

## 第十二章 计划生育与生殖健康

### 第一节 人口调控与计划生育

综观人类社会发展的历史,对人口生育行为的社会调节与制度安排,源远流长。从人类初期利用风俗习惯的力量,通过禁欲、强制堕胎、长时间哺乳等方式,直接或间接地调控群体生育行为;到 18 世纪末、19 世纪初兴起于西方发达国家,旨在传播避孕节育知识及争取合法传播权利的早期节育运动;再到今天,期望协调人口与社会经济发展、不断提高人口健康水平与生命质量的现代家庭计划生育运动。人口调控与计划生育活动,已成为 20 世纪最重要的社会发展潮流之一和人类文明进步的标志。

#### 一、全球人口增长与各国政府的基本看法

1998 年,世界人口的自然增长速度为 1.4%。其中,发达地区的人口增长率只有 0.1%,而发展中地区则高达 1.7%(如果不含中国,将达到 2.0%);非洲,尤其是中、西部非洲,人口的自然增长水平仍然接近或超过 3%。由此表明:迄今为止,全球各大地区的人口增长步伐依旧相差悬殊。但是,出于对不同国情



与利益的考虑,各个国家及地区的政府对本区域人口增长持有不同的态度(见表 12.1)。

表 12.1 各国(地区)政府对人口出生率的看法

各大地区	统计数 (国家或 地区)	认为 出生率 太高	对出生率 表示满意	认为 出生率 过低	无资料
全世界	198	85	77	22	14
非洲	55	41	11	1	2
北美洲	2	0	2	0	0
拉丁美洲和 加勒比地区	38	18	14	1	5
亚洲	48	19	22	5	2
欧洲	42	1	25	15	1
大洋洲	13	6	3	0	4

资料来源:根据美国人口咨询局:《1998年世界人口数据表》(转载于《人口与计划生育》1998年第5期)计算得出。

从表 12.1 中可以看出,发达国家(或地区)对人口的出生状况基本上持有两种态度:或是表示满意,或是认为偏低,只有个别国家对人口增长过快表示担忧。而发展中国家的情况则要复杂得多:绝大多数国家的政府认为自身的人口出生率过高;但是也有少数国家或地区,尽管出生率在世界上属于最高或较高之列,但出于某些特殊原因,仍认为本国的人口出生率太低。如非洲的加蓬(人口自然增长率为 2.0%)、亚洲的伊拉克(人口自然增长率为 2.8%)和巴林(人口自然增长率为 2.0%)等;另有一批出生率高低不一的发展中国家,政府对本国的人口出生率持满意态度。由此可见,目前对世界各国而言,人口增长的快慢、出生数量的多少,仍是一个相对的、动态的概念。对于具有不同

社会、经济、文化以至政治背景的国家(或地区)来说,类似的人口出生状况,不同的政府可能持有截然相反的立场;而人口增长速度不同的国家,也可能有相同的官方态度。进一步,同样的立场也并不代表政府就一定会对人口采取同样的干预(或不干预)政策;再进一步,即使都采取了干预政策,政策倾向也未必完全相同。

20世纪90年代初期,根据对世界169个国家和地区的统计,在认为人口增长太慢的24个国家和地区中,有18个国家和地区的政府表示要刺激人口增长(6个采取不直接干涉的态度);而在69个认为人口增长过快的国家和地区中,表示要采取措施降低人口增长速度的国家数多达61个(其余主张不干涉);即便在对人口增长表示满意的76个国家和地区中,也分别有2个国家想要提高或降低人口增长率水平(另有16个国家力图保持原有水平)。由此说明,大多数国家和地区,若对本国的人口增长状况不满意,政府都或多或少地采取了干预人口发展趋势的态度或做法。而在这中间,相比较而言,那些认为人口增长过快的国家,政府的立场更为鲜明、措施也相对坚决,它们构成了现代家庭计划生育运动的主流。

## 二、现代家庭计划生育运动的发展与主要特点

### (一) 家庭计划生育的基本含义

根据国际上通行的定义,家庭计划生育通常是指:在一个家庭内部,由夫妻双方自由地、有计划地按其意愿和利益(包括妻子的健康状况和家庭经济条件等),决定和安排生育子女的数量与间隔,确定家庭规模(梁济民、王洪春,1992)。

可见,家庭计划生育是有特定内涵的,它指的是由夫妻双方独立决定和选择的、家庭内部的生育计划。但是实际上在今天,



家庭计划生育运动已经远远超出了它的本意,而发展成为一种反映时代潮流的全球性人口调控运动。目前就其主体而言,是属于由政府倡导、旨在实际整体利益和社会长远发展目标的民众运动。

从家庭计划生育的内涵来看,人们可以出于不同的考虑和理由,限制或自主安排生育,因而家庭计划生育的含义相当丰富。这样,人口、社会、经济以及文化背景不同的国家,可以从不同的角度、在不同的范围,以不同的程度,借助或依托于家庭计划生育运动的推行,或控制过快的人口增长,或刺激过慢的人口增长,进而协调人口与社会经济发展,最终更好地提高人口的生存质量,并更充分地体现人类的生命价值。

## (二) 家庭计划生育运动的历史演变

作为现代家庭计划生育运动,它的发展大体经历了两个阶段:第一个阶段是始于18世纪末、19世纪初到第二次世界大战结束时的早期节育运动;第二个阶段则是第二次世界大战之后由前者演变而成的现代家庭计划生育运动。

尽管人类的节育活动由来已久,但是作为一项为追求人类幸福而推行小家庭规模的社会变革运动,节育运动是在18世纪末、19世纪初才产生并曲折发展起来的。这一运动最初始于英国,后从西欧、北美(主要是美国)扩散和传播到全世界。在差不多一个半世纪中,节育运动既反映了人们因各种原因(如妇女健康、优生、改善家庭经济状况及限制人口增长等)实行节育的要求及其发展变化趋势,也遭到了来自宗教、医学、伦理道德观念等多方面的反对,但节育运动因为顺应了时代潮流,最终还是发展起来了,并在今天已经演变成为全球性的人类共同行动。

由于早期(19世纪)避孕节育的主张与医学、宗教、法律、伦理道德等的传统准则是相对立的,因此早期节育运动主要是传



播避孕节育知识和争取合法的传播权利。在这中间,一些社会改革的倡导者和医生起到了先驱者和启蒙思想家的积极作用。他们通过撰写文章、散发小册子及出版有关书籍,向人们传播避孕节育知识。这些出版物既吸引了渴望阅读的普通百姓,又常被视为伤风败俗而横遭非议。但是经过他们数十年的不懈努力,在19世纪后半期,人们终于赢得了传播与获得避孕节育知识的合法权利和正常渠道。

随着避孕节育知识的日益扩散与传播,节育运动的实践应运而生,并逐步发展起来。一方面,节育方法和药具的研制不断推进(19世纪三四十年代陆续制造出多种避孕用具);另一方面,与之相应,19世纪后半期开始有了节育技术指导和服务。从1878年荷兰女医师捷克朴斯创立了世界上第一个节育指导所开始,在随后的三四十年中,欧美各国的同类诊所大量涌现。

与此同时,从事宣传节育的民间机构和团体也开始陆续建立。世界上第一个宣传节育的民间团体“新马尔萨斯同盟”于1877年在英国成立。随之,一些国家纷纷效仿。接着又陆续出现了美洲节育联盟(1914年)、欧洲国民节育联盟(1914年)等洲际组织及后来的“美国人口协会”、《节育评论》等专业性组织和杂志(梁济民、王洪春,1992)。

这样,在一些先驱者的积极倡导和推动下,历经磨难的早期节育运动,在20世纪上半叶,终于呈现出迅速发展的局面(当然,由于两次世界大战的影响,其进展也时而受阻)。应该说,节育运动兴起的最初缘由,在很大程度上是出于对妇女身心健康和避免夫妇不希望有的孩子出生等方面的考虑与关注,后来又逐步加进了改善家庭经济状况和优生等因素。因此,节育运动首先是在社会比较开放、经济相对发达的欧美国家策动并发展起来的。但是到了第二次世界大战之后,即20世纪四五十年



代,全球的社会经济与人口增长状况都发生了巨大的变化。特别是在战后经历了“婴儿潮”之后,发达国家的生育率水平出现持续下降趋势;而发展中国家则由于民族独立等主、客观原因,人口增长速度大大加快。这就使得国际节育运动出现了新的动力与格局,它的重心开始转向人口稠密、人口增长速度快的国家,尤其是一些发展中国家。以往开展节育运动的理论依据相应发生了变化,限制人口增长成为最迫切的出发点,早期节育运动逐步演变为现代家庭计划生育运动。

