



亚洲及太平洋经济社会委员会

第七十一届会议

2015年5月25日至29日，曼谷

临时议程* 项目3(g)

**审查与经社会各下属机构相关的议题，
包括各区域机构的工作：社会发展**

在实现社会领域千年发展目标方面所面临的主要问题和挑战

内容提要

随着实现《千年发展目标》时限的临近以及国际社会就 2015 年后发展议程的要素展开辩论，现在是盘点本区域作为一个整体千年目标实现情况的最佳时机，尤其要突出有特殊需要的国家，并要查明今后行动的优先领域。

亚太区域作为一个整体在实现社会领域《千年发展目标》方面取得了长足的进步。虽然本区域最大的成功在于减少了收入贫困和实现了普及小学入学，但减少收入贫困往往没有变为在其他目标方面的改进，如卫生和性别平等方面的大小目标。

证据还显示许多具有特殊需要的国家在《千年发展目标》目标 1 和 2 方面表现相对良好，而其他千年发展目标方面则进展不一。总体而言，最不发达国家在进一步减少贫困，以及减少儿童和孕产妇死亡率方面还有漫长的路要走。

进一步的分析表明，处理好以下领域对实现千年发展目标至关重要，并将继续对可持续发展具有十分重要的意义：(a) 投资于社会政策；(b) 实现性别平等；(c) 解决不平等问题。

请经社会审议在本文件中提出的问题和拟议的政策建议，并就秘书处在社会发展领域今后的工作，特别是鉴于关于 2015 年后发展议程的讨论正在进之中，向秘书处提供指导。

* E/ESCAP/71/L.1/Rev.1。

目 录

	页 次
一. 导言	3
二. 评估亚太区域《千年发展目标》的实现情况	3
A. 目标 1: 消除极端贫困与饥饿	4
B. 目标 2: 普及小学教育	6
C. 目标 3: 促进男女平等并赋予妇女权力	7
D. 目标 4: 降低儿童死亡率	9
E. 目标 5: 改善孕产妇保健	11
F. 目标 6: 与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争	12
三. 处理千年发展目标未完成的议程, 走向 2015 年后发展议程	14
A. 投资于社会政策就是投资于发展	14
B. 实现性别平等对于实现发展和人人平等具有核心意义	17
C. 不平等破坏社会发展努力	17
四. 支持各国完成千年发展目标未完成的工作并走向 2015 年后发展议程	19
A. 研究和分析	20
B. 确定准则	21
C. 技术合作和能力建设	21
五. 结论	21

图

1. 极端贫困人口减少的百分比(从 1990 年至最近的一年)和 亚太区域选定国家近年来的贫困水平	5
2. 亚太区域选定国家最近几年小学纯入学率和从一年级开始 升到至少小学最高年级的儿童百分比	7
3. 2012 年亚太经社会区域初等教育女孩与男孩的比率	8
4. 2012 年国民议会中妇女所占席位比例(%)	9
5. 亚太区域选定国家 1990 年和 2012 年 5 岁以下儿童死亡率 (平均每 1000 活产儿)	10
6. 亚太区域选定国家 1990 年和 2012 年产妇死亡率(平均每 10 万 活产儿), 以及在此期间的百分比变化情况	12
7. 2013 年亚洲及太平洋所有感染艾滋病毒的病人接受抗逆转录 病毒治疗的百分比	13
8. 2012 年或最近年份亚太区域选定国家卫生事业开支占政府 总开支的百分比	15
9. 1995 年和 2012 年亚太区域选定国家私人承担的开支占医疗 总开支的百分比	16
10. 最近几年亚太区域选定国家最低(Q1)和最高(Q5)收入五等分中 婴儿死亡率(每 1000 个活产儿)	18

一. 引言

1. 《千年发展目标》是全球和国家发展努力中的一个里程碑，通过把重点转向社会发展的具体关键领域使发展模式发生了革命性的变化。

2. 在《联合国千年宣言》中，国际社会以实现一系列发展目标为己任，坚定承诺要消除贫困，确保普及基本的社会服务，包括小学教育和孕产妇健康服务。此外还承诺要改善孕产妇健康和儿童健康，以及与艾滋病毒/艾滋病以及其他传染性疾病作斗争。

3. 在《千年宣言》中，成员国坚定承诺要减少贫困：

“我们将不遗余力地帮助我们 10 多亿男女老少同胞摆脱目前凄苦可怜和毫无尊严的极端贫困状况。我们决心使每一个人实现发展权，并使全人类免于匮乏。”¹

4. 《千年宣言》还确认平等是 21 世纪最根本的价值观之一：“不得剥夺任何个人和任何国家得益于发展的权利。必须保障男女享有平等的权利和机会。”²

5. 八个千年发展目标中有六个是直接与社会领域相关的，因此千年发展目标把社会发展放在了发展议程的中心地位。千年发展目标提供了一套核心目标，而其他重大国际会议上通过的其他框架则产生了支持实现千年发展目标的执行计划。其中包括《北京宣言和行动纲要》，《国际人口与发展大会行动纲领》，《支持最不发达国家布鲁塞尔行动纲领》及其后续方案，以及《伊斯坦布尔行动纲领》。

6. 随着实现千年发展目标时限的临近以及国际社会就 2015 年发展议程的要素展开辩论，现在是盘点本区域作为一个整体千年目标实现情况的最佳时机，尤其要突出有特殊需要的国家，并要查明今后行动的优先领域。

二. 评估亚太区域《千年发展目标》的实现情况

7. 亚太区域作为一个整体在实现社会领域千年发展目标方面取得了长足的进步，但仍有相当多的未完成的工作。虽然本区域最大的成功在于减少了收入贫困和实现了普及小学入学，但减少收入贫困往往没有变为在其他目标方面的改进，如卫生和性别平等方面的大小目标。亚太区域 30 多个国家已经或很可能实现与减少贫困相关的千年发展目标 1 和关于普及小学教育的千年发展目标 2。没有一个国家完全实现了性别平等(千年发展目标 3)。在所有与健康相关的目标(改善儿童健康、产妇健康和遏止传染性疾病)方面进展情况不一。在关于改善孕产妇保健的千年发展目标 5 和与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争的目标 6 方面的进展情况不一——虽然采取了重大行动，有几个国家很可能无法实现目标。最后，关于目标 3——实现性别平等——还有许多工作要做。

¹ 联大决议/55/2，第 11 段。

² 同上，第 6 段。

8. 评估还显示许多有特殊需要的国家在目标 1 和 2 方面表现相对良好，而其他千年发展目标方面则进展参差不齐。总体而言，最不发达国家在进一步消除贫困、儿童和孕产妇死亡率方面仍有漫长的路要走。大多数太平洋岛国几乎已经实现了普及小学教育——但是同样有许多其他国家，在性别平等和所有与健康相关的目标方面仍然落在后面。

A. 目标 1：消除极端贫困与饥饿

9. 目标 1 寻求消除极端贫困与饥饿。相关的具体目标和指标包括：到 2015 年，将每日收入低于 1.25 美元的人口比例减半，使包括妇女在内的所有人都享有充分的生产性就业，将挨饿人口的比例减半。

10. 亚洲及太平洋区域的充满活力的经济增长导致减少贫困达到前所未有的程度。最新数据显示，亚太区域至少有 24 个国家已经将每日生活水平低于 1.25 美元的人口比例减半，或者象 3 个国家的情况那样，很可能到 2015 年底能实现这一目标。中国、越南和塔吉克斯坦在绝对数字和相对数字方面都最突出。中国将每日生活水平低于 1.25 美元的人口比例从 1990 年 60.2% 减少到 2010 年的 11.8%；越南则从 1993 年的 63.7% 减至 2008 年的 16.8%；而塔吉克斯坦则从 1993 年的 49.4% 减至 2009 年的 6.6% (见图 1)。

