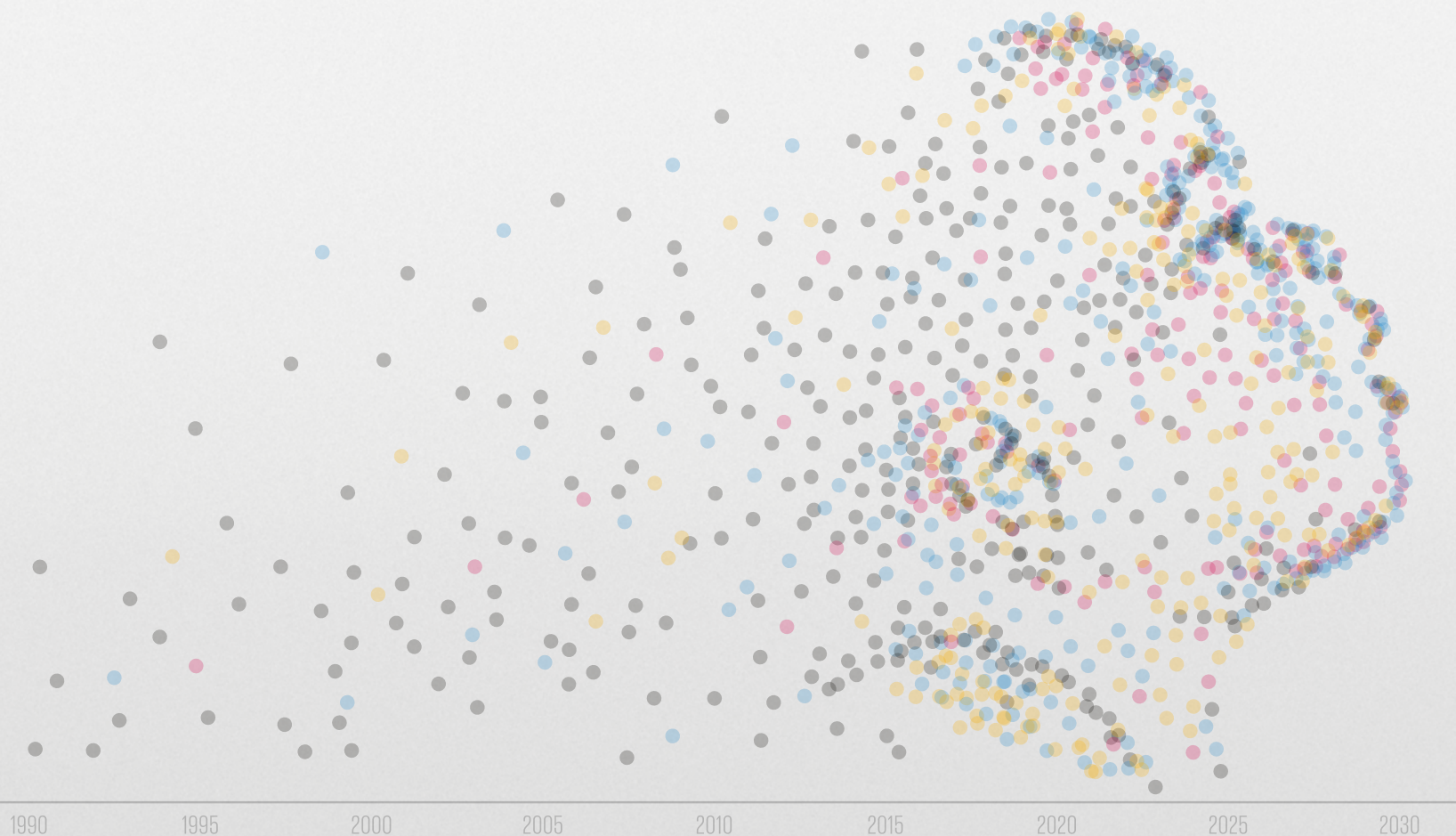


聚焦不平等

2019

可持续发展目标进展







目录

02
聚焦不平等

20
初级卫生保健

26
数字普惠

32
气候适应

38
解读数据

聚焦 不平等

别让出生地和性别 决定你的人生



比尔和梅琳达·盖茨

比尔及梅琳达·盖茨基金会
联席主席

我们出生在一个富裕的国家，父母都是境况良好的白人，他们生活在蓬勃发展的社区，把我们送进了一流的学校。种种这些因素让我们更有可能获得成功。

然而，还有数十亿人生活在这
些分界线的另一边。对于其中
的几亿人来说，他们的人生注
定充满艰辛。

过去20年里，我们看到的最大
的不平等现象是儿童死于通过
简单干预即可预防的原因，于
是我们对低收入国家的健康和
发展领域进行投资。在美国，我
们主要投资教育，因为好的学
校是成功的关键。但如果你来
自低收入家庭，或是有色人种，
或者两种情况兼有，那么你上
好学校的可能性就会很低。

联合国各成员国承诺到2030
年实现17个可持续发展目标
(SDGs)，我们每年一度的《
目标守护者报告》旨在追踪全
球在这些宏大的目标上取得的

进展。在我们撰写这篇文章时，
全球仍有数十亿人预计无法达
到这些目标，从而过上体面的生
活。如果我们想要加速进步，就
必须解决不平等问题，不再让运
气决定人的一生。

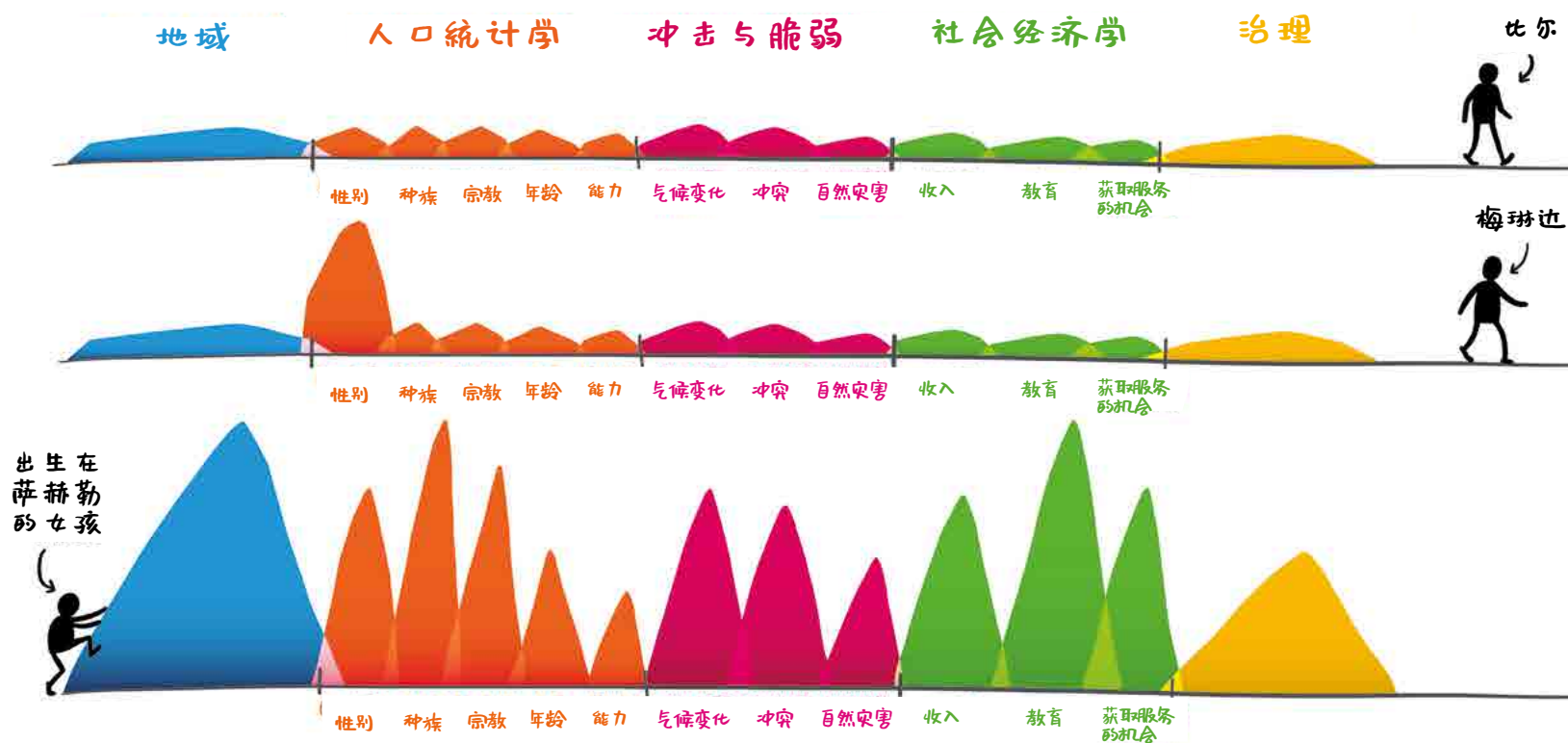
不平等问题的多个层面



联合国去年发布的一张图表很好地
展示了不平等问题的复杂性。它将
不平等分为相互交织的五大
类别，每一类又细分成更多的子类
别。我们今年的报告聚焦地域和人
口统计学下的性别问题。

赢在起跑线上

如果把人生看作一次旅程，每个不利条件都会让这段旅程更加艰难。像下图显示的那样，我们面前的道路相对平坦。然而，对于出生在萨赫勒地区的女孩而言，要过上健康且富有成效的生活，她的一生中需要克服重重障碍。



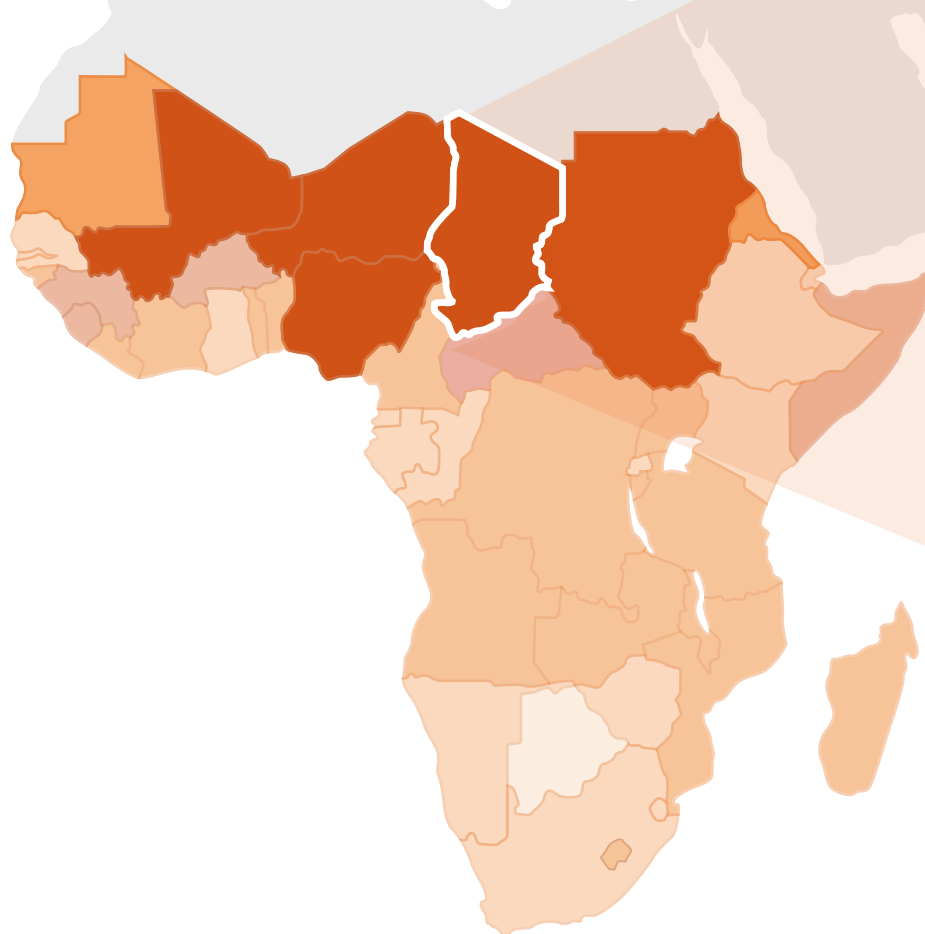
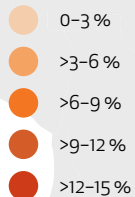
让我们来逐层审视 不平等问题

1. 非洲大陆北部的狭窄地带萨赫勒

地区是全球儿童死亡率最高的地区(除此之外,那里还有很多其他苦难)。我们走访了萨赫勒地区的多个国家,与当地政府官员会面。他们承诺改善当地民众的生活,并和我们分享了各自国家的目标以及面临的阻碍。

儿童死亡率

五岁以下儿童



2. 现在, 让我们将目光聚焦在萨赫勒地区的一个国家。

我们选择最近刚去过的乍得。一个乍得儿童的死亡机率几乎是一个芬兰儿童的55倍, 差距悬殊到令人无法理解。

3. 这是乍得西南部干旱问题严重

的一个区域, 而气候变化致使干旱问题进一步加剧, 土地因此更加难以耕种。

4. 在这一干旱地区内

——
生活着一个一直以来被边缘化的族群，
像这样的族群并非少数。

5. 在这个族群中， 有一个女孩儿

被社会习俗深深禁锢，她在生活中扮演的角色就是服侍丈夫和生养孩子。

(乍得盖楞登市)

我

们每聚焦一次，都能发现新一层的不利因素。这些因素中的任何一个都足以让生活十分艰难。而当它们累积起来，结果将变得无比残酷，就像这位被边缘化的乍得女孩所面临的那样。

她的生活到底是什么样的？数据告诉我们，她一生可能多次濒临饿死，很有可能从未获得过身体和大脑完全发育所需的营养。她很可能不会读书写字，不到20岁就怀孕生子，即便她的身体还没有准备好迎接分娩的考验。