### (三) 现代家庭计划生育运动的发展态势

第二次世界大战之后,获得独立的发展中国家纷纷走上各自的民族发展道路,但是由于先进医疗技术和药物的大范围使用,在促使死亡率急剧下降、导致人口加速增长的同时,也使得人口与社会经济发展的矛盾日益突出和尖锐。为此,在1951年,作为人口大国的印度,在世界上率先开始了由政府公开倡导、旨在控制人口增长的全国性家庭计划生育运动,这就揭开了发展中国家参与现代家庭计划生育运动并逐步成为其主流的序幕。随后,家庭计划生育运动在亚洲、拉丁美洲以至非洲不断扩散。而早在1952年,由美国的玛格丽特·桑格夫人首先发起,在印度L.劳尔夫人和日本加藤静江女士的积极倡导与赞同下,推动家庭计划生育运动的国际组织——国际计划生育联合会(IFFP)也宣告成立。该组织的宗旨是“促进各国家庭计划生育运动,保护父母和儿童的身心健康,对本国和世界进行人口教育,推动对人类生育和生育调节的研究,并推广这方面的科研成果”。该组织成立时,仅有8个国家和地区的家庭计划生育协会参加,1954年迅速增加到84个,1983年时已有118个会员国(或地区),1990年更达到132个。目前是仅次于国际红十字会的第二大国际民间组织(梁济民、王洪春,1992)。这标志着,仅经历短短的

40年时间,现代家庭计划生育运动就已经超越国界、遍布全球。其中,开展这项活动的国家,不仅包括众多发展中国家,也包括不少发达国家;不仅想要控制人口增长的国家在积极参与,一些对自身人口增长水平表示满意甚至认为太低的国家或地区,也加入了国际计划生育联合会,并在积极开展同类活动。这充分表明了家庭计划生育及家庭计划生育运动内涵的丰富性和广泛性。正是这种丰富性和广泛性,使它成为20世纪经久不衰的一股时代潮流,成为越来越为民众所认同的一项全球性社会实践活动。通过这项运动的开展,提高人们的生存质量,完善人的生命价值,协调人类社会经济发展及与环境的相互关系,促进可持续发展,已成为各国以至全世界的共识。

#### (四) 现代家庭计划生育运动的主要做法和特点

几十年来,基于不同的人口增长背景和国情,各国开展家庭计划生育运动的理论依据、活动内容、具体做法及深入的程度等都存在着显著差异。这些差异主要反映在:

##### 1. 理论依据。

早期节育运动的出发点主要是出于保护妇女健康、改善家庭生活状况和优生等方面的考虑。随着这项运动的不断深入,它的理论依据有了扩展和深化。就现阶段看,各国推行家庭计划生育运动的出发点大致可以归纳为两个方面:

一方面,主要是出于协调人口与社会经济发展而考虑推行家庭计划生育运动。这中间既包括认为自身人口增长过快的国家,也包括认为自身人口增长过慢的国家,其中特别是前者,尤其是发展中国家,更有代表性。

另一方面,则主要是出于妇幼健康和优生的考虑而支持家庭计划生育运动。几乎所有开展这一运动的国家,包括出于限制人口增长目的而开展家庭计划生育运动的国家,都对此表示



支持。但是以此作为开展家庭计划生育运动主要出发点的是一些拉美、西亚及太平洋岛屿的国家。

总的来说,希望并努力控制人口增长的国家,政府对这项运动的支持更直接、有力,这一运动也开展得更广泛、深入和有效;政策相对更明确、更有约束力,管理措施相对也更完备。因此这类国家代表了现代家庭计划生育运动的主流。据有关资料统计,20世纪80年代,占发展中地区80%人口的发展中国家,主要是出于人口控制的缘由而参与家庭计划生育运动的,占17%人口的发展中国家则主要是出于妇幼保健和优生的缘由,其余的尚未支持家庭计划生育运动。

## 2. 组织形式。

现代家庭计划生育运动通过多种途径开展活动。从各国看,主要的组织途径有三:

(1) 官方机构。通过官方机构推行家庭计划生育运动,各国在机构设置、人员配备、组织网络和系统规模等各个方面的情况均差异很大,效果也十分不同。官方机构的设置一般分为两类:一类是完全官方性质的,如中国、孟加拉国等;另一类则是半官方性质的。后者又具体分为两种情况:一种是官方领导、由民间组织具体实施,如泰国;另一种是在经费来源、人员培训等方面与官方机构有直接联系,但活动完全由民间组织自行开展,如欧美一些国家。当然也有的国家,官方机构既负责总体规划,又承担一部分基层工作,如突尼斯。

(2) 民间组织。民间组织主要是指协会、俱乐部等在民间自发建立的组织。除极少数国家外,民间组织的建立在家庭计划生育运动中一般都早于官方机构。可以说,在很多情况下,在很多国家,都是由民间组织发起、推动家庭计划生育运动的。民间组织开展家庭计划生育运动有自己的特点。其一,组织形式



可因地制宜、多样化,没有条条框框的束缚,便于开展活动,有凝聚力,这一点在东南亚和南亚国家较为突出。其二,许多民间组织是专业性的,带有行业和专门化色彩,其特点是分工细,管理工作做得较深入。其三,由民间组织进行的宣传和提供的服务,较易为人们所接受。这中间既包括利用和培训当地人员开展工作,也包括把节育与生产、生活服务结合起来的灵活做法。

(3) 私营部门。私营部门参与家庭计划生育运动,主要是通过销售药具和提供有偿服务来进行的。它的主要特点是以商业活动的形式出现,具有一定的营利性。私营部门的参与得到认可,主要是因为它在服务时间、空间和方式等方面比其他组织更具灵活性与方便性。另外,它的服务质量受利润驱使一般也较高。但是私营部门的弱点就是很少主动发挥计划生育宣传教育的作用。

多年来,在很多国家,官方机构、民间组织和私营部门三者是互相配合与合作来开展家庭计划生育运动的,只是各自所起作用的大小有所不同。

### 3. 管理措施。

由于国情不同,各个国家在推行家庭计划生育运动的过程中,采取的具体措施是不尽相同的。从各国的实践看,管理措施大体可以归纳为:

(1) 行政措施。部分国家建有一个比较完整、规范的行政组织机构,用以推行家庭计划生育运动,履行政府在这方面的职能。同时,一些国家也通过一定的行政干预方式来约束和引导人们的生育行为。

(2) 法律措施。利用立法手段保证家庭计划生育运动的开展,为很多国家所重视。在法律措施方面,各国由于不同的背景和侧重点,规定各具特色。这些法律规定主要集中在:优生方



面,如日本的《优生保护法》(1948年);人工流产方面,如新加坡的《人工流产法》(1982年);绝育方面,如新加坡的《自愿绝育法》(1974年);人口的综合方面,如菲律宾的《人口法》(1976年)、印度的《家庭计划生育法》(1976年)以及我国的《中华人民共和国人口与计划生育法》(2001年)。其他还有一些涉及妇女、儿童、税收等方面的法律,也直接或间接地影响家庭计划生育运动的开展。

(3) 经济措施。采取不同方式(奖励与惩罚)、不同程度和不同范围的经济措施,多年来一直是很多国家的普遍做法。在经济措施方面,绝大部分国家都是以奖励为主、惩罚为辅的。同时在经济奖罚的方式上,除了现金奖励外,还有减免税收,在住房、分娩、医疗保健、教育、休假等方面给予优先或优惠等非现金奖励。经济措施更集中于迫切需要控制人口增长和渴望刺激人口增长的国家这两极上。

(4) 宣传教育措施。主要分为两类:一是家庭计划生育运动中有关知识的大众传播活动,二是在学校和成人中进行系统的人口教育。如新加坡对“小家庭”的宣传,菲律宾的婚前学习,韩国在大、中学开设人口教育课,泰国的流动宣传服务车及孟加拉的宣传广告等。

(5) 技术服务措施。这是实施最广泛的一项措施,也是各国家庭计划生育运动的基本任务。其中包括提供避孕药具和实施人工流产、节育手术等服务。但各国因社会、经济、文化背景和家庭计划生育运动目标的不同,在这方面开展的广度和深度有很大差异(梁济民、王洪春,1992)。

