

发展中国家儿童营养政策的经验和教训

石光^{1*} 邹珺¹ 田晓晓² 何江江³ 冷志伟³

1. 卫生部卫生经济研究所 北京 100191

2. 中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020

3. 山东大学公共卫生学院 山东济南 250012

【摘要】在我国进行儿童营养干预和制定儿童营养政策的时候要充分借鉴其他国家的经验。在对一些发展中国家儿童营养政策回顾的基础上,通过经验和教训两方面的案例探索成功实施儿童营养政策的共同点。在儿童营养政策的领导和组织方面,要有坚定的政治承诺,并与其他公共政策紧密结合;在制度和机制设计方面,要保证可持续筹资、社区充分参与,并有针对母亲和儿童的食物补贴政策;在政策实施上,要保证其有效执行和发挥母亲在政策中的关键作用。

【关键词】发展中国家;儿童营养政策;经验;教训

中图分类号:R153.2 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.02.006

Experiences and lessons from children nutrition policy in developing countries

SHI Guang¹, ZOU Jun¹, TIAN Xiao-xiao², HE Jiang-jiang³, LENG Zhi-wei³

1. China Health Economics Institute, Beijing 100191, China

2. Center for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

3. School of Public Health, Shandong University, Shandong Jinan 250012, China

【Abstract】 The international experience could be referred in the progress of planning and initiating the child nutrition intervention program. This article aims to find out the sound evidence on how to implement children nutrition policies successfully in the developing countries by reviewing literatures. For the leadership and organization, the political commitment is to priority and the policy on children nutrition should be integrated with other public policies. As for the system and mechanism, sustainable financing and full participation of the community should be guaranteed. In addition, food subsidy policy targeting the mothers and children is helpful. The policy should be implemented efficiently and mothers should play the important role in the implementation of the policy.

【Key words】 Developing country; Children nutrition policy; Experience; Lesson

由于国际组织的压力或帮助以及国家和民族自身发展的需要,一些发展中国家于 20 世纪 70 年代开始关注国家儿童营养政策,如泰国、印度尼西亚、哥斯达黎加和坦桑尼亚等。^[1]我国虽然已经颁布了《九十年代食物结构改革与发展纲要》和《中国食物与营养发展纲要(2001—2010 年)》,一些公众营养改善项目也陆续开展,但是儿童营养现状并不尽如人意。其他发展中国家的儿童营养政策和儿童营养项目在组织领导、制度设计、工作机制和执行等层面所积累的大量成功经验,值得我们借鉴。本文就从领导和

组织层面、制度设计和工作机制层面、制度实施层面等入手,从经验和教训两方面归纳有利于发展中国家儿童营养政策的制定和实施的要素。

1 领导和组织方面

1.1 坚定的政治承诺

儿童营养改善作为长期的基础性工作,应该由中央政府主导、各级政府做出明确承诺,将儿童营养服务作为公共产品来提供。但是因为营养不良通常难以察觉,政府对儿童营养不良的危害认识不足,对

* 基金项目:国务院发展研究基金项目(编号:2007 基研字第 0023 号)。

作者简介:石光,男(1963 年-),博士,研究员,主要研究方向为卫生经济、卫生政策。E-mail:sg@nhei.cn

快速干预项目缺乏了解等原因,发展中国家的政府对于儿童营养改善计划的承诺普遍较弱。即使有相关的政治承诺,也因为有些承诺不够明确有力,而只是停留在纸面上,没有真正付诸行动。另外,还有一些发展中国家由于宏观社会环境的限制,只有零散的营养相关项目,缺乏坚定的政治承诺和系统的国家营养政策,从而影响了儿童营养状况的改善。例如,马达加斯加 1991 年之前是一党专政国家,经济管理混乱,受到国际社会的孤立,没有明确的营养政策;后来受国际社会影响,为了响应国际合作营养项目的要求,制定了碘缺乏和母乳喂养等营养政策,短期内使部分儿童受益,但仍无法保证儿童营养状况改善的可持续性。相反,在儿童营养政策比较成功的国家中,都有比较高层次的规划和政策,如印度计划编制委员会于 1972 年举行了部级联席会议,提出在全国实施儿童保育服务的计划,并在 1975 年由政府牵头制定并实施儿童综合服务计划;泰国在 1977 年将国民营养改善作为五年规划中重要的子规划,并以法律的形式保障学生餐项目执行,在中央政府依法设立专项基金,各部门分工明确。^[2]

