

中国孕产妇与儿童生存策略研究



中华人民共和国卫生部

unicef

联合国儿童基金会



世界卫生组织



联合国人口基金

中国孕产妇与儿童生存策略研究



中华人民共和国卫生部



联合国儿童基金会



世界卫生组织



联合国人口基金

二〇〇六年十二月，北京

目 录

表格目录	iv
图表目录	iv
序	1
第一部分 中国孕产妇与儿童生存策略研究-- 摘要	2
一、研究背景和目的	2
二、研究方法	2
三、主要研究结果	3
(一) 妇幼卫生的主要成就	3
(二) 面临的问题与挑战	3
(三) 战略选择与政策建议	5
1. 基本判断	5
2. 战略选择	6
3. 政策建议	7
第二部分 中国孕产妇与儿童生存策略研究-- 政策分析报告	9
第一章 背景	10
第二章 中国妇幼卫生的现状与挑战	12
1. 中国妇幼卫生的现状与成就	12
1.1 儿童和孕产妇死亡率持续降低, 妇幼生存状况明显改善	12
1.2 以《母婴保健法》为核心的法律、法规和政策体系日臻完善	13
1.3 妇幼卫生服务体系基本覆盖全国, 通过专门项目为改善管理和服务进行了积极探索	14
2. 妇幼卫生为中国的社会发展做出了重要贡献	15
2.1 儿童死亡率降低对提高人口平均预期寿命贡献巨大	15
2.2 妇幼卫生状况改善对推动中国的计划生育发挥了积极作用	16
2.3 提高妇幼卫生水平降低了社会发展成本, 能显著增加人力资源的健康存量	17
3. 中国妇幼卫生面临的问题与挑战	17
3.1 儿童死亡率处于世界中间水平, 下降过早进入“平台期”	17
3.2 政府投入相对不足, 城乡、地区和人群差异大	21
3.3 妇幼保健系统还无法有效覆盖社会边缘群体和弱势群体	23
3.4 宏观目标与服务提供方式存在尖锐矛盾, 妇幼卫生发展面临严峻挑战	24
3.5 妇幼卫生政策与其他社会政策缺乏有效的协调、配套机制	27
第三章 战略选择与政策建议	29

1. 基本判断.....	29
1.1 妇幼卫生指标是衡量社会发展和人类发展的重要指标.....	29
1.2 中国的妇幼卫生为国家的社会发展做出了不可替代的重要贡献.....	29
1.3 中国妇幼卫生状况在不断改善,但其发展明显滞后于经济发展.....	30
1.4 中国妇幼卫生的地位与其作用不相符合,在社会发展领域没有得到应有的重视.....	30
1.5 中国妇幼卫生服务面临着全方位的挑战.....	30
1.6 社会、经济和文化因素在妇幼生存状况改善中发挥着关键作用.....	31
2. 战略选择.....	31
2.1 进一步明确妇幼卫生对构建和谐社会的基石地位.....	31
2.2 进一步明确妇幼卫生的发展方向和战略目标.....	31
2.3 进一步明确政府在妇幼卫生事业发展中的主导作用和公共责任.....	32
2.4 进一步明确妇幼卫生体系的发展方向和功能.....	32
2.5 进一步明确妇幼卫生与国家经济、社会、文化和政治发展的密切关系,明确妇幼卫生对全面、协调和可持续发展的迫切要求.....	32
2.6 进一步明确改进和完善妇幼卫生服务模式的重要性的迫切性.....	33
3. 政策建议.....	33
3.1 为妇幼卫生事业发展提供制度保障.....	33
3.2 建立制度化、递增式的妇幼卫生经费投入机制,由政府对本国基本妇幼保健服务实行专项投入,保证妇幼卫生事业发展与社会经济发展同步甚至超前.....	34
3.3 建立起覆盖全人群、功能完善、分工合理的妇幼卫生服务和管理体系.....	34
3.4 强化妇幼卫生服务体系的服务质量和效率,突出重点地区和重点人群.....	34
3.5 加强妇幼卫生服务提供人员的能力建设和队伍建设,加强妇幼卫生的学科构建与发展,依托学科培养人才.....	34
3.6 进一步加强妇幼卫生信息的动态收集和监测,建立有效的政策和管理回应机制.....	34
3.7 以项目带动重点和难点妇幼健康问题的解决,并通过项目的辐射和扩散作用进一步提高妇幼卫生的整体服务水平及质量.....	35
第三部分 中国孕产妇与儿童生存策略研究--技术报告.....	36
第一章 研究背景.....	36
第二章 研究方法.....	39
1. 理论框架.....	39
2. 资料来源.....	40
3. 数据分析.....	41
4. 地区划分原则.....	42
5. 本报告的局限性.....	43

6. 主要发现.....	43
第三章 孕产妇和儿童死亡趋势及直接影响因素.....	44
1. 孕产妇和儿童死亡率持续下降.....	44
1.1 1991 至 2004 年间, 全国孕产妇死亡率下降了 39.6%.....	44
1.2 1991 至 2004 年间, 全国 5 岁以下儿童死亡率下降了 59%.....	45
2. 孕产妇和儿童死亡的地区差异.....	46
2.1 孕产妇死亡的地区差异.....	46
2.2 5 岁以下儿童死亡的地区差异.....	48
3. 孕产妇和儿童死亡的直接影响因素.....	50
3.1 孕产妇死亡的直接原因.....	50
3.2 新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童死亡的直接原因.....	51
3.3 孕产妇和儿童死亡的间接原因.....	53
4. 主要发现.....	55
第四章 孕产妇和儿童死亡的间接影响因素.....	56
1. 孕产妇死亡的间接影响因素.....	56
1.1 孕产妇保健服务利用的现状.....	56
1.2 孕产妇保健服务存在的主要问题.....	56
1.3 其他间接影响因素.....	60
1.4 提高有效干预措施的可及性对降低孕产妇死亡率的影响.....	60
2. 儿童死亡的间接影响因素.....	62
2.1 儿童保健服务的现状.....	62
2.2 儿童保健服务存在的主要问题.....	62
2.3 其他间接因素.....	64
2.4 有效的干预措施对降低儿童死亡率的影响.....	65
3. 主要发现.....	68
第五章 影响孕产妇和儿童死亡率的社会经济和制度因素.....	69
1. 社会经济因素影响了基本社会服务和信息.....	69
1.1 贫穷阻碍服务利用并加剧疾病的易感性.....	69
1.2 基础教育和 服务薄弱, 保健知识缺乏对孕产妇和儿童死亡的间接影响.....	70
1.3 妇女地位、性别问题对孕产妇和儿童健康的影响.....	70
1.4 交通、地理环境因素对妇幼卫生服务利用的影响.....	70
2. 制度和体制因素的影响.....	71
2.1 公共卫生投入不足, 农村贫困地区妇幼卫生服务资金缺乏.....	71
2.2 卫生资源配置不合理, 服务缺少协调.....	72

2.3 人力资源约束.....	72
3. 主要发现.....	73
第六章 对干预措施和方法的建议.....	74
1. 实施基本妇幼保健服务包.....	74
2. 体制改革和能力建设.....	78
3. 财政的支持.....	80
参与人员.....	82

表格目录

表 3.2.1 孕产妇和儿童死亡的影响因素、间接影响因素以及社会和制度因素	39
表 3.4.1 主要的孕产妇保健措施目前在中国的覆盖率	57
表 3.4.2 中国各类地区孕产妇死亡预计下降的百分比 (%)	61
表 3.4.3 降低 5 岁以下儿童死亡主要干预措施的覆盖率 (%)	63
表 3.4.4 可避免的五岁以下儿童死亡率和死亡人数分布	66
表 3.4.5 不同地区 5 岁以下儿童死亡率降低的比例.....	66
表 3.6.1 不同地区妇幼保健基本服务包	77

图表目录

图 2.3.1 中国 90 年代以来婴儿死亡率的变动趋势	19
图 2.3.2 世界各国人均 GNI (PPP) 与孕产妇死亡率的关系.....	20
图 2.3.3 世界各国人均 GNI (PPP) 与 5 岁以下儿童死亡率的关系.....	20
图 2.3.4 世界部分国家人均 GNI (PPP) 与 5 岁以下儿童死亡率的关系.....	21
图 3.2.1 根据发展指数进行地区划分	42
图 3.3.1 中国孕产妇死亡率趋势	45
图 3.3.2 中国儿童死亡率趋势	46
图 3.3.3 中国不同地区的孕产妇死亡变化趋势	47
图 3.3.4 中国分地区孕产妇死亡负担	48
图 3.3.5 中国分地区 5 岁以下儿童死亡率趋势图	49

图 3.3.6	中国分地区儿童死亡负担	50
图 3.3.7	中国分地区孕产妇死因别死亡率分布图	51
图 3.3.8	中国分地区新生儿死因别死亡率分布图	52
图 3.3.9	儿童死因别死亡率分布图 (1 个月-5 岁)	53
图 3.4.1	分地区在家分娩和住院分娩原因构成图	58
图 3.4.2	农村地区孕产妇死亡地点构成图	58
图 3.4.3	住院分娩和产科服务质量	59
图 3.4.4	单一干预措施可避免的孕产妇死亡数量	62
图 3.4.5	儿童死亡地点分布	63
图 3.4.6	急诊产科服务, 住院分娩和新生儿死亡率	64
图 3.4.7	清洁水源和卫生厕所	65
图 3.4.8	单一干预措施所能预防的 5 岁以下儿童死亡的比例	67

序

中国政府一贯重视妇女儿童的生存和健康状况，在保护妇女儿童生存与发展，降低孕产妇和儿童死亡率等方面取得了巨大成绩。但是，妇幼卫生事业的发展与妇女儿童的健康需求仍不相适应，妇女儿童的健康状况仍存在着较大的地区差异，实现“联合国千年发展目标”中提出的降低孕产妇和儿童死亡率目标仍需要艰苦的努力。

为了保证所有的母亲和儿童享有基本的妇幼保健服务，使所有家庭从母亲怀孕甚至孕前开始、到分娩乃至儿童成长整个过程中都能获得全面的卫生保健服务，需要全社会的共同努力，需要将妇幼卫生作为国家经济社会发展总体战略的优先领域，这是建设和谐社会和社会主义新农村的客观要求和具体体现。

每一位父母都期望自己的孩子健康成长，母亲和儿童是家庭的期望，祖国的未来。让我们动员起来，为母亲和儿童的健康，为了儿童有一个美好的明天而努力奋斗！

第一部分 中国孕产妇和儿童生存策略研究

摘 要

一、研究背景和目的

2005年，中国女性人口为6.3亿，0-14岁儿童有2.6亿，拥有世界各国中规模最大的妇幼群体。过去20年，中国在降低孕产妇和儿童死亡率方面取得了巨大成绩，妇女儿童生存状况明显改善。但是从20世纪90年代开始，孕产妇和儿童死亡率下降趋缓，妇女儿童健康面临新的威胁和挑战。为了解决妇女儿童在健康方面面临的突出问题，保障中国能够按期实现“联合国千年发展目标”，卫生部与联合国儿童基金会（UNICEF）、世界卫生组织（WHO）、联合国人口基金（UNFPA）合作，共同开展了中国孕产妇和儿童生存策略研究，旨在系统回顾和评价中国妇幼卫生工作所取得的成就，明确突出的问题与挑战，通过技术层面和政策层面的综合分析，为中国妇幼卫生事业发展和妇女儿童生存状况的改善提供战略选择和政策建议。

二、研究方法

本研究将对影响孕产妇和儿童死亡直接因素、间接因素以及社会和体制因素进行技术层面和政策层面的综合分析。技术层面的分析采用定量、定性相结合的方法。流行病学分析跨度九年。定量资料来源于1991至2004年全国妇幼卫生监测（MCHS），2003年全国卫生服务调查（NHSS），2002年全国营养卫生调查（NNHS）和2004年全国计划免疫综合评审等数据；定性资料来源于国内外专家组对部分地区所做的现场调查。根据中国不同地区发展水平的差异，将全国分为大城市、中小城市、一类农村、二类农村、三类农村、四类农村（一类农村代表最发达的地区，四类农村代表最不发达的地区）共六类地区，又依据地理位置划分出沿海、内地、边远三种区域，并在分析过程中进行必要的加权。本研究还模拟“柳叶刀模型”和“英国医学杂志模型”评估最有效妇幼干预服务全面覆盖对孕产妇和

儿童死亡率变化的影响。政策层面的分析采用文献回顾分析的方法，对国际和国内的妇幼卫生政策进行比较研究，全面阐述了中国妇幼卫生所处的社会背景和现状以及目前所面临的挑战，进而提出战略选择和政策建议。

三、主要研究结果

（一）妇幼卫生的主要成就

过去 20 年，中国在降低孕产妇和儿童死亡率方面取得了巨大成绩，孕产妇和 5 岁以下儿童死亡率分别由 1991 年的 80/10 万和 61‰ 下降到 2004 年的 48.3/10 万和 25.0‰，分别下降了 39.6% 和 59%。妇女儿童的健康状况明显改善，有望按期实现“联合国千年发展目标”的要求。目前已经形成以“一法两纲”为核心、涵盖国家宏观卫生政策和妇女儿童健康保护专项法律法规的较为完善的政策法律体系。妇幼保健机构是新中国成立后最早建立的公共卫生服务机构，对提高中国人口的整体健康水平发挥着关键性的重要作用，是国家提供妇幼保健和基本医疗服务的主导力量。中国政府与多个国际组织合作开展的妇幼卫生干预项目，在提高妇幼卫生基本服务的公平性和可及性、缩小地区差别、改善管理等方面做出了有益探索，不仅使项目地区直接获益，而且为其它地区提供了示范。

中国妇幼卫生对中国的社会发展做出了重要贡献。1990-2000 年，5 岁以下儿童死亡率的下降为中国人口平均预期寿命的提高做出了约 24.7% 的贡献；妇幼卫生状况改善对推动中国的计划生育发挥了积极作用。5 岁以下儿童死亡率每减少 1 个百分点，直接和间接受益人口达数十万；新生儿保健可及性的提高，出生缺陷、残疾和儿童伤害的减少直接降低了社会发展成本，增加了人力资源的健康存量，对社会稳定、家庭幸福做出的贡献更无法用金钱衡量。

（二）面临的问题与挑战

1、政府投入相对不足，财政拨款水平低且增长速度缓慢，妇幼卫生状况改善和事业发展滞后于国家的经济增长。同时，卫生资源配置不合理，城乡“倒挂”。

2、孕产妇和儿童死亡率仅位居世界中间水平，不仅与众多发达、较发达国家有较大的距离，而且与部分发展水平类似或较差的发展中国家也有一定差距。婴儿死亡率过早进

入下降缓慢徘徊的“平台期”，其中新生儿死亡率一直下降缓慢，占5岁以下儿童死亡率的63.9%。超过75%的孕产妇和儿童死亡都是由可预防或可治疗原因引起的，这与妇幼卫生服务质量密切相关。如果将现有基本服务予以扩展，使服务对象都能获得最具性价比的服务，全国的孕产妇和儿童死亡率可分别减少52%和34%，偏远地区相应指标的降幅可达67%和44%。

3、城乡、地区和人群差异大，服务享有的不公平性问题突出。偏远、落后农村地区孕产妇和儿童死亡率高，是城市地区的3-7倍并开始出现停滞状态；二、三类农村地区孕产妇和儿童死亡率份额大，占全国的70%。妇幼保健系统还无法有效覆盖流动人口和少数民族人口等社会边缘或弱势群体。

4、妇幼卫生宏观目标与服务提供方式存在尖锐矛盾，妇幼卫生发展面临严峻挑战。受市场化冲击，专门的妇幼保健机构功能定位出现摇摆。在政府投入较少、支持力度减弱的情况下，被迫出现“趋利”倾向，出现了“重医疗、轻预防保健，重有偿服务、轻无偿服务”的现象，妇幼卫生服务公益性、公平性和普惠性降低。服务提供与服务需求之间存在错位现象，出现两极分化。一方面大中城市服务资源向高端集中，服务设施、人员资质、服务质量水平较高，甚至出现高端设施闲置；另一方面，在中国的农村地区，服务可及性还是广大群众面临的突出问题。中国妇幼卫生服务队伍的能力建设仍面临挑战，服务人员业务素质，妇幼卫生服务专业队伍的稳定发展以及妇幼卫生服务效率都应重点关注。

5、妇女儿童生存与健康状况进一步受到社会、经济、文化、法律和制度等因素更深刻、广泛的影响。妇幼卫生政策与其他社会政策缺乏有效的协调和配套机制、公共资金不足、系统效率低下等，是妇幼卫生服务面临的突出问题。应该包括妇幼卫生体制改革在内的卫生改革在一定程度上忽视了妇幼卫生的公共责任和社会目标，很多方面被动地接受了其他体制变动带来的结果。贫穷、通过基尼系数(0.46)显示出的收入的不平等以及基本社会服务可及性的差异，性别的不平等以及文化因素对妇女儿童的健康状况有潜在的影响。

（三）战略选择与政策建议

1. 基本判断

—妇幼卫生指标不仅仅是最基础的医疗卫生和人群健康指标，更重要的是被作为衡量社会发展和人类发展的综合性指标。如果一个国家（或地区）在发展的过程中不能够使妇女和儿童的生存状况得到改善，不能使社会弱势群体满足最基本的生存与发展需求，那么这种发展不应认为是成功的。

—妇幼卫生是卫生事业中社会效应最大、惠及面最广的领域，妇幼健康是起点性和全程性的健康指标。妇幼卫生政策和服务的任何改善，都将直接惠及超过三分之二的人口。妇幼生存状况的改善和健康水平的提高，对国家经济社会发展的积极作用是多重的。

—中国妇幼卫生状况在不断改善，但其发展明显滞后于经济发展。儿童死亡率过早进入了下降缓慢的“平台期”，妇幼健康水平在城乡之间、地区之间、区域内部和人群之间还存在着巨大差异，直接影响到中国的人类发展、社会和谐、国际地位以及联合国千年发展目标的实现。

—妇幼卫生隶属于公共卫生，是国家公共服务需要优先考虑和发展的领域，也是最基础的社会公益事业。但目前中国妇幼卫生的地位与其作用不相符合，这与政府责任不到位、国家的社会发展政策缺乏衔接和协调、妇幼卫生的公共服务功能不甚明确以及妇幼健康在社会发展领域没有得到应有的重视密切相关。

—妇幼卫生服务体系在政策和体制、功能和机制、技术和队伍等各个层面均面临前所未有的挑战和冲击。相比之下，理念和意识的挑战大于体系建设的挑战；制度和机制层面的挑战大于技术层面的挑战；战略层面的挑战大于操作层面的挑战。矛盾焦点是如何实现妇幼卫生的公益职能，真正实现服务的可及性、公平性和普惠性。

—将降低孕产妇和儿童死亡率、改善妇女和儿童的生存及健康状况，与国家的整个发展协调起来，同步进行，具有特殊重要的意义，并有助于实现我国政府承诺的千年发展目标。其中中国政府提出的新农村建设、妇女赋权、女童教育、消除贫困以及与文化传统相适应的服务战略等等都应充分考虑妇女、儿童健康。

2. 战略选择

—进一步明确妇幼卫生对构建和谐社会的基石地位，高度认识妇幼卫生的社会公益性，明确界定妇幼卫生对促进国家发展的基础作用，充分考虑妇幼卫生对我国国际地位和国际形象的重大影响，将妇幼卫生作为社会发展优先的领域，制定国家妇幼卫生发展战略，并将其纳入国家社会经济发展总体战略之中。

—进一步明确妇幼卫生的发展方向和战略目标。遵循“以保健为中心，以基层为重心、以生殖健康为核心”的工作方针；维护面向基层、面向群体、预防为主宗旨；坚持政府领导、部门配合、法制保证、群众参与的原则；努力实现“网络健全、功能完善、基本满足需要、政府责任到位”的发展目标。

—进一步明确政府在妇幼卫生事业发展中的主导作用和公共责任。明确妇幼卫生服务不能靠市场提供，应是政府优先考虑和发展的公共服务领域。大幅度增加对妇幼卫生的投入和财政保障；制定和调整相关政策，确保妇幼卫生服务并实行基本服务项目由政府买单的免费服务；保证社会最弱势和边缘的妇幼群体能够获得最基本的服务；履行调控职能，实行政府规制。

—进一步明确妇幼卫生体系的发展方向和功能。深化妇幼保健机构的规范化建设，清晰界定基础妇幼卫生服务的范围和内容。妇幼卫生应以非营利性的公立机构为服务主体，由政府提供具有稳定性、制度化的费用保障机制，强调和重视服务的规制与约束，即便在妇幼卫生服务中允许有适当的市场机制引入，也应该强调它不能影响基本社会公益目标的实现。

—进一步明确妇幼卫生与国家经济、社会、文化、政治发展的密切关系。将妇幼卫生政策与更宽泛的社会政策协调配套，建立健全系统内部及与外部的组织、协调机制。将妇幼卫生纳入国家整个发展决策、规划和政策的制定及实施过程，增强政策执行的可操作性和落实程度。

—进一步整合妇幼卫生服务资源。采取突出重点、着重缩小城乡、地区差异的发展策略，将妇幼卫生的工作重点放在乡村两级，在城市地区与社区卫生服务相融合，农村地区与基层医疗卫生服务建设结合，实现系统互动、相互衔接。

—进一步明确改进和完善妇幼卫生服务模式的重要性和迫切性。突出系统服务、系列

服务、追踪服务和人性化服务的现代服务模式。重视基层服务设施配备、人员培训和技术指导，强调系统、规范的服务管理，建立规范、及时和有效的转诊制度，加强服务的监测和监督，以项目为载体着力解决的妇幼健康的重点和难点问题。

3. 政策建议

—为妇幼卫生事业发展提供制度保障。在进一步完善妇幼卫生法律法规的制定与落实实施的同时，加强司法监督和社会管理。将妇幼卫生指标明确纳入妇女儿童事业发展规划，纳入国家社会经济发展规划，纳入各级政府政绩考核指标体系。

—建立制度化的妇幼卫生经费投入机制。由政府对本基本妇幼保健服务实行专项投入，保证妇幼卫生事业发展与社会经济发展同步甚至超前。通过加大财政转移支付力度，增加对贫困地区和重点人群的资金投入。建立对基本妇幼卫生服务项目的资金导向机制，并增强妇幼卫生资金投入的效率和有效性。

—建立起覆盖全人群、功能完善、分工合理的妇幼卫生服务和管理体系。坚持妇幼保健机构是承担政府职责的、体现公益性质的专业机构。以妇幼保健专业机构为龙头，以城市社区卫生服务和农村基层卫生服务为依托，以预防和保健为重点，将妇幼卫生的服务重心下移，使乡村两级成为妇幼卫生工作的重点。其中应着重加强县、乡、村三级服务网络的建设，特别是乡镇卫生院的产科建设。建立并完善各级妇幼卫生服务之间相互转诊的良性循环机制。

—强化妇幼卫生服务体系的服务质量和效率。突出重点地区和重点人群，推广基本妇幼保健服务包，重点向二、三、四类农村地区倾斜，注重提高贫困人口、流动人口等社会弱势群体和边缘群体享有服务的可及性。在妇幼卫生领域逐步建立医疗救助制度，保证妇女儿童都能够享有优质的产前、产科和新生儿保健的基本服务。

—制定有效的人力资源发展战略，积极开展妇幼卫生服务提供人员的能力建设和队伍建设，加强妇幼卫生的学科构建与发展，依托学科培养人才。在开发妇幼保健专家队伍长期发展计划的同时，注重对农村和基层初级人才的培养和培训，切实提高农村基层妇幼卫生服务提供者的基本知识和技能。

—进一步加强妇幼卫生信息的动态收集和监测，建立有效的政策回应机制。通过增加监测点并使其分布合理化、进一步丰富数据的收集内容，完善项目和拓展全国妇幼卫生监

测网。

—以项目带动重点和难点妇幼健康问题的解决，并通过项目的辐射和扩散作用提高妇幼卫生的整体服务水平和质量。重点项目和重点领域涉及：贫困农村服务费用减免、出生缺陷干预、“降消”项目、母亲安全、妇女常见病防治、健康教育、艾滋病预防、人员培训、推广适宜方法等。确保有效的监督和评估机制，同时进一步总结交流经验并推广好的成果。

—开展深入的研究以了解妇女儿童患病情况和儿童伤害的发生与干预以及基于性别的暴力等妇幼卫生领域的社会问题。

第二部分 中国孕产妇和儿童生存策略研究

政策分析报告

无论在哪一个国家或地区，妇女儿童人数都占到总人口的近三分之二。他们不仅是社会中数量最为庞大的人口群体，而且是人类持续与发展的前提和基础，受到各国政府及国际社会的特别关注。

一个社会的发展和进步程度，集中反映在妇女儿童的生存状况上。妇幼卫生指标，除了反映妇女儿童健康水平，也综合反映一个国家人口总体的健康素质、生活质量及文明程度，检验社会公平和现代化的水平，这已成为国际社会的共识。20世纪70年代以来，几乎全部有关发展的联合国大会和各国首脑会议，都高度重视妇幼健康，无一例外地把孕产妇和儿童生存状况作为测度各国发展的最重要指标，也作为各国促进人类进步的优先行动领域。在1992年联合国环境与发展大会上通过的《21世纪议程》中，在1994年联合国人口与发展大会上通过的《国际人口与发展大会行动纲领》中，在1995年社会发展问题世界首脑会议制定的旨在消除贫穷、减少失业和促进社会融合的计划中，以及在1990年世界儿童问题首脑会议、1993年世界人权会议、2002年可持续发展全球首脑会议上，都反复强调妇幼健康对实现全球可持续发展的关键性作用，并提出了一系列具体指标监测各国在妇幼卫生方面的进展程度。特别是在2000年9月联合国千年首脑会议上，各国领导人、包括中国的国家主席，共同签署了《联合国千年宣言》，庄严承诺要全力以赴实现消除贫困、发展教育、倡导平等、改善环境等八项重大发展目标。其中妇幼卫生领域就直接承担了降低儿童死亡率和改善孕产妇健康状况两项任务。这充分表明：在国际社会和世界各国，妇幼卫生指标不仅是作为基础健康指标在使用，更是被作为衡量各国社会发展的综合性指标在使用。妇女和儿童的生存状况折射着国家（或地区）的发展与进步，也代表着国家（或地区）的形象和地位。

