

2005年世界健康报告—— 重视每个母亲和儿童的健康



儿童是社会的未来，而母亲则是这个未来的保护伞。然而就在今年，大约1,100万五岁以下儿童却将死于大部分可以预防的因素。其中有400万婴儿活不过一个月。另外还有330万婴儿胎死腹中。同时，大约有50万妇女在怀孕期，分娩期或分娩之后的短期内死亡。

世界卫生组织发表了《2005年世界卫生报告——重视每一位母亲和孩子》，就母子大规模死亡原因及降低年死亡人数的措施进行调查。报告包括两部分：一是专家分析了母亲、新生儿和儿童健康未取得进展的因素；二是提出了一系列综合性建议以解决这些问题。报告说，如今已经采取措施来改变数百万母亲和儿童的生活水平，防止数百万儿童夭折悲剧的发生。

要结束妇女儿童普遍缺医少药的问题，所有国家必须确保每一位母亲和孩子都能够享用医疗保健服务——要有连续性，从怀孕期到分娩期，新生儿期和孩童时期。报告制定了详细计划——及相关费用——要努力使妇女儿童在未来十年内能够广泛享用医疗保健服务。

母亲和儿童广泛享用医疗保健服务需要卫生系统能够对全体居民的需求做出及时的反映，并提供保护措施以防止由于不健康而出现的经济困难。为使这一计划得以实现，需要对卫生系统及医疗卫生人员加快投资。报告指出，母亲、新生儿和儿童的健康应该是健康权利的核心，而健康权利要通过公共基金和社会健康保险系统来加以保护和提供资金帮助。

对所有关心提高每一位母亲、新生儿和儿童健康水平，重视每一位母亲和孩子的有关人士来说，《2005年世界健康报告》是必读材料。



OFFICES OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

Headquarters

World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27, Switzerland
Telephone: (41) 22 791 21 11
Facsimile: (41) 22 791 31 11
E-mail: info@who.int
Web site: <http://www.who.int>

WHO Regional Office for Africa

Cite du Djoue
P.O. Box 06
Brazzaville, Congo
Telephone: (47) 241 39100
Facsimile: (47) 241 39503
E-mail: regafro@whoafr.org
Web site: <http://www.afro.who.int>

WHO Regional Office for the Americas/ Pan American Sanitary Bureau

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, USA
Telephone: (1) 202 974 3000
Facsimile: (1) 202 974 3663
E-mail: postmaster@paho.org
Web site: <http://www.paho.org>

WHO Regional Office for South-East Asia

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, India
Telephone: (91) 112 337 0804/09/10/11
Facsimile: (91) 112 337 0197/337 9395
E-mail: postmaster@whosea.org
Web site: <http://www.whosea.org>

WHO Regional Office for Europe

8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Telephone: (45) 39 17 17 17
Facsimile: (45) 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: <http://www.who.dk>

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean

WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
Nasr City
Cairo 11371, Egypt
Telephone: (202) 670 25 35
Facsimile: (202) 670 24 92 or 670 24 94
E-mail: postmaster@emro.who.int
Web site: <http://www.emro.who.int>

WHO Regional Office for the Western Pacific

P.O. Box 2932
Manila 1099, Philippines
Telephone: (632) 528 8001
Facsimile: (632) 521 1036 or 526 0279
E-mail: postmaster@wpro.who.int
Web site: <http://www.wpro.who.int>

International Agency for Research on Cancer

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, France
Telephone: (33) 472 73 84 85
Facsimile: (33) 472 73 85 75
E-mail: webmaster@iarc.fr
Web site: <http://www.iarc.fr>

2005年世界健康报告—
重视每个母亲和儿童的健康



© World Health Organization 2005

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press, at the above address (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either express or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Information concerning this publication can be obtained from:

World Health Report
World Health Organization
1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: whr@who.int

Copies of this publication and the full report can be ordered from: bookorders@who.int

The full report was produced under the overall direction of Joy Phumaphi (Assistant Director-General, Family and Child Health), Tim Evans (Assistant Director-General, Evidence and Information for Policy) and Wim Van Lerberghe (Editor-in-Chief). The principal authors were Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoë Matthews and Cathy Wolfheim. Thomson Prentice was the Managing Editor.

Valuable inputs (contributions, background papers, analytical work, reviewing, suggestions and criticism) were received from Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fiifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn MacLennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, José Martines, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Meriardi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepeju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Peltó, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victora, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin Von Schirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey and Jelka Zupan.

Contributors to statistical tables were: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinhal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levkovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, José Martines, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Muilholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racélis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketee, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan, and many staff in WHO country offices, governmental departments and agencies and international institutions.

Valuable comments and guidance were provided by Denis Aitken and Michel Janloes. Additional help and advice were kindly provided by Regional Directors and members of their staff.

The full report was edited by Leo Vita-Finzi, assisted by Barbara Campanini. Editorial, administrative and production support was provided by Shelagh Probst and Gary Walker, who also coordinated the photographs. The web site version and other electronic media were provided by Gael Kernen. Proofreading was by Marie Fitzsimmons. The index was prepared by Kathleen Lyle.

