

初级卫生保健组织学

乡村保健医生教材

主审 顾杏元

主编 刘洪祺 尹东

江苏科学技术出版社

(苏)新登字第002号

乡村保健医生教材
初级卫生保健组织学
主编 刘洪祺 尹 东

出版发行：江苏科学技术出版社
印 刷：盐 城 市 印 刷 厂

开本787×1092毫米 1/16 印张8 字数188,000

1993年7月第1版 1993年7月第1次印刷

印数1—40,140册

ISBN 7-5345-1594-7

R·249 定价：5.20元

责任编辑：王义烈

我社图书如有印装质量问题，可随时向承印厂调换

《乡村保健医生教材》编委会

主任委员	张国义
副主任委员	尹 东 胡明琇 殷冬生
委 员	(按姓氏笔画为序)
	丁 琮 王炯明 尹 东 左佩龄
	安宝琨 李志华 何书香 张国义
	张佩金 张应忠 陈永年 邵正斌
	肖辅庭 柯 观 洪光启 胡明琇
	赵能秀 顾志伟 殷冬生 高之堪
	唐尧根 陶维玉 常 江 崔维甫
	蒋午振 葛绍科
总 编	殷冬生
责任编辑	王义烈

前 言

为实现“2000年人人享有卫生保健”的战略目标,加快农村卫生事业的发展,更好地为农村经济建设服务,卫生部于1990年10月和1991年7月先后在湖南省长沙市和辽宁省沈阳市召开了乡村医生教育工作会议,对乡村医生实施“系统化”和“正规化”教育提出了具体要求,并对教学计划的制订、课程设置和教学大纲等问题进行了座谈讨论。

江苏省卫生厅为贯彻卫生部关于乡村医生教育工作会议精神,尽快提高全省7万多名乡村保健医生的业务水平,决定编写适合我省农村卫生工作实际,具有我省农村初级卫生保健试点工作经验的乡村保健医生教材。为此,1990年成立了乡村保健医生教材编写组,1991年12月正式成立了编委会。编写组和编委会在调查研究的基础上确定乡村保健医生的培养目标是具有预防、保健、医疗、康复业务能力和良好职业道德的“实用型”中专人才;教学计划和课程设置应紧紧环绕农村初级卫生保健的目标和内容,贯彻“预防为主”的方针,体现生物医学模式向生物、心理、社会医学模式的转变;教学大纲应适合农村基层的实际需要,贯彻“强化培养目标,淡化课程意识,着重基本理论、基础知识和农村实用技术”的原则。

根据上述原则所拟定的教学计划,经江苏省农村卫生协会常务理事会讨论形成初稿,经专家论证和广泛征求市、县卫生部门以及基层卫生单位和乡村保健医生的意见后定稿。教学计划规定设置《医用化学》、《正常人体学》、《疾病学基础》、《临床药理学》、《初级卫生保健组织学》、《卫生保健学》、《农村卫生学》、《农村现场急救》、《诊断学基础》、《临床医学》、《流行病及传染病学》、《中医诊疗学》及《医德和卫生法规》等13门课程。为协调好课程之间内容的衔接、侧重、交叉、配合等问题,各课程的主编和副主编集中研究和制订了课程教学大纲和书稿编目,并分别请南京医学院、江苏省人民医院等有关部门的专家、教授进行了论证和指导。

书稿实行主编负责制,并进行两次审稿,第一次邀请省内、外专家初审,第二次由专家主审定稿。

本教材除适用于乡村保健医生正规化和系统化培训外,还可作为中等卫生学校医士专业教材,部分课程的教材可供卫生医士、护士、助产士等专业选用。

乡村保健医生教材的整个编写过程汇聚了集体的智慧,是省、市、县各级卫生行政部门、医疗卫生单位以及有关人员共同努力的结晶。编写过程中还得到上海市卫生局和浙江、安徽省卫生厅的大力支持,他们派出业务造诣较深的医疗卫生专家和卫生学校的高级讲师参与审稿,对书稿提了许多中肯的意见和很好的建议,使教材更为充实。江苏科学技术出版社也给予了多方面的协助,并承担出版工作,在此,谨向上述单位和个人表示衷心感谢。

编写乡村保健医生教材对我们来说是一次新尝试,特别在课程设置的优化组合上更是一次探索。我们虽力求教材内容能适合农村的实际应用,好教好学,但限于水平和缺乏经验,不足之处在所难免,恳切希望从事医学教学的同道、广大农村卫生工作者以及使用这套教材的乡村保健医生提出宝贵意见,使这套丛书在修订再版时能臻于完善。

《乡村保健医生教材》编委会

1992年10月

编写说明

《初级卫生保健组织学》是乡村保健医生教材中的一门基础管理课程,供乡村保健医生专业使用,也可供中等卫生专业学校师生和农村卫生管理工作参考。

《初级卫生保健组织学》是根据世界卫生组织发表的《2000年人人健康全球策略》、《国家卫生政策与管理发展程序》、《初级卫生保健》等有关资料,世界卫生组织与我国卫生部多次举办的研讨会、培训班所提供的材料,卫生部卫生政策与管理研究专家委员会的研究报告和部分省、市编写的初级卫生保健材料,并结合我国、我省农村卫生工作实际,写成初稿,先后在省委党校举办的县、区长学习班,部分市、县初级卫生保健培训班、研讨会,全省中等卫生学校师资培训班,农村卫生协会研讨会 20 余次试讲的基础上,经多次修改,又经部分市、县卫生行政部门多年从事农村卫生管理工作的同志审阅和卫生部卫生政策与管理研究专家委员会副主任、上海医科大学顾杏元教授的审定。

