

Series of Humanistic Medicine and Health Management

人文医学与
卫生管理丛书

周业勤◎著

初级卫生保健

我国社区卫生服务治理化改革研究



科学出版社

人文医学与卫生管理丛书

初级卫生保健：我国社区卫生服务治理化改革研究

周业勤 著

科学出版社

北 京

内 容 简 介

1978 年,世界卫生组织发布了题为《初级卫生保健》的国际初级卫生保健会议报告。2008 年,世界卫生组织发布了题为《初级卫生保健:过去重要、现在更重要》的世界卫生报告,号召全体成员国重振初级卫生保健战略。本书以重振初级卫生保健为宗旨,反思了国际初级卫生保健运动的曲折历史,整合了生态学健康观、社区发展理论、治理理论的主要观点,建构了治理型社区卫生服务的理论模型,并对我国社区卫生服务当前面临的困境、治理化改革的实践路径和具体方法做出阐述。

本书适合于在社区卫生服务改革领域、社区建设领域、社区社会工作领域辛勤耕耘的研究工作者和实践工作者阅读。

图书在版编目(CIP)数据

初级卫生保健:我国社区卫生服务治理化改革研究/周业勤著. —北京:科学出版社, 2014.6

(人文医学与卫生管理丛书)

ISBN 978-7-03-040802-0

I. 初… II. 周… III. 社区服务—卫生服务—医疗保健制度—体制改革—研究—中国 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 113732 号

责任编辑:董 林 杨小玲 / 责任校对:邹慧卿

责任印制:肖 兴 / 封面设计:王 浩

科学出版社 出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

文林印务有限公司 印制

科学出版社发行各地新华书店经销

*

2014 年 6 月第 一 版 开本: B5 (720×1000)

2014 年 6 月第一次印刷 印张: 11 1/2

字数: 217 000

定价: 56.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

序

医学是以人的健康问题为研究对象的学科，生物医学和人文医学是构建当代医学的两大基本组成部分，两者的有机整合构成完整的医学体系。影响着人们的生理健康和疾病的状况及其转归的，不仅有生物因素、自然因素，还有人的心理世界、精神世界和世俗社会的各种因素。同时，卫生事业健康发展的合理规划，卫生政策的正确制定，医学研究和实践中所面临的伦理、法律和社会问题的处理，医学教育中医务人员和医学生的医学人文素质和能力的培养等重要问题，都需要生物医学和人文医学的协同合作。

人文医学是以医学人文的理论问题和实践问题为研究对象的学科体系。在人文医学内涵结构中，包含着医学哲学、医学伦理学、卫生法学、医史学、医学社会学、医学逻辑学、医患沟通学等交叉学科。这些学科对于阐述医学的人文本质和医学人文精神、探索医学发展和进步的史迹和规律、研究卫生法规和医学伦理原则在医学实践中的运用、揭示医患沟通的技巧和方法等，不仅具有重要的学术价值和医学实践意义，而且具有显著的医学教育学价值。人文医学承担着传输医学人文知识、塑造医学人文品格、提升批判性思维和医学人文关怀能力、训练和提高医患沟通技能等职能，在医学高等教育和继续医学教育中具有不可替代的作用。卫生事业管理研究是政府卫生决策的理论依据，涉及卫生政策的制定与实施、医院的管理与发展、卫生服务的质量与水平等与人民群众健康息息相关的问题，是医疗卫生事业发展不可忽视的重要学术研究活动。

南京医科大学的人文医学和卫生管理学科发展走过了 80 年的发展历程，学校秉承医学与人文融通，教学与科研并重，基础与应用结合的办学理念，十分重视人文医学和卫生管理学科的发展和建设。医政学院的教师们，肩负着医学与人文融通的重任，在人文医学和卫生事业管理领域中教书育人、悉心科研。撰写并出版了《人文医学与卫生管理丛书》，内容涉及医学哲学、生命伦理学、卫生法学、医学创新思维、佛教医学、民国医学教育、社区卫生服务、医疗体系、卫生服务公平性等等内容，展现了南京医科大学悠久的文化积淀和历史传承。这套学术丛书，有的是国家或省部级科研课题的学术研究成果，有的是多年学术研究的积累和提升的成果，凝聚着医政学院教师们精益求精和勇于探索的学术追求。人文医

