



经济及社会理事会

Distr.: General
30 July 2009
Chinese
Original: English

2009 年实质性会议

2009 年 7 月 6 日至 31 日，日内瓦

议程项目 2(b)

高级别部分：年度部长级审查

2009 年 6 月 15 日斯里兰卡常驻联合国代表给经济及社会理事会主席的信*

谨向拟于经济及社会理事会 2009 年实质性会议高级别部分举行的年度部长级审查转递斯里兰卡民主社会主义共和国的国家报告，题为“国家发展战略及实现包括千年发展目标在内的国际商定发展目标的承诺：斯里兰卡国家报告”（见附件）。

谨请将本函及其附件作为理事会议程项目 2(b) 的文件分发为荷。

常驻代表

大使

帕利哈卡拉(签名)

* 本文件先前以 2009 年 6 月 16 日文号 E/2009/99 印发(见 E/2009/111/Corr. 1)。



2009 年 6 月 15 日斯里兰卡常驻代表给经济及社会理事会主席的信的附件

国家发展战略及实现包括千年发展目标在内的国际商定发展目标的承诺：斯里兰卡国家报告

执行摘要

后殖民时代斯里兰卡的发展政策具有一些独有的特点。按照规定，政策应遵循一套多重目标，包括经济增长、再分配中的公正、减缓贫穷、促进就业、均衡地区发展和环境可持续性。然而，该政策框架在执行过程中遇到了一些重大的问题，需要不断地理顺各种困难而复杂的取舍、矛盾和挑战。不过，斯里兰卡仍然在该政策框架内实现了一系列广受认可和欢迎的人类发展成果。

在这份国家自愿陈述的最初草案与最终草案之间的时间里，斯里兰卡经历了一次逐渐展开的重大历史进程，即泰米尔伊拉姆猛虎解放组织（猛虎组织）逐渐消亡。该组织在最近的三十年中曾在这个国家中领导过一场毁灭性的分离主义-恐怖主义运动。该运动在 2009 年 5 月的灭亡是民主价值和进程的胜利，而这种民主价值和进程正是斯里兰卡在后殖民时代中努力坚持的。此外，安全局势的全面转变为这个国家在已取得成就的基础上加速社会经济和政治发展打开了光明的前景。

斯里兰卡已经实现或正在稳步实现与减贫、教育和卫生有关的千年发展目标，但仍存在巨大的地区差异。相对较有希望的经济业绩，例如从 2002 年以来 5% 的增长率以及失业率降至 5%，在此过程中发挥了重要作用。斯里兰卡的社会经济政策仍然为市场主导型，但新的侧重点是促进国内/本国的经济活动。此外，自 2005 年以来已采取了多项以更加公平的方式对增长惠益进行再分配的措施。因此，减贫进程正逐步加快。安全局势的改善使政策制订者能够系统性地重点改善北部和东部地区人民的生活条件。由于最近实施了优先发展农业和农村的政策，新自由主义政策造成的向城市倾斜的趋势可能有所缓解。自从战胜分离主义 - 恐怖主义力量之后所取得的国家复兴将可能成为加速“经济增长”的积极力量。斯里兰卡非常熟悉的传统“福利国家”模式，例如收入转移方案、免费教育和保健服务，都将得到保留。正是在这种政策背景下，使得斯里兰卡处于国家间对比的“异数值”地位，斯里兰卡的这一特征广为人知。

在努力实现国际商定发展目标的过程中，政府应承担主要的责任，这已成为一项普遍共识。但官方发展援助流和其他形式的外国援助也对斯里兰卡的发展做出了很大的贡献。自斯里兰卡在 1990 年代末跨过中等收入国家的门槛后，官方发展援助流已开始逐渐减少。在实现发展目的所需的外国资源方面，政府在最近几年中越来越倚重来自非发援会国家的优惠贷款和商业借贷。

本国家自愿陈述就斯里兰卡在实现国际商定发展目标的过程中遇到的问题和挑战提出了若干主要观点。首先，人类发展所有领域的总体成就在不同的社会群体和地区间存在差异。其次，由于受补贴的机构和服务需要在很大程度上依靠政府预算，其长期财务稳定性会面临许多不确定性。这些机构和服务还被批评为目标不明确。第三，青年和受教育人群的失业比重仍然较大，尽管总体失业率已有所下降。此外，需要逐步改进可供应就业岗位的结构，增加质量更高的就业岗位。教育和卫生服务等其他领域也存在质量问题。第四，向偏远和农村社区提供科学与技术（科技）对于确保均衡发展至关重要。向偏远农村地区传播科技的政策行动已经取得了积极的进展。第五，斯里兰卡的政策强调环境可持续对所有发展活动都非常重要，但为促进环境可持续而采取的措施在执行过程中遇到巨大挑战。第六，也是最重要的一点，有关民族团结的问题可能在未来的一段时间中成为最具挑战性的问题。尤其重要的是，僧伽罗族与泰米尔族社区之间的关系。猛虎组织被击败后的各项政策声明以及为解决相关问题而采取的行动将对未来的发展产生乐观的影响。

本国家自愿陈述 B 部分叙述了斯里兰卡在保健部门取得的成绩及面临的挑战。主要的健康政策方法、公共保健部门的人力及物力设施、其对国家人类发展成果的贡献，以及面临的问题和挑战都是受调查主题领域的一部分。保健部门已经在近些年取得了较大的发展，这主要应归功于国家的资源投入。由于每年向卫生部门投入大量公共资金，人民的健康条件已经大幅改善。一系列的社会经济和政治因素都为成功改善斯里兰卡低收入人群的健康水平做出了贡献。其中，保健部门的贡献是巨大的。

斯里兰卡公共部门保健制度的管理系统有两个明显特点：（一）免费提供保健，以及（二）就近向患者提供服务。在提供保健的过程中，私营部门也取得了发展。公共部门保健当局在促进、预防、治疗和康复服务中发挥主导作用。公共部门支持多元化的保健体系，并对促进“ayurvedic”等土著医药系统做出了政策承诺。

保健部门在预防和治疗护理方面发挥了积极的作用。传染和寄生虫病的发病率已经大幅下降。斯里兰卡的免疫方案已经实现了几乎全面的覆盖。这些成就和总体的社会经济发展进程已经将国民健康指标提高到了令人瞩目的水平。公共部门医疗机构中的治疗护理设施已通过组织改革和增加投资实现了较大幅度的升级。目前正在采取行动解决保健设施地区分布不平均的问题。主要医院提供的医疗技术也已经得到了升级。政府保健机构中的就业人数和医疗供应已经得到了扩大，进而在改善服务质量的进程中起到了辅助作用。

在取得值得称道的成就的同时，斯里兰卡的保健体系目前在运行过程中也面临许多的挑战和压力。这些挑战多数是系统性和制度性的，与国家的宏观经济、发展、历史、社会、政治和法律考虑方面的总体情况息息相关。本国家自愿陈述简要讨论了如下挑战：（一）在流行病传播方面发生了转变，主要不健康因素已经从传

染和寄生虫病转变为非传染性疾病；（二）由于严重依赖税收资源且极少使用用户缴纳的费用，导致财政资源受到限制；（三）与省议会体制下的权力下放制度有关的问题；（四） 人力资源方面的限制；（五）执行复杂、巨大和集中式保健体制的行政/管理问题；以及（六）确保保健提供过程中公平性的问题。

对于一个国家的政府如何在经济成就水平不足以提供太大帮助的条件下，通过系统性的干预来帮助实现有价值的社会目标，这一部门研究具有启发性的意义。斯里兰卡的实践表明，一个发展中国家如何在缺乏全面健康保险方案的情况下，通过拨出较小比例的政府税收收入来支付公共保健支出，从而实现高水平的保健目标。世界其他国家可以从斯里兰卡保健部门的经验中得到巨大的启发。

一、 导言

国际社会所表述的国际商定发展目标（IADGs）融合了广为人知的千年发展目标（MDGs）和其他一些内容。正如最近的一份联合国文件所总结的，超越千年发展目标的国际商定发展目标涵盖了政治和社会文化方面的制度问题和承诺——善治、民主和人权的目标，包括法制、少数人权利和媒体自由、社会融合、保护弱势群体、尊重文化和种族差异，以及尊重移徙者人权（联合国，2008年）。在联合国的层次上已经发起了关于单个国家在这些目标方面所取得成就的年度部长级审查进程。2009年是此类年度部长级审查举行的第三年。准备国家自愿陈述的目的是为这些评价工作提供框架。

