中心医院确定了医院在市场竞争中的“五要素”,并制定了相应的实施对策:



一是,医疗服务态度。他们认为,这是医疗服务市场竞争的第一要素。实践这一要素的对策是:谁要是砸了医院的牌子(即败坏了医院的声誉),医院就要砸烂他的饭碗。具体做法是将正面弘扬与真抓实干结合起来,一方面加强精神文明教育,大力宣扬好人好事,开展“优质服务年”和由病人评选“满意科室”等活动;一方面坚决抵制和纠正不正之风,建立监督电话、院长信箱,发动病人举报,实行政工查房与住院病人满意度调查等制度,对服务态度不好的人进行严肃处理。

二是,医疗护理质量。他们认为,这是医疗服务市场竞争的关键要素。医疗质量不但是关系病人的生命,也是医院的生命,是病员就诊的首选条件。他们实施这一要素的对策是:要像对待自己的生命一样对待医疗质量。具体做法是:1.充分发挥医务科、护理部、门诊部等职能部门在医疗、护理“环节质量管理与质量控制”中的作用;2.建立以质量管理科为主的全面质量管理(TQC)体系,按照 PDCA 循环的管理方法,对医护“环节质量”与“终末质量”从严控制,并与科室和个人的奖金挂钩;3.坚持实行每周一次行政、业务、后勤、政工联合查房,副院长每月查夜一次的制度。

三是,医疗技术水平。他们认为,这是医疗服务市场竞争中的核心要素。他们实施这一要素的对策是:要在“练内功”上做文章,决不在花拳绣腿上下功夫。具体做法是:狠抓各级各类专业技术人员的在职教育,建立年度目标管理和量化考核标准,规定高级专业技术人员每年应在国家级刊物上发表论文一篇,应有一项科研成果或两项技术革新或新技术引进;在圈定范围内的专业技术人员要进行外语强化学习,在规定时限内外语不能达标者不得聘任,外语水平达不到一定要求的毕业生或专业技术人员不得调入或录用;制定人才引进优惠政策,凡自愿到该院工作的硕士研究生,上浮两级工资,发给千元安家费,分给标准住房一套,博士研究生除给上述待遇外,并增发生活补助费 1 万元。

四是,医疗设备状况。他们认为,在医疗服务市场竞争中,医疗设备状况如何,不但是保证医疗质量与医疗技术水平的重要条件,也是医院经济效益的重要支柱。他们实施这一要素的对策是:利用一切可以利用的资金,在充分论证的前提下,购置社会效益与经济效益都好的新设备。在这个思想指导

下,该院近几年来购置大量的先进的医疗设备,从1990年到1997年的8年中购置医疗设备的资金共达4 342.92万元,占固定资产总数的36%。

五是,医疗收费价格。他们认为,这也是医疗服务市场竞争中不容忽视的一项重要因素。随着医疗服务市场发育的逐渐成熟,医疗收费价格的取向作用越来越突出。他们采取的对策,是引用商品经济中的一句术语:“薄利多销,随行就市”。因此,尽管该医院医疗服务设施和服务水平(包括房舍、床位、设备、技术)近年来已大大改善,但其收费标准并没有因服务水平的提高而提高,仍然保持在同级同类医院的水平线上。

上述5条要素是一个整体组合,它所起的作用也是整体效应,是一加一大于二的系统工程。正是这5条要素的全面实施和正确运用,才使该医院在医疗服务市场上知名度日益提高,竞争力日益增强,能够在没有外援(包括政府没有增加拨款、没有向银行贷款和没有社会捐助)的情况下获得了迅速的发展。

## 活力来自观念更新和管理 体制的配套改革

泰安市中心医院是一座大型综合医院,机构庞大,人员复杂,管理难度很大。1991年以前,医院秩序极为混乱,是一个有名的老大难单位。从院办到科室,经常处于半瘫痪状态。正气不能伸扬,歪风邪气甚嚣尘上,业余行医满天飞,推诿病人无人问,物资保管科室6年不对账,放射科经常挂免战牌,该院还因一起严重刑事杀人案,市级文明单位的牌子被摘掉……针对这种情况,1991年,泰安市委调整了该医院的领导人员,组成了以袁训书同志为首的新班子。从此开始该院由大乱走上大治,发生了日新月异的变化,通过改革和严格管理,建立起有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的运行机制。现在,整个医院蓬勃向上,充满生机和活力,你无论走到哪里都会感觉到明快、整洁、舒畅,井然有序,旧貌换了新颜。

袁训书院长对医院管理有一个非常鲜明的理念：医院是社会文明窗口，一切设施和行为都应当走在社会发展的前面；医院是为有病痛的人服务的，一切设施和行为都应当有利于病人的康复。

在这个理念的指导下，他提出的工作方针是“深化改革，从严治院，抓住机遇，促进发展”，他们的奋斗目标是，争取在“九五”末期把泰安市中心医院建成有中国特色的初具规模的现代化医院。并认为这里所谓的现代化医院的内涵应包含三点：1. 经营管理运作机制与社会主义市场经济机制融合；2. 设施和管理与国际标准接轨；3. 医疗服务工作与医学和疾病模式的转变相适应。

为实现这个目标，七年来，他带领全院职工，以改变人的思想观念为基础，对整个医院进行了三大改造：改造了医院的建筑布局和设施条件，改进了医院的技术结构，改善了医院的经营管理机制。

改变人的观念，主要是要求全体职工首先是领导要树立或增强五种意识，即：发展意识、竞争意识、质量意识、人才意识、管理意识。他们认为：发展靠竞争，竞争靠质量，质量靠人才，人才靠管理，管理出效益，效益促发展。在这个良性循环的链条中起关键作用的是管理。因此，在三大改造中他们首先抓住不放、坚持不懈、用力最多的则是经营管理机制的改善。在这方面，七年来，共进行了八个方面的改革尝试。

