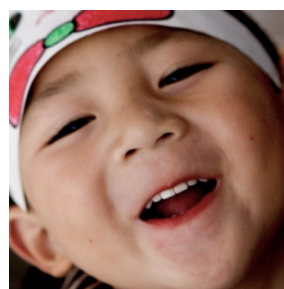


中国儿童 发展指标图集



2014
UPDATE

NWCCW
国务院妇女儿童
工作委员会办公室

NBS
国家统计局社会科技
和文化产业统计司

unicef 
联合国儿童基金会

2 中国儿童发展指标图集

©

联合国儿童基金会，2014

国务院妇女儿童工作委员会办公室，2014

国家统计局社会科技和文化产业统计司，2014

联系方式：

联合国儿童基金会驻中国办事处

中国北京三里屯路12号

邮编：100600

电子邮件：beijing@unicef.org

www.unicef.cn

联合国儿童基金会、国务院妇女儿童工作委员会办公室、国家统计局社会科技和文化产业统计司保留所有版权。《中国儿童发展指标图集》中的任何内容均可引用，但请注明出处。

照片

封面 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/刘哲等

第11页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2012/郝志明

第23页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2010/刘哲

第39页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2011/闫璐

第57页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2005/朱徐

第63页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2010/刘哲

第69页 © 2013/陈毕婧

第75页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2013/刘哲

第87页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2013/刘哲

第103页 © 2011/唐晓萍

第107页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2008/Thomas Billhardt

第115页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2012/赵赫廷

第123页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2012/刘哲

第129页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2004/曾璜

第133页 © 联合国儿童基金会驻中国办事处/2010/刘哲

注意：地图上所示的边界、名称和标注不一定被联合国官方认可或接受。

中国儿童发展指标图集

2014

前 言

经过国务院妇女儿童工作委员会办公室、国家统计局和联合国儿童基金会的共同努力,《中国儿童发展指标图集》2014年更新版呈现在各位读者面前。

本次更新的《中国儿童发展指标图集》汇集了儿童生存、保护和发展状况的主要指标、数据以及影响儿童发展的一些社会经济背景数据,反映了我国儿童发展取得的进步和成果以及不同地区、不同群体之间的差异,为政府有关部门、儿童工作者和有关人士了解中国儿童的发展状况提供了全面和翔实的资料。

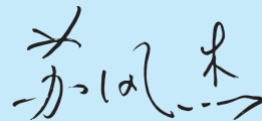
中国政府一贯高度重视促进和保护儿童权利。特别是1990年加入联合国《儿童权利公约》以来,中国政府始终遵循并恪守公约宗旨和精神,以实际行动履行公约义务,坚持1990年世界儿童问题首脑会议倡导的儿童优先原则,落实儿童优先发展战略,通过制定和实施儿童发展纲要,促进儿童生存、保护、发展和参与等各项权利的实现。

中国政府始终坚持将儿童发展纳入国民经济和社会发展规划中同步规划,同步实施。特别是在国民经济和社会发展“十二五”规划纲要中,第一次分专节对保障儿童优先作出规划,各省区市也都将儿童发展的主要目标和相关内容纳入本地区规划。自2011年国务院颁布实施第三轮中国儿童发展纲要(2011-2020年)以来,中国政府采取多项措施推动纲要的实施,重点领域的主要目标取得了良好进展。

但是,由于受社会经济和文化等因素影响,儿童权利的促进和保护仍然面临着诸多的问题与挑战。促进儿童公平,特别是如何缩小城乡之间、区域之间、儿童个体之间的差距,将是中国儿童发展面临的突出任务。

我们希望通过该图集为国家及有关部门监测评估儿童发展状况、推动儿童发展纲要的实施、促进儿童发展和保护儿童权利提供重要的参照。同时,也希望通过该图集进一步宣传中国儿童事业取得的伟大成就,倡导全社会进一步关心、重视和支持儿童事业的良好风尚。

感谢联合国儿童基金会作为中国政府的合作伙伴多年以来对促进中国儿童发展做出的杰出贡献!感谢国家统计局社会科技和文化产业统计司对本图集的大力支持!感谢中国办事处代表麦吉莲女士和她的同事们为编写和出版本图集所做出的努力!



苏凤杰
国务院妇女儿童工作委员会办公室
常务副主任

前 言

联合国儿童基金会十分荣幸地与国务院妇女儿童工作委员会办公室和国家统计局合作，共同将这本2014年更新版的《中国儿童发展指标图集》呈现在读者面前。

自2010年第一本《中国儿童发展指标图集》出版以来，它已经成为联合国儿童基金会及其政府合作伙伴，乃至广大读者了解中国儿童发展状况的权威途径。2011年联合国儿童基金会中国门户网站改版时，图集所收录的全部信息已同时在网站上发布（www.unicef.cn）。

2014版《中国儿童发展指标图集》包括了大量重要的更新。大部分图表都根据新的调查数据以及国家统计局和其他政府部门发布的各种官方统计年鉴进行了更新，其中包括中国最近一次也就是2010年第六次全国人口普查的数据。新版图集在细分数据的收录和解读方面更加关注公平问题。近年来中国政府颁布了一系列对儿童发展具有深远意义的新的政策文件，包括“十二五”规划（2011—2015年）、中国妇女儿童发展纲要（2011—2020年）、中国农村扶贫开发纲要（2011—2020年）及《关于进一步推进户籍制度改革的意见》等，这些新政策也在本次更新中有所体现。

图集展示了中国在儿童生存、儿童发展和儿童保护方面取得的引人注目的成就。中国在儿童和妇女发展方面取得的巨大进展有利于促进中国在2015年如期实现大部分千年发展目标。从全国范围来看，中国确实已经实现了千年发展目标中的多个具体目标。联合国儿童基金会为能在过去的三十多年里与中国政府携手合作，对儿童发展的多个领域作出贡献而感到自豪。

正如其他发展中国家一样，中国也面临着诸多挑战。中国各地发展存在着很大差异，农村贫困地区儿童和妇女的发展还只相当于低收入国家水平。在城镇地区，大规模的人口流动与快速城镇化也带来了与城市贫困及脆弱性相关的挑战。联合国儿童基金会期待能继续与各方保持密切合作以应对这些挑战。



麦吉莲
联合国儿童基金会
驻华代表

致 谢

本图集2014年更新版由联合国儿童基金会阎芳，国务院妇女儿童工作委员会办公室宋文珍和胡道华，以及国家统计局社会科技和文化产业统计司李锁强和肖丽共同编辑完成。

以下联合国儿童基金会驻中国办事处人员为本图集2014年版提供了技术支持并参与了其中的数据分析和解读：伍冰慧（Lisa Bow）、郭素芳、李涛、季莲（Jillian Popkins）、史威琳、周萌（Vimonmas Pam Vachatimanont）。

国家统计局徐建琳为图集2014年版整理提供了相关数据。联合国儿童基金会驻中国办事处李春华及北京大学吕利丹帮助制作了部分图表。联合国儿童基金会新闻处的同事们为图集提供了照片，并在儿基会中国网站上 (www.unicef.cn) 公开发布了图集。

联合国儿童基金会各项目处官员均不同程度地参与了本图集历年版本的编写。参与2010年第一本图集和2012年更新版编写的主要人员如下：斯丹娜（Estelle Langlais Al-Mahdawi）、白海娜（Hana Brixi）、陈义达（Frankie Chen）、何大卫（David Hipgrave）、魏英瑛（Yin Yin Nwe）、谢若博（Robert Scherpbier）、伍思科（Scott Whoolery）、杨振波、张蕾。

联合国儿童基金会驻华代表麦吉莲（Gillian Mellsop）、国务院妇女儿童工作委员会办公室常务副主任苏凤杰以及国家统计局社会科技和文化产业统计司贾楠司长为本图集的完成提供了总体指导和策略方向。

目 录

- 11 1. 人口统计数据**
- 12 概述**
- 13 图 1.1 中国的地理区域
- 14 图 1.2 总人口, 2013年
- 14 图 1.3 人口密度, 2013年
- 15 图 1.4 总人口与儿童人口, 1953-2013年
- 15 图 1.5 儿童人口, 2010年
- 16 图 1.6 人口金字塔, 2013年
- 16 图 1.7 少数民族人口比重, 2010年
- 17 图 1.8 出生时预期寿命, 1981-2010年
- 17 图 1.9 出生时预期寿命, 2010年
- 18 图 1.10 出生人口性别比, 1982-2012年
- 18 图 1.11 出生人口性别比, 2010年
- 19 图 1.12 城镇和农村的出生人口性别比, 1982-2010年
- 19 图 1.13 分胎次的出生人口性别比, 1982-2010年
- 20 图 1.14 流动人口数量, 1982-2013年
- 20 图 1.15 流动人口数量, 2010年
- 21 图 1.16 城镇人口比重, 1978-2013年
- 21 图 1.17 城镇人口比重, 2013年
- 22 图 1.18 1976-2013年间因灾死亡人数超过6,000人的年份及相应的死亡人数
- 22 图 1.19 1994-2013年间因灾造成直接经济损失超过1,500亿元人民币(约合250亿美元)的年份及相应的经济损失
- 23 2. 经济与社会发展**
- 24 概述**
- 26 图 2.1 人均国内生产总值(GDP), 1978-2013年
- 26 图 2.2 人均国民总收入(GNI), 1978-2013年
- 27 图 2.3 城乡居民人均收入, 1978-2013年
- 27 图 2.4 城乡收入和城乡卫生成果差距, 1991-2013年
- 28 图 2.5 按五等份分组的城镇居民人均可支配收入和农村居民人均纯收入, 2005、2010和2013年
- 28 图 2.6 全国居民收入基尼系数, 2003-2013年
- 29 图 2.7 城镇居民人均可支配收入, 2013年
- 29 图 2.8 农村居民人均纯收入, 2013年
- 30 图 2.9 财政总支出、财政卫生支出与财政教育支出占GDP的比重, 1978-2013年
- 30 图 2.10 政府在社会保障和就业、卫生与教育方面的支出占财政总支出的比重, 2002-2013年
- 31 图 2.11 农村贫困, 1978-2013年
- 32 图 2.12 消费贫困人口数量, 1981-2011年
- 32 图 2.13 消费贫困发生率, 1981-2011年
- 33 图 2.14 城市和农村得到最低生活保障的人数, 2001-2013年
- 33 图 2.15 各地区城市低保户的平均低保补差水平和最低生活保障标准, 2013年
- 34 图 2.16 城市和农村低保户的平均收入水平、低保补差水平和最低生活保障标准, 1999-2013年
- 35 图 2.17 全国城市及农村低保人口的年龄构成, 2007-2013年
- 36 图 2.18 各地区城市和农村低保人口中的儿童比重, 2013年
- 37 图 2.19 各地区城市和农村最低生活保障标准占居民生活消费支出的比重, 2013年
- 37 图 2.20 各地区城市和农村最低生活保障标准与全国农村贫困标准, 2013年
- 39 3. 妇幼保健**
- 40 概述**
- 41 图 3.1 五岁以下儿童死亡率, 1991-2013年
- 41 图 3.2 五岁以下儿童死亡率, 2013年
- 42 图 3.3 五岁以下儿童死亡的年龄分布, 1991-2013年
- 42 图 3.4 五岁以下儿童死亡原因, 2013年
- 43 图 3.5 各地区五岁以下儿童死亡原因, 2008年
- 44 图 3.6 人均地区生产总值及五岁以下儿童死亡率, 2013年

- 44 图 3.7 人均地区生产总值及五岁以下儿童死亡率, 1990年和2013年
- 45 图 3.8 婴儿死亡率, 1991–2013年
- 45 图 3.9 婴儿死亡率, 2013年
- 46 图 3.10 新生儿死亡率, 1991–2013年
- 46 图 3.11 各地区新生儿死亡原因, 2000–2004年
- 47 图 3.12 孕产妇死亡率, 1990–2013年
- 47 图 3.13 孕产妇死亡率, 2013年
- 48 图 3.14 孕产妇死亡原因构成, 1989–2013年
- 48 图 3.15 各地区分死亡原因的孕产妇死亡率, 2000–2004年
- 49 图 3.16 妇幼卫生保健各阶段干预措施覆盖率, 2008年和2011年
- 49 图 3.17 城乡住院分娩率, 1990–2013年
- 50 图 3.18 住院分娩率, 2013年
- 50 图 3.19 住院分娩率及孕产妇死亡率, 1990–2013年
- 51 图 3.20 产前保健覆盖率(至少接受一次检查), 2013年
- 51 图 3.21 产前保健覆盖率(接受五次以上检查), 2003年、2008年和2011年
- 52 图 3.22 新法接生率, 2013年
- 52 图 3.23 剖宫产率, 2003年、2008年和2011年
- 53 图 3.24 医生和护士数量, 1980–2013年
- 53 图 3.25 各地区医生数量, 2013年
- 54 图 3.26 医疗保险覆盖率, 2003年、2008年和2011年
- 54 图 3.27 城镇不同收入群体对医疗机构的选择, 2006年
- 55 图 3.28 发生大病医疗支出的住户比重, 2003年、2008年和2011年
- 55 图 3.29 最低和最高收入组住户部分卫生指标的比值, 2003年、2008年和2011年
- 56 图 3.30 各地区人均财政卫生支出及人均地区生产总值, 2012年
- 56 图 3.31 政府、社会及个人卫生费用支出, 1978–2013年

57 4. 国家免疫规划

58 概述

- 59 图 4.1 一岁儿童全程免疫接种率, 1983–2011年
- 60 图 4.2 一岁儿童全程免疫接种率, 2004年
- 60 图 4.3 一岁儿童三剂乙肝疫苗接种率, 2004年
- 61 图 4.4 麻疹发病率和强化免疫活动, 2003–2011年

63 5. 营养

64 概述

- 65 图 5.1 五岁以下儿童低体重患病率, 1990–2010年
- 65 图 5.2 五岁以下儿童生长迟缓患病率, 1990–2010年
- 66 图 5.3 五岁以下儿童贫血症患病率, 1998–2010年
- 66 图 5.4 五岁以下儿童维生素A缺乏率, 2000年和2006年
- 67 图 5.5 婴幼儿母乳喂养及辅食添加, 2008年
- 67 图 5.6 贫困农村地区2岁以下婴幼儿喂养情况, 2010年
- 68 图 5.7 居民户合格碘盐食用率(20–50PPM), 1995–2011年
- 68 图 5.8 居民户合格碘盐食用率, 2013年

69 6. 儿童伤害

70 概述

- 71 图 6.1 中国0–17岁儿童死亡的主要原因(按年龄分列), 2004–2005年
- 71 图 6.2 中国0–17岁儿童伤害死亡率, 2010–2013年
- 72 图 6.3 中国0–17岁儿童伤害致死的主要原因, 2004–2005年
- 72 图 6.4 中国0–17岁儿童伤害死亡率(按城乡和性别分列), 2004–2005年
- 73 图 6.5 中国0–14岁儿童伤害致死的主要原因(按性别分列), 2004年
- 73 图 6.6 江西省0–17岁儿童伤害致死的主要原因(按性别分列), 2005年
- 74 图 6.7 江西省0–17岁儿童伤害发病的主要原因(按原因和性别分列), 2005年
- 74 图 6.8 儿童伤害的后果, 北京, 2003年

75 7. 供水、环境卫生与个人卫生

76 概述

- 77 图 7.1 农村改水情况, 1990–2013年
- 77 图 7.2 使用改善水源的人口比重, 1990–2012年
- 78 图 7.3 各地区农村改水情况, 2013年
- 78 图 7.4 农村改水情况, 2013年
- 79 图 7.5 农村改水情况(按类型分列), 1990–2013年
- 79 图 7.6 农村使用卫生厕所的情况, 2000–2013年
- 80 图 7.7 使用改善的厕所的人口比重, 1990–2012年
- 80 图 7.8 农村使用卫生厕所的情况(按类型分列), 2000–2013年

- 81 图 7.9 各地区农村使用卫生厕所的情况, 2013年
- 81 图 7.10 农村使用卫生厕所的情况, 2013年
- 82 图 7.11 中央财政用于农村改水和改厕的支出, 2000–2011年
- 82 图 7.12 受高砷水源影响省份的农村人口, 2013年
- 83 图 7.13 燃煤污染型高砷影响病区村人口数, 2013年
- 83 图 7.14 受高砷影响的省份, 2013年
- 84 图 7.15 受氟中毒影响的省份, 2013年
- 84 图 7.16 饮水型氟中毒病区村人口数, 部分省份, 2013年
- 85 图 7.17 受饮水型氟中毒影响的人口占各地区农村人口的比重, 2011年
- 85 图 7.18 受血吸虫病影响的省份, 2013年

87 8. 教育与儿童发展

88 概述

- 89 图 8.1 中国教育体系结构
- 89 图 8.2 各级教育学生数量, 2013年
- 90 图 8.3 学前三年毛入园率, 2000–2013年
- 90 图 8.4 各地区学前三年毛入园率, 2013年
- 91 图 8.5 小学净入学率, 1980–2013年
- 91 图 8.6 小学净入学率, 2013年
- 92 图 8.7 初中阶段和高中阶段毛入学率, 1990–2013年
- 92 图 8.8 初中阶段毛入学率, 2013年
- 93 图 8.9 高中阶段毛入学率, 2013年
- 93 图 8.10 各级普通学校毕业生升学率, 1985–2013年
- 94 图 8.11 初中三年巩固率, 2013年
- 94 图 8.12 扶贫重点县7-15岁儿童失学原因, 2002年和2010年
- 95 图 8.13 各级教育在校生的性别构成, 2013年
- 95 图 8.14 分性别小学净入学率, 1993–2013年
- 96 图 8.15 分性别各地区小学净入学率, 2013年
- 96 图 8.16 分性别各地区初中阶段毛入学率, 2013年
- 97 图 8.17 进城务工人员随迁子女占城市小学在校生比重, 2013年
- 97 图 8.18 进城务工人员随迁子女占城市初中在校生比重, 2013年

- 98 图 8.19 各地区小学、初中农村留守儿童规模, 2013年
- 98 图 8.20 小学、初中寄宿生规模, 2013年
- 99 图 8.21 城镇不同收入群体对就读学校的选择, 2006年
- 99 图 8.22 各级教育生师比, 1993–2013年
- 100 图 8.23 教师学历情况, 2013年
- 100 图 8.24 各地区人均教育支出与人均地区生产总值, 2012年
- 101 图 8.25 政府的教育支出及其占国内生产总值比重, 1992–2012年
- 101 图 8.26 各地区分性别15岁及以上成年人文盲率, 2013年

103 9. 儿童和妇女权利

104 概述

- 105 图9.1 关于儿童、妇女权利的国际和中国大事记

107 10. 受人口流动影响的儿童

108 概述

- 110 图 10.1 受人口流动影响的儿童占全部儿童的比重, 2010年
- 110 图 10.2 受人口流动影响的儿童, 2000年、2005年和2010年
- 111 图 10.3 流动儿童人数, 2010年
- 111 图 10.4 农村留守儿童人数, 2010年
- 112 图 10.5 流动儿童与农村留守儿童年龄构成, 2010年
- 113 图 10.6 流动儿童与农村留守儿童性别比, 2010年
- 114 图 10.7 流动儿童与农村留守儿童家庭抚养情况, 2010年
- 114 图 10.8 未按规定接受或完成义务教育的比重, 2010年

115 11. 残疾儿童

116 概述

- 117 图 11.1 中国残疾儿童占所有儿童的比重, 2006年
- 117 图 11.2 中国残疾儿童占所有残疾人的比重, 2006年
- 117 图 11.3 各类残疾儿童人数, 2006年
- 118 图 11.4 残疾儿童的类别构成, 2006年
- 118 图 11.5 残疾儿童的性别构成, 2006年

- 119 图 11.6 残疾儿童的城乡分布, 2006年
- 119 图 11.7 未曾接受过任何服务或扶助的残疾儿童的比重, 2006年
- 120 图 11.8 残疾儿童接受服务或扶助的比重, 2006年
- 120 图 11.9 6-14岁残疾儿童接受九年制义务教育的比重, 分残疾类别, 1987年和2006年
- 121 图 11.10 6-14岁残疾儿童接受九年制义务教育的比重, 2007-2013年
- 121 图 11.11 残疾儿童接受义务教育的形式, 1987年和2006年

123 12. 针对儿童的暴力

124 概述

- 125 图 12.1 学生报告在16岁之前遭受过躯体暴力的比重, 2005年
- 125 图 12.2 学生报告在16岁之前遭受过精神暴力的比重, 2005年
- 126 图 12.3 学生报告在16岁之前遭受过性暴力的比重, 2005年
- 126 图 12.4 学生报告在16岁之前经历的各种暴力的种类数, 2005年
- 127 图 12.5 16岁之前遭受暴力的经历与自杀意念之间的关联, 2005年

129 13. 人口拐卖

130 概述

- 131 图 13.1 涉及拐卖低龄儿童及妇女案件的数量, 2000-2013年
- 131 图 13.2 人口拐卖的来源省和目的省, 2007年

133 14. 艾滋病

134 概述

- 135 图 14.1 存活艾滋病感染者估计数, 2011年
- 135 图 14.2 累计报告现存活艾滋病感染者人数, 1985-2011年
- 136 图 14.3 全国艾滋病病毒感染者、艾滋病病人和艾滋病死亡者年龄构成, 1985-2007年(截止2007年10月)
- 136 图 14.4 截止2005年底累计报告及其他各年新报告感染者和病人的传播途径构成, 1985-2013年
- 137 图 14.5 经母婴传播的艾滋病病毒报告病例所占比重, 1998-2013年
- 137 图 14.6 预防母婴传播工作, 2007-2013年
- 138 图 14.7 梅毒发病率, 2010年

139 附件1: 数据来源与参考文献

146 附件2: 缩略语



1

人口统计数据

概述

中华人民共和国地处亚洲大陆东部，太平洋西岸，是世界上人口最多的国家，国土面积居世界第三位（960万平方公里）。

中国的领土南北纵伸5,500公里，东西绵延5,000公里，与14个国家接壤。中国东北与朝鲜相连，北邻俄罗斯和蒙古，西邻哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、阿富汗和巴基斯坦，南邻印度、尼泊尔、不丹、缅甸、老挝和越南。

中国是一个由56个民族组成的多民族国家。汉族占中国人口的92%，55个少数民族¹人口比重为8%。

中国的人口在过去50年间已经翻了一番多，从1953年的5.83亿人增至2013年的大约13.6亿人²。今天，中国约占世界人口的20%。

20世纪70年代以来，中国开始实行控制人口增长的计划生育政策。从那时起，尽管中国人口持续增加，增长速度已经随着总和生育率³和出生率⁴的逐步降低而放慢。中国妇女的总和生育率1970-1980年的短短10年内，从5.8降至2.4，到1990年初期已经下降到更替水平2.1以下，此后一直稳定在低生育水平，2010-2015年估计为1.6⁵。中国2013年的人口出生率为12‰，比1978年下降了35%。2013年的人口自然增长率⁶降至5‰，仅为1978年的一半⁷。

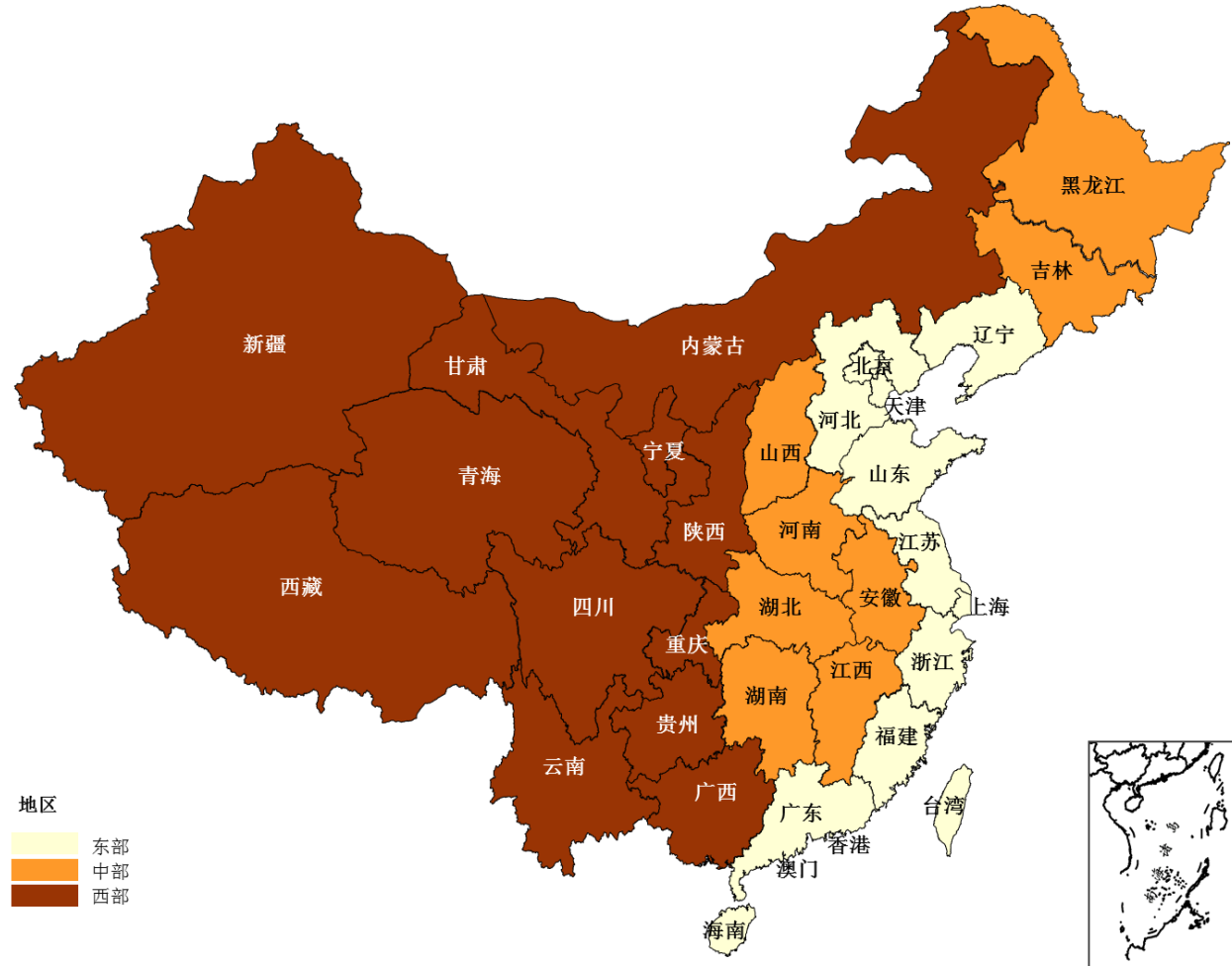
多年来，计划生育政策处在不断的调整过程中，有些省份根据实际情况对这一政策进行了部分调整。在农村地区和少数民族聚居区，这一政策得到了较为灵活的执行。在农村地区，一对夫妇有两三个孩子并不罕见。为了促进人口长期均衡发展，中国政府于2013年实施“单独二孩”政策，即一方独生子女夫妇在政策上允许生育两个孩子。

2013年，中国0-17岁儿童人口2.74亿⁸，占中国人口总数的20%，占世界儿童总人数的14%，儿童人口位居世界第二⁹。但是，中国儿童人口规模在2000-2013年间下降了21%。

目前，中国人口正在老龄化。1982年0-14岁人口占到总人口的34%，2013年同一年龄组只占总人口的16%。相比之下，65岁及以上人口在1982-2013年间翻了一番，2013年占到总人口的10%¹⁰。65岁以上老人比重明显较高，而且逐年增加，不仅需要将来社会公共服务的性质和范围与之相适应，而且也意味着年轻人将面临巨大的赡养父母和祖父母的压力。

自20世纪80年代以来，出生人口性别比¹¹不断上升。从1982年的109¹²增至2012年的118（以女性为100）¹³，而国际上公认的出生人口性别比的正常区间应为103到107（以女性为100）。2013年，中国女性比男性少3,400万¹⁴，这不仅将给中国未来的社会发展带来一些影响，也意味着社会性别关系的变化，并可能由此带来各种社会问题，包括由于女性数量短缺使得一些男性找不到结婚对象，助长以婚姻为目的拐卖妇女，助长性剥削，等等。

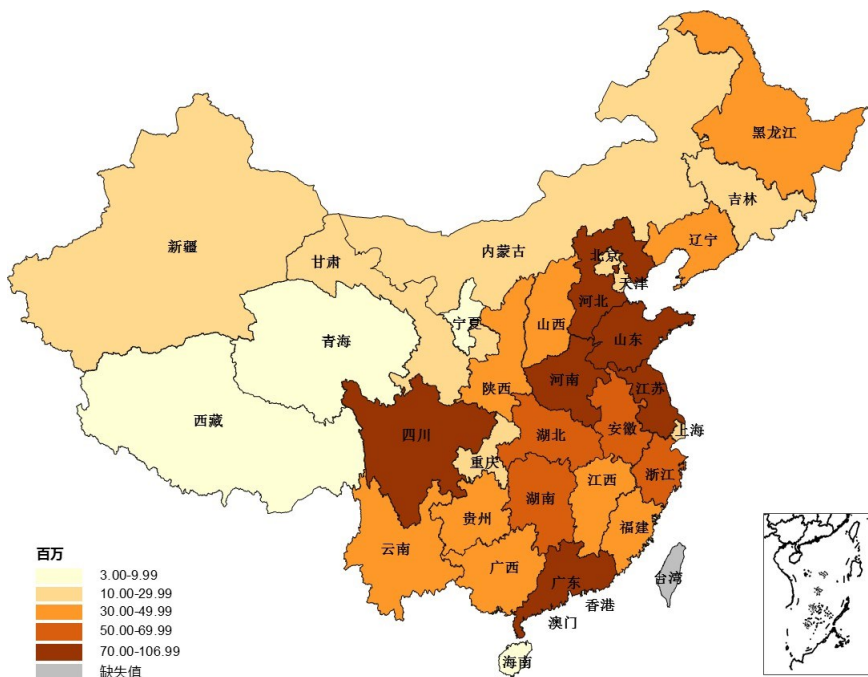
图 1.1
中国的地理区域



资料来源：国家统计局

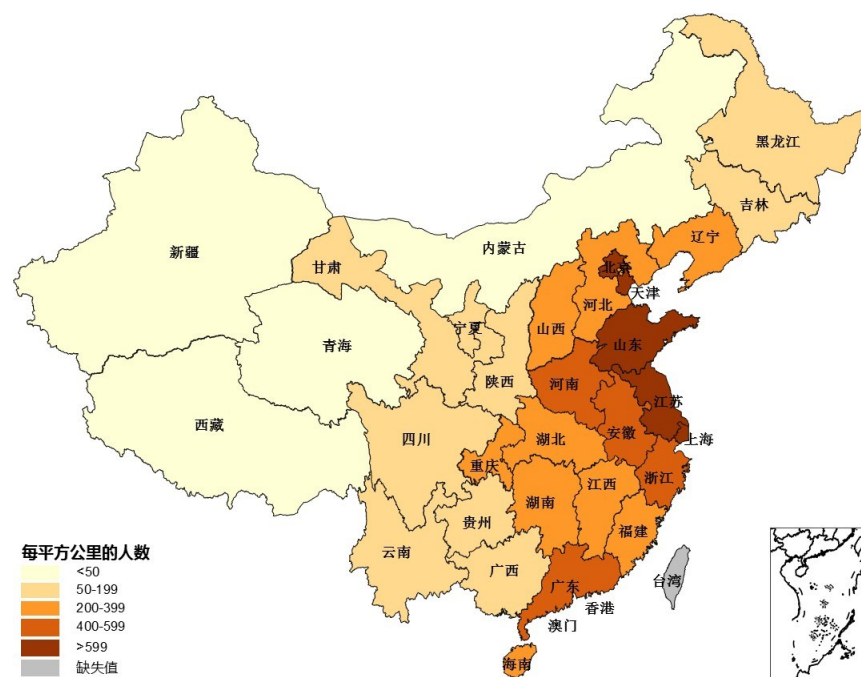
图 1.1 中国在行政区划上分为省、自治区（广西、内蒙古、宁夏、西藏、新疆）、直辖市（北京、重庆、上海、天津）和特别行政区（香港、澳门）。中国也可按地理区域分为东部、中部和西部地区。许多经济和人类发展指标在东部地区最高，西部地区最低。

图 1.2
总人口，2013年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 1.3
人口密度，2013年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年（加工数据）

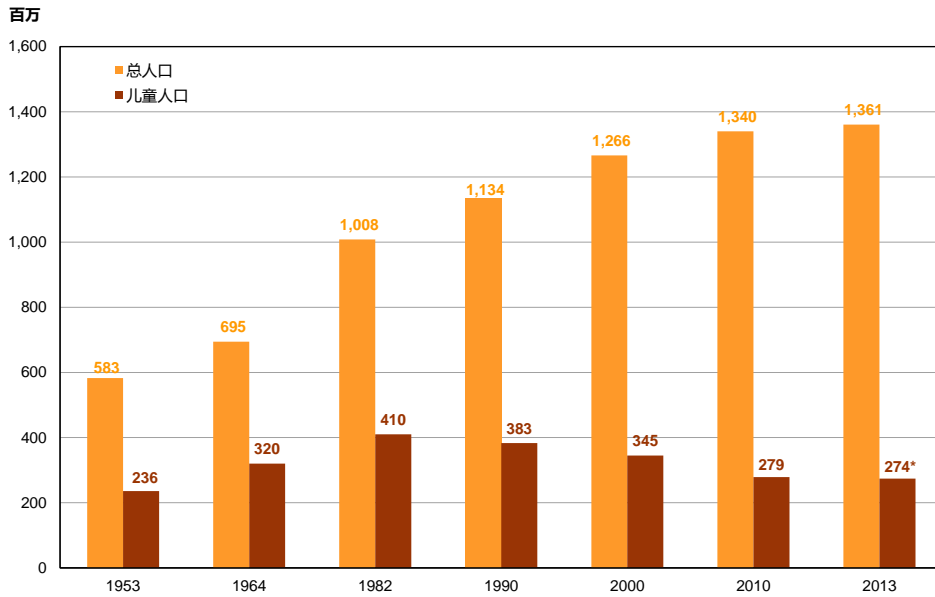
图 1.2

中国总人口达13.6亿，是世界上人口最多的国家。中国的人口分布不均，60%的人口居住在五分之一的国土面积上。2013年，广东是人口最多的省份，人口数高达1.06亿，西藏则人口最少，仅312万。

图 1.3

中国每平方公里的平均人口密度为142人，但地区差异很大。上海每平方公里人口超过3,800人，而新疆、青海和西藏每平方公里人口不到15人。大部分人口生活在中国历史上的中心地带，即东部与中部的高原、平原和盆地。那里土地肥沃，水资源丰富，是最具生产力的农业地区。相反，中国西部地区多为高山，气候条件恶劣，人口稀少。

图 1.4
总人口与儿童人口，1953—2013年



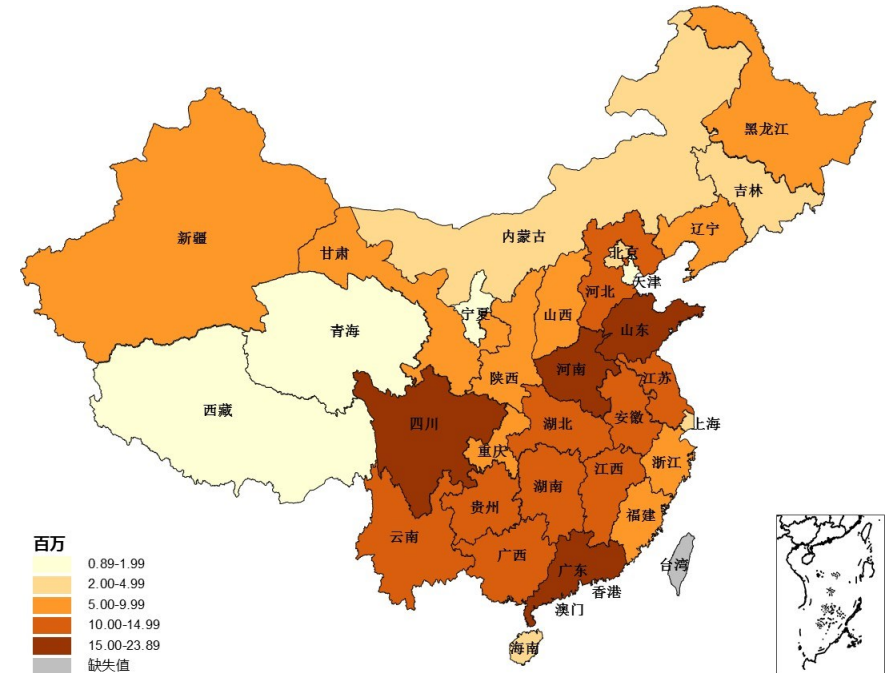
资料来源：国家统计局，1953年、1964年、1982年、1990年、2000年 和2010年人口普查资料（分别于1955年、1966年、1985年、1993年、2002年和2012年发布）；国家统计局，《中国人口和就业统计年鉴》，2014年（2013年数据）

图 1.4

根据全国人口普查数据，20世纪80年代以前，儿童人口总量及所占比重逐年增加；此后，虽然总人口仍在不断增加，儿童人口数量及比重开始下降。中国每10年开展一次全国人口普查，迄今为止共在1953-2010年间图中所示的年份开展了六次。

* 2013年儿童人口数量由联合国儿童基金会根据国家统计局在《2014中国人口和就业统计年鉴》中发布的单岁年龄组人口结构（2013年全国人口变动情况抽样调查样本数据）推算。

图 1.5
儿童人口，2010年

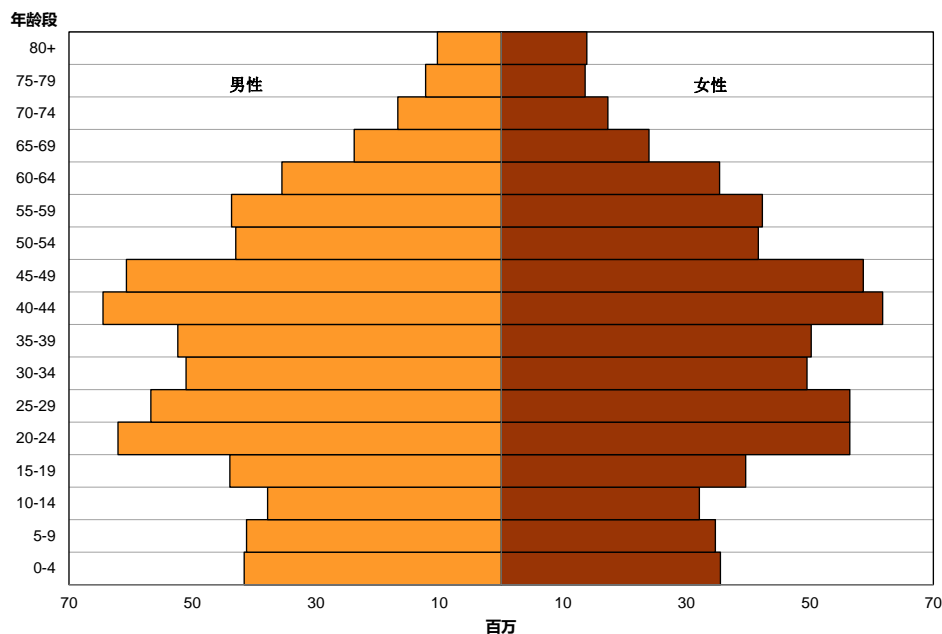


资料来源：国家统计局，2010年人口普查（加工数据）

图 1.5

根据2010年全国人口普查数据，中国有2.79亿0-17岁儿童，占总人口的21%。儿童人口集中在中国的东南部地区。

图 1.6
人口金字塔，2013年

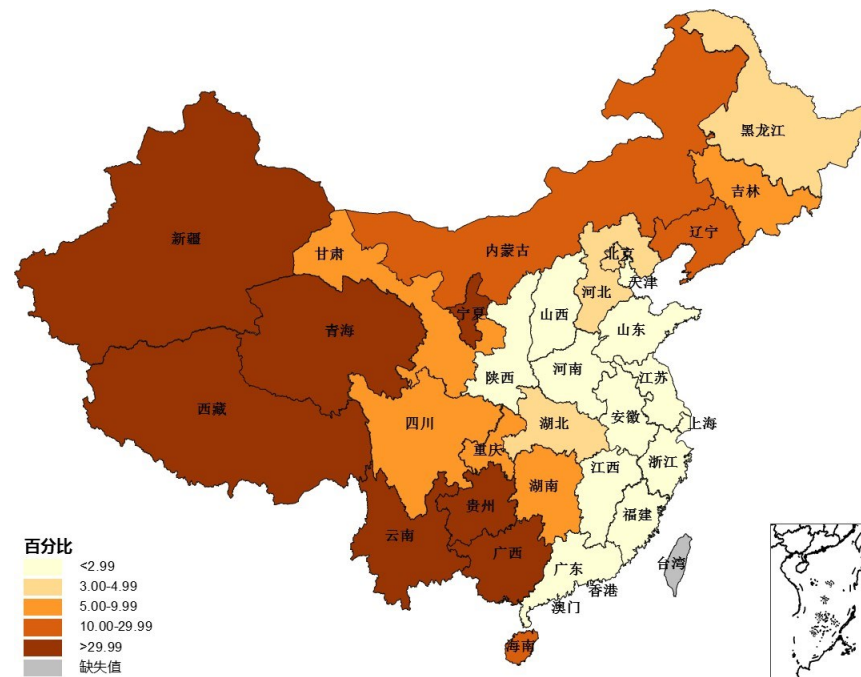


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 1.6

由于总和生育率长期处于低水平以及预期寿命延长，中国人口结构趋于老龄化，人口年龄金字塔呈现出底部收缩、上部变宽形态。国际上在定义老龄化社会时，通常所使用的标准是60岁及以上人口比重超过10%，或65岁及以上人口比重超过7%。按此标准，中国早在2000年已开始步入老龄化社会。到2013年，中国60岁及以上人口占总人口的比重为14.9%，65岁及以上人口占总人口的比重为9.7%。

图 1.7
少数民族人口比重，2010年

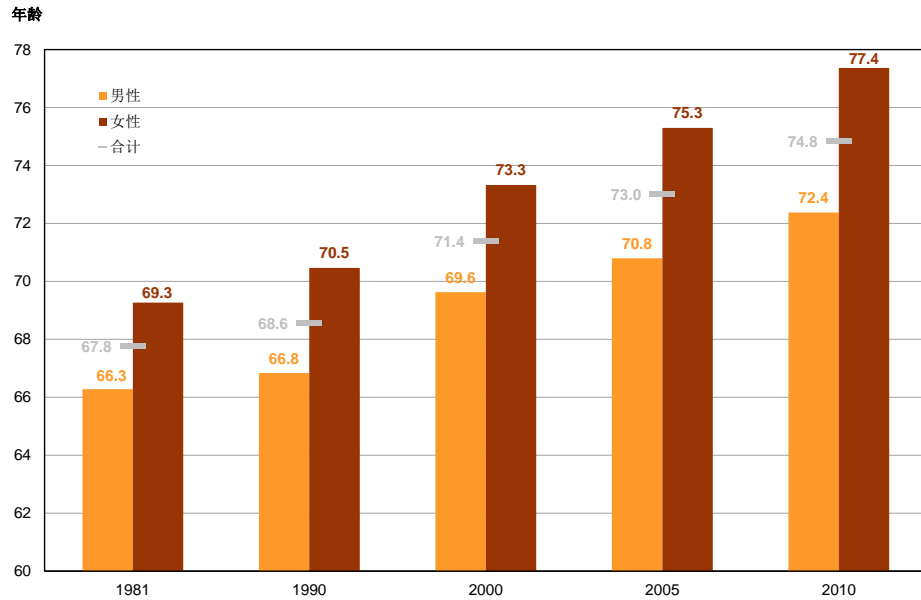


资料来源：国家统计局，《中国2010年人口普查资料》，2012年

图 1.7

中国共有56个民族，包括汉族和55个少数民族。2010年，55个少数民族人口数合计为1.1亿，占总人口的比重为8.4%。少数民族人口在1,000万以上的共有4个，分别是壮族、满族、回族和维吾尔族。少数民族人口主要集中在西部地区。分省来看，西藏少数民族人口比重最高，达92%；广西少数民族人口最多，达1,700万，以壮族人口为主。

图 1.8
出生时预期寿命，1981–2010年

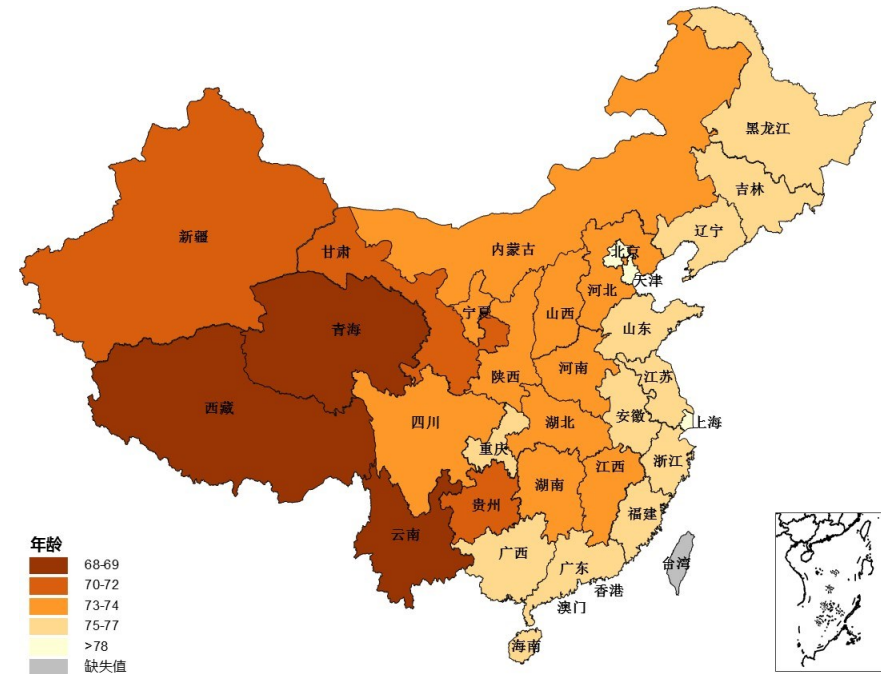


资料来源：国家统计局，1982、1990年、2000年和2010年人口普查资料（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；《2005年全国1%人口抽样调查资料》，2007年

图 1.8

根据国家卫生和计划生育委员会（原卫生部）的统计数据，1949年中华人民共和国成立时，中国人口平均预期寿命¹⁵仅为35岁¹⁶。2010年，中国人口平均预期寿命提高到75岁。女性和男性的预期寿命在1981年到2010年间分别增加了8岁和6岁。目前中国人口出生时平均预期寿命高于许多人均GNI与中国相当的其他国家¹⁷。

图 1.9
出生时预期寿命，2010年

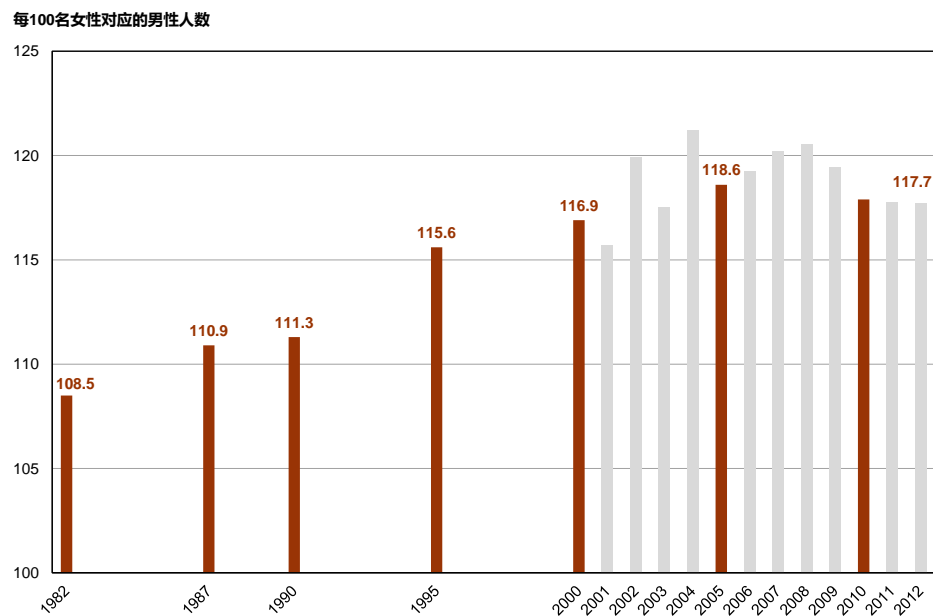


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2012年

图 1.9

西部省份和东部省份之间的人口预期寿命差异显著。北京和上海的人口平均预期寿命达到80岁，而西藏、云南和青海等西部省份的人口预期寿命虽然在2000到2010年间增加了4到5岁，却仍与北京和上海相差10岁以上。

图 1.10
出生人口性别比，1982–2012年

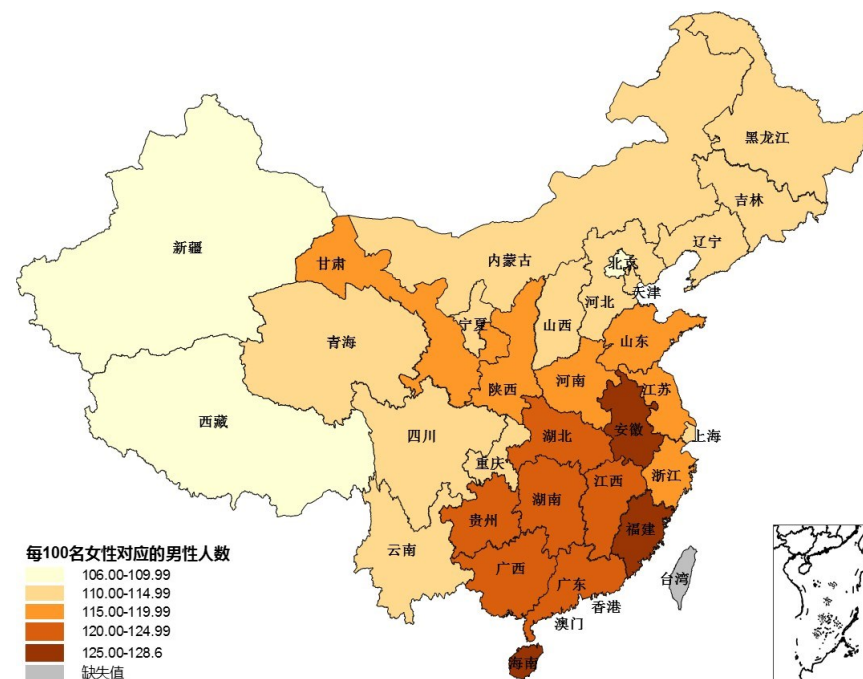


资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年人口普查资料（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年和2005年全国1%人口抽样调查资料（分别于1988年、1997年和2007年发布）；年度全国人口变动抽样调查资料，其他年份（通过年度“国民经济和社会发展统计公报”发布）

图 1.10

在没有干预措施的情况下，出生人口性别比的区间应为103到107（以女性为100）¹⁸。由于与女性相比男性死亡率较高，所以出生人口性别比会高于较高年龄组（比如生育年龄组）的性别比。整体来看，中国出生人口性别比失衡呈上升趋势，从1982年的109升高至近年来的118。出生人口性别比持续升高以及与此有关的“失踪女性”反映出女孩生命权的受损和长期的性别歧视，对女性发展造成不利影响。

图 1.11
出生人口性别比，2010年

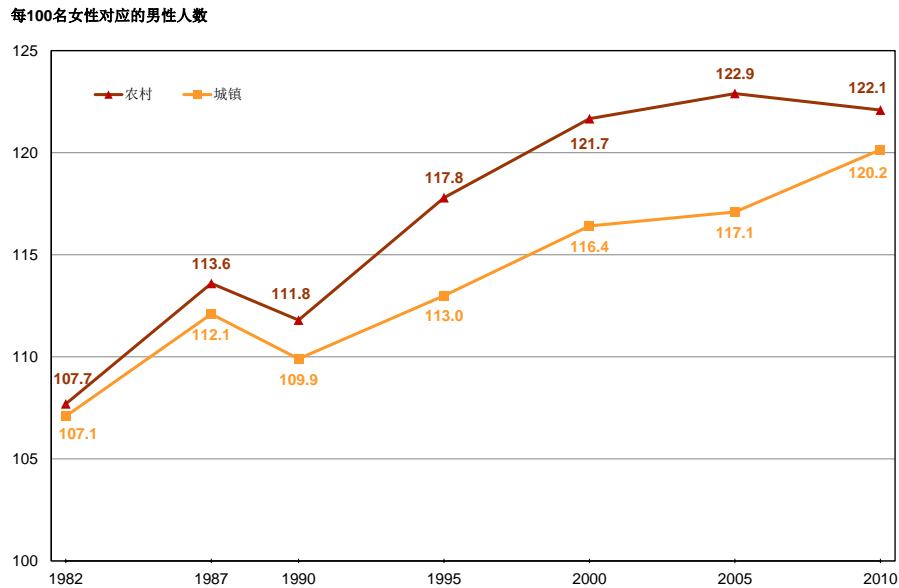


资料来源：国家统计局，《中国2010年人口普查资料》，2012年

图 1.11

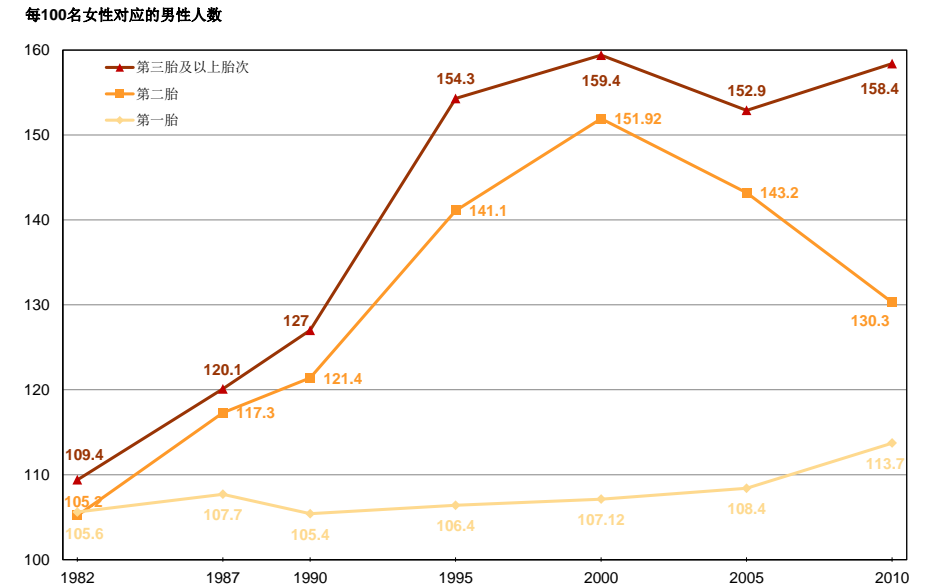
2010年除三个省份（新疆、西藏和北京）外所有地区的出生人口性别比都超过了110。安徽、福建和海南的出生人口性别比超过125。家庭的男孩偏好及相应的性别选择生育行为、生育政策的影响、女性社会家庭地位的不平等、社会保障体系不健全等直接或间接原因推高了出生人口性别比，尤其是在农村地区和某些省份。

图 1.12
城镇和农村的出生人口性别比，1982–2010年



资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年人口普查资料（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年和2005年全国1%人口抽样调查资料（分别于1988年、1997年和2007年发布）

图 1.13
分胎次的出生人口性别比，1982–2010年



资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年人口普查资料（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年和2005年全国1%人口抽样调查资料（分别于1988年、1997年和2007年发布）

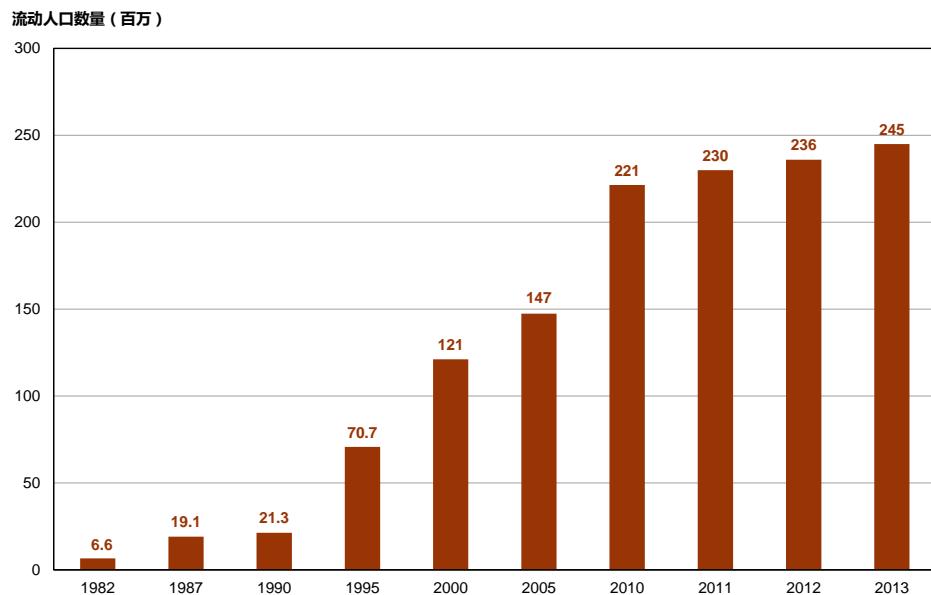
图 1.12

农村地区的出生人口性别比高于城镇地区。在过去二十年中，城镇和农村的出生人口性别比都有所上升，但农村地区上升更快，导致城乡差别日益扩大，这种趋势一直持续到2005年。2010年人口普查数据显示，农村地区出生人口性别比有所下降。相应地，出生人口性别比的城乡差距在2005年达到峰值，随后到2010年有所缩小。

图 1.13

分胎次数据表明，中国的出生人口性别比随着胎次增加而提高。比如，2010年出生人口性别比第一胎约为114，第二胎提高到130，第三胎及以上则高达158。1982-2000年所有一胎、以及1982年第二胎出生人口性别比均在正常值范围内，随后所有胎次的出生人口性别比都不断升高。2000-2010年间，第二胎出生人口性别比有所下降。

图 1.14
流动人口数量，1982–2013年



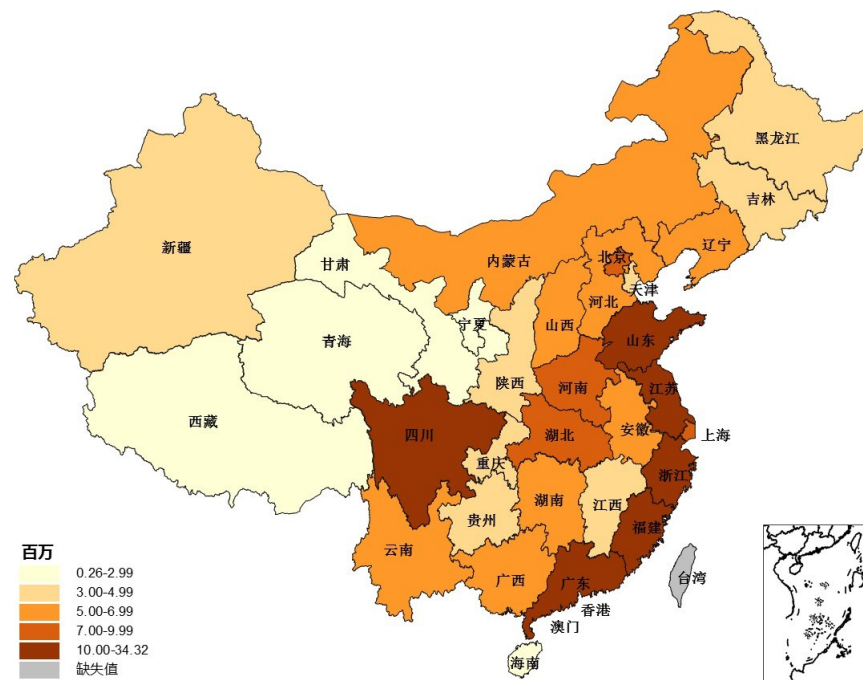
资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年人口普查资料（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年和2005年全国1%人口抽样调查资料（分别于1988年、1997年和2007年发布）；“国民经济与社会发展统计公报”，历年（2011-2013年数据）

