

· 专题报道 —— 卫生健康事业发展 70 年巡礼 ·

初级卫生保健发展回顾与疾控作用的思考*



孙维哲, 梁晓峰

【摘要】2018年10月25日,世界卫生组织197个成员国在2018年全球初级卫生保健会议上,一致通过了《阿斯塔纳宣言》,誓要加强各自的初级卫生保健系统,为实现全民健康覆盖作出更大努力,该宣言为“初级卫生保健”这一卫生保健系统基础的发展确定新方向;同时,该宣言也是对具有重大历史意义的《阿拉木图宣言》的一次重申。本文旨在通过回顾初级卫生保健的发展历史和现状,分析以“预防为主”对于实现初级卫生保健的重要意义,为“健康危险因素”防控工作提出建议。

【关键词】初级卫生保健;阿拉木图宣言;阿斯塔纳宣言;疾病预防控制;健康危险因素

中图分类号:R 199 文献标志码:A 文章编号:1001-0580(2019)07-0797-04 DOI:10.11847/zggws1123260

Review of primary health care development and thoughts on role of disease prevention and control

SUN Wei-zhe, LIANG Xiao-feng (*Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing 102206, China*)

【Abstract】 The 197 member states of the World Health Organization unanimously adopted the Astana Declaration at the Global Primary Health Care Conference on 25th October 2018, pledging to strengthen their primary health-care systems and make greater efforts to achieve universal health coverage. The Declaration will set a new direction for the development of primary health care, which is the basis of the health care system. Besides, the Declaration is also a reaffirmation of the historic Alma-Ata Declaration. This article aims to review the development history and current situation of primary health care, analyze the importance of the concept of "Put the prevention first" to the realization of primary health care, and put forward suggestions for the prevention and control of health risk factors.

【Key words】 primary health care; Alma-Ata Declaration; Astana Declaration; disease prevention and control; health risk factor

2018年是中国改革开放40周年,我国医疗卫生行业发生了天翻地覆的变化。2018年也是世界卫生组织《阿拉木图宣言》发表40周年,宣言为普及初级卫生保健奠定了基础。然而,过去40年中,《阿拉木图宣言》在全球推行的进展并不平衡^[1];因此,世界卫生组织在2008年度《世界卫生报告》^[2]中,以“过去重要,现在更重要”为主题回应了世界各地发出的要求重振初级卫生保健的呼吁。10年后,2018年10月25日,世界卫生组织197个成员国在2018年全球初级卫生保健(primary health care, PHC)会议上,一致通过了《阿斯塔纳宣言》,誓要加强各自的初级卫生保健系统,为实现全民健康覆盖作出更大努力;同时,也是对具有重大历史意义的《阿拉木图宣言》的又一次重申^[1]。

1 PHC的概念与内涵

20世纪70年代初,发展中国家极度贫困人口数量庞大,基本卫生服务难以保证,人民受到传染

病和寄生虫病的威胁,人均期望寿命偏低、婴儿死亡率高;与此同时,发达国家人民也面临生活方式改变所造成的各种慢性疾病带来的负担,为解决这些问题,1977年世卫组织提出了“人人享有健康”的全球战略目标^[3]。为推动这一目标的实现,1978年在阿拉木图举行的世界PHC会议上,世卫组织及其成员国共同做出了一个历史承诺——《阿拉木图宣言》,宣言从促进卫生发展的指导性价值观,开展卫生服务的原则,以及解决重点卫生需要和基本的健康决定因素的系列办法等不同角度,阐明了PHC的概念;明确了促进PHC是实现2000年“人人享有卫生保健”的关键和基石^[4]。

PHC所包含五个基本原则:1.合理布局,同时考虑需求的可及性和覆盖率;2.社区参与,社区主动参与有关本地区卫生保健的决策;3.预防为主,强调疾病预防和健康促进的综合卫生保健,以寻求和消除各种致病因素为核心;4.适宜技术,对于可

* 基金项目:中国疾控中心公共卫生应急响应机制的运行(131031001000180001)