学和卫生管理研究是一项复杂的工程,《人文医学与卫生管理丛书》中还有些许问题值得商榷,还需要进行更加深入和细致的研究。但无论如何,这是一套值得一读的学术丛书。在这套丛书即将付梓之际,我欣然为之作序并向广大读者推荐。

南京医科大学党委书记、校长

陈 琪

2014年4月16日

前 言

在理想和现实之间

1887年，德国现代社会学的奠基人之一，斐迪南·滕尼斯在《社区与社会》一书中建构了“社区”与“社会”这两种理想的社会关系类型，并用它们来描绘西方社会从传统向现代转型过程中社会关系变化的趋势。作为理想的社会关系类型，斐迪南·滕尼斯认为“社区”是指基于本质意志而产生的，靠习俗、情感和共同的义务来维系的，人与人之间亲密而又持久的社会关系。“社会”则是指基于选择意志产生的，靠法律强制来维系的，人与人之间相互算计的契约关系。在现实性上，斐迪南·滕尼斯传统社会的家族内部、村庄内部、小城镇上的邻里之间的人际关系趋近于“社区关系”，而现代大城市的人际关系趋近于“社会关系”。因此，斐迪南·滕尼斯的社区概念兼具理想和现实双重含义。在随后的社会学发展史上，不同的研究者出于不同的目的，或强调其理想的一面，或强调其现实的一面。但在社区发展领域，无论是研究工作者和实践工作者都致力于用理想的社区批判现实的社区，努力推动现实的社区向理想前进。

1978年，世界卫生组织和联合国儿童基金会共同主办了国际初级卫生保健会议，大会发布了题为《初级卫生保健》的会议报告。因为这次大会在前苏联的阿拉木图召开，所以这次的会议报告也被称之为《阿拉木图宣言》。《阿拉木图宣言》的宗旨是社区卫生保健与社区发展相结合，通过社区发展促进社区居民健康的发展。初级卫生保健战略发布不久即引起争议。反对者认为把卫生保健与社区发展结合起来，致使卫生保健的内容泛化，超出卫生保健系统的能力范围，过于理想化而难以实现，并提出作为替代性策略的、具有现实可行性的“选择性初级卫生保健”。支持者则认为妨碍健康的原因不仅有生物因素而且还有社会因素，要提高居民的健康水平，就必须在控制或消除妨碍健康的生物因素同时也控制或消除妨碍健康的社会因素。虽然争议的最终结果是反对者占上风，但支持者也从未放弃自己的理想，一直致力于用理想的初级卫生保健批判现实的初级卫生保健，努力推动现实的初级卫生保健向理想前进。

2008年，世界卫生组织发布了题为《初级卫生保健：过去重要、现在更重要》的年度世界卫生报告。报告在阐述初级卫生保健战略当代价值的基础上，号召全

体成员国放弃选择性初级卫生保健战略，重振综合性初级卫生保健。这一号召在绝大多数成员国中（无论是发达国家还是发展中国家）都得到积极的响应。但是，令人遗憾的是，我国并不在这个绝大多数国家之中，被报告明确批评的、国际初级卫生保健领域中的一些错误做法却被我国的社区卫生服务视为重点发展方向。初级卫生保健的本质是什么，为什么说初级卫生保健过去重要、现在更重要，我国的社区卫生服务为什么没有响应重振初级卫生保健的号召，怎样改革我国的社区卫生服务才能让它担当起重振初级卫生保健的重任？对这些问题进行探索构成本书的核心议题。

社区卫生服务亦如社区发展一样兼具理想和现实双重性质，社区卫生服务发展的本质就是不断地从现实向理想迈进。因此，社区卫生服务的研究和实践都离不开理想与现实的张力，没有理想引导的现实和没有现实基础的理想都是没有意义的。在理想和现实中徘徊，试图准确地描述理想和现实并在二者之间建构桥梁是本书的根本目标。但囿于自己学术功力浅薄，书中肯定存在不少缺憾乃至谬误之处，如能得到学界专家同仁的批评指正，实乃本人之幸事。在本书的撰写和出版过程中，本人得到所在学校、学院及科学出版社的大力帮助和家人的理解和支持，谨在此表达我最真诚的感谢！