本研究为斯里兰卡的国家自愿陈述。它是以参与式方法编写的。其第一份草案是根据与一个官方指导委员会成员进行的讨论编写而成的。在根据利益攸关方政府部门提供的评论进行一轮修订后，该文件被交由一个全国工作组进行广泛的讨论。在该工作组中，由相关政府部门、学术界、国际机构、国内民间团体和私营部门利益攸关方组成的代表小组参与了讨论并提出了各自的意见。目前的报告草案吸取了全国工作组表达的重要观点和意见。

本国家自愿陈述的目的是审查和评估斯里兰卡为实现国际商定发展目标而执行国家发展战略的情况。希望本陈述能使发展界理解斯里兰卡政策和情况，以便他们能够一方面提供一些反馈意见，协助斯里兰卡改善其自身业绩，另一方面分享教训，使有效的良好政策和良好做法能够在其他地方重现。

本研究分为两大部分。A部分包括三个主要章节（第二、三和四章），目的是实现两个主要的分析目标。首先，第二节和第三节对斯里兰卡的总体发展政策进行了审查。其次，对斯里兰卡在实现国际商定发展目标方面的业绩和面临的挑战进行了审查，其中特别侧重于千年发展目标（第四节）。关于斯里兰卡在千年发展目标方面的成就已经有了多项全面研究 [世界银行（2005年）；国家经济发展委员会和开发署（2005年）；国家经济发展委员会和开发署（2009年）；DCS（2009年）]。因此，本陈述第四章被大幅压缩和精简。本报告的B部分提出了关于国家保健部门历史发展、政策、机构结构、成就和挑战的重点研究。在斯里兰卡实现其广受肯定的国际商定发展目标成果的过程中，该部门发挥的作用极为重要。

在编写本国家自愿陈述的过程中，斯里兰卡的全面数据库成为了一项非常有益的资产。该数据库是过去几年中通过统计调查和行政程序逐步建立起来的。在此还必须提及最近为监测千年发展目标的成就而开展的重点分析工作。然而，必须注意的是，在可用数据方面仍存在问题。由于过去几十年中的冲突和暴力状况，该数据库缺乏斯里兰卡北部省和东部省的可靠信息。随着和平在2009年中期回归这些地区，对于从今年起取得全国范围内更为可靠的信息，当局持乐观的态度。另外一个与本报告所涉主题统计信息有关的问题是，多个政府机构，例如人口普

查和统计部、中央银行、保健部、教育部和环境部等，都公布了关于明显相同主题的数据，但存在相互不一致的地方。这些差异通常无足轻重，而本研究也未尝试对这种数据不一致的问题予以深究。

A 部分：社会经济政策与千年发展目标

二、斯里兰卡的社会和经济政策

对斯里兰卡自非殖民化以来的发展记录进行审查的人往往会发现两个重要的问题。首先，斯里兰卡的生产力在此期间得到了扩大，但与东亚和东南亚的高增长国家相比，斯里兰卡的进展相对缓慢。因此，虽然这些国家中多数在第二次世界大战结束时收入水平较低，但逐渐取得了比斯里兰卡更高的收入地位。其次，在社会指标和其他人类发展措施方面，斯里兰卡在人均国民总产值方面的成绩较好，这在很大程度上应归功于这个国家有利于人类发展的社会经济政策。

在英国结束对斯里兰卡的殖民统治之后的前二十年中，政治/制度实验进程，特别是根据 1931 年的普遍成人公民权而建立的部分自治导致这个国家逐步发展成为成熟的“福利国家”(Wickramaratne, 1973 年; Alailima, 1997 年; Jayasuriya, 2000 年)。早期的斯里兰卡福利国家的特点是 (一) 普遍适用，不设惠益目标，(二) 以收入再分配为基础，(三) 没有制度化的社会保障和收入维持方案，以及 (四) 在提供服务和惠益时明确偏向城市，以一揽子的农村发展政策作为补偿 (Jayasuriya, 2000 年)。在供资方面，依靠的是国家从全国谷物出口部门拨付的财政盈余。虽然存在局限性，但这些早期政策创新的影响使斯里兰卡发展到国家间收入水平的“异数值”地位和“社会指标”(Isenman, 1975 年)。而在今天，快乐星球指数——由新经济学基金会 (NEF) 在 2006 年推出的一项人类幸福和环境影响指标，将斯里兰卡列为 178 个国家中的第 15 名¹。

这一福利国家制度是斯里兰卡独立后多届政府所追求的全局发展思路。这种全局发展构想所确定的组成部分包括经济增长、再分配或社会正义，以及创建就业机会。按照不断变化的国际良好做法观念提出的要求，诸如减缓贫穷和环境可持续性等新的组成部分也被加入已被接受的政策目标中。在努力实现这些目标的同时，折衷和牺牲是不可避免的 (Lakshman, 1975 年)。尽管政府多次更替，且在多维发展观念中不同组成部分的相对权重也有所改变，但这种对全局发展观的承诺一直保持了下來。

¹ 在促进实现这些卓越人类发展成果的政策选择问题上，也有一些消极的观点。此类观点之一是，由于这些政策，斯里兰卡人“学会了在种树之前享受果实”。斯里兰卡的人类发展成果也被称为“支持主导型”(表示不可持续)，而非“增长调解型”(即可持续的)。另外一个类似的评论是，斯里兰卡的政策就是一项“分享贫穷”的政策。

自独立后，影响最深远的社会经济政策变化发生在 1970 年代末期。从 1977 年开始，国家启动了从当时由国家主导的“控制体制”向顺应全球化进程的自由化市场经济的转变。对经济增长的过度热情使自由化和全球化政策几乎在世界各地都赢得了声誉。在斯里兰卡，政策重点也有类似的倾斜。1980 年代完善地记录了政府社会部门支出的缩减情况（Alailima, 1997 年：157）。按照自由化政策，新的福利办法具有以下几个特点：（一）社会支出大幅减少，（二）实行有针对性地选择对象的做法，（三）不再优先考虑再分配公正性目标，（四）鼓励通过商业方式提供社会服务，以及（五）增加了对农村部门现代化的重视（Jayasuriya, 2000 年）。

在现阶段，斯里兰卡的社会经济政策仍由市场推动，但也有了一些重要的战略变化。国家正在发挥更大的监管和促进作用。这一阶段的政策演化始于 2005 年新总统选举中关于求变的《选举宣言》（Rajapaksa, 2005 年）。该选举宣言的主要主题后来由财政部国家计划司细化为一项十年期的发展政策框架（国家规划司，2006 年）。本文件认为，这一新的政策做法是“……通过为国内企业提供必要的支持并鼓励外国投资，将市场经济政策的积极特征和国内期望结合在一起”（P. V）。该政策的目标是改善增长前景，实现国家的均衡发展，并特别强调了滞后地区的需求。

总体而言，斯里兰卡的政策目标从本质上可以被认为是支持国际商定发展目标和千年发展目标的。斯里兰卡已经有效地利用教育、两性平等和良好保健的互补作用来促进国际商定发展目标的实现。然而，有效实现一个多目标制度是非常困难的，因为需要不断理顺困难且复杂的各类折衷、矛盾和挑战。

三、政策措施的框架

本研究的主要内容是斯里兰卡的人类发展成果。人类发展源于生产、生产力和就业的增长，以及产值的分配方式。所有生产和分配过程都直接或间接，或多或少地受到政府政策的影响。以下各分节将尝试跟踪斯里兰卡的社会经济政策及其实现国际商定发展目标/千年发展目标的程度。例如，我们将讨论人类发展中的减缓贫穷方面。无论是独立发生还是因政策行动对贫穷社会群体造成了直接影响，减缓贫穷都是各类社会经济发展的职能之一。在这种思维方式下，分析国际商定发展目标/千年发展目标促进措施实际上就是分析整套发展政策措施。本研究并没有涉猎如此广泛。在下一个分节中，提及了斯里兰卡在最近三十年中总体经济政策措施的一些重要组成部分。后续章节将仅限于可靠的主题，而且只对具体倾向于“人类”发展的政策措施进行审查。

三.1 总体政策办法

近年来，在自由化、放松管制和全球化框架内追求面向市场政策的全球趋势中，斯里兰卡一直是处于先驱位置。政策改革的进程始于 1977 年。在 1977 年至 2005

年的大部分时间里，经济政策受世界银行和基金组织的指导，采用了“结构调整”型的宏观经济模式。最近，斯里兰卡在贸易事务中奉行地方主义。地区贸易安排被看作实现更广泛贸易自动化的跳板。促进外国直接投资、外向型生产、先进国家的技术转让，以及当前收支账户中相对自由外汇交易的政策构成了斯里兰卡自由一揽子经济政策的其他主要组成部分。此外，斯里兰卡在最近跨过“中等收入国家”门槛后，许多双边和多边捐助机构都将斯里兰卡看作优先的海外发展援助受援国。

