中国0~6岁儿童生存发展策略——从证据到行动

主编金曦罗荣曹彬 Robert Scherpbier 郭素芳

国家卫生计生委妇幼健康服务司 联合国儿童基金会驻华办事处 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心



中国 0~6 岁儿童生存发展策略——从证据到行动

 主编
 金
 曦
 罗
 荣
 曹
 彬
 Robert Scherpbier
 郭素芳

 主审
 秦
 耕
 宋
 莉
 张
 形
 徐晓超

国家卫生计生委妇幼健康服务司 联合国儿童基金会驻华办事处 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

北京大学医学出版社

编委会

主 编:

金 曦 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

罗 荣 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

曹 彬 国家卫生计生委妇幼健康服务司

Robert Scherpbier 联合国儿童基金会驻华办事处

郭素芳 联合国儿童基金会 ROSA 办公室

主 审:

秦 耕 国家卫生计生委妇幼健康服务司

宋 莉 国家卫生计生委妇幼健康服务司

张 彤 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

徐晓超 国家卫生计生委妇幼健康服务司

编 委(按姓氏笔画排序):

Robert Scherpbier 联合国儿童基金会驻华办事处

王 芳 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

王 坤 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

王华庆 中国疾病预防控制中心免疫规划中心

王艳萍 全国妇幼卫生监测办公室

王惠珊 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

叶健莉 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

田晓波 联合国儿童基金会驻华办事处

朱 徐 联合国儿童基金会驻华办事处

刘燕敏 中国疾病预防控制中心免疫规划中心

李 红 国家卫生计生委妇幼健康服务司

杨宇宁 联合国儿童基金会驻华办事处

杨振波 联合国儿童基金会驻华办事处

肖 月 国家卫生计生委卫生发展研究中心

吴 静 中国疾病预防控制中心慢病处

吴久玲 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

邱英鹏 国家卫生计生委卫生发展研究中心

何春花 全国妇幼卫生监测办公室

何致敏 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

宋 莉 国家卫生计生委妇幼健康服务司

张 彤 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

张毓辉 国家卫生计生委卫生发展研究中心

罗 荣 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

金 曦 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

庞学红 中国疾病预防控制中心营养与健康所

郑睿敏 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

赵 琨 国家卫生计生委卫生发展研究中心

赵春霞 联合国儿童基金会驻华办事处

胡文玲 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

宫丽敏 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

秦 耕 国家卫生计生委妇幼健康服务司

徐晓超 国家卫生计生委妇幼健康服务司

郭素芳 联合国儿童基金会 ROSA 办公室

陶 勇 中国疾病预防控制中心农村改水技术指导中心

黄小娜 联合国儿童基金会驻华办事处

曹 彬 国家卫生计生委妇幼健康服务司

常素英 联合国儿童基金会驻华办事处

赖建强 中国疾病预防控制中心营养与健康所

樊福成 中国疾病预防控制中心农村改水技术指导中心

潘晓平 中国疾病预防控制中心妇幼保健中心

儿童是祖国的未来、民族的希望。儿童时期是人生发展的关键时期,因此,为儿童提供必要的生存、发展、受保护和参与的机会和条件,最大限度地满足儿童的发展需要,发挥儿童潜能,将为儿童一生的发展奠定重要基础。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,提高妇幼健康水平,降低孕产妇和儿童死亡率方面取得了巨大成绩。但由于我国人口基数巨大,每年儿童死亡数仍然较多,而且儿童健康水平在城乡之间、地区之间和不同人群之间还存在一定的差距。党的十八届中央委员会第五次全体会议决定,启动实施一对夫妇可生育两个孩子的政策。政策实施后,累计生育需求集中释放,出生人口数量增加,高龄孕产妇比例增高,发生孕产期合并症、并发症的风险增加。进一步减少孕产妇死亡和儿童死亡、保障母婴安全面临新的挑战。

在国家卫生计生委妇幼健康服务司的领导和联合国儿童基金会驻华办事处的支持下,中国疾病预防控制中心妇幼保健中心自 2013 年成立课题组,组织了数十位来自妇幼保健、营养、水和环境、慢性病防治、计划免疫、流行病与卫生统计、卫生管理、卫生经济、政策研究、行政管理等专业领域的专家和科研人员,围绕着中国 0~6 岁儿童生存与发展策略开展了相关研究工作。研究工作全面分析了中国 0~6 岁儿童的健康状况,儿童保健服务提供和利用情况,影响儿童生存和健康的重点疾病、健康问题,影响其发生的主要因素,以及国家对儿童健康的支持等;充分学习国际先进经验,将国际倡导的,有循证依据的,在减少儿童死亡、保护和促进儿童发展方面效果好且成本低廉的策略措施,与中国实际情况相结合,制定适宜中国国情的妇幼保健干预措施服务包和核心干预措施;分析核心干预措施的成本效果、干预措施在实施过程中的动力和阻力因素、需要的环境和资源支持,提出了未来一段时期中国 0~6 岁儿童生存发展的策略措施。从加强人才队伍建设、健全服务网络建设、改善儿童健康成本效益比、完善儿童基本医疗保障制度、推广妇幼保健干预措施服务包、加快和完善相关政策制定、加强多部门合作等方面提出七大策略。

本研究报告全面展示了中国 0~6 岁儿童生存发展策略研究思路、方法和研究结果; 也为各级政府在国家策略的基础上,结合本地区实际情况,制定本地区 0~6 岁儿童生 存发展策略提供参考。

> 编 者 2017年12月

目 录

摘要	1
研究背景	5
研究目的	6
研究方法	7
研究结果 ······	8
1 现状分析	8
1.1 儿童健康状况	8
1.2 儿童保健服务提供和利用情况	20
1.3 影响儿童健康的相关因素	22
1.4 公平性分析	32
1.5 支持性环境	40
2 干预措施及成本效果	51
2.1 妇幼保健干预措施服务包	51
2.2 干预措施瓶颈分析	55
2.3 成本效果分析	···· 56
3 监测评估指标	63
策略措施 ······	64
策略一 加强儿童医疗卫生人才队伍建设	64
策略二 加强产科和新生儿科建设与管理,健全孕产妇和新生儿服务网络	65
策略三 加大儿童疾病预防投入,改善儿童健康投入效益比	66
策略四 进一步完善基本医疗保障制度	66
策略五 分步实施,逐步扩大重点服务措施种类及覆盖面	···· 67
策略六 加快和完善相关政策制定和落实	69
策略七 加强多部门合作,保证政策有效落实	69

附表		71
附表 1:	妇幼保健干预措施服务包	71
附表 2:	妇幼保健干预措施实施渠道	76
附表 3:	不同时期妇幼保健干预措施	82
附表 4:	妇幼保健干预措施服务包瓶颈分析	87
附表 5:	妇幼保健干预措施服务包评价指标	92
参考文献·	1	102

摘 要

1 研究目的

将国际倡导的在降低儿童死亡率、保护和促进儿童发展方面起到良好效果且成本低廉的策略和措施与中国实际情况相结合,提出适宜中国国情的降低5岁以下儿童死亡率、减少儿童疾病发生、促进儿童发展的干预策略和措施;深入分析这些干预策略和措施在实施过程中的动力和阻力因素、需要的环境和资源支持;建立评价措施落实的监测指标;评价策略措施的实施效果。

2 研究方法

通过文献分析、专家研讨、专家咨询、成本效果分析等方法,全面分析中国儿童 的生存发展现状以及面临的挑战,总结、分析国内儿童生存发展相关策略措施,吸取 国际成功经验,确定妇幼保健干预措施服务包和核心干预措施,制定中国儿童生存发 展策略。

3 主要发现及结论

3.1 儿童健康现状

近十年来,我国儿童健康状况明显改善,但仍存在一些突出的健康问题。孕产妇、新生儿、婴儿和5岁以下儿童死亡率逐年降低,但新生儿死亡占5岁以下儿童死亡的比例仍较高,2015年占比为50.5%。2015年,导致我国新生儿死亡的前三位死因为早产/低出生体重、窒息/产伤和先天畸形;围产儿高发的前五位出生缺陷为先天性心脏病、多指(趾)、总唇裂、马蹄内翻足和先天性脑积水。2014年我国0岁组儿童伤害死亡率是61.5/10万,1~4岁组儿童伤害死亡率是32.2/10万,儿童伤害死亡率农村远高于城市、男性高于女性。

急性呼吸道感染和腹泻是我国 5 岁以下儿童患病率最高的感染性疾病。儿童乙型 肝炎(乙肝)、流行性脑脊髓膜炎(流脑)发病率逐年下降。2013 年儿童麻疹发病率 和死亡率上升。5 岁以下儿童生长迟缓率有较大改善,但存在明显城乡差异。儿童超 重和肥胖问题日益突出。

3.2 儿童保健服务提供和利用情况

2000—2015年,全国新生儿访视率由85.6%上升至94.3%。2015年新生儿疾病 筛查率为93.5%,听力筛查率为83.9%。2011年婴幼儿"四苗"和"五苗"的全程接 种率分别达到了 98.9% 和 98.7%。2015 年,全国、城市、农村 5 岁以下儿童死前接受住院治疗的比例分别是 79.4%、82.8% 和 77.8%。部分偏远地区孕产妇和儿童卫生服务的可及性以及新生儿保健服务质量仍然较差。

3.3 影响儿童健康的相关因素

主要包括儿童营养、孕产妇健康状况、水、环境、个人卫生状况以及妇幼健康素养的影响。儿童营养缺乏包括儿童碘缺乏、维生素 A 缺乏和锌缺乏。2006 年我国5岁以下儿童维生素 A 缺乏率约为9.1%。2012 年全国孕产妇贫血患病率为17.2%。2015 年底,我国农村集中式供水受益人口比例提高到82.0%,农村自来水普及率达到76.0%。2014 年底,中国农村卫生厕所普及率达到76.1%。儿童患地方病、铅中毒、寄生虫病、沙眼及室内空气污染等都会不同程度地影响儿童的健康及生长发育。孕产妇对自身危险症状和对儿童危险症状的识别,儿童看护人婴幼儿喂养知识水平、对儿童伤害危险因素识别,以及看护人的卫生行为,都直接影响到婴幼儿和儿童的健康水平。

3.4 公平性分析

孕产妇和新生儿死亡率仍存在城乡和地区差异,农村高于城市,经济落后地区高于经济发达地区。2000—2013年间我国5岁以下儿童营养状况城乡差异一直较为明显,农村地区儿童生长迟缓率约为城市地区的2.6倍,而贫困地区农村又为一般农村的1.7倍。在安全饮水率和农村卫生厕所普及率方面,我国总体上仍是农村显著低于城市。3岁以下儿童腹泻两周患病率、3岁以下儿童疑似肺炎两周患病率、3岁以下儿童生长迟缓率和6~35个月儿童贫血患病率均为流动儿童高于户籍儿童。农村留守儿童的生长迟缓率显著高于非留守儿童,生长发育状况明显落后于城市儿童。

3.5 支持性环境

目前我国已经形成以"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。国家实施深化医药卫生体制改革,实施妇幼重大和基本公共卫生服务项目,使妇幼健康工作进一步得到加强。妇幼健康服务体系日臻完善。妇幼卫生、传染病疫情报告和伤害监测信息系统逐步完善,出生缺陷、孕产妇死亡和5岁以下儿童死亡监测,儿童传染病报告和儿童伤害监测不断加强。国家层面加强对相关药品、疫苗、营养包的采购、存储、运输、发放和资金管理等多个关键环节的管理,为妇幼健康工作提供物质保障。2014年平均每名儿童经常性卫生费用为2525.5元,高于全国人均经常性卫生费用水平(2348.9元)。同时,各级卫生

计生行政部门强化对妇幼健康工作的全面监督评估,使国家政策在基层能够得到很好的落实。

3.6 妇幼保健干预措施服务包及成本效果分析

通过研究制定妇幼保健干预措施服务包。服务包包括共计106项具体的干预措施。服务包分为六个时期,包括青少年期、孕前(婚前)期、胎儿期(孕期)、出生时(分娩期)、新生儿/产后母亲、婴儿期和儿童期。干预措施实施渠道包括家庭,村卫生室/社区卫生服务站,乡卫生院和社区卫生服务中心,县级及以上医疗机构,社区,学校(托幼机构),媒体,以及企业、水利、农业、环保、交通等部门,共八个层级。

通过筛选,确定 14 项效果/成本效果较高的干预措施。对高效干预措施进行成本和成本效果测算。如果 14 项高效干预措施在"十三五"期间在我国全面推广实施,可显著降低孕产妇和儿童的死亡率,极大地改善妇幼健康水平。

4 策略措施

策略一 加强儿童医疗卫生人才队伍建设。

措施1:加强承担助产、新生儿护理和诊治、儿童保健服务的专业队伍建设,建立长效培训机制。

措施2:广泛开展逐级培训,扩大培训覆盖面,重点关注基层人员服务能力的提升。

措施3:加强新生儿专业技术培训基地建设。

策略二 加强产科和新生儿科建设与管理,健全孕产妇和新生儿服务网络。

措施1:加强产科和新生儿科建设,提高孕产期保健、助产服务和新生儿基本护理能力。

措施 2: 加强产前筛查、产前诊断和新生儿疾病筛查能力建设。

措施3:加强孕产妇和新生儿危急重症救治能力建设。

措施 4: 建立健全区域性孕产妇和新生儿转运网络,完善危急重症孕产妇和新生儿转运绿色通道。

策略三 加大儿童疾病预防投入,改善儿童健康投入效益比。

措施1:加大对儿童疾病预防服务的投入力度,向贫困地区和低收入人群倾斜。

措施2:扩大免费儿童疾病预防服务的范围,将更多的基本儿童保健服务纳入国家免费政策。

策略四 进一步完善基本医疗保障制度。

措施1:建立城乡居民基本生育服务保障机制,在全国逐步推行免费基本生育服

务项目。

措施 2: 进一步完善儿童医疗保险和救助政策。落实新生儿出生后自动享有基本医疗保障,完善儿童重大疾病保险补偿政策,提高并合理调整儿童疾病的报销比例。完善青少年(校外)医疗保险政策。

措施3:完善儿童基本药物目录,将涉及儿童保健和疾病防治的基础药物纳入基本药物目录,如锌剂(腹泻治疗)等。

策略五 分步实施,逐步扩大重点服务措施种类及覆盖面。

措施1:确定核心妇幼保健干预措施,规范干预措施内容及实施标准,"十三五"期间在全国各省全面推广实施。

措施 2: 逐步推广妇幼保健干预措施服务包,不断扩大干预措施覆盖面。重点关注死亡率高和死亡绝对数大的地区以及流动孕产妇及新生儿。

措施 3: 加强监督管理, 定期对于预措施实施情况进行监督评估。

措施 4: 广泛开展健康教育,提高服务对象对妇幼保健服务持续利用率。

策略六 加快和完善相关政策制定和落实。

措施1:加快和完善儿童早期发展促进、青少年保健、青少年和成人预防接种、孕产期保健、产褥期心理保健、改水改厕相关政策的制定。

措施 2: 落实儿童伤害预防相关政策。

策略七 加强多部门合作,保证政策有效落实。

措施1:强化分层级和多部门的合作,建立卫生计生系统内部各级医疗卫生机构间,卫生计生部门与政府、教育、媒体、企业、环保、水利、社区等多部门间的协调机制。

措施 2: 建立儿童伤害的多部门合作型防控机制,探索"家-校-路-社区"四位一体综合干预的工作模式。

研究背景

中国有 8.8 亿妇女儿童, 占总人口的 2/3, 妇女儿童健康关系到民族兴盛和国家发展, 是人口可持续发展的前提和基础。儿童时期是人生发展的关键时期, 为儿童提供必要的生存、发展、受保护和参与的机会和条件, 最大限度地满足儿童的发展需要, 发挥儿童潜能, 将为儿童一生的发展奠定重要基础。保护儿童健康, 降低儿童死亡率也是儿童权利的体现。

新中国成立后, 党和国家高度重视妇女儿童健康, 不断完善妇幼健康服务体系, 利用国家专项经费大力推动住院分娩、产前保健、儿童保健和儿童计划免疫等有效健 康干预措施的实施、实施贫困地区儿童营养改善项目、关注特殊儿童、使妇女儿童健 康不断改善。"十二五"期间,随着医药卫生体制改革的不断深入,妇女儿童总体健 康水平快速提升。根据国家卫生计生委2016年全国妇幼卫生信息分析报告,全国孕 产妇死亡率从 2010 年的 30.0/10 万降到 2015 年的 20.1/10 万,降幅为 33.8%;新生儿 死亡率和 5 岁以下儿童死亡率分别从 2010 年的 8.3 ‰和 16.4 ‰ 下降到 2015 年的 5.4 ‰ 和 10.7%,降幅分别为 34.9%和 34.8%。虽然我国儿童健康状况持续改善,但由于我国 人口基数巨大,每年死亡儿童数量依然不少,而且儿童健康水平还存在城乡之间、地区 之间和不同人群之间的差距。特别是集中连片特殊困难地区的4000万儿童,在健康和 教育等方面的发展水平明显低于全国平均水平。统计数据显示,2015年农村与城市新 生儿死亡率分别为6.4%和3.3%,5岁以下儿童死亡率分别为12.9%和5.8%,农村新 生儿死亡率和5岁以下儿童死亡率分别是城市的1.9倍和2.2倍。各省(自治区、直辖 市)5岁以下儿童死亡率的比较发现,死亡率最高的省份(自治区、直辖市)比死亡率 最低的省份(自治区、直辖市)高8倍多。如果整个中国都能实现最低的死亡率,每年 将挽救 26.8 万儿童的牛命。2015 年 5 岁以下儿童死亡的主要原因是早产 / 低出生体重、 窒息/产伤、先天畸形、肺炎,新生儿死亡占5岁以下儿童死亡的比例为50.5%。而事 实上,其中75%的孕产妇和儿童死亡是由一些可以预防或治愈的原因或疾病所致。

国家卫生计生委卫生发展研究中心开展的中国卫生费用核算研究结果显示,受卫生筹资水平限制,我国儿童家庭卫生支出占儿童卫生费用的比重达到 40% 以上,相当一部分针对妇幼的基本医疗卫生服务还需自费,给家庭带来沉重负担。与此同时,一些地区(主要集中在中西部地区,农村和老少边穷地区)受经济社会发展水平、医疗

服务能力、卫生筹资模式和文化风俗等因素影响,一些有效干预措施无法贯彻落实, 影响了妇幼健康水平的提高^[1]。

世界卫生组织(WHO)一直以来极其重视妇幼健康有效干预措施的推广工作,于2011年发布了《全球母婴儿童生殖健康重点干预目录》,确定了60项确凿有效的干预活动,具有较强的针对性和指导性,旨在全球范围内进一步达成共识,实现资源有效配置,推进高效益的干预措施的推广与普及。目录中包括新生儿复苏、袋鼠式护理、母乳喂养、早开奶、儿童腹泻口服补液盐(ORS)治疗等具有低成本高收益,对于降低孕产妇和儿童死亡率的效果明显的干预措施,适宜在我国全面推广。但是,目前这些措施在我国各地区开展得很不平衡,尤其是贫困落后地区尚缺乏对这些措施的充分利用,有必要在全国尤其是在孕产妇和儿童死亡率高的贫困地区推广实施这些干预措施。

2015年9月联合国公布了全球可持续发展目标(2015—2030),将保障妇幼健康作为重要内容。中国作为主要倡导国之一,向国际社会做出庄严承诺,履行"2030可持续发展议程"。2015年十八届五中全会提出建设"健康中国"新目标,突出强调以人的健康为中心,大幅提高健康水平,显著改善健康公平。2014年国务院办公厅发布"国家贫困地区儿童发展规划(2014—2020年)",提出到2020年,集中连片特殊困难地区儿童发展的整体水平基本达到或接近全国平均水平。

因此,进一步采取措施以降低孕产妇死亡率和儿童死亡率、促进贫困地区儿童发展、切断贫困代际传递、提升妇幼健康水平、促进人口健康的可持续发展将成为未来五年医药卫生体系面临的重要议题。当前我国正着手设定和规则"十三五"国民经济与社会发展各领域发展目标,开展研究,将国际上推荐的降低孕产妇和儿童死亡率、促进儿童健康发展的、有循证依据的、低成本高效果的干预措施和我国实际情况相结合,制定我国儿童生存发展策略具有现实意义。

研究目的

将国际倡导的在降低儿童死亡、保护和促进儿童发展方面起到良好效果且成本低廉的策略和措施与中国实际情况相结合,提出适宜中国国情的降低5岁以下儿童死亡率、减少儿童疾病发生、促进儿童发展的干预策略和措施,深入分析这些干预策略和措施在实施过程中的动力和阻力因素、需要的环境和资源支持,同时,建立监测指标,评价策略措施的实施效果。

研究方法

1 资料来源

相关数据主要来源于全国妇幼卫生监测系统、联合国儿童基金会、世界卫生组织、国家卫生和计划生育委员会(以下简称国家卫生计生委)等机构网站公布的数据,以及国家卫生和计划生育统计年鉴、中国统计年鉴、调查地区统计年鉴和其他卫生统计资料等数据。文献资料来源于中国学术期刊网络出版总库(中国知网 CNKI)、维普期刊资源整合服务平台(VIP)、万方数据知识服务平台等数据库和 EBSCO、ProQuest、PubMed等中英文数据库,以及国内相关重要研究报告。干预措施的监测评价指标和儿童卫生费用的内容分别引用中国疾病预防控制中心妇幼保健中心《妇幼健康指标体系研究报告》和国家卫生计生委卫生发展研究中心《中国儿童卫生费用核算研究》的相关研究结果。

2 研究方法

2.1 文献分析法

查阅现有国内外妇幼卫生相关领域文献、国内政策文件、项目和课题研究报告等。 分析中国儿童的生存发展现状以及面临的挑战,总结目前中国现有的关于儿童生存发展的策略和措施,与国际进行比较,结合国际相关的研究成果,归纳提炼,初步提出干预措施服务包。

2.2 专家研讨

通过专题研讨会的形式,每次会议由 10~15 位妇幼卫生领域专家组成,对项目研究方案、研究报告框架、干预措施服务包及高效干预措施服务包、干预措施瓶颈分析等阶段性研究产出进行研讨论证。

2.3 专家咨询

通过咨询临床医学、公共卫生、妇幼保健、性病艾滋病等领域专家,确定干预措施服务包的目标人群、需求人群、措施覆盖面、干预措施相关的药品和检查项目等成本测算相关内容。

2.4 高效干预措施服务包成本测算相关方法

①成本测算法,利用"健康规划工具"(OHT)搭建妇幼保健高效干预措施服务包成本测算模型,并利用专家咨询获得的有关参数进行模型运算分析。②效果分析,利用 OHT 分析实施妇幼保健高效干预措施服务包可以降低儿童和孕产妇死亡率的效果,以可避免死亡数为分析单位。③成本效果分析,利用成本效果比分析,测算单个避免死亡数的成本情况。④情景分析法,按效果和成本效果情况划分不同的实施层次,分析高效干预措施服务包分层逐步推广的成本效果情况,为实际决策提供依据。

研究结果

1 现状分析

1.1 儿童健康状况

1.1.1 儿童死亡率

2000—2015年间,全国新生儿死亡率由22.8%下降至5.4%,下降了76.3%,平均年下降速度为9.2%;5岁以下儿童死亡率由39.7%下降至10.7%,下降了73.0%,年平均下降速度为8.4%(表1-1,图1-1)。5岁以下儿童死亡率于2008年提前实现了2015年联合国千年发展目标。2012年我国5岁以下儿童死亡率低于联合国儿童基金会估算的14%的水平。在所有有数据的195个国家中,按5岁以下儿童死亡率由高到低排序,我国5岁以下儿童死亡率排在第120位,但因我国人口基数大,2012年5岁以下儿童死亡人数分别占全球、东亚和太平洋地区5岁以下儿童死亡人数的4%和42%[2],与印度等5个国家共同构成了全球约1/2的5岁以下儿童死亡数。2013年,已完成《中国儿童发展纲要(2011—2020年》的5岁以下儿童死亡率控制在13%的目标。

年龄 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 新生儿 22.8 21.4 20.7 18.0 15.4 13.2 12.0 10.7 10.2 9.0 8.3 6.9 6.3 5.9 5.4 5 岁以下 39.7 35 9 34 9 29 9 25.0 22.5 20.6 18.1 18.5 17.2 164 15.6 13.2 12.0 11.7 10.7 儿童

表 1-1 2000—2015 年全国新生儿和 5 岁以下儿童死亡率 (%。)

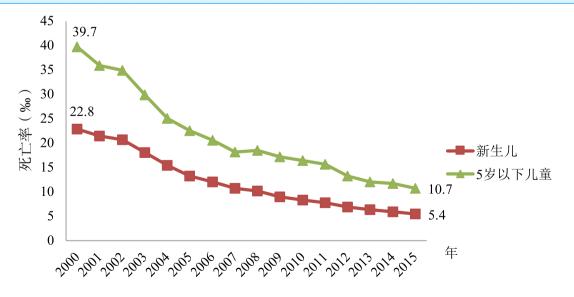


图 1-1 2000—2015 年全国新生儿和 5 岁以下儿童死亡率变化趋势

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.1.2 儿童死亡年龄和死因构成

1.1.2.1 5岁以下儿童死亡的年龄构成

2000—2015年,尽管我国新生儿死亡率以年平均 9.2%的速度持续降低,但新生儿死亡占 5 岁以下儿童死亡的比例仍较高 (50.5%),高于 2012 年全球新生儿死亡占 5 岁以下儿童死亡 44%的比例,被联合国千年发展目标倒计时委员会列为新生儿死亡占 5 岁以下儿童死亡超过 40%的 35 个优先干预国家之一^[3] (表 1-2)。

表 1-2 2000 年和 2015 年全国 5 岁以下儿童死亡的年龄构成(%)

年龄	2000 年	2015 年
婴儿*	84.0	75.8
新生儿	62.5	50.5
12~59个月	16.0	24.2
合计	100.0	100.0

*包括新生儿

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.1.2.2 5岁以下儿童死因构成

1.1.2.2.1 新生儿死因构成

近15年来,我国新生儿死亡的主要原因为早产/低出生体重和窒息/产伤。2015年,新生儿主要死因依次为早产/低出生体重(30.8%)、窒息/产伤(25.5%)、先天畸形(15.2%)、肺炎(8.6%)(表1-3,图1-2)。早产/低出生体重在死因中所占比例略有增加,先天畸形所占比例增高,窒息/产伤和感染性疾病(如肺炎、腹泻和破伤风)所占比例降低。与2012年全球新生儿死因构成相比^[2],脑膜炎/败血症占比相对较低,先天畸形占比相对较高,其他死因构成相似(图1-3)。

表 1-3 2000 年和 2015 年全国、城市和农村新生儿死因构成比(%)

死因 —		2000年		2015 年				
ማር [Δ]	全国	城市	农村	全国	城市	农村		
早产/低出生体重	29.1	28.9	29.1	30.8	28.6	31.3		
窒息/产伤	26.7	31.5	26.2	25.5	24.6	25.7		
先天畸形	12.6	21.6	11.8	15.2	19.7	14.1		
肺炎	14.8	8.5	15.3	8.6	8.0	8.7		
腹泻	1.4	0.5	1.5	0.5	0.2	0.6		
脑膜炎/败血症	1.7	1.2	1.8	2.6	3.9	2.4		
破伤风	0.8	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0		
新生儿其他感染性疾病	0.0	0.0	0.0	0.2	0.6	0.1		
其他疾病	12.9	7.8	13.3	16.6	14.4	17.1		
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		

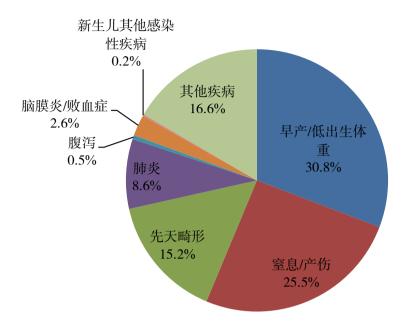


图 1-2 2015 年中国新生儿死因构成

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

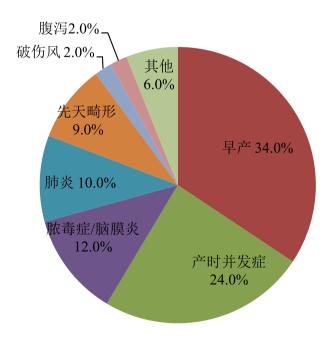


图 1-3 2012 年全球新生儿死因构成

数据来源: A Promise Renewed Progress Report 2013.UNICEF

根据 2012 年世界卫生组织《早产儿报告》^[4],全世界早产儿发生率为 11.1%,每年约有 1500 万早产儿出生,同期有超过 100 万患儿死于早产相关并发症。我国尚缺乏大规模早产儿流行病学调查数据,但多项研究结果显示,我国早产儿发生率正处于逐年上升趋势,无论城市、农村,早产均为儿童死亡的首位原因。2010—2011 年,23个省(自治区、直辖市)的 52 家医院调查结果早产儿发生率达 9.9%^[5]。近些年来早产发生率的增加与社会因素、环境暴露、辅助生殖技术的应用、多胎的增加、越来越多的产科干预、围产期医疗技术的发展等都有着密不可分的关系。因此,应不断提高早产干预技术的覆盖范围。一方面应进一步提高孕产期保健的服务提供和利用,定期对孕妇尤其是高龄孕妇进行产前检查并积极防止妊娠并发症和合并症,以降低早产儿发生率;另一方面应提高早产儿救治和护理水平,减少导致早产儿死亡的窒息、新生儿呼吸窘迫综合征、感染性肺炎等并发症的发生,确保针对早产儿的基本新生儿保健干预措施的实施(如早开奶、纯母乳喂养、袋鼠式护理法等),从而降低早产儿的病死率。