目 录

第一章 失落的初级卫生保健战略	1
第一节 初级卫生保健战略的起源与背景	1
一、初级卫生保健战略起源	1
二、《阿拉木图宣言》的背景	2
第二节 初级卫生保健及其革命性	4
一、初级卫生保健的思想内涵	4
二、初级卫生保健的革命性特征	7
第三节 初级卫生保健的失落及其主要原因	8
一、初级卫生保健的失落	8
二、综合性初级卫生保健失落的原因	11
第二章 重振初级卫生保健战略	16
第一节 重振初级卫生保健战略的动因	16
一、选择性初级卫生保健的严重局限	16
二、少数国家坚持综合性初级卫生保健获得成功	17
三、生物医学保健体系的当代危机	17
四、健康问题的非生物学因素日益凸显	19
五、健康价值的上升	20
第二节 振兴初级卫生保健战略的新举措	21
一、全民保险改革	21
二、服务提供的改革	22
三、公共政策的改革	23
四、领导力的改革	24
第三节 重振策略之不足及其补充建议	25
一、2008 年世界卫生报告的不足	25
二、重振策略之补充建议	27

第三章 社区卫生服务的基础理论概念	31
第一节 理论的视界标定功能及健康服务的理论视野	31
一、理论的视界标定功能	31
二、健康服务的理论视野	32
第二节 社区与社区发展	33
一、卫生服务领域中的“社区概念”	33
二、社会学领域的“社区”概念	34
三、社区发展	35
四、社区发展过程中容易发生偏差的几个问题	37
第三节 生态学健康观	39
一、生态学的核心思想	40
二、生态学视角下的健康	42
第四节 社区卫生服务与全科医疗服务	46
一、社区卫生服务	46
二、全科医疗服务	48
第四章 我国社区卫生服务发展道路之反思	51
第一节 综合性社区卫生服务发展阶段及其主要特征	51
一、党和政府高度重视	51
二、面向工农	52
三、中西医结合	52
四、预防为主	53
五、卫生工作和生产相结合	53
六、培养当地卫生人力资源	54
七、群众卫生运动	54
第二节 选择性社区卫生服务发展阶段及其主要特征	55
一、政府责任弱化和虚置	56
二、社区卫生服务医疗化	56
三、社区公共卫生服务技术化	57
四、社区卫生服务碎片化	57
第三节 我国当代社区卫生服务面临的根本问题	58
一、社区卫生服务功能定位的政策性偏差	58
二、社区卫生服务医疗化的危害	60
第四节 社区卫生服务改革的方向和重点工作领域	64
一、重振初级卫生保健理论研究	64

二、改革社区卫生服务管理	65
三、培养社区卫生服务人员的社区组织能力	65

第五章 治理型社区卫生服务的理论建构 68

第一节 社区卫生服务的整合机制	68
一、社区卫生行动的行政整合机制	68
二、社区行政整合机制的解体	69
三、社区卫生服务需要有效的社区整合机制	70
第二节 治理型社区卫生服务的理论基础	71
一、治理	71
二、协同治理	72
三、治理结构生成原则	73
第三节 治理型社区卫生服务模式	74
一、治理型社区卫生服务的基本内涵及构成要素	74
二、治理型社区卫生服务内容和范围	75
三、社区卫生服务机构在治理型社区卫生服务中的角色	76
第四节 治理型社区卫生服务与相关概念的区别	77
一、治理型社区卫生服务与治疗型社区卫生服务	77
二、治理型社区卫生服务与社区卫生团队服务	78
三、治理型社区卫生服务与管理型社区卫生服务	78
四、治理型社区卫生服务与初级卫生保健	80
五、治理型社区卫生服务与社区建设	81
第五节 治理型社区卫生服务的价值	82
一、治理型社区卫生服务相对于社区成员的主要价值	82
二、治理型社区卫生服务相对于社区卫生服务系统的主要价值	82
三、治理型社区卫生服务相对于国家卫生服务系统的主要价值	83
四、治理型社区卫生服务相对于社区建设的主要价值	83
五、治理型社区卫生服务相对于社会发展的价值	83

第六章 社区卫生服务治理化改革 85

第一节 治理化改革浪潮的兴起	85
一、全球社会治理化改革的兴起及原因	85
二、我国治理化改革进程	87
三、我国社区治理化改革进程	89
第二节 社区卫生服务治理化改革的主要内容	90