图 1.14

中国正经历着大规模人口流动。1982年，流动人口总量仅660万人，从20世纪90年代开始大幅增加。2010年人口普查数据显示流动人口总量达到2.21亿，2013年进一步增加为2.45亿，占当年总人口的18%。过去30年间，流动人口总量增长和工业化、城镇化进程紧密相连，为中国经济和社会发展带来了机遇，也带来了挑战。

* 关于受人口流动影响的儿童的数据见本图集第十章。

图 1.15
流动人口数量，2010年

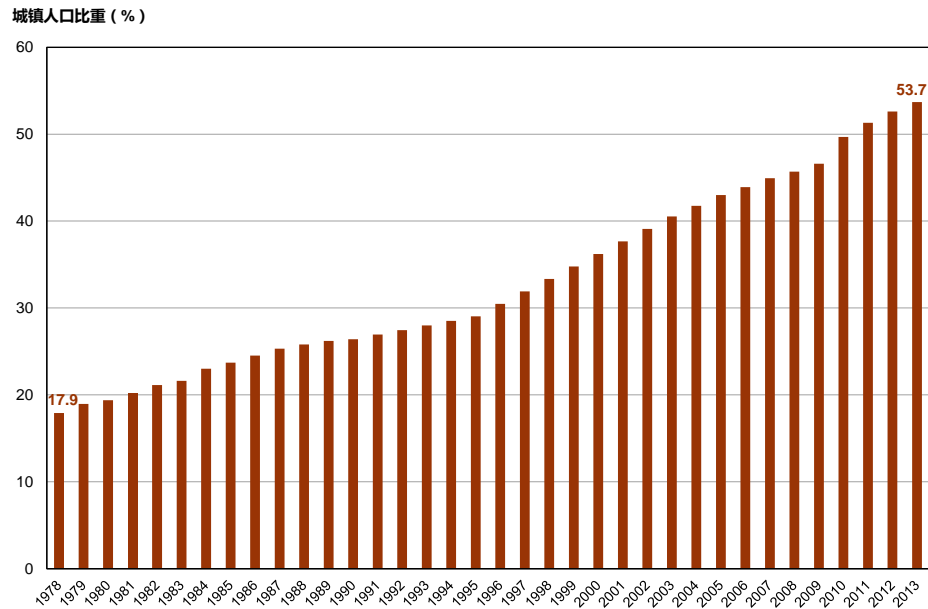


资料来源：国家统计局，《中国2010年人口普查资料》，2012年

图 1.15

2010年流动人口主要集中在经济发达的东部沿海省市和内陆人口大省。流动人口1,000万以上的输入大省有六个，依次是广东、浙江、江苏、山东、四川和福建，六省合计流动人口1亿人，占2010年全部流动人口的45.5%。北京和上海流动人口规模紧随六省之后，但流动人口占总人口的比重在31个省份中最高，分别达到41.8%和39.6%，且流动人口中90%以上是外省流入。此外，2010年全国2.21亿流动人口中，38.9%是省际流动。

图 1.16
城镇人口比重，1978—2013年



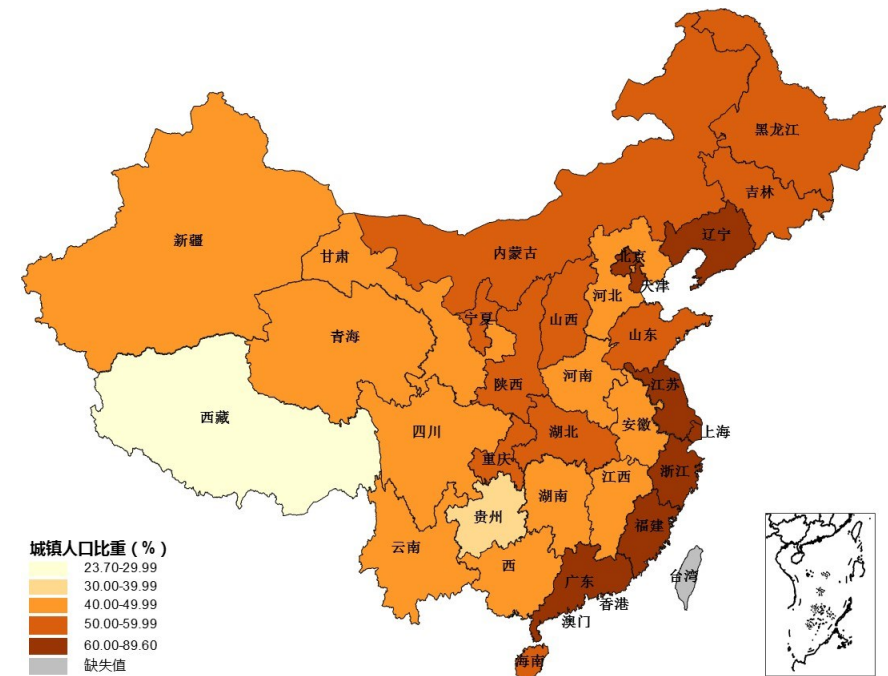
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 1.16

中国的城镇化率（城镇人口占总人口的比重¹⁹）从1978年的18%，逐年上升到2011年首次超过50%，2013年进一步增至54%。从20世纪80年代早期开始，由于大量农村剩余劳动力流向城市寻求更好的就业机会，城镇人口大幅增加。

*自1987年以来，中国一直实施应对城镇化的战略，支持小城市，发展中等城市，限制大城市规模。为了在现阶段稳步推进城镇化，逐步实现城镇基本公共服务对流动人口的覆盖，作为改革的具体政策措施之一，政府在2014年发布的《关于进一步推进户籍制度改革的意见》中调整了户口迁移政策，指出要全面放开建制镇和小城市（官方定义为城区人口50万以下）落户限制，有序放开中等城市（城区人口50万-100万）落户限制，合理确定大城市（城区人口100万-500万）落户条件，严格控制特大城市（城区人口500万以上）人口规模。

图 1.17
城镇人口比重，2013年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 1.17

中国东部地区城镇化率最高，上海、北京、天津等直辖市的城镇化率在80%到90%之间，广东、辽宁、江苏、浙江、福建等东部省份在60%到70%之间。

图 1.18
1976–2013年间因灾死亡人数超过6,000人的年份及相应的死亡人数

年份	因灾死亡人数 (人)
1976*	242,000
1979	6,962
1980	6,821
1981	7,422
1982	7,935
1983	10,952
1984	6,927
1988	7,306
1990	7,338
1991	7,315
1993	6,125
1994	8,549
1996	7,273
2008	88,928
2010	7,844

资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年；
国家地震科学数据共享中心（1976年数据）

图 1.18 和图 1.19

中国是一个大型自然灾害多发的国家，如洪水、雪灾、干旱和地震。从全球范围看，中国是世界上自然灾害死亡人数和经济损失²⁰最严重的十个国家之一。

*1976年的数据仅为当年唐山地震的死亡人数。

图 1.19
1994-2013年间因灾造成直接经济损失超过1,500亿元人民币（约合250亿美元）的年份及相应的经济损失

年份	直接经济损失 (亿元人民币)
1994	1,880
1995	1,860
1996	2,880
1997	1,980
1998	3,010
1999	1,960
2000	2,050
2001	1,940
2002	1,720
2003	1,880
2004	1,600
2005	2,040
2006	2,530
2007	2,360
2008	13,550
2009	2,520
2010	5,340
2011	3,096
2012	4,186
2013	5,808

资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年



2

经济与社会发展

概述

中国长期以来积极致力于为妇女和儿童提供基本的公共服务。然而，相比建国之初的前30年，最近30多年来中国 in 提高公共服务可及性与服务质量方面的进展速度显得相对缓慢，与中国令人瞩目的快速经济增长不太相称。与此同时，在公共服务提供的绩效以及某些人类社会成就方面，中国不同社会群体之间的差距在不断扩大。中国政府在第十二个五年规划（2011-2015年）中提出要重点推进基本公共服务均等化，并指出了脆弱儿童所面临的诸多挑战及应对措施。十二五规划中的这些要求在2013年召开的十八届三中全会上得以重申。十八届三中全会同时也要求改善收入分配、缩小公共服务提供方面的差距。为了达到上述要求，中国政府正致力于改善公共服务的可及性及其均等化，以更大范围地覆盖贫困脆弱的儿童和妇女。

近年来，中国政府采取了一系列政策措施以增强基本公共服务提供的公平性与质量。

- 为实现九年制义务教育全免费的目标，中国政府已经取消了城乡义务教育阶段的学杂费，并为农村贫困地区的学生提供免费教材和寄宿补助。2011年政府颁布了《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010-2020年）》，意在推动财政资金优先保障教育投入，促进教育公平和提高教育质量。儿童早期发展方面取得突破性进展，从2011年秋季学期开始，通过建立学前教育资助制度，地方和中央财政共同对家庭经济困难儿童、孤儿和残疾儿童入园给予资助。同年，中央财政从秋季学期开始给集中连片特困地区农村义务教育阶段学生提供营养膳食补助，到2013年已覆盖14个国家集中连片特殊困难地区的300个县。
- 中国人均基本公共卫生服务经费补助标准已调整数次，从2011年以前的15元逐步提高到了2014年的35元。用于新农村合作医疗的政府投入大幅增加，2013年参合率高达98.7%，已经惠及了绝大多数的农村人口，大大促进了农村医疗服务的获得。2007年城镇基本医疗保险的出台使之前无法享受医保的城镇居民，如儿童、失业人员和老年人能够获得基本医疗保险。自2011年起，参加新农合的0-14岁患有先天性心脏病和白血病两大类共6个病种的农村儿童可报销70%的医疗费用。此

外，政府还提供了15种疾病的免费疫苗和某些传染性疾病，如艾滋病、肺结核和血吸虫病的免费治疗。

- 随着政府投入更多资金用于社会救助，城乡居民最低生活保障（低保²¹）覆盖面得以扩大，标准不断提高，社会保护体系逐步健全。2010年开始实施的孤儿保障计划使全国约60万名孤儿受益。
- 2014年，政府通过了《国家贫困地区儿童发展规划》，对集中连片特困地区儿童从出生到义务教育阶段的健康和教育实施全过程保障和干预。
- 2014年，政府发布了《关于进一步推进户籍制度改革的意见》，旨在促进有能力在城镇稳定就业和生活的常住人口有序实现市民化，稳步推进城镇基本公共服务对包括流动人口在内的常住人口的全覆盖。具体政策措施包括：取消农业户口与非农业户口性质区分，建立城乡统一的户口登记制度和居住证制度，扩大义务教育、就业服务、基本养老、基本医疗卫生、住房保障等城镇基本公共服务覆盖面，逐步使得流动人口能和当地户籍人口一样享有同等服务和权利。同时，完善促进基本公共服务均等化的公共财政体系。

经济发展

过去30多年中，改革开放政策使中国经济取得了前所未有的增长。在从计划经济向市场经济转轨的过程中，中国实施了一系列以市场为导向的改革，包括农业方面的家庭联产承包责任制、创造有利环境以支持农村乡镇企业的兴起、国有工业部门的重组、对全球贸易和投资实行开放，这些改革措施推动了中国经济快速增长。自2010年起，无论是按货币汇率还是按购买力平价换算，中国已经成为继美国之后世界第二大经济体²²。在过去30年中，中国人均GDP的年平均增长率达9%，2013年达到6,807美元²³。根据世界银行对人均国民总收入的划分，中国已经从2010年开始跃居中等偏上收入国家之列²⁴。

收入差距

中国的经济增长很不均衡。城乡居民之间以及东部、中部和西部居民之间的收入差距日益扩大。例如，城镇居民人均可支配收入和农村居民人均纯收入之比由1985年的1.86增至2011年的3.13。此外，不同收入水平住户的同期实际收入增长率差异很大。例如，1990–2004年的收入增长率表明，最富裕1%人口的收入平均增长了8%，而最贫困1%人口的收入仅平均增长3%²⁵。

从全球来看，中国如今已不再是改革开放之初那个收入差距较低的国家。根据世界银行的估计，中国的基尼系数从1981年的0.29攀升至2010年的0.42。照此水平，2009年中国的收入不平等程度与很多中等收入国家（如泰国和马来西亚）相当，但是比很多拉美国家要低²⁶。中国政府在2013年首次对外发布全国基尼系数的官方估计，估计结果表明近年来基尼系数在0.48左右，略高于世界银行的估计值。

减贫成果

在其他各项人类发展指标取得巨大进步的同时，中国在过去30年中的减贫成果令世界称羨瞩目²⁷。从多个贫困测量指标来看（例如收入和消费贫困），中国在减贫方面取得了举世瞩目的成就，无论按照中国官方贫困标准还是按照国际通用的世界银行贫困标准衡量都是如此²⁸。突出的减贫成果得益于中国极其强劲的经济增长，中国政府在过去30年中成功地坚持以市场为导向实施改革，同时近年来在支持农民增收、促进人类发展和健全城乡社会保护体系方面出台了各项有效政策措施。

2011年，中国发布了新的十年扶贫纲要即《中国农村扶贫开发纲要（2011–2020年）》，同年政府将农村扶贫标准提高到年人均纯收入2,300元，这一标准几乎是原标准的两倍，有望覆盖更多的农村贫困户。与此同时，国家扶贫重点区域也从过去的592个国定贫困县，扩大到11个连片特困地区和另外3个特殊地区，构成实施新的扶贫纲要的“主战场”。

总体而言，中国的减贫成果引人注目，但仍然存在一些主要挑战：

- 虽然中国已经基本消除了极端贫困（即无法吃饱穿暖），但减贫的任务尚未完成，而且在某种意义上已经变得更加紧迫。按照国际标准，中国贫困人口的绝对数量仍很庞大，而且贫困户大多分散在偏远地区。
- 贫困的脆弱性非常突出，尤其在农村地区；面临贫困风险的脆弱人群的数量估计为贫困人口的两倍。
- 农村人口大规模流动，使得促进减贫和提高儿童福祉的社会政策与项目的瞄准机制面临持续性挑战。

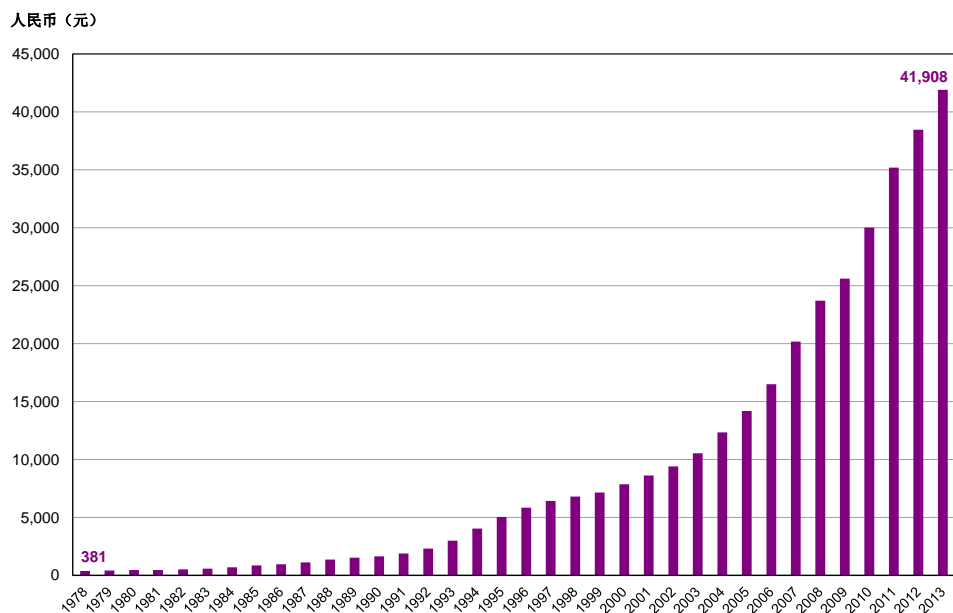
社会救助

最低生活保障制度是中国社会保障体系的一个重要组成部分。该制度从1999年在全国城镇地区开始实施，并于2007年拓展到农村地区，通常被称为“低保”。按照国际标准，中国城乡低保的瞄准效果较好²⁹。调查显示，低保受益人群高度集中在城镇最贫困群体中。

仍然存在以下挑战：

- 针对贫困人口的社会救助需要在中央和地方政府的财政支持下进一步扩大覆盖面并提高救助水平。
- 救助水平需要反映儿童的基本需求。
- 在成功实施低保现金转移项目的基础上，中国可以考虑建立综合性的儿童社会福利体系，从而：1) 降低贫困、剥夺和脆弱性的影响，并减少导致贫困代际传递和不公平的风险因素；2) 促进并保护儿童的权利和他们的健康成长；3) 预防并应对虐待、忽视、剥削和暴力。

图 2.1
人均国内生产总值（GDP），1978–2013年

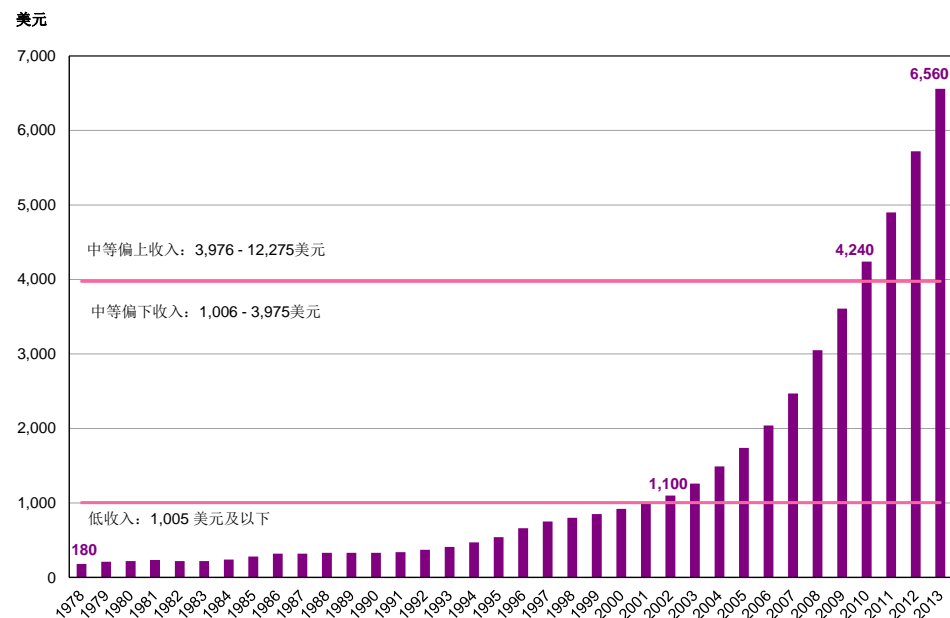


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 2.1

三十年前，中国是世界上最贫穷的国家之一，1978年人均GDP³⁰仅165美元（2000年不变价美元）。现在中国已经成为世界第二大经济体，2013年人均GDP达到41,908元人民币（按现价折算相当于人均6,807美元）。并且，在过去30年中，人均GDP的年平均增长率达9%。未来中国经济仍将保持快速增长（虽然增速可能有所放缓），但是，不同地区和不同群体之间的差距仍然存在，且不断扩大。

图 2.2
人均国民总收入（GNI），1978–2013年

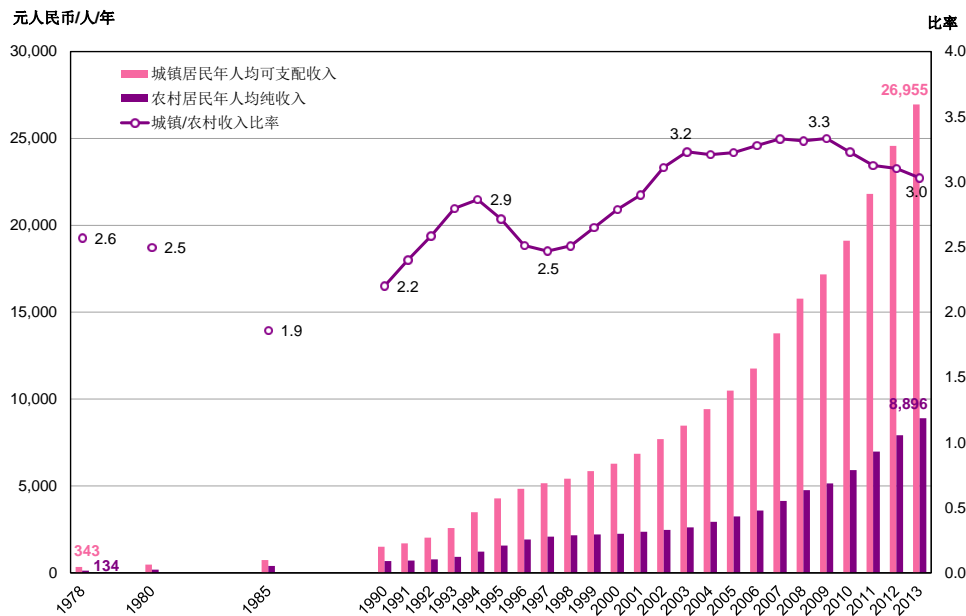


资料来源：世界银行数据库，data.worldbank.org，2014年

图 2.2

2013年，中国人均国民总收入达到6,560美元。按照世界银行根据Atlas方法进行的测算和2011年的新划分，中国已经从2010年开始由中等偏下收入国家跨入中等偏上收入国家。

图 2.3
城乡居民人均收入，1978—2013年

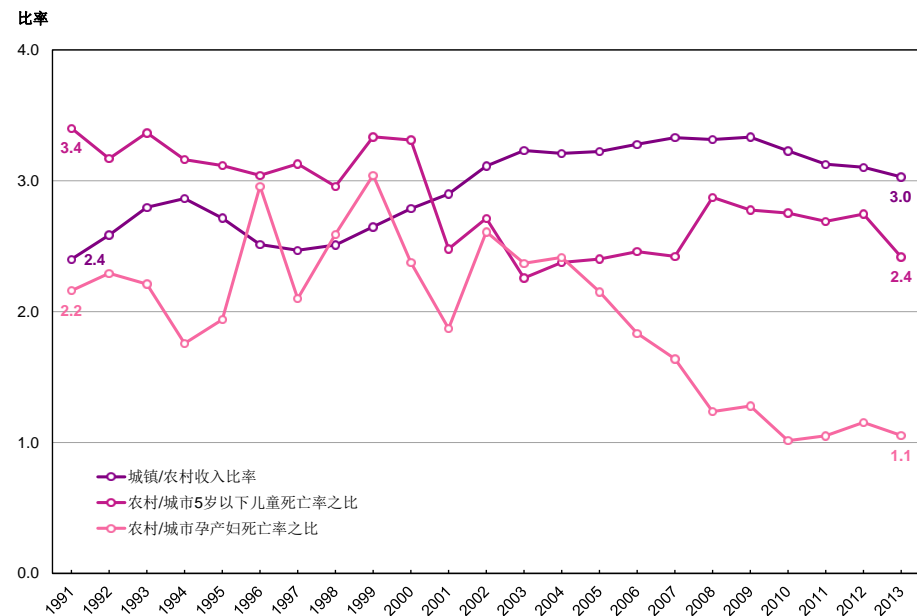


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 2.3

城镇居民人均可支配收入³¹和农村居民人均纯收入³²均不断增长，但收入差距扩大，到2009年，城乡居民收入比已超过3.3:1。2010-2013年农村居民收入增速连续快于城镇，城乡居民收入差距有所缩小，但是城乡居民收入比仍超过3:1³³。

图 2.4
城乡收入和城乡卫生成果差距，1991—2013年

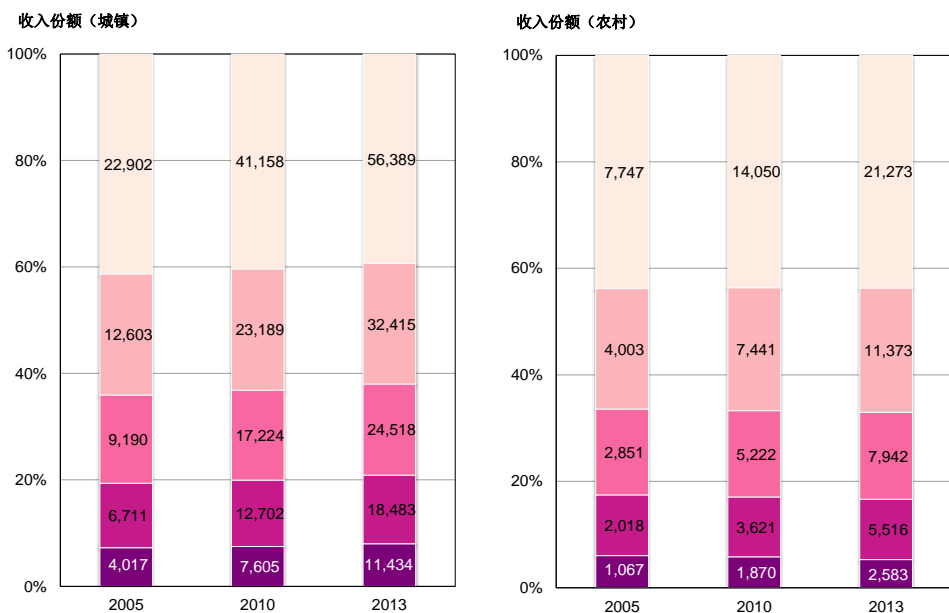


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年（收入）；国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 2.4

尽管城乡收入差距在大部分年份不断扩大，但自20世纪90年代以来，一些卫生指标（如孕产妇死亡率）方面的城乡差距已经缩小。

图 2.5
按五等份分组的城镇居民人均可支配收入和农村居民人均纯收入，
2005、2010和2013年



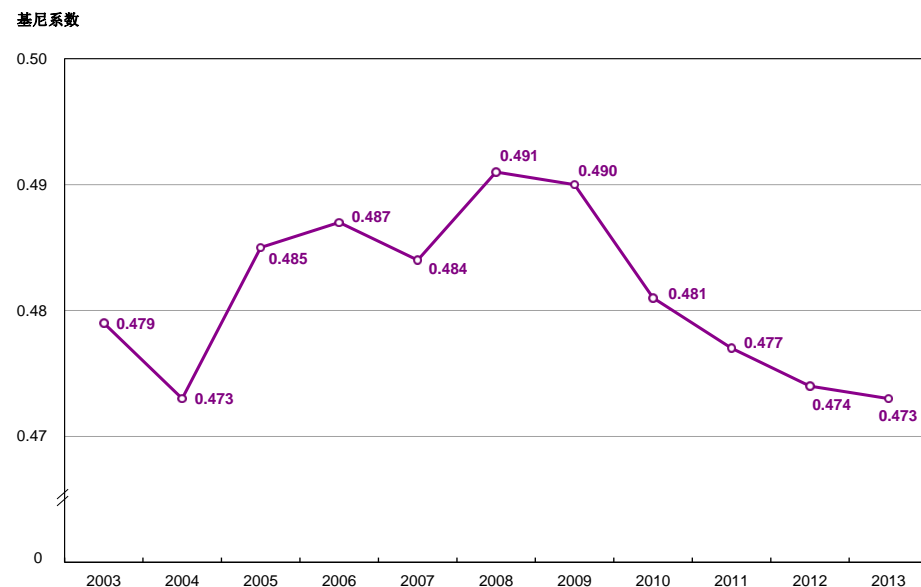
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 2.5

从五等份分组来看，城镇内部和农村内部不同收入组之间差距明显，收入最高的20%的人口拥有40%以上的收入。各收入组的收入份额在2005年到2013年之间基本保持不变。

* 图表中的数据标签为各个五等份组的人均年收入。

图 2.6
全国居民收入基尼系数，2003-2013年



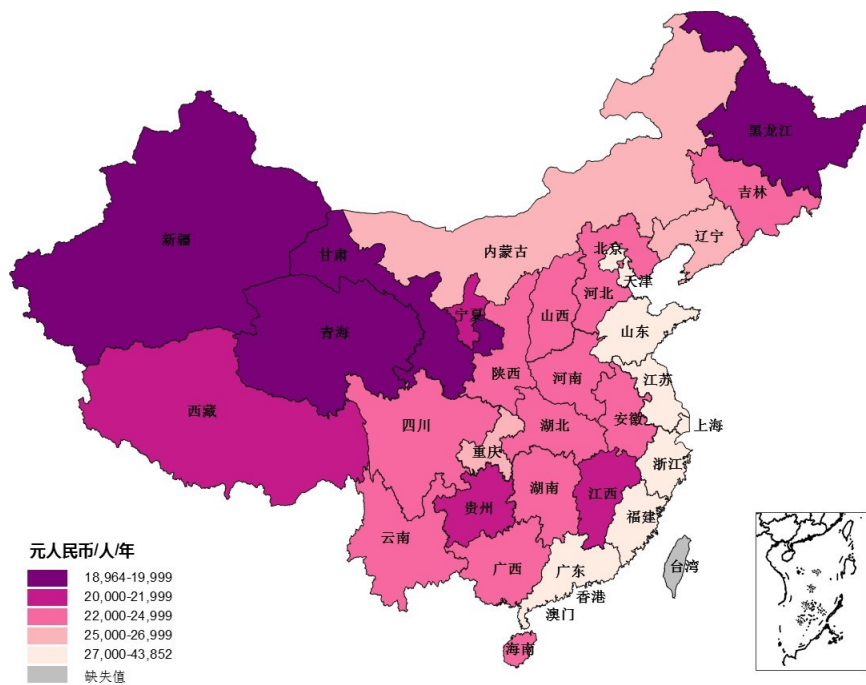
资料来源：国家统计局根据城乡住户调查数据估计，www.stats.gov.cn，2014年

图 2.6

中国政府于2013年首次对外发布全国居民收入基尼系数的官方估计。据估计，2003-2013年全国基尼系数在0.473到0.491之间，说明中国居民的收入差距过大，虽然近年来扩大趋势得到了初步抑制。多种因素会导致较高的收入不平等，包括城乡二元经济格局、获得公共服务的机会不均等，等等。

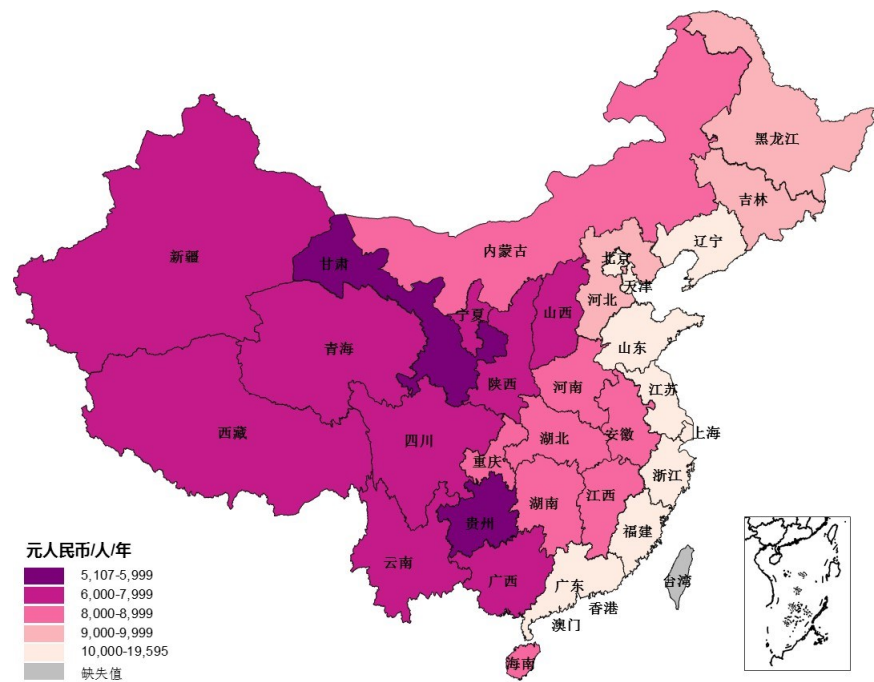
* (1) 国际上并没有关于基尼系数区间的划分标准，但通常认为基尼系数小于0.2时居民收入非常平均，0.2-0.3之间时较为平均，0.3-0.4之间时比较合理，0.4-0.5之间时差距过大，大于0.5时差距悬殊。(2) 世界银行对中国基尼系数的最新测算结果是2010年为0.42，低于中国政府的估计值。从较长的时间序列来看，世界银行1981年测算结果为0.29左右。

图 2.7
城镇居民人均可支配收入，2013年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 2.8
农村居民人均纯收入，2013年

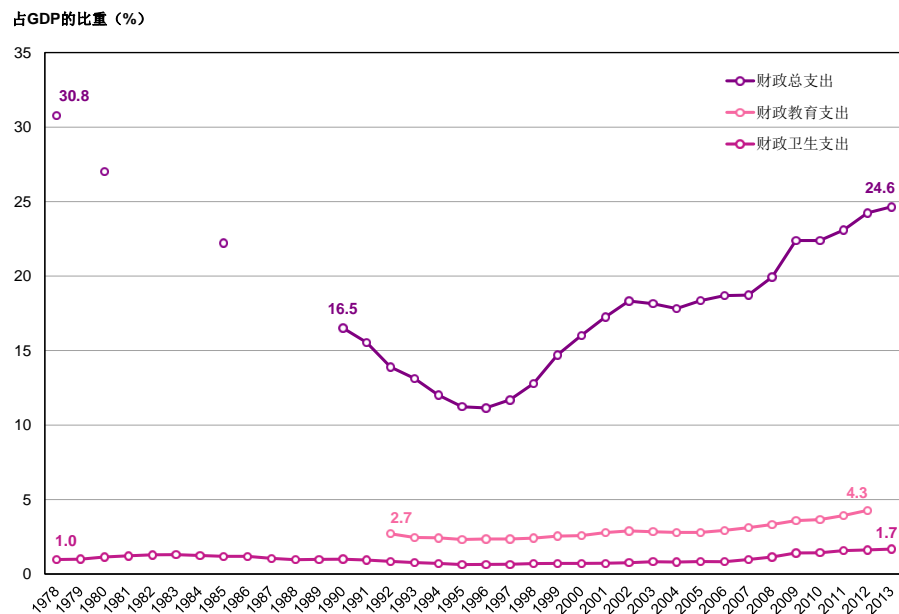


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 2.7
城镇居民人均可支配收入省际差异大，西部地区收入水平明显偏低。

图 2.8
农村居民人均纯收入的省际差异同样很大。

图 2.9
财政总支出、财政卫生支出与财政教育支出
占GDP的比重，1978–2013年

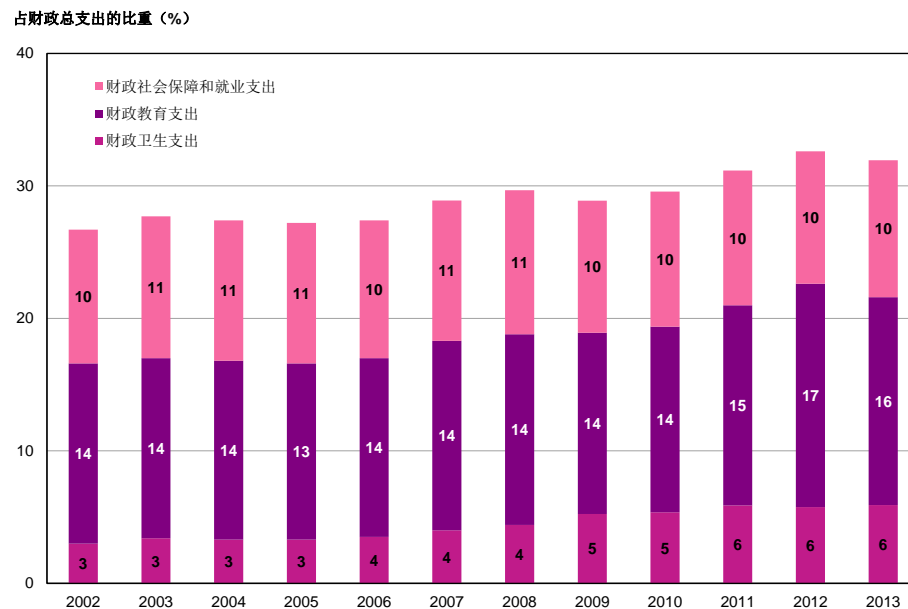


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 2.9

在过去的30多年里，中国政府的整体财力得以增强，但是用于社会部门（包括卫生和教育方面）的政府支出占GDP的比重仅稳中有升。

图 2.10
政府在社会保障和就业、卫生与教育方面的支出
占财政总支出的比重，2002–2013年

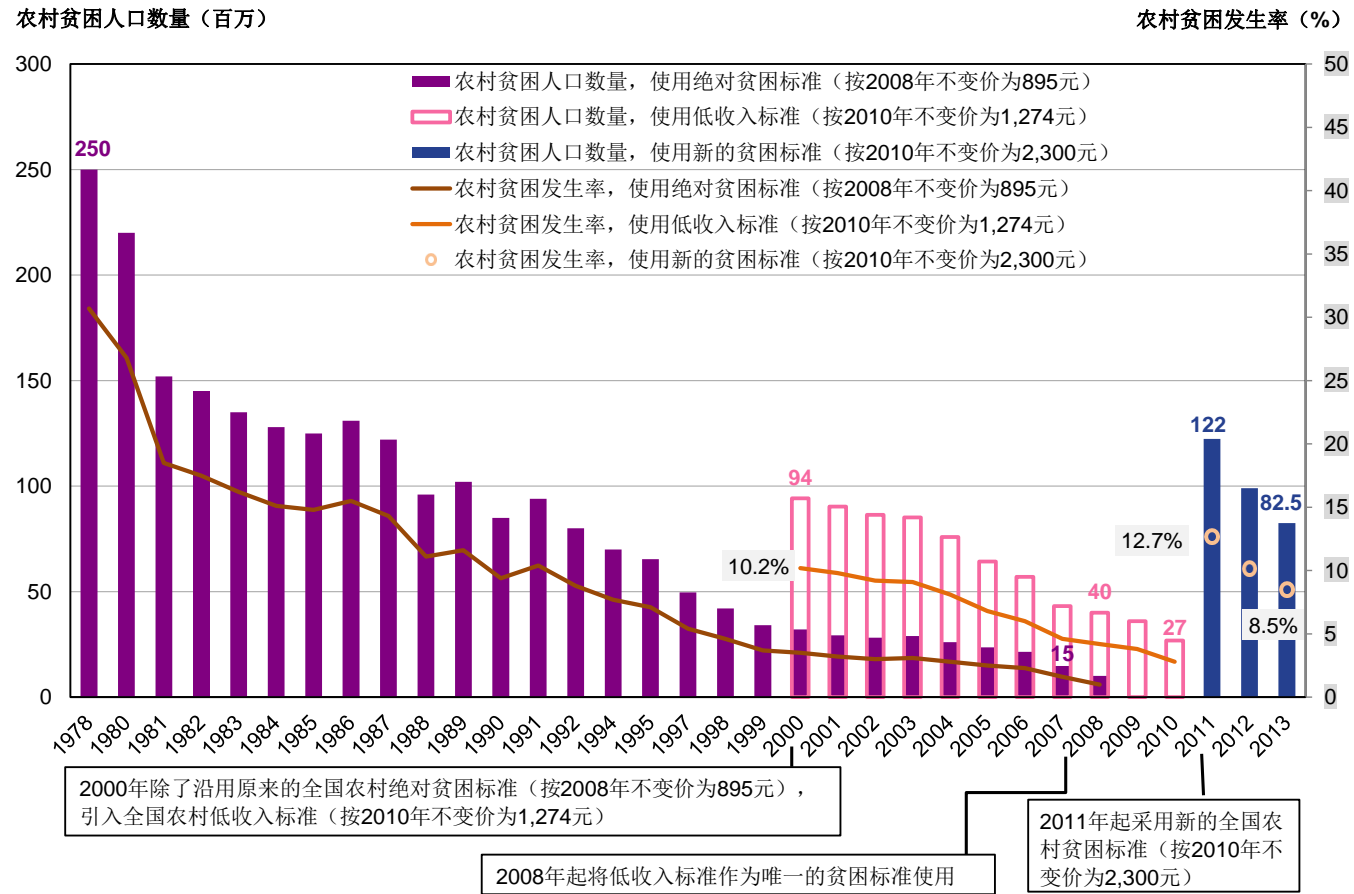


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年（2008–2013年数据）；
财政部，《中国财政统计年鉴》，2008年（2002–2007年数据）

图 2.10

近十年来，中国政府用于社会部门的支出占财政总支出的比重稳中有升。

图 2.11
农村贫困，
1978—2013年



数据来源：

国家统计局，《中国农村住户调查年鉴》，2011年（1978—1999年数据）；

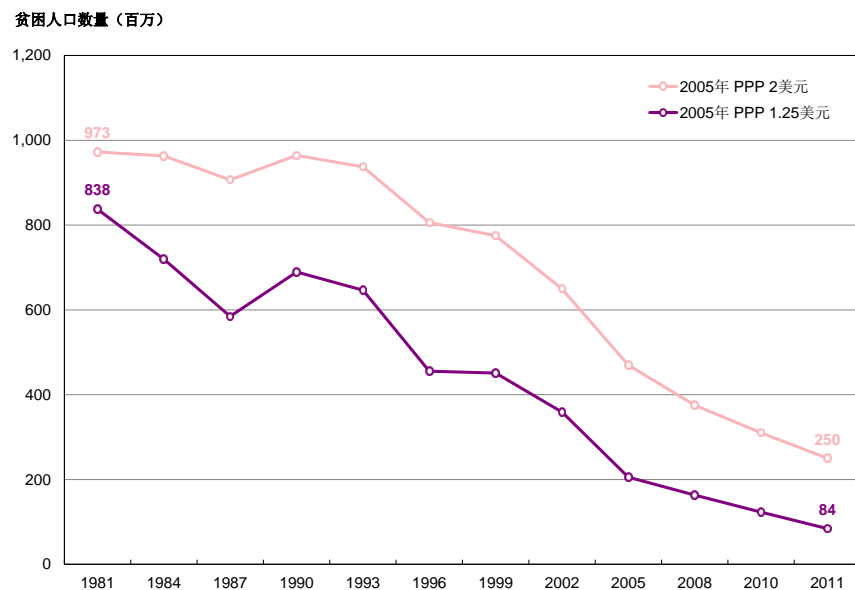
国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2011年（2000—2010年数据）；

国家统计局，“国民经济与社会发展统计公报”，历年（2011-2013年数据）

图 2.11

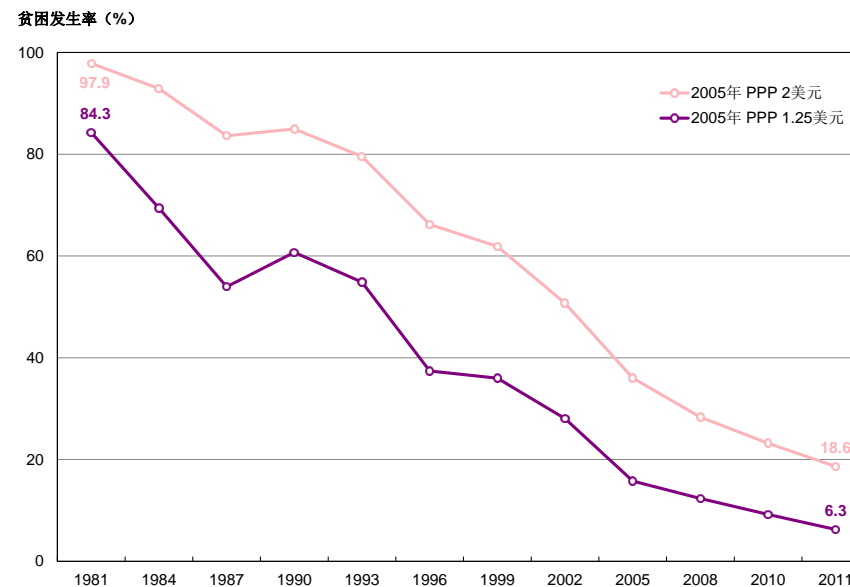
无论按照哪条官方贫困标准来衡量，过去30年中国在农村减贫方面都取得了举世瞩目的成就。2000年以来中国两次调整官方贫困标准：2000年除了沿用原来的绝对贫困标准外，引入低收入标准（相当于2010年不变价的1,274元），并从2008年起将低收入标准作为唯一的贫困标准使用。2011年政府颁布《中国农村扶贫开发纲要（2011-2020年）》之际，将农村贫困标准提高到2,300元（2010年不变价，按2005年PPP换算相当于每人每天1.6美元）。新的贫困标准几乎是原来的两倍，这意味着更多的农村居民得以从政府的扶贫补贴中受益，也体现了中国政府整体财力的提升以及对减贫问题的高度重视。按照新标准，2013年末农村扶贫对象为8,249万人，占农村人口的比重为8.5%。

图 2.12
消费贫困人口数量，1981—2011年



资料来源：世界银行数据库，data.worldbank.org，2014年

图 2.13
消费贫困发生率，1981—2011年

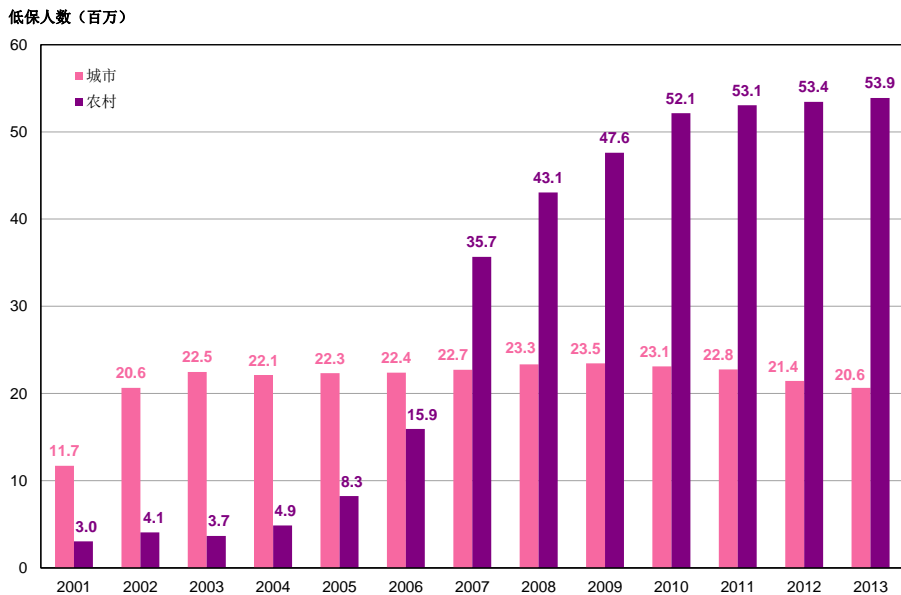


资料来源：世界银行数据库，data.worldbank.org，2014年

图 2.12 和图 2.13

世界银行测算并发布全球消费贫困³⁴估计数。数据表明，按照每人每天1.25美元的国际贫困标准衡量，中国在1981-2011年间有7.5亿人脱贫，超过同期其他发展中国家脱贫人口的总和。如果按照每人每天2美元的标准衡量，中国在减贫方面同样成绩卓著。不过，还应结合诸多非经济因素进行多维贫困测量，如健康贫困和教育贫困。

图 2.14
城市 and 农村得到最低生活保障的人数，2001—2013年

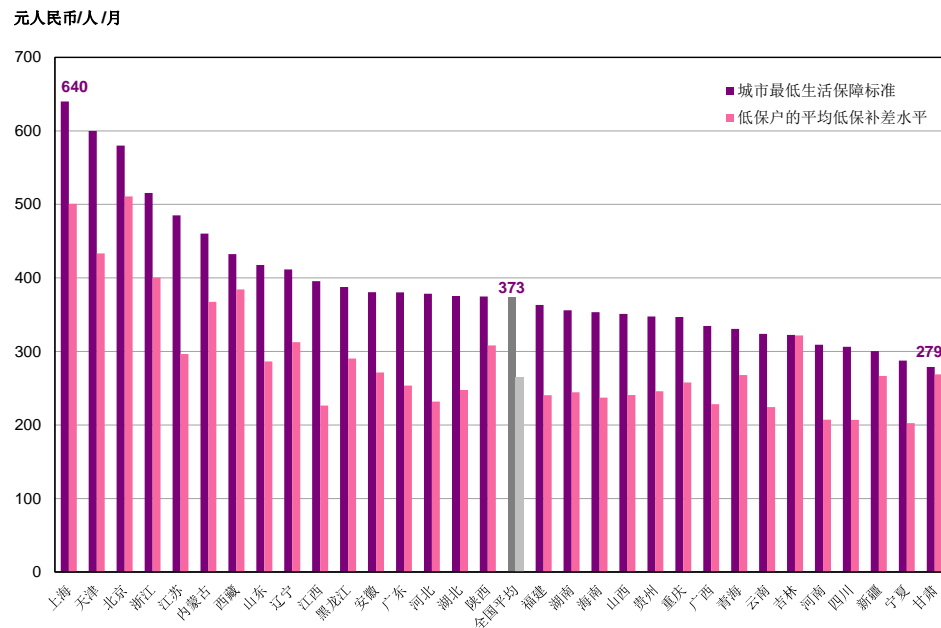


资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年

图 2.14

近年来，政府通过低保形式的现金转移等方式力求解决城乡贫困户的基本需求。社会救助已成为政府的首要工作之一。2013年，低保已经覆盖2,064万城镇居民和5,388万农村居民。

图 2.15
各地区城市低保户的平均低保补差水平和最低生活保障标准，2013年

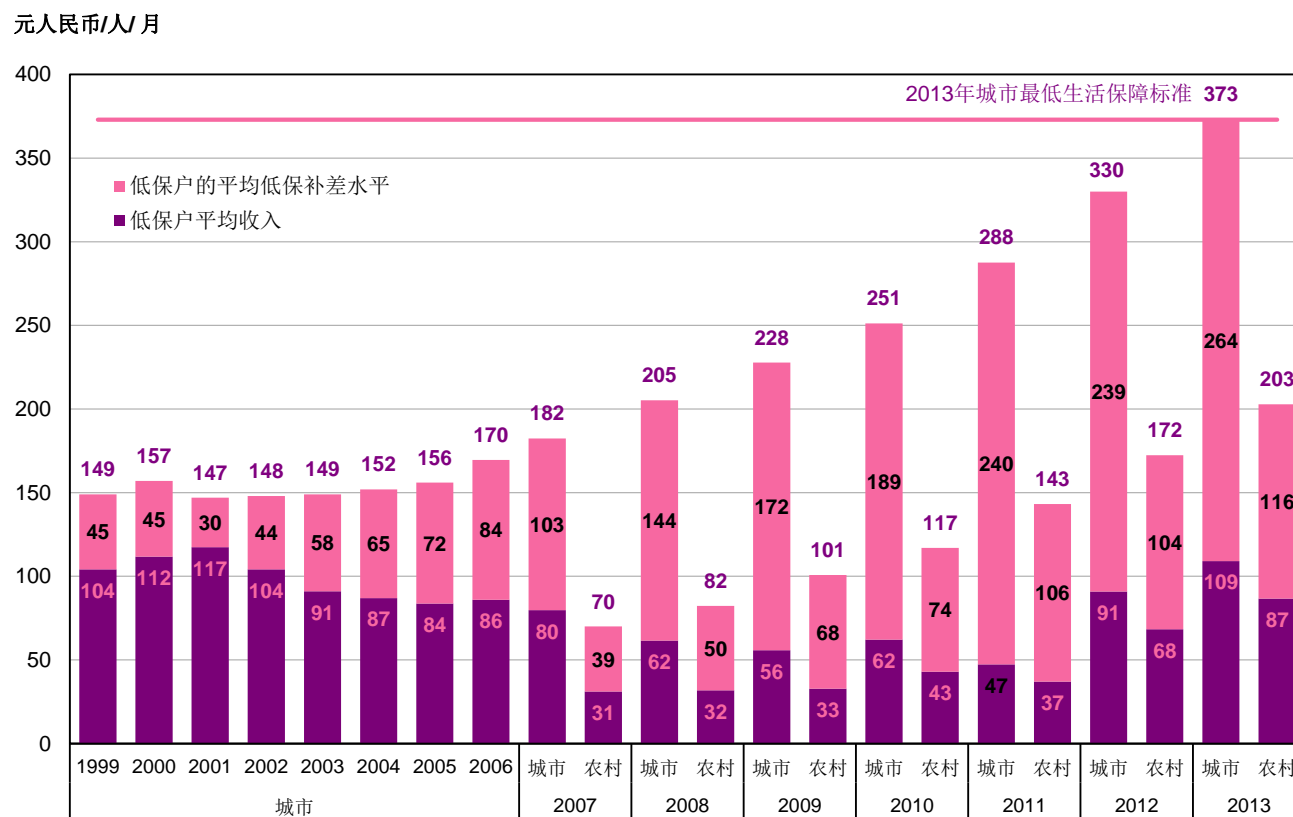


资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年

图 2.15

符合条件的住户按照人均收入低于当地最低生活保障标准的差额享受低保待遇，各地城市低保标准介于279-640元人民币间不等。

图 2.16
城市和农村低保户的平均
收入水平、低保补差水平
和最低生活保障标准，
1999—2013年



资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年

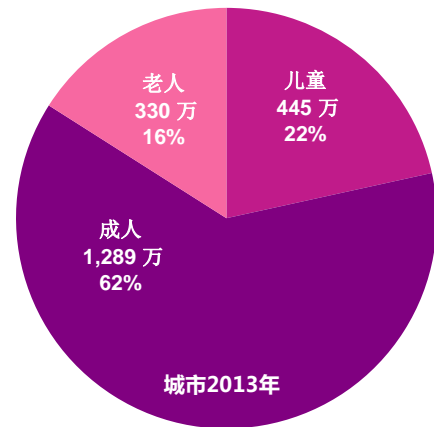
图 2.16

政府的积极承诺与财政支持促进了中国的社会救助，即城乡低保的现金转移。目前，低保覆盖面不断扩大，低保标准和补差水平逐步提高。低保制度从1999年在城镇地区开始实施，并于2007年拓展到农村地区。

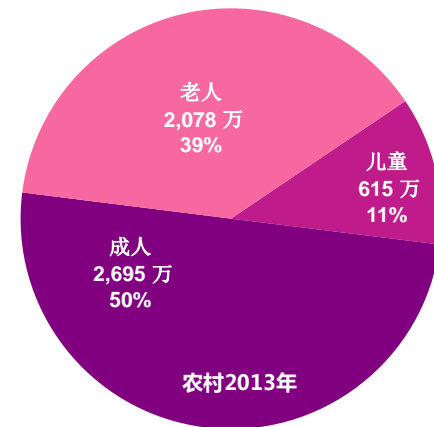
图 2.17

全国城市及农村低保人口的年龄构成，2007-2013年

年份	城市低保人数 (万人)				比例 (%)		
	城市低保 总人数	儿童 (0-17岁)	成人 (18-59岁)	老人 (≥60岁)	儿童 (0-17岁)	成人 (18-59岁)	老人 (≥60岁)
2007	2,272	545	1,429	298	24%	63%	13%
2008	2,335	588	1,430	317	25%	61%	14%
2009	2,346	580	1,432	334	25%	61%	14%
2010	2,311	559	1,413	339	24%	61%	15%
2011	2,277	540	1,390	347	24%	61%	15%
2012	2,144	473	1,331	339	22%	62%	16%
2013	2,064	445	1,289	330	22%	62%	16%



年份	农村低保人数 (万人)				比例 (%)		
	农村低保 总人数	儿童 (0-17岁)	成人 (18-59岁)	老人 (≥60岁)	儿童 (0-17岁)	成人 (18-59岁)	老人 (≥60岁)
2007	3,566	403	2,145	1,018	11%	60%	29%
2008	4,306	534	2,446	1,325	12%	57%	31%
2009	4,760	609	2,490	1,661	13%	52%	35%
2010	5,214	687	2,669	1,857	13%	51%	36%
2011	5,306	682	2,690	1,934	13%	51%	36%
2012	5,345	641	2,687	2,017	12%	50%	38%
2013	5,388	615	2,695	2,078	11%	50%	39%

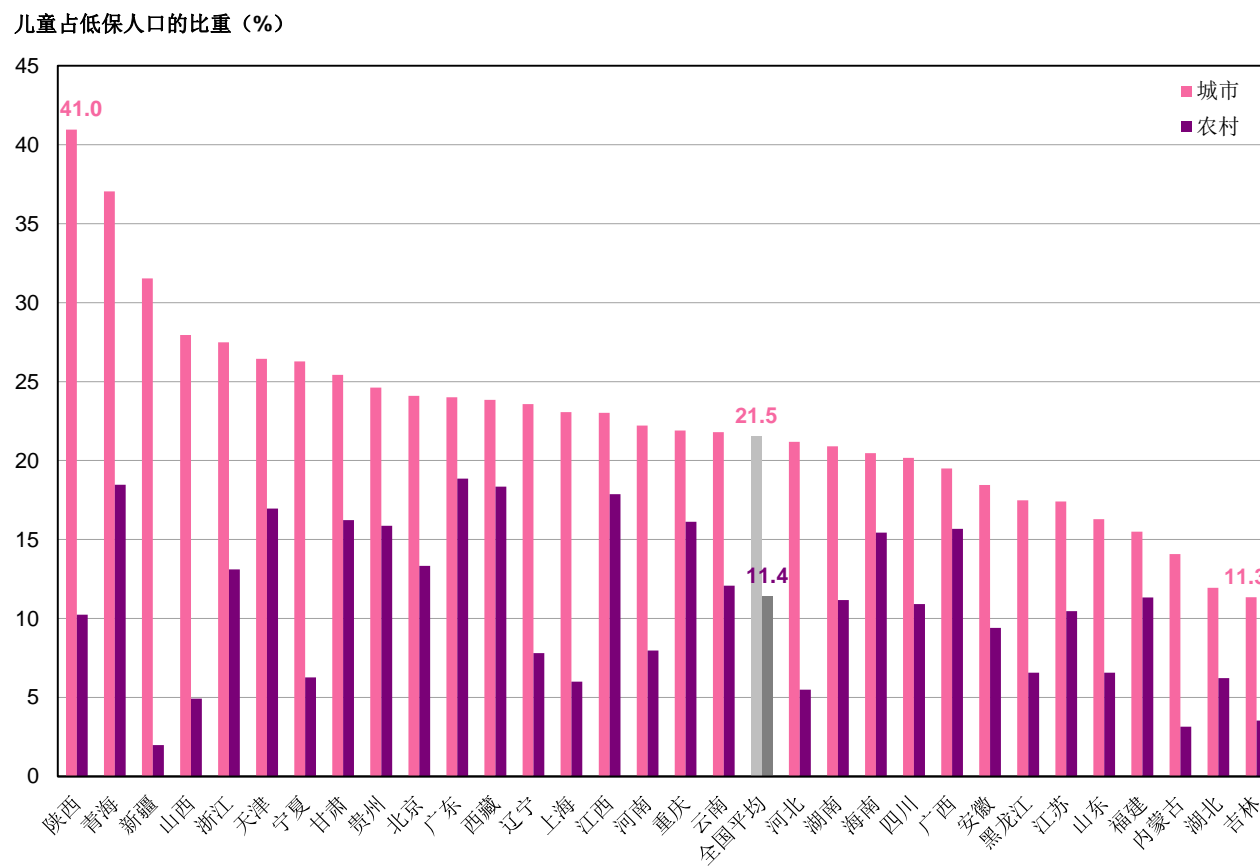


资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年

图 2.17

2007年低保制度在农村逐步推开以来，覆盖的儿童人数有所增加，但在农村低保人口中的比重仅为11-13%。农村低保人口中老人占比较高，在29%-39%之间。2007-2013年间，儿童占城市低保人口的比重基本稳定在22%-25%之间。2013年，低保共覆盖1,059万儿童，其中城市低保儿童445万，农村低保儿童615万。

