

中国西部农村的卫生调查*

A Research on Rural Health Care Issue in Western Areas of China

王永乐 (中國 合肥學院 教授, 韩瑞大 交换教授, 大学院 在读博士- 主著者)
沈文辅 (韩瑞大 行政学科 教授- 交信著者)

Abstract

Wang Yong Le / Moon-Bo Sim

Since the founding of new China, China's economic development has made brilliant achievements, and social undertakings have been developing rapidly. At present, the health challenges facing the development of the cause, medical costs rose too fast, too heavy burden of medical residents, and medical care can be decreased, township hospitals and other health institutions in trouble, a patient is not satisfied with the two sides, dissatisfied with the health institutions, Government is not satisfied with the situation. The health status of rural residents was significantly lower than the level of cities. Over the last decade of rural residents in the incidence of the disease increased, a number of infectious diseases, endemic diseases remain a serious hazard to the health of rural residents. Yin bing zhipin farmers, returning illness has become one of the major causes of rural poverty. Therefore, we must be people centered, effectively implementing the scientific concept of development, and improvement of people, especially in the health status of rural residents, and vigorously develop rural health services. From the actual situation of China's rural population accounts for 57 percent of the population, to solve your doctor farmers, the problem of medical treatment, the key to start from the following aspects: First, the effective implementation of all levels of government financial input must strengthen. The second is to further improve the system of rural health institutions. The third is nearly pushed the reform, Fang huo business. The fourth is to strengthen supervision and standardize services. The fifth is the establishment of China's economic development level, in line with the needs of farmer's medical security system.

Key Words : rural health care, Western Areas of China, economic development, China, rural resident

* 이 논문은 2008년도 한서대학교 교비 학술연구 지원 사업에 의하여 연구되었음

I. 序 论

农村卫生工作是社会稳定和经济发展的保证。相比较城镇，中国农村卫生工作显然更为重要也更为复杂，但在过去的20多年来，政策变化更多、动荡更大、问题更多、发展也更缓慢，总体滞后于社会发展。中国农村既存在着与城镇卫生相似的问题，如医疗费用负担、药品市场混乱、医德医风滑坡、态度质量不佳、管理低效、人浮于事、补偿机制扭曲等。也存在特有的问题，如三级卫生组织协调关系名存实亡，无序竞争，生存困境，逐级管理机制消亡，村乡两级医疗市场混乱等，这些问题在乡村两级更为明显。就农村卫生环境而言，和城市相比更不可同日而语，上述问题得不到解决，农村卫生工作者将在恶性循环中挣扎盲动，“预防为主”方针就难以落实到实处，“向农村、基层和防保倾斜”也只能停留在文字上，社区卫生服务理念也将因为防保功能无法落实而流于形式，初级卫生保健的目标难以有实质性进展。

新中国建立以来，中国的卫生事业取得进步是令人振奋的。尤其20世纪50年代到70年代末期，中国卫生事业取得的成就更是令世界瞩目。在此期间，“在把医疗卫生工作重点放到农村去”口号的指引下，农村医疗卫生事业发展日新月异。20世纪80年代以后，随着中国经济社会发展水平的提高，卫生事业也不断发展，农民的健康状况总体上持续改善。

1949年新中国刚刚成立时，全国严重缺医少药，医疗卫生条件极差，传染病，寄生虫病流行猖獗，国民健康水平极其低下。面对这种局面，1950年8月8日，新中国政府召开第一届全国卫生会议，确定了我国“面向工农兵，预防为主，团结中西医”的卫生工作方针。随后，1952年第二届全国卫生工作会议又把“卫生工作与群众云顶想结合”。1965年，毛泽东明确指示“把医疗卫生工作的重点放到农村去”。根据全国卫生工作会议确立的卫生工作方针，新中国政府全面落实预防为主的工作方针，一是大力开展爱国卫生运动，对改善农村卫生环境起到了明显作用。二是建立健全各类医疗卫生机构，培训卫生人员开展妇幼卫生工作。1949-1978年，农村生产合作社举办了1万多个卫生保健站，全国卫生人员达20多万人（包括个体开业医生，药店坐堂医生和兼务农活的医生）。三是建立和发展农村合作医疗制度。1958年，人民公社运动开始，全国农村掀起了合作医疗的第一次高潮，到1962年，农村合作医疗覆盖率近50%。20世纪70年代末期，全国农村合作医疗覆盖率近90%以上。三级医疗保健体系，农村合作医疗和赤脚医生成为发展农村卫生事业的“三大法宝”。

到1979年，中国人均预期寿命达到64岁，高于当时中等收入水平国家3岁左右。正因为如此，中国的医疗卫生事业也成为一个成功的典范。改革开放以后，中国政府仍然高度重视卫生事业的发展。1990年3月卫生部等部门发布《我国农村实现“2000年人人享有卫生保健”的规划目标》，提出“2000年人人享有卫生保健的最低目标”。1997年，中共中央，国

务院分别作出了《关于卫生改革与发展的决定》。中共中央十六届五中全会审议通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十一个五年规划的建议》对于加快卫生事业发展提出了明确的目标和要求,对今后进一步加强卫生工作进行了部署。

经过50余年的努力,中国的医疗卫生状况发生了翻天覆地的变化,农民的健康水平也大大提高。目前,中国居民和农村居民的预期寿命,健康水平,妇幼保健水平等大幅度提高,达到了中等发达国家水平,取得了令世人瞩目的成就。人均期望寿命从建国初期的35岁提高到了目前71.8岁;婴儿死亡率从建国初的200‰下降到目前的25.5‰(美国,印度,尼日利亚分别为7‰, 30‰, 112‰)孕产妇死亡率从建国初的1500/10万下降到目前的50.2/10万(美国,印度,尼日利亚分别为8/10万, 410/10万, 700/10万)。总体来看,中国国民的健康水平已经达到了发展中国家的较高水平。

但是,必须看到,中国卫生事业仍然存在诸多需要解决问题,主要包括卫生服务不公平;公共卫生体系不健全,重大疾病预防控制任务艰巨;应对突发卫生事件的机制不完善;医疗服务体系不适应群众的健康需求,看病难,看病贵问题突出等。总体来看,卫生医疗服务体系与人民日益增长的健康需求不适应。近年来,这些问题已经引起国内外广泛关注。其中,卫生服务不公平是最受关注的问题之一。2000年,世界卫生组织对191个成员国的卫生筹资公平性评估的结果表明,中国排在第188位,倒数第四。出现这种局面,突出的原因在于城乡之间不公平,不到40%的城镇人口占有近60%的医疗资源。中国占人口绝大多数的8亿农民生活在农村,城乡卫生差距过大不仅直接影响到中国卫生事业的全面协调发展,而且直接会影响到中国经济社会的协调发展,影响到中国全面建设小康社会的目标的实现。

改革开放以来,公共卫生领域的城乡差距、东西部差距逐渐扩大,尽管中央政府多次出台政策支持和鼓励在农村地区建立新型合作医疗制度,但基层的积极性并不高;中央政府通过财政转移支付正在努力城乡差距,农村公共卫生状况仍然没有大的改观,特别是面对“非典”等重大传染病,农村公共卫生现状让人非常担忧。

II. 中国农村卫生的现状

农村医疗卫生事关广大农民群众的生命安全和身体健康,没有农民的健康,就没有农村的小康。世界卫生组织发表的一份报告表明,环境以不同方式对心血管病、腹泻、下呼吸道感染、癌症、慢性阻塞性肺病等80%以上的主要疾病有显著影响。5岁一下儿童中33%以上的疾病是由环境暴露造成的¹⁾。20世纪50年代起,中国开展了轰轰烈烈的爱国卫生运

动, 对于改善农村的环境、降低居民的疾病发生率起到了重要作用。近十几年来, 中国仍然在这一方面付出了努力, 取得了明显成效。但总体来看, 近几年来, 中国农村环境条件较差, 部分地区农村环境严重恶化, 尤其是西部地区的卫生环境持续恶化, 对农民的健康造成了直接的影响。

