

世界卫生 论坛

国际卫生发展杂志

1981年，第2卷，第1期



世界卫生组织 日内瓦

世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部由人民卫生出版社出版本刊中文版

世界卫生论坛
1981年，第2卷，第1期
世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)
人民卫生出版社印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 8 $\frac{3}{4}$ 印张 224千字
1982年3月第1版第1次印刷
印数：1—3,700
统一书号：14048·4246 定价：1.40元

《世界卫生论坛》为谁创办？

本论坛所涉及之范围，从“国际卫生发展刊物”这一副标题上便可一目了然。凡积极参加卫生发展进程者，均能从本论坛中发现许多有意义的题材。这不仅仅指卫生专业人员，而且，由于战胜疾病乃是总体发展的基本组成部分，所以，也包括经济学家、社会学者、教育者、政府官员和一切因本身所负担的责任和工作的性质，而不能对卫生领域的事态不闻不问的人，即使他们不直接负责卫生工作。

在卫生专业队伍中，本论坛尤其为卫生政策的负责人、卫生计划人员和行政管理人員以及为公共卫生学校和类似机构的教育人员而创办。倘若创办成功，几年后，就可以进一步发展，在现有的刊物中用多种语言登载特别增刊，以供其他类型的重要人员，如辅助人员订阅。

请为论坛撰稿

全世界卫生工作者各有己见，对新的途径、观察问题的崭新方法以及解决这些问题的新办法均有各自的见解。您在其它国家的同道和您一样，对我们大家共同面临的大量的卫生问题，即广大群众营养不良、卫生服务很差或费用昂贵、卫生设备匮乏和住宅简陋以及贫困不堪等问题，正在探索更好的解决办法。

《世界卫生论坛》主要旨在提供一个进行思想交流，即对解决老大难问题的名副其实的新思想、新方法进行交流的国际性论坛。我们的篇幅有限，不允许去重弹那些老调或介绍那些众所周知的技术，但是，倘若您有某些独特的能引人回味、思索的见解需要发表，倘若您有一些可使人从中受益非浅的经验体会需要介绍，请务必告诉我们。把论坛作为您同全世界卫生工作的同道进行对话的讲坛吧，让别人从您的思想和经验中获得教益。

为此，您可以采用多种途径：可将介绍您的经验或见解的文章寄来，可给读者论坛专栏写信对我们的文章发表看法，可向我们介绍您所认为颇有价值的书籍或文章，或提请我们注意那些项目值得广泛宣传。论坛将探索一切有意义的线索，在您的帮助下，宣传卫生领域中最新、最激励人的思想。这是论坛的任务所在。

世界卫生组织© 1981 年

世界卫生组织出版物的版权受世界版权公约第2号协议书规定之保护。

世界卫生组织欢迎部分或全文复制和翻译《世界卫生论坛》所刊载的文章，但是，必须首先获得瑞士1211日内瓦27世界卫生组织出版办事处书面批准，因为《世界卫生论坛》所刊载的某些文章其他出版社已获得版权。世界卫生组织也有必要掌握哪些文章业已复制。

本刊物所用名称和刊登的材料并不意味着世界卫生组织

秘书处对任何国家、地区、城市或区域或其当局的合法地位，或对其国境或边界表示任何意见。

凡署名文章内的观点均由作者本人负责。经作者同意，方可对文章作文字上的修改。

所提到的一些公司或某些厂商的产品并不意味着世界卫生组织认为它们比没有提到的类似性质的其它产品好，从而赞同或推荐它们。除了错误或遗漏外，专利产品字头均用大写字母，以示区别。

世界卫生组织 瑞士1211日内瓦27

《世界卫生论坛》

《世界卫生论坛》是一种季刊，对象为决策人员、卫生计划人员、行政管理人员、卫生教育人员和各类公共卫生工作者。它提供了一个介绍和讨论公共卫生的新思想和卫生问题的新途径的讲坛，通过促进全民的卫生服务和采取各种公共卫生的措施——不论这些活动是否由世界卫生组织支助——来致力于改进卫生事业。论坛将竭尽全力办成世界卫生组织会员国国际卫生情报交流的主要刊物和发展中国家技术合作的积极工具。该刊物用中文、英文和法文出版。

创刊预订特价：1981年第2卷第1~4期，包括1980年第1卷第1、2期合订本：30瑞士法朗。每本定价：10瑞士法朗。

《世界卫生组织月报》

《世界卫生组织月报》是《世界卫生论坛》的一种补充刊物，是刊载世界卫生组织活动情况的主要情报性刊物。其任务是解答两大问题：世界卫生组织做了哪些工作，通常能从世界卫生组织获得那些刊物和重要资料。该杂志每2月1期，每期40~50页，发行32,300册（中文2,000册，英文18,000册，法文5,800册，俄文2,500册，西班牙文6,000册）。

年度订购价：20瑞士法朗，每期定价：4瑞士法朗。

《世界卫生组织公报》

公报是世界卫生组织主要科学性机关刊物。其任务是审阅医学以及与医学有关的科学的进展（“现代化”专栏文章），并通过刊载有关实验室和实地科研的文章介绍新的知识，该刊物每两月一期，每期150~170页，发行6,300册（英文和法文）。另外，还有俄文全文译本。

预定价（六期）：100瑞士法朗。

世界卫生组织其它出版物：《世界卫生》、《技术报告丛书》、《专题论文集》、《公共卫生文集》、《世界卫生组织胶版印刷刊物》、《世界卫生统计季刊》、《国际卫生法规文摘》等，均有目录介绍，承索即可免费赠阅。价格变化，不另通知。

世界卫生论坛

1982年第2卷第1期

页数

社论

行动起来

Abogado Jaime Roldos Aguilera 3

2000年人人获得保健

“2000年人人获得保健”的含义

Halfdan Mahler 5

“2000年人人获得保健”的资金从何而来?

