

■ 论医改导向：

# 不能走全面推向市场之路

张自宽 著



中国协和医科大学出版社

在党中央、国务院的关怀下，我国公立医院改革即将进行新的试点。这是针对20多年来医疗卫生机构改革中出现的一些问题而采取的举措，旨在促进医改工作健康发展。我们应予以积极关注。

张自宽同志于此时把他改革开放以来撰写的70多篇文章整理编写成《论医改导向：不能走全面推向市场之路》一书，公开出版发行，供人们参阅。我觉得很适时，有现实意义。

... ..

自宽同志是一位老医政工作者，在中华人民共和国成立之初就进入卫生部，参与全国医政工作达50余年，对医疗卫生改革与发展有丰富的实践经验，又有比较深入的理论研究，一贯坚持农村合作医疗制度的建设，关心卫生事业的发展。这本书把他近20年来撰写的有关医疗卫生改革的文章汇集起来，以向读者介绍他多年来对城乡医疗卫生改革的论点，对研究和指导当前城乡医疗卫生改革作为医改进程中的历史见证有参考价值。作为抛砖引玉，我愿写这篇短文为之推荐。

钱信忠

ISBN 7-81072-803-2



9 787810 728034 >

ISBN 7-81072-803-2/R · 796

定价：35.00元

# 论医改导向： 不能走全面推向市场之路

张自宽 著

中国协和医科大学出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

论医改导向：不能走全面推向市场之路 / 张自宽著. 北京：中国协和医科大学出版社，2006.8

ISBN 7-81072-803-2

I. 论… II. 张… III. 医疗保健制度-体制改革-研究-中国 IV. R199.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 082191 号

---

### 论医改导向：不能走全面推向市场之路

---

作 者：张自宽

责任编辑：陈永生

---

出版发行：中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260387)

网 址：[www.pumcp.com](http://www.pumcp.com)

经 销：新华书店总店北京发行所

印 刷：北京丽源印刷厂

---

开 本：787×1092 毫米 1/16 开

印 张：25.125

字 数：400 千字

版 次：2006 年 8 月第一版 2006 年 8 月第一次印刷

印 数：1—3500

定 价：35.00 元

---

ISBN 7-81072-803-2/R·796

---

(凡购本书，如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题，由本社发行部调换)



## 作者小传

1929年生，天津宝坻人。1948年3月参加革命，同年12月参加中国共产党，1949年冬毕业于哈尔滨医科大学，是新中国建国后第一批大学毕业生。早年曾在东北人民政府卫生部任医事人员管理科副科长、农村医疗预防科科长。1954年调入国家卫生部任医政司科长、处长等职。“文革”后期下放新疆，后又调至石油化学工业部石油天然气管道局，任中心医院院长兼卫生处长。1978年1月调回卫生部，任中医局副局长、医政司副司长、司长等职。1991年离休后担任中国农村卫生协会会长、中华医院管理学会会长等职，现为两会的名誉会长。

张自宽同志从建国伊始从事医政管理工作，至今已有五十多年。他对农村卫生事业管理和医院管理有较多的研究，著述颇多，出版有《卫生改革与发展探究》、《论合作医疗》、《论农村卫生暨初级卫生保健》等专著。他还是卫生部医院管理研究所、中国农村卫生协会、中华医院管理学会的创始人，创办了《中国乡村医药》、《中国医院》、《中国医院建筑与装备》等刊物。2001年获医院管理终身贡献奖。

张自宽同志近10余年来还连续担任亚洲农村医学会会长、国际农村医学学会副会长。

松竹梅皆君子之風。品格高尚。節操堅正。自古  
以來。為志士仁人所酷愛。余雖不才。亦願效之。願以  
松竹梅之崇。為品格。而自勉。

吾願效山松。扎根岩石中。任憑風雪驟。乾立  
傲蒼穹。  
吾願效剛竹。堅挺又虚心。直節真  
君子。寧折不彎腰。  
吾願效春梅。花開  
化為雪。不去爭桃李。但求晚節馨香。

七十自勉

丁卯冬月

自寬



# 序

---

---

在党中央、国务院的关怀下，我国公立医院改革即将进行新的试点。这是针对 20 多年来医疗卫生机构改革中出现的一些问题而采取的举措，旨在促进医改工作健康发展。我们应予以积极关注。

张自宽同志于此时把他改革开放以来撰写的 70 多篇文章整理编写成《论医改导向：不能走全面推向市场之路》一书，公开出版发行，供人们参阅。我觉得很适时，有现实意义。

改革开放以来，我国医疗卫生状况发生很大变化，在医疗卫生机构的发展和对某些疾病的控制方面都取得了很大成就，但暴露的问题也不少，最重要的是老百姓看病难、看病贵的问题未能有效地改善，有愈演愈烈之势，老百姓不堪重负，怨言啧啧，导致医患关系紧张，既不利于诊疗技术和质量的进一步提高，又不利于患者得到更完善的医疗照顾，这些已经成为广大人民群众关注的社会问题。因此，国内外一些研究机构和学者议论纷纷，并分析其原因主要是医改导向有失偏颇，在经济转型过程中，把医疗卫生服务事业混同于工商企业推向市场，淡化甚至抹杀了它的公益性，经费补偿机制政府投入都不到位，使医疗卫生总费用的增长主要由个人负担，以致造成上述情况。我认为这些状况基本符合实际。

若从思想认识上找原因，则是有关主管部门缺少对历史经验教训的总结，又对医疗卫生事业特性及其发展规律的认识不够深刻，在处理卫生与经济、公平与效率的关系上缺少唯物辩证的观点。其实，医疗与教育、养老一样，都是实现社会公正，保持社

会稳定，促进经济发展，建设小康社会及和谐社会的重要因素，这方面的责任主要在政府。正如世界卫生组织 2000 年《世界卫生报告》所指出的：一个国家卫生系统运行的最终责任在政府。谨慎地和尽职地管理人口的健康事务，是一个绩效良好的政府最本质的东西。政府对此负有连续的和长久的职责。我认为这些言论确切地反映了卫生工作的特性，而这个特性是不能因经济体制的改变而改变的。

目前，党中央、国务院已着手扭转医改的市场化倾向，加大资金投入，开始有计划地进行城市社区卫生和农村卫生服务体系建设，但这只是最基本的建设，还不能完全解决看病难、看病贵的问题，公立医疗机构必须克服市场化倾向，以社会效益为重，坚持公益性，才能满足人民群众的需求，才能有计划有步骤地缓解因看病难看病贵引发的医患关系紧张的状况。为此，必须大力宣传社会主义荣辱观，提高人民社会公德，建立医患之间互信互爱的人际关系，同时大造舆论，使各级政府和社会各界取得共识。

自宽同志是一位老医政工作者，在中华人民共和国成立之初就进入卫生部，参与全国医政工作达 50 余年，对医疗卫生改革与发展有丰富的实践经验，又有比较深入的理论研究，一贯坚持农村合作医疗制度的建设，关心卫生事业的发展。这本书把他近 20 年来撰写的有关医疗卫生改革的文章汇集起来，以向读者介绍他多年来对城乡医疗卫生改革的论点，对研究和指导当前城乡医疗卫生改革作为医改进程中的历史见证有参考价值。作为抛砖引玉，我愿写这篇短文为之推荐，也表述我对当前医疗改革的关注和某些观点，特为之序。

钱信忠

2006 年 5 月 9 日

## 序 二

---

张自宽同志 1949 年医科大学毕业后，长期在卫生部担任医政管理和农村医疗预防工作。离休后担任中国农村卫生协会会长、中华医院管理学会会长等职。创办了《中国乡村医药》、《中国医院》、《中国医院建筑与装备》等刊物。他对农村卫生事业管理和城市医院管理经验丰富，颇有建树。

张自宽同志致力于发展农村卫生事业，特别关注农村缺医少药和广大农民“因病致贫”、“因病返贫”的问题。积极参与研究、策划、推行农村合作医疗制度的建立，并在此基础上逐步形成农村三级医疗预防保健网。有一个阶段，合作医疗制度遭到非议，斥之是“左的路线”产物，提出“谁看病，谁拿钱”的谬论，命令解散。在合作医疗制度面临毁灭的严峻形势下，张自宽同志不顾压力，挺身而出，理直气壮地呼吁维护重振农村合作医疗制度，并把积累的实践经验上升到理论，出版了《论合作医疗》一书，对这一制度的生存与发展起了极为重要的作用。

为张自宽同志所钟情的，并为其生存和发展艰苦奋斗的农村合作医疗制度，终于得到党中央、国务院的高度重视。今年 3 月 1 日国务院审议通过《农村卫生服务体系建设和发展规划》，2010 初步建立农村卫生服务网中“建立和完善新型农村合作医疗制度和医疗救助制度”成为重点之一。

张自宽同志在卫生部医政司从事农村卫生管理和城市医院管理工作，经常深入基层进行调查研究，为卫生部贯彻党的卫生工



作路线确定方针、政策提供了许多重要的翔实情况和建议。1991年离休，担任中国农村卫生协会和中华医院管理学会会长，仍然以学会领导人的身份研究和协助推进农村和城市医疗卫生改革为主要任务。



党的十一届三中全会后，我国进入了以改革开放，以经济建设为中心的发展时期。研究探讨具有中国特色社会主义的卫生工作发展规律和方针、政策，探索农村和城市的医疗卫生改革，成为一个全新的、复杂的、艰巨的课题。



在计划经济向市场经济转型的过程中，医疗卫生改革是以公益性为取向，还是以商品性为取向；是以社会效益为主，还是以经济效益为主；是以政府规划导向，还是以市场导向；是注重公平，还是注重效率。这些关系改革成败的核心问题，在医疗卫生改革过程中在理论上颇多争论与歧见，在实践中难挡进入市场的潮流，不顾医疗卫生特性，倡导走市场、商业化之路，破毁了医疗服务事业自身的发展规律和运行机制，败坏了医德医风。导致今天我们所不愿看到的波及全社会“看病难，看病贵”的后果。



张自宽同志在上述争论与实际工作中都旗帜鲜明地主张前者，不赞成改变医疗卫生工作的性质，把医疗卫生事业推向市场、商品化。他坚定地拥护1996年7月15日发布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中指出的：“我国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。卫生事业发展必须与国民经济和社会发展相协调，人民健康保障的福利水平必须与经济发展水平相适应。政府对发展卫生事业负有重要责任。”

国务委员彭珮云同志（主管卫生工作）在1997年1月15日全国卫生工作会议上的总结讲话中指出：“根据我国卫生事业的性质和卫生工作方针，绝不能把公立卫生机构推到市场上去‘自谋生活’，这样做就会引发片面追求经济利益的行为，背离为人民服务的宗旨，影响社会公平，不利于卫生资源的合理分配、利

用，不但不会减轻国家的经济负担，反而会加重政府和群众的负担，对精神文明建设也会造成不良后果。”

张自宽同志对《决定》在新时期提出的卫生事业改革的任  
务、方针、政策极为兴奋，认为这是我国卫生工作的“第二个春  
天”。他身体力行地宣传、贯彻。反对背离《决定》的精神，把  
医疗卫生事业推向市场、商业化。为实现“人人享有卫生保健”  
努力奋斗。为此写出了一系列文章，出版了《卫生改革与发展探  
究》这本书，对辅助卫生行政人员、医院管理人员学习、贯彻  
《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》起了重要作用。

在张自宽同志即将出版的《论医改导向：不能走全面推向市  
场之路》的论述中，可以看出他坚定不移地贯彻毛泽东同志提出  
的“把医疗卫生工作的重点放到农村”的卫生工作方针；在卫生  
改革的大潮中，旗帜鲜明，态度坚决，搏浪前进的事迹；他勤于  
调查研究，尊重实践，尊重群众，真正做到“不唯上，不唯书，  
只唯实”，在实践中清醒地科学分析和判断情况，创造性地，踏  
实细致地开展工作，总结经验，慎重决策，令人钦佩。

张自宽同志以论文百余篇，记录下我国医疗卫生事业的改革  
与发展历程，以及他在丰富地实践中凝聚成的结晶智能。记录过  
去，昭示未来，前事不忘，后事之师。以史为鉴，是改革创新，  
持续发展的根基。

在改革发展中领导者不能只管现在，忘记过去，看不到未来，  
而要善于把过去应用于现在，并在应用中看到未来，要站在高处，  
看到眼前利益以外的事物，看到远处正在出现的事物和目标。

谨以此文祝贺新编《论医改导向：不能走全面推向市场之  
路》的出版。

林钧才

2006年3月16日

# 前 言

---

---

近来，国内外传媒对我国医疗卫生改革的报道增多，甚至可以说是纷至沓来，绝大多数是围绕“看病难，看病贵”问题展开议论，尤其是国务院发展研究中心课题组撰写的《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》一文在网上发布后，更激起人们对医改工作的关注。

一些记者和年轻学者听说我是一名老医政工作者，对医改问题发表过不少言论，就寻踪觅迹地采访我，主要想了解医改的发展历程。我已年逾古稀，过上了隐退的生活，不愿意出头露面。一些同志建议我将历年来发表的有关医改工作的讲话、报告和论文汇集起来印成一本书，以供人们参考。我觉得这是一个好主意。因此，乃将二十多年来在卫生部医政司司长岗位上，在中华医院管理学会和中国农村卫生协会会长岗位上以及担任《中国医院》杂志社社长、主编期间发表的七十多篇文章稍加整理，分成“综合论述”、“农村卫改”、“城市医改”、“医德医风建设”四个板块，编成一书，定名为《论医改导向：不能走全面推向市场之路》，奉献给我国从事医疗卫生服务事业的同道和学术界，作为研究医疗卫生改革与发展问题的参考。

书名之所以定为《论医改导向：不能走全面推向市场之路》，有两个原因：一、导向，是一个原则问题，是医疗卫生改革与发展的核心，关系到医疗卫生事业的走向与成败，必须认真对待。二、我一贯坚持医疗卫生改革和发展应由政府主导，以规划为导

向，绝不能走市场化、商业化之路。

本书内容之所以分为“综合论述”、“农村卫改”、“城市医改”、“医德医风建设”四个板块，是为了把同类文章集中起来，便于读者查阅和研究。

“综合论述篇”，主要是对医疗卫生体制改革必须由政府主导，以规划为导向，不能走市场化、商业化道路进行理论探讨和对中央政策的学习体会与解读；重点是阐述医疗卫生事业的特殊性以及它在国民经济和社会发展中的地位与作用。改革开放以来，医疗卫生体制的改革与发展越来越走向市场化、商业化，由此带来了一系列负面影响，引起了广大人民群众的不满。这不能完全责怪卫生部门，这与各级政府和计划、财政等部门的指导思想和决策失衡有关。最关键的一点是对医疗卫生事业的特殊性以及政府应承担的责任缺乏清醒的认识，简单地将医疗服务机构视同于一般工商企业，选择了一条过度市场化的改革道路。这是问题的症结所在。所以，要纠正这种偏差，就必须从理论高度和更高层面、更宽视野来认识卫生与经济社会发展的关系。

“农村卫改篇”和“城市医改篇”，分别汇集了20多年来我对农村卫生体制改革和对城市医疗机构改革的一些言论，大部分是针对各个时期改革中出现的问题——市场化倾向而予以辩驳的，有些是结合客观事实对中央的有关指示、决定进行了比较深入的解读和阐述。有几篇关于维护医院合法权益和如何公正地评价我国医疗卫生队伍的文章也已收录其中，因为这和城乡医疗改革有极为密切的关系。

“医德医风建设篇”，则是针对医院内部工作人员而发的议论，是属于思想文化意识形态范围的事情。我所以把“医德医风建设”作为本书的最后部分，是因为我觉得“一切向钱看”的思想，不仅在主导着医疗卫生体制改革的发展方向与道路，而且也在主导着医务人员的行为。人民群众看病难、看病贵，其责任首

先在政府，在于上层主管决策部门。正如卫生部部长高强同志所说：“由于政府投入水平过低，医院运行主要靠向患者收费，从机制上出现了市场化导向。群众医疗交费，不仅要负担医药成本，还要负担医务人员的工资、补贴，一些医院靠贷款、融资购买高级医疗设备、修建病房大楼，相当一部分要靠患者负担的医疗费用来偿还。”但必须承认，这只是造成群众看病贵、看病难的一个原因，尽管可能是主要原因，但不是全部原因。造成群众看病难、看病贵问题还有一个重要原因，就是一些医院和医务工作人员的作风不正、医德滑坡，滥用药、开大处方、滥用检查手段、收受病人红包、采取各种方法创收，以增加医院和个人收入。所以，我认为，要消除医疗卫生服务工作的市场化、商业化倾向，回归到造福于人民大众的公益性轨道，除了要增加政府投入，从投资体制、经营机制上进行改革外，还必须加强精神文明建设，端正医务人员的医德医风，以科学发展观为指导，对医院进行综合治理。

我国医疗卫生体制改革，在党的十六届五中全会精神指引下，即将进行新的试点。历史的经验和教训都是珍贵的，它会使我们更加聪明起来，少犯错误，少走弯路。由于理论水平有限，这本书反映出的理念和观点不一定都正确，难免会有片面性，但它叙述的情况和事情都是真实的，值得参考和借鉴。这就是我编印这本书奉献给读者的用意所在。

张自宽

2006年3月18日

# 目 录

## 第一篇 综合论述篇

- 要加快医疗立法（1985年3月） .....（2）
- 医疗卫生改革不能以市场为导向（1990年12月） .....（4）
- 论大卫生观（1992年5月） .....（7）
- 要全面领会和贯彻小平同志南巡讲话精神 正确指导医  
疗卫生改革——在全国医院分级管理研讨会上的讲话  
（摘要）（1992年6月） .....（15）
- 应该全面地表述新时期卫生工作方针（1993年8月） .....（17）
- 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） .....（19）
- 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） .....（28）
- 争取“公平”和“效率”同步发展——中国大陆医疗改革  
的态势及走向（1995年8月） .....（37）
- 论卫生与经济的关系——对跨世纪卫生发展战略的探  
讨（1996年12月） .....（45）
- 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） .....（55）



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) ..... (65)

医院工作经验启示录——纪念建国50周年(1999年9月) ... (71)

导向,是一个原则问题必须澄清——对《再谈解放思想实事求是》一文的不同看法(1999年11月) ..... (75)

论全面发展卫生事业——学习十五届五中全会文件的思考(2000年12月) ..... (81)

## 第二篇 农村卫生改革篇

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7月) ..... (90)

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) ..... (99)

要正确地引导农村卫生改革——在卫生部党组整党座谈会上的发言(摘要)(1984年2月) ..... (103)

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) ..... (106)

加强农村医疗保险制度的研究(1985年11月) ..... (113)

中国的初级卫生保健要走我们自己的路(1985年12月) ..... (119)

关于在新形势下如何办好村级卫生组织的探讨(1986年3月) ..... (125)

加强对合作医疗的宣传(1986年12月) ..... (133)

关于即墨县卫生改革情况的调查(1987年4月) ..... (135)

在合作医疗问题上应该澄清思想统一认识(1987年11月) ..... (141)

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) ..... (148)

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) .....	(150)
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(1998年12月) .....	(156)
关于小平同志谈“赤脚医生”致卫生部党组的信(1999年 3月) .....	(161)
深化农村卫生改革与发展的新举措——山东省泰安市实行乡 村两级卫生机构一体化管理的调查(1999年9月) .....	(162)
中国农村卫生发展道路的回顾与展望——为纪念建国50周 年而作(1999年9月) .....	(166)
关于农村卫生问题致江泽民主席的信(2000年12月) .....	(172)
忧虑·遗憾·不解——对一些地区拍卖乡镇卫生院的想法 (2001年8月) .....	(176)
面临新形势须有新对策——对农村卫生和城市支援农村卫 生建设情况的综合分析(2002年8月) .....	(179)
科学的论断, 英明的决策——学习《中共中央、国务院关 于进一步加强农村卫生工作的决定》的体会(2002年12 月) .....	(188)
中央关于进一步加强农村卫生工作的决定给乡镇卫生院带 来了新的发展机遇(2003年5月) .....	(194)
以科学发展观分析和解决农村卫生发展滞后问题(2004年 5月4日) .....	(197)
中国农村合作医疗50年之变迁(2005年11月) .....	(202)

### 第三篇 城镇医疗改革篇

家庭病床是医疗卫生方面的一项重要改革——把家庭病床 工作由普及引向提高(1984年9月) .....	(210)
---	-------



医疗卫生机构改革的形势与任务 (1986年12月) .....	(216)
认真加强对医疗工作的治理整顿——在全国卫生厅局长会议上的发言 (1989年3月) .....	(221)
认真开展医院工作方针的再教育 (1989年9月) .....	(227)
医院管理体制的一项重大改革 (1990年4月) .....	(230)
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) .....	(236)
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) .....	(241)
医院改革需要全社会支持——李培林毒打院长案发人深思 (1997年6月) .....	(254)
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) .....	(256)
新闻媒体报道医疗纠纷要慎重公正实事求是 (1998年11月) .....	(262)
加强宏观调控与引进市场机制——对新一轮医院改革的几点想法 (2000年1月) .....	(265)
当代中国的医疗卫生队伍岂容恶毒诽谤和污蔑——评《人祸——当代中国医疗魔影实录》 (2000年2月) .....	(271)
要为维护医院合法权益大声疾呼 (2000年3月) .....	(277)
正确认识和处理医院权益问题——在全国医院权益维护与自律研讨会的讲话 (2000年4月) .....	(279)
积极办好民营医院——在全国民营医院管理研讨会上的讲话 (2000年9月) .....	(287)
医疗改革不能改掉公益性——兼议对基本医疗服务的补偿政策 (2002年1月) .....	(291)

对医疗纠纷“举证责任倒置”的几点看法 (2002年8月) ……	(297)	
公立医院产权制度改革需辩明的几个问题 (2004年3月) ……	(301)	
关于理顺医疗机构改革与发展的思路及政策的建议 (2004年5月) ……	(304)	
关于民营医疗机构工商登记和税收政策问题致卫生部领导的信(2005年6月) ……	(311)	
附件1: 中央人民政府卫生部转发中央财政经济委员会关于医院诊所免征工商业税规定的通知 ……	(312)	
附件2: 中央人民政府卫生部转发中央财政经济委员会关于公私立医院诊所一律不进行工商业登记的通知 ……	(312)	
附件3: 财政部、卫生部、中央工商行政管理局关于贯彻医疗机构免征工商业税的通知 ……	(313)	
关于医疗机构分类管理和税收政策之演变与思考 (2005年6月) ……	(315)	
应为民营医疗机构的发展打造宽松的政策环境 (2005年8月) ……	(321)	

#### 第四篇 医风医德建设篇

积极开展创建文明医院活动 大力加强医院精神文明建设建设 (1983年10月) ……	(328)	
坚持和发扬全心全意为人民服务的医疗作风 (1984年2月) ……	(335)	
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) ……	(339)	
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) ……	(342)	
关于进一步深化文明医院建设的几点意见 (1988年4月) ……	(345)	



深化医院改革必须切实端正医德医风——在全国计 划单列市卫生局长第四次联席会上的讲话（摘要） （1988年8月） .....	(348)
医务人员医德规范及实施办法（1988年12月） .....	(353)
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） .....	(355)
公民道德规范在医疗机构中的实践——再访东莞东华 医院的感受与启示（2002年3月） .....	(358)
仁心·仁术：医院文化建设的底蕴——读《感悟》与 《先知》两文的感想（2002年7月） .....	(364)
加强文化建设 弘扬人文精神 营造高层次的服务理念和 管理模式（2002年10月） .....	(369)
关于开展纪念白求恩活动 进一步促进医德医风建设的建 议（2004年6月） .....	(374)
大力弘扬白求恩精神——纪念白求恩逝世及毛主席《纪念 白求恩》发表65周年（2004年7月） .....	(376)
感言 .....	(379)

# 第一篇

---

## 综合论述篇

## 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。

我们建议，卫生部领导应将医疗立法尽快纳入议事日程。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。

---

\* 此文是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，并已译成中文，编印成册，发给有关部门及全国各地参考。

四、在医政管理干部和医务人员中，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。

以上报告妥否，请指示。

## 医疗卫生改革不能以市场为导向\*

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以市场为导向，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，仅就实践中的一些感受谈几点个人意见。

### 一、市场导向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问题，原因是多方面的，其中，市场导向对医院工作的干扰不可低估。不可否认，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。如成本核算观念、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，把医院推向市场，否则就难免会出现问题，会发生导向性的错误。

市场导向，说白了就是赚钱，什么产品能赚钱就生产什么，经

\* 此文原载于《中国医院管理》1991年第3期。

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。医疗卫生改革如果这样搞，就不可避免地会造成无政府状态，使医疗秩序和社会生活陷入混乱，使广大人民群众的利益受到损害。因此，在我们这样的社会主义国家，在我们医疗卫生领域，对于市场导向的干扰，就更不能听之任之。

## 二、市场导向对医院工作干扰的主要表现

市场导向对医院工作的干扰，主要是干扰社会主义公益事业的办医方向。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，恐怕都与市场导向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和利用的不公，引起广大民众尤其是农民的不满；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，带来不利的影响。

显然，以上三个方面都是关系到我国医疗卫生事业改革与发展方向的重大问题。几年来，在这些重大问题上都程度不同地受到了市场导向的干扰，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，要彻底清除市场导向的影响却不是一件容易的事情。尤其是由于片面鼓吹市场竞争和“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，“搞活医疗市场”的主张，主要来自于“外国经验”的影响。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1980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4000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2000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。

我国是在共产党领导下实行社会主义制度的发展中国家。搞“医疗市场化”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。

# 论大卫生观\*

1992年5月

## 一、何谓大卫生观

近十多年来,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,是一种先进的科学的思想体系,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、广大人民群众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。传统的观念往往把卫生工作看作是孤立的、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的事业、全民的事业,看作是社会进步和人类生存与发展的基本要素,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:

---

\* 原载《中国医院管理》1992年第6期。

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。

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、各厂矿企业事业单位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，坚持以民为本，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，保障经济和社会发展多做贡献。

## 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：

1. 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，无论是在中国还是外国，恐怕都是前无古人的。

2. 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”。

3. 毛泽东同志一向认为，人民群众是历史的创造者，是国家和社会的主人，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“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。他多次强调要把大量的人力、物力、财力放到农村，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。

4. 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。

5. 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”。

6. 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，对人民要极端热忱，对工作要极端负责任，对技术要精益求精，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”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。

7. 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。

8. 毛泽东同志一向把卫生工作看作是政府的职责、执政党的职责。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，毛泽东同志更加强调党和政府必须切实加强对卫生工作的领导和支持。特别是在1960年3月18日发出的由他亲自撰写的《中共中央关于卫生

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，第一把手要亲自挂帅，切实加强领导。《中共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都很感兴趣，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都认为，“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。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”。“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”。“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”，推广“一根针、一把草”，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处理，研制和推广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”。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”<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”。“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, 1982, 增刊
2. 财政部、国务院技术经济研究中心编. 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——中国的人口、卫生和营养. 北京: 气象出版社, 1984

## 要全面领会和贯彻小平同志 南巡讲话精神

### 正确指导医疗卫生改革\*

——在全国医院分级管理研讨会上的讲话（摘要）

1992年6月

……

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，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南巡讲话精神，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，县政府最近明令宣布，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

---

\* 本文摘自卫生部医政司《医院分级管理资料精篇》。

力，又开始出现了对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好典型大树特树，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。

## 应该全面地表述新时期卫生工作方针\*

1993年8月

最近，我在看一些文件和参加一些会议时听到的发言中发现，有些人包括有些领导同志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，有80%以上人口在农村，农民和农业状况如何是决定着国家的兴衰；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。依此类推，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“把医疗卫生工作的重点放到农村”指示的继续和发展；但在内涵、结构和文字表述方式上都有些变化。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掌握住这个特点。

# 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，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政府规划为导向，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

\* 此文原载于《中华医院管理》1993年第11期。

由发展的策略。其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”的论述及有关的规定。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。其根据是《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。其根据是中共中央、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发展医疗卫生机构，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资本主义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和不公正，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的大医院，集中在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医疗保健服务。

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：20世纪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，便于民众就近就医，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，它有其独特的发展规律。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以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。它是以救死扶伤、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、调整和完善，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，尤其是管理监督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且有愈演愈烈之势），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、需要补充就允许设立，不需要补充就不再设立；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，有的形成医院诊所一条街，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。这显然是片面的。

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”。这是卫生部领导在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，因为这些方面也要适应市场，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，逐步满足广大人民群众对医疗卫生的基本需求，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能得到适当补偿，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应努力做好以下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

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，开展多种服务和特需服务，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（社会效益、经济效益）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教育和法制教育。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、乱开大方、乱做检查，甚至吃回扣、拿提成、“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不能允许的。

## 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。许多人认为，现行的卫生体制不适应新的经济环境，必须按市场规律办事，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，迅猛增涨，使人民群众不堪承受，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体系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，也就是医疗卫生改革是以市场为导向还是以规划为导向？是以经济效益为最高准则，还是以社会效益为最高准则？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9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，它们所属的企业也要以社会效益为最高准则”。这段话

\* 此文原载于《中国医院管理》1994年第5期。

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事业的特性和宗旨，既是卫生部门开展和进行各项工作的指针，也是医疗卫生改革的指针，如果偏离这个指针，卫生改革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？

从人类社会发展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，坚持贯彻预防为主方针，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工作，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。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、因病返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。

## 第二是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，小平同志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合理和医疗卫生服务利用不公正，绝大多数医疗卫生资源

都集中在城市大医院，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，而且有不不断蔓延之势。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唯一准则，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唯一准则，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、卫生部门的工作在“一切向钱看”歪风的影响下滑向商品化，单纯追求经济效益，成为“唯利是图的商人，”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、因病返贫，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9000亿美元，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障，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规则经营医疗卫生事业，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2010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，会达到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、谁最富有，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，仍然应当以规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。

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，用行政手段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唯一准则，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唯一准则或最高准则，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，国家和社会都必须增加对医疗卫生的投入，并对各种医疗卫生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，则要实行分级分工医疗和双向转诊的体制，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。许多地方政府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机构能够健康地发展；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，国家和社会都要增加投入。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。

## 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20世纪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

---

\* 此文是作者1995年8月在台湾大学举行的第二届海峡两岸医院管理学术研讨会上的报告。

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有了共识：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，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，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唯一准则，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）和人民群众都能承受得起，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逐步取得了一致的认识，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。尤其在我国对医疗服务需求最大的是占人口80%的广大农民，承受能力极为有限。医疗服务必须首先体现公正、技术适宜、让广大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，就不可能是真正意义上的医疗卫生服务。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。

为了切实保证以“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。

农村卫生服务体制，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结合为一体的社区卫生服务组织。

### 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、慢性病和康复期病人；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，改革的潮流是不可阻挡的。

# 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发展的关系作些探讨，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，写出了不少有份量的报告。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1980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障费用。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%，

\* 此文原载于《中国卫生经济》1996年12期。

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、健康增长与经济增长的关系

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：

$$\text{ASHA} = \frac{\text{成人识字率} \times \text{就业率} \times \text{平均寿命} \times \text{国民生产总值年增长率}}{\text{人口出生率} \times \text{婴儿死亡率}}$$

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，反映在卫生的投入和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20世纪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。它是在国家收入再分配（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：一是他把卫生与思想、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，而是体现在增进人民健康、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得非常明显。

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 1860 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居民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民健康的直接原因。但近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. 给全体民众提供享有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工作的负面影响

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，既有公益性也有商品性（实际上是以商品性代替了公益性），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经营管理，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；从而使为广大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（包括公费医疗和劳保医疗）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益性和“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愈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)	1134	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。

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，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 1 700 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，贫困地区更应加大国家的投入，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，各级政府要大力支持，总结经验教训，加以完善。总之，面对当前的疾病形势，必须重新运用增加投入和调整政策为直接杠杆，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。

# 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《中共中央、国务院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》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，迎接第二次卫生革命的科学指南。

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。

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。

---

\* 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》、《中国农村卫生事业管理》。

## 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。

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 and 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，非常明确地阐明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或公益事业。

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公益性改为商品性或经济生产性，折衷一点就说有“双重性”，即福利性或公益性与商品性，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，就是主要依靠政府和社会力量以及人民群众举办的、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、确切的方针。

建国初期的卫生工作方针是1950年召开的第一届全国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1965年提出的“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，反映出卫生部门一些领导同志和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甚至倒退，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技术水平。”

这6条基本原则，都是在总结卫生改革与发展正反两方面经验教训的基础上提出的，是依据上述的卫生工作地位、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，一是他把卫生与思想、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1860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：“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的社论所说：“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。

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题，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，主要是由于居民个人支出增多，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 and 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，全国县级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 多万人是传染源；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（包括农村集体经济组织和工商企业），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。

## 医院工作经验启示录\*

——纪念建国 50 周年

1999 年 9 月

值此全国人民热烈庆祝建国 50 周年之际，我作为建国伊始即参与新中国卫生事业建设者的一员，更无比欢欣。抚今追昔，不禁心潮澎湃，思绪万千。回顾 50 年来我国医疗卫生事业发展的历程，觉得有许多经验和教训值得总结。经过几番思虑，获得五点启示，谨录于后，供从事医政和医院管理界同仁的参考。

### 一、从我国的基本国情出发，医疗卫生服务事业只能走低投入、广覆盖、高效益的道路。过去如此，今后仍然如此

我国是个人口多、底子薄、经济文化落后的国家，农业是国民经济的基础，农村居民占全国人口的绝大多数。这是我国的基本国情。因此，邓小平同志把社会主义建设的头一百年定为社会主义初级阶段，把社会主义的本质确定为“解放生产力，发展生产力，消灭剥削，消除贫困，实现共同富裕”。这决定了我国医疗卫生事业的建设和发展必须是低投入，广覆盖，高效益。低投入，是因为国家和人民尚未摆脱贫困，财力有限，有点钱要首先用于发展生产，提高生产力，不可能用很多钱发展医疗卫生事业。广覆盖，是由于我们的社会主义制度是为全体人民谋福祉，医疗卫生工作必须面向全体人民，实现人人享有初级卫生保健，只有广覆盖才能达到这个要求。高效益，是基于疾病多而人民支付医疗费用的能力又很低，医疗卫生服务必须做到花钱少而效果好，才能适应国家、社会和人民的要求，贯彻落实“两为”的方针。

\* 此文原载于《中国医院》1999 年第 5 期。

但是，要做到这三者的兼具和统一，确实不容易，可是又必须做到。因此，怎样以较少资源支撑庞大人口对医疗卫生保健的需求，就成为制定卫生政策和探寻卫生工作模式的根本依据和长期依据。这是不以经济体制的改变而改变的。

## 二、在社会主义初级阶段，社会经济和文化发展的状况是：均衡、公平、适应都是暂时的和不完全定型的；卫生经济政策、医疗资源配置和医院管理体制都应针对这种情况不断地调整和改革

社会主义初级阶段是改革与发展相互交替和相互促进的阶段。从社会主义本质来说，经济和文化发展的总目标是要达到均衡、公平和相互适应。但在初级阶段只能是相对而存在的，变化涵数非常大，变化频率非常高，今天实现了均衡、公平与适应，明天就又发生变化，全国如此，一个地方一个行业也是如此。因此，就须不断地调整政策和措施，促使不均衡走向均衡，不公平走向公平，不适应走向适应，如此循环往复，将社会主义建设不断推向更高水平。这是社会发展的基本规律，更是社会主义初级阶段的突出特征。

医疗卫生工作要针对这种情况在卫生政策制定、医疗资源配置和医院管理体制等方面不断进行调整。我们既不能把一时的均衡、公平与适应看成尽善尽美的模式，也不可将一时的不均衡、不公平与不适应看成为完全失败和错误的东西。例如，我们在“文革”前按行政区划建立的城乡三级医疗卫生组织和三种形式的医疗保障制度，在促使医疗保健服务走向均衡、公平与适应方面起到了积极的作用；但随着经济发展的不平衡，社会经济体制的转型和各种政策的调整等等客观因素的变化，许多地方的医疗卫生工作又出现不均衡、不公平和不适应的状态。八十年代以来各个阶段的改革就是为了解决这些问题。对改革与发展应辩证地看，发展出现不平衡和弊端须进行改革，改革的目的是促进发展。

### 三、把社会效益作为医疗卫生工作的唯一准则，其目标是使城乡居民都能享受到基本医疗服务，并能逐步满足不同层次的人群对医疗保健的需求

享受基本医疗保健服务，是每个公民应有的权利；保证每个公民都能享受基本医疗保健服务则是国家应尽的责任。把社会效益作为医疗卫生工作的唯一准则，就是按照社会主义本质的要求，使医疗卫生工作为发展生产力服务，为消灭贫困服务，为实现共同富裕服务。因此，在医疗机构的设置与管理上应做到以下三点：

一是，按照人口的分布状况设置卫生机构和配置卫生资源，并根据人们需求的增高不断提高医疗技术水平和质量，保证做到医疗卫生服务公平性和普遍可及性。

二是，贯彻预防为主和依靠科技进步的方针，控制各种疾病的发病率，提高一些疑难疾病的治愈率，减少疾病对人们健康的危害。

三是，把医疗费用的增长控制在合理范围之内，使国家、集体和个人都能承受，不致因医疗费用的不合理的增长影响国家经济建设和人民生活的改善。

### 四、借鉴一些市场机制，改革医疗卫生事业结构、管理体制和管理办法，促使医疗卫生事业更加健康有序地向前发展

我国医疗卫生事业经过 50 年的发展，从数量总量上看（包括机构、床位、卫生技术人员）均已达到中等发达国家的水平，能够满足人们的需求，有些地方甚至供过于求，与经济发展水平相比在某些地方已有超前发展的现象。但质量普遍较差。这是当前存在的主要矛盾。也是近年来社会医疗费用急剧上涨和一些医疗机构经济效益差难以生存的重要原因。

为解决这个问题，应按照“效率优先、兼顾公平”的原则，以区域卫生规划为指导，以社会需求为依据，采取评估、求衡、定位、消肿、补缺等五项措施和步骤，对现存医疗卫生机构进行一次大整顿。对那些服务态度、技术、设备都很差不具备资质的机构和人员实行停办、兼并、下岗或转岗，使医疗卫生机构普遍转向以质量为主的内涵建设，全面提高素质。

### **五、建立以病人为中心的优质高效低耗的管理模式，使医院经营呈良性态势，做到社会效益与经济效益的统一，实现自我生存、自我发展、自我完善**

当前世界各国举办社会福利保障事业，大多实行“开源节流，共同负担”的政策，即国家、集体和个人都承担一定费用。我国当前举办文教卫生事业、建立社会保障体系亦正朝着这个方向迈进。现实情况是，医院的经费补偿主要依靠业务收入，政府只是根据具体情况给予一定的补助。因此，医院经营管理必须在政府给予独立自主经营管理权的条件下实行严格的科学的经济核算，力争做到“三个平衡”，即医院收入与支出的平衡，医疗劳务技术价格与实际消耗的平衡，医疗费用与城乡居民消费水平的平衡。医院生存发展的根本出路在于服务工作做到优质高效低耗，提高竞争力。关键在于加强医德医风建设和技术建设，培养和锻炼出思想道德和科学技术素质都很高的领导管理的班子和技术骨干队伍。

我认为，以上五点是我国卫生系统坚持社会主义原则和市场经济机制的有机结合的体现，可通贯于社会主义初级阶段的各个时期而起作用，从宏观指导到微观实践都应以此为基本准则探寻出符合本地或本单位的具体模式。

## 导向，是一个原则问题必须澄清\*

——对《再谈解放思想实事求是》一文的不同看法

1999年11月

最近拜读了8月21日健康报发表的《再谈解放思想实事求是》一文（以下简称“再文”），既使我感到困惑，又使我深为忧虑。困惑的是，为何在中央对新时期的卫生工作方针政策和方向已经作出决定之后，作者不但不认真宣传中央的决定，反而同中央的决定唱反调，竭力鼓吹医疗市场化。忧虑的是，中央的决定如果不能认真执行，当前城乡医疗卫生改革与发展将导向何方，进入新世纪的我国卫生工作将何去何从？心有不安，特作此文，表明我个人的看法。

### 一、分歧的焦点是一个“化”字

首先要澄清一个提法和概念。关于医疗卫生事业发展导向问题的争论，在全国卫生工作会议以前的提法，一直是以“规划”为导向还是以“市场”为导向？不是“再文”所说的“需求导向”与“规划导向”之争。从“再文”后段所说“其实需求导向也就是市场导向”来看，作者显然是混淆了二者的概念。我们认为，“需求”与“市场”是性质和含义都完全不同的两个概念，“需求”与需要是一个意思，是表示人们对医疗卫生服务的要求；而“市场”则是指经济形态和运作方式。怎能说“需求导向就是市场导向”呢！

如果从“需求导向”来说，我们的分歧就不大，“规划导向”就是以社会和人们的需求为前提，同时结合当时当地的实际情况和条件。我们同意“再文”所说的“社会需要与需求是卫生事业发展的客观要求与直接动力，卫生需求的结构与层次又是卫生资源合理

\* 此文原载于《中国医院》1999年6期。

配置的依据”；但不同意他所说的“规划导向是‘以我为主’、‘供方中心论’的表现”。这种说法未免有点太轻率太武断。此种说法如能成立，我国全国人大历届会议通过的国民经济和社会发展5年计划或10年规划，卫生部多次制订的卫生事业发展规划和卫生区域规划等等，岂不都是“以我为主”、“供方中心论”的表现了吗？如果真是这样，那要这些规划做什么！

分歧的实质也就是争论的要害，是在一个“化”字上。我们认为，医疗服务事业带有商品性，要参与市场活动，受市场机制的影响，医院要引用一些市场机制改进经营管理工作，这都是客观存在的事实，不容否定。多年来争论的焦点不是医疗服务事业有无市场、要不要适应市场经济的发展，而是应不应该搞市场化。什么叫“化”？“再文”先以报道方式表述了两种不同的说法，即：“彻头彻尾，彻里彻外”和“坚持真理，修正错误，勇于探索，不懈进取”；而后以不定式语句提出他自己的见解：“如果从改革开放、探索前进的过程来理解‘市场化’，何足忧兮？”这显然又是一种不敢直面争论实质的遁词。我们认为，“化”可以有两层含义，既是变化的过程，又是变化的结果。不论作何种理解，目的都是将医疗事业与市场经济融为一体，也就是要不顾医疗事业本身的发展规律，全面按照市场经济规律办事，完全商业化。我们反对的就是这种“化”法。我们认为，这种“化”法绝对要不得，不是“何足忧兮”，而是忧患重重。先不说远期问题，单是近期情况就已令人忧虑。近些年来，在“医疗市场化”舆论的影响下，不少地方财税等部门对中央《决定》中提出的增加投入减轻负担都不积极执行，相反的，竟把医疗机构当做工商企业一样的营利单位，给医院拨款越来越少，对医疗业务收入还要征税以及其他负担，使医疗机构经济补偿渠道越来越窄。一些大医院凭借技术优势虽然经济效益尚好或尚可维持，但对医德医风的冲击不可忽视，对分级分工医疗的冲击也不可忽视。众多的常见病多发病都被吸引到大医院，中小医院和农村乡镇卫生院则比较普遍地陷入艰难的境地。长此下去，城乡卫生医疗网将何以生存，何以发展？这难道还不足忧兮！

## 二、特殊性必须强调

“医疗市场化”论者为了使其立论有理，提出另一个观点就是

“不要过分强调医疗服务事业的特殊性”。这是必须澄清的一个核心问题。我们的意见是，医疗卫生服务事业的特殊性必须强调，无所谓过分不过分的问题。

关于医疗卫生服务事业的特殊性，中共中央、国务院在关于卫生改革与发展的决定中已有明确的体现。例如，将卫生事业性质确定为“政府施行一定福利政策的社会公益事业”；卫生改革“要适应社会主义市场经济的发展，遵循卫生事业发展的内在规律”；又如，“完善卫生经济政策，增加卫生投入”等等提法，都是考虑和体现了卫生事业的特殊性。另外，请注意，中央《决定》中关于卫生改革与市场经济的关系，所有条款都是说要“相适应”或“相协调”，而没有说把卫生事业纳入或融入市场经济，更没有说“市场化”。

“医疗市场化”论者提出“对卫生事业特殊性不要强调过分”。这种说法我们也不敢苟同。事实上根本不存在对卫生事业特殊性“强调过分”的问题，而是强调得还很不够。我们说卫生事业的特殊性必须强调，主要是基于三个理由：

首先，从理论上说，任何物质运动都有特殊性，而且特殊性是主要的。我们不妨重温一下毛泽东关于“矛盾的特殊性”的论断。他在《矛盾论》中说：“各种物质运动形式中的矛盾，都带有特殊性。人们认识物质，就是认识物质的运动形式，因为除了运动的物质以外，世界上什么也没有，而物质的运动则必取一定的形式。对于物质的每一种运动形式，必须注意它和其他各种运动形式的共同点，但是，尤其重要的，成为我们认识事物的基础的东西，则是必须注意它的特殊点。”我们在这里引用《矛盾论》的这一段话，意在说明中央《决定》中关于卫生改革既要适应社会主义市场经济的发展，又要遵循卫生事业发展的内在规律的指示，是完全正确的，应作为我们处理卫生改革与发展的指导原则。