而到了分娩的时刻，她也很可能需要独自面对。

她本应过上更好的生活，我们也相信这是可以实现的，但前提是我们了解她面临的种种困境并着手解决。



在哪里出生是决定 一个人未来的最关键因素

接下来的一系列图表会揭示很多出生地和不平等问题之间的关联。

我们重点考察健康和教育两个方面，这是经济学家所谓的“人力资本”的

关键组成因素。我们在去年的《目标守卫者报告》中也强调人力资本是“一个国家释放生产力、提升创新能力、减少贫困、创造机遇和实现繁荣的最佳途径。”

现在开始投资人力资本，会在未来提高人们的收入。但如果缺乏人力资本，也就是对于那些健康状况欠佳和没有接受过教育的人而言，摆脱贫困几乎是天方夜谭。

全球各地的健康和教育水平都在改善

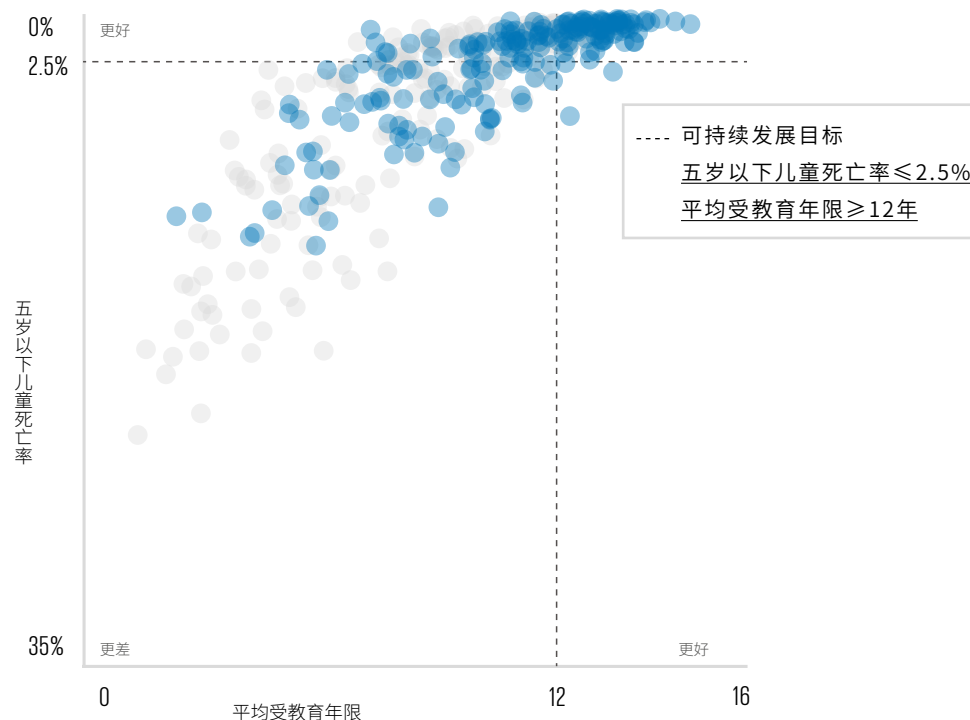
首先，你应该看到普遍的进步。
即便在你能想象到的条件最差的国家，那里的人们也比以前更健康，受教育程度也更高。

如何理解这张图表

纵轴代表五岁以下儿童死亡率，横轴代表20-24岁人群平均受教育年限。每个点代表在选定国家儿童死亡率和受教育年限之间的关系。每个灰点代表该国在2000年的数据。每个蓝点代表同一国家在2017年的数据，即最新数据。

2000-2017年各国在儿童死亡率及教育方面的进步

每个点代表一个国家在该年的情况 ● 2000 ● 2017

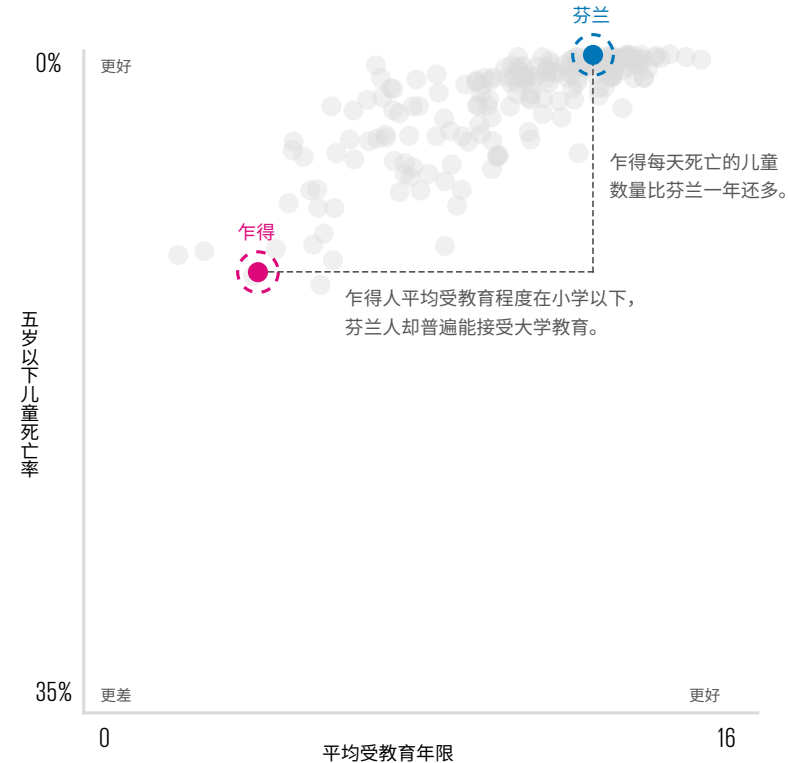


国家之间的不平等有所减少但仍然严峻

接下来你应该看到的是，虽然在很多国家人们的生活都有所改善，但仍然非常糟糕。乍得和芬兰之间的差距有所减小，但仍旧巨大。乍得每天死亡的儿童数量比芬兰一年还多。

2017年乍得和芬兰的儿童死亡率及教育情况

每个点代表一个国家在该年的情况 ● 2017



这些差距在国家内部也同样存在

你看到的第三点是，这种巨大的进步和巨大的差距并存的现象也存在于国家内部。今年我们首次拿到了以区县为单位的人力资本数据（不同国家的行政区划方式不同。美国叫做郡；印度叫做县；尼日利亚叫做地方政府区域）。

过去17年里，发展中国家99%以上的行政区县的人力资本都得到了提高。无论你听到过多少反对的声音，但即使是全球最贫困的人口，生活也得到了改善。

但国家内部区县之间依然存在着巨大的不平等。我们以印度举例，在喀拉拉邦的奎隆(Kollam)县，儿童死亡率为1%，人均受教育年限为14年，几乎与全球最发达国家相当。相比之下，北方邦的布道

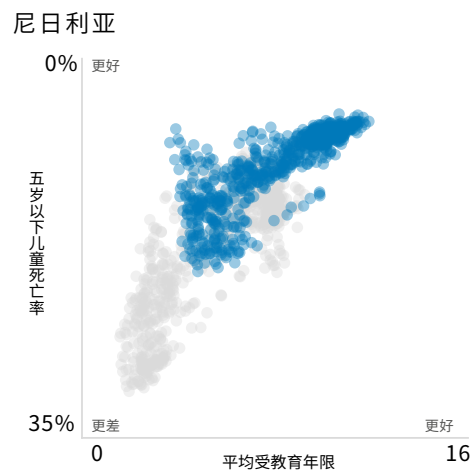
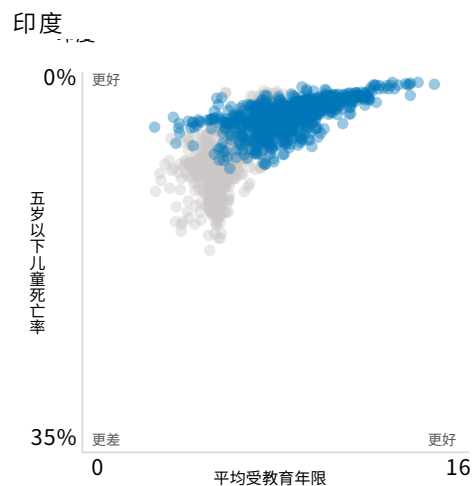
恩(Budaun)县的儿童死亡率则超过8%，人均受教育年限也只有6年。布道恩县并不是个小地方，那里有大约400万居民。

尼日利亚的数据也同样证实了这一点：巨大的成就与严重的贫困并存。例如埃基蒂州的阿多-埃基蒂(Ado-Ekiti)县，人均受教育年限是12年，而在吉加瓦州的加尔基(Garki)县，这一数字只有5年。如果我们在这些图表基础上预测未来，你会发现乍得、布道恩和加尔基将无法赶上全球的发展。

各个区县都在取得稳步进展

每个点代表印度或尼日利亚一个区县的情况

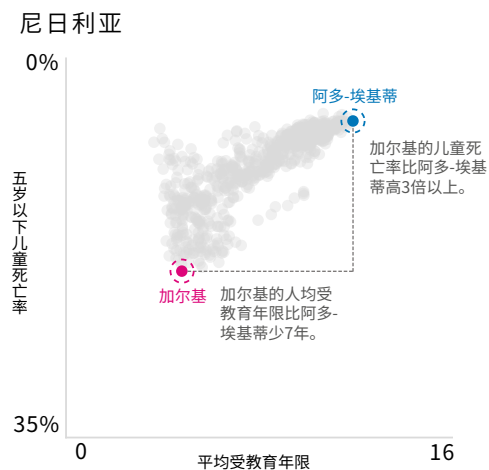
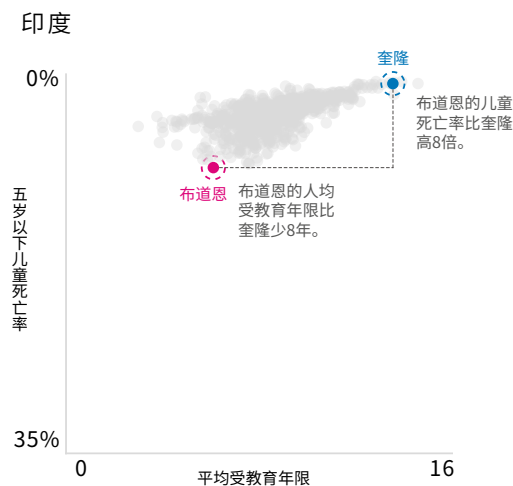
● 2000 ● 2017



但不同区县之间仍然存在不平等

每个点代表印度或尼日利亚一个区县的情况

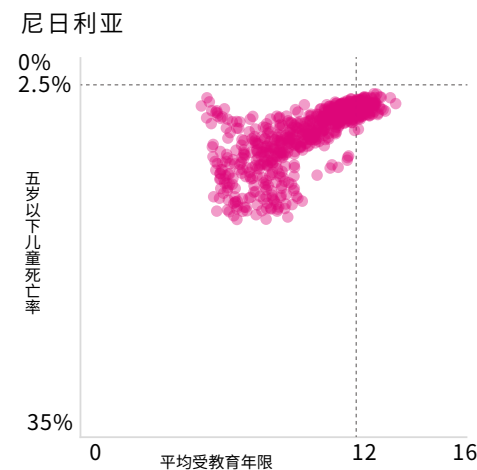
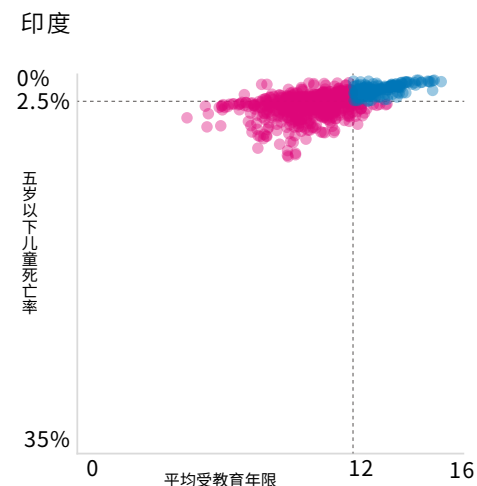
● 2017



并且很多区县都将无法如期实现可持续发展目标

每个点代表印度或尼日利亚一个区县在2030年的情况

● 预计无法实现健康及教育目标
● 预计可以实现这两个目标



未来差距仍将存在

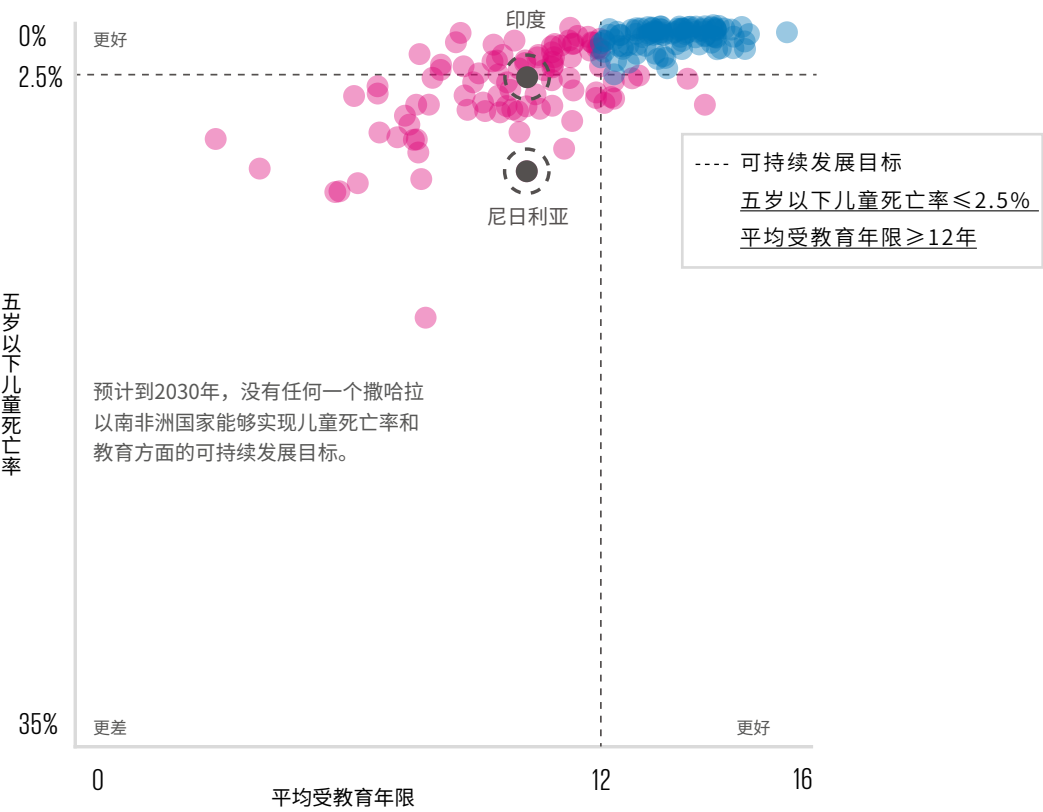
几乎没有发展中国家能实现健康和
教育方面的可持续发展目标。按现
有进步速度，低收入和中低收入国
家中有近三分之二的儿童生活在儿
童死亡率到2030年仍无法达到可
持续发展目标的地区，并且有三分
之一生活在到2050年也无法达标的
地区。