一是经营机制：试行了类似内部职工集资性质的职工内部股份合作制（尽管还需进一步完善），为医院初期发展筹集资金近 300 万元，使医院走出经济困境并把医院兴衰和经营好坏同职工利益捆绑在一起。

二是管理体制：实行院长和科主任两级负责制，给科主任以行政、业务、财务管理和技术职务聘任权，做到职责相对应，责权利相结合。

三是人事制度：对中层干部的任用坚持不拘一格选贤任能，变上级任命为院长聘任，聘任期为二年，签订任期目标责任书，凡完不成任期目标，经帮助也难以实现的，即就地免职。

四是劳动用工制度：后勤各班组长实行公开招标选任，竞争上岗，被选上者由总务科长与其签订任期目标责任书；各班组长工人按编制数由班组长优化组合，签订岗位合同。

五是护理人员分配制度:将护理人员 10%的辅助工资集中起来(人均 8.69元)按照护理岗位苦、脏、累、差不同情况分成四类,结合个人表现重新分配,以激发护理人员的积极性,解决苦、脏、累岗位无人愿去的问题。

六是本院职工公费医疗制度:对各类人员公费医疗定额按照工龄长短及年龄大小作适当调整,定额范围内全部报销,超出部分按不同比例由个人负担,节余者给予适当奖励。

七是药事管理:将管理与经营分开,分别成立药政科和药品经营办公室,前者专司业务指导、行政管理、药品质量检查及监督工作,后者全权负责药品的采购、保管与供应。

八是奖金分配制度:按照效益优先、兼顾公平、按劳分配、多劳多得、奖优罚劣、奖勤罚懒的原则,根据医疗、后勤、行政人员的不同职责,制订不同形式的三个系列分配方案,使奖金分配与工作业绩紧密挂钩,公平合理,真正成为促进工作的一个动力。

此外,他们还就“医德医风建设”、“医教研管理”、“行政管理”、“后勤管理”制订了一些专项规章,共 40 项,使各方面工作都有章可循。该院改革的管理制度和办法都是结合该院实际制订的,并全部落实于工作之中。概括起来有三个特点:一是严,二是细,三是活。这里各举一例:严的事例是,严禁班前和工作时间饮酒,班前饮酒者每人罚款 500 元,工作时间饮酒和接受病人宴请者每人罚款 1 000 元。特别是对手术人员上班要经过测酒器测验,饮酒者立即停止上班。细的事例是,对技术人才的引进、培养和管理,共制订了九项办法和规定,以吸引优秀人才进入该院,鼓励在职人员积极钻研业务,力求上进。活的事例是,对药品管理、科研成果以及发表学术论文的奖励,都是随着市场行情的变化及时地进行修改或作出补充规定,使奖励不流于形式而产生实际效果。

泰安市中心医院就是通过这些管理措施,把全院上下一千二百五十多名职工凝聚成一个团结战斗的整体,在院长兼党委书记的统一领导下,逐步建立起宏观调控有力、微观运行富有生机的新机制,走上了一条质量效益型的发展道路。

总之,泰安市中心医院是在我国经济体制深化改革中崛起的,是引用市

场经济的机制于医院经营管理之中把医院搞活的,在探索建立与社会主义市场经济体制相适应的新的医院经营管理模式方面,从理论到实践均有突破性的进展,为深化医院改革提供了许多有益的经验。

诚然,泰安市中心医院深化改革的经验也并非十全十美。通过对泰安市中心医院的调研,我们觉得,要建立比较完善的与社会主义市场经济相适应的医院经营管理体制,即使像泰安市中心医院这样的深化改革取得突出成绩的先进单位,也有许多深层次的政策性的问题尚须进一步研究解决,除了医院内部要进一步深化体制改革和结构调整、搞活运行机制外,其中许多问题都涉及到政府及政府有关部门,涉及到社会大环境。诸如:如何落实“政府对发展医疗卫生事业应负的重要责任”,体现公立医院的性质是“政府实行一定福利政策的公益性事业”;如何落实政府对医疗机构的经济补偿政策,合理地解决医疗机构的补偿问题;如何改革和完善医疗服务的价格体系,尽快地解决当前存在的医疗服务价格不合理的问题;如何落实公有制医院的应该享受的“税、费优惠政策”,切实解决医院社会负担过重的问题;如何进一步扩大医院经营管理自主权,改革人事管理制度和分配制度,把应该下放的权利放给医院,以进一步调动其自主经营的积极性;如何尽快地实行区域卫生规划,搞好宏观调控,克服医疗资源分布不合理的现象,纠正竞争中的不正当行为……等等。以上这些问题在中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》中都有明确的规定。我们坚信:若能敦促政府及其有关部门都能全面地贯彻落实中央的《决定》,就能为医院改革创造一个良好的外部环境,就会把在艰难中跋涉的医院改革进一步引向深化。

# 对清远、泰安两医院改革经验的思考\*

1998年8月

近年来,在邓小平理论指导下,我国医院改革工作越来越深入,涌现出许多好典型。广东省清远市人民医院和山东省泰安市中心医院是其中的佼佼者,受到全国同行的瞩目和重视,引为学习榜样。我们经过调查研究,认为其突出特点,是从理论到实践已经初步形成与社会主义市场经济体制相适应的经营管理模式。



