

毛泽东与农村合作医疗制度的 形成及其当代价值

——以“六二六”指示为中心的考察

陈雪英 马冀

(北京联合大学 马克思主义学院, 北京 100101)

〔摘要〕 文章通过对“六二六”指示的深入分析,表明毛泽东推动了合作医疗制度的发展,使国家医疗卫生工作的重点真正开始转向农村。一方面缓解了农村长期以来缺医少药之需,提高了农民的健康水平;另一方面,培养大量的农村医务人员,为农村合作医疗制度的建立和普及奠定了重要的人员保障。毛泽东关于农村合作医疗制度的思想,对推进当前我国农村医疗卫生建设仍然具有重要的理论价值和实践指导意义。

〔关键词〕 毛泽东 “六二六”指示; 农村合作医疗; 当代价值

〔中图分类号〕 A841 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 1001-8999(2017)01-0028-06

农村合作医疗制度(简称合作医疗)是集体化时期,我国农村广泛建立的一种依靠集体经济和个人共同筹资的方式,为广大农民群众提供的一种具有集体福利性质的初级医疗保障制度。它初步解决广大农村长期缺医少药的问题,有效保障了农民的健康,使农村医疗卫生状况有了显著的提高。世界卫生组织称赞我国的合作医疗是一场“成功的卫生革命”,是“发展中国家解决卫生经费的唯一范例”。^{〔1〕}

近年来,学界对农村合作医疗制度进行了全面探究。在众多研究中,一些学者认为合作医疗之所以能够在全国范围内迅速普及,一个重要的因素就是由于中央领导人的大力支持。典型例证

如毛泽东于1965年发出了“六二六”指示,即“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的著名号召之后,全国各地纷纷组织巡回医疗队深入农村,积极为农民防病治病,培养大量的农村基层医务人员等。这些医疗实践不仅缓解了农村地区长期缺医少药的困境,实现了有限的城市卫生资源向农村的转移,尤为重要的是为之后农村合作医疗制度的形成、迅速推广和普及奠定了重要的人员保障。

本文以1965年毛泽东发出的“六二六”指示为中心考察,依据地方第一手材料,对毛泽东“六二六”指示的缘由及影响进行较为详细的分析,力求揭示在毛泽东的推动下,国家医疗卫生

〔收稿日期〕 2016-10-30

〔基金项目〕 本文系北京市属高等学校高层次人才引进与培养计划项目(CIT&TCD201304077)的阶段性研究成果

〔作者简介〕 陈雪英,女,北京联合大学马克思主义学院副教授,研究方向:马克思主义哲学、思想政治教育;马冀,女,北京联合大学马克思主义学院副教授,研究方向:当代中国史。

工作的重点为何转向农村，合作医疗制度如何在全国范围迅速推广和普及，为合作医疗制度的研究提供一个新的学术参照。

(一)

我国长期以传统农业为基础，医疗卫生资源在 20 世纪五六十年代的分布极不均衡，广大乡村社会通常缺医少药，高级卫生技术人员大多在城市，农村的卫生技术人员大多水平很低。乡村社会中的普通民众一旦患病，大多只能听天由命，患病不治或者因病致贫成为当时乡村患病民众家庭的常态。关于这一点，有学者在对乡村卫生的研究中指出：1930 年代，我国民众的预期寿命很短，由于缺医少药，得不到有效的医疗保障而导致死亡的人有 600 多万，其中农民大约有 510 万，占总数的 85% 以上。⁽²⁾

1949 年新中国成立后，“人民”成为主导话语，新政权的管理者们十分清楚“人民卫生”所蕴涵的政治意义。有学者指出新政权极为重视国家的卫生事业，把全民保健作为核心，组建新的卫生部门，“运用卫生部的绝对权威，制定出一份在政府管理下的卫生纲要，毛泽东运用他的权力与威望来支持这一想法”⁽³⁾。

毛泽东素来有一种农民情结，对于农民的医疗健康状况表现出高度重视。早在革命战争年代，他就关注医疗卫生工作，指出“所谓国民卫生，离开了三亿六千万农民，岂非大半成了空话。”⁽⁴⁾由此看出毛泽东把保障农民的健康作为国家医疗卫生工作的根本目标。新中国成立后，他强调农民在国家建设中的重要性，认为依靠农民的援助中国革命才取得了胜利，“国家工业化又要靠农民的援助才能成功”⁽⁵⁾。他非常关注国家的医疗卫生发展，呼吁卫生部门要加强医疗卫生工作的开展，要管好五亿人口的生老病死这件大事。在他的推动下，防治血吸虫病可以说是新中国建立后国家实施的一次成功的卫生运动。⁽⁶⁾

