

# 投资于未来:我国儿童健康政策述评<sup>\*</sup>

房莉杰

**内容提要** 本文以“健康风险—卫生政策”为分析思路,梳理了改革开放前后两个阶段儿童健康风险与政策应对。计划经济时期,儿童健康受制于恶劣的自然环境、低下的经济发展水平以及落后的医疗技术条件,其效应的发挥很大程度上得益于政府强大的资源动员能力,以及运动式的环境改造方式。20世纪90年代以来的市场化改革,改变了健康风险,也产生了健康的经济风险和健康不平等。儿童健康问题并不是单纯的医疗领域的问题,而需要综合性手段予以应对,需要多部门的配合。

**关键词** 健康风险 儿童健康政策 妇幼保健 健康中国 2030

DOI:10.16091/j.cnki.cn32-1308/c.2020.01.013

## 研究背景与分析思路

本文在儿童概念界定上按照中国统计标准,将0-14岁的未成年人定义为儿童。2010年第六次全国人口普查显示,我国大陆31个省、自治区、直辖市和现役军人中,14岁及以下人口约为2亿2千万余人,占总人口的16.6%。

在所有的社会政策领域中,健康和教育是最具投资功能的政策类型,而这两类又都跟儿童密切相关。从个体角度看,儿童是生命历程的起步阶段,投资于儿童时期的健康,也是投资于全生命历程;从国家角度看,儿童是一个国家和社会的未来,投资于儿童的教育和健康,就是投资于一个国家的未来。

决定一个社会健康需求的首先是疾病谱,疾病谱又可以理解为主要的健康风险,它是由一个社会的经济、社会、自然环境以及医疗条件决定的<sup>①</sup>。如果从积极的健康促进、而非被动的疾病治疗出发,则需要了解影响健康的经济社会环境,

并进行针对性干预。世界卫生组织在其纲领性报告《用一代人弥合差距:通过改善健康的社会决定因素促进公平》<sup>②</sup>中指出,结构性因素和日常生活环境交织在一起,构成了健康的社会决定因素。健康与健康公平不一定是一切社会政策的目标,但一定是各项社会政策的根本结果。因此,政策和规划必须涵盖所有政府部门,而不仅仅是医疗服务部门。因此健康,尤其是儿童健康,不仅是医疗问题,更是社会问题。

中国近些年的卫生政策也在经历从“疾病治疗”到“大健康”的转变。2016年8月,习近平总书记在参加全国卫生和健康大会时强调,要“努力全方位、全周期保障人民健康”。会后,中共中央政治局审议通过了《“健康中国2030”规划纲要》,作为推进健康中国建设的行动纲领,指导着我国健康服务模式向全面促进人民群众的健康转型。广义的健康政策不仅包括治病,还涉及对于健康风险的控制和健康行为习惯的培养等。该文件强调“把健康融入所有政策”“全方位、全周期

\* 本文是社科基金重大项目“大数据背景下医患关系的分析与政策研究”(项目号:18ZDA087)的阶段性成果。

维护和保障人民健康”。

然而,无论国内外,狭义的儿童福利均指儿童生活照顾,都不包括医疗健康的内容;而在卫生政策中,主流的分析视角主要是筹资、服务提供、药品供给等,而且老年人因利用更多医疗服务,往往受到卫生政策研究者的最多关注。总而言之,儿童健康服务受到的关注相对较少。本文将梳理我国的儿童健康相关政策,以为这一领域提供一些基础研究资料。需要指出的是,一方面本文所定义的健康特指“生理健康”,而不是世界卫生组织所定义的广义的生理、心理、社会的全面健康;另一方面,就生理健康而言,本文关注影响儿童健康状况的社会决定因素,因此涉及的干预并不局限于狭义的“医疗服务”。

