

# 改善村级社会服务能力,降低 贫困户母婴健康风险

朱 玲

**【提要】** 较高的母婴死亡率不仅与社区贫困紧密相关,而且与家庭贫困互为因果。目前,在贫困人口的食品短缺问题逐渐获得缓解的情况下,消除健康贫困特别是降低贫困户孕产妇和婴儿健康风险的议题理应尽快纳入政府扶贫日程。中国扶贫基金会会在加强乡村妇幼保健网、重设激励机制、改善村级保健服务和直接援助贫困户妇女儿童方面的制度创新,为政府在更广阔的范围内实施此类项目提供了有益的经验。

**【作者】** 朱 玲 中国社会科学院经济研究所,研究员。

笔者率学生赴丽江市考察中国扶贫基金会的母婴平安项目。所见所闻使笔者深为山区妇女的健康风险之高所震惊,切切实实意识到向贫困妇女儿童提供保健援助,对于缓解和消除贫困像实施安全饮水、食品保障、通路通电和教育投资等项目一样至关重要。

## 一、丽江市贫困农户的母婴健康风险

丽江古城以其悠久的历史 and 周围秀丽的风光吸引着国内外众多游客,近几年来成为欣欣向荣的著名旅游区。然而仅仅走出县城 20~30 公里之外,就可以看到散落在山野中的贫困村落。在丽江 24 个乡镇中有 13 个贫困乡,据县政府 2000 年提供的信息,这些贫困乡的孕产妇死亡率和婴儿死亡率分别为 1.355‰ 和 60.33‰,远远高于全国的平均指标(0.53‰ 和 32.2‰)。相形之下,非贫困乡的这两个指标则已经接近甚至优于全国平均水平,分别为 0.4275‰ 和 34.63‰。这表明母婴死亡率与社区贫困是密切相关的。当地妇幼保健院有关孕产妇死亡案例的记录显示,此类死亡主要发生在贫困家庭。1996~1999 年,丽江市共发生孕产妇死亡 20 例,其中 19 例为家居山区或半山区的贫困妇女。

## 二、母婴平安项目运作方式及初步成效

贫困家庭无论是受到孕产妇或婴儿死亡的打击,还是遭遇二者罹患疾病或留下后遗症的不幸,都会由于医疗支出增大、劳动力减员或质量降低而陷入更加深重的贫困。因此,对贫困家庭的孕产妇提供医疗援助,不仅有助于保障母婴生命安全,而且有可能改善这些家庭未来的人力资源状况,增强整个农户摆脱贫困的能力。然而政府公共开支和民间捐助的医疗援助资源十分有限,所以只有把资源配置到能够有效防范母婴健康风险的环节,才能以较低的成本达到预期的扶贫效果。扶贫基金会实施的母婴平安项目可以说抓住了这个关键。

有关丽江市以往孕产妇死亡案例的分析表明,导致她们死亡的直接原因一是无钱就医或住院分娩,在家由婆婆或丈夫用旧法接生造成事故;二是交通不便,发生意外时因路途延误而失去抢救机会;三是本人缺乏孕产期保健知识,对孕期并发症没有及早就治,以至于分娩时发生生命危险。更值得注意的是,死者多半原本就属于高危人群。如果能够提前确认风险并采取预防措施,绝大多数

事故都可以避免。针对这些问题,丽江县政府早在90年代初就建立了危急孕产妇死亡干预领导小组和应急网络。县里有妇幼保健院,乡卫生院设有妇幼保健专干、还在行政村聘用了妇幼保健员。然而贫困乡医疗资源不足,技术力量薄弱,而且缺乏激励医务人员主动提供保健服务的机制,因此原有的组织网络运行效率不高。

扶贫基金会实施母婴平安项目的特点,在于设计出一套激励机制,加强现有的预防医疗保健网络,刺激医疗服务机构依据预防为主、救治为辅的原则,主动进行分类风险管理,为贫困农户中的孕产妇提供及时、到位的服务。