Lee M. Howard 20

向人人获得保健的方向前进——马尔代夫的做法 26

“2000年时的保健”目标 31

圆桌会议

农村卫生员：是仆人还是救星?

David Werner 39

讨论：M. V. J. Blanc, Zafrullah Chowdhury, G. C. Cook, Zaki Hasan,

Jean F. Martin, G. Nugroho, E. M. Samba, William E. Stehbens, John

Wright 47

初级卫生保健

希腊的初级卫生保健

Spyros Marketos & George Merikas 62

泰国的供水和初级卫生保健

Pateep Siribodhi 65

儿童死亡率与母亲的教育有关

J. C. Caldwell 68

关于妇幼卫生的当前措施 72

卫生保健组织

给初级卫生人员颁发执照

R. Wainwright 74

关于分担卫生保健费的问题 76

非洲的两种医学体系：供计划制订者选择

Nguete Kikhela, Gilles Bibeau & Ellen Corin 85

医学与卫生

美国医学教育的原则

Eugene D. Robin88

发展

粮食援助作为一种资本投资

J. P. Dustin & G. J. Lavoipierre93

论坛采访

贫穷：人类的财富

访问 Albert Tévoédjrè99

书刊摘编

卫生与营养措施能收效吗？

Davidson R. Gwatkin, Janet R. Wilcox & Joe D. Wray104

大事

定期医疗检查：它的实际价值是什么？

加拿大特别工作组关于定期健康检查的报告113

读者论坛

Leonardo Mata, A. B. Paltrinieri, Rafael Miranda Franco, F. S. Barbosa,

Valerie P. Gump, Trevor Hancock, R. Srinivasa Murthy123

文摘

饮水加氟是否有益？

Ernst Jonsson128

日本的卫生问题：发展中国家可以吸取的几点经验

G. A. Ashitey129

初级卫生保健的发展趋势

N. R. E. Fendall & I. C. Tiwari130

书评134

行动起来

Abogado Jaime Roldos Aguilera

厄瓜多尔共和国总统

一个国家的实际卫生状况并不能以其建成医院之多寡来判断，而应以其不再需要医院之数量来衡量。我并不赞同关闭现有的医院，或制止建设更多的医院，因为病人的痊愈和康复正是我们关心的问题。但是我们深信，进一步强调预防疾病，就能逐步使健康取得优势。到那时，我们的目标是确保厄瓜多尔全体人民都能去保健中心看病，享受最高质量的医疗，我们知道，这是一个漫长的过程。但是，倘若不彻底改变我们卫生领域的做法，那末，疾病猖獗的趋向势必变得不可挽回。

从技术、管理和人员上来加强卫生领域至关重要。在这一方面，卫生部应起指导作用。我们应先从透彻了解最新情况着手，以便根据需求的轻重缓急来安排规划和活动。我们必须实施已定的计划，行动时应坚持不懈，诚心诚意；必须督促、检查我们的活动，应认识到督促的基本特点就在于给下级以直接指导；还必须定期评价工作的成果，以便决定我们的活动是继续进行还是予以修订。所有这一切，都需要有一个能将情况汇报给决策机构的适宜情报系统。

发病率和死亡率在我国仍然很高，这一点令人担忧。虽然，1972年在智利圣地亚哥召开的卫生部长会议上表达了良好的愿望，但是，我们那些边远地区的人民仍然遭受着疾病的侵袭，而控制这些疾病的适宜技术却尽人皆知。可见，我们尚未做到将卫生服务送至最急需的地方。

因而，根据世界卫生组织和联合国儿童基金会1978年召开的阿拉木图会议的决定，我们强调首要的一点就是制订一项扩大卫生服务普及面的合理计划。我们要化愿望和文件为持久性的行动，因为继续让儿童死亡，或感染地方性肠胃炎，或罹患本来可以预防的疾病，那是不公平的。

我们继承下来的卫生模式具有发展中国家典型特点。让我们在理论上和方法上作一番根本改革来响应这场挑战吧。要先预防后治疗；要把基层组织起来，使他们都参与确定自己的卫生问题和寻求解决这些问题的方法；要将处于社会经济生活边缘的人群作为优先的重点；要进一步关心最易发病的人群，特别是母亲和儿童。我们不应等待人民去卫生所登门就医。

我们必须面向基层，我们必须走出卫生所。哪里有疾病和死亡，我们就言传身教到哪里；我们要送医送药上门；要对我们所负责的基层定期挨户家访。这样，就能给最需要的人提供经常的服务，而我们的工作也就会更富有成效。我们就能达到一个基本的目标：将所需要的技术传给家庭，使它能对付，需要更复杂医疗技术的紧急问题。譬如，掌握了口服补液技术的母亲，通过治疗自己的孩子而争取到可能决定孩子生死存亡的时间。此外，她们应付疾病的能力及态度都会发生变化，这会激发她们解决问题的潜力。这些家庭就会发生变化。这种变化是我们的工作成果赖以保持的最好条件。

重要的是我们应持之以恒地将这一系列工作做到每一个需要的家庭。当我们能做到预防接种、营养和基本卫生条件之时，就是修改我们目前十分关心的卫生指标之日。这就需要配合，队