本文接下来将分改革开放前后两个时期回顾我国的儿童健康与服务政策。由于20世纪80年代的十年是改革开放前后的过渡时期,主要是给经济“松绑”,以经济增长自发带动社会需求的满足,无论社会风险还是社会政策都没有显著变化。所以本文的时期界定实际上是改革开放以前的30年与20世纪90年代以来的近30年。

#### 我国改革开放之前的儿童健康政策及其成就

经历了多年战乱,1949年建国初期的中国百废待兴,经济社会各方面情况均较差。对应在儿童健康风险与需求上,我国当时的情况与同时期独立的其他“第三世界”国家类似,主要包括:

孕产妇健康:分娩条件差、技术低下,孕产妇和新生儿死亡率高;传染病:连年战乱造成自然环境恶劣,传染病肆虐,有些传染病和寄生虫病对于生育和生长发育有直接影响,比如,血吸虫病、钩虫病、疟疾、麻风病、大骨节病等<sup>③</sup>;营养:与发展水平低下有关,儿童营养不良问题明显;医疗服务可及性:国家层面物资匮乏,缺医少药,个人和家庭层面收入低下,抵抗经济风险能力低下。

面对上述风险和需求,计划经济时期的主要应对措施包括:

一是爱国卫生运动。建国初期,各种急慢性传染病和寄生虫病高发。由于最主要的疾病风险是与环境卫生相关的传染病,因此对公共卫生,尤其是农村环境卫生的干预,是计划经济时期卫生工作的重点。1952年,中央启动了以“除四害,讲

卫生”为主要内容的“爱国卫生运动”,通过组织开展除四害、改水改厕、卫生创建、城乡整洁等一系列工作,为改变旧中国落后的卫生状况,降低传染病的危害,提高人民健康水平发挥了巨大作用。1959年,《卫生部关于加强人民公社卫生工作的几点意见》中,号召大力开展“除四害、讲卫生、消灭疾病的群众运动”,其重点就是改善居住地、公共食堂、城乡工作场所、学校、幼儿园、敬老院的环境卫生,将其当作贯彻“预防为主”方针的重要手段。爱国卫生运动的内容除了对环境卫生的干预,还有对养成良好卫生习惯、破除迷信、建立科学健康观的宣传教育。1951年,卫生部发布《关于卫生宣传工作的指示》,要求各级政府加强卫生宣传工作。在各地的实践中,针对当时文盲比例大的情况,主要采取“深入群众”展开宣传,比如举办演讲会、座谈会等。而农村地区通过短训培养起来的“半专业、半专职”卫生人员——“赤脚医生”和卫生员,也是深入群众进行卫生宣传的重要力量<sup>④</sup>。

二是计划免疫。针对天花、鼠疫、霍乱、伤寒这些危害较大、且预防接种和注射效果好的传染病,卫生部出台了一系列计划免疫和疫病防治政策。包括1950年卫生部出台的《关于开展军民春季防疫工作的指示》《关于预防霍乱的联合指示》《种痘暂行办法》,同年政务院下发的《关于发动秋季种痘运动的指示》等。尤其是在对于天花的预防接种方面,在《种痘暂行办法》中,该计划免疫政策针对天花预防,其中规定婴儿应由出生后六个月内种痘一次,届满六足岁、十二足岁及十八足岁时,应各复种一次,政策覆盖对象是天花流行区域及邻接地区的所有居民,并规定私立医院也可以种痘,并且有种痘义务,费用由国家财政负责。20世纪60年代初,我国通过接种牛痘消灭了天花,较世界卫生组织1980年宣布全球根除天花早了十几年。在针对新生儿和儿童的预防接种方面,1957年,国务院下发了防治血吸虫病的《国务院关于消灭血吸虫病的指示》,卫生部出台了预防结核病的《卡介苗接种方案》,其中将新生儿以及一岁以下的婴儿作为主要对象,同时照顾年龄较小的未接种过的幼儿,其次是有组织的儿童(托儿所、幼儿园、小学、中学),以及散居儿童和新进入城市的、有组织的农村青年及新入伍者。