第一,培训村级妇幼保健员,确保她们掌握进行产前检查和产后访视的要点以及从事新法接生的技能。利用项目经费对她们提供的服务计件付津贴。例如,保健员必须在育龄妇女怀孕4个月内填写登记表,合格地填写一张表格可得到1元钱的津贴;定期对孕妇进行3次产前检查,根据孕妇签字的检查表,每检查1人次可领取2元津贴,若漏检1人次,则罚款2元。对那些确认为将会顺产而且居住在距离乡卫生院5公里以外的孕妇,由村保健员进行新法接生,给贫困户的产妇接生每次可得津贴20元。当地男性小工每日平均工资为5元,相形之下项目津贴还是颇具吸引力的。至于贫困户的确认,依据的是县扶贫机构、村乡两级行政部门和孕妇所在村农户提供的信息。

第二,对筛查出的高危孕妇,由三级妇幼保健网进行重点监测和救护。县妇幼保健院负责进行复查和确诊,提出处理和救援措施,并填发高危孕产妇预产期监测救援通知单,为贫困户高危孕妇提供的复查服务补贴为每人每次5元。村保健员负责动员高危孕妇到乡卫生院分娩,乡卫生院为贫困户高危产妇提供的助产和住院服务,由项目给予每人每次400元的补贴。贫困户的危重孕产妇在县妇幼保健院分娩,保健院可得到每人每次800元的补贴。此外,这些产妇还可以从项目经费中得到少许营养补贴。

第三,资助建立快速反应救援网络,对突发意外的孕产妇进行紧急救护。扶贫基金会通过业务考核在县妇幼保健院和乡卫生院医务人员中选聘人员成立县、乡两级救援小组,在行政村选聘村医担任项目执行人,并在村民委员会协助下成立担架队。基金会按月为救援小组成员提供通讯联络和出诊津贴,对村里的担架队按运送贫困户危重产妇产次付酬(40元/人次)。大多数紧急救援行动采取的方式,都是在村担架队将危重孕妇送往乡卫生院的同时,县里的救援队伍也赶往乡卫生院,双方汇合可以尽可能地为营救赢得时间。

上述以保障贫困户孕产妇和新生儿生命安全为目标的扶贫项目,无疑受到当地贫困人口和医疗保健人员的欢迎。项目的实施不仅使贫困妇女获得最基本的保健服务,而且由于她们对医疗资源的使用而增加了妇幼保健医疗机构的业务量和收入。自今年春天项目开始实施以来,项目区未发生一例孕产妇死亡事件。笔者曾在龙山乡增明村走访过一位刚生产4个月不久的纳西族杨姓妇女,从建筑单薄的两间房里没有一件像样家具的状况,就可以看出她家的贫困。小杨今年28岁,第一次怀孕7个月早产,新生儿仅存活一个小时。第二胎8个月早产,婴儿20天即住院9天,家里为此负债1000元,用了两年时间才还清。更遗憾的是,这个早产女婴至今发育不良。小杨怀第三胎时被列为贫困户高危孕产妇,得到村、乡保健员的孕期检查和健康咨询服务,此次分娩为足月顺产,在家由村保健员接生一子。接生费由项目办公室支付,小杨还得到30元营养补贴。

### 三、推广母婴平安项目的可能性

目前,全国还有数千万贫困农户的妇女和婴儿至今不可能像小杨这样幸运地降低她们面临的健康风险。仅就中央政府确认的贫困县而言,目前还有将近47%的行政村没有合格的接生员(国家统计局,2000)。扶贫基金会作为一个非政府组织,受人力财力限制,不可能将项目扩展到所有亟需援助的地方。提供公共卫生产品、监管医药市场与健康服务机构和帮助穷人,本来就是政府的责任。

扶贫基金会这个项目的意义在于,它不仅把援助实实在在地传递给目标人群(即贫困户的孕产妇和婴儿),而且还通过一系列的制度创新在乡村妇幼保健系统推行了或多或少的改革,加强了不同层次医疗服务机构之间的信息传递,使它们不再是相互关系松散的组织,而成为一个正常执行其职能的运行网络。如果说政府和非政府扶贫行动最佳的结合在于二者之间的互补性的话,母婴平安项目的实施体现了这种互补性。它发挥了非政府组织的制度创新优势和资源募集能力,获得了云南省和丽江地方政府的支持,有效地调动了原有医疗保健机构执行项目的积极性,赢得了项目区村委会和农户的自愿参与和配合。这种方式对于政府的扶贫项目有着明显的示范作用,而且有进一步改善和推广的可能性。