伍里的每个成员都应作出自己的贡献，而真正重要的人正是我们要为之服务的人。我们不论是专业人员、辅助人员、卫生积极分子还是基层领导，人人都要负责地担负起自己的责任。

我们深知卫生工作任重而道远，因为我们要做的工作是大量的，而成果又不会立竿见影。正因为如此，我呼吁你们所有处于负责岗位上的人勇往直前，决不退缩，需知我们的唯一目标就是为人民谋福利，而工作有时只能在将来才能显出成效。但是，我们不要丧失信心，因为灰心丧气和无所作为都是要不得的。让我们今天就行动起来，为灿烂的明天拓石奠基吧。最后，我要引用林肯的一句话(大意)：不要只为自己再当选而作官，应多为子孙谋福利而治国。

2000 年人人获得保健

“2000 年人人获得保健”的含义

Halfdan Mahler¹

*2000 年人人获得保健现已成为世界卫生组织所有会员国的正式目标。但是，这一思想的含义究竟是什么？它又包含什么具体内容？世界卫生组织总干事对此作了说明。

总的来说，近几年来世界卫生状况有了一定的改善，统计工作证实了这一点。然而，在某些非洲国家里，只有二分之一的新生儿有希望成长为青少年，世界人口的五分之四享受不到任何形式的经常性的卫生保健，而且，在发展中国家里，只有三分之一的人能适当地获得安全饮水和充足的卫生设施。

我们对世界卫生状况的最新评价表明，死亡率的下降速度减慢了。有的国家里，自然死亡率已趋于平稳，另一些为数不多的国家里，死亡率实际上是上升了。在所有发展中国家里，儿童死亡率仍然很高，而且，改善的速度趋于缓慢。在死亡率已经较低的地区，其下降的速度比死亡率高的地区要快。

显而易见，还不能使那些缺医少药的人都得到医疗。每年，有 500 多万儿童死于腹泻，相当于美国、英国、法国、荷兰和瑞典每年出生儿童的总数，在这些国家里，腹泻病只不过是微不足道的小病。儿童中，一半以上的死亡起因于营养不良、腹泻病和呼吸道疾病的恶性综合征。这些死亡，不是不可避免的，阻碍死亡率进一步下降的原因正是未能控制这些贫困性疾病。凡控制了这些疾病的地区，效果都是显著的。拉丁美洲国家的情况表明，如果传染病和寄生虫病引起死亡的比例从占总死亡率的 22% 下降为 6% 左右，那么，预期寿命便可从 45 岁提高到 68 岁，几乎相当于富裕国家的水平。

近几年，疟疾、血吸虫病、血丝虫病、锥虫病、利什曼病、霍乱或麻风病等严重疾病的威胁有增无减。患肠虫病的人占全世界人口的将近 1/4。

改革迫在眉睫

因此，在改善人类状况方面大有可为，需要采取的行动也十分紧急。五分之四的人还不能经常获得卫生服务，而国家又无法扩大现有的卫生机构，用人民所能承担的价格来满足整个人民的需要。因而，人人获得保健仍是一种幻想，而且只要还是用纯技术性术语——药品、护士、疫苗、医院、医生、X 线设备——来给它下定义，那么它将继续是一种幻想。要使幻想变为现实，就必须对现有的卫生保健战略作一番深刻的改革。因为它们已经不合时宜。的确，大多数发展中国家，在卫生体系中问题重重。

首先，投入卫生方面的资源太少。除中国外，67 个最贫穷的发展中国家卫生事业的总开支比富裕国家化在镇静剂方面的开支还要少。第三世界国家的卫生事业总开支，包括中国，也包括私营卫生部门在内，刚刚达到全世界每年烟草方面开支的一半。大部分发展中国家拨给穷人所依靠的政府卫生的经费还不到国民总产值的 1%。在许多发展中国家里，平均每人每年的药品费用不到一美元，连基层最基本的

¹ 世界卫生组织总干事（瑞士，日内瓦）。

药物需求都不能满足。大部分发展中国家用于卫生保健的费用占国民总产值的2~3%，也不过平均每人才4~6美元。如果这些国家在卫生方面的开支每年实际增长为10%，到2000年，平均每人的开支也仅仅才40美元左右，还不到1979~1980年间美国开支的5%。

其次，现有数量不多的资源通常只用于满足10~15%人口的需要。

第三，富裕的国家吸引穷国的医生。世界上四分之三以上的外流医生都集中在五个国家中，澳大利亚、加拿大、德意志联邦共和国、英国和美国。尽管培养一名医生需要比培养一名医疗辅助人员花费贵8倍，许多国家仍然只注重前者。

第四，普通人很少能负责自己的卫生保健。而如果卫生工作不从个人、住户、家庭、工作单位和学校做起，我们则永远达不到人人获得保健的目的。即使在工业化国家里，自我保健、自己负责、自己处理卫生问题，在个人、家庭和基层中也只占全部卫生保健的50~60%。遗憾的是卫生专业人员竟然不相信群众能获得决定自己卫生问题的能力。

因此，现在全世界都同意我们应该有一个新战略。以使我们达到人人获得保健这一目标。但是，人人获得保健的含义究竟是什么？

什么是“人人获得保健”？

“人人获得保健”，意味着在某一国家，使健康普及到每个人。所谓“健康”，系指使每个人不仅仅能获得卫生服务，而且是使一个人能在社会上和经济上过上较富裕生活的一种个人健康状态。要实现“人人获得保健”，就必须像解决纯医疗性问题那样，如医生匮乏、医院床位不足、缺乏药品疫苗等，必须消除对健康的障碍，即消灭营养不良、愚昧无知、饮水污染和居住不卫生等。

“人人获得保健”意味着必须把健康作为经济发展的目标，而不仅仅作为达到这一目标的手段。

“人人获得保健”归根结蒂要求人人识字。

在实现这一点之前，要求至少初步懂得健康对每人的含义。

“人人获得保健”取决于医疗保健和公共卫生的不断发展。人人都应该能够通过初级卫生保健而获得卫生服务，在初级卫生保健制度中，每个村落都应享有基本的医疗救护，免疫工作也应同样的方式达到全面普及。

