

# 农村初级医疗卫生保健体系 以中医为主的必要性

农村初级医疗卫生保健是农村居民应该人人享有的，与农村经济社会发展相适应的基本医疗卫生保健服务。我国现行的农村初级医疗卫生保健体系虽然对农民的健康起到了一定的保障作用，但是由于农村医疗卫生保健工作基础较差，政府投入严重不足，人才短缺，技术力量薄弱等问题仍然非常严重，县乡级卫生机构不得不通过以赚钱为主的医疗卫生服务来达到财务收支平衡。这就造成了农民的医疗保健水平长期低于一般国民的水平，有病没钱看的现象十分普遍，农民的健康问题已经给我国的社会经济协调发展带来了许多负面影响。因此，必须加强农村初级医疗卫生保健体系的建设，建立以农民的健康和多数农民受益为根本出发点，适应我国农村经济发展的初级医疗卫生保健服务体系。

中医学是我国各族人民在长期与疾病斗争过程中不断创造、积累、丰富和发展起来的一门科学，是宝贵的卫生资源，在农村具有深厚的基础。它不但在防治农村常见病、多发病，特别是老年性和慢性非传染性疾病等方面，具有明显优势，而且适合农村经济发展。坚持以中医为主、中西医并重的原则，建立我国农村初级医疗卫生保健体系，就是要切实贯彻“预防为主”的政策，转变重治疗轻预防、重设备轻服务的倾向。这将有利于缓解过快增长的医药卫生费用与农民群众经济承受能力的矛盾，对实现人人享有初级卫生保健的战略目标，具有重要的作用。

## 一、农村初级医疗卫生保健体系的基本情况

### （一）农村医疗机构及卫生资源使用情况

据 2003 年中国卫生事业发展情况统计公报显示，我国现有乡镇卫

生院 4.4 万个，约占乡镇总数的 80%；床位 67.3 万张，每千农业人口床位数 0.76 张（全国每千人口医院和卫生院床位 2.34 张）。每千农业人口卫生技术人员数 1.19 人（全国每千人口卫生技术人员数 3.42 人）。2003 年与 1985 年相比，乡镇卫生院的诊疗人次从 11 亿次下降到 6.91 亿次，病床使用率从 46% 下降到 36.2%。由于地方财政资金不足，农村居民最经常利用的村卫生室，大约 50% 已转化为个体医疗点。据卫生部 2004 年卫生服务调查的初步分析结果表明，2003 年我国城乡居民两周患病率为 14.3%，比 1993 年增加了 0.3%。

以上数字表明，我国农村卫生资源极其匮乏，城乡配置不合理。长期以来，我国医疗卫生投资过分向城市倾斜，城乡占有卫生资源特别是公共卫生资源的差距过大。虽然农村患病的人多了，但看病的人却少了；造成乡镇卫生院诊疗人次和病床使用率明显下降的原因，是农民有病看不起的越来越多，特别在一些贫困地区，“小病拖，大病挨，重病才往医院抬”的现象十分普遍。目前，我国一些大城市的居民健康状况已接近发达国家水平，而在中西部贫困地区，居民平均期望寿命明显低于全国 71 岁的平均水平（课题组调研的甘肃和贵州两省平均期望寿命都低于 70 岁）。

## **（二）农村基本医疗卫生费用投入情况**

1991 - 2000 年，我国农村卫生费用中政府、社会和个人卫生投入的比重发生了重大变化。政府农村卫生投入比重由 12.54% 下降到 6.59%，社会卫生投入从 6.73% 下降到 3.26%，而同期农民个人支出从 80.73% 上升到 90.15%。1993 年农村卫生费用占全国卫生总费用 34.9%，1998 年为 24.9%，5 年下降了 10 个百分点。1998 年全国卫生总费用为 3776 亿元，其中政府投入为 587.2 亿元，用于农村卫生费用为 92.5 亿元，仅占政府投入的 15.9%。我国农村居民占总人口的 2/3，却只享有总卫生总费用的 1/4。从有关调查情况看，农村卫生事业政府拨款的费用主要集中在县级预防保健机构，且大部分用于人员的工资，而实际用于卫生机构开展业务和改善服务的资金越来越少。例如，某地一个 30 万人

口的县级市，农民人口为20万。全县卫生经费总投入300多万元，15个乡的全部卫生经费投入为147.70万元。其中，退休人员的工资就占了126万元，剩下的21万元还要维持232位在职人员的工资，用于开展业务和改善服务经费几乎没有。这就迫使县（乡镇）防疫站、保健站等把主要精力用于门诊，住院等有偿服务的开展，轻视疾病预防、妇幼保健等公共卫生服务。

国家卫生费用不公平的投入，不仅加重了农民看病负担，而且加大了城乡差距。政府对农村医疗卫生事业的投入相对减少，致使农村公共卫生体系的境况越来越差，其中一个突出问题是，本应由政府公共财政承担的疾病预防、计划免疫、卫生保健、社区卫生服务等公共卫生服务职能，在多数贫困地区没有到位（课题组甘肃农村调研发现乡村医生每月6-7元的补助现在也没有了）。绝大多数农村地区未能有计划地开展慢性非传染病的防治工作，预防为主的工作方针没有得到充分的人力、物力、财力以及组织措施的保证，政府的卫生投入没有体现以农村为主、以预防为主和以治本为主的要求。目前，农村预防保健机构主要通过有偿服务补充政府资金的不足，预防保健措施基本得不到落实，农村卫生防御体系十分脆弱。2000年6月，WHO（世界卫生组织）对全球191个成员国国家卫生系统的业绩做出量化评估，中国排名188位，倒数第四。被列为卫生系统“财务负担”最不公平的国家。因此，在农村国家计划免疫控制以外的某些传染病（如肝炎等）尚未得到有效控制，一些新的（或死灰复燃的）传染病（如性病、艾滋病、肺结核）发病率又出现上升趋势，如果农村遇到爆发性传染病，政府是很难及时控制的。