自2002年起,我国在农村地区实施"降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风项目" (以下简称"降消"项目),取得显著成绩,2012年,世界卫生组织宣布中国消除新生儿破伤风。自2004年起,原卫生部在20个"降消"项目省实施新生儿复苏培训项目,推广新生儿复苏适宜技术,出生窒息在城市新生儿的死因中由第1位下降至第2位,在全国新生儿死因中由第1位下降至第2位。2014年全国新生儿出生窒息死亡率较2000年下降7.1%,但由于我国人口基数大,按2014年出生人口1687万计算,出生窒息所致死亡新生儿人数仍达24684人,显示我国新生儿出生窒息死亡率仍有较大的下降空间。

1.1.2.2.2 1~11 月龄婴儿死因构成

2015年,全国1~11月龄婴儿死亡的主要原因为先天畸形(24.4%)、肺炎(27.7%)、伤害(14.6%)和腹泻(8.1%)。与2000年相比,先天畸形和伤害占比明显增加,而且伤害主要发生在农村地区;肺炎和腹泻占比有较明显的降低(表1-4,图1-4)。

死因		2000年		2015 年				
% [다	全国	城市	农村	全国	城市	农村		
先天畸形	13.0	40.0	11.5	24.4	29.4	23.3		
肺炎	35.6	21.9	36.3	27.7	18.5	29.5		
腹泻	15.2	2.9	15.9	8.1	1.6	9.4		
伤害	11.5	6.7	11.8	14.6	14.5	14.6		
脑膜炎/脑炎	3.0	1.0	3.1	1.4	0.8	1.5		
麻疹	0.2	0.0	0.3	0.3	0.8	0.2		
破伤风	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0		
其他感染性疾病	3.5	6.7	3.3	3.1	4.8	2.8		
其他慢性病(NCD)	12.8	17.1	12.5	12.6	17.7	11.6		
其他疾病	5.0	3.8	5.1	7.9	11.7	7.1		
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		

表 1-4 2000 和 2015 年全国、城市和农村 1~11 月龄婴儿死因构成比(%)

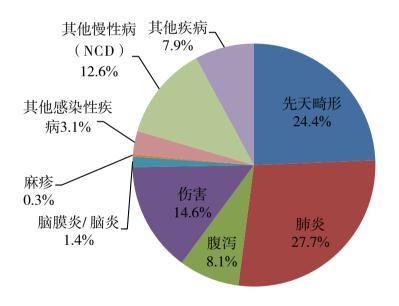


图 1-4 2015 年中国 1~11 月龄婴儿死因构成

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.1.2.2.3 1~4 岁儿童死因构成

2015年,1~4岁儿童死亡主要原因依次为伤害(50.9%)、其他慢性病(19.2%)、 先天畸形(9.2%)和肺炎(9.2%)(表1-5,图1-5)。近年来,伤害仍为1~4岁儿 童死亡的首位原因,且较2000年有所增高,其占比达50.9%,提示儿童伤害干预迫在 眉睫。同时,其他慢性病的占比略有增加,特别是在城市中,已成为城市儿童死亡的主要原因。尽管肺炎和腹泻等感染性疾病的构成明显降低,但是感染性疾病仍然是造成1岁以上儿童死亡的主要原因。

表 1-5	2000 和 2015 年全国。	城市和农村 1~4 岁儿童主要死因构成比(%)
10 1 3	2000 18 2013 T	. ~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	' /

死因		2000年		2015 年				
9° (A)	全国	城市	农村	全国	城市	农村		
伤害	45.4	32.9	46.0	50.9	41.7	52.3		
肺炎	16.8	2.6	17.5	9.2	7.7	9.5		
腹泻	8.6	2.6	8.9	2.6	1.8	2.7		
先天畸形	7.8	19.7	7.2	9.2	10.7	8.9		
脑膜炎	4.1	3.9	4.1	2.1	1.2	2.2		
麻疹	0.0	0.0	0.0	0	0	0		
其他感染性疾病	2.2	3.9	2.1	3.7	6.5	3.3		
其他慢性病(NCD)	14.4	34.2	13.4	19.2	26.2	18.2		
其他疾病	0.7	0.0	0.7	3.1	4.2	2.9		
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		

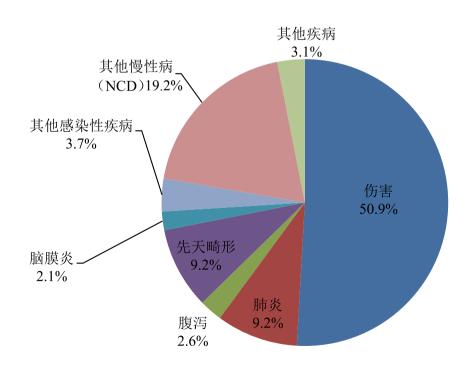


图 1-5 2015 年中国 1~4 岁儿童死因构成

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.1.3 出生缺陷现状

2015年,先天性心脏病、多指(趾)、总唇裂、马蹄内翻足和先天性脑积水是围产儿前5位高发出生缺陷,发生率分别是66.5/万、18.1/万、7.4/万、6.2/万、5.3/万。自2005年起,先天性心脏病一直是我国围产儿首位高发出生缺陷,2015年的发生率比2014年上升了27.7%。

1.1.4 儿童伤害现状

1.1.4.1 儿童伤害总死亡率

2014年,中国 0 岁组儿童伤害死亡率是 61.5/10 万, 1~4 岁组儿童伤害死亡率是 32.2/10 万。以 2010年人口普查婴儿数和 1~4 岁儿童数推算,估计每年有 8479 名婴儿和 19 882 名 1~4 岁的儿童因伤害死亡。农村的儿童伤害死亡占比远高于城市,男性高于女性(图 1-6 和图 1-7)。

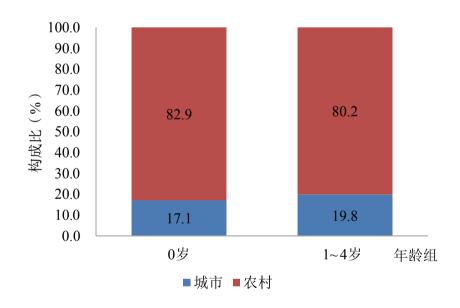


图 1-6 2014 年中国 5 岁以下儿童伤害死亡城乡构成

数据来源: 2014年全国死因监测系统

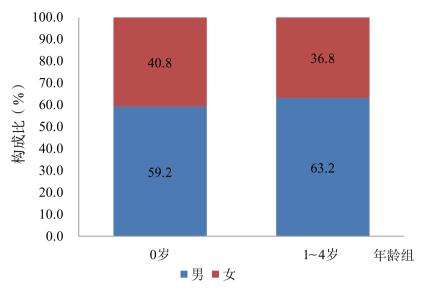


图 1-7 2014 年中国 5 岁以下儿童伤害死亡性别构成

数据来源: 2014年全国死因监测系统

1.1.4.2 儿童伤害死因构成

2014年全国死因监测系统监测结果显示,导致 0 岁儿童伤害的前 5 位死因依次为非故意窒息、道路交通伤害、跌落、溺水和中毒, 0 岁组婴儿非故意窒息死亡人数占该年龄组儿童伤害死亡人数的 67.0%(图 1-8)。1~4 岁儿童伤害的前 5 位死因依次为溺水、道路交通伤害、跌落、中毒和火灾(图 1-9)。溺水是 1~4 岁儿童伤害死亡最主要原因,死亡率为 13.0/10 万,按照 2010 年 1~4 岁儿童人口数推算,每年全国有8008 名 1~4 岁儿童因溺水死亡。

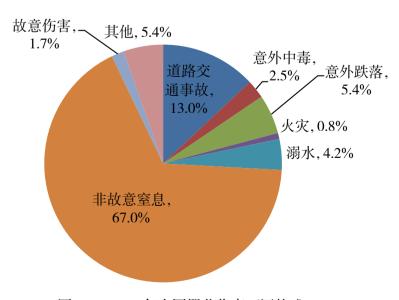


图 1-8 2014 年全国婴儿伤害死因构成

数据来源: 2014年全国死因监测系统

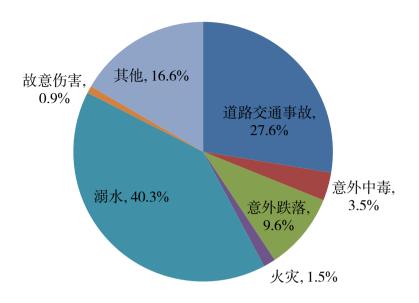


图 9 2014 年全国 1~4 岁儿童伤害死因构成

数据来源: 2014年全国死因监测系统

1.1.5 儿童患病现状

1.1.5.1 急性呼吸道感染和腹泻患病现状

急性呼吸道感染和腹泻是我国 5 岁以下儿童患病率最高的感染性疾病。2013 年第五次中国卫生服务调查^[6] 结果显示,5 岁以下儿童总的两周患病率为 10.6%,城市和农村分别为 11.5% 和 9.9%,其中 1 岁组最高,为 12.5%。0 岁组两周患病率农村高于城市,其他年龄组均为城市高于农村(表 1-6)。

5岁以下儿童急性呼吸道疾病的两周患病率为8.6%,其中1岁组最高,为10.0%,城市和农村相近,分别为10.0%和10.1%。因此,无论城市还是农村,都应将1~2岁儿童作为急性呼吸道疾病预防控制的重点人群。5岁以下儿童腹泻的两周患病率为0.6%,农村稍高于城市(表1-7)。

/ 止入	<u> </u>		城	市			农村			
年龄	合计	小计	东部	中部	西部	小计	东部	中部	西部	
0 岁	9.6	8.7	6.2	7.8	11.5	10.4	10.6	12.0	9.0	
1岁	12.5	12.9	11.7	11.2	15.6	12.2	17.0	13.0	7.4	
2岁	11.0	13.4	11.5	9.8	18.1	9.3	12.3	9.0	7.3	
3 岁	11.1	13.1	10.6	10.9	17.0	9.6	12.3	9.6	7.6	
4 岁	8.4	9.4	9.8	5.8	12.7	7.7	10.8	8.1	4.7	
合计	10.6	11.5	9.9	9.1	14.9	9.9	12.7	10.3	7.2	

表 1-6 调查地区 5 岁以下儿童两周患病率 (%)

数据来源:第五次国家卫生服务调查分析报告

年龄	ΔIJ		城	市		农村			
一 一时	合计	小计	东部	中部	西部	小计	东部	中部	西部
急性呼吸道疾病	8.6	9.7	7.8	8.2	12.5	7.9	10.5	8.1	5.5
0岁	7.2	6.8	4.5	6.5	9.1	7.5	7.1	8.4	7.2
1岁	10.0	10.0	7.8	9.6	12.0	10.1	14.6	10.5	5.9
2岁	9.3	11.7	10.3	8.4	15.8	7.7	11.3	6.9	5.7
3 岁	9.3	11.9	9.2	10.9	14.9	7.5	9.8	8.0	5.3
4岁	7.0	8.0	7.7	5.4	10.9	6.3	9.1	6.7	3.6
腹泻	0.6	0.5	0.7	0.3	0.7	0.6	0.6	0.6	0.7

表 1-7 调查地区 5 岁以下儿童两周急性呼吸道疾病及腹泻患病率(%)

数据来源:第五次国家卫生服务调查分析报告

1.1.5.2 传染性疾病患病现状

中国在降低可预防的传染病方面取得了巨大的成绩。自1994年9月我国发现1例由本土脊髓灰质炎野病毒引起的病例后,未再发现本土脊髓灰质炎野病毒病例。

1.1.5.2.1 儿童乙肝、麻疹、流脑患病现状

据 2006 年《全国人群乙型病毒性肝炎血清流行病学调查结果报告》 [7] 显示, 我国人群 HBSAg 阳性率从 1992 年的 9.8% 下降至 7.2%; 1~4 岁、5~14 岁组 HBSAg 阳性率分别由 1992 年的 9.7% 和 10.2%, 降至 1.1% 和 2.1%。2010 年中国疾病预防控制信息系统网络直报的乙肝流行病学特征分析显示,全人群报告急性乙肝发病率从 2005年的 7.5/10 万下降至 2010年的 5.6/10 万, <15 岁病例构成由 5.6% 下降到 1.9% [8], <15 岁人群急性乙肝发病率从 2005年的 1.2/10 万下降到 2010年的 0.5/10 万。

九省麻疹监测系统报告结果显示,2000年全国麻疹发病率为6/10万^[9]。2010年在全国范围开展麻疹疫苗强化免疫活动,累计报告接种目标儿童1.03亿人次。2011年全国报告麻疹发病率为0.7/10万^[10],比2000年下降87.7%。<1岁、2~6岁分别占总病例的53.9%和13.4%。但是2013年全国麻疹报告发病率和死亡率分别上升344.9%和200.0%,麻疹发病率和死亡率的上升提示消除麻疹的艰巨性。

自20世纪80年代全国普种A群流行性脑脊髓膜炎(流脑)多糖疫苗(MPV)以来,流脑发病率逐年下降[11]。2000年以后下降至0.2/10万以下水平,2009年下降至0.05/10万的较低水平。

这些成绩的取得与我国儿童免疫政策的不断完善密切相关。2000年以来,我国以实现普及儿童免疫为目标,在巩固和保持高接种率的基础上,控制和消灭传染病。先后实现了以省、县、乡为单位儿童计划免疫疫苗接种率达到85%的目标。2001年12

月,经国务院批准,乙肝疫苗纳入儿童计划免疫。作为落实深化医药卫生体制改革、实现公共卫生服务均等化的一项重点工作,2009—2011年连续3年在全国范围内对1994—2001年出生的未免疫人群(即15岁以下人群)实施乙肝疫苗接种。2010年,整合开展预防获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)、梅毒和乙肝母婴传播工作,在新生儿出生后接种乙肝疫苗的基础上,为全国所有乙肝表面抗原阳性产妇所生新生儿免费注射乙肝免疫球蛋白,进一步提高了预防乙肝母婴传播效果。

1.1.5.2.2 艾滋病、梅毒母婴传播情况

近年来,我国预防艾滋病、梅毒母婴传播形势严峻。我国由于人口基数大,随着工作覆盖面快速扩大,同时受到疾病疫情影响,发现的感染孕产妇人群数量多且呈逐年增加趋势。尽管如此,我国的艾滋病母婴传播率从开展预防母婴传播工作前的34.8%降至2014年的6.1%。自2010年整合开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作以来,先天梅毒报告病例数增长趋势得到扭转,近3年来呈持续下降趋势。2014年,先天梅毒报告发病率为61.6/10万活产,比2011年下降了22.0%。

1.1.5.2.3 其他传染性疾病患病情况

2012年儿童手足口病发病人数 2 168 737, 死亡人数 567, 病死率为 2.6/ 万, 是丙类传染病中死亡数最多的疾病, 因此制定手足口病的免疫预防策略措施至关重要。

1.1.5.3 新生儿苯丙酮尿症和先天性甲状腺功能减退患病现状

2012年全国通过新生儿疾病筛查共确诊苯丙酮尿症(PKU)患儿 879名,发病率为 0.7/万,先天性甲状腺功能减退(CH)患儿 5004名,发病率 3.8/万,PKU发病率较高的省份主要集中在西北地区,包括青海、宁夏、甘肃、内蒙古,其中青海发病率最高,为 3.7/万, CH发病率较高的省份主要集中在南方和东部沿海地区,其中浙江和福建两省发病率最高,分别为 6.2/万和 5.8/万。

1.1.5.4 儿童残疾患病现状

2006年,第二次全国残疾人抽样调查结果显示,全国约有0~6岁残疾儿童167.8万, 现患率为1.7%。视力、听力、言语、肢体、智力和精神残疾儿童人数分别为9.7万、13.7万、54.0万、31.4万、118.8万和11.1万。

1.1.6 儿童营养状况

1.1.6.1 5岁以下儿童生长迟缓率

近年来,我国5岁以下儿童生长迟缓率明显下降,以农村地区更为突出。2013年生长迟缓率为8.1%,比2000年降低了59.5%。其中,城市为4.3%,基本保持稳定;

农村为 11.2%, 比 2000 年降低了 55.7%; 贫困农村为 18.7%, 比 2000 年降低了 49.3%^[12] (图 1-10)。

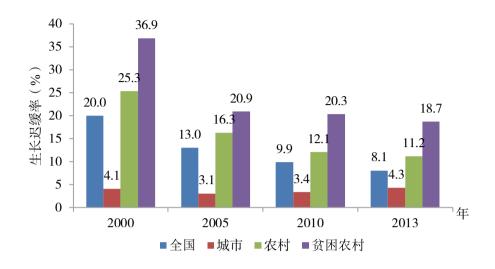


图 1-10 不同年度城市、农村 5 岁以下儿童生长迟缓率比较

数据来源:国家食物与营养监测系统和中国居民营养与健康状况监测

1.1.6.2 5岁以下儿童超重 / 肥胖率

2000—2010年,我国 5 岁以下儿童的超重率显著增加,不仅城市儿童超重和肥胖问题日益突出,5 岁以下儿童超重率由 3.6% 上升到 8.5%,农村儿童超重和肥胖问题也逐渐显现,由 2.9% 上升到 6.5% [13](图 1-11)。

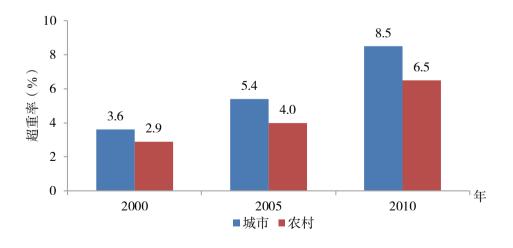


图 1-11 不同年度城市、农村 5 岁以下儿童超重率比较

数据来源: 国家食物与营养监测系统

1.1.6.3 儿童贫血患病情况

贫血,尤其是缺铁性贫血是我国儿童最常见的营养缺乏性疾病,农村儿童贫血问题较城市更为严重。6~24 月龄儿童贫血患病率最高,2~3 岁是一个平台期,3 岁以后逐渐降低^[14]。2000—2005 年,我国 5 岁以下儿童贫血患病率徘徊在 19%~23% 之间。2005 年开始下降,从 19.3% 下降到 2010 年的 12.6%,其中,城市由 11.3% 下降到10.3%,下降了8.8%;农村由 21.9% 下降到13.3%,下降了39.3%(图 1-12)。

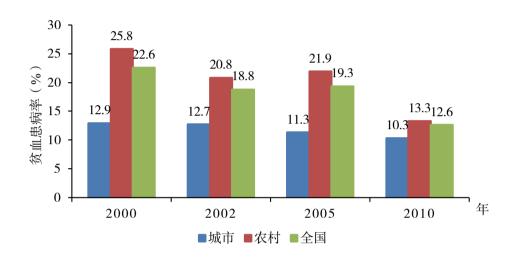


图 1-12 不同年度城市、农村 5 岁以下儿童贫血患病率比较

数据来源: 国家食物与营养监测系统和中国居民营养与健康状况

1.2 儿童保健服务提供和利用情况

1.2.1 儿童保健服务覆盖情况

1.2.1.1 新生儿访视及新生儿疾病筛查情况

2000—2015年,全国新生儿访视率由85.6%上升至94.3%,其中城市为95.2%,农村为93.6%。2014年全国新生儿苯丙酮尿症筛查率为89.7%,新生儿甲状腺功能减退筛查率为89.6%,新生儿听力筛查率为77.4%。

1.2.1.2 婴幼儿喂养情况

第五次卫生服务调查显示,2013年调查地区母乳喂养率为84.6%。

6~8 月龄的儿童要在母乳喂养的同时添加辅食,49.2%的儿童在6~8 月龄适时添加了辅食,农村高于城市,分别为51.1%和46.6%,中部农村6~8 月龄的辅食添加率最高,为56.6%(表1-8)。

指标	Д Ш		城	市		农村			
	合计	小计	东部	中部	西部	小计	东部	中部	西部
母乳喂养率	84.6	83.5	86.2	79.6	85.0	85.4	87.0	79.4	89.7
6~8月龄辅食添加率	49.2	46.6	40.6	48.8	49.2	51.1	45.0	56.6	51.2

表 1-8 调查地区婴幼儿喂养率(%)

1.2.1.3 儿童免疫接种

2011年中国扩大国家免疫规划疫苗(第一类疫苗)接种率调查分析结果显示^[15],3剂口服脊髓灰质炎减毒活疫苗(OPV3)、1剂卡介苗、3剂白喉-百日咳-破伤风联合疫苗(DPT3)、1剂含麻疹成分疫苗(MCV1)(以上简称四苗)、3剂乙肝疫苗(HepB3)(以上简称五苗)的单种疫苗的全程免疫接种率分别为99.7%、99.8%、99.4%、99.4%和99.5%,四苗和五苗的全程接种率分别为98.9%和98.7%。

结合 2011 年中国扩大国家免疫规划接种率调查 [16], 入户调查共计 4681 名 1~2 岁儿童, 有 61.4% 儿童接种过水痘减毒活疫苗等第二类疫苗, 其中水痘减毒活疫苗、B型流感嗜血杆菌疫苗、口服轮状病毒疫苗、7 价肺炎结合疫苗的接种率分别为 46.9%、45.3%、23.7% 和 9.9%。

1.2.2 儿童卫生服务利用情况

1.2.2.1 5岁以下儿童两周患病就诊情况

第五次全国卫生服务调查显示,两周患病的5岁以下儿童在医生指导下的治疗率为86.2%,城市和农村分别为84.2%和87.9%。

1.2.2.2 5岁以下儿童死前就诊情况

2016年全国妇幼卫生信息分析报告数据显示,2015年,全国、城市、农村5岁以下儿童死前接受住院治疗(住院和门诊治疗)的比例分别是79.4%、82.8%和77.8%。全国5岁以下儿童死前接受治疗的比例由2000年的83.1%提高到2015年的87.8%,但2015年仍有12.2%的儿童死前未接受任何治疗。

1.2.3 卫生服务可及性

第五次卫生服务调查的数据显示,63.9%的家庭距离最近医疗卫生机构在1千米以内;3.4%的家庭距离最近医疗卫生机构的距离在5千米以上。城市居民距离最近医疗卫生机构不足1千米的比例为71.0%,高于农村的56.7%。

2008年和2011年我国的医疗保险覆盖率分别达到了88%和96%,但是2008年 婴幼儿医疗保险覆盖率只有50%,住院补偿比例仍低于50%。医疗支出占家庭支出 的比例由 2008 年的 12% 增长至 2011 年的 12.9%; 贫困家庭孕产妇医疗费用负担增至 35%, 但是富裕家庭该比例降至 20%。受直接或间接费用(分娩费用、交通和住宿费用)的影响, 我国西藏和四川凉山地区住院分娩率仍然低于 50%。

部分少数民族地区和偏远山区,受到风俗习惯和当地文化的影响,仍有许多孕产妇不接受产前检查和住院分娩服务。

1.2.4 新生儿保健服务质量

2010年中国疾病预防控制中心妇幼保健中心对国内助产机构的调查结果显示,有59.9%的机构仅能够提供基本新生儿科服务;30%的机构能够提供综合新生儿科服务,15.1%的机构能够同时提供基本产科和基本新生儿科服务,24.5%的机构能够同时提供综合产科和综合新生儿科服务。

1.3 影响儿童健康的相关因素

1.3.1 儿童营养缺乏

1.3.1.1 儿童碘缺乏

孕妇、哺乳期妇女及婴幼儿碘缺乏均会对儿童产生严重危害,如流产、死胎、先天畸形、围生期死亡率增高,婴幼儿甲状腺肿、甲状腺功能减退、克汀病、智力发育障碍、体格发育障碍等。

我国自1995年起实行全民普遍食盐碘化政策,2010年全国居民合格碘盐食用率由1995年的39.9%^[17]上升到96.6%^[18],全国8~10岁儿童甲状腺肿大率呈持续下降的趋势,由1995年的20.4%下降至2010年的4.4%,在全国水平上实现了消除碘缺乏病的目标。

自 2009 年起,通过在碘缺乏病高危地区对新婚育龄妇女、领取生育指标的妇女、孕妇和哺乳期妇女等重点人群,适时采取应急强化补碘措施,有效阻断了缺碘危害,最大限度地保护了高危地区人群的健康^[19]。

1.3.1.2 儿童维生素 A 缺乏

维生素 A 缺乏可导致儿童夜盲症、视力减退甚至失明,同时也是增加儿童严重感染性疾病危险和死亡风险的主要原因之一,为世界四大营养缺乏病之一。2006 年 5 岁以下儿童维生素 A 缺乏率由 2000 年的 11.9% [20] 降至 9.1% [21],改善不明显。我国 5 岁以下儿童维生素 A 边缘性缺乏率一直较高,2000 年为 39.2%,2006 年为 41.8%。调查显示,农村、边远地区是我国儿童维生素 A 缺乏的重点地区,应重点干预。

研究显示 [22], 补充维生素 A 制剂、食用维生素 A 强化食品、多进食富含维生素 A 的膳食,以及加强维生素 A 缺乏的营养教育和宣传是改善儿童维生素 A 缺乏现状的有效措施。目前我国尚未颁布儿童维生素 A 补服的标准及相关政策,也未在全国开展广泛的维生素 A 补充于预措施。

1.3.1.3 儿童锌缺乏

缺锌可导致婴幼儿神经功能发育迟缓、生长发育停滞、性发育迟缓、贫血、溃疡、脱发等疾病的发生,尤其对婴幼儿生长发育影响极大,严重时可导致缺锌性侏儒(又称伊朗乡村病)。全国妇联儿童工作部发布的《中国居民营养与健康现状》报告显示我国 2~6 岁儿童的缺锌比例为 39.0%,在被调查的 31 个省(自治区、直辖市),60.0%的儿童每日摄入的锌不足 WHO 推荐量的一半。婴幼儿缺锌的可能原因是母亲怀孕时缺锌致使母乳中锌含量偏低,以及婴幼儿从食物中摄入的锌量偏低。

1.3.2 孕产妇健康状况

1.3.2.1 孕产期保健服务覆盖

1.3.2.1.1 住院分娩率

2015年住院分娩率全国为99.7%,其中,城市为99.9%,农村为99.5%(图1-13),已达到《中国妇女发展纲要(2011—2020年)》提出的目标"全国孕产妇住院分娩率达到98.0%以上"。

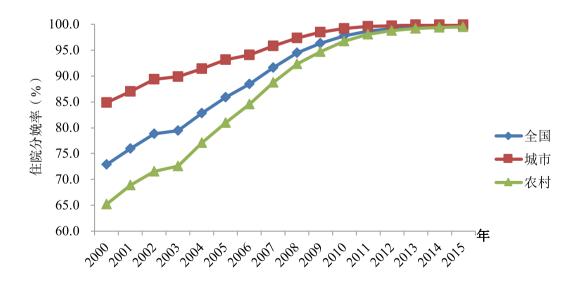


图 1-13 2000—2015 年全国住院分娩率变化趋势

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.3.2.1.2 产前检查次数

产前检查率指怀孕期间接受过一次及以上产前检查的产妇人数占产妇总人数的比例。 第五次卫生服务调查产前检查率为 97.8%,城市和农村分别为 98.4% 和 97.3%。产前检查 率在城市、农村之间及东、中、西部地区之间差异不明显,均处于较高水平(表 1-9)。

立	<u>Д</u>		城	市		农村			
产前检查次数 / 检查率	合计	小计	东部	中部	西部	小计	东部	中部	西部
平均次数(次)	6.3	7.4	8.4	6.5	7.4	5.4	6.3	4.8	5.2
产前检查≥1次(%)	97.8	98.4	99.2	97.9	98.2	97.3	98.4	97.4	96.4
产前检查≥5次(%)	69.1	77.4	85.8	68.6	78.3	61.9	74.0	55.2	57.1

表 1-9 调查地区孕产妇产前检查次数及产前检查率(%)

第五次卫生服务调查发现,5年内有过分娩的产妇中,平均检查次数为6.3次,城市和农村分别为7.4次和5.4次。按照我国孕产妇系统保健管理的要求,孕产妇至少要接受5次产前检查。调查结果显示,5次及以上的产前检查率为69.1%,城市为77.4%,农村为61.9%。平均产前检查次数和5次及以上产前检查率在城市、农村之间及地区之间的差异均较明显,城市高于农村,东部地区最高,其次为西部地区,中部地区最低(表1-9)。

1.3.2.1.3 主要产前检查项目检查率

产前检查中,血常规、血压、尿常规和B超是必须检查的项目。第五次卫生服务调查结果显示,B超检查的比例最高,达到98.5%,城市、农村和东、中部地区差异均不明显,其次为血压(97.1%),血常规检查的比例最低,为92.4%,城市、农村和东、中、西部地区间差异明显,城市高于农村,东部地区最高,中、西部农村最低。血常规、血压、尿常规和B超四项检查都做过的比例为90.7%,城市为94.4%,农村为87.4%,城市、农村和东、中、西部地区间差异明显,城市高于农村,在城市,东部城市最高,其次为西部城市,中部城市最低;在农村,东部农村最高,中部农村和西部农村差异不明显(表1-10)。

₹ 1-10 J	四旦(于)	归牛	火化业工具工	11 32 M. 2	友 口 似 但	上午 (70	,			
产前检查项目	<u> Д</u>	城市					农村			
厂削엔重坝日	合计	小计	东部	中部	西部	小计	东部	中部	西部	
血常规	92.4	95.7	97.7	93.3	96.1	89.5	92.6	88.6	87.7	
血压	97.1	98.0	98.9	97.2	97.9	96.3	96.9	95.6	96.3	
尿常规	94.1	96.2	98.1	94.1	96.7	92.1	93.1	91.6	91.7	
B超	98.5	98.9	99.5	98.1	99.1	98.2	98.7	98.2	97.7	
血常规 + 血压 + 尿常规 +B 超	90.7	94.4	97.3	91.3	94.8	87.4	90.8	85.9	85.6	

表 1-10 调查孕产妇单项检查和多项复合检查率 (%)

