

2008年世界卫生报告

初级卫生保健

过去
重要
现在
更重要

全民
保险
改革

服务
提供
改革

公共
政策
改革

领导
能力
改革



世界卫生组织

2008年世界卫生报告

初级卫生保健

过去
重要
现在
更重要

服务
提供
改革

全民
保险
改革

公共
政策
改革

领导
能力
改革



世界卫生组织

图书在版编目 (CIP) 数据

2008 年世界卫生组织报告 初级卫生保健—过去重要，
现在更重要/兆瑞臻等翻译. —北京：人民卫生出版社，
2008.10

ISBN 978-7-117-10660-3

I. 2… II. 兆… III. 世界卫生组织-报告-2008
IV. R-11

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 148614 号

2008 年世界卫生组织报告 初级卫生保健

—过去重要，现在更重要

翻 译：兆瑞臻 吴 森 何晨红 王晓琪

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-67616688）

地 址：北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编：100078

网 址：<http://www.pmph.com>

E - mail：pmph@pmph.com

购书热线：010-67605754 010-65264830

印 刷：北京汇林印务有限公司

经 销：新华书店

开 本：850×1168 1/16 印张：9

字 数：192 千字

版 次：2008 年 10 月第 1 版 2008 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-10660-3/R·10661

定 价：94.00 元

版权所有，侵权必究，打击盗版举报电话：010-87613394

（凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换）

© 世界卫生组织, 2008年

版权所有。世界卫生组织出版物可从世界卫生组织出版办公室 (WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。欲获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可-无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版办公室提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其他未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任由读者自负。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失一概不承担责任。

可按以下地址了解有关本出版物的信息:

World Health Report
World Health Organization
1211-Geneva 27, Switzerland
E-mail: whr@who.int

订购本出版物和报告全文者请致函: bookorders@who.int

2008年世界卫生报告在助理总干事Tim Evans的指导下编写, Wim Van Lerberghe 任总编辑。主要编写小组成员有Wim Van Lerberghe, Tim Evans, Kumanan Rasanathan和Abdelhay Mechbal。为起草本报告作出贡献的主要人员: Anne Andermann, David Evans, Benedicte Galichet, Alec Irwin, Mary Kay Kindhauser, Remo Meloni, Thierry Mertens, Charles Mock, Hernan Montenegro, Denis Porignon 和 Dheepa Rajan。本报告的监督工作由Ramesh Shademani负责。

为报告中专栏内文字、数字和数据分析作出贡献的人员包括: Alayne Adams, Jonathan Abrahams, Fiifi Amoako Johnson, Giovanni Ancona, Chris Bailey, Robert Beaglehole, Henk Bekedam, Andre Biscaia, Paul Bossyns, Eric Buch, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Mario Dal Poz, Pim De Graaf, Jan De Maeseneer, Nick Drager, Varatharajan Durairaj, Joan Dzenowagis, Dominique Egger, Ricardo Fabregas, Paulo Ferrinho, Daniel Ferrante, Christopher Fitzpatrick, Gauden Galea, Claudia Garcia Moreno, André Griekspoor, Lieve Goeman, Miriam Hirschfeld, Ahmadsreza Hosseinpour, Justine Hsu, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Lori Irwin, Andre Isakov, Michel Jancloes, Miloud Kaddar, Hyppolite Kalambaye, Guy Kegels, Meleckidzedek Khayesi, Ilona Kickbush, Yohannes Kinfu, Tord Kjellstrom, Rüdiger Krech, Mohamed Laaziri, Colin Mathers, Zoe Matthews, Maureen Mackintosh, Di McIntyre, David Meddings, Pierre Mercenier, Pat Neuwelt, Paolo Piva, Annie Portela, Yongyut Ponsupap, Amit Prasad, Ritu Sadana, David Sanders, Salif Samake, Gerard Schmets, Iqbal Shah, Shaoguang Wang, Anand Sivasankara Kurup, Kenji Shibuya, Michel Thieren, Nicole Valentine, Nathalie Van de Maele, Jeanette Vega, Jeremy Veillard 和 Bob Woollard。

各区域主任及同仁、副总干事Anarfi Asamoah Bah和助理总干事为审阅文本, 提供意见和建议作出了宝贵贡献。

以下人员参加了在蒙特勒市(瑞士)召开的本报告初稿评审会: Azrul Azwar, Tim Evans, Ricardo Fabrega, Sheila Campbell-Forrester, Antonio Duran, Alec Irwin, Mohamed Ali Jaffer, Safurah Jaafar, Pongpisut Jongudomsuk, Joseph Kasonde, Kamran Lankarini, Abdelhay Mechbal, John Martin, Donald Matheson, Jan De Maeseneer, Ravi Narayan, Sydney Saul Ndeki, Adrian Ong, Pongsadhorn Pokpermdet, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Salman Rawaf, Bijan Sadrizadeh, Hugo Sanchez, Ramesh Shademani, Barbara Starfield, Than Tun Sein, Wim Van Lerberghe, Olga Zeus 和 Maria Hamlin Zuniga。

