

国际儿童营养政策的发展历程及其启示

张宗光^{1*} 田晓晓² 邹 璿³ 石 光⁴

1. 河北大学医学部 河北保定 071000
2. 中国医学科学院卫生政策与管理研究中心 北京 100020
3. 卫生部卫生发展研究中心卫生政策研究所 北京 100191
4. 卫生部政策法规司 北京 100044

【摘要】儿童营养问题是困扰发展中国家的重大公共卫生问题。儿童营养政策经历了早期跨部门营养计划、“营养孤立主义”和以战略目标为导向的营养行动三个时期。在总结归纳儿童营养政策发展历程的基础上,我们结合一些发展中国家在基础营养项目等国际项目和本国营养计划中加强政治承诺、整合政策措施等的做法,对我国制定儿童营养政策提出对策,如制定国家营养战略要注意的方面,从干预人群、干预项目的选择和加强营养政策或项目的执行等方面完善营养项目的设计。

【关键词】儿童营养政策;发展历程;启示

中图分类号:R153.2 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2010.10.009

The history and inspiration of international children nutrition policy development

ZHANG Zong-guang¹, TIAN Xiao-xiao², ZOU Jun³, SHI Guang⁴

1. Medical School of Hebei University, Hebei Baoding 071000, China
2. Centre for Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China
3. Health Policy Research Department, Centre for Health Development, Ministry of Health, Beijing 100191, China
4. Department of Policy and Legislation, Ministry of Health, Beijing 100044, China

【Abstract】 Children nutrition issue is a significant public health challenge faced in developing countries. Children nutrition policy had been developed into three stages, such as inter-sectional nutrition planning in early time, nutrition isolationism and strategic goals oriented nutrition activities. On the basis of summing up the progresses of children nutrition development, we summarized some measures including public policies in international programs such as basic nutrition program and national nutrition planning in developing countries, the strong political commitments in China, and the integrated nutrition policies. We put forward countermeasures on children nutrition policy in following aspects to such as establishing national nutrition strategies and modifying nutrition programs by identifying the targeting group, the program design and strengthen the implementation.

【Key Word】 Children nutrition policy; Development history; Inspiration

2009年世界粮食日上,联合国粮食及农业组织公布数据显示,2008年全球营养不良人数已经达到9.15亿,由于2010年年初的食品价格暴涨等因素,饥饿人口达到10.2亿,占全球人口的1/6。^[1]联合国儿童基金会2009年11月11日发布报告称,全球大

约有2亿名5岁以下儿童因营养不良而发育迟缓,1/3的5岁以下儿童死亡与营养不良有关,这种情况主要集中在发展中国家。全球每4秒钟就有一个人直接或间接死于营养不良。^[2]

需要特别引起关注的是儿童营养问题。这是一

* 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:张宗光,男(1963年-),硕士,副教授,河北大学医学培训中心主任,主要研究方向为卫生管理、卫生经济。E-mail: zongguangzh@163.com.

个仍然困扰当今世界特别是发展中国家的重大公共卫生问题,关系到全人类的进步和发展,关系到千年发展目标能否如期实现。但是,儿童营养问题并不是一个不可克服的困难,关键是各国政府是否有坚强的领导和政治承诺。^[3] 世界各国的实践经验表明,儿童营养干预项目具有很高的成本效果,其效益可以达到成本的 5~200 倍^[4],同时也有利于扶贫和社会发展,是重要的社会政策。发展中国家针对儿童的专项营养政策可追溯到 20 世纪早期,有近百年发展历史,全面总结发展中国家儿童营养政策的发展历程对我国制定儿童营养干预政策具有借鉴意义。

1 儿童营养政策制度化的历程

目前为止,国际上儿童营养政策的制度化经历过三个阶段,尝试了不同的策略,积累了经验和教训。

1.1 早期跨部门营养计划的失败

20 世纪 70 年代以前,儿童营养政策的特征是多部门参与营养计划。主要是运用增加供给的政策手段,推广学校营养餐,发展特殊的富含蛋白质的食物,以及开展“应用营养项目”等。这些项目是为纠正社会福利部门的弱点而设立的,没有针对造成儿童营养不良的特殊情况和原因。