(五) 国际社会有关家庭计划生育运动及其观点的最新动态

1974年,联合国在罗马尼亚首都布加勒斯特召开了第一次



官方性的世界人口会议。会上所通过的最终文件——《世界人口行动计划》，给出了侧重于生育选择权利的家庭计划生育(或称计划生育)的定义，即“所有夫妇和个人都有自由和负责任地决定生育子女数量与生育间隔并为此而获得信息、教育及手段的基本权利；夫妇和个人在行使这种权利时有责任考虑他们现有子女和将来子女的需要以及他们对社会的责任”(《国际人口与发展大会行动纲领》第14条F款)。这一定义被视为“联合国关于计划生育的经典定义，其后的联合国文件都无出其左右”(杨胜万、陶意传，1996)。在后来同一性质的墨西哥国际人口会议(1984年)和开罗国际人口与发展大会(1994年)的文件中，这一定义都没有根本性的变化，只是越来越突出生育选择权利并强调实行家庭计划生育的“自愿性”。反对“采取任何形式的强迫”，主张“人人享有在没有歧视、强迫和暴力的情况下作出有关生育决定的权利”(《国际人口与发展大会行动纲领》)。由此可见，近些年联合国文件中对家庭计划生育(或称计划生育)的阐释，突出了如下特征：

1. 家庭计划生育的核心是夫妇与个人的“选择权利”，这种权利是一项基本人权；因此反对对个体生育的数量及间隔进行干预。

2. 家庭计划生育的目标是“协助夫妇和个人在促进最大限度的健康、责任和家庭福利框架内实现其生育目标，同时尊重所有人的尊严和选择子女数量、间隔和时机的权利”。

3. 强调政府的家庭计划生育目标“应针对信息和服务的不足”。“人口目标尽管是政府发展战略的一个合理部分，但不应以指标或配额方式强迫推行计划生育”。

4. 要建立“以用户为中心”的服务体系，“让所有需要和要求计划生育服务的人得到可负担得起的、可以接受的和可获得



的高质量计划生育服务”(上述引文均摘自《国际人口与发展大会行动纲领》第7章)。

这样,在联合国的人口会议文件中,计划生育就进一步成为纯粹家庭或个人生育计划的代名词。上述观点之所以在国际人口会议上得到认同与坚持,主要是基于这样一种认识,即“过去100年来,许多国家的政府都试验了包括奖励和惩罚在内的许多计划,以便降低或提高生育率”。而“大部分这类计划对生育的影响甚微,在有些情况下还起反作用”(《国际人口与发展大会行动纲领》)。因此,在推行家庭计划生育的活动中,政府的作用被认为是有限的,它的职能是“在法律、医疗、诊治、管理等方面排除使夫妇和个人不能获得信息、不能享用计划生育服务和方法的不必要的障碍”,并“主要着眼于通过教育和自愿的措施、而非实行包括奖励和惩罚在内的措施,来实现人口与发展目标”。很显然,在国际社会中,这种突出个人利益、强调生育选择权利的家庭计划生育概念及其行动导向,与我国多年来实践着的计划生育是有一定差异的。

### 三、中国的计划生育及其主要特点

中国是目前世界上人口最多(占世界人口的1/5以上)的发展中国家,我国的人口增长态势及其变化对全球人口发展具有举足轻重的影响。近30年来,为了协调人口与社会经济发展,更好地履行所负有的稳定全球人口形势的责任,中国在控制人口增长、开展计划生育方面作出了艰苦的努力,取得了举世公认的巨大成就。为此,中国不仅自己提前跨入了低生育率国家的行列,而且将全球人口超越60亿的时间至少推后了4年,大大延缓了世界人口增长的步伐。更为重要的是,中国通过自身的实践,探索并证明了在不发达条件下,超前实现现代人口转变的

一条独特的成功道路。

### (一) 中国计划生育的基本特点

中国的计划生育道路与众不同。这种不同除了表现在我们对生育选择权利有着不同的理解之外,还集中表现在以下几方面:

1. 在推行计划生育的过程中,我国坚持的是个人权利与义务对等的原则,这是基于对个体人权与民族生存权、发展权的综合认识作出的选择。

2. 我国计划生育的根本目的不是满足群众现实的生育意愿,而是期望通过引导、调控和约束个人不符合长远发展利益的生育行为,协调人口与社会经济发展,进而更好地提高人口的生存质量、更充分地体现人的生命价值。

3. 我国的计划生育是宏观人口发展战略与微观家庭生育计划的统一,既强调国家和社会整体的利益,又兼顾夫妇、家庭的现实需要。

4. 我国现行的计划生育政策要求和运行机制是基于基本国情(包括人口国情)所做的阶段性选择,伴随着国家人口、社会以及经济条件的变化,正在并将要继续不断地完善甚至改变现行政策。

这些具有中国特色的计划生育理念及实践的抉择,是“符合国情的战略决策”、“造福于民的社会事业”和“保障人权的正确选择”。中国政府正是经过多年正反两方面的经验教训,“为了实现持续的经济增长和可持续发展,满足全体人员日益增长的物质和文化需要,保证当代及子孙后代人民的根本利益和长远利益”,才做出了具有中国特色的计划生育战略决策。通过 20 多年的计划生育,中国不仅有效地控制了人口的过快增长,而且促进了群众婚姻、生育和家庭观念的转变,加速了人口素质的提



高和人的全面发展,有利于妇女地位的改善,并为消除贫困、发展经济、提高人们的生活水平创造了更加宽松的人口条件和环境(《中国的计划生育》,1995)。

实际上,除了在生育选择权利、政府所起的作用等方面,中国出于国情有不同的价值判断和行为选择外,在人口社会调控的其他很多方面,我国与国际社会是有共识和相通做法的。例如,要加强计划生育的宣传与服务,满足育龄人群在婚姻生育、避孕节育、家庭生活等方面的多种需求,建立以服务对象为中心的工作体系,提供优质、高效、全方位的技术服务,不断提高目标群体的生育质量、生活质量及生命质量,等等。目前在中国计划生育管理活动中,正在实施和推进的落实“三为主”、坚持“三结合”、实现“两个转变”的实践和探索,就是最好的证明。

## (二) 中国计划生育的组织机制及其特征

几十年来,中国的计划生育运动走过了曲折起伏的历程。

这中间,既包括 20 世纪 50 年代,因制度更新导致人口死亡率急剧下降、人口加速增长,而我国未能迅速作出反应、适时抓住机遇,错过了在新中国成立后第一次人口出生高峰期解决人口过快增长问题的时机;也有 20 世纪 60 年代,人口与社会经济矛盾尖锐化、开始推行计划生育又继而受挫,导致出现年均出生 2600 余万人、累积多达 3 亿人的第二次人口出生高峰;还有 20 世纪 70 年代,政府对人口问题严重性认识的不断加深,着手大力推行计划生育、并创造出在短短不到 10 年的时间里,人口增速降幅一半的“世界奇迹”;更有 20 世纪 80 年代以来生育政策一波三折、人口形势逐步稳定、计划生育不断完善局面的形成与延续。这中间,有经验,也有教训。但是在曲折起伏中,我们不断加深着对中国人口问题本质、人口发展内在规律及计划生育运动真谛的认识和理解,这是比人口生育水平实现百分之多

少的下降更重要、也更有意义的前进和发展。这种内在变化标志着中国的人口控制、计划生育运动,在几经历史考验和艰苦经历之后,已经进入了一个以往任何历史时期都无法比拟的新的发展阶段。

中国的计划生育多年来适应形势变化和国情要求,已经形成了独特、有效的管理组织系统和运行机制。它们集中表现在以下几方面:

1. 计划生育是国家的基本国策,计划生育的推动是一项政府行为。

1982年,计划生育被正式纳入我国的国家大法——《宪法》,其中明确提出“国家提倡和推行计划生育”。这不仅赋予计划生育在国家社会生活中极其重要的地位,而且使之成为一项“基本国策”。2001年12月9日,第九届全国人民代表大会常务委员会第25次会议通过了《中华人民共和国人口与计划生育法》,更是首次以国家法律的形式确立了计划生育基本国策的地位,对于保障人口与计划生育工作健康、稳定、持续地发展,实现在新时期中稳定低生育水平的目标,具有十分重要的意义。在我国,计划生育管理工作是政府行政管理活动的一种,各级政府相应都设有职能部门,从而构成了全国三层六级、从中央到基层、完整严密的计划生育管理和服务的组织系统。这就为计划生育工作富有成效地开展,提供了重要的组织保证。事实证明,多年来政府在计划生育活动中起到了无可替代的关键性作用。工作力度大、组织效率高,也成为中国计划生育的一大特色。