图 2.18
各地区城市和农村低保人口中的儿童比重，2013年

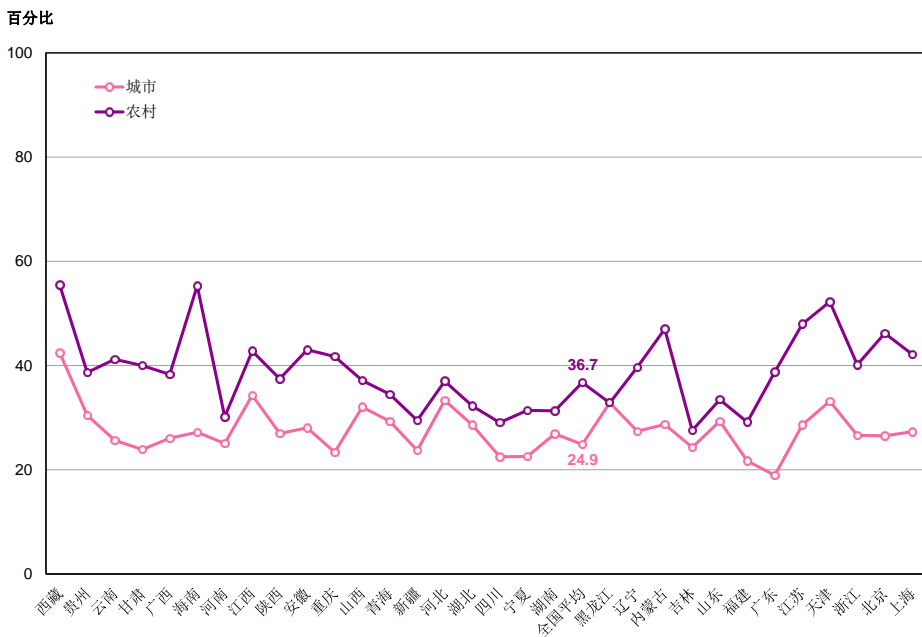


资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年

图 2.18

贫困户中的儿童已经从低保现金转移中受益，促进了儿童营养、教育和健康状况的改善³⁵。

图 2.19
各地区城市和农村最低生活保障标准
占居民生活消费支出的比重，2013年



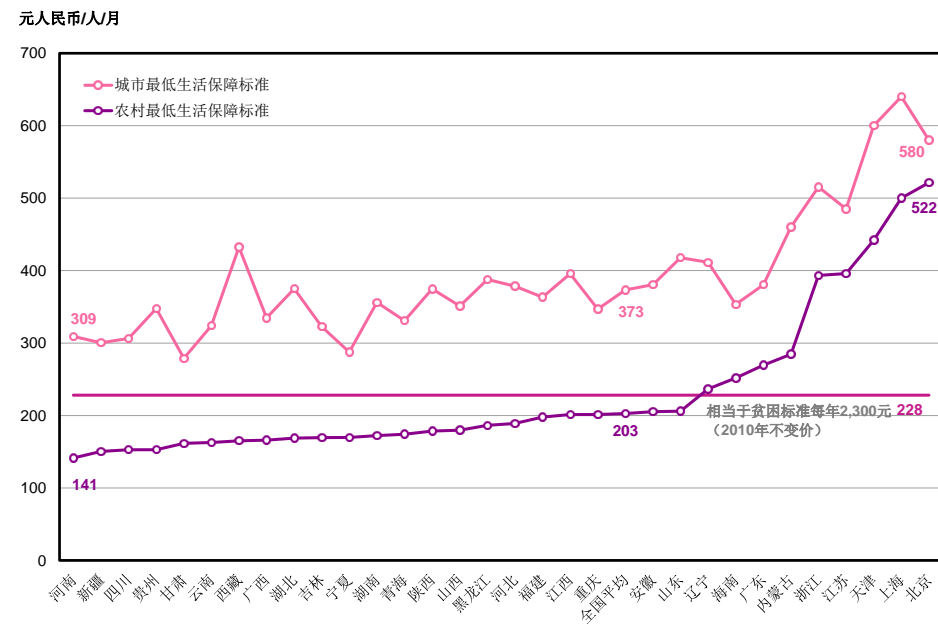
资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年；
国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

注：图2.19中横轴按各地区农村居民消费支出水平由低至高排序。

图 2.19 和图 2.20

城乡低保的现金转移已经在全国范围内推开，最低生活保障标准因各地发展状况与政府财力的不同而存在明显的地区和城乡差异。全国农村平均最低生活保障标准相当于农村居民生活消费支出的37%，城市最低生活保障标准相当于城镇居民生活消费支出的25%。2013年全国所有省的城市低保标准和9个省的农村低保标准高于国家设定的农村新贫困标准，即年人均纯收入2,300元（2010年不变价）。在农村地区，东部省份最低生活保障标准普遍高于中西部省份。

图 2.20
各地区城市和农村最低生活保障标准与
全国农村贫困标准，2013年



资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2014年



3

妇幼保健

概述

中国医疗卫生事业在过去几十年里取得了巨大进步，表现为儿童死亡率的降低和预期寿命的提高。2013年《中国实施千年发展目标进展情况报告》³⁶指出，中国不仅正在逐步实现千年发展目标中与卫生保健相关的目标，同时也有望实现要求更高的各项国家目标。中国人口众多，这意味着其所取得的成就将对全球实现“千年发展目标”的各项指标产生巨大影响。但另一方面，如果有目标未能实现，受影响人群的数量也将相当庞大。另外，就国家整体而言，中国已在多项儿童指标方面取得显著进展，但这掩盖了巨大的不平等和差异，特别是城乡之间及东部、中部、西部地区之间的差异。在一些欠发达地区，相关指标远远落后于全国平均水平。中国弱势群体人口众多，他们相对更难获得并享受到卫生保健服务，而且可获得的服务质量往往不高，这意味着要改善妇幼保健服务状况，中国仍任重而道远。

与过去二十年中国经济的迅猛发展相比，医疗卫生的发展相对滞后。个人自费支出持续快速增长，其占全部卫生支出的份额在2001年达到最高值60%，到2005年时仍占到卫生总费用的一半以上，近年来逐渐下降到2013年的34%³⁷。然而，中国个人卫生支出占卫生总费用比重离世界卫生组织建议的控制15–20%还有较大差距³⁸。中国政府已经认识到这些问题，并正在做出努力予以解决，以实现到2015年个人卫生支出占卫生总费用的比重降低到30%以下。但是，国际经验表明这一比重还需要进一步降低。

中国政府近年来出台了一系列深化医药卫生体制改革的举措，旨在促进基本公共卫生服务均等化，健全基层医疗卫生服务体系，加快推进基本医疗保障制度建设，初步建立国家基本药物制度，并推进公立医院改革试点。总体来说，改革的目的是要确保包括妇幼保健服务在内的医疗体系的有效、规范运行，并建立适当的法律法规和政策框架，进行恰当的监督和管理。

根据官方数据，中国已经实现了关于降低婴儿和5岁以下儿童死亡率的“千年发展目标4”，并正在逐步实现关于降低孕产妇死亡率的“千年发展目标5”。但是，儿童死亡率和孕产妇死亡率估计值的可靠性取决于活产人数估计的精确度。2013年，不同数据来源的年出生人口估计数从1,511万到1,846万之间不等³⁹。

尽管中国在妇幼保健方面取得了巨大进步，但是孕产妇和儿童死亡的绝对数量依然较高，城乡差异巨大。农村地区患者的支付能力较差，相对而言难以获得高质量的妇幼保健服务。由于妇幼保健服务的提供转为以市场为导向，个人自费支出负担加重，在住院分娩补助提供之前，城市以外地区获得妇幼保健服务的人数仍然偏少。服

务覆盖率或许可以解释某些城乡差异，如农村地区的产前保健覆盖率和住院分娩率要略低于城市。最近人们还注意到，在医疗机构死亡的孕产妇和儿童的比重有上升的趋势（与死于家中的相比），这可能与孕产妇住院分娩率提高相关，而住院分娩率的提高得益于交通改善、收入提高、补贴增加、社区对保健服务的认识提高。

孕产妇死亡的主要原因包括产科出血、妊娠期高血压病、羊水栓塞和心脏病。5岁以下儿童的死亡集中发生在出生后一年内，特别是出生后四周内。儿童死亡的主要原因包括产时并发症、早产并发症、肺炎、伤害、先天畸形和腹泻⁴⁰。营养不良仍然是母婴死亡的危险因素。

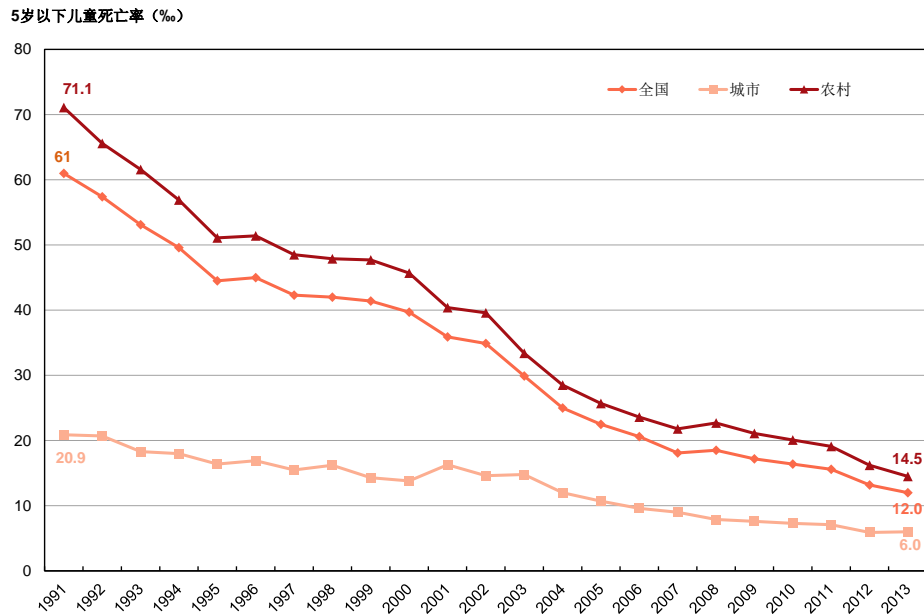
总体而言，中国妇幼保健服务覆盖率较高。2013年，中国共有3,000多所妇幼保健机构、约25万名专业技术人员从事妇幼保健工作。尽管如此，通过提高从业人员素质、增加对农村贫困家庭的资助，中国的孕产妇和儿童死亡率仍有进一步的下降空间。目前，中国部分省市出台了旨在将流动人口孕产妇保健纳入到系统管理的政策性地方性政策。中央和地方政府也推出了多项针对流动人口子女的服务，或探索相关机制将这部分人群纳入当地的免疫或儿童保健体系。

中国已经建立了相对完善的妇幼保健政策和法律框架，常被提及的核心文件包括《母婴保健法》（1994年）和妇女儿童发展纲要（九十年代，2001–2010年，2011–2020年）。另外还颁布了其他有关预防艾滋病母婴传播以及卫生经费、卫生系统管理和人力资源的法规、建议和规范。不过，上述政策法规的实施很大程度上取决于地方政府的重视程度、经费情况和人员能力，这也是孕产妇和儿童死亡率还仍然存在较大省际差异的部分原因。

新型农村合作医疗制度（RCMS）和医疗救助制度（MFAS）进一步减轻了农村地区的负担。随着参加新型农村合作医疗制度人数的大量增加，越来越多的农民特别是孕产妇正从中受益。“降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风”项目县的孕产妇还可以从专项资金中获得更多补贴，进一步降低了个人自费负担。从2009年开始，中国所有农村孕产妇都可获得政府住院分娩补贴。

虽然医疗保险在地域分布和保险覆盖率方面都取得了长足进展，但是对最年幼儿童的关注仍然不足，而正是这些儿童死亡的风险最高。根据联合国儿童基金会支持的一项在武汉、贵阳和苏州开展的研究表明，1岁以下儿童有医疗保险的可能性比1–3岁儿童低三倍，比3–5岁儿童低七倍⁴¹。

图 3.1
五岁以下儿童死亡率，1991–2013年

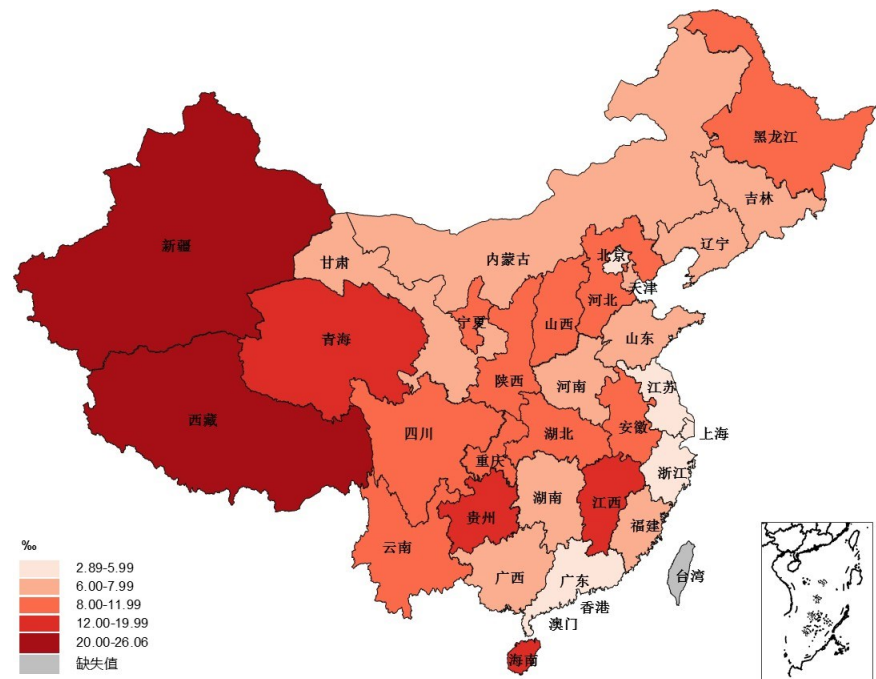


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.1

中国5岁以下儿童死亡率（U5MR）⁴²从1991年的61‰降低到2013年的12‰，年平均降幅达7%。在此期间，城市5岁以下儿童死亡率下降了71%，农村地区下降了80%。1991年，农村地区5岁以下儿童死亡率比城市高2.4倍，到2013年下降至高1.4倍。但是，此数据并未涵盖一部分未记录在册的在城市地区死亡的流动人口子女。

图 3.2
五岁以下儿童死亡率，2013年

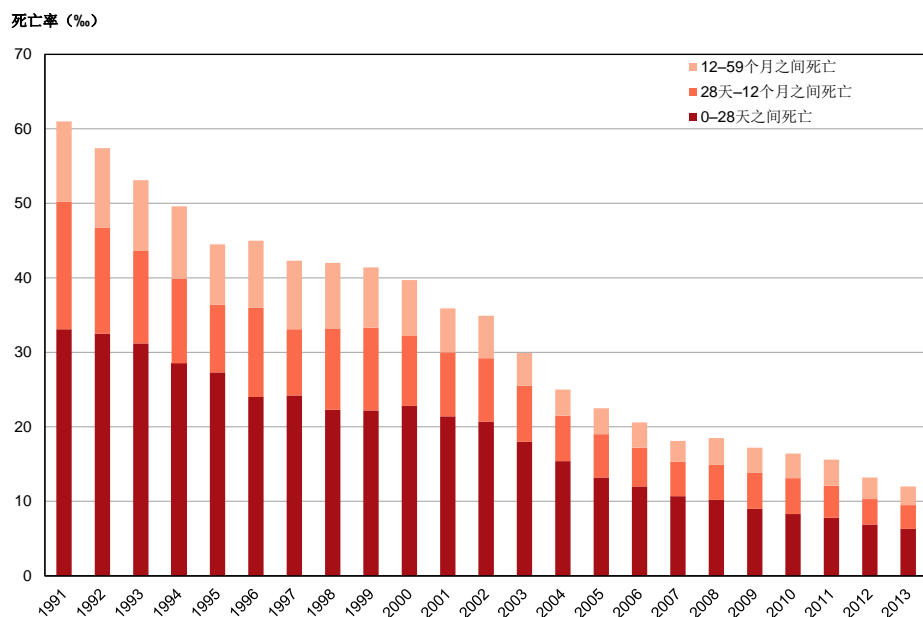


国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

图 3.2

各省5岁以下儿童死亡率存在巨大差异。总体而言，西部省份死亡率最高，东部最低。在北京，每1,000名活产婴儿中不到4例死亡，而在新疆和西藏，死亡人数大约25例。

图 3.3
五岁以下儿童死亡的年龄分布，1991–2013年

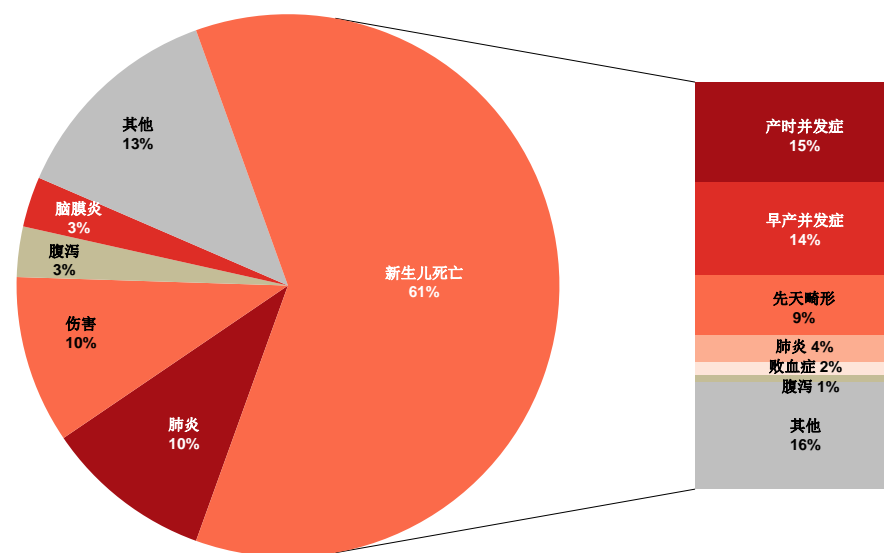


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.3

中国妇幼卫生监测系统数据显示，1991年至2013年间中国5岁以下儿童死亡率稳步降低。2013年，婴儿死亡率（出生后12个月内死亡）占全部5岁以下儿童死亡率的79%，新生儿死亡率（出生后0–28天内死亡）占全部5岁以下儿童死亡率的53%。

图 3.4
五岁以下儿童死亡原因，2013年



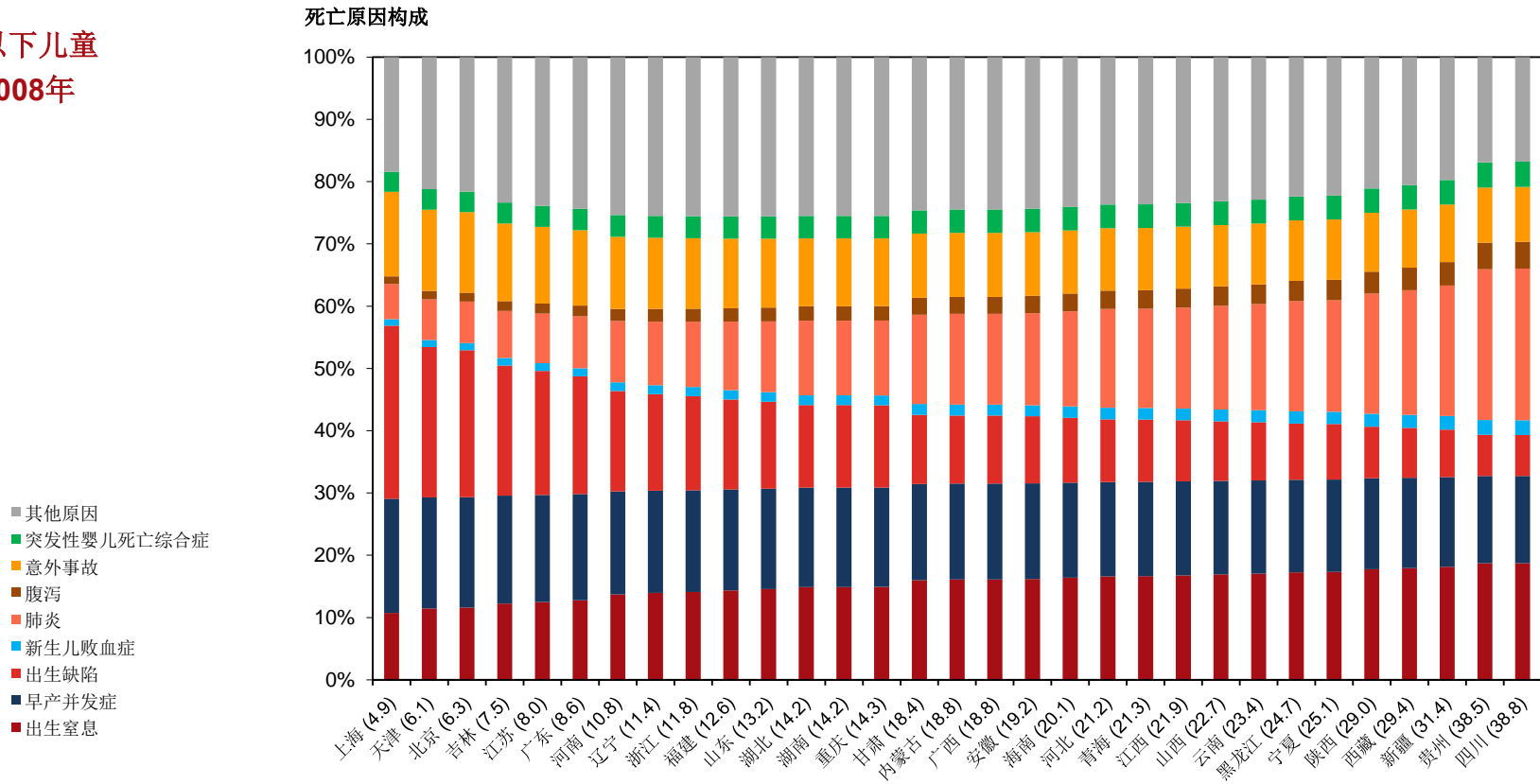
资料来源：联合国儿童基金会，《重申承诺：致力于儿童生存（2014年进展报告）》，2014年

图 3.4

根据联合国的估计，中国2013年61%的5岁以下儿童死亡发生在新生儿时期，其中很多是可以预防的。分主要死因来看，15%的5岁以下儿童死于产时并发症，14%死于早产并发症，14%死于肺炎（包括新生儿肺炎），10%死于伤害，9%死于先天畸形，4%死于腹泻（包括新生儿腹泻）。改善针对早产和低出生体重儿的预防和管理、产程管理和出生窒息复苏，加强对儿童常见疾病如肺炎和腹泻的治疗，以及加强儿童伤害预防将有助于减少5岁以下儿童死亡。

* 根据联合国机构间儿童死亡估计小组（UN IGME）的估计⁴³，2013年中国5岁以下儿童死亡率全球各国排名第122位，但从绝对数来看，中国每年约有23.6万名5岁以下儿童死亡，在全球排名第5。

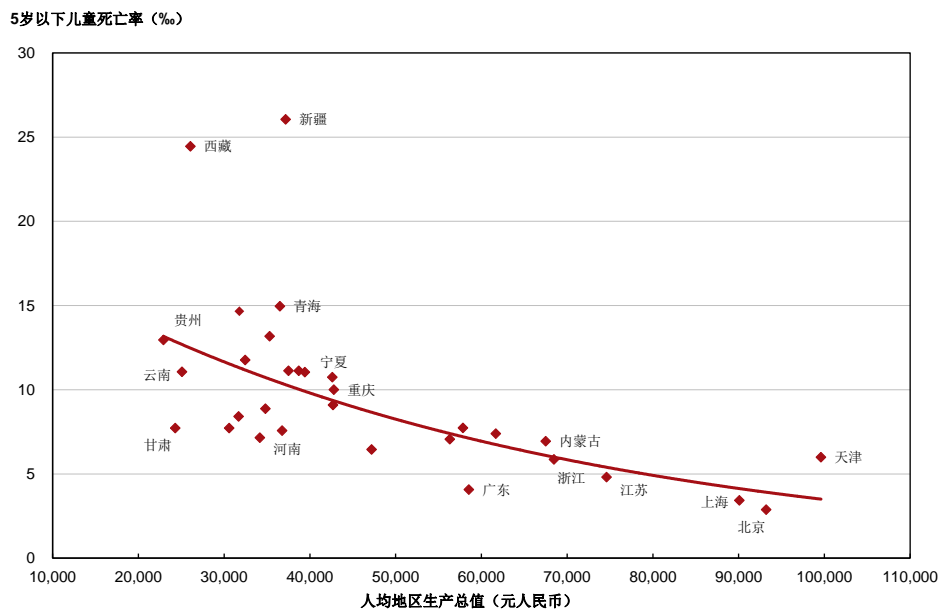
图 3.5
各地区五岁以下儿童
死亡原因，2008年



资料来源: Igor Rudan, Kit Yee Chan, Jian SF Zhang, Evropi Theodoratou, Xing Lin Feng, Joshua A Salomon, Joy E Lawn, Simon Cousens, Robert E Black, Yan Guo, Harry Campbell on behalf of CHERG, “中国2008年5岁以下儿童死亡原因”, 《柳叶刀》, 2010年3月27日, 第375卷, 第9720期, 第1083–1089页

图 3.5
图中显示各省2008年5岁以下儿童死亡原因构成。分省5岁以下儿童死亡率是基于统计模型估计的，图中按照各省5岁以下儿童死亡率从低到高进行了排序（省名后的括号内为5岁以下儿童死亡率）。各省5岁以下儿童死亡率最低的是上海，不到5‰；最高的是四川和贵州，超过38‰，几乎是上海的8倍。在经济比较发达的六个省（上海、天津、北京、吉林、江苏和广东），出生缺陷是儿童死亡最主要的原因。而在经济落后的省份，肺炎、出生窒息和意外事故仍导致很大的死亡负担。

图 3.6
人均地区生产总值及五岁以下儿童死亡率，2013年

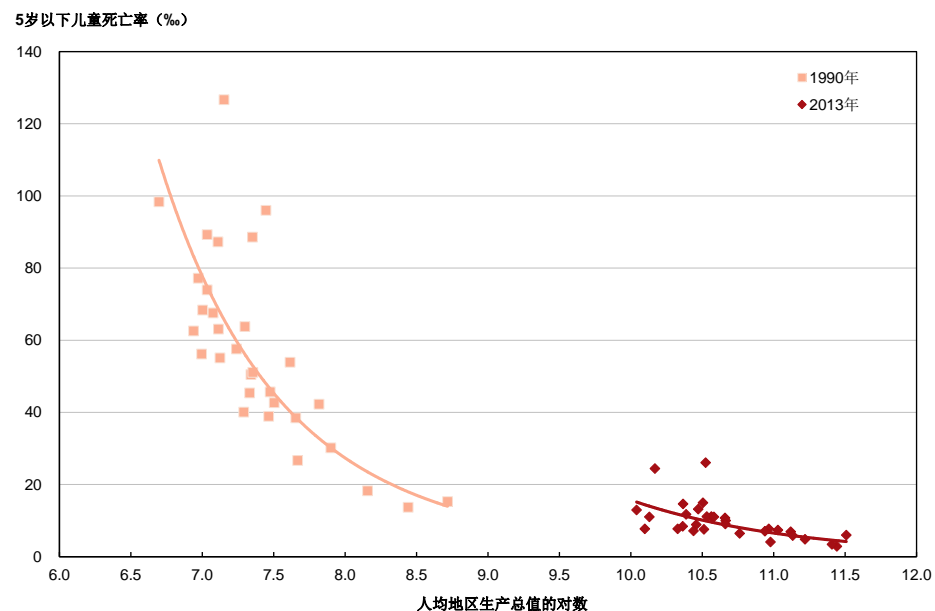


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年（人均地区生产总值）；
国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年（5岁以下儿童死亡率）

图 3.6

在中国，5岁以下儿童死亡率和经济发展成反比关系。总体而言，尽管有个别省份例外，人均GDP较低的省份普遍呈现较高的儿童死亡率，反之亦然。天津、北京和上海人均GDP最高，5岁以下儿童死亡率也最低。

图 3.7
人均地区生产总值及五岁以下儿童死亡率，
1990年和2013年

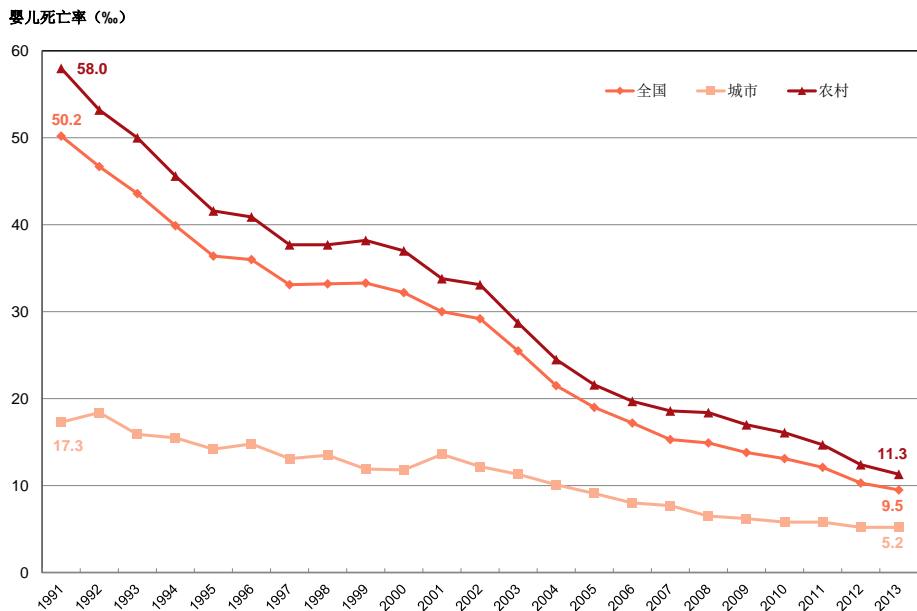


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，1991年和2014年（人均地区生产总值）；
国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，1991年和2014年（5岁以下儿童死亡率）

图 3.7

1990–2013年间中国经济和卫生事业取得了巨大进步。随着人均GDP的增长，2013年最贫困省份5岁以下儿童死亡率也与1990年最富裕省份的水平相近。

图 3.8
婴儿死亡率，1991—2013年

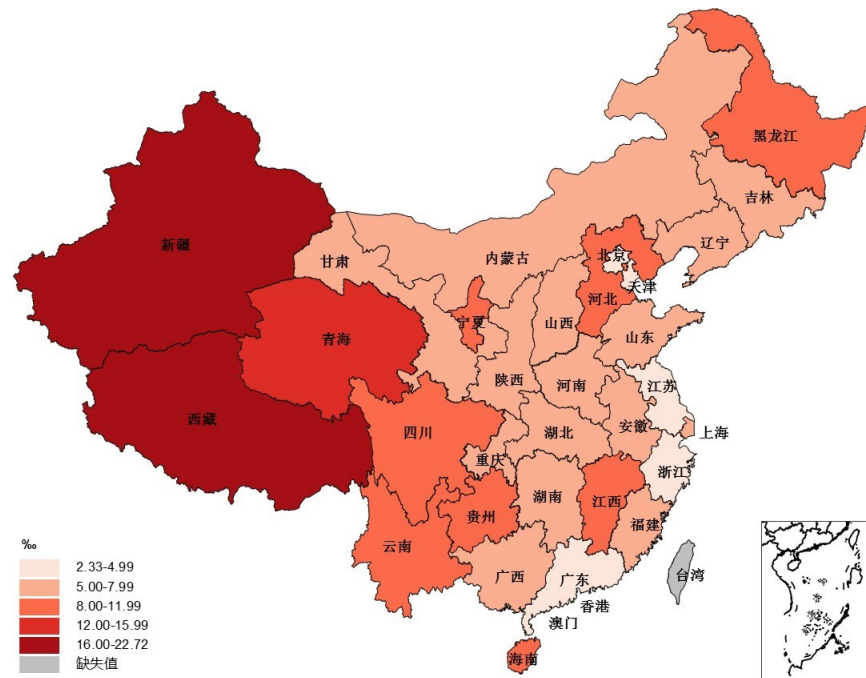


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.8

自1991年起，中国婴儿死亡率 (IMR)⁴⁴ 大幅降低。根据中国妇幼卫生监测系统的数据，全国婴儿死亡率从1991年的50‰降至2013年的9.5‰。1991—2013年城市婴儿死亡率降低了70%，农村降低了81%。但是，城乡间的巨大差异仍然存在，2013年农村婴儿死亡率比城市高1.2倍。

图 3.9
婴儿死亡率，2013年

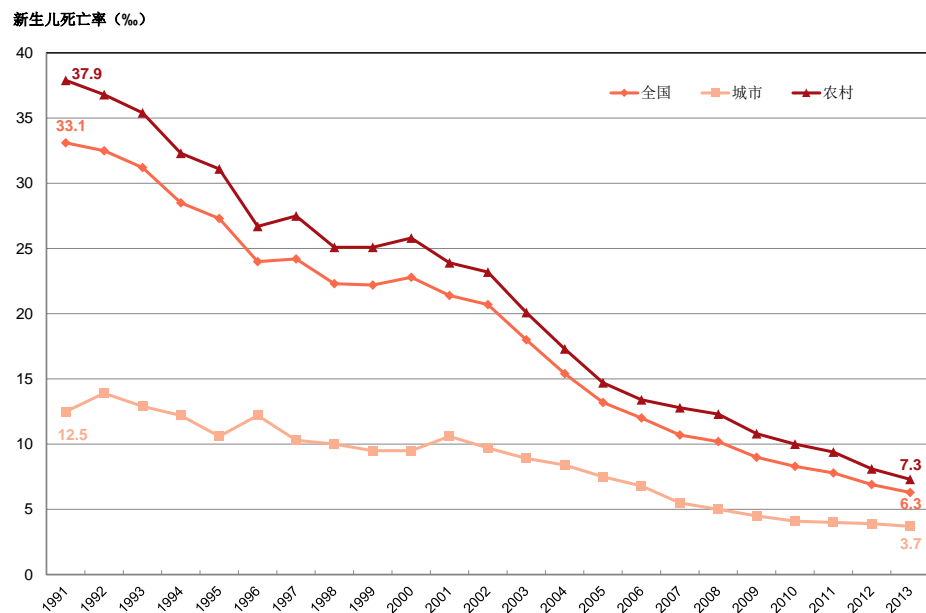


国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

图 3.9

各省婴儿死亡率存在巨大差异。总体而言，西部省份最高，东部最低，中部介于两者之间，范围从北京的2.3‰到新疆和西藏的20‰左右。

图 3.10
新生儿死亡率，1991–2013年

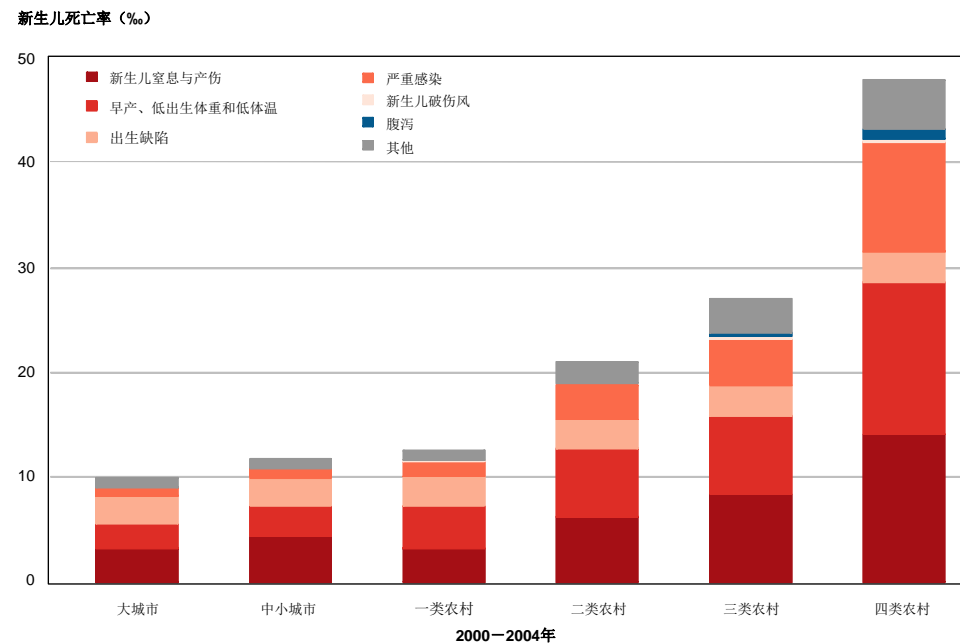


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.10

自1991年起，中国新生儿死亡率（NMR）⁴⁵大幅下降，从1991年的33‰降至2013年的6.3‰。1991年，农村地区新生儿死亡率比城市高2倍，到2013年仍高出1倍。

图 3.11
各地区新生儿死亡原因，2000–2004年



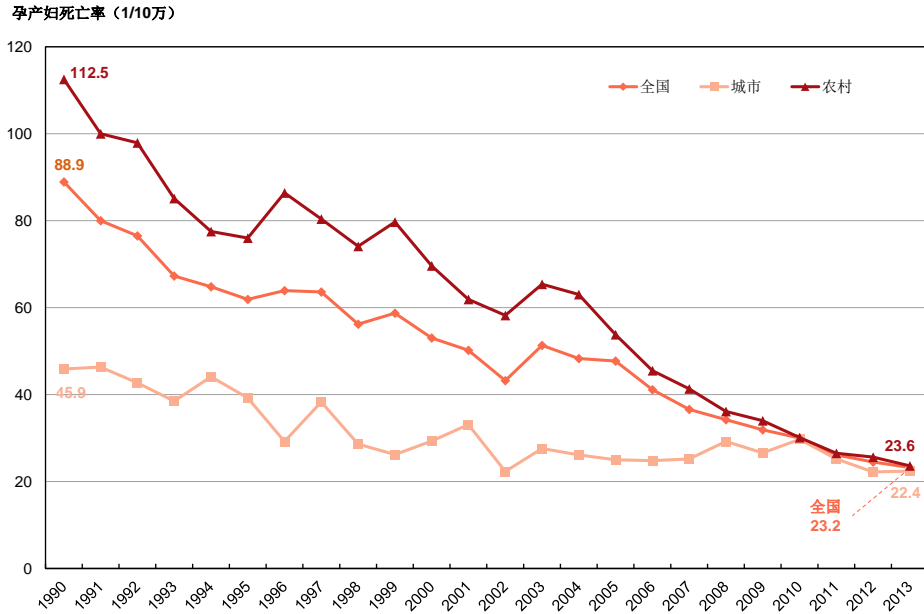
资料来源：原卫生部、联合国儿童基金会、世界卫生组织和联合国人口基金，《中国孕产妇与儿童生存策略研究》，2006年

图 3.11

2000–2004年，中国导致新生儿死亡的四个主要原因为：新生儿窒息和产伤，早产、低出生体重和低体温，严重感染，以及出生缺陷。上述原因导致的死亡人数占中国新生儿死亡病例的89%，占5岁以下儿童死亡病例的50%以上。

注：图3.11采用了1993年原卫生部中国地区分类法，将所有县、区分为大城市、中小城市和四类农村地区（一类、二类、三类和四类）。该方法采用发展指数作为分类依据，根据工业化水平、教育程度、文盲率、婴儿死亡率、人均GDP和人口统计学等指标进行分类。

图 3.12 孕产妇死亡率，1990-2013年

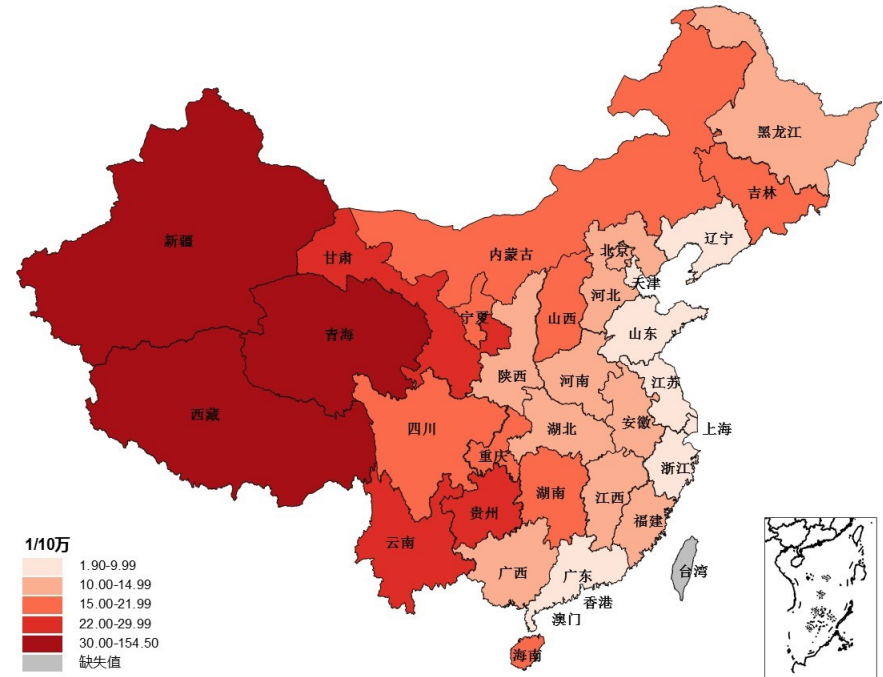


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年；原卫生部，《中国卫生统计摘要》，2010年（1990年数据）

图 3.12

自1990年起，中国孕产妇死亡率（MMR）⁴⁶大幅下降，城乡差异也逐年缩小。1990年，农村地区孕产妇死亡率比城市高1.5倍，而到2013年只比城市地区高5.4%。图中显示近年来孕产妇死亡率的城乡差距在逐步缩小，这主要是由于农村孕产妇死亡率降低所致，而城市孕产妇死亡率受流动人口中孕产妇死亡的影响自1998年以来大致稳定。

图 3.13 孕产妇死亡率，2013年

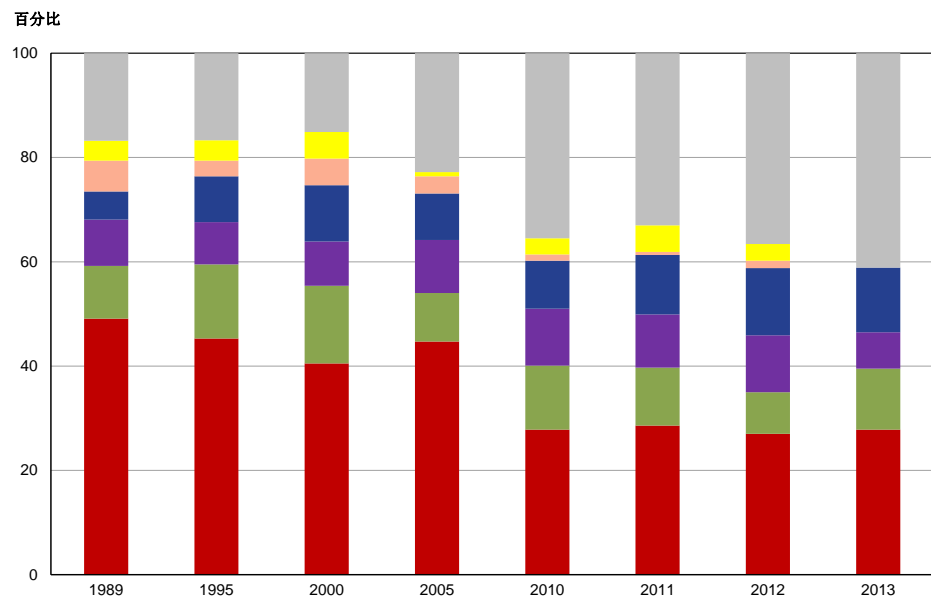


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.13

与儿童死亡率地区分布状况比较一致，中国各省孕产妇死亡率也存在巨大地区差异，从沿海省份的不到10/10万，到中部省份的约15/10万，在有些西部省份则超过30/10万。

图 3.14
孕产妇死亡原因构成，1989—2013年



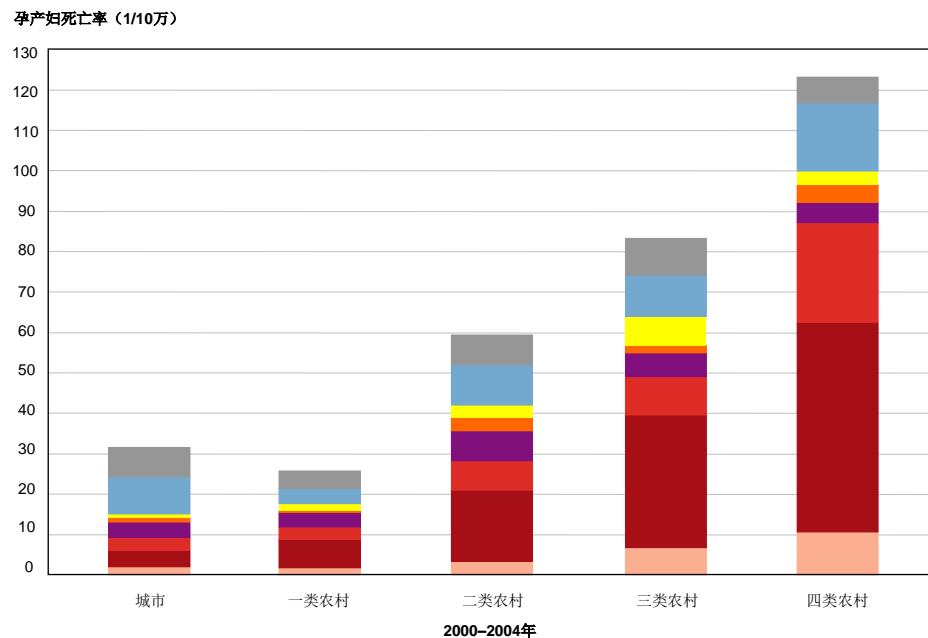
资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

■ 产科出血 ■ 产褥感染
■ 妊高症 ■ 肝病
■ 心脏病 ■ 其他原因
■ 羊水栓塞

图 3.14

产科出血是历年来导致孕产妇死亡的主要原因。不过，由于产科出血导致的孕产妇死亡比重已经从1989年的49%降至2013年的28%。在中国，产褥感染已经不再是孕产妇死亡的主要原因。

图 3.15
各地区分死亡原因的孕产妇死亡率，2000—2004年



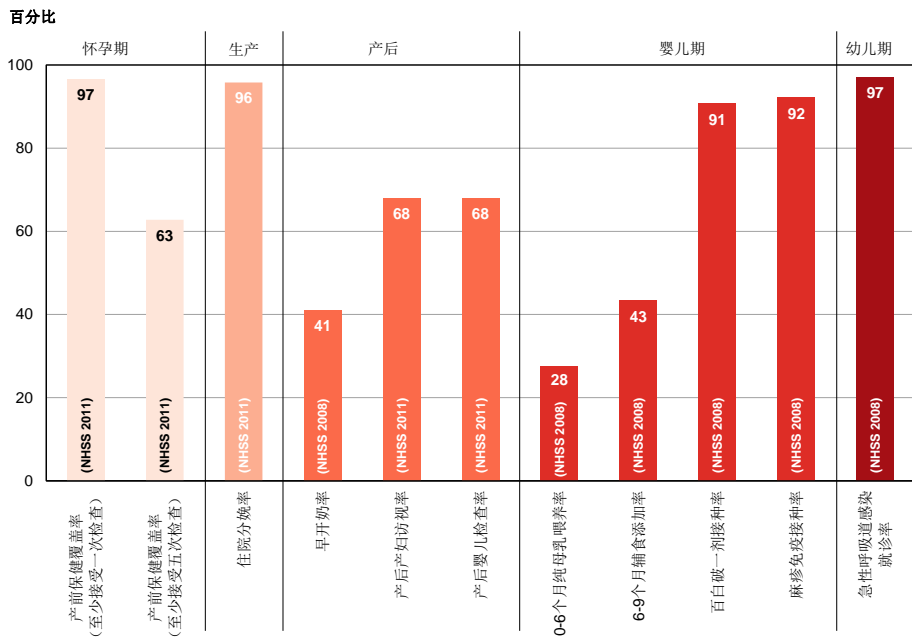
资料来源：原卫生部、联合国儿童基金会、世界卫生组织和联合国人口基金，《中国孕产妇与儿童生存策略研究》，2006年

■ 产前出血 ■ 产褥败血症
■ 产后出血 ■ 难产
■ 妊娠高血压病 ■ 间接原因
■ 栓塞 ■ 其他

图 3.15

根据中国妇幼卫生监测系统数据，产后出血是导致孕产妇死亡的主要原因，其次是间接原因、妊娠期高血压病、难产、产前出血、栓塞和产褥败血症。数据显示，75%以上的孕产妇死亡是可以预防，或通过提供必要的产科服务进行治疗的。

图 3.16
妇幼卫生保健各阶段干预措施覆盖率，2008年和2011年*



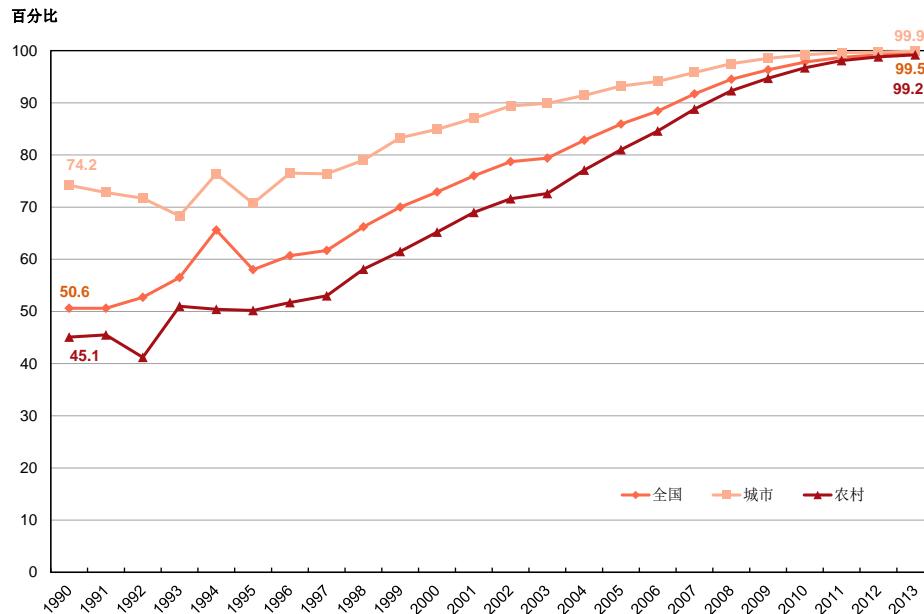
资料来源：原卫生部，国家卫生服务调查，2008年（NHSS 2008）；
 原卫生部，2011年医疗卫生改革阶段性评估调查，2011年（NHSS 2011）

图 3.16

妇幼卫生保健各阶段干预措施的覆盖率不一。中国在孕产妇保健方面如产前检查覆盖率和住院分娩率、儿童计划免疫和肺炎就医方面取得了良好进展，但在一些关键性妇幼卫生保健干预措施上还相对落后，覆盖率偏低，比如产前检查达5次、产后保健和婴幼儿喂养方面。

* 国家卫生和计划生育委员会从1993年开始，每五年开展一次国家卫生服务调查（NHSS），到2013年共开展了五次。2011年数据为卫计委在2011年开展的医疗卫生改革阶段性评估调查。截止2014年12月15日，卫计委还尚未对外公开发布2013年第五次国家卫生服务调查结果。

图 3.17
城乡住院分娩率，1990-2013年

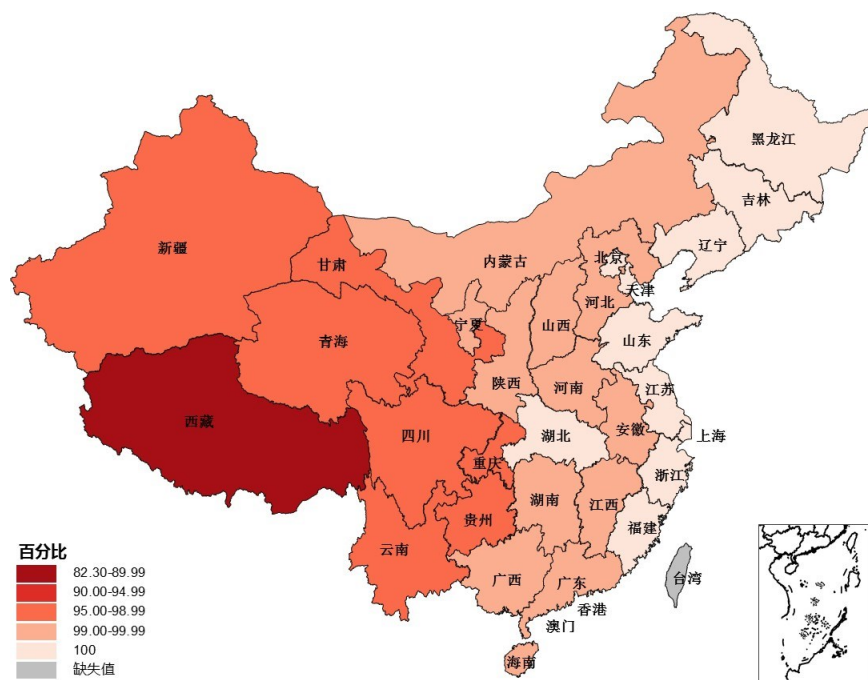


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.17

中国的住院分娩率在过去二十年里稳步上升。城乡差异尽管仍旧存在，但已经比20世纪90年代时缩小了很多。过去二十年中，城市和农村地区孕产妇住院分娩率的显著提高为保障孕产期安全和降低孕产妇死亡率发挥了重要作用。

图 3.18
住院分娩率，2013年

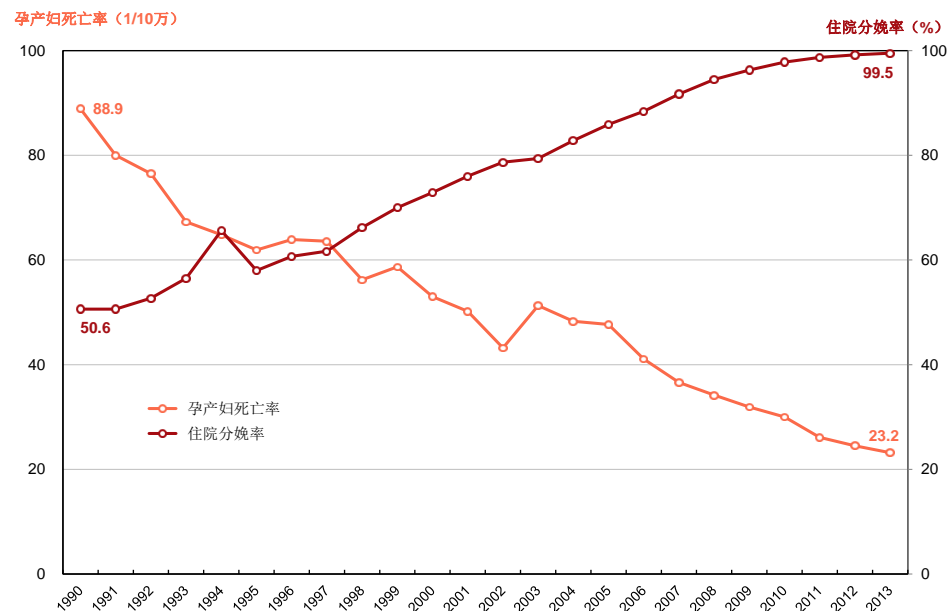


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.18

整体而言，各省住院分娩率都较高。但一些西部省份仍然相对落后，西藏的住院分娩率最低，为 82%。

图 3.19
住院分娩率及孕产妇死亡率，1990-2013年

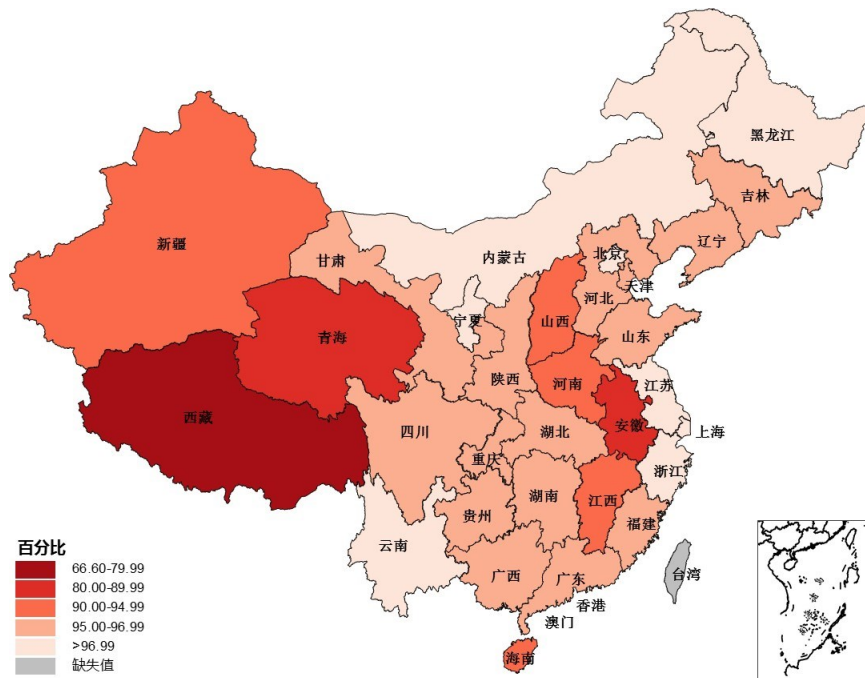


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.19

中国孕产妇死亡率和住院分娩率之间呈反向变化。1990-2013年，住院分娩率从 50.6% 上升到 99.5%，同期孕产妇死亡率由 88.9/10 万降至 23.2/10 万。

图 3.20
产前保健覆盖率（至少接受一次检查），2013年

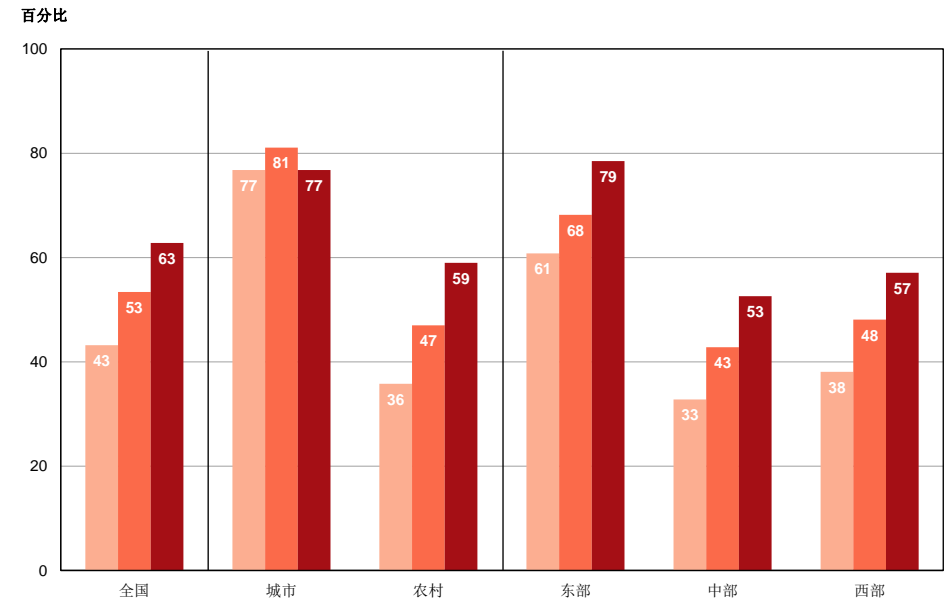


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.20

在中国，产前保健覆盖率⁴⁷指妊娠期间至少接受过一次由熟练医护人员（医生、护士或助产士）提供的产前保健服务的孕产妇比重。联合国儿童基金会和世界卫生组织建议怀孕期间至少要接受四次产前保健服务。

图 3.21
产前保健覆盖率（至少接受五次检查），2003年、2008年和2011年

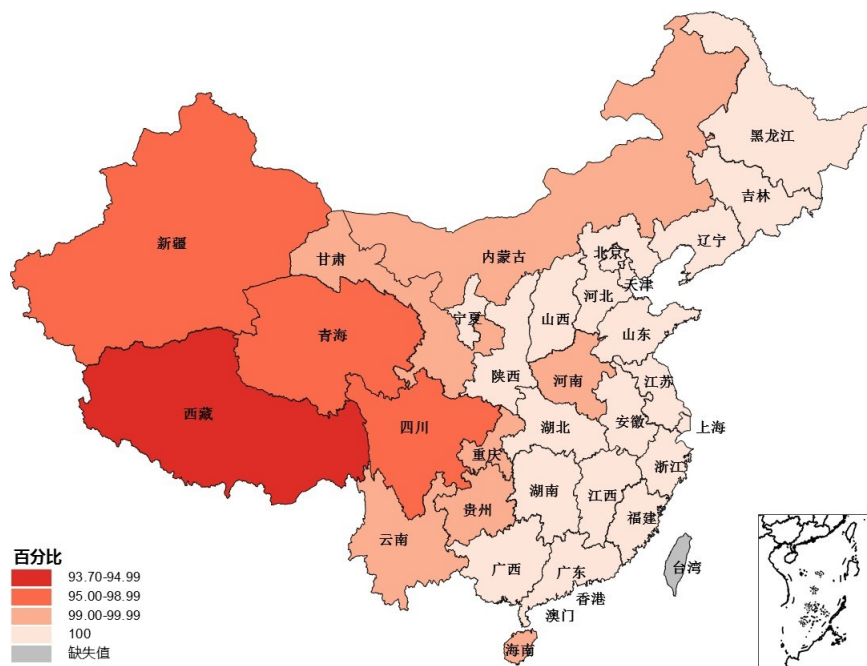


资料来源：Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “2003—2011年中国医疗卫生服务的可及性及经济保护变化趋势分析：一项横断面研究”，《柳叶刀》，2012年3月3日，第379卷，第9818期，第805—814页（注：文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据）

