

农村

NONGCUN WEISHENG SHIYE

GUANLI CONGSHU

卫生事业管理丛书

乡村卫生机构建设与管理

XIANGCUN WEISHENG JIGOU JIANSHE YU GUANLI

中日合作

安徽省初级卫生保健技术培训项目办公室



合肥工业大学
出版社

《农村卫生事业管理丛书》

编审委员会

主 任：高开焰

副主任：权循珍 福原毅文

委 员：(以姓氏笔画顺序排列)

王宇铭	尹惠萍	叶宜德	孙敬武
仲学锋	李 旭	杨 斌	沈佐君
罗 珏	钱元太	徐伏牛	曹云霞
都鹏飞	颜雨春		

编写人员：徐 杰

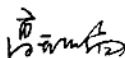
序(一)

从1999年8月开始,在我国科学技术部和卫生部的积极支持下,我省与日本政府通过JICA(日本国际协力机构)开展了为期五年的“安徽省初级卫生保健培训项目”的技术合作。项目的重点是对农村卫生人才的培训,包括师资的培训和管理人员、技术人员的培训。培训对象是已经在岗的卫生管理和技术人员,目的是进一步提高他们的工作能力和水平,使农村居民能够享受到较高水平的初级卫生保健服务。

在项目的实施过程中,安徽省卫生厅与JICA长期专家组共同组织专家编写了一套适合项目培训使用的系列教材。在五年的使用过程中,我们广泛地听取了教师和学员们的意见和建议,并组织有关专家进行了必要的修改和完善,现正式出版。

我们希望本套书的出版能满足广大农村基层卫生管理干部和卫生技术人员学习的需求,有助于读者巩固基本理论、提高基本技能、更新专业知识结构、提高管理能力和服务能力,并能为推进新一轮初级卫生保健工作做出一定的贡献!

日本驻安徽省的长期专家、短期专家和省内、国内的一些知名临床及公共卫生专家教授都为这套教材的编写倾注了大量心血。日本JICA为这套教材的编写、印刷和出版提供了必要的经费支持,省科学技术厅的有关同志也为这套教材的编写献计献策,在此,我代表编审委员会,向他们表示衷心的感谢!

安徽省卫生厅 

2004年4月于合肥

序(二)

日本国际协力机构(JICA)与中国安徽省合作的初级卫生保健培训项目实施以来,取得了很多成果,如编写培训教材;培训农村卫生技术骨干和管理干部;改善农村卫生院的诊疗设备;开展健康教育等。其中,合作编写的这套系列教材是项目中最重要、最显著的成果之一。这套教材2000年时就已经编成讲义,经过五年的使用,在不断听取学员和授课教师意见的基础上,做了大量的修改,结合中国农村卫生改革的新形势和新政策,进行了重新编写。目前,已经比较完善,故正式出版。

我作为日方的专家组长,对教材的编写和修改工作,提出了一些适用的意见。同时,我也深深感受到中国专家和安徽省卫生厅的相关领导对这项工作的重视。所以,这套教材的水平还是可以的,内容上比较适合安徽省甚至全中国农村卫生技术人员和管理人员学习。

希望安徽省甚至全中国农村卫生技术人员和管理人员都喜欢使用这套教材,在学习中不断吸取有用知识,掌握适用的技术,并对教材提出宝贵意见和建议。

我代表日方专家组对教材的出版表示祝贺,对编写人员的劳动表示感谢!

日方专家组长 福原毅文

2004年4月于合肥

前 言

农村卫生服务体系是农村卫生工作的基础,没有健全稳定的农村卫生服务体系,农村卫生中的一切工作都只能是形式,甚至只能是空谈。实施初级卫生保健是如此,推行合作医疗制度也是如此。

然而农村卫生服务体系的建设又是一项艰难的系统工程,它需要有循序渐进的耐力、知难而进的勇气以及实事求是的科学精神。急功近利,不愿意耐下心来踏踏实实地从基础做起,是不可能建立起农村卫生服务体系的。

农村卫生服务体系的建设过程,是积极的实践过程,只有勤于实践,勇于实践,忠于实践,才有可能探索到建设农村卫生服务体系的真谛。有价值的理论,总是诞生于丰富多彩的社会实践中的,总是在摸着石头过河的过程中去发现,去提炼,去总结的。没有“摸石头”的细致,没有“过河”的坎坷,只想坐在斗室之中就能轻而易举地杜撰出客观规律,那是异想天开。尊重社会实践,投身社会实践,是研究社会科学必须坚持的风格。