因而，“人人获得保健”是一个综合的概念，它要求农业、工业、教育、住宅及交通部门和医疗卫生部门都作出努力。仅仅靠医疗保健是不能给遭受饥饿和生活在贫民窟中的人带来健康的。对这一部分人来讲，要获得健康，就必须要有崭新的生活方式以及获得更高生活水准的新机会。

一个政府接受了“人人获得保健”这一目标，就意味着下定决心要促进所有公民在广阔的发展领域里前进，并鼓励个人获得更高的生活水准。

进展的速度将取决于政治意志。世界卫生大会认为，如果决心较大，可以在2000年内实现“人人获得保健”。这个目标的期限是对所有世界卫生组织会员国的一项挑战。

“人人获得保健”的战略——初级卫生保健

“人人获得保健”战略的基础是初级卫生保健。阿拉木图会议¹把初级卫生保健说成为：

以切实可行、学术上可靠而又为社会新接受的方式和技术为基础的基本卫生保健，通过基层中个人及家庭的充分参与，并在本着自力更生及自力精神而发展的各个阶段上，基层和国家以所能承担的费用使之普及到个人和家庭。它既是国家卫生体系的一个组成部分，又是该体系的中心环节和活动焦点；又是基层社会经济总体发展的一个组成部分。它是个人、家庭、基层与国家卫生体系接触的第一级，能使卫生保健尽可能地接近人民的住处和工作场所。它还是卫生保健持续不断进程中的起始一环。

¹ 初级卫生保健，1978年9月，苏联阿拉木图国际初级卫生保健会议报告。日内瓦，世界卫生组织，1978年。

因而，初级卫生保健的三个前提是：多部门的途径和基层的参与以及适宜的技术，而所有的卫生规划和卫生基础结构又应以初级卫生保健为基础。这个战略把个人、家庭和基层作为卫生体系的基础，把基层所接触的卫生体系的第一线人员——初级卫生人员——作为卫生工作者的骨干。

用于初级卫生保健的基础外科学

我知道，外科教材和外科手术表不乏其数，但是，我所建议的是一本在国际上同意的，支持初级卫生保健、帮助各国选定自己的手术表，并与人员培训和设备有关的外科手术表。恐怕你们会指责我想降低你们的水平。决不是这样。你们水平的标准是什么？如果它们只是纯技术性的标准，那末我肯定，不论提出什么样的建议，你们都知道如何保持技术质量。但是我还要回到社会标准上，特别是更公正地分配外科资源的标准上。对全世界大部分人民来讲，要么采用我所提倡精选的基础外科学，要么一无所有，此外别无其它选择。

——H·Malher 1980年6月29日在墨西哥国际外科学第二十二届双年度世界大会上的讲话。

但是，只要不能使基层的每个人员都能获得卫生服务，那末2000年人人获得保健就只能幻想。这就要求在每个国家里，应该通过世界卫生组织称作的“卫生发展管理程序”和卫生体系的研究对现有的卫生体系进行彻底调整。

上述的每一方面都极其重要，有必要分别加以阐述。

多部门途径

卫生不是孤立存在的。它受到环境、社会和经济等互相紧密联系的因素多方面影响。贫穷人民的卫生状况在很大程度上是失业(和就业不足)、贫困、教育水平低下、住宅和卫生条件恶劣、营养不良以及缺乏改变这一状态的意志和首创精神的综合结果。除非首先消除或

减少这些障碍，否则要想大幅度地改善这类人的健康是不现实的。

因而卫生管理应和提高和改进食品生产、改善灌溉系统、销售某些产品等一并考虑。即使在儿童死亡率甚高、腹泻病和呼吸道疾病盛行，而且缺乏有组织的卫生服务的地区，有关健康和疾病的问题仍有可能未被列为重点，而仅排在建立公正的法律体系、土地改革、改进农业生产和农产品的销售、计划生育规划、改进营养和卫生宣教等之后。这不足为奇。在卫生部门以外所采取的行动可以比在卫生部门内部所采取的行动产生远为重大的作用。

除中国之外，67个最贫穷的发展中国家卫生事业的总开支比富裕国家化在镇静剂方面的开支还要少。

每个部门的首脑人物往往认为本部门的需要至高无上，卫生部门的首脑人物也不例外。但是他们必须十分小心，积极地将整个资源用于社会目标。卫生部的首脑必须有捍卫自己事业的决心，这个事业除其人道主义方面外，应促进人力和创造力的发展，以加强社会和经济方面的工作，反过来它们又加强了卫生领域。

理想的做法是正确地搭配各部门的资源，协调地使用这些资源来实现共同的社会目标。为此，就必须对这一目标取得共同的见解，并对达到这一目标的方式具有共同的想法。卫生活动可以作为社会觉悟的重要标准，从而成为社会发展的杠杆。卫生部门的首脑只有认识到基层卫生的社会作用，才能在促进社会发展，包括卫生发展的工作中说服别人。

部门间的远景不应仅仅局限于初级卫生保健，还应贯穿于卫生计划的整个体系中。

尽管部门间的计划工作有上述困难，但是保证其它部门的参与是可能的。如果要求其它部门在配合实际卫生工作上得以明确，那么获得这些部门主管人员合作的可能性就远比只向他们进行多部门工作的说教要大得多。