在贝拉焦市(意大利)为期一周的研讨会上, 以下参会人员为本报告的编写作出了重要贡献: Ahmed Abdullatif, Chris Bailey, Douglas Bettcher, John Bryant, Tim Evans, Marie Therese Feuerstein, Abdelhay Mechbal, Thierry Mertens, Hernan Montenegro, Ronald Labonte, Socrates Litsios, Thelma Narayan, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Ramesh Shademani, Viroj Tangcharoensathien, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega 和 Jeremy Veillard。

世界卫生组织工作小组负责本报告初稿的编写。来自总部和区域的工作小组成员包括: Shelly Abdool, Ahmed Abdullatif, Shambhu Acharya, Chris Bailey, James Bartram, Douglas Bettcher, Eric Blas, Ties Boerma, Robert Bos, Marie-Charlotte Boueseau, Gui Carrin, Venkatraman Chandra-Mouli, Yves Chartier, Alessandro Colombo, Carlos Corvalan, Bernadette Daelmans, Denis Daumerie, Tarun Dua, Joan Dzenowagis, David Evans, Tim Evans, Bob Fryatt, Michelle Funk, Chad Gardner, Giuliano Gargioni, Gulin Gedik, Sandy Gove, Kersten Gutschmidt, Alex Kalache, Alim Khan, Ilona Kickbush, Yunkap Kwankam, Richard Laing, Ornella Lincetto, Daniel Lopez-Acuna, Viviana Mangiaterra, Colin Mathers, Michael Mbizvo, Abdelhay Mechbal, Kamini Mendis, Shanthi Mendis, Susan Mercado, Charles Mock, Hernan Montenegro, Catherine Mulholland, Peju Olukoya, Annie Portela, Thomson Prentice, Annette Pruss-Ustun, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Lina Tucker Reinders, Eli Renganathan, Gojka Roglic, Michael Ryan, Shekhar Saxena, Robert Scherpbier, Ramesh Shademani, Kenji Shibuya, Sameen Siddiqi, Orielle Solar, Francisco Songane, Claudia Stein, Kwok-Cho Tang, Andreas Ullrich, Mukund Uplekar, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega, Jeremy Veillard, Eugenio Villar, Diana Weil 和 Juliana Yartey。

报告的编辑小组由编辑主任Thomson Prentice领导, Diana Hopkins在Barbara Campanini的协助下编辑。Gaël Kernen协助制作了图表、网站版本和其他电子媒体。Lina Tucker Reinders提供了编辑建议。目录由June Morrison制作。

本报告在编写过程中的行政支持由Saba Amdeslassie, Maryse Coutty, Melodie Fadriqueula, Evelyne Omukubi和Christine Perry提供。

照片来源: 总干事照片: WHO (p.viii); 引言和概览: WHO/Marco Kokic (p.x); 第1-6章: Alayne Adams (p.1); WHO/Christopher Black (p.23); WHO/Karen Robinson (p.41); 红十字会与红新月会国际联合会/John Haskew (p.63); Alayne Adams (p.81); WHO/Thomas Moran (p.99)。

设计: Reda Sadki

版面: Steve Ewart 和 Reda Sadki

图表: Christophe Grangier

印刷协调: Pascale Broisin 和 Frédérique Robin-Wahlin

中文翻译: 兆瑞臻 吴焱 何晨红 王晓琪

中文校译: 王晓琪

总干事 致辞



自2007年就任以来,我明确承诺,要领导世界卫生组织重新重视初级卫生保健。比我个人信念更重要的是各成员国对初级卫生保健日益增长和广泛的需求。这种需求继而引发决策者们越来越期望了解卫生系统如何才能做到更平等、更包容和更公正。这种期望也从根本上反应了一种观念上的改变,即需要更全面地思考卫生系统作为一个整体的绩效问题。

2008年是世界卫生组织成立60周年,也是1978年提出初级卫生保健的《阿拉木图宣言》发布30周年。

在过去60年中,世界卫生形势发生了巨大变化,《世界卫生组织宪章》阐述的核心观念和《阿拉木图宣言》提出的价值观已被验证,至今仍然正确。尽管全世界人民的健康状况得到了巨大改善,但显而易见却令人痛心的是,各国遵循这些价值观所开展的初级卫生保健运动却没有成功。这个事实值得我们高度重视。

我们看到一位无法获得合格的保健服务的母亲忍受着分娩期并发症的痛苦,看到一个孩子遗漏了基本免疫接种,看到一个居民生活在市中心贫民窟的肮脏环境中。我们还看到交通繁忙的道路和高速公路旁没有对行人的保护设施,看到没有医疗保险而不得不自费看病的人陷入贫困。这些和许多其他现实生活中的场景充分暴露出我们卫生工作中存在的令人不可接受的、本应避免的缺陷。

在我们前进过程中,总结过去经验很重要,回顾过去,使我们未来能做得更好。因此,2008



年世界卫生报告再次回顾了初级卫生保健所提出的基于一系列价值观和原则,用以指导卫生系统发展的宏伟蓝图。本报告提供了一个重要机会,帮助各国吸取过去的经验,考虑前行中面临的挑战,为卫生系统找到主要解决方案,以缩小期望与实现间的难耐的差距。

本报告阐述了可作为解决方案的四套改革措施,体现了初级卫生保健价值观、国民的期望和不同国情下卫生工作所共同面临挑战之间的融合。这些措施包括:

- **普遍覆盖的改革**—将确保卫生系统有助于提高卫生公平性、社会公正并消除排斥,向普遍可及的卫生保健和社会卫生保障的方向迈进;
- **服务提供的改革**—重新组织卫生服务的提供,以人们的需求和期望为中心,使卫生服务更符合和更好地应对社会变迁,同时取得更佳产出;
- **公共政策的改革**—通过整合公共卫生行动和初级保健以及探寻促进各部门发展的良好公共政策来保证社区更健康;
- **领导力的改革**—以复杂的现代卫生系统所要求的全面性、参与式及基于谈判的领导风

格代替以往一方面政府过度指挥与控制,另一方面又放任自由的领导风格。

这些改革措施虽然普遍适用,但并不是一个现成的行动蓝图或行动宣言。每个国家需根据本国国情和所获得的最佳证据来制定详细方案,赋予这些改革措施以活力。然而,任何国家,无论贫富,都不应在推进这些改革措施时找理由裹足不前。过去 30 年的经验已经表明,取得实质性的进步是可能的。

要在未来 30 年做得更好意味着现在就要加强我们的能力,使实际卫生工作满足我们的渴望、期盼,符合这个相互依赖的健康世界里飞速变化的现实。面对初级卫生保健的共同挑战,我们要抓住现在的成熟时机,促进共同学习和分享各国经验,找到实现“人人享有健康”目标的最直接途径。重振初级卫生保健,现在比以往任何时候更重要。

世界卫生组织总干事
陈冯富珍博士

初级

卫生保健

过去重要

现在更重要



引言 和概览

为何要重振初级卫生保健？为何现在比以往任何时候都更需要重振？直接的回答是：各成员国明确要求重振初级卫生保健——这种需求不仅来自于卫生专业人士，还来自于政治界人士。

全球化正使许多国家的社会凝聚力面临着挑战，作为当代社会机构中重要组成部分的卫生系统很明显未能较好地覆行其自身职能和发挥其应有作用。

由于卫生保健服务无法实现全国范围内的各级覆盖以满足人们特定的和不断变化的需求，加之服务提供的方式未能满足人们的期望，使得人们对卫生系统愈加失去耐心。无可否认，面对不断变化的世界所带来的挑战，卫生系统必须更好更快地去应对。初级卫生保健即可实现这个目标。

应对世界变化所带来的挑战	xiv
对卫生系统的期望值日益增高	xv
从过去的一揽子方案到未来的改革	xvi
初级卫生保健改革的四套措施	xviii
抓住机遇	xx

今天,人们认识到,在向“人人享有卫生保健”目标迈进的过程中,大多数人群被遗落在后面了。这种丧失机遇的意识使人们回忆起30年前在阿拉木图引发对健康的价值观发生的革命性改革的原因。阿拉木图会议启动了“初级卫生保健运动”,它发动卫生专业人士和机构,政府及民间社会组织,研究人员以及基层组织共同致力于在全球范围内解决“在政治、社会及经济方面难以接受的”¹卫生服务不平等问题。《阿拉木图宣言》明确了其所追求的价值观:社会公正和人人享有更佳健康的权利,参与以及团结¹。人们意识到,为实现这些价值观,卫生保健系统的运作模式及利用其他部门潜能的方式必须发生根本性变革。

将这些价值观转化为切实可行的改革措施的过程历经了曲折和坎坷。尽管如此,在当今的政治领袖、卫生部长²以及地方政府部门、专业团体及民间组织的演讲中,卫生公平性已成为备受关注的话题。

初级卫生保健价值观中实现“人人享有健康”的目标要求卫生系统做到“卫生保健以人为本”³。人们关于个人理想生活方式的观念以及他们对社会的期望,即人们的价值观,构成了衡量卫生部门管理职责的重要参数。大多数国家一直将初级卫生保健作为卫生工作的基础,正是因为初级卫生保健运动以满足人们的卫生需求和社会期望为目标,力图提供合理的、基于证据的,和可预见性的应对措施^{4,5,6,7}。实现这一目标需要在权衡诸多因素时优先考虑人群“对卫生及卫生保健的期望”并确保“(他们)的发言权和选择权能对卫生服务体系的设计及运作施加决定性的影响”⁸。近期对初级卫生保健所做的一项回顾研究结果与上述观点相符,即“应对大众需求”为指导原则⁴,“获得最佳健康的权利”,“使卫生公平性和一致性最大化”。以实现这些目标,卫生系统必须对变化的世界提出的诸多挑战和

不断增长的社会期望做出响应。这些响应包括对当今卫生系统的运作模式进行实质性的重新定向和改革:这些改革措施构成了重振初级卫生保健的议题。

应对世界变化所带来的挑战

总体来说,与30年前相比,人们更健康,更富裕,寿命更长;如果儿童死亡率仍与1978年相同,那么2006年全世界儿童的死亡人数将达到1620万,而实际死亡人数仅为950万⁹。这个670万的差别相当于每天拯救18 329名儿童。曾经是革命性的基本药物概念现已普及。水的获取、环境卫生设施及产前保健服务得到了显著改善。

