

农村卫生人员培训用书

乡镇卫生院 院长培训手册

陈锦治 唐尧根 李拯民 主编



科学出版社

www.sciencep.com

农村卫生人员培训用书

乡镇卫生院院长培训手册

陈锦治 唐尧根 李拯民 主编

科学出版社

北 京

内 容 简 介

为了进一步提高乡镇卫生院院长的业务水平和管理能力,按照卫生部农村卫生管理司印发的《农村卫生人员培训大纲指导意见》的要求,中华预防医学会公共卫生教育学会职业教育分会组织公共卫生、卫生管理、卫生经济、卫生信息、公共关系、农村卫生和临床医学等方面的专家、学者,以及农村基层一线的乡镇卫生院院长编写了《乡镇卫生院院长培训手册》。由于农村卫生工作政策性强、涉及面广,因此编者在编写本书过程中紧扣党中央、国务院及卫生部的相关文件精神,既充分准确地解读了国家的有关方针政策,又翔实、具体地介绍了先进地区的经验和做法,企望对乡镇卫生院院长的日常工作具有较强的指导意义。

通过本书,广大乡镇卫生院院长及有关基层卫生单位的管理者可以了解在社会主义市场经济条件下如何改革和发展农村卫生事业,熟悉农村卫生工作的方针政策、法律法规以及与乡镇卫生院有关的卫生管理学、卫生经济学的基本知识,掌握农村基本医疗和公共卫生等业务管理的基本知识。

本书为乡镇卫生院院长的培训教材,也可供基层卫生管理人员、医疗卫生人员、社区卫生工作者及相关人员学习参考。

图书在版编目(CIP)数据

乡镇卫生院院长培训手册/陈锦治,唐尧根,李拯民主编. —北京:科学出版社,2006

农村卫生人员培训用书

ISBN 7-03-016447-4

I. 乡… II. ①陈…②唐…③李… III. 乡镇-卫生院-管理-手册
IV. R197.62-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 131719 号

责任编辑:胡治国 吴茵杰 / 责任校对:宋玲玲

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2006年1月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2006年1月第一次印刷 印张:17 3/4

印数:1—3 000 字数:403 000

定价:42.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

《乡镇卫生院院长培训手册》编委会

主 编 陈锦治 唐尧根 李拯民

副 主 编 钟彬彬 周 健 谭永兴 张国州

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 骁 方 静 韦连群 刘祥法 刘殿武

安建钢 祁国杨 张坚平 张国州 张福康

李拯民 李树人 李寨峰 李震海 邹冬明

陈 泳 陈锦治 周 健 奇金花 杭燕蓉

俞 瑜 胡 旻 赵立民 钟彬彬 唐 军

唐尧根 钱涵忠 陶芳标 顾海鹰 曹恒富

梅天一 黄祥茂 臧玉碗 谭永兴 滕金荣

潘虎荣

主编助理 曹恒富 胡 旻 李寨峰

序

党的十一届三中全会以来,党和政府采取了一系列的措施,增加农村卫生工作的投入,不断改善农村缺医少药、镇村卫生条件差的状况,尤其是《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》发布以后,各级政府高度重视农村卫生工作,积极组织引导农民建立以大病统筹为主的新型农村合作医疗制度,有效地缓解了农村居民因病致贫、因病返贫的突出问题。为贯彻《决定》精神,迅速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及农村新型合作医疗制度,乡镇卫生院院长肩负重要的责任,其管理水平和能力是实现上述目标的关键。

目前,大部分乡镇卫生院院长是从临床医生中选拔而来的,普遍缺乏应有的管理知识,在公共关系、人际交往、拓展市场竞争空间等方面显得尤为欠缺。由于乡镇卫生院承担着为广大农村居民提供预防、医疗、保健等基本卫生服务的职能,因此,乡镇卫生院院长是否具备较高的管理知识,直接关系到卫生院的核心竞争力与发展空间,也关系到农村居民能否享受到农村卫生事业改革带来的好处以及从新型农村合作医疗制度中能否得到实惠,因而,乡镇卫生院院长的业务培训与综合素质的提高显得更为重要和迫切。

为提高广大乡镇卫生院院长的综合素质,满足乡镇卫生院院长继续学习的需要,中华预防医学会公共卫生教育学会职业教育分会组织了国内公共卫生、卫生管理、卫生经济、卫生信息、公共关系、农村卫生和临床医学等方面的专家、学者以及农村基层一线的乡镇卫生院院长编写了《乡镇卫生院院长培训手册》。该书总结、汲取了我国现阶段农村卫生改革的经验,结合近期出版的相关文献资料,重点阐述了乡镇卫生院的业务管理知识与技能、农村卫生和农村中医药工作方针政策,卫生管理学、卫生经济学的基本知识以及卫生院成功管理案例。该书作为乡镇卫生院院长的培训教材,也可供基层卫生管理人员、社区卫生工作者及相关人员培训使用。相信该书的出版发行将对乡镇卫生院的建设发展和经营管理、对加强农村卫生工作产生积极的推进作用。