基层参与

现在我们要谈到工作中最棘手的问题，即大部分卫生机构不能充分满足基层需要的问题。我们常常提到卫生服务的普及面，当我们讲到建立了这样那样的机构，能普及数千人口的某某地区时，显然是引以为豪的。我们似乎并未认识到要使这种普及工作卓有成效，就必须涉及到卫生机构和人民之间富有成果的接触，以解决特定的需求，我们也没有认识到我们颇有原则的讲演很可能不切合实际。实际情况就是，在所谓能获得这种机构益处的人中，只有少数住在这种机构附近的人才能利用它，而大多数人是被排除在外的。很少有人考虑人们是否能到这些机构就医以及它们是否合众人之意等问题。

但是，不论常规卫生机构如何深达基层，仅仅对它们加以扩大恐怕不会带来必要的改进。卫生并不是一种恩赐品，而应该在内部产生。同样，卫生行动不能也不应该是从外部强加给个人，又和个人毫不相干的一种努力，而应是基层在基层人民对问题的看法上所做的一种反应，这种卫生行动应以他们能接受的方式来开展，并通过适当的基础结构给予充分的支持。

对高级技术用途的评价

哪些外科措施是真正有益的？哪种放射诊断是必需的？哪些化验检查能提供基本的资料？哪些放射治疗确能延长生命？哪些药物有效而无害？哪种心理疗法对个人有益对社会有用？个人有益对社会有用？哪种电子设备用于心脏病病人确能拯救生命？试想倘若你能发明一种简单测试法，预测什么样的病人真正能从加强冠心病的监护中获得益处的话，会带来多么大的节约，更不消说会减轻人类多少痛苦。想想合理使用昂贵的放射和实际设备，又会提高多大的效率。

——H·Mahler 1980年7月29日在加拿大蒙特利尔美国和加拿大医院协会大会上的讲话。

个人、家庭、基层和国家等各级的自力更生精神是实现人人获得保健的任何战略的根本。自力更生使人们掌握自己的命运。这就是初级卫生保健的实质。

为实现人人获得保健所采取的途径是建立于这样一种基本的认识之上：凡有人生活和工作之处，就会有健康和疾病。因而，必须使人们懂得健康的全部含义是什么。已经懂得的人有责任帮助别人掌握这一点。人们必须认识到健康不良并非不可避免，为了提高健康水平，应该考虑到一些政治、经济、社会、文化、环境和生物的因素。懂得了这一点，人们就更有力量，就能更好地利用有利于健康的因素，同时和不利因素作斗争。但是，要懂得这一点，就必须要有起码的卫生水平。卫生觉悟和社会觉悟必须同时提高，相辅相成。以上扼要介绍的过程就叫做基层的参与，或如某些人所说的那样，是“群众举足轻重的卫生工作”。

这种参与，要求基层在确定自己的需求、寻求解决的办法、动员当地的资源和发展必要的地方组织等方面担负起更大的责任。可以把这种参与看作为一系列简单的活动，它们毫无医疗的性质，却又以满足个人、家庭和基层的基本卫生需要以及改善生活水平为目标。

这种基层的参与可比当地的卫生保健组织产生更大的影响，它有助于使基层的领导人作出承诺，支持必要的卫生改革，并通过他们来促进政府作出政治性承诺，采纳和支持这些改革。

适宜的卫生技术

派出代表参加阿拉木图会议的134国政府一致同意：

卫生体系的各级对其方法、技术、设备和药物进行批判性的总结，以便只采用那些证明确有价值而费用又负担得起的技术的时机业已到来。这对初级卫生保健来说极其重要，因为人们总倾向于注重更适宜于医院使用的技术，而不太注重适宜于前线的技术。初级卫生保健的规模和目的以及初级卫生保健提供者的技术能力在任何时候都以掌握适宜技术更为重要。

应对卫生规划的方向进行调整，使之面向基层的发展和参与，面向既具有各部门也具有部门间性质的初级卫生保健，面向具有更大社会意义的问题，在这个过程中，必须领会“适宜的技术”这一思想。

伴随着卫生事业的发展而来的是与之不相称的直接用于少数人开支的增长，这些少数人，并非根据社会阶级或财富而决定，而是由医疗技术本身所决定的。在一些对这种现象进行过研究的地区，发现化费在一些人临死前最后几个月或几年上的开支增加了，这种增加并未显著地延长寿命，也没有减轻老年人临终前的痛苦。

在其它一些国家，在少数人身上增加开支与卫生保健措施越来越专门化的“不断升级”有关。

由于卫生保健日益变得更加复杂，因而它也越来越多通过卫生保健活动本身，而不是通过所取得的成果，或通过解决问题的办法来证明自己正确。

问题在变化，社会和重点也在不断变化，而且还会继续变化下去。社会行动的手段也必须不断变化。要随着我们知识和认识的增长继续发展新的行动。新型的行动应该使卫生工作人员的作用发生变化。

世界上四分之三以上的外流医生都集中在五个国家中：澳大利亚、加拿大、德意志联邦共和国、英国和美国。

“人人获得保健”的目标首先需要学术上可靠，人们能够理解和接受，非专业人员能够应用的卫生技术。确定或产生这种技术是基层卫生革命的一部分。我们再也不能继续不加区别地使用现有的方法、机器和药物了，其中有许多从未在对照试验下经过严格评价，更没有单独进行过适当的经济效益分析。我们必须通过发展另一种技术上可靠，文化上可接受，经济上可行，从而是更适宜的技术，来打破依靠未经验证、十分深奥、却又极端昂贵的卫生技

