

云南省贫困地区

农村卫生现状调
查及发展对策

研究



云南省贫困地区农村卫生 现状调查及发展对策研究

主 审 吴坤仪

主 编 熊汝成

副主编 杨 铨 杨碧亮

云南大学出版社

滇新登字07号

责任编辑：吴玉树

封面设计：纳 伟

**云南省贫困地区农村卫生
现状调查及发展对策研究**

主 审 吴坤仪

主 编 熊汝成

副主编 杨 铨 杨碧亮

云南大学出版社出版发行

(云南大学校内)

云南建工印刷厂印刷

开本：787×1092 1/32 印张：7.06 字数：170千

1992年7月第1版 1992年7月第1次印刷

印数：0001—1000册

ISBN7—81025—198—8/R·11

定价：4.00元

搞好貧困地區
衛生工作提高
群眾健康標準
繁榮經濟

壬申初冬 高治國



莫谓书生空议论 应唤东风浩荡来

——代序

1986年6月，国务院贫困地区经济开发领导小组举行首次会议，提出贫困地区经济开发十点意见，五年内解决大多数地区温饱问题。五年过去了，全国各地传来了一片捷报，就是我们云南也赫然见诸报首：“‘七五’期间又有400万人口解决了温饱，全省95%的农民解决了温饱，告别了贫困，向小康迈进。”这令人感到无比的高兴和欣慰。高兴之余，又不免有些隐忧，贫和病是一对孪生兄弟，因贫致病和因病致贫这种互为因果的恶性循环，当真能单从贫的环节解开么？据对少数民族贫穷地区卫生状况调查统计，贫困县因病休工天数每年为15.8天，占劳动天数的8.9%左右，而全国每人每年因病休工仅5.4天，现我省贫困县因病休工的天数几乎是全国平均数的3倍！按此计算，我省贫困县每年因病而损失了1.9亿个劳动日！这1.9亿个劳动日将创造多少财富或者说将对农民造成多大损失，这是需要各级领导、决策者严肃认真思考的一个问题。实践证明，脱贫必须治病，治病促进脱贫。在抓贫困地区经济开发、解决农民温饱的同时，必须抓贫困地区防病治病工作，才能真正解开“贫病交加”这个古老的命题。否则，常年疾病缠身的农民很难真正摆脱贫困，即使已经摆脱贫困又很可能重新陷入贫困的境地。尤其需要指出的是，健康是一项基本人权，是社会公平的重要标志。因此，健康就不仅仅是发展生产的手段，而且是社会生产的直接目的之一。抓好贫困地区的

医疗卫生工作，应是贫困地区经济开发命题中应有之义务。遗憾的是，这个浅显的道理并没有被清醒地认识和接受，单纯抓经济开发，忽视防病治病而期收脱贫致富全功的现象比比皆是。云南省“七五”期间向贫困地区共投入财政、信贷扶贫资金12亿多元，开发了各类项目6000多个，其中却没有一个项目、一分钱投向医疗卫生。医疗卫生在很大程度上被扶贫决策者们遗忘了。尽管各级政府和卫生部门这些年也努力向贫困地区医疗卫生事业作了一些倾斜，但由于脱贫致富和脱病致富没有作为一个有机的整体加以统筹部署，贫困地区的医疗卫生工作缺乏政策上、投入上、管理上的有力支持，仍然显得步履维艰，走不出低谷。有幸的是，贫困地区贫病交加的恶性循环的现象终于被引起重视，在抓经济开发的同时，注意在防病治病上下真功夫了。从明年起，省政府将每年安排400万元，连续4年为贫困乡卫生院添置设备；安排扶贫贷款800万元，由省财政贴息作为贫困县村卫生室购置药品的垫本；省、地、县、乡共同筹资，在“八五”期间排除乡卫生院危房；举办在职医学大专班，为每个乡卫生院培养一名大专生，等等。可以期望，抓好贫困地区卫生事业的发展，从而提高贫困地区社会发展整体水平，将会越来越得到全社会的普遍重视。

引起重视，采取措施，仅仅是问题的一个方面，建立贫困地区新的卫生开发方式，显得更为重要。认真总结多年来贫困地区卫生事业发展的经验教训，全面分析贫困地区卫生事业现状，努力探索贫困地区卫生事业发展的新路子，是摆在各级决策者和政策研究工作者面前的一项重要任务。建立贫困地区新的卫生开发方式，首先是改革外部输入方式，使扶贫切实生效，有利于形成和加强贫困地区卫生事业的自我发展能力。要帮助贫困地区制订科学的、具有可行性的卫生发展战略规划，