2. “国家指导与个人自愿相结合”,是中国计划生育的基本原则。

这一原则中的国家指导主要表现在:“中央和地方政府根据国情民意并通过立法程序,制定控制人口增长、提高人口素质、



优化人口结构的政策法规；制定宏观人口发展计划，并将其纳入国民经济和社会发展的总体规划之中；把人口与计划生育工作列入政府的重要议事日程，组织协调各有关部门和群众团体制定并实施人口与计划生育方案，提供必要的资金和条件，保证人口与计划生育事业的需要；通过向全民进行广泛深入的宣传教育，为所有夫妇和个人提供生殖保健、避孕节育、优生优育等方面的指导和服务，以满足所有夫妇和个人合理安排家庭生育计划的需求。”群众自愿则集中表现在：“所有夫妇和个人在国家的有关政策和法规的指导下，实行家庭生育计划的权利得到保护和尊重。夫妇和个人在行使其生育权利时，要考虑到对国家和社区的责任和义务，以及家庭和每个成员的健康和幸福。夫妇和个人在获得有效的信息、咨询和服务的基础上，根据其年龄、健康、工作以及家庭经济状况，负责任地、有计划地安排怀孕和生育，并选择适宜的避孕节育方法，以生育健康的孩子，建立文明、幸福的家庭。”（《中国的计划生育》，1995）

3. 计划生育管理实行双轨反馈式的工作方式，具有分级、分权管理的特点。

我国计划生育管理部门的设置依托于国家的整个行政管理系统。各级计划生育管理部门既是各级政府机构中的一个职能部门，又在业务上接受上级计划生育管理部门的指导，形成了双轨反馈式的工作机制。此外，考虑到社会经济地区差异和计划生育工作进展的不平衡，计划生育管理在我国具有分级、分权管理的特点。其中省和县是这一管理链条中的关键环节，前者对政策细化举足轻重，后者在政策实施中作用重要。在城乡基层，计划生育管理实行“条块结合、以块为主”的组织工作方式（其中“条”是指行业系统，“块”是指行政区划），以保证育龄人群都能够参与计划生育并享受全方位的服务。



#### 4. 实施分类指导、依法行政的工作模式。

中国现行生育政策的主要内容是：“提倡晚婚晚育，少生优生；提倡一对夫妇生育一个孩子。农村中确有困难的夫妇间隔几年以后可以生育第二个孩子。少数民族也要实行计划生育，具体要求和做法由各自治区或所在省决定。计划生育政策在城乡之间、汉族和少数民族之间要求有所差别，即农村宽于城市，少数民族宽于汉族。”（《中国的计划生育》，1995）这不仅反映了我国计划生育的主导思想，而且体现了分类指导的原则。因此，近十余年来，我国各地计划生育管理部门，根据国家的有关政策，结合本地的客观实际，通过一定的法律程序，陆续制定并实施了各具特色的地方性法规，推动了计划生育工作的依法行政，并保证着我国计划生育事业逐步走向法制化和制度化。

#### （三）改革开放中与 20 世纪末的中国计划生育

随着国家改革开放的不断深入和社会主义市场经济体制的逐步建立，也伴随着我国的人口生育率趋于较低水平，中国的计划生育在新形势下面临着新的挑战 and 新的矛盾。如何适应形势变化，使计划生育工作进一步上水平、上质量，成为现时期我国城乡各地计划生育管理部门和组织面临的迫切任务。为此，我国计划生育决策部门提出了要实现工作思路与工作方式“两个转变”的重要指导思想，强调要由以往就计划生育抓计划生育向计划生育与社会经济发展紧密结合、采取综合措施解决人口问题转变；由以社会制约为主向逐步建立利益导向与社会制约相结合，宣传教育、综合服务和科学管理相统一的机制转变（彭珮云，1995）。在这一思路的引导下，我国各个地方的计划生育管理部门发扬开拓、创新精神，结合本地实际，实践并总结出了富有特色的崭新工作模式和区域经验，为 21 世纪的中国计划生育事业奠定了基础和方向。这些经验和变化集中表现在以下几个



方面:

1. 积极落实“三为主”,使计划生育工作经常化、制度化和科学化。

“三为主”是我国计划生育基层部门在实践中总结出来的经验,它强调计划生育的日常工作要以“宣传教育为主,避孕为主和经常工作为主”。这一经验不仅反映了计划生育工作的内在规律,而且告诉我们:(1) 只有把宣传教育放在首位,充分依靠群众,并推动群众积极、自觉地参与,才是做好计划生育工作的根本途径;(2) 以避孕为主,搞好孕前型服务与管理,才能使计划生育工作落到实处,也有利于妇女的身心健康,并不断提高目标群体的生育质量和生活质量;(3) 只有抓好基层、开展经常性工作,才能保证计划生育工作深入、持久、有效地开展下去;(4) 计划生育实际工作中,能不能落实“三为主”,关键在领导(彭珮云,1995)。

2. 自觉坚持“三结合”,走人口与社会经济协调发展之路。

在我国农村地区,实行“三结合”意味着要将计划生育与社会经济发展、与农民勤劳致富奔小康、与建立文明幸福家庭相结合。它的精髓就是把国家、集体和个人的利益有机结合,在计划生育活动中融入利益导向机制,从而通过“生产、生活、生育”服务,帮助广大群众转变生育观念,实行有利于社会发展和生活水平提高的婚育行为,促进人口与社会经济的协调发展。从目前各地“三结合”的载体建设来看,以少生快富为宗旨的各种经济组织形式主要有三种类型:一是通过政策扶持、发展起来的个体、私营经济;二是在自愿基础上由若干家庭组合起来的互助合作组织;三是在较发达地区与实行计划生育的家庭建立了密切联系的贸工农一体化公司或集团(彭珮云,1995)。但是缘于各地经济发展水平和社会现实的差异,在推进计划生育“三结合”

的过程中,很多地区创造出了独具特色的区域性经验和形式,这中间既包括四川的“十百千里工程”、湖南的“三三金桥工程”,也包括浙江的“新家庭计划”活动、北京的“城乡手拉手、少生快富奔小康”活动,还包括江苏的“少生快富”合作社和湖北的“三优快富”系统工程,等等。与之相应,各地也先后形成了“苏南模式”、“珠江三角洲模式”、“温岭模式”、“盐城模式”及“承德模式”等一系列典型。

### 3. 以人为本,推进城市计划生育与社区发展相结合。

为适应市场经济体制,从而使得“单位人”逐步转变为“社会人”这一城市生活走向,近几年我国以北京、上海为代表的一些特大城市,开始进行计划生育与社区发展相结合的探索,并以此作为城市计划生育工作实现“两个转变”的突破口。城市计划生育工作与社区发展相结合,主要体现了城市依托社区实现“三结合”的崭新思路。但是与农村地区不同,社会经济相对发达的城市地区,计划生育的“三结合”有其特定含义,即紧紧围绕着“以人为本,不断提高人口素质和家庭生活质量”这一主题,“把计划生育与社区服务、与精神文明建设、与建立文明幸福家庭相结合”。这充分反映了工作先行的城市计划生育管理正从单纯的行政管理模式逐步转向社会综合管理的大趋势。进一步,根据北京城区的经验,计划生育与社区发展相结合的切入点,主要是依托三条线(卫生保健系统、社区文化站及首都文明市民学校),体现在两个方面:一是创建有利于计划生育的新型生育文化氛围;二是开展以计划生育(生育、节育、不育)和生殖健康为核心的全方位优质服务。

### 4. 从“手段”转向“目标”,积极开展以“知情选择”为核心的计划生育优质服务。

应该说,多年来,开展计划生育技术服务,始终是我国各级



计划生育管理部门的基本任务之一。但是,目前在我国城乡许多地区正在实践的计划生育优质服务,与以往的计划生育技术服务有着本质不同,这种不同集中体现在前者更加突出和强调“人为本、全方位、创优质”。例如,作为全国计划生育优质服务试点单位的北京市宣武区,经过调查研究就确定了计划生育优质服务的“四个五、三个一”实施方案框架,他们抓住“五个时期”(青春期、新婚期、孕产期、避孕节育期、更年期)、完善“五个体系”(管理体系、信息体系、宣教体系、服务体系、评估体系)、贯彻“五个始终”(开展宣传教育、发挥人才优势、加强培训队伍、了解群众需求、及时探索总结)、发挥“五个作用”(各级领导的统帅调控作用、计生部门的参谋助手作用、有关部门的职能作用、计生协会的桥梁纽带作用、宣传服务中心的服务中介作用),同时突出一个“优”(以优取胜,通过优质服务增强生命力和吸引力)、落到一个“实”(计划方案实、服务内容实、措施保证实,使育龄群众得到实实在在的计划生育和生殖健康服务)、达到一个“满意”(使育龄人群对我们所提供的计划生育全程、系列服务满意)。他们的经验表明,计划生育的优质服务,不仅仅是对过去工作的改进和完善,而且充分体现了“以人为本”的发展理念和崭新特色。