11. 减少收入贫困并不总是变为减少饥饿。几个已经实现了将每日生活水平低于 1.25 美元的人口比例减半的国家未能将营养不良儿童的百分比减半。但有的国家已明显减少了营养不良儿童的百分比，例如，在孟加拉国从 1990 年的 61.5% 减少到 2011 年 36.8%。³

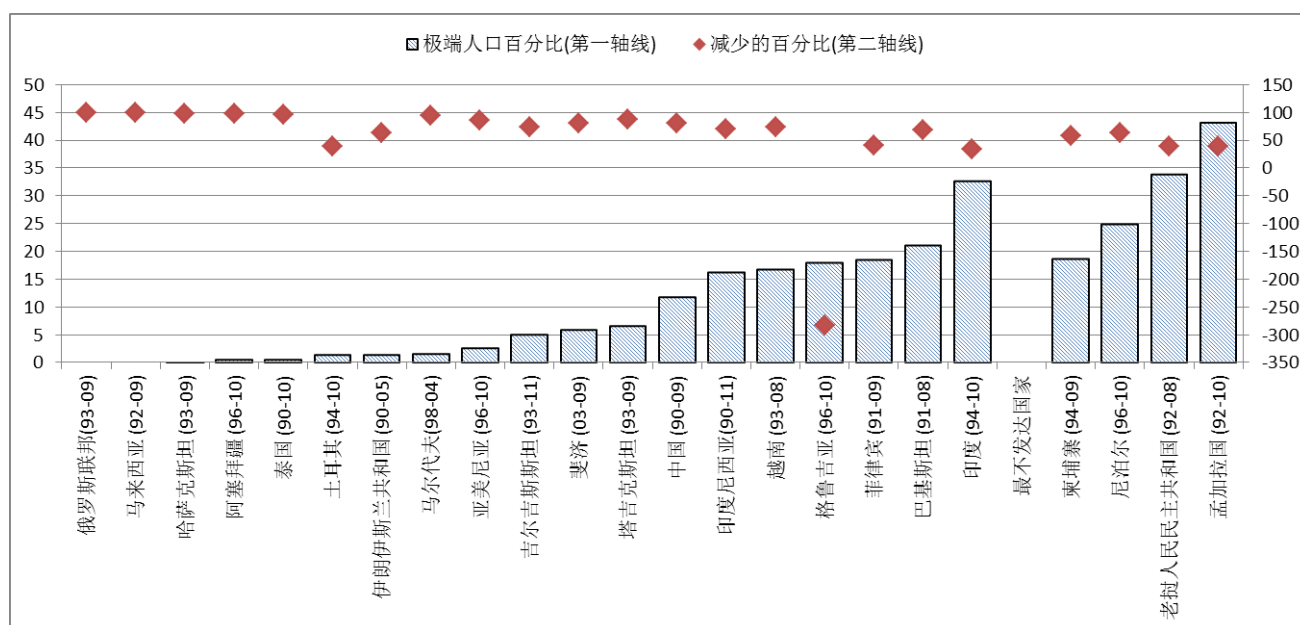
12. 总体而言，本区域大多数最不发达国家在减少贫困方面表现良好。柬埔寨和尼泊尔是属于较早实现目标的，已经将每日生活水平低于 1.25 美元的人口比例减少一半以上。孟加拉国和老挝人民民主共和国有可能达到这一目标。同样，本区域所有最不发达国家，除了东帝汶，都已将营养不良儿童比例减半。

13. 由于缺乏数据，对于太平洋地区的进展情况很难评估。斐济已经成功地将绝对贫困从 2003 年的 29.2% 减少到 2009 年的 5.9%。总体而言，绝对贫困程度以及粮食贫困在太平洋地区相对较低。然而，许多太平洋岛国受到新形式的营养不良的困扰，例如高度的肥胖程度，那是由于例如摄入高脂肪和碳水化合物食物所造成的。⁴

³ 联合国统计司，千年发展目标指标。可检索：<http://mdgs.un.org/unsd/mdg>。

⁴ 世界卫生组织：2014 年非传染性疾病全球状况报告 (日内瓦，2014 年)。可检索：http://app.s.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1。

图 1
 极端贫困人口减少的百分比(从 1990 年至最近的一年)和亚太区域
 选定国家近年来的贫困水平



资料来源：联合国统计司，千年发展目标指标网站。可检索：
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>。

14. 尽管有这一成就，但仍然有一些令人关切的领域。在一些国家，情况恶化了。在格鲁吉亚，每日生活水平不足 1.25 美元的人口比例从 1996 年的 4.7% 上升到 2010 年的 18% (见图 1)。在亚美尼亚，营养不良儿童的比例从 1999 年的 2.7% 上升到 2011 年的 5.3%，以及在东帝汶 (从 2003 年的 40.6% 上升到 2010 年的 45.3%)。

15. 虽然从绝对数看贫困下降了，最穷的收入五等分位数在国家消费中的比例在许多国家是下降的。³ 但在许多国家贫困程度仍然居高不下。在 2015 年，孟加拉国、印度和老挝人民民主共和国至少有五分之一的人口仍然生活在极端贫困之中。

16. 在为所有人提供体面的工作和就业机会方面仍然还有尚未完成的工作。有相当大比例的人口就业状况仍然脆弱，没有社会保护或体面的工作机会，特别是妇女和农村人口。

17. 自从通过千年发展目标以来所取得的进展可能会进一步受到新出现的社会经济发展动态的影响。不平等现象在加剧以及社会保护的覆盖面有限，对进一步减少贫困构成威胁。研究表明，亚洲在过去的几十年的增长有一种“有利于富人”的倾向。⁵ 为了实现今后的减贫，仅仅依赖经济增长是不够

⁵ David Dollar、Tatjana Kleineberg 和 Aart Kraay 著，“增长对于穷人仍然是好事”，世界银行政策研究工作文件第 6568 号 (华盛顿特区，世界银行，2013 年)。

的。如果没有社会保护，大量人口很可能在危机到来时重新陷入贫困。亚太区域也在老龄化，而对老年人并没有全面的收入保障制度。

B. 目标 2：普及小学教育

18. 从入学和就学程度而言，亚太区域大多数国家另一个突出的成功领域是实现普及小学教育。到 2012 年，本区域至少有 27 个国家和领土实现了男女儿童小学纯入学率 90%以上。