如果我们下定决心实现可持续发展
目标，就要加快消除地区间的不平
等，保证更多的地区像奎隆和阿多-
埃基蒂县一样表现出色。

预计到2030年的进展

每个点代表一个国家

- 预计无法实现健康及教育目标
- 预计可以实现这两个目标



**无论你听到过多少
反对的声音，
但即使是全球
最贫困的人口，
生活也得到了改善。**



Sushila和Sakshi (印度卡姆拉旺村)



性别不平等阻碍了 全球一半人口的发展

性别不平等是全球普遍存在的问题。 困的国家或地区，则更是难上加难。 他们对父母的依赖度逐渐降低，一步
无论你出生在哪里，只要你是女孩， 进入青春期，女孩和男孩的未来会正 步离开家庭，上高中、读大学或者找
生活就会更加艰辛。如果你出生在贫 式拉开差距。男孩的世界逐渐打开。 工作，接触到更广阔的社会。

与此同时，女孩的世界却在缩小。她们可能在很小的时候就从父母的附属品转变为丈夫的附属品。虽然她们在上小学时享受到了一定的自由，但最终要回归家庭的牢笼，终其

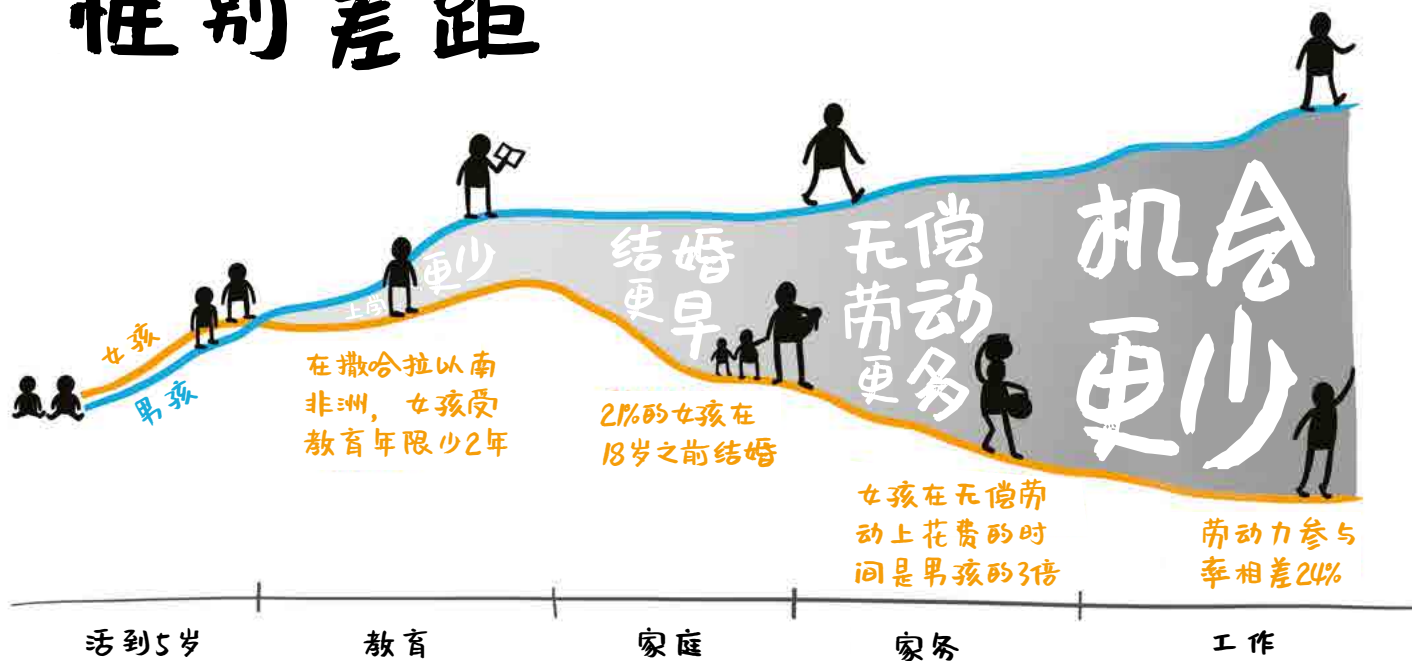
一生做着煮饭、打扫卫生和生养孩子这些事情。

女孩到15岁以后，每天至少从事两小时无偿家务劳动的比例几乎翻了

一番；成年后，普通女性每天做超过4小时的无偿家务劳动。相比之下，男性每天只付出一小时多一点。

这些家庭内的义务工作只是诸多限

性别差距



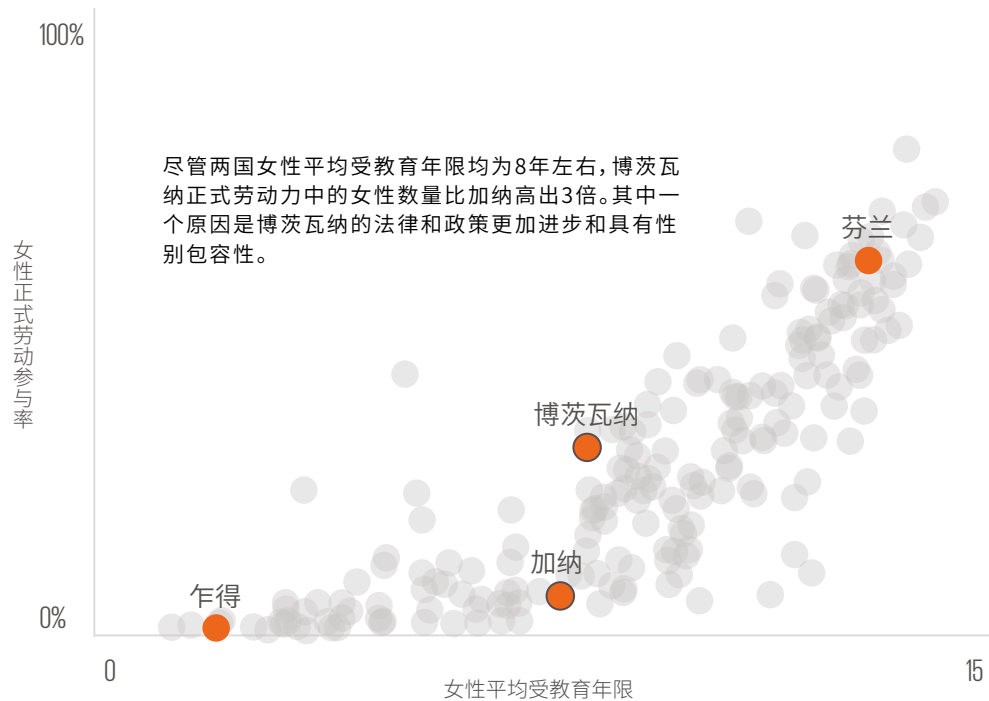
制女孩成年后发展机会的社会习俗之一。例如在撒哈拉以南非洲国家，女孩的平均受教育时间比男孩少两年。即使受过良好的教育，女

孩们也难以借此找到正式工作。全球范围内，男性和女性的劳动力参与率存在24%的差距。

缺少教育及就业机会对每个人都是毁灭性的打击。它剥夺了女性的权利，限制她们孩子的人生机会，也遏制了经济的增长。

要缩小经济机遇中的性别差距，教育是必需的，但还远远不够。

这张图表首先告诉你的是，通常女孩受教育的时间越长，获得好工作的可能性就越高。然而，它还显示在某些国家中，即使女孩受过良好教育，她们在劳动力中所占比例依然偏低。换句话说，在歧视女性的相关习俗和政策得到解决之前，女性都无法平等获得高质量的就业机会。



(印度桑德利帕卡托里村)



向榜样学习

国家之间、区县之间，以及两性之间存在的巨大而持久的差距证明，尽管全球对发展的投资起到了一定作用，幸运与不幸人们的生活差距并没有快速弥合。我们认为，全球必须在发展问题上转变行

动方式。

在去年的《目标守卫者报告》中，我们曾指出人力资本是贫困国家经济增长的关键。今年，我们强调人力资本投资应该向女孩倾斜，并优先投入到急需迎头赶上的国家和地区。

这不是一项简单的工作。我们曾经说过，不平等是极其复杂的问题。没有哪种一劳永逸的方法能够解决出生地、性别和其他随机因素导致的不平等问题。但确保每个孩子都能享有良好的健康和教育是一个良好的开端。我们相信这

不仅是道德上的期望，更是一个可以实现的目标。

在健康方面，初级卫生保健最为重要。如果初级卫生保健系统设计完善且资金充足，它能触及所有人并满足大多数人的医疗需求。

在本报告中，非洲最大的非政府卫生组织负责人基辛吉·吉塔西 (Githinji Gitahi) 描述了埃塞俄比亚、卢旺达和泰国等国家为全民提供初级卫生保健的正确做法，以及其他国家可以从中吸取的经验。

在教育方面，不久之前的传统观念还认为贫困儿童不需要接受教育。过去50年里，这一观念在世界各地都遭到了质疑。现在全球多数国家都在努力实现小学教育的全民普及。现在的首要任务是保证所有学校都能提供优质教育。如何教一个班级的孩子识字算数已经形成了有效

的方法，但就如何大规模地提升一个国家所有学校里的孩子的基本技能，目前还没有达成共识。在去年的报告里，我们介绍了印度、科特迪瓦和赞比亚进行的创新尝试，以及越南在全国范围内取得的成就。

很多有害的社会习俗并不容易被发现，想要改变就更加困难。但很多国家都在采取不同的措施帮助女性积极与之对抗。

如果受过良好教育的健康女性仍然被社会习俗剥夺权利，那么全世界的人力资本加在一起也无法带来平等与繁荣。

一个重要的解决方案是制定相关政策，帮助妇女和女孩为自己开辟新的道路。例如在秘鲁，女性有权拥

有土地和其他财产，并且随时可以获得避孕用品从而能够自主计划生育，这样女性的劳动参与率就会随之上升。在这份报告里，数字普惠金融专家雅希·阿迪尔 (Arshi Aadil) 介绍了印度的政策改革，这不仅改善了政府为贫困人群提供的服务，也在逐渐削弱男权至上的根基。


Rebhia、Kukawa和Hassan
(位于肯尼亚首都内罗毕的尤
摩加医疗中心)

改变不平等

目 标守卫者报告只提出了几种方式来创造一个更美好而平等的世界。值得庆幸的是，还有很多倡导者在创造性地思考不平等及其解决方案。虽然还没有找到最终的答案，但我们正在逐步靠近。

与此同时，我们也深知一个道理：任何人的生活都不该是一场赌博。你是否像我们一样，从出生起就受到命运的眷顾？还是像其他的数十亿人一样，一出生就面临重重障碍？我们的目标是让每个人都拥有同等的机会。

等那一天到来时，一个人的未来将不再由随机因素来决定，比如你出生在哪儿或有多少X染色体。事实上，任何人的未来都不该被预设，它将完全取决于你的梦想和努力。

A woman with a black headband and a striped sleeveless top is carrying a baby on her back. The baby is wearing a green and blue patterned cloth. They are outdoors, and the woman is holding a large black umbrella. The background shows lush green foliage and a blue roof. The image is overlaid with large, semi-transparent geometric shapes in yellow, orange, and red.