各地计划生育部门应对新形势、新挑战,结合本地客观实际,探索、实践并总结出富有特色的区域工作模式及地方经验,已经成为当前我国计划生育管理活动的突出特征。这些经验和实践的“精髓”,并不是具体的做法是什么,也不是它的推广性有多强,而恰恰是在于它所倡导的基层组织与群众的开拓、创新精神、“以人为本”的行动导向和立足本地的适宜选择。事实证明,计划生育工作只有与社会经济发展密切结合,贴近人民群众的日常生活,积极满足居民的各种需要,引导百姓不断地提高生育

质量、生活质量和生命质量,才能健康、稳定、持续地发展下去。同样,只有立足本地的客观现实,正确地选择结合点和切入点,也才能使这种结合更有生命力和发展潜力。这不仅反映了我国计划生育的时代潮流,更代表着 21 世纪中国计划生育事业的未来发展方向。

从各地的经验中,我们所得到的重要启示是:(1) 随着“群众是计划生育主体”这一认识逐步明确,要求我们的计划生育管理部门及其人员要树立“大服务”的思想,需要从“我要群众怎样做”向“我按群众需要做”转变,并且不仅要想服务,还要能服务、会服务;(2) 城乡计划生育工作向着区域化、社会化、多元化方向的转变,实质上就是意味着要在政府的支持和引导下,倡导基层组织发扬开拓创新精神,进一步挖掘民间资源,更好地调动居民参与计划生育的积极性与自觉性,使双方建立新型的互助合作关系,从而使群众从“要我做”向着“我要做”的方向转变;(3) 在妇女生育率大大低于更替水平的现实下,需要城市计划生育工作重新认识和考虑“百分之一”与“百分之九十九”的关系问题,将工作重点及时转向提高群众的生育质量、夫妇生活质量、子女养育质量上来;(4) 农村计划生育实现“两个转变”,关键是要把关心群众的生产、生活、生育和计划生育的宣传、服务更好地结合起来,使计划生育更加贴近群众生活,把满足群众需要作为衡量工作好坏的标准;(5) 在“两个转变”中,计划生育管理向着区域化、社会化、多元化的过渡,并不是不要管理,而是要寓服务于管理、以服务引导管理。从而通过交流、互动及服务,推动人们生育观念和生育行为的内在变化,使之能够将社会需要与个人意愿有机、协调地结合起来,真正使我国的计划生育走向良性循环的轨道,从而在新的世纪使计划生育事业更有活力、更有凝聚力、也更有生命力。



在步入 21 世纪的关键时刻,2000 年 3 月 2 日中共中央和国务院颁布了《关于加强人口与计划生育工作稳定低生育水平的决定》,明确指出:“稳定低生育水平是今后一个时期重大而艰巨的任务”,提出要“完善人口与计划生育工作的调控体系和相关社会经济政策”。党中央、国务院的这一重要决定,“为解决 21 世纪人口问题指明了方向,明确了目标,提出了宏观对策。其基本要求是,在保持经济增长的同时,控制人口增长,提高人口素质,保护自然资源,保持良好的生态环境,促进中国经济和社会的可持续发展”(张维庆,2001)。

## 第二节 生殖健康与人口发展

生殖健康(Reproductive Health)是近年来国际社会在人口与发展、妇女问题及卫生保健领域中备受关注的—个“热点”话题。1994 年,联合国在开罗召开的“国际人口与发展大会”,首次将人类的“生殖健康”作为重要的一章,载入了会议的最终决议——《国际人口与发展大会行动纲领》,使之正式纳入指导各国人口活动的国际人口文件,并成为今后 20 年全球人口行动的重要内容之一。目前,“生殖健康”概念及其原则、目标已被国际社会普遍接受,许多国家更是作出了相应的承诺,正逐步将之付诸计划生育与妇幼保健的制度安排和项目实践。我国政府同样作出了积极的反应,并正在将推进生殖健康作为一项政府行为和“国际人口与发展大会”的后续行动加以贯彻执行。

### 一、生殖健康概念的形成及其内涵

“生殖健康”是在 20 世纪 90 年代前期才被正式提出的一个崭新概念。但是实际上,国际社会对人类生殖及生殖健康问题



的关注要早得多。发展中国家在 20 世纪五六十年代兴起的现代家庭计划生育运动,主要目标之一就是提高妇幼保健水平;同一时期,反对性别歧视、要求社会平等的妇女运动,也对改善卫生政策、推动女性健康,起到了积极的影响作用;20 世纪 60 年代早期,世界卫生组织(WHO)更是对生殖及生育调控开始了专门研究。这些都为“生殖健康”概念的形成与发展,作出了重要的铺垫。随着有关研究和实践的不断深入与拓展,到 1992 年,“世界卫生组织正式成立了专门的研究机构——人类生殖研究、发展和研究培训特别规划署(HRP)”,这就意味着“生殖健康”开始得到权威国际组织的“认可与支持”。同年,HRP/WHO 当时的主任法赛拉(Fathalia m. F)博士又率先完整地提出了“生殖健康”这一概念,并指出“这一概念为人类生殖方面目前所有的健康需求提供了一条更加全面和综合的途径”(郑晓瑛,1997)。

随后几年,在国际卫生组织逐步完善“生殖健康”内容与定义的同时,国际计划生育联合会(IFPP)和联合国人口活动基金(UNFPA)等国际组织和机构也开始陆续关注与之相关的“生殖健康”问题。其中在规模空前的(有 185 个政府代表团、众多国际组织及上万名代表参加)开罗“国际人口与发展大会”上,“生殖健康”及其相关问题首次成为人口与发展领域公开、集中探讨的议题,并成为会议三大主题(人口与可持续发展、性别公平与平等和生殖健康)中争议最为激烈的一个话题。这次 20 世纪末的世界人口会议,不仅掀起了人口“生殖健康”问题的讨论高潮,而且标志着全球人口活动的重心已经开始发生转移,各自为战的妇幼保健与计划生育方案正逐步让位于更广泛、全面、也更长远的“生殖健康”项目框架。

开罗“国际人口与发展大会”(ICPD)所形成的《国际人口与发展大会行动纲领》,在从人口与发展角度给出了“生殖健康”权



威定义的同时,也对生育权利、性及性健康等问题进行了专门论述,同时提出了2015年实现人人享有生殖保健服务的近期目标和具体的行动建议。尽管这一文件对各国的人口政策及社会行动并无明显的约束性,但是作为被各国所认同的、国际人口活动的指导性文件,它所确立的原则和行动方案,对20世纪末及21世纪的全球人口发展产生着至关重要的影响。

### (一) 生殖健康的定义

“1994年,为了给开罗国际人口与发展大会争论焦点之一的生育(生殖)健康概念提供一个权威性的解释,世界卫生组织全球政策委员会曾通过了生育(生殖)健康的正式定义”。开罗人发大会对这一定义“进行了必要的修改,通过了一个能被绝大多数国家所接受的定义”(涂平,1995)。即:

“生殖健康是指于生殖系统及其功能和过程所涉一切事宜上身体、精神和社会等方面的健康状态,而不仅仅指没有疾病或不虚弱。因此,生殖健康表示人们能够有满意而且安全的性生活,有生育能力,可以自由决定是否和何时生育及生育多少。最后所述的这一条件意指男女均有权获知并能实际获取他们所选择的安全、有效、负担得起和可接受的计划生育方法,以及他们所选定的、不违反法律的调节生育的方法,有权获得适当的保健服务,使妇女能够安全地怀孕和生育,向夫妇提供生育健康婴儿的最佳机会。”(《国际人口与发展大会行动纲领》)

这一定义表明:“生殖健康包括通过预防和解决生殖健康问题促进生殖健康和福祉的各种方法、技术与服务。还包括性健康,其目的是增进生活和个人关系,而不仅仅是与生殖和性传播疾病有关的咨询与保健。”(《国际人口与发展大会行动纲领》)

由此可见,“生育(生殖)健康概念承认了妇女以及男人在生育期前、中和后各阶段有关生育健康需求的多样性,进一步强调





性健康是生育健康不可分割的一部分,并将生育(选择)权利作为生育健康的核心”(涂平,1995)。

## (二) 生殖健康的构成要素与基本内容

由上述定义可以看到,“生殖健康”已不仅仅局限于医学和生物学范畴,而是扩展成为一个具有丰富内涵、涉及各种文化、社会及行为因素,因而具有浓厚伦理道德色彩的综合性概念。这就决定了它“不仅包括一般意义的计划生育及服务,而且包括妇幼健康保健,充分的性科学知识、性疾病防治知识、避孕知识及信息传播,良好的健康保健及计划生育服务,社会伦理环境的改善以及对人权(尤其是对妇女权益)的尊重等内容,使得人口目标在人们的身心健康、家庭幸福之中得以实现,而实现了的人口目标又将促进发展,为后代带来幸福、健康及发展机会”(谭琳,1995)。