本书共分四章,第一章简要介绍世界卫生组织倡导的“2000年人人享有卫生保健”和初级卫生保健的基本理论和基本知识,我国及我省农村初级卫生保健发展过程,初级卫生保健规划目标、管理程序和评价标准;第二至四章系统地介绍了初级卫生保健的三个支持体系,即农村三级医疗预防保健网,农村医疗保健制度和乡村保健医生队伍的建设,而重点阐述了“三级网”的组织体系、功能、任务及其管理,故定名为《初级卫生保健组织学》。

本书教学时数为 40 个学时,其中理论 34 个学时,见习实验 6 个学时。

本书由顾杏元(上海医科大学)主审。在编审过程中,得到了李晏(苏州市卫生局)、韩培智(盐城市卫生局)、蒋午振(金坛县卫生局)等同志的审阅、修改,特此致谢。

本书试图以现代科学管理的理论、医学模式和大卫生的观念为认识基础,与我国、我省农村卫生工作实践相结合,注重实用性、指导性和可操作性,力求与现行卫生政策、管理和农村卫生事业发展趋势相一致。但是限于笔者的知识和水平,不足之处,在所难免,敬请读者指正。

刘洪祺 尹 东

1992 年 10 月

目 录

第一章 初级卫生保健概述	(1)
第一节 2000 年人人享有卫生保健	(1)
第二节 初级卫生保健的概念、原则和内容	(4)
第三节 中国及江苏省农村初级卫生保健.....	(7)
第四节 各级政府和有关部门在实施初级卫生保健中的责任.....	(9)
第五节 初级卫生保健的实施	(11)
第六节 初级卫生保健评价	(15)
第二章 农村三级医疗预防保健网	(27)
第一节 农村三级医疗预防保健网的概述	(27)
第二节 县级医疗卫生机构	(31)
第三节 乡(镇)卫生院	(33)
第四节 村卫生室	(39)
第三章 农村医疗保健制度	(49)
第一节 概述	(49)
第二节 农村医疗保健制度的发展	(50)
第三节 我国农村集资医疗保健制度	(53)
第四节 合作医疗保健制度	(56)
第五节 医疗保健制度的评价	(63)
第四章 乡村保健医生队伍建设	(66)
第一节 乡村保健医生职责、任务.....	(66)
第二节 我省乡村保健医生的现状	(68)
第三节 乡村保健医生教育	(71)
第四节 乡村保健医生的管理	(73)
附录一 阿拉木图宣言	(75)
附录二 卫生部、国家计划委员会、农业部、国家环境保护局、全国爱卫会关于下发《我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”的规划目标》的通知及附件	(77)
附录三 江苏省卫生厅、江苏省计划委员会、江苏省农林厅、江苏省环境保护局、江苏省爱卫会下发的《江苏省农村“2000 年人人享有卫生保健”规划目标》的通知及其附件	(95)
附录四 ××省××县××镇合作医疗管理章程	(112)
附录五 ××县乡村保健医生退保基金会章程(试行)	(116)
《初级卫生保健组织学》教学大纲	(119)

第一章 初级卫生保健概述

1977年5月,在第三十届世界卫生大会上,世界卫生组织提出了“2000年人人享有卫生保健”的全球性战略目标。1978年9月世界卫生组织和联合国儿童基金会,在前苏联阿拉木图召开了国际初级卫生保健大会,进一步明确指出:“实施初级卫生保健是实现‘2000年人人享有卫生保健’的关键”。如今,初级卫生保健已成为当今世界各国普遍关注的一件大事,我国政府对这一战略目标给予高度评价并承担了政治责任。早在1983年,我国总理在会见来访的世界卫生组织总干事马勒博士时就明确表示:“我们将作出努力来响应世界卫生组织提出的‘2000年人人享有卫生保健’战略号召,要努力在中国尽早实现这一目标。”1986年在第三十九届世界卫生大会上,我国卫生部长代表我国政府表示:“‘2000年人人享有卫生保健’目标是英明的,实施是有效的,我们要同心协力支持它,为它的实现作出应有的贡献。”并宣布:“我国政府已经从各方面加强措施,促进这一目标在我国的实现。”1988年10月,李鹏总理在给第四届亚洲农村医学会及初级卫生保健大会的贺信中进一步阐明:“‘2000年人人享有卫生保健’是我国社会经济发展总体规划的重要组成部分。”1991年国务院在批转卫生部、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》时强调指出:“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力量共同做好这项工作。”现在初级卫生保健已成为我国农村卫生工作的总体目标和发展方向。

第一节 2000年人人享有卫生保健

健康是社会上每个人的一项基本权利。保护并增进人民健康,是卫生事业发展的基本任务,也是国家和世界发展的重要社会目标。提高人民健康水平,不但有利于社会经济发展,而且也有利于提高人们的生活质量。世界卫生组织(World Health Organization WHO)在1948年4月7日成立时就明确提出了要“谋求全人类达到最高可能的健康水平”的奋斗目标。