第一,调整政府现有的扶贫资金分配结构即可保证项目推广所必需的物质资源。多年来,中央政府配置的扶贫资金每年都在100亿元以上。在资金投向上基础设施建设和直接生产性项目一直占据优先地位,这是无可厚非的。但是在贫困人口的食品短缺问题逐渐获得缓解的情况下,因病致贫和因病返贫的例子却还俯拾皆是,故而消除健康贫困的议题理应尽快纳入扶贫日程。扶贫基金会计划投入丽江市的项目为105.1万元,假定对项目预算不做任何调整,调配国家不到1/3的年扶贫资金,就可以在西部地区选择300个相对收入水平最低的县率先实施类似的项目。

第二,合并基层计划生育组织和妇幼保健机构,将能节约大量财力人力,以便将更多的低收入县纳入项目区,或者对医疗资源最薄弱的村级保健机构进行更多的投入。笔者在近年来的田野调查中注意到,在那些同时维持计划生育和卫生保健两套机构的贫困乡镇,每套机构的利用率其实都很低下。计划生育项目虽有节制人口增长之效,却与妇幼保健并非属于互不相干的领域,更何况后者还是成功推行计划生育项目的一个前提。且不论对两套机构的医疗设备重复投资已经造成多么大的浪费,仅仅是对行政村两类兼职人员的津贴分配,就显示出资金是如何地配置不当。以丽江市为例,每个行政村都设计划生育员,其职责主要是监测和统计人口变化特别是育龄妇女的孕产状况,而这恰恰也是村妇幼保健员的一个职能。然而县财政对前者每月给予180元的津贴,对后者却只给30元,厚此薄彼显然减弱津贴对后者的激励作用。当地干部解释说,前者的津贴高是因为计划生育被视为国策。这种解释如果不是开玩笑,那就只能说明决策者对母婴生命的漠视。当然,是否合并这两类机构只能取决于中央政府的决策。可以肯定地说,使乡镇卫生院集预防、医疗、保健和计划生育服务于一身,显然是最经济的选择方案。至于村一级的卫生员(村医)、计划生育员和妇幼保健员是否可以由一人来担当,则取决于孕产妇对村医或计划生育员性别的敏感程度。丽江市的村级妇幼保健员都是女性,因为当地孕妇不希望由男性村医或计划生育员进行妇科检查。

第三,虽然大多数欠发达地区三级预防医疗保健网不健全,但是由县乡政府和村委会构成的行政系统足以承担修复和加强保健网络的功能,从而为推广母婴平安项目提供组织保证。

#### 四、进一步改善村级社会服务

国际发展援助组织经常援引“木桶的盛水量取决于桶身圆周中最短的木板”这个道理,来构建基本的项目设计思路。修补木桶时如果不剔除和更换最短的木板,其他的木板再长也不可能接满一桶水,因为水将不可遏止地从短处涌出。所谓短板,实质上就是通常所说的最薄弱环节,只不过“短板理论”能够通过比喻更形象地说明系统缺陷最严重的地方所能造成的整体效率损失。中国乡村预防医疗保健网中“最短的木板”是村级服务,而它恰恰又是绝大多数人口使用最频繁的服务。可是政府的公共卫生投资一贯是自上而下,把重点放在了县乡两级医疗机构。80年代以来的农村卫生系统三项改造是如此,平时的流动资金投入也是如此。这种模式在交通便利、人口居住集中的地域不失为效率较高的选择,但是对于那些在基础设施薄弱的山区分散居住的农户,则意味着降低了医疗保健服务的可及性和可得性。