术的枷锁。

譬如，只要有可能，就将技术送达消费者，这从社会、经济和专业的角度来讲都是合情合理的。例如，将幼儿补液用盐水送到每家每户母亲手上比希望母亲把孩子送到专门的医疗机构来补液更为有益。腹泻病是怎样发生的，用什么方式治疗，这都不应该保密。不把对付这一疾病的必要的知识和技术推广到有发病危险的每家每户是毫无道理的。这就是破除医疗技术“迷信”的意思，这对形成基层参与是极其重要的。

世界卫生组织正在推广适宜的技术，而重点又首先放在基层的初级卫生保健方面。以后，还要考虑转诊工作的适宜技术。

适宜的卫生技术对专业、商业进而对政治都有巨大影响，因而，我们往往会遇到医学界及有关专业人员和工业界的反对。不管我们的专业水平如何，要获得成功，就必须比以往任何时刻都更加同心同德地工作。如果我们真心实意地想按期达到世界健康的伟大目标，我们就非得成功不可。为避免误解起见，必须再强调一遍：这不仅仅指发展中国家，最富裕的国家参加这项事业也同样会大有所获而决无所失。

现有卫生体系的调整

达到 2000 年人人获得保健的先决条件必须是：多部门的途径、基层的参与、适宜的卫生技术以及卫生服务的全面普及，包括国家最边远的地区和社会上最贫困的人。

但是，即使有了这项战略，单靠其本身也并不能获得成功。只有把它作为对现有卫生体系进行诚心实意的、坚定不移的和持续不断的调整过程的一部分，从而使卫生体系能够响应八十年代和九十年代以及 2000 年的最初数十年特定的挑战，它才能产生实效。

尤其重要的是要确保整个卫生体系的发展和新的政策、战略及行动计划的方向和内容相一致，并确保初级卫生保健及其支持机构不至变成与现有卫生体系并列的，与其只有“肤浅

需要的帮助

最终由发展中国家支付的 80% (初级卫生保健的费用) 将包括人员工资及其有关开支、日常物品供应、房屋和设备维修以及偿还贷款等项费用在内。发达国家在今后 20 年要掏出 160~400 亿美元, 即每年 8~20 亿美元。这笔款额只占工业化国家卫生事业总费用的 0.25% 至 0.5%。

——H·Malher 1976 年提交 Brandt 委员会的文件。

关系”的体系。各国政府在向初级卫生保健各级提供支持时, 将面临这样一个事实, 即现有卫生体系的职能可能与新的政策、新的战略和行动计划的要求相差甚远。各国政府应重新审查规划的实施、机构的组织、机构的管理和协调以及物力和人力的动用方式。重新审查的目的, 在于协调各种力量, 以便落实新的政策。

这里要再次引用阿拉木图的报告:

基层中的初级卫生保健活动通过逐级转诊设施得到支持, 这些设施具有资历较高的工作人员, 能够承担范围越来越广, 需要比基层一级所能提供的技术更高级的专门性医疗。

更要重视转诊设施, 尤其要重视卫生体系网中初级卫生保健的顶门上级机构。特别需要重新审查卫生中心和县医院的职能、人员编制、计划、设计、设备、组织和管理的工作, 以便使它们能够具有支持初级卫生保健的扩大职能。这些机构应起新的作用, 以满足初级卫生保健的需要。由于面临的问题要比严重疾病的临床问题更加广泛, 所提供的服务范围也应该相应地扩大。它们应包括进修培训, 对基层卫生工作人员进行指导和监督, 并对基层进行卫生宣教。这些机构应对卫生措施进行指导, 并宣传适于当地控制疾病的方法。它们应在供应杀虫剂、药物和卫生医疗设备方面给予后勤支持。它们当然也应继续提供住院和门诊的专门临床保健。它们还应在有关的行政级别上负责同参与社会经济发展的其它部门进行联系, 并共同行动。这些外部的承诺在造成对整个卫生体系的信任, 避免那些不需要转诊设施, 而只需要基层初级卫生保健便可医疗的患者过多地拥挤转诊机构, 属十分必要。

近几年来, 无人过问卫生保健体系。根据应更关心下层社会的原则, 极待改变这种状态。在应该提供什么样的服务这问题尚没有十分明确的时候, 我们忽视卫生保健体系还情有可原。既然我们在阿拉木图已就应该提供什么样的保健达成了一致的看法, 我们就可以对卫生基础结构进行调整。如果各国放任他们的规划各行其是地发展, 把卫生基础结构作为这些规划的消极的汇合, 那么, 他们决不可能建立一个费用负担得起的配合协调的卫生保健体系。因而, 在把各项卫生规划融合成一个统一体系的工作中, 卫生基础结构必须起领导作用。不仅应在大城市里这样做——这是相当困难的——而且尤其应在农村地区和城市贫民区也这样做。

全国范围的卫生规划

我们论述的这三个方面构成了在全国范围内实施卫生规划的基层卫生保健基础结构。经与其他发展部门协作计划, 经在各阶段与地方基层协商, 全国范围规划将由充分使用适宜技术的初级卫生保健人员来实施。必要时, 也要求助于转诊设施、医院以及卫生体系的其它部门, 它们只以辅助的身份来支持规划。

个人、家庭、基层和国家等各级的自力更生精神是实现人人获得保健任何战略的关键。自力更生使人们掌握自己的命运。这就是初级卫生保健的实质。

要支持初级卫生保健, 就必须组织起卫生体系, 以支持和进一步发展初级卫生保健。实质上, 这就意味着卫生体系担负着满足边远和交通不便地区的人民基本卫生需求的责任。许多国家的例子表明, 规划的安排和实施能够使这些地区的人民和人口众多地区的人民同样受益, 也表明能够建立起真正满足人民需要的卫生基础结构。简言之, 卫生基础结构有责任在全国范围内实施目标明确、技术相宜的卫生规划。这就要求从一开始每个人、家庭和基层以