第一章 背景

改革开放以来，中国经济保持了持续快速的发展。1979-2004年，中国国内生产总值（GDP）的年均增长率高达9.4%¹，人均GDP比1979年增长了5倍多，人民生活水平有了大幅度提高，国内生产总值在世界上的排位从1978年的第10位上升到2004年的第7位²。作为拥有13亿人口的世界最大的发展中国家，中国经济的跨越式发展创造了一个奇迹。被国际组织称为经济增长方面的“全世界的领头羊”³。2003年，中国政府又进一步确定了全面建设小康社会的发展目标，争取2020年将全国的国内生产总值在2000年的基础上再翻两番，人均GDP达到3000美元以上，让人民群众的生活更加殷实和富足。无论是从过去的经验看，还是从近几年的发展状况看，经济学家们相信，中国经济在未来的十几年中仍然会保持快速增长的强劲势头，中国政府能够如期实现自己宏伟的经济发展目标。

改革开放在带来经济繁荣的同时，也推动了中国的社会发展。但是，与快速的经济增长相比，中国社会发展的速度和程度相对滞后，社会公平性和普惠性的问题日益突显。目前中国社会正处于一个社会经济结构发生深刻变化的转型时期，伴随着市场导向的改革日益深入，发展的不平衡带来了大量的政策问题和社会现实问题，使社会发展的各个领域都面临着前所未有的挑战。中国的妇幼卫生面临着同样的挑战。新中国成立时，中国的孕产妇死亡率和婴儿死亡率曾分别高达1500/10万和200‰左右⁴，高于马来西亚、泰国、菲律宾等发展中国家。中华人民共和国政府成立后，制定了一系列方针、政策，全力构建妇幼卫生保健体系，通过采取有力的社会、经济和医疗干预措施，大幅度降低了孕产妇死亡率和婴幼儿死亡率，有效改善了妇女儿童生存状况，使得20世纪50-70年代成为中国人口健康状况（包括妇幼健康在内）改善速度最快的时期，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”，成为公认的发展中国家的成功范例。但是，中国妇幼卫生水平领先部分发展中国家的格局在80年代以后发生了变化，婴儿死亡率下降速度相对放慢，少数年份还出现了停滞和徘徊。与此同时，与中国经济发展水平类似的马来西亚、泰国、越南、甚至经济水平远不如中国的斯里兰卡等国家，婴儿死亡率却持续显著下降，追上并大大超越了中国。很显然，与经济发展速度和水平相比，中国妇幼卫生指标的改善还具有巨大的空间和潜力。

¹中华人民共和国统计局编《中国统计年鉴2005》.中国统计出版社，2005年

²中华人民共和国统计局编《中国统计年鉴2005》.中国统计出版社，2005年

³参见联合国系统驻华机构报告《2004年共同国家评估 统筹发展 全面建设和谐的小康社会》

⁴参见《2005年中国卫生统计提要》

为了进一步推动各国落实《联合国千年宣言》目标，2005 年底，联合国儿童基金会、世界卫生组织等机构在伦敦联合召开了 2015 年儿童生存状况改善倒计时会议，检查联合国千年发展目标 4（儿童死亡率）和目标 5（孕产妇死亡率）实现的进展情况。经过评估，会议筛选出 60 个需要优先干预的国家，并将其分成三组。第一组是有可能如期实现千年目标的 7 个国家，包括孟加拉、巴西、埃及、印度尼西亚、墨西哥、尼泊尔和菲律宾；第二组是需要立即采取有力措施、大幅度提高下降速度才可能如期实现目标的 36 个国家；第三组则是必须经过巨大努力才能实现目标的国家，这些国家多在非洲地区。中国由于儿童死亡基数大，不仅被列入了 60 个国家之中，而且被划进第二组。虽然目前中国的孕产妇死亡率和儿童死亡率都尚在实现千年发展目标的轨道上，但是近些年这些指标显现出的降速趋缓态势表明：中国要想顺利地按期实现政府承诺的联合国千年发展目标，妇幼卫生事业必须具有跨越式的发展，使妇女儿童生存状况实现突破式的改善。否则，中国有可能难以在 2015 年实现自己对千年目标的庄严承诺。

中国正处于经济转轨、社会转型、人口转变的特殊历史时期。中国政府近年来提出了“以人为本”的科学发展观，提出了构建和谐社会、全面建设小康社会和基本实现现代化的奋斗目标，并将其贯彻到国家发展规划的各个领域。这意味着中国不仅要继续保持经济的高速增长，而且要确保社会发展，突出发展的可持续性和公平性，使改革与发展的成果能够惠及到全体 13 亿公民。妇幼健康是和谐社会的基石，妇幼群体同时又是社会的弱势群体，妇幼卫生保健是满足人们基本健康需求、实现健康权利的重要途径。如果妇女和儿童的生存安全得不到有效保证，和谐社会的构建自然也就成为一句空话。妇幼健康作为长期影响中国社会发展和人类发展的战略性要素，对于中国构建社会主义和谐社会、全面建设小康社会和基本实现现代化具有全局意义。大幅度改善妇幼健康状况，不仅仅是为了世界实现千年目标，更是为了中国自己。

21 世纪初，中国开始进入新的发展战略机遇期，中国的妇幼卫生将面临新的考验和挑战。正是在这样一个国际和国内背景下，中国卫生部特别邀请联合国儿童基金会、世界卫生组织和联合国人口基金，共同组织国内外专家，对中国妇女和儿童生存状况进行一次全面的评估，以提出相关的政策建议，为中国政府在社会发展规划和政策制定中，优先考虑妇幼卫生问题，进一步大幅度提高妇幼健康水平，如期实现联合国千年目标和国家发展目标提供决策参考。

第二章 中国妇幼卫生的现状与挑战

2005年,中国女性人口总量为6.3亿,0-14岁儿童有2.6亿,这既是中国社会迄今所面临的数量最为庞大的妇幼人口,也是世界各国中规模最大的妇幼群体。新中国成立以来,在政府的大力扶持下,中国的妇幼卫生事业得到了长足发展,妇女儿童的健康与生存状况有了根本性的改善。但是由于社会、经济、文化以及生理等因素的综合性影响,像世界上许多国家一样,中国的妇女儿童群体与其他人群相比,生存与发展状况尚不尽如人意,其整体健康和生存状态相对脆弱,这使得妇女儿童不仅对医疗卫生有着持久、巨大的需求,而且对公共服务的敏感度最强。

在各国,医疗卫生服务都可以划分为公共卫生服务、基本医疗服务和非基本医疗服务三个层次。妇幼卫生隶属于公共卫生服务,提供的是公共产品,具有典型的社会共享性、外部性和公益性。同时,妇幼卫生机构还针对一些妇女儿童的特殊需求提供部分准公共服务。在社会发展意义上,妇幼卫生所要解决的是人类生命最脆弱部分的健康问题,特别是要帮助处于生命特殊阶段的新生儿和孕产妇最大限度地规避死亡和伤残风险,提高他们的生命质量和生存质量。因此,大力提高妇女儿童的健康水平,对于提高一个国家(地区)的整体人口素质、提升人力资源的内在质量、促进社会经济的协调发展有着极为重要的意义。

1. 中国妇幼卫生的现状与成就

1.1 儿童和孕产妇死亡率持续降低,妇幼生存状况明显改善

中华人民共和国成立后的半个世纪以来,由于政府对妇幼卫生的重视和投入,中国的儿童和孕产妇死亡率呈现持续、大幅度降低的趋势,实现了从高到低的历史性转变。根据统计:全国的孕产妇死亡率已从1949年前的约1500/10万下降到2004年的48.3/10万;同期婴儿死亡率也从200‰左右下降到2004年的21.5‰⁵。

全国妇幼卫生监测数据表明:20世纪90年代以来,中国的孕产妇和儿童死亡率整体上继续呈现持续下降的趋势。1991-2004年间,全国孕产妇死亡率降低了39.6%,5岁以下

⁵参见《2005年中国卫生统计提要》

儿童死亡率下降了 59%。反映出中国的妇幼健康状况在继续不断改善。

中国在杜绝出生缺陷、降低儿童营养不良、减少低出生体重等方面都取得了显著进展。过去十年，全国 5 岁以下儿童发育迟缓率下降了 55.2%；1992-2002 年，全国儿童低体重发生率也从 18.0%降低到 7.8%；儿童计划免疫覆盖率从 20 世纪 90 年代以来一直保持在 85% 以上，婴儿的“四苗”接种率达到了 88%；本土脊髓灰质炎野病毒病例则在 1994 年以后实现了 0 水平；三岁以下儿童系统管理率也由 1992 年的 43% 提高到 2004 年的 74%⁶。

广大女性、特别是育龄妇女通过“母亲安全”、妇女常见疾病的查治、降低孕产妇死亡率干预项目、计划生育技术服务、生殖健康系列服务、性病和艾滋病的防治等，获得了日益广泛的医疗保健服务，她们的健康水平得到了很大提高。其中，在广大农村地区推广的新法接生、住院分娩、对高危孕妇和高危儿进行的重点保健，已坚持了数十年；从 1986 年开始的全国出生缺陷监测，通过采取三级预防措施，在普及出生缺陷预防知识、提高诊断和治疗出生缺陷的能力等方面都取得了初步成效。三次全国卫生服务调查显示：1992-2002 年，全国的住院分娩率从 39% 提高到 68%，产前检查覆盖率从 70% 提高到 88%；农村地区早孕检查率从 24% 上升到 55%。孕产妇保健服务进步明显。

1.2 以《母婴保健法》为核心的法律、法规和政策体系日臻完善

颁行专项法律法规、制定妇幼卫生政策、创造有利于妇幼卫生工作的制度环境和社会氛围，是中国政府提供妇幼卫生服务、推进妇幼健康水平提高的基本途径和重要保证。在妇女儿童生存与发展领域，中国目前已经形成了一个以“一法两纲”为核心（即《母婴保健法》、《中国儿童发展纲要》、《中国妇女发展纲要》）、涵盖从国家宏观卫生政策到妇女儿童保护专项法律法规、较为完善的政策法律体系。

1994 年，中国全国人大常委会审议通过并颁行了《中华人民共和国母婴保健法》，这是中国第一部旨在保护妇女儿童健康权益的专门法律。该法对婚前保健、孕产期保健和婴儿保健做出了明确规定，使中国的妇幼卫生和母婴保健服务实现了有法可依、依法行政。随后，国家卫生部又相继制定和实施了一系列配套的法规、规章，使妇幼卫生的服务提供在行政管理、监督检查、技术规范、人员资质等各个环节，都基本实现了标准、有序。国家的《中华人民共和国宪法》、《中华人民共和国婚姻法》、《妇女权益保障法》、《未成年人保护法》、《中华人民共和国人口与计划生育法》等基本法律法规，则与《中华人民共和国

⁶本报告未注明来源的数据均来自技术报告

母婴保健法》相互呼应，在更宏观和综合的社会发展框架下，构成了一个多层次、多角度维护妇女、儿童健康权益的法律体系，对于发展中国的妇幼卫生事业、保障母亲和儿童健康、提高出生人口素质，进而促进国家的经济繁荣、社会进步和人类发展，起到了制度性的保障作用。

20 世纪 90 年代，为了更好地履行中国政府对国际社会做出的承诺，国务院先后发布、施行了《中国儿童发展纲要》和《中国妇女发展纲要》，把妇女和儿童健康纳入到国民经济和社会发展总体规划中。国家卫生部为此制定了实施两个《纲要》的具体方案，在国务院妇女儿童工作委员会的协调指导下，通过政府行动，层层落实《纲要》所提出的妇幼卫生基本指标。

上述政策、法规和制度，不仅为中国妇幼卫生事业的发展创造了良好、有利的政策环境，而且也为中国政府在国际社会履行一个负责任的人口大国所应承担的义务奠定了法律基础。

1.3 妇幼卫生服务体系基本覆盖全国，通过专门项目为改善管理和服务进行了积极探索

中国目前已经建立了一个包括医疗、预防、保健、康复、教学、科研等在内的比较完整的医疗卫生服务体系。这一服务体系以城乡二元结构为基础，在城市地区，形成了市、区两级医院和街道门诊部（所）组成的三级医疗服务及卫生防疫体系；在农村地区，形成了以县医院为龙头、以乡（镇）卫生院为枢纽、以村卫生室为基础的三级医疗预防保健网络。它们成为提供妇幼卫生服务技术支持的重要力量和外围网络。

妇幼保健机构是新中国成立后最早建立的公共卫生服务机构，对提高中国人口的整体健康水平发挥着关键性的作用。这些以妇女儿童为主要服务对象的妇幼卫生专门机构，是国家提供妇幼保健和医疗服务的主导力量。自 20 世纪 50 年代起，中国的妇幼卫生服务机构从无到有，逐步发展，目前已经建成了一个遍布城乡、相对完整的三级医疗保健服务网络，形成了一个分层负责、各有侧重、根在基层的有机服务整体，是我国开展基础性、普惠性妇幼保健公共服务最为重要的组织形式。特别是农村县、乡、村三级卫生服务网络的建立，在提高妇女儿童享有妇幼卫生基础服务的可及性和公平性方面发挥了不可替代的作用。

根据统计，到 2003 年，全国已有近 3000 家妇幼保健机构，直接从事妇幼保健工作的

专业人员队伍达 50 多万人⁷。这些妇幼卫生机构和专业人员，同国家各级疾病控制机构和综合性医院中的相关科室，与基层的城市社区卫生服务中心、农村乡镇卫生院和村卫生室等共同协作，提供专门化和系列化的妇幼卫生专项及全程服务。

20 世纪 90 年代以来，中国政府与联合国儿童基金会、联合国人口基金会、世界卫生组织、世界银行等国际组织先后合作，组织开展了一系列的妇幼卫生国际合作项目，如：国家卫生部与联合国儿童基金会开展的爱婴医院和爱婴行动，就是中国改革开放以来最大的妇幼卫生国际合作项目，产生了极其广泛的影响，取得了显著的社会效益。此外，“加强中国基层妇幼卫生/计划生育服务”项目、“儿童急性呼吸道感染防治”项目、“加强中国农村贫困地区基本卫生服务”项目、“艾滋病/性病控制和妇幼卫生保健”项目、“母亲安全”项目等国际合作项目也先后展开，都产生了良好的效果。自 2000 年开始，国家卫生部、国务院妇女儿童工作委员会和财政部还共同组织实施了针对农村地区、特别是贫困地区、少数民族地区妇女儿童生存、保护和发展方面问题的“降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风”项目（简称“降消项目”），取得了巨大的成功。同时，中国政府还专门组织实施了儿童伤害预防项目。

妇幼卫生项目的开展，不仅使项目地区直接获益，显著降低了当地的孕产妇和儿童死亡率，提高了妇女儿童健康水平，在改善基层妇幼卫生基础设施、加强人力资源开发、提高基层妇幼卫生保健服务的质量等方面起到了重要的推动作用；而且也其他地区提供了示范。项目活动在提高妇幼卫生保健的公平性和可利用性、缩小地区差别、改善妇幼卫生保健服务管理等方面做出了有益的探索。

2. 妇幼卫生为中国的社会发展做出了重要贡献

2.1 儿童死亡率降低对提高人口平均预期寿命贡献巨大

人类死亡模式演变的规律表明，不同年龄人口的死亡率下降对人口平均预期寿命提高的贡献是不同的。国际经验显示，对尚不发达、人口死亡水平相对较高的发展中国家而言，在各个人口年龄组中，儿童死亡率特别是婴儿死亡率的降低对人口平均预期寿命的提高有着特别重要的作用。同时，这些国家也有着更多的机会和可能降低婴儿死亡率，因为婴儿

⁷妇幼保健机构数参见中华人民共和国统计局编《中国统计年鉴 2005》。中国统计出版社，2005 年；专业人员队伍数字来自国家卫生部妇幼保健与社区卫生司。

死亡的很大部分是由于妇幼卫生服务质量等人为和社会因素的影响所致。

2000年中国男性和女性的出生时平均预期寿命分别达到70.0和73.5岁。在1990-2000年间我国人口平均预期寿命的提高中，5岁以下儿童死亡率的下降对寿命延长做出了约24.7%的贡献，即仅因儿童死亡率的降低就提高了中国人口0.6岁的寿命。在经济欠发达地区，儿童死亡率降低的贡献份额更大。如贵州省在1981-2000年间，女性平均预期寿命4.40岁的总提高幅度中，就有1.47岁的提高来自于5岁以下儿童死亡率的降低，所起作用达到33.4%；同期该省男性平均预期寿命的提高中，5岁以下儿童死亡率的降低更是贡献了1.56岁，贡献份额高达40.1%。这意味着：在人口约20个5岁年龄组中，0-4岁这个年龄组的健康投资，所获得的健康成本-效益回报是最大的⁸。

2.2 妇幼卫生状况改善对推动中国的计划生育发挥了积极作用

“控制人口数量、提高人口素质”是中国的基本国策。妇幼卫生服务承载了保证基本国策贯彻推行的职能，特别是在提供技术服务、提高人口素质方面发挥着基础性的作用。

世界各国的经验表明，婴儿死亡率的下降是生育率降低的前提和条件。中国是世界上人口压力最大的发展中国家。中国能够在社会经济尚不发达的背景下迅速实现人口生育率从高到低的转变，妇幼卫生部门和人员发挥了不可替代的重要作用。2000年以来，中国每年的出生人口大致在1600-1700万，这就意味着婴儿死亡率每降低1个百分点，就能减少约1.6-1.7万个孩子的死亡，就会有1.6-1.7万个家庭和约5万余人直接获益。如果考虑5岁以下的儿童死亡，减少1个百分点，直接和间接受益的人口将达到数十万。20世纪80年代初以来，中国累积出现了近9000万的独生子女群体。妇幼卫生水平的提高将使这些家庭更好地规避遭受孩子伤残甚或夭折的毁灭性打击这一风险。妇幼卫生状况改善、包括婴儿死亡率的降低，对于减少补偿性生育、提高出生人口质量、推动家庭和谐具有决定性的作用。在中国低生育水平的社会环境中，妇幼卫生的作用将更加重要和突出。

妇幼卫生机构还与计划生育技术服务机构分工合作，承担了计划生育技术服务的一部分。目前，在全国从事计划生育技术服务的综合医院、妇幼保健院、妇产医院、城市及乡镇卫生院共有6万多家，卫生系统的节育技术队伍有28万多人，全国数千万的计划生育手术中60-70%是由医疗保健机构承担的，在城市更是达到了90%以上⁹。

⁸根据中国2000年第五次全国人口普查数据计算得出。

⁹国家卫生部妇幼保健与社区卫生司统计数据。

2.3 提高妇幼卫生水平降低了社会发展成本，能显著增加人力资源的健康存量

中国每年约有 20-30 万肉眼可见的先天畸形儿出生，加上出生后数月和数年才显现出来的缺陷，先天残疾儿童总数高达 80-120 万。这些出生缺陷和残疾儿童的生存与成长，不仅影响到人口整体素质，而且给家庭和社会造成沉重的经济负担。中国每年因神经管畸形造成的直接经济损失超过 2 亿元，先天愚型的治疗费超过 20 亿元，先天性心脏病的治疗费高达 120 亿元。除此之外，出生缺陷和因服务不当造成的儿童伤亡，给家庭造成的心理负担和精神痛苦更无法用金钱衡量。

目前在中国的城市和发达的农村地区，出生缺陷是新生儿死亡的第三大原因，约占到死亡总数的 10%；伤害也是中国大部分地区新生儿后期死亡的主要原因之一。尽管近些年我国儿童的营养水平有了显著改善，但是农村地区 5 岁以下儿童的发育迟缓率仍达到 17.3%，低体重发生率也有 9.3%，分别是城市地区的 3 倍。农村维生素 A 缺乏的 3-12 岁儿童比例是 11.2%。经济欠发达的四类农村地区儿童发育迟缓率更高达 29%。

儿童是国家的未来，民族的希望。无论是先天还是后天造成的残疾，对于儿童的生存与发展来说，都是全程性的，它不仅影响到儿童自身整个生命周期的生存状态，而且通过直接影响其智力发育水平而关系到他们未来的生产力和创造力。而从中国目前新生儿和儿童的伤残情况看，一部分畸形是可以预防的，儿童伤害的规避和营养水平的提高也是并不高昂、但回报巨大的健康投入。在当今以人才和智力资源为最重要资源、健康就是财富的现代社会中，伤残将使这些儿童在起点上就处于不利的地位。对于整个社会而言，减少和避免出生缺陷的发生、降低并消除营养缺乏和伤害，则不仅能够减少家庭与社会的无效支出，降低社会发展成本，而且能够增加人力资源的健康存量、保证健康的代际传递、进而间接为社会经济发展创造财富。对于国家的社会经济协调发展、构建和谐社会有着长期的影响。

3. 中国妇幼卫生面临的问题与挑战

3.1 儿童死亡率处于世界中间水平，下降过早进入“平台期”

中国的儿童和孕产妇死亡率在世界上位居中间位置。根据世界卫生组织发布的《2005 年世界卫生报告》，目前世界各国的 5 岁以下儿童死亡率差异显著。在各国 2003 年的统计

数据中，5 岁以下儿童死亡率最低的国家 and 地区仅为 3-5‰，其中既包括比利时、丹麦、法国、德国和日本等发达国家，也包括韩国、摩纳哥、新加坡等较发达的国家，它们占到全球国家（地区）总数的约 10%左右；但是同时，也有少数国家的 5 岁以下儿童死亡率仍非常高，在 200‰以上，这些国家（地区）主要集中在非洲和亚洲。2005 年，世界卫生组织在其发布的《2005 年世界卫生报告 - 珍爱每一个母亲和儿童》中，所估算的中国 5 岁以下儿童死亡率为 37‰，大体在世界各国中位居中游，在被统计的 192 个国家和地区中，从低到高排序第 106 位。

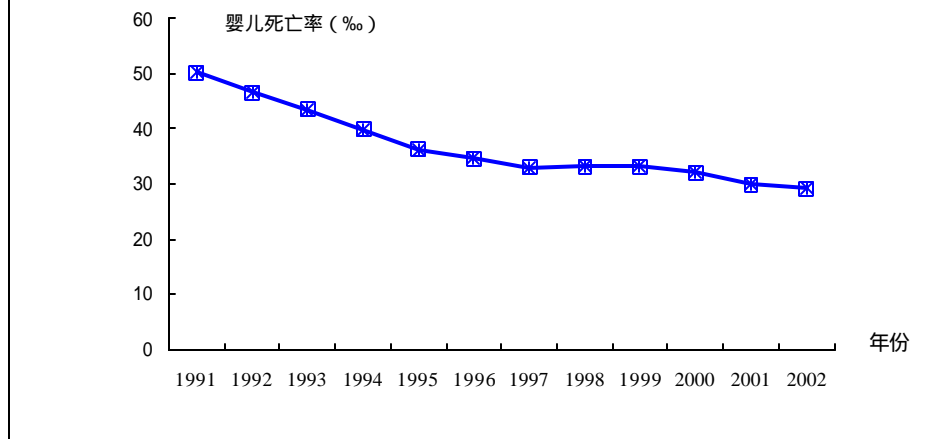
这一报告显示：中国的 5 岁以下儿童死亡率，不仅远远高于众多发达国家，而且也高于部分发展中国家。2003 年，中国的 5 岁以下儿童死亡率与马来西亚（7‰）、科威特（12‰）、斯里兰卡（15‰）、毛里求斯（17‰）、越南（23‰）和泰国（26‰）等国相比都有不小的差距。而这些妇幼卫生状况相对更好的发展中国家，有些同中国有类似的发展水平，有的甚至不及中国的发展水平（见图 2.3.4）¹⁰。

特别值得关注的是：近 20 年来，根据世界银行、联合国人口基金等国际组织或机构的年度报告，中国的婴儿死亡率在世界各国的排位均出现了序次“下滑”的局面。中国高速增长的经济增长与之形成了鲜明的对照：过去 26 年来，中国 GDP 的年均增长率高达 9.4%，被称为经济增长的“奇迹”。相反，20 世纪 90 年代中期以后，中国的婴儿死亡率进入了下降缓慢的“平台期”。根据中国官方部门的统计，1997 年中国的婴儿死亡率为 33.1‰，1998-1999 年不降反升、出现徘徊，到 2002 年这一指标才进一步降低到 29.2‰（见图 2.3.1）。中国妇幼健康水平提高和妇幼卫生事业发展与国家快速的社会经济发展未能同步的现象较为突出。

¹⁰世界卫生组织编著、田绪生主译.《2005 年世界卫生报告 珍爱每一个母亲和儿童》，北京：人民卫生出版社，2005 年。即便按照全国妇幼卫生监测数据的统计，2004 年中国 5 岁以下儿童死亡率为 25.5‰，这一指标值也比马来西亚、科威特、斯里兰卡、毛里求斯和越南等国家高。

图2.3.1 中国90年代以来婴儿死亡率的变动趋势

来源：《中国卫生统计年鉴》（2004、2005）



反观世界各国近些年婴儿死亡率的降低状况，一个值得注意的现象就是：20 世纪 90 年代以来，尽管世界中等收入和高收入国家的婴儿死亡率已经较低或很低，但是他们的这一指标仍在继续下降，有些国家的降速甚至比部分中、高婴儿死亡率的国家更快。例如，根据联合国人口基金会 1997 年和 2005 年《世界人口状况》的年度报告，日本、法国和新加坡、韩国等婴儿死亡率已经达到很低（4-6‰）的发达或较发达国家，在 1997-2005 年间该指标都有进一步的降低。同期，毛里求斯、泰国、越南等婴儿死亡率相对较低的发展中国家，同一指标也在继续下降且降低的幅度不小。