Front cover photographs (clockwise from top left): L. Gubb/WHO; Pepito Frias/WHO; Armando Waak/WHO/PAHO; Carlos Gaggero/WHO/PAHO; Liba Taylor/WHO; Pierre Virot/WHO. Back cover photographs (left to right): Pierre Virot/WHO; J. Gorstein/WHO; G. Diez/WHO; Pierre Virot/WHO. This report contains several photographs from “River of Life 2004” – a WHO photo competition on the theme of sexual and reproductive health.

Design: Reda Sadki
Layout: Steve Ewart and Reda Sadki
Figures: Christophe Grangier
Photo retouching: Reda Sadki and Denis Meissner
Printing coordination: Keith Wynn
Printed in France

总干事报告 (2005年2月2日批准)

所有的父母都强烈希望看到我们的孩子快乐、健康地成长。这一点是世界任何地方人民生命中几个永恒不变的主题之一。然而，即便是在21世纪，我们也不得不面对这样一个现实，那就是每年有超过1000万儿童以及50万母亲死去，其中多数死亡是可以避免的。7000万母亲和她们的新生儿以及不计其数的儿童没有获得她们理应得到的健康保健。甚至有更多的人仍然要忍受由不健康所造成的贫穷状况。

领导人们都一致认为我们不能允许这种情况再继续下去。但是在许多国家，要么改善这种情况的进程十分缓慢，要么这种状况根本就没有得到丝毫改善，甚至在有些国家这种情况还进一步恶化。母亲、新生儿和儿童是一个社会的健康标志，同时也是这个社会未来的希望。不能忽略她们的健康需求，否则对于整个社会的危害将是巨大的。

家庭和社区本身也可以大幅度地改善这种情况。例如：它们可以提高妇女在社会中的地位、改善父母对儿女的养育水平、加强疾病的预防、完善对于病人的护理、提高服务水平。但是，健康保健的这一部分问题同样也是一个社会的公共责任。

公共健康计划要求我们共同努力以让所有的家庭都有机会获得连续统一的健康保健。这些保健服务将从母亲怀孕（甚至更早）开始，贯穿分娩以及儿童成长整个过程以代替现有的支离破碎的服务模式。单纯的对儿童提供保健服务而忽略母亲的健康或是只协助母亲分娩而没有照顾新生儿，都是毫无意义的。

为了保证所有的家庭都有机会获得保健服务，政府必须加快建设完整、综合和有效的健康保健体制。这就意味着要去解决医疗工作人员短缺危机的问题，而这一问题反过来也要求在健康保健的这些领域当中提供更高规格的资金供应和组织协调水平。我们的目标就是去建立一个能够满足这些需求的健康保健体制。同时，这种保健体制还应当能够解决资金问题并且使人们摆脱贫穷问题，因为这种贫穷问题既是引起不健康的原因，同时也是不健康所造成的结果。

全世界都需要去帮助那些为使所有母亲和儿童能够获得保健服务并且拥有经济保护而不懈努力的¹国家。只有这样我们才能够确保每个需要健康保健的母亲、新生儿和儿童都获得服务，并且，没有人会因为健康保健的费用而陷入贫穷。这样一来我们不但能够实现千年健康发展目标更能够向更高的目标进发。



世界卫生组织总干事
李钟郁
2005年5月于日内瓦

《2005年世界卫生报告概述》

今年《世界卫生报告》的发表时间距实现《千年发展目标》（MDG）仅剩十年。这一目标就是要让全世界达成共识，到2015年全世界的居民都要实现发展的目标。这些目标作为扶贫计划中完整的一部分，强调了促进健康，特别是母亲和儿童健康的重要性。

早在20世纪90年代以前就已提出要优先考虑母亲和儿童的健康——这是建立在一个世纪的计划、行动和经验的基础之上。然而，新的是在过去的十年中，《千年发展目标》成为全球关注的焦点，并在世界各地坚持追踪报道进展的情况。此外，母亲和儿童健康（MCH）项目的重点地位的本质也随着时间发生了变化。以前母亲和儿童被认为是那些善意项目的目标。然而现在，她们逐渐要求获得享用优质医疗保健服务的权利，并把这看成是一种由国家保证的权利。在这一过程中，她们已经改变了母亲和儿童健康状况，从关心技术到道德和政治要求。

这份报告把妇女儿童得不到及时保健看成是不平等的一个主要特点和阻碍发展的一个关键因素。在很多国家，所有女性和儿童都有资格享受医疗保健服务仍然是一个遥远的梦想。这份报道对迄今为止的不稳定发展进行估计，阐述了加快改善妇女儿童医疗保健服务的可能性策略。有必要再次强调在母亲和儿童健康计划中形成的技术策略，还要更多地强调经常被忽视的新生儿健康问题的重要性。在这一点上，报告主张把母亲儿童健康项目（MCH）换成母亲、新生儿和儿童健康项目（MNCH）。