及卫生部门和其它部门所采取的行动都有一致的看法,才能逐步地(如有这种必要)确保整个人民的保健。

初级卫生保健上一级卫生体系的设计应能支持、培训并指导基层卫生工作人员,应能对基层进行卫生问题的宣教,提供专门的临床保健,并与其它和社会经济发展有关的部门合作。

卫生发展管理程序

卫生技术不论其多么适宜,都必须作为卫生规划的一部分正确地运用于任何需要之处,而这些规划本身又应统一于卫生保健体系中。要做到这一点,就需要有管理能力,而这种能力又往往太缺乏。在各国和世界卫生组织中,有各式各样的技术专家,可是我们非常缺乏卫生发展这个混合学科的专家,即具有卫生发展的思想,能够促进这项工作,作出规划和预算,加以落实,并进行监测和评价,能够为此而动员其他所有涉及卫生、政治、社会和经济等科学领域的知识,并能对所有这些活动所需的情报进行整理、掌握、和综合的人材。这就是我们在聘用和培养人员方面所面临的挑战。如果要使各国在卫生发展战略方面确有进展,我们就必须在各国努力造就大量的这类人员。目前,培养胜任这些工作的管理人员的培训规划,即使有,也是为数不多。

卫生发展的管理包含诸多方面。这些方面是:制订国家卫生规划、编制规划预算、评价规划和加强卫生情报系统。这和现在的做法大不相同,现在的做法是将有限的资金用于往往彼此无关(即使它们在同一规划内),而又与国家卫生和社会的重点毫无联系的项目上。这种管理,首先要求制订国家卫生政策,并把它落实为可行的计划,包括确定重点。应当正确地制订重点规划。这些就是用来促进基层行动,确保人们了解卫生需求,并推动社会、技术和政治方面作出响应的国家程序。这些国家程序必须把编制能反映社会政策的国家卫生规划预算包括在内。要做到这一点,就应确保将资金优先拨给确定为社会重点的规划以及负责实施

这些规划的机构和单位。要对整个程序及其每个部分进行监督和检查,要通过评价工作使之不断完善,并使之自始至终地获得可靠的情况支持。

因而,卫生发展管理程序可以帮助国家更好地使用自己的和世界卫生组织的资源。世界卫生组织促进这一程序并不需要化费多大的代价,如果运用得当,收益将远远超过支出。在30多个会员国中,已经采用了这种程序,但是很少有国家通过持续不断的实行坚持始终。可以预料,随着这种管理程序的进一步发展,将会出现由国家和国际机构联合资助和实施的更为广泛卫生规划。

卫生体系的研究

调整现有卫生体系以及同时进行的建立可靠的卫生发展管理程序是把2000年人人获得保健这个抽象的概念变为现实的基本前提。但是,如果对现有的卫生体系的工作情况、存在的缺点和不足之处以及对应按什么样的轻重缓急的秩序进行什么样的改革等问题,并没有充分的了解,又如何进行调整呢?

如果要使各国在组织和管理卫生保健方面确有进展,那么,卫生体系的研究——对卫生体系的各部分如何进行工作,并对可能改进的方法进行研究——就是一个需要予以更加重视的领域。过去,我们在社会方面缺乏想像力,过于教条,而且过去可能过分地追求尽善尽美。

最富裕的国家大有作为……

4,900万美国人生活在官方称为缺医少药的地区,其中2,200万在城市,2,700万在农村。14.9%的人口得不到经常性的医疗保健。2,000至2,500万美国人——最贫穷或较贫穷的人——不享有卫生保险。此外,4,600万美国人对昂贵的医疗费用无充份的保险。在收入低于联邦所确定的贫困限界以下的人中,几乎有二分之一的人得不到医疗补助。

——H·Mahler于1980年7月29日在美国和加拿大实现2000年人人获得保健的情况调查

但既然人们已认识到这一研究工作是一项国家的工作，有世界卫生组织在那些需要国际合作的方面进行促进和协调，可以期望，卫生体系的研究将变得高度实用，并与卫生保健的提供密切相联。此外，它还应从卫生研究的其它方面吸取营养并向它们提供营养，以便形成实验室、临床、流行病学、生态学和卫生体系的连续性研究，并使这种研究工作，同以现有知识为基础提供有效的卫生保健紧密结合起来。

世界上，卫生体系的研究人员奇缺。这不足为奇，因为 20 多年以前尽管出现过一股热情，但是这类研究工作远未获得人们的器重，

在开展这类活动时，今后 10 年技术合作方面至关重要的原则，就是发展卫生事业中国家自力更生的能力。

尤其得不到生物医学科学家们的器重。但是，科学家必须担负起责任保证使科学家进展的益处运用于整个人类的福利事业。如果传统的科学方法不能有效地应用于提供卫生保健的实际问题，那么就必须抛弃它们，而寻求在社会方面更有用的新方法。

合作而不是冲突

人人获得保健的目标是在乐观的政治气氛中构思出来的，这仅仅是几年前的事。当时，人们尚感到尽管意识形态不尽相同，经济情况变幻莫测，世界正在摆脱绝境，用合作取代冲突。今天，我们可以察觉出形势正在变化，世界又一次趋于分裂这种无容置疑的迹象。但是，我们仍应继续寻求合作点，即使在有冲突的领域里，也要寻求合作点。目前卫生戏剧中的一切角色——南方政府和北方政府，它们的医疗、科学、和工业机构以及国际卫生官僚机构——都必须竭力缩小摩擦面，扩大合作面。