以产妇分娩为例,中国卫生部门把产妇在卫生院和医院分娩的比率视为衡量妇幼保健水平的一个重要指标。然而虽然在医院分娩安全性高,可对于山区贫困户的孕产妇却既不便宜又不便利,以至于她们宁可选择在家分娩。笔者在丽江山区走访过两个家境属于中上水平的孕妇,每家都为分娩准备了700多元,她们说500多元用于住院,其他用作杂费、食品和营养品。这笔费用大致相当于一个贫困家庭成员的年纯收入,产妇家庭无论如何是不能够也不愿意支付的。笔者在龙山乡获知,距离乡卫生院最远的村子不通公路,走路需要将近一天时间。若非遭遇意外情况,即使对贫困产妇提供住院分娩补贴,她们也不愿意由担架抬着翻山越岭去医院。显然,在村里为她们提供合格的新法接生服务,反倒能够降低母婴健康风险。正是由于关注贫困人口的实际需求,国际组织、发达国家援助机构和国内非政府组织近年来的项目都把援助重点置于村庄一级,强调社区为基础的发展模式。丽江案例便说明了这一点。扶贫基金会将有将近一半的项目资金用于培训乡镇医生和村妇幼保健员,余者用来装备县乡救援队伍和项目管理。

基金会注重村级保健员能力培养而没有进行装备投资的原因在于,丽江县曾经获得过加拿大发展援助组织的卫生扶贫项目,每个行政村的妇幼保健员都配备了新法接生所必需的产包(小保健箱),内装血管钳、剪刀、工作服、产布、手套、酒精、软尺、小秤和兜布等。据估算,这些物品大约为150元。不过,笔者注意到她们还没有规定的高压消毒锅(300元/个)。接受访谈的几个保健员认为,把产布等物品用开水烫烫就算消毒了。缺乏消毒器具的问题在村卫生室也同样存在。这表明,除了在村级卫生机构补充必备的消毒用具以外,还需要进一步对村保健员进行知识和技能培训。

不仅如此,妇幼保健能力投资还需要向那些不通公路、距离乡卫生院和行政村都很远的自然村延伸或曰“下沉”。原因在于,这一类自然村的妇女儿童属于更需要保护的脆弱人群。丽江县拉什乡南尧村的例子可以说明这个问题。南尧分为上下两个自然村。上南尧为彝族村,下南尧为纳西族村。村行政机构、小学、卫生室和妇幼保健员都设在下村,上村至今还没有通电、通公路、通电话,下村到上村需要走4个小时。试想,倘若上村的孕妇亟需接生服务时怎么来得及请保健员,而后者又如何能及时赶到上村?所幸上村至今有个公社时代培养的“赤脚医生”可以救急,那些没有这份幸运的偏僻小村岂不是妇幼保健体系的“短板”吗?

这个案例还表明,降低母婴健康风险并不仅仅取决于卫生保健因素,它还有赖于村级综合基础设施条件和社会服务能力的改善。目前的西部大开发战略更多地是强调大型基础设施建设项目,可是那些资助自然村通电、通公路、通电话、修建人畜饮水工程的小项目,更能够使贫困人口尽快分享发展的益处。将这一类项目作为政府今后扶贫计划的一个重点,无疑有利于直接改善西部乡村人口的福祉。

进一步讲,扶贫基金会的项目以及本文的讨论还只是立足于关注贫困户的母婴生命安全。说到母婴健康,那就不能仅仅以生死为尺度来衡量,而应关注人们的生活状态。为了改善母婴健康状况,村级营养和健康教育活动必不可少。龙山乡增明村的小杨之所以连续早产,就是因为她在孕期的劳动强度太重。每天她不得不完成如下工作:(1)担饮用水2挑,山路往返2公里/次;(2)担牲畜用水6挑,坡上蓄水池往返300米/次;(3)打猪草至少一次,背草重量50~70斤/次;(4)管理农田;(5)做饭。据小杨的婆婆介绍,当地的习俗就是妇女干活多,男人干活少,小杨的公公(54岁)每天只放5只羊,而与丈夫同龄的她每天从早到晚地里家里的活儿全做。孕妇参加劳动通常到分娩时为止,休息30天再干活。小杨怀第三胎时足月分娩,主要是因为没有做重活,婆婆分担了她的劳动。这样的案例笔者在访问其他孕产妇家庭时也曾遇到,然而这些家庭有关孕产妇保健的一些知识,多半都是以母亲或婴儿的生命为代价才得来的。如果能够通过全民健康教育行动来普及这些知识,通过带有性别视角的发展项目促进移风易俗,调整农民家庭内部的劳动分工和协作方式,那就有可能以较低的成本获得改善母婴健康状况的效果。

(本文责任编辑:朱犁)