图2.3.2 世界各国人均GNI与孕产妇死亡率的关系

来源：《2005年世界人口状况》《2005年世界卫生报告》

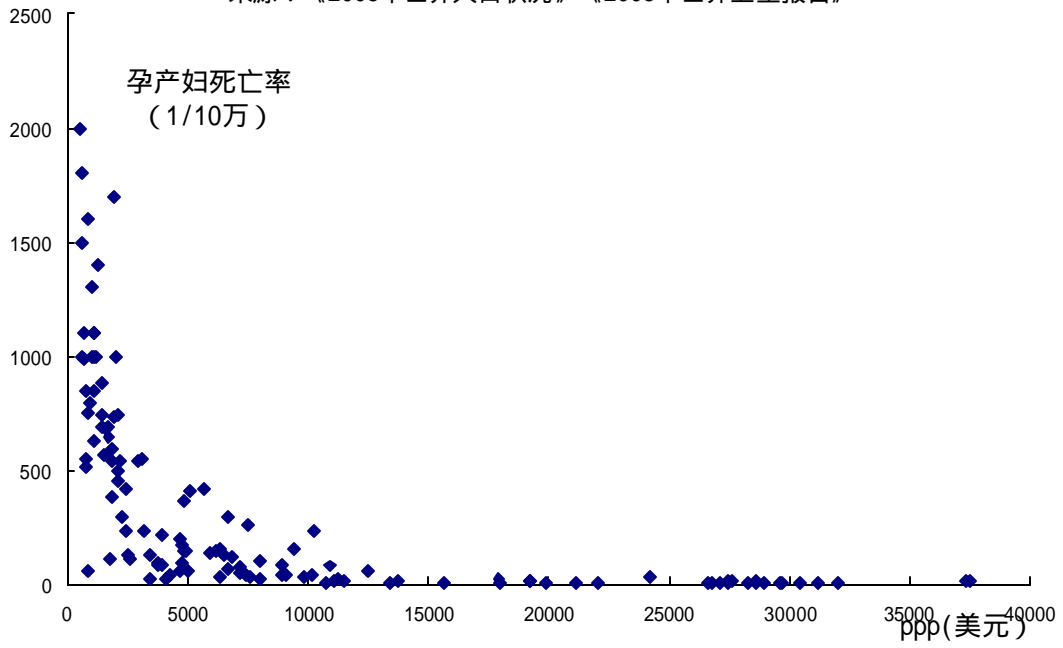


图2.3.3 世界各国人均GNI与儿童死亡率的关系

来源：《2005年世界人口状况》《2005年世界卫生报告》

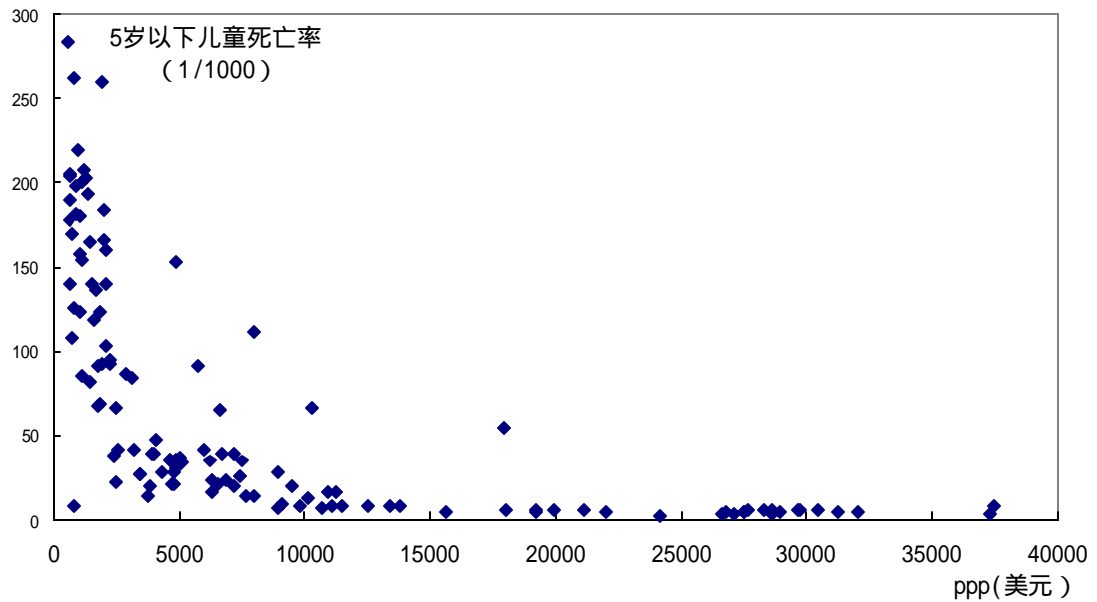


图2.3.4 部分国家人均GNI与儿童死亡率的关系

来源：《2005年世界人口状况》《2005年世界卫生报告》

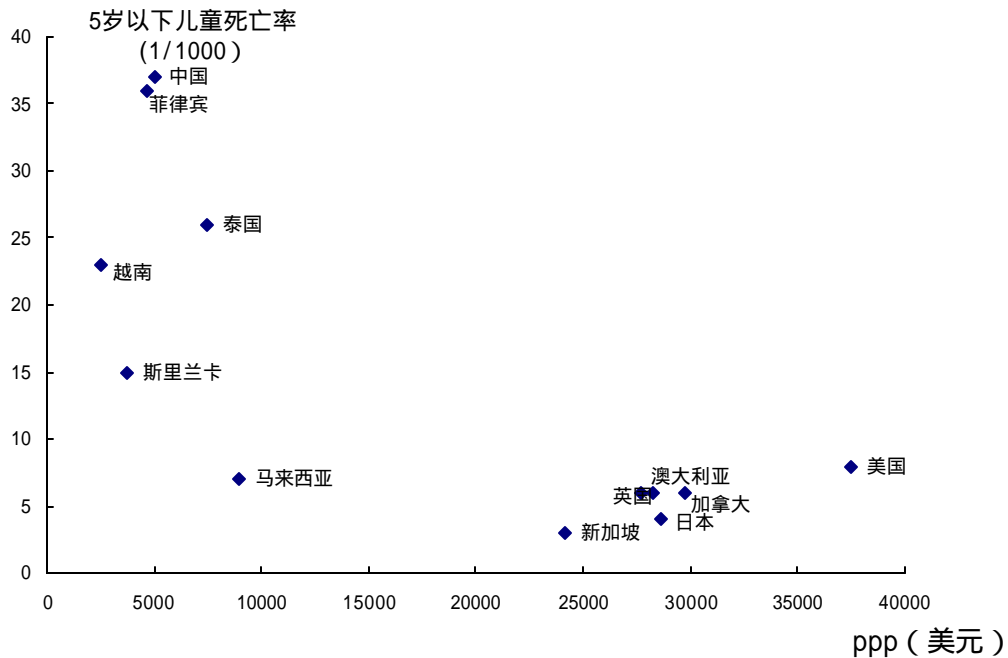


图 2.3.2 和图 2.3.3 表明：在国际社会，无论是孕产妇死亡率，还是 5 岁以下儿童死亡率，其指标的高低与国家的经济发展水平有着较为密切的相关关系。但是妇幼卫生指标也可能超越经济发展程度而达到更先进的水平。发达国家和较发达国家的经验说明中国的婴儿死亡率降低还远没有达到“谷底”，下降还有很大的空间。因此，中国过早进入“平台期”并不正常。一些妇幼卫生指标好于中国的发展中国家的经验则表明：妇幼健康水平的提高可以超前于社会经济发展水平，而这要以政府的高度重视和优先投入为保证（参见图 2.3.4）。

3.2 政府投入相对不足，城乡、地区和人群差异大

妇幼卫生服务履行的是公共服务职能，它的宗旨是不断改善妇幼生存和健康状况、进而推动人口整体健康水平的提高，因此妇幼卫生服务不应以营利为目的，而应坚持社会公益目标优先、侧重普惠性和公平性的原则，提供不具排他性和竞争性的社会公共产品。这一职能定位使得妇幼卫生服务与一般的医疗卫生服务在服务对象、服务提供方式、服务内容、筹资渠道、运行机制等方面都存在着本质差异。要将中国妇幼卫生政策转化为具体的、

具有可操作性和可持续性的服务，需要政府在公共卫生服务领域发挥更大的作用。

政府投入相对不足是妇幼卫生事业发展的重要制约因素。政府对妇幼卫生保健服务项目的投入较少，拨款水平低、增长速度缓慢，落后于卫生财政拨款的增长速度。据统计，政府对妇幼卫生的财政拨款总额从 2000 年的 11.8 亿元增加到 2003 年的 16.8 亿元，年均增长速度为 13.26%，但同期内政府妇幼卫生拨款占政府卫生总拨款的比例仅从 4.3% 上升到 4.5%，人均妇幼卫生事业费从 0.94 元仅增加到 1.31 元。即便加上由于体制原因其他卫生部门对妇幼卫生的专项投入，妇幼卫生事业费偏少、增长缓慢的格局依旧难以改变。目前国际上估算得出的人均基本服务包（EPC）费用是 10-14 美元，中国与之相比，还有很大的距离。

此外，政府对不同地区妇幼卫生的拨款水平和增长速度是不同的。在中国东、中、西三类地区中，中部地区是政府妇幼卫生投入相对最少的地区。2003 年，中部地区的人均妇幼保健经费水平，仅为西部地区的 50.5%。与此同时，中部地区却是孕产妇和儿童死亡人数最多的地区。从城乡来看，中国目前 80% 的卫生资源集中在城市，而孕产妇和儿童死亡大多数发生在农村地区、特别是相对落后和边远的农村地区。农村地区妇幼卫生事业经费明显不足的问题，已经直接影响到妇幼卫生工作的发展。如果不积极改变现有卫生资源配置不合理、部分地区投入不足的局面，则中部地区、落后农村地区将成为实现我国妇女儿童生存战略和千年发展目标的“瓶颈”。

城乡与地区差异巨大。改革开放以来，中国在妇幼卫生领域取得的进步是显而易见的，但是在其发展过程中表现出的城乡之间、地区之间和不同人群之间的不平衡问题不仅仍然存在，甚至更为突出。

2004 年，中国农村孕产妇死亡率是城市的 3.2 倍；内地和边远地区的孕产妇死亡率分别是沿海地区的 4.1 倍和 7.7 倍；在不同类别的农村地区中，四类农村地区的孕产妇死亡率最高，还高达 96/10 万。

各地区孕产妇死亡率在指标值存在显著差异的同时，下降的幅度和速度也很不相同。农村地区的孕产妇死亡率比城市地区的孕产妇死亡率不仅高数倍，而且差距在不断扩大，已从 1996 年的 2.7 倍扩大到 2004 年的 3.2 倍。在孕产妇死亡率的下降幅度上，1996-2004 年间，沿海地区、边远地区和内地地区降幅依次递减；中小城市的降幅大于大城市；在农村地区，一、四类地区改善比较明显，而二、三类地区则变化不大。因此，尽管城乡孕产

妇死亡率在 1996-2004 年整体是在降低，但是由于各类地区的降幅、降速存在差距，城乡和地区差异依旧是中国妇幼卫生状况的一个基本特征。在这中间值得特别关注的是：近几年城市孕产妇死亡率呈上升趋势，提示着流动人口孕产妇保健的潜在问题；同时，降速最慢的二、三类农村地区的孕产妇死亡，在最近 5 年平均占到孕产妇死亡总数的近 75%。

1996-2004 年间，农村地区 5 岁以下儿童死亡率降幅（46.8%）大于城市（22.8%），但是城乡 5 岁以下儿童死亡水平的差距仍很显著。不同类型的农村地区不仅差距巨大，而且这一差距还在继续拉大。如：1996-2004 年，一、二、三类农村地区的婴儿死亡率分别降低了约 50%，而社会经济发展最为落后的四类农村地区该指标只降低了 15.7%。在沿海地区（48.0%）、内地地区（49.8%）和边远地区（30.3%）中，边远地区的降幅最小。新生儿死亡率在水平和降速上同样表现出显著的地区差异，且与 5 岁以下儿童死亡率的态势相同。总体看，20 世纪 90 年代以来，中国新生儿死亡率沿海、内地降低速度和幅度快于且大于边远地区、农村前三类地区显著大于四类地区的格局没有发生根本性的改变。

中国儿童死亡不仅存在地区间的水平和变化差异，而且存在数量差异。根据统计，2000-2004 年间，5 岁以下儿童死亡总数中，二、三类农村地区占到 69.7%，四类农村地区只占 9.9%。进一步分析发现，二、三、四类农村地区合计的活产数只占到全国活产总数的 69%，但它们的 5 岁以下儿童死亡数却占到死亡总数的 79.6%。

3.3 妇幼保健系统还无法有效覆盖社会边缘群体和弱势群体

尽管目前我国的妇幼卫生服务网络较为完整，但服务仍存在比较严重的可及性问题，特别是未能有效地覆盖社会边缘群体和弱势群体。

近些年，中国的流动人口规模迅速膨胀。目前全国的流动人口总数已达近 1.5 亿，他们中间有大量的女性和 0-14 岁的流动儿童¹¹。流动人口大多远离熟悉的社会环境和户籍所在地，他们从边远落后的农村地区流入城市，自身的受教育程度普遍不高，自我保健意识差，享有有偿医疗卫生服务的承受力低，潜在的巨大卫生保健服务需求常常被服务网络所遗漏。但目前中国尚无全面、系统和准确的有关流动人口妇幼卫生状况的相关信息。根据对北京、武汉和深圳等典型城市的局部调查，流动人口的产前检查率只有 50-70%，住院分娩率只有 50%左右，孕期检查次数低、住院分娩率低、产后访视率低和在家分娩率高的“三

¹¹ 2005 年全国 1%人口抽样调查表明：全国流动人口为 14735 万人。见中国人口网“2005 年全国 1%人口抽样调查主要数据公报”2006 年 7 月 19 日。

低一高”构成了流动妇女卫生保健的显著特征。流动儿童的死亡率也明显高于户籍人口儿童。

近年来，我国 HIV 感染者中女性比例在逐年增高，艾滋病母婴传播的比例也呈现逐年升高的态势，给妇幼保健服务模式和内容带来新的挑战。

专家评估显示，中国孕产妇和儿童保健服务的覆盖率还相对不高，利用卫生服务的比例与发展水平有着正相关的关系。其中典型的表现就是农村地区相当部分的孕产妇和儿童死亡发生在家中。三、四类农村地区孕产妇死在家中的比例分别高达 37%和 38%，经济最发达的一类农村地区这一比例也在 20%。儿童在家中死亡的情况甚至更为严重，一类农村地区也有 40%的儿童死在家中。尽管这些现象的发生与死者家庭经济困难、地区交通不便等有密切的联系，但目前的妇幼保健系统还无法有效覆盖社会边缘群体和弱势群体的现实是影响妇幼卫生服务可及性和公平性的重要约束。根据专家分析，若能采取最有效的孕产妇和儿童保健干预措施，可以使中国的孕产妇死亡率在 2000-2004 年平均水平的基础上下降 52%，儿童死亡率可以降低 34%，而经济越不发达的地区获益会越大。有效提高妇幼卫生服务的可及性、普惠性和公平性，不仅直接关系到中国“十一五”规划和千年发展目标能否顺利实现，而且将长远影响着中国全面实现小康社会和构建和谐社会的步伐及进程。

在发达国家，如芬兰，其母婴服务设施和机构广布于居民区内，接生员和公共健康护士定期访问家庭，服务的可及性很强。同时，所有相关服务都是免费的。因此，虽然芬兰的妇幼服务设施的使用是自愿的，但是无论家庭的经济状况如何，几乎 100%的家庭都使用母婴保健服务。而某些发展中国家，如马来西亚，提高弱势人群服务的可及性和降低弱势人群的孕产妇死亡率是其降低全国孕产妇死亡率的成功经验。另外，高质量、有技能的接生员队伍和相应的卫生经费支持也是其成功经验的重要组成部分。

因此，在中国加强农村妇幼卫生网络和服务能力建设，改善乡镇卫生院的产科服务条件，强化和规范农村孕产妇转诊急救制度，进一步提高贫困地区妇幼卫生服务的可及性，是有效降低我国孕产妇和儿童死亡率的必要途径。

3.4 宏观目标与服务提供方式存在尖锐矛盾，妇幼卫生发展面临严峻挑战

中国医疗卫生服务领域以市场为导向的改革，给隶属于公共服务的妇幼卫生事业带来巨大冲击和挑战。一方面，伴随着医疗卫生服务体制的变革，妇幼卫生机构的组织运行机

制在扩大经营自主权的基础上发生了很大变化；另一方面越来越显现商业化、市场化色彩的服务提供模式，使妇幼卫生机构的目标定位出现以市场需求为导向的偏离，带来服务公平性和可及性降低的问题。

受市场化冲击，功能定位出现摇摆。政府将妇幼卫生事业纳入公共事业管理的范畴，明确妇幼卫生的公共卫生定位，完善财政投入政策，是妇幼卫生事业健康发展的前提。政府经费支持是妇幼卫生系统良性运行的基本保障。1980年以前，中国的妇幼保健机构、疾病控制机构都是全额事业单位，其运行所需经费主要由政府财政进行保障。改革开放后，妇幼卫生服务机构面临着政府投入较少、支持力度减弱的不利局面，被迫出现“趋利”倾向。一方面开始对许多保健项目实行有偿服务，另一方面偏重扩大服务范围和内容，将业务收入逐渐作为主要的筹资渠道，不仅以此弥补无偿性的妇幼保健基本服务项目的支出成本，而且用来保证人员队伍的稳定。在这种情况下，妇幼机构出现了全局性的“重医疗、轻预防保健，重有偿服务、轻无偿服务”的现象，影响了妇幼保健和预防保健工作的落实。政府卫生筹资责任不断弱化，允许对妇幼保健项目实行有偿收费的政策，影响了低收入人群对服务的利用和可及性，导致妇幼卫生服务应有的公平性和普惠性弱化，使得部分妇女儿童抵御风险的能力低下或缺失，基本健康权利无法得到有效保障。妇幼卫生社会公益目标优先的原则与市场化服务提供方式之间的矛盾日益突显。

在政府层面，现有的财政体制和妇幼卫生筹资机制，不仅直接关系着中央财政拨款的导向和资金的转移支付，而且影响到地方政府在妇幼卫生工作领域的认识和作为。

服务提供与服务需求之间存在错位现象。随着经济快速发展，一方面在大中城市，妇幼卫生服务资源在层次布局上出现向高端集中的趋势，服务设施、人员资质、服务质量都达到了相当高的水平，服务种类也日趋多样化、个性化，面向少数高端人群的服务设施甚至出现闲置；另一方面，在中国的农村地区，服务可及性还是广大群众面临的基本问题。据中国第三次全国卫生服务调查显示：1992-2002年，全国住院分娩率由39%提高到68%，其中城市地区从87%增至93%，农村地区从22%提高到62%。尽管农村地区的住院分娩率提高很快，但仍有近40%的分娩是在医院以外的其他地方进行的。

在我国农村地区，提供妇幼卫生服务的主要机构是乡镇卫生院，提供医疗、预防和包括孕产妇保健、住院分娩、妇女病查治、疫苗接种、儿科服务等在内的系列妇幼保健服务。但目前乡镇卫生院的医疗卫生条件、服务能力普遍不足，卫生服务质量亟待提高。尤其在西部地区和贫困地区，很多乡卫生院尚未具备提供基本产科服务的条件，削弱了住院分娩

在降低孕产妇死亡率方面的关键性作用。新生儿和儿童的保健服务质量也同样存在问题，有效的干预措施覆盖率较低。一些重要的新生儿干预措施，尤其是针对早期新生儿（出生一周以内）的干预措施尚未在全国范围内完全展开，如低出生体重管理等；其它一些重要的干预措施，如补充叶酸、维生素 A 和锌、“袋鼠妈妈”和儿童早期发育指南等也还没有有效的开发利用；缺乏可供卫生工作者使用的针对新生儿和儿童的指南。过度医疗和不能及时转诊成为影响服务质量的重要原因。

妇幼卫生服务两极分化、服务提供和服务需求存在错位的现象，在一定程度上背离了公共服务特别保护社会弱势群体的基本准则，也背离了医疗卫生事业优先保障所有人的基本健康和医疗需求的目标，直接影响到社会的公平与发展。

妇幼主要死亡原因与妇幼卫生服务质量密切相关。在中国的儿童死亡中，新生儿死亡占到大多数，达 60%以上；而在新生儿死亡中，79%又都发生在出生后的 7 天之内。在引致新生儿、婴儿和儿童死亡的直接原因中，最重要的是新生儿疾病（占 63.9%）。新生儿窒息和产伤、早产、低出生体重、新生儿硬肿症、严重感染和出生缺陷引发的死亡共同构成了死亡新生儿 89%的死因。在二、三、四类农村地区，新生儿严重感染现象尤其突出。

产后出血是导致中国孕产妇死亡第一位的死因，其次是妊娠高血压综合症、羊水栓塞、产前出血和产后感染。其中，农村地区产后出血比例占死亡总数的三分之一以上，四类农村地区这一比例是城市的 12.7 倍。这些导致孕产妇和新生儿及儿童死亡的主要原因，很大程度上与妇幼卫生服务的可及性及服务质量有密切关系。专家评审表明：若能有效地改善基本产科服务及其服务质量，上述死亡的 75%都是可以避免的。因此，提供规范、优质的服务是降低孕产妇和儿童死亡率的关键因素。经专业培训过的人员接生等干预措施对于因产科出血、妊高症等造成孕产妇死亡的减少十分有效，减少的幅度可达相应死因死亡的 10~95%。所以尽管中国的儿童死亡率和孕产妇死亡率在持续下降，但是目前相当多的儿童和孕产妇死亡与妇幼卫生服务质量低下密切相关。妇幼卫生服务质量低下又与服务的筹资机制、制度保障、基础设施以及服务队伍的能力等密切相关。目前我国农村地区产后访视大多由村妇幼保健员或村医完成，他们既缺少相应的专业知识和技能，也缺少必要的设备和条件，同时没有来自政府的基本收入保障，导致服务提供的能力和范围存在诸多困难与问题。

马来西亚的经验表明，采取系统管理的方法，如立法、采取助产士登记制度、严格的培训制度、发放职业许可证制度、对妇幼卫生业务督导制度等，可以有效地提高服务质量。

日本等国的经验则表明，工作在第一线的公共护士和接生人员高质量服务的作用是关键性的，训练有素的医护人员对于社区母婴保健水平是至关重要的。另外，周到、可及性强的妇幼卫生服务、将妇幼保健与社区其它活动衔接的社区母婴保健服务中心、医疗卫生不同领域的合作以及良性循环的转诊机制等，都有利于增进母婴健康。

服务队伍能力建设存在缺位。随着我国卫生服务体制的改革与发展，卫生人员的数量和质量都有显著的提高。政府颁布和实施的《中华人民共和国护士管理条例》和《中华人民共和国执业医师法》对于强化和规范卫生服务人员队伍管理起到了积极作用。但是，群众医疗卫生需求的变化对于服务质量提出了更高要求，需要高素质的人员才能保证高质量的服务。目前，中国妇幼卫生服务队伍的能力建设仍存在缺位现象。这种缺位既涉及服务人员业务素质的提高问题，也涉及妇幼卫生服务专业队伍的相对稳定问题，还涉及妇幼卫生服务提供系统本身的效率问题。

3.5 妇幼卫生政策与其他社会政策缺乏有效的协调、配套机制

中国已经构建起有利于推进妇幼卫生服务的法律和政策体系，并在实施和操作层面上做出了相应的制度安排。但是妇幼卫生服务对象的特殊性，以及儿童群体在享有医疗卫生服务方面的“边缘化”特征，使他们中间的绝大部分被排除在社会保障体系之外，其医疗保健需求难以得到社会保证，所面临的健康风险需要家庭予以化解。妇幼卫生服务是典型的“市场失灵”的公共服务领域，具有明显的外部性和社会分享性，它对于社会环境和发展条件相对敏感。因此，妇幼卫生服务法制环境的进一步完善，不仅需要妇幼卫生政策法规本身的完善，也需要包括农村发展、教育政策、扶贫政策、女性发展政策、计划生育政策等其他社会政策的支持和协调。

从其他国家的经验来看，政府的高度关注、政治责任和推行有效的妇幼卫生政策，是促进妇幼卫生水平提高和孕产妇死亡率转变的先决因素。经济发展并不是唯一决定因素。出台具体的妇幼卫生政策和项目，将其作为国家社会政策的优先领域和重点，并将对妇幼卫生工作的重视落实到日常的工作之中，辅之以切实可行的推行手段，在政治上、管理上和财政上都加以支持和保证，是这些国家妇幼卫生能够达到高水平的最重要原因。马来西亚和斯里兰卡等国的经验证明，把妇幼卫生政策与农村发展、推进教育、消除贫困、赋权妇女、计划生育、减少地区和不同人群间的不平衡等相结合，能够促进妇幼卫生服务可及性和公平性的大幅度提高，能够在同样投入下取得更明显的成效。

妇幼保健是初级卫生保健不可缺少的重要组成部分。妇幼卫生服务覆盖了基本卫生服务包的三分之二。从国际经验看，突出成本效益好的公共卫生服务和基本医疗服务已成为世界各国的普遍战略。妇幼卫生既属于公共卫生服务，也有一部分属于基本临床服务。妇幼卫生的基本临床服务包括围产保健服务（如产前保健、产科急救和转诊等）对部分婴幼儿疾病的治疗（如腹泻、急性呼吸道感染、麻疹和营养不良等）。这类基本医疗服务主要针对的是那些人类已准确把握其发病规律、且已形成非常成熟治疗技术的常见病的干预和治疗，所以它不仅成本低，而且效益显著。

但是顺应国家医疗卫生体制改革的中国妇幼卫生体制改革迄今并没有抓住问题的关键和实质，改革的方向和做法在与国家的经济体制改革相互呼应的同时，在一定程度上忽视了妇幼卫生的公共责任和社会目标，很多方面被动地接受了其他体制变动带来的结果。在中国政府更加重视社会发展的背景下，中国妇幼卫生需要进一步明确其提供公共产品的功能定位，突出其预防服务为主、促进群体健康的社会公益目标，强调服务的可及性、普惠性和公平性。

在国际社会，强调政府责任是公共卫生领域的最大特点。包括市场经济的国家也没有将公共卫生的责任推给市场，这是由公共卫生服务的特点所决定的，因为它直接关系到大众利益和国民素质，维系着国家和社会安全。所以即使在经济市场化程度很高的国家，从卫生筹资到资源分配，从服务目标确定到服务体系建设等各个领域，政府都发挥着主导作用。《中共中央国务院关于农村卫生工作的决定》已明确了妇幼卫生的公共卫生定位。各级政府应该不折不扣地执行中央的决定，明确妇幼卫生是政府的基本社会责任，将之放在首要和优先的位置，认真落实保障妇女和儿童健康的重要职责，重视和支持妇幼保健事业的发展。这不是应不应该承担责任的问题，而是如何来承担全部责任的问题。