改善母亲、新生儿和儿童健康水平的技术策略能否有效实施在于计划和服务的提供者能否在怀孕期、分娩期和儿童期贯彻执行这些策略。只为孩子提供医疗保健服务而忽视母亲，或是只担心母亲分娩而不重视婴儿健康，都毫无意义。为家庭提供持续的医疗保健服务要求各个计划之间协调统一，但最终取决于扩大和加强健康系统的影响范围。与此同时，将母亲、新生儿和儿童健康项目（MNCH）作为促进广泛享用医疗保健服务的核心，为在现存的软弱无力的结构中建立可持续的健康系统提供了一个机会。即使到2015年，在《千年发展目标》（MDG）没有完全实现的地方，推动实现广泛的医疗保健服务对未来几十年内改变数百万母亲和儿童命运也具有潜在的作用。



不协调的发展和日益加大的差距 — 究竟错在哪里？

每年有330万婴儿——或者更多——是死产，400多万婴儿未满28天就已死亡，还有600多万幼儿未满五岁就已夭折。由于医疗保健的费用来的太迟或是无法承担，母亲死亡率也持续不减——每年死亡总数在52.9万，通常突然的未预料的死亡发生在怀孕期间（大约6.8万人是由于不安全流产所致），分娩期间和产后不久——留下了破碎的家庭，经常陷入贫困之中。

当这些死亡的因素大多数可以避免的时候，这种情况仍然继续原因何在呢？强调妇婴健康几十年，并在联合国世界人口与发展大会把人人享受生殖医疗保健服务作为议程的十几年后，这份报道为何仍要强调关心母亲、新生儿和儿童健康的重要性呢？

尽管越来越多的国家在近年来成功地改善了母亲、婴儿和儿童的健康和福利水平，但是那些死亡率高、母婴不健康、负担很重的国家在20世纪90年代却取得非常小的进展。一些国家情况更糟，令人担心的新生儿、儿童和母亲死亡率逆转的现象已经发生。进展缓慢并越来越不平衡，加大了国家之间以及穷人与富人之间的差距。除非从根本上加大努力，否则在所有国家消除可以避免的母亲和儿童高死亡率的希望将非常渺茫。

母亲、新生儿和儿童的健康指标已经停滞或逆转的国家经常无法对卫生系统进行充分地投资。卫生保健服务区在让妇女和儿童有效享用保健服务时存在很多困难。人道危机，普遍存在的贫穷，以及艾滋病病毒/艾滋病，所有这些都增加了经济低迷时期的影响和健康劳动力的危机。由于无法普遍获得健康保健服务以及不断增加的不平等现象，要取得进展就要大规模地加强卫生系统的力量。

但是技术选择仍然很重要，因为在过去这些计划总是无法找到最佳方法使所有的人都能享受良好的医疗保健服务。这些计划经常被划分成零碎片断，因此妨碍了卫生保健的连续性，或是无法对专业化服务给予应有的关心。技术方面的经验和近期一些事件的成功与失败已经告诉我们如何前进是正确的。

做出正确的技术和策略选择

毫无疑问，技术知识能够对很多——如果不是大多数——影响母亲、新生儿以及儿童健康和生存的严重问题和危险做出反应。这些策略也正在变得越来越清楚，即家庭和卫生系统相互合作可以确保这些技术方面的解决办法在恰当的地点和恰当的时期内针对所有人实施。

产前保健就是一个主要的成功例子：这种要求已经增加，而且在世界大部分地区还在持续增加。然而，对产前保健的要求可能很大，强调有效的措施，并把这种保健看成是开展其他健康计划（比如，艾滋病病毒/艾滋病，性传播疾病的预防和治疗，肺结核和疟疾初期阶段，以及计划生育）的平台。卫生工作人员也可以更好的利用产前保

健使母亲对分娩和养育子女有所准备，或是帮助她们应付健康幸福怀孕期中的突发情况。孕妇，特别是处于青春期的女性，可能会遭受到暴力、工厂或学校的歧视或排斥。不仅如此，这些问题也需要通过改善社会，政治和法律的环境加以解决。一个相关的例子就是社会如何勇敢的面对那些数以百万计的意外的、不合时宜的或是遭人遗弃的孕妇。在避孕以及获得更多更好的信息和教育方面仍有很多未被满足的需求。同时，还需要对流产后的妇女进行即时的高质量保健服务，并在法律所允许的最大范围内对怀孕妇女实行安全流产。

每年要照顾一亿三千六百万新生儿是现今世界卫生系统所面临的一个巨大挑战。在不远的将来，随着大批年轻人进入生育期，特别是在分娩最危险的那些地方，这一挑战的严峻性将增加。女性冒着死亡的危险进行分娩，但是在产期和产后，如果得到即时有效的专业保健，几乎所有的致命的后果和伤残后遗症都可以避免（比如，产科瘘的悲剧），而且所遭受的大部分痛苦可以减轻。分娩是家庭生活和社区建设的一件的重要事情。这将一如既往，但必须确保安全。为了达到最佳的安全状态，每一位孕妇在分娩期间都要毫无例外地接受专业的有经验的保健，而且分娩的地方要适宜，最好离家要近，而且还要尊重孕妇生孩子的风俗和习惯。在分散的初级卫生保健服务区，这样的保健服务最好由注册接生员或是有接生技能的卫生人员提供。这一规定可以避免、抑制或是解决分娩过程中出现的威胁生命的问题，将母亲死亡率降到最低点。初级保健服务所具有的设备或能力如果不能解决产妇所遇到的问题，医院就要为有经验的专业接生人员提供支持。所有孕妇都需要进行初级孕妇保健，医院所提供的保健只对少数人是必要的，但是为达到有效的结果，这两个级别的护理需要协力进行，同时实施。