图 3.21

国家卫生服务调查指标中包括五次及以上产前保健覆盖率。最近三轮调查结果显示，2003年到2011年间，五次以上产前保健率提高了20个百分点，到2011年达到63%，这主要归功于农村地区和中西部省份的相应进展。但是，城乡之间以及东中西部之间仍然存在差距。

图 3.22
新法接生率，2013年

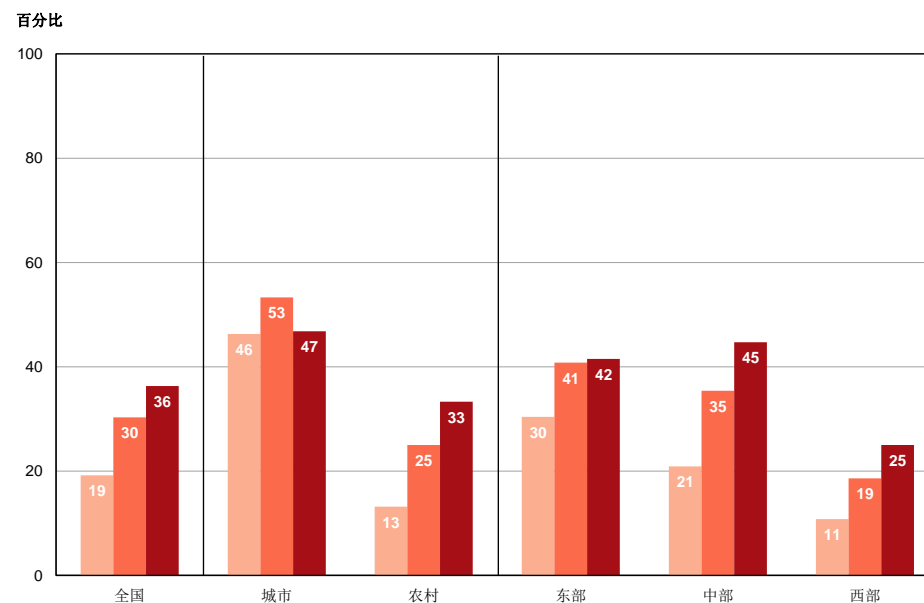


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.22

整体而言，各省新法接生率⁴⁸都较高，但西部地区较低，且西藏最低（94%）。

图 3.23
剖宫产率，2003年、2008年和2011年



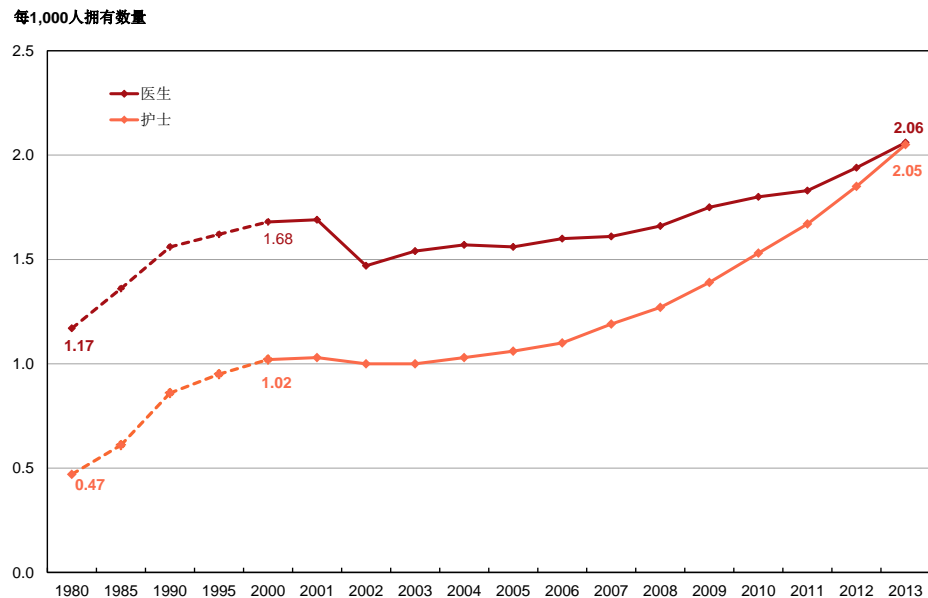
资料来源：Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “2003—2011年中国医疗卫生服务的可及性及经济保护变化趋势分析：一项横断面研究”，《柳叶刀》，2012年3月3日，第379卷，第9818期，第805—814页（注：文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据）

■ 2003年
■ 2008年
■ 2011年

图 3.23

最近三轮国家卫生服务调查结果显示，全国和分城乡、分东中西部剖宫产率在各年度之间呈现出整体上升趋势，唯一的例外是在2008年到2011年间，城市剖宫产率有所下降。剖宫产率已经超过了临床需要的水平⁴⁹。从全国来看，2011年每3名产妇中有1名是剖宫产，而2003年每5名产妇中才有1名是剖宫产。尽管城市地区的剖宫产率最高，但是2003—2011年间，剖宫产率在农村地区及中西部地区增长更快。

图 3.24
医生和护士数量，1980–2013年

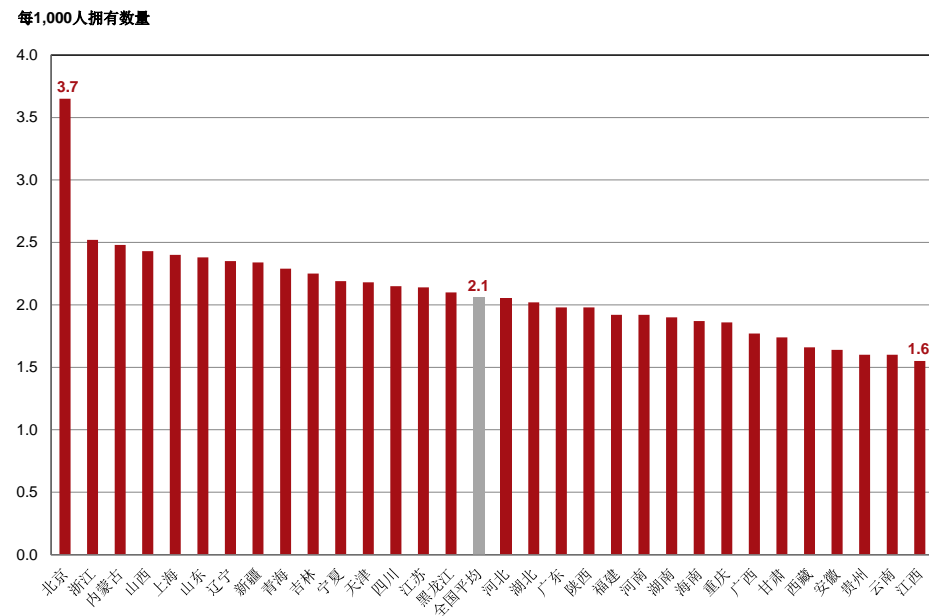


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.24

在过去30多年里，每千人拥有医生数从不到1.2名增加到2.1名。2001–2002年人数的减少归因于在此期间出台的对医务人员能力和资格认定更为严格的政策。

图 3.25
各地区医生数量，2013年

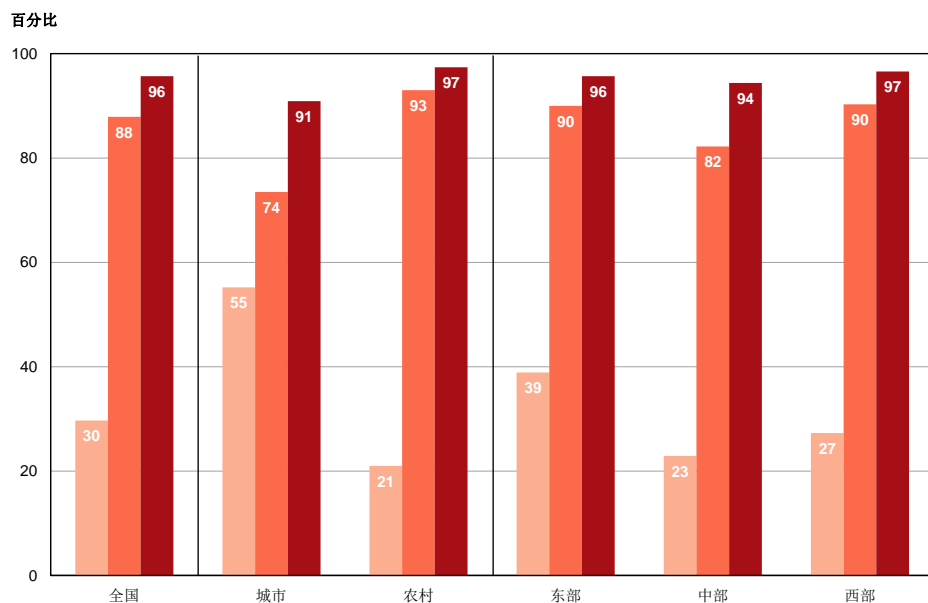


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.25

每千人拥有医生数⁵⁰在各省之间存在差别。北京最多，为每千人3.7名。大约一半省份不足每千人2名，其中包括一些东部和中部分省份。

图 3.26
医疗保险覆盖率，2003年、2008年和2011年



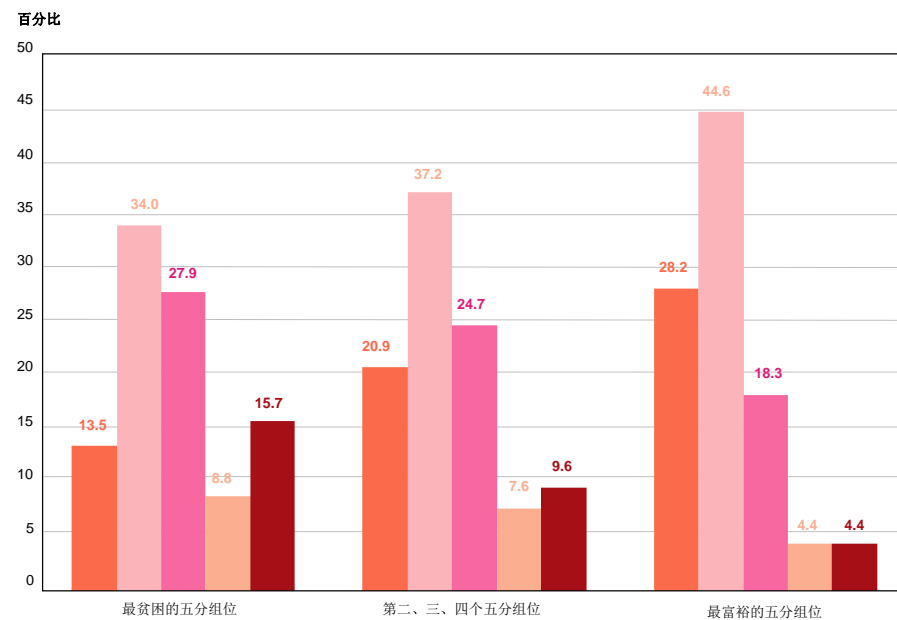
资料来源：Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “2003—2011年中国医疗卫生服务的可及性及经济保护变化趋势分析：一项横断面研究”，《柳叶刀》，2012年3月3日，第379卷，第9818期，第805—814页（注：文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据）

■ 2003年
■ 2008年
■ 2011年

图 3.26

2003—2011年8年间全国及分城乡、分东中西部医疗保险覆盖率都持续上升。2011年，96%的城乡居民都参加了医疗保险，覆盖12.9亿人。2000年初推出新型农村合作医疗制度（RCMS）⁵¹后，农村地区医疗保险覆盖率大幅上升。目前，新农合已基本覆盖整个农村地区，大大提高了农村居民获得医疗卫生服务的可能性。

图 3.27
城镇不同收入群体对医疗机构的选择，2006年



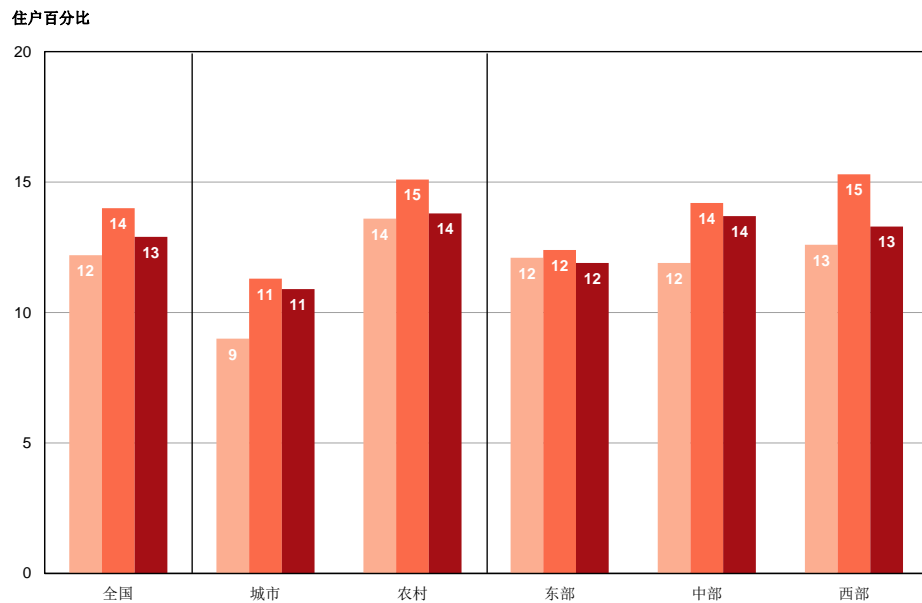
资料来源：Hana Brix, 《中国的城镇服务和治理》，第5030号政策研究工作论文，世界银行，2009年

■ 省级
■ 市级
■ 区级
■ 社区
■ 私人诊所

图 3.27

在医疗卫生机构选择方面，中国最富裕和最贫困的五分之一人口及中间人群之间存在明显差异。最富裕的五分之一人口往往选择省市级医疗卫生机构，这些机构能够提供最全面的服务。在中国，社区一级的诊所往往提供价格较低、质量也相对较低的卫生服务。因此，相对于中间人群和富裕人群，最贫困的五分之一人口更可能到地方一级的医疗卫生机构寻求服务。

图 3.28
发生大病医疗支出的住户比重，2003年、2008年和2011年



资料来源: Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “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”, 《柳叶刀》, 2012年3月3日, 第379卷, 第9818期, 第805—814页(注: 文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据)

■ 2003年
■ 2008年
■ 2011年

图 3.28

根据国家卫生服务调查结果, 2003年到2011年间, 全国每年发生大病医疗的住户比重在12%到14%之间。数据同时也显示, 农村和中西部地区住户发生大病医疗支出的可能性更大。相应地, 农村和中西部地区住户因经济困难而自行出院的比重更高, 而正是这些住户医疗卫生支出占生活消费支出的比重也往往更大⁵²。

图 3.29
最低和最高收入组住户部分卫生指标的比值,
2003年、2008年和2011年

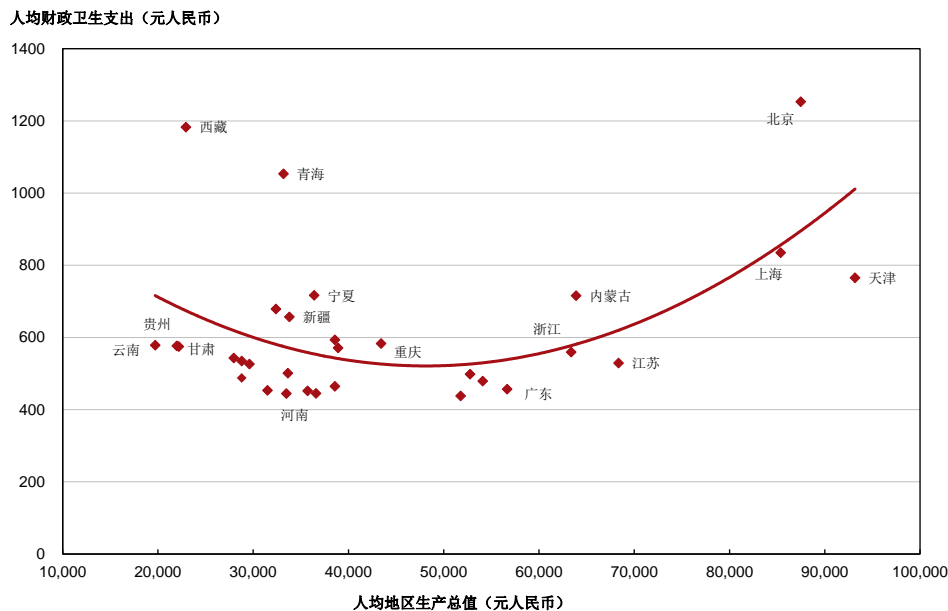
	2003年	2008年	2011年
产前保健覆盖率 (至少接受五次检查)	0.74	0.79	0.94
住院分娩率	0.91	0.97	1.01
医疗保险覆盖率	0.63	0.93	0.98
门诊服务利用率	0.86	0.94	0.98
住院报销比例	0.37	0.85	0.97
发生大病医疗支出的住户比例 (逆指标, 使用倒数)	0.54	0.50	0.49

资料来源: Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “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”, 《柳叶刀》, 2012年3月3日, 第379卷, 第9818期, 第805—814页(注: 文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据)

图 3.29

用最低25%和最高25%收入组指标比值来衡量, 表中前五个指标显示在减少高低收入组差异方面取得了很大进展。但是, 高低收入组在大病医疗支出方面的差距还在扩大, 2011年, 低收入组发生大病医疗支出的住户比重是高收入组的两倍。

图 3.30
各地区人均财政卫生支出及人均地区生产总值，2012年

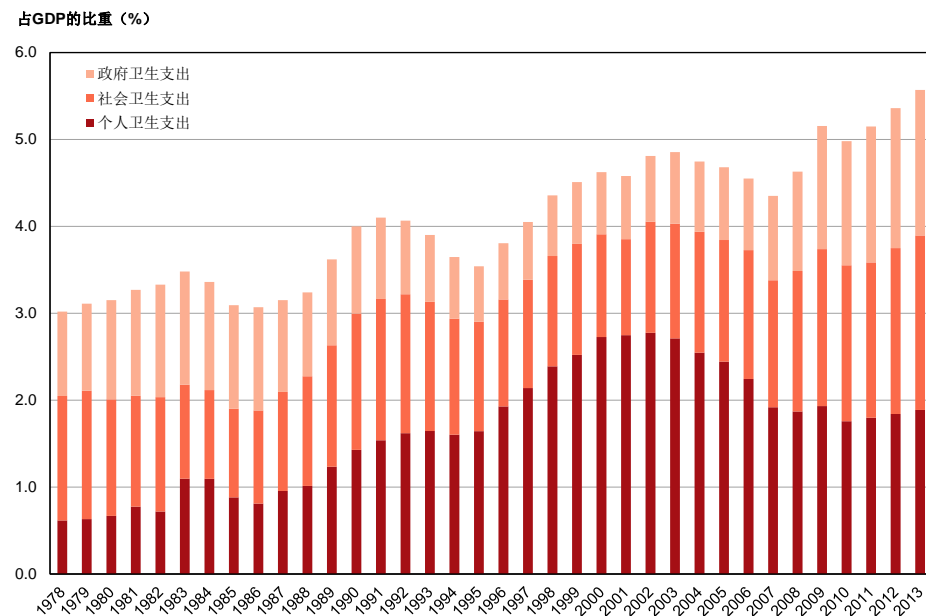


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2013年

图 3.30

中国各省人均财政卫生支出与人均地区生产总值的散点图基本呈现出东部省份人均财政卫生支出高于西部省份的态势。但是，两者并非线性相关。人均地区生产总值较低的西部省份人均财政卫生支出水平也可能与东部省份相当。

图 3.31
政府、社会及个人卫生费用支出，1978–2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 3.31

在过去的三十多年里，中国卫生费用支出占GDP的比重从3%上升至5.6%。一直到2000年代中期，此增长几乎完全是由个人自费支出推动的。此后，个人卫生支出所占份额逐步下降，到2013年降至34%。中国将提高政府卫生投入，加强居民卫生服务的财力保障，实现到2015年个人卫生支出占卫生总费用的比重降低到30%以下。



4

国家免疫规划

概述

自1978年推出以来，中国的计划免疫（EPI）一直是非常成功和极具成本效益的公共卫生干预举措。1978–1995年间，计划免疫针对的几种主要传染病（脊髓灰质炎、麻疹、破伤风、百日咳和白喉）的死亡率及发病率下降了98%。自2002年中国将乙肝疫苗纳入计划免疫以来，低龄儿童乙型肝炎感染率出现大幅下降，这进一步证明中国的计划免疫取得了成功。

1990年，中国实现了“普及儿童免疫接种”的目标，即适龄儿童接种率达到80%以上。2000年，中国实现了无脊髓灰质炎。2011年，在成为无脊灰国家11年后，新疆出现了首个报告病例。政府将新疆脊灰暴发视为突发公共卫生事件，立即采取了各种响应措施，包括在新疆开展脊灰强化免疫活动。2012年11月，世界卫生组织宣布中国恢复无脊灰状态。

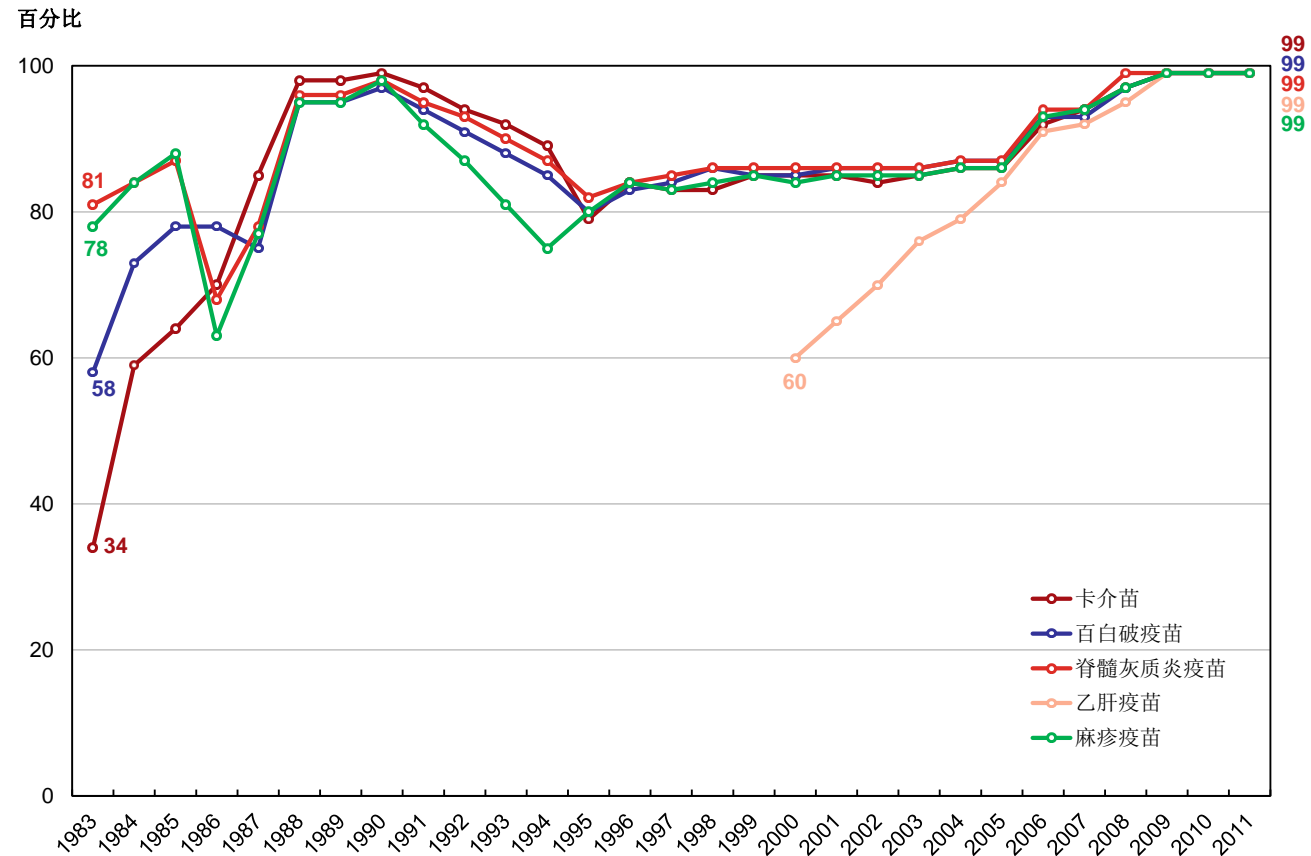
2004年，国务院正式通过了《中华人民共和国传染病防治法》修订版，对儿童实行免费常规免疫接种。2008年，中国扩大了国家免疫规划的疫苗种类，以保护儿童免于感染12种传染病。另外，中国政府还做出有力承诺，到2010年消除孕产妇和新生儿破伤风，到2015年消除麻疹。2012年10月30日，世界卫生组织正式宣布中国已消除孕产妇和新生儿破伤风。总的来看，国家免疫规划使成千上万的儿童得到保护，免于感染疫苗可预防的疾病。

2009年实施卫生体制改革以来，中央政府加大资助力度，以弥补之前公共卫生服务对免疫工作的不够重视⁵³。但是，诸多挑战依然存在，管理日益增多的疫苗接种工作和越来越多的监测任务使得免疫规划资金和人员仍显得相对缺乏。卫生工作者的人数和专业知识有限，部分地区的后勤供给与地理条件也构成障碍。儿童免疫的均等化问题依然突出，主要体现为免疫服务质量不一，某些疫苗可预防疾病的持续流行，比如在西部省份和流动儿童中流行的麻疹病毒，和2011年新疆南部的输入性脊灰暴发。国家和省级疾病报告系统亦表明，在城镇地区居住的流动人口子女的接种率相对较低。

肺炎、流感嗜血杆菌和轮状病毒疫苗等能有效降低5岁以下儿童死亡率，特别是肺炎引起的儿童死亡。这些疫苗目前在中国还是第二类疫苗，尚未纳入国家免疫规划。

国家免疫规划的扩大实施在省一级的执行情况有一定差距，部分西部省份和贫困地区推广新疫苗的速度仍相对较慢。

图 4.1
一岁儿童全程免疫接种
率，1983–2011年

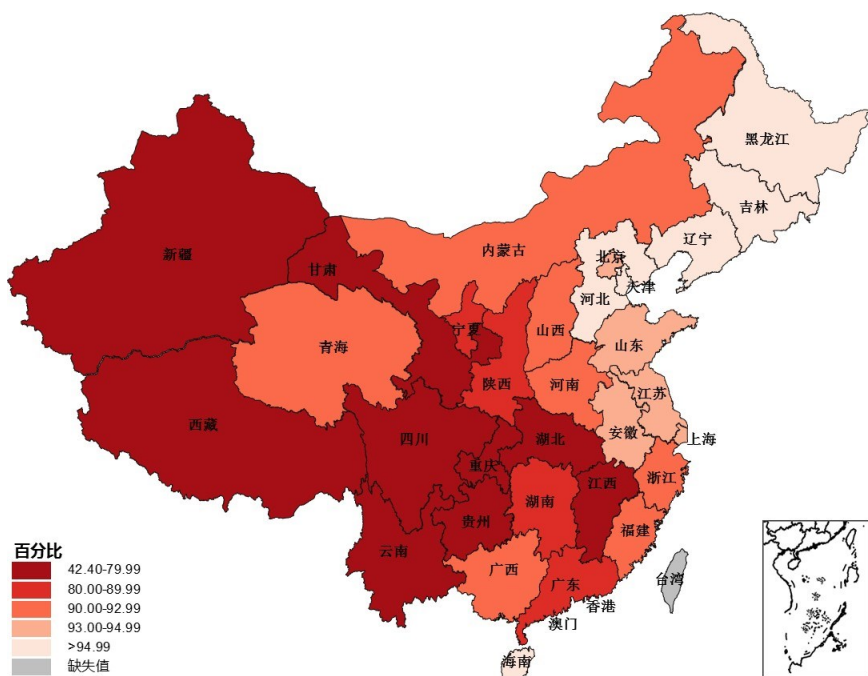


资料来源：原卫生部、世界卫生组织和联合国儿童基金会，《儿童免疫覆盖率联合报告》，2012年

图 4.1

20世纪80年代初，部分疫苗的接种率低至35%。通过开展计划免疫，到20世纪90年代初，全国接种率水平已超过了90%。1991–1996年间，接种率略有下降，其原因是，在经济改革初期，投入相应减少，而主要依靠个人自费来支付接种服务的相关费用以维持免疫接种工作。2002年，乙型肝炎疫苗接种被纳入了国家免疫规划。2004年，中国政府执行了一项新政策，为儿童提供免费常规免疫接种服务，接种率也随之上升。2009年以来，卡介苗、百白破疫苗（百日咳、白喉和破伤风联合疫苗）、脊髓灰质炎疫苗、乙肝疫苗和麻疹疫苗的接种率均达到99%。

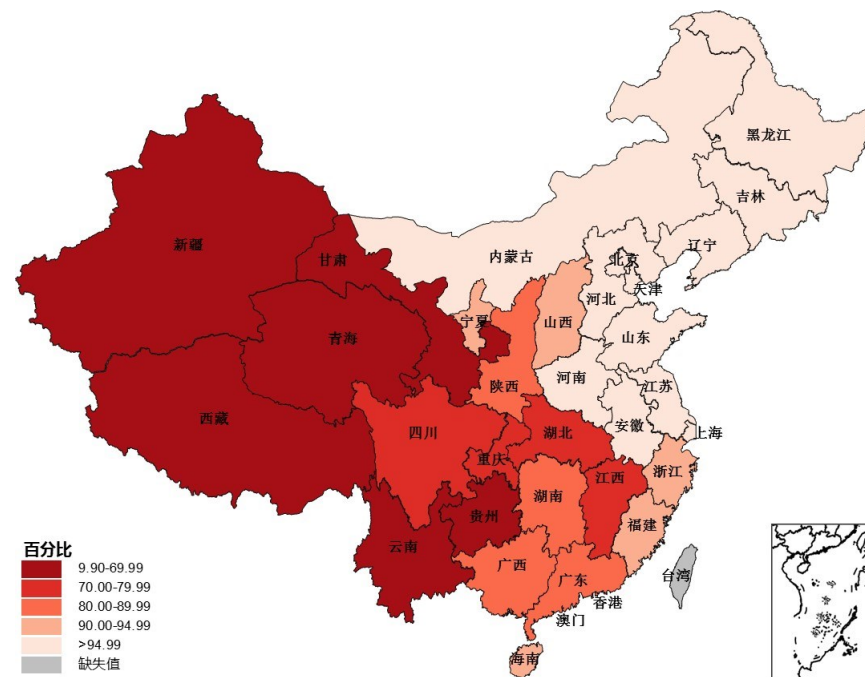
图 4.2
一岁儿童全程免疫接种率，2004年



资料来源：原卫生部，《国家免疫接种调查报告》，2004年

图 4.2
全程免疫接种⁵⁴指的是，接种卡介苗（BCG）、口服脊髓灰质炎疫苗（OPV）、百白破（DTP）以及麻疹疫苗。中国2004年设定的全国目标是，乡镇免疫接种率达到85%。不过，中西部地区的接种率明显较低，很多省份低于80%。

图 4.3
一岁儿童三剂乙肝疫苗接种率，2004年

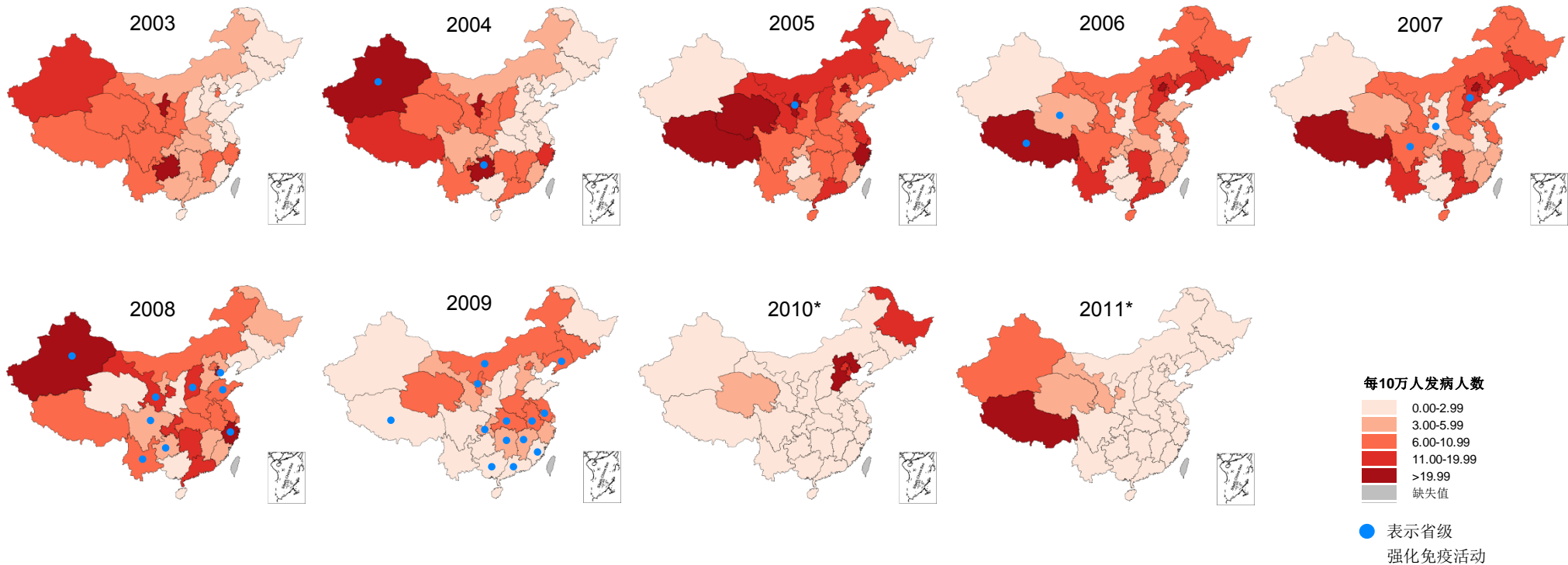


资料来源：原卫生部，《国家免疫接种调查报告》，2004年

图 4.3
2002年，中国政府与全球疫苗和免疫联盟（GAVI）合作，将乙型肝炎疫苗纳入了国家免疫规划。和东亚其他许多国家一样，乙型肝炎在中国也非常流行。乙型肝炎以及相关慢性并发症，如肝硬化、肝癌等会危及生命，其医治也会给社会带来沉重的经济负担。

2004年的国家免疫接种调查仍然是全国范围接种率的最新数据来源（非行政上报数据）。另外，中国疾病预防控制中心2006年开展了一项全国血清学调查，发现儿童乙型肝炎感染率呈显著下降，1992–2006年间，0–4岁儿童乙型肝炎表面抗原携带率由9%降至1%，这是一项了不起的成就。随着住院分娩率的上升，新生儿乙肝疫苗首针接种率出现大幅增长，几乎消除了围产期感染风险。然而，在中国西部省份，乙肝疫苗接种率仍然较低，在某些西部省份和少数民族地区，疾病负担（乙型肝炎感染率）仍然较高。

图 4.4
麻疹发病率和强化免疫活动，2003–2011年



资料来源：中国疾病预防控制中心，国家麻疹监测报告系统，2012年

图 4.4

该图展示了2003–2011年间，全国各省麻疹发病率与强化免疫活动（SIA）的情况。过去几年来，西部省份多次开展了强化免疫活动，然而，在这些地区，由于后续常规免疫不能维持在较高水平，强化免疫可持续性效果不明显。从2008年开始，部分中东部省市也开展了一系列强化免疫活动，以应对这些地区主要与流动人口涌入有关的较高的麻疹发病率。

* 2010在全国范围内开展了麻疹强化免疫活动，2011年未开展麻疹强化免疫活动。



5

营养

概述

一般营养

反映人口营养状况的指标包括生长迟缓（按年龄的身高不足）、低体重（按年龄的体重不足）和消瘦（按身高的体重不足）的患病率等。在中国，经济快速增长促使儿童低体重和消瘦的患病率显著下降，但是儿童生长迟缓问题依然存在。中国生长迟缓儿童人数在全球排名第二，仅次于印度，占全球生长迟缓儿童总数的6.5%⁵⁵。2010年中国食物与营养监测数据显示，贫困农村地区5岁以下儿童生长迟缓患病率高达20.3%。较长一段时期内喂养不当、疾病与感染防治不足，是导致生长迟缓的原因。

证据表明，生命最初的1,000天是儿童成长最为关键的时期⁵⁶。这一时期的营养不良将对儿童生存和发展造成深远影响，这些影响通常不可逆转、无法弥补，会影响到儿童在校学习的能力和成年后的生产力。

必需的微量营养元素

微量营养元素，尤其是铁、维生素A、锌、碘和叶酸，对儿童的发育和健康至关重要。在中国，维生素和矿物质，特别是铁和维生素A缺乏仍然十分常见。饮食中铁和其他维生素含量不足以及其他影响铁吸收的因素会导致贫血症。同时在有些地区肠道寄生虫和血红蛋白疾病也是引起贫血的原因⁵⁷。研究表明，婴幼儿时期患有缺铁性贫血的儿童，其认知能力和运动测试成绩与婴幼儿时期不贫血儿童相比较持续落后。2010年国家食物与营养监测数据显示，农村5岁以下儿童贫血症患病率为13.3%，6-12个月龄儿童贫血症患病率为28.2%。2009年，中国发布了辅食营养补充品（营养包）通用标准，使其可用于营养干预，预防和控制儿童铁和其他微量营养素缺乏。关于贫困地区营养包干预有效性的研究已经证实营养包对于预防和控制铁及其他维生素缺乏的作用⁵⁸。

儿童营养不良始于母亲孕期。孕产妇对铁的需求增加，使得她们缺铁和带来不良后果的风险也相应增加。2006年的一项调查⁵⁹表明，中国孕产妇贫血症患病率为37.7%。预防和控制孕产妇多种微量营养元素缺乏是一项重要的营养干预。

持续性消除碘缺乏病

从全球范围来看，碘缺乏影响胎儿的大脑发育，也是造成可预防的学习障碍和脑损伤的主要原因。根据世界卫生组织的建议，中国从1994年起将“全民食盐加碘”（USI）作为改善碘摄入量和预防碘缺乏病的一项国策。“全民食盐加碘”的全球目标是90%的家庭能够食用合格碘盐。中国就食用碘盐确立了一个更加严格的目标，即2010年95%以上的县至少有90%的家庭能够食用合格碘盐。到2010年，约98%的县已达到了这一目标。

母乳喂养

母乳喂养对儿童的生存、健康、营养和发育有着深远影响。母乳提供了婴儿在前6个月成长所需的所有营养素、维生素和矿物质。此外，母乳中有来自母亲的抗体，可以帮助抵抗疾病。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议，婴儿出生后前6个月内应纯母乳喂养，不添加其他辅助食品。6个月后，应添加其他辅助食品，并继续母乳喂养到孩子两岁。

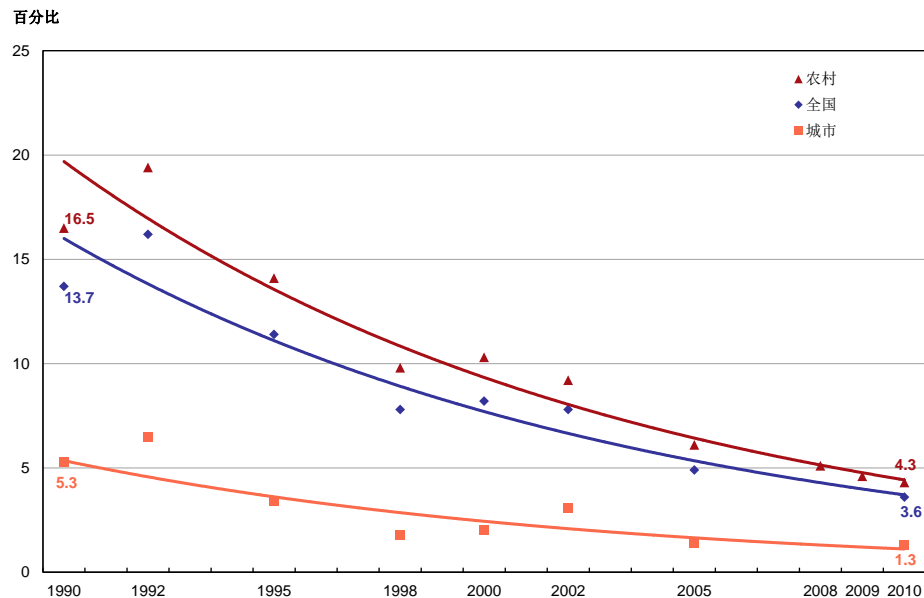
尽管母乳喂养好处很多，但很多母亲并没有进行纯母乳喂养，而用母乳代用品喂养婴儿。配方奶喂养婴儿花费很高，并且营养成分不及母乳。配方奶喂养使儿童面临感染、污染等危险，并增加成年后患某些慢性疾病的风险。2008年，中国0-6个月龄儿童纯母乳喂养率为28%，城市和农村分别为16%和30%⁶⁰。

事实上，大部分母亲可以分泌足够的乳汁来保证婴儿的正常生长和发育。母亲未能进行纯母乳喂养的原因之一是深受大量销售的婴儿配方奶粉的干扰。其他原因缘自亲朋好友或是医护人员的错误建议，或是重返工作岗位后，未能在母乳喂养方面得到足够的支持。母乳喂养需要得到支持、保护和促进。

预防儿童超重和肥胖

1982-2002年间，中国7-17岁儿童超重和肥胖率⁶¹增加了三倍。2002年，城市7-17岁儿童超重加肥胖的比重为11.5%，大城市儿童比重更高达16.7%⁶²。预防儿童超重和肥胖是中国面临的新问题。

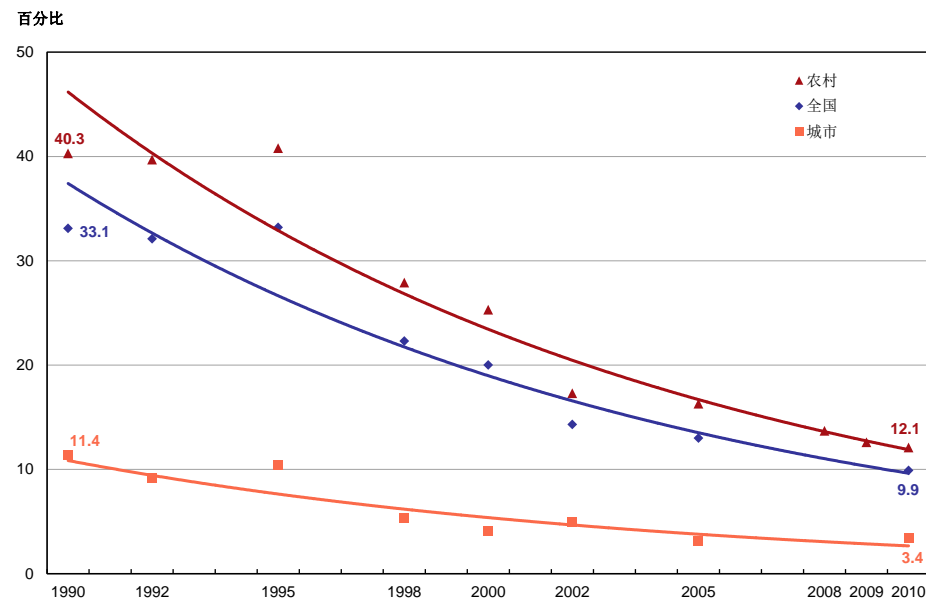
图 5.1
五岁以下儿童低体重患病率，1990–2010年



资料来源：中国疾病预防控制中心，全国营养调查（1992 和2002年数据）；
中国食物与营养监测系统（其他年份）

图 5.1
1990年，全国5岁以下儿童低体重⁶³（按年龄的体重不足）的患病率为13.7%（城市地区为5.3%，农村地区为16.5%）。1990–2010年，全国5岁以下儿童低体重的患病率大幅下降至3.6%，城市地区降至1.3%，农村地区降至4.3%。贫困农村地区儿童低体重率仍较高，达到8%。低体重是参照世界卫生组织儿童生长发育标准进行测量的。

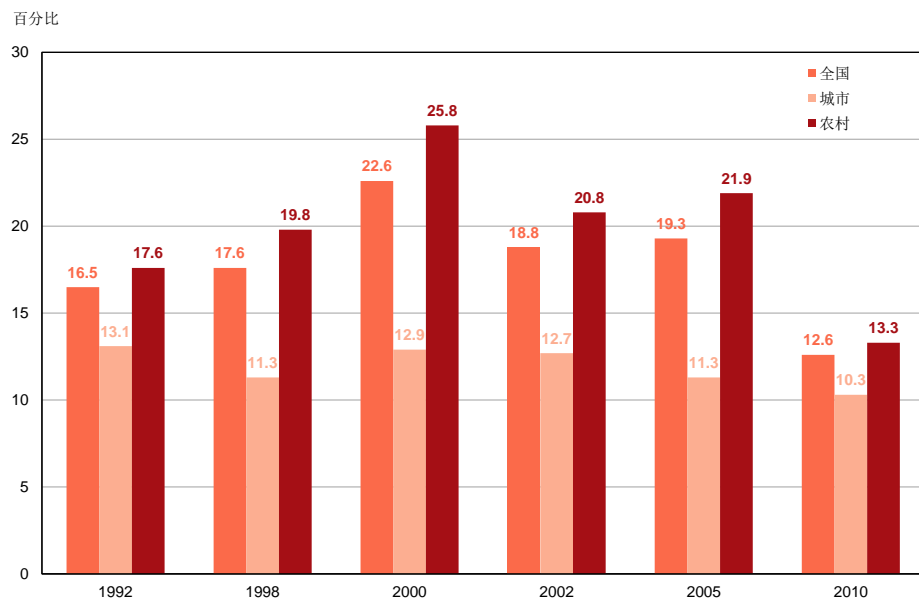
图 5.2
五岁以下儿童生长迟缓患病率，1990–2010年



资料来源：中国疾病预防控制中心，全国营养调查（1992 和2002年数据）；
中国食物与营养监测系统（其他年份）

图 5.2
2010年，生长迟缓⁶⁴（按年龄的身高不足）的患病率从1990年的33.1%降至9.9%。城市儿童生长迟缓的患病率由1990年的11.4%降至2010年的3.4%，农村儿童生长迟缓的患病率由1990年的40.3%降至2010年的12.1%。在贫困农村地区，生长迟缓的患病率仍相对较高，为20.3%。生长迟缓是参照世界卫生组织儿童生长发育标准进行测量的。

图 5.3
五岁以下儿童贫血症患病率，1998–2010年

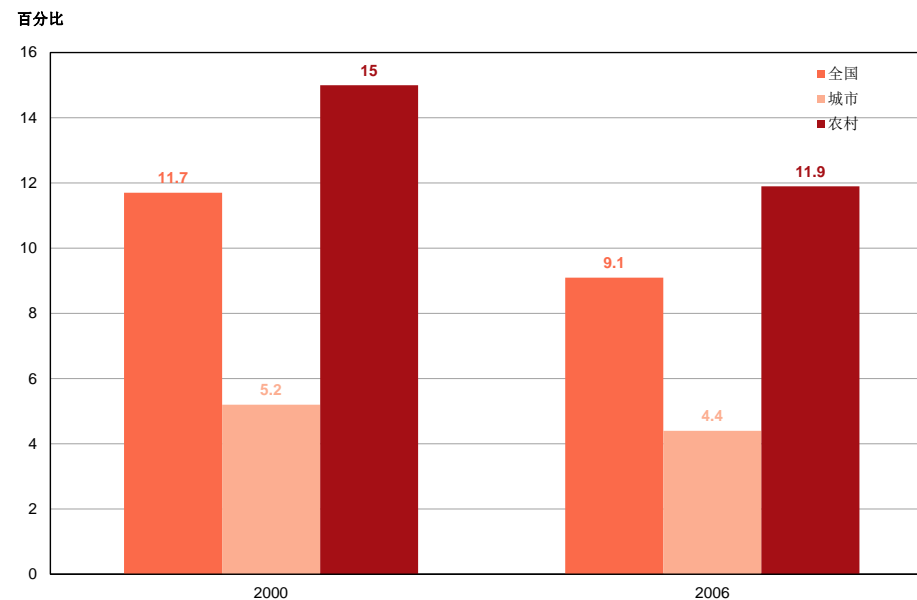


资料来源：中国疾病预防控制中心，《中国食物与营养监测报告》，2005年；原卫生部，《中国0–6岁儿童营养发展报告（2012）》，2012年（2010年数据）

图 5.3

贫血⁶⁵仍是持续困扰中国儿童的一个问题。在1998–2005年间，儿童贫血率在17%–23%之间浮动，整个时间段来看几乎没有下降。此后儿童贫血率降至2010年的12.6%，也就是说，大约八个孩子中有一个是贫血。贫血的患病率随着年龄的不同而变化，其中6–12个月龄婴幼儿贫血的患病率最高。

图 5.4
五岁以下儿童维生素A缺乏率，2000年和2006年

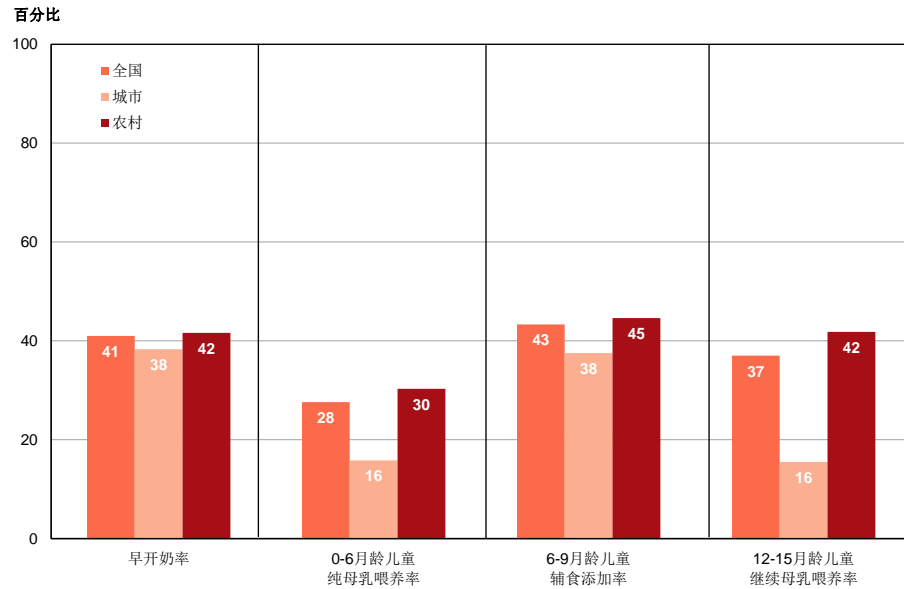


资料来源：陈春明、何武、富振英，《中国营养状况十年跟踪》，2004年（2000年数据）；国务院妇女儿童工作委员会办公室，《中国儿童发展规划纲要执行情况中期评估报告（2001–2010年）》，2007年（2006年数据）

图 5.4

2000 年对 5 岁以下儿童开展的一项全国调查发现，全国维生素 A 缺乏率（维生素 A 的血清浓度不及 $20\mu\text{g}/\text{dL}$ ）为 12%，城市地区为 5%，农村地区为 15%。2006 年的一项调查发现，儿童维生素 A 缺乏率略有下降，全国为 9%，城市地区为 4%，农村地区为 12%。

图 5.5
婴幼儿母乳喂养及辅食添加，2008年



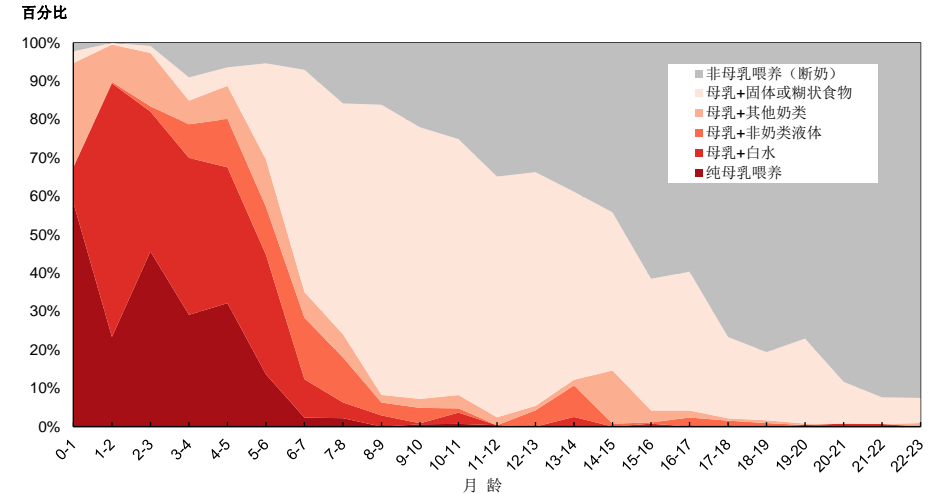
资料来源：原卫生部，《2008年中国卫生服务调查研究—第四次家庭健康询问调查分析报告》，2009年

图 5.5

根据2008年国家卫生服务调查结果，全国来看，产后一小时内早开奶率为41%，0-6月龄儿童纯母乳喂养率为28%，6-9月龄儿童辅食添加率为43%，12-15月龄儿童继续母乳喂养率为37%。图中显示，婴幼儿从出生到15个月龄间的整体喂养状况欠佳，另外，城乡之间在母乳喂养方面差距明显。

* 世界卫生组织和联合国儿童基金会建议，婴儿出生后早开奶，6个月内应纯母乳喂养，不添加任何其他流质或食物，6个月后开始添加辅食并至少持续两年母乳喂养。（世界卫生组织，《全球婴幼儿喂养策略》）

图 5.6
贫困农村地区2岁以下婴幼儿喂养情况，2010年



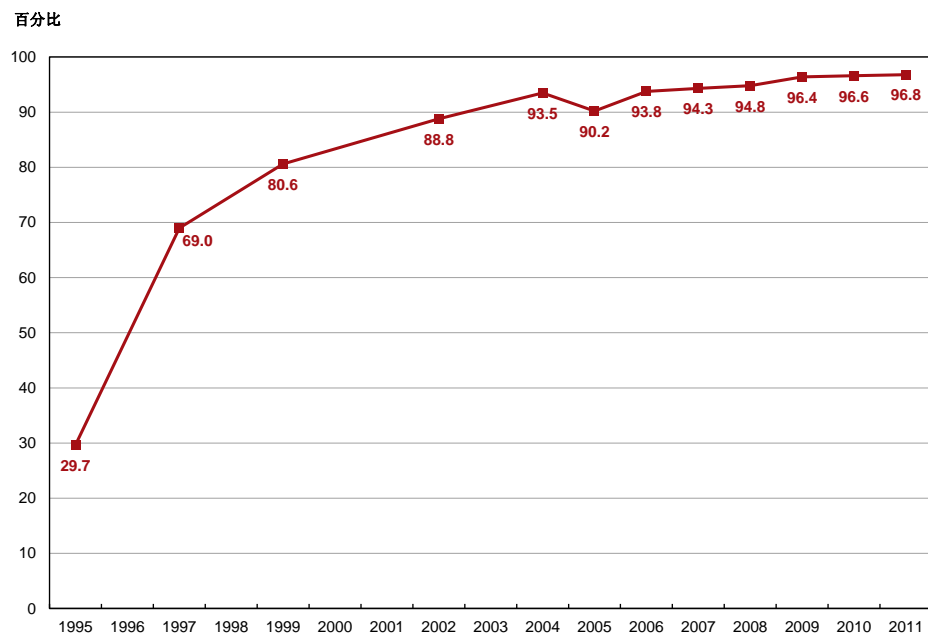
资料来源：郭素芳, Xulan Fu, Robert W Scherpier, Yan Wang, Hong Zhou, Xiaoli Wang, David B Hipgrave, “2010年中国中西部母乳喂养率：对儿童和人口健康的影响”，《世界卫生组织简报》，2013年5月，第91期第5号，第313-388页

图 5.6

图中描绘了贫困农村地区2岁以下婴幼儿的喂养情况*。婴儿出生1个月内的纯母乳喂养率仅58.3%，4个月时降至29.1%，6个月时进一步降至13.8%。0-6个月婴儿（除了出生后头一个月外）不能纯母乳喂养的一个主要原因是喂水，其次就是喂配方奶粉。大约40%的新生儿都被喂食了母乳以外的东西，包括水（9.4%）、其他奶类（27.1%）、固体或糊状食物（3.0%）。

* 图中数据来源于2010年在26个联合国儿童基金会项目县（项目县人口合计约1,100万）开展的一项基于社区的横截面调查。项目县分布在中国12个中西部省份，分别是甘肃、青海、江西、新疆、重庆、四川、贵州、广西、陕西、内蒙古、山西和西藏。项目县由原卫生部和联合国儿童基金会共同选定，抽选的参考依据是这些县的社会经济发展水平和妇幼卫生状况，以使得抽中县能代表贫困农村地区。2009年调查县的儿童死亡率高达65%，人均GDP从1,000元到15,000元不等（当年全国人均GDP约25,000元）。

图 5.7
居民户合格碘盐食用率（20-50PPM），1995-2011年

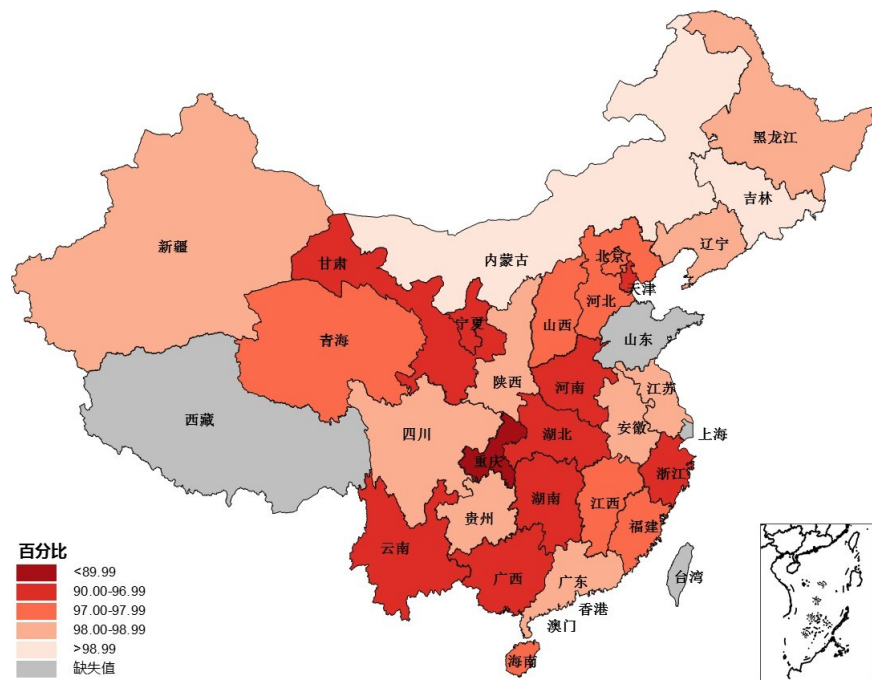


资料来源：原卫生部，《国家碘缺乏病监测》，1995年、1997年、1999年、2002年和2005年；原卫生部，《全国碘盐监测报告》，2004年、2006-2011年