一、加强治理型社区卫生服务的研究和宣传	91
二、立法落实预防为主的健康发展方针	92
三、改革社区卫生服务组织和社区的关系	93
四、改革社区卫生服务的绩效管理体系	94
五、改革社区卫生服务人员继续医学教育模式	95
六、改革全科医学教育的课程体系	95
第三节 社区卫生服务治理化改革的环境制约及对策	96
一、社区卫生服务治理化改革的社区环境制约及对策	96
二、社区卫生服务治理化改革的公共政策环境制约及对策	99

第七章 社区卫生治理能力建设

104

第一节 社区卫生治理能力及其主要构成要素	104
一、社区卫生治理能力的定义	104
二、社区卫生治理能力的核心类型	106
三、影响社区卫生治理能力的主要因素	108
四、社区卫生治理能力的价值特征	109
第二节 社区卫生治理能力建设的一般原则	110
一、自治原则	110
二、行动原则	111
三、参与原则	111
四、平等原则	112
五、协商原则	112
第三节 社区卫生治理能力建设行动框架、基本特征和意义	113
一、社区卫生治理能力建设行动框架	113
二、社区卫生治理能力建设行动框架的基本特征	118
三、社区卫生治理能力建设行动框架的意义	119
四、社区卫生治理能力建设相关问题	120

第八章 社区健康问题评估

122

第一节 社区健康问题评估及其意义	122
一、社区健康问题评估	122
二、社区健康问题评估的意义	124
第二节 社区健康问题评估的基础	127
一、社区健康问题评估中的核心概念	127
二、社区健康问题评估的核心原则	129

三、社区健康问题评估过程中需要使用的主要方法	129
第三节 社区健康问题评估的基本步骤	133
一、准备阶段	133
二、制定当前社区内需要解决的健康问题清单	134
三、排列当前社区内需要解决的健康问题优先序列	135
四、选择一个作为社区卫生治理对象的健康问题	136
五、设计社区卫生行动治理方案	137
第九章 社区健康治理行动评估	140
第一节 社区健康治理行动评估概述	140
一、社区健康治理行动评估	140
二、社区健康治理行动评估的意义	141
三、社区健康治理行动评估的基本原则、步骤	143
第二节 社区参与及其评估	145
一、社区参与	145
二、社区参与的评估	146
第三节 社区社会资本及其评估	149
一、社会资本的定義和内涵	149
二、社会资本、健康、社区健康治理行动	150
三、社区社会资本的评估方法	152
第十章 社区变迁之健康影响评价	156
第一节 社区变迁及其对健康影响	156
一、社区变迁	156
二、社区变迁对健康的影响	157
第二节 健康影响评价	158
一、健康影响评价及其渊源	158
二、健康影响评价的意义	161
第三节 健康影响评价之原则、步骤	162
一、健康影响评价的基本原则	162
二、健康影响评价的基本步骤	163
第四节 我国社区变迁之健康影响评价面临的障碍和建议	166
一、健康影响评价在我国的发展状况	166
二、社区卫生组织开展健康影响评价的可能性	167
三、社区卫生组织开展健康影响评价的主要障碍与对策	169

第一章 失落的初级卫生保健战略

以初级卫生保健为专题的《阿拉木图宣言》被誉为当代国际卫生发展史上的一次革命，它以部分国家和国际组织的经验为基础，系统地阐述了综合性初级卫生保健的战略。然而，仅在《阿拉木图宣言》发布一年之余，又有国际组织提出选择性初级卫生保健战略并迅速取代了综合性初级卫生保健。《阿拉木图宣言》的革命性何在？它又何以迅速被选择性初级卫生保健战略取代？