一、全球卫生战略目标产生的背景

50年代以来,由于社会经济的发展和科学技术的进步,世界上大多数国家的卫生事业有了发展,人类健康水平有了提高,主要表现在人口出生率、死亡率特别是婴儿死亡率明显下降,人类平均寿命的延长和传染病的减少等方面。但是世界卫生组织分析了世界各国卫生状况和社会经济状况,认为多数国家,特别是发展中国家卫生资源不足,而且分配不均,管理水平低,卫生服务远不能满足人民日益增长的卫生保健需要。全世界“约有10亿人口陷于贫困、营养不良、疾病和绝望的恶性循环之中”有“2/3生活条件差的人得不到任何固定形式的卫生保健,不能获得适当的卫生保健服务”。以平均寿命来说,发展中国家平均为55岁左右,最不发达国家为45岁左右,而发达国家为72岁以上;婴儿死亡率发展中国家平均为94‰,最不发达国家为100~200‰,而发达国家为10~20‰;1~5岁儿童死亡率,发展中国家为

20‰,发达国家为1‰,最不发达国家每1000名儿童有200名在一岁内死亡,100名在5岁前死亡,只有500名儿童能活到40岁;安全饮水普及率发展中国家为41%,最不发达国家为31%,而发达国家为100%。**世界卫生组织 第一章**

在不发达国家,主要死亡原因仍是传染病、寄生虫病;而发达国家主要是心脑血管病和癌症、精神病、酒精中毒及毒品滥用之类的社会性疾病,饮食过多造成的心脏病、肥胖病在不断增加。不发达国家有25%的人得不到维持生存的基本需要的食物供应。

世界卫生组织预测今后发展趋势也不乐观,发展中国家的社会经济水平及发展速度均不如发达国家,而发展中国家人口增长数量及速度远高于发达国家,预计今后将会有越来越多的人生活在社会经济及卫生条件较差的发展中国家,按人口平均的卫生资源、卫生服务水平和居民健康水平的国际差别将会增大。

面对世界这种卫生状况,采取什么策略,通过什么途径,使每个人都能享受到最低限度的医疗保健并争取达到尽可能高的身心健康水平呢?这是摆在各国和世界卫生组织面前的严峻的任务。世界卫生组织认为,需要制订一个全球性策略,因而在1977年第30届世界卫生大会上作出了一个具有历史意义的决定:“各国政府和世界卫生组织,在今后几十年内主要社会目标应该是到2000年全世界的所有公民都具有能过上一种富裕社会生活所需要的健康水平”。即“2000年人人健康”(Health For All By The Year 2000,简记为HFA/2000),后来我国学者翻译为“2000年人人享有卫生保健”。

为了实现这一战略目标,世界卫生组织总结了世界各国卫生保健的经验,特别是总结了我国农村卫生工作的经验,认为唯一有效的途径和方法是首先使所有人都享受到最基本的医疗保健,然后才能达到“尽可能高的身心健康水平”。所以世界卫生组织与联合国儿童基金会于1978年发表的《阿拉木图宣言》,明确宣告“初级卫生保健是实现人人健康目标的关键”。1979年第32届世界卫生大会正式批准了《阿拉木图宣言》,同年11月,联合国大会认可了“2000年人人健康”这一战略目标,并列入本世纪最后十几年全球经济发展新策略的组成部分。从此,“2000年人人健康”得到了世界上包括我国在内的绝大多数国家的响应,广泛开展了初级卫生保健活动。

二、2000年人人享有卫生保健的含义

健康是指身心健康、社会幸福的总体状态,是生理、心理上都很健康的完满状态,而不仅是指没有病。《阿拉木图宣言》对健康作了这样的描述:“健康不仅是疾病和体虚的匿迹,而是身心健康和社会幸福的总体状态,是基本人权,达到尽可能高的健康水平是世界范围的一项最重要的社会目标,而其实现,则要求卫生部门及其他各种社会及经济部门的行动。”

人人享有卫生保健,简单的说,就是人人达到最高可能的健康水平。这“最高可能”是指各个国家按照自己社会经济能力,尽量改善人民的健康状况。可见“人人健康”不是一个年度的有限的目标,它是一个使人民健康逐步改善的过程。由于各国社会经济及卫生状况的不同,对“人人健康”这一概念必然会作出不同的解释,但是任何一个国家,任何个人都应达到一个最低限度的基本健康界线,这就是:“要保证国家的所有人都能够有成效地进行工作,能够积极参加所在社区的社会生活”的这样一种健康水平。

“2000年人人享有卫生保健”并非“不是指到2000年时不再有人生病或伤残,也不是指到2000年时医护人员将为全部病人治好其已患的疾病”。它是指:①到2000年时,人们将从家庭、学校、工厂等基层做起,能够用比现在更好的办法去预防疾病或减轻病人及伤残者的痛苦;②能通过更好的途径从儿童、青年、成年到老年,顺利地渡过一生;③到2000年时人们能

够均匀地分配卫生资源,使每个家庭及每个人都能积极参与并能得到初级卫生保健服务,④每个人都具有过上富裕的社会生活与经济生活所需要的健康状态,这就要消除影响健康的各种障碍,如营养不良,不洁的饮水,不符合卫生要求的住房和不良的卫生习惯等。

三、2000 年人人享有卫生保健的基本原则

“人人健康”,作为全球性策略目标,它必然是,也只能是原则的,它必须以各国最基本条件为基础,所提出的各项指标和内容,应在一个适当时期内使世界所有成员国都能完成的基本原则。这个基本原则是:

(一) 享有卫生保健是一项基本人权,是世界范围内的社会目标。

(二) 要大大缩小人们在享受卫生资源上的不平等现象,要求国与国之间及各国内部不同地区及人群之间对卫生资源的分配做到公平合理,以便能普遍得到最基本的卫生保健及其支持性的服务。