并规定对于新生儿的接种,在大中城市三年内逐渐达到应接种人数的80%以上。

三是新法接生和妇幼保健。建国初期,对母婴健康威胁最大的便是旧法接生带来的产妇和新生儿高死亡率。为了降低死亡率,1950年8月20-23日卫生部召开第一次全国妇幼卫生座谈会,确定以“推行新法接生,改造旧式接产”为妇幼卫生的中心任务,其具体方法是团结改造旧产婆和培训新法接生员<sup>⑤</sup>。在1965年重要的“626”指示之后,中央批转卫生部党委《关于把卫生工作重点放到农村的报告》,其中明确提出“每个生产大队,可选择一、二名女卫生员,学会新法接生,或者另设接生员”。由于旧产婆改造和新法接生工作的开展,全国各地的产妇和婴儿死亡率大大降低,旧产婆改造所带来的另一个重要成就是生育陋俗被革除,科学的生育观念和方法逐步深入人心<sup>⑥</sup>。

通过对上述三类干预措施的回顾可知,在我国计划经济时期,较少专门的儿童营养与健康政策,更多的是通过发展经济、恢复社会秩序、开展公共卫生干预,自发带动儿童健康需求的满足。由于将环境卫生、传染病预防以及农村卫生作为优先发展的领域,经过30年的努力,这些方面均有了显著改善,一度威胁人们生命的多种传染病得到有效控制,同时整体的健康状况有了显著提升,如表1所示。

表1 新中国成立前与改革开放初期的  
中国人口健康状况

	1949年	1981年
平均期望寿命	35岁	67.8岁
婴儿死亡率	200‰	37.6‰

数据来源:历年《中国卫生统计年鉴》。

1984年,世界银行完成了对中国卫生服务体系的第一个考察报告《中国卫生部门》,总结了新中国成立以来在卫生、人口、营养等方面取得的成就,盛赞中国通过政府筹资,利用适宜的卫生人力和技术,致力于初级卫生保健的策略,使每个人获得基本医疗服务。在控制传染病死亡率等方面取得了巨大成就,大大超过了其他发展中国家。

对比1990年中国和国际数据,当年中国的人均可支配收入低于中等偏下收入国家的平均水平,但是从表2可知,中国的妇幼健康指标要接近或者优于中等偏上收入国家的平均水平。依据儿

童健康的相关数据,中国在建国之后到20世纪80年代取得瞩目进展,不仅表现在各项健康指标都在持续、明显改善,还表现在这些健康指标的改善速度甚至超过了中国的经济增速。

表2 1990年中国主要妇幼健康指标与国际比较

	孕产妇死亡率 (1/10万)	新生儿死亡率 (‰)	5岁以下儿童死亡率 (‰)
低收入国家	900	47.4	166.6
中等偏下收入国家	500	44	118.9
中等偏上收入国家	120	24.1	54.4
高收入国家	24	7.5	14.3
中国	97	24.9	53.9

数据来源:WHO,《World Health Statistics 2015》。

总结新中国成立前三十年的成就,最核心的是,面对建国初期的健康需求和风险,中央政府提出了卫生体系发展的四大方针——面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作与群众运动相结合。这四大方针对中国健康状况的改善影响深远:

首先,“面向工农兵”的含义是卫生服务不能服务于少数人,应该面向绝大多数群众,用今天的话说就是人们应该“平等享有”卫生服务。尤其是1965年,毛泽东在“626指示”中明确号召,要“把医疗卫生工作的重点放到农村去”,依靠这种强有力的行政动员,在之后的十几年,农村一直是卫生工作的重点,这无疑对城乡卫生差距的缩小作用显著。在当时经济发展水平低、资源非常有限的情况下,最大限度提高了居民的初级保健服务可及性。

其次,“预防为主”表明,针对当时传染病肆虐的状况,传染病预防被确定为卫生发展的优先领域。那段时期的卫生宣传、环境卫生改造、预防免疫等主要的卫生工作,几乎都是围绕传染病防治开展。这在很大程度上降低了传染病的代际传递,并提高了儿童的发育水平。