图 5.7

国家碘盐监测数据表明，居民户合格碘盐食用率⁶⁶实现了大幅增长，1995年为30%左右，自2004年起增至90%以上。此后进一步稳定增长至2011年的96.8%。

图 5.8
居民户合格碘盐食用率，2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 5.8

2013年国家碘盐监测数据表明，除个别省份外，各省居民户合格碘盐食用率均超过90%。2012年以前，合格碘盐在中国被界定在“食盐中碘含量在20-50ppm”这一范围内。2012年开始，国家开始启用新的碘盐国家标准，碘含量调整至20ppm、25ppm和30ppm三档。



6

儿童伤害

概述

儿童伤害被日益认为是一个重要的公共卫生问题。就全球而言，伤害和暴力行为每年大约造成95万名18岁以下儿童和青少年死亡，其中，非故意伤害几乎占到了90%⁶⁷。

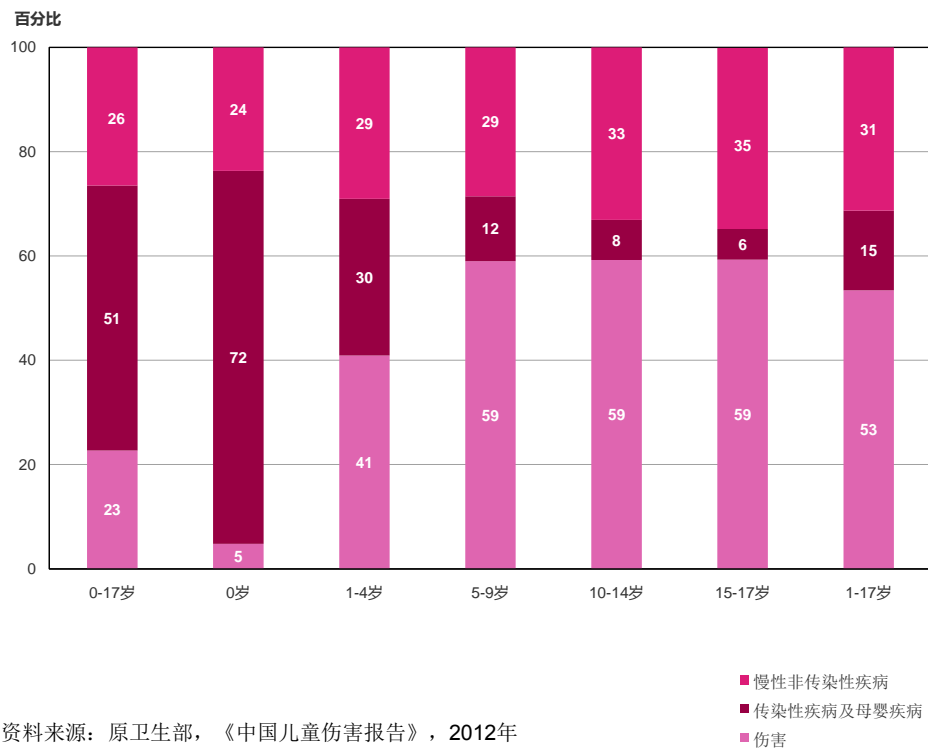
据估计，在中国，每年有超过1,000万名18岁以下儿童遭受伤害，超过5万儿童死于溺水、交通事故、意外窒息、跌落、中毒和其他事故。每年，80%的受伤儿童需住院或接受医治，伤害导致儿童死亡和永久性残疾的比率为1:3⁶⁸。农村地区或低收入家庭的儿童发生伤害的风险较高。国务院妇女儿童工作委员会办公室与联合国儿童基金会驻中国办事处共同开展的调查亦表明，意外死亡的风险在父母去城市打工的农村地区留守儿童中要高出许多。

随着中国在减少传染病、改善妇幼保健方面取得进展，儿童伤害已经上升为儿童（不包括新生儿时期）死亡和致残的主要原因，对家庭和整个社会造成了重大损失。

和以往相比，发达国家伤害致死人数已大量减少，然而这一减少并非经济发展的自然结果，因为据观察，一些发展中国家伤害致死人数也出现了下降。随着中国的发展进步，应将更多的关注放在减少伤害上，包括努力降低自然灾害情况下（包括灾前、灾中和灾后）的伤害风险。

政府决策层和社会公众越来越关注儿童伤害预防。《中国儿童发展纲要（2011—2020年）》已把18岁以下儿童伤害死亡率以2010年为基数下降1/6作为儿童健康领域的主要目标之一。

图 6.1
中国0-17岁儿童死亡的主要原因（按年龄分列），
2004-2005年

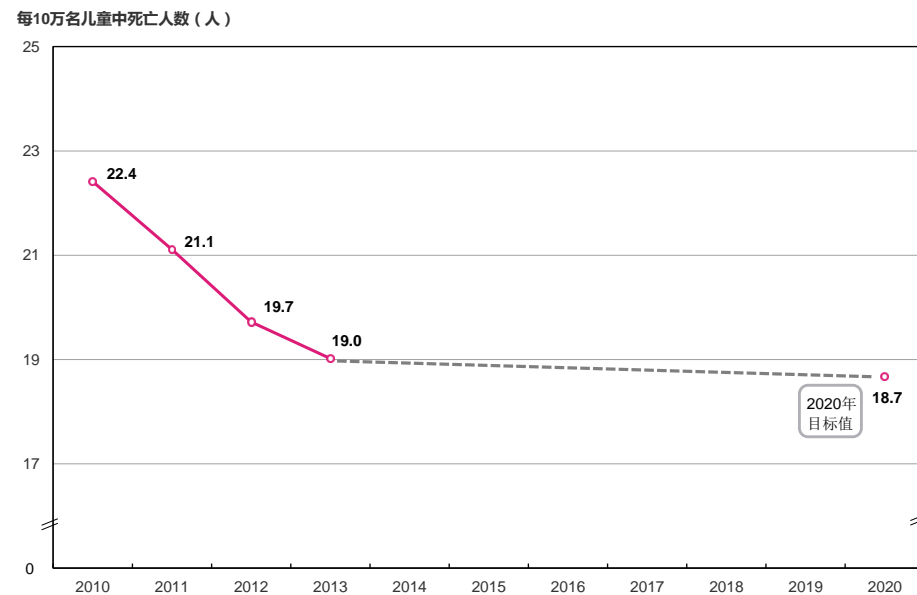


资料来源：原卫生部，《中国儿童伤害报告》，2012年

图 6.1
伤害是导致中国儿童死亡的主要原因之一。2004-2005年，伤害占0-17岁儿童死因构成的23%。

如果不包括婴儿死亡，伤害是1岁以上各年龄组儿童死亡的第一位原因，占1-17岁儿童死因构成的一半以上。

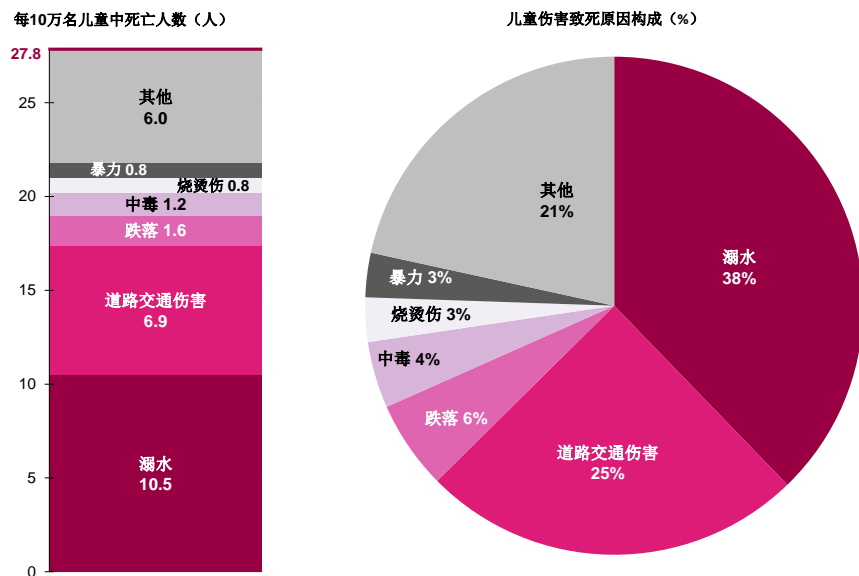
图 6.2
中国0-17岁儿童伤害死亡率，2010-2013年



资料来源：国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

图 6.2
中国儿童伤害死亡率从2010年的22/10万下降到2013年的19/10万。照此趋势，很有可能提前实现《中国儿童发展纲要(2011-2020年)》中制定的到2020年儿童伤害死亡率以2010年为基数下降1/6的目标。

图 6.3
中国0-17岁儿童伤害致死的主要原因，2004-2005年

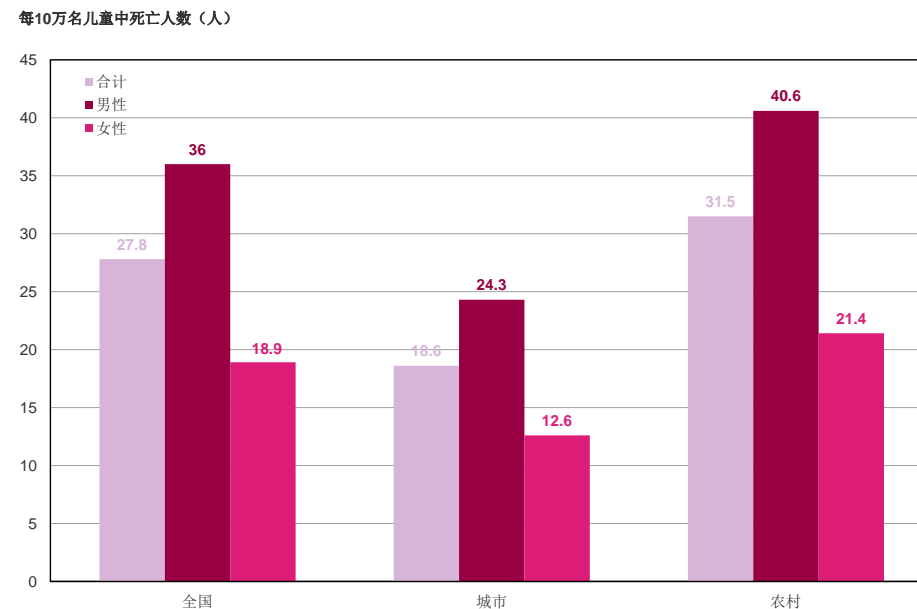


资料来源：原卫生部，《中国儿童伤害报告》，2012年

图 6.3
2004-2005年，0-17岁儿童伤害死亡率28/10万，每年约8.8万儿童死于伤害。

溺水是0-17岁儿童伤害致死最主要的原因，溺水死亡率为10.5/10万，占儿童伤害死亡的38%。不同伤害类型在各年龄段有所不同，2004-2005年，1-14岁儿童第一位伤害死因为溺水，15-17岁儿童为道路交通伤害。

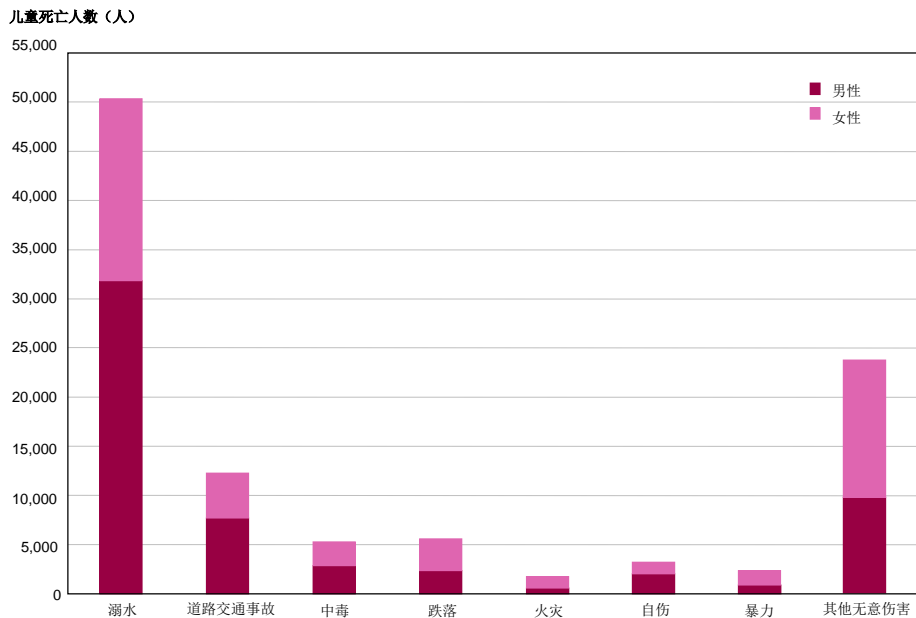
图 6.4
中国0-17岁儿童伤害死亡率（按城乡和性别分列），2004-2005年



资料来源：原卫生部，《中国儿童伤害报告》，2012年

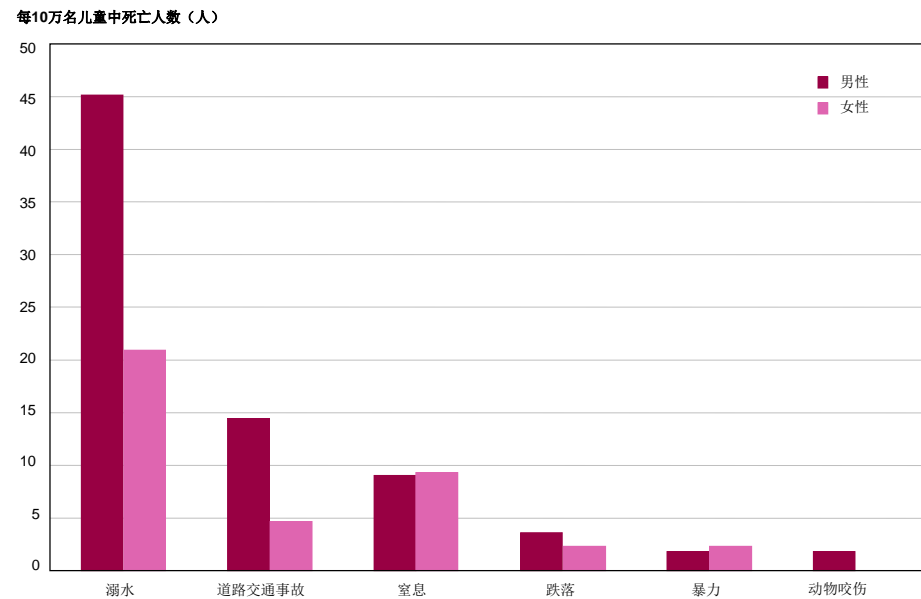
图 6.4
儿童伤害死亡率男童高于女童，农村高于城市。

图 6.5
中国0—14岁儿童伤害致死的主要原因
(按性别分列)，2004年



资料来源：世界卫生组织测量和卫生信息系统，2009年

图 6.6
江西省0—17岁儿童伤害致死的主要原因
(按性别分列)，2005年

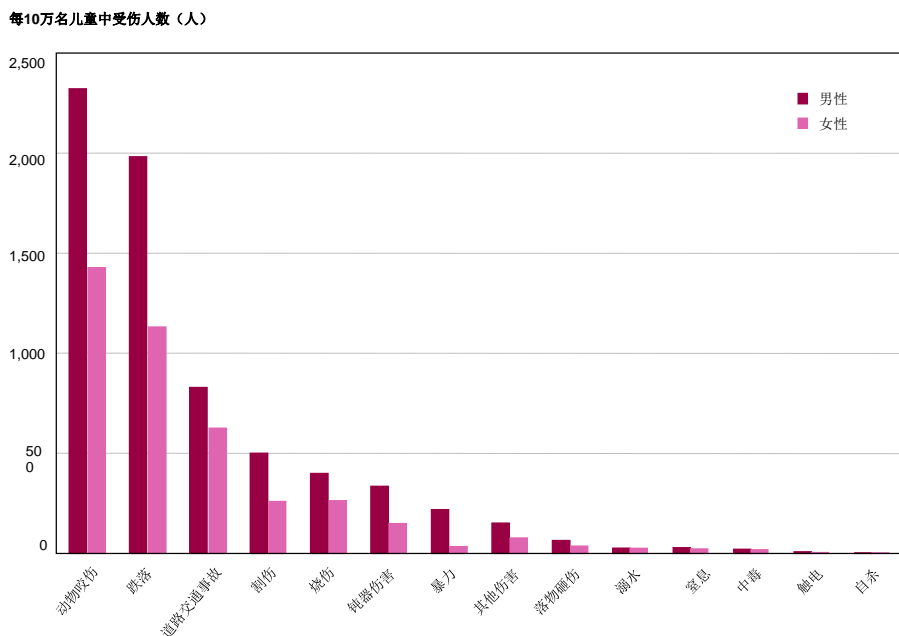


资料来源：原卫生部与联合国儿童基金会，《江西省儿童伤害调查》，2007年

图 6.5 和 图 6.6

在中国，溺水和道路交通事故是最常见的儿童致死性伤害的原因，而且，与女童相比，这在男童中要更为常见。世界卫生组织的估计和原卫生部/联合国儿童基金会的《江西省儿童伤害调查》得出了同样的结论。

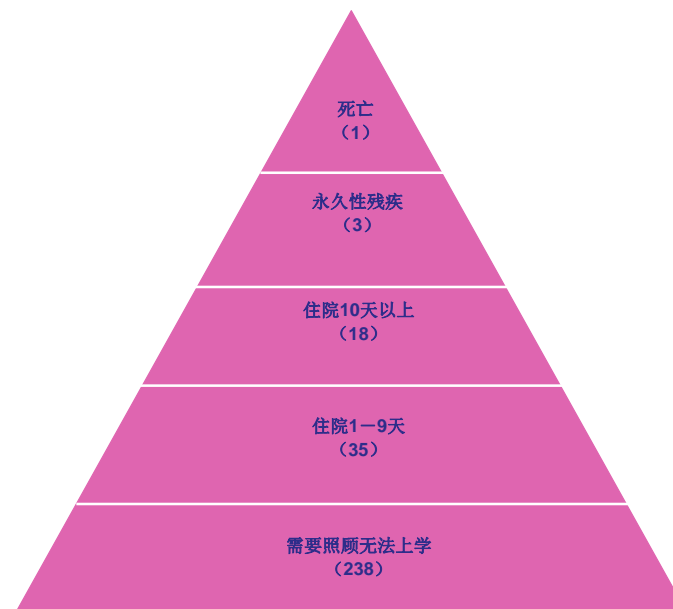
图 6.7
江西省0-17岁儿童伤害发病的主要原因
(按原因和性别分列), 2005年



资料来源: 原卫生部与联合国儿童基金会, 《江西省儿童伤害调查》, 2007年

图 6.7
动物咬伤、跌落和道路交通事故是最为常见的非致死性儿童伤害类型。伤害致死往往是由于对儿童监护不力造成的。

图 6.8
儿童伤害的后果, 北京, 2003年



资料来源: 国务院妇女儿童工作委员会办公室与联合国儿童基金会, 《北京市儿童伤害调查》, 2005年

图 6.8
由联合国儿童基金会提供资助、在北京开展的调查表明, 伤害(即使是非致死性伤害)会导致许多不良后果, 造成儿童永久性残疾、住院或无法上学。每造成一例伤害致死, 会造成3例永久性残疾, 18例需要住院10天或10天以上, 35例需要住院1-9天, 238例需要医疗护理或至少缺课1天。

“在中国, 伤害致死占有所有死亡的10%以上, 并可解释所有潜在生产寿命损失年的30%以上。与交通相关的伤害(主要是骑车人和行人)、自杀、溺水和跌落占有所有伤害致死事故的79%。农村地区的伤害致死率是城市地区的2倍, 男性的伤害致死率是女性的2倍。”⁶⁹



7

供水、环境卫生
与个人卫生

概述

近年来，中国经济迅速发展，在提供改善的饮用水源⁷⁰和环境卫生设施⁷¹方面也取得了巨大成就。

在过去三十年里，中国自参与了第一个“国际安全饮水与环境卫生十年”计划（1981–1990年）以来，长期致力于和国际社会共同改善农村地区的供水与环境卫生设施，建造了水厂，引进了适宜的供水与环境卫生技术，建立了政府的机构能力。这些努力为农村地区供水与环境卫生的迅速发展奠定了基础。

中央政府从2000年开始向农村供水拨款。2003年至2005年进行的监测活动显示，很多省份农村供水中的砷含量超标，从而促使将农村供水问题纳入国家“十一五”发展规划（2006–2010年）。从2006年起，中央政府用于农村供水方面的费用大量增加，2008年已超过110亿元人民币。2009年开始，中央政府连续三年每年向农村供水拨款超过200亿，2012年继续保持此拨款额度。

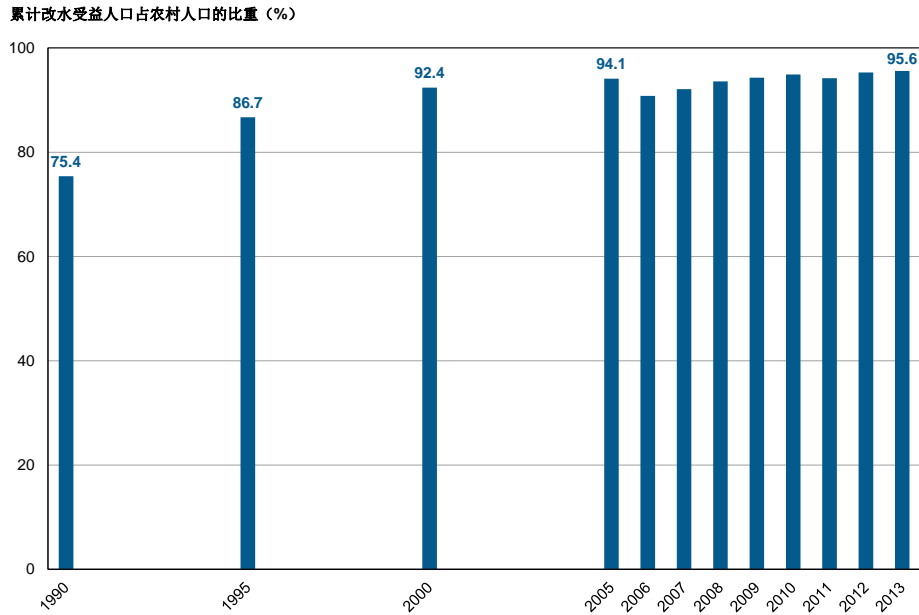
用于改善农村改厕的资金主要来自中央政府向各地财政预算的转移支付，以及一些专项资金，如根除血吸虫病（一种地方性疾病，人畜粪便处理不当可以引起传播）和农业部门的沼气工程。2009年开始，农村卫生设施建设被纳入了为期三年的医药卫生体制改革方案，中央政府连续三年、每年拨款约16亿元人民币用于农村改厕。

挑战

- 中国在供水和厕所设施提供领域取得了很大进步，但仍然存在地区间差异，中西部省份依然落后于东部沿海省份。中西部的贫困地区需要特别给予关注，因为这些地区往往无力提供地方配套资金用于全面开展中央政府提供部分资助的各种项目。这些贫困地区的最弱势群体无法从这些项目中受益，从而会导致差异进一步扩大。

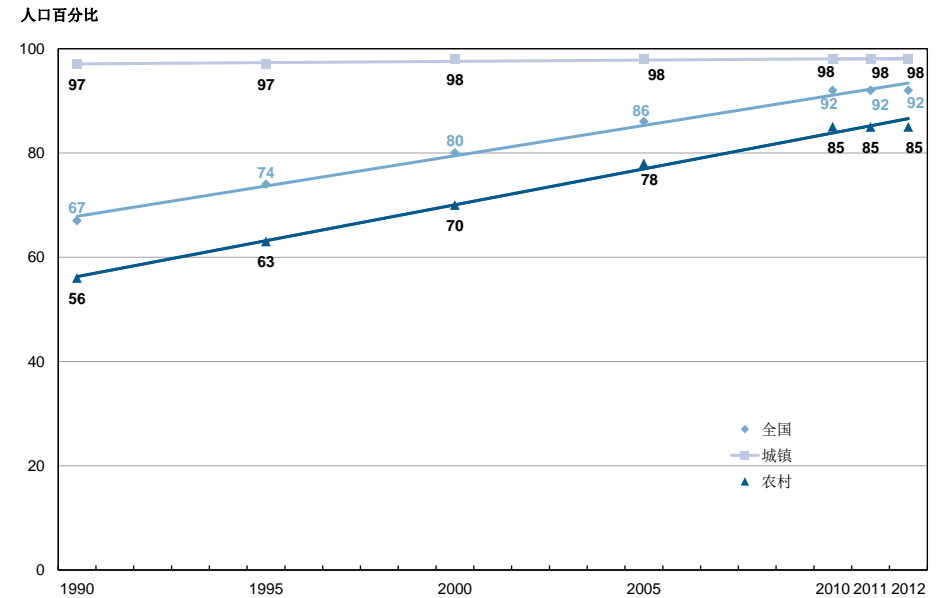
- 尤其需要我们着力改善的是学校的供水、环境卫生与个人卫生。2007年的一项调查⁷²发现，中国17%的学校没有供水设施，即使是在那些配备了供水设施的学校，符合国家饮用水标准的也不足38%。该调查还发现，环境卫生设施问题仍然严重，例如，只有32%的学校有卫生公厕，大部分学校缺乏洗手设施。另一项2010年的调查⁷³发现，仅有31%的乡镇卫生院有室内厕所，且室内厕所洗手设施配备率只有55%。
- 水质仍旧是一大挑战。饮用水源日趋紧张，而水处理的费用却日趋增加。砷和氟中毒、血吸虫病问题尤为严重。很多地区的地表水和地下水都受到了工业及人类活动的污染。
- 根据联合国儿童基金会和世界卫生组织（2014年）的估算，2012年仍有约4.70亿中国人不能使用改善的卫生设施，占全部人口的35%。在农村地区，44%的人口不能使用改善的卫生设施。根据这一估算，虽然已在2010年提前实现“千年发展目标”中的环境卫生目标，中国还需继续努力，改善落后地区包括农村学校和医院的卫生设施。
- 中国是容易遭受自然灾害侵袭的国家，全球气候变化导致的极端气候条件愈发频繁，对供水安全构成了威胁。环境恶化往往使得安全供水和环境卫生设施解决方案成本更高。

图 7.1
农村改水情况，1990–2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.2
使用改善水源的人口比重，1990–2012年

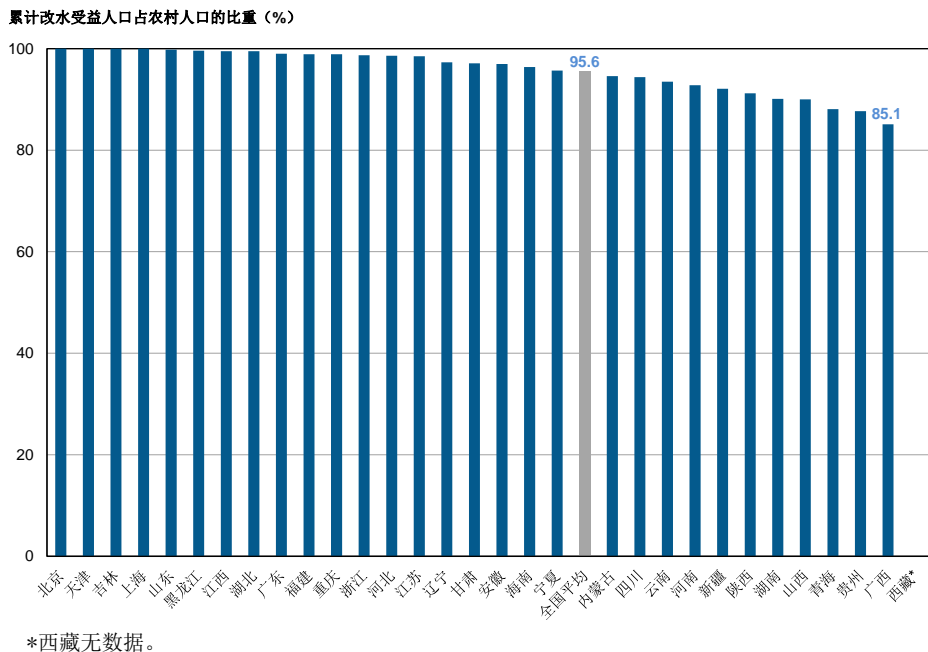


资料来源：联合国儿童基金会和世界卫生组织水和卫生设施联合监测方案，《改善的饮用水源估计数：中国》，2014年4月更新

图 7.1
在过去20年里，中国农村地区使用改善水源⁷⁴的人口比重普遍提高⁷⁵。

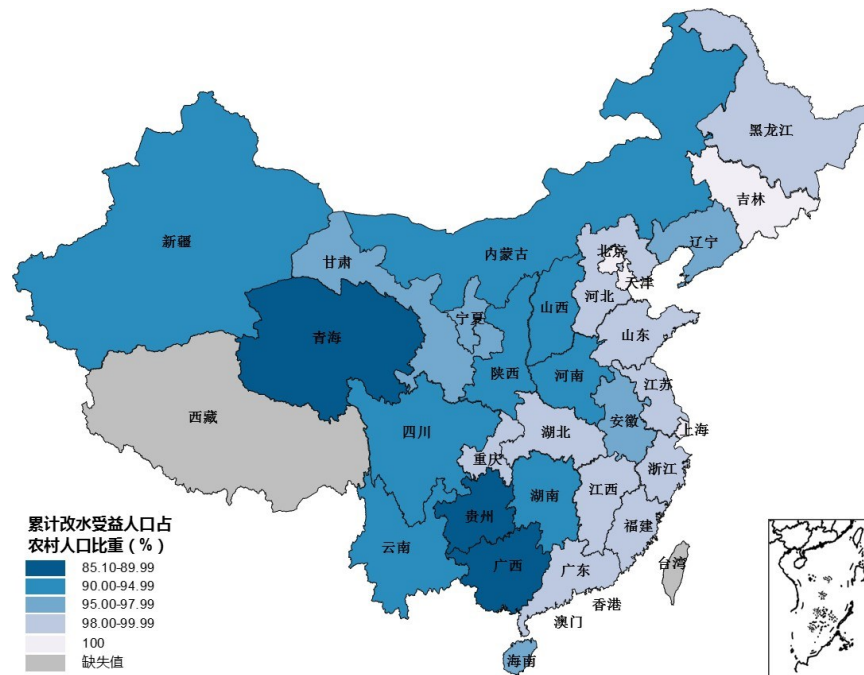
图 7.2
世界卫生组织和联合国儿童基金会每两年发布一次联合监测方案（JMP）报告，对居民使用改善水源的情况进行评估⁷⁶。根据JMP的最新估计，2012年全国已有92%的人口使用改善水源；农村地区改善水源的使用率为85%，比城镇地区低13个百分点。JMP估计的改善水源的数据，与国家卫生和计划生育委员会/全国爱国卫生运动委员会办公室通过《中国卫生和计划生育统计年鉴》发布的数据（图7.1）有所不同⁷⁷。

图 7.3
各地区农村改水情况，2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.4
农村改水情况，2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.3 和 图 7.4

各省改水情况存在巨大差异，经济欠发达地区改水受益人口比重较低。

图 7.5
农村改水情况（按类型分列），1990–2013年

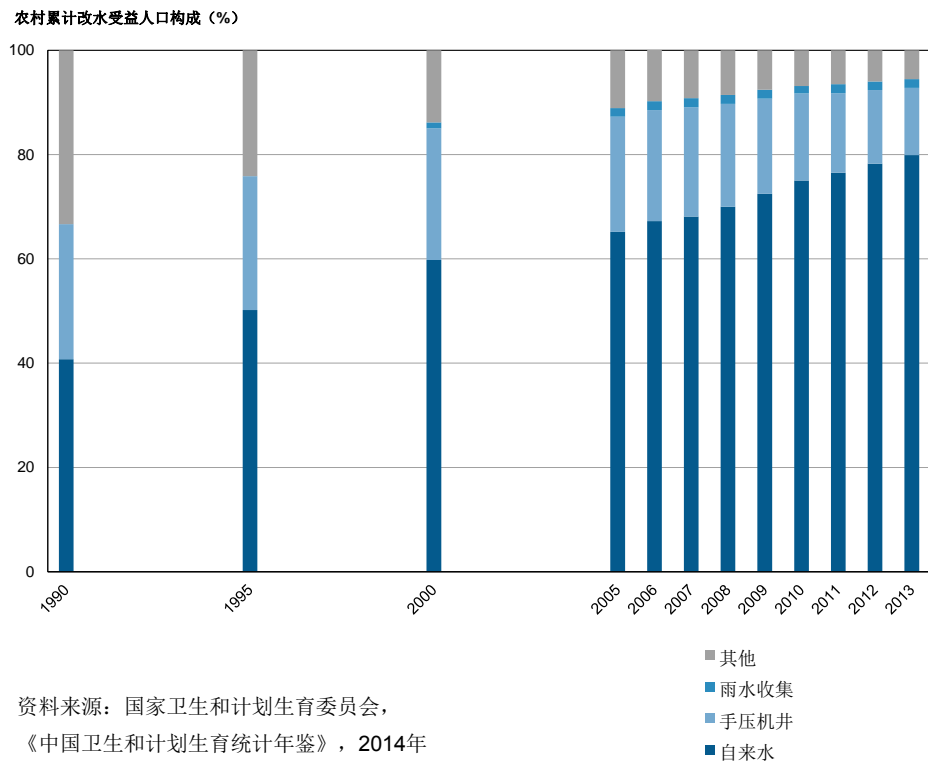


图 7.5

在改善水源的主要类型中，最为普遍的是自来水。自1990年以来，自来水的普及率一直在稳步提高。在第一个“国际安全饮水与环境健康十年”计划（1981–1990年）中在中国大力推广的手压机井，目前仍被很多农村住户使用。

图 7.6
农村使用卫生厕所的情况，2000–2013年

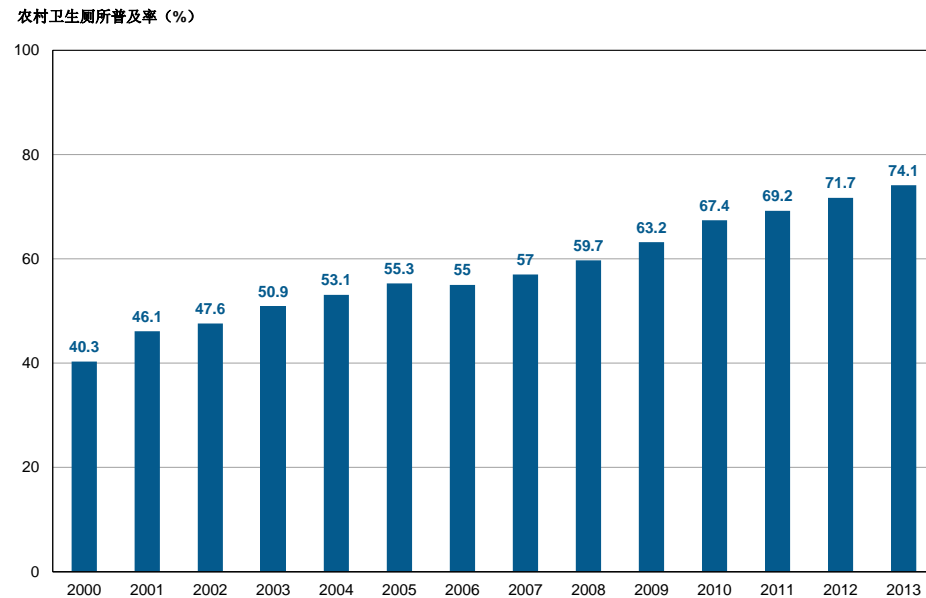
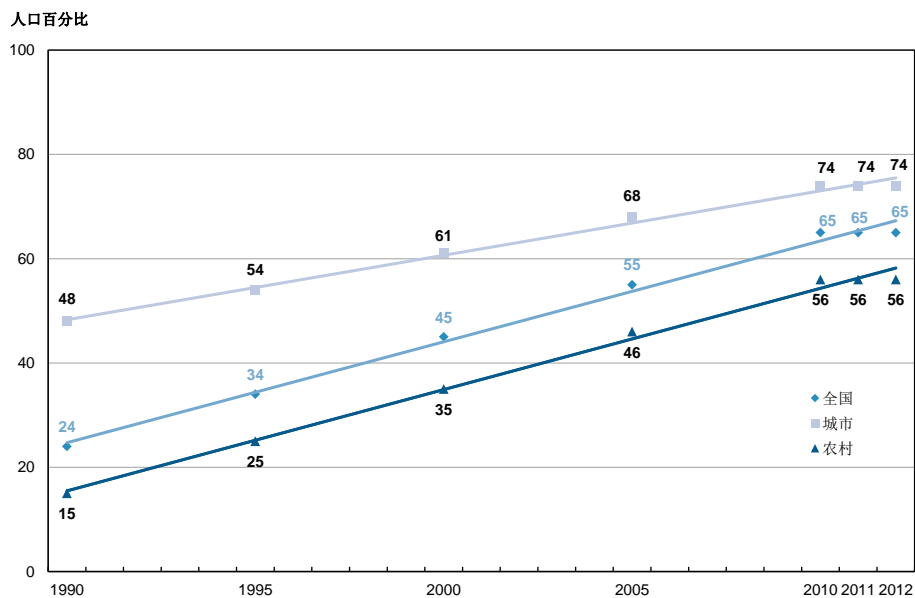


图 7.6

根据国家卫生和计划生育委员会/全国爱国卫生运动委员会办公室的数据，2000年至2013年间，使用卫生厕所⁷⁸的农村住户比重大幅提高，从40%左右增至74%。

图 7.7
使用改善的厕所的人口比重，1990–2012年



资料来源：联合国儿童基金会和世界卫生组织水和卫生设施联合监测方案，《改善的卫生设施估计数：中国》，2014年4月更新

图 7.7

世界卫生组织和联合国儿童基金会每两年发布一次联合监测方案（JMP）报告，对住户使用改善的厕所⁷⁹的情况进行评估。根据JMP的最新估计，2012年全国有65%的人口使用改善的厕所；农村地区改善厕所的使用率为56%，比城镇地区低18个百分点。JMP估计的使用改善的厕所的数据与国家卫生和计划生育委员会/全国爱国卫生运动委员会办公室通过《中国卫生和计划生育统计年鉴》发布的数据（图7.6）有所不同。

图 7.8
农村使用卫生厕所的情况（按类型分列），2000–2013年

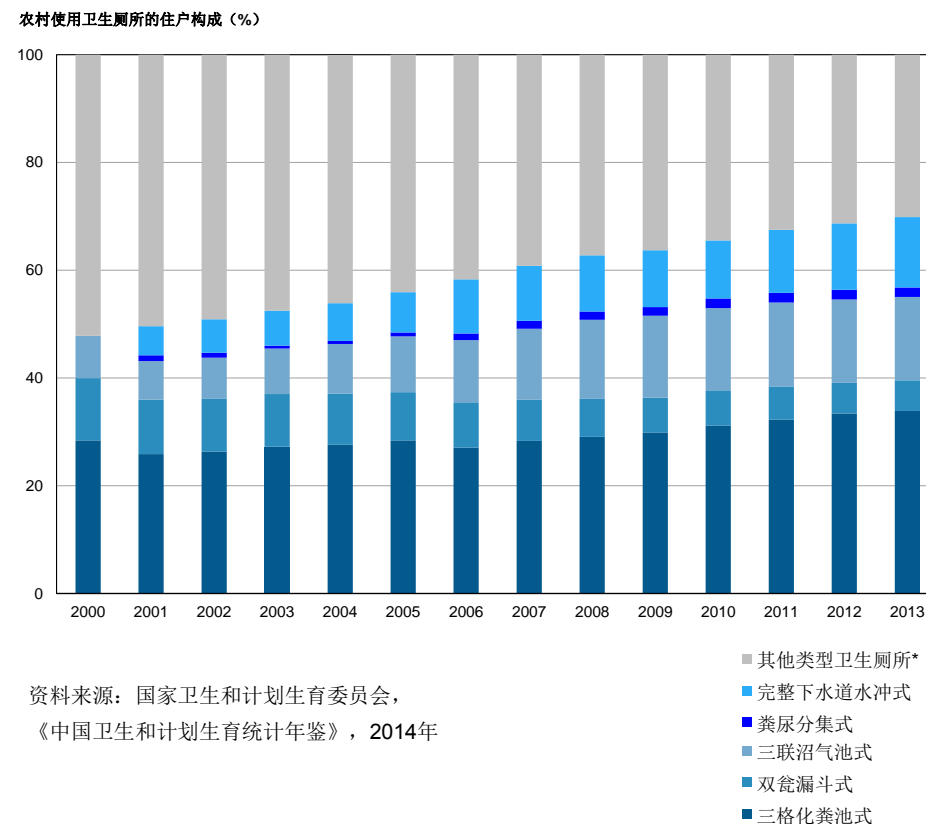
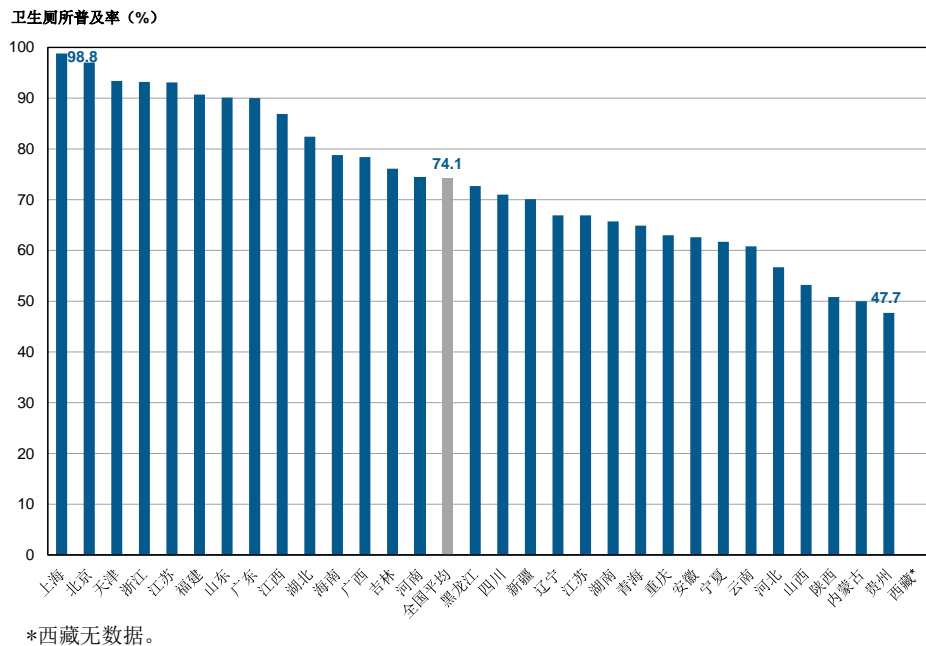


图 7.8

中国政府已经出台了农村户厕卫生标准。根据地域条件和偏好，不同地区的农村住户会选择不同类型的厕所，但三格化粪池式厕所是目前最为常见、也是最受老百姓欢迎的一种厕所类型。三联沼气池式厕所和水冲式厕所也逐渐普及。

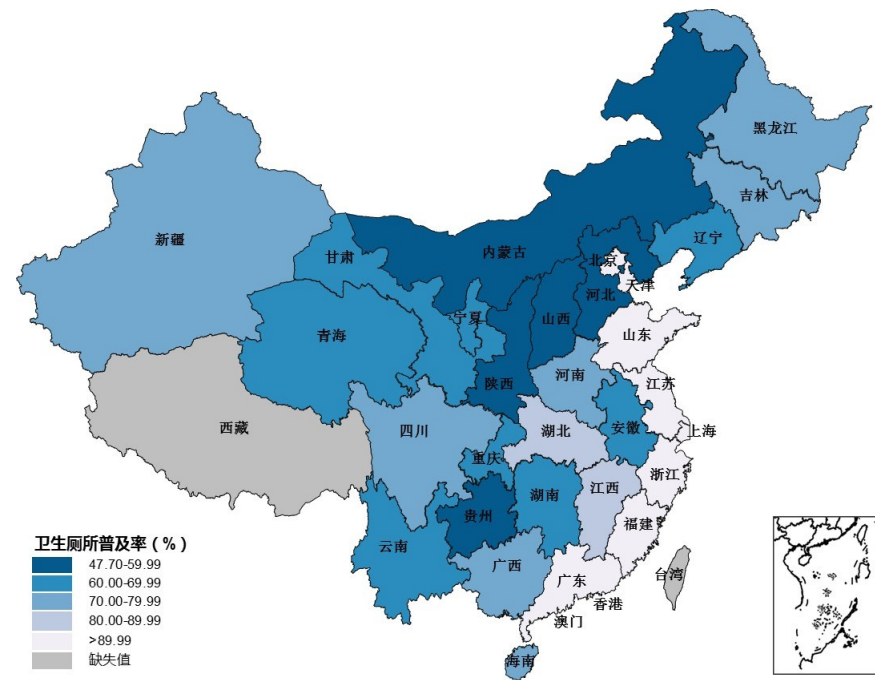
*自2007年起，农村卫生户厕建设开始引入双坑交替式厕所，这是爱国卫生运动委员会办公室推荐的六种无害化卫生厕所类型中的一种。到2013年，全国共有166万农户使用双坑交替式厕所，占全部农村卫生厕所户数的比重不到1%。由于数值太小图中无法显示，绘图时合并到其他类型卫生厕所中。

图 7.9
各地区农村使用卫生厕所的情况，2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.10
农村使用卫生厕所的情况，2013年

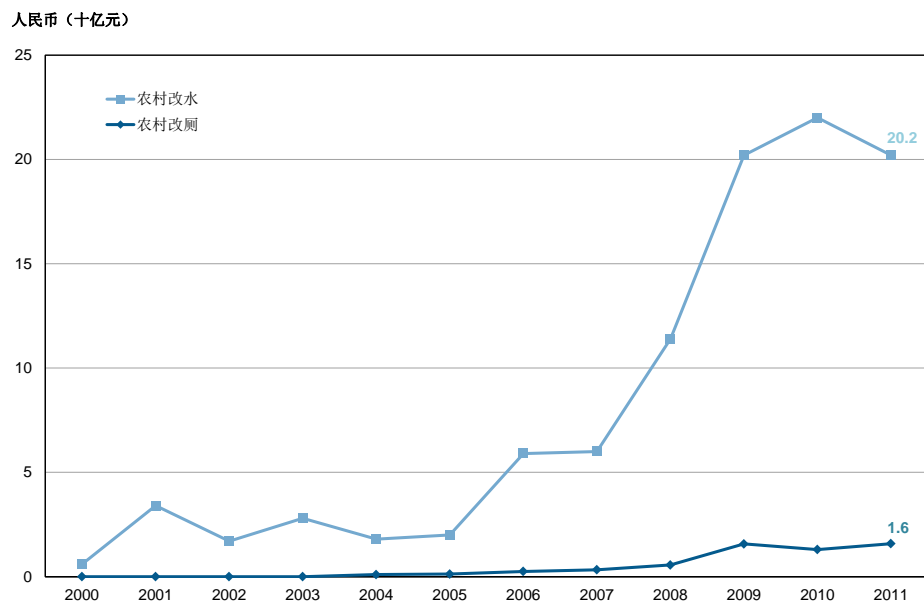


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.9 和 图 7.10

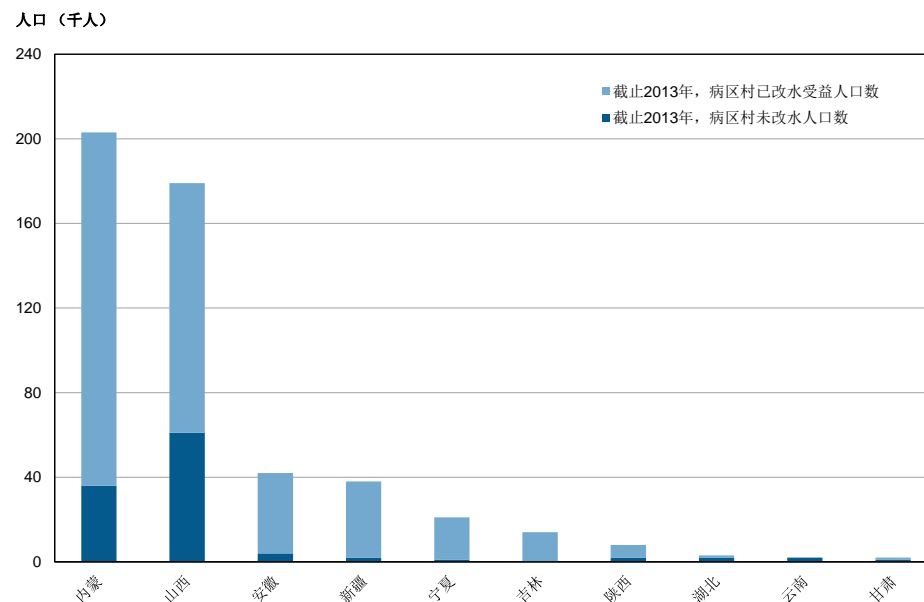
各省使用卫生厕所的农户比重差异较大，例如，上海99%的农户使用卫生厕所，而贵州能够使用卫生厕所的农户比重仅为48%。

图 7.11
中央财政用于农村改水和改厕的支出，2000–2011年



资料来源：水利部、全国爱国卫生运动委员会办公室，2012年

图 7.12
受高砷水源影响省份的农村人口，2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

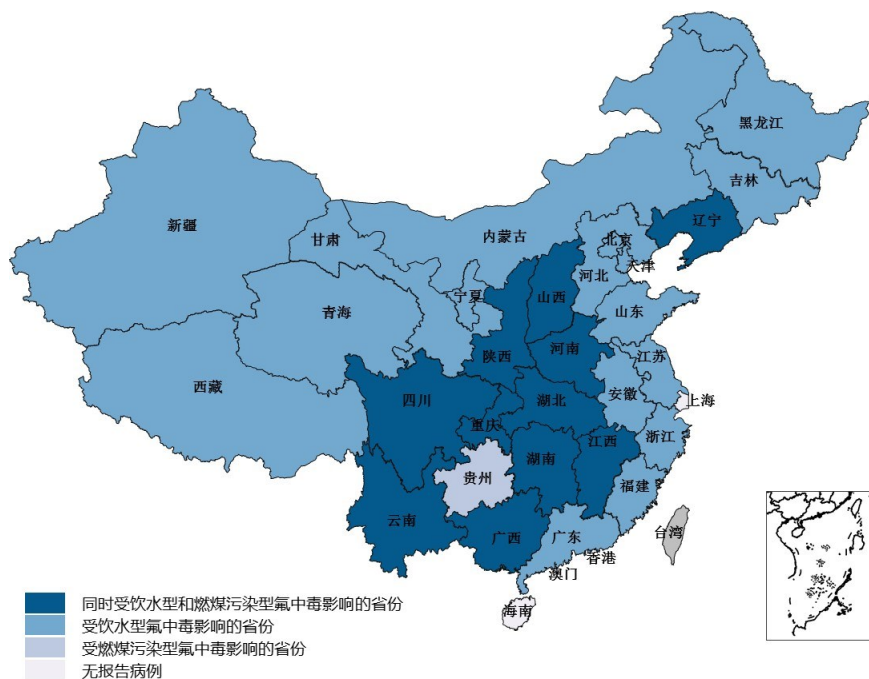
图 7.11

2000年，中央政府开始拨款用于农村供水；2004年，中央转移支付地方农村改厕项目开始实施。供水被认为是一项公共服务并因此受到了更多关注。相对而言，对改厕的拨款有所滞后。

图 7.12

中国半数省份的地下水都曾发现含有砷。2006年以来，中国政府积极努力，通过改水为受影响地区提供安全替代水源。到2013年，中国还有11万人尚未通过改水受益，继续受高砷水源影响，他们大多居住在北方地区。砷存在于地质构造中，并自然进入地下水。当砷进入供水设施如水井时，就会对居民造成影响。

图 7.15
受氟中毒影响的省份，2013年

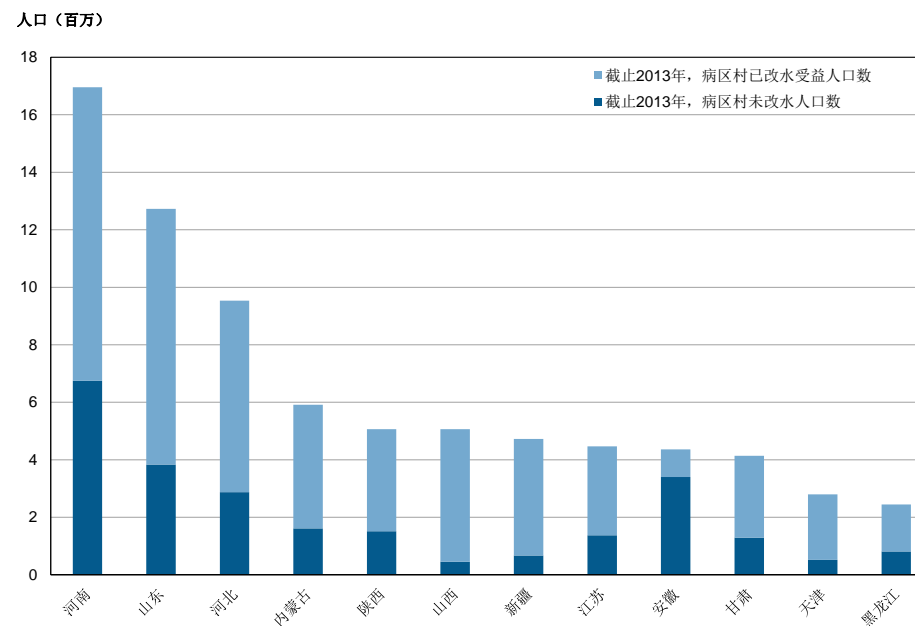


资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.15

中国几乎所有的省份都受到地下水氟含量过高的影响。很多中部和西南部的省份，也受到煤炭中的氟含量过高的影响。在 11 个中南部省份中，这两种类型的氟中毒⁸¹现象均有发生。贫困家庭受氟中毒影响的比重仍然更高，因为这些家庭往往无法承受更换安全水源和改进炉灶的费用。

图 7.16
饮水型氟中毒病区村人口数，部分省份，2013年



资料来源：国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

图 7.16

2013 年，大约有 8,600 万农村人口居住在水中氟含量较高的地区，其中大约 69% 人口享有安全替代水源。



8

教育与儿童发展

概述

到2010年底，普及九年制义务教育的目标已经在全部2,856个县实现。在努力实现普及九年制义务教育目标的同时，中国政府于2006年修订了《义务教育法》，将新的重点放在均衡和公平发展上，以缩小各地区和城乡之间的差距。政府还力图通过制定学生人均公用经费的国家标准来促进均衡发展，提供专项资金用于加快农村学校建设，建立区域内教育资源共享机制，并支持西部农村学校的特设教师岗位招聘工作。

男女儿童的小学净入学率⁸³显示，从2006年开始中国已经实现了在小学教育中消除性别差异的目标。根据2013年《中国实施千年发展目标进展情况报告》，到2015年在各级教育中消除性别差异的千年发展目标已经提前实现。

2001年到2012年间，政府对教育的经费投入名义增长了3.7倍，用于支持教育财政改革和完善学校基础设施建设。预算的增加支持了两项重要举措的落实，即免除学费以及实施“两免一补”政策（免书本费、免杂费、补助寄宿生生活费）。“两免一补”政策实施以来已经惠及将近1.6亿城乡学生。此外，建设寄宿制初中和提供远程教育设施这两项举措也使农村地区的校园基础设施和设备状况得以改善。

中国在2012年已经实现2006年制定的财政教育经费占国内生产总值4%的全国性目标。尽管拨款增加，提高教育质量方面的投入依旧不足。目前，大量的教育经费被用于基础设施建设、教师工资和课本等；对教育质量方面的投入，如教师培训、课程改革以及教育质量监测和评估的投入仍然不够。

《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010–2020年）》为学前教育发展制定了多个目标，其中包括到2020年将学前三年毛入园率提高到70%。为达到这些目标，2011–2015年十二五规划期间，中央财政将拨款500亿元人民币，重点用于支持中西部地区农村学前教育的发展。与此同时，各级地方政府也从2011年开始启动实施学前教育三年行动计划。加强财政支持将促进包括幼儿园和学前班在内的学前教育政策的贯彻，社会贫困群体有望得到更多机会接受学前教育。

近年来，随着流动人口数量的持续增长，如何保证流动人口子女接受义务教育的问题日益突出。2006年修订的《义务教育法》特别规定应确保流动人口子女享有平等接受九年义务教育的权利。《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010–2020年）》再次重申“坚持以输入地政府管理为主，以全日制公办中小学为主”，解决流动儿童就学问题。

尽管政府不断完善关于禁止歧视流动人口子女方面的政策法规，许多流动儿童仍因当地公立学校收取就读相关费用（未能享受《义务教育法》所规定的免费义务教育），或当地针对流动人口的特别规定，或他们自身的高流动性而无法入学，从而他们只能选择为流动儿童开办的通常也质量较差的民办学校。高昂的费用以及大龄流动儿童进入劳动力市场等原因使得流动儿童辍学率高于当地城镇儿童。2014年7月，政府发布了《关于进一步推进户籍制度改革的意见》，将采取措施扩大包括义务教育在内的城镇基本公共服务的覆盖面，以惠及更多的流动儿童。

同时，在农村留守儿童教育和看护方面，政府也采取了一系列措施，包括随着农村撤点并校⁸⁴加快寄宿制学校建设、建立监护和支持机构等。这些举措固然意在整合教育资源、提高教师质量，但寄宿学校和有关机构的管理水平及监督机制还有待改善。

图 8.1
中国教育体系结构

完成九年制义务教育学业的年龄 →

年龄 (年)	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21						
学年				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	学前教育			小学						普通初中			普通高中			大学			硕士		博士				
										职业初中			职业高中			大专									

图 8.1
中国的2006年《义务教育法》确保所有6-14岁儿童接受九年制免费义务教育，包括六年小学教育和三年初中教育。

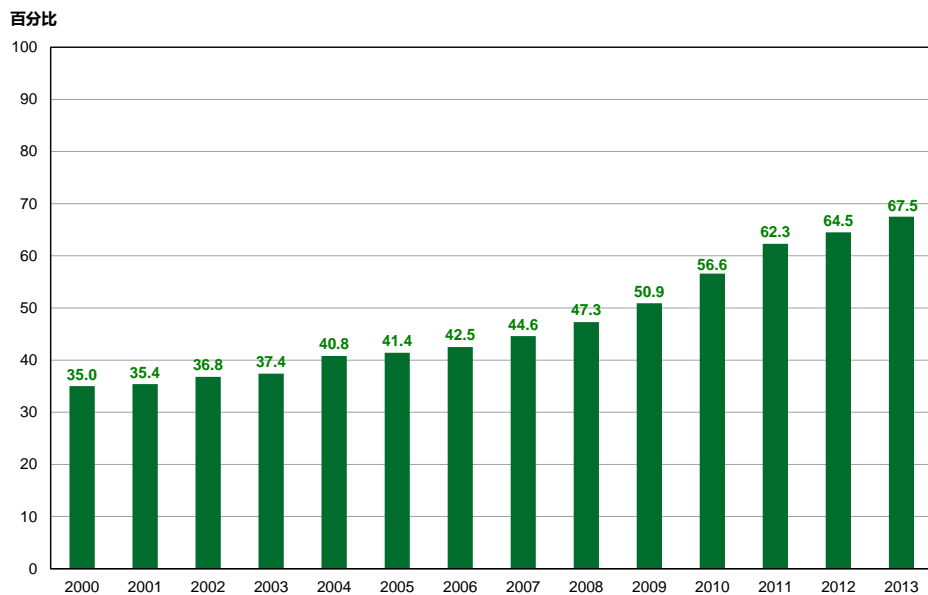
图 8.2
各级教育学生数量，2013年

	在校学生 (人)	专任教师 (人)	学校 (所)
学前教育	38,946,903	1,663,487	198,553
小学	93,605,487	5,584,644	213,529
普通初中	44,401,248	3,480,979	52,804
普通高中	24,358,817	1,629,008	13,352
总计	201,312,455	12,358,118	478,238