1. 清洁水源相当匮乏

水是生命之源, 获得安全饮用水是人类生存的基本需求。据统计, 在发展中国家, 80%的疾病由不安全的饮水和恶劣卫生条件造成, 每年造成死亡超过500万人。农村饮用水安全问题是实现农村现代化和全面建立小康社会的重要内容, 是功在当代、利在子孙的“民心工程”。近年来, 党中央、国务院高度重视农村饮水工作, 2000~2005年, 国家实施农村饮水解困工程, 共投入资金200多亿元, 解决了6000多万人的饮水困难。但是由于我国人口众多、水资源短缺、经济和社会发展不平衡, 农村供水总体水平不高, 饮水安全形势仍然十分严峻。在党和政府的重视下, 通过改水、改厕、对工业及农业面源污染的控制与治理, 农村饮水工作取得显著成果。随着农村经济的发展和节约用水以及农民生活的改善, 农村居民的饮用水条件大大改善了。1990~2005年, 改水受益人口占农村总人口比重由75.5%提高到94.1%。《中国农村卫生调查》课题组对东西部118个村的调查表明, 东西部也存在明显的差别。绝大部分农村居民都可以用上清洁安全的饮用水, 如自来水、泉水、井水等。其中用自来水的为29.7%, 用井水的为60.2%, 两者相加已经接近90%。对余姚、长葛和会泽三县的调查表明, 余姚的农村改水率已经达到98.58%, 长葛的改水也取得了非常大的进展, 达到95%。在农村自来水使用率方面, 余姚已经达到67.55%, 长葛也有44%。

<表 1> 农村改水工作情况

年份	1990	1995	2000	2004	2005
已改水受益人口数 (万人)	66, 585	79, 716	88, 112	88, 451	88, 893
占农村人口 (%)	75.5	86.7	92.4	93.8	94.1

数据来源: 2005年中国卫生统计提要, <http://www.moh.gov.cn/newshtml/9787.htm>.

我国是缺水的国家, 西部地区尤其严重, 部分地区的饮用水安全性依然没有保证。农村饮用水安全是关系农村居民生活质量和生命安全的大问题。农村饮用水安全具有公共性, 需

1) 世界卫生组织: 「通过健康环境预防疾病——对疾病的环境负担的估计」, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/zh/index.html>

要政府进行管理。我国农村饮用水安全问题主要体现在水质差、水量不足、取水不便、不能保证供给等方面。为此，需要政府投入和民间筹资多方支持，同时政府应加大宣传力度，加强农村配套设施建设，以消除农村饮用水存在的安全问题和隐患。

不同地区饮用水条件有明显的差异。自来水比例在东部为38.4%，中部为22.1%，西部为27.4%，饮用井水的比例在东部为49.6%，中部为72.1%，西部为58.9%。调查还表明，西部地区仍有5%的被调查者，其饮用水来自塘沟渠水，饮水安全很难保证，并且在枯水季节出现饮水困难。国家级贫困县的会泽县的农村改水率只有26.04%，自来水使用率只有13.02%，只有极少数人能够用上自来水。目前，全国70%以上的河流湖泊遭受不同程度污染，COD（化学需氧量）排放总量水平高于环境承受能力的40%左右，因污染而不能饮用的地表水占全部监测水体的40%，流经城市的河段中有78%不适合作为饮用水源，近50%的地下水受到污染，全国有3亿多人饮用不安全水。

从环保总局获悉，据对234个农村供水站的饮用水卫生监测表明，其细菌指标合格率仅为8.81%。京、津、唐地区69个乡镇地下水和饮用水取样分析表明，硝酸盐含量超过饮用水标准的占一半以上。

据介绍，由于城乡发展二元结构的存在，农村用水的保障优先性低于城市和工业用水，水源性缺水和水质性缺水并存，主要表现为：供水保证率低、水质不达标、水型地方病严重等。据初步统计，农村自来水普及率尚不到40%，仅有14%的村庄有供水设施，而且用水器具质量和供水效率低，处理设施简陋，约有3.2亿农村人口饮水不安全，其中1.9亿人的饮用水有害物质含量超标。农村现有的浅水井和水窖的环境卫生问题也较为突出。中国农村饮用水问题突出 细菌指标合格率8.81%。

2. 土壤污染形势严峻

土壤是构成生态系统的基本要素之一，是国家最重要的自然资源之一，也是很多污染物质的最后归属地。我们赖以生存的土地“中毒”越深，生态环境、食品安全和农业可持续发展就越令人担忧。据调查，中国受重金属污染的耕地达到2000万公顷以上。受农药和其他化学品污染的农田约6000多万公顷²⁾。

据国家统计局农村社会经济调查司2004年的数据，从1978年到1998年，我国农业“污灌面积”从500万亩增加到5427万亩，占全国总灌溉面积的7.3%；2003年我国农田化肥施用量为464.5公斤/公顷，超过发达国家安全施用量每公顷225公斤上限的一倍以上；农药施用量达15公斤/公顷，是发达国家的每公顷使用量的2倍多。其中，高毒农药占农药施用总量的

2)王五一、杨林：「农村环境与农民健康：“三农”问题的重要症结」，『科学时报』。

70%。

3. 空气污染日益严重

随着经济的发展和人口增长,农村一些地方生态环境污染也在不断增加,直接影响农产品质量和农业可持续发展,农村人居环境遭到破坏,已成为社会主义新农村建设的重要阻碍。呼吸道疾病、肿瘤等已经成为农村居民的主要疾病。这些疾病的产生与空气污染密切相关。农村地区的空气污染也不容忽视。目前我国农民生活燃料燃烧不充分,排除了大量可吸入颗粒物、氮氧化物、二氧化硫、一氧化碳等有毒有害物质和部分致癌物质等。1995年世界银行在有关报告中指出:“中国每年有10万多人死于室内环境污染,这些人中有相当部分是农村居民。”

工业污染是农村主要的空气污染源之一。随着工业化水平的提高,中国工业“三废”的排放量越来越大。由于城市区域环保要求较严,一些污染较重的企业就向农村转移,将环境污染转嫁给农村。在一些农村地区,工业污染环境严重,基本上处于失控状况。

畜禽养殖污染物随意排放,也对农村空气质量和居民健康造成了影响。畜禽养殖业的污染是由于其产生的固体废弃物和废水未进行无害处理所造成的,其主要污染物是有机物、氮、磷和病原微生物。畜禽粪便发酵后会产生大量的NH₃、H₂S、粪臭素和CH₄等有害气体。据有关专家估计,我国畜禽养殖污染物流失量呈增加趋势。1988~2001年,化学需氧量流失量从455.1万吨增加到689.6万吨,总氮流失量从249.4万吨增加到369.3万吨,总磷流失量从23.7万吨增加到29.7万吨。

另据有关专家估计,如果农村人均生活污水排放量按10吨/年计算,每吨污水平均含氮、磷和化学需氧量分别为0.012‰, 0.0017‰和0.35‰,那么全国农村生活污水排放量约为108.2亿吨,排放的化学需氧量、总氮和总磷量分别为378.6万吨、12.98万吨和1.84万吨。如果农村人均生活垃圾排放量按0.26吨/年计算,每吨垃圾平均含氮、含磷量分别为0.21‰和0.22‰,那么2001年全国农村生活垃圾产生量约为2.16亿吨,全国农村生活垃圾总氮和总磷的排放量分别为4.47万吨和4.68万吨。

4. 农厕卫生条件依然较差

近年来,我国一些农村地区开展了改厕工程,提倡建立卫生厕所。农村改厕取得比较明显的进展。1999~2004年,农村累计卫生厕所户数从8,509.7万户增加到13,192.4万户,

