

从妇幼保健保偿制看社区 在生育健康服务中的作用

张开宁 Joan Ann Kaufman

王爱玲 杜克琳 江汀

【内容摘要】 妇幼保健保偿制是中国卫生部门的一项创举。笔者及同事在云南贫穷农村地区进行了较大规模的保偿制现场调查研究,本文报告了部分调研结果:1. 保偿制确实对基层妇幼保健人员起到了积极的作用。2. 绝大部分妇女对保偿制所提供的服务表示满意或基本满意。3. 许多育龄妇女尚未充分利用保偿制所提供的服务。4. 第二孩母亲和家庭贫困的妇女更少地利用保偿制提供的服务。本项研究表明,在农村社区坚持不懈地促进社区成员自我保健意识的提高,增加所提供保健服务的程度,将是促进人口生育健康的一项带根本性的长期任务。

【作者简介】 张开宁,昆明医学院副教授,泰国玛海多大学客座正教授。硕士研究生导师。Joan Ann Kaufman 博士,美国哈佛大学计划生育及人口学研究员;美国Abt研究所研究员。王爱玲,昆明医学院副主任实验师。杜克琳,云南省卫生厅妇幼卫生处处长。江汀,云南省卫生厅妇幼卫生处主治医师。

1 研究背景

人口问题的本质是发展问题,这一命题已得到国际社会的普遍认同。临近世纪之交,联合国人口与发展大会(ICPD)于1994年9月在埃及首都召开。生育健康(reproductive health)作为与人口及可持续发展密切相关的一个议题在ICPD大会上得到了前所未有的重视^[1]。

生育健康比传统的妇幼保健加计划生育内容更广泛,意义更深刻。然而,妇幼保健服务却一直是生育健康服务的重要内容。如何改善妇幼保健服务,一直是国际社会和各国政府共同关注的一个问题。纵观全球,发展中国家妇幼保健服务的水平亟待提高。例如,全世界每年约有50万妇女死于孕产期,其中99%发生于发展中国家。孕产妇死亡的主要原因是产科出血、感染、难产等。这些死亡绝大部分是可以通过提供基本的和良好的孕产期保健及其他生育健康服务而预防及避免的^[2]。

几十年来,中国妇女儿童的健康得到了很大的改善。但是,由于历史等原因,城乡差别、

地区差别尚十分突出。例如,全国农村孕产妇死亡率约为城市的两倍,京、津、沪地区孕产妇死亡率为39.9/10万,而西南地区达169.9/10万,新疆、贵州、西藏高达200~374/10万。城乡孕产妇死亡第一位原因均为产科出血,大都属于可避免和可预防的死亡。尽管与经济等同的一些国家相比较,我国的孕产妇死亡率已属较低,但如以每年2500万活产数计算,每年我国仍有2万多妇女死于完全可避免的直接产科因素^[3]。

为了降低孕产妇死亡率及婴儿死亡率,提高城乡妇幼保健水平,我国卫生部门做出了极大的努力,推出了若干举措。农村妇幼保健保偿制(以下简称保偿制)便是其中的一项创举。保偿制出现于80年代末期,尽管全国各地该保偿制的名称不尽相同,具体做法亦存在着差异,其本质却是一致的:育龄夫妇与卫生保健部门按照一定的形式签订合同,即作为入保。育龄夫妇交纳一定的预付款,作为保偿制入保的资金由卫生部门加以管理并使用。入保的妇女怀孕后,由妇幼保健人员提供一定数量的产前检查(往往是5次产检)。分娩后,也保证向母婴提供一定数量的保健服务(往往是3次产后访视,及若干次儿童体检),以保障母婴安康。如果在保偿期内不幸发生因产科原因导致的产妇死亡,或新生儿发生破伤风等疾病,则须向入保群众提供一定数量的赔偿。保偿制是中国农村妇幼保健由无偿服务向有偿服务转变过程中出现的一项举措,其目的在于动员广大群众预付款项,确保一定数量的产前检查、产后访视及儿童保健等服务,并利用筹集到的资金稳定基层妇幼卫生队伍,巩固城乡妇幼保健网。保偿制资金的筹措体现了动员群众、利用社区资源的思路。保偿制出现以来,得到了国内外卫生经济学家的好评。国内已发表了大量论文,对保偿制运行的机制进行了理论探讨,并论证了它在稳定基层妇幼卫生队伍,巩固城乡妇幼保健网,促进中国农村妇幼保健服务方面起到的积极作用^[4,5,6]。卫生部已将推行保偿制列为我国农村妇幼卫生保健发展的长期任务之一。