进步的故事

初级卫生保健



在

基金会成立初期，我们主要致力于探索和开发全新的工具和技术。很快我们就意识到，如何将这些工具和技术交付到需要的人手中也至关重要。初级卫生保健是世界上迄今为止最重要的健康服务体系。一个强有力的初级卫生保健系统能够惠及所有人，包括最贫困、最脆弱的群体，并为他们提供保持健康所需的绝大多数服务。我们知道，政府对初级卫生保健的投入越多，国民整体健康水平就会越好。但遗憾的是，中低收入国家在初级卫生保健上的投入平均仅为整体医疗卫生预算的36%。有些政府优先为少数公民提供先进的医疗保健，而大多数人因此不得不自掏腰包满足基本的健康需求。这种不平等加剧了贫困和疾病的恶性循环。只有更多、更有效地投资于初级卫生保健，才能打破这一困局。

Bill & Melinda



我用了很长时间
尝试弥合一个大想法
和一个小数字之间的鸿沟。



基辛吉·吉塔西 (GITHINJI GITAH) 博士

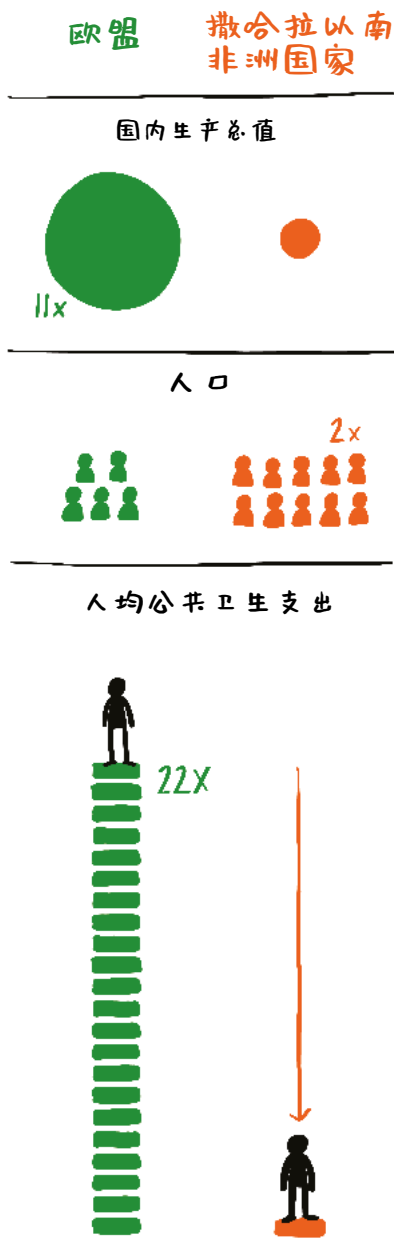
非洲医学和研究基金会 (Amref Health Africa) 全球CEO,

全民健康覆盖2030 (UHC2030) 联席主席

这个宏大的想法是：健康不应是奢侈品——人人都应该获得所需的医疗服务，并且不会因此遭受经济困难。这就是全民健康覆盖 (UHC)。2012年，联合国大会通过了一项决议，呼吁各成员国加快实现全民健康覆盖的进程。从那以后，这一想法得到了越来越多的支持。

那个很小的数字是51美元。这是我个人对撒哈拉以南非洲国家在理想情况下的人均医疗支出的粗略估算。（我对“理想情况”的定义是一个国家的税收为国内生产总值的20%，并将15%的预算用于医疗卫生；但大多数非洲国家的现实情况与这一理想相差甚远。）

需要说明的是，我并不是说大多数国家的人均医疗支出已经达到51美元（事实并非如此），也不是说达到就万事大吉（这还远远不够）。我想说的是，和人均医疗支出高达数千美元的富裕国家相比，撒哈拉以南非洲国家必须想方设法用极低的预算解决问题。



如果一个国家的人均医疗支出还不到51美元，如何才能实现全民健康覆盖（UHC）呢？答案是：投资初级卫生保健，也就是在人们生活和工作场所附近提供基本的医疗服务。一个完善的初级卫生保健系统应该做到公正、平等，人人都能享有服务，无需穷人自掏腰包，并且能满足人们一生中绝大多数的医疗卫生需求。它的目标是保证人们的健康，因为疾病对于个人、家庭、社区，乃至国家都是昂贵的负担！

说到初级卫生保健，我想到的是小时候在肯尼亚拉着妈妈的手走一公里才能到达的乡村诊所。那是我接种疫苗的地方，是妈妈怀着最小的妹妹时做产前护理的地方，也是我们认识的所有人生病时去咨询或接受治疗的地方。

迈入新千年以来，很多非洲国家都在投资建立覆盖范围广且高质量的初级卫生保健系统。例如埃塞俄比亚和卢旺达招募了数万名女性社区卫生工作者。她们先由邻居推荐上岗，并在接受政府培训后负责照顾人们的健康。

社区卫生工作者不会坐等病人上门，而是会主动出诊。她们不光在有人生病时提供帮助，平时也开展健康宣传（例如合理饮食及卫生习惯），提供或推广预防性保健护理（如免疫接种），帮助人们从源头上预防疾病。她们当然也会接受医疗培训，治疗常见疾病（例如腹泻和疟疾），提供基本的自主计划生育服务，并且在病人需要更复杂的治疗时协助他们联系医疗机构。

有了这些投资以后，埃塞俄比亚和卢旺达成为非洲地区降低孕产妇及儿童死亡率的佼佼者。需要提到的是，这两个国家的人均国内生产总值远低于非洲平均水平。

很多其他非洲国家尚未进行这些必要的投资。我的祖国肯尼亚比埃塞俄比亚和卢旺达富裕得多，但那里的初级卫生保健系统却非常薄弱（尽管政府高层终于做出了加强初级卫生保健系统建设的承诺）。政府官员做出怎样的选择至关重要。

以下是利用有限的预算提供更好医疗服务的三种方案

1 尽可能多投入一点

2001年，非洲联盟的54个成员国承诺将其国家预算的15%用于医疗卫生。只有极少数国家履行过这一承诺，每年都能做到的更是屈指可数。政府必须在很多优先事项中做出平衡取舍，为医疗卫生筹集更多资金并非易事。当你只能用极低的预算勉强维持时，每一块钱都至关重要。肯尼亚现在每年的人均医疗卫生支出为36美元，占政府预算的7%。如果能达到51美元，就能创造出更多的可能性。根据世界卫生组织（WHO）的数据分析，如果人均医疗卫生支出达到86美元，低收入国家的政府就有足够的资金投资初级卫生保健。

2 把钱花在正确的地方

很多国家在二级和三级医疗服务上的投入超过初级卫生保健。从某种层面上看这是有道理的，因为核磁共振、X光和很多其他二、三级医疗服务确实成本高昂。但非洲国家政府不能将大部分资金用于满足一部分人的需求。作为拥有世界上最完善的初级卫生保健系统的国家之一，泰国政府考虑到农村和城市之间巨大的医疗水平差距，于是将全部的卫生基础设施支出重新分配到农村地区。现在，泰国的每个村庄都至少有一个卫生院。非洲各国政府需要作出这样的承诺：“我们要优先保证初级卫生保健所需的投入，在此之前，二、三级医疗服务可以维持现状。”坚持这个立场并不容易，但对于重视全民健康覆盖且资金十分匮乏的国家而言，他们别无选择。

3 更高效地花钱

初级卫生保健系统能够让投入的每一块钱发挥最大的效用。例如，我们可以把钱投资于数字医疗建设，特别是电子病例；或者专注于管理创新，在非洲的多个国家之间建立集中采购并改善供应链。通过这些做法，我们就能确保以合适的价格购买合适的产品，并在适当的时间送到需要的地点。

最后,我们需要利用数据回答有关全民健康覆盖的两个关键问题:提供哪些服务?以及为谁服务?

当我们无法提供所有服务时,选择提供哪些服务就变得非常关键。对于非洲国家而言,我想大胆地提出应该优先考虑性和生殖健康与权利。即便如此,我们仍然需要根据当地实际情况而非泛泛的全球统计数据来决定资源的去向。例如输精管切除术,尽管理论上因为成本效益高、效果好而被大力推荐,但对于缺少专业医生实施手术、男性抵触心理强,而且青少年人口快速增长的国家来说,它的投资回报率要大打折扣。

接下来的问题是为谁服务。为了保证大家不陷入经济困难,我们需要为最边缘化和最脆弱的妇女、儿童、女孩和贫困人群提供补贴。然而,对于大多数人都从业于非正规经济且缺乏可靠数据的国家而言,要确切掌握贫困人口的信息非常困难。肯尼亚有80%的人口从事非正规工作,因此政府必须制




(位于肯尼亚齐赛里安定居点的伊鲁达利亚诊所)

定严谨的方法,从而更有效地提供针对性服务。理想情况是,初级卫生保健系统以更少的资金实现同等效果后,政府可以继续投入剩余资金,获得更好的结果。

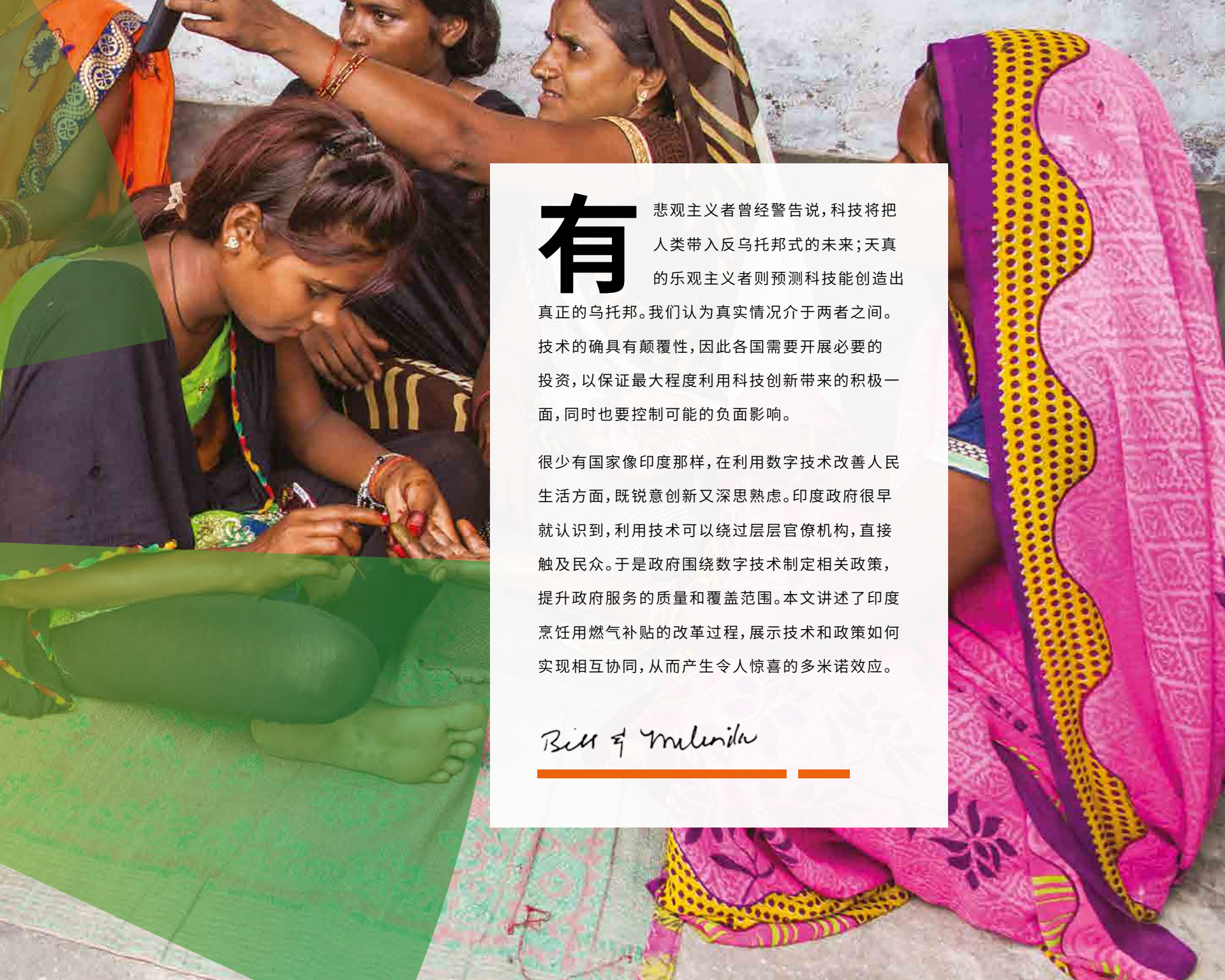
我七岁时,世界卫生大会提出了“人人享有卫生保健”的目标。不幸的是,当人们发现无力负担相应的投入时,

就决定将其搁置,甚至不再把它当作一种道德准则。现在我已经49岁了,我们终于再次相信了“人人享有卫生保健”的重要性。全球正在积极开展关于全民健康覆盖的对话,我们也在思考实现这一目标的切实途径。换句话说,我们现在有了重新来过的机会,非洲和全球各国的领导人都必须牢牢把握。

A photograph of several women in traditional Indian clothing, including saris and shawls, sitting together. They are all looking at and using mobile phones. The image is overlaid with large, semi-transparent, colorful geometric shapes in shades of pink, yellow, green, blue, and red, creating a modern, abstract background.

进步的故事

数字普惠



有

悲观主义者曾经警告说，科技将把人类带入反乌托邦式的未来；天真的乐观主义者则预测科技能创造出

真正的乌托邦。我们认为真实情况介于两者之间。技术的确具有颠覆性，因此各国需要开展必要的投资，以保证最大程度利用科技创新带来的积极一面，同时也要控制可能的负面影响。

很少有国家像印度那样，在利用数字技术改善人民生活方面，既锐意创新又深思熟虑。印度政府很早就认识到，利用技术可以绕过层层官僚机构，直接触及民众。于是政府围绕数字技术制定相关政策，提升政府服务的质量和覆盖范围。本文讲述了印度烹饪用燃气补贴的改革过程，展示技术和政策如何实现相互协同，从而产生令人惊喜的多米诺效应。

Bill & Melinda



这是一个关于 印度三代烹饪燃气补贴 的故事。



雅希·阿迪尔 (ARSHI AADIL)

MicroSave咨询公司政府与社会影响部门经理

从最狭义的角度来看，这个故事的确在讲烹饪燃气；从广泛一些的意义上讲，这是个印度政府如何借助数字技术设计一系列创新政策，赋权给7500万被边缘化的女性的故事；从最广泛的意义上而言，它讲的是政府如何能够更好地服务公民。

几十年来，印度家庭一直按照由政府担保的固定低价购买烹饪使

用的液化石油气。这种方式并没有明确的补贴对象，每个人都能享受补贴，富人也不例外（根据国际货币基金组织的统计，印度最富有的10%的家庭比最贫困的10%的家庭获得的补贴多7倍。）这样做的效率很低，因为大量的补贴燃气在黑市上出售给酒店、餐馆这些本应以市场价格购买燃气的企业。这样做的成本也很高。根据全球燃气价格计算，印度政府各类燃气补贴上的投入接近100亿美金。

接下来是这个故事的转折点：印度开创了所谓的“JAM三位一体”的计划。“J”是金融普惠政策（Jan Dhan Yojana），印度政府鼓励贫困人口开设银行账户；“A”指电子身份认证系统（Aadhaar），是根据指纹等生物特征为每位印度公民提供的唯一身份认证；“M”代表迅速在印度普及起来的手机。现在只要把银行账户、身份认证和手机绑定起来，政府就能直接把钱打入人们的银行账户，并验证接收方的身份。这也反过来让政府在制定政策时更加精准、大胆。