1.3.2.1.4 孕产妇叶酸补服率

为加大出生缺陷干预工作,降低我国神经管缺陷发生率,提高出生人口素质,国家卫生计生委从 2009 年开始实施增补叶酸预防神经管缺陷项目,利用中央专项补助经费,对全国准备怀孕的农村妇女免费增补叶酸,预防神经管缺陷,2015 年为 1083.7 万名农村生育妇女补服叶酸。2011 年全国医疗改革评估报告显示,15~49 岁已婚妇女中服用过叶酸的比例为 61.5%,城市为 72.7%,农村为 58.4%。服用时间构成:在怀孕前 3 个月内服用的占 51.5%,孕早期 3 个月内服用的占 36.4%。城市、农村在服用叶酸的时间构成上差异不大。随着该项目的实施开展,相关数据显示我国新生儿神经管缺陷发生率明显下降,从 2000 年的 11.96/ 万下降到 2015 年的 2.18/ 万。

1.3.2.1.5 孕产妇艾滋病、梅毒、乙肝检测率及预防母婴传播干预服务覆盖率

2010 年整合开展预防母婴传播工作以来,全国孕产妇艾滋病、梅毒、乙肝检测率迅速上升,2015 年该项工作已经覆盖全国所有省(自治区、直辖市)、市、县(区)。2015 年,孕产妇艾滋病、梅毒和乙肝的检测率分别提高到98.6%、98.9%和99.1%。同时,预防母婴传播综合干预措施全面落实,服务指标明显改善。从2005 年到2014年,艾滋病感染孕产妇抗病毒用药率从64.6%提高到82.6%,艾滋病感染孕产妇所生儿童抗病毒用药率从77.2%提高到91.7%,艾滋病感染孕产妇住院分娩率从93.7%提高到97.4%,艾滋病感染孕产妇所生儿童6月龄内的人工喂养比例从87.3%提高到97.5%。从2011年到2014年,梅毒感染孕产妇治疗率从48.0%提高到68.1%,部分省份治疗率已达到80.0%以上。在乙肝感染孕产妇所生儿童中,乙肝免疫球蛋白注射率持续维持在较高水平,2014年为98.7%。

1.3.2.2 孕产妇患病情况

1.3.2.2.1 孕产妇贫血患病率

妊娠合并贫血属高危妊娠范畴,是妊娠期最常见的并发症。研究表明^[23],孕期铁缺乏与早产、低出生体重以及孕期体重增长不足有关。2012年全国孕产妇贫血(血红蛋白含量<110克/升)的患病率为17.2%,其中城市为17.0%,农村为17.5%。与2002年相比,孕产妇贫血患病率下降11.7%。

1.3.2.2.2 孕产妇艾滋病、乙肝、梅毒感染率

我国艾滋病、梅毒和乙肝流行疫情十分严峻,近年来孕产妇三种疾病感染水平无明显变化。由于人口基数大,随着孕产妇三种疾病检测率迅速提高,发现的感染孕产妇数量众多且呈逐年增加的趋势。

根据《2011年中国艾滋病疫情评估报告》,我国孕产妇人类免疫缺陷病毒(HIV) 抗体阳性率为 0.31%~1.86%。艾滋病感染孕产妇呈现以下特点:年龄主要为 25~35 岁, 受教育程度普遍较低,家庭生活贫困,多为农民或无业人员;绝大多数通过性传播途 径感染艾滋病病毒;有较明显的地域分布特征。

1.3.2.2.3 孕产妇风疹患病率

风疹是由风疹病毒引起的急性呼吸道传染病,孕妇妊娠早期感染风疹病毒会引起死胎、流产或先天性风疹综合征,对优生优育产生重大威胁^[24]。2004年我国对山东省、贵州省、内蒙古自治区、青海省、北京市、深圳市、西安市育龄妇女进行风疹病毒感染的血清学调查检测,结果显示中国对风疹病毒无保护能力的育龄妇女占 17.1%^[25]。陕西省在 2006年开展的对 20~40 岁育龄期妇女风疹免疫球蛋白 G (IgG) 抗体水平随机抽样调查显示,陕西省育龄妇女风疹抗体水平随年龄增长而下降,反映出育龄期风疹抗体水平并不是一个随着自然感染机会的逐年累加而持续升高的过程^[26]。山东省已婚育龄妇女风疹病毒感染率为 2.7%^[27]。甘肃省的调查结果表明,妊娠前期妇女风疹病毒感染率为 88.8%^[28]。

1.3.2.3 产时保健服务质量

根据 2010 年中国疾病预防控制中心妇幼保健中心对国内助产机构的调查显示, 在调查的 3201 所助产机构中,有 20.1% 的机构仅能够提供基本产科服务;仅 48.5% 的机构能够提供综合产科服务。

1.3.3 水、环境和个人卫生状况

1.3.3.1 饮用水安全现状

2008 年第四次国家卫生服务调查结果显示^[29],我国大、中城市自来水普及率均在 90%以上,而农村地区饮用自来水的比例为 42.0%,不安全饮水(如江河湖、塘沟渠、宅沟水等)方式占 14.2%。随着人口的快速增长和工农业生产的迅速发展,污水大量排放,我国水环境污染形势也日益严重,为居民饮水安全带来威胁。2006—2007 年全国爱国卫生运动委员会、原卫生部开展的全国农村饮用水与环境卫生现状调查结果显示^[30],我国农村生活饮用水水源主要以地下水为主,饮用地下水的人口占 74.9%,饮用地面水人口占 25.1%;农村生活饮用水未达到基本卫生安全的为 44.4%,农村饮用水中因细菌总数和总大肠菌群所引起的水质微生物指标超标率为 25.9%,农村饮用水消毒率低是导致饮用水的微生物指标超标的主要原因。

截至 2015 年底, 我国农村集中式供水受益人口比例提高到 82.0%, 农村自来水普

及率达到 76.0%, 供水水质明显提高。"十三五"期间, 我国将启动实施农村饮水安全巩固提升工程, 到 2020年,农村自来水普及率力争达到 80%以上,集中供水率达到 85.0%以上。

1.3.3.2 环境卫生与个人卫生现状

基本的环境卫生条件和良好的卫生行为对儿童的健康、安全和发展至关重要。 2008 年第四次国家卫生服务调查结果显示,在城市地区,85.9%的住户使用的是完整下水道水冲式厕所。而农村地区卫生厕所的覆盖率仅为43.3%。从总体上来看,农村改厕的任务十分艰巨,尤其是经济不发达的农村。2007年的一项调查发现^[31],中国农村学校环境卫生设施问题仍然严重,只有32%的学校有卫生公厕,大部分学校缺乏洗手设施。另一项2010年的调查发现,仅有31%的乡镇卫生院有室内厕所,且室内厕所洗手设施配备率只有55%。

2000年以来,中国不断加大农村改厕工作经费投入。2004年开始,中央补助地方公共卫生专项资金用于支持农村改厕工作。2009年,中国深化医药卫生体制改革,将农村改厕列入医改重大公共卫生服务项目,中央财政进一步加大投入。截至2014年底,中国农村卫生厕所普及率提高到76.1%^[32](图1-14)。

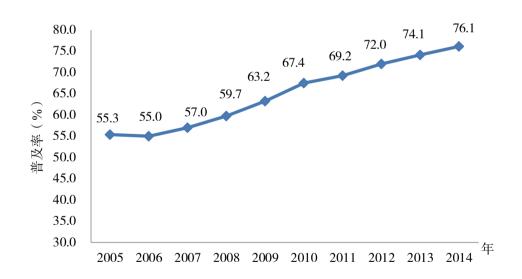


图 1-14 2005—2014 年中国农村卫生厕所普及率变化趋势

数据来源: 2015年中国卫生和计划生育统计年鉴

无论是成人或儿童养成良好的个人卫生习惯,对预防疾病都能够起到很好的作用。 研究显示^[33],接生员在开始助产前洗手,可以将新生儿死亡率降低19%,而如果母亲 在接触新生儿前洗手,可以使新生儿死亡风险减少44%。但是,2011年全国居民洗手 状况白皮书公布的对北京、辽宁、浙江等5省市居民的调查结果显示,我国居民的正确洗手率仅为4%。

1.3.3.3 水、环境卫生和个人卫生对儿童健康的影响

1.3.3.3.1 儿童患地方病情况

1.3.3.3.1.1 地方性砷中毒

近年来饮水中砷过量对人群健康的损害越来越引起国际社会的关注。中国、印度、孟加拉、智利、阿根廷等 20 余个国家均报道过饮水型砷中毒。饮水中的砷对人体造成的健康损害是多方面的,不仅可引起典型的砷性皮肤损伤(掌跖角化、色素沉着和脱失),而且可以造成呼吸系统、消化系统、心血管系统及神经系统等多器官多系统的损害,增加孕妇流产的风险,导致儿童智力低下、上课精力不集中,更重要的是其远期效应可以引起癌症。

中国大陆自1983年在新疆发现饮水型砷中毒后,又在内蒙古、山西、宁夏、吉林、青海等省区发现地方性饮水型砷中毒,病区涉及面积广、人口多,病情严重。到目前为止,病区砷暴露人群已超过200万人,确诊病人已近10000人。近几年开展的调查工作表明,新的地方性砷中毒病区不断被发现;在除砷改水的地区,地方性砷中毒虽然有所遏制,但并没有因局部地区饮用水的改善而被终止,地方性砷中毒患者仍在不断增加。

1.3.3.3.1.2 地方性氟中毒和龋齿

氟是人体不可缺少的一种微量元素,但是氟对机体具有双重性,低浓度时既利于 骨骼生长发育,还有防龋功能;高浓度则相反,轻者可造成氟斑牙,重者可导致氟骨 症,使人完全丧失劳动能力,对婴幼儿和生长期儿童的影响更大。许多国家先后在饮 用水中加氟以预防龋齿,特别是预防儿童龋齿的发生。但在饮水加氟预防龋齿的同时, 许多地方氟斑牙的患病率明显上升。

截至 2010 年底,在我国 28 个省(自治区、直辖市)及新疆生产建设兵团一共有饮水型氟中毒病区村 8.7 万个,涉及人口 7713 万人,病区村改水率为 81.9%。2010—2011 年监测结果显示,在改水工程运转正常且水氟含量合格村氟斑牙检出率较高的省份有天津、四川、河南、山东;而在未改水村氟斑牙检出率较高的省份有陕西、河北、天津和江苏。横向看,全国已改水村在改水工程正常且水氟合格的情况下,儿童氟斑牙检出率明显下降,说明改水降氟是防治饮水型氟中毒的有效措施。

1.3.3.3.2 儿童铅中毒患病率

2004年王舜钦等人研究发现^[34], 我国 0~6岁儿童血铅平均值为 92.9 mg/L, 铅中

毒率为33.8%,这一水平明显高于美国、加拿大等国家。儿童血铅水平及铅中毒随着年龄增大呈逐渐上升趋势,尤以0岁组和1岁组之间增加最为明显。有学者认为1岁组的儿童由于在地上爬行的探索性行为相当多,手尘的含铅量较高,自主卫生习惯未建立,并有较多的手-口动作,加之消化道屏障功能尚不健全,导致铅吸收增多,因此,这一年龄组儿童的血铅水平及铅中毒率较0岁组明显增高。此后,随着年龄的增大,儿童的户外活动及接触含铅物品、食物的机会增多,受铅污染的威胁不断增加,血铅水平呈逐步上升趋势,到5岁组和6岁组达到高峰。这一结果与一些发展中国家的研究结果是一致的。

环境铅污染也是造成儿童血铅水平升高的主要原因,而铅在现代工业中的大量应 用和含铅汽油的广泛使用是导致环境铅污染的两大重要原因。居住在不同地区的儿童 血铅水平存在较大差异,工业区和市区儿童血铅水平明显高于郊区和农村儿童。这主 要与工业区与市区的环境铅污染较严重有关。

1.3.3.3.3 寄生虫病患病率

原卫生部开展的调查表明,中国寄生虫病的人群分布特点是女性和儿童的感染率较高。其中蛔虫、鞭虫、蛲虫感染率和肺吸虫、黑热病血清阳性率均以 0~14 岁年龄组儿童偏高,12 岁以下儿童蛲虫感染率达到了 10.3%,儿童感染后又相应造成母亲感染;中国土源性线虫感染率以 5~9 岁和 10~14 岁两年龄段感染率最高。据估计,我国至少有 100 万婴儿因母亲怀孕时感染弓形虫病而发生畸形。

1.3.3.3.4 沙眼患病率

沙眼是一种衣原体感染引起的慢性传染性结膜炎,是儿童、少年常见的慢性传染性眼病。全世界约有 4.5 亿沙眼患者,约占世界人口的 1/10。由沙眼致盲的人估计有 200 万~500 万人。沙眼主要流行在一些经济文化比较落后、生活卫生条件较差的国家和地区。全国多次开展了沙眼普查普治工作,加之生活物质水平提高,沙眼患病率有了明显的下降。当前在大城市的中小学校学生中沙眼患病率已降到 10% 左右,郊区约为 20%。

1.3.3.3.5 室内空气污染

资料显示^[35-36],中国农村室内空气污染主要来自燃料燃烧和吸烟。中国农村取暖和做饭以煤和生物质能燃料为主,后者包括秸秆、柴草、木炭、牛羊粪等;少数地区和农户使用或部分使用气体燃料,包括液化石油气、沼气等;尽管中国农村吸烟人口很多,但关于吸烟对室内空气质量的影响尚未见报道。

世界银行资助的中国农村贫困地区室内空气污染干预项目中,在贵州、陕西、甘肃 三省和内蒙古自治区的项目地区两次调查了妇女、儿童及婴幼儿呼吸系统症状发生率, 结果显示,呼吸系统症状与燃煤量有关。云南宣威室内燃煤污染是当地女性肺癌高发的 原因已为国内外研究证实,而且改灶以后室内空气质量明显好转,肺癌发病率明显下降。

我国自2009年起在贵州、云南等六省实施消除燃煤型氟中毒危害项目,燃煤污染型氟中毒是中国特有的一种地方病,全国有13个省份不同程度地存在燃煤污染型氟中毒病区,涉及199个县、1354个乡,有氟斑牙患者1600余万,氟骨症患者约200万。

1.3.4 妇幼健康素养

1.3.4.1 孕产妇危险症状识别

原卫生部和联合国儿童基金会合作的"母子健康综合项目"2011年的基线调查显示,调查孕产妇可识别孕期"阴道出血、惊厥、呼吸困难、发热、严重头疼、视力模糊、眼睑水肿/手肿或全身水肿、胎动减少和阴道流水"危险症状,同时知道3个及以上危险症状的比例较低,仅为26.7%;孕产妇/儿童母亲可识别"阴道异常流血、惊厥、呼吸增快/呼吸困难、发热、严重肚子痛、严重头疼、恶露气味难闻"危险症状,同时知道3个及以上产后危险情况的比例较低,仅为17.0%。

1.3.4.2 儿童危险症状识别

"母子健康综合项目"2011年的基线调查显示,在新生儿危险/疾病的征兆中(不能吃奶、哭声弱/哭声异常/哭声停止、嗜睡或昏迷、发热、局部皮肤感染、呼吸增快/呼吸困难/呼吸缓慢、惊厥、严重呕吐、新生儿异常发凉、脐带出血/脐带发红波及周围皮肤或有脓性分泌物、眼睛和身体发黄、眼睛有脓性分泌物),看护人至少知道3个危险/疾病的征兆的比例为27.9%。在儿童危险/疾病知识中(不能喝水或吃奶、病情加重、出现发热、出现呼吸增快/呼吸困难、大便中带血、喝水差、呕吐吃进去的任何食物、惊厥),看护人至少知道儿童3个危险信号/疾病征兆的比例为28.7%,这说明儿童看护人在识别新生儿和儿童危险/疾病的征兆方面还较欠缺。

1.3.4.3 儿童看护人婴幼儿喂养知识水平

母乳喂养和辅食喂养是婴幼儿童喂养的重要组成部分,直接影响儿童的生长和智力发育。大量证据表明,喂养知识和态度是影响母乳喂养的重要因素^[37],喂养人接受系统的母乳喂养宣教能大大增加母乳喂养成功率^[38],提高6个月内纯母乳喂养率^[39],促进合理喂养。根据第五次中国居民营养与健康状况监测数据,对北京(海淀区、顺

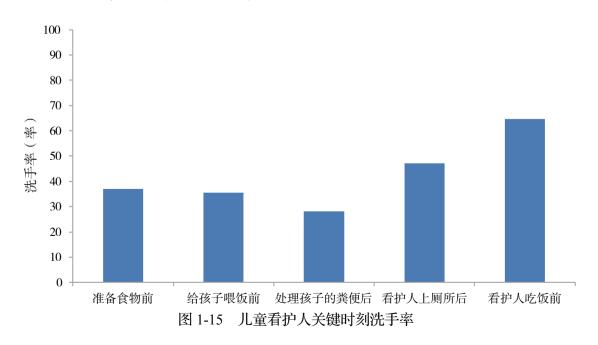
义区)、齐齐哈尔、大庆、九江等 16 个城市及地区 6000 多名 0~18 个月婴幼儿家长调查结果显示,近半数家长给婴儿首次添加的非乳类泥糊装食物不是铁强化米粉,1/3 的婴幼儿没有常规补充维生素 D 等,这些都是缺乏科学的儿童营养知识和正确喂养方法的表现。

1.3.4.4 儿童伤害危险因素识别

目前国家尚无标准的预防儿童伤害标准化的核心信息,关于儿童伤害预防认知、态度方面的调查研究也十分有限。2003 年中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心和全球儿童安全网络在北京、上海、广州三城市开展了"中国三城市儿童意外伤害状况及家长认知水平调查"^[40],结果显示我国发达地区家长对儿童意外伤害有关知识的知晓程度较好,家长对儿童意外伤害的相关知识回答的正确率在85%以上,70%以上的家长能够采取一定措施预防儿童伤害。但是即便是发达城市,也有相当比例的家长对意外伤害的有些问题上存在错误认知及技能不足,如27.1%的家长认为婴儿与父母同床睡觉最安全,有13.2%的家长认为骑自行车可以带人,有30.0%的家长没有做到将家具锐利的边、角做保护性处理,接近25.0%的家长没有将刀、剪、热水、打火机等物品放到儿童拿不到的地方。

1.3.4.5 儿童看护人的卫生行为

"母子健康综合项目"2011年基线调查研究显示,儿童看护人在准备食物前、喂饭前、清理孩子粪便后、看护人上厕所后、看护人吃饭前等关键时刻洗手率均低于70%(图 1-15),用肥皂洗手的比例低于80%。



1.3.5 家庭图书、儿童玩具拥有情况

根据联合国儿童基金会贫困片区儿童早期综合发展试点项目 2013 年基线调查的结果发现,调查家庭中拥有1本及以上图书的家庭所占比例为 48.3%,有 51.7%的家庭没有图书;42.4%的家庭中没有儿童玩具(图 1-16)。

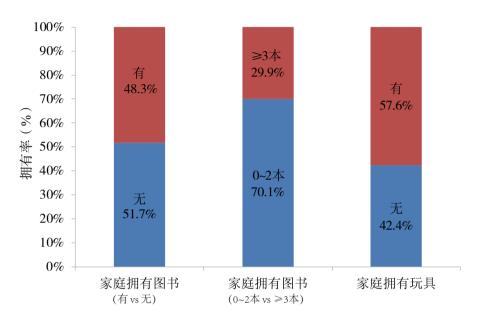


图 1-16 儿童家庭图书、玩具拥有率(%)

数据来源:联合国儿童基金会 2013 年贫困片区儿童早期综合发展试点项目基线调查

- 1.4 公平性分析
- 1.4.1 结果指标分析
- 1.4.1.1 新生儿死亡率

1.4.1.1.1 新生儿死亡率城乡差异

2000—2015年,全国、农村新生儿死亡率显著降低,但存在明显的地区差异,农村明显高于城市,2015年农村新生儿死亡率是城市的1.9倍(表1-11,图1-17)。

地区	2000 年	2015 年	年平均下降速度(%)
全国	22.8	5.4	9.1
城市	9.5	3.3	6.8
农村	25.8	6.4	8.9

表 1-11 2000 年和 2015 年全国新生儿死亡率(‰)及城市、农村差异

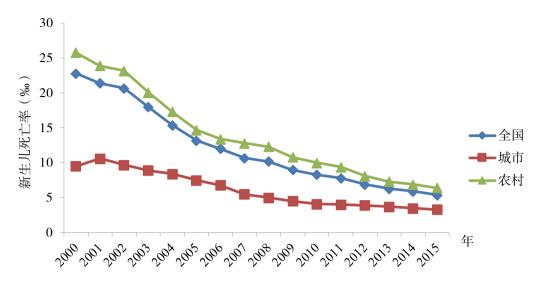


图 1-17 2000—2015 年全国新生儿死亡率变化及城市、农村差异

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.4.1.1.2 新生儿死亡率地区差异

2000—2015年各地区新生儿死亡率逐年下降,东、中部地区下降幅度大于西部地区(表1-12,图1-18)。

表 1-12 2000 年和 2015 年全国新生儿死亡率 (%) 的地区差异

地区	2000 年	2015 年	年平均下降速度(%)
东部	13.0	2.6	10.2
中部	24.4	3.9	11.5
西部	31.7	8.2	8.6

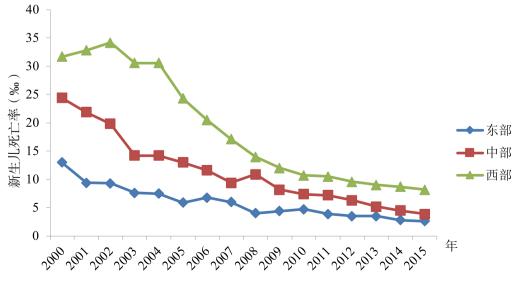


图 1-18 2000—2015 年全国新生儿死亡率变化及地区间差异

数据来源:全国妇幼卫生监测系统

1.4.1.1.3 重点关注新生儿死亡率和死亡人数高的省份

根据 2012 全国妇幼卫生监测数据,分别将全国 30 个省(自治区、直辖市)(除西藏)按新生儿死亡率从高到低,新生儿死亡人数从高到低进行排序,得到排名前十和倒数前十的省份,即儿童死亡状况相对严重的省和儿童死亡数量相对较少的省。

以2012年新生儿死亡的绝对人数来看,青海、宁夏地区的新生儿死亡人数较少,但这与青海、宁夏地区的人口总数少有关,仍需努力提高当地预防和救治新生儿疾病的水平,降低当地新生儿死亡率。新生儿死亡率最高的前十个省分别是新疆、青海、甘肃、内蒙古、宁夏、云南、山西、四川、海南和河北,新生儿死亡绝对数最多的前十个省分别是江苏、新疆、内蒙古、浙江、上海、辽宁、山东、重庆、云南和河北。新生儿死亡率、新生儿死亡数都在前十位的是新疆、内蒙古、云南和河北,提示这些省份对新生儿死亡的控制亟待加强(表1-13)。

表 1-13 2012 年中国各省新生儿死亡情况排序

加五八十	按新生儿列	· 花亡率排序	按新生。	儿死亡数排序
顺位	省(自治区、直辖市)	新生儿死亡率 (‰)	省份	新生儿死亡数
1	新疆	14.43	江苏	1762
2	青海	11.63	新疆	992
3	甘肃	10.25	内蒙古	702
4	内蒙古	9.50	浙江	698
5	宁夏	7.60	上海	617
6	云南	7.52	辽宁	550
7	山西	7.51	山东	525
8	四川	7.21	重庆	323
9	海南	6.77	云南	322
10	河北	6.70	河北	304
21	辽宁	4.20	广东	155
22	天津	3.98	贵州	149
23	广西	3.48	吉林	145
24	吉林	3.45	海南	144
25	湖南	3.17	湖南	143
26	浙江	3.13	宁夏	137
27	上海	2.75	天津	135
28	广东	2.19	黑龙江	121
29	江苏	1.98	青海	97
30	北京	1.91	陕西	78

1.4.1.1.4 各省农民人均纯收入与新生儿死亡率的关系

2012年各省农民人均纯收入与新生儿死亡率呈负相关(表 1-14,图 1-19),说明经济发展水平对新生儿死亡率造成影响。将2002—2012年除西藏之外30个省(自治区、直辖市)农民人均纯收入的增长率与2000—2012年平均新生儿死亡率下降速率相比较,显示10年来农民人均纯收入的增长率与新生儿死亡率下降速率无明显关系(表 1-15)。

表 1-14 2012 年各省农民人均纯收入与新生儿死亡率

省(自治区、直辖市)	农民人均纯收入(千元)	新生儿死亡率(‰)
上海市	17.8	2.8
北京市	16.5	1.9
浙江省	14.6	3.1
天津市	14.0	4.0
江苏省	12.2	2.0
广东省	10.5	2.2
福建省	10.0	4.4
山东省	9.5	4.5
辽宁省	9.4	4.2
黑龙江省	8.6	5.2
吉林省	8.6	3.5
河北省	8.1	6.7
湖北省	7.9	5.8
江西省	7.8	6.6
内蒙古自治区	7.6	9.5
河南省	7.5	4.4
湖南省	7.4	3.2
海南省	7.4	6.8
重庆市	7.4	4.6
安徽省	7.2	6.1
四川省	7.0	7.2
新疆维吾尔族自治区	6.4	7.5
山西省	6.4	14.4
宁夏回族自治区	6.2	7.6
广西壮族自治区	6.0	3.5
陕西省	5.8	5.6
云南省	5.4	7.5
青海省	5.4	11.6
贵州省	4.8	5.9
甘肃省	4.5	10.3

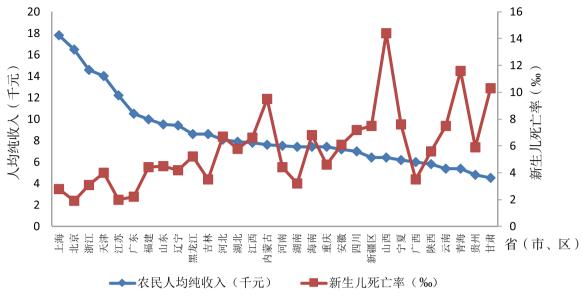


图 1-19 2012 年各省农民人均纯收入与新生儿死亡率的关系

表 1-15 2000—2012 年全国各省农民人均纯收入增长率(%)和新生儿死亡率下降速率(%)

省(自治区、直辖市)	平均人均纯收入 增长率(%)	平均新生儿死亡率 下降速度(%)
吉林省	14.1	10.0
内蒙古	13.8	7.2
陕西省	13.7	11.8
黑龙江省	13.6	5.6
重庆市	13.4	9.2
辽宁省	13.1	9.2
新疆	13.1	2.7
安徽省	13.0	6.6
江西省	13.0	10.3
河南省	13.0	13.1
云南省	12.9	8.5
四川省	12.8	4.5
天津市	12.6	5.3
山东省	12.4	9.6
湖北省	12.4	8.2
青海省	12.4	8.1
宁夏	12.4	7.1
贵州省	12.3	11.5
湖南省	12.0	11.4
江苏省	11.9	14.2

省(自治区、直辖市)	平均人均纯收入 增长率(%)	平均新生儿死亡率 下降速度(%)
北京市	11.8	7.5
海南省	11.8	9.6
河北省	11.6	5.8
广西	11.6	13.5
山西省	11.5	6.6
浙江省	11.4	7.7
上海市	11.1	1.0
甘肃省	11.0	6.6
福建省	10.9	10.4
广东省	10.4	10.3

注: 2002、2012 年农民人均纯收入来自于国家统计局网站。

1.4.1.2 儿童生长迟缓率在城乡和地区间差异

我国 5 岁以下儿童营养状况城乡差异一直较为明显,2013 年贫困农村地区 5 岁以下儿童生长迟缓率为 18.7%,农村地区儿童生长迟缓率约为城市地区的 2.6 倍,而贫困地区农村又为一般农村的 1.7 倍。我国地区之间 5 岁以下儿童营养状况差异也一直较为明显,2006 年,原卫生部调查显示,中、西部地区儿童生长迟缓率约为东部地区的 2~3 倍。

1.4.1.3 水和环境卫生设施(厕所)在城乡和地区间差异

尽管中央财政对家庭的卫生补贴更多倾向于低收入人口,但由于历史原因,无论 是安全饮水率还是农村卫生厕所普及率,我国总体上仍是农村地区显著低于城市。

从表 1-16 可见, 经济条件好的地区, 自来水和改水普及程度较高; 经济越贫困的地区, 不安全饮用水的住户比例越高, 2008 年四类农村地区不安全方式饮用水的住户比例最高, 为 25.4%。分地区来看, 安全饮用水比例东部农村较高, 西部农村最低。我国大、中等和小城市的安全饮水使用处于较高的稳定的水平。一类农村地区与城市比较接近; 二、三类农村地区略低; 四类农村地区最低, 且在 2003—2008 年期间变化最快。

表 1-16 2003 年和 2008 年不同类型地区安全饮水率(%)比较

年份	大城市	中等城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
2003年	99.6	99.9	98.1	92.2	84.2	79.1	49.6
2008年	99.8	99.9	94.8	93.9	89.8	80.4	74.6

数据来源:第三、四次国家卫生服务调查

从表 1-17 可见, 我国卫生厕所普及率最高的是中等城市, 大城市和小城市略低, 农村地区显著低于城市。以三、四类农村地区最低。四类农村地区增长最快, 2008 年卫生厕所普及率超过了三类农村地区。

表 1-17 2003 年和 2008 年不同类型地区卫生厕所普及率(%)比较

年份	大城市	中等城市	小城市	一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
2003年	87.7	95.5	77.1	32.7	25.7	12.2	8.7
2008年	94.8	97.4	89.5	56.0	46.5	32.1	40.8