第一节 初级卫生保健战略的起源与背景

一、初级卫生保健战略起源

初级卫生保健（primary health care）战略的起源可以追溯到 18 世纪末至 19 世纪中叶的欧洲公共卫生运动。18 世纪中叶的欧洲，工业革命兴起，大量农民流入城市转化为产业工人。资本家为了最大限度地榨取剩余价值，想方设法压低工人工资，迫使工人在极其恶劣的环境中工作。恶劣的生活环境和工作环境引发了严重的健康问题，“位于城市中最糟的区域里的工人住宅，和这个阶级的一般生活条件结合起来，就成为百病丛生的根源（恩格斯，2004）”。城市恶劣的公共卫生状况推动当时卫生工作的重点从个人卫生转向整个社会的卫生，欧文和圣·西门等乌托邦主义者把浓厚的人道主义思想带入公共卫生领域。当时，许多乌托邦主义者都是工业家，他们研究生活方式和健康之间的关系，呼吁人们需要未被污染的生物、空气、水和清洁的生活环境，希望能以此推动公共卫生的发展（沃林斯基，1999）。进入 19 世纪后，欧美国家的快速工业化引发了一系列的严重社会问题，以解决社会问题为目标的社会调查和社会改革运动开始兴起。一些社会思想家、医学家、社会改革家在有关社会问题的调查中或间接或直接地揭示了疾病发生和流行的社会原因，其中具有代表性的调查报告如埃德温·查德维克（Edwin Chadwick）于 1842 年撰写的《大英帝国工人卫生状况的调查报告》，弗里德里希·冯·恩格斯（Friedrich Von Engels）于 1845 年发表的《英国工人阶级生活状况报告》，鲁道夫·魏尔啸（Rudolph Virchow）于 1848 年撰写的《上西里西亚斑疹暴发原因及对策报告》等。这一时期公共卫生运动的基本原则包括：①人民有权获得健康，政府有义务为人民提供健康保障。②人们所患疾病与其行为方式及

所处的社会文化环境有关。③消除疾病流行需要社会行动而不仅仅是医学治疗。在上述原则的指导下，以改善工人阶级的工作环境和生活条件为目的的公共卫生运动在欧洲展开并取得了显著的健康效果。

但到 19 世纪后期至 20 世纪中叶，生物医学获得快速发展，抗生素、疫苗相继问世并取得近乎神奇的临床效果。在生物医学的快速发展推动下，以医院为中心、药物治疗为手段的卫生保健体系在欧美国家迅速占据主导地位，并通过殖民统治传播到殖民地国家。在生物医学的影响下，公共卫生领域开始逐步接受了生物医学能够解决所有健康问题的观念，逐步弱化了用社会行动解决健康问题的集体行动路径，转而致力于药物和疫苗的开发和应用，生物医学模式逐步取代集体行动模式成为公共卫生领域的主导模式。

二、《阿拉木图宣言》的背景

20 世纪 50 年代的卫生保健领域，虽然生物医学在疾病治疗方面已经获得无可争辩的巅峰地位，但是以生物医学为基础和核心的卫生保健体系却开始受到质疑和批判。

首先是生物医学对健康的贡献受到质疑。英国史学家、社会医学家托马斯·麦基翁（McKeown and Brown, 1955）通过自己的研究提出，18 世纪以来英格兰人口总体健康状况的改善与医学的进步几乎没有关系，人口死亡率下降的原因是生活及营养水平的提高。在将近 20 年后也就是 1974 年，麦基翁的观点在加拿大政府发布的《一个观察加拿大人民健康的新视角：一份工作报告》（*a new perspective on the health of Canadians: a working document*）^①中得到正式回应。该报告认为健康领域（health field）由四个基本的维度构成，它们分别是人类生物学、健康照顾体系、环境和生活方式。因此，把提高国民健康水平的工作重点放在生物医学的治疗体系建设上是错误的，并且认为要改善人口的健康状况，就需要超越以疾病治疗为核心的生物医学保健体系建设，把保护环境、加强健康教育、劝说人民改变不健康的生活方式等纳入健康工作的重点领域。这是西方国家发布的第一份承认把国民保健工作的重点放在生物医学治疗体系建设上是错误的官方报告。激进的奥地利哲学家伊凡·伊利奇（Illich, 1976）在 *Medical Nemesis: the Expropriation of Health* 一书中提出，西方以医院为基础、以医生为中心的保健体系不仅是无效的，而且是有害的，因为该体系奉行的“专家主义”（expertism）不利于基本保健知识的传承，削弱、甚至剥夺了人们自我保健的意识和能力，从而成为妨碍公众健康的社会性病因。