卫生厕所普及率由39.8%提高到53.1%。粪便无害化处理率由29.5%提高到57.5%。

< 表 2> 农村改厕情况

年份	农村总户数 (万户)	累计卫生厕所户数 (万户)	卫生厕所普及率 (%)	当年新增卫生厕所 (万户)	累计使用卫生公厕 (万户)	粪便无害化处理率 (%)
2000	23, 772.5	9, 571.8	44.8	1, 107.9	-	31.2
2001	24, 744.1	11, 405.0	46.1	712.0	852.8	49.5
2002	24, 783.0	12, 061.7	48.7	617.0	1, 095.1	53.1
2003	24, 789.8	12, 624.1	50.9	585.0	1, 080.6	55.3
2004	24, 843.2	13, 192.4	53.1	617.0	1, 095.2	57.5

数据来源：2001~2005年中国卫生统计提要，<http://www.moh.gov.cn/moh/view?id=12>。

课题组对白村卫生调查表明，使用水冲式、沼气或三格池式、双瓮漏斗式等较为卫生的厕所的农户已经约占10%。这是一个明显的进步。但整体来看农村不卫生的厕所比例仍然很高，传统的深坑或免水冲厕所、旱厕仍然使用普遍，分别达到44.9%和38.6%。尤其值得注意的是，仍然有2.6%没有厕所，极易造成疾病传播。

与饮水条件一样，不同地区的厕所条件也存在明显的差异。对118个村的调查表明，最为卫生的水冲式厕所在东部地区已经达到13.3%，而在中部和西部地区仅为3.20%和2.94%。

对余姚、长葛和会泽三县的调查表明，余姚的农村改厕率已经达到84.89%，农村水冲式厕所使用率已经达到71.02%。而长葛的农村改厕率和农村水冲式厕所使用率则低很多，分别只有31.0%和12%。会泽县则更低，农村改厕率仅为6.74%，水冲式厕所在农村还几乎没有使用过。

从各国发展的历程来看，一般随着经济发展水平的提高，居民的健康水平也会相应提高。因为有了经济基础，公共卫生体系就会更加健全，人们的生活环境会更加清洁，居民的疾病发生率会相应降低，应付疾病风险的能力就会更强。居民健康状况最终会集中地反映到人均预期寿命上来。新中国成立初期，我国人均期望寿命为35岁，到20世纪70年代末期，中国人均预期寿命提高到70岁。2005年提高到72.1岁，比世界平均预期寿命高6.7岁，接近发达国家的水平。但是，应该看到，近二十几年来，中国人均预期寿命提高速度非常之慢，居民健康状况并没有随着经济高速发展得到相应改善。

III. 农村居民健康状况

1. 疾病发生率呈明显上升趋势

20世纪90年代以来, 居民的两周患病率并没有随着经济的快速增长而下降。1993年, 居民两周患病率为140.1%, 到1998年提高到149.8%。2003年, 虽然这一比率下降到143.0%, 但仍然高于1993年的水平。1993~2003年, 农村居民的两周患病率却呈现持续上升的势头, 由1993年的128.2%提高到1998年的137.1%。到2003年, 则进一步提高到139.5%。

<表 3> 调查地区居民两周患病率 (单位: %)

年份	合计	城 市				农 村				
		小计	大	中	小	小计	一类	二类	三类	四类 ³⁾
1993	140.1	175.2	200.9	187.3	138.8	128.2	124.4	138.1	122.0	127.1
1998	149.8	187.2	223.7	159.0	169.7	137.1	132.5	133.0	153.8	114.7
2003	143.0	153.2	164.6	160.9	133.8	139.5	128.0	132.6	160.1	123.6

(1) 部分病种严重威胁农民健康

调查表明, 农村的疾病开始改变, 一些特殊病种对农民的健康威胁越来越大。尤其是一些慢性病, 对农村居民的影响不可忽视。

第三次全国卫生调查的结果表明, 农村地区的一些疾病高发生率值得注意, 例如急性上呼吸道感的两周患病率达到21.3%。急性鼻咽炎、胃肠炎的两周患病率也分别达19.8%、11.3%。农村的慢性病患病率达到了120.5%, 尤其是高血压、胃肠炎的患病率较高, 分别达到了16.4%和10.5%⁴⁾。

从2005年的情况来看, 肺结核、病毒性肝炎、痢疾、淋病等病种的发病率尤其高, 分别达到了10万分之96.31、91.42、34.92、13.79。呼吸系统疾病是农村居民最重要的一个死亡原因, 2005年, 其死亡率达到10万分之123.8, 占农村居民死亡原因的23.5%⁵⁾。

3) 四类农村地区是根据社会经济指标将农村地区作划分的, 富裕、小康、温饱、贫困农村地区分别为一类农村地区、二类农村地区、三类农村地区、四类农村地区。从地域分布来看, 一类农村地区主要分布在长江三角洲、环渤海以及南部沿海农村经济区。二类农村地区主要分布在华北平原、四川盆地、东南丘陵以及豫皖长江中游农村经济区。三类农村地区主要集中在汾渭谷地、太行山、大别山农村地区。四类农村地区主要集中在湘鄂及秦哈大巴山桂滇高原、黄土高原农村经济区。

4) 根据卫生部网站, 「2005年中国卫生统计提要」, 有关数据整理

5) 「2005年部分市、县前十位疾病死亡率及死亡原因构成」, 「2006年卫生统计提要」,

(2) 高发的慢性病长期困扰农民

农民患的慢性病主要有一下几种：胃病、高血压、风湿病、糖尿病等，有些或许可以称为农民的“职业病”。这些病种并不会马上剥夺人的生命，但是，它们却让患者长期处于痛苦之中。然而，相当部分农民对慢性病的危害却缺乏足够的认识，往往拖着、熬着，直到病情非常严重时才去治疗。更为严重的是，不少人错过了最佳的治疗时机，生命也无法挽回。

另外，慢性病的广泛存在也是由于广大村民缺乏定期而必要的身体健康检查。在调查员接触的村民中，90%以上的人5年内没有进行过一次体检。缺乏必要的医学常识、不良的生活习惯也是导致慢性病的一个重要原因，例如很多农村妇女因为食用变质的剩菜剩饭而患上肠胃疾病。

(3) 传染病发病率不断攀升

新中国成立之后，经过40多年的艰苦努力，许多严重危害人民健康的急慢性传染病、寄生虫病和地方病得到有效的控制。全国有69%的县市完全摆脱或基本摆脱了疟疾的危害。1989年底，全国已有山东、贵州省和广西壮族自治区等12个省、区境内基本消灭了丝虫病⁶⁾。我国各种寄生虫病的流行区域已经大大缩小，患病率和病死率都已降至历史最低水平。

值得关注和深思的是，虽然中国的经济发展速度较快，但传染病发病及死亡率却越来越高，传染病防治水平的下滑与经济的快速增长明显不协调。

IV. 农村医疗状况

为了掌握农村公共医疗卫生的实际情况，了解农村公共卫生事业发展当前存在的主要矛盾，钟宏武、罗虹课题组⁷⁾分别对中国西部四川省眉山市东坡区疾控中心(CDC)、甘肃省兰州市疾病控制中心、贵州省兴义市疾病控制中心进行了实地调查，并对四川、贵州、甘肃等13个农村的乡镇卫生院和30多位村民进行了实地问卷调查，得到有效乡镇卫生院问卷11份、村民问卷26份。被调查地区服务的村数量为155个，人口为31.14万人。被调查的乡镇均未设独立的防疫站、妇幼保健站和独立的传染病控制所，乡镇卫生院内设防保组、疾控科、妇幼保健科等，负责相关公共卫生工作。本次调查涉及疾病预防控制体系、农村公

<http://www.moh.gov.cn/newshtml/11789.htm>

6)钱信忠，《中国卫生事业发展与决策》，中国医药科技出版社，1992年6月，第1版，第12页。

7)钟宏武、罗虹，中国农村公共卫生的现状和问题，《甘肃社会科学》，2005年，第5期

共卫生组织机构、近五年来乡镇卫生院人员状况、近五年来卫生院收支状况、卫生院卫生资源拥有情况以及村民对公共卫生状况的基本认识和看法。被调查卫生院的基本情况见表所示。