数据来源:第三、四次国家卫生服务调查

1.4.2 服务利用情况

1.4.2.1 部分卫生指标的公平性分析

总体来看,2003—2011年,贫富人群之间在卫生服务的可及性和利用率方面差距逐渐缩小,到2011年基本没有差距,但是贫富人群发生大病医疗支出的家庭比例,贫困人口是富裕人口的2倍^[41](表1-18)。

表 1-18 最低和最高收入组家庭部分卫生指标的比值(2003年、2008年和2011年)

卫生指标	2003 年	2008 年	2011 年
卫生服务的物理可及性	0.95	0.94	0.95
产前保健覆盖率(至少接受5次检查)	0.74	0.79	0.94
住院分娩率	0.91	0.97	1.01
医疗保险覆盖率	0.63	0.93	0.98
门诊服务利用率	0.86	0.94	0.98
住院报销比例	0.37	0.85	0.97
发生大病医疗支出的家庭比例 (逆指标,使用倒数)	0.54	0.50	0.49

1.4.2.2 免疫规划

2011年中国扩大国家免疫规划疫苗(第一类疫苗)接种率调查结果显示^[15],东、中、西部地区 1~2 岁儿童国家免疫规划疫苗(NIP 疫苗)12 月龄内基础免疫(初种)接种率均>95%。不同地区四苗、五苗全程接种率调查结果显示,西部地区1岁、2岁儿童四苗和五苗全程接种率均明显低于东、中部地区。

结合中国扩大国家免疫规划接种率调查,入户调查共计4681名1~2岁儿童,有61.4%儿童接种过水痘等第二类疫苗。儿童第二类疫苗接种率的地区差异明显,东、中、西部地区儿童第二类疫苗接种率分别为82.5%、64.9%、43.2%。经济发展较快的东

部地区儿童接种率最高,中部次之,西部最低。

1.4.2.3 贫困地区孕产妇和儿童保健服务利用的公平性

《母子健康综合项目》基线调查对贫困项目地区的产前保健(PNC)、住院分娩(HDR)、至少产前检查 4次(ANC4)、麻疹疫苗接种率(MSL)、至少产前检查 5次(ANC5)、早开奶(EIBF)、口服脊髓灰质炎病毒疫苗(OPV)、纯母乳喂养(EBF)等情况调查发现,在贫困地区贫富人群间住院分娩率和至少产前检查 4次覆盖率的差异大,贫困人口比富裕人口低 25% 左右,富裕人口纯母乳喂养率比贫困人口低 7%。其他指标贫富间差异不大(图 1-20)。

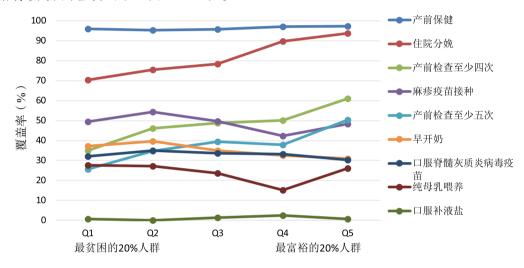


图 1-20 贫困地区孕产妇和儿童保健服务利用的公平性

1.4.3 流动儿童的营养和健康状况

2012 年联合国儿童基金会在浙江平湖展开的一项调查显示,流动人口中 3 岁以下儿童生长迟缓率约为当地户籍 3 岁以下儿童的 2.2 倍。平湖市流动儿童与户籍儿童比较,3 岁以下儿童腹泻两周患病率、3 岁以下儿童疑似肺炎两周患病率、3 岁以下儿童生长迟缓率和 6~35 个月儿童贫血患病率均为流动儿童高于户籍儿童,且差异有统计学意义(疑似肺炎两周患病率除外)(表 1-19)。

流动 户籍 患病率 调查人数 患病率(%) 调查人数 患病率(%) 3岁以下儿童腹泻两周患病率 1188 15.9 631 10.3 3岁以下儿童疑似肺炎两周患病率 1186 9.7 631 7.8 3岁以下儿童牛长迟缓率 1188 3.5 635 1.6 6~35个月儿童贫血患病率 1022 28.2 538 14.9

表 1-19 平湖流动人口和户籍人口间患病率(%)的比较

数据来源:儿童基金会流动人口项目基线调查

1.4.4 留守儿童健康状况

2010年,我国流动人口达 2.21 亿人,由此带来的留守在农村的 5 岁以下儿童数量超过了 1500万,还带来大量跟随父母的流动儿童。由于生活条件差、看护人教育水平低等原因,流动儿童与留守儿童均存在不同程度的营养不良。研究表明,农村留守儿童的生长迟缓率显著高于非留守儿童,生长发育状况明显落后于城市儿童。留守儿童不能得到应有的照料和伤害预防的健康教育。数据显示,农村儿童伤害死亡率远远高于城市儿童伤害死亡率。

1.5 支持性环境

1.5.1 国家政策支持

1.5.1.1 法律法规逐步完善

1.5.1.1.1 妇幼卫生相关法律法规

1994年10月全国人民代表大会常务委员会审议通过了《中华人民共和国母婴保健法》,2001年8月国务院颁布了《中华人民共和国母婴保健法实施办法》,标志着中国妇幼卫生工作进入了法制化管理的新阶段。母婴保健法以《中华人民共和国宪法》为依据,是中国第一部保护妇女儿童健康权益的专门法律,与《中华人民共和国妇女权益保障法》《中华人民共和国未成年人保护法》《女职工劳动保护特别规定》等法律法规共同为妇女儿童健康提供了法律保障。

为履行对世界儿童问题首脑会议和国际社会的庄严承诺,中国政府先后制定和实施了《中国妇女发展纲要(1995—2000年)》《九十年代中国儿童发展规划纲要》《中国妇女发展纲要(2001—2010年)》《中国儿童发展纲要(2001—2010年)》《中国妇女发展纲要(2011—2020年)》、中国妇女发展纲要(2011—2020年)》,把妇女和儿童健康纳入国民经济和社会发展规划,作为优先发展的领域之一。2000年中国政府郑重承诺实现"联合国千年发展目标",降低孕产妇和儿童死亡率是其中重要内容。

为更好地贯彻落实母婴保健法和"两纲",实现"两纲"目标和"联合国千年发展目标",原卫生部先后制定了《母婴保健专项技术服务许可及人员资格管理办法》《母婴保健专项技术服务基本标准》《婚前保健工作规范(修订)》《孕前保健服务工作规范(试行)》《产前诊断技术管理办法》《新生儿疾病筛查管理办法》《关于进一步加强妇幼卫生工作的指导意见》《妇幼保健机构管理办法》《全国儿童保健工作规范(试行)》《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》和系列妇幼保健相关技术规范、指

南等配套规章和文件,使母婴保健服务在行政管理、监督检查和技术规范等各个环节,基本实现了有法可依。

1.5.1.1.2 传染病防治相关法律法规

为了预防、控制和消除传染病的发生与流行,保障居民身体健康和公共卫生, 1989年2月21日第七届全国人民代表大会常务委员会第六次会议通过《中华人民共和国传染病防治法》,并于2004年8月28日第十届全国人民代表大会常务委员会第十一次会议(2009年8月28日)修订通过,规定的传染病分为甲类(2种)、乙类(26种)和丙类(11种)。

1984年9月20日第六届全国人民代表大会常务委员会第七次会议通过的《中华人民共和国药品管理法》和2005年3月16日国务院第八十三次常务会议通过《疫苗流通和预防接种管理条例》,对依法促进我国预防接种工作有序发展、规范疫苗流通等发挥了重要作用。随着我国卫生事业全面发展,医药卫生体制改革深化,全民医疗保障体系不断完善,免疫规划纳入基本公共卫生服务项目,免疫服务内容不断扩大、工作目标不断提高,国内疫苗生产能力提高,可供使用的疫苗种数增加,提供疫苗接种的保障模式日益多样化,人民群众对预防接种的认识不断提高。这些新形势、新发展给预防接种事业带来了机遇,也带来了挑战。2016年4月23日新修订的《疫苗流通和预防接种管理条例》,规范了第二类疫苗采购,减少了流通环节。随着经济的发展,农村进城务工等多种就业形势的变化,离开户籍所在地或离开常住地的儿童预防接种管理问题凸显,探索流动儿童管理模式,减少免疫空白迫在眉睫。

1.5.1.1.3 伤害预防相关政策

《中国儿童发展纲要(2011—2020年)》首次将降低儿童伤害作为独立的指标纳入纲要中,提出"减少儿童伤害所致死亡和残疾,18岁以下儿童伤害死亡率以2010年为基数下降1/6",为儿童伤害的预防控制工作提供了政策保障。

为了保护未成年人的身心健康,保障未成年人的合法权益,1991年9月4日第七届全国人民代表大会常务委会第二十一次会议通过并实施《中华人民共和国未成年人保护法》。2003年10月28日第十届全国人民代表大会常务委员会第五次会议通过《中华人民共和国道路交通安全法》,为维护道路交通的秩序,预防和减少交通事故,保护人身安全,保护公民、法人和其他组织的财产安全及其他合法权益提供政策保障;2003年国务院还批准建立由17个部委组成的全国道路交通安全工作部际联席会议制度,具体协商解决道路交通安全问题。2004年4月28日国务院第四十九次常务会议

通过了《中华人民共和国道路交通安全法实施条例》,对交通伤害的预防控制提供了坚实的法律依据。2012年3月28日国务院第一百九十七次常务会议通过并实施《校车安全管理条例》,对校车使用许可、校车驾驶人、校车通行安全、校车乘车安全等方面做出详细规定。

1993年2月22日第七届全国人民代表大会常务委员会第三十次会议通过了《中华人民共和国产品质量法》,该法是规定产品质量监督管理以及生产经营者对其生产经营的缺陷产品所致他人人身伤害或财产损失应承担的赔偿责任所产生的社会关系的法律规范的总称;2012年,国务院公布《质量发展纲要(2011—2020年)》,明确提出由质检、卫生等部门共同建立我国产品伤害监测系统。

2011年原卫生部疾控局发布了《儿童溺水干预技术指南》《儿童道路交通伤害干预技术指南》及《儿童跌倒干预技术指南》。中国疾病预防控制中心组织编写并于2016年出版了《预防儿童伤害技术指南》丛书,包括《预防儿童溺水技术指南》《预防儿童道路交通伤害技术指南》《预防儿童跌倒技术指南》《预防儿童非故意中毒技术指南》《预防儿童犬抓咬伤技术指南》,这些技术指南发布实施为各级伤害防控技术人员、学校和社区等部门的儿童工作者和家庭提供技术指导。

1.5.1.2 实施新医改全面提升妇幼健康服务水平

我国深化医药卫生体制改革,使妇幼健康工作进一步得到加强,妇女儿童健康权益进一步得到保障,健康状况不断改善。2009年以来,国家实施基本公共卫生服务项目和妇幼重大公共卫生项目。坚持保基本、强基层、建机制的基本原则,坚持预防为主、以农村为重点,提高基本公共卫生服务均等化水平。逐步提高人均基本公共卫生服务经费标准,2016年人均基本公共卫生服务经费补助标准提高至45元,免费为城乡居民建立居民健康档案、健康教育、预防接种、儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、慢性病患者健康管理、严重精神障碍患者管理、结核病患者健康管理、中医药健康管理、传染病和突发公共卫生事件报告和处理、卫生计生监督协管等国家基本公共卫生服务项目。

国家针对影响妇女儿童健康的重大问题,实施"降消"项目和农村孕产妇住院分娩补助等一系列重大公共卫生服务项目。

- 农村孕产妇住院分娩补助项目: 2015年,补助农村孕产妇住院分娩 880 万人,农村住院分娩率达 99.5%,母婴安全得到有力保障。
 - 农村妇女两瘟检查项目: 国家对试点地区农村适龄妇女进行官颈癌和乳腺癌检

查,项目自2009年实施以来,至2015年,中央财政共投入16.8亿元,覆盖1299个县区,为5195万名农村妇女进行了宫颈癌检查,为747万名农村妇女进行了乳腺癌检查。超额完成了任务目标,广大农村妇女得到了实实在在的实惠。

- 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目:主要为孕产妇免费提供艾滋病、梅毒和乙肝检测,为发现的感染孕产妇及所生儿童免费提供药物治疗、安全助产、科学喂养指导与支持、随访监测等预防母婴传播综合干预服务,降低儿童因母婴传播途径感染艾滋病、梅毒和乙肝的风险。2001年首先在1个县启动预防艾滋病母婴传播试点项目,2004年开始项目由中央财政经费支持,覆盖面逐年扩大;2010年开始整合开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作,项目覆盖地区和覆盖内容显著增加,至2015年项目已扩展至全国所有县区。十余年来,中央财政累计投入资金61.8亿元人民币,确保了工作的顺利推进。该项目成效显著,我国艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播率持续降低,儿童新发感染逐年减少。
- 增补叶酸预防神经管缺陷项目: 叶酸缺乏导致无脑儿、脊柱裂等神经管缺陷发生率增加,已被医学界所证实。为减少神经管缺陷发生,国家为农村地区育龄妇女在怀孕前3个月和怀孕后3个月免费增补叶酸,2015年继续实施农村妇女孕前和孕早期增补叶酸预防神经管缺陷项目,为1083.7万名农村生育妇女补服叶酸。
- 贫困地区儿童营养改善项目: 2012 年开始,优先选择 8 个集中连片特困地区的 100 个县作为试点,组织实施"贫困地区儿童营养改善项目",由中央财政提供项目 经费 1 亿元。项目主要内容是为 6 个月至 2 岁的婴幼儿每天提供 1 包富含蛋白质、维生素和矿物质的营养包,同时开展儿童营养知识的宣传和健康教育,改善贫困地区儿童营养和健康状况。2015 年,将项目实施范围扩大到 21 个省(自治区、直辖市)的 341 个县,中央财政专项补助经费增加到 5 亿元,受益婴幼儿数量达到 167 万人,儿童营养和健康状况显著改善。
- 贫困地区新生儿疾病筛查项目: 完善新生儿疾病筛查网络,新生儿疾病筛查率和治疗率不断提高,2015年全国遗传代谢性疾病筛查率达到93.5%,听力筛查率达到83.9%。贫困地区新生儿疾病筛查项目实施范围已覆盖全国21个省(自治区、直辖市)的364个县(市、区),2012年至2015年共为339万名新生儿提供免费筛查服务,促进了患儿早诊早治。
- 地中海贫血防控试点项目: 地中海贫血(以下简称"地贫")是常见的遗传性血液病,也是危害巨大的出生缺陷疾病。我国大陆地中海贫血高发地区主要分布在长

江流域以南,包括广西、广东、海南、云南、贵州、江西、福建、湖南、四川、重庆等 10 个省(自治区、直辖市)。为提高地贫筛查覆盖率,2012 年起由中央财政出资,在广西、海南、云南等 3 个省(自治区)启动实施地中海贫血防控试点项目,免费为群众提供地贫初筛、基因检测和产前诊断。2013 年项目实施区域扩大到了福建、江西、广东、广西、海南、贵州、云南等 7 个省(自治区)。2015 年,地中海贫血防控试点项目实施区域覆盖我国全部 10 个地贫高发省份的 126 个试点县(市、区),2012—2015 年共为试点地区 57.7 万对夫妇提供免费地贫筛查,有效减少了重型地贫儿出生。

1.5.2 体系支持

经过多年的建设和发展,中国已形成了以妇幼保健机构为核心,以基层医疗卫生机构为基础,以大中型医疗机构和相关科研教学机构为技术支持的,具有中国特色的妇幼健康服务体系,为妇女儿童提供综合、连续、人性化的医疗保健服务。各级妇幼保健机构作为辖区妇幼保健服务的组织者、管理者和提供者,在妇幼健康工作中发挥了重要的骨干作用。基层医疗卫生机构作为妇幼健康服务体系的网底,承担了妇幼保健服务和基础信息收集等职责。妇产医院、儿童医院、综合医院广泛开展妇女儿童疾病诊治等医疗保健服务。截止到2014年,全国共有各级妇幼保健机构3098所,从业人员30.8万人,床位30.8万张;妇产(科)医院622所,儿童医院99所,社区卫生服务中心(站)3.4万个,乡镇卫生院3.7万个,村卫生室64万个[32]。

全国卫生人员总数达 1023.4 万人,比上年增加 44.3 万人(增长 4.5%)。卫生技术人员 758.9 万人,乡村医生和卫生员 105.8 万人,卫生技术人员中,执业(助理) 医师 289.3 万人,注册护士 300.4 万人。与 2013 年比较,卫生技术人员增加 37.9 万人,增长 5.3%,其中儿科执业(助理)医师 12.2 万名,占医师总数的 4.0%,平均每千名儿童儿科执业(助理)医师 0.54 名。据有关调查,2010 年我国每万人口拥有 5.5 个妇 幼医疗保健人员(包括妇产科、儿科、妇幼保健医务人员)。

我国疾病预防控制体系承担了儿童传染病预防、免疫规划、伤害干预、儿童饮水卫生和环境卫生等疾病预防工作。2015年全国设国家、省、市、县四级疾病预防控制中心3585所,工作人员19.2万人,占专业公共卫生机构医师总数的22.0%。

1.5.3 卫生费用

2014年中国儿童经常性卫生费用为 1965.6亿元,平均每位儿童经常性卫生费用为 2525.5元(380.8美元),高于全国人均经常性卫生费用水平(2348.9元),显示全社会对儿童卫生重视程度较高。2014年中国经常性卫生费用为 32128.0亿元,儿童

经常性卫生费用占经常性卫生总费用的比重为6.1%。

2014年中国儿童经常性卫生费用中公共筹资方案总额为960.9亿元,占儿童经常性卫生费用的比重为48.9%,是最主要的筹资来源;第二大筹资方案是家庭卫生支出,数额为805.3亿元,占儿童经常性卫生费用的41.0%,其余为商业医疗保险等自愿医疗保健筹资方案的支出。由于儿童尤其是新生儿阶段,医疗保险的覆盖率并不高,根据第五次国家卫生服务调查的数据显示,我国新生儿的保险覆盖率仅为22.0%,1~11月龄婴幼儿的保险覆盖率为60.7%,远低于成年人的保险覆盖率,由此造成家庭卫生支出占儿童卫生费用的比例达到40%以上。

从资金使用方向看,儿童卫生服务费用包括治疗服务(含康复)费用、辅助性服务费用、医疗用品费用、预防服务费用以及治理、卫生行政和筹资管理5个部分。2014年,中国儿童经常性卫生费用中治疗服务费用最高,达到1100.9亿元,占儿童经常性卫生费用的56.0%,其中门诊治疗服务为434.1亿元,住院治疗服务为666.8亿元,分别占儿童经常性卫生费用的22.1%和33.9%;预防服务费用排第二位,为626.4亿元,占儿童经常性卫生费用的31.9%;第三位是零售药品和其他医疗用品费用,占儿童经常性卫生费用的6.9%(表1-20)。

儿童卫生费用分类	金额(亿元)	构成(%)
治疗服务(含康复)	1100.9	56.0
门诊	434.1	22.1
住院	666.8	33.9
辅助性服务 (功能不明确)	3.6	0.2
医疗用品 (功能不明确)	135.2	6.9
预防服务	626.4	31.9
治理、卫生行政和筹资管理	99.6	5.1
合计	1965.6	100.0

表 1-20 2014 年儿童经常性卫生费用服务功能构成(%)

2014年中国儿童经常性卫生费用主要发生在医院,为958.5亿元,占儿童经常性卫生费用的48.8%,其次发生在预防服务提供机构,为483.1亿元,占24.6%。发生在基层医疗卫生机构的为239.6亿元,占儿童经常性卫生费用的12.2%。其余为药品和其他医疗用品零售机构、卫生行政和筹资管理等机构(表1-21)。

服务提供机构	金额(亿元)	构成(%)
医院	958.5	48.8
基层医疗卫生机构	239.6	12.2
门诊机构	46.0	2.3
辅助性服务提供机构	3.6	0.2
医疗用品零售机构及其他机构	135.2	6.9
预防服务提供机构	483.1	24.6
卫生行政和筹资管理机构	99.6	5.1
合计	1965.6	100.0

表 1-21 2014 年儿童经常性卫生费用服务机构构成(%)

在儿童治疗费用中,按全球疾病负担(GBD)分类,传染病、孕产妇、围产期及营养疾病治疗费用最高,2014年为645.4亿元,约占儿童治疗费用的58.6%;其次为非传染性疾病,为336.5亿元,约占儿童治疗费用的30.6%;伤害造成的儿童治疗费用占3.4%,其他症状或疾病占7.4%,主要是在治疗记录中未注明诊断或诊断无法明确分为疾病的情况,如疼痛等症状以及部分中医诊断(图1-21)。

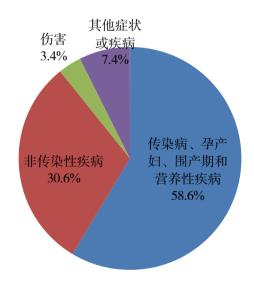


图 1-21 2014 年中国儿童治疗费用的疾病构成(GBD分类)

按照 ICD—10 分类, 2014 年中国儿童治疗费用主要发生在呼吸系统疾病, 总额为 496.3 亿元, 占儿童治疗费用的比重达到 45.1%, 远高于其他疾病的费用水平; 其

次为由于围产期某些情况导致的疾病,为 145.7 亿元,占儿童治疗费用的 13.2%;第三位的疾病为传染病和寄生虫病,为 78.6 亿元,约占 7.1%;第四位疾病是消化系统疾病,为 77.1 亿元,约占儿童治疗费用的 7.0%。这四类疾病费用占到儿童治疗费用的 72.5%。

从儿童治疗费用的年龄构成看,按照费用水平从高到低排序,0~1岁儿童治疗费用占儿童治疗费用的29.3%;1~2岁儿童约占22.1%;2~3岁儿童约占18.5%;3~4岁儿童约占16.7%;4~5岁儿童约占13.4%。

1.5.4 信息化建设

1.5.4.1 妇幼卫生信息化

中国从 20 世纪 80 年代初开始建立了妇幼卫生年报信息系统。1986 年建立起全国出生缺陷监测网,1989 年和 1991 年分别建立了全国孕产妇死亡和 5 岁以下儿童死亡监测网。为整合资源、提高效率,从 1996 年开始,出生缺陷监测网、孕产妇死亡监测网和 5 岁以下儿童死亡监测网实现"三网合一"。目前监测区县达到 334 个,覆盖人口 1.4 亿,出生缺陷监测医院 765 个,在 64 个区县开展了出生缺陷人群监测,成为世界上最大的妇幼卫生监测网络。2005 年建立全国妇幼保健机构监测信息系统。随着电子信息化的发展,监测报告手段明显改善,已实现网络直报妇幼卫生信息,大大提高了信息上报质量和效率。多年来,全国妇幼卫生监测中的相关数据已被国家统计局、国务院妇女儿童工作委员会(简称国务院妇儿工委)以及相关国际组织所采用,妇幼卫生信息为各级政府制定卫生政策,特别是妇幼卫生政策提供了科学依据。

1.5.4.2 儿童营养监测

我国营养监测包括对中国居民营养与健康状况调查和专门针对儿童营养和健康的调查与监测,后者包括中国九市7岁以下儿童体格发育调查、国家食物与营养监测系统和全国儿童营养与健康监测。

中国居民营养与健康状况调查,分别于1959年、1982年、1992年和2002年开展了四次,从2010年起,将10年一次的调查调整为每5年一个周期的监测,5岁以下儿童是重点目标人群之一。

中国九市7岁以下儿童体格发育调查从1975年开始,每10年在北京、哈尔滨等九个城市进行一次儿童体格发育调查,目前已进行了5次。国家食物与营养监测系统从1990年开始,监测5岁以下儿童营养与健康相关指标,1990—2010年已开展了8次调查,2010年该系统纳入中国居民营养与健康状况监测。全国儿童营养与健康监测

从2011年开始,每年开展儿童生长发育水平和营养状况监测。

多年来,儿童营养监测工作不断完善,为全面动态掌握儿童营养状况及变化趋势 提供很好的平台,为国家制定儿童卫生相关政策和干预措施提供依据。

1.5.4.3 伤害监测系统

原卫生部于2005年建立了全国伤害监测系统,在全国43个监测区县的127家医院的急诊室(包括伤害相关门诊)持续、系统地收集、分析伤害相关的信息。2012年,中国疾病预防控制中心发布了《全国伤害综合监测方案》,建立伤害综合监测系统。该系统通过综合分析死亡、住院和门急诊等伤害病例信息,全面反映监测地区的伤害流行状况。

此外,全国卫生服务利用调查等在大型流行病学调查中增加伤害,收集与伤害相关的发生情况、危险因素、疾病负担等信息,中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心与国家质量监督检查检疫总局缺陷产品管理中心合作开展了产品伤害监测模式探索研究。

1.5.4.4 传染病疫情报告系统

目前,我国已经建成了对 37 种法定传染性疾病的实时网络监测系统,这是中国疾病预防控制以及公共卫生信息系统国家网络的重要组成部分。该系统包含了从乡镇到国家的 5 级网络传染病监测报告体系以及从地市到国家的 3 级网络平台。根据规定在医院检测到传染病个案要实时通过 Internet/NPN 上报到中国疾病预防控制中心的中心数据库。全国范围内的所有卫生/医疗机构都可以随时访问中心数据库,以方便地获得信息。由于对传染病采取了实时的个案报告以及对于危险因素及症状的监测,使得对于可能的疫情暴发的及时预警成为可能。

1.5.4.5 免疫规划监测信息系统

中国免疫规划监测信息管理系统包括预防接种个案管理、疫苗管理、注射器管理、预防接种疑似不良反应等内容,目的是系统收集、分析和评价常规接种、冷链设备和接种单位等扩大国家免疫规划相关监测信息,为科学分析、评价和改进免疫规划工作提供信息支持。

1.5.5 物资供应

为保证国家基本和重大妇幼卫生服务项目的顺利实施,相关部门制定了严格的管理制度,加强管理,对包括相关药品、疫苗、营养包的采购、存储、运输、发放和资金管理在内的多个关键环节做出明确的管理规定并严格执行,加强监督,以保证项目

的顺利实施。中国在保证妇女儿童基本用药方面取得了很大成绩,但是,孕妇用预防性铁剂/多种微量营养素,儿童维生素 A 和锌剂的补充,治疗儿童腹泻的锌剂还未进入国家基本药物目录。有些在国家基本药物目录里的药品没有得到广泛应用,如新型口服补液盐。

1.5.5.1 国家增补叶酸预防神经管缺陷项目的管理

各省(自治区、直辖市)加强对叶酸招标采购和分发的管理,明确各级职责。各省(自治区、直辖市)卫生计生行政部门应制定本项目的年度叶酸需求量,按照国家相关规定集中招标采购,按计划逐级分配到各县(区)。各县(区)卫生计生行政部门应结合婚前保健、孕前保健、孕期保健、计划生育技术服务等多种途径,按照方案流程组织叶酸发放工作和管理督导,并按要求上报叶酸需求量;乡镇(街道)卫生院负责将叶酸分发到各村卫生室,指导村卫生室规范科学发放,并对村卫生室组织发放和管理进行监督。同时,乡镇(街道)卫生院负责辖区内高危待孕妇女的叶酸发放和管理;村医或保健员负责了解本村育龄妇女的孕育状况,负责本村准备怀孕的妇女的叶酸发放和随访管理工作,完成有关叶酸发放和服用信息的收集、整理和上报。村医或保健员要及时上报本村高危待孕妇女信息,并负责其服用情况的随访、监督和登记。

1.5.5.2 贫困地区儿童营养改善项目的管理

为保证项目的顺利实施,国家卫生计生委和中华全国妇女联合会(全国妇联)下发了项目实施方案和技术方案,要求 21 个项目省(自治区、直辖市)加强营养包的招标采购、发放和储存、社会宣传、健康教育、培训、信息报送和监督评估的管理,明确各级相关部门的分工和职责,各级妇幼保健机构均成立项目管理办公室。各项目省(自治区、直辖市)卫生行政部门按照每月平均任务数确定年度营养包需求量,按照国家相关规定集中招标采购营养包,按计划统一配送到各项目县(区)。营养包发放由基层医疗卫生机构人员实施,同时充分发挥妇联组织的宣传动员作用,并结合预防接种、儿童保健服务、儿童早期家庭教育指导服务等工作开展。各县卫生行政部门和项目管理办公室,按照营养包发放流程,组织营养包发放,做好相应的项目管理工作。乡镇卫生院负责将营养包分发到各村卫生室,指导村卫生室发放、储存营养包和随访,并对其工作进行监督。村医负责本村营养包发放、随访工作,定期完成统计报送工作,并会同村妇代会主任进行婴幼儿家长科学喂养知识的宣传教育。

1.5.5.3 预防母婴传播工作物资供应管理

我国政府对预防母婴传播工作所需物资提供了全额经费保障,通过整体规划、统

一协调,建立了中央和地方分工合作的高效物资采购供应体系,保障了物资持续及时供应。

预防母婴传播物资涵盖孕产妇筛查和感染孕产妇及所生儿童从检测、治疗到喂养等各个环节,中央财政予以全额经费保障,采取中央招标地方采购与地方招标采购相结合的方式,对所采购物资实施属地化管理。对于预防母婴传播工作中所需特殊剂型或紧缺物资,由中央政府牵头协调,保障物资供应。经过十余年的积累和探索,中国预防母婴传播物资供应经历了从依赖国际组织捐赠到自给自足、从进口药品为主到国产药品为主、从小规模采购到政府组织公开招标采购的过程,逐步建立了一套具有中国特点的完整、有序、高效的预防母婴传播物资采购供应和物资管理体系,既有效降低了成本,又保障了所需物资持续及时供应。