从2012年起到2015年，印度政府通过JAM三位一体计划，将实施燃气价格补贴逐渐过渡到现在的做法，即：政府在人们以市场价购买燃气后，将现金直接打入他们的银行账户。2015年，印度在全国范围推出经过全面重新设计的、名为PAHAL的补贴方式，成为了世界上最大的现金转账项目。

JAM三位一体

在模拟技术主导的世界里，政府福利需要通过效率低下的层层中介才能到达贫困人口手上。而在JAM三位一体驱动的数字环境下，政府可以直接触及有需要的人，他们也能直接进行反馈。



PAHAL解决了原补贴方式导致的三大问题。政府利用Aadhaar删除了3600万个重复或影子接收人，减少了流入到黑市的补贴燃气并提高了整体效率。政府还开展了鼓励富裕人口停止申请补贴的宣传活动，促使1000万印度人主动移出了补贴名单，进一步提高了补贴的精准度。同时PAHAL也减轻了政府的财政负担。虽然不同的估算方法结果不同，但自PAHAL推出以来，印度政府节省了近90亿美元。

但政府并没有把省下的钱收入囊中，而是用这些钱设立了一个同样

由JAM三位一体支撑，名为Ujjwala的全新第三代燃气计划。这一精心设计的计划旨在帮助贫困女性从根本上改善生活。

印度大多数贫困家庭，特别是农村地区的贫困家庭，并不会使用燃气烹饪；即使有补贴，燃气还是比用木头或动物粪便生火更贵。但用木头和粪便生火会使厨房充满有害烟气（印度每年有近50万人死于室内空气污染）。为解决这一危机，Ujjwala向符合条件的农村家庭提供50%的补贴，用于购买燃气接口和炉灶（另外的50%可以分期付款）。



目前已有约7500万女性从 Ujjwala 计划中受益。政府目前正考虑进一步的改革，鼓励 Ujjwala 计划的受益人给燃气罐充气，因为这对她们来说并不便宜，也绝不简单。

但 Ujjwala 计划影响的不只是健康，它还能帮助女性摆脱限制发展的歧视性社会习俗。

例如，印度女性平均每周花在家务劳动上的时间超过40小时，只有极少的宝贵时间可以做其他事情。使用燃气

可以每天为她们节省下拾柴、生火、看火、清理灰烬和灰尘的几小时时间，也不用担心因此生病。

此外，政府还做出了一项重要决定，采用别具一格的福利分配方式，从而打破传统的家庭权力结构。与印度传统的福利计划不同，Ujjwala 的合格受助人都是女性，而不是她们的丈夫。女性需要注册银行账户才能得到燃气补贴。

仅仅通过开设并使用银行账户就能

改变女性的生活，这让她们将家庭财政大权掌握在自己手里。针对另外一项社会福利项目（一项工作保障计划）所做的随机对照测试发现，当女性从自己的账户（而不是从她们丈夫名下的账户）直接拿到钱，并接受如何使用账户的培训后，她们会完成更多的工作，获得更多的收入。她们的丈夫也表示更愿意接受妻子外出工作。换言之，帮助女性获得家庭财政的控制权，也改变了每个人对自我的定义和自身能力的认知。

JAM 三位一体的政策还让政府变得更加负责,从另一个层面赋权给贫困人口。例如,新的燃气补贴政策推出后,印度640个行政区县的官员们每天收到有关PAHAL 的进度报告,包括登记、现金转账和错误率等,这

促使他们在第一时间发现并解决问题。


印度的各个邦也在尝试不同的方法,主动征求民众的意见,促进他们和政府的交流。比如有一个邦会给

受助人主动拨打电话,征求他们对服务质量的反馈:是否得到了礼貌对待?获得的福利是否与预期相当?是否需要给贿赂才能获得福利?负面反馈会直接转入人工服务系统,形成正式投诉。

单凭JAM三位一体计划本身无法发挥太大作用,它必须和利用数字技术支持、对贫困人口有利的良好政策和服务相结合。即便如此,数字驱动的政策和服务本身也无法消除贫困和性别不平等。我们还需要开展更多的改革,改变歧视性法律和政策。如果我们能做到这一切,现状可以快速发生改变。



Sangeeta (印度达尔冈村)

A photograph of a farmer in a field, wearing a light blue long-sleeved shirt, dark pants with a tan patch, and a white bucket hat. He is holding a metal bowl in his left hand and gesturing with his right hand. The background shows a field of green crops, a single tree, and a blue sky with white clouds. The image is overlaid with several large, semi-transparent, colorful geometric shapes: a large pink triangle at the top, a yellow trapezoid on the left, a blue trapezoid on the right, and two red trapezoids at the bottom. The text '进步的故事' is in a white box on the left, and '气候适应' is in large white characters across the middle.

进步的故事

气候适应



全

全球气候变化的讨论核心是如何限制碳排放。在我们依然等待技术和政策上的重大突破时，气候已经开始变化。而最不公平的是，受气候变化影响最严重的恰恰是全球最贫困的农民。他们没有做任何导致气候变化的事，但因为自身生计依赖于雨水，导致他们会首当其冲。这些农民本来就没有任何失误的余地了。他们没有资源对抗干旱、洪水、牲畜突发的疾病，以及破坏庄稼的新型害虫。在埃塞俄比亚，政府和数百万农民正势如破竹地提高当地对气候变化的抵抗力，现已初见成效。如该国农业部国务部长卡巴所说，2015年的旱灾并没有像1984年那场史无前例的旱灾一样，带来大量死亡和破坏。埃塞俄比亚的成功带来了希望。放眼全球，我们需要进一步投资研发并推广能够抵抗极端高温和洪涝等灾害的作物品种。全球农业研究体系需要得到更多支持。

Bill & Muluila



1984年的饥荒 是埃塞俄比亚历史上的一段黑暗时光。



卡巴·厄吉萨博士

埃塞俄比亚农业部自然资源与粮食安全国务部长

虽然这么说有些奇怪,但有时危机也能带来机遇。饥荒过后不久,我们就着手制定了灾害管理政策并加强粮食储备,确保旱灾再次发生时,我们至少可以挽救人民的生命。

多年来,我们对农业生产力和抵御灾害能力进行了大量投入。之所以这样做是由于80%以上的人口生活在农村地区,这使得我们别无选择。2003年,非洲联盟在莫桑比克的马普托举行会议,各国政府在会上承诺将预算

的10%用于农业发展。我们的投入远超过这个比例。2015年,我们遭受了和导致1984年大饥荒一样严重的旱灾,但这并没有成为全球新闻,因为当时我们已经建立了完善的体系,帮助农民应对危机。

蓬勃发展的农业是埃塞俄比亚整体经济快速增长的源泉之一,我们的国家也因此有望到2025年步入中等收入国家之列。但我们仍面临一个较大的风险,那就是气候变化。气候变化是由

富裕国家的行为造成的，但贫困国家中最脆弱的人群往往要最先为此而买单。

从我的孩提时代算起，这里的气温已经上升了大约1摄氏度。但降水才是更大的问题。首先整体降水量有所下降，有些地区甚至减少了20%。现在的降水也更加无常，总是来得晚，走得早。而且就算下雨，也总是破坏性的暴雨。农民的每个判断都要基于天气情况。小农户们都是非常优秀的农学家，但他们用一生时间学到的气候规律却在逐渐消失。

幸运的是，我们过去20年来的努力能够帮助农民应对未来20年的气候变化。2005年，我们启动了一项庞大的计划，雇佣农民参与支持农业相关的公共项目。这一做法有两个好处：当紧急状况发生时，贫困人口有钱购买粮食和其他必需品；他们建造梯田、堤坝、节水坝、深渠和微型盆地等社区共用资产，从而节约水源、防

止水土流失，并最终提高产量。三年后，我们启动了另外一项促进可持续土地管理的大型计划。

我们还聘请了世界上最大的农业推广组织之一。他们能提供各类及时信息，例如旱灾的早期预警，并为农民提出相应的应对建议。他们也关注长期教育。多亏了我们的技术推广网络，埃塞俄比亚的农民比很多邻国的

农民更多地使用化肥、改良后的种子和灌溉技术。

我们从不轻视目前面临的挑战。我们在几年前推出了气候适应型绿色经济战略，也是因为充分认识到未来的繁荣依赖于恰当的环境治理方式。

我们无法阻止干旱的发生。但即便如此，我们仍然可以蓬勃发展。



（埃塞俄比亚阿拉巴库依托县）

我们这个地区的天气全凭上帝做主。



**麦瑟拉·特克勒·特斯法伊
(MITSELAL TEKELE
TESFAY)**

埃塞俄比亚农民

20年前我刚开始在这片土地耕种时,天气要好一些,但后来就越来越热。7月本应该凉爽一些,但今年还是比往年炎热得多。降水也变化无常。即便今年的降水不错,明年却可能闹旱灾。雨季通常在5月末或6月初开始,但今年到了7月底仍然没有开始。我们还在等待。我们必须在最适合的时机播种,但却无法控制何时下雨。如果7月还没开始下雨,或是雨季在10月之前就结束,那么庄稼都可能颗粒无收。如果情况继续恶化,我可以卖掉一些羊,同时也在考虑买一些蜂箱来收集蜂蜜。

虽然天气不断恶化,但我们的耕种能力却有很大的提高。我在父母的田地上长大,当时的土地遭到完全的破坏,他们也没能得到政府的任何帮助。1984年发生了饥荒,举家搬往苏丹是唯一的出路。

现在,农业专家会来我们的社区提供重要的信息和培训。之前我们不用新型种子,现在我用的是最好的小麦种子。我种的小麦成熟得早,也更适合干旱的天气。我们以前不会用肥料、除草剂或杀虫剂,现在这三样我都用。我学会了正确的除草方法,也知道如何保护庄稼不被烈日晒干。我的收成几乎翻了一番。

今年我们得知降雨会减少,并接受了相应的培训。下过雨后,我们将径流中的雨水收集起来,以备后续使用。我们尽可能地保持土地湿润,为此使用了很多方法,比如遮盖地面、挖沟、犁地、修补沟渠等等。每次下点儿雨,家家户户都会尽力把雨水

我们努力适应
并尽力克服
这里的气候状况。

Mitselal (埃塞俄比亚卡尔阿米乡)



保留在土壤里。下雨的时候没有人待在家里。

我们努力适应并尽力克服这里的气候状况。我希望我的孩子们能

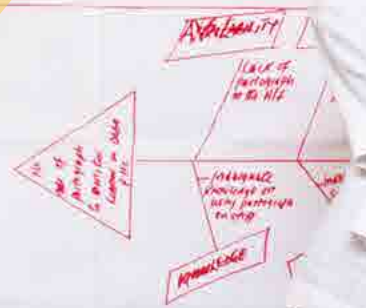
接受教育。我小时候就没有受过教育，一天学都没上过。但我的三个孩子都在上学。我要保证他们吃得饱。如果我今年提早种上小麦，就能在下一个种植季种些大麦给孩

子吃。我不能让孩子们饿着肚子学习。我做的每个决定都是为了家人。

文字根据采访整理

ISSUES/PROBLEMS		
ISSUES/PROBLEMS	NUMBER	
1. INADEQUATE KNOWLEDGE ON HIV/AIDS PREVENTION	5	
2. NO DEDICATED STAFFING	4	
3. LACK OF MONITORING AND EVALUATION SYSTEMS	3	
4. CLIENT WAITING TIME	3	
5. LOW DELIVERY RATE	2	
6. EMERGENCY DELIVERY OF NEWBORNS BEING DELIVERED AFTER DELIVERY	2	

STRENGTHS/POSITIVE ASPECTS OF THE DHC GROUP WORK
LARGE SIZE NO. OF PARTICIPANTS TO MONITOR



解读数据



我

们撰写《目标守卫者报告》的
目的是为了追踪可持续发展
目标 (SDGs) 的进展情况。我们

相信, 进步会激励领导者们做出更多的努力, 不足则促使他们更加专注于需要解决的问题。为此, 我们承诺每年发布与基金会工作关系最密切的18项指标的最新全球数据。鉴于今年的主题, 我们希望强调不平等对可持续发展目标的实现所造成的阻碍。我们也会更具体地探讨孕产妇死亡、发育迟缓和被忽视的热带病 (NTDs) 等问题。这些故事能让我们更好地了解不平等问题, 并寻找应对策略。

Bill & Melinda

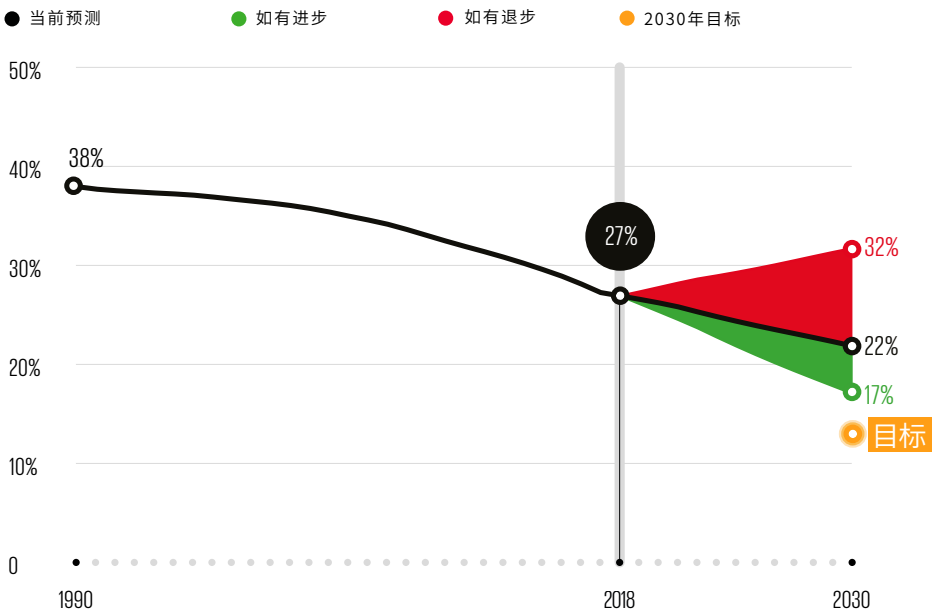
发育迟缓

发育迟缓是个复杂的问题，没有单一的解决办法，要想取得显著的成效，必须从多个方面同时努力。或许正是出于这一原因，全球发育迟缓率的下降速度比其他指标都要慢。但从另一个角度而言，如果发育迟缓率出现下降，则是对进步最有力的一个证明。