<表 4> 乡镇卫生院所在社区基本情况

	建院时间 (年)	占地面积 (平方米)	建筑面积 (平方米)	服务面积 (平方公里)	服务 (个)	服务人口 (万人)
四川眉山万胜镇卫生院	1954	2345	1000	73	13	2.8
四川广元剑阁县元山镇卫生院	1965	10086	5684	68	21	3.75
四川达川大竹县姚市镇卫生院	1956	1560	800	27	6	1.32
四川眉山东坡区太和镇卫生院	1952	1900	1400	39.8	24	3.6
贵州大方县凤山乡卫生院	1993	1420	212	94	9	1.59
贵州大方县鸡场乡卫生院	1992	2000	1000	110	10	3.12
贵州兴义市巴结镇卫生院	1954	2000	810	-	17	2
贵州兴义市郑屯镇卫生院	1992	-	1227	147	15	2.5
甘肃武威市凉州区黄羊镇卫生院	1956	1600	800	70	14	4.8
甘肃兰州永登县中川镇卫生院	1972	20000	-	-	19	4.3
甘肃武威市凉州区渠河镇卫生院	1958	9000	900	30	7	1.36
合计	-	-	-	-	155	31.14

1. 新型农村合作医疗制度建立难度大

合作医疗制度是过去中国农村卫生工作的“三大法宝”之一，在20世纪70年代中后期其覆盖了95%以上的农村人口，它以低廉的费用保障了农民的基本卫生服务。但随着80年代初农村经济体制改革和集体经济的削弱，农村合作医疗制度失去了赖以生存的土壤。到90年代初，全国农村合作医疗覆盖面以村为单位不足5%。虽然从90年代开始，国内有许多项目，对在不同经济发展地区的农村如何恢复和发展合作医疗制度进行了研究和试点，但合作医疗制度始终没能在全国范围内恢复或重建，致使全国绝大部分农村还缺乏基本的健康保障制度。在我们对省市疾病预防控制中心的调查中，我们了解到西部一些地区(四川眉山市、甘肃兰州市⁸⁾。

都在积极探索重建合作医疗制度,但效果并不理想。在我们对乡镇卫生院和村民的实地问卷调查中，11个乡镇中只有1个乡镇建立了合作医疗制度，村级覆盖率为15.5%，人口覆盖率为10.4%(见表4)。虽然在理论上讲建立新型合作医疗制度是一条缓解因病返贫、因病

8)中国疾病预防控制中心公共卫生政策研究办公室编，《中国公共卫生的改革与思考》，中国协和医科大学出版社，2003年8月，第1版。

致贫的好路子。但我们调查发现,多数患病农民由于无法承担自付比例(一般自付70%~80%)的医疗费用而放弃治疗,这样,有限的合作医疗基金实际资助的却是相对富有的患病农民,这既违背了公共卫生系统的公平性原则,又使大部分参保农民难以获得实惠而最终选择放弃合作医疗。我们的调研还发现,一般农民医疗费用全年也就是10元左右,如果“大病统筹”,则缴纳的10元钱大多无法收回,参加合作医疗实际倍增了未享受大病农民的医疗成本。这样,参加新型合作医疗之后,大多数农民因享受不到大病统筹或支付不起自负部分医疗费而得不到参加的好处;另一方面西部地区各级财政也常常无法按照中央《关于进一步加强农民卫生工作的决定》(中发【2002】13号)的要求保证提供地方配套资金。致使农村新型合作医疗制度因为基金经费少、报销比例小、覆盖范围窄、吸引力差等原因而在西部地区实施比较困难。由于缺乏基本的医疗保障制度,农民在面临疾病时往往选择“小病拖、中病扛、大病才往医院抬”的策略,这一方面影响了农村的劳动生产力的发展,并出现“因病致贫”、“因病返贫”现象;另一方面患病农民延迟就医不利于及早发现传染病,使疾控工作无法做到事前预防,快速反应。

<表 5> 农村合作医疗现状

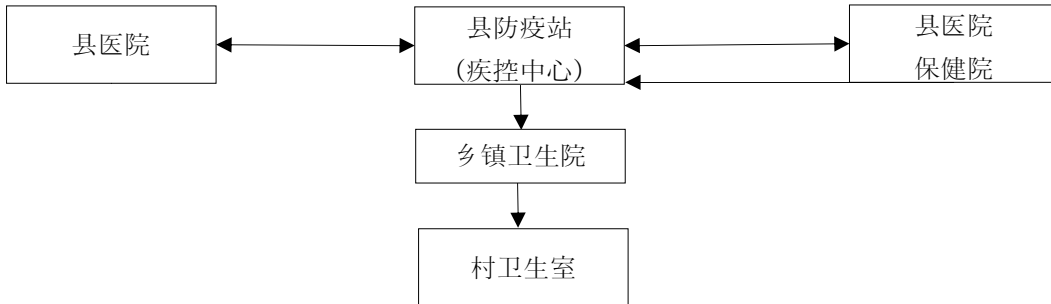
乡镇	是否建立合作医疗	下辖村	参加合作医疗的村	人口数(万人)	参加合作医疗的人数(万人)	医疗服务个人支付比例	传染病治疗个人支付比例
四川眉山东坡区太和镇	是	24	24	3.6	3.25	80%	-
四川眉山万胜镇	否	13	0	2.8	0	100%	100%
四川广元剑阁县元山镇	否	21	0	3.75	0	100%	100%
四川达川大竹县姚市镇	否	6	0	1.32	0	100%	40%
贵州大方县凤山乡	否	9	0	1.59	0	100%	80%
贵州大方县鸡场乡	否	10	0	3.12	0	100%	70%
贵州兴义市巴结镇	否	17	0	2	0	100%	100%
贵州兴义市郑屯镇	否	15	0	2.5	0	100%	100%
甘肃武威凉州区黄羊镇	否	14	0	4.8	0	100%	100%
甘肃兰州永登县中川镇	否	19	0	4.3	0	100%	?
甘肃武威凉州区渠河镇	否	7	0	1.36	0	100%	100%
总计	-	155	24	31.14	3.25	-	-

2. 农村疾病防控工作缺乏有效实施网络

我国在20世纪五六十年代建立了农村三级医疗预防网(如表6所示),为农村疾病预防控

制工作的开展提供了较好的制度保证。随着农村集体经济的削弱和原农村合作医疗制度的垮台,部分乡镇卫生院被个人承包、出售或出租,大多数村卫生室解体,许多乡村医生转变为私人开业医生。

<表 6> 20 世纪五六十年代建立的农村三级医疗预防保健网



我们了解到,在11个被调查的乡镇卫生院中,集体所有制有5个,国有5个,1个被个体承包。调查发现,人均收入水平较低的卫生院绝大部分是国家所有制(5个此类卫生院有4个是国家所有制)。这从一个侧面说明,从经济上来讲,经济落后地区乡镇集体或个人难以通过承包卫生院得到足够的经济利益,需要由国家经办或国家提供资金支持。(参见表6)。

<表 7> 被调查乡镇卫生院的所有制性质

乡镇卫生院	服务区人均收入 (元/年)	高于 (+) / 低于 (-) 平均水平	所有制性质		
			集体	国有	个体承包
贵州大方县鸡场乡卫生院	1476.0	-663.4	0	1	0
甘肃兰州永登县中川镇卫生院	1600	-539.4	1	0	0
甘肃武威市凉州区渠河镇卫生院	1700	-439.4	0	1	0
贵州大方县凤山乡卫生院	1706.0	-433.4	0	1	0
贵州兴义市巴结镇卫生院	2200	+ 60.6	0	1	0
贵州兴义市郑屯镇卫生院	2226.0	+ 86.6	0	0	1
甘肃武威市凉州区黄羊镇卫生院	2300	+ 160.6	1	0	0
四川达川大竹县姚市镇卫生院	2309.0	+ 169.6	1	0	0
四川眉山东坡区太和镇卫生院	2340	+ 200.6	1	0	0
四川广元剑阁元山镇卫生院	2500	+ 360.6	0	1	0
四川眉山万盛镇卫生院	2736.0	+ 596.6	1	0	0
小计	2139.4	-	5	5	1