为进一步了解保偿制下贫穷农村地区妇女对妇幼保健服务的利用程度,笔者及其同事以定量及定性研究方法先后在云南省2个县的5个乡镇进行了较大规模的现场调研。

云南地处祖国边陲。由于种种原因,云南省社会、经济发展滞后于全国,妇幼保健也相对薄弱。云南省卫生厅妇幼处结合云南实际情况,在试行和推广保偿制方面做了大量工作。1988年,在云南易门县召开了现场会议。此后,保偿制的推广和实施一直是云南省妇幼卫生工作的一项重要内容。云南各地妇幼保健部门也根据自己的情况在试行保偿制方面做出了积极努力。例如,在云南首家推出保偿制的易门县,出现了针对第二孩的保偿制,以推动对第二孩孕产期的母婴保健。

2 调研对象与方法

在云南省选取两个典型农业县华宁县及易门县。易门是云南第一个推出妇幼保健保偿制的县。当地最初称保偿制为“母子一条龙保健保偿”和“围产保健保偿”,后改称“易门县母子系统保健保偿。”该县多年来坚持开展保偿制,既有以县妇幼保健站为主开展的保偿制,又有乡镇卫生院组织并管理、村妇幼保健人员参与的另一种形式,且有专门针对第二孩的母子系统保健保偿制。在该县的调研内容之一为研究保偿制下孩次对群众利用妇幼保健服务程度的影响。本研究采用分层随机整群抽样方法,在易门县内,以社会经济发展水平及距县城的距离分层随机抽样,抽取到方屯乡、六街镇及小街乡共3个乡镇。在华宁县,华溪乡近年一直坚持实行保偿制(当地称“围产期保健”),而城郊乡则自1990年底以来未实行。预调查显示,两个乡其他条件(如妇女文化程度等)相似,其比较可提示在有、无保偿制的条件下农

村妇女对服务的主动利用是否存在差异。在上述 5 个乡镇,又以社会经济发展水平及距县妇幼保健站及乡镇卫生院的距离进行分层随机抽样,确定调研村寨,作为分层随机整群抽样的样本点。

在县、乡、村三级均对负责或熟悉保偿制的干部及业务人员进行深入访谈,了解当地保偿制的管理及运行情况,并组织农村妇女小组座谈会,初步了解群众对保偿制的认识及利用情况。在此基础上,初拟出结构式问卷并经预调查试用后进行修改,最后拟定了农村妇女调查问卷,在选定的村寨入户调查,具体对象为过去 5 年中至少生育过一个孩子的农村妇女全体。同时,在预调查基础上拟定了小组集中讨论(也称小组专题讨论,即 Focus Group Discussion)的提纲。以昆明医学院预防医学系教师为主,邀请富有农村调研经验的社会科学工作者(云南省社会科学院妇女理论研究人员及云南大学社会学研究人员等)组成课题组,对参加调研的妇幼卫生专业的医学生进行了统一的系统培训。课题组率领培训过的医学生于 1995 年 2 月先后在易门、华宁两县进行了现场调研。在两个县,邀请当地有经验的妇幼保健专业人员对小组集中讨论提纲及结构式问卷再次进行细致推敲,并用当地农村妇女熟悉的语言再次进行培训,统一调查的具体步骤及提问语言和方式等。在当地卫生局、妇幼保健人员和其他人士的积极配合下,课题组成员爬山涉水,在所选村寨实施入户调查,并按联合国儿童基金会推荐的原则组织小组集中讨论会,由专门培训过的人员担任主持者及记录员。每天晚上,由指定人员对当日完成的调查表及小组集中讨论会的记录进行逐一检查和审核,发现问题则立即找调查人员及记录者仔细核实并修定。现场调查共历时半个多月,在上述 2 县 5 乡镇先后共组织座谈会、小组集中讨论会数十个,与知情者深入访谈数十人,并以结构式问卷入户完成农村妇女个人问卷调查 1 616 例。调研现场及对象的一般情况详见表 1。