20 世纪 60 和 70 年代,智利、危地马拉、印度尼西亚、墨西哥、菲律宾、坦桑尼亚、赞比亚等国家建立了不少营养研究所。所长常常由营养学家担任,与营养学术社团保持密切联系,研究所不仅是营养计划的研究和培训机构,而且是营养权威和全国决策的核心。在一些没有设部级管理机构国家,这些营养所扮演了国家管理者角色。这个时期,在美国国际开发总署(United States Agency for International Development, USAID)和联合国粮农组织(Food and Agriculture Organization, FAO)的支持之下,建立了 26 个国家跨部门营养计划项目实体,但其总体运转情况并不成功。首先是因为营养研究所缺乏必要的权威,其他部门的决策者并不重视研究所制定的营养政策,甚至不愿意为了营养政策目标做必要的增量改革。同时,营养学家只对营养问题感兴趣,并没有向多部门营养计划提供持续性实质支持。此外,协调相关部委之间的关系比较困难,尤其是卫生部和营养所,通常将多部门协调机构看作是对自身权

威的侵犯。到 1980 年代,这些多部门计划相继失败,管理机构即使存在也名存实亡。^[5]

1.2 “营养孤立主义”的出现与成就

在多部门计划的实施进程中,营养学家常感觉到被明显边缘化,似乎他们只是辅助角色,而不是营养政策的主角。在多部门计划失败之后,营养学家将注意力回到干预本身,进行了几乎不需要卫生之外的部门参与的干预项目,如母乳喂养和微量元素补充等项目。这被称为“营养孤立主义”,但也带来了两个突出问题:

一是政策导向和组织。争论的焦点集中在要确定营养政策是独立的还是与卫生相关的;应该像联合国儿童基金会(UNICEF)那样,在以社区为基础的服务中关注怀孕、母乳喂养、儿童生长和微量元素,还是像 FAO 那样,关注家庭食物的安全、可得性、食品工业,通过食物解决微量元素缺乏问题;在制度安排上,是像 UNICEF 那样将营养定位于卫生部门、社会福利部门或者妇女儿童部门事务中,还是像 FAO 那样定位于食物、农业或工业发展部门。UNICEF 以社区为基础政策的成功实践,成为其怀疑 FAO“从上而下”营养政策成效的有力证据。但是,FAO 认为,UNICEF 营养干预过于强调卫生的导向,反而忽视了营养问题的核心,而且以社区为基础的决策方式对私人部门有偏见。营养孤立主义认为营养问题有独立的特性,应确保人们重视营养问题。而在卫生部门看来,营养问题只是公共卫生问题之一而已。^[3]

二是项目设立。主要的争论是:是按照科学体系设立,还是按照营养不良的实际问题设立;是按照营养不良的类型,还是按照干预的类型(如补充药物、实物强化或者食物为基础的收入再分配)建立项目;研究的重点确定是应该依据营养研究所的要求,还是依据项目管理者要求。实际工作者和社会科学家认为,营养政策及相关组织过分被营养科学所支配;而相反,营养学学者则表达了对营养政策实际工作者的担忧,认为他们在概念的严格性、数据的收集和系统分析方面存在严重错误。^[6]

1.3 开展以战略目标为导向的营养行动

经过前面两个时期的实践,人们发现,多部门计划建立了营养政策的制度基础,营养孤立主义发展了营养项目的干预手段,二者结合则形成新的营养

政策框架,即战略目标导向的营养行动。这些新型营养行动纳入了国家和发展部门的整体战略规划之中,明确了营养干预的目标并确定了多部门协作的策略和政策,并体现在世界银行综合发展框架、联合国发展计划署(UNDP)的多维度人类发展框架、新的联合国发展援助框架以及“营养友好”的行动中。其中,营养社团作为新的营养目标的领导人和监督者,科学的营养干预和研究作为新范式的组成部分。^[7]

2 对我国儿童营养政策制定的思考

各国政府和国际组织对儿童营养政策的探索、经验和教训显示,进行儿童营养政策干预要有政府的坚定支持、部门间的协作以及与其他社会发展战略的协调整合。在此基础上,我们结合一些发展中国家的做法,对我国制定儿童营养政策进行思考并提出以下对策。