(三) 人们有权利也有义务以个人或集体方式参加卫生保健的计划和实施工作。

(四) 政府应对人民健康负有责任。这种责任只能通过采取适当的卫生和其它社会措施来实现,要求整个国家,而不仅仅是卫生部门来承担政治义务。

(五) 各国卫生事业发展必须自力更生,但不是指国家的自给自足。卫生工作没有一个国家能够自给自足的,必须要有国际间的合作。

(六) 卫生保健是社会全面发展的一个重要部分,必须得到各有关部门的密切配合,单靠卫生部门是无法实现的,需要各部门协调一致地工作,特别是农业、畜牧业、粮食、工业、教育、住房、环境保护、公共工程、交通等部门的配合。当然卫生部门在协调行动中要起重要的作用。

(七) 必须更好地利用世界卫生资源来促进卫生和发展,从而有助于世界和平。

四、2000 年人人享有卫生保健的目标

在 1981 年第 34 届卫生大会上,提出了 2000 年人人享有卫生保健具体的十项目标:

(一) 所有人至少享有基本卫生保健和第一级转诊设施;

(二) 所有人在可能范围内能积极参加他们自己及家庭的保健工作,并积极参加社会的卫生活动;

(三) 社会都能同政府共同承担对其成员的卫生保健责任;

(四) 全体人民都要有安全的饮水和环境卫生设备;

(五) 全体人民都能得到足够的营养;

(六) 所有儿童都得到儿童主要传染病的免疫接种;

(七) 所有政府对其人民健康都能负起全部责任;

(八) 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;

(九) 使用一切可能的办法,通过影响生活方式,控制自然和社会心理环境等措施来预防非传染病及促进精神卫生;

(十) 人人都能得到基本药物。

五、2000 年人人享有卫生保健的指标

世界卫生组织提出的供全球使用的十二项最低限度指标是:

(一) 人人健康策略已得到政府认可,作为官方一级政策即国家领导人要以发表宣言的形式承担义务;提供足够的卫生资源并能平均合理地分配;所有社区都能积极参与其活动;

为国家卫生发展建立一个适宜的组织体系及管理程序。

(二) 建立有人民群众和各政党、社团代表,如工会、妇女组织、农民及其他团体积极参与的实施初级卫生保健的工作结构,以广泛听取人民群众的要求与意见,并且要将卫生事业的决策充分下放到各个行政领导机构中去。

(三) 至少有 5% 的国民生产总值用于卫生保健事业。

(四) 有一个适当比例的卫生费用用于基层卫生保健(即医院外的第一接触点的医疗保健),包括社区卫生保健。

(五) 卫生资源分配公平,即不同的地区、城市和农村的人均卫生经费及从事初级卫生保健的人员和设备分配大体相同。

(六) 人人健康策略明确,资源分配具体,需要外部资源而又获得富裕国家长期支持的发展中国家数。

(七) 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 分钟距离之内能得到安全水,在家中或邻近地方有适当的卫生设备;
2. 所有儿童能得到抗白喉、破伤风、百日咳、麻疹、小儿麻痹症和结核的免疫接种;
3. 在步行或坐车 1 小时行程距离以内有当地卫生保健机构,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 1 岁的儿童护理。

(八) 儿童营养状况

1. 至少 90% 的新生儿出生体重达到 2500 克;
2. 至少 90% 的儿童体重符合规定的年龄体重标准的参考值。

(九) 婴儿死亡率降低到 50‰ 以下。

(十) 平均期望寿命在 60 岁以上。

(十一) 成人男女受教育率超过 70%。

(十二) 人均国民生产总值超过 500 美元。

第二节 初级卫生保健的概念、原则和内容

一、初级卫生保健的概念

初级卫生保健(Primary Health Care, PHC)是最基本的,人人都能得到的,体现社会平等权利的,人民群众和政府都负担得起的卫生保健服务。1978 年 9 月 12 日在国际初级卫生保健大会上发表的《阿拉木图宣言》对初级卫生保健作出如下的解释:“初级卫生保健是一种基本的医疗保健,它依靠切实可行、学术上可靠,又受社会欢迎的方法与技术,通过群众中个人及家庭积极参与普遍得到的,费用也是社区或国家在各个发展时期,按自力更生的原则能够负担得起的一种卫生服务。它是“国家卫生和社会发展的组成部分,是国家卫生系统的中心职能和主要环节”,“是个人家庭群众向国家卫生保健系统第一接触点”,发生“联系的第一阶段”,是“卫生保健深入人民生活、劳动的第一步”,“起始的第一级”,也是“整个卫生保健工作的第一要素”。

如果将上述概念加以分析,初级卫生保健主要包含下面几点意思:

(一) 从人民需要来看

1. 是必不可少的基本卫生保健；
2. 是个人、家庭和社会团体能够得到的；
3. 是人们乐于接受的；
4. 是人们乐于参加的；
5. 费用是人民能够负担得起的。

(二)从它在卫生工作中的地位和作用来看

1. 是最基层的人民群众最初接触的卫生保健组织；
2. 是卫生系统的核心部分；
3. 是卫生保健最基础的工作。

(三)从它在政府工作中的地位来看

1. 是各级政府义不容辞的职责；
2. 是各级政府为人民服务,关心人民健康的重要体现；
3. 是各级政府组织有关部门和社会各界人士参与卫生保健的有效形式；

总之,初级卫生保健主要包括两层意思:

从卫生保健服务需要来说,是人人都需要的、基本的、必不可少的卫生保健;从卫生服务组织上说,是人们最初去利用卫生服务的第一级卫生保健组织,即“第一接触点”。因此我们不能把初级卫生保健理解为“低级”的卫生保健。