清远市人民医院和泰安市中心医院都是地市级医院,现都被评定为三级甲等医院,都是通过改革走出困境、迅速崛起,成为全国第一流的医院。

这两个医院一个位于粤北山区,一个位于鲁中平原,规模相差一半,清远医院现有520张床位,586名职工;泰安医院现有1000张床位,1285名职工。地理经济环境和规模虽不相同,但它们振兴的时期和速度却基本相似,都是从80年代末和90年代初开始,调换领导人员、重组领导班子,经过八年的奋斗,彻底改变医院面貌的。

从附表可以看出这两个医院在改革发展过程中共有的几个特点:

1. 业务收入、收支节余、固定资产的增长,八年来都是呈正相关,逐步增长持续上升的。这说明它们的经济运行都已步入良性循环轨道。

2. 收支节余的增长率大于业务收入的增长率。清远医院业务收入1996年比1987年增长19.5倍,而收支节余率是117倍。泰安医院业务收入1997年比1990年增长7.45倍,收支节余增长率是11.5倍。这说明两个医院的经

---

\* 这是作者考察清远、泰安两医院改革经验后就医院本身改革问题写的论文。

济核算都比较严格,成本消耗比较低。

附表 清远、泰安两个医院发展变化的几个主要指标:

	清远市医院		泰安市医院	
	1987年	1996年	1990年	1997年
业务收入(万元)	357	7 332	1 284	9 686
收支节余(万元)	16.6	1 961.4	280	3 220
固定资产(万元)	345	9 894	1 290	11 935
病床数(张)	260	519	550	1 000
职工数(人)	336	587	1 001	1 285
平均每门诊人次费用(元)		52		63.84
平均每出院病人费用(元)		3 598		2 796

3.病床增加近一倍,但人员增加相对的比较少。两院人员与床位的比例,都大大低于卫生部规定的三级医院的最低标准。这是两院收支节余率高的一个重要原因。

4.业务收入大幅度增长,大大超过同级医院的水平,但医疗收费都在全国同级医院平均数之下。1997年全国省辖市级医院平均每一门、急诊人次医疗费用为67元,平均每一出院病人医疗费用为3 030元,泰安医院分别为63.87元和2 796元;清远医院因地处广州远郊区,住院医疗费略高一些,但门诊费用亦在全国平均数之下。这说明两个医院的业务收入大幅度增长并不是来源于提高收费标准。

5.门诊量和病床使用率都很高。清远医院1996年门诊量达53.2万人次,病愈出院病人1.12万人次,病床使用率为90.7%;泰安医院1997年门诊量达40万人次,出院病人2万人次,病床使用率在95%以上。这说明它们的业务收入都是来源于病人增多。

上述情况表明清远、泰安两医院的振兴,是健康的、扎实的,体现了经济效益与社会效益的统一,或者叫最佳的结合。



清远市人民医院和泰安市中心医院之所以能够在八年中取得上述的成

就,根本原因是以邓小平理论为指导,充分运用国家给予的经营管理自主权,将计划经济体制下形成的经营管理制度作了较彻底的改革,创立了一套与市场经济体制相适应的经营管理体制,从而使人、财、物、时间、信息等经营要素都能产生高效益。

主要体现在以下五个方面:

——在领导体制上,切实实行并完善了院长负责制。具体做法是,由院长兼任党委书记,实行一元化领导,党组织主要是起保证监督作用。在院长领导下,建立起集体讨论、院长决策、两级负责、层级管理的管理网络。实行程序是,凡是改革和发展的重大决策,都是先由院科两级干部和党委委员开会研究,提出初步方案,交由职代会、党员大会进行讨论提出修改意见,最后由院长决定,并组织实施。在日常工作中,强化科室负责人的职责,真正做到责、权、利相结合,形成院科两级领导核心。起关键作用的是院级领导成员特别是一把手具有较高素质和领导才能,既能严于律己,不滥用职权谋取私利,并敢于抵制一切不正之风;既有较高理论修养和实践经验,又有较好的业务能力,勇于开拓,善于谋划,不断进取;既能团结“一班人”,又在群众中有高度威信,能够做到令行禁止。清远医院院长郑少俊,泰安医院院长袁训书都是这样的人。这是这两个医院在改革和发展上都很成功,得以迅速振兴的首要因素。

——在人事管理上,改上级任命为院长聘任,实行全员劳动聘任合同制。具体做法是,严格实行以事定岗,以岗定员,竞争上岗,逐级聘任和管理,使人尽其才,各尽其责。医院对科室负责人,科室负责人对一般人员进行选聘。由聘任者和受聘者当面协议,说明受聘期的职务、岗位责任和职业道德的规范要求,签订应聘合同书,实行任期目标责任制。清远医院是每年聘任一次,泰安医院是两年一聘。对各科室解聘的人员由院方另行安排工作或者跟班学习,发基本工资,停发奖金。这种做法实质上是对全院职工不断进行才能、技术、品德和服务态度的考核与筛选,达到一举三得。严格控编,把住进人关。促进职工爱岗敬业,保证人才不断优化。泰安医院经过三次换聘,使一百三十多位优秀科技人员成为科室领导骨干,使各科室都增加了活力和朝气。



