

論農村衛生及
初級衛生保健

張自寬

山西人民出版社

晋新登字 6 号

论农村卫生暨初级卫生保健

张自宽著

山西人民出版社(太原并州北路十一号)
山西省新华书店发行 太原弘正印刷厂印刷

开本:787×1092 1/32 印张: 15 字数: 300 千字
1993 年 4 月第 1 版 1993 年 4 月太原第 1 次印刷
印数:1—10000 册

ISBN 7—203—02627—2
G1073 定价: 6.40 元

序

如何从中国的基本国情出发,建设有中国特色的社会主义农村卫生体制,是我们探索已久而尚未完全解决的课题。张自宽同志的《论农村卫生暨初级卫生保健》一书,为解决这个课题提供了很有价值的历史资料。

建设有中国特色的社会主义,是邓小平同志把马克思主义基本原理同中国具体实际相结合提出来的、用以指导中国社会主义建设的观点和方法,并在实践中逐渐形成了一套完整的理论。正如江泽民同志在党的十四大的报告中所说的:“从《共产党宣言》发表一百几十年间,俄国十月革命、中国革命和其他国家革命的胜利,证明无产阶级领导人民夺取政权是能够成功的。至于如何建设社会主义,也取得了巨大成就和宝贵经验,但是总的来说,还要很好地探索。”建设有中国特色社会主义的理论,“第一次比较系统地初步回答了中国这样的经济文化比较落后的国家如何建设社会主义、如何巩固和发展社会主义的一系列基本问题。”“我们要在九十年代把有中国特色社会主义的伟大事业推向前进。”

卫生事业是社会主义事业的一个组成部分。根据十四大精神,九十年代卫生工作的根本任务,我认为,应当是坚持党的基本路线,深化卫生体制改革,创立有中国特色的社会主义卫生体制,充分挖掘、开发和合理配置卫生

资源,在保证人民群众对医疗卫生基本需求的基础上,同时也满足日益增长的不同层次的需求,以此来促进经济建设和社会全面进步,并使卫生事业本身得到相应的发展。这里,最关键的是创立有中国特色的社会主义卫生体制。这既是深化卫生改革所要达到的目标,也是保证人民大众对医疗卫生基本需求的前提。

农村是我国卫生工作的重点,也是难点。如何做好农村卫生工作,解决好广大农民防治疾病问题,历来是我党和人民政府所重视和关心的。创立有中国特色的社会主义卫生体制,首先要研究解决农村特别是老少边穷地区的医疗卫生问题。只有解决好这个问题,才能算解决了广大农民群众防病治病和卫生保健问题。我们创立的城市支援农村,培养一支不走的医疗队;大范围的疾病流行病学的调查;建立为农村培养各类专科人才的基地和中心等措施,就是从中国的农村实际出发,建设起一套便于农民群众防病治病和卫生保健的卫生服务机构和制度,使这套服务机构和制度在广大农村普遍推行并能巩固和发展。

在这方面,我们已经进行了大量的成效显著的工作,有的已取得极大的成绩,如寄生虫病、地方病、结核、肿瘤、心血管病、精神卫生、妇女儿童营养等方面的成绩都十分显著。从组织保证上来看,就是以农村集体经济为基础建立起来的三级医疗卫生网、合作医疗保健制度和乡村卫生队伍建设等是最基本的。这种在实践中摸索出来的城乡结合、中西医结合的农村卫生体制,经过三十多年的历史考验,证明它是适合中国国情的,也是符合当前开

放改革的大潮的，具有中国特色的好形式好制度。它的生命力和功效，主要体现在三个方面：一是在于凝聚国家、集体和农民群众等多方面的力量共同办理卫生事业，亦即动员了全社会参与；二是在于卫生资源配置合理，体现了公平分配和划区负责，分级负责卫生服务的原则；三是在于能够发挥防治结合与中西医药结合的综合作用。

上述农村卫生体制，特别是其中的集体卫生组织、合作医疗和乡村医生之所以能够在中国农村大地上产生、发展并坚持下来，决不是偶然的，而是同我国的社会制度、经济结构和管理体制密切关联。从根本上说，它是农业合作化的产物，是广大农民群众、基层干部和卫生工作者的创造，是社会主义制度优越性在卫生领域中的应用和反映。因此，我们对这个具有中国特色的农村卫生体制的初步形态（或者叫做基本框架），应抱着这样的态度：第一是肯定它，维护它，而不要否定它，贬斥它；第二是按农村经济体制的改革和变化，对它加以改进和完善，使它与农村经济和社会的发展更相适应。从而真正创立起有中国特色的社会主义农村卫生体制。

我在本文开头所说的如何从中国的基本国情出发，建设有中国特色的社会主义农村卫生体制，是尚未完全解决的课题，这是基于三点原因：一是如前所说，经过三十多年实践形成的农村卫生体制，还有一些弊病和缺陷，需要加以改进；二是在我们卫生干部和社会上还有一些人对这个农村卫生体制还缺乏辩证的认识；三是我国改革开放态势方兴未艾，在蓬勃发展中。所以，对如何创立有中国特色的社会主义农村卫生体制还需要进行认真的

探索和深化改革。

张自宽同志四十多年一直从事卫生管理工作,他既参与了农村卫生工作的研究和决策工作,又参与了农村卫生体制的建设和改革的实践。他的这本《论农村卫生暨初级卫生保健》是我国农村卫生工作发展过程的历史纪录,比较全面地反映了我国农村卫生体制的发展和变化情况,比较深刻地阐述了他对发展我国农村卫生事业的科学观点。这本书既可作为研究中国农村卫生体制的历史资料,又可作为改革农村体制的指南。我赞成在党的一个中心两个基本点的方针指导下,不断深化改革的观点,所以为此写出上面的一些话作为序。

钱信忠

1993年1月

自 序

我从1950年开始致力于农村卫生工作,已有几十年的历史。特别是1954年开始任卫生部医疗预防司农村医疗预防科(处)长后,直到六十年代末,一直从事农村卫生事业管理工作。曾参与过多次农村卫生调查、农村卫生实验县(区)蹲点和农村三级医疗卫生网的规划及组建,参与过有关农村卫生工作的政策研究、法规制定、经验总结和文件起草。十年动乱因被下放和工作调动而间断了十年。但在八十年代主持医政司工作期间,一直把促进农村卫生和初级卫生保健做为工作重点,并亲自做过一系列调查研究,亲自主持起草了一些重要文件,亲自主持召开了一些重要会议,为振兴农村卫生事业和推行初级卫生保健,竭尽了自己的努力。由于上述工作的关系,我对我国农村卫生工作的历史和现状比较了解。特别是对建国以来我国农村卫生事业发展的几个重要历史阶段,基本上都亲身经历过,兼有正反两方面的经验。因此,许多同志建议,让我把三十多年来在农村卫生和初级卫生保健方面发表的文章和报告收集整理出来,供大家参阅。以利于帮助大家了解历史,借鉴历史经验,继往开来,温故而知新。《论农村卫生暨初级卫生保健》一书,就是应部分医政管理干部的要求编成的。

这本书收录“文革”前的资料不多,因为许多资料在

动乱中散失了,有些资料已收录在《论合作医疗》一书中,这里就未再重复收录。这些“文革”前的文章和报告,难免会有当时的政治色彩和“左”的痕迹,但做为历史资料仍有一定价值。至于近十年来的文章、报告和言论,有些曾在报刊发表过,也有相当一部分至今未曾发表,多是在一些会议上的发言和讲稿。其中有一些是为了回答某些同志对我们一直坚持农村三级医疗卫生网、坚持合作医疗和集体办医所作的批评和指责的辩解及争鸣,也难免会有片面之处。为了尊重历史的本来面目,只能是原文和原意收录,以供参考。错误之处,请专家和同志们批评指正。

当前,我国农村卫生工作的形势很好。进入九十年代以来,党中央、国务院都对加强农村卫生工作做了一系列重要指示,为振兴农村卫生事业指明了方向。我国的农村卫生工作已开始迎来了“第二个春天”。作为农村卫生战线上的一名老战士,我对农村卫生工作的大好形势感到欢欣鼓舞。并愿意在有生之年继续发挥余热,为振兴我国的农村卫生事业,更深入地推进初级卫生保健、实现“2000年人人享有卫生保健”的宏伟目标而努力奋斗。

张自宽

1992年12月

目 录

- 卫生部门应把支援农业作为首要任务…………… (1)
(1960年8月12日)
- 关于调整农村基层卫生组织的若干问题…………… (14)
——广东东莞县调整农村基层卫生组织问题的调查报告
(1962年6月6日)
- 河北省新城县医院调查报告…………… (27)
(1962年9月11日)
- 农村医院要全心全意为农民服务…………… (35)
(1964年4月5日)
- 关于加强农村卫生建设的思考和建议…………… (40)
(1965年4月25日)
- 关于加强农村卫生工作的几个问题…………… (46)
(1965年10月15日)
- 救救草医草药…………… (58)
——福建省草医草药情况调查
(1981年11月6日)
- 采取多种形式支援农村卫生事业建设…………… (65)
——天津医学院附属医院与蓟县医院挂钩做出显著成绩
(1982年6月10日)
- 天津口腔医院帮助农村医院培训口腔专业人才
建设口腔网点的经验值得推广…………… (71)
(1982年6月12日)

“三分之一县卫生事业整顿建设”的形势和问题	(74)
——东北三省农村医疗卫生建设调查之一 (1982年8月1日)	
要采取多种措施解决农村卫生技术骨干 大量外流问题	(82)
——东北三省农村医疗卫生建设调查之二 (1982年8月3日)	
关于加强农村卫生队伍的管理和技术培训问题	(89)
——东北三省农村医疗卫生建设调查之三 (1982年8月7日)	
农村合作医疗应该肯定应该提倡应该发展	(96)
——东北三省农村医疗卫生建设调查之四 (1982年8月12日)	
关于适应农村形势的发展健全农村基层 卫生组织的意见.....	(103)
(1983年1月8日)	
关于农村公社卫生院的改革问题.....	(115)
(1983年2月8日)	
泰国澳大利亚新西兰基层卫生考察报告.....	(124)
(1983年6月10日)	
泰国初级卫生保健工作情况.....	(134)
(1983年6月15日)	
介绍嘉山县的农村医疗预防承包责任制.....	(140)
(1983年6月16日)	

积极稳步地推进农村基层卫生组织改革·····	(144)
(1983年7月15日)	
认真做好城市支援农村的工作·····	(152)
(1983年8月10日)	
对正确贯彻党的中医政策和农村卫生改革 政策的意见·····	(158)
(1984年2月14日)	
从一封乡卫生院长的来信谈农村卫生院的 改革问题·····	(165)
(1984年12月20日)	
中国农村初级卫生保健工作概况·····	(176)
(1985年10月25日)	
参加日本农村医学会第34届年会观感·····	(187)
——日本农村医疗见闻之一	
(1985年11月5日)	
佐久总合病院和日本的农村医疗·····	(191)
——日本农村医疗见闻之二	
(1985年11月6日)	
中国的初级卫生保健要走我们自己的路·····	(199)
(1985年12月11日)	
关于在新形势下如何办好村级卫生组织 的探讨·····	(208)
(1986年3月10日)	
关于改革农村医疗保健制度的几点看法·····	(220)
(1986年5月5日)	
进一步加强农村基层卫生组织建设·····	(231)

——对招远县农村基层卫生组织建设的几点建议 (1986年7月15日)	
继续加强重点县的卫生事业建设·····	(237)
(1986年10月20日)	
大有作为的初级卫生保健事业·····	(242)
——祝贺《中国初级卫生保健》创刊 (1986年11月1日)	
适应农村新形势发展初级卫生保健事业·····	(245)
(1986年12月25日)	
关于即墨县卫生改革情况调查·····	(258)
(1987年4月16日)	
美国的家庭医学与初级卫生保健·····	(266)
(1987年5月25日)	
发展中的我国农村初级卫生保健事业·····	(270)
(1987年8月25日)	
坚持实事求是就是同中央保持一致·····	(277)
——在卫生部机关年终汇报会上的发言 (1987年12月28日)	
我国农村卫生院发展简史·····	(280)
(1988年1月10日)	
初级卫生保健工作概述·····	(286)
(1988年1月15日)	
中国农村卫生服务研究·····	(305)
(1988年10月7日)	
切实加强对初级卫生保健试点工作的领导·····	(313)
(1989年8月9日)	

我国初级卫生保健的重点在农村 难点也在农村·····	(321)
(1990年7月24日)	
扎扎实实地做好初级卫生保健试点工作·····	(331)
——在全国初级卫生保健合作中心试点县工作会议 上的总结讲话	
(1990年8月28日)	
牙病防治工作的形势和任务·····	(340)
——在全国初级口腔卫生保健研讨会上的总结讲话	
(1990年10月12日)	
区域医疗卫生规划与县医院的任务·····	(354)
(1991年3月10日)	
积极推广运城等地的牙病防治工作经验·····	(360)
(1991年3月25日)	
中国农村实现“2000年人人享有卫生保健” 的规划目标·····	(365)
(1991年11月10日)	
我国农村初级卫生保健发展历程·····	(371)
(1992年1月20日)	
论“大卫生观”·····	(384)
(1992年2月1日)	
农村卫生工作面临的问题及对策(提纲)·····	(396)
(1992年2月15日)	
附录	
中共中央《转发卫生部党组关于农村卫生 工作现场会议的报告》·····	(407)
(1960年2月2日)	

关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议情况的报告	(408)
关于人民公社卫生工作几个问题的意见	(410)
中央关于卫生工作的指示	(418)
(1960年3月18日)	
国务院总理李鹏给第四届亚洲农村医学暨 初级卫生保健学术会议的贺信	(420)
(1988年10月6日)	
关于下发《我国农村实现“2000年 人人享有卫生保健”规划目标》的通知	(421)
(1990年3月15日)	
附件一:关于我国农村实现“2000年人人 享有卫生保健”规划目标(试行)	(422)
附件二:初级卫生保健工作管理程序(试行)	(430)
附件三:“2000年人人享有卫生保健” 评价标准(试行)	(439)
国务院批转卫生部等部门关于改革 和加强农村医疗卫生工作的请示的通知	(454)
(1991年1月17日)	
关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示	(455)
(1990年6月26日)	
国家主席杨尚昆给第11届国际农村 医学会议的贺信	(461)
(1991年11月9日)	
国务院总理李鹏给第11届国际农村 医学会议的贺信	(462)
(1991年11月9日)	

卫生部门应把支援 农业作为首要任务

1960年8月12日

最近,在党中央和毛泽东同志提出的各行各业支援农业的号召下,支援农业的群众运动,已在医药卫生战线上广泛展开,各级卫生部门都把支援农业的工作摆在突出的地位,当作重点来抓。广大医药卫生人员也热烈响应党的号召,上山下乡,深入生产第一线,采取了各种有效形式,积极支援农业生产。

随着支援农业运动的蓬勃发展,我国农村的群众卫生运动发展更加迅速,规模更加壮阔,方向更加明确。在党的领导下,紧密结合生产生活,结合文化技术大革命,亿万农民群众不分男女老幼,人人行动起来,以移风易俗,改造世界的伟大气魄,大除四害,大讲卫生,大张旗鼓地消灭疾病,显示了无比的英雄气概。广大医药卫生人员也积极和群众一道参加了除害灭病的斗争,并进行了技

这是为《红旗》杂志撰写的一篇署名文章,原载1960年《红旗》杂志第10期。

术指导。在全党全民一致努力下,农村的卫生面貌大大改观。

在卫生组织建设上,人民公社化后,一个县、社、队结合,脱产人员和不脱产人员结合、中西医结合的农村医疗卫生保健网已初步建立起来,农村的医药卫生队伍也在迅速扩大。在党提出了各行各业支援农业的伟大号召以后,许多医疗机构都本着服务生产,便利群众的原则,继续改革了医疗制度,改变了坐待病人上门的作法,作到“医药送上门,看病找病人”和“无病早防,有病早治”,受到了广大群众的热烈赞扬。

通过支援农业,医务人员和农民的接触更加密切,在实际工作和劳动中经受了锻炼,受到了深刻的教育。同时,由于城市医药卫生机构积极主动地支援农村,城乡医药卫生机构的协作关系更加密切了。

当前医药卫生战线支援农业运动的发展趋势是:在党的统一领导下,与工业和其它部门协调合作,专业对口,有组织有计划地进行大规模的支援农业的活动。在支援农业的内容和作法上,已经由零星、不系统的支援发展到全面支援,成龙配套;由少数单位发展到卫生部门的各行各业;由“不请不来”到主动“送上门”;由不固定到固定挂钩;由临时帮助到长期协作;由只抓县医院到抓县带社,层层相带,县、社、区(大队)、队一杆子插到底。许多地区由于广泛采取了“院院挂钩”(城市医院和乡村医院挂钩)、“校院挂钩”(医药院校和乡村医院挂钩)等方法,大力支援以县医院为中心的农村医疗卫生组织建设,加速提高了农村医疗卫生机构的技术水平,大大加强了卫生

部门支援农业的前哨阵地。实践证明，城乡医疗卫生机构之间建立固定的挂钩协作关系，这是城市医疗卫生机构支援农业的一种经常的、有效的组织形式，也是迅速提高农村医疗卫生机构技术水平的有效措施。通过“院院挂钩”和“校院挂钩”等方法，使城市医疗卫生机构从人力、物力、技术等方面支援农村医疗卫生组织建设的任务，和实行这一任务的时间、方法、步骤都具体化了，并用签订支援合同的形式固定下来。这样，就大大密切了城乡医疗卫生机构之间的关系，明确了奋斗目标，并加强了城乡双方为改变农村医疗卫生机构的技术落后面貌而共同努力的责任感。

医药卫生战线上支援农业的工作已经越来越广泛地开展起来了，并已取得了很大成效。但是，这只不过是一个良好的开端。就各地情况来看，发展得还不平衡，有些同志对发展国民经济以农业为基础的重大意义认识不足，对支援农业抱着临时任务观点，缺乏长期打算，不够积极主动；在作法上，有的地区还存在着零打碎敲的现象，缺乏全面规划，缺乏具体措施。这是当前卫生部门支援农业的主要障碍，必须坚决地加以克服。

目前，全党全民正在开展增产节约运动，各行各业大力支援农业的运动也正日益向深广发展，为了使卫生支农更好地适应新的形势，根据各地经验，我们感到，在今后支农中，应注意以下几个问题。

必须进一步树立以农业为基础的思想

在医药卫生战线上,更加广泛深入地开展支援农业的活动,使卫生工作更好地为农业生产服务,这是在医药卫生战线上具体地贯彻党的总路线的一个有力措施。同时,这也是医药卫生人员深入实际锻炼、改造思想的重要途径。

人民卫生工作的根本特点,在于它是为政治服务,为6亿5千万人民的健康服务,为社会主义建设服务的。这就决定了卫生工作必须面向工农兵,从6亿5千万人民出发;也决定了卫生工作必须从发展生产的观点出发,牢固地树立配合生产、为生产服务的指导思想。农业是整个国民经济的基础。农业问题历来就是社会生产发展的根本问题,大力支援农业,保证5亿多农民的健康,使生产有保证,生活过得好,就是贯彻卫生工作面向工农兵,从6亿5千万人民出发这一基本方针的最重要的体现。同时,这也就是极重要的政治问题。离开了农业,离开了5亿多农民,孤立地去空谈什么单纯技术性的卫生工作是完全错误的,也是不可能作好卫生工作的。还必须看到,医药卫生战线大力支援农业,实际上也大大促进了卫生事业的迅速发展。但是,在医药卫生队伍中,还有少数人不重视农业,不关心农民,不愿到农村工作。他们留恋或者向往大城市、大医院,留恋实验室。片面地以为,到农村工作“技术提不高”、“没有出息”、“没有前途”。对这些同志,要加强党的总路线和发展国民经济以农业为基础的方针的教育,加强工农联盟的教育,帮助他们从自己的狭小天地里走出来,投身于热火朝天的支援农业的群众运动,并在这一运动中,通过联系农民群众,参加劳动锻炼,

更好地加强思想改造,走又红又专的道路。

支援农业是整个卫生战线上的中心任务,也是一项长期的战略任务。一切卫生机构和全体卫生人员都必须围绕这一中心任务,积极投入战斗,以支援农业为中心带动各项卫生工作。不仅农村卫生机构和卫生人员必须全心全意地为农业服务,为5亿多农民服务,城市的一切医药卫生部门(包括卫生行政单位、医院、防疫站、妇幼保健机构、医药院校、科学研究机构、药厂、医药器械厂等等)和卫生人员,也必须树立长期支援农业的思想,千方百计地支援农业,为农业服务。城市卫生机构在人力、物力上都大有潜力可挖,技术水平和设备条件一般也都比农村先进,完全可以更好地支援农业。一切城市卫生机构都不仅应当把城市、厂矿的医疗预防工作做好,而且应当毫无例外地把支援农业视为自己份内的事,发扬“有分工,无界限、争工作,让荣誉”的共产主义风格,以支援农业为天职,为己任。城市卫生机构必须积极主动地和农村卫生机构挂钩,签订支援合同,从人力、物力、培养干部、传授技术经验等多方面,大力进行支援。尤其应广泛采取“派下去,请上来”,对口交换;开办专科、专业训练班;带徒弟;组织技术指导小组,深入农村传授技术,交流经验等办法,积极培养提高县、社卫生干部。把城乡之间建立起来的挂钩协作、固定支援的关系,长期坚持下去,城乡卫生工作就可以更好地结合,互相促进。最近,广东省卫生厅根据中共广东省委指示,制定和实行了省、专、市一级医务人员轮流下乡工作半年到一年的制度。其办法是:城市所有医务人员(老弱病除外),在四、五年内都要轮流到农

村工作半年到一年；与此同时，采取对口交换的办法，抽调县医院的医务人员到城市医院边工作、边进修。广东的这些作法很好，值得各地仿效。

有些同志强调城市卫生机构的任务已经很重，担心支援农业会影响城市卫生工作，其实这些看法是片面的。武汉、辽宁、河北等地的工业比重很大，工业卫生任务很繁重，可是他们不但把工业卫生搞得很出色，同时还从各方面积极支援了农业。江苏、湖南、四川、广东等地城市卫生机构的任务也相当繁重，但是他们还大张旗鼓地宣传了以农业为基础的方针，许多单位组织了“要不要支援农业，怎样支援农业”的大辩论，以支援农业为动力，广泛发动群众，大力作好城市和工矿的卫生工作，并且结合技术革新和技术革命运动，从各方面大挖潜力，妥善安排了工作，调动了大批技术力量和药品器材支援了农业。这些事实充分说明，思想工作永远是一切工作的灵魂和统帅，只要以农业为基础的思想挂了帅，就一定能找到支援农业的千方百计，蕴藏在群众中的巨大潜力就可以进一步挖掘出来，因而也就可以在支援农业的运动中作出显著的成绩。

深入生产第一线结合生产生活

大力做好农村卫生工作

组织医药卫生人员深入生产第一线，依靠群众，结合生产生活，大力做好第一线的卫生工作，是开展农村卫生

工作的基本方法。人民公社化后,农村卫生工作出现了不少新情况、新问题,集体生产生活中的卫生工作显得特别突出。这就要求我们的工作方法与之相适应,深入生产第一线,深入集体生活单位,极细心最周到地为生产劳动和集体生活服务。只有这样做,才能及时了解农村卫生工作中的实际问题,及时帮助解决,做到“无病早防,有病早治”。只有这样做,才能促使医药卫生人员和广大群众密切结合,和群众打成一片,在劳动生产方面当群众的学生,在卫生知识的宣传教育方面当群众的先生。这样,既有利于医务人员的思想改造,又有利于卫生知识的普及。同时,也只有通过深入实际,深入群众,才能更好地总结群众卫生运动中的丰富经验,集中群众的经验和智慧,丰富医学科学的内容。因此,一切农村卫生机构和卫生人员,必须进一步振作起来,深入生产生活,指导群众卫生运动,认真贯彻“预防为主”的方针,积极主动地防治疾病,更好地保护广大农民的身体健

生产是根本,劳动力是生产中的决定因素,保护劳动大军的健康,提高劳动出勤率和劳动效率,就是对农业生产的最有力的支援。卫生人员必须深入生产第一线,推广卫生工作“五到田”(到田宣传、普查、治疗、送药、劳动)、“五上门”(上门访问、宣传、普查、治疗、送药)、“三带”(带药品、水壶、劳动工具)的工作方法,把医药送到田间、工地。在大兵团作战的地方,则应广泛推行“流动医院”、“方田卫生所”等机动灵活的卫生组织形式。要协助搞好劳动保护和劳逸安排,认真做好防病、防伤、防暑、防毒等工作。对妇女劳动力,更要加强劳动保护。对各种传染病、

寄生虫病、地方病，要结合生产，抓紧时机积极防治，以便为生产战线输送更多的劳动力。在防治疾病工作中，一定要狠狠地抓住预防这个环节，只有搞好预防才是治本的办法，才能打主动仗。当前最迫切最重要的任务，就是要积极作好秋季传染病的预防工作，保证劳动大军不生病或少生病。一旦发生传染病，就迅速予以扑灭。对于灾区的卫生预防工作，更要大力加强。总之，要切实做到哪里生产越紧张，那里的卫生工作就越要加强；哪里需要，卫生人员就到那里去。

做好公共食堂、托儿所、幼儿园等集体生活单位的卫生工作，对于保护农民的健康关系极大。要大力改进食堂的饮食卫生、环境卫生，除四害，适当调剂主副食品，建立和健全严格的卫生管理制度，切实防止胃肠传染病和食物中毒的发生。对于托儿所、幼儿园的卫生工作，也必须认真管好。因为这是直接关系到新生一代的教养和妇女劳动力的解放，是关系到社会主义和共产主义建设的大问题，绝不可等闲视之。

农村的人畜粪便管理极为重要，应当更快地做到无害化处理，以达到增积肥料，提高肥效，促进农牧生产和除害、防病的目的。现在不少地区已经创造了一些科学的行之有效的办法，如成立积肥专业队实行粪便专人管理，做到日产、日清、日封，以及采用泥封堆肥、加温处理、多缸密封发酵等方法，收到很好的效果，这些做法值得试验推广。为了配合以养猪为中心的畜牧业的发展，对饲养卫生也必须认真搞好。

大力加强以县医院为中心的 农村医疗卫生组织建设

农村医疗卫生组织是卫生工作支援农业的重要基地。大力加强农村医疗卫生组织建设,是卫生工作多快好省地支援农业的根本途径。加强农村医疗卫生组织建设,必须以县医院为中心,使其真正成为全县的医疗卫生技术指导中心和培养干部的基地。这样,就可以更好地支援农业和县、社工业;可以减少因远途求医而耽误的时间和劳动力;可以加强对公社卫生组织的技术指导,促进医疗卫生技术的普及和提高。同时,这对于建设社会主义新农村,改变农村文化科学技术面貌,有重大意义。因此,各地卫生部门要以最大的热情来对待这一任务。

加强县医院的建设,必须是全面的。既要加强政治思想领导,又要加强业务技术建设。应有计划地配备高级卫生技术人员,根据勤俭办卫生事业的原则和农村的条件,逐步进行基本建设,添置器材装备。县医院建设是今后几年卫生部门的基本建设重点,要求各地按照国家的计划分年、分批地抓紧完成。为了加强农村医药卫生战线的技术力量,今后几年内,高等医药院校毕业生,应按一定比例分配到县医院工作;城市医药卫生机构要有计划地抽调一定数量的有经验的高、中级卫生人员,充实加强县医院。在大力加强县医院的同时,还必须注意加强公社医院的工作,发挥公社医院的作用。

大力加强以县医院为中心的农村医疗卫生组织建

设,不仅要求从政治领导、技术人员、医疗装备、基本建设等方面做好工作,而更重要的还要求县医院和公社医院从政治思想到工作面貌都要有新的改变。崭新的社会需要崭新的医院。全国各地的县医院和公社医院,应该进一步贯彻执行周恩来同志在党的八届三中全会上对医院工作的指示,大力做好医院工作。全体医务人员必须全心全意为人民服务,事事从群众出发,处处为病人着想。在这种思想指导下,广泛开展“病员之家活动”,认真改善服务态度,千方百计地提高医疗质量。应该进一步改革医院的规章制度,坚持简易病床和“随到随诊,随请随到”的门诊管理方法;坚持大搞巡回医疗,大办“流动医院”、“方田卫生所”;成立危重病人抢救小组等,并继续创造和推行多种多样的、适合于农村集体生产生活需要的、为广大农民群众所欢迎的工作制度和工作方法。

“预防为主”是社会主义卫生事业最鲜明的标志之一。坚持以医院为中心扩大预防,是贯彻“预防为主”方针的带有根本性的重要措施之一,也是改进医院工作的一个重要途径。所有县、社医院都必须跳出过去那种一谈起医院工作就是治疗的狭小圈子,把医院工作同开展伟大的爱国卫生运动联系起来,使医院工作从消极被动的单纯治病,变为积极主动的防病和治病,积极参加并指导群众卫生运动,开展全民性的健康教育和疾病普查,主动地去发现疾病,调查研究疾病的流行因素及其规律性,边查边治,防治结合,有计划地防治以至消灭疾病。与此同时,对于医院内部的医疗预防工作,也必须坚决搞好。

认真贯彻勤俭办医院的方针,也是改进医院工作的

一个重要关键。县、社医院和全体农村医药卫生人员都要发扬艰苦奋斗的作风，坚决克服铺张浪费现象和贪大求洋的思想，紧缩机构，挖掘潜力，合理组织力量，调动一切积极因素，努力做好工作。对于行政管理人员和勤杂人员要大力精减，以充实农业战线，支援农业生产。在工作中要认真贯彻厉行节约的原则，千方百计节约开支，降低收费，以减轻国家、集体和病人的经济负担。同时，为了更好地支援农业，保护广大农民群众的健康，还必须认真总结推行人民公社社员的集体保健医疗制度。其办法是：根据各地生产发展水平和群众自愿，社员看病的医药费，采取每年由社员交纳一定的“保健费”，并辅以公社的公益金补助，统一调剂使用的办法来解决。人民公社化后，生产生活的集体性进一步增大，医疗制度必须与之相适应。实行集体保健医疗制度，就有利于开展卫生预防工作，有利于社员治病，有利于巩固和发展人民公社的卫生组织，所有这些，都是有利于生产，为支援农业所必需的。同时，实行这一制度，也有利于发扬集体互助精神，促使广大群众和病人更好地同医疗机构合作，减少开支，勤俭办好卫生事业。因此，各地必须采取积极态度，认真地有步骤地推行集体保健医疗制度。

坚持中西医结合、土洋并举的方针，大力开展技术革新和技术革命运动，是提高医疗质量和医疗技术的根本措施。县医院和公社医院的技术革命，同样是大有可为的。全体中西医药卫生人员，必须积极学习和研究各种新技术、新成就、新经验，提高疗效，消灭差错，更好地为病人服务。

加强中西医团结合作,充分发挥中医中药的作用,继续组织西医学习中医,有条件的青壮年中医也可学习一些现代医学基础知识。中西医要互相学习,互相帮助,取长补短,共同提高。

积极培养农村医药卫生干部

大力培养农村医药卫生干部,是关系到卫生工作能否跟上农村新形势的一个带有根本性的问题。解决农村医药卫生干部问题的途径,一方面需要城市的积极支援,而更重要的一方面,则是在当地党委的领导下,依靠群众,自力更生,以县医院为基地举办医学教育。

在培养农村医药卫生干部中,必须贯彻“两条腿走路”的方针。首先是要大办业余医学教育,力求在短期内把现有农村医药卫生人员的政治和业务水平大大提高一步。培养提高在职干部的另一条重要途径,是分期分批地抽调农村在职卫生人员到城市医院或高、中级医药院校(包括中医进修学校)轮训进修,特别是对一些政治思想好、工作积极,在业务上又有一定基础的同志,更应优先给予学习进修的机会。

在大力培养提高在职医药卫生干部的同时,在一切有条件的地方,还必须以县医院为基地,办好县卫生学校。县卫生学校必须认真贯彻党的教育方针和卫生工作方针政策,把教学工作和生产劳动、除害灭病运动、临床实际工作密切结合起来。办学方式因地制宜,灵活多样。教材和教学内容,都应充分考虑农村的特点,力求适应农

村的实际情况。

农村不脱产的群众卫生骨干如保健员、保育员、接生员等,对开展卫生工作起着重要的作用,应当通过业余学习不断提高他们的卫生知识水平。举办培训群众卫生骨干的短期训练班,应坚持在农闲季节进行,千万不可与农业争劳动力,削弱农业生产的力量。

做好支援农业的关键,在于加强党的领导。各级卫生行政部门,应当在各级党委的统一领导下,根据本地区的具体情况,迅速制订支援农业的全面规划,作出具体安排,付诸实施;医院、医药院校等各种卫生业务单位,也要制订本单位的具体规划,并认真贯彻执行。在进行过程中,一定要抓紧督促检查,领导干部要深入下去,及时发现问题,及时解决问题,注意总结和推广先进经验,树立好的典型,帮助后进,保证卫生部门支援农业的任务层层落实,并力求在短期内做出更加显著的成绩来。

关于调整农村基层卫生 组织的若干问题

——广东东莞县调整农村基层
卫生组织问题的调查报告

1962年6月6日

五月间,我们在广东省卫生厅和东莞县卫生局的协助下,对东莞县寮步、大朗两个公社的基层卫生组织作了调查。

东莞县位于珠江三角洲,是重要的商品粮基地,经济条件较好。县社卫生组织都比较健全。寮步公社是东莞县调整农村基层卫生组织的试点,大朗公社是省卫生厅的试点。两个公社的规模都很大,寮步公社有8700户,3万余人口,29个大队,250个生产队,方圆30华里;大朗公社有8031户,31,100人,22个大队,214个生产队,34个自然村,方圆约25华里。在调查当中,我们着重了解了调整农村基层卫生组织的所有制、布局、规模等问题。现将调查情况报告如下。

两个公社调整基层卫生组织的工作,是在去年秋天根据省卫生厅制定的《广东省农村卫生基层组织工作条例》的精神进行的。在调整过程中,中心问题是适当调整体制,合理解决医务人员的工资待遇和生活福利,调动他们的工作积极性。

关于体制的调整,主要解决了这样几个问题:(1)初步调整了公社卫生院的规模,精简下放了一部分人去组织联合诊所或个人开业;(2)改变了由公社卫生院统一核算的办法,卫生院和卫生所实行独立核算,但业务不好的卫生所仍同卫生院统一核算;(3)清理退还了以前组织联合诊所时的个人投资。

合理解决公社卫生院、所医务人员的工资待遇和生活福利,实际上是广东省在调整农村基层卫生组织中所要着重解决的问题。根据《广东省农村卫生基层组织工作条例》的规定,寮步、大朗两个公社采取的措施是:(1)公社卫生院、所和联合诊所全部实行固定工资加奖励,大幅度地调整了工资,除固定工资外,还按季或按月发奖;(2)实行劳逸结合,每月放假四天,医务人员在假日看病或者夜间出诊(超过晚七时以后),诊金收入归个人;(3)卫生院、所联合诊所的工作人员享受公费医疗待遇,经费从收入中解决。家属看病只收药费。

经过这番调整之后,两个公社的基层卫生组织,初步改变了由公社全部“包”下来的作法,恢复了公社卫生院、卫生所、联合诊所和个体开业医并存的局面,农村卫生工作显得比过去活跃了。公社卫生院、所和联合诊所,由于实行了固定工资加奖励,对于激发医务人员的积极性,改

进服务态度,确实起了很大作用,最明显的是规定了夜间出诊金归己的办法以来,扭转了夜间不愿出诊的现象,一般都能随请随去,其中尤以医生的收入增加的较多。如寮步公社卫生院、所和联合诊所的 27 名医务人员,在调整体制以前平均工资为 46 元,调整以后平均工资加奖励提高至 65.90 元,比调整前增加了 43.3%;其中医生调整前平均工资为 55.6 元,调整后提高至 82.4 元(不包括业余看病的收入),比调整前增加了 46.4%。下放下个人开业的中医,多数都增加了收入(一般每月业务收入 50~80 元,少数人百元左右),也有个别技术差的比下放前有些减少。个体开业的镶牙馆收入最高,业务好的每月可达 300~400 元,业务差的也在 200 元左右。

二

根据我们在调查中了解,两个公社调整基层卫生组织的工作,都搞得不够彻底,当前存在的问题还不少,其中尤以所有制问题、布局和规模问题、基层卫生队伍的精简下放问题以及体制调整以后领导工作如何跟上去的问题较为突出。

(一)关于所有制问题

《广东省农村卫生基层组织工作条例》中规定:“现阶段农村卫生基层组织,应该允许有县办、公社办、医务人员联合办、个人开业等四种不同性质的组织形式同时存在——全民所有制是基层卫生组织发展的方向;公社集体所有制对团结教育医务人员,稳定医务人员的生活,发

挥医务人员在防病治病中的全面作用等方面,也比医务人员集体所有制等组织形式有更多的优越性。目前应以实行公社集体所有制的形式为主”。根据这一规定,两个公社的卫生院及其所属卫生所,均确定为公社集体所有制。但据我们在调查中了解,这些公社卫生院、所,应该说基本上是属于医务人员集体所有制的性质。如寮步公社在1958年以前有区卫生所一处(5个人),联合诊所一处(9个人),个体开业的中医15人,牙科5人,助产士3人。1958年5月,以原联合诊所为基础,组织了全乡性的大联合,成员共31人。1958年8月,又把大联合诊所与区卫生所合并,成立了乡医院。1958年10月公社化后,乡医院换了个牌子,改为公社卫生院。当时的资金来源主要是联合诊所的家底(约7千元),和组织大联合时医务人员的个人投资(约2千元),另有区卫生所的家底(约2千5百元)。几年来公社分文没有投资,反倒平调卫生院2万1千余元,迄今未退。县卫生局曾经有过二次拨款,一次是1959年卫生院被洪水将房子冲垮,拨来恢复卫生组织的补助款5千5百多元,防疫经费2千1百元,另在1961年有二次基建拨款共1万元。综合上述情况,现在的公社卫生院主要是由过去的联合诊所转成的,公社没有投资、没有补贴,就很难认为它是公社的集体所有制。是否可以确定为国家办的或者定为国家与医务人员共同举办的呢?我们认为,虽然原区卫生所的5个人也合进来了(但他们不是主力,并且已经作为下放处理),虽然国家曾几次投资拨款,但这些都应视为国家对集体所有制医疗机构的扶植,不宜因此来改变所有制性质。

据了解,上述情况在广东全省是带有普遍性的。甚至还有为数不少的公社卫生院、所,完全是由联合诊所转成的,公社和国家都没有投资,也没有补贴,有的还被平调了资金或上缴利润,这样的医疗机构也确定为公社集体所有制。所以会出现此种情况,一方面是省里有社办为主的规定,另一方面则是对所有制的看法上的问题。在我们接触的一些县社卫生干部中,主要有以下几种看法:第一,把按公社的体制设立医疗机构同所有制问题混淆在一起。认为在公社一级设立的卫生院(所),又冠以公社的名称,就应是公社集体所有制;第二,强调全民所有制是基层卫生组织的发展方向,公社集体所有制是社会主义性质的,优越性大,能够更好地为人民服务,前途光明。而医务人员集体所有制的医疗机构,似乎就不是社会主义性质的,就没有什么优越性,就不能更好地为人民服务,因而也没有前途。有些县(三水县)在调整体制时,甚至采取了搞政治运动的方式,进行思想排队,组织全体卫生人员,对公社集体所有制的卫生院(所)有没有优越性的问题,进行了大辩论,这样一来,谁还敢提出异议呢;第三,认为公社集体所有制的卫生院便于领导全公社的联合诊所和个体开业医,如果改变为医务人员集体所有制,就不利于加强领导。

现在看来,许多明明不是公社举办的医疗机构,硬要确定它为公社集体所有制,是弊多利少的。这样作,势必会出现许多问题。第一个问题是不合乎政策。医生是独立脑力劳动者,医务人员集体举办的医疗机构是社会主义的、小型的集体所有制。对于医生,对于医务人员集体

所有制的医疗机构不能剥夺,不能任意“共”他们的产。不是依靠公社自己本身的经济力量,不是按照自愿互利的原则,单靠行政命令把医务人员集体举办的医疗机构的所有制改变过来,在政策上是说不下去的。第二个问题是不利于农村卫生事业的巩固和发展。在相当长的时期内,国家和公社都不可能把农村的医疗机构包下来,医务人员集体举办的医疗机构实际上还会是农村基层卫生组织的主要形式。如果可以随便地把医务人员集体举办的医疗机构收归公社所有,势必会大大挫伤医务人员举办的医疗机构的积极性。第三个问题是不大可能从根本上纠正对基层卫生组织的“平调”。把医务人员集体举办的医疗机构,无偿地收归公社所有,这实际上也就是一种“平调”。第四个问题是不利于改善经营管理,发挥医务人员在管理上的自主权。确定为公社集体所有制的医疗机构,虽然也规定了实行民主管理,独立核算,自负盈亏,但医务人员参加民主管理的劲头,实际上不是很大。原因在于,他们还没有把它当作自己的事业来办。这些问题集中起来就是不利于更好地调动医务人员的积极性,因而对于更好地开展农村卫生工作也会带来不利的影响。

由于对所有制的看法有片面性,特别是对于医务人员集体举办的医疗机构的性质认识上不明确,因而在对待联合诊所的政策上就有些偏。寮步、大朗两个公社在调整基层卫生组织的过程中,恢复了三个联合诊所。这三个联合诊所都是由公社卫生院统一领导、统一核算下的卫生所转成的。它们仍是原班人马,原来的房子,原来的设备,仍是作原来的工作,也仍受公社卫生院的领导,所不

同的只是换了个招牌,改变了统一核算为独立核算,并确定为医务人员集体所有制。也正是因为如此,便遭到一系列的非难和歧视。第一,让他们“净身出户”。即是说,把这些医务人员自己辛辛苦苦积累起来的自己诊所的一切家底(包括药品、器材、现金和其他财产)折价,作为卫生院对联合诊所的暂借款,限期一年归还。资金如果不足,由医务人员自己投资;第二,让他们上缴盈余的10%给公社卫生院。然而,当他们经济上发生困难的时候,则由他们自行解决;第三,停止他们原来享受的和公社干部一样的物资供应(如纸烟、鞋票等)。使他们既不能享受干部待遇,又不能享受社员待遇(不能参加生产队的分配,也没有自留地);第四,在药品供应上也不是一视同仁。现在的供应办法是先全民所有制和公社集体所有制的医疗机构,后联合诊所。一个诊所每月只供几十元的药,而且还要冷热搭配。显然,这些都是很不公平,也是不合乎政策的。那末,这些医务人员为什么又愿意恢复联合诊所呢?据同医生座谈中了解,不是他们对联合诊所这个名称有什么深厚的感情,而是在当时只有恢复联合诊所才能算是医务人员集体所有制,才能摆脱全公社的统一核算、穷富拉平,才能在管理上争得更多的自主权。不料现在又出现了独立核算的卫生所,他们名声既好,照顾又多,实际上和联合诊所又没有什么差别。看到此种情形,联合诊所的人便有些悔之不及了。

(二)关于布局和规模问题

两个公社在调整农村基层卫生组织的过程中,对医疗机构的合理布局问题实际上没有作为一个重要问题来

抓,因而医疗机构集中过多、办得过大的问题迄今尚未从根本上得到解决。例如寮步公社在调整基层卫生组织以前,共有医疗点十一处,调整以后反而减少为七处,加上下放回去开业的中医,也只不过才十处。再从医务人员的分布来看,全公社脱产卫生队伍共 52 人(包括个人开业的在内),有 36 人集中在公社所在地——寮步镇,其中公社卫生院虽然经过了精简,还集中有 27 人之多,全公社共有中西医生 25 人,15 人集中在寮步镇,其中公社卫生院便集中了 10 人之多。再如大朗公社,调整前后都是四个医疗点,所不同的只是下放了 4 个中医去个人开业,其中有 2 人是在大朗镇。全公社脱产卫生队伍共 49 人,有 38 人集中在大朗镇,其中公社卫生院便集中了 32 人之多。这种医疗机构集中过多的情况,至少在东莞县是带有普遍性的。有一个樟木头公社(也是省卫生厅调整基层卫生组织的试点),全社 15 个大队,42 个自然村,除了一个公社卫生院外,下面只有 3 名个体开业的中医,一个镶牙馆。全社脱产卫生队伍共 26 人,有 23 人集中在樟木头镇,其中公社卫生院便集中了 21 人之多。不言而喻,医疗机构如此高度集中的结果,给群众看病带来了很大的不便。大朗公社有些大队的社员看一次病往返要跑 26 里路,至少需要半天多的时间,既不便利群众,又影响生产,还会延误治疗,群众对此很有意见。

为什么经过调整以后医疗机构还如此集中呢?我们认为,这首先和卫生行政部门的领导思想有关系。据了解,有些同志不承认农村基层卫生组织有集中过多的问题,认为现在的布局基本上是合理的,因而就没有强调调

整布局的必要。其次，一部分县社卫生干部有“大卫生院思想”。他们总是想把公社卫生院搞得大一些，如东莞县共 37 个公社，有 34 个公社卫生院，调整体制以后工作人员仍有 833 人（不包括院属 58 个卫生所的 156 人），平均每院达 24.5 人之多。显然，卫生院的规模是过大了，这同农村的分散特点很不适应，由此便带来了群众看病不便，医务人员出诊跑路多，吃闲饭的人太多，工作效率不高，思想工作难作，经营管理不善等一系列的问题。同时，这样一来也就给“瞎指挥”开了方便之门。寮步公社卫生院的前任行政院长李诗文，在“大卫生院思想”指导下，乱出点子，卫生院盖房子原计划是建平房，也是平房地基，建至中途，李竟命令再加一层改为楼房，没有图纸则用树枝在地上划，二层建起，又让续建三层，结果尚未建完便即倒坍，倒了又重建，化了一年多的时间，总算是修起了三层大楼，但谁也不敢去住，最后不得不把它拆掉，损失达 3 万多元。

县社的同志们所以主张办大卫生院，他们的想法是要把卫生院办得象个样子，能在全社范围内起技术指导中心作用，这样可以为群众解决更多的问题，看起来也是群众观点，其实这是片面的群众观点，据我们在寮步、大朗两个公社了解，卫生院虽然集中了 30 人左右，但在技术上并不比下面高明多少，内科不能作比较疑难病症的正确诊断，外科最大手术只能开个脓包，下面联合诊所和卫生所解决不了的问题，到公社卫生院同样是难以解决，根本起不到技术指导中心的作用，即使能够起到这种作用，卫生院的规模也不宜过大，技术指导不在于人多，而

在于精干。同时,在目前也没有必要每个公社都搞一个技术指导中心,在一个县的范围内,适当地搞上几个就可以了。

由此看来,医疗机构集中过多,办得过大,仍然是当前农村卫生工作中的一个突出的问题。改变这种状况,首先必须解决思想认识问题,多作些调查研究,多从便利群众看病方面着想,认真纠正“大卫生院思想”。这个问题解决了,就可以通过调整,有计划地逐步地作到医疗点的合理分布。

(三)关于基层卫生队伍的精简下放问题

做好农村卫生工作,提高工作质量,需要有一支精干的基层卫生队伍。就我们所调查的寮步、大朗两个公社的情况来看,目前农村卫生队伍虽然经过了初步的调整整顿,但一般都还不够精干。主要是“跑龙套”的太多,技术骨干少,“吃闲饭”的人太多,能实际看病的人少。因而工作效率既低,工作质量也不高。以大朗公社卫生院为例,现有 32 个工作人员中,初级人员(包括练习生、学徒)就有 16 人,占总人数的 50%;行政勤杂人员 7 人,占总人数的 21.88%;实际能看病的只有 9 人(中医 6、医士 2、助产士 1),占总人数的 28.12%。一个公社卫生院,也强调事事都设专人,设人求全,分工求细,是毫无道理的。一天只有 1~2 件化验,也设一个专职的化验员,有了助产士,还设有专门的妇幼保健员和接生员;至于护理员和练习生,更是一大群,有专管注射的,有专管换药的,有专管查体温、“叫号”的;行政勤杂人员也是职责分明,从职称看,有办事员、总务、会计、出纳、挂号员、工友、炊事员,如

此等等。在这些人当中,有的整天无事干,有的一天的工作2~3个小时至多半天即可完成,以前搞卫生运动,这些人的中心任务之一,就是打苍蝇,现在苍蝇也不打了,整天“劳逸结合”。他们不但照拿工资,奖励也人人有分。医生对此很有意见。关于这些人的来历,我们也作了一些了解。大朗公社卫生院的23名初级人员和行政、勤杂人员中,1958年以后吸收的有21人(其中有10人是在中央公布了农村人民公社“六十条”以后新吸收的)占90%以上;1958年以前的只有2人。这些人多数都是20岁左右的青年,平均年龄才26岁,他们年轻力壮,有文化,回到农村都是很好的劳动力。

除了上述初级人员和行政人员过多之外。1958年以来,也“包”了一部分技术过低的医生。他们在卫生院工作,整天无人问津,看病人次不是以天计,而是一个月看10~20人次,每月照拿工资,连他们自己也甚感难为情,“心不安,理不得”。他们当中,有些人已六、七十岁,身体又不好,愿意回家养老。象寮步公社卫生院70岁的老中医缪煦钧和刘镜泉,在调整当中就积极要求回家,下放回去以后,现在是有病看病,无病带孙子,养“三鸟”,一家人朝夕团聚,心情舒畅,收入虽比下放前减少了一些,但是他们说:“现在是自己劳动所得,拿起来心安理得了”。看来,把这部分人下放,不仅是非常必要,也是可以办到的。

综合上述情况,为了改变当前农村基层卫生组织这种“包”得过多,“吃闲饭”的人过多的现状,以利于改善管理,提高质量,清理冗员,支援农业,当前的问题是非下决心精简下放不可。可是对于基层卫生组织的精简下放问

题,在一部分县社卫生干部中,思想阻力还不小,主要是“舍不得”,因而决心不大。大朗公社卫生院有一个65岁的老接生员江克娟,人们都认为是个“包袱”,去年秋天在调整基层卫生组织时被下放回家,安排在本村搞接生,没过几天,公社卫生院长又把她接回来了,说什么卫生院无人查体温,因而要请她回来专为门诊病人“试表”。由此看来,贯彻精简下放的方针,也必须解决思想认识问题,下定决心,坚决精简。但在具体工作中,要有准备,有计划,要有充分的思想工作,要区别不同的人作不同的处理,不是一哄而散。初级人员和行政勤杂人员,也不是全部都精简回家,必要的还要适当保留,特别是有些已经打下一定基础有培养前途的初级人员(包括有培养前途的中医学徒),还要继续加强培养。对下放回家的人,应当妥善安置,他们当中有的可以个人开业,有的可以半农半医,有的可以安排他们参加农业生产。总之,工作一定要做得细致,避免引起不必要的混乱。同时,还要把精简下放和充实提高结合起来,可以采取“层层顶”的办法,从城市和县级医疗机构下放一部分有经验的中级人员,加强基层。

(四)关于加强领导问题

调整农村基层卫生组织,是一项很复杂、细致的工作,政策性很强,牵涉的问题很多,调整以后还会出现一些新的问题,适应基层卫生组织的调整整顿,领导工作必须及时地跟上去。从东莞县的情况看,有下列几个问题似应引起注意。

第一,在下放机构的同时,也要下放资财。象寮步、大朗两个公社对恢复医务人员集体所有制的原卫生所,机

构下放了,资财不下放,这是“平调”的一种表现。属于国家和公社投资的部分,也不要抽回,可以发给他们继续使用。当他们在经济上遇到特殊困难的时候,应设法帮助解决。

第二,对医务人员集体所有制的医疗单位,主要应坚持群众路线的方法,实行民主管理。但是,一些大的原则问题,例如收费标准、药品利润、分配的原则、工资评定等等,卫生行政部门要切实地管起来。

第三,对开业医生要加强管理教育,特别是对于那些高抬药价,以假充真,投机取巧,变相勒索,要挟和欺骗病人的少数不守规矩的医生,更不能放任不管。

第四,药品供应办法应该积极改变,对于各种不同所有制医疗机构和个体开业医生的药品供应,应根据需要和可能,统一安排,以利治病防病工作的进行。

第五,要关心医务人员的生活,尽可能地帮助他们解决口粮、副食品供应、鞋票和出诊的雨伞、胶鞋、手电筒等问题。

第六,加强业务技术指导,积极帮助农村基层医疗机构和个体开业医生提高业务水平。

河北省新城县医院调查报告

1962年9月11日

8月下旬,我们去河北省新城县医院(设在高碑店)了解了一些情况。现报告如下:

新城县医院是卫生部重点投资建设的县医院之一,于1959年10月建成开院,可容纳200床,有水、电、暖气等设备。三年来,该院的发展很快,病床已由开院初期的50张增至120张;技术人员也得到了充实,全院现有工作人员115人,其中技术人员85人,占75.7%,在技术人员中有大专毕业的医师6人;医疗设备较齐全,有中型X光机,救护车和理疗设备等。目前该院已具备了一定的规模和人力、物力基础,而且通过城市医院的帮助,工作中的实践以及派人出去进修等方式,培养了一部分技术骨干,技术水平有了很大提高,一般常见疾病的诊疗问题都可解决,逐渐成为了全县农村和临近几个县的技术中心。

总的来看,新城县医院经过三年来的建设,在事业的发展和质量提高上,都有显著的成绩,这是主要的方面。但是,该院目前还存在不少问题,许多问题实际上在县医院带有一定的普遍性。如何正确地认识和解决这些问题,值得我们认真研究。

一、医院的规模和科室设置 应从实际出发进行合理调整

今年上半年,该院根据以调整为中心的“八字”方针和保定地委、专署的指示,对医院的规模作了调整,调整后病床由 150 张压至 120 张(压缩 20%),人员由 156 人减为 115 人(减少 26.3%)。表面看来,调整精简的幅度并不小,但是,从调整后的实际情况来看,医院的规模与实际的工作量不相适应的情况仍然十分突出。以住院部为例,从开院以来,病床的使用情况,除了一度收治浮肿病达到 205 人以外,多数时间病床的利用率是很低的,1960 年、1961 年和 1962 年 1~8 月的病床利用率分别为 58.6%、63.9%和 41.5%。特别是今春以来,住院病人始终很少,半数以上的病床都在空着。住院部如此,门诊的工作量也不高,1960、1961 和 1962 年 1~8 月的日平均门诊人次分别为 181、216 和 170 人次。由于事少人多,人浮于事的现象相当严重。有些科室每名医师(医士)每天只看 4~5 个病人,一天的工作不消一小时就可做完。有些人上班没事,有时便去种地,劳动纪律比较松弛。

医院的科室设置也不够合理,主要是盲目照搬城市大医院的一套,不顾客观需要和主观条件,片面地求全求细。特别是党团和行政办公室,总共只有 3 名工作人员,也分设两个办公室是不实际的。

根据以上情况,我们认为,新城县医院的规模和科室设置,有必要按照实际情况适当调整精简。鉴于县医院要

承担下乡急救等业务,这个医院还要担负附近几个县的技术指导,因此在设置规模、人员安排上应当留点机动余地。但是,科室可以适当合并;有些不适合在县医院工作的人员也可以分别情况进行精减,另行安置。

二、认真贯彻党的知识分子政策 充分发挥技术人员的作用

在对待知识分子问题上,最严重的问题是党的许多政策、指示没有下达,没有和县医院见面。中央关于自然科学工作中若干问题的批示和科学技术《十四条》,不仅在全院医务人员中没有传达、学习过,甚至连支书、院长还从来没有听说过有这回事。据说这种情形至少在保定地区各县带有普遍性。

由于不了解政策,也就谈不上认真贯彻政策。从这个医院的情况看来,当前在知识分子工作上比较突出的问题有四个:第一,对于做好知识分子工作的重要意义认识不足,没有把大学毕业生和技术较高的医务人员作为重点,不善于团结和使用他们,对他们政治上的帮助既少,生活照顾也差,在业务上也没有很好地培养和使用他们,不能充分发挥其骨干作用。医院领导同志很少找技术人员谈心,从政治上、思想上给予帮助。有的医生新从医学院校毕业来院工作,因不熟悉工作环境,对病人态度比较生硬,院领导同志不对她进行细致的帮助,而是在大会上进行批评,方法简单生硬。对医务人员的生活照顾也差,院内工作人员伙食长期以来办得不好。目前6名大学毕

业生中有 3 名不安心工作,其中 2 名已写辞职申请,要求回家。第二,政治学习只重形式,不讲究实效。学习内容不切实际,医院的政治学习和县委机关、公社干部没有任何区别,医务人员也要用几个月的时间逐条学习《十二条》紧急指示信和农村人民公社《六十条》,学习方式呆板,经常采取集体读报的形式。第三,在培养干部上存在“平均主义”,对于技术人员的培养,该院不是重点培养大学毕业生和技术较高的骨干,并通过培养一些“母机”来带动全院技术水平的普遍提高,而是把一些未经过系统学习的中级人员送出去进修。其次,在提高技术和培养干部方面,也有求新求全思想,一心想开设各个专科,但对基本理论和基本的技术操作却重视不够。第四,劳动过多,影响业务工作和业务学习。全院 115 人,种地 42 亩,以科室为单位组织生产队,不管什么人一律实行“评工记分,按劳分配”,规定早晚为劳动时间,一般每天要占用三小时左右。医生反映:“每天工作、劳动之后,精疲力尽,哪有精力去钻研业务。”

为了贯彻加强县医院的方针,根据国家计划,今后若干年内,医学院校毕业生将重点分配至县医院工作,城市医院也将尽可能地继续下放一批技术骨干充实加强县医院。当前一个严重的问题,是如何把这些人巩固下来,使他们安心于农村工作,在农村扎根,树立献身于农村医疗卫生事业的思想,积极地为广大农民服务。做到这一点,关键在于正确贯彻党的知识分子政策。但是,就目前情况来看,县医院和县里有关领导机关对这个问题还没有引起重视。大学毕业的医生下去,往往不能巩固,这固然和

他们当中有一部分人留恋大城市,没有树立献身农村卫生事业等思想有关系,但在很大程度上是因为在政治上、工作上、学习上和生活上得不到应有的关怀,在业务上得不到培养提高,因而影响他们的积极性,有的甚至坚决要求调动或要求退职。因此,就该院的情况来看,正确地贯彻执行党对知识分子的政策是必须引起严重注意的一个大问题。

三、贯彻中医政策的片面作法应予纠正

几年来,新城县医院对贯彻中医政策是很重视的。但是,在具体执行中有很大的片面性,甚至有些已经纠正了的提法和作法,他们却仍在继续执行。如该院在今年的工作计划中,对贯彻中医政策提出了这样几条要求:第一,要求人人学中医,人人懂中医,口号是“普遍教育,普遍提高,逐步达到中西医合流”。第二,盲目提倡中西医结合,中西医合流,并且要求各科每季度最低要结合出一种疾病“中西医合流”的先进经验来。第三,要求中医带徒也有只重形式,不讲效果的现象。该院为2名70多岁的名老中医各安排1名徒弟,都是只有高小程度的农村小青年,学不进去,而名中医文老先生的儿子青年中医文星耀,虽然也在院内工作,却没有主动安排让他们父带子,抢救文老先生的学术经验。

该院的医务人员对这样来贯彻中医政策是有意见的。我们曾个别访问过4名大学毕业的医生和3名医士,征求他们对西医学习中医的意见,他们一致表示并非

出于自愿,但是又不敢不参加,因为这是“中医政策”。正是因为大家都是消极应付,每周一次上中医课时不得不去“点点卯”。上罢课使置诸脑后,所以学习效果很差。

我们认为,上述作法显然不妥。其结果只能给工作上、思想上造成混乱。这些问题必须认真地实事求是地加以纠正。

四、护理工作是亟待加强的薄弱环节

在新城县医院,护理工作是一个薄弱环节,存在的问题相当严重。表现在:第一,执行护理制度和技术操作规程不严格,不重视隔离消毒和无菌操作,不注意了解病情和观察病情变化,护理人员忙于杂务多(病房没有卫生员),主动做临床护理少,结果是责任制度松弛,差错事故常有发生,护理质量很差。第二,对护理人员缺乏严格训练,许多人缺乏基本的护理技术知识,技术水平很低。有的护士在注射前竟将消毒好的针头先在手指上划几下,检查有无弯钩,再行注射。第三,从院部到科室,护理工作无人抓,各科虽有护士长,但都不担任病房具体工作,内科护士长甚至在宿舍办公,很少下病房;各科护士长都兼任生产队长,管理农业生产劳动、分配等工作,比在护理工作上化的时间还要多。第四,护理人员的思想不稳定,正式护士对当前不务正业有意见。部队转业的一批男护士都不安心于护理专业,迫切要求改行。助理护士多数是1958年以后吸收的农村青年,怕精减回乡,思想有些波动。

护理质量不高,必然会影响医疗质量的提高。影响护理质量的因素是多方面的。从新城县医院的具体情况看来,首先必须认识护理工作是整个医院工作不可缺少的一个重要环节,从领导上认真重视起来,要有专人经常抓,整顿秩序,建立健全常规制度和操作规程,工作要求要严。当前最重要的问题是要加强对护理人员的基本功训练,把基本的临床护理搞起来。病房卫生员应设法调整加以配备,使护理人员腾出手来搞些临床护理。护理人员的业务学习应该着重学习护理知识,在护理专业方面进行培养提高。有些护理人员不安心工作应加强教育,但是个别不适于作护理工作的男护士可以考虑让他们改作其他工作,有些应该精减的初级人员则可根据情况进行精减。

五、当务之急是必须调整和加强县医院的领导班子

从新城县医院的情况看,领导工作跟不上医院的发展,愈来愈显得突出。领导工作中的根本问题是领导班子问题。该院虽有专职支书1人,党员行政、业务院长各1人,但书记的身体不好,分配到县医院工作是带有安插性的,自己不懂业务,又不学习业务,工作抓不起来;行政院长也患有慢性病,长期不能工作;业务副院长虽年青、肯干,又懂业务,但无实权,积极性得不到充分发挥。由于领导班子不够坚强,也不够团结,医院的好多工作就抓不起来。

医院工作究竟应该抓什么,该院的指导思想也不够明确。由于该院的主要领导干部不积极学习党的各项有关政策,不善于结合医院的特点认真贯彻执行党的政策和上级指示,结果是许多该管的大事未管(例如知识分子工作、干部培养和业务工作中的一些重大问题),而对一些琐碎事务却包揽过多,使领导工作陷入事务主义的圈子。这个医院,虽然也做了些政治思想工作,但是政治思想工作的目的性不够明确,不善于做人的工作和调动人的积极性,不善于抓活的思想,不善于围绕医疗工作这一中心工作,把政治思想工作渗透到业务工作中去。今年上半年,该院曾开展整院工作,号召开展“六好三满意运动”,提了许多口号(如“七要七不要”、“五轻”、“五心”、“五勤”、“五及时”、“五细五防”、“三准”、“三比”、“三满意”等等),但缺乏切实可行的具体措施,整顿的重点和目的性都不够明确,结果收效不大。

医院的领导干部对医务人员工作上的支持也不够,特别是不善于给医务人员撑腰。在新城县,有些机关干部到医院看病也有一股“特殊风”,他们当中有些人看病经常不挂号,指名要药,随便叫出诊,住院要求住单间,对医务人员的劳动很不尊重。医务人员最感“头疼”的是出诊太多,如内科7~8月出诊96人次(其中机关干部85人次,干部家属9人次),据分析,其中真正需要出诊的只有11次,仅占出诊总人次的11.5%。象感冒、消化不良、痛经等也每每来电话要求出诊,有的夫妻打架也叫医生出诊。对于这些不合理现象,医生很有意见,虽一再反映,但医院领导上没有给予积极支持。

