



中国在卫生千年发展目标方面的进展



千年发展目标的挑战

中国已经满怀热情地批准了*《千年发展目标》[†]，这些目标中的将近一半都直接或间接涉及卫生方面。千年发展目标要求各国在1990到2015年之间切实降低某些关键指标，如儿童营养不良率、儿童死亡率及孕产妇死亡率，同时在防治传染性疾病方面取得进展，如艾滋病病毒感染/艾滋病、疟疾及肺结核（参见专栏1）。

1990年以前，中国在这方面的成绩令人称奇。1960年，中国五岁以下儿童死亡率为225%，到1980年，这个数字已经下降到了64%，平均每年下降6.3%。这一举世瞩目的成绩发生在1960到1979年间，当中国的经济增长非常缓慢时（1960至1979年间中国年人均收入增长仅为4%）。中国的孕产妇死亡率在极短的时间内也有显著的下降：据估计，1950年中国的孕产妇死亡率大概在十万分之1500左右，到了1980年，这个数字已下降到十万分之100。[‡]

1990年以后中国在这些指标上有何进展？中国面临着什么样的挑战，尤其在卫生方面？这些是本简报探讨的问题。[§]这份简报的结论认为，就多数千年发展卫生目标而言，中国现在已偏离了轨道，无法在预定时间达到目标，这其中的主要原因是其医疗体制的弊端。

*请参阅外交部部长助理沈国放在《联合国中国工作组关于千年发展目标的报告》¹中的前言。

[†]2000年9月8日各国在联合国千年首脑会议签署的《联合国千年宣言》中的目标。147位国家首脑签署了《宣言》，包括当时的中国国家主席江泽民。

[‡]该简报由世界银行的工作人员写作。其中的发现、解释和结论仅代表作者本人意见，并不必然反映世界银行或其执行主任或他们所代表的政府的观点，也不能反映中国政府的态度。本简报构成世界银行正在进行的对中国农村医疗状况研究活动的一部分。该项研究的主题为“中国农村卫生分析咨询活动”，合作机构包括卫生部和其它政府部门以及邀请的国际伙伴。如欲了解更多详细信息请联系 L. Richard Meyers (lmeyers@worldbank.org)。

(lmeyers@worldbank.org)。

专栏1：卫生千年发展目标

目标一是彻底消除极度贫困和饥饿。有两个目标，其中之一是在1990到2015年间将饥饿人口的比例减少一半。衡量这一进展的指标是食物能量消耗水平低于最低标准的人口比例以及五岁以下儿童体重偏低的比例。要实现这一目标，需要在1990-2015年平均每年将指标降低2.7%。[§]

目标四是降低儿童死亡率。该目标要求在1990到2015年间将五岁以下儿童死亡率降低三分之二。要达到这一目标，需要在1990至2015年间平均每年降低儿童死亡率4.3%。

目标五是促进孕产妇健康。该目标要求在1990至2015年间将孕产妇死亡率降低四分之三。实现这一目标需要在这段时间每年将孕产妇死亡率减少5.4%。

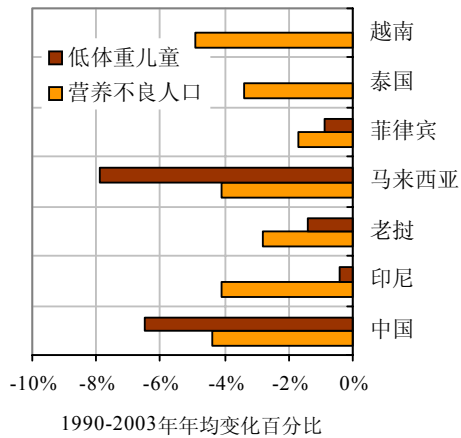
目标六是防治艾滋病病毒感染/艾滋病、疟疾和其它传染性疾病。千年发展目标只要求到2015年遏止并减少艾滋病病毒感染/艾滋病、疟疾和肺结核等其它主要传染性疾病的蔓延和传播。但中国与其它加入世界卫生组织西太平洋区的国家设定了目标，要在2015年前将结核病减少一半，要实现这一目标，需要在1990至2015年每年将结核病患病率降低2.7%。