在结构上,“农村卫生服务体系”应该包括县、乡、村三级,但按照写作分工,我只负责编写“乡村两级卫生机构的建设与管理”。在风格上,文稿没有严格地按照教材的格局四平八稳地写下去,其中很多内容,是用“论文”的形式来表达自己的观点。

徐 杰

2004 年 5 月

目 录

第一章 农村卫生服务体系概述.....	(1)
第一节 农村卫生服务体系的基本要件.....	(1)
第二节 农村卫生服务体系的社会意义.....	(3)
第三节 农村卫生服务体系的建立.....	(5)
第二章 我国农村卫生服务体系的历史演变和改革历程.....	(8)
第一节 我国农村卫生服务体系的历史演变.....	(8)
第二节 我国农村卫生服务体系的改革历程	(14)
第三章 农村卫生服务的资源配置	(18)
第一节 农村卫生服务资源配置的原则	(18)
第二节 增量调整和存量调整	(20)
第三节 人力资源的配置	(21)
第四节 财力资源的配置	(21)
第四章 乡(镇)卫生院的改革、管理与发展.....	(23)
第一节 乡(镇)卫生院概述	(23)
第二节 乡(镇)卫生院的改革	(35)
第三节 乡(镇)卫生院的管理	(61)
第四节 乡(镇)卫生院的发展	(91)
第五节 乡(镇)卫生院的评价	(93)
第五章 乡村卫生服务管理一体化	(99)
第一节 乡村卫生服务管理一体化出现的社会背景	(99)
第二节 乡村卫生服务管理一体化的发展过程.....	(105)
第三节 乡村卫生服务管理一体化的社会效果.....	(107)
第四节 乡村卫生服务管理一体化的基本概念.....	(113)

第五节	乡村卫生服务管理一体化的主要运行模式·····	(114)
第六节	乡村卫生服务管理一体化的评价·····	(116)
第七节	“院办院管”模式的构建要领和理论探讨·····	(119)
第八节	关于“乡村卫生服务管理一体化”的前景展望 ·····	(134)



第一章 农村卫生服务体系概述

中共中央国务院 2002 年在《关于进一步加强农村卫生工作的决定》(以下简称《决定》)中提出:“到 2010 年,在全国农村基本建立起适应社会主义市场经济体制要求和农村经济社会发展水平的农村卫生服务体系和农村合作医疗制度。”党中央国务院把建立“农村卫生服务体系”作为农村卫生工作的重要目标,是针对我国农村社会的现实问题而提出的一项极其紧迫的历史使命。而认识和把握农村卫生服务的基本要领,则是我们做好这项工作的起点。

第一节 农村卫生服务体系的基本要件

农村卫生服务体系的关键在于“体系”。所谓体系,就是突出农村卫生服务的完整性、系统性、协调性和规范性。那种分布随意、结构杂乱、功能残缺、自行其是、相互排斥的无序状态,是谈不上“体系”的。作为农村卫生服务体系,它必须具有以下几个方面的要件:

一、覆盖适度

农村卫生服务网点设置应该形成适度的覆盖。所谓“适度”,就是把卫生服务的可及性以及卫生资源的利用率统一起来。既要保证农村居民在距离居住地一定范围内能够获得最基本的卫生服务,又要兼顾到卫生资源的利用率。服务网点设置的密度越高,利用率就越低,卫生服务单位成本就越大。要清楚地意识到,卫生服务是一种具有特殊属性的服务,费用和质量不可能借助供过于求



的状态自发地优化。当供过于求时,供方凭借自己占有的垄断地位,可以不动声色地把经济损失完全转嫁给需方。或者是降低质量,减少成本;或者是制造需求,增加收入。而这些严重损害需方利益的转嫁行为,恰恰是需方自身难以察觉的。所以不要简单地按照市场机制的一般规律去推理,认为网点越多,需方就越受益。

二、功能完整

农村卫生服务体系应该能够完整地向社会提供各种类型的基本卫生服务。既要完整,又要及时。特别是日常性公共卫生服务以及突发性公共卫生事件的应急处理,在农村卫生服务体系中一定要有确定的提供主体。

三、互动共济

互动共济是指不同主体之间按照既定的规则各自运动,以形成相互的配合和呼应。农村卫生服务体系的运行规律,不仅应该包括各类卫生组织之间的互动共济,还包括与卫生服务的需方与供方之间的互动共济。道理很简单,卫生服务是非物质产品,它的生产与消费是同时进行的,没有需方的配合和呼应,供方也无法继续“服务”这种产品的生产。所以,如何开发需求,如何通过社区卫生服务的形式建立家庭化服务、个性化服务,引导需方参与卫生服务的互动共济,应该是农村卫生服务体系必须具备的基本功。