作者单位:中国疾病预防控制中心,北京

作者简介:孙维哲(1986-),女,河南人,硕士,助理研究员,研究方向:公共卫生专业。

通信作者:梁晓峰, E-mail: liangxf@chinacdc.cn

数字出版日期:2019-07-03 19:28

数字出版地址: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1234.R.20190703.1928.016.html>

支配的资源还需考虑适用技术和成本效益; 5. 综合途径, 加强部门间的合作。PHC 是全球性的战略行动, 体现了社会平等权利, 强调人人都能得到且群众和政府均可负担得起的卫生服务, 而不是“次级的”、“低级的”或者“仅仅为了发展中国家的穷人”、“仅适用于农村”的卫生保健服务, 不论发展中国家还是发达国家, 不论农村还是城市都普遍适用^[5]。

PHC 被归纳主要包含 8 个要素: 1. 对当前流行的卫生问题以及预防及控制方法的宣传教育; 2. 促进食品供应和适当的营养; 3. 充足的安全饮水供应和基本卫生设施; 4. 妇女儿童保健, 包括计划生育; 5. 针对主要传染病的免疫接种; 6. 预防和控制地方病; 7. 常见病和外伤的妥善处理; 8. 提供基本药物。世界卫生组织指出, PHC 没有时限性^[5], 其内容、原则、策略和方法一直适用至今。

2 全球 PHC 开展概况回顾

在《阿拉木图宣言》提出之后的 20 年里, 世界各国政府和非政府组织努力推进提升人民健康的进程中, 多数国家接受、采纳并实施了 PHC。尽管人群中和国家间依然存巨大的差异, 但人们获得的 PHC 包含的各项要素在稳步增加, 不断扩大的卫生服务和妇女儿童保健、计划免疫覆盖率, 不断下降的传染病发病率以及不断升高的人均期望寿命都反映出推进 PHC 的成果。然而, 与此同时, 由于社会发展过程中的全球化和无计划的城市化, 许多传染病突然复发, 新疾病又以空前速度出现, 促使国际公共卫生工作重点从稳步实施具有广泛基础的健康服务规划, 向紧急管理高死亡率突发事件转移; 在许多发展中国家, 卫生负担在不断加重, 而这时公共卫生相关的健康服务却日益丧失其应对能力。1994 年, 在世卫组织关于《阿拉木图宣言》发表以来世界卫生发展变化的一份审查报告中, 得出了消极的结论: 到 2000 年之前人人享有卫生保健的目标将无法实现。跨入 21 世纪后, 全球持续高发的传染病、不断增多的慢性病等让人们不得不认真审视过去几十年来未能投资于基本卫生基础设施、医疗服务和卫生人力资源所产生的种种后果, 人们开始逐渐意识到: PHC 是卫生系统的支柱, 对于预防流行病, 增进妇女和儿童健康, 控制艾滋病和结核病等主要传染病以及管理心脏病和癌症等非传染性疾病日益上升的负担都至关重要。所以, 在《阿拉木图宣言》发表 30 年之际的 2008 年, 时任世界卫生组织总干事的陈冯富珍博士, 发出了《回归〈阿拉木图宣言〉之路》的倡导^[6]。

3 PHC 与疾病预防控制—中国近况

1979 年 12 月以来, WHO 先后在我国建立了 5 个 PHC 合作中心, 6 个农村卫生示范县, 促进了我国 PHC 事业的发展, 扩大了中国在国际社会上的影响。此后, 我国政府也相继制定了农村 PHC 发展十年规划和城市规划目标^[7]。改革开放后, 我国经济增长迅速, 人民收入提高, 贫困人口减少, 生活水平显著提升, 然而, 与之相比, 我国人口健康改善的幅度并不显著, 世卫组织 2000 年对全球 199 个国家作出的 PHC 情况进行了评估, 我国卫生绩效仅排名 133 位, 卫生公平指数 188 位^[8]。近年来, 我国在面临艾滋病、结核病、肝炎和血吸虫病等传染病、地方病困扰的同时, 还面临着与人口老龄化、城市化和现代化相伴随的日益增长的各种慢性非传染性疾病问题, 所造成的医疗负担和社会经济负担越来越重^[9]。2003 年的“非典”疫情爆发后, 我国的疾病控制体系中的疫情监测系统在 SARS 的防控过程中发挥了至关重要的作用, 政府部门开始意识到的疾病预防的重要性, 卫生工作不能以医院为中心, 必须以全民健康为中心; 反思了现行卫生体制下, 卫生资源一直以来都过多地专注于单一疾病干预措施, 忽略了以“预防为主”的康危害因素监测体系建设^[10-11]。