最近，有人担心自由化和全球化政策会对国内/本国生产部门产生影响。2005年以后的经济政策反映出尝试脱离结构调整模式，但并未完全放弃对外贸易和外国直接投资方面的相对“开放”（Rajapaksa, 2005年）。然而，国内经济活动享有特殊的促进待遇，包括那些进口替代型活动。为保护和促进此类国内生产活动，斯里兰卡在管理进口方面进行了尝试。斯里兰卡还宣布国有企业将不实施私有化。

无论由哪个政党执政，斯里兰卡的政策都表明了对民主价值的明确承诺。民主、人权和善治是受到尊重的政策目标。每届当选政府都宣称会坚持这些民主价值，而且政治反对派也会密切监督现任政府在民主实践方面的记录。暴力冲突并未影响保持良好民主治理做法和保障人权的过程。随着猛虎组织（LTTE）与斯里兰卡国家之间的冲突于2009年中期最终结束，为解决这场持久冲突的根本原因而执行适当的一揽子社会、政治和经济解决办法的前景已变得非常光明。这些条件预示着斯里兰卡将在未来强化其民主做法。

三.2 侧重减贫的措施

旨在减轻贫穷、饥饿和疾病的福利方案在斯里兰卡已经得到了普及。这些方案包括粮食补助计划（1942年至1977年）、粮票计划（1979年至1989年）、Janasaviya方案（1989年至1994年），以及最终的Samurdhi方案（1995年至今），另外还有广泛推广的“免费”教育和保健服务。Samurdhi方案目前是政府主要的减贫方案。该方案采用了短期和长期战略——通过为人民赋予权力并动员人民来实现收入转移和生计支助、社会保险和社会发展。此外，还设立了多个农村发展项目，例如“Gama Naguma”、“Maga Neguma”、“Gemi Diriya”和“Jana Pubuduwa”等。还执行了一些利用现代信息技术促进农村地区发展的项目。此外，通过改善工人阶级的居住条件、发展供水和卫生设施、提供住宅电力以及为无业青年提供面向工业部门就业的培训等，在工业部门中执行了多个广泛的减贫项目。通过付薪职业和自营职业提高贫穷者的生计也是许多减贫项目和方案的重要组成部分。所有这些减贫干预措施对减轻贫穷和饥饿产生了积极的影响，其中也包括工业部门，特别是在斯里兰卡的农村地区，而全国大多数贫穷人口均生活在这些地区。

三.3 社会部门措施——教育和健康

在斯里兰卡，教育对于实现所有的总体人类发展目标起到了至关重要的作用，这些目标包括经济增长、分配公正和减缓贫穷等。斯里兰卡极为重视扩大教育机会和改善国家教育制度，并给予优先考虑。自实施 1945 年的《教育法案》以来，斯里兰卡的儿童和青年不论男女，都可享有从幼儿园到大学的免费教育。1998 年的《教育法案》规定年龄 5 至 14 岁的人群必须接受义务教育。这些法律变化和其他制度措施使教育设施可以覆盖到更广泛的范围。现实的问题是，不同地区的教育设施不均等，而且教育机构的质量也参差不齐。尽管如此，斯里兰卡有可归入四个类别的 9 700 多个公共部门学校，超过 380 万小学生及 204 000 名教师，另外还有大量非政府教育机构²。在这些非政府教育机构中，有一些接受政府的支助，其他的机构则完全依靠自身的力量办学。这些学校和教育机构都为社会教育提供了一个分布良好的体制基础结构。自 1940 年代以来，斯里兰卡教育政策的一项基本原则就是在教育设施中提供两性平等。教育福利方案为学生提供免费的学校教科书、免费的午餐、免费的校服材料，以及交通设施补贴（公共汽车和/或火车），这些都是使免费教育更有意义的实际措施。斯里兰卡还设立了各种奖学金方案，例如从五年级便开始提供奖学金的方案。这些方案为所有社会阶层中有希望的儿童打开了进入教育设施的大门。为了使教育设施更具包容性，目前正在执行多项方案，目的是帮助社会中特定弱势群体的儿童，例如种植园社区、曾受内战影响地区的人民，以及“土著” *vedda* 社区。斯里兰卡还为残疾儿童、街头儿童、流离失所儿童、境内流离失所者营区内的儿童和被羁押儿童提供了受教育的机会。减少童工事件的政策行动也对实现教育普遍性的行动提供了帮助。

本国家自愿陈述的 B 部分对保健部门做了审查，现阶段只提出了一些一般观点。在过去的几年中，斯里兰卡在其卫生服务方面取得了巨大的进展，并且坚持的基本政策前提仍然是，在公共部门中向所有愿意使用这些保健服务的人提供免费的保健服务。在该免费保健体制中，采取的措施还包括为儿童免疫、减少营养不良，以及向孕妇和母亲提供教育。斯里兰卡在全国范围内执行了一项妇幼保健方案。卫生当局已经成功地执行了多项针对传染病和寄生虫病的预防行动。人民的高识字率和某些方面的地方文化对当局高比率地实现这些方案起到了很好的辅助作用。在城市和农村地区建立和改善卫生设施、维持和改进雨水排放系统，以及城市环境中的固体废物处理都为促进人民的健康生活发挥了有益的作用。

² 40 所免费私营学校、29 所收费私营学校、24 所特殊学校、461 所非正式教育中心，以及 653 所被称为“佛学院”的教育机构。这些佛学院主要满足佛教僧侣的教育需求，但其教育范围不仅限于此。这些机构都与中央政府的教育部有联系，另外还有一些收费的学校，通常被称为“国际”学校，并且都向投资委员会进行了登记。然而，这些“国际”学校的学生主要为当地儿童。

三.4 环境可持续性

斯里兰卡政府采取了多项积极步骤来确保环境可持续性。斯里兰卡于 1980 年颁布了《国家环境法案》，在 1981 年建立了中央环境局，并于 1990 年设立了内阁级的环境部。国家环境政策规定，每一位公民都有责任“保护自然并保持其丰富性”。该政策还规定了环境管理的目标和原则。在森林覆盖率和生物多样性的问题上，斯里兰卡采取了监管行动，并制订了《国家森林政策》、《森林部门总计划》，并在 1990 年代制订了《生物多样性养护行动计划》。《国家野生动物政策》于 2000 年制订完成。在与能源部门有关的问题方面，二氧化碳排放和氟氯化碳消费，以及供水和卫生都是该政策议程优先考虑的问题。作为气候变化方面各项国际协定的签署国，斯里兰卡正致力于建立执行这些承诺所需的体制机构。在固体废物管理、城市“绿化”、减少有关地区人类-大象冲突和推广生物燃料、使用太阳能和雨水保留等领域中，已经启动了相关的行动。之所以对环境可持续性给予如此强有力的政策关注，其原因就是斯里兰卡的构想是建设“与自然和谐共处的一片土地”，这是政策行动的指导方向。

四、成就和挑战

本章审查了斯里兰卡在迈向国际商定发展目标过程中取得的成就，及其在这一方面取得进一步进展时面临的挑战。从总体或一般意义上来说，在人类发展方面取得的进展是巨大的。然而，在社会群体之间或内部，以及地区之间或内部，几乎所有指标仍面临模式分散的问题。尽管平均的总体条件令人满意，但社会中某些部门在达到平均水平的对应条件之前仍然有很长的路要走。在人类幸福的几乎每一个方面，地区间和地区内都存在巨大的差异。这里提供的分析是高度精简之后的形式，且对分布方面的差异也未做任何详细审查。

有一个一般观点值得在此强调。在 1970 年代的自由化改革之前和之后，斯里兰卡一直是市场经济。但政府对市场的干预在实现国际商定发展目标方面发挥着重要的作用。这意味着，为实现斯里兰卡目前享有的高水平人类发展，公共部门动员了大量的国内和国外资源。“社会福利”项目的政治吸引力也造成了大量的重复，导致大量宝贵资源被浪费。不同的政策和非政府机构执行的很多项目最终产生类似的成果，而受益的也是相同的社会群体。为加强资源在社会发展中产生的惠益，在机构间开展协调各项努力的合作是必不可少的。