第三章 战略选择与政策建议

中国正在努力全面建设小康社会、积极构建和谐和谐社会。这不仅意味着要实现经济和社会的全面发展，实现人口与资源环境的可持续发展，而且意味着要实现城乡之间、地区之间、人群之间的均衡发展，实现全体社会成员的协调发展和共同进步，从而使中国改革与发展的成果能够惠及到 13 亿人口，建立一个和谐而又“共同富裕”的社会。

健康是人的一项基本权利，是一个国家最重要的财富。推动社会发展，追求社会公平，需要大力改善全体社会成员的生存与健康状况。妇女儿童的健康同他们对人类和社会的作用同样重要。妇女与儿童既是人口最重要的组成部分，也是国家社会发展过程中的弱势群体。在促进社会发展和社会公平的过程中，需要优先考虑改善妇女儿童的生存与健康，为他们提高发展能力创造条件和机会。

1. 基本判断

1.1 妇幼卫生指标是衡量社会发展和人类发展的重要指标

在国际社会，妇幼卫生指标不仅仅是最基础的医疗卫生和人群健康指标，更重要的是被作为衡量社会发展和人类发展的综合性指标。如果一个国家（或地区）在发展的过程中不能够使妇女和儿童的生存状况得到改善，不能使社会弱势群体满足最基本的生存与发展需求，那么这种发展绝不是成功的。在这个意义上，妇女和儿童的生存状况是社会发展的一个重要标准。它既折射着一个国家（或地区）的发展水平和发展质量，也代表着一个国家的形象和地位。

1.2 中国的妇幼卫生为国家的社会发展做出了不可替代的重要贡献

妇幼卫生是卫生事业中社会效应最大、惠及面最广的领域，妇幼健康是起点性和全程性的健康指标。妇幼卫生政策和服务的任何改善，都将直接惠及超过三分之二的人口。妇幼生存状况的改善和健康水平的提高，对国家经济社会发展的积极作用是多重的。20 世纪 90 年代以来，儿童死亡率的下降为我国人口平均预期寿命的延长做出了约四分之一的贡献；妇幼卫生通过减少死亡补偿、提供技术服务为推动我国的计划生育发挥了积极作用；妇幼卫生服务水平的提高还减少或避免了大量出生缺陷、儿童残疾和伤害导致的不良后

果，直接降低了社会发展的无效成本，增加了人力资源的健康存量；而获益于妇幼保健和医疗而避免的疾病、伤害和残疾，则不仅给大量家庭减轻了经济负担，更是给他们带来了难以衡量的精神福祉。

1.3 中国妇幼卫生状况在不断改善，但其发展明显滞后于经济发展

改革开放以来，中国的妇幼卫生事业得到了进一步发展，妇女儿童生存与健康状况持续改善，但是与国家快速的经济增长和人们生活水平的大幅度提高相比，妇幼卫生事业的发展与妇幼健康指标的改善相对滞后，儿童死亡率过早进入了下降缓慢的“平台期”，妇幼健康水平在城乡之间、地区之间、区域内部和人群之间还存在着巨大差异。中国不仅与众多发达国家相比儿童死亡率和孕产妇死亡率还存在不小的距离，而且与部分发展水平类似甚至更低的发展中国家相比也有一定差距，直接影响到中国的人类发展、社会和谐以及联合国千年发展目标的实现。

1.4 中国妇幼卫生的地位与其作用不相符合，在社会发展领域没有得到应有的重视

妇幼卫生隶属于公共卫生领域，是国家公共服务需要优先考虑和发展的领域，也是一个社会基础性的社会公益事业，具有明显的社会外部性、共享性和公益性。在中国全面建设小康社会和积极构建和谐社会的进程中，妇女与儿童的生存及健康状况起着重要的基石作用。以市场为导向的改革开放，使政府在妇幼卫生领域的责任和作用更加突显，也更为重要。但在经济转轨和社会转型的特殊历史时期，中国妇幼卫生出现了地位与作用不相符合、服务“过度市场化”和趋利的倾向，与政府的责任尚不十分到位、国家的社会发展政策缺乏衔接和协调、妇幼卫生的公共服务功能不甚明确以及妇幼健康在社会发展领域没有得到应有的重视密切相关。

1.5 中国妇幼卫生服务面临着全方位的挑战

经过数十年的努力，中国已经建立了相对完整的妇幼卫生多层级的服务网络和体系。但在中国不断深化改革和体制转轨的过程中，妇幼卫生服务体系面临着前所未有的挑战和冲击。这些挑战和冲击，既有政策、体制层面的，也有功能、机制层面的，还有技术、队伍层面的。但是相比之下，在妇幼卫生服务领域，理念和意识的挑战要大于体系建设的挑战，制度和机制层面的挑战大于技术层面的挑战；战略层面的挑战大于操作层面的挑战。

矛盾的焦点直接聚集在如何实现妇幼卫生的公共、公益职能，真正实现服务的可及性、公平性和普惠性上。

1.6 社会、经济和文化因素在妇幼生存状况改善中发挥着关键作用

妇女与儿童的生存及健康问题，本质上是发展问题。妇女和儿童的生存与健康状况，不仅仅取决于妇幼卫生服务的水平和质量，还广泛受到社会、经济和文化等因素的影响。中国孕产妇和儿童死亡的主要原因与服务的可及性和质量密切相关，充分证明了这一点。目前对于中国最广大妇女儿童生存与健康状况的进一步改善来说，重要的不是缺服务体系，也不是缺技术能力，而是缺乏制度的保障、政府的支持力度和经济社会发展的更有效支撑。因此，将降低孕产妇和儿童死亡率、改善妇女和儿童的生存及健康状况与国家的整个发展协调起来、同步进行，具有特殊重要的意义。这中间包括中国政府新近提出的新农村建设、妇女赋权、推进教育、消除贫困以及与文化传统相适宜的服务战略等等。

2. 战略选择

2.1 进一步明确妇幼卫生对构建和谐社会的基石地位

高度认识作为典型公共产品的妇幼卫生所体现的社会共享性和公益性，明确界定妇幼卫生在促进经济建设、推动社会发展、落实人口政策和提高出生人口素质等方面的基础作用，充分考虑妇幼卫生对我国国际地位和国际形象的重大影响，将妇幼卫生作为公共卫生优先发展的领域，坚持政府领导、部门配合、法制保证、群众参与的原则，制定国家妇幼卫生发展战略，并将其纳入国家社会经济发展总体战略之中。

2.2 进一步明确妇幼卫生的发展方向和战略目标

坚持“以保健为中心，以保障生殖健康为目的，保健与临床相结合，面向群体，面向基层，预防为主”的工作方针，努力实现“网络健全、功能完善、基本满足需要、政府责任到位”的发展目标。通过：保障孕产妇的安全分娩；进一步降低新生儿、婴儿和5岁以下儿童死亡率；提高出生人口素质，减少出生缺陷、儿童伤害和残疾；不断提高妇女的生殖健康水平；提高儿童营养水平，增强儿童体质；加强和保证妇幼保健机构的建设，强化妇幼卫生执法监督等，保证中国顺利履行对国际社会的承诺，按期或提前实现千年发展目

标中的妇幼卫生目标。

2.3 进一步明确政府在妇幼卫生事业发展中的主导作用和公共责任

明确妇幼卫生服务不能以市场为主导，明确妇幼卫生应是政府优先考虑和发展的公共服务领域，明确政府在推进服务可及性、公平性和普惠性方面的社会职责。这种政府责任主要应体现在：大幅度增加对妇幼卫生的投入和财政保障，妇幼卫生经费纳入公共财政的优先领域；制定和调整相关政策，确保妇幼卫生公共产品的优先提供，并实行基本服务项目由政府买单的免费服务；倾力改善妇幼卫生服务的公平性和可及性，保证社会最弱势和边缘的妇幼群体能够获得最基本的服务；履行调控职能，实行政府规制；建立部门间的协调和合作机制，加强规划的制定和实施。

2.4 进一步明确妇幼卫生体系的发展方向和功能

深化妇幼保健机构的规范化建设，清晰界定基础妇幼卫生服务的范围和内容。妇幼卫生应以非营利的公立机构为服务主体，由政府提供具有稳定性、制度化的费用保障机制，强调和重视服务的规制与约束。坚持面向基层、面向群体、预防为主宗旨，不断完善母婴保健的法律法规体系，严格实行母婴保健行政许可，积极顺应广大妇女儿童的健康需要，向妇女提供生命周期全过程的保健服务和综合性、全程性的儿童保健服务。妇幼卫生体系的建设和完善应该包括：合理的服务体系配置和布局，以保证服务的及时性和便捷性；注重服务体系的层级结构和资源分布，强调管理和服务重心下移，加强建设基层初级服务体系，以满足绝大多数人的基本需求；服务干预的重点应是预防和初级保健服务；服务的技术路线选择应以低廉、优质和适宜为原则；通过政策回应机制和信息动态监测，控制服务质量。

2.5 进一步明确妇幼卫生与国家经济、社会、文化和政治发展的密切关系，明确妇幼卫生对全面、协调和可持续发展的迫切要求

妇幼卫生工作的发展和妇幼生存状况的改善，不仅仅取决于妇幼卫生系统甚或整个医疗卫生系统，还取决于国家经济社会发展的大环境，取决于人口受教育水平的提高、妇女地位的改善、消除贫困以及公共筹资机制的完善等等。将妇幼卫生政策与更宽泛的社会政策协调配套，能够有力促进妇幼卫生政策和服务的推行及其成效。为此，不仅要在妇幼卫

生系统内部建立有效的组织、协调机制，而且要与各级政府和不同政府职能部门建立起有效的协调、合作机制。将妇幼卫生纳入国家整个的发展决策、规划和政策的制定及实施过程，增强政策执行的可操作性和落实程度。与此同时，要进一步整合妇幼卫生服务资源，采取突出重点、着重缩小城乡、地区差异的发展策略，将管理和服务的重心进一步下移，在城市地区与社区卫生服务相融合，农村地区与基层医疗卫生服务建设相结合，实现系统互动、相互衔接。

2.6 进一步明确改进和完善妇幼卫生服务模式的重要性和迫切性

妇幼卫生与一般意义的医疗卫生在服务理念、服务对象上存在着根本的不同。因此，妇幼卫生的服务提供方式和内容要符合服务对象的特点与需求，强调面向健康人群、面向基层、面向预防保健，突出系统服务、系列服务、追踪服务和人性化服务的现代服务模式。在服务提供上，要充分认识：重视对基层服务设施的配备、人员的培训、技术的指导，是提高妇幼卫生技术服务能力和综合服务质量的关键；系统、规范的服务管理是提高妇幼卫生服务系统运行效率的有效手段；建立规范、及时和有效的转诊制度，是提高妇幼卫生服务质量、减少妇幼死亡风险的重要机制；加强服务的监测和监督是提高系统回应能力、增强服务绩效的必要途径；以项目为载体推动妇幼卫生服务的完善和妇幼卫生水平的提高，是提升妇幼卫生工作质量的一种创新方式。与此同时，妇幼卫生服务要关注重点和难点的妇幼健康问题，包括：出生缺陷的预防和干预，儿童营养不良与伤害的避免和减少，母亲生育安全，妇女常见病的预防与治疗以及艾滋病的重点预防和保护等等。

3. 政策建议

3.1 为妇幼卫生事业发展提供制度保障

在进一步完善妇幼卫生法律法规的制定与实施的同时，加强执法监督和社会管理。将妇幼卫生指标明确纳入妇女儿童事业发展规划，纳入国家社会经济发展规划，纳入各级政府政绩考核指标体系。

3.2 建立制度化、递增式的妇幼卫生经费投入机制，由政府对本妇幼保健服务实行专项投入，保证妇幼卫生事业发展与社会经济发展同步甚至超前

通过加大财政转移支付力度，增加对贫困地区和重点人群的资金投入。同时建立对基本妇幼卫生服务项目的资金导向机制，增强妇幼卫生资金投入的效率和有效性。

3.3 建立起覆盖全人群、功能完善、分工合理的妇幼卫生服务和管理体系

坚持妇幼保健机构是承担政府职责、体现公益性质的专业机构性质。以妇幼保健专业机构为龙头，以城市社区卫生服务和农村基层卫生服务为依托，以预防和保健为重点，将妇幼卫生的服务重心降低，使乡村两级成为妇幼卫生工作的重点。其中应着重加强县、乡、村三级服务网络的建设，特别是乡镇卫生院的产科建设。建立并完善各个能级妇幼卫生服务之间相互转诊的良性循环机制。

3.4 强化妇幼卫生服务体系的服务质量和效率，突出重点地区和重点人群

实施包括母乳喂养、由经过专业培训的接生人员接生和产科急诊服务等在内的基本妇幼保健服务包，重点向二、三、四类农村地区倾斜，注重提高贫困人口、流动人口等社会弱势群体和边缘群体享有服务的可及性。在妇幼卫生领域逐步建立医疗救助制度，保证妇女儿童都能够享有优质的产前、产科和新生儿保健的基本服务。

3.5 加强妇幼卫生服务提供人员的能力建设和队伍建设，加强妇幼卫生的学科构建与发展，依托学科培养人才

为建立具有良好职业道德和业务素质的专业队伍，需要在培养高级、专门人才的同时，特别注重对农村和基层初级人才的培养和培训，切实提高农村基层妇幼卫生服务提供者的基本知识和技能。合理解决乡、村两级妇幼卫生服务人员的待遇，稳定基层妇幼卫生队伍。

3.6 进一步加强妇幼卫生信息的动态收集和监测，建立有效的政策和管理回应机制

现有的全国妇幼卫生监测网为反映和评估我国妇女儿童生存与健康状况提供了重要信息，成为政府管理和政策制定的基本依据。但是这一系统有待进一步加强和拓展。一方面需要进一步增加监测点，使之分布更加合理，数据有更强的统计代表性；另一方面需

要进一步丰富数据的收集内容和项目，与国际妇幼卫生信息系统接轨，以更科学、准确地反映孕产妇和儿童死亡的原因及趋势；同时争取将妇幼卫生的信息收集和监测扩展到流动人口等社会边缘群体。

3.7 以项目带动重点和难点妇幼健康问题的解决，并通过项目的辐射和扩散作用进一步提高妇幼卫生的整体服务水平及质量

重点项目和重点领域可以包括：通过在贫困农村地区实行减免住院分娩费用、部分基本孕产期和儿童保健项目免费、加强农村基础设施建设等，实施孕产妇和婴儿死亡率降低工程，缩小城乡之间、地区之间的差距；开展出生缺陷干预防治工程，落实“中国提高出生人口素质，减少出生缺陷和残疾行动计划”提出的一级、二级和三级预防措施；开展以农村地区为核心、以西部地区为重点的妇女常见病防治工程，通过健康教育、人员培训、配备必要的设备、推广适宜的检验和治疗方法等，降低发病率；积极开展预防艾滋病的宣传教育和预防工作，降低其对妇幼健康的威胁。

第三部分 中国孕产妇和儿童生存策略研究

技术报告

第一章 研究背景

中国政府一贯重视妇女儿童的健康,把降低孕产妇和儿童死亡率列为优先解决的问题,为保护妇女儿童生存与发展,制定、实施了一系列法律、法规和政策。1994年10月27日全国人大常委会发布的《中华人民共和国母婴保健法》为保护中国妇女儿童健康奠定了坚实的法律基础。2001年国务院发布《中国儿童发展纲要(2001-2010)》和《中国妇女发展纲要(2001-2010)》(以下简称《两纲》),把代表妇女儿童健康状况的主要指标纳入社会经济发展规划。中国已经初步形成以“一法两纲”为核心,包括《宪法》、《婚姻法》、《妇女权益保障法》、《未成年人保护法》、《人口与计划生育法》等法律法规在内的妇女儿童政策法律保障体系。

为实现联合国“千年发展目标”中与降低儿童死亡率相关的目标(千年发展目标4)以及与促进孕产妇健康相关的目标(千年发展目标5)¹²,中国政府采取了一系列有针对性的措施,取得了令人瞩目的成绩。2001年国务院颁布的“两纲”中,提出到2010年把五岁以下儿童死亡率以2000年为基数下降1/5和孕产妇死亡率以2000年为基数下降1/4的目标。从2000年起,卫生部、国务院妇女儿童工作委员会和财政部共同组织实施了“降低孕产妇死亡率、消除新生儿破伤风”项目(简称“降消项目”)。项目初期覆盖中西部12个省份的378个贫困县。到2005年,该项目已扩展到全国22个省(自治区、直辖市)的1000个县,覆盖人口达到3亿多。“降消项目”的实施,提高了农村地区住院分娩率,改善了孕产妇的保健、高危孕产妇筛查、转诊和抢救的能力,加大了健康教育力度,营造了支持母亲安全行动的良好社会氛围,为降低孕产妇和儿童死亡率,改善农村地区,尤其是贫困地区和少数民族地区妇女儿童的健康状况,产生了极为重要的作用。“十一五”计划也明确提出到2010年婴儿和孕产妇死亡率分别下降到17‰和40/10万。为有效促进儿童健康,中国政府将预防接种工作作为一个重要手段。90年代以来,全国卡介苗、脊灰疫

¹² <http://www.undp.org/mdg/basics.shtml>

苗、百白破疫苗、麻疹疫苗覆盖率始终保持在 85% 以上。1994 年以来，中国一直保持没有本土脊髓灰质炎野病毒病例，应用疫苗可预防的疾病的发病率，如麻疹，白喉等也显著下降。目前乙肝疫苗已纳入国家免疫规划范畴。“十一五”规划要求，到 2010 年，国家免疫规划疫苗接种率应当达到 90% 以上。

在取得成绩的同时，我们也清醒地看到，妇女儿童的健康状况仍面临诸多挑战。据估计，2000 年中国五岁以下儿童死亡数占全世界五岁以下死亡人数的 7.3%¹³，高居世界排名第三位；自 80 年代以来，中国的婴儿和五岁以下儿童死亡率持续下降，但自 90 年代以来，下降速度明显减慢，由于地区发展不平衡导致的孕产妇和儿童死亡率的地区差异显著；妇幼卫生服务尚不能覆盖弱势人群，如流动人口和边远贫困地区人口；妇幼卫生服务质量有待进一步提高等。

为了深入了解中国目前孕产妇和儿童健康状况，分析影响孕产妇和儿童死亡和生存的相关因素，充分借鉴国际上先进的研究方法和干预措施，提出适合于中国的孕产妇和儿童保健策略和干预措施，卫生部与联合国儿童基金会、世界卫生组织、联合国人口基金合作，共同开展了中国孕产妇和儿童生存策略研究。本研究的最终目的是为中国制定一个平等、可及并可以负担的基本妇幼卫生服务包，并制定相应的实施策略，以进一步降低中国孕产妇和儿童死亡率，确保中国实现“千年发展目标”。

本研究在卫生部、联合国儿童基金会、世界卫生组织以及联合国人口基金的相关人员组成的执行委员会领导下进行。成立专家工作组承担数据分析、研究报告撰写等工作，主要成员包括妇女保健、新生儿和儿童保健、流行病学、卫生经济学和政策分析等领域的国内外专家和科研人员。北京大学医学部负责协调数据分析工作。研究工作历时二十个月（自 2005 年 5 月开始）。

经定性和定量分析，反复讨论和修改，形成该技术报告。报告共分六章，第一章介绍了研究背景。第二章描述了研究所采用的理论框架和方法。第三章对 9 年（1996 年-2004 年）内中国孕产妇和儿童死亡率的趋势、地区差异和直接原因进行了深入分析。第四章描述了影响孕产妇和儿童死亡的间接原因，采用国际通行的、发表在《柳叶刀》杂志和《英国医学杂志》上的模型¹⁴，对最符合成本效益的干预措施对降低孕产妇和儿童死亡率的潜在作用进行了模拟分析。第五章分析了影响中国孕产妇和儿童死亡率的社会经济和制度等因素。第六章总结归纳了改善中国孕产妇和儿童健康状况的建议，包括有效的干预措施，

13 《柳叶刀》杂志；《儿童生存研究》，2003 年 6 月 28 日第 361 卷第 3 页

14 参考《柳叶刀》杂志；《儿童生存研究》2003 年 6 月 28 日第 361 卷和《新生儿生存研究》2005 年 3 月，以及《英国医学杂志》2005 年 11 月 12 日； <http://bmj.com/cgi/content/full/331/7525/1107>

可能的服务提供机制及保障措施。

第二章 研究方法

1. 理论框架

本研究报告的基本理论框架来源于世界卫生组织/联合国儿童基金会在西太平洋地区区域儿童生存战略¹⁵中使用的模型，从影响孕产妇和儿童死亡率的直接影响因素、间接影响因素以及社会和制度等因素进行分析（表 3.2.1），表明孕产妇和儿童死亡率不仅与健康相关的直接和间接因素有关（如怀孕和分娩期间的并发症和保健服务因素），也与其他更宏观的因素有关，如社会经济、制度和法律环境等。因此，与医疗服务直接相关的制度性措施都对孕产妇和儿童死亡率有着重要的影响，这些措施需要与其他领域的政策措施相配合，如计划生育、水与环境安全、教育、扶贫和减少贫富差距等领域。

表 3.2.1 孕产妇和儿童死亡的直接影响因素、间接影响因素以及社会和制度因素

直接影响因素	间接影响因素	社会和制度因素
<p>直接死亡原因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 怀孕和分娩并发症 ● 围产期和新生儿疾病 ● 呼吸系统感染 ● 腹泻 ● 可通过接种疫苗预防的疾病 ● 意外伤害 <p>间接死亡原因</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 儿童营养不良，营养素缺乏 	<ul style="list-style-type: none"> ● 缺乏卫生服务和服务质量低下 ● 婴幼儿喂养和护理方式不当 ● 孕产妇膳食结构不合理 ● 缺少安全的饮用水、洁净卫生的生活条件 ● 生育能力，避孕措施，生育间隔 <p>其他：传染性疾病对妇女儿童的潜在威胁 孕产妇的营养状况</p>	<p>社会经济因素</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 贫穷和不平等 ● 教育（女童和妇女） ● 性别和妇女地位 ● 交通和距离 ● 人口流动和文化 <p>公共政策</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>卫生筹资及资源利用</u> ● <u>人力资源约束</u>

¹⁵ 世界卫生组织/联合国儿童基金会 (2005), 世界卫生组织/联合国儿童基金会区域儿童生存战略-加速并持续行动以实现千年发展目标 4, 西太平洋地区办公室, 文件号: 西太区委员会第 56 届会议第 5 号决议 (2005 年 7 月 28 日)。

2. 资料来源

本研究采用定量和定性两种资料。定量资料均是二手资料，来源于全国妇幼卫生监测（MCHS，1996-2004），2003年全国卫生服务调查（NHSS），2002年全国营养卫生调查（NNHS）和2004年全国计划免疫综合评审。定性资料来自于2005年8月研究组人员对陕西、山西和贵州三省的实地考察。定量资料涉及疾病和死亡负担、卫生服务利用情况、以及影响关键性孕产妇和儿童生存干预措施利用、覆盖范围和效率的制约因素。定性评估的目的是确认通过定量资料分析而得出的初步结论。

全国妇幼卫生监测系统覆盖31个省（自治区、直辖市）的116个区县（37个城区，79个农村县）。根据包括10个指标¹⁶的综合发展指数，监测区县被分为大城市、中小城市和一类到四类农村地区（第四类为最不发达的地区）；同时根据地理位置将监测地区划分为沿海、内陆和边远三类地区。在每个监测区县，孕产妇死亡监测覆盖所有的乡镇，儿童死亡监测资料则来自于两个抽样乡镇。

2003年全国卫生服务总调查是卫生部第三次在全国范围内开展的公共卫生调查。这次调查采用多阶段分层整群随机抽样的方法，在全国选取了95个县（市、区），其中城区28个（大城市11个，中小城市17个）和农村县67个（一类农村16个，二类农村20个，三类农村23个，四类农村8个）。这次调查共涉及57,023个家庭，抽样量193,689人，其中包括39,437名已婚育龄妇女（15至49岁）和9,297名5岁以下儿童。

2002年全国营养卫生调查旨在评估过去10年社会与经济的飞速发展对营养与卫生状况的影响。该调查覆盖132个县/区，同样运用多阶段分层整群随机抽样的方法，按综合发展指数将全国各县区分为大城市、中小城市、一类农村、二类农村、三类农村、四类农村地区。抽样选取家庭71,971个（城市24,034个，农村47,937个），人口243,479人（城市68,656人，农村174,823人）。抽样中包括12岁以下儿童和孕产妇约3万人。

2004年全国计划免疫综合评审是卫生部为审评计划免疫工作进展情况而在全中国范围开展的调查活动。调查采用了按容量比例概率抽样（PPS）方法。在全国抽取约10%（273个）的县作为调查县。调查期间，共走访家庭约250万，调查五岁以下儿童171,521名。与前面调查不同的是，抽样未根据发展指数进行分类。

¹⁶10个指标包括：第一产业就业比重、14岁以下人口比例、文盲率、出生率、死亡率、婴儿死亡率、人均GDP、第二产业就业比重、中学教育程度人口比例和65岁以上老年人口比例。

2005 年研究组抽选贵州、山西和陕西三个省开展定性研究。研究组考察了每省的省会城市和一个地级市的卫生系统，结果 5 个城区/县、6 个乡镇和 6 个村庄接受了调查。在考察期间，还搜集了地方常规妇幼卫生年报系统中重要指标的定量信息，以便确认流行病学分析中所报告的有关状况和趋势。专家们还对卫生服务质量、组织形式、资源利用的效率和筹资机制进行了定性观察，与来自卫生系统不同层次的关键信息提供者进行了面谈，获得了有关疾病负担、服务的利用情况以及他们所面临的约束和问题等方面的信息。同时还走访了部分家庭，了解他们所面临的主要卫生问题、对医疗服务的理解和态度，获取卫生服务的难易程度，以及对服务质量及其制约因素的认识等方面的信息。

3. 数据分析

流行病学分析应用 Stata 软件包。衡量直接和间接影响因素的指标是在上述理论框架的基础上选择的。由于将所有样本分为六类地区后，每一个类型地区样本量较少，孕产妇和儿童死亡原因复杂，为全面客观地分析孕产妇和儿童死亡率及营养不良状况，研究中选取了两个特定时期（1996-1999，2000-2004）的平均值进行比较研究。

此外，孕产妇监测系统采用的孕产妇死因分类方法大部分是采用国际疾病分类，但是，有个别死因分类与国际疾病分类不同。为与国际同类研究相比较，本研究完全采用国际疾病分类方法对孕产妇死因进行分类，因此研究结果可能与已公布的数据略有不同。