营养不良

二十世纪九十年代，中国五岁以下低体重儿童每年几乎减少7%，整个人口中营养不良的比例每年几乎减少5%，这样的下降速度大大超过了实现千年发展目标的要求。在减少营养不良人口的比例方面，中国在周边国家中的表现极为突出（图1）。同时，中国现在是该地区内五岁以下低体重儿童比例最低的国家。

[§]本简报中的所有增长率或降低率均以假定的持续成比例增长来计算，不采用某些千年发展目标中性增长的指标计算方法。根据1990年以来的所有可得到的数据点，通过相应年份指标值自然对数的降低幅度来计算预期的增长。如果只有两年的数据可以得到，比如1990和1997年，这就相当于计算变化率 r ，即使用公式 $r = \ln(y_{1997}/y_{1990})/7$ ，其中 y_{1990} 是1990年的指标值。

图 1：在减少营养不良人口方面中国在东亚领先

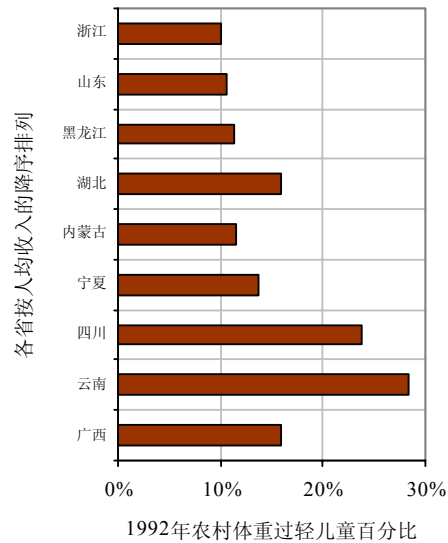


资料来源：联合国统计署千年发展目标指标数据库。 http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp

中国的营养不良现象分布相当不均，经济相对落后的中西部地区（图 2 下部的省份）的儿童比经济相对发达的东部地区（图 2 上部的省份）的儿童更容易出现营养不良。此外，城市营养不良儿童比例的下降速度比农村快得多。³ 二十世纪九十年代，城市中低体重儿童的比例以每年 15.6% 的速度下降，而农村每年的下降速度仅为 4.8%，不过，这样的下降速度仍然是实现千年发展目标要求的速度的两倍。

联合国最近一份关于中国千年发展目标情况的报告指出，¹ 中国西部地区儿童营养不良主要是由于缺乏营养知识造成的，而不是由于缺乏食物。

图 2：中国经济落后省区儿童更容易出现营养不良*



资料来源：葛可佑《中国人口饮食与营养现状（1992年全国营养普查）》，北京营养与食品卫生研究所，1995年。

儿童死亡率

与减少营养不良相比，中国降低儿童死亡率的进展相对缓慢。实际上，中国能否在 1990 至 2015 年达到规定所要求的将儿童死亡率降低三分之二是值得怀疑的。卫生部的官方数据显示，中国正在以平均每年减少近 5%[†] 的速度一步一步走向既定目标。但是，根据联合国监督各国降低千年发展目标儿童死亡率[‡] 进展情况的机构的资料，中国的速度相当缓慢，仅为每年 2%。[§]

这个 2% 的速度比中国八十年代取得的 2.7% 的年递减速度还小（图 3），同时也低于中国的大部分邻国。不仅如此，许多这些邻国的表现在九十年代都有所改善。中国降低儿童死亡率的速度也低于九十年代发展中国家的平均水平（2.5%），⁵ 以及许多人所期望的 3% 的年递减速度，该期望值已经考虑到

* 图中和研究中所采用的数据仅包括中国部分省区。

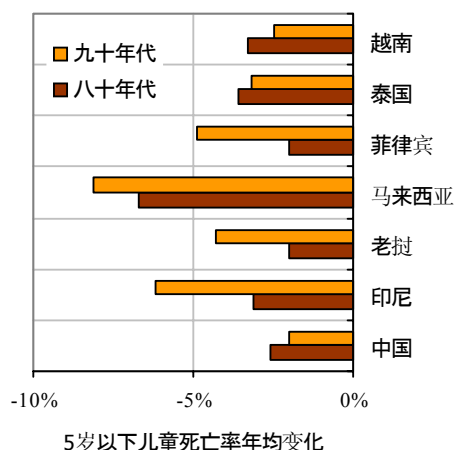
† 参见《2004 年中国卫生统计年鉴》第 159 页。

‡ 联合国儿童基金会的数据可参见如下网址：www.childinfo.org

§ 最近的一份研究得出结论说，⁴ 尽管卫生部 1995 年以后的数据非常准确，但他们往往过高估计 90 年代初的儿童死亡率，从而夸大了 90 年代儿童死亡率的下降幅度。