中华预防医学会公共卫生教育学会主任委员

四川大学华西公共卫生学院院长

马 骁

2005年10月1日

前 言

农村卫生工作是我国卫生工作的重点,关系到保护农村生产力、振兴农村经济、维护农村社会发展和稳定的大局,对提高全民族素质具有重大意义。《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》中明确提出了“到 2010 年要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,主要健康指标要达到中等发达国家的先进水平。”乡镇卫生院院长是我国农村卫生工作的主力军,其工作水平和能力将直接决定着上述目标能否成功实现,尤其是 2003 年 SARS 爆发以后,党中央、国务院高度重视农村卫生的网络、硬件、队伍等方面的建设,其具体工作也大多落在乡镇卫生院院长的肩上。

为了进一步提高全国乡镇卫生院院长的业务水平和能力,按照卫生部农村卫生管理司印发的《农村卫生人员培训大纲指导意见》的要求,中华预防医学会公共卫生教育学会职业教育分会组织公共卫生、卫生管理、卫生经济、卫生信息、公共关系、农村卫生和临床医学等方面的专家、学者编写了这本《乡镇卫生院院长培训手册》,旨在通过培训,使广大乡镇卫生院院长及有关基层卫生单位的管理者了解在社会主义市场经济条件下如何改革和发展农村卫生事业,熟悉农村卫生工作的方针政策和法律法规,与乡镇卫生院有关的卫生管理学、卫生经济学的基本知识,掌握与乡镇卫生院有关的基本医疗和公共卫生等业务管理的基本知识与技能。

根据培训大纲规定的乡镇卫生院院长培训期为 14 天,参考学时为 100 学时的要求,我们将本书分为 13 章:第一章着重解读目前我国农村卫生工作的纲领性文件《中共中央、国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》,总结我国农村卫生工作的经验教训;第二章介绍新型农村合作医疗制度的基本政策,同时简单介绍医疗救助制度的相关内容;第四章对与卫生相关法律、法规、规章等作重点阐述;第三、第五章着重从宏观上阐述乡镇卫生院的功能定位、在农村三级卫生网中的作用以及卫生事业管理的基本知识;第六章至第十三章则从不同角度系统阐述乡镇卫生院具体的财务管理、设施建设与信息管理、人力资源管理、医疗质量管理等有关内容,同时还就有关乡镇卫生院的人际交流和公共关系作了介绍。从本书的内容和编写上来看具有以下几点的特点:一是具有较强的科学性。由于农村卫生工作政策性强、涉及面广,在编写过程中我们紧扣党中央、国务院及卫生部的相关文件精神,力争做到准确到位。二是具有较强的实用性。本书既充分准确地解读了国家的有关方针政策,又翔实具体地介绍了先进地区的经验和做法,特别是在本书的编撰过程中吸收了多位具有丰富工作经验的乡镇卫生院院长的参加,使本书更具实用性、针对性。

为了便于学员理解和掌握教材的重点内容,我们在每一章的正文前列出知识要点;每一章正文后配以选择题、思考题和案例分析供教学、自学之用,并且可以帮助学员自测学习效果,帮助组织者考核教学效果;附录部分备有两份试卷,在培训前后可以组织集体测试,从而

了解学员们的实际情况。试卷中的选择题都是从本书随机抽取后组成的,思考题也可以作为讨论题。在开展案例教学时,可以使用本书提供的案例,也可以根据当地有关案例进行教学。

本书是乡镇卫生院院长的培训教材,也可供基层卫生管理人员、医疗卫生人员、社区卫生工作者及相关人员学习参考。

在编写本书过程中参考和吸收了国内有关书籍和资料中的观点和方法,在此谨向有关作者表示敬意和感谢。本书的编写工作得到中华预防医学会公共卫生教育学会职业教育分会和编者所在单位领导的大力支持,同时得到科学出版社医学分社的大力帮助,在此一并表示感谢。

我国幅员辽阔,农村卫生工作各地发展不平衡,在编写过程中我们虽然力求统筹兼顾,但是仍不可能面面俱到,故各位读者在使用本书时应结合本地的实际情况,因地制宜,分类指导,使有关的政策能够真正落到实处。