这说明取得进步是可能的,而且可以加速进步。现今可用以促进健康的资源远超过以往任何时代。全球卫生经济的增长速度超过了国民生产总值(GDP)增长速度,2000至2005年间其占全球GDP的份额由8%增长至8.6%;除去通货膨胀影响因素后,在五年时间内全球卫生总支出增加了35%。人们对卫生知识的了解和理解正在迅速增多加深。日新月异的技术进步更有利于在教育程度较高和日益现代化的社会中开展促进健康和改变卫生素养的行动。不同国家间因意识到面临的共同威胁、挑战或机遇而逐步加强了交往;全球团结不断发展;各国对千年发展目标(MDGs)中所列举的如消除贫困目标等做出承诺,这些因素都促使一个负责全球卫生管理事务的“管家”职责正在形成。

然而,其他一些趋势不容忽视。首先,过去数十年中在卫生领域取得的重大发展很不均衡。世界上大部分国家均提高了卫生服务水平,但同时仍有不少国家与其他国家的差距逐步加大或者干脆望尘莫及。不仅如此,目前大量文件证明,国家内部的卫生不平等现象也相当严重,而且差距在加大。这些文件是30



年前无法获得的。

其次,卫生问题本身也在以一种无法完全预料的方式发生着变化,且变化速度无法预测。人口老龄化、管理不善的城市化的影响以及全球化都加速了传染性疾病在全球范围内的传播,同时加重了慢性病和非传染性疾病负担。目前许多人出现复杂症状及合并多种疾病的现实向卫生服务提供者提出了挑战,要求开发出更综合、全面的病案管理系统。一个涉及多个相关因素的复杂网络正在运行,包括逐步的但是长期的收入增加及人口增长,气候变化因素,食品安全问题及社会紧张局势等,所有这些因素均对未来的卫生问题产生影响,但这些影响却在很大程度上无法预测。

第三,卫生系统并未与世界的飞速变化与变迁这一当今全球化进程中重要的构成部分相脱离。经济与政治危机带来的挑战是国家及相关机构能否履行职责以确保卫生服务的获得、提供及财政投入。缺乏管理的商业化运作模糊了公共与私人部门间的界限,同时,有关资格权利及传统权利的谈判也日益被政治化。信息化时代已完全改变了大众、专业人士与政治家之间的关系。

从诸多方面看,卫生部门对不断变化世界的反应还不够充分,也缺乏经验。不充分是指未能预测到变化,并且未能适当地做出应对—通常情况下,采取的措施太少,太迟或存在太多失误。缺乏经验是指卫生系统的失效需要一个系统的解决方案,而非寻求“邦迪贴”来应急,只治标而不治本。公共卫生、卫生保健、财政、基础设施或信息系统建设所涉及的人力资源问题绝对超出了人们对卫生部门的狭义定义,超出了单层次的政策范围,逐步成为跨部门问题:这使得能够在政府部门和利益攸关者之间高效工作的人才门槛提高了。

尽管大多数国家的卫生行业一直处于资源严重不足的状态,但过去十年中卫生行业的

资源基础却一直在持续增加。但人们通常忽略了这种增长势头可以促进结构调整、提高卫生系统效率及公平性。在全球性以及日益增多的国家级的政策制定过程中,人们将目光聚焦于某些单个问题,导致多个利益集团争夺稀缺资源,但却极少关注阻碍全国卫生系统发展的根本问题。与提高其应对能力以及预测新的挑战相反的是,卫生系统似乎总是在从一个短期内需优先解决的问题游移到另外一个短期内需重点应对的问题,这使得卫生系统变得愈发支离破碎,缺乏明确的方向感。

很明显,如果今天仅依靠其自身资源,卫生系统不会向《阿拉木图宣言》中所倡导的那样通过发展初级卫生保健向“人人享有卫生保健”的目标迈进。卫生系统目前的发展方向几乎无益于维持公平和社会公正,而且未能实现投资于健康的最大效益。如下列举了三种尤其令人担忧的趋势:

- 卫生系统专注于狭义的专业性治疗保健服务的提供,且比例失衡;
- 卫生系统中对疾病控制的指挥控制方法仅关注短期效果,使得卫生服务的提供失去完整性;
- 卫生系统中放任的管理方式使得不规范的卫生服务商业化现象泛滥。

这些趋势与卫生系统根据卫生需求所采取的全面而平衡的应对措施共存。在许多国家,由此导致的卫生获得不公平,可致贫的卫生消费以及人们对卫生保健逐步失去信心均构成了威胁社会稳定的因素。

对卫生系统的期望值日益增高

重振初级卫生保健的支持力量来自于卫生决策者们的深入认识:重振初级卫生保健可以为目前支离破碎的卫生系统提供更有力的方向感和统一性,并找到一种可以替代目前被宣称为“根治卫生部门顽疾良药”的多元快

速修复办法。越来越多的人认识到:通过不同机制和出于不同目的而提供的卫生保健服务不仅无法达到应有的效率,而且还受到一系列普遍存在的缺陷和矛盾的限制,详见专栏 1。

专栏 1 卫生保健提供常见的五大缺陷

颠倒的保健。富有的人往往对卫生保健的需求较小,但却享受了最多的保健服务。反之,那些最贫穷的、存在健康问题最多的人享有的保健服务却最少¹⁰。在所有国家,不论收入高低^{12, 13},卫生服务行业的公共支出通常使富人更多受益¹¹。

致贫的保健。无论任何国家,缺乏社会保障和保健支付能力的人群绝大多数在接受保健服务时就已身无分文,他们可能面对灾难性的巨额卫生费用。每年有超过一亿人口因为必须支付卫生保健费用而沦为贫困人口¹⁴。