新中国成立后，毛泽东和中央政府一直努力在农村开展各种形式的医疗卫生运动。在整个 20 世纪 50 年代，无论是卫生防疫、爱国卫生运动，还是联合诊所以及穿梭在“土改”或“四清”运动中的各种形式的农村医疗队，无不反映了新政权对农民健康状况的重视。但是，在一个长期以农业为基础的国家，现代医疗卫生资源因为稀少所以很难惠及广大乡村社会。还有

1953 年后，我国又实施了以城市重工业为主导的发展战略，使医疗卫生工作也逐渐形成“重工轻农”的倾向。1953 年政务院的一份工作报告中清晰指明了医疗卫生工作要围绕着国家工业化建设发展，即“应着重加强和建立城市、工矿和交通线的医疗卫生机构”⁽⁷⁾。尽管中央政府也提出“城乡兼顾”的调整尝试，但这些都无法改善城乡医疗保障二元割裂的现状。

因此，即便是联合诊所以及穿梭乡村的医疗队，也无法满足广大农民群众长期医疗和药品需求。到 20 世纪 60 年代中期，我国城乡医疗卫生发展的不平衡性就越发突出了。1964 年，卫生部对我国城乡医疗卫生发展进行了调查，在报告中指出了我国有 69% 的高级卫生技术人员在城市，农村只有 31%，而县以下的基层农村仅占 10%。卫生经费也存在不平衡，全国有 9 亿 3 千余万元卫生经费，其中用于城市公费医疗的有 30%，农村只有 27%，而县以下的仅占 16%。⁽⁸⁾可见我国城乡医疗卫生资源分布较为不平衡。

这种以城市为导向的现代医疗建设，其结果就是用于 5 亿多农民的卫生经费远远低于用于 830 万城市人员的公费医疗。毛泽东对这种卫生服务上的不公平、不合理现象甚为不满。1965 年 6 月 26 日，他发出把医疗卫生工作的重点放到农村去的指示，批评了卫生部没有很好地为广大农民服务，脱离了群众，广大农民得不到医疗保障，农村还是一无医生，二无药。他严厉指责“卫生部不是人民的卫生部，改成城市卫生部或城市老爷卫生部好了”，同时指出我国有五亿多人是农民，要求“大量的人力、物力应该放在群众最需要解决的问题上去”⁽⁹⁾。显然，毛泽东对卫生部的批评主要基于两点：一是卫生部忽视了对农村群众医疗卫生的关心，冷落了人民群众的感情。二是在城乡与阶层之间存在着医疗卫生资源分配不合理、不公平的状况。

(二)

可以说，“城市老爷卫生部”是新中国成立后毛泽东对医疗卫生工作最为严厉的批评。为了扭转国家医疗卫生以城市为主的偏向，毛泽东发出了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的号召，该号召一方面表明毛泽东十分关心广大农民群众的身体健康，另一方面也促使卫生部逐步将人力、物力和财力的重点转到农村。

在“六二六”指示中，针对我国医学教育存在脱离农村卫生工作需要的弊端，毛泽东指出要对医学教育进行改革，招收一些高小毕业生并且学习三年就可以毕业，强调学习时要注重实践，在实践中提高医术。毛泽东还认为这种方式培养出来的医生有两大优势：一是农村养得起，二是放到农村中去要好于骗人的医生和巫医。显然，通过对农村卫生工作的不满指责，毛泽东已经认识到培养来自农村、扎根农村的医务人员是开展农村卫生工作的重要保障。如此也才可以实现乡村卫生员“在地化”的目标，进而促进把医疗卫生工作的重点放到农村去。

“六二六”指示表明了中央政府对农村医疗卫生工作的高度重视。它不仅开启我国医疗卫生工作的重点转向农村，并且使1962年之后几乎停顿的合作医疗实践再次成为解决农村缺医少药困境的关键。根据毛泽东的意见，1965年9月3日，卫生部在《关于把卫生工作重点转向农村的报告》中提出要大力加强农村卫生工作，要使城市三分之一的卫生技术人员和行政人员深入农村，医疗、防疫、教育、科研等机构要由城市延伸到农村；同时要求抽调作为“种子”的城市卫生人员，要长期留在农村工作；报告还明确指出重点培养农村医务人员，要在5-10年间为生产队及大队培养质量较好的不脱产的卫生人员，为公社卫生机构配备4-5名质量较好的医生。^[10]