由于时间仓促,本书中疏漏不足之处在所难免,敬请读者批评指正。

中华预防医学会公共
卫生教育学会职业教育分会
陈锦治

2005年10月1日

目 录

序

前 言

第一章 农村卫生基本政策	(1)
第一节 我国早期的卫生政策	(1)
第二节 转型期的农村卫生政策	(7)
第二章 新型农村合作医疗基本政策	(20)
第一节 新型农村合作医疗制度的概念和特点	(20)
第二节 合作医疗制度的历史回顾及经验教训	(22)
第三节 新型农村合作医疗的基本政策和操作中存在的问题	(26)
第四节 建立和完善合作医疗的医疗救助制度	(34)
第三章 乡镇卫生院的功能定位和作用	(41)
第一节 乡镇卫生院在农村三级卫生网的功能定位与作用	(41)
第二节 乡镇卫生院的管理体制和运行机制改革	(52)
第三节 乡镇卫生院院长在卫生院管理中的责任和义务	(55)
第四章 农村卫生相关的法律、法规及医疗事故的预防处理	(61)
第一节 卫生法的基本知识	(61)
第二节 与农村卫生有关的法律、法规	(63)
第三节 医疗事故的预防与处理	(73)
第五章 乡镇卫生院卫生事业管理基本知识	(83)
第一节 管理概述	(83)
第二节 管理的基本原理	(85)
第三节 管理的职能	(90)
第四节 卫生事业管理基本知识	(94)
第五节 乡镇卫生院管理的常用原理和方法	(96)
第六章 乡镇卫生院经济核算与财务管理	(104)
第一节 财务管理的现状和改革的重要性	(104)
第二节 财务管理基本知识	(106)
第三节 乡镇卫生院经济核算基本知识	(112)
第四节 乡镇卫生院如何实现低成本、高效益	(115)
第七章 乡镇卫生院设施建设与信息管理	(120)
第一节 乡镇卫生院设施建设的规范和要求	(120)
第二节 乡镇卫生院信息管理的主要内容和运用方法	(126)

第八章	乡镇卫生院人力资源管理与人事分配制度改革	(135)
第一节	乡镇卫生院人力资源管理的基本理论与方法	(135)
第二节	乡镇卫生院人事分配制度改革的原则和具体方法	(145)
第三节	乡镇卫生院如何建立竞争激励机制,建设高素质的人才队伍	(150)
第九章	乡镇卫生院医疗质量控制与病案管理	(161)
第一节	乡镇卫生院医疗质量管理与评估	(161)
第二节	乡镇卫生院病案管理及病案利用方法	(170)
第十章	乡镇卫生院合理用药与诊疗规范	(179)
第一节	合理用药、合理检查与合理诊疗的概念及重要性	(179)
第二节	乡镇卫生院实现合理用药、合理检查与合理诊疗的途径和方法	(182)
第十一章	乡镇卫生院重大疾病预防控制管理	(197)
第一节	乡镇卫生院在传染病防治中的责任和义务	(197)
第二节	重大传染病等突发公共卫生事件的预防控制	(205)
第三节	慢性非传染性疾病的预防控制	(216)
第十二章	人际交流和公共关系	(224)
第一节	乡镇卫生院加强人际交流的技巧和方法	(224)
第二节	乡镇卫生院管理的艺术和技巧	(233)
第三节	社区卫生服务与乡镇卫生院服务方式的转变	(237)
第十三章	乡镇卫生院中医药服务及管理	(250)
第一节	乡镇卫生院中医药服务及管理	(250)
第二节	乡镇卫生院中医药人才队伍建设与管理	(254)
附录	乡镇卫生院院长培训效果测评样卷(A、B卷)	(262)

第一章 农村卫生基本政策

知识要点:

1. 了解我国农村卫生政策演变的历史背景;
2. 熟悉农村卫生政策的历史经验和教训;
3. 掌握新时期农村卫生政策的主要精神;
4. 掌握我国初级卫生保健的历史进程和政策规定。

卫生政策是国家和社会为保障国民的健康而制定的一系列方针、措施和法律等。一个国家和地区卫生事业的发展,很大程度上取决于有关政策。卫生政策作为上层建筑,随着国家的社会经济状况、居民健康状况、疾病谱、人口谱和医学科技发展水平的变化而变化。

第一节 我国早期的卫生政策

通过学习与了解卫生政策发展历程的演变,找出演变规律,合理地评价特定历史时期的卫生政策,进而为今后卫生政策的正确制定、领导决策的正确实行以及有计划、高质量地进行卫生事业的建设,有效保护公众的身心健康提供依据和经验借鉴。

一、我国卫生政策的历史演变

我国卫生管理和卫生保健的思想萌芽于夏商时期。秦汉以后出现了医学教育制度。到了唐朝,医政管理体制已经粗具规模。宋、元、明、清几代,随着社会经济和科学技术不断发展,医疗卫生体制也不断发展变化。

鸦片战争后,随着西方医学的传入,西方的医疗卫生观念也在中国传播。太平天国的卫生新政中,把工作分为朝内、军中和居民三个系统,略似公医制。在居民中,“分设街道医生六十人”,为天京居民施诊给药。国家财政税收中拨款,兴建医院、慈养会等社会福利设施。同时,政府颁布“禁绝卖淫、缠足恶习”、“严禁溺婴”等一系列法规,保护妇女儿童的健康。

民国期间,比较有代表性的医疗卫生政策有:1934年卫生署颁布《县卫生行政方案》,并在河北定县,安徽和县,江苏盐城、吴县等地区建立乡村卫生机构;1941年,民国政府根据《实施公医制度案》(1934年卫生技术委员会通过),推行“公医制”。但是,当时战乱四起,社会动荡,民国政府的“公医制”事实上没有真正得到推广。