图 8.2
2013年，中国的普通教育体系中在校学生总数约两亿，专任教师数量超过1,200万，学校近50万所。

资料来源：教育部，《中国教育事业发展统计简况》，2014年

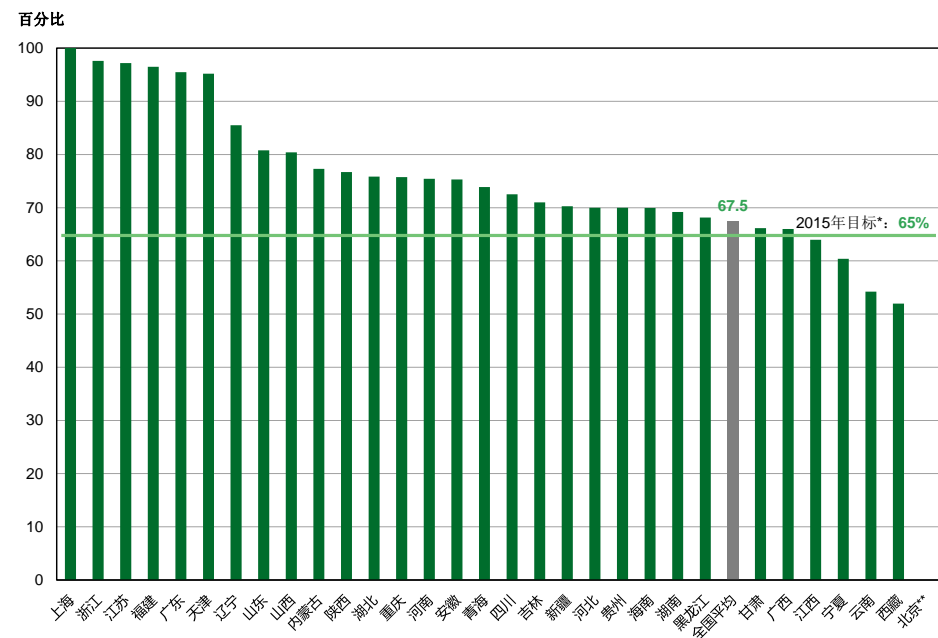
图 8.3
学前三年毛入园率，2000—2013年



资料来源：教育部，《中国教育事业发展简明统计分析》，2014年

图 8.3 中国的学前三年毛入园率⁸⁵一直在稳步增长，2009年开始高于50%，到2013年达到67.5%，提前完成此前政府在《国家教育事业发展第十二个五年规划（2011—2015年）》中提出的2015年学前三年毛入园率达到65%的目标。

图 8.4
各地区学前三年毛入园率，2013年



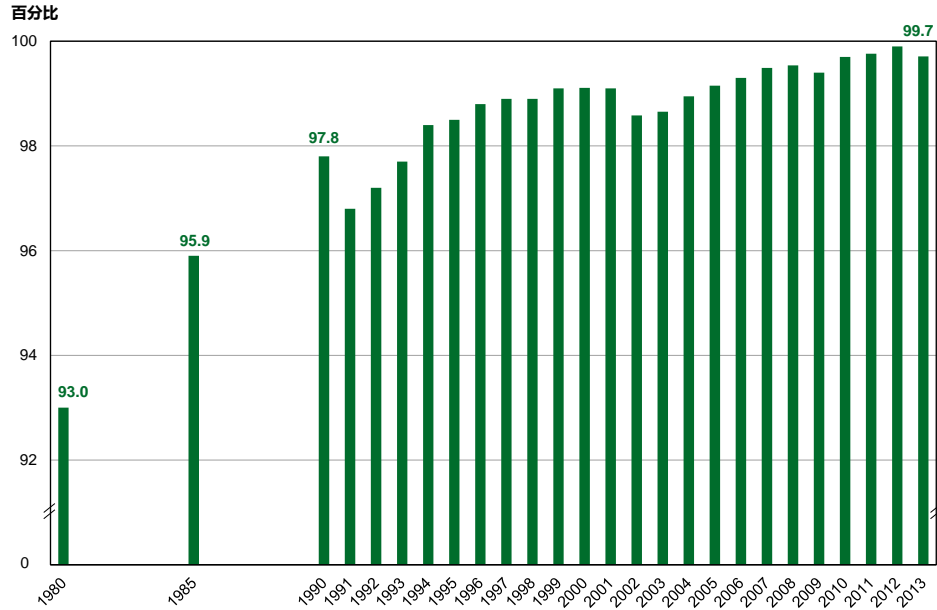
**北京无数据。

资料来源：国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

图 8.4 西部省份学前三年毛入园率最低。2013年，西藏仅为52%，云南为54%。与之形成对照的是，上海的学前三年毛入园率已达100%，全国平均水平为67.5%。

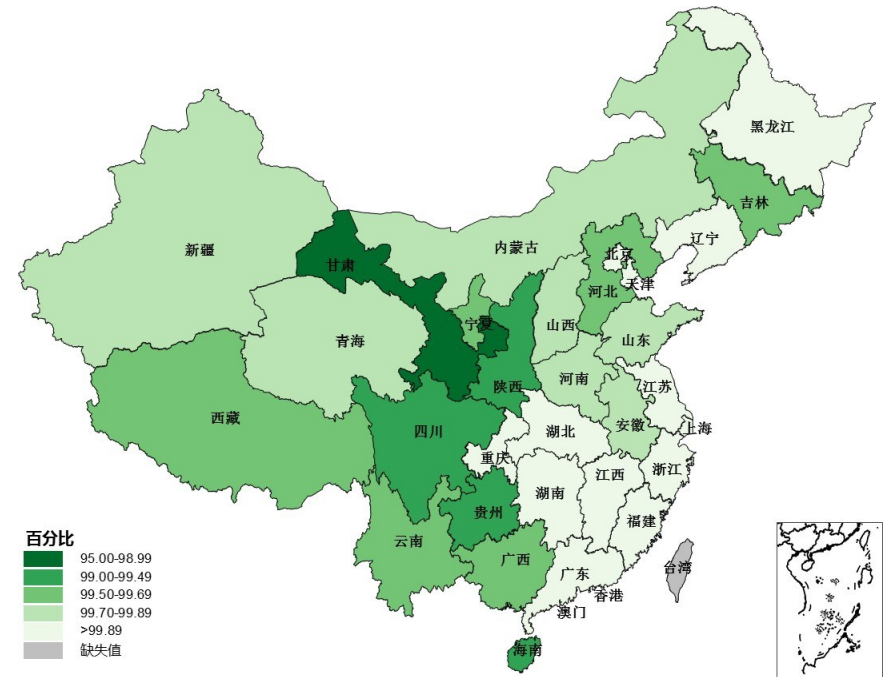
*《国家教育事业发展第十二个五年规划》中提出2015年学前三年毛入园率目标为65%。

图 8.5
小学净入学率，1980–2013年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 8.6
小学净入学率，2013年

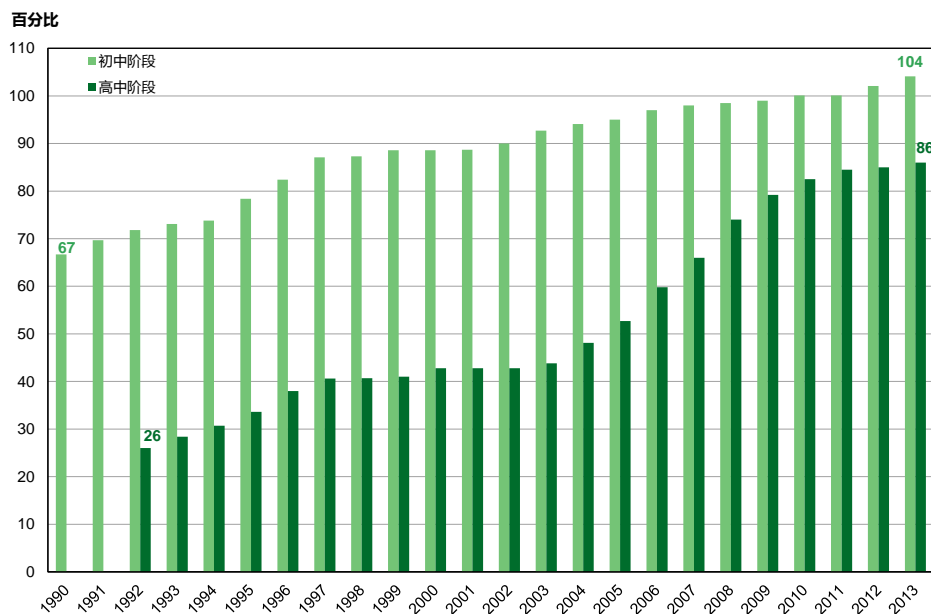


资料来源：教育部，《中国教育事业统计简况》，2014年

图 8.5
小学净入学率在过去三十年里稳步提高，2013年达到99.7%，提前实现了千年发展目标提出的到2015年普及初等教育的目标。然而，剩余的0.3%表明中国仍有不少小学学龄儿童没有就学，这些儿童大多集中在中国中西部贫困的农村地区。

图 8.6
中国的小学净入学率虽然总体很高，但西部省份明显落后于较发达的东部省份。

图 8.7
初中阶段和高中阶段毛入学率，1990—2013年

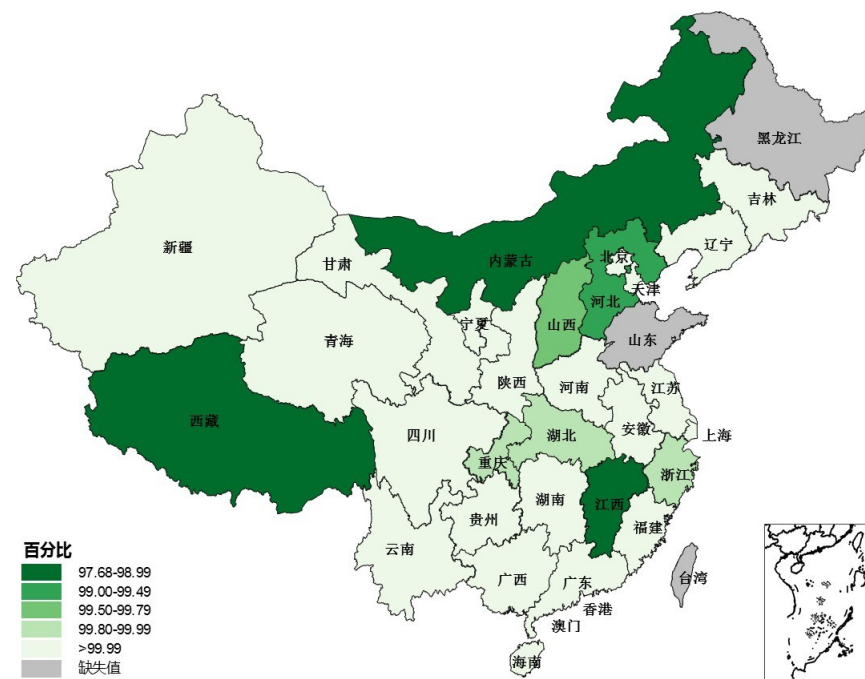


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 8.7

过去二十年间，初中阶段和高中阶段的毛入学率⁸⁶稳步提高。《义务教育法》所覆盖的初中阶段的毛入学率从1990年的67%提高到2013年的104%，远远高于高中阶段毛入学率。尽管如此，仍有约100万初中适龄儿童没有就学，这些儿童主要集中在中西部欠发达地区。

图 8.8
初中阶段毛入学率，2013年

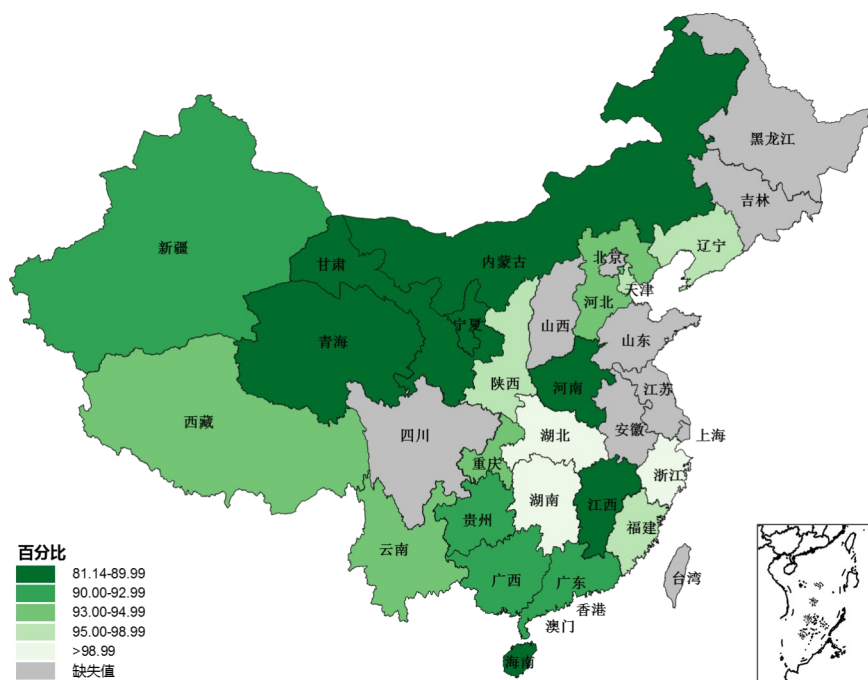


资料来源：国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

图 8.8

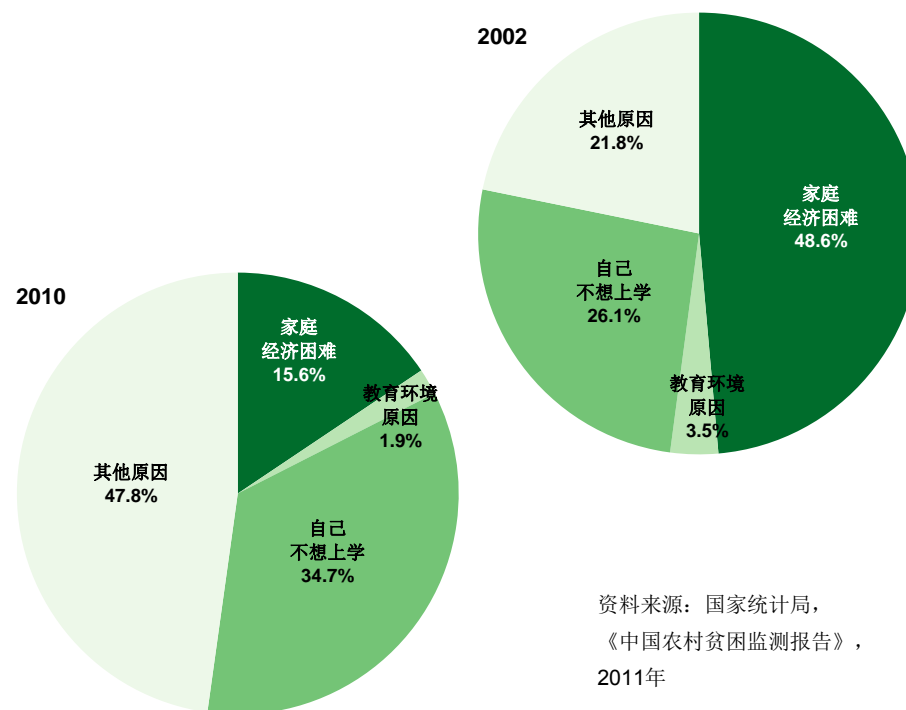
2013年全国有21个省份的初中阶段毛入学率达到了100%。入学水平最低的内蒙古也高达97.7%。

图 8.11
初中三年巩固率，2013年



资料来源：国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

图 8.12
扶贫重点县7-15岁儿童失学原因，2002年和2010年

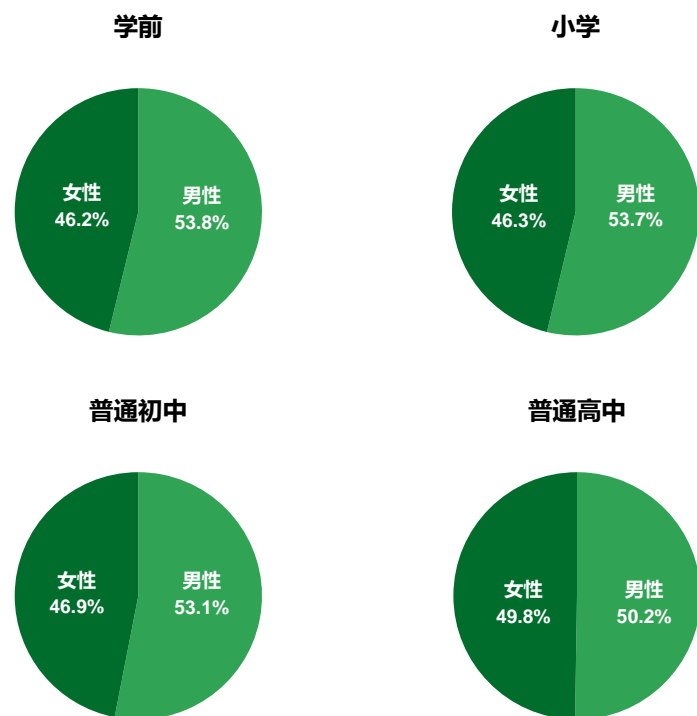


资料来源：国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2011年

图 8.11
2013年，大部分东中部省份初中三年巩固率⁸⁸都高于西部地区。青海的初中三年巩固率最低，为81.1%。

图 8.12
儿童失学有多种原因，需分别应对。国家统计局在592个国定扶贫重点县开展的年度贫困监测表明，2010年，家庭经济困难仍然是儿童失学的重要原因之一，但和2002年相比，已经不是最主要的原因。由于附近无学校或无教师而失学的儿童比重较少。更多的儿童因为自己不想上学，或其他原因比如因病休学、没考上高一年级学校、或者因家庭缺少劳动力而失学。

图 8.13
各级教育在校生的性别构成，2013年

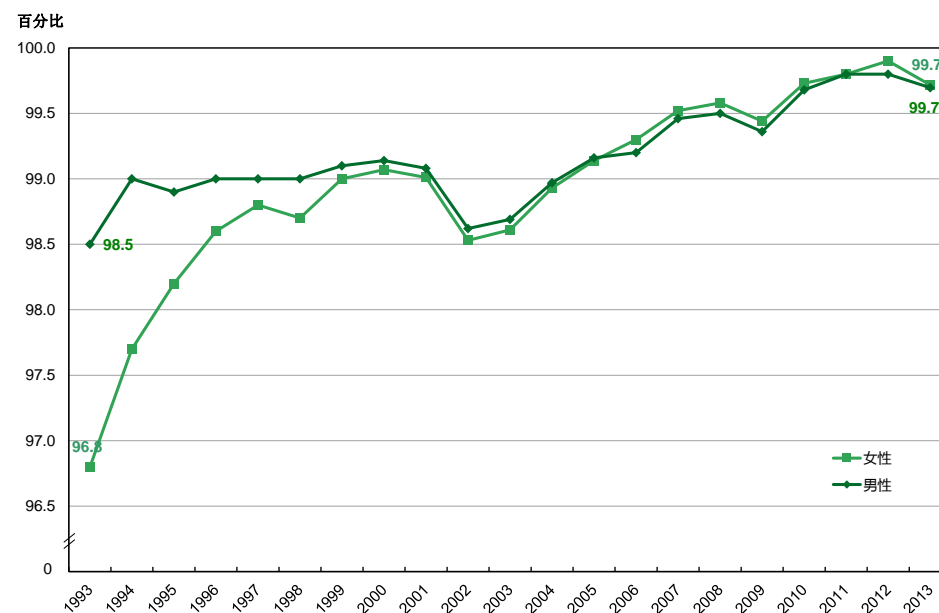


资料来源：教育部，《中国教育事业统计简况》，2014年

图 8.13

学生的性别构成表明，在各级教育中男生比重均高于女生。不过这可能与近十年来不断上升的学龄人口的性别比有关。

图 8.14
分性别小学净入学率，1993–2013年

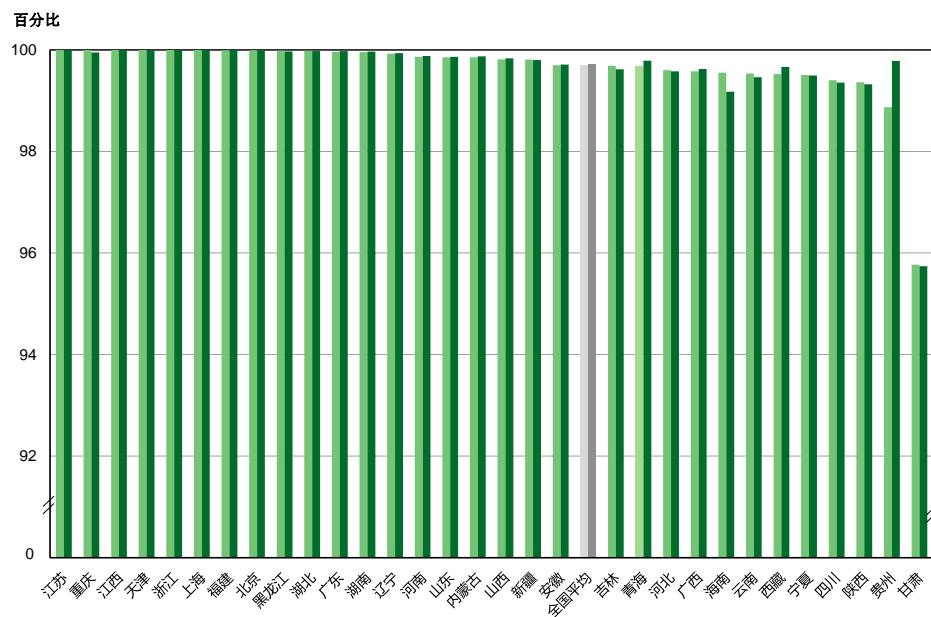


资料来源：教育部，《中国教育事业统计简况》，2014年

图 8.14

中国在小学教育阶段已经实现性别平等，小学男女生净入学率没有明显差异。

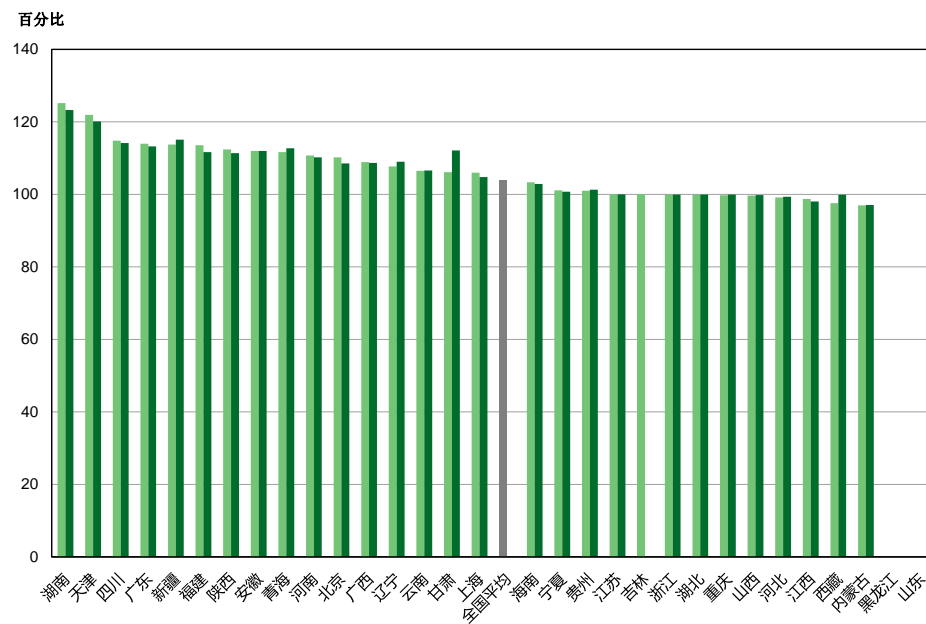
图 8.15
分性别各地区小学净入学率，2013年



资料来源：教育部，《中国教育事业统计简况》，2014年

■ 男性
■ 女性

图 8.16
分性别各地区初中阶段毛入学率，2013年



资料来源：国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014年

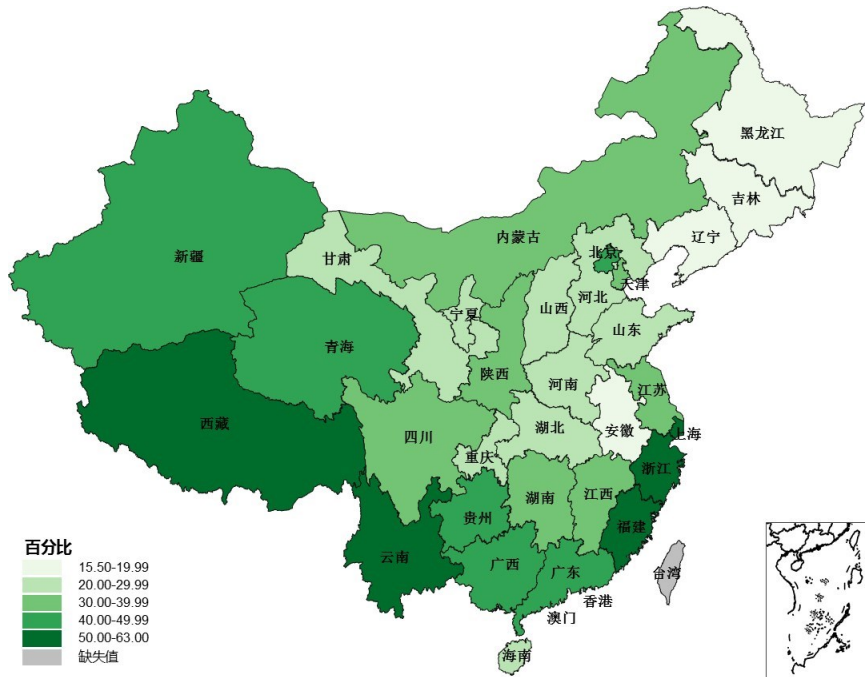
■ 男性
■ 女性

图 8.15 和 图 8.16

小学男女生净入学率没有明显差异。在初中阶段上，某些省份的男女生入学率略有不同。

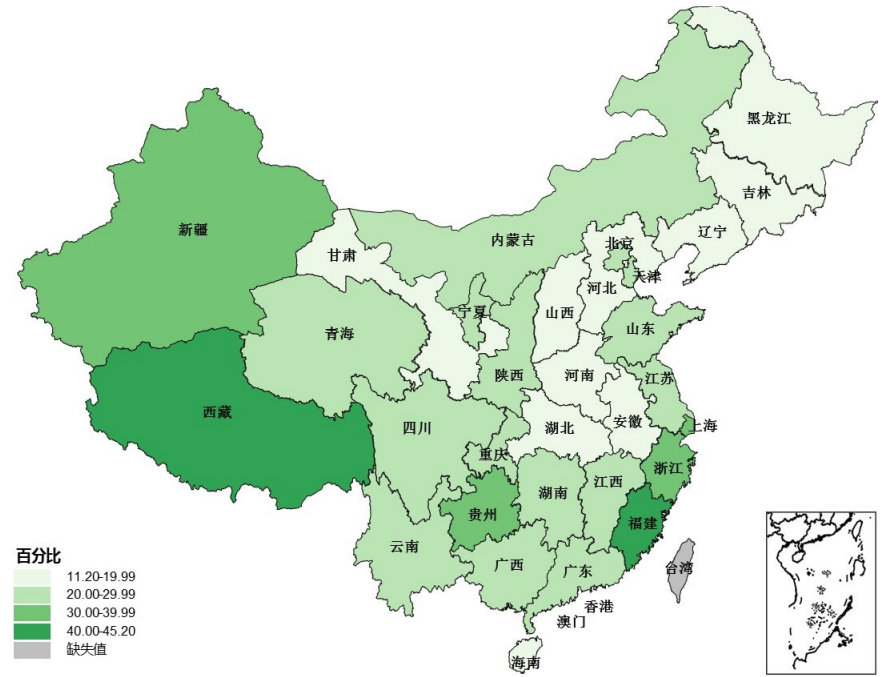
* 全国和吉林的初中阶段毛入学率未得到分性别数据，图中使用了男女合计数。黑龙江和山东无数据。

图 8.17
进城务工人员随迁子女占城市小学在校生比重，2013年



资料来源：教育部，《中国教育事业发展简明统计分析》，2014年

图 8.18
进城务工人员随迁子女占城市初中在校生比重，2013年

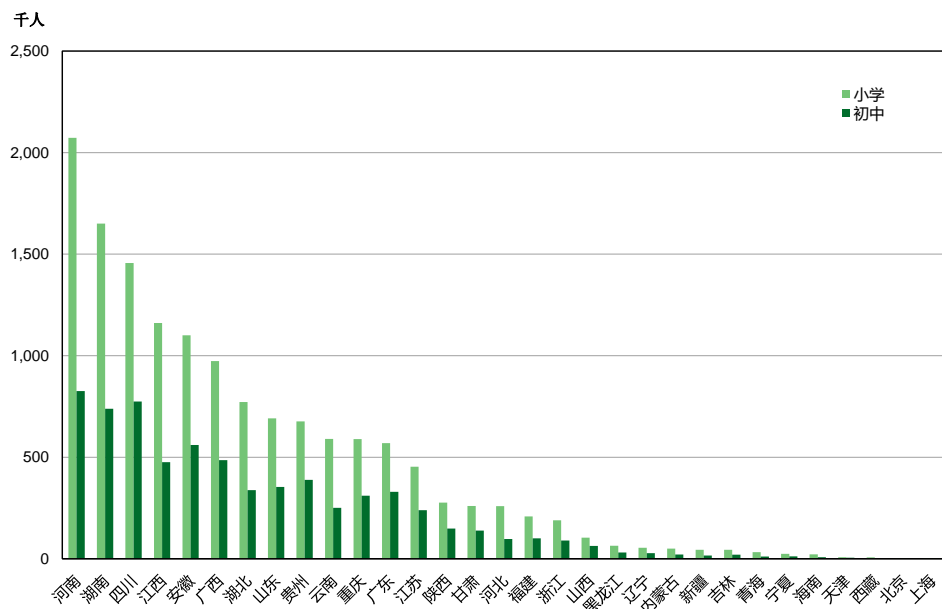


资料来源：教育部，《中国教育事业发展简明统计分析》，2014年

图 8.17 和 图 8.18

2013年，全国有931万名进城务工人员随迁子女在小学就读，占全国城市小学在校生总数的34%；346万在初中就读，占全国城市初中在校生总数的24%。随迁中小學生中56%就读于东部城市地区。分省来看，进城务工子女占各省城市小学在校生总数的比重在16%到63%之间，占各省城市初中在校生总数的比重在11%到45%之间。全国城市义务教育阶段学校中，30%的学生是进城务工人员随迁子女。

图 8.19
各地区小学、初中农村留守儿童规模，2013年

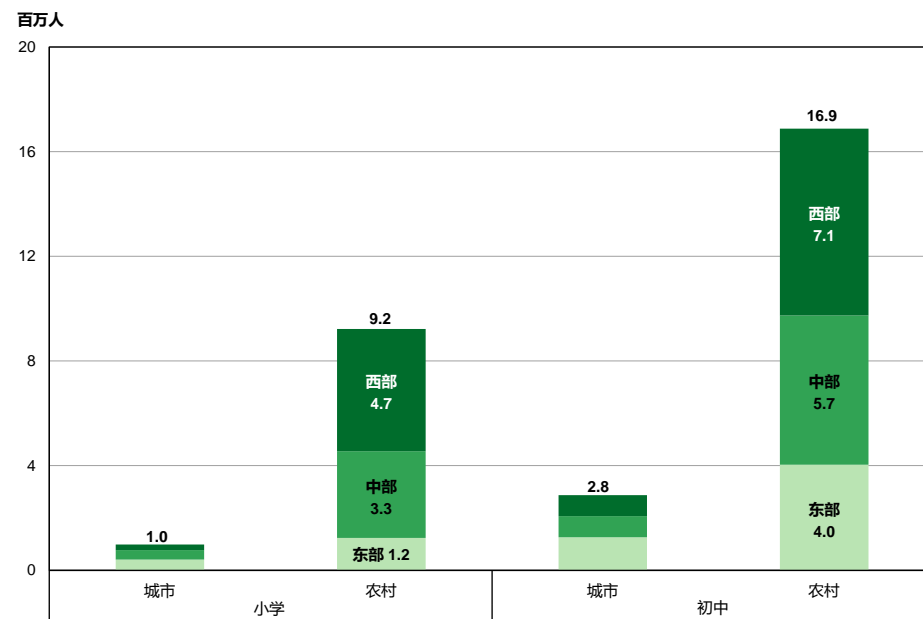


资料来源：教育部，《中国教育事业简况统计分析报告》，2014年

图 8.19

2013年，全国小学在校生中农村留守儿童1,440万人，占农村小学在校生总数的22%；初中在校生中农村留守儿童686万，占农村初中在校生总数的23%。在校留守儿童主要集中在中西部省份，河南、湖南、四川、安徽、江西和广西六省合计占义务教育阶段在校留守儿童的58%。

图 8.20
小学、初中寄宿生规模，2013年

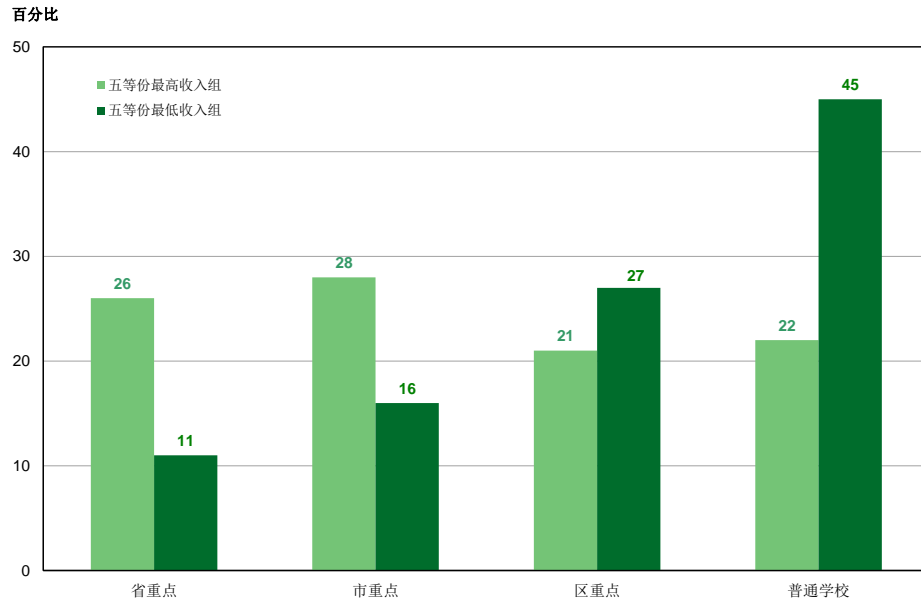


资料来源：教育部，《中国教育事业简况统计分析报告》，2014年

图 8.20

2013年，全国小学寄宿生1,021万人，占小学在校生的比重为11%；初中寄宿生1,975万人，占初中在校生的比重为44%。寄宿生主要集中在初中阶段、农村地区 and 中西部省份。例如，2013年广西、西藏和云南三省农村初中寄宿生比重均超过相应省份农村在校生的80%。

图 8.21
城镇不同收入群体对就读学校的选择，2006年

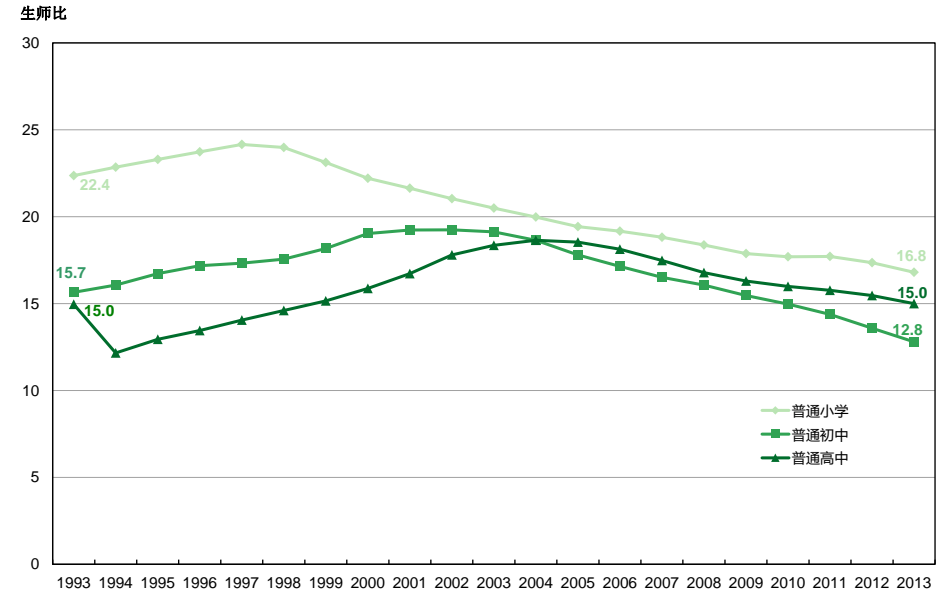


资料来源: Hana Brixi, 《中国的城镇服务和治理》, 第5030号政策研究工作论文, 世界银行, 2009年

图 8.21

在中国的城镇地区, 质量较好的学校往往更多地惠及高收入家庭儿童, 低收入家庭的儿童则更多就读于普通学校和区重点学校。最富裕的1/5家庭的子女大多数就读于设施更完备、师资更强大的省和市重点学校。

图 8.22
各级教育生师比, 1993-2013年

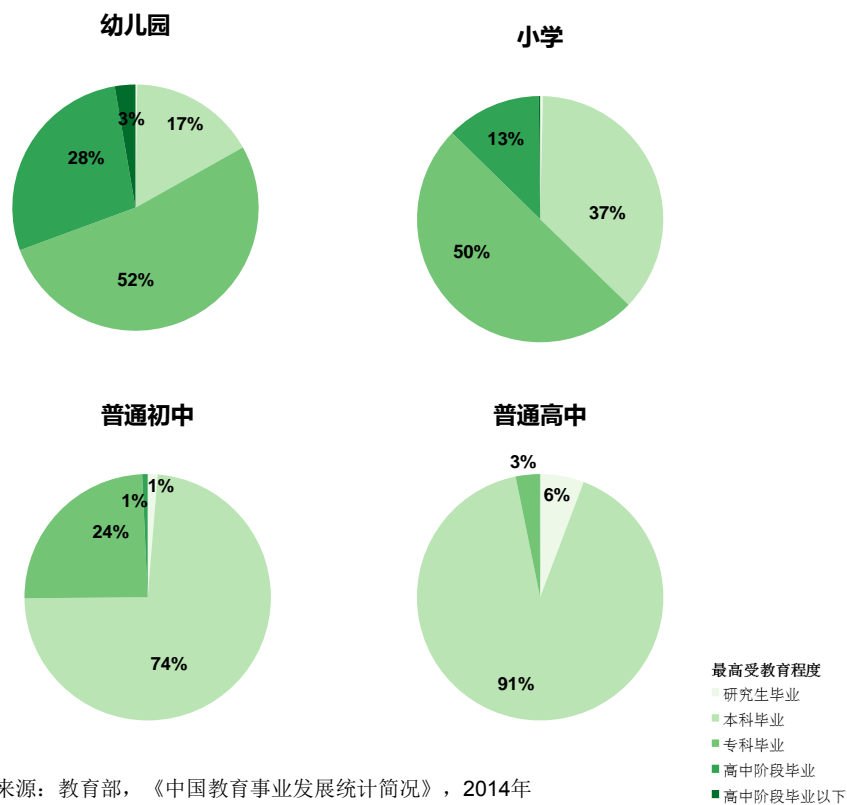


资料来源: 国家统计局, 《中国统计年鉴》, 2013年; 教育部, 《中国教育事业发展简明统计分析》, 2014年(2013年数据)

图 8.22

总体而言, 过去20年间, 中国小学生师比持续下降, 初中和高中生师比在1993至2004年间有所上升, 随后也呈稳步下降趋势。到2013年, 中国各级教育生师比均高于世界平均水平, 达到了中上收入国家水平。

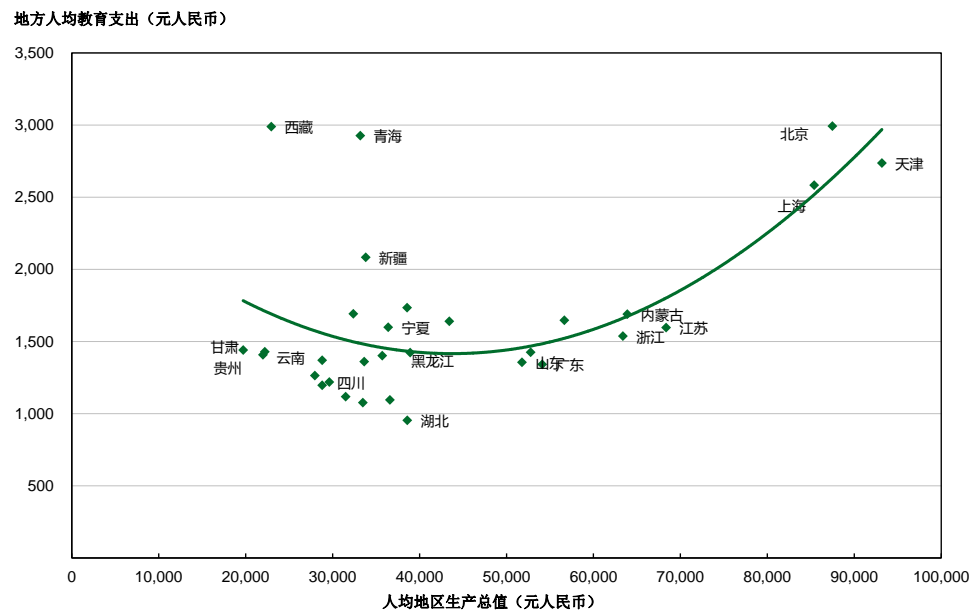
图 8.23
教师学历情况，2013年



资料来源：教育部，《中国教育事业统计简况》，2014年

图 8.23 大多数教师都按中国《教师法》的规定取得了必要的学历资格⁸⁹。2013年，几乎所有的幼儿园教师和小学教师、98%的初中教师、以及97%的高中教师都取得了所需的教师资格。

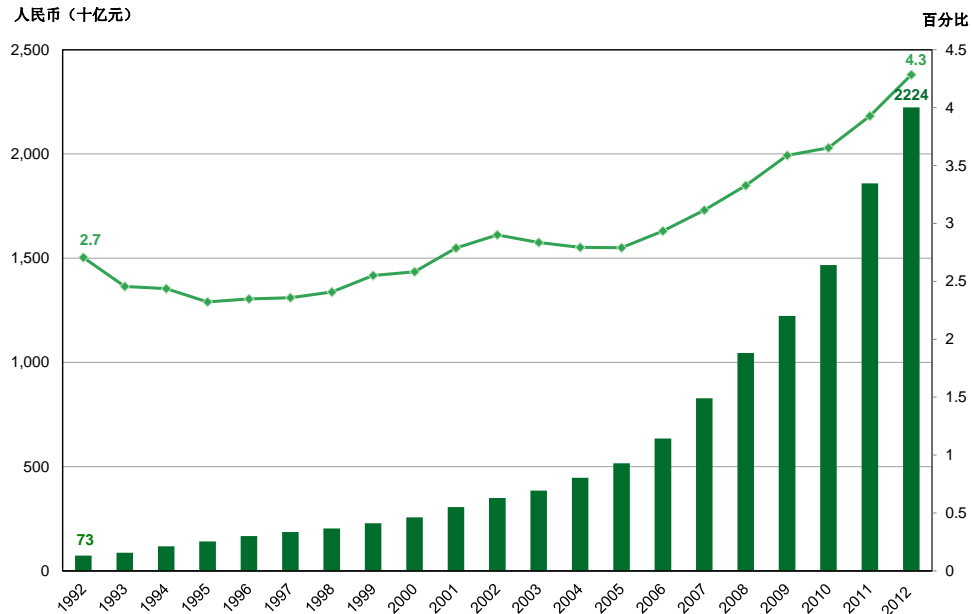
图 8.24
各地区人均教育支出与人均地区生产总值，2012年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2013年（GDP）；教育部，“全国教育经费执行情况统计公告”，2013年（教育支出）

图 8.24 中国各省人均教育支出与人均地区生产总值的散点图基本呈现出东部省份人均教育支出高于西部省份的态势。但是，两者并非线性相关。人均地区生产总值较低的西部省份人均教育支出水平也可能与东部省份相当，比如西藏和青海虽然人均地区生产总值较低，但其人均教育支出水平接近3,000元人民币，在全国各省中排在前列，与北京的人均教育支出水平接近。

图 8.25
政府的教育支出及其占国内生产总值比重，1992–2012年

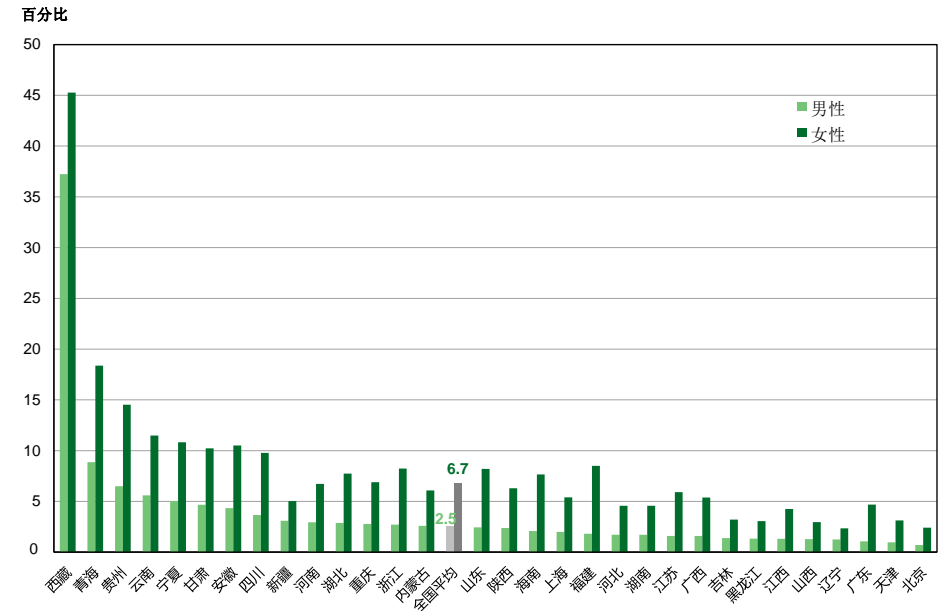


资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2013年

图 8.25

国家财政性教育经费支出从1992年起不断增加，2012年达到2.2万亿元人民币，占国内生产总值的4.3%，实现了政府制定的财政教育经费占国内生产总值4%的全国性目标。

图 8.26
各地区分性别15岁及以上成年人文盲率，2013年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

图 8.26

基本的阅读、写作和算术能力对于个人的福利和社会发展尤为关键。过去50年，随着社会和经济水平的发展，中国人民的受教育程度明显提高。1964年，中国有三分之一的成年人是文盲，到2013年，文盲比重下降至仅4.6%，但性别差异仍然显著。生活在西部地区的女性识字水平最低，其中西藏的文盲率最高。



9

儿童和妇女权利

概述

《中国儿童发展规划纲要》（NPA）

为了支持1990年世界儿童问题首脑会议做出的国际承诺，以及履行1992年中国批准《儿童权利公约》后做出的相关承诺，中国政府于1992年颁布了首个《九十年代中国儿童发展规划纲要（1992–2000年）》。该纲要既符合中国《国民经济和社会发展规划纲要》的总体要求，也考虑了1990年世界儿童问题首脑会议设定的全球目标⁹⁰。

2001年5月，中国政府颁布了第二个《中国儿童发展纲要（2001–2010年）》。第三个《中国儿童发展纲要（2011–2020年）》于2011年7月颁布。

《中国儿童发展纲要》的目标作为全国性纲要既促进了儿童权利的实现，也推动了《联合国千年发展目标》（MDGs）的实现，因为大多数千年发展目标都与儿童和妇女发展有关。

《儿童权利公约》（CRC）

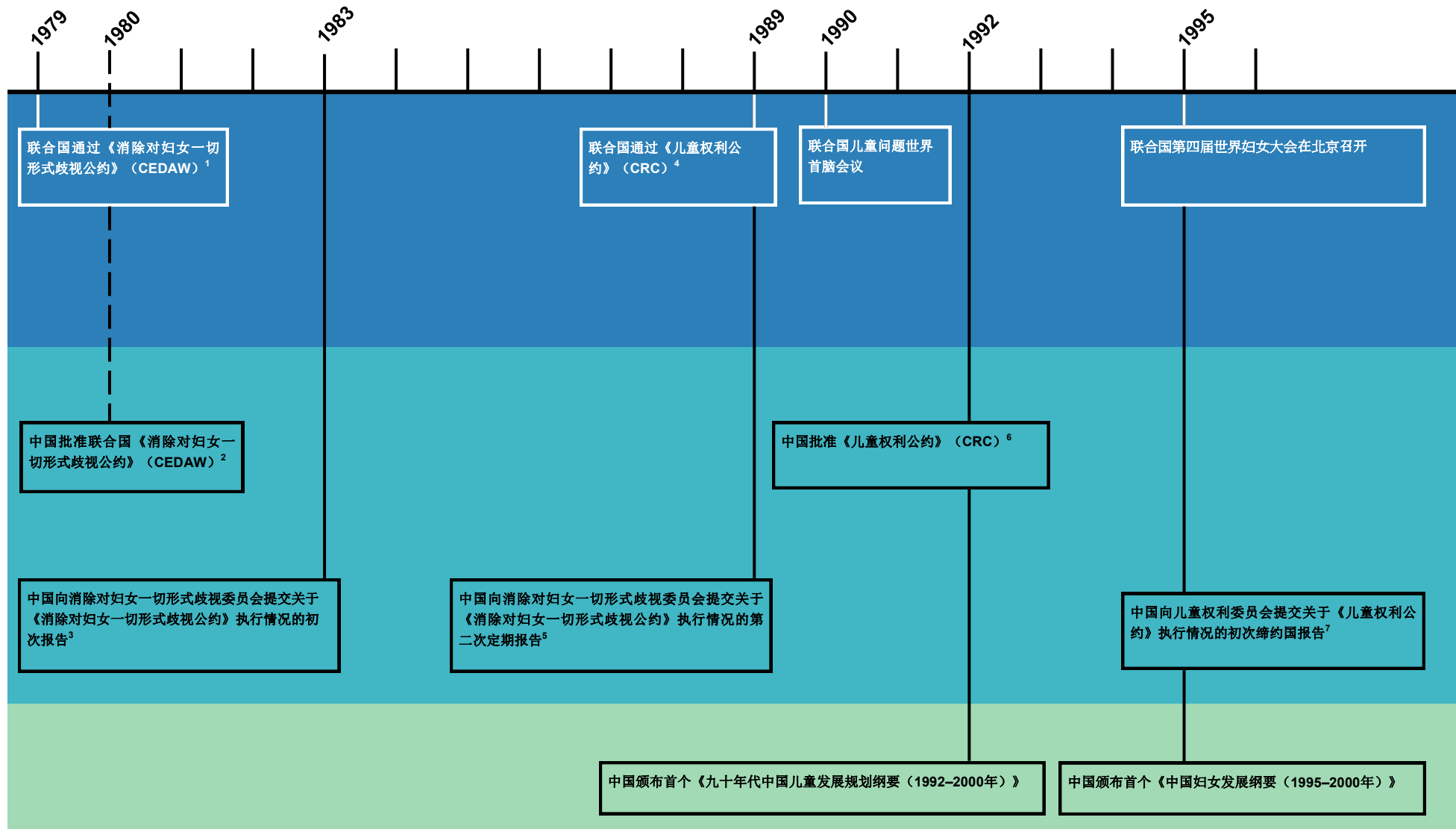
中国于1992年批准《儿童权利公约》后，多次向联合国儿童权利委员会提交缔约国报告，对中国履行《儿童权利公约》的进展情况进行报告。1995年3月，中国政府通过外交部提交了关于《儿童权利公约》执行情况的初次缔约国报告。2003年6月，中国政府向联合国儿童权利委员会提交了第二次缔约国报告。2010年7月，中国提交了关于《儿童权利公约》执行情况的第三、四次合并缔约国报告。

2013年10月，联合国儿童权利委员会审议了中国的第三、四次合并缔约国报告，并公布了对中国履约报告的审议结论。

《未成年人保护法》

2006年，全国人民代表大会批准了《未成年人保护法》修订版，并于2007年6月起正式实施。与1991年的版本相比，《未成年人保护法》修订版明确规定，未成年人享有生存权、发展权、受保护权和参与权，这与《儿童权利公约》的核心原则相符。

图 9.1
关于儿童、妇女权利的国际和中国大事记



■ 关于儿童、妇女权利的国际大事记
■ 中国批准国际公约
■ 《中国儿童发展纲要》和《中国妇女发展纲要》

¹ 1979年12月18日联合国大会通过，1981年9月3日生效

² 1980年11月4日*中国批准《消除对妇女一切形式歧视公约》并于1981年12月3日生效

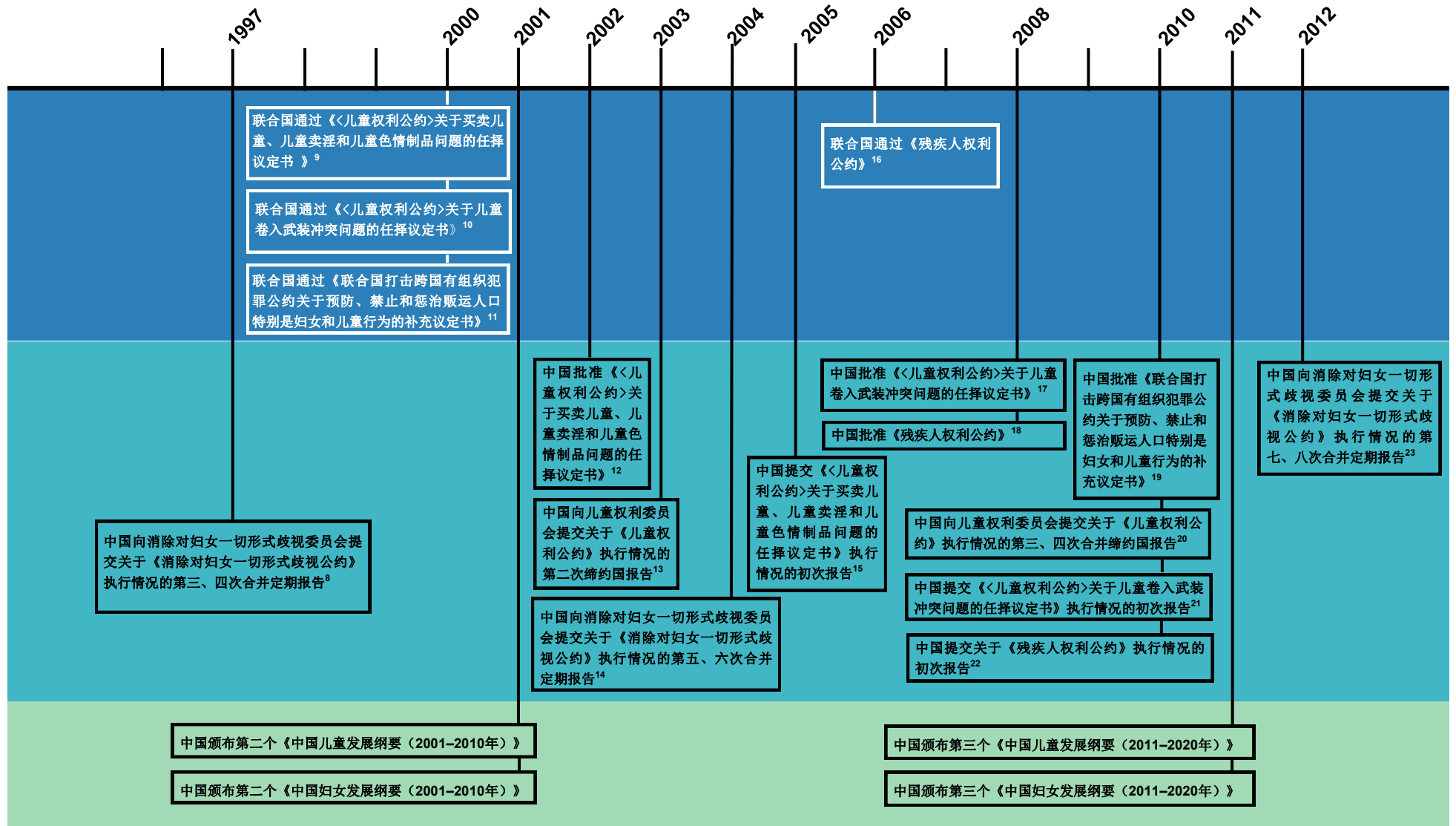
³ 1983年5月25日提交关于《消除对妇女一切形式歧视公约》执行情况的初次报告

⁴ 1989年11月20日联合国大会通过，1990年9月2日生效

⁵ 1989年6月22日提交关于《消除对妇女一切形式歧视公约》执行情况的第二次定期报告

⁶ 1992年3月2日*中国批准《儿童权利公约》，1992年4月1日生效

⁷ 1995年3月27日提交关于《儿童权利公约》的初次缔约国报告



⁸ 1997年5月25日提交关于《消除对妇女一切形式歧视公约》执行情况的第三、四次合并定期报告

⁹ 2000年5月25日联合国大会通过，2000年1月18日生效

¹⁰ 2000年5月25日联合国大会通过，2002年2月12日生效

¹¹ 2000年11月15日联合国大会通过，2003年12月25日生效

¹² 2002年12月3日*中国批准《〈儿童权利公约〉任择议定书》，2003年1月3日生效

¹³ 2003年6月27日提交关于《儿童权利公约》的第二次缔约国报告

¹⁴ 2004年2月4日提交关于《消除对妇女一切形式歧视公约》执行情况的第五、六次合并定期报告

¹⁵ 2005年11月5日*提交《〈儿童权利公约〉关于买卖儿童、儿童卖淫和儿童色情制品问题的任择议定书》的初次报告

¹⁶ 2006年12月13日联合国大会决议，2008年5月3日生效

¹⁷ 2008年2月20日*中国批准《〈儿童权利公约〉任择议定书》，2008年3月20日生效

¹⁸ 2008年8月1日*中国批准《残疾人权利公约》，2008年8月31日生效

¹⁹ 2010年2月8日*中国批准《联合国关于预防、禁止和惩治贩运人口特别是妇女和儿童行为的补充议定书》

²⁰ 2010年7月16日*提交关于《儿童权利公约》的第三、四次合并缔约国报告

²¹ 2010年11月17日*提交《〈儿童权利公约〉关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》的初次报告

²² 2010年8月30日*提交《残疾人权利公约》执行情况的初次报告

²³ 2012年1月20日*提交《消除对妇女一切形式歧视公约》执行情况的第七、八次合并定期报告

* 此日期是联合国记录的正式批准日期，可能与中国政府记录的批准日期有所不同。



10

受人口流动
影响的儿童

概述

大规模国内人口流动

中国的大规模人口流动和迁移始于20世纪90年代，到2013年，流动人口增加到2.45亿。在《国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要（2011–2015年）》中，中国政府将国内人口流动继续视为国家发展战略中必不可少的一环。如果辅之以恰当的措施，人口流动有利于推进城镇化发展，增加就业机会，增加农村居民收入，调整经济结构，缩小城乡和地区差距。然而，要将国内人口流动的益处最大化，同时降低其负面影响，对政府而言是一个艰难的平衡。

流动人口对国家的整体发展做出了巨大贡献，然而，他们的工作和生活条件却明显落后于城镇常住居民。地方政府规划、资源配置和提供公共服务的基础是一个人的“户口”身份，拥有城镇户口者才能享受社会保障并获得公共服务。缺少城镇居民身份（城镇“户口”）是流动人口发展的主要制约因素。

确保流动农民工及其家属能够受益于社会保障体系并获得有保证的基本公共服务已经成为中国政府面临的重大挑战。2011-2015年国家基本公共服务体系“十二五”规划中明确指出，要逐步实现流动人口基本公共服务均等化。

受人口流动影响的儿童⁹¹

有未成年子女的流动农民工大部分选择将子女留在农村，交由祖父母或亲戚抚养，另一部分则选择将子女一起带到城里。这些受人口流动影响的流动儿童和留守儿童人口总数在2000-2010年的10年间大量增加：2000年，中国有0-17岁流动儿童1,982

万人，留守儿童2,290万人，受人口流动影响的儿童合计4,272万人，占2000年儿童总人数的12.4%。2010年，流动儿童3,581万人，留守儿童6,973万人，受人口流动影响的儿童总数达1.06亿，占中国儿童总人数的38%。也就是说，2010年中国每10名儿童中就约有4名直接受到人口流动影响。

