

斐济统计数字一览¹

预期寿命（2006年，男女）：69岁

人均国民生产总值（2006年购买力平价，以国际美元计）：4450

人均卫生总费用（2005年购买力平价，以国际美元计）：271

医生数量（2005年每10 000人口）：5

斐济实现初级卫生保健的运动停滞不前²

- 斐济的乡村卫生模式说明初级卫生保健能取得什么结果
- 卫生筹资不足和卫生人员短缺阻碍了斐济的初级卫生保健工作
- 70-80%人口享有卫生服务，但仅40%获得优质的卫生服务
- 为了实现人人享有卫生保健需要制定更好的政府政策

斐济 Natogadravu 村的实例展示了在坚强的领导下和社区的充分参与下初级卫生保健能为人民造福。

Nacanieli Sosenabarar 说：“死亡人数有所下降，与昔日相比，现在没有这么多人生病了。”他亲眼目睹了离斐济首都苏瓦30公里村庄的众多变化。

他现已年过60，不再住在小竹屋里，而是住在用钢筋水泥建成的新式房子里。他不再从附近可能受到污染的河流中提取饮用水；现在家里安装了自来水管，房子里还有水封式抽水马桶。

对初级卫生保健寄以厚望

以上基本设施的改进有助于改善村民的健康，这应归功于上世纪70年代末斐济签署1978年《阿拉木图宣言》后，各村庄热情地把初级卫生保健当作实现“人人享有卫生保健”的手段。

¹ World Health Statistics 2008, Online version: <http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp> (accessed on 24/09/2008)

² Primary health care: Fiji's broken dream, WHO Bulletin Vol 86: 3
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-020308/en/index.html>
Homepage: <http://www.who.int/bulletin/en/>

斐济设法克服资源短缺问题，为此鼓励社区改善全国 100 多个岛屿上 844 048 居民的健康。

Sosenabarari 说：“我们体验到了初级卫生保健带来的好处，而重要的是斐济的每一个村庄都非常认真地对待初级卫生保健。我们之所以从中受益是因为我们建立了高效的村委员会，它始终与村民一起决定每一项发展事业。”

但是在斐济的其他地方，结果并不令人振奋。在许多村庄，早期大有希望的发展项目失去了势头。许多倡议行动到了上世纪 80 年代处于停滞状态。

资源不足

Jona Senilagakali 博士曾在《阿拉木图宣言》时代担任斐济卫生部常秘，他认为除其他原因外，停滞不前的根源是政府政策欠妥和中央政府对农村支持不力、资源短缺和中央政府监督不够、以及人才外流导致医生和护士短缺。

斐济家庭卫生国家顾问 Josaia Samuela 博士对此表示赞同：“我认为 70-80% 人口能获得卫生服务，但仅 40% 享有优质的卫生服务。对社区或村庄的卫生标准没有进行正当的监测。”

他表示，政府的责任是行动起来。“为了按规定的标准向人民提供良好的卫生服务，政府必须从现在起调整政策...。没有充足的资源，人人享有卫生保健的观念有何用处？”

本文为 2008 年 3 月发表于《世界卫生组织通报》论文的摘要。