1.5.5.4 免疫规划疫苗的冷链运转管理

为了保证免疫规划所应用的疫苗从生产、贮存、运输、分发到使用的整个过程有妥善的冷藏设备,使疫苗始终置于规定的保冷状态之下,保证疫苗的合理效价不受损害,全国31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团所有疾病预防控制中心均配备了保证疫苗的低温储藏和运输装备的冷链设备设施。原卫生部制定并下发《预防接种工作规范》(卫生部卫疾[2005]373号文件),对全国各级疾病预防控制机构的冷链设备管理作出了明确规定,对冷链设备的装备、补充与更新,常用冷链设备使用与维护,冷链系统的监测与评价等方面提出具体要求。

1.5.6 监督评估

1.5.6.1 中国妇女儿童发展纲要督导评估

为促进中国妇女儿童发展纲要的贯彻落实,保证"两纲"目标如期实现,在"两纲"实施周期的中期和末期,国务院妇儿工委组织相关部门专家制定督导评估工作方案,成立督导小组,对各省实施妇女儿童发展纲要工作情况进行督导评估,系统评估不同阶段"两纲"目标达标状况,总结提炼实施"两纲"可复制和推广的做法经验,发现"两纲"实施过程中存在的机制体制瓶颈问题,提出改进措施,增强各级政府及相关部门的责任意识,为妇女儿童全面发展创造有利的社会环境。

1.5.6.2 国家基本和重大公共卫生服务项目督导评估

深化医药卫生体制改革, 国家实施基本和重大公共卫生项目, 为了保证项目实施取得预期效果, 加强了对项目的督导评估, 国家卫生计生委制定督导评估工作方案, 定期组织检查, 对项目的管理、资金运转、实施情况、质量控制及效果进行督导和评

估。要求各级卫生计生行政部门必须加强项目的组织领导与管理,负责项目实施的监督管理和效果评估。各地要根据项目的要求,结合各地实际情况,合理安排项目进度,加强对项目实施方案制定、执行情况的监督检查工作。各省级卫生计生行政部门按年度向国家卫生计生委报送项目总结。国家卫生计生委根据项目实施情况对各省(自治区、直辖市)的资金使用和项目实施情况进行专项检查。建立督导评估体系,加强日常信息的收集,定期组织专家到基层进行督导与评估,衡量每项干预措施的完成情况,有针对性地提出下一步工作的建议和意见。

1.5.6.3 妇幼健康优质服务示范县(区)评估

为了推动各级政府更加重视妇幼健康工作,全面提升妇幼健康服务质量和管理水平,切实改善妇幼健康服务的公平性与可及性,不断提高妇女儿童健康水平,打造优质服务新品牌,促进妇幼健康事业发展,从2014年起,国家卫生计生委在全国实施妇幼健康优质服务示范工程,每年开展妇幼健康优质服务示范县(区)的评选,通过引导、示范和推广,全面提升妇幼健康服务水平。主要考核内容包括强化落实政府职责、坚持正确发展方向、加强服务体系建设、健全完善规章制度、强化日常监督管理、不断提升服务水平、切实保证服务质量、全面实现任务目标、主动接受社会监督、树立行业良好形象。

1.5.6.4 免疫规划工作中的监督评估

国家定期开展对全国免疫规划工作的常规督导和专项督导。常规督导包括对各级疾病预防控制机构预防接种工作的组织管理和专业队伍建设,疫苗使用管理、冷链设备的管理和运转,安全注射和接种服务,疾病监测,提高接种率的活动等内容。专项督导包括对急性弛缓性麻痹(AFP)病例监测、安全注射、控制麻疹等的督导。通过定期督导评估,对当地预防接种工作进行评价,发现存在的问题及原因,提出解决办法,制订具体的工作计划,并及时向有关部门和领导报告,督促解决,不断提升全国预防接种工作水平。

2 干预措施及成本效果

2.1 妇幼保健干预措施服务包

2.1.1 妇幼保健干预措施服务包

在对我国儿童健康状况、儿童保健服务提供及利用状况、影响因素、公平性及 卫生系统支持等进行全面分析的基础上,通过文献分析、专家研讨和论证,将国际 上推荐的降低孕产妇和儿童死亡率、促进儿童健康发展的、有循证依据的、低成本 高效果的干预措施和我国实际情况相结合,制定了妇幼保健干预措施服务包,共 106 项干预措施。

服务包覆盖了青少年期、孕前(婚前)、胎儿期(孕期)、出生时(分娩期)、新生儿/产后母亲、婴儿期和儿童期六个时期;并明确干预措施的实施渠道,包括家庭,村卫生室/社区卫生服务站,乡卫生院和社区卫生服务中心,县级及以上医疗机构,社区,学校(托幼机构),媒体,以及企业、水利、农业、环保、交通等部门,共八个层级,见附表 1—3。

2.1.1.1 各时期共有的措施

在不同层级实施下列不同层面的措施。①个人和家庭:个人卫生行为培养。②所有的医疗机构(村、乡、县级及以上和社区卫生服务机构):健康教育,设置洗手设施,提供肥皂或洗手液、正确洗手宣传挂图、开水等。③媒体:健康教育。④企业、水利、农业、环保和交通等部门:环境改善预防铅中毒、提供安全饮用水、改厕与粪便安全处理、设置洗手设施、提供肥皂或洗手液。

2.1.1.2 不同时期的干预措施

从青春期到婴儿期和儿童期, 六期均除了包含以上共有措施外, 还包括每期特有的措施, 在不同层级实施, 概括如下。

- 青少年期 ①乡卫生院/社区卫生服务中心: 预防非意愿妊娠, 预防和管理艾滋病、梅毒等性传播疾病, 营养咨询。②县级及以上医疗机构在乡卫生院/社区卫生服务中心的基础上增加: 安全终止妊娠。③学校(包括托幼机构): 学生营养餐与食物营养强化。
- 孕前(婚前) ①个人和家庭:体重管理、口服叶酸等营养补充剂。②乡卫生院/社区卫生服务中心:孕前咨询,口腔保健,贫血、糖尿病筛查,HIV、梅毒和乙肝检测。③县级及以上医疗机构:在乡卫生院/社区卫生服务中心的基础上增加预防和管理性传播疾病、甲状腺功能筛查。
- 胎儿期(孕期) ①个人和家庭: 体重管理、服用孕妇营养包(补充铁、叶酸、钙、碘等多种营养素)。②乡卫生院/社区卫生服务中心: 孕期健康管理、营养咨询、妊娠并发症的防治, HIV、梅毒和乙肝的早期筛查、干预、治疗、随访及管理, 产前检查, 高危孕妇筛查与转诊, 意外妊娠的安全流产、流产后保健。③县级及以上医疗机构: 在乡卫生院/社区卫生服务中心的基础上增加对早产儿胎膜早破使用抗生素、足月儿胎膜早破予以引产、35周前早产儿使用皮质类固醇激素、出生缺陷筛查、早产儿管理、

严重妊娠并发症治疗和管理、对下级机构进行技术指导。

- •出生时(分娩时) ①乡卫生院/社区卫生服务中心:住院分娩,安全分娩,鼓励阴道分娩,及时识别和处理难产,预防早产,预防产后出血,HIV、梅毒和乙肝及时检测,感染孕产妇安全助产和相关治疗,其他高危因素筛查,妊娠并发症的产时监测管理,危急重症的及早发现和干预,新生儿复苏,预防新生儿产伤,HIV感染产妇所生儿童出生后特殊护理及预防运用抗病毒药物,梅毒感染产妇所生儿童出生后特殊护理、非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测、必要的预防性治疗,乙肝感染产妇所生儿童乙肝免疫球蛋白注射、分娩期健康教育、安全转诊。②县级及以上医疗机构在乡卫生院/社区卫生服务中心的基础上增加:41周予以引产、剖宫产手术指征、保留子宫的止血、产后出血治疗、有感染高风险孕产妇预防性抗生素使用。
- 新生儿、产后母亲 ①家庭:产后营养、母乳喂养、脐带及皮肤护理、保暖、补充维生素 D、积极预防产褥感染、关注产褥期的心理健康。②村卫生室/社区卫生服务站:新生儿访视、产后访视、预防产后出血。③乡卫生院/社区卫生服务中心:早开奶,低体重和早产儿的喂养支持,及时保暖,实行袋鼠式护理,新生儿疾病筛查,对有低血糖风险的新生儿进行监测,新生儿维生素 K 补充,母乳喂养指导,卡介苗和乙肝疫苗接种,HIV 感染产妇所生新生儿预防应用抗病毒药物、提倡人工喂养、杜绝混合喂养,纯母乳喂养的母亲或儿童同时应用抗病毒药物,梅毒感染产妇所生新生儿检测及必要的治疗,新生儿黄疸及其他危重症的识别与转诊。④县级及以上医疗机构在乡卫生院/社区卫生服务中心的基础上增加:对有细菌感染风险的新生儿实施预防性抗生素治疗,使用表面活性剂(呼吸系统用药)预防早产儿呼吸窘迫综合征,使用连续气道正压通气(CPAP)处理婴儿呼吸窘迫综合征,处理新生儿败血症、脑膜炎和肺炎、治疗新生儿黄疸、治疗母亲贫血。
- 婴儿期和儿童期 ①家庭: 6个月内纯母乳喂养、6个月至2岁继续母乳喂养并进行辅食添加、特殊情况下儿童喂养、儿童营养包服用、儿童伤害预防、儿童虐待预防。②乡卫生院/社区卫生服务中心: 儿童生长监测及干预管理、常规预防接种、第二类疫苗接种、严重急性营养不良管理、营养干预、儿童肺炎管理、腹泻管理、手足口病的管理、肺结核暴露儿童的综合管理、HIV 和梅毒感染母亲所生儿童综合管理、HIV 暴露的婴儿预防性抗病毒药物治疗、儿童伤害的监测。③县级及以上医疗机构在乡卫生院/社区卫生服务中心的基础上增加儿童危重症的诊断和处理。④社区: 儿童

伤害干预、儿童虐待预防。⑤学校/托幼机构:对儿童健康进行管理、食堂安全与卫生管理及配餐指导、环境性铅中毒。

2.1.2 高效干预措施服务包

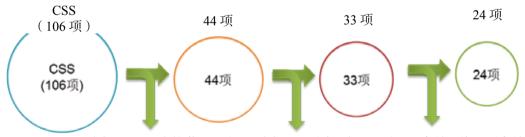
通过专家咨询和研讨,从妇幼保健干预措施服务包 106 项目中选择具有循证依据、对降低儿童死亡作用大,且我国目前开展不佳、覆盖面小的措施作为优先干预措施(高效干预措施服务包),与目前国家推行的重大和基本公共卫生服务项目很好地衔接。利用我国现实妇幼干预措施实施数据,通过 WHO 推荐的健康规划工具(OneHealth Tool, OHT),对这些干预措施进行成本效果的分析和测算。

2.1.2.1 高效服务包的筛选原则

①由 WHO 推荐《全球母婴儿童生殖健康重点干预目录》的干预措施与妇幼保健干预措施服务包重合的措施。②具有循证效果的措施,即与 OHT 工具的 LIST 模块中的措施重合的措施。③专家组根据中国实际情况对某些措施进行删除/增加/拆分,如删除不符合国情(如发放杀虫剂处理的蚊帐预防儿童和孕产妇疟疾)和对 5 岁以下儿童死亡无影响(儿童乙肝疫苗)的干预措施,合并干预内容交叉的干预措施,以及将内容笼统的干预进行细化。

2.1.2.2 高效干预服务包的筛选流程

通过 5 轮专家咨询, 分为三步进行筛选(图 2-1), 最终获得包含 24 个干预措施的高效干预服务包(框 2-1)。



删除: WHO 未推荐 62 项。

删除:无明确证据 16 项; 不符合中国国情 3 项。 合并:将 4 项合并为 2 项。 细化:4 项细化为 12 项。

合并:将4项合并为2项。删除:7项在人群中已全覆盖或无法测算效果的干预措施。

图 2-1 高效干预包开发过程

框 2-1 高效干预包的 24 项干预措施

1	梅毒监测与治疗	13	新生儿败血症(抗生素注射剂)
2	安全终止妊娠	14	6个月内纯母乳喂养
3	孕妇叶酸、铁、钙等营养素补充	15	6个月至2岁继续母乳喂养添加辅食
4	围孕妇女口服叶酸等营养素补充剂	16	百白破疫苗
5	妊高症防治	17	麻疹疫苗
6	流产并发症防治	18	流感嗜血杆菌疫苗
7	产后出血预防和管理	19	肺炎球菌疫苗
8	指征性剖宫产手术	20	轮状病毒疫苗
9	对胎膜早破早产儿使用抗生素	21	儿童肺炎管理(抗生素治疗)
10	新生儿复苏	22	腹泻管理(口服补液盐)
11	袋鼠式护理	23	腹泻管理(锌剂)
12	新生儿败血症(完全支持治疗)	24	抗生素治疗痢疾

2.2 干预措施瓶颈分析

对研究产出的妇幼保健干预措施服务包进行瓶颈分析,目的是为了找出干预措施 实施过程中制约和促成预期结果的障碍、瓶颈和有利因素。具体从支持性环境、供方、 需方和服务质量四个方面的 10 个健康决定因素进行分析(表 2-1)。

表 2-1 瓶颈分析的 10 个决定因素

领域	决定因素		
支持性环境	社会规范		
	政策、法规		
	预算、筹资、花费		
	管理和协调		
供方	可获得基本医疗物资		
	可获得有足够医务人员提供的医疗服务和信息		
	经济因素对服务获得的影响		
需方	社会、文化、习俗及行为		
	可持续地利用服务		
服务质量	有效措施的覆盖率		

妇幼保健干预措施服务包各期干预措施的瓶颈分析见附表 4。在此仅以青少年期保健为例介绍瓶颈分析的内容:①支持性环境的瓶颈因素是:青少年性意识开放、初次性行为年龄提前;国家缺乏青少年保健相关法律法规、缺乏青少年(校外)医疗保险政策;缺乏常规经费预算,仅依靠个别项目经费,经费有限;免费避孕药具发放的预算不够覆盖全部育龄人群;缺乏长效的跨部门(教育、关心下一代工作委员会,卫生和计划生育委员会,社区等)合作机制。②服务提供方的瓶颈因素是:医疗机构缺乏提供服务的场所和避孕药具、模型、宣传材料等;没有专职医务人员提供服务,医务人员咨询服务能力差;缺乏青少年保健门诊,导致服务不可及。③需方的瓶颈因素是:青少年经济不独立,无经济来源,受家庭经济条件影响;社会习俗不公开谈论性相关问题,社会习俗对未婚先孕的歧视;由于校外青少年的流动性,导致不能接受连续性的服务;校内青少年由于上课时间的限制,导致无法连续性接受服务。④服务质量的瓶颈因素是:服务覆盖面小、青少年保健门诊缺乏。

2.3 成本效果分析

运用 OHT 工具对研究产出的 24 项高效干预措施进行成本效果分析,OHT 已成功运用于研究分析多国妇幼健康状况 [42-59],结合我国当前妇幼健康工作任务,针对干预包实施方式及优先次序提出相关建议,为支持卫生决策部门制定"十三五"妇幼健康目标及工作重点提供决策依据。

2.3.1 高效服务包效果分析

2.3.1.1 高效干预包降低儿童/孕产妇死亡率的效果

2015—2020年,如果逐年提高 24 项干预的覆盖率,新生儿、婴儿、5 岁以下儿童死亡率呈逐年下降趋势(图 2-2),至 2020年末,新生儿、婴儿、5 岁以下儿童死亡率分别为 5.4 ‰、6.2 ‰ 和 8.3 ‰,与 2015年相比,降低幅度分别为 29.9%、30.3%和 29.1%。累计可避免 7.9 万新生儿和 12.6 万 5 岁以下儿童的死亡。

2015—2020年逐年提高 24 项干预的覆盖率后, 孕产妇死亡率也呈逐年下降趋势, 死亡率在 2020年末降至 13.7/10 万活产产妇, 下降幅度达 36.9%, 累计可避免 2815 名孕妇死亡(图 2-3)。

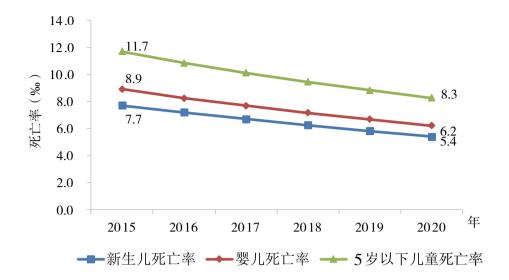


图 2-2 2015—2020 儿童死亡率的变化趋势

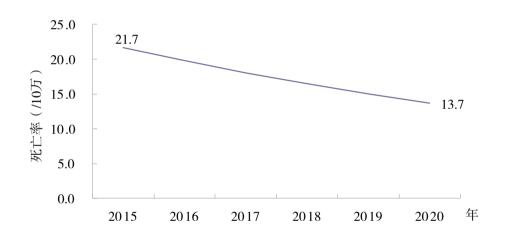


图 2-3 每 10 万活产产妇中孕产妇死亡率变化趋势

2.3.1.2 各干预措施效果

24 项干预措施中干预效果最佳的前 10 项,即 2015—2020 年 6 年累计避免死亡数从高到低排序的前 10 位分别为指征性剖宫产手术、儿童肺炎管理(使用抗生素)、袋鼠式护理、6 个月内纯母乳喂养、肺炎球菌疫苗、流感嗜血杆菌疫苗、新生儿复苏、腹泻管理(口服补液盐)、孕妇营养包(孕妇叶酸、铁钙等营养补充)、新生儿败血症(完全支持治疗)(图 2-4)。其中以指征性剖宫产手术避免死亡数最多,6 年累计3.4 万。效果最佳的前 10 项干预措施累计避免死亡数为 10.5 万,占高效干预包总避免死亡数的 91.0%。

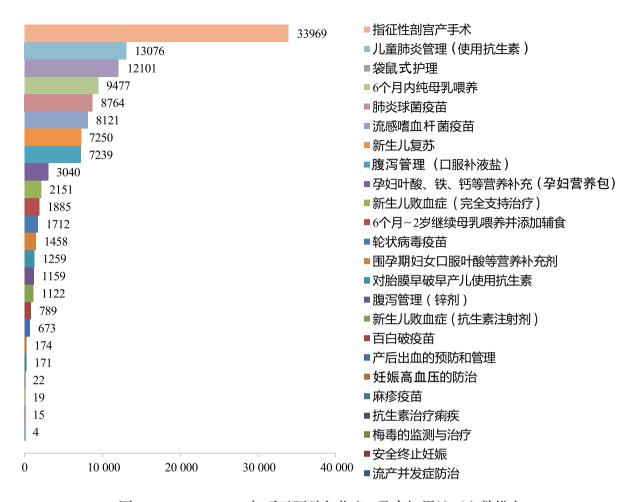


图 2-4 2015—2020 各项干预避免儿童 / 孕产妇累计死亡数排名

2.3.2 成本测算

2015—2020年,实施24项高效干预措施包将产生直接成本投入(药品/耗材/检验成本)为1239.2亿元。随着干预措施覆盖面扩大,药品/耗材/检验成本投入将逐年增加(图2-5)。

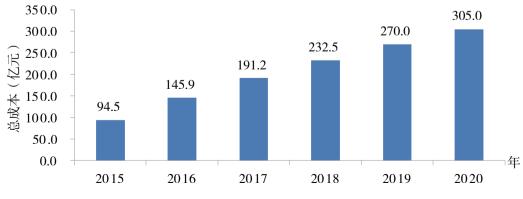


图 2-5 2015—2020 年药品 / 耗材 / 检验年总成本(亿元)

2.3.3 成本效果分析

成本效果排名前 10 项的干预为儿童肺炎管理(使用抗生素)、袋鼠式护理、指征性剖宫产手术、6个月内纯母乳喂养、新生儿复苏、新生儿败血症(抗生素注射剂)、流产并发症防治、新生儿败血症(完全支持治疗)、产后出血的预防和管理、腹泻管理(口服补液盐)(图 2-6)。成本效果排序前 10 项的干预措施中,有 3 项是针对 5 岁以下儿童,4 项针对新生儿,3 项针对孕产妇;7 项为治疗性措施,3 项为预防性措施。

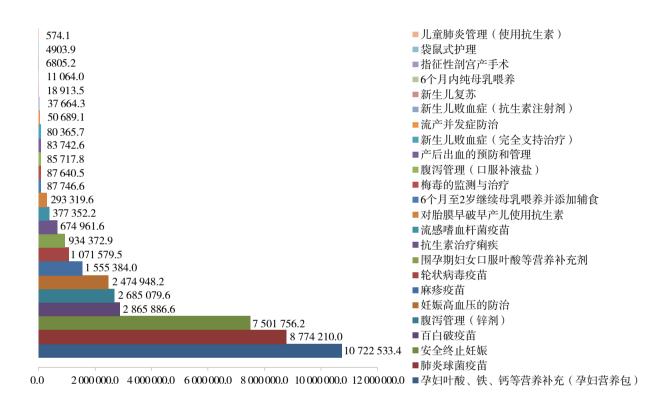


图 2-6 24 项干预措施的成本效果比

2.3.4 情景分析

2.3.4.1 高效干预包分层分析结果

成本效果前 10 项干预措施与效果前 10 项干预措施如表 2-2 所示,其中斜体加粗的 6 个项目为重合项目,即具备最佳效果和成本效果的干预措施,分别为儿童肺炎管理(使用抗生素)、指征性剖宫产手术、袋鼠式护理、6 个月内纯母乳喂养、新生儿复苏、新生儿败血症(完全支持治疗)。若按成本效果和效果排序分步实施的原则,对高效干预措施包分层(图 2-7),分步对不同层次进行成本效果分析。

第一步:分析效果和成本效果俱佳的前6项的实施成本及可避免死亡数情况。 6项可避免死亡数占24项高效包总体避免死亡数的69.6%,成本仅占总成本的0.6%。

第二步:分析成本效果最佳的 10 项成本和效果,其中包含了最核心的 6 项高效干预措施,新增的 4 项成本效果佳的项目累计可避免 1.4 万人死亡,需要增加 2.6 亿元投入,平均成本效果比约 2.0 万元。

第三步:分析成本效果最佳的 10 项措施和效果佳的 4 项措施的成本及预期效果,效果佳的 4 项措施累计可避免 1.3 万例死亡数,却需要追加 1131.8 亿元,平均成本效果比为 838 万元,其中肺炎球菌疫苗是造成死亡数降低和成本攀升的主要干预措施(表 2-3)。

高效包各个层次死亡率分析发现,孕产妇死亡率受干预包 4 项成本效果较好的干预措施影响较大(表 2-4)。同时,分析发现 5 岁以下儿童死亡率受肺炎球菌干预措施影响较大。

表 2-2 成本效果前 10 项干预措施与效果前 10 项干预措施

成本效果前 10 项干预措施	效果前 10 项干预措施
儿童肺炎管理(使用抗生素)	指征性剖宫产手术
袋鼠式护理	儿童肺炎管理(使用抗生素)
指征性剖宫产手术	袋鼠式护理
6个月内纯母乳喂养	6个月内纯母乳喂养
新生儿复苏	肺炎球菌疫苗
新生儿败血症(抗生素注射剂)	流感嗜血杆菌疫苗
流产并发症防治	腹泻管理(口服补液盐)
产后出血的预防和管理	新生儿复苏
新生儿败血症 (完全支持治疗)	孕妇营养包(孕妇叶酸、铁、钙等营养剂补充)
6个月至2岁继续母乳喂养并添加辅食	新生儿败血症(完全支持治疗)

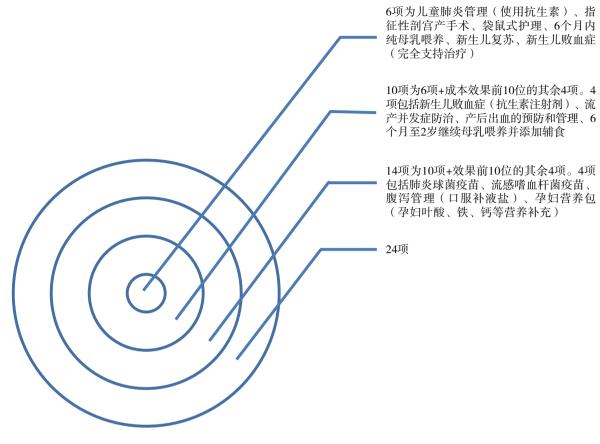


图 2-7 高效干预包的分层

表 2-3 不同分包的成本和避免死亡数

分层	成本(亿)	政府需新增投入(亿)	成本占比(%)	避免死亡数(万人)	效果占比(%)
6项	7.1	1.6	0.6	8.9	69.6
10 项	9.8	3.3	0.8	10.3	80.0
14 项	1141.6	1128.9	92.1	11.6	90.5
24 项	1239.2	1148.4	100.0	12.8	100.0

表 2-4 干预包分层死亡率情况

效果	6 项	10 项	14 项	24 项
孕产妇死亡率(/10万)	16.5	14.9	14.8	13.7
新生儿死亡率(‰)	5.9	5.9	5.8	5.4
婴儿死亡率(‰)	6.8	6.8	6.4	6.2
5岁以下儿童死亡率(‰)	9.2	9.2	8.9	8.3

2.3.4.2 肺炎球菌疫苗价格调整对于高效包影响的分析

鉴于本研究高效包中涉及的肺炎球菌疫苗是世界卫生组织推荐的高效干预措施, 且对我国 5 岁以下儿童死亡率降低的影响较大,因此将对肺炎球菌疫苗进行不同价格的情景分析。

上述分析中,肺炎球菌疫苗价格采用国内疫苗的销售价格为777.0元/支,远高于世界卫生组织和全球疫苗免疫联盟(GAVI)项目的采购价格22.5元/支,如采用世界卫生组织和GAVI项目的采购价格,则高效干预包6年累计成本将下降746.0亿元,降幅达60.0%(图2-8)。同时,低价肺炎球菌疫苗的成本效果排名将从23位上升到13位;采取国际最低价格后,14项高效干预措施的成本占比下降60.2个百分点(表2-5)。

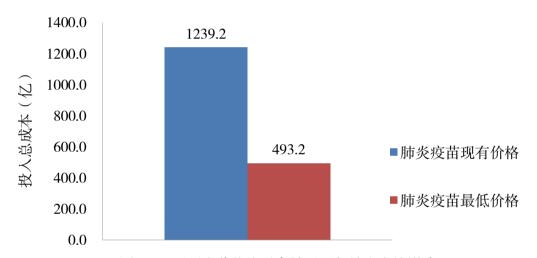


图 2-8 不同疫苗价格对高效干预包总成本的影响

分层	成本(亿)	政府需新增 投入(亿)	成本占比 (%)	避免死亡数 (万人)	效果占比 (%)
6 项	7.1	1.6	0.6	8.9	69.6
10 项	9.8	3.3	0.8	10.3	80.0
14 项(国际价格)	395.5	382.9	31.9	11.6	90.5
14 项(国内价格)	1141.6	1128.9	92.1	11.6	90.5
24 项(国际价格)	493.3	402.3	39.8	12.8	100.0
24 项(国内价格)	1239.2	1148.4	100.0	12.8	100.0

表 2-5 肺炎球菌疫苗价格调整对高效包成本效果影响

3 监测评估指标

监测与评估是儿童生存发展研究的重要组成部分,是检查与促进规划顺利实施的主要手段;是对干预措施实施状态进行客观估量,判断规划目标的实现程度、影响力和可持续性的一种工具。各级政府可以利用指标对干预措施的实施情况进行评估和考核。

针对 106 项干预措施的实施建立监测评估指标。从影响干预措施实施的健康决定 因素、健康状况、卫生服务的覆盖、卫生系统投入这 4 个方面进行评估。包括行为因 素、患病、死亡、生长发育、孕产妇保健、儿童保健、婚前保健、计划生育、健康教育、 设施共 10 类,86 个指标(表 2-6),指标的计算公式和数据来源见附表5。

表 2-6 干预措施实施的监测评价指标体系框架

一级类目	二级类目	指标条数	序号
健康决定因素(8)	行为因素	8	1–8
健康状况(30)	患病	12	9–20
	死亡	10	21-30
	生长发育	8	31–38
卫生服务覆盖(46)	孕产妇保健	22	39-60
	儿童保健	16	61–76
	婚前保健	4	77–80
	计划生育	1	81
	健康教育	3	82–84
卫生系统投入(2)	设施	2	85–86
总计		86	

策略措施

2016年10月,国务院印发《"健康中国 2030"规划纲要》。规划纲要的编制和实施是贯彻落实党的十八届五中全会精神,推进健康中国建设,保障人民健康的重大举措,对全面建成小康社会具有重大意义。同时,也是我国积极参与全球健康治理、履行我国对联合国"2030 可持续发展议程"承诺的重要举措。推进健康中国建设,突出强调以人的健康为中心,将健康融入所有政策,全方位、全周期保障人民健康,大幅提高健康水平,显著改善健康公平。强调坚持预防为主,保基本、强基层、建机制,坚持政府主导,动员全社会参与,突出解决好妇女儿童、流动人口、低收入人群等重点人群的健康问题。"国家贫困地区儿童发展规划(2014—2020年)"也提出,切实保障贫困地区儿童生存和发展权益,实现政府、家庭和社会对贫困地区儿童健康成长的全程关怀和全面保障。2016年国家卫生计生委等六部委发布《关于加强儿童医疗卫生服务改革与发展的意见》,提出通过加强儿科医务人员培养和队伍建设、完善儿童医疗卫生服务体系、推动儿童医疗卫生服务领域改革与创新,促进儿童医疗卫生事业发展和儿童健康目标实现。

我国妇女儿童占全人口的 2/3, 妇幼健康是全民健康的基础, 妇幼健康历来就是国家卫生改革与发展的重要目标。党的十八届中央委员会第五次全体会议决定, 启动实施一对夫妇可生育两个孩子的政策(以下简称全面两孩政策)。全面两孩政策实施后,累积生育需求集中释放,出生人口数量增加,高龄孕产妇比例增高,发生孕产期合并症、并发症的风险增加,进一步降低孕产妇死亡和儿童死亡,保障母婴安全面临新的挑战。