农村医院要全心全意为农民服务

1964年4月5日

辽宁省彰武县哈尔套医院，是一所设在偏僻地方的设备简单的农村医院，但他们却树立了一个用革命精神办好社会主义医院的光辉榜样。

哈尔套医院的一个重要经验是：农村医院办得好不好，是不是为农村人民群众所欢迎，关键在于农村医院是不是面向农村，为农村人民服务，是不是适应农村条件，为农村生产服务。

哈尔套医院之所以深受农民群众欢迎，称之为党办的“救命院”，主要是因为这个医院坚持面向农村，从农村实际情况出发，适应农民需要，把有利于农业生产、为农民健康服务，定为办院的指针。他们的一些制度和规定，也总是先到农民群众中征求意见，然后才订立的。他们说：“我们在假日、节日，也都有人轮流值班，病人随到随诊，遇有急诊随请随到。在农忙季节和多发病季节，还经常组织巡回医疗，把医药送到田间，送到病人家中。他们

这是为《人民日报》撰写的社论，原载1964年4月5日《人民日报》第一版。

就是这样地坚持面向农村，全心全意地、始终不懈地为农民服务的。全国农村医院有成千上万，还有十几万个公社集体办的卫生所、保健站，这些医疗卫生机构尽管大多数条件较差，设备简单，但是，只要能全心全意为农民服务，那就会为保护农民的身体健康，促进农业生产的发展，做出卓越的贡献。

哈尔套医院还有一个好的经验，就是办好农村医院，全心全意地为农民服务，要有一批坚持为农民服务，和农民群众相结合的医务人员。

哈尔套医院医务人员之所以受到农民群众的热诚欢迎，称他们为“毛主席派来的好大夫”，就在于他们在党的领导和教育下，坚持了知识分子工农化的正确道路。同工农群众结合起来，需要有一个过程，需要经过锻炼。毛泽东同志说：“你要群众了解你，你要和群众打成一片，就得下决心，经过长期的甚至是痛苦的磨炼。”哈尔套医院的几名高等医学院校毕业的医生，在离开学校、初到农村的时候，生活艰苦，很不习惯，不打算长期留在农村。可是经过了两年年的时间，他们开始作到和劳动农民息息相关，不仅能够用自己的技术为农民服务，而且在思想感情上和日常生活上，也渐渐和农民结合起来。他们开始热爱农村，热爱劳动农民，并且表示要把自己的全部知识和精力，贡献给建设社会主义新农村的伟大事业。农民也信任他们，热爱他们，甚至当作自己的亲人。哈尔套医院的医务人员，真正开始同农民结成了血肉关系。这种血肉关系，是知识分子的思想感情有了深刻变化的结果。

农村需要真正为农民服务的医务人员，医务人员响

应党的号召,到农村去,参加建设社会主义新农村的行列,为农民的健康服务,这正是一种革命行动。不但可以在革命实践和业务实践中锻炼和改造自己,而且也有助于丰富临床经验,提高独立工作的能力,使自己成为又红又专的社会主义的医务人员。所谓参加革命斗争的实践,就是要置身于阶级斗争、生产斗争和科学实验三大革命运动之中,就是要置身于建设社会主义的伟大斗争之中,经受革命斗争的熏陶和锻炼。所谓通过业务实践进行思想改造,就是要通过治病防病,全心全意为劳动人民服务,逐步同劳动人民建立阶级感情,学习他们的优秀品质。哈尔套医院几名青年医生,就是通过为农民服务,从业务实践中得到启发、教育和锻炼,促进了自己的思想转变的。

明代著名的伟大的医学家和药物学家李时珍,深入农村山区,一方面真心诚意地为农民治病,一方面访问了千百个老农、渔民、樵夫和猎人,虚心求教,学到了很多有关药物学的宝贵知识,学到了很多医病的有效秘方,并且考察了各地的特产药物。他就在这样深入农村、深入农民群众的艰苦努力下,丰富了自己的医疗知识和药物知识,经过了27年的编著和修改,写成了流传至今的伟大药物学著作《本草纲目》。既然李时珍能在三四百年以前的明代封建社会,通过深入农村,刻苦钻研,为发展医药科学做出了卓越的贡献,那么,在今天这个伟大的社会主义时代,医务人员下农村,更能“海阔凭鱼跃,天高任鸟飞”。哈尔套医院医务人员的实践也证明,只要自己肯钻研,在农村,医务人员也完全能够提高医疗技术水平。在这个医院

里,几名刚毕业两年的大学生,现在不仅能够处理本科的一般疾病,而且也能够处理其它科的一般疾病,开始成了一专多能的医生。他们还锻炼和提高了独立工作能力,能在设备差的情况下抢救病人,取得了良好的医疗效果。同时,农村医院的医务人员通过自己的防病治病实践,虚心向农民求教,向当地的老医生求教,积累资料,系统分析,总结临床经验,这也是科学研究的重要一部分。现在,这种对广大人民常见疾病的研究还很少。我们还很缺乏防治农村中危害最严重的疾病的专家。我们希望农村的医务人员,要立志作这方面的红色专家。

要办好农村医院,要培养一支又红又专的为农民服务的医务人员队伍,这就要求加强医院的党组织的领导,作好思想工作,不断提高医务人员的思想政治觉悟。哈尔套医院的党支部善于做思想工作,把思想工作真正做活了。这种活的思想工作的核心是什么呢?就是以毛泽东思想武装医务人员的头脑,使全心全意为人民服务的思想深入人心,化为人们高度自觉的、主动的、活生生的行动,从而促使他们在治病防病中做到全心全意地为劳动人民服务。做活的思想工作,要善于处理人与人之间的关系问题。在医院中,有医务人员和病人的关系,有医务人员之间的关系,有医务人员和行政总务人员的关系,有领导和被领导的关系。哈尔套医院的经验证明,这些关系问题,只要以全心全意为人民服务的思想为纲,就能够很好解决。

要做好活的思想工作,就要了解人的思想活动,从群众的觉悟水平出发,善于启发和引导群众进行自我教育,

并且把解决思想问题和解决实际问题结合起来，医院的领导干部要深入群众，掌握群众的思想状况。好人好事一出现，就大力表扬，新生事物一冒头，就大力扶植，错误思想刚萌芽，就抓紧教育，使问题在萌芽状态就得到解决。哈尔套医院的党支部书记包保林同志说：要教育人，必须了解人，摸透每个人的特点。每个人都有不同的特点，了解了每个人的特点，抓住活的思想，就可能更好地进行思想工作。哈尔套医院就是在一个一个地解决思想问题和实际问题的过程中，把医院工作一步一步地推向前进的。

哈尔套医院的先进经验，在医药卫生部门具有普遍意义，他们艰苦奋斗，勤俭创业的革命精神，他们勤勤恳恳地、全心全意地为农民服务的高尚品德，他们红在农村专在农村的雄心壮志，都是可供我们学习的，都能促使社会主义医疗卫生事业更好地为广大人民群众的健康服务。

关于加强农村卫生建设的思考和建议

1965年4月25日

这次来文登进行蹲点调查,主要是调查和总结文登中心医院坚持面向农村、全心全意为农民服务的经验,由此也联想到整个农村卫生工作。因此,我想借此机会谈谈我对如何加强农村卫生建设的看法。

党中央和毛主席多次讲过,卫生部门要重视农村卫生工作。早在井冈山斗争时期,毛主席就非常关心根据地的卫生工作,亲自发动过卫生运动。抗日战争胜利前夕,毛主席在中国共产党第七次全国代表大会所作的政治报告《论联合政府》中强调指出:“所谓国民卫生,离开了3亿6千万农民,岂非大半成了空话”。新中国成立后,毛主席更是十分关心改善农村的卫生状况,提高农民的健康水平,他老人家亲自发动了爱国卫生运动,亲自发出了除四害,讲卫生,消灭血吸虫病和其他危害人民最严重疾病的伟大号召,并且把对农村卫生工作的要求写进了《全国农业发展纲要》。在中央和各级党政的正确领导下,我国

这是在山东省文登县卫生工作会议上的讲话。

农村卫生工作成绩很大,特别是通过持续深入地开展以除害灭病为中心的群众卫生运动,使得广大农村的卫生面貌有了明显改变,农民群众的健康水平也有了明显提高。但是另一方面我们也必须看到,在整个卫生工作中,农村卫生工作仍是一个极为薄弱的环节,农村疾病流行情况仍相当严重,农村缺医少药的状况仍相当普遍,农村看不上病、看不起病的情况更是一个带有普遍性的问题。因此,各级卫生部门必须下大力加强农村卫生建设,而且要持之以恒地抓下去,争取经过几个五年计划,乃至几十年的努力,逐步缩小以至消灭城乡之间在卫生服务方面的差别,这是摆在我们面前的一项艰巨而又光荣的历史任务。

为了加强农村卫生建设,改善农村的卫生状况,提高农民的健康水平,从当前或现阶段的情况看,我认为应当重点抓好以下三个方面的工作:一是加强农村医疗卫生组织建设和医药卫生技术人才的培养,把农村医疗卫生网建立健全起来,解决广大农民看不上病的问题;二是研究和探索适合于农村,适合于广大农民的医疗保健制度,解决广大农民看不起病的问题;三是加强群众卫生工作,在农民群众中宣传和普及卫生知识,加强健康教育,动员广大农民群众自觉地起来同疾病做斗争,特别是结合生产生活、改善饮水卫生和粪便管理,抓好卫生预防工作,解决广大农民少生病或不生病的问题。以上三个方面,是农村卫生工作的重点,也是农村卫生工作所必须着重解决的重大问题。

在农村医疗卫生网的建设上,首先要大力加强县医

院建设和县级其他卫生保健机构的建设,使之真正成为开展农村医疗卫生的技术指导中心。除了要重点加强县一级医疗卫生机构的建设外,当前还必须下大力加强农村基层卫生组织建设,争取在五至十年内逐步达到:每个人民公社卫生院(所)有3~4名能解决当地常见病的医生,每个生产大队有1~2名经过专门训练的半农半医的医生或卫生员,每个生产队有1名不脱产的卫生员。这些基层卫生人员,会做卫生预防工作,能防病,也能治疗常见病多发病或小伤小病;能用中医中药和针灸草药,也能掌握和应用一些现代医学的知识和方法;能解决平时的基层医疗卫生服务,也能解决战时的卫生救护问题。有了这样的农村基层医疗卫生网,医疗卫生工作就能牢牢地在农村扎下根,广大农民和医疗卫生服务问题就比较好办了。

农村人民公社的医疗卫生组织究竟怎样办?采取什么样的组织形式为好?目前各地的看法还不完全一致。1958年人民公社化后,本来几乎所有的地方,都普遍建立了公社卫生院(所)。贯彻调整方针后,有不少地方又恢复了联合诊所。目前在公社一级,公社集体办的卫生院(所)与医生集体办的联合诊所两种形式并存。这两种形式都是属于集体所有制性质,都可以为农村防病治病、保护农民健康做出积极的贡献。具体地讲,各地究竟采取何种组织形式,我个人的看法还是要从各地的实际情况出发,因地制宜。这两种形式,都有办得很好的好典型,也都有办得很不好的坏典型。关键不在于表面形式,而在于实质性的工作,在于能不能很好地完成防病治病的任务,全

心全意地为广大农民服务。

在县和公社之间,要不要设区或相当于区一级的医疗卫生机构,或称中心公社卫生院?各地的做法也不一致。一般来说,一个县的范围那么大,人口也有几十万,光是靠一个县医院恐怕难以适应广大农村的需要。所以,适当地建立一批农村地区医院或中心卫生院,对于加强农村的医疗卫生工作,解决公社医疗卫生机构不能解决的比较疑难的问题,方便农民看病,是大有好处的。辽宁彰武县哈尔套地区医院的经验就很能说明问题。农村地区医院或中心卫生院的建立,亟需提到日程,而且应当做为当前农村卫生组织建设的一项重要工作切实抓好。凡是有条件的地方都应当有计划有步骤地分期分批地加强农村地区医院或中心卫生院的建立,从基本建设、技术骨干的配备、医疗装备和加强领导管理等方面予以全面加强。

加强农村医疗卫生组织建设,逐步做到那里有人,那里就有医有药有基本的医疗预防、卫生保健服务,这是建设社会主义新农村的一项重要内容,也是农村文化革命的一项重要内容。但是,光是有医有药有医疗卫生机构,还是不行。目前看一次门诊一般要1~2元,住一次院一般要几十元、上百元,或者几百元。医药费如此之高,莫说是贫下中农负担不起,就是象我们这些机关干部,如果不是公费医疗,也很难负担得起。最近我经常在思考,我们社会主义的医疗卫生事业是为人民服务的,但是人民中的大多数人(特别是农民)又不能享受,得不到基本的医疗卫生服务,这是一种非常不合理的现象,是一个越来越突出的矛盾。怎样解决这个矛盾,恐怕要从多方面着手。

最根本的办法,还是要发展生产,增加收入,把经济建设搞上去。“大河流水小河满”,经济建设搞上去了,文化建设和卫生建设也就会相应得到改善。另一方面,从卫生部门来讲,也要从多方面采取措施,一要贯彻勤俭办事业的方针,提倡节约挖潜;二要端正医疗作风,处处为人民着想,控制不合理的用药和不合理的检查,减轻人民负担;三是推广经济、有效的土方土法,少花钱或者不花钱,也能治好病。除此之外,还要研究和探索适合于农民的医疗保健制度。1959年冬卫生部在山西稷山召开全国农村卫生工作现场会议后,曾经提倡要在全中国农村积极推行集体保健医疗制度。也是由于贯彻调整方针以后基本上停顿下来了,但仍有不少地方仍在坚持,仍在进行研究和探索。如:山西全省采取集体保健医疗的形式,由社员出“保健费”;湖北麻城县实行合作医疗的办法,也是集体保健医疗制度的一种重要形式。除了由社员个人出“保健费”以外,有的还从社队公益金中出一部分,民政部门的救济和卫生部门的防病治病经费再酌情补助一部分;也有的地方是由社员出工集体种药、采药,用其所得解决社员的医药费减免等等。这些形式,都值得提倡,应进一步调查研究,总结和推广经验。

关于群众性卫生工作,主要是要搞好群众性的爱国卫生运动。为了实现毛主席所指出的:“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”,必须宣传群众,教育群众,在广大农民群众中普及科学卫生知识。毛主席还曾经讲过,“严重的问题在于教育农民”。在卫生工作方面尤其是这样。群众卫生运动能否

真正搞好,关键在于群众发动的如何,在于群众能否自觉地讲究卫生,养成良好的卫生习惯。要做到这一点,不是一件很容易的事情,需要做长期的艰苦的工作。

当前,农村的卫生预防工作需要做的事情很多,但是重点恐怕还是要抓好水粪“两管”。这“两管”抓好了,就是抓住了农村卫生预防工作的根本性的问题,就可以收到改善农村环境卫生、减少疾病的明显效果。目前,山东日照、河北遵化以及天津等地,都总结了一些经验,应当积极地提倡和推广。

关于加强农村卫生工作的几个问题

1965年10月15日

我们来麻城蹲点，已经两个月了。此次蹲点的目的，就是具体地贯彻毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示精神，结合农村社会主义教育运动，搞好农村卫生工作的试点，以便通过实践，摸索和总结经验。卫生部一共组织了四个农村卫生工作队，分别到北京、江苏、湖南、湖北的一个经过“社教”的县蹲点。湖北的试点县，经过省委研究确定在麻城。来到麻城以后，经与县委研究，确定先搞乘马区，初步摸索一些经验后，再由点到面逐步推广。湖北农村卫生工作队是由卫生部和省、专、区三级卫生部门共同组成的，并且是在县委、地委、省委和卫生部党委的领导下进行工作。因此，这次试点，不光是卫生部的试点，也是湖北省的试点，黄冈专区的试点。

在试点中要着重解决什么问题？少奇同志在7月17日做了非常明确的指示，他说：主要到经过“四清”的县去

这是为贺彪副部长撰写的在麻城县卫生工作会议上的讲话稿。

蹲点,了解农民是如何看病。农村“四清”以后搞建设,卫生工作要跟上去。把一个县的卫生工作搞好,包括:治病、药品供应、医务人员培养、积肥和水的卫生、农村卫生运动、农村卫生组织等全面卫生工作。根据中央领导同志的指示精神,我们打算,在蹲点期间,要重点抓好三个方面的工作:一是加强农村医疗卫生组织建设,积极培养农村卫生人员,把农村医疗卫生网迅速建立起来,解决广大农民看不上病的问题;二是研究摸索适合于农村,适合于广大农民的医疗制度,减轻农民群众的经济负担,解决广大农民看不起病的问题;三是加强农村群众卫生工作,结合生产、生活、管好水、粪卫生,抓好卫生预防工作,解决农民少生病或不生病的问题。以上这些,就是我们这次在麻城搞试点,所要着重解决的问题。当然,这三方面的工作都是农村卫生建设长期的、也是十分艰巨的任务,不可能在短期内就获得完全解决。这次搞试点,只能是初步地进行一些典型试验,先开一个头,摸索一些经验。

下面我想针对麻城县的情况,对如何解决上述三方面的问题,讲一些具体意见。

一、如何解决农民看不上病的问题

我认为,不论是从当前或长远来看,都必须认真抓好以下几方面的工作:首先是积极培养农村卫生人员、建立和健全农村基层卫生组织;其次是医疗卫生工作要革命化,卫生人员的思想作风也要革命化;第三,认真动员和组织城市的(包括县镇)卫生人员下农村,为农民服务。这

三方面的工作必须密切结合,缺一不可。

(一)在培养农村卫生人员,建立和健全农村基层卫生组织方面,解放几十年来,麻城县已经作了大量的工作,成绩是肯定的。据说,在解放之初,全县只有一个设有五张简易病床的小卫生所;现在,不仅有了一所颇具规模的县医院,而且各区、各公社也都普遍地建立了卫生院、所,全县的病床已发展到640余张。今昔对比,说明麻城县的医疗卫生事业,在党的领导下,确实有了很大发展。但是,也必须看到,广大农村地区缺医少药的现象还相当严重,现有的卫生队伍不仅质量较低,而且在数量上也远远不能满足农民群众的要求。要加强农村医疗卫生工作,建立健全农村的医疗卫生网,解决广大农民看不上病的问题,没有一批政治坚定、技术优良的农村卫生队伍是不行的。摆在我们面前的最重要的任务,就是必须大力为农村培养卫生人员,争取在几年内逐步达到:每个公社都有四、五名质量较好的、能解决当地常见疾病的医生,每个大队都有半农半医的医生和接生员,生产队都有不脱产的卫生员。

关于公社医生的培训,目前县里已经办起了半工半读的卫校和中医进修班,这样做很好,很必要。现在的问题是,要认真加强领导,切实把它办好。卫校和中医进修班最好都附设在县医院,由县医院统一领导。学员的教学、吃住、劳动都在医院,一面学习基础理论知识,一面参加实际工作,要选派政治和业务条件较好、有教学能力的人,担任教学工作。教学内容必须切合农村的实际,以切实掌握当地的常见疾病为重点。卫校的学生除了学会西

医的基本知识、基本技能外,还应当学会针灸、推拿以及其他简而易行、行之有效的中医治疗方法;中医进修班的学员则主要学习中医的诊疗技术,人人都要学会针灸、推拿,学会正确地使用中药,提倡自种、自采,精细炮制。除此以外,还要学点西医的卫生预防知识、消毒隔离技术、常见西药的用法、以及当地常见传染病、地方病的诊疗方法。

关于半农半医的培训,目前乘马区已经开始,其他区也将要开始。乘马区共招收 130 人。方法是边学习、边工作,精讲多练,又带又教,理论结合实际。初步打算,在三、四个月的时间内,先使每个学员学会二、三十种本地常见疾病的防治知识,掌握二、三十种常用的大众化药品,学会认识本地出产的中草药,学会简易针灸疗法,学些土方土法和如何管水、管粪和改烟囱灶。学习三、四个月,给每个人装备一个药包,回队开展工作。学了就做,做了还可以再学,反复培训二、三次,逐步巩固,逐步提高。或者采取两路口公社的办法,即卫生所的脱产卫生人员与生产大队的不脱产卫生人员,实行定期轮换,派下去,调上来,这种作法简而易行,收效较好,是值得提倡的一种好方法。

除了积极培养新生力量以外,对于区、社卫生院、所的在职卫生人员,凡是有培养前途的,也要采取多种多样的方法,有计划地进行培训提高。

(二)在大抓农村卫生人员培训工作,建立健全农村医疗卫生网的同时,还必须认真推动医疗卫生工作和医药卫生人员的思想革命化。不解决为谁服务、怎样服务的

问题,纵然是农村的医疗卫生机构、农村的卫生人员,也不可能很好地为贫下中农服务,因而广大农民的看病问题,还是得不到解决。

在医疗卫生工作和医药卫生人员的革命化方面,应当说,通过社会主义教育运动,麻城县的各级卫生组织都进行了初步整顿,卫生人员的政治思想觉悟,有了不同程度的提高,医疗作风也有了改进,并出现了不少热爱集体,关心病人,全心全意为病人服务的好人、好事。有的同志,常年累月坚持巡回医疗,披星戴月,爬山涉水,风雨无阻,把方便送给社员,把困难留给自己;有的同志,带着阶级感情为贫下中农治病,急病人之急,痛病人之痛,把病人当亲人,受到了贫下中农的热烈赞扬;有的同志,处处关心集体,热爱集体,几年如一日,不误一天工,不拿集体一分钱,在四清中被誉为“全清干部”;也有的同志,坚持不懈地学习毛主席著作,学了就用,活学活用,被群众评选为学习毛著的积极分子。诸如此类的好人、好事,在这次会上,大家列举了很多。这些都说明,通过伟大的社会主义教育运动,确实为医疗卫生工作的革命化和医药卫生人员的思想革命化,打下了很好的基础,有了良好的开端。但是,我们决不可因此就沾沾自喜。事实上,目前农村医疗卫生机构,存在的问题还相当多,许多卫生人员为谁服务、怎样服务的问题,还没有得到很好解决。目前县医院正处于“四清”建设阶段,按照《二十三条》的精神,“四清”要落在建设上面,要在“四清”中、“四清”后,建设一个社会主义的医院,使工作有所前进。希望医院的全体同志们,在前段“四清”运动的基础上,再接再厉,群策群

力,以主席思想为指针,以办好为农民服务的县医院为方向,掀起医院革命化的新高潮。要彻底改革医院中那些不从群众利益出发,不从农村实际出发的清规戒律,坚决改变那种不关心病人痛苦,不考虑病人负担的医疗作风,建立一套适合于农村情况的、有利于病人、有利于提高医疗质量的新制度、新院风。区、社基层卫生组织,也必须从有利生产、便利农民看病出发,继续整顿组织,改革制度,提高工作效率和医疗质量。同时要在全县医疗卫生人员中间,组织学习毛主席著作,认真加强政治思想教育,端正服务方向,改善服务态度,改进医疗作风,促进农村医药卫生队伍的革命化。

(三)为了迅速改变广大农村的医药卫生面貌,解决农村看不上病的问题,还必须坚决贯彻党中央、毛主席的指示,动员和组织城市的卫生人员上山下乡,深入农村,为农民服务。关于这方面的工作,省、专都已作了安排,许多城市医院正在积极行动。从麻城县来说,县医院是全县医疗技术力量最多的一个单位,根据党中央、毛主席的指示精神,完全应该、而且也有可能抽调一批技术力量到农村基层去,更直接地为农民服务,这是县医院义不容辞的责任,也是最光荣的革命任务。

怎样到农村去,为农民服务?我想,可以有以下三种做法:第一种,抽调一些政治思想好、业务技术好、身体健康的同志,充实基层医疗机构,这些同志下去后,就好比种子一样,在那里生根、发芽,逐步将农村卫生工作建设起来;第二种,组织定期的巡回医疗队到农村巡回医疗,防病治病,并且帮助基层培训卫生干部。这种做法要形成

制度,坚持不懈;第三种,由县医院分出一定的人力、物力伸延到一两个基层医院,帮助他们整顿提高,加强一个,巩固一个。象目前县医院帮助城关区卫生院开展外科手术那样,就是一种很好的办法。

二、如何解决农民看不起病的问题

根据中央领导同志的指示精神,除了要搞好医疗卫生机构的革命化和医务人员的思想革命化,坚持勤俭办事业、节约治疾病的精神外,还必须研究和摸索适合于我国农村经济情况,适合于农民看病的医疗制度,减轻农民看病的经济负担,并进而能基本上解决广大农民群众特别是贫下中农看不起病、吃不起药的问题。

值得重视的是,麻城县从1958年以来,就在全县范围内逐步推行了合作医疗制度。每个农民每年只须缴纳1.5~2元的合作医疗费,就可以享受医疗费减免(挂号费、住院费以及吃补药、买成药仍由患者自己负担)。这对农民来说,负担并不算大。据我们在王福店公社三大队调查,社员缴纳的合作医疗费,只占社员纯收入(包括社员家庭副业收入)的2.15%,占社员现金收入的7.5%。对于一部分困难户和少数经济特别困难的社、队来说,合作医疗费占社员纯收入的比率可能要大一些。他们缴纳合作医疗费可能会有一些暂时性困难,但遇到这种情形,往往都能得到社、队和国家的救济。在我们所到的一些社、队,农民群众都参加了合作医疗,他们当中的绝大多数,特别是广大的贫下中农,对合作医疗制度都表示真诚拥

护,热烈欢迎。他们异口同声地说,这是党为贫下中农办的一件大好事。

毫无疑问,合作医疗制度,确是一个很好的苗头,是解决贫下中农看不起病、吃不起药的一个好办法。它是由人民公社社员集体举办、集体享受的一种集体福利,是一种集体的互助互济。生老病死是人类发展的自然规律,人生一世,孰能无病?今年不病,明年就有可能患病。因此,这种制度对人人都有利。它的优越性,不仅表现在能以使贫苦的社员看得起病、吃得起药,有利于保护农民群众的健康,保护农业劳动力,有利于保证和促进农业生产,而且也有利于集体卫生事业的巩固和发展,有利于贯彻预防为主的工作方针,有利于社员群众对医疗卫生机构的监督。如果通过办合作医疗,真正能把社员的医疗问题解决得好,那的确是为农民群众解决了一个大问题,办了一件大好事。

麻城县的合作医疗制度,能以坚持了7年,肯定有很多宝贵的经验,值得认真地加以总结。当然,从我们初步了解的情况看来,在合作医疗的管理上,也还存在着一些缺点和漏洞,值得研究改进。从哪些方面进行改进呢?我个人的初步意见是:

首先,要认真加强对合作医疗的领导,加强贫下中农对合作医疗的监督。生产大队、公社、信用社、卫生部门、财政部门、民政部门以及其他有关部门,都要积极支持合作医疗。卫生和民政部门掌握的各种医药减免费要如数下拨。合作医疗的经费,最好像阎河区和乘马区院子公社那样,交由信用社进行管理。这样既可使卫生所能以集中

精力治病防病,又可把现金管好,还可有利于精减人员,节约开支。享受合作医疗的人数,要定期核实,防止错漏。合作医疗的经费收支,要按期公布,实行经济民主。召开合作医疗代表会,不能光是要钱,而且还必须报告工作,公开帐目,征求贫下中农群众的意见,接受贫下中农群众的监督,改进合作医疗的管理。

其次,提倡合理用药,节约用药,提倡树立一种勤俭办合作医疗、全心全意为农民服务的好作风。从县到区、社,各级医疗卫生机构和全体医药卫生人员,都要坚持实行“两减一保”,也就是要减轻群众负担,减少以至杜绝药品浪费,保证合作医疗制度的巩固和发展,既要治好病,又要少花钱。公社卫生所要注意作到:不该用的药,坚决不用,不该买的无效药品,坚决不买,能用土方土法治疗的就坚决采用土方土法;并且要大力提倡自采自用、自种自用中草药的办法。医生诊病要对症下药,不得迁就病人。县、区医院更要坚决改变滥用药、滥作不必要的检查、滥输血、输液,人为地拖长手术等候时间、拖长住院日的现象;并且要有计划有步骤地帮助区、社卫生院、所提高技术,逐步作到常见疾病不出公社,尽量减少转院,减轻群众负担。目前,县医院平均每一个病人,住一天得花 2.65 元,门诊一人次是 1.39 元;我们所在的乘马岗区卫生院,平均每一个病人住院一天,为 2.57 元,门诊一次为 0.5~0.6 元。可见县、区医疗卫生机构的收费都相当高,应立即采取措施,把县医院的平均住院费,减少 1/3 左右,把门诊一人次的诊疗费,降至 1 元以下;至于区卫生院,平均住院一天,应立控制在 1 元以内,平均门诊一次

应控制在 0.3 元左右。这次卫生工作队的十多个医疗组，平均每张门诊处方，一般都不超过 0.2 元钱。医疗队能办到的事情，区、社卫生院、所，也可以办到。

第三，必须逐步建立健全一套合理的合作医疗管理制度和收费标准。麻城县的合作医疗，虽已坚持实行了七年，但截止目前，仍还没有拟定一套合理的规章。这种情形，对于加强合作医疗的管理极为不利。因此，当前急需进行调查研究，先拟定几条原则杠杠，发至各公社参照试行，并注意总结经验，不断地予以充实修改，逐步订出一个切实可行的合作医疗管理办法。

第四，从县医院到区、社卫生院、所，都必须严肃地对待医疗作风不正的问题。尤其是一些基层卫生人员，不懂装懂，滥用药，乱行开刀，打针不消毒，甚至是胡干、蛮干等现象，决不可听之任之。

第五，从县医院到区、社卫生院、所，都必须贯彻预防为主方针，努力作好卫生预防工作，千方百计地预防疾病的发生，控制疾病的传播。这样作，既可保护社员的身体健康，保护劳动力，支援农业生产，又可减少合作医疗的开支，应当时刻注意，切实抓紧。

三、如何解决农民少生病或不生病的问题

最根本的办法，就是积极开展群众卫生运动。党中央和毛主席早就号召我们动员起来，讲究卫生，消灭疾病，人人振奋，移风易俗，改造国家。并且指出这是“增强人民体质、保护劳动力、提高劳动效率的一项带有根本性的重

要措施”，“是人类征服自然改造自然的伟大战争的一个重要方面，是我国人民转病弱为健强，转落后为先进的伟大文化革命的一个重要方面，对于提高劳动效率，发展工农业经济，改善人民生活有密切的关系。任何忽视这一斗争的意义，认为是无关重要的小事的想法都是错误的”。党中央、毛主席的这些极为重要的指示，对于指导我们今天的工作有着极为深刻的现实意义。

当前，开展农村的卫生运动，重点应该抓什么？总理在今年春天也有过明确的指示：首先要除两害，即苍蝇、老鼠，抓好两个卫生，即管理好水和粪。最近，黄岗专区已根据本地区的具体情况，提出要搞“三管两灭一改”（即管水、管粪、管理饮食行业；灭蝇、灭蚊；改建烟囱灶）。这个提法很好，很切合这一带农村的实际情况，也很适合农村生产、生活的要求。这几项工作抓好了，就可以解决农村卫生预防工作的根本性问题，就可以大大降低许多疾病的发病率。

究竟是全面铺开，还是先搞试点？我认为应该有点有面，点面结合，抓典型带一般。从麻城来说，目前全县还没有一个比较好的样板，可否每个区都先搞一个试点，作出样子，以利推动面上的工作，请大家考虑。

除了要搞卫生预防工作外，还应当积极地、有步骤地开展计划生育的宣传教育和技术指导工作，各级卫生人员和领导干部要以身作则，带头实行计划生育，提倡晚婚，承担节育手术的医疗卫生单位，要保证手术的质量，不出事故。在开展的步骤上，应当是先城镇后农村，由点到面，逐步开展。

上述三方面的工作,是我们在这次试点过程中、乃至今后相当长的时期内,所要着重解决的问题。这几方面的问题,都贯串着一个基本的指导思想,就是:医药卫生工作必须与政治、经济紧密结合,必须为政治服务,为经济建设服务。过去,我们长期忽视农村卫生工作,没有很好地为全国人口 85% 的农民服务,使“广大的农民得不到医疗,一无医,二无药”,这就是严重地脱离了政治,也脱离了党的发展国民经济以农业为基础的方针。这方面的教训,我们应当永远记取。

救救草医草药

——福建省草医草药情况调查

1981年11月6日

今年9月,我们在福建省的福州、永春、漳浦等市县,调查了草医草药的情况,现报告如下:

草药出现危机

福建省境内多山,气候温暖潮湿,草药资源极为丰富。现已查明的草药品种达1,370多种,其中常用的有200多种。长期以来,民间应用草药防治疾病的很多,尤其山区人民历来与疾病作斗争主要依靠草医草药。由于草药治病方法简便,疗效好,价格便宜,有不少草药随地可取,不化分文,深受人民欢迎。群众高度评价中草药:“看起来是草,用起来是宝,花钱少,治大病,取之不尽,用之不竭”。

建国以来,先后掀起过两次大搞中草药的高潮。一次是五十年代末,为了贯彻党的中医政策,发掘祖国医药学“伟大宝库”,福建省卫生厅召开了全省草医草药会议,并组织调查队到民间采风,调查中草药资源,收集单方验

方,编写成一本《福建本草》,促进了全省中草药工作的发展;另一次是七十年代初,在周总理的关怀下,为了加强农村的医疗卫生工作,提倡针灸和草药,开展群众性的采、种、制、用中草药的活动,对于发展合作医疗,保护人民健康,起了很大的作用。这两次大搞中草药,由于当时的历史背景在工作指导上都受到“左”的影响,提了一些不切实际的口号,要求过急过高,主观片面。但通过大搞中草药确实引起了各级党政和卫生部门对中草药工作的重视,也确实收到了很大的技术效益、经济效益和社会效益。

但是近几年来,由于各级卫生部门重视不够,缺乏应有的鼓励和支持,中草药工作大有日趋衰落之势。即使是“遍地皆药草”的福建,也出现了草药危机。主要表现在:

一是采、种、制、用中草药活动基本上被一风吹掉。前几年,农村公社卫生院和大队合作医疗站到处搞中草药,“赤脚医生”基本上都用草药,现在是“草药无人种,采药划不来,制药不准许,改用西药代”。过去化了很多投资购置的采种加工中草药的工具和机器设备,也都被打入了“冷宫”。

二是中草药机构陆续纷纷撤销。过去福建省的县以上医院很多都设有青草科,备有青草药,现在基本上全被撤销。建国初期福州市台江区有46家草药店,公私合营以后并成24家,1958年成立草药总店下设11个门市部,前些年全部关闭。漳浦县过去有17家草药店,现在也全部撤光。有的地方虽出现了一些私人开设的草药店或药摊,但经营的品种有限,质量很差,价格混乱,处于无人

管理的状态。

三是中草药科研工作得不到应有的重视。中草药的科研题目列不上科研计划,全省列入省科委计划的只有三尖杉一种。为编写《福建药物志》,省中医研究所组织了专门的科研班子,发动了全省的力量,坚持搞了十多年,做了大量的调查研究工作。收集了大量的很有价值的科研资料,并已编写成书。这一大规模的十分艰巨的科研工作竟被排除在科学研究之外,既不能列入科研计划,也不能评定科研成果。似乎只有在实验室里用先进的仪器分析药理药化才算科研,其他都不能算为科研。

尤其是轻视散在民间的传统经验,轻视临床验证,治疗毒蛇咬伤,民间流传有很多蛇药,有的疗效很好,出口东南亚,但却很少有人进行深入的发掘和研究。三代老蛇医王守林,1957年参加省人民医院工作至今连个助手都没有,经验无法总结。74岁的著名老草医朱永定曾多次献方献药,他所献出的酸枣树皮治疗烧伤、满山白治疗气管炎,经过验证,都有疗效,科研机构拿去发表了论文,得了奖,但献方的老草医既无名也无利,白尽义务。许多老草医感慨地说:“我不拿出来你来求我,拿出来反而笑我,甩掉我”。前些年由于领导重视,还经常组织科研人员到民间收集单方草药,加以验证,现在则很少有人去做了。

草医后继绝人

永春县是福建省草医草药的重要基地,该县的草药资源丰富,草医人才较多,草医草药工作一度搞得很有成

绩。前几年省卫生厅曾在永春县开过中草药现场会，推广过永春的经验。然而就是在永春这样的地区，草医草药工作也日趋没落，一蹶不振。尤其草医队伍减少，后继乏人。“文化大革命”前，全县有名老草医 40 多人，现在还不到 10 人，多已年老体衰，不能上山采药。

另据福州市调查，在五十年代全市有专职的草医 40 多人，现在不到 10 人，其中有些人名为草医，实际不用草药，改成了中医。漳浦县过去也有几十名草医草药人员，现在只剩下县中医医院副院长胡海深同志一人。

草医的培养方式历来是家传师授。现在的年轻一代，包括老草医的子女在内，几乎没有人愿学草医，过去学了草医的多已转成中医。福州市著名老草医吴云钦曾经培养了 8 名徒弟，都已先后改成中医。74 岁的老草医阮新贵，也曾培养过 2 个徒弟，现在也都不干草医。现在仍在从事草医工作的，都已处于高龄，这一代老草医一致呼吁：要赶快采取措施，抢救草医。“如果不打强心针，草医就完蛋了”。

造成上述情况的原因，主要是领导不重视，特别是在学术上不被重视，没有地位。近几年来召开各种学术会议，从来不让草医草药人员参加。有些老草医行医几十年连个技术职称都没有，仍按中、初级卫生人员对待。南平县延平公社卫生院 70 多岁的草医朱永定，是个祖传多代的名医，治疗疾病疗效很好，很有些绝招，在晋阳地区威望极高，对于这样一名老医生，连个中医师的职称都不给，县卫生局坚持让他参加“中晋高”考试，由于他拒考，至今职称未定。同安县中医院 63 岁的老草医吴树义，祖

传八代，行医 40 多年，擅长于用草药治疗喉科和内科疾病，在当地很有威望，一天门诊上百人次，至今也尚无技术职称，仍被划到“初级卫生人员”的行列。这种情况，不仅使老草医寒心，连其子孙后代也表示坚决不干草医。这种轻视、歧视草医草药的状况如不改变，草医草药怎么会后继有人呢？！

对提倡推广针灸和中草药 不能采取否定的态度

前些年大搞中草药时，曾经流行过一句话，叫做“一根针，一把草”。这个口号，确有片面性。尤其是在“文化大革命”时期，极左路线的鼓吹者把科学家和知识分子贬的一文不值，把赤脚医生吹得神乎其神，甚至一度盛行的所谓“一根针一把草”代替一切治疗手段，包治一切疾病，这显然都是错误的。纠正这些错误完全必要，决不能含糊。但是，决不可因此而看不到大搞中草药所取得的成就，决不可对中草药工作采取形而上学的简单否定的态度，决不可以一种片面性去代替另一种片面性。

总之，“左”的错误做法必须纠正，但却不可“矫往过正”。不论是针灸或是中草药，都应该继续大力提倡。因为：

第一，中草药是我国医药卫生方面的一大优势，发挥这个优势，完全符合我国的国情。

第二，中草药历来是我国人民防病治病的重要手段，大搞中草药有利于改变广大农村特别是山区缺医少药的

面貌,有利于防病治病,保护人民健康。

第三,中草药是祖国医药学“伟大宝库”的重要组成部分,大搞中草药有利于发掘“伟大宝库”,有利于丰富和发展医学科学。

现在,中草药工作已经出现了严重的危机,如果再不认真重视起来,听任其衰落下去,我们就要犯历史性的错误。不仅对不起祖先,也无法向全国人民交待。

• 几点建议

为了抢救草医草药,必须采取一些切实的措施。我们建议:

(一)对草医草药人才进行一次普查,做到心中有数。对其中确有丰富经验和独特专长者,要尽快配备助手,抢救他们的学术经验。

(二)根据党的政策和草医草药人员的实际情况,合理地评定技术职称,提高他们的地位,充分调动他们的积极性。

(三)恢复草医草药机构,办好医院的青草科。

(四)在农村特别是中草药资源丰富的地区,要继续提倡自采自用中草药,允许医疗单位自制一些膏丹丸散,供应就诊病人,但不可作为商品投入市场,到处推销。

(五)继续收集各种有效的单方验方,认真做好临床验证的工作,对献出祖传秘方、医疗绝技者,经过验证,疗效显著的,要给予奖励。

(六)加强对草医草药的科学研究工作。重要的科研

项目或有苗头的东西应当列入国家或地方的科研计划，给予支持。

(七)进一步调查中草药资源，加强药源保护，鼓励有计划地种植和开发利用。

(八)有关部门应加强对私人开设的草药店或药摊的管理，严格制止乱抬药价、投机倒把、卖假药等活动。

(九)加强对草医草药工作的领导。卫生行政部门要把草医草药工作列入日程，当作一件大事，认真抓好。加强调查研究，制定一些具体政策和措施，以促进草医草药工作的恢复和发展。

采取多种形式 支援农村卫生事业建设

——天津医学院附属医院与蓟县医院挂钩做出显著成绩

1982年6月10日

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

今昔对比

在挂钩之前,蓟县医院设有120张病床,基本上分为内、外两大科,业务科室很不健全,技术力量薄弱,全院没

这是一篇调查报告,原载《医院管理》1982年。

有一名主治医师,技术水平和管理水平都比较低,一般只能解决内、外科常见病、多发病,遇有疑难重症,只有转院。转院的病人,几乎每天都有,不仅加重了农民群众的负担,增加了城市医院的压力,而且常常延误治疗和抢救的时机,造成死亡。

挂钩以后,在城市医院的帮助下,蓟县医院很抓技术培训,技术骨干队伍成长较快,业务科室逐步健全,现已成为设有 250 张病床、科室比较齐全的综合性的医院。他们已经建设起一支拥有 22 名主治医师的技术骨干队伍,新建了脑系内外科、骨科、儿科、传染科、皮肤科、病理科、细菌室、护理部等科室,业务科室由几年前的 10 个增加到 18 个,各主要业务科室都有 3~5 名技术骨干,初步实现了技术配套。目前,内科建立了心血管及血液专业组,能解决内科疑难病的诊断,并能用除颤和起搏器等手段抢救危重病人。外科除普外各种手术外能独立进行食道下段、肺叶切除、前列腺摘除等手术。脑系科能处理重型颅脑外伤及简单的脑瘤、脊髓瘤等手术,妇产科能开展阴道子宫全摘、皮瓣法阴道成形术和腹膜外剖腹产。放射科能做各种投照技术,并能独立完成肾盂、胆囊、椎管、脑室、气脑、脑血管等十多种特殊造影。现在,各种疑难危重病人基本都能在本县解决,不需要转院了,因而大大减轻了城市医院的压力,减轻了农民的负担。

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

治愈率由 63.2% 提高到 72.5%；病死率由 2.5% 降低到 2.0%。

两种做法两种效果

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

1979 年以来,根据党的十一届三中全会的精神和对“三分之一县卫生事业整顿建设”的要求,排除了“左”的干扰,改变了过去不切实际的做法,坚持实事求是,一切从实际出发,选派主任医师、主治医师、护士长等高级技术骨干轮流到县医院兼职,把支援的重点放在县医院的根本建设上,把工作的重点放在培养技术骨干上,采取多种方式,帮助县医院培养人才,训练骨干,健全科室,建立制度,整顿秩序,提高技术水平和管理水平,除了通过查房、会诊、抢救以及举办各种专业培训班进行培训外,由

县医院选配德才兼备的技术人才和城市医院下去兼职的人员结成“对子”，以带徒弟的方式实行“四定”（定学员、定老师、定任务、定时间）“三包”（包教、包学、包会），教技术，带思想，传作风。这样做的结果，目的明确，责任落实，效果很好。通过这种办法，先后为县医院培训各种技术骨干 73 名，从而带动了县医院技术水平和管理水平的全面提高，并通过县医院带动了全县三级医疗网的普遍提高。

所谓“输出”和“输入”

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

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

二是通过带培县医院的技术骨干，进行各种专业培训，可以教学相长，有利于城市医务人员本身业务技术上的发展和提高。凡是下去兼职和讲课的同志，都能认真备

课,刻苦钻研,注重实践,有的同志还从农村医生那里学到一些技术和经验,在进行技术指导、专业培训过程中,既为县医院培养了人才,又提高了自己。

三是通过广泛接触农村的病种,不但可以更直接地体会和摸索许多常见病、多发病的规律,而且可以更多地接触疑难重症,有利于开展医学科学研究,下去支援农村卫生建设的医务人员,一般都把科研任务带下去,如对气管炎、肺心病的普查都是在下面搞的,有些科研论文也都是在县里写的。附属医院脑系科帮助蓟县医院建立脑系科后,1980年就总结了脑外伤100例,脑瘤几十例,这在城市医院也是难以做到的。

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

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

把支援农村卫生建设 当作长期的战略任务

天津医学院附属医院之所以能够坚持不懈地大力支援蓟县的卫生事业建设,关键在于该院党委对支援农村问题有一个正确的认识,始终把它当作必须坚持的正确方向,当作卫生工作的大局,当作城市医院责无旁贷的光

荣任务。这个任务,是我国的国情所决定的,是“四化”建设的需要所决定的,是社会主义制度所决定的。在社会主义制度下,只要还存在着城乡差别,城市支援农村的任务就永远不会完结。正是基于这种认识,该院党委始终把城乡挂钩、支援农村列入重要议事日程,经常教育医务人员树立长期支援农村的思想,以支农为己任,以支农为光荣,舍得选派高级技术骨干下去,支援蓟县的卫生建设,即使在受到挫折的时候,也从未间断过。

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

天津口腔医院帮助农村 医院培训口腔专业人才 建设口腔网点的经验值得推广

1982年6月12日

农村的牙病很多,对农民的健康影响很大,并严重影响生产。广大农村俗有“牙痛不算病,痛起要人命”之说,流传甚广。人们迫切地要求防治各种牙病,农村实行生产责任制以后,随着生活水平的提高,这种要求更加迫切。而牙病防治工作在广大农村基本上仍属空白,一无牙科医生,二无镶牙技师(士),三无口腔科网点,即使象天津这样的大城市的郊县也并不例外。据几年前调查,武清县有63万人口,全县只有口腔专业人员2人。宁河县28万人口,只有口腔专业人员6人,在天津市所属五个县来说,算是口腔科技人员最多的一个县。由于缺少口腔防治网点,农民治牙、镶牙非常困难。这种情况,给了游医和不合格的镶牙医生可乘之机,他们到处兜揽生意,乱拔乱治,赚钱很多,坑人不少。

这是一篇调查报告,原载《医院管理》1982年。

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

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

为此目的，该院采取了组织口腔专业教学小分队的办法，下到蓟县、宁河、武清、宝坻、静海等县的县医院和中心公社卫生院，为农村医院培训口腔专业人才。从1973年开始，每年派出一批，每批去一个县，为期一年。小分队既有口内、口外、口矫等专业的技术骨干，又有年轻的医师、技师（士）和护士、药剂人员。到1980年，先后共派出七批，参加小分队的医务人员达107人，占全院医务人员总数的47%。小分队的任务，一是培训，也就是从农村现有的医务人员中选拔年龄较轻、基础较好、事业心较强的中等卫校毕业生，集中培训一年，既学习基础理论，更注重临床实践，使之能够熟练地掌握牙科常见病的诊断和治疗，达到口腔专业的中专水平；二是建点，帮助

郊县医院、分院建立口腔科,并协助开展工作,建立威信;三是巩固提高,第一年培训、建点,第二、三年派技术指导组到各点巡回指导,并安排县医院的口腔科医生到市口腔医院进修提高,通过1~2年的进修,使之成为县医院口腔科的技术骨干;四是结合培训、建点,开展口腔疾病的防治工作。几年来,小分队为10多万社员治了病,为7千多社员镶了牙,做各种手术834例,受到了农村医院和广大农民的热烈欢迎。

通过以上措施,他们已经为五个县培训了93名口腔专业人才,建立了62个口腔网点。各郊县医院和分院普遍建立了口腔科,有的重点公社卫生院也有了口腔专业人才。一般每20里内就有个口腔科的点,牙科常见病的诊断、治疗和镶牙都能就地解决。县医院的口腔科除牙科常见病外,还能解决一些比较疑难的问题。如蓟县医院口腔科开展了颌面部肿瘤、三大腺体摘除等10多种比较复杂的手术,过去需要转院的病人,现在基本上都能在县医院得到解决,不需要再转院了。

现在,天津口腔医院多年来为之奋斗的宿愿已初步实现,郊县农民看牙、镶牙难的问题已基本得到解决,但该院并不以此为满足。下一步的问题是在普及的基础上提高,特别是要重点加强县医院口腔科的建设,一方面准备继续派技术骨干到县医院顶岗,一方面把县医院的技术骨干请上来进修,不断提高他们的专业技术水平,使县医院的口腔科真正成为全县口腔疾病防治的技术指导中心。这样做肯定还会遇到很多困难,该院的领导和医务人员一致表示,困难再大也要坚决搞下去。

“三分之一县卫生事业整顿建设” 的形势和问题

——东北三省农村医疗卫生建设调查之一

1982年8月1日

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

自从1979年卫生部提出“整顿建设三分之一县卫生事业”的任务以来,东北三省对这项工作都很重视,卫

这是一篇调查报告,曾摘要发表于《农村卫生事业管理研究》1982年第2期。

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

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

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

黑龙江省绥化县的特点是:社、队两级卫生组织的整顿建设搞得比较好,尤以中心公社卫生院的建设较为突出。两年前,全县6个中心公社卫生院只有双河卫生院比较象样,现在其他5个中心卫生院都赶上或者超过了双河。不仅做到了“房舍砖瓦化,取暖暖气化,庭院花园化,设备规格化”,而且都能开展一般腹部手术,能处理比较疑难的病症。有的中心公社卫生院在综合发展、全面提高的基础上,还注意了发挥优势,发展专科特长。例如在利民中心卫生院建立了骨科,并在省精神病院的帮助下建立了精神病房,解决了全县精神病患者的住院治疗问题;在秦家公社卫生院建立了结核病防治所。因而大大提高了病床使用率,既增加了业务收入,又满足了社会上的需

要。

二

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

关于三分之一县卫生事业建设的任务问题。黑龙江省确定的三分之一重点县有 21 个县,吉林和辽宁各 17 个县,三省共 55 个县。其中由省卫生厅直接抓的有绥化、德惠、金县和黑山。凡是列为三分之一重点县的,从县医院、中医院、防疫站、妇幼保健站、药检所、卫生学校等县级医疗卫生机构到中心公社卫生院(每县 4~6 个),都要求人员、设备、房屋基本建设“三配套”。要建设的项目较多,任务较重,要求也比较高。而各省所能拨给的建设投资却极其有限。以黑龙江省为例,在 1985 年前每年用于三分之一重点县建设的照顾性投资只有 155 万元,其中绥化县 20 万元,尚志县 15 万元,北安县 9 万元,其他各县有 7 个县各给 8 万元,有 11 个县各给 5 万元,五年不变,虽说可以发挥几个积极性,争取县级财政多给些支持,有些县、社医疗卫生机构通过增收节支、挖掘潜力,也

可以自筹一些资金,但数量毕竟有限,按照“三配套”的要求,在1985年之前无论如何是办不到的。

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

关于领导班子的建设和思想政治工作问题。在我们所到之处,凡是工作搞得好的单位,都有一两个有理想、有事业心、有才干、作风正派、不谋私利的领导骨干在起作用。辽宁省黑山县医院之所以能由一个“不可收拾的烂摊子”,一跃变为省、市、县的先进单位,就是因为有那么两个立志改革、治院有方、团结战斗的好带头人。黑龙江省明水县并非“三分之一”重点县,各方面的条件很差,但是这个县医院比某些重点县医院办得还要好。三中全会前,该院也是一个老大难单位,被群众叫做“破大家”、“屎家围子”。三中全会以后,该院之所以能够迅速摘掉这两顶极不光彩的帽子,连续三年被评为省、地、县卫生系统的先进单位,也是因为有一个事业心强、会做思想工作、能够带领群众艰苦奋斗的好班子。吉林省德惠县朱城子

中心公社卫生院,多年来精神状态萎靡不振,院容院貌脏乱不堪,业务工作每况愈下,全院只设4张病床,七年多未开展一例手术。自从去年选派一名得力干部到该院当院长兼支部书记以后,不到一年,过去的落后面貌迅速改观。这位院长叫赵喜盛,是1961年的医专毕业生,在事业上有抱负,工作上有办法,兢兢业业,干劲十足。他一到医院就团结和带领群众甩开膀子大干,治脏治乱治差,既抓精神文明建设,又抓物质文明建设,扩大了病房,开展了上腹部手术,美化了环境,改善了职工生活,还建立了小图书室,把职工的精力引导到积极工作和发奋学习上。今年四至六月,全院的出勤率达到108%,因病缺勤的同志也都能主动用星期天来补上。现在,这个院的面貌正在进一步改变,医疗质量也在不断提高。

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

上给些投资,他们肯定会把一分钱掰成两半花,肯定能发挥更大的效益。

三

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

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

其次,从贯彻执行“调整、改革、整顿、提高”的方针来说,也是一个全局性的问题,各行各业都要全面执行。当

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

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

以上只是个人的看法,仅供领导同志参考;如有错误,请批评指正。

要采取多种措施 解决农村卫生技术骨干 大量外流问题

——东北三省农村医疗卫生建设调查之二

1982年8月3日

最近,我们在东北三省调查农村医疗卫生建设时发现,许多公社医务人员不安心在农村工作,技术骨干外流的现象十分严重。黑龙江省绥棱县原有大专毕业的医务人员120余人,近二、三年来外流80余人,占66.6%。克山县县级医疗卫生机构原有大专毕业生20多人,现在只剩下2人。瑷琿县瑷琿公社卫生院二十年来先后曾分配去6名大专毕业生,现已全部走光。黑河地区医院近三年来外流的主治医师就达10人之多,占全院主治医师的1/4。吉林省九台县其塔木中心卫生院,“文化大革命”前分配去8名医学院本科毕业生,内、外、妇、儿各科班子齐全,人员配套,许多疑难重症都能就地解决,80张病床不

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

但经常满员还要加床；现在 8 名大学生只剩 1 人，许多科室被迫关闭，医疗业务日益萧条，工作冷冷清清。辽宁省黑山县六合公社卫生院 1962 年以来先后分配去 11 名中专毕业生，现在只剩下老院长康学勤一人，全院 19 名工作人员中有 13 名是临时工，医疗、防疫、妇幼保健和计划生育手术等各项工作只能靠从生产大队抽调上来的赤脚医生支撑门面。

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

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

农村中小学教学质量低，升学率大大低于城镇同类学校，这也是造成医务人员不安心农村工作的原因之一。如德惠县郭家公社中学是县里的重点中学，教学质量算是比较好的，但在1981年高考时，全校考生“剃光头”，不仅考大学榜上无名，连中专也无一人达到录取线。因此，家中有学生，特别是有中学生的，也都积极要求调往城镇。

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

三是农村医院规模小、设备差、病种少，医务人员业务技术水平的提高受到很大限制。同是大专毕业生，分配到县级以上医院的同分配在公社卫生院的比较，不过二年，在业务技术水平方面就会有比较明显的差距，时间愈长，差距愈大。农村医务人员又很少有机会到医学院校或城市医院进修，更无机会同国外交流，知识不能更新。因而势必直接影响技术考核和晋级晋升。

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

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

对于调整政策的必要性和紧迫性,东北三省的许多卫生行政领导干部认识上是明确的,在当地党政领导下,他们在自己力所能及的范围内,也相继采取一些措施,解决了一些实际问题。例如在技术考核和晋级晋升工作中,强调要从农村的实际情况出发,根据农村医生具有“一专多能”、“多面手”的特点进行考核和晋升,使相当一部分五十年代或六十年代初期的大专毕业生都获得了主治医师的技术职称;绥化县卫生科在有关部门的支持下,发动

县、社两级的医疗机构,办起了几十所集体所有制的知青商店、药店、饭馆、健康旅舍以及印刷厂、综合服务站等企业,安排了本系统的待业子女 200 余人,为农村医务人员的子女就业找到了出路;德惠县卫生局经与劳动局协商,县委批准,拨了 40 名大集体的招工指标,经过考试,择优内招农村医务人员的子女,由县卫校办起了一个三年制的护士班,一举解决了农村卫生院技术骨干的子女就业和升学问题,等等。这些措施,在当地农村医务人员中引起了强烈反响,对稳定军心、鼓舞士气起到了积极作用。

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

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

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

津贴,应享受和城市一样的同等待遇。

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

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

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

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

七、建议高、中等医学院校实行面向农村的定向招生。各省、自治区所属的高、中等医药院校招生名额中,应有半数左右从县及县以下的农村中招收,毕业后仍回当地农村工作;全国重点医学院校的毕业生,来自县城及县以上农村地区的,在分配工作时原则上也要让他们回到家乡去。这一条要作为制度固定下来。地区一级的卫生

学校,主要应从农村招生,为农村培养中级的卫生技术人员。

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

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

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

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

关于加强农村卫生队伍的管理 和技术培训问题

——东北三省农村医疗卫生建设调查之三

1982年8月7日

近几年来,东北三省的农村卫生队伍增长很快,大量的非专业人员源源不断地涌进卫生队伍,大有失去控制之势。新增加的人员,一是新招工的待业青年(包括“文化革命”期间上山下乡的老知青);二是卫生系统退休职工的接班子女;三是复员转业军人。吉林省近几年来进入卫生系统的非专业人员达 19447 人,占职工总数的 23.3%。辽宁省锦州地区近三年来新增加的非专业人员 5162 人,占职工总数的 34.4%。北镇县卫生系统 1977 年以前共有职工 823 人,现已增加到 1268 人,新增加的 445 人中,除国家分配来的大专毕业生 7 人、中专毕业生 60 人外,其余 378 人都是非专业人员。黑龙江省拜泉县去年一年安插到卫生系统的非专业人员就达 300 余人之多。过去青年人选择职业的理想是:一工业,二财贸,三文

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

教,现在卫生系统成了热门,千方百计都往卫生部门挤。在卫生系统中,防疫站又是热门中的热门,进了防疫站就等于得到“金饭碗”,工作既“清闲舒适”、“干净卫生”,每月还可多得9元钱的保健津贴。北镇县防疫站,三年以前原有职工30人,现已增加到69人,其中35人都是近三年来安排进来的非专业人员,在这35人中,县里科局长以上的干部子女竟占半数之多。

上述问题,带有普遍性,而且现在还在继续安插,其势头有增无减,如此大量的非专业人员涌进卫生系统,已经造成了极为严重的带有灾难性的后果:

一是造成了机构臃肿,人浮于事,大量超编,经费超支。卫生事业费的增长远远赶不上人头的增长,把数量极有限的卫生事业费都被人头给吃掉,影响事业的发展。据初步测算,每增加一个人头,光是工资一项(包括副食补贴、烤火费补贴、公费医疗等)一年就得600~800元,如果加上培训经费和其他经费,就要过千元。黑山县大虎山中心卫生院三年前实有职工65人,现在猛增到140人(包括临时工13人),一年的工资开支约八、九万元,县里拨给的经费今年是4万8千多元,只及工资的一半,造成收支严重失调,月月入不敷出,不但房子不能维修,器械不能购置,设备不能更新,连药品周转全都发生了危机。

二是造成了队伍庞杂,比例严重失调,人员构成极不合理,业务素质和技术水平不断下降。普遍都是初级人员多,技术骨干少;未经系统培训的多,科班出身的少;吃闲饭的多,能看病的少。长春市所属各郊县的公社卫生院1969年时初级人员只占13.2%,1980年竟占40.1%。梨

树县的初级人员占卫技人员总数的50%以上。德惠县夏家店卫生院26名职工中只有1名中医士、3名护士。和平卫生院31名职工中,只有中专毕业生1人。桦甸县榆木桥中心卫生院1977年前35名职工中有医师13人,现在42名职工中只有医师4人。

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

造成上述问题的原因是很复杂的,有客观原因,也有主观原因。从客观上来说,卫生行政部门普遍没有“人权”,现行的人事管理制度和安排就业的办法还存在着某些弊端,退休顶替,子女接班的问题比较普遍;党内、政府机关内以及社会上的不正之风对卫生系统的冲击和影响也很大。从主观上来说,主要是重视不够,控制不严,措施不够坚决有力,有的甚至放弃原则,过分迁就,片面强调照顾关系,睁一只眼闭一只眼,结果是稍一放松,涌进一大批非专业人员,包袱越背越重。另一方面,对如何更好地培训现有的卫生队伍,还没有引起普遍的高度重视,往往习惯于按老框框、老办法行事,不经培训或者短期训练

一下就让其顶岗。这种老框框、老办法显然和今天“四化”建设的新形势很不适应。

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

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

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

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

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

四、要下大的决心，狠抓技术培训，有计划地分期分批地轮训现有的农村卫生队伍，提高他们的业务技术水平。坚持全员培训，抓住两头（技术骨干和未经系统学习的中、初级卫生人员），系统学习、限期提高。要舍得下本钱，尽可能地多搞点智力投资。办法可以多种多样，正规教育、业余教育、函授教育、广播电视教育、临床专业进修，以及各种训练班、提高班都可以办，鼓励自学成才。目前的实际文化程度达不到初中毕业水平的青年，要首先补习文化，然后再进行专业技术培训。通过大抓技术培训，力求在五年左右的时间，把现有初级卫生人员的绝大多数提高到中专水平，把现有的中专毕业的中级卫生人员的绝大多数提高到大专水平。

五、要认真办好县卫生进修学校，改善办学条件，提高教学质量，使之逐步向正规的职业中专过渡。县卫校的任务主要是轮训在职的农村中、初级卫生人员和乡村医生、赤脚医生，并应根据农村需要从农村招收高中或初中

毕业生,按照正规中专的要求进行培养,毕业后仍回到农村去。对在职的未经系统学习过的中、初级卫生人员的培训,也应逐步走上正规化。学习时间不宜太短,一般以二年至三年为宜。县卫校除了要办好三年制或二年制的中专班外,还应根据需要经常举办各种短训班,并可以县卫校为依托,开展业余教育、函授教育、广播电视教育等等,采取多种形式,提高农村卫生人员的技术水平。

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

六、高等医学院校和中等卫生学校可适当减少一部分社会招生,或者在不减少社会招生的条件下,挖掘潜力,多搞点内招。黑龙江省卫生厅委托佳木斯医学院、齐齐哈尔医专、牡丹江医专和省人民医院各办了一个农村专科医师班,招收中心公社卫生院具有三至五年工龄的中专毕业的在职医务人员,经过考试,择优录取,培训一年半至二年,使之成为农村专科医师,按大专待遇。第一批农村外科医师班共 250 人已于去年开学;今年拟再招一批农村妇产科医师班 250 人;以后还拟再招两批农村内科医师班和儿科医师班,争取在 1985 年以前办完,把全省 300 余个中心卫生院的中专毕业后工作三年以上的在职医务人员基本上轮训一遍。这种做法对农村医务人员是一个极大的鼓舞,反映很好,各地可根据本地区的实

际情况加以仿效。

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

农村合作医疗应该肯定 应该提倡应该发展

——东北三省农村医疗卫生建设调查之四

1982年8月12日

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

这是一篇调查报告,原载《农村卫生事业管理研究》1982年第2期。

回升,既影响了农民的健康,又影响农业生产。

发生上述问题的主要原因,一是认识上的模糊不清,有的同志把办合作医疗看作是“穷吃富”,是“一平二调”,是“增加群众负担”等等。有的同志把落实生产责任制同办合作医疗对立起来,认为农村实行责任制后形势变了,再坚持办合作医疗怕犯“政策错误”;二是由于“左”的影响,有些地方办合作医疗不从实际出发,不顾当地经济条件和群众觉悟程度,片面追求减免率,搞“一刀切”,资金使用不能量入为出,影响合作医疗的巩固;三是管理不善,制度不健全,资金被挪占的现象比较严重,合作医疗难以维持;四是放松了领导,有些干部怕麻烦,图省心,不愿办。有些干部则看上级的态度,上级不强调,自己就不敢理直气壮地去抓。“上面不喊了,中间不管了,下面就散了”。

上述情况一出现,就引起了东北三省许多党政领导机关的高度重视。早在二年前,黑龙江省委第一书记杨易辰同志就明确批示:“无论如何赤脚医生、合作医疗应该提倡、应该肯定、应该发展,不能叫人家一阵风给吹掉了”。他还“建议组织几个调查组,进行一些调查,并提出改进和健全的意见”。1981年,黑龙江和吉林省人民政府就改进和加强合作医疗问题专门发了文件,指出“合作医疗是社员群众的集体福利事业,体现了社会主义制度的优越性”,“也是党对农村医疗卫生工作的一项重要政策。它对于保护劳动力,支援农业生产,起着积极作用”;要求各级政府要根据当前农村出现的新情况,把合作医疗纳入农业建设规划,统筹安排,因地制宜,切实抓好。在省委