事实上, 大多数疾病的预防成本远低于治疗成本。由于初级卫生保健采用成本低廉的适宜技术, 重在预防性投入, 考虑我国目前的国情, 为了人民福祉和国家的长远利益, 以最经济有效的手段将有限的卫生资源投入到可直接获取国民健康收益的领域将是提高卫生公平性的最有效途径, 而疾病预防、形成健康行为方式、改善人民生活环境和保证安全饮食等方法则成为应对 21 世纪我国面临的双重疾病负担和卫生问题的优先解决途径。“非典”以后, 我国的疾病预防控制体系得到了相应的重视和大力的发展: 国家公共卫生监测系统的建立, 对影响人群生活、学习、工作等生存环境质量及生命质量的危险因素, 进行营养食品、劳动、环境、放射、学校卫生等公共卫生学监测; 对传染病、地方病、寄生虫病、慢性非传染性疾病、职业病、公害病、食源性疾病、学生常见病、老年卫生、精神卫生、口腔卫生、伤害、中毒等重大疾病的发生、发展和分布的规律进行流行病学监测。此外, 疾控体系还着力于开展健康教育与健康促进项目, 国家级社区卫生服务示范项目, 探讨社区卫生服务的工作机制, 推广成熟的技术与经验; 参与开展疫苗研究, 开展疫苗应用效果评价和免疫规划策略研究, 并对国

家免疫策略的实施进行技术指导与评价;参与重大疫情、突发公共卫生事件的处置,建立国家重大疾病、中毒、卫生污染、救灾防病等重大公共卫生问题的应急反应系统并配合和参与国际组织对重大国际突发公共卫生事件的调查处理。

这些举措均与 PHC 的 8 个基本工作内容紧密契合,并且这些工作的开展的确也开始显现出一些成效。自上世纪 60 年代初全面消除天花后,我国又于 2000 年、2008 年和 2012 年先后消灭了脊髓灰质炎、丝虫病及新生儿破伤风;2004 年以来,传染病疫情形势平稳,甲乙类传染病报告发病率及死亡率保持低位。这些都得益于我国覆盖面广大的传染病网络直报体系。截至 2014 年,100% 县级以上疾控机构,98% 县级以上医疗机构,94% 基层医疗卫生机构实现了法定传染病网络直报,全国 3486 个监测点主动监测包括霍乱、流感在内的 28 种重点传染病发病规律,有效应对了“传染性非典型肺炎”、“甲型 H1N1 流感”、“人感染 H7N9 禽流感”等急性突发传染病疫情;及时处置了局部地区登革热、手足口等重点传染病疫情。与此同时,对健康危害因素的监测及防控工作也稳步开展:2014 年底,我国已建成覆盖全国所有市、县城区和 60% 的乡镇饮用水卫生监测网络;在全国 31 个省份开展空气污染对人群健康影响监测。现行有效国家职业卫生和放射卫生标准分别达到 351 项和 163 项,对全国 134 个县 3600 多家企业重点职业病监测,覆盖人群近 17 万;同时,医疗机构医用辐射防护监测由 17 个省份扩大到全国。为改善城乡环境“脏、乱、差”现象,解决群众关心的民生问题,全国爱国卫生工作大力推进,全国农村卫生厕所普及率由 1993 年的 7.5% 大幅提高到 2014 年的 76.1%;项目的确粪-口传播疾病的发病率由 37.5/10 万降至 22.2/10 万。为深入推进慢性病防控,国家建成 265 个国家级示范区,542 个省级慢病防治示范区,全民健康生活行动覆盖全国 77.4% 的县区^[12]。