新民主主义革命时期,中国共产党非常关注卫生事业的发展。毛泽东在《中国红色政权为什么能够存在》一文中,认为“建设较好的红军医院”是巩固根据地所必须做好的大事。“预防为主”的方针、“防治结合”的原则、“中西医两法治疗”的方向、“群众卫生运动”的方法以及乡村卫生机构的有序建立,一系列卫生政策的制定及实施,有力地保障了解放区军民的健康,也为解放后的新中国卫生工作方针及具体政策的制定积累了适合中国国情的丰富

经验。

计划经济体制时期被认为是医疗卫生服务的短缺期。我国的卫生工作方针——“面向工农兵、预防为主、团结中西医、卫生工作与群众运动相结合”的实践充分展示了宏观卫生政策所取得的伟大成功。农村三级医疗预防保健网、乡村医生队伍和农村合作医疗制度被称为农村卫生工作的“三大法宝”，受到世界卫生组织（WHO）和许多国家高度评价。政府组织部门协调、群众广泛参与，积极开展爱国卫生运动，大力实施初级卫生保健，使城乡生活环境明显改善，群众健康水平显著提高。20 世纪 70 年代末，由于“文化大革命”的影响，我国的农村卫生工作曾一度处于困境。

20 世纪后 20 年间，中国经济进入转型期，卫生领域也随之发生翻天覆地的变化。在城市，卫生体制改革基本可以分为两个阶段，前一阶段在 80 年代初到 90 年代初，重点是扩大卫生服务的供给，解决医院看病难、住院难和手术难的问题。第二阶段是 90 年代中期至今，整个卫生改革步入结构调整期，要解决的问题是体制、结构上的重大调整，包括卫生管理体制、卫生服务体系、卫生资源配置、医疗机构运行机制等一系列深层次矛盾。

1985 年以后，国务院以国发[1985]62 号文件批转了卫生部《关于卫生工作改革若干政策问题的报告》，从此，农村卫生改革在探索中前进。宏观体制上，乡镇卫生院三权下放至乡镇，乡级财政建立后，卫生事业经费补助的随意性越来越大。微观经营上，实行了综合目标管理责任制和院长负责制。大多数卫生机构实行了“五定（定编、定人员、定任务、定经费、定质量）一奖励（精神和物质奖励）”的责、权、利相结合的管理体制，以调动广大职工的积极性。20 世纪 80 年代以后，农村经济结构的变化，使集体性质的卫生室出现不稳定因素，有的向个体行医演变。很多县开始探索乡村卫生组织一体化管理的办法，由乡镇卫生院对村卫生室的人员、业务、财务、行政和药品购销实行统一管理。进入 90 年代，国家主要采取了两项战略性的措施：一是初级卫生保健，从 1990 年启动的中国农村初级卫生保健工作，经过 10 年的努力，取得了显著进展，全国已有 85% 的县（市、旗、区）达到了《规划目标》的要求。通过实施初级卫生保健，扩大了农村卫生工作的社会影响，提高了农村卫生在各级政府工作目标中的地位，增强了三级医疗预防保健网的综合服务功能，尤其是强化了乡镇卫生院的地位和作用。二是农村卫生三项建设。从 1991 年起，卫生部、国家计委、财政部统一部署，开始了农村卫生三项（乡镇卫生院、县卫生防疫站、县妇幼保健所）建设项目。到 1999 年底，全国累计投资 174 亿人民币，竣工面积 5311 万平方米，建设了 46 505 个卫生机构（占应该得到改造的机构总数的 82.4%），其中，82.3% 的乡镇卫生院、79.6% 的县卫生防疫站、86.5% 的县妇幼保健所得到了改造。

二、计划经济体制下的农村卫生政策

（一）政策背景和政策特征

1. 政策背景

（1）制度惯性：新中国在战火中诞生，战争年代老解放区和军队卫生工作的经验如“预防第一”的工作方针、重视发挥中医中药的作用促进中西医团结合作及“群众卫生运动”等在新中国的卫生政策中很自然地得到了继承和发展。

(2) 从巩固新政权的需要出发:长期的战乱,中国经济的落后,卫生资源奇缺,人民健康水平的普遍低下。面对当时贫病交加的危急状况,新中国政府必须建立起高效的卫生保健体系和强有力的社会保障系统。

(3) 社会主义道路与计划经济体制:生产资料公有制,使国家办卫生、财政补贴卫生得以实现;城市中的高就业制、农村中集体核算以及高度集中的计划经济体制,恰恰为国家-单位保障制提供了十分有利的生成条件。