和省人民政府的领导下,许多地、县党政领导机关也都专门讨论了如何改进和加强合作医疗的问题,并做出了相应的决议。三省的卫生行政部门,通过大量的调查研究,认真总结了经验教训,纠正了“左”的作法,坚持从农村的实际情况出发,采取了许多有力措施,整顿和恢复合作医疗,基本刹住了“停办风”,取得了明显效果。

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

总结东北三省的经验,可以得出以下几点看法:

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

我国是一个发展中的社会主义大国,十亿人口中有八亿是农民,对八亿农民的医疗保健问题,总得有一个能够解决问题的办法。无非是三种办法:一是谁看病谁出钱;二是在国家的扶持下,依靠集体力量办合作医疗;三是由国家包下来。谁看病谁出钱的弊端较多,靠这个办法

要想从根本上解决八亿农民的医疗保健问题是不可能的。靠国家包下来,更不切实际,不仅现在不可能,几十年以后恐怕也难以办到。最现实、最理想的办法,是在国家扶持下依靠集体和群众的力量办合作医疗。这是解决八亿农民医疗保健问题的正确道路。这件事情即使现在不搞,将来也势必要搞;即使我们不积极组织农民去办,将来农民势必要自己组织起来替自己创造日益增多的福利事业。

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

二、应该正确认识落实农业生产责任制与坚持合作医疗的关系。农村实行生产责任制之后,到底是有利于实行合作医疗,还是不利于实行合作医疗?对于这个问题,在许多干部中存在着两种不同的看法。一种看法认为:随着农业体制的改革,经济政策的放宽,生产责任制的推行,已经失去了举办合作医疗的基础,“农业搞承包了,卫生所也应该承包给赤脚医生,搞自负盈亏”,有的甚至主张把卫生所当作副业或企业经营,向大队上缴利润。另一种看法认为:实行合作医疗和落实农村经济政策是息息

相关,互相促进的。农村实行生产责任制以后,形势越来越好,这就为坚持和办好合作医疗创造了更为有利的条件。理由是:其一,实行生产责任制后,生产迅速发展,社员、生产队的收入增加了,农村的生活显著提高了,因而更有条件办好合作医疗;其二,实行生产责任制后,改变了“吃大锅饭”的平均主义现象,社员群众为了搞好生产,多劳多得,劳动致富,对医疗保健的要求也更迫切,不仅要求有医有药,而且要求看病及时,预防工作有保障,少生病或不生病,因而实行合作医疗更有群众基础;其三,实行生产责任制后,社会主义农业集体化的道路仍将长期不变,包括实行“双包”的生产队,公积金、公益金、管理费仍将年年提留,并不是恢复过去的小农经济。而且党的农业建设方针也明确指出:“在发展包括农林牧副渔在内的整个农村经济的同时,还要考虑和安排整个农村的建设”。其中也包括卫生方面的建设。显而易见,以上三条,都是发展合作医疗的基础,也是办好合作医疗的有利条件。那种把实行生产责任制同合作医疗对立起来的观点是片面的,不切实际的。

请看实际例子:黑龙江省北安县,近二年来,全县99.8%的生产队实行了各种形式的生产责任制,在落实生产责任制的过程中,县委和县政府把巩固和提高赤脚医生队伍,办好合作医疗作为关心农民疾苦一项大事来抓,目前全县有94.1%的大队配齐了赤脚医生(一般每个大队2~3人),有95.1%的大队合作医疗得到了巩固。合作医疗的资金,根据各队的收入水平以公益金为主,个人为辅,采取丰年多投,欠年少投,以丰补欠,逐年

积累的原则,有计划的合理使用,不但保证了社员看病用药,而且做到年年有结余,全县历年结余的合作医疗资金(不包括固定资产)已达60万元之多。

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

从东北三省的情况看,目前农村的合作医疗大致有三种形式:一是全免费的合作医疗(收挂号费,除营养滋补药外,医药费全部报销);二是部分免费的合作医疗;三是“合医不合药”的合作医疗(挂号、注射、处置费免收,药费按零售或批发价交付)。上述三种形式的合作医疗,一般认为,后两种形式尤其是“合医不合药”的形式比较适合当前的农村多数地区的实际情况,除了少数确有条件的富队以外,切不可追求全包全免和过高的报销比例。

除了上述三种形式的合作医疗以外,还有一种“保本经营”的,即由大队给卫生所出资金底垫,保本经营,发展事业;赤脚医生的报酬,由生产大队给补助一部分,其余部分由业务收入中解决。这种形式,虽然也是看病收费,但可以避免抬高收费,不搞预防等弊病。目前经济条件较差,办合作医疗暂有困难的,可以采用这种形式。

四、要改善和加强对合作医疗、赤脚医生和生产大队卫生所的领导和管理工作。黑龙江省的作法是:一是把大队卫生所与合作医疗制度分开管理,大队卫生所由公社卫生院和大队双重领导,单立帐户,独立核算。这样作可以避

免合作医疗挤占卫生所的药品基金,保证卫生所常年有医有药,并有所积累;二是加强赤脚医生队伍的管理和培训工作,建立健全赤脚医生档案和考核制度,实行凭证行医,对无证行医者加以取缔。选拔、调动、撤换赤脚医生,必须经公社审查,县卫生科批准,以利于稳定赤脚医生队伍;三是对合作医疗经费,由社、队加强管理,必须单独核算,专款专用,结余归合作医疗。公社、大队、生产队或任何个人都不得挪占合作医疗经费,不得把社员群众的“治病救命钱”变成随便可以占用的“万能机动钱”。这些作法都是可行的,对巩固发展大队卫生所和合作医疗事业都是有利的。

关于适应农村形势的发展 健全农村基层卫生组织的意见

(全国卫生厅局长会议参阅文件)

1983年1月8日

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

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

建国以来,农村基层卫生组织有了很大发展。目前全国有农村公社卫生院55000余所(其中中心卫生院11000余所),大队卫生机构519000余所,基本上做到了

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

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

建立和健全大队一级的卫生组织是整个农村发展建设的一个重要组成部分,一定要把它纳入规划,统筹安排。对现有的大队卫生组织,要认真加强领导管理,建立健全规章制度,使之不断巩固和提高。已经停办的,要积极创造条件,尽快予以恢复。大队卫生组织的形式和规模,应从各地的实际情况出发,坚持集体办为主,多种形式并存,人员配备要少而精,做到有医有药,能防能治,方便群众,有利生产。不论采取什么形式,都必须坚持全心全意为农民服务的方向,遵守国家的政策法规,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并吞;自负盈亏,就是盈亏由各个医疗机构本身负责,收益分配取决于各自的经营情况,不搞统负盈亏;按劳分配,就是使劳动者的报酬和本单位经营好坏、岗位责任制、个人劳动成果紧密结合起来,分配形式可以灵活多样,在兼顾国家、集体和个人利益的原则下,劳动报酬可以不受全民所有制单位水平的限制;民主管理,就是全体工作人员有权民主选举或罢免本单位的领导人,在有关的政策法规范围内,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。不论那种办法,公社卫生院原有国家职工的一切待遇不变。各省、市、自治区可以选择一两个县进行试点,取得经验后再逐步推广。

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

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

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

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

五、关于农村的医疗制度。目前我国农村实行的医疗制度有两种,一种是合作医疗(集体保健医疗),一种是谁看病谁出钱。合作医疗的具体形式也是多种多样的,有的看病只交诊疗费,药费全免;有的医药费实行部分减免;有的实行免医不免药。合作医疗经费,多数是社队公益金出一部分,社员个人出一部分,也有的全部由群众集资,或全部由社队公益金负担。近二年来,随着各种承包责任制的推行,有些地区的大队卫生组织(或赤脚医生)与大队、生产队集体或社员个人订立医疗保健承包合同,把卫生组织(赤脚医生)与大队、生产集体或社员个人之间的经济关系或和双方的权利、义务用合同形式确定下来,使集体保健医疗制度进一步完善,更便于群众理解和接受。

多年来的实践证明,合作医疗(集体保健医疗)是适合我国农村情况的一种好的医疗制度,对解决农民的医

疗保健问题起了重要作用。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,单独立帐,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,又有中医中药,又有西医西药,实行中西医结合,这是我国农村医疗保健工作的一大特点和优点,是其他国家所不可比拟的。但是长期以来,由于我们对发展中医中药的重要性认识不足,特别是“文化大革命”的破坏,农村基层卫生组织的中医中药力量逐渐被削弱,出现了后继乏人的情况。一度兴起的采、种、制、用中草药和普及针灸的活动,许多地区也没有很好地坚持下来。有些原来以中医中药为主的卫生院、所,逐渐被西医西药所取代。这种局面如果任其发展下去,必将给我国农村的医疗保健事业带

来极其不利的后果。为了切实改变这种状况,应当采取下列措施:

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

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

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

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

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

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

帮助。

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

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

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

八、必须大力做好农村卫生队伍的整顿和培训、提高工作。当前,公社卫生院存在的一个严重问题是,未经系统培训的人员多,任意安插的非专业人员多,造成人员超编、结构失调、素质降低、医疗质量下降、经费超支等严重后果。除了必须立即“关闸”,防止非专业人员继续涌进卫生队伍外,对现有的非专业人员必须进行认真清理和整顿。其中有培养前途的可以组织轮训,经考核合格后才能上岗工作。对确实不适宜做卫生技术工作的,能清退的尽量清退,由当地政府或社队予以妥善安置,不能清退的可以改作其他工作,或者把他们组织起来,从事本单位或社会所需要的生活服务或劳动服务,由他们独立核算,自负盈亏。

要有计划地、分期分批地对农村卫生队伍进行全员

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

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

九、努力建设高度的社会主义精神文明。这是全党全民的共同任务,也是农村卫生工作者的共同任务。党和人民赋予我们的光荣职责是救死扶伤,实行革命的人道主义,全心全意地为人民服务。这本身就包含着伟大的共产

主义精神。每一个农村卫生工作者都要加强职业责任,恪守职业道德,遵守职业纪律,做一个有理想、有道德、守纪律的人,做一个社会主义精神文明的建设者。

要广泛开展建设社会主义精神文明的群众性活动。社、队两级卫生组织都要发动群众讨论和制定农村卫生工作人员守则,并经常对照守则检查评比,形成比先进、学先进、赶先进、帮后进的热烈气氛,把精神文明的建设落实到每一个农村基层卫生组织,落实到每一个人,使之制度化、经常化。

农村卫生工作人员守则如下。

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

2、坚持学习马列主义、毛泽东思想,刻苦钻研业务技术,努力做到又红又专。

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

4、坚守岗位,尽职尽责,严格执行规章制度和操作常规。

5、关心集体,团结协作,艰苦奋斗,勤俭办医。

6、从农村实际出发,改进工作方法,方便群众,有利生产。

7、宣传卫生知识,破除迷信,移风易俗。

8、带头讲究卫生,植树栽花,美化环境,保持整洁、安静。

十、要切实加强对农村基层卫生组织的领导。农村经济体制改革之后,各地党政领导机关和卫生行政部门对

办好农村基层卫生组织的责任更重大了。一定要把农村基层卫生组织建设纳入本地区的农村发展规划和卫生事业计划。对事业经费、基建投资、人员编制和赤脚医生补助,都要予以统筹安排。集体所有制的公社卫生院实行自负盈亏以后,分配给农村的卫生事业费不得削减,并应逐年地按比例地有所增加,以利于发展农村卫生事业。

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

为了适应农村形势的发展,各地党政机关和卫生行政部门,都要改善对农村基层卫生组织的领导和管理方法,加强调查研究,不断总结新经验,正确地引导社队两级卫生组织进一步适应农业体制的变革和广大农民对医疗保健的要求,沿着社会主义方向生动活泼、扎扎实实地向前发展,逐步走出一条适合我国国情、具有我国特色的健全农村基层卫生组织的新路子。

关于农村公社卫生院的改革问题

1983年2月8日

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

近二年来,江苏省卫生部门对农村公社卫生院的改革,主要抓了两条,一条是推广了江阴的经验,改变了按人头分配补助经费的吃“大锅饭”的办法,把农村卫生事业费主要用于公社卫生院的基本建设、医疗装备和智力投资,至于卫生院工作人员的工资主要靠业务收入来解决,即所谓“吃饭靠自己,事业费主要用于发展事业”;另一条是搞浮动工资,落实责任制,先在部分县、社试点。最近省卫生厅在洪泽县召开了专门会议,总结交流了经验。由于进行了以上两个方面的改革,许多农村卫生院的服务态度明显改善,诊疗人次大幅度增高,服务项目迅速扩

原载《医院管理》1983年第3期。

大,医疗质量逐步提高,业务收入大大增加,职工的工资收入也有所提高,过去那种连年亏损、靠补助过日子的局面很快得到扭转。以沙洲县为例,全县 25 个集体所有制的公社卫生院,去年一年内全部实现扭亏为盈,由 1981 年的亏损 32 万元,一跃而变为 1982 年的盈余 17 万 6 千 5 百元。

安徽省滁县地区的嘉山县,是实行大包干责任制最早的地区之一,在农业改革的带动下,农村卫生院的工作也进行了改革。全县 36 个区、社卫生院,有 30 个实行了不同形式的联医计酬承包责任制,收到了明显效果。以桥头区卫生院为例,在 1980 年以前,由于躺在社会主义身上,靠国家补助“吃大锅饭”,“小病不愿看,大病不敢看,见了危重症就赶快转院”,全院 36 个职工,每天的门诊工作量一般不超过 30 元,三年之内国家投资了 9 万多元还年年亏本,资金几乎全被吃光,库存药品只剩下 2,100 元。自从 1980 年下半年实行科室核算、1981 年实行“百分计奖”、1982 年实行“大包干、半浮动、五定一奖”的联医计酬责任制以后,激发了全体工作人员的主人翁责任感,充分调动了每个人的积极性,门诊工作量由过去的平均每天不到 10 人次增加到 100 余人次,业务收入由过去的平均每天 20 多元增加到 300 多元,药品资金由过去的 2100 元增加到 43000 多元。在二年半的时间内,工作量和业务收入各增长了 10 倍以上,资金积累增加了 20 倍。1982 年全院 36 个职工的个人收入平均增加了 140 多元,其中最高的 200 元,最低的有 2 个人因缺勤多、完成任务差被倒扣 50 元。现在,该院完全可以不靠国家补助,

并且自给有余。

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

二

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

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

集体医疗机构的“三权”问题,本来就是属于集体医疗机构全体职工所共有。早在五十年代,几万个联合诊所一直坚持自愿组合、独立核算、自负盈亏、按劳分配、民主管理的原则,人员可以自由进出,领导由民主选举,工资可以上下浮动,队伍非常精干,大家都能兢兢业业,以所为家,办的很有特色,很有成绩。问题在于公社化后搞“一平二调”、“一大二公”,剥夺了他们的“三权”,严重挫伤了医务人员的积极性。1962年贯彻调整方针,实行“三权”下放,许多农村卫生院又一度恢复了活力,形势很好。“文化大革命”期间又再次剥夺了他们的“三权”,统的过多、管的过死、乱安插人,形成机构臃肿,队伍庞杂,人浮于事,大家都躺在社会主义身上“吃大锅饭”,缺乏应有的积极性和责任感。30年来正反两方面的经验证明,什么时候尊重集体医疗机构的“三权”,他们的积极性就能得到充分发挥;反之,什么时候剥夺了集体医疗机构的“三权”,他们的积极性就必然会受到严重压抑。

根据我们在苏、皖农村的调查,在农村卫生院的管理体制的改革上,当前的主要矛盾,是集体医疗机构要求拥有“三权”和有关部门仍要继续把持“三权”(特别是人事

权)不肯下放的矛盾。这方面的矛盾,在嘉山县表现尤为突出。该县 30 多所农村卫生院,人浮于事的问题早已相当严重,不少卫生院就是靠一、二名技术骨干养活十几个闲杂人员,以至在 1981 年以前有 1/3 的卫生院发不了工资,长期靠国家补助过日子,形成“药光钱净山架空,外面还留个大窟窿”。可是,在 1982 年,县劳动局和县委宣传部一次就硬给农村卫生院安插招工的女“知青”41 人,最大年龄 35 岁,平均年龄 31 岁,孩子最多的有四个孩子,最少的也有一个孩子。有的人名为“知青”,实为半文盲,连自己的名字都不会写。这样的人居然分配到卫生院搞医疗技术工作,并且不准考试、考核,不准择优录用。因而遭到了各卫生院的一致反对,反映极为强烈。有的卫生院院长要求辞职,有的医生要求自由组合或退出单干,有的坚持要向上告状。迫于基层的压力,县卫生局长一直顶了半年未肯接收,并搬出了中央组织部、卫生部和安徽省、滁县地区的有关“不准向卫生机构安插非专业人员”的文件,一再说明理由。省卫生厅和地委的领导同志根据县卫生局的反映也都明确表示,这 41 人不能接收。但作为主管卫生工作的县委宣传部副部长,非但不支持,反而蛮横无理地硬压卫生局长“通也得通,不通也得通”,“41 人必须全部接收,少接收一个也不行”,“条条要服从块块”。而且,事隔不久,县卫生局长就被调动了工作。许多卫生院院长和医务人员对此极为不平,他们无限感叹地说:“看来还是权大于法”。这件事告诉我们,要实行“三权下放”(特别是人事权),阻力是相当大的,而且是有风险的。正是因为如此,就更应该有点勇气,更应该具有改

革的紧迫感。

改革中的一大难题是，精简的人员如何安排。这件事情虽然很复杂、很难办，但办法还是不少的。除了该退休的退休，愿意退职回家的可以退职，适合做其他工作的可以设法安排到适当岗位上去之外，有些年龄较轻又有一定文化基础的同志，可以组织起来进行学习；有些具有一定技术和经验的同志，可以安排他们到缺医少药的大队单独举办或与赤脚医生联合举办卫生所；有些不适合做卫生技术工作的同志，可以帮助或组织他们搞“第三产业”，从事社会服务或劳动服务，让他们单独核算、自负盈亏。嘉山县明光区卫生院有一名医生，对搞医务工作毫无兴趣，病人也从不找他看病，平均每个月开不了一张处方，可是他懂得“生意经”，善于作生意。为发挥他一技之长，卫生院帮他开了一间蔬菜商店，同他订了承包合同，每月上交卫生院130元。过去这个同志完全靠卫生院来养活，现在不但自食其力，自己增加了收入，还可以为卫生院养活两个人。由于生意兴隆，最近他准备进一步扩大营业，再从卫生院挑选两名闲杂人员当助手，开个小饭馆，对内为卫生院的职工和病人服务，对外为社会服务。受这个事例的启发，我们和嘉山县卫生局商量，准备发动全县的农村卫生院，挖掘潜力，充分利用一切可能利用的条件，组织多余的非专业人员，根据每个人的具体情况加以培训，并在资金上给予支持，广开门路，同他们订立各种承包合同。有的可以办养鸡场，有的可以办苗圃培植树苗、花卉，有的可以种药、采药、制药，有的可以办商店、开饭馆等等，让大家八仙过海，各显神通。如果都能这样办，

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

三

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

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

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

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

依靠和鼓励农村的集体经济组织发展医疗卫生设施。

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

五、要适当调整农村卫生院的收费标准。药品仍按零售价，不准提高；劳务费原则上按成本收费，或者恢复到五十年代的水平，允许集体医疗机构的诊疗收费可以略高于全民单位，也允许地区之间可以有点差异，具体的收费标准可由县政府制定，发布执行。

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

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

八、要正确处理尊重卫生院的自主权与加强领导的关系。所谓自主权，是在服从党和政府的领导，遵守政策、

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

泰国澳大利亚新西兰 基层卫生考察报告

1983年6月10日

由世界卫生组织西太区办事处安排,联合国经济开发署的资助,中国基层卫生考察组一行7人,自1983年4月25日至5月20日,对泰国、澳大利亚、新西兰的基层卫生工作进行了考察,在我驻外使馆的领导与三国有关部门协助下,考察工作进行顺利,达到了了解情况、增强友谊的目的,圆满地完成了考察任务。

考察组在泰、澳、新三国除听取卫生部门的各级官员介绍基层卫生工作情况和座谈外,先后在泰国的曼谷市、南帮府和春武里府,澳大利亚的墨尔本市、班迪哥地区,新西兰的惠灵顿、奥克兰及汪格端等地区参观了医学院校,城镇和农村医院,基层卫生中心、诊所、卫生所等30多个医疗卫生单位。所到之处,均受到热情友好的接待。通过考察对三国基层卫生工作的基本情况有了较全面的了解。泰、澳、新三国由于经济基础的不同,在医疗卫生方

原载《农村卫生事业管理》1983年第2期。

面也有较大的差异。泰国属于发展中国家。新、澳属于发达国家，医疗卫生事业建设和人民保健所达到的水平较高，明显地优于泰国。现将三国的基层卫生工作情况简述如下：

一、医疗保健制度

目前泰国医疗制度分为三种：免费、半免费、自费。享受免费医疗待遇的有政府的工作人员及家属，经济收入在贫困线以下的城乡居民（属贫困线以下者约占 25%，贫困线的标准是按每人每月收入少于 1500 铢者，或按户每月收入少于 2000 铢者。人民币 1 元=11 铢），以及 5 岁以下的儿童和 65 岁以上的老人。但只限于在公立医院看病。住院者不论地位高低，只能住普通病房，住高级病房者，房费自付。享受半免费医疗待遇的为低收入者和较贫困的人；其余为自费。据春武里医院统计，全免费的病人占 30%，半免费的占 60%，只有 10% 的病人为自费。

澳、新两国医疗制度基本相同，均实行两种医疗制度：一是公立医院看病免费；二是实行医疗保险制度。澳大利亚全国约有 1/4 的人到公立医院免费看病，这部分经费由政府提供。但由于在公立医院看病候诊时间较长，门诊医生多为经验不足的年轻医生，故约有 3/4 的人都到私人医院看病，其中绝大多数为参加医疗保险者。政府规定以下四种人不论到公立和私立医院看病，均可享受完全的免费（包括住院的伙食费），由政府给予报销：

①老年人（男 65 岁，女 60 岁以上）；

- ②失业者和低收入者(指年收入在 2400 澳元以下);
- ③常年有病的鳏、寡、孤独、残疾者;
- ④外国移民来澳定居未满 6 个月者。

新西兰的医疗制度基本与澳相同,但对私人开业医生,每看一个病人除照常收费外,另由政府给私人医生补助 1.25 新元,每一儿童、老人患者补 3~4 新元,以支持私人开业医生的工作。

在澳、新两国,都较为广泛地实行了社会医疗保险制度。保险公司有公立与私立两种,以私立的为多,但都属于不以盈利为目的社会福利事业。在澳大利亚,参加医疗保险的人数约占全国人口的 70%以上(老人和儿童不必参加保险),保险项目也是多种多样的,由人们自由选择,自愿参加或退出。一般家庭缴纳的医疗保险费用,每户每周约 20 澳元。到私立医院看病时,80%的医药费可在保险公司报销,20%自付。

二、基层卫生机构的设置与布局

泰国人口近 5 千万,农村人口占 85%,泰国的公立医疗卫生机构,基本上是按行政区划设置的。全国有 72 个府,设有府级以上的医院 89 所;有 600 多个县,设有县医院 400 所;有 5000 个乡,设有卫生站 6000 个;有 5 万个村,每个村按要求设一名经过十天左右初级训练的不脱产的卫生志愿者,现在实有 2 万 5 千人。另外,农村每 10 户设一名卫生宣传员,全国约 25 万人。县以下的这些组织机构,是开展农村初级卫生保健的基础。泰国的基层

卫生保健工作起步较晚,从七十年代末才开始这项工作。但是他们以“到 2000 年人人享有医疗保健”为目标,加快了这方面的发展步伐,并且已经取得了初步的成效。

泰国的医疗技术力量较薄弱,尤其缺乏医生。全国平均每 7 千人有一名医生,绝大多数医生都集中在城市,农村平均每 1 万 5 千人有一名医生。县、乡两级的医疗卫生机构,规模一般都很小。我们所实际考察的南帮府的傲县,48000 人口,县医院 10 张床,34 名工作人员,其中仅 1 名医生(也是院长)。傲县棚鸟卫生站,只有公共卫生护士、助产士各 1 名,管 7 个村 2 个部落,5700 余人口的卫生保健工作,服务半径约 20 公里。

澳、新两国人口少,经济条件好;城乡居住、生活和医疗条件已无明显差别。由于两国行政区划分为中央和州(澳)或地区(新)两级,医院和基层医疗卫生机构的分级不十分明确,领导体制也不一样,所有医院都由卫生部按地区分片设置的医院行政委员会垂直领导,而基层的卫生保健工作则由地方的公共卫生局领导。

在澳新两国,基层卫生保健工作主要是由开业医生(又叫家庭医生)和公共卫生护士负责。新西兰有近 1800 名开业医生(占医生总数的 2/3)。一般情况下,每个家庭医生按片负责包干 2000 左右人口的基层卫生保健工作,并由政府雇佣的公共护士相配合。病人看病先要找到家庭医生看,必要时再转诊公立医院。家庭医生对所负责的家庭都建立健康卡,包括家庭每个成员从小到老、从生到死、每次看病、预防接种、妇女卫生、儿童保健等都有详细记录,并作长期保管,有的还有电子计算机贮存。两国的

基层卫生保健工作做的很出色。

三、重视培养人才鼓励医务人员 到农村和基层工作

三国医学教育大体相同,对医务人员的培养分为医学院校教育和在职提高两种。医学院校有三种类型,即综合性大学的医学院、高等护校和中等卫校。临床医生(包括牙科医生)都是六年制的大学毕业生,药剂和公卫为四年制。大学毕业后要见习一年后才能成为正式医生(注册医生)。高等护校毕业生(高中毕业学四年)称为注册护士,一般护校毕业生(高中毕业学二年)称为普通护士,在注册护士领导下工作。

澳、新两国培养家庭医生及专科医生的条件更为严格,大学毕业见习一年(在医院内、外、急诊室工作)后,再经两年学习与实践(学儿科、耳鼻喉科、眼科、骨科、泌尿科、精神、外科等)才能选择从事专科或家庭医生。如想成某一专科医生则再当三年研究生;想成为家庭医生必须再经过家庭医生规划机构的两年培训(通过办学习班听课,半年上课,一年半实践)。澳、新两国都有专门机构负责对全国家庭医生的培训,澳大利亚在墨尔本设有全国“家庭医学规划培训中心”,全国7个州有分部,负责对全国1万5千余名家庭开业医生的培训及管理工作。

为向农村输送医务人员,鼓励他们安心在农村和基层工作,泰国政府规定:高等医学院校毕业生在见习一年期满后,必须先去做农村工作两年后才允许报考研究生,或

申请开业执照。其中少数人被录取回城,多数留在农村。一些医学院校实行定向培养的奖学金制度,招生条件一是考试成绩合格,二是毕业后分在农村工作,工作期限为学习年限的两倍,方得离开。即六年制的要在农村工作十二年,四年制的要在农村工作八年,否则,要退赔全部学费,并不准开业。

三国对偏远地区和农村工作的医务人员,除工资高于城市,政府提供免费住房外,泰国对负责基层工作的医务人员每人提供一辆摩托车,新西兰免费提供汽车修理及汽油,工作满五年的每年有3个月休假,工资照发。

四、基层卫生事业管理的几个突出特点

三国医疗条件尽管存在许多差别,但却具有许多共同的特点:

1、三国政府对发展卫生事业都很重视,卫生事业费占整个财政支出的比例较大,泰国占5.2%,每年为5%;澳大利亚占8%,每年约80奥亿元;新西兰占11%,每年约20亿新元,比教育经费还多。

2、有一套较为健全的管理体系。各级管理干部精干,都有较大的自主权,指挥灵,工作效率高。泰国,行初级卫生保健,从中央到地方建立比较完整的指挥系统,卫生部设有农村卫生处,府一级设有农村卫生办公室,负责制定农村卫生发展计划,提供经费、设备、培养人员,进行业务技术指导,并进行监督和评价。各种计划制定后,由于有专门的机构负责实施,有经费和人力、物力

的保证,有必要的检查监督,一般都能得到较好贯彻落实。

3、对卫生技术队伍的管理非常严格。中级以上的各类专业人员都是正规学校培养的,否则不能从事专业技术工作。象泰国,虽然医生、护士很缺,但并不因此而降格以求,现有的医护人员都很精干。澳、新两国,对开业医生的管理,尤为严格,有一套较为系统的管理办法。

4、医疗机构的工作人员实行招聘制。如新西兰,公立医院不论需要增加哪类人员,都要经过医院行政委员会讨论决定,采取登报的办法,说明要求的条件,医院有专人进行审查挑选,择优录用。每个工作人员能按照规定的要求,尽职尽责,很少有不称职或不好好工作的现象。

5、基层保健工作多由公共卫生护士承担。泰、新、澳三国,很少有卫生防疫和妇幼卫生的专业机构,但他们都很重视预防保健工作。这些工作,除了发挥各级医院和私人开业医生的作用外,更多的是依靠公卫护士和助产士去做。在泰国,县医院的预防保健科和乡卫生站的工作人员大多是公卫护士。澳、新两国家庭医生,也都配有公卫护士,除公卫护士外,还有儿童保健护士和牙科保健护士。这些护士,都经过专门训练,在开展基层卫生保健工作中很起作用。

6、充分发挥私人开业医生的作用。泰、澳、新三国都有大量私人开设的诊所、医院,他们在开展保健工作中,发挥了重要作用。开业医生可以在公立医院兼职,公立医院的医生也可以业余开业,或半日在公立医院工作,半日开业。澳、新两国的开业医生是国家“家庭医生规划”的执

行者,不仅承担病人的治疗,而且担当所管辖居民的全部预防保健工作。

7、基层医疗机构和小医院不搞“小而全”。有些专业技术工作向专业服务中心发展,如检验中心、X线中心、药房、洗衣房等,使医院的某些部门走向专门化。如新西兰惠灵顿附近的冠帕塔地区,各设一个规模较大的私立的检验中心和X线中心,为周围的小医院、诊所服务,其中麦卡菲——亚力山大检验中心,共有45名工作人员,有各种先进的自动化的检验设备,下设五个分点,承担1200名开业医生送来的化验单,平均每天1500张左右。由于专业化强,专业技术水平较高,并有可贮存40万个信息的电子计算机系统,能将病人的化验单贮存起来,与一些大医院的中心控制室有直接联系,可以在一分钟内互相调阅病人的近一年来的各种化验报告。

8、重视急症抢救工作。三个国家的县以上医院,都设有面积较大、设备齐全的急症室(科),配备有经验的医护人员,成为医院的一个独立单元。为了提高效率,争取时间,许多医院都设有现代化的通讯系统,医生的口袋里装有无线电呼叫装置,一遇紧急情况,中心控制室发出呼唤信号,医生闻讯后便可迅速奔回工作岗位。为了使边远地区的急重病人得到及时治疗,泰国的政府级医院都设有无线电总站,在边远的基层单位设有分站,无线电站昼夜有人值班,上级医院可通过无线电站指导抢救治疗,或决定转运。

9、重视青少年的牙科保健,重视康复医学及对残疾人的照顾。泰澳新三国的许多医院都有设备较好的康复

科,有多种理学疗法、作业疗法和恢复功能的设备,有专科医生和护士指导与治疗病人。包括一些规模较小的县级医院在内,也都有简单的康复医疗设施。在新西兰,需要康复的病人特别是残疾人,不但在医院里能够得到良好的照顾,而且能够得到社会上广泛的同情和关照。据说新西兰各地都建立有自愿为残疾人服务的组织,这种服务是不要报酬的,是带有慈善性的,它即有广泛的群众基础,又得到政府的大力支持。

在牙病防治方面,三国都很重视,都有一支较强的牙病防治队伍。新西兰全国有2900余名牙科医生,1500多名牙科护士从事牙科保健工作。牙病防治是以少年儿童为重点,全国所有小学校都设有专门的牙科卫生室,备有牙科综合治疗台,有牙科医生和护士配合工作,坚持作到每半年对每个学生进行一次牙齿检查,发现问题随时矫治,取得很好的效果。

10、各级医疗卫生机构的基本管理非常严格,有一套科学的管理制度。一是环境美化好,绿树成荫,花草繁茂,空气新鲜;二是清洁卫生好,衣物整洁,窗明几净,光亮照人;三是遵守公共秩序好,病房、门诊都能经常保持安静,井然有序;四是文明服务好,医护人员彬彬有礼,服务热情、周到,医患关系非常和谐;五是消毒隔离好,要求严格,工作严密,执行认真;六是坚守岗位责任好,纪律严明,既非常紧张又忙而不乱;七是各项基础资料记录保存好,医疗和预防工作的各种报表、卡片都很齐全,记录完整,书写正规,并能长期保存。

以上各点都是我们在三国考察期间看到和听到的实

际情况。由于时间短,跑的地方很多,许多问题不可能作深入细致的了解,难免会有许多片面甚至错误的地方,只能供领导同志和有关方面参考。

泰、澳、新三国与我国的社会制度不同。经济、文化和医疗工作的发展水平也很不一致,但是他们有许多经验和作法我们完全可以借鉴。这里最重要的一条,就是坚持从我国实际情况出发,从中吸取一些好的东西,取长补短,“洋为中用”,以利于加速发展我国的基层卫生建设,更好地为四化建设服务。

泰国初级卫生保健工作情况

1983年6月15日

一、泰国初级卫生保健工作的特点和问题

泰国的初级卫生保健始于七十年代后期,起步较晚,三年前才普遍展开,但发展较快,目前县、乡、村的三级保健网正在形成。

1、组织严密、信息灵通。泰政府很重视初级卫生保健工作,中央卫生部下设的公共卫生常任秘书处,有正副秘书长3人,其中一人专管初级卫生保健工作。卫生部的农村卫生处分为行政、医院、农村工作、边远地区和少数民族地区、规划监督和评价等五个部门。在全国共有200多名官员,组以上负责人都由专家担任。在府、县、乡一级有专人负责这项工作。具体任务由府、县医院、乡卫生站和村卫生志愿者执行。在市、县级医院(含地区医院)设有业务、行政和农村卫生三个处。由院长直接领导。医院农村卫生处主要负责医疗预防工作。如设在南帮府的北部地区医院的农村卫生处有2名医生、6名护士,负责指导所辖县医院和乡卫生站并组织安排本院的医生轮流下乡。农村卫生处的医护人员,除每星期五下农村一次外,其它

时间在医院保健门诊工作。在县医院设有预防保健科，负责基层的卫生保健工作。傲县医院有预防保健人员4名，其中一名毕业于护校，3名毕业于助产学校，他们上午在医院工作，下午到乡卫生站和农村。政府给他们每人配备了一辆摩托车做交通工具。泰国的卫生保健、医疗预防、妇幼卫生、计划生育、传染病管理控制等工作都由医院负责。每个府医院都设有传染病管理小组，在卫生部传染病处领导下工作。

泰国的卫生部门，从中央卫生部、府医院到边远的山区、农村、海岛都设有一套完整的无线电系统。卫生部有专人负责收集各地的无线电记录。无线电昼夜有人值班，如基层发现传染病或疑难急症，便以无线电话报告上级医院，给予咨询，下达治疗指示，或先给以急救再转送。我们参观的春武里地区医院所辖的农村基层无线电站就有十六处。

2、职责明确，记录完整。从中央到地方都有明确的分工，各种工作都有完整的记录或填写规定的卡片。

卫生部农村卫生处负责农村卫生工作的行政和业务领导，主要负责四个方面的规划。即农村卫生规划，主要是支持府卫生局、县医院、乡卫生站，向他们提供人员、经费、设备，并进行监督；城市卫生规划，主要是给予技术上的支持；山区、边远地区和少数民族地区卫生规划，旨在更好地为这些地区服务；对贫民的卫生服务规划，主要是向各府级医院提供经费，使他们为贫民提供免费医疗。执行这些规划的机构是府、县医院、乡卫生站和乡村卫生志愿者。医院的主要任务有四项：诊治疾病、促进卫生保

健、预防疾病和开展康复医学。初级卫生保健的具体工作主要由乡卫生站负责,其任务是传染病防治、妇幼保健、水粪管理、预防注射,同时做好各种记录报表工作。崩道乡卫生站有2名人员,一名毕业于助产学校,一名毕业于公卫学校。他们管7个村、2个部落,共5785人的保健工作。下面有卫生志愿者24人,服务半径为20公里,政府拨给摩托车一辆,乡卫生站按卫生部制发的各种记录卡片进行填写、上报,计有住房卡、家庭健康卡、门诊病历卡、计划生育卡、产前检查记录等八种精制的卡片,均正规填写、按时上报。乡卫生站人员每月两次下到各村,召集卫生志愿者及卫生宣传员开会,检查指导工作。卫生志愿者每村有一名(大村2名),卫生宣传员每10户一名,他们不脱产,无固定报酬,受乡卫生站的领导与监督。卫生志愿者有八项任务:

- ①根据政府拨款和捐款,解决本村Ⅰ、Ⅱ度营养不良儿童的治疗食品补贴;
- ②按照政府每户拨给3千铢的经费建设5立方米的贮水槽贮存雨水,以解决饮水困难;
- ③宣传卫生知识;
- ④治疗小伤小病;
- ⑤监督环境卫生,防止环境污染;
- ⑥免费进行预防接种;
- ⑦出售常用药品;
- ⑧免费提供计划生育药品和器具。

3、多种方式培育人材。泰国十分重视卫生人员的培训工作,分医学教育和在职人员培训两个方面。医学院校

有三种类型,一是在综合性大学内设立的医学院,属教育部管辖;二是卫生部办的高等护士学校,全国共 18 所,另有 6 所附设于综合大学内;三是卫生部管辖的中等卫生学校。特别突出办中等护士学校和中等牙科学校。凡是医生,都必须是正规大学毕业,六年制。药剂、公卫是四年制。一些学校实行定向奖学金制。学生被录取后即与学校签订合同,毕业后必须到农村工作。工作年限是学习年限的两倍,即六年制的必须在农村工作十二年,四年制的必须在农村工作八年。如果毕业后拒绝分配则须全部退回学费,并不准开业行医。不享受奖学金的医科大学毕业生先在大医院当一年见习医生后,也要到农村工作二年,如想回城必须报考研究生,经国家医学考试委员会考试合格,才能回到城市大医院学习三年,并获得证书,成为某一专科医生。实际被录取的是少数人,多数人留在农村工作。中等卫生学校毕业,工作三年之后,再经考试进入学校学习二年,也可获得学士学位。护校毕业护士由国家统一分配。护士分为两级,高中毕业学四年的为“注册护士”,学二年的为“普通护士”,二者待遇不同,普通护士只能在注册护士指导下进行工作。普通护士工作满二年后,经再次考试被录取入学学习二年才能成为注册护士。牙科护士,只招收高中毕业的女生,免费学习二年,全部分配到农村。他们最高只能做高年资牙科护士,不能做牙科医生,不准开业。对在职人员教育方面,各大医院都承担了技术指导和培训基层医务人员的任务,一般采取派下去,请上来的办法。各医院进修人员的费用工资,由政府专门拨款,不是由卫生部门付钱。现在全国平均每 7000

人有一名医生,每 2400 人有一名护士。但农村每 15000 人才有一名医生。

4、医疗制度灵活多样。泰国的医疗收费制度有三种:公职人员及其家属、贫困线以下者、5 岁以下的儿童和 65 岁以上的老年人全部免费;较为贫困者半费;其它人自费。贫困线的标准是一户每月收入低于 2000 铢或者个人收入低于 1500 铢者。贫苦线以下者占全国人口的 25%。村卫生志愿者和卫生宣传员虽不是政府雇员,但本人也享受免费医疗。免费医疗人员只能住普通病房,自付伙食费。住高级病房者,不论职务多高,全部自付床费,只有国王一人例外。据说泰国只有 20~30%的人到公立医院看病,大部分到私人诊所看病。

5、从政策上鼓励医务人员下乡。政府规定:农村医生、护士的工资每月分别要比城市高 1700 铢和 300 铢。府医院农村处临时下乡的护士每日生活补贴 30~60 铢,医生 50~70 铢。这部分经费由政府拨给。对长期在农村工作的人,政府免费提供住房、车辆和每年发两套工作服。如崩道乡助产士所得的住房价值 10 万铢。

据介绍,目前泰国能为 70%的人提供初级保健。实际上存在不少问题,主要是医护人员数量不足,县和乡一级医疗机构规模太小,技术水平低,卫生志愿者缺乏系统训练,致使农村有 50%的保健机构没有起到应有的作用。

二、关于开业医生的管理

在泰国,只有正规医学院毕业的医生并经过审查合格领有开业执照的才允许开业。这项工作由卫生部的医务人员资格甄审处负责。办理开业执照,审查极为严格。公立医院医生大多数同时开业,有的半天在公立医院工作,半天开业,有的利用业余时间看病。春武里府有私人开业诊所 100 多个,纯属私人开业的只有 20 所,其余都是既在公立医院任职又开私人诊所。有的公立医院可以为开业医生提供诊断场所。许多小伤小病患者愿在私人诊所就近就医,而不愿去公立医院,原因除私人医生服务态度好外,还可以节省 40~50 铢的车费和节省一些时间。

介绍嘉山县的农村医疗 预防承包责任制

1983年6月16日

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

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

嘉山县是实行联产承包责任制比较早的一个县。在大包干责任制蓬勃兴起的情况下，由于卫生工作没有及时跟上，大队卫生组织相继停办，合作医疗纷纷解体，赤脚医生自谋出路，广大农村又重新出现了缺医少药和农

原载《卫生经济》1983年第5期。

民看病难、负担重的问题。社员对此很有意见。为了解决这些问题，嘉山县的卫生部门搞了大量的调查研究，积极探索多种多样的办医形式。1981年，在农业大包干的带动下，马岗和石坝公社部分大队的赤脚医生，经过和社员群众商量，自愿签订医疗预防承包合同，受到了广大农民的热烈欢迎。

承包合同的主要内容有：社员每人每年交纳0.6~1元保健费，或者交纳4、5斤粮食，分“午、秋”两季付清。看病时只收药品材料费，免收“四费”（挂号费、出诊费、注射费、手术费）。承包医生负责保护社员的身体健康，做到有病早治，无病早防，保质保量地完成预防接种、妇幼保健和计划生育技术指导工作。坚持做到随请随到，随到随诊，开设家庭病床，定时巡诊，送医送药上门。合同一年一订，年终进行检查评比。有的还在合同上规定，对完成医疗预防任务好、服务态度好、执行药价政策好的赤脚医生，由社队给予奖励；对不积极搞预防，高价收费，发生医疗事故者，则应追究责任，酌情给予处罚。例如，发现一次高价收费，就罚款10元。

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

这种医疗预防承包责任制一经出现，就显示了它的优越性，很快就传播开来，不胫而走。先是在马岗、石坝两个公社迅速传开，后来其他公社的一些大队也陆续搞起

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

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

总之，这种医疗预防承包责任制，体现了群众办医、互助互济的精神，也体现了按劳付酬、多劳多得的原则，

能够更好地把防病治病任务落实到基层。它实际上仍具有合作医疗性质,是一种初级的医疗预防保险,是群众办医的一种比较好的责任制形式。

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

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

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

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

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

积极稳步地推进农村 基层卫生组织改革

1983年7月15日

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

事实也正是这样,在农村普遍实行联产承包责任制的推动下,许多地区的农村卫生院和生产大队卫生组织都进行了一些改革,比较普遍地实行了多种形式的责、权、利相结合的联劳(医)计酬责任制,开始打破了吃“大锅饭”的局面,对调动医务人员的积极性,增强责任感,改善服务态度,提高医疗服务质量和经济效益等方面,起了积极的作用。有的地区在改革农村卫生院的人事管理制度和经费补助办法等方面作出了大胆的尝试。总的来说,

农村基层卫生组织的改革的主流是好的,效果是显著的。但是应该说,改革还处于方兴未艾的阶段,有许多改革办法还很不成熟、很不完善,有待于通过实践进一步改进和完善。现在的问题是要进一步加强领导,研究新情况,解决新问题,积极稳步地把农村基层卫生组织的改革推向前进。

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

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

当前一个值得重视的问题是,必须防止“一切向钱看”。有个别地方和单位,搞改革的指导思想不明确,片面地以为“改革就是搞承包”、“承包就是包经济”、“包经济就是多赚钱”。在这种思想指导下,出现了重经济指标,轻医疗质量,重看病挣钱轻防疫保健工作,重物质利益轻思想政治工作的倾向,出现了不必要地给病人多检查、多开药、开贵药等加重病人不合理负担的现象。这些做法,虽

是个别地区,个别单位的问题,但影响所及,既损害病人利益,又损害国家利益,也影响医疗卫生单位的声誉,是不符合社会主义原则的,必须坚决地加以纠正。

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

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

目前,各地农村基层卫生组织实行责任制的形式有多种多样,概括起来可分两大类:一类是联劳(医)计酬责

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

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

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

时候了。

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

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

四、关于改革农村卫生事业费的补助办法。长期以来,国家对农村基层卫生组织采取了在经济上给予补贴,扶助其发展的政策,每年用于补助农村基层卫生组织的卫生事业费约7亿左右,占全部卫生事业费的20%。这是一个相当大的数字。如是使用得好,可以办很多事情,

发挥很大的效益。多年来带有普遍性的问题是,对这笔巨额款项用的不好,基本上是由于农村卫生院的人头工资,哪个单位人多,补助就多;谁叫穷就补助谁。结果是“有了困难层层叫,没有钱向国家要”。这种补助办法,根本调动不了办好社会主义农村卫生事业的积极性,只能助长人们躺在国家身上吃“大锅饭”,必须坚决地加以改革。

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

五、要继续鼓励和支持农村集体经济组织举办各种医疗卫生设施。这一条已经载入了我国宪法,必须坚决贯彻执行。

在我们这样一个人口众多,经济不发达的大国,发展医疗卫生事业,不可能完全由国家包下来,必须坚持“两

条腿走路”的方针，充分调动农村集体经济组织、国家企事业单位组织和街道组织等各方面的积极性。依靠农村的集体经济组织，依靠亿万农民群众，发展农村的医疗卫生事业，正是我国农村卫生工作的突出特点，也是我们的优势所在。在这方面，我们已经积累了丰富的经验，取得了优异成绩，为国内外所公认。我们要继续发挥这个优势，不断研究新情况，解决新问题，总结新经验，把具有我国特色的农村基层卫生组织建设好。

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

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

六、各级卫生行政部门都要积极地支持改革，参加改革，领导改革。都有责任深入调查研究，进行试点，总结推广典型经验。面对这场全面系统的改革，情况相当复杂，我们的领导同志都要努力作到：态度要积极，思想要解放，头脑要清醒，工作要扎实。看准了的问题要坚决进行

改革,看不准的要继续调查研究,不要操之过急,不能一哄而起。

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

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

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

认真做好城市支援农村的工作

1983年8月10日

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

城市医疗卫生机构的光荣使命

原载《医院管理》1983年第10期。

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

第一,农业是我国国民经济的基础,是实现十二大提出的到本世纪末使工农业总产值翻两番这个宏伟目标的战略重点之一。农村实行联产承包责任制以来,形势一片大好,出现了前所未有的新局面。“当前一个值得重视的大问题,就是农业生产发展了,农民发展商品生产的积极性起来了,而各个部门的工作却落在后面,远远不能适应”。正如中央所指出的:“最不适应的一个是科技和教育的问题”,其中也包括医疗卫生的问题。如果我们各个部门的工作为农业服务得好,配合得好,就可以保护和进一步发展农民的积极性,促进农村经济的繁荣,带动各项生产建设的发展;如果我们各个部门的工作跟不上,农民已经高涨起来的积极性,也可能重新受到压抑甚至挫折,以致影响整个四化建设的进程,影响十二大提出的宏伟战略目标的实现。

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

务的正确方向。

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

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

正确总结过去的经验教训

30多年来,卫生部门支援农村的工作经历了曲折的发展过程,有许多成功的经验,也有过严重的挫折和失

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

党中央和国务院号召各行各业支援农业,号召科技人员下乡为农村的生产建设服务,这是非常正确的,是完全必要的。这同十年动乱中那种搞形式主义、搞强迫命令,拆庙赶神,把大批城市医药卫生人员驱赶下乡去接受所谓“再教育”,是截然不同的。过去那套左的作法,无异于“杀鸡取卵”,不但严重地破坏了城市的医疗卫生工作,践踏了党的知识分子政策,而且也严重破坏了支农工作的开展。当时,被驱赶下乡的城市医药卫生人员数以几十万计。虽然广大医药卫生人员都怀着一颗同农民结合、为农民服务的赤诚的心,他们在开展农村的防病治病中也作了大量的工作,但终究因为总的路线和指导思想不对头,以致收效甚微,得不偿失,并且难以为继。这个沉痛的教训必须永远记取。但是,我们现在重申的城市支援农村,决不是要重复过去那种左的错误作法,而是在新形势下为了适应农村发展需要所必须坚持的一项重大政策,是贯彻十二大精神、实现十二大提出的宏伟战略目标所

必须采取的重大战略措施。我们一定要把党的方针政策同“四人帮”的倒行逆施加以区别,把该不该坚持支援农村这个方向问题同具体工作中的缺点错误加以区别,正确地总结过去的经验教训,坚持从实际情况出发,实事求是,讲求实效,把支农工作扎扎实实地开展起来。

把支援的重点放在 县级医疗卫生机构的建设上

组织大中城市的医疗卫生机构与县级医疗卫生机构直接挂钩,建立固定的业务技术指导关系,实行对口支援,并且用签订技术支援和技术协作合同的方式,把这种对口支援的关系确定下来,是一条成功的经验。各地都要从本地区的实际情况出发,统筹安排,明确分工,实事求是地规定任务和要求,采取派下去指导、请上来进修等多种方式,切实地把支农工作组织好。在具体安排时,要分期分批,集中使用力量,首先把已经列入重点建设计划的“三分之一”县的卫生事业建设好,同时兼顾边远山区和少数民族地区的卫生事业建设。

城市医疗卫生机构支援农村的卫生事业建设,一定要把支援的重点放在县级医疗卫生机构特别是县医院的建设上,如有余力,也可兼顾农村中心卫生院的建设。对口支援的主要任务有两条,一是加强技术指导,开展技术培训,帮助县级医疗卫生机构提高业务技术水平;二是帮助总结管理经验,健全规章制度,整顿工作秩序,提高科学管理水平。在实施对口支援中,自始至终都要高度重视

人才培养,把培训提高当地卫生技术骨干放在首要地位。这是衡量对口支援搞得好不不好的最重要的标志。一定要采取各种有效措施,帮助县级医疗卫生机构的各科学技术骨干尽快成长起来,培养出一批质量过硬、技术配套的高水平的技术骨干队伍。有了这样一批技术骨干队伍,就能使县级医疗卫生机构真正成为全县技术指导中心和培养人才的基地,就能够带动农村三级医疗卫生网的全面提高。

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

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

对正确贯彻党的中医政策和农村卫生改革政策的意见

1984年2月14日

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

一、关于正确贯彻党的中医政策问题

我在调回医政司前,曾在中医司工作四年多,了解一些情况。三中全会以来,在中央的直接关怀下,党组狠抓了中医政策的落实,成绩显著,局面大改观,中医事业得

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

到了迅速恢复和发展,这件事做得好,很得人心。但是在贯彻中医政策中,对西学中人员有一些说法,做法欠妥,影响了团结,影响了调动西学中人员的积极性。近几年来,责难西学中的说法很多,是不符合中央精神、不符合中医政策的。如,有人把西学中当成消灭中医的根源,说什么“结合一点消灭一点,彻底结合彻底消灭”。这种说法显然不对,但没见到党组给予驳斥,是软弱的表现。还有的人要从组织上采取措施,要把西学中人员从中医机构中请出去,分离出去。特别是不能让他们担任领导职务,否则就是“西医专了中医的政”。最近看到毛主席的书信集,他在给杨尚昆同志的一封信中说:“我看如能在1958年每个省、市、自治区各办一个70~80人的西医离职学习中医班,以两年为期,则在1960年冬或1961年春,我们就有大约2000名这样的中西医结合的高级医生,其中可能出几个高明的理论家。”并说:“要指出,这是一件大事,不可等闲视之。”“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高,”也是在这封信中提出来的。显然,要发掘宝库,加以提高,不仅要靠中医,也要靠西学中和西医,要调动各方面的积极性。当然,十年动乱搞了些过头的左的东西,发生过以中西医结合取代中医的倾向。对中医事业破坏很大。这是在执行中的错误,不能归罪于西学中。西学中这支队伍是有贡献的,这些年中医和中西医结合科技成果,有相当部分是西学中人员和中医团结协作搞出来的,他们中的绝大多数人热爱中医,立志献身中医事业,尽管困难重重,道路坎坷,但是仍旧勤勤恳恳地工作,精神可嘉,应该鼓励、支持。有些不同观点是学术

问题,应贯彻“双百”方针,不能因为有不同观点就给予指责,甚至在组织上采取措施予以排斥,这种做法不利于事业,不利于安定团结。1958年,根据中央“系统学习,全面掌握,整理提高”的指示,培养西学中人员,当时选拔的都是政治、业务好的技术骨干,经过二、三年系统学习中医后,搞整理研究工作。后来一些人被提到中医机构的领导岗位,这是历史形成的,是组织上安排的,他们中的多数人是能够胜任工作的,少数不能胜任工作的可调整一下。如果都调整下来,分离出去,从政策上说不过去,实际也不可能。一些中医界的有识之士也不赞成这样做。名老中医魏龙骧同志对我说过:“如果这样做,是自己孤立自己”。一些西学中科技骨干提起这些事痛哭流涕。他们说:“西学中与中医是母子关系,是师生关系,谁也离不开谁。”有的人说,当时是响应党的号召才学中医的,现在是“姥姥不亲,舅舅不爱”。福建省卫生厅副厅长黄春源是中医出身,他说:“两支队伍要相依为命,合则双美,离则两伤。”总之,我认为对中医政策要全面理解,全面贯彻。中医政策也应该包括对西学中的政策。振兴中医,也要调动西学中的积极性。要强调团结,坚持和维护团结,千万不要做不利于团结的事,不要被宗派思想所左右和利用。现在确有宗派情绪,在一些会议上,如1981年在昆明召开的中医内科学术会议,秘书处的一位同志说:千万要防止不同观点的人(指西学中人员)钻进来。要反对派性,防止和克服偏见。特别是领导同志在掌握政策时要注意。

二、关于正确引导农村基层卫生改革问题

主要谈以下几点：

(一)农村基层卫生组织问题。

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

(1)对于村级卫生组织，提多种形式办医是对的，这比过去搞“一刀切”更适合当前农村的情况。但多种形式也有主次之分。月犁同志在春节前部机关职工大会上的讲话中提到：“对各种形式要调查研究，加以总结，肯定哪种形式为主，哪种形式为辅。”我完全同意这个意见。事实上，近两年我们医政司和各地卫生行政部门已经做过大量的调查。就多数地区来说，应坚持以集体办为主，多种形式并存，这是我们与各地卫生部门得出的比较一致的想法。宪法第二十一条也明确规定，“要鼓励和支持农村集体经济组织举办各种医疗卫生设施。”集体办医，只要是群众自愿，又是量力而行，就不应视为“加重群众负担”，就应该给予鼓励和支持。无论如何，农村基层卫生组织不能和农村集体经济组织和农民群众脱钩。在这个问题上，部里有分歧。这个分歧不在要不要提倡“多种形式”，而在于要不要提倡“以集体办为主”，要不要鼓励和支持农村集体经济组织和村民委员会举办医疗卫生事业。有一种说法，说××××室的意见代表了党组的观

点。这种说法传到了各省市,把××××室刊登在《卫生工作简报》上,后又在《健康报》登出的河北农村基层卫生组织的调查报告当成是党组的观点。这篇文章以个人名义发表,作为一家之言无可非议,以卫生部××××室的名义发表就有些欠妥,而且事先并未征求我们医政司的意见。这篇文章主张把大队卫生所解体,由赤脚医生各自搞承包,由他们凭自己的收入养活自己,并指出:这是发展的“必然趋势”,是发展的“必然方向”。相当一个时期,《健康报》只准宣传这个观点,不准或很少宣传其他形式,倾向性非常明显,既然是多种形式办医,为什么集体办得好的就不宣传?既然是“必然趋势”、“必然方向”,为什么许多已经散伙的大队卫生所又相继恢复?不能说服人嘛。只要符合实际、符合农民利益的都要提倡,不能有偏见,不能采取排斥态度。承包作为责任制是好的,但不宜提倡经济指标包到个人。教育部比我们明确,不提承包,强调责任制,我们也应强调贯彻责任制。总之,应贯彻宪法第二十一条的精神,大队卫生组织以集体办为主,多种形式并存,做到有医有药有机构,能防能治,便民利民。

(2)合作医疗问题。合作医疗是不是左的产物?有条件办、群众又愿意办的可不可以办?在这个问题上也是有分歧的。我们认为合作医疗不是左的产物,但是确实受了左的影响,搞了一刀切,片面追求全包全免,不切实际,这些都是必须纠正的。我们认为,合作医疗制度本身是好的,但也需要改革和完善。我了解一些合作医疗的历史,它是五十年代,随着农业合作化运动的发展,由农民自己搞起来的,是农民的创造。当时有的地方农民总结了农村

的四大合作：“农业合作社、信用合作社、供销合作社、合作医疗”，认为是共产党领导农民办的好事。十年动乱，受了左的影响，合作医疗搞过了头，要认真总结经验教训。但目前合作医疗仍是我国农村的一种较好的医疗保险形式，应该允许办，应该提倡，有条件办、群众愿意办的事情应给予支持。群众不愿办的事情，强迫群众去办的是不对的，而群众愿意办的事情不准群众办也是不对的。在一段时间里，对合作医疗肯定的话少了，否定的话多了，至少是不感兴趣，很少宣传报道。今年厅局长会议安排了江苏的发言，谭云鹤同志在会议结束时的讲话中也肯定了合作医疗仍然是农村多种办医形式的一种重要形式，凡是有条件而群众愿意办的地方，我们都要积极热情地支持他们办好。这样说就比较全面了。建议部里进一步调查研究。医疗制度是个大问题，尤其是八亿农民的医疗保健问题，总得有个既能解决问题又切合实际的办法，国家包不可能，谁看病谁出钱，得了大病许多人出不起；比较可行的办法是依靠集体，组织群众互助互济。现在有这种趋势，我们不组织，群众也会自己组织起来。宪法规定发展“社会保险”，合作医疗也是一种保险。

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

（二）农村卫生建设，特别是老少边穷地区的卫生事业建设问题。

过去强调“把医疗卫生工作重点放到农村”，现在不大提了。三中全会后一度强调要有计划有步骤地进行“三

分之一县的卫生事业建设”，现在也不大提了。从全国情况看，农村卫生事业建设亟须加强。特别是老少边穷地区的卫生事业建设，过去作了一些工作，但重视不够，花得力量不够，与内地差距太大，有的地区三十年来没有改变面貌。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“6、26 指示”，把知识分子赶到农村去，是极左路线，现在一提起城市支援农村，有些人仍心有余悸。许多医疗单位的医务人员追求“两文”，追求出国，连门诊也不愿去，情况很不正常。近几年部里对支援农村强调得很不够。医务人员去农村是建设社会主义新农村的需要，农民很欢迎，对医务人员也有好处，知识分子和工农结合，是必须坚持的带有方向性的问题。到农村跑一跑，搞搞技术指导，帮助培养当地人才，支援农村的卫生事业建设，是应大力提倡的好事，我们应当积极地做工作，大造舆论，也要研究制订一些政策和措施，加以鼓励。

从一封乡卫生院长的来信 谈农村卫生院的改革问题

1984年12月20日

最近,接安徽省寿县一位乡卫生院长的来信,集中反映了两个问题:一个是人才奇缺,滥竽充数。卫生院养了一大批“食客”,只拿薪金而不会看病。原有7名能看病的老医生,近几年全部退休,顶替或调剂进来的全部是“南郭处士”。现有职工9人,一个会看病的专业人员也没有。在万般无奈的情况下,只好从村里借用一名卫生员来,勉强支撑门面;二是入不敷出,濒临垮台散伙。过去有老医生们在,能“吹竽”者不乏其人,大家尚有“大锅饭”可吃,现在“大锅饭”也吃不下去了。在县卫生局每月补助80元的情况下,每名职工的月收入,多则二十几元,少则十几元,难以维持生活。在这里,“承包”也不灵。大家都是“学员”,别说看病,连拿药、打针都过不了硬,谁能“承包”得了!全区6个乡卫生院,已有4个即将垮台。有的卫生院,大门紧闭,只开三个小门,分三组看病,连药房、产房也分

原载《中国医院管理》1985年第2期。

了。面对这种情况，这位卫生院长十分感慨地说：“我身为院负责人，又不能带头散摊子，实在不知所措！”

上述问题，在农村卫生院中并非个别现象，带有一定的普遍性，所不同者，只是程度上的差异。当然，也有很多卫生院办得较好，事业有发展，专业有特色，管理有提高，服务有改进，在群众中享有一定的威信。特别是卫生改革搞得好的单位，经过改革以后，冲破了许多旧框框，扩大了自主权，打破了“大锅饭”，调动了积极性，卫生院的面貌为之一新，出现了生机勃勃的喜人景象。这种办得好的卫生院，各地都有，而且在全面改革的推动下，将会越来越多，越办越好。经过改革，由落后变先进、扭亏为盈、“起死回生”者也屡见不鲜。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”，有的则象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。寿县这位乡院院长的来信，不仅向我们提示了改革的必要性，而且向我们提示了必须加快进行改革的紧迫感。对此，我们必须有清醒的认识，必须采取一系列的改革措施，切实解决问题。

农村卫生院的改革，涉及的面很广，需要做的事情很多，既有体制、制度、政策方面的问题，也有指导思想、科学管理和加强领导方面的问题；既有卫生院内部的改革问题，也有整个农村医疗卫生体制的总体改革的问题。由于各地的情况不同，具体如何改革，必须从当地的实际情况出发，因地制宜。即使在同一个地区，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,把农村卫生院的各项改革不断地推向前进。

就目前全国的情况来说,下面几个带有共性的问题,值得研究探讨。

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

去年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,农村卫生院的数目则不可能相应增加。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和在一个县的范围内,应根据地理特点、交通条件、病人流向和历史习惯,集中人力、物力、财力,有计划有重

点地建设好几个中心卫生院,使其成为一个片的医疗卫生工作的技术指导中心。这样的中心卫生院,一般应设在集镇上,有的也可以叫县第二医院、第三医院……。至于一般的乡、镇卫生院,有条件的可设床位。没有条件的则不必设床,或只设几张观察床。其名称,也可不叫卫生院,改称为卫生所。

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

(二)要提倡和鼓励多方集资,依靠社会各方面的力量,办好农村卫生院。

目前,我国农村的医疗卫生设施和卫生技术队伍,无论在数量上和质量上都远远不能满足农民的需要。特别

是在农村实行改革以来,随着生产的不断发展和农民生活水平的不断提高,对医疗卫生的要求也越来越高。人们不仅要求能够“看得上病”,而且要求有象样的医院,象样的医生,良好的设备条件,舒适的休养环境,真正能够“看得好病”。农民群众的这些要求是完全正当的、合理的。问题在于,改善农村医疗条件的资金从何而来?争取国家逐年增加农村卫生事业经费和投资是一个方面,但目前我们的国家还比较穷,不可能拿出更多的钱来发展农村卫生事业,更不可能由国家包下来。在这种情况下,一个比较切实可行的办法就是动员社会各方面的力量,通过多种渠道筹集资金。特别要鼓励和支持乡镇企业、农村集体经济组织、重点户、专业户以及广大农民群众集资举办各种医疗卫生设施,地方财政包括乡镇财政也要给予大力支持。

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

长期以来,在我国就有由社会各界和人民群众集资举办医疗卫生事业的传统习惯。党的十一届三中全会以来,通过一系列的改革,城乡经济日益活跃,群众生活日益改善,社会闲置资金也日益增多,这就为集资举办医疗卫生事业提供了日益雄厚的物质基础。现在,许多地方都