中国政府重视并采取措施解决受人口流动影响儿童所面临的问题。20世纪90年代中后期政府开始重点关注流动儿童，初步确立了流动儿童教育问题“以流入地政府管理为主，以全日制公办中小学为主”的“两为主”解决思路。近年来人口流动对儿童的影响更加凸显，中国政府对于流动儿童和留守儿童相关问题关注的角度也更为广泛，出台了教育、卫生和社会保障一系列政策。2011年颁布实施的《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》在整合相关部门政策措施的同时，规划了流动和留守儿童工作的发展目标以及行动措施，作为未来十年中国政策一项重要议题，将降低流动儿童死亡率、确保流动儿童平等接受义务教育、满足流动和留守儿童基本公共服务需求纳入了儿童纲要目标体系，并要求通过采取以下措施推动目标实现：

- 将流动儿童纳入流入地社区儿童保健管理体系；
- 努力解决流动儿童入园问题，坚持“两为主”政策，制定实施流动儿童义务教育后在流入地参加升学考试的办法，加快农村寄宿制建设并优先满足留守儿童住宿需求；
- 建立和完善流动儿童和留守儿童服务机制，建立16周岁以下流动儿童登记制度，健全农村留守儿童服务机制，加强对留守儿童心理、情感和行为的指导，提高留守儿童家长的监护意识和责任，等等。

流动儿童

2010年全国流动儿童规模3,581万，每8名儿童中约1名是流动儿童，且流动儿童主要是从农村流动到城镇。从城镇儿童中流动儿童比重来看，全国平均为26.3%，相当于每4名城镇儿童中就有1名是流动儿童。

流动儿童多在流入地长期居住和学习，外出流动的平均时间为3.7年，其中7-14岁流动儿童中约有三分之一流动时间在6年以上。作为父母的随迁者，他们已成为长期流动人口。

大规模长时间的离乡使得大量流动儿童失去了他们传统的支持体系如社区支持，继而新的环境中面临各种困难和歧视。很多儿童并未在新的居住地登记，对于当地政府而言他们的公共服务需求是“隐形的”。另外，农村流动人口子女即使在城市出生，也并不意味着他们可以获得城镇户口，因此其流动状态可能代际相传。

尽管政府出台了相关政策和规章禁止歧视流动儿童，要求地方部门为他们提供公共卫生和教育服务，这些政策有时在执行时并未得到充分贯彻。例如，很多流动儿童仍然无法进入公办学校上学。相反，他们不得不就读于教学质量较差的民办学校。由于民办学校收费较高，加之部分大龄流动儿童过早进入劳动力市场，流动儿童的辍学率高于当地城镇儿童。由于城乡之间的医保制度相互分离、福利无法转换，流动人口及其家庭未被充分纳入居住地医疗保障体系，从而使其不得不支付高昂的医疗费用并且无法平等享受卫生保健服务。

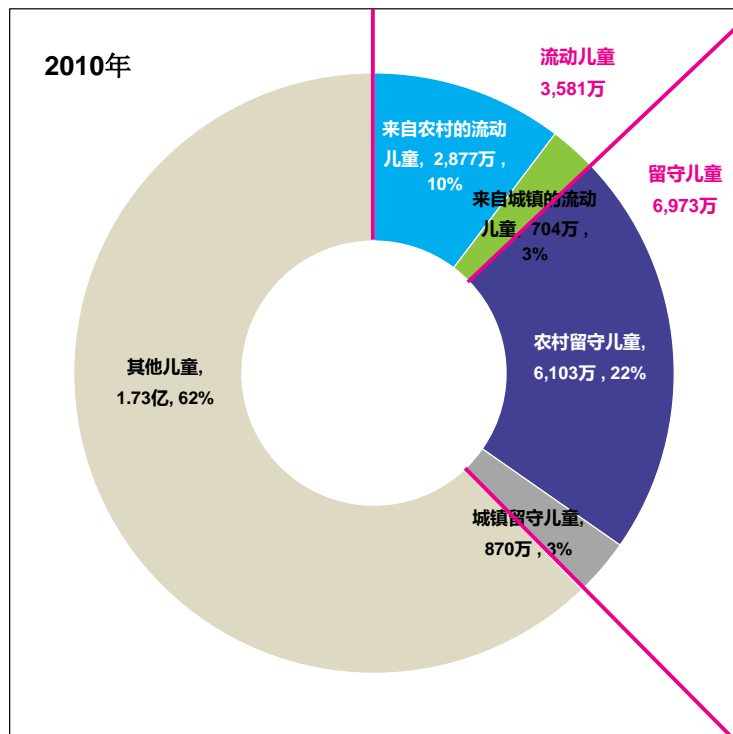
留守儿童

父母一方或双方在外打工的留守儿童也面临诸多挑战。2010年农村留守儿童为6,103万人，占全部留守儿童的87.5%，占全部农村儿童的40%。

调查表明，大部分留守儿童与父母保持着不定期、有限的联系，他们感觉孤单和孤立无援。部分留守儿童一年中只能在春节期间见父母一面。他们的照料人，通常是祖父母，往往无法给予他们足够的关爱（包括情感上的支持、足够的卫生与营养条件、应有的儿童意外伤害预防指导），也无力督促他们完成作业。这对他们的身体、教育与心理的健康发展造成了不利影响。

中国政府将解决城镇、农村和流动人口之间不平等问题摆在了优先位置上，以确保弱势群体能够从经济增长和发展中受益。近年来，为使流动人口平等享有公民权利、劳动权利以及获得基础服务和社会保障的权利，中国已开始了相关的政策改革和立法。不过，该挑战的巨大规模和复杂性意味着其进展仍处于渐进阶段。

图 10.1
受人口流动影响的儿童占全部儿童的比重，2010年



注：环形图中第一个数字是相应组别的儿童人口数，第二个数字是各组占儿童人口总数的比重。

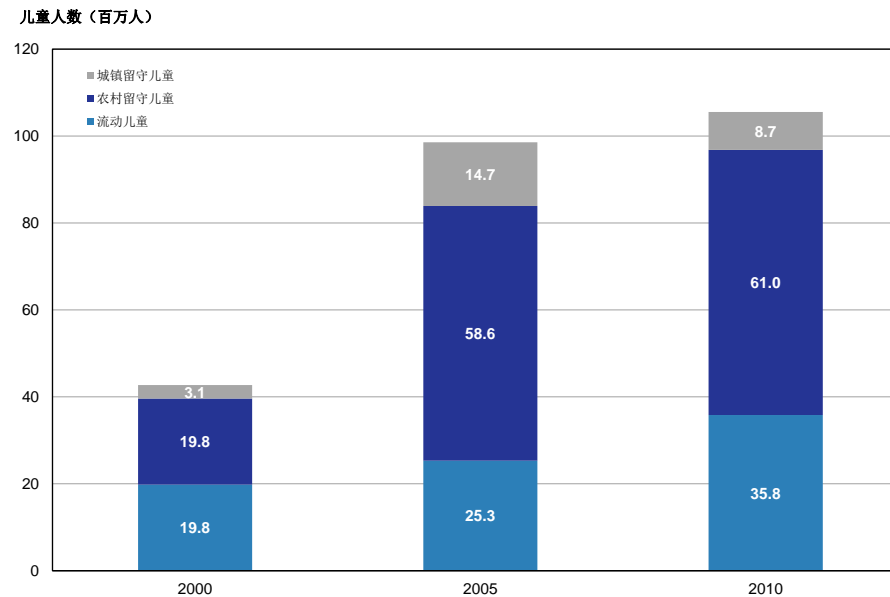
资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.1

2010年，全国0-17岁流动儿童规模3,581万人，留守儿童规模6,973万人，受人口流动影响的儿童总数1.06亿，占中国儿童总人口的38%。

绝大部分受人口流动影响的儿童来自于农村或生活在农村。全部流动儿童中户口性质为农业的流动儿童占80.4%，据此推算全国农村流动儿童2,877万人。全国留守儿童中6,103万是农村留守儿童，占全部留守儿童的87.5%，占全部农村儿童的40%。

图 10.2
受人口流动影响的儿童，2000年、2005年和2010年

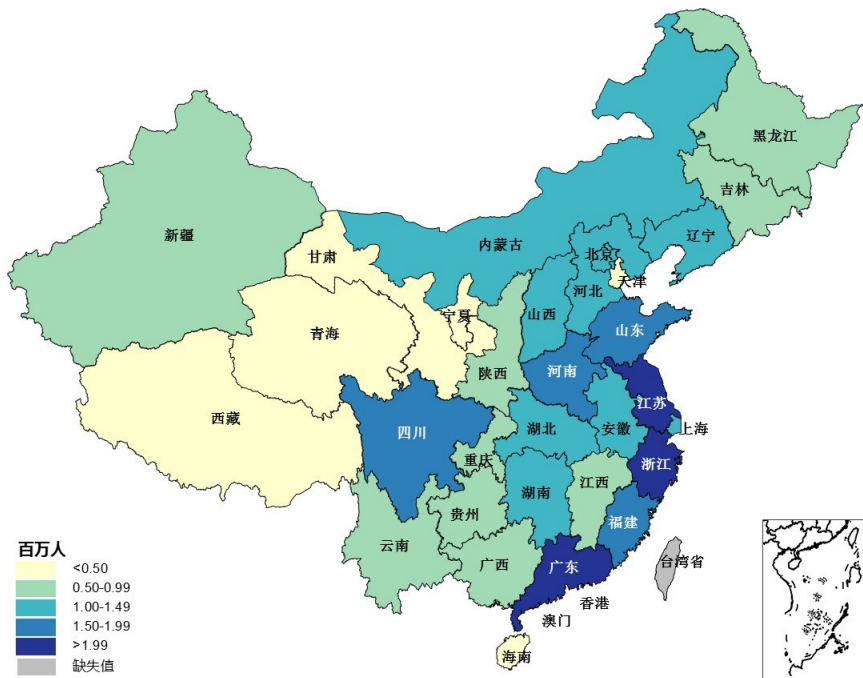


资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人根据2000年和2010年全国人口普查数据、2005年全国1%人口抽样调查数据推算

图 10.2

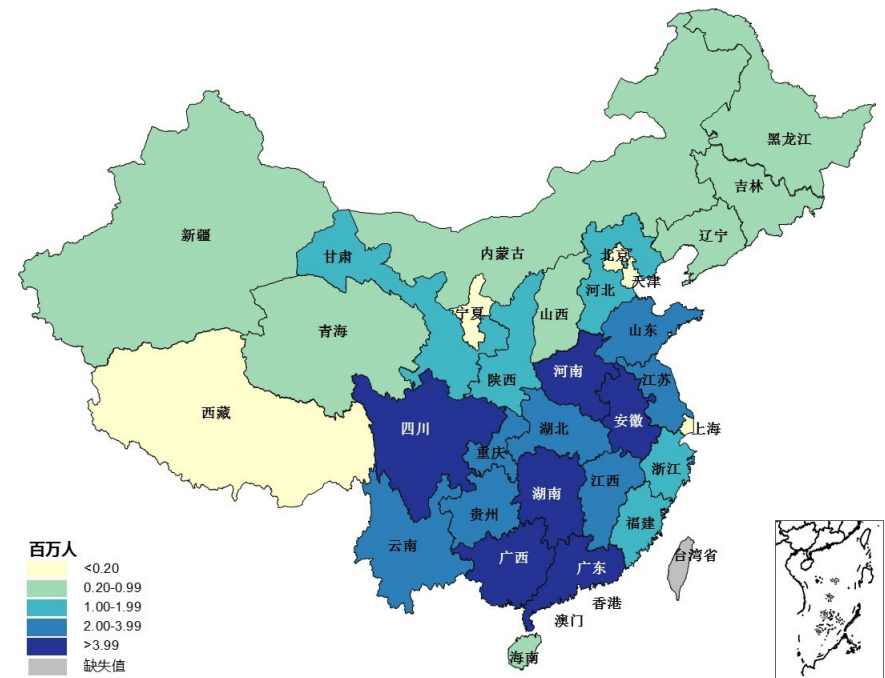
2010年流动儿童和留守儿童规模比2000年和2005年大量增加，且2005-2010年间呈现出流动儿童规模加速增长、留守儿童规模渐趋稳定的态势，印证了中国人口流动正处在从“夫妻共同流动”向“夫妻携未成年子女共同流动”转变的阶段特征。这一特征，也预示着未来一段时期中国流动儿童人口将进一步增长。

图 10.3
流动儿童人数，2010年



资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人
根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.4
农村留守儿童人数，2010年



资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人
根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.3

2010年，流动儿童人数在每省150万以上的输入大省有七个，依次是广东、浙江、江苏、四川、山东、河南和福建，七省合计流动儿童1,637万人，占全国流动儿童人数近一半（46%）。

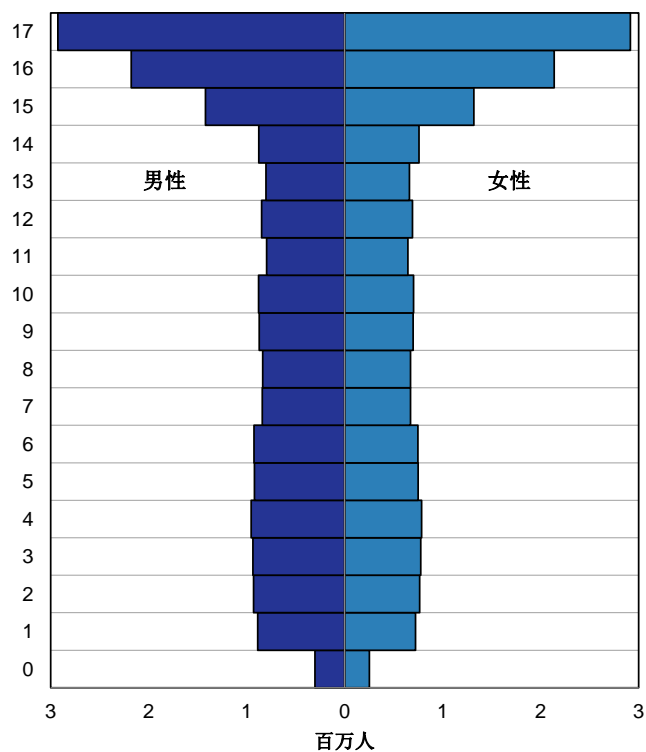
图 10.4

农村留守儿童一半集中在四川、河南、安徽、广东、湖南、广西这六个劳务输出大省。六省的留守儿童人数每省都在400万以上，占当地农村儿童的比重都在40%以上。

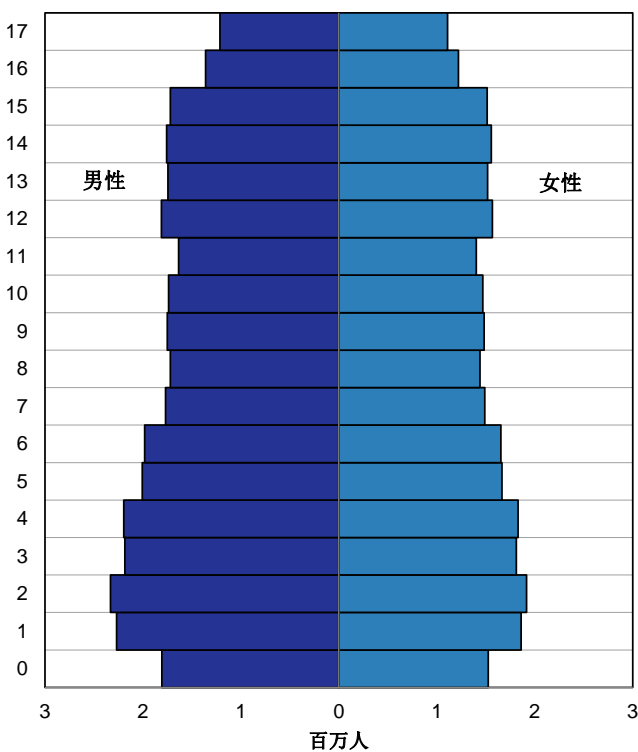
图 10.5

流动儿童与农村留守儿童年龄构成，2010年

流动儿童年龄（岁）



农村留守儿童年龄（岁）



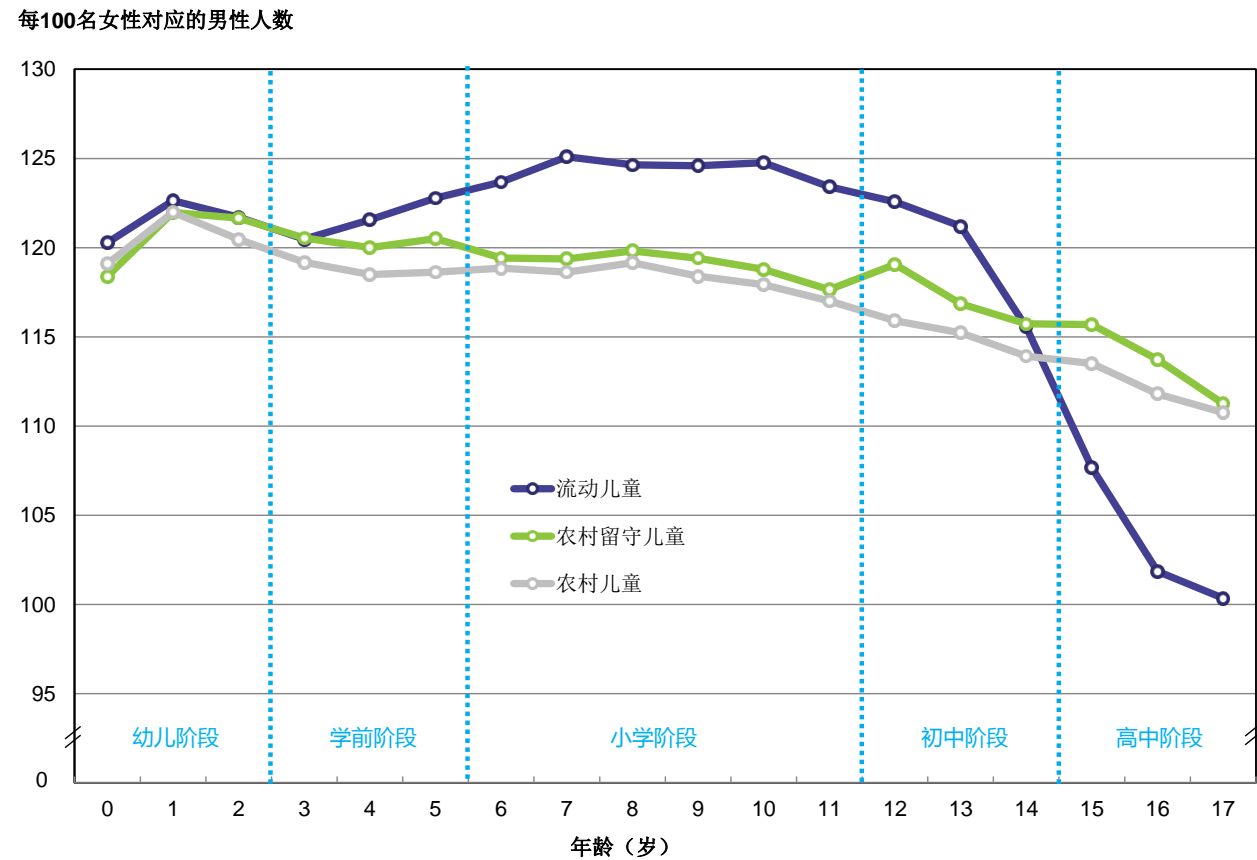
年龄	教育阶段	流动儿童人数 (百万人)	农村留守儿童人数 (百万人)	儿童总人数 (百万人)
17	高中	12.90	8.13	57.59
16				
15				
14	初中	4.64	9.95	46.52
13				
12				
11	小学	9.29	19.53	84.54
10				
9				
8				
7	学前教育	5.12	11.70	45.20
6				
5				
4	0-2岁幼儿	3.86	11.72	45.06
3				
2				
1	0-17岁合计	35.81	61.03	278.91
0				

资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.5

流动儿童在除两端以外的大多数年龄段分布比较均匀。众多流动儿童在接受平等教育和获得有支付能力的卫生服务方面存在困难，他们应被纳入流入地教育和卫生的总体规划中，当地政府也应采取切实措施以满足流动儿童的需求。流动儿童中近四成是15-17岁儿童，他们大部分在校就读，但也有不少终止高中学业开始步入新生代农民工大军，面临社会融入等一系列流动人口会面临的问题。农村留守儿童各年龄组所占比重差异不大，总体比较均匀。

图 10.6
流动儿童与农村留守儿童性别比，
2010年

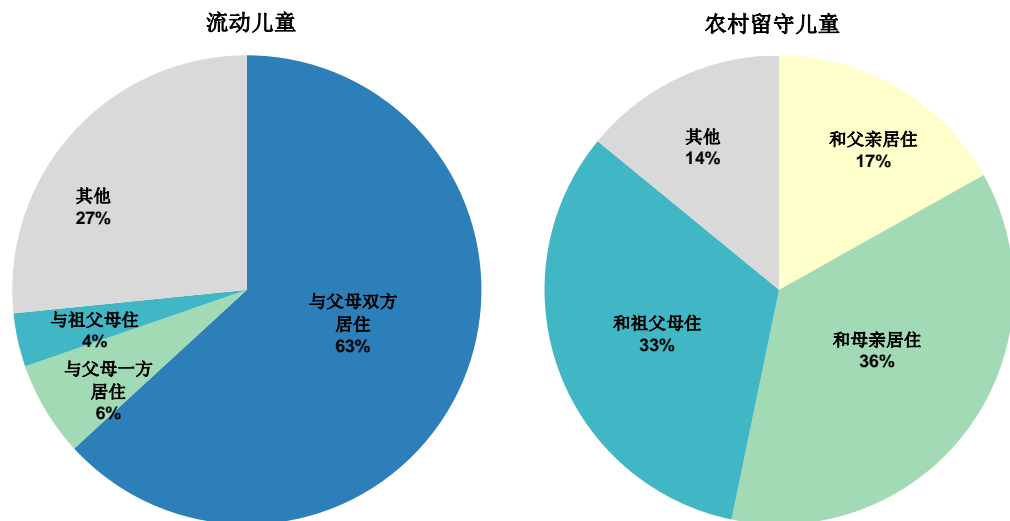


资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.6

流动人口在携带子女一起外出时存在一定的男孩偏好。学前教育和义务教育阶段流动儿童性别比高于留守儿童，并且在义务教育阶段表现得更加明显，这说明男孩在学前和义务教育阶段有更多机会与父母居住并从城市教育资源中受益。

图 10.7
流动儿童与农村留守儿童家庭抚养情况，2010年



资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人
根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.7
大规模的人口流动是中国儿童抚养方式最主要的影响因素。全国因为种种原因没能和父母双方一起居住生活的儿童人口规模为8,450万，主要是受人口流动影响的儿童，其中6,103万是农村留守儿童，另有约1,300万是流动儿童。

近半数农村留守儿童（47%）父母双方外出流动，他们不能与父母中的任何一方一起生活；36%父亲外出流动，他们和母亲一起留守；17%母亲外出流动，他们和父亲一起留守。祖父母是留守儿童特别是低龄留守儿童的主要照料者。

图 10.8
未按规定接受或完成义务教育的比重，2010年

	全国	城镇	农村	流动儿童	农村留守儿童
未按规定接受或完成义务教育*的比重 (%)					
6-17岁	3.0	2.0	3.9	2.7	3.4
6-11岁	3.2	2.9	3.5	3.5	3.3
12-14岁	2.0	1.1	2.6	1.7	2.3
15-17岁	3.7	1.5	5.8	2.4	4.8

资料来源：中国人民大学社会与人口学院段成荣等人
根据国家统计局2010年全国人口普查数据推算

图 10.8
从儿童接受或完成义务教育情况来看，农村留守儿童略好于全部农村儿童；流动儿童落后于城镇儿童但好于农村儿童。15-17岁大龄农村儿童包括大龄农村留守儿童接受义务教育的情况最差，未按规定接受或完成义务教育的比重分别为5.8%和4.8%。留守儿童中，母亲外出的留守儿童受教育状况最差，未按规定接受或完成义务教育的比重达到5.1%。

* 1986年颁布的《中华人民共和国义务教育法》规定适龄儿童必须接受9年义务教育。此表中“未按规定接受或完成义务教育”的儿童包括6岁及以上未上过学、仅小学毕业或肄业、小学辍学和初中辍学人群。



11

残疾儿童

概述

联合国《残疾人权利公约》于2008年在中国正式生效，旨在促进、保护和确保所有残疾人充分平等地享有一切人权和基本自由，并推动对残疾人固有尊严的尊重。

正如联合国《残疾人权利公约》中所定义的：“残疾人包括肢体、精神、智力或感官有长期损伤的人，这些损伤与各种障碍相互作用，可能阻碍残疾人在与他人平等的基础上充分和切实地参与社会。”

在联合国《残疾人权利公约》的协商和起草过程中，中国作为倡导者和参与者发挥了积极的作用。中国于2007年签署并于2008年8月1日正式批准了此公约。2010年8月，中国提交了关于《残疾人权利公约》执行情况的初次报告。

为了使中国关于残疾人的国家立法与国际标准相一致，2006年，中国政府开始同步修订《中华人民共和国残疾人保障法》（最初于1990年制订）。修订后的法律将有关残疾儿童的新规定纳入其中，并于2008年7月1日正式生效。

这些努力说明，在过去几年内，中国政府采取了有力措施，通过推动政策和立法改革来促进残疾人的权利和福祉，并且特别关注残疾儿童的保障和权利。

有关残疾人状况的数据和研究为这一决策过程提供了信息。中国在1987年开展了第一次全国残疾人抽样调查，近20年后又在2006年开展了第二次全国残疾人抽样调查。2006年的调查在中国大陆31个省、自治区和直辖市开展，共抽样调查了771,797户、2,526,145人，包括616,940名18岁以下儿童。

这次调查使用了“第二次全国残疾人抽样调查残疾标准”，该标准是以世界卫生组织国际疾病分类（ICD）和国际功能、残疾和健康标准（ICFDH）为基础而设计的，残疾被相应地分为七类：视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾。

2006年的调查发现，1.6%的被调查儿童存在某种残疾，占有残疾人的6%。根据此次调查数据推算，中国大约有500万名儿童存在着某种残疾。

为了在2006年全国残疾抽样调查后进一步监测残疾人状况，中国残疾人联合会（CDPF）从2007年开始每年开展全国残疾人状况监测工作。

图 11.1
中国残疾儿童占所有儿童的比重，2006年

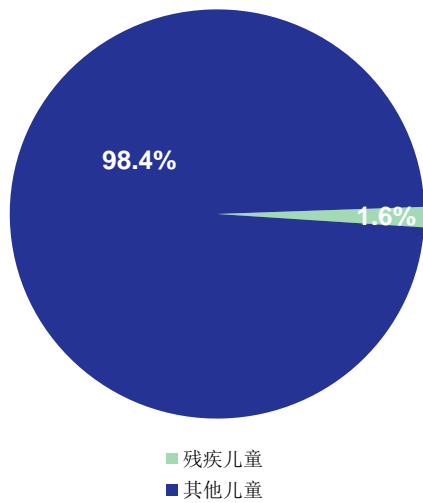
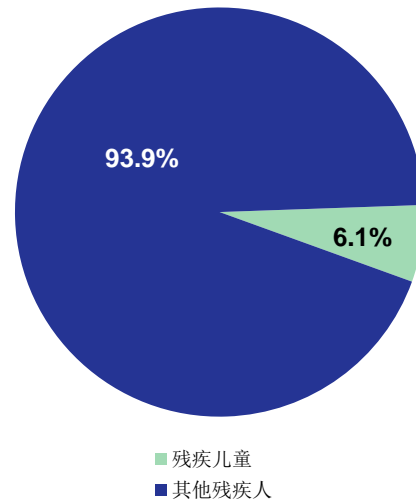


图 11.2
中国残疾儿童占所有残疾人的比重，2006年

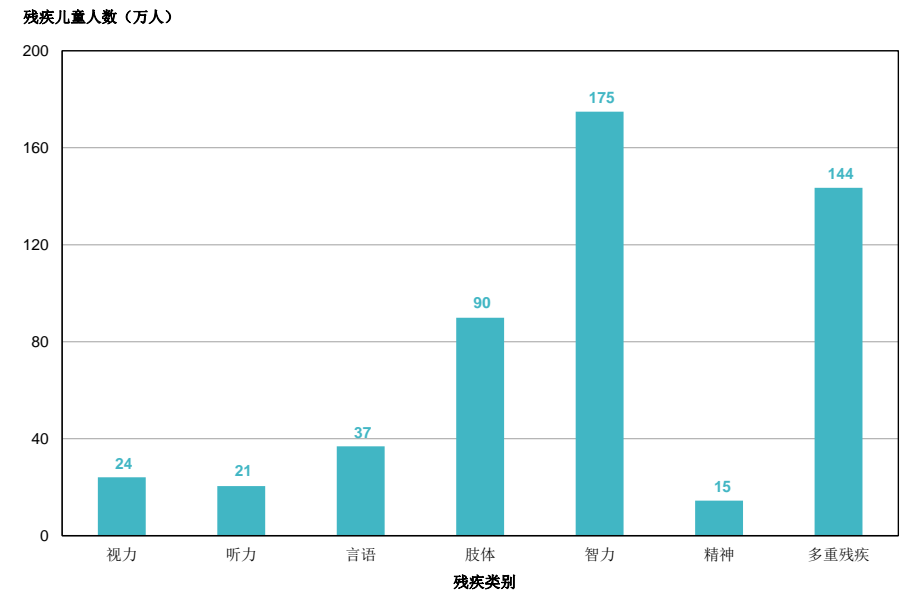


资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年

图 11.1 和 图 11.2

根据2006年第二次全国残疾人抽样调查数据推算，中国大约有500万残疾儿童，占全国儿童总数的1.6%，占全国残疾人总数的6%。

图 11.3
各类残疾儿童人数，2006年

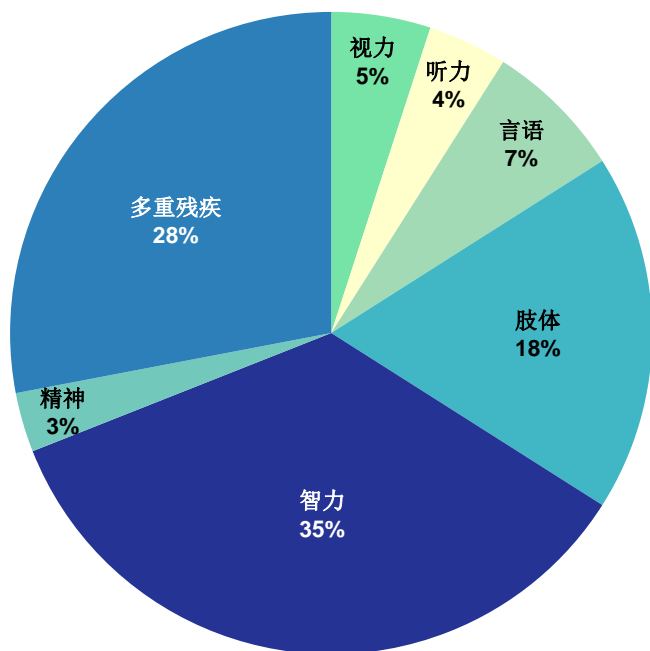


资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年

图 11.3

第二次全国残疾人抽样调查发布的按残疾类别⁹²分组的残疾儿童人口的推算数。

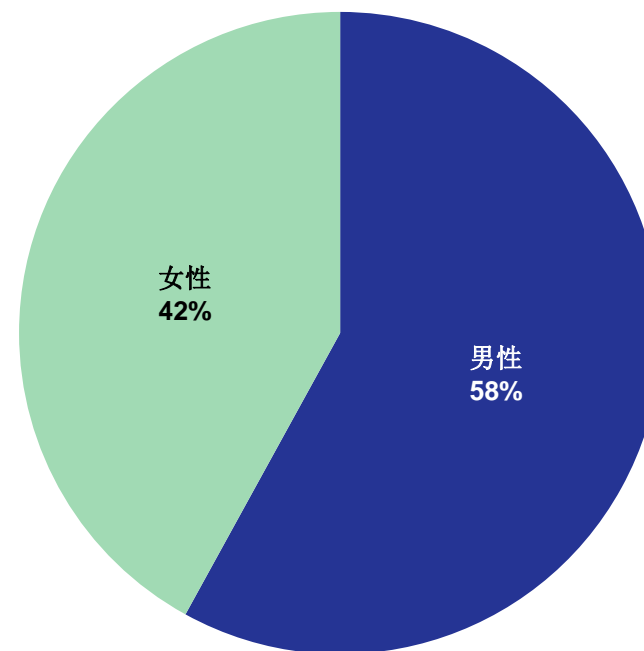
图 11.4
残疾儿童的类别构成，2006年



资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年

图 11.4
调查发现，中国0-17岁儿童最常见的三大残疾类别分别是智力残疾、多重残疾以及肢体残疾。

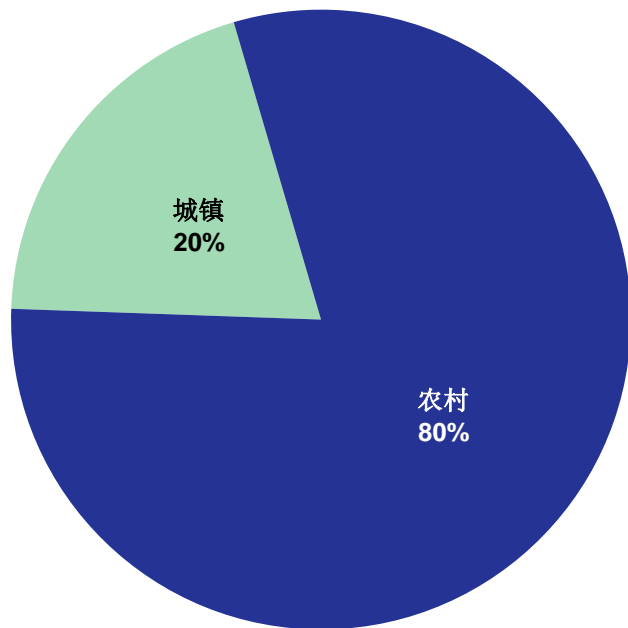
图 11.5
残疾儿童的性别构成，2006年



资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年

图 11.5
2006年第二次全国残疾人抽样调查时评定的0-17岁残疾儿童中，58%为男童，42%为女童，男女性别比为141:100，远远高于当年全国儿童性别比（118:100）。
根据1987年开展的第一次全国残疾人抽样调查，在被评定的残疾儿童总数中，男童占56%，女童占44%。1987年男女残疾儿童的性别比是126:100。

图 11.6
残疾儿童的城乡分布，2006年

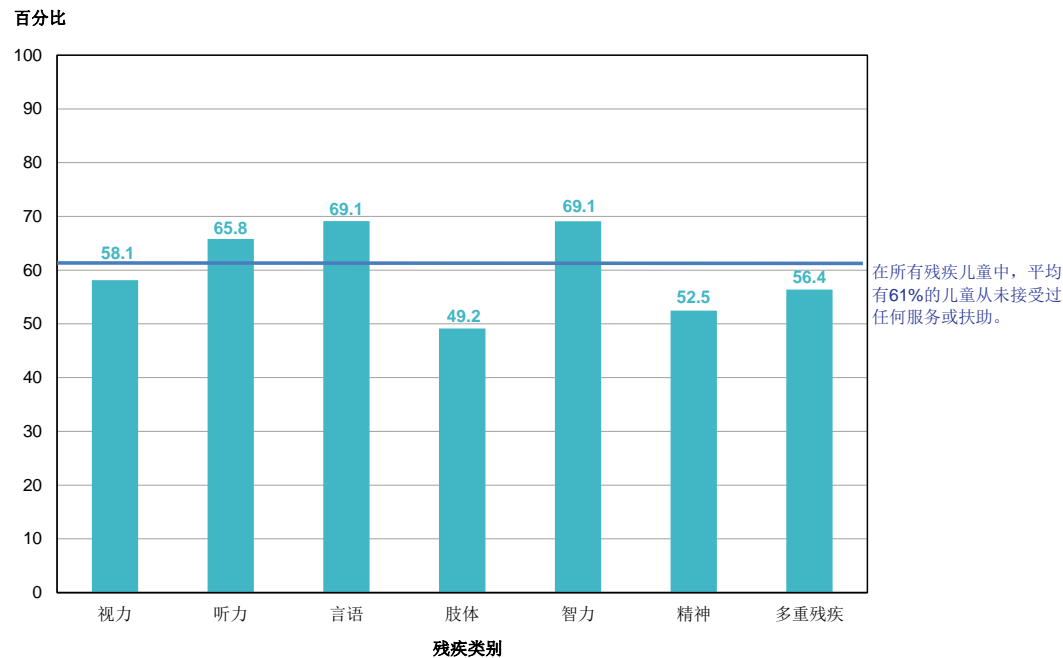


资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年

图 11.6

1987年到2006年间，残疾儿童的城乡分布未发生显著变化，2006年全国残疾人抽样调查发现，0-17岁残疾儿童中，20%居住在城镇地区，80%居住在农村地区，高于2006年全部儿童居住在农村的比重（63%）。

图 11.7
未曾接受过任何服务或扶助的残疾儿童的比重，2006年

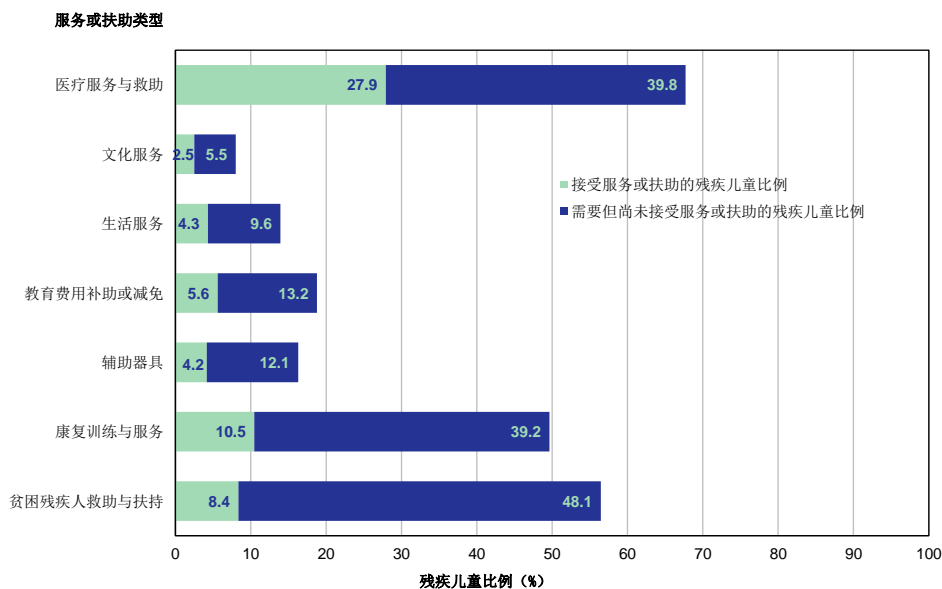


资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年（加工数据）

图 11.7

2006年残疾人抽样调查询问了残疾儿童接受的三种主要服务或扶助类型。据残疾儿童及其监护人填报的结果显示，61%的残疾儿童从未接受过调查中提到的任何服务，即医疗服务与救助，残疾人辅助器具，康复训练与服务，教育费用补助或减免，职业教育与培训，就业安置与扶持，贫困残疾人救助与扶持，法律援助与服务，无障碍设施，以及无障碍获取信息、生活服务和文化服务⁹³。

图 11.8
残疾儿童接受服务或扶助的比重，2006年



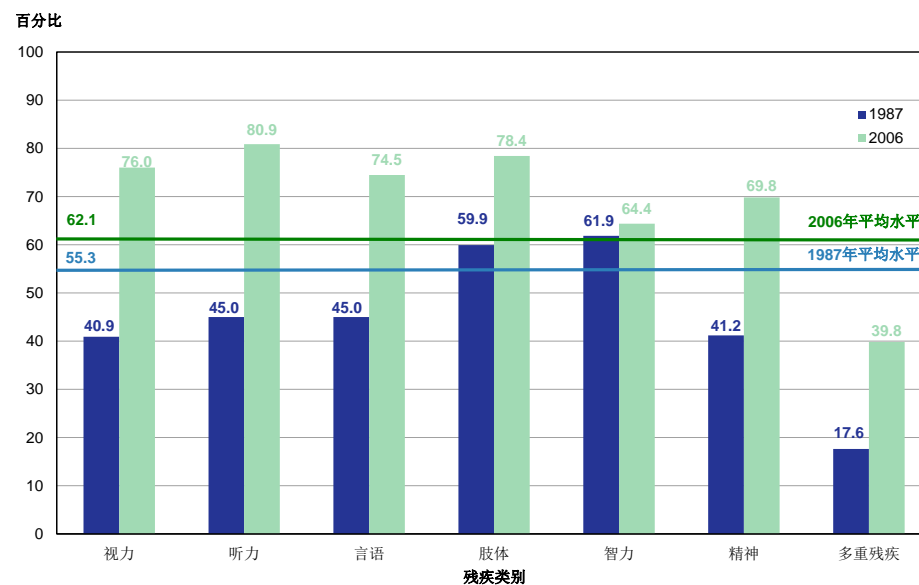
资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年（加工数据）

图 11.8

2006年残疾人抽样调查询问了解决儿童残疾问题所需的三种主要服务或扶助类型，由残疾儿童及其监护人填报。

- 28%的残疾儿童接受过医疗服务与救助，需要但尚未接受过此项服务/扶助的另有40%；
- 8%的残疾儿童接受过贫困残疾人救助与扶持，需要但尚未接受过此项服务/扶助的另有48%；
- 10%的残疾儿童接受过康复训练与服务，需要但尚未接受过此项服务/扶助的另有39%；
- 6%的残疾儿童接受过教育费用补助或减免，需要但尚未接受过此项服务/扶助的另有13%。

图 11.9
6—14岁残疾儿童接受九年制义务教育的比重，分残疾类别，1987年和2006年



资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年

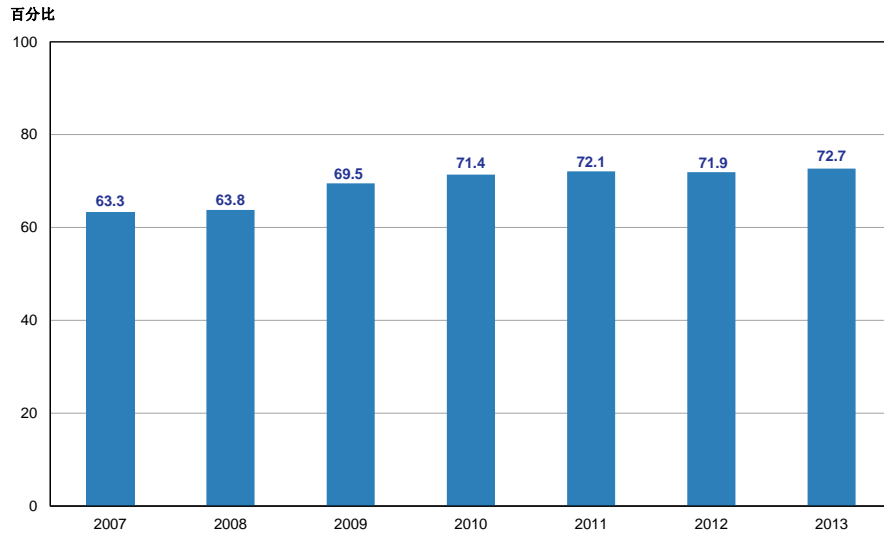
图 11.9

2006年，62%的6—14岁残疾儿童正在接受九年制义务教育，比1987年的55%有所增长。残疾儿童接受九年制义务教育的形式包括普通教育学校、特殊教育学校及其他形式（如社区教学、家庭教学）。

2006年的数据显示，在残疾儿童中，听力损伤儿童接受九年制义务教育的比重最高，而多重残疾儿童接受九年制义务教育的比重最低。

在中国，残疾男童比残疾女童有更多接受教育的机会。根据第一次全国残疾人抽样调查，1987年6—14岁儿童接受义务教育的性别比为157:100。根据第二次全国残疾人抽样调查，2006年该性别比为144:100。

图 11.10
6-14 岁残疾儿童接受九年制义务教育的比重，2007-2013年

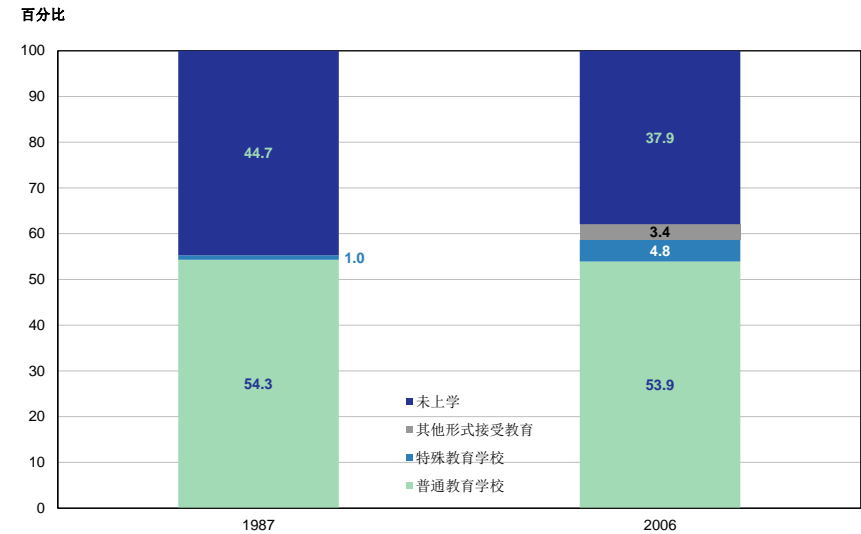


资料来源：中国残疾人联合会，《2013年度中国残疾人状况及小康进程监测报告》，2014年

图 11.10

中国残疾人联合会（CDPF）从2007年开始每年开展全国残疾人状况监测工作。2007-2008年的监测调查从2006年第二次全国抽样调查的734个县中每县各抽选1个调查小区，2009年起每县抽选2个小区进行监测。根据2007年全国残疾人状况监测报告，全国范围内接受九年制义务教育的6-14岁学龄残疾儿童的比重为63%（城镇地区为66%，农村地区为63%）。2013年，接受九年制义务教育的6-14岁学龄残疾儿童的比重提高到73%。残联未公布2013年分城乡数据，但从2011-2012年数据来看，残疾儿童接受九年制义务教育比重的城乡差异在3个百分点以内。

图 11.11
残疾儿童接受义务教育的形式，1987年和2006年



资料来源：中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年（加工数据）

图 11.11

2006年，所调查的6-14岁义务教育学龄阶段的残疾儿童中，大多数进入普通学校学习（占54%），5%进入特殊教育学校，有3%通过其他形式接受教育（例如，社区教学、家庭教学）。

在特殊教育学校接受九年制义务教育的儿童比重在1987-2006年间提高了4个百分点。

1987年，45%的6-14岁残疾儿童失学。2006年这一比重降至38%。



12

针对儿童的暴力

概述

世界卫生组织将暴力⁹⁴定义为：“蓄意运用躯体的力量或权利，对自身、他人、群体或社会进行威胁或伤害、造成或极有可能造成损伤、死亡、精神伤害、发育障碍或权益的剥夺。”

因此，暴力并不限于严重的躯体暴力行为，也包括心理/精神暴力、性暴力和忽视。这种暴力定义已被国际社会广泛接受，并反映在联合国《儿童权利公约》（CRC）第19条中。

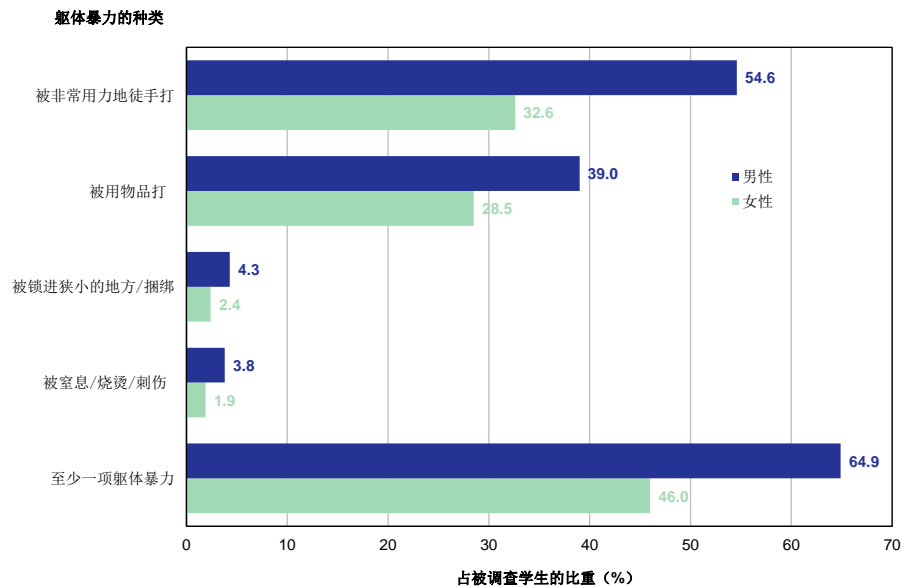
《儿童权利公约》第19条第一款规定：“缔约国应采取一切适当的立法、行政、社会和教育措施，保护儿童在受父母、法定监护人或其他任何负责照管儿童的人照料时，不致受到任何形式的身心暴力、伤害或凌辱、忽视或照料不周、虐待或剥削，包括性侵犯。”

2004年，前联合国秘书长科菲·安南发起了联合国对儿童暴力问题的研究，这是对各种针对儿童的暴力及其影响进行研究的首次大规模全球性尝试。中国政府是参与这一重要研究的130个国家之一，对联合国的调查问卷提交了正式回复。

作为全球倡议的一部分，2005年，联合国儿童基金会支持开展了大中专学生儿童期暴力伤害经历回顾性调查研究。该项研究提供了迄今为止有关中国儿童暴力问题较全面的数据。

该研究由北京大学陈晶琦教授负责的儿童暴力问题研究课题组实施，问卷调查了广东、浙江、湖北、陕西、黑龙江、北京等六个省市的4,327名大中专学生，调查回答率为83%。在回答的学生中，54%是女生，46%是男生。此外，来自农村和城镇的学生所占的比重基本相等。

图 12.1
学生报告在16岁之前遭受过躯体暴力的比重，2005年



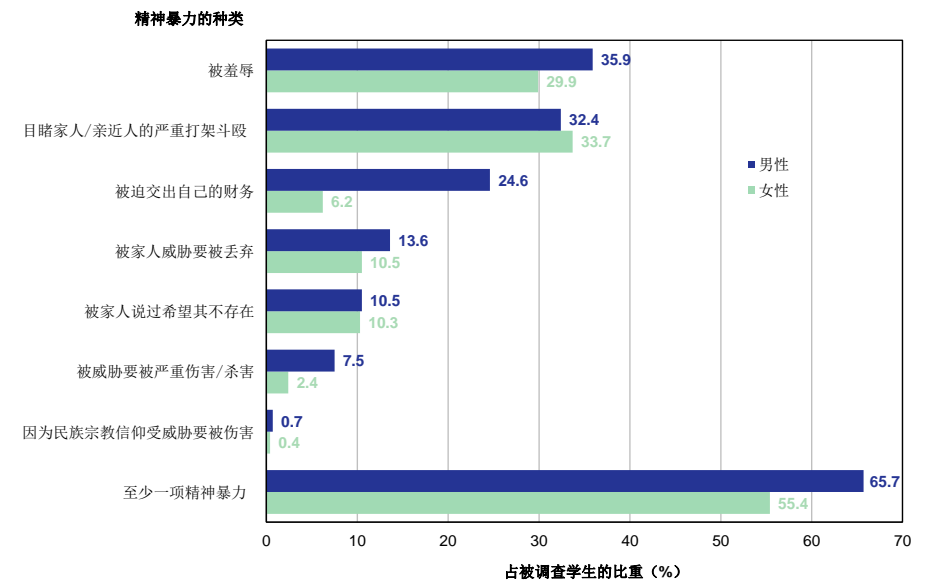
资料来源：联合国儿童基金会提供支持、北京大学课题组实施，大中专学生儿童期暴力伤害经历回顾性调查，2005年

图 12.1
该调查包括了图中列举的四种躯体暴力。超过一半（55%）的被调查学生报告在16岁之前遭受过躯体暴力中的一种或多种。

有关躯体暴力的其他信息：

- 据被调查学生报告，对儿童实施躯体暴力的主要是是父母，其次是老师和同学
- 据被调查学生报告，躯体暴力发生率以10-12岁最高
- 65%的男生经历过躯体暴力，而女生的比重是46%
- 3%的被调查学生在儿童期经历过三种或者四种躯体暴力

图 12.2
学生报告在16岁之前遭受过精神暴力的比重，2005年



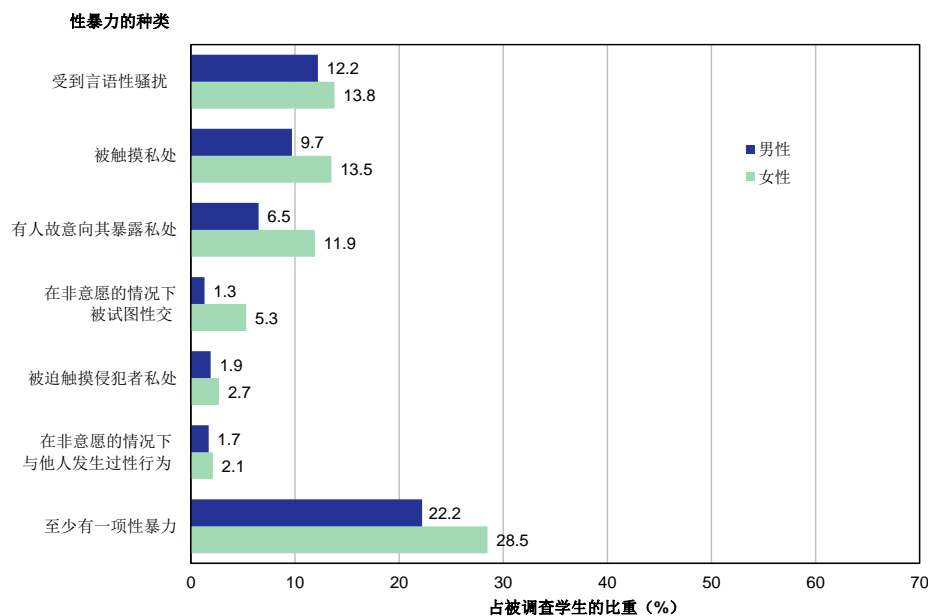
资料来源：联合国儿童基金会提供支持、北京大学课题组实施，大中专学生儿童期暴力伤害经历回顾性调查，2005年

图 12.2
该调查包括了图中列举的七种精神暴力。60%的被调查学生报告在16岁之前遭受过精神暴力中的一种或多种。

有关精神暴力的其他信息：

- 羞辱是精神暴力的一种形式，对儿童进行羞辱的主要是同学、老师和父母
- 据被调查学生报告，精神暴力发生率以13-15岁组最高
- 66%的男生经历过精神暴力，而女生的比重为55%
- 3%的被调查学生经历过四种形式的精神暴力，1.5%的被调查学生经历过五种或者更多种精神暴力

图 12.3
学生报告在16岁之前遭受过性暴力的比重，2005年



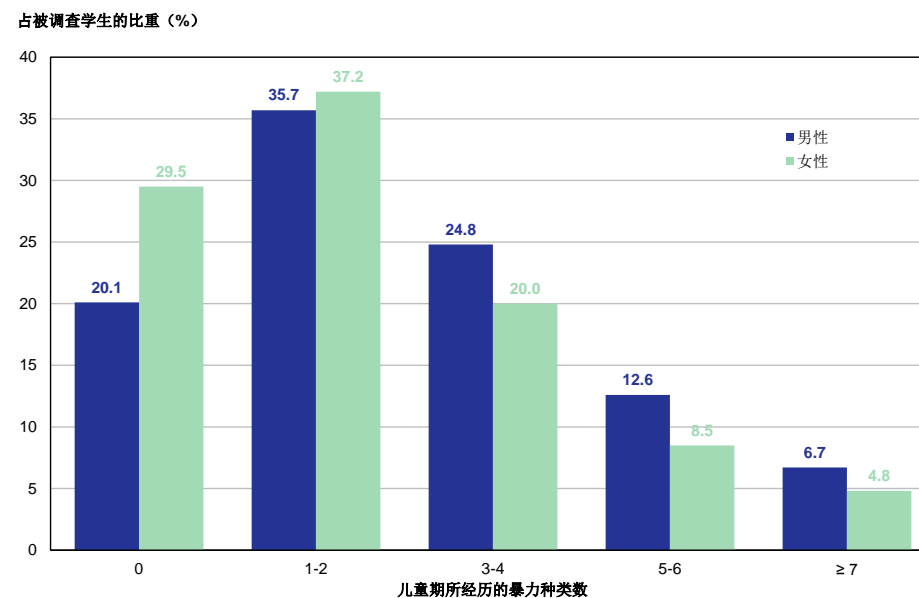
资料来源：联合国儿童基金会提供支持、北京大学课题组实施，大中专学生儿童期暴力伤害经历回顾性调查，2005年

图 12.3
该调查包括了图中列举的六种性暴力。26%的被调查学生报告在16岁之前遭受过性暴力中的一种或多种。

有关性暴力的其他信息：

- 2%的被调查学生报告曾在非意愿的情况下与他人发生过性行为，另有3%的被调查学生报告在非意愿的情况下曾被试图性交
- 据被调查学生报告，使其发生非意愿性行为的主要是约会伙伴、同学和亲戚
- 在经历过性暴力的被调查学生中，首次发生性暴力的年龄最有可能是13-15岁之间
- 总体而言，女生报告遭受性暴力的可能性大于男生（28%和22%）

图 12.4
学生报告在16岁之前经历的各种暴力的种类数，2005年

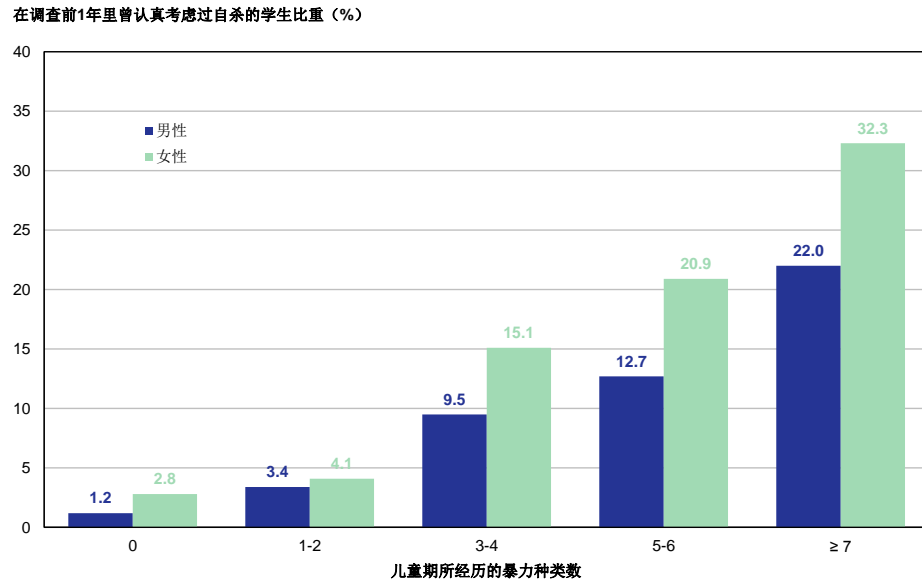


资料来源：联合国儿童基金会提供支持、北京大学课题组实施，大中专学生儿童期暴力伤害经历回顾性调查，2005年

图 12.4
该调查包括17种暴力，其中四种躯体暴力、七种精神暴力、六种性暴力。

- 被调查学生的大部分（62%）报告说没有经历过暴力或经历过一到两种暴力
- 6%的被调查学生报告说他们16岁之前经历过七种或七种以上的暴力
- 调查发现，不管被调查学生是来自农村还是城镇、是在独生子女家庭还是在多子女的家庭中长大，也不论他们的父母受教育水平高低，他们在儿童期遭受暴力伤害的可能性都没有明显差别