为履行国际承诺,响应建设健康中国的国家策略,应对妇幼健康面临的新形势、 新任务和新挑战,围绕着促进中国儿童生存保护和发展重点工作,通过研究提出以下 策略和措施。

• 策略一 加强儿童医疗卫生人才队伍建设

加强承担助产、新生儿护理和诊治、儿童保健服务的专业队伍建设,建立长效培训机制。将孕产期保健、助产技术、儿童生存、保护和发展相关知识纳入执业医师考试内容,重点知识和技能纳入住院医师规范化培训和医学继续教育内容。

广泛开展逐级培训,扩大培训覆盖面。培训对象包括各级医疗机构的提供妇产 科、儿科、新生儿科、妇女保健、儿童保健等服务的医护人员和乡村医生等,培训内 容侧重助产技术、新生儿基本护理、新生儿复苏、孕产妇和儿童危急重症识别与救治、 0~6岁儿童健康管理等,重点关注基层人员服务能力的提升。

加强新生儿专业技术培训基地建设。省、市级分别建立至少1个新生儿专业技术培训基地,规范设置培训内容、时间和方法。定期接收本级或基层儿科、新生儿科医护人员到培训基地进行专业培训,确保培训质量。

措施 1:加强承担助产、新生儿护理和诊治、儿童保健服务的专业队伍建设,建立长效培训机制。

措施 2: 广泛开展逐级培训, 扩大培训覆盖面, 重点关注基层人员服务能力的提升。

措施 3:加强新生儿专业技术培训基地建设。

• 策略二 加强产科和新生儿科建设与管理, 健全孕产妇和新生儿服务网络

加强产科和新生儿科建设,提高孕产期保健、助产服务和新生儿基本护理能力。 根据区域卫生规划和医疗机构设置规划,合理设置区域内各级妇幼健康服务机构、医 院和乡镇卫生院的产科、新生儿科或病房,加强设施建设,配备必要的设备和人员, 强化管理和质量控制,确保提供能够满足辖区孕产期保健、助产和新生儿护理服务需 求。原则上,所有提供助产服务的医疗机构均应设有新生儿病室,县区级至少应有 1 家医疗机构设有特殊护理新生儿病房。

加强产前筛查、产前诊断和新生儿疾病筛查能力建设。根据区域规划,合理布局服务机构,满足服务需求。建立健全产前筛查、产前诊断、新生儿遗传代谢病和听力筛查服务网络,加强机构间的业务联系,建立转诊、会诊制度,保障疑难或确诊病例的及时转诊、追踪随访和结果反馈。

加强孕产妇和新生儿危急重症救治能力建设。省、市、县各级要分别至少建立1个标准化的孕产妇危急重症救治中心和1个标准化的新生儿危急重症救治中心。县区级新生儿危急重症救治中心应设有特殊护理新生儿病房,地市级新生儿危急重症救治中心应能开展呼吸支持技术服务,省级新生儿危急重症救治中心应能开展全面生命支持和外科诊治技术服务。

建立健全区域性孕产妇和新生儿转运网络,确保危急重症孕产妇和新生儿转运绿色通道快速、畅通、有效。以区域内的孕产妇危急重症救治中心和新生儿危急重症救治中心为核心,建成分级负责、上下联动、应对有序、运转高效的孕产妇和新生儿危急重症急救、会诊、转诊网络,推行"综合、主动、全程、立体型"转运服务模式。配备必要的交通工具、仪器、药物和通讯设备,建立培训合格的转运人员队伍,降低新生儿死亡率。

措施 1:加强产科和新生儿科建设,提高孕产期保健、助产服务和新生儿基本护理能力。

措施 2: 加强产前筛查、产前诊断和新生儿疾病筛查能力建设。

措施 3: 加强孕产妇和新生儿危急重症救治能力建设。

措施 4: 建立健全区域性孕产妇和新生儿转运网络,完善危急重症孕产妇和新生儿转运绿色通道。

• 策略三 加大儿童疾病预防投入,改善儿童健康投入效益比

儿童疾病预防工作应当作为政府的一项重要职能,由政府的投入作保障,减少对家庭筹资的依赖。各级政府应当继续加大对儿童疾病预防服务的投入力度,尤其是加大对贫困地区的转移支付,同时对于低收入人群,应出台相应的倾向性政策,提高这类人群的政府补助力度;应进一步扩大免费儿童疾病预防服务的范围,将流感嗜血杆菌和肺炎球菌疫苗纳入国家免费提供的第一类疫苗,纳入政府采购,同时将更多的基本儿童保健服务纳入国家免费政策。

措施 1: 加大对儿童疾病预防服务的投入力度,向贫困地区和低收入人群倾斜。

措施 2: 扩大免费儿童疾病预防服务的范围,将更多的基本儿童保健服务纳入国家免费政策。

• 策略四 进一步完善基本医疗保障制度

整合现有资源,建立城乡居民基本生育服务保障机制,在全国逐步推行的基本生育服务项目,强化优生优育全程服务。在全国推广使用统一的母子保健手册,提供贯穿婚前、孕前、孕产期和新生儿的基本医疗保健服务,减少新生儿出生缺陷和死亡的

发生;加强0~6岁儿童健康管理,提高儿童健康水平。落实贫困地区婴幼儿喂养支持相关政策,逐步扩大国家儿童营养支持覆盖面。关注流动儿童、留守儿童和边远贫困地区儿童。

进一步完善儿童医疗保险和救助政策,针对5岁以下儿童设计阶段性、相对独立的儿童医疗保险参保和报销政策。制定新生儿出生后自动享受医疗保险政策,逐步实现所有新生儿出生后自动、免费享有基本医疗保障。完善儿童重大疾病保险补偿政策,减轻个人医疗费用负担。与城镇居民医保、新农合有效衔接,在全面实施城乡居民大病保险的基础上,合理制定儿童重大疾病保险补偿政策。对严重影响儿童生存和健康、群众负担重的重大疾病,逐步提高政府及社会医疗保险对治疗费用的报销比例。提高并合理调整城镇居民医保、新农合对不同级别医疗机构儿童疾病的报销比例,引导患儿家庭及时就医,合理选择诊疗机构,减少儿童死亡。完善青少年(校外)医疗保险政策。

完善儿童基本药物目录,将涉及儿童保健和疾病防治的基础药物纳入基本药物目录,如锌剂(腹泻管理)等。

措施 1: 建立城乡居民基本生育服务保障机制,在全国逐步推行免费基本生育服务项目。

措施 2: 进一步完善儿童医疗保险和救助政策。落实新生儿出生后自动享有基本医疗保障,完善儿童重大疾病保险补偿政策,提高并合理调整儿童疾病的报销比例。完善青少年(校外)医疗保险政策。

措施 3: 完善儿童基本药物目录,将涉及儿童保健和疾病防治的基础药物纳入基本药物目录,如锌剂(腹泻管理)等。

• 策略五 分步实施,逐步扩大重点服务措施种类及覆盖面

本研究制订"妇幼保健干预措施服务包",包括 106 项干预措施,其中包括目前国家正在实施的与儿童生存发展密切相关的重大和基本妇幼公共卫生服务项目措施。服务包涵盖青少年期、孕前到儿童期 6 个阶段,实施渠道包括从家庭到相关部门 8 个层级或部门。服务包中许多干预措施在我国各地区开展得不平衡,尤其是西部贫困地区开展较差。建议各省根据本地区实际,结合干预措施成本效果分析结果,通过项目带动,分步实施,逐步推广妇幼保健干预措施服务包,不断扩大干预措施覆盖面。重

点关注死亡率高和死亡绝对数大的省份和地区,以及流动孕产妇及新生儿等重点地区和重点人群。

首先,将本研究筛选出的 6 项效果和成本效果俱佳的干预措施,确定为核心干预措施,规范干预措施内容及实施标准,"十三五"期间在全国各省全面推广实施,要求各省必须实施,全面覆盖。包括抗生素治疗儿童肺炎、袋鼠式护理、指征性剖宫产手术,6个月婴儿纯母乳喂养、新生儿复苏,新生儿败血症(完全支持治疗)。

其次,本研究还筛选出 8 项具有较好效果或者成本效果的干预措施,各省可根据本地区儿童健康现状和实际需求,逐步实施,不断扩大覆盖面,保证在"十三五"期间 2/3 以上的干预措施得到有效落实。包括流产并发症的防治、产后出血的预防和管理、新生儿败血症(抗生素注射剂)、6 个月至 2 岁继续母乳喂养并添加辅食、肺炎球菌疫苗接种、流感嗜血杆菌疫苗接种、腹泻管理(口服补液盐)、服用孕妇营养包。

同时,加强监督管理,定期对干预措施实施情况进行监督评估。各省要建立干预措施监测和评价指标,定期对干预措施实施情况进行监督评估,国家加强对各省落实情况的监督管理。

广泛开展健康教育,提高群众对孕产期和儿童保健的认知水平,提高服务对象对 妇幼保健服务持续利用率。以计划怀孕夫妇、孕产妇、哺乳期妇女和 0~6 岁儿童看护 人为重点人群,以优生优育、妇幼保健、疾病防治为重点内容,利用电视、广播、报刊、 互联网等渠道,开展有组织、有计划的系统性政策宣传和健康促进活动。加强对贫困、 流动人口孕产妇保健知识的宣传,加强对青少年进行性与生殖健康教育,提高其对妇 幼保健服务的持续利用。

措施 1: 确定核心妇幼保健干预措施,规范干预措施内容及实施标准,"十三五"期间在全国各省全面推广实施。

措施 2:逐步推广妇幼保健干预措施服务包,不断扩大干预措施覆盖面。重点关注 死亡率高和死亡绝对数大的地区以及流动孕产妇及新生儿。

措施 3:加强监督管理,定期对干预措施实施情况进行监督评估。

措施 4. 广泛开展健康教育、提高服务对象对妇幼保健服务持续利用率。

• 策略六 加快和完善相关政策制定和落实

加快和完善相关政策制定和落实。加快制定促进儿童早期发展、青少年保健相关的法律法规;将青少年和成人预防接种纳入国家相关政策;不断完善孕产期保健相关规范,纳入孕期营养包内容,加强对流动孕产妇管理;完善产褥期心理保健等相关技术规范;完善国家有关改水改厕的相关策略和目标,覆盖所有机构和人群,特别是贫困人群。落实儿童伤害相关法律法规,加强政府、媒介、公安、交通、社区、卫生等部门的协调机制,建立系统的伤害报告监测系统。

措施 1: 加快和完善儿童早期发展促进、青少年保健、青少年和成人预防接种、孕产期保健、产褥期心理保健、改水改厕相关政策的制定。

措施 2: 落实儿童伤害预防相关政策。

• 策略七 加强多部门合作, 保证政策有效落实

与《中国妇女儿童发展纲要(2011—2020年)》的组织实施工作相协调,强化分层级和多部门的合作,建立长效合作机制,体现儿童优先原则,将儿童发展的主要指标纳入经济和社会发展总体规划及专项规划。妇幼保健干预措施服务包的实施涉及不同层级和多个部门,本研究明确落实了各项妇幼保健干预措施——从家庭、村卫生室、乡级以上医疗机构、社区,学校和托幼机构、媒体、企业、农业、水利、环保、交通等部门应该履行的职责,因此,在实施妇幼保健干预措施服务包的过程中应强化分层级和多部门的合作。

建立儿童伤害的多部门合作型防控机制。充分发挥"政府牵头、部门联手、专家支撑、公众参与、儿童受益"的多机构合作的工作机制优势,建立以当地政府为主导,卫生部门指导,妇联、公安、教育、交通、媒体等多部门合作,全社会参与的儿童伤害防治工作机制和网络,推动儿童伤害防控相关政策的出台。探索建立"安全学校、安全幼儿园、安全社区和安全家庭"四个安全的工作模式,实现学校、幼儿园、社区和家庭干预策略的有效衔接和整合。应将农村儿童的伤害预防作为重点开展防控工作。

措施 1: 强化分层级和多部门的合作,建立卫生系统内部各级医疗卫生机构间,卫生部门与政府、教育、媒体、企业、农业、水利、环保、社区等多部门间的协调机制。

措施 2: 建立儿童伤害的多部门合作型防控机制,探索"家-校-路-社区"四位一体综合干预的工作模式。

跳

附表 1: 妇幼保健干预措施服务包

青少年期		胎儿期(孕期)	出生时(分娩期)	新生儿、产后母亲	婴儿期和儿童期
个人 一人 一人 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种	本 本 本 本 本 本 本 本 本 本 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	体重價單 一個一個一個一個 一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個		产后营养:补充铁、 中酸、维生素D、钙、 一种酸、维生素D、钙、 所带及皮肤护理、 保暖、补充维生素D 大注产 薄期的心理 健康(产后抑郁症 的预防) 一人口生行为培养 (包括安全饮水、 使用口生厕所、用 肥皂洗手等)	6 个月内海岛岛海海岛海海岛海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海海
健康教育 设置洗手设施 提供肥皂或洗手液、 开水、正确洗手宣 传挂图等	健康教育(戒烟禁酒、颈防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播)	■健康教育 □设置洗手设施 - 提供肥皂或洗手液、 开水,正确洗手宣传挂图等		■健康教育 新生儿访视 产后访视 预防产后出血 设置洗手设施 提供肥皂或洗手液、 开水、正确洗手宣 传桂图等	健康教育 设置洗手设施 提供肥皂或洗手液、 开水、正确洗手宣 传挂图等

婴儿期和儿童期	●
新生儿、产后母亲	中开场(出任后一个时次内) 高体种量和中产几的 是来友持 多时保险(保持险),实行袋 题式护理 等在几次病筛查 对有低面薄及的的 中乳 喂养 上推行监测 对有低面整及的的 等在几个时数。 一种对 中发神术。 一种对 中发神术。 一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种一种
出生时(分娩期)	● 在院分娩, 安全分娩, 战争之烧, 战争之死, 战争之, 战争, 战争强力。
胎儿期(孕期)	各期 健康 中海
孕前 (婚前)	■ 母前咨询(音条、
青少年期	■
实施渠道	を 対 区 内 内 大 上 上 地 上 地 上 は 上 は に に に に に に に に に に に に に

I	3	1	
	1		

婴儿期和儿童期		 加佐理 和佐理
新生儿、产后母亲		对有细菌感染风险的新生儿实施预防性抗生素治疗性用表面活性剂(呼吸系统用药)预防早产儿呼吸窘迫综合征使用连续气道正压通气(CPAP)处理婴儿呼吸窘迫综合征
出生时(分娩期)	新生儿复苏 一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	■ 41 周予以引产 副官产手术指征 (挽救母亲和婴儿 的生命) 無保留子宫的止血方 法的应用 产后出血的治疗(手 木止血方法) 如 缝 合 止 而 (栓 塞)、例如子宫动 脉上行支结扎、局 部或B—lynch (捆绑 式) 缝合、血管栓塞, 宫腔填塞(水囊或 诊布);子宫切除
胎儿期(孕期)		■ 对早产 儿胎膜早破 使用抗生素 足月儿胎膜早破予 以引产 35 周前早产儿使 用皮质类固醇激素 由生缺陷筛查 中产儿管理 严重妊娠并发症的治疗和管理(妊娠高 后压综合征、糖尿 病、甲状腺疾病等) 对下级机构进行技 水指导
孕前(婚前)		■甲状腺功能筛查
青少年期		■安全终止妊娠
实施渠道	乡卫生院和 社区卫生服务中心 (在村卫生室基础 上增加)	县级及以上医疗机构(在村卫生室、乡卫生院和社区卫生服务中心基础上增加)

实施渠道	青少年期	孕前 (婚前)	胎儿期(孕期)	出生时(分娩期)	新生儿、产后母亲	婴儿期和儿童期
县级及以上医疗机构(在村卫生室、乡卫生院和乡工生院和社区卫生服务中社区工生服务中心基础上增加)				■有感染高风险的孕 产妇预防性抗生素 的使用(胎膜早破、 剖宫产、败血症等) 收置洗手设施 是提供肥皂或洗手液、 开水、正确洗手道 传挂图等	冷疗母亲贫血	
以						■儿童伤害干预: 路 面、灯光、水塘、娱 乐设施等环境改善 ■儿童虐待预防
学校 (托幼机构)	■学生营养餐与食物 营养强化 健康教育(性与生殖健康) 建健康) ■提供开水、正确洗 手宣传挂图等					上幼机构对儿童健康进行管理 食堂安全与卫生管理及配餐指导 上童伤害(溺水、道路交通伤害、跌落、中毒、机械性窒息,烧伤、烫伤的。
媒体	■媒体健康教育	■媒体健康教育	■媒体健康教育	■媒体健康教育	■媒体健康教育	■媒体健康教育
企业、水利、农业、 环保、交通等部门	■改厕与粪便安全处理 理提供安全饮用水是供安全饮用水 环境性铅中毒(孕期驱船饮食等减少铅接	■改厕与粪便安全处理 理提供安全饮用水。婴幼儿期)针对儿童	■改厕与粪便安全处理 理是供安全饮用水 生存从源头预防环境性	改厕与粪便安全处 ■改厕与粪便安全处 ■改厕与粪便安全处 ■改厕与粪便安全处 ■改厕与粪便安全处 型理理	■改厕与粪便安全处理 理提供安全饮用水	■改厕与粪便安全处 理 提供安全饮用水 ■道路交通伤害预防 兼教育、补充营养素、

- 注:1.个人卫生行为培养(包括安全饮水、使用卫生厕所、用肥皂洗手等),每个时期都有,共6条,计为1项干预措施。
- 2. 体重管理,分别是孕前、胎儿期的干预措施, 共2条, 计为1项干预措施。
- 3. 健康教育,每个时期都有,共6条,计为1项干预措施。
- 4. 健康教育(媒体),每个时期都有,共6条,计为1项干预措施。
- 5. 改厕与粪便安全处理、提供安全饮用水、设置洗手设施、提供肥皂或洗手液,上述4项干预措施每个时期都有,分别计为1项干预措施。
- 6. 儿童虐待预防, 共2条, 计为1项干预措施。

附表 2: 妇幼保健干预措施实施渠道

			. 17.1	7. 14			11 /15		-
干预阶段	干预措施	※ 歴	村区卫生	<u> </u>	县级	社区	() () () ()	媒体	台 村 大 市 、 下 下 下
			服务站	服务中心			和[杯吗)		交通等部门
	个人卫生行为培养(包括安全饮水、使用卫生厕所、用肥皂洗手等)	*							
	设置洗手设施		*	*	*	*	*		
	提供肥皂或洗手液、开水、正确洗手宣传挂图等		*	*	*	*	*		
	预防非意愿妊娠(咨询、知情同意和药具提供)			*	*				
青少年期	预防和管理艾滋病、梅毒等性传播疾病			*	*	>	>	>	
	青少年期营养咨询			*	*				
	安全终止妊娠				*				
	学生营养餐与食物营养强化						*		
	健康教育(性与生殖健康)				*	>	*		
	孕前体重管理	*	>	>	>				
	口服叶酸等营养素补充剂	*	>	>	>				
	个人卫生行为培养(包括安全饮水、使用卫生厕所、用肥皂洗手等)	*							
	健康教育(戒烟禁酒、预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播)		*	*	*	>		>	
	设置洗手设施		*	*	*	*			
孕前(婚前)	提供肥皂或洗手液、开水、正确洗手宣传挂图等		*	*	*	*			
	孕前咨询(营养、遗传、优生咨询等)			*	*				
	口腔保健			*	*				
	贫血、糖尿病筛查			*	*				
	HIV、梅毒和乙肝检测,预防和管理性传播疾病			*	*				
	甲状腺功能筛查				*				
11 和	孕期体重管理	*	\nearrow	>	>				
(孕期)	服用孕妇营养包(复合微量营养素),补充铁、叶酸、钙、碘等多种营养素	*	>	>	>				

ı		1	١
			į
	į	7	Š
		١	1

干预阶段	33 111	溪風	村级/社区卫生服务站	乡级/ 社区卫生 服务中心	自领	拉风	(((((((((((((((((((媒体	企业、水利、 农业、环保、 交通等部门
	个人卫生行为培养(包括安全饮水、使用卫生厕所、用肥皂洗手等)	*							
	孕期健康教育		*	*	*			>	
	设置洗手设施		*	*	*	*			
	提供肥皂或洗手液、开水,正确洗手宣传挂图等		*	*	*	*			
	孕期健康管理(病史询问、空腹血糖、体重管理)			*	*				
	营养咨询(合理膳食、喂养知识等)			*	*				
	妊娠并发症的防治(妊娠高血压、妊娠糖尿病、妊娠贫血、甲状腺疾病)			*	*				
	尽早进行 HIV、梅毒和乙肝筛查			*	*				
# 1 70	HIV、梅毒和乙肝感染者适宜的干预、治疗、随访及管理			*	*				
胎儿别 (孕期)	定期产前产检, 高危孕妇筛查与转诊			*	*				
- -	意外妊娠安全流产			*	*				
	流产后保健			*	*				
	对早产儿胎膜早破使用抗生素				*				
	足月儿胎膜早破予以引产				*				
	35 周前早产儿使用皮质类固醇激素				*				
	出生缺陷筛查				*				
	早产儿管理				*				
	严重妊娠并发症的治疗和管理(妊娠高血压综合征、糖尿病、甲状腺疾病等)				*				
	对下级机构进行技术指导				*				
	住院分娩			*	*				
	安全分娩,鼓励阴道分娩(严格掌握剖宫产指征)			*	*				
- - - - -	及时识别和处理难产			*	*				
出任时人存留人	预防早产			*	*				
(积极预防产后出血, 包括1.筛选产后出血高危孕妇; 2.针对性做好预防: 转诊、备血、开通静脉; 3.积极预防产道裂伤; 4.准确测量产后出血量; 5.有效止血措施; ①药物,包括缩宫素、前列腺素制剂(前列醇、卡前列素),②按摩子宫,③宫腔填塞,④手术止血。			*	*				

续表

企业、水利、 农业、环保、 交通等部门																						
な な る る る る る る る る し る し る し る し る し る										>												>
华校 (托幼 芍첩)																						
拉区																						
县级	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	>	*	*	*		*
乡级/ 社区卫生 服务中心	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						>	*	*	*		*
村级/社区卫生服务站																	>	*	*	*		*
家庭																	*	*	*	*	*	
干预措施	确定 HIV、梅毒和乙肝感染状态或及时检测,感染孕产妇安全助产和相关治疗	其他高危因素筛查	妊娠并发症的产时监测管理	危急重症的及早发现和干预	新生儿复苏	预防新生儿产伤	HIV 感染产妇所生儿童出生后特殊护理,预防应用抗病毒药物	梅毒感染产妇所生儿童出生后特殊护理,非梅毒螺旋体抗原血清学 试验定量检测,必要的预防性治疗	乙肝感染产妇所生儿童乙肝免疫球蛋白注射	分娩期健康教育	做好转诊前的准备工作和安全转诊 (一次到位)	41 周予以引产	剖宫产手术指征(挽救母亲和婴儿的生命)	保留子宫的止血方法的应用	产后出血的治疗(手术止血方法),如缝合止血(栓塞),包括子宫动脉上行支结扎、局部或 B-lynch(捆绑式)缝合、血管栓塞;宫腔填塞(水囊或纱布);子宫切除	有感染高风险的孕产妇预防性抗生素的使用(胎膜早破、剖宫产、 败血症等)	产后营养:补充铁、叶酸、维生素D、钙、碘等营养素	新生儿:母乳喂养、脐带及皮肤护理、保暖、补充维生素D	积极预防产褥感染	关注产褥期的心理健康(产后抑郁症的预防)	个人卫生行为培养(包括安全饮水、使用卫生厕所、用肥皂洗手等)	新生儿期健康教育
干预阶段								- +	(中世紀)	()) 2/674) (新生儿、	产后母亲		

ı	i	1	
		i	į
į		7	١
	ì	١	

			村级/			小		
	干预措施	彩座	社区卫生 服务站	を用	县级 社区	(托幼 机构)	媒体	
新生儿访视	5视		*	>	>			
产后访视	F		*	*	*			
预防产后出血	5出血		*	*	*			
设置洗手设施	≒设施		*	*	*			
提供肥皂	提供肥皂或洗手液、开水,正确洗手宣传挂图等		*	*	*			
早开奶	早开奶(生后1小时之内)	>		*	*			
低体重利	低体重和早产儿的喂养支持	>		*	*			
及时保息	及时保暖(保持婴儿体温),实行袋鼠式护理	>		*	*			
新生儿兆	新生儿疾病筛查(PKU、CH、听力筛查)			*	*			
付有低II	对有低血糖风险的新生儿进行监测			*	*			
新生儿约	新生儿维生素 K 的补充			*	*			
母乳喂养指导	· 持指		>	*	*			
F介苗指	卡介苗接种、乙肝疫苗接种			*	*			
IIV 感染 吐绝混合	HIV 感染产妇所生新生儿预防应用抗病毒药物;应向他们提倡人工喂养,杜绝混合喂养,如果纯母乳喂养,母亲或儿童同时应用抗病毒药物			*	*			
梅毒感验 检测)及	梅毒感染产妇所生新生儿检测(非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量 检测)及必要的治疗			*	*			
新生儿遺	新生儿黄疸(病理性和母乳性)及其他危重症的识别与转诊			*	*			
对有细菌	对有细菌感染风险的新生儿实施预防性抗生素治疗				*			
東用表 面	使用表面活性剂(呼吸系统用药)预防早产儿呼吸窘迫综合征				*			
使用连约	使用连续气道正压通气(CPAP)处理婴儿呼吸窘迫综合征				*			
新生儿则	新生儿败血症、脑膜炎和肺炎的处理				*			
治疗新5	治疗新生儿黄疸(病理性)				*			
治疗母亲贫血	等贫血				*			
6个月内	6 个月内纯母乳喂养	*	>					
个月至	6个月至2岁继续母乳喂养并讲行辅食添加	*	>					

徒表

干预阶段	十一年,一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一	※	村级/社区卫生	乡级/ 社区卫生	超	拉区	华 (媒体	企业、水利、农业、环保、	
			服务站	服务中心			机构)			
	特殊情况下儿童喂养(HIV 感染母亲所生儿童提倡人工喂养,杜绝混合喂养;如果纯母乳喂养,母亲或儿童同时应用抗病毒药物)	*	>	>						
	服用儿童营养包	*	>	>						
	儿童伤害预防:家庭安全清单,家庭环境和家长行为改善等	*								
	个人卫生行为培养(包括安全饮水、使用卫生厕所、用肥皂洗手等)	*								
	儿童期健康教育		*	*	*	>	*	>		
	设置洗手设施		*	*	*	*	*			
	提供肥皂或洗手液、开水,正确洗手宣传挂图等		*	*	*	*	*			
	儿童生长监测及干预管理		>	*	*					
	常规预防接种			*	*	>	>	>		
	第二类疫苗: 流感嗜血杆菌、肺炎球菌和轮状病毒疫苗(可选)			*	*	>	>	>		
	严重急性营养不良管理			*	*					
婴儿期和	营养干预			*	*					
	儿童肺炎管理			*	*		>			
	腹泻管理			*	*		>			
	手足口病的管理			*	*		>			
	肺结核暴露儿童的综合管理			*	*		>			
	HIV 暴露的婴儿启动预防性的抗反转录病毒治疗			*	*					
	HIV、梅毒感染母亲所生儿童定期随访和检测,诊断感染后及时开始 治疗等综合管理			*	*					
	儿童危重症的诊断和处理				*					
	托幼机构对儿童健康进行管理						*			
	食堂安全与卫生管理及配餐指导						*			
	儿童伤害(溺水、道路交通伤害、跌落、中毒、机械性窒息、烧伤、 烫伤)的监测			*	*		>			
	儿童伤害干预: 路面、灯光、水塘、娱乐设施等环境改善					*				

I	ł	6
	1	ţ

干预阶段	干预措施	溪風	村级/社区卫生服务站	<u> </u>	号級	拉区	^{华校} (托约 ^女 杭格)	其	企业、水利、 农业、环保、 交通等部门
婴儿期和"====================================	儿童伤害(溺水、道路交通伤害、跌落、中毒、机械性窒息、烧伤、 烫伤)的干预和监测					*	*		*
儿里别	儿童虐待预防	*				*			
	改厕与粪便安全处理								*
日本	提供安全饮用水								*
4.1.1.2.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3.3	媒体健康教育宣传							*	
	环境性铅中毒(孕期、婴幼儿期)	>	>	>	>	>	>	>	*