相继出现了多方集资举办医疗卫生事业的新鲜事,并已摸索了一些经验。实践证明,只要坚持量力而行和自愿的原则,不搞硬性摊派和行政命令,不超越地方、乡镇企业和群众的负担能力,这条渠道完全可以走得通,而且必将越走越宽。

(三)关于农村卫生院领导管理体制的改革。

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

我国的 55000 多所农村卫生院中,属于集体所有制性质的约占 2/3 左右,属于全民所有制性质的约占 1/3 左右。今后,集体所有制的卫生院必须按照集体所有制的办法进行管理,也就是要在国家和集体的领导与扶持下,实行独立核算,自负盈亏,按劳分配,民主管理。全民所有制的农村卫生院,也可以根据实际情况,参照集体所有制的办法进行管理。这样就有可能把国家拨给的有限的农村卫生院的补助经费,主要用于改善卫生院的设备条件、预防保健工作的任务补助以及智力投资等,以利于农村卫生事业的发展与提高。

与此同时,卫生行政部门及有关部门对农村卫生院必须“放权松绑”,扩大并尊重卫生院的自主权,使他们能

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

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

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

(四)关于进一步完善多种形式的责任制和贯彻按劳分配的原则。

通过几年来的改革,在这方面已经取得了不少好经验,好办法,应当认真总结,使之不断完善,并加以推广。实行责任制,必须坚持责权利相结合的原则;正确处理好

国家、集体和个人的关系；正确处理好卫生院的经济效益与病人利益的关系；正确处理好分配与积累的关系。责任制的形式，可以多种多样，因地制宜，因工作性质、任务、服务对象、服务方式的不同而有所差异。在落实责任制中，任务要明确，指标要适当，责任要落实，考核要严格，奖罚要兑现。要把质量管理放在首位，注意提高工作效益、社会效益和经济效益。要联系工作的数量和质量计酬，坚决打破“大锅饭”，纠正平均主义的分配办法。

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

(五)关于农村卫生院收费标准的改革。

农村卫生院现行的收费标准很不合理，主要表现在：劳务费过低，大大低于实际成本；不同性质的医疗卫生机构，不同质量的医疗、设备条件，不同技术水平的医生，不

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

农村医疗卫生机构收费标准的改革,必须遵循从实际情况出发,因地、因人制宜的原则。不同性质的医疗卫生机构,不同质量的医疗、设备条件,不同技术水平的医生,不同程度的医疗服务,可以实行不同的收费标准,实行按质定价,优质优价。允许医生挂牌门诊,由病人自由选择医生。允许集体所有制的医疗卫生机构的收费标准可以略高于全民所有制单位,有的项目也可以低于全民所有制单位。允许计划免疫和预防注射、保健服务等收取适当的劳务费和成本费。

改革农村医疗保健收费标准,涉及千家万户,肯定会遇到这样那样的阻力。但是,这种改革是完全符合广大农民的长远利益的。实行合理收费,是为了取之于民,用之于民,改善农村的医疗服务条件,更好地为农民群众服务。必须看到,广大农民群众对目前农村的医疗服务设施的落后状况很不满意,他们急切地希望能够尽快地改变这种状况,希望农村的医疗服务条件一年比一年有所改

善。还必须看到,当医务人员为群众提供了良好的服务,帮助群众解除疾病的痛苦时,农民群众也乐意为他们的辛勤劳动付出更多的报酬。因此,关于改革和调整不合理的收费标准的问题,只要我们做好宣传解释的工作,把道理讲明白,一定可以得到广大农民群众和有关部门的理解和支持。

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

(六)关于清理、精简非专业人员和在职人员加强培训的问题。

随着农村卫生院人事制度的改革,聘任制和合同制的实行,特别是在农村经济搞活之后,就业门路和致富门路越来越多,解决非专业人员的问题比过去容易得多了。我们一定要充分利用当前的有利条件,对农村卫生院的职工队伍进行一次认真地清理和整顿,重点是精简非专业人员。对于落聘或解除合同、精简下来的人员,要分别不同情况进行妥善安置。其中有培养前途的,应进行专业技术培训,经县以上卫生部门考试考核合格后予以录用。对确实不适宜做卫生技术工作的,能清退的尽量清退,让他们自谋职业;不能清退的可改做其他工作,或者把他们组织起来从事本单位或社会所需要的企业、副业或服务行业,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，加强培训基地的建设，积极地创造和改善培训条件。既要进行全员培训，又要对业务技术骨干和有培养前途的年青人给予重点培养。培训的方式，应当多种多样。可以脱产培训，也可以半脱产或业余培训。凡是完成了规定的学业、考试合格的，发给结业证书。要把在职卫生技术人员培训工作同技术考核、评定和晋升职称、工资调整结合起来，以鼓励好学上进。

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

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

中国农村初级卫生保健工作概况

1985年10月25日

三十六年的巨大变化

中国是一个幅员辽阔、人口众多、经济文化不发达，现在正在进行四个现代化建设的社会主义国家。全国面积 960 万平方公里，有 30 个省、自治区、直辖市，人口 10.3 亿，80% 居住在农村。

在中华人民共和国成立之前，中国的广大农村，经济文化十分落后，医药设施极端贫乏，疾病流行非常严重。农村除了散在的开业医生外，很少有医疗机构。当时，全国 2 千多个县，仅有 1400 所简陋的县卫生院，病床只有 2 万张，只能为少数有钱人服务。广大农民饥寒交迫，贫病交加，生命和健康毫无保障。

1949 年新中国成立后，我国政府十分重视农村的医疗卫生工作，把农村的医疗卫生事业建设列为重点，做了大量的工作。经过 36 年的努力，过去那种“一无医二无

这是在日本国第 34 届农村医学大会上的特别讲演。原载于《日本农村医学会杂志》第 34 卷第 6 号，昭和 61 年 3 月。

药”和疾病猖厥流行的状况已经有了根本的改善。截至1984年,全国县和县以下农村医院已由1949年的1460所发展到60304所,增长了40.3倍;病床由2万张发展到1246733张,增长了60.9倍;卫生技术人员由328276人发展到1629887人,增长了4倍。危害人民严重的烈性传染病鼠疫、天花、霍乱等已经消灭。其他传染病如黑热病、斑疹伤寒、回归热、性病等也已基本消灭。白喉、小儿麻痹症、麻疯、丝虫病等发病率有显著下降。流行于我国南方12个省348个县市威胁到一亿农民健康的血吸虫病,经过积极防治,已有247个县市消灭了血吸虫。疟疾的患病人数,解放前年患病人数高达3000多万人,现已减少到300多万人。婴儿死亡率由解放前的200‰下降到34.68‰。产妇(包括孕妇)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‰,人口平均预期寿命由35岁提高到67.9岁。

全国城市、农村医院床位数及卫生技术人员数见表₁:

表1 全国城市农村医院床位及卫生技术人员情况

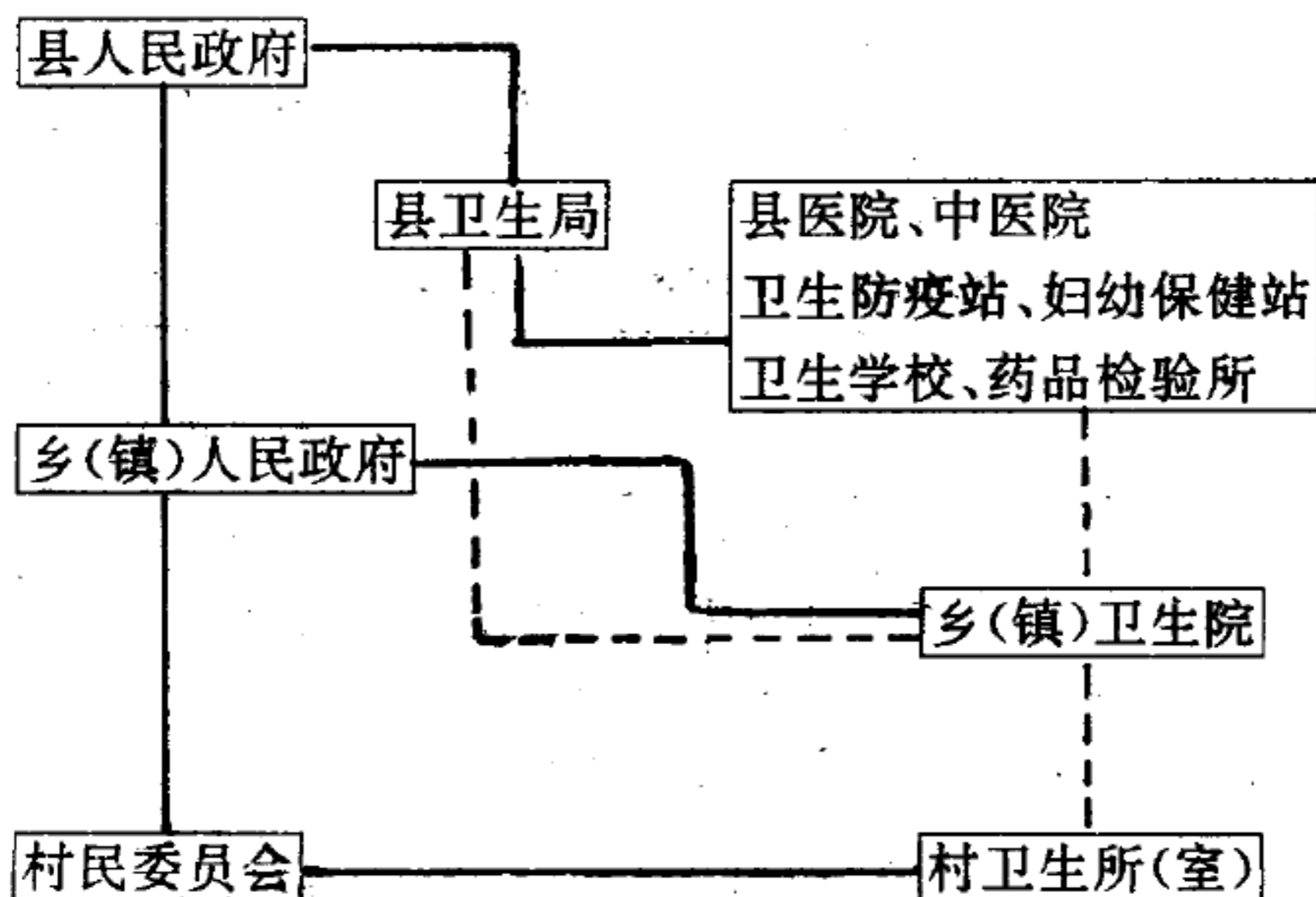
	单位	1949年	1984年	1949年比1984年 增加倍数
医院床位数	张	80000	2165519	26.1
城市	张	59867	918786	14.3
农村	张	20133	1246733	60.9
卫生技术人员数	人	505040	3343998	5.6
城市	人	1767764	1641535	8.3
农村	人	328276	1381456	2.8

加强农村三级医疗卫生网的建设

根据中国的具体情况,如何解决广大农村的医疗卫生问题,使农民少生病,得了病能看得上病、看得起病,积三十多年之经验,必须把县、乡(镇)、村三级医疗卫生网建设起来。这是解决农村缺医少药问题的成功之路。

所谓农村三级医疗卫生网,就是根据农村的行政区划、地理环境和居民的分布状况,分别在县、乡(镇)、村三级设置医疗卫生组织,使之合理布局,便民利民,使广大农民能够就近得到方便而又低费的医疗卫生服务。

农村三级医疗卫生网的示意图如下:



如上图所示,我们在县一级设有县医院、中医院、卫生防疫站、妇幼保健站、卫生学校、药品检验所和专科防治机构等。他们是全县的疾病防治中心和培训基层卫生人员的基地,负责指导全县的医疗卫生保健工作;在乡(镇)一级设有防治结合的综合性卫生院,负责全乡(镇)的医疗、卫生防疫、妇幼保健、卫生宣传、计划生育等各项业务技术工作,并对村级卫生组织进行业务技术指导。这种乡(镇)卫生院按其技术水平和设备条件来说,又有中心卫生院和一般卫生院之分。中心卫生院多设在地点比较适中,交通方便的集镇上,每个县各有3~5个,技术和设备条件都比一般卫生院要好;在村一级,约有87%的村都设有卫生所(室)或乡村医生,每个村卫生所(室)一般配有乡村医生或卫生员2人,负责本村的初级卫生保健,防治当地的多发病、常见病、保护村民的健康。

由于农村三级医疗卫生网的建立和发展,在我国农村已经形成了一套健全的医疗卫生服务体系,在开展农村的初级保健工作中发挥了积极有效的作用,初步做到了把疾病预防在基层、治疗在基层、控制在基层,遇到比较疑难的问题一般也都能在县级医疗卫生机构得到解决。

全国农村三级医疗卫生网的基本情况见下表₂:

表 2 农村三级医疗卫生网基本情况

	机构(个)	床位(张)	人员(人)
县级卫生机构			
其中:县医院	2308	361343	432918
中医院	550	29000	
卫生防疫站	2061	691	72844
妇幼保健站	1858	8030	29588
药品检验所	875		4284
乡(镇)卫生院	55549	731411	1012932
其中:			
中心卫生院	10617	297412	35475
村卫生所 (室、站)	707168		1250000

采取多种办法为农村培训卫生技术人员

发展农村卫生事业,解决农村缺医少药的问题,关键在于培养各种卫生技术人员,建设一支扎根在农村的全心全意为农民服务的医疗卫生队伍。为了解决这方面的问题,我们坚持了从我国的国情和各地的实际情况出发,采取了各种各样的办法。

(一)积极发展医学教育事业,为农村培养高、中级卫生技术人员。目前我国共有 114 所高等医药院校,1949 年以来已毕业学生 528531 人;有中等卫生学校 506 所,1949 年以来已毕业学生 1113800 人。县级医疗卫生机构和乡(镇)卫生院中级以上卫生技术人员的补充,主要由国家高、中等医药院校培养。农村现有的 425000 多名中、西医师,260000 多名中级医士,基本上都是建国后培养的。

为了给广大农村特别是边远少数民族地区培养卫生技术人才,许多高、中等医学院还采取了面向农村“定向招生”的办法,即由农村招生毕业后再回到农村去工作。各地的医学院校一般都要从农村招收一定比例的学生,卫生部所属的全国重点医学院校也要承担为边远地区培养高等医学人才的任务。例如北京、上海、四川、广东、西安等五所医学院校每年都要从西藏、海南岛等地招收少数民族学生 165 人,毕业后仍回本民族地区工作。这种做法深受少数民族地区的欢迎。

(二)大力发展在职进修教育,为农村现有卫生人员的进修提高创造条件。许多省、自治区、直辖市及所属的地、市、县都办有卫生干部进修学院或进修学校,有的还办有函授学院、夜大学和广播电视讲座等。许多县的卫生学校也都经常开办各种专业进修班。农村的在职卫生人员,除了可以选择参加以上各种形式的进修外,大量的是到县以上城市医疗卫生机构临床进修。一般医师每五年进修一次,每次进修的时间为半年至一年。进修期间工资照发,结业后仍回原单位工作。

(三)组织城市医疗卫生机构支援农村卫生事业建设,帮助农村培养技术骨干,提高专业技术水平。一般多采取城乡挂钩,大医院带小医院的办法,建立固定的业务技术指导关系。一方面派城市的技术骨干分期分批地到农村医疗卫生机构进行技术指导,帮助培养当地的技术骨干,一方面选派农村卫生人员到城市医疗卫生机构进修提高。我们把这种方法叫做“派下去”、“请上来”,实行“对口支援”。实践证明,这种办法比较切实可行,收效也

很好。

(四)采取“就地培养,学用结合,短期速成,复训提高”的办法,从群众中涌现出来的热心于卫生工作的积极分子、民间中草医和具有一定文化水平的农民中,选拔和培养乡村医生。

早在五十、六十年代,我们就通过办短期训练班(一般初训为三个月至半年,也有的为一年左右)培养了一大批半农半医的卫生人员。他们生长在农村,工作在本乡本土,与农民关系密切,能热心为农民服务,被农民称之为“赤脚医生”。农村最基层的初级卫生保健都是由他们承担的。目前全国从农民当中选拔培养起来的乡村医生队伍有125万人(含从事初级保健工作的卫生员),其中近50万人经过反复培训和实际工作锻炼达到中专水平,获得了乡村医生证书,占乡村医生队伍总人数的39.8%。除了培养专职的乡村医生外,三十多年来我们还培养了一大批不脱产的农村接生员和卫生员,全国约有168万人。这些活跃在农村卫生工作最前线的乡村医生、接生员和卫生员,是我国农村开展初级卫生保健的最基本的依靠力量。

国家集体群众相结合多方集资 共同发展农村卫生事业

建设农村三级医疗卫生网,培训农村卫生队伍,开展农村的初级保健,需要大量的投资。虽然我国政府对发展农村卫生事业很重视,每年都有一定的投资,并且逐年

有所增加,然而完全靠国家包下来是根本不可能的。为了解决资金不足的问题,我们采取了国家、集体、群众三结合的办法,多方集资,充分利用国内和当地的资源,采用适合农村条件的技术,自力更生、因陋就简地发展农村卫生事业,尽可能地使有限资金发挥最大的作用。

我国县一级的医疗卫生机构,包括县医院、卫生防疫站、妇幼保健站、卫生学校等,都是由国家举办的,房屋建筑、仪器设备、人员工资和业务费用均由国家投资。只有少数机构如部分县中医医院是由集体办的。在55000多所乡(镇)卫生院中,约有1/3是国家投资建设的,其余2/3是由集体办的,国家给予一定的经济补助。村卫生所(室)多数是由农村集体经济组织和村民委员会集资举办的,也有的是由乡村医生联合或个人举办的,国家在预防接种、人员培训等方面给予补助,并根据乡村医生的工作好坏发给一定的津贴和奖金。

我们除了鼓励多方集资举办农村各种医疗卫生设施外,还鼓励和支持农民群众自愿参加各种形式的医疗保险。我国农村实行的合作医疗制度,就是农民群众依靠集体的力量,在自愿互助的基础上实行的一种集体福利性质的医疗保险。一般是以村或乡为单位举办,所需经费多数是由农村集体经济组织或村民委员会的公益金中出一部分,农民个人出一部分。医药费集资和减免的情况,各地很不一致。具体如何集资、如何减免,都要根据当地的经济水平和发展水平和群众的意愿,由农民群众民主讨论决定。

医疗卫生事业是造福人民大众的事业,也只有依靠人民大众,把政府的决心与群众的力量最紧密地结合起

来,才能把事情办好。在我国,农民群众参与农村的各项医疗卫生工作由来已久。可以说是我们的一种优良传统。凡是与群众利益密切相关的事,诸如农村三级医疗卫生网的建设、乡村医生的选拔、合作医疗的管理与监督、环境卫生的改造与管理,以及开展防病治病、爱国卫生运动等,我们都坚持动员和依靠群众去办。实践证明,这样做的结果,往往可以收到事半功倍的效果。

迎接新形势下新的挑战

近几年来,随着农村经济的发展和农民生活水平的提高,农民群众对医疗卫生的要求也越来越高,出现了一些新情况、新问题,提出了新的挑战。一是疾病谱有了变化,传染病、地方病显著下降,心脑血管疾病和恶性肿瘤等发病率显著上升;二是人口结构有变化,老年人比重上升,独生子女急剧增多,老年和儿童的医疗保健工作量迅速增加;三是过去农民不大重视的牙病、眼病、痔瘘、妇科病等,现在也都认真对待,积极要求治疗;四是由于乡镇工业的兴起,环境污染日益严重,环境卫生和劳动保护、职业病防治工作急需提到重要日程,农村对卫生预防工作的要求比过去大大提高了;五是现在农民不仅要求有医有药,而且要求高水平高质量的医疗卫生服务,有相当一部分农民甚至舍近求远,跑到城里大医院择优就医。——这些情况都说明,在中国农村,尤其是一部分先富起来的农村,“赤脚医生”时代已经过去,农村医疗卫生工作开始进入了一个新的发展时期。

为了适应农村的新形势,迎接新的挑战,实现世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,我们准备从以下三个方面进一步采取措施:

首先,要适当集中人力、物力、财力,分期分批地加强重点县卫生事业的整顿和建设。其重点,是加强县级医疗卫生机构(县医院、卫生防疫站、妇幼保健站、卫生学校等)和中心卫生院的建设和,逐步改善这些机构的物质条件,充实技术骨干,更新设备,加强科学管理,提高业务技术水平和管理水平。这方面的工作从1980年就开始了,现已搞了300多个县,初步看来效果很好。我们准备今后继续分期分批把全国2000多个县的卫生事业建设任务搞好。

其次,要下大力加速培养合格的、高水平的农村卫生技术人才。一方面要推动高中等医药院校扩大从农村“定向招生”,同时有计划地选拔现有农村医疗卫生队伍中比较年轻的、优秀的中等以上技术人才,送到医药院校或城市大医院加以重点培养。特别要加速培养各种专科人才,提高专科技术水平,填补专科空白;另一方面,在不断提高现有乡村医生队伍的同时,要尽快改变以往培养乡村医生的办法,积极创造条件,把乡村医生的培养逐步纳入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,系统培训三年。毕业后成为真正合格的乡村保健医士。力争到本世纪末,使全国70万个村庄每个村都能配备上合格的保健医士。

第三,要进一步动员和组织城市医疗卫生机构支援农村。发挥大中城市的技术优势,发展城乡之间各种形式

的协作和联合,促使各种新技术由城市向农村扩散。在我国,城市支援农村是城市医疗卫生机构的义不容辞的光荣任务。除了政治动员之外,要研究和采取优惠的政策、吸引的政策,以优惠的条件和待遇吸引城市的高素医药卫生人员到农村去工作,到急待开发的边远地区去工作,帮助培养当地的卫生技术骨干,解决技术上的疑难问题,提高专业技术水平,更好地为广大农民服务。

当前,我国城乡正在进行全面改革。农村医疗卫生改革也正在深入进行,改革的目的是为了适应农村的新形势,建设具有中国特色的充满生机和活力的农村医疗卫生组织,开创农村医疗卫生工作的新局面。搞好这场改革,任务艰巨,困难很多,阻力不小。但我们坚信,农村的医疗卫生改革一定会取得成功,在改革中我国的农村医疗卫生事业一定会得到更快的发展和提高。

参加日本农村医学会 第34届年会观感

——日本农村医疗见闻之一

1985年11月5日

1985年10月下旬,我应日本国农村医学会理事长、国际农村医学会名誉会长若月俊一博士邀请,到日本进行了为期两周的访问,参加了日本农村医学会第34届年会,并在会上作了《中国农村初级卫生保健工作概况》的特别讲演。此次访日,主要是在长野县活动。长野县是日本农村医学会的发祥地,也是日本国在农村医疗卫生方面最有影响、起示范和推动作用的一个县。在长野期间,除了参加会议外,还着重参观了农村医疗保健机构,了解了农村医疗保健工作的情况。所到之处,不仅受到了日中友好协会及日本医务界和各界朋友的热情接待,而且主动向我们介绍情况,提供资料,安排参观及考察,使我受益很多,留下了极为深刻的印象。

日本农村医学会成立于1952年7月,现有会员约

原载《中国农村卫生事业管理》1985年第4、5期。

2500 多人(全部是医师和医学研究工作者),理事长是国际著名农村医学专家若月俊一博士。学会出版的《日本农村医学杂志》,是日本公认的权威性的农村医学学术性刊物。学会成立以来,每年举行一次年会。1985 年举行的第 34 届年会于 10 月 25 日到 26 日在长野市国际会馆召开,参加的人数达 1500 余人,除日本国内的农村医学工作者和医科大学的专家学者外,还有厚生省的官员、农协的代表和新闻界的代表参加。应邀参加会议的国际组织和外国代表有:国际农村医学会会长皮·马兹夫教授,世界卫生组织西太区办事处主任中岛宏博士,以及包括我本人在内的亚洲几个国家的农村医学界人士等。

第 34 届年会是日本农村医学会成立以来规模最大的一次盛会。会议分 5 个会场进行,会上发表的论文有 240 篇,其内容涉及到农村医学的各个方面,包括临床各科疾病的防治、健康管理、健康调查、农药中毒、农业机械灾害、老年保健、妇幼保健、学童保健、肥胖、康复医疗、急救医疗、环境卫生、噪声振动、医用动物等,其中以健康管理和健康调查方面的报告为最多,共 48 篇,占论文报告的 20%。

会议期间,除“一般讲演”即论文报告外,还安排一次“特别讲演”和一次专题讨论会。在会上作“特别讲演”的有国际农村医学会会长皮·马兹夫教授,世界卫生组织西太区主任中岛宏博士和笔者三人。皮·马兹夫教授着重介绍了世界农村医学的发展概况;中岛宏博士着重介绍了亚洲地区的初级卫生保健;笔者则着重介绍了中国农村医疗及初级卫生保健工作概况。三个“特别讲演”受

到了与会人士的高度重视。日本同道们尤其感兴趣的是新中国成立后在农村医疗保健方面所取得的巨大成就。对我国农村的三级医疗保健网、乡村医生制度以及发展中医中药和中西医结合等表示了高度赞赏。会议期间,中国代表最引人注目,许多日本朋友主动和我们接触,有的向我们表求祝贺,有的邀请我们去参观,有的想进一步了解中国的情况,态度十分真诚、友好。

继“特别讲演”之后,专题讨论会(Symposium)也引起了与会人士的广泛重视。讨论会由厚生省病院管理研究所医疗管理部长岩崎荣先生主持,若月俊一理事长担当评论员(Commentater)。讨论的题目是:农村老人的社区及家庭护理。讨论会安排了三个专题发言,从三个不同的角度即宏观的、家庭的和老人自身的角度,对如何搞好老人社区和家庭护理问题展开了热烈的讨论。这种情况反映了日本社会老龄问题的严重性,也反映了日本农村医学界对农村老龄化日益加剧的严重关注。

据会上发言透露,日本农村的老龄化要早于城市 10~20 年。与之同时出现的是家庭小型化和农业劳动的女性化。据 1983 年农村人口普查,从 1975 年至 1983 年的 8 年间,16~19 岁年龄组由 7.0%减少至 3.9%;30~59 岁由 75.9%减少至 73.4%;而 60 岁以上者则由 17.1%增至 22.6%。在 646 万农业劳动力中,妇女劳动力占 62%。在农村,有一年以上伤病者的家庭占家庭总户数的 24%,也显著高于城市(城市为 16%)。从目前情况看,日本农村的老龄化以及因老龄化而带来的一系列的社会问题还在发展,情况越来越严重。有关专家认为,要解决这

些问题必须采取综合性的措施。一方面要大力加强社会保障,增加医疗保健设施,改善农村老人社区及家庭护理的条件;另一方面要改善家庭中相互依存相互照顾的关系;同时要加强对老人自身的保健,积极参加健康管理,接受健康指导,对独居的老人和病残的老人在医疗、护理等方面给予必需的帮助。讨论会呼吁国家、都道府县、市町村政府、医疗卫生部门和有关部门以及社会各界都要对老年保健问题予以高度的重视。

佐久总合病院和日本的农村医疗

——日本农村医疗见闻之二

1985年11月6日

这次访日期间,蒙日本农村医学会理事长、长野县佐久总合病院院长若月俊一博士的热情关照,我有机会参观了在国际上享有盛誉的日本农村医疗的重要基地——长野县佐久总合病院,实现了我多年的愿望。

病院概况

佐久总合病院在“日本的屋脊”长野县佐久坪的一个小镇上。“佐久坪”是“屋脊”上的一块盆地,含南、北佐久郡和小诸市,约20余万人口。佐久病院所在地的小镇叫白田町,有1.6万人口,属于南佐久郡。

在40多年前,佐久坪一带是极为偏僻又极为贫穷的山区,严重缺医少药,农民看病十分困难。现在,在佐久坪范围内,已设有公立医院8所,私立医院9所、诊疗所

原载《中国农村卫生事业管理》1986年第4、5期。

106 所(含无医村诊疗所 5 所)共有病床 2846 张。在公、私立医院中,佐久总合病院是最大的一个,设有病床 1000 张,素有僻地中心病院之称。

佐久总合病院成立于 1944 年 3 月。当时房屋和设备都非常简陋,病床只有 20 张。40 多年来,随着经济的高度发展和农民生活水平的不断提高,病院建设也在不断发展,现已成为现代化的大型综合性病院,全院的占地面积为 8 万平方米,建筑面积近 5 万平方米,设有 21 个临床科,装备有 CT、电子显微镜、直线加速器、多用超声波诊断仪、心脏监护仪、成份采血等先进的仪器和设备。现有正式工作人员 865 人,其中医师 77 人,护士 474 人。病院还设有高级护士专门学校。日本农村医学研究所、全国农村保健研修中心以及长野县的健康管理中心也都设在佐久总合病院内。若月俊一先生从 1946 年起就担任病院院长,后来又兼任护士学校校长、农村医学研究所所长等职。

“农协”在农村医疗保健中的作用

佐久总合病院是由农业协同组合(简称农协)举办的,隶属于长野县农协厚生联合会(简称厚生连)。在日本,农协是一个很有影响、很有经济实力的组织,遍布于全国各地。利用农协这个组织,举办农村的医疗保健设施,解决农村缺医少药和农民看病难的问题,是日本农村医疗保健工作的一个重要特征。早在 60 年前,当时的产业组合(现在的农协)就开展了全国性的农村医疗保健运

动,集资举办病院,并以病院为基地开展农村的公众卫生活动,这也就是现在所搞的“健康管理”的起源。目前,由农协厚生连举办的病院遍布于日本的全国各地,共有118所,以佐久总合病院为最大。

作为农协举办的病院,佐久总合病院始终把开展地域医疗,保护农民健康作为自己的办院指针。为了更好地开展地域医疗,他们坚持联合地区内的其他医院和开业医生,并同当地的行政和福利机构相互配合,协同努力;为了保护农民的健康,他们还非常重视开展预防活动和康复医疗。农协办的病院,既为农协的社员服务,又为非社员服务。在佐久总合病院就诊的病人中,非农协社员占50%以上。

为了更好地实现以医院为中心做好地域内的预防保健工作,佐久总合病院实行了一种叫做“五三二工作方式”,也就是以5/10的技术力量搞好住院病人的医疗服务,以3/10的技术力量搞好门诊病人的医疗服务和健康咨询,以2/10的技术力量深入农村,巡回检诊,搞好农村的健康调查、健康管理和公共卫生。这个方针,该院已坚持了30多年。正是因为坚持了“五三二工作方式”,不仅对医疗工作,而且对农村医学的研究,农村医疗保健人才的培养,农村基层卫生组织的业务技术指导以及农村居民的健康管理和公共卫生活动的开展,都起了积极的推动作用。

一个非常精干的农村医学研究所

设在佐久总合病院的日本农村医学研究所,是一个非常精干的农村医学研究机构。该所成立于1963年,属于社团法人性质,研究基金受厚生省和农林水产省资助。

多年来,农村疾病的研究主要由佐久总合病院担当。从五十年代末六十年代初开始,农业现代化、机械化发展迅速,随之带来许多新的农业病,如农药中毒、农业机械灾害、house病等。为了加强对新的农业病的研究,调查农业卫生的实际情况,采取相应的对策,在若月俊一先生的操办下,成立了农村医学研究所。

研究所设有农药中毒部、农业劳动工学部,医用动物部和农村卫生学部,还设有动物实验室、化学分析室、电子显微镜室、图书室等。该所还设有一个非常讲究的农村保健教育大厅,备有同声翻译设备,可用于召开国际会议。该所的建筑面积为2500平方米,其中农村保健教育大厅为1170平方米。该所的工作人员共为27人,其中有医师9人,药师2人,技师5人。

该所人员虽少,但非常精干,仪器设备也很先进。建所以来,在对农药中毒的调查、农药的毒性试验、残留农药的分析、农药过敏、农业劳动生理、农业机械灾害、农村寄生虫病、高血压、心脏病、风湿病以及农村健康管理方法的研究等方面做了大量的工作,发表了许多有价值的学术论文,对日本农村医学发展做出了积极的贡献。

全国农村保健研修中心

全国农村保健研修中心也附设在佐久总合病院内,

若月俊一院长兼任“中心”的负责人。该中心成立于1977年,是由农协等组织筹集7亿日元的资金建设起来的。它是一个负责培训提高全国各地实际从事农村医疗保健工作的医师、护士、保健护士、营养士以及农协生活指导员和妇女干部的进修基地。

研修中心培训提高农村保健人员的目的和要求有四:其一,通过了解农村居民的生活和健康状况以及农村医疗运动的历史,提高对从事农村医疗工作重大意义的认识;其二,学习和研究因农业现代化、机械化引起的疾病与伤害,以及农村多发病(例如高血压、脑卒中等)的防治方法;其三,实际参加健康检诊活动,掌握开展农村健康管理的实践技术;其四,组织全国各地农村第一线实际从事农村保健和医疗活动的人员,进行情报和经验交流。

研修中心办有各种专业班,主要有:(1)农村医学;(2)健康管理;(3)农村护理;(4)农业安全;(5)农协妇女部健康管理;(6)农协经营者健康管理;(7)特别农村保健等等。各种专业班时间都不长,一般为期3~5天,重点研修一个专题或一种病,既有专家讲课,又有讨论和交流,形式比较活泼。自研修中心成立以来,经中心培训过的农村医疗保健人员和农协的生活指导员已达2千人以上。

健康管理中心和健康管理活动

附设在佐久总合病院内的健康管理中心,成立于1973年。该中心是由长野县农协厚生连为开展农村健康管理活动而建立的。“中心”负责人也是若月俊一院长兼

任。

健康管理中心本部设有检诊所和管理部,共有专职人员 46 人,其中医师 9 人,护士和保健护士 10 人。除专职人员外,佐久总合病院的医师和其他医务人员也都要协助或轮流参加“中心”的工作。

健康管理中心在长野县境内 9 所病院内部设有分部,在“中心”本部的组织和指导下,协同开展本管区域内的健康管理活动。

健康管理中心所坚持的一条重要原则是:“预防胜过治疗”。为了积极主动地开展预防保健工作,做到早期发现病人,早期进行治疗,实行有效的健康管理,“中心”专门编有一个由 17 人组成的巡回检诊队,配备有专用车辆(包括胸部间接摄影车、胃集团检诊车、血液输送车等)及各种便携式器械。每周星期日出发到县内各地巡回检诊,星期五回院,常年坚持,从不间断。检诊队的成员不固定,佐久病院的医护人员都要轮流参加,医师和护士平均每年约参加 8~14 次,检诊队每巡回到一个地方,便同当地的农协和保健护士结合起来,组织居民接受检查。每检查一个人,收费约 5 千日元左右,由农协或当地政府补助一半,个人出一半。检查的项目有问诊、检尿、测身長体重、测血压、采血(通过自动分析仪检查 20 多个项目)、心电图、眼底、痰、X 光检查等,同时还进行健康咨询谈话。其中采血后的血液分析,是在健康管理中心进行。以上各项检查结果,都要输入“中心”的中型电子计算机,由电子计算机进行综合判定,作出结果报告。大约在检诊后的一个月內,由负责地域健康的保健人员召开检诊结果报告会,

除报告检诊结果外,并交待注意事项,解答疑问,进行卫生宣传和个别谈话等。此外,对于经过检诊发现有异常结果者,还要进行“后指导”和“二次检查”,针对发现的问题,进行健康指导,及时予以治疗。

若月俊一院长在总结长野县的健康管理工作时,曾经做过这样的概括:健康管理工作的两大支柱,一个是集团检诊,另一个是事后指导;前者的重点在于通过检诊发现问题,后者的问题在于进行预防医学的教育。这两个支柱,好比车子的两轮,缺一不可,一高一低也不行。

目前,长野县健康管理中心和检诊队的工作已坚持10年以上。巡回检诊队的足迹遍及全县的各个村落。检查的项目由开始简单的一般性检查发展到全面体检,精确性不断提高。一般居民每年都要进行一次健康检诊。检诊结果,除了在个人的《健康手册》和町、村诊疗所保健护士的《健康台帐》上予以记载外,健康管理中心还要把每个受检者的资料输入电子计算机,由电脑管理起来,随时可以调用。据1985年3月份统计,在该中心由计算机进行健康管理的人数已达70万人以上。

在长野,通过连续多年的健康管理,已经取得了明显的效果,农村中的多发病如高血压、胃疾患等已呈现下降趋势。其中尤以八千穗村所取得的成绩最为显著。南佐久郡八千穗村是若月俊一院长亲自抓的一个试点村,这个村坚持“全村健康管理”已有26年的历史,全村5千多人口人人接受健康管理,不仅疾病显著减少,健康状况显著改善,人口死亡率大大降低,而且人均医疗费也比其它地方下降了1/3。这个村的健康管理活动在国际上早已

出了名,他们所取得的成绩是世界公认的。

总之,佐久总合病院是一个很有特色的多功能的病院,是一个深受农民欢迎,坚持为广大农民服务的病院,是一个在农村医学领域里做出了巨大贡献的病院。翻开佐久总合病院 46 年的发展史,每一页无不记载着为农民服务的新记录,每一阶段无不同日本农村医学的发展相联系。似乎可以这样说:佐久总合病院发展的历史,就是近 40 多年来日本农村医学发展史的一个缩影。在若月俊一院长率领下,坚持“和农民在一起”、“同农民相结合”,为农民服务,与广大农民同甘共苦,共欢乐,这就是 40 余年来佐久总合病院所走过来的道路。现在,他们仍在沿着这条道路向前迅跑。我衷心地祝愿他们在继续前进的道路上取得新的更大的成绩。

中国的初级卫生保健 要走我们自己的路

1985年12月11日

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

—

从化、嘉定、掖县三个合作中心已经搞了五年，金县、蒲城、蓟县、武鸣、灌县、肖山等六个农村卫生示范县也已搞了二年。科左中旗、吐鲁番的工作也已开始起步。上海县和绥化虽不是合作中心和示范县，但初级卫生保健工

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

作搞的很出色,总结的经验也很好。这十几个县是全国开展初保工作的重点县、示范县,对外起窗口作用,对内起示范作用。对这十几个县,不仅国内很关注,国际上也很关注。这次世界卫生组织的驻华代表阮显达医生,以及麦卡德医生,罗伯医生都亲临指导,就是对我们推行初保工作的极大支持。所以,这十几个县的工作能否搞得不好,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。

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

医生的一番话,可见世界卫生组织和许多发展中国家,对中国的经验都极为重视,极为关注,评价极高。可是我们自己的一些同志包括我们卫生部机关的同志,却不能很好地珍惜我们自己的经验,非但不珍惜,有的甚至自己否定自己,自己抵毁自己,岂非咄咄怪事!

改革开放以来,的确有人对我国推行农村卫生和初级卫生保健的一套做法和经验不感兴趣,尤其对农村的三级医疗卫生网,对合作医疗制度持怀疑或否定的态度,他们主张搞“自由化”,搞所谓“卫生专业户”,而且鼓吹医疗上的高消费。许多地方的村级卫生组织纷纷解体,合作医疗制度陆续垮掉,他们非但不珍惜,反而幸灾乐祸。还振振有词地说“这是一种进步”,“是一种改革”。对此,我们长期搞农村卫生事业管理工作的同志,实在不能理解,广大农民和农村干部也不能理解,连世界卫生组织、世界银行等国际组织和所有关心中国农村卫生工作的外国朋友全都不能理解。昨天,阮显达医生对我说:“现在,据我所知,不少地方的基层卫生组织垮了,合作医疗也不存在了。世界卫生组织对农村基层能否向广大农民提供基本的卫生服务表示关注,对中国合作医疗制度的新问题表示关注”。并说:“世界银行在四川省的一个项目,就是以解决这个问题为目的的”。总而言之,如何从中国的国情出发,珍惜我们自己的经验,坚持正确的东西,抵制错误的作法,走我们自己的路,建设具有中国特色的社会主义的农村卫生事业,是我们必须时刻注意的一个大问题。尤其是参加这次会议的十几个县,都是世界卫生组织初级卫生保健合作中心或农村卫生工作示范县,要时刻保持

清醒的头脑，善于识别风向，明辨是非，千万不能“随风倒”，不能干违背国情、违背群众意愿、自己抵毁自己的蠢事。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。上海县高南生局长提出了适应经济发展加速发展初级卫生保健的基本构想。广东省卫生厅姜中舟副厅长也提出了要在1995年提前实现“2000年人人享有卫生保健”的奋斗目标。这些想法都是很好的。为了帮助各合作中心、示范县研究制订规划，我们请WHO计划专家麦卡德医生作了《卫生服务计划》的专题报告，相信会对大家有所帮助。现在的问题是，需要研究和确定一些基本的指标，规定一些具体的考核评价标准。正如阮显达医生在开幕式上提出的，要研究和制订一些指标和标准，搞标准化管理。我完全赞成阮显达医生的这个意见。参

照全球性的指标,世界卫生组织提出了十二条。参照全球性指标,结合我国国情,我们也要研究和制订自己的规划目标和评价标准。这是一项非常重要的工作,从现在开始就要抓紧进行。建议到会的十几个县,回去以后都要尽快研究和制订本县的规划目标及标准。在此基础上,我们还应统一组织研究并制订可供全国参考的实现“2000年人人享有卫生保健”的指标及标准。

二、关于加强三级医疗卫生网的建设。

各合作中心和示范县的三级医疗卫生网,多数都已初具规模,基础是好的。今后要进一步健全和完善农村三级医疗卫生网。当前特别要继续重点加强县级医疗卫生机构的建设,同时要重点加强中心乡镇卫生院。一个县搞3~5个,用五年左右的时间初步搞好,从技术骨干配备、医疗设备、基本建设、领导管理等方面,全面地予以充实加强,使之真正成为地区性的农村医疗中心。这项工作具有战略意义,对于改善农村的医疗卫生设施,提高农村的医疗技术水平,适应农村经济发展和农民群众新的要求,都有重要意义。各合作中心和示范县,都要把它当成一件大事来抓,争取五年内初见成效。

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

地健全、完善和提高。

三、进一步稳定、提高、发展和壮大农村卫生技术队伍。]

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

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

四、要积极研究,探索和重建适合农村需要的医疗保险制度。

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

最近,卫生部在四川开了研讨会,就农村医疗保险制

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

应该说,我们十几个初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县,在举办合作医疗方面都有很好的群众基础,也积累了不少经验。尽管多数县的合作医疗已经垮掉,但决非广大农民之所愿,也不是没有条件办,而是被一阵风给吹散了。现在,党中央提出要研究建立农村社会保障制度的问题,这正是重建农村医疗保险制度的极好机会。我一向认为无论如何,八亿多农民不能没有医疗保险制度。这种医疗保险制度,应该从中国农村的实际情况出发,符合中国的国情,具有中国的特色,也就是说,应该搞中国式的,我国农村的合作医疗就是具有中国特色的一种医疗保险形式。对于外国的好经验好的管理办法我们当然要学,但要结合中国实际,为我所用。这就需要我们认真组织科学研究,积极地进行探索。作为全国初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县,都应该积极地进行这方面的工作,并且要力求先走一步,尽快做出成绩。但要接受过去的教训,不搞强行命令,不搞一哄而起,不搞一刀切。要坚持从实际出发,尊重农民群众的意愿,因地制宜,量力而行,“形式多样,项目不同、标准有别”,不要片面追求全包全免,也不可超越国家、集体和个人的负担能力。

五、关于情报信息工作。

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

健的情报信息工作很有帮助。

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

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

六、关于加强领导。

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

这里还必须指出,推行初级卫生保健,是事关卫生工作全局的一件大事。它应该成为整个卫生战线的重点工作、中心工作,卫生战线的各个具体的职能部门都应该为此竭尽自己的努力,做出积极的贡献。希望各省、市、自治

区卫生厅局党组,要加强领导,组织协调,督促各职能处室同心协力,共同把这项工作做好。

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

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

关于在新形势下如何办好 村级卫生组织的探讨

1986年3月10日

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

进一步认识村级卫生组织 在农村四化建设中的地位和作用

原载《中国医院管理》1986年第5期。

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

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

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

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

研究解决新形势下出现的新问题

党的十一届三中全会以来,由于在农村实行了一系列正确的政策,全面推行了联产承包责任制,调动了八亿农民的巨大的社会主义积极性,我国的农业以平均每年增长 10.8% 的高速度向前发展,农村人均年收入由 1980 年的 191 元增加到 1985 年的 400 元,增长一倍以上。农民的衣、食、住、行都有很大改善。农村的形势确实是一派大好,出现了安居乐业、生机勃勃的喜人景象。

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

这里举两个例子。一个是经济比较发达的沈阳市郊新民县张家屯乡,由于村级卫生组织一度解体,房屋被占用,医疗设备丢失,乡村医生有的弃医务农,有的经商,有的开拖拉机,有的当瓦工,这个乡的农村又重新出现了缺医少药的现象。特别是预防保健工作无人管,疫苗白白浪费,计划免疫和妇幼保健全部落空。另一个是经济不发达

的陕西南部的紫阳、旬阳县,由于村级卫生组织解体,散摊,预防保健工作无人管,1985年发生流脑544例,比1984年上升41.6倍,死亡59例,比1984年上升28.5倍。太白县只有23%的村能坚持搞预防保健工作,车桥村由于无人接种麻疹疫苗,造成麻疹流行,1985年发生97例,死亡2例。

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

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

坚持以集体办为主实行多种形式办医

在一定的条件下,坏事往往可以变为好事。近几年来,有不少地方由于村级卫生组织解体而吃了苦头,群众

意见纷纷,促使卫生行政部门和有关方面的领导同志提高了认识,认识到建立健全村级卫生组织的重要性,明确了业务指导思想,从而认真抓了村级卫生组织的恢复和整顿工作,加强了管理,落实了任务,解决了乡村卫生人员的报酬,使一度被冲破了的农村三级医疗卫生网的网底得到了修复,做到了有医有药有机构,能防能治能开展计划生育、便民利民,服务生产,受到了农民群众和基层干部的欢迎,卫生部门各项工作任务落实也有了组织保证。农村基层卫生工作的形势发生了可喜的变化。

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

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

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

88.8%，主张个体办医的占11.2%。说明绝大多数农民对集体办医是欢迎的。

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

第三，以集体办医为主符合我国国情，也符合农村经济改革的发展趋势。我国是社会主义国家。我们的改革是社会主义制度的自我完善和发展，在联产承包的基础上建立多种形式的服务和合作，完善和发展合作制，则是当前农村深入改革的基本目标。随着农村合作经济的发展和越来越多的农民逐步走向共同富裕，不仅对医疗卫生提出了新的需求，而且也为集资举办医疗卫生设施，发展农村卫生保健事业创造了更为有利的条件。越来越多的地区都主张集体办医。集体办医有较多的优越性，既有这种需要，又有这种可能。既有一定的经济基础，又有广泛的群众基础，我们没有任何理由不支持。

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

更好地全面完成初级卫生保健的各项任务，特别是预防保健的任务。

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

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

采取多种办法稳定提高乡村医生队伍

办好村级卫生组织的关键在于人才。稳定、提高、充实乡村医生队伍则是当务之急。

建国以来，经过多年的培养训练，我国已拥有一支由125万人组成的乡村医生队伍。他们在农村土生土长，与农民关系密切，坚持战斗在农村卫生工作的最前线，热心地为农民服务，是开展农村初级卫生保健的基本依靠力量。乡村医生队伍总的情况是比较好的，但现在正面临着三个问题：一是队伍不稳定，呈逐年减少的趋势。1984年比1980年减少了21万多人，其中女乡村医生减少得更

多。男女乡村医生的比例,已由过去的二比一下降到三比一;二是素质不高,知识结构不合理。在乡村医生队伍中,经过考试考核达到相当于中专水平,领有乡村医生证书者,只占 39.8%。这也就是说,乡村医生队伍的 60%以上还是未取得乡村医生资格的卫生员。从知识结构来说,乡村医生队伍普遍缺乏预防保健专业知识的训练,与其所肩负的搞好农村初级卫生保健的重任很不相称;三是后继乏人。近几年来,乡村医生队伍平均每年大约递减 5~7%,新的人才又补充不上。许多地方培训乡村医生的工作已经停办多年,缺少或者根本没有培养乡村医生的学校,人才缺乏来源。

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

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

其次,要采取多种办法培训现有的乡村医生队伍,提高其素质。已经中断了的乡村医生复训制度应尽快恢复。

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

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

最后,要改革过去那种培养“赤脚医生”的老办法,探索培养乡村医生的新途径,为乡村医生队伍充实新的具有较高水平的人才。过去各地培养“赤脚医生”多采用先短期初训,工作一段时间后再反复复训的办法。这种办法,成才的时间既长,质量又不易保证,已不适应今天的情况,必须适时地加以改革。从现在开始,要积极创造条件,把培养新的乡村医生逐步纳入正规的中等医学教育

的轨道。经过考试,选拔农村的高中或初中毕业生,系统培养三年,使他们毕业后真正达到中专程度,以后在工作中再不断学习提高,成为较高水平的合格的乡村医生。这是一项关系到今后农村卫生事业长远建设的具有战略意义的工作,必须引起足够的重视。当前要结合制订“七五”规划来制订这方面的规划。经济发达的地区应该先行一步,其它地区也要根据当地的实际情况,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,再也不能继续下去了。为了加强对村级卫生组织的领导与管理,当前应着重抓好以下几方面的工作。

第一,要明确分工,各负其责。县、乡、村三级都要把加强对村级卫生组织的领导与管理列入日程,落到实处,并且要把整顿村级卫生组织同整顿基层政权结合起来,把建设村级卫生组织同建设文明村镇结合起来。县卫生局和乡(镇)卫生院主要负责村级卫生组织的业务领导和技术指导,包括制订发展规划、核发许可证、培训人员、业

务管理、质量监督、技术考核、技术咨询和服务等；乡政府和村民委员会主要负责对村级卫生组织的政治和行政领导，包括思想教育、人员奖惩、房屋建筑、器械装备、资金筹集、财务监督等。

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

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

第四，发挥行业组织的作用，加强行业管理与监督。目前许多地区已经恢复、建立了卫生工作者协会或乡村医生协会，在宣传政策法规，进行理想、道德、纪律教育，组织政治和业务学习，开展“五讲四美三热爱”活动和学术活动，以及协助政府对村级卫生组织和乡村医生加强

管理与监督等方面发挥了积极的作用。许多乡村医生都把协会看作是自己的组织,积极参与并支持协会的工作,接受协会的管理与监督。实践证明,这是一条很好的经验,值得普遍推广。

关于改革农村医疗保健制度的 几点看法

1986年5月5日

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

农村医疗保险势在必行

从今年开始,我国已进入了第七个五年计划时期。“七五”时期将是我国经济和社会发展的关键阶段,也是全面改革我国经济、科技、教育等管理体制的关键时期。《中共中央关于制定国民经济和社会发展第七个五年计划的建议》指出:“适应对内搞活经济,对外实行开放的新情况,认真研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的新的社会保障制度,……这是保证经济体制改革顺利进

原载《中国医院管理》1986年第7期。

行和取得成功的重要条件,也是社会安定和国家长治久安的根本大计。”这里所说的新的社会保障制度,无疑也包括医疗保健制度。

我国现行的医疗制度有公费医疗、劳保医疗、合作医疗和自费医疗四种形式。在城市,享受公费医疗和劳保医疗者占人口的绝大多数。以北京市为例,约占全市人口的80%左右(含享受劳保医疗的职工家属),真正自费医疗者为数很少;在农村,几年前多数地区都实行合作医疗,现在实行合作医疗的已经不多,大约占10%左右。由于没有医疗保险,据部分地区的抽样调查,在农村患者中,该就诊而未能就诊者占22.9%,该住院而未能住院者占23.7%;计划免疫和妇幼保健的普及还远未达到要求。由此看来,医疗保险制度的改革,应以农村为重点。城市的医疗保险制度包括公费医疗和劳保医疗,也有许多弊端,亟需进行改革,但积极发展农村的医疗保险事业则是当务之急。

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

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

二、实行医疗保险,是广大农民的迫切要求。目前农村少数人富起来了,大多数人还处在温饱之中,也还有少数人连温饱尚未解决。除少数富裕户外,绝大多数的农户

遇到大病重病还难以负担医疗费用,迫切需要社会的帮助。即使是富裕户,即使到本世纪末我国人民达到小康的生活水平,人们也希望建立适应群众需要的医疗保险制度,在医疗保健方面能够得到较好的保障。

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

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

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

农村实行医疗保险有深厚的群众基础

我国实行集体保健医疗制度已有较长的历史,在农民群众中有深厚的基础。早在五十年代,随着农村互助合作运动的发展,有些地区的农民为了解决看不上病、看不

起病的问题,自己组织起来实行互助互济。有的每人每年出几角钱或拿几个鸡蛋作为“保健费”,由农业社保健站统筹,社员看病时免收“四费”(挂号、注射、换药、出诊);有的则由农民个人和农业社集体共同筹集资金,社员看病实行部分减免。当时,我们把这两种办法统称为集体保健医疗制度。1959年冬在山西省稷山县召开的全国农村卫生工作现场会议,肯定了农民群众的这种创举,并向党中央做了报告,中央也予以肯定。

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

党的十一届三中全会以后,许多地方的合作医疗纷纷解体,实际上可以看成是对推行“左”倾错误的一种惩罚。但是,在这个问题上同样有一些经验教训值得我们认真总结。主要是,有的地方在纠正一种错误倾向的时候,忽视了另一种错误倾向,以新的片面性代替了过去的片面性。片面地认为,合作医疗是“‘左’的路线的产物”,有的甚至用行政命令强行予以解散。发生这种情况,主要是认识上的模糊不清,有的同志没有把推行合作医疗过程中的缺点错误同合作医疗制度本身加以区别;有的同志

把合作医疗看成是“穷吃富”、“一平二调”、“增加群众负担”；有的同志则把落实家庭承包责任制同办合作医疗对立起来，认为农村实行责任制后已经失去了举办合作医疗的基础，再办合作医疗怕犯“政策错误”等等。

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

还应当指出，尽管过去在推行合作医疗中曾经受到“左”的干扰和破坏，近几年在纠正“左”的错误作法的时候又对合作医疗制度持怀疑或否定的态度，但仍有一些地方的合作医疗一直未垮，而且经过改革，不断完善，越办越好。在这些地方，合作医疗制度已在群众中深深地扎了根。据北京医大在江苏省农村居民中抽样调查，赞成办合作医疗者占 79.3%；广东省恩平县调查，赞成办合作医疗者占 77.72%；湖北省广济县曾在全县农村就办不办合作医疗的问题搞过民意测验，赞成继续办合作医疗者占 90%以上。此外，也还有不少地方合作医疗停办后，在群众要求下又重新得到了恢复。有的地方又出现了其

他医疗健康保险形式,如江苏农村乡镇企业的劳保医疗,河南洛宁的儿童健康保险,山西翼城的儿童计划免疫和妇女围产期保健保险,山西运城地区的少年儿童口腔卫生保险等。这些情况都充分说明,在我国农村实行医疗保险是有深厚的群众基础的,是深得人心的。这件事情即使现在不搞,将来也势必要搞;即使我们不积极地组织农民去办,在不久的将来农民也势必要自己组织起来替自己创造日益增多的福利事业。

采取多种形式发展农村的医疗保险事业

我国农村地域辽阔,各地的经济基础、生活水平和医疗条件差别很大。发展农村的医疗保险事业,一定要从各地的实际情况出发,因地制宜,量力而行,切忌“一刀切”。

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

所谓多渠道集资,一是国家的扶持,包括卫生防疫、计划免疫、妇幼保健、计划生育等各项补助以及民政部门

对贫困户的医疗救济款,这些补助经费该给的一定要给,决不能因为实行医疗保险而予以克扣或削减;二是农村集体经济组织提留的医疗保健基金,包括以村、组提留的公益金,乡(镇)村企业提留的医疗保健基金和以集体或个人承包的林、牧、渔、副业收入中提留的医疗保健基金等,这些医疗保健基金在当年收入中应占有合理的比例,随着生产的发展和收入的增加而同步增长;三是参加医疗保险的农户个人缴纳的医疗保险金。以上三个方面,国家的扶持现在不是,将来也不可能是农村医疗保健基金的主要来源,因为国家的财力有限,对八亿农民的医疗问题不仅现在不可能包,几十年后恐怕也包不了。医疗保险基金的主要来源,只能靠农村集体经济组织和农民群众个人集资。每人每年医疗保险金的标准,要根据各地的不同情况分别规定,有所差别,至于是以集体提供为主还是以个人交纳为主,要从实际出发,区别对待。在有条件的地方,应力求做到以集体提供为主,集体经济基础较差的地方可以个人交纳为主,以后随着集体经济的发展再逐步过渡到以集体提供为主。

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

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

要加强对农村医疗保险事业的领导与管理

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

一、各级卫生行政部门和实际从事农村工作的领导同志,都要充分认识发展农村医疗保险事业的重大意义,充分认识改革农村医疗保健制度的必要性和可能性,对

新旧体制转换的艰巨性和复杂性,也要有足够的认识和思想准备。要为农民的利益想得远些、周到些,努力做到统一思想,积极支持,周密规划,稳步发展,正确地加以引导。坚持深入基层,深入群众,进行调查研究;坚持走群众路线,尊重群众的意愿;坚持先搞试点,边实践,边总结经验,扎扎实实地稳步前进。

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

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

四、要结合各地实际情况,制定实施医疗保险制度的具体方案。改革的方案,应当多种多样,设计出多种模式,

供群众选择。方案的设计,要建立在严密的、十分可靠的统计计算的基础上,对保险金的标准及来源、保险方式、保险范围,以及如何承担风险,如何加强管理等问题都要进行周密的考虑,制定出具体的办法和措施,使方案真正具有科学性和可行性。

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

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

七、要加强有关医疗保险制度的科学研究。如何搞好八亿农民的医疗健康保险,是一个重大的科研课题。当前特别要在研究和设计科学的改革方案、科学的管理制度和管理办法上多下功夫。有关领导同志和专家要坚持深入实际,参加实践,不断总结经验,在探索中前进,逐步改进、充实、完善。

八、要积极促进农村医疗保险立法。这是保证农村医

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

进一步加强农村基层卫生组织建设

——对招远县农村基层卫生组织建设的几点建议

1986年7月15日

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

一、党委重视,列入文明村、镇建设规划,当作精神文明建设重要组成部分。我觉得这种做法,很值得提倡,甚

这是在招远县考察农村卫生组织后同县委县政府领导汇报时的谈话。

至乡、村长的工作实绩都跟这个挂上钩,提高了责任感和事业心,调动了积极性。我去年来招远曾经讲过,感谢县委领导对卫生工作的大力支持,今年还是要再重复这句话,而且乡镇领导也都如此积极。

二、县委、县政府直到乡镇,从卫生局到下属单位,事业心都很强,都想在改革年代干一番事业。我们接触到的领导同志除个别新上任外,都很熟悉情况,作为一级党的领导对卫生工作情况如此了解,可以说是非常难能可贵的。从卫生局开始,我所接触到的县级各医疗卫生领导班子,事业心很强,都想在事业上有所作为,都想改变招远医药卫生面貌。

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

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

下面再谈几点意见,供参考:

总的希望,再接再厉,更上一层楼。具体提几点意见

和建议：

一、加强对农村卫生队伍的技术培训，改善知识结构，在提高技术水平上狠下功夫。招远农村三级网比较健全，“庙”已经比较象样，“庙”中也都有“菩萨”，但是“菩萨”是否很灵，就很难说。下一步要在培训提高上下功夫。怎样培训，可以送出去，可以委托代培，但更要坚持就地培训。因此，加强县卫校建设很重要，县卫校房子不错，师资、设备还差些，县卫校应该成为人才培养基地，争取创造条件纳入正规中专教育，成为中等专业卫生学校。当然人才培养光靠卫校还不行，县医院、卫生防疫站也应挖掘潜力，成为人才培养基地。现在县卫校只有两个班，一个是护理，一个是乡村医生。对乡村医生的培养，目前采取老办法培训已经不行了，就是先学三至四个月，最长的学一年，实践一段时间然后再培训。这种老办法过去可以，现在已不适应。县卫校应招收初中、高中生，系统培训二、三年，过去乡村医生培训侧重于治疗，预防保健知识很少，应当加大预防保健方面的课程，因为乡村医生主要任务是预防保健。县卫校培养的乡村医生，应成为农村保健医士，能防能治。今后县卫校的学生，也不可能包下来，而是应采取“几个一点”的办法，即国家、集体、个人出一点。建议你们作个规划，“七五”期间，有多少个乡村医生达到真正中专水平。

二、希望在乡、村两级，要贯彻预防为主的方针，切实加强防保工作。就我们所看到的，你们乡村两级防保工作搞的不错，防保人员比较落实，我们是满意的。目前，随着乡镇企业的发展，出现一些新问题，如环保工作、职业病

防治等。随着生活水平提高、平均寿命延长和老龄化的进展,应该有新措施,村级卫生组织有责任,县卫生防疫站也有责任。但乡村医生缺乏这方面知识和经验,要加强这方面的培训。如何采取措施加强监督和管理,不仅卫生部门要重视,政府、党委部门也要重视,切实作好这方面的工作,要防患于未然。苏南地区环境污染严重,原来城市因污染不准搞的工业,现在转移到农村乡镇企业搞,这个问题要引起我们注意和重视。

三、医疗卫生机构要重视经济问题。当前,有好多医疗卫生机构经济有困难,县医院病房楼建一半,还有一半没完成。防疫站、妇保站几家挤在一起,工作用房较好,设备简陋,生活用房没有解决。这类问题如何解决,我想依靠国家多投一点资是一个方面,另一方面要多方集资,调动各方面积极性。你们自己有这方面经验,山东其他县也有这方面经验。去年我们去长清县,他们这方面下的力量很大,提出“人民医院人民建,建好医院为人民”的口号,而且宣传工作极为深入,收效甚好。首先县人大讨论后作出决议,县委、政府讨论决定,专门成立了医院建设集资办公室,有关部门分工协作,宣传部门作宣传,财政局负责收钱;妇联、青年团也配合作工作,集资数字相当可观,出现了许多动人事例,我们听到很受感动。其中有一位70多岁的小脚老太婆,提着一大包硬币交集资办公室,说是她孙女用集钱罐收集的,集资办公室不收不行。还有一个乡村医生一次捐200元,他说:“建设县医院是我一生的宿愿,现在我的愿望就要实现了,我一定要尽力去办”。事实说明,只要我们把道理跟群众讲清楚,是会得到

群众支持的。你们这里乡镇企业发展很快，昨天在乡里看到电影院建的很漂亮，当然卫生院也不错，这说明群众对搞卫生事业是支持的。卫生集资不是乱摊派，是取之于民用之于民的，宪法第二十一条明确规定鼓励和支持农村集体经济组织举办的各种卫生设施，建议县里再进一步发动一下，抓好集资办医问题。

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

四、进一步巩固和办好合作医疗。全县一直坚持下来，非常难能可贵。据说前几年有个别村也“叫了行”，县委把关作了纠正。合作医疗的形式也有多种多样，不要追求全包全免。今后对合作医疗要加强管理。如何加强科学管理，要认真研究，要总结我们自己的经验，也要学习和借鉴外国的经验。最近，世界银行与我们合作在四川眉山、简阳两县搞农村医疗保险制度的试点，有美国兰德公司的专家参加，作为一个软科学课题。去年卫生部在四川开了研讨会，步广太局长也参加了会议。根据这次会议精

神,招远县也可以先抓一、二个乡镇试点,着重研究如何加强合作医疗的科学管理,如何进一步巩固和办好合作医疗。创办甲级卫生室活动,成效很大。今后,要继续抓下去。现在有30%,下半年要不要达到50%?我的意见,不要急于求成,不要片面追求百分比,要坚持实事求是,扎扎实实。当然下面劲头上来了也不要泼冷水。现在已达到甲级卫生室标准的,对工作质量、技术水平要抓好,严格要求,使之名副其实,继续前进。

继续加强重点县的卫生事业建设

1986年10月20日

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

四川省第一、第二两批44个县的卫生事业整顿建设工作已于1985年底全部结束。第三批27个县的整顿建设工作正在开始进行。前两批共重点加强了400多个医疗卫生单位,新建改建了工作和生活用房65万平方米;培训卫生技术人员32000人次;增添医疗仪器设备12000多台件;引进了不少新的技术。现在,这些县的医院大多开展了B超、病理、内窥镜、特殊造影等新的技术