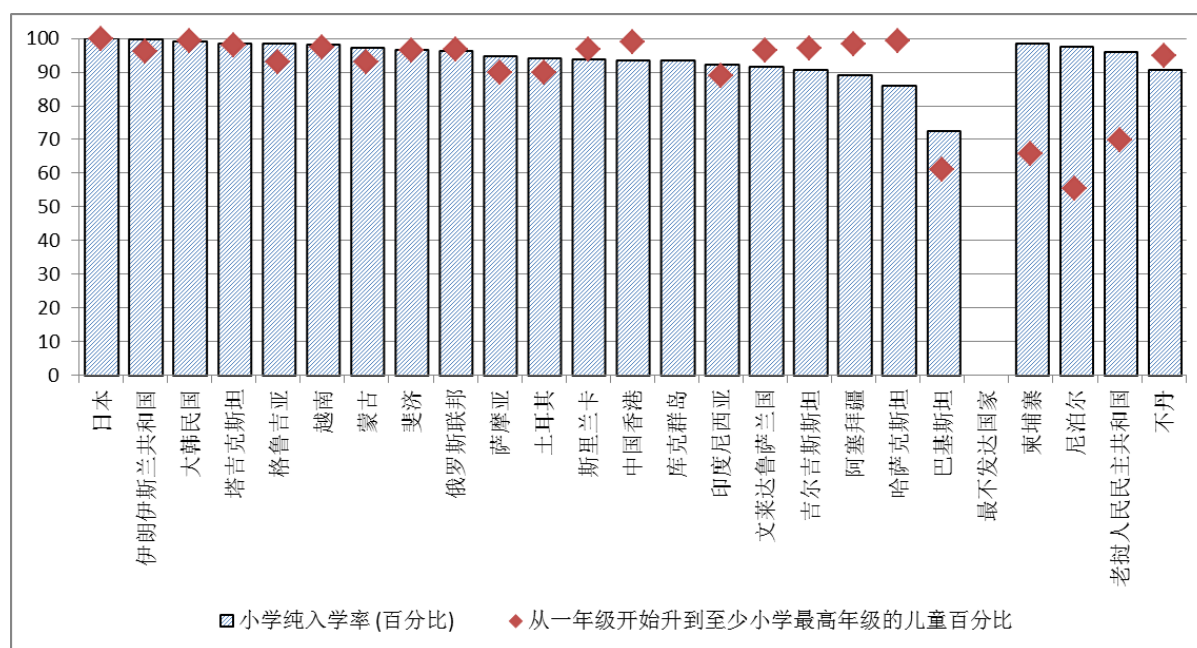
19. 在这一千年目标方面，几个最不发达国家特别成功。不丹几乎将小学纯入学率翻了一番，从 1999 年的 55.9%上升到 2012 年的 90.6%。尼泊尔将小学入学率从 1999 年的 60.3%上升到 2013 年的 98.5%；老挝人民民主共和国的小学入学率则从 1999 年的 74.3%上升到 2012 年的 95.9%。³

20. 然而，在一些国家，例如在阿塞拜疆和汤加，小学纯入学率似乎下降了。在阿塞拜疆，小学纯入学率从 1999 年的 92.1%下降到 2012 年的 89.1%；而在汤加在同期则从 91.3%下降到 89.8%。³

21. 在小学完成学业方面，最不发达国家情况就不是那么好。在尼泊尔，入学儿童只有 55.3%至少达到小学的最后一年。在柬埔寨，这一比例为 65.9%，而在老挝人民民主共和国为 69.9%(见图 2)。许多最不发达国家正在实施鼓励学校招生的政策，但缺乏充分的政策确保儿童在校念书。在最不发达国家，社会保护的覆盖面仍然相对有限，在危机袭来时，家庭往往让孩子退学。

22. 巴基斯坦是可能无法实现普及小学教育的少数几个国家之一(见图 2)。在 2012 年，小学纯入学率为 72.5%(男性 77%，女性 65%)；但在入学儿童中，只有 61%读到至少小学最高年级。这样，学龄儿童只有 44%实际上完成了小学学业。

图 2
 亚太区域选定国家最近几年小学纯入学率和从一年级开始升到至少小学最高年级的儿童百分比



资料来源：亚太经社会在线统计数据库。可检索：
www.unescap.org/stat/data/statdb/DataExplorer.aspx。

C. 目标 3：促进男女平等并赋予妇女权力

23. 千年发展目标框架通过与以下方面相关的指标寻求衡量性别平等和妇女赋权的情况：(a) 教育中的性别平等，(b) 非农业部门有酬就业者中妇女比例，和(c) 国民议会中妇女所占席位比例。虽然本区域在实现教育中性别平等方面表现良好，但在就业和政治代表性方面的性别差距仍然存在。

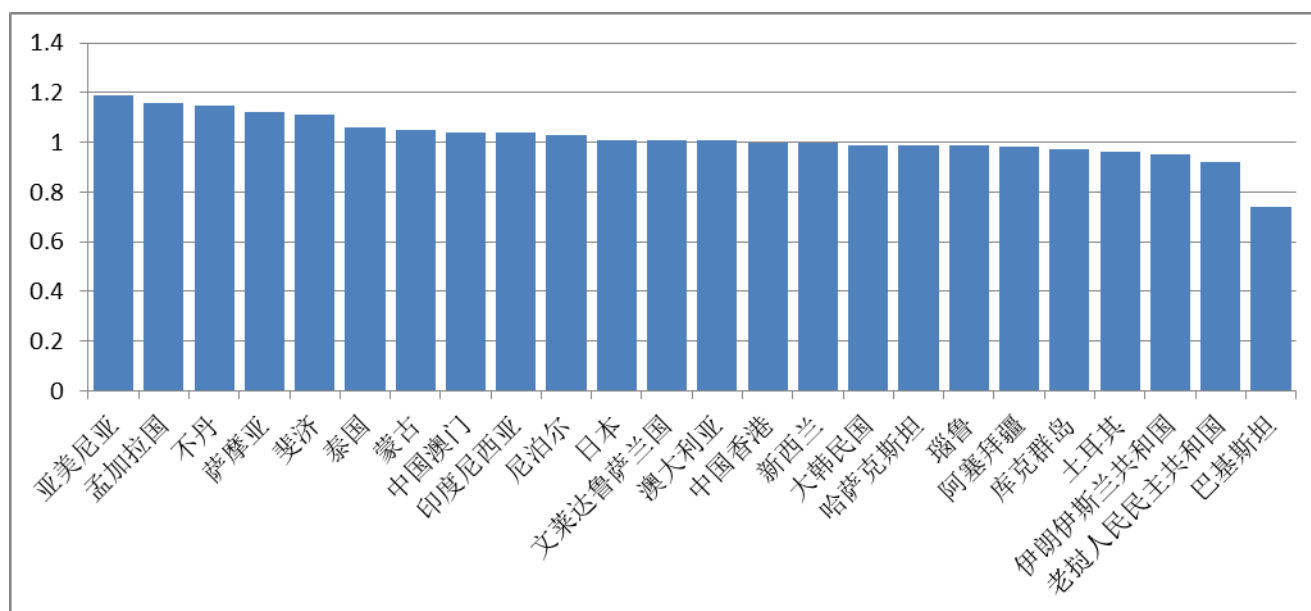
24. 自 2005 年以来，所有次区域已经走上实现小学教育性别平等目标的轨道；几乎所有国家已经实现了小学入学 0.98 至 1.03 之间的女孩与男孩比例，而亚太经社会区域作为一个整体已经走上在 2015 年实现平等比例的轨道（见图 3）。在有数据的国家中，巴基斯坦似乎是唯一一个可能无法实现小学教育性别平等的国家。

25. 同样，亚太经社会区域作为一个整体在实现中学入学性别平等目标方面处于良好地位，女童与男童的总体之比为 0.95%。在至少 13 个国家，在中学一级性别不平等实际上是有利于女孩的。在有数据的国家中，巴基斯坦是唯一一个中学入学率女孩少于男孩的国家，2012 年比率为 0.74；最近几年甚至还稍有下降。

26. 高等教育的入学情况显示了一种更为多种多样的状况。在所有南亚和东南亚国家女性的高等教育入学率仍然落后于男性，而斯里兰卡则是例外。在

其他次区域，许多国家的青年女性人数要超过男性。例如，在文莱达鲁萨兰国，在高等教育中，每 100 个年轻男性就有 174 个年轻女性。

图 3
2012 年亚太经社会区域初等教育女孩与男孩的比率



资料来源：亚太经社会在线统计数据库。

27. 衡量目标 3 的其他指标方面的进展情况不如本区域在教育领域的表现。在整个亚洲及太平洋区域，加入劳动大军的可能性妇女要少于男性，而且更可能从事缺乏社会保护的脆弱的就业。