四.1 贫穷

斯里兰卡正在稳步实现到 2015 年在国家一级减少赤贫的目标。近期的重点是农村发展，斯里兰卡已经在这方面取得了喜人的结果。2002 年至 2007 年期间，农村占主体的地区在减贫条件方面取得了更大的改善。南方省各地区的工作也极为出色。例如，Hambantota 地区在 1995/1996 年至 2002 年期间的贫穷水平稍有提高，但在 2002 年至 2006/2007 年期间消灭了多数贫穷。相比之下，科伦坡不再

是地区贫穷水平最低的地区，排名降。在所有取得的成绩中，主要应归功于现任政府采取的农村发展行动。已获取的信息还突出说明，在 2002 年至 2007 年期间，工业部门的总体贫穷水平有所提高，特别是 Nuwara Eliya 地区。

减轻贫穷的总体办法在很大程度上要依赖“免费”提供的服务和国家向家庭的收入转移。这给政府的预算造成了沉重的负担。在这种减缓贫穷的办法中，另外一项挑战是很难确定救济支付和“免费”服务的提供对象。政府已经意识到通过可持续的减贫方案在贫穷社区和地区促进经济活动和生产性就业的重要性。在此类方案中，所需的基础设施将使用公共资源以自愿协作的方式提供，社区为其中的受益方。相关人民的合作和参与使其所在社区的生计水平得到了提升。此类减缓贫穷的办法仍然需要进一步加强。

四.2 就业

斯里兰卡的就业和失业问题在政治角度上一直是一个过度敏感的话题，尤其是因为青年和受教育人群中集中了大量失业人口。因此，决策者非常关切主要政策行动对就业的影响。自 1977 年的自由化以来，就业状况在前十年左右的时间里有了明显的改善，但最终却大幅度恶化。1990 年前后，决策者在政策行动对就业的影响问题上变得非常认真。对就业影响的关切在今天尤其强烈。自 2000 年以来，失业率一直保持个位数。该比率在 2005 年后逐渐下降，2008 年第四季度的最新资料表明，失业率达到了斯里兰卡历史最低水平——5.2%。

记录的这一失业率下降情况象征着人类发展取得的进展。不同的劳动调查所采用的就业定义有所区别。“在参考周内从事某种有报酬、或利润或家庭获利工作者”即被认定为“就业人员”。以这种方法计算的就业人员中，有很大的比例所从事的工作在报酬和其他工作条件的质量方面较为恶劣。在 2008 年，就业人员中约有四分之一从事的是“基础”职业。这些很可能就是低质量的职业。如果能够逐步改善可提供就业岗位的职业质量，则有可能加强人类发展成果。

四.3 教育

斯里兰卡已经实现大部分普及初级教育的目标，男童和女童的净入学率在 2006 年达到 97.5%（在 1996 年，这一数字为 95.7%）。如果目前的趋势在不受干扰的情况下保持下去，斯里兰卡可能在 2015 年之前就实现普及初级教育。斯里兰卡在保持入学后的学生坚持在校方面面临着更加严重的挑战，但这方面的情况已经有了大幅度的改善。例如，在 1990 年，只有 68% 的已入学学生能够升入五年级。2006/2007 年，这一数字提高到几乎 100%。15-24 岁群体的识字率自 2000 年以来一直保持在大约 95%。2006 年，与总体、男童和女童相对的这一比例分别为 95.8%、94.8% 和 96.6%。值得注意的是，女童的识字率要稍高一些。另外值得注意的是，工业部门中的识字率要低很多。此外，工业部门中男性的识字率已经从 2001 年的 87% 下降至 2006 年的 80%。

教育领域的多数千年发展目标似乎都可以实现，包括消除所有教育层次中的性别差距的目标。斯里兰卡面临的挑战包括：初中辍学率较高，以及在 GCE (O/L) 和 GCE (A/L) 考试中的成绩较差。这些主要都是因为教育设施缺乏投资，以及缺乏能力和主动性都较强的教师，特别是在农村、种植园和过去受内战影响的地区。

在提高教育质量的同时，在通过更好地利用物理和人力资源来适应不断变化的社会经济需求方面，还有很多工作可以做。然而，有一些挑战是教育部门无力控制的。严重的贫穷仍然是小学阶段儿童不入学的主要原因。这些家庭中的儿童为补贴家庭收入而去工作。父母的低识字水平使他们无法理解送孩子去上学的价值。由于政府教育资助方面的限制，使教室和基本设施无法更新，也无法建立更好的教师培训体制。

四.4 健康

在健康方面，5 岁以下儿童死亡率在 2005 年下降至 1990 年的不足一半。这一数字将在 2015 年之前再下降三分之二。婴儿死亡率从 1990 年的每 1 000 个新生儿 19.8 例下降至 2003 年的 11.3 例，使斯里兰卡能够在 2015 年实现 6.6 例的目标。一岁儿童接受麻疹免疫的比例达到了 97%，因此也将在 2015 年实现预定的目标。在 2003 年，孕产妇死亡率为每 1 万例活产 2 例，比 1990 年的水平减少了一半以上，到 2015 年之前也将实现减少四分之三的目标。根据 2006/2007 年的人口和健康调查，熟练保健人员参与生产的比例达到了 97.6%，而且在所有部门中均呈现统一的比率。产前和产后的健康做法已经在社会各阶层得到普及。对于一个人均国内总产值仅 1 600 美元的发展中国家而言，所有上述健康指标都是相当出类拔萃的。

为了在与健康有关的目标中实现上述成功，必须在其他领域发展的支持下，长期执行协同和协调的保健战略。相比之下，斯里兰卡对抗艾滋病毒/艾滋病的工作相对比较容易，主要是因为其在斯里兰卡的流行率较低而且其散布过程受到阻断。部分由于这一原因，另外一部分原因是该主题在调查中属于敏感性质，关于艾滋病毒/艾滋病发生情况指标的数据比其他的人类发展指标更为有限。由于有效的沟通和人民的高识字率，该疾病在社会中易受害人群中的宣传工作是令人满意的。然而，已报告的数据表明，艾滋病毒感染呈上升趋势，但涨幅较低。为保持斯里兰卡在艾滋病毒扩散方面的有利地位，当局重视是必不可少的，因为这个国家可能在这方面存在某些严重的弱点[开发署和国家经济发展委员会（2009 年 a 和 2009 年 b）]。

四.5 两性平等和赋予妇女权力

斯里兰卡已经在两性平等目标方面实现了千年发展目标，但不包括有关妇女在国家议会中比例的目标。接受教育的女性与男性之比在全国范围内已经达到了 100% 或更高，其中在初等教育中为 99%、中等教育中为 106%，高等教育中为 187%。在

地区之间或农村-城市-工业部门分项计算方面，这一比例几乎没有变化。2006年，在15-24岁的类别中，妇女与男性的识字率之比为101.8%，而妇女在非农业部门付薪就业的比率为32.2%。然而，与经济活动中两性平等水平和较高妇女参与形成对比的是，妇女在国家议会中所占席位的比例（2004-2007年）仍然较低，仅为6%。在国家以下一级选举产生的机构中（例如省议会），女性代表的比例也很低。多年来，这些比例一直未出现增长的趋势。妇女参与人数，不包括上一个数字，以及某些其他的类似参与人数（例如，妇女参与专业服务的人数）均表明已经实现了较高的两性平等成就。然而，附带应注意的是，这一领域的学者和社会工作者往往对这些比例并不满意，希望在性别平衡方面采取更加充分的措施。

四.6 可持续发展

森林覆盖率已经从1992年的34%下降至2000年的32%和2005年的29.9%。十年发展规划（国家规划司，2006年）规定的目标是通过全国植树行动使陆地森林覆盖率到2016年达到33%。然而，毁林仍在继续，很大程度上是出于农业目的毁林以及大规模灌溉和定居项目造成的。在执行这些发展活动的同时保证充足的可持续性仍然是一项挑战。在政策执行过程中，根据现有法规尽可能减少未授权的森林砍伐并动员地方社区发展森林都是非常困难的活动。

2006年，近85%的斯里兰卡家庭都可获取可持续的安全饮用水，相比之下，1990年的该比例为68%。这的确是一项重大的成就。这一比例可望在2016年达到90%。安全饮用水的定义包括管道输水、管井供水，以及从“受保护的”水源取得水。医学专家似乎并不认同来自这些来源的水总是“安全”的。但百分比的提高表明，到目前为止，水质在提及的两个年度之间仍然保持着相对的稳定，而这也是一项重大的进展。根据千年发展目标对在全国范围内获取安全饮用水的目标定义，这一目标已经实现。