原载《农村医院》1987年第1期。

项目,有 40 个县还能开展脑外、胸外手术;防疫站普遍开展了细菌、毒理和生化检验;妇幼保健站健全了妇保、儿保门诊和优生遗传咨询;农村中心卫生院开展了生化、X光、心电图、超声波检查和上腹部手术。诊断治疗水平和管理水平都有了明显提高。

湖北省从全省 73 个县市中选择了 26 个县作为第一批整顿建设重点县。到 1985 年底,已经结束的有 15 个县,正在进行的有 11 个县。26 个县的规划投资总额为 7247 万元,平均每个县 278 万元。在规划总投资中,省投资占 54%,县投资占 46%。经过验收的 15 个县,实际执行投资总额为 3962 万元,平均每县 264 万元。15 个县共新建、扩建、改建工作和生活用房 37 万平方米,平均每县 24700 平方米;添置或更新仪器设备 4570 台件;培训各类人员 7500 多人。通过培训和调整卫生技术人员的不合理分布,使卫生队伍结构趋于合理,技术素质明显提高,基本上做到了人员、设备、房屋三配套。

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

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

一、有计划地分期分批地加强重点县卫生事业的整

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

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

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

四、要多方集资,调动多方面的积极性,支持重点县的卫生事业建设。目前,卫生事业经费已切块到地方,因

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

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

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

水平和管理水平,充分调动广大卫生人员的积极性。否则,即使房屋建筑再好,设备添置再好,也不可能充分发挥作用。

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

大有作为的初级卫生保健事业

——祝贺《中国初级卫生保健》创刊

1986年11月1日

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

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

实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的决定性关键,是大力加强初级卫生保健,特别是农村初级卫生保健。所谓初级卫生保健,是指第一线的或群众最先接触

原载《中国初级卫生保健》1987年1期。

的卫生保健服务。其主要内容为：开展对当前流行的卫生问题以及预防和控制方法的宣传教育；改善食品供应和适当的营养；提供安全饮水和基本环境卫生；加强妇幼卫生保健和计划生育；主要传染病的免疫接种；预防和控制地方病；妥善治疗常见病和伤残；提供基本药物等等。由此可见，初级卫生保健所包括的内容是极为广泛的。它既涉及卫生保健服务中的各项主要任务，又涉及与卫生保健有关的各个方面；既要求卫生工作者向群众提供预防、治疗及康复服务，又要求群众广泛参加初级卫生保健活动，提高家庭保健和自我保健的能力；既要充分发挥基层卫生保健组织作用，又要建立健全有效的转诊制度和业务技术指导制度，形成完整的相互支持的卫生保健组织体系。这种组织体系，在我国就是遍布城乡的三级医疗卫生网。

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

当前，要搞好初级卫生保健工作，有一系列的事情要做。其中之一，就是要出版一本专门的学术性刊物，以利于传播知识，交流经验，沟通信息，进行理论上的研究和探讨，促进我国的卫生改革和初级卫生保健事业的发展

与提高。现在,《中国初级卫生保健》杂志终于创刊问世,这是一件大好事,理应受到广大医药卫生工作者,特别是初级卫生保健工作者的热烈欢迎。

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

适应农村新形势 发展初级卫生保健事业

1986年12月25日

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

农村卫生改革和建设形势喜人

原载《中国农村卫生事业管理》1987年第2期。

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

一、农村卫生改革逐步深入,使农村医疗卫生机构开始获得了内在动力与活力。

在改革中,县、乡(镇)两级医疗卫生机构紧紧抓住了放开搞活、简政放权这一中心环节,普遍调整了领导班子,逐步实行了院、所长负责制,建立健全了责权利相结合的各种形式的责任制,开始改变了吃“大锅饭”的局面,有力地调动了广大职工的积极性。许多医疗卫生机构,从便民利民出发,改革不合理的规章制度,积极扩大服务项目,努力改善服务态度,服务质量和工作效率有了显著提高。许多乡(镇)卫生院改变了全民所有制医疗卫生单位的管理办法,逐步走向“独立核算,自负盈亏,按劳分配,民主管理”。有的举办了小专科,发展了专科特长。有的调整了办院方针,积极扩大预防,实行防治结合;有的精减了非专业人员,组织起来搞工副业生产,实行“以工助医”、“以副养主”;有的进行了把乡(镇)卫生院移交给乡(镇)政府领导的试点,实行分级管理。许多地方还改革了对农村卫生院补助经费的使用办法,改按人头均摊为按完成任务的好坏给予补助或奖励,并集中一部分经费用于发展事业和智力投资,收效甚好。

在改革中,村级卫生组织的办医形式有了新的变化。一度解体的村卫生室(所),又相继得以恢复。目前全国有87.4%的行政村都设有医疗网点,多数地区是以集体办

为主,多种形式并存。许多地方制订了村级卫生组织的管理办法,加强了对村卫生室(所)的领导和管理,合理解决了乡村医生的报酬,建立健全了承包责任制。山东省还在全省范围内开展了创甲级卫生室的活动,并把建设村级卫生组织纳入建设文明村的规划,有力地促进了村级卫生组织的巩固、发展与提高。

二、重点县卫生事业的整顿建设初见成效。

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

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

黑龙江省坚持抓了四个方面的改革:一是实行面向农村的定向招生、定向培养、定向分配,把医学院校招生的重点由城市转移到农村,扩大农村招生比例。近五年来高等医学院校从农村招生的比例占总数的43.1%,中等卫生学校从农村招生的比例占总数的76.1%;二是举办职工大专班和中专班,有计划地培训提高在农村卫

生人员。指定 3 所医学院校举办了农村专科医师班,并有 20 个市、县成立了职工中等卫生学校;三是组织有条件的县卫校与省、市中等卫校联合办学,全省有 53 所县卫校承担了联合办学任务,为农村培养了一大批中等卫生技术人才;四是举办刊授教育,成立乡村医生刊授学校,下设辅导站,采取平时自学与定期面授辅导相结合,单科考试分数积累的办法,培训提高乡村医生,深受广大乡村医生的欢迎。

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

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

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

此外,在改革中有不少地方坚持从当地的实际情况出发,积极探索,进行了各种医疗保险形式的试点,取得了新的进展。江苏省苏南地区和上海市所属各县,许多乡村企业的职工和家属享受了劳保医疗,占当地农村人口的 30%。四川省在眉山、简阳二县开始进行了健康保险

试点。河南、河北、山西等省有些县试行了计划免疫、妇婴保健,中小学生口腔卫生保健等专项健康保险制度,受到了广大群众的欢迎。

五、城乡协作有了新的发展,各种形式的医疗协作联合体正在兴起。

在过去实行的城乡挂钩、对口支援基础上,根据扬长避短、自愿互利的原则,城乡医疗卫生机构之间发展了横向、纵向联合,组成了形式多样、各具特色的医疗协作联合体。这是在改革中出现的新事物。一经出现,就在许多地方迅速推广,促使人才、技术由城市流向农村,促进了农村医疗卫生事业的发展和技术进步,密切了城乡关系,取得了明显的社会效益。

六、在改进对农村卫生事业的管理,提高管理水平方面,也做了不少工作。

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

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

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

正确认识新形势下的新情况新问题

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

当前农村卫生工作面临的新情况新问题很多，概括地说，主要有以下几个方面：

一、农村的人口结构、职业结构、疾病结构和医疗卫生需求发生了巨大变化。

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

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

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

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

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

二、供求矛盾非常突出，卫生资源严重不足。

县、乡(镇)两级医疗卫生机构普遍存在着人才缺乏、房屋简陋、设备陈旧、经费不足的困难。根据 10 省调查结

果,①从卫生人力看,平均每千人口仅有卫生技术人员1.8人。其中每千人口有医生0.77人,护士0.24人。卫生技术队伍数量少,素质差,结构也不合理。初级人员的比例过大,占农村卫生人员总数的36.87%;②从病床看,平均每千人口仅有1.28张床。农村病床的分布,大约1/3设在县级医疗机构,2/3在乡(镇)卫生院。许多乡(镇)卫生院的病床,实际上有名无实,根本算不上病床;③从设备条件看,许多县级医疗卫生机构的仪器设备基本还是五十、六十年代的产品,乡(镇)卫生院基本都是“文革”中的装备的低劣产品。少数县医院至今尚无救护车,个别县医院至今尚无显微镜;④从经费上看,据40个县的调查,按人口平均,每人每年的卫生事业费仅为2.26元。按县平均,每县每年的卫生基建投资仅为10万元,只能用于修修补补,缺少发展与提高的物质条件。

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

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

从领导角度看,如何进一步简政放权,既要放开搞活,又要管住管好,尚未得到很好的解决。一方面,许多

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

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

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

发,做艰苦细致的工作,扎扎实实地把农村卫生改革和建设推向前进。

搞好农村卫生改革和建设 关键在于加强领导

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

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

一、为了更有力地推进初级卫生保健事业,实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,有必要在各级政府的领导下,建立起来专门的领导组织或协调组织。其名称,可以叫初级卫生保健委员会或协调小组。应广泛吸收卫生、民政、教育、文化、宣传、计划、财政、农业、水利、工业、商业等有关部门及妇联、青年团、工会等群众团体

参加,由各级政府的主要负责同志担任委员会主席或协调小组组长。可以单独建立,也可以在各级爱国卫生运动委员会的基础上成立。

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

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

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

四、要继续有计划有步骤地加强重点县卫生事业的建设。这是实现“2000年人人享有卫生保健”战略目标的带有战略性的措施。几年来的实践证明,这样做方向对头,办法可行,效果显著,搞和不搞大不一样。我们应当很好地总结经验,根据各地的实际情况,研究和修订规划,

采取各种有效措施,坚持不懈地搞下去,争取到本世纪末使我国 2000 多个县的卫生事业面貌都能获得显著的改善。

农村卫生事业建设的重点,仍然是县级医疗卫生机构和中心卫生院。对于一般乡(镇)卫生院,重点是加强预防保健工作,实行防治结合。有条件的可以办小型专科,在全面完成卫生院各项预防保健任务的基础上,发展专科特长。对村级卫生组织,只能加强,不能削弱,应坚持集体办医为主,多种形式并存。不论采取何种办医形式,都要加强领导和管理,认真落实乡村医生的报酬,稳定和提
高乡村医生队伍。

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

六、要积极探索适合我国国情的医疗保险制度,经过试点,逐步实施。力求在“七五”期间建立起形式多样、项目不同、标准有别的健康保险制度的雏形。我国农村实行多年的合作医疗制度,也是一种健康保险形式,也可以说是农民群众自己创造的具有我国特色的医疗保险制度。这种制度无疑是好的,过去由于左的影响,又缺乏科学管理,许多地方没有办好。现在还在办合作医疗的地方,要

认真总结经验教训,改革弊端,加强科学管理,继续把它办好;已经停办的地方,只要群众愿意办,就应该积极地给予支持。

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

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

关于即墨县卫生改革情况调查

1987年4月16日

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

即墨县卫生改革的基本情况

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

一、全县卫生改革概况

在县卫生系统经费严重不足,医疗收费标准倒挂,政策性亏损日趋严重,正常业务难以维持的艰难处境中,县卫生局为了满足全县人民的医疗和预防保健的基本需求

原载《中国医院管理》1987年第10期。

，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，朝不保夕的被动局面，基本上达到了收支平衡。

第二步，自1985年起，进一步改革了全县医疗卫生机构卫生经费的补助办法。即改变过去按人头平摊的做法，实行经费统筹管理，集中使用。具体做法是，将卫生经费除掉“五包”部分后均作为全县的积累资金，按轻重缓急，分期分批地集中用于房屋的维修、扩建和改建方面的投资。所谓“五包”就是一包2000元以上的基建项目和3000元以上的大、中型医疗设备的添置；二包所有卫生防疫、妇幼保健人员的工资；三包离退休人员工资和职工遗属补助；四包病休6个月以上人员的工资；五包统一安排进修、培训费用。对原属差额补助的各级医院不再拨给人头费，全部实行独立核算，自负盈亏。根据这一原则，医院将职工工资和医院支出的一切费用均包给科室，列入成本，而后按其纯收入的多少浮动发放工资、奖励工资（山东省规定每人每年96元奖励工资，作为工资补助的一种形式，不作为奖金）和奖金。允许有条件的医院取消现行工资制，实行个人收入月浮动。奖金的提取办法是，

在业务纯收入中扣除职工工资和一切开支后,从结余中提取奖金,县医院为 20%;卫生院为 40%。实行这一做法后,1985 年和 1986 年两年分别有 2 个和 9 个单位有不同程度的亏损,其他单位达到收支平衡或有结余。综合全县卫生单位的情况,1985 年结余 46.4 万元;1986 年在职工普遍调整工资,支出增加 36.5 万元的情况下,结余 37 万元。

二、县医院的改革情况

县医院有职工 344 人,病床 322 张。县二院有职工 91 人,病床 60 张。这两个医院按照县卫生改革方案,结合本单位具体情况制定了改革措施。县医院以 1982~1984 年各科室平均业务收入为基数确定科室经济承包指标,实行了经济承包责任制和奖金工资全浮动;1986 年与 1983 年相比,门诊量由 18 万人次增加到 20 万人次,病床由 180 张增加到 300 张,大、中手术由 509 例增加到 1037 例,业务收入由 92.4 万元增加到 232.6 万元,由亏损 9.6 万元变为结余 41.5 万元,用结余款购置了 B 超、胃镜、体外反搏仪等设备。县二院实行了“四定”,即定收入、定支出、定质量、定奖惩的百分考核工资奖金浮动制;1986 年与 1983 年相比,住院病人由 785 人次增加到 1729 人次,病床使用率由 70.2%增长到 104.6%;手术由 77 例增加到 148 例,业务收入由 19.4 万元增加到 52.3 万元。

三、乡镇卫生院的改革情况

我们调查的皋虞、丰城、营上乡、王村镇和灵山镇 5 所卫生院。其中丰城乡卫生院是卫生局使用统筹卫生经

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

四、县防疫站和妇幼保健站的改革情况

这两个单位的人员工资及事业费由卫生局全额拨给,并允许他们开展有经济效益的业务活动,从收入中提取与行政单位同等的奖金,其余部分留作单位积累。防疫站 1986 年卫生局拨款 20.5 万元,加上开展食品从业人员体检收入 2.9 万元,发食品卫生许可证收入 1.4 万元,食品卫生罚款收入 3 万元。他们用这些收入改善了站内设备,提高了工作效率和社会效益。1986 年和 1984 年相比,四苗覆盖率由 42.38% 提高到 73%,常见传染病的发病率普遍下降。妇幼保健站在内部管理上实行“三包”、

“五定”的岗位任务承包责任制,即包任务、包指标、包质量,定人员、定措施、定时间、定任务、定指标;实行工资奖金浮动,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。

存在的问题

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

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

不应有的限制。

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

四、由于补贴减少，又不准按成本收费，医院不得不特别强调经济效益，把一切行政、业务支出都以成本列入科室或个人的承包指标，要想方设法挣回来，同时还要挣出自己的工资、奖金和卫生局“五包”之外的一切必需费用。这样一来，从院领导到每个职工不得不人人算帐，天天算帐，除了应付日常工作外，难以再有更多的时间和精力学习和研究如何改善管理，提高医疗质量，其结果可能使经济收入暂时上去了，但难免会产生一些副作用。

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

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

我们的看法

一、四年来,即墨县卫生部门为扭转医疗卫生机构连年亏损的局面,推进卫生事业的发展,努力探索改革之路,实行了责权利相结合的技术经济责任制,取得了初步成效,服务态度得到改善,医疗质量和社会效益都有提高,卫生基本建设也有了进展,这些都应给予充分肯定。即墨县卫生部门的改革精神是十可贵的,改革不改革确实大不一样。但是还应看到,进一步深化改革,冲破阻碍卫生事业发展的旧框框,彻底改革旧的管理体制和管理办法,仅靠卫生部门的努力是不够的。即墨县的卫生改革还有两个根本性问题没有解决,一是政府对卫生事业的投入没有与经济发展、财政收入的增长同步,实际上是大大减少了对卫生事业的投入;二是医疗收费标准过低,价格严重背离价值。国家既不可能较多地增加补助经费,又不允许调整收费标准,实行按成本收费,如果长期这样办,卫生事业是不可能得到发展的。

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

三、“吃饭靠自己,建设靠国家”的口号不大确切,容易引起有关方面的误解,而减少对卫生事业补助和支持;

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

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

美国的家庭医学与初级卫生保健

1987年5月25日

近15~20年来,在美国,初级卫生保健已成为卫生部门和全社会所普遍关注的重大课题。与此相适应的是,家庭医学有了迅速发展。培养家庭医生的基地已遍及全美各地,目前全美约有400个培训基地,在医学院毕业生中,选择家庭医学专业的有明显增加的趋势。一般约占16~20%,有的已高达30~40%。家庭医学已成立有专门的专家委员会(1986年成立)。家庭医生已成为专科化的医生。

第二次世界大战以后,美国的私人开业医生绝大多数(约为85%)为通科医生。到了六十年代,出现专科化迅速发展的趋势,通科的开业医降至45%。医学院毕业生绝大多数愿意选择专科,转到通科的只占10%。在这种情况下,美国医学界人士第一次认识到:美国也缺乏医生,主要是缺乏通科的医生。要保持每500~1000人口中有一名训练有素的医生,必须改变原来的医疗专业体制,建立新的医疗专业体制,培养既能诊断、治疗又能开展预

原载《中国初级卫生保健》1988年第2期。

防保健和康复服务,能对病人全面负责,把医学和社区结合在一起的医生。这种医生这叫做家庭医生,或者叫初级卫生保健医生(PHC. MD)。

从事 PHC 的家庭医生,从专业和服务对象上划分,有以下三种情况:

PHC 内科:主要为成人服务。

PHC 儿科:主要为儿童服务。

家庭医学:服务对象不分男女老少。

以上三种情况的家庭医生,必须是医学院毕业再经过三年专业培训,经专家委员会考试合格取得资格者。

对家庭医生的培养,侧重于使其全面掌握和提高在门诊条件下诊疗病人的能力;同时还要加强预防保健、精神卫生、健康管理和社区工作的培训,提高他们预防和治疗各种身心疾病,做好社区工作的能力。对 PHC 内科和 PHC 儿科医生还要加强各自专科技术的培训。所有参加家庭医生专业培训的学员,在三年学习期间,每年都要有一段时间到社区调查,走访老人院、难民区和居民家庭,了解社区人口、社会、经济、文化、教育、环境卫生和居民健康状况。通过到社区学习和实践,促使学员与社区相联系,学会如何做好社区工作,纠正过去那种“只看病不看人”的片面观点。

经过三年培养,并经考试合格的家庭医生,一般都要到社区去工作。一是个人或几个人联合开诊所,但由于要付出一大笔投资租房子、买设备,又要雇佣护士和挂号员,更主要的是由于美国的开业医较多,竞争性强,要想多赚钱也很不容易,故选择私人开业的人比较少了;二是

到社区门诊部工作,基本上是半日工作,收入要比私人开业的少,但可以用另外半日的收入来弥补;三是受雇于公司,也是看门诊病人,工资比在社区门诊部高。总之,家庭医生活动基地是在社区诊所,其主要任务是为门诊患者提供全面的、完整的、连续性的医疗卫生保健服务。尽量扩大门诊的服务范围,尽量减少住院的人数和住院的时间,凡是能在门诊解决的问题(包括一些急症抢救和比较小的手术等)都应在门诊得到解决,这也就是美国初级卫生保健的基本内容和基本做法。

所有的家庭医生,都要接受继续教育,一年至少 35 个小时,而且每隔六年,还要参加一次 PHC 专业知识考试,考试合格后才可以再认可,继续执业。

在美国,从事 PHC 社区工作的,除家庭医生外,还有护士、高级护士和医生助理,高级护士全美有 2.5 万人(护士为 170 万人),1984 年统计 76% 的高护获有硕士学位,预计 1992 年所有的高护都将获得硕士学位。社区的高级护士,主要是搞家庭服务。

按照美国 PHC 专家的设想,家庭医生最重要的特征是与社区相结合,与家庭相联系,为社区居民提供全面的、完整的、连续的、负责到底的医疗卫生服务,特别是要着重为老人和穷人服务。这样的设想无疑是很好的。但在实践中往往很难行得通。一般的家庭医生,多不愿为享受联邦政府医疗保险的人(老人和穷人)看病,因为看一个穷人和老人所得的收入只及看一个自费病人的 1/3。一般的家庭医生,都基本上不进行家访,私人开业医不搞家访,社区门诊部的医生也无家访任务。因为医疗保险不

给家访付费,医生出去家访会影响收入。因此,在美国现行制度下,要做到医生与社区相结合,与家庭相联系是很困难的。

发展中的我国农村 初级卫生保健事业

1987年8月25日

历史的回顾

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

1978年党的十一届三中全会以来,我国的初级卫生保健工作有了进一步的发展。世界卫生组织提出了“2000

这是在匈牙利召开的第十届国际农村医学学术会议上的报告。

年人人健康”的全球战略目标,已为我国政府所承诺,并且把它作为本世纪末实现“小康社会”重要标志之一。为了实现这一目标,我们遵循党的改革、开放的方针,扩大了对外交流与合作,在世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发署以及世界银行等国际组织的合作与支持下,先后建立了六个初级卫生保健合作中心、六个农村卫生示范县、300个妇幼保健示范县以及为数更多的农村改水项目和计划免疫冷链项目。我们还多次召开过初级卫生保健研讨会,举办过多次国际性的PHC讲习班。这对于发展我们国内的初级卫生保健事业起到了积极的促进作用。

我国初级卫生事业的主要成就

(一)医疗卫生事业得到了迅速发展。见表1、2

表1 1986年全国农村卫生机构、床位、人员数

	机构(个)	床位(张)	人员(人)
县级卫生机构			
其中:			
县医院	2309	375308	452239
中医院	880		
卫生防疫站	2015		
妇幼保健站	1809		
药品检验所	1075		
卫生学校	1187		
乡(镇)卫生院	46967	711234	882923
村卫生室	647850		

表 2 1986 年全国卫生机构、床位、人员数与 1949 年比

	1949 年	1986 年	增加倍数
卫生机构(所)	3670	203139	54.4
床位数(张)	84625	2562502	29.3
人员数(人)	541240	4445919	7.2

(二)许多危害人民最严重的传染病和地方病得到了有效控制。

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

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

表 3 1959 年与 1986 年 4 种传染病发病率

	白 喉 (/10 万)	百日咳 (/10 万)	麻 疹 (/10 万)	脊髓灰质炎 (/10 万)
1959 年	22.43	240.15	1432.41	2.60
1986 年	0.07	7.97	18.86	0.17

(三)农村居民的卫生和营养状况有了明显改善。

以饮水为例,解放前我国农村居民的饮用水普遍不符合卫生要求,现在八亿农村人口已有 4.2 亿人口的饮水得到改善,其中使用上自来水的约占 30%。

居民的营养状况,据调查,平均每人每天摄入热量

2484~3290 大卡,摄入蛋白质 89~128 克,均达到或超过规定标准。

(四)人口死亡率和婴儿死亡率大幅度降低,人均期望寿命大幅度提高,见表 4。

表 4 建国前与 1985 年全国人口死亡率、
婴儿死亡率、人均期望寿命情况

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

我国发展初级卫生保健事业的做法

从中国的实际情况出发,发展具有中国特色的初级卫生保健事业。

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

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

(三)坚持预防为主的方针,大力推行计划免疫和妇

幼保健,积极防治各种传染病、地方病和慢性病,开展爱国卫生运动,改善基本的环境卫生、食品卫生和饮水卫生。

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

表 5 1985 年农村患者门诊、住院情况

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

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

(五)采取多种办法为农村培训卫生技术人员,建设一支扎根在农村的全心全意为农民服务的医疗卫生队伍。提倡高中等医学院校实行面向农村的“定向招生”,积极采取多种形式发展在职进修。除了为县、乡两级医疗卫生机构培养高、中级卫生人员外,从农村的知识青年中选拔适合的人才培养乡村医生和卫生员,这是解决农村卫

生人力不足的好办法。

早在五、六十年代,我们就通过办短训班(一般初训为三个月至半年,也有的为一年左右)培养了一大批半农半医的卫生人员,他们生长在农村,工作在本乡本土,与农民关系密切,能热心为农民服务,被农民称之为“赤脚医生”。农村最基层的初级卫生保健都是由他们承担的。目前全国从农民当中选拔培养起来的乡村医生队伍有120多万人(含从事初级保健工作的卫生员),其中约半数左右经过反复培训和实际工作锻炼达到中专水平,获得了乡村医生证书。这支活跃在农村卫生工作最前线的乡村医生队伍是我国农村开展初级卫生保健的最基本的依靠力量。

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

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

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

我国的初级卫生保健事业虽然取得了较大的发展,

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

坚持实事求是就是同中央保持一致

——在卫生部机关年终汇报会上的发言

1987年12月28日

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

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

这是在卫生部机关处以上干部大会上的发言。

没有什么错,即使是错了,也不能乱扣帽子,乱打棍子。

更有甚者,今年四月,在紫阳同志对即墨的改革经验作了批示以后,受陈敏章同志的派遣,我带了一个由有关司局组成的5人调查小组,到即墨做了比较深入的调查,回来以后如实地汇报了情况,既充分肯定了改革的成绩,又指出了存在问题,提出了我们的看法。我们这样做是完全正当的,是无可非议的。可是有的同志却抓住这个问题进行指责,说什么“紫阳同志肯定的经验被×××给否定了”,“这是对紫阳同志的态度问题”。《关于即墨县卫生改革情况调查》,我们早已分送部党组和山东省卫生厅、青岛市卫生局,并发表在《中国医院管理》杂志第10期。我们认为,这个调查是实事求是的,说的都是实话,反映的是真实情况。这次健康报头版头条报道的全部内容,我们的调查报告中全部都讲了,但对我们所指出的那些问题健康报却只字未谈。我们并不反对宣传即墨的经验,而是担心片面地宣传会给卫生事业的发展建设带来不利的影响,因为即墨的改革是在两头都没有放开的情况下搞的。一方面国家也就是地方财政对卫生事业的拨款没有随经济的发展和财政收入的增加而同步增长,卫生经费占财政支出的比例却由1987年的7.94%下降到1986年的4.97%;另一方面,又不准许医院按成本收费,县医院的挂号费初诊0.10元,复诊只有0.05元,住院费才0.80元。两头都给扎死了,侧路也未打通,乡镇政府和乡村企业对卫生事业也基本上没有给什么支持,大家可以想一想,这样的改革经验能够广范推广吗?我们一方面在经常宣传国家拨给的卫生事业费要“同步增长”,经常强调要

多方集资、多渠道集资,并且要改革不合理的收费标准,逐步实行按成本收费;另一方面又大力宣传在“两头都被扎死”,也没有得到其他资助的情况下,医疗机构不但能够自我维持,而且增强了“自我发展能力”的经验,这岂不是自相矛盾吗?这样的宣传会不会给卫生事业的发展建设带来消极的影响?实践将会作出结论。

我个人认为,在以上二个问题上,我们招来了一些指责和非议,不是因为别的,而是因为我们坚持了从实际出发,实事求是,。坚持实事求是,一切从实际出发,正是为了更好地贯彻执行十一届三中全会以来的党的正确路线,正是为了同中央保持一致。这就是我们的基本态度和基本看法,不妥之处,请同志批评指正。

我国农村卫生院发展简史

1988年1月10日

中华人民共和国成立之前,我国的医疗卫生机构很少,全国各级各类医疗卫生机构总计仅有3670个,其中医院2600所,病床8万张。这些医疗卫生机构大多集中在大中城市和沿海地区。1949年全国2100多个县,仅有1400个县卫生院,病床13000张,县以下广大农村,除了在集镇上有少数开业的中医诊所和中药铺外,基本上没有医疗卫生设施,处于严重缺医少药或无医无药的状况。

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

原载《农村卫生院管理》,农村读物出版社,1988年。

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

我国农村卫生院的发展历程,大体上经历了以下三个时期:

一、从中华人民共和国成立到1957年

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

建国初期,全国各地的农村基层卫生组织建设,以东北大行政区为最快。1950年,原东北人民政府卫生部决定,在东北各省建立40个卫生实验县,每个实验县各建

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

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

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

除此之外,从 1955 年开始,随着农村合作化运动的发展,在山西、河北、河南等省的农村,有一部分农业生产合作社集资举办了农村保健站,采取收“保健费”的办法解决医生的报酬,社员看病收药费,免收诊费及其它劳务

费。1955年冬，卫生部调查并肯定了山西省高平县米山乡农业社联办保健站的经验，从此，由农业社集资联办的保健站也有了较快的发展。

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

二、从1958年到1978年

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

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

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

公社化以后,特别是“文化大革命”中,尽管农村卫生组织建设受到了“左”的干扰和破坏,但是由于广大卫生人员的努力和农民群众的大力支持,农村公社卫生组织建设仍是不断地有所发展,有所前进,有所提高,形成了农村三级医疗卫生网的格局。

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

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

三、从党的十一届三中全会到现在

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

从十一届三中全会到现在已有10年。近10年来的农村卫生院在改革中不断前进。

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

——通过改革,农村卫生院扩大了自主权,实行了多种形式的责、权、利相结合的责任制,打破了“大锅饭”,调

动了广大职工的积极性,出现了前所未有的生机和活力。

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

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

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

——通过开展“创建文明卫生院”的活动,既促进了农村卫生院的医德医风建设、业务技术建设和规章制度建设,又促进了农村卫生院的改革。改革和精神文明建设密切结合,相互促进,这正是新时期农村卫生院建设的最重要的特征。

初级卫生保健工作概述

1988年1月15日

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

“2000年人人享有卫生保健”全球战略

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

一、“2000年人人享有卫生保健”全球策略的提出及含义

“2000年人人享有卫生保健”(Health For All By The Year 2000,简称HFA/2000)是世界卫生组织在1977年提出来的。1977年5月第30届世界卫生大会作出决定:“世界卫生组织和各国政府的主要目标是,到2000年使世界所有国家的人民都能够富有成效地工作、学习和生活,在社会和经济生活方面都能达到那样一种健康水平”,“都能保持身体、精神与社会相适应的良好状态”。通俗的说法,叫做“2000年人人健康”,或者叫“2000年人人享有卫生保健”。这一战略目标,已为世界各国所承认,我国政府也于1983年对此表示承诺,积极赞同和支持这一战略目标在我国的实现。

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

的是,在居民中合理地分配卫生资源,使所有的家庭和个人都能在能接受和能提供的范围内,通过其充分参与,享受到基本卫生保健。

二、提出“2000年人人享有卫生保健”的国际背景

WHO提出“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标,主要是基于:

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

二是,文化教育远未普及,公民受教育的机会极不均衡。文化程度对于卫生有着直接的影响,它使人们懂得自己的卫生问题及解决办法。成人识字率,在发达国家达到100%,在最不发达国家只占28%,其中妇女只占13%。发展中国家约有9亿成年人是文盲,他们的儿童只有四分之一能念完小学三年级。

三是,经济状况对卫生的影响。一般说来,国民生产

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

四是,人口剧增和老龄化。全世界的总人口在七十年代以近 1.9% 的速度增长,预计到 2000 年世界人口总数将超过 60 亿。其中 80% 集中在发展中国家和不发达国家。另一方面,人口年龄结构也在发生变化,社会老龄化的问题日趋严重。在发达国家,65 岁以上的老人约占总人口的 11%,预计到 2000 年将增至 13%;在发展中国家,65 岁以上的约占 4%,预计到 2000 年将增至 5%。人口的急剧增加和老龄化,也势必给卫生带来了新的课题。

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

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

全球卫生及有关社会经济指标的差异,见附表:

附表 三类国家社会经济指标比较

	最不发达国家	发展中国家	发达国家
国家数	29	90	37
总人口(百万)	283	3001	1131
婴儿死亡率(每千名活产)	160	94	19
平均期望寿命(岁)	45	60	72
出生体重 2500 克以上(%)	70	83	93
安全供水的普及率	31	41	100
成人识字率(%)	28	55	98
按人口平均国民生产总值(美元)	170	520	6230
人均卫生经费(美元)	1.7	6.5	244
卫生经费占国民生产总值(%)	1.0	1.2	3.9

三、中国经验对 WHO 制定全球卫生战略的影响

从七十年代开始,WHO 的主要官员多次来华考察,了解到在中华人民共和国成立后,中国人民在共产党和人民政府领导下,经过短短几十年的努力,就迅速改变了旧中国疾病猖獗流行和缺医少药的落后状况,摘掉了“东亚病夫”的帽子,健康水平有了显著提高。他们最感兴趣

的是：中国的医疗卫生工作面向大多数人，为大多数人服务；坚持预防为主方针，防治结合；注重中西医团结，实行中西医结合，既发挥现代医学的作用，又发挥传统医药的作用；致力于动员群众，依靠群众，开展群众性的爱国卫生运动，人人参与卫生保健活动；致力于医疗卫生网的建设和医药卫生人才的培养，建立了遍及城乡、布局合理的三级医疗卫生网，形成了比较健全、有效的卫生服务体系；创立了“赤脚医生”制度，为发展中国家解决卫生人力问题提供了成功经验；创立了合作医疗等多种形式的集资医疗保健制度，依靠人民群众的互助互济，解决广大群众看不起病、看不起病和预防保健的问题。世界卫生组织高度赞扬中国卫生工作的成功经验，特别是开展农村卫生工作的经验。WHO认为，中国的经验具有重大意义，可供许多国家特别是发展中国家借鉴。于是，在总结中国经验的基础上，并结合其他发展中国家的经验，于1977年正式提出了“2000年人人健康”的全球策略。

四、“2000年人人享有卫生保健”的全球指标及最低限标准

下面是WHO提出的到2000年全球应该达到的目标：

- 1、每个国家的所有人至少已经使用基本卫生保健和第一级转诊设施。
- 2、所有人在其可能的范围内积极参加对他们自己及其家庭的保健工作，并且积极参加社区的卫生行动。
- 3、全世界的社区都能同政府共同承担对其成员的卫生保健责任。

- 4、所有政府对其人民的健康都担负起全部责任。
- 5、全体人民都有安全的饮水和环卫设备。
- 6、全体人民都得到足够的营养。
- 7、所有儿童都做抗儿童主要传染病的免疫接种。
- 8、发展中国家传染病在公共卫生学上的重要程度到2000年不超过发达国家在1980年的程度。

9、使用一切可能的方法,通过影响生活方式和控制自然和社会心理环境,来预防和控制非传染性疾病和促进精神卫生。

- 10、人人都得到基本药物。

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

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

- 2、已经建立或加强吸收人民参加策略实施工作的机构,广泛听取人民的要求与需要;各级党和社团的代表,如工会、妇女组织、农民或其它组织能够积极参加;以及

对卫生事宜的决策充分下放到各个行政级别。

3、至少有 5% 的生产总值用于卫生事业。

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

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

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

7、全体居民都享有初级卫生保健，至少达到：

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

② 做抗白喉、破伤风、百日咳、麻疹、小儿麻痹和结核的免疫接种。

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

④ 有经过培训的人员接生，及至少到一岁的儿童的护理。

8、儿童营养状况相当于：

① 至少 90% 新生儿出生体重达到 2500 克以上。

② 至少 90% 儿童的体重符合其相应年龄组的体重标准。

9、婴儿死亡率下降到 50‰ 以下。

10、平均期望寿命在 60 岁以上。

11、成人男女受教育比率超过 70%。

12、人均国民生产总值超过 500 美元。

初级卫生保健是实现人人健康 战略的基本途径和关键措施

一、初级卫生保健的由来

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

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

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

国际新经济秩序的精神开展和实施初级卫生保健。

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

二、初级卫生保健的概念及含义

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

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

三、初级卫生保健的基本内容

阿拉木图宣言对初级卫生保健的基本内容提出了要求,至少包括有以下八项:

- 1、对当前主要卫生问题及其预防控制方法的宣传教

育。

- 2、改善食品供应和营养。
- 3、足够的安全饮水及基本卫生环境。
- 4、妇幼卫生保健,包括计划生育。
- 5、主要传染病的免疫接种。
- 6、预防与控制地方病。
- 7、常见病伤的妥善处理。
- 8、提供基本药物。

以上八点,是最起码的要求。除此之外,还应包括:如何推动个人积极参与;如何充分地利用当地卫生资源;如何建立相互结合、相互支持,连贯而又有效的转诊制度;如何培训提高当地及转诊体制中的医务人员;以及如何加强部门协作等等。总之,初级卫生保健所包含的内容是极为广泛的。它既包括疾病的预防、治疗、康复和公共卫生,又包括社会、经济、文化、教育以及人类生产生活等各个方面。但是,由于世界各国的社会经济发展差异很大,初级卫生保健的内容和要求也有很大差异。

四、初级卫生保健的基本指导原则

根据阿拉木图宣言及第32届和第34届世界卫生大会决议的精神,实施初级卫生保健应遵循以下几条基本原则:

1、政府领导。要制订切实可行的规划目标和实现这个目标的政策;动员并充分利用人力资源和财政资源;协调并推动各有关部门各负其责,密切协作,联合行动。

2、社区参与。将职责和权力交给社区,并指导和监督他们组织实施。通过社区的广泛参与来组织和吸引群众

参加社区卫生规划的实施和参加社区的卫生行动。

3、合理布局。逐步做到社区居民接受卫生服务的机会要均等,逐步缩小城乡差别,特别要注意加强农村基层卫生组织的建设。

4、预防为主。积极建立和完善“三级预防”的体制,特别要加强一级预防;坚持以医院为中心扩大预防的体制,敦促医院面向社区,积极参与和支持初级卫生保健;既要对付传染病、地方病,又要对付慢性病,促进各种增进健康、预防、治疗和康复措施的结合。

5、适宜技术。这里所说的适宜技术,是指适合本国或本地区的技术和措施,它的含义较广,“是方法、技术、设备和利用它们的人的总和”。包括促进卫生、预防疾病、诊断治疗和康复等各种措施,也包括传统医学和行之有效的民间医疗保健技术;包括个人、家庭和社会为增进健康而采取的适宜的措施,也包括一级、二级和三级医疗预防机构所采取的适宜的措施。

6、综合治理。既要加强卫生保健服务,又要改善营养、饮水、环境、住房和教育条件,既要充分发挥卫生部门的作用,又要同涉及经济和社会发展的各有关部门协调一致地工作;既要履行政府的责任和社区的责任,又要强化家庭的责任和个人的责任,最大限度地调动广大群众参与初级卫生保健的积极性。总之,要从社会大卫生观念出发,采取综合措施,进行综合治理。

我国初级卫生保健工作的新进展

众所周知,我国开展初级卫生保健已有几十年的历史。早在革命战争年代和解放后我们所倡导的大众卫生、农村卫生、基层卫生,实际上就是早期的初级卫生保健,只不过当时还没有这个名词。我国在开展初级卫生保健方面所取得的成绩,已为世界卫生组织和许多发展中国家所公认。为了研究、借鉴中国初级卫生保健的工作经验,促进中国卫生工作者同发展中国家卫生工作者之间的经验交流,世界卫生组织与我国商定,先后在广东省从化县、上海市嘉定县、山东省掖县和内蒙古的科佐中旗、黑龙江省的绥化、新疆的吐鲁番建立了6个初级卫生保健合作中心,并在天津的蓟县、辽宁的金县、陕西的蒲城、浙江的肖山、四川的灌县、广西的武鸣建立了6个农村卫生示范县。几年来我们先后在掖县和从化县召开了两次初级卫生保健的国际性会议。今年10月将在北京怀柔召开第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议。几个合作中心先后举办了国际初级卫生保健讲习班13期,为50个国家培训了几百名卫生官员。我们在国际上的影响越来越大。

1986年11月,卫生部在北京召开“2000年人人享有初级卫生保健”研讨会。这次会议后,随着经济发展和改革的深入,我国的初级卫生保健事业又有一些新的发展。主要表现在:

一、开发领导层方面有较大进展。去年2月,黑龙江省政府举办了专员、市(县)长初级卫生保健讲习班,比较系统地讲授初级卫生保健基本知识、基本要求和基本做法。专员、市(县)长回去后,又层层举办县(区)、乡(镇)、

村长讲习班,做到“开发领导、领导开发、层层开发、全面发动,党政领导亲自动手,协调各部门统一行动,明确目标和任务,有计划有步骤地分期实施”。黑龙江省的这个重要经验,已在许多地方推广。安徽、湖北等省以省政府的名义召开专门会议。这次北京市人民政府召开的初级卫生保健工作会议,不仅有区县长参加,而且有各有关部门的负责同志参加,并决定成立北京市初级卫生保健委员会。其他许多地方也建立了由政府主要领导同志牵头、有关部门负责同志参加的初级卫生保健委员会或协调小组,以利于调动和协调各方面的力量,推动初级卫生保健工作。

二、宣传工作比过去有进步。各种报刊以及广播、电视都注意加强了对初级卫生保健的宣传报道,并能利用多种形式向群众宣传科学卫生知识,提高群众的自我保健能力。《中国初级卫生保健》杂志已于去年元月向全国发行。从去冬开始,健康报开辟了初级卫生保健专栏,连续做了大量宣传报道,并开展了初级卫生保健知识竞赛。不久前开展的“世界无烟日”和“计划免疫”的宣传,也收到了较好的效果。由于宣传工作广泛深入,有力地推动了群众性卫生工作的开展。

三、示范县和试点县的范围扩大了。除全国12个初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县外,许多省、市、自治区和地、市也都确定了一批试点县。安徽省政府确定:为了实现初级卫生保健的目标,在总体部署上拟分两步走。第一步,从去年开始,先在天长等6个县进行试点,其它县(市)可选择一个或几个乡(镇)进行试点,积累经

验,由点带面,逐步推进,争取到 1990 年,全省出现几个初级卫生保健示范县和一批示范乡(镇);第二步则在“八五”期间全面普及推广,到 2000 年,有 90%左右的县(市)实现初级卫生保健目标。

四、全面规划,实行目标管理。许多地方已经或者正在制定初级卫生保健的长远规划和阶段计划,并且把它纳入当地经济和社会发展规划和两个文明建设规划之中,作为政府的目标和考核政府政绩的重要内容。北京市人民政府制定了《关于北京市农村初级卫生保健“七五”规划的若干意见》。安徽省政府要求,HFA/2000 规划,应由各级政府负责制定。县(市)人民政府负责制定本县(市)的 HFA/2000 规划,并列为本地经济发展和精神文明建设规划的重要内容,从多方面支持卫生保健事业,调动各方面的力量,做好协调工作,保证规划的顺利实施。同时接受县(市)人大常委会的检查监督。乡(镇)政府和村民委员会负责制定本乡(镇)的长远规划和年度实施计划,定期检查落实。

五、在改革中普遍抓了乡、村两级卫生组织的整顿和建设,收效较好。据不完全统计,全国有 23 个省、市、自治区都明确地提出了村级卫生组织应实行以集体办为主的多种形式办医,坚持把村卫生室建设列为文明村建设的重要内容,有力地促进了村卫生室的建设和。有些省、市还制定了《村卫生室管理办法》和《村卫生室建设标准》,对村卫生室逐个进行登记、审查、发证,使一批已经解体或流于形式的村卫生室得以恢复,并建立健全了管理制度,落实了乡村医生的报酬,开展了创建甲级卫生室或“文明

卫生室”、“合格卫生室”的活动,使村级卫生组织在几经波折之后又走上了健全发展的轨道。

六、为农村培养卫生人才的工作引起了各级政府和卫生部门的高度重视,对乡村医生的培养也正在逐步纳入中等医学教育的轨道。湖南省举办县中等卫生职业学校的经验在许多地方得到推广。牡丹江市新建了三年制的正规乡村医生学校。北京市新建的专门为农村培养专科医生的顺义医学专科学校已正式招生。顺义县举办的电视卫生中专深受基层卫生人员的欢迎,各方面的反映甚好,上海嘉定县的村级卫生人员中,有 369 人完成了为期三年的中专函授学习,获得了结业证书。

七、合作医疗和其他多种形式的集资医疗保健制度,开始呈现明显的上升趋势。四川简阳、眉山以及上海金山县的合作医疗保险试点已经取得初步成功,各种单项的健康保险和预防保健保偿制度(如计划免疫保偿责任制、妇女围产期健康保险,集体儿童的口腔保健保险等),正在全国各地稳步推广。

八、在建立和加强卫生情报信息系统方面也有新的进展。部分县已经配备了微机,各合作中心和示范县普遍加强了卫生统计和信息的管理、开发和利用,配备并培训了统计人员,建立了县、乡、村三级卫生信息网络,有的县还建立了农村疾病监测点,对一些重点疾病进行长期监测。

九、学术活动比以前更加活跃。许多省、市、自治区都成立了农村卫生协会,召开了初级卫生保健学术讨论会。许多医学院校和卫生厅局,还围绕着初级卫生保健的若

干重要课题,按照科研程序进行设计、招标,深入到各种不同条件的农村现场,开展科学研究,有的已经取得了初步成果。这对于提高我国初级卫生保健的科学水平,更好地促进我国初级卫生保健工作的开展,具有十分重要的意义。

十、扩大了对外交流与合作。近几年来,每年都有一些国家的卫生官员和专家学者来我国考察初级卫生保健,我国也有一批专家学者到国外考察和学习。去年8月,我国第一次派代表参加了在匈牙利举行的第10届国际农村医学暨农村卫生保健学术大会,并被当选为国际农村医学学会的执委会委员。第4届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议将于今年10月在怀柔召开。第11届国际农村医学会议也将于1991年在中国召开,我国的农村卫生及初级卫生保健工作在国际上的影响越来越大。

加强领导深化改革继续开拓前进

我国的初级卫生保健成绩显著,经验可贵,但是决不可盲目乐观。当前,初级卫生保健尤其是农村的初级卫生保健仍是一个非常薄弱的环节,存在的问题很多,困难也很大。主要的问题有三个方面:一是投资少,欠帐多,与经济和社会的发展不同步,缺少发展与提高的物质条件,与人民群众的要求不相适应。在一部分地区,城乡差别不是在缩小,而是在扩大,甚至又重新出现了缺医少药的现象。在许多地方,农村医疗卫生机构破破烂烂,陈旧不堪。乡、村两级的卫生组织尤为薄弱,大约有1/3左右的乡镇

卫生院难以维持,有半数左右的村卫生室有名无实,形同虚设。二是初级卫生保健队伍技术骨干少,素质差,难以适应初级卫生保健任务的需要。农村卫生技术骨干外流严重,补充困难,后继乏人。不仅县、乡两级缺少合格的人才,连乡村医生也后继乏人,这支队伍的人数在逐年减少。三是初级卫生保健工作既缺乏政策保障,又缺乏法律保障。现行的政策和措施,缺乏吸引力,不利于鼓励医务人员在基层和农村扎根,不利于调动广大基层特别是农村医务人员的积极性。由于合作医疗纷纷解体,使90%以上的农民失去了享受基本医疗卫生服务的保险制度的保障,对体现医疗卫生服务方面的公平性、合理性,体现社会的平等权利和实现“人人享有卫生保健”的目标,都带来了十分不利的影响。

这些问题应该如何去解决?卫生部门的努力是一个方面,更重要的是引起各级政府的高度重视,进一步加强领导,既要增加“健康投资”保证医疗卫生事业随着经济和社会的发展而同步增长;又要放宽政策,改革搞活,特别是要逐步增加对农村卫生事业的投入,并尽快制定有利于农村卫生事业发展的政策和措施,加快医疗卫生机构改革的步伐。解决增强医疗卫生机构的活力的问题要靠改革,解决卫生技术人才缺乏的问题也要靠改革。与此同时,要加强法制建设和科学管理,使农村卫生和初级卫生保健工作逐步走上法制管理科学管理的轨道。

我国正处于社会主义的初级阶段,人口多、底子薄,同发达国家相比,国家很穷,人民生活还不富裕,实施初级卫生保健确实困难很大。但是我们也具有许多别的国

家所缺少的优势,例如:我们有党和政府的坚强领导,有各有关部门和社会各界的密切合作与支持,有广大人民群众的积极参与,有比较健全的城乡三级医疗卫生网,又有一套正确的卫生工作方针和包括祖国医学在内的适宜技术,这些都是我们克服困难的有利条件。只要我们充分发挥这些优势,坚持改革,勇于开拓进取,兢兢业业、踏踏实实地多干实事,经过长期的艰苦努力,世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标,一定能够在我国实现。

中国农村卫生服务研究

1988年10月7日

中国位于亚洲东部,面积 960 万平方公里,拥有 56 个民族,10 亿 4 千 5 百万人口,其中 80% 居住在农村。

新中国成立 30 多年来,我国农村的卫生事业有了很大的发展,取得了巨大的成绩。到 1986 年底,全国已有县级医疗机构 2309 个,床位 375308 张,卫技人员 452239 人;乡级医疗机构 46976 个,床位 711234 张,卫技人员 882923 人。87.7% 的行政村都有了医疗点。建立了以县级医疗卫生机构为技术指导中心,以乡(镇)卫生院为中间枢纽,以村卫生室为基础的县、乡、村三级医疗卫生网,形成了一个比较完整的卫生服务体系。

随着我国社会经济的发展,人民生活水平的提高,全社会对医疗卫生保健的需求也发生了变化。为了进一步了解中国农村居民对卫生服务的需求情况,探讨农村卫生资源占有、开发和利用规律,为制定农村卫生事业发展

11 这是在第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议上的报告,原载《第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议论文汇编》。

战略和发展规划提供科学依据,我们于 1985 年 5 月至 11 月,对全国农村医疗卫生服务现状进行了抽样调查。

调查内容与方法

一、调查范围与调查方法

本次调查采用了分层整群随机抽样的方法,根据不同地理方位,不同经济状况,不同类型地区,在全国范围内,选择了比较有代表性的内蒙、山西、江苏、安徽、云南、广东、陕西、吉林、黑龙江九省(自治区)做为调查省。根据同一原则,每个省又选择了 5 个县,每个县选择 6 个乡(镇),每个乡(镇)在几个经济条件不同的村(居委会)中,以户为单位随机抽取 1000 人左右进行调查。在 9 省(自治区)的 45 个县,270 个乡,520 个村中,共做了 56641 户近 27 万人口的家庭调查,占全国人口的 0.33%。此外,还对 292 所县、乡卫生机构和 583 个村卫生所(室)进行了调查。

二、调查内容

- 1、农村居民的患病、就诊情况。
- 2、农村各级医疗卫生机构的技术力量、医疗装备、经费收支等情况。
- 3、农村县、乡、村三级医疗卫生机构的门诊、住院情况。

三、质量控制

为了保证调查质量,我们采取了如下措施:

- 1、选择了具有中专水平以上的调查员 1500 名,并对

他们逐级培训,使其在调查过程中尽可能按照统一标准,统一提问方式进行。

2、入户调查时由 2 名调查员共同进行。

3、家庭调查的调查率要求在 95%以上,按 5%的随机抽样复核,合格率须在 95%以上。要求一日门诊调查率在 90%以上,复核合格率在 95%以上。

调查结果

一、调查人口的基本情况

本次研究共调查 56641 户,265567 人,平均每户 4.69 人。

1、年龄、性别构成:在调查的 265567 人中,男性占 50.03%;女性占 49.97%,60 岁以上人口 21158 人。老年系数 7.97%,属于中青年年龄结构。

2、职业构成:在调查人口中,按比重大小排列的前五位职业依次是农民 47.07%、学生 21.20%、儿童 13.96%、工人 8.71%、职员 4.25%。

3、文化构成:调查人口中,小学文化程度的占 39.31%;初中 21.02%;高中 6.25%;大学 0.20%。12 岁以上人口文盲率为 24.33%,高于全国平均水平。

4、经济状况:本次调查中,年人均收入最高的省为 455.45 元,最低的为 227.90 元,9 省平均为 306.43 元。

5、医疗费用负担形式:享受公费和劳保医疗的农村居民占 7.03%,半劳保医疗 1.75%;合作医疗 9.5%;自费 80.50%,其它 1.07%。

二、农村居民的健康状况及医疗需要

疾病在人群中的发生频率往往可以间接地反映居民对医疗服务的需要情况。本次调查反映疾病频率的指标主要有慢性病患者率和两周患病率。

1、慢性病患者情况

本次调查的 265567 人中,现患各种慢性疾病 23842 人,慢性病患者率为 89.78%。呼吸系统、消化系统、心脑血管病、运动系统疾病的患病率分别为 15.81%、14.44%、12.36%、9.35%,这几种疾病患病人数占慢性病患者总人数的 66.9%。其次是传染病,患病率为 9.13%,患病人数占慢性患者总人数的 10.01%。

慢性病患者率随年龄增长而升高,趋势检验,有显著性意义($P < 0.005$)。

2、两周内病伤情况

调查人口中,调查前 14 天内患病者 18835 人,两周患病率 70.92%。其中呼吸系统疾病患病率(23.44%)最高,其次顺位为消化系统疾病(12.84%)、传染病(9.37%)、神经系统疾病(3.26%)、心脑血管疾病(3.02%),前五位疾病的构成比为 73.02%。

两周年龄别患病率的变化呈现两高一低。

3、疾病的严重程度

据家庭调查资料,农村居民两周内每千人口患病日数平均为 478 天,平均每人每年患病 12.4 天;两周内每千人口休工 205,平均每人每年因病休 5.4 天,平均每个学生每年因病休学 1.2 天;平均每人每年因病卧床 2.4 天。

三、农村卫生资源状况

通过对 45 个县, 292 所县、乡级卫生机构和 583 个村卫生所的卫生技术人员、床位、卫生事业费及医疗设备等情况的调查, 分析我国农村卫生资源状况。

1、卫生技术人员: 据 45 个县的 1984 年统计资料, 卫生部门职工 46977 人, 其中卫技人员 38549 人, 占 82.27%。平均每千人口拥有医生 0.77 人, 护士 0.24 人, 药剂师 0.02 人。在卫技人员中, 高级人员占 20.1%, 中级人员占 43.1%, 初级人员占 36.8%, 高、中、初之比为 1 : 2.14 : 1.83。

2、床位: 在调查的 45 个县中, 共有床位 25634 张, 平均每千人口 1.28 张, 床位使用率: 县医院 86.2%、中心(区)卫生院 56.3%、乡卫生院 45.8%。

3、医疗设备: 所调查的 45 所县医院, 基本都配备了 X 光机、心电图机、光学显微镜和手术床。56 所中心(区)卫生院中, 都配备有 30~200mA 的 X 光机、手术床和常规检验设备。乡卫生院的设备比较简陋, 调查的 189 所乡卫生院中, 138 所有 X 光机, 128 所有简易手术床, 有光学显微镜的还不到一半。

4、卫生事业费: 据 40 个县的调查(不含山西), 1984 年卫生事业费共计 5455.2 万元, 人均卫生事业费 2.26 元。在卫生事业费中, 用于卫生防疫的占 12.2%, 妇幼保健的占 3.4%, 用于基本建设的经费占 7.5%。

四、农村医疗服务利用

1、门诊服务利用: 农村居民的门诊服务利用率相对较低, 其两周就诊率平均 9.76%。在村级卫生所就诊的

占 37.8%，在乡卫生院就诊的占 27.8%；在中心卫生院就诊的占 10.4%，在县医院就诊的占 11.7%；在县以上医院就诊的占 2.2%。在两周患病的 28128 人次中，尚有 4367 人次未得到医疗服务，平均未就诊的占 22.9%。未就诊的主要原因为：可以自我医疗(56.2%)，自己认为病轻(20.5%)，经济困难的 18.0%。

2、住院医疗服务利用：本次调查的 265576 人，有 8828 人次需要住院治疗，有 2094 人次应住院而未得到住院医疗服务，未住院率 23.7%。农村居民应住院而未能住院的主要原因是：经济困难(55.9%)，自认为病情轻(25.9%)，无床位(8.1%)。

讨 论

一、农村居民的医疗服务需求

居民对医疗服务的需求主要取决于居民的患病水平。根据 9 省(区)农村居民慢性病患者率 89.78%，推算在全国农村居民中现患各种慢性疾病者为 7011 万~7469 万人。据农村居民两周患病率 70.92%，推算全国农村居民每人每年患病 1.78~1.99 人次。与城市居民每人每年患病 2.68~2.79 人次(1985 年)相比，农村居民对医疗服务的需求低于城市。

本次调查，农村居民的两周就诊率为 9.76%，年住院率为 2.54%，据此推算我国农村居民门诊需要量为 25.41 亿人次，住院需要量为 3104.9~3387.7 万人次。根据城市居民的两周就诊率(14.66%，1985 年)和年住

院率(5.08%,1985年),估算城市居民的门诊、住院需要量分别为10.07亿人次和1219万~1286万人次。由此可见,农村居民对医疗服务的需要虽然低于城市,但是农村的医疗服务需求量却远高于城市。

慢性病前五位依次为:呼吸系统疾病、消化系统疾病、心脑血管疾病、运动系统疾病和传染病。可见当前农村患病率较高的仍是常见病和多发病,急性传染病的危害已大大降低,心脑血管及非生物性疾病呈上升趋势,但各地区间发展很不平衡,相当部分的地区特别是边远地区,一些急性传染病发病率仍较高,所以对常见病多发病和严重危害人民群众健康的传染病的防治仍是农村卫生工作的重点。

二、医疗卫生服务利用

我国农村居民两周就诊率9.76%,患病而未就诊占22.9%,住院率2.54%,需住院而未能住院者占23.7%。未能住院的主要原因是经济困难。患者对卫生服务的利用率仅为76%,低于7国12地区的80.2%的平均水平。从农村居民两周患病的调查看,人均收入低的人群的患病率高,而就诊率和住院率低。不同医疗制度的就诊率和住院率也有差异,享受公费、劳保医疗的居民就诊、住院率均高于合作医疗,享受合作医疗的又高于自费。上述情况说明经济水平的高低和医疗保健制度形式与农村居民健康状况及医疗卫生服务利用密切相关。

本次调查,在村卫生所就诊患者的比例最高(37.8%),其次为乡卫生院(27.8%)、县医院(11.7%)。县、乡、村三级医疗机构完成了84.6%的门诊和86.3%的住

院医疗服务。可见,绝大多数的农村患者在村、乡两级医疗机构就医。因此,应进一步巩固和发展农村三级医疗卫生网,加强初级卫生保健工作,推广适合中国农村情况的医疗保健制度,使农村居民得到必需的卫生服务。

三、农村卫生资源

随着农村经济的发展和农民经济文化水平的提高,农村居民对医疗卫生服务的需求将逐步提高。据9省(区)45个县调查统计,平均每千人口有卫生技术人员1.8人,医生0.77人,护士0.24人。许多地区卫生技术人员结构不合理,技术骨干缺乏,外流严重。45个县的高、中、初级卫生技术人员之比为1:2.14:1.83,说明高、中级技术人员不足,初级卫技人员比例过大。农村医疗卫生机构,特别是乡级机构,设备简陋。56所中心(区)卫生院中,有心电图机的有36所,有牙科综合治疗机的有6所,有除颤起搏器的只有1所。总之,我国农村的卫生资源是低水平的,卫生队伍素质差,医疗设备陈旧、缺乏,卫生事业投资不足,不能满足农村卫生事业发展的需要。

目前我国处于社会主义初级阶段,农村的经济、文化、医疗卫生设施和城市相比还有相当的差距。应采取国家、集体、个人相结合的方针,多方集资,解决农村初级卫生保健经费不足的困难;重视和加强卫生人员的培养,提高农村卫生人员的素质;研究和建立形式多样、项目不同、标准有别的医疗保健制度;使卫生机构在国家的扶持下有自我改造,自我发展的能力,加速农村卫生事业的发展。

切实加强初级卫生保健试点工作的领导

1989年8月9日

全国初级卫生保健合作中心、试点县工作会议,作为世界卫生组织初级卫生保健合作中心主任会议是第四次;作为全国各省、自治区、直辖市普遍参加的初级卫生保健试点县工作会议是第一次,可以说是前几次合作中心主任会议的衍生和发展,是我们接受了1987年10月肖山会议(第三次合作中心主任扩大会议)与会代表关于召开全国性会议的建议召开的,也是根据形势发展的需要决定召开的。全国30个省、自治区、直辖市共290名同志到会。其中,有各省、自治区、直辖市卫生厅(局)长和初级卫生保健试点县(市、区)的县(市、区)长;有各厅(局)医政部门负责人和初级卫生保健合作中心、示范县、试点县卫生局长及部分医学院校的同志;以及新闻单位的同志。会议期间,代表们认真听取了陈敏章部长的讲话和顾英奇副部长关于《深入开展初级卫生保健试点工作》的

这是在全国初级卫生保健合作中心、试点县工作会议上的总结讲话。原载《中国初级卫生保健》1989年第10期。

报告,一致认为,讲话和报告对我国初级卫生保健工作的地位、形势和任务作了全面深刻阐述,是符合我国的实际情况的,是完全正确的。

这次会议得到了世界卫生组织的大力支持。世界卫生组织西太区办事处主任韩相泰博士在他任职的第一年就亲自参加了我们的会议,并做了重要讲话。西太区驻华代表基恩博士和西太区卫生服务及计划司司长帕默博士也出席了我们的会议。

会议认真地讨论了初级卫生保健的试点工作,讨论了中国农村卫生事业的发展道路、目标、策略和措施。大家进一步统一了思想认识,一致认为:农村初级卫生保健事业必须在党和政府的领导下,把每一个农民都能得到最基本的保健服务,都能达到发展生产力所必需的健康水平,以及为此目的而必须进行的农村卫生建设,作为社会经济发展总体目标的一部分,给予行政的、经济的、政策、法律的保障,统筹规划,有领导有计划有组织地实施。会上有 13 位市县(区)长作了令人鼓舞的发言。有 20 位卫生厅局的负责同志和合作中心、试点县卫生局长作了专题发言。这些发言基本概括了近年来的试点工作。实践表明:他们所开辟的工作,无论在初级卫生保健支持体系——三级医疗卫生网,基层卫生技术队伍的建设、集资医疗保健制度方面,还是在开发领导层、调查研究、制定规划、宣传动员群众、组织部门间合作以及检查评价等方面都取得了许多成功的经验。一些老、少、边、穷地区,如湖北、广西、江西等省自治区的部分县正在开拓着老、少、边、穷地区发展初级卫生保健的路子,显示了艰苦创

业的奋斗精神,他们的探索,对于推动我国农村不同经济状况地区全面实现 2000 年的目标具有十分重要的意义。总之,所有试点县工作的实践表明,不论试点工作起步较早,基础条件较好的县,还是刚刚起步,基础条件较差的县,只要奋发努力,积极进取,在发展初级卫生保健事业中都可以大有作为,生动的事实使我们增强了实现既定目标的信心和决心。

会议讨论的初级卫生保健的三个相互配套的文件,即《关于我国实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》、《初级卫生保健工作管理程序》、《初级卫生保健工作评价指标》得到了大家的一致赞同,并提出了一些很好的修改意见。对于讨论中提出的意见和建议,会后我们将组织专门班子立即研究修改,尽快下发试行。其中关于《规划目标》将争取有关部门联合下发。现在大家原则同意三个文件的内容,就可以先做起来。这三个文件是建国以来我国农村卫生工作经验的总结,也是近十年来我们与世界卫生组织合作进行的初级卫生保健合作中心、农村卫生示范县工作经验的总结,是反复实践验证的结果。三个文件的制定和实施,使我国农村卫生工作有了一套可以遵循的规划,共同参照的标准,考核评价的指标,因此,从现在开始,我们可以专心致志地搞农村卫生建设,一鼓作气地干下去,千方百计地防止再次出现农村基层卫生建设的滑坡和反复,把党和国家赋予我们的任务完成好,把人民的保健事业办好。

会议期间,代表们还参观了蓟县的三级医疗卫生网,留下了极为深刻的印象。蓟县各级政府和卫生行政部门

都很重视初级卫生保健工作,真正把这项工作作为一件大事抓紧抓好,三级网健全,作为网底的村卫生室巩固,有一部分乡村还恢复了合作医疗制度。情报和信息工作也正逐步走向科学化、规范化。基层卫生技术人员的待遇问题解决的也比较好,不仅经济条件好的程子口村工作做得好,经济条件一般的桑梓乡也作得很好。代表们认为,参观后很受启发,值得认真学习。