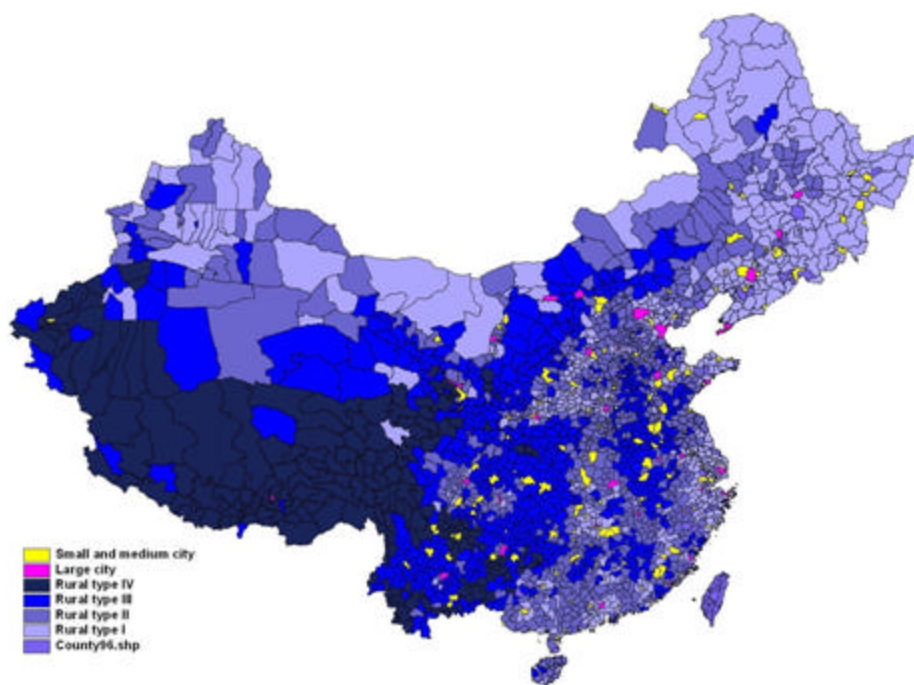
因为资料来自于抽样，不是严格按照不同地区（即一、二、三、四类农村）人口比例分类，为避免结果可能出现的偏差，研究中采用了数据加权的方法。其中，孕产妇和儿童死亡率根据第四次全国人口普查资料得出的权数作了适当调整，并校正了漏报情况。

为评估基本干预措施服务包的有效性，本报告参照《柳叶刀》杂志和《英国医学杂志》刊登的一系列文章中介绍的模型进行了模拟研究。模型分析了妇女儿童生存指标、营养状况指标以及卫生服务覆盖指标，综合定性和定量分析结果，确定基本干预措施服务包。在运用“模型”对孕产妇和儿童死亡率进行模拟研究时，也使用了 2000 至 2004 年之间的加权资料和平均数据，因此，如上文所述，本报告的数据可能与官方公布结论有所不同，不宜作为官方数据引用。

4. 地区划分原则

本报告试图分析沿海、内地和边远三个地区孕产妇和儿童死亡率以及卫生服务覆盖率方面的地域性差异。城乡之间的差异也根据分类资料进行了探讨。城市地区根据人口数量分成大城市和中小城市。进一步根据全国卫生服务总调查的分组，根据综合发展指标把城市分为大城市和中小城市，把农村地区分为四类，其中第一类代表最发达的地区，第四类代表最不发达的地区¹⁷（见图 3.2.1）。沿海（即北京、天津、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东和广东）、内地（即河北、山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南、广西、海南、重庆、四川东部、陕西）及边远（即：内蒙古、四川西部、贵州、云南、西藏、宁夏、甘肃、青海和新疆）地区是 1986 年妇幼卫生监测系统开展全国流行病学监测时国家对地区的分类，本报告也采用了这种分类方法。

图 3.2.1 根据发展指数进行地区划分



¹⁷参考脚注 2

5. 本报告的局限性

由于缺乏有关中国贫困流动人口和少数民族孕产妇和儿童健康状况的资料，本报告没有对这两个群体进行评估，尽管一些小型研究显示，这两个群体中孕产妇和儿童死亡率偏高。因此，在流动人口和少数民族中开展更为有效的监测和分析，对于了解区域差异和降低孕产妇和儿童死亡率都是极为重要的。

目前的妇幼卫生监测系统只覆盖了全国 116 个监测点（包括 37 个城市监测点和 79 个农村监测点，此外当前的结果没有根据漏报率和人口构成的不同进行加权，以此来代表全国有其局限性；此外我们的疾病分类系统与国际疾病分类 10 也有不一致的地方，因此进行国际比较会有一些的限制。这些都会影响用《柳叶刀》模型和《英国医学杂志》的模型进行预测的结果。

6. 主要发现

- 1) 全国妇幼监测系统目前仅覆盖全国 116 个区县（37 个城区，79 个农村县），需要进一步拓宽地理覆盖范围，扩大监测覆盖面。此外，此监测系统还需要强化漏报和不同人群中活产比例的加权计算。
- 2) 对不同县区的数据进行分析较按沿海、内地和西部或城市/农村地区分类得到的数据分析更为实用，能够更加直观地了解在实现千年发展目标过程中不同地区间的差异，便于为落后地区制定有针对性的政策和项目。
- 3) 当前妇幼卫生监测系统应用的死因分类模式尽管与国际疾病分类(ICD)基本相同，但仍有一些不同之处。因此，为便于国际比较，应该研究完全采用国际疾病分类模式的有效性，以评价中国分类模式。死因数据分析的准确性。

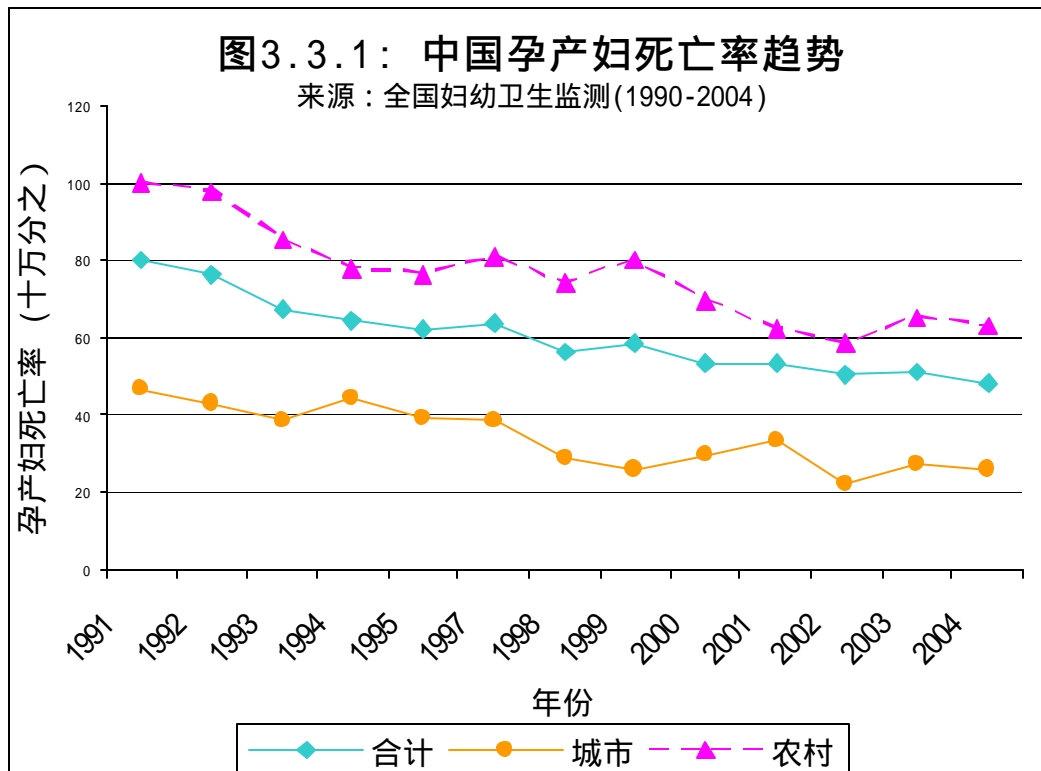
第三章 孕产妇和儿童死亡趋势及直接影响因素

本章重点分析了孕产妇和儿童死亡的变化趋势及直接影响因素。首先，本章报告了全国孕产妇和儿童死亡率的水平和趋势。全国妇幼卫生监测数据表明，自 1990 年以来，孕产妇和儿童死亡率整体上呈下降的趋势。但是，在下降的同时仍存在巨大的地区差异，这种差异同经济发展水平密切相关。在报告整体情况之后，本章将综合根据发展指数分类的方法探讨地区之间的差异，并详尽分析影响孕产妇和儿童死亡率的直接原因。

1. 孕产妇和儿童死亡率持续下降

1.1 1991 至 2004 年间，全国孕产妇死亡率下降了 39.6%

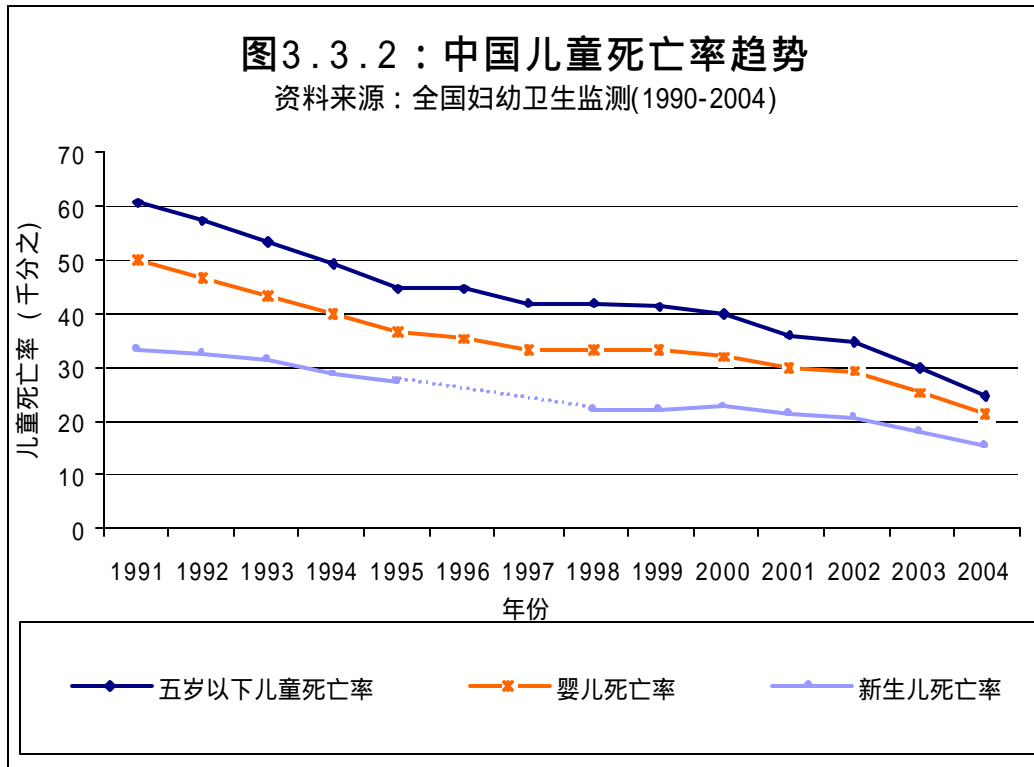
自 1991 年以来，全国孕产妇死亡率一直呈下降趋势。从 1991 年的 80.0/10 万下降到 2004 年的 48.3/10 万（图 3.3.1），表明中国有可能实现联合国千年发展目标（MDG）。尽管孕产妇死亡率有了较大幅度的下降，但在目前死亡率水平基础上继续下降的难度加大，因此需要付出巨大的努力。



1.2 1991 至 2004 年间，全国 5 岁以下儿童死亡率下降了 59%

如图 3.2 所示，自 1991 年以来，全国 5 岁以下儿童死亡率同样呈持续下降趋势，从 1991 年的 61‰ 降到 2004 年的 25.0‰，有望实现千年发展目标¹⁸。值得注意的是，全国新生儿死亡占 5 岁以下儿童死亡的 63.9%。新生儿死亡率下降速度略缓。

¹⁸中华人民共和国外交部，中国的联合国机构。把握未来，迎接挑战，千年发展目标中国进展报告，2005 年 10 月



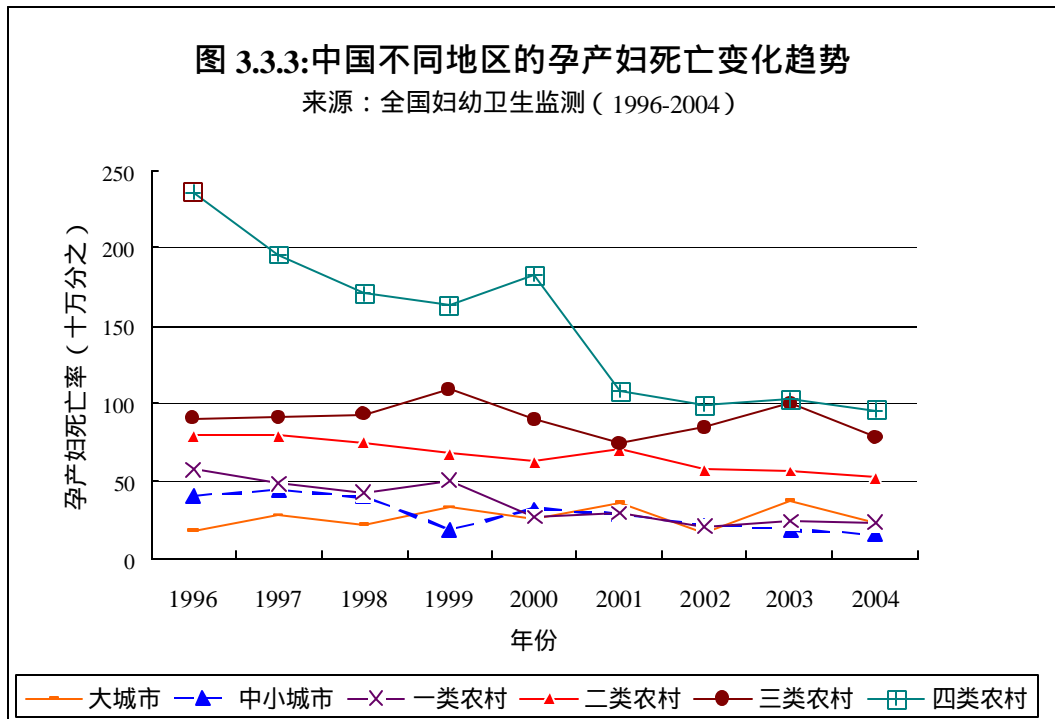
2. 孕产妇和儿童死亡的地区差异

2.1 孕产妇死亡的地区差异

进一步分析 1996 年以来的数据发现，全国孕产妇死亡率有大幅度下降，但是不同地区之间、城市和农村之间下降的幅度和水平存在着巨大的差异（图 3.3.3）。农村的孕产妇死亡率约为城市的 3.2 倍，而且城乡之间的差距从 1996 年的 2.7 倍扩大到 2004 年的 3.2 倍。2004 年，内地和边远地区孕产妇死亡率分别是沿海地区的 4.1 倍和 7.7 倍，农村二、三、四类地区孕产妇死亡率最高，分别是城市的 2.9 倍、4.4 倍和 5.3 倍。

图 3.3.3:中国不同地区的孕产妇死亡变化趋势

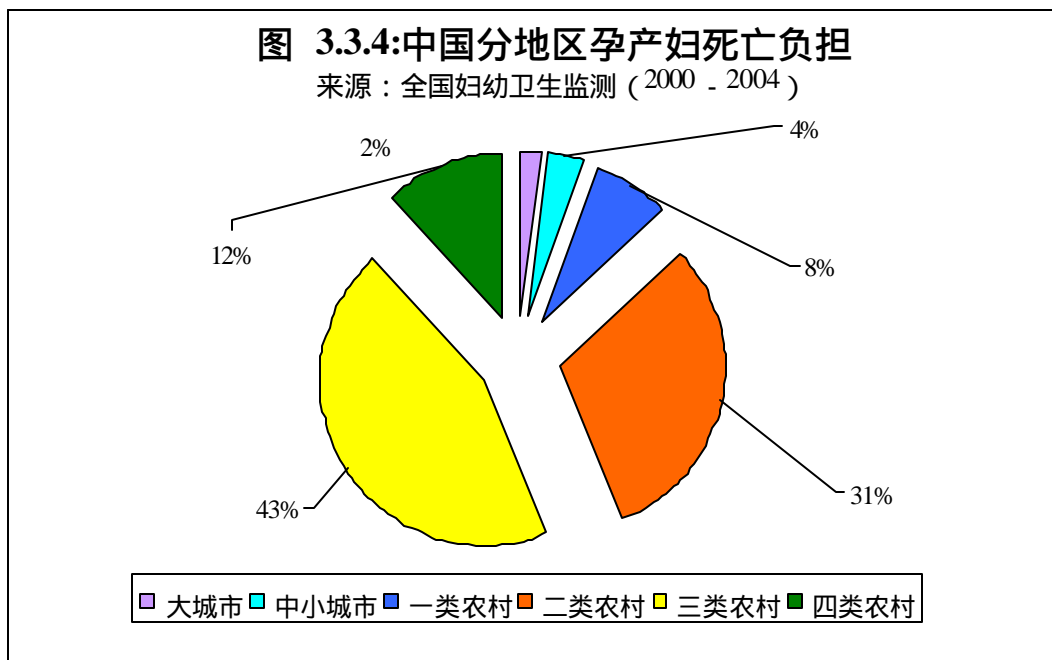
来源：全国妇幼卫生监测（1996-2004）



由此可见，孕产妇死亡率水平及地区差异与经济发展水平密切相关。研究数据显示，城市孕产妇死亡率最低，农村地区中，四类农村的孕产妇死亡率最高（2004年为96/10万），一类农村地区最低，但也比城市地区高出30%（图3.3.3）。尽管存在地区性差异，但城乡孕产妇死亡率在1996-2004期间总体上在逐渐下降，其中一类和四类农村地区下降幅度较大，一类农村地区从57.9/10万下降到23.9/10万，下降了58.7%，四类农村地区从236/10万下降到96/10万，降幅达59.3%。但是二、三类农村下降幅度较缓，仅分别降低了34.1%和13.5%。自2001年以来，一类、二类和三类农村地区的孕产妇死亡率下降速度停滞不前。此外，就三个地区而言，沿海地区的孕产妇死亡率下降速度最快（55.0%），其次是边远地区（33.3%）和内地地区（29%）。在城市地区，中小城市的下降速度最快，从1996年的40.7/10万下降到2004年的15.3/10万。但是，近些年来，城市孕产妇死亡率呈上升的趋势，提示城市流动人口的孕产妇保健问题是我们面临的巨大挑战。

根据2000至2004年平均值计算，二类、三类农村地区孕产妇死亡数量最大，占孕产妇死亡总数的74.9%，而四类农村地区仅占11.9%。大城市孕产妇死亡数量更低，仅占孕产妇死亡总数的2.0%（图3.3.4）。这主要是由于农村地区活产数占所有地区活产总和的比例较高，导致了农村地区孕产妇死亡占所有地区孕产妇死亡总数的比例较高。但同时，不同地区各自的孕产妇死亡比例也有所不同。二类、三类和四类农村地区活产总和占全国总数的69%（分别为31.4%、31.7%和5.9%），但其死亡总数却占全国的86.8%。相比之下，

大城市活产总数占全国的 4.4%，而孕产妇死亡人数仅占总死亡人数的 2.0%。

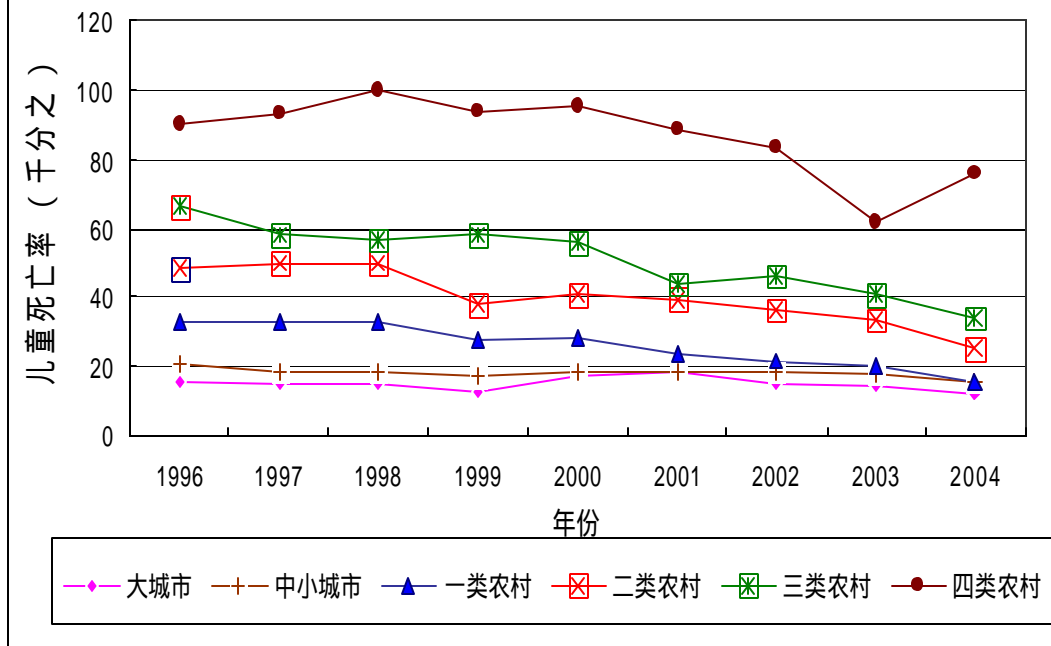


2.2 五岁以下儿童死亡的地区差异

与孕产妇死亡率的情况一样，尽管儿童死亡率有了大幅度下降，地区之间和城乡之间在下降的水平和幅度上也存在着巨大的差异(图 3.3.5)。1996-2004 期间，城市地区五岁以下儿童死亡率下降了 22.8%，农村地区下降了 46.8%。在一类、二类和三类农村地区，下降幅度几乎达到了 50%，但在四类地区，只有 15.7%。这些数据再度表明，五岁以下儿童死亡率与经济社会发展水平密切相关。此外，沿海和内地五岁以下儿童死亡率的下降速度比边远地区快，沿海地区下降幅度为 48.0%，内地为 49.8%，边远地区则仅为 30.3%。

图3.3.5:中国分地区5岁以下儿童死亡率趋势图

来源：全国妇幼卫生监测（1996-2004）

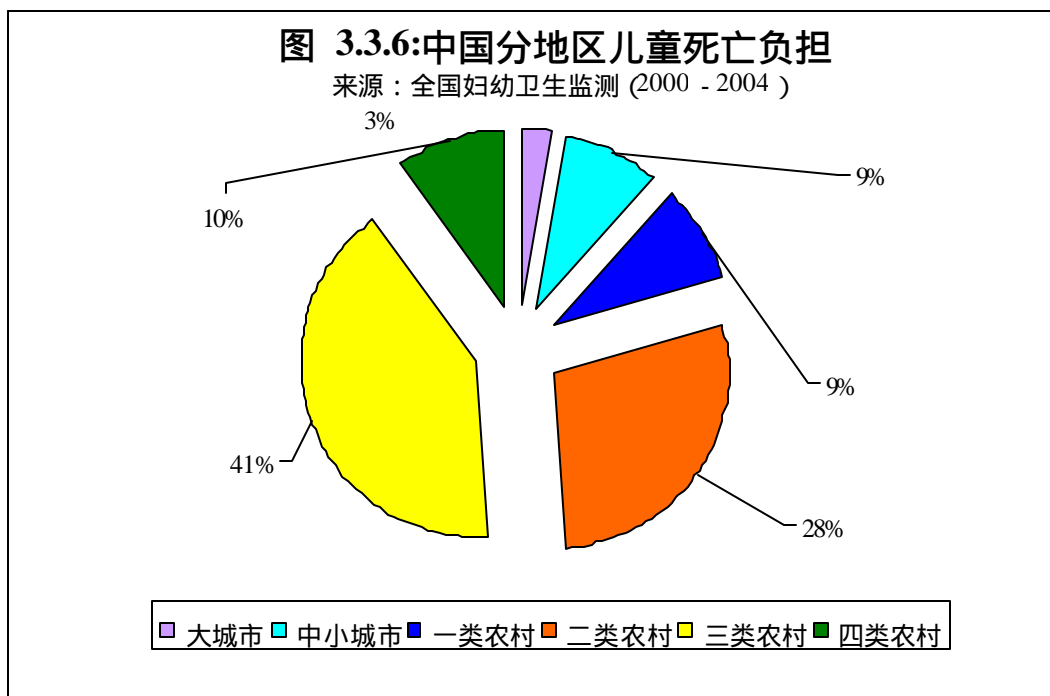


1996年以来，新生儿的死亡率也呈下降趋势，但下降速度较为缓慢，而且存在着明显的地区差异。在一类、二类和三类农村地区下降最为显著，分别为 50.0%、33.5% 和 41.8%，而四类农村地区下降幅度仅为 4.5%。沿海（39.4%）和内地（42.6%）的新生儿死亡率的下降速度快于边远地区（仅为 19.1%）。

农村五岁以下儿童死亡率几乎是城市地区的两倍，但与孕产妇死亡率相反，城乡之间的差距正在逐步缩小：1996年农村 5 岁以下儿童死亡率是城市的 2.8 倍，2004 年降低至 1.9 倍。内地和边远地区的五岁以下儿童死亡率分别是沿海地区的 1.8 倍和 3.5 倍，这个差距同样小于地区间孕产妇死亡率的差距。但是，农村二、三、四类地区五岁以下儿童死亡率分别是城市地区的 2.9 倍、4.3 倍 和 5.3 倍，与地区间孕产妇死亡率的差异相仿。新生儿死亡率总体上与孕产妇和五岁以下儿童死亡率呈相似的趋势，地区差异略小于孕产妇和五岁以下儿童死亡率的地区差异。