注:★为主体实施层面, √为参与层面或合作实施层面。

附表 3: 不同时期妇幼保健干预措施

干预措施	青少年期	4年(胎儿期(五期)	出生时公益期	新生儿、	婴儿期和别
个人 71 生行为营养(包括安全检水) 使用71 生厕所 用肥皂淋手等)	>) th HX)	(K)	()) MUH) (松	作しまめ
	. >		•		· >	•
预防和管理青少年艾滋病、梅毒等性传播疾病	>					
营养咨询(各个时期)	>	>	>	>	>	>
安全终止妊娠	>					
学生营养餐与食物营养强化	>					
健康教育(各个时期)	>	>	>	>	>	>
提供开水、正确洗手宣传挂图等	>	>	>	>	>	>
孕前体重管理		>				
口服叶酸等营养素补充剂		>				
孕前咨询(营养、遗传、优生咨询等)		>				
口腔保健		>				
贫血、糖尿病筛查		>				
孕前 HIV、梅毒和乙肝检测、干预、治疗、随访及管理		>				
甲状腺功能筛查		>				
孕期体重管理			>			
孕妇营养包(复合微量营养素),补充铁、叶酸、钙、碘等多种营养素			>			
孕期健康管理(病史询问、空腹血糖、体重管理)			>			
孕期营养咨询(合理膳食、体重管理、喂养知识等)			>			
妊娠并发症的防治(妊娠高血压综合征、妊娠糖尿病、妊娠贫血、甲状腺疾病)			>			
尽早进行 HIV、梅毒和乙肝筛查			>			
HIV、梅毒和乙肝感染者适宜的干预、治疗、随访及管理			>			
定期产前产检,高危孕妇筛查与转诊			>			
意外妊娠安全流产			>			
流产后保健			>			

r		
ı	J.	
Ε	J	
4	L	

干预措施	青少年期	孕前 (婚前)	胎儿期 (孕期)	出生时 (分娩期)	新生儿、 产后母亲	婴儿期和儿童期
对早产儿胎膜早破使用抗生素			>			
足月儿胎膜早破予以引产			>			
35 周前早产儿使用皮质类固醇激素			>			
出生缺陷筛查			>			
早产儿管理			>			
严重妊娠并发症的治疗和管理(妊娠高血压综合征、糖尿病、甲状腺疾病等)			>			
对下级机构进行技术指导			>			
住院分娩				>		
安全分娩,鼓励阴道分娩(严格掌握剖宫产指征)				>		
及时识别和处理难产				>		
预防早产儿				>		
积极预防产后出血,包括(1)筛选产后出血高危孕妇;(2)针对性做好预防:转诊、备血、开通静脉;(3)积极预防产道裂伤;(4)准确测量产后出血量;(5)有效止血措施:①药物,包括缩宫素、前列腺素制剂(米索前列醇、卡前列素),②按摩子宫,③宫腔填塞,④手术止血。				>		
确定 HIV、梅毒和乙肝感染状态或及时检测,感染孕产妇安全助产和相关 治疗				>		
其他高危因素筛查				>		
妊娠并发症的产时监测管理				>		
危急重症的及早发现和干预				\nearrow		
新生儿复苏				\wedge		
预防新生儿产伤				>		
HIV 感染产妇所生儿童出生后特殊护理,预防应用抗病毒药物				>		
梅毒感染产妇所生儿童出生后特殊护理,非梅毒螺旋体抗原血清学试验定 量检测,必要的预防性治疗				>		
乙肝感染产妇所生儿童乙肝免疫球蛋白注射				\nearrow		
做好转诊前的准备工作和安全转诊(一次到位)				>		
41 周予以引产				>		

干预措施	青少年期	4 4 4 4 6 6 6 6 6 7 6 7 6 7 7 7 8 7 8 7 8 7 8 7	胎儿期(孕期)	出生时(分娩期)	新生儿、 产后母亲	婴儿期和儿童期
剖宫产手术指征(挽救母亲和婴儿的生命)				>		
保留子宫的止血方法的应用				>		
产后出血的治疗(手术止血方法),如缝合止血(栓塞):子宫动脉上行支结扎、局部或B-lynch(捆绑式)缝合、血管栓塞;宫腔填塞(水囊或纱布);子宫切除				>		
有感染高风险的孕产妇预防性抗生素的使用(胎膜早破、剖宫产、败血症等)				>		
产后营养:补充铁、叶酸、维生素D、钙、碘等营养素					>	
新生儿:母乳喂养、脐带及皮肤护理、保暖、补充维生素D					>	
积极预防产褥感染					>	
关注产褥期的心理健康(产后抑郁症的预防)					>	
新生儿访视					>	
产后访视					>	
预防产后出血					>	
早开奶(生后一小时之内)					>	
低体重和早产儿的喂养支持					>	
及时保暖(保持婴儿体温), 实行袋鼠式护理					>	
新生儿疾病筛查(PKU、CH、听力筛查)					>	
对有低血糖风险的新生儿进行监测					>	
新生儿维生素 K 的补充					>	
母乳喂养指导					^	
卡介苗接种、乙肝疫苗接种					^	
HIV感染产妇所生新生儿预防应用抗病毒药物;应用他们提倡人工喂养,杜绝混合喂养,如果纯母乳喂养,母亲或儿童同时应用抗病毒药物					>	
梅毒感染产妇所生新生儿检测(非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测) 及必要的治疗					>	
新生儿黄疸(病理性和母乳性)及其他危重症的识别与转诊					^	
对有细菌感染风险的新生儿实施预防性抗生素治疗					>	

ı	1		
		4	
Ė	7	ž	
	ľ	٢	

干预措施	青少年期	4 (香部)	胎儿期 (孕期)	出生时 (分娩期)	新生儿、 产后母亲	婴儿期和儿童期
使用表面活性剂(呼吸系统用药)预防早产儿呼吸窘迫综合征					>	
使用连续气道正压通气(CPAP)处理婴儿呼吸窘迫综合征					>	
新生儿败血症、脑膜炎和肺炎的处理					>	
治疗新生儿黄疸(病理性)					>	
治疗母亲贫血					>	
6个月内纯母乳喂养					>	>
6个月至2岁继续母乳喂养并进行辅食添加						>
特殊情况下儿童喂养(HIV感染母亲所生儿童提倡人工喂养,杜绝混合喂养;如果纯母乳喂养,母亲或儿童同时应用抗病毒药物)					>	>
服用儿童营养包						>
儿童伤害预防:家庭安全清单,家庭环境和家长行为改善等						>
儿童生长监测及干预管理						>
常规预防接种						>
第二类疫苗:流感嗜血杆菌、肺炎球菌和轮状病毒疫苗(可选)						>
严重急性营养不良管理						>
营养干预						>
儿童肺炎管理						>
腹泻管理						>
手足口病的管理						>
肺结核暴露儿童的综合管理						>
HIV 暴露的婴儿启动预防性的抗反转录病毒治疗						>
HIV、梅毒感染母亲所生儿童定期随访和检测,诊断感染后及时开始治疗等综合管理						>
儿童伤害(溺水、道路交通伤害、跌落、中毒、机械性窒息、烧伤、烫伤) 的监测						>
儿童危重症的诊断和处理						>
儿童伤害干预:路面、灯光、水塘、娱乐设施等环境改善						>

干预措施	青少年期	孕前 (婚前)	胎儿期 (孕期)	出生时 (分娩期)	新生儿、 产后母亲	婴儿期 和儿童期
托幼机构对儿童健康进行管理						>
食堂安全与卫生管理及配餐指导						>
儿童伤害(溺水、道路交通伤害、跌落、中毒、机械性窒息、烧伤、烫伤) 的干预和监测						>
儿童虐待预防						>
设置洗手设施	>	>	>	>	>	>
提供肥皂或洗手液、开水、正确洗手宣传挂图等	>	>	>	>	>	>
改厕与粪便安全处理	>	>	>	>	>	>
提供安全饮用水	>	>	>	>	>	>
环境性铅中毒(孕期、婴幼儿期)			>			>

表

附表 4: 妇幼保健干预措施服务包瓶颈分析

服务质量	有效措施覆盖	服 今 失 失 死 。	孕前 保健覆盖面不够	出查平步其心为病生和有理是脏疑; 缺诊待高先病难陷断进,大等的解于,大等的解决,大学较
方	持续利用 服务	由于校外青性,中级流动能接受的一种的流动。 电线 医接受 医二甲甲醛 化的服务 计模的服务 计模型 计工课时 由于上课时间的限制,早年接受服务	叶酸补 服依 从性低	(秦)
需方	经济、社会 文化习俗 及行为	经济不独立, 无经济来源; 多%院外来源; 条件影画; 社会习俗不 公开谈论性 相关问题; 社会习俗对 校立一般的 根状可题;	缺乏孕 健意识 以证 要 性的 认识 是 性的	主动接受争 期保健服务 的意识差; 孕早期产检 时间晚, 尤 就动孕产妇;
	服务提供	缺 名 是 是 是 是 是 是 是 是 是	缺乏孕前保 健门诊	流动母产妇 争期保健服 多可及性差; HIV 和 梅 毒 隐染孕妇的 暗踪窗访困 难;
供方	人员	设有专职人 以; 人员咨询服 务能力差	基层人员数 量不足、技 术水平不高、 流动性大	基局人员 对于人员 动性大部。 动性大; 是是大力。 是是大力。 是是大力。 是是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个人。 是一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个
	设备物资	缺乏提供服务的场所; 多的场所; 概母对具、 核型、宣传 材料等	基 房 医 が 相 と 数 数 数 数 数 数 数 数 数 形 和 数 数 次 HIV、梅毒、乙肝检测设合用检测设备和试剂	基层 医疗机 经人工 计是 的 人名
	管理、协调	缺路育一员计等制乏部、代会生(长门关工、、合效)心作卫社作的教下委生区的教下委生体的教下委生区机	联及	※ 田 型 は は は な の の の の の の の の の の の の の
支持性环境	预算、花费	目前缺乏消 及依韓預算, 场目 医兔骨, 经费有限; 目前免费, 日前免费避 可可免费, 可可免费, 是就算不够 酸品产, 是就有人。 是就是, 是是是, 是是是是。 是是是是是是。 是是是是是是是是。 是是是是是是是是是是	缺少对城市 育龄夫妇和供 方孕前保健的 经费预算; 缺 Z 对城市 育 龄 妇 女 叶 菅 龄 妇 女 叶 酸 补 服 的 经	贫困地区缺乏 孕期营养包的 经费预算; 出生 缺陷筛 查与诊断的 工作经费不 足, 尤其是 追踪隨访;
支持位	政策、法规	缺 Z 相 关法 律法规; 缺 Z 青 少 年 (校 外) 医 疗保险政策	强制 墙板 上	孕工术营谷 对的大生物 对的人类,然后不然非常 政治人名 被监验保证净的 软管 第十日内 权力
	社会规范	性意识开放; 初次性行为 年龄提前		
	干预阶段/领域	青少年期 保健	孕前 (婚前) 保健	胎儿期 (孕期)

服务质量	有效措施覆盖	HIN 指	转备全没 预播产位科合覆 促娩程诊工转有 防的措。服产盖 进措度前作诊落 母安施基务科率 自施不的和工实 婴全不本和服下 然重够作变作 传助到产综务 " 分视
方	持续利用 服务	社会域 同时感 一种在性感 一种在性病 一种种形态 一种的一种。 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种, 一种,	贫人缺障持务 社效诊会加分利因口乏,续; 区的机成影娱用、孕医影利 缺交制本响服流产疗响用 乏通,的住务为妇保其服 有转机增院的
需方	经济、社会 文化习俗 及行为	少区 惯产 数的影检 民风响 族俗定 地內期	不期前的其因数习信院知,住意是孕民惯的,住意是孕民惯你分词缺陷识偏妇族、影娩预乏分,记;风宗响 处保。
	服务提供	高い	医多人 医西科内 医克勒克斯 医格勒氏 医克勒氏 医克勒氏 医克勒氏 医克勒氏 医克勒氏 医克勒氏 医克勒氏 医克
供方	人员	格尼人员 中国K、C用的 等等、C用的 等等的,不是是是是是是的,是是是是是是的。 是是是是是是是是是是是是是是是是是是是是是是是	医预后诊转度 華畫 医 多防出间诊转度 華 畫 医 动出间诊 下
	设备物资	性素 医 医 医 是 不 的 是 是 的 的 是 的 的 的 的 的 的 的 的 的 的 的 的	基格产助设等 缺血百仙以耳 缺品牲牲获的人,仓产。 ",今则是为为," 争为,为则军势对等,为则军军之,为,为军军,为军军,以,以军军,以,以军军,以,以军军,以,以,以,以,以,以
	管理、协调	系于传度 缺的新企位的能好有度 然预播下 改的新妇 的是好好的的多 多 多 是以识证此,你可以,你可以,你就知多 各 是我们记述就的 多 一口,你就是这一一一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个	缺级之的流 乏医间转程不疗的、 同机高会 层构效诊
支持性环境	预算、花费	後 を の を を を は の の の の の の の の の の の の の	相 表面传经 相 注。 证 经 持 证 经 持 使 。
支持心	政策、法规	缺孕管规绕理 缺重关 行务冲梅及产理定合规 叉管指 业规炎毒材妇的 "长铜 孕理南 业规炎毒流系相缺效" 期的 抗内范(沧沙奇统、其的,称存如(治沙谷)。 体相 服在知(治	母子
	社会规范		社对的认 阴成妇影其成较会阴不知 道疼难响他部高之生 : 這疼难响他部高上道正 : 分痛以体原宜有分确 统,忍及体原宜生效的 想产。受形因产生,受害者不
	干预阶段/领域	胎儿期 (孕期)	出生時(分娩)

5	1	
ļ	į	
1		

文持、压力	支持性环境	祖民			供方		需方	方	服务质量
社会规范 政策、法规 预算、花费 管理、协调	预算、花费	筝理、协 词	照	设备物资	人员	服务提供	经济、社会 文化习俗 及行为	持续利用 服务	有效措施覆盖
									产品 出售 市 市 市 市 市 電 海 所 所 原 書 市 書 等 原 原 量 品 。 。 。 。 。 。 。 。 。
一 每产期保健 缺乏产褥期 缺乏不同层 有相关内容, 费预算 人国的高数 自是实施时 存储相关经 级图式机 为在一些	発 発 登 登 が が が が が を を を を を を を を を を を を を	及医间转程 定理效 : 克克阿伊克医间转程 定理效 : 充与随间调不行的 : 产学合 分负访的机同机高会 科科作 嫉责医信制	层构效论 与的机 医产院息舶 多电晶色电子	後 後 後 別 別 別 別 別 別 別 別 別 別 別 別 別	医重够专妇来和排疾产可没现务视, "我想让一次明试,我们是我们早识都紧紧,你是没好好好好好好好好好好。" 医皮克姆利氏皮炎 计位数 人 医皮肤 医发产 心道 球型 医皮肤 电压度 医皮肤 电压度 医皮肤 电压度 医皮肤 化过的生现 后理战的本发	人 国 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田	坐俗致并就月內产齡诊于供褥响的易感及	海母母母母母母子子母子母女子子子女子女子女子女子女子女子女子弟弟弟弟子弟子弟子弟子	医多人员的 相关的人员的 能有待提高; 产品有待提高; 的资份不在 的资份不足
一 政策宣传不 缺乏新生儿 医疗机构内到位; 保健相关经 部部门间的部分地区新 费预算; 协调不足, 住儿医疗保 新生儿阶段, 比如产科和险政策覆盖 医疗保险的 新生儿科不到位 覆盖率较低	缺乏新生儿 保健相关经 费预算; 新生儿阶段, 医疗保险的 覆盖率较低	8. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5.	内的,相	基 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是	基层人员数 者水平不高; 无水平不高; 医多人员对 断生儿保健 的认识不足	基有克 華梅氏 華梅氏	受因 部风响 受和影初开生其後慕 分份归 受和影对的担害 化倍归的 化合归的 化邻二他克尔帕斯克 经数点 机克尔斯斯克尔 "放眼" 这一个,这一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一		基新服不 基构新服 基构技而本生务高层不生务 医医犬生死 医医犬氏线 医兔犬兔 医兔犬 二二甲 医多次 红斑保 打提保 扩入平

法书

服务质量	有效措施覆盖	基科 婴童汤够良门儿期、缺少 期保指人,和健导	偏換低 活換 本 及 多 多 多 多	
需方	持续利用 服务	儿健识致时 儿叉的养妆包酿的遗憾缺踪 " 置人的养女包喂的 " 置 国家的能拓养的家员。 家确幼妇和和亲创会的 人名伊拉伊拉尔马尔马克克拉克克克克克克克克克克克格特格	个别 唐 不 別 唐 不 內 別 唐 不 內 因 唐 不 良 反 应 废 哪 市 持 续 接 接 种 的 依 从 性	
雕	经济、社会 文化习俗 及行为	受条及 儿识危别 家健 爱文影练辅种和家件时 童、险能 家健 爱女影影辅种和强影说 家行贸给 长意 消化响加食类质 人 说 地名 地方 地方 地方 地方 地方 地方 地方 化基苯 使相对 化特拉 使相对 化特拉 使相对 化特拉 使相对 使相似 使,然的早或的数像不量		
	服务提供	基层 种门诊; 缺乏儿科 上人员 本人员	因 等 形	缺
供方	一人	基因 基	は は は は は は は は は は は は は は	数章、服势司 部门相关人 足的培训不 当当二十
	设备物资	等 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三	应 添	
	管理、协调	海海 海 京 京 明 京 明 明 明 明 明 明 明 明 明 明 明 明 明	卫生计生行政部门、医对卫生机构、 方卫生机构、 疾控中心的 协调机构	缺 之 政 府、 媒介、企业、 公安、社区、 口生等 职能 等 名 部 门 的 协调 机制
支持性环境	预算、花费	缺几续健预 缺类预尺光值振嫌算 缺类预只想情振嫌算 光包算涉及现度现数 : 见知禁沙区区别的人们的人员的一种的人员的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的一种的	缺 之 基 层 上 经 人 员 工 作 人 员 工 作 人 员 工 作 人 员 工 作 工 作 工 作 工 作 工 作 工 作 工 作 工 作 工 作 工	缺少儿童伤害预防相关害预防相关成本的预算
支持位	政策、法规	儿型 锌治人目 婴相实菌缺 剂疗基汞 幼光不到 剂疗基汞 幼光不药之 (基本 儿改河牧 大木 儿应河 腹未药 眼策 位词 污纳物 茶搽	免疫 规、被 短、 型、 放 大 不 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 大 之 在 的 位 た 。 本 一 の た 、 市 の た 、 市 の た 本 の を 本 の を も の を を も の を を も の を を も の を を も の を を も の を を め を の を め の を の の の の の の の の の の の の の	基
	社会规范			
	干预阶段/领域	婴儿期和儿童期保健	免疫规划	儿童伤害

3	f
ā	ż

服务质量	有效措施 覆盖	集的量能包共造中水有够洗厕垒中水有够洗厕垒式医脊堤手所馒头,提供的的低伏,把供的的低
方	持续利用 服务	集设管维 正维所导育中施理护 确护的与不中施理护 确护的与不式的和不 使卫技宣足供卫运品 用生术传供工运 用生术传
需方	经济、社会 文化习俗 及行为	少区识当俗大不内否风不病数的和地的(能或则水净等民卫行文影如建院会;吃)跃上行文影如建院会;吃)族生为化响厕在内影不了地意受习很所室,响干没
	服务提供	环有人善的知择境也得产境市们环意道适卫不环品卫场缺境识怎宜生方境品处定定生方境
供方	人员	強 理 現 的 の の の を な 大 上 が は が は が が が が が が が が が が が が が
	设备物资	集普水不质 无厕低所 洗量或备中及处完合 害所,数 手少洗率中及处完合 害所,数 手少洗率武率理善格 化普公量 设、宇低东原工,率 卫及共产俱 施肥液状、艺水; 生率厕; 数皂配
	管理、协调	等
t环境	预算、花费	对等的 国外过 彩部型 滚数校 被数块
支持性环境	政策、法规	国完覆构特人修关的目灸善盖和别群订改相标政,所人是,国水关策不有群贫需家改策
	社会规范	人乏境人和要的如该适使所我事统认便或破所忌上有接要念脏吃跟礼们正卫卫行一准 :是的用不个'观为是危除的'不关受花;手不人貌普确生生为系则厕干地公仅〈改念小干事有一如能话喝钱形拿卫握的通的和观。列)所净方共仅人变,该净小关些餐谈题水的成东生于意缺环个念需新例应舒;厕是的传如粪的;厕禁桌论;需观用西或不识
	干预阶段/领域	水、 本 本 人 上 上 上

附表 5: 妇幼保健干预措施服务包评价指标

	中文名称	英文名称	沿	计算公式	数据来源	调查方法
以在	15~19 岁生育 率(又称青少 年妇女生育率)	fertility rate for women at 15~19 age	指某地区某统计年度内每千名15~19 岁妇女平均生育的活产子女数	某年某地区15~19岁妇女所生活产子女数/某年某地区15~19岁妇女人数 × 1000%	中国统计年鉴; 卫生计生统计 报表	全面调查, 抽样调查
- 111	6个月内婴儿 纯母乳喂养率	exclusive breastfeeding under 6 months (%)	指某地区某统计年度内,调查的0~5月龄婴儿中,纯母乳喂养的比例	某年某地区0~5月龄纯母乳喂养人数/某年某地区0~5月龄母乳喂乳喂养调查人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
	6个月内婴儿 母乳喂养率	breastfeeding under 6 months (%)	指某地区某统计年度内,调查的 0~5月龄婴儿中,母乳喂养的比例	某年某地区0~5月龄母乳喂养人数/某年某地区0~5月龄母乳 喂养调查人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
	早开奶率	early initiation of breastfeeding	指某地区某统计年度内,24个月内 儿童生后1小时内开始吸吮的比例	某年某地区生后1小时内吸吮的24个月内儿童数/某年某地区未满24个月的儿童数数×100%	专题调查	抽样调查
	6~8 个月儿童 辅食添加率	introduction of solid, semisolid or soft foods at 628 months	指某地区某统计年度内,6~8个月 儿童添加固体、半固体食物或者软 食的比例	某年某地区6~8个月儿童在过去24小时内添加固体、半固体食物或者软食的人数/某年某地区调查的~8个月儿童总数×100%	专题调查	抽样调查
	最低膳食多样化	minimum dietary diversity (%)	指某地区某统计年度内,6~23月龄婴幼儿食用4种或更多食物种类的比例	某年某地区调查6~23月龄婴幼儿中在过去24小时内食用4种或更多食物种类的人数/某年某地区调查6~23月龄婴幼儿数	专题调查	抽样调查
	最低进食频率	minimum meal frequency (%)	指某地区某统计年度内,6~23月龄母乳喂养和非母乳喂养婴幼儿食用固体、半固体或软烂食物最低次数的比例(也包括非母乳喂养婴幼儿的牛奶摄入)	某年某地区调查6~23月龄母乳喂养和非母乳喂养婴幼儿在过去24小时内达到食用固体、半固体或软烂食物最低次数的人数某年某地区调查6~23月龄婴幼儿数	专题调 牵	抽样调查
	最低可接受 膳食	minimum acceptable diet (%)	指某地区某统计年度内,6~23月龄婴幼儿在过去24小时内辅食添加满足最低膳食多样化率和最低进食频	某年某地区调查6~23月龄婴幼儿在过去24小时内辅食添加满足最低膳食多样化率和最低进食频率人要的率率,食物多少,是少少,是少少,是少少,是少少,是少少,是少少,是少少,是少少,是少少,是	季 顧頒幸	抽样调查

ı		1	١
			į
	į	7	Š
		١	1

中文名称	铃	英文名称	沿	计算公式	数据来源	调查方法
已婚育龄妇女避孕率		contraceptive prevalence among women 某地某时点已婚育龄妇女中采用避aged 15~49 who are married	某地某时点已婚育龄妇女中采用避 孕措施(本人或配偶)的比例	某地某时点已采取避孕措施的已婚育龄人数(女或男)/某地某时点已婚育龄妇女人数×100%	卫生计生统计 报表	全面调查
孕产期贫血 患病率		prevalence of maternal anemia with hb under 100 g/L	指某地区某统计年度内,产妇孕产 期贫血人数与产妇孕产妇期血红蛋 白检测人数之比。该指标是反映妇 女营养健康状况的重要指标	某年某地区产妇孕产期贫血 人数/某年某地区产妇孕产期 血红蛋白检测人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
孕产期中重度 贫血患病率	14-1	prevalence of maternal anemia with hb under 80 g/L	指某地区某统计年度内,产妇孕产 期中重度贫血人数与产妇孕产妇期 血红蛋白检测人数之比。该指标是 反映妇女营养健康状况的重要指标	某年某地区产妇孕产期中重度贫血人数/某年某地区产妇孕产期血红蛋白检测人数x100%	妇幼卫生年报	全面调查
5岁以下儿童 贫血患病率	ป า1	prevalence of children under–five years anemia (%)	指某地区某统计年度内,5岁以下儿童(6~59月龄)贫血患病人数占5岁以下儿童血红蛋白检测人数的比例	某年某地区6~59月龄儿童贫血患病人数/某年某地区6~59月龄儿童血红蛋白检测人数××100%	妇幼卫生年报	全面调查
5岁以下儿童 中重度贫血 患病率	N⊞1 .	children under–five years moderate to severe anemia (%)	指某地区某统计年度内,5岁以下儿童(6~59月龄)中重度贫血患病人数占5岁以下儿童血红蛋白检测人数的比例	某年某地区6~59月龄儿童中重度贫血患病人数/某年某地区6~59月龄儿童血红蛋白监测人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
孕产妇艾滋病病毒患痰染率	/形	hiv prevalence among pregnant women	指某地区某统计年度内,孕产妇艾 滋病病毒感染人数与产妇艾滋病病 毒检测人数之比	某年某地区孕产妇艾滋病病毒毒感染人数/某年某地区产妇艾滋病病毒检测人数×100%	妇幼卫生年报, 预防 艾滋病、 梅毒和 乙肝母 婴传播管理信 息系统	全面调查
孕产 红梅毒 感染率	44.11	syphilis prevalence among pregnant women	指某地区某统计年度内,孕产妇 梅毒感染人数与孕产妇梅毒检测 人数之比	某年某地区产妇梅毒感染人数/某年某地区产妇梅毒检测人数×100%	妇幼卫生年报, 预防 艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	全面调查

医导	中文名称	英文名称	沿河	计算公式	数据来源	调查方法
16	孕产妇乙肝 表面抗原 阳性率	hepatitis B prevalence among pregnant women	指某地区某统计年度内,产妇乙肝 表面抗原阳性人数与产妇乙肝表面 抗原检测人数之比	某年某地区产妇乙肝表面抗原阳性人数/某年某地区产妇乙 肝表面抗原检测人数	妇幼卫生年报, 颈防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	全面调查
17	官颈癌患病率	prevalence of cervical cancer	指某地区某统计年度内官颈癌患病 总人数与某年某地区官颈癌筛查人 数之比	某年某地区宫颈癌患病总人 数/某年某地区宫颈癌筛查人 数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
18	新生儿破伤风 发病率	incidence of neonatal tetanus	指该地区该统计年度内,新生儿破 伤风发病数与活产数之比	某年某地区新生儿破伤风发 病数/某年某地区活产数 ×1000%	疾病颈防控制 系统,降消项 目直报系统	全面调查、 抽样调查
19	出生缺陷 发生率	incidence of birth defects	指围产儿中出生缺陷数与围产儿数之比	某年某地区围产儿中出生缺陷数/某年某地区围产儿数×10000/万	妇幼卫生监测	抽样调查
20	神经管缺陷 发生率	incidence of neural tube defects	指围产儿中神经管缺陷数与围产儿 数之比	某年某地区围产几中神经管 缺陷数/某年某地区围产儿数 ×10000/万	妇幼卫生监测, 重大公共卫生 项目报表	全面调查、抽样调查、
21	孕产妇死亡率	maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	指某地区某统计年度内每10万例活 产儿中,孕产妇的死亡数	某年某地区孕产妇死亡人数/ 某 年 某 地 区 活 产 数 ×100000/10万	妇幼卫生监测, 妇幼卫生年报	全面调查, 抽样调查
22	孕产妇死亡 死因构成	distribution of causes of death of pregnant women ($\%$)	某地区某统计年度内孕产妇各种主 要死因的构成比例	孕产妇死于某种原因的人数/ 孕产妇死亡人数×100%	妇幼卫生监测, 妇幼卫生年报	抽样调查
23	5岁以下儿童 死亡率	under-five mortality rate(per 1000 live births)	指某地区某统计年度内5岁以下儿 童死亡数与活产数之比	某年某地区5岁以下儿童死亡 数 / 某 年 某 地 区 活 产 数 ×1000‰	妇幼卫生年报、 妇幼卫生监测	全面调查、抽样调查、
24	婴儿死亡率	infant mortality rate(per 1000 live births)	指某地区某统计年度内婴儿死亡数 与活产数之比	某年某地区婴儿死亡数/某年 某地区活产数×1000%	妇幼卫生年报、 妇幼卫生监测	全面调查、抽样调查、
25	新生儿死亡率	neonatal mortality rate (per 1000 live births)	指某地区某统计年度内新生儿(0~27天)死亡数与活产数之比	某年某地区新生儿死亡数/某年某地区活产数×1000%	妇幼卫生年报、 妇幼卫生监测	全面调查, 抽样调查

ı	i	1	
		i	į
į		7	١
	ì	١	

使中	中文名称	英文名称	沿	计算公式	数据来源	调查方法
26	5岁以下儿童 死因构成	distribution of causes of death among children under–five (%)	指某地区某统计年度内5岁以下儿 童各种主要死因的构成比例	某年某地区5岁以下儿童死于 某种原因的人数某年某地区5 岁以下儿童死亡人数×100%	妇幼卫生监测	抽样调查
27	5岁以下儿童 死亡中新生儿 死亡的比例	the proportion of newborn deaths in under-five child deaths	指某地区某统计年度内新生儿死亡 数占5岁以下儿童死亡数的比例	某年某地区新生儿死亡人数/ 某年某地区5岁以下儿童数 ×100%	妇幼卫生年报、 妇幼卫生监测	全面调查、抽样调查、
28	围产儿死亡率	perinatal mortality rate per 1000 total births)	指某地区某统计年度内, 围产儿死 亡数与围产儿数之比	某年某地区围产儿死亡数/(某年某地区活产数+死胎死产 数)×1000‰	妇幼卫生年报	全面调查
29	死胎死产率	stillbirth rate (per 1000 live births)	指某地区某统计年度内,死胎死产 数与围产儿数之比	某年某地区死胎死产数/某年 某地区围产儿数×1000%	妇幼卫生年报	全面调查
30	新生儿破伤风 死亡率	neonatal tetanus mortality rate	指某地区某统计年度内,新生儿破 伤风死亡数与活产数之比	某年某地区新生儿破伤风死亡数/某年某地区活产数×1000%	疾病预防控制 系统,降消项 目直报系统	全面调查, 抽样调查
31	5岁以下儿童 生长迟缓率	children under–five stunted (%)	指某地区某统计年度内,5岁以下 儿童生长迟缓人数与5岁以下儿童 身高(长)体重检查人数之比	某年某地区5岁以下儿童年龄 别身高(长)<(中位数-2标 准差)人数/某年某地区5岁以 下儿童身高(长)体重检查 人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
32	5岁以下儿童 低体重率	children under–five underweight (%)	指某地区某统计年度内,5岁以下 儿童低体重人数与5岁以下儿童身 高(长)体重检查人数之比	某年某地区5岁以下儿童年龄 别体重<中位数-2标准差)人 数/某年某地区5岁以下儿童身 高(长)体重检查人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
33	低出生体重儿 百分比	low-birth-weight newborns (%)	某地区某统计年度内, 低出生体重 儿数占活产数的百分比	某年某地区低出生体重儿数/ 某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
34	5岁以下儿童 消瘦率	children under-five wasting (%)	指某地区某统计年度内,5岁以下 儿童消瘦人数与5岁以下儿童身高 (长)体重检查人数之比	某年某地区5岁以下儿童身高 (身长)别体重<中位数-2标 准差)人数/某年某地区5岁以 下儿童身高(长)体重检查 人数×100%	专题调查	全面调查