现在,我受部领导的委托,就如何贯彻这次会议的精神,搞好初级卫生保健试点工作,讲几点意见,供大家参考。

一、希望代表们回去后,要及时地向党委和政府汇报这次会议的精神,并提出如何传达贯彻的意见,积极主动地争取党政领导的支持。从卫生部门来讲,建议各级卫生行政部门把传达会议精神,学习陈敏章部长的讲话和顾英奇副部长的工作报告,作为联系农村卫生工作实际,进一步贯彻党的十三大以来的路线、方针、政策,贯彻四中全会精神的重要内容之一。要把会议精神传达到农村卫生战线的每一位同志。通过会议精神的传达和贯彻,达到进一步开发领导层,加强政府对初级卫生保健工作领导和部门协调,动员全社会的力量积极参与,把农村卫生工作的重点引导到实现 2000 年规划上来。把部领导关于试点工作的意见和所提出的发展农村初级卫生保健的任务,列入今明两年农村卫生工作计划,认真贯彻落实。

二、各省、自治区、直辖市卫生厅(局)要参照卫生部提出的《规划目标》、《评价标准》、《管理程序》,结合本地区的实际情况,制定自己的规划目标、评价标准和管理程

序。同时,指导帮助地(市)、县卫生行政部门,特别是试点县做好相应工作,使试点县工作迅速进入程序化管理的轨道。

规划目标与各项指标、评价标准的制定,一定要从实际出发,尊重事物发展的客观规律。同时也要充分重视人的因素作用,既要防止高不可攀,也要力求达到一定的高度,即通过努力能够达到的高度,使规划、标准的实施切实起到推动事业发展的积极能动作用。

初级卫生保健管理程序要在总结多年来农村卫生工作历史经验的基础上,结合现代科学管理经验制定。管理程序一经制定,就要重视充分发挥它的导向作用,以保障实现规划目标。各地的管理程序在总体上要体现卫生部提出的管理程序,同时也应针对当地的具体情况、目标及相应的策略。

三、切实抓紧试点县工作。根据规划目标中分阶段达标的构想,1989~1990年两年应有10%的县,即200个县先期达标。其目的是希望各地选择条件适宜的县,培养自己的宜于推行的样板。这10%的县包括世界卫生组织初级卫生保健合作中心、农村卫生示范县。这些县的试点工作至少已进行了四、五年了,应该率先达标。也包括1980年以来陆续进行重点建设的县、使用世界银行贷款支持农村卫生事业建设的县。这些县绝大部分在仪器装备、基本建设、人员培训上已经基本配套,只要工作跟上去,也完全可以率先达标。值得引起注意的是,有的重点县、贷款县往往热衷于争设备、争基建,结果楼房盖了,设备添了,工作却起色不大,没有取得应有的工作效益、社

会效益。这里顺便提一下,各贷款省、自治区对农村卫生贷款县的管理,不仅要抓房屋基建、设备安装、派出进修,更要抓工作、抓质量、抓效益。特别要促使其充分发挥在发展农村卫生事业,实施初级卫生保健方面的效益。希望两方面不要脱节。甘肃介绍了这方面的经验,值得效仿。应该说,对农村医疗卫生机构的各种渠道各种形式的资金投入,都应该在实施规划目标上见效益。如果把这些潜在能量都动员起来,10%县达标是完全可能的。希望各地抓紧确定试点县,尽快开始试点县的基本情况调查和规划的制订与论证工作,把各项工作开展起来。

四、要认真做好社区工作。实施初级卫生保健的基础在社区,社区的各项医疗卫生工作又都要依靠三级医疗卫生网去完成。随着四化建设的进展,人民生活水平的提高,老龄化趋势的加快以及疾病谱的变化,人们对医疗卫生的需求也在逐渐发生变化。我们不但要继续防治传染病、地方病,同时也要积极防治非传染性疾病和伤残;不但要继续抓好妇幼保健,同时也要积极开展老年保健;精神卫生,口腔保健和各项康复事业都亟需提到重要日程。这些工作不可单打一,不可能各自都建三级网,而只能是一网多用。因此,一定要全面规划,统筹安排。要把上述各项工作都要纳入初级卫生保健规划,纳入社区工作范畴,纳入三级医疗卫生网的工作任务中去。

五、要重视监督评价工作。卫生部制定的规划目标和评价标准都是经过量化的,是硬任务,弹性限度不大,比较容易进行评价。由于缺乏评价工作的经验,所制定的标准也难免会有这样那样的问题,只能作为试行标准,供各

地参照。各地在制定自己的标准后,可结合试点县基线调查进行一次试评价,发现问题及时反映和纠正。卫生部拟与各卫生厅局合作,对第一阶段的“10%县”组织两次全国性的抽样评价。第一次阶段中期评价拟在1990年5月前后进行。第二次阶段末期验收拟在1991年5月前后进行。评价的组织实施办法将另行通知。

六、继续深入进行领导层的开发和管理干部培训工作。关于领导层的开发,许多省、自治区、直辖市已相继开始,并取得了很好的经验。希望各级卫生主管部门切实当好政府的参谋助手,把这项工作推广开来,坚持下去。从宣传学习初级卫生保健的基本概念、基础知识入手,到宣传学习全国和本地区的规划目标、管理程序,搞上两三次,使各级政府中的主要领导同志,特别是主管卫生的领导同志都能成为领导和管理初级卫生保健事业的干练的组织者、领导者。

关于初级卫生保健管理干部的培训,准备采取集中与分散相结合的方法进行。卫生部拟在世界卫生组织支持下,将上海市上海县建设成为初级卫生保健管理干部培训基地。1987、1988两年,受卫生部医政司委托,上海市卫生局、上海县卫生局同上海医科大学曾共同承办了三期县局局长的卫生管理讲习班,有111名卫生局长接受了培训,各方面反映很好。为配合规划试点阶段的任务,拟在今明两年陆续举办规划目标、管理程序、评价方法及情报信息管理方面的培训。

此外,为了加强初级卫生保健的理论研究和宣传工作,我们卫生部在黑龙江办了《中国初级卫生保健》杂志,

陈敏章部长和顾英奇副部长担任杂志的名誉主编。这本杂志自创刊以来一直得到世界卫生组织的重视,中岛宏博士曾经说过,这是全世界第一本以初级卫生保健命名的专业期刊,并给予积极的支持和帮助。卫生部领导也很关心和重视这本杂志。该杂志创刊三年来,为推动我国初级卫生保健工作的发展,起了积极的促进作用。希望大家能够利用这块园地,来研究探索中国初级卫生保健的规律,交流经验,共同寻求有效的方法来解决实际工作中遇到的问题,以推动全国初级卫生保健规划试点工作的发展。

我国初级卫生保健的 重点在农村难点也在农村

1990年7月24日

今天,我能有机会来参加广东省政府召开的广东省初级卫生保健委员会全体委员扩大会议,感到十分高兴。

参加这次会议,对我来说是个极为难得的学习机会。我们早就听说,广东省政府一向十分重视卫生工作,十分重视初级卫生保健,特别是去年以来,省政府批准成立了广东省初级卫生保健委员会,组织和制订了《广东省农村2000年人人享有卫生保健发展规划》。全省有30个县市进行了初级卫生保健的试点,做了大量的工作。最近,省政府正式发布了《广东省农村2000年人人享有卫生保健发展规划》,要求全省各地,认真组织实施。现在又决定召开这样一个会议,专门研究和部署如何实施全省的规划,抓好造福人民的初级卫生保健工作,把它作为贯彻十三届五中全会、六中全会精神,加强农村建设,密切联系群众,关心群众疾苦的一件大事,一件实事来抓。看到这

这是在广东省初级卫生保健委员会全体委员扩大会议上的讲话。

种情况,我很受感动,很受鼓舞,并且深信,通过这次会议,必将对广东省的初级卫生保健事业,起到巨大的推动作用,对全国的初级卫生保健事业,也将会产生积极的影响。

下面我讲三点意见:

一、广东省的农村卫生事业建设和初级卫生保健起步较早,在全国有一定的影响。

据我所知,党的十一届三中全会以来,广东省一直在抓紧进行农村卫生和初级卫生保健方面的工作。我们卫生部还先后几次在广东省开过农村卫生和初级卫生保健方面的会议,总结和推广广东的经验。例如,1980年初的全国农村卫生事业重点县建设经验交流会,也就是三分之一县卫生事业建设经验交流会,就是在广东召开的;1985年我们还在从化召开过全国初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县主任会议,这次会议也有世界卫生组织的重要官员参加。现在我们又高兴地看到,广东的初级卫生保健工作在过去的基礎上,近二年来发展很快,取得了新的更大的进展,形势喜人。最突出的,一是政府重视,切实加强领导。在省政府的带动下,各级政府都把初级卫生保健纳入了议事日程,纳入了当地的社会经济发展规划,作为政府的职责,进行目标管理,并且把它作为考核政绩的一项重要指标,实行奖优罚劣。不仅政府的主要领导亲自组织,真正负起责任,而且充分发动政府各个部门,社会各个系统积极参与,积极承担部门的责任,明确分工,密切协作,动员全社会的力量,齐抓共管。这次会议召集这么多各级政府的领导、部门的领导,共议如何积极推进

广东初级卫生保健的大计,这本身就说明,在广东,初级卫生保健已经成为各级政府的职责,成为各个部门义不容辞的责任。二是有了一个全省统一的规划。这个规划,最近已由省政府正式发布,从而使全省的初级卫生保健有了一个统一的奋斗目标。这个规划目标是全面的,积极的,也是实实在在的。十四项指标集中了初级卫生保健的基本内容,主要的问题都包括了。而且这些指标都是从实际出发的,都是经过努力可以办到的,没有什么高指标,很多都是属于基础性的工作。当然要全面达到这些指标,也不是一件容易的事。但是,尽管有难度,广东的同志们敢于抓难点,攻难点,这说明广东在实施初级卫生保健方面决心很大,魄力也很大。“打基础,攻难点”,确实抓住了关键。因为只有打好了基础,才能更扎实、更有成效的工作;只有突破难点,才能更好地前进。三是为了推进初级卫生保健,在省政府的领导下,广东省卫生厅和全省各级卫生行政部门做了大量的卓有成效的工作,指导思想明确,工作扎扎实实,注意抓宣传,抓调查研究,抓试点,抓基层建设和指导性的工作,各项工作确实搞得比较好。黄光华厅长报告中提到,今年五月,经过试点,对各个试点县的中期评价,已经有七个县基本达标,作到了“后来居上”这一点确实很不容易。如果不是扎扎实实地做工作,是绝对办不到的。

二、推行初级卫生保健的关键在于领导,领导的关键在于确立大卫生观。

这就是要正确地解决对卫生工作在社会、经济发展中的地位 and 作用的认识问题。

大家知道,近几年来到处都谈论大卫生观,到处都在宣传大卫生观,这是一件好事。但是似乎给人们造成了这样一种印象,好象这个大卫生观,是一个新的理论,新的概念,是外国人的发明。对这样一种看法,我认为不符合实际。所谓大卫生观,我个人的理解就是卫生工作的社会发展观,卫生工作的社会系统工程观,要从宏观的、社会的、人类文明和生存发展的高度,来看待卫生工作,就是要把卫生工作看作是全社会的事业,全民的事业,看作是社会的系统工程,而不能就卫生论卫生,不能把卫生工作看作是单纯的业务工作,看作是仅仅是卫生部门的事。在这方面,我认为还是毛主席他老人家最高明,站得最高,看得最远。如果讲大卫生观的创始人,我认为就是我们的伟大导师毛主席,他最早、最全面地提出了大卫生观,而且对此作了十分精辟的论述。

例如,毛主席一向把卫生工作看作是关系着全国人民生老病死的大事,是一个大的政治问题,看作是移风易俗,改造国家,改造世界的一件大事,看作是党的工作、群众自己的事业。他还亲自发动和倡导了群众性的爱国卫生运动。把卫生工作提高到移风移俗,改造国家,改造世界的高度,提高到爱国的高度,过去还从来没有听说过,无论是在中国,在外国都是前无古人的。

再如,也正是毛主席对卫生工作与经济和社会发展的关系,也作过一系列极为重要的指示。早在革命战争年代,毛主席就把卫生工作看作是建设苏区,取得革命胜利的重要保障。在全国解放以后,毛主席更十分重视在发展经济的同时,发展卫生事业。1950年,主席对全国卫生工

作会议的题词：“为开展伟大的人民卫生工作而奋斗”，在卫生工作面前放了一个“伟大的”这么一词，这就说明主席把卫生工作看作是十分重要。后来毛主席在五十年代亲自倡导除四害，讲卫生，消灭主要疾病，在他亲自起草的全国农业发展纲要当中，卫生也占有应有的位置。他还亲自批转了全国农村卫生稷山现场会的报告。这次会议的核心，就是强调要提高对卫生工作在社会和经济发展中的地位的认识，解决卫生和生产、生活的关系问题。

毛主席还亲自起草了著名的《中共中央关于卫生工作的指示》，在这个指示当中，他深刻地阐述了“卫生工作之所以重要，是因为有利于生产，有利于工作，有利于学习，有利于改造我国人民的低弱的体质，使身体健康，环境清洁，与生产大跃进、文化和技术大革命，相互结合起来”。这就说明主席对卫生工作的地位和作用，看得非常重要，想的也是非常全面的。

第三，毛主席最早把卫生工作看作是政府的职责，党的职责。早在井冈山斗争的时候，毛主席就指出，搞好医疗卫生，解决群众的防病治病的问题，是每个乡苏维埃的责任。在抗日战争时期，主席在《论联合政》这篇文章里也对此作过重要阐述。全国解放以后，他曾经起草和批转过很多重要的文件，也多次讲过这方面的思想。例如在1960年的“三一八”指示中，头一句话就是：“卫生工作，这两年有些放松了”。“中央现在提醒同志们要重视这个问题”、“现在，还有很多人不懂这个移风易俗，改造世界的意义。因此必须大张旗鼓，大做宣传，使得家喻户晓，人人动作起来。”等等。

与此同时,毛主席还强调指出,各级政府,各级党委都要把卫生工作列入自己的重要日程,每年“要为卫生工作开会四次”,“年年如此”。这就说明毛主席确实把卫生工作一向看作是党的职责,政府的职责,看作是全社会的大事,看作是振兴中华民族,造福子孙后代的一件大事。

第四,毛主席还亲自批准了卫生工作的四大方针,这就是“面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作与群众运动相结合”。而且亲自倡导了“要把医疗卫生工作的重点放到农村去”这样一个指导方针,还亲自审定了例如消灭血吸虫病等危害人民最严重疾病的规划等等。总之,毛主席对卫生工作有过一系列的重要指示,这些指示并没有过时,在今天仍有重大的现实意义。我个人认为,我们应当把毛主席对卫生工作的一系列重要指示,当作是毛泽东思想伟大宝库中的重要组成部分,认真学习,认真宣传,认真地贯彻执行。但是,我们也不得不承认,近几年来在这一方面的宣传确实很不够,毛主席对卫生工作的一系列重要指示,有很多搞卫生工作的同志,包括新上来的一些领导同志至今不很熟悉,甚至还不太了解。因此,我认为,在今天重新宣传、学习毛主席对卫生工作的重要指示,很有必要,非常重要。这样做将有助于解决对卫生工作的认识问题,有助于树立大卫生观,有助于改善和提高卫生工作的地位,也有助于推进初级卫生保健事业。

三、我国初级卫生保健工作的重点在农村,难点也在农村。

本来,我国的农村卫生工作和农村的初级卫生保健是很有特色的,成绩很大。建国以来,我们在农村卫生和

初级卫生保健方面,取得了举世瞩目的成绩,主要的成绩有以下三点:

一是逐步改变了缺医少药的落后状况,建立了遍布城乡的医疗卫生网。

二是逐步改变了疾病猖獗流行的状况,居民的环境卫生、饮水卫生、营养卫生状况,有了较大的改善,许多危害人民严重的传染病、地方病和营养不良性疾病,得到了有效的控制。

三是显著的提高了我国人民的健康水平,人口的死亡率和婴儿死亡率大幅度降低,人均寿命大幅度提高。

尤其难能可贵的是,这些成绩的取得,是在人口多,底子薄,收入水平低的情况下取得的。我们认为这是我国社会主义制度优越性的重要体现。中国的这些成绩,确实受到了全世界的关注,也得到了世界卫生组织的充分肯定。

但是,我们也不得不承认,前几年,对农村卫生工作指导上,确实有失误,至少是工作指导不力。造成农村卫生工作问题成堆,在一部分地区,农村卫生事业不是发展了,前进了,而是削弱了,倒退了;城乡医疗卫生方面的差别在某些地区不是在缩小,而是在扩大。这种情况不能不引起我们高度的重视。应该说,我国在农村卫生和初级卫生保健方面,有很多经验教训,值得我们认真地总结,特别是对近几年来在工作指导上的一些经验教训,更值得我们进行反思。我觉得下列几点值得总结:

1、一个时期以来没有始终一贯地坚持把医疗卫生工作的重点放到农村去的指导方针。城乡兼顾,实际上是重

点放到城市,政策向城市倾斜,人力、物力、财力向城市集中,所以就造成农村事业萎缩,造成城乡差别越来越大。

2、十一届三中全会以来,卫生部曾经提出进行“三分之一县的卫生事业建设”的规划设想,其目的是有计划、有重点,分期分批地加强农村卫生事业建设,改善农村的医疗卫生条件,更好地为农民服务。这个规划设想一度作为全国卫生工作的战略目标普遍推行,但是没过多久就遭到了夭折,三分之一县卫生事业建设的要求也没人再提了。

3、在改革中,有人把农村三级医疗卫生网当作过时的、阻碍农村卫生事业发展的旧体制,加以批判和改革,特别是对村级卫生组织,不准提集体办医,不准支持集体举办的卫生所,提倡所谓“卫生专业户”,造成大批的村级卫生组织纷纷解体,农村的三级医疗卫生网的网底破坏。农村基层卫生组织究竟是提倡集体办为主,还是提倡卫生专业户,提倡赤脚医生个体开业?一直争论了多年,直到今年的卫生厅局长会议,才算统一了认识,当然,这是一大进步。

4、农村合作医疗是不是文化大革命中“左”的产物,应不应该彻底予以否定,也一直争论了多年。合作医疗之所以纷纷解体,由过去的90%下降到不到6%,有它的客观原因,也有它的主观原因。从客观原因来讲,农村的体制改革对我们的集资医疗有一定的影响,但是主观原因在某些方面还起决定性作用。因在相当一个时期,我们有些同志对合作医疗,持完全否定态度,不但不支持,而且当作极左的东西加以批判。我们认为,在这方面的政策导

向极为重要，正象有的地方农民所说的：“上边不喊了，中间不管了，下面就散了”。近二年来，通过学习党的十三届四中全会、五中全会、六中全会精神，才逐渐统一了认识，并且把推行集资医疗保健制度，列入了2000年人人享有卫生保健的规划目标。

5、前几年，大力宣扬和推行“吃饭靠自己，建设靠国家”的口号，也对农村卫生事业的发展 and 建设，带来了不利的影响。这个口号尽管不切实际，但是在当时只能拥护，不能怀疑。否则就是对改革，对总书记的态度问题。

总之，对卫生部门来讲，这些年对农村卫生工作的指导，确有不少经验教训值得总结，进行反思。当然，前些年由于种种原因造成了一些地区农村卫生事业的滑坡和倒退，这是就全国情况而言的，就农村基层的情况而言的。也有一部分地区的农村卫生事业不存在滑坡和倒退的问题，而是大大发展了，提高了，例如广东的珠江三角洲，还有苏南、胶东、辽南等地。但在全国来说，有几个地方能赶上珠江三角洲！

现在看来，农村卫生工作到了非抓不可的时候了。从卫生部来讲，在十三届五中全会以后，为了贯彻党的五中全会、六中全会精神，又把农村卫生工作提到了重要的日程，我们已就农村卫生改革和建设的问题联合国家计委、国家教委、农业部、人事部等五个部委，共同向国务院写了专门的报告，最近已经送到了国务院。而且为了研究农村卫生方面的问题，部领导还将亲自带队，深入农村，还深入到一些老、少、边、穷的省份，进行调查研究。过去那种忽视农村的倾向，已经开始纠正。但是要真正把农村

卫生工作搞上去,使农村医疗卫生工作的面貌有一个较大的改善,还需要做大量的艰苦的工作,还要进行长期的、坚持不懈的努力。当然,农村卫生工作也要抓重点,抓主要环节。我认为,现在我们抓初级卫生保健,就是抓住了重点,抓住了主要环节。因为初级卫生保健是一项综合性系统性的工程,抓住了这个主要环节就能带动农村卫生工作的方方面面,就能从根本上改善农村卫生状况,提高农民的健康水平。

扎扎实实地做好 初级卫生保健试点工作

——在全国初级卫生保健合作中心
试点县工作会议上的总结讲话

1990年8月28日

历时四天的全国初级卫生保健合作中心、试点县工作会议今天就要结束了。这次会议的主要目的是对全国初级卫生保健试点工作进行中期评价和经验交流,并根据总体评价结果和前一阶段的实践经验,进行继续推进试点工作的对策研究。全国各地对这次会议都极为重视,30个省、自治区、直辖市都派代表参加了会议。

这次会议得到了世界卫生组织西太区办事处的支持和帮助。世界卫生组织官员罗比博士和顾问勃特兰博士、徐丽娜女士专程来华参加会议,并给大会作了学术报告,受到了与会代表的高度评价。对世界卫生组织给予中国农村初级卫生保健事业的一贯支持与帮助,中国卫生部和中国同行感激之情的最好的表达方式是以艰苦的努力,不遗余力的工作,推进中国农村卫生事业的发展,支持世界卫生组织关于“2000年人人享有卫生保健”目标的实现。

下面,讲六点意见。

一、对这次会议的评价

这次会议是我国初级卫生保健规划试点阶段的一次重要会议,是去年天津蓟县会议的继续深入和发展。总的来说,我们认为这次会议开得很必要,很适时,很成功,比较好地达到了预期目的。主要的收获有以下几点:

第一,对初级卫生保健试点工作的中期评价进行了总结和分析,既肯定了成绩,总结了经验,又找出了问题和难点,研究并提出了解决问题的办法和对策。

第二,会议期间,代表们听取了陈敏章部长关于《加强领导,推进初级卫生保健试点工作》的报告。报告全面阐述了初级卫生保健工作的发展形势,总结了执行《关于我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》第一阶段(规划试点阶段)任务以来所取得的成绩,明确地提出了试点阶段后期的工作任务。进一步表明卫生部贯彻党的十三届五中、六中全会精神,加强农村卫生工作,加强预防保健两个战略重点的决心。报告对于推动规划试点各阶段各项工作向纵深发展,完成这一阶段所规定的任务有重要的指导意义。

第三,会议期间,代表们围绕着如何推进初级卫生保健工作进行了广泛的经验交流。会议收到经验交流材料有80余篇,其中常州市政府和华容县政府关于《当好初级卫生保健的组织者和领导者》的经验,金坛、莱州等地全面加强农村三级医疗预防保健网建设的经验,云南玉溪和浙江六个试点县(市)整顿村级卫生组织的经验,湖北枝江抓好基层卫生人员培训的经验,上海郊县、招远、

武穴等地坚持发展完善合作医疗保健制度和四川凉山美姑县在贫困的彝族地区重兴合作医疗的经验,以及河南推广“双瓮漏斗式厕所”,掀起“厕所革命”的经验等等,引起了与会同志的高度重视和极大兴趣。

第四,会议期间,代表们还深入到金坛县农村进行现场参观学习,考察了乡、村两级卫生组织和农村改水改厕工作,听取了开展初级卫生保健工作情况介绍,受到了很大启发。代表们认为,金坛县把初级卫生保健落实到基层的经验和做法确实值得学习。

第五,会议期间,还听取了国内外专家们的学术报告,对初级卫生保健的评价分析与质量保证、农村三级医疗预防保健网的体制问题以及农村集资医疗保健制度问题等,从学术上进行分析和研讨,既为会议增加了学术气氛,又使代表们深受启发,受益非浅。

总之,这次会议既是一次工作会议,又是一次经验交流会和现场会,是继天津蓟县会议之后又一次研究和解决实际问题的务实的会议。正象天津蓟县会议对于在全国范围内推行初级卫生保健起到的积极促进作用那样,通过这次会议也必将推动全国初级卫生保健试点工作进一步向纵深发展,促进规划试点阶段各项任务的落实。

二、关于初级卫生保健试点工作的中期评价

今年三、四月间,由卫生部医政司牵头,组织有关司局、专家和卫生行政管理干部,对30个初级卫生保健试点县的工作按照统一的标准和方法进行了中期评价。其结果已由陶意传副司长和杨辉同志向大会作了报告。正如陈部长所说的:“这两个报告在占有了大量详实资料的

基础上,分别在初级卫生保健试点工作的管理和学术技术方面,进行了认真的、科学的总结与论证”,其基本内容和基本观点都是符合实际的,应该予以肯定。尽管这项工作仅仅是对初级卫生保健进行科学管理和质量监控的一种探索和尝试,但是实践已经表明:中国已在初级卫生保健科学评价和质量管理上迈出了可喜的一步,这也是由经验管理向科学管理过渡的一个重要标志。

据世界卫生组织的专家介绍,对初级卫生保健进行全国性的评价,全世界尚无先例,中国是第一家。世界卫生组织顾问勃特兰博士、徐丽娜博士都高度评价了我国的初级卫生保健及其中期评价工作,他们说世界卫生组织认为,“中国是初级卫生保健的模范”,“中国在初级卫生保健质量评价方面也处于领先地位”,“对30个县的初级卫生保健进行评价分析是非常出色的一大成果”。这是对我们的鼓励和鞭策。但是对这次中期评价,我们也必须“一分为二”,只能说是基本上成功,不可估计过高。因为我们是第一次进行这方面的工作,不仅自己缺乏经验,可资借鉴的经验也很少,只能是在实践中摸索,边学边干,边总结经验。现行的一套评价标准和方法也有待改进,力求使之更科学、更完善。例如这次中期评价中提出的“健康行为形成率和居民卫生保健科普知识普及率两指标达标率最高”的结果,同实际情况有差距,其中很可能有水分。

总之,评价工作现在仅仅是开始,以后还要经常不断的进行,并且要经常总结经验。不仅卫生部要定期组织全国性的评价,省、市、自治区也要组织地区范围的中期评

价,县、市也应进行自评。通过评价,加强质量控制和目标管理,以保证初级卫生保健的各项指标真正落到实处。

三、关于攻难点的问题

各地普遍反映,在十三项指标中,达标比较困难的有三项,即指标 2、指标 5 和指标 7。因此有必要在全面推进初级卫生保健的同时,着重地、积极设法攻克这三大难点。这对于全面实现《我国农村“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》具有重大意义。

三大难点也是三大重点。具体的指标值都是经过调查研究反复论证后确定的,都是符合实际、经过努力可以办到的,不存在要求过高、不切实际的问题。

关于指标 2 规定的卫生事业拨款占县、乡两级财政支出的比例不得少于 8% 的问题,我们曾多次同国家计委讨论过。计委的同志认为,作为县、乡级财政,8% 的比例并不高,因为县、乡财政不同于中央和省级财政,它的主要财力应该用于发展造福于人民的文教卫生事业。事实上,在卫生部和国家计委等五部、委、局联合下发《规划目标》后,全国已有不少县业已达到或者超过 8%。以经济最发达的上海来说,越是经济发达、财政支出的基数越大,达到 8% 的比例就越加困难。但是上海市的 6 个县都全部达到了这一指标。再如地处贵州贫困山区的黎平县是财政补贴县,卫生事业拨款也已接近 8%。最近,广东省省长办公会议讨论决定,在省政府颁发的广东省初级卫生保健实施方案中,已明确规定卫生事业拨款不得少于县、乡财政支出的 8%。上海、广东能办到的事情,其他地方按理也应该能够办到。关键在于要争取党政领导的

理解和支持。为此,我们要千方百计多做工作,争取地方财政对农村初级卫生保健尽可能地增加投入,以保证“2000年人人享有卫生保健”战斗目标的实现。

关于指标5要求的集资医疗复盖率的问题,虽然难度也比较大,但现在的形势与前几年不同了,大环境也发生了变化,这对于振兴集资医疗保健制度极为有利。前几年对集体办医和合作医疗不但不支持,反而当成“极左”的东西,大批特批,加速了村级卫生组织和合作医疗的纷纷解体。现在,在中央十三届四中、五中、六中全会后,从上到下逐步统一了认识。越来越多的同志认为,要振兴中国的卫生事业,还得要重申“把医疗卫生工作的重点放到农村”的方针,还得要加强三级医疗卫生网的建设,还得走合作医疗、集体办医之路。最近,已经有几个省的省政府决定要逐步恢复合作医疗制度。李铁映同志在《国内动态清样》上登载的《湖北省决定恢复农村合作医疗制度》一篇报道上批示:“要总结合作医疗的经验”。据山东招远卫生局步广泰同志说,中宣部已组织几大新闻单位去招远考察合作医疗。根据李铁映同志的批示,卫生部也将组织专门调查组去湖北等地调查总结合作医疗的经验。根据上述情况,我以为指标5的达标难度大大减少。因为根据多年的经验,中国的许多事情往往都要靠政府去组织和推动,只要政府重视,又有群众基础,重振合作医疗或其它形式的集资医疗保健制度就不会太难。现在需要注意的是必须扎扎实实地做工作,稳步前进,发展一批,巩固一批,切忌要求过高或过急,一轰而起,或者搞得不好又来个一轰而散。

关于指标 7 卫生厕所普及率问题,在这次中期评价达标情况最差,30 个县竟然无一达标,充分说明实现这一指标的要求确实难度较大。我们认为造成这一情况的主要原因还是认识问题。因此,必须加强宣传教育,加以引导和示范。河南的经验很有说服力,只要领导重视,大力宣传,通过示范,引导和发动群众自觉地掀起“厕所革命”,这一指标是完全可以实现的。至于这一指标中的具体要求,可以根据实际情况,进行必要的调整,首先要达到“有棚、有盖、有墙、不渗不漏,无蝇无蛆”的要求,在此基础上对无害化处理率的要求,则可因地制宜,逐步达到。至于采用何种方法改厕,也要根据各地的自然、地理、气候条件和卫生工作基础的不同,因地制宜。

四、关于政策倾斜和法律保证

许多同志提出,实现“2000 年人人享有卫生保健”是一项复杂的社会系统工程,既需要政府领导,部门协作,社会参与,齐抓共管,更需要有一系列的配套政策保证和法规保证。最近,卫生部等五个部委已就加强农村卫生改革和建设中的若干政策问题给国务院写了报告,争取国务院能够尽快予以批转。除此之外,我们还准备起草一些有关的法律和法规,目前我们还正在做这方面的努力。

我们高兴地看到,近几年来许多省、自治区、直辖市政府以及市、县政府对农村卫生和初级卫生保健工作越来越引起重视,除加强领导外,还注意实行倾斜政策,并制定了相关的地方性法规。希望今后能进一步加强这方面的工作。作为政府的卫生行政主管部门,我们都必须适时地进行有关实施初级卫生保健政策、法规的研究,争取

在完成《规划目标》第一阶段的时候,拿出一批政策、法规研究的成果,为规划与标准的进一步完善和促进全国初级卫生保健的立法创造条件。

五、需要注意的几个问题

当前,我国实施初级卫生保健的形势很好,一个政府重视、部门协作、社会支持、群众参与的可喜局面已开始形成。在新形势下,我们卫生行政部门的同志更要兢兢业业,扎扎实实地努力工作,力求避免工作指导上可能出现的偏差和失误。当前尤其要注意以下几点:

第一,不可有急于求成的思想。历史经验证明,急于求成,往往欲速则不达,把好事办糟。我们的规划目标,是2000年的目标。虽然经过努力,有可能提前实现;但对绝大多数县来说,要想在一年、二年、三年全面达标是不可能的。我们必须时刻保持清醒的头脑、科学的态度,来不得半点虚夸或搞形式主义。

第二,不可有畏难情绪。全面达到规划目标的要求绝不是轻而易举的事,但也并非高不可攀。只要我们紧紧依靠党和政府的领导,依靠广大的人民群众,知难而进,锲而不舍,就一定可以克服前进道路上的任何困难,实现既定的目标。

第三,不可搞“一刀切”。坚持因地制宜、分类指导的原则,实事求是,一切从实际出发。在全国范围内关于四类地区四类标准的划分,还难以概括不同地区之间的差别,这就要求我们要学会并善于根据不同地区的具体情况,创造性地进行工作。

第四,不可“降格以求”。2000年规划目标的十三项

指标,都是最低限标准。都是要实实在在、不折不扣、认真地完成。如果最低限标准还可以再随意加以降低,这种所谓的“最低限”标准,就将失去意义,做为 2000 年规划目标,也必将失去其意义。

第五,不可“毕其功于一役”。要发扬连续作战的作风,经常抓,反复抓,坚持不懈。正象社会在不断发展、不断前进一样,我们的初级卫生保健也要不断发展、不断完善、不断提高。即使达到了既定的目标,也要朝着新的目标前进,更上一层楼。

以上“五个不可”,我们应当共同努力,加以防止。

六、如何传达贯彻这次会议的精神

建议各省、自治区、直辖市卫生厅(局)回去后,先向厅(局)党组汇报,并进行一次讨论,根据陈敏章部长报告的精神,结合当地实际情况,提出贯彻落实的意见,必要时报告省政府批准执行。至于各合作中心、试点县如何贯彻落实,请各县政府自行讨论决定。希望各地经常同我们保持联系,把贯彻落实的情况及时告诉我们。

牙病防治工作的形势和任务

——在全国初级口腔卫生保健研讨会上的总结讲话

1990年10月12日

首先谈谈形势。大家知道,1985年山西运城牙病防治工作会议以来,全国牙病防治工作发展很快,出现了前所未有的崭新的局面,形势很好,形势喜人。主要表现在以下几个方面:

第一,运城会议以来,牙病防治工作已经或者正在被提到卫生工作的重要议事日程,日益引起了各级领导的重视。过去的牙病防治工作,基本上只是由少数的口腔专业人员在搞,势单力薄,成效不大,各级领导还没有把牙病防治当作一件大事纳入议事日程,给予足够的重视。现在,也就是从运城会议以来上述情况逐渐发生了变化。各级领导都正在或者已经把牙病防治工作纳入了议事日程,从中央到地方,从地方的省、地、市一直到县,各级领

原载《全国牙病防治工作通讯》第3期。

导都开始重视抓牙防,许多地方都成立了专门的机构,制定了牙病的防治规划,有的还实行目标管理。特别值得提出的是,许多地方的政府把牙病防治工作当作是关心人民疾苦的一件大事、一件实事来抓,不仅加强了领导,而且协调有关部门,从宣传教育、组织发动和经费等方面给予大力的支持,从而使牙病防治工作的局面逐渐被打开,出现了前所未有的好形势。从运城会议以后,先后有黑龙江、浙江、四川、广东等省在政府的关怀下,召开了全省的牙病防治工作会议或现场会,制定了本省的牙病防治规划,有力地推动了牙病防治工作的开展。

特别应该值得指出的是,1989年初,全国牙病防治指导组正式成立,这是我国牙病防治史上的一件大事,是卫生部为加强牙病防治工作所采取的一项重大措施。全国牙病防治指导组一经成立,就着手制定规划。开展爱牙日的活动,组织流行病学调查等一系列的工作。实践证明,有没有这样一个全国性的组织情况是大不一样的。在全国牙病防治指导组成立后,由于各级领导的重视,先后有很多省、市、自治区也都成立了牙病防治指导组。根据这次会议得到的信息,全国30个省、市、自治区有20个已经成立了牙病防治指导组,它们是黑龙江、辽宁、吉林、北京、天津、云南、广西、浙江、湖南、湖北、福建、安徽、江西、江苏、贵州、四川、广东、山西、甘肃和河北。全国的14个计划单列市有9个也成立了牙病防治指导组,这9个市是:青岛、哈尔滨、沈阳、成都、大连、宁波、西安、厦门、武汉。也有不少的省、市制定了牙病防治规划。完全可以说,目前的全国牙病防治工作已经走上了有组织、有

领导、有计划迅速发展的轨道。

第二、广泛开展了口腔健康教育的工作，特别是通过开展全国爱牙日的活动，有效地扩大了社会影响，对于普及口腔卫生知识，增强广大群众的口腔卫生意识，动员群众人人参与口腔卫生保健起了极好的作用。

大家知道，我国的牙病的发病率很高，据流调的数据推算，全国约有七、八亿人患有牙病。可是，我们的口腔医师数量又非常之少，仅占人口的 1/10 万。而且随着社会经济的发展，人民生活水平将日益提高，食品越来越精细，糖的摄入量也会不断增加，牙病的发病率肯定还会上升，龋病将治不胜治。根据我国的情况，解决牙病防治的根本办法是贯彻预防为主方针，而口腔卫生教育在预防牙病上有着特殊的作用。群众只有掌握了口腔卫生保健知识，人人爱护牙齿，人人刷牙，人人都参与口腔卫生保健，就可以有效地预防牙病。有鉴于此，1989 年，卫生部、国家教委等 9 个部委决定，每年的 9 月 20 日为全国爱牙日。去年，首届爱牙日在全国广泛地开展。今年的爱牙日活动比去年就更加广泛，更加深入。这两次爱牙日主题都很明确，中心口号鲜明而又突出，宣传的形式也是多种多样。通过开展爱牙日的活动，在社会上引起了强烈的反响，受到了群众的好评。爱牙日的活动，不仅在国内深入人心，深得社会各界广泛支持，而且在国际上也产生了良好的影响，得到了一致的好评。许多国家多年想做而又一直没有做到的事情，我们国家却在短短的一、二年之内实现了、做到了。很多外国朋友对此惊叹不已，甚至一致评价认为中国了不起。可见，爱牙日活动不仅在国内产生

了极好的影响,在世界上,在国际上也产生了很大的影响。

第三,对于如何把牙病防治、特别是初级口腔卫生保健纳入整个的初级卫生保健工作中去,各个地方都做了认真的研究和探索,并且已经初步摸索了一些有益的经验。

例如,许多地方提出,在制定初级卫生保健规划的时候,应该增加上口腔卫生保健的内容,使人人享有口腔卫生保健成为“2000年人人享有卫生保健”的一个重要的组成部分。毫无疑问,这个意见是完全正确的。再比如,在农村的三级医疗卫生网的基础上,建立和健全牙病防治网,实行一网多用,也是一条很重要的、很好的经验。全国有一部分牙病防治的先进县已经做到了在县一级有牙病的防治中心(其中有的是专业防治站,有的是在县医院里面通过加强口腔科,使之发挥这个作用),在乡镇一级,主要是中心乡镇卫生院设置了口腔科,在村一级,对乡村医生也进行了初级口腔卫生保健的培训。由于建立和健全了牙病防治的三级网,大大有利于开展初级口腔卫生保健,有利于解决广大群众“治牙难”、“镶牙难”的问题。再如,有许多地方都从当地的需要和可能出发,从当地实际情况出发,采取多种办法,培训口腔防治人才,特别是中初级人员,他们能够把人才的培训和网点建设结合起来,同开展初级口腔卫生保健结合起来,切实地做到培训一批人才,建立一批网点,开辟一片地区的初级口腔卫生保健工作,边培训、边建点、边工作、边提高。这种方式,实践证明是切实可行、行之有效的。

再如,为了保证人人享有口腔卫生保健目标的实现,武义等地还创造了在中小学和幼儿园的集体儿童中实行牙病统筹保健的经验。我们参观的武义项店乡还在农村居民中实施牙病统筹保健,受到了农民群众的欢迎和好评。这种做法,我们认为是集资医疗保健制度的一种形式,应该予以肯定,并应在有条件的地方,因地制宜地予以推行。

总之,初级口腔卫生保健工作,虽然起步较晚,目前仍在探索之中,但已经出现了很多很好的经验,象这次会议上交流的运城模式、武义的模式、哲盟的模式以及黑龙江的模式,这些模式都是从各地的实际情况出发,符合我国国情,并且经过实践证明是切实可行、行之有效的,而且有很多经验还得到了世界卫生组织的肯定。

第四,牙病防治工作的内容和范围也正在逐步地扩大,牙病防治工作的试点也在逐步扩大。

我们搞牙病防治的历史可以说已经几十年了,但是在过去几十年里,我国的牙病防治工作基本上局限在少数城市,而城市基本上局限于少数中小学校。现在的情况发生了根本性的变化,牙病防治工作正在由城市向农村扩展,也正在由内地向边疆扩展。从防治的对象来看,也正在由中小学和幼儿园的集体儿童向整个人群扩展。从牙病防治工作的试点工作来讲,过去的几十年牙病防治工作的试点县了了无几,可是运城会议以后,试点的范围在逐步地扩大,全国各省、市、自治区都有了自己的试点县,而且也都总结了各自的试点经验,一些试点县的经验也正在许多地方逐步地得到推广。

上述情况表明,全国的牙病防治工作的形势确实很好,是前所未有的,也是令人鼓舞的。我们认为之所以能够有这样的成绩和好的形势,首先应该归功于党,归功于政府的正确领导。当然,与有关部门的协作、配合、支持也是分不开的。同时也应该指出,我们之所以能够取得这样的成绩和好的形势,更应该归功于立志献身于牙病防治事业,勇于开拓进取,开创牙病防治新局面的口腔界的专家和广大的医务工作者。没有他们的艰苦奋斗,没有他们的献身精神,就不会有今天牙病防治工作的新局面。所以,在这里我谨代表卫生部和全国牙病防治指导组,并以大会的名义,向战斗在牙防第一线的医务工作者们表示诚挚的敬意和衷心的感谢!

毫无疑问,我们已经取得了很大的成绩,但是,这只不过是一个良好的开端。当前全国牙病防治工作面临的困难仍然很大,问题仍然很多,主要有以下几点:

第一是发展不平衡。牙病防治工作目前还只是在一部分地区得到了比较广泛的开展,还有相当大的一部分地区目前基本上仍属空白,摆在我们面前的牙病防治的任务是十分繁重而又艰巨的。要实现2000年人人享有口腔卫生保健的目标,更是一件十分艰巨的事情。

第二是健康教育仍是一个极为薄弱的环节,尤其是在农村,很多地方这项工作基本上还没有开展,过去毛主席讲过这么一句话,严重的问题在于教育农民。这句话,过去是正确的,现在我认为仍然是正确的。从牙病防治工作来讲,农村比城市就更加艰巨。根据一些调查,分析目前我国人群刷牙率,城市大概是80%左右,农村只有

20%左右,甚至有的地方还不到20%，“牙病不算病”旧的传统观念,仍然根深蒂固。牙病的就诊率城市大致为15~20%,农村仅仅是5%左右。可见广大群众口腔卫生知识的贫乏相当严重,要改变这种状况,决不是简单的事情,必须做长期的、坚持不懈的努力。

第三是牙病防治机构还很不健全,牙病防治人才还极为缺乏。目前在牙防工作上供求矛盾还十分突出,群众“看牙难”、“镶牙难”的矛盾还是普遍存在。不少地方的农民为治牙要跑几十里路到县医院,许多城市居民看牙病也要半夜去排队、挂号。另一方面,我国的口腔专业人才又大多集中在城市,广大的农民还很少得到口腔卫生保健。因此,需培养大量的中初级人才为广大的农民服务。

第四是仍有一些地方的有关领导同志对牙病的防治工作尚未引起应有的重视。在这些地方,牙病防治工作既提不到议事日程,又得不到必要的支持,致使牙防工作困难重重,举步维艰。

以上这些问题,都是客观存在的,我们应重视。但是也应该指出,这些问题都是前进中的问题,发展中的问题,是经过努力完全可以克服的。对此,我们应该有充分的信心。

二

下面讲讲第二个问题,今后怎么办。

我们总的想法是,一定要把牙病防治工作纳入整个的初级卫生保健工作中,使之成为整个初级卫生保健

的一个重要的组成部分。成为“2000年人人享有卫生保健”的一个重要的组成部分。我们所说的“2000年人人享有卫生保健”的战略目标，理所当然也应该包括人人享有口腔卫生保健。根据我们多年的经验，要实现人人享有卫生保健的战略目标，必须有一个具体的奋斗目标，还必须有一个客观的、科学的评价标准。为此，从卫生部来讲，近几年来一直在致力于初级卫生保健目标和标准的研究，于去年正式制定并发布了《关于我国农村实现2000年人人享有卫生保健的规划目标》。同时也发布了与之配套的文件“2000年人人享有卫生保健”目标的评价标准和初级卫生保健工作管理程序。这几个文件不是以卫生部一个部的名义发布的，而是以5个部委的名义正式发布的。除了卫生部之外，还有国家计委、农业部等。5个部委一致决定，要在全中国农村分地区、分阶段、分层次地全面实施初级卫生保健。这个规划目标和实施办法，既参照了世界卫生组织提出的全球性指标，又充分考虑了我国的国情，从我国农村的实际情况出发，因此很快就得到了中央有关部门的支持和地方政府的认可，也得到了世界卫生组织的赞许和支持。

这个规划目标一共提出了12项指标，加上地方病的指标为13项，这些指标都是从大的方面，从宏观的角度提出的，并没有把所有的疾病都放进去。因为如果这样做的话，那么我们这个规划目标的制定就会极其繁琐，也很难行得通。尽管这些疾病没有具体的一个一个列入进去，但是许多的指标都和包括牙病防治在内的常见多发病防治有极其密切的关系。比如说这12项指标的前几项，如

把初级卫生保健纳入政府的目标管理、纳入当地社会经济发展规划、卫生事业支出占当地财政支出的比例以及健康教育、三级网的建设、医疗保险制度的普及等等指标,都是带有根本性的,足以影响整个卫生工作全局的重要指标,都和牙病防治工作有极其密切关系。这是一个方面。另一个方面最近一两年来,我们也一直在研究如何把初级口腔卫生保健纳入到整个初级卫生保健之中的问题,而且已经初步提出了一些办法,我们打算增加两项附加指标,一个叫做刷牙率,还有一个就是口腔卫生知识普及率。争取将这两项附加指标加到初级卫生保健评价标准中去。如果你能够做到,经过评估可以给你加分;如果你做不到,就要减分,通过这样的办法促进初级口腔卫生保健开展与落实。当然,对这个问题,目前还在继续研讨。因为,整个的初级卫生保健现在还是处在试点的阶段,所以究竟如何纳入为好,我们还准备结合试点,进一步地进行研讨,也欢迎到会的同志们对此提出建设性的意见。

总之,我认为,对于把初级口腔卫生保健纳入到整个的初级卫生保健工作中去,在这个问题上,我们大家的意见是完全一致的。也只有纳入,我们的牙病防治工作才可能会出现新的局面,至于具体如何纳入,还可以进一步研讨,总结经验。

至于今后我们如何进一步搞好牙病防治工作,如何进一步把初级口腔卫生保健工作开展起来,深入一步,我主张要扎扎实实地搞,认认真真地搞,要抓实的东西,多办点实事。下面提出几点具体意见,供大家参考。

第一,关于加强领导

加强领导,主要包括两个方面:一是要积极主动地争取各级党政领导对牙病防治工作的重视、关怀和支持。在这方面,我认为我们应该多做宣传、多造舆论,要把有关的道理向领导同志多汇报,讲清楚,主动争取领导的支持,这就是所谓开发领导层。在这方面,我们不能有任何的消极等待思想,而应该是积极主动,千方百计。也就是说不能消极地等待领导来抓我们,而应该我们主动地去争取领导。第二是各级卫生行政部门要把牙病防治工作纳入到自己的议事日程,来加强对这方面工作的领导。为了落实这一点,我们认为,建立和健全牙病防治指导组至关重要,因为实践证明有没有牙病防治指导组,情况大不一样,有很多同志都这样说,如果没有全国牙病防治指导组的成立,恐怕也就很难想象有今天这样的局面。我们认为,这样的评论是有它一定的道理。因此,希望已经成立牙病防治指导组的地区要进一步地健全、充实、完善,积极开展工作,发挥作用。还没有成立牙病防治指导组的,我们希望应该尽快地成立起来。至于牙防指导组的组织形式可以根据各地的情况,酌情决定。比如说,北京市就是把整个的慢性病,包括肿瘤、心血管、脑血管、牙病防治和防盲,成立了一个统一的慢性病防治领导组,下面分为若干个指导组,其中牙病是一个。我觉得这种形式也未尝不可。总之,牙病防治的指导组织必须要有,市、县也应该有。它的成员,最好由有关方面的代表性的人物来组成,既要有专家,也要有卫生行政领导干部,同时象这次会议上同志们所建议的,吸收、邀请教委的有关领导同志参加这样的指导组,还是很有益处的。

第二,关于制定规划和扩大试点问题

全国的防治规划,经过几次征求意见,现在准备再进一步地加以修改,争取年底前后能够下发。各省、市可以参照执行,并且要参照全国的规划,结合当地的实际情况,制定地方上的具体规划。各地在制定规划的时候,要注意不能搞一刀切,不能千篇一律,都是一个指标,一个要求,要区别各地的不同情况,提出不同的要求。比如这次我们制定的全国初级卫生保健规划目标,就分为四种不同的地区,提出了各自不同的指标要求。这四种不同的地区是:贫困地区、温饱地区、宽裕地区、达到小康水平的地区,而且这些要求也不是固定不变的,可以是滚动式的。比如说某某地方现在还是温饱,再过两年以后已经达到宽裕的水平了,那么指标也要相应地提高。

同时,还要注意抓重点人群。所谓重点人群就是指的中小学生和儿童,包括幼儿园的集体儿童,同时对老年人的牙病防治工作也不能忽视,因为我们国家老龄化的进展还是比较快的,老年保健的问题,也亟需提到重要的议事日程。所以,重点人群既应该包括青少年和儿童,也应该包括老人。在制定规划的时候,还要注意研究把哪些指标可以纳入到初级卫生保健规划当中去,例如,象刷牙率的问题,宣传教育覆盖面的问题。这个我们准备在全国的评价标准里把它补充进去。具体到各个地方,你们还应该增加哪些内容,请你们根据各地的情况去研究决定。

在试点当中,各地也可以根据各自的情况抓不同类型的试点。在这方面,我们希望也应该研究和制定一些标准,经过考核、验收,就可以承认它是口腔卫生保健的达

标县,或者叫做先进县。我们准备回去建议部里研究,争取在明年,在全国范围内评选一批牙病防治的先进县,准备由全国牙病防治指导组先行研究提出一个草案,经过征求意见之后,由卫生部正式下发。

第三,关于人才培训和网点建设

根据这次会议大家讨论的意见,我们认为牙病防治网的建设应该是多种多样,不宜搞一刀。在农村来讲,建设好县、乡、村三级网至关重要。在县一级,我们认为县医院必须有口腔科,有条件的县可以成立牙病防治所(站);中心乡镇卫生院要积极创造条件设立口腔科(或诊室),而且应该有个规划,争取在五年左右的时间把它建成。一般的卫生院可以根据自己的条件,承担初级口腔卫生保健的任务,目前还不大可能要求设置口腔科(或诊室)。当然在有条件的地方,如果能设或者设置兼职的人员,也应该予以支持;至于村一级,对于乡村医生,要经过培训,使他们能够达到会做口腔卫生健康教育的宣传,会进行口腔卫生指导,会识别一些常见的牙病等等。但是这里应该指出,对于初级口腔卫生保健人员,经过培训以后,要经过严格的考试、考核,取得了合格证书以后,才能上岗。对他们要进行必要的质量控制,这也是对人民负责。而且经过短期培训的初级口腔保健人员,每隔一定时期还要进行复训,使他们不断地得到提高。至于乡村医生开展治疗牙病的业务,更要严格控制。现在有些乡村医生乱拔牙情况还是经常见到,必须加强管理。今后,乡村医生治疗牙病的,要经过考核和发证,无证者不准执业。

除了上面谈到的,加强农村三级牙病防治网的建设

之外,还要有更高层次的牙病防治指导中心,尤其是高等医学院校和省、市级的医院,特别是比较大的口腔医院,都应该要求他们建立预防保健科,承担牙病防治的科研和技术指导任务。根据大家的意见,我们准备考虑要把这方面的内容纳入到今后的医院分级管理和评审工作中去。

第四,关于加强学术和信息交流

我们这次会议本身就是一次很好的学术交流和信息交流,这方面的工作,我们建议要经常进行,要采取多种多样的形式。在这里,我们还要建议各种医学杂志,要给口腔卫生保健以一定的阵地,尤其是口腔医学杂志,更要把初级口腔卫生保健放在应有的地位。

第五,要主动地争取各级政府和有关部门的支持

大家知道,牙病防治工作是全社会的事业、全民的事业,涉及方面很广,必须在各级政府的领导下,各个有关部门通力协作,积极配合。要积极设法把牙病防治工作纳入各级政府的议事日程,纳入各级卫生行政部门的工作日程,纳入初级卫生保健工作之中,纳入城乡三级医疗卫生网的工作之中。要积极争取有关部门、社会各界、广大群众对牙病防治的支持和参与。

一年一度的爱牙日活动,是人民群众进行口腔卫生教育,普及口腔卫生知识,动员群众人人参与口腔初级卫生保健的极好的形式,我们一定要把它坚持下去,而且争取年年都有新的进展。至于经费问题,这次会议上大家提出了很好意见,希望能够通过适当的方式来加以反映,争取能够得到较多的经费的支持。希望省市的同志、各地的

同志回去以后,要积极主动地争取各级领导、各有关部门和社会各界的大力支持,要多渠道、多种形式、多种办法来筹集资金。比如我们这个全国牙病防治指导组,也是没有固定的经费来源的,至今这个问题还没有得到解决。说一句老实话,如果我们若是一味地强调,必须首先得给我解决经费问题和编制问题,那么我相信,恐怕今天就不会有全国牙病防治指导组的诞生。所以在这方面,我们不能等待,而应积极地想办法。比如我们这两年开展全国爱牙日的活动,所需要的经费都是多渠道解决的,包括这次开会的经费,也是多渠道,“几个一点”解决的。所以,我们建议同志们回去以后,还是要多想办法,争取各个有关方面的支持,多渠道、多形式、多种办法来筹集资金。困难肯定是有的,但是事在人为,我们要发扬知难而进,锲而不舍的精神。在这方面我们特别要学习牛东平同志的精神、白成平同志的精神以及何德文同志的那种精神。希望通过这次会议,我们口腔界的专业人员,要振奋精神,有所作为,以新的精神风貌,去开创全国牙病防治工作的新局面。

区域医疗卫生规划与县医院的任务

1991年3月10日

一、何谓区域医疗卫生规划？

区域医疗卫生规划是世界卫生革命的一个重要发展趋势，也是我国对医疗卫生事业的发展进行宏观调控的战略性措施。

区域医疗卫生规划是在区域发展理论和现代规划管理理论的指导下，运用系统分析的方法，根据本地区的实际情况和对未来前景的预测，而制定的区域医疗卫生发展战略规划，它是区域经济和社会发展规划的重要组成部分。

制定区域医疗卫生规划的基本目的，就是以实现HFA/2000为目标，以地区居民为对象，根据地区经济、社会发展和居民的预防医疗保健需求，有计划地进行卫生资源的综合开发和合理利用，使之充分发挥效益。

二、区域医疗卫生规划的基本特点及基本内容

1、基本特点：

这是在全国县医院院长讲习班上的讲课提纲。

(1)从实际情况(需要和可能)出发,适应当地经济和社会发展需要,适应居民的预防医疗保健需求。

(2)体现大卫生观——政府领导,部门协作,社会参与,群众参与,综合治理。

(3)地区医疗卫生服务网络化、系统化,分级分工,相互协作,有序运转,系列服务。

(4)坚持扩大预防,实行预防、医疗、保健、康复综合服务。

(5)讲求适度发展,注重适宜技术(包括人才培养、设备购置、技术发展等)。

(6)讲求成本效益。合理利用资源,低投入,高效益。

(7)与改革医疗保健制度,实施全民健康保险相同步。

(8)地方统一领导,加强行业管理,逐步走向法制化。

2、基本内容:

(1)制定规划的目的和指导思想。

(2)地区现状分析。

(3)合理划分预防医疗保健圈。

(4)合理确定各级医疗机构的功能地位及相互关系。

(5)研究制订改善医疗资源缺乏地区及加强基层医疗机构的特殊政策。

(6)建立完善的急救医疗体制。

(7)建立老人医疗保健服务体制。

(8)建立康复医疗服务体制。

(9)建立牙病防治服务体系。

(10)建立供血服务体制。

(11)提出对危害当地人民最严重疾病的防治对策。

(12)建立地区居民健康管理系统。

(13)建立情报信息管理系统。

三、国际社会提倡区域医疗卫生规划的背景

1、适应 HFA/2000 和 PHC。

2、卫生机构分布的均衡性。

3、卫生服务的公平性。

4、卫生资源利用的合理性。

5、控制医疗费用的高涨。

6、国家和地方对卫生发展和卫生服务进行干预,以组织化、计划化、法制化代替自由化。

四、我国推行区域医疗卫生规划的进展情况

1、建国以来,我国的经济建设和社会发展一直是有计划地进行。卫生发展也被纳入国家的或地方的经济和社会发展规划。但在不同时期,往往受到来自各方面的干扰。

2、区域医疗卫生规划的基本观点在我国早已确立,并经长期实践、检验,证明是正确的。

(1)大卫生观。

(2)按行政区划建立医疗卫生机构。统一规划,合理布局,形成城乡医疗卫生网。

(3)实行分级分工医疗,即划区医疗的体制。三级医疗卫生网逐级进行业务技术指导的制度。

(4)实行城市支援农村,内地支援边疆,发展地区支援不发达地区,大医院带小医院的制度。

(5)以医院为中心扩大预防。

(6)工矿企业的医疗卫生机构由地方统一领导。

(7)在广大农村推行合作医疗制度和乡村医生制度。

(8)实行医院分级管理。

3、在世界银行支持下,九江、金华、宝鸡三市进行了区域卫生规划的试点,制定了五年“综合性区域发展规划”,现已开始实施。

4、目前的发展趋势。

(1)方向已定,逐步实施。

(2)用区域医疗卫生规划的观点和原则指导当前的卫生改革与发展,加强宏观指导和宏观调控,正在引起各地的重视。

(3)在区域卫生规划原则指导下的医院分级管理与医院评审,正在进行试点,稳步实施。

(4)区域医疗卫生发展的重点在农村,在于搞好农村三级医疗卫生的建设。

(5)开展区域卫生规划有关的理论和方法研究。

(6)把区域卫生规划的基本原则纳入国家和地方的有关法规,实行法制化管理。

五、县医院在农村区域卫生发展中的地位和作用

1、县医院在农村县、乡、村三级医疗卫生网中处于核心地位,是农村三级医疗网的“中枢”、“龙头”。它是全县的医疗业务技术指导中心,是农村三级网开展医疗、教学、科研的基地。

2、县医院的核心地位,主要是基于:

(1)地处全县政治、经济、文化中心。

(2)人才较集中,实力较强。

(3) 历中上一一直处于中心地位。

(4) 以医院为中心, 扩大预防的体制。

(5) 医院分级管理体制中的功能地位。

3、作为一个县的医疗业务技术指导中心, 不仅能正确地诊治常见病、多发病, 而且应胜任急症抢救和疑难重症的诊治, 做到大伤大病不出县。

4、县医院的作用不仅在于完成本院院内的医疗、教学、科研任务, 提高业务技术水平和管理水平, 而且还在于指导全县的基层医疗机构的业务技术, 提高全县的医疗业务技术水平和管理水平。必须放眼全县, 胸怀全局, 指导基层, 加强基层。

5、以 PHC 为中心, 以实现 HFA/2000 为目标, 做好社区的预防、医疗、保健、康复服务, 是我国农村卫生工作的发展趋势。县医院的工作也要与这一发展趋势相适应, 积极地扩大功能, 改变传统的办院模式, 走出医院大门, 为推进社区 PHC, 提高人民的健康水平做出贡献。

六、为建设“象样的县医院”而奋斗

1、建设“象样的县医院”是五十年代后期提出的口号。在今天, 建设“象样的县医院”, 就是要按二级医院的标准把县医院建设好。不仅要“达标上等”, 而且要适应农村特点和农民群众的需求, 适应卫生革命和医学模式转变的新的发展趋势, 办成深受农民欢迎、热心为农民服务的农村综合医院, 办成扩大改革开放的多功能医院。

2、县医院的发展要遵循两条原则: (1) 规模要适度; (2) 技术要适宜。不盲目扩大规模, 不盲目追求“高大精尖”, 重在提高医院的综合水平。

3、加强县医院建设,必须始终不渝地抓好两个关键:一要加强领导班子建设,关键是要有一个符合“四化”要求、敢抓敢管,能够团结和带领全体职工开拓前进的好院长;二要大力加强技术队伍建设和专科技术建设,培养又红又专的技术人才,关键是要培养一批技术骨干,特别是各个专业的学科带头人。

4、现阶段县医院业务建设的重点仍在于加强基础建设,提高基础质量。

下列各点是基础建设的重点:

- (1) 医德医风。
- (2) 基本制度。
- (3) 基本设施。
- (4) 基本功训练。
- (5) 急诊急救。
- (6) 各种常见病、疑难重症的诊疗技术。
- (7) 基础护理、专科护理、危重病人护理。
- (8) 消毒隔离与防止院内感染。
- (9) 预防保健科的建设和在全院人员中树立大卫生观念、预防为主观念、现代医学模式观念。
- (10) 质量管理与监督。

5、各级卫生行政部门要为建设“象样的县医院”创造必要的条件。大、中城市的大医院、医学科研机构 and 高等医学院校要为县医院建设提供积极的支援和帮助。

6、争取地方政府和有关部门大力支持县医院的改革和建设,为县医院的发展与提高创造较好的物质条件。

积极推广运城等地的 牙病防治工作经验

1991年3月25日

要大力宣传和推广运城、武义、哲盟和黑龙江等牙防工作四个模式四个样板的经验。去年在武义会上就谈过这个问题，这次我们全国牙病防治督导组扩大会议，把这四家都请来了，分别做了经验介绍。因此，我们这次会议比起以前任何一次会议更丰富多彩，内容更加充实。我听他们的经验已经不止一次了，但给我的感觉是一次比一次深化，一次比一次受教育。这四个地方的经验确实是十分可贵。这四个地方在我国并不是经济发达的地区，有些地区还是贫穷落后的地区，象哲盟是少数民族地区，我们叫做“老少边穷”。象运城，人均经济收入都在全国平均水平之下。黑龙江在全国来讲也不是经济发达的省。浙江武义县也不是浙江省经济发达的县。他们的基础相当薄弱，相当差。就拿运城来说，七、八年前牛东平大夫那里还是个夫妻诊所，牙病防治还是一片空白。而现在，情况

这是在第三次全国牙病防治督导组扩大会议上讲话的一部分，原载《全国牙病防治工作通讯》第4期。

发生了根本的变化,取得了举世瞩目的成绩。同样,在哲盟,八十年代初期,口腔科人才与人口之比是1:13万,远远地低于全国平均水平。经过短短几年的努力,达到了1:1.1万。这是了不起的。所以说,这四个地区的经验十分可贵。如果说要建设具有中国特色的口腔卫生事业的话,他们给我们做出了榜样。因此,我还有一个想法,能不能把这四个地方的经验系统的总结一下,编成一本书,这对各地学习和推广他们的经验会是很有益的。刚才卞金有同志对四个模式进行了一番总结,他分析的很好,总结的也很好,各有特色,但有一些基本经验还是共同的。我觉得最主要的有:

第一条,他们都是主动地争取各级领导的支持,争取各有关部门的支持。在这几个地方,牙病防治事业已经纳入了政府的议事日程,纳入政府的目标管理,也纳入了当地的社会经济发展规划和卫生保健事业的规划。可以说,这几个地方的牙病防治工作已经成为政府的目标,成为全社会的事业,全民的事业。不是只凭少数几个专业人员,而是动员千军万马,大家来一起积极参与。我觉得这个经验十分可贵,正是由于政府把它列入自己的议事日程,那么有关部门才能更好地配合,很好地协作。如教育、文化、宣传、青年团、妇联等各个有关的方面都参加进来了。从卫生系统内部来讲,也不是哪个部门管就哪个部门孤军奋战,现在情况变了。虽然是医政部门管,但是防疫部门也参与,妇幼卫生部门也参与,卫生宣传教育部门也参与,这样才能有力量。