其次是世界卫生组织及其他国际发展机构在世界各地实施的公共卫生项目受到广泛批评。在 20 世纪五六十年代，世界卫生组织以及其他主要国际组织在推动

① 注：因该报告是应时任加拿大卫生和福利部部长拉隆德的要求而形成的研究报告，因此后人又称该报告为《拉隆德报告》（*Lalonde Report*）。

发展中国家人民健康水平发展方面的主要工作是运用生物医学手段消灭诸如天花、黄热病、雅司病、疟疾等。虽然这些项目取得了一定的成功如消灭了天花，但是随后的研究发现这些项目并不能降低发展中国家贫困人口的疾病负担。研究表明，虽然公共卫生项目可能控制甚至消灭某些疾病，但接受公共卫生项目干预的患者却可能死于其他疾病或并发症，健康水平并不能得到提高。世界卫生组织在 20 世纪 60 年代实施的消灭疟疾项目致力于通过杀虫剂消灭传播疟疾的蚊子，而消灭蚊子的项目最终被证明是不可能实现的。到 70 年代，这些项目造成的后遗症更加明显，绝大多数项目都需要所在国给予一定数量的配套资金，项目所在国为了获得援助项目，只能不断地变更本国的卫生发展规划以便筹集资金与国际援助的卫生项目进行配套，最终结果是受援助国的卫生服务体系支离破碎，失去明确的、连续性的工作目标，反而损害了受援助国的卫生服务体系的建设（World Health Organization, 1973）。此外，所有援助项目都有一定的时间范围，在项目持续期内，虽然受到干预的特定疾病能够得到控制，但是由于引发疾病的经济社会环境原因并没有被消除，以至于项目结束后那些失去控制的疾病大多又死灰复燃、卷土重来。

再次是生物医学保健体系在发展中国家的可行性受到质疑。20 世纪五六十年代，殖民地国家纷纷独立。但是，受殖民统治的影响，在发展中国家处于主导地位的保健体系是来自西方国家的生物医学保健体系。生物医学保健体系依赖于高成本的高技术以及高度专业化的职业医学工作者，它的工作重点是治疗疾病而非预防疾病，生物医学保健体系的这些特征使得它无法适应发展中国家的保健需求。一是高昂的经济成本使得落后的发展中国家经济根本无法支撑起能够覆盖全民的生物医学保健体系。生物医学保健体系以医院为基础，而医院建设需要大量的资金，发展中国家微薄的卫生经费根本无法支撑起覆盖全民的医疗体系建设，其结果是医疗服务体系只能覆盖大中城市。二是医疗体系建设不仅是一个经费问题，还需要有足够的医疗人才。然而，发展中国家狭小的生物医学教育规模决定了其生物医学人才的匮乏，这也就从人才方面限制了医疗体系的发展。极其落后的农村条件又让匮乏的生物医学人才望而却步，致使发展中国家的广大农村人口难以获得生物医学保健体系的健康保护。三是生物医学保健体系重治轻防的工作特点，使得生物医学保健体系即使是在城市也只是服务于少部分患者而不是全体城市居民的健康。发展中国家的生物医学保健体系花费巨大，却只能服务于少数人口，加剧了健康的不平等状况。Bryant 指出，全球有超过半数的人口根本没有得到健康保健服务，在那些得到保健服务的人口中，又有大部分人获得的保健服务与他們正在承受的健康问题并不相干……那些携带喷雾器和疫苗注射器的流动服务队是不可能满足人们最迫切的健康服务需求的。

最后是替代性卫生保健道路的探索。由于在发展中国家发展生物医学保健体系的可行性受到质疑，20 世纪 60 年代，一些发展中国家和国际组织合作开始探

索替代性卫生保健道路。所谓替代性卫生保健道路，即发展中国家用于替代生物医学保健体系道路的卫生保健体系建设道路。20 世纪五六十年代是反殖民运动高涨的时期，许多取得独立的殖民地国家认识到，源自宗主国的生物医学体系只能服务生活在城市的少数人。为了改善全体国民的健康状况，许多取得独立的殖民国家开始探索不同于宗主国的卫生保健体系的发展道路。中国、印度、古巴、尼日利亚、尼加拉瓜、坦桑尼亚等多个发展中国家立足于本国国情，积极探索能够走出城市、走出医院、走进农村人民生活的卫生保健服务体系。联合国儿童基金会和世界卫生组织共同组织专家对上述国家的卫生保健实践进行了广泛而又深入的研究，并于 1975 年发表了题为《发展中国家满足人民基本保健需求的替代性道路》的研究报告（Djukanovic and Mach, 1975）。该报告归纳出的成功经验，如政府具有满足人民基本健康需要的政治愿望，准确把握人民的健康需求及其优先顺序，发展社会经济，卫生保健服务立足于社区、积极组织和动员社区参与，培养当地卫生人力资源，整合卫生与社会经济发展政策等多条经验，都被吸收进入后来的初级卫生保健战略。