表 1 调研现场及对象的一般情况

乡/镇	县	有无保偿制	n	平均年龄(岁)	平均在校就读时间(年)
华溪	华宁	有	592	26.91	4.98
城郊	华宁	无	230	26.76	4.87
方屯	易门	有*	263	27.37	5.87
六街	易门	有*	473	26.62	5.16
小街	易门	有*	58	26.47	4.24

* 且对有对第二孩的保偿制。

1616 名被调查妇女年龄的均数为 26.86 岁,标准差为 2.86 岁;大多数妇女为小学文化程度,在学校就读的时间均数为 5.14 年,标准差 2.60 年,除小学文化程度者外文盲 119 人,占 7.4%,初中文化程度 392 人,占 24.3%,高中 51 人,占 3.2%。已生育 1 孩的妇女 889 人,占 55.0%;724 人已生育 2 孩,占 44.8%;生育 3 孩及 4 孩的妇女分别为 2 人及 1 人。各乡镇妇女的平均年龄及在学校就读时间见表 1。5 乡镇被调查妇女年龄无显著性差异 ($P > 0.05$),而易门县各乡镇妇女文化程度则有显著性差异 ($P < 0.01$),距县城较远的小街乡妇女在校学习时间平均仅为 4.24 年,而县城附近的方屯乡则达 5.78 年。

3 结果与分析

限于篇幅,本文仅报道 5 乡镇被调查妇女对产前检查及产后访视的利用情况,并予初步分析。

各乡镇孕产妇实际接受的平均产前检查及产后访视次数见表2。根据两县的保偿制有关规定,凡入保妇女怀孕,应由保健部门提供5次产前检查。分娩后则提供3次产后访视,不再收取服务费。各乡镇孕产妇实际接受的产前检查及产后访视次数呈明显的偏态分布,故不宜以正态分布理论描述其分布情况,也不宜用参数统计方法进行假设检验。因此,以中位数Md表示其平均水平,产检及访视次数的比较用非参数统计方法。调查结果表明,易门县3个乡镇妇女平均产检次数及产后访视次数(中位数)均存在差异($P < 0.01$),且均与各乡镇的社会经济发展程度有关。方屯距县城最近,社会经济发展程度均高于小街和六街,平均产检次数及产后访视次数亦为最高,其中第1孩母亲产检平均次数已达到5次。

表2 各乡镇孕产妇实际接受的平均产前检查及产后访视次数(中位数Md)

乡/镇	县	第一孩产检 平均次数	第二孩产检 平均次数	第一孩访视 平均次数	第二孩访视 平均次数
华溪	华宁	5.0	5.0	2.0	2.0
城郊	华宁	5.0	5.0	2.0	1.0
方屯	易门	5.0	3.0	1.0	1.0
六街	易门	4.0	2.0	1.0	1.0
小街	易门	3.0	3.0	1.0	1.0

调研结果表明:

3.1 保偿制对基层妇幼保健人员起到了积极的作用。

虽然保偿制入保费的提成在基层妇幼人员的收入中所占比重甚少,但却确实起到了积极的作用。她们当中的大多数人在访谈中讲述了自己的深切感受:卫生部已将推行保偿制列入农村妇幼卫生发展的长期任务之一,说明了政府的重视;农村妇女交了钱,自己有责任把妇幼保健搞得更扎实。因此,保偿制不仅使基层妇幼保健人员从收取的保偿费提成中得到了经济上的实惠,更增强了她们的工作责任心。