其次，从国际经验看，一些发达国家和地区尽管在发展经济上坚持和倡导市场经济体制，但在发展医疗卫生事业上主张以规划为导向，或正从市场导向转为规划导向。外国专家们几乎一致认为，医疗卫生事业有其特殊性，不能搞市场化，如果搞市场化就要付出沉重的代价。医疗卫生事业之所以有其特殊性，一般地说主要是由下列三点构成的：①医疗卫生事业从社会产业属性上说虽属第

三产业，但与商业服务业性质不同，不同之处在于它不给社会直接创造财富，而是为创造财富者以及全体居民提供健康保障。也就是说，在市场经济体制下，商业服务业的任务是要通过为人们提供适宜的服务来为企业创造尽可能多的利润和为国家纳税；医疗卫生事业则是为保护、解放和发展生产力服务，通过提高生产力转化为经济效益——财富的；②医疗服务的对象是病人，医患双方不具有一般商品市场的供需关系，在一般商品市场中，供方和需方都是各自独立、地位平等，通过协商决定商品的价格。而在医疗服务领域里，患者（即需方）一般都处于被动地位，医生则处于主动地位甚至可以说是垄断地位，检查、诊断、治疗都由医生决定。医疗服务若作为开放的商品市场，供需双方无平等可言，就会导致“医生跟着富人走”，“一切向钱看”，根本谈不上公正和公平；③医疗服务的伦理道德观也与商业不同。不仅要做到“货真价实，老少无欺”；还要具有人道主义思想和救死扶伤的品德，要急病人之所急，痛病人之所痛，不能像商业那样，能赚钱的就做，不赚钱的就不做，利大大干，利小小干，无利不干。这三个特性是医疗服务事业所固有的，是内因，是本质，不因环境的改变而改变。

所以，世界卫生组织等国际机构经过广泛调查研究，一致认为，不论社会经济制度和发达程度如何，建立和改革医疗卫生服务事业都要遵循3条原则，即：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、医疗卫生需求情况，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。医疗服务如果搞市场化，就难以实现上述三原则。这也就是连发达国家的专家都不同意医疗服务市场化的原因所在。

第三，从我国基本国情和社会制度来看，我国医疗卫生事业更具有自己的特性。其一，我国的市场经济是社会主义市场经济，与资本主义国家的市场经济有共同点，也有不同点，生产资料以公有制为主体，允许多种经济共同发展，但决不搞私有化；其二，我国社会经济发展水平还处在社会主义初级阶段，基本国情是人口多，底子薄，经济文化还比较落后；其三，卫生工作的基本矛盾是，人

口多，疾病多，卫生资源分布不均，发展不平衡，卫生工作的主要任务（或者叫根本着眼点），是要在坚持为人民健康服务、为社会主义现代化建设服务的方针指导下，做到低投入、广覆盖、穷国办大卫生，实现公平与效率的统一。因此，我国医疗卫生的改革与发展更不能以市场为导向，任其自由发展；而只能以规划为导向，将加强宏观调控与增强微观活力结合起来。

### 三、以邓小平理论为准则来统一认识

“再文”多处提出要统一认识，消除误解，解决分歧。这个愿望是好的，也是非常必要的。但是统一决不能统一到“医疗市场化”上。只能统一到邓小平理论上，统一到党的十五大精神上，统一到《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》上。

江泽民总书记在十五大报告中明确提出：“在社会主义改革开放和现代化建设的新时期，在跨越世纪的新征途上，一定要高举邓小平理论的伟大旗帜，用邓小平理论来指导我们整个事业和各项工作。”我们卫生工作包括卫生改革与发展当然也应以邓小平理论为指导。

以邓小平理论来统一我们对卫生改革与发展的认识，针对目前存在的分歧，我们认为应着重解决两个问题：

第一是，要正确领会小平同志主持制订的党在社会主义初级阶段的基本路线的精神实质，坚持“两点论”而不是“一点论”。基本路线的表述是：以经济建设为中心，坚持四项基本原则，坚持改革开放，简称为“一个中心，两个基本点”。只有掌握“两个基本点”，才会在行动上不发生偏差，既不左，也不右。建设有中国特色社会主义，建立社会主义市场经济体制，都是“两个基本点”的结合和统一的体现。我们搞卫生改革也必须坚持“两个基本点”。中央关于卫生改革与发展的决定就是“两个基本点”在卫生领域中的体现，具体点说，就是将坚持社会主义原则与引用市场机制结合了起来。我们一定要防止只强调引用市场机制而忽视社会主义原则的倾向。

第二，要按小平同志提出的“以社会效益为唯一准则和最高准则”的指示办事。1985年9月23日，小平同志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行动的唯一准则，它们所属的企业也要以社会效益为最高准则。”我们体会，这里包含着两个因素：

一是社会主义本质的要求。小平同志界定的社会主义的本质是“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。”要实现这个本质除了要从经济、教育、科技等方面改革体制、加强建设外，卫生也是重要一项。做好卫生工作不仅可以解放生产力，发展生产力，同时还可以防止因病致贫和因病返贫的现象发生，实现共同富裕。

二是精神文明建设的需要。小平同志在1985年指示加强精神文明建设时说：“当前的精神文明建设，首先要着重于党风和社会风气的根本好转。”“要消除一切向钱看、种种贪婪腐败和不公正现象”。什么是不公正现象？其中包括医疗卫生资源配置不均衡和医疗卫生服务利用不合理，大多数医疗卫生资源集中在大城市里，广大农村严重短缺，少数人对医疗资源消费过度，广大农民还难以享受到基本医疗卫生服务。小平同志在经济发展步骤上坚持主张效率优先，兼顾公平，而对教育、卫生则倡导把社会效益作为唯一准则和最高准则，就是为了消除不公正现象。只有首先解决不公正问题，才能真正做到保护广大人民群众的健康。正如世界银行专家们所提出的：“中国人民未来的健康将主要取决于以经济上有效而且以平等的方式来改善健康状况的公共政策。”

综上所述，我国医疗卫生事业的发展绝不能以市场为导向，走市场化的道路。这是理所当然的事，本来毋须辩论。但“再文”作者却以《再谈解放思想实事求是》为题，鼓吹要把卫生事业纳入其“市场化”的体系。这是我们不能同意的。我们的观点是：医疗服务事业要与市场经济的发展相适应，医疗机构要引进运用一些市场机制改进经营管理，以增强自身活力；但必须严格遵循医疗事业发展的内在规律，遵循社会主义原则；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以规划为导向，绝不能以市场为导向。

## 论全面发展卫生事业\*

——学习十五届五中全会文件的思考

2000年12月

进入21世纪，我国卫生事业如何发展？学习中共十五届五中全会文件后受到启迪，现从卫生管理角度谈几点意见。

### (一)

卫生管理追求的最高目标，是公平与效率的统一，人人享有卫生保健。中共十五届五中全会审议并通过的《关于制定国民经济和社会发展第十个五年计划的建议》（以下简称《建议》）为实现这个目标提出了指导方针，即：“全面发展卫生事业，提高全民健康水平。进一步改善城乡特别是农村卫生设施。加强预防保健”。这三句话的关键词是“全面”和“全民”。这在中央过去发布的有关卫生工作文件是不多见的，这次在《建议》中明确而且连贯地提出，我想有这样几个原因：

**首先是，全面建设小康社会的需要。**

《建议》开篇第一句即说：“从新世纪开始，我国将进入全面建设小康社会，加快推进社会主义现代化的新的发展阶段”。我体会这是制定“十五”计划的总纲，“十五”时期一切工作都要围绕这个总纲开展和进行。“全面发展卫生事业”就是从“全面建设小康社会”衍生出来的。两个“全面”并不是巧合，而是内在的必然联系。小康社会是表明人民生活从温饱向富裕前进的一个社会形态，包括经济收入、文化知识和健康寿命都达到一个较高水平。全面建设小康社会，当然需要卫生工作与之相适应。

**其次是，扭转卫生事业发展的失衡状态。**

\* 此文原载于《中国卫生政策》2001年第1期。

我国的经济建设和社会发展，经过 20 年来的改革特别是“九五”计划的实施取得了巨大的成就，目前我国城乡已有 3/4 达到或基本达到小康水平。但是从地域上看差距还很大，有些地方还停留在温饱阶段，少数地方还很贫困。卫生状况的差异就更大。卫生资源 80% 集中在城市，其中 2/3 又集中在大中型医院，基层卫生服务和农村卫生资源严重不足，一些贫困地区患病率和婴儿死亡率还很高，因病致贫和因病返贫现象还很严重，占到贫困户总数的 50% 以上。要使全国 960 万公里内的 12 亿 5 千多万人口都能享受到基本的医疗和卫生保健服务，达到全面建设小康社会的要求，必须扭转这种严重的不平衡现象。

### 第三是，应对 21 世纪公共卫生的挑战。

根据专家们预测，由于交通发达，人口流动和贸易往来频繁，增加了新老传染病暴发流行的危险性。由于人口老龄化，退行性疾病、功能障碍性疾病等慢性非传染性疾病也将随之增多。同时，由于工业化、城市化和现代化进程之加快，还将带来空气、水源、噪声、化学性污染等环境、生态效应，带来城市人口激增、住房和交通拥挤、生活空间缩小、工作压力加剧等社会问题，继而出现由生物、环境、行为等因素引发的多种疾病。这个挑战是世界性的。所以，2000 年 9 月在北京召开的第九届世界公共卫生联盟国际大会向全球发出“行动呼吁书”，呼吁全世界人民积极行动起来，采取各种措施应对这个挑战。目前我国社会经济文化发展正处于上述各种挑战的综合交叉点，形势尤为严峻，更应积极响应这个呼吁。

## (二)

由于各种主客观因素的作用，事物的发展总是参差不齐的，一个国家的经济和社会发展很难取得均衡状态，况且我国幅员如此广阔，人口如此众多，地区差异如此巨大。《建议》提出的“全面发展卫生事业”和“提高全民健康水平”，我的理解是以小康社会应达到的卫生指标为标准，在“十五”期间全国各地都应达到，已达到的可向更高目标前进，没有达到的一定要努力达到。这是一项十分艰巨的任务，困难很大。要实现《建议》的要求，首先要解决好三个问题：

### 第一个问题是思想认识问题。

主要是要进一步解决对卫生工作在国民经济和社会发展中的地位和作用的认识问题。在经济体制转化过程中,有些人处理上层建筑与经济基础的关系,往往只看到经济基础作用而忽视上层建筑的反作用,只强调卫生发展取决于经济发展,而忽视健康增长对促进经济增长的作用。对此,我们应当积极地宣传,特别要努力开发“领导层”,通过宣传要明确地树立起这样的观点:上层建筑要与经济基础相适应,健康是发展生产的第一要素,保障全体国民应有的健康水平是国家发展的基础。

联合国开发总署早在 20 世纪 90 年代初发表的《世界人文发展报告》就指出:卫生、教育、经济三者必须协调发展,并把健康、寿命放在第一位,因为劳力是最基本的生产力。据世界银行专家调查研究,我国从 1950~1982 年内,人口平均寿命从 35 岁增至 69 岁,由此而创造的经济价值共 24730 亿元(人民币),相当于同期国民生产总值的 22%。美国哈佛大学一些教授研究资料表明,在过去 40 年中,世界 8%~10% 的经济增长是归类于健康的生长;30%~45% 的亚洲经济奇迹的创造力来源于健康的人群。随着社会进步,健康的作用更为明显。保证人的身心健康已成为迎接和进入知识经济时代的一项重要任务。要全面建设小康社会,加快推进现代化,必须摆正卫生与经济和社会发展的关系,像重视科技、教育那样重视卫生。

### 第二个问题是卫生筹资机制问题。

改革开放以来,随着经济体制和财政体制的转变,国家卫生经济政策也在不断转变,一是卫生资源配置由单一政府安排向国家指导与市场调节相结合转变;二是卫生机构由单一公有制向以公有制为主、多种所有制并存转变;三是卫生经费补偿由国家包干为主向多元化出资模式转变。这三个转变从短期看对减轻国家负担,开发社会资源,提高工作效率,都有一定好处;但对于均衡发展卫生事业却产生不利因素,从而造成 80% 的医疗资源集中在城市,又因缺乏医疗保险的社会保障,使许多平民百姓享受不到最基本的医疗卫生服务。据有关资料,自 1980 年以来,在卫生总费用中,政府投入的比例由 36% 下降到 15% 以下,社会投入由 40% 下降到 30% 以下,全国个人卫生支出 1980 年为 24%,1998 年上升为 58%,农村更为

突出，目前全国有 87% 的农民就医完全是私人付费。这个情况继续发展下去势必会造成医疗卫生服务更大的不平衡，影响小康社会的全面建成，制约国民经济的发展。因此，要想全面发展卫生事业，提高全民健康水平，必须重新研究调整卫生经济政策。

### 第三个问题是卫生技术人员从低收入地区流失问题。

发展卫生事业一靠政策，二靠经费，三靠人才。改革开放以来我国卫生事业发展失衡，除筹资机制方面的原因外，另一个重要原因就是卫生技术人员在经济物质利益驱动下大量地从农村流向城市，从西部贫困地区流向东南富裕地区。以致造成城市卫生技术人员过剩，而广大农村特别是中西部地区则严重不足，尤其是中高级卫生技术人员更为缺乏。

城市和农村卫生事业发展的不平衡，差距越来越大，还从下列数字对比中反映出来：1998 年，城市居民平均每人支付医疗保健费为 205.16 元，农村居民是 68.13 元，相差 3 倍多；因经济困难应住院治疗而未住院治疗的患者，城市为 32.28%，农村为 63.12%。1999 年，城市地区死于 5 岁以下者为 1.25%，农村地区则为 3.92%；死于 5~19 岁者，城市为 0.92%，农村则为 1.91%；死于 20~64 岁者城市为 28.68%，农村则为 33.42%。

所有这些情况，都是在社会制度转型期内出现的，或者说是进一步加剧的，也可以说是在克服计划经济弊端的过程中由于卫生政策和卫生管理工作的不当造成的。因此，我们深刻地感受到党中央在《建议》中提出全面发展卫生事业，进一步改善城乡特别是农村卫生设施，是非常正确非常及时的。

### (三)

“发展是硬道理，是解决中国所有问题的关键”。解决中国的贫穷和落后，加速实现工业化、现代化要靠发展。解决中国卫生事业发展的不平衡，应对 21 世纪公共卫生的挑战，同样要依靠发展。问题是怎样发展？

《建议》根据当前的国内和国际形势，对“十五”计划的制定和实施提出了如下的指导方针：把发展作为主题，把结构调整作为主线，把改革开放和科技进步作为动力，把提高人民生活水平作为

根本出发点。

依据这个指导方针，结合卫生工作的实际，我认为要做到全面发展卫生事业，提高全民健康水平，必须采取坚持社会主义原则与运用市场机制相结合的办法，从下列三个方面调整卫生政策，加强宏观指导和调控力度。

### 第一，加大和改善卫生投入。

如前所说，卫生与经济的关系是双向的、互为作用的。加大和改善卫生投入，不仅是全面建设小康社会所必需的，而且是加快推进社会主义现代化所必需的。所谓加大投入，就是在“十五”期间政府在预算支出中要加大卫生支出的比重，使之超过国民经济增长和财政收入增长的幅度。所谓改善投入，就是要多关照农村、边远贫困地区、城镇下岗工人和公共卫生问题。不如此，就难以做到全面发展和全面提高。

我国卫生事业过去曾取得令世人瞩目的成就。世界银行评价说，中国政府用占全球1%的卫生投入，为占世界22%的人口提供了基本卫生保健服务。基本经验是“公平”二字，卫生经费来源于公共而又用之于公共，即：按照人人享有健康的原则，卫生机构按人口分布状况由各级政府统一规划设置，形成三级或二级服务网络；医疗保障按不同人群收入状况分为公费医疗、劳保医疗和合作医疗。这些做法虽然由于平均主义思想的影响产生了一些弊端，但其方向是正确的，既符合社会主义原则，也符合卫生事业特性和其所负的社会责任。正如邓小平同志所说的卫生工作要以社会效益为最高准则。

改革开放以后，由于制度转型，从计划经济体制转向分权的市场经济体制，各地经济和财政状况的差距拉大，加上对卫生事业的社会性认识模糊，工作指导上、管理上出现偏颇，以致卫生事业的发展 and 卫生服务的可及性和差距也越来越大，出现了上述的严重失衡状态。纠正这种严重失衡使其全面发展，不是市场机制的调节功能所能迅速做到的，必须各级政府加强宏观调控，加大和改善卫生投入才能奏效。

### 第二，调整卫生机构的结构。

全面发展卫生事业，除政府加大和改善投入外，还必须建立面向社会及个人的多元化的医疗卫生投资渠道。第九届世界公共卫生

联盟国际大会针对未来 20 年公共卫生面临的挑战，为使人们享受均等的医疗与卫生保健服务，确定了 7 个行动方向，即：开发社区活力；加强政府领导能力；鼓励公共卫生机构的功能建设；采取综合措施开展卫生保健；促使各级卫生系统提供开放性的服务；开展知识创新的研究；充分利用信息技术进行知识传播和知识更新。根据我国的实际情况，在这 7 项行动中，从政府特别是卫生行政部门的角度来说，最直接有效、活力最大而且卫生行政部门能够掌握主动权的，是调整现有的医疗卫生机构的结构，并加强管理，使卫生资源的合理提供与卫生资源的合理消耗走向平衡。

改革开放以来，我国卫生事业有了巨大的发展，主要在两个方面：一是各级公立医疗卫生机构在外延和内涵上均有巨大的拓展；二是各地民营医疗卫生机构在大量涌进。但由于在改革进程中对于发展工作未能及时作出规划，各地的重复建设和设备的重复购置现象非常严重，很多设施是“锦上添花”而非“雪中送炭”，以致卫生资源的严重浪费和严重不足情况同时存在并愈演愈烈。

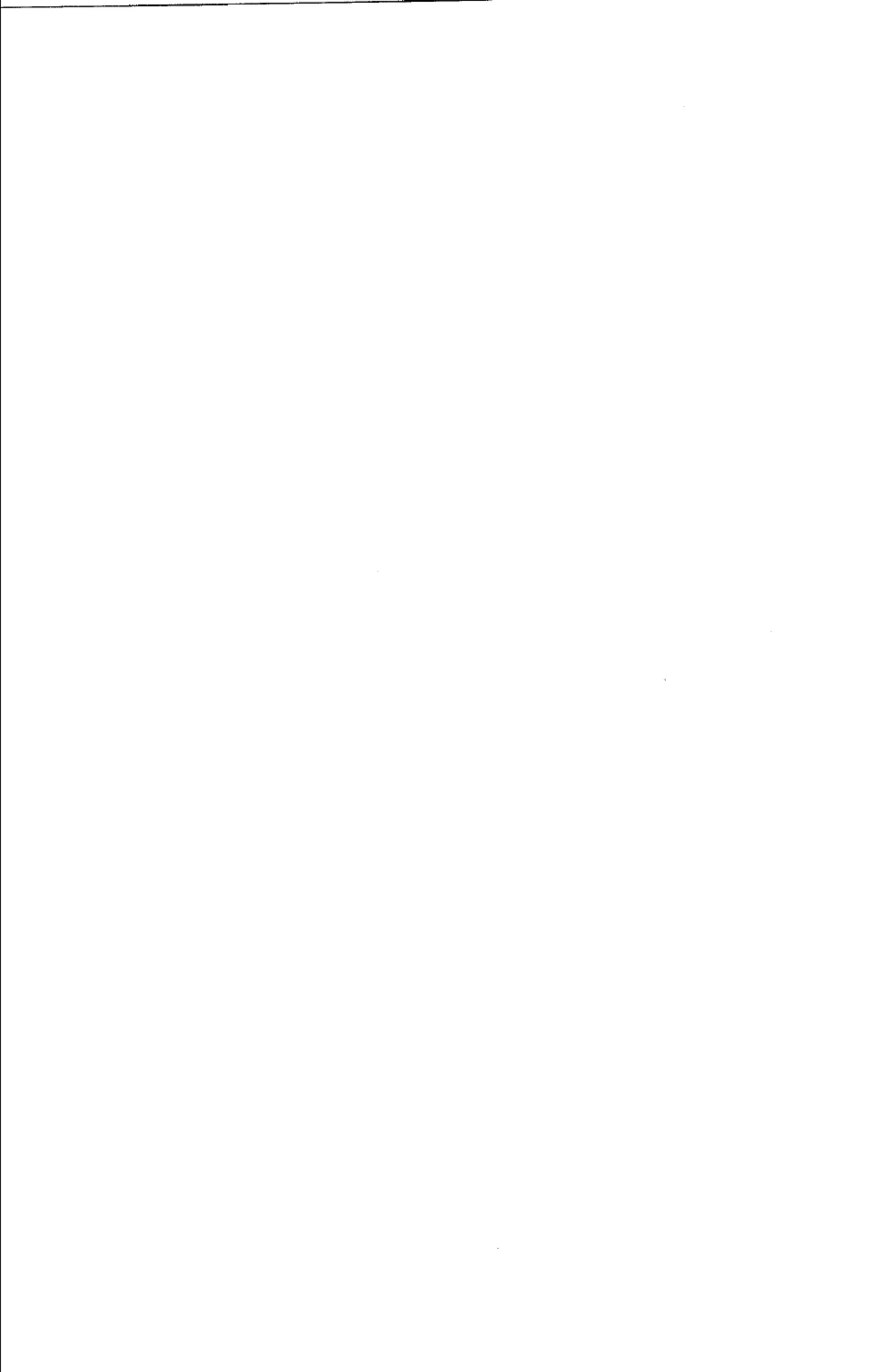
主要问题是结构不合理。当务之急，应按照供需平衡原则，以提高社会效益为中心，对医疗卫生结构进行战略性调整，消除浪费，弥补不足，减少重复，充实短缺。

调整的办法，应趁贯彻《指导意见》对医疗机构实行分类管理重新注册登记的契机，按照人口年龄结构改变，城乡居民发病率、死亡率模式发生流行病学转变以及人口迁移和城市化进程加快等等新情况，制定出新的卫生发展规划，对区域内现存的医疗卫生机构（包括公营、民营、私人诊所）进行全面评估、定位，该加强的加强，该合并的合并，该精简的精简，该撤销的撤销，该迁移的迁移。在城市，建立起以社区卫生为基础的新的服务网络；在农村，建立起以初级卫生保健为基点的新的卫生服务体制。同时，在医疗保障制度上总结过去的经验教训，建立新的国家、集体、个人共同负担的筹资机制。再者，调整结构还应从更高层次考虑，解决政府机构设置上把卫生部一分为几并各自强调自成系统而导致的体制性结构性的问题。

### 第三，进一步扩大卫生机构的经营管理自主权。

根据卫生工作的特性及其社会责任，不论是计划经济还是市场经济，卫生工作都应坚持“公平优先”（即把社会效益放在第一位）

的原则，卫生资源的配置应根据需求而不是支付能力。只有这样，才能做到人人享有最基本的医疗和卫生保健服务。前面所说的“加大和改善卫生投入”和“调整卫生机构的存量结构”，主要是解决卫生服务的公平性问题，属于宏观调控的任务。但是，若要充分发挥资源的效益，则必须加强和改善微观管理，搞活各个卫生机构的运行机制，使其运营符合和适应市场经济的规律。这就要依靠体制改革和科技进步作为动力，首先要在体制改革方面取得突破性的进展。从当前情况看，最关键的问题是进一步扩大各个公立医疗卫生机构的经营管理自主权。所有公立医疗卫生机构都应彻底改革领导管理体制，实行“两权”（所有权与经营权）分离，把经营权完全交给院（站、所）长。政府在挑选任命院（站、所）长后与其签订任期目标责任书，规范其责任、职权和应享受的待遇，实现责权利相统一，并建立起相应的监督机制。我认为，这是当前在加强宏观调控的基础上，增强微观活力，提高工作效率，充分发挥资源效益的关键性措施。



# 第二篇

---

## 农村卫生改革篇

## 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7月

编者按：1982~1983年，在农村实行联产承包责任制的冲击下，许多地区的农村基层卫生组织和合作医疗纷纷解体，导致广大农村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。为了正确地引导农村卫生改革，健全农村基层卫生组织，医政司组织了由张自宽同志主持的调研小组，在广泛调查研究的基础上，为卫生部起草了这个文件稿，曾提交1983年8月在杭州召开的全国农村基层卫生组织研讨会讨论，得到了广泛认同，并以医政司的名义印发全国卫生厅局长会议作为参阅文件。但因当时卫生部领导层意见分歧，特别是主要负责人在要不要肯定农村基层卫生组织应以集体办为主、要不要肯定合作医疗制度等问题上有不同意见，因而此文件遭到封杀，未能发布。

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。

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服务中心。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 55000 余所公社卫生院中属于集体所有制性质的有 36900 多所，占 66.6%，其余 18500 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，就是使医务人员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，在有关的政策法规范围内，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，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、生产队集体或社员个人之间的经济关系或双方的权利、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，合作医疗是适合我国农村实际、深受农民欢迎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强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：

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 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予支援和帮助。

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 and 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（市）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，地市级以下的卫生学校，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，增加投入，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。

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

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，我们应继续大力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，卫生部提出了以五年为一期，每年“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

---

\* 这是作者代卫生部起草的一份指示性文件，卫生部于1983年8月4日以（88）卫医字第32号通知发布施行。

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，分别轻重缓急，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。开展适用新技术，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，更好地发挥全县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的最重要的标志。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，探亲休假的往返路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。

## 要正确地引导农村卫生改革

——在卫生部党组整党座谈会上的发言（摘要）

1984年2月

编者按：1984年2月14日，为贯彻《中共中央关于整党的决定》，卫生部党组召开了司局长座谈会，听取对党组的意见。会上，张自宽同志就卫生系统如何正确贯彻中医政策和农村卫生改革政策问题作了系统发言，登载在1984年2月卫生部整党办公室《简报》第6期。现将该发言第二部分《关于正确引导农村卫生改革问题》摘录如下。

### （一）农村基层卫生组织问题

十一届三中全会以来，农村实行承包责任制，农村基层卫生组织出现了一些新的情况和问题。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。去年卫生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，提倡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看法。《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村委会及集体经济组织和农民群众脱钩。在这个问题上，部里有分歧。这个分歧不在于要不要提倡“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，说政策研究室的意见代表了卫生部党组的观点。这种说法传到了各省市，把政策研究室刊登在《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，以卫生部政策研究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。这篇文章主张把农村大队卫生所解体，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》秉承领导的意图只准宣传这个观点，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？既然是基层卫生组织解体是“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！我们认为，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，搞了一哄而起，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20世纪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。今年卫生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改革的问题上，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，听政研室少数人的。

(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。十一届三中全会后，上届党组为贯彻“把医疗卫生工作的重点放到农村”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需加强。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不重视、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。

## 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

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，顶替和调进来的全部是“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；二是人不敷出，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。经过改革，由落后变先进、扭亏为盈、“起死回生”者

\* 此文原载于《中国医院管理》1985年第2期。

也屡见不鲜。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性。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。即使在同一个地区，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”，往往流于形式，不解决问题。近几年来，有些地区对这种“小而全”的卫生院进行了改革，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，不搞“小而全”。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，随着生产的发展和农民生活水平的提高，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、农村集体经济组织和一些重点户、专业户等广大农民群众集资举办医疗卫生设施，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。但要坚持量力而行和自愿的原则，不搞硬性摊派和行政命令。只要根据需求和可能，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；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，有的甚至很难维持下去。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 55000 多所农村卫生院中，属于集体所有制性质的约占 2/3，属于全民所有制性质的约占 1/3。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，也就是要在政府的领导与扶持下，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人员培训智力投资等，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会议或职工大会制度，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。

#### 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，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，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调整与改革

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。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，调整收费标准，实行合理收费。

农村医疗卫生机构收费标准的调整与改革，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。

调整与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，这种调整与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、精简非专业人员和对在职工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，加强县卫校等培训基地的建设，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青年人给予重点培养。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、考试及格的，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，只供各级领导和关心农村卫生改革的同志们参考。

## 加强农村医疗保险制度的研究\*

1985年11月

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指导，卫生部成立了由陈敏章为组长张自宽为副组长的专门领导小组，同时把试点工作列为“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、眉山、简阳二县进行农村医疗保险试点的背景

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

---

\* 此文是作者在四川峨嵋召开的全国农村医疗保险制度研讨会上的讲话。

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，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，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”，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或因病返贫，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，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发病率回升，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。考察的结果对几十年来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险制度”。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度，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月党的全国代表大会之后，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，对合作医疗不再“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“人人享有卫生保健”的战略目标。

其次，中国农村的医疗保险制度，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？这个问题尚待研讨，尚需通过实践去探索、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，毫无疑问的。

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。我们的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，只能是低水平的。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。

还有人认为，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“毒草”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，不赞成搞其他形式的医疗保险，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。有的已经开始进行。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，作为贯彻党的全国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

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。

### 一

从化、嘉定、掖县三个初级卫生保健合作中心已经搞了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2年。后来增加的科左中旗、吐鲁番2个合作中心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，罗博医生都亲临指导，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不好，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”的战略目标做出积极的贡献。

---

\* 这是作者在广东从化召开的全国首届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。

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、泰国以及菲律宾等”。“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某些同志，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，对农村基层卫生组织集体办医，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“这是对极左路线的惩罚”，“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。世界卫生组织对中国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解体表示关注。”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，都是世界卫生组织与我国卫生部共同认定的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和科学的态度，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。

## 二

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。上海县卫生局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，我们医政司准备组织研究并制定可供全国参考的实现“2000年人人享有卫生保健”的指标及考核评价标准。

### （二）关于加强农村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年左右的时间初步奠定基础，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卫生医疗中心。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，适应农村社会经济发展和农民群众新的需求，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标准及管理辦法，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

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包括乡村医生队伍，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。

近两年来，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，培养人才，包括加强县卫校，举办各种培训班，选派技术骨干到城市大医院进修，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“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，卫生部在四川峨嵋开了研讨会，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的专家罗博医生作了《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，是与WHO的合作项目，是正式签了协议的，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

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需求，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最基层。

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设的标志。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

\* 此文原载于《中国医院管理》1986年第6期。

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。

上述情况说明，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，万万不能削弱或砍掉。

### 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，由于在农村全面推行了联产承包责任制，调动了 8 亿农民的积极性，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。

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，给农村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，预防保健工作无人管，1985年发生流脑544例，比1984年增加41.6倍，死亡59例，比1984年增加28.5倍。太白县只有23%的行政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。

在一段时期内，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，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，只有一名乡村医生或卫生员在家里开业；也有相当一部分虽然有机构，但很不巩固，很不健全。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。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公益事业，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。例如，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）卫生院下村设点，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。

第三，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。

第四，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，系统培养三四年，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，其他地区也要根据当地的实际情况，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。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、登记审查核发许可证、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出具体法规，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。我们正在着手调研起草。在全国性的条例尚未颁布之前，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，无证者不准执业。

第三，要帮助村级卫生组织制定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（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，在宣传政策法规法令，进行理想、道德、纪律教育，组织学术交流和业务学习，开展“五讲四美三热爱”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。

## 加强对合作医疗的宣传\*

1986年12月

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，其他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，符合社会发展趋势，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，总有一天会得到恢复、发展和振兴。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，由于有的同志特别是有的领导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

---

\* 这是作者在上海嘉定召开的第二届全国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。

方面的宣传报道。据报社内部人士透露，《健康报》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。我们卫生部的机关报为什么要这样做？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、湖北广济、上海郊县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障制度的同志，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，不但要向广大农民群众和农村干部做宣传，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。

## 关于即墨县卫生改革情况的调查\*

1987年4月

编者按：1987年3月，新华社《国内动态清样》登载了一篇“即墨县医疗卫生机构实行吃饭靠自己，建设靠国家”的报道，时任中共中央总书记的赵紫阳同志在上面批示：“即墨的经验值得重视。”为贯彻总书记的批示，卫生部党组派了一个五人调查小组，由张自宽同志带领到即墨作了深入调查，实事求是地撰写了这篇调查报告。但由此却招来了一些指责，说什么紫阳同志肯定的经验被张自宽给否定了，“这是对总书记的态度问题”。

事后，卫生部和山东省均把即墨作为卫生改革的先进典型，大力宣传推广。一时，“即墨经验声烁医苑，誉满全国”，前往取经者络绎不绝，“高峰时日接10余团队，车水马龙，门庭若市”。是年，即墨卫生局被卫生部授予“全国文明建设先进集体”。县委、县政府以及党政第一把手均因卫生改革做出“突出贡献”而受到表彰。

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。

\* 此文原载于《中国医院管理》1987年第10期。

## 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；五包统一安排的进修、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略有结余。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; 收支对比, 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, 职工迟到一分钟扣 0.1 元, 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；实行工资奖金浮动，季度检查，半年评比，年终总评。门诊业务收入由 1983 年的 3112 元增加到 1986 年的 35000 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。

#### 五、存在的问题

1. 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%，卫生经费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%。

2. 医疗收费标准限制在极低水平，大大低于成本。例如，县医院挂号费初诊 0.10 元，复诊 0.05 元；注射费肌内注射 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。

3. 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，杜绝了少数职工缺勤和小病大养的现象，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。

4. 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、科室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服务，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。

5. 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“3”、“4”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，以至医务人员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。

6. 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。

## 六、我们的看法

1. 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增长，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，门诊和住院收费都大大低于成本，价格严重背离价值。政府既不可能增加卫生投入和补助经费，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。

2. 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。

3. “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，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需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的责任，卫生投入非但不能减少，还必须随着经济发展和财政收入增长加大卫生投入。对此，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。

4. 根据我国的经济状况和现行财政体制，多方筹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（镇）政府和村民委员会也要在生产发展、收入增长的同时，大力支持乡、村两级卫生机构的建设。要把乡（镇）卫生院和村卫生室建设纳入乡（镇）、村建设总体规划和文明乡村建设的规划。要充分发挥乡、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满足。

## 在合作医疗问题上应该澄清思想统一认识\*

1987年11月

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障制度特别是农村的医疗保障制度指明了方向。

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同志，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，合作医疗不是“左”的产物，更不是“文化大革命”的产物。

---

\* 这是作者在浙江萧山召开的第三届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。

命”的产物，不应加以否定。合作医疗产生于20世纪50年代，是农业合作化的产物。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，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，农民怎能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。所以，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，合作医疗的覆盖率约为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，究其原因何在？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，主要是集体经济纷纷解体，必然影响合作医疗的巩固。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，是合作医疗解体的另一个重要原因，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，上海各郊县和苏南各县、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，情况大不一样。

### 四、合作医疗解体到底是好事还是坏事？

前几年，我们卫生部机关有的同志到处宣扬，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，不负责任的态度。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、世界银行在内的许多国际组织，都对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”。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，曾经坚持举办合作医疗 20 余年的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、前几年由于卫生部的某些领导同志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提高了，但真正富起来的只是少数，多数农民目前只能维持温饱，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”又因病返贫，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4000多亿美元，占国民生产总值的11%。在这4000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2520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。至于合作医疗减免费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，也要和医疗机构的管理挂钩，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。实行合作医疗是社会发展的必然趋势，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障制度的主要形式。

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

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，请领导和同志们指教。

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》杂志头版登载的部领导的一篇文章上有这样一段话：“我们卫生部的一些主管司局，现在还是靠传统观念，大队办一个卫生所，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卫生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业绩，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张自宽给否定了，“这是对总书记的态度问题”。《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，这个调查报告是实事求是的，说的都是实话，反映的是真实情况。这次《健康报》头版头条报道的即墨经验的全部内容，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非但没有随经济的发展和财政收入的增加而同步增长，反而大幅度减少，卫生经费占财政支出的比例由1980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，乡镇政府和企事业单位对卫生事业也没有给什么支持。大家可以想一想，这样的改革经验能够广范宣传推广吗？我们一方面在经常宣传国家拨给的卫生事业费要随着经济发展“同步增长”，经常强调要多渠道集资，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政府大幅度减少卫生投入、又不准许医疗机构按成本收费、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，而是因为我们说了真话，坚持了实事求是。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，请领导和同志们批评指正。

## 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一个大的改观。”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

\* 原载于《中国医院》1998年第1期。

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，从而使劳动者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20世纪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因病返贫的现象很普遍，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。他们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持久的支援机制，为使我国农村卫生事业再铸辉煌而各尽其力。

## 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

1998年12月

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“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”。

\* 此文原载于《中国农村卫生事业管理》1998年第12期。

这些都充分说明，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队伍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，一荣俱荣，一枯俱枯。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，只能是在政府给予大力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）仍然分别归全民或乡村集体所有，由财政和集体经济组织给予经费补助，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。

## 关于小平同志谈“赤脚医生” 致卫生部党组的信

1999年3月

文康、陇德同志并卫生部党组：

多年来，我一直在从事农村卫生工作方针政策的调查研究，其中有一个重大问题至今尚未搞清楚：1976年《红旗》杂志刊载一篇题为《反击卫生战线右倾翻案风》的署名苗雨的文章，抓住邓小平同志讲过的“赤脚医生以后要‘穿草鞋’、‘穿布鞋’、‘穿皮鞋’”和“赤脚医生不能一步登天”等几句话攻击污蔑横加批判，在全国造成极坏影响。我们这些经历过“文化大革命”劫难的老同志，每当回忆起那段往事，至今仍痛感悲哀。

其实小平同志的这些话不但完全正确，而且十分精辟，言简意赅。他以生动形象的比喻指明了赤脚医生的前进方向，赤脚医生既不应停留在“赤脚”的水平上，要勤学苦练不断提高；又不应当把赤脚医生吹得神乎其神，“一步登天”。小平同志这段话无疑是对“四人帮”鼓吹赤脚医生“万能论”、赤脚医生要“永远赤脚”讲的，同时也是对农村基层卫生队伍发展方向的战略设计，它饱含着历史唯物主义的辩证法。在当前深入学习小平理论的新形势下如能很好地宣传一下小平同志的上述指示，对推进农村卫生改革与发展，乃至对丰富小平思想的理论宝库，都具有重大意义。

遗憾的是，小平同志的这段重要谈话至今尚未见发表，改革开放二十年来即使在卫生系统也从未有人再提起此事。因此，我建议部党组指派专人查清这段谈话是在何时何地同何人讲的，以及其详细内容，并建议在报刊上公开发表。妥否，请酌。

附：1976年《红旗》第4期的一篇文章。

张自宽  
1999年3月31日

# 深化农村卫生改革与发展的新举措\*

——山东省泰安市实行乡村  
两级卫生机构一体化管理的调查

1999年9月

为探索农村卫生改革与发展的新路，我们于1999年7月和9月两次赴山东省泰安市进行调研，参观考察了该市泰山区5个乡（镇）的乡村两级卫生机构一体化管理的现状，并召开了有该市所属宁阳县、肥城市及泰山区的副县长、卫生局长、乡党委书记及卫生院长等共13人参加的座谈会。所见所闻，深受启发。现综合报告如下。

## 一、经济基础及卫生事业的新发展

泰安市农村经济发展水平在山东省属于中等，1998年农民人均纯收入最高为3040元，最低为2000元，人均年医疗支出约为60元。全国卫生会议后，在省、市党委和政府领导下，县、区、乡党委和政府对于卫生工作有了新认识，提出了一个极其响亮的口号：要像重视教育一样重视卫生，卫生机构应成为最漂亮、最整洁、最温馨的地方。从而掀起了卫生改革与发展新高潮。从1997年开始开展了两轮建设，第一轮是“改貌”，由乡政府和村委会筹资，对陈旧破损的乡卫生院和村卫生室进行改建或扩建。卫生院改貌一般都花费七八十万元，最多的达九十五万元。卫生室一般花费五、六万元，多的达十万元。

1999年开始的第二轮，主要是“改制”，即改革管理体制，实行乡村两级一体化管理。目的是使“改貌”后的卫生机构建立新的运作机制，走向良性运转，提高服务水平。这两轮建设虽然各有侧重，但没有截然分开，特别是村卫生室，大部分都是交叉进行。有

\* 此文载于《中国农村卫生事业管理》，1999年第10期。

些是先调整结构而后改变外貌的。各乡（镇）都改变了村卫生室的布局，将原来按行政区划设置改变为按人口分布及服务半径设置，使卫生室数量减少，内涵充实，水平提高，一般有四、五名工作人员，做到“五室”分开，“一体化管理”就是在此基础上进行的。“改貌”与“改制”有力地促进了该市农村卫生事业，我们参观的5个乡卫生院、6个卫生室确实都是焕然一新达到甲级标准。

## 二、一体化管理的内涵和效果

近年来，在深化卫生改革中，不少地区都在推行乡村两级卫生机构一体化管理办法，大同小异，各有千秋。泰安市的特点是：将一体化管理与推行社区卫生服务和开展合作医疗联结起来，形成“三位一体”，作为新时期农村卫生工作的基本模式。

一体化管理的做法是：①在重新调整布局的基础上，将各村卫生室统一注册更名为卫生所，其产权及隶属关系不变，但作为乡卫生院的派出机构，由卫生院统一经营管理；②各村卫生所工作人员由乡卫生院统一调配使用，原有乡村医生一律实行竞争上岗，经考试测评合格者由乡卫生院聘任，不合格者不予留用，改做其他工作。经聘用上岗的乡医一律实行工资制，由乡卫生院按其技术水平及业绩核定发给，并建立养老保险机制；③各村卫生所均建立财务帐目，实行单独核算，收入一律上交卫生院，人员工资及其他开支均由卫生院拨发；④村卫生所药品和医用材料均由卫生院统一配发调拨，药品价格及收费标准亦由卫生院统一规定，并建立检查监督机制。

社区卫生服务的做法是：以乡（镇）为单位建立统一的社区卫生服务网络，乡卫生院为社区卫生服务中心，村卫生所为社区卫生服务站。服务内容包括预防、保健、医疗、康复和健康教育。步骤是首先对辖区内的村民健康状况和保健需求全面进行调查摸底，逐户建立起个人健康档案，并全部纳入社区卫生服务中心计算机检索管理。目前大多数卫生院、所已完成调查和建档工作，开展服务活动。

合作医疗的做法是：各县（区）、乡根据当前农民实际收入水平和医疗保健的需要，确定每人一年的合作医疗费在18.5元至26

元之间。泰山区各乡（镇）为26元，来源是：区政府支持0.5元，乡财政支持3元，村委会补贴10元，农民个人交纳12.5元，均于年初一次交齐，存入银行专款专用。报销比例是：40%用于治疗小伤小病花在本乡卫生院及村卫生所，60%用于大病外出治疗费用，最高报销限额为6千元。大部分乡（镇）合作医疗覆盖率都已达到90%以上。

据参加座谈会人员共同反映，上述“三位一体”的做法是相互促进、互为因果的。实行一体化管理带动了社区卫生服务，开展社区卫生服务则提高了农民群众对卫生院、所的信任度和参加合作医疗的积极性，合作医疗发展了又可使卫生院、所的经济收入得到基本保证。这样，就形成一个良性循环圈。其产生的直接效果是净化了农村医药市场，增强了乡村两级卫生机构服务能力，使它们初步走出经济困境，迈上健全有序的发展轨道。据该市有关部门调查统计，目前农民一年开支的60元医疗费平均有60%花在同、村两级卫生机构。以泰山区徐家楼乡为例，按此推算，全乡农村人口15552人，乡村两级卫生机构一年业务收入可达56万元，加上合作医疗40%的收入约8.3万多元，共计有64万元，经济补偿可以得到基本保证。

### 三、两点启示和亟待研究解决的问题

启示之一：在社会主义初级阶段，发展农村经济有阶段性目标，发展农村卫生也应如此。关键是卫生部门要善于抓住时机及时提出符合实际的目标和办法。泰安市在全国卫生会议后提出“改貌”、“改制”开展新一轮农村卫生建设，使之与建设小康社会相适应，产生了巨大的动员力量，值得各地借鉴。

启示之二：我国农村长期实践形成的三级医疗预防保健网、合作医疗和乡村医生制度，是以较少卫生投入解决庞大人口医疗保健需求的有效形式，应当作为农村卫生的基本模式长期坚持。但这个模式是跟农村经济体制和社会结构紧密相连的，必须随着经济体制转型和社会结构变化不断调整其内涵，善于改革创新，改进运作方式，才不致于僵化，才会产生新的活力。泰安市实行的一体化管理，并将社区卫生服务、合作医疗连结一起，实际上是在新形势下

对农村卫生“三根支柱”的重新组合。从经济学观点看，既重新获得了外部经济的支持，又增强了内部的合力，所以农村卫生很快出现新面貌。

亟待研究解决的问题有以下几点：

1. 村卫生所（室）由乡卫生院统一经营管理，在现阶段是增强农村卫生活力的有效办法。但这涉及到村委会的权益和义务，时间一久必将产生矛盾。从长远看，村卫生所（室）是作为一级卫生组织独立自主经营为宜，还是作为乡卫生院的派出机构为宜？怎样做到既能调动村委会和村民办医积极性，又能克服管理上的缺陷？

2. 乡村医生素质必须提高，乡村医生队伍必须更新，这是当前发展农村卫生的一个关键性问题。但是如何提高和更新则很复杂，涉及到乡村卫生人员来源，涉及到乡医的性质、待遇、职称、继续教育和养老保险等等许多问题。如无妥善可行的办法，这支卫生队伍很难稳定，更不用说提高了。

3. 合作医疗基金，目前一般采取国家、集体和个人三方面共同筹集的办法，但这只是国家倡导的政策，而且经常受其他更大政策的冲击和制约，有些地方还把它与个人的医疗保险等同起来，所以推行很困难，往往取决于当地党政领导人的重视程度，人事一变，做法也就变。必须以国家立法形式将其固定下来。