这份《报告》明确表明了中央政府决心要把城市医疗卫生资源转向农村，将以往派医疗队进行单一救治服务的做法，改为把国家的医疗卫生资源进行合理安排，从治疗、防疫、科研、教育等方面有效分配人力、物力、财力等资源转向农村地区。特别是《报告》还明确指出了要为农村培养大批的医疗卫生人员，这些人就是后来长期扎根在农村的赤脚医生，他们是合作医疗制度的重要实施者。

在“六二六”指示下，全国各地组织巡回医疗推向了高潮。以北京市为例，1965年北京市共组织了第三批农村巡回医疗队。2月9日，第一批医疗队有91人，他们在四个多月期间进行了7.66万多人次的治疗，其中做手术1300多例，抢救危重病人262人次。5月，由261人组成的第二批医疗队深入农村。8月下旬，第三批医疗队共有2011人分赴京郊农村，连同第二批

医疗队组成了231个医疗队，深入农村开展医疗工作。^[11]到1966年10月，京郊农村96.95%的公社都有了医疗队。^[12]

北京的个案表明了1965年开启的巡回医疗有两个着重点：一是农村长期缺医少药的状况得到极大缓解，通过积极为农民防病治病，增进了与人民群众的感情；二是为农村培养了大批的基层医务人员，实现了农村医务人员的“在地化”，使广大农民群众有病看得起。在毛泽东的推动下，巡回医疗运动也成为一种制度并一种延续到1975年。这期间实现了国家有限卫生资源真正转向农村，穿梭在广大乡村中的城市医疗队为广大农民积极进行治疗，开展卫生防疫工作等，并培养了大批来自农村基层的半农半医人员（后来的赤脚医生）。这些医务工作者不拿工资，只领取少许补助，养得起用得起，扎根农村奉献青春，成为合作医疗制度实施的主力军。

（三）

合作医疗的最早出现可以追溯到陕甘宁边区的保健药社及医疗合作社。^[13]新中国成立初期，也曾出现了由农民自发组织的“合作医疗”组织，它不仅是一种基于自愿和互助共济的原则用来缓解缺医少药现实的智慧选择，也是城乡二元社会结构下催生的具有中国特点的合作医疗制度的雏形。

严格意义上的合作医疗是在合作化运动中兴起并逐渐发展的。1955年，山西省米山乡联合保健站的模式成为全国农村医疗的典型。它是采取医社结合的方式，由社员出资共建的一种集体医疗保健制度。卫生部对这种形式的合作医疗也给予肯定，认为它是开展农村预防保健工作的一个可靠的组织基础，“实现了走上集体化农民的‘无病早防，有病早治，省工省钱，方便可靠’的理想，为农村的预防保健工作建立了可靠的社会主义的组织基础”^[14]。于是卫生部在部分地区推广“米山做法”。^[15]到1956年，由合作社举办的互助共济的集体保健医疗站发展到了10000余个。^[16]

1958年后，人民公社化运动进入高潮，山西省的“稷山经验”成为“农村卫生的一面红旗”。^[17]“稷山经验”的主要特点有：每年缴纳了一定保健费的社员，看病时只需交纳挂号费或者医药费，并且还会从公社大队的公益金中获得

一部分补助。1959年11月12日，卫生部在当地召开全国农村卫生工作现场会议，充分肯定了人民公社社员集体保健医疗制度。

1960年3月，毛泽东在《关于卫生工作的指示》中指出各级政府要重视合作医疗，要求各省、市、地、县、社“要由党委第一书记挂帅”来开展工作。^[18]在毛泽东和相关政府部门的重视下，合作医疗在“大跃进”和人民公社化运动的影响下跃进发展。据统计，农村以生产大队为基础举办的合作医疗在1958年为10%，1960年为32%，1962年则上升为46%。^[19]