九十年代中国经济的高速增长，以及 1990 年中国的儿童死亡率已经很低的情况。^{*}

图 3：中国降低儿童死亡率的速度比邻国缓慢



资料来源：联合国监督各国实现千年发展目标采用的联合国儿童基金会的资料，www.childinfo.org。

同营养不良的情形一样，居住在经济落后省区（图 4 的下部）的儿童比居住在经济发达省区（图 4 的上部）的儿童面临着更大的危险。令人担忧的是，这样的差距还在继续扩大——2000 至 2002 年中国经济发达省区的婴儿及五岁以下儿童死亡率比经济落后省区下降得快。

另一个与儿童存活相关的差距似乎也在日益增大——这一趋势如果得到监测数据的证实，则尤其令人担忧。全世界仅有七个国家的男童在五周岁以前死亡的可能性比女童的要小，中国是其中之一。⁶事实上，中国这种儿童死亡率的性别差异在七个国家中是最明显的。最近的研究表明，这种差异在中国不仅日益显著，而且它还反映了女婴及五岁以下女童的死亡率的上升。⁴在 1982 至 1990 年和 1990 至 2000 年之间，男婴的死亡率以平均每年 2.3% 的速度下降，而女婴的死亡率却以每年几乎半个百分点的速度增长。

要进一步降低儿童死亡率，中国面临如下几个挑战。^{1, 7}

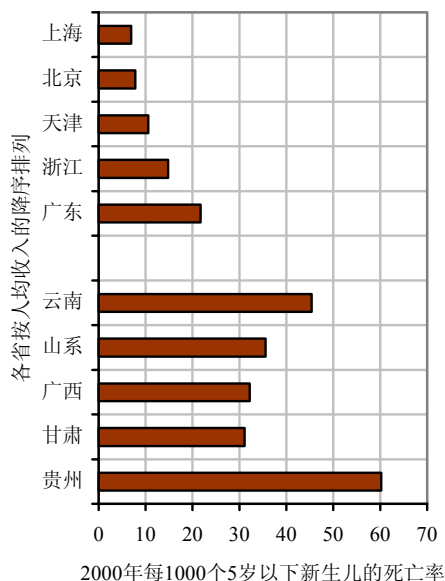
^{*} 这个 3% 的数字是通过时序数据的集合横截面回归分析方法，对许多国家及其十年中最后一年的情况综合计算后得出的，数据来源是联合国儿童基金会数据库。回归因素包括人均收入和死亡率的滞后值。

中国目前的对免疫服务收费的做法违反基本的经济学原则，根据这个原则，对那些不仅惠及被服务对象而且还惠及整个人群的干预服务，政府应当提供全面的补贴。造成这种做法的部分原因是中国的财政实行地方分权，这种分权使贫穷省份或县无力或不愿寻找资源用于免疫项目。价格障碍对流动人口的子女和计划外生育的儿童显得尤为突出——由于高昂的费用，他们进行登记接受预防医疗服务的可能性更小。价格障碍不仅存在于免疫服务中，也体现在许多其他由专业机构提供的儿童卫生干预活动。

除了价格障碍，中国的家庭也常常面临知识障碍。比如，只有很少的家庭完全了解免疫服务的益处。在提供免疫服务时，服务供应方的其他问题也表现出来。最近的计划免疫报告指出，⁷在实施有关储存和处理疫苗的临床实践标准以及开展免疫服务方面都缺乏相关的技术支持。报告还指出，如果婴儿在家中出生，则及时注射乙肝疫苗很难实现。