4. 现在，乡村两级卫生机构的经济补偿，80%以上依靠售药利润收入，如果将药品销售工作从卫生机构划出去，另设流通渠道，则不仅使合作医疗难以推行，卫生院和卫生所也都将无法生存。

总之，农村卫生改革要继续深入，当务之急是应进行综合性研究，探索出一套使“三根支柱”模式更加完善的、能够普遍施行的、能促使农村卫生工作健全有序发展的新办法。

## 中国农村卫生发展道路的回顾与展望\*

——为纪念建国 50 周年而作

1999 年 9 月

人民共和国已届 50 华诞。我从事农村卫生工作也已近 50 个春秋。谨以此文表达我的欢庆之情与对新世纪农村卫生发展的希望。

### 突出的成就 独特的模式

建国以来，中国共产党领导全国人民进行社会主义建设，取得了辉煌胜利。在解决农村问题上取得的两大成就更受全世界瞩目：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，使人均预期寿命达到 70 岁，接近发达国家水平。健康与经济增长呈现出相互促进的良性态势。其奥妙在哪里？根本原因是运用了社会主义制度的优势创造了一个独特的卫生发展模式。

建国初期，全国近 5 亿人口，按人口平均每千人口只有卫生技术人员 0.93 人，病床 0.14 张，而且 80% 设在大中城市，20% 设在县城，广大农村基本上没有医疗设施。各种传染病、地方病广泛流行，人口死亡率高达 20‰ 以上，人均预期寿命只有 35 岁。面对这种形势，必须寻找一个能够以很少的医疗卫生资源来支撑庞大人口对医疗卫生服务的需求，做到公平与效率并重的卫生工作模式，才能迅速克服上述困难、战胜疾病的挑战。

1950 年召开的第一届全国卫生会议确立的“面向工农兵、预防为主、团结中西医”以及 1952 年第二届全国卫生会议根据周恩来总理的指示补充增加的“卫生工作与群众运动相结合”等 4 条卫生方针，给解决这个问题提出了总的思路。而农业互助合作运动的兴

\* 此文载于《中国农村卫生事业管理》1999 年第 10 期。

起，则给解决这个问题提供了必需的物质条件。因此，从50年代中期开始经过几十年不懈的努力，逐渐在全国农村建立起“三位一体”的医疗卫生服务体制。所谓“三位一体”，就是在党和人民政府领导下，以农业合作经济为依托，建立起县、乡、村三级医疗卫生机构、乡村医生队伍和合作医疗制度。这就是具有中国特色的、为世界卫生界所称道的中国农村卫生模式。

这个模式之所以能够迅速地在全国农村推广，起到迅速地解决缺医少药问题的作用，是由于它具有如下优越性：一是在国家宏观指导下，把国家、集体和农村居民办医的积极性都充分调动起来，开发了社会的特别是广大农民群众的潜力，克服了国家财力和卫生人力不足的困难；二是使医疗卫生资源的配置，基本做到了公平和普遍可及性，为实现“哪里有人群居住，哪里就有医有药”奠定了物质基础；三是可以有计划、有目标和有组织地开展预防和保健工作，使预防为主方针得到全面贯彻落实；四是跟广大农业劳动者的生活和劳动密切联系，使医疗卫生服务工作可以直接转化为生产力，促进农村经济和社会的发展。这就是我国农村卫生事业在国家财政还很困窘、农村经济还很落后的情况下而能迅速发展的重要原因所在。也就是世界卫生组织和世界银行在评价中国农村卫生工作时所说的“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”的原因所在。

然而，世界上各种事物的发展往往都要经历一段曲折的道路。我国农村卫生的发展也是如此。在从60年代中期到80年代初期的20年间，上述卫生模式曾遭受两次大的挫折。第一次是受“左”倾思想影响，在卫生工作的决策和工作指导上产生急躁冒进、急于求成和由国家“包下来”的思想，在发展规模上盲目地追求“大”和“公”，在办医体制上否定多种形式并存、急于向单一的公有制过渡，如此等等，极大地破坏了农村医疗卫生体制和农民办医积极性，使许多地方的医疗卫生机构和合作医疗制度变成有名无实的空架子。这个错误，在“文化大革命”结束后，在邓小平的“拨乱反正”和“实事求是”的思想路线指引下得到了纠正。但不久又发生第二次失误。这次失误是在农村经济体制进行第一次改革时，在实行农村联产承包责任制及由此激发的农村大变革的过程中，卫生部

门的一些决策人没有始终如一地把握好农村卫生改革的正确导向，片面地把农村基层医疗卫生组织、乡村医生队伍和合作医疗制度都当作“文化大革命”的产物而一概予以否定。从而使刚刚恢复活力走上健康发展轨道的农村医疗卫生事业又遭受挫折，村卫生室纷纷解体，合作医疗也随之解散，乡村医生大多变为个人开业行医。因而导致广大农民的医疗预防保健又失去基本保障。回顾 50 年来我国农村卫生事业的发展历程，我们不能不记取这些严重的教训。

### 基本原则：重点、公平 + 合力

如上所述，中国农村之所以能够以较少的卫生资源解决庞大人口所需要的基本医疗卫生服务问题，促使人民健康水平迅速提高，这是由于运用了社会主义制度优势，创立了独特的卫生工作模式。而这个模式之所以长期行之有效，则是因为它是以唯物辩证法为指导正确处理了卫生与经济的关系，使卫生发展与运行得到所需要的动力——经济支撑力。基本原则有三点，即重点（方针）、公平（政策）、合力（体制）。

所谓重点，就是党和国家在制定和调整卫生工作方针时始终把农村作为发展医疗卫生事业的重点。鉴于 60 年代初期，政府卫生部门和一些卫生人员有重城市轻农村倾向，毛泽东同志于 1965 年指示卫生部“把医疗卫生工作的重点放到农村”。以后每次调整卫生工作方针都坚持了这一条。尽管改革开放初期曾有一些人把它当作“左”倾思想产物而一度不提，但经中央发觉后立即予以纠正。1992 年制订的《国民经济发展十年规划和“八五”计划纲要》对新时期卫生工作方针的表述的最后又加上了“同时把医疗卫生工作的重点放到农村。”1997 年 1 月发布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》则进一步把这条方针简化为“以农村为重点”并列于七条卫生方针之首。这说明党中央、国务院在新时期仍然非常重视而且强化了农村卫生。这条方针在协调卫生经济政策、配置卫生资源等方面都起到了重大的导向和引力作用，是我国农村卫生事业得以迅速发展的根本因素。过去如此，现在如此，将来还是如此，只要基本国情不变，这条方针就不会变也不应变。

所谓公平，是指卫生资源的配置和投入做到公平合理。我国农

村卫生投入少（即花钱少）而效果好，另一个原因就是卫生政策充分体现了公平，即卫生经费来源于公共而又用于公共。所谓来源于公共，是指政府拨款、集体补助和群众合作集资；所谓用于公共，是指用于集体预防保健（包括实施全民计划免疫、改善环境卫生及饮水条件等），按行政区域设置医疗卫生机构和实施合作医疗制度，使农村居民普遍享受到最基本的医疗保健服务。这是服务于“预防为主”和“人人健康”这个全国卫生政策总目标的。

这个“公平”政策在不发达地区尤其重要。一般而言，经济收入的高低是影响人们健康的直接原因。但近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通过减贫，即增加收入，2/3通过增加公共卫生开支。这符合于卫生经济学的一个基本观点：卫生事业是消费性的服务事业，它是在国家收入再分配（再投入）中作为一种平等工具调剂人群收入不平等，使社会走向公正、安定和健康。我国农村实行的“三位一体”卫生服务模式和国家近年来实施的“三项卫生工程”（即县卫生防疫站、妇幼保健站和乡镇卫生院）的建设，都是按照这个基本观点进行工作实践的。因此，卫生事业的这个特性，不论是在计划经济体制下还是市场经济体制下都是不可偏废的。

所谓合力，即农村卫生事业发展和运行所需要的支撑力。我国农村卫生事业的发展，除了前面所说的国家确定“以农村为重点”相应加大投入和在卫生资源配置上贯彻“公平”原则外，还有“合力”因素在起作用。按照“一加二大于三”的系统生产力的观点，将基层卫生机构（乡镇卫生院和村卫生室）、乡村医生和合作医疗捆在一起进行“系统综合操作”，做到相互依存，相互促进，产生整体效应，即可增强支撑力。几十年的实践证明，凡是这样做的地方，那里的卫生事业就兴旺发达，否则就会影响其效果。

## 大卫生与大协作

世界正进入新旧世纪交替时期。根据各方面的预测，在进入21

世纪的10~20年内，由于经济、环境、人口和疾病结构的发展变化，我国农村卫生将面临着更为复杂的形势和多方面的挑战，即：多产业的卫生和劳动保护；多病种的防与治；多层面的服务要求；多渠道的经费补偿……。因此，在工作指导上必须实行“大卫生”战略；在管理上必须采取“大协作”措施。

“大卫生”战略，是立足于“预防为主”和“人人健康”的卫生观，将卫生系统从封闭变为开放系统，以“人人享有卫生保健”为目标，将预防、保健、医疗、康复结合成一个整体进行系统综合操作。

世界卫生组织在1998年11月召开的“面向21世纪的初级卫生保健”大会上明确提出21世纪人人享有卫生保健的总目标是：使全体人民增加寿命和提高生活质量；在国家间和国家内部促进卫生公平；使全体人民获得可持续的卫生系统和服务。前20年的具体目标是：①实现卫生公平，解决儿童期发育不良问题；②进一步降低孕产妇死亡率、儿童死亡率，提高期望寿命；③扭转5种主要大流行病的发展趋势；④根除和消灭某些疾病；⑤改进饮水、环境、食品和住房卫生条件；⑥改善基本的综合的医疗保健服务条件。参照世界卫生组织的构想，结合我国农村实际情况，农村卫生可简括为“一、三、三”的模式，即：一个目标——实现人人享有初级卫生保健；三项改造——改良饮水、改造厕所、改善环境；三根支柱——县、乡、村三级医疗预防保健网、乡村医生队伍和合作医疗制度。这个“一、三、三”模式基本上反映和融合了“大卫生”观。

“大协作”措施，是立足于现代社会的“健康增长第一”的观点，把卫生纳入整个系统与国民经济和社会发展齐头并进相辅相成，由政府各有关部门通力协作和全社会参与。联合国开发总署在1990年发表的《世界人文发展报告》就指出“健康、长寿；获得知识的机会；生活水平”这三者是衡量各国人文发展的尺度，并把“健康、长寿”放在第一位。该署近年对“绝对贫困”的内涵所作的界定（即遭受饥饿、缺乏卫生饮水、不能享受基本医疗服务和基础教育），又有两项属于卫生。这说明搞好卫生是促进社会经济和文化发展的一项重要因素，必须在各级政府统一规划下组织社会各方面进行大协作，才能取得成效。特别是以改水、改厕为基础的改善农村环境卫生和消灭某些重大疾病，涉及面更广，更需要组织大

协作，就像当年开展的消灭血吸虫、除四害讲卫生运动一样，这是人们记忆犹新比较容易理解和认同的。不需要多说。

这里想着重探讨一下建立健全和完善农村卫生服务体系的“三根支柱”问题。从总体上看，以三级医疗预防保健网、乡村医生队伍和合作医疗制度为内容的“三位一体”卫生模式，今后仍然应当作为发展农村卫生事业的基本模式。正如世界银行专题研究组编写的《中国卫生模式转变中的长远问题与对策》一书中所说的：“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健康状况的公共政策。”上述“三位一体”模式完全体现了这个政策。现在的问题是，由于农村经济体制、国家卫生经济政策以及人口结构和疾病谱的发展变化，上述“三位一体”模式的结构和运作机制也应当因地制宜地作必要的调整和改革。例如，现在有的县（市）以区域卫生规划为导向，调整乡镇卫生院的结构，按人口分布和疾病流行状况，重新配置卫生资源和设置卫生机构。再如，有的地方以推行新的合作医疗制度为纽带，将乡（镇）卫生院与村卫生室联结起来，实行分层经营统一管理。所有这些做法，都体现了大协作的精神，既不悖于“公平”原则，又可增加“合力”，提高“效率”，完全应该大胆试行或推行。

## 关于农村卫生问题致江泽民主席的信

2000年12月

敬爱的江主席：

现在，国务院各部门正在遵照您的全面建设小康社会，加快推进现代化的指示，制定第十个五年计划。我们鉴于当前农村卫生问题非常严重，世界卫生组织发表的《2000年世界卫生报告》，按卫生服务公平性评比，将我国排在191个成员国中的188位，严重损伤我国社会主义形象，为此特向您写这个报告，反映一些事实，期望得到您的关注，引起各级党委政府重视，共同努力，扭转农村卫生恶化趋势。

### 一、农村卫生恶化情况

#### 1. 城乡卫生资源配置严重失衡

目前，全国卫生资源80%集中在城市，农村只有20%。许多大城市每千人占有病床7张以上，拥有医师3人以上；而农村每千人仅有病床1.6张，医师0.46人。乡镇卫生院卫技人员半数以上是中专学历，36%无学历。一些大中城市CT、核磁共振等大型设备的拥有量超过发达国家水平；而农村特别是边远地区还缺乏基本的检查治疗设备，有些乡镇卫生院至今仍然只靠听诊器、血压表、体温表看病。

#### 2. 政府财政投入急剧减少

1999年全国卫生总费用为3776亿元，其中政府财政投入为587.2亿元，只占全国卫生总费用的15.6%；而政府投入的大部分又用在城市，投于农村的只有92.5亿元，只占政府投入的15.9%。1998年全国乡镇卫生院总支出中只有10.5%来自政府财政补助。而随着农村税费改革，政府财政对农村卫生投入更少，如安徽省怀远

县，农村税费改革前，财政每年对乡镇卫生院的补助有 100 多万元，改革中的 1999 年减至 48 万元，2000 年就只安排 6.6 万元。乡镇卫生院房屋、设备和技术得不到改善，服务功能和网络功能日渐减弱，前往就医者日益减少，大部分病源流向城市，造成恶性循环。

### 3. 农民缺乏基本医疗保障

由于合作医疗保险制度缺乏公共财政支持难以普遍推广，目前农民治病完全由家庭付费的占 87%，因支付不起医药费，小病扛、大病拖的现象又普遍出现。据抽样调查，患病农民应就诊而未就诊者约占 37%，应住院而未住院者约占 65%。因病致贫和因病返贫的农户占贫困户总数的比例，河南省为 40%，云南、陕西为 50%。

### 4. 患病人数增多死亡率上升

以 1998 年与 1993 年相比，全国患病人次（到医院治疗的）增加 4.98 亿，扣除人口增加因素实际增加 3.04 亿。非传染性慢性病人大量增加，中青年（20~64 岁）死亡率逐年上升，1999 年占人口死亡总数 33.42%，高出城市 5 个百分点。孕产妇死亡率和婴儿死亡率也在回升，高出日本等发达国家 6.7 倍以上。人均期望寿命扣除病残因素实际只有 65 岁左右。达不到小康社会应有的指标。

我国农村卫生本是发展中国家的典范，备受世界卫生组织、世界银行等国际组织的赞扬。WHO 在八十年代提出的“2000 年人人享有卫生保健”的计划，就是以中国农村卫生为样本制定的。为何近年来如此滑落和恶化？我们认为主要原因是，在经济体制转型过程中，在市场经济大潮的冲击下，党政部门的当权人士对卫生的性质和作用认识错位，未能及时调整相关政策和改进管理办法，更未能增加投入，“以农村为重点”的卫生方针根本未得到落实。

## 二、扭转农村卫生状况恶化的对策

党中央关于制定“十五”计划的建议中提出“全面发展卫生事业，提高全民健康水平，改善城乡特别是农村卫生设施，加强预防保健工作”，是高瞻远瞩、切合实际、完全正确的。问题是怎样落实。我们综合国内外专家意见，提出如下建议：

### 1. 转变观念，摆正卫生与经济社会发展的关系

世界各国特别是那些人口众多、以农业为经济主体的国家，在

实现现代化过程中，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的关键在于提高劳动者的素质，劳动者的素质包括智力与健康。联合国开发总署的《1990年世界人文发展报告》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。日本著名管理学家把这概括成一个简明公式：活力 = 智力 × (体力 + 毅力 + 速力)。大量事实证明，健康增长与经济增长是双向的，互为作用的。健康增长滞后必然阻碍经济的发展。近几年来许多发达国家更加重视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”。我国要全面建设小康社会，加快推进现代化，就必须把农民健康问题提到更重要位置，像重视教育一样重视卫生。希望各级政府计划、财政部门都能树立这个观点。

## 2. 大幅增加对农村卫生、农民健康的投入

以广大农村居民（不论贫富）都能看得上病、看得起病、看得好病为总体目标，从两个方面增加投入。一个方面是增加对农村卫生机构的投入。在近年来推行的“三项卫生工程建设”的基础上，对中西部地区的5千多个中心卫生院进行重点扶持，“十五”期间每年扶持一千个，每个投资50万至100万元，作更新房舍、设备和技术之用，使其能担负起周围地区难产、创伤和多发病、常见病的治疗以及预防、保健的技术指导。对中心卫生院及一般乡镇卫生院的经常费补助额应适当增加，在“十五”期间应按政府核定的人员编制补助50%以上。另一方面，要改进和强化农村合作医疗保险制度，建立社会性的农村居民医疗保障体系。在“十五”期间应以财政资金支持为引导，集体补一点，个人拿一点，主要用于大病治疗。贫困地区集体和个人拿不出钱，可采取财政转移支付建立大病统筹基金。上述两方面投入所需资金，可采取三种方式筹集，一是在西部大开发和扶贫预算中增列卫生一项，由中央财政统一拨付；二是结合农村税费改革在农业税或其他税收中列上卫生一项，由地方财政拨付；三是参照“希望工程”的做法举办“农民健康工程”，动员社会捐助建立农民健康基金。大幅度增加卫生投入，从当前国家财政状况看有一定困难，但从现代化发展战略上看，必须下决心

解决。

### 3. 整顿、改革、调整现有农村卫生机构，提高现存卫生资源的利用率

农村现有卫生机构不算少，除县、乡、村三级卫生服务网已普及外，县、乡两级还有计划生育技术指导站以及大量的个体诊所。问题是机构分散、重叠，冗员太多，质量很差。加上管理权过分分散，卫生行政部门缺乏有效的调控和监管手段，使大量卫生资源闲置和浪费。因此，要在增加投入的同时，尽量发挥现有资源的效用。办法有三：一是打破部门体制的限制，促进县、乡卫生资源的流动和重新组合，将任务相同的机构合并，例如将乡镇计划生育指导站与乡镇卫生院合并。二是改进三级卫生服务网结构，乡镇卫生院和村卫生室都不必与行政体制相对应，按区域卫生规划重新布局，一个县可按人口分布状况设立几个中心卫生院，其余乡镇卫生院可转为社区防保型。村级卫生室大村可以独办，小村应该联办，也可以由个体医联合举办诊所，对不合格的个人诊室必须坚决取缔。三是改进管理体制，乡镇卫生院以县管为主，增强卫生行政部门的调控能力。乡镇卫生院与村卫生室可以实行联办，管理权和财权相对集中到卫生院，但不能破坏三级卫生服务网络和功能，不能损害村级集体经济办医的积极性。

此外，还应制定相关政策，配合城市医药卫生体制改革，鼓励城市富余医药卫生人员和大专毕业生到农村工作；配合西部大开发战略，积极推动东部经济发达地区对西部地区的对口支援，城市医疗卫生机构对农村县、乡（镇）医疗卫生机构的对口支援。使这两种对口支援都形成规范化、制度化和责任化。

以上意见，敬祈垂察。

中国农村卫生协会会长  
张自宽  
2000年12月15日

## 忧虑·遗憾·不解\*

——对一些地区拍卖乡镇卫生院的看法

2001年8月

我是一个从建国伊始就从事卫生事业管理工作的老卫生工作者。最近学习江泽民总书记在庆祝中国共产党成立八十周年大会上的讲话，回想我从事卫生工作五十多年的经历，深刻感受到“三个代表”思想博大精深和无比正确。这里，我想联系卫生工作实际，谈谈如何按照“三个代表”要求办好乡镇卫生院的问题。

农村卫生是件大事业，它关系到八亿农民的健康，关系到农业生产力和农村经济的发展，关系到农村精神文明建设和社会主义现代化的全面实现。乡镇卫生院是农村三级医疗卫生网的中坚和枢纽，在农村卫生服务中发挥着极为重要的作用。乡镇卫生院办的好坏，直接关系到农村卫生事业的盛衰。现在令人忧虑的是，在经济体制和财政体制改革过程中，有相当多的卫生院由于政府财政补助减少，经营管理不善，出现了经济亏损，业务衰退，服务能力降低的情况。针对这些情况，对乡镇卫生院的管理体制和运行机制进行改革势在必行。随着改革的深化，也必然要涉及产权结构的改革问题。按照区域卫生规划的原则，对撤并乡镇后多余下来的一般卫生院进行调整和改制也是必要的。但是现在有的地方政府竟然以改革为名成批地拍卖乡镇卫生院，这种情形实在令人担忧。据一些媒体报道，有些地方（如辽宁的海城、山东的临沂、四川的通江、射洪以及江苏的部分县市）在深化卫生改革中将辖区内的部分甚至全部乡镇卫生院都拍卖给个人，使乡镇卫生院变公有为私有，变非营利性为营利性，变防治结合以防为主的综合性的卫生机构为单纯从事医疗的医院或专科医院，彻底改变了卫生院的性质和职能。有的媒体不作全面调查研究就对这种做法大加宣扬，说这是卫生体制改革

\* 这是作者就一些地区拍卖乡镇卫生院致国务院领导同志的信。

的创新，是搞活农村卫生的一个良方，甚至称这是医疗卫生事业私有化的突破口，意思是指整个医疗卫生事业都应实行私有化。我认为这样作是错误的，不符合“三个代表”要求。如果让这种主张和做法发展下去，将会全面摧毁经过几十年努力才建成的、受到国际卫生界称赞的、具有中国特色的农村医疗预防保健体系和服务模式，将使预防为主方针、初级卫生保健规划和合作医疗制度都因缺乏运作载体而无从实施。其后果将严重制约农村卫生事业的发展，使农村居民广受其害。

我认为“三个代表”思想在卫生工作领域的实践，就是要切实执行《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》提出的“以农村为重点，预防为主，中西医并重，依靠科技与教育，动员全社会参与，为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务”的方针；“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”；使人人享有卫生保健，国民健康的主要指标逐步达到或接近世界发达国家的水平。具体到目前农村卫生工作，就是要全面落实初级卫生保健目标，推行文明健康的生活方式，使广大农村居民以比较少的费用获得比较优质的卫生服务，减少疾病的发生。为此，在卫生资源的配置和利用上要做到公平性和可及性；在卫生机构的设置上要以公有制为主导，鼓励其他经济成分的卫生机构的发展；在补偿机制的完善上要使政府的卫生福利政策迅速到位，增加对卫生的投入，同时扩宽市场补偿渠道。拍卖乡镇卫生院的思想与行为，则是完全与此背道而驰的。

近年来，少数县、市之所以出现拍卖乡镇卫生院问题，主要是思想认识上有偏差，一是忽略了卫生事业的公益性、福利性以及政府对发展卫生事业、保护人民健康应该承担的责任，无视卫生事业的各内规律，简单地套用县、乡级工商企业改革中的思路和措施；二是看不到搞好卫生对经济建设的促进作用，把对卫生的投入看成一种负担，力图卸掉财政“包袱”，将卫生单位的补偿渠道更多地转向市场（实际上转嫁到病人身上）；三是模糊了农村与城市在经济、文化、卫生资源、医疗保障制度上的巨大差异，简单地把城市医疗机构改革中的某些做法应用到农村卫生改革；四是只看到乡镇卫生院私有化后能够比较迅速地解决筹资问题和工作效率问题，可以解决眼前的困境，而没有看到私有化后引发出一系列新问

题，诸如卫生资源的合理配置与利用、减轻农民治病的经济负担、预防为主方针的贯彻和预防保健工作的加强等等都将受到牵制而难以实行。因此，我可断定地说，拍卖乡镇卫生院使其走向私有化，绝不是什么创新，更不是一种先进的做法，而是一种严重的失误。现在，就连西方一些老牌资本主义国家也不搞医疗卫生事业私有化，何况我们所要建设的有中国特色的社会主义现代化制度，是代表着人类先进的文明，我们的人民政府一定要为人民谋利益！

实际上，全国各省农村都有许多办得好的卫生院。最近，中国农村卫生协会等单位在全国评选出的100多名优秀乡镇卫生院院长就是例证。这些卫生院之所以越办越好，主要原因有两点：一是县市党政领导和卫生行政部门坚决执行了党中央、国务院对卫生工作的指示和决定，坚持了卫生事业的公益性，根据财政收入情况逐步增加对农村卫生的投入，并针对农村税费改革形势和减轻农民负担的要求，统一由县上拨款和管理，从而保证了乡镇卫生院经费补偿的稳定性和使用的合理性；二是引用市场机制改革卫生院内部的经营管理办法，调整和重新组建卫生院领导班子，挑选和任用具有高素质的卫生院长，使卫生院全体职工转变观念，甩掉“等、靠、要”和吃“大锅饭”思想，树立起自力更生、艰苦奋斗的创业精神；同时，改善服务体制，以便利农民群众防治疾病为前提，实行乡村卫生一体化管理和开展社区卫生服务。据了解，四川的剑阁县、山东的泰安市、湖北的巴东县等一些县市，都是采取这种宏观调控与市场调节相结合、对卫生院内外环境同时进行改善的办法，使该地区绝大多数卫生院都振兴繁荣起来。我认为，这才是解决乡镇卫生院问题所必须坚持的途径。只有这样做才真正符合江泽民同志提出的“三个代表”的要求，把“三个代表”重要思想真正落到实处。

## 面临新形势须有新对策\*

——对农村卫生和城市支援农村卫生  
建设情况的综合分析

2002年8月

### 一、历史的任务

卫生工作要以农村为重点，城市卫生机构要支援农村，这是党中央、国务院的一贯方针，它是我国基本国情所决定的。

早在革命战争时期，毛泽东同志就告诫我们：“所谓国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空话。”进入社会主义建设时期，他进一步提出“要把医疗卫生工作的重点放到农村去”。在毛泽东思想指导下，党的第二代、第三代领导人都很关怀和重视农村卫生。1996年，江泽民同志在谈到卫生工作的改革发展方向时指出：“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一个大的改观。”据此，1997年发布的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中，除重申卫生工作应以农村为重点，要加大对农村卫生的投入外，并明确提出要“建立城市卫生机构对口支援农村的制度”。总结我国农村卫生事业发展历史经验，城市支援农村不仅是现代化过程中城市应尽的义务和责任，也是国家卫生资源的再分配、体现卫生服务公平的重要举措，是国家进步、社会发展所必需的。在全面建设小康社会时期尤其如此。

### 二、传统的做法

在党中央倡导下，城市支援农村卫生建设已成为我国卫生工作

\* 此文载于《中国医院》2002年第10期。

的一个优良传统，并随着时间的推移创造了许多不同的形式。

早在 20 世纪五六十年代，卫生部就把支援农村特别是边远、少数民族地区的卫生建设做为战略重点。1965 年毛主席作出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示后，卫生支农空前活跃，卫生部部长、副部长都曾带领医疗队下乡蹲点，一面给农民群众防治疾病，进行健康教育；一面帮助基层卫生机构改进管理和培训人才。这种做法即使在“十年动乱”期间由于周恩来总理亲自督促也未曾中断。“文革”后，卫生部恢复建制，又重新提出加强农村卫生建设和城市支援农村问题，具体做法是：以三个五年计划为期，每 5 年进行三分之一县的卫生建设，对县、乡、村三级卫生服务网进行全面整顿和充实加强，使县、乡卫生机构都实现房屋、设备和技术人才三配套，达到大病不出县、一般疾病不出乡、村卫生室都能承担基层预防保健和处理小病小伤。这项工作由于未能纳入国家的计划而未得到国家财政的有力支持，加之由于农村经济体制改革开始以及其他原因而未能坚持始终。

进入 90 年代后，随着社会和经济的发展，中央和地方又在农村卫生建设和城市支援农村卫生工作方面开始了新的探索，作了不少工作。

首先，中央政府和地方政府以不同方式支持扶助贫困地区卫生事业发展。例如，①从 1991 年起，国家计委、财政部与卫生部共同发起和启动实施农村卫生“三项建设计划，发挥中央和地方两个积极性，对贫困地区的县卫生防疫站、妇幼保健站和乡镇卫生院进行基础设施和应用技术的建设”；②1999 年国家计委设立专项基金，在中央和地方的共同努力下，准备用 3 年左右时间，使全国 23 个省、市、自治区的 250~300 所需要改造的贫困县医院达到“一无四配套”，即无危房，业务用房、主要常规设备、卫生技术人员、管理四方面的配套；③使用世界银行贷款，支持扶助贫困地区农村卫生基础设施建设、预防保健、医疗保健制度研究和卫生人力资源开发。

第二，一些城市医疗卫生机构实行对口支援农村卫生单位。例如，北京市 8 个城区 76 家医院与本市边远山区 380 个卫生院、21 个县医院建立定点支援协作关系，形成支援协作网。同时还确定 66 个医疗卫生单位与内蒙古 85 个医疗卫生单位建立对口支援协作关系，包括一般医疗、民族医药、防保、健康教育、药品、血站、急救等

工作。

第三，一些医学院校实行“定向招生”，给西部和贫困地区培养实用型卫生人才。例如，西安医科大学社区医学院，坚持十几年为农村培养上千名大专毕业生，志愿扎根农村为农民健康服务。福建医科大学设立专项基金，向全省农村招收当年参加普通高考落榜的高中毕业生，实行“定向招生，定向分配”。

第四，一些社会团体进行健康扶贫。例如，全国妇联开展救助农村贫困母亲的“幸福”工程，动员社会力量开展义诊、义演和募捐活动，帮助贫困母亲解决卫生饮水和医疗保健问题。中国农工民主党主办的中国初级卫生保健基金会，发起并实施了以扶助发展我国西部贫困地区初级卫生保健事业为目的的全民健康工程，已陆续向西部贫困地区投入了500辆健康扶贫医疗车。如此等等，对于改善农村医疗卫生条件，起到了一定的作用。

### 三、当前的问题

由于多种原因，近年来，农民健康水平提高缓慢，一些地区甚至出现下降趋势，城乡卫生状况和居民健康水平的差距进一步拉大，如农村婴儿死亡率、孕产妇死亡率均高于城市3倍；一些农村地区重大传染性疾病、地方病发病率居高不下，甚至死灰复燃。2001年农村中青年死亡率占总死亡率34%，比城市高出3个百分点。农民因病致贫、因病返贫情况日益突出，约占农村贫困户21%，有些地区高达50%以上。有的媒体经过深入调查报道说，“疾病，是中国农村头号致贫因素”。农村卫生已严重影响了农村劳动力素质的提高，制约了农村经济和社会的发展，甚至影响到社会的稳定，成为当前农村面临的一个突出问题。

造成农村卫生这种落后状况的原因，综合各有关部门的调查分析，主要是三个方面：一是随着经济体制改革和市场转型，农村卫生工作失去了集体经济的支持，原有的卫生筹资机制、办医形式以及农民健康保障制度等受到较大影响。90%左右的农村居民是自费看病。二是农业生产和农民收入增长缓慢，据有关单位在九个省调查，农民收入多年来年增长不足4%，2000年有70.5%的农户人均年收入在2700元以下，56.4%农户人均年收入不到2000元，医疗消

费能力很弱。三是政府财政投入未能与经济发展同步增长。在卫生投入上重城市轻农村，据测算，占全国人口30%的城市居民花费了84%的政府卫生投入；农村居民人均卫生事业费用仅为9.9元，是城市居民的1/4。以1998年为例，国家财政的卫生总投入为587.2亿元，用于农村的只有92.5亿元，仅占15.9%。全国乡镇卫生院总支出只有10.5%来自政府财政补助。

国家财政对农村卫生投入之所以这样少，主要是观念上的偏差，一些政府部门的主管人员在经济体制转型后就想把医疗卫生事业推向市场，实行商业化。对农村医疗卫生事业该投入的不投入或减少投入，该补助的不补助或者减少补助。有些地方实际上已将农村卫生医疗事业完全推入市场。这是根本原因。

#### 四、宏观的对策

令人欣喜的是，这种在社会转型期出现的卫生投入不公平现象对农村卫生造成的负面影响，已引起国家领导人和社会各界的严重关注。

在今年3月召开的全国“两会”上，“农村卫生”已成为一个热点问题。许多人大代表和政协委员都提出议案或发言，要求政府加大对农村卫生的投入。一批“大腕级”人物，如著名经济学家、全国人大财经委员会副主任厉以宁，原水利部部长、全国人大农业与农村委员会副主任杨振环，原国家教委副主任柳斌等人联名提出一份《必须加大农村卫生投入》的议案，严正指出：“农村卫生工作已成为农村工作的薄弱环节。农民健康水平改善的幅度远不如经济增长的幅度，一些主要健康指标的改善幅度明显减缓或停滞，城乡居民健康差距进一步拉大，因病致贫、因病返贫情况比较突出。在农民收入低且增长缓慢的情况下，仅靠农民解决自身的医疗问题是不可能的。”厉以宁还郑重地对记者说：“在卫生投入上，城乡之间是不公平的，在过去计划经济条件下，经济不发达，卫生投入不足，是可以理解的。现在经济发展了，政府在卫生投入上应该多一些。只派医疗队下乡是解决不了问题的。”中国社会科学院经济研究所和清华大学社会学系的一些专家教授，近来也都纷纷进行农村卫生状况的调研，发表文章，提出相同的观点和建议。

鉴于上述情况，朱镕基总理在今年3月向全国人大会议所作的政府工作报告中已明确承诺要“高度重视公共卫生和农村医疗卫生工作，增加资金投入，积极探索各种形式的农民医疗保障办法，改善农村卫生院医疗条件”。目前，国务院各有关部门正在按照这个要求协商制订具体实施办法。为使政府对农村卫生的投入落到实处，克服过去的主观随意性，走向规范化、法制化，卫生部所属的一些学术单位和社团也分别提出了一些具体建议。例如：卫生部卫生经济研究所与北京大学医学部、山东医科大学的一些学者共同提出了《农村公共卫生筹资政策研究报告》，从公共财政与卫生服务、市场经济条件下的公共财政分配制度、农村卫生服务的公共特性、基本卫生服务与成本等几个方面，详细论证了开展纯公共卫生服务和最低保障公共卫生所需要的总成本以及各级政府和居民个人应分担的数额。

《研究报告》提出：

1. 纯公共卫生服务，包括急性传染病、健康教育、食品卫生、性病艾滋病、环境卫生、劳动卫生、饮用水卫生的监测、监督和管理，消毒、杀虫、灭鼠。资金需求总量为386300万元，其中中央财政负担115890万元；省级财政负担115890万元，省均3738.4万元；地（市）级财政负担154520万元，地（市）均309万元。

2. 最低保障公共卫生，包括传染病免疫接种、妇女孕产期保健、结核病防治、乙肝疫苗接种、儿童系统保障、学校卫生。资金需求总量为772500万元，其中中央财政负担22810万元；省级财政应负担45620万元，省均1471.6万元；地（市）级财政应负担45620万元，地（市）均91.2万元；县级财政应负担342150万元，县均130.6万元；农民个人负担316300万元，人均3.6元。

3. 以上两项卫生服务资金需求量和分担数额，系按1998年统计的全国农业人口为8.9亿计算。对贫困地区承担上述金额有困难的，应由中央财政或省级政府支付予以补助。

北京大学公共卫生学院与九三学社等单位联合，通过深入各地农村调研，对解决农民医疗保障问题，提出了建议，即通过投入与管制弥补市场机制缺陷，建设医疗安全网。具体意见是，中央财政每年安排20亿元资金，各级财政配套5元/人，农民根据经济状况交纳一定资金（10元及以上/人）用于基本医保（包括共济性医保

和贫困医疗救助)，使农民医疗得到基本保障。

中国农村卫生协会专门就“改善农村卫生院医疗条件”问题作了研究，提出了“支援农村卫生建设‘三、三’行动计划”。具体内容是：第一、启动支援农村卫生建设“三项工程”；第二、实行“三个层次”结“对”的对口支援；第三、确定受援单位必须实现的“三个目标”。

1. 启动“三项工程”，即在“十五”期间支援农村进行“三项卫生建设”。第一项是重点支援扶持西部地区 500 个县（市）的县中心医院的建设，每个机构投资 200 ~ 300 万元，五年完成房屋、设备、技术和管理的配套建设。第二项是重点支援扶持西部地区 500 个县中 2000 所中心卫生院的建设，每个中心卫生院投资 100 ~ 200 万元，五年完成房屋、设备、技术和管理的配套建设。第三项是重点扶持经济欠发达地区（含西部地区 500 县）10000 所一般乡镇卫生院的建设，五年实现房屋、设备、技术和管理的配套。

2. 实行“三个层次”结“对”，即在省（自治区、直辖市）间、大中城市和县（市）间、援助与受援卫生机构间的三个层次上实行结“对”，完成“三项工程”。其中，第一个层次，即东部和西部省（自治区、直辖市）间挂钩结“对”，进行“三项工程”支援与受援工作的总体规划、部署和督导；第二个层次，即东部地区省（直辖市）辖城市（含经济发达的县及县级市）与西部受援省的受援县挂钩结“对”，分别对县级卫生机构（第一项工程）和中心卫生院（第二项工程）进行一对一的对口支援；第三个层次，即全国各大中城市，对本省（自治区、直辖市）边远地区的乡镇卫生院（第三项工程）分别进行一对一的对口支援，完成其相应的房屋、设备、技术和管理的配套建设。

3. 确立“三个目标”，即通过三个层次结“对”的对口支援，实施“三项工程”的西部地区 500 个县的县级卫生机构、2000 所中心卫生院和全国 10000 所乡镇卫生院应实现“三个目标”。第一个目标是基础设施改善，即受援单位在区域卫生规划规定的地域内，具备因地制宜地完成医疗、预防、保健任务所必需的基础设施，包括业务用房、仪器和必要的装备；第二个目标是技术能力提高，即具备充分发挥本级机构应有功能的技术能力和应变能力。包括医疗救治、妇幼保健、疾病控制、卫生管理诸方面的能力；第三个目标是

经济效益增长，即经济上扭亏为盈，具备可持续发展的后劲。

上述这些建议、方案都是按照卫生事业的福利性、公益性和公平性原则，经过比较细致、周密的测算提出的，有很强的科学性和实用性，值得各级决策人员参考。

## 五、创新发展的探索

在中央倡导下，近年来各地卫生部门在组织动员城市卫生资源支援农村卫生建设方面也创造了许多新经验，初步了解，主要有以下几种。

1. 河北石家庄的经验：其基本思路是“合理配置和使用卫生人力资源，使城镇过剩医疗资源向农村转移”。具体做法有3点：①选派城镇医疗卫生人员下乡。四年来，该市卫生局每年从各市、县卫生机构选派300名医生到农村卫生院工作，每人半年，一个城镇医院包几所农村卫生院，定人定点。每年下乡的卫生人员中，必须有100名具有主治医师和副主任医师资格的技术骨干到卫生院挂职担任名誉院长或科主任；②组织城镇医院到农村开办“连锁医院”或“股份合作医院”。元氏县已开始试行。去年8月该县人民医院抽派20名医务人员、投资30万元购置设备和租赁房屋，在交通闭塞、地处偏远的宋曹镇开办了“连锁医院”，人员工资、人事关系仍由原单位管理，收费标准与乡镇卫生院一样。该县中医院则采取“技术入股”的形式与集体经济基础较好的铁屯村合办一所村级卫生院。硬件建设由村里投资，卫生技术人员由中医院调派，名称为“元氏县中医院铁屯分院”，农民看病按乡卫生院统一标准收半费；③调整卫生组织结构，改造农村卫生院。

2. 山东宁阳县的经验：“组建医疗集团，形成县、乡、村管理一体化”，即以县级医院为龙头，将县、乡、村三级机构整合为一体，统筹规划，规范医疗秩序，合理利用卫生资源，以大带小，以强携弱，优势互补，形成合力。

具体做法是：从去年7月开始正式组建由县人民医院一院、二院和中医院为龙头，11所乡镇卫生院为依托，396个村卫生所为网底的宁阳县医疗集团，按照“资源共用、优势互补、利益分享、方便群众”的原则，把全县分为3个医疗社区，采取就近联合办法，把11所

乡镇卫生院分成三块，每个县级医院分别与3~4个卫生院联合，分别在技术指导、双向转诊、急诊抢救等业务方面建立紧密协作关系。在工作上实行“三通”，即“患者通治，设备通用，技术通行”；在管理上坚持“四个不变”，即“单位产权性质不变，现行财政投入体制不变，原有的卫生职能不变，各自的法人地位不变”。据此，制订了《医疗集团章程》等一整套规章制度，依章行事，使集团内的各医疗机构既能有序竞争，协调发展；又能互相扶持，共同提高，达到了县级医院、乡镇卫生院和患者“三赢”的效果。

3. 江苏苏州的经验：“城乡联动，同步发展，构筑农村卫生新体系”，使农村卫生从医疗保障、服务模式、生活环境等方面迅速向城市靠拢。这是面对城乡差别日益缩小，农村卫生需求不断提高的新形势而作出的决策。

他们的具体做法是：①制定卫生发展城乡联动新规划，建立城乡社区卫生服务新模式，即根据区域卫生规划要求，合理调整城乡卫生资源，发挥整体效益。例如，昆山市两个市级医院组成了两大医疗集团，使城乡卫生资源协调配置，优化组合，得到充分利用；常熟市将城区卫生资源逐步外迁，合理布局，为农村居民服务；张家港市在集镇设立卫生监督分所，加大农村食品卫生安全监督力度；苏州市工业园区、虎丘区在城乡结合部开设形式多样的社区卫生服务站，方便附近农民医疗保健。至2001年底，全市城乡共建立社区卫生服务中心29个、社区卫生服务站265个，覆盖总人口160多万，其中市区覆盖人口73万，农村覆盖人口87万；②培育城乡居民保障新体制，即在狠抓城镇职工医疗保险制度改革的同时，努力使农民的医疗保障向社会医疗保险过渡。目前，全市370万农业人口中，90%以上都参加了合作医疗保险，覆盖行政村达97.4%。全市合作医疗人均基金37元，筹资总额达1.4亿元，到位率达96.3%。太仓、常熟等市大病风险基金今年又增加100万元，进一步增强了抗风险能力。2001年全市各级财政及国有、集体经济对农民医疗保险的投入达5000万元，报销人数达150万人，最高补偿金额在两万元以上。

4. 深圳宝安的经验：“以实现人人享有基本医疗服务和初级卫生保健为总目标，以镇、村两级卫生管理一体化为依托，实行政府与市场双向投入，防保与医疗同步发展，社区卫生服务与合作医疗

相互促进”。

宝安区原是一个农业县，随着深圳特区的建立，工业化和城市规模的迅速发展，社会形态发生急剧变化。其特点是，90%以上企业为劳动密集型产业，90%以上居民为外来打工者。为适应社会经济的这种发展变化，市、区、镇三级党政领导都非常重视人民群众的医疗卫生保健工作，投入很大力量建起了一套崭新的卫生服务机构和卫生服务模式。

所谓“政府与市场双向投入”，就是镇、村两级卫生机构的建设和经常费用都坚持实行“复合式补偿机制”，即财政拨款与业务收入相结合，而且各级政府财政补助都有固定章法并列入预算，例如社区卫生服务站（宝安区统一叫“社康站”），都由所在村委会按要求标准兴建和装修，无偿交由镇医院使用管理，市、区、镇三级政府共给每个站启动费18万元，以后每年给每个站维持费10万元以上。

所谓“防保与医疗同步发展”，就是镇医院针对劳动密集型产业多、外来人口多的特点，在积极发展提高医疗业务水平的同时大力强化防保机构，实行在医院领导下，在原来防保科的基础上建立镇级预防保健所，充实人员和设备，建立起相对独立的集疾病控制、卫生监督、妇幼保健、慢病防治于一身的运作机制。内部设置与区防疫站、慢病站、妇保院相对口，科室主任与医院中层干部同等待遇，经费管理在医院总帐下另外分帐处理，实行统一核算，资源共享。

所谓“社区卫生服务与合作医疗相互促进”，就是“社康站”以社区内所有人群（包括病人、亚健康人和健康人）为服务对象，采取种种便利措施促进他们进行保健；村委会则从经费上对常住人口实行统筹医疗保险制度，在“社康站”诊治疾病、预防接种、健康检查等一切费用均报销80%，通过“社康站”转院治疗费用视情况报销60~80%。全体居民都享受到了好、便、廉的基本医疗服务和初级卫生保健服务。

上述四种做法，各有特点，都是根据本地社会经济和卫生发展水平而选择的，对于改善本地农村医疗卫生状况都起到了积极的作用。但它们有一个共同点，都是改变了过去那种单纯支援的性质，突破了城乡二元化结构，朝着以城带乡、城乡结合、互相促进的方向发展。这是卫生服务体制和结构的改变与创新，值得我们深思和研究。

## 科学的论断，英明的决策\*

——学习《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》的体会

2002年12月

《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》（以下简称《决定》）于党的十六大召开前夕下发了，并由国务院召开全国农村卫生工作会议进行贯彻部署。这是划时代的创举。