在人民公社“共产风”的影响下，合作医疗自然也披上了“共产风”的外衣，出现了脱离农村现实的“供给制”及“看病不要钱”的现象。许多地方出现了“一紧二松三垮台四重来”的情况，难以正常维持合作医疗的发展。1962年，中央政府对国民经济进行了调整，实行“调整、巩固、充实、提高”的方针，农村医疗卫生工作也随之进行了整顿，原来跃进式的合作医疗发展也缓慢下来，有的还陷入了停滞。到1964年，全国仅有不足30%的农村社队维持合作医疗。

1965年，在毛泽东“六二六”指示的推动下，我国医疗卫生工作的重点转向了农村，这个转变也大大推动了合作医疗的发展。在毛泽东的推动下，中央政府大力发展农村合作医疗。到1965年，山西、江西、湖北、江苏、福建、广东等多地农村开始积极推行合作医疗发展。^[20]

纵观我国农村合作医疗制度的发展，1965年毛泽东发出的“六二六”指示是制度演变的一个关键点，这一指示真正实现了把国家医疗卫生工作的重点转向农村。随后，各地各级政府都开始大办合作医疗，新闻媒体也大力宣传。其中《人民日报》在1968年至1976年间，连续组织了“关于农村医疗卫生制度的讨论”的专栏，主要宣传合作医疗优越性，并介绍各地开办合作医疗的好经验等。这些舆论宣传虽然具有浓郁的政治化色彩，但在当时却具有一定的推动作用，甚至是否推行合作医疗也演变为卫生战线上两条对立路线的斗争。在这种氛围下合作医疗被作为各地党委和政府的头等大事来抓，1969年，各地大办合作医疗，很快就实现了在全国的遍地开花。

1975年底，全国85%的生产大队都创办了

合作医疗，赤脚医生也有1559214人。^[21]他们用草药和针灸为主的简单医疗方法，以低廉的医疗成本进行有效的医疗服务，保证了合作医疗制度的顺利实施。从这个意义上来说，这些正始于毛泽东的“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的医疗政治构想。

(四)

集体化时代我国的社会发展与中央领导人之间有着不同寻常的联系。有学者通过对领袖人物对社会制度发展影响进行研究，认为魅力型领袖个人具有不容忽视的号召力，这种影响力使得政策的决策和执行带有强大的集中化和高效率的特点。^[22]的确，在特殊的政治环境下，领导人的最高指示具有不容忽视的政治权威。可以说，1965年毛泽东发出的“六二六”指示就是一个例证，它不仅促进了我国医疗卫生工作的中心从城市转向农村，也使处于停滞的合作医疗实践获得了发展的重要契机。

实践证明，农村合作医疗制度是具有中国特色的、深受农民欢迎的农村医疗保障制度，它使广大农民的身体健康水平得到提高。我国作为一个农业大国，农民的健康关系到健康中国的建设，关系到“两个一百年”奋斗目标、中华民族伟大复兴中国梦的实现。因此，毛泽东关于农村合作医疗制度的思想与实践，对当前推进我国农村医疗卫生建设仍然具有重要的理论价值和实践指导意义。

首先，要合理配置优质医疗卫生资源，吸引其下沉到农村，补齐农村医疗卫生这块短板，实现农民病有所医，提高对农民的医疗服务质量。新中国成立以来，党和国家一直重视农村的医疗卫生工作，在农村大力推广赤脚医生与合作医疗等创新模式，提高了广大农民的健康水平和预期寿命，农村医疗卫生事业的建设取得了巨大成就。但是，目前我国的医疗卫生资源配置依然存在城乡分配不均的状况，农村地区的医疗卫生建设远远落后于城市，大城市集中了主要的优质医疗卫生资源。

根据2014年我国卫生和计划生育事业发展统计公报显示，截止到2014年末，我国每千人口医疗卫生机构床位数为4.84张，而每千农业人口乡镇卫生院床位却只有1.33张；全国卫生人员总数比2013年增加44.4万人，达1023.4

万人，其中卫生技术人员由 721.1 万人增加至 759 万人、其他技术人员由 36 万人增加至 38 万人、管理人员由 42.1 万人增加至 45.1 万人、工勤技能人员由 71.8 万人增加至 75.5 万人，而乡村医生和卫生员却由 2013 年的 108.1 万人减少至 105.8 万人（其中乡村医生由 100.5 万人减少至 98.6 万人）。^[23]可见，农村地区目前依然是我国医疗卫生资源、尤其是优质医疗卫生资源配置的短板。