图 12.5
16岁之前遭受暴力的经历与自杀意念之间的关联，2005年



资料来源：联合国儿童基金会提供支持、北京大学课题组实施，
大中专学生儿童期暴力伤害经历回顾性调查，2005年

图 12.5
与儿童期没有经历过暴力的同龄人相比，儿童期经历过多种暴力的被调查学生自杀倾向较高，
对于女性来说尤其如此。



13

人口拐卖

概述

儿童被拐卖的原因有多种，包括非法收养、性剥削、以及劳动剥削等。一般来说，流动儿童和留守儿童被拐卖的风险要大得多。

2000年到2013年间，公安部破获了92,851起拐卖妇女和儿童的案件。一般情况下，每起案件都涉及到数名受害人。2009年4月公安部部署全国打击拐卖妇女儿童专项行动，2009-2013年间，共破获拐卖妇女和儿童案件33,505起。

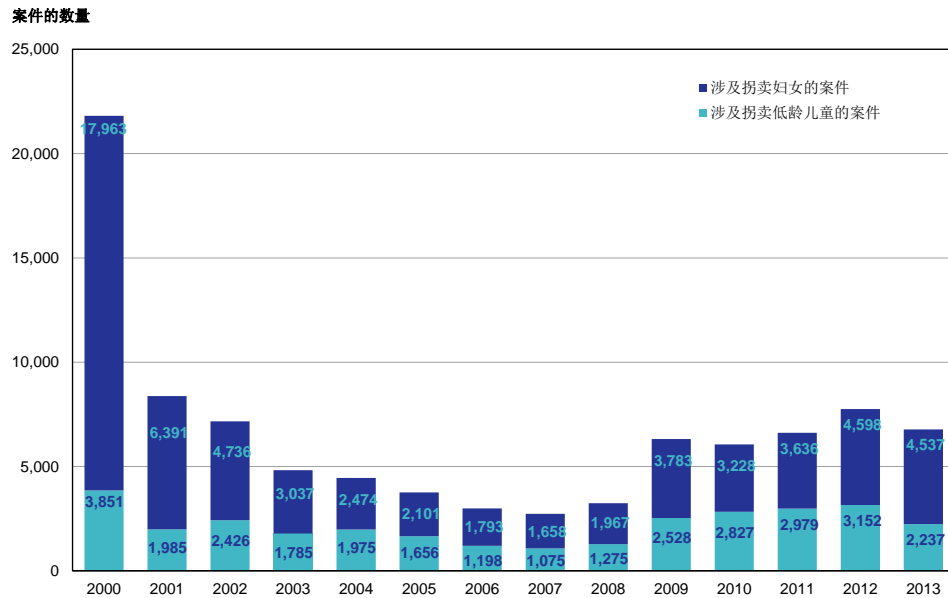
中国政府于2007年12月颁布了第一部反对人口拐卖国家行动计划（2008–2012年），详细说明了由32个部门实施的反对拐卖的责任，并指定公安部作为中国政府打击人口拐卖工作的协调单位。2013年3月，中国政府又颁布实施了《中国反对拐卖人口行动计划（2013-2020年）》。

此外，作为2007年12月在华召开的第二届湄公河次区域合作反拐部长级磋商会的主办方，中国与其他国家共同签署了执行该次区域行动计划的联合声明。

中国政府是《联合国打击跨国有组织犯罪公约》的签署国之一，并于2010年2月加入了《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于预防、禁止和惩治拐卖人口特别是妇女和儿童行为的补充议定书》。

通过提高社会意识来防止人口拐卖的工作任重道远。需要进一步提高执法人员、法官和司法人员、社会工作者、卫生工作者和社区人员的相关知识和技能，使他们在解救被拐者和帮助他们恢复正常生活的过程中，能够理解并尊重被拐受害人的权利。

图 13.1
涉及拐卖低龄儿童及妇女案件的数量，2000–2013年

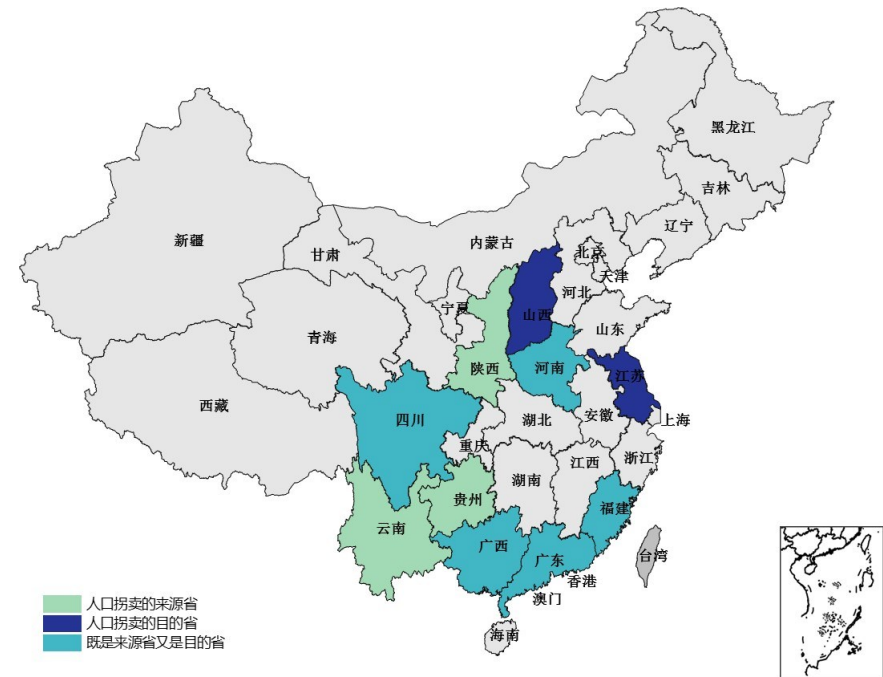


资料来源：国家统计局，妇女儿童状况综合统计年报，2014

图 13.1

2000年到2013年间，中国共破获拐卖案件92,851起。仅在2000年全国打击拐卖妇女儿童专项行动中，就共记录在案21,814起拐卖案件。在随后的几年中，警方所破获的案件数量有所下降，2003年到2008年每年破获拐卖案件2,500到5,000起。2009年4月公安部再次部署全国打拐专项行动，2009-2013年共破获拐卖儿童案件13,723起，破获拐卖妇女案件19,782起。但是一般认为，案件的实际数目要比官方记录在案的数字高出不少，而且每起案件可能涉及到数名受害人。

图 13.2
人口拐卖的来源省和目的省，2007年



资料来源：卜卫，《平面媒体人口拐卖的报告研究》，中国社会科学新闻与传播研究所，2008年5月

图 13.2

广东、河南、四川、广西、福建被认为既是拐卖妇女儿童的主要来源省又是目的省，云南、贵州和陕西被认为是主要来源省，而山西和江苏被认为是拐卖妇女儿童的主要目的省。一般说来，妇女和儿童会从较为贫穷的省份被拐卖到较富裕的沿海地区或中部省份。

从全球范围来看，中国既是人口拐卖的来源国也是目的国。中国较为贫穷地区的妇女儿童被拐卖到较富裕的目的地，如香港特别行政区、日本、马来西亚、新加坡、台湾省和泰国；而来自老挝、缅甸和越南的妇女儿童则被拐卖到中国，被强迫成婚、遭受劳动剥削或遭受性剥削。



14

艾滋病

概述

截至2011年底，估计中国大陆现存活艾滋病病毒感染者和病人（总称为PLHIV）78万人⁹⁵，女性所占比重从1998年的15%增至2011年的28.6%。估计的78万PLHIV中，艾滋病病人为15.4万左右。每年新发艾滋病病毒感染人数为4.8万左右，艾滋病相关死亡2.8万左右。目前，中国艾滋病病毒全人群感染率为0.058%，呈整体低流行、局部地区和特定人群高流行态势。

2007年，性传播比重为42.3%，取代注射吸毒成为艾滋病病毒主要传播途径⁹⁶。2013年报告的新发感染者中，经性传播的比重已高达90.8%⁹⁷。

病例报告数据显示，截至2013年底，中国大陆地区累计报告现存活艾滋病病毒感染者和病人的总数近44万，远低于78万的估计人数，说明仍有大量艾滋病病毒感染者并不知情或尚未被发现。累计报告艾滋病病毒感染者和病人数排在^{前6位}的省份依次为云南、广西、河南、四川、新疆和广东，六省累计报告人数占全国报告总数的76%⁹⁸。

报告病例中母婴传播所占比重也从1998年占感染总数的0.1%⁹⁹不断上升。不过，自2010年10月中国政府稳步推进预防母婴传播工作以来，全国艾滋病病例报告中母婴传播的比重近年来逐渐降低，从2009年的1.4%下降至2013年的0.9%。艾滋病病毒感染妇女所生婴儿出生两个月内接受病毒载量检测的百分比从2010年的14.9%（362/2,437）上升到2013年的45.3%（1,433/3,162）¹⁰⁰。

2005年6月，中国启动了国家儿童艾滋病治疗项目，截止到2013年底，全国累计治疗儿童艾滋病病人4,449例，正在治疗3,527例，其中服用二线药物的有385例。

截至2013年底，全国累计278,080例成年艾滋病病人接受了抗病毒治疗，正在治疗223,962例，占累计治疗病人数的80.5%，其中服用二线药物的有32,348例。成人和儿童接受抗病毒治疗的比重为52.1%，其中首次治疗12个月后仍在持续接受治疗的比重为85.2%¹⁰¹。

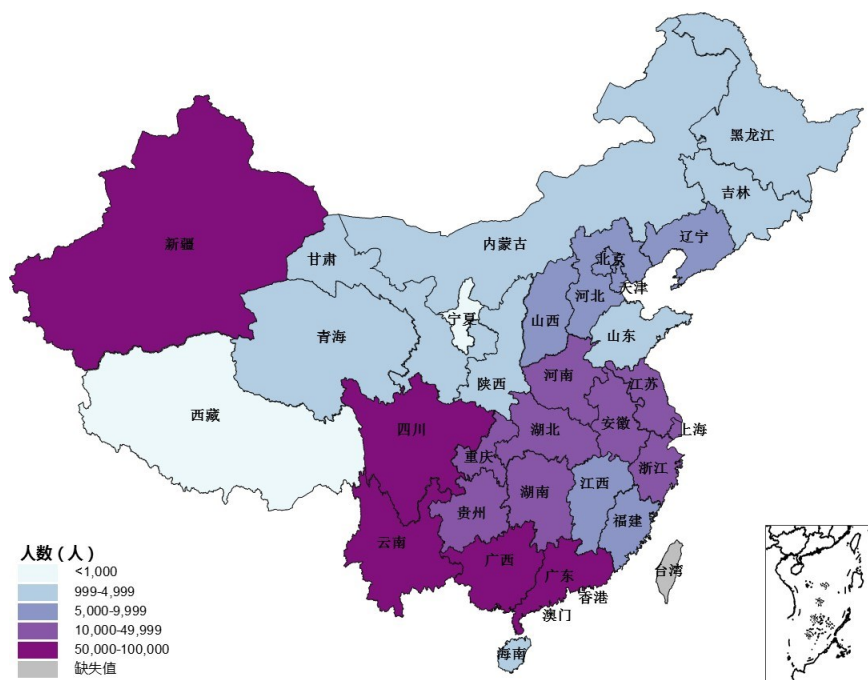
15–24岁青少年感染人数逐年上升，仅2012年1–10月就报告9,514例，较2011年同期增长12.8%¹⁰²。青少年对意外怀孕、艾滋病和性病感染的风险仍认识不足。2010年在22,288名青少年中的调查¹⁰³显示，约2/3青少年对婚前性行为持接受的态度，22.4%发生过婚前性行为。在首次性行为中，超过一半的被调查青少年未采取任何保护措施。根据2011年全国艾滋病哨点监测数据，15-24岁青少年艾滋病病毒感染率为0.05%。

据估计，青少年的性与生殖健康咨询需要率为39.1%，治疗需要率为27.3%，但一半以上的咨询与治疗需要最终没有得到实现。不好意思、认为问题不严重和不知道找谁咨询、不知道如何获得信息或到哪里治疗成为阻碍青少年获取服务的重要因素¹⁰⁴。

中国已经建立了较为完善的艾滋病哨点监测系统（HSS），通过1,888个哨点监测艾滋病在不同人群中的流行趋势，然而该系统仍在代表性方面存在挑战。目前没有关于易感青少年（未成年人注射吸毒、男男性行为和从事商业性服务者）的全国性数据，以及他们性病艾滋病感染和服务利用的相关信息。

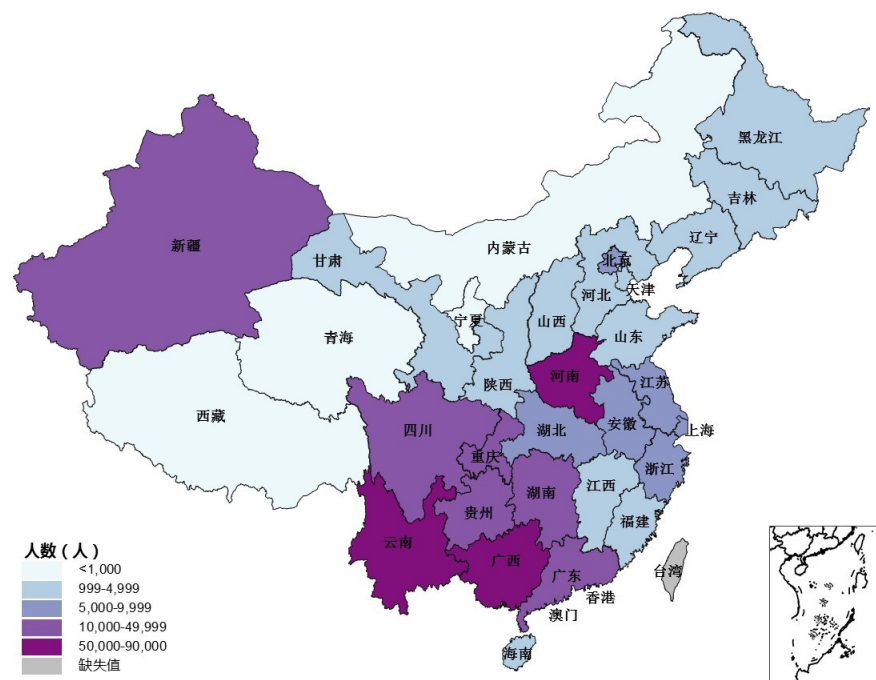
艾滋病病毒感染会对家庭的经济状况造成明显影响，这是因为受艾滋病影响的家庭中，家庭成员因为患病或需要照料病人，能够工作的人较少，同时，家庭收入的一部分需要用于艾滋病的治疗。研究表明，受艾滋病影响家庭的人均收入只有未受影响家庭的44%–47%，而机会性感染的治疗又进一步增加了家庭的经济负担¹⁰⁵。

图 14.1
存活艾滋病感染者估计数，2011年



资料来源：原卫生部、联合国艾滋病规划署、世界卫生组织，《2011年中国艾滋病疫情估计》，2011年

图 14.2
累计报告现存活艾滋病感染者人数，1985-2011年



资料来源：原卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年

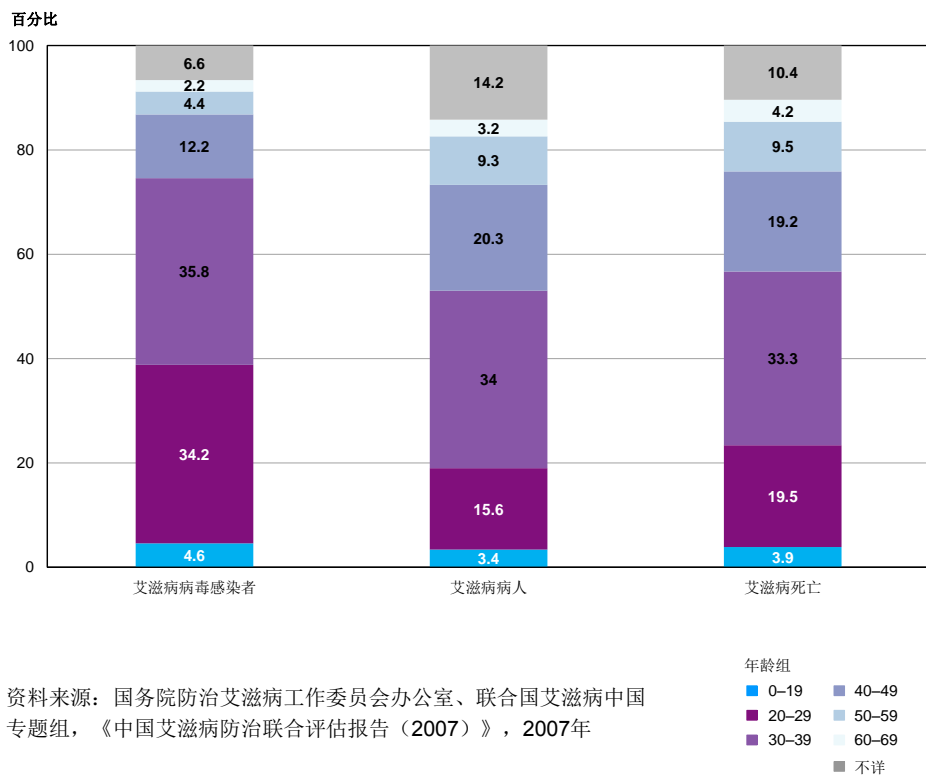
图 14.1

2011年中国现存艾滋病病毒感染者和病人总数约为78万，其中60%分布在云南、四川、广西、新疆、和广东五省¹⁰⁶。

图 14.2

从1985年到2011年底，累计报告现存活艾滋病病毒感染者和病人总数约为45万，其中累计报告艾滋病病人17万人，艾滋病相关死亡9万人。云南、广西、四川、河南、新疆和广东六省占累计报告艾滋病病人数的76%。

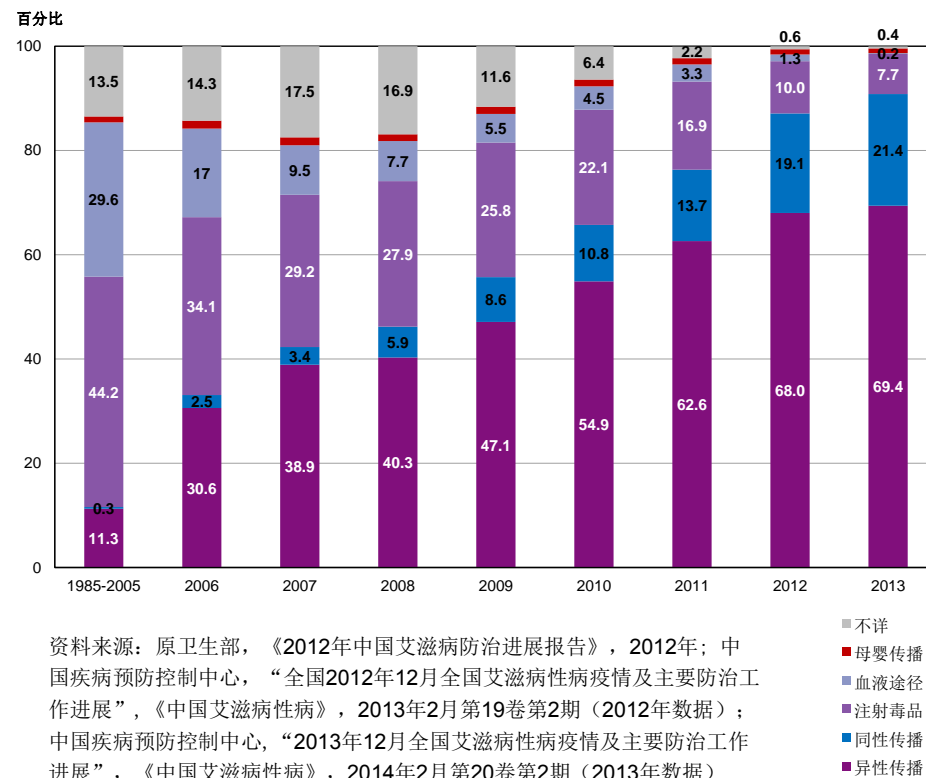
图 14.3
全国艾滋病病毒感染者、艾滋病病人和艾滋病死亡者年龄构成，1985-2007年（截止2007年10月）



资料来源：国务院防治艾滋病工作委员会办公室、联合国艾滋病中国专题组，《中国艾滋病防治联合评估报告（2007）》，2007年

图 14.3
所报告的病例显示，中国70%的艾滋病病毒感染者、以及半数左右的艾滋病病人和艾滋病死亡集中在20-29岁和30-39岁人群。

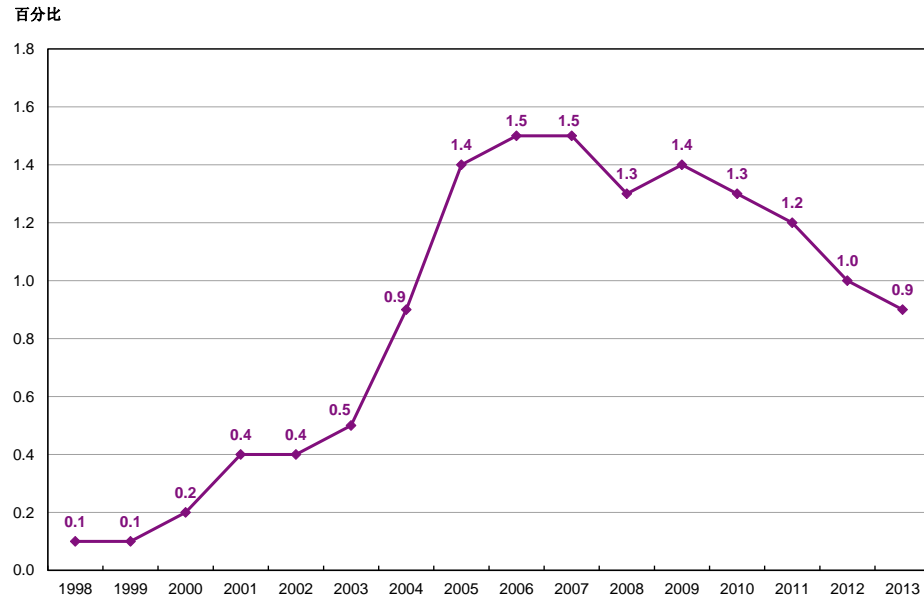
图 14.4
截止2005年底累计报告及其他各年新报告感染者和病人的传播途径构成，1985-2013年



资料来源：原卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年；中国疾病预防控制中心，“全国2012年12月全国艾滋病性病疫情及主要防治工作进展”，《中国艾滋病性病》，2013年2月第19卷第2期（2012年数据）；中国疾病预防控制中心，“2013年12月全国艾滋病性病疫情及主要防治工作进展”，《中国艾滋病性病》，2014年2月第20卷第2期（2013年数据）

图 14.4
2007年，性传播首次成为艾滋病病毒的主要传播途径，占有感染的比重达到1/3，此后其构成比逐年上升，2011年达到76%，2013年更高达90.8%。与此同时，注射吸毒占有感染的比重从2006年的1/3，逐年下降到2013年的10%以下。

图 14.5
经母婴传播的艾滋病病毒报告病例所占比重，1998–2013年

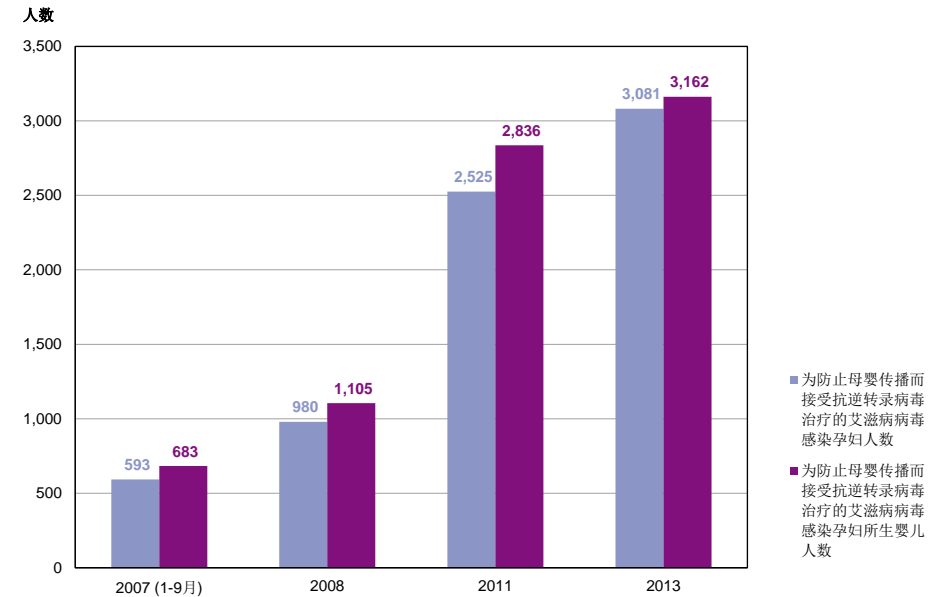


资料来源：原卫生部、联合国儿童基金会、世界卫生组织、联合国人口基金、联合国艾滋病规划署、克林顿基金会、美国疾病预防控制中心、家庭健康国际、中国预防艾滋病母婴传播与儿童治疗专家，《中国：预防艾滋病母婴传播和儿童治疗机构间工作组联合技术专家团报告》，2008年4月21–30日（1998–2005数据）；原卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年（2006–2011年数据），中国疾病预防控制中心，“全国2012年12月全国艾滋病性病疫情及主要防治工作进展”，《中国艾滋病性病》，2013年2月第19卷第2期（2012年数据）；中国疾病预防控制中心，“2013年12月全国艾滋病性病疫情及主要防治工作进展”，《中国艾滋病性病》，2014年2月第20卷第2期（2013年数据）

图 14.5

1998至2007年间，新发艾滋病病毒感染中母婴传播的比重持续增加，从不足0.2%上升至1.5%，此后几年，中国政府采取各种措施，预防艾滋病病毒的母婴传播和扩大儿童关怀和治疗，艾滋病病毒通过母婴垂直传播得到一定程度的控制。

图 14.6
预防母婴传播工作，2007–2013年

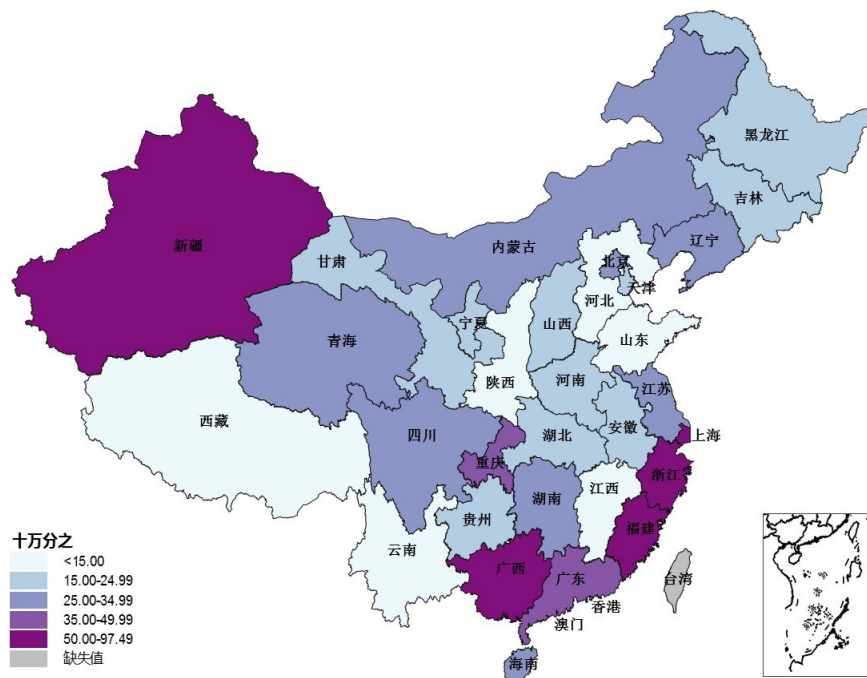


资料来源：世界卫生组织、联合国艾滋病规划署、联合国儿童基金会，《迈向普遍可及：扩大卫生领域的艾滋病重点干预措施》，2008年和2009年（2007–2008数据）¹⁰⁸；原卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年（2011年数据）；国务院防治艾滋病工作委员会办公室，全球艾滋病防治进展国家报告（GARPR）—中国2013，2014年（2013年数据）

图 14.6

近年来中国预防母婴传播工作稳步推进，2011年大约800万名孕妇接受了艾滋病病毒的检测，覆盖率从2008年的约10%上升到2011年的44%。2013年，3,081名艾滋病病毒感染孕妇在接受预防母婴传播抗病毒治疗，占孕妇感染者的81%。艾滋病病毒感染妇女所生婴儿中，经母婴传播感染的比重从2005年的12.8%下降到2013年的6.7%¹⁰⁷。

图 14.7
梅毒发病率，2010年



资料来源：中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心，2011年

图 14.7

在中国，性传播已经成为艾滋病病毒的主要传播方式，因此梅毒发病率等性传播感染的相关数据有助于说明艾滋病病毒感染可能的发展趋势。艾滋病病毒感染孕妇同时感染梅毒也与围产期艾滋病病毒垂直传播密切相关。

附件

附件1：数据来源与参考文献

1. 人口统计数据

¹中国的少数民族按人口排名如下：壮、回、满、维吾尔、苗、彝、土家、藏、蒙古、侗、布依、瑶、白、朝鲜、哈尼、黎、哈萨克、傣、畲、傈僳、东乡、仡佬、拉祜、佤、水、纳西、羌、土、仡佬、锡伯、柯尔克孜、景颇、达斡尔、撒拉、布朗、毛南、塔吉克、普米、阿昌、怒、鄂温克、京、基诺、德昂、保安、俄罗斯、裕固、乌孜别克、门巴、鄂伦春、独龙、赫哲、高山、珞巴和塔塔尔族。（中国国家统计局，《中国统计年鉴》，2012年）

²中国国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

³**总和生育率** - 一个妇女活到育龄期结束并按目前特定年龄生育率生育孩子的话，她可能生育的孩子数量。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴**粗出生率** - 每千人中每年出生人数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁵联合国经济与社会事务部人口司，《世界人口展望-2010年修订版》数据光盘

⁶**自然增长（或降低）率** - 粗出生率减去粗死亡率。表示完全由出生和死亡决定的人口增长（或降低）率。（联合国人口司）

⁷中国国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

⁸2013年儿童人口数量由联合国儿童基金会根据国家统计局在《2014中国人口和就业统计年鉴》中发布的单岁年龄组人口结构（2013年全国人口变动情况抽样调查样本数据）推算。

⁹联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年

¹⁰中国国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

¹¹**出生人口性别比** - 出生人口中女性所对应的男性数量。（联合国统计司）

¹²中国国家统计局，《2008中国人口》，2009年

¹³中国国家统计局，“中华人民共和国2012年国民经济和社会发展统计公报”，2013年

¹⁴中国国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

¹⁵**出生时预期寿命** - 假定出生时死亡率格局在其一生中保持不变，一名新生儿可能生存的年数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

¹⁶中国卫生部，《中国卫生统计年鉴》，2009年

¹⁷世界银行，发展指标数据库，2014年

人均GNI - 国民总收入（GNI）是指所有常住单位创造的增加值的总和，加上未统计在产值中的生产税（减去补贴），再加上来自境外的初级收入（雇员报酬和财产收入）净额。人均GNI等于国民总收入除以年中人口数。以美元表示的人均GNI使用世界银行的Atlas方法进行换算。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014）

¹⁸James WH., “人类的性别比。第一部分：文献综述”，《人类生物学》，1987年，59：721-5

¹⁹**城镇人口占总人口的比重** - 按照最新全国人口普查中使用的国家定义，生活在城镇地区的人口比重。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

²⁰**因灾死亡人口** - 指以自然灾害为直接原因导致死亡的人口数量（含非常住人口）。（中国民政部）

直接经济损失 - 指受灾体遭受自然灾害袭击后，自身价值降低或丧失所造成的损失。直接经济损失的基本计算方法是：受灾体损毁前的实际价值与损毁率的乘积。（中国民政部）

2. 经济与社会发展

²¹**低保** - 低保是最低生活保障制度的简称，是社会保障体系中社会救助制度的一

个组成部分。未被其他保障制度所覆盖或者保障不足的人，以家庭为单位，只要人均收入低于最低标准，便可领取足以维持基本生活的补助。（中国民政部）

²² 世界银行，发展指标数据库，2014年。国际货币基金组织预计，按购买力平价换算，中国有望在2014年超过美国成为全球第一大经济体。

²³ 世界银行，发展指标数据库，2014年

²⁴ 根据2010年世界银行分类标准，人均国民总收入从3,976美元到12,275美元的国家为中等偏上收入国家。

²⁵ 世界银行，《从贫困地区到贫困人口：中国消除贫困发展议程》，2009年

²⁶ 世界银行，《从贫困地区到贫困人口：中国消除贫困发展议程》，2009年

²⁷ 根据中国政府和联合国系统共同完成的《2013年中国实施千年发展目标进展情况报告》，中国已经完成以下目标：将中国贫困人口减半，普及初等教育，促进两性平等和妇女赋权，降低儿童死亡率，获得安全饮用水和基本卫生设施。其他目标在预计时期内将可能实现。

²⁸ **贫困标准** – 贫困标准是购买最低数量的基本商品（如食品、衣着、住房、水、电、学校教育和可靠的卫生保健）所需要的收入（或消费）水平。（联合国统计局）

²⁹ 陈少华、Martin Ravallion和王有捐，“低保能确保中国城市最低生活保障吗？”，工作报告第3805号，世界银行，2006年

³⁰ **人均GDP** – 国内生产总值（GDP）是指所有常住单位创造的增加值的总和，加上未统计在产值中的生产税（减去补贴）。人均国内生产总值等于国内生产总值除以年中人口数。增长率是以本地货币的不变价格来计算的。（联合国儿童基金会，《2012年世界儿童状况报告》，2012年）

³¹ **城镇居民人均可支配收入** – 指城镇住户可用于最终消费支出和其他非义务性支出以及储蓄的总和，即居民家庭可以用来自由支配的收入。它是家庭总收入扣除缴纳的所得税、个人缴纳的社会保障费以及调查户的记账补贴后的收入。城镇居民人均可支配收入等于住户可支配收入除以家庭人口数。（中国国家统计局）

³² **农村居民人均纯收入** – 指农村住户当年从各个来源得到的总收入相应地扣除所发生的费用后的收入总和。纯收入主要用于再生产投入和当年生活消费支出，也

可用于储蓄和各种非义务性支出。计算方法：纯收入=总收入-家庭经营费用支出-税费支出-生产性固定资产折旧-赠送农村内部亲友。人均农民纯收入是农村住户纯收入除以住户常住人口数。（中国国家统计局）

³³ 中国国家统计局，《中国统计年鉴》，2014年

³⁴ **消费（收入）贫困** – 消费（收入）贫困是指个人和住户的消费（收入）在特定标准以下。通常这一标准是某一人口群体能够接受的最低社会福祉水平。（联合国统计局）

³⁵ Qin Gao, Fuhua Zhai 和 Irwin Garfinkel, “公共保障支出如何影响家庭消费 – 基于中国城市的研究案例”，《世界发展》，第38卷，第7期，第989–1000页，2010年

3. 妇幼保健

³⁶ 由中国政府和联合国系统共同合作完成

³⁷ 中国国家卫生和计划生育委员会，《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2014年

³⁸ 世界卫生组织，《世界卫生报告》，2012年

³⁹ 出生人口的估计数目前有三个来源，分别是国家卫生和计划生育委员会发布的来源于妇幼卫生统计年报的活产数、国家统计局发布的基于人口普查和调查的出生人口数、和联合国推算的出生人口数。2013年，国家卫生和计划生育委员会发布的活产数为1,511万，发布于2014年《中国卫生和计划生育统计年鉴》；国家统计局发布的出生人口数为1,640万，国家统计局关于出生人口数的估计基于人口普查和抽样调查，发布于国家统计局官方网站，也可通过《中国统计年鉴》上的（年中）总人口数和人口出生率加工计算得出；联合国推算数为1,846万，发布于《2014年世界儿童状况报告》。

⁴⁰ 联合国儿童基金会，《重申承诺：致力于儿童生存（2014年进展报告）》，2014年

⁴¹ 熊巨洋等，“中国儿童医疗保险状况：基于多地农村儿童医疗保险覆盖情况调查的分析”，《社会科学与医学》，2013年第97期，第15-19页

⁴² **5岁以下儿童死亡率** – 表示为年内每千名活产儿中从出生到5岁期间的死亡人数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴³ 联合国儿童基金会，《重申承诺：致力于儿童生存（2014年进展报告）》，2014年。联合国机构间儿童死亡估计小组（UN IGME）每年更新并发布分国别的儿童死亡估计数，方法是将同一个国家但不同来源的官方数据放在一起，通过回归模型拟合出平滑的趋势线进行估计。UN IGME的估计与相应的官方数据可能不完全吻合。

⁴⁴ **婴儿死亡率** – 表示为年内每千名活产儿中从出生到1岁期间的死亡人数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴⁵ **新生儿死亡率** – 表示为年内每千名活产儿中从出生到28天内的死亡人数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴⁶ **孕产妇死亡率** – 表示为年内每10万例活产中因与妊娠相关的原因而死亡的孕产妇人数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴⁷ **产前保健覆盖率** – 年内孕产妇在妊娠期间至少接受过一次熟练医护人员（医生、护士或助产士）提供的产前保健服务的人数。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴⁸ **新法接生率** – 由熟练医护人员（医生、护士或助产士）接生的百分比。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁴⁹ Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “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”，《柳叶刀》，2012年3月3日，第379卷，第9818期，第805—814页（注：文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据）

⁵⁰ **每千人拥有医生数** – 在该国工作的医生总人数占总人口的比率，以每千人表示。（世界卫生组织）

⁵¹ **新型农村合作医疗制度（RCMS）** – 是由政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的农民医疗互助共济制度。农村合作医疗制度于2003年开始试点，然后在中国逐步扩大规模。目前，新型农村合作医疗制度的资金来源政府和个人的比率为4:1。（中国卫生部，《关于建立农村合作医疗制度的意见》，2003年）

⁵² Qun Meng, Ling Xu, Yaoguang Zhang, Juncheng Qian, Min Cai, Ying Xin, Jun Gao, Ke Xu, J Ties Boerma, Sarah L Barber, “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”，《柳叶刀》，2012年3月3日，第379卷，第9818期，第805—814页（注：文章中使用的是历次国家卫生服务调查数据）

4. 国家免疫规划

⁵³ 北京大学中国卫生发展研究中心，联合国儿童基金会驻中国办事处，世界卫生组织驻华代表处，中国疾病预防控制中心免疫规划中心，《新医改环境下免疫规划工作评估：以新疆南部地区为例》，2012年

⁵⁴ **BCG** – 1岁以下婴儿接种卡介苗（肺结核疫苗）的百分比。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

DPT3 – 1岁以下婴儿接种三针白喉、百日咳和破伤风疫苗的百分比。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

OPV3 – 1岁以下婴儿接种三剂口服脊髓灰质炎疫苗的百分比。

HepB3 – 1岁以下婴儿接种三针乙肝疫苗的百分比。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

麻疹 – 1岁以下婴儿接种一针麻疹疫苗的百分比。

5. 营养

⁵⁵ 联合国儿童基金会，《儿童和妇女营养状况追踪：一个生存和发展的优先领域》，2009年

⁵⁶ Horton S, Shekar M, MacDonald C 等，《增强营养》，世界银行，2009年

⁵⁷ Steinmann P, Du Z, Wang L等，“中国云南省某村人体寄生虫状况调查”，《美国热带医学卫生杂志》，2008年第78卷第5期第760—769页；Pan HF, Long GF, Li Q, “中国广西少数民族地中海贫血现状”，《人类遗传学》，1992年，第98卷，第2期，第585—589页

⁵⁸ 联合国儿童基金会，“汶川地震灾区营养包干预效果评估报告”（未发表）

⁵⁹ 赵丽云，于冬梅，刘爱东等，“2006年中国儿童与孕产妇营养状况调查结果分析”，《卫生研究》，2008年，第37卷，第1期，第65—67页

⁶⁰ 中国卫生部，《2008年中国卫生服务调查研究 - 第四次家庭健康询问调查分析报告》，2009

⁶¹ 超重率和肥胖率是参照儿童肥胖工作组所建议的国际通用的界值点估计的。
 (Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM等, “建立儿童超重和肥胖的国际标准定义:世界性调查”, 《英国医学杂志》, 2000年, 第320卷, 第7244期, 第1240–1243页)

⁶² Li Y, Schouten E, Hu X等, “1982–2002年中国儿童青少年肥胖流行趋势”, 《亚太临床营养杂志》, 2008年, 第17卷, 第1期, 第131页

⁶³ **低体重 (世界卫生组织)** – 中重度: 按年龄的体重低于世界卫生组织国际参照人口中位数减去两倍标准差的0–59个月儿童百分比。(联合国儿童基金会, 《2014年世界儿童状况报告》, 2014年)

⁶⁴ **生长迟缓 (世界卫生组织)** – 中重度: 按年龄的身高低于世界卫生组织国际参照人口中位数减去两倍标准差的0–59个月儿童百分比。(联合国儿童基金会, 《2014年世界儿童状况报告》, 2014年)

⁶⁵ **贫血** – 当红细胞没有携带足够的氧气到达人体组织时所发生的状况。其主要原因是缺铁, 这是世界上最普遍的营养不良。除了缺铁, 与个人卫生、环境卫生、安全饮水和水资源管理相关的某些感染也会在很大程度上导致贫血。6–59个月儿童的贫血临界值是110 g/l。(世界卫生组织)

⁶⁶ **碘盐食用率** – 食用合格碘盐 (15ppm或以上) 的家庭百分比 (联合国儿童基金会, 《2014年世界儿童状况报告》, 2014年)

6. 儿童伤害

⁶⁷ 联合国儿童基金会和世界卫生组织, 《世界儿童伤害预防报告》, 2008年

⁶⁸ 杨功焕, 周灵妮, 马杰民, 刘娜, 北京协和医学院基础医学研究所和卫生部智库发展中心, 《中国的儿童伤害: 关于中国儿童伤害现状的文献综述》, 联合国儿童基金会, 2003年

⁶⁹ 王声涌, 李延红, 池桂波, 肖水源, Ozanne-Smith J, Stevenson M, 费立鹏, “中国伤害相关的死亡状况: 一个尚未被充分认识的公共卫生问题”, 《柳叶刀》, 2008年11月15日, 第372卷, 第9651期, 第1765–1773页

7. 供水、环境卫生与个人卫生

⁷⁰ **改善的饮用水源** – 改善的饮用水源包括自来水 (包括引入室内、庭院或街区)、公用水龙头/水栓、管井/竖井、受保护的大口井、受保护的泉水和雨水。(联合国儿童基金会/世界卫生组织联合监测方案)

⁷¹ **改善的卫生设施** – 改善的卫生设施包括在家庭/庭院中使用有下水道系统的马桶/抽水马桶、化粪池和坑式厕所、带盖板坑式厕所、堆肥厕所和通风改良坑式厕所 (VIP)。(联合国儿童基金会/世界卫生组织联合监测方案)

⁷² 中国疾病预防控制中心农村改水技术指导中心

⁷³ 中国国家卫生和计划生育委员会卫生发展研究中心2010年开展的调查

⁷⁴ 中国国家卫生和计划生育委员会/全国爱国卫生运动委员会办公室将使用改善水源定义为使用管道供水 (包括引入室内、庭院或所在街区的水源以及公用水龙头/水栓的水源)、手压泵水井、受保护的大口井、受保护的泉水和雨水收集点的人口百分比。图中的数据反映了农村累计改水受益人口的情况。

⁷⁵ 中国水利部 (MWR) 协同中国国家卫生和计划生育委员会 (NHFP) 及其他部委制定农村饮用水供应标准。中国水利部负责规划建设符合这些标准的供水设施, 全国爱国卫生运动委员会办公室 (NPHCCO) 负责环境卫生设施的规划与建设并通过地方爱国卫生运动委员会办公室 (PHCCO) 收集有关使用改善水源和改善的卫生设施的数据。县级爱国卫生运动委员会办公室将收集到的数据提交给各省爱国卫生运动委员会办公室, 并随后提交给国家卫生和计划生育委员会, 发布于《中国卫生和计划生育统计年鉴》。

⁷⁶ 联合国儿童基金会/世界卫生组织联合监测方案 (JMP) 把改善的水源定义为使用管道供水 (引入室内、所在街区或庭院)、公用水龙头/水栓、管井/竖井、受保护的大口井、受保护的泉水和雨水收集点的人口比重。JMP将饮用水源或提水点定义为“改善的”的基本依据, 是其建造和设计特性有可能保护水源不受外界污染, 尤其是不受粪便污染。

⁷⁷ 联合国儿童基金会/世界卫生组织联合监测方案 (JMP) 通过各国统计机构、有全国代表性的住户调查和全国人口普查来对使用改善水源的人口百分比进行估计。所使用的官方数据来源之一包括中国国家卫生和计划生育委员会每五年开展一次的国家卫生服务调查。由于存在方法和定义上的区别, 不同来源的数据在数值上也有所差异。

⁷⁸ 中国国家卫生和计划生育委员会/全国爱国卫生运动委员会办公室把卫生厕所视为使用无害化卫生厕所 (水冲和非水冲) 及其他类型卫生厕所的住户百分比。水冲

厕所的类型包括三格化粪池厕所、双瓮化粪池厕所、三联沼气池式厕所以及节水高压水冲厕所。非水冲厕所的类型包括粪尿分集式厕所和双坑交替式厕所。其他类型的卫生厕所包括深坑防冻式厕所、阁楼式厕所和通风改良式厕所。图中的数据反映了农村累计卫生厕所的使用情况。

⁷⁹ 联合国儿童基金会/世界卫生组织联合监测方案（JMP）把使用改善的厕所定义为连接下水道系统的马桶/抽水马桶、化粪池和坑式厕所、带盖板坑式厕所、堆肥厕所和通风改良式厕所等卫生设施的人口比重。与其他住户共用或者公共使用的厕所不属于改善的厕所。JMP将厕所定义为“改善的”的基本依据，是相应的设施能将人类排泄物进行卫生隔离以避免人类接触。

⁸⁰ **砷中毒** – 砷中毒是砷毒性的结果，通常长期持续5至20年不等。长期饮用富砷水会导致各种健康问题，包括皮肤病、皮肤癌、膀胱癌、肾癌和肺癌，以及腿部血管和脚部血管疾病，也有可能包括糖尿病、高血压和生殖系统疾病。（世界卫生组织）

⁸¹ **氟中毒** – 氟中毒是体内氟过量，可能导致骨骼变形及肌腱和韧带骨化。患病原因是室外污染（空气和水）和室内污染（杀虫剂、铝矿和磷酸盐化肥行业）。（联合国统计局）

⁸² **血吸虫病** – 血吸虫病是一种通过接触含有钉螺类物种而感染的疾病，钉螺是血吸虫尾蚴的宿主。这种疾病可导致肝、心、脾、膀胱和肾脏机能异常和退化，也称为裂体血吸虫。

8. 教育与儿童发展

⁸³ **小学净入学率** – 属于官方规定的小学教育所对应的年龄段的入学儿童人数占该年龄段人口的比重。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

⁸⁴ 农村“撤点并校”90年代末已存在，2001年开始正式向全国推开。具体做法是撤销规模较小的村校，在乡镇或县城成立中心校，将学生集中到较大的中心校就读。

⁸⁵ **学前教育毛入学率** – 幼儿园和学前班儿童人数（不论年龄大小）占官方规定的学前教育水平所对应的年龄段的人口的比重。

⁸⁶ **中学毛入学率** – 中学教育水平入学儿童人数（不论年龄大小）占官方规定的中

学教育水平所对应的年龄段人口的比重。（联合国儿童基金会，《2014年世界儿童状况报告》，2014年）

初（高）中毛入学率 – 初（高）中入学儿童人数（不论年龄大小）占官方规定的初（高）中教育水平所对应的年龄段人口的比重。

⁸⁷ **升学率** – 某一年所有升入高一阶段教育一年级学生的数量与前一年低一阶段教育最高一级在校学生数量之比。（联合国教科文组织）

⁸⁸ **初中三年巩固率** – 入读初中一年级的儿童最终读到初中三年级的百分比。

⁸⁹ 1993年《教师法》规定，取得教师资格应当具备的相应学历是：(1) 取得幼儿园教师资格，应当具备幼儿师范学校毕业及以上学历；(2) 取得小学教师资格，应当具备中等师范学校毕业及以上学历；(3) 取得初中教师资格，应当具备高等师范专科学校或者其他大学专科毕业及以上学历；(4) 取得高中教师资格，应当具备高等师范院校本科或者其他大学本科毕业及以上学历。

9. 儿童和妇女权利

⁹⁰ 1990年9月30日，世界儿童问题首脑会议通过了九十年代的“儿童发展目标”，以及《儿童生存、保护和发展世界宣言》和联合国大会第45/217号决议《执行九十年代儿童生存、保护和发展世界宣言行动计划》。

10. 受人口流动影响的儿童

⁹¹ 本章关于流动和留守儿童的估计数均来自于中国人民大学社会与人口学院段成荣教授团队根据中国国家统计局2000年和2010年全国人口普查以及2005年全国1%人口抽样调查数据开展的 analysis。2010年人口普查数据分析得到中国国家统计局、联合国人口基金和联合国儿童基金会三方联合数据项目支持，主要数据结果载于：“我国流动儿童生存和发展：问题与对策 – 基于2010年第六次全国人口普查数据的分析”，《南方人口》，2013年第4期；“我国农村留守儿童生存和发展基本状况 – 基于第六次全国人口普查数据的分析”，《人口学刊》，2013年第3期。

11. 残疾儿童

⁹² **视力残疾（1）** – 是指由于各种原因导致双眼视力低下并且不能矫正或视野缩

小，以致影响其日常生活和社会参与。视力残疾包括盲及低视力。注：盲或低视力均指双眼而言，若双眼视力不同，则以视力较好的一眼为准。如仅有单眼为盲或低视力，而另一眼的视力达到或优于0.3（最大值为2），则不属于视力残疾范畴。

听力残疾（2） — 是指人由于各种原因导致双耳不同程度的永久性听力障碍，听不到或听不清周围环境声及言语声，以致影响日常生活和社会参与。

言语残疾（3） — 是指由于各种原因导致的不同程度的言语障碍（经治疗一年以上不愈或未经治疗病程超过两年者），不能或难以进行正常的言语交往活动，以致影响日常生活和社会参与（3岁以下言语损伤不定残）。它包括：（一）失语（由于大脑言语部位损伤所导致的紊乱），（二）运动性构音障碍（丧失发声的运动能力），（三）器官结构异常所致的构音障碍（构音器官形态结构异常所致的构音障碍），（四）发声障碍，（五）儿童言语发育迟滞，（六）听力障碍所致的语言障碍，（七）口吃。

肢体残疾（4） — 是指人体运动系统的结构、功能损伤造成四肢残缺或四肢、躯干麻痹（瘫痪）、畸形等而致人体运动功能不同程度的丧失以及活动受限或参与的局限。它包括：（一）上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍，（二）脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍，（三）中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。

智力残疾（5） — 是指智力显著低于一般人水平，并伴有适应行为的障碍。此类残疾是由于神经系统结构、功能障碍，使个体活动和参与受到限制。智力残疾包括在智力发育期间（18岁之前），由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞；或者智力发育成熟以后，由于各种有害因素导致有智力损害或智力衰退。

精神残疾（6） — 是指各类精神障碍持续一年以上未痊愈，有精神障碍的病人，由于存在认知、情感和行为障碍，以致影响其日常生活和社会参与。

多重残疾（7） — 是指存在两种或两种以上残疾。

（中国残疾人联合会，《中国残疾儿童现状分析及对策研究》，2008年）

⁹³ **医疗服务与救助（1）** — 医疗服务是指通过医院或专门医疗机构的手术或其他治疗形式，帮助残疾人恢复或补偿功能，提高生活自理和社会适应能力，为康复训练打好基础。

医疗救助是指政府或社会对因病而无经济能力进行治疗的贫困残疾人实施专项医疗帮助和支持。在已经开展新型农村合作医疗制度（RCMS）的农村地区，残疾

人应获得补助，以部分支付或全部支付通常由当地合作医疗制度（CMS）参保个人承担的额外费用。患有严重疾病的残疾人，其不属于合作医疗制度补贴范围的过高医疗费也将获得资助。在新型农村合作医疗制度尚未开展的地区，无力承担相关医疗费用的残疾人将得到适当资助。感染政府明文规定的任何特殊传染病的残疾人，将按其治疗规程获得补助。在城市地区，应向无力承担治疗费用的贫困残疾人提供医疗救助，救助渠道诸如私营部门资助，城市医疗救助基金会给予适当补助，医疗机构自愿减免相关费用等。

残疾人辅助器具（2） — 是指残疾人使用的，用于补偿、缓解或替代由残疾造成的身体机能丧失或肢体不便的产品和器具。肢体残疾人辅助器具包括：用于肢体残疾人的辅助器具有假肢、轮椅（手摇轮椅车、电动轮椅车、机动轮椅车）、助行架、拐杖（腋杖、肘杖、单脚手杖、多脚手杖）、握笔器、取物器、穿衣辅助器、用餐辅助器、刷牙辅助器、梳头辅具器等；用于听力残疾人的辅助器具有助听器、语言训练器、骨导电话、闪光门铃等；用于视力残疾人的辅助器有低视力用的助视器、电子语音报时器；盲人用的盲文写字板、盲文打字机、盲文阅读器、盲杖等。

康复训练与服务（3） — 是指中国残疾人联合会（CDPF）、卫生或其他部门为残疾人及其亲友提供的包括肢残人的功能、智残人的能力、盲人行走导向、低视力助视器配备、聋儿助听器配备、精神病防治等多方面的康复培训、训练指导、康复护理、心理疏导、残疾预防知识普及、健康教育、科学与安全意识宣传及相关的咨询转介等多种服务。

教育费用补助或减免（4） — 是指由政府、教育部门、中国残疾人联合会或其他部门安排的学费减免；或者由这些机构向残疾人或其子女提供的补助。

职业教育与培训（5） — 是指残疾人或其子女在各类职业学校或各级培训机构接受的正规教育（包括初等、中等和高等职业教育）或短期职业培训。

就业安置与扶持（6） — 是指就业服务机构或其他社会机构为残疾人提供的就业指导、就业安置、救助或扶持。

贫困残疾人救助与扶持（7） — 救助是指纳入当地居民最低生活保障或享受集中供养、五保供养、临时救助、定期补助、残联系统专项补助等。扶持是指各级政府扶贫办、妇联、共青团、残联及社会团体等有关部门或信用社、扶贫社等开展的帮助贫困残疾人筹措资金、落实优惠政策、选项目、学技术等多种形式的带动贫困残疾人脱贫活动，包括扶贫经济实体、扶贫基地辐射带动到户；党员、干

部、助残志愿者结对包户帮带活动；残疾人联合会利用康复扶贫贷款开展残疾人专项扶贫活动等。

法律援助与服务（8） – 是指各级政府法律援助机构、各级司法行政部门、各级残疾人维权机构、公证机构和基层法律服务机构、律师、民间法律援助组织、法律专业网站和志愿者等为残疾人提供免费法律服务，减少/豁免/延期支付贫困残疾人的法律费用，提供法律咨询、转介和法律援助。

无障碍设施（残疾人友好设施）（9） – 是指为保障残疾人、老年人、伤病人、儿童和其他社会成员的通行安全和使用便利，在道路、公共建筑、居住建筑和居住区等建设工程中配套建设的设施。

信息无障碍（残疾人友好）（10） – 是指公共传媒应使残疾人能够无障碍（残疾人友好）地获得信息，进行交流，如影视作品、电视节目的字幕和解说，电视手语，盲人有声读物，针对不同障碍的残疾人开发适合不同需要的通信技术（ICT）和通信产品等。

生活服务（11） – 是社区组织、志愿者等为残疾人提供的不定期的日常生活服务，如日常家务的协助、代办等。

文化服务（12） – 是指各级政府文化行政部门、各文化机构、基层组织、社会团体、志愿者等为残疾人提供或组织的旨在解决残疾人精神文化需求、提高残疾人素质的各项文化艺术活动及相应服务。如送书上门、爱心赠书、盲文及有声读物，以及残疾人参与社会文化活动时享受的便利、优惠服务等。

其他服务（13） – 是指未在上面列出的其他类型的服务或扶助。

（中国残疾人联合会，《第二次全国残疾人抽样调查工作手册》，2006年）

12. 针对儿童的暴力

⁹⁴ 世界卫生组织，《世界暴力与卫生报告》，2002年

14. 艾滋病

⁹⁵ 中国卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年

⁹⁶ 国务院防治艾滋病工作委员会办公室、联合国艾滋病中国专题组，《中国艾滋病防治联合评估报告（2007）》，2007年

⁹⁷ 本章概述部分2013年数据除注明外，均引自：中国疾病预防控制中心，“2013年12月全国艾滋病性病疫情及主要防治工作进展”，《中国艾滋病性病》，2014年2月第20卷第2期

⁹⁸ 该比重为2011年数据（中国卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年）

⁹⁹ 国务院防治艾滋病工作委员会办公室、联合国艾滋病中国专题组，《中国艾滋病防治联合评估报告（2007）》，2007年

¹⁰⁰ 国务院防治艾滋病工作委员会办公室，全球艾滋病防治进展国家报告（GARPR）—中国2013，2014年

¹⁰¹ 国务院防治艾滋病工作委员会办公室，全球艾滋病防治进展国家报告（GARPR）—中国2013，2014年

¹⁰² 中国卫生部新闻办公室，《我国艾滋病防治工作进展情况》，2012年11月29日

¹⁰³ 北京大学人口所、联合国人口基金、国务院妇女儿童工作委员会办公室，《中国青少年生殖健康可及性调查报告》，2010年

¹⁰⁴ 北京大学人口所、联合国人口基金、国务院妇女儿童工作委员会办公室，《中国青少年生殖健康可及性调查报告》，2010年

¹⁰⁵ 国务院防治艾滋病工作委员会办公室、联合国艾滋病中国专题组，《中国艾滋病防治联合评估报告（2007）》，2007年

¹⁰⁶ 中国卫生部，《2012年中国艾滋病防治进展报告》，2012年

¹⁰⁷ 国务院防治艾滋病工作委员会办公室，全球艾滋病防治进展国家报告（GARPR）—中国2013，2014年

¹⁰⁸ 2007年数据（1—9月）为271个项目县数据，2008年数据为33个项目县数据。

附件2: 缩略语

AIDS	获得性免疫缺陷综合症	MWR	水利部
BCG	卡介苗	NBS	国家统计局
CDPF	中国残疾人联合会	NCHS	(美国) 国家卫生统计中心
CEDAW	消除对妇女一切形式歧视公约	NHFPC	国家卫生和计划生育委员会
CMS	合作医疗制度	NHSS	国家卫生服务调查
COMMIT	湄公河次区域合作反拐部长级倡议	NMR	新生儿死亡率
CRC	儿童权利公约	NPA	中国儿童发展规划纲要
CRPD	联合国残疾人权利公约	NPHCCO	全国爱国卫生运动委员会办公室
DTP	白喉、破伤风和百日咳(联合疫苗)	NWCCW	国务院妇女儿童工作委员会办公室
EMIS	教育管理信息系统	OPV	口服脊髓灰质炎疫苗
EPI	扩大免疫规划	PHCCO	爱国卫生运动委员会办公室
GAVI	全球疫苗和免疫联盟	PMTCT	预防母婴传播
GDP	国内生产总值	PPM	百万分率
GNI	国民总收入	PPP	购买力平价
HepB	乙型肝炎(疫苗)	RCMS	新型农村合作医疗制度
HIV	人类免疫缺陷病毒	RMB	人民币
HSS	艾滋病哨点监测系统	SIA	强化免疫活动
ICD	国际疾病分类	STD	性传播疾病
ICFDH	国际功能、残疾和健康标准	TFR	总和生育率
IDD	碘缺乏病	U5MR	5岁以下儿童死亡率
IDU	注射吸毒	UN	联合国
IMR	婴儿死亡率	UNAIDS	联合国艾滋病规划署
JMP	联合监测方案	UNESCO	联合国教科文组织
MCH	妇幼保健	UNICEF	联合国儿童基金会
MDG	千年发展目标	UN IGME	联合国机构间儿童死亡估计小组
MFAS	医疗救助制度	UNPD	联合国人口司
MMR	孕产妇死亡率	UNSD	联合国统计司
MMRP	降低孕产妇死亡率计划	USI	全民食盐加碘
MOH	原卫生部	VIP	通风改良坑式厕所
MPS	公安部	WHO	世界卫生组织