我作为一个老党员、老卫生工作者，结合学习十六大报告，细读《决定》及全国农村卫生工作会议文件，深感《决定》是以“三个代表”重要思想为指导，认真总结历史经验，深入调查农村卫生现状，参照国际先进经验，对我国农村卫生工作作出的新的论断和决策，具体体现了“发展要有新思路，改革要有新突破，开放要有新局面，各项工作要有新措施”的精神，为新时期的农村卫生工作指明了方向，确立了奋斗目标和必须采取的重大举措，必将使农村卫生工作真正得到进一步的加强。我的具体感受主要有三点。

### 一、《决定》继承了毛泽东的卫生观，并赋予“以农村为重点”新的含义

我国是个传统的农业大国，人口结构的主体是农民。我国卫生工作必须以农村为重点，是我国的基本国情所决定的。这同我国的新民主主义革命和经济体制改革都是先从农村开始的道理是一脉相通的。

毛泽东同志早在1945年在《论联合政府》一文中就指出：“所谓国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空话。”建立

\* 此文原载于《健康报》和《中国农村卫生事业管理》。

中华人民共和国以后他对卫生工作作了一系列重要指示，其中绝大多数都是关于加强农村卫生工作、改善农村卫生状况的。进入社会主义建设时期，他更加明确而坚决地提出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。在毛泽东同志这个卫生观的指导下，经各方努力，逐步创立了与当时农村集体经济相适应的农村卫生模式，逐步改变了广大农村缺医少药的状况，创造了一个以较少卫生资源支撑庞大农村人口对医疗卫生保健需求的成功范例，受到国际社会的广泛赞誉。

30多年过去了，我国农村的经济、政治、文化状况都有了巨大的进步，但是，党和国家的卫生工作应以农村为重点的方针仍然没有变，1997年1月中共中央、国务院发布的《关于卫生改革与发展的决定》确定的新时期的卫生工作方针，第一句就是“以农村为重点”。其所以如此，江泽民同志在1996年12月召开的全国卫生工作会议上作了具体阐述，他说：“我国农村人口占总人口的绝大多数，农村医疗基础薄弱，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一个大的改观。”这段话既是继承了毛泽东的卫生观，又是发展了毛泽东的卫生观，把搞好农村卫生的着眼点不只是放在农村，而是同改善全国的卫生状况联系起来。这就是说，重点未变，但重点的内涵和意义却有了发展。这在2002年10月19日下发的中央《决定》中和江泽民同志2002年10月29日致全国农村卫生工作会议的信中充分表明出来。《决定》开篇第一句就说：“农村卫生工作是我国卫生工作的重点，关系到保护农村生产力、振兴农村经济、维护农村社会发展和稳定的大局，对提高全民族素质具有重大意义。”江泽民同志的信则进一步强调，农村卫生工作直接关系到农村的发展、农业的繁荣和农民的健康，关系到我国经济和社会发展目标的实现。各级党委和政府要从全面贯彻“三个代表”重要思想的高度，充分认识做好农村卫生工作的重大意义。

这些指示告诉我们，我国卫生工作以农村为重点的方针，在整个社会主义初级阶段都必须坚持，但其内涵和目标应随着社会经济的发展而有所增进。诚如《瞭望》周刊（2002年44期）的一篇题为《农村卫生不给倾斜真不行》的文章所说，30多年前的倾斜和现在的倾斜大不一样，最根本的区别就在于，今天的农村卫生工

作已成为全面建设小康社会的重要组成部分，其目标是要在全国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村合作医疗制度。这与30年前的提法显然不可同日而语。

## 二、《决定》肯定了“三大支柱”的基本功能，并根据新的形势予以改进和完善

在毛泽东卫生观指引下，在农业合作化基础上建立起来的县、乡、村三级卫生服务网、乡村医生队伍和合作医疗制度，曾被称为解决中国农村缺医少药问题的“三大法宝”，后来又被称为建立农村卫生服务体系的“三大支柱”。

自20世纪80年代以来，随着农村经济体制的改革，人们对“三大支柱”社会意义的认识产生了分歧。有些人认为它们是计划经济体制的副产品，甚至认为是“文化大革命”的产物，或明或暗地予以否定。有的县、市领导人竟然说：“医疗机构优胜劣汰，乡村医生适者生存，农民看病自己花钱，都不用政府操心，这样不是挺好的吗！为什么非要守着过时的‘三大支柱’不放？”在这种思想影响下，“三大支柱”功能逐渐削弱，在一些地方甚至解体。

中央的这次《决定》，纠正了上述的错误认识，对“三大支柱”的作用作了明确的肯定，把它们作为全面建设小康社会时期农村卫生工作的基本模式确定了下来。首先在今后8年（到2010年）农村卫生工作的目标中提出：“建立基本设施齐全的农村卫生服务网络，建立具有较高专业素质的农村卫生服务队伍，建立精干高效的农村卫生管理体制，建立以大病统筹为主的新型合作医疗制度和医疗救助制度，使农民人人享有初级卫生保健。”这“四个建立”是统领新阶段农村卫生工作的总纲，不仅吸纳了“三大支柱”原有的形式和功能，而且充实了内涵，比过去更为完善，更适合发展了的新形势。

例如，《决定》的“7、建立社会化农村卫生服务网络”和“8、发挥农村卫生网络的整体功能”两节，对县、乡、村三级卫生组织的性质、职责、功能的规定，不仅比过去更切实，而且有新发展，

诸如“要注重发挥社会、个人举办的医疗机构的作用。进一步完善乡村卫生服务管理一体化，鼓励县、乡、村卫生机构开展纵向业务合作”等，都是对三级卫生服务网络的创新和发展。

对“乡村医生队伍”和“合作医疗制度”这两根“支柱”，《决定》也在肯定的基础上提出新的要求。例如，《决定》“10、提高农村卫生人员素质”一节中，就明确提出“鼓励有条件的乡村医生接受医学学历教育。到2010年全国大多数乡村医生要具备执业医师及以上执业资格。”对合作医疗制度更是在肯定和总结历史经验的基础上作了全面的规范。《决定》以“建立和完善农村合作医疗制度和医疗救助制度”为题用3个节段共750多字对建立新型合作医疗制度和医疗救助制度的目的、任务、性质、资金筹集和使用管理等都作了切合实际的规定，足见中央对这个问题的重视。

学习了上述《决定》各项内容，我们可以进一步体会到，在长期实践中形成的农村卫生工作“三大支柱”，有着丰富的内涵，是我国农村卫生服务的根基，它不仅在过去有效地保障了广大人民群众的生命健康安全，还将在未来的岁月里牢牢地支撑起我国农民的健康大厦。诚如《健康报》记者在一篇调查报告中所说：“三大支柱”不能动摇。

### 三、《决定》坚持了农村卫生事业的公益性和公平性，强化了政府的责任和行为

农村卫生事业的公益性，是指医疗卫生机构开展的公共卫生工作和基本医疗服务，都是以为人民服务为宗旨的非营利性质的。这是社会主义制度的本质所决定的。邓小平同志1985年在中国共产党全国代表会议上的讲话中就明确指出：卫生部门的一切活动都要以社会效益为唯一准则。1997年1月党中央、国务院作出的《关于卫生改革与发展的决定》进一步明确规定：我国的卫生事业是政府施行一定福利政策的社会公益事业。这就明确揭示，在社会主义市场经济体制下仍须坚持卫生事业的公益性。

所谓公平性，是指这种公益性要使全国城乡每个人口都能享受到。这就要求强化政府的责任和行为。因为这种公平性是不可能靠

市场调节实现的，必须由各级政府加强宏观调控才能达到。世界卫生组织总结世界各国经验发表的《2000年世界卫生报告》指出：“对一个国家卫生系统的总体效能负有根本责任的是政府，对人民健康福利谨慎而负责的管理是一个有为政府的根本素质。”中央这次作出的《关于进一步加强农村卫生工作的决定》完全符合和体现了这个精神。

《决定》在“3、明确农村公共卫生责任”一节明确规定“各级政府按照分级管理，以县（市）为主的农村卫生管理体制，对农村公共卫生工作承担全面责任。国家针对现阶段影响农民健康的主要公共卫生问题，制定农村公共卫生基本项目和规划，各省、自治区、直辖市制定实施方案，市（地）、县（市）具体组织实施，全面落实公共卫生各项任务。”

落实任务的关键在于资金的投入，为此，《决定》在“加大农村卫生投入力度”一章中用了4节4个标题，即：“政府卫生投入重点要向农村倾斜”、“合理安排农村公共卫生经费”、“合理安排农村卫生机构经费和建设资金”、“加强农村卫生经费管理”，对农村卫生经费的投入和分配都作了较详细的规定，并特别提出“从2003年起至2010年，中央及省市（地）县级人民政府每年增加的卫生事业经费主要用于发展农村卫生事业。”这是纠正多年来国家对城乡卫生经费投入不够公平、使农村卫生工作真正得到加强的具体体现。

尤其令人欣喜的是，《决定》不仅对开展公共卫生所需要的经费，要求各级政府予以保证投入，并且对基本医疗供需双方的费用也给予了基本保证。对供方（即卫生机构）的保证是：“县级政府负责安排政府举办的农村卫生机构开展公共卫生和必要的医疗服务经费、离退休人员费用和发展建设资金。中央和省级财政对贫困地区农村卫生机构基础设施建设和设备购置给予补助。”对需方的保证是：大力建立和完善新型合作医疗制度和医疗救助制度，从2003年起，中央财政对中西部地区除市区以外的参加新型合作医疗的农民每年按人均10元安排合作医疗补助资金，地方财政对参加新型合作医疗的农民补助每年不低于人均10元。对五保户和贫困农民家庭患大病的，由民政部门另行给予一定的医疗费用补助，或资助其参加当地合作医疗。这两项保证如能全面落实，就会大大缓解当前农村卫生工作的困难，使农村卫生工作真正得到改善，缩小与城市的

差距，实现卫生工作的公益性与公平性。

世界银行的一些专家在 90 年代初考察我国卫生状况后撰写的《中国卫生模式转变中的长远问题与对策》一书曾断言：“中国人民未来的健康将主要取决于以经济有效而且平等的方式来改善健康状况的公共政策”，即“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。”从《决定》全文精神看，我国卫生工作正走近这个目标。因此，我们这些老同志和一些学者专家在读了《决定》后都欢呼：我国农村卫生工作的春天来到了。这也是我期盼已久的衷心愿望。

## 中央关于进一步加强农村卫生工作的决定 给乡镇卫生院带来了新的发展机遇\*

2003年5月

继2001年5月《国务院办公厅转发国务院体改办等部门关于农村卫生改革与发展的指导意见》之后，2002年10月中共中央，国务院又发布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》，同时还以党中央国务院的名义召开了全国农村卫生工作会议。会后，国务院有关部委又连续发出了一系列配套文件，达十余个之多。

中央的《决定》及配套文件，除对农村卫生工作的指导思想、农村的公共卫生工作、农村卫生服务体系建设、建立和完善农村新型合作医疗制度和医疗救治制度、加大农村卫生投入和加强对农村卫生工作的领导等一系列重大问题做出了明确规定外，还对如何办好乡镇卫生院的问题做出了若干规定。归纳起来，大致有以下十个方面：

1. 在农村卫生服务体系（网络）建设上，《决定》明确：乡镇卫生院处于承上启下的枢纽地位。

2. 在服务功能与任务上，《决定》明确：乡镇卫生院分为一般卫生院和中心卫生院。其任务，一般乡镇卫生院以公共卫生服务为主，综合提供预防、保健和基本医疗等服务，受县级卫生行政部门委托承担公共卫生管理职能；中心卫生院除具有一般卫生院的功能与任务外，还应承担一定区域内的卫生医疗业务技术指导。《决定》同时指出：乡镇卫生院一般不得向医院模式发展。

3. 在布局、规模和建设标准上，《决定》强调要按区域卫生规划和行政区域规划进行调整。原则上每个乡镇应有一所卫生院，每个县（市）根据需要建好几所中心卫生院。卫生院的规模要根据服

\* 此文原载于《中国农村卫生事业管理》2003年第5期。

务功能、服务人口、服务范围、交通条件和当地疾病发病情况进行核定。严格控制规模。对于调整后多余的乡镇卫生院可进行资源重组或改制。

《决定》还要求，省级人民政府要制定乡镇卫生院基本设施配置标准。2010年基本完成乡镇卫生院房屋设备改造和建设任务。

4. 在机构性质和所有制上，《决定》明确：调整后的乡镇卫生院由政府举办，属于非营利性。

5. 在领导管理体制上，《决定》明确：乡镇卫生院的人员、业务、经费等，划归县级卫生行政部门按职责管理。乡镇卫生院院长由县（市）选拔、任用和管理。

6. 在乡镇卫生院的经营管理上，《决定》要求：乡镇卫生院实行院长任期目标责任制。要落实和扩大卫生院长的人事、分配、业务等经营自主权。同时要推进乡镇卫生院运行机制的改革，探索搞活卫生院的多种运营形式，实行全员聘用制，形成有生机活力的用人机制和分配激励机制，提高卫生院的效率。

7. 在乡镇卫生院的技术队伍建设上，《决定》强调要提高人员素质。既要为乡镇卫生院培养和输送高级业务技术人才，又要建立健全继续教育制度，加强卫生技术人员业务知识和技能培训。

在技术建设上，强调要提高乡镇卫生院处理农村重大疫情和公共卫生突发事件能力；提高处理孕产妇顺产和难产的能力；提高处置急救的能力；以及加强中医科建设，提高中医药服务水平。

8. 在如何发挥农村卫生服务网络的整体功能上，《决定》强调县、乡、村卫生机构之间开展纵向合作，加强业务技术的合作与互补。鼓励县级医疗卫生机构联办或承办乡镇卫生院，乡镇卫生院联办或承办村卫生室。同时要进一步完善乡村卫生管理一体化。

9. 在增加投入和经费保障方面，《决定》既强调各级政府要加大投入，又强调发挥市场机制作用，多渠道筹集和吸引社会资金。政府投入方面又划分为：县级政府负责安排开展公共卫生和必要的医疗服务经费、离退休人员费用和发展建设资金；中央和省级财政对贫困地区农村卫生机构基础设施建设和设备购置予以补助。

10. 在加强领导方面，《决定》强调：做好包括加强乡镇卫生院建设在内的农村卫生工作是各级党委和政府义不容辞的责任。要从实践“三个代表”的高度，提高认识，加强领导，制定规划，落实

人力、物力、财力等各项保障措施，并且要求要落实各部门的责任，协调各有关部门，动员全社会的力量共同搞好。

以上各点，是中共中央、国务院《关于进一步加强农村卫生工作的决定》及其配套文件中关于加强乡镇卫生院建设的主要内容。这些都是在总结多年来正反两方面经验的基础上得出的指导性的意见。既很全面，也很切合实际，很有针对性。建国以来，以党中央、国务院《决定》的名义对乡镇卫生院的改革与发展的一系列重大问题做出如此全面具体的规定，这还是第一次。既有积极的现实意义，又有深远的历史意义。

大家知道，改革开放以来，对乡镇卫生院如何进行改革与发展的问題，从上到下一直存在诸多争议。其中最主要的有四点：一是政府的责任问题；二是要不要维护农村卫生服务体系（三级卫生服务网络）的格局问题；三是医疗卫生工作是适应市场还是全面推向市场搞市场化的问题；四是加强领导与尊重乡镇卫生院的自主权问题。对于这些有争议的问题，中央和国务院的《决定》都给予了明确的回答，澄清了思想，统一了认识，为今后乡镇卫生院的改革与发展指明了方向。我国的乡镇卫生院又迎来了一个新的发展机遇。我们应当很好地学习和贯彻《决定》的精神，抓住机遇，千方百计地创造条件，努力开创乡镇卫生院工作的新局面，更好地促进乡镇卫生院的改革与发展，把乡镇卫生院建设得更好。

## 以科学发展观分析和解决农村 卫生发展滞后问题\*

2004年5月4日

### (一)

科学发展观是党的十六届三中全会在总结过去发展实践经验的基础上提出来的。它的内涵是坚持统筹兼顾，以人为本，实行全面、协调、可持续发展，促进经济、社会和人的全面发展。它是全面建设小康社会和实现现代化的根本指针，是对邓小平的“发展论”的深化和发扬。

党的十一届三中全会之后，邓小平同志为恢复迭遭“文化大革命”破坏的社会生产力，挽救濒临崩溃的国民经济，迅速推进社会主义现代化建设，不仅重新恢复和发展了毛泽东同志倡导的实事求是、理论联系实际、一切从实际出发的思想路线，而且提出了党和国家工作应“以经济建设为中心”、“发展是硬道理”、“允许一部分地区和一部分人先富起来”等一系列促进发展的新的战略观点。在这些思想路线和战略观点的指引下，我国国民经济走上了稳定高速的发展轨道，国内生产总值从1978年的3624亿元增加到2003年的11.67万亿元；按现行汇率计算，人均国内生产总值突破1000美元，跨上一个重要台阶。经济总量占到世界第6位，大大增强了国力。

但在国内，随着总体水平的提高出现了发展不均衡现象。据中国人民银行数据分析，2002年，全国城乡居民的人均收入差距达3.2倍；东部地区人均国内生产总值达16490元/人，高出全国水平一倍多，而中部和西部地区则分别较全国平均水平低12%和30%。

---

\* 此文原载于《中国农村卫生事业管理》2004年第5期。

其他，如经济和社会、人与自然的发展都存在严重不协调问题。由于历史条件和地理环境之不同，经济、文化和科技基础之差异，上述各方面发展不均衡、有差距，是必然的。但差距过大，就要妨碍小康社会的全面建设，妨碍共同富裕目标的实现，影响社会秩序的稳定和国民经济的持续发展。

有鉴于此，十六届三中全会提出了科学发展观。它提醒人们：以经济建设为中心，并不意味着经济就可以代表社会的一切。经济增长是促进发展的基本动力，是社会全面进步的前提条件。但是，单纯的经济增长不等于发展，至少不是全面发展。发展与增长，是两个不同的范畴，增长只是物质的扩大；发展，是坚持以经济建设为中心，在经济增长的基础上实现社会全面发展。我们搞社会主义现代化建设，必须是以人为本，以实现人的发展和社会全面发展为目的的社会发展。

毫无疑问，这个科学的发展观不仅是全面建设小康社会和实现现代化的根本指导方针，也给我们认识、分析和解决农村卫生问题，提供了强有力的理论依据。

## (二)

胡锦涛总书记在 2003 年 7 月 28 日全国防治“非典”工作会议上指出，通过抗击“非典”斗争，我们比过去更加深刻地认识到，我国的经济发展和社会发展，城市发展和农村发展还不够协调。公共卫生事业发展滞后，公共卫生体系存在缺陷。

有些学者也认为，去年“非典”疫情的发生与我们片面追求经济增长而忽视经济与社会协调发展有很大关系。他们说，20 世纪五六十年代，我们在“一穷二白”的基础上初步建立了公共卫生体系，特别是农村卫生体系，送走了危重人民最严重的天花、鼠疫、血吸虫病、疟疾等瘟神，极大地促进了人民健康。人均寿命由解放前的 35 岁提高到 20 世纪 60 年代的 60 多岁。但是近年来，在一切服务于经济增长的大环境下，我国公共卫生事业由增进人民健康，变成创造“良好的投资环境”，为经济增长服务。这就导致了公共卫生体系尤其是农村公共卫生体系的削弱和倒退；另一方面，在市场经济条件下，在国家财力不足的约束下，支持和鼓励社会各方面投资于医疗卫生事业，这

无疑是对的。但是，不能用市场行为替代本应由政府承担的公共责任，把公共产品的提供简单地等同于一般商品推向市场。这样做的结果，造成我国公共卫生，特别是农村公共卫生和医疗事业的投资严重不足，造成农村医疗卫生事业的严重萎缩。

根据有关部门的资料，我国卫生费用支出占财政总支出的份额不是逐年上升而是在逐年下降，由1980年的2.4%下降到2000年的1.71%，属于世界最低的一档。世界卫生组织发布的“2000年世界卫生报告”中，中国在191个国家中排名第188位。而且这点卫生费用又大部分用于城市。整个20世纪90年代，农民人均卫生费用仅为城市居民的25%，而其中的90%还由农民自己负担。这就是农村卫生落后的根本原因。

### (三)

唯物辩证法认为，世界上一切事物的生存和发展都要讲综合平衡。邓小平同志也曾指出：“现代化建设的任务是多方面的，各个方面需要综合平衡，不能单打一。”（《邓小平文选》第二卷第250页）。综合，就是研究各种事物生存发展所需要的元素或要素；平衡，是研究这些元素或要素如何组合才为合理以及其相互依存的关系。十六届三中全会提出的科学发展观就是综合平衡的发展观，它包括“五个统筹”和“五个坚持”，即“统筹城乡发展、统筹区域发展、统筹经济社会发展、统筹人与自然和谐发展、统筹国内发展和对外开放”；“坚持社会主义市场经济的改革方向，坚持尊重群众的首创精神，坚持正确处理改革发展稳定的关系，坚持统筹兼顾，坚持以人为本”。

当前，摆在我们面前的一个重要问题是，如何以科学发展观来指导和解决农村卫生事业发展滞后问题。从目前的实际情况出发，我认为须从以下四个层面同时切入：

1. 进一步提高各级党政领导和有关部门负责人对卫生工作重要性的认识，弄清和处理好卫生与经济两者的基本关系。

一是健康增长与经济增长的关系。大量事实证明，健康增长与经济增长是双向的互为作用的。从健康增长对经济增长的作用来说，世界银行和中国国家统计局在20世纪80年代都有研究测算指出，农民体质的增强（即健康投入）所创造的价值在农村经济增长

总量中所占的比重约为 20% ~ 22%。世界卫生组织在 1984 年印发的 A37 号文件指出：“过去十年被认识到的第一基本真理是，正如经济发展推动了卫生发展一样，卫生发展也同样推动了经济发展，两者须齐头并进。”近些年来有不少国家提出了从“经济第一”向“健康第一”转变的新的战略，强调“人是经济增长的真正发动机”，把管理工作重点从以物为中心向以人为中心的轨道转移，进一步加大对卫生保健工作的投入。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是如此。

二是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。它是在国家收入再分配（再投入）中作为一种平等工具调节人群收入的不平等，使社会走向公正、安定与健康。所以，中央确定我国卫生事业的根本属性是“政府施行一定福利政策的社会公益事业”。它所追求的效益主要是社会效益而不是经济效益。邓小平同志在 1985 年 9 月 23 日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非常明确地指出：“思想、文化、教育、卫生部门都要以社会效益为一切活动的唯一准则，它们所属的企业也要以社会效益为最高准则。”但这不是说，医疗卫生单位就不讲经济效益，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，还体现在减少疾病发生，节约资源消耗，降低医药费开支，减轻国家、集体和城乡居民的个人负担等方面。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不能改变。

2. 改善政府卫生经费投入的机制，使卫生服务的供需双方都得到一定的补偿。

当前，“三农”问题是国家经济建设和社会发展工作中的“重中之重”，搞好农村卫生则是解决“三农”问题的一个重要内容，国家必须加大投入。过去对农村卫生的投入，偏重于解决供方即医疗卫生机构的建设；近来有人提出投给需方，像城市职工医疗保险一样，补贴给农民医疗消费者。至于供方——医疗卫生机构，则按市场机制由业务收入补偿。这都不符合卫生事业特性和我国的实际

情况。不给供方投入，则提高不了农村卫生机构服务能力；不给需方补助，则有许多农民享受不了卫生服务。正确的做法应该是按照“统筹兼顾”原则，使供需双方都得到政府的补偿。补偿幅度应随着国家财力的不断增强而逐渐加大，并向贫困和欠发达地区倾斜。

3. 国家在给供方——医疗卫生机构进行投入和补偿时，应按照“防保与医疗同步发展”原则，在加强公共卫生体系（包括卫生监督、疾病控制、妇幼保健和健康教育等）投入和补偿的同时，应设立一定的预算项目投入和补偿给县、乡（镇）医疗机构，以提高农村卫生网络的整体功能和服务能力。近来，由于预防“非典”等突发事件的需要，各地都加强了农村公共卫生体系的建设，这是可喜现象。相对地说，对医疗机构建设还重视不够。这也是一种不均衡现象，应当及时解决。

4. 改进城市医疗机构支援农村的办法，使它在新形势下进一步完善起来。随着国家工业化、城市化和城镇化步伐的加快，我国城乡对立和分离的二元结构，正在发生变化，城乡差距在许多地方逐渐缩小，许多地方的经济建设正在由城市向农村辐射，形成以城市带农村的新格局。因此，城市医疗卫生机构支援农村的一些传统做法也应有所调整和改善，探索建立以城市带农村、城乡共同发展的新模式。

以上几点，都包容在《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》之中。《决定》是个好文件，对农村卫生工作的各个层面的问题都提出了解决办法，是求真务实综合平衡的精品，完全符合科学的发展观。只要各级政府部门能全面贯彻认真执行，我国农村卫生事业发展滞后的情况就一定能够迅速改变。在世界上曾经享有盛誉的中国农村卫生一定能够再铸辉煌，走到世界的前列。

### 参 考 文 献

1. 温家宝. 政府工作报告. 北京: 人民出版社, 2004
2. 《邓小平文选》第二卷
3. 关于完善社会主义市场经济体制的三十六个重要问题. 北京: 中共党史出版社
4. 张自宽. 卫生改革与发展探究——论卫生与经济的关系. 哈尔滨: 黑龙江人民出版社, 1999
5. 我国经济发展不均衡拉大. 经济日报, 2003年10月28日

## 中国农村合作医疗 50 年之变迁\*

2005 年 11 月

中国是一个拥有 13 亿人口的发展中国家，又是一个农业大国，70% 的人口在农村，农村人口达 9 亿之多。如何解决广大农村的缺医少药问题，保护农民的身体健康，始终是中国卫生工作的头等大事。

新中国成立 56 年来，中国的农村卫生事业有了长足的发展，曾经创造出举世公认的辉煌，也遭受过严重的挫折，现在又开始重振雄风，经验和教训都十分深刻。

### 独特的模式，突出的成就

几十年来，中国在解决农村问题上取得的两大成就，备受全球所瞩目。其一是，以只占全球 7% 的耕地，养活了全球 22% 的人口，而且人均粮食高于世界平均水平；其二是，以低于发达国家 100 多倍的医疗卫生支出，使人均期望寿命达到 70 岁，接近发达国家的水平。在中国，何以能使人民大众健康的改善与经济增长呈现出相互促进的良性态势，其奥妙究竟何在？根本的原因在于：依据中国的国情，创造了一个独特的农村卫生发展模式。

1949 年新中国成立之初，中国是“一穷二白”。广大的农村，除有少数个体开业的中医和中药铺外，基本上没有任何医疗卫生设施。广大农民贫病交加，各种传染病、地方病猖獗流行，婴儿死亡率高达 200‰ 以上，人均期望寿命不到 35 岁。面对这种严峻形势，中国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以农村为重点的卫生工作方针，逐渐在全国农村

---

\* 这是作者在日本栃木举行的第十届亚洲农村医学学术大会上所作的“特别讲演”，原载于《中国农村卫生事业管理》2006 年第 2 期和《中国卫生》2006 年 3 期。

建立起县、乡、村三级医疗卫生网、乡村医生队伍（过去叫赤脚医生）和合作医疗制度，形成了“三位一体”的医疗卫生服务体制。这就是所谓独特的、具有中国特色的农村卫生模式。

所谓三级医疗卫生网，就是在县、乡、村三级普遍建立医疗卫生机构，使之形成网络，逐级进行业务技术指导，尤其要建立健全农村基层卫生组织，达到乡乡有卫生院，村村有卫生室，“哪里有人，哪里就有医有药”。

所谓乡村医生（赤脚医生）队伍，就是选拔适宜的农村知识青年，施以半年左右的专业培训，再加上持续不断的继续教育，使之掌握基本的预防保健知识、传统医学知识（针灸和草药）和处置小伤小病的技能，能在最基层的村级卫生机构为农民提供初级卫生保健服务。

所谓合作医疗制度，就是在政府号召和农村集体经济支持下，由农民群众集资，在卫生保健方面实行互助互济，采用“合作制”方式举办的具有一定保险性质的医疗保障制度。

上述“三位一体”的农村卫生服务体制，实际上是中国农村初级卫生保健的“三根支柱”，是解决中国农村缺医少药的“三件法宝”。它的历史作用主要有以下几点：

第一，利于贯彻“预防为主”的方针，促进了农村计划免疫、健康教育、妇幼保健、爱国卫生运动的落实，使许多传染病、地方病得到有效控制。

第二，在较短时间内，建立和普及了农村基层卫生组织，培养了一支数以百万计的农村卫生队伍，形成了低成本、广覆盖的卫生保障机制，使广大农民群众都能就近得到基本的初级卫生保健服务，患了病的农民也能得到基本的医疗保障，大大增强了医疗卫生服务的公平性和可及性。

第三，归根结底，显著改善了中国农村缺医少药的面貌，大大提高了广大人民群众的健康水平。婴儿死亡率由建国初期的 200‰ 下降至 25.5‰；产妇死亡率由 1500/10 万，下降至 51.3/10 万；人口死亡率由 17‰ 下降至 6.42‰；人均期望寿命由 35 岁提高到 71 岁。

总而言之，新中国成立后，经过几十年的努力奋斗，在农村集体经济基础上建立起来的“三位一体”的卫生服务模式，是一种低成本、广覆盖、能充分体现出卫生服务公平性和可及性的独特的模

式，它的功效和成就为世界所公认。正像世界卫生组织和世界银行在1980年代的一份考察报告中所说的：“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保障的唯一范例”。该报告还说：“初级卫生工作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，这种模式很适合发展中国家的需要。”

### 严重的挫折，深刻的教训

从1980年代开始，中国农村进行了经济体制改革，普遍推行了家庭联产承包责任制，使1950年代以来农业合作化和人民公社化发展起来的集体经济纷纷解体，加上舆论导向、政策导向上的失误和领导管理上的缺欠等诸多原因，因而导致农村合作医疗的解体和基层卫生组织的衰落。农村合作医疗的覆盖率由1970年代鼎盛时期的90%，1980年代猛降至10%以下，最低时覆盖率只有5%左右。更为糟糕的是，随着农村集体经济和合作医疗的解体，使乡村两级基层卫生组织失去了集体经济的依托，各级政府又未能适时地增加投入，逼着一些农村基层卫生组织走向市场化、商业化，因而导致70%的乡镇卫生院陷入困境，50%左右的村卫生室变成了靠看病卖药赚钱的私人诊所。

由于农村合作医疗的瓦解和基层卫生组织的衰落，造成了极为严重的后果：

第一，农村公共卫生、预防保健工作明显削弱，一些已被控制和消灭的传染病、地方病死灰复燃，新的公共卫生问题不断出现，农民的健康水平呈现出下降趋势。

第二，医药费用不断上涨，广大农民不堪重负，看不上病、看不起病的相当普遍。2003年的调查显示，群众有病时，有48.9%的人应就诊而不去就诊，有29.6%的人该住院而不住院。因病致贫、因病返贫的农户明显增多。

第三，医疗资源分布严重失衡，城乡差距、东南沿海与中西部的差距、富裕地区与贫困地区的差距进一步扩大，医疗卫生服务的公平性进一步降低，总体绩效更加降低。

对于上述问题，不仅中国国内意见纷纷，WHO 也就此发出了警示。在 2000 年 WHO 对 191 个成员国的卫生总体绩效评估排序中，中国列为第 144 位；在对成员国卫生筹资与分配公平性的评估中，中国列 188 位，在 191 个成员国中倒数第 4。

上述问题不仅严重危害广大农民的健康，也影响经济发展和社会公正。在 1990 年代，中国政府曾力图恢复农村合作医疗制度，整顿和加强农村基层卫生组织，并为此采取了一些措施，农村合作医疗覆盖率一度略有上升，一部分乡卫生院和村卫生室的状况也一度有所改善；但因各级政府重视不够，投入不多，决心不大，加之又受到来自其他方面的干扰，其结果很不理想。“把医疗卫生工作重点放到农村”、“重振合作医疗雄风”的号召，依然是不能落到实处的空话！

### 关键时刻国家最高当局作出决策： 逐步建立和完善农村新型合作医疗制度

为了解决农村卫生发展滞后，农民群众得不到健康保障和由此而导致的一系列问题，2002 年 10 月，国务院召开了有中央政府各部门和省级政府主要领导人参加的全国农村卫生工作会议，会后以中共中央、国务院的名义发布了《关于进一步加强农村卫生工作的决定》。强调从中央到地方，各级政府要高度重视农村卫生工作，加强领导，增加投入，优化卫生资源配置，逐步缩小城乡差距，建立和完善农村卫生服务体系，建立和完善农村新型合作医疗制度和医疗救助制度，等等。由国家最高当局就农村卫生问题召开专门会议并作出重要决定，这在新中国成立 50 多年来尚属首次。

中国政府提出的建立和完善农村新型合作医疗制度，与过去实行的旧合作医疗制度有许多不同点，主要是：

第一，新型合作医疗是政府主导下的农民医疗互助共济制度，由政府组织、引导、支持；而过去的合作医疗则主要依靠乡村社区自行组织。

第二，新型合作医疗的资金来源，主要靠以政府投入为主的多方筹资，中央和地方财政每年都要安排专项资金予以支持。具体的筹资比例为：中央财政和地方财政各占 1/3，农民个人缴纳 1/3，乡

村集体经济组织有条件的也要给予资金扶持；而过去的合作医疗资金，主要靠个人缴纳和村级集体经济补贴，政府各级财政不负筹资责任。

第三，新型合作医疗以“大病统筹”为主，重点解决农民因患大病而出现的因病致贫、因病返贫问题；而过去的合作医疗主要解决小伤小病，抗风险能力差。

第四，新型合作医疗实行以县为单位进行统筹和管理的体制。一个县的人口，大县有一百多万，小县也有二、三十万，统筹的范围大，互助共济的作用就大；而过去的合作医疗一般都以村为单位（2000左右人口）统筹，少数以乡为单位（二、三万人口）统筹，互助共济的能力较小。

第五，在建立新型合作医疗制度的同时，还要建立医疗救助制度，设立由政府投资和社会各界捐助等多渠道筹资的专项基金，对农村贫困家庭和“五保户”进行医疗救助。

另外，在经济发达的农村，还可以鼓励农民参加商业医疗保险。

由此可见，新型合作医疗较之以往实行的合作医疗有更多的优越性，因而也更受广大农民群众的欢迎。

在推行新型合作医疗的方法和步骤上，接受已往的经验教训，特别强调要先行试点，取得经验，逐步推广，切忌急躁冒进。截至2004年，全国31个省、自治区、直辖市有620个县（市）开展了新型合作医疗试点工作，有1.56亿人参加，占全国农业人口的17%。在试点地区，去年一年有7601万人次获得医疗费报销补偿，并为810余万人提供了健康体检。从目前情况看，试点工作进展顺利，试点地区的农民得到了实实在在的好处。但问题和困难也不少。最大的难题是筹资困难，尤其在贫困地区，人均合作医疗经费一年只有30元，为避免超支，在医疗费报销上不得不有较多的限制。即使几年后资金情况好转，也只能保障基本医疗服务，坚持走低水平、广覆盖之路。

### 以推行新型合作医疗为契机， 掀起全面加强农村卫生建设的新高潮

从2003年开始，政府已正式启动农村卫生基础建设规划，由中

中央政府和地方政府共同筹资，增加投入，用几年时间，推进农村卫生服务体系建设，改善农村地区的医疗卫生服务条件。其着重点是：

1. 加强县、乡、村三级卫生服务机构建设，发挥农村卫生服务网络的整体功能。县级医院、预防保健机构和乡镇卫生院仍由政府举办，由政府投资对其进行房屋、设备改造和业务建设，使之充分发挥作用。对村卫生室，也要按标准进行规范和改造，加强管理和业务指导，使之做好农村第一线的初级卫生保健工作。

2. 大力提高农村卫生技术人员的素质。一方面要鼓励高等医学院校为农村培养适用型医学人才，鼓励医学院校毕业生和城市医疗机构的在职或离退休的医生到农村服务；另一方面要建立健全继续教育制度，加强农村在职卫生技术人员业务知识和技能培训，鼓励乡村医生接受医学学历教育。到2010年，全国乡村医生都要达到助理医师及以上执业资格。

3. 继续发挥中医药在农村卫生服务中的优势与作用。既要加强县中医院和乡镇卫生院中医科的建设，又要加强乡村医生的中医药知识和技能培训，并鼓励农村医院的医生兼学中医，应用中医药诊疗技术为农民服务。适合农村的中医药适宜技术和其他民族医药的适宜技术，都要进行发掘、筛选和推广。

4. 继续组织城市大中型医疗机构对口支援农村。采取援赠医疗设备、人员培训、技术指导、双向转诊、巡回医疗、学科建设、合作管理等方式，重点支援县医院和乡镇卫生院建设。从今年6月开始，由国家卫生部组织的“万名医师支援农村卫生工程”已经启动。国家卫生部与有关省级政府签订了责任书，担负支农任务的万名城市的医师已奔赴受援的农村医院，他们将在农村工作一年，定期轮换，形成制度。主要任务是为农民提供较好的医疗服务，同时培养农村医务人员，提高技术水平。

## 2008年新型合作医疗将覆盖全国农村

最近，国务院总理温家宝主持召开了国务院常务会议，专门研究了加快建立新型合作医疗制度等问题，做出了以下重要决定：

1. 在试点工作经验的基础上加大工作力度，加快推行新型农村

合作医疗制度建设步伐。明后两年要扩大试点范围，2006年将试点县（市）由目前占全国的21%扩大到40%左右，在2008年将基本覆盖全国农村。东部有条件地方的速度可以快一些。

2. 要进一步加大中央和地方财政支持力度。中央财政对参加合作医疗农民的补助标准在原有每人每年10元的基础上再增加10元；同时要求地方财政也要相应增加补助。但不提高农民的缴费标准，不增加农民负担。

3. 会议还要求要加快农村医疗卫生基础设施建设，巩固和健全县、乡、村三级农村医疗卫生服务体系和网络。今年要完成县级疾病预防控制中心建设。重点加强乡镇卫生院建设，每个乡镇要保留一所公立卫生院，每个村至少要有一个卫生室，并采取有效措施遏制农村医药费用不合理增长，为农民提供安全、有效、廉价的医疗卫生服务。

以上情况说明，中国农村合作医疗几十年来几经挫折，现在又重新走上了健全发展的道路。尽管目前存在的问题与困难还很多，但中央政府和各级政府的决心很大，又有广泛的群众基础和全社会的支持，我们坚信，我们一定能克服前进道路上的困难，把这件造福于几亿农民的好事办好。

# 第三篇

---

## 城镇医疗改革篇

## 家庭病床是医疗卫生方面的一项重要改革\*

——把家庭病床工作由普及引向提高

1984年9月

### 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便民利民的新的服务形式。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。例如，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。1983年，天津市87个街道卫生院、33所区级以上医院有一千二百多名医生、护士从事家庭病床工作，全年共建家庭病床二万四千二百多张，年内接受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

\* 这是作者撰写的在全国家庭病床工作经验交流会上的讲话。

特色的医疗保健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求不相适应的矛盾，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，如果要以多建医院、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，在承担医疗任务上相互调剂，各有侧重，使许多病人尤其是老年病、慢性病人，不出家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”这个陋习。医务人员深入到病人家中，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。负责家庭病床的医务人员，不论白天黑夜，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度过的。有的医护人员待病人如亲人，替病人做家务活，坚持做思想工作，进行心理疏导，既治病，又“治人”，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。病人和家属也把医务人员当做亲人一样。这种新型的医患关系，新的医德风尚，是社会主义精神文明建设的重要体现。

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，一些基层医疗单位病人少、“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，有些住院病人病情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，基层医务人员由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查房、书写病历、分析观察病情，随时进行治疗和抢救。这样就促使他们加强业务知技术学习，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理念，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和慢性病，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，开展健康教育和健康普查，建立健康卡片，进行饮食指导和有针对性地做思想工作，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，创建了一支防治结合的专业队伍，在改革传统的医疗服务方式，建设适合我国国情的城市社区卫生服务组织的尝试中迈出了可喜的一步。这方面的经验，值得重视。

## 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；同时要加强管理，狠抓质量，把提高质量放在首位。要维护家庭病床的信誉，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：

1. 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。

2. 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师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负责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。

3. 要充分发挥大医院的技术后盾作用。建立以基层医疗单位为主力，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。要采取多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，使基层医疗机构确实感到在技术上有后盾，有人壮胆撑腰。

4. 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。

5. 严格掌握家庭病床的收治适应证。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，还有卫生宣教、预防、保健和康复等。而现阶段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或者叫全科医生，水平很高。我们也要培养这样的专业医生。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：

1. 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，要增加预防医学、社会医学、医学心理学、老年医学和康复医学、医学统计学等方面的内容。培训要有计划，因地制宜，形式灵活多样。

2. 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，要注意及时发现、连续地进行健康管理和总结经验。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。

3. 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交流的园地，进一步促进事业的发展 and 学术水平的提高。

4. 加强思想工作。目前在从事家庭病床工作的医务人员当中，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。要针对这些思想顾虑反复进行思想教育，提高他们对家庭病床工作的认识，树立热爱家庭病床事业和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，在工作上要予以扶植。为了充分调动各级医院和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：

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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项重要内容，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积极去办，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。

## 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，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动，在一

\* 此文原载于《中国医院管理》1987年第1期。

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。这一切都说明，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。

**在当前，如何进行改革和综合治理呢？**

首先，必须努力争取提高医疗卫生事业在整个国民经济和社会

发展中的地位，争取增加卫生投入。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，实行政事分开，扩大医疗机构的自主权；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，既注重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，充分调动广大医务人员和全体职工的积极性。大力提倡横向联合和纵向协作，发展多种形式的医疗卫生协作联合体。继续坚持城乡挂钩，城市支援农村。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，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。反对以权谋私、以医谋私，抵制各种不正之风。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，努力提高思想道德素质和业务技术素质。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，了解医务人员的辛苦和艰辛劳动，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，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。

## 认真加强对医疗工作的治理整顿\*

——在全国卫生厅局长会议上的发言

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，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，进行综合治理，坚决纠正某些混乱现象，以保证改革能够沿着正确的方

\* 这是作者在1989年全国卫生厅局长会议上的发言。

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管理机制的完善，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。但在许多方面存在审查不严、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，借医行骗，浑水摸鱼，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，切实加强宏观调控和监督管理。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。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

为了加强对医疗机构和个体行医的监督管理，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的医政监督员，沈阳市卫生局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执业情况包括德医风、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、湖南等地的作法很好，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注，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、服务质量和全面水平的提高。

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，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，建立健全社会监督制度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狠下功夫，在改善服务态度、提高服务质

量上狠下功夫。

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而擅自离岗，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，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审查批准予以调整。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、要继续为深化医院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，政策不宽松、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医院改革创造一个宽松的环境。当前尤其要注意以下几点：

1. 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。防疫和妇幼保健机构的经费固然应该增加，但应由政府有关部门另行解决。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。

2. 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。

3. 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。

## 认真开展医院工作方针的再教育\*

1989年9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20世纪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，是因为我国的医院是社会主义的、人民的医院。为人民服务是我国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，可以说是我们新中国医院工作的根本标志。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。

---

\* 1989年9月18日卫生部以卫医字(89)第20号文发出了《关于进行医院工作方针再教育的通知》，为配合宣传贯彻这个文件，作者撰写了此文，发表于《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，计较小团体利益和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

1. 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。

2. 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。

3. 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唯一准则的指导原则，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，在改善服务态度，提高服务质量上狠下功夫，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。

4. 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，厉行节约，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。

5. 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品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。

6. 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、敲诈勒索、坑害国家、坑害群众和各种以权谋私的行为作斗争。

## 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，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

---

\* 这是作者在全国医院分级管理与评审培训班上的讲话。

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，必将有效地加强医院标准化规范化管理，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

1. 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 and 病人求医的合理流向，使有限的卫生资源能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和统一管理，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和资源浪费，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。

2. 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和安全管理，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、办法和其他法规性文件，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。

3. 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，也符合国际潮流。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。

4. 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

1. 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,调整与完善三级医疗预防网,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,即使医院的规模再大、科室再全、设备再好,也不能成为合格的医院。

2. 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,进行综合分析与预测,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。

3. 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。

4. 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实际情况制订地方性标准。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。

5. 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、自治区卫生行政部门制订。

6. 要重视自查自评、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，进行自查自评，自我监测，发现问题及时改正，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。

7. 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，并且要不断研究评审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。

## 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》，正式宣布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。

卫生部决定由我担任卫生部医院评审委员会的主任委员，我深感荣幸，并愿和大家一道同心协力共同把这件大事办好。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统一思想、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与评审？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。该省的文明医院建设有一整套具体的标准和评审办法，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办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医学院校参加的《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《综合医院分级管理办法》、《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，同时还采用特尔菲法征求了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和创新，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：

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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。

5. 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。

## 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目标管理。

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》，按照规定的程序和评审办法，对医院工作和医疗服务质量进行院外评价的制度。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

\* 这是在全国医院院长研讨班上的报告。

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6万9千余所，病床268万余张。其中县及县以上医院1万3千余所，病床190多万张；乡镇卫生院4万8千余所，病床7.29万张。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5 292万余人，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，近十几年来，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、改扩建和执业管理都不同程度地失去控制。结果造成了医疗机构布局不合理和医疗资源的浪费，造成城乡之间、地区之间差别过大，造成医疗秩序混乱。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，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，直接影响医院的规范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服务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问题，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、任务确定合理标准，坚持按标准来发展、建设和管理医院，坚持按标准评价医院。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、在区域医疗卫生规划指导下的、以标准化管理为主要内容的医院分级管理，是形势发展的必然，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