已经和正在支离破碎的保健。卫生保健服务提供者的过度专业化以及对许多疾病控制项目的狭义关注使得卫生服务提供者对他们所服务的个人和家庭不愿采取整体分析的疗法,并且漠视持续性保健的需求¹⁵。面向穷人及边缘人群的卫生服务通常是高度支离破碎的,而且资源严重不足¹⁶,但是发展性援助却通常会加重这种分裂程度¹⁷。

不安全的保健。有缺陷的卫生系统设计无法保证卫生安全和符合卫生标准,由此可导致医院获得性感染的高发生率,用药失误以及其他一些可避免的、被低估的可致死和致病的不良反应¹⁸。

被误导的保健。资源配置集中于高额的治疗服务费用,却忽略了初级预防及健康教育可能预防高达 70% 的疾病负担^{19, 20}。同时,卫生部门缺乏专业知识技能来指导如何减缓其他部门对健康造成的不利影响以及如何最大化地利用其他部门开展促进健康的活动²¹。

卫生系统的绩效与人群对它的期望值之间的差距是引起卫生当局关注的一个原因。由于卫生部门在经济以及社会方面的影响力逐步增强,它渐渐地成为政治家们关注的一个重要问题。在美国近期举行的每场总统预选辩论中,卫生保健问题平均被提及 28 次以

上²²。与以往相同,卫生系统的商业化并非一个可行的方案。如果将卫生系统绩效中的这些缺陷加以纠正,那么解决今天和将来的卫生问题将必须在明确的整体方向和目标指导下,采取更强有力的集体管理方案并共同承担责任。

这确实是人们所期望的。随着社会逐步现代化,人们从自身、家庭以及他们所生活的社会角度出发,对卫生系统提出了更高的要求。因此,人们对以下方面问题给予了日益广泛的支持:促进卫生平等,消除排斥;卫生保健服务应围绕人们的需求和期望;社区的卫生安全;以及在影响他们自身和社区的卫生服务事务中拥有发言权²³。

这些期望完全符合《阿拉木图宣言》的核心价值观。它们解释了当前应用这些价值观对卫生系统进行改革的要求,并为现今初级卫生保健运动对改革卫生系统的努力提供了更强大的社会和政治支持。

从过去的一揽子方案到未来的改革

人们对《阿拉木图宣言》价值观提出的愿景寄予了更高的期望并给予了广泛支持,但将这些期望和支持用于促进卫生系统的有效改革并非易事。初级卫生保健运动无法影响或控制卫生部门之外的环境和趋势变化,例如结构调整等。此外,在多数情况下,初级卫生保健运动的信息过于简化,结果形成“一刀切”的解决方案,无法适用于不同的情况和问题²⁴,导致各国卫生当局乃至国际卫生机构经常无法将初级卫生保健视为一系列的改革措施,而只能将其视为诸多卫生保健项目中普通的一个,为穷人提供质量不佳的卫生服务。表 1 从不同角度回顾了早期实施初级卫生保健计划的一些尝试,并将其与目前的方案加以比较分析。这个演变过程说明,人们已认识到卫生系统奋斗的目标和方向感,

表 1 以往的经验如何使初级卫生保健运动的重心发生转移

实施初级卫生保健的一些早期尝试	当前初级卫生保健改革的重点
扩大了农村贫困人口对一揽子基本健康干预服务和基本药物的获得	转变并调整现有卫生系统,旨在达到普遍获得和社会健康保障
关注母婴健康	关注社区中每个人的健康
集中于少数选定的疾病,主要是传染性和急性疾患	对人们的期望和需求做出全面综合的反应,包括所有的风险和疾病
改善卫生习惯、用水、环境卫生及普及村级健康教育	提倡健康生活方式,减轻社会和环境危害对健康的影响
技术简单,由志愿者、非专业的社区卫生工作者提供服务	卫生工作者小组协助人们获得并正确使用医疗技术和药物
通过本地卫生委员会动员本地资源及卫生中心管理部门的方式参与	民间社会通过政策对话及担负职责的机制进行制度化参与
政府投资,提供服务模式为集中的、由上至下的管理	在全球化环境下运行的多元化卫生体系
管理日益短缺和萎缩的资源	引导卫生资源向全民健康保险的方向增长
双边援助和技术支持	全球团结及共同学习
初级保健作为医院的对立面而存在	初级保健协调各级卫生部门做出综合性应对
初级卫生保健服务廉价,投资不高	初级卫生保健并不廉价;它需要巨额投资,但其投资效益高于其他替代方案

必须采取一套具体和有针对性的改革措施以应对当今的卫生挑战,并要为未来做好准备。

这些改革的核心内容已远远超出“基本”卫生服务范畴并且跨越了国家卫生系统固有的界限²⁵。例如,按照初级卫生保健的价值观进行卫生系统的改革需要大胆创新的人力资源政策支持。然而,如果认为这些改革可以脱离财政或服务提供政策、民间服务改革以及针对跨国卫生专业人才流动所采取措施的支持,那将只是幻想。