本次调研表明,在贫穷农村地区尚有为数众多的育龄夫妇对产前检查及产后访视的意义缺乏了解和认识,相当多的育龄妇女从未主动利用保偿制所提供的服务(详后)。在这样的条件下,妇幼卫生部门仍保证了广大人群的基本妇幼卫生服务,保偿制的确功不可没。保偿制确实稳定了基层妇幼卫生队伍,巩固了城乡妇幼保健网。

3.2 在贫穷农村地区,绝大部分妇女对保偿制所提供的服务表示满意或基本满意。

对在有保偿制的2县4个乡镇中随机抽取的1386名农村妇女进行的小组讨论会,个人深入访谈及结构式问卷调查均显示,除了对产前检查及产后访视中的信息咨询方面的需求未能得到满足而感到失望外,大部分农村妇女对保偿制所提供服务的数量及质量表示满意或基本满意。例如,表3给出了1386名农村妇女对保偿制所提供产前检查及产后访视的评价。由表3易见,绝大部分被调查农村妇女对保偿制所提供产前检查及产后访视的服务水平,服务态度和地点等均感到满意或基本满意。当然,广大农村妇女尚未能得到满足的信息咨询方面的需求应当引起高度重视。如何促使基层妇幼保健人员发挥积极性,在提供保偿制其它服务的同时注重传播妇幼保健信息,使群众增强保健意识,主动地寻求保偿制服务,将是贫穷农村地区提高保偿制质量的一个重要议题。

表3 1386名农村妇女对保偿制所提供产前检查及产后访视的评价

	明确表态	满意或基本满意	
	例数 N	n	%
产前检查水平	1 297	948	73.1
产前检查服务态度	1 298	1 246	96.0
产前检查地点	1 298	1 207	93.0
产前检查信息咨询	1 298	222	17.0
产后访视水平	928	877	94.5
产后访视服务态度	926	889	96.0
产后访视地点	926	857	92.6
产后访视信息咨询	927	164	17.7

3.3 相当多的育龄妇女未充分利用保偿制所提供的服务。

表2表明,易门县3个乡镇妇女平均产检次数及产后访视次数中,仅有方屯乡第1孩母亲产检平均次数达到保偿制所提供的服务标准(5次)。除了方屯乡这1个指标达到保偿制提供的服务标准外,3个乡镇第1、2孩母亲的平均产检次数及产后访视次数均偏低,产后访视利用严重不足,第2孩母亲的产检次数低下的问题尤为突出。华宁县华溪乡农村妇女对保偿制所提供产后访视的利用也严重不足。

由表4易知,即使是在多年坚持开展保偿制的易门县,基层农村妇女仍有近一半人对保偿制所知甚少,其中很多人的丈夫在结婚登记时已付款入保,但由于种种原因妻子并不知晓。更重要的是,仍有相当多的育龄夫妇不知道产前检查与产后访视对母婴安康的重要意义,很多孕产妇从未主动寻求过产检(表5),约20%的妇女还未曾为了母婴安康而主动利用保偿制提供的产检服务(表6)。调研表明,当地妇幼保健部门已尽了极大努力进行保偿制的宣传与推广,如易门县妇幼保健站印发了精心准备的宣传材料。然而,由于缺乏最基层社区的动员和参与,农村妇女对保偿制本身所知不多,对产前检查及产后访视的意义认识尚不足,故对保偿制提供的服务利用不足。可见,除了国家的政策导向及卫生部门的全力推动,社区的动员与积极参与将是必不可少的。否则,保偿制将缺乏应有的活力,达不到预期的效果。如何将国家、卫生部门及农村社区的努力有机地结合,充分利用社区各种现有资源与活动提高广大育龄夫妇的保健意识,借助保偿制提高对妇幼保健服务的利用,仍然是一个有待研究的课题。

表4 是否知道有保偿制?