2.1 制定国家营养战略

2.1.1 做出更坚定的政治承诺,并有财政资金的保障

科学可行的儿童营养政策应该明确营养改善的具体目标,要求各级政府做出具体承诺,采取相应的战略、行动,保证财政预算的支持。要形成坚定的国家承诺,有效的论证和沟通是关键。孟加拉开发的营养宣传工具卓有成效,明确展示了营养投资的成本效果信息,有助于财政部门做出投资于儿童营养的决策,现已运用于25个国家的营养项目中。在乌干达,支持儿童营养项目的政治家,通过建立国会宣传委员会、为成员提供培训、与媒体沟通、向利益相关者反映儿童发展和营养计划的进展等,促进了项目的执行。我国的食盐碘化也积累了促进政府承诺的经验,值得在推动儿童营养政策的政治承诺中借鉴。^[1]

2.1.2 将营养项目融入国家扶贫战略、小康社会建设等综合性计划

各国经验表明,儿童营养项目固然可以单独开展,但是作为一项国家计划,如果融入国家扶贫战略、小康社会建设、社区发展计划(如我国的城市社区建设和新农村建设),作为核心指标对各级官员进行考核,那么更容易形成政府决策,在具体操作上阻力较小。

2.1.3 与卫生发展项目结合,采取公共卫生项目的管理方式

儿童营养不良是一个典型的公共卫生问题。实

践证明,儿童营养项目与卫生发展项目相结合,可以取得更好的效果。世界卫生组织和联合国儿童基金会通过对700多个项目的系统回顾,研究将哪些干预项目结合在一起对儿童成长和发展最为有利^[1],在12个最为有效的干预项目中有5个是营养方面的。可以利用现有的卫生服务体系,按照公共卫生的管理模式进行管理,政府对儿童营养项目应该采取其他类似公共卫生项目的公共财政政策,各级财政给予足够的资金支持。

我国新医改方案中,设计了农村孕产妇在孕前3月和孕期前3个月免费口服叶酸的项目,作为逐步实现基本公共卫生均等化的重大项目,标志着我国在综合营养项目上的突破。但是,针对孕产妇贫血、儿童微量元素缺乏等迫切需要解决的问题还没有制度安排。因此,应及早设计新的营养项目,将其列入未来改革特别是卫生发展改革的“十二五”规划。

2.2 完善营养项目的设计

国家应制定明确系统的儿童营养政策和计划,以贫困落后地区和穷困人群为重点干预对象,以全民覆盖为目标,在成本效益评估的基础上选择服务包,并在项目的时间和范围上给予合理安排。

2.2.1 干预人群的选择

(1) 是全面覆盖还是特定人群

在儿童营养干预人群的选择上,发展中国家首先要在全面覆盖还是针对特定人群上进行权衡。对于财力不足的国家,政府应该考虑选择性地覆盖部分地区和人群。但是覆盖面不能过小,尤其在政策或项目实施之初,要让多数人成为潜在的受益者,避免大量的遗漏和偏性。泰国、印度尼西亚、哥斯达黎加和坦桑尼亚都是儿童营养不良减少快于经济增长速度的国家,其共同点是都开发了广覆盖的、以社区为基础的国家计划。

借鉴泰国、墨西哥的经验,在我国各地区经济社会发展不均衡的今天,应该优先考虑极端严重的儿童营养不良问题,优先解决问题更严重的贫困地区的儿童营养问题。所以,学生餐项目从贫困农村地区起步,并且采取全部覆盖的策略有利于项目的启动和实施。

(2) 优先考虑什么年龄段的儿童

医学研究表明,多数儿童营养不良发生在怀孕

期间到 2 岁,而且营养不良对健康的损害是不可逆的,因此,从医学上说,怀孕到 2 岁是消除儿童营养不良的关键期,应该优先关注。但许多项目却没有准确定位,带来较大的机会成本。例如,印度的 ICDS 项目,食品供给目标人群不明确和对实际操作缺乏细致的规范和界定,导致了 3 岁以下儿童所接受的干预不足,大部分食物流向了已经错过影响成长最佳年纪的 4~6 岁儿童。^[8]

建议我国像墨西哥那样,将儿童的营养、教育和卫生一起抓,以便于覆盖各年龄儿童。

2.2.2 干预项目的选择

(1) 制定核心服务包

制定合适的核心服务包有助于获得中央政府对全国项目的财政支持。世界卫生组织和联合国儿童基金会支持的基础营养项目(ENA)围绕六项有效的基本营养服务在贝宁、埃塞俄比亚、加纳、马达加斯加和塞内加尔的社区进行试点,效果良好。^[1]