明确省、地、县各级应负的责任，并纳入当地社会经济发展总体规划，认真加以实施，改变过去那种胸无全局、随心功德式的扶贫方式。在资金的投入上，要变分散平均使用为适当集中，变无偿使用为有偿使用与无偿使用相结合，变资金单项输入为资金、技术、人才等综合输入，变单方援助为各级共同集资，变一次性投资为不断周转、循环使用。总之，要提高国家卫生扶贫的经济效益和社会效益，把有限的财力用好，用到刀刃上，起到启动作用和示范作用。其次要看到，外部输入虽然是推动贫困地区卫生开发的重要条件，但决定性的因素还是要发扬自力更生精神，走“内涵”建设的路子，启动内部活力。贫困县政府应认清因病致贫和因贫致病恶性循环的危害，把加大卫生投入作为一种生产性投入，发展卫生事业，促进脱贫致富，这是贫困地区卫生事业投入的主渠道。同时，要因地制宜深化卫生改革，提高经济管理水平，充分挖掘现有卫生资源的潜力，增强自身“造血”机能。在贫困地区，虽然卫生市场不发达，内地的改革政策不完全适用，但在局部经济条件相对好的地方仍然可以开展有限项目的卫生改革，逐步拓宽领域，以增强卫生机构的活力；可惜的是，一些贫困地区因畏难却步而未能开展。还有不少贫困地区的卫生机构，房屋、设备、人才等基础条件差固然是一个缺陷，但管理粗放、人心涣散、效率低下则更为严重，甚至一些条件相对不差的卫生机构也存在上述问题。因而加强经营管理，从管理中要效益，是贫困地区卫生开发的一个极其重要的任务。此外，贫困地区卫生机构的经营模式、适宜技术应用等等，都是在建立卫生开发新方式中需要加以研究和实践的课题，以期找出一条真正适合贫困地区卫生事业发展的新路子。

党和政府历来重视改善贫困地区的经济状况和卫生状况，

并将其作为关心人民群众疾苦，稳定人心、稳定社会、稳定边疆、体现社会主义制度优越性的大事。基于此，我们组织了对全省41个贫困县和15个非贫困对照县的调查。在获得大量第一手资料的基础上，经过潜心研讨，三易其稿，形成了这本《贫困地区农村卫生现状调查及发展对策研究》。它虽然不是什么醒世之作，所提的见解也并非万全之策，但其用心在于以确凿的数据、冷静的分析和恳切的策论为人们描绘一个贫困地区卫生发展的轮廓，为各级决策者和实际工作者提供政策参考。

“莫谓书生空议论，应唤东风浩荡来”。相信在各级政府和社会各界有识之士的重视下，贫困地区卫生开发的东风将拂过三迤红土，吹绽千树鲜花！

1991年11月，我去贫困山区的彝良县作了调查，那里是红军名将罗炳辉将军的故乡。将军故乡卫生事业举步维艰，家乡父老要求得到基本卫生保健的强烈愿望给人印象颇深。于是援笔写下了上面这些话，作为序。

熊 汝 成

1991年11月

目 录

代序.....	(1)
---------	-----

总 报 告

云南贫困地区卫生对策研究总论.....	(3)
一、基本情况.....	(3)
二、矛盾与形势分析.....	(7)
三、研究意义.....	(13)
四、宏观对策.....	(18)
五、具体措施.....	(22)

分 报 告

贫困地区村级卫生组织现状及对策.....	(31)
一、资料来源与方法.....	(31)
二、调查反映出的现状与分析.....	(32)
三、影响村级卫生组织发展的原因.....	(41)
四、发展对策探讨.....	(43)
五、数据集.....	(50)
贫困地区乡镇卫生院适宜技术及设施的研究报告.....	(55)
一、现状分析.....	(56)
二、讨论与建议.....	(67)
附：对照县房屋、设备及服务利用情况表.....	(74)