加快进步的方法之一是向榜样学习，尼泊尔就是取得了显著进步的榜样国家之一。

1996年，尼泊尔有三分之二的儿童发育迟缓，是全球发育迟缓率最高的国家。2016年，这个数字下降到三分之一。这一进步的取得离不开尼泊尔对卫生、营养和教育的大力投资。例如，自新千年以来，接受专业人士产前护理的孕妇占比提高了2倍（达到84%），

5岁以下儿童发育迟缓率



可持续发展目标：消除一切形式的营养不良，包括到2025年实现5岁以下儿童发育迟缓和消瘦问题的相关国际目标，图表上显示的是暂定目标，根据现有2025年的目标推断得出。

小学入学率现已达到97%。等状况却没有得到提升。从右图可以看出，从1996到2016年，按财富状况划分的五个等级（按五分位计算）对应的发育迟缓演变情况。尽管每

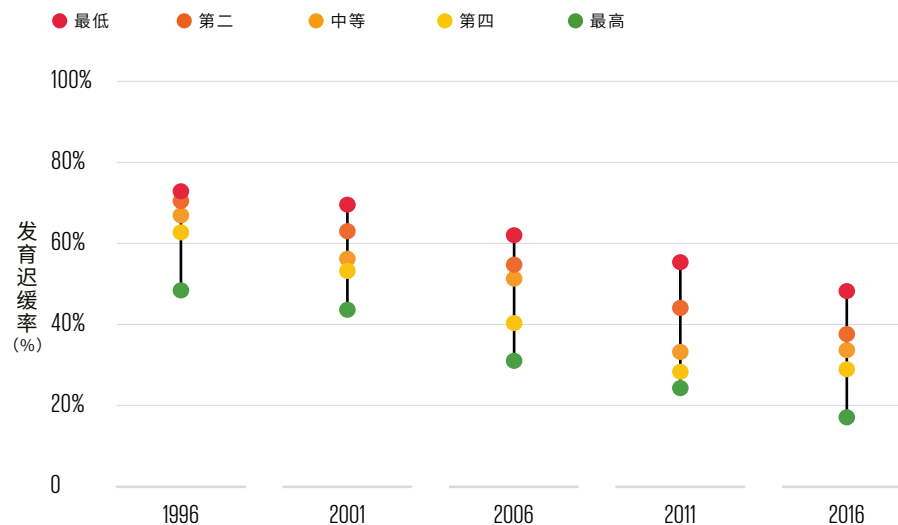
个等级都得到了显著改善，但最富裕的等级比最贫困的等级的改善更加明显。最贫困人口与其他等级间的差距甚至比原来更大。

尼泊尔现在的首要任务是缩小差距。为此，尼泊尔可以参考秘鲁的做法。

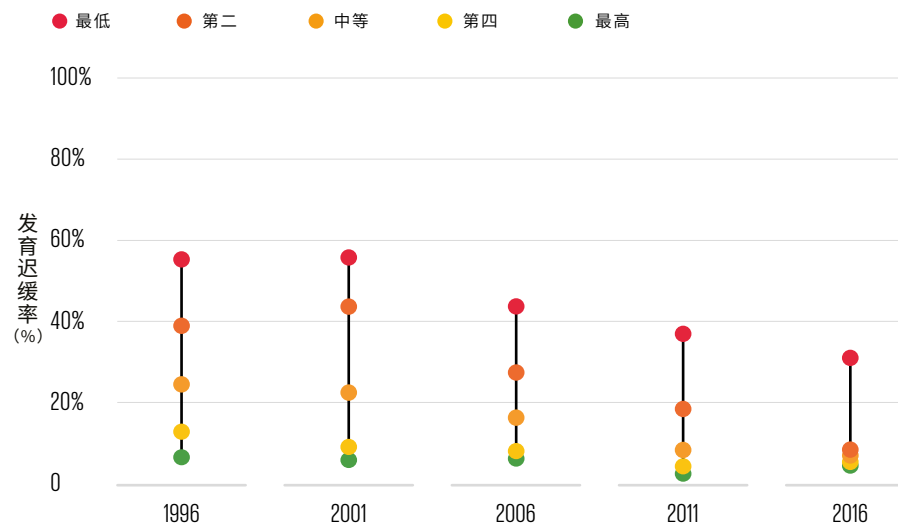
秘鲁在2000年的发育迟缓状况与尼泊尔现在的状况相仿。从秘鲁的图中可以看出，秘鲁最贫困和最富裕的等级的差距在过去15年缩小了一半，这得益于秘鲁政府采取的一系列举措，包括为贫困人口设立医疗保险；为重点地区的女性提供有条件的现金奖励，鼓励她们使用卫生、营养和教育服务；以及有针对性地实行健康和营养干预措施，保证最需要的人被放到优先的位置。

尼泊尔和秘鲁的案例能给处在发育迟缓问题各个阶段的国家提供参考。

尼泊尔财富五等分位组的发育迟缓率



秘鲁财富五等分位组的发育迟缓率



孕产妇死亡

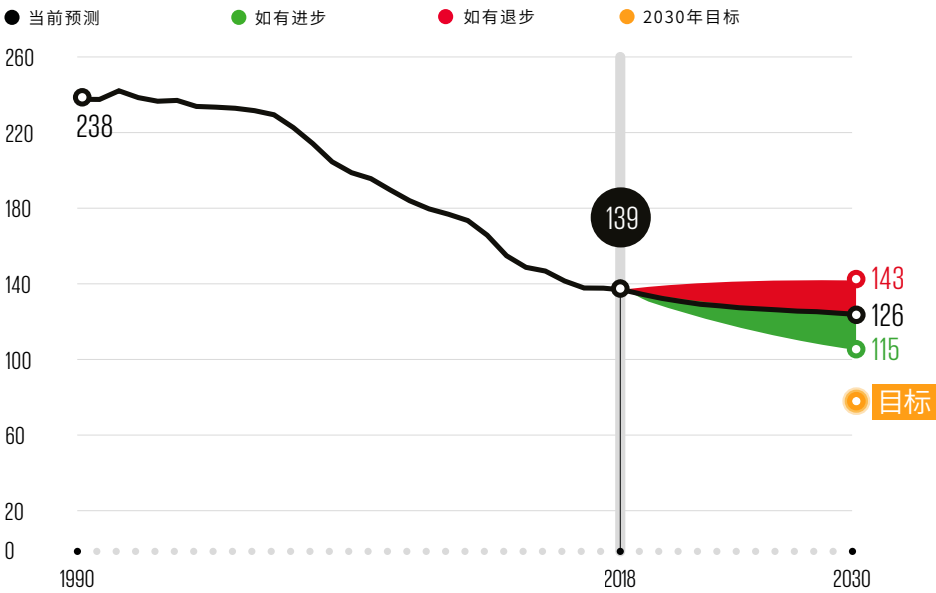
现有的工具可以预防大多数孕产妇死亡。解决问题的关键是为妈妈们提供优质的孕期及分娩期护理。

不幸的是，很多妈妈根本没能得到任何照顾。一名年轻的女性独自一人分娩的画面最能反映不平等状况，也最令人痛心。

幸运的是，很多政府和合作伙伴正在通过创新来消除这种状况。例如，我们的合作伙伴Jhpiego（约翰·霍普金斯大学下设的一个非营利性机构）正在重新构建孕妇与医疗体系的互动方式。

大多数孕妇会在怀孕期间接受几次护士或助产士提供的护理，每次几分钟。一对一护理听起来很不错，但通常都进行得很匆忙且不够人性化。所以Jhpiego邀请了几组处于相似

每十万例活产中孕产妇死亡人数



可持续发展目标（SDG）：全球孕产妇每10万例活产的死亡率降至70人以下。

怀孕阶段的女性，每组15到20名，来到肯尼亚和尼日利亚的20家医疗机构参加2小时的产前培训。她们现在有了更多的时间（这比原来的时间多30倍）与医护人员交流，医护人员也

能更深入地了解每个人的情况。此外，孕妇之间也能相互认识，建立起一个支持网络，一直持续到孕期之后。这些团体产前护理（G-ANC）试点产

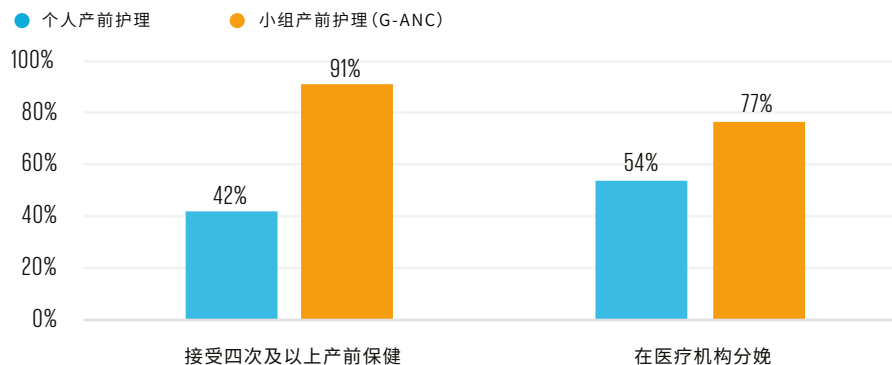
生了惊人的成果。

首先，护理的质量提高了。接受团体产前护理的肯尼亚和尼日利亚女性更有可能了解关键干预措施和信息，从而更好地照顾她们自己和新生儿。

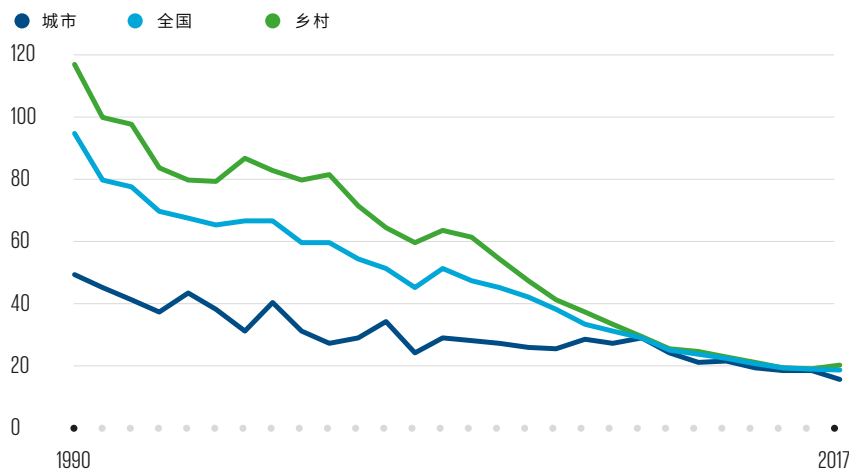
其次，女性更青睐这种体验，也更愿意继续使用这些卫生保健服务。参加了团体产前护理的尼日利亚女性更有可能在医疗机构里分娩，那里的专业人员可以处理分娩时发生的紧急情况。

第三，接受此类护理的女性在女性赋权方面的综合评分也较高，这表明团体产前护理不仅改善了产妇健康，也对其他的发展事项产生了积极影响。中国在大规模改善孕产妇健康方面取得了显著成效。30年前，中国农村女性因分娩死亡的机率是城市女性的两倍以上，现在这一差距几乎已经完全消失。与此同时，全国孕产妇死亡率下降到每十万例活产孕产妇死亡数量不到20例，远低于可持续发

尼日利亚小组产前护理(G-ANC)场所中母亲使用卫生服务的变化



中国孕产妇死亡率持续下降



展目标提出的70例。中国的这一进展得益于对初级卫生保健系统的大力投资（孕产妇和儿童健康是其中的重要组成部分）、医保覆盖范围和

服务种类的扩大，以及针对中国中西部贫困家庭推出的孕产妇和儿童健康项目等举措。

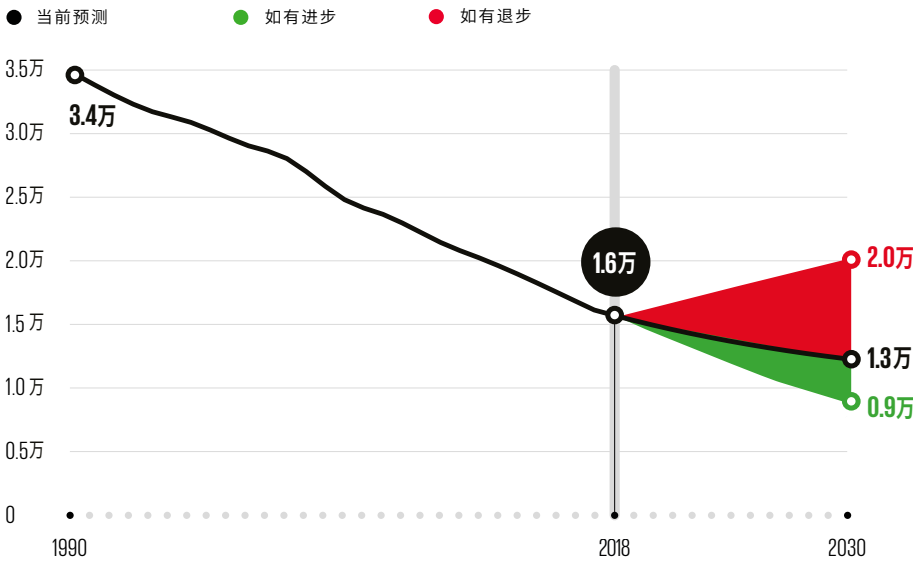
被忽视的热带病

在“被忽视的热带病”一词中，“被忽视的”一词指大约20种被忽视的疾病，但它也完全可以用来描述这些疾病影响的15亿人。想要战胜被忽视的热带病，必须了解这些人的需求，而他们的需求从来没有被满足过。