同时,初级卫生保健改革及其推动者“初级卫生保健运动”必须更积极地应对社会发展和现代化所带来的社会变迁和人们的更高期望。全世界的人们对于健康问题,这个

他们自身及其家庭日常生活中的一个必要组成部分,以及现今社会如何管理卫生和卫生保健事务有了更多意见和主张。在政策及决策过程中必须反映出人们不断变化的需求。对卫生系统进行必要的重新定向必须基于确凿的科学依据以及对不确定性的合理管理,同时应综合考虑人们自身、家庭和社会对卫生及卫生保健服务的期望值。这就需要精心权衡各种因素并与多个利益相关方面谈判,即要完全脱离过去那种线型、由上至下的模式。因此,目前的初级卫生保健改革并非主要取决于其应改进的内容,也不只取决于扩大疾病控制干预措施的需要,而是取决于界定卫生系统社会角色的诸多社会动态因素。

初级卫生保健改革的四套措施

本报告共分四个部分讨论了初级卫生保健改革。这些措施均反应了有效应对当今全球卫生挑战所需采取措施的主要证据,驱动初级卫生保健运动的公平性、一致性与社会公正性价值观,以及现代化社会中人们对卫生保健日益增高的期望(图 1)。

- 改革措施将确保卫生系统有助于提高卫生公平性、社会公正并消除排斥,向普遍获得卫生保健和社会健康保障的方向迈进—**全民保险的改革**;
- 改革措施将重新组织卫生服务的提供,即以人们的需求和期望为中心,使改革措施更符合和更好地应对社会变迁,同时取得更佳产出—**服务提供的改革**;
- 改革措施将通过整合公共卫生行动和初级保健以及探寻促进各部门发展的良好公共政策来保证社区更健康—**公共政策的改革**;
- 改革措施将以复杂的现代卫生系统所要求的全面性、参与式及基于谈判的领导风格代



图 1 卫生系统重新定向为“人人享有健康”所必须采取的初级卫生保健改革措施

替以往一方面政府过度指挥与控制,另一方面又放任自由的领导状态—**领导力的改革**。

上述四套改革措施中的第一个措施旨在消减排斥和社会差距。从根本上说,消除卫生不平等的决定因素需要社会做出反应,需要有能影响诸多部门的政治和技术性改革措施。造成卫生不平等的因素很多,包括服务的获得、使用 and 提供质量方面的不平等,人们所承受的经济负担,甚至还包括在临床实践中经常存在的语言、文化和性别差异上的障碍²⁶。

卫生系统缩小卫生不平等的的一个前提条件是使卫生服务面向所有人,即应减少服务提供方面的差别。与 30 年前相比,现今的卫生服务网络覆盖更加广泛,但却把大多数人群遗忘了。在某些地方,战争与国内冲突破坏了卫生基础设施,而在其他地方,缺乏管理的商业化卫生服务虽然可及,但却不是人们所需要的。在许多国家仍然存在卫生服务提供方面的差距,这使得扩展当地的卫生服务网络仍为一个首要卫生问题,这一点与 30 年前的情况完全相同。

随着整体卫生服务提供的改善,人们明显认识到,获得卫生服务的障碍是导致不公平的重要因素:尤其是向服务使用者收费是造成阻止其获得所需服务的重要原因。而且,当人们无力承担必须的卫生保健费用时,一个健康问题可以使他们迅速陷入贫困或破产的境地¹⁴。这就是为什么延伸卫生服务提供网络必须与以社会筹资和预付制(而非自费支付)为特点的社会健康保障体系发展齐头并进的原因。为实现社会医疗保障体系的全民覆盖(即普遍获得卫生服务与社会卫生保障相结合)而采取的改革措施是改善卫生公平性的一个必要条件。对于那些初级卫生保健服务已接近实现全民覆盖的卫生系统来说,需要将这些改革措施与另一套积极开放的措施相补充,使网络无法覆盖的人群有机会获得服务:



因为对这些人来讲,卫生服务的可用性和社会保障措施几乎无法弥补因社会阶层差别而导致的健康结果。该群体中的许多人还得依赖承担整个社区卫生服务责任的这个卫生保健网络来获取服务。这就是为什么要采取第二套改革措施,即服务提供方面的改革。

进行服务提供方面改革的目的在于将传统的卫生保健服务提供转变为初级保健服务,从而使各种卫生服务机构,包括本地卫生系统、卫生保健网络以及卫生行政区等为实现卫生公平的目标发挥最大作用,同时又满足人们对“卫生保健以人为本,达到身与心、人与制度的和谐状态”³的更多期望。这些服务提供的改革措施虽然仅是初级卫生保健改革中的一个分支内容,但其层面之高以至于人们常常对更广义的初级卫生保健的内容模糊不清。另一个问题使这种认识混乱更加严重了:即

关于初级卫生保健的需求及其与传统卫生保健服务差别的描述过于简化了(专栏2)²⁴。

有大量证据表明,以人为本的卫生保健体系在效率和有效性方面存在相对优势。尽管在专用术语方面存在诸多差异,但其自身独有的特点(以人为本,综合全面,持续保健以及由病人、家庭和社区共同参与)已获得普遍认同^{15, 27}。要实现具有这些特点的保健需要卫生服务的相应配合,要求贴近客户的多学科小组负责特定人群的保健工作,与社会服务机构和其他部门进行合作,并协调医院、专家及社区组织的工作。近年来,经济的快速增长为卫生行业带来了更多资源,加之人们对提高卫生系统绩效的不断要求,使人们获得了改革现有卫生服务的重要机遇,促进卫生服务体系向初级保健的方向迈进—不仅是资源充足的环境,在资金紧张但需求很高的环境中亦是如