为了便于理解,世界卫生组织进一步将“生殖健康”的基本内容具体概括为三个方面,即:(1)人们有能力生育并能调节自身的生育;(2)人们能够得到所需的服务,使母亲能安全地怀孕、分娩,并得到健康的婴儿;(3)有安全、满意的性生活,而不必担心不想要的妊娠及感染性病(王绍贤,1997)。国际上也有学者将之更简洁地区分为四个层面,即:(1)生育调控;(2)妇女权益;(3)母婴保健;(4)性病控制(罗淳,1998)。

此外,为了更好地进行项目运作与实施,世界卫生组织还对生殖健康的基本要素进行了明确界定。这些基本要素主要包括:负责的生殖行为和性行为;可广泛地获得计划生育服务;有效的妇女保健和母亲安全措施;有效地控制生殖道感染(包括性传播疾病);不育症的预防与治疗;制止不安全的人工流产;儿童的健康生存与发展;青少年的性行为与性教育;等等(郑晓瑛,1997)。



### (三) 生殖健康的提出对人口与发展的意义

尽管从目前来看,生殖健康这一概念还很不成熟,其内涵、外延及其实践效果,都有待于进一步完善和证实;各国由于国情不同,对它的理解和实施也还有很大的差异。但是生殖健康概念已被纳入人口与发展框架、并被国际社会普遍接受这一客观事实,已充分表明:国际社会在人口发展理念和行动导向方面,正发生着根本性的变化。这些变化集中表现在以下几方面:

1. 传统的计划生育和妇幼保健模式已显得过于狭窄,不能满足人们、尤其是女性在生命周期各个阶段的健康需求。因此,确立“生殖健康”的目标模式,有助于推动计划生育和妇幼保健工作模式的转型与更新,从而更好地满足各个年龄群体在生命周期不同阶段的健康需求。

2. 计划生育不应仅限于提供避孕节育措施来达到控制人口增长的目的,还应该充分尊重和保障人们的生殖权利和生育健康,及时、有效地提供所需的信息、教育和服务。使目标群体通过主动参与和主体地位的确立,满足涉及生殖健康的广泛需要,不断提高人口的生育质量、生活质量及生命质量(涂平,1995)。

3. 人类的生殖健康不仅仅是生物和技术问题,而且是包含了文化、伦理、法律、人权等众多因素的复杂社会问题,要实现人类健康水平(包括生殖健康水平)的不断提高,必须将之纳入人口与发展、可持续发展的框架中,使之成为整个社会经济系统中的一个有机组成部分。

4. 生殖健康概念的提出,绝非只是满足于强调提供完善的生殖健康服务,而是要把现行人口政策与项目行动的着眼点从宏观层面转向宏观层面与微观层面并重、公众利益与个人利益兼顾。这样才能体现以人为本的发展观和从重视“手段”(计划



生育)向重视目标(提高生存质量和生命质量)的“革命性变化”。

当然,由于社会、经济、文化背景不同及由此衍生出的相差甚远的价值判断和利益原则,使得目前在国际社会,不同的国家对生殖健康的理解不同,所实施的实践步骤也差别显著。其中,对具有典型国别特色的计划生育与生殖健康关系的认识,就成为国内外争论的“焦点”之一。

## 二、生殖健康与计划生育

生殖健康与计划生育(或家庭计划生育)的关系,是开罗“国际人口与发展大会”备受瞩目且辩论最为激烈的一个“焦点”话题。这一方面是因为生育健康服务是生殖健康在人口领域的一个重要切入点;另一方面则是因为多年来,各国对计划生育(家庭计划生育)运动的目标、途径、手段等的理解和实践,有着相当不同的观点和做法。因此,尽管各国对生殖健康的提出与倡导都表示了认同,但是各国的具体理解、认识和实践依旧有着明显的国别差异。

生殖健康问题也在我国产生了广泛而深刻的影响,主要的原因有两个:一是我国政府在 ICPD 大会上对实施生殖健康方案做出了积极回应和庄重承诺,正将它作为政府行为和后续行动予以贯彻执行;二是经过近 30 年的艰苦努力,我国在推行计划生育、降低人口增长速度方面取得了举世公认的巨大成就,走出了一条具有中国特色的人口转变道路。随着妇女生育率在上世界上迈入低水平行列,我国的计划生育正面临着如何拓宽思路、转变观念、转移重点的迫切任务。如何向《国际人口与发展大会行动纲领》所提出的生殖健康目标靠拢?在中国的国情下,要不要且能不能将生殖健康代替计划生育?两者具有什么样的相互关系?等等,都需要及时做出回答与选择。



从国际上对生殖健康内涵的界定可以看到,它比计划生育概念要宽泛、丰富得多。即便生殖健康概念中所包含的计划生育内容,也与我国的计划生育实践有着重要的差别。因此,计划生育与生殖健康是性质、范围及侧重点不同的两个概念。当然,两者也相互交叉、相互渗透并有着不可分割的联系。从世界范围看,计划生育(或家庭计划生育)不仅对降低生育率有着不可替代的作用,而且通过给个人提供选择生育子女数目及时间间隔的各种方法,帮助夫妇得到他们所希望的孩子数,避免意外和危险妊娠的发生,对保护妇女和促进生殖健康,起到了关键性的积极作用。但是计划生育并非生殖健康,两者在诸多方面都表现出明显区别,这些区别集中体现在以下四个方面。

1. 在内容上:(1)传统的计划生育未涵盖全体人群、特别是妇女在生命周期各个阶段的健康需求,而这恰恰是生殖健康的题中之意;(2)生殖健康不仅包括生育选择权利、生育调节和生育健康,而且性健康也是其一个有机组成部分;(3)生殖健康也关注和重视男性及青少年的生殖健康需求。

2. 在项目目标上:计划生育是从整个社会出发,以具有倾向性的人口政策和生育调控为目标。而生殖健康则是以个体利益为中心,突出服务对象的需求、参与、选择及满意度。

3. 服务范围:计划生育重点是避孕节育、宣传教育和妇女保健。而生殖健康则不仅包括这些,还包括性教育、性病的预防与治疗及更宽泛意义上的妇幼保健等。

4. 评价标准:计划生育以生育率的下降和工作质量为准则,而生殖健康则以目标群体的相关知识程度、满意度及健康水平为评价基础。

所以总的来说,计划生育与生殖健康是相当不同的社会实践项目。相比之下,计划生育是世界上部分国家在特定时期有



明确目标导向的社会改革运动,它只是国家实现阶段性人口目标的一种手段。而生殖健康则是人类的共同向往和美好理想,它本身对人口增长没有具体的目标和倾向性(无论调控人口增长与否,也无论是想要控制人口增长还是鼓励人口增长,都需要也应该开展这项活动),是人类社会提高生育质量、生活质量及生命质量的必然追求。两者不仅内涵、外延十分不同,而且目标、任务也有很大差别。因此,不能用生殖健康代替计划生育,特别是对很多仍面临人口增长过快压力的发展中国家而言。但是,提倡和推行生殖健康并不是要放弃计划生育,而是要通过相互融合与互补(两者的结合点就是计划生育服务),更好地开展计划生育、完善计划生育。改变过去单纯就计划生育抓计划生育的狭隘做法,使增加人们的幸福、健康与发展机会成为计划生育的重要目的,将以生育控制为中心的计划生育工作类型拓展为生殖健康与计划生育有机结合的崭新模式。

具体对我国来说,除了对生殖健康中有关个人的生育选择权利,出于国情我们有不同的理解和立场外,对生殖健康的其他内容基本上是认同和接受的。而且在一定意义上,生殖健康的提出和运用为我国新时期的计划生育工作注入了新的内容与动力,并将产生多方面的积极影响。这些影响集中表现在:(1)使计划生育工作由单一走向整体;(2)拓宽了计划生育的服务领域和内容;(3)更加突出和强调目标群体的主动参与程度、自主决策水平及主体地位的确立,有助于维护群众的合法权益及提高他们的保健意识和能力;(4)对计划生育实现工作思路与工作方式的“两个转变”起到不容忽视的促进作用(王国强,1997)。