以盘尾丝虫病为例，这是一种能引发极度瘙痒，严重情况下甚至导致失明的疾病（也被称为河盲症）。盘尾丝虫病通过在湍急的河流附近繁殖的黑蝇传播。因此，世界上一些最贫穷的农民被迫放弃河流附近适合耕种的土地，转而到贫瘠的土地上耕作。

好消息是伊维菌素可以用来治疗盘尾丝虫病，默克公司自1987年以来一直免费提供这种药物。不幸的是，尽管伊维菌素可以杀死导致疾病症状的幼虫，却不能杀死能够持续繁殖超过15年的成虫。此外，在撒哈拉以南非洲地

每十万人中15 种被忽视的热带病的发病人数



可持续发展目标（SDG）：消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带病等流行病。

区的偏远村庄里，仍有2亿人面临被感染的风险。

鉴于以上种种挑战，消除盘尾丝虫病需要依靠所谓的大规模药物管理行动（也称为“全民服药”）。每年，成千

上万个偏远村庄中有大量志愿卫生工作者向每位当地居民发放伊维菌素。如果全民服药一直保持高覆盖率，那么大约15年后，人体内现有的成虫会自然衰老死亡，并因此阻断传播。但我们愈是成功，工作就愈加艰难。

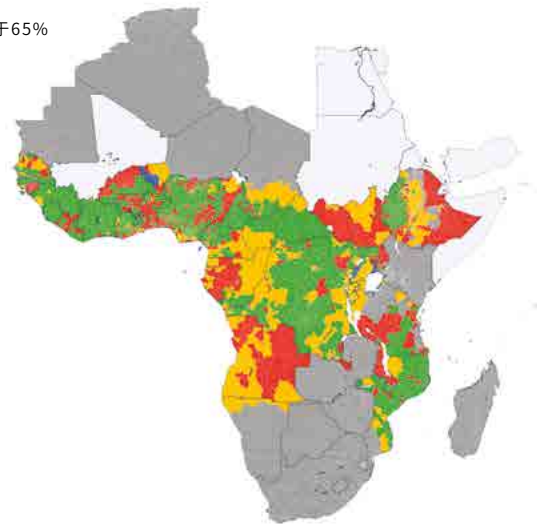
首先,连续服用了10年药物后,不再感到任何症状的人很可能会停止服用。其次,诊断测试不够灵敏,无法确定疾病是已经完全治愈,还是仅仅因为指标很低所以检测不出来。因此,我们无法确定何时可以安全停止全民服药。

我们还在继续投资寻找更好的诊断方法和治疗药物,但每年还是要依靠全球最脆弱的一些卫生系统来完成这一高质量、覆盖广的全民服药行动。很多人站出来直面挑战。在尼日利亚的两个州,以及马里、塞内加尔、苏丹和乌干达的部分地区,盘尾丝虫病的传播已被阻断。此外,马拉维和塞拉利昂等人均国内生产总值低于1000美元的国家,有多个被忽视的热带病已连续三年实现75%以上的全民服药覆盖。

现在的任务是让每个国家都在被忽视热带病流行的地区执行并维持类似的进步,直到这些病得到控制或被完全消除。

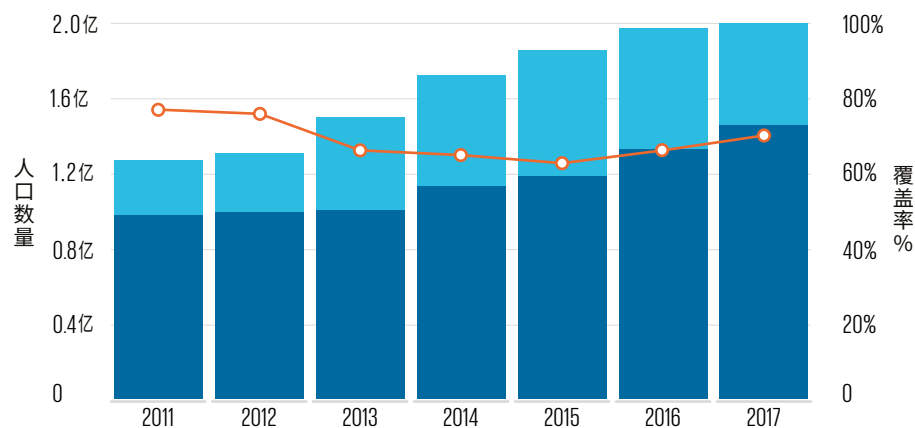
非洲各地区的盘尾丝虫病消除项目实行情况

- 没有实施大规模药物治疗或覆盖率小于65%
- 已实行有效的大规模药物治疗
- 没有盘尾丝虫病传染
- 已达到消除目标所以没有实施大规模药物治疗
- 发病率低(不一定低于消除目标值)而没有实施大规模药物治疗



接受河盲症预防性治疗的人数

- 已得到覆盖的人口
- 未得到覆盖的人口
- 预防性治疗的覆盖率



贫困

这张图最令人担忧的是撒哈拉以南非洲的曲线斜率。理想情况下，撒哈拉以南非洲地区应该与南亚近年来的发展趋势相仿，即贫困直线下降。然而根据目前的预测，该地区从现在到2030年的进步速度反而会相对放缓。从长远来看，减少撒哈拉以南非洲地区贫困状况的关键是对健康和教育进行投资，从而惠及那些常被忽视的人群。

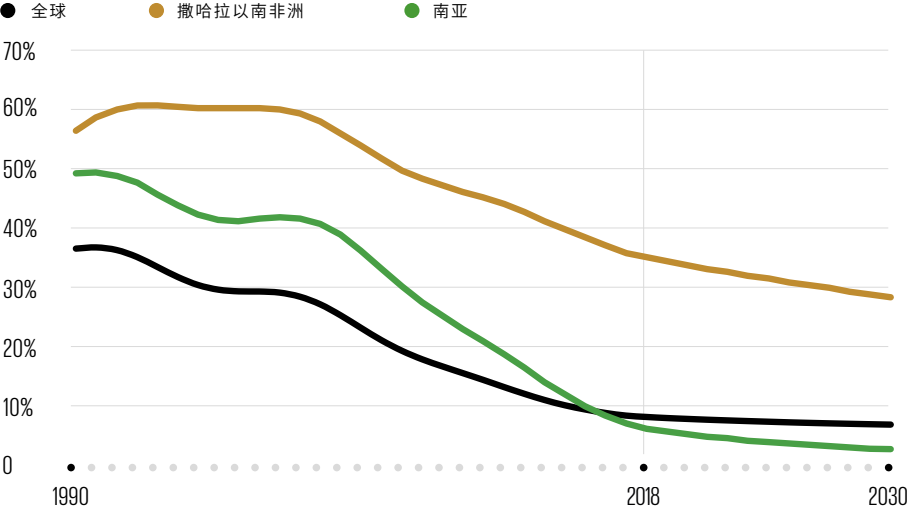
可持续发展目标：在全球所有人口中消除极端贫困。

农业

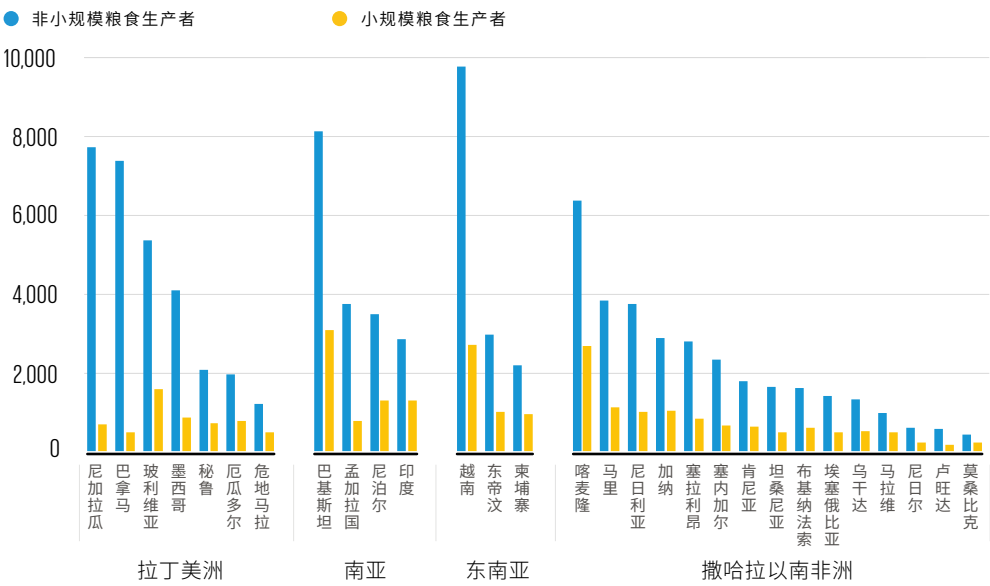
过去我们只能在农业生产力这项指标下标注“数据不足”。这张图虽然没有衡量可持续发展目标，但却代表了一个突破。这是我们首次拥有多国之间可横向比较的相关数据。尽管在几乎所有这些国家中，小规模粮食生产者的数量远远超过大规模生产者，但他们获得的收入只占很小的部分，因为他们无法获得金融服务、没有更好的种子和化肥、缺乏专业知识，而且没有途径销售他们的农产品。此外，在撒哈拉以南非洲国家，无论是小规模还是大规模粮食生产者，两者的收入均普遍低于其他地区。

可持续发展目标：小规模粮食生产者，特别是妇女、土著居民、农户、牧民和渔民，实现农业生产力和收入翻番。

生活在国际贫困线(1.90 美元/ 天) 以下的人口比例



按购买力平价调整后的农业平均年收入(2011年不变国际元)



五岁以下儿童死亡

肺炎是导致儿童死亡的第一大传染性疾病，在所有导致儿童死亡的因素中排名第二，仅次于新生儿常见疾病。然而全球针对传染病的研发支出中只有3%用于肺炎，而全球针对传染病的外国援助中也只有6%的支出用于肺炎。目前全球范围内只有不到一半的儿童接种了最先进的肺炎疫苗。一种更加便宜的疫苗可能很快会上市，让更多的国家能够保护更多的儿童，降低全球儿童死亡率。

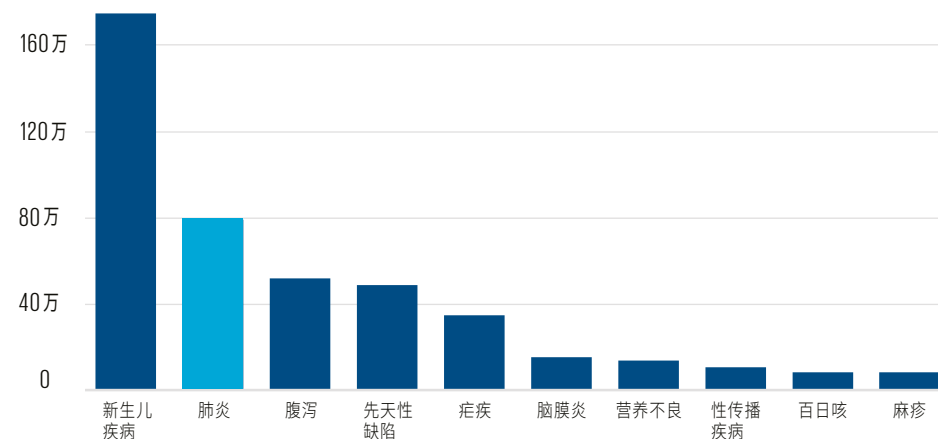
可持续发展目标：消除新生儿和5岁以下儿童可预防的死亡，各国争取将5岁以下儿童每1000例活产的死亡率至少降至25例。

新生儿死亡

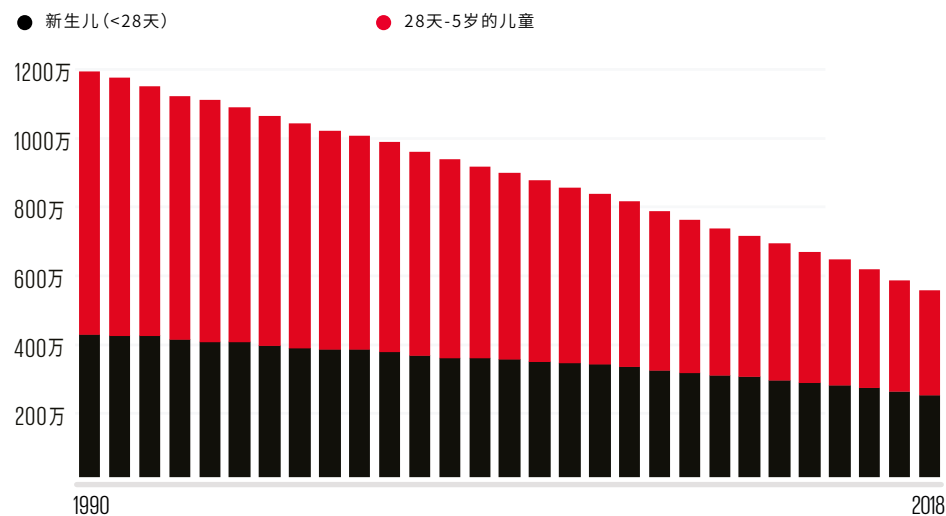
五岁以下儿童死亡人数稳步下降，新生儿（0-28天）的死亡人数也有所下降，但速度更慢。因此，新生儿死亡在儿童总死亡人数中的占比有所上升。现在，几乎有一半的儿童死亡都发生在宝宝出生后的前28天。若想未来在儿童生存方面取得进步，我们需要重新聚焦新生儿健康。除了提供一套切实有效的基本干预措施外，对于低收入和中等收入国家来说，确保母亲分娩的医疗机构可以提供针对体型过小和患病婴儿的专业护理尤为重要。