	知道			不知道		缺失	
	N	n	%	n	%	n	%
华溪	592	199	33.6	392	66.2	1	0.2
城郊	230	22	9.6	207	90.0	1	0.4
六街	473	200	42.3	272	57.5	1	0.2
小街	58	30	51.7	28	48.3	—	—
方屯	263	148	56.3	115	43.7	—	—
合计	1 616	599	37.1	1 014	62.7	3	0.2

表4显示,许多妇女对保偿制还不甚了解。本次调研表明,即使已了解保偿制且已入保,

仍有不少妇女未主动寻求过保偿制所提供的服务。华宁县华溪乡与城郊乡具有较好的可比性,两乡所调查妇女在年龄及文化程度构成等方面均无显著性差异 ($P>0.05$)。如上所述,华溪乡一直坚持保偿制,而城郊乡自 1990 年底以来则从未实行。调查数据表明:尽管两乡知道保偿制的育龄妇女比例相当悬殊(见表 4。华溪乡 33.6%而城郊乡仅 9.6%, $P<0.01$),且在华溪乡“知道保偿制”即明确知道自己家已预付入保费,进行 5 次产检及 3 次产后访视不再必付费,两乡曾主动寻求过产前检查的孕产妇比例却惊人地相似:华溪乡 69.8%,而城郊乡 71.2%(见表 5, $P>0.05$)。两乡的平均产检次数差异亦无显著性 ($P>0.05$)。尽管华溪乡 1/3 以上妇女知道自己家已预付款项,表 6 显示城郊与华溪乡孕妇在主动寻求产前检查的原因方面也几乎完全一致:华溪孕妇中 22.3%因自感异常而主动产检;77.7%则是由于意识到为保证母婴安康,即使无任何异常感觉也应主动找医生进行产检的;在城郊乡,对应的比例为 22.7%及 77.3%。华溪乡无 1 例因为交过入保款而主动寻求产前检查的。在被调查的 1 616 名妇女中,易门县有 4 人因为已预付款项而主动寻求产检服务。她们都居住于县城附近的方屯乡及六街镇,商品经济意识较强。而绝大部分被调查妇女则代表着中国西部农村妇女的现状,尚无强烈的市场经济观念,预付款尚未能成为其主动寻求服务的动力。在农村社区坚持不懈地利用各种正式和非正式的信息传播途径,促进社区成员自我保健意识的提高,增加所提供保健服务的利用程度,仍然是农村基层妇幼保健部门的一项带根本性的长期任务。

表 5 是否曾主动寻求过产前检查服务?

	无			有		缺失	
	N	n	%	n	%	n	%
华溪	592	173	30.2	399	69.8	20	3.4
城郊	230	66	28.8	263	71.2	1	0.4
六街	473	97	20.5	376	79.5	0	0
小街	58	27	46.6	31	53.4	0	0
方屯	263	26	9.9	237	90.1	0	0
合计	1 616	389	24.4	1 206	75.6	21	1.3

表 6 为何主动寻求产前检查服务?

	已预付款项			自感异常		为母婴安康	
	N	n	%	n	%	n	%
华溪	399	0	0	89	22.3	310	77.7
城郊	163	0	0	37	22.7	126	77.3
六街	376	1	0.3	64	17.0	311	82.7
小街	31	0	0	5	16.1	26	83.9
方屯	237	3	1.3	27	11.4	207	87.3
合计	1 206	4	0.3	222	18.3	980	81.3

3.4 第 2 孩母亲和家庭贫困的妇女更少地利用保偿制提供的服务。

一般认为,妇女的文化程度与主动寻求孕产期保健有关。本次调研显示,在贫穷农村地区,文化程度较高的妇女在第 1 孩怀孕期间确实更倾向于主动寻求产前检查 ($P<0.01$),但在主动寻求第 2 孩怀孕期间的产前检查及第 1、2 孩的产后访视方面却与其它妇女无显著性差