——在发展资金上,从单纯依靠等待政府拨款转为积极自筹,开辟多元化筹资渠道。这两个医院原来底子都很薄,资金运转极为困难。清远市医院1988年全部资产仅345万元,医疗设备总值不足45万元,负债60万元,地方财政年补助14万元,职工人均年收入1800元。为突破这个困境,郑少俊院长采用市场经济筹集资金办法,先后向金融市场及市财政滚动式贷款2715万元,开发产业引进外资1758万元,由医院职工集资692万元,港澳同胞及社会各界捐助384万元,医院业务收入积累6483万元,共计12032万元。用途是:基本建设投资4528万元,购置医疗设备4094万元,治理环境及征用土地186万元,其他固定资产投资1086万元,归还贷款和合资成本2038万元。这种筹资办法和投资方向,是该院迅速扩大规模,增强服务能力,提高综合效益,实现良性发展的基本保证。泰安市中心医院1990年业务收入节余和政府拨款,仅够维持开支职工工资,没有余力扩大基建添购医疗设备,发展极为困难。该院新到院长袁训书为了筹集发展资金先是于1992年实行医院职工内部股份制形式由职工集资,全院共有1028人入股,共集资258.2万元,缓解了医院发展资金短缺的困难。后又于1995年利用日本日立公司计划在中国中西部地区拓展医疗器械销售市场的机遇,与日立公司达成协议以半价优惠条件购进近400万美元的先进的成套医疗器械,使该院的设备和技术得到全面改善,从而大幅度地提高了医疗水平,步入高投入、高效益的良性循环。

——在经济管理上,实行全员参与的十分严密的高效低耗的经济核算。这在清远市人民医院做得特别严谨细致。其主要做法是:

(1)对全院职工反复进行经营观点“三过渡”的教育,即:医院要从福利型向公益事业型过渡;财会人员要从记账报账型向核算管理型过渡;医护骨干要从单纯技术型向技术管理型过渡。

(2)医院建立总会计师责任制,负责主管全院的经济核算,直接对院长负责。以财务科为核算指导中心,各科室为责任中心,责任会计和科室管理员为核算责任人,科室核算责任人负责科室经济核算工作,直接对科主任、护士长负责。

(3)实行院科两级核算和院科两级分配。医院统一定额管理、计量管理

和全成本核算；科室每月向核算中心提出准确的借贷记账汇报及收支统计信息。核算中心运用会计核算、统计核算、业务核算方法，对院科两级各项经济技术指标进行全面复核控制和分析运算，由总会计师主持效益分配。医院对科室业绩浮动奖金的分配，采取质量控制、收支结余提成的形式；科室分配个人，采用绩效结合、拉开差距的原则，力求创收积累与个人分配达到合理适度，使医院与个人收益同步增加。

——在质量管理上，建立以病人为中心，以质量为核心的规范化服务和全面质量管理制度。泰安医院根据医院工作的特点，把精神文明建设、行政管理与医疗质量管理结合起来，制定双百分考核办法，把质量管理工作落实到全院所有科室和全体职工身上。清远医院实行的办法是：(1)向全院职工发布“五不准”规定，即：不准在任何时间、任何场合与病人或病人家属争吵；不准以任何借口推诿病人，延误抢救时机；不准向病人索取财物，收受红包；不准私设药房和在采购药品器械时拿回扣；不准私自行医，从事第二职业和业余门诊。(2)在院长主持下，建立一支目标明确、责权利结合的精干的管理工作队伍，形成工作监控与统计监控相结合的服务质量和医疗质量管理网络。(3)坚持以“一个标准”、“两个规范”进行效果评价，即以48项质量统计指标作为标准，以病历规范及危重病人抢救规范作为依据，划分组织、制度、行政、医疗、护理、财务、设备、后勤、安全9个小组，平时进行随机抽检的工作检控，季末进行资料汇总分析的统计检控，平时检控结果归入季末统计。由质量监控委员会组织造册评分，召开受控科室负责人协调会议，公布季度检控结果及奖惩分数，并报财务科按分数计发或扣发奖金。

上述五个方面的经营管理办法，清远市人民医院把它概括为“优质高效低耗”的管理模式。我们认为，它的实际意义是为社会主义市场经济体制下的公有制医院经营管理模式勾划出了基本框架。

这个模式的特点是：既运用了市场经济的经营机制，又坚持了社会主义的办院原则，基本实现了公平与效率、质量与效益相统一的要求。具体点说，就是：既不是消极地依靠和等待国家增加投入，又没有采取过度服务措施以提高医疗费用来增加收入，而是针对疾病发展趋势和适应人民群众对医疗服务的需求，把扩大医疗服务范围、增设服务项目、提高医疗质量和服务水平、

提高门诊量和病床使用率作为增加业务收入的主渠道；同时，狠抓经济核算，降低成本，减少浪费，堵塞漏洞，实现低耗，以此来提高收支节余率。

所以，这两个医院八年来尽管投入都很大，使基本建设和医疗设备全部更新，初步实现了现代化，可以说是高投入；但它们并没有陷入“高投入、高成本、高消耗、高收费”的恶性圈子。两个医院在没有增加国家投入的情况下，现在的建筑、设备和服务质量都属于全国的一流，而它们的门诊费用和住院费用却都在全国地市医院的平均数之下。这是这两个医院八年改革的最大成功之处，也是它们所创造的新的经营管理模式的价值所在。把它们的经验概括成一个公式，那就是：“发展靠竞争，竞争靠质量，质量靠管理，管理出效益，效益促发展”。看来，这是市场经济体制下医疗服务事业发展的一条基本规律。

### 三

辩证法认为，工作方法是根源于思想方法，有什么样的思维，才有什么样的工作方法。特别是以知识为社会经济发展主要推动因素的今天，单凭经验去工作不可能创造出高效益，必须具有开创性的新思维。所谓新思维，就是正确地反映社会前进的潮头。清远、泰安两医院改革发展取得的成就和成功，从思想根源上说，是思维逻辑正确性的反映。具体地说，是由于这两个医院的院长在邓小平理论的启迪下，市场意识觉醒得比较早，对医院工作形成了一套新思维，表现在经营观、效益观、价值观上都有许多与众不同的观点，并以此指导了医院的改革与发展。