四、调控灵敏

农村卫生服务体系不是由一个组织延伸出的许多分支,而是由众多的卫生机构组成的服务体系。这些机构都是独立的法人组织,它们规模不同,布局不同,产权不同,并且各自都是独立的利益主体。要使这些不同的机构在服务的过程中形成统一的体系,就必须建立灵敏的调控机制。简而言之,组成农村卫生服务体系的组织可以是不同的、众多的、分散的、独立的,但所有这些机构都必



须接受统一调控。

第二节 农村卫生服务体系的社会意义

在我们明确了农村卫生服务体系的基本要件后,我们需要进一步理解建立农村卫生服务体系的社会意义。

在农村卫生服务没有形成体系之前,农村的各类卫生组织也在提供服务,但是这种服务往往是散乱的、无序的、相互排斥和低水平重复的。这种服务,不能适应农村社会发展的需要。提出农村卫生服务“体系化”,就是要改变这种状况,推动和促进农村卫生事业健康有序地发展。

建立农村卫生服务体系的社会意义主要体现在以下几点:

一、适应卫生组织网络化、卫生服务系统化的需要

公共卫生服务在农村社会中的重要位置,已越来越突出。公共卫生服务项目需要卫生组织与卫生组织之间建立有效的联结,卫生服务与卫生服务之间建立有效的联结。一项系统的公共卫生服务,实际上就是贯穿在各级各类卫生组织之间的生产流水线。各级各类卫生组织必须按照既定的生产流程在特定的工序环节生产着各自的卫生服务。这就要求卫生组织必须网络化,卫生服务必须系统化,并且只有通过建立农村卫生服务体系才能实现。

二、合理利用农村卫生需求资源的需要

农村卫生资源不足是公认的事实,但笼统地说“农村卫生资源”是不确切的。“卫生资源”包括两类:一类是卫生生产资源,一类是卫生需求资源。组成卫生生产资源的要素是用于卫生服务的房屋、设备、资金、技术、管理;组成卫生需求资源的要素是用于卫生服务的经济支付能力(健康状况和自我保健意识也影响着需求,但不属于卫生资源)。这两类资源是相互联系的。没有生产资源,



需求就无法实现；没有需求资源，生产就体现不了价值。但就农村卫生服务而言，更值得注意的是，这两类资源存在着重要的区别。生产资源不等于需求资源，不是有多少生产能力就能够转化为多少需求能力。这是因为我国农村卫生服务的生产与需求之间不是实行“按需分配”，而是实行“等价交换”。如果实行按需分配，那就是产需合一，生产资源就等于需求资源。如果实行等价交换，那么，作为一般等价物的货币，就把“生产资源”与“需求资源”之间的界限划分得泾渭分明。生产资源是通过对需求资源的刺激和消耗，实现自身的保值增值。农村卫生资源的现实状况是生产资源相对过剩，需求资源严重不足。过剩的生产资源为了实现自身的保值增值，通过各种途径刺激和消耗着需求资源。在这种形势下，必须通过对生产资源的有效整合，以及生产资源与需求资源的适度融合，尽可能地使有限的需求资源得到合理利用。而建立农村卫生服务体系，使农村卫生服务理性化，就是实现这种整合和融合的重要措施。

三、农村卫生服务监督管理的需要

“卫生服务”既是一项特别需要监督的产品，又是一项特别不易监督的产品。之所以特别不易，原因有两点：

其一，它不是物质产品。作为“服务”，它的生产和消费是同时进行的，对这类产品的质量，既无法在消费前检测，也无法在消费后查考。如果生产者不能自觉而且真实地保留相关的文字记录和标本，那么社会的监督机构是很难对其建立有效的监督。

其二，供需双方的信息是绝对不对称的。需方是在完全被动的状态下消费的，需方根本不可能对产品的质量和费用进行监督。

也就是说，在整个第三产业中，同样作为服务产品，卫生服务的监督尤其困难。这种情况在农村更是严重，因为农村卫生服务的社会监督机构是薄弱的，而缺乏文化科学知识的农村消费者，对于卫生服务的监督识别能力尤其薄弱。如果农村卫生组织处于离