根据 2000 至 2004 年间 5 岁以下儿童死亡的平均值（图 3.3.6）及地区分布，二类、三类农村地区 5 岁以下儿童死亡共占 5 岁以下儿童死亡总数的 69.7% 而四类地区仅占 9.9%。正如前面提到的孕产妇死亡与活产的地区分布不一致，5 岁以下儿童死亡数与活产数的地区分布也不一致，二、三、四类农村地区活产数占全国活产总数的 69%，而这三类地区的

5岁以下儿童死亡数却占死亡总数的 79.6%。相比较而言,大城市活产数占全国出生总数的 3.9%,其死亡数仅占全国的 2.9%。



3. 孕产妇和儿童死亡的直接影响因素

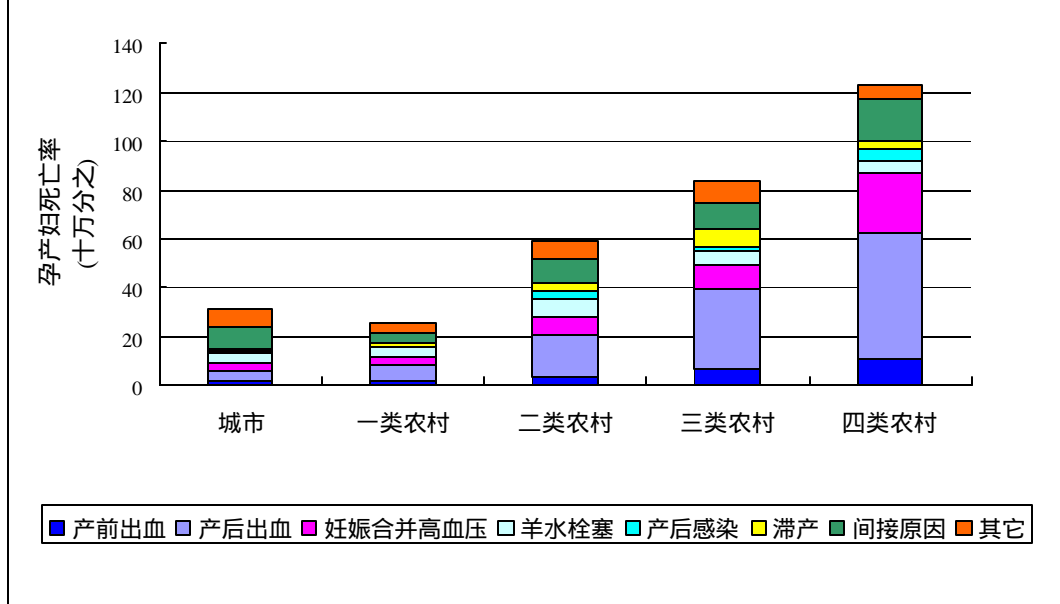
3.1 孕产妇死亡的直接原因

产后出血是导致中国孕产妇死亡的第一位死因,其次是妊娠期高血压疾病、羊水栓塞、产前出血、和产后感染(图 3.3.7)¹⁹。农村地区产后出血的比例占死亡总数的 28%,2000-2004 年期间是城市地区的 2.4 倍。四类农村产后出血的死亡率为 64.8/10 万,占死亡总数的 27.6%,是城市地区的 3.1 倍。妊娠高血压疾病是孕产妇死亡的另一个重要原因,这点在农村地区尤为突出。间接产科原因主要包括妊娠合并心脏病、肝炎、贫血、静脉栓塞和其他感染,占全国死亡总数的 14.3%。根据孕产妇死亡评审资料,75%的孕产妇死亡是可避免或可通过接受基本产科服务避免的。

¹⁹ 这些结论来自 2000-2004 年调查加权平均值。

图3.3.7:中国分地区孕产妇死因别死亡率分布图

来源：全国妇幼卫生监测（2000-2004平均值）

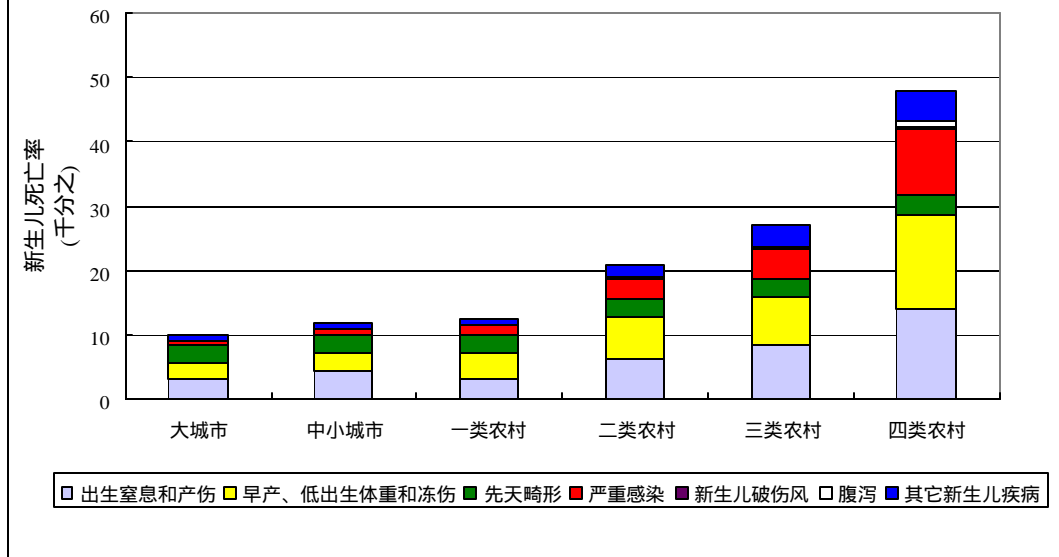


3.2 新生儿、婴儿和 5 岁以下儿童死亡的直接原因

2004年,新生儿疾病引起的儿童死亡占死亡总数的63.9%(城市占67% 农村占63.7%),是5岁以下儿童死亡的主要原因。由于新生儿窒息和产伤(4.9‰),早产、低出生体重和新生儿硬肿症(5.4‰),严重感染(2.3‰),和出生缺陷(2.5‰)造成的新生儿死亡占新生儿死亡总数的89%(图3.3.8)。而且,无论在何类地区窒息和产伤、早产、低出生体重和新生儿硬肿症都是导致当地新生儿死亡的主要原因,占全国五岁以下儿童死亡总数的38.7%。在农村二、三、四类地区,新生儿严重感染是导致死亡的第三大主要原因,占这些地区死亡总数的10%。城市和一类农村地区新生儿第三大死亡原因是出生缺陷,约占10%。大多数新生儿死亡(79%)发生在出生后7天之内,因此应该把降低新生儿和5岁以下儿童死亡率的大部分干预措施与降低孕产妇死亡率的策略密切结合起来,比如可以利用相同的产科和新生儿科的卫生服务人员。

图3.3.8:中国分地区新生儿死因别死亡率分布图

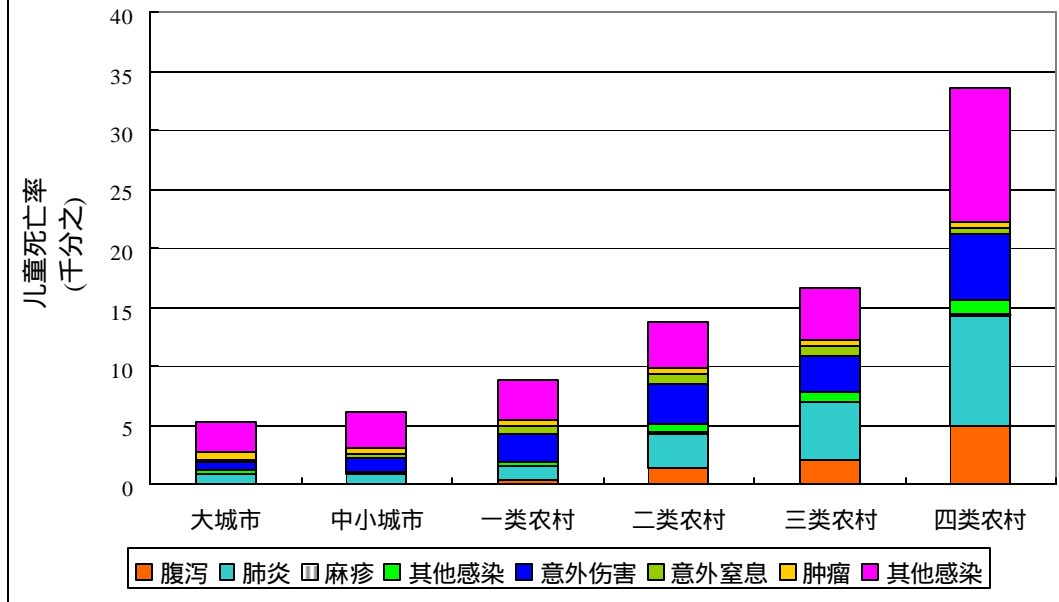
来源：全国妇幼卫生监测(2000-2004平均值)



如图 (3.3.9) 所示, 在三、四类农村地区, 肺炎是导致新生儿期以后的儿童死亡的主要原因。而在所有其他地区, 伤害是新生儿期以后儿童死亡的主要原因。腹泻曾经是导致死亡的主要原因, 但就目前全国的情况看, 其影响已经大大减弱, 在较为富裕的地方 (即城市地区和一类农村地区) 所占比例很低。但在较为贫困的地区 (即农村第二、三、四类地区), 腹泻仍然是导致 1 个月至 5 岁儿童死亡的第三大原因, 这与贫困农村地区仍然缺少必要的卫生条件密切相关。

图 3.3.9:中国分地区儿童死因别死亡率分布图
(1个月 - 5岁)

来源: 全国妇幼卫生监测 (2000-2004平均值)



3.3 孕产妇和儿童死亡的间接原因

3.3.1 孕产妇死亡的间接原因——孕产妇营养状况及维生素和矿物质缺乏

研究表明妇女的营养状况较差、微量元素/维生素缺乏可能导致妊娠期多种合并症和并发症，增加孕产妇死亡的风险。2002年中国居民营养与健康状况调查报告表明，我国18-44岁孕妇贫血患病（Hb<110g/L）比较严重，平均为28.9%，城市和农村分别为25.3%和30.4%。截止到目前，我国孕产期保健中还没有把检测孕妇贫血及补充铁剂作为常规内容。另外，2002的中国营养调查还表明，我国18-44岁女性营养不良（BMI<18.5）的比例为7.7%²⁰。

中国人口营养的另一个显著问题是钙摄入量不足，据2002年中国居民营养与健康状况调查显示，城市居民平均每人每日钙摄入量为438.6mg，农村为369.6mg，分别仅占营养学会推荐的每日膳食中钙供给量（800mg）的54.8%和46.2%²¹。

中国仍然存在着妇女孕期维生素和微量元素缺乏的状况，1996年的一项研究发现，孕

²⁰ 王陇德主编.中国居民营养与健康状况调查报告之一——2002综合报告.人民卫生出版社, p36.

²¹ 王陇德主编.中国居民营养与健康状况调查报告之一——2002综合报告.人民卫生出版社, p22.

晚期严重缺乏维生素 A、E、B1、B2 和 C 的分别达到 56.2%、15.7%、49.8%、24.1% 和 20.1%²²，而维生素与母婴健康密切相关。叶酸缺乏会严重影响胎儿的生长发育，局部研究表明我国北方地区普遍存在叶酸缺乏的状况。

3.3.2 儿童死亡的间接原因

中国儿童营养状况有了明显改善，但地区间差异仍然存在，维生素和矿物质缺乏仍然很普遍。

过去 10 年中，中国儿童的营养状况有了显著的改善。全国 5 岁以下儿童发育迟缓率从 1992 年的 31.9% 下降到 2002 年的 14.3%，下降了 55.2%。其中，城市 5 岁以下儿童发育迟缓率从 19.1% 下降到了 4.9%，农村则从 35.0% 下降到了 17.3%，分别下降了 74.5% 和 50.6%。1992 至 2002 年间，全国儿童低体重发生率也降低了 56.7%（即从 1992 年的 18.0% 降低到了 2002 年的 7.8%）。其中，城市的低体重发生率从 10.1% 降低到了 3.1%，农村则从 20.0% 降低到了 9.3%，降幅分别为 69.3% 和 53.5%。尽管营养水平整体有了提高，但农村地区儿童发育迟缓和低体重率是城市地区的三倍。儿童贫血的发生率随年龄不同，在 10.6% 至 38.3% 之间波动。维生素和矿物质缺乏在全国仍然很普遍，且存在明显的地区性差异。例如，在农村地区，维生素 A 缺乏的 3-12 岁儿童比例是 11.2%，是城市地区（3%）的 3.7 倍。

²² 邵玉芬等. 孕妇维生素营养状况的研究. 卫生研究. 1996, 25 (6): 354-357。

4. 主要发现

- 1) 中国孕产妇和 5 岁以下儿童死亡率均有大幅下降，从目前趋势来看，有望实现千年发展目标。
- 2) 孕产妇和儿童死亡率存在巨大的城乡差距和地区差异，其中三类、四类农村地区的死亡率比城市地区高 2 至 5 倍。
- 3) 二类、三类农村地区孕产妇和儿童死亡总数占全国的 70% 以上，因此，要确保持续降低孕产妇、新生儿和 5 岁以下儿童死亡率，提高利用卫生服务的公平性，就必须采取针对二类、三类农村地区的策略，并继续关注四类农村地区的状况。
- 4) 全国 75% 以上的孕产妇和儿童死亡是由一些可以预防或治愈的原因所致。孕产妇死亡主要原因包括产后出血、妊娠高血压疾病、羊水栓塞和产后感染。新生儿窒息和产伤、早产和低出生体重、伤害和肺炎则是导致儿童死亡的主要原因。
- 5) 新生儿死亡占五岁以下儿童死亡总数的 63.9%。新生儿死亡中大约 79% 发生在出生后 7 天之内，提示对孕产妇死亡和新生儿死亡可以采取同样的策略。
- 6) 伤害是全国除三类和四类农村地区以外导致新生儿期以后儿童死亡的第一大因素。肺炎是导致儿童死亡的第二大因素，而腹泻对生命的威胁已经有所减弱。在城市和一类农村地区，出生缺陷是新生儿死亡的第三大因素。
- 7) 贫困流动人口的孕产妇和儿童死亡率有增高趋势，值得关注。
- 8) 营养不良问题在总体上已有改善，但农村地区问题依然突出。维生素矿物质缺乏影响到全国很大一部分儿童和育龄妇女。

第四章 孕产妇和儿童死亡的间接影响因素

本章将重点分析导致孕产妇和儿童死亡的间接影响因素，包括妇幼保健服务的可及性和质量、儿童喂养和看护方式、生育能力和生育间隔等。此外本章还应用“柳叶刀模型”和“英国医学杂志模型”进行研究模拟，以探讨采取最为有效实用的干预措施，以及提高这些干预措施的覆盖率和质量对降低孕产妇和儿童死亡率的影响。模拟研究结果显示，如果成本效益较好的基本干预措施的覆盖率能够达到 99% ,将有可能避免 52%的孕产妇死亡和 34%的 5 岁以下儿童死亡，使中国如期实现千年发展目标和“十一五”目标中有关降低孕产妇和儿童死亡率的目标。国际经验表明，卫生服务投资的回报率通常很高，是实现全面、协调和可持续经济发展的前提条件。

1. 孕产妇死亡的间接影响因素

1.1 孕产妇保健服务利用的现状

据三次全国卫生服务调查显示 ,1992 年至 2002 年 ,全国住院分娩率从 39% 提高到 68% ,其中农村地区从 22% 提高到 62% ,城市地区从 87% 提高到 93% ;接受过至少一次产前检查的孕产妇比例从 70% 提高到 88% ,其中农村地区从 60% 提高到 86% ,城市地区维持在 96% 的水平 ;农村地区接受 5 次及以上产前检查的比例从 11% 提高到 33% ,城市地区接受 8 次及以上产前检查的比例从 49% 提高到 57% ;怀孕早期接受产前检查的比例 ,农村地区从 24% 升高到 55% ,城市地区从 64% 升高到 70%。这些数据表明 ,过去十年 ,孕产妇保健服务利用取得了明显进步。

1.2 孕产妇保健服务存在的主要问题

1.2.1. 孕产妇保健覆盖率相对不高

尽管中国的孕产妇保健服务有了显著的进步，在服务的提供和利用方面仍然存在着极为明显的地区差异。本研究应用世界卫生组织所推荐的、《英国医学杂志》提出的 9 种成本效益较好的干预措施，结合中国国情选择其中最有效的 6 种。在缺乏数据参考的情况下，采用专家法估计覆盖率。结果表明，在中国农村，特别是三、四类农村地区，大多数干预措施覆盖率不高。例如，在四类农村地区，经过专业培训的接生人员的覆盖率只有 52% ，

其他 5 种干预措施的覆盖率在三类、四类农村地区差别很大,在 4% 至 56% 之间(表 3.4.1)。

表 3.4.1 主要的孕产妇保健措施目前在中国的覆盖率

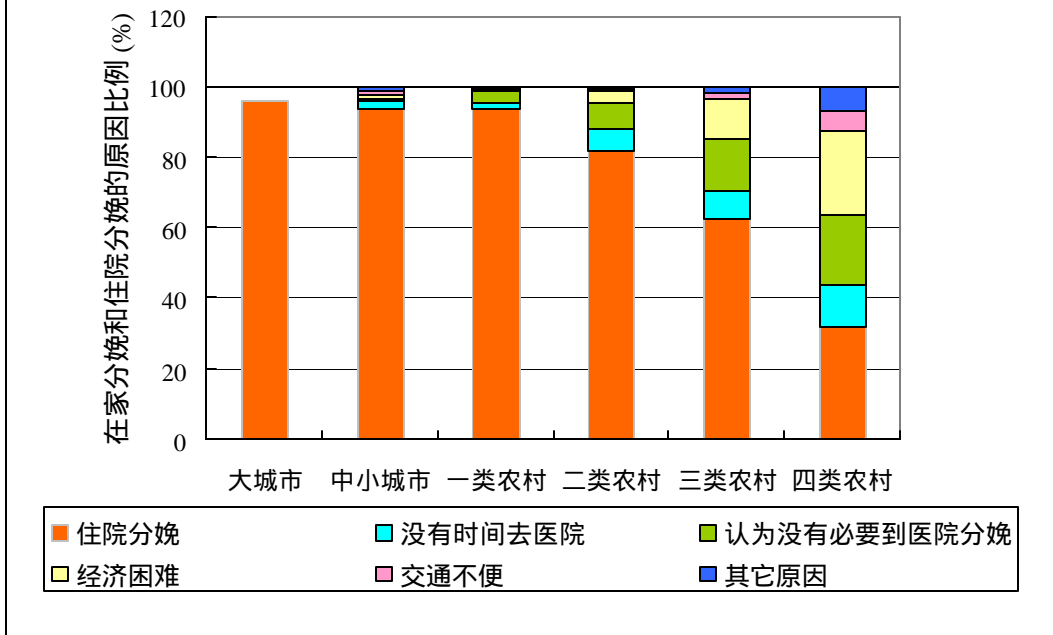
措施	覆盖率%					
	大城市	中小城	农 I	农 II	农 III	农 IV
经专业培训过的人员接生 ¹	95	97	98	94	89	52
识别先兆子痫 ²	90	71	59	41	32	13
识别和治疗无症状细菌感染 ²	57	52	15	11	9	4
第三产程的主动处理 ²	95	86	82	70	56	28
初步处理产后出血/治疗严重先兆子痫/子痫/处理产褥感染 ²	95	86	68	54	42	21
处理难产(如臀位产)/转诊严重产后出血 ²	91	83	62	45	35	17

数据来源：1. 第三次国家卫生服务调查，2003；2. 用德尔菲技术加权的住院分娩率。

另外，孕产妇利用卫生服务的比例也随着地区经济发展水平的降低而降低，因此，在四类农村地区孕产妇利用卫生服务率最低，接受 5 次及以上产前检查的孕妇的比例只有 13%，是一类地区的 1/4 或 1/5；此外，四类地区的住院分娩率只有 32%，一类地区则高达 94%（图 3.4.1）。未住院分娩的主要原因首先是经济困难，其次是交通不便或信息缺乏。

图3.4.1: 分地区在家分娩和住院分娩原因构成

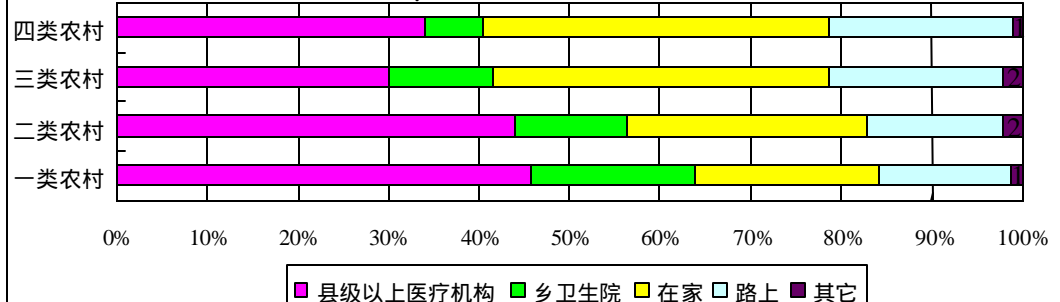
来源：第三次全国卫生服务调查，2003



对孕产妇死亡地点的分析发现，绝大部分孕产妇死亡发生在家中，其中三类、四类农村死于家中的比例最高，其次是二类地区（图 3.4.2）。甚至在经济状况比较好的一类地区，死在家中的孕产妇仍占到 20%。另外，农村地区相当比例的孕产妇在路途中死亡（占死亡总数的 15% 至 20%），可能的原因包括交通不便和乡镇卫生院设施缺乏。

图3.4.2: 农村地区孕产妇死亡地点构成

来源: 全国妇幼卫生监测2004

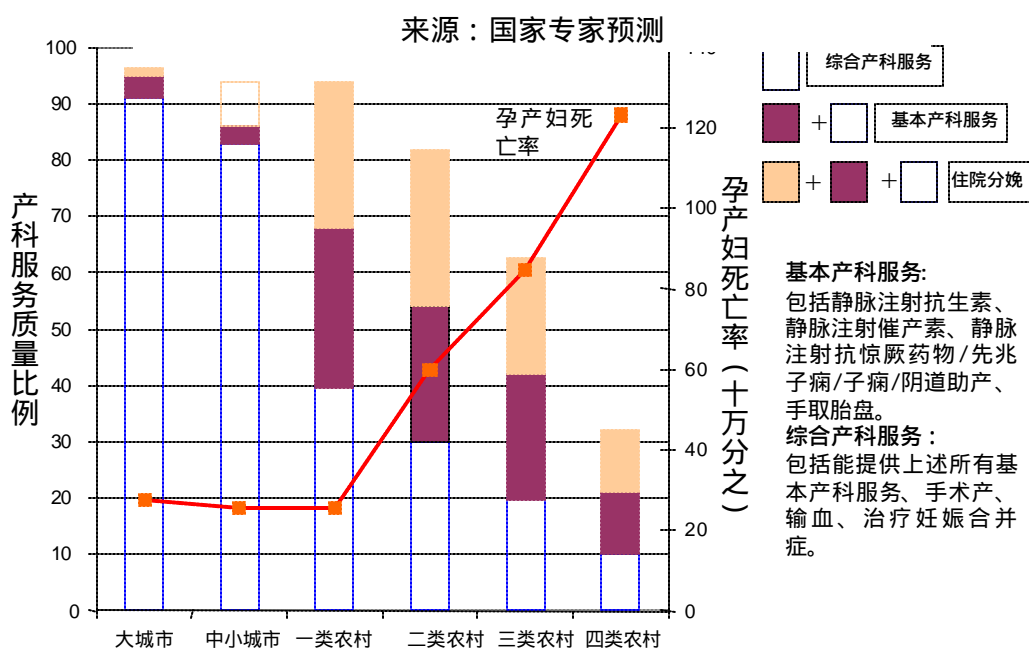


1.2.2. 孕产妇保健服务质量有待进一步提高

进一步的分析表明，中国农村地区提供孕产妇临床保健服务，不仅在数量上不尽人意，而且在质量上也和城市地区存在较大差距。一项在不同地区进行的关于“住院分娩”和“基本产科保健”的利用情况的研究表明，在二、三、四类农村住院分娩的产妇中，只有约 20%

至 50% 的产妇可以得到基本产科急诊服务（不包括手术分娩和输血）(图 3.4.3).²³ 其中只有 10% 至 30% 的妇女可以得到综合产科服务，而在一类农村地区也只有 40% 的产妇可以得到综合产科服务，这一方面是由于具备提供综合产科服务能力的机构主要是县级或以上医院，另一方面也提示基层医疗机构的产科服务质量急待提高。图 3.4.3 显示，当住院分娩率和提供基本产科急诊服务、综合产科服务的比例降低到 50% 以下时，孕产妇死亡明显上升。这与国际经验是吻合的，即，提供基本产科服务（包括 9 种最经济适用的干预措施）对孕产妇的生存至关重要。另外，如第三章所示，75% 的孕产妇死亡都可以通过提供高质量的基本产科急诊服务进行预防。

图 3.4.3: 住院分娩和产科服务质量



对三省进行实地考察得到的定性资料也表明，孕产妇保健服务的质量存在以下主要问题：第一，产前检查项目不全，一些基本的实验室检验项目缺失，其后果可能是不能及时发现产科并发症；第二，产时服务的技术不全面，例如一些医务人员不会使用产程图监测产程进展，不会在第三产程用催产素防止出血，没有利用或充分利用阴道助产技术，导

²³ 基本产科急诊服务 (BEOC) 包括：抗生素的静脉点滴，催产素的应用，抗惊厥药的注射，子痫和先兆子痫的药物治疗，阴道分娩和胎盘剥离。综合产科保健包括：所有的基本产科保健，加上产科手术、输血和妊娠合并症和并发症的治疗。

致剖宫产数量增加，对第四产程（24小时内）的观察不细致、不及时等；第三，产后访视的质量难以保证，目前大多数产后访视是由村妇幼保健员或村医完成的，他们缺少专业知识、技能和相应的设备，也没有报酬，难以保质保量地完成产后访视工作，容易造成漏诊和误诊。

以上分析表明，孕产妇保健服务的策略不仅要进一步促进住院分娩，而且要改进孕产妇保健服务的质量，特别是县级以下医疗机构的服务质量，包括产前检查、产时技术、产后访视质量。

1.3. 其他间接影响因素

据统计，近几年中国妇女的总和生育率稳定在 1.8 左右，妇女的生育间隔相对较大。因此，总和生育率和生育间隔不是影响中国孕产妇死亡率的主要因素。

此外，一些传染病对孕产妇和儿童的健康状况也有一定的影响。中国是面临沉重的肺结核负担的 22 个国家之一，70% 肺结核感染者的年龄处在 15 岁至 45 岁之间，对生育能力和后代质量有潜在不良影响。中国的乙型肝炎发病率也很高，根据全国营养卫生调查血清分析，三岁以上人口中 HbsAg 呈阳性的比例是 7.5%，20 岁至 30 岁（也正是生育能力最旺盛的阶段）之间的人口呈现阳性的比例高达 9% 至 10%²⁴。

1.4. 提高有效干预措施的可及性对降低孕产妇死亡率的影响

假设采取上述 9 种最有效的孕产妇干预措施，并使这些措施的覆盖率达到 99%，运用《英国医学杂志》的模型进行模拟分析，其结果显示，孕产妇死亡率将在 2000 年至 2004 年孕产妇死亡率的平均水平的基础上降低 52%，达到 28.8/10 万（表 3.4.2），这意味着中国可以实现“十一五”规划中制定的降低孕产妇死亡率的目标，也有望实现千年发展目标。

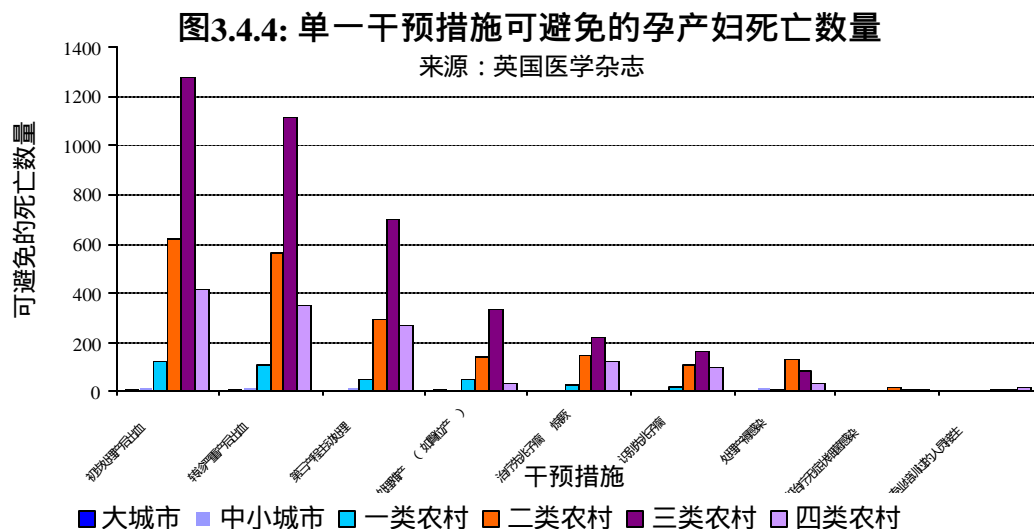
表 3.4.2 也显示，实施干预措施后孕产妇死亡率降低的比例在四类农村地区最高（67%），其次是三类和二类农村地区，将分别下降 58% 和 47%。就可以减少的死亡人数看，三类农村地区受益最大，其次是二类和四类地区，这在乡镇层面尤为突出。

²⁴ 梁晓凤等(2005), 3 岁以上儿童乙肝血清流行病学研究, 中华流行病学杂志, 2005, 26 (9): 655-658.