### （三）农村卫生技术人员情况

据2003年底卫生部门有关统计显示，全国县级卫生技术人员38.3万人，乡村医生和卫生员86.8万人（2001年129.1万人），其中乡村医生79.2万人（2001年102.2万人），卫生员7.6万人（2001年26.9万人），平均每个乡村拥有医生和卫生员1.25个（2001年1.82），每千农业人口

拥有医生和卫生员0.98人（2001年1.41）。这些统计结果表明，在农村人口的绝对数量增加的同时，卫生技术人员数量相对减少。除了数量减少外，素质也有所下降。全国村卫生室共有执业（助理）医师7.4万人，村级卫生人员中相当多的人只在30年前合作医疗时期，接受过短期培训。课题组在甘肃农村调研发现，乡村医生中，中专以上学历者仅占24.9%，而无正规学历者占75.1%，具有执业助理医师资格的寥寥无几。由于农村卫生人员数量严重不足、分布不均衡、结构不合理，加之工作任务繁重、报酬低，队伍整体素质不高，且来源困难，致使乡村卫生人员队伍极不稳定，且逐年减少，后继乏人。因此，农村基层卫生工作受到严重的冲击，农民看病难的问题十分突出，预防保健工作受到了削弱，农村卫生事业的发展受到了严重制约。

## **二、农村初级医疗卫生保健体系以中医为主的必要性**

### **（一）历史经验证明，中医药是农村基本医疗保健的根本保证**

早在远古时代，我们的祖先在与大自然作斗争中创造了原始的、简便实用的治病救人的方式方法，这就是中医药的起源。人们在寻找食物的过程中，发现有的食物能减轻或消除某些病症，便有了食物疗法；通过烘火取暖，发现了用兽皮、树皮包上烧热的石块或沙土作局部取暖可消除某些病痛，于是产生了解热熨法和灸法；在使用石器生产工具的过程中，发现人体某一部位受到刺伤后反能解除另一部分的病痛，从而又创造了用砭石、骨针治疗方法，并在此基础上，逐渐发展为针刺疗法，进而形成了经络学说等等。在长期的生产生活实践中，勤劳智慧的中国人民为了生存和发展，反复尝试、反复实践逐渐积累了多种疗法，并形成了科学的理论体系，建立了博大精深中医学。

新中国成立前，我国农村看病主要靠中医药，几乎村村有中医，一些医术高明的中医能为方圆几十里的病人解除病痛。60年代末，毛泽东主席发出著名的“6·26指示”，提出“把医疗工作的重点放到农村中去”，在毛泽东主席的号召下中国农村医疗和中医药的发展呈现出了勃勃生机，广大农村初步建立了以集体经济为依托的农村三级医疗

卫生保健网，初步实现了“哪里有人民，哪里就有医有药”、“小病不出村、大病不出乡”的目标。在这一历史时期，我国农村合作医疗制度的覆盖率达 85% 左右，农村医疗卫生事业的各项指标都有提高，全国人民的健康指标，也从解放初世界上最低水平的国别组，跃升了很大的幅度，受到国际社会广泛赞誉，被 WHO 和世界银行盛赞为“发展中国家解决卫生经费唯一范例”。世界卫生组织前任总干事马勒博士，曾积极向其他发展中国家推荐中国农村卫生工作经验。

农村合作医疗取得的成功，中医药功不可没。我国在 20 世纪 70 年代之所以能用 1% 的卫生费用，解决了占世界 22% 人口的医疗保健问题，一个很重要的原因就是发挥了中医药的作用。农村合作医疗提倡的主要治疗方法，就是最初级的中医药疗法——“一根银针、一把草药”。这也是农村合作医疗“主力军”——“赤脚医生”使用的主要治疗手段。当时大多数公社卫生所都要求做到积极应用中医药常规诊疗技术，特别是简便价廉、安全有效的中医药疗法防治疾病，并大力提倡利用当地资源，自采、自种、自制、自用中草药，降低医疗成本，让广大农村居民受益。

然而，改革开放以来，随着家庭联产承包责任制在全国农村的实行，农村集体经济迅速萎缩，维持合作医疗正常运转的资金得不到保障。管理体制和经济基础发生了根本变化，使全国大多数社队的合作医疗迅速地走向解体、停办，绝大部分村卫生室（合作医疗站）变成了乡村医生的私人诊所，合作医疗覆盖面大幅下降。根据有关调查表明，1985 年全国实行合作医疗的行政村由过去的 90% 骤降至 5%，到 1989 年坚持合作医疗的行政村不到 5%，跌入农村合作医疗的最低谷，至此广大农民基本失去了医疗保障。

20 世纪 90 年代初，我国政府意识到合作医疗对农民的健康至关重要，提出了“恢复与重建”合作医疗制度，并开展了合作医疗试点工作，但由于以下几方面主要原因以失败而告终。一是相当多的县乡两级地方财政资金紧张，难以“支持”农民医疗保障；二是乡村集体经济脆弱，无力“扶持”农民医疗保障；三是农民收入低下，无法“承