中文名称		英文名称	以	计算公式	数据来源	调查方法
5 岁以下儿童 超重率 children under–five overweight (%)	children under–five overweight		指某地区某统计年度内,5岁以下 儿童超重人数与5岁以下儿童身高 (长)体重检查人数之比	某年某地区5岁以下儿童身高 (长)别体重Z评分>2并≤3 的人数/某年某地区5岁以下儿 童身高(长)体重检查人数 ×100%	专题调查	抽样调查
5岁以下儿童 肥胖率 children under-five obesity (%)			指某地区某统计年度内,5岁以下 儿童肥胖人数与5岁以下儿童身高 (长)体重检查人数之比	某年某地区5岁以下儿童身高 (长)别体重Z评分>3的人数/ 某年某地区5岁以下儿童身高 (长)体重检查人数×100%	专题调查	抽样调查
巨大儿百分比 macrosomia newborns (%)			指某地区某统计年度内, 巨大儿数 占活产数的百分比	某年某地区巨大儿人数/某年 某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
早产发生率 incidence of preterm births	incidence of preterm births		指某地区某统计年度内, 早产活产 数与活产数之比	某年某地区早产儿人数/某年 某地区活产数×100%	专题调查	抽样调查
产妇建卡率 recording rate for pregnant women	recording rate for pregnant women		指某地区某统计年度内产妇建卡人 数与产妇数之比	某年某地区产妇建卡人数/某年某地区产妇数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
孕早期检查率 antenatal care coverage – in the early 12 weeks (%)		12	指某地区某统计年度内产妇孕早期 产前检查人数与话产数之比	某年某地区产妇孕早期产前 检查人数/某年某地区活产数 ×100%	妇幼卫生年报	全面调查
产前检查率 antenatal care coverage - at least one visit	antenatal care coverage – at least one vis	it	指某地区某统计年度内产前接受过 1次及以上产前检查的产妇人数与 活产数之比	某年某地区产妇产前检查人 数/某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
5 次及以上 antenatal care coverage – at least five visits 产前检查率 (%)	1.3	sits	指某地区某统计年度内产前接受过 5次及以上产前检查的产妇人数与 活产数之比	某年某地区产妇产前检查5次及以上人数/某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
产后访视率 postnatal care coverage for mothers - least one visit within 28 days(%)		– at	指某地区某统计年度内,产后28天 内接受过1次及以上产后访视的产 妇人数与活产数之比	某年某地区产妇产后访视人 数/某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
母产妇系统systematic management rate for pregnant管理率women(%)	systematic management rate for pregr	nant	指某地区某统计年度内,产妇系统 管理人数与活产数之比	某年某地区产妇系统管理人 数/某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
住院分娩率 institutional delivery rate	institutional delivery rate		某地区某统计年度内,住院分娩活 产数与所有活产数之比	某年某地区住院分娩活产数/ 某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查

p	ľ
ı	ı
Ę	ŧ
ď	1

使中	中文名称	英文名称	沿	计算公式	数据来源	调查方法
46	剖官产率	births by caesarean section (%)	指某地区某统计年度内, 活产数中 剖宫产活产数所占比例	某年某地区剖宫产活产数/某 年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
47	高危产妇占总 产妇的百分比	proportion of high-risk pregnant women	指某地区某统计年度内, 高危产妇 人数与产妇数之比	某年某地区高危产妇人数/某年某地区产妇数 × 100%	妇幼卫生年报	全面调查
48	高危产妇 管理率	management rate of high-risk pregnant women	pregnant 指某地区某统计年度内,高危产妇 管理人数与高危产妇数之比	某年某地区高危产妇管理人数/某年某地区高危产妇数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
49	高危产妇住院 分娩百分比	proportion of institutional delivery within high-risk pregnant women	指某地区某统计年度内, 高危产妇 中住院分娩的百分比	某年某地区高危产妇住院分娩 人数/某年某地区高危产妇数× 100%	妇幼卫生年报	全面调查
50	孕产妇血红蛋白 检测率	hemoglobin testing rate for pregnant women (%)	指某年某地区产妇孕产期血红蛋白 检测人数与该年该地区产妇数之比	某年某地区产妇孕产期血红蛋白检测人数/该年该地区产妇数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
51	孕产妇艾滋病检测率	hiv-testing rate among pregnant women	指某地区某统计年度内,产妇艾滋病检测人数与产妇数之比	某年某地区产妇艾滋病检测人 数/某年某地区产妇数 ×100%	妇幼卫生年报, 颈防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	全面调查
52	孕产 妇梅毒 检测率	syphilis testing rate among pregnant women	指某地区某统计年度内,产妇梅毒 检测人数与产妇数之比	某年某地区产妇梅毒检测人数/ 某年某地区产妇数 ×100%	妇幼卫生年报, 颈防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	全面调查
53	孕产妇 乙肝表面抗原 检测率	hepatitis b testing rate among pregnant women	指某地区某统计年度内,产妇乙肝 表面抗原检测人数与产妇数之比	某年某地区产妇乙肝表面抗原检测人数/某年某地区产妇数×100%	妇幼卫生年报, 颈防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	全面调查
54	艾滋病感染 孕产妇获得 抗病毒治疗 的比例	antiretroviral therapy coverage among hiv-infected pregnant women for pmtct (%)	指某地区某统计年度内, 艾滋病感染孕产妇应用抗病毒药物的人数占艾滋病感染孕产妇的比例	某年某地区艾滋病感染孕产妇 应用抗病毒药物的人数 / 某年 某地区艾滋病感染孕产妇的人 数 ×100%	预防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	抽样调查

使中	中文名称	英文名称	沿	计算公式	数据来源	调查方法
55	梅毒感染 孕产妇获得 治疗的比例	interventions coverage among syphilis- infected pregnant women for pmtct (%)	指某地区某统计年度内,梅毒感染 孕产妇获得抗梅毒治疗的人数占梅 毒感染孕产妇的比例	某年某地区梅毒感染孕产妇 获得抗梅毒治疗的人数/某年 某地区梅毒感染孕妇的人数 ×100%	预防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	抽样调查
56	产前筛查率	prenatal screening rate	指某地区某统计年度内,孕产妇产 前筛查人数与产妇数之比(仅包括 血清学筛查,不包括超声学筛查)	某年某地区孕产妇产前筛查 人数/某年某地区产妇数 ×100%	妇幼卫生年报	全面调查
57	产前筛查高危 百分比	proportion of high-risk pregnant women received prenatal screening	指某地区某统计年度内,进行孕产 妇产前筛查的人数中,筛查结果为 高危的人数所占百分比。仅包括血 清学筛查,暂不包括超声学筛查	某年某地区孕产妇产前筛查 高危人数/某年某地区孕产妇 产前筛查人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
58	产前诊断率	diagnosis rate of prenatal birth defects	指某地区某统计年度内,进行孕产 妇产前诊断的人数占产妇数的百分比	某年某地区孕产妇产前诊断人 数/某年某地区产妇数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
59	产前诊断角诊率	definitive diagnosis rate of prenatal birth defects	指某地区某统计年度内,经过孕产 妇产前诊断而确诊的人数占孕产妇 产前诊断人数的百分比	某年某地区孕产妇产前诊断确诊人数/某年某地区孕产妇产前诊断人数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
09	叶酸服用率	proportion of taking folic acid	指某地区某统计年度内叶酸服用人 数与某年某地区应服用人数之比	某年某地区叶酸服用人数/某年某地区叶酸应服用人数 ×100%	重大公共卫生 项目报表	全面调查
61	新生儿访视率	postnatal care coverage for babies within 28 days(%)	指某地区某统计年度内,新生儿访 视人数与活产数之比	某年某地区新生儿访视人数/ 某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
62	5岁以下儿童 血红蛋白 检测率	hemoglobin testing rate for children aged 5 years $(\%)$	指某地区某统计年度内5岁以下儿童血红蛋白检测人数与该年该地区6~59月龄儿童应检测血红蛋白人数之比数之比	某年某地区5岁以下儿童血红蛋白检测人数/某年某地区6~ 59月龄应检测血红蛋白儿童 数×100%	妇幼卫生年报, 全国新生儿疾 病筛查信息系 统	全面调查
63	新生儿甲状腺 功能减退 筛查率	screening rate for congenital hypothyroidism (ch)	指某地区某统计年度内,新生儿甲 状腺功能减退筛查人数与活产数之 比	某年某地区新生儿甲状腺功能减低症筛查人数/某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报, 全国新生儿疾 病筛查信息系 统	全面调查
64	新生儿 苯丙酮尿症 筛查率	screening rate for phenylketonuria(rku)	指某地区某统计年度内,新生儿苯 丙酮尿症筛查人数与活产数之比	某年某地区新生儿苯丙酮尿症筛查人数/某年某地区语产数×100%	妇幼卫生年报, 全国新生儿疾 病筛查信息系统	全面调查

ı		1	١
			į
	į	7	Š
		١	1

中文名称		英文名称	定义	计算公式	数据来源	调查方法
新生儿听力 筛查率 neonatal hearing screening (%)	neonatal hearing screening ((%)	指某地区某统计年度内,新生儿听 力筛查人数与活产数之比	某年某地区新生儿听力筛查人 数/某年某地区活产数×100%	妇幼卫生年报	全面调查
艾滋病感染孕 产妇所生婴儿 预防性应用抗 病毒药物 的比例		among hiv	指某地区某统计年度内,艾滋病感 染孕产妇所生婴儿预防性应用抗病 毒药物的人数与艾滋病感染孕产妇 所生婴儿之比	某年某地区艾滋病感染孕产妇 所生婴儿预防性应用抗病毒药 物的人数/某年某地区艾滋病 感染孕产妇所生婴儿的人数 ×100%	预防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	抽样调查
梅毒感染孕产 妇所生儿童亲 取预防母婴传 播干预措施 塞posed children for pmtct (%)		ng syphilis	指某地区某统计年度内,梅毒感染 孕产妇所生儿童采取预防母婴传播 干预措施的人数与梅毒感染孕产妇 所生儿童数之比	某年某地区感染梅毒的孕产妇 所生儿童采取母婴传播干预措 施的人数/某年某地区感染梅 毒孕产妇所生儿童数×100%	预防艾滋病、 梅毒和乙肝母 婴传播管理信 息系统	抽样调查
乙肝表面抗原 阳性母亲所生 儿童注射乙肝 免疫球蛋白 的比例		nunization	指某地区某统计年度内, 乙肝表面 抗原阳性孕产妇所生新生儿注射乙 肝免疫球蛋白的人数与乙肝表面抗 原阳性孕产妇所生新生儿之比	某年某地区乙肝表面抗原阳性 孕产妇所生新生儿接种乙肝免 疫球蛋白的人数/某年某地区 乙肝表面抗原阳性孕产妇所生 活产数×100%	预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播管理信息系统	抽样调查
5岁以下儿童 肺炎两周 鬼病率 鬼病率	children under–five with pneumo past two weeks	nia in the	指某地区某时点调查的0~59月龄儿童中,近两周患肺炎的人与0~59月龄调查人数之比	某时点某地区0~59月龄儿童近两 周患肺炎的人数/某时点某地区 调查的0~59月龄儿童数×100%	专题调查	抽样调查
5岁以下儿童 腹泻两周 鬼病率 鬼病率	children under–five with diarrho past two weeks	ea in the	指某地区某时点调查的0~59月龄儿 童中,近两周患腹泻的人与0~59月 龄调查人数之比	某时点某地区0~59月龄儿童近两 周患腹泻的人数/某时点某地区 调查的0~59月龄儿童数×100%	专题调查	抽样调查
5岁以下腹泻 儿童接受口服 补液疗法 receiving oral rehydration therapy (%) 的比例		arrhoea (%)	指某地区某时点最近两周患腹泻的5岁以下儿童中接受口服补液疗法的比例	某时点某地区0~59月龄的儿童 在过去两周内患腹泻的人数/ 某时点某地区0~59个月龄儿童 的调查人数×100%	专题调查	抽样调查
1岁儿童之肝 疫苗全程接种 率(%) 和ong 1-year-olds (%)		coverage	指某地区某统计年度内年1岁儿童 接受完乙肝疫苗3针接种的比例	某年某地区1岁儿童接受完之 肝疫苗3针接种的人数/某年某 地区1岁儿童人数×100%	免疫规划信息 系统	抽样调查

#	中文名称	英文名称	沿	计算公式	数据来源	调查方法
新生儿卡介接种率	新生儿卡介苗 接种率	bacillus calmette guerin (bcg) immunization coverage among newborns(%)	指某地区某统计年度内新生儿卡介 苗接种人数与该年该地区活产数之 比	某年某地区新生儿卡介苗接 种人数/该年该地区活产数× 100%	免疫规划信息 系统	抽样调查
1岁儿 痰苗	1岁儿童麻疹 疫苗接种率	measles (mcv)immunization coverage among 1-year-olds (%)	指某地区某统计年度内调查的12~23个月儿童中,在1岁以内接受麻疹疫苗接种的比例	某年某地区1岁以内接受至少一次麻疹疫苗接种的人数1免疫规划信息 抽样调查调查的12~23个月儿童人数×系统100%	免疫规划信息系统	抽样调查
1 及 成 一 被 一 被	1岁儿童脊髓 灰质炎疫苗 接种率	poliomyelitisimmunization coverage among 1-year-olds (%)	指某地区某统计年度内调查的12~23个月儿童中,在1岁以内接受脊髓灰质炎疫苗的比例	某年某地区1岁以内接受脊髓灰质炎疫苗的人数/调查的12~23个月儿童人数×100%	免疫规划信息 系统	抽样调查
1 岁 J 破疫苗	1岁儿童白百 破疫苗接种率	diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-year-olds (%)	指某地区某统计年度内调查的12~23个月儿童中,在1岁以内接受白喉-百日咳-破伤风联合疫苗接种的比例	某年某地区1岁以内接受白喉-百日咳-破伤风联合疫苗接种的人数/调查的12~23个月儿童人数/	免疫规划信息 系统	抽样调查
婚前_	婚前卫生咨询 率	counseling rate of premarital health	指某地区某统计年度内婚前卫生咨 询人数与结婚登记人数之比	某年某地区婚前卫生咨询人数/某年某地区结婚登记人数× 100%	妇幼卫生年报	全面调查
指定检验品	指定传染病占 检出疾病 百分比	proportion in infectious diseases and detected diseases	指某地区某统计年度内婚前医学检 查中检出指定传染病人数与检出疾 病总人数之比	某年某地区婚前医学检查中检 出指定传染病人数 / 某年某地 区检出疾病人数 × 100%	妇幼卫生年报	全面调查
性病 ₁ 染病	性病占指定传 染病百分比	proportion of venereal disease in infectious disease	指某地区某统计年度内婚前医学检 查中检出性病人数与检出指定传染 病人数之比	某年某地区婚前医学检查中检 出性病人数 / 某年某地区检出 指定传染病人数 × 100%	妇幼卫生年报	全面调查
新古林	严重遗传性疾 病占检出疾病 百分比	proportion of serious heredity disease in detected diseases	指某地区某统计年度内婚前医学检查中检出严重遗传性疾病人数与检出形式遗传性疾病人数与检出疾病总数之比	某年某地区婚前医学检查中检 出严重遗传性疾病人数/某年 某地区检出疾病人数 ×100%	妇幼卫生年报	全面调查
计划经并发验	计划生育手术 并发症发生率	incidence of certain family plan surgical complication	某地区某项计划生育手术并发症发 生例数占某项计划生育技术服务总 例数的比例。	某年某地区该项计划生育手术 并发症发生例数 / 某年某地区 某项计划生育技术服务总例数 × 10000 / 万	妇幼卫生年报	全面调查

۱			í
		į	ŧ
	1	۲	

#	中文名称	英文名称	沿次	计算公式	数据来源	调查方法
健康知识 知晓率	知识	Awareness rate of the health knowledge	调查期间调查对象对调查的健康知 调查期间内调查对象健康知识回答正确问题占所有问题的比 识答对题数/健康知识总题例	调查期间内调查对象健康知识答对题数/健康知数×100%	专项调查	抽样调查
健康形	健康行为 形成率	The formation rate of health behavior	调查期间调查对象已形成的健康行 调查期间内调查对象已形成的 为数占调查健康行为总数的百分 健康行为数/调查健康行为总 专项调查 比	调查期间内调查对象已形成的 健康行为数 / 调查健康行为总 数 ×100%	专项调查	抽样调查
正确使洗完	正确使用肥皂 洗手率	The rate of using soap to wash hands	调查对象吃东西前、上厕所后、干完估或下班后、接触钱币后、去医院或接触病人后的5种情境下每次都洗手,洗手时使用流动水冲洗,洗手时使用肥皂、香皂、洗手液等清洁用品,洗手时长不少于20秒的人占所有调查对象的比例	调查对象正确洗手的人数 / 调查总人数 × 100%	专项调查	抽样调查
卫生普及	卫生厕所 普及率	proportion of sanitary latrine	调查期间实现卫生厕所占所有调查 调查期间卫生厕所/调查范围 范围内厕所总数的比例 内厕所总数×100%	调查期间卫生厕所/调查范围 内厕所总数×100%	专项调查	抽样调查
集中這餐	集中式供水 覆盖率	central water supply coverage	调查期间集中式供水覆盖的人口占 式供水覆盖的人口/调查地区 所调查地区总人口的比例 总人口 × 100%	调查期间调整范围内的集中 式供水覆盖的人口/调查地区 专项调查 总人口×100%	专项调查	抽样调查

注:指标6-8、82-86是在《妇幼健康指标体系研究》的基础上新增加的指标。

参考文献

- [1] 赵宁,申俊龙,赵琨,等.公共财政视角下的我国西部地区妇幼卫生投入状况[J].中国卫生政策研究.2013(03):56-60.
- [2] United Nations Children's Fund (UNICEF). Committing to Child Survival: A Promise RenewedProgress Report 2013. https://www.unicef.org/lac/Committing_to_Child_Survival_APR_9_ Sept_2013.pdf
- [3] World Health Organization and UNICEF. Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2013 Update. 2013. http://countdown2030.org/wp-content/uploads/2013/05/Countdown_2013-Update noprofiles.pdf
- [4] World Health Organization. Born Too Soon: the Global Action Report on Preterm Birth. 2012. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204 borntoosoon-report.pdf
- [6] 国家卫生计生委统计信息中心. 第五次国家卫生服务调查分析报告 [R]. 北京:中国协和医科大学出版, 2015.
- [7] 卫生部疾病预防控制局、中国疾病预防控制中心.全国人群乙型病毒性肝炎血清流行病学调查结果报告[R].北京:人民卫生出版社,2011.
- [8] 崔富强,王富珍,吴振华,等.中国 2005—2010 年报告乙型病毒性肝炎发病分析 [J].中国疫苗和免疫. 2011,17(6):483-486.
- [9] 王丽霞, 朱徐, 王克安. 全国 2000 年麻疹流行病学分析 [J]. 中国计划免疫. 2001, 7(6):326-327.
- [10] 马超,郝利新,苏琪茹,等. 中国2011年麻疹流行病学特征与消除麻疹进展[J]. 中国疫苗和免疫. 2012, 18(3):193-197.
- [11] 李军宏,李艺星,邵祝军,等. 2009年中国流行性脑脊髓膜炎监测结果分析 [J]. 疾病监测. 2010, 25(10):770-772.
- [12] Dong MY, Zhao LY, Yang ZY, et al. Comparison of Undernutrition Prevalence of Children under 5 Years in China between 2002 and 2013[J]. Biomedical and Environmental Sciences. 2016, 29 (3):165-176.
- [13] 常素英,何武,陈春明.中国儿童营养状况 15 年变化分析——5 岁以下儿童生长发育变化特点 [J].卫生研究. 2006,35(6):768-771.

- [14] 国务院办公厅. 中国食物与营养发展纲要(2014—2020年),国办发[2014] 3号, 2014. http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s5877/201402/e0c27e00e4004aa39f3a24fbeb027fb3.shtml
- [15] 曹雷,王华庆,郑景山,等.中国扩大国家免疫规划接种率调查分析 [J].中国疫苗和免疫. 2012, 18(5):419-424.
- [16] 郑景山,曹雷,郭世成,等.中国 1~2 岁儿童第二类疫苗接种现况调查分析中国疫苗和免疫 [J]. 2012, 18(3):233-237.
- [17] 刘守军,苏晓辉,于钧. 2002 年中国碘缺乏病监测资料汇总分析报告 [J]. 中国地方病学杂志. 2003, 22(1):142-144.
- [18] 卫生部办公厅 . 关于 2010 年全国碘缺乏病监测情况的通报,卫办疾控发 [2011] 61 号, 2011. http://www.nhfpc.gov.cn/zwgkzt/wsbysj/201105/51576.shtml
- [19] 郑庆斯,徐菁,董惠洁,等.中国碘缺乏病监测系统及其在碘缺乏病防治中的意义 [J].中国地方病防治杂志.2010,25(6):428-430.
- [20] 滕红红,王晓华,李辉. 2000-2004 年中国儿童维生素 A 缺乏状况研究 [J]. 中国儿童保健杂志. 2006, 14(3): 270-271.
- [21] 赵丽云,于冬梅,刘爱东. 2006年中国儿童与孕产妇营养健康状况调查结果分析 [J]. 卫生研究. 2008, 37(1):65-67.
- [22] 郭海军,张兵.国内外儿童维生素 A 缺乏干预研究的进展 [J]. 卫生研究. 2009, 4(38): 510-510.
- [23] 孟玉翠, 张雨寒, 侯艳丽, 等. 我国三省妇女妊娠合并贫血的调查 [J]. 中国计划生育杂志. 2011, 19(5):288-290.
- [24] 李沪, 胡家瑜, 陶黎纳, 等. 先天性风疹综合征流行病学特征与免疫预防策略 [J]. 上海预防 医学杂志. 2005, 17(2):72-74.
- [25] 侯林浦,姜英涛,高英,等.7省(市)部分育龄妇女风疹病毒感染的血清学流行病学调查 [J]. 中华流行病学杂志.2004,25(5):455.
- [26] Si, LP, Guan RH. Survey on Rubella Antibody Level In Women of Child Bearing Age in Shanxi Province[J]. Prog Mic Immun. 2008, 36 (2):28-30.
- [27] 冯东艳,陈美容,王萍萍.巨细胞病毒、风疹病毒、弓形虫在已婚育龄妇女中的检测结果分析与调查 [J]. 中国优生与遗传杂志. 2005, 13(8):113-114.

- [28] 白亚娜,张文辉,杜蔚云,等.甘肃省孕前期及孕早期妇女风疹感染血清学调查[J].中国初级卫生保健.2004,18(6):43-44.
- [29] 卫生部统计信息中心.中国基层卫生服务研究:第四次国家卫生服务调查专题研究报告[R]. 北京:中国协和医科大学出版社,2009.
- [30] 卫生部办公厅. 中国农村饮用水近半数未达卫生"底线". http://politics. people. com. cn/GB/1027/6891949. html.
- [31] 联合国儿童基金会. 水与环境卫生通讯, 2012. http://www.unicef.cn/cn/uploadfile/2013/0410/20130410033740994.pdf
- [32] 国家卫生和计划生育委员会 . 2015 年中国卫生和计划生育统计年鉴 . 北京:中国协和医科大学出版社, 2015.
- [33] 联合国儿童基金会. 肥皂、厕所和水龙头, 2009. http://www.unicef.cn/cn/index.php?m=content &c=index&a=show&catid=59&id=158
- [34] 王舜钦, 张金良. 我国儿童血铅水平分析研究 [J]. 环境与健康杂志. 2004, 21(6):3-8.
- [35] 金银龙,梁超柯,何公理,等.中国地方性砷中毒分布调查(总报告)[J].卫生研究. 2003, 32(6):519-540.
- [36] 陈志. 我国地方性氟中毒的分布状况 [J]. 中国公共卫生. 1997, 13(3):133-134.
- [37] 郭梅, 余洁.母乳喂养的影响因素研究[J].中国妇幼保健.1996,11(6):30-32.
- [38] 江湝,吴佩雁,黄海星,等.影响4个月内婴儿纯母乳喂养的因素分析及护理[J].中国妇幼保健. 2006,21(11):1565-1566.
- [39] 蒋燕,郭利娜,张荔,等.我国中西部4省(自治区)农村婴幼儿喂养情况及其影响因素研究[J]. 中国健康教育.2013,29(5):394-397.
- [40] 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心,全球儿童安全网络.中国三城市儿童意外伤害状况及家长认知水平调查 [R]. 北京:中国协和医科大学出版社,2004.
- [41] 孟群,徐玲,张耀光,等. 2003-2011 年中国医疗卫生服务的可及性及经济保护变化趋势分析: 一项横断面研究 [J]. 柳叶刀. 2012, 379 (9818): 805-814.
- [42] Johns B, Sigurbjornsdottir K, Fogstad H, et al. Estimated Global Resources Needed to Attain Universal Coverage of Maternal and Newborn Health Services[J]. Bull World Health Organ. 2007, 85 (4):256-263.

- [43] Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: a New Global Investment Framework[J]. Lancet. 12 2014. 383 (9925):1333-1354.
- [44] Van Ekdom L, Stenberg K, Scherpbier RW, et al. Global Cost of Child Survival: Estimates from Country-Level Validation[J]. Bull World Health Organ. 2011, 89 (4):267-277.
- [45] Adesina A, Bollinger LA. Estimating the Cost-Savings Associated with Bundling Maternal and Child Health Interventions: a Proposed Methodology[J]. BMC Public Health. 2013, 13 Suppl 3:S27.
- [46] Bartlett L, Weissman E, Gubin R, et al. The Impact and Cost of Scaling up Midwifery and Obstetrics in 58 Low-and Middle-Income Countries[J]. PLoS One. 2014, 9 (6):e98550.
- [47] Byrne A, Hodge A, Jimenez-Soto E. Accelerating Maternal and Child Health Gains in Papua New Guinea: Modelled Predictions from Closing the Equity Gap Using LiST[J]. Matern Child Health J. 2015, 19 (11):2429-2437.
- [48] Chola L, McGee S, Tugendhaft A, et al. Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa[J]. PLoS One. 2015, 10 (6):e0130077.
- [49] Chola L, Michalow J, Tugendhaft A, et al. Reducing Diarrhoea Deaths in South Africa: Costs and Effects of Scaling up Essential Interventions to Prevent and Treat Diarrhoea in Under-Five Children[J]. BMC Public Health. 2015, 15:394.
- [50] George CM, Vignola E, Ricca J, et al. Evaluation of the Effectiveness of Care Groups in Expanding Population Coverage of Key Child Survival Interventions and Reducing under— 5 mortality: a comparative analysis using the lives saved tool (LiST) [J]. BMC Public Health. 2015, 15:835.
- [51] Haroon S, Das JK, Salam RA, et al. Breastfeeding Promotion Interventions and Breastfeeding Practices: a Systematic Review. BMC Public Health. 2013, 13 Suppl 3:S20.
- [52] Imdad A, Mullany LC, Baqui AH, et al. The effect of Umbilical Cord Cleansing with Chlorhexidine on Omphalitis and Neonatal Mortality in Community Settings in Developing Countries: a Meta-Analysis[J]. BMC Public Health. 2013, 13 Suppl 3:S15.
- [53] Jit M, Dang TT, Friberg I, et al. Thirty Years of Vaccination in Vietnam: Impact and Cost-

- Effectiveness of the National Expanded Programme on Immunization[J]. Vaccine. 2015, 33 Suppl 1:A233-239.
- [54] Johri M, Ridde V, Heinmuller R, et al. Estimation of Maternal and Child Mortality One Year after User-Fee Elimination: an Impact Evaluation and Modelling Study in Burkina Faso[J]. Bull World Health Organ. 2014, 92 (10):706-715.
- [55] Marsh A, Munos M, Baya B, Sanon D, Gilroy K, Bryce J. Using LiST to Model Potential Reduction in under-Five Mortality in Burkina Faso[J]. BMC Public Health. 2013, 13 Suppl 3:S26.
- [56] McPake B, Edoka I, Witter S, et al. Cost-Effectiveness of Community-Based Practitioner Programmes in Ethiopia[J], Indonesia and Kenya. Bull World Health Organ. 2015, 93(9):631-639A.
- [57] Michalow J, Chola L, McGee S, et al. Triple Return on Investment: the Cost and Impact of 13 Interventions that Could Prevent Stillbirths and Save the Lives of Mothers and Babies in South Africa[J]. BMC Pregnancy Childbirth. 2015, 15:39.
- [58] Mubiru D, Byabasheija R, Bwanika JB, et al. Evaluation of Integrated Community Case Management in Eight Districts of Central Uganda[J]. PLoS One. 2015, 10 (8):e0134767.
- [59] Walker N, Tam Y, Friberg IK. Overview of the Lives Saved Tool (LiST) [J]. BMC Public Health. 2013, 13 Suppl 3:S1.

策划编辑: 董采萱

责任编辑: 刘 燕 靳 奕