(2) 不同条件下选择不同的服务包内容

在不同的经济、行政和政治资源的条件下,可以采取不同的策略尽可能推广儿童营养项目。在支付能力不足的情况下,可以推广维生素 A、碘和铁等矿物质元素的补充、食物强化、免疫强化等;在管理能力薄弱的情况下,可以选择推广对管理要求不太高的项目,如免疫强化和口服补液治疗,维生素 A 作为免疫项目的补充等,或通过合同外包,由 NGO 组织或者社区组织提供服务,平衡政府薄弱的管理能力;在政府承诺薄弱的情况下,可以采取以下行动:在一两个较强势的部门内,只选择一两个干预项目以降低风险;从相对便宜和容易管理的干预项目开始或只在一个很小的地方开展工作;投资于以分析和证据为基础的宣传,强化政府的承诺。

2.2.3 项目时间:将儿童营养的短期项目和长期项目相结合

由于受政治周期的影响,政治家倾向于推行在自己任期内看出效果的短期营养改善计划。但是,儿童营养的改善是一项长期工作,需要长期计划的支持。为解决这两者之间的矛盾,可以同时推行两类计划,长期计划需要长期传播策略,短期计划可以作为实现长期计划目标的突破口。

2.2.4 项目范围:大范围的政府干预方式与边干边学的渐进式干预方式相结合

一个国家在不同时期会有不同的儿童营养问题,要针对这些问题采取不同的政策和项目。孟加拉国、泰国、马达加斯加、智利、古巴、洪都拉斯和墨西哥等国家经验表明,对于营养不足和微量元素缺乏,采取大范围的政府干预是有效的手段,挑战在于如何将这些国家的成功经验合适地运用于我国,如何加强政府的承诺和执行能力。

2.2.5 将儿童营养监测信息建设纳入项目设计内容

信息是管理的基础。从上到下的信息体系建设对于促进“3A 循环”(分析、评估和行动)、合适的监督和激励、政策或项目的及时调整,都是非常重要的条件,而这些对项目或政策的执行质量有根本性影响,在项目初始就要进行详尽的考虑。

2.3 加强营养政策或项目的执行

2.3.1 建立多部门分工协作的管理体制

许多发展中国家因为制度建设和能力建设落后,国家营养项目出现管理体制不顺的问题。例如,卢旺达食物安全和社会行动计划由财政部主管,但财政部对项目执行缺乏经验,后来这个项目的管理纳入地方政府部管理,比较成功。再如,孟加拉的整体性营养计划,管理工作由卫生部下属的一个机构负责多部门协调工作,因为管理层次太低,对农业部、渔业部都缺乏影响力,最终难以开展工作。^[6]

泰国是对营养问题进行多部门管理最为成功的国家,国家营养委员会由国家经济与社会发展部牵头^①,办公室最初设在国家经济与社会发展部,后来转移到卫生部。我国也可以借鉴这种模式,由国家发展与改革委员会牵头,卫生部、教育部主抓业务落实,具体而言,卫生部负责学龄前儿童,教育部负责学龄儿童。在多部门管理体制下,需要清晰划分各部门责任并给予相应财政支持。

2.3.2 采取公私合作伙伴(PPP)模式,建立社会合作同盟

儿童营养政策给食品产业和非政府组织的工作带来了机会,而这显然不是国家需要控制的服务领

① 负责泰国的国家发展计划,相当于中国的国家发展与改革委员会。

域。1993年马达加斯加、1995年塞内加尔和孟加拉以及最近几年洪都拉斯和乌干达的项目中,政府越来越多地与企业、非政府组织合作,提供微量元素添加项目,以签约形式进行合作。^[1]印度的 ICDS 项目有 10% 的项目资金由 NGO 代管。

近年来,我国中西部地区推行学生餐项目时,对于鼓励私人企业参与,改善服务质量也进行了有益探索。就我国民间企业和非政府组织的现状来看,虽然有了一定程度的发展,但仍然弱小,因此,建议政府为企业或非政府组织提供更多机会,改进政府公共服务和社会治理方式。在缺乏有力的 NGO 的地方,如中国的许多农村地区,营养服务可由政府机构直接提供。