专栏2 资源充足环境下的初级保健定义在资源缺乏的环境中被危险地过度简化了

在资源富足的环境中,初级保健已被充分地定义、描述和广泛研究,通常还为医生提供了家庭医学或全科医学方面的专业文献。与那些用于低收入国家的、极端限制性的和令人烦恼的初级保健措施相比,这些描述提供了过于宏伟的蓝图^{27, 28}。

- 初级保健为人们提供了一个可以解决各种健康问题的场所—而低收入国家的初级保健仅包括少数几种“重要疾病”,这是不能接受的;
- 初级保健是指引病人使用卫生系统的一个中枢—而低收入国家将初级保健削弱为独立的卫生站或单独的社区卫生工作者,这是不能接受的;
- 初级保健有利于改革目前的医患关系,病人可以参与自身健康及卫生保健的决策;初级保健将个人卫生保健与家庭和社区联系在一起—而低收入国家的初级保健仅限于对优先健康问题进行干预的单向服务模式,这是不能接受的;
- 初级保健为疾病预防和健康教育以及疾病的早期发现提供了机会—而低收入国家的初级保健仅仅治疗常见疾病,这是不能接受的;
- 初级保健要求提供服务的卫生专业人员小组应由医师、护士和具有特殊和复杂医学及社会技能的助工组成—而在低收入国家,初级保健意味着为支付能力有限的农村贫困人口提供低技术和非专业的保健服务,这是不能接受的;
- 初级保健需要充足的资源和投资,而且其资金效益大大高于其他替代方案—而在低收入国家,由于错误地认为初级保健廉价,因而穷人应有能力支付,致使初级保健必须由个人现金支付,这是不能接受的。

此。在许多中低收入国家,卫生服务的提供仍处于加速扩展阶段,因此,现在是制定计划力避重蹈高收入国家覆辙的大好时机。

初级保健在改善社区卫生服务方面可发挥更大作用,但如果仅满足人们对健康保障的要求、促进卫生公平以及使人们生活富有意义还远远不够。人们还期望他们的政府实施一系列公共政策来应对诸多卫生挑战,例如城市化、气候变化、性别歧视或社会分层带来的危机。

这些公共政策包括应对优先卫生问题的技术政策和项目。这些项目可设计为贯穿初级保健始终,对初级保健起支持和促进作用;如果项目忽略了这些与初保相关的设计,就会在无意间破坏了为卫生服务提供改革所做的努力。卫生当局负有制定正确设计方案的重要职责。通过初级卫生保健来解决重点卫生问题的项目需要和在国家级或国际级层面上的公共卫生干预项目相互补充,这可带来规模效益;对于某些卫生问题,这甚至可能成为唯一可行的方案。充分的证据说明,对于公共卫生、疾病预防直至健康教育范围内的特定干预措施,以此大规模进行实施可对人们的健康做出重大贡献。然而,令人吃惊的是,在所有国家,不论收入高低,这些干预措施均被忽略了。在危机发生以及公共卫生受到紧急威胁的时刻,这一点尤为明显,因为此时的快速反应能力对保证公共卫生安全及维护大众对卫生系统的信任均有重要意义。

然而,公共政策的制定过程不单只考虑经典的公共卫生内容。初级保健和社会保障改革严重地依赖于卫生系统政策的选择,例如那些与基本药物、医疗技术、人力资源及财政有关的政策,这些政策对促进公平和提高以人为本的卫生保健起着支持作用。此外,显而易见的是,人群的健康是通过不同部门所控制的政策实施来促进的,卫生本身无法掌控政策。

学校课程的设置、各部门对性别平等的政策支持、食品及消费品的安全及有毒废物的运输等问题均可以对整个社会的卫生保健产生重大影响,甚至起决定性作用,而对政策的选择将决定这些影响是正面的还是负面的。由于积极推进部门间合作,公共政策制定者就可能在决策时充分考虑“人人享有卫生保健政策”²⁹,以此确保卫生保健与其他部门的工作目标和目的在公共决策中共同发挥作用。

为了在环境极为复杂的卫生部门推行这些改革,必须通过探寻与多个利益攸关方面进行政策对话的合作模式对公共领导层重新投资,这既缘于人们的期望,也是获得最佳效果的办法。如果初级卫生保健的准备工作借鉴了过去成败的经验教训,那么在制定和实施符合国情的初级卫生保健改革措施的过程中,卫生当局会取得更佳的成绩。对于领导卫生事业的卫生部长及其他政府部门及非政府机构领导人而言,卫生管理是一项重要的挑战。这些领导者和机构无法再满足于对卫生系统的行政管理—他们必须成为学习型组织。这需要众多公共领域之外的利益攸关者/机构全面参与领导和管理,包括从临床医师到民间社会组织以及从社区到研究人员和学者。需要进行投资以增强卫生当局对初保改革领导能力的战略性领域包括:使卫生信息系统有益于卫生保健的改革;利用卫生领域的革新举措及各领域的动态变化;以及通过与国内外进行经验交流提高能力。

