

孟加拉国统计数字一览¹

预期寿命（2006年，男女）：63岁

人均国民生产总值(2006年购买力平价，以国际美元计)：1230

人均卫生总费用（2005年购买力平价，以国际美元计）：57

医生数量（2005年，每10 000人口）：3

孟加拉国中心向农村地区提供卫生保健²

- 农村卫生中心向120万孟加拉人提供卫生保健
- 卫生项目经营健康保险计划，家庭按支付能力交纳保险金
- 女医生消除了人们对她们在卫生事业中能否发挥主要作用的疑虑
- 中心举办医学院、农业合作社、社区学校和生产通用药品的工厂

过去40年来，孟加拉国卫生中心（*Gonoshasthya Kendra*）通过费用低廉的农村卫生保健机构网在打破贫困和疾病循环方面取得了巨大进步。

中心所属的诊所和医院在首都达卡西北的13个农村地区向120万人提供卫生保健。在世界最贫困国家之一的孟加拉国，大约有一半人口生活在国家贫困线以下。

卫生中心（孟加拉语 *Gonoshasthya* 为‘人民健康’，*Kendra* 为‘中心’）不愧名副其实。它经营健康保险计划，家庭按支付能力交纳保险金。中心还开办支持性项目，包括一所医学院、农业合作社、社区学校和一家生产通用药品的工厂。

几个地区的“人人享有卫生保健”项目情况

Gonoshasthya 的创立者 *Zafrullah Chowdhury* 博士认为，虽然孟加拉国签署了1978年《阿拉木图宣言》，而宣言号召将执行初级卫生保

¹ World Health Statistics 2008, Online version: <http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp> (accessed on 24/09/2008)

² Getting health to rural communities in Bangladesh, *WHO Bulletin Vol 86: 2*
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/08-010208/en/index.html>

健途径视为实现“人人享有卫生保健”的关键举措，但在使此途径成为国家卫生保健政策重要部分方面却鲜有作为。

他说：“虽然政府开办的医院提供低廉的医疗保健，但往往可望不可及，拥挤不堪，人员不足，而且药品短缺。在孟加拉国有 4000 所 [政府开办的] 家庭和卫生保健中心，但绝大部分时间无人问津。医生一天上班 3-4 小时；卫生中心理应一天 24 小时运转。”

但在萨瓦尔的 **Gonoshasthya** 医院，病人由女卫生人员提供治疗。她们接受 6 个月的基础培训，其中包括学习如何采血和验血，如何采集尿和粪便样品，插静脉输液管和诊断某些疾病。

女卫生人员消除了人们的疑虑

一些年长者和和其他村民不赞成妇女谈论计划生育，并提供疫苗接种。但随着时间的推移，人们对妇女也能完成这些任务表示接受。领导卫生人员培训计划的 **Beauty Rani De** 如是说。

她说，卫生中心通过以社区为基础的工作方式，对几次国家公共卫生运动（包括口服补液治疗腹泻病、计划生育和免疫）的成功开展做出了贡献。

本文为 2008 年 2 月发表于《世界卫生组织通报》论文的摘要。