### 三、以妇女为中心的生殖健康

妇女运动和计划生育是生殖健康概念形成与发展的理论依



据和实践基础。因此,计划生育、妇女地位及妇幼健康是生殖健康的三个重要支点。国际上提出的“以妇女为中心的生殖健康”也就成为促进和实施生殖健康项目的一个基本原则。

### (一) 为何要提出“以妇女为中心的生殖健康”

众所周知,妇女在生育中的角色与地位非常特殊。她们不仅是生育的直接承担者,与孕、产、育的关系特别密切,而且是社会发展的主体和重要推动力量,应与男性有平等的地位和发展机会。但是长期以来,在以男性为中心的文化传统和社会氛围中,女性很难充分表达自己的意愿和关注自身的健康,生育甚至成为她们参与发展、体现个人社会价值的最大困扰和障碍。反过来,女性健康(包括生殖健康在内)状况的不尽如人意,又进一步阻碍着她们获得发展及支配个人生活的能力,从而制约着她们对所应有权利的自主行使。所以无论从客观上还是主观上,妇女都应是生殖健康的主体和“中心”。只有这样,才能在尊重妇女的前提下,倾听妇女的心声,鼓励她们的主动参与,并充分满足她们的需要。也只有这样,才能发挥妇女在生殖健康方案中“领导、计划、决策、管理、提供、组织和评价各种服务”的作用。从这个意义上说,妇女既是影响生殖健康状况的主体因素,也应是生殖健康项目的直接受益者。

### (二) “以妇女为中心的生殖健康”的主要内容

“在以妇女为中心的生殖健康项目中,所有提供的服务都是为了增加妇女的选择,其选择的依据是充分对妇女的需求、能力和经验的尊重与信任。”(拉什达·阿布都拉,1994)

在这一基础上,按照我国学者的观点,“以妇女为中心的生殖健康”的内容至少应该包括以下几方面(郑晓瑛,1997):

1. 生殖健康的内容应该与提高妇女地位一致,或者说提高妇女地位是在生殖健康中体现“以妇女为中心”的必要条件。



2. 妇女应具有自主做出生殖选择的权利。
3. 努力创造良好的社会氛围,使妇女对生殖健康持坦诚和开放的态度。
4. 妇女参与式的生殖健康活动。
5. 努力将对妇女的生殖健康保障与重视的承诺付诸实施。
6. 坚持性别平等,反对一切形式的性别歧视,使妇女处在一个良好的生理、心理和社会的完好状态中。

在这中间,特别值得强调和突出的有两点:一是要重视并处理好妇女在生殖健康、特别是生育调节过程中权利与义务的关系,其中包括妇女对计划生育所承担的责任、妇女自由选择避孕节育措施的权利、参与计划生育与生殖健康活动的权利、性生活的权利、享有不生育自由的权利及与男性分担避孕节育责任的义务、等等。这些权利的行使和义务的履行,除了需要妇女主体意识的确立之外,也需要政府的引导、教育和干预。二是要重视“以妇女为中心的生殖健康”中男性参与的问题。“能否引入男性在生殖健康方面的需求、责任和义务,以及男性获得知识、信息、服务,是将以妇女为中心的生殖健康成功的实践并推广的关键。”“男性的积极参与会使妇女摆脱独立承担生育责任的困境。所以,以妇女为中心的生殖健康,必须得到男性同盟的理解和支持,必须促进其配偶及男性伙伴的参与意识和责任。”(郑晓瑛, 1997)

### (三) “以妇女为中心的生殖健康”的政策目标与项目模式

根据国际上妇女非政府组织的观点,“以妇女为中心的生殖健康”政策与项目的目标主要应包括三个方面:

1. 改善妇女的健康,尤其是涉及生殖作用及功能的生殖健康。妇女参与决定,对于她们的福利、自主和整体健康而言是至关重要的。



2. 提高妇女控制身体的能力,这最终决定着妇女对她们生活其他方面的控制程度。

3. 为妇女实现生育选择提供一个必要的社会经济条件,包括改善妇女的受教育和法律状况,加强妇女在家庭和社会中决策的权力,提高她们参与社会、经济活动的机会和地位。

表 12.2 则显示了“以妇女为中心的生殖健康”具体的政策与项目模式。

表 12.2

领 域	内 容
概念	提高妇女控制自己身体,最终控制她们生活的能力 改善妇女的健康,包括生殖健康 改变阻碍妇女实施相应生殖权的 socioeconomic 条件 (法律地位、教育、决策等)
伦理及价值观	妇女在涉及生育方面富有更大的选择权利 对她们自己的性行为、生育及孩子的身心健康 有影响和责任 不能违背妇女的愿望从属于伴侣及其他家庭成员
验证的假设	通过提高妇女地位和素质,生殖健康项目有助于 降低出生率,能够提高妇女的生活质量
项目运作的目的	没有“靶子”,重点在于个人的需求
服务范围	避孕、孕产妇卫生保健、流产、性病、生殖道感 染、艾滋病、性行为、对妇女的暴力、癌症筛查、 性别权力关系
妇女的年龄和婚姻状况	整个生命周期所有年龄和各种婚姻状况的妇女
提供服务的标准	高标准的保健质量
妇女的权利	加强妇女在所有服务设计和实施中的控制和权 力,鼓励妇女得到所需要的服务





续表

领 域	内 容
避孕方法	强调安全、有效和能支付得起的方法,妇女能自我控制
项目管理和反馈	积极寻求妇女和使用者的反馈信息
研究与评估	重点在于听取妇女的呼声和体验的现场研究
成功指标	质量标准是最重要的,包括妇女的满意度、身心健康水平、知识程度和权力

#### 四、生殖健康及服务的测量与评估

国际社会对人口生殖健康问题的重视和相关项目的迅速铺开,表明在人口与发展领域,人们开始逐步从单纯关心生育的数量结果转向对整个生育质量及个体健康的关注。这意味着生殖健康目标的确立,给人口与计划生育实践提出了新的、更高的要求:人类社会对人口发展的社会安排,不应再仅仅局限于调控生育行为、降低生育率,而应该根据需要提供全方位的优质服务。高质量的服务则需要了解基本需求、判断满足程度、评估项目效果的基础上得以保证,这就要求对人口的生殖健康状况及其变化做出测量与评价。因此,近几年有关国际组织和国内外的学者开始提出和探讨生殖健康测度指标体系的构建与完善问题。

从生殖健康概念的形成与发展,可以看到,它并不是一个狭窄的医学、生物学概念,而是“延伸到人口、社会、文化、经济领域,涉及个体的权利与义务、国家的责任和社会的功能”(郑真真,1999)等的宽泛概念。因此它所包含的内容十分复杂,所涉及的层面也非常之多。需要从定量与定性两个侧面,通过各类指标及其组合来反映、测度。目前国内外提出的生殖健康测度



和评估指标体系,有代表性的主要包括:

(一) 国际组织或有关机构构建的生殖健康指标体系

大约在 20 世纪 90 年代前期,有关国际组织和研究机构开始关注生殖健康指标体系的构建问题。

1. 1995 年,由有关组织及机构的各方专家组成的生殖健康指标工作组(RHIWG)经过积极的努力,率先提出了一整套用于监测、评估生殖健康项目的指标体系。这套指标“共分为五个部分,即:安全妊娠(含对不安全流产的治疗与预防)、性传染病/HIV、妇女营养、哺乳、青少年生殖健康服务”。其中,对结果部分主要考虑了项目的中短期行为效果(如对避孕套的使用)以及对生育、死亡、患病的长期影响(如年龄别生育率、性传染病的患病率等)。如在“安全妊娠”部分,分别由孕期健康、新生儿健康和流产后的保健三部分组成。而其中的流产后保健又分为结果(如流产比、因避孕失败导致流产所占的比重、流产并发症的治疗比例等)、政策、培训、专家咨询与家庭计划生育服务、流产后保健的可获得性、服务的技术质量与服务本身的质量、接受服务者和服务提供者的互动关系以及流产后保健的费用等 8 个小部分,共计有 33 条。

这一指标体系通过大量的定量和定性指标,对生殖健康项目的投入、过程、产出及结果进行了非常详细的考察和测度,既涵盖了项目的中短期行为效果,也涉及其长远的影响。由于这套指标的设计者期望面向各类使用者(研究人员、项目管理及评价者),有较好的通用性和普适性,因此该体系包含的具体指标繁多,提供了可做取舍的丰富指标资源。但是该体系指标选取的专业性、技术性特点突出,对社会、文化因素的考察则相对薄弱。