2.3.3 利用现有组织网络,发挥妇女参与的积极性

与非洲国家不同,我国已经有比较完善的妇幼卫生服务网络和基础学校网络,因此,儿童营养项目的执行不需要另起炉灶,完全可以在现有基础设施和组织机构的基础上进行组织,重点是加强各参与方的协调、沟通、监督。我国各级妇联系统和计划生育服务体系在动员母亲方面,积累了大量经验,是未来推动儿童营养改善行动的重要支撑性力量。

2.3.4 着眼于长远制度化目标,进行营养项目管理者 和执行者的能力建设

儿童营养政策本身不是目的,最终需要的是建立儿童营养相关的一系列制度。在政策或项目推广的阶段,管理者的数量剧增,能力建设非常关键。2003年世界银行和联合国儿童基金会联合进行的营养评估项目发现:解决营养不良的能力不足是营养项目效果不佳的主要因素之一。在非洲和南亚地区,社会治理能力薄弱以及腐败盛行造成儿童营养政策和项目难以有效执行。尤其是在南撒哈拉非洲,受过良好培训的项目管理人员稀缺。与此形成鲜明对比的是,成功的印度泰米尔 Nadu 整体性营养项目(TINP)和洪都拉斯 AIN 项目都特别关注管理系统的细节设计,在这方面有很好的经验。^[5]

我国在普及碘盐、孕产妇口服叶酸预防先天性脊柱裂等方面已经积累了成功的经验,在项目执行过程中提高了各级卫生行政部门、疾病预防控制系统和基层医疗卫生机构的项目执行能力,需要在儿童营养改善行动中加以总结推广。

2.3.5 加强宣传和沟通,争取社会各界支持

在项目实施中,需要在政府和社区进行不同层次的进行宣传和沟通,争取不同层次人群对该项目的支持。而争取上层对营养项目的重视,并做出承诺往往是很漫长的过程。例如,在孟加拉,财政部最终同意 BINP 项目是在项目提出数年之后。在社区层次的动员也是必要的,需要通过“营养工作者”完成沟通和协调,社区领导人很可能没有将营养列入工作重点之中,而基层人们对营养的观念可能还很落后。

项目的目标、术语和策略必须是简单可操作的。计划或项目的目标必须用明确的、不含糊的语言表述。另外,利用影视作品可以发挥更好的健康教育效果,例如,印度电影片《隐秘的惩罚》反映碘缺乏危害;在泰国为改善维生素 A 状况,利用电视等现代传媒发动了鼓励民众种植葫芦的运动。在需要改变人们行为的项目中,大众传媒可以发挥很重要的作用。应通过立法,明确大众媒体在健康教育、营养宣传等方面应尽的义务,在黄金时段播出促进健康的公益广告。

参 考 文 献

- [1] 联合国粮食及农业组织. 2009 年世界粮食不安全状况 [R]. 罗马: 联合国粮食及农业组织, 2009.
- [2] 国际肥胖症研究协会报告: 全球身体超重者近 10 亿 [EB/OL]. (2010-07-13) [2010-09-10]. http://sci.ce.cn/swsm/201007/13/t20100713_21610390.shtml.
- [3] Keeping the Promise-United to Achieve the Millennium Development Goals [EB/OL]. [2010-09-10]. http://un.org/en/mdg/summit2010/pdf/ZeroDraftOutcomeDocument_31May2010rev2.pdf.
- [4] Debashri Ray. Encyclopedia of Health and Nutrition. Volume-1: conceptualization of Health and Nutrition [M]. India: SARUP&SONS, 2002.
- [5] Sturart Gillespie, Milla McLachlan, Roger Shrimpton. Combating Malnutrition: Time to Act [M]. WB & UNICEF, 2003.
- [6] WB. Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for large-Scale Action [R]. 2006.
- [7] Sturart Gillespie, Milla McLachlan, Roger Shrimpton. Combating Malnutrition: Time to Act [M]. WB & UNICEF, 2006.
- [8] 石光, 邹珺, 田晓晓, 等. 发展中国家儿童营养政策的经验和教训 [J]. 中国卫生政策研究, 2010, 3 (2): 21-25.

[收稿日期:2010-08-05 修回日期:2010-08-25]

(编辑 薛云)