二、初级卫生保健的内容

初级卫生保健是一种综合性的卫生服务,它包括卫生、保健、预防、医疗及康复等方面,其基本内容有下列八项:

- (一)增进必要的营养,供应足够的安全饮用水;
- (二)提供清洁卫生环境;
- (三)开展妇幼保健和计划生育工作;
- (四)主要传染病的预防接种;
- (五)地方性疾病的防治;
- (六)开展针对当地主要卫生问题及疾病预防的健康教育;
- (七)常见病伤的有效处理;
- (八)提供基本药物。

三、初级卫生保健的原则

实施初级卫生保健,应遵循下列几个原则:

(一)合理布局,即卫生保健组织布局要合理,使人们得到卫生服务的机会必须是均等的,不能忽视乡村尤其是偏僻地区或城郊的居民。

(二)社区参与,即社区要主动参与有关本地区卫生保健的决策,政府各部门协调行动。

(三)预防为主,即卫生保健的主要任务是预防保健,为促进健康服务,而不是单纯治疗。

(四)适宜技术,即卫生服务中使用的技术、方法和设备应是能够被接受的和适用的。

(五)综合利用。即卫生服务仅仅是整个保健工作的一部分,它与营养、教育、饮水供应、住房等属于人类生活中最基本的需要,且综合地起作用。

由此可见,初级卫生保健与过去的卫生保健相比,已经发生很大的变化,它是总结各国成功的经验而形成的一种新的卫生保健活动。

四、初级卫生保健的特点

从初级卫生保健的内容和原则来看,初级卫生保健具有以下几个特点:

(一) 立足基层

初级卫生保健的工作重点在城乡基层(相当于我国农村的乡卫生院、村卫生室、城市的街道、工厂、学校的卫生院,医务所(室)、保健站),将人民群众基本的保健需要解决在基层。

(二) 面向群众

初级卫生保健强调的服务对象是广大基层群众,尤其是贫困的缺医少药地区(如老、少、边、山、穷地区)的居民,因而具有广泛的群众性。初级卫生保健在重视为群体服务的基础上,特别强调解决妇女、儿童、老年人、残疾人和严重职业危害等重点人群的医疗保健。

(三) 预防为主

初级卫生保健的主要内容是增进健康、预防疾病、促进康复,而不仅仅是治疗疾病。这不仅体现了无病早防,有病早治的原则,而且将预防保健工作渗透到疾病发生,发展和转归的全过程,使“预防为主”的概念在广度和深度上有了新的发展。

(四) 综合服务

当今影响居民健康和危害居民生命的致病因素是综合性的。初级卫生保健尤为重视影响人民健康的生活、环境、社会、心理等综合因素的改善,强调社会各部门的密切配合,更新服务观念,扩大服务范围:从治疗服务扩大到预防服务;从对个体服务扩大到对群体服务;从技术服务扩大到社会服务;从医院内服务扩大到医院外服务;从生理服务扩大到心理服务。这完全符合现代医学发展的趋势。

五、初级卫生保健的目标

初级卫生保健的总目标就是“2000年人人享有卫生保健”。即是到2000年时,所有国家和居民达到能够有成效地进行工作,能够积极参加所在社区活动的这样一种健康水平。

初级卫生保健的具体目标,由于各国社会经济、文化教育、卫生情况、居民疾病状况、卫生服务水平等有很大差异,在制订具体目标时必然会有很大的不同。但可包括以下几个基本内容:健康教育,改善食品供应和营养,足够的安全饮水和基本卫生环境,妇幼保健包括计划生育,主要传染病的免疫接种,地方病的防治,常见病伤的处理和提供基本药物。

六、初级卫生保健的意义

(一) 初级卫生保健面向社会,服务于基层,改变了卫生保健服务方向,使卫生保健工作重点转移到基层,直接为广大群众所利用。初级卫生保健着眼于“人人”,对任何人都是平等的,它力求缩小和改善“享有卫生服务”与“享受不到卫生服务”人们之间的差距,体现了社会的公正,代表了广大群众的切身利益。

(二) 初级卫生保健是全球社会经济发展新策略的组成部分,把卫生保健纳入社会经济发展规划中去,与社会经济协调、同步发展,做到健康促进了经济发展,经济发展又加强了健康投资,由此形成了双向促进的社会良性循环。

(三) 初级卫生保健对任何国家都很重要,尤其是第三世界国家所急需。实施初级卫生保健有助于促进国家之间,地区之间的合作和卫生资源的合理分配,有利于缩小发展中国家与发达国家之间的差距。

(四) 初级卫生保健是“实现2000年人人享有卫生保健的关键”。只有通过实施初级卫生保健这条最有效的途径,才有可能实现人人享有卫生保健,达到“尽可能高的健康水平”。

(五) 初级卫生保健能够提高居民的生活质量,帮助人们改变一切不利于健康的行为和

习惯,具有移风易俗,改造世界的作用,是精神文明建设的一个重要内容。

第三节 中国及江苏省初级卫生保健

一、我国农村初级卫生保健

我国开展初级卫生保健已有几十年的历史,过去我们所倡导的农村卫生、基层卫生、大众卫生实质上就是早期的初级卫生保健,只不过当时还没有这个名称,但就其基本目的、要求、内容和方法来说,同世界卫生组织提出的初级卫生保健基本上是一致的。