1. 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。

2. 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医学院校教学、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。

各级医院的级别，是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。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。

3. 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。

4. 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：

1. 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。

2. 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。

3. 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,确保医疗服务质量的提高。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。

4. 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。

5. 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、关于医院分级管理标准

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、医务人员的资质和能力、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。

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。

1. 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。

各级医院基本规模标准如下表：

项 目	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 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是，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。

2. 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，实质上主要是以各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、改扩建医院的标准。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。

3. 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

1. 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。

2. 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。

3. 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) 自查与申报。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。医院评审委员会对其所负责评审的医院，实行平时有重点的抽查和周期性的考核检查相结合。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、与管理人员讨论、全面检查、抽查、回顾性调查、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特等医院的评审。

(5) 审批发证。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、乙等医院，由地（市）卫生局审批。

4. 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。

5. 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、各地试点工作情况及成效

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。

近三年来的试点工作经验证明：医院分级管理与评审，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、加强科学管理的路子，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与评审已经或正在得到解决。

实施医院分级管理的主要成效是：

1. 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。

2. 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，落实到每个岗位、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。

3. 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、基本技能）“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，坚持以制度管人，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有所提高。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。

4. 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。

5. 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。

6. 加速了医院“硬件”设施更新，促进了房屋和设备条件的改善。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。尤其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。

7. 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，从组织领导加强宏观管理方面来说，主要有以下几点：

1. 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。

2. 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，是当前实施医院分级管理的重点与难点。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，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。

3. 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。

4. 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的结果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。

5. 《医院分级管理标准》尚不够完善，也不配套。对现行的《标准》，通过实践检验要进一步修改、完善。同时要抓紧制定各种专科医院的标准，使之配套。这方面的工作现在正在进行中。

6. 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、更便捷，既保证评审质量，又提高工作效率，也亟待研究解决。

其次，从医院本身来讲，也有不少的问题需要进一步地解决：

1. 医院工作要进一步适应新形势，更新观念。增强宏观意识，树立大卫生观念和全局观念，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。

2. 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。

3. 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，尤其应重点培养。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。

4. 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。

5. 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。这些不良行为与医院分级管理与评审的要求完全背道而驰。必须坚持实事求是、严肃认真的科学态度，做实事，鼓实劲，收实效。

## 医院改革需要全社会支持\*

——李培林毒打院长案发人深思

1997年6月

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。整个事件令人发指。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。

李培林毒打医院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、严加管理。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

\* 此文原载于《中国医院》1997年第2期。

神文明建设的典范，使医务工作者成为救死扶伤、保护人民健康的卫士；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》关于“危害公共卫生罪”的有关条文变成约束力，加强自律性，鞭策自己兢兢业业地工作。

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。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。许多医院尤其是基层医院正在为生存而拼搏。在此期间，既需要社会各界的监督，更需要社会各界的理解、支持和保护。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。

## 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

\* 此文原载于《中国医院》1998年第2期

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技术水平。”

此外，《决定》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，“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，政府要切实解决好医疗机构的补偿问题。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，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，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，公立医疗机构“继续享受税、费优惠政策”。

六，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 48 年以来特别是改革开放以来的发展建设，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和创收上, 包括开大处方, 增加不必要的检查, 竞相增添高精尖设备等。仅 CT 一项, 1986 年全国只有 30 台, 到 1993 年跃增至 1 300 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民大众对医疗服务的需求, 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。”《决定》提出了 4 条具体做法, 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。只要能够切合实际地做好上述四个方面的工作, 就能够调控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, 目

前实际上不大可能。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），并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”确定为两个基点：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，有的甚至更高。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。

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。

## 新闻媒体报道医疗纠纷 要慎重公正实事求是\*

1998年11月

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，要么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

\* 此文以中华医院管理学会名义报中共中央宣传部和卫生部，并登载于《中国医院》1998年第6期。

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，真假孰知”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。”

还有，《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”：“医院所以找出种种借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》，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》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，大型医院每年接诊人次多在百万人次以上，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。

## 加强宏观调控与引进市场机制\*

——对新一轮医院改革的几点想法

2000年1月

根据中央的决定，今年是实现国营企业改革的第三年，也是最关键的一年。与此相适应，公立医疗机构改革应如何运作，谨提出几点想法，供卫生部门领导和医院管理界同仁参考。

### (一)

我国医院改革从20世纪80年代初期算起，从总体上看，大致经历了两个阶段亦即两轮。第一轮改革的着重点是调整所有制结构，将单一的公有制（包括全民所有制和集体所有制）改变为以公有制为主、多种所有制并存的格局。第二轮改革的着重点是改变公立医疗机构的补偿机制和控制医疗费用的不合理增长。总的目标是使我国医疗服务事业逐渐摆脱计划经济体制的束缚走向与社会主义市场经济体制相适应的轨道，增强活力和发展后劲。

两轮改革并没有截然分开而是交叉进行的，改革与发展是互为作用的，改革促进了发展，发展又出现新的情况和问题需要进行新的改革，新的改革又带来了新的发展。正如卫生部官员所说的“这20年来是我国医疗服务事业发展最快的时期，为保护和增进人民健康，促进社会经济发展作出了重要贡献。但是，随着我国社会主义市场经济体系的建立和逐步完善，我国现行的医疗服务体系、服务模式、管理体制、投资渠道、产权制度、运行机制、法制建设等已显露出许多弊端，亟待改革。”这就是进入新世纪后我国医院工作所面临的情况，也就是新一轮改革所要解决的问题。

这里需要指出的是，前两轮的医院改革，一般地讲，都是在

\* 此文原载于《中国医院》2000年第1期。

经济体制改革的大环境大形势的带动下进行的，是自发的而不是自为的。从我们卫生部门来说，大多是处于被动状态，头痛医头，脚痛医脚，缺乏高屋建瓴的认知和手段。所以，改革 20 年还存在上述诸多弊端。要想迅速有效地消除上述弊端，必须从根源上找出原因。

## (二)

综合各方面的资料分析，当前医疗服务工作最大的难点，是如何在实现人人享有卫生保健与地区经济文化发展的不平衡之间、医疗服务的合理提供与医疗资源消耗的合理补偿之间找到一个平衡点；最大的压力是医疗费用的急剧上涨，无论政府、居民、保险公司都感到负担过重，难以承受。这两大难题如同经济全球化一样也是全球性的，就连最发达的国家如美、日、德、英、意等国也不例外。

1998 年 9 月 24 日《健康报》的一则报道说：英国政府将对目前普遍实行的免费医疗制度再进行一次改革，政府将增加 3% 的医疗卫生拨款以应付急需。目前英国卫生系统处处需要钱，比如为缩短医生护士等候被提级的名单需要钱，建立新的初级医疗卫生机构需要钱，消灭医院和医疗卫生机构的赤字需要钱。鉴于这种情况，政府必须对医疗卫生机构进行大刀阔斧的改革。

1998 年 11 月，意大利前卫生部长古占提和现任卫生部副部长莫尼卡·贝多尼接受我国《健康报》访问团采访时说：意大利自 1978 年实行免费医疗制度以来，医疗经费开支年人均约 120 万里拉（约合 800 美元）。然而，随着公民医疗需求的提高，老年人口的增加，疾病谱的改变以及各种医疗新技术的应用，医疗经费大幅度上升，中央财政投入赶不上实际需要，医疗机构及公民均有抱怨。在此情况下，只能从改革中寻找出路。

1999 年 11 月，参加中美两国医院管理研讨会的几位美国医院院长说：美国是以市场为导向建立医疗服务体系的国家，也是医疗费用开支最大负担最重的国家，目前全国开支的医疗费用每年高达 1.1 万亿美元，人均约 4090 美元，预测到 2005 年全国医疗经费总开支将突破 2 万亿美元，人均医疗保健费将升至 7000 美元。对医院、

医生、保险公司和政府都有很大压力。他们还列举了当前美国医疗工作面临的几大难题：治疗技术和服务质量的不适应；人才和人力资源的过剩与不足；城市医院设备利用率过低，而农村和边远地区卫生资源贫乏；公众对医院的要求日高而信任度趋降；病人选择机会多，使医院病源不稳定等。因此，美国政府也把医疗保健制度的改革当做一件大事。

上述三国存在的问题与我国的情况都颇为相似。这说明医疗卫生工作的发展有其自身的特殊规律，而这个规律不论是发达国家还是发展中国家都普遍存在，这是因为老年人口的增多，疾病谱的改变，新的医疗技术和新药品的出现以及人们对医疗保健需求的不断提高等等，都是客观存在的自然规律，是人类社会发展的必然现象，是不因社会经济制度的不同而有所变异的，只是这些现象在出现的时间和程度上有些差异而已。上述三国情况还说明一个问题：医疗改革是一个不可抗拒的历史过程，改革的动因都是为了控制医疗费用的不合理增长，解决医疗服务消耗与医疗服务补偿的不平衡。而这个改革又是要不断进行的。

### (三)

如上所述，医疗服务事业在其发展过程中出现的问题，各个国家都是基本相似的。但解决问题的办法却因国情和价值观的不同而各有自己的模式和策略。

总结我国建国 50 年来特别是改革开放 20 年来卫生改革与发展的经验，我认为，推进我国医疗卫生事业的发展，变被动为主动，变自发为自为，首先要在宏观指导上确立以下几个观念：

1. 从我国的基本国情出发，医疗卫生服务工作只能走低投入、广覆盖、高效益的路子。这应作为长期的战略思想。过去如此，今后仍然应当如此。

2. 在社会主义初级阶段，社会经济文化发展的状态是：均衡、公平、适应都是暂时的，相对而存在的，变化函数很大，变化频率很高。卫生经济政策，医疗资源配置和医院管理体制等都应针对这种情况不断地进行调整和改革。不能企求一劳永逸。

3. 把社会效益作为医疗卫生工作的最高准则，其主要标志是城

乡居民都能享受到基本的医疗卫生保健服务，并能适应不同消费层次的人群对医疗保健的需求。

4. 建立以病人为中心的优质高效低耗管理模式，使医院经营呈良性态势，在政府给予适当的经济补助下实现自我生存、自我发展。

当前，应当采取上下同时抓、宏观与微观相结合的配套改革。宏观上（即各级政府卫生部门）要按照区域卫生规划，调整医疗结构，求得供需基本平衡；微观上（即各个医疗单位）要引用市场机制，实行科学管理，增强经济活力。简言之，即加强宏观调控与引进市场机制同时进行。其所以必须如此，是因为我国医疗服务事业经过20年的改革出现了三种情况，一是开放医疗市场以后，开发了社会上办医的潜力，医疗服务力量有了很大的增长，从许多方面弥补了公立医疗机构的不足；但同时也打破原来的医疗格局，拉大了地区差距和城乡的差距。二是公私医疗机构以及企事业单位的甚至部队医院，为了追求病源增加收入都走出原来的服务圈子向社会开放，形成无序的竞争状态，造成对病人的过度服务，使医疗费用急剧增长。三是不少公立医疗机构（特别是中小型医院）由于政府拨款和业务收入都相对减少，经营管理不善或缺乏自主权，人头费继续增加，开支日益增大，经济亏损日益加重，大多陷于困境。

这种不健康的状态，不是单凭市场经济的法则——实行医疗市场化所能解决的。市场机制的自由竞争、优胜劣汰的规律可以起到一定的匡正作用；但延宕的时间太长，付出的代价太大。在我们这个人口众多、经济文化发展极不平衡的发展中国家，决不能只依靠自由竞争的规律来解决问题，只有把政府干预（即宏观调控）和市场机制的作用结合起来才会迅速有效。就连当今世界上最发达、最富有、市场机制最成熟的美国也没有完全依靠市场机制来调节医疗服务的不平衡，他们对于老年人、穷人以及有特殊需求（例如残疾人）的人群的医疗，都是由政府负责的。意大利的做法更值得借鉴，他们的医疗改革大体上分三个层次：一是按照全国区域卫生规划，调整医疗卫生资源和结构，要求每个组织平均负责28万人口的医疗、预防、保健和康复工作，实行社区服务。二是改变中央财政对卫生经费的拨付方式，由原来按人头拨发改为按疾病诊断相关付费制。三是使政府办的医疗机构都引进市场机制，实行企业化经营

管理，其目的是扩大自主权，增强竞争力，提高工作效率。但引进市场机制是有控制的，必须保证公民享有基本的、公平的医疗服务和服务质量。

#### (四)

基于上述各方面的情况和经验，结合我国的实际情况，当前我国深化医疗改革，首先要加强宏观调控，即以人人能够享有基本的医疗卫生服务为总目标，由各级政府的计划、卫生等有关部门对全国、全省、全市、全县现存的医疗卫生机构（包括企、事业单位办的和社会办的医疗机构），按照评估、求衡、消肿、补短、定位的顺序进行一次大清理、大调整、大整顿。

评估，就是对现存的各种医疗卫生机构拥有的各种资源，进行全面的调查摸底，加以科学的评估。

求衡，就是按人口分布、年龄结构和疾病谱变化等几方面因素对医疗保健的实际需要，求得供需基本平衡的概率。

消肿，就是根据供需基本平衡的概率，将多余、重叠、水平低、质量差的机构实行关、停、并、转。

补短，就是根据实际需要和供需基本平衡的原则，对供应数量不足和门类短缺的予以补足和补齐。

定位，就是将保留下来的各种医疗机构（包括综合性的和专科性的），按其性能确定其在区域医疗卫生网中的位置、编制规模、承担的任务和服务的范围。这些做法，就是以规划为导向使各地医疗卫生服务事业走上健康有序的发展轨道。

各级政府财政对公立医疗机构的资金投入，除给予一定的经常费补助外，应按照补短、扶贫和政府交办的特殊任务（如抢救重大灾情、控制和消灭重大流行疾病等）予以拨发。

在上述宏观调控下，各级政府要对公立医疗机构（即非营利的医疗机构）要重申并坚持实行以下几项政策：

1. 扩大医院经营管理自主权，实行两权分离，资产所有权归政府，经营管理权归医院。

2. 实行院长任期目标责任制，院长为医院法人代表，由政府选定委任或聘任，全权负责医院工作，党组织和工会分别建立监督机

制，保证国家政策法令的贯彻执行和维护职工合法权益。

3. 政府对医院业务收入免征各种税费，并按其承担的任务给予适当的经费补助。

4. 医院工作人员实行聘任合同制，竞争上岗，工资奖金与技术水平和工作绩效挂钩。

在医院的经营管理上，各级医院均应转变观念，树立三个新的经营观念：

1. 树立新的就医观。过去是病人求医生，今后是医院求病人；过去是靠国家养活医院，今后是靠病人养活医院。医院与病人的关系是，医院救治了病人，病人养活了医院。

2. 树立新的发展观。过去医院发展，主要靠国家和集体投入，今后主要靠自我经营，要千方百计提高医疗技术水平，提高工作效率，提高病人信任度。

3. 树立新的质量观。传统的医疗质量概念，是指对疾病的诊断或治疗质量；今后要求的服务质量还要包括工作效率、医疗费用的合理性和社会对医院整体服务功能的评价等等。其内涵的核心，就是强调质量与成本的统一，讲究质量的经济性，争取用较小的成本取得较高的质量。

上述三个新的经营观念，是参加 99 中美院长医院管理研讨会的中国和美国院长们的一致看法；也是近年来我国广东省清远市人民医院和山东省泰安市中心医院等一些先进医院深化医院改革的实践所证明的。

依据上述的经营观念，今后衡量医院工作好坏的标尺应当定在病人是否满意，是否方便，就医环境好不好，医疗质量高不高，医疗费用低不低。简括为一句话，就是是否做到优质高效低耗。这就是在社会主义市场经济体制下，我国公立医院谋求生存求发展所必须努力实现的基本目标。

结论是：深化医疗机构改革，应当是宏观上加强调控，以规划为导向，调整整顿现存医疗机构；微观上引进市场机制，以需求为导向，实行企业化管理。上下结合，分头进行，才能取得社会效益与经济效益的统一。

## 当代中国的医疗卫生队伍 岂容恶毒诽谤和污蔑\*

——评《人祸——当代中国医疗魔影实录》

2000年2月

最近，一位医务界的老同志给我送来一本书，书名叫《人祸——当代中国医疗魔影实录》（杨博编著，北京大众文艺出版社出版发行），并叮嘱我要耐心地读完，仔细领略一下作者的意图。

初看书名就觉得很奇特，这是一本什么样的书？以这十二个字作书名，是以警言醒世呢，还是别有用心？再看封面标题下的几行小字：白衣天使不再是纯洁的天使、救死扶伤不再是大夫的原则、传统中医治不死人也治不好人。这更使我如坠五里雾中不明所以。为什么对当代中国的医疗工作要用这样的字眼和词语来形容，而且还称为实录？为探明其究竟，我带着既惊诧又愤慨的心情读完这本书，良知使我不能不写出这篇评论。

### 主观臆造混淆视听

这是一本很坏的书。这是我读完这本书产生的第一个感觉。

说它很坏，第一是在内容上，它比一般诲淫诲盗的黄色书刊腐蚀性更大，它不仅具有诲淫诲盗的丰富内涵（几乎每章都有），而且借口揭露医疗腐败现象把问题引申到社会制度。第二是在写作体裁上故弄花样，说它是虚构的小说吧，它却以实录为名并且说是编著，使读者相信它是以真人实事为根据编写出来的；说它是调查散记或是报告文学吧，它又在出版说明中称为短篇小说，藉以逃脱法律责任。第三是在写作方法上，对医疗腐败现象的揭露，大多采用推理的方法予以渲染、扩大甚至捏造。例如，在第一章里说老中医

\* 此文以作者名义报送中宣部和新闻出版署。

贾中宜带两个女实习生坐门诊看病时，一名女实习生把手伸到老中医的大腿沟一面谈论性事，一面拨弄老中医的生殖器……如此等等的描写能符合真实情况吗?!

近些年来，在社会经济转型期，由于思想政治工作和道德教育在一些单位有所放松，出现一些腐败现象，这是事实也是应当揭露的。但本书作者却把它夸大为普遍现象，他在本书前言中明确写道：“近年来，几乎每一个与医疗单位发生关联的人都能感觉到不同程度的医疗腐败。从专家到普通大夫，从普通大夫到护士，从护士到医院的勤杂人员，其中一些人利用他们的‘近水楼台’和人们无助的心理大行腐败之道。”作者就是从自己的主观臆断出发，对当今中国医疗机构和医疗机构中的工作人员进行了全面的污蔑和诽谤。全书共分5章，分别以“狗皮膏药”、“人正当年”、“受伤的天使”、“道貌岸然”、“挂羊头卖狗肉”为题，对老中医、中医药大学实习生、年轻西医大夫、年老专家、护士长、护士、院长、办公室主任、药房主任、药剂员以及私营医院院长和医生都给涂了满脸黑漆，泼了满身污水，称为最丑恶的人。作者之所以这样编排，意图就是要混淆人们视听，使人们相信，当代中国医疗机构全面腐败了，到处是魔影，就如他在本书封面所写的：白衣天使不再是纯洁的天使，救死扶伤不再是大夫的原则，传统的中医治不死人也治不好人……。

这真是荒谬绝伦的诽谤。果真如此，那么这些年来许多媒体报道的医疗战线上的那些好人好事又作何解释？最近中央电视台播发的按国际通行的现代化标准我国卫生工作已有两项达标的消息，又作何理解呢？事实胜于诡辩，改革开放以来我国医疗卫生工作取得的进步和成就，可谓举世瞩目，不是一个人一本书所能抹杀掉的。

### 不是唤起良知而是别有用心

为什么编著这样的书？作者在前言中说：“批判不是目的，呼唤良知是我们的使命。”“本书最直接的目的是希望人们通过对书中一些不正常大夫人格心理状况的了解，而对医疗行业的腐败现象有一个较为深刻的认识，在遇到此类问题和人物时，能有相应的应变方法，以保护自己的权益。”这两段话不仅写在前言里，而在书的

封底中又再次以黑底白字印出来，以引起读者注意，足见作者对这两段话的重视。

可惜这两段话是自相矛盾的。前一段话说，批判不是目的，目的是呼唤良知。呼唤谁的良知呢？按逻辑推理应该是呼唤书中所批判的那些医疗道德败坏的院长、专家、大夫、护士和后勤人员的良知，决不是呼唤病人的良知吧？可是后一段又说：“本书最直接的目的是希望人们在遇到此类问题和人物时，能有相应的应变方法。”可见呼唤良知是假，希望人们能有相应的应变方法是真。那么，什么是“相应的应变方法”？作者没有明说，但从作者借病人及病人家属之口所说的一些话却透露了出来。

例如，作者在“人正当年”一章中说：“老太太的儿子气得大骂院方混蛋，声称要放一把火烧毁整个医院，铲除这个看似圣洁实为杀人不眨眼的魔窟。”当医院办公室主任听到后正告此人不要诬蔑医院的名声时，作者又借此人之口说：“这个办公室主任越看越像《水浒》里开黑店的孙二娘，这样的凶悍女人混进医生这个受人尊敬的队伍里，难怪当今医生的医德普遍下降。如果医院允许开饭馆，这些人肯定个个比十字坡卖人肉包子的孙二娘还心狠手辣。”我们很难理解作为一个新中国培养出来的新闻记者，为什么要用这样恶毒的语言咒骂我们的医疗机构和医务工作者，其用心何在？

对这个问题，我们在该书的其他章节里找到了答案。原来作者所说的“人祸”、“魔影”，不仅仅是指当代中国医疗机构，而且范围广泛得多。例如，在“狗皮膏药”一章里，作者借老中医贾中宜与实习生那红谈论养生之道时说：“在目前世界上，有相当一批人根本就不应该出生，有相当一批人本来就没有必要存在，还有相当一批人活着原本就有害无益。这些人的生命存在与延续占据着大量物质空间，浪费了大量自然资源，危害了人类历史的健康发展，而在生态平衡与环保卫生方面，还远远不如苍蝇蚊子、臭虫老鼠之类具有价值。给他们防病治病，让他们健康长寿，等于人类在从事谋杀自己的行为，甚至是在干扰、阻挠和破坏地球的正常运转。”这那里是在谈论养生之道，分明是在宣泄对当今社会人群的仇恨。

又如，在本书的《道貌岸然》一章里，作者又以第一人称诉说：“我为什么常含着眼泪？是因为这个世界上有太多的痛苦。为什么有太多的痛苦？是因为有太多的熊狼虎豹。”接着又借一个主

治医师单顶和的口说了这样一段话：“现在社会谁不是在浑水摸鱼？谁不是在拉大旗作虎皮，狐假虎威？反正这个社会就是一个大乱泥坑，大家都在踩，我再踩几脚又能碍得了什么事，谁又能看出来？”这哪里是在揭露医疗腐败，而是对整个社会的诅咒。像这种借题发挥、指桑骂槐的言论，书里还很多，不需再多列举，已可看出作者编著此书的真意。

### 阴暗的心理在作祟

为什么作者对改革开放以来医疗卫生战线上涌现的大量好人好事视而不见，却把一些消极现象尽量加以渲染扩大称为人祸、魔影？而且不止于此，还借题发挥对当今社会的各行各业都肆意诬蔑，甚至诅咒起各种人群呢？读完全书，反复捉摸，我发现根源在于他从一个幽灵那里接受了一个极为灰暗的心态，以异样的眼光看待社会，看待人生甚至诅咒人生。这在本书第四章里反映得最透彻。

作者有一个老奶奶（可以注释为“幽灵”）在作者8岁的时候就给他讲故事，从天上的星星讲到地上的人和动物，以人比星，以动物比人，“寻觅着人生社会最深奥的源头”。作者与奶奶有这样一段对话：

“奶奶，爸爸、妈妈和我都是什么动物？”

“是黄雀、大黄雀和小黄雀。”

“那么，队长王胡是什么呢？”“一只瘦狼。”

“他的儿子小王军又是什么呢？”“一只小狼。”

“上月来我村的那个戴眼镜的公社秘书？……”“他呀，一只狐狸。”

这样，就使他从小把人分成两类，好的和坏的，凡是在社会上管事的人和其家人甚至连天上的王母娘娘，都是坏人，如同豺狼、狐狸、鳄鱼一样。

以后，随着作者年龄的增长，奶奶又给他讲了下列一些晦涩隐寓的话语：

“孩子！美丽的总是短暂的，善良的总是弯着腰的，虎豹豺狼多了，鹿儿羊儿牛儿便少了……”

“在这世界上充满了泪水，我们每一个人都生活在泪水的海洋里，为什么那小孩子一出娘胎就哇地放声大哭？那是到了苦海里了。”

“当大灾难来了时，一切虫豸都可能成精，一切魑魅鬼怪都会出来狂叫乱舞。”

奶奶在临终前给这位作者说的一段话，更使作者毕生难忘。奶奶说：“你朝前走，沿着那条小小的河，一直走到小河的尽头，源头处有一颗婆婆的垂柳树，在那柳树下，有一块光光滑滑的大石头，那大石头上有几个字，不过这几个字只能在月光明媚的阴历逢九的夜晚十二点才能看到。”

就是这个阴历逢九的“九”字将作者点化了，使他悟出了许多道理，也可能就是他所寻觅的“人生社会最深奥的源头”吧！这里，我把作者在本书第四章结尾的一大段话抄录下来，以供大家赏析。

“奶奶，你可曾记得你还说过这么一番话。你说，九者阴阳之鼎盛也，是阴阳最旺者，逢九者便转换也。你说，中国社会逢九必定会出现异常的变动。然后，你掰起手指头给我一件一件道来。从1919年开始说起直到1959年每逢“九”年的变化。

“奶奶，你可知道你去世后的30年，中国逢九又出现了许多异常现象。1969年，是文革派文攻武斗最激烈的年份；1979年中国政局出现变动，全国工作重点转移，实行改革开放；1989年出现政治风波……奶奶，明年就是1999年了，你这在天之灵，可否告诉我这三九重叠将会是怎样的呢？

“奶奶，我还要告诉你，这30年来中国发生了翻天覆地的变化，经济发展了，国力增强了，人民生活提高了。但是想必你也知道，经过这么多年的变化后，现在人们的心灵再也不像你那时那么纯净了，很多大夫不像大夫，警察不像警察，老师不像老师……就像你当年说的那样，现在社会上虎、狼、豹、熊实在太多了。而真正的虎、狼、豹、熊却一天天走向绝灭状况。也许，它们大概早已投生到人间来了吧！

“奶奶，我还要告诉你，在1998年的12月份曾发生过一场流星雨。我当时想，这场流星雨肯定是把那些人世间虎、豹、熊、狼的星座纷纷地掉下来了！……奶奶，这就是1998年双九的威力吧？

“奶奶，我有一个问题始终纳闷，有那么多的流星雨降下来了，可是人世间的虎、豹、熊、狼为什么不见减少呢？是不是那些坏东西太多了，一批一批除不完死不绝吧？！”

“那么，奶奶，我有一个想法，你是不是向上帝建议一下，在1999年，这三九重叠的时候，再来一场更大的流星暴雨，来除尽人间的虎、豹、熊、狼。”

读了这样一些语言，我仿佛觉得它同某些邪教组织的某些预言颇有相似相通之处。写到这里，我不禁要问作者和编者，你们编写出版发行这本书，究竟要给读者什么呢？！

## 要为维护医院合法权益大声疾呼\*

2000年3月

由中华医院管理学会维护医院权益与自律工作委员会和《医院报》共同举办的“维护医院权益”专版今天与全国的医院和广大读者见面了，我谨代表中华医院管理学会表示热烈祝贺。

医院是政府实行一定福利政策的公益性事业，肩负着保护人民健康、保障社会主义现代化建设、促进经济和社会健全发展的神圣职责，其合法权益理应得到国家法律的保护。但是近年来，由于种种原因医院权益受到侵犯和损害的事件屡屡发生，打砸医院、扰乱医疗秩序者有之，侮辱、殴打甚至非法拘禁院长和医务人员者有之，诽谤、诋毁医院声誉者有之，借故向医院敲诈勒索者也有之。每当发生这些情况，医院的正当权益往往得不到应有的保护，致使一些医院院长和医务人员常有不平感和危机感。

应当指出，维护医院的合法权益与维护病人的合法权益是一致的。在医院和医务人员合法权益得不到保障的情况下，往往会产生消极的负面的效应。据反映，现在有的医务人员在疑难重危病人面前畏首畏尾，难度较大的手术宁可不做，也不去承担风险，这种势头继续下去令人担心，最终真正受到损害的还是人民群众。

还应当指出，维护医院合法权益与加强医院自律也是一致的。只有加强自律，牢记全心全意为人民服务的宗旨，不断地加强精神文明建设，恪守职业道德、职业责任和职业纪律，遵纪守法，兢兢业业地工作，对病人极端地热情，对人民极端地负责任，才能从根本上消除侵犯医院权益的隐患，才能更加提高医院的威信和声誉，扩大社会影响。

中华医院管理学会作为一个全国医院的学术团体和行业组织，

\* 原载于2000年3月《医院报》。

有职责也有义务在维护医院权益和自律方面多做工作。为此，目前成立了维护医院权益和自律工作委员会，这是非常必要和及时的。今天，学会又和《医院报》共同举办“维护医院权益”专版，使维护医院权益工作有了自己的舆论阵地，这也是非常必要和及时的。让我们共同努力办好这个专版，为维护医院合法权益大声疾呼，特别要把握好正确的舆论导向，搞好维护医院权益和自律工作的宣传，争取得到社会各界更加广泛的理解和支持，并依法向侵犯医院权益的行为做不懈地斗争。

祝维护医院权益专版越办越好。

## 正确认识和处理医院权益问题\*

——在全国医院权益维护与自律研讨会的讲话

2000年4月

**编者按：**此文送卫生部领导阅后，张文康部长作了如下批语：“请转告张自宽同志，我仔细阅读了他对医院评审和医院权益维护和自律的两个讲话稿，不少内容颇有新意，读来很有教益，我将组织有关部门研究。顺便提一要求，是否可将文中提到的《人祸——中国医疗魔影实录》借给我一阅。”

全国医院权益维护和自律研讨会，是中华医院管理学会主办的，召开这样的会议建国以来尚属首次。我们学会和《医院报》的一些同志根据许多院长的呼吁为召开这次会议已经酝酿多时。其动因是，近几年来侵犯医院合法权益的事件不断发生，严重干扰了医院工作正常运行。中华医院管理学会是全国医院的行业性组织，为了维护党的威信和人民的利益，协助卫生行政部门深入进行医疗制度改革，促进医疗服务事业更加健康地向前发展，有责任对医院权益问题进行探讨，提出解决办法，以减少医患纠纷的发生，更好地为人民健康服务。

这次会议之所以叫做研讨会，是因为医院作为社会上的一个独立的事业单位、法人实体，院长作为医院的法人代表，究竟有哪些权利和相关的利益，在国家现行的有关法规上并不十分具体明确，以往我们也很少考虑和研究；特别是在国家经济体制改革转型以后，社会上各方面经济利益关系都发生了变动，医患双方的正当权益界限更有待于明确界定。

因此，这次研讨会我们邀请了中国消费者协会的负责同志到会指导，邀请了我国法律界的权威人士给我们讲课，首先从法律上弄

\* 此文原载于《中国医院》2000年3期。

清医院和医院工作人员应有的权益和发生医疗差错事故时应负的责任。我们还请了有关单位以实例报告的形式作典型发言，说明当前医院权益遭受了哪些侵犯、侵犯原因及其危害性。我们还准备了两个文件（草稿）请大家讨论修改，如果能达成共识，就准备按此行动起来。

这就是我们召开这次会议的原因、目的和内容。

既然是研讨会，就要各抒己见，畅所欲言。我作为会议发起者、主持者，先开个头讲几点看法，起个抛砖引玉的作用。

### 一、为什么现在提出维护医院权益问题

维护和侵犯是相对的，有侵犯才要维护。那为什么过去很少提这个问题而现在却突出出来成为医院管理面临的一件大事呢？这要从医疗纠纷的发生和处理情况说起，因为绝大多数侵犯医院权益事件都是医疗纠纷所引发。

在现代社会里，医疗纠纷普遍存在，发展中国家有，发达国家也有。据今年3月25日光明日报消息，目前德国各级法院每年受理的医疗事故案件约有3万起。只是社会经济制度不同，处理办法有异。

我国是社会主义国家，医疗卫生服务事业是党和政府为人民服务事业的一个组成部分，医院的利益和患者的利益本是一致的。过去，在计划经济体制下，医院是由政府投资兴办和拨给经费经营的，人民群众的生老病死也大多由国家 and 集体单位负责处理。所以，那时医院在医疗工作上发生差错事故，给患者及其家属造成损害，一般都能按照政府制订的《医疗事故处理办法》处理，发生侵犯医院权益、影响医院正常工作的事情相对来说比较少。近些年来，情况发生很大变化，医院权益受到侵犯或损害的事件屡屡发生，围攻或打砸医院、扰乱医疗秩序者有之；侮辱、殴打甚至非法拘禁院长和医务人员者有之；诽谤医院声誉者有之；借机向医院敲诈勒索钱财者也有之……。每当发生这种情况，医院的合法权益往往得不到应有的保护，致使一些院长和医务人员常有不平感和危机感。

其所以发生这些侵犯医院权益的事件，我认为这是社会经济体

制转型期间各方面经济利益关系尚未完全理顺情况下出现的不正常的现象，原因是多方面的。从主观方面说，各级公立医院由于财政补助逐渐减少，开支逐渐增大，医院领导人忙于抓经济，忽略了抓思想政治工作和科学管理，加上少数医务人员责任心不强、服务态度差和基本功不过硬，在诊断和治疗上发生了一些不应该发生的差错和事故，给患者造成不应有的损害，从而引起患者、家属和社会人群强烈的不满。这方面的问题确实存在，有的甚至还相当严重，因此必须引起我们医务界的高度重视。从客观方面说，社会上有些人对医院性质认识有偏差，或是把医院看做纯福利事业，或者是把医院与商店、公司等等同起来，认为医院是有钱单位和营利单位，把医院与就诊患者的关系看成商店与一般顾客的关系，必须保证不出一点差错，否则就要索赔，不能遂愿就纠缠不休。对这些问题的处理，又缺少法律依据，过去制订的《医疗事故处理办法》已不适应现在的形势；现行法律法规又缺乏处理这类问题的具体规定，一旦发生医疗纠纷，社会上则往往同情患者。所以，侵犯医院权益事件就屡屡发生。

鉴于以上情况，又鉴于市场经济是法制经济，是讲究权益的经济，为了保证医院和医疗服务工作健康地发展和有序地运行，就应该把维护医院合法权益的问题摆到各有关方面的议事日程，加以探讨、研究和解决。

## 二、维护医院权益应奉行的宗旨和原则

如前所说，医院维权是因医院权益受到侵犯而提出的，但医院维权绝对不是消极的、狭义的，而是要以全局观点、群众观点来看待和处理这个问题。医院维权不只是维护医院和医院工作人员自身的利益，而是有着更积极、更广泛、更深远的意义，其实质是促使医院提高服务质量，保证医院的可持续发展，适应和满足人民大众对医疗保健的需求，更好地为人民健康服务。这就是我们提出维护医院权益的宗旨和出发点。

因此，维护医院权益必须奉行和坚持两个原则，一是党性原则，二是自律原则。

### 党性原则

我国的医疗服务事业和医疗卫生队伍是在党的全心全意为人民服务、“救死扶伤，实行革命人道主义”的思想哺育下成长和发展起来的，是社会主义革命和建设不可缺少的一支力量，跟人民群众有着血肉相连的关系。这里不妨回顾一下历史。

早在革命战争年代，党在创建工农红军和革命根据地的同时就创建了一支医疗卫生队伍。那时医务工作者是作为白衣战士在前线救治伤员，保护战斗力；在后方防治危害人民健康的传染病、地方病，联系和服务群众努力生产，成为开辟、巩固和扩大革命根据地的一支重要力量，为革命战争的胜利和人民政权的建立立下了汗马功劳。全国解放后，广大医务人员在党的路线、方针、政策指引下，以白求恩为榜样，敬业爱岗，救死扶伤，建设了世界上最庞大的而又最有经济和社会效益的医疗服务体系，它以只占世界1%的卫生费用，解决了占世界22%人口的医疗保健问题。改革开放以后，在建设有中国特色社会主义事业中，它又作为社会保障体系的重要组成部分，为保持社会稳定，为建立社会主义市场经济体制，为促进和实现我国各项事业的现代化，做出和正在做出重要贡献。在我国实现社会主义现代化的进程中，医疗卫生工作的成就是比较突出的，是举世公认的。按国际通行的现代化标准，我国人均医生数和人均预期寿命指标均已达到这个标准。

毛泽东、周恩来和邓小平等老一辈革命领袖历来十分重视医疗卫生工作，指出“卫生工作是一个大的政治工作”（因为它是关系人的生老病死的工作），曾对这项工作作出过许多重要指示和决定。近年来，以江泽民同志为核心的党中央、国务院又针对新时期的情况和问题，对卫生改革和建设做出了一系列新的指示和决定，进一步指出卫生工作在我国现代化建设，在提高人民健康水平方面的重大作用，并将医疗卫生事业的性质明确为“政府施行一定福利政策的社会公益事业”。

我简略地回顾上述历史，是想向人们说明这样几个问题：

第一，医疗卫生工作在革命和建设中有重要地位和作用，它不是一般性的可有可无、可多可少的服务行业，而是与革命和建设、政权的巩固、社会的稳定、经济的发展、人民生活质量的提高都息息相关，无论过去、现在和将来，都应该积极扶持它，不应该损害它。

第二，我们医疗卫生队伍有着极为崇高的光荣的传统精神，这就是毛泽东同志所说的白求恩同志对人民极端热忱，对工作极端负责任，对技术精益求精的精神。对这个传统精神，无论过去、现在和将来，都要积极发扬它，不要毁损它。对我国的医疗卫生队伍如何评价，这是个重大问题。最近，李岚清副总理在全国卫生厅局长座谈会上特别强调了这个问题。他说：要肯定卫生部门的成绩，要肯定卫生队伍。卫生部门这些年来成绩是很大的。我们这样大的一个国家，人民健康水平不断提高，人均期望寿命等健康指标已经达到了发达国家的水平；所花的钱与发达国家相比，要小得多。这说明卫生部门的贡献是很大的。在1998年的特大洪涝灾害中，我们医疗卫生队伍“拉得上、打得响、顶得住”，完成了中央交给的任务，胜利实现了“大灾之年无大疫”的目标。这是很了不起的成就。这支队伍是一支值得信赖的队伍，是一支敬业爱民的队伍。当然，可能还存在一些不正之风，在有些地方还很严重，但是我们要看总体，看主流，不能只见树木不见森林。

第三，也是要着重强调的一点，就是目前有些医疗单位和医务人员受了“一切向钱看”等腐朽思想的影响，服务态度和服务质量有所下降，出了一些差错和事故，应该正视并应给予严肃处理；但这毕竟是发生在少数人身上的问题，是支流而不是主流，是人民内部矛盾，不应采取对抗的态度和方式，攻其一点不及其余，实行毁灭性的打击，更不应因此而诋毁当代中国的医疗卫生队伍。最近，我看到一本书，书名叫《人祸——当代中国医疗魔影实录》，对我国的医院和医务人员极尽污蔑攻击之能事，把医疗工作说成一团糟，不管作者和出版者出于何种动机，用这样书名来揭露问题，我总认为是错误的，是有害而无益的。这不仅仅是对新中国医疗卫生队伍的污蔑，也是对中国共产党领导下的我国社会主义制度的污蔑。对此，我们必须坚决予以驳斥。

坚持党性原则，就是要做到这三点。

#### 自律原则

这主要是对我们医院院长和广大医务人员的要求。医院要维权，必须加强自律。维权和自律是一个事物的两个方面，自律则是维权的基础，在当前尤其重要。因为在医疗服务领域中，由于十年内乱对人们思想的干扰，市场经济某些消极因素的影响以及体制改

革上还有一些深层次问题没有解决等原因的影响，使医疗系统服务工作出现一些消极面，这是不可否认的客观事实。主要表现在少数医院管理不严，纪律松弛，医疗秩序混乱，出现一些腐败现象；少数医护人员医德医风不端正，服务态度不佳，责任心不强，基本功不过硬，医疗差错率上升事故增多，医患之间矛盾加剧。所有这些都必须通过加强自律来解决。

我们倡导维权工作并不是要护短。以病人为中心，全心全意为人民服务始终是医院工作的根本宗旨，无论何时何地，任何情况下，都不允许有对病人不负责任的事情发生；一旦发生，一定要认真对待，严肃处理。这是我们一贯的原则立场，在维权工作中也不应例外。所以，我们把这次会议定名为全国医院权益维护与自律研讨会，既要研究维权问题，也要研究自律问题。因为有些侵犯医院权益的事件是由于医院自律不严引起的。

朱镕基总理把今年定为管理年，一切行业一切工作都要加强管理，严格要求。医院工作更应如此，因为“人命关天”。医院加强自律的关键措施是加强管理。从当前情况看，要以提高医疗服务质量和医疗安全为目标，从三个方面加强管理工作，一是加强思想政治教育，使医护人员恪守职业道德、职业责任和职业纪律，对病人极端的热情，对人民极端的负责任；二是加强“三基”“三严”训练，工作上兢兢业业，技术上精益求精，制度上严格遵守，尽量防止和减少误诊和在治疗过程中出现差错；三是加强成本核算，厉行节约和杜绝贪污浪费，降低医疗费用，争取用较小的成本取得较高的质量，减轻患者的负担。只有这样，才能从根本上消除侵犯医院权益的隐患。这就是说，医院要想维护自己的合法权益，必须首先考虑维护病人的合法权益。自律才能律人，这是辩证的统一。

### 三、怎样维护医院合法权益

世界上的矛盾都是多种因素构成的，解决矛盾也必须从多方面入手。要使医院合法权益不受侵犯和损害，保障医院工作正常进行、医疗服务事业健康发展，除要求人们以党性原则看待医疗卫生事业和医疗卫生队伍，医院和医务人员加强自律以外，在当前形势下还必须采取下列几项措施：

第一，大力宣传医疗服务事业的特殊性质，消除人们对医院性质认识上的偏差。从认知角度来看，近年来发生许多侵犯医院权益事件，在一定程度上是由于人们对医院的性质特别是国家经济体制转型以后的医院性质不甚了解，存在模糊观念，就像前面已经提到的：或者把医院看做纯福利机构，或者把医院看成以营利为目的的赚钱单位。因此，要使人民群众承认并尊重医院的权益，①要说清楚医院并不是社会福利机构，也不是工商企业。医院虽然属于服务行业的范围，但与一般商业性的服务行业有所不同，不是以赚取利润给国家和社会创造财富为目的，而是以增进人民健康促进社会进步和经济发展为目的；②要使人们明白医院服务对象跟一般商业单位服务对象也不一样，到医院来的都是病人，不是生理上有病就是心理上有病，在目前科技条件下不可能保证每个病人都能百分之百地确诊，都能百分之百地治好。据文献报道，从1950年代至今，国外的疾病误诊率为30%左右，我国约为27.7%，单病种误诊率最高达90%以上。可见误诊误治的情形是经常发生的。古今中外，天下没有不失误的神医。医疗服务业是高风险的行业，医院和医护人员都是担着风险工作的。所谓“如临深渊”、“如履薄冰”、“脚踩两院”（一脚在医院、一脚在法院）之说并非耸人听闻。在这种情况下，如果医院和医务人员合法权益受到严重伤害，就会产生负面效应，使医务人员在疑难重危病症面前畏首畏尾，难度较大的手术宁可不做，也不去承担风险，这种势头发展下去，最终受到损害的还是人民群众；③还应当说明，当前公立医院的经济补偿机制已有很大改变，政府不再包工资，只是给予为数很少的补贴，这些补贴甚至还不够发离退休人员的工资。医院所需费用主要靠业务收入，而为了减轻病人负担，许多诊疗项目特别是基本医疗服务项目又未能按成本收费。因此，不少医院目前的处境是很艰难的。

第二，从速建立处理医疗纠纷的新的机制，把维护医院权益纳入法制轨道。根据当前情况，应当尽快修订《医疗事故处理办法》，并争取专门立法，对医疗损害的界定、鉴定、赔偿、诉讼做出全面的法律规定，做到医疗损害赔偿处理有法可依，克服当前判处的随意性。与此同时，应当尽快建立医事赔偿保险制度，由社会分担赔偿风险，这种风险保险，医院和医务人员应该参加，就诊患者也应该参加，如同乘飞机的旅客买“航空保险”一样。这样，既使病人