散无序的状态,则监督管理几乎就根本无法建立。如果能够使农村卫生服务形成“体系”,在这样的基础上建立监督管理,则是有希望的。

第三节 农村卫生服务体系的建立

农村卫生服务体系的社会意义是显著的,怎样才能建立起这个体系,可以概括为三个环节,两个手段,一个主体。

一、建立农村卫生服务体系的三个环节

建立农村卫生服务体系需要把握住三个基本环节,这就是建设、管理、改革。

建设是按照区域卫生规划的原则,合理的筹集和配置卫生资源。既要努力使资源的总量最大化,又要使资源的布局 and 组合最优化。

“最大化”当然是在与经济发展水平相适应的前提下。但这里需要强调提出的是“经济发展水平”应该从国家的角度去评价,不能只是局限于农村社会。因为从总体的情况看,我国现阶段农村很穷,农民很穷,农业也很穷,如果只是强调把农村卫生服务体系的建设标准定位在与农村贫穷的现状“相适应”,那就只能是一个破败衰落的体系。强调与“农村经济社会发展水平”相适应,仍旧是二元经济的发展思路,是基于继续维持甚至扩大城乡差别、贫富悬殊这样一种潜意识而做出的目标定位。“农民”首先是“国民”,农民理所当然地应该享受国民待遇。“农村卫生服务体系”的建设标准,应该是定位在与国民经济发展水平相适应,也就是说“国民经济发展水平”应该是“农村卫生服务体系”建设的资源背景。放在这样的背景上,农村卫生服务体系资源筹集的总量和范围都会有极大的突破。

“最优化”是针对卫生资源的布局 and 组合而言。在布局上,要



保持适宜的半径和有效的覆盖,避免重叠或遗漏;在组合上,要保持房屋、设备、技术等生产要素之间的配套,避免闲置和浪费。

管理是按照既定的规章制度,支配各生产要素,使之形成整体功能,发挥最大的社会效益。

改革是从变革生产关系入手,着力于重建新的管理体制和运营机制。

建设是基础,管理是保证,改革是动力。只有全面地抓住建设、管理、改革这三个环节,才有可能建立起农村卫生服务体系。

二、建立农村卫生服务体系的两个手段

建立农村卫生服务体系要善于把计划调节和市场调节这两种手段融合在一起运用,不可割裂,也不可偏废。计划调节应该遵循经济规律,注重供求关系,引入竞争机制。而市场作用的发挥,一定要在可调控的状态下,不能失控,不能放任市场机制自发的、任意的去支配农村卫生服务体系。就农村卫生服务体系而言,对市场的这个调控机制,就是计划。

三、农村卫生服务体系的基本框架

《决定》提出要“建立起以公有制为主导、多种所有制形式共同发展的农村卫生服务网络。”对于农村卫生服务网络来说,“公有制为主导”是前提。在乡(镇)一级,“公有制”的具体实现形式就是由政府举办的乡(镇)卫生院。公有制为主导,就是指乡(镇)卫生院要在农村卫生服务中发挥主导作用。多种所有制形式的医疗机构与乡(镇)卫生院之间的关系是卫生服务的补充衔接的关系,不是市场竞争关系。

四、农村卫生服务体系的唯一主体

虽然《决定》明确了“乡(镇)卫生院由政府举办”,但在农村卫生服务体系中,由政府举办的乡(镇)卫生院只是主导形式,不是唯一形式。农村卫生服务体系中还可以有各种类型的卫生机构所组



成,这些卫生机构可以有不同的举办主体,但无论什么主体举办的卫生机构,都必须“打破部门和所有制界限,统筹规划、合理配置、综合利用农村卫生资源”,由政府的卫生主管部门统一主管。尤其需要明确的是,作为单个机构,可以由不同的举办主体,但作为整体的卫生服务“体系”,则必须由政府统一策划布局。在我国现阶段的农村社会,任何组织和个人都不可能取代政府来构建整体的卫生服务体系。所以从这个角度讲,政府是建立和主管农村卫生服务体系的唯一主体。



第二章 我国农村卫生服务体系的历史演变和改革历程

第一节 我国农村卫生服务体系的历史演变

经济体制改革之前,我国农村卫生服务体系演变与发展,大致经历了以下三个时期:

一、国民经济恢复和“一五”时期(1950—1957)

这一时期,中央政府围绕农村卫生服务体系的构建,着重推行了以下两项政策。

(一)发展公立卫生机构的政策

1950年8月7日召开了第一届全国卫生工作会议,政务院的第四十九次会议中批准了这次卫生会议报告。报告在第二部分提出“建立全国各级基层卫生组织,以解决群众的卫生需要,这是实现卫生事业为人民服务,首先为工农兵服务的一个关键任务。我们要给工农兵解决问题,就必须建立基层卫生组织。”