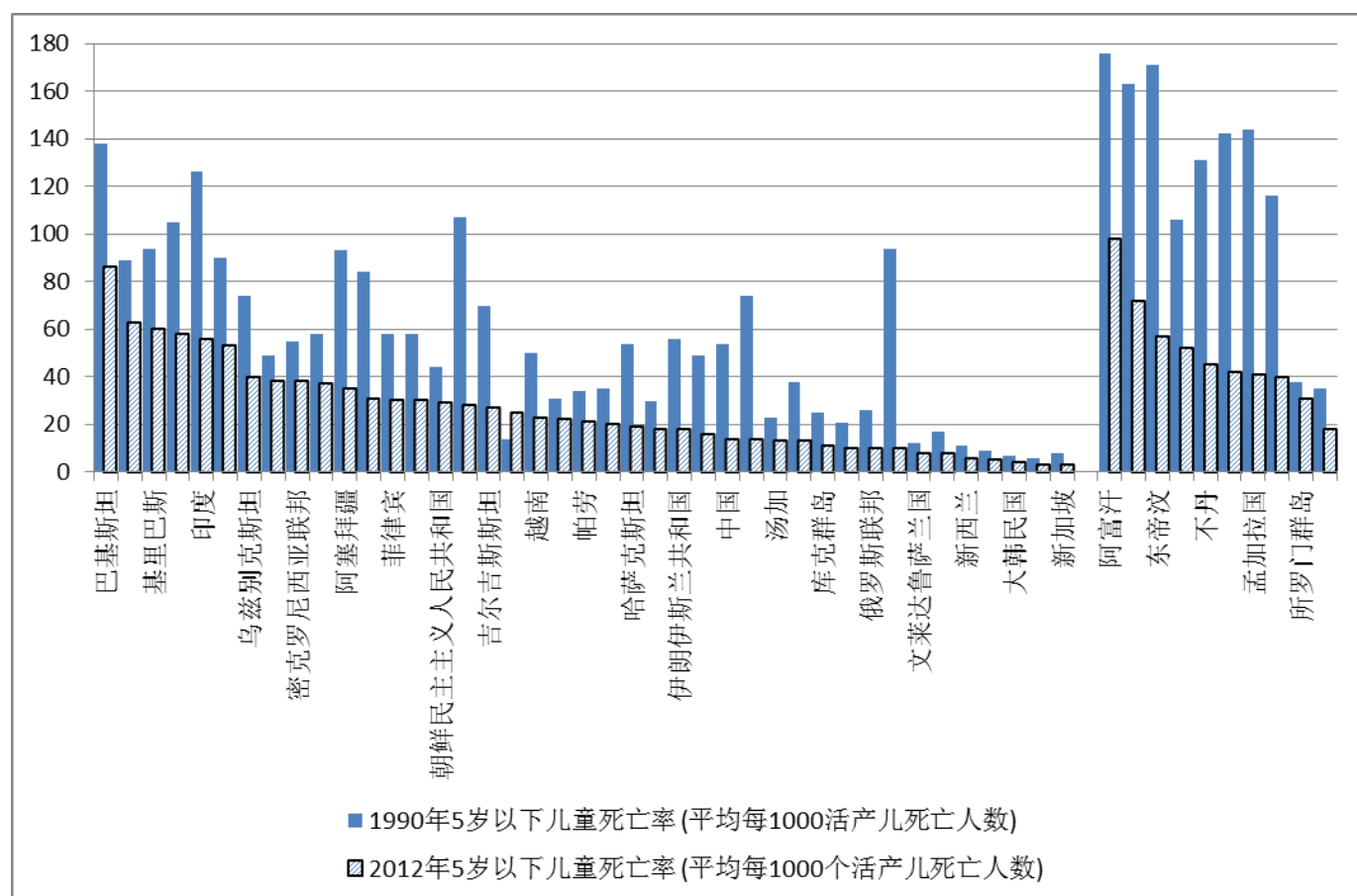
28. 例如，在整个区域，24.7%的妇女是无酬家庭工人，而男性为 8.4%。作为无酬家庭工人，妇女没有或有有限的社会保护，并在其经济独立性和(或)家庭内的自主性方面受到限制。

29. 本区域只有两个国家或领土，即俄罗斯联邦和中国澳门，实现了非农业部门就业妇女占 50% 的目标。此外，有相当数量的国家处于实现这一目标的良好状态，有 10 个国家在非农业劳动力市场份额中徘徊于 40% 至 48% 之间。与此相反，在本区域至少 9 个国家妇女在非农业部门就业的人口中所占比例不到 30%，在巴基斯坦则下降到 12.6% 的低水平。

30. 关于国民议会中妇女所占席位比例，本区域的平均数为 18%，恰好低于全球平均数 19% (见图 4)。只有 3 个国家——东帝汶、尼泊尔和新西兰——达到了妇女在国民议会中所占代表性比例为 30%。在本区域约三分之一的国家，妇女占国民议会议员不到 10%，南亚和太平洋地区尤其如此。

31. 其他统计数据显示，在政治代表性性别平等方面进展缓慢。例如，截至 2015 年 2 月，亚太经社会 58 个成员和准成员中，只有 1 位女性国家元首(大

图 5
 亚太区域选定国家 1990 年和 2012 年 5 岁以下儿童死亡率(平均每
 1000 活产儿)



资料来源：联合国统计局，千年发展目标指标。

35. 亚洲最不发达国家除阿富汗之外都已经实现或可能实现到 2015 年底将儿童死亡率降低的目标。亚洲一些最不发达国家属于减少儿童死亡率幅度最大的国家。

36. 总体而言，在太平洋地区减少儿童死亡率的进展不平衡。其中 8 个国家到 2015 年不大可能实现这一目标。萨摩亚和瓦努阿图是太平洋最不发达国家中唯一已经实现减少儿童死亡率目标的国家。然而，在瓦努阿图，麻疹疫苗接种率在 2012 年只有 52%。在纽埃，在 1990 年和 2012 年期间婴儿死亡率从平均每 1000 个活产儿 12 个死亡上升到 21 个，5 岁以下儿童死亡率从每 1000 个活产儿 14 个上升到 25 个(见图 5)。

37. 虽然阿富汗和巴基斯坦都取得了进步，但这两个国家仍然是本区域儿童死亡率最高的国家。在 2012 年，巴基斯坦 5 岁以下儿童死亡率为平均 1000 个活产儿有 98 个，而阿富汗为 175 个。虽然与 1990 年相比，5 岁以下儿童死亡率在阿富汗下降了 44%，在巴基斯坦下降了 38%，但改进的速度还不足以达到目标(见图 5)。

E. 目标 5：改善孕产妇保健

38. 总体而言，亚太区域在孕产妇健康方面有了巨大的改进，但要全面实现这一目标还有很长的路要走。本区域约有一半的国家在通过千年发展目标时孕产妇死亡率已经很低，或者是将孕产妇死亡率减少了三分之二或更多。