的合法权益得到保护，又使医院不会过多增加负担。

第三，我们中华医院管理学会将依据自己的性能和职责在维护医院权益方面进行以下工作：

1. 依照学会章程成立医院维权和自律工作委员会，作为学会内部机构，从事医院维权与自律的各项工作。

2. 进行医院维权与自律方面的调查研究和理论探讨，促进有关法律、法规的制定与实施。

3. 组织会员医院、医务人员学习法律，提高依法维护医院权益的法律意识和能力。

4. 加强正面宣传，对医疗系统涌现出来的优秀人物和好人好事，及时进行报道。改善医患关系，让社会更好地了解医院、理解医院。

5. 就涉及到医院权益的某些政策或问题，进行调研，向有关部门反映情况，为医院争取宽松的环境、政策条件。

6. 对医院权益受到侵犯的某些案件予以法律咨询、法律援助。对个别不公正的案例，通过调查，向有关方面反映，予以澄清。

7. 促使医院加强自律，对个别有损医院形象信誉的人和事，建议有关方面进行批评教育，严肃处理。

8. 在医疗系统内运用互联网络、电讯、简报、“维权专版”等形式，沟通交流维权与自律方面的信息。

以上意见仅供参考。

## 积极办好民营医院

——在全国民营医院管理研讨会上的讲话

2000年9月

同志们：

中华医院管理学会与《健康报》社联合举办的全国民营医院管理研讨会，现在开幕。我代表学会和报社同仁向来自全国各地的民营医院院长们致以亲切的问候，向参加这次会议的卫生部和有关单位的负责同志表示衷心的感谢！

举办这样的会议，是改革开放以来也是建国以来的第一次，它象征着我国卫生改革与发展已迈入新的历史时期，象征着党的十五大关于“以公有制为主体，多种所有制经济共同发展”的精神在卫生战线上已取得相应的成果。参加这次研讨会的共有70多家民营医院的院长，也有部分公立医院的同志主动要求来参加会议。值得特别提出的是，台湾秀传纪念医院的同道听到此次会议的信息后也专程来到北京，参加我们的会议，并将在会上介绍台湾私人医院经营管理经验。

我们举办这次会议的目的，是为了贯彻党的“十五大”精神和国务院的相关规定，对发展民营医疗机构和对民营医院的经营管理问题进行一次交流和研讨，促进民营医院的规范化管理，促进民营医疗事业走上健康有序的发展轨道。

会议的开法是，首先进行经验交流，由广东东华医院、沈阳何氏眼科医院、成都恒博医院等七八家具有不同特色的民营医院介绍各自的办院经验；而后请卫生部医政司负责同志传达和讲解国务院转发的有关部委《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》及其配套文件。此外，还将安排一定的时间进行交流和研讨。

为开好这次会议，我们作了两个多月的准备，曾经组织调研小组到广东、四川、陕西、浙江、辽宁等省的一些民营医院作了现场考察，并印发了700份问卷进行书面调查。我本人也亲自参与了对

民营医疗机构的调查研究，撰写了一篇《从东华医院的成就看民营医院的发展途径》的调研报告，已在《中国医院》第5期刊出。为了研究民营医院的有关政策问题，我们还广泛收集资料，组织撰写了一篇《民营医院经营管理相关问题综述》，现已作为会议参考资料印发给大家。除此之外，为了筹备召开这次研讨会，我们还于6月中旬邀请十几位民营医院负责人到北京举行一次座谈会，广泛听取大家的意见，为召开这次研讨会作了必要的准备。这些情况说明，中华医院管理学会已经把民营医院的问题纳入自己的重要议事日程，不仅如此，我们还将召开这次研讨会的情况，向卫生部领导和医政司做了汇报，引起了部领导的重视。我相信，民营医院的问题今后也必将纳入国家卫生部和各级卫生行政部门的工作日程。

中华医院管理学会作为一个社团组织，为什么对民营医院的问题如此感兴趣，列入自己的重要工作日程，当作一项重点工作来抓呢？主要的原因有以下二点：

一是形势发展的需要。在我国，民营医疗机构大量涌现，决非偶然，它是改革开放政策带来的新变化，是社会主义市场经济的产物。改革开放以前，卫生事业如同其他行业一样，基本上都是公有制、独家办。改革开放以后特别是党的十五大以后，这种情况发生了根本的变化，由过去的独家办的单一模式逐渐变为以公有制为主体多种所有制并存的多元化的格局。这完全符合社会主义市场经济的发展规律，有利于医疗卫生事业的发展，有利于保护人民的健康，是一种进步。正如江泽民同志在十五大报告中所指出的：“非公有制经济是我国社会主义市场经济的重要组成部分。对个体、私营等非公有制经济要继续鼓励、引导，使之健康发展。这对满足人们多样化的需要，增加就业，促进国民经济的发展有重要作用。”这段话是就经济工作而言的，但同样适用于医疗卫生事业。李岚清副总理也曾多次强调，中国的医疗工作要实行两条腿走路，打破垄断，建立竞争机制。有公立的，也允许有民办的、合作办的，单靠公立医院把我国医疗全包下来是不行的。如果病人对公立医院不满意，可以选择私立的。这样就形成一种竞争格局。有竞争才有进步，办得不好的不管是公立的或民办的都要被淘汰出局。从现实情况看，在一些城市已起到这样的作用，如东莞市的东华医院，沈阳市的何氏眼科医院等，由于办得好，赢得了病人和社会的信任，已

使当地相关的公立医院感受到危机，决心改进自己的工作。我们要认识到上述形势的发展已不可逆转，我们只能顺应它，加以正确引导，促使民营医院健康有序地发展。

二是为了全面地发挥行业团体的职能。大家知道，中华医院管理学会是兼有行业管理职能的民间学术组织，是全国唯一的具有法人资格的医院社团。它既是国家卫生行政部门的参谋和助手，在卫生行政部门和医院之间起中介和桥梁作用，又要竭尽全力地为全国医院服务，为全国医院管理工作多办实事。这里所说的全国医院，既包括多种形式的公立医院，也包括多种形式的民营医院。在六月召开的民营医院院长座谈会上，有的民营医院院长反映，目前许多地方民营医院不被重视，处于几不管的状态。国家对民营工商企业、民营科技、民营教育的管理都出台了一些法律法规，都在逐步加强规范化管理，走上健康发展的轨道；唯独对民营医院的管理有些地方尚未纳入政府卫生行政部门的日程。在这种情况下，作为卫生部直接领导下的中华医院管理学会，应该责无旁贷，主动地把民营医院管理纳入学会的议事日程，做一些力所能及的工作，发挥卫生行政部门参谋助手作用，为民营医院健康有序的发展和规范化管理略尽微薄之力。

以上两点，就是我们为什么要抓研究探讨民营医院管理问题的主要原因。

那么，作为一个民间的社团组织——中华医院管理学会，要抓民营医院的管理究竟应该怎样抓、从何入手？结合近两个月的调查研究，我先提出几点个人意见，供大家参考。

首先，要抓好调查研究。既要深入实际了解情况，摸清底数，又要在调查了解情况的基础上，重点地深入地研究一些急需解决的问题。其中应该包括有关民营医院理论和政策方面的研究，也应该包括经营管理策略和措施等方面的研究。例如，在社会主义初级阶段发展民营医院的必然性和必要性，如何认识民营医院的地位和作用，如何规范民营医院的设置和准入条件，如何界定民营医院的营利性和非营利性，如何对不同性质的民营医疗机构实行分类管理，如何鼓励和支持民营医院的健康发展，为民营医院的发展与提高创造宽松的环境，使其能够平等地参与竞争，等等。

第二，注意抓典型，总结推广典型经验。近几年来，中华医院

管理学会着力抓了几个医院改革与发展的好典型，并把这些典型经验推广到全行业，但这些典型都是公立医院，如清远市人民医院、泰安市中心医院等。通过近几个月的调查研究，我们发现，在民营医院中也有一些很好的典型。注意发现并认真总结民营医院的典型经验，不仅对促进民营医院的健康发展和规范化管理有重要意义，而且对公立医院的改革与发展也有借鉴意义。我们通过调研，已发现了几个民营医院的好典型，今后还要进一步加强这方面的调查研究，深入解剖麻雀，总结好典型经验，并广为宣传，正确引导，以供各地学习和参考。

第三，组织好民营医院经营管理的经验交流、信息交流和经营管理人员的培训。交流、培训的方式，可以多种多样，如召开经验交流会、研讨会、培训班等，或通过《中国医院》杂志、《健康报》、《医院报》、网络以及其他媒体。这方面的工作将作为学会的经常性工作，常抓不懈。

第四，如有必要，或者卫生行政主管部门授权，学会还可以组织有关专家在调查研究的基础上参与有关民营医疗机构管理法规的起草制订和论证的工作。

第五，应许多民营医院院长的要求，我们还拟把民营医院组织起来，在中华医院管理学会下面设立分支机构——民营医院管理分会，以便加强交流和自律。这一建议，已在8月召开的中华医院管理学会第七次常务理事会上讨论通过，但尚须报国家卫生部和民政部审批。目前可以民营医院管理分会筹委会的名义开展活动。

以上只是个人的意见，仅供大家参考。不当之处，请批评指正。

## 医疗改革不能改掉公益性\*

——兼议对基本医疗服务的补偿政策

2002年1月

近年来，在深化医药卫生体制的改革中，出现了许多开拓创新、积极进步的新举措，使医疗卫生服务工作逐渐适应了社会主义市场经济体制的建立和人民群众对医疗保健不断增长的需求。但在此过程中也出现了一些不利于医疗服务事业健康发展的负面现象，最令人忧虑的是医疗机构的补偿问题未获妥善解决，有的地方政府为了“卸包袱”，甚至出现了成批地拍卖乡镇卫生院的咄咄怪事。其根源与一些政府领导人对医疗机构性质的认识，政府对城乡居民卫生医疗保健应当承担的责任以及应采取的政策措施有关。要解决这些问题，须从多方面努力，关键是必须坚持医疗服务事业的公益性，进一步改善调整其补偿政策和机制。

### (一)

长期以来，我国公立医疗机构的经费补偿一般有三个来源：一是政府的财政补助；二是医疗服务收入；三是药品的差价收入。如果这三条补偿渠道能够相应地保持动态的平衡发展，保证医院有稳定的收入，就不至于出现上述问题。可是20多年来的改革情况是，政府的财政补助在逐渐减少，改革前是全额补助，改革后改为差额补助，差额补助比例又逐渐缩小，现在又将定额补助改为定项补助，有的则完全取消了对医院工作人员工资经费的补助。至于药品的差价收入，在政府财政补助逐渐减少的情况下绝大多数医院都转向药品销售利润上寻求补偿，即所谓“以药补医”，因这个做法有消极作用现改为实行医药分开经营，医院销售药品的利润要上缴当

\* 此文原载于《中国医院》2002年第3期。

地卫生行政部门或财政部门，由卫生行政部门或财政部门根据具体情况重新分配，这实际上是将药品差价收入这个补偿渠道也封堵得越来越窄了。剩下的一个补偿来源就是医疗服务收入。2000年7月10日财政部、国家发展计划委员会、卫生部联合发布的《关于卫生事业补助政策的意见》明确规定“基本医疗服务原则上通过收费补偿”，这与1997年1月中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定》相比较，似乎又后退了一步。中央《决定》指出：“医疗机构的经常性支出通过提供服务取得部分补偿，……对人员经费给予一定的补助。”而三部委《意见》却将对医疗机构“人员经费给予一定比例的补助”一句取消了，将“通过服务取得部分补偿”改为“基本医疗服务原则上通过收费补偿”。中央《决定》发出时间还不到3年，而这3年国家财政收入又在大幅度地增长，为何政府对医疗机构的补助非但没有按比例增加却反而缩小了呢？原因何在？我认为，与政府有关部门正在逐渐淡化医疗服务事业“是政府施行一定福利政策的社会公益事业”的性质，促其向商业化发展有关。

正是在这种思潮影响下，一些县、乡政府也就产生拍卖乡镇卫生院的想法和行为。他们的主张是：在当前发展市场经济情况下，农村卫生院办不下去就解体，政府不应拿钱再养活他们，凡是够行医资格的人都可发个行医证，实行医疗行业自由竞争，农民有钱想到哪里去看病都可以，不必担心农村会缺医少药。

上述事实告诉我们，医疗改革有一个值得注意的倾向，就是正在逐渐淡化医疗事业的公益性。这样搞必将造成严重后果，是不利于实现“人人享有初级卫生保健”、不利于“提高全民健康水平”、不利于经济和社会发展的。

## (二)

什么是医疗事业的公益性？简略地说，就是医疗服务工作不以营利为目的，要做到公平和可及，使最广大人民群众都能获得基本医疗服务。根据世界卫生组织的定义<sup>[1]</sup>，卫生服务追求的目标有三项：一是改善人类的卫生健康水平，降低和减少在卫生保健方面的不公平性；二是提高人群对卫生服务合理需求的满意度；三是保证在资金、资源分配上的公平性。说得再深一点，就是保障基本人权

的实现,使每个人都享有生存权和健康权。卫生服务的提供包括两个方面,即公共卫生服务和为个体健康服务。医疗机构主要任务是为个体健康服务。医疗服务的公平性就是使所有患病的个人都能得到及时的医疗。在英国被誉为“国民保健服务之父”的贝凡曾说:“病人因没钱而拒绝治疗,这是与任何文明社会都不相容的。”<sup>[2]</sup>消除经济性障碍,是当前世界各国医疗保障政策设计者的首要之选。我国卫生工作决策者也正在为此而努力,主要体现在目前正在进行的医药卫生体制的“三项改革”。

但是,“三项改革”现在遇到一个严重的挑战,即在大多数医疗机构中难以实现“三项改革”所追求的总目标——以比较低廉的费用提供比较优质的服务。“又要马儿跑得好,又要马儿少吃草”,短时期可以,时间一长就难办到。近几年来,群众反映“看病贵”,这是个现象,根源在于补偿机制不合理。“三项改革”对医疗机构的补偿政策总的趋向是将政府的定额补助改成定项补助,规定“基本医疗服务原则上通过收费补偿”。这很难解决“看病贵”的问题。什么是基本医疗服务?我认为应包括两方面,一是指服务对象,即广大的低收入的人民群众;二是指服务内容,即诊治一般疾病必须采用的手段和药物。我认为“基本医疗服务原则上通过收费补偿”这条政策不符合卫生服务的公平性,第一对医疗机构不公平,从事基本医疗服务的绝大多数是中下级(即一、二级)医院,补偿渠道本来就少,基本上依靠收费补偿很难做到收支平衡;第二对患者不公平,接受基本医疗服务的患者,绝大多数都是低收入的人民群众,尤其对贫困患者的一切服务都收费,是将国家的负担转移到病人身上,甚至实际上是转移给医院,这也就是许多医院每年都要发生大量欠费的原因所在。

在“三项改革”中出现这样一条政策,原因之一可能是一些改革设计者把经济改革中的“效率优先、兼顾公平”的原则运用到卫生改革之中,而忽视了医疗卫生服务工作的特性——即人人享有健康权的公平性。更没有看到实现医疗卫生服务的公平性是对国家财富分配不公平性的一种调节,而这种调节不仅体现在公共卫生服务上,也应该体现在为个人健康服务的医疗工作上。我们应当注意,反映“看病贵”的绝大多数是低收入的人。从这个角度来看,基本医疗服务原则上都收费,是加重了社会分配的不公平性。

更值得注意的是，改革开放 20 多年来，由于强调了竞争和效率，实行经济体制改革，城乡居民收入普遍提高，越来越多的家庭摆脱了贫穷，实现了小康。但是由于强调效率高于公平，注意向低收入者倾斜不够，近年来，贫富差距呈现扩大趋势，贫富悬殊问题日益突出。根据国家统计局的有关统计数据，按照五等分组分析，我国 20% 的高收入户与 20% 低收入户人均年收入之比，1990 年为 4.2 倍，1993 年为 6.9 倍，1998 年扩大到 9.6 倍<sup>[3]</sup>。这种情况继续发展下去，不符合“实现共同富裕”的社会主义原则，也不利于国家的长治久安。为此，国家正在大力进行包括医疗保险制度在内的社会保障体系的建立，以期缩小分配上的差距，实现社会公平。我们强调坚持医疗服务事业的公益性，也正是基于这个考虑。

### (三)

随着公民医疗需求的提高，老年人口的增加，疾病谱的改变以及各种医疗新技术的应用，医疗经费大幅度上升，引起公民的不满和抱怨。这是世界各国普遍存在的现象。西方推行市场经济最早的一些国家解决这个问题的办法，一是增加财政的投入，如英国工党政府在全国医疗改革 5 年计划中除增设大量医疗机构床位及医护人员外，并向一些中间医疗机构增加投入 14 亿英镑作为增加医护人员工资和手术等方面的补偿<sup>[4]</sup>。二是改革卫生经费的拨付方式，如意大利自 1978 年开始实行免费医疗制度所需的医疗经费，起初是按人头数由中央财政向各区下拨，现在改为按疾病诊断相关分类付费制拨发，以促进医疗机构加强经济管理。意大利卫生部副部长古占提教授总结几十年医疗改革经验说，无论是发展中国家，还是发达国家，医疗改革似乎是一个不可抗拒的历史选择，改革的动因都是为了控制费用的增长。改革的核心是既要保证医疗，又要善用资源，做到医疗服务的合理提供与医疗资源的合理消耗之间的平衡，向任何一方的倾斜，都会造成不利的影响<sup>[5]</sup>。我认为这个见解是正确的，它是坚持医疗服务事业公益性的体现。医院补偿机制既不能偏向完全依靠政府，也不能偏向完全依靠市场。

基于上述观念，我认为在我国现行的社会主义市场经济体制下，医疗机构的补偿机制仍应实行复合式补偿，即财政补助与市场

补偿相结合，亦即计划调节与市场调节相结合。财政补助又应分为定项与定额两类，定项补助旨在保持产权的公有性，定额补助旨在体现服务的公益性。市场补偿则是旨在运用市场（竞争）机制，提高服务效率。如果取消定额补助，势必会淡化医疗卫生事业的公益性。为此，希望政府有关部门在进一步推进医疗改革时能考虑到以下三点：

第一，从基本人权出发，应当积极创造条件，争取将基本医疗提高到与义务教育同等位置，予以同等待遇。

第二，坚持执行中央《决定》中提出的“政府根据医疗机构的不同情况承担的任务，对人员经费给予一定比例的补助。”不要取消医疗机构（特别是城乡基层综合性医院）的定额补助。

第三，对接受基本医疗的患者，特别是那些享受不到医疗保险的、低收入或者无收入的患有重大疾病的平民患者，应制订一种减免办法，其费用由政府财政补偿。只有这样，才能切实体现我国卫生事业是政府施行一定福利政策的公益性事业，才能有助于全民健康水平的提高和小康社会的全面建成。

#### （四）

令人欣喜的是，在我们写完这篇文章并准备发稿的时候，读到了财政部、国家计委、卫生部、国家中医药管理局于2001年10月25日发布的《关于完善城镇医疗机构补偿机制落实补偿政策的若干意见》（以下简称《意见》）。这个《意见》对财政部、国家计委、卫生部于2000年7月10日发布的《关于卫生事业补助政策的意见》作了若干调整，除对药品收入和医疗服务价格在医院业务收入中应占比例作了符合当前实际的调整外，最重要的一条是明确提出了“进一步落实财政补助政策”，明确规定“各级政府要努力增加对卫生事业的投入，认真落实对政府举办的非营利性医疗机构的财政补助政策。在医疗服务价格未达到社会平均成本水平、药品收支节余返还不足以弥补医疗成本时，同级财政对政府举办的非营利性医疗机构要给予补助。在调整医疗服务价格时期，财政补助总额不减少。……”这实际上是恢复了财政对公办医疗机构经常费用的定额补助，使财政补助、医疗服务价格、药品差价收入三项补偿渠道能

够平衡发展，避免医院因财政补助减少，产生经济亏损而在病人身上做文章，从而保持基本医疗服务事业的公益性，有利于医疗服务事业的健康发展。希望各级地方政府都能认清医疗服务事业的特性，认真执行这个政策，并建立起监督机制，促使政府举办的非营利性医疗机构不断增加活力，提高服务质量和水平。

### 参 考 文 献

1. 陈 洁. 评估卫生系统实施的框架行动. 中华医院管理学会 2000 年学术会议专题报告
2. 马 杰. 医疗保险—上海铤而走险. 新世纪, 2000 年第 4 期
3. 宋晓梧. 我国社会保障制度面临的严峻形势. 经济与管理研究, 2001 年第 3 期
4. 参考消息, 2000 年 8 月 7 日
5. 访意大利卫生部副部长莫尼卡·贝多尼女士. 健康报, 1997 年 11 月

## 对医疗纠纷“举证责任倒置”的几点看法\*

2002年8月

近些年来，医患纠纷案件激增，不少医生受到患者或其家属辱骂、殴打，不少医疗机构遭受患者或其家属聚众围攻、打砸，动辄索取高额赔偿。在此情况下，医务界亟盼政法部门能够出台相关法律对上述混乱现象予以治理。然而，最高人民法院公布的《关于民事诉讼证据的若干规定》，对于医患官司却是实行“举证责任倒置”。这对医疗机构和医务工作人员不啻是雪上加霜。据多个媒体报道，自这个新规定出台后，医患纠纷案件不但没有减少，反而愈益增加，因为患者及其亲属对医疗工作稍有不满意即可捧着“举证责任倒置”的利剑向医院讨个说法。

各地医疗机构和广大医务人员普遍反映，医疗纠纷“举证责任倒置”规定的出台，反映了政法部门的某些人对医疗服务的特性缺乏了解，在未经调查研究、虚心听取各方意见、经过充分论证的情况下，草率地出台这种有欠公正和公平的极富片面性的规定，显然是不妥当的。

**（一）为何要制定出台医疗纠纷“举证责任倒置”新规定，其所谓的理由是很不充分的**

据羊城晚报报道，一记者询问最高法院民事庭负责人，为何要破除以往医疗诉讼“谁主张，谁举证”的惯例，而推行“举证责任倒置”？这位负责人说了一些理由，主要是两条：一条是从医患双方举证的难易程度考虑，患者到医院看病，病历由医院保存，在治疗的过程中制订了什么样的治疗方案，采取了哪些治疗措施，都由医院掌握，如果要患者出具这方面的证据，可能永远也拿不到；另一条理由是，过去医疗纠纷的审判权，很大一部分掌握在医疗鉴定

\* 此文原载于《健康报内参》，《中国医院》2003年第3期以争鸣的形式发表。

委员会手里，这实际上造成了应由法院独立行使的审判权部分流失，医疗鉴定委员会难以摆脱“部门保护”，对患者不公平。

我们认为这些说法有很大片面性，对医院工作缺乏全面了解。第一，病历及治疗方案由医院保存不是绝对的，有些患者出于各种动机，在医生诊断开出治疗方案之后即将病历档案自己带走，不交给医院，特别是现在允许患者自由选择医院、选择医生，病人自带病历资料情况更多；还有些患者不配合治疗，故意隐瞒病史或叙述不清，结果造成误诊。遇上这些情况，要医生举证证明自己清白无过，非常困难；第二，病历及治疗方案虽然由医院保存，但患者由于某种需要可以到医院去复制；第三，医疗案例有无过错，必须先由医学专家们组成的鉴定委员会进行鉴定，这是医疗工作的特性所决定的，医疗诉讼决不能跳越这个程序。至于说医疗鉴定委员会难以摆脱“部门保护”之嫌，鉴定结果往往不利于患者，这种说法未免有些夸大其词，即使个别地方有这种情形，则可以从强化鉴定委员会的公正性着手，而不应不相信或取消医疗鉴定委员会的组织和职权。这既是违反科学原则，又不符合国际惯例，很明显是对医学家的不信任和不尊重。

**（二）“举证责任倒置”对待医生和医院是不公平的，表现在两个方面**

一是，把医院和医生看成是“强势群体”，把患者和其家属看成是“弱势群体”，因而把同情和保护放在患者一方。这是最高法院推行医疗纠纷“举证责任倒置”的思想基础。我们且不论“法律面前人人平等”的法学原则，单看眼前的事实。据中国医师协会今年二三月份对北京、四川、辽宁、广东、浙江五地 114 家医院的调查，近 3 年来，平均每家医院发生医疗纠纷 66 起，发生打砸医院事件 5.42 起，打伤医生 5 人，单起医疗纠纷最高赔付 92 万元，平均每起医疗纠纷赔付金额为 10.81 万元。另据中华医院管理学会维权部对全国 326 所医院调查，一年内有 98.4% 的医院发生过医疗纠纷，病人索赔金额总计约 6 千万元，平均每所医院 21 万元。发生医疗纠纷后，病人或家属到医院打砸闹的占 75.3%，对医院设施直接造成破坏和医务人员被打受伤的比例分别为 35% 和 34%。医师协会还对 1956 名医师调查，近 3/4 的人认为自己的合法权益没有得到有效保护。从这些数据看，能说医院和医生是“强势群体”吗？

二是，医疗纠纷“举证责任倒置”，按司法惯例是叫做“有错推断”，即只要有病人告医生就可假定医生有错，医生必须找出证据说明自己无错（即“自证清白”），经法庭审定证据可信，才算无错；若举不出有效证据即被判定有错，按过错大小轻重承担责任。这对医务人员是不公平的。因为无论大小医院在治疗工作中都会遇到两种情况：一种情况是在当前医学水平和医疗条件下，对某些未知疾病或有特异体质的人不可能没有误诊误治；另一种情况是有些患者不配合医生，隐瞒病情或叙述不清也会造成误诊误治。对这些情况医生都很难举证说明自己无错，而法庭又不接受或不相信医疗鉴定委员会的鉴定。这就会使一些医生蒙受不白之冤。

### （三）医疗纠纷“举证责任倒置”必将对医疗服务工作产生种种消极的影响

各地的实践都已证明，实行“举证责任倒置”，导致一些患者及其亲属在认识上产生诸多的误区，如：举证责任全推卸，无理也要闹一场，索赔偿时漫天要价，等等。据报载，南京鼓楼区法院法官已从新规定出台后医患案件激增中感受到这一点。一些专家分析，当前造成医患纠纷增多的原因有很多种，某些医生的素质差只是其中一个原因，但并不是主要原因。更多的是不少患者及其亲属对医疗结果投入了太高的期望值，在他们的希望落空之后，便心理失衡，就认为是医生的过错，不是打医生闹医院，便是把医生或医院告上法庭。“举证责任倒置”新规定出台后更助长了患者的这种心态，使医院疲于应付。

更值得引起严重注意的是，“举证责任倒置”也导致一些医务人员产生消极心理和消极行为，把依法办事放在实行人道主义之前，在抢救病人时先考虑如何保护自己。以往医院抢救病人提倡“只要有1%的希望，就要做出100%的努力”。现在有些医生治病不得不采取“回避风险”的自卫态度，可作可不作的检查一定要作，没有十分把握的手术绝对不做，而且大小手术都必须先由患者或家属签字同意才开始进行。据报载，某医科大学教授给研究生上课时公开讲，到了诊室赶紧把窗户打开，病人追你打你时你便可以从窗户跑掉。深圳一医生常在诊室桌下放一根垒球棒，以便必要时自卫。南京某医院的一位科主任甚至拿钱雇了几个人坐在门诊室外，如果出现病人家属打骂的情况，这几个人就出来解决问题。这些看

起来是在讲笑话，但并非是笑话，而是实情。今年7月，北京青年报记者邀集北京几个大医院的医师座谈，大家都慨然叹曰：“现在医生难当！”“法律只是保护患者，谁来保护医生？”大家呼吁政法部门在规范医生行为的同时，也要规范患者及其家属的行为，还给医院一个平静的医疗氛围，这对社会和病人都有好处。

根据以上所述情况和理由，我们认为医疗纠纷“举证责任倒置”的新规定是有缺陷的。幸好在这之后国务院及时出台了《医疗事故处理条例》，对医疗纠纷的各种情况和问题，作了全面的界定和规定，这对医疗纠纷“举证责任倒置”的缺陷或许能有所弥补。我们希望，政法部门应该重新研究这种有欠公正和公平的医疗纠纷“举证责任倒置”的规定，各级法院和法官们今后审判医患纠纷案时能以《医疗事故处理条例》为准绳，不要囿于一己之见，则医生幸甚！医院幸甚！医学幸甚！而最后受益者还是广大人民群众。

## 公立医院产权制度改革需辩明的几个问题\*

2004年3月

十六届三中全会之后，医院产权制度改革成为热门话题。在实践中有两种情况，一种是有些地方大量出售公立医院，实行整体转让；另一种是有些地方至今不敢推动医疗体系产权制度的改革，仍然维持原貌。我们认为，这两种做法都不符合三中全会精神。

公立医院产权制度必须改革，非改不行。这是医疗体系改革的核心，不改就不能促进医疗卫生事业的发展和进步。现在要研究的，不是改不改的问题而是如何改的问题。如果改的不当、不好、有偏差，就要使医疗市场秩序出现新的混乱，损害广大人民群众的根本利益。因此，对公立医院产权制度改革既要积极，更要审慎。

目前，部分学界和政界人士对公立医院产权制度改革有种种议论，大致有如下三种意见。第一种是：对一些难以生存的中小型公立医院、企业医院，国有资本应该退出，即整体转让给私人资本。有人把这种意见简括为“国退论”。第二种意见是：产权制度改革不能一步到位，应当渐进，现阶段仍然维持公有制形式，引进私营机构的组织结构、激励机制、市场竞争机制，用市场的作用筛选医院的存亡。有人把这种意见简括为“渐退论”。第三种意见是：改革产权制度主要是为了解决筹资机制问题，在目前情况下，公立医院产权制度的改造由公立变私营尚存在诸多理论和实践问题；应寻找在不触动产权制度的条件下与社会资本相结合的模式和方法，比如，由社会资本“租借”资产或设备，国有民营、业务外包等等模式，有人把这种意见简称为“租借论”。

上述三种意见的含义和实施方式不尽相同，各有侧重，但其核心思想是一致的，一是都把改革产权制度的目的放在解决医院发展资金不足上；二是都把改革产权制度的对象锁定在中小型医院(即非主流医

\* 此文原载于《中国医院》2004年第3期。

院)上：三是都把改革产权制度的终端放在私有化上。我们认为这三个观点都有失偏颇，不完全符合改革医院产权制度的真义，需要予以辩明。

第一，改革医院产权制度的目的不只是为了引进或融入社会资金，以解决医院发展资本不足问题；还有更重要的一点，就是调动医院经营者和全体员工的工作积极性和创造力，而且这是最根本的。正如改革开放初期邓小平说的，改革是一场革命，是为了解放生产力和发展生产力。十六届三中全会总结二十多年来改革经验明确提出产权是所有制的核心和主要内容，要求建立现代产权制度，并界定现代产权制度为“归属清晰、权责明确、保护严格、流转顺畅”，其目的是为了进一步调动企业经营者和劳动者的积极性，进一步发展生产力。从卫生改革来说，早在1997年1月中共中央、国务院发布的《关于卫生改革和发展的决定》就明确提出要进一步扩大医院院长的经营管理自主权，只是那时经验不足，没有具体提出产权制度改革和操作办法。现在提出改革医院产权制度，实际上是对中央扩大医院经营自主权政策的延伸和具体实施。

第二，基于上述认识，我们就不应把改革产权制度的对象只锁定在中小型生存有困难的公立医院身上，而应包括所有公立医院，包括那些国家举办的高等级医院、地方上最有实力的综合医院、布局合理的提供基本医疗服务的公立医院等等，都应实行产权制度改革，建立现代产权制度。因为这些公立医院大多是在计划经济体制下建立起来的，都有产权不明晰的问题，都有调动医院经营管理者 and 医务人员积极性的要求和必要。

第三，把公立医院产权制度改革的终端（即终极目的）放在私有化上，更是不妥的。这里首先要弄清两个理论问题：一是发展非公有制经济，并不是为了实行经济私有化；二是发展非公有制经济，并不是使国有资本退出一些企业异化成私有经济。十六届三中全会《决定》，首先强调了完善社会主义市场经济体制的关键问题，即如何坚持以公有制为主体、发挥国有经济的主导作用；继而提出了要毫不动摇地鼓励、支持非公有制经济的发展。这两项政策都是为了迅速发展生产力振兴我国经济而提出的，是相辅相成不可分割的。有些人 and 有些地方没有全面地完整地理解三中全会《决定》精神，不是致力于两手抓，不是致力于发掘社会资本发展非公有制经济，而是将国有企业变卖改造成私有企业。因而出现所谓

“国退论”。甚至形成一种浪潮。对于这个现象，国资委领导人最近已公开表示要求各地谨慎从事，并提出了遏制性的意见。

卫生体制改革总是随着经济体制改革的步伐前进的，这已成为一个规律，现在改革产权制度也是如此。今年以来，在一些地方出现国资出售和重组浪潮的影响下，我们卫生系统也出现了前面所说的出售公立医院的诸多行动，甚至有人提出，在医院体制改革中，国家将“大踏步”后退。诚然，我国现有医院90%多是公立的，是一个庞大的体系，而且不少单位存在着经济上的严重困难。但绝不能因此就认定我国公立医院已经太多，国家应该从公立医院“大踏步”退出，将一些公立医院出售给社会（包括个人和团体）变为私立医院。我们认为这是不妥的。因为从现在公私立医院的比例上看，公立医院的成分很大，但从整体上看，从发展上看，按人口计算，我国医疗资源与发达国家相比还有很大差距。为了满足和适应广大民众对医疗保健的需求，获得便捷的服务，我们应该大力鼓励和支持社会资本进入医疗事业领域，积极发展非公有制医院，但绝不能采取国家“大踏步”退出，使公立医疗事业“缩水”的办法，在医院产权制度改革中去公有化。那既不利于我国医疗事业的迅速发展，更不符合我国卫生事业的福利性和公益性。使公立医院缩水，实际上就是使公益性缩水。因此，我们认为前面所说的“国退论”和“渐退论”都是不正确的。

那么，公立医院产权制度改革究竟应当如何进行呢？我们认为，应当以“两权（所有权与经营权）分离”为基本框架，建立起现代产权制度。现代产权制度既包括所有权也包括经营权和使用权、处置权及受益权，后面三权又统称为经营权。按照这个框架、制度建立起新的经营管理体制。有些单一的全民所有制的公立医院，可以改组为混合型的股份所有制结构。实行法人治理，成立医院理事会或董事会作为决策和监督机构，医院院长在理事会或董事会领导下负责经营管理工作。政府作为债权人，将国有资产转化为资本和股权，盈余所得留给医院滚动发展，并根据医院发展需要和政府财政收入情况给医院增加新的投入，以示国家对人民卫生事业的关怀和责任，施行一定的福利政策。这个新的改革公立医院产权制度的设想，已有一些医院在探索试行，并已初见成效。我们可以继续试点，进行总结和研究，争取在公立医院产权制度改革上能够有所突破，创造出符合十六届三中全会精神的新模式。

## 关于理顺医疗机构改革与发展的思路及政策的建议

2004年5月

**编者按：**此文是作者向卫生部领导提出的书面建议。马晓伟同志5月17日在张自宽《关于理顺医疗机构改革与发展的思路及政策的建议》上作了如下批语：“建议办公厅送高部长并党组成员阅。自宽司长的来信观点明确，很有见地，反映了老医政工作者和相当一部分知识分子的意见，值得重视。特别是对近年来我国医疗体制改革和事业发展的重大原则和思路的理解，我认为既符合国情，也体现了医疗卫生事业自身规律；既继承了我国长期以来卫生事业发展取得的经验，也正视现实存在的问题，对改革与发展有新的思考，与目前我部草拟的改革发展政策建议有许多相同之处。建议适当时机送国务院领导同志，并列为我部署期办公会讨论议题。”

**马晓伟副部长、高强常务副部长并吴仪副总理：**

鉴于近几年来，国家有关部门为使医疗事业体制与市场经济体制相适应并与国际接轨，对医疗机构改革与发展问题出台了不少新政策新规定，包括医疗事业性质、分类、医药关系、产权制度、经营管理等都有新提法。由于研究论证不足，有些规定和提法失之偏颇，在社会上尤其医务界产生种种非议，造成一定的混乱。为此，我们觉得有重新理顺医疗机构改革与发展的思路及政策的必要。现就以下几个问题提出一些看法，供领导参考。

### 一、关于推进我国医疗机构改革与发展的基本依据

我们认为，推进我国医疗机构改革与发展，应该以1997年1月《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》)为基本依据。这个文件是在全面系统总结建国以来我国卫生事业发展的经验与教训的基础上,结合我国经济体制改革和人民健康需要的发展趋势制定出来的,对卫生系统各方面工作的改革与发展都作了明确的规定,为社会各界广泛认同和接受。卫生部理应抓住这个十分难得的大好时机,制定具体改革措施,狠抓落实。但是令人遗憾的是,当时由于卫生部主要领导人的变动,对于这一事关全局的重要《决定》并未认真贯彻执行,甚至有些措施竟与《决定》的精神相左。2000年初由国务院办公厅批转的八部委局制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》(以下简称《指导意见》),在不少方面脱离了中央《决定》的精神,偏向于市场化、商业化,并有越走越远的趋势,从而造成一些混乱。现在应该重申中央《决定》,以端正医疗机构改革与发展的基本思路。

## 二、关于医疗事业的定性问题

1997年1月的中央《决定》,明确规定“我国卫生事业是政府施行一定福利政策的社会公益事业”。这个定性是经过反复研究论证确定的。它既是基于我国社会的基本制度,又是结合我国的基本国情,也符合国际惯例,是完全正确的。这个定性应该适用于社会主义初级阶段的全过程,不应因市场经济的发展而有所改变,而且应随着国家财力的增长而相应地或更多地增加投入,以体现其福利政策。这个定性应包括整个卫生事业和卫生机构,既包括卫生预防机构也包括医疗机构。根据预防为主、防治结合的方针,医疗机构都应承担一定的预防保健和社会救助任务。周恩来总理早在党的八大二次会议的报告中就明确提出“要以医院为中心扩大预防”。这是我国医疗机构的一大特色,非但不能加以改变,而且随着疾病谱和医学模式的变化、基本医疗服务和初级卫生保健的推行,医院承担的预防保健和社会救助任务也将会越来越重。因此,国家在增加公共卫生投入的同时,也应适当增加对医疗机构的补偿,不应削弱或改变医疗事业机构的公益性质。

## 三、关于医疗机构的分类问题

国务院办公厅批转的《指导意见》参照美国的做法,将医疗机

构分成营利性的和非营利性的两种，并允许和鼓励非营利性的医院向营利性转变。我们认为不妥。一是背离了中央《决定》中规定的“公立卫生机构都是非营利性公益事业单位”的精神，改变了我国卫生事业的根本属性；二是打乱了整个卫生事业结构，影响公共卫生体系的建立。因为我国绝大多数医疗机构都是按人口分布和行政区划设置的，都要承担所在区域或社区的一些预防保健和社会救助任务，这已成为历史惯例。如果让这些区域性医院转化为营利性的，使它们游离出公共卫生和基本医疗服务之外，那会大大削弱预防保健和基本医疗服务的力量。所以，社会上对这种分类意见很多。

针对这种情况，近来有人提出新的分类法，将“营利性与非营利性”改为“公益性和经营性”。我们也觉不妥。一则前面说过所有医院包括私立医院都应承担一定的初级卫生保健和社会救助任务，都有鲜明的公益性；二则所有医院包括公立医院都有经营问题，经营管理在管理学上是一个广义的概念，不只是私立医院才有经营问题，所有的医院要管理好不涉及经营是不可能的，故不宜这样分类。

我们认为比较适宜的分类名称，即公立医院与民办医院。公立医院包括全民所有制的、集体所有制的和混合型资本举办的。民办医院包括个人、家庭或家族、私营企业和中外合资举办的。至于民办医院的界定、性质和管理办法，应借鉴教育部门的做法。2002年12月28日公布的《中华人民共和国民办教育促进法》有这样几条规定：“国家机构以外的社会组织或者个人，利用非国家财政性经费，面向社会举办学校及其他教育机构，统称民办教育。”“民办教育事业属公益事业，是社会主义教育事业的组成部分。”“设立民办学校应当符合当地教育发展的需求，具备教育法和其他有关法律、法规规定的条件。”“民办学校享受国家规定的税收优惠政策。”“民办学校在扣除办学成本、预留发展基金以及按照国家有关规定提取其他的必需的费用后，出资人可以从办学结余中取得合理回报。”

20世纪50年代，我国民办医疗机构也是基本如此。凡按照政府规定标准收费，承担一定的公卫和社会救助任务，不对外出售药品，都同公立医疗机构一样属社会公益事业，不办理工商登记，享受税收优惠待遇。

近几年来，民办医疗机构蓬勃兴起，发展的势头很好。当务之急应该立法。我们建议应参照《民办教育促进法》，争取国家出台一部民办医疗机构的法律或法规。

#### 四、关于医药分开问题

医院设置药房，按照医生处方配方售药，这既是提高医疗质量、促进医学进步所必需，也是便利病人治病用药的有效措施。医院从售药中获取适当利润（批零差价），也是维持医院正常运转必要的经济补偿。医药结合、“以药补医”作为一项政策，是建国以来就实施的行之有效的政策，甚至也可以说这是适应中国国情的发展卫生事业的一个创举，对我国城乡医疗卫生三级网的建设，对医院的发展发挥了历史性的作用。至于近些年来出现的药品虚高定价、折扣、回扣等等弊端，毫无疑问都应认真对待、严加整治。但其源头不在医院更不在医生，也不是由于医药未分开造成的。实践证明，采取医药分开办法不能从根本上解决“看病贵”的问题。相反地，应当从国家的层面上提倡医药结合，“以药补医”的政策仍应继续实行。医院为了求生存谋发展，总要筹集到适量的资金，在政府财政补助不能到位的情况下，又搞医药分开，实在是弊多利少，是不可取的。

#### 五、关于医院产权制度改革问题

近来，有一些地方仿效出售国有亏损企业的做法在大量出售公立医院，以改革产权制度为契机，变公有为私有。甚至有人提出，“国家要大踏步从公立医院退出”，政府只直接举办部分公立医院，其他大多数公立医院都可转变为民营的营利性医院。我们认为，这种推卸政府的公共责任的做法会有损中国共产党和人民政府的形象，不符合“三个代表”重要思想和邓小平同志提出的“思想、文化、教育、卫生部门都要以社会效益为一切活动的唯一准则，它们所属的企业也要以社会效益和最高准则”的精神，不符合中央《决定》提出的“公立卫生机构是非营利性公益事业单位”的精神，也不符合十六届三中全会提出的“坚持以公有制为主体，发挥国有经

济的主导作用”的精神。

医院产权制度要改革，但改革的方向和原则应当是，既要激活和增强医疗事业持续发展的活力，又要保证广大患者获得便捷、优质、高效、低廉的医疗服务。任何资本投资医疗事业，都不能以赚取巨额利润为目的，更不能改变公立医院的公益性质，改为营利机构。对公立医院进行产权制度改革，不应该只是为了创造一个机制引进社会资本，以解决医院发展资金不足问题；而应该把主要目的放在调动医院经营者和劳动者的工作积极性和创造力上。在现阶段，应以“两权（所有权和经营权）分离”为基本框架，应用市场机制，建立现代产权制度。无锡市各医院实施的以“两权”分离为主要内容的“托管制”的做法可资借鉴。

现代产权制度，既包括所有权，还包括经营权、使用权、处置权和受益权，后三权（使用权、处置权和受益权）一般又都包含在经营权之内，故产权又简称为所有权和经营权。公立医院产权制度改革，实质上就是将所有权与经营权分离，政府或企业将经营权完全放给医院，即中央《决定》中所说的“进一步扩大卫生机构的经营管理自主权”。根据这个精神建立新的经营管理制度，其主要内容应是：①绝大多数公立医院仍然保持原来所有制形式，或者改建为以国家资本为主的混合型的所有制结构；②实行法人治理，具体形式可考虑成立医院理事会或董事会、监事会作为决策和监管机构；③医院院长由理事会或董事会任命，负责医院经营管理工作；④政府作为债权人，将国有资产转化为资本或股权，盈余所得留给医院滚动发展，并根据医院发展需要和政府财政收入情况给医院增加新的投入，以履行国家对人民健康事业应负的责任和体现福利政策。

## 六、关于进一步发展问题

改革开放以来，医疗事业有很大发展，已形成一个庞大的体系。但由于区域规划欠缺，管理不严，机构设置比较混乱，存在无序竞争状态，以致造成医疗资源配置失衡，社会医疗费用急剧上涨和一些医疗机构服务质量低、经济效益差、难以生存等等矛盾。为此，应遵循十六届三中全会提出的一切工作都要从维护群众利益出

发,坚持全面、协调、可持续发展的科学发展观,指导各地以卫生区域规划和社会需求及疾病发展趋势为依据,首先采取评估、求衡、定位、消肿、补缺等措施和步骤,对现存医疗机构进行一次全面的调整和整顿,对那些服务态度、设备、技术都很差的单位实行停转、兼并和重组。在此基础上,鼓励、支持一些愿意投资公益事业以回报社会的社会资本进入医疗事业领域举办一些民营医院;但即使是民营医院,其大多数也不应以营利为目的,尤其要注意防止把医疗事业作为牟取暴利的投机行为。在我国,营利性医疗机构只能占少数,这类机构除必须具备医疗机构的条件外,还需进行工商登记注册,并加强管理。

近年来,在一部分地区出现竞相新建扩建高档次医院、竞相购置高精尖设备、竞相追求超豪华的精装修等情况,而且似有盲目攀比愈演愈烈之势。对此必须引起严重关注。虽然不一定全由国家投资,但即使是自筹资金或引进社会资金,也要根据区域规划和社会需求适度发展。否则必将造成负面影响,必将加重群众负担,必将导致看病贵愈演愈烈。建议有关方面认真全面调查一下,并采取必要措施进行宏观调控。