1990年，只有69%的斯里兰卡家庭能够获取改善的卫生条件。这一比例在2006/2007年之前提高到了94%。斯里兰卡已经实现了千年发展目标在卫生方面的目标，而且如果目前的改善趋势在所有部门中继续下去，将可能在2015年之前达到100%的卫生水平。

四.7 科学和技术促进发展

斯里兰卡运用科学和技术促进发展方面所采用的机制是其他国家非常熟悉的——教育和培训、利用所需资金建立研究和咨询机构、促进外国直接投资、促进技术转让等。政府在农村地区传播科技的尝试值得特别注意。在一份为世界银行编写的研究报告（Jensen，2007年：5）中，信息和通信技术局提出的Nenasala（知识中心）倡议被描述为“……为支持公众获取信息和通信技术而开展的最大和最复杂的方案之一”。该方案将利用特殊的科技传播中心——Vidatha资源中心——向偏远农村地区传播科技。该方案的目标是向农村人口传播科技知识，以此

协助他们建立生产性的自营职业和增强收入的活动。在替代能源方面，由政府促成的研究也值得注意。

四.8 移民与发展

1970年代中期，特定类别的熟练和非熟练工人开始扩大向中东的就业移民，其中主要是从事家务工作的妇女，自此以后，移民汇款就一直是斯里兰卡的主要外汇来源之一。即使在今天，斯里兰卡仍然积极鼓励劳务移民，因为这种做法在国家层次上可以发挥四项主要的作用：为国内工人提供就业岗位、产生外汇、刺激本地需求和积累投资资金。

关于斯里兰卡工人在国外务工总人数的资料非常有限。相比之下，国外就业局在每年海外外派就业人数方面提供了一系列的数据。据此，2002年之后每年的外派人数都超过200 000人。2007年记录的人数为217 306人，约占总劳动力的3%。许多家庭都参与了这一劳务移民现象，家庭中有一名或多名成员在近几年中曾经或正在国外工作。他们的汇款在增强家庭收入的同时，也为减轻国家的对外不平衡和节余差距做出了巨大贡献。

四.9 社会融合和弱势群体

在社会不同弱势群体中，境内流离失所者正引起国内和国际的广泛关注。他们主要是冲突造成的境内流离失所者，其中大部分是由于斯里兰卡北部的军事行动导致其在国内流离失所，这些军事行动最终导致猛虎组织在2009年5月的失败。重新定居及灾难救济部和社会服务及社会福利部等相关政府机构的工作以相对较快的速度解决了境内流离失所者的问题。在2004年12月海啸灾难期间，以及2007年至2008年政府在东部省针对猛虎组织的军事行动期间，斯里兰卡在境内流离失所者的问题上相对快速的反应证明了政府和非政府制度结构在面对灾难时的有效性。

在社会融合问题中，未来最具挑战的问题是僧伽罗族与泰米尔族社区之间的关系。这些社区曾在数个世纪中在斯里兰卡和平共处。英国殖民统治过程中的分化统治政策是造成民族敌对的根本原因，而在独立后选举出来的几届政府期间，这种敌对状况又进一步加剧。由于猛虎组织在1980年代在斯里兰卡北部和东部领导的分离主义武装冲突，这种敌对状况变得更加严重。猛虎组织在传统前线发动战争的能力现已被军队完全摧毁。其恐怖主义能力也被大幅度压制。考虑到这一冲突的本质，特别是长期存在和关联的各种根本问题，要想在未来在多民族的斯里兰卡社会中实现国家/社会和解，仍将是一项极具挑战性的任务。东部省从猛虎组织的控制下解放出来后，最初的战后重建已经在该地区开始执行。而北部省在2009年5月中旬解放后，类似的工作也将开始。这一切都让人们对未来感到乐观（也见下文第四.10节）。在消灭猛虎组织造成的分离主义威胁后，总统所做的重要政策声明充分表明了政府在国家建设中将采取强有力的和解办法。

四.10 民主、人权和善治

在整个后殖民时期，斯里兰卡一直在实践选举民主。多党民主选举经常举行，有时是为了选举国家的总统或议会成员，有时通过国家以下一级的选举选出省议会或地方当局的成员。斯里兰卡人民确实在认真参加选举，而且选民投票率往往介于 70%至 80%之间。选举后宣布的结果总是能够得到所有竞选者的接受。执政政权曾多次通过选举的方式实现更替。

在过去多年的暴力冲突中，猛虎组织的恐怖主义活动使北部和东部省的人民无法自由行使其民主权利。然而，2008 年在东部省清除猛虎组织的活动后，民主的政治和选举进程在该地区得以重建。在 2008 年 5 月的省议会选举后，还在 Batticaloa 地区举行了地方政府的选举。通过该进程，重建了民主选举条件。在北部省消灭猛虎组织的控制后，加速执行了受影响平民的长期重新安置进程。在该省重新建立选举进程的工作也在规划当中。在这两个受冲突影响的地区，正在建立有利于促进人权，包括投票权和选举自己代表的权力的环境。

人权是宪法规定的正当权利，包括表达自身意见的权利和言论自由的权利。《宪法》规定，在包括言论自由在内的基本权利受到侵犯时可诉至最高法院。许多被侵权人都向法院主张的补救行动。一些人权案例引起了广泛的公众关注。新闻和媒体也可自由表达自己的观点。有许多电视和广播频道，以及多家报纸和新闻杂志都在促进意见和表达的权利。有众多政党、活动团体和志愿协会代表不同的利益群体行使言论和结社自由。即使是在紧急状态的异常条件下，在大众媒体中也可以听到广泛的多元化意见表达。前冲突地区的人民在数十年中被剥夺了大量的民主权利。这些地区的武装冲突在最近结束后，意味着民主和人权将得到很好的恢复。

斯里兰卡的治理条件表现出许多积极的特点——民主选举做法、普选立法和执行机构的做法、奉行法治，以及全面尊重司法。政治力量也被用于促进人类幸福的发展，使斯里兰卡成为生活条件国际对比中的“异数值”。已建立了改善治理做法的制度机制——设立了监察员、公共服务委员会、司法服务委员会、贿赂或贪污指控调查委员会等。当然，还有一些消极的方面，主要是因为经济、社会和政治发展不充分造成的。在治理过程中，两个特别重要的消极方面是，解决问题和解决冲突的能力较弱或发展不充分，以及在政府的各级政治和行政级别存在高度的腐败。旨在解决这些问题的制度机制正在积累经验，公众也在为解决这些问题持续施加压力。

五、国际发展合作的贡献

在 1960 年代中期左右，为将斯里兰卡的发展努力与官方发展援助进程联系起来，建立了最早的制度安排。自此以来，官方发展援助流对斯里兰卡的发展做出了巨大的贡献。官方发展援助流在自由化政策下有所增加。其参与的领域主要是大型

和小型基础设施项目，例如 1980 年代的 Mahaweli 项目和近年来的无数道路建设及电力项目。此外，官方发展援助资源在社会发展方面也做出了很大贡献。地区一级的大量一体化农村发展项目均有外国援助提供资助。官方发展援助还为健康和教育部门提供了相当大比例的资源。这些官方发展援助资源均来自经合组织发展援助委员会（发援会）国家的双边来源、其他友好国家和多边来源。随着斯里兰卡在 1990 年代末跨过中等收入国家的门槛，官方发展援助流开始逐渐减少。为取得开发目的所需的外国资源，政府近年来将目光投向来自非发援会国家的优惠贷款和其他商业借贷。在早期阶段，总体政策常常受到多边组织附加条件的制约，而且多数官方发展援助项目都是由捐助方主导的。在后期阶段，这些多边组织未大量参与政策的制订过程。由捐助方主导的官方发展援助供资项目也有所减少。

斯里兰卡政府承担着实现国际商定发展目标的责任。但国际发展伙伴在实现这些目标的过程中也发挥着重要的作用。即使我们只对官方发展援助资源的全方案和全项目分配模式做初步的分析，也会发现其在实现国际商定发展目标过程中做出了贡献。发展中国家确实为实现国际商定发展目标做出了承诺，但事实上，没有证据表明捐助界利用这些目标作为在受援国之间分配发展援助资源的规划框架。