首先是经营观，就是在市场经济体制下医院如何经营问题，两个医院的院长都有自己独到的见解。

泰安市中心医院袁训书院长说：“在市场经济大潮中，没有什么救世主，要想生存和发展，只有自己救自己。我们不排除卫生补偿应以国家投入为主渠道，但是，单靠国家投入是不切实际的，往往会失望。”“自己救自己，就是面对市场经济大潮，积极参与市场竞争，找出医疗服务市场竞争的主要因素，抓住机遇，制定相应对策”。根据这个思路，他要求全院干部职工树立五大意识——发展意识、市场意识、竞争意识、质量意识、服务意识。并确定下列五个

方面作为竞争的主要要素,即:(1)医疗服务态度及医德医风;(2)医疗护理质量;(3)医疗技术水平;(4)医疗设备状况;(5)医疗收费价格。

清远市人民医院郑少俊院长说:“我们提出的优质高效低耗管理模式的核心精神,是以邓小平理论为指导,运用现代管理科学理论和市场经济机制,与卫生服务的性质、特点和宗旨紧密结合,把服务的优质与高效率 and 低消耗融为一体,从而使医院步入良性发展的轨道。医院不能为社会提供优良服务,也就没有存在的必要,更谈不上发展。但在改革的剧烈变化时期,这一点容易被人忽视。我上任之初,面临的情况是医院负债,人员流失,病人舍近求远到广州就医。从表面上看,是经济问题,因而有人主张,首先要完善补偿机制,要挣钱,做生意,发展第三产业。而我却自问,有 360 多万人口的清远,我们为什么生存不下去?发展需要钱,但偏离了目标和宗旨去挣钱,不是医院。医院是提供社会所需要的医务服务的单位,而服务也是一种消费,也有经济活动,本身也包含价值,价值的大小取决于你的服务质量的高低,取决于社会可接受程度。我们以这样的认识和观念教育引导干部和职工,并贯彻在实际工作中。”

我们之所以这样大篇幅地引用两位院长的原话,为的是想从他们的讲话中寻找他们的思想脉络和理论思考。我们可以看出,两位院长谈问题的角度和用语方式虽然有所不同,但思维逻辑是相同的,都是把医院生存发展的基点放在自我发展和自我完善上,放在提高医疗服务质量上,以提高服务质量赢得市场竞争的胜利。这是十分正确的,既符合市场经济的运行规律,也符合医疗事业本身发展规律。

其次是效益观,在处理社会效益与经济效益的关系上,两位院长都运用了市场经济的竞争法则,提出了超常或超前的认识。

郑少俊院长的观点是:“为社会提供优质服务,在经济学上是指社会所需要的服务。从这个基点出发,许多看似矛盾的问题其实并不矛盾,如医院增收与费用控制,提高效益与减轻患者负担,眼前收益与长远发展的关系等。总之,为社会提供服务与自身的发展是一致的,不应该也不可能分开。即便是一些没有收入,甚至还要投入的服务,如社会救助、扶贫济困,既是医院的责任,也是维护增强医院信誉、吸引患者的手段,其结果必然带来效益的增

加。”

袁训书院长的观点是：“医疗服务市场的竞争，必然要把那些服务态度差、医德医风不好、工作不负责任、医护质量不高、一切朝钱看、不讲社会效益的医院淘汰掉。”他还认为：“医疗收费价格，也是医疗服务市场竞争不容忽视的要素。随行就市，薄利多销，虽然都是商业术语，但对处于市场经济新形势下的医院也有一定的借鉴意义。”

在上述观点指导下，两个医院都是把提高服务质量作为扩大服务、增加工作量（即门诊量和病床使用率）的前提，从扩大服务、增加工作量中增加收益，从而把社会效益与经济效益统一起来。

第三，他们在狠抓医院发展的诸要素中，十分重视知识的作用，突出人的价值，把提高人的素质作为第一要素。

郑少俊院长认为：管理，实质上就是经由每个人的努力与合作，把事情办成。好的管理，高明的管理，就是激发职工挖掘自身潜能，实现自身价值，并增加附加价值。所谓附加价值，是指职工完成本岗职责之外，通过学习和训练而产生的价值和效应。比如，为扩大医院的影响力，建立良好的社会关系，以自身的优质服务和高尚医德产生的社会吸引力；在开发新技术、建设新学科、保证高质量方面发挥重要作用。认识并开发这种价值，是清远医院建立人事管理制度的基础。

泰安市中心医院同样如此，也是把开发人的价值放在首位。袁训书院长说：“自1993年以来，面对市场经济大潮，我们找出了医疗服务市场竞争的五大要素，同时制定了相应对策，第一条是医疗服务及以其为代表的医德医风，这是医疗服务市场竞争的第一要素。我们对待这一要素的对策是，谁要砸了医院的牌子，我们就要砸谁的饭碗。”这与郑少俊院长的思路可谓殊途同归，是从相反的角度印证了人的价值。

研究分析了上述的两位院长的经营观、效益观和价值观以后，我们更加深刻地感觉到清远、泰安两医院的振兴和崛起不是偶然的，是以科学的理念为基础的，而这个理念就是邓小平理论，就是中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》的精神。

#### 四

医院改革已 20 年,还在深化,深化到哪里,底线在何处?人们期盼着应有一个明确的答案。

我们深入学习领会《关于卫生改革与发展的决定》的精神,觉得中央从三个方面在政策上给我们交了底,第一是性质,明确为“卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业”;第二是补偿机制,明确规定“医疗机构的经常性支出通过提供服务取得部分补偿,政府根据医疗机构的不同情况及其承担的任务,对人员经费给予一定比例的补助”;第三是管理体制,明确规定“实行并完善院长负责制,进一步扩大经营管理自主权”。从改革角度来看,前两条(性质和补偿机制)底线是条硬线或者说弹性很小,没有多少文章可做。深化改革的关键,主要是在“实行并完善院长负责制,进一步扩大经营管理自主权”这条底线上。