政治家必须重视儿童营养政策,将之看作基本国策,其基本原因包括:一是儿童营养对宏观经济有巨大影响。种种研究表明,营养不良带来的双重疾病负担是巨大的,影响到成年时期的人力资源素质和生产力。二是对儿童人权的维护。儿童获得良好的营养是一项基本人权,尽管许多国家对此缺乏宪法的承诺。对于一个国家或者一个家庭,有什么比孩子的成长更重要的事情?而对于孩子,有什么比营养更基本的需求?在发展中国家,这一点有特别重要的意义,因为国家未来繁重而迫切的发展使命需要依靠这些孩子去承担、去实现。三是有利于完成千年发展目标(Millennium Development Goals, MDGs)和其他社会发展指标。儿童营养指标是联合国千年发展目标基本的内容之一,并且在 8 个指标中处于基础地位,对于其他 7 个指标都有不容忽视的潜在影响,因此应该给予特别的重视。^[3]同时,在各国社会发展的愿景中,良好的儿童营养状况也是重要内容之一。四是面对双重疾病负担的挑战,尤其是灾难深重的南部非洲国家,近十年来营养不良和肥胖都处于增长状态,传染性疾病和非传染性疾病的疾病负担都处于增长状态。在 AIDS 人口占全球 60% 的南部非洲,疾病与营养状况有非常密切的相互作用,营养改善可以提高 AIDS 病人的生活质

量、减轻痛苦、阻止母婴传播,同时提高儿童的免疫能力从而降低患病率,充分的营养也是抗病毒治疗中保证疗效的重要条件。^[1]

1.2 将儿童营养政策与其他公共政策相融合

营养不良与贫困、低收入存在显著的相关性(图 1),所以,首先要将儿童营养政策纳入国家扶贫和经济增长政策。研究表明,经济增长总体上有利于改善营养状况,但收入并非儿童营养状况的决定性因素,单纯采取收入补贴式扶贫对儿童营养改善效果有限。如在印度,即使最富 1/5 家庭的学龄前儿童,也有 26% 是低体重儿童,64% 贫血。多数国家有严重的儿童营养问题,但没将这些问题作为扶贫工作的优先重点和中心任务,至多只作附带性任务。如坦桑尼亚曾在成功进行 Iringe 项目的基础上,推出了儿童生存和发展计划,却因为 1990 年以来宏观环境的恶化,包括经济衰退、政府和卫生部门的改革、设施简陋和筹资不足、地区分权、社区和乡村工作者流失等原因,导致营养相关服务的数量和质量下降,营养不良出现反弹趋势,营养政策也被边缘化。^[2]而在那些将儿童营养政策与反贫困结合的国家,儿童营养干预取得了显著成效。巴西、越南、柬埔寨的营养政策和干预,是在根除贫困和饥饿的政策背景下实施的。^[4]肯尼亚将与食品安全和营养相关的目标作为经济振兴战略的主要目标。泰国的经验之一,是将营养改善工作作为国家扶贫战略的中心任务,真正给予重视。

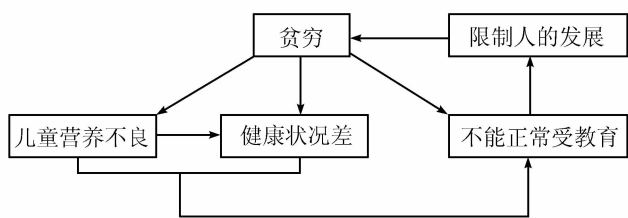


图 1 营养不良在致贫链条中的作用

儿童营养问题从来不是孤立出现和存在的,要解决儿童营养问题也要将它作为整个系统的一部分,将儿童营养政策与教育、人力资源开发等政策和其他疾病项目相结合(表 1)。墨西哥将营养看作人力资源开发战略的一部分,该国 1997 年执行的最大反贫困项目 PROGRESA,围绕教育、卫生和营养对人力资源的贡献进行设计,其基本理念是:人是经济社会发展的主角,人力资本是国家可持续发展最重要的资源,健康和教育相辅相成构成人力资本的主要