保健并不是在分娩结束时就立即停止。产后的头几个小时、几天和几个星期对母婴来说都是危险的。近年来，强调提高对分娩期的专业护理。可不要忽视这一重要时期，在这一期间有一半女性死亡，还给一些人带来了许多产后疾病。极需提出有效的方法对产后最初几个星期的妇女提供持续的保健，而健康保健的责任在这一时间内往往定义不清。

为孕妇提供的保健就是一种产后间隙。尽管急需为新生儿提供保健的计划仍不完善，但是已经表明新生儿的健康问题一直被过分的忽视和低估。新生儿问题似乎落入了安全孕妇计划和儿童生存初级阶段的狭缝间。在五岁以下儿童死亡率中，新生儿死亡率占有相当大的比例。很明显，不从根本上提高新生儿的存活率，降低儿童死亡率的《千年发展目标》就不能实现。尽管新生儿死亡率在世界各地已经略有下降（例如，注射疫苗就很好的消除了破伤风——新生儿死亡的一个原因），但是在撒哈拉以南的中部非洲的一些国家中，新生儿死亡率却出现了不同寻常的令人担心的逆转。

新生儿的健康进展并不需要昂贵的技术，但却需要卫生系统提供持续的保健服务，从孕妇的初期阶段（甚至在这之前）进行，使有经验

的专业保健持续到分娩期和产后阶段。最重要的是要确保新生儿在母亲和育婴室之间微妙的但往往被忽视的移交过程顺利进行。母乳喂养、给予爱护和给予温暖的新生儿大多数都很健康，但是也可能出现一些问题。有必要让家人——特别是母亲和父亲——好好地照顾他们的婴儿，早早地意识到危险，在困难刚刚出现时就立即得到专业的帮助。

这些对于生命最大的威胁存在于开始阶段，但是在新生儿成长为婴儿、儿童的过程当中它们却不会消失。解决疫苗可预防性疾病，营养不良，腹泻，或者呼吸道感染的项目仍然还有很大一部分没有完成。例如：在一些地区，免疫工作已经取得了令人满意的进步，但是在其他地区覆盖率则停滞在50%到70%之间，并且不得不寻找新的动力以推动其提高。然而，这些计划已经大幅度缓解了由于不健康所带来的负担，从而在许多国家其情况发生了改变。现在人们需要去找到更多综合性的措施：首先，有效地处理那些不断变化并且需要注意的问题。其次，扩大健康保健的重点，从关注儿童的生存问题扩大到其成长和发展过程。从公共健康的角度来看，这就是我们所需要的，同时也是家庭所希望看到的。

IMCI(儿童疾病综合管理策略)包含了一系列可以有效地避免死亡、促进健康的成长和发育的措施。不仅仅为医疗保健增加一两个服务项目，IMCI同样也已经改变了旧有的医疗体制对于儿童保健的观念——已经不再是单独治疗疾病那么简单。IMCI包含三个组成部分：提高医疗工作人员治疗疾病并向家庭提供咨询服务所需的业务技能，加强健康体制的辅助作用，协助家庭和社区培养儿童健康成长。同时，当不健康情况发生时能够予以解决。IMCI已经不再是其传统定义的只向目标人群提供了一系列技术服务的医疗中心。它正使得健康保健更加贴近家庭，与此同时，提高医疗联系和医院的服务水平。现在我们所面临的挑战就是要使每个有孩子的家庭都能够有权享受IMCI所带来的益处，并且为他们创造一种保证他们自己无论在什么时候只要需要就都能够获益的条件。

努力达到全面覆盖：使每个人都有机会获得服务，每个人都获得经济上的保障

人们一致认为，即使我们作出了所有正确的技术选择，但是只有当它们与家庭和社区一起形成贯穿妇女怀孕、分娩和儿童成长整个过程的健康保健统一体时，母亲、新生儿和儿童的健康保健计划才能够起作用。这种连续性要素要求大力巩固以母亲、新生儿和儿童健康保健为发展策略核心的健康保健体制。它正要求计划与拥有不同经历、兴趣和支持者的计划参与者共同发挥作用。能够把各个议程集合在一起的计划就是如何使人们广泛的获得保健服务。这不是一个说得很好的鼓吹语言问题：而是在一个更加广泛并且直接的政治计划中规划了母亲、婴儿和儿童的健康问题，同时它还顺应了人们要求得到健康保障

和有权获得健康保健的要求，这种要求越来越被视为是合法的。通过提高服务水平，我们可以向人们提供广泛的医疗保健，然而，我们也不能低估由此所带来的巨大困难。

在接下来的十年里，使所有儿童都能够得到一揽子必要的儿童保健服务，达到千年发展目标的要求，甚至超过这一目标，这一点在技术上是是可以实现的。对于75个引起世界上多数儿童死亡的国家，除了目前的支出以外，这项计划还将需要524亿美元，其中的250亿美元是用以额外的人力资源方面的花费。524亿美元相当于将这些国家现有平均医疗保健方面费用提高了6%，这一比例到2015年将上升至18%。在21个面临着巨大约束并且这种情况还可能继续存在的国家当中，目前的公共医疗开支到2006年将上涨27%，到2015年将达到76%左右。