B 部分：卫生部门的成就和挑战

六、卫生部门：概览

自 1930 年代初以来，在向斯里兰卡人民提供卫生服务方面取得了巨大的进展，其中一部分时间属于殖民统治时代。1931 年后扩大卫生服务的制度基础已经部分由殖民政治制定完成。自 1931 年以来，在社会经济和选举政治的压力下，卫生服务逐步扩大（Samarasinghe, 1998 年：342 至 343）。利用国家注入的资源，公共卫生部门中的人力和物力设施逐渐得到了发展。该部门能够治疗 460 万住院患者和 4 300 万门诊患者（这些数据参考了 2007 年的实际水平）。由于多年来向卫生部门持续注入了大量经常性资金和资本资金等公共资金，人民的健康水平得到了大幅度的改善。该进程中的一项重要因素就是人民对良好健康的认识和态度日益改善。保健机构还非常重视在改善追求健康的行为方面向个人和社区赋予权力。在促进人民参与有利于保健的活动时，社会中的高识字水平确实发挥了重要的作用。

斯里兰卡的收入虽然较低，但其在健康成就方面取得的成功故事（de Silva, 2004 年：426）离不开一系列的社会经济和政治因素。在这些因素中，保健部门的贡献无疑是巨大的。多数“保健行业”的讨论可能有意或无意中仅泛泛提及实施对抗疗法的机构和医学从业者。然而，公平来说，还应注意到草药和其他传统保健体系在改善人民健康条件过程中做出的贡献。

斯里兰卡公共部门保健体系的管理体系有两个明显特点：(一)免费提供保健³以及(二)“就近向患者提供服务”(同上)。由于选举的压力，公共部门保健机构仍坚持免费的卫生服务。然而也允许私营部门“提供替代治疗来源，帮助降低政府在保健方面的费用支出”(de Silva, 2004年；另见卫生部，2000年)。公共部门保健当局为人民提供了促进、预防、治疗和康复方面的保健服务(www.health.gov.lk)。

除对抗疗法外，对促进本国医药体制，尤其是草药传统，也做出了政策承诺。对这些传统体制中的公共投资近年来已逐步增加。鉴于患者认为草药治疗在化学上的侵入性较低，而且更加适应其自身的部分健康需求，因此公共部门支持采用多元化护理的体制(www.ayurveda.gov.lk)。然而，由于篇幅的限制，本文件将不阐述涉及传统医药体制的健康政策问题。

七、成就

与其他情况类似的发展中国家相比，并考虑到斯里兰卡在近期，例如二十世纪中叶的自身条件，在关于公共部门保健政策和做法的社会指标方面，斯里兰卡的成就确实令人印象深刻。本研究限于篇幅不可能对所有这些成就进行详细的审查，仅提供以下的简要叙述和上文第四.4节的分析以供阅读。

保健部门对人类发展的贡献体现在预防和治疗护理方面。斯里兰卡在总体人群、婴儿、产妇及儿童死亡率、预期寿命等健康指标方面取得的惊人成就在很大程度上都是预防护理方面良好工作所取得的成果，并且得到了总体社会经济发展进程的有力支持。在减少传染和寄生虫高死亡率疾病方面，政府行动对公共健康领域的贡献值得在此特别提出。斯里兰卡的免疫方案一直是南亚地区最成功的此类方案，覆盖了包括农村、城市和种植园部门在内所有部门的婴儿。通过极高水平的持续婴儿免疫覆盖，斯里兰卡能够有效地控制或消灭所有可通过疫苗预防的疾病。

根据世界卫生组织(WHO)的标准，斯里兰卡已经根除丝虫病和麻风病等使患者虚弱的疾病——发展中世界中的许多其他国家仍无法实现这一宏伟目标。通过其出色的免疫方案，斯里兰卡已经根除了脊灰炎和麻疹。碘缺乏紊乱症也已经消灭。斯里兰卡卫生当局相信自己能够在2015年之前实现完全根除疟疾的目标。在世界其他地区盛行的艾滋病毒/艾滋病在斯里兰卡的流传非常有限。在供水和卫生条件方面实现的高标准对实现高公共卫生水平做出了贡献。最近，预防保健方案的重点已经转向一系列在最近几年中比较重要的传染疾病——登革热、切昆贡亚热和狂犬病，另外还有重新成为重大健康挑战的疟疾。

³ 在提供基本保健的初期阶段可能更为需要免费普遍医疗，但提供最低基本保健本身也是一项挑战。鉴于下文第八节注意到的人口、社会和流行病学变化，需要仔细地重新思考普遍免费保健所包含的服务类型。

在改善公共部门中医疗机构的治疗条件方面，进行了一系列的改革，并向可用的设施提供了更多投资用于改善其条件。为解决保健设施地区分布不平均的问题，已经启动了在每个地区选择和升级至少一所医院的政策。该政策的根本目的是在服务不足的地区实现保健设施质量的现代化和改善。为了在困难地区吸引和留住医疗人员，还为在这些地区建设工作人员住所提供了资金。

此外，为改善全国主要医院的医疗技术，政府还通过一项公共部门医疗机构投资方案采取了具体的行动。在科伦坡建立了一所肾病医学中心，其中设有诊断、透析和肾移植手术设施。最近，向保健部门注入了多项值得注意的投资，其中包括在 Matara 的韩国-斯里兰卡友谊医院、科伦坡国家医院神经外科部、改善 Kurunegala 总医院的内科、肿瘤科和产科病房，在 Kandy 总医院建立了外科手术治疗中心并向其提供了现代化的医疗设备，对 Anuradhapura 总医院也做了类似的改善。除了这些主要大医院的发展项目外，还向医院的康复部门输送了大量的资本投入，并且购买了所需的设备。还动员了外国援助为保健部门提供投资，但这些投资多数是从国内资金中提供的。在增加资本投入的同时，用于提高就业人数和医疗供应的经常性支出也得到了扩大，因此对政府医疗机构服务质量的改善进程起到了辅助作用。特别值得注意的是，在为偏远农村地区提供服务的机构中，医疗和医疗辅助人员及支持工作人员的征聘人数有所增加。

很明显，为了向所有社会群体和区域人口提供包容性的生命健康条件，还有许多有待实现的目标。为此，除了与保健有关的机构外，其他的机构在与保健机构协作的过程中必须发挥且正在发挥重要的作用。这些机构包括城市和其他地方当局，以及处理环境问题、住房、教育，以及供水和卫生等事务的机构。在所有这些机构中，保健体制在促进斯里兰卡健康生活的过程中发挥着重要的主导作用。通过这种方式促成的良好健康为斯里兰卡惊人的人类发展成果奠定了基础。无疑，由于这些成就，斯里兰卡完全有理由感到自豪。斯里兰卡在保健方面的积极经验可以为世界其他国家带来巨大的惠益。

八、健康挑战

虽然取得了值得称道的成就，斯里兰卡的保健体制目前仍面临着许多挑战和压力。这些挑战多数是系统性和制度性的，与国家在宏观经济、发展、历史、社会、政治和法律考虑等方面的总体情况息息相关。尽管婴儿和儿童死亡率已经降至很低的水平，但儿童营养和发育的问题仍然存在（Aturupana 等，2008 年）。要想解决婴儿低出生体重和儿童及母亲营养状况不良的问题，需要整个社会来解决发展不充分的总体条件问题。总体社会经济发展本身将改善许多贫穷社区的环境和卫生条件。如果不具备这些人类发展的基本条件，对许多人来说，长寿的前景将不再是一种奖励，而是一种惩罚。

其他的公共健康问题需要在极为广泛的范围内采取行动并加以解决。在学前和学校阶段需采取行动，教育人民在健康环境中生活的价值。住房、卫生和供水条件的改善，以及固体废物的处理都需要个人和社区，以及相关负责当局和各级官员采取行动。需要制订监管粮食制造、进口和分配的有效法律，以及管理职业健康的法律。另外，还需要采取立法和行政行动来监管杀虫剂的使用。在影响公共健康的多数领域中，斯里兰卡已经制订了必要的法律。遇到的问题主要出现在监测和执行方面。而且这方面的工作正变得越来越困难。

以下各分节是对保健部门所面临挑战的简要审查。这一分析是根据各项研究和与利益攸关方的对话做出的。

八.1 流行病转变带来的挑战

斯里兰卡的人口动态是，人口老龄化进程是人口统计方面的主要转变。这导致流行病转变——不健康的主要因素从传染病和寄生虫病（例如：疟疾、肺结核、霍乱、伤寒、痢疾和丝虫病等）转变为非传染性疾病（例如：糖尿病、高血压、缺血性心脏病等）。由于成年人退化性疾病造成的疾病负担也大幅度增加⁴。除了使斯里兰卡的疾病模式与发达国家相仿的趋势之外，传染性和寄生虫病的发病率水平不稳定的情况依然存在。这种情况被描述为“双重疾病负担”（Samarasinghe, 1998年：349）。