村卫生室大多数为个体所有制。在我们调研的11个乡镇中,有173个村卫生室,服务155个行政村。其中有一个村没有卫生室。在这173个村卫生室中,集体所有59个,占34.1%;个体所有90个,占52%;集体个人联办24个,占13.9%(见表7)。表明有一半以上的村卫生室变成了个体医疗点,集体卫生室村委会一般承包给卫生员,大多数集体或联办卫生室与个体医疗点差别不大。

<表 8> 村卫生室的所有制性质

乡镇	下籍行政村	村卫生所 (a)	所有权性质		
			集体 (b) (个)	个体 (c) (个)	联合办 (d) (个)
四川眉山万盛镇	13	13	13	0	0
四川广元剑阁县元山镇	21	21	0	0	21
四川达川大竹县姚室镇	6	6	0	6	0
四川眉山东坡区太和镇	24	22	0	22	0
贵州大方县凤山乡	9	4	0	4	0
贵州大方县鸡场乡	10	10	10	0	0
贵州兴义市巴结镇	17	14	1	13	0
贵州兴义市郑屯镇	15	21	1	20	0
甘肃武威凉州区黄羊镇	14	27	14	13	0
甘肃兰州永登县中川镇	19	28	19	9	0
甘肃武威凉州区渠河镇	7	7	1	3	3
小计	155	173	59	90	24
比例			b/a=34.1%	c/a=52%	d/a=13.9%

村卫生室和乡镇卫生院的个体承包或所有使政府或村集体失去了对这些卫生服务机构的控制力,政府不向这些机构提供资金也难以要求这些机构承担公共卫生责任。特别是已经变为个体所有的村医务室,由于其目标、经费所限,难以发挥乡村公共卫生提供者的职能。农村三级医疗预防保健网“网底”缺乏承担公共卫生工作的积极性,使农村疾病预防控制工作缺乏可靠的机构和人员的保证。

3. 政府投入不能保证乡镇卫生院公共卫生事业支出,“以医养防”成为大部分卫生院的现实选择

在本次调查中,有10个卫生院提供了年度收支数据,其中有8个卫生院难于依靠自己的业务收入来满足卫生院的支出,还必须依靠政府的投入来维持正常运转。年均收支差距在10%左右(参见表9)。

<表 9> 1998年—2003年乡镇卫生院业务收入与总支出的收支平衡情况 (万元)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
院平均业务收入	42.78	40.11	42.94	49.36	55.58	59.30
院平均支出	50.34	48.13	47.81	50.85	60.29	66.07
业务收入与总支出之差	-7.56	-8.02	-4.87	-1.49	-4.71	-6.77

调查表明,近五年来政府拨款(包括乡镇政府拨款和上级政府拨款)在逐年增加,卫生院收到政府的平均拨款由1998年的7.23万元上升到2003年的10.35万元(见图1,有9个卫生院提供了政府拨款数据)。

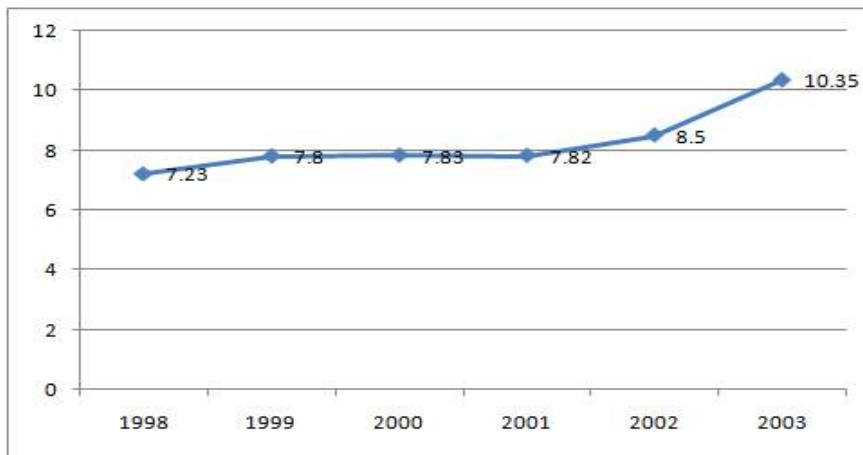


图1 乡卫生院政府投入平均值(单位:万元)

但政府拨款在大多数乡镇均为“人头费”拨款。在10个调查样本中,除了贵州大方县凤山乡卫生院和贵州兴义市巴结镇卫生院政府实行人员工资全额拨款之外,其他8个卫生院的政府拨款均无法补足人员工资,需要卫生院通过创收来解决。政府拨款与人员工资的差额,从1998年的院均8.92万元扩大到2003年的18.79万元,政府拨款占人员工资支出的比重也由1998年的44.8%降低到2003年的35.2%(见表10所示)。这表明,即使将政府拨款全部用于人员工资,也无法满足“养人”需要。

<表10> 政府投入与人员费用支出的关系

项目	1998	1999	2000	2001	2002	2003
政府拨款(平均)	7.23	7.59	7.543	7.54	8.154	10.214
人员费(平均)	16.15	16.87	18.45	19.24	25.77	29
差额	-8.92	-9.28	-10.91	-11.70	-17.62	-18.79
政府拨款/人员费	44.8%	45.0%	40.9%	39.2%	31.6%	35.2%

政府拨款占乡镇卫生院收入的比例也在逐年下降。从表11中数据可以看出,政府拨款在乡镇卫生院收入中的比重自1999年开始逐年下降,2003年上升的主要原因是抗击“非典”的临时性大量专项拨款。随着政府投入的降低,政府在乡镇卫生院的地位也在逐渐下降。

<表 11> 1998年—2003年政府对乡镇卫生院的拨款比重变化

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
政府对乡镇卫生院的拨款占总收入比重	13.41%	15.39%	14.51%	12.89%	12.47%	14%

为了了解卫生院收入的来源与去向,我们问卷中进行了调查,但只有4个卫生院能够提供这方面的数据,许多卫生院难以分清政府拨款的性质,也未能按照用途将支出分类。从这4个卫生院的情况来看,只有1个卫生院政府的公共卫生费投入大于公共卫生费实际支出,其他3个卫生院均存在资金缺口,并且缺口在不断扩大,从1999年的平均-0.7万元猛增到2003年的平均-11.0万元(参见表12)。由于政府对公共卫生支出的投入不足,乡镇卫生院通过提供有偿医疗服务创收来反补公共卫生服务的支出,实施“以医养防”,也是一种非常理性和自然的选择。

<表 12> 政府投入与公共卫生支出的差额

项目	1998	1999	2000	2001	2002	2003
政府投入(万元)	3.5	3.9	3.9	4.0	4.2	5.4
公共卫生支出(万元)	3.1	4.6	11.1	12.4	12.7	16.3
差额(万元)	0.5	-0.7	-7.2	-8.4	-8.6	-11.0
政府投入/公共卫生支出	115.6%	85.0%	35.3%	32.3%	32.6%	32.9%

调查表明,医疗收入特别是药品收入是乡镇卫生院的主要收入来源,平均每年占卫生院总收入的55%以上(见表13)。近年来,药品收入总数在不断增长,但所占总收入的比例有所下降,主要是医疗服务费收入的相对提高造成的。

<表 13> 药品收入与业务收入的关系

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
总收入(平均)	43.91	41.22	44.99	52.17	58.74	60.90
药品收入(平均)	29.60	26.20	27.35	29.69	35.05	34.06
药品收入/总收入	67.41%	63.57%	60.78%	56.90%	59.67%	55.93%