除了上述国家和世界卫生组织的探索之外，另外一个国际组织的卫生项目经验对于初级卫生保健战略的提出也起到了重要的影响，该组织就是基督教医学会。基督教医学会成立于 1968 年，是一个半自治组织，设立该组织的目的是让它协助世界基督教协进会评估和管理在发展中国家的卫生保健项目。鉴于教会的以往项目集中于医院建设和治疗服务，而这些项目对于满足人们的保健需求只有极其有限的效果。不仅如此，Litsios（2004）还认为医院已经成了修理工厂而不是一个为患者提供身心关怀的地方。正在深化的专业分工使得医学越来越把人视为有待修理的部件，人的整体性越来越被医学忽视。因此，基督教医学会转而致力于在全球范围内探寻立足于社区发展经验的新型卫生保健项目。这些新开发的项目都具有突出的社区取向，覆盖那些最需要服务的人群，与社区保持持续的伙伴关系，并致力于社区民众的增权和增能。这些项目实际上已经超出了传统意义上的卫生保健领域，涵盖了农业生产、住房、教育、供水和环境卫生等多个部门，内容包括发展经济、改善居住条件、普及基本教育等多个方面。这些项目取得了显著的健康效果，其经验通过基督教医学会创办的名为 *Contact* 的杂志得到广泛传播并为初级卫生保健战略提供了经验基础。

第二节 初级卫生保健及其革命性

一、初级卫生保健的思想内涵

自《阿拉木图宣言》发布以来，有关初级卫生保健精神实质的争论至今一直

没有停止过，不同的人基于不同的原因对初级卫生保健持有不同的理解。有的人认为初级卫生保健就是由非专业人员提供的保健服务，有的人认为初级卫生保健就是为穷人提供的最便宜的卫生保健服务，还有的人认为初级卫生保健就是全科医生提供的保健服务（Rogers and Veale, 2003）。同样，在我国也有不少人把初级卫生保健等同于社区卫生服务，甚至还有人认为初级卫生保健就是“看看小毛病”。此外，无论是国内还是国外，都有一些人认为初级卫生保健是不可能实现的幻想（Baum, 2003）。

作为一个文本，不同的人可以对《阿拉木图宣言》做不同的解读。但是，作为一个建立在卫生保健理论和实践探索基础之上的国际性卫生保健发展纲领，它的内涵和实质也不能做无限度的任意解读。要准确地把握初级卫生保健的内涵和实质，就既要研读其原本文献，又要深入了解其社会历史背景，只有把这两者有机结合起来才能既不拘泥于文本而又不背离文本，得其精要。接下来我们将依此原则对《阿拉木图宣言》以及当时的《大会纪要》和《世界卫生组织总干事和联合国儿童基金会执行总干事的联合报告》（世界卫生组织，1978）为原本进行解读。

在经历了十多年的实践探索和理论论辩之后，旨在替代源于西方发达国家的、以生物医学技术为基础和核心的，卫生保健体系的初级卫生保健思想体系终于形成。1978年9月6~12日，由世界卫生组织和联合国儿童基金会在哈萨克斯坦的阿拉木图联合主持召开了国际初级卫生保健会议。共有来自134个政府代表团和67个国际性组织的3000名代表出席了这次政府间会议，大会通过了著名的《阿拉木图宣言》。该宣言首次系统阐述了“初级卫生保健”的概念内涵、基本原则、实施方法、技术以及具体工作任务等内容，是初级卫生保健战略架构的形成标志。

（一）初级卫生保健的定义

初级卫生保健是基于切实可行、学术上可靠而又为社会所接受的方式与技术之上的卫生保健，通过群众中个人及家庭的参与，并在本着自力更生及自觉精神而发展的各个阶段上群众及国家能以维持的费用而使之遍及所有人等。它是国家卫生体制的一个组成部分、一个功能的中心和活动的焦点，也是群众生活及经济总体发展的一个组成部分。它是个人、家庭、群众与国家保健体系接触的第一环，能使卫生保健尽可能接近于人民居住及工作场所；它还是卫生保健进程的起始一级。

（二）初级卫生保健的健康观

健康不仅是疾病与体虚的匿迹，而且是身心健康社会幸福的总体状态，是一项基本人权，达到尽可能高的健康水平是世界范围的一项重要重要的社会性目标。政