清远、泰安两个医院领导人正确地掌握了社会主义市场经济体制下的卫生事业发展的方向,把握住了上述三项政策的精神实质,从一开始就没有在改变医院性质或公立医院的所有制上动脑筋,没有“等靠要”、不切实际地去追求地方财政“增加投入”,也没有在大办第三产业、实行“以副养医”上去做文章,而是紧紧抓住改革的机遇,充分利用“实行并完善院长负责制,扩大经营管理自主权”这条政策,进行大胆开拓和深入挖掘,把现代管理科学理论和社会主义市场经济原则结合起来,对医院经营管理机制进行了彻底改革,从而探索并建立一整套有责任、有激励、有约束、有竞争、有活力的生机勃勃的运行机制。

因此,我们认为这两个医院的经验最具有普遍的意义。

## 新闻媒体报道医疗纠纷要 慎重公正实事求是

近年来,新闻媒体刊登医疗纠纷的报道越来越多,这对医疗机构和医务人员改善服务态度,提高医疗质量,加强对差错事故的防范起到一定的促进作用。但是医疗纠纷是一个非常复杂的问题,宣传报道过多将引起负面效应。如果报道失实或缺乏公正,其负面效应就更为严重。近来有的新闻报道,由于片面追求新闻刺激性,在报道医疗纠纷时只听患者一方之词,夸大了医院的差错,甚至不惜采用一些触目惊心的词句作标题和评语,耸人听闻,煽动人们的感情,致使矛盾激化,医院蒙受不白之冤,工作陷于困境。

这里谨举 1998 年的三例报道:

——4月16日,洛阳市妇幼保健院接诊一患儿效果不好,医患双方产生分歧,经该市医疗事故鉴定委员会鉴定,属于医疗意外而非事故。可当地一家报纸未经详细调查,即匆忙刊发题为“是医疗事故还是医疗意外?”的文章,并配发两幅照片,认定是医疗事故。激起患儿家属大闹医院,要医院赔她一个好孩子,要么就赔 50 万元。社会上一些不明真相的人看到报纸后也纷纷指责医院,使医院工作大受损失。

——7月17日,《消费者报》发表了一篇批评新疆生产建设兵团所属石河子大学医学院附属医院的文章,标题是《黑幕重重,真假孰知》,副题是“一位医学教授对医疗服务的投诉书”。这份“投诉书”反映了该医院 6 个问题。文章见报后,兵团纠风办、监察局、卫生局和兵团报社联合组成调查组进行调查核实,有的是几年前发生的事现已纠正,有的是反映人不了解情况主观臆测。可是消费者报在接到这封投诉信后未认真调查就加上“黑幕重重……”这样的标题,并在文前加编者按说“这些少数医院的幕后运作又是铁板一

块”，而且将原信的一个重要内容作了修改，如把“红包、回扣暗地里仍存在”改为“收红包、吃回扣现象司空见惯”。致使这个社会上公认的一个较好的医院蒙上了不白之冤。

——8月14日，《南方周末报》在转载上述消费者报的上述文章时又进了一层，不仅将文章标题改为《医疗服务黑幕重重》，并在文前加上了下面这段话：“医疗服务关系到广大群众的切身利益，医疗事故、医疗服务质量低劣使不少患者深受其害。法制报8月5日报道，辽宁铁岭市中心医院在不到两年时间内，先后发生5起导致患者死亡的医疗事故，而且至今未引起院方的重视。一个死者家属找到该院分院的李院长问：‘这是不是医院？’李院长答曰：‘这不是医院，是屠宰场。’群众病急去投医时，碰上这些视人命如儿戏的冷酷屠夫，能捡条命出来真该谢天谢地了。”我们很难理解这份报纸的记者编者为什么要用这样的语言作批评用语？

这个报纸在同一天的同一版上还转载了《中国妇女报》、《服务导报》、《佛山晚报》等三家报纸关于医疗纠纷的报道。在转载佛山晚报关于佛山市第一医院因电脑出错多收病人药款一万一千多元，发现后即退还病人的报道时，又借题发挥加上编者的如下“评点”：“医院所以找出种种籍口侵犯病人的知情权，是便于在黑幕后面玩把戏，趁机浑水摸鱼，赚昧心钱，让病人当冤大头。你什么都‘知情’了，我还怎么牟取暴利？”

还是这个《南方周末报》，还是8月14日，它又用下面的标题报道上海市淮海中路地段医院的一起医疗纠纷：“上海市卫生行业发生悲剧一幕：丈夫吊盐水时暴死医院，妻子讨公道猝死卫生局”。这个事件的实际情况是：男的叫江宝根，死亡原因经上海市、区两级医疗事故鉴定委员会鉴定为“窦性心速”，不属医疗事故；女的叫朱美英在上访过程中突然死亡纯属意外，市公安局作了明确结论。而《南方周末报》记者却认定是一桩冤案，对此大做文章，并说上海市卫生局是“一夫当关，万夫莫开”，它不认定是医疗事故，就无法进行起诉。

像上述这样的新闻报道，根本无助于促进医疗服务工作的改善，只会激化矛盾，引起医务人员的反感。因为它不仅严重失实，而且心存不善，对医疗服务机构和医务人员都是极大的伤害。新疆生产建设兵团卫生局、纠风办、