卫生设施的缺乏，尤其是在农村地区，是中国最主要的问题。这也是痢疾和病毒性肝炎在中国发病率高的原因之一。联合国最近的一份报告显示，中国许多家庭不了解清洁条件差对儿童健康的影响——这也在一定程度上导致了对改善卫生设施的需求的缺乏。报告还注意到，供水和提供卫生服务的责任分属几个部门，在地方政府的财政预算中，卫生和清洁居次要地位。

图 4：中国贫穷省份儿童死亡率高



资料来源：卫生部妇幼保健与社区卫生司 2004 年度报告

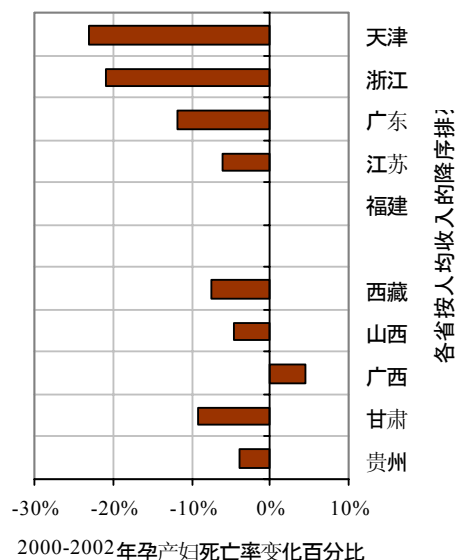
孕产妇死亡率

与减少儿童死亡率相比，中国最近在减少孕产妇死亡率方面成就更大。在二十世纪九十年代，中国的孕产妇死亡率以每年平均 4.8% 的速度递减。这个速度比千年发展目标规定的 5.4% 稍微慢些，但已经大大超过发展中国家年均下降 3.2% 的水平了。⁵

同儿童死亡率一样，贫穷省份的孕产妇死亡率高于富裕省份。还是同儿童死亡率一样，这方面的不平等在扩大——2000 至 2002 年间，大多数贫穷省份（图 5 的下部）的孕产妇死亡率递减幅度小于富裕省份（图 5 的上部）。

同许多其他致力于减少孕产妇死亡率的国家一样，中国也面临着若干挑战，包括提高妇女对产前保健和安全分娩重要性的认识，以及提高妇女在家庭中的地位 and 影响。⁸⁻¹⁰ 但是中国还面临着让农村家庭用得起孕产妇保健服务的挑战——目前贫困家庭，尤其是那些没有保险，手中积蓄又很少的家庭不大可能使用产前检查及分娩服务。^{11, 12}

图 5：经济落后省区孕产妇死亡率下降缓慢*



资料来源：卫生部妇幼保健与社区卫生司 2004 年度报告

疟疾

经过几十年坚持不懈的疟疾防治工作，截至 1990 年，中国只有海南省、云南省和其它少数地区还存在疟疾。到九十年代初，全国疟疾死亡人数已降低到仅 50 人。九十年代期间，疟疾死亡率没有明显的变化，一直在每年死亡 30-40 人左右徘徊。[†] 但 1992 至 2002 年，中国报告的疟疾病例以每年 13% 的速度减少。[‡]

尽管疟疾对整个国家没有什么威胁，而且九十年代中疟疾也没有出现反弹，但中国仍然面临着挑战，正如中国政府最近向全球基金提出申请时所承认的那样。¹³ 云南的边疆地区和海南的山区地带依然是疟疾流行的地方，当地居民主要是少数民族，教育程度不高，对预防保健的了解非常有限。据认为，卫生服务提供者热衷于开处方是导致抗疟药物的误用和滥用以及由此产生抗药性的原因之一。有关方面承认，乡村和私人医生在诊

*图中是根据掌握的资料列出的五个经济最发达省区和五个经济最落后省区。

[†] 资料来源：
http://www.wpro.who.int/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2china.asp#graph

[‡] 资料来源：
http://www.wpro.who.int/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2china.asp