政府保健设施网络覆盖范围的增加，以及享有保健的范围的增加，都在以非常低的成本实现良好保健指标方面发挥了重要的作用。为了提供不同的保健模式，应对非传染性疾病的新挑战，不同性质的保健设施是必不可少的。到目前为止，在预防个人陷入灾难性保健支出问题并因此致贫方面，斯里兰卡的成绩非常突出。然而，如果无法及时解决非传染性疾病的问题，这种局面可能会发生改变。

八.2 财政资源限制

在斯里兰卡，保健资金的供应来自公共⁵（包括捐赠援助）和私营部门⁶。总保健支出在两者之间的分配比例近年来一直保持稳定。卫生当局估计，在2004–2006年期间，公共部门供资的比例介于46%至49%之间，而私营部门对应的比例为51%至54%。公共保健支出的绝大部分资金来自税收收入。

政府的保健支出在总政府支出中的比例在2004–2005年期间约为5%，并且在2007增至7.6%。在占国内总产值的比例方面，此项支出在1990年代有所下降（卫生部，2000年：2-1），但在此后的十年中重新抬头。该比例在2004年以后一直保

⁴ 有些原因与导致疾病模式变化的人口变化没有直接关系。例如，随着人民生活方式的改变，创伤成为1995年以来住院的首要原因。此外，精神紊乱的病例近来也有所上升。

⁵ 包括隶属中央和省政府的卫生部、其他部委和地方政府当局发生的支出。

⁶ 这主要包括家庭。其他组成部分包括雇主、非赢利组织和私营健康保险。

持在 2%左右，并且在今年之后表现出轻微的上升势头。政府依然坚持在公共部门提供免费卫生服务的原则。平均保健成本一直在增加。人们已经注意到流行病的变迁是保健成本上升背后的因素之一。在大幅度降低死亡率之后，进一步降低人民的死亡率和发病率将是一项资源密集型的工作。为了在公共部门中保持和改善现有设施，以及建设新的设施，必须主要通过税收来调集所需资金，因为外国援助所能提供的贡献一直就是杯水车薪。多年来，为公共部门卫生服务提供充足的供资将极具挑战性。政府机构中存在的效率低下和浪费行为都使资金短缺造成的困难雪上加霜。多年来，在尝试增加指定用于公共部门保健服务的资源的同时，私营保健部门得到了稳步增长。政府的侧重点是，让保健设施为低收入和中等收入人群提供服务，同时促进较富裕的阶层接受私营部门提供的服务。

有多个委员会对补充财政来源进行了审查并就此提出了建议。然而，在执行这些委员会所提建议的过程中，行政和政治方面的行动一直显得疲软无力。在斯里兰卡的选举民主中，绝大多数平民都属于低收入阶层，没有其他替代性的社会保护体制，因此公共健康机构将在未来很长一段时间中坚持提供免费的卫生服务。尽管存在财政方面的限制，许多国家部门的保健机构多年来一直在改善其服务质量。

八.3 与权力下放有关的问题

在目前施行的权力下放治理体制中，中央和各省之间的可用公共财政资源分配情况在确定保健设施的公平分布方面发挥着特别重要的作用。提供保健，不包括直接由中央提供的组成部分，本身就是一个权力下放的问题。在与保健有关的责任中，中央政府应承担的部分包括国家保健政策问题，以及教学医院和特殊目的医院的管理工作。事实证明，权力下放治理下的省议会制度在政治和行政层面上将面临巨大的压力，无法显示出分散管理体制的潜在惠益。该体制未能促进向地方社区提供需求主导型的高质量服务（Mowlana 等，2005 年；Gunawardena 等，2008 年）。省议会的财政在很大程度上依赖中央政府向其分配的资金，而且其下层的财政资源分配体制也并不利于任何管理方面的创新。

八.4 人力资源方面的限制

在西部省等地区，该体系内可用的保健人员总人数，包括医生、护士、药剂师、化验室技师、放射师、理疗师在内，基本上是充足的，但偏远省份的保健人员数量仍然不够。特别严重的问题是，在两个受冲突影响的省份——北部省和东部省，缺乏受过培训的保健人员。在可提供服务的劳动力方面，存在各种类型和程度的不平衡——数量不平衡、资质不平衡、分布不平衡（Samarasinghe, 1998 年: 358）。有资质的医务人员已被分配到多数保健机构中，即使小型保健机构也配备了有资质的医务人员。然而，在确保这些小型机构定期提供服务方面，监督工作的力度

仍然不够强 (de Silva, 2004 年)。为应对该体系内人员数量不足的问题, 征聘和培训医生以下级别专业保健工作人员的进程已在加速开展。

八.5 行政/管理问题

由于公共-私营部门在提供保健方面长期共存, 但两者之间无明确的界限, 因此存在一些固有的矛盾, 本节讨论的问题正是由于这种矛盾而产生的。“下班后在私营部门中行医”的行为或所谓的“兼职”做法使能够在很大程度上解决一些公共部门专业医生的留用问题, 但也为其他问题的产生创造了空间。关于该问题观点是, 这种做法为补贴医疗服务创造了空间 (de Silva, 2004 年)。公私两个部门均参与的另外一项活动是药物产品和其他保健相关消耗品的进口。私营部门的药店在较为宽松的监管下营业, 而且经政府核准后出现了许多私营医院, 其中有些规模较大。许多领有执照的诊断设施都在提供服务。因此, 在保健部门中有两套体系在同时发挥作用——一套体系以赢利为目的, 另一套则以提供服务为目的。由于以赢利为目的的私营部门可以优先获取和使用政府的设施, 因而产生了许多问题。非官方的收费体系也在运行之中, 而且存在从国家部门偷盗药品和消耗品的行为 (同上: 362)。

由于公共保健部门资源短缺, 公开和不公开的定量配给制成为各方面保健活动的必然要求。由于药物供应短缺, 现有的药品必须分配给大量急需治疗的患者。经常有人建议患者从市场中购买所需的产品——药品、设备、化验检查等。这些往往会导致患者在保健过程中支付额外的费用。虽然这些“收取”的费用并没有进入公共保健体系, 但这意味着间接地引入了用户付费的方式。

住院和门诊设施过度拥挤反映出资源的严重短缺和某些系统性的弱点。保健设施中物理空间和人员的匮乏是造成过度拥挤现象的重要原因。近年来, 直接找专业医生进行的会诊已经发展成一项系统性的保健行为, 这种行为被称为“自行转诊”, 一方面反映出供方设施的缺乏, 另一方面也说明患者希望尽早获得最好的医疗照顾。由于专业医生的相关资料已经被广泛传播, 患者很容易直接找医生进行诊断。由于运输设施有成本补贴, 患者长途旅行并不存在太多的困难, 因此无论这些兼职医疗顾问身处何处, 患者都可以到其所在地就诊。目前在政治-行政上面临的挑战是, 是否应改善这些较低端的设施, 引入强制性的转诊制度, 还是关闭这些较低端的设施。

斯里兰卡的保健体系是一台复杂、巨大和集中化程序很高的机器, 同时还有如前所述的一些通过国家以下级别的决策实现的温和的权力下放部分。虽然该结构中许多单独的组成部分具有较高水平的管理效率和效能, 但该体系在整体上表现出巨大的效率和效能低下问题。中央政府的卫生部已意识到这些问题, 并且在通过外包改善管理咨询机构, 召开内部培训会议和讨论会, 以及改变管理制度来努力改善其业绩。

还有必要在保健提供方面对私营部门进行有效的监管。现有的私营部门是一个种类极多的系统。对于该部门提供的服务和可用的资源组成，以及其提供的设备在各地区的分布，目前掌握的资料极少。公私两个部门之间存在相互联系，这往往使私营部门在很多方面要依赖公共部门。需要建立有效的监管制度，首先是确保改善关于私营部门中各实体的信息流，其次是改善这些实体的保健标准，实现适当的负责和问责制度。这确实已经成为一个主要问题。

八.6 保健提供中的公平问题

公平本质上表示的就是公正性。公平的保健体系将向社会各阶层的人民提供令人满意的保健服务，无论这些人民属于弱势贫穷群体，还是富裕群体，无论是生活在偏远、农村和不发达地区的人民，还是生活在都市、城市和其他发达地区的人民。保健成果在不同社会类别中的分布模式表明，斯里兰卡的保健制度尚未达到可接受的公平水平。在工业部门中观察到的结果比平均保健成果要低许多。在北部省和东部省的受冲突影响地区，保健服务的供应情况非常差。多个司级责任区被认定为保健服务较差的地区。