抓住机遇

这四套初级卫生保健改革措施需要依靠共同价值观的推动,这些价值观受到大力支持的同时也面临着全球化世界中普遍存在的一些挑战。然而,卫生改革的实施要虑及各个国家所处的完全不同的现实。不应将全民健康保险、卫生服务提供、公共政策以及领导力改



革等作为一个蓝图或标准化的一揽子方案加以实施。

在卫生支出较高的国家,通常是大多数高收入国家,他们有充足的资金力量实现以下目标:加快三级保健向初级保健的转变进程、创造健康的政策环境以及采取针对性的措施来完善全民健康保障系统以消除排斥。在众多卫生经济快速增长的国家中(有30亿人口生活在这些国家),经济的快速增长使处于卫生全面发展阶段的国家有机会按照完善的初级保健和全民保健的原则建立卫生系统,从而避免遗漏性失误,例如未能投资于有益的公共政策;也避免执行性失误,例如近年来高收入国家卫生系统表现出来的对三级保健服务的投资比例失衡问题。无可否认,对于生活在非洲和东南亚的20亿人口以及生活在局势动荡国家中的5亿多人口来讲,由于卫生经济增速较慢,他们面临的挑战更加严峻。但是,即使是这些区域也出现了增长的迹象,同时也有证据表明这些区域有潜力通过其他途径来加速卫生保健改革,而不是适得其反地依赖于以患者自费购买卫生服务的不公平制度,这为卫生系统和保健服务的进一步发展提供了机会。确实,与其他国家相比,这些国家无力承担不选择初级卫生保健而带来的后果,而其他国家则可以立即开始实施这些改革。

目前的国际环境有利于初级卫生保健的重振。全球卫生正在受到前所未有的关注,人们日益关注联合行动,更多人呼吁全面和全民保健,不论是艾滋病病人、提供治疗和保健服务的医护人员、卫生部长还是八国集团(G8)首脑,促进全球团结的具有创新性的全球筹资机制也在迅速发展。有明确迹象表明,各国期望通过合作来建设可持续的卫生系统,而不是依赖于割裂的和支离破碎的工作模式³⁰。

同时,人们也怀有这样的愿景:增加国

内投资,依照初级卫生保健的原则重振卫生系统。无可否认,GDP的增长易受经济衰退、食品与能源危机及全球变暖因素的影响,但在全球范围内,除某些脆弱国家外,GDP的增长正在为卫生支出提供更多的资金来源。利用这种经济增长将为实施必要的初级卫生保健改革提供良机,而20世纪80至90年代却不存在这种机会。目前,虽然仅有一少部分卫生支出用于纠正卫生系统运作中的某些常见扭曲现象或用于克服限制卫生服务提供的某些制度瓶颈问题,但这一支出的潜力已经显现,并快速不断增长。

全球团结及援助仍将是补充、稳定和支持卫生事业逐渐进步的重要手段,但与交流、共同学习和全球治理相比,全球团结本身就不很重要了。世界上大部分地区已经发生这种转变:多数发展中国家不再依赖于援助。国际合作可以加速世界卫生系统的转型,包括如何更好地利用援助。但是真正的进步将来自于各个国家对卫生的更好管理—不论其收入高低与否。

卫生当局和政治领导者均对目前卫生系统的发展趋势,以及如何应对不断变化的卫生挑战、满足人们的要求以及日益增长的期望值表示忧心忡忡。这正是目前推进初级卫生保健改革的良机。人们的挫折感和压力使对新型的、更平等的卫生保健以及更完善的社会卫生保障制度的期盼更加高涨:对卫生当局尤其是卫生部应采取应对措施的期望值达到前所未有的高度。

抓住这些有利因素,投资初级卫生保健改革可以加速卫生系统的转型,以便获得更好和分布更平等的卫生绩效。现今世界拥有的先进技术和信息使人们可以从卫生系统的职能转变中获取最大化的收益。民间社团更多的参与卫生工作以及具有规模效益的、集体性的全球化思维方式(例如,在基本药物方面)

将会进一步增加成功的机会。

在过去十年间,全世界已开始以一种更系统化的方式解决世界范围内的贫困和不平等问题,即设定了“千年发展目标”,使不平等成为社会决策的中心议题。整个十年间,卫生一直是与各方紧密关联的重要问题。这使得人们有机会采取更有效的卫生行动,同时也为在卫生部门与其他部门建立密切的合作

关系创造了必要的社会条件。因此,部门间的联合行动又重新受到重视。现今的许多卫生当局不再将他们的卫生职责仅限于维持生命和控制疾病,而是将其视为人们和社会所重视的一种重要能力³¹。卫生当局的合法性正逐渐取决于他们能否根据人们对健康和对卫生系统的期望来很好地履行其发展和改革卫生系统的职责。

参考文献

1. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund.* Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series No. 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.* Geneva, World Health Organization, 2007.
4. *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization.* Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care.* Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. *Report on the review of primary care in the African Region.* Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
7. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata: twenty-fifth anniversary.* Geneva, World Health Organization, 2003 (Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19–28 May 2003, WHA56.6, Agenda Item 14.18).
8. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.
9. *World Health Statistics 2008.* Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
11. *World development report 2004: making services work for poor people.* Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education.* Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for *World development report 2004 – making services work for poor people*).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6:972–983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244–247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321–325.
20. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva, World Health Organization, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5–6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182–191.