贫困地区乡镇卫生院经营管理研究	(82)
一、我省贫困地区乡镇卫生院的经营现状分析.....	(83)
二、意向调查分析.....	(87)
三、经营管理方式探讨.....	(89)
贫困地区乡镇卫生院的适宜人才探讨	(97)
一、乡卫生院的基本情况.....	(98)
二、乡卫生院技术人员结构现状.....	(101)
三、乡卫生院的医疗技术能力.....	(104)
四、医疗卫生服务利用情况.....	(105)
五、乡村卫生人员的意向情况.....	(106)
六、乡卫生院适宜人才的标准.....	(107)
七、几点建议.....	(110)
贫困地区农村防保问题及对策	(124)
一、贫困地区农村防保现状.....	(125)
二、问题分析.....	(126)
三、对策措施.....	(131)
对云南推行农村健康保障制度的思考	(136)
一、充分认识实施农村健康保障制度的意义.....	(136)
二、选择适当的农村健康保障制度.....	(137)
三、推行农村健康保障制度的类别步骤.....	(138)
四、推行农村健康保障制度的行动路线.....	(139)
贫困地区卫生事业建设的意向调查问卷分析	(142)
一、调查对象与方法.....	(142)
二、调查结果及分析.....	(142)
三、发展我省贫困地区卫生事业的设想.....	(149)

试论贫困县卫生的均衡发展	(158)
一、贫困县卫生形势分析.....	(159)
二、对均衡发展的认识.....	(163)
三、均衡发展的宏观对策.....	(166)
四、政策问题及具体措施.....	(169)
附表58—61 贫困（对照）县有关情况统计表	(174)

附 录

关于组织开展贫困地区农村卫生现状调查及发展对策 研究的通知.....	(189)
云南省人民政府批转省卫生厅等六个部门关于改革和 加强农村医疗卫生工作意见报告的通知.....	(192)
云南省培养农村卫生人员实施方案.....	(202)
后记	(213)

总 报 告

云南贫困地区卫生对策研究总论

一、基本情况

(一) 全省及贫困地区经济社会状况

云南地处祖国的西南边陲，是我国的一个多民族、多山区的边疆省。它以其独特的高原风光，丰富的自然资源，绚丽的热带风物，多采的民族风情，悠久的历史文化而闻名于海内外。全省总面积39.4万平方公里，山区占94%，平坝占6%，自然地理环境复杂多样，群峰壁立，千障叠翠，江河纵横，山高谷深，并有“一山分四季，十里不同天”的立体气候特点。最高海拔6740米，最低海拔76.4米，高低相差6663.6米，为国内其它省份所少见。与越南、缅甸、老挝接壤，边界线长达4060公里，是我国陆地边界线最长的省份之一。全省有汉族和51种少数民族。1990年总人口为3713.3万，其中，超过4000人的少数民族有25种。少数民族人口有1245.88万人，占全省总人口的33.39%，是我国少数民族种类最多的一个省份。

建国以来，特别是党的十一届三中全会以来，全省各族人民在党的改革开放方针的指引下，和睦相处，团结奋斗，经济社会发生了巨大变化。从1978年到1988年的十年间，全省工农业总产值增长33倍，农业总产值增长32.38倍；粮食总产量由172.8亿斤增加到188.4亿斤，农民人均纯收入从130.6元增加到427.72元，增长3倍多。云南边疆各族人民正在改变着由历史遗留下来的贫穷落后的面貌。

但是，由于历史、地理、社会、经济等方面的原因，全省

经济的发展比沿海和发达地区较为落后。全省各地经济社会的发展又极不平衡，特别是一部分边疆、少数民族地区和内地高寒山区，经济发展缓慢，一部分群众的生活仍然十分贫困，有的至今还未解决温饱。全省有41个贫困县（其中国家重点扶持的就达26个），占全省126个县的近三分之一。根据云南省贫困地区工作领导小组办公室1985年统计，全省农村贫困人口有1212万人，其中温饱问题还没有得到解决的有492万人，主要集中在41个贫困县。

1986年以来，在党中央、国务院的亲切关怀下，在云南省委、省政府的直接领导下，各级党委和政府加强了对贫困地区工作的领导，通过贫困地区广大干部和群众的艰苦努力，扶贫工作取得了较好的效果。全省41个贫困县的经济社会有了不同程度的发展，群众的生活水平也有了一定的改善和提高。到1988年底的三年时间内，全省共解决了242万人的温饱问题，并总结、积累了不少成功的经验，为进一步做好扶贫工作打下了坚实的基础。