早在中华人民共和国建国之前,在中国共产党所领导的革命根据地和解放区就十分重视群众卫生工作,并把它看作是建设革命根据地,夺取革命胜利的重要保障。毛泽东、周恩来等老一辈无产阶级革命家经常告诫全党要关心人民生活,注意解决群众缺医少药和防病治病的问题,动员群众自己起来同不卫生的习惯作斗争。

建国以后,随着国民经济的恢复和社会主义建设的发展,我国的初级卫生保健事业也得到了迅速发展,取得了很大成绩和丰富的经验。党和政府非常重视卫生事业的发展,制订了“面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针。50年代在全国上下广泛开展了以讲究卫生,减少疾病,提高人民健康水平为中心的爱国卫生运动,这可算是世界上最早、规模最大的群众性的初级卫生保健活动,这对改变我国卫生面貌,防治严重危害人民健康的传染病、地方病和寄生虫病等方面做出了很大的成绩。我们坚持了把医疗卫生工作重点放到农村去的指导思想,在党和政府领导下,经过40年来的艰苦努力,自力更生地在全国农村建立健全了以县为技术指导中心,乡镇为中间枢纽,村为基础的三级医疗、预防、保健网。1989年底,全国农村医疗卫生机构已从1949年的1300所发展到112304所,增长了85.3倍;病床由2万多张发展到135万张,增长了60.5倍;卫生技术人员由328276人发展到2018610人,增长了5.1倍。在广大农村实行了合作医疗保健制度,为农村实施初级卫生保健提供了经济保障;还培养造就了百万计的具有中国特色的乡村保健医生(赤脚医生),他们生长在农村,扎根于群众之中,活跃在农村防病治病第一线,为农村居民提供了大量的初级卫生保健服务,有效地维护了农村居民的身体健康,保护了农村劳动力,促进了农村经济的发展,使我国农村卫生面貌发生很大的变化,农民卫生水平有了很大的提高。危害人民健康的传染病报告发病率由60年代初的3200/10万下降到1989年的338/10万;人口总死亡率由1949年20‰下降到1989年的6.5‰;出生率由35‰下降到20.8‰;婴儿死亡率由建国前的200‰下降到50‰以下;人口平均期望寿命由建国前的35岁增长到1985年的67.1岁(城市为71.5岁);农村居民营养状况亦有很大改善,据1982年第二次全国营养调查,全国平均每人每天摄入总热量达2484~3290千卡,达到标准的90%~137%;摄入蛋白质80~128克,达到标准的97%~133%。我国居民的健康指标在发展中国家居于先进地位,有的已达到经济发达国家的水平。

党的十一届三中全会以来,随着改革开放政策的实施,我国同世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发计划署、世界银行等国际组织,发展了友好合作关系,先后建立了5个初级卫生保健合作中心(莱州、从化、嘉定、科右中旗、绥化市、县)和6个卫生示范县(金州、灌县、武鸣、蒲城、萧山、蓟县)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多个妇幼卫生保健示范县和为数更多的农村改水项目、计划免疫冷链项目。这些都极大的促进了我国农村卫生事业的发展。此外,我国还与世界卫生组织合作,在我国召开了一

系列初级卫生保健会议和研讨班,如 1982 年在山东莱州市召开了有十多个国家的卫生部长、卫生总监和社会部部长参加的“初级卫生保健区间研讨会”,1985 年在广东从化县召开的以“传统医学在初级卫生保健中的应用”为主题的国际研讨会。1986 年在北京召开了“实现‘2000 年人人享有卫生保健’领导干部研讨会”,1987 年在浙江萧山召开了“初级卫生保健合作中心和农村卫生示范县工作年会”,1988 年在湖南长沙召开了由各省分管卫生的副省长、卫生厅长参加的高层次的“国家卫生发展管理程序研讨会”,同年在北京举行了第四届亚洲农村医学暨初级卫生保健学术大会,1989 年在天津蓟县召开了全国第一次初级卫生保健工作会议,制订了《关于我国农村实现“2000 年人人享有卫生保健”规划目标》、评价标准和初级卫生保健管理程序,1990 年在江苏常州市召开了初级卫生保健试点县中期评价工作会议,同年又在上海召开了“区域间初级卫生保健质量保障会议”。所有这些活动,不仅推动和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,很多外国朋友都把我们中国看作是“初级卫生保健的故乡。”

二、江苏省农村初级卫生保健

我省农村初级卫生保健事业,如同全国一样,在各级党和政府的领导下,经过 40 年来的建设,有了很大的发展,取得了很大的进步,农村卫生面貌有了根本的改变,缺医少药的状况基本解决,农村居民的健康水平有了很大提高。主要表现在:

(一) 在全省农村建立了一个机构健全、布局合理、功能齐全、运转有效的,以县为技术指导中心,乡镇为枢纽,村为基础的三级医疗、预防、保健体系。农村医疗卫生机构由 1949 年的 61 个发展到 1990 年的 2157 个,增长了 53.4 倍;病床由 755 张增加到 85931 张,增长了 113.8 倍;卫生人员由 755 人增加到 111891 人,增长 148 倍。每千农村居民拥有卫生人员 2.08 人,病床 1.72 张。全省 64 个县(市)都建立健全了医疗、防疫、保健、教育、药检等县级医疗卫生机构,这些机构无论在建设规模,技术发展,还是服务设施上都基本上适应了现阶段全县防病治病的需要,起到了技术指导中心的作用。全省 1942 个乡镇已建有 325 个中心卫生院和 1656 个乡镇卫生院,做到了每个乡镇有一所卫生院。中心卫生院病床多的有 150 张,少的有 30 张,平均 56.3 张;卫生人员多的 180 多人,少的 50 多人,平均 64 人;一般都能开展中下腹手术和“三衰”急诊抢救,少数能开展食管下段切除手术。乡镇卫生院病床多的有 50 多张,少的 15 张左右,平均 26 张;卫生人员多的 60 人左右,少的 20 人,平均 27 人,约有 1/2 的卫生院能开展下腹部手术和一般急重病病人的诊治。全省 36768 个行政村中 94%建有卫生室,其中 35.4%达到甲级卫生室的标准。