39. 目标 5 有两个具体目标：将孕产妇死亡率降低四分之三和普及生殖保健，衡量标准为避孕普及率、青少年生育率、未满足的计划生育需要和产前护理覆盖率。

40. 自 1990 年以来，本区域孕产妇死亡率下降最多的国家是最不发达国家。在 1990 年至 2013 年期间，马尔代夫孕产妇死亡率下降了 93%；不丹为 87%；柬埔寨为 86%；老挝人民民主共和国为 80%；东帝汶为 78%。本区域其他最不发达国家，即孟加拉国和阿富汗，也可能在 2015 年达到孕产妇死亡率降低四分之三的目标。

41. 虽然在大多数国家都有了改进，但有一些国家仍然有待于大幅度改进孕产妇保健。在一些国家，例如菲律宾和汤加，孕产妇死亡率与 1990 年相比甚至上升了。

42. 在改善孕产妇保健方面仍然有相当多的未完成的工作。与 1990 年相比，虽然以相对和绝对数字而言，本区域有几个最不发达国家属于改善程度最高的国家，但在本区域一些最不发达国家孕产妇死亡率仍然居高不下（见图 6）。在本区域孕产妇死亡率最高的 15 个国家中，其中 10 个是最不发达国家。

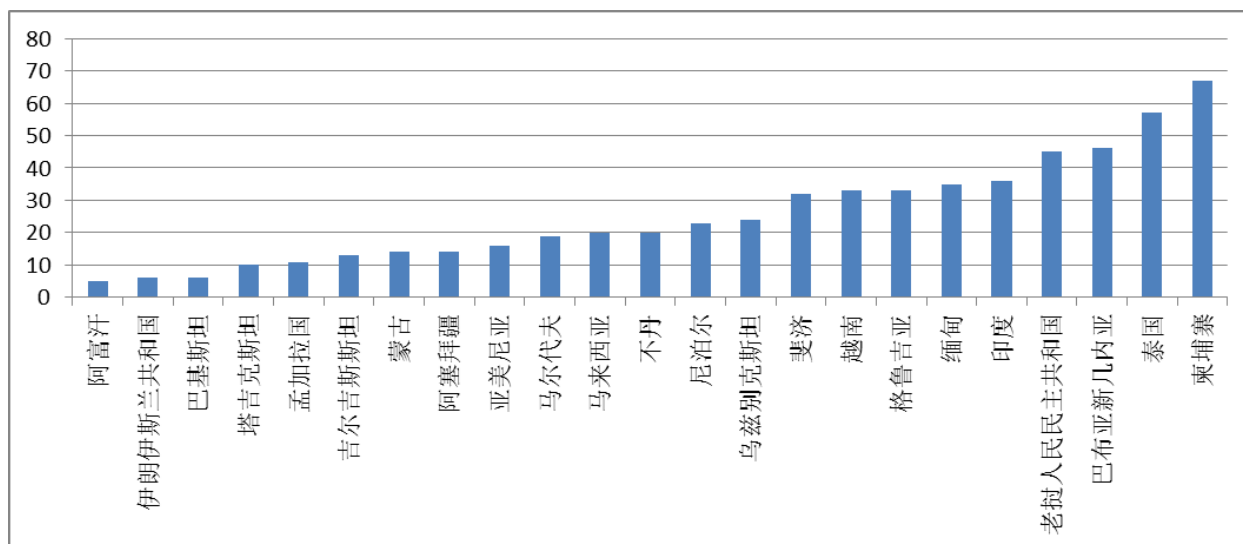
43. 在一些中等收入国家，孕产妇死亡率仍然比其收入水平所意味的要高许多。在印度和印度尼西亚，尽管下降了约 50%，但在 2013 年在这两个国家孕产妇死亡率仍然在平均 10 万活产儿中占 190 个。在巴基斯坦，产妇死亡率为平均每 10 万活产儿中有 170 个，与孟加拉国和柬埔寨的比例水平相同。

44. 本区域许多国家在实现普及性健康和生殖健康保健服务方面仍然还有很长的路要走。在东帝汶，2010 年由熟练的人员接生的出生比例为 29.3%。孟加拉国在 2011 年也处于类似的低水平，为 31.7%。

45. 与由熟练的人员接生的比例低相伴的还有避孕普及率低。例如，在阿富汗 15-49 岁的妇女只有 21.2% 获得避孕；在东帝汶这个数字是 22.3%，在巴基斯坦为 35.4%。在北亚和中亚国家，几乎所有的生育都有熟练的人员接生，但避孕率仍然相对较低；例如，在塔吉克斯坦为 27.6%，在吉尔吉斯斯坦为 36.3%。

30%以上的覆盖面。在南亚和西南亚次区域，怀孕妇女为预防母亲向孩子传染而接受抗逆转录病毒治疗的覆盖面仍然还是一如既往的低下。

图 7
2013 年亚洲及太平洋所有感染艾滋病毒的病人接受抗逆转录病毒治疗的百分比



资料来源：全球艾滋病应对进展情况报告数据库，由亚洲及太平洋艾滋病毒和艾滋病数据中心数据团队制作。可检索：www.aidsdatahub.org。

49. 让年龄在 15-24 岁之间的年轻人了解预防性传染艾滋病毒的方式是预防工作的关键，也是年轻男女保护自己免受艾滋病毒侵害的能力的关键。在本区域各地，在有数据的地方，男女的了解程度是不到 55%。男青年和女青年之间对于艾滋病毒的了解情况差别很大。总体而言，亚太区域的男青年与女青年相比往往这方面的知识程度更高。

50. 在遏止疟疾方面进展情况也是参差不齐。虽然疟疾在东亚和东北亚以及北亚和中亚几乎已经绝迹，但南亚和西南亚、东南亚和太平洋地区的一些国家，这仍然是一个令人关切的领域。南亚和西南亚以及东南亚的 11 个国家已经成功地遏制了疟疾。到 2012 年斯里兰卡已经根除了疟疾。伊朗伊斯兰共和国在 2012 年几乎已经根除疟疾，所记录的 10 万人中只有两个病例，并且没有疟疾造成的死亡。其他一些国家也随着时间的推移成功地减少了疟疾病例和死亡。不丹在短时间内实现了明显的下降；从 2000 年平均每 10 万人有 14597 疟疾病例下降到 2012 年的 11 例。在柬埔寨，虽然下降并不呈直线状态，但疟疾发生率从 1990 年的每 10 万人 1367 例下降到 2012 年的 306 例。

51. 本区域约有 10 个国家在总体下降的情况下经历了几次疟疾回潮。例如，在印度尼西亚，1990 年疟疾病例为平均每 10 万人 831 个，在经过了几次上下波动之后，于 2012 年回到 831 个。老挝人民民主共和国最初在 1990 年

为每 10 万人疟疾病例 512 个；在 2000 年跳升到 5195 个，然后 2011 年又下降到 275 个，但在 2012 年又上升到平均 10 万人有 704 例。

52. 巴基斯坦疟疾病例则呈上升趋势，从 1990 年的 72 例上升到 2012 年平均每 10 万人 2392 例。

53. 在疟疾方面，太平洋地区仍然是特别令人关切的地区，发生率居高不下。在巴布亚新几内亚、所罗门群岛和瓦努阿图，2000 年和 2005 年期间疟疾特别猖獗。在巴布亚新几内亚，从 1990 年以来疟疾病例数字在增加。在所罗门群岛，疟疾病例 1990 年为每 10 万人中有 37358 例；在经过了几次上下波动之后，于 2012 年下降到每 10 万人 10425 例。瓦努阿图的情况与所罗门群岛的情况类似。

54. 在由杀虫剂处理过的蚊帐方面以及适当的抗疟疾药物供应方面仍然缺乏数据。

55. 本区域作为一个整体，特别是在东亚和东北亚、南亚和东南亚以及东南亚，肺结核造成的死亡人数呈下降趋势。下降最多的国家是不丹、马尔代夫和土耳其，从 1990 年至 2012 年下降幅度为 91%和 93%之间。