(4) 社会意识形态:毛泽东在《延安文艺座谈会上的讲话》中谈到文艺应为广大人民群众服务时说:“第一是为工人的,这是革命的领导阶级。第二是为农民的,他们是革命中最广大、最坚决的同盟军。第三是为武装起来了的工人、农民即八路军、新四军和其他人民武装队伍的,这是革命战争的主力。第四是为城市小资产阶级、劳动群众和知识分子的,他们也是革命的同盟者。”这为“面向工农兵”的卫生方针奠定了基调。

(5) 前苏联卫生工作经验的影响:新中国建国之初,在政治、经济、军事、教育等方面,均以前苏联为榜样建立制度。确立“预防为主”的方针,建立卫生防疫站以及妇幼保健、专科防治、卫生宣教等机构,以及免费享受医疗服务的社会保险模式均在借鉴之列。

2. 政策特征 计划经济时期卫生政策特征主要表现在:

- (1) 国家或集体办卫生,并通过政府财政支持,保证医疗卫生机构的政策运转。
- (2) 以国家-单位保障制的形式建立医疗保障体系。
- (3) 往往运用政治运动的形式推动卫生工作的开展。

(二) 卫生工作方针

1. 卫生工作方针的演进 1950年8月,第一届全国卫生会议,确定我国卫生工作的三大原则为“面向工农兵,预防为主,团结中西医”。1952年12月,第二届全国卫生会议,将卫生工作 with 群众运动相结合列入我国卫生工作原则之一,这样就形成我国卫生工作的四大原则,即“面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作 with 群众运动相结合”的卫生工作方针。

2. 卫生工作方针的解释

(1) “面向工农兵”:即社会主义国家的卫生工作,必须为人民群众服务的原则。1950年8月19日,卫生部副部长贺诚在第一届全国卫生会议的总结报告中指出:“为人民服务,首先为工农兵服务,……因为工人、农民人数最多,又是人民民主政权的基础和生产建设的基本力量,他们所受疾病的灾难最深,得到卫生的保障也最少。兵是武装了的农民,是国防建设的基本力量。”

(2) “预防为主”:是卫生工作原则的核心。当时已经认识到“预防为主”是最经济、最人道、最主动、最有效的防治疾病的方针,并认为预防为主应贯穿在医疗、卫生、保健工作的全过程,建立起灭病防病、有病早治、预防结合、立足于防的卫生防疫体系。

(3) “团结中西医”:当时全国卫生人员只有50多万,中医占了54.6%,而高级西医只占了7.5%。中医人数比西医多,且大部分在农村,广大的农民主要依靠他们防治疾病。但在解放以前,种种原因造成了中西医之间的隔阂。在当时的条件下,作为新中国卫生工作的原则之一,把中西医药卫生工作人员团结起来,是极为必要的。

(4) “卫生工作 with 群众运动相结合”:是指发动和依靠人民群众,自己行动起来向疾病

作斗争。这是社会动员在卫生领域成功运用的典型范例。群众性卫生运动的开展,不仅使广大群众自觉地清洁环境、普及卫生知识、养成良好卫生习惯,同时也促进了基层卫生机构的建立和卫生人员的培养,加快了卫生事业的发展。这种群众路线的工作方法,在我国经济生活水平不高的情况下,具有特别重大的作用。

(三) 具体政策

1. 国家和集体办卫生 1950年8月7日召开的第一次全国卫生工作会议的报告中提出“建立全国各级的基层卫生组织”。1951年4月4日,中央人民政府卫生部发布“中央及各级行政地区卫生部门应有计划地健全和发展全国现有的卫生院所。……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解决”的决策。并规定了以下原则:

(1) 县卫生院所人员已经列入国家行政人员编制者,其薪金由国家行政费支付。

(2) 区县卫生院所有日常开支(包括未列入国家行政人员编制内人员薪金)、建设费、初级卫生人员培训费由地方附加粮中酌量解决。

(3) 区县卫生院所的防疫保健业务和免费医疗补助等费用,由省卫生事业费补助之。

(4) 卫生院所酌情收取较低的医药费和住院费,对贫困病人则提供免费医疗。

与此同时,国家允许私人开业行医,并适当鼓励私人联合经营医疗机构,“使其成为公立医疗机构的助手”。这样,建国初期就形成了公立医疗卫生机构为主体,其他所有制的医疗卫生机构为补充的卫生体系格局。政府除了以全额拨款、差额补助、专项拨款等形式支持公立医疗卫生机构的维持费用和发展费用外,还免收医疗机构的工商业税,并且供给计划物质(相当长的时间里,医疗卫生机构所需的水、电、燃料,住院病人所需的粮油等实行低于市场价格的计划价格),政府对儿童提供基础免疫,预防相关传染病。

这些政策措施反映了建国初期宏观卫生政策的特征,具体可以概括为:①在卫生事业的属性上突出了福利性。尽管当时政府对卫生事业的属性没有作特别的表述,但可以从诸如国家或集体投资办卫生并以财政支持其运作、免税政策、国家承担公共卫生等一系列带有明显福利性质的政策措施得到反映;②所有制结构突出公有制为主体;③资源分配突出公平性。卫生机构建设和卫生工作开展的主体围绕缺医少药的基层,工作的重点是预防保健。