(二) 在全省农村推行了以合作医疗保健制度为主的集资医疗保健制度。我省农村的合作医疗保健制度起始于 50 年代,盛行于 60 年代,变化于 70 年代后期和 80 年代前期,发展于 80 年代末 90 年代初。30 多年来,它为维护和增进农民的身体健康,保护农村劳动力,促进生产的发展作出了伟大的贡献,现在仍然是我省农村一项有效的深受广大农民欢迎的医疗保健制度,是实施初级卫生保健的重要保障。1992 年底,全省实行合作医疗的村有 12673 个,占行政村总数的 35.4%,参加合作医疗的人数占农村总人数的 26.9%左右;实行合医不合药的有 12186 个村,占行政村总数的 34%;其他还有部分地区实行劳保医疗和医疗保险,全省实行集资医疗的村占行政村总数的 71.2%。覆盖了全省农村 64.3%的人口。太仓、昆山、金坛、启东、无锡、丹阳等县(市)几十年来参加合作医疗的人数一直维持在 90%左右。

(三) 培养造就了一支扎根农村热心为农民服务的乡村保健医生(员)队伍。几十年来,他们扎根农村,奔波于村村户户,为广大农民提供了大量的医疗、防疫、保健等初级卫生保健

服务,是农村基层一支重要的卫生技术力量。1992年底,全省共有乡村保健医生(员)76251人,平均每个村卫生室有2.2人。

(四)坚持了“预防为主”的方针,全省适龄婴幼儿都得到了计划免疫接种,单苗接种率、四苗覆盖率都达到90%以上,超过了国家规定的指标。长时期来,危害农村居民身体健康的传染病、地方病和寄生虫病,特别是计划免疫相关的疾病得到了有效的控制,有的已达到基本消灭的程度。1988年,全省已有71个市、县基本上消灭了丝虫病,提前二年完成了“七五”计划目标。

全省农村广大妇女、婴幼儿普遍得到了系列保健服务,新法接生率达99.3%,孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别下降到5/万和30‰以下,全省农村约有2000万人口饮用上了自来水,农村卫生面貌,农民的生活质量和健康水平都有了明显提高,平均期望寿命由解放前的35岁达到70.18岁。

综上所述,建国40多年来,我省农村卫生事业有了很大的发展,为全面实施初级卫生保健打下了坚实的基础。

三、我省农村初级卫生保健的新进展

进入80年代,我省开始按照世界卫生组织提出的“国家卫生发展管理程序”,逐步试行了初级卫生保健。1980年苏州市卫生局有两位同志出席了卫生部与世界卫生组织在成都召开的《国家卫生发展管理程序研讨会》,此后,即在常熟市进行了试点,制订了《常熟市初级卫生保健发展规划》,实行了目标管理。1986年卫生部在北京召开了“‘实现2000年人人享有卫生保健’和初级卫生保健领导干部研讨会”,我省卫生厅有一位副厅长,医政、防疫、妇幼处及办公室负责人及太仓县一位副县长,县卫生局、县医院、防疫站、妇幼保健所负责人共10人出席了这次会议。从1987年开始即有计划地在全省进行试点,根据全省不同经济地区 and 卫生工作基础状况,选择了太仓、金坛、东海三个县为试点县,进行了分类指导,同时每个省辖市也选择一个县为市的试点县,它们是:常熟、江阴、丹阳、江宁、启东、靖江、大丰、金湖、铜山等县(市),全省共有12个试点县。几年来由于在各级党和政府的领导下,在有关部门的密切配合下,依靠广大群众的积极参与,先后进行了建立机构,加强领导,宣传发动,培训干部;制订规划,分步实施;检查考核,定期评价等活动,取得了较好的成绩,完成了试点阶段的各项任务。经卫生部和省卫生厅先后两次中期评价和阶段审评,全省12个试点县(市)有11个达到或基本达到《规划目标》最低限标准。其中金坛、启东、太仓、丹阳4县(市)为达标;江阴、常熟、靖江、东海、铜山、金湖、大丰7个县(市)为基本达标,总达标率为91.6%。达标县(市)数占全省县(市)总数的17.18%,超过了全国《规划目标》规定的试点阶段要有10%的县率先达标的要求,为我省全面普及初级卫生保健积累了经验。省政府于1992年10月在金坛县召开了全省农村卫生工作会议,对全省初级卫生保健试点阶段工作进行了全面总结,对4个达标县进行了表彰,颁发了奖牌,对下阶段全面普及初级卫生保健进行了部署。同年11月卫生部在杭州市召开的全国初级卫生保健试点阶段审评总结会议上,我省被授予初级卫生保健试点阶段基本达标省,金坛县被授予初级卫生保健试点阶段先进县的称号。

第四节 各级政府和有关部门在实施初级卫生保健中的责任

一、政府对实施初级卫生保健的责任

实现人人享有卫生保健战略目标,不仅仅是卫生部门的事,而是全社会的共同任务,首

先政府要为人民健康承担责任。在实施初级卫生保健活动中,政府的主要责任是:

(一) 领导责任

使全体居民达到能够“有成效的工作,能够积极参加社会活动”的这样一种健康水平,是各级政府义不容辞的责任。因此各级政府要重视和关心初级卫生保健工作,加强领导,并列入政府工作目标和社会经济发展规划中去;组织制订初级卫生保健规划,并经常检查、督促,以确保规划真正落到实处。

(二) 协调责任

初级卫生保健是一项社会性工作,包括社会经济,人民生活,文化教育,疾病防治等各个方面,涉及到计划、经济、计划生育、农业、林业、水利、粮食、工业、供销、文化教育、卫生、工会、青年、妇女等诸多部门,必须在各级政府的组织协调下,充分发挥各部门的积极性,做到统筹规划,共同行动,才能确保初级卫生保健的实现。

(三) 动员责任

初级卫生保健是一项群众性工作,没有广大群众的积极参加是难以实现的。因此,各级政府要认真做好宣传发动工作,动员广大群众积极参与初级卫生保健活动,发扬自力更生的精神,依靠自己的力量,搞好初级卫生保健。要大力开展健康教育,从自我保健做起,讲究卫生,改变不良的卫生习惯和不洁的生活环境;要发动群众以家庭为中心,搞好家庭的居室卫生,饮食卫生,饮水卫生、环境卫生,搞好家庭保健。要发动群众参加社会卫生保健活动,动员群众参加义务植树造林,文化体育,除害灭病,清除垃圾等社会卫生保健活动,。

二、社会有关部门在初级卫生保健活动中的责任

实施初级卫生保健,各部门都要承担责任,协调配合,以发挥社会整体功能,确保初级卫生保健任务的完成。有关部门应在政府和初级卫生保健领导机构的统一领导下,根据初级卫生保健规划目标确定的任务,结合本部门工作,统筹规划,全面安排,并列入本部门,本单位发展规划中去,按时保质保量完成应做的各项工作。

根据初级卫生保健任务,各有关部门主要责任是:

计划、经济、财政部门,要将初级卫生保健纳入社会经济发展总体规划中去,并随着社会经济的发展,逐步增加卫生保健经费的投入,做到与经济发展同步增长。

文化、新闻、广播、电影、电视部门,负责初级卫生的宣传,报道工作,传播卫生知识,普及健康教育,提高居民自我保健能力。

教育部门,开展成人扫盲教育,开设中小学生卫生知识课,并列入教育计划。

水利部门,负责解决农村缺水地区人畜饮用水问题,配合有关部门做好高氟地区降氟改水工作。

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;提高环境卫生质量,搞好城市粪便垃圾、污水无害化处理和综合利用。

农业部门,结合农业发展规划,农田建设,搞好畜牧防疫,人畜粪便无害化处理,防治病虫害,维护生态平衡。

工业、乡镇企业,粮食部门,检查督促乡镇企业和村办企业的技术改造和加强劳动保护设施的建设,控制和消除职业危害;加强食品企业的管理,认真执行《食品卫生法》,提高食品、粮食、食油的卫生质量,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,

提高人口素质。

民政部门,帮助贫困地区脱贫致富,做好重点疫区的扶贫工作,搞好敬老院的建设,配合有关部门做好麻风病、精神病、地方病的防治工作和残疾人的康复保健工作。

公安司法部门,维护各项卫生法规的贯彻执行,惩治危害居民健康的不法行为,配合有关部门做好精神病、性病的防治工作。

交通部门,根据国家卫生法规,做好交通检疫和车站、码头、机场、车船、飞机的清洁卫生,建设文明卫生窗口。

卫生部门,承担提供城乡居民的预防保健、医疗、康复等医疗卫生服务,负责计划生育技术指导和技术服务;对食品、药品及有碍居民健康的工业产品,城乡生活饮水,公共卫生等负有卫生监督、监测、指导和执法的职能;负责卫生工作的全行业管理调控,推行农村集资医疗保健制度,引导合理医疗消费,负责培训农村卫生技术人员,加强农村三级医疗卫生网的建设。

第五节 初级卫生保健的实施

一、初级卫生保健实施程序

(一) 加强领导,建立组织

为了确保初级卫生保健工作能有计划,有步骤地实施,必须加强领导,建立相应的组织机构。

1. 成立领导机构或协调组织 各级政府,主要是县、乡政府要成立初级卫生保健委员会。委员会由主任、副主任、委员组成。主任由政府主要领导担任;副主任由政府分管领导担任;委员由计经委、财政、农业、工业、水利、林业、商业、粮食、供销、计划生育、教育、文化、卫生、体育、宣传、妇联、工会、共青团等部门领导担任。领导机构的职责是:

- (1)审定本地区初级卫生保健规划和年度计划;
- (2)草拟保证初级卫生保健实施的地方性政策法规;
- (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活动;
- (5)定期对所辖地区初级卫生保健工作进行考核、评价。

2. 设置办事机构 各级初级卫生保健委员会下设初级卫生保健办公室。办公室主任可由政府分管领导兼任,副主任由卫生行政部门主要领导担任,其成员可由爱卫会、计划生育和卫生部门有关职能单位领导组成。其主要职责是:

- (1)草拟初级卫生保健规划和年度实施计划;
- (2)负责与有关部门联系,督促计划的落实;
- (3)负责情报信息的收集,整理和处理;
- (4)定期向政府及初级卫生保健领导或协调机构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。

3. 建立专家咨询组织 初级卫生保健专家咨询组织由具有计划、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规划和可行性论证;
- (2)指导本地初级卫生保健的实施;