监察局等单位和上海市卫生局都已分别要求卫生部同《消费者报》和《南方周末报》进行必要的交涉。

医疗服务事业是风险性极大的行业,我们应当严格要求每一个医疗机构、每一位医务人员都要有一丝不苟的敬业精神,全心全意地为患者服务,确保患者安全。切实防止差错事故特别是责任事故的发生。但是一个中等规模的医院,每年也要接诊几十万人,在目前条件下,要求不出一丝差错“万无一失”也是很难办到的。而目前处理医疗纠纷的法律法规又不完备,人们依法办事的意识又不强,如果新闻报道出现偏差和误导就更难处理。因此,我们建议:

(1)新闻媒体在报道医疗纠纷时要格外慎重,实事求是,决不能感情用事。要本着既要维护病人的合法权益,也要维护医务人员和医疗机构的合法权益的原则,做好正确的舆论导向,千万不能推波助澜,甚至无中生有,扩大事实。

(2)涉及报道医疗纠纷的稿件,事先应送省、自治区、直辖市卫生行政部门征求意见审查、核实。未经核实,不得公开报道。

(3)新闻媒体对于医疗纠纷的报道如有失实之处,应公开在报刊上纠正,以消除影响。

# 以《决定》为指导深化农村卫生改革\*

——学习党的十五届三中全会《决定》的体会

党的十五届三中全会通过的《关于农业和农村工作若干重大问题的决定》，是党中央按照十五大确定的建设有中国特色社会主义的总战略，总结农业和农村改革 20 年的经验，针对农业和农村社会发展情况，对农村经济、政治、文化、卫生建设作出的新部署，是指导我们面向 21 世纪建设社会主义新农村的行动纲领。我们卫生战线的全体同志都必须响应党中央的号召，认真学习《决定》精神，以《决定》为指导，搞好农村卫生改革与发展工作，努力开创农村卫生工作的新局面。



关于新时期的农村卫生工作，党中央、国务院在 1997 年 1 月 15 日发布的《关于卫生改革与发展的决定》中已经作了专题论述和部署，基本内容是按照建设小康县、乡、村的要求，以实施初级卫生保健规划为目标，加强和完善县、乡、村三级卫生服务网，积极稳妥地发展和完善合作医疗，巩固和提高基层卫生队伍，实行城市卫生机构对口支援农村。这是在认真总结建国以来特别是改革开放以来农村卫生工作经验的基础上作出的战略安排，完全符合我国基本国情和农村实际情况。

为了全面推进农业和农村社会健康地发展，十五届三中全会的决定又将上述要求扼要地提了出来，如在“从现在起到 2010 年，建设有中国特色社会主义新农村的目标”中提出“发展农村卫生，使农民享有初级卫生保健”；在

---

\* 原载《健康报》1998 年 12 月 26 日。

“推进农村小康建设”中提出“使广大农民健康水平进一步提高”；在“加强农村社会主义精神文明建设”中提出“完善农村医疗卫生设施，稳步发展合作医疗，提高农民健康水平”；并要求“组织好文化、科技、卫生‘三下乡’工作”。

这些充分说明，以江泽民同志为核心的党中央非常重视农村卫生，明确肯定历史形成的农村卫生工作基本经验和方针政策，并且把卫生作为发展农业生产和建设农村小康社会的一个重要内容和措施，要求农村卫生与农村经济、政治、文化建设齐步前进，同步发展。这就是说，经过 20 年的改革，农村卫生路线、方针、政策都已明确，现在的问题是如何更加深入、更加扎扎实实地贯彻执行，把它化为普遍的实践，产生广泛的效应。



综观近二年来全国农村卫生发展情况，我们感受到在中央《关于农村卫生改革与发展的决定》精神的指引下，农村卫生状况有了很大变化和发展。从认识上说，解决了两个主要问题：一是各级党政领导重新确定以农村为医疗卫生工作的重点，普遍实施了加快农村卫生发展的战略；二是各级卫生部门普遍承认三级卫生服务网、合作医疗和乡村医生是建设有中国特色的农村卫生服务体系的“三根支柱”，应予以积极维护和发展。从事实上看，不少省市县都增加了农村卫生的投入，加强了农村卫生“三项建设”，有些地方还采取一些措施加大初级卫生保健、合作医疗和乡村医生队伍建设的力度，使农村卫生水平有显著提高。

但是，从全局看，农村卫生发展的态势还比较凝重，缺乏足够的活力，尤其是经济发展滞后的地区。主要表现在合作医疗举步维艰，乡、村两级卫生机构相当薄弱，初级卫生保健流于形式，不少农民还未享受到最基本的医疗保健服务。原因何在呢？《健康报》记者最近在冀东南农村调查，发现合作医疗发展缓慢主要原因有三点：一是主体利益的转换使农民新的集体观念尚未形成，而乡村两级政权组织又未对合作医疗进行统筹；二是不合理的负担过多和缺乏有效的监督机制，使农民无力或不愿参加合作医疗；三是乡村医生处于自负盈亏的单干状态，没有进入合作医疗系统，使医疗与医保脱节。我们认为这个调查很有代表性，它触及了当前农村卫生工作深层次的矛盾，即

农村卫生体制与农村经济体制的关系,以及农村卫生体制内部的关系——如何联结和融合的问题。我国农村卫生事业的发展与城市不同,三级卫生服务网的基底——乡村基层卫生组织、合作医疗和乡村医生都是依靠农村集体经济和农民群众合作力量发展起来的,是三位一体,是一根藤上的三个瓜,一荣都荣,一枯都枯。以力学观点来观察,一根藤是产生三个瓜的“支点”,三个瓜是互相依存才能产生“合力”。如果把它们分割开来,各自孤立进行,则组成农村卫生服务体系的“三根支柱”,既失去“支点”,又无“合力”,必然产生不良效果。这个在长期实践中形成的农村卫生工作模式在农村经济体制改革后一度出现混乱状态,使农村卫生体制和运作机制脱离了农村经济运行轨道。经过十多年反复研究与实践,大家又都承认“三根支柱”的理论适合我国农村实际情况,是科学的、有效的,应当作为建设有中国特色的农村卫生服务体系的基本模式重新操作起来。但是怎样使这“三根支柱”获得新的“支撑力”,产生新的“合力”,还须作认真的研究。