药品收入和药品支出的差额,即药品销售的利润,是弥补卫生院支出缺口的重要支柱(见表14),这也正是卫生院非常重视药品销售,重视“以医养院”、“以医养防”的重要原因。既然医

疗是卫生院收入的主要来源,卫生院在人力资源的配置上将优势资源放在医疗服务上也在情理之中。政府在防治防疫方面的投入,在一些卫生院也被用于采购医疗设备。

<表 14> 药品收支平衡分析 (平均)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
药品支出	21.05	17.05	20.39	21.33	23.26	23.57
药品收入	29.59	26.20	27.111	29.417	34.443	34.002
药品毛利	8.54	9.16	6.72	8.08	11.18	10.43

医疗创造的利润能否满足公共卫生支出缺口? 西部地区大部分农民比较贫穷,在看病方面通常采取“小病抗、大病拖、实在不行抬上走”的做法,平均来讲他们的医疗支出非常少。我们对村民的问卷调查表明,大部分农民一年的医疗支出在10元以内。农民所支付的医疗费用有限,制约了乡镇卫生院医疗收入的增加。大部分卫生院的医疗收入不能维系“以医养防”模式的正常运转。在我们调查的10个乡镇卫生院中,有7个卫生院的医疗业务收入无法维持正常支出,参见表15。

<表 15> 1998年—2003年乡镇卫生院业务收入与总支出的收支平衡情况 (万元)

项目	1998	1999	2000	2001	2002	2003
院平均业务收入	42.78	40.11	42.94	49.36	55.58	59.30
院平均支出	50.34	48.13	47.81	50.85	60.29	66.07
业务收入与总支出之差	-7.56	-8.02	-4.87	-1.49	-4.71	-6.77

如果不能“以医养防”,那么有限的政府拨款如何在“防”和“医”之间进行分配? 这就出现了事实上的“重医轻防”现象。在我们的访谈中,一位乡镇卫生院院长甚至直言相告,自己根本不愿意向农民宣讲卫生健康知识,更不愿意提高农民的卫生健康水平,因为一旦农民卫生水平提高,患病率将降低,医疗收入就会减少,卫生院的生存也就成了问题。卫生院和村医之间也存在着争抢病人资源的问题。在公共卫生建设方面,卫生院和村医需要有效协作,但在医疗上的竞争关系使二者很难建立友好协作的关系。相反,在促使病人增加方面他们有一致的利益,这便使村医和乡镇卫生院均缺乏合作进行疾病预防控制的积极性。

4. 缺乏专业防控设备和人员

缺乏独立的传染病治疗室。调查发现,在11个乡镇卫生院中,有10个卫生院建有独立的手术室(比例高达91%),有9个卫生院建有独立的实验室(比例高达82%),有5个建立了独立的传染病诊疗室(比例为45.5%,且3个是2003年突击建设的)。可见独立手术室和实验室拥有比率远高于独立传染病诊疗室,主要原因是:1) 手术室和实验室为基础医疗设备,代表

医疗机构的服务能力;2) 手术室和实验室的使用频率远高于传染病诊疗室(各乡镇卫生院所提供的传染病发病率均小于2%),传染病诊疗室的投资回收期过长。缺乏专职防控人员。调查还发现,并非所有的卫生院均为这三个独立科室配备相应的专职人员:10个拥有独立手术室的卫生院中仅有3个为手术室配有专职维护人员(比例仅为27.3%);9个拥有独立实验室的卫生院中只有7个配有专职化验人员(比例为77.8%)5个拥有独立传染病诊疗室的卫生院中只有3个配有专职诊疗人员(比例为60%)。专职人员缺编的原因是:1) 工作量不大,兼职人员完全能完成相应工作,专门设编不经济;2) 部分属于90年代中“三项建设”的房屋投资,上级只一次性投入基建资金,缺乏日常性维护投入,更无资金专门养人(见表16)。

<表16> 乡镇卫生院三室建设情况

	样本总数(个)	有(个)	比例(%)
是否有独立手术室?	11	10	90.9%
有独立手术室的是否有专职维护人员?	10	3	30.0%
是否有独立实验室?	11	9	81.8%
有独立实验室的是否有专职化验人员?	9	7	77.8%
是否有独立传染病诊疗室	11	5	45.5%
有独立传染病诊疗室的是否有专职诊疗人员?	5	3	60.0%

乡镇卫生院的医疗设备能力强于实验检测设备能力,实验检测设备能力又强于保健、教育设备能力;部分乡镇卫生院缺乏基础医疗、化验设备,所有的乡镇卫生院都没有传染病专用监测设备。11个乡镇卫生院共有100台主要医疗设备,每个卫生院平均拥有9.1台设备。通过调查缺乏设备情况发现,2个调研对象表示现有医疗设备已经能满足其需求,对新的医疗设备没有需求,余下的9个调研对象表示需要增添新的设备。分析需求设备类型发现,小部分卫生院的医疗设备已经较为先进,缺乏的多是CT、心电图仪等一流设备(这已经超出乡镇卫生院的传统定位),有3个调查对象提出的设备需求为常规急救设备。11个调查对象共有35台实验检测设备,平均拥有3.2台检测设备,但有6个调查对象没有或仅有1台实验检测设备。有4个调查对象表示不缺少实验设备,7个调查对象表示缺少实验设备,其中3个调查对象需要基础实验设备(各种器皿、半自动分析仪、离心机),余下的4个需要中高级实验设备(自动生化分析仪、血18项分析仪)(参见表17)。

<表 17> 乡镇卫生院平均拥有的设备数量

设备类型	院平均拥有数量(台)
医疗设备	9.1
实验监测设备	3.2
传染病专用监测设备	0
保健、教育设备	0.45

11个乡镇卫生院都没有任何传染病专用监测设备,也就没有传染病救治能力。11个乡镇卫生院总共仅有5台保健、教育设备,其中8家卫生院既没有任何保健、教育设备,又表示不需要任何该类设备。

V. 解决农村卫生现状方法

改善农村的卫生状况是新农村建设过程中一个长期而艰巨的系统工程,是涉及多个部门的综合性课题,也是农村急待解决的热点难点问题,对新农村建设的可持续发展至关重要。但是,农村卫生状况到目前还没有得到应有的重视,尤其是一些基层干部长期生活在这种环境中,对农村卫生状况熟视无睹,漠不关心;政府缺乏对改善农村卫生状况的长效机制;农民素质参差不齐,卫生观念淡薄;垃圾给农民生活造成了许多不便,群众怨声载道,却又不自觉的违反规则,破坏着环境卫生。农村卫生状况应当引起各级领导及各界人士的高度重视,积极寻求改善农村卫生状况的途径和方法。

1. 加强宣传教育工作,提高群众思想认识

在西部农村地区尤其要增强各级领导及有关部门对农村环境污染治理的紧迫感和责任感,把治理工作摆上重要议事日程。广泛开展公民道德教育,提高农民群众的综合素质。多年来,由于生活条件的限制,大多数农民养成了一些不健康的生活陋习,缺乏必要的卫生常识和卫生习惯。农民群众是一个庞大的群体,因此,开展公民道德教育是一项长期而艰巨的任务,需要基层干部和各级领导长期坚持,长抓不懈。要以群众喜闻乐见的形式,在农村广泛开展“道德规范进万家”、“科学文明入农户”、“美德在农家”等活动,通过各种有效的载体,提高农民群众的综合素质,形成健康、文明、向上的农村新风尚,从根本上做到乡风文明,村容整洁。让群众充分认识到环境卫生与自身健康的关系,自觉养成良好的卫生习惯。加强对农村环境污染防治的宣传教育,不断提高广大农民群众的环境保护意识。

2. 切实加强对农村环境污染的治理的力度

在西部,既要注重对生态环境建设,又不能忘了对生产环境建设的投入,更要营造好生活环境。对生活环境要设立专门的固体废弃物中转站和人员、车辆等基础条件,对人畜粪便经无害化处理后才能农用。规模化养殖场推行粪便干、湿分离,干粪回收生产有机肥,废水进入沼气池产生沼气进行无害化处置,最终使畜禽粪便和污水变废为宝,实现零排放。同时结合文明村建设,协同各级各职能部门,在政策和资金上予以扶持。