第一届全国卫生工作会议通过的《关于健全和发展全国卫生基层组织的决定》于1951年4月4日以“中央人民政府卫生部命令”公布。决定在第一条中提出“中央及各行政区卫生部有计划地健全与发展全国现有县卫生院所,使其适应当前的卫生工作方针与任务。”第六条则对卫生机构经费问题做出了明确规定:“即为了进行以上工作所需要之经费,应根据国家财政情况,由中央与地方政府逐步设法做出决定。”其原则如下:



1. 县卫生院与区卫生所人员已列入国家行政人员编制内者,其薪金由国家从财政中支付。

2. 县卫生院所与区卫生所的经费(包括未列入国家行政人员编制内的员工薪金)、建设费、初级卫生人员训练费,由地方附加粮中酌量解决。

3. 县卫生院所与区卫生所的防疫保健业务及公费医疗补助等费用,由省卫生事业费补助。

4. 卫生院卫生所暂可酌收较低的医药费及住院费,但确系贫寒的病人应予以免费治疗。

到1952年底,全国县级卫生院已达2 123所,也就是说我国已有90%的地区建立了县级卫生机构。1957年卫生部在《关于加强基层卫生组织领导的指示》中提出“整顿提高县级卫生机构”,并提出“县卫生院内部除医疗部分外,应设置卫生防疫股和妇幼卫生股”,“至于县级卫生机构的发展是否把医疗、卫生防疫、妇幼卫生各项业务分别单独建立专业机构,目前尚缺乏经验,不宜强求一致,可根据当地条件妥善办理。”

对农村合作社举办的保健站,卫生部在1957年下发的《关于加强基层卫生组织领导的指示》中明确指出“农业生产合作社的卫生福利事业机构,也是农村基层卫生组织之一”,“根据农业生产合作社的经济条件、医生的自愿和农民的要求进行组织”。到1957年,全国已相继出现万余个农业生产合作社举办的保健站。

(二)组织联合诊所的政策

全国第一届卫生工作会议的报告中指出“共同纲领中所提出的公私兼顾的原则,在医药界也同样是应该执行的”,“目前在中国公医制还不能马上实行,私人的医疗业务在今天来说还是社会所需要的”,提出“要更好地把私人业务组织起来”,“在区域负责制的公共卫生事业上,要给私人医院一定的任务,对其困难的解决,应给予一定的照顾和帮助。在征税问题上,将酌情减免,特别是农村工矿地区应该免除”(四个月 after 正式下发免税通知)。在卫生部



1957年8月份下发的《关于加强基层卫生组织领导的指示》中,明确了“个体开业医生是独立的脑力劳动者……是我国社会主义建设中不可缺少的力量,个体开业行医方式今后将在长时期内存在”,据1957年统计,全国约有个体开业医生、药店坐堂医生和兼务农业的医生20万人。

在第一次全国卫生会议通过的并于1952年4月4日公布的《关于调整医药卫生事业中公私关系的决定》中,则进一步提出了组织联合诊所。决定指出:“各地卫生行政机关对私人联合经营的医疗机构,应给以适当地鼓励、指导与扶助,并动员个别开业的医务人员组织联合医院或联合诊所,使其成为公立医疗机构的助手,对合作性质的医疗机构应帮助其发展。”在1955年全国文教工作会议上肯定了联合诊所是“由独立脑力劳动的医务人员自愿组织起来的合作性质的社会福利事业”。卫生部在1957年8月下发的《关于加强基层卫生组织领导的指示》中则明确:联合诊所“是我国城乡基层卫生组织中的一种重要组织形式,是社会主义性质的卫生福利机构,国家不应接办”。据1956年统计,城乡联合诊所和乡卫生所全国已有五万所以上。

上述两项政策的施行,在我国农村构建了由国家办、集体办、私人办三种形式组成的农村卫生服务体系。见表1。

表1 我国农村卫生服务体系的组成形式

国家办	集体办	私人办
县卫生院少数 区卫生所	一部分区卫生所,民办公助,归县领导;乡卫生所、联合诊所自愿组合,归乡领导;保健站,合作社组织,归合作社领导	私人诊所

到1952年底,全国已有2 123所县卫生院。1953年起,城乡各地开始建立卫生防疫站。1956年,由私人开业医生组织起来联合