再次,“卫生工作与群众运动相结合”可以理解为借助于强大的行政动员能力,广泛发动群众。由于当时传染病流行主要根源于环境卫生、个人卫生习惯以及个人意识,因此注重卫生宣传的作用,广泛发动群众进行全民参与,对于改善恶劣状况的作用非常显著。与妇幼保健相关的,无论是旧产婆改造、推广新法接生,还是对居住地环境和幼儿园/托儿所环境卫生的改造,都需要最大范围

的发动群众进行参与, 以及帮助群众摆脱愚昧、建立正确的健康意识。

20 世纪 90 年代以来的儿童健康政策发展

作为对计划经济时期过分强调平均主义的矫正, 我国的改革开放提出了“效率优先, 兼顾公平”的原则, 这一原则贯彻到经济和社会的各个方面。在这一时期, “效率”取代“公平”成为经济社会发展的核心目标, “市场”取代“行政命令”成为实现目标和分配资源的主要手段。改革开放以后的社会主义市场经济体制改革为我国经济的发展注入巨大动力, 经济社会环境的变化也给儿童健康带来影响:

经济的发展与城乡居民收入的提高, 自发带来了儿童健康状况的改善, 同时也带来中等收入国家、甚至发达国家面临的儿童健康风险, 尤其是与个人健康行为习惯相关的肥胖、近视、龋齿等; 市场从生产领域向生活领域渗透, 医疗服务商品化, 使得疾病诊疗成为经济风险, 医疗服务的经济可及性下降; 市场自发配置资源必然带来社会不平等, 而在中国的改革开放之后, 这种不平等还叠加着已有的制度惯性, 而呈现出中国的独特性; 市场化改革使得儿童营养和健康相关的产品与服务的供给变得日益繁荣, 但是另一方面也给市场监管带来极大挑战。

上述四个方面共同决定了改革开放后, 我国儿童所面临的健康风险与需求, 以及针对性的干预政策:

(一) 针对健康风险变化的健康服务重点的调整

从 20 世纪 90 年代开始, 健康服务的重点发生变化。国务院连续发布了三个十年期的《儿童发展规划》, 贯穿从 20 世纪 90 年代初到 2020 年的 30 年。从这三个文件中, 既可以看到中国儿童健康政策的发展, 同样可以看到其在不同时期, 应对的问题的变化, 也就是说随着经济社会发展而变迁的儿童健康风险。2018 年, 国家卫健委印发了《健康儿童行动计划(2018-2020 年)》, 政策内容涉及八项——儿童健康促进行动、新生儿安全行动、出生缺陷综合防治行动、儿童早期发展行动、儿童营养改善行动、儿童重点疾病防治行动、儿童医疗卫生服务改善行动、儿童健康科技创新行动。这构成了我国儿童健康政策的主要框架。综合上述三个十年规划和《健康儿童行动计划(2018-2020)》, 可以将政策干预重点的变化总结如下:

一是在妇幼保健方面, 随着住院分娩率的逐渐提高, 孕产妇和新生儿死亡率降低, 孕产妇、新生儿、儿童三类人群的健康管理和出生缺陷干预的权重提高。如表 3 所示:

表 3 历次《国家儿童发展纲要》中的妇幼保健内容<sup>①</sup>

	20 世纪 90 年代	2001-2010	2011-2020
出生缺陷干预	到 1995 年, 使 60% 的县具备婚前检查的条件。80% 以上的省、地级妇幼保健机构具备对先天性缺陷的筛查能力, 到 2000 年, 使先天性病残儿发生率减少二分之一。	婚前医学检查率城市达到 80%, 农村达到 50%	落实出生缺陷三级防治措施, 加强婚前医学检查知识宣传
安全分娩	2000 年农村新法接生率达到 95%, 多数农村孕产妇能住院分娩, 2000 年产后出血引起的死亡减少一半	孕产妇死亡率以 2000 年为基数下降 1/4。农村孕产妇住院分娩率达到 65%, 高危孕产妇住院分娩率达到 90% 以上, 农村消毒接生率达到 95% 以上。	——
儿童和孕产妇健康管理	1995 年 7 岁以下儿童和孕产妇保健覆盖率以省为单位分别达到 85%	孕产妇保健覆盖率在城市达到 90% 以上, 在农村达到 60% 以上。儿童保健覆盖率在城市达到 90% 以上, 在农村达到 60% 以上, 逐步提高儿童及流动人口中儿童保健覆盖率	3 岁以下儿童系统管理率和 7 岁以下儿童保健管理率均达到 80% 以上。将流动儿童纳入流入地社区儿童保健管理体系, 提高流动人口中的儿童保健管理率。
新生儿健康	——	降低新生儿窒息的死亡率。新生儿破伤风发病率以县为单位降低到 1‰ 以下。低出生体重发生率控制在 5% 以下。	新生儿破伤风发病率以县为单位降低到 1‰ 以下。低出生体重发生率控制在 4% 以下。
母乳喂养	2000 年使母乳喂养率以省为单位达到 80%	婴儿母乳喂养率以省为单位达到 85%。	——

二是在传染病控制方面,随着预防接种率的提高,以及环境相关传染病的威胁下降,性病的母婴传播预防成为重点。1989年通过了《中华人民共和国传染病防治法》,其中第十二条规定国家对儿童实行预防接种证制度,这是立法中首次对儿童健康中的计划免疫问题进行法律保护。之后出台了一系列文件,提高预防接种率。到20世纪90年代末,我国的适龄儿童预防接种率已经超过90%,实现政策对象的全覆盖。2007年,国家免疫规划疫苗增加到14种,预防15种传染病。目前可预防的传染病的发病已降至历史最低水平。

然而,随着预防接种的普及和环境卫生的改善,与环境相关的传染病的威胁大大降低,而性传染病的风险增加。根据历年《中国卫生和计划生育统计年鉴》,淋病、梅毒、艾滋病等性传播疾病的发病率则呈明显上升趋势。这意味着性传播疾病正在上升为主要的传染病风险。尽管性传播疾病主要跟成年人的性行为有关,但是艾滋病和梅毒却可以通过母婴传播。同样可以通过母婴传播的还包括乙肝。这几类传染病正在成为我国儿童

传染病的日益严重的新风险。这反应在我国历次《儿童发展纲要》的内容变化中。如表4所示:

表4 历次《国家儿童发展纲要》中的传染病防治内容

	20世纪90年代	2001-2010	2011-2020
传染病防治	1995年以乡镇为单位儿童计划免疫接种率达到85%,2000年达到90%;1995年消灭小儿麻痹症,消除新生儿破伤风,与实行免疫前相比,麻疹死亡率降低95%,发病率降低90%	免疫接种率以乡镇为单位达到90%以上。将乙肝疫苗接种纳入计划免疫,并逐步将新的疫苗接种纳入计划免疫管理。强调疫苗安全	控制儿童常见疾病和艾滋病、梅毒、结核病、乙肝等重大传染性疾病的。纳入国家免疫规划的疫苗接种率以乡镇为单位达到95%以上。将预防艾滋病母婴传播及先天梅毒综合服务纳入妇幼保健常规工作,孕产妇艾滋病和梅毒检测率分别达到80%和70%。感染艾滋病、梅毒的孕产妇及所生儿童采取预防母婴传播干预措施比例均达到90%以上。疫苗安全。

三是在体质促进上,开始有针对性的营养和行为习惯干预措施,而不只是依靠收入发展自发带动提高。尤其是诸如肥胖、龋齿、近视以及意外伤害,在很大程度上是由个人行为决定的,这些健康风险的增加,意味着需要增加相应健康教育。即从被动解决儿童健康问题,向主动强调增强儿童体质转变。如表5所示:

表5 历次《国家儿童发展纲要》中的营养和健康促进内容

	20世纪90年代	2001-2010	2011-2020
营养促进	5岁以下儿童中度和重度营养不良患病率比1990年降低一半	5岁以下儿童中重度营养不良患病率以2000年为基数下降1/4。婴幼儿家长的科学喂养知识普及率达到85%以上。减少儿童维生素A缺乏。合格碘盐食用率达到90%以上。	5岁以下儿童贫血患病率控制在12%以下,小学生贫血患病率以2010年为基数下降1/3。5岁以下儿童生长迟缓率控制在7%以下,低体重率降低到5%以下。实施贫困地区学龄前儿童营养与健康干预项目,继续推行中小学生学习营养改善计划
增强儿童体质	——	中小学生学习《国家体育锻炼标准》及格率达到90%以上。	提高中小学生学习《国家学生体质健康标准》达标率。控制中小学生学习视力不良、龋齿、超重/肥胖、营养不良发生率。
健康教育	——	减少未成年人吸烟,预防未成年人吸毒。预防和控制性病、艾滋病、结核病的蔓延和增长。	提高适龄儿童性与生殖健康知识普及率

(二) 促进儿童医疗服务的可及性

我国从2003年开始农村新型合作医疗和医疗救助的试点,到2011年,中国城镇职工医疗保险、城市居民医疗保险、新型农村合作医疗三项医疗保障制度的覆盖率已经达到95%,在此基础上,2015年开始实施大病医疗保险,为超过一定数额的大额医疗支出提供二次报销。医保的发展必然会显著提高儿童医疗服务的经济可及性。

表6 居民社会医疗保障构成(%)

合计	城市		农村		项目	
	2011	2008	2011	2008	2011	2008
城镇职工基本医保	14.8	12.7	47.4	44.2	2.9	1.5
公费医疗	0.7	1	2.2	3	0.2	0.3
城镇居民基本医保	9.5	3.8	25.1	12.5	3.8	0.7
新型农村合作医疗	69.5	68.7	13.4	9.5	89.9	89.7
其他社会医保	0.3	1	0.9	2.8	0.1	0.4
无医保	5.2	12.9	10.9	28.1	3.1	7.5

数据来源《2012年中国卫生统计年鉴》。

2016年,国家卫计委等六部门联合发布《关

于加强儿童医疗卫生服务改革与发展的意见》,文件提出:到2020年,建立健全功能明确、布局合理、规模适当、富有效率的儿童医疗卫生服务体系,每千名儿童床位数增加到2.2张。加强儿科医务人员队伍建设,每千名儿童儿科执业(助理)医师数达到0.69名,每个乡镇卫生院和社区卫生服务机构至少有1名全科医生提供规范的儿童基本医疗服务,基本满足儿童医疗卫生需求。

### (三) 对儿童健康不平等的针对性干预

改革开放以来,作为市场自发配置资源的结果,再叠加中国特有的城乡二元社会结构等因素,呈现出日益严重的儿童健康不平等现象。从数据上来看,这种不平等首先反映在城乡之间。《〈中国儿童发展纲要(2011-2020)年〉中期统计监测报告》和《中国居民营养与健康监测》均显示出中国城乡之间在新生儿死亡率、5岁以下儿童死亡率、7岁和12岁儿童身高体重方面的显著差异。而在农村儿童中,据中国疾控中心营养与健康研究所发布的《中国0-6岁儿童营养发展报告》中(2010年)的数据,贫困农村儿童、留守儿童、流动儿童在健康上更是处于弱势地位<sup>⑧</sup>。此外,有学者通过对中国城乡居民家庭恩格尔系数与5岁以下儿童生长迟缓率和低体重率变化的分析,得出随着城乡居民家庭恩格尔系数的降低,儿童的生长迟缓率和低体重率也在降低<sup>⑨</sup>。因此,在进入21世纪以来,有多项针对性政策应对这些健康不平等:

一方面,针对城乡健康差异的农村孕产妇住院分娩和出生缺陷干预。2009年,卫生部、财政部印发《关于进一步加强农村孕产妇住院分娩工作的指导意见》,在筹资上以中央财政配合地方财政及各级财政补助资金,对农村户籍孕产妇住院分娩给予补助。同年,卫生部印发《增补叶酸预防神经管缺陷项目管理方案》,也是利用中央财政专项补助经费,对全国准备怀孕的农村妇女免费增补叶酸预防神经管缺陷。2013年,国家人口计生委联合财政部发布《关于推进国家免费孕前优生健康检查项目全覆盖的通知》,在前三次试点成功的基础上,自2013年起,在全国全面实施国家免费孕前优生项目,其目标对象为(至少一方)农村户籍的待孕夫妇,服务内容包括为计划怀孕夫妇提供优生健康教育、病史询问、体格检

查、临床实验室检查、影像学检查、风险评估、咨询指导等免费孕前优生健康检查服务;由中央财政和地方财政共同负担筹资责任。

另一方面,针对贫困地区的新生儿健康和儿童营养改善。2011年国务院办公厅发布《关于实施农村义务教育学生营养改善计划的意见》,决定从2011年秋季学期起,在集中连片特殊困难地区开始试点推进义务教育学生营养改善计划。试点内容包括:中央财政为试点地区农村义务教育阶段学生提供营养膳食补助,由试点地区和学校共同实施在校生的营养膳食计划。从2013年开始,国家卫计委开始实施针对贫困地区的儿童营养改善项目和新生儿疾病筛查项目。其中,《贫困地区儿童营养改善项目方案》规定,为贫困地区6-24月龄婴幼儿补充辅食营养补充品(营养包),为6-18月龄婴幼儿每天提供1包营养包;《贫困地区新生儿疾病筛查项目方案》则是利用中央财政专项补助经费,旨在尽早发现项目省(区、市)贫困地区新生儿遗传代谢病苯丙酮尿症(PKU)、先天性甲状腺功能减低症(CH)和新生儿听力障碍患儿,降低儿童智障和听力残疾发生率。

2014年,国务院印发《国家贫困地区儿童发展规划(2014-2020年)》,总体目标为到2020年,集中连片特殊困难地区儿童发展整体水平基本达到或接近全国平均水平;主要任务包括新生儿出生健康、儿童营养改善、儿童医疗卫生保健、特殊困难儿童教育和关爱等,包括健全留守儿童关爱服务体系。

### 总结与讨论

本文只是对新中国成立以来的儿童健康政策分两个阶段进行了综合性梳理,限于篇幅,也受限于数据的可得性,并未呈现出政策的实施效果。单就政策逻辑而言,这两个时期的儿童健康政策都有对于健康风险的应对。正如本文开篇所言,儿童健康问题并不是单纯的医疗领域的问题,同时也是社会问题——它既是经济社会环境决定的,同时又需要综合的社会性手段进行应对。

在计划经济时期,儿童健康受制于恶劣的自然环境、低下的经济发展水平以及落后的医疗技术条件。其效应的发挥在很大程度上得益于政府强大的资源动员能力,以及运动式的环境改造方

式,而其相关卫生政策的实施也是嵌入在相应的政治和社会环境中。比如曾有人将计划经济时期农村卫生服务体系比喻成“一根藤上三个瓜”——即保健站(机构)、赤脚医生(人)、合作医疗(钱)这“三个瓜”统一于农业合作社这“一根藤”上<sup>⑩</sup>,即农村集体经济是当时农村卫生服务体系的基础制度。