2. 1997 年,联合国人口基金(UNFPA)公布了有关评估生殖

健康项目指标体系的讨论稿。这一指标体系在定量和定性相结合的基础上,重点关注的是项目的结果(事件的发生)和过程(服务和管理)。该体系共包括九个部分:(1) 检查开罗人发大会的目标执行情况;(2) 有关生殖健康的政策和行政措施;(3) 家庭计划;(4) 孕产健康;(5) 包括性传染病在内的生殖道感染;(6) 流产与流产后保健;(7) 不育;(8) 有害的实践;(9) 人口、社会与经济。该指标体系涉及的范围很广,特别是突出了生殖健康的社会、文化内涵,强调了国家和社会的作用。而其设计宗旨更是明确为“能适用于大多数国家、不需要特意搜集大量新数据、且数据搜集的费用不高”。

3. 1997年,世界卫生组织(WHO)也提供了生殖健康基本指标的清单。这一清单一共包括15个指标,即总和生育率、避孕率、孕产妇死亡率、产前保健覆盖面、医务人员接生百分比、基本产科保健设施、全面产科保健设施、围产期死亡率、低体重新生儿百分比、孕妇血清阳性梅毒百分比、妇女贫血患病率、妇产科门诊因流产求诊百分比、妇女自诉接受割礼百分比、妇女不育患病率、男性自诉尿道炎患病率。这套指标明显偏重于生殖健康的医疗、保健方面,技术性特点同样非常突出,而这一特点同时也保证了指标的准确性和一致性,对各国而言有良好的普遍适用性(上述均见:郑真真,1999)。

## (二) 国内学者对生殖健康测度指标体系的探讨

随着生殖健康服务项目在我国的逐步推开,国内部分学者结合我国的独特国情(包括人口国情),对生殖健康测量及评估指标体系也进行了探讨。

1. 1996年,北京医科大学王燕、王绍贤在《生育健康与测量指标》一文中,围绕着“生育健康”所包含的主要内容,提出了测量“生育健康状况的指标体系”(王燕、王绍贤,1996)。这一指标



体系主要包括六个部分、29 个具体指标：(1) 性生活状况指标(包括性传播疾病的患病率、性生活满意指数等)；(2) 测量生育能力和生育率的指标(包括不孕率、总和生育率、月经初潮年龄等)；(3) 测量生育调节的指标(如避孕现用率、避孕失败率、避孕知识指数、避孕满意指数、人工流产率等)；(4) 测量妊娠、分娩的指标(如孕产妇死亡率、新法接生率、妊娠/分娩合并症发病率等)；(5) 测量婴儿健康状况的指标(如婴儿死亡率、低出生体重儿百分比、先天畸形率、免疫接种率等)；(6) 其他测量指标(包括女性平均期望寿命、女性成人识字率与男性成人识字率之比、女性就学率与男性就学率之比等)。该指标体系“包括了生育健康定义中主要的方面，并涉及了生理、心理、妇女地位等多个层次”，期望能够定量地测量一个人群生育健康状况。

2. 1997 年，北京大学郑晓瑛在其《生殖健康导论》一书中，对生殖健康的评估问题进行了专门的探讨。她认为，生殖健康的主要定量评估指标大致可以分为五大类：对生育调节效果的评价(包括避孕现用率、避孕失败率、人工流产率、人流活产比、晚婚晚育率等 15 个具体指标)；对健康妊娠分娩的评价(包括孕产妇死亡率、新法接生率、产前产后检查率、妊娠并发症等 9 个具体指标)；对生殖健康教育的评估(包括覆盖率、有效率等 5 个具体指标)；对儿童健康的评价(包括婴儿死亡率、低体重儿所占比重、免疫接种率等 8 个具体的指标)；对性健康的评价(包括性传播疾病发病率、早婚早育率等 6 个具体的指标)。但是“生殖健康评估的内容并非全部可以用定量指标来测量”，因此需要结合利用定性评估的方式对生殖健康服务的内容、服务质量、工作方法、管理水平及投入等进行知识、效果和满意度的评价。

此外，鉴于以往对生殖健康测量的指标都是集合性的数据指标，必须根据较大规模的人口数据进行汇总，因而只能应用于

对较大范围的人口进行研究。为了适应社会科学研究日益增多的小规模抽样调查研究形式,北京大学的郑真真(2000a, 2000b)还对以个体为测量分析单位的生殖健康指标进行了研究。

目前国内外对生殖健康评估指标体系的研究尚在初步进行阶段,需要经过实践的不断检验和完善。有关国际组织也发出了进一步加强生殖健康评估指标体系探讨的呼吁,提出在人工流产、对女性的暴力、服务质量及其可获得性、男性参与、围产期保健、青少年的生殖健康等薄弱方面,要给予特别的重视与研究。

### 五、中国特色的生殖健康与未来发展

由于中国特殊的国情(包括人口国情),对国际上的生殖健康概念及其行动方案不能全盘照搬,而是需要在借鉴国际社会生殖健康基本观点的基础上,结合我国多年的实践经验,提出适合我国具体情况的生殖健康内涵。根据我国学者目前的研究,这一内涵至少可以概括为以下六个方面(郑晓瑛, 1996)。

1. 人的整个生命周期的生理、心理和社会适应的完好状态,而不仅仅是没有疾病和不适。

2. 育龄男女均有选择生育的权利,也有生育调节的权利和能力。但这种权利选择应该是建立在对社会负责和能够保证亲代和子代生存健康与发展基础之上的。

3. 人们能够获得生殖健康的信息、教育、咨询和能得到安全、有效、可负担得起的、方便的避孕节育技术服务以及安全人流和性病防治服务。

4. 妇女的妊娠、分娩、哺乳过程应能得到最大限度的卫生保健服务,确保母婴的健康与安全。

5. 儿童应获得与生存、健康和发展有关的所有保健措施及



法律保护。

6. 消除对妇女一切形式的性别歧视,保护妇女免受家庭和社会暴力,提高妇女的社会地位,保证她们的身心健康。

完整的生殖健康概念提出的时间并不长,其内涵的界定、外延的划分以及实践的效果,都还有待于事实的检验和发展。与此同时,其项目框架和行动方案也面临着“偏离实际、曲高和寡”、“目标多样、主次含混”及“整体推进、综合政策”等现实方面的挑战(罗淳,1999)。但是毋庸置疑的是,生殖健康是人类追求美好、幸福生活的必然选择,是社会文明、进步的重要体现。它将作为“跨世纪”的人口发展目标和优先行动领域,对人类社会的未来产生无法估量的积极作用和深远影响。

## 本章主要参考文献

1. 中华人民共和国国务院新闻办公室:《中国的计划生育(白皮书)》,1995年版。
2. 彭珮云主编:《中国计划生育全书》,中国人口出版社1997年版。
3. 梁济民、王洪春编著:《100个国家(地区)人口与家庭计划管理》,成都科技大学出版社1992年版。
4. 国家计划生育委员会外事司编:《人口与发展国际文献汇编》,中国人口出版社1995年版。
5. 桂世祚主编:《计划生育管理》,武汉大学出版社1989年版。
6. 何忠坤等主编:《现代生育管理学概论》,海洋出版社1992年版。
7. 杨德清主编:《计划生育管理学》,中国人口出版社1991年版。
8. 郑晓璘著:《生殖健康导论》,中国人口出版社1997年版。



9. 杨胜万、陶意传:《对联合国文件中有关计划生育概念的分析与评价》,载《人口研究》1996年第2期。
10. 本书编写组编:《计划生育管理》,黑龙江人民出版社1985年版。
11. 顾宝昌主编:《生殖健康与社会生育国际观点与动向》,中国人口出版社1996年版。
12. 李宏规主编:《生殖健康社会科学研究进展》,中国人口出版社1996年版。
13. 高尔生、袁伟主编:《中国少数民族生殖健康》,中国人口出版社1997年版。
14. 郑真真:《生育健康指标研究的回顾与展望》,载《人口研究》1999年第1期。
15. 王燕、王绍贤:《生育健康与测量指标》,载《人口研究》1996年第3期。
16. 人口研究编辑部:《关于中国计划生育与生育健康问题的讨论》,载《人口研究》1995年第3期。
17. 罗淳:《论ICPD大会以后的生育健康:特点、影响、挑战》,载《人口学刊》1999年第1期。
18. 人口研究编辑部:《生殖(育)健康不能替代计划生育》,载《人口研究》1997年第3期。
19. 罗淳:《社区、妇女与生育健康》,载《西北人口》1998年第4期。
20. 郑晓瑛:《计划生育、妇女地位与生殖健康》,载《人口与经济》1996年第6期。