## 七、关于医院评审问题

我国于20世纪80年代中期开始实行的医院分级管理与医院评审,是适合我国国情的科学性很强的医院标准化管理制度,已被纳入1994年2月国务院发布的《医疗机构管理条例》。《条例》规定:“国家实行医疗机构评审制度,由专家组成的评审委员会按照医疗机构评审标准,对医疗机构的执业活动、医疗服务质量等进行综合评价”。从此我国的医院评审作为国家对医院管理的一项制度纳入了法制轨道。

医院分级管理与医院评审实行十多年,成绩显著、收效甚好。不仅得到广大医院工作人员的认同,而且得到了各级党政领导和社会各界的广泛认同。尽管有些地方在执行中出现过形式主义、弄虚作假等问题,毕竟是支流,是完全可以克服的。1998年卫生部在未作深入调查研究也未请示国务院的情况下,即擅自宣布停止这项工作,显然不妥。它致使医院管理工作尤其是按标准化要求的质量管

理处于自流状态，造成医疗服务质量严重滑坡，全国医院和社会各界对此反映强烈。这项工作现已停止六年，亟须尽快恢复。当务之急是尽快修订并重新颁布医院评审标准。

关于标准的修订，据说已搞了二三年，至今尚未出台。为了尽快地把标准修订好，除了要组织一批熟悉医院评审工作的专家（包括一些老医政管理干部和老院长）参与外，在指导思想须注意以下几点：

一是坚持从我国的国情和医院工作实际情况出发，不能盲目照搬外国的一套。尤其不能照搬美国那一套医疗市场化商业化的理念和做法。

二是尊重历史，继往开来。1989年卫生部发布的医院分级管理办法和标准，是在总结建国以来包括改革开放以来正反两方面经验的基础上制订的，经过十多年实践证明基本可行而且行之有效。因此，应在原来办法和标准的基础上进行修订，既要有继承性和连续性，又要有创新，切不可割断历史、推倒重来。

三是删繁就简，突出重点。不论是标准的修订或按标准对医院进修评审，都要把重点放在保障医疗质量和安全上，放在基础设施建设、软件建设和科学管理上，以全面提高医院服务质量。

以上意见，仅供领导同志参考，并望批评指正。

## 关于民营医疗机构工商登记和税收政策 问题致卫生部领导的信

2005年6月

马晓伟副部长并高强部长：

送上最近撰写的《关于医疗机构分类管理和税收政策之演变与思考》供参阅，并望指示。

关于医疗机构不进行工商登记、免征工商业税的政策，是建国初期在李德全、贺诚等卫生部老领导的争取下，经中央财政经济委员会（陈云同志为主任）决定的。这一政策一直执行了五十年，直到2000年卫生部等八部委局提出实施新的医疗机构分类管理制度后才予以改变。我个人认为，当时对这一重大政策的改变缺乏审慎，一未经深入的调查研究，二未经广泛征求意见，三未经科学论证，四未经先行试点，即在全国范围内普遍推行，因而导致了一系列问题，造成了很大的负面影响。

令人费解的是，既然1950年建国伊始，在国家财政经济状况极端困难的情况下竟能做出对公、私立医疗机构的税收优惠政策（当时私立医疗机构占90%以上），为何在五十年后的现在却要改变它，难道搞社会主义市场经济就要改变社会公益事业的性质，使之市场化、商业化吗？既然同属于公益事业的民办教育机构既不进行工商登记并可享受减免税的优惠，为何民办医疗机构却要改弦易辙，难道国家真的要靠向民办医疗机构征税来增加财政收入吗？

以上只是个人意见，不揣冒昧，斗胆建言，不当之处敬希批评指正。

祝工作顺利！

张自宽

2005年6月2日

## 附件 1:

## 中央人民政府卫生部转发中央财政经济委员会关于医院诊所免征工商业税规定的通知

1950 年 12 月 7 日卫医政字第 709 号

关于公私立医院诊所免征工商业税的问题，兹经中央文化教育委员会（50）文委秘字第 1005 号通知转来中央财政经济委员会 11 月 27 日财经计（财）第 5242 号函开：

政务院秘书厅政财中字 201 号函转来贵委（50）文委计 708 号呈及附件敬悉。除对公私医院诊所参加工商登记另案答复外，兹将公私医院诊所免纳工商业税问题规定如下：

一、公立医院诊所免纳工商业税。

二、私立医院诊所接受卫生行政机关之管理，而具备下列各项条件者方可免纳工商业税，否则不予免税，其免税条件如下：

1. 接受一定之战勤、防疫、保健等任务，及负担一部分免费病床，免费门诊者。

2. 确实按卫生行政机关规定之标准收费者。

3. 不对非就诊病人售药者。

三、为便于执行起见，私立医院诊所免纳工商税自 1951 年 5 月 1 日起实行。所有 1950 年度应纳之工商业税，仍应一律交纳。

四、其他应纳之税捐，按规定办理。

……。

## 附件 2:

## 中央人民政府卫生部转发中央财政经济委员会关于公私立医院诊所一律不进行工商业登记的通知

1951 年 2 月 23 日（51）卫医字第 27 号

一、奉政务院财政经济委员会 2 月 15 日（51）财经私字第 20

号函称：

“关于医院诊所应否进行工商业登记，前经我委私营企业局以公私立医院诊所不能作为纯营利事业，同意你部意见，一律不进行工商业登记”。

二、公私立医院诊所不进行工商业登记，并不等于不纳工商业税。

医院诊所免税办法，仍应按财委公报第七期财经计（财）字第5242号公私医院免纳工商业税之规定（即本部卫医政字第709号）办理。

以上两点希转知所属知照为要。

附件 3：

财政部、卫生部、中央工商行政管理局  
关于贯彻医疗机构免征工商业税的通知

1955年12月21日

各省、市、自治区财政、卫生、商业（工商）厅局、财政部税务总局：

联合医疗机构和私人医疗机构是医疗卫生工作的重要力量，也是国家医疗卫生机构的有力助手，它们对开展卫生工作，保护人民群众健康有很大的作用。对它们加以扶植，正确地发挥它们的力量，是党和国家在卫生工作方面的一项重要措施。前中央财政经济委员会确定了各类医疗机构免征工商业税的原则，于1950年11月发布了关于医院诊所免征工商税的规定，旋由中央财政部一再放宽了对私立医院诊所免税的尺度。这些措施鼓励了医务人员的积极性，对人民保健事业的发展起了扶植作用。但是，对于贯彻执行医疗机构免税的规定，在目前还存在着一些问题，例如各有关方面对于免税条件的解释意见不一，对于医疗机构与药店的区分亦不统一，免税执行情况各地尚不尽一致。同时以往规定的免税条件已列为医疗机构应尽的责任，因此有修改的必要。为了迎接农业合作化高潮的到来，和体现团结中医的方针，发挥医务人员的力量，进一步贯彻医疗机构免征工商业税的政策并加强对医疗机构的管理，兹

根据全国文教会议的精神特作以下的通知：

一、医疗机构（包括各类医院、诊所、门诊部、卫生院、卫生所、个体开业医师、镶牙所〔馆〕）一律免征工商业税。

二、医疗机构药剂室（药柜）只限于对本医疗机构就诊的病人售药；但在集镇农村中的医疗机构，为了便于群众购药可以对非本医疗机构就诊的病人出售药品，并予免税。

三、医疗机构不准兼营药材批发，否则视为工商业，照征工商业税。

四、公立医疗机构在药剂室之外附设有药品供应单位（如药品供应部），对外批发和零售，须照章纳营业税；但如系公立医疗机构内部（如县卫生院与本县的区卫生所之间）的统一采购调拨性质，则免征工商业税。

五、镶牙所（馆）如尚兼营其他营业或专以制造或贩卖假牙假眼为业者，不予免税。

六、城市或乡村中的药店，聘有医师坐堂诊疗，坐堂医师的诊费部分免征工商业税；如药店业主是医师并从事诊疗业务，对于诊费部分予以免税，售药收入须照纳工商业税。

七、凡属医疗机构一律不进行工商业登记。各地卫生行政部门必须加强对医疗机构的管理，鼓励、督导医疗机构履行其应尽的义务与责任，遵守各种规章法令；规定合理的收费标准，督导各医疗机构遵照执行；根据前项规定的原则，限制城市医疗机构对非本医疗机构诊疗的病人售药。联合诊所不能吸收以单纯资金投入的药商人所，但如系小药商歇业后到诊所内作药工或医生，则可以允许；联合诊所可以吸收药工及药业的从业人员参加工作。

各地卫生行政部门应积极进行适当的措施，引导各类医疗机构符合国家的规定和要求；各医疗机构如有未遵照规定者，工商、税务部门可提出意见，请当地卫生部门加强管理。

八、以往发布的有关医疗机构免税规定如有与本通知的规定不相符合者，均按本通知执行。

各省、市、自治区财政、卫生、商业（工商）厅局接到本通知后应进行研究，拟定具体实施办法，报经省、市、自治区人民委员会批准，联合着知所属切实遵行。并希在执行后的六个月内将执行情况报告我们。

## 关于医疗机构分类管理 和税收政策之演变与思考

2005年6月

**编者按：**此文连同作者《关于民营医疗机构工商登记和税收政策致卫生领导的信》于6月2日报送卫生部。并在广州举行的全国民营医院会议上作了专题发言，引起了强烈反响。

对现行的医疗机构分类管理及税收政策，我有些不同意见，本着“双百”方针，斗胆提出，供领导和同志们参考。

### 一、关于医疗机构的分类管理

#### （一）医疗机构分类管理的概念

所谓医疗机构分类管理，就是对不同类别的医疗机构在管理上要区别对待，依据其机构性质、级别、功能、任务的不同，实行要求不同、标准有别的管理措施。这样的分类管理早已存在。但实施“新的医疗机构分类管理制度”，“将医疗机构分为非营利性和营利性进行管理”，始于2000年。

#### （二）实施医疗机构分类管理的基本要点

国务院办公厅2000年2月21日〔2000〕16号通知转发的国务院体改办等八部委局《关于城镇医药卫生工作体制改革的指导意见》，以及卫生部等四部委局以卫医发〔2000〕233号通知发布的《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》，做出了对医疗机构进行分类管理的政策规定，并提出了具体实施办法。其基本要点如下：

1. “将医疗机构分为非营利性和营利性两类进行管理，国家根据医疗机构的性质、社会功能及其承担的任务，制定并实施不同的财税、价格政策”。

2. 非营利性 with 营利性如何界定。前者是指“为社会公众利益服务而设立和运营的医疗机构，不以营利为目的……，收支结余只能用于自身的发展……”。后者是指“医疗机构所得收益可用于投资者的经济回报”。

3. 非营利性 with 营利性如何核定。“自愿选择与政府核定相结合。”“由接受其登记注册的卫生行政部门会同有关部门根据医疗机构投资来源、经营性质等予以核定，在执业登记中注明‘非营利性’或‘营利性’”。

4. 对现有医疗机构具体的核定意见是：

(1) “现有政府举办的承担基本医疗任务、代表区域性 or 国家水平的医疗机构，经同级政府根据经济发展和医疗需求予以核定，继续由政府举办，定为非营利性医疗机构；其余的可自愿选择逐步转为其他非营利性医疗机构或转为营利性医疗机构”。

(2) “社会捐资兴办的医疗机构一般定为非营利性医疗机构”。

(3) “企事业单位设立的为本单位职工服务的医疗机构一般定为非营利性医疗机构；对社会开放的，由其自愿选择并经当地卫生行政等部门核定为非营利性医疗机构或转为营利性医疗机构”。

(4) “社会团体和其他社会组织举办的医疗机构，由其自愿选择并经卫生行政等部门核定为非营利性医疗机构或转为营利性医疗机构”。

(5) “城镇个体诊所、股份制、股份合作制和中外合资合作医疗机构一般定为营利性医疗机构”。

(6) “国有或集体资产与医疗机构职工集资合办的医疗机构（包括联合诊所），由其自愿选择并经卫生行政和财政部门核准可改造为股份制、股份合作制等营利性医疗机构，也可转为非营利性医疗机构”。

5. 营利性医疗机构除应向卫生行政部门登记申请《医疗机构执业许可证》外，“按有关法律法规还需到工商行政管理、税务等有关部门办理相关登记手续”。

**（三）医疗机构分类管理政策的制定与出台缺乏审慎，执行的结果也不尽如人意**

这一重大政策的制定与出台，一未经深入的调查研究；二未经广泛征求意见特别是卫生系统内各级领导和专家的意见；三未经科

学论证；四未经先行试点，即在全国范围内普遍推行（不仅在城镇，农村地区也在推行），因而导致了一系列的问题，值得认真总结经验教训。

1. 事业性质上的混淆不清。医疗事业是社会公益性事业，不以营利为目的。把医疗机构分为非营利性与营利性，从理论上、政策上和实践上均是难以说得通。

2. 工商登记上的困惑。营利性医疗机构经工商登记成为有限责任公司，变成了工商企业，显然与医疗事业的性质宗旨相悖。由此也必将会导致诸多的负面影响。

3. 两类医疗机构诸多待遇上的不公正。尤以税收优惠政策的待遇为甚。

#### （四）需要深入论证、思考的几个问题

1. 实施分类管理的必要性问题。缺乏充分的依据，必要性不大。既不适合我国国情，国际上也少有先例。我并不反对对极少数确以营利为目的的医院诊所可以定为营利性医疗机构，并可按工商企业进行登记管理；但对绝大多数民营医疗机构不宜定为营利性机构，也不宜进行工商登记。

2. 关于医疗机构设立的宗旨、经营目的和功能任务。不论是何种类型的医疗机构，原则上都应属于社会公益性事业，都应“为社会公众利益服务而设立和运营”，都应“无偿承担预防保健、健康宣教和政府指派的公益性任务”。既然如此，就不应以此去划分所谓非营利性与营利性。

3. 关于民办医疗机构投资者的回报问题。首先，投资者应该获得回报，但这种回报主要的应该是社会效益；第二，为此，应该把医疗机构实际运营中的收支结余，主要用于发展事业，不宜鼓励“分红”；第三，民办医疗机构在扣除各项成本、预留发展基金以及按照国家有关规定提取其他必需的费用后，出资人要求从结余中取得合理回报的，可以允许，但须参照《民办教育促进法实施细则》制定相应法规，加强管理。

4. 关于工商登记注册问题。除极少数以盈利为目的的民办医疗机构和中外合资医疗机构应进行工商登记外，其他各种民办医疗机构均不应进行工商登记。至于是否进行民办非企业单位登记，也值得商榷。那种重复登记、多头领导的做法，未必是加强管理的

良策。

5. 当务之急需要立法。建议应参照《民办教育促进法》，争取国家出台一部促进民办医疗事业发展的法律或法规。

## 二、关于医疗机构的税收政策

(一) 早在建国之初我国政府就制定了鼓励医疗事业发展的免税政策。

为此，中央政府连续颁发了一系列重要文件，其中最重要的有以下三个文件：

1. 1950年11月17日中央财政经济委员会以财经计（财）字第5242号发布的关于医院诊所免征工商业税的规定。

2. 1951年2月15日中央财政经济委员会（51）财经私字第20号《关于医院诊所一律不进行工商登记的函》。

3. 1955年12月21日由财政部、卫生部、中央工商行政管理局联合发布的《关于医疗机构免征工商业税的通知》。

几十年来，许多卫生事业管理工作对国家实施医疗机构不进行工商登记、免征工商业税的政策多已知晓，但对这一政策的由来特别是上述三个文件却鲜为人知。

应该指出，上述对医疗机构不进行工商登记、免征工商业税的政策，是建国初期经李德全、贺诚、苏井观、贺彪等卫生部的老领导、老卫生管理工作者的积极努力争取，由中央财政经济委员会（陈云同志为主任）研究决定的，可谓来之不易。当时之所以要制定这一政策，是基于对医疗事业性质的判定，即医疗事业是不以盈利为目的的社会公益事业，不是工商企业。这一政策从建国初期一直执行了五十年。直到2000年实施新的医疗机构分类管理制度后才予以改变。

令人颇感遗憾的是，这一政策的改变，是在上述“四未”的情况下由卫生部率先提出并联合有关部门出台的，而且联合的部门之多、出台速度之快更是前所未有的。当时，卫生部为何要如此急迫地改变半个世纪以来一贯奉行的这一重要政策，实在令人难以理解！

(二) 现行的医疗机构税收政策

为贯彻国务院办公厅转发的《关于城镇医药卫生体制改革的指

导意见》，财政部、国家税务总局于2000年7月10日发出了财税

[2000] 42号《关于医疗卫生机构有关税收政策的通知》。该通知规定：

### 1. 关于非营利性医疗机构的税收政策

(1) 对非营利性医疗机构按照国家规定的价格取得的医疗服务收入，免征各项税收。

(2) 对非营利性医疗机构从事非医疗服务取得的收入，如租赁收入、财产转让收入、培训收入、对外投资收入等应按规定征收各项税收。非营利性医疗机构将取得非医疗服务收入直接用于改善医疗卫生服务条件的部分，经税务部门审核批准可抵扣其应纳税所得款，就其余款征收企业所得税。

(3) 对非营利性医疗机构自产自用的制剂，免征增值税。

(4) 非营利性医疗机构的药房分离为独立的药品零售企业，应按规定征收各项税收。

(5) 对非营利性医疗机构自用的房屋、土地、车船，免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。

### 2. 关于营利性医疗机构的税收政策

(1) 对营利性医疗机构取得的收入，按规定征收各项税收。但为了支持营利性医疗机构的发展，对营利性医疗机构取得的收入，直接用于改善医疗卫生条件的，自其取得执业登记之日起，3年内给予下列优惠：对其取得的医疗服务收入免征营业税；对其自产自用的制剂免征增值税；对其自用的房屋、土地、车船免征房产税、城镇土地使用税和车船使用税。3年免税期后恢复征税。

(2) 对营利性医疗机构的药房分离为独立的药品零售企业，应按规定征收各项税收。

### (三) 几点看法

1. 新的税收政策与以往的税收政策相比，非营利性医疗机构的免税优惠政策基本未变；但对营利性医疗机构的税收同工商企业基本相同，虽然有些优惠，但优惠期只有3年。

2. 按现行政策规定，营利性医疗机构需要缴纳营业税、增值税、企业所得税、个人所得税、城镇土地使用税、车船使用税、印花税、关税和土地增值税（如发生有偿转让土地使用权时），此外还须缴纳非税财政收入项目如教育附加，以及地方规定的其他税费

(如水利承包建设基金、地方养老基金、地方教育费附加等)；而非营利性医疗机构则免征除个人所得税以外的各项税收。

3. 一些调查资料显示，营利性医院各项税收总额，有的占医院年营业额的 10.6%，等于该院的利润率，也就是说全部利润都要用于纳税；有的医院的税收负担甚至超过了医院的毛利率，全部利润用于纳税仍有缺口。可见，民营医院的税负显然过重。

4. 营利性医院税负过重问题，待到 3 年的优惠期满后，将会有更为强烈的反响，并有可能导致所谓的“上有政策，下有对策”。有迹象表明，现在已经出现了这种苗头。

5. 营利性医院不仅税负过重，而且要想成为政府核定的基本医疗保险定点单位，也远比非营利性医院困难得多。

6. 营利性和非营利性医疗机构的划分，虽应遵循“自愿选择与政府核定相结合”的原则，但一般民营医院都很难被核定为非营利性医疗机构。调查资料显示，目前，各地的民营医院绝大多数都情非所愿地被核定为营利性（约为 85% 左右），被政府核定为非营利性的民营医院，仅占民营医院总数的 13%。

7. 即使是被核定为营利性的民营医院，其中大多数实际上仍然属于社会公益性事业，仍要承担诸多的社会功能，甚至还要承担或多或少的贫困患者减免和医疗欠费。因此在税收政策上理应享受与公立医院的同等待遇，以体现税收制度中最基本的公平公正原则。

8. 总而言之，医疗机构包括民办医疗机构，如同民办教育一样，不是工商企业，不宜进行工商业登记，也不宜按工商企业一样征收税款。在管理上应归口到卫生行政部门。现行的医疗机构分类管理政策和税收政策应该进行调整，除对极少数确以盈利为目的的医疗机构（例如中外合资医疗机构）仍按工商企业征税外，对所有“为社会公众利益服务而设立和运营”的不以盈利为目的的公立和民办医疗机构均执行相同的税收优惠政策。果能如此，不仅能为民办医疗机构创造宽松的政策环境，体现国家对民办医疗卫生事业的扶持，而且也有利于调控医疗收费的过快增长，从而减轻广大人民群众的负担。

以上只是个人意见，一家之言。不当之处，敬希批评指正。

## 应为民营医疗机构的发展打 造宽松的政策环境

2005年8月

—

发展民营医疗机构，无论是发展中国家还是发达国家都是一项重要政策。因为它有助于增强卫生事业投入，补充政府财政之不足；有利于引进竞争机制，促进公立医疗机构改善服务态度，提高医疗质量；有利于人民大众获得便捷、高效、优质的医疗服务。

发展民营医疗机构在我国尤其重要。因为我国是一个人口多、底子薄、生产力低下、医疗资源匮乏、长期实行以经济建设为中心的发展中国家，政府不可能把医疗服务事业完全包下来。为了适应和满足人民群众对医疗服务的需求，从党的十一届三中全会以来，我国政府陆续出台了发展民营医疗机构的政策，先是“允许个体行医合法存在”，继而提出“支持个体开业”，接着又明示“积极拓宽卫生筹资渠道”。《国家经济和社会发展第十个五年计划纲要》就更加明确地提出：“坚持多渠道、多形式筹集资金，发展卫生事业，实现市场机制与政府宏观调控的有机结合，优化卫生资源配置，鼓励卫生机构围绕质量和效率开展竞争，逐步形成公有制为主体、多种所有制并存、共同有序发展卫生事业的新格局。”这表明民营医疗机构的发展已上升到国家整体计划的水平。

但是，民营医疗机构发展的客观事实是不尽如人意的。据有关部门统计，截至2002年底，全国民营医院才有1792家，仅占全国医院总数10.04%；拥有床位更少，仅占全国医院床位数3.50%；拥有卫生人员数比例更低，仅占2.00%。这就是说，20多年来民营医疗机构虽有所发展，但还相当滞后，从整体上看，还没有形成与

公立医疗机构共同有序发展的新格局。

## 二

为什么我国民营医疗机构发展比较缓慢，近来，我与医院管理界的同仁以及几家民营医院领导人接触交谈，大家都认为主要是政府对民营医疗机构的宏观调控政策不尽合理，有失偏颇，以一句话概括，就是对同样属于社会公益事业的民营医疗机构完全实行了市场化管理，未能给予和公立医疗机构相同的政策待遇，把它推向了市场化、商业化。

2002年2月，国务院体改办等八部委局出台的《关于城镇医药卫生工作体制改革的指导意见》，随后由卫生部等四部委局发布的《关于城镇医疗机构分类管理的实施意见》以及相关配套文件，从形式上看，应该说是提出了一些促进医疗事业发展的新思路、新办法。可是，它一出台就遭受业内人士质疑和批评，实行四年更是矛盾百出，议论纷纷。有人说，它是把美国医疗卫生政策搬到了中国，完全脱离了中国国情和实际。我个人认为，它的不合理和难以实行之处主要有以下三点：

### 1. 分类不恰当

从经济学观点看，医疗机构分类应当以产权（所有制形式）属性来划分，可使人一目了然，不会产生歧义。中国传统如此，外国也多是这样。现在改为非营利性 with 营利性，以收支结余是用于医院自身发展还是作为投资者的经济回报为标尺，核定医院类型，不能反映产权（投资者）属性，模糊了投资者面目，不利于追究其责任行为；而对民营医疗机构又往往会产生负面影响，人们一看是营利性医院就认为它是以赢利为目的，就会影响对它的信任，这对民营医院是极其不利的。所以，许多民营医院在注册、登记时都千方百计申请登记为非营利性的，有些已被核定为营利性的又千方百计要求改为非营利性的。这实际上是对这种分类法的否定。除产生混乱外，别无好处。

### 2. 事业性质上的混淆不清

1997年1月，中共中央、国务院发布的《关于卫生改革与发展的决定》明确指出：“我国卫生事业是政府施行一定福利政策的社

会公益事业”。这个定性是经长期反复研究论证确定的。它既是基于我国社会的基本制度，又是结合我国的国情，也符合国际惯例，是完全正确的。这个定性应该适用于社会主义初级阶段的整个过程，不应因市场经济的发展而有所改变。这个定性应包括整个卫生事业和卫生机构，既包括卫生预防机构，也包括医疗保健机构；既包括公立医疗机构，也包括民营医疗机构。“政府施行一定福利政策”可能对公立医疗机构偏多一些，而“社会公益性”则包括所有医疗机构。民营医疗机构在产权（所有制）属性上与民营企业相似，同属于非公有制经济，而事业性质和经营性质上则与民办教育相同，同属于社会公益性事业。把民营医疗机构界定和核定为营利性的工商企业，显然背离了党中央、国务院对卫生事业性质的确定，也不符合实际情况。据浙江省温州市和广东省东莞市的调查，民营医疗机构担负着社会公益任务的支出并不比公立医疗机构少，一般都要占到年收入的1%以上。现行的分类法则是把民营医疗机构排斥在“社会公益性”之外，这是很不合理的。

### 3. 待遇上的不公正

由于把民营医疗机构都定为营利性，在政府给予的待遇上就与公立医疗机构截然不同，既要向工商管理部门登记，成为医院（诊所）有限公司，由其按工商企业一样进行管理；又要交纳营业税、企业所得税及其他各种税费，加重负担；加上地方保护主义，公立医院的挤压，许多民营医院需要应付多方，生存和发展困难重重。有人把这种状态形容为“在夹缝中过日子”。据有关部门在福建、广东、浙江三省调查7家“营利性”医院，应缴纳税费达五六种之多，每年纳税支出占业务支出的比例，最低的是5.32%，最高的达7.87%。而大多数民营医院又不能享受“医保定点医院”待遇。为了生存和发展，不少民营医院不得不把政府对他们的“不公正”、“不公平”负担转嫁到患者身上，吃亏的还是老百姓。这样做，对许多民营医院来说并非所愿，他们频频呼吁政府应该改善其经营发展的政策环境。

## 三

尽管民营医院发展有如此多的困惑，但据有关方面反映，医疗

服务行业仍然是民间资本投放的热土。种种迹象表明，随着国家政策开放工作的进一步深入和扩大，国内、国外民间资本投入我国医疗服务业已进入活跃期，有人把这称为“资本的躁动”。这是因为医疗行业作为资金的运营，不仅风险小，有利可图，而且有着广阔的市场前景。有人把中国与美国的医疗消费做了如下比较：

目前中国年人均医疗消费只有 31 美元，而美国则高达 4090 美元，是中国的 130 倍。在美国，医疗消费占了国民生产总值的 14%，而中国这一比例仅 3.5%。美国现在医疗卫生方面消费的总金额大约为 1 万亿美元，而中国现在仅占 400 亿美元（是美国的 1/25）。以中国国民生产总值达到 10 万亿美元计算，只要医疗消费能占到 10%，就是万亿美元的市场，这对于投资者是多么大的诱惑！这种比较是否恰当，值得商榷。但中国的医疗服务业对民间资本确有很大诱惑力。近几年来，各地民营医院越办越多，规模越来越大，许多地方已把创办医院当做民间资本涌进的新渠道和新模式。这对于迅速解决我国医疗资源紧缺问题是必要的、有益的。但是，我们必须看到，发展民营医疗机构也是一把“双刃剑”，搞好了，可以缓解人民群众“看病难”的问题；搞不好，则要加剧“看病贵”的矛盾，关键是如何利用和管理，使它发挥积极作用而不产生消极影响。这就是说，对于民间资本是否准入，如何利用和管理，则应根据各区域医疗规划和需求等具体情况，根据投资的目的、性质和条件的不同，在政策上应区别对待。

对此，我的总体想法是：依照前面所述的《国民经济和社会发展规划第十个五年规划纲要》对卫生工作的提示，改善政府宏观调整政策，把民办医疗机构当作社会公益事业引入健康有序的发展轨道，发挥其积极性，限制其消极性。具体做法可先从以下两个方面做工作：

首先是，国家应参照《中华人民共和国民办教育促进法》制订公布一部“民营医疗机构促进法”，对民办医疗机构的体制、性质和管理作出原则规定。我觉得，2002 年 12 月 28 日公布的《民办教育促进法》有几条规定完全可以移用到民办医疗事业上，对其进行规范。

其一，“国家机构以外的社会组织或个人，利用非国家财政性经费，面向社会举办学校及其他教育机构，统称民办教育。”

其二，“民办教育事业属公益事业，是社会主义教育事业的组成部分。”

其三，“设立民办学校应当符合当地教育发展的需求，具备教育法和其他有关法律、法规规定的条件。”

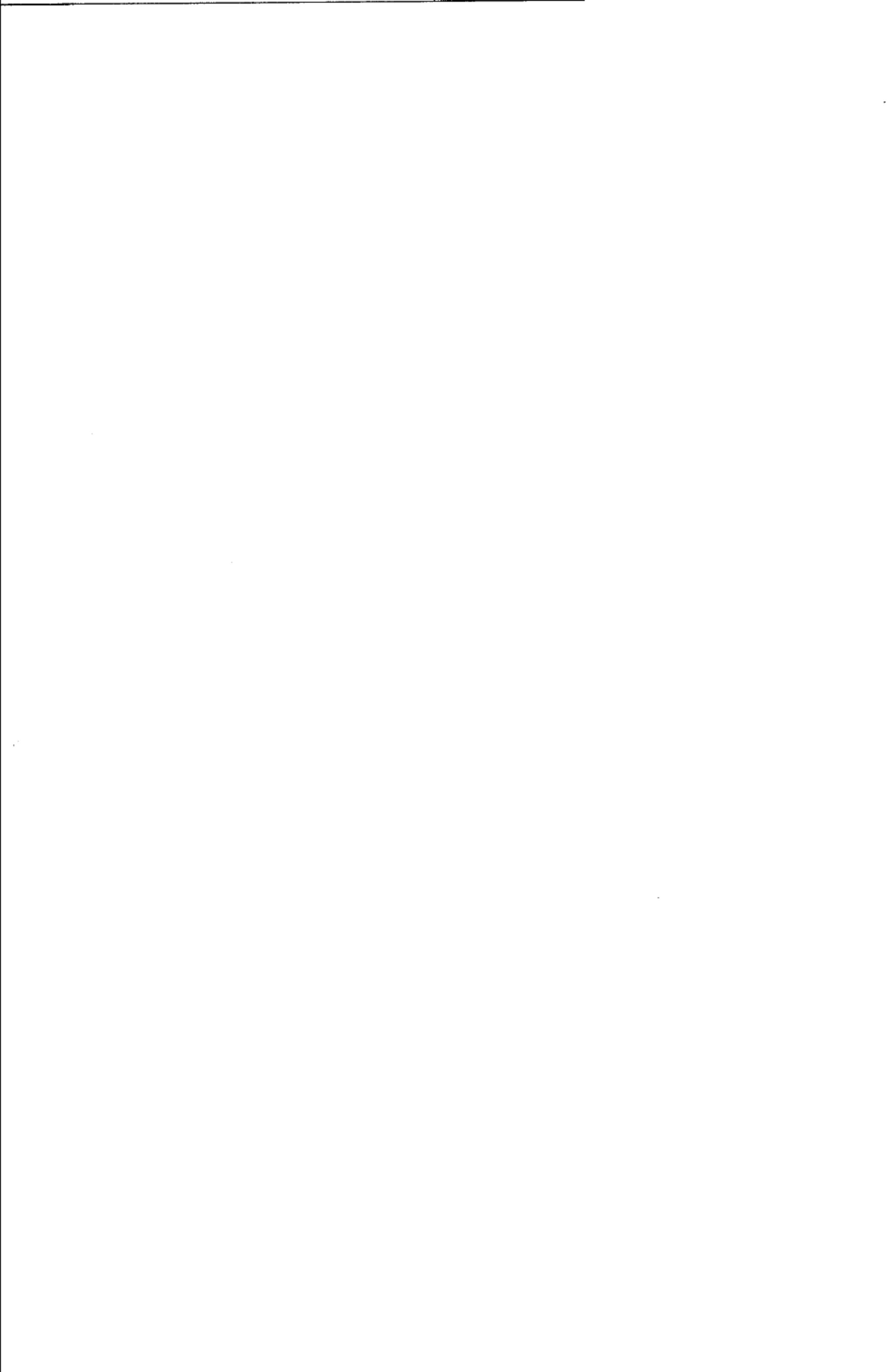
其四，“民办学校享受国家规定的税费优惠政策。”

其五，“民办学校在扣除办学成本、预留发展基金以及按照国家有关规定提取其他的必需的费用后，出资人可以从办学结余中取得合理回报。”

这五条完全可以将目前实行的医疗机构分类管理带来的混乱现象予以澄清，将民办医疗机构存在的困惑予以解决。

其次是，各级政府卫生行政部门依法担负起规划、准入、监管的责任。规划，就是按照本地的医疗资源配置情况、疾病发展趋势和人民群众对医疗保健工作的需求，制订出医疗机构发展规划。准入，就是按照规划对民间资本和民营医疗机构实行准入制度，根据缺什么补什么的原则，符合发展规划，符合医疗卫生及其他有关法律、法规条件的就准予进入设置，不能盲目开放。监管，就是依照法律、法规对民营医疗机构的行为进行监督与管理，对其违法违规，有损人民群众和国家利益的行为及时进行处理。

总之，民营医疗机构同样属于公益性事业，各级政府应像对待公立医疗机构一样，为其打造宽松的政策环境，以利于民营医疗机构健康、有序地发展。



# 第四篇

---

## 医风医德建设篇

## 积极开展创建文明医院活动 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。

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，十一届三中全会以后，特别是在中央提出开展“五讲四美三热爱”活动和“文明礼貌月”活动以来，各地医院都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，大批医务人员走出医院，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

\* 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。

时，开展社会调查，扩大预防，帮助基层医院提高技术，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，努力改善服务，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：

1. 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。

2. 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”的观念，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。

3. 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。

4. 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。

5. 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、在治理医院“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，乱开不必要的药品，乱做不必要的检查，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。某些医院领导同志带头搞社会主义精神文

明建设的自觉性还不高，主动性还不够强。这是应当引起严重注意的。

十一届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的性质。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以待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的好转，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医院工作人员的精神污染，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，不准以权谋私，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，是医院工作的第一线。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”，让病人看得上病；二是要加强门诊急诊技术力量特别是主治医师以上技术骨干的配备，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，改善急诊条件，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

抢救危重病患者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机构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得上病、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，是所有医院特别是大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、承担检验检查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地开展，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，是医院建设发展的长远战略方针。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。

为此，首先要继续加强思想政治工作。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前列，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。

要从本地区、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月标，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。

## 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。

抵制和清除精神污染，对于办好医疗卫生机构，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根本宗旨和办院方针的需要。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。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

\* 此文原载于《中国医院管理》1984年第3期。

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。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谋私利，吃请收礼。有的存在着“一切向钱看”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。

全心全意为人民服务，是共产党人和国家工作人员的天职，是我们各项工作的出发点和落脚点。我们社会主义国家的医院，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”。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。

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。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，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最好的抵制。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，必须拿起批评和自我批评的武器。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。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。

## 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规章制度和职业纪律。

全心全意为人民服务是医院工作的根本宗旨。我们社会主义国家的各级医院，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、制度和管理工作中存在的各种弊端，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，坚持五讲四美三热爱，综合治理脏乱差，整顿工作秩序，健全规章制

\* 此文原载于《中国医院管理》1985年第2期。

度，加强思想建设、医德医风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。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，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，十分可喜。但是也必须看到，在我们医务界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，甚至严重违法乱纪，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。

我们提倡在医务人员中间树立崇高的理想、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价值。”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，也得体现价值，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，只能是损害广大群众的根本利益。

我们提倡在医务人员中间树立崇高的理想、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，要坚持纠正。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，越要严格遵纪守法。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。

古人云：“道也者，不可须臾离也。”在今天，我们所说的“道”，就是建设具有中国特色的社会主义社会，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。

## 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，一是要坚持不懈地抓好文明医院建设，培养和树立良好的医德医风，切实改善服务态度，提高医疗质量，让社会满意，让老百姓满意；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；不抓改革，就不可能促进医院的发展，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。医疗卫生系统精神文明建设和改革是长期的任务，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。为了加快医疗立法，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，制定了规划，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，开展以提高医德素质、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获得丰硕成果的体现。

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”，索贿受贿者也有之……所有这些都是医德欠缺和医风不正的表现，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上，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，甚至流于形式。因此，如何更广泛地普及医德教育，把医德教育引向深入和持久，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。这种教育要和理想、道德、纪律教育结合起来，要和制定和实践医德规范结合起来，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。

## 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，使医院改革和文明医院建设相互促进，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制度和评审办法。经过评审确定的“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，推动医院的全面整顿、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审制度，使医院的经营管理、医疗质量、服务水平接受客观评价。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，不

\* 这是作者1988年4月就文明医院建设问题代卫生部撰写的一份指示性文件。

断完善。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

创建文明医院，必须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、评价、奖罚的主要指标之一。要狠抓岗前教育这一环，使之规范化、制度化。要注重青年医护人员的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和学术活动，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。制订的质量指标要具体、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，为增强医疗发展的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。要加强门诊、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，各级医院都必须扎扎实实做艰苦细致的工作，不得搞形式主义，更不准弄虚作假。要在便民利民、提高服务质量上多下功夫，在落实知识分子政策、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评审方法，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。以院长为核心的领导班子，必须带领全院员工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。对于被评定为文明医院、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。

## 深化医院改革必须切实端正医德医风\*

——在全国计划单列市卫生局长  
第四次联席会上的讲话（摘要）

1988年8月

在此次会上，许多同志反映，医院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，我们长期缺乏认识，教训不少，因此，必须重视和加强经济管理。当前，要逐步解决医务劳动价格过低，背离价值规律的问题，这方面要多做调查研究，采取一些必要的措施；并且要多做宣传，取得社会的同情、理解和支持。

有些事情单纯卡是卡不住的。即使是卡，往往是上面有政策，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

\* 原载《中国医院管理》1988年第11期。

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。

对在职医务人员搞业余服务必须严格限制，严加管理。业余服务必须由医院有领导、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，不得到处走穴。个别人必须外出要经医院领导批准，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；有的人到处走穴，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。这种情况应当坚决制止。在这方面，国务院和卫生部的态度很明确。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，严加管理，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和医务人员的声誉，越要注意社会主义国家医务工作者的美好形象。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，邓小平同志在几年以前就讲得很明确，要以社会效益作为唯一的标准。所谓唯一，就是只此一个标准别无其他；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，保护人民健康，让老百姓满意，社会满意。

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。

目前，社会上对医院有很多反映和意见。集中起来有两条，一是收费高，二是医德医风不好。对这两条意见一定要高度重视。当然，各地医院总的情况是好的，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严重事故，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，另一名脱岗到外边走穴搞“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。这完全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，是当代医务工作者的天职。旧中国的医生尚讲医德、讲良心，资本主义国家也讲，我们社会主义国家的医院就更应讲医德。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，这是绝对不能令人容忍的。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走穴搞“业余服务”，这些都反映了医院管理上的严重混乱。

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、医疗质量以及医、教、研任务都受到冲击，搞得秩序紊乱，质量下降，人心涣散，心不在院。有人热衷于“一钱”一“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，成了倒卖病人的“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。我完全赞成隋校长的意见。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、搞创收比较重视，但对抓政治思想、抓医德医风却不那么起劲，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端正医德医风上下功夫，在改善服务态度、提高医疗质量上下工夫。

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，基本上完成得很好，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，是不可想象的。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、利欲熏心，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，严重损害了我们医疗卫生队伍的形象，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。但从卫生部门来讲，决不能消极等待。要像抓改革那样抓医德医风建设，要像抓经济管理那样抓医疗服务质量管理。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。我们计划制定一个《医院工作人员医德规范及实施办法》，已起草一年了，现在还在修改中，争取尽快发布实施。1987年在宁波召开的全国文明医院建设研讨会上，我们还搞了个《医生誓言》，作为医生自律的规则。这种自律规则，古代曾有、外国也有，但我们国家现在还没有。对此，尚有争议，准备进一步征求意见，展开讨论。总之，要采取各种办法，把医德医风建设引向深入，以保证医院改革沿着正确的方向前进。

## 医务人员医德规范及实施办法

1988年12月

**编者按：**这是作者主持起草的《中华人民共和国医务人员医德规范及实施办法》，于1988年12月15日由卫生部以（88）卫医字第40号通知发布施行

**第一条** 为加强卫生系统社会主义精神文明建设，提高医务人员的职业道德素质，改善和提高医疗服务质量，全心全意为人民服务，特制定医德规范及实施办法（以下简称“规范”）。

**第二条** 医德，即医务人员的职业道德，是医务人员应具备的思想品质，是医务人员与病人、社会以及医务人员之间关系的总和。医德规范是指导医务人员进行医疗活动的思想和行为的准则。

**第三条** 医德规范如下：

（一）救死扶伤，实行社会主义的人道主义。时刻为病人着想，千方百计为病人解除病痛。

（二）尊重病人的人格与权利。对待病人，不分民族、性别、职业、地位、财产状况，都应一视同仁。

（三）文明礼貌服务。举止端庄，语言文明，态度和蔼，同情、关心和体贴病人。

（四）廉洁奉公。自觉遵纪守法，不以医谋私。

（五）为病人保守医密。实行保护性医疗，不泄露病人隐私与秘密。

（六）互学互尊，团结协作。正确处理同行同事间的关系。

（七）严谨求实，奋发进取，钻研医术，精益求精。不断更新知识，提高技术水平。

**第四条** 为使本规范切实得到贯彻落实，必须坚持进行医德教育，加强医德医风建设，认真进行医德考核与评价。

**第五条** 各医疗单位都必须把医德教育和医德医风建设作为目标管理的重要内容，作为衡量和评价一个单位工作好坏的重要标准。

**第六条** 医德教育应以正面教育为主，理论联系实际，注重实效，长期坚持不懈。要实行医院新成员的上岗前教育，使之形成制度。未经上岗前培训不得上岗。

**第七条** 各医疗单位都应建立医德考核与评价制度，制定医德考核标准及考核办法，定期或者随时进行考核，并建立医德考核档案。

**第八条** 医德考核与评价方法可分为自我评价、社会评价、科室考核和上级考核。特别要注重社会评价，经常听取患者和社会各界的意见，接受人民群众的监督。

**第九条** 对医务人员医德考核结果，要作为应聘、提薪、晋升以及评选先进工作者的首要条件。

**第十条** 实行奖优罚劣。对严格遵守医德规范、医德高尚的个人，应予以表彰和奖励。对于不认真遵守医德规范者，应进行批评教育。对于严重违反医德规范，经教育不改者，应分别情况给予处分。

**第十一条** 本规范适用于全国各级各类医院、诊所的医务人员，包括医生、护士、医技科室人员，管理人员和工勤人员也要参照本规范的精神执行。

**第十二条** 各省、自治区、直辖市卫生厅局和各医疗单位可遵照本规范精神和要求，制定医德规范实施细则及具体办法。

**第十三条** 本规范自公布之日起实行。

## 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

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”，“全心全意为人民服务”的精神，就是要有“对工作极端负责任”、“对技术精益求精的”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，最根本的标准就是要看是否坚持救死扶伤的社会主义人道主义精神，全心全意为人民服务。如果一个医院不能坚持

\* 这是作者为《健康报》撰写的社论。

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工作者。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。这是我们这支队伍的主流，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思潮的影响，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。主要表现在：一是服务态度不够端正，对待病人有冷、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种倾向反映了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，大抓医疗卫生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，持续不断地抓，一时一刻也不能放松。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”，为广大人民谋利益。对于我们医务工作者来说，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，就是要真正发扬“毫不利己专门利人”、“对工作极端负责任”、“对技术精益求精”的精神，切实改善服务态度，提高服务质量。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。我们要努力实践这一光辉题词，发扬老一代医务工作者的光荣传统，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，作出新的更大的贡献。

## 公民道德规范在医疗机构中的实践\*

——再访东莞东华医院的感受与启示

2002年3月

前不久，党中央颁布了《公民道德建设实施纲要》，以20个字高度概括和确立了我国公民道德建设的基本规范，即：爱国守法，明礼诚信，团结友善，勤俭自强，敬业奉献。这是精神文明建设的精髓。全面地持久地实行这个纲要，将会大大地提高我国人民的思想道德素质。

公民道德规范如何在医疗服务机构中实践和体现，并把它与加强医院管理和改善医疗服务活动结合起来成为一种巨大的动力，我们参观访问东华医院得到了一些感受和启示。

### (一)

东华医院是香港实业家李胜堆先生于1995年投资创办的民营医院。李先生创办这所医院的初衷，一是为了回报国家，造福乡梓；二是为了开创一个新的体制，把传统的医道医德和现代的科学管理结合起来，促进医疗服务事业健康发展。因此，在医院开业之初，即明确宣布三条：一条是经营思想：关爱生命，报效桑梓；一条是经营目的：给社会公众提供医疗保健服务，业务收入盈余仍用于发展医疗卫生事业；再一条是经营原则：严格遵守国家的政策法规，包括收费标准、管理办法以及药品招标采购、病人选医生等都坚决按照国家规定办事。

他们这种爱国守法精神还表现在对医护人员的要求上，只允许医务人员给一些贫困患者以捐助，绝不允许医务人员接收病人的红包和礼品。这不仅表现在平时医疗工作中，就是过年过节也是如