第二条,他们都切实地把牙病防治纳入到初级卫生

保健统一规划之中。在这方面,几个地方都给我们提供了新鲜的经验,不仅在初级卫生保健规划中有口腔卫生保健的内容,有牙病防治的内容,有比较具体的奋斗目标,而且还有一套检查评比的方法。象牡丹江的林口在这方面就做的很好,不仅从规划上纳入,而且从组织上,从领导上,从宣传发动上,从各个方面都纳入了。这样就使我们的口腔卫生保健的实施有了可靠的保障。这个问题,确实是一个很重要的问题。从我们全国牙病防治指导组来讲,一直在研究这个问题,但是黑龙江走在了我们的前头,因为在我们全国牙病防治指导组成立之前,也就是从1988年就开始研究怎样把口腔卫生保健纳入初级卫生保健,而且现在已经摸索了一套经验,说明在这方面我们是有共识的。牙病防治工作孤军奋战,孤立地搞是不行的,要达到更大的效益,实现人人享有口腔卫生保健目标,就必须走这条路。

第三条,他们都把培养口腔专业人才,建设牙病防治网点当做一件大事来抓。这样做确实是抓到了点子上,抓到了关键。因为要搞口腔卫生保健,要搞牙病防治,没有一支队伍是不行的。没有一套布局合理的防治机构和网络也是不行的。当然,这个网络不能是撇开三级医疗卫生网而自成体系,都搞成口腔医院或口腔防治诊所,甚至到村里都建立牙病防治所,这是不可能的。他们的共同经验就是,在三级医疗卫生网的基础上,建立牙病防治网,而不是另搞一套,就象黑龙江讲的,是母网与子网的关系,一网多用。因为实际上,每一种病都搞一个网是不可能的,只能是一网多用。这里所说的一网多用,就是在我们

整个医疗卫生网里面,必须要有口腔科的设施和口腔技术人才,口腔卫生保健工作得有人来做。在这几个地方,可以说已经初步做到了这一点。即:在县一级,都有牙病防治所或者是县医院的口腔科,成为全县的牙病防治工作的指导中心;在乡镇一级,在目前虽然还没有实现乡乡有口腔技术人才,但是在中心乡卫生院都建立了口腔科或者叫五官科;村一级,有的地方对乡村医生进行了短时间的培训,象林口,180多名乡村医生都经过了口腔卫生保健知识培训,虽然培训时间很短,但是教会他们会做牙病的预防,会做口腔健康教育,会识别一些最常见的牙病。我想,乡村医生能做到这“几会”就了不起了,就够了。不一定要求乡村医生都成为口腔科大夫,那是不现实,也是不可能的。当然,象山西运城,在中心村也设立了口腔专业人员。就多数地区来讲,恐怕还难以办到。看来,三级网在这几个地方已经普遍都形成了,有了一定的基础。口腔专业人员初步形成了一支队伍,高中初相结合的,以中初级人员为主。这样,我们的一些牙病防治任务就可以在这些地方得到落实。

第四条,这几个地方都十分重视口腔卫生健康教育。采取多种形式宣传群众,动员群众,积极参与口腔卫生保健。全国“爱牙日”活动,他们这几个地方也都开展的很好。虽然都是农村,首届“爱牙日”时要求先在大中城市进行,但是他们都积极认真地开展。而且不是一天,前前后后搞了一周,甚至更长。采用多种多样的形式,广泛宣传、发动,取得了比较好的效果。当然,这方面的工作还是刚刚开始,需要坚持不懈地反复宣传。这一点不仅我们口腔

卫生保健需要这样做,整个的初级卫生保健也需要这样做。对于如何搞好初级卫生保健,世界卫生组织概括了几条,其中有一条是“群众参与”,这也是总结借鉴中国的经验而提出来的。毛主席曾经有句名言,叫做:“我们必须告诉群众,自己起来同自己的文盲、迷信和不卫生的习惯做斗争”,用我们现在的话来说,叫做群众参与,要提高群众自我保健意识。口腔卫生保健是群众自己的事情。但广大群众特别是农民和少年儿童一般都缺乏口腔卫生保健知识,这就需要我们去进行宣传教育,普及口腔卫生保健知识。这方面的任务相当艰巨,我们必须努力做好。

第五条,坚持自力更生,艰苦奋斗。这也是四个地方牙防工作经验的最可贵之处。创业之初,这几个地方的条件都很差,困难重重,但是他们没有“等、靠、要”,没有被困难所吓倒,而是发扬了自力更生、艰苦创业的精神,“有条件要上,没有条件积极地创造条件也要上”。象牛东平同志、何德文同志为了开拓牙防事业,可以说是千方百计,百折不挠,多少年如一日,做了大量的艰苦的工作。古人说“得道多助”。牛东平、何德文他们的这种精神,终于感动了“上帝”,得到了各级领导、各有关部门和广大群众的支持,开创了牙防工作的新局面,可见“事在人为”,“有志者事竟成”。

我认为,以上五条是四个地区牙防工作带有共性的经验,值得全国各地认真学习、借鉴。

中国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标

1991年11月10日

“2000年人人享有卫生保健”是1977年世界卫生组织提出的全球战略目标。1983年和1986年,中国政府两次明确表示了对这一目标的承诺。1988年10月,李鹏总理进一步阐明实现“人人享有卫生保健”是2000年我国社会经济发展总体目标的组成部分。

根据中国第四次人口普查统计,全国总人口已逾11.5亿,其中农村人口超过9亿,中国初级卫生保健的战略重点理所当然地应该放在农村。中国农村实现“人人享有卫生保健”的基本途径和基本策略是在全体农村居民中实施初级卫生保健。

一、基本依据

(一)WHO提出的实施PHC的基本原则、基本内容和检查评价HFA/2000的全球性十二项指标。

(二)我国政府制定的国民经济和社会发展的战略目

这是在第11届国际农村医学学术大会上的报告。原载《第十一届国际农村医学学术会议论文集》。

标：

第一步：从 1981~1990 年，使国民生产总值比 1980 年翻一番，解决人民的温饱问题；

第二步：从 1991~2000 年，使国民生产总值比 1980 年翻两番，人民生活从温饱达到小康。

(三)中国农村卫生工作的现状，主要是：建国 40 年来，在建立农村医疗预防保健网、培训农村卫生技术队伍、控制危害人民最严重的传染病、地方病和营养不良性疾病、提高农民的健康水平等方面，取得了巨大成就，但发展很不平衡。

农村实行联产承包责任制后，农村基层卫生组织和合作医疗保健制度受到很大的影响，国家和集体对农村卫生事业的投入也有所减少，因而进一步拉大了城乡差距。农村的卫生保健设施和医疗卫生服务，远远不能适应农民群众日益增长的需求。

鉴于上述情况，必须把加强农村医疗卫生工作作为战略重点，把“2000 年人人享有卫生保健”作为农村卫生工作的奋斗目标，通过治理整顿和深化改革，把农村卫生事业振兴起来。

二、规划目标与评价指标体系

实施农村初级卫生保健必须有明确的规划目标及评价标准。1990 年，中国卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱卫会等政府有关部门共同制定发布了《中国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》、《初级卫生保健工作管理程序》和《“2000 年人人享有卫生保健”评价标准》。这一规划目标，已被纳入国

家和地方的国民经济和社会发展规划,纳入了各级政府的目标管理,正在全国各地开始实施。我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的最低标准如附表:

附表 中国农村“2000年人人享有卫生保健”最低限标准
(以县为单位)

初级卫生保健指标	不同经济地区最低限标准			
	贫困	温饱	宽裕	小康
1. 把初级卫生保健纳入县、乡(镇)政府工作目标和当地社会经济发展规划(%)	100	100	100	100
2. 县、乡政府年度事业拨款占两级财政支出的比例(%)	8	8	8	8
3. 健康教育普及率(%)	50	65	80	90
4. A. 行政村卫生室覆盖率(%)	90	95	100	100
B. 甲级卫生室占村卫生室比例(%)	30	50	70	80
5. 合作医疗保健覆盖率(%)	50	50	60	60
6. “安全卫生水”普及率(%)	50	70	80	90
7. “卫生厕所”普及率(%)	35	45	70	80
8. 食品卫生合格率(%)	80	80	85	85
9. 婴儿死亡率每五年递降百分比(%)	20	15	10	5
10. 孕产妇死亡率每五年递减百分比(%)	30	25	20	15
11. 儿童“四苗”单苗接种率(%)	85	85	90	95
12. 法定报告传染病发病率每五年递降百分比(%)	15	15	10	10
** 地方病区特定指标:地方病患病率每五年递降百分比(%)	10	10	5	5

三、实施步骤

我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”规划目标大致分两步走。第一步,1995年以前50%的县达标;第二步,到2000年再有50%的县达标。

具体分为以下三个实施阶段:

第一阶段(1989~1990),即规划试点阶段。主要任务是:①全面进行初级卫生保健的宣传教育,重点是开发领导层,培训管理干部、技术队伍和群众卫生骨干;②健全农村三级医疗预防保健网,改革与完善医疗保健制度,完成实施初级卫生保健的组织准备;③通过调查研究,在搞清各项规划指标本底情况基础上,以《最低限标准》为依据,提出本县预定值,制订相应的实施办法;④选择条件适宜的县进行实施初级卫生保健的试点,建立在本地区具有典型意义的示范县,力争全国有10%的县首先达到规划目标的《最低限标准》。

第二阶段(1991~1995),即全面普及阶段。主要任务是在当地政府领导下,通过政府各职能部门的协同,群众的充分参与,全面实施“2000年人人享有卫生保健”发展规划。各省、自治区、直辖市至少有50%的县达到《最低限标准》。

第三阶段(1996~2000),即加速发展、全面达标阶段。主要任务是:①在社会经济条件进一步发展的基础上,完善发展初级卫生保健的内部机制,完成第二个50%;②第二个阶段已达标的县,要在新的基础上继续努力,以更丰富的内涵和更高的标准,向新的目标前进;③全国范围的检查考核,总结验收。

四、几点说明

1、《中国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》原则上提出了不同地区实现“人人享有卫生保健”的最低限标准和分阶段实施的构想。各省、自治区、直辖市应从实际出发拟定本地区的规划和实施办法。

2、不同经济状况地区的划分,是根据“国家2000年经济发展规划”和国家统计局曾经使用过的统计方法提出的,其意义在于强调从实际出发。既不搞一刀切,又努力促进农村卫生事业的发展,逐步缩小地区间的差距,达到卫生资源的公平分配,人人享有同等的健康权利。

3、各地规划指标的预定值一般不应低于《最低限标准》。目前经济较发达,工作基础也较好的地区,指标及其内涵可以扩充,标准可提高。

4、中国是世界上人口最多的国家,经济又比较落后,可耕地仅占世界的7%,但人口却占世界总人口的22%。在中国实现“2000年人人享有卫生保健”是一件极为困难的事情。但是中国经过40多年的努力,已经在广大农村地区建立了农村三级医疗预防保健网,培训了拥有290万人的农村卫生技术大军(其中县、乡两级的专业卫生技术人员170多万人,村级卫生组织的乡村医生和卫生员120多万人),为实施初级卫生保健打下了坚实的基础。

五、小结

目前,全国农村实施初级卫生保健规划试点工作已全面展开。各省、自治区、直辖市都确定了自己的试点县。据初步统计,全国已有初级卫生保健试点县和示范县

250个,约占全国总县数的11.4%。去年,我们采取抽样调查的方法,对30个初级卫生保健试点县和示范县的工作进行了一次中期评价。结果表明,实施初级卫生保健,充分调动了各级政府和有关部门的积极性,也充分调动了社区和广大群众的积极性,确实是解决当前农村医疗卫生工作面临的主要问题,加强农村卫生事业建设,开创农村卫生工作新局面的有效办法。各试点县,都普遍成立了由政府主要领导和各有关部门负责人参加的初级卫生保健委员会或领导小组;制定了初级卫生保健长远规划;初级卫生保健已纳入政府的目标管理,纳入县和乡(镇)的社会经济发展规划;规划目标中的各项指标已被分解到各有关部门;社区和广大群众积极参与,共同承担卫生保健责任。在工业发达的地区,有的县已开始把小工业的职业卫生服务,纳入初级卫生保健内容。总之,“2000年人人享有卫生保健”已经或正在成为全社会的共同目标。我们有坚定的决心和充分的信心,为实现这个战略目标而努力奋斗。

我国农村初级卫生保健发展历程

1992年1月20日

一、我国农村初级卫生保健的形成与发展

在我国,开展农村卫生和初级卫生保健,已有几十年的历史。可以说,中国共产党领导全国人民艰苦奋斗,推翻反动统治,建立新中国,建设社会主义的历程,就是不断地与贫穷、疾病、愚昧和不卫生做斗争的历史。

早在新中国成立之前,中国共产党所领导的革命根据地和解放区就十分重视卫生工作,并且把它看作是建设革命根据地、夺取革命胜利的重要保障。当时毛泽东同志所倡导的农村卫生、大众卫生、国民卫生实际上就其目的、内容要求与方法来说,同初级卫生保健基本一致,实际上就是中国农村早期的初级卫生保健。毛泽东同志在江西苏区长岗乡所创造的在乡苏维埃的领导下发动群众,大搞群众卫生运动的经验,应该看作是中国农村开展初级卫生保健最早也是最宝贵的经验。

原载《中国农村初级卫生保健指导手册》,辽宁科技出版社,1992年。

新中国成立后,随着国民经济的恢复和社会主义建设事业的发展,初级卫生保健事业也得到了发展。党和政府一贯强调在发展经济的同时,发展卫生事业。制定并坚持了“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众相结合”的卫生工作方针,把加强农村卫生事业建设,改善农村的卫生状况列为工作重点。不仅在建立健全医疗卫生组织、培训医疗卫生技术人员,解决广大农村缺医少药问题上取得了令人瞩目的成绩,而且坚持发动群众,广泛开展爱国卫生运动,移风移俗,改造国家,提高人民健康水平。这些方面的工作,我们已坚持40余年,即使在“十年动乱”期间,也未曾放松。

党的十一届三中全会以后,在改革、开放的方针指引下,随着政治、经济、文化、思想、社会等领域的深刻变革,我国的初级卫生保健工作也有了进一步的发展。我国政府承诺了WHO提出的“2000年人人享有卫生保健”全球战略目标,并把它纳入社会、经济发展总体规划中,作为两个文明建设不可缺少的一个重要环节,作为本世纪末实现“小康社会”的重要标志之一。从1980年起,在全国范围内分期分批地进行了重点县卫生事业的整顿建设,主要是集中人力、物力、财力加强县级医疗机构和中心卫生院,同时要建立健全村级组织,稳定与提高乡村医生队伍。依靠县、乡、村三级医疗预防保健网,全面加强农村医疗卫生工作,推动初级卫生保健工作的深入发展。

随着改革、开放政策的实施,十年来,我们同世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发计划署、世界银行和国际农村医学会等国际组织,发展了友好合作关系,

先后建立了莱州(山东)、从化(广东)、嘉定(上海)、科左中旗(内蒙古)PHC 合作中心、绥化(黑龙江)PHC 情报信息合作中心和金州(辽宁)、都江堰(四川)、武鸣(广西)、蒲城(陕西)、萧山(浙江)、蓟县(天津)农村卫生示范县以及上海县“卫生部初级卫生保健管理干部培训中心”。还建立了 300 个妇幼卫生保健示范县和为数众多的农村改水项目和计划免疫冷链项目。这些合作项目都在不同领域与侧面,推动了我国农村基层卫生事业的发展。除此之外,我们还与 WHO 等国际组织合作在我国召开了一系列 PHC 会议和研讨会。例如:1982 年在山东莱州市召开的有十几个国家卫生部部长、卫生总监和社会部部长参加的“PHC 区间研讨会”;1985 年在广东从化县召开了以“传统医学在 PHC 中的应用”为主题的国际研讨会;1986 年在北京召开的有省、地(市)、县政府领导参加的“实现 2000 年人人享有卫生保健领导干部研讨会”;1987 年在浙江萧山会议上首次提出了《初级卫生保健合作中心、农村卫生示范县的最低限标准及考核评价标准》;1988 年我国与国际农村医学会合作在北京成功地举行了第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术大会;1989 年卫生部在天津蓟县召开的全国首届初级卫生保健工作会议又根据我国实际情况制定了《关于我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”规划目标》及评价标准和管理程序,并联合国家计委、农业部等有关部委发布试行;1990 年江苏常州会议又在总结初级卫生保健试点工作中期评价基础上,提出了进一步加强领导,继续推进 PHC 试点工作的要求;1990 年 WHO 还在上海召开了

“区域间 PHC 质量保障会议；1991 年我国再次与国际农村医学会合作在北京召开了第十一届国际农村医学学术大会，吸引了来自全世界五大洲的数百名专家学者，共同就“2000 年人人享有卫生保健”的对策进行研讨。这些活动，不仅极大地促进了我国初级卫生保健事业的发展，而且也扩大了我国在国际上的影响。现在，许多国际友人都把中国看作是“初级卫生保健的故乡”。中国推行初级卫生保健的经验受到了国际社会的普遍关注。

二、中国初级卫生保健的巨大成就

新中国成立之前，中国是个半封建半殖民地国家，经济十分落后，医药设施极为贫乏，疾病流行非常严重。中国人竟被一些外国人诬为“东亚病夫”。当时，广大农村除了在少数集镇上有散在的开业医生外，基本上是无医无药。全国 2000 多个县，仅有 1400 所设备极其简陋的县卫生院，病床只有 20000 张，只能为少数有钱人服务。广大农民饥寒交迫，贫病交加，生命和健康毫无保障。新中国成立后，在党和政府的领导下，经过 40 年的努力奋斗，我国在农村卫生和初级卫生保健方面取得了举世公认的巨大成就，过去那种无医无药和疾病猖獗流行的状况已经有了根本的改善。

四十年来的主要成就可归纳为以下三个方面：

(一) 依靠国家、集体和农民群众的共同努力，在全国范围内逐步建立起县、乡、村三级医疗预防保健网，培养了一支能够坚持同农民相结合，为农民服务的医疗卫生

队伍,逐步改变了拥有八亿多人口的广大农村严重缺医少药的落后状况。

目前,在我国的县一级,设有县医院、中医院、卫生防疫站、妇幼保健站、药品检验所和卫生学校等;在乡(镇)一级,设有防治结合的综合性的卫生院,并对其中一批地点比较适中、交通方便的乡(镇)卫生院,在人员配备、器械装备、房屋建设和领导管理上予以重点加强,使之成为中心卫生院;在村一级,一般都设有卫生室,配备有二、三名乡村医生和卫生员,有相应的房屋和简单的医疗器材,有100余种常用药品,有的还设有妇科检查室和观察床。

上述县、乡、村三级医疗预防保健网,县级医疗卫生机构是全县的业务技术指导中心和培养卫生技术人才的基地,乡卫生院是承上启下的中间枢纽;村卫生室是三级网的基础。由于农村三级医疗预防保健网的建立和发展,我国广大农村已经形成了一个符合统一规划、合理布局原则的不同层次的卫生服务系统和转诊系统,使广大农民一般都能够就近得到方便而又廉价的医疗、预防、保健服务,初步做到了把疾病预防、治疗、控制在基层,遇有比较疑难的病证一般都能在县级医疗卫生机构得到解决。

(二)坚持开展了以除害灭病为中心的群众性爱国卫生运动,农村的环境卫生、饮水卫生、营养卫生状况有了较大改善,逐步改变了疾病猖獗流行的状况,许多危害人民最严重的传染病、地方病和营养不良性疾病得到了有效地控制。

以传染病为例,由于采取了积极的综合性防治措施,在建国后不太长的时期内,我国就相继消灭或基本消灭

了古典型霍乱、鼠疫、天花、回归热、斑疹伤寒、黑热病等严重危害人民健康的传染病,其它传染病的发病率和死亡率也都显著下降。全国法定报告传染病率已从六十年代初期的 $3200/10$ 万 下降到 1990 年的 $292/10$ 万;死亡率由 $20/10$ 万 下降到 $1.15/10$ 万(根据各地调查,传染病发病的漏报率为 $10\sim 80\%$,如以平均漏报率为 50% 估计,则目前传染病实际发病率应当为 $500/10$ 万 以上)。

在传染病中下降最明显的是实行计划免疫控制的疾病。由于我国儿童计划免疫四种疫苗接种率已经接近发达国家的水平,白喉发病率已由六十年代初期的 $12.7/10$ 万 下降到 $0.04/10$ 万,百日咳由 $284.3/10$ 万 下降到 $1.76/10$ 万,脊髓灰质炎由 $5.34/10$ 万 下降到 $0.45/10$ 万,麻疹由 $842/10$ 万 下降到 $7.59/10$ 万。

(三)由于农村医疗卫生条件的改善和生活水平的提高,使得农村居民的健康状况有了显著改善,人口死亡率尤其是婴儿死亡率持续下降,平均期望寿命显著提高。

全国人口总死亡率已由解放前的 25% 下降到 1990 年的 6.28% 。按城乡分,过去农村人口死亡率远比城市要高。如七十年代中期,城市人口死亡率为 5.4% ,农村为 7.9% ;到了八十年代中期,城市人口死亡率 5.8% ,农村 6.7% 。可见农村人口死亡率的下降速度比城市快,城乡人口死亡率的差距正在逐步缩小。

婴儿死亡率和孕产妇死亡率是衡量一个国家和地区社会经济和卫生保健水平的重要指标。建国前,我国农村的婴儿死亡率高达 250% 以上,孕产妇死亡率 15% 以上,

现在婴儿死亡率已降到 35‰左右,孕产妇死亡率降低至 9.47/万左右。目前婴儿死亡率和孕产妇死亡率在不同地区差异很大。一般来讲,农村明显高于城市,经济不发达的农村明显高于经济发达的农村。

全国人口的平均期望寿命,已由建国前的 35 岁(农村更低)提高到 69 岁。但城乡人口的平均期望寿命仍有一定差异。农村不同类型地区的平均期望寿命差异则更为明显。

上述情况表明,40 年来我国在农村卫生和初级卫生保健方面所取得的成绩是令人鼓舞的。尤其是在“一穷二白”、人口多、底子薄的情况下取得如此辉煌的成就,更为难能可贵。这是党和政府正确领导的结果,也是社会主义制度优越性的重要体现。

三、我国农村开展初级卫生保健的基本经验

实施初级卫生保健,促进“人人健康”,是当今世界普遍关注的一件大事,也是世界卫生保健的发展趋势。四十年来我国的农村卫生工作不仅适应和反映了这一趋势,而且也为实施和扩大初级卫生保健提供了基本做法和经验。主要有以下几点:

第一,必须正确地解决对卫生保健在社会经济发展中的地位和作用的认识问题。卫生保健工作绝不是单纯的业务工作,而是关系到移风易俗、改造世界的一个大的政治问题,是关系到经济振兴、社会进步、国家富强、民族繁衍的一件大事。因此,必须把它纳入社会经济发展规

划,动员全社会的力量大力促进,认真做好。

第二,必须紧紧依靠党和政府的领导,坚持把卫生工作纳入各级政府的重要议事日程,实行目标管理。各级政府都要把发展卫生事业特别是初级卫生保健事业看作是政府的职责,不仅要统筹规划,增加“健康投资”,而且要制定正确的政策,加强指导,保证卫生保健事业随着经济和社会的发展同步增长。

第三,必须坚持多部门协作,在各级政府的领导下,发动各有关部门积极参与,分工负责,相互协调,密切配合,务求使全社会都明白,搞好初级卫生保健不仅是政府的责任、卫生部门的责任,也是各有关部门的责任、全社会的责任。坚持多方集资,广泛动员社会各方面的力量共同做好初级卫生保健工作。

第四,必须紧紧依靠广大人民群众,把政府的决心与群众的力量最紧密地结合起来。要不断地宣传群众、动员群众、发动群众积极参与卫生保健工作,在群众中普及卫生保健知识,增强自我保健意识。广大人民群众都能自觉地积极地起来参与初级卫生保健之日,就是实现“人人享有卫生保健”之时。

第五,必须始终不渝地坚持预防为主方针,实行防重于治、防治结合的原则。预防为主是一种最主动、最经济、最有效地防治疾病、促进健康的手段。各级各类医疗卫生机构和所有的医药卫生人员都必须不断地强化预防为主的观念,积极地扩大预防,做好各项预防、保健、医疗和康复工作。

第六,必须不断地健全县、乡、村三级医疗卫生网,完

善农村卫生和初级卫生保健的服务系统和转诊系统,努力改善服务态度,提高服务水平和服务质量,保障农民群众对医疗卫生服务的基本需求,使广大农民人人都能就近得到基本的、有效的、能够负担的起的卫生保健服务。

第七,必须十分重视农村卫生人力的开发,建设一支扎根在农村的全心全意为农民服务的医疗卫生队伍。采取多种办法为农村培养卫生技术人员,特别是要培养和造就一批专业技术骨干,提高专业技术水平。从农民当中选拔和培养起来的乡村医生队伍是我国农村卫生技术队伍的重要组成部分,是开展初级卫生保健的主力军,必须不断地培养和提高他们,充分发挥他们的作用。

第八,必须重视发展适宜技术,特别要认真继承和发扬祖国医药学遗产,坚持中西医结合,充分发挥传统医药在初级卫生保健中的作用。

第九,必须稳步推行合作医疗保健制度,为实现“人人享有卫生保健”提供社会保障。五十年代在我国农村就已兴起的合作医疗保健制度是农民群众的伟大创举,是广大农民在防治疾病方面发扬互助合作精神的体现。由于种种原因,在农村改革中,不少地区的合作医疗保健制度受到干扰和冲击,当前要在总结经验教训的基础上,因势利导,稳步推行,并加强科学管理,改革完善。

第十,必须大力提倡和组织城市支援农村,内地支援边疆,发达地区支援不发达地区卫生事业建设,使之形成制度,长期坚持下去,这是建立社会主义的城乡关系,加强城乡互相合作,缩小城乡差别,实现“人人享有卫生保健”战略目标的需要,也是当代卫生革命发展的必然趋

势。大、中城市的医疗卫生机构尤其是大医院都必须适应这一趋势,积极主动地承担起这一历史重任。

四、新形势下的问题与对策

我们在总结 40 年的巨大成就和丰富经验的同时也必须看到,改革开放以来,随着农村经济的发展和农民生活水平的提高,农民群众对医疗卫生服务的需求不断增长,供需矛盾日趋尖锐,出现了一些新情况、新问题。

一是人口结构发生变化,人口老龄化发展较快。中老年人口的增加和独生子女的增多,都对医疗卫生工作提出了新的更高的要求。据推测,到 2000 年全国人口可达 12.5 亿或者更多一些,60 岁以上的老年人将占人口总数的 10.5% 左右,其绝对数可达 1.3 亿人左右。由于人口数量的增加和人口构成的变化,特别是老龄化的发展,由此而引起的医疗卫生服务需求将是十分可观的。

二是疾病流行仍很严重,疾病的发生发展和流行模式也在发生改变。传染病、地方病虽有所控制或下降,但仍未得到根本解决。某些传染病在局部地区仍时有暴发流行。与此同时,农村居民慢性病患者率正在上升。据抽样调查,农村居民慢性病患者率为 89.7%,而且正在随着人口老龄化的发展而继续升高。农村人口的死亡原因和构成也发生了变化,因恶性肿瘤、脑血管病、心脏病所造成的死亡,城市占 60%,农村占 43%。

三是农民群众中的卫生习惯还未改变,文明、健康、科学的生活环境和生活方式尚未建立起来。已经倡导多

年的改良饮水和卫生厕所的问题尚未很好地解决,又出现了不少新问题。主要是随着农村现代化的发展,乡镇工业的兴起,农村越来越多地使用机动车辆、机械、化肥和杀虫药物,环境污染日趋严重,职业公害和工伤事故不断增多,造成了对农民健康的极大威胁。农民群众对环境保护和劳动保护的要求比过去大大提高了。

四是近年来,由于种种原因,放松了对农村卫生事业的领导、管理和支持,农村医疗卫生事业发展比较缓慢,城乡差距进一步拉大。突出表现在国家和集体对农村卫生事业的投入在本来不足的情况下有所减少,人力、物力、财力向城市集中,农村地区尤其是边远地区和少数民族地区卫生资源匮乏,医疗卫生机构房屋破旧,设备简陋,人才短缺,技术骨干外流严重,补充困难,技术水平不高。越来越多的农村居民纷纷绕过基层卫生机构而直接涌向县医院或城市大医院。农村的三级医疗卫生网在相当一部分地区未能得到切实地加强。

针对上述情况,为了适应农村的新形势,迎接新的挑战,解决农村卫生工作中存在的问题,实现世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,党中央、国务院相继采取了一系列重要措施。继1990年3月15日卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱卫会联合发布关于《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》之后,1991年1月17日,国务院以国发(1991)4号文件批转了卫生部等部门《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》;4月9日全国人大通过了我国国民经济和社会发展十年规划和“八五”

计划；11月29日，党的十三届八中全会又通过了《中共中央关于进一步加强农业和农村工作的决定》。上述党中央、全国人大、国务院的一系列重要文件，都对加强农村卫生和初级卫生保健提出了明确要求，为振兴农村卫生事业指明了方向。其中国务院(1991)4号文件对此作出了尤为全面系统的阐述，是指导我国农村医疗卫生工作的纲领性文件。国务院(1991)4号文件的基本精神，可概括为以下几点：

1、实事求是地指出了前几年有忽视农村卫生事业建设的倾向，致使一些地区的农村卫生事业非但没有得到发展，反而有所削弱，进一步拉大了城乡差距。

2、重申了“把医疗卫生工作重点放在农村”的指导方针，强调“必须把加强农村卫生事业建设，改善农村卫生状况，解决八亿多农民的基本医疗保健问题，保护农民健康，作为整个卫生工作的重点，努力办好”。强调“应把加强农村医疗卫生工作作为战略重点，提到各级政府的议事日程上来”。

3、明确了“把‘2000年人人享有卫生保健’作为农村卫生工作的奋斗目标”。要求“在今后十年内，分两步实现全国农村‘2000年人人享有卫生保健’的规划目标”。

4、全面肯定了发展农村“三级医疗预防保健网”和“合作医疗保健制度”的经验，强调要从我国的国情出发，统一思想认识，坚定不移地走“建设有中国特色的社会主义农村卫生事业”的道路。

5、强调“各级政府要加强领导”，“增加对农村卫生事业的投入”，“认真落实和完善有关政策”，“促进农村卫生

事业与经济和社会的发展同步增长”。“争取在五至十年内使农村医疗卫生机构的工作用房和设备条件有所改善。各地在安排卫生事业基建投资和经费时,都应体现‘把医疗卫生工作的重点放到农村’的精神,尽快缩小并逐步改变城乡医疗事业投入相差悬殊的现状。对于贫困地区的卫生事业建设,尤应予以必要的扶植”。

一年来的实践证明,国务院发出的关于改革和加强农村医疗卫生工作的通知,以及全国人大和党中央在有关的文件中对农村医疗卫生工作的指示精神,影响巨大,意义深远。它是一个“宣言书”,宣告我国农村卫生工作新时期已经到来。它是一个“动员令”,动员全国各地都要积极行动起来,采取各种有效的措施,大力振兴农村卫生事业,推进初级卫生保健,为实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标而努力奋斗。

论“大卫生观”

1992年2月1日

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12日国务院在《关于加强爱国卫生工作的决定》中指出:“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”。《决定》强调,要“强化群体和社会各部门的大卫生观念。”

何谓“大卫生观”?概括地说,所谓大卫生观,就是要站在宏观的社会发展和人类进步的高度来看待卫生工作,并依靠全社会的力量进行综合治理,即卫生工作的社会发展和卫生工作的系统工程观。大卫生观是与过去那种传统的、狭义的对卫生工作的看法相比较而言的。传统的观念往往把卫生工作看作是孤立的工作,单纯的技

原载《中华医院管理杂志》1992年第6期

术性工作,看作是卫生部门自己的事。而大卫生观则把卫生工作看作是全社会的事、全民的事业,强调卫生工作的社会性、群体性,强调卫生工作是社会与经济发展的重要组成部分,而且承认卫生工作与社会经济发展之间的相互促进作用。

社会大卫生观所包含的内容极为广泛。它的基本内容大致可概括为以下四个方面:

(1)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增长。

(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,组织各有关部门和全社会努力为之奋斗。

(4)卫生部门要适应新的形势,更新观念,积极地推进医学模式的转变,努力扩大预防,扩大社会化的服务,为增进人民健康多做贡献。

二、毛泽东是“大卫生观”的积极倡导者

有人误以为“大卫生观”是从国外引进的,是外国人的发明倡导,其实不然。如果讲谁是“大卫生观”的倡导者,应该说不是什么外国人,而是我们伟大领袖毛泽东同志。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

众工作,看作是“关系到全国人民生老病死”,关系着“移风易俗,改造国家,改造世界”的一件大事,“是一个大的政治问题,党必须把它管好。”他还亲自发动和倡导了爱国卫生运动。把卫生工作提高到“移风易俗、改造国家,改造世界”的高度,提高到“爱国”的高度,无论是在中国或外国,恐怕都是前无古人的。

(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,人民群众是国家的主人、社会的主人,卫生工作必须全心全意为人民服务。他不仅亲自批准了“面向工、农、兵,预防为主,团结中西医,卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作四大方针,而且还亲

自提出了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针。毛泽东同志认为,农民占中国人口的绝大多数,是卫生工作的主要服务对象,“为绝大多数人服务就是要为农民服务。”多次强调要把大量的人力、物力投到农村,解决广大农村缺医少药的问题,组织城市医务人员下农村,积极为农村培训卫生人才,建立健全农村基层卫生组织,认真防治农村的常见病、多发病,使广大农民能得到最基本的卫生保健服务。毛泽东同志的这些指示,还包含着要逐步缩小医疗卫生工作方面的城乡差别、工农差别、干群差别的深远含义,这与世界卫生组织关于“卫生保健是一项基本的人权”、“卫生保健服务要公平”的主张是完全一致的。

(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,积极开展群众性经常性的爱国卫生运动。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,“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、游泳、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,全心全意地为人民服务,而且还经常告诫医务人员要相信群众、依靠群众,号召“一切医药卫生人员都要振作起来,与党委、群众组成三结合,显示自己的能力”。为了解决广大农村的缺医少药问题使广大农民都能尽快得到最基本的卫生保健服务,毛泽东同志还亲自批准在全国农村推行“赤脚医生制度”和“合作医疗保健制度”。这不论在中国,还是在全世界,都是一项前所未有的伟大创举。

(7)毛泽东同志还把统一战线的思想应用到卫生工作方面,强调要“团结新老中西各部分医药卫生人员,组成巩固的统一战线,为开展伟大的人民卫生工作而奋斗。”卫生工作方面的统一战线,不仅包括“团结新老中西各部分医药卫生人员”,而且还包括联合各有关部门、各

群众团体和社会团体，进行广泛的协作。由毛泽东同志批准成立的爱国卫生运动委员会，有二十几个部门的负责人参加，就是在政府领导下协调各有关部门进行密切协作的极好的组织形式。

(8)毛泽东同志一向把卫生工作看作是政府的职责、党的职责。早在革命战争时期，毛泽东同志就指出，“军政机关对于卫生问题，再不能象从前一样不注意，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整党和政府必须切实加强对卫生工作的领导。特别是在1960年3月18日发出的《中央关于卫生工作的指示》中，一再提醒各级党委的主要负责同志要重视卫生工作，领导同志要亲自挂帅，切实加强领导。《指示》还明确要求，各级党委和各有关部门党组，一年内“要为卫生工作开会四次，一季一次，每次三、四小时即够，不要太长，以后年年如此”。在党中央的指示中，竟然对各级党委一年要为卫生工作开几次会，都做出了如此具体的规定，可见毛泽东同志对卫生工作的重视之甚。

以上八点，只是毛泽东同志对卫生工作一系列指示与“大卫生观”有关的部分，并非全部。但仅就这几点就足以说明，毛泽东同志确实非常伟大，非常英明，站得最高，看得最远，不愧是一个伟大的马克思主义者。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中的重要组成部分。

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,许多外国朋友给予了高度评价。世界卫生组织助理总干事塔哈达博士说:“我所看到的象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”^[1]。国际农村医学会主席约·坦尼教授也说:“中国在推进社会大卫生、实施初级卫生保健方面做出了突出的成绩,为发展中国家树立了榜样。中国的经验不仅对发展中国家有用,对发达国家也有参考价值”。现在,有不少外国朋友对中国的经验很感兴趣,有的称之为“中国模式”,并撰写文章加以介绍,可见中国的经验在世界上是颇有影响的。

中国倡导“大卫生观”,推进初级卫生保健在国际上产生的影响,主要有如下两个方面:

第一,对世界卫生组织制定全球卫生战略和政策的影响。据世界卫生组织的官员透露,该组织提出“‘2000年人人享有卫生保健’的战略目标和做出发展初级卫生保健的决策,确实受到了中国经验的启示”。在做出这一决策之前,当时的总干事马勒博士曾来华考察过我国的农村卫生工作,认为“中国应用的一些原则、作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⁽¹⁾。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”^[2]。

第二,对发展中国家的影响。一些研究中国农村卫生问题的国际组织专家认为,“中国在改善卫生保健的做法和带来的成功,中国在改善卫生状况方面的多部门协作以及在卫生部门内部对预防、动员群众和集体出资,对赤脚医生的强调——有力地影响了整个发展中国家卫生专业人员的思想”^[2]。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,现摘主要者如下:

(1)中国强调把初级卫生保健作为国民经济和社会发展的的重要组成部分,作为政府的职责,社会的职责,组织多部门协作和全社会参与。不仅各级都有明确的目标,而且在“各级都建立了非常有效的组织网,它是同各级的政府、行政、经济组织密切联系的”。“它的政治决心及管理能力是中国初级卫生保健之所以成功的关键”。“因此,正在寻求向中国学习,以求扩大初级卫生保健的其他国家,应该特别注意中国由中央到地方各级发动和领导的经验”^[2]。

(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也得到了充分体现。“1949年以后不久,就开展了大规模的群众运动来改进环境卫生,消灭四害,开展预防接种,以防治传染病,及控制大规模流行疾病(如疟疾和血吸虫)的媒介,动员群众是这些运动成功的关键”^[2]。

(3)中国的卫生工作方针是“预防为主”。“和其他大部分国家相比,中国强调预防性服务甚于治疗服务,但是

为了人民的福利及控制传染病,也并不忽视治疗性措施”。“中国对预防的关心,也导致寻求一种卫生战略,它所能达到的效益超越了卫生系统本身。特别是改善营养,提供安全的饮水和环境卫生,适当的粪便处理,减低生育率,及广泛教育的进步等等”,这种“多面性的战略”,“无容置疑是极为成功的”^[2]。

(4)中国农村的三级卫生保健网是国家卫生体制中不可分割的一部分,是为农村提供卫生保健服务的强有力的组织系统。“这一系统是基于这样一种思想,即在一个国家,如果不可能做到每一个小镇或村庄都有高级医师,那么在大多数的居民团体,甚至在许多贫穷和边远地区步行距离内有一个或更多的中级卫生人员则是可能做到的”。“中国也已经使人才简化了,它避免了建立单独的官僚机构,相反地,只是在已经存在的政治——经济——行政组织机构中增加了卫生保健服务系统”^[2]。

(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”。中国的作法“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”^[1]。

(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”^[2]。这种情形令人遗憾。

(7)中国发展初级卫生保健在技术上强调“中西结合”、“土洋并举”,也受到了全世界的普遍关注,特别是对传统医学的作用已为举世所公认,其他如本着自力更生的精神,研究使用“土办法”、“土设备”,解决饮水改良和粪便无害化,研制卫生厕所和沼气池等,也得到了许多国际友人的赞许。

上述几个方面,基本上都是外国朋友对我国倡导大卫生、推行初级卫生保健工作的议论和评价。这些议论和评价都是实事求是的,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)发展极不平衡,城乡之间差别很大。特别是一些贫穷和边远地区,“依然和热带发展中国家状况相似”,“往往连起码的卫生服务都没有”。因此,“对政府来讲,一个主要的卫生政策问题就是,要资助贫穷地区的卫生保健”,“要进一步考虑公正”^[2]。

(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，而且对期待中国在公共卫生方面起领导作用的国际社会，也都有很大的价值”^[2]。

(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^[2]。

(4)中国目前正在加强中心卫生院的建设和“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”^[2]。

(5)中国的卫生工作有不少好的传统特色，如何把好的传统和特色保留下来，并发扬光大，是一个特别值得注意的问题。“千万不能因为‘现代化’而化没了”。“希望中国在学习外国技术的时候，要学外国好的东西，有用的东西，不要把外国的一些坏东西也学来”^[1]。

显然，以上这些意见都是十分中肯的，富有建设性的意见。这些问题都至关重要，也是我们正在研究，设法解决的问题。外国朋友这些建设性的意见，既体现了友好的

情谊,也寄予了深切的希望。我们应继续努力,把工作做得更好。

参考文献

[1]陈文杰,实现“2000年人人享有卫生保健”的基本途径——初级卫生保健医院管理(增刊),1982,3,15,10,12

[2]迈向2000年的中国经济——世界银行对中国经济考察的背景材料。北京气象出版社,1984,11,11,16,73,84,15,71,72,78,118,119,32,126,160,18,157,19,23。

农村卫生工作面临的问题及对策

(提纲)

1992年2月15日

八十年代以来,我国卫生事业得到了较快发展,成绩卓著。但“农村卫生事业非但没有加强,反而有所削弱,进一步拉大了城乡差距”。如何加快农村卫生事业建设,努力开创农村卫生工作的新局面,是摆在各级政府和卫生主管部门面前的严重任务。

一、当前农村卫生工作的主要矛盾

主要矛盾是供需矛盾日趋尖锐。

(一)农民的需求不断增长,这是因为:

(1)农村经济的发展和农民生活水平的提高。农民人均收入成倍增长,绝大多数农民温饱问题基本解决。科学文化水平也有较大提高,精神面貌发生了新的变化。健康意识日益增强。

这是在全国县卫生局长及县医院院长讲习班上的讲稿(提纲)。

(2)农村人口持续增长,人口结构发生变化,中老年人口增加,独生子女增多,人口老龄化发展较快。

(3)农村现代化的发展和乡镇工业的兴起,带来了一系列新的问题。如环境污染、职业公害、工伤事故、精神卫生等。

(4)疾病谱和死亡谱的改变。控制传染病、地方病的任务仍十分艰巨。农村居民慢性病患者率正在上升,慢性病的预防已经成为主要的公共卫生问题。

(二)农村医疗卫生事业发展缓慢,服务水平低。

(1)城乡差距极为悬殊。国家和集体对农村卫生事业投入在本来不足的情况下,逐年减少,大部分农村地区的卫生事业远远落后于经济和社会的发展。“七五”期间,全国医院病床增加了约40万张,而农村(包括县医院)却减少了近3万张;卫生技术人员总数增加了48万多人,而农村卫生技术人员竟减少了2万人。

(2)农村三级医疗卫生网受到严重冲击,不少地方农村基层卫生组织和合作医疗保健制度解体,又重新出现了缺医少药的情况。

(3)农村医疗卫生机构房屋破旧,设备简陋,技术水平不高,管理不善,经济困难,有相当一部分乡镇卫生院难以维持。

(4)农村卫生技术人员缺乏,素质较差,队伍很不稳定,技术骨干外流严重,补充困难。

造成农村卫生事业发展缓慢的原因很多,有客观原因,也有主观原因,有外因,也有内因。我们卫生行政部门,应该着重从工作指导上找原因。主要有二个问题:

一是,一个时期以来,未能认真地贯彻中央关于加强农村工作的指示,没有始终一贯地坚持“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针。放松了对农村卫生事业的领导、管理和支持。人力、物力、财力向城市集中。政策向城市倾斜。“城乡兼顾”,实际是重点放在城市,造成城乡差别越来越大。

二是,对农村卫生改革在导向上有失误。特别是在如何对待农村三级医疗卫生网、如何对待村级卫生组织、如何对待合作医疗保健制度等方面,值得认真总结经验教训。

二、九十年代农村卫生工作的奋斗目标

党的十三届八中全会通过的《中共中央关于进一步加强农业和农村工作的决定》,指明了九十年代我国农业和农村工作的主要任务和总的奋斗目标。“主要任务是:农业综合生产能力和效益提高到一个新的水平,到本世纪末确保粮食总产量达到 5000 亿斤,农林牧副渔各业和乡镇企业持续发展,农村国民生产总值再翻一番;农村改革要有一个新的进展,逐步建立和完善适应社会主义有计划商品经济发展的经济体制和运行机制;农村社会面貌要有一个新的变化,形成经济繁荣兴旺、思想健康向上、社会安定团结的局面。总的目标是:在全面发展农村经济的基础上,使广大农民的生活从温饱达到小康水平,逐步实现物质生活比较丰裕,精神生活比较充实,居住环境改善,健康水平提高,公益事业发展,社会治安良好”。

根据上述农业和农村工作的主要任务和总的奋斗目标,结合我国农村卫生工作的实际情况,九十年代农村卫生工作的奋斗目标是:

(一)把“2000年人人享有卫生保健”作为九十年代我国农村卫生工作的主要奋斗目标。要求分两步实现卫生部、国家计委、农业部等五部委发布的《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》。即:第一步,1995年要争取有50%的县达标;第二步,到2000年全国所有的县都要达到人人享有卫生保健的最低限标准。

(二)巩固、健全、发展农村三级医疗卫生网,完善农村卫生服务体系。根据国家计委和卫生部有关方面的初步规划,争取1995年前,50%的县级医疗卫生机构得到充实完善;90%的中心乡(镇)卫生院实现房屋、设备、人员、技术、管理五配套;40%的乡(镇)卫生院得到改善提高;村卫生室的复盖率达到90%以上,其中甲级卫生室达到30%以上;农村缺医少药状况得到明显改善。到2000年,全国农村县、乡、村三级医疗卫生机构进一步得到充实提高,基本解决农村缺医少药问题。

(三)充实、提高农村卫生队伍,逐步解决农村卫生技术人员缺乏的问题。到本世纪末达到:县级医疗卫生机构以大学本科和专科生为主体,中心乡(镇)卫生院以专科和中专生为主体,乡卫生院以中专生为主体,村卫生室的乡村医生都要达到职业中专的水平。

(四)稳步推行和完善多种形式的农村合作医疗保健制度,为实现“人人享有卫生保健”提供社会保障。农村合作医疗保健制度的覆盖率,1995年前要有50%的县,达

到规划目标所要求的占行政村总数的 50~60% 以上;到 2000 年,全国所有的县都要达到规划目标的要求,做到无病早防、有病早治,农民享受卫生保健的条件改善,健康水平提高。

三、振兴农村卫生事业的政策及措施

国务院批转的《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》指出:“必须把加强农村卫生事业建设,改善农村卫生状况,解决八亿农民的基本医疗保健问题,保护农民健康,作为整个卫生工作的重点,努力办好。”“应把加强农村卫生工作做为战略重点”,“从卫生事业发展的长远战略着眼,从当前卫生事业投入严重不足,城乡之间医疗卫生资源分布极不合理的实际情况出发,通过治理整顿和深化改革将农村卫生事业振兴起来”。国务院 4 号文件,不仅正确地分析了农村卫生工作的形势,重申了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指导方针,而且还要求各级政府认真加强领导,采取切实的政策和措施,振兴农村卫生事业,促进农村卫生事业与农村经济和社会的发展同步增长。

(一)进一步明确了“加强农村卫生和初级卫生保健是各级政府的职责”。“各级政府要把它当成一件大事来抓,分工协作,密切配合,广泛动员社会各方面的力量共同做好这方面的工作。”

(二)强调“各级政府和有关部门逐步增加对农村卫生事业的投入,争取在五到十年内,使农村医疗卫生机构

工作用房和设备条件有所改善。”强调各地在安排卫生事业基建投资和事业经费时，都要把重点放到农村，“尽快缩小并逐步改变城乡医疗事业投入相差悬殊的状况。对于贫困地区的卫生事业建设，尤应予以必要的扶植”。

(三)强调应“发动和引导农村集体经济组织、国家企事业单位组织和广大农民群众共同关心和支持农村卫生机构建设”，增加“健康投资”。明确指出，可以“在农村集体提留的公益金内安排一定的医疗保健费用”；“注意发展和壮大集体经济，解决部分合作医疗保健费用开支”；可以在农民群众中“按照自愿、受益和适度的原则，筹集医疗预防保健费用”。

(四)为了解决医疗机构亏本经营的问题，可以“对不合理的医疗收费价格进行合理调整”。为了减轻医疗机构的不合理负担，对于“医用水、电、煤低限额供给，超额按议价供应”的问题，也要进行“合理调整”。

(五)除继续加强县级医疗卫生机构建设外，要“有计划有重点地加强中心卫生院的建设”。“有条件的县，要重点建设好三至五所中心卫生院，使之成为所在区域内实施初级卫生保健的技术指导中心”。

(六)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。“一般由村民委员会举办和管理，也可由乡镇卫生院设点。”

(七)县、乡、村三级医疗卫生机构，“都应实行独立核算、自主经营和目标管理责任制。地方政府和卫生行政部门既要为它们提供必要的条件，又要加强领导和监督，鼓励和帮助他们改善经营管理。但不得干预其经营权，抽调

其资金和安插非专业人员或医疗卫生单位不需要的人员”。

(八)对近几年兴起的“个体医生和民办医疗机构,应作为三级医疗预防保健的补充力量,由县、乡卫生部门加强管理,并规定他们承担一定的初级卫生保健任务,发挥其积极作用,限制其消极作用”。

(九)为了解决农村卫生技术人员缺乏的问题,“高等医学院校要在完成国家指令性计划任务的前提下,建立并完善面向农村(尤其是老、少、边、穷地区)的定向招生、定向培养、定向分配制度。要根据地方实际需要,积极、稳步地发展医学专科教育,尽快满足当前农村医疗卫生机构对高级人才的需求。中等卫生学校要面向农村基层、培养实用型的中等专业技术人才,以充实基层卫生队伍”。

(十)加强县卫校和职工中专的建设。“省、地、县各级政府对确有基础条件的县卫校和职工中专(特别是对50万人口以上的大县),应积极扶植,重点支持,帮助其改善教学条件,提高教学质量,使其成为培训农村卫生人才和乡村医生的基地”。

(十一)要积极培养乡村医生。今后应逐步做到:“村级卫生组织新补充的乡村医生必须经中专或县卫校三年以上的系统医学教育。对现职的乡村医生应采取多种办法,补充医学基础知识,提高素质”。

(十二)为稳定农村卫生技术队伍,除大力加强思想政治工作外,“各省、自治区、直辖市人民政府要制定相应的政策”,帮助他们解决实际困难,包括适当提高农村卫生技术人员的工资待遇、改善居住条件和安排子女就业

等,以使他们安心农村工作,解除后顾之忧。

(十三)要采取切实措施,合理解决乡村医生的报酬,稳定乡村医生队伍。有条件的地区可在乡村医生和农村集体所有制医疗卫生机构职工中,本着国家、集体、个人三方负担的原则,逐步建立退休保险制度,以解决他们退休后的“老有所养”问题。

(十四)要制定相应的政策措施和管理办法,鼓励卫生技术人员由城市向农村流动。医学院校“要教育学生树立‘与工农相结合,为工农服务’,特别是为农民服务的思想。要把学生到农村实习参加医疗预防工作实践,作为对毕业生考核的一项重要内容”。要积极推行“技术支农”,“试行由住院医师晋升主治医师、主治医师晋升副主任医师前,先到县医院或中心卫生院接受一年或几个月的农村医疗卫生工作实绩考评的做法,并使之成为制度长期坚持下去”。

(十五)必须大力提倡和组织城市支援农村,内地支援边疆,发达地区支援不发达地区的卫生事业建设。“省级和地(市)级医疗卫生机构都必须遵照中央关于城市支援农村的指示精神支援农村卫生事业建设,作出全面规划和具体规定,采取签订合同或协议书的形式,将这种支援与协作关系固定下来”。

四、迎接农村卫生工作的“第二个春天”

进入九十年代以来,农村卫生战线喜讯频传,形势喜人。

——1990年3月15日，卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱卫会联合发布关于《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》，提出了十三项指标及分阶段达标的构想，拉开了在全国农村推行初级卫生保健的序幕。

——1990年12月30日，党的十三届七中全会通过《中共中央关于制定国民经济和社会发展规划和“八五”计划的建议》，其中指出：“卫生工作要贯彻预防为主、依靠科技进步、动员全社会参与、中西医协调发展、为人民健康服务的方针。多渠道增加卫生投入，有计划有重点地改善医疗条件，提高医疗服务质量，整顿医疗秩序。切实加强农村卫生组织建设，巩固和发展三级医疗卫生网。”

——1991年1月17日国务院以(1991)4号文件发出了《批转卫生部等部门关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示的通知》，要求各省、自治区、直辖市人民政府和国务院各部委、各直属机构“遵照执行”。

——1991年4月9日，七届人大四次会议批准了《中华人民共和国国民经济和社会发展规划和第八个五年计划纲要》，其中强调“要把医疗卫生工作的重点放到农村。到1995年，使全国50%的县达到《在我国农村实现“2000年人人享有初级卫生保健”规划目标》的低限标准”。

——1991年11月9日，杨尚昆主席和李鹏总理给在北京召开的第十一届国际农村医学会议发来贺信。杨尚昆同志指出：“农村医学是造福于人类的伟大事业。它

不仅关系到保障农民健康和提高人口素质,也关系到经济的发展和社会的进步”。“‘2000年人人享有卫生保健’是世界卫生组织提出的全球战略目标。早在1983年中国政府对此已作出承诺,现在正在为实现这一战略目标进行不懈的努力。中国是一个拥有11亿人口的大国,又是一个发展中的国家,我们有责任对世界做出应有的贡献,积极促进‘2000年人人享有卫生保健’在我国的实现”。李鹏总理指出:“最近,我们已把‘2000年人人享有卫生保健’纳入了我国国民经济和社会发展‘八五’计划和十年规划,作为各级政府和全社会的共同目标,努力为之奋斗”。“搞好农村的初级卫生保健,使人民健康达到较好的水平,是我国在本世纪最后十年的重要任务之一。为此,我国政府将进一步组织动员全社会各个部门和所有成员关心、支持和参与初级卫生保健,共同为‘2000年人人享有卫生保健’在我国的实现作出贡献”。

——1991年11月29日,中国共产党第十三届中央委员会第八次全体会议通过了《中共中央关于进一步加强农业和农村工作的决定》,把“健康水平提高,公益事业发展”列入九十年代我国农村工作的总的目标。把“坚持开展爱国卫生运动,抓紧农村医疗卫生网建设,建立健全合作医疗制度,努力消灭地方病”,作为农村工作必须切实做好的一项重要任务。

上述党中央、全国人大、国务院的一系列重要指示,都对加强农村卫生和初级卫生保健提出了明确的要求,阐明了农村卫生工作所必须遵循的指导方针和具体政策,为振兴农村卫生事业指明了方向。

遵循党中央、国务院的指示,近年来,已有广东、广西、四川、贵州、云南、河南、山西、河北、天津、湖南、湖北、青海、甘肃、新疆、宁夏、江苏、山东、江西、黑龙江等省、自治区、直辖市均以政府的名义发布了关于加强农村卫生工作决定,或召开农村卫生和初级卫生保健工作会议,从加强领导、增加投入、政策倾斜和动员全社会积极支持和参与农村卫生建设等方面,做了大量的工作,并已初步取得了一定的成效。我国的农村卫生工作正在开始进入“第二个春天”。

在新的的大好形势下,我们各级卫生行政部门和广大医务工作者,更要奋发图强,开拓前进,为振兴农村卫生事业,推进初级卫生保健,实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标而努力奋斗。

附录：

中共中央文件

中发(60)70号

**中共中央《转发卫生部党组
关于农村卫生工作现场会议的报告》**

各省、市、自治区党委：

卫生部党组关于全国农村卫生工作山西稷山现场会议的报告及其会议附件(关于人民公社卫生工作几个问题的意见)很好。现发给你们参照执行。

原报告及其附件附后，本件及附件可登党刊。

中央

1960年2月2日

关于全国农村卫生工作 山西稷山现场会议情况的报告

中央文教小组并转中央：

.....