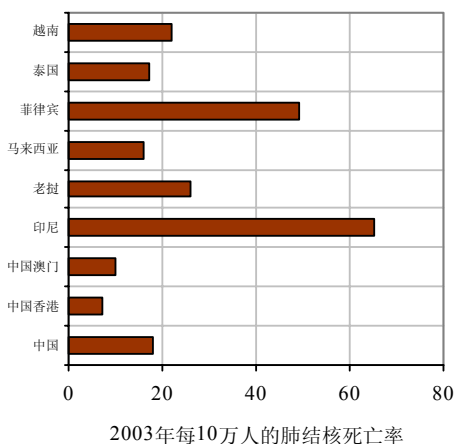
治疟疾方面能力有限。中国政府也承认，需要加大对多重药物耐药性的监测，同时在中南部边疆地区建立疟疾信息网，联合进行疟疾防控，以确保信息的快速分享。

结核病

结核病的问题比疟疾要严重得多。与邻国相比，中国的肺结核死亡率不算很高（图 6）。但在降低结核病患病率和死亡率方面中国落后于几乎所有邻国——1990 至 2003 年间，中国的结核患病率和死亡率每年分别仅下降了 1.9% 和 2.1%，远远低于西太平洋区所规定的实现千年发展目标所需的 2.7% 的下降速度。

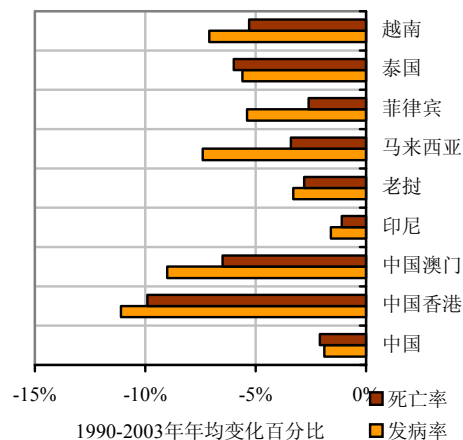
迄今为止，中国结核病的减少看来是得益于 1991 年开始采用的直接面视下的短程化疗（简称 DOTS），这是世界银行资助的一个结核病控制项目（也称世行卫五项目）。最近的研究表明，¹⁴ 结核病患病率的降低完全归功于 DOTS 的采用——在没有该资助项目的地区，结核病的患病率没有明显的下降。另一项研究表明，¹⁵ DOTS 在降低结核病死亡率方面发挥了相当大的作用，在采用该疗法的县，可避免的结核病死亡率几乎下降了一半。据估计，采用 DOTS 每年使 3 万左右的人免于死亡。

图 6：中国结核病死亡率低于邻国



资料来源：联合国统计署千年发展目标指标数据库 http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp

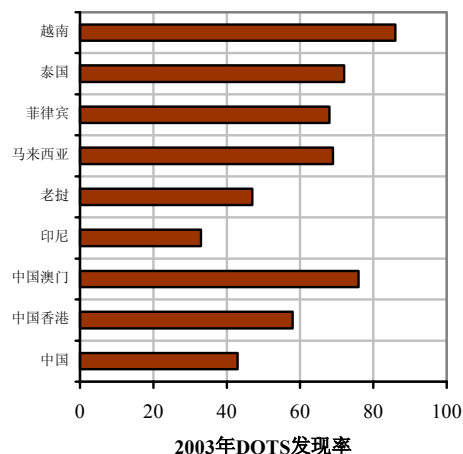
图 7：中国结核病防治工作不如邻国



资料来源：联合国统计署千年发展目标指标数据库 http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp

下一步的任务就是在中国其余一半的县普及 DOTS，事实上这项工作已经展开。另一项任务就是提高 DOTS 项目的效果。中国的 DOTS 发现率*远远低于世界卫生组织的 70% 的目标，距离周边国家取得的发现率也相差甚远。（图 8）

图 8：中国 DOTS 发现率低于邻国



资料来源：联合国统计署千年发展目标指标数据库 http://unstats.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp

最近的两份研究指出了医疗系统中存在的障碍。^{16, 17} 在中国高度分权的政府体制下，地方政府在很大程度上都是依赖他们自身的资源开展结核病防治等公共卫生项目，其中包括提供配套经费用于世行资助的结核病控制

*这是在所有的涂阳病例中通过 DOTS 发现的病例比例。

项目。研究调查了山东省的情况，发现贫困地区的政府花在结核病防治上的人均费用少于相对富裕的地区——尽管贫困地区的结核病患病率较高。¹⁷这意味着，由于配套资金要求，贫困地区从世行项目中所获得的援助也较少。在这些贫困县，卫生工作人员工资的不足是靠收取服务费来弥补的。这样，在这些穷县结核病发现率相对较低就不足为奇了。在青县，自从1998年来自世行卫五项目的资金减少后，当地的结核病人发现率也随之下降。¹⁶