通过系统和连续不断地收集、核对、分析“健康危害因素”相关资料,潜在的健康风险信息得以被及时传递给了需要了解的人们,这些都为国家开展有针对性的干预措施“防患于未然”、拟订与疾病预防控制和公共卫生相关的法律、法规、规章、政策、标准和疾病防治规划,为国家国民经济与社会发展规划公共卫生战略的制定提供科学依据;提高了疾病防控的效率,节约了疾病控制成本,为提高卫生公平性打下了扎实的基础,从很大程度上推进了 PHC 在我国的开展。

4 疾控体系推进 PHC 的建议

除了重申《阿拉木图宣言》的重要性,《阿斯塔纳宣言》又在四个关键领域作出了承诺:(1)在所有部门为增进健康做出大胆的政治选择;(2)建立可持续的初级卫生保健服务;(3)增强个人和社区权能;(4)使利益攸关方的支持与国家政策、战略和计划保持一致。阐明了国家、人民、社区、卫生保健系统以及合作伙伴有义务通过可持续的初级卫生保健实现更健康的生活^[13]。

近年来,党中央、国务院对卫生事业的重视是空前的,对卫生事业的投入力度也是空前的。2016 年 8 月 20 日,习近平总书记在全国卫生与健康大会上所强调“要坚定不移贯彻预防为主方针,坚持防治结合、联防联控、群防群控,努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务。”;同年 10 月 25 日,中共中央、国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》,将国民健康提高到国家战略高度,以“共建共享、全民健康”为健康中国的战略主题,强调要以人民健康为中心,坚持预防为主,推行健康生活方式,减少疾病发生,强化早诊断、早治疗、早康复,实现全民健康^[14]。与此同时,人口急速老龄化、慢性非传染性疾病、新生儿先天性缺陷等健康危害因素呈不断上升趋势;我国传染病防控形势依然严峻,由慢病引起的疾病负担不断上升,已成为严重的公共卫生问题^[15-18]。

作为政府对疾病进行控制和预防,同时管理和服务公共卫生的部门,疾病预防控制系统对推进国家初级卫生保健发挥着重要的作用,在目前机遇与挑战并存的形势下,应继续着眼于居民生活的卫生环境、行为和健康改善程度等主要内容,不断推进初级卫生保健的发展。在此过程中有以下几点建议:

(1)紧抓疾病预防控制工作的关键环节。首先完善监测体系,进一步扩大监测覆盖面;扩展监测内容,不断发现追踪新的有害民众健康的危险因素;推进监测的规范化,保证监测数据的真实性;提升监测质量,提高检测技术提升监测数据的准确性;完善监测管理制度,不断完善修订管理体系文件和考核办法,实行规范化管理;推进资源整合,避免重复监测造成的资源浪费。其次加强专业人员业务能力培训和提升,提高对监测信息的敏感度,及时高效对监测数据进行分析并保证信息传递的时效性和准确性。另外加强科学研究开展,实施全国性重大疾病和公共卫生专题调查,使干预措施更加精准化降低疾病控制成本。

(2) 疾病防控“关口前移, 重心下沉”。近年来, 健康危害因素占比不断加大, 大气污染、水污染, 青少年和成人的肥胖率迅速增加, 吸烟率居高不下等等涉及环境和生活方式等因素并没有得到有效的控制, 偏重被动的疾病治疗, 而忽视了主动的健康促进。“健康中国”系统工程是基于“大健康”的理念, 其核心就是关口前移, 预防为主, 将健康融入所有政策, 人民是健康的受惠者也是第一责任人。因此, 要不断加强健康教育和宣传力度, 使健康理念更加深入人心, 提升民众的健康意识和健康素养并自觉采取有利于健的行为和生活方式。同时, 进一步推进我国健康数据库及疾控人才队伍建设, 建立完善社会与疾控工作的协调机制。