表 3.4.2. 中国各类地区孕产妇死亡预计下降的百分比 (%)

地区	孕产妇死亡率 (2000-2004) (1/100,000)	孕产妇死亡的分布/ (2000-2004 年) (%)	预计减少的孕产妇死亡 数的比例(%)	预计减少的孕产妇 死亡率的比例
大城市	28	2	0	8
中小城市	25	4	1	21
一类农村	26	8	6	38
二类农村	60	31	28	47
三类农村	85	44	50	58
四类农村	123	12	15	67
总计		100	100	52

不同的干预措施将对降低孕产妇死亡率产生不同的影响。其中最有效的干预措施可以防止 75%的孕产妇死亡，这些措施包括：产后出血的处理和转诊，第三产程/难产的主动处理，识别和治疗子痫(图 3.4.4)。但是，完全实施这些措施意味着病人必须能够得到基本产科服务，因此在促进住院分娩的同时，不断提高产科服务的质量显得尤为重要，特别是在二、三、四类农村地区，确保实施这些干预措施并保证质量，将对降低孕产妇死亡率起到关键作用。



2. 儿童死亡的间接影响因素

2.1 儿童保健服务的现状

自 1992 年以来，中国儿童保健服务情况已取得显著进步。三岁以下儿童系统管理率（即优质儿童保健服务比例）由 1992 年的 43% 提高到了 2004 年的 74%。儿童计划免疫工作有了很大的进步，四苗接种率达到了 88%²⁵。

2.2 儿童保健服务存在的主要问题

2.2.1 儿童保健服务覆盖率不足

尽管有了显著进步，儿童保健服务仍存在覆盖率不足和地区间发展不平衡，进而导致儿童死亡率的地区差异。例如，2004 年全国计划免疫调查显示，四苗接种率在三类、四类农村地区仅为 56%，明显低于一类(94.1%)和二类(88.8%)农村地区。此外，城市地区流动人口儿童四苗接种率也比较低。

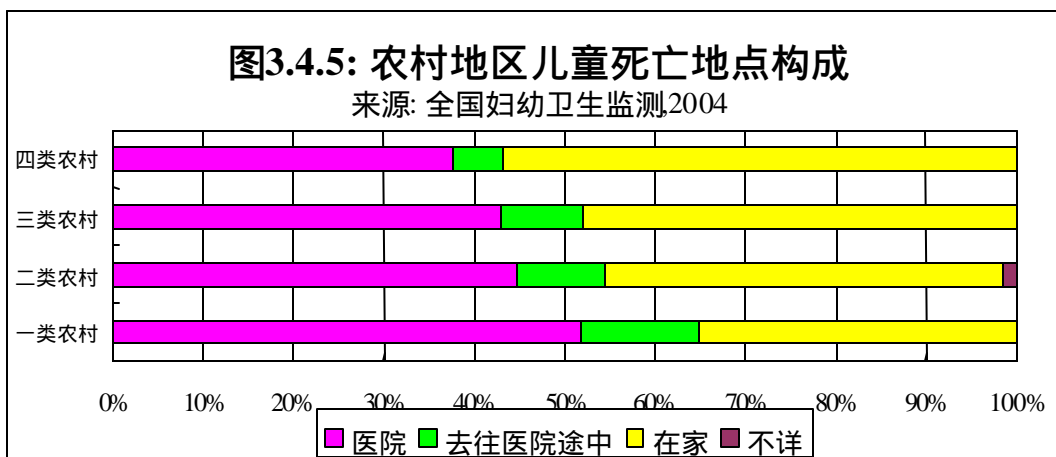
本研究应用“柳叶刀模型”推荐的 25 种有效干预措施，表 3.4.3 列出了从中选出的 6 种最为有效的干预措施，采用“德尔菲法”估算覆盖率。如表 4.3 显示，这 6 种有效干预措施的覆盖率总体较低，同时存在着极大的地区差异。三类、四类农村地区的覆盖率最低。例如，在三、四类农村地区，为防止早产，产前使用激素的比例分别只有 13%和 7%。在四类农村地区，早产 / 低体重儿护理的覆盖率和儿科急诊服务的覆盖率也非常低，分别为 27%和 15%。

²⁵ 王陇德 (2002), 中国卫生服务调查研究, 中国协和医科大学出版社。

表 3.4.3 降低 5 岁以下儿童死亡主要干预措施的覆盖率 (%)

干预措施 a	大	城	中	小	一	二	三	四
	市	城市	农村	农村	农村	农村	农村	农村
母乳喂养(6个月纯母乳喂养)	31.6	32.6	56.7	61.3	40.4	73.6		
产前激素的应用(早产)	76.0	69.0	23.0	17.0	13.0	7.0		
产科急诊服务	95.0	86.0	68.0	54.0	42.0	21.0		
早产和低体重儿的护理	90.0	82.0	60.0	43.0	34.0	27.0		
儿科急诊服务	85.0	78.0	53.0	39.0	30.0	15.0		
抗生素(治疗肺炎)	44.0	50.0	67.0	67.0	76.0	64.0		

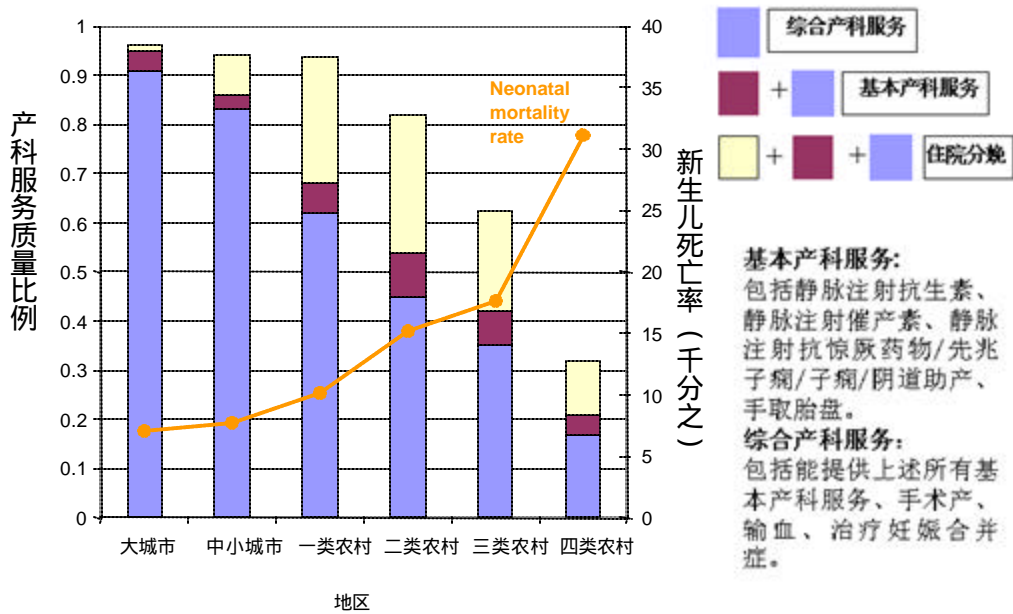
与全国孕产妇死亡率一样，相当大比例的儿童死亡发生在家中，其中三类和四类农村地区所占比重最高，其次是二类地区。即便是在一类农村地区，42%的儿童死亡发生在家里(图 3.4.5)，这表明，即使在较为富裕的地区，要获得儿童保健服务仍存在诸多障碍。



2.2.2. 产科和儿童保健服务质量有待提高

如前所述，产科服务质量在三类和四类农村地区较低，而新生儿保健服务是综合产科保健服务的一部分，这说明在这些地区新生儿保健服务质量低下的问题也普遍存在。如图 3.4.6 所示，基本产科护理的可及性和新生儿死亡率之间存在反比例关系，在三、四类农村地区尤为明显。

图3.4.6: 紧急产科服务，医院分娩和新生儿死亡率



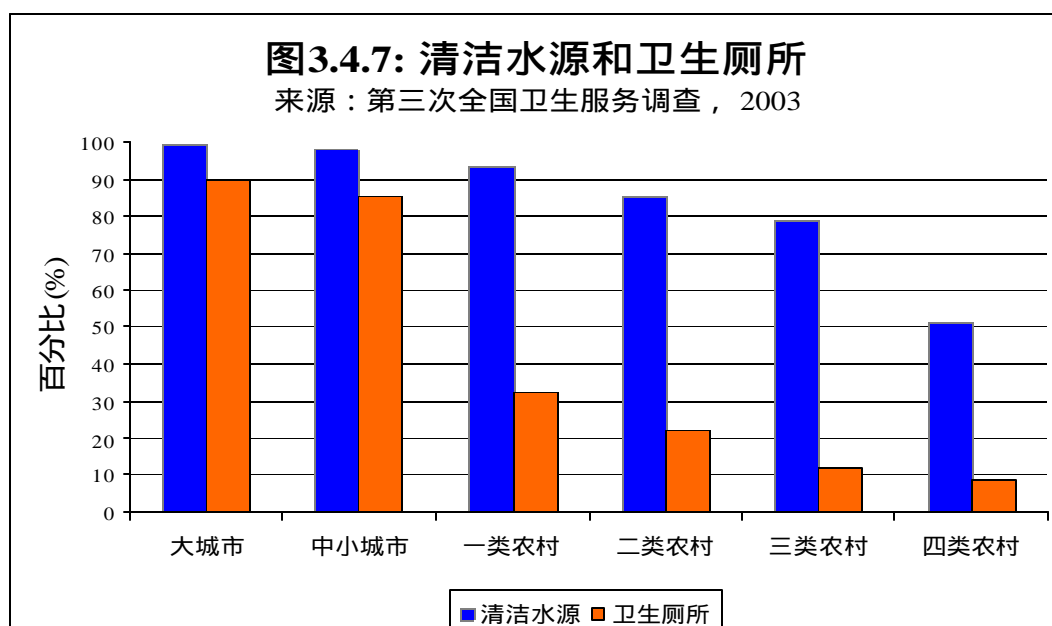
定性研究发现，儿童保健服务质量不高主要表现在以下五个方面：第一，虽然目前产后访视率比较高，但产后随访缺乏明确的指南可以遵循，致使产后保健的质量不高；第二，新生儿复苏技术没有得到广泛和正确使用，简便适宜的新生儿保暖技术（如袋鼠妈妈疗法）没有被广泛应用；第三，一些简单的治疗措施使用不当，如治疗急性呼吸系统感染和腹泻时，发现口服补液疗法被误用、抗生素使用不当等现象；第四，常规儿童保健的质量也有待提高；第五，儿童保健服务资源配置不足、缺乏有效的监督管理机制以及缺少对服务提供人员的激励机制等因素，对儿童护理服务的质量产生负面影响。

2.3 其他间接因素

喂养不当是影响儿童生存状况的重要因素。全国营养调查显示，在所有地区，能够正确对6至9个月婴儿进行辅食添加喂养的比例都较低，在32.3%至54.5%之间。纯母乳喂养率不高并且辅食添加不当导致儿童生长发育不好、抵抗力下降、营养不良（特别是6-24个月的婴儿）等状况，进而造成儿童发病率和死亡率上升。

护理方式不当是影响死亡率的另外一个因素。第三次全国卫生服务总调查显示，在城市和农村地区都存在因父母护理不当造成婴儿急性呼吸道感染和腹泻的现象。例如，急性呼吸道感染家庭护理的比例在城市是 16.7%，在农村只有 1.7%；腹泻家庭治疗的比例在城市为 22.2%，在农村为 12.7%。

用水安全、个人卫生和卫生设施缺乏会导致腹泻发病率的增加，因而也是一个值得关注的问题，尤其是在三类和四类农村地区。如图 3.4.7 所示，四类农村地区只有 51% 的人口能够饮用清洁水，而使用无害化卫生厕所的人口比例仅为 21.8%。



2.4. 有效的干预措施对降低儿童死亡率的影响

采用与计算孕产妇死亡率同样的方法，依据柳叶刀模型得出的数据表明：实施所有的干预措施并把覆盖率从目前的水平提高到 99%，可以将目前的五岁以下儿童死亡率水平降低 34%，有望实现“十一五”规划妇幼卫生指标和千年发展目标。模拟研究还表明，腹泻导致的死亡可以下降 75%，肺炎导致的死亡可以下降 56%，新生儿窒息导致的死亡可以下降 38%，早产/低出生体重导致的死亡可以下降 61%，新生儿感染导致的死亡可以下降 66% (表 3.4.4)。

表 3.4.4 可避免的五岁以下儿童死亡率和死亡人数分布

死因	五岁以下儿童死因分布 (%)	可减少的五岁以下儿童死亡率 (%)
腹泻	4	75.0
肺炎	9	56.0
麻疹	0	100.0
疟疾	0	
艾滋病	0	
伤害	8	0.0
新生儿疾病-总和	61	41.0
新生儿疾病-窒息	18	38.0
新生儿疾病-早产	18	61.0
新生儿疾病-严重感染	9	66.0
新生儿破伤风	0	92.0
新生儿疾病-出生缺陷	8	5.0
新生儿疾病-腹泻	0	41.0
新生儿疾病-其他	6	0.0
其他	18	0.0
五岁以下儿童死亡率		34.0

表 3.4.5. 不同地区 5 岁以下儿童死亡率降低的比例

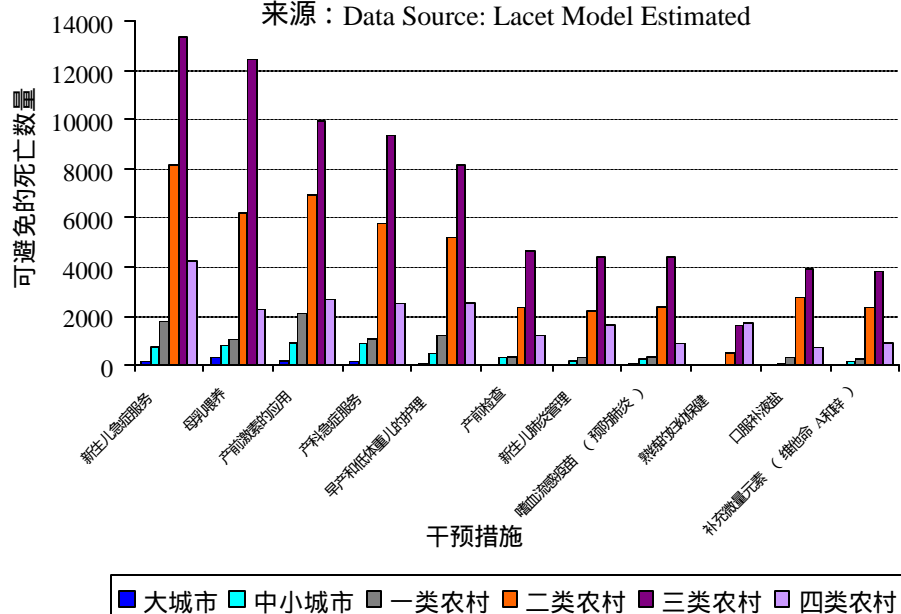
地区	5 岁以下儿童死亡率 (1/1000)	5 岁以下儿童死亡分布 (%)	可减少的 5 岁以下儿童死亡数比例 (%)	可减少的 5 岁以下儿童死亡率 (%)
大城市	15	2	1	12
中小城市	18	5	2	15
一类农村	21	12	8	24
二类农村	35	32	32	33
三类农村	44	38	43	38
四类农村	82	11	14	44
Total		100	100	34

基本干预措施在不同地区应用将产生不同影响。就降低的 5 岁以下儿童死亡率而言，四类农村地区 5 岁以下儿童死亡率降低的幅度最大（44%），其次是三类农村地区（38%）和二类农村地区（33%）。就可以减少的五岁以下儿童死亡人数比例而言，三类农村地区将受益最大，每年挽救儿童的比例可达（43%），其次是二类和四类农村地区，分别为 32% 和 14%（表 3.4.5）。在这三类地区实施这些措施组成的干预服务包，将可能避免 89% 的儿童死亡。

研究发现，由于不同的干预措施的覆盖率不同，因而对儿童死亡率的影响亦不同。如图 3.4.8 所示，所列举的 11 种最有效的干预措施中，前 4 种（即新生儿急诊服务，母乳喂养，产前激素的应用，产科急诊服务对二、三、四类农村儿童影响较大，但前提条件是由经过专业培训的医务人员在分娩过程中提供。其他有效的干预措施还有早产低体重儿的家庭护理、产前检查、纯母乳喂养、口服补液盐、肺炎的管理、维生素和矿物质补充等。因此，确保有效基本干预服务包普遍可及，特别是在二、三、四类农村地区，将是实现“十一五”规划和千年发展目标中有关降低五岁以下儿童死亡率目标的基础。

图3.4.8: 单一干预措施所能减少5岁以下儿童死亡数量

来源：Data Source: Lacet Model Estimated



3. 主要发现

- 1) 孕产妇和儿童保健服务覆盖率不足、服务质量欠佳是影响孕产妇和儿童死亡的主要间接影响因素。
- 2) 孕产妇和儿童保健服务质量存在较大地区差异，再次证明提高二、三、四类农村地区医疗机构服务能力和质量将会对降低农村地区乃至全国的孕产妇和5岁以下儿童死亡率产生重要影响。
- 3) 全国很大一部分妇女和儿童受到喂养不当、清洁和看护方式的影响，导致分娩并发症、低出生体重，儿童疾病或身体智力发育等方面的问题。
- 4) 饮水安全、基础卫生设施缺乏、结核、乙肝等传染病的威胁都是导致孕产妇和儿童死亡率上升的间接原因。
- 5) 全面提高有效干预措施的可及性和质量，能够把孕产妇死亡和儿童死亡分别降低52%和34%，从而实现千年发展目标和“十一五”规划目标。

第五章 影响孕产妇和儿童死亡率的社会经济和制度因素

妇幼卫生工作的发展和妇女儿童健康状况的改善不仅仅取决于卫生系统的建设与发展,还要取决于宏观经济状况、教育文化水平的提高、妇女地位的改善、公共筹资机制的完善等社会经济因素。在千年发展目标中,除第四项和第五项涉及到降低孕产妇和儿童死亡率外,其他六项目标(消除极端贫困和饥饿、普及初等教育、促进男女平等并赋予妇女权力、防治艾滋病、疟疾等其他疾病、确保环境的可持续能力和全球合作促进发展)都与孕产妇和儿童健康有着潜在的联系和相互影响。本章将在第三章、第四章对直接和间接影响因素分析的基础上,对影响孕产妇和儿童死亡的社会经济和制度等因素加以深入分析。

1. 社会经济因素影响了基本社会服务和信息

1.1 贫穷阻碍服务利用并加剧疾病的易感性

中国政府在消除贫困方面做出了庄严承诺和不懈努力。经济改革使中国的人均国内生产总值从 1978 年的 148 美元提高到 2005 年的 1700 美元,并使 4 亿人口脱贫,贫困人口的比例从 1990 年的 72.6%降低到 2004 年的 32%²⁶。中国的人类发展指数也得到了令人瞩目的改善,排名从 1991 年的世界第 101 位提高到 2003 年的第 85 位。

尽管如此,目前中国社会仍然存在城乡和地区差异,东部和城市地区的发展远远快于西部和农村地区。衡量收入分配的基尼系数(0 代表完全平均,1 代表所有财富集中在一个人手中)1990 年为 0.26,2002 年为 0.46,表明贫富差距拉大²⁷,这可能也是造成孕产妇和儿童死亡率地区差异的原因之一²⁸。因此,孕产妇和儿童死亡率较高的地区都是贫困落后的农村地区。因病致贫和因病返贫是影响贫困地区经济社会发展的重要原因,与此同时,贫困更加剧了死亡与患病的发生,形成恶性循环。例如,贫困增大了腹泻和营养不良的发病率,全国卫生服务调查显示经济困难是阻碍住院分娩的主要原因,据估算,约 30% 的贫困家庭是因病致贫或因病返贫的²⁹。

此外,城市流动人口由于生活贫困,其健康状况也面临严峻的威胁和挑战。尽管缺乏

²⁶ 世界银行(2003),“中国:促进平等的发展”,国家经济备忘录,华盛顿,9月。

²⁷ 王陇德(2004),全国卫生服务总调查报告,北京。中国协和医科大学出版社

²⁸ 国务院发展研究中心和联合国发展署(2005),中国人类发展报告 2005: 平等发展。北京

²⁹ 世界卫生组织(2005),2005 世界卫生报告:关注每一位母亲和儿童,日内瓦。

系统且具代表性的资料，一些局部地区研究表明，这些弱势群体中孕产妇和儿童死亡率偏高，卫生服务可及性和健康指标较差。

1.2 基础教育和卫生服务薄弱，保健知识缺乏对孕产妇和儿童死亡的间接影响

中国农村地区基础教育薄弱。据统计，一类农村地区文盲率是 20.5%，而农村四类地区文盲率达 37.8%。缺乏良好的教育导致群众文化程度低，保健知识缺乏，对卫生保健服务的利用能力低，不愿就医或延迟就医，进而间接引起孕产妇和儿童死亡。

另外，少数民族和贫困人口大多居住在山区或边远地区，缺乏包括卫生保健服务和教育在内的基础服务。因此，孕产妇和儿童死亡率一直偏高。此外，现有卫生项目缺乏对文化差异的考虑，对改变不良行为效率不高。因此文化因素的影响也应加以考虑。如果不考虑不同地区在文化、宗教和语言方面的差异，所采取的干预措施不仅难以起到相应的作用，还会影响少数民族人口对卫生服务的利用。因此，在制定和实施孕产妇和儿童保健服务干预措施时，要充分考虑文化因素，转变传统观念和不良生活习惯，结合当地实际情况加以推行，达到转变错误传统观念和不良生活习惯的目的。

1.3 妇女地位、性别问题对孕产妇和儿童健康的影响

尽管“男女平等”已成为中国的一项基本国策，部分地方仍存在妇女地位较低、性别不平等的现象，对妇女及其子女的健康状况产生间接影响。局部研究表明，部分农村地区妇女在家庭中的地位低于男性，例如是否住院分娩通常由丈夫决定，家庭中就医、就学、就业等机会通常男性优先。西部地区女孩入学率低于男孩。农村女性文盲率高于男性，分别为 17% 和 6.5%³⁰。妇女接受教育、利用卫生服务的机会少成为影响孕产妇和儿童死亡的潜在因素。