即便在参与世界银行卫五项目的县，也存在着强调收取服务费作为创收手段的问题。尽管政策是免费检查和用药，*但病人自己最后还是要花相当多的钱——数目在山东省家庭人均收入的25%到119%之间。问题出在医疗机构上，他们设法在免费的DOTS服务包之外提供额外服务，从而赚取额外利润。某地一名结核病防治工作的负责人解释说：“我们采用了具有地方特色的DOTS.....以提高这种疗法的有效性并增加收入。”¹⁶这些附加服务包括使病人的疗程超过建议的六个月，以及在DOTS服务包之外提供非标准的检验和药品。因为知道实际上DOTS并不是免费的，经济困难的人很可能干脆就不去检查结核了。

艾滋病病毒感染/艾滋病

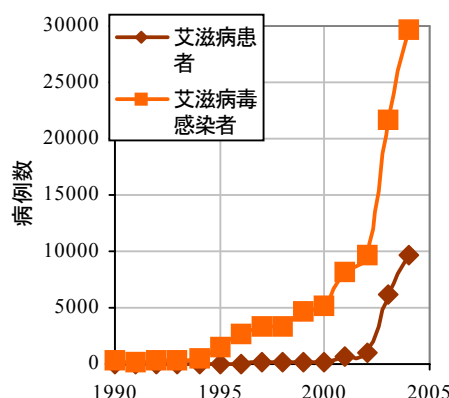
最近的一份报告显示，¹⁸尽管根据国际标准看中国的艾滋病病毒感染/艾滋病患病率较低，但1990年以来艾滋病的蔓延速度是惊人的（图9）。该报告指出，中国最近已经开始采取重大措施防治艾滋病。这包括各种预防、治疗、关怀以及支持等相关措施。

在治疗方面，中国政府很可能面临着医疗体制方面的严峻考验。近期的主要行动是政府发起的“四免一关怀”活动。该政策承诺：对农民和城镇经济困难人群中的艾滋病患者提供免费抗逆转录病毒药物；自愿接受艾滋病咨询和检测的人员可免费得到这种服务；对已感染艾滋病病毒的孕妇免费提供药物以阻断母婴传播，为新生儿进行艾滋病检测；为艾滋病遗孤提供免费义务教育；对艾

*卫五的政策是检查免费，对传染性肺结核病人治疗免费，包括涂阳和重症涂阴病人

滋病病毒感染者/艾滋病患者家属提供救治关怀和经济援助。

图9：九十年代中国艾滋病迅速蔓延



资料来源：国务院和联合国¹⁸

在全国范围内实施“四免一关怀”将面临许多挑战，其中一些已经为报告所承认。这项工作需要人力资源方面的大量投资，以确保有能力提供这种服务的技术人员。这项投入已经开始。报告还指出，为农村病人提供的免费抗病毒治疗目前仅限于那些通过献血而感染的艾滋病病人。报告促请将免费抗病毒治疗的范围扩大到整个农村人口。

正如中国在实施DOTS项目的经验中所显示的那样，广义的卫生体制方面的问题很可能会成为开展“四免一关怀”活动的挑战。在中国目前的按服务项目收费占主导的体制下，这不是一个仅确保病人得到免费检查和治疗的问题。医疗服务提供方所面对的激励机制同样重要。其中一个关键问题是服务提供方必须为其提供的免费检查和治疗得到补偿。但即便是这样也可能是不够的。同肺结核的防治情况一样，医疗机构很可能意识到，他们面临一种在免费服务包之外提供额外服务以赚取额外收入的激励机制。中国的供方支付机制很可能会给“四免一关怀”的成功实施造成许多障碍，正如我们在DOTS项目实施中已经看到的那样。