通过几年来的努力，全省扶贫工作虽有较大的进展，但至今仍有200多万人口的温饱问题尚未解决。而剩下来的这部分人口，解决温饱问题的难度更大，困难更多。他们大都分布在自然条件较差，社会发展程度较低的边疆民族地区、内地高寒山区、多灾地区和人畜饮水困难地区。即使是前几年已经解决温饱的农户，由于界定的温饱标准较低，且生产力水平尚未发生根本性的变化，因而返贫率高。所以云南全省的扶贫工作进入了一个攻坚阶段。而41个贫困县能否尽快脱贫致富，不仅关系到全省经济、社会、生态的协调发展，而且还关系到全省的民族团结、边防巩固、社会稳定，是关系到充分体现社会主义优越性的重大政治问题。因而扶助贫穷，摆脱落后，这是摆在

我们这一代人面前的一项重大历史责任，也是我们必须完成的政治任务和经济任务。

（二）全省及贫困地区农村卫生事业概况

建国以来，党和国家一贯重视农村卫生事业的发展。搞好农村卫生工作，解决八亿农民防病治病问题，始终是我国卫生工作的中心任务之一。云南农村的卫生事业也和全国一样得到了迅速的发展，基本上改变了历史遗留下来的疾病丛生，瘴疠流行，贫病交加，缺医少药的状况。建立了数以千计的农村医疗卫生机构，培养了众多的农村卫生技术人员，形成了一个以县为中心，以乡为枢纽，以村为依托的三级医疗卫生网，在防病治病，增进人民身心健康，保护和修复劳动力，促进经济社会的发展方面作出了积极的贡献。特别是党的十一届三中全会以来，在党的改革开放方针指引下，全省经济社会发生了巨大的变化。随着农村经济体制改革的发展，许多合作医疗机构已经解体，由单一的合作医疗模式转变为集体的、个体集资的、联合的和健康保险等多种办医形式，克服了原来吃大锅饭的弊端，注入了多渠道集资办医的活力，引入了竞争机制，调动了农村卫生技术人员的积极性和主动性，许多医疗机构自我发展的能力得到了很大的加强，使我省农村卫生事业的发展出现了明显的改观。据有关资料统计，截至1991年10月底，全省有县及县以上卫生医疗机构1191个，其中医院502所，中医院76所，卫生防疫站和专科防治所、站238个，妇幼保健所、院、站有146个，药检所、室133个，高中等医学院校和卫生进修学校有46所。全省开放医疗病床37351张，其中县级医院和中医院有20081张。全省有乡（镇）卫生院1096个，病床12588张；中心卫生院有292个，病床7955张；

平均每个中心卫生院有病床27.24张，每个乡卫生院有病床11.49张。全省已有97.3%的行政村建立了卫生所，有乡村医生和卫生员31136人，其中乡村医生16859人，占54.2%；卫生员14277人，占5.8%；平均每个行政村有乡村医生1.2人，卫生员1.1人，基本上解决了农村群众的看病就医问题。综上所述，我省农村卫生事业的发展取得了很大的成就，在农村卫生资源的开发和利用上已经具有一定规模，并正在发生着急剧的变化。

但是，我省是一个少数民族众多的边疆省份，山地面积广，贫困面大，其实质核心是经济贫困。41个贫困县的土地面积占全省的40.2%，人口占全省农业人口的34%。贫困地区资源开发利用程度低，经济发展速度缓慢，文化生活比较落后，人才奇缺，交通不便，居住分散，能源匮乏，开发的自然条件差，经济结构单一，乡镇企业经营不善，效益很差。由于经济贫困，群众的就医能力很低，导致因贫致病、因病致贫的现象日趋突出。许多已控制的病种又死灰复燃，疾病谱也比较广泛，给农村医疗卫生工作带来了很大的困难。特别是我省卫生经费的投入严重不足（只占财政支出的3.52%），在卫生资源的分配中又存在着重城市轻农村的现象，使农村卫生事业的发展受到了一定的制约，尤其是贫困地区更显薄弱。再加贫困地区气候恶劣，生活艰苦，卫生技术人员的待遇和工作条件长期得不到合理的解决，造成农村卫生技术人员来源困难，数量不足，甚至出现了弃医改行或倒流城市的现象。一部分环境条件较差的乡卫生院感到发展困难，一部分乡村医生感到举步维艰，卫生服务难于开展，有些乡村缺医少药的现象仍然比较突出。这些医疗条件比较薄弱的区域，如不及时加以研究，在政策上和卫生资源的投入上给予特殊的扶持，必然要影响全省卫