56. 然而，在一些国家，特别是在太平洋和北亚和中亚，这段时间肺结核引起的死亡人数有所上升。阿富汗、亚美尼亚、吉尔吉斯斯坦、马绍尔群岛、瑙鲁、纽埃、北马里亚纳群岛、帕劳、俄罗斯联邦和塔吉克斯坦就是这种情况。在马绍尔群岛，肺结核引起的死亡人数几乎增加了三倍，从 1990 年每 100 万人中有 290 个上升到 2012 年的 1110 个。

三. 处理千年发展目标未完成的议程，走向 2015 年后发展议程

57. 如前文所示，本区域一直在与健康有关的千年发展目标和性别平等方面努力奋斗，而本区域成功的方面则在于实现了普及小学教育。

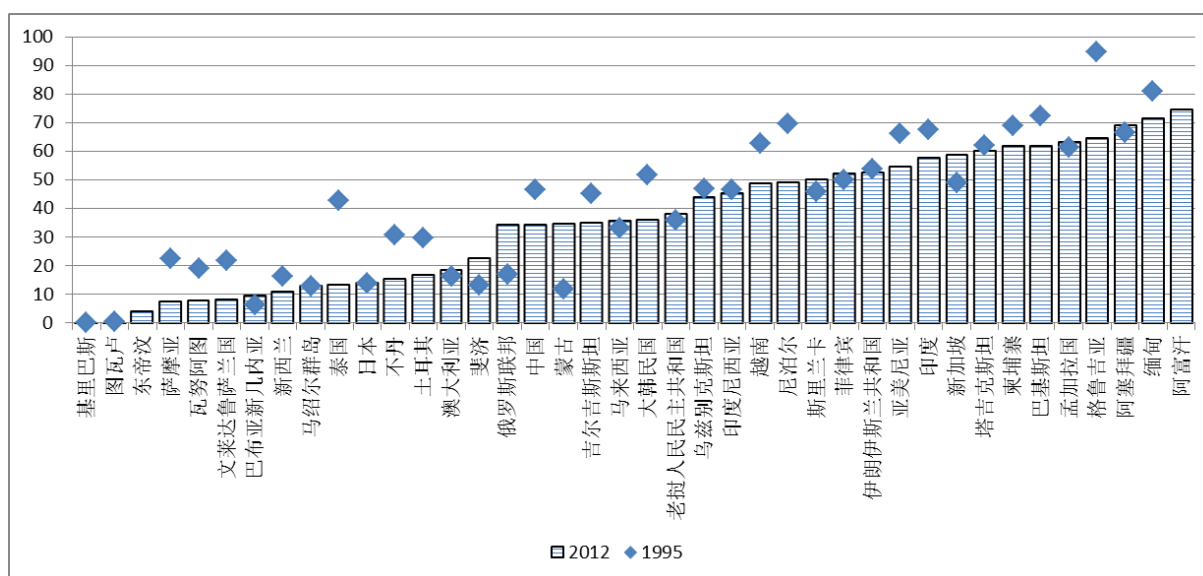
58. 世界正走向 2015 年后发展议程，其重点预计会放在根除贫困、解决不平等问题、为所有人提供体面的工作和社会保护等方面，然而要实现所预见的 2015 年后发展议程，就必须分析和解决千年发展目标工作未完成的基本原因。

A. 投资于社会政策就是投资于发展

59. 在亚洲及太平洋，经济增长与大部分国家减少贫困率同时发生，但没有同时带来社会领域各方面的改善，包括健康和性别平等方面。要加强社会发展就需要采取有效的社会政策和战略，并要有足够的预算拨款。社会部门的开支应被看作是一种投资，是可持续经济增长、平等和环境保护的基础。

60. 早期实现了千年发展目标的国家的经验表明，这些国家对社会部门进行了大量投资，即使在危机时期仍然继续这些投资。例如，泰国已成功实现了大多数与社会领域相关的千年发展目标，并在过去几十年里表明对社会发展有坚定的承诺。这种承诺体现在推行一种普及医疗保健的制度并为医疗保健

图 9
1995 年和 2012 年亚太区域选定国家私人承担的开支占医疗总开支的百分比



资料来源：世界银行，世界发展指标数据库，无日期。

64. 对于许多国家而言，提供全民普及医疗保健是可以承担得起的。例如，泰国能够做到全民普及医疗保健是因为将政府总支出的 14% (或 GDP 的 3.2%) 专门用于医疗卫生事业。

65. 然而，医疗卫生开支并不总是有效使用的。在许多国家，医疗保健开支主要是针对治疗护理，用于预防和基本卫生保健的预算拨款则很少，其中包括孕产妇和儿童健康服务，虽然经验表明通过投资于基本的医疗保健服务就能在孕产妇和儿童健康方面获得最大的改进。例如在巴基斯坦，总体医疗卫生支出已经相对较低，而在 2008-2009 财政年度，其总的医疗卫生开支的 73.5% 是拨给普通医院的治疗服务的，15.4% 拨给预防护理，只有 0.3% 拨给基本医疗保健服务，包括孕产妇和儿童保健。⁶ 此外，相对而言，城市地区的卫生支出要高于农村地区，并且在很大程度上被医院的行政开支所吸收。

66. 太平洋岛屿的情况独特。这些国家属于医疗卫生开支最高的国家 (占政府总开支的比例)，是本区域私人付费最低的国家，然而其中许多国家在实现与卫生相关的千年发展目标方面遇到困难。实现程度低的原因包括医疗卫生服务很难覆盖边远岛屿和农村地区。农村地区的医疗设施装备简陋，并常常缺乏医生，因为很少有医生愿意在有多种健康风险的边远地区工作。治疗糖尿病相关的疾病的需求使医疗保健开支上升。因此，通过把重点转向预防和卫生保健教育来提高卫生开支的效果也许大有可为。

⁶ 巴基斯坦政府：“减贫战略文件。2008/09 财年年度进展报告” (伊斯兰堡，2009 年)。可检索：www.finance.gov.pk/poverty/prsp_annual_0809.pdf。

B. 实现性别平等对于实现发展和人人平等具有核心意义

67. 尽管取得了这些进展，但相对于其他千年发展目标而言，目标 3 取得的进展最少(尽管性别平等与所有发展目标都息息相关)。亚太区域人口的一半是妇女和女童，只有重视解决妇女和女童的需求和利益才有可能实现发展。

68. 性别平等作为一项人权对人人都有好处，有利于可持续发展。女童接受正规教育关系到童婚和孕产妇死亡风险的减少。也关系到妇女生育更少然而更健康的孩子，将他们送去上学以及提高就业机会。投资于计划生育能减少意外怀孕的发生和不安全的流产，以及减少孕产妇死亡率和婴儿死亡率。根据一项全球性的研究，每年平均每人增加 5 美元卫生开支直至 2035 年，就能通过 GDP 的增加、提高生产力并预防妇女、儿童和婴儿的不必要的死亡，使这一价值在经济和社会利益增至 9 倍。⁷ 性别不平等在经济上也是效率低下的；妇女获得就业机会和体面工作的途径受到限制使亚太区域每年要付出约 40 亿到 470 亿美元的代价，教育领域的性别差异造成每年额外损失 160 亿到 300 亿美元。