3. 加强农村环境法制建设, 搞好建章立制工作

要制定出台针对西部农村环境污染治理相关规章制度, 依照环境保护及卫生、农业、畜牧业等法律法规, 结合实际情况, 制定保护农村环境的长效管理机制, 做到有章可循, 明确各级各部门职责, 用法律及行政手段保护和改善农村环境。

4. 将村级环境整治纳入新农村建设和乡镇政绩考核范围

在西部农村地区的乡镇要建立相应的考核机制, 将环境改善纳入年度和任期考核评比, 奖优罚劣。定期开展农村环境综合治理, 切实提高农村的居住环境质量和生活水平。同时还要把改善农村卫生状况纳入新农村建设的整体规划统一安排部署。“乡风文明、村容整洁”是新农村建设的重要内容, 各级政府要从贯彻落实十七大精神的高度, 以人为本, 坚持可持续发展观, 把改善农村卫生状况、改善农村人居环境与发展经济列入同等重要的位置, 同部署, 同规划, 同考核, 逐步建立起改善农村卫生状况的工作机制。把改善农村卫生状况纳入村镇建设规划, 因地制宜, 制定操作性强、切实可行的实施方案。每村可按照人口的比例分区域设立 2 - 3 个垃圾场, 作为短期存放垃圾的临时场所, 再定期集中清理; 统一规划巷道及村中道路污水排放设施, 与农户排水洞相连, 避免污水横流; 巷道、村中主干道宽度在绿化植树后应有利于主要农机具通行, 从根本上解决农村卫生脏、乱、差的问题。乡镇政府及村级组织对农村卫生工作要明确专人负责, 定期清理检查, 做到责任落实, 人员落实, 费用落实, 尝试建立起农村卫生管理的长效机制。

5. 集中有限资金, 加强重点污染工程治理工作

将分散到农业、水利、环保等部门的治理资金集中使用, 增加农村污染治理和环境管理能力建设资金投入, 提高生活垃圾的无害化处理率。在村镇集中区、企业发达地区建立污水处理厂和垃圾填埋场。目前, 一些基层村干部也在积极的想办法解决垃圾随处堆放的难题, 他们考虑最多的是探索垃圾管理的办法, 多长时间清理一次, 堆放在哪里。但是, 从根本上解决农村脏、乱、差的问题, 我以为没有政府部门的协调、干预、督促、落实, 彻底解决农村卫生状况仍然是十分困难的。希望各级领导重视农村的卫生状况, 重视农村垃圾处理难问题, 组织、协调好有关职能部门, 实实在在推进新农村建设。大力推广环保型燃料及农业新技术。提倡使用新型燃气等无污染的环保型燃料。在农村大力推广猪-沼-果(菜)立体生态农业生产模式, 既形成了农业生产的良性循环, 又能提供无污染的新型

燃料；推广秸秆还田新技术，既改良了土壤，又避免了大量的作物秸秆无处堆放；利用修剪下来的苹果枝条发展食用菌；提倡使用可降解塑料，集中回收废旧塑料等等。这就需要相关的职能部门切实落实科学发展观，把农民的利益放在首位，延伸触角，扎扎实实把新技术、新观念宣传落实到群众中去。

6. 积极推行生态村镇建设

突出抓好生态示范区建设项目，抓好生态建设项目，加强对农民合理使用农药和科学施肥的技术指导，帮助农民科学利用再生能源，解决农民做饭的能源问题，在无公害农产品、绿色食品和有机农产品的生产方面提供政策、资金和技术等扶持⁹⁾。

VI. 加强我国农村落后的卫生建设

怎样改变我国农村卫生落后的现状，如何抓好农村卫生的工作？这既要有理论的探讨，也要有实践的探索。概括地讲，即领导是保证，投入是关键，班子是措施，激励是举措，规范管理是必由之路，队伍建设是根本途径。

1. 领导的支持，是促进农村卫生发展的重要保证

卫生事业是党的事业，特别是我国西部农村卫生事业的发展离不开各级党委政府的关心和支持。作为各级党政府领导应主动地经常地了解和掌握本区域内农村卫生事业发展的情况，从各方面关心和支持农村卫生的发展，为其排忧解难。作为各级卫生行政部门的领导更应主动地向党政府领导汇报工作，既要汇报当前农村卫生工作的现状，更要汇报制约和阻碍农村卫生工作发展的困难和问题。同时，要建言献策，根据党和政府的有关文件，提出解决这些困难和问题的办法和措施，以得到各级党政领导对农村卫生事业发展的理解和支持。这是促进我国农村卫生事业的重要保证。

2. 增大财政投入，完善农村卫生院基础设施建设，是促进农村卫生发展的关键

卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业，说它的公益性是对全社会公众有利而言；说它的福利性是指每个公民都受惠。建国以来，我国政府对卫生事业实行财政扶

⁹⁾吴玉琴、钟崇林，农村环境污染问题的原因及对策，「决策探索」，2007年8月。

持,辅之适当收费的政策,是符合我国城乡居民低收入的基本国情的。就我国西部农村卫生现状看,农村卫生院房屋破旧、设备简陋、人才匮乏、防治手段落后,面临生存的危机。一批农村卫生院已倒闭解体,退休人员领不到工资,在职职工生活无着,只得个人开起诊所,以此维持生计。农民群众拍片透视、查病查血须到远离本乡几十里、上百里的县城医院就诊,车船费、生活费开支更大。如遇危重疑难病症,县级医院救护不及时,死亡和延误病情者时有发生,其家属、亲友痛心疾首。我国西部的四川,农村卫生的投入,主要是解决在农村卫生院工作的全民人员的固定工资,集体人员的60%的固定工资,农村人口每年按每人0.1~0.2元的卫生保健费拨款。少数经济较好的县(市)每年再解决一点房屋改造、设备购置补助。但是,很多县(市)并没有落实最基本的上述差额拨款的补助。尽管省、市或地区每年对农村卫生院要安排少量的房屋改建、设备购置资金,但由于农村卫生量大面广,犹如杯水车薪。很多农村卫生院为解决生存与发展问题,只得压低职工工资和降低福利待遇来维持工作运行,使他们处于内外交困之中。农村卫生事业要发展,首先要搞好农村卫生院的基础设施建设。卫生院的房屋和基本设备需要国家和省政府给予一定的资金的投入。当然,农村卫生院也要拓展发展思路,可采取“借鸡下蛋”、“借船过河”的方法,赊销医疗设备、垫资建房,滚动发展,双管齐下,以解决政府的投入不足的矛盾。增大对农村卫生的投入,这是促进农村卫生事业发展的关键。

3. 农村卫生院领导班子建设,是促进农村卫生发展的重要措施

要抓好农村卫生院建设和发展农村卫生事业,必须配备好一个院长和院领导班子。要本着“选好一个院长就能增强农村卫生院的活力”的指导思想,坚持“唯才是举、任人为贤”,“能者上,庸者下”的组织原则,按照干部“四化”要求,把那些组织能力强、业务技术好、政治素质过硬,有强烈的事业心和责任感的同志选拔到卫生院领导班子中来。同时,一要通过以会代训,言传身教,不断提高其管理水平和决策能力;二要有针对性地进行卫生政策法规和卫生形势教育,使他们增强事业心、责任感,树立发展意识;三是组织他们到外地单位参观考察学习,使其开阔视野、拓展思路,激发发展本地卫生事业的热情。抓好班子建设,这是促进农村卫生发展的重要措施。

4. 建立科学的激励机制,是促进农村卫生事业发展的的重要举措

“重赏之下,必有勇夫”。首先,对院长进行激励。由卫生行政部门与他们签订目标管理责任书,试行年度综合考核制,经权威部门评定后,论功行赏。同时,由卫生行政部门发给院长一定的职务工资,充分调动院长的工作积极性。第二,对卫生院职工和医护人员进行激