可以说，没有农民健康，就没有全民健康，农村医疗卫生服务状况直接关系到农民的身体健康。要补齐农村医疗卫生这块影响农民健康的短板，就必须合理配置优质医疗卫生资源，促进其下沉到农村，推动城乡基本公共服务均等化，解决农民看病难、看病贵的问题，使农民享有公平可及的医疗卫生服务，实现农民病有所医，杜绝农民“小病拖，大病扛”，减少因病致贫、因病返贫的农民人数。

其次，对农民进行医疗卫生和健康宣传教育，提高农民的个人健康责任意识 and 主动防病意识，引导农民形成健康生活的理念。

“健康中国”建设要靠全民参与，在 2016 年 6 月 19 日至 20 日召开的全国卫生与健康大会上，习近平同志强调我国仍然面临多重疾病威胁并存、多种健康影响因素交织的复杂局面^[24]，这种局面在农村的表现尤为突出，在一定程度上制约了农村的经济发展。健康不健康，关键看农民，健康中国建设最艰巨最繁重的任务在农村，没有农民的健康，就没有健康中国。由于医疗卫生知识和健康素养的欠缺，加之吸烟、酗酒、膳食不合理等日常生活方式，导致一些农民患上慢性病、传染性疾病，因此，农民就成为健康中国的内核——健康教育的重心。要在农村建立健全面向农民的健康宣传教育体系，加强医疗卫生知识和健康知识宣传力度，提高农民的个人健康意识和主动防病意识，引导每一位农民形成健康生活的理念，自觉摒弃不健康的行为和不良的生活习惯，使农民从重治疗转变为重预防，进而有效控制影响健康的危险因素，提高生活质量。

最后，发挥好政府的组织与引导作用，建立和完善政策制度，将农村医疗卫生服务的网底筑牢。

集体化时代合作医疗制度的发展以及实施具

有浓郁的政治色彩，如毛泽东个人的推动及中央政府的大力支持等。新时期，党和政府在“科学发展观”及“以人为本”等执政理念的指导下对农村医疗卫生工作进行了深入改革，传统合作医疗制度在经过调整、改革以及完善的基础上发展为新型农村合作医疗制度。

当前，农村医疗卫生建设已成为我国民生建设的重要组成部分，农民的健康状况对健康中国的建设具有基础性和关键性的作用，也是衡量中国共产党执政水平的一项重要指标。可见，当前农村合作医疗制度的发展更是需要政府加强顶层制度设计，及时制定新的农村卫生发展规划。鉴于我国农民的贫困户中有相当部分是因病所致，因此，为了使每一位农民享有基本的医疗卫生服务和医疗保障，政府就必须建立和完善政策制度，发挥好组织与引导作用。

如前所述，根据 2014 年乡村医生人数比 2013 年有所减少，2015 年 3 月 6 日，国务院办公厅出台了《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》，指出：自新一轮医药卫生体制改革实施以来，虽然作为亿万农村居民健康“守护人”的乡村医生整体素质稳步提高，但是乡村医生队伍仍然难以适应农村居民日益增长的医疗卫生服务需求。因此，特提出进一步加强乡村医生队伍建设的意见，包括总体要求和主要目标、明确乡村医生功能任务、加强乡村医生管理、优化乡村医生学历结构、提高乡村医生岗位吸引力、转变乡村医生服务模式、保障乡村医生合理收入、建立健全乡村医生养老和退出政策、改善乡村医生工作条件和执业环境、加强组织领导等十大方面，期望通过十年左右的努力，力争使乡村医生总体具备中专及以上学历，原则上按照每千服务人口不少于 1 名的标准配备乡村医生。^[25]

2016 年 1 月 3 日，国务院印发《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》，提出整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，对促进城乡经济社会协调发展、全面建成小康社会具有重要意义。该意见包括五大方面：总体要求与基本原则，整合基本制度政策，理顺管理体制，提升服务效能，精心组织、确保整合工作平稳推进。其中，将整合基本制度政策细化为“六统一”：统一覆盖范围，统一筹资政策，要

统一保障待遇,统一医保目录,统一定点管理,统一基金管理。^[26]

上述两个《意见》的提出,一方面为乡村医生建设提出了更加清晰的实施路径,通过建立统一的城乡居民基本医疗保险制度来实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益,另一方面体现出中央政府认真履行责任,在基本医疗卫生服务领域有所为,通过加强顶层设计来深化农村医药卫生体制的改革,从政策入手来促进社会公平正