对于母亲和新生儿来讲，全面地获得健康保健还为时尚早。从这75个相同国家当中的任何一个国家的具体情况来看，我们都可能去设想各种方案以提高服务水平。目前，大约43%的母亲和新生儿能够得到一些保健服务，但是，无论如何也没有达到为避免母亲死亡所需要的全部条件。如果我们能够为75个国家当中的每个国家都提供乐观并且切合实际的方案，那么在2015年将会有1.01亿的母亲和她们的婴儿(大约73%的新生儿是被预期到的)得到初级的支持服务。如果这些方案可以被实施，尽管有关母亲健康的千年发展目标不可能在每个国家都达到，但是对于在全球范围内减少母亲和围生期死亡率将会有很大的帮助。除了目前的开支之外，在这75个国家实施这些方案的费用将达到390亿美元左右。相当于这些国家在目前的平均公共健康支出的基础上提高3%，到2006年将增加到14%。在20个目前覆盖率最低并且面临着巨大束缚的国家，当前公共健康支出将在2006年提高7%，到2015年提高到43%。

那些提高母亲、新生儿和儿童健康服务水平所需要的医疗工作人员，他们的安置问题是首要并且紧迫的任务。弥补许多国家在医疗人员分配的过程当中出现的庞大短缺和不平衡问题仍将是未来几年中的一个巨大挑战。根据已经有460万社区医疗人员参加的方案，提高儿童保健的额外工作需要补充10万名全职并且能够胜任多种工作的专业人员。在未来10年中，提高母亲和新生儿医疗保健覆盖率的工作将会培养至少33.4万名额外的助产妇或是相关从业人员。同时，还能够培养14.4万名现在只能提供初级母亲保健的专业人员以及2.7万名目前还没有能力提供支持服务的医生。

在国家水平和医疗服务区当中如果没有制定计划和培养能力，那么就不可能弥补人才短缺，提高技术合成，改善工作环境。然而，计划还不足以纠正那些已经损害了医疗从业人员发展的混乱历史。在忽略了几年之后，我们面对着一些需要立刻解决的问题：其中最主要的问题就是反复被提及的有关医疗人员报酬的问题。

在许多国家，人们都有理由认为其薪水水平是不公正的，不足以满足日常的生活需要，更不要说去达到医疗专业人员所期望的水平。这

是造成工作人员工作热情不高，缺乏生产力以及各种形式人才流失的基本原因，这些人才流失的情况包括从农村流失到城市，从公共医疗机构流失到个体医疗机构，从贫穷国家流失到富裕国家。

人们急迫地感觉到我们需要制定和落实全部的措施去打破这种恶性循环，将生产力和从业人员的奉献精神达到民众期望、医疗工作者渴望的水平。其中最具挑战性的问题之一就是如何补偿医疗工作人员的收入。在这75个采取措施的国家当中，将医疗工作人员的工资和待遇水平翻番或是增加到三倍，这样一种最为简单的做法仍然不足以吸引、挽留、重新安排这些能干的工作人员。这相当于将现有的医疗保健支出提高2%，并且在未来的10年里，这部分支出将升高17%，而这仅仅支付从事母亲、新生儿、儿童健康保健的工作人员的费用。从政治和宏观经济的角度来看，这项举措都有重大的意义，同时，这项计划的实施需要付出巨大的努力，努力不单来自政府本身也来自国际社会的通力合作。下一个十年我们将把精力放在处理医疗人员的人力资源这一问题上，而在其初期，这需要从根本上研究我们所能筹集到的资金数目以及这些资金使用的渠道，这项工作不仅要在国家内部同时也要在国家间进行。这一点则更为重要，因为补偿医疗工作人员仅仅是这个问题解决方案的一部分，而建立一个稳定并且充满希望的氛围，使得医疗工作人员能够满怀信心、充满热情的高效工作同样也是必须完成的。

同时，人们广泛获得保健不仅仅是增加服务供应、付健康保健费用的问题。因为为了让人们获得服务，我们需要解决经济上的问题，而且要给予用户可预知的经济保障来应付因为获得保健所需支付的费用，尤其要使他们有能力应付那些可以让家庭陷入贫穷的巨大开支。当用户费用巨大，整个家庭支付能力有限，不能够集资和预缴时，这种灾难性的大额花费将在所难免。为了建立与人们全面享受医疗保健这一目标相一致的经济保障，全世界的国家不再采用公费或是自费的付款方式，同时推广提前付款和社会医疗保险。他们可以通过税收、社会医疗保险以及一系列其他的办法来筹集资金，但有两点是很重要的：首先，从根本上来讲，所有人群都应当被能够包括在内，其次，母亲和儿童健康服务始终应处于人类健康权利的核心，而且她们可以在一个经挑选的体制当中以一种连贯的方式被给予经济上的帮助。我们需要很多年的时间才能改善一些情况，这些情况主要包括有限的服务供应、支出费用大、贫困人口不能全面地获得医疗保健和经济保障。但是，拓展保健服务供应网络这项工作也要与保险机制的建立共同进行。