励。在分配制度上打破“铁饭碗”，实行多劳多得的分配机制。第三，在人事制度上进行激励，在院内行“聘用制”，打破身份、资历、学历界限，根据每个职工和医护人员在心理上产生压力，从而激发出动力。第四，在卫生事业拨款上进行激励。一要保证每个卫生院退休退职人员工资的拨付；二要保证各地预防保健经费的拨款；三要对那些工作搞得出色“两个效益”好的卫生院实行奖励，使广大职工、医护人员随时看到希望和曙光；四要立足当前，着眼长远，根据国务院养老保险政策和法规，在农村卫生院及早推行退休人员和在岗职工养老保险，使其老有所养，解决后顾之忧。这些激励举措，既符合当今卫生改革政策，又符合农村卫生事业发展的实际需要。

5. 搞好农村卫生院规范化管理,是促进农村卫生事业发展的必由之路

农村卫生院的管理，长期以来是困扰卫生院发展的一个“老大难”问题。很多农村卫生院医护人员“无菌操作”观念淡薄，“三查七对，执行更差”。打针输液、配药处方不按规定和程序办事，甚至出假检查报告。要解决和克服上述现象，笔者以为须从几方面入手来加以解决。一要在卫生院职工和医护人员中广泛开展卫生法律法规、规章和医疗质量的教育，常抓不懈。二要建立健全各种管理制度，每周末进行考核，奖罚分明。三要按照卫生部农村卫生院等级标准，外树形象，内强素质，查漏补缺，逐步规范，提出奋斗目标和方向，定出达标升级日程表。四要坚定信心，持之以恒。绝不能三心二意，朝三暮四，根除“脏、乱、差”现象，改善院容院貌。

6. 培养一支思想过硬、作风正派、业务精良的卫生队伍,是促进农村卫生事业发展的根本途径

在当前市场经济环境下，卫生系统受社会上“拜金主义”、“享乐主义”、“自由主义”、“无政府主义”以及其它各种错误思潮的影响，容易在部分职工中产生玩世不恭和精神颓废。怎么来解决这些问题？笔者认为，一要通过多种形式，使广大职工和医护人员树立正确的世界观、人生观和价值观。要对他们进行经常性的职业道德教育和思想政治教育。这种教育不能是空洞的说教，要因势利导，通过他们身边的和能够感觉到的人或事进行活生生的教育。既要有正面的，也要有反面的教育，使之得到启发和心灵上的震撼，要不断强化他们作为一个白衣战士的责任感和自豪感，提高他们鉴别“真善美、假丑恶”的能力，自觉抵御各种不正之风的能力。二要使领导者学会做思想政治工作的方法。其核心是：“晓之以理、动之以情、导之以行、持之以恒”。要“以理服人，以情动人，以宽待人，以变看人”。对职工和医护人员的具体困难和问题要真正体现“关心人、理解人、爱护人、帮助人”。只要这样做就会

收到精诚所至，金石为开的功效。三要坚持人本主义原则，以人为本。要通过各种必要的规章制度，进行约束，规范职工和医护人员的服务行为。要通过奖励和惩罚，弘扬先进，鞭策落后。要通过激励措施，“大开前门，堵死后门”，坚决遏制行业不正之风。四要加强职工和医护人员的业务技能培训。要通过到上级医院进修，鼓励和支持他们参加函授、自考和脱产、半脱产学习，参加医学继续教育，及时地为他们“充电”。要通过举办“短、平、快”特点的专业知识培训班和邀请上级医院和院校专家、教授来医院带教、讲学，及时让他们接受和掌握医学新理论、新知识、新技术、新方法，丰富其医学理论水平，适应医学发展的需要。五要切实解决卫生院职工、医护人员生活中的具体困难和问题，稳定农村卫生队伍。如，农村卫生院退休退职工资由县(市)卫生行政部门统筹解决；对院内临时招聘医护人员让其享受正式职工的政治和经济待遇；对卫生院职工住房实行一定补贴的集资建房；在政策允许范围内对职工子女入学等进行照顾，使他们充分感受到组织的关怀和温暖，使其在工作上安心，事业上有进取心，生活上顺心，遇到困难不烦心。使其有想头，有奔头，有盼头，从而凝聚人心。只有这样，才能培养出一支思想好、业务精、作风正，长期扎根农村工作的卫生队伍。这是促进农村卫生发展的根本途径¹⁰⁾。

VII. 总结

总之，改革开放以来，公共卫生领域的城乡差距、东西部差距逐渐扩大，在中国西部表现在农村卫生院房屋破旧、设备简陋，医技人员匮乏，防治手段落后，医疗业务收入低下，少数农村卫生院濒临倒闭甚至解体。卫生行政部门领导深感做事不少政策疲软，工作难搞，经费缺乏。要想改变我国西部农村卫生环境恶劣和农村卫生事业整体落后城市的面貌，必须加强对农村农民的宣传教育力度，提高群众思想认识；要让所有的农民积极投身到爱国主义卫生运动中去，亲身感受到参与农村卫生建设所带来的好处；加强对农村环境污染的治理；加强农村环境法制建设，搞好建章立制；把村级环境整治纳入乡镇政绩考核范围；积极推行生态村镇建设；加强农村公共卫生和预防保健体系的建设，解决机构、人员、经费、技术不足等问题，增加经费投入；加强医疗卫生服务体系建设。各级政府都要加大对卫生工作的投资的力度，中央要监督地方落实配套资金，在农村医疗机构建设中，要加快施工进度，保证质量，确保资金安全；加快新型农村卫生建设加强农村卫生人才队伍建设，特别要加强乡和村这两级医疗卫生人员的培养。卫生部与教育部要密切合作，改革医学教育，多培养农村医生、社区医生；同时继续实施“万名医师支援农村卫生工程”，并使之形成制度；转变农村卫生医疗机构的运行机制，研究建立政府对医疗卫生机构稳定的经

10)刘持平，中国西部农村卫生发展的思考，「中国农村卫生事业管理」，2001年6月，第21卷，第6期

常性的投入机制和科学的收支管理机制。对中国西部农村给予特殊的优惠政策,这样农村卫生环境才能有所好转。农民看病难看病贵的现象才能消除。西部农村卫生问题才能从根本得到解决。

<参考文献>

钱信忠, 「中国卫生事业发展与决策」, 中国医药科技出版社, 1992年6月, 第1版, 第12页。

钟宏武、罗虹, 中国西部农村农村公共卫生的现状和问题, 「甘肃社会科学」, 2005年, 第5期

中国疾病预防控制中心公共卫生政策研究办公室编, 「中国公共卫生的改革与思考」, 中国协和医科大学出版社, 2003年8月, 第1版。

吴玉琴、钟崇林, 农村环境污染问题的原因及对策, 「决策探索」, 2007年8月。

刘持平, 中国西部农村卫生发展的思考, 「中国农村卫生事业管理」, 2001年6月, 第21卷, 第6期

林凌、刘世庆、付实, 「西部地区公共卫生体系的差距与建设」, 2003年7月。

胡鞍钢、孟庆国, 「中国卫生改革的战略选择—投资于人民健康与消除健康贫困」, www.cei.gov.cn。

《北京青年报》、中国社科院青年人文社会科学研究中心: 《中国百姓蓝皮书》, 解放军文艺出版社, 第110页。

张帆, 公共卫生事业中的财政缺位, 「经济观察报」, 2003年5月26日。

钟宏武、罗虹, 中国西部地区农村公共卫生的现状和问题, 「甘肃社会科学」, 2005年, 第5期。

韩俊、罗丹, 中国农村医疗卫生状况报告, 「中国发展观察」, 2005年, 创刊号。

접수일(2008년 05월 21일)

수정일자(2008년 06월 15일)

게재확정일(2008년 07월 10일)