完善卫生体制，加快实现千年发展目标的步伐

以目前的形势分析，中国看来只有把握达到千年发展目标中减少营养不良的目标。至于降低孕产妇死亡率的目标，中国会比较接近，但照现在的趋势，它不大可能达到千年发展目标。

贯穿以上讨论的一个共同主题是，中国达不到千年发展目标的原因不是缺乏技术，而是其医疗体制中的弊端——这也是近期一份审视全球千年发展卫生目标进展的报告的主题。⁵ 医疗保险的覆盖不足以及分布不均衡，加上财政分权导致落后省份的地方政府空有责任而无资源，都造成了对按服务项目收费制度的严重依赖。这反过来又使许多农村家庭无力享用许多关键的医疗服务——包括一些基本的服务，比如免疫和安全分娩。同时这种制度也鼓励服务提供者提供不必要的服务。这已经降低了诸如DOTS之类的项目的效果（中国的DOTS病例发现率远低于其邻国），也对其艾滋病病毒感染/艾滋病防治战略造成了威胁。

中国要想加快实现千年发展目标的步伐，没有强大的技术项目是不可能的。但是，如果中国的卫生体制不建立在完善的经济原则之上，这一切同样不可能实现。

参考文献

1. 联合国中国工作组。《千年发展目标中国实施情况：联合国中国工作组的评估报告》。北京：联合国中国驻地协调员办公室，2003年。
2. Koblinsky MA。《降低孕产妇死亡率：学习玻利维亚、中国、埃及、洪都拉斯、印度尼西亚、牙买加和津巴布韦的经验》。华盛顿特区：世界银行，2003年。
3. Shen T、Habicht J-P、Chang Y。《经济改革对中国城乡儿童成长的影响》。《新英格兰医学杂志》1996年，335卷：400-406页。
4. Banister J、Hill K。《中国人口死亡率——1964-2000》。《人口研究（剑桥）》，2004年，58卷第1期：55-75页。
5. 世界银行 Wagstaff A、Claeson M。《千年发展目标之健康目标：迎接挑战》。华盛顿特区：世界银行，2004年。
6. 世界卫生组织。《2003世界卫生报告：面向未来》。日内瓦：世界卫生组织，2003年。
7. 世界卫生组织、联合国儿童基金会、疫苗行动全球联盟组织、日本国际协力团、美国疾病控制中心。《2004年关于开展防疫计划（EPI）的全球观察报告》。日内瓦：世界卫生组织，2004年。
8. Li Q、Fottler MD。《决定中国农村孕产妇死亡率的因素》。《健康服务管理》1996年，9卷第1期：45-54页。
9. Anson O。《中国河北省农村生育保健实践：个人特征与组织特征》。《健康政策》2004年，70卷第2期：197-206页。
10. Li J。《中国一个农村县的性别歧视、计划生育和妇幼保健》。《社会科学和医学》2004年，59卷第4期：695-708页。
11. Anson O、Haanappel FW。《封建残余？——中国农村妇女健康及她们对卫生服务的利用》。《妇女健康》1999年，30卷第1期：105-23。
12. Bogg L、Wang K、Diwan V。《中国妇幼保健调整状况：生命的呼唤》。《生殖健康杂志》2002年，10卷第20期：95-107页。
13. 中国政府。《中国高发区的疟疾控制：对全球艾滋病、结核和疟疾基金会的提议》。北京：卫生部，2002年。
14. 中国结核病控制协作中心。《中国结核病防治的影响》。《柳叶刀》2004年，364卷第9432期：417-22页。
15. Dye C、Fengzeng Z、Scheele S、Williams B。《评估结核病防治的影响：中国因短期化学疗法而免于死的人数》。《国际流行病学杂志》2000年，29卷第3期：558-64页。
16. Zhan S、Wang L、Yin A、Blas E。《肺结核防治过程中的利益驱动：中国的三个实例》。《卫生计划与管理国际杂志》2004年，19卷增刊第1期：S63-78页。
17. Meng Q、Li R、Cheng G、Blas E。《财政地方分权体系下结核病防治的医疗与财政负担：中国山东省的个案研究》。《卫生计划与管理国际杂志》2004年，19卷增刊第1期：S45-62页。
18. 国务院艾滋病工作委员会办公室、联合国中国艾滋病项目组。《中国艾滋病预防、治疗及关怀的联合调查报告》。北京：中国政府和联合国中国艾滋病项目组，2004年。