经济问题被认为是能够决定母亲、新生儿、儿童健康保健工作成败的关键因素。首先，建立人们能够广泛获得服务的供应基础需要增加资金投入；其次，在有更多人获得保健服务的同时，经济保障体制也不得不建立。最后，国内和国家间的资金分配工作要保证灵活和可预知性，这样我们才有可能排除那些阻碍健康体制发展的主要束缚——尤其是医疗工作人员方面的问题。

通过国家健康保险计划将增加的资金进行分配，这对于同时解决三方面的困难提供了最好的办法。这些保健计划可能会以税收为基础，或是健康保险，再或是综合体制的形式来组织。这项工作需要大量的努力以培养能力，但它也使我们有可能保障公共部门当中医疗工作人员的收入，顺利地贯彻健康保健部门的改革措施，确保制定宏观经济和减少贫穷政策的会议顺利召开。它同样使我们有可能以一种长期并且前景可靠的方式来解决医疗工作人员的报酬和工作环境问题，而这是以往传统的财政预算政策或者是“权宜之计”式的工程基金所不能提供的。

在一些国家当中，经济努力看起来处于合理的范围之内，但是在许多其他的国家，它却超出了政府可以单独承担的界限。国家和国际社会都应当做出具有延续性的政治承诺以运作和导引所需的巨大资源，并建立制度加以管理，同时保证母亲、新生儿和儿童健康问题始终是努力的主要方向。在这十年里，我们将加大健康保健服务的覆盖率，使每个人都有机会获得保健服务和经济上的保障。这将确保任何一个需要服务的母亲，新生儿和儿童都会受到照顾，因为我们重视每个母亲和孩子。

章节概要

第一章 母亲与儿童很重要，他们的健康也非常重要

本章回顾了母亲与儿童的健康问题如何在20世纪成为了公众注意的焦点。几百年来，关爱母亲与儿童健康一直被认为是家庭事宜，是母亲们、助产士们的事。到了20世纪，这件纯粹的家庭事宜已经成为公共卫生方面的一项优先工作。21世纪初，千年发展目标项目将工作重点放在摆脱贫穷、争取平等的人权事宜上。这种转变对世界对不同国家的不均衡发展的回应具有深远的影响。

本章概述了母亲、新生儿以及儿童健康保健的现状。90年代初期这方面工作做得比较好的国家取得了更大的进展，而人口死亡率最高的国家，他们的工作进展状况令人失望。

从全世界范围来看，五岁以下儿童死亡率在20世纪末期普遍呈下降的趋势，即从1970年的占活婴的千分之一百四十六的死亡率降低到2003年的千分之七十九的死亡率。但在本世纪初，健康保健工作的发展在世界一些地区出现徘徊现象。世界卫生组织成员地区的美洲、东南亚以及欧洲的健康保健改进工作进展比较平稳，一些国家还加快了工作速度。但地中海和西太平洋地区的工作进展缓慢。在占世界总人口40%的93个国家中，五岁以下儿童的死亡率下降速度很快。还有占世界总人口48%的51个国家，他们的健康保健工作进展缓慢：即便他们的发展速度有长足的进步，其结果也只能达到千年发展目标项目的规定而已。占世界余下12%人口的43个国家，他们的发展状况更加令人担忧。在这些国家中五岁以下儿童的死亡率很高或在以前很高，现在趋于平缓或呈下降趋势。

关于新生儿的一些可靠数据刚刚被统计出来，但还没有相应的诠释。最新的数据估计表明新生儿的死亡率比原来估计的还要高，五岁以下儿童死亡率占40%；目前高收入国家新生儿的死亡率低于2%。由此可见，贫富国家之间的距离正在拉大。

目前世界上有三亿多妇女患有由怀孕或生产所造成的长期或短期的疾病。每年的五十二万九千名妇女中，有六万八千人死于非安全性流产，其死亡率与新生儿、儿童死亡率相比，分布得更加不均匀：富裕国家中产妇死亡率只占很小的比率，即1%。据可查数据表明撒哈拉以南的中部非洲地区，对怀孕、生产的妇女健康保健方面的工作有进展的迹象。90年代的非洲，工作总的进展情况没有什么大的起色，并且许多国家缺乏妇女健康状况及新生儿健康状况的可靠数据，这使人感到震惊。

第二章 发展障碍：环境还是政策？

本章试图解析一些国家中妇女、儿童健康保健工作进展如此缓慢的原因。发展缓慢、停滞、倒退的原因很明显包括贫穷、人道危机，尤其是在撒哈拉以南的中部非洲地区，艾滋病病毒、艾滋病也是直接或间接的原因。这些原因至少在某种程度上加剧或维持了有些人得不到健康保健服务的现状。许多国家中，很多妇女和儿童甚至得不到最基本的健康保健，而这种健康保健对生存又是非常必要的。

健康保健匮乏的具体原因、表现形式及很多人享受不到健康保健服务的现状依国家的不同而不同。一些国家的健康保健工作出现了大片空白，即大多数人能享受到网络式服务，但仍有相当一部分人不能享受健康保健。除此之外，通常在一些最贫穷的国家里，很多人的健康保健权利被剥夺，只有少数人，通常是城里的富人才能享受到合理的健康保健，而绝大多数人却享受不到健康保健。这些国家的卫生体系覆盖面较窄，也比较脆弱。不同形式的健康保健匮乏给政策出台提出了不同的挑战。许多国家按照自己的健康保健体系在设立了保健中心、收治转诊病人医院的基础上，安排他们的健康保健区。