69. 性别平等和发展成果之间的协同增效更有力地说明了妇女赋权对于人人实现可持续发展具有多么大的核心作用和不可分割的意义。

70. 妇女与男子一样平等地获得社会、经济和政治机会、成果和资源，这仍然受到权力关系中的不平衡的限制，以及受到歧视性的做法和父权制体制和结构的限制。

71. 暴力侵害妇女是权力不平衡的一项主要反映。全世界妇女大约 3 个中间有 1 个受到某种形式的肉体(和/或)性亲密伴侣的暴力或非伴侣性暴力侵害。⁸ 在亚洲及太平洋，暴力侵害妇女和女童仍然是区域性的普遍现象。2013 年一份亚太研究表明，接受调查的男子中有 26%–80% 承认实施过肉体(和/或)性亲密伴侣暴力。⁹ 基于性别的暴力不仅是对基本人权的侵犯，而且也破坏发展。

C. 不平等破坏社会发展努力

72. 不断加剧的不平等会破坏未来的发展努力。尽管本区域在实现千年发展目标方面取得了进展，但在消除贫困、儿童和孕产妇死亡以及传染性疾病方面仍有未完成的工作要做。在许多情况下，进步并未覆盖所有人口群体和一个国家内的所有区域。总体而言，不平等现象不仅包括收入不平等，还包括机会和获得服务的不平等，这些现象不仅顽固地存在，而且在某些方面甚至在加剧。如果这种不平等现象不加以解决，本区域许多国家在实现进一步减

⁷ 《投资于妇女和儿童的健康以推动社会和经济》，《柳叶刀》杂志，第 383 卷，2014 年 4 月 12 日。

⁸ 世界卫生组织，“暴力侵害妇女全球和区域估计：亲密伴侣暴力和非伴侣性暴力的普遍程度和健康影响”(日内瓦，2013 年)。

⁹ Emma Fulu 等著，“为什么有的男人对妇女施暴以及我们如何杜绝这种现象？”联合国关于亚洲及太平洋男人与暴力问题多国研究的量化结论。(曼谷，联合国开发计划署、联合国人口基金、联合国促进性别平等和增强妇女权能署和联合国志愿人员组织，2013 年)。可检索：www.partners4prevention.org/sites/default/files/resources/p4p-report.pdf。

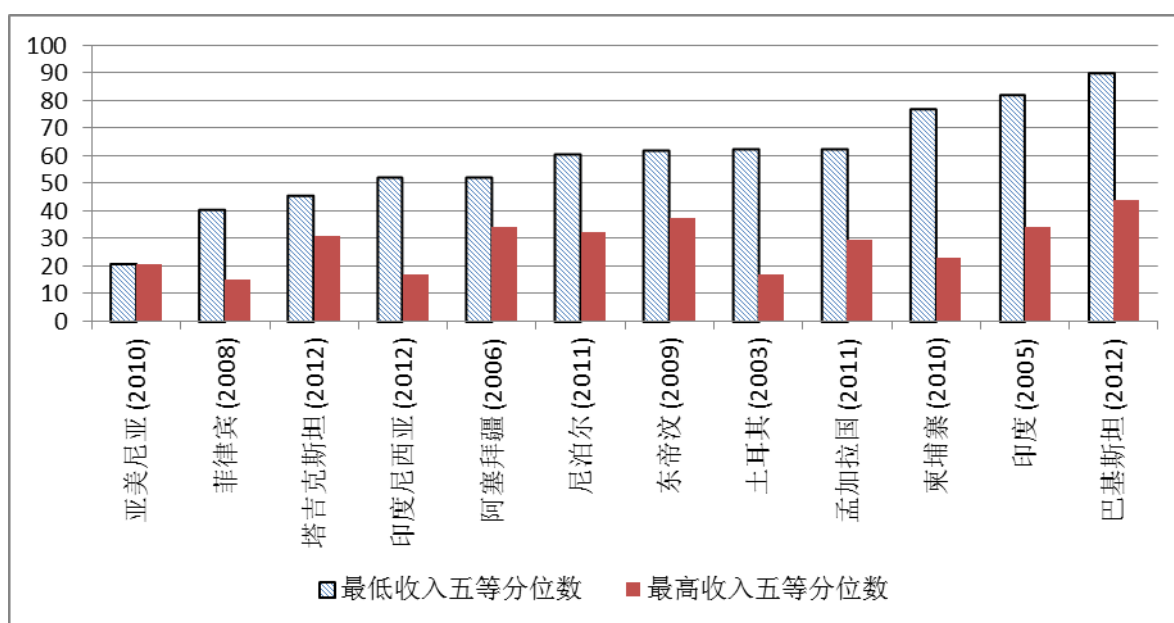
少贫困、完成千年发展目标未了议程和实现拟议的 2015 年后发展议程方面将面临挑战。

73. 总体而言，增加医疗保健服务的努力在城镇地区要比农村地区更为成功。在农村地区，由于缺乏交通设施人们可能无法获得所提供的卫生服务。例如，在印度一些邦所开展的一项研究发现，农村地区答复者中有 32% 的人没有使用过离家 5 公里之内的门诊保健设施，而在城市地区这个数字为 17%。在农村地区，63% 的答复者不得不走 5 公里以上才能获得住院设施，而在城市地区只有 27% 的人得走 5 公里以上才能到最近的住院设施。¹⁰ 虽然在孟加拉国约 70% 的人口生活在农村地区，而政府主要医疗设施中只有 44% 是在农村地区。¹¹

74. 医疗保健服务能负担的程度有限也反映在成果指标中，例如，低收入群体中婴儿死亡率较高。在本区域一些国家，来自最低收入群体的儿童在 1 周岁之前死亡的可能性是来自最高收入群体儿童的 3 倍(图 10)。

图 10

最近几年亚太区域选定国家最低(Q1)和最高(Q5)收入五等分中婴儿死亡率(每 1000 个活产儿)



资料来源：世卫组织，全球卫生观察数据库，在线。可检索：
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1546?lang=en>

¹⁰ IMS 医保信息科学研究所，“了解印度的医保普及情况。目前的状况如何？”(2013 年 6 月)。可检索：www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/IMS%20Institute/India/Understanding_Healthcare_Access_in_India.pdf。在印度访问。

¹¹ M. Shamsur Rahman, Abu Shahin M. Ashaduzzaman and M. Mizanur Rahman，“孟加拉国穷人如何获得医疗服务：重点阐述不平等问题”。亚洲穷人医保问题讲习班，2015 年 12 月 5 日至 7 日在北京举办。可检索：www.napsipag.org/pdf/Issues_of_inequality.pdf。

75. 在一些国家，较高收入群体似乎比较低收入群体因有更多的机会获得卫生服务而受益更多。例如，随着收入的增加而获得熟练人员助产的机会就更多。此外，在一些国家，过去几十年的改进是由于最高收入群体的机会增加了。例如，在孟加拉国，在最低收入五等分位数中，2007 年在所有生育中只有不到 5%是得到熟练人员接生的，与 1996 年相比只有小幅增长，当时的数字是略低于 2%的出生人数。而在最高收入五等分位数中增加的幅度要大得多，在同期从 30%上升到 51%。同样，在尼泊尔，较高收入群体比较低收入群体从提供卫生服务的改进中获益更多。¹²

76. 在获得医疗保健服务方面面临一系列障碍的有几种人口群体。在一些国家，移民工人不能获得医疗卫生保健，或在允许获得保健的地方，面临着语言、时间和交通方面的障碍。通行的医疗保健制度往往不是针对残疾人和(或)老年人的需要的，在一些情况下，甚至本人进入都困难。青年人、未婚的人往往被排斥在性健康和生殖健康服务的大门之外，接触艾滋病毒高风险的主要人群经常无法获得足够的艾滋病毒预防、治疗、护理和支助。