部分,而营养作为是健康和教育的基础,营养改善能促进人口健康素质的改善和受教育能力的提高。营养、健康和教育的共同改善最终促进人力资源发展,切断贫困代代相传的循环链条,使贫困人口彻底脱贫。该项目的实质是通过人力资源投资,实现长期的扶贫目标,营养政策在整个社会反贫困政策中起到基础性作用。另外,一些非洲国家 HIV/AIDS 肆虐,曾导致儿童营养政策的执行都大打折扣,在国际社会的帮助下,乌干达、肯尼亚、莫桑比克等越来越多的国家开始将营养政策纳入 AIDS 政策之中,同时将 AIDS 防治政策和儿童营养政策结合。这些与其他公共政策相融合的干预,其效果都好于单独的针对某一目标的措施。

表 1 相关政策对儿童营养的影响

政策领域	对儿童营养的影响
卫生	国家健康保险保障基本卫生服务包,包括成长促进、微量元素、营养咨询等。例如,玻利维亚;通过医院等场所,加强母乳替代食品市场的严格规制,加强母乳喂养。
教育	将生理卫生教育、营养教育和消费者教育纳入课程教育,如新加坡;营养餐、学生奶对儿童营养的促进。
社会福利	通过收入转移、食物券、特定机构饮食,瞄准低收入群体的社会安全网,保障最低饮食;确保早期儿童发展和包含营养内容的父母教育计划的质量、可得性和可支付性。
环境	促进了文娱活动、减少超重;森林同时是营养丰富的采集食物的主要来源。
农业	生产补贴、基础设施和市场的投资可以减少糖、大牲畜、油料等经济作物的生产成本;某些食品的价格补贴,可以扩大低收入群体对这类食品的消费,改善营养状况。
贸易	通过限制进口贸易保护本地农户;提高消费价格和食品消费的税收抑制消费。

资料来源:Shekar M, Heaver R, Yi-Kyoung. Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for large-Scale Action[M]. Washington, DC: World Bank, 2006.

2 制度设计和工作机制方面

2.1 建立可持续的筹资机制

建立可持续的财政筹资机制是可持续营养政策的经济基础。政府的政治承诺务必伴随明确的财政预算支持,否则承诺就会落空。在墨西哥儿童营养政策中,财政支出体现了政府承诺。该国的 PROGRESA 项目覆盖了全国 40% 的人口,开始是世界银行贷款发挥了重要作用,现在则主要依赖联邦政府

财政支持,每年财政投入占墨西哥 GDP 的 0.3%,为此政府还征收了附加税。2002 年墨西哥政府对学生奶计划每年补贴 2 亿美元,中央政府、州政府和家庭承担的比例分别为 74.1%、22.2% 和 3.7%,家庭负担很轻。肯尼亚在 20 世纪 90 年代实施应用营养项目,其资金来源主要是世界粮农等国际组织的资助,但该国自主实行的学生奶项目也是以政府财政资金为主,提高了项目的可持续性。^[5]

发展中国家普遍存在的筹资问题是用于儿童营养方面资金是非常有限,而且没有瞄准那些最需要帮助的人。^[2]如果政府承诺和资金都不到位,社区只能采用多种渠道进行筹资,包括向企业和地方慈善组织“化缘”的方式,必然影响项目的稳定性和可持续性。如果仅仅依靠外界的资金援助,任何项目都难以成为一项可以持续的政策。项目资金用完意味着项目结束,项目带来的儿童营养改善成果也将不保。儿童营养改善政策可使多个利益相关者受益,因此操作中往往可以采取费用分担机制,但作为公共产品或准公共产品,政府理应承担筹资和组织责任,不应以财力不足为借口而推卸责任。当然,政府也应量入为出,任何费用高昂超过各方支付能力的政策或项目都难以持续。

2.2 社区参与的工作机制

任何营养改善政策或计划,如果不能通过社会动员,调动基层社区成员的积极参与,都难以持续。尽可能让社区参与、向社区赋权,是发展中国家营养干预项目的一条基本经验,也是降低管理成本、提高儿童营养政策可持续的必要条件之一。

社区参与可以动员社区成员在儿童营养政策和项目设计、监督和管理中发挥作用。塞内加尔实施的世行社区营养项目是成功案例。在该项目中,由各方利益相关者组成了一个协助项目执行的委员会,包括财政、妇女儿童和家庭事务部等政府部门代表、项目负责人、妇女领袖、当地非政府组织领导人等。委员会在信息交换、人际沟通协调和采取综合行动中,发挥了积极作用。^[3]非洲和东南亚,儿童营养政策正被更多的纳入社区发展(Community-driven Development, CDD)计划,这将带来以下好处:一是儿童生长监测数据可帮社区界定自身的发展问题,监督发展进程。例如,斯里兰卡和泰国都将儿童生长监测指标作为社区发展的核心指标,并予公布,使每个村庄都能看到;二是儿童生长监测指标有助于