《健康报》记者的调查提示我们:只是承认和坚持历史形成的农村卫生工作的基本经验,把建设“三根支柱”作为农村卫生工作的基本内容,还是不够的;更重要的是要按照农村经济和社会结构变化发展的新形势,解决“三根支柱”的“支点”和“合力”问题。所谓“支点”,即支撑力。根据我国的基本国情和社会发展水平仍处于社会主义初级阶段的情况,发展我国农村卫生事业,不可能由国家包下来,只能是在政府给予一定的支持下主要依靠农村集体经济和农民群众力量的支撑。可以说建国几十年来一直是这样做的,在今天以家庭承包经营为基础、统分结合双层经营的体制下仍然应该如此。否则“三根支柱”就如同建立在沙滩上,失去坚实的基础。所谓“合力”,即根据系统论的观点,把合作医疗、乡村卫生基层组织和乡村医生结为一体进行运作,做到相互依存相互促进产生整体效应和系统生产力。



近来,国内外专家学者观察论述我国改革开放形势,认为十五大以后我国经济改革工作进入了一个新的阶段,即“系统综合操作”阶段。他们说,以往的改革基本表现为“从一个经济部门到另一个经济部门各个击破”的过程;

今年的情况明显不同了,不同领域和部门改革之间相互影响和相互依赖的趋势日益加强,具体和整体改革的进展在很大程度上都越来越取决于“系统综合操作”。“系统综合操作”是注重于整体发展和结构治理,不拘泥于产权和所有制问题。我认为这个观点同样适用于当前农村卫生改革。十五届三中全会对农业和农村工作的决定,实际上就是对农业和农村工作的“系统综合操作”。

对农村卫生的“系统综合操作”,就是采取“一揽子”方式解决农村卫生的“支撑力”和“合力”问题。具体地说,就是以推行区域卫生规划为导向,将初级卫生保健规划的实施,合作医疗制度的推广,乡村医生队伍的巩固和提高,基层卫生机构的整顿和建设,作出统一规划,系统综合推进。这是难度很大的事情,但是必须这样做。为此,须首先解决三个关键性问题:

1. 正视当前农村卫生形势的严峻性。卫生与经济的关系本是双向的,经济是卫生发展的基础,健康是经济发展的首要资源,而在由温饱型向小康型过渡时期,增进健康更是消除农民贫困的首要战略,卫生对经济的反作用越来越突出。这是一种情况。再一种情况是,现阶段农村疾病发展形势比过去更复杂,老的传染病(如结核病等)还大量存在,新的传染病(如艾滋病等)又不断滋生蔓延,更严重的是心脑血管病、癌症、糖尿病等非传染性疾病在农村也猛烈上升。而农村卫生在经济上仍面临双重困难:一方面是大多数处于温饱型的农民个人支付医疗费用的能力很低,难以抗御较大的疾病风险;另一方面是乡村两级卫生机构大多由于缺乏经济补偿,医疗预防设施和技术都很落后,难以应付上述的各种疾病。面对这种形势,我们要有一种危机感,促使各级党政领导正视和重视这些问题,积极寻求解决办法。

2. 坚决落实中央制定的农村卫生经济政策。上面所说的双重困难说到底都是经济问题,解决这些问题的主要办法是落实中央制定的农村卫生经济政策。中共中央、国务院在《卫生改革与发展的决定》中对农村卫生经济作了非常明确具体的规定,即“农村乡统筹要有一定数额用于农村卫生工作,村提留要有一定数额用于合作医疗,乡镇企业和其他乡村集体经济的收入也要支持农村卫生工作与合作医疗,具体筹资办法和比例由地方政府或集体经济组织确定。农民自愿缴纳的合作医疗费,属于农民个人消费性支出,不计入乡

统筹、村提留”。这些政策规定是根据改革后的农村经济和社会结构形式及运行情况作出的,是使农村卫生与农村经济相融合的一种办法,坚决贯彻落实这些政策的规定,就可使农村卫生获得新的“支点”(支撑力),增添新的活力,既可解决广大农民的基本医疗保障问题,同时也使乡村两级卫生机构有了固定的经济收入,使预防和医疗工作都能正常开展起来。

3.按照所有权与经营权可以分开的原则建立新的管理体制。十五届三中全会决定的一个主要精神就是“长期稳定以家庭承包经营为基础、统分结合的双层经营体制”。这个政策最基本的内涵就是将土地的所有权和使用权分开。为了在新形势下将合作医疗、乡村医生和乡村两级卫生机构重新结为一体形成新的“合力”,我们可以参照上述农业经营管理体制,实行以合作医疗为基础,乡镇卫生院与村卫生室联合经营,统一管理。乡卫生院和村卫生室的产权(所有权)仍然分别归乡镇和村集体所有,由乡村两级政权或集体经济组织给予一定的经费补助;经营权归乡村两级卫生机构,由乡镇卫生院统一管理(包括机构设置、人事调配、药品采购供应和财务收支)。这种乡村两级卫生机构一体化管理办法,在一些地方已经试行,取得了明显的效果。看来这是在社会主义市场经济体制下使农村卫生改革与农村经济改革相适应的有效办法。