异 ($P>0.05$)。

表 2 显示, 在易门县 3 个乡镇, 尽管对第 1 孩及第 2 孩母亲均有保偿制, 但孕产妇对产前检查的利用却存在着较大差异, 怀第 2 孩期间母亲明显地较少利用现有服务, 即使已预交入保费, 不须再另付款, 产检次数仍明显低于怀第 1 孩期间。定性研究(个人深入访谈及小组集中讨论)结果显示, 相当多的妇女怀第 2 孩时自感“已有经验, 不必找医生检查”。村寨中也存在着“已经生过 1 孩, 生第 2 孩是瓜熟蒂落的事”等说法。易门县近年死亡的孕产妇中怀第 2 孩者较多, 不能不说与群众的这种认识及忽视怀第 2 孩期间的孕产期保健有关。如上所述, 被调查妇女在产前检查及产后访视中的信息咨询方面存在迫切的需求。如何引导基层妇女保健人员发挥主观能动性, 为育龄夫妇提供更多更实用的咨询信息, 并由她们和育龄夫妇的互动关系推动对农村社区保偿制服务的利用, 将是一个十分有意义的话题。

本次调研另一个值得重视的发现是, 即使已预交入保费, 不须再另付款, 家庭贫困的妇女还是倾向于更少地利用保偿制提供的服务。

表 7 是否曾主动寻求过产前检查服务?

家庭经济状况	应答数		无			有		缺失	
	N	n	n	%	n	%	n	%	
好	191	40	40	20.94	151	79.06	0	0.00	
中	966	203	203	21.01	763	78.99	0	0.00	
差	209	80	80	38.28	129	61.72	0	0.00	

($P<0.01$)

表 8 实际接受产前检查是否达到保偿制所提供的服务标准 (5 次)?

家庭经济状况	应答数		否		是		缺失	
	N	n	n	%	n	%	n	%
好	192	78	78	40.63	114	59.37	0	0.00
中	965	461	461	47.77	504	52.23	0	0.00
差	209	129	129	61.72	80	38.28	0	0.00

($P<0.01$)

表 9 实际接受产后访视是否达到保偿制所提供的服务标准 (3 次)?

家庭经济状况	应答数		否		是		缺失	
	N	n	n	%	n	%	n	%
好	190	130	130	68.42	60	31.58	0	0.00
中	964	714	714	74.07	250	25.93	0	0.00
差	209	162	162	77.51	47	22.49	0	0.00

($P<0.05$)

由表 7 可见, 家庭贫困的妇女更少地主动寻求过产前检查服务。表 8, 9 显示, 其实际接受产前检查及产后访视达到保偿制所提供的服务标准的频率也明显低于家庭经济中等和富裕的妇女。定性研究表明, 由于贫困, 这些妇女更加忙碌, 更少地关注自身的健康和保健。一般而言, 她们也较少地参与社区的活动, 更少有机会接触妇幼保健有关信息。因此, 她们实际所获保偿制所提供的产前检查及产后访视服务低于其它妇女。

值得注意的是,尽管家庭贫困的妇女对保偿制的知晓程度明显低于家庭经济中等和富裕的妇女,其入保率还是很高的,家庭经济状况与是否入保无关($P>0.50$)。家庭经济状况不同的妇女入保费相同,而家庭贫困的妇女实际获得的服务却低于其它妇女。考虑到贫困的妇女更少地主动寻求过产前检查等服务,她们实际获得的服务又确实低于其它妇女,而事实上她们往往更需要基本的保健,如何从服务提供者及社区活动两个方面着手,改善服务的均等性,将是提高保偿制质量的一个重要方面。