(3) “一带一路”, 卫生援外。近年来, 西非国家暴发的埃博拉疫情牵动着全世界的神经, 也考验着各个国家的疾病预防控制体系。2015 年习近平总书记在中非合作论坛约翰内斯堡峰会上宣布了“中非公共卫生合作计划”, 支持非洲疾控中心建设。帮助非洲国家建设自己的疾控体系, 积极参与国际突发公共卫生事件处置工作, 开展海外公民健康保护的技术服务工作, 不仅将传染性疾病预防关口前移到发病的地区, 也紧密契合了 PHC 是全球性的战略行动的属性。

(4) 重视交流, 加强多边合作。加强与世界各国有关部门及世界卫生组织等国际机构之间的合作交流, 共同分享、学习、借鉴不同发展水平、不同政治体制下的国家在开展健康危害因素监测过程中的经验与教训, 为加快实现“人人享有健康”的全球战略目标提供帮助。

参考文献

[1] World Health Organization. New global commitment to primary health care for all at Astana conference[EB/OL]. <https://www.who.int/news-room/detail/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>.

- [2] 世界卫生组织. 初级卫生保健: 过去重要, 现在更重要[EB/OL]. <https://www.who.int/whr/2008/summary/zh/>.
- [3] 刘运国. 初级卫生保健的内涵及其在我国的发展回顾[J]. 中国卫生经济, 2007, 26(7): 11-15.
- [4] World Health Organization. Alma-Ata Declaration[EB/OL]. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/zh/.
- [5] 世界卫生组织. 二〇〇〇年人人健康全球策略[M]. 日内瓦: 世界卫生组织, 1981.
- [6] 世界卫生组织. 回归《阿拉木图宣言》之路[EB/OL]. <https://www.who.int/dg/20080915/zh/>.
- [7] 许文博. 我国初级卫生保健工作进展显著[J]. 中国初级卫生保健, 1991(9): 3-4.
- [8] 程广德, 葛余兆. 公立医院公益性淡化原因与实现途径[J]. 卫生经济研究, 2006(11): 9-11.
- [9] 何柳, 石文慧. 人口老龄化对中国人主要慢性非传染性疾病死亡率的影响[J]. 中华疾病控制, 2016, 20(2): 121-124, 133.
- [10] 王小万, 陈晓红. 正视公共卫生, 建立有效的疾病控制体系——SARS 疫情后的反思[J]. 医学与哲学, 2003(6): 8-11.
- [11] 李炳烈叶世南. 从 SARS 疫情论传染病监测信息化的发展趋势[J]. 卫生经济研究, 2004, 19(4): 150-151.
- [12] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 图解: 中国疾病预防控制工作进展 (2015 年)[EB/OL]. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s7915v/201504/7f0916f264c84508850ac6e80d8dd267.shtml>
- [13] World Health Organization. Declaration on Primary Health Care[EB/OL]. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>.
- [14] 中国共产党中央委员会, 中华人民共和国国务院. “健康中国 2030”规划纲要[Z]. 中华人民共和国国务院公报, 2016, (32): 5-20.
- [15] 饶克勤, 钱军程, 陈红敬, 严晓玲, 王洪国. 我国人口老龄化对卫生系统的挑战及其应对策略[J]. 中华健康管理学杂志, 2012(1): 6-8.
- [16] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 《中国疾病预防控制工作进展 (2015 年)》报告[EB/OL]. <http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s7915v/201504/d5f3f871e02e4d6e912def7ced719353.shtml>
- [17] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 解读《中国防治慢性病中长期规划 (2017—2025 年)》[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2017, 24(3): 1-2.
- [18] 中华人民共和国卫生部. 中国妇幼卫生事业发展报告 (2011)[EB/OL]. <http://www.gov.cn/gzdt/att/site1/20110921/001e3741a4740fe3bdab01.pdf>

收稿日期: 2019-04-05

(潘雯编校)