CDD项目瞄准需要帮助的家庭;三是CDD计划内容广泛,包括农业投资、收入援助、社会保护等,这些活动有助于在基层将营养改善的短期和长期计划结合起来,坦桑尼亚于1980年代开发了达到这一系列目标的程序。^[3]联合国粮农组织总结了以社区为基础成功实施营养项目的国家经验,包括非洲肯尼亚、马达加斯加、津巴布韦,亚洲的孟加拉、菲律宾和斯里兰卡,拉美的巴西、洪都拉斯、墨西哥。结果发现,不论宏观环境有利(如墨西哥、洪都拉斯)还是不利的国家(如肯尼亚),以社区为基础的政策都提高了项目的效率、效果和可持续性。^[5]

社区参与可以避免集权管理的问题。有些国家在儿童营养政策开展上采取从上而下的集权式管理模式,尽管容易操作,但成本高、效果差,会出现服务可及性差、沟通协调不良、对象瞄准不准确、出现腐败行为等问题。泰国的成功经验是,利用社区自助性文化传统,鼓励村庄志愿者“便宜地”将项目扎根基层。^[1]但是,将营养计划或政策扎根社区层次也面临着巨大困难:类似于中国赤脚医生的管理,需要在培训众多基层监督员和工作者方面,制定宏大而长期的计划和投入,并且提供适当经济支持,保证其工作积极性和责任感。如果营养服务网络建设以现有卫生和教育服务网络为基础,所耗费的时间和经济资源要少得多。

2.3 重视针对母亲和儿童的农业和食品补贴政策

发展中国的实践表明,针对性的食品补贴政策优于压低粮食价格或者普遍性的粮食补贴政策。由于经济资源的限制,发展中国家大范围食物补贴政策适合针对某些特殊的群体,以增加其食物消费,改善营养不良。玉米是赞比亚国民2/3的能量来源,20世纪80年代一直保持政府统购统销的垄断性经营状况,为了维持这种制度的安全,政府同时采取了生产者补贴和消费者补贴政策,占财政支出的10%以上,为该国财政赤字的一半。^[6]1970年斯里兰卡一般性食物补贴高达国家财政支出的23%,逐步推行从一般性食物补贴转变为特殊群体的食物补贴政策后,大大节约了国家的财政支出,1984年这一比重下降到了4%。^[3]

3 制度实施方面

3.1 保证儿童营养政策的有效执行

发展中国家应在国家儿童营养政策的支持下,

采取一系列儿童营养改善项目,建立一系列可持续的儿童营养的制度,保障儿童营养的权利,最终解决儿童营养的突出问题,使各项指标达到预期水平。但现实情况是,发展中国家儿童营养政策的制定和执行都非常薄弱。不少国家缺乏明确的儿童营养政策,有些国家形成了营养政策,但政策设计有明显缺点,也没很好地执行。主要缺点包括:政策目标过于宽泛,没有具体干预项目、目标人群,责任主体不明确;没有不同干预项目的成本效果分析,对筹资来源和实施策略没有交代;缺乏与国家投入计划和预算之间的联系;缺乏与决策者或执行者的政绩相关联的监督和评估程序。

其原因包括执行主体的赋权不足,部门职责不清、体制不顺。例如,菲律宾1974年就颁布了491号总统令,启动了国家营养改善行动,但长期以来,执行不力,项目处于停滞状态。其主要原因是旧总统令没有变成新总统的行动计划,至今仍没有改善儿童营养不良的国家计划和相关策,资源不足、制度缺位。^[2]还有一个典型的案例是印度的ICDS项目。该项目本要设立一个正式的监督执行情况的国家级委员会,但是几年过去了,项目仍在执行而委员会仍没成立。由于管理上不到位,设定的预期目标很大程度上落空了,外界对其成本效果颇有质疑。

比较特殊的案例是泰国,虽然不注重正式营养政策,也没有设立一个主管部门,而是将营养项目落实到相关部门,并分别做预算和计划,实施效果却是非常好。与此相反,菲律宾1994年颁布了食盐碘化的法律,但法律的执行遇到困难,关键是对食盐生产企业缺乏约束力,因此,到1998年碘化盐只有14%,到2002年也只有25%,是东南亚最低的国家。^[2]