20世纪90年代以来,经济社会环境的变化首先带来了健康风险和需求的变化——作为服务重点的出生缺陷干预、孕产妇健康管理、儿童健康管理、阻断性传播疾病的母婴传递、对健康行为习惯的干预等,都是渗透到孕产妇和儿童的日常生活中。这些服务大多不能通过医疗水平的提高、对环境健康的干预来实现,而需要社会性、综合性手段,对个人进行干预。因此儿童健康服务的场域不局限于专业机构,还包括家庭、社区、学校等社会的角角落落;健康服务的提供者也不再局限于医疗专业人员,而学校老师、社工、社会组织等在某些方面更有优势;与此相关的,它更不是医疗卫生可以解决的问题,而需要多部门的配合。然而现实情况是,我国广义的儿童福利政策包括儿童健康与医疗卫生、儿童教育保障、儿童养育与基本生活保障、儿童保护以及儿童发展性支持<sup>⑪</sup>。这些内容分散在民政、卫生、教育、公安等各个部门。如图1所示:

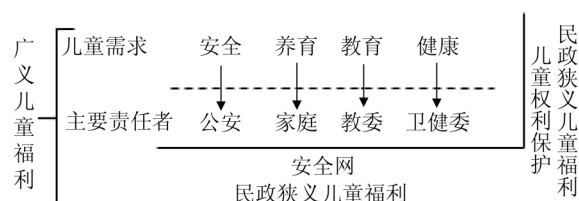


图1 我国广义和狭义儿童福利

尽管与儿童健康最相关的部门是卫健委,但是从广义的积极促进儿童健康的角度看,其他儿童福利相关部门、甚至除此之外的更多部门,都承担或多或少的责任。然而服务内容散落在各个部门的碎片化特征,加之从部门的角度出发,更关注的是其责任范围内的服务内容,而并没有一个“儿童福利”或“儿童健康”的具体主管部门和协调部门,因此服务资源的整合和落实就难以实现。除了上述内容之外,儿童的食品和药品安全问题(包括疫苗安全)、环境污染给儿童带来的健康损

害,都开始日益进入社会大众和政策决策者的视野。但是由于这两类问题涉及的内容更为复杂,需要更多部门、甚至社会各界在达成高度共识基础上的合作,因此目前的应对更为有限。

除了直接的健康风险与需求,市场经济的渗透带来了健康的经济风险和 health 不平等问题。医疗保障和针对性的健康干预都是对于市场经济的“反向运动”,其有效性一方面取决于政策设计的效率如何,另一方面还取决于其力量是否足以抵消市场的力量。

- ①房莉杰《中国新医改十年:从社会维度加以观察》,《文化纵横》2018年第5期。
- ②CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
- ③李洪河《新中国的疫病流行与社会应对》,中国党史出版社,2007年。
- ④杨念群《再造“病人”:中西医冲突下的空间政治(1832-1985)》,中国人民大学出版社,2006年。
- ⑤王瀛培《团结与改造:从旧产婆到社会主义接生员——以上海为例的讨论》,《妇女研究论丛》2017年第4期。
- ⑥李洪河《新中国成立初期的旧产婆改造》,《中共党史研究》2014年第6期。
- ⑦三个文件的名称和发布时间为:1992年的《九十年代中国儿童发展规划纲要》、2001年的《中国儿童发展纲要(2001-2010)》、2011年的《中国儿童发展纲要(2011-2020)》,发布单位均为国务院。表3-5的内容由本文作者摘要归纳整理。
- ⑧主要监测指标是儿童低体重率、生长迟缓率、贫血率。
- ⑨陈春明、何武、常素英《中国儿童营养状况15年变化分析——中国儿童生长发育主要影响因素的变化》,《卫生研究》2006年第6期。
- ⑩国务院研究室课题组《农村合作医疗保健制度研究》,北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1994年。
- ⑪尚晓援、王小林等《中国儿童福利前沿(2011)》,社科文献出版社,2011年。

作者简介:房莉杰,中国社会科学院社会学研究所研究员, fanglj@cass.org.cn。北京,100732  
(责任编辑:毕素华)