第三章 期盼：更安全的孕期

本章概述了促进健康婴儿出世的三个重要方法，即提供良好的产前保健，用适当的方法防止并应对非计划怀孕所带来的后果，以及加强全社会对怀孕妇女的重视程度。

产前保健工作做得很有成效，90年代时，在世界范围内，工作覆盖面增加了20%，这种快速发展速度在大多数地区仍在持续着。对健康婴儿出世的期盼也使得绝大部分妇女积极寻求健康保健。

产前保健为产妇提供的不仅仅是享受与怀孕有关的健康保健的机会。改善健康生活方式的潜力还没有被充分挖掘出来，被当作应对营养缺乏、艾滋病病毒、艾滋病、性病、疟疾、肺结核、计划生育工作的平台的产前保健潜力也同样没有被发掘出来。产前咨询是计划生育

的一个良好机会，它有利于婴儿安全出世，也有助于产妇顺利进入母亲的角色。本章设计了未来健康保健工作的具体发展方向，即，改善健康保健质量，并扩大健康保健范围。

即使是在高度重视新生儿出世的国家中，怀孕妇女也不总是令人羡慕的。许多国家有必要改善社会、政治以及法律环境以应对妇女社会地位低下，性别引发的暴力事件，工作场所及学校中的出现的性别歧视、诋毁现象。因此铲除导致这些现象的社会根源与产前保健同等重要。

意外、不合时宜的，无计划的怀孕，其数量每年可达八千七百万。计划生育不能杜绝意外怀孕，所以仍需要一定的资金投入进行避孕、收集信息以及防止意外怀孕方面的知识传授。每年有半数的意外怀孕妇女（约四千六百万）选择堕胎，其中一千八百人遭遇非安全性堕胎，这构成了重大的公共健康保健问题。避免由堕胎而导致的六万八千人的死亡、伤残、患病是完全有可能的。这不是由哪个国家来规定它合不合法的问题，而是应该保证妇女在法律允许的范围内充分享有可靠的、安全堕胎及产后保健的权利。

第四章 每年一万三千六百万新生儿的护理

本章分析了新生儿的主要综合征及产妇死亡的主要原因。产妇死亡的直接原因是大出血、感染、惊厥、难产及非安全性堕胎。生产是很冒险的一件事，但在许多情况下，一半以上的产妇是死于分娩后。有效的护理服务会避免绝大部分产妇的死亡、避免由生产造成的终身残疾。降低产妇及新生儿死亡率的成功历史表明分娩中及产后的专业护理对产妇和新生儿来说是起着生死攸关的作用的，反之亦然，即非专业护理会导致令人痛心的结果。

所有的母亲和新生儿，不包括那些极有可能染上综合症的人，他们都需要熟练的孕期及产前保健：保健应该是便利的、适合的，与当地生育习俗相接近的，但同时又必须是安全的。当综合征出现时，专业人员应及时进行救治。生产护理最好由注册助产士或有相关技能及配有专门设备的专业医务人员承担。这些专业人员能避免、把握或解决意想不到的在生产时可能出现的危及生命的疑难病症，从而将产妇死亡率降到最低点。但如果他们想超水平地，在设备不齐全的情况下救助出现疑难病症的母亲，就必须需要只有医院才能提供的条件。所有妇女都需要初级的生产护理，但只有为数极少的情况下才需要只有医院才能提供的救助性帮助。只有当两种救助同时紧密配合时，才会发挥其即时救助作用。许多国家的产后护理做得不如生产护理好，这一重要环节急需进一步加强。

第五章 备受瞩目的新生儿

在此之前，人们并没有在新生儿护理方面做什么特别的工作。孕妇和新生儿护理之间缺乏衔接性，所以新生儿的护理工作填补了这块空白。

每年仍有近三千三百万的新生儿出世，其中四百多万的新生儿在出生后的28天内死亡。在此期间新生儿死亡的人数相当于11个月以下的婴儿或1~4岁儿童的死亡人数。怀孕期，分娩时及产后的护理对新生

儿非常重要，同样对产后母亲的护理也非常重要。解决这一难题的更好一些的方法就是在产妇的怀孕期、生产时或当母婴回家休养时，做好这些环节之间的衔接性护理工作。护理工作最薄弱的环节是分娩时的技术护理，新生儿前期的护理工作也时常会出现问题，其原因是没有明确地划分好专业及程序化的护理工作。

本章提供了一套人力资源及网络服务方案，以便于为每位产妇、新生儿提供初级的救助护理。许多国家的设备、尤其是人力资源严重匮乏。这套完整的方案能使75个国家的产妇及新生儿享受全方位的初级护理，从现实情况看，可以全方位享受护理的人数会从目前的43%（享受有限的护理服务）上升到2015年的73%（享受全方位护理服务）。本套方案的实施将在2006年耗资10亿美元，随着服务范围的扩大，到2015年将耗资60亿美元；十年间的总耗资，在目前为产妇、新生儿护理投资的基础上，是390亿美元，相当于最初的每年每人约0.22美元资金投入，到2015年耗资增至为1.18美元。对这种潜在的增加投资预期结果的初步估计表明这75个国家的婴儿死亡率由2000年的占活婴的十万分之四百八十五人到十万分之二百四十二人，降低到2015年的新生儿死亡率的千分之三十五人到千分之二十九人。