\* 此文原载于《中国医院》2002年第4期。

此。1998年除夕，一位母亲陪着患病的儿子在东华医院儿科度过，翌日上午为了表示对医护人员的慰问，她悄悄地给几位尚未成家的护士送上红包，在这特殊的场合和时间里，姑娘们没有当面拒绝，为的是不要让对方增加一点点不安。但当孩子康复出院时，这位母亲却发现，退回的住院押金多出了几百元钱，原来，姑娘们悄悄地把那位患儿母亲给的红包交到收费处，替患儿补交了住院的押金。

## (二)

明礼诚信，是处理人际关系的基本信条。体现在医疗工作领域，就是要正确处理医患关系，对病人施以仁心仁术。东华医院在建院伊始，就明确提出“病人至上”的理念，要求全体员工时刻记住“病人的生命永远是至高无上的”，“病人的需求就是我们的追求”，并响亮地提出“病人第一、质量第一、信誉第一”为办院宗旨。

东华医院领导认为，病人是身心遭受疾病折磨，渴望解除痛苦，挽救生命，恢复健康，提高生活质量的特殊群体。因此，我们不仅要追求最佳的治疗效果，也要关心病人的就诊过程，做到全程优质服务。这是医院每个职工的基本目标。在东华医院常常见到这样的场面：载着重病人的车辆刚停靠在医院的大门口，首先冲到车前，打开车门，扛起担架把病人送到急诊科的，往往不是急诊科的医生和护士，而是大门口值勤的保安人员。虽然他们没有受过专门的救护训练，但他们都知道，时间就是生命。保安员如此，真正的医护人员就可想而知。有一天，急诊科马主任已经连续上班十几个小时，但临下班前，又接到出诊电话，二话不说，他立即前往病人家中。当他亲自从七楼把老年病人背下楼，送上救护车安放停当时，自己也几乎要晕倒。但为了病人的生命，他又抖起精神立即实施抢救。

这，就是对生命的关爱。

社会上常有人议论医疗行业“门难进，脸难看，话难听”。但在东华医院你看不到这种现象。一踏进门诊大厅，就看到身佩鲜红绶带、秀丽端庄的导诊护士笑脸相迎，耐心解答患者提出的各种问题，使患者一进医院大门就被关心，受尊重。为了让患者在就诊过

程中得到满意的服务，他们还想方设法改善就医环境：整个门诊大厅共设有三个收费处，十三个收费窗口，八个取药窗口。以及“一医一患一诊室”，并根据病人就诊的特点，机动灵活地安排上、下班人员，以解决就诊高峰期排队长的问题。从而消除了“三长一短”现象。

在病房，经常可以看到院领导或医院其他管理干部带着一束鲜花、一篮水果，慰问那些特别需要关心的病人。尤其是春节，为了消除病人及其家属在医院过年的烦恼无奈心情，每年大年初一早上，医院董事局主席和院长都要带领有关人员，来到每一位病人的床前，送去“过年利是”和慰问品。

东华医院的明礼诚信，还表现在对弱势患者群体的同情上。为了照顾那些收入偏低的本地居民和打工人员有病能够及时就医，医院专门开设了简易病床和留观病床，并制订“优质平价”经营策略，尽可能减轻患者的经济负担。此外，还实行了对本市65岁以上老人免交诊金服务。更可贵的是，作为一个没有政府补助的私营医院，还做了许多人道主义的医疗救助工作。不久前，一位街道居民给该院送来一个严重烧伤、生命垂危、被弃于路旁的幼儿，经过检查，发现患儿身上敷有磺胺密啶银药粉，由此判断已经在某医院初步治疗，可能是外来打工人员由于经济困难交不起昂贵的治疗费而将幼儿弃于道旁。东华医院本着“关爱生命”的宗旨，将这个患儿收容下来先予以积极治疗，耗资数万元将其救活。至今这个患儿仍住在医院，等待着政府民政部门的收容安置。

### (三)

正是由于在医疗服务上做到了明礼诚信，赢得了广大人民群众的赞扬与好评，到东华医院就诊的患者日渐增多，从1995年7月到2001年年底，该院共接诊门、急诊病人267万多人次，年平均增长率达到36.8%；出院病人共计6万人次，年均增长38.9%；健康检查23万人次，年均增长率为42.7%。病床使用率长期保持在100%以上。这说明东华医院在医疗市场上的竞争力越来越强，广大人民群众对东华医院的信任度越来越高。

其所以能够获得如此的成就，主要原因是从医院领导到每个职

工都在“病人第一、质量第一、信誉第一”的办院宗旨的引导下，高度发扬了“勤俭自强”和“敬业奉献”的精神。

这方面也有许多生动的事例：

1999年上半年，该院儿科和骨科提前进入业务高峰期。最忙的时候，病床使用率达到150%以上。而且，儿科每天都有将近20个病人出入院。病人多，小儿病情又多变，有时还要应对病人家属的种种咨询和意见，工作量是相当大的。医护人员为了让病人及其家属满意，他们天天坚持晚上加班，白天查房处理医嘱，晚上巡视查房后整理病历。其结果是，三个月入出院病人达到800多人次，没有一个投诉的，病人满意度和医疗质控检查均达到最优。

像这种情况，在东华医院比比皆是。星期天是大家休息的时间，而东华医院门诊，却是最忙的时候，平时没时间上医院就诊的患者都会选择这一天到医院找医生。为了能使病人得到更好的诊治，医院每周日都要从病房抽调专家教授支援门诊。这一天，病房的医生都在七点半以前上班，提前查房，把医嘱开好，八点半以前赶到门诊。有时正在门诊接诊的医生还要应付随时出现的急会诊。临时抽调人员顶替门诊工作更是经常之事。对于这样情况，大家都毫无怨言，总是随叫随到。因为他们都有一个共同的信念：病人至上。绝不能委屈了等候在那里的病人。

为了保证医疗质量，尽管工作忙，但大家时刻不忘加强业务学习，不断提高自身的业务素质。除了积极参加医院组织的全院性学术活动和科室组织的业务学习之外，各科医护人员还利用晚间到科室自觉学习业务，这已蔚然成风。因为他们都知道：只有不断扩大知识领域，提高科技水平，才能更好地为病人服务。这种自强不息，敬业献身的精神在东华医院极为强烈。

#### (四)

东华医院的医务人员为何能够拥有如此忠诚于医学科技事业、如此关爱病人生命呢？该院院长李镜波的答复是：源头在于医院认真施行了以人为本的医院文化建设，对全体员工做到了“团结友善”。

东华医院的文化建设，不是到处张贴着一些概念化的标语口

号，而是充分关注医务人员作为普通人的基本需要和作为知识分子的特殊需要，从生活的点点滴滴开始，全方位展开；目标是，要使每一位员工都能在这里找到“家”的感觉，并愿意像对待自己的“家”一样，为她默默奉献。

东华医院的员工，来自除台湾、西藏之外的全国各地。为使他们真正视院为“家”，医院想尽办法，尽可能地解决他们生活中遇到的各种实际问题。

首先是投资几百万元建造了六幢共二百余套家属住宅，并以低于市场近50%的价格出售给员工。现在，绝大部分员工都住上了宽敞明亮的房屋，拥有了一个属于自己的、名副其实的家。

其次是，积极想办法解决员工子女就学问题。到目前为止，全院员工的学龄儿童几乎都已在东莞市内的各中小学就学。

再次是，设法解决外地员工户口迁移和工作关系调动问题。现在所有业务骨干和大部分能办理调动手续的员工户口和工作关系都得到顺利解决。

为彻底解除他们的后顾之忧，医院还每月为每个员工出资100元办理养老保险，保证他们在将来老有所养。同时，按照高于本地同等次国有医院职工医疗费用标准，提供医疗保障；并为他们的子女和直系亲属提供医药费用补贴。

退休以后返聘到东华的老专家，除了享受职工都有的待遇之外，还免费为他们提供宽敞的套房、必备的生活用品和各种工作条件。

此外，还定期为全院职工免费体检，组织全院职工赴香港等地旅游，组织多种形式的文化娱乐活动……。所有这些，都使员工们感到“家”的温暖，培养起“家”的感情，激发出“爱家”、“兴家”、为“家”奉献的精神动力。正如一位返聘来的肝病老专家在医院领导为她过生日的晚会上所说：“东华给我这远方的游子以家一样的温暖，我爱东华，我将为东华的发展竭尽全力。”这句话代表了东华医院绝大多数员工的心声。

## (五)

该院李镜波院长总结六年多来的创业历程说，东华医院之所以

能够迅速崛起，发展成为拥有 400 张床位、530 名职工的现代化综合医院，主要经验有两条：一条是恪守了“病人至上”的办院宗旨；一条是实行了“以人为本”的内部管理。实际上是，他们在创办和管理这个医院的全过程中全面实践和体现了公民道德建设的基本要求。这是该院取得巨大成功的根本原因。

东华医院的经验告诉我们：搞好医院工作，抓紧硬件建设（有形资产）固然重要；但千万不能忽视软件（无形资产）建设。日本一位著名学者伊丹敬之说过这样的话：“无形资产是企业竞争力的真正源泉”。什么是“无形资产”，它包括技能、经验、形象和知名度等要素，而其中最重要的是办院宗旨、经营思想和从业人员的精神面貌和作风。在“有形资产”（亦即硬件建设）基本相同的情况下，“无形资产”（亦即软件建设）就要在市场竞争中起主导作用和决定作用。

打破垄断，引入竞争机制是建立社会主义市场经济体制的必然要求。随着社会主义市场经济体制的建立和医疗体制改革的深入，医院也都要面临着“优胜劣汰”的竞争。因此，我们特将东华医院的经验介绍给大家，以供参考。

## 仁心·仁术：医院文化建设的底蕴\*

——读《感悟》与《先知》两文的感想

2002年7月

医院文化是一种特殊的行业文化，内涵极为丰富，包括医院全体员工的价值观、道德观、使命感、科学技术水平和思维方法；包括医院领导管理人员的意志、心态、经营理念、管理方法和领导艺术；还包括医院的教育科研水平、文化氛围和环境设施。它是医院建设的一个重要方面，是一个医院的总体水平、综合实力在观念形态上的反映。医院文化建设状况如何，对于医院生存与发展起着至关重要的作用。

最近读到两篇文章，一篇是裘法祖的《六十年外科生涯的感悟》(以下简称《感悟》)，一篇是林钧才的《春江水暖鸭先知》(以下简称《先知》)，使我对医院文化建设有了更深的认识和思考。医院文化建设应当以培养和发扬人文精神为根本，围绕着“两个善待”进行，一是医务人员要善待病人，二是医院领导要善待医务人员。

裘老是中国科学院院士，著名外科学家，他所写的《感悟》，是以他从事外科医疗工作60年的经历，说明做一个医生必须具有的道德修养。他是1939年进入德国慕尼黑大学开始外科生涯的，工作一年后，他的导师才允许他做阑尾切除手术。当他做第三例阑尾切除手术时，病人是一位中年妇女，手术后第五天突然死去，尽管尸体解剖没有发现手术方面有什么问题，但他的导师紧盯住他的目光严肃而冷峻地说：“她(死者)是一个四个孩子的母亲啊！”这句话使裘老一生难忘，六十年来一直激励着他努力做一名医术好医德也

---

\* 此文发表于《中国医院》2002年第10期。裘法祖的《六十年外科生涯的感悟》刊登于《中国医院》2002年第7期。林钧才的《春江水暖鸭先知》刊登于《中国医院》2002年第9期。

好的外科医生。

裘老说，要做一个好医生，不仅要急病人之所急，还要想病人之所想，并且要设身处地把病人都当做自己亲人一样看待，这样，你在治疗时就会认真细致，尽量设法减轻病人的痛苦和负担。为说明问题，他举了几个病例：

“我曾遇到两位较年长的病人，都是在五六年由于乙状结肠扭转坏死，在切除坏死肠段后留下了人工肛门。我作了指检，发现直肠下端只有5~6厘米长，且呈萎缩状，再次手术难度很大。但考虑到病人痛苦，我还是费尽心机为他重建了肠道，使他们重新从原来的肛门排便。他们痊愈出院时都流下了感激的眼泪。”

“有一次，来了一位年轻女子，说她的粪便自阴道排泄。仔细检查后发现她的阴道后壁有一个拇指大的裂孔，与直肠相通，但边缘光滑，这是一个先天性缺陷。一般矫治这种缺陷，要做三次手术，即先作人工腹部肛门，暂时改变排便出口，然后再修补缺陷，半年后再关闭人工肛门，恢复正常通便。但为了减轻病人的痛苦和经济负担，我们决定只做一次手术进行矫治，手术前彻底清洁肠道，修补终于成功。使这个女子终于成为一个健康人，后来还结了婚有了一个幸福的家庭。几十年来，每逢春节，她都给我们寄来感谢信。”

“我们到过血吸虫病流行严重的农村，有不少晚期血吸虫病人，病人极度贫血消瘦，大量腹水和巨大脾脏使肚腹异常膨大，都丧失了劳动力，有的妇女还失去了生育能力，儿童发育很差体型都像侏儒。有效的治疗是切除脾脏，但由于脾脏巨大又多粘连，手术时出血异常严重，而当地又没有血源，无法输血。面对这种情况，为了挽救病人，减轻病人痛苦及负担，我们反复地认真研究了治疗方案，要求做到手术非常细心，操作极为谨慎，止血十分严格，在切除脾脏后立即收集脾内血液，重新输还给病人。结果很好。多数病人恢复了劳动力，不孕的女病人恢复了生育能力，侏儒样病孩在手术后一年即开始正常发育成长。”

读了这些事例，我不禁掩卷深思，什么叫仁心仁术？裘老的所作所为不就是鲜明的典范吗！如果我们的医务人员都能像裘老这样，那不知要挽救多少可以不死不残的人。

裘老的这个优良品德是怎样铸成的呢？据他自述主要是来自两

种文化的熏陶，一是60年前他的德国导师反复对他说：“一个医生的真正幸福，是用他自己的才智辛劳换来了病人的幸福。”一是中国古代名医孙思邈曾说过：“若有疾厄来求者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。”这说明世界文化虽然是多元的，但在医道医德上是一致的，都是以人为本，以爱为先。

如果说，裘老的《感悟》，是医生善待病人的范文，那林老的《先知》，则是医院领导要善待医务人员的范文。

林老今年83岁，从事医院领导工作先后达50多年，曾长期担任北京协和医院和北京医院院长，是周恩来总理生前最信任的一位老院长。《先知》这篇文章是写他20世纪50年代担任中国人民解放军南京军区总医院院长时抵制“反右”运动保护医务人员的事情。

1957年6月，全国党政军机关、学校、团体都毫无例外地放下日常工作开展“反右派分子”的斗争，而南京军区总医院却在执着地讨论医院管理问题。军区后勤政治部主任前来责问林钧才：“你们这里‘反右’斗争为何如此冷冷清清？”林说：“这里是医院，不是战场。”并且反问一句：“什么是右派分子？”那位主任说：“右派分子就是反党反社会主义要跟共产党争夺领导权的资产阶级分子。”林说：“按这个标准，我们这里一个也没有，我敢以我的党籍保证。”把那位主任顶了回去。

当时抓右派分子有一个内控指标，知识分子多的单位一般要抓出3%~5%，并且声称“抓不出右派分子的单位领导就是右派分子。”在这种政治高压之下，该医院政委拿出外科住院医师刘承基在鸣放小组会上发言的一段话——“不懂花的特点就种不出花，不了解医生的特点就培养不出好医生”，与林商量，可否认定这是“外行不能领导内行”攻击党的右派言论？林说：“刘承基我了解，他不会反党，他的那些话有什么错，我们不能断章取义，以言定罪”。政委被他说服了，使该院唯一要定性的右派也被否定了。最终在这个知识分子成堆的原为国民党时期中央医院的近千人的大医院里没有一个人被打成右派分子，保护了全院知识分子没有受到伤害。为此，林钧才本人却受到了处罚。

历史证明，“反右”运动是我党知识分子政策的一大失误，1978年党中央决定对被打成右派分子的人予以全部改正。所以，方毅副

总理送给林老一幅题为“春江水暖鸭先知”的画，赞扬林老在政治上有先见之明。但林老却说，我所以这样做，并不是由于有高深的理论修养能预见未来，而是凭着自己的良知与理性，并说他的良知和理性是在两个经历中形成的，一是我党我军的“左”祸经历，二是他的从医经历。

他说：我参加革命工作后经历过抗日战争的“肃托事件”，解放战争时期的“三查三整”，建国初期的“肃反”和“三反”运动。在这些政治运动中我亲眼看到一些领导人为了谋取和保护个人利益，在“左”的思想指导下，错整了许多好人，毁掉了许多精英人才。这个经历使我在“反右”运动中力求做到独立思考，不随声附和，严格按照实事求是精神办事，已所不欲，勿施于人。

他说：更重要的是我的从医经历，使我对知识分子产生了很强的亲合力和认知感。从在革命战争中救治伤病员和解放上海战役后防治战士感染血吸虫病等许多工作中，我深感医学知识和医学人才的重要性，深感我国知识分子具有深厚的爱国爱民情怀，更深感医学家跟政治家、社会活动家不同，他们政治意识淡薄，不愿做行政工作，更不用说要争夺领导权。不能把他们学术上的意见同政治问题混为一谈。那种不断地对知识分子进行批判批斗，只能使他们变得没有个性，没有个人思维，甚至产生一种宗教式的“负罪感”。这种做法的后果，给国家带来无法估量的损失。所以，在“反右”运动中我敢冒极大的风险来保护知识分子，其效果是为国家保存了一些科学精英。例如，当年的年轻住院医师刘承基，由于我说了一句“刘承基不会反党”而幸免于难，现在已成为脑神经外科著名专家，著有《脑神经外科》专著，医治好无数疑难重症。我虽然自己在“反右”结束时被组织上结论为“政治右倾”，并免去了我的军区党委委员、后勤党委常委等党内职务，但我始终坦然置之，无怨无悔。

林老的经历不是每个医院院长特别是中青年院长所具有的，但他从自己的经历中提炼出的良知和理性，将保护医务人员利益看得比保护自己利益更为重要的品德，在今天仍然具有普遍意义和现实意义，对每个院长都具有教育作用。

今年4月，张文康部长在全国医政工作会议上讲话曾说：“我们的医疗服务不仅要提供良好的医疗技术服务，还应在医疗技术服务

过程中体现‘以人为本’的思想，尊重病人、关爱病人、方便病人、服务病人的人文精神要在医疗服务的全过程中得到体现。要彻底改变‘见病不见人’的单纯技术服务理念，使病人在服务过程中感受到对人的尊重和人间的真情温暖，这应该成为医院文化建设的重要内容。”我非常赞成张文康部长的意见。在当前医院建设中不仅是要抓技术、抓设备、抓环境改善，更重要的是要抓人文精神。但要做到这点，首先要端正院长们的理念，在市场经济体制下，抓经济固然重要，但千万不能变为“经济动物”。要像市场经济理论的奠基人亚当·思密所说的那样，既要作为“经济人”，又要作为“道德人”。把仁爱作为行为的准则，建立起以仁爱为核心的医院道德体系。这样，才能真正办好医院，使医院持久兴旺发达。

## 加强文化建设 弘扬人文精神 营造高层次的服务理念和管理模式\*

2002年10月

为了适应新形势，促进我国医院工作能够与时俱进，健康有序地向前发展，突出和加强医院文化建设十分重要。当前尤其应在总结实践经验的基础上进行一些理论性的探讨，并提出一些建设性意见供医院管理者参考。为了抛砖引玉，现就医院文化的内涵以及文化建设与文化管理问题谈谈个人的看法。

### 现代医院文化建设的内涵

医院文化是一种特殊的行业文化，内涵极为丰富。从广义上说，它包括医院全体员工的价值观、道德观、使命感、文化水平、道德修养和思维方法；包括医院领导管理人员的意志、心态、经营理念 and 领导艺术；还包括医院的教学和科研工作、文化氛围和环境设施。从狭义上说，它主要指医院的服务理念和道德素质。中国的医院文化源于以仁爱为核心的中国的传统文化。早在春秋战国时期，儒学始祖孔子、孟子就提倡仁义之道，仁者爱人。唐代名医孙思邈曾告诫学生：“若有疾厄来求者，不得问其贵贱贫富、长幼妍媸、怨亲善友、华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。”这种以仁爱为核心的医院文化，到了现代更有新的发展。毛泽东明确要求医务人员：“救死扶伤，实行革命的人道主义。”号召广大医务工作者学习白求恩，对工作要极端的负责任，对人民要极端的热情，毫不利己、专门利人，全心全意为人民服务，一切为了保护人民的

\* 这是作者在全国医院文化建设研讨会上的报告，原载于《中国医院》2002年第12期。

健康。

但是，医院文化作为一个特定的概念，则是继 20 世纪 80 年代兴起的企业文化之后而出现的。是对传统文化的继承和发展，是现代管理科学的发展和升华。在这之前，人们一谈起医院管理工作往往只注重于科学管理、经济管理和法制管理。诚然，科学管理使医院工作走上了规范化、制度化和科学化；经济管理扭转了不计成本、不讲核算、“吃大锅饭”的作法；法制管理进一步约束了医院和医务人员的行为，增强了责任心。这些都极大地推动了医院工作效率的提高和经济效益的改善，必须更好地坚持下去。但在实践中也逐渐暴露出一种严重的倾向——只重物，不重人，忽视人文思想的作用。针对此种情况，近几年来，在医学界就提出了“医学也是人文科学”；在医院管理界就提出了“以病人为中心”和“以人为本”等等新的概念，把文化管理作为医院管理工作最高层次的管理，把文化建设作为现代化医院最重要的建设，作为衡量一个医院的总体水平和综合实力的重要标志。这是完全正确的。

当前需要探讨的是：现代医院文化的具体涵义究竟是什么呢？国内外学者提出多种见解，有的人把它概括为“医院全体员工在长期的医疗服务活动中培育形成并共同遵循的最高目标、价值标准、基本信念和行为规范”。有的人把它分为 4 种形态，即：物态文化，意识文化，科技文化和管理文化。还有人把它列成 8 个方面，即：医院精神，医院最高目标，医院经营哲学，医院风气，医院道德，医院宗旨，医院制度，医院物质环境特色。如此等等。

综合各方面的意见和一些医院的实践情况，我们认为，医院文化的本质就是弘扬人文精神，营造医院群体更高层次的服务理念和管理模式。过去我们对医院福利性公益性的理解偏重于经济方面，现在要把人文精神融入到医疗服务之中。正如张文康部长今年 4 月在全国医政工作会议上所说：“我们的医疗服务不仅要提供良好的医疗技术服务，还应在医疗服务过程中体现‘以人为本’的思想，尊重病人、关怀病人、方便病人、服务病人的人文精神要在医疗服务的全过程中得到体现。要彻底改变‘见病不见人’的单纯技术服务理念，使病人在服务过程中感受到对人的尊重和人间的真情温暖，这应该成为医院文化建设的重要内容。”

现在有不少医院都在按照这个理念开展医院文化建设。北京友

谊医院明确提出了“开展服务创新，将现代化的人文关怀引入医疗服务”，并制定一些具体办法予以落实。白求恩国际和平医院针对国际化医疗服务发展大趋势，深入开展了“人性化医疗服务关怀”活动。上海市卫生局今年在全市医疗机构中倡导“人性化”服务活动，并制订10项具体措施要求各医院予以落实，即：①认真落实首诊负责制，不得以任何理由推诿病人；②使用文明、关怀式语言，接诊病人做到语言文明、语气亲切；③尊重患者的隐私权，为患者保守秘密；④增设收费窗口，保证高峰时期排队人数单列不超过10人；⑤增设指示标识，使患者就医明了、方便；⑥增设便民措施，努力为患者解决就医中各种不便和困难；⑦区县级以上的中心医院试点建立辅助检查预约中心；⑧合理调整医疗布局，优化医疗流程；⑨建立和完善急诊危重病人抢救的绿色通道；⑩确保门急诊医护人员配备要求，落实下午病床巡视，接受探视家属询问等制度。

上述情况表明，当前医院建设只抓基建、技术与设备是不够的，必须十分重视和加强文化建设，只有这样才能真正适应人民群众对医疗服务不断增长的需求，才能在医疗市场激烈竞争的大潮中立于不败之地。

## 文化建设与文化管理

如前所述，加强医院文化建设的目的是为了服务质量，将人文精神融入医疗服务的全过程。要做到这样，就必须加强文化管理，通过文化管理转变医院群体的价值观。具体地说，要实行以下两个方面的转变。

首先是，医院领导人员要转变管理理念，在注重科学管理的同时更要注重文化管理。

现在人类社会已经进入到知识经济时代，知识经济时代的最大特征是重视人，重视对人的理解、使用和服务。“以人为本”或者说是“以人为中心”是现代管理学的核心。这个“人”，在企业中是指员工，在医院中则具有双重含义，既指病人，又指为病人服务的员工。近几年来，我们大力倡导了医院工作要“以病人为中心”，一切工作要围着病人转，这是对的；但还不完整、不全面，因为它忽略了医院工作的主体——医院员工。医院员工也是人，也需要别

人为他服务，也希望享受人文精神。现在我们提倡人文管理，就是把人文精神不仅融入到对病人的服务工作中去，同时也融入到对医院员工的管理工作中来。

文化管理是更高层次的管理，是在科学管理基础上发展起来的，而比科学管理更具有活力的管理。科学管理（包括技术经济法制和信息）主要的作用是规范和约束医院员工的行为，是刚性管理，带有强制性。而文化管理则是一种软性管理，除有约束功能外，还有导向功能、凝聚功能、激励功能和辐射功能（影响医院外面社区文化的功能）。总之，文化管理是把医院工作的目标化为员工自觉行为的一种管理，也就是把对病人的“人性化”服务变成医院全体员工的自觉追求。

在这方面，广东省东莞市东华医院做得比较早也比较好，他们在1996年建院伊始就提出两个口号，一是“关爱生命”，一是“以人为本”，实际上是把对病人的“人性化”服务与对医院员工的“人性化”管理结合在一起，同时进行。所谓“人性化”管理，就是充分关注医务人员作为普通人的基本需要和作为知识分子的特殊需要，从生活的点点滴滴开始，如住房、户口迁移、子女就学就业、医疗保险、劳动保险以至文娱生活和开展科学研究所需要的条件等等，都尽量予以关怀并设法解决，使员工感到“家”的温暖，培养起“家”的感情，激发为“家”奉献的精神动力。因此，在东华医院，“关爱生命”，竭诚为病人服务的行为，无所不在，上至医院、科（室）领导下至每个员工，无不为了弘扬人道主义精神而努力。事例很多，我们曾作过专访，写了一篇题为《公民道德规范在医疗机构中的实践》一文（载于《中国医院》2002年第4期）。东华医院之所以能够在不到6年时间内就把该院办成全国先进的民营医院，以该院院长李镜波的话说：“源头在于医院认真实行了以人为本的医院文化建设，对全体员工做到团结友善。”一位返聘来的老专家在医院领导为她过生日的晚会上曾深情地说：“东华给我这远方的游子以家一样的温暖，我爱东华，我将为东华的发展竭尽全力。”这就是文化管理的魅力所在。

其次是，加强医院文化建设，对病人实行“人性化”服务，也要求医务人员转变服务理念和医德观念。

最近在北京举行的首届中华医学论坛上，一些医学专家提出—

个新的命题和概念：“现代医生应有新医德观”，并界定新医德观的内涵为：“在坚持生命神圣的崇高医德基础上，融入追求生命质量和生命价值的新观念，树立三者和谐统一的伦理观。”

这种提法无疑是很正确的，也是提得很及时的。近年来医疗纠纷增多，医患关系紧张，固然有多种原因，但细究起来，与我们医务人员的医德观念之差有直接关系。必须看到，随着经济的发展和人民群众文化水平、消费水平的提高，人们对医疗服务的需求和期望值也越来越高，患者不仅希望治好病，而且希望提高生活质量和生命质量；不仅要求有好的医疗技术，而且要求有良好的服务。如果医务人员不转变观念，医疗救治工作仍像以往，不和病人交流，不积极想方设法细心周到地去关爱病人，即使是好心，也很容易导致事与愿违的结果。过去那种“只见病不见人”的纯技术模式、医生充当专家角色的权威模式，都已非常不适应现在的医疗需求。所以，必须树立起上述的新的医德观。这也是我们要加强医院文化建设、实行文化管理的一个重要原因。

综合我们的观点，就是：当前的医院工作要十分重视加强文化建设，加强医院文化建设应以弘扬人文精神为核心，营造高层次的服务理念和管理模式，对病人实行“人性化”服务，对员工实行“人性化”管理；同时教育医生树立新的医德观，把关爱生命和提高生命质量结合起来，融入到医疗服务中去。

## 关于开展纪念白求恩活动 进一步促进医德医风建设的建议

2004年6月

**编者按：**此乃张自宽同志写给卫生部领导的信。此信送到卫生部党组后，高强、王陇德、朱庆生等同志先后阅读作了批语，指示办公厅召集有关部门研究制订具体实施方案，于当年付诸施行。

**部领导：**

今年11月12日是白求恩逝世65周年，12月21日是毛主席《纪念白求恩》一文发表65周年。为配合当前正在进行的对医疗服务中不正之风的专项治理，我建议应在全国卫生系统开展一次纪念白求恩的教育活动。而且应力求使这项活动规格要高一点，声势要大一点，持续时间要长一点，如果能请中宣部牵头联合中央文明办等有关部门一齐搞效果会更好。

纪念白求恩的教育活动，应坚持以正面教育为主，除了要着力宣传毛主席的《纪念白求恩》一文和我党几代领导人的相关指示外，还应宣传白求恩同志对医德医风的论述，以及当代白求恩式的先进人物。目的是在医药卫生界大力弘扬白求恩精神，树立一批先进典型，抵制和批判“一切向钱看”的歪风，树立正确的人生观、世界观、价值观，全心全意为人民服务。

关于白求恩同志对医德医风的论述，过去很少宣传报道，鲜为人知。最近郭子恒同志在一篇文章中引用了白求恩1939年在晋察冀边区一个训练班上的讲话中的两段话，我读后感受很深，认为它永远是我们医务人员的座右铭，特别是对年轻的医务工作者更富有教育意义。因此，我将这两段话摘录如下：

“一个医生，一个护士，一个护理员的责任是什么？只有一个责任，那就是使我们的病人快乐，帮助他们恢复健康，恢复力量。

你必须把每一个病人看做你的兄弟，你的父亲，因为实在说他们比父兄还亲——他是你的同志，在一切事情当中，要把他放在最前头。”

“让我们把盈利、私人经济利益从医疗事业中清除出去，使我们的职业因清除了贪得无厌的个人主义而变得纯洁起来。让我们把建筑在同胞们的苦难之上的致富之道，看做是一种耻辱。让我们重新给医疗道德下个定义——不是做为医生之间职业上的一种陈规陋习，而是医学界和人民之间的基本道德和正义准则——更多地讨论医疗事业与国家的关系，讨论这一事业对人民的责任。”

白求恩的这两段话说得多么精辟、深刻。前一段是说工作态度问题，后一段是说经济利益问题，完全概括了医务工作者的职业道德。既饱含着人性、人道主义思想，又富有政治性、人民性和国家观念。这些话虽然是在65年前的抗日战争时期说的，但它的生命力和光辉永远不会衰退。不论在任何时期任何社会，医学界都应正确认识自己与人民之间的基本道德和正义准则，正确认识医疗事业与国家的关系和所应负的责任。以白求恩这两段话来对照今天我们医务界的现状，好像早在65年前白求恩就预见到了而针对地提出了一些针砭之言。

因此我建议，在开展纪念白求恩活动中，应当结合宣传毛主席《纪念白求恩》一文，结合宣传贯彻“三个代表”重要思想，结合宣传当代的白求恩式的先进人物，突出宣传白求恩同志上述关于医德医风的论述，把这笔极为珍贵的精神财富认真继承和发扬起来。

以上建议，仅供参考。

此致

敬礼！

张自宽  
2004年6月7日

## 大力弘扬白求恩精神

——纪念白求恩逝世及毛主席

《纪念白求恩》发表 65 周年

2004 年 7 月

今年是白求恩逝世 65 周年，也是毛泽东主席《纪念白求恩》一文发表 65 周年。

诺尔曼·白求恩是加拿大共产党党员，著名的外科医生。1936 年德意志法西斯侵犯西班牙时，他曾经赴前线为反法西斯的西班牙人民服务。1937 年中国的抗日战争爆发，他率领一个由加拿大人和美国人组成的医疗队来到中国，1938 年经延安转赴晋察冀边区工作，在极其困难的情况下，抢救了许多伤病员的生命。他的牺牲精神、工作热忱、责任心，均称模范。1939 年 11 月 12 日，因医治伤员中毒，逝世于河北省的完县。

毛泽东主席闻讯后，撰写了一篇《纪念白求恩》的文章（于 1939 年 12 月 21 日发表），称道白求恩医生具有国际主义的精神，共产主义的精神，是个毫不利己、专门利人的人，表现在他对工作极端的负责任，对同志对人民极端的热忱。号召每个共产党员都要学习他。他说：“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。”

自那时以来，白求恩一直是我们医务人员学习的榜样。白求恩精神被视为医学之圣洁和尊严，视为高尚医德医风的集中表现。它培育和激励几代医务人员做出许多可歌可泣的业绩。可以说，白求恩精神是促进人类文明进步，指导我国医疗卫生事业健康发展的一笔极宝贵的精神财富。

白求恩对工作极端负责任、对人民极端热忱的事迹，过去媒体报道甚多，但很少见到他的言论。最近，卫生部原副部长郭子恒同志在一篇文章中引用了白求恩 1939 年在晋察冀边区的一个训练班上的讲话中的两段话，读后使我感受颇深，认为它永远是我们医护人

员的座右铭，特别是对当前在职的医护人员更富有教育意义。因此，我特将白求恩的这两段话引载于此：

“一个医生，一个护士，一个护理员的责任是什么？只有一个责任，那责任就是使我们的病人快乐，帮助他们恢复健康，恢复力量。你必须把每一个病人看做你的兄弟，你的父亲，因为实在说，他们比父兄还亲——他是你的同志。在一切事情当中，要把他放在最前头。”

“让我们把盈利、私人经济利益从医疗事业中清除出去，使我们的职业因清除了贪得无厌的个人主义而变得纯洁起来。让我们把建筑在同胞们的苦难之上的致富之道，看做是一种耻辱。让我们重新给医疗道德下个定义——不是做为医生之间职业上的一种陈规陋习，而是医学界和人民之间的基本道德和正义准则——更多地讨论医疗事业与国家的关系，讨论这一事业对人民的责任。”

这些话说得多么精辟深刻。前一段是说工作态度问题，后一段是说经济利益问题，完全概括了医务职业道德，既饱含着人性、人道主义思想，又富有政治性、人民性和国家观念。这些话虽然是在65年前的战争时期说的，但它永远不会过时，它的生命力和光辉永远不会衰退。不论在任何时期任何社会，医学界都应正确认识自己与人民之间的基本道德和正义准则，正确认识医疗事业与国家的关系和所负的责任。以白求恩同志的这两段话来对照今天我们医疗战线的现状，好像白求恩同志早在65年前就预见到了而针对性地提出了一些针砭之言。

近些年来，在“一切向钱看”思潮的侵蚀下，我们医疗单位和医务人员中滋生了一些歪风邪气，如收红包、吃回扣、拿提成、乱收费等弊病不断发生，并有愈演愈烈之势。这跟白求恩所说的“让我们把建筑在病人苦难之上的致富之道，看做是一种耻辱”的教导，相距何止十万八千里！简直是背道而驰。现在有一些中青年医务人员似乎都忘记了白求恩精神，忘记了毛主席在《纪念白求恩》一文中的谆谆教导，丢弃了毛主席在《纪念白求恩》一文中提出的价值观。

有人说，现在是改革开放年代，是以经济建设为中心的和平发展的历史阶段，白求恩医生当年所处的时代氛围和社会环境都已大大改变了。在市场经济体制下，一切活动都应商品化，都靠金钱交换。因而把“一切向钱看”看做是理所当然。

对此，邓小平同志早就给予了有力地驳斥。改革开放以来，邓小平同志为了迅速推进社会主义现代化建设，一直强调两个文明建设一齐抓，在狠抓物质文明建设的同时也一定要狠抓精神文明建

设。“首先要着眼于党风和社会风的好转”，“消除剥削制度所必然产生的种种贪婪、腐败和不公正现象”。邓小平同志1983年10月12日在中国共产党第十二届中央委员会第二次全体会议上还一针见血地批判了“一切向钱看”的错误观点和行为。他说：

“‘一切向钱看’的歪风，在文艺界也传播开来了，从基层到中央一级的表演团体，都有些演员到处乱跑乱演，不少人竟用一些低级庸俗的内容和形式去捞钱。……广大群众表示愤慨是理所当然的。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、文化界的人简直成了唯利是图的商人。”

邓小平同志在这个讲话中虽然未具体提到医务界，其实医疗卫生系统存在的问题并不亚于文艺界，而对于人民利益的损害和遭受人民群众的谴责，可能更为严重。因为医院和医生“捞钱”的对象是病人，跟欣赏文艺、阅读书刊不一样，多是被疾病折磨的万般无奈不得不寻找医生的人，而且很多人还是低收入阶层，有些人患一场大病就负债累累，甚至倾家荡产。医务界如果不能廉洁自律，在人民群众看来，其道德更为败坏。所以，白求恩同志才提出我们医务人员必须“把建筑在同胞们苦难之上的致富之道，看做是一种耻辱。”我们绝不能做白求恩精神的叛逆者，把自己钉在道德的耻辱柱上。

令人欣喜的是，遵照党中央国务院的指示，卫生部为加强医德医风建设，纠正医疗服务领域中收受药品回扣、红包、开单提成、乱收费等不正之风，最近下大力进行专项治理，颁发了《全国卫生系统开展纠正医疗服务中不正之风专项治理实施方案》，并采取一系列组织和纪律措施予以落实。首都一些大医院的百名专家，以“为医学之圣洁和尊严”为题，向全国医务工作者发出倡议书，坚决拒绝红包回扣。各个媒体也在加强这方面的报道和监督。与此同时，卫生部还表彰了一批白求恩式的医务工作者，为全国医务界树立了学习榜样。这一切表明，白求恩精神又在我们医务界得到弘扬，为使这种好的风气迅速推广开来，我们希望值此白求恩逝世和毛主席《纪念白求恩》一文发表65周年之际，在全国医疗卫生界广泛开展纪念白求恩教育活动，大力弘扬白求恩精神，利用各种有效的形式，动员和组织大家重温一下毛主席的教导和白求恩同志关于医德医风的论述，把这笔极其珍贵的精神财富认真继承发扬起来用之于实践，以维护医学之圣洁和尊严，使自己真正成为一个全心全意为人民服务的医德高尚的人。

## 感 言

读完这部手稿，已是农历“雨水”节之后。窗外淅沥淅沥地下着小雨。为了享受一下这初春的气息，我放下书稿，走出书房，到走廊上踱起方步。见此春景，脑海中突然浮起一位伟人的两句诗：凭栏静听潇潇雨，故国人民有所思。

好一个“有所思”！它使我顿时把本书作者的心声与我国城乡人民的心声联结起来，本书许多篇章中所讲的问题和意见，不正是当前广大人民群众之所思么！例如：加速医疗立法，使人民群众医疗保健有法律保障；加强基层医疗卫生机构建设，便利群众防治疾病；发展合作医疗制度，减轻农民医药费负担；卫生工作应以社会效益为主；医疗改革不能改掉公益性；坚持和发扬全心全意为人民服务的医疗作风；大力弘扬白求恩精神；等等意见和主张，可以说是城乡人民尤其是中低收入阶层群众日夜思念的事情。因此，可以说这本书是确切地反映了老百姓的心声之作。

古人云，诗有魂，文有胆。就是说，做诗要赋有灵感，做文要具有胆识。所谓胆识，就是不仅要有卓越的知识，而且要有非凡的胆气。张自宽的这本《论医改导向：不能走全面推向市场之路》，可以说是一本有胆有识之作。关于知识层面，读者读了其内容就可了解。我在这里想着重说说他的胆气。本书所载文章的写作时间跨度长达22年，是从1983年1月到2005年11月。这个时期，作者的身份，既不是研究机构的学者，也不是新闻单位的记者，而是一位负有很重行政责任的政府官员和社团负责人。先是主管全国医政工作的卫生部医政司司长，后又转任卫生部领导下的中国农村卫生协会会长和中华医院管理学会的会长。他的胆气表现在与上级领导意见相左的情况下，没有唯唯诺诺，说一些违心之言，办一些违心之事，而是坚持原则，直言相谏，甚至甘冒丢官危险而据理力争。例如：

《要正确引导农村卫生改革》一文，这是作者1984年2月在卫

生部党组整党座谈会上的发言。内容是针对当时卫生部的主要领导人把农村三级医疗卫生网和合作医疗制度当作“左”的产物予以否定，主张把农村基层卫生组织和合作医疗制度解体、走个体办医道路而有的放矢进行辩驳的。作者直言不讳地指出：“我们觉得部党组在农村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意见不够，有时抛开主管司局，听少数人的”。

又如：《关于即墨县卫生改革的调查》一文，这是1987年4月，针对当时的中共中央总书记赵紫阳同志批示赞成即墨县“吃饭靠自己，建设靠国家”的卫生改革经验，奉卫生部党组之命到即墨县进行实地调查后写的。党组领导人的意图是要他去总结经验予以推广，可他经过深入调查分析却认为这个口号欠妥，而且即墨县政府多年来非但没有随着经济增长和财政收入的增加而增加卫生投入，反而大幅度减少了卫生投入。推广这样的经验容易引起政府各有关方面的误解而减少对卫生事业的投入和补助，其后果不但卫生事业发展资金无可靠来源，连吃饭也成问题，有悖于我国卫生事业的性质和发展规律，不赞成普遍提倡和推广。这是一篇典型的不唯上只唯实的调查报告，充分反映了作者的胆识。

再如：《坚持实事求是就是同中央保持一致》一文，这是作者1987年12月在卫生部机关处级以上干部大会上的发言。这篇发言，是针对卫生部机关内一些人包括个别领导同志对张自宽同志坚决抵制否定农村基层卫生组织和合作医疗制度，抵制宣传推广即墨经验而一再遭到非难和指责而作的。一位领导同志曾在大会上讲话并发表文章指责说：“我们卫生部的主管司局（指医政司），现在还是靠传统观念，大队办一个卫生所，公社办一个医院，农民看病最好不掏钱，还是文化大革命时期的那一套”。有人甚至还就即墨卫生改革调查报告给张自宽同志无限上纲：说他“把赵紫阳同志肯定的经验都给否定了，这是对总书记的态度问题”。政治帽子很大。但作者没有屈服，而是理直气壮地说：“我们在农村卫生改革上招来一些非议和指责，不是因为别的，而是因为我们坚持了实事求是，一切从实际出发。我们这样作，正是为了更好地贯彻执行党的十一届三中全会以来的正确路线，正是为了同中央保持一致。”后来农村卫生事业的发展变化果然如作者所料。历史证明作者的意见是正确的。

上述事例充分说明，张自宽同志在医疗卫生改革工作上不仅有识，而且有胆。胆从何来，主要是立足于对人民大众利益和医疗卫生机构权益的维护。为此，他不惜冒犯权势，不怕丢官。为了探究他的这种性格和心态，我翻阅了他一部诗集——《心扉集》，映入眼帘的是一首“七十自勉”，完全道出了他的心志。诗曰：

“松竹梅皆有君子之风，品格高尚，节操坚正，自古以来为志士仁人所酷爱，余虽不才亦愿效之，愿以松竹梅的崇高品格而自勉。

吾愿效山松，扎根岩石中，任凭风雪骤，屹立傲苍穹。

吾愿效刚竹，坚挺又虚心，直节真君子，宁折不弯腰。

吾愿效春梅，花落化为尘，不去争桃李，但求晚节馨。”

基于这种心志，张自宽同志不仅在医政司司长岗位上坚守自己的职责，为维护人民群众的利益和医务工作者的权益，勇于同不正确的东西作斗争；而在离休以后担任中国农村卫生协会、中华医院管理学会会长和中国医院杂志社、中国乡村医药杂志社领导职务的十多年间，仍然一本初衷，为促进我国医疗卫生事业健康发展而奋斗，甚至达到了到处呼叫呐喊的程度。他非常艰苦地创办几个学（协）会和杂志，以它们为平台和纽带，开展各种活动，包括举办各种研讨会、培训班、参观学习和调查研究，以民间力量和舆论力量推动城乡医疗卫生改革向正确方向前进。尤其难能可贵的，他还密切注视着医疗卫生改革的新动向，及时向领导机关和国家领导人陈述自己的意见，反映真实情况，提出政策性建议。例如：

2000年12月，针对农村卫生改革出现的问题，他给江泽民主席写了一封长信，全面系统地陈述了我国农村卫生工作的历史经验、当前存在的问题、改革应走的道路和国家须采取的政策措施。

1998年11月，针对一些新闻媒体报道医疗纠纷失实或缺乏公正的现象，他给中央宣传部领导写信，要求新闻媒体报道医疗纠纷要慎重公正，实事求是。

2004年4月，就城市医疗机构改革发生的过分倾向于市场化问题，他写报告给卫生部党组并转吴仪副总理，提出了关于理顺医疗机构改革与发展的思路及政策建议。

2004年6月，鉴于一些医院的医德医风出现衰败现象，他写报告给卫生部党组，建议在白求恩逝世和毛泽东《纪念白求恩》一文