在全球范围内,以联合国《人口与发展大会行动纲领》为基准,生育健康的促进正在国际社会与国际组织,各国政府,社区,以及家庭和个人这四个层面立体地展开。其中,社区处于一个关键的位置:国际社会及各国政府的政策、项目及行动要在各国的大大小小的社区贯彻、落实,并通过社区影响千千万万的家庭及个人。社区功能、社区关系、社区价值与文化、社区组织、社区的发育等在相当大的程度上影响着这些政策、项目及行动的效果。另一方面,社区上述的方方面面又作用于各国政府及国际社会,影响着其决策与行动。个人及家庭在生育健康方面的各种需求也往往通过社区以各种方式表达出来。因而,尽管各个国家城乡社区的具体形式及发育程度可以大相径庭,但在促进可持续发展的生育健康方面,社区均处于一个举足轻重且不可替代的层面。生育健康作为一个崭新的观念,生育健康保健作为完全不同于传统的单纯的医疗卫生保健的一种服务,涉及着两性的真正平等及性健康、性保健等个人隐私及敏感问题,促进生育健康除了需要国际社会及国际组织和各国政府发挥的极其重要的作用,还要真正地做到以社区为基础,才能持续地发展,真正有益于社区、家庭及个人,从而有效地改变全球生育健康低下的现状。妇幼保健保偿制也不例外,只有深深植根于社区的土壤之中,将国家、卫生部门及农村社区的努力有机地结合,充分利用社区各种现有资源与活动提高广大育龄夫妇的保健意识,才能更好地发挥出它应有的作用。

致 谢

本研究为国际合作项目“中国农村妇女生育健康服务的经费及服务提供和利用研究”的一个子课题。该项目受福特基金会资助,主要合作者还有上海医科大学顾杏元教授。现场研究得到华宁县和易门县2县卫生局、县妇幼保健站及相关乡镇卫生院、村卫生室的大力支持与协作,上千名农村妇女及基层干部在问卷调查及小组集中讨论中给予了热情支持与积极配合,昆明医学院93级妇幼卫生专业数十名同学参加了现场调研,谨在此表示诚挚的谢意!

参考文献:

- 1 联合国. 国际人口与发展会议行动纲领. 1994年
- 2 Marge Koblinsky, et. al. Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health, in Marge Koblinsky and Judith Timyan: The Health of Women: a global perspective. Westview Press, Inc. 1993
- 3 王凤兰. 中国妇女生殖健康状况的综述. 中国妇幼保健, 1994; 9
- 4 季平, 黄丽娟. 妇幼保健保偿制. 科学技术文献出版社, 1993
- 5 龚幼龙, 等. 农村妇幼保健保偿制的研究与发展. 中国初级卫生保健; 1994; 5
- 6 崔宝林, 等. 强化政府行为, 推动妇幼卫生事业发展. 中国妇幼保健, 1992

(责任编辑: 沈铭 收稿时间: 1996—10)

Community participation in reproductive health services: lessons learnt from a case study on MCH Care Pre-pay Scheme

Maternal and Child Health (MCH) Prepay Scheme was created in the late 1980s as a strategy to maintain MCH services in rural China while the services are shifting from free — of — charge to fee — for — service. This paper reports some surprising findings from a survey of a random sample of 1 616 reproductive aged women residing in villages of five townships in rural Yunnan on prepay scheme. Outcomes of focus group discussion and in — depth interview with key informants are also utilized. The findings show that a vast of local women tend to underuse the prepaid services. The main factors attributed to the underuse of prepaid services include: traditional culture beliefs; not being aware of prenatal and postnatal care; and not knowing prepay scheme at all. The authors conclude that given the vast variation in traditional culture and unbalancement in socioeconomic development in rural areas of China, a strong element of community participation and involvement should be incorporated into the scheme from its inception.

Zhang Kaining is Associate Professor at Kunmin Medical College, Yunnan Province; Joan Ann Kaufman is Ph. D. and Researcher of demography and family planning at Harvard University; Wang Ailing is Laboratory Technician at Kunmin Medical College; Du Kelin is Director and Jiang Ding is Physician — in — charge, Section of Maternal and Child Health Care, Bureau of Health, Yunnan Province.

惊闻杭州大学人口研究所副所长、副教授、本刊咨询委员会委员周志刚同志不幸于今年 11 月在印度学习期间意外身亡，本刊全体工作人员深表悲痛，特向杭州大学人口研究所及周志刚同志家属表示慰问。

《人口研究》编辑部

1996 年 11 月