第六章 儿童保健的重新设计：生长与发育

越来越多的知识意味着适当有效的服务可以降低儿童死亡率并改善儿童的身体健康状况。目前适当有效的服务有必要在更广泛的范围内实施。

本章讲述了70、80年代期间保健服务是如何不断快速推广并取得重大成果的。例如，扩大免疫疗法及经口给水疗法（加上一流的管理和以实际科研为依据的简单技术）的被广泛采用，收到了很好的效果。

这种保健服务取得了相当令人满意的效果，但它本身所固有的持续性局限性也表现得很突出。与此同时，儿童需要更加综合性的保健，一则可以改善保健成果，二是出于家庭的真正需要。因此应该在儿童疾病综合治疗组织的领导下拿出一揽子的简单易行，且行之有效的保健服务方式来应对儿童期的一些重要疾病及营养不良的现象。儿童疾病综合治疗组织综合利用一些保健服务方法预防疾病、关注导致儿童死亡的多方面原因，该组织也有一些有助于儿童健康成长发育的服务与办法。儿童疾病综合治疗组织在提供治疗服务工作的基础上，进一步改良儿童保健卫生体系，为家庭、社区不断提供初级的保健设施及病人转诊医院。病人转诊医院的主要工作是为病人提供咨询并解决一些疑难问题。

许多儿童仍就享受不到有机结合的综合性保健。随着儿童保健工作朝着有机结合的方向的不断发展，就更有必要全面开展健康保健工作。全面改进了的基础保健会降低事故及造成五岁以下儿童意外死亡事件的发生率。儿童保健工作将发展到一个层次，在这个层次上的一些国家的保健工作可以进一步发展并超过千年发展目标的标准，这是以在儿童保健方面增加大量投资为前提的。2006年，在这75个国家中

实施这套方案需投入20亿美元，随着保健工作范围的扩大，到2015年，投资额会增加到80亿美元；十年间的资金总投入在目前的儿童保健投资的基础上增致520亿美元。资金额相当于最初的每年每人约0.47美元的投资，增致2015年的每年每人约1.48美元。

第七章 用卫生体制的发展来恢复产妇、新生儿及儿童保健

本章为最后一章论及在更广泛发展的卫生体制下，产妇、新生儿及儿童的健康保健。目前的产妇、新生儿及儿童保健计划无需用纯技术术语加以讨论，而是被当作更广泛的全民保健计划的一部分，加以讨论。因此被直接归属到了政策策略中来，它符合社会对市民提出的健康保健并受到保护的需求，这种需求正逐步合法化。

全民享受保健服务需要足够密集的健康保健网络来提供服务。工作的难点是配备所需的卫生保健人员以提高服务质量。在许多国家中，卫生保健人员存在着明显人数不足以及分布不均等现象，这是未来几年中这些国家的工作重点，同时这些国家还要设计一些持续性方法为医务工作者提供竞争机制性报酬及一揽子的奖励以吸引、鼓励并挽留那些工作型、能力型的医务工作者。许多国家的健康保健工作发展现状令人失望，因此急需出台一揽子的针对性很强的增加医务工作者报酬的措施，但非常重大的挑战仅凭几个贫穷国家是应付不了的。

但全民享受保健服务并不仅仅指有效地征调医务工作者为全民提供保健服务，它还需要减少或消除资金方面的障碍，全民健康保健的享受者才能得到预定的保护，并被免除一定的费用。总的来说，本章阐述了病人付费的保健形式在资金严重不足的卫生保健方面是不切合实际的，这种方式会长期地将穷人排除在卫生保健服务范围之外，这样就无法加速全民卫生保健及医疗费用社会保险工作的发展。全民卫生保健及医疗费用保险只能通过全民预先支付并利用社会医疗保险的方法来实现。究竟采用哪种医疗体制来指导这方面的工作，必须考虑以下两方面的问题。第一，要确保不出现被排除在健康保健服务范围之外的群体；第二，所有产妇、新生儿及儿童有权享有卫生保健，这是卫生保健的核心工作，此项工作在所选择的卫生体制中应得到财政方面的适时支持。

随着时代的发展，绝大部分国家正朝着全民保健服务范围的拓宽、预先支付、社会医疗保险的方向发展，与此同时，健康保健的服务网络也在进一步扩大。这也有助于资金直接投向产妇、新生儿及儿童卫生保健。绝大部分国家对产妇、新生儿及儿童卫生保健的长期资金投入来源在所有资金注入形式中主要是短期、中期两种，即社会与家庭、集体与个人。全民保险计划资金扩大了卫生保健网络并提供了资金方面的保证。全民保险计划资金将保障产妇、新生儿及儿童卫生保健的资金持续投入，同时也为赖以依存的卫生体制提供了资金方面的保障。