计划经济时期,以上的政策加上公费和劳保医疗制度,构成了我国卫生经济政策的主体,为增进广大人民群众的健康发挥过巨大的作用。

这种卫生体系的格局在不同时代,受到宏观经济政策和社会环境及政治倾向的影响而曲折发展,主要表现在追求“越大越公越好”的“左”倾思潮下,对非公有制形式的医疗机构的破坏。第一次重大政策摇摆发生在1958~1960年的大跃进时期,盲目推行供给制和公有化,并且不考虑经济实力铺摊子、定指标。这一时期的政策错误在1960~1965年的经济调整时期,从卫生机构的所有制形式、补偿形式、发展规则以及卫生机构内部的分配制度等方面得到一定调整。第二次挫折发生在1966~1976年“文化大革命”时期,“左”倾冒进政策倾向比大跃进时期有过之而无不及。政府对卫生工作的过度干预所引发的一系列问题,特别是平均主义“大锅饭”导致的卫生机构服务效率低下等问题,成为新一轮卫生政策调整和卫生改革的原始诱因。

2. 农村合作医疗与三级医疗卫生网 作为人口众多的发展中国家和社会身份制度严

重分隔的城乡二元社会,中国对农民实施的社会保障主要立足于农民自我保障。计划经济时期土地公有制和政社合一人民公社制的建立,形成了社队集体经济的主导地位,为合作社和群众集资办卫生机构(保健站)提供了制度基础,集体经济单位也成为了农村合作医疗制度的依托。

合作医疗是我国农民在自愿互利、互助共济的基础上,依靠集体经济和农民集资,以解决农村居民以基本医疗保健为目的的医疗保健制度。合作医疗与城镇的公费医疗及劳保医疗共同形成了覆盖我国城乡大多数居民的医疗保障体系。

我国农村医疗保健制度最早可追溯到1938年陕甘宁边区创立的保健药社和次年创立的卫生合作社。当时,人们靠“凑份子”的办法互相解决看病难的问题。1944年,因伤寒、回归热等传染病流行,边区政府应群众要求委托当时的商业销售机构——大众合作社,创办合作医疗。资金由大众合作社和保健药社投资,并吸收团体和私人股金,政府补贴一些药物,是一种民办公助的医疗机构。到1946年,卫生合作社达到43个。1950年前后,东北各省为解决广大农村缺医少药问题,积极倡导采取合作和群众集资兴办医疗机构。

随着农业合作化的发展,山西、河南、河北等省农村出现了一批由农业生产合作社举办的保健站。1955年初,山西省高平县米山乡最早实行“医社结合”,采取社员群众出“保健费”和生产合作社提供“公益金”补助相结合的办法,建立了合医合防不合药的合作医疗制度。被卫生部称为“无病早防、有病早治、省工省钱、方便可靠”的卫生保健制度,得到了肯定和推广。

从1958年人民公社运动起,全国掀起了合作医疗的第一个热潮,全国合作医疗村覆盖率稳定上升。1968年毛泽东主席批示了湖北省长阳县乐园公社坚持办好合作医疗的经验。同年,卫生部、农业部和财政部联合下发了《农村合作医疗章程试行草案》,在全国掀起了大办合作医疗的高潮。20世纪60年代末到70年代中期,我国广大农村地区普遍建立了县、乡(公社)及村(生产大队)三级预防医疗保健网,全国90%以上的农村行政村(大队)都实行了合作医疗,实现了全国合作医疗的“一片红”。

合作医疗解决了农民“看不上病”和“看不起病”的困难,推动了农村三级医疗卫生网的建设,促进了我国医疗保健制度结构形成,对于保障贫困地区农民健康、推动农村卫生事业发展起到了重要作用。合作医疗(制度)与农村三级预防医疗保健网(机构)和乡村医生队伍(人员)一并被国际社会称为发展中国家农村卫生事业的“三大法宝”和“三大支柱”,并把合作医疗称为“发展中国家解决卫生经费的惟一典范”。

然而,在合作医疗迅速发展期间,各地对合作医疗缺乏认真调查研究,对合作医疗的性质、指导原则、合作形式、基金筹集与使用、医疗服务的报销范围与比例等关键问题缺乏科学研究和具体指导,出现“一哄而上”的现象。在合作医疗运转中,报销比例过大,而且出现攀比,费用支付超过当时农村经济的支付能力,加上筹资渠道单一,这些隐患也是造成20世纪80年代后合作医疗在全国范围内滑坡的重要原因。

3. 乡村医生队伍 建国初期,农村缺医少药、疾病泛滥,卫生部组织城市医疗队下到农村为农民提供医疗卫生服务。为了解决医疗队人数有限、任务繁重的矛盾,医疗队就地选择一些青年农民进行短期培训,通过他们向农民宣传如何防止疾病传染,组织社员查疫源并灭除、打扫环境卫生、进行人畜粪便处理、饮用水源保护等,同时向农民分发预防传染病的药物