77. 机会的不平等、收不平等和社会排斥综合起来导致一种不平等陷阱。不平等陷阱造成“最低层的 10 亿人”，他们由一个国家内的最贫穷和受到社会排斥的人构成，在发展努力中被遗忘，因此会破坏未来的发展努力。因而解决不平等就需要详细拟订社会政策，包括社会保护全民覆盖。社会保护在减少不平等和加强弱势群体权利，包括他们获得社会服务的权利方面发挥着支柱作用。

四. 支持各国完成千年发展目标未完成的工作并走向 2015 年后发展议程

78. 上述分析集中说明亚太经社会可以通过三大干预行动领域来支持各国完成千年发展目标未完成的工作并实现 2015 年发展议程中可能要商定的目标。拟议的 2015 年后发展议程很可能将性别平等作为一种交叉性议题处理，此外还包括关于实现性别平等和所有妇女和女童赋权的一个独立的目标。预计新的全球发展议程会强调公平和包容的发展的重要性，发展要覆盖一国内的所有地区和所有社会群体和年龄群体。这样就必须作进一步努力消除不平等陷阱，即构成这种陷阱的经济贫困、社会排斥和剥夺身心健康现象。

79. 为解决不平等问题和实现可持续发展，秘书处谨建议以下主要干预领域。

(a) **落实《北京宣言和行动纲要》以实现性别平等和妇女赋权：**在 1995 年通过的《北京宣言和行动纲要》，以及《消除对妇女一切形式歧视公约》中已经提供了实现性别平等和妇女赋权的全球蓝图。在区域层面，指导亚洲及太平洋国家行动的还有最近通过的“亚洲及太平洋促进性别平等和妇女赋权部长级宣言”(2014 年 11 月)，其中各政府承诺要加快实施《行动纲要》，为此要强化体制、加强问责制、增加资源、建立更强的伙伴关系以及支持区域合作。

¹² ICF 国际，DHS 方案统计编制(在线数据库)，可查：www.statcompiler.com。

(b) **提供体面的工作包括要有社会保护底线和解决机会不平等问题：**

体面的工作和社会保护在减少不平等方面发挥着支柱作用。在走向 2015 年后发展议程时，提供社会保护底线，其中包括全民普及医疗保健和基本收入保障，对于加强个人和家庭的抵御重返贫困的能力以及对于进一步改善儿童健康、孕产妇健康和减少传染性疾病等方面具有十分重要的意义。此外，医疗保健全民覆盖，包括性健康和生殖健康，对于减少产前产后护理方面、卫生人员助产和儿童医疗保健的需求方的障碍至关重要。

(c) **“一个都不能少”**：在 2015 年后发展议程中至关重要的是要以建立在人权基础上的方式确保目前被边缘化的弱势群体被融入社会，使他们得到所需要的支助。没有他们的积极融入，将永远会有被遗忘的最低层的 10 亿人，他们很可能会仍然处于贫困之中，得不到医疗保健服务和使其过上有尊严的生活的高质量的教育或其他机会。这些群体包括残疾人、艾滋病高风险主要人群、老年人、移民及其家庭、以及青年人。有些群众在获得社会服务方面面临特殊障碍，或发现现有的服务并不能解决他们的需求。因此，加强弱势群体的权利和采取有针对性的行动而增加他们获得社会服务的渠道，对于实现现有的千年发展目标和实现 2015 年后发展议程中的拟议目标具有十分重要的意义。

80. 亚太经社会支持成员国的主要支柱是：在三个主要领域的研究和分析，准则制订和技术援助：(a) 人口和社会政策趋势，(b) 性别平等和妇女赋权，(c) 投资于社会保护和弱势群体融入社会。

A. 研究和分析

81. 对于人口和社会新老趋势的分析研究对于制订知情的战略政策和方案应对措施至关重要。因此，亚太经社会将监测和人口和社会趋势，通过定期和非定期出版物开展并传播研究。这包括，除其他外，对于不平等的不同改变情况进行分析，包括性别不平等，及其根源和影响；分析人口动态，例如人口老龄化及其经济影响；分析青年人被排斥的影响；分析现有的立法及其对弱势群体的影响，包括老年人、残疾人、艾滋病毒和艾滋病患者以及移民；以及分析亚太区域国际迁徙的作用。对于人口和社会趋势的分析也将对亚太经社会的准则制订和技术援助工作起指导作用。

82. 此外，亚太经社会将继续开展研究，为社会保护框架的制订工作提供信息，同时还将社会政策和社会保护方面的良好做法记载下来，为各国解决不平等提供建议和政策工具。将会特别注意分析具有特殊需要的国家的具体需求，并提供量身定制的政策建议。

83. 为加强问责制和监测在性别平等和妇女赋权方面的进展情况，亚太经社会将加大工作力度，支持各国加强性别统计的国家能力建设，包括制订衡量进展情况的区域性别核心综合指标。此外，将制订一套指标来跟踪亚洲及太平洋促进性别平等和妇女赋权部长级宣言的落实情况。

B. 确定准则

84. 亚太经社会研究工作所提出的建议将构成关于社会政策准则制订工作的基础，准则的确定是通过政府间进程使用基于权利的做法来进行的。准则和社会政策对于制订关于性别平等和妇女赋权的国家行动计划和弱势群体(例如残疾人、老年人、艾滋病毒和艾滋病患者以及移民)融入社会，至关重要。

85. 监测现有的行动计划，例如《北京行动纲要》、《国际人口与发展大会行动计划》、和《马德里老龄问题国际行动计划》及其区域执行计划，也将继续是亚太经社会准则确定工作的核心。

86. 亚太经社会还推动制定了促进弱势群体融入社会及其权利的区域战略的制订工作，例如《亚洲及太平洋残疾人“切实享有权利”仁川战略》和《亚太经社会走向 2015 年路线图：防治艾滋病毒和艾滋病区域行动框架》。

C. 技术合作和能力建设

87. 在亚太经社会的研究、分析和准则确定的基础上，秘书处将继续向成员国提供技术支持，以便实施在政府间进程中制订的区域行动计划，并协助他们对现有的立法进行审查并制订社会政策框架。

88. 亚太经社会的技术合作包括：就弱势群体的融入社会和权利制订指导原则，例如促进残疾人的无障碍出行，以及制订关于老年人权利的指南和关于衡量各项行动计划进展情况的指南，例如《亚洲及太平洋残疾人“切实享有权利”仁川战略》。亚太经社会将继续其能力开发工作，以便为提高妇女的经济参与创造有利环境，其中包括支持制订在东南亚国家联盟经济一体化背景下促进妇女创业的次区域战略。

89. 亚太经社会技术合作工作的其他方面包括为就促进性别平等和妇女赋权、投资于社会保护和使弱势群体融入社会方面的良好做法提供一个交流平台。

90. 在亚太经社会技术合作活动中将优先重视有特殊需要的国家，一些技术合作活动将专门量身定做满足有特殊需要国家的需求，包括太平洋岛屿国家。

五. 结论

91. 鉴于在本文件中所提出的议题和建议，经社会不妨就以下问题展开讨论：

(a) 为确保平等获得社会服务，特别是医疗保健服务需要什么样政策措施？

(b) 为确保被边缘化群体的权利，例如老年人、残疾人、移民、青年人等，及其获得社会服务需要什么样的政策措施？

(c) 在社会保护领域和解决不平等方面存在什么样的数据和研究差距，以及如何缩小这种差距？