三、积极发展与提高农村卫生组织和卫生队伍

为了适应新形势的需要,更好地开展农村卫生工作,从县到生产队需要有一个和生产紧密结合的、健全的卫生医疗保健网,需要有一支中西医结合、高中初级卫生人员结合、脱产与不脱产人员结合的强大的卫生队伍。目前农村卫生医疗保健网已初步建立起来,但还不够健全,力量还比较薄弱,应进一步加强党的领导,积极发展,逐步提高,对县和公社的卫生人员要不断地进行政治思想教育,树立为人民公社服务、为生产服务的观点;公社的党组织应有专人分工领导卫生工作,加强公社卫生院和生产大队卫生所的骨干力量,逐步建立和健全党团组织。要有计划有步骤地加强县医院和公社卫生院、所的技术力量,首先应大力加强县医院的工作,使其成为全县卫生业务技术的中心。继续组织城市医药卫生力量支援农村。进一步贯彻执行两条腿走路的方针,大力培养医务干部:既要办好医药院校,又要大力发展医学专科学校和县办中

级或初级卫生学校,提倡中、西医师带徒弟,在职干部进修提高;在农村要放手地培养和提高不脱产的群众卫生工作骨干积极分子,这不仅可以更好地开展群众卫生工作,而且也是充实卫生事业队伍的一个来源。

关于人民公社的医疗制度,目前主要有两种形式,一种是谁看病谁出钱;一种是实行人民公社社员集体保健医疗制度。与会代表一致认为,根据目前的生产发展水平和群众觉悟程度等实际情况,以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜。其主要点是:1、社员每年交纳一定的保健费;2、看病时只交纳药费或挂号费;3、另由公社、大队的公益金中补助一部分。具体作法各地可根据当地条件制定。实行这种制度,对于开展卫生预防,保证社员有病能及时治疗,和巩固公社的医疗卫生组织,都较为有利。

为了加强人民公社的卫生工作,我们拟了一个“关于人民公社卫生工作几个问题的意见”,在全国农村卫生工作现场会上进行了讨论,并在中央召开的文教书记会议上征求过意见,现一并送上,请审阅。

上述报告及附件,中央如认为可行,请批转各地参照执行。

卫生部党组

1959年12月16日

(附:关于人民公社卫生工作几个问题的意见)

关于人民公社卫生工作 几个问题的意见

我国农村卫生工作,在党的领导下,经过十年来的建设,取得了巨大的成就,特别是党的八大二次会议提出了“鼓足干劲,力争上游,多快好省地建设社会主义”的总路线,发出了开展技术革命和文化革命的号召,随着工农业生产的大跃进和人民公社运动的蓬勃发展,也大大促进了卫生工作的发展:(一)各级党委都加强了对卫生工作的领导,把卫生工作纳入总的规划,使之更密切地配合生产。(二)随着生产的发展,生活水平的提高,广大人民对卫生工作的要求更加迫切了。(三)人民公社化后,生产、生活集体化,这就便于对群众进行卫生宣传教育,开展卫生运动,有组织有计划的来进行除害灭病的工作。(四)从县到生产队的农村卫生医疗保健网已初步形成,更便于广大群众就近就医,及时防治疾病;同时由于把农村广大医药卫生人员进一步组织起来,也便于提高他们的政治业务水平,加强中西医的团结合作。(五)随着生产的发展,公社对集体卫生福利事业也将从物质上给予更多的

支持。这些都标志着农村卫生工作已经发展到一个新的阶段。

二

(一)作好人民公社卫生工作,必须建立和健全医疗卫生组织

公社卫生组织的建设,应当根据农村的特点,从服务生产、便利群众的原则出发。逐步创造出的一套适合农村条件,适应人民公社生产和生活的需要,为广大社员所欢迎的制度和工作方法。在人员配备上采取中医西医结合,高中初级卫生人员相结合,脱产卫生人员与不脱产卫生人员相结合的原则(脱产人员主要是医师、医士和技术人员,可减少脱产的卫生行政人员和护理员)。在机构设置方面,一般采取公社设卫生院(医院),生产大队设卫生所(保健站),生产队设由不脱产卫生人员组成的卫生室(保健室),下面联系广大的群众卫生骨干和积极分子(卫生员、助产员、保育员、炊事员、饲养员等)。现在公社一级的卫生组织已经普遍建立起来,许多地方的生产大队尚未建立卫生所,为了便利生产、便利群众,各地应制定具体规划,在一定时间内达到每一个生产大队有一个卫生所。公社卫生组织建设应以积极办好公社卫生院为重点。

产院也是公社举办的一种集体卫生福利事业,它对保护妇婴健康、支援生产,发挥了重要的作用。目前应进行巩固、提高的工作。产院是单独设置还是和公社卫生院、所结合在一起,则应因地制宜。有些地方还可以适当

地设置接生组或助产员进行家庭接生。产院、接生组、助产员在业务上都应受公社卫生院、所的统一领导。

山区和少数民族地区,则应根据本地区的特点,积极建立适宜的卫生组织。国家对于这些地区,特别是对于少数民族地区应当给以必要的支援。

加强民兵的卫生工作,在训练卫生人员时,适当增加国防卫生内容。

(二)公社卫生院、卫生所的性质和任务

公社卫生院、卫生所是人民公社举办的集体卫生福利事业,是人民公社保护人民健康、支援生产不可缺少的组成部分。在财务管理上应当贯彻“勤俭办事业”的方针,但不应把它当作副业或企业一样要求实行“自负盈亏”、“自给自足”,更不应要它“上缴利润”。

公社卫生院、所是综合性的卫生事业机构,负责全社、全队医疗预防、卫生防疫、妇幼保健、卫生宣传教育等各项卫生工作。它必须明确树立为生产服务、为社员服务的观点,认真贯彻“预防为主”的方针,以除四害、讲卫生、消灭主要疾病为中心,做好集体生活和生产中的卫生工作。具体任务可归纳为如下几项:

(1)在公社(生产大队)党委领导下,根据各个时期生产的中心,提出卫生工作的规划。从生产出发,配合生产,积极开展以除四害、讲卫生、消灭主要疾病为中心的群众卫生运动,并在运动中及时进行技术指导。

(2)改善卫生人员的服务态度,提高医疗质量;结合生产,深入田间、工地,分片包干,普遍推行巡回医疗,积极开展预防工作。

(3)指定专人负责,切实作好集体单位(公共食堂、幼儿园、托儿所、学校、厂矿等)的卫生工作,配合各有关部门作好工地、田间、厂矿的劳动保护工作。

(4)积极防治急性传染病和当地危害人民最严重的疾病。及时发现疾病,及时采取防治措施,并及时报告疫情。

(5)推行新法接生,宣传科学育儿知识,加强妇女劳动保护,开展妇幼保健工作。

(6)开展卫生宣传,普及卫生知识,有计划地采取各种方式培养不脱产的群众卫生骨干和积极分子,经常指导和帮助他们开展群众性的卫生工作,并不断提高他们的卫生知识水平。

(7)组织公社卫生人员的政治业务学习,参加一定的生产劳动,并采取带徒弟等办法培养新的医务人员。

(8)协同有关部门制订中药材生产规划,积极参加中药材生产、采挖、收购工作,作好技术指导,并加强对药品质量的检验工作。

(三)加强中西医的团结合作

加强中西医团结,充分发挥中医中药的作用,在农村中更有着特别重要的意义。中医西医应该互相帮助,互相学习,取长补短,密切合作。提倡西医自愿积极地学习中医,有条件的中医也应学习一些现代医学的基础知识。要继续鼓励用带徒弟等办法来培养中西医新生力量;尤其对老年中医的带徒工作要认真安排,力求把他们的学术经验尽快地掌握起来,并应继续发掘单方、秘方、验方和有效的土办法,及时加以整理研究,对确有疗效的加以推

广。对于少数民族医、草药医及许多具有一技之长的医药人才，也应充分发挥他们的作用。

(四)人民公社社员的医疗制度和卫生机构的经费管理

公社社员的医疗制度应从当地生产发展水平，群众的觉悟程度，适当减轻群众负担，合理解决医务人员工资待遇和逐步发展卫生事业等几个方面来考虑。根据目前的情况，以实行人民公社社员集体保健医疗制度为宜，即现在各地所说的“保健费”办法或“合作医疗”，每年由社员交纳一定的保健费，看病只交药费或少量的挂号费，在可能的范围内，由公社、生产队的公益金补助一部分。随着生产的发展逐步增加公益金补助部分。具体办法由各地根据不同情况自行制定。目前有极少数经济富裕的人民公社坚持实行社办公费医疗的办法，仍可继续试行，但不要忙于推广。另有一些人民公社实行谁看病谁出钱的办法，也不要急于都改变过来，而应当根据公社的生产发展水平和群众的觉悟程度，逐步改变为集体保健医疗制度。

卫生人员的工资待遇，应从当地的生产和生活水平出发，根据党的知识分子政策和社会主义按劳分配的原则，按照技术水平、服务态度，采取民主讨论，领导批准的办法加以确定。工资过高或过低都将不利于卫生人员积极性的发挥和他们同群众的关系。一般以不降低公社化前的工资待遇为适宜，对一些年老有经验的医生应予以适当照顾。下放到社、队的国家在职卫生人员的工资仍由国家发给。对不脱产的卫生人员，可以推行因参加卫生工

作“误工记分”的办法,工作有显著成绩的,还可以适当予以表扬或奖励。

(五)大力培养农村卫生人员

为了适应新的形势,在培养农村卫生人员问题上,必须进一步贯彻“两条腿走路”的方针。要继续鼓励中西医药人员带徒并有计划地组织中医进修和中医温课,提高现有中医的业务水平。还应把已经办起来的中、初级卫生学校办好,争取在1962年以前基本上达到县县有中级或初级卫生学校。要加强对县医院、公社卫生院、卫生所在职卫生人员的轮训工作,各地应订出具体的轮训计划,分别采取抽调到省、专、市、县医院及高、中级医学院校轮训进修等办法,力求在1962年以前把现有业务水平较低的卫生人员基本上轮训一遍。几年来,各地的城市医学院校和医院对乡村医院实行逐级的业务技术指导等办法,效果很好,应继续推广。要逐步加强公社卫生院的技术力量,要求在1962年以前,大多数的公社卫生院都能配备几名中等专业学校毕业或相当于中级学校毕业的医士、助产士和水平较高的中医,充实一些必要的医疗设备。不脱产的群众卫生骨干和积极分子在农村卫生工作中起着重要的作用,应该积极地放手地采取各种方式大量培养,不断提高。每个生产队要有一、二名经过训练的不脱产的卫生员。每一公共食堂要有一名固定性的不脱产的食堂卫生员。每一托儿所或幼儿园视收容儿童多少,要有一名或几名受过一定训练的保育员。对卫生员要求达到能够懂得除害灭病讲卫生的基本科学知识;能够结合生产掌握急救和劳动保护知识;能够掌握常见急性传

染病的预防知识及危害当地人民最严重的疾病的防治经验和办法,使他们成为开展群众性除害灭病工作的骨干。根据居住情况,还可酌设卫生小组长,负责卫生检查等工作。所有卫生人员的培训工作,都必须注意不要妨碍生产,也不能一次抽调过多。

各地在解决上述各项问题的时候,应当考虑到中国地大人多,各地情况不一,既要有原则上的一致性,又要有方式作法上的灵活性,同时必须密切结合生产发展的需要和可能性,多和群众商量。

三

加强县医院(卫生院)的工作,认真贯彻“勤俭办医院,树立全心全意为人民服务的医疗态度”和“扩大预防,以医院为中心指导地方和工矿的卫生预防工作”的方针。县医院应建立对公社卫生组织的业务指导制度,采取“派下去,调上来”和帮助解决疑难问题等办法,来提高公社卫生人员的业务技术水平。根据城乡兼顾的原则,从1960年起,高等医药院校医疗系的新毕业生应分配40~50%给县医院,并有计划地从城市卫生机构中抽调一定数量有经验的医生分到或下放到县医院工作,要求在1962年前,统一规划,分期分批地使每个县医院扩充到100~200张左右的病床,各主要科室都能配备上较高水平的中西医生。医疗器材装备是开展卫生医疗工作的重要物质保证,应逐步充实和加强,1962年以前,每县大体上都能有一套比较完整的医疗设备。使县医院真正成为

全县技术的中心和培养干部的基地。对已设的县卫生防疫站、妇幼保健站及其它专业机构，应加强领导，并和县医院密切结合，充分发挥作用。

现在各级党的组织对卫生工作都很重视，今后还应继续加强领导，把卫生工作列入总的规划，有专人分工领导，继续加强公社卫生组织的骨干力量，逐步建立和健全党团组织。加强总路线和政治思想教育，提高医务人员的政治觉悟，树立为人民公社服务、为生产服务、为人民健康服务的思想和工作作风，并应认真贯彻勤俭办卫生事业的方针。

中共中央文件

中发(60)251号

中央关于卫生工作的指示

卫生工作,这两年因为忙于生产大跃进,有些放松了。现在应该立即抓紧布置,抓紧总结经验,抓紧检查、竞赛、评比。中央于今年2月2日批准“卫生部党组关于全国卫生工作山西稷山县现场会议的报告”及附件“关于人民公社卫生工作几个问题的意见”,早已发给你们。据我们调查,未能引起你们的重视,大多数省、市、区党委第一书记没有看这样一个很重要而又写得很好的文件,也没有发到各级党委党组和人民公社去。中央现在提醒同志们,要重视这个问题,要把过去两年放松了的爱国卫生运动重新发动起来,并且一定要于1960年、1961年、1962年这三年内做出显著的成绩,首先抓紧今年的卫生运动。其办法:在省、市、地、县、社的有卫生部门及民众团体负责人参加的党委会议及党组会议上,在本年三月内,至迟四月上旬,认真讨论一次,由党委第一书记挂帅,各级党委专管书记和有关部门党组书记也要在党委第一书记领导之下挂起帅来,立即将中央2月2日批示的文件发下去,直到人民公社,各省、市、区党委迅即做出自己的指示,重新恢复爱国卫生运动委员会的组织和工作,发动群众,配合生产运动,大搞卫生工作,无论老人、小孩、青年、

壮年、教员、学生、男子、女子，都要尽可能地手执蝇拍及其他工具，大张旗鼓、大造声势，大除四害，一切卫生医药人员都要振作起来，与党委、群众组成三结合，显示自己的能力，批评右倾思想。再有一事，麻雀不要打了，代之以臭虫，口号是“除掉老鼠、臭虫、苍蝇、蚊子”。至于其他严重疾病，当然要按照计划一律除掉或减少。各地除害灭病委员会的工作，各级党委必须认真抓紧和认真检查。环境卫生，极为重要，一定要使居民养成卫生习惯，以卫生为光荣，以不卫生为耻辱。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运动。把卫生工作看作孤立的一项工作是不对的。卫生工作之所以重要，是因为有利于生产，有利于工作，有利于学习，有利于改造我国人民低弱的体质，使身体康强，环境清洁，与生产大跃进，文化和技术大革命，相互结合起来。现在，还有很多人不懂这个移风易俗、改造世界的意义。因此必须大张旗鼓，大做宣传，使得家喻户晓，人人动作起来。做这件事，并没有什么了不得的困难，事在人为，一定要争取在三年内做出大成绩，今年要轰轰烈烈地行动起来。为此，各级党委、卫生部门党组、工会党组、青年团党组、妇联党组，今年一年，要为卫生工作开会四次，每季一次，每次三、四小时即够，不要太长。以后年年如此。爱国卫生运动委员会，在上述会议开过后，立即召开，也是一年四次，每季一次，年年如此。请同志们一体遵行，切勿延误。

中 共

1960年3月18日

国务院总理李鹏 给第四届亚洲农村医学暨初级 卫生保健学术会议的贺信

第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议：

欣悉第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术会议在我国召开，我代表中国政府向大会表示热烈地祝贺！希望大会在交流学术成就，增进友谊和发展区域合作方面做出贡献。

“2000年人人享有卫生保健”是世界卫生组织提出的全球战略目标。我国政府已宣布支持世界卫生组织为之所做的一切努力，积极促进这一目标的实现。我国有八亿农村人口，发展农村的医疗卫生事业一向是我国医疗卫生工作的重点，也是实现“2000年人人享有卫生保健”的关键。

在我国政治经济体制改革深入发展的新形势下，我国政府将把深化卫生改革，保障农民健康，提高人口素质，纳入社会经济发展总体目标，使卫生事业与经济的发展同步增长，努力开发利用卫生资源，提高科学管理水平和医疗技术水平，满足群众日益增长的卫生需求，争取实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标。

祝会议圆满成功！

1988年10月6日

关于下发《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”规划目标》的通知

各省、自治区、直辖市、计划单列市计委、卫生、农业、乡镇企业、环保厅(局)、爱国卫生运动委员会：

“2000年人人享有卫生保健”是世界卫生组织提出的全球战略目标。李鹏总理曾明确表示：“我国政府已宣布支持世界卫生组织为之所做的一切努力，积极促进这一目标的实现”。尤其要把“保障农民健康，提高人口素质纳入社会经济发展总体目标，使卫生事业与经济的发展同步增长。”

据此我们参照世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的最低限标准，从我国的实际情况出发，制定了《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》，提出了十二项指标和分阶段达标的构想。现将此《规划目标》及与之相配套的《初级卫生保健工作管理程序》和《“2000年人人享有卫生保健”评价标准》一并发给你们，请结合当地情况，组织贯彻落实。

附件一、我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标

附件二、初级卫生保健工作管理程序

附件三、“2000年人人享有卫生保健”评价标准

卫生部 国家计划委员会 农业部

国家环境保护局 全国爱国卫生运动委员会

1990年3月15日

附件一

关于我国农村实现 “2000年人人享有卫生保健”规划目标 (试 行)

“2000年人人享有卫生保健”是1977年世界卫生组织提出的全球战略目标,1986年我国政府明确表示了对这一目标的承诺。1988年10月李鹏总理进一步阐明实现人人享有卫生保健是2000年我国经济发展总体目标的组成部分。

我国农村实现人人享有卫生保健的基本途径和基本策略是在全体农村居民中实施初级卫生保健。所谓初级卫生保健是指最基本的、人人都能得到的、体现社会平等权利的、人民群众和政府都能负担得起的卫生保健服务。实施初级卫生保健是全社会的事业。就国家而言,实施初级卫生保健是政府的职责,社会的职责。就人民群众而言,人人都有权享受初级卫生保健,人人又都有义务参与初级卫生保健并为初级卫生保健做贡献。就卫生工作而言,实施初级卫生保健是为全体居民提供最基本的卫生保健服务,以保障与增进人民健康,提高全民族的身体素

质。实施初级卫生保健是体现为人民服务宗旨的重要方面。

二

依据党中央关于我国经济发展的战略部署,参照世界卫生组织的全球性指标,从当前实际水平出发,提出我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”目标的最低限标准如下:

中国农村“2000年人人享有卫生保健”最低限标准

(以县为单位)

初级卫生保健指标	不同经济地区最低限标准			
	贫困	温饱	宽裕	小康
1. 把初级卫生保健纳入县、乡(镇)政府工作目标和当地社会经济发展规划(%)	100	100	100	100
2. 县、乡政府年度卫生事业拨款占两级财政支出的比例(%)	8	8	8	8
3. 健康教育普及率(%)	50	65	80	90
4. A. 行政村卫生室覆盖率(%)	90	95	100	100
B. 甲级卫生室占村卫生室比例(%)	30	50	70	90
5. 集资医疗保健覆盖率(%)	80	50	60	60
6. “安全卫生水”普及率(%)	60	70	80	90
7. “卫生厕所”普及率(%)	35	45	70	80
8. 食品卫生合格率(%)	80	80	85	85
9. 婴儿死亡率每五年递降百分比(%)	20	15	10	5
10. 孕产妇死亡率每五年递减百分比(%)	30	25	20	15
11. 儿童“四苗”单苗接种率(%)	85	85	90	95
12. 法定报告传染病发病率每五年递降百分比(%)	15	15	10	10
** 地方病病区特定指标: 地方病患病率每五年递降百分比(%)	10	10	5	5

三

全国农村实现“2000年人人享有卫生保健”规划目标大致分两步走：第一步，1995年以前50%的县达标；第二步，到2000年再有50%的县达标。具体分为三个实施阶段：

第一阶段(1989—1990)，即规划试点阶段。主要任务是：1、全面进行初级卫生保健的宣传教育，重点是开发领导层，培训管理干部、技术队伍和群众卫生骨干；2、健全农村三级医疗预防保健网，改革与完善医疗保健制度，完成实施初级卫生保健的组织准备；3、通过调查研究，在摸清各项指标本底情况基础上，以《最低限标准》为依据，提出本县预定值，制订相应的实施办法；4、选择条件适宜的县进行实施初级卫生保健的试点，建立在本地区具有典型意义的示范县。力争全国有10%的县首先达到规划目标的《最低限标准》。

第二阶段(1991—1995)，即全面普及阶段。主要任务是在当地政府领导下，通过政府各职能部门的协同，群众的充分参与，全面实施“2000年人人享有卫生保健”发展规划。各省、自治区、直辖市至少有50%的县达到《最低限标准》。

第三阶段(1996—2000)，即加速发展、全面达标阶段。主要任务是：1、在社会经济条件进一步发展的基础上，完善发展初级卫生保健的内部机制，加快步伐，使所有的县都能达到初级卫生保健最低限标准，完成第二个

50%；2、第二个阶段已达标的县，要在新的基础上继续努力，以更丰富的内涵和更高的标准，向新的目标前进；3、全国范围的检查考核，总结验收。

几点说明

1、《关于我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》原则上提出了不同地区实现“人人享有卫生保健”的最低限标准和分阶段实施的构想。各省、自治区、直辖市应从实际出发拟定本地区的规划和实施办法。

2、不同经济状况地区的划分，是根据“国家2000年经济发展规划”和国家统计局曾经使用过的统计方法提出的，其意义在于强调从实际出发。既不搞一刀切，又努力促进农村卫生事业的发展，逐步缩小地区间的差距，达到卫生资源的公平分配，人人享有同等的健康权利。

3、各地规划指标的预定值一般不应低于《最低限标准》。目前经济已较发达，工作基础也较好的地区，指标及其内涵可以扩充，标准可提高。

4、初级卫生保健工作的管理程序和评价标准另发。

5、关于指标的解释和计算方法：

指标1 指初级卫生保健的实施已成为本届政府的工作目标，并有主要领导分工负责。制定了初级卫生保健发展规划，并定期检查考核实施情况。

指标1 = $\frac{\text{把PHC纳入政府工作目标和当地社会经济发展规划的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times$

100%

指标2 县、乡政府年度卫生事业拨款指两级财政

支出中,卫生事业费、卫生基建投资、中医经费、卫生科研经费和卫生人力发展投入的总和。不含集体组织的经济支持和个人支付的卫生费用。其意义在于保证卫生事业经费在地方财政支出中占有合理的比例,并使之随社会经济的发展同步增长。根据我国经济体制改革的深入发展,该项指标将有可能为“卫生事业费用占国民生产总值的比例”所取代。

指标 3 指中、小学健康教育课、常见疾病预防保健知识、生活卫生常识等普及到家庭、学校、企事业单位的百分比。

$$\text{指标 3} = \frac{\text{普及健康教育的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

接受健康教育的人数不足本乡常住人口的 70% 时,不计入分子的乡(镇)数。

指标 4A 村卫生室应有医有药有专门的工作房间,乡村医生承担医疗、预防保健和卫生宣传三项任务。

$$\text{指标 4A} = \frac{\text{村卫生室数}}{\text{行政村总数}} \times 100\%$$

设有一个以上卫生室的行政村,其分子“村卫生室数”仍按“1”统计。

乡(镇)卫生院所在村如未设卫生室,可在计算时从分母“行政村总数”中减去“1”。

指标 4B 甲级卫生室的最低标准是:(1)有诊断、治疗、药房三室分开的专用房屋;(2)至少有 120 种常用药品及必要设备;(3)至少有一名获得乡村医生证书的医生,有一名女乡村医生或卫生员(接生员);(4)有一套管理制度,如门诊、发药、收费、消毒、防保等项制度。

$$\text{指标 4B} = \frac{\text{甲级村卫生室数}}{\text{行政村卫生室总数}} \times 100\%$$

指标 5 指以全体居民为对象,通过不同的集资方式和管理办法,实行集体与个人共同筹集医疗保健专用基金和按一定比例补偿居民的医药、预防保健费用支出的各种形式的医疗保健制度。

$$\text{指标 5} = \frac{\text{实行集资医疗保健制度的行政村数}}{\text{行政村总数}} \times 100\%$$

享受集资医疗保健的人数不足该行政村常住人口的70%时,不计入分子的“行政村数”。

指标 6 指水源水的感官指标,PH 值和氟、亚硝酸盐含量指标达到国家标准,煮沸后可以饮用。

$$\text{指标 6} = \frac{\text{饮用“安全卫生水”人数}}{\text{总人口数}} \times 100\%$$

指标 7 指厕所有墙、有顶,厕坑及贮粪池无渗漏,厕内清洁,无蝇蛆。粪便定期清除并行无害化处理。

$$\text{指标 7} = \frac{\text{卫生厕所数}}{\text{厕所总数}} \times 100\%$$

指标 8 指食品生产、经营单位的食品符合国家食品卫生标准。要求年检验件数在 500 件以上,各种覆盖率达 100%。检验样品中抽样品应占 60%以上。

$$\text{指标 8} = \frac{\text{符合食品卫生标准的样品数}}{\text{年检验样品总数}} \times 100\%$$

指标 9 婴儿死亡率指一年内,每千名活产婴儿死亡数。“活产婴儿”指具有呼吸、心跳、脉搏、肌肉抽动四种生命现象之一者。在统计时,婴儿死亡漏报率应控制在 20%以下。婴儿死亡率每五年递降百分比指 1995 年比 1990 年、2000 年比 1995 年的婴儿死亡率各递降的百分比数。

$$\text{婴儿死亡率} = \frac{\text{婴儿死亡数}}{\text{活产婴儿数}} \times 1000\%$$

1990年(1995年) 1995年(2000年)

$$\text{指标 9} = \frac{\text{婴儿死亡率} - \text{婴儿死亡率}}{1990(1995\text{年})\text{婴儿死亡率}} \times 100\%$$

指标 10 孕产妇死亡率指一年内每一万孕产妇从妊娠至分娩 42 天,由于与妊娠(含宫外孕)、分娩有关或因妊娠分娩致原发疾病恶化而引起的死亡数。但不含意外事故、节育手术事故和其它手术意外致死数。在统计时,孕产妇死亡漏报率应控制在 20% 以下,孕产妇死亡率每五年递降百分比指 1995 年比 1990 年、2000 年比 1995 年的孕产妇死亡率各递降的百分比数。

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{孕产妇死亡数}}{\text{年孕产妇总数}} \times 10000/\text{万}$$

按国际通用计算方法,“年孕产妇总数”以“年活产婴儿总数”计算。

1990年(1995年) 1995年(2000年)

$$\text{指标 10} = \frac{\text{孕产妇死亡率} - \text{孕产妇死亡率}}{1990\text{年}(1995\text{年})\text{孕产妇死亡率}} \times 100\%$$

指标 11 指儿童“四苗”计划免疫中,每一种疫苗符合规范的接种率。

$$\text{指标 11} = \frac{\text{实际接种人数}}{\text{应接种人数}} \times 100\%$$

指标 12 法定报告传染病发病率指一年内每 10 万人口中,甲、乙、丙类 35 种法定报告传染病的发病数。统计报告中传染病漏报率应控制在 5% 以下。法定报告传染病发病率每五年递降百分比指 1995 年比 1990 年、2000 年比 1995 年的法定报告传染病发病率各递降的百分比数。

$$\text{法定报告传染病发病率} = \frac{\text{法定报告传染病发病数}}{\text{年平均人口数}} \times 100000/10\text{万}$$

1990年(1995年) 1995年(2000年)

$$\text{指标 12} = \frac{\text{法定报告传染病发病率} - \text{法定报告传染病发病率}}{1990\text{年}(1995\text{年})\text{法定传染病发病率}} \times 100\%$$

地方病病区特定指标 地方病患病率每五年递降百分比指地方病流行每十万人中,某地种地方病(碘缺乏症、地氟病、血吸虫病、大骨节病、克山病)患病人数每五年递降的百分数

$$\text{某地方病患病率} = \frac{\text{某地方病患者人数}}{\text{年平均人口数}} \times 100000 / 10 \text{万}$$

$$\text{某地方病患病率} = \frac{\text{1990年(1995年)某地方病患病率} - \text{1990年(2000年)某地方病患病率}}{\text{1990年(1995年)某地方病患病率}} \times 100\%$$

每五年递降百分比

初级卫生保健工作管理程序 (试 行)

为加强初级卫生保健工作的组织管理,推进“2000年人人享有卫生保健”规划目标的实施,特制定初级卫生保健工作管理程序如下:

一、健全管理体制

(一)加强领导协调组织:

在地方政府领导下,组成由政府主要领导及有关职能部门的主要负责人参加的初级卫生保健领导协调组织,直接担负初级卫生保健的领导责任。部分具备一定条件的地区,亦可由爱国卫生运动委员会承担初级卫生保健的领导责任。各领导协调组织的主要职责是:

- 1、审定本地区初级卫生保健规划和年度计划;
- 2、制定保证初级卫生保健实施的地方性政策和法规;
- 3、协调各部门工作,检查督促各部门工作计划的实施;
- 4、动员组织全社会积极参与初级卫生保健;
- 5、定期组织所辖地区初级卫生保健评价工作。

(二)健全办事机构:

在地方政府领导下,指定专门办事机构。其主要职责是:

- 1、负责草拟规划与年度计划；
- 2、负责与有关部门联系，督促计划实施；
- 3、负责情报信息处理；
- 4、定期向政府及初级卫生保健领导协调组织报告工作及提出建议；
- 5、处理本地区初级卫生保健管理的日常工作。

(三)建立专家咨询组：

初级卫生保健专家咨询组应由具有计划、管理和卫生专业特长的专家组成。其主要职责是：

- 1、参与制定初级卫生保健政策和规划，进行可行性论证；
- 2、指导本地区初级卫生保健实施；
- 3、提供国内外各类地区初级卫生保健工作信息，并提出建设性意见。
- 4、协助有关部门进行项目目标的调查研究、科学预测和监督评价。

二、依靠政策措施，促进初级卫生保健

根据国家总的方针政策，结合当地社会经济和卫生工作的实际情况，采取各种基本的政策、措施，保障初级卫生保健的实施。其主要政策应包括：

- 1、重视健康投资，合理分配资源；
- 2、明确社区与群众参与初级卫生保健的权利和义务；
- 3、稳定与发展基层专业技术队伍；
- 4、巩固发展县、乡、村三级医疗预防保健网；
- 5、适应经济发展和人民需求，发展集资 医疗保健制

度。

三、强调部门责任,发挥整体功能

根据《规划目标》的具体要求,各有关部门主要责任如下:

计划、经济、财政部门:将初级卫生保健列入社会经济发展总体规划,并使初级卫生保健的经费投入与经济的增长同步增长,逐步达到《规划目标》要求的比例。

文化、新闻、广播、电影电视部门:负责初级卫生保健的宣传、报道,传播卫生知识,普及健康教育,提高居民的自我保健能力。

教育部门:在开展成人扫盲教育的同时,进行卫生常识教育;开设中、小学卫生知识课,并列入教育计划。

水利部门:承担农村改水的规划设计、经费筹集及施工管理。

城乡建设、环保部门:负责城乡公共卫生设施的规划、设计、改造工作,推广城镇生活污水沼气净化技术,提高环境卫生质量。

农业部门:引导督促乡(镇)集体企业加强技术改造,加强劳动保护设施的建设,加强食品卫生管理,控制和消除职业危害。推广粪便无害化处理,提倡使用经发酵的农家肥。合理使用化肥、农药。在氟污染严重的地区推广降氟防氟炉灶。

爱国卫生运动委员会办公室:负责改水、改厕和环境卫生监督指导及健康教育的普及。积极做好初级卫生保健的协调工作。

工业、商业、粮食、供销部门:控制健康危害因素,加

强食品企业的管理,认真执行《食品卫生法》,提高食品、粮食、食油等卫生质量,改善居民食品结构。医药生产供销部门要保证农村基本用药的生产供应。

计划生育部门:提高计划生育率,降低人口出生率,控制人口增长。普及优生优育知识,提高人口质量。

民政部门:帮助“老、少、边、穷”地区及地方病病区脱贫致富。做好重点疫(病)区的扶贫工作。配合有关部门做好麻风病、精神病、地方病、寄生虫病的防治工作。

工商、公安、司法部门:维护《食品卫生法》、《传染病防治法》、《药品管理法》的贯彻执行,取缔伪劣药品和不符合卫生标准的食品的生产、销售,打击非法行医和危害居民健康的不法行为。

卫生部门:加强三级医疗预防保健网络的建设,推行集资医疗保健制度。负责居民的医疗、康复技术服务;负责妇女保健、儿童保健、优生优育和计划生育的技术服务;负责对食品卫生、学校卫生、劳动卫生、放射卫生的监督指导和各种传染病、寄生虫病、地方病的防治以及药政管理等工作。

四、确定规划目标,制定实施计划

(一)规划的内容:

- 1、概况;
- 2、影响居民健康的主要因素;
- 3、总体目标和指标;
- 4、实施计划及措施;
- 5、资源保证。

(二)制定规划的方法与步骤:

1、组织调查研究。采取随机抽样或全面调查等形式，对本地区政治经济、文化教育、卫生需求等历史和现状进行系统的社会调查；收集国家和地方有关方针政策、上级部门要求及广大居民意见等背景资料；调查测算各项规划指标的本底情况。

2、确定总体目标。对调查资料进行综合分析，找出影响居民健康的主要问题，预测卫生保健发展前景，以《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》及《最低限标准》为依据，确定总体目标及本地区各项指标的预定值，拟定出概略规划。

3、制定实施计划。围绕总体目标制定实施方案，提出具体措施和方法，拟定出包括项目名称、具体内容、承办单位、完成时间、资源保证及项目负责人等内容的年度行动日程表，并制定出评价目标的相关指标的标准。

4、规划目标的审定。概略规划和实施计划拟定后，必须提交当地政府或“人大”会议审议通过，纳入政府工作目标和社会经济发展规划。

五、编制规划预算

编制预算前，应对规划目标所需经费及其来源进行预测。编制过程中，参与实施的各有关部门应将与本部门相关的具体项目明确列入预算。同时，要加强预算控制，进行成本效益分析，在制定具体计划过程中适时加以调整。

六、组织实施

(一)规划试点阶段：

1、开发领导层。要采取多种方式向各级政府领导做

宣传,培训初级卫生保健领导协调组织的成员以及部门负责人,使之深刻理解初级卫生保健工作的重要意义、作用和地位,掌握初级卫生保健工作的基本内容、实施方法和评价标准,明确工作职责,切实承担领导该项工作的责任。

2、宣传动员。加强宣传教育,动员群众人人参与本地区的初级卫生保健。有计划、有重点地开展人群健康教育,不断提高居民、家庭和社区的自我保健能力。

3、培训队伍。采取多种形式,培训管理、技术和群众卫生骨干。

4、健全基层卫生组织。本着统筹规划、合理布局的原则,巩固发展三级医疗预防保健网,继续在农村基层推行集资医疗保健制度,为居民就近提供基本的医疗预防保健服务。

5、搞好试点。选择条件适宜的县、乡、村进行初级卫生保健试点,逐步建立在本地区具有典型指导意义的示范点,力争率先达到“2000年人人享有卫生保健”的规划目标的最低限标准。

(二)全面普及阶段:

在试点经验的指导下,逐步推广全面实施初级卫生保健。对不同经济地区实行分类指导,采取具体措施加强城市支援农村,富裕地区支援贫困地区,在自力更生的基础上,力争在区域内外获得必需的资源,确保1995年全国50%的县达到《最低限标准》。

(三)加速发展、全面达标阶段:

1、在社会经济进一步发展的基础上,完善发展初级

卫生保健事业的内部机制,加快步伐,使所有的县都能达到初级卫生保健最低限标准;

2、第一、二阶段已达标的县,要在新的基础上继续努力,以更丰富的内涵和更高的标准,向新的目标前进;

3、全国范围的检查考核、总结验收。

七、考核评价

(一)考核评价的内容:

以规划目标的十二项指标为核心,评价以下工作内容:

1、各级政府对初级卫生保健工作重视程;

2、人群健康水平;

3、卫生保健服务水平;

4、地区总体卫生状况;

5、与卫生保健相关的社会经济、文化状况。

(二)考核评价方法:

根据规划目标实施的进程,进行定期与不定期的考核评价。包括项目评价与综合评价,阶段性评价与终末评价等。

由初级卫生保健领导协调组织负责组织考核评价和拟定考核评价计划。评价工作可采取自我评价、地区间互评和上级评价等形式,以抽样调查、典型解剖、实地勘察和座谈讨论等方法进行。

八、调整规划

在阶段评价的基础上,对不适应社会经济发展并明显低于居民健康需求的原定指标,或因客观条件发生不可预测的变化,不能按计划进行下去的,以及经过实践确

实难以达到的原定指标应加以调整。对规划的任何调整和变更,必须提交当地初级卫生领导协调组织审定,并将调的内容纳入调整后的规划,付诸实施。

九、情报信息支持

(一)建立情报信息系统:

县级卫生行政部门要不断完善信息系统,加强指导和管理,培训信息专业队伍,健全和强化县、乡、村三级卫生情报信息系统的功能,形成全县的信息中心。省级卫生信息机构应根据卫生部统一制定的有关表、册、簿、卡,完善信息的搜集、整理、分析、贮存、传递、反馈、检索、使用等制度。

(二)情报信息的搜集贮存:

充分利用三级信息网,定期搜集本地区健康水平、卫生服务利用、卫生资源和社会、经济、文化以及与卫生有关的方针政策等重要资料。进行筛选整理、综合分析、分类贮存,以便检索、应用。

(三)情报信息的反馈应用:

各种信息资料除及时反馈给初级卫生保健的领导、决策、管理机构和具体实施部门外,还要在区域内进行有效的传递交流和横向比较。

(四)情报信息的评价:

信息评价包括:信息的准确程度、误差率;信息搜集与反馈的及时程度;信息的实用性和完整性;信息系统的自身建设及主管部门的重视程度等。通过评价,逐步提高信息管理水平。

十、初级卫生保健立法

国家和地方各级政府应积极制定保障初级卫生保健实施和发展的法令、法规。通过立法,确立初级卫生保健在国民经济发展中的地位和作用。保障公民享受卫生保健的合法权益。调整社会各部门、社区、家庭和居民个人在初级卫生保健中的行动,履行规定的职责、权利和义务,使初级卫生保健工作得到法律保障。

附件三

“2000年人人享有卫生保健”评价标准

(试 行)

(以县为单位)

指 标	相 关 内 容	不同经济水平地区评价标准				计 分
		贫困	温饱	宽裕	小康	
1. 把初级卫生保健纳入县、乡政府的工作目标和当地社会经济发展计划		100	100	100	100	10
	1.1 有初级卫生保健领导或协调组织和专门办事机构,并真正起作用的 比例(%)	100	100	100	100	2
	1.2 制订初级卫生保健概略规划及年度计划的 比例(%)	100	100	100	100	2
	1.3 经人大审议通过或地方政府发布文件将初级卫生保健规划纳入政府工作目标和当地发展规划的比例(%)	10				3
	1.4 对初级卫生保健工作定期检验考核的比例 (%)	2				3
2. 县、乡政府年度卫生事业拨款占两级财政支出的比例(%)		8	8	8	8	8

指 标	相 关 内 容	不同经济水平地区评价标准				计分
		贫困	温饱	宽裕	小康	
3. 健康教育普及率(%)	2.1 全县(市)年度卫生拨款占县、乡两级财政支出的比例(%)	8	8	8	8	5
	2.2 全县(市)卫生事业拨款用于乡、村两级卫生事业的比例(%)	30	30	30	30	3
	3.1 中小学校健康教育普及率(%)	50	65	80	90	8
	3.2 居民卫生保健科普知识普及率(%)	100	100	100	100	3
	3.3 卫生宣传教育工作有专(兼)职人员负责的乡(镇)比例(%)	30	40	50	60	2
4. A 行政村卫生室覆盖率(%)	3.4 卫生宣传教育工作有专(兼)职人员负责的乡(镇)比例(%)	100	100	100	100	1
	3.4 健康行为形成率(%)	50	60	70	80	2
	4. A.1 行政村卫生室覆盖率(%)	90	95	100	100	10
	4. A.2 村级卫生人员报酬得到合理解决的村卫生室比例(%)	90	95	100	100	4
4. B 甲级卫生室占村卫生室比例(%)	4. A.2 村级卫生人员报酬得到合理解决的村卫生室比例(%)	60	70	80	100	3
	4. A.3 定期对村级卫生人员进行业务考核和培训的乡(镇)比例(%)	50	60	80	100	3
	4. B 甲级卫生室占村卫生室比例(%)	30	50	70	90	3
5. 集资医疗保健覆盖率(%)		50	50	60	60	6

指 标	相 关 内 容	不同经济水平地区评价标准				计 分
		贫困	温饱	宽裕	小康	
6. “安全卫生水”普及率(%)		60	70	80	90	7
7. “卫生厕所”普及率(%)		35	45	70	80	7
	7.1 公共“卫生厕所”普及率	70	80	90	100	3
	7.2 居民户“卫生厕所”普及率	35	45	70	80	4
8. 食品卫生合格率(%)		80	80	85	85	7
	8.1 食品卫生合格率(%)	80	80	85	85	3
	8.2 食品生产经营单位受检合格率(%)	80	80	85	90	2
	8.3 食品从业人员体验率(%)	100	100	100	100	2
9. 婴儿死亡率每五年递降百分比		20	15	8	5	8
	9.1 婴儿死亡率每五年递降百分比或婴儿死亡率(%)	20	15	8	5	4
	9.2 儿童系统管理率每五年递增百分比或儿童系统管理达标率(%)	10	10	15	15	4
10. 孕产妇死亡率每五年递降百分比		30	25	20	15	4
	10.1 孕产妇死亡率每五年递降百分比或孕产妇死亡率(%)	30	25	20	15	4

指 标	相 关 内 容	不同经济水平地区评价标准				计 分
		贫困	温饱	宽裕	小康	
11. 儿童“四苗” 单苗接种率 (%)	10.2 新法接生率(%)	85	90	95	100	1
	10.3 高危孕产妇住院率 (%)	95	100	100	100	1
	10.4 孕产妇系统管理达 标率(%)	70	80	90	95	2
		85	85	90	95	8
12. 法定报告传染 病发病率每五 年递降百分比	11.1 儿童“四苗”单苗接 种率(%)	85	85	90	95	6
	12.1 儿童“四苗”接种建 卡率(%)	95	98	98	100	2
		15	15	10	10	10
13. 地方病患病率 每五年递降百 分比或患病率 (1/10万)	12.1 法定报告传染病发 病率每五年递降百分 比	15	15	10	10	7
	12.2 法定报告传染病管 理制度化、规范化的乡 (镇)比例(%)	100	100	10	100	3
		10	10	5	5	10

指 标	相 关 内 容	不同经济水平地区评价标准				计 分	
		贫困	温饱	宽裕	小康		
附加指标： 1. 人口出生率(‰) 2. 人口自然增长率(‰) 3. 12 岁以上人口识字率(%) 4. 人均期望寿命(岁) 5. 县、乡(镇)村办工业企业有害作业点卫生合格率(%) 5.1 粉尘作业点卫生合格率(%) 5.2 毒物作业点卫生合格率(%) 5.3 职工性体检受检率(%)	13.1 碘缺乏病患率	1500	1000	500	100		
	13.2 地氟病患率	7000	5000	3000	1000		
	13.3 血吸虫病患率	3000	3000	3000	3000		
	13.4 大骨节病患率	3500	3000	2000	1000		
	13.5 克山病患率	50	30	20	10		
						加分	
						15	
						2.5	
						2.5	
						3	
			40	50	65	70	5
			40	50	65	70	2
			40	50	65	70	2
			100	100	100	100	1

关于评价标准的几点说明

一、本评价标准是为了检查评价我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”规划目标进度而制定的。

二、本评价标准是《规划目标》中十二项指标分解为相关指标的综合评价标准。

三、一般地区按百分制评价计分，地方病（碘缺乏病、地氟污染、寄生虫病、大骨节病、克山病）区采取 110 分计分法。综合评价的计分是：总分 100（110 分）为全面达标，70（75）分为基本达标，70（75）分以下为未达标。

四、项目考核中，达到原定指标值一半的，应记规定分值的一半，不足原定指标值一半的记“0”分，未开展该项工作的，倒扣原定分值的一半。

五、按世界卫生组织要求，评价内容更为广泛，各地可以本标准为基础，结合当地实际情况，扩充评价指标，并制定相应的标准。

六、人口出生率、人口自然增长率、12 岁以上人口识字率、人均期望寿命等均为非常重要的指标，但其地区差异较大，暂作为附加指标列入，指标值应与本地区“七五”、“八五”及 2000 年规划指标一致。

七、县、乡（镇）、村办工业企业有害作业点卫生合格率亦为重要指标。考虑到这些企业基础十分薄弱，也很不稳定，工作难度很大，故暂作附加指标要求。

八、第 9、10 项指标的漏报率高于 20%，第 12 项指

标漏报率高于 5% 时倒扣原分值的一半。

九、关于评价指标的解释和计算方法

指标 1. 指初级卫生保健的实施已成为本届政府的工作目标,有主要领导分工负责,制定了初级卫生保健发展规划,并定期检查考核的乡(镇)比例。

$$\text{指标 1} = \frac{\text{把实施初能卫生保健规划列入} \\ \text{政府工作目标和发展计划的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

指标 1.1 指政府主要领导及有关部门负责人实际参加初级卫生保健领导和协调工作,并设有办事机构负责初级卫生保健的日常工作的乡(镇)比例。

$$\text{指标 1.1} = \frac{\text{已建立初级卫生保健领导机构或} \\ \text{协调组织并设有办事机构的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

指标 1.2 在调查研究,充分论证的基础上,制定了发展初级卫生保健的概略规划及年度计划的乡(镇)比例。

$$\text{指标 1.2} = \frac{\text{已制定发展初级卫生保健} \\ \text{概略规划及年度计划的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

指标 1.3 指经“人大”审议或政府发布文件,将实施初级卫生保健纳入政府工作目标和当地社会经济发展规划的乡(镇)比例。

$$\text{指标 1.3} = \frac{\text{把初级卫生保健纳入政府工作目标和} \\ \text{当地社会经济发展规划的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

指标 1.4 指初级卫生保健领导机构或协调组织定期对本地区初级卫生保健工作进行检查考核的乡(镇)比例。每年考核不得少于二次。

对初级卫生保健工作

$$\text{指标 1.4} = \frac{\text{定期检查考核的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)数}} \times 100\%$$

指标 2.1 县、乡政府年度卫生事业拨款包括卫生事业经费、卫生基建费、中医经费、卫生科研经费、卫生人力发展的投入,不含乡、村两级的经济支持和个人支付的卫生费用。根据我国经济发展状况,该项指标将有可能为“卫生费用占国民生产总值的比例”所取代。

$$\text{指标 2.1} = \frac{\text{某年度县、乡财政对卫生事业合计拨款数}}{\text{该年度县、乡财政总支出数}} \times 100\%$$

指标 2.2 指县、乡两级财政卫生事业拨款用于乡、村两级卫生事业建设的比例。

$$\text{指标 2.2} = \frac{\text{某年度用于乡、村两级的卫生事业费用}}{\text{该年度县、乡卫生事业拨款数}} \times 100\%$$

指标 3 指中小学开设健康教育课,常见疾病预防保健知识和卫生常识等普及到家庭、学校、企事业单位的乡(镇)比例。

$$\text{指标 3} = \frac{\text{普及健康教育的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)总数}} \times 100\%$$

接受健康教育的人数不足本乡常住人口的 70% 时,不计入分子。

指标 3.1 指已开设健康教育课的中小学校比例。

$$\text{指标 3.1} = \frac{\text{开设健康教育课的中、小学校数}}{\text{全县中、小学校总数}} \times 100\%$$

指标 3.2 指居民通过卫生教育课、广播、电视、报刊杂志、卫生专栏及黑板报等多种形式接受健康教育的人数与当地应接受健康教育人数的比例。

$$\text{指标 3.2} = \frac{\text{接受健康教育并具有一般卫生基础知识的人数}}{\text{该地区应接受健康教育的总人数}} \times 100\%$$

应接受健康教育的人数指 7 周岁以上(含 7 周岁)各年龄组人数的总和。

指标 3.3 指有专职兼职人员负责卫生宣传教育的

乡(镇)比例。

$$\text{指标 3.3} = \frac{\text{有专(兼)职人员负责
卫生宣传教育的乡(镇)数}}{\text{全县乡(镇)总数}} \times 100\%$$

指标 3.4 指调查中,居民已形成健康行为的人数占调查人数的比例。主要健康行为指:饭前便后洗手,不随地吐痰,不随地便溺,天天刷牙漱口,不吸烟酗酒。

$$\text{指标 3.4} = \frac{\text{形成健康行为的人数}}{\text{健康行为抽样调查人数}} \times 100\%$$

指标 4. A. 1 指设有卫生室的行政村数与行政村总数之比。村卫生室指村民委员会举办的有医有药有专门的工作房间,乡村医生承担医疗、预防保健、卫生宣传和计划生育技术指导等项任务的卫生室。

$$\text{指标 4. A. 1} = \frac{\text{设有卫生室的村数}}{\text{行政村总数}} \times 100\%$$

设有一个以上卫生室的行政村,其分子中村卫生室数仍按“1”计算;乡(镇)卫生院所在地如未设卫生室可在计算时从分母“行政村总数”中减去。

指标 4. A. 2 指乡村医生和卫生员的报酬不低于村干部或民办教师工资水平的村卫生室数占村卫生室总数的比例。

$$\text{指标 4. A. 2} = \frac{\text{合理解决人员报酬的村卫生室数}}{\text{村卫生室总数}} \times 100\%$$

指标 4. A. 3 指定期对村级卫生人员进行业务考核和培训的乡(镇)卫生院数与乡(镇)卫生院总数的比例。考核、培训内容及标准由各省、自治区、直辖市统一制定,集中培训时间每年不少于 12 天。

$$\text{指标 4. A. 3} = \frac{\text{定期对村卫生人员进行
考核和培训的乡(镇)卫生院数}}{\text{乡(镇)卫生院总数}} \times 100\%$$

指标 4. B 甲级卫生室的最低标准是:1. 有诊断、治

疗、药房三室分开的专用房屋；2. 至少有 120 种常用药品及必要设备；3. 至少有一名获得乡村医生证书的医生，有一名女乡村医生或女卫生员（接生员）；4. 有一套管理制度。如门诊、发药、收费、消毒、防保等项制度。

$$\text{指标 4. B} = \frac{\text{甲级村卫生室数}}{\text{行政村卫生室总数}} \times 100\%$$

指标 5. 指以全体居民为对象，通过不同的集资方式和管理办法，实行集体与个人共同筹集医疗预防保健专用基金和按一定比例补偿居民的医药及预防保健费用支出的各种形式的医疗保健制度。

$$\text{指标 5} = \frac{\text{实行集资医疗保健的行政村数}}{\text{行政村总数}} \times 100\%$$

享受集资医疗保健的人数不足该行政村常住人口的 70% 时，不计入分子。

指标 6. 指饮用“安全卫生水”的居民数占当地总人口的百分比。“安全卫生水”指水源水的感官指标、PH 值、氟含量、亚硝酸盐含量达到国家标准，煮沸后可以饮用。

$$\text{指标 6} = \frac{\text{饮用“安全卫生水”的人数}}{\text{年平均人口数}} \times 100\%$$

指标 7. 指厕所有墙、有顶。厕坑及贮粪池无渗漏，厕内清洁、无蝇蛆。粪便定期清除并行无害化处理。

$$\text{指标 7} = \frac{\text{“卫生厕所”数}}{\text{厕所总数}} \times 100\%$$

指标 7.1 指公共厕所中“卫生厕所”所占的比例。

$$\text{指标 7.1} = \frac{\text{“卫生公共厕所”数}}{\text{公共厕所总数}} \times 100\%$$

指标 7.2 指农村居民户“卫生厕所”数与居民户总数的比例。

$$\text{指标 7.2} = \frac{\text{居民户“卫生厕所”数}}{\text{居民户总数}} \times 100\%$$

原则上每户应有一厕,两户以上共用的厕所,按公厕统计。没有厕所,随地便溺的居民户数,须计入指标 7.2 分母中。

指标 8.1 指食品生产、经营单位的食品符合国家食品卫生标准。要求年检验件数在 500 件以上,品种覆盖率达 100%。检验样品中抽样样品应占 60% 以上。

$$\text{指标 8.1} = \frac{\text{符合食品卫生标准的样品数}}{\text{年检验品总数}} \times 100\%$$

指标 8.2 指经检验符合食品卫生标准的食品生产、经营单位数与食品生产经营单位总数的比例。

$$\text{指标 8.2} = \frac{\text{符合食品卫生标准的食品生产、经营单位数}}{\text{食品生产、经营单位总数}} \times 100\%$$

指标 8.3 指从事食品生产、经营工作的职工接受职业性体检人数与从事该项工作的职工总数的比例。职业性体检每年至少一次。

$$\text{指标 8.3} = \frac{\text{年体检一次以上职工数}}{\text{从事食品生产、经营的职工总数}} \times 100\%$$

指标 9 婴儿死亡率指一年内,每千名活产婴儿死亡数。“活产婴儿”指具有呼吸、心跳、脉搏、肌肉抽动四种生命现象之一者。统计报告中婴儿死亡漏报率应控制在 20% 以下。婴儿死亡率每五年递降百分比指 1995 年比 1990 年,2000 年比 1995 年的婴儿死亡率各递降的百分比数。

$$\text{婴儿死亡率} = \frac{\text{婴儿死亡数}}{\text{活产婴儿数}} \times 1000\%$$

1990 年(1995 年) 1995 年(2000 年)

$$\text{指标 9.1} = \frac{\text{1990 年(1995 年)婴儿死亡率} - \text{1995 年(2000 年)婴儿死亡率}}{\text{1990 年(1995 年)婴儿死亡率}} \times 100\%$$

指标 9.2 儿童系统管理率指对 0—7 岁儿童建立了系统的健康管理制度,定期健康检查,并按年龄特点实行系统管理的人数占儿童总数的比例。儿童系统管理率

每五年递增百分比指 1995 年比 1990 年, 2000 年比 1995 年儿童系统管理率各递增的百分比。

$$\text{儿童系统管理率} = \frac{\text{接受系统管理的 0—7 岁儿童人数}}{\text{0—7 岁儿童总数}} \times 100\%$$

1995 年(2000 年) 1990 年(1995 年)

$$\text{指标 9.2} = \frac{\text{儿童系统管理率} - \text{儿童系统管理率}}{\text{1990 年(1995 年)儿童系统管理率}} \times 100\%$$

指标 10.1 孕产妇死亡率指每万名妇女在怀孕期或分娩后 42 天内的死亡数。不论怀孕的时间或部位, 不论由于与怀孕有关或因怀孕而加重, 或治疗上的原因。但意外事故或意外原因不在此列, 统计报告中, 孕产妇死亡漏报率应控制在 20% 以下。孕产妇死亡率每五年递降百分比指 1995 年比 1990 年, 2000 年比 1995 年的孕产妇死亡率各递降的百分比数。

$$\text{孕产妇死亡率} = \frac{\text{年孕产妇死亡数}}{\text{全年孕产妇总数}} \times 10000/\text{万}$$

按指标通用计算方法, 年孕产妇总数以年活产婴儿总数计算。

1990 年(1995 年) 1995 年(2000 年)

$$\text{指标 10.1} = \frac{\text{孕产妇死亡率} - \text{孕产妇死亡率}}{\text{1990 年(1995 年)孕产妇死亡率}} \times 100\%$$

指标 10.2 指每年每 100 次接产中, 新法接生的人数。

$$\text{指标 10.2} = \frac{\text{年新法接生产妇数}}{\text{同年分娩产妇总数}} \times 100\%$$

指标 10.3 指年高危孕产妇接受住院监测分娩数与该地同年高危产妇总数之比。

$$\text{指标 10.3} = \frac{\text{接受住院监测分娩的高危孕产妇数}}{\text{同年高危孕产妇总数}} \times 100\%$$

指标 10.4 孕产妇系统管理指自孕期三个月始, 接受定期产前检查, 开展高危监护, 实行新法接生和产后访视的系统管理的孕产妇数与同年孕产妇总数的比例。

$$\text{指标 10.4} = \frac{\text{接受系统管理的孕产妇数}}{\text{同年孕产妇总数}} \times 100\%$$

指标 11.1 指儿童“四苗”计划免疫中,每一种苗符合规范的接种率。

$$\text{指标 11.1} = \frac{\text{符合规范的接种人数}}{\text{应接种人数}} \times 100\%$$

不规范的接种人数不计入分子。

指标 11.2 指儿童“四苗”计划免疫中,已经建立卡片的儿童数占该年龄组儿童数的比例。

$$\text{指标 11.2} = \frac{\text{建卡儿童数}}{\text{该年龄组的儿童总数}} \times 100\%$$

指标 12 法定报告传染病发病率指一年内每 10 万人口中,甲、乙、丙 35 种法定报告传染病的发病数。统计报告中传染病漏报率应控制在 5% 以下。法定报告传染病发病率每五年递降百分比指 1995 年比 1990 年,2000 年比 1995 年的法定报告传染病发病率各递降的百分比数。

$$\text{法定报告传染病发病率} = \frac{\text{法定报告传染病总发病数}}{\text{年平均人口数}} \times 100000/10 \text{ 万}$$

$$\text{指标 12.1} = \frac{\text{1990 年(1995 年)法定报告传染病发病率} - \text{1995 年(1990 年)法定报告传染病发病率}}{\text{1990 年(1995 年)法定报告传染病发病率}} \times 100\%$$

$$\text{指标 12.2} = \frac{\text{法定报告传染病管理制度化、规范化的乡(镇)数}}{\text{乡(镇)总数}} \times 100\%$$

指标 13 地方病患病率是指在地方病流行区每 10 万人口中,某种地方病(碘缺乏病、地氟病、大骨节病、克山病、血吸虫病)的患病人数。地方病患病率每五年递降百分比,指 1995 年比 1990 年,2000 年比 1995 年地方病患病率各递降的百分数。

$$\text{某地方病患病率} = \frac{\text{某地方病患者人数}}{\text{年平均人口数}} \times 100000/10 \text{ 万}$$

1990年(1995年) 1995年(2000年)

$$\text{指标 13} = \frac{\text{某地方病患率} - \text{某地方病患率}}{1990\text{年}(1995\text{年})\text{某地方病患率}} \times 100\%$$

附加指标:

附加指标 1 人口出生率:指年每千人口中的出生人数。

$$\text{人口出生率} = \frac{\text{年出生婴儿数}}{\text{年平均人口数}} \times 1000\%$$

附加指标 2 人口自然增长率:指年每千人口中自然增加的人口数。

$$\text{人口自然增长率} = \frac{\text{年出生人口数} - \text{年死亡人口数}}{\text{年平均人口数}} \times 1000\%$$

附加指标 3 12岁以上人口识字率:指12岁以上(含12岁)人口中识字500以上的人数与12岁以上人口总数的百分比。

$$\text{12岁以上人口识字率} = \frac{\text{12岁以上人口识字500以上的人数}}{\text{同年12岁以上人口总数}} \times 100\%$$

附加指标 4 人均期望寿命:指零岁生存者今后预期尚能生存的平均岁数,由当地统计部门提供数据。

附加指标 5 指职业危害因素的浓度或强度达到国家劳动卫生标准的作业点数占有害作业点总数的比例。

$$\text{附加指标 5} = \frac{\text{符合劳动卫生标准的有害作业点数}}{\text{县、乡(镇)、村办工业企业有害作业点总数}} \times 100\%$$

附加指标 5.1 指粉尘浓度符合国家劳动卫生标准的粉尘作业点数与粉尘作业点总数的比例。

$$\text{附加指标 5.1} = \frac{\text{符合劳动卫生标准的粉尘作业点数}}{\text{县、乡(镇)、村办工业企业粉尘作业点总数}} \times 100\%$$

附加指标 5.2 指毒物浓度符合国家劳动卫生标准的毒物作业点数与毒物作业点总数的比例。

$$\text{附加指标 5.2} = \frac{\text{符合劳动卫生标准的毒物作业点数}}{\text{县、乡(镇)、村办工业企业毒物作业点总数}} \times 100\%$$

附加指标 5.3 指从事有害作业的职工每年接受职

业性体检人数与从事有害作业的职工总数之比。

$$\text{附加指标 5.3} = \frac{\text{年职业性体检一次以上的人数}}{\text{年从事有害作业的职工总数}} \times 100\%$$

国务院文件

国发[1991]4号

国务院批转卫生部等部门 关于改革和加强农村医疗卫生 工作的请示的通知

各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构：

国务院同意卫生部、农业部、国家计委、国家教委、人事部《关于改革和加强农村医疗卫生工作的请示》，现转发给你们，请遵照执行。

1991年1月17日

关于改革和加强 农村医疗卫生工作的请示

国务院：

为了贯彻中央关于“全党动员起来，大办农业”，和“各行各业都要支援农业”的决定，现就改革和加强农村医疗卫生问题提出几点意见：

一、必须把加强农村卫生事业建设，改善农村卫生状况，解决八亿多农民的基本医疗保健问题，保护农民健康，作为整个卫生工作的重点，努力办好。改革开放以来，随着农村经济的发展和农民生活水平的提高，农村医疗卫生服务的供需矛盾日趋尖锐。一方面是需求增长，另一方面是供给不足。近几年来，由于种种原因，放松了对农村卫生事业的领导、管理和支持，农村卫生事业非但没有得到发展，反而有所削弱，进一步拉大了城乡差距。这突出表现为：第一，国家和集体对农村卫生事业的投入在本来不足的情况下明显减少，农村卫生技术人员大量流失。第二，三级医疗预防保健网受到严重冲击，不少地方的农村基层卫生机构和合作医疗保健制度解体，个体行医和社会办医失去控制，乱收费、高收费，群众承担不起医药费用，缺医少药状况较严重。第三，一些已经消灭或控制的传染病、血吸虫病再度发生，甚至泛滥起来。这些问题

如不认真解决,不仅会阻碍农村生产力的发展,还会引起农民的不满,以致影响党群关系。

鉴于上述情况,应把加强农村医疗卫生工作作为战略重点,提到各级政府的议事日程上来。八亿农民现在是将来仍然是医疗卫生服务的主要对象。我们必须从卫生事业发展的长远战略着眼,从当前农村卫生事业投入严重不足,城乡之间医疗卫生资源分布极不合理的实际情况出发,通过治理整顿和深化改革将农村卫生事业振兴起来,把“2000年人人享有卫生保健”作为农村卫生奋斗目标。

二、巩固发展三级医疗预防保健网,完善农村卫生服务体系。加强农村的医疗卫生工作,实现“人人享有卫生保健”,要有坚实的组织保障。从五十年代开始按照行政区划组建起来的县、乡、村三级医疗预防保健网,经过三十多年的实践,证明是适合我国国情的。它的生命力和功效在于凝聚了国家、集体和农民群众三方面的力量共同举办卫生事业,并通过划区服务体现了分级负责的原则。各地要按照统一规划、合理布局的原则,逐步健全和完善以县级医疗卫生机构为技术指导中心,以乡(镇)卫生院为枢纽,以村卫生室(所)为基础的卫生服务体系。

在管理体制上,原则是实行分级管理。县级医疗卫生机构和中心卫生院由县举办和管理。目前除继续加强县级医疗卫生机构建设外,有条件的县要重点建设好三至五所中心卫生院,使之成为所在区域内实施初级卫生保健的技术指导中心;乡(镇)卫生院一般可由乡(镇)举办和管理。目前由乡(镇)管理有困难的可仍由县卫生局领

导管理,或者由县卫生局和乡(镇)政府双重领导;村级卫生组织一般由村民委员会举办和管理,也可由乡镇卫生院设点。对近几年来兴起的个体医生和民办医疗机构,应作为三级医疗预防保健网的补充力量,由县、乡卫生部门加强管理,并规定他们承担一定的初级卫生保健任务,发挥其积极作用,限制其消极作用。

在经营管理上,县、乡、村三级医疗卫生机构,不论是全民或集体所有制性质,都应实行独立核算、自主经营和目标管理责任制。地方政府和卫生行政部门既要为它们提供必要的条件,又要加强领导和监督,鼓励和帮助它们改善经营管理。但不得干预其经营权,抽调其资金和安插非专业人员或医疗卫生单位不需要的人员。

县、乡、村三级医疗卫生机构要建立起逐级技术指导关系,形成系统的技术指导网络。省级和地(市)级医疗卫生机构都必须遵照中央关于城市支援农村的指示精神支援农村卫生事业建设,作出全面规划和具体规定,采取签订合同或协议书的形式将这种支援与协作关系固定下来。

三、采取切实有效的办法,解决农村卫生技术人员缺乏的问题,稳定、充实和提高农村卫生技术队伍。

(一)任务侧重普及的各高等医学院校要在完成国家指令性招生计划的前提下,建立并完善面向农村(尤其是老、少、边、穷地区)的定向招生、定向培养、定向分配制度。要根据地方实际需要,积极、稳步地发展医学专科教育,尽快满足当前农村医疗卫生机构对高级人才的需求。中等卫生学校要面向农村基层,培养实用型的中等专业

技术人才,以充实基层卫生队伍。

(二)要认真整顿并加强县卫校和职工中专的建设。省、地、县各级政府对确有基础条件的县卫校和职工中专(特别是对50万人口以上的大县),应积极扶植,重点支持,帮助其改善办学条件,提高教学质量,使其成为培训农村卫生人才和乡村医生的基地。

(三)要采取措施鼓励卫生技术人员由城市向农村流动。各医学院校要加强对学生的思想政治工作,教育学生树立“与工农相结合,为工农服务”,特别是为农民服务的思想。要把学生到农村实习参加医疗预防工作实践,作为对毕业生考核的一项重要内容。积极推行技术支农,试行由住院医师晋升主治医师、主治医师晋升副主任医师前,先到县医院或中心卫生院接受一年或几个月的农村医疗卫生工作实绩考评的做法,并使之成为制度长期坚持下去。卫生部将就医学院校毕业生、医务人员到农村服务问题制定相应的政策措施和配套管理办法。

(四)针对目前农村卫生技术力量薄弱和技术骨干外流的状况,必须大力加强思想政治工作,加强爱国主义、社会主义、集体主义和热爱社会主义新农村、全心全意为人民服务的教育,以及自力更生、艰苦奋斗的教育。与此同时,各省、自治区、直辖市人民政府要制定相应的政策,稳定农村卫生技术队伍。

(五)“乡村医生”是农村卫生技术队伍的重要组成部分。今后应争取做到:村级卫生组织新补充的乡村医生必须经中专或县卫校三年以上的系统医学教育。对现职的乡村医生应采取多种办法,补充医学基础知识,提高素

质。各级政府必须十分重视乡村医生队伍的稳定和提高，要采取切实措施合理解决其报酬。有条件的地区可在乡村医生和农村集体所有制医疗卫生机构职工中，本着国家、集体、个人三方担负的原则，逐步建立退休保险制度，以解决他们退休后的“老有所养”问题。

四、稳步推行合作医疗保健制度，为实现“人人享有卫生保健”提供社会保障。合作医疗保健制度系指在集体经济支持下，以农民互助合作为基础，按照自愿、受益和适度的原则，筹集医疗预防保健费用的多种形式的医疗保健制度。五十年代在我国农村就已兴起的合作医疗保健制度，是农民群众在防治疾病方面发扬互助合作精神的体现，应当继续提倡，正确指导，改革完善，稳步推行。各地要在总结历史经验的基础上，根据本地区的实际情况，因地制宜地建立符合群众利益的合作医疗保健制度，并加强科学管理，严格财会制度和经费核算。禁止任何部门和单位挪用农民的合作医疗预防保健费用。

五、加强领导，促进农村卫生事业与经济、社会同步发展。

(一)加强农村卫生事业建设和推行初级卫生保健，是各级政府的职责。地方各级政府要把它当成一件大事来抓，主要领导同志要亲自负责，发动有关部门积极参与，分工协作，密切配合，广泛动员社会各方面的力量共同做好这项工作。

(二)认真落实和完善有关政策，鼓励和支持农村卫生事业的发展。几年来，许多地方发动和引导农村集体经济组织、国家企事业单位和广大农民群众共同关心和支

持农村卫生机构建设；有计划有重点地加强中心卫生院建设；对不合理的医疗收费价格及不合理的医用水、电、煤价格（低限额供给，超额按议价供应，）进行了合理调整；在村集体提留的公益金内安排一定的医疗保健费用；注意发展和壮大集体经济，解决部分合作医疗保健费用开支，逐步减轻农民的直接负担。实践证明，这些政策有利于农村卫生事业的发展，应继续贯彻执行，并不断完善，真正做到从政策上有所倾斜。

（三）地方各级政府和有关部门要逐步增加对农村卫生事业的投入，争取在五到十年内，使农村医疗卫生机构的工作用房和设备条件有所改善。各地在安排卫生事业基建投资和经费时，都应体现“把医疗卫生工作的重点放到农村”的精神，尽快缩小并逐步改变城乡医疗事业投入相差悬殊的现状。对于贫困地区的卫生事业建设，尤应予以必要的扶植。

以上意见如无不妥，请批转各地遵照执行。

卫生部、农业部、
国家计委、国家教委、人事部
1990年6月26日

国家主席杨尚昆 给第 11 届国际农村医学会议的贺信

第 11 届国际农村医学会议：

欣悉第 11 届国际农村医学会议在北京召开，我代表中国政府和中国人民向应邀前来参加会议的各国朋友表示热烈的欢迎。

农村医学是造福于人类的伟大事业，它不仅关系到保障农民健康和提高人口素质，也关系到经济的发展和社会的进步，是国民经济和社会发展的的重要组成部分。我国政府一向把发展农村医学、搞好农村卫生和初级卫生保健作为卫生工作的战略重点，各级政府、各有关部门和全社会对此承担着重要的责任，并且十分重视依靠群众，动员群众自己起来同不卫生习惯作斗争。

“2000 年人人享有卫生保健”是世界卫生组织提出的全球性战略目标。早在 1983 年中国政府对此已作出承诺，现在正在为实现这一战略目标进行不懈的努力。中国是一个拥有 11 亿人口的大国，又是一个发展中的国家，我们有责任对世界做出应有的贡献，积极促进“2000 年人人享有卫生保健”在我国的实现。

预祝大会圆满成功！

中华人民共和国主席

杨尚昆

1991 年 11 月 9 日

国务院总理李鹏 给第 11 届国际农村医学会议的贺信

第 11 届国际农村医学会议：

欣悉第 11 届国际农村医学会议在我国首都北京召开，我代表中国政府向大会表示热烈的祝贺，向出席这次大会的各国朋友表示热烈的欢迎。

早在 14 年前，世界卫生组织就将“2000 年人人享有卫生保健”确定为全球的目标，并且指出实施初级卫生保健是实现这一目标的关键。10 余年来，中国政府一直积极支持世界卫生组织为此所作的一切努力，积极促进这一目标在我国的实现。最近，我们已把“2000 年人人享有卫生保健”纳入了我国国民经济和社会发展“八五”计划和 10 年规划，作为各级政府和全社会的共同目标，努力为之奋斗。

中国是一个发展中国家，11 亿人口中有 9 亿多居住在农村。因此，我国一直把农村作为医疗卫生工作的重点。搞好农村的初级卫生保健，使人民健康达到较好的水平，是我国在本世纪最后 10 年的重要任务之一。为此，我国政府将进一步组织动员全社会各个部门和所有成员关心、支持和参与初级卫生保健，共同为“2000 年人人享有卫生保健”在我国的实现作出贡献。

预祝大会圆满成功！

国务院总理

李 鹏

1991 年 11 月 9 日