并开展发现病人能及时向医疗队报告的工作。由于各地常见病种不同,因而卫生员接受培训的内容也不相同。培训时间的长短也以他们从事的具体工作和文化程度而定。20世纪60年代中期,随着农村合作医疗的发展和农村人民公社化的基本完成,农村卫生员培训开始分层次进行。一是生产队卫生员培训,再是生产大队保健员培训。保健员是从以往卫生员中选拔出的优秀者再进行培训,掌握几种乃至十几种农村常见病和急救处理的知识和技能,然后担负起本大队全面卫生工作,主要承担治疗农民一些常见病和传染病以及急诊病的急救处理和转院工作;定期到公社或县卫生院汇报本大队卫生工作情况和接受指导、培训。培训内容主要是在行医实践中遇到的一些问题和防疫、接种的方法和知识;负责指导、督促、检查生产队卫生员定期开展工作。

1965年6月,毛泽东发出“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示。毛泽东的讲话是针对农村缺医少药而城市又集中着相对较多的医生和高技术治疗手段说的。毛泽东认为无论是从正规院校医生培训方式还是从医院里给病人检查、治疗手段上看都不适合广大农民对医疗卫生的需求。这促使了1966~1976年间大规模赤脚医生(1968年前称半农半医)培训。到1980年,全国有赤脚医生的生产大队已有658 394个,占全国生产大队总数的93.7%。赤脚医生总数已达到1 463 406人,平均每队2.1人。

卫生部原定赤脚医生培训各地均采用3年或3年半的培训大纲。但随着“文化大革命”的发展,特别是《红旗》杂志发表上海市郊江镇公社赤脚医生培训调查报告而有所变化。该报告认为医学教育必须改革,再不能用西医方式培训医生。在这样的认识下,赤脚医生的培训工作中西医的培训学习受到很大的影响,培训的内容以中医中药为主,培训时间也没有统一的规范。

鉴于赤脚医生数量膨胀和质量低下,人员培训、使用和考核缺乏规范,名称与国际不接轨,含义不够确切,1985年1月召开的全国卫生厅、局长会议上,卫生部宣布停止使用赤脚医生名称,规定所有村卫生人员一律进行考试,凡考试合格者,授予乡村医生证书,属于中级职称;考试不合格者及未参加考试者统称为卫生员,属初级职称。1985年125万赤脚医生只有一半通过资格考试,到1986年有64万被授予乡村医生证书,另有65万卫生员未能过乡村医生考试,两者合计129万,总数比1985年240万村卫生人员减少大约一半。

4. 爱国卫生运动 新中国刚成立,美国发动侵朝战争,并在战争中使用细菌弹。为了抗美援朝、保家卫国,毛泽东发出了“动员起来,讲究卫生,减少疾病,提高健康水平,粉碎敌人的细菌战争”的号召。1952年3月,中央人民政府成立防疫委员会,组织发动全国人民开展反对美帝细菌战的斗争。各地方政府亦陆续成立相应的机构。同年底,中央人民政府决定将各级防疫委员会一律改称为爱国卫生运动委员会,把爱国卫生运动作为我国人民卫生事业的重要组成部分。当新中国开始执行国民经济第一个五年计划时,中央人民政府发出指示,在全国范围内继续开展爱国卫生运动。

爱国卫生运动的基本主题是讲究卫生,除害防病。不同时期爱国卫生的工作任务和工作内容有不同的调整和表述。1955年中共中央发出通知,给爱国卫生运动提出了“除四害”(当时的“四害”是指蚊、蝇、鼠和麻雀)的任务;1958年,中共中央、国务院发出了《关于除四害、讲卫生的指示》。此后,党中央、国务院又多次发出指示、通知,要求加强爱国卫生运动的领导。

1965年,卫生部关于在农村卫生工作中加强粪便管理、保护水源和水质等建议,得到了党中央的支持。毛泽东同志认为这是农村爱国卫生运动的重要具体内容,要求卫生部先抓好工作,取得经验后推广。卫生部即在此基础上总结经验,逐步形成了在农村实行“两管五改”为重点的控制疾病流行的措施和办法。

农村实行“两管五改”的目的是为了提高人们的生活质量,改善人们的居住环境。其中“两管”是管水、管粪;“五改”是改良水井、改良厕所、改良畜厩、改良炉灶、改良环境。

“两管五改”对当时的农村卫生工作有很强的针对性。“两管五改”的推行,调动了广大农民的积极性,推行的进度较快。就农村改水而言,1965年以前,农村的改水工作以水源保护,辅以季节性的饮水消毒为主;以后,随着“两管五改”工作的开展,广大农村逐渐建起了深水井,或简易自来水(以毛竹管接引泉水)。生活环境的有效改善以及良好生活、工作习惯的养成,保障了广大农民的身体健康。直到现在,“两管五改”仍然是农村移风易俗、建设社会主义新农村的重要措施,也是实施农村初级卫生保健的重要内容。