当局已经意识到了这些不平衡情况。《保健总计划》讨论了这一问题，并且就补救措施提出了建议。国家整体规划当局认为，通过改善高质量服务的提供可以尽可能减少保健提供过程中的地区不平衡问题，并以此作为确定卫生部门资本投资分配的主要指导原则。许多特殊保健 (*Suwa Udana*) 方案定期在偏远地区开展，为许多贫困社区带来了惠益。一些向工业部门人员提供服务的保健机构已经得到了升级。目前，在受冲突影响的北部省和东部省，保健设施的重建和有效保健分配机制的建立已经成为优先考虑的政策问题。

九、总结评论

斯里兰卡努力实现的政策框架可能在第三世界中是独一无二的。通过这些政策，斯里兰卡得以长期实现可喜的人类发展成果。指导该政策框架的是一系列较高层次的多重目标——经济增长、再分配中的公正、减缓贫穷、促进就业、均衡地区发展和环境可持续性。然而，该政策框架在执行过程中遇到了一些重大的问题，需要不断地理顺各种困难而复杂的折衷、矛盾和挑战、政治和行政层面上政策制订者和执行者的税收能力和创新能力。

斯里兰卡已经实现或者正在稳步实现与教育和健康有关的千年发展目标——普及初等教育入学和完成初等教育、初等和中等教育入学中的两性平等、婴儿低死亡率和五岁以下儿童低死亡率。自 2002 年以来，经济增长率一直保持在 5% 以上。在北部和东部传统的公开的武装冲突在安全部队取得胜利后最终结束。自 2005 年以来，为了更公平地分配增长带来的惠益而采取了多项措施。减贫进程因此得以加速发展。然而，即使在斯里兰卡业绩斐然的领域，仍有证据表明存在严重的

地区差异。这些指标表明，尽管国内取得进展的（城市）地区能够最早在 2015 年实现这些目标，但交通不便和基础设施不足的地理孤立地区仍然进展滞后。

在努力实现国际商定发展目标的进程中，政府已经开展和未来可开展的工作有很多。然而，在实现这些目标的过程中，捐助方和国际供资机构的重要作用也是不容忽视的。在当前的全球金融气候下，必须将这种状况当作一项重要因素来考虑，并且评价这种状况会对斯里兰卡实现国际商定发展目标的努力起到怎样的迟滞作用。另外一项需要考虑的重要因素是，在目标和指标方面，关于北部和东部省的可靠和最新统计数据会在未来产生怎样的影响。在人类发展成果方面，这两个省都曾出现过明显的倒退。政府正在执行加速人类发展的方案。其目标不仅仅是将这些地区的人类发展水平提高到与其他地区齐平的程度，而且要在这些省的一般民众和属于泰米尔和穆斯林少数民族的民众中赢得民心。

本研究的 B 部分审查的是，对实现国际商定发展目标有较大影响的主要社会部门——保健部门所取得的政策成就和面临的挑战。这一节的研究极具启示意义，能够充分说明在经济成就不足以提供有效帮助的情况下，一个国家的政府如何通过系统性的干预帮助实现有价值的社会目标。斯里兰卡向世界证明，一个发展中国家如何在缺乏全面健康保险方案的情况下，通过拨出一小部分政府税收用作公共保健支出来实现高水平的保健目标。世界其他国家可以从斯里兰卡保健部门的经验中得到巨大的启发。

参考资料

Patricia J. Alailima (1997). “Social Policy in Sri Lanka” in W. D. Lakshman (ed.) *Dilemmas of Development: Fifty Years of Economic Change in Sri Lanka*, Colombo: Sri Lanka Association of Economists, pp. 127-170.

Patricia J. Alailima (2000). “The Human Development Perspective” W. D. Lakshman and C.A. Tisdell (eds.) *Sri Lanka’s Development Since Independence: Socio-Economic Perspectives and Analyses*, New York: Nova Science Publishers Inc. pp. 41-60.

Harsha Athurupana (2004). “Public Investment in Education: Conceptual Foundations”. Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A Ffestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers:445-466.

Harsha Aturupane, Anil B. Deolalikar, and Dileni Gunewardena (2008) *The Determinants of Child Weight and Height in Sri Lanka: A Quantile Regression Approach*, Research Paper No. 2008/53, UNU-WIDER.

Department of Census and Statistics (DCS) and Ministry of Healthcare and Nutrition (MoH) (2008). Sri Lanka: Demographic and Health Survey, 2006/7. Preliminary Report. www.statistics.gov.lk.

Department of Census and Statistics (DCS) (2009a) Quarterly Report of the Sri Lanka Labour Force Survey, Fourth Quarter 2008. www.statistics.gov.lk/samplesurvey/REPORT2008Q4.pdf.

Department of Census and Statistics (DCS) (2009b). MDG Indicators of Sri Lanka. www.statistics.gov.lk.

Department of National Planning (2006). *Mahinda Chintana: Vision for a New Sri Lanka – A Ten Year Horizon Development Framework 2006-2016*. Colombo: Ministry of Finance & Planning.

Amala de Silva (2004) “Overview of the Health Sector”. Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A Ffestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers: 426-444.

Asoka Gunawardena and W. D. Lakshman (2008) “Challenges of Moving into a Devolved Polity in Sri Lanka”. Fumihiko Saito (ed.) *Foundations for Local Governance: Decentralization in Comparative Perspective*. Heidelberg: Physica-Verlag. 113-36.

Buddhadasa Hewavitharana (2004). “Poverty Alleviation”. Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A Ffestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers: 467-95.

P. Isenman (1980). “Basic Needs: The Case of Sri Lanka” *World Development*. 8:3 (March) 237-258.

Laksiri Jayasuriya (2000). *Welfarism and Politics in Sri Lanka: Experience of a Third World Welfare State*. Perth: University of Western Australia.

Laksiri Jayasuriya (2004). “The Colonial Lineages of the Welfare State”. Saman Kelegama (ed.) *Economic Policy in Sri Lanka: Issues and Debates: A Ffestchift in Honour of Gamani Corea*. New Delhi: Sage Publishers: 403-425.

Mike Jensen (2007). Nenasala Review, Report on behalf of World Bank. www.nenasala.lk.

W. D. Lakshman (1975). “Economic Growth and Re-distributive Justice as Policy Goals: A study of the Recent Experience of Sri Lanka”. *Modern Ceylon Studies* (6:1): 64-87.

Ministry of Health, Nutrition and Welfare (MoH) (2000). Health Master Plan Sri Lanka Vol. II Analysis Strategies and Programmes. Working Draft (Mimeo).

S. Omar Z. Mowlana, G.G. Thurusinghe and S. Sumanasiri (2005). *A Review of the Current Basis of Resource Allocation for Healthcare by the Government to the Provinces*. Colombo: Ministry of Healthcare and Nutrition.

Mahinda Rajapaksa (2005) *Mahinda Chintana (Mahinda Vision): Towards a New Sri Lanka*. Election Manifesto in Presidential Elections of 2005.

Ministry of Education (2008) *Education for All – Mid-Decade Assessment Report Sri Lanka*. Sri Lanka: Ministry of Education.

Daya Samarasinghe (1998). “Health”. A. D. V. de S. Indraratna (ed.). *Fifty Years of Sri Lanka’s Independence*. Colombo: Sri Lanka Institute of Social and Economic Studies: 342-370.

联合国（2008年）。《发展合作论坛背景研究：使全球目标成为发展战略和政策的主流》，经济及社会理事会（经社理事会），2008年5月。

联合国（2008年）。《联合国发展议程：全民发展》。纽约：联合国经济和社会事务部。ST/ESA/316。

联合国开发计划署（开发署）和国家经济发展委员会（经发展委员会）（2005年）。千年发展目标国家报告：斯里兰卡。科伦坡：联合国开发计划署（开发署）和国家经济发展委员会（经发展委员会）。

联合国开发计划署（开发署）和国家经济发展委员会（经发展委员会）（2009年a），《2008-2009年千年发展目标国家报告》。油印本。

联合国开发计划署（开发署）和国家经济发展委员会（经发展委员会）（2009年b），2008年斯里兰卡千年发展目标进度报告。油印本。

L. A. Wickremeratne (1973). "The Emergence of a Welfare Policy, 1931-48". In K. M. de Silva (ed.) *History of Ceylon*. Vol. 3 *From the Beginning of the 19th Century to 1948*. Peradeniya: University of Ceylon.

World Bank (2005) *Attaining Millennium Development Goals in Sri Lanka: How Likely and What Will It Take To Reduce Poverty, Child Mortality and Malnutrition, and to Increase School Enrollment and Completion?* World Bank Website.