2000年,联合国儿童基金会回顾了过去20年儿童营养项目的经验,得到一个重要结论:儿童营养政策制定务必以国家承诺、经济和管理能力评估为基础,策略务必关注执行问题。政策的实质,不是其所描述和展示的内容,而是所做到和执行的結果。^[2]

3.2 发挥母亲在政策实施中的作用

母亲对儿童营养改善的作用至关重要,如果没有母亲的积极参与,任何儿童营养计划都难以获得持续改善的效果。研究表明,如果妇女没有知识和时间的赋权,任何收入的增长都不会获得最大的儿童营养收益。^[7]南亚地区儿童营养不良状况严重,与该地区妇女社会地位低下、受教育程度低密切相关。

同在印度,妇女地位和教育程度较高的卡拉拉邦的儿童营养状况要明显好于条件类似的其他邦。

妇女对儿童营养政策的重要性有两方面原因:其一,因为营养不良对儿童造成的最严重和最持久的影响发生在怀孕期和婴儿期,而这时母亲是最重要的营养提供者;其二,因为妇女的收入更多用于儿童营养改善上,因此,妇女知识的增加、地位的提高或收入的增长对消除儿童营养不良有非常积极的意义。相反,如果不改变妇女状况及其对儿童的抚育方式,单纯减少收入贫困和改善食物供给,对儿童营养改善的效果微乎其微。可惜,目前大多数国家对此重视不够,对收入和食品供给的投入比对母亲营养知识和抚育技能的投入要多得多。

综上所述,发展中国家的儿童营养政策的成功经验在于,在儿童营养政策的领导和组织方面,要有坚定的政治承诺,并与其他公共政策紧密结合;在制度和机制设计方面,要保证可持续筹资、社区充分参与,并有针对母亲和儿童的食品补贴政策;在政策实施上,要保证其有效执行和母亲在政策中的关键作用。我国在制定儿童营养政策和儿童营养干预项目时,要适当提高统筹领导层次,与其他公共政策有机结合,并制定可持续的筹资机制,采取社区参与等多种形式充分调动群众的积极性和母亲在政策实施中的作用。

参 考 文 献

- [1] Shekar M, Heaver R, Yi-Kyoung. Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for large-Scale Action [M]. Washington, DC : World Bank, 2006.
- [2] Food and Agriculture Organization of the United Nations; The Double Burden of Malnutrition: Case Studies from Six Developing Countries[R]. Rome, 2006.
- [3] Gillespie S, McLachlan M, Shrimpton R. Combating Malnutrition: Time to Act [M]. Washington, DC : World Bank Publications, 2003.
- [4] World Health Organization. Childhood nutrition and progress in implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes[R]. 2002.
- [5] Food and Agriculture Organization of the United Nation. Community-based Food and Nutrition Programs: what makes them successful[R]. Rome, 2003.
- [6] Leathers H, Foster P. The World Food Problem[M]. Boulder : Lynne Rienner Publications, 2000.
- [7] Ray D. Nutritional trends in Developing Countries[M] // Encyclopaedia of Health and Nutrition: Vol. 2 . New Delhi: SARUP & SONS, 2002.

[收稿日期:2009-12-07 修回日期:2009-12-22]

(编辑 刘 博)

· 动态讯息 ·

盖茨:气候变化开支挤压医疗卫生资金

全球著名的慈善家比尔·盖茨警告称,应对气候变化捐款的日益增多,正威胁着发展中国家成千上万人的生命,因为它们在挤压医疗卫生领域的捐款。

在比尔和梅林达盖茨基金会发表的年度股东信中,盖茨对富国向发展中国家额外作出的 1 000 亿美元资金承诺提出警告。“只要这 1 000 亿美元中有 1% 来自疫苗资金,那就将有逾 70 万名儿童死于本可预防的疾病。从长远来看,医疗卫生支出不足将

不利于环境保护,因为卫生方面的改善(包括自愿计划生育)将缩小家庭规模,从而减轻对环境的压力”。盖茨在接受英国《金融时报》采访时强调,通过降低儿童死亡率,他现有的项目将有助于降低人口出生率,减少人口压力。盖茨在信中强调,盖茨基金两大优先领域——医疗卫生和农业的支出效果非常好,但这在富国的援助资金中仅占一小部分。

(来源:金融时报;摘编:朱 坤)