第二节 转型期的农村卫生政策

在计划经济体制下,国有医疗卫生机构为主体的卫生体系,与计划配给的福利分配方式相适应,在较低水平上有效保证了向全体人口提供基本公共卫生服务和基本医疗服务,使居民的基本健康状况在较短时间内获得较大的改善。但在制度运行的后期,宏观管制不力、效率低下等诸多矛盾显现。随着社会经济的转型,宏观背景发生了巨大变化,卫生体系的改革与卫生政策的调整势在必行。

一、政策背景和政策特征

(一) 计划配给向市场主导的宏观政策转型

这种背景下,卫生服务的需方首先是对医疗卫生服务需求的释放,并对多层次的服务体系提出要求;而卫生服务的供方失去了国家和集体的财政“兜底”,不得不面对市场,提高服务效率。有学者认为,在国家财力不足的情况下,要求改变医疗服务的低效率是卫生改革的最初动力。

(二) 经济体制改革对卫生体制改革的辐射

农村家庭联产承包责任制的推行,使农村经济获得巨大发展,它为农村剩余劳动力的转移,为农村非农产业的发展,提供了强有力的支持。农村经济体制的变革首先对村级卫生机构产生影响,使部分村级卫生机构由单纯集体办医转变为集体办医、乡村医生联办及个体办医等多种形式。乡镇卫生院也出现了承包经营、租赁经营、股份合作制和私人经营等新的经济形式和经营方式。

以1979年提高农副产品的收购价格和1984年以后放开生活消费品价格为先导的价格改革,直接影响到煤、水、电、医用棉花、纱布价格的上涨及药品价格的上涨,使医院服务的成本迅速上升,政府出台了新项目、新设备按不含人员工资的全成本收费的价格政策,这一政策弥补了老项目的补偿不足,但也埋下了引发高新技术设备投资热的潜在危险。而主要提

供基本医疗服务的城乡基层医院,则不得不更多地依靠“以药补医”。

20 世纪 80 年代初开始的“划分收支,分级管理”的财政体制改革,使城市基层和农村的医疗卫生机构的投入明显不足,有学者认为,在全国医疗服务资源平均配置水平提高的背景下,农村的医疗服务资源配置并没有显示出实质性的改善。20 世纪 90 年代以来,为了改变这种状况,通过中央和省财政的专项拨款作为引导资金,实施农村卫生三项建设。但城乡基层卫生机构的资源配置水平仍旧较低。

另外,在国有企业改革的示范作用下,医院改革经历了岗位责任制、承包制、综合目标管理责任制的发展过程,直至出现租赁制、公有民营、股份制、股份合作制等多种形式。

(三) 社会经济对卫生改革的压力

我国是人口大国,有限的公共财政能力有限。我国的国情决定了解决全体中国人民的医疗卫生保健问题不能全部靠政府包下来,也不能全部靠市场来解决,中国必须走出一条与国情、国力相适应的卫生发展道路。

城乡二元结构、地区政策倾向和地区间社会经济发展的不平衡,使得卫生资源分配、医疗卫生服务水平和基本健康指标的城乡差距、地区差距相当大。这种不平衡导致的后果甚至会影响到社会经济的稳定发展。

人口老龄化、疾病流行模式的改变、工业化城市化带来一系列公共卫生问题,同样给中国卫生改革与发展提出了严峻的挑战。

还有重要的一点,社会主义市场经济体制的建立,使计划经济体制下形成的卫生资源的配置方式受到挑战。尤其是财政体制的改革,使原来纵向垂直的计划配置卫生资源的链条断裂。如何向市场和社会融资,如何实现规范的政府的支付转移,都需要在理论上和实践上进行探索。

二、卫生工作方针

(一) 卫生工作方针的发展

20 世纪 80 年代以后,随着改革开放这一宏观政策的发展和社会经济环境的变化,卫生工作的主要问题也不断衍变,卫生工作的方针政策也随之变迁。从卫生工作方针的衍变的轨迹,也可以看出卫生改革的发展脉络。

1984 年六届人大《政府工作报告》中提出:“预防为主,城乡兼顾,中西医结合”的卫生工作方针,这对调整当时的实际工作有一定的针对性。知识分子政策得到了一定程度上的落实。一些高级知识分子从农村调回城市,安排适当的工作;城市卫生机构恢复正常工作。

城乡结合、预防为主、中西医结合是当时的共识,但在执行的过程中,新问题出现了:城乡兼顾变成了重点向城市转移;中西医结合则变成了削弱中医工作;预防为主实际上变成了重治轻防,影响了卫生工作的正常开展。

1988 年 10 月,全国卫生事业管理学会第一届学术研讨会上,专题讨论了我国新时期的卫生工作方针,从卫生工作的目标、方向、道路、战略、方法、动力、经济和人力等重大问题出发,提出了预防为主、城市为中心、农村为重点等 8 条方针。