义、增进人民福祉。这些政策制度的建立,为农村医疗卫生建设积累了成功的经验,筑牢了农村医疗卫生服务的网底,解决了农民看病“最后一公里”的问题,也为用中国智慧解决医改这个世界性难题提供了可资借鉴的思路,即如习近平同志在2016年全国卫生与健康大会上所指出的:要把人民健康放在优先发展的战略地位,加快推进健康中国建设,努力全方位、全周期保障人民健康,为实现中国梦打下坚实健康基础。

(参考文献)

- (1) 世界银行中蒙局环境、人力资源和城市业务发展处. 中国: 卫生模式转变中的长远问题与对策 (M). 李燕生等译. 北京: 中国财政经济出版社, 1994. 5.
- (2) 薛建吾. 乡村医生 (M). 南京: 中正书局, 1936. 10 - 11.
- (3) 陈志潜. 中国农村的医学——我的回忆 (M). 成都: 四川人民出版社, 1998. 135.
- (4) 毛泽东选集: 第3卷 (M). 北京: 人民出版社, 1991. 1078.
- (5) 毛泽东文集: 第6卷 (M). 北京: 人民出版社, 1999. 80.
- (6) 1955年11月,中央防治血吸虫病领导小组成立,并在疫区逐级建立了省、市、县、村各级防治机构,制定了四年奋战、两年扫尾、七年消灭血吸虫的规划。国家投入了大量资金和人力,开展群众性的消灭血吸虫病运动。1966年,毛泽东又指示对血吸虫病实行免费治疗。
- (7) 政务院文化教育委员会召开会议——制订今年文教工作计划 (N). 人民日报, 1953-02-03.
- (8) [10] 卫生部基层卫生与妇幼保健司编. 农村卫生文件汇编 (1951-2000) [Z]. 北京: 卫生出版社, 2001. 27, 28.
- (9) 毛泽东年谱: 第5卷 (M). 北京: 中央文献出版社, 2013. 505.
- (11) 坚决贯彻中央和主席的指示,进一步加强农村卫生建设 (B). 北京市档案馆藏, H135-2-85.
- (12) 王康久. 北京卫生史料 (医疗篇) (M). 北京: 北京科学技术出版社, 1994. 198-199.
- (13) 刘纪荣, 王先明. 二十世纪前期农村合作医疗制度的历史变迁 (J). 浙江社会科学, 2005, (2).
- (14) 山西省卫生厅. 山西农村卫生工作 (M). 太原: 山西人民出版社, 1960. 17.
- (15) 张自宽. 对合作医疗早期历史的回顾 (J). 中国卫生经济, 1992, (6).
- (16) 徐杰. 对我国卫生经济政策的历史回顾和思考 (J). 中国卫生经济, 1997, (10).
- (17) 农村卫生保健工作的新面貌 (N). 人民日报, 1960-04-06.
- (18) 建国以来毛泽东文稿: 第9册 (M). 北京: 中央文献出版社, 1996. 80.
- (19) 周寿祺. 探寻农民健康保障制度的发展轨迹 (J). 国际医药卫生导报, 2002, (6).
- (20) 《当代中国》丛书编辑委员会. 当代中国的卫生事业 (下) (M). 北京: 中国社会科学出版社, 1986. 65.
- (21) 《中国卫生年鉴》编辑委员会. 中国卫生年鉴 (1983) (M). 北京: 人民卫生出版社, 1984. 60.
- (22) 沈寿文. 中国农村传统合作医疗制度存续背景研究 (J). 云南民族大学学报 (哲学社会科学版), 2007, (5).
- (23) 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 2014年我国卫生和计划生育事业发展统计公报 (EB/OL). 中华人民共和国卫生和计划生育委员会网站, <http://www.nhfp.gov.cn/guihuaxxs/s10742/201511/191ab1d8c5f240e8b2f5c81524e80f19.shtml>, 2015-11-5.
- (24) 把人民健康放在优先发展战略地位 努力全方位全周期保障人民健康 (N). 人民日报, 2016-08-21 (1).
- (25) 国务院办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见 (R). 中华人民共和国国务院公报, 2015, (10).
- (26) 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见 (R). 中华人民共和国国务院公报, 2016, (3).

(责任编辑: 海鑫)