1.4 交通、地理环境因素对妇幼卫生服务利用的影响

对孕产妇和儿童死亡地点的分析显示，大多数孕产妇和儿童死亡发生在家中或转诊

³⁰ 王陇德(2004)，全国卫生服务总调查报告，北京。中国协和医科大学出版社

途中。边远贫困地区大多数是高原、山区等地理条件较差的地区。这说明交通不便、地理条件的限制等因素阻碍了妇幼卫生服务的利用。

2. 制度和体制因素的影响

2.1 公共卫生投入不足，农村贫困地区妇幼卫生服务资金缺乏

近年来，中国经济快速发展，取得了举世瞩目的成绩。但是政府对公共卫生的支持力度却滞后于经济的发展，特别是在农村地区，用于妇幼卫生事业的资金明显不足，在一定程度上影响了妇幼卫生工作的发展。例如：2003 年中部地区人均卫生事业费仅为东部地区的 47.3%，西部地区的 54.7%；中部地区的人均妇幼保健经费水平，仅为西部地区的 50.5%。此外，自 1980 年以来，中央政府划拨给地方政府用于卫生支出的专项公共资金逐年减少，要求地方卫生部门和服务提供单位自负盈亏。贫困地区税收基础和税收收入都极为有限，很多贫困县没有足够的财政资源支持包括卫生和教育在内的社会服务的提供。

由于政府投入不足，医疗机构不得不靠自身的发展弥补人员及工作运转开支。一些医疗机构将精力集中于经济效益较好的服务项目上，对没有经济效益的预防保健工作重视不够，一些成本效益较好的干预措施没有得到广泛应用，如使用产程图监测产程、胎头吸引等助产技术没有得到合理使用，剖宫产率逐渐上升。这不仅导致门诊和住院费用大幅攀升，对低收入人口利用卫生服务产生了不利影响，还会导致过度医疗，带来各种各样的医源性并发症（如不必要剖宫产引起的并发症，抗生素耐药性），与保护妇女儿童健康的初衷背道而驰。这种营利性模式还会减少预防性干预措施的提供，减弱对乡村两级服务人员和设施的监督。由于农村地区妇幼卫生资金不足，对县级以下医疗机构缺乏必要的支持和激励机制，导致县级以下医疗机构工作人员素质不高、积极性不够，妨碍了优质服务、护理和访视的开展，降低了农村贫困人口对服务的可及性。因此，一方面要增加政府对妇幼卫生工作的投入，另一方面，要把更多的公共资金投放到价廉适用的服务上去，如乡镇级孕产妇和儿童健康服务。新增资源应当用来改变那种“重治疗、轻预防、重有偿服务、轻无偿服务”的现象，那些常年坚持在村、乡级卫生机构工作的服务人员也应当就他们提供的产前和产后保健服务而得到合理的酬报。

2002 年出台的新型农村合作医疗制度，迈出了帮助农村人口应对灾难性疾病的第一步。尽管如此，仍然有超过 90% 的农村人口没有任何形式的医疗保险。因此，要使贫困人

群获得基本的妇幼保健服务包，就应当把基本服务包的内容纳入合作医疗制度，以较低的费用或免费为妇女儿童提供服务。

2.2 卫生资源配置不合理，服务缺少协调

中国目前 80% 的卫生资源集中在城市，而孕产妇和儿童死亡多数发生在农村地区，特别是边远贫困的农村地区。因此，政府要加大宏观调控力度，不断加强对农村地区妇幼卫生资源的配置，以保障妇幼卫生服务的公平性和可及性。另外，近年来，疾病预防控制系统能力不断加强，相比较而言，同属于公共卫生服务的妇幼卫生却没有得到足够的重视与支持，导致卫生资源配置不合理。

研究组在实地考察中发现，卫生系统内部缺少有效的协调机制，部分妇幼保健机构没有承担起政府所赋予的组织、管理、协调和提供妇幼卫生服务的职能，重视自身发展，忽视基层网络建设，使妇幼卫生在县、乡、村三级的网络作用没有得到充分发挥，影响妇幼卫生服务的可及性和质量。另外，妇幼卫生资源分属不同部门管理，部门间协调不充分会导致不能有效、合理地利用农村妇幼卫生资源。

2.3 人力资源约束

在许多国家，护士和助产士是提供妇幼保健服务提供的主要力量，他们通常在主治医师的指导下工作或者与主治医师合作。但在中国，妇幼服务是围绕医生开展的，而不是护士或助产士。目前，中国农村地区，特别是乡镇卫生院，缺乏高水平医生，而那里正是中国广大农村贫穷农民接受医疗服务的地方。另外，很难保证让素质高的医务人员留在农村地区工作，新的医学院应届毕业生也基本不愿意在最贫困地区的县级医院工作。还有一个问题就是：大部分妇幼保健人员都没有接受过正规的教育。比如，一些所谓的“产科医生”也不过只有三年的基本训练，一年或者半年的专业培训，再加上几年的实际工作经验。

“村医”目前在妇幼保健临床服务中所扮演的角色以及潜在的贡献值得进一步分析。“村医”和接受过培训的传统接生员在很多情况下不再允许协助进行家庭分娩。但是，却仍要求他们提供产前和产后保健服务，而这些服务通常没有报酬，也没有接受过相应的培训。许多农村地区都存在这样不合理的激励机制，严重影响到妇幼保健人员提供服务的有

效性。此外，上级妇幼保健人员应进一步加强对下级单位的技术支持和监督力度。

3. 主要发现

- 1) 贫穷，基础教育和保健知识缺乏，性别不平等，对文化的忽视，交通和地理环境不便，都加大了最为贫困地区人口在卫生服务和信息可及性方面的差异。
- 2) 政府公共财政对妇幼卫生工作投入不足是影响妇幼卫生服务的重要原因，医疗机构的趋利行为使一些成本效益较好的妇幼卫生基本服务措施无法落实。这种营利性模式还会降低预防性干预措施的提供率，削弱对乡村两级服务人员和设施的监督。
- 3) 卫生资源配置过分集中在城市地区，在公共卫生领域重疾病控制、轻妇幼保健，以及妇幼卫生人力资源缺乏都阻碍了农村妇幼卫生服务的可及性和质量。
- 4) 县级以下医疗机构中，基础设施简陋，工作人员素质不高，加之缺乏必要的支持和激励机制，妨碍了优质服务、护理和访视的开展，降低了农村贫困人口利用服务的可及性。

第六章 对干预措施和方法的建议

在过去的二十年里，中国在降低孕产妇和儿童死亡率方面取得了巨大的成就。但是还要认识到近几年好转的态势（特别是孕产妇死亡率的下降速度）开始减慢，而且，仍然存在着巨大的地区性差异。只有保持目前孕产妇和儿童死亡率下降的速度，中国才有望实现千年发展目标以及“十一五”规划中设定的降低孕产妇和儿童死亡率的目标。

为此，必须加强孕产妇和儿童保健的干预措施，特别关注农村地区，而且从制度上保证所有的妇女和儿童都能平等地享受优质的孕产妇和儿童保健服务。这也是中央实施建设“社会主义新农村”、促进均衡发展和构建和谐社会战略的重要组成部分。党和政府一贯重视解决人民群众关心的重大问题，更应该重视和确保人民群众的健康，特别是确保最脆弱的群体——贫困地区和家庭的妇女和儿童——获得优质的基本妇幼保健服务。

通过第 3、4、5 章对孕产妇和儿童生存状况的综合分析，提出以下建议，确保成功实现千年发展目标以及“十一五”规划目标。需要说明的是，所提出的建议及相关的制度性改革需要与相关部门的措施协同考虑，如计划生育、水和环境卫生、教育和扶贫等部门的支持，对保证妇女儿童健康有着不可替代的作用。

1. 实施基本妇幼保健服务包

以下建议主要阐述开展基本妇幼保健服务的重点地区和人群、基本妇幼保健服务包的内容以及如何提供妇幼卫生基本服务包。

建议 1: 重点关注二/三/四类农村地区和城市贫困流动人口

由于全国孕产妇和儿童死亡率城乡间、地区间和地区内存在巨大的差异，农村四类地区死亡率比城市地区高出 2 至 5 倍，因此从降低儿童和孕产妇死亡率的角度看，应重点关注农村四类地区。

但是，在重视农村四类地区的同时，也要密切关注农村二、三类地区。因为尽管农村二、三类地区死亡率低于农村四类地区，但其庞大的人口数量和死亡绝对数字远远超过四类地区。事实上，全国 75% 的孕产妇死亡和 70% 的五岁以下儿童死亡发生在农村二、三类地区。因此降低农村二、三类地区的孕产妇和儿童死亡率，对于全国卫生形势和实现千年

发展目标以及“十一五”规划，都有着举足轻重的作用。

另外，还应当特别重视城市贫困流动人口中妇女和儿童的健康状况。尽管没有系统的资料，但是一些局部研究的结果表明，流动人口中的孕产妇死亡数量占城市地区孕产妇死亡人数很大的比例。

总之，农村二、三、四类地区应当是实施减少孕产妇和儿童死亡干预措施时优先考虑的地区。另外，城市地区应当把流动人口视为首要目标群体。

建议 2: 确保妇女和儿童人人享有优质的产前、产科和新生儿基本保健服务以及儿童综合保健服务，并因地制宜地开展妇幼保健服务

本着公平的原则，所有妇女和儿童，不论其生活或出生在何处，都应有权利享受基本产科和新生儿服务，享受和利用预防保健、治疗和营养等有效干预措施，因此，对所有孕产妇和儿童实施基本的妇幼保健服务包意义重大。

中国 75% 以上的孕产妇和儿童死亡是由少数几种可以预防或治愈的疾病导致的，因此应针对导致死亡的直接原因如：产后出血，新生儿疾病采取干预措施。此外，79% 的新生儿死亡发生在出生后的 7 天之内。这些与分娩相关的死亡与基本产科服务以及产后随访服务的质量密切相关。可以运用与降低孕产妇死亡同样的干预措施来降低新生儿死亡。因此，应当着重为妇女提供优质的产前检查和基本产科服务，同时应提供基本的新生儿保健服务，对儿童进行综合保健服务（包括儿童疾病综合管理），确保所有相关者都能利用这些服务。

此外，根据农村和城市不同地区的特点，制定和实施适合当地的妇幼保健干预措施。住院服务、院外服务和预防性服务等应成为优先干预的领域。表 3.6.1 列出了针对这三类不同地区的妇幼保健基本服务包。

农村四类地区 在这类地区，应当确保基本服务包的全面覆盖，尽可能由乡镇卫生院提供服务，在人口分散地区可以由村医承担补充性工作。符合基本要求的乡镇卫生院可以提供基本产科和新生儿保健（不包括胎头吸引）和儿童疾病综合管理，并提供预防接种、营养咨询和健康教育。对于因各种原因确实不能住院分娩的孕产妇，村医可以在干净卫生的条件下提供新法接生和基本预防治疗服务。县级医院应成为乡、村两级保健服务的坚实

后盾，提供全面的产科服务（包括胎头吸引，输血和剖宫产）和新生儿保健、接受转诊并对下级医疗机构的服务质量进行监督管理。

农村二、三类地区 除了四类地区外，二、三类地区应当是战略的重点。基本服务包应当做到全面覆盖，重点关注那些死亡率高和死亡绝对数字高的县。应当着重强化乡镇卫生院的能力，同时开展深入基层的预防保健服务。乡级或乡以上医疗机构应当实施基本产科（不包括胎头吸引）服务、新生儿保健服务、儿童疾病综合管理、产前检查、产后访视、预防接种、新生儿和儿童保健和微量元素补充等服务。村级应当重点开展社会动员、健康教育，同时提供对肺炎和腹泻的基本治疗服务。县级医疗机构应当提供全面的产科服务、新生儿转诊和支持，这与四类地区一样。因为二、三类地区卫生院的能力和条件较好于四类地区，有条件的可以增加其他服务内容，如儿童伤害预防，新疫苗（比如 b 型流感嗜血杆菌疫苗，轮状病毒疫苗，和流行性乙型脑炎疫苗）接种。如果当地艾滋病发病率较高，还应当开展预防艾滋病母婴传播服务。

农村一类地区和城市地区 确保向贫困人群和流动人口提供基本妇幼保健服务包。因为这些群体构成了农村一类地区和城市地区孕产妇和儿童死亡的主要部分，面临与农村二、三类地区人群同样的挑战。乡镇卫生院和社区卫生服务中心应当提供基本的产科服务（包括胎头吸引）、儿童保健以及深入基层的预防保健服务。社会动员和健康教育应当在村和社区中广泛开展。县级及以上医院应当能够提供全面综合的产科服务和新生儿转诊和支持。除了前面提到的适用于农村二、三类地区的额外干预措施之外，还应当逐步加强出生缺陷筛查和预防服务。

表 3.6.1 不同地区妇幼保健基本服务包

	村/家庭	乡	县级医院
第一组 四类农村	<ul style="list-style-type: none"> - 新法接生（如果可行的话） - 肺炎、腹泻和驱虫的基本治疗 - 产前检查、产后访视、儿童生长发育监测和微量元素补充 - 严重感染地转诊 - 开展社会动员促进转诊 - 院外服务 - 健康教育、健康促进 	<p>以机构为基础的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 基本产科服务和新生儿保健（不含胎头牵引） - 儿童疾病综合管理 - 产科和新生儿合并症以及严重感染的转诊 <p>院外服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 预防接种 - 产前检查和产后访视 	<p>提供的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 综合产科服务和新生儿护理（基本产科服务 + 血库、剖宫产、治疗子痫和产程管理） - 综合治疗服务 - 对覆盖范围的人群开展预防和健康促进活动 <p>支持：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 组织转诊、监测、监督和评价
第二组 二、三类农村	<ul style="list-style-type: none"> - 肺炎、腹泻的基本治疗 - 开展社会动员促进转诊 - 院外服务 - 健康教育、健康促进 	<p>以机构为基础的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 基本产科服务和新生儿护理同上 - 儿童综合保健、急诊和治疗性服务 - 合并症转诊同上 <p>院外服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 产前检查、产后访视、计划免疫、儿童生长发育监测和维生素补充 - 低出生体重儿的随访 - 健康促进 	<p>提供的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 综合产科服务、新生儿和治疗性服务，同上 - 对覆盖范围的人群开展预防和健康促进活动 - 支持活动：组织转诊、监测、监督和评价 <p>其他的干预措施：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 预防艾滋病母婴传播（必要时） - 儿童伤害预防
第三组 一类农村和城市	<ul style="list-style-type: none"> - 可能的话开展社会动员和健康教育 	<p>以机构为基础的服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 基本产科服务和新生儿护理（含胎头牵引） - 儿童疾病综合管理、急诊和治疗性服务和转诊同上 <p>院外服务：同上</p>	<p>服务提供和支持功能同上</p> <p>其他的干预措施：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 预防艾滋病母婴传播（必要时） - 儿童伤害预防 - 出生缺陷的筛查和预防

建议 3: 把妇幼卫生的工作重点放在乡、村两级

乡镇卫生院是农村二、三、四类地区孕产妇和儿童保健服务的主要提供者，应重点考虑提高这些地区乡镇卫生院的服务能力，以确保所有乡镇卫生院都能够提供基本的产前和产科服务以及合格的新生儿和儿童保健服务。

正如第四章所述，乡镇卫生院特别是农村二、三、四类地区的乡镇卫生院提供优质的基本妇幼保健服务的能力不足，即使孕产妇住院分娩，能够享受到基本产科服务的人也不到 2/3，可见改善这些地区乡镇卫生院的服务能力至关重要。因此，首先应制定关于基本产科服务、新生儿保健和健康教育的服务标准和指南，确保这些基础设施到位，并提供相应的培训；其次，通过改善县/乡卫生院沟通机制强化产科急诊和新生儿转诊系统；再次，开展管理技能方面的培训，特别是要提高监督的能力和数量；此外，提高乡镇水平的服务能力，应当与提高村级服务结合起来，在人口分散的地区尤其需要注意这一点。

同时在乡、村两级开展适宜的孕产妇、新生儿保健干预措施（特别是在出生后的第一个周内），如：针对低出生体重儿的处理（袋鼠妈妈疗法）；以及一些经济有效的干预措施（如铁、叶酸和维生素 A 补充）和指导母亲如何养育儿童，以促进早期儿童发展。

2. 体制改革和能力建设

要确保成功实施妇幼保健服务包，并实现贫困地区的贫困人口可以公平地获得这些服务，就必须进行一系列的制度改革。

建议 4: 进一步明确妇幼卫生工作的公共卫生性质

应当充分认识妇幼卫生工作在社会经济发展进程中的基础性作用，明确将妇幼卫生服务作为公共卫生的重要组成部分，由政府起主导作用，加强妇幼卫生工作，使妇幼卫生工作得到应有的重视，发挥应有的作用。

为了确保孕产妇和儿童人人享有基本的妇幼保健服务，国家、省、地市和县各级政府应采用“三统一”策略：一、统一规划，即制定统一规划，以确保孕产妇和儿童获得基本妇幼保健服务；二、统一协调机制，综合协调各部门资源，制

定统一的协调机制，以确保效率、有效性和影响力；三、统一监督和评估机制，即制定统一的监督和评估机制，提高妇幼卫生资源利用效率和服务质量。

建议 5: 制定有效的人力资源发展战略

制定关于培养妇幼卫生专业人员的人力资源长期发展战略至关重要。既要考虑妇幼卫生专业人员的结构和地域分布，还要考虑基本的在职培训要求、报酬问题、激励机制以及监管措施。高素质医护人员分布不合理的问题应当得到解决，使包括妇幼保健服务在内的卫生保健服务更为便利。建立由护士和助产士组成的基层队伍，在乡镇开展基本产科和新生儿保健服务。

另外，还应当采用合理的奖励机制，提高在农村二、三、四类地区工作的卫生工作者的积极性。这需要建构有效的政策框架和合理的操作机制，鼓励医学院新毕业生去边远的地方工作，并鼓励那些已经在这类地方工作的高素质专业人员继续留在那里工作。

可以开展远程学习项目，从而便于采用重要的干预措施和实施战略。考虑到信息技术的飞速发展和中国目前所拥有良好的通讯网络，借助以 IT 为基础的远程学习项目，中国有着巨大的潜力促进服务策略和干预措施的实施。

建议 6: 加强妇幼卫生监测系统

来自全国妇幼卫生监测系统的资料为评估妇女和儿童健康状况提供了重要的信息，并进而成为制定妇女和儿童保健政策的基础。但是这个系统有待于进一步加强。首先，有必要增加监测点的数量，使监测点的分布更为合理，并应对漏报情况和不同人群活产比进行加权，以便使这个系统能够提供更为准确的数据。其次，对死亡原因的分类需要与国际疾病分类 10 的标准统一起来，以便更好的进行国际比较。在跟踪不同人群取得的进展情况方面，根据不同县别对数据分类比单纯分为沿海、内地和西部省份或城市/农村地区更为合理，因为这样不仅可以更好的了解不同地区在实现千年发展目标进程中的差距，还可以针对落后地区制定相关政策和开展项目活动。

3. 财政的支持

建议 7: 增加贫困地区卫生服务的资金投入

农村贫困地区的卫生保健服务资金严重不足。这不仅因为这些地区税收基础薄弱，还因为服务成本增加但效率低下。因此，许多贫困地区的县级政府没有足够的财力支持开展包括卫生和教育在内的社会服务。

中央政府有义务为在这些地区开展的公共卫生和基本临床服务提供足够的财政支持。考虑到地方政府的财力有限，中西部农村贫困地区特别是二、三、四类地区人口众多，在未来的公共财政改革中，应当首先通过加大财政转移支付力度，大幅度增加政府对妇幼卫生的投入。

应该特别注意，中部地区人均妇幼保健经费水平最低，只有西部地区的50.5%，而孕产妇和儿童死亡的绝对数量最高。如果政府筹资机制（这个带来严重制约的“瓶颈”问题）不能够及时解决，中国孕产妇和儿童生存战略的成功，以及千年发展目标和“十一五”规划的实现，都将受到严重的影响。

建议 8: 增强卫生资金投入的效率和有效性

增加对农村贫困地区妇幼卫生服务的财政投入是必要的，同时要提高政府卫生资源的效率。重点强化农村妇幼保健网络的建设和提高服务能力，改善乡级产科服务设施，建立产科急救转诊制度，进一步扩展“降消”项目。

增加的资金应当确保一些基本干预措施的落实，如产程监测图的广泛应用，减少过度服务如不必要的剖宫产等。在乡村两级工作的妇幼保健工作者对产前检查和产后随访所作的贡献也应当得到承认和酬报。另外，要配置合理的政府资金，用于开展预防保健和健康促进活动（包括监督）的费用，若有必要，可通过转账形式（比如给没有充足地方资源开展这些活动的贫困县）。

为有效提高妇幼卫生资金的使用次序，要强化计划和预算的能力，建立绩效考核指标和规范的财务开支评价制度，从而使政府有动力去管理增加的政府资源，保证正确运用。

建议 9: 通过农村新型合作医疗和其它医疗保险机制确保妇幼保健服务的全面覆盖, 为贫困人群提供医疗补助

真正解决贫困人口利用妇幼保健服务, 除政府投入外, 还可以通过保险、补助、控制价格、保偿制等方法解决。在“十一五”规划中, 中央政府准备把新型农村合作医疗体系的覆盖率从 2005 年的 23.5% 提高到 2010 年的 80%。准备扩大覆盖率并为农村合作医疗体系筹集资金时, 需要确保把提供基本妇幼保健服务(产前检查、住院分娩和产后保健、新生儿和儿童保健)纳入这个体系。农村四类地区贫困家庭的孕妇应当享受免费住院分娩服务。在新型农村合作医疗体系覆盖这些妇幼保健服务之前, 若干制约因素(如资金和人力资源因素)需要克服。另外, 民政部门应制定针对农村和城市贫困人口的医疗救助计划。

主要建议

1. 实施基本妇幼保健服务包

- 1) 重点关注二/三/四类农村地区和城市贫困流动人口。
- 2) 确保妇女和儿童人人享有优质的产前、产科和新生儿基本保健服务以及儿童综合保健服务(包括儿童疾病综合管理), 并因地制宜地开展妇幼保健服务。
- 3) 把妇幼卫生的工作重点放在乡、村两级。

2. 体制改革和能力建设

- 4) 进一步明确妇幼卫生工作的公共卫生定位。
- 5) 制定有效的妇幼卫生人力资源发展战略。
- 6) 加强妇幼卫生监测系统。

3. 财政的支持

- 7) 增加贫困地区卫生服务的投入。
- 8) 提高卫生资金投入的效率和有效性。
- 9) 通过新型农村合作医疗和其他医疗保险机制确保妇幼保健服务的全面覆盖, 为贫困人群提供医疗保障。

参与人员

姓名	职务	单位
卫生部		
杨青	司长	卫生部妇幼保健与社区卫生司
张德英	助理巡视员	卫生部妇幼保健与社区卫生司
邢军	处长	卫生部国际合作司国际组织处
王斌	处长	卫生部妇幼保健与社区卫生司妇女卫生处
石琦	项目官员	卫生部妇幼保健与社区卫生司妇女卫生处
王克让	项目官员	卫生部妇幼保健与社区卫生司妇女卫生处
严俊	处长	卫生部疾病预防控制局精神卫生处
陈宁珊	副处长	卫生部卫生政策法规司卫生政策研究一处
王韞鹏	项目官员	卫生部国际合作司国际组织处
薛蒲英	项目官员	卫生部国际合作司国际组织处
司徒素俭	项目官员	卫生部国际合作司国际组织处
联合国儿童基金会		
Christian Voumard	代表（前任）	联合国儿童基金会驻中国办事处
Yin Yin Nwe	代表	联合国儿童基金会驻中国办事处
Koen Vanormelingen	处长（前任）	联合国儿童基金会驻中国办事处卫生与营养处
郭素芳	项目官员	联合国儿童基金会驻中国办事处卫生与营养处
Anthony Hodges	高级项目官员	联合国儿童基金会驻中国办事处
Lilian Selenje	项目官员	联合国儿童基金会驻中国办事处
Stephen Atwood	高级顾问	联合国儿童基金会东亚及太平洋地区办事处
Rudolf Knippenberg	高级顾问	联合国儿童基金会纽约总部
世界卫生组织		
Henk Bekedam	代表	世界卫生组织驻中国办事处
Cristobal Tunon	高级项目官员	世界卫生组织驻中国办事处
Hana Brixi	宏观经济与卫生顾问	世界卫生组织驻中国办事处
汤胜蓝	健康与贫穷顾问	世界卫生组织驻中国办事处

Lisa Lee	计划免疫医学官员(前任)	世界卫生组织驻中国办事处
Anand S. Kurup	卫生领导项目官员	世界卫生组织驻中国办事处
温春梅	项目官员	世界卫生组织驻中国办事处
庞汝彦	生殖健康顾问	世界卫生组织西太平洋区域办事处
Marianna Trias	儿童与青少年健康医学官员	世界卫生组织西太平洋区域办事处
Carmen Casanovas	儿童与青少年健康医学官员(前任)	世界卫生组织西太平洋区域办事处
Monirul Islam	孕期安全干事	世界卫生组织日内瓦总部
Elizabeth Mason	儿童与青少年健康干事	世界卫生组织日内瓦总部
Robert Scherpber	儿童与青少年健康医学官员	世界卫生组织日内瓦总部
Cynthia Boschi Pinto	儿童与青少年健康医学官员	世界卫生组织日内瓦总部
联合国人口基金		
Siri Tellier	代表(前任)	联合国人口基金驻中国办事处
Bernard Coqueline	代表	联合国人口基金驻中国办事处
Mariam Khan	副代表	联合国人口基金驻中国办事处
彭炯	项目官员	联合国人口基金驻中国办事处
Josephine Sauvarin	国家支助对顾问	联合国人口基金区域办事处(曼谷)
Eva Weissman	技术顾问	联合国人口基金纽约总部
Arletty Pinel	技术司生殖健康处处长	联合国人口基金纽约总部
国内顾问		
郭岩	教授	北京大学医学部卫生政策与管理学系
翟振武	教授	中国人民大学人口与发展研究中心
刘爽	教授	中国人民大学人口与发展研究中心
王燕	教授	北京大学医学部妇幼卫生系
石光	主任	国家卫生经济研究所卫生政策研究室
徐玲	处长	卫生部国家统计信息中心
王克安	研究员	新探健康发展研究中心

徐凌忠	教授	山东大学社会医学与卫生事业管理研究所
冯星淋	博士	北京大学医学部卫生政策与管理学系
张光鹏	博士后	北京大学医学部卫生政策与管理学系
陈卫	教授	中国人民大学人口与发展研究中心
安琳	教授	北京大学医学部妇幼卫生系
宋健	副教授	中国人民大学人口与发展研究中心
康楚云	讲师	北京大学医学部妇幼卫生系
国际顾问		
Gareth Jones	顾问	加拿大
Jerker Liljestrand	顾问	瑞典
Steve Fabricant	顾问	日本
Michael J Dibley	顾问	澳大利亚