技术合作

最近几年，世界卫生组织在各国内活动的

方式发生了重大变化。在五十年代，这些活动主要是建立在技术援助的思想，常常体现在援助项目这样的形式上。这种势必形成毫无相互交流的授-受关系的技术援助，是由捐助者支离破碎地提供出来的，并不一定切实满足有关国家卫生或社会经济发展的需要。

世界卫生组织在这一时期曾做了一些卓越的技术工作，但是只限于一些狭窄的领域。接着便是进行总结的六十年代。人们认识到，致力于控制疟疾和其它一些传染病固然十分有益，但是并不因此便将健康带给了当地基层人民。

现在时代不同了，国家表达了要将新的技术合作的思想取代传统的授-受关系这一更加强烈的政治愿望，按照技术合作的思想，会员国利用他们的世界卫生组织来制订和实现按照自身需要所确定的社会 and 卫生政策的目标。根据这一途径而产生的卫生规划的目的是促进国家在卫生发展方面的自力更生，因此世界卫生组织在技术合作规划中的作用就是支持国家的卫生发展。

人们提出了一些确定技术合作定义的标准。技术合作，可以理解对会员国有高度社会意义的活动，也就是说这些活动直接针对确定的卫生目标，并将用会员国当前可行的，费用又负担得起的方法对改进这些国家人民的卫生状况作出直接和重大的贡献。在确定这些活动时，必须牢记下一个 10 年中技术合作的重要原则——在卫生领域中发展国家的自力更生。世界卫生组织为各国工作的思想已让位给与各国合作，并促进各国之间进行合作的思想，这就能共同对卫生发展产生持久的作用。

这种技术合作的新途径是卫生发展更为广阔的过程中的一部分，在此过程中，卫生既对社会和经济发展作出贡献，也从中受益。

南北对话

发达国家准备在多大程度上帮助发展中国家达到人人获得保健的目标，这一点尚不得而知。由于南方已确定了他们人人获得保健的社

会目标以及初级卫生保健这一主要手段，因而现在更有可能在卫生领域中实现自力更生。与此同时，南方可以向北方提出挑战说：为了达到我们人人获得保健的共同目标，我们自己将完成 95~97% 的任务，难道你们能不让我们为更好地发挥我们 95~97% 的作用而获得具有关键意义的 2~3% 的支持吗？

那么，发达世界为何要帮助别人呢？因为帮助了别人，也就是帮助了自己。以消灭天花为例，具有讽刺意义的是，根据保守的估计，正是富裕国家每年从中节约约 10 亿美元。因此说至少一半的收益应归还给发展中国家，看来是合情合理的。他们在很大程度上是为了发达国家而参加这场运动的。比如，在非洲，天花类型并非十分严重，他们可以不去管它而照常生活。既然只有 100 万儿童死于疟疾，那末消灭天花就不是最重要的事。但是，为了全球性的团结，非洲必须消灭天花。这是个很好的例证，说明世界上各国在卫生领域内互相依存的关系是多么密切。今天，没有任何一个国是孤立存在的，卫生是不可分裂的。

但是，发展国家收益最大之处，恐怕将是学到怎样通过仿效第三世界的发展途径来处理本身的卫生问题——这是一种反向的技术转让。一旦北方感觉到本身卫生体系中存在着令人难以置信的不合理时，就能更好地体会到南方真正的卫生问题。这将是又一个导致实现全世界人民人人获得保健所必需的真正全球团结因素。发达国家开始认识到他们能从新的发展秩序中得到巨大的益处。这种情况已在发生，你只要打开布兰特委员会的报告便可发现，我们终于开始认识到在发展中国家里开辟市场是符合富国利益的。这是富国能保持增长潜力的唯一途径。这一点现已为人们所接受。要把这种认识化为行动尚有很大距离。但是，从整个动向看，力争使 2000 年人人获得保健并非不现实。

医学院校

任何一个有思想的医科学学校的观察员都会

因有关国家医科学学校的教育体系常常与卫生服务体系相脱节而深感不安。在许多国家里，这些院校简直是尽人皆知的象牙塔。他们按照某些高级的、含糊不清、界限不明的所谓国际“学术标准”和朦朦胧胧感觉到的二十一世纪的需要来培养学生，而很少想到，甚至无视今日和明日社会急迫的卫生需求。

适宜的卫生技术对专业、商业进而对政治都有巨大影响，因而，我们往往会遇到医学界及有关专业人员和工业界的反对。

世界上的大多数医科学学校培养的医生不关心人民的健康，而是从事这样一种医学事业，即除了疾病和治病技术外。有时，甚至有人提出这样极不严肃的问题：培养什么样的医生究竟有什么要紧的？

但是，归根结蒂，社会要偿还卫生方面所欠的帐，因此，社会要求我们培养医生来履行一项社会任务，满足他们的服务对象基层的要求。医科学学校是社会的组成部分，是一个应培养人们在社会中并为社会而工作的工具。为此，我们必须首先认真地研究毕业生在离开医科学学校时所面临的情况，并制订一份培养他们发挥这一作用的教学大纲。要做到这一点，我们不得不提出一些发人深思的问题：

- 毕业生是否是从“健康”出发而不是从“疾病”出发来思考问题和采取行动？也就是说，他们是否运用预防和促进健康的技术，而不仅仅是运用治疗和康复的技术？
- 毕业生是否是从家庭和基层出发，而不是从单个病人出发来思考问题和采取行动？
- 毕业生是否从医生、护士和其他卫生工作者以及社会学者所组成的卫生队的成员出发来思考问题和采取行动？
- 毕业生是否从最合理、最有效地利用现有的财力、物力资源出发来思考问题和采取行动？
- 毕业生是否从他们国家的健康和疾病的类型及其有关重点出发来思考问题和采取行