可持续发展目标：消除新生儿和5岁以下儿童可预防的死亡，各国争取将新生儿每1000例活产的死亡率至少降至12例。

各类原因导致的五岁以下儿童死亡人数



全球五岁以下儿童死亡时间的变化趋势



艾滋病

10至24岁之间的女性感染艾滋病毒的可能性明显高于男性（顺便说一下，24岁以后的情况则恰恰相反）。多种原因导致年轻女性更容易受到伤害。例如，在一段关系中缺少主导地位会导致少女发生危险性行为，社会舆论的诋毁也会阻止她们寻求（或接受）足够的生殖保健护理。随着年轻人口激增，这种差距尤其令人担忧：达到最脆弱年龄的女孩数量在不断增长。

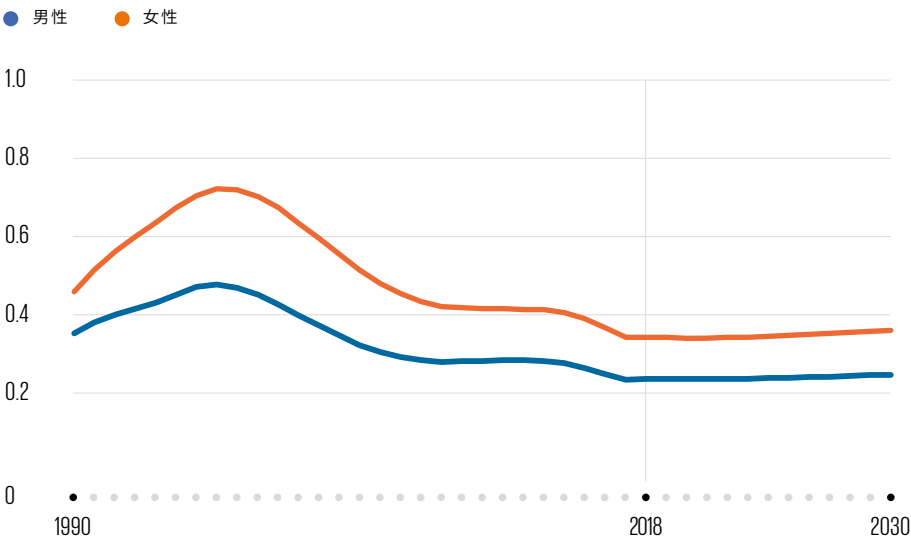
可持续发展目标：消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带病等流行病。

结核病

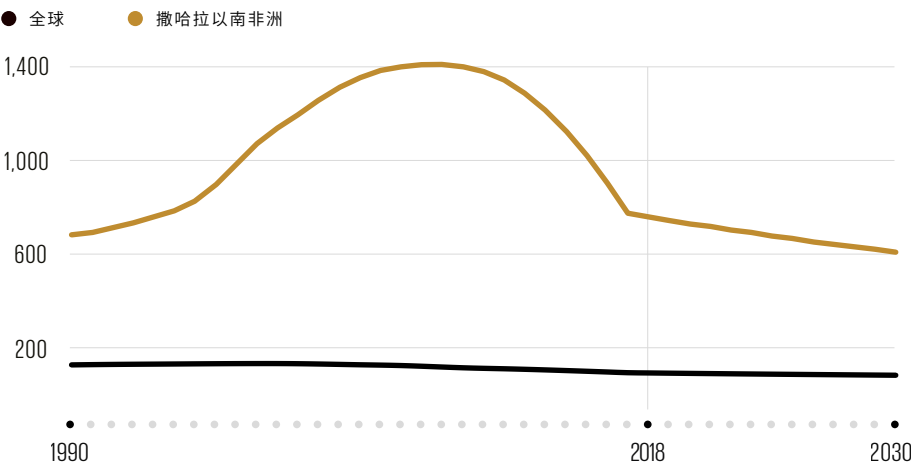
1990年代到2000年代期间，撒哈拉以南非洲地区结核病例激增，这进一步证明了艾滋病毒/艾滋病流行所带来的灾难性后果。艾滋病毒使人们更易感染结核病，从而导致该地区的结核病例数量上升。2008年之后的急剧下降也证明非洲成功地应对了艾滋病危机。撒哈拉以南非洲和南亚地区的下一个重心是诊断并治疗所有的活跃结核病病例，同时缩小与其他地区的差距。

可持续发展目标：消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带病等流行病。

每千人中(10-24岁)艾滋病毒新发感染人数



每十万人中结核病新发病人数



疟疾

这些线证明了疟疾是全球健康不平等的典型代表。低收入国家承担了全球所有的疟疾负担，高收入国家的病例数几乎为零。国家内部也存在很大的差距，最难触及的最贫穷社区受到的影响最大。全球面临的疟疾负担已经稳步下降，但只有国家内部和国与国之间的疟疾不平等问题得到解决，才能最终取得成功。疾病负担最重的地区却很可能是最后才会消灭这种疾病的地区，因此我们越早解决不平等问题，就越能接近彻底消除疟疾的目标。

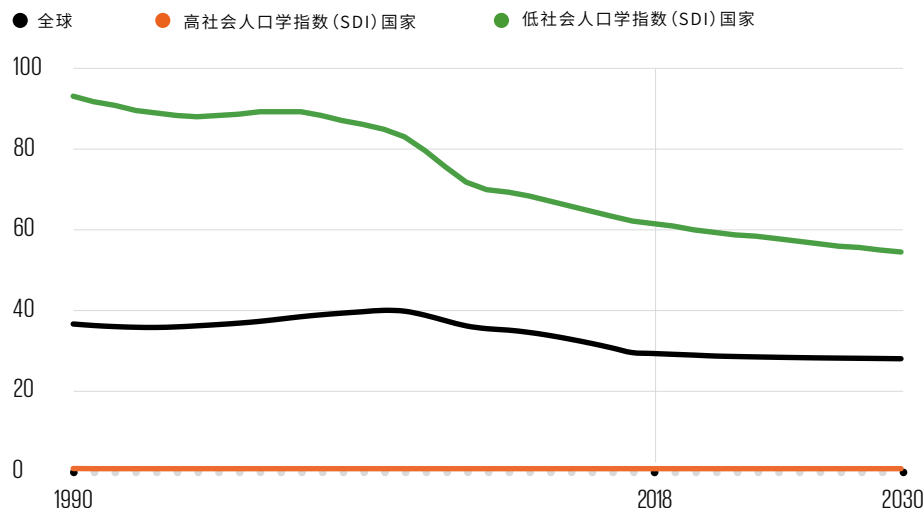
可持续发展目标：消除艾滋病、结核病、疟疾和被忽视的热带病等流行病。

自主计划生育

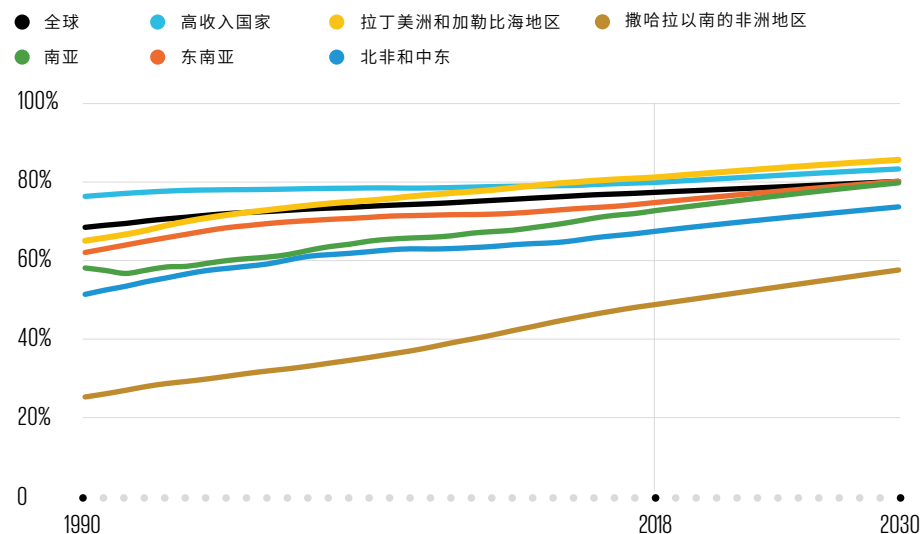
在自主计划生育方面，撒哈拉以南非洲地区是完全孤立的。到目前为止，全球所有其他地区都已经聚集到了这张图的顶端；接下来有段空白；然后才是代表撒哈拉以南非洲地区的这条线。虽然目前看来差距有缩小的趋势，但非常缓慢。如果少数几个撒哈拉以南非洲国家能够加快提高自主计划生育的覆盖，那么该地区就能实现满足妇女对避孕药具和生殖健康的需求这一全球目标。

可持续发展目标：确保性健康和生殖健康保健服务的普及，包括自主计划生育。

每千人中疟疾新发病人数



利用现代手段满足自主计划生育需求的育龄妇女 (15 - 49 岁) 的比例



全民健康覆盖

通过全民健康覆盖，一个国家的所有公民都能获得基本医疗服务，并且不因此陷入经济困难。收入较高的国家比收入较低的国家更有可能实现全民健康覆盖，但这张图显示出一些收入较低的国家反而比其他国家更有成效。虽然卢旺达和埃塞俄比亚比其他国家更加贫困，但它们都向以社区为中心的初级卫生保健投入了大量资金。因此，这两个国家的全民健康覆盖得到了极大的改善。

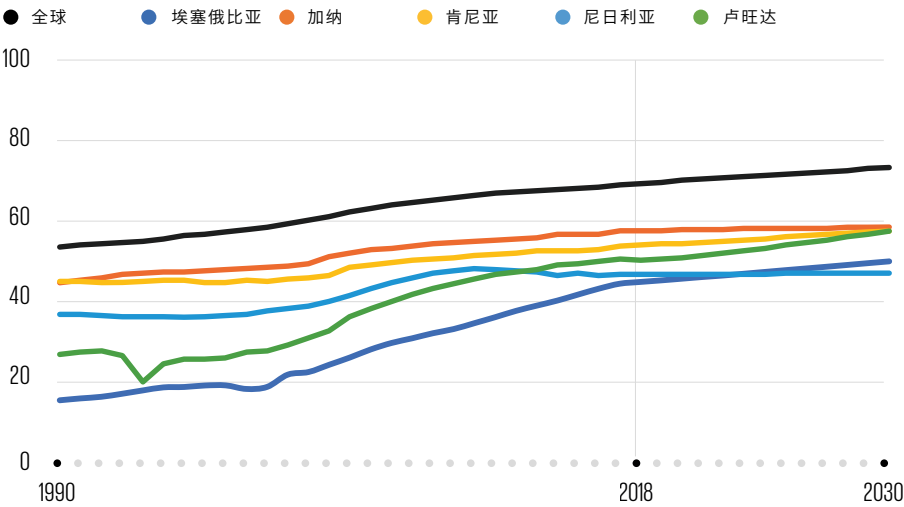
可持续发展目标：实现全民健康保障。

吸烟

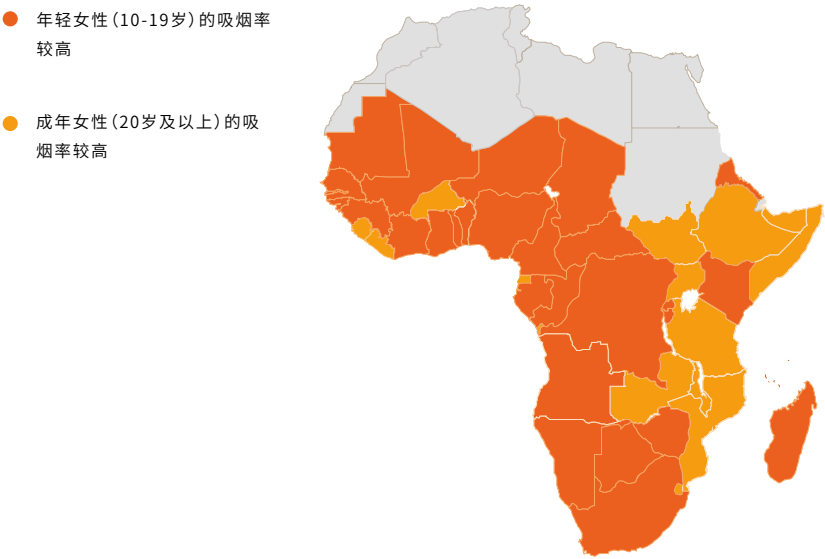
在三分之二的撒哈拉以南非洲国家中，女孩吸烟的机率高 于成年女性。以往，非洲的吸烟者多为男性，但这点可能正在悄然改变。各国需要采取经证实有效的烟草控制策略来 扭转目前这一令人担忧的趋势。针对年轻人最为有效的方法之一是通过提高烟草税，进而提高香烟的价格。税收将限制吸烟行为，从而降低整体医疗成本，政府也可将产生的收入用来解决其他重要问题。

可持续发展目标：在所有国家加强执行《世界卫生组织烟草控制框架公约》。

基本医疗服务覆盖水平的得分



撒哈拉以南非洲30个国家中女孩和妇女吸烟率对比



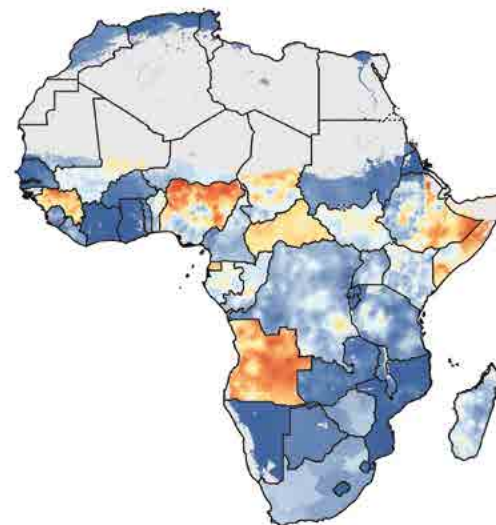
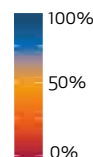
疫苗

美国今年爆发了这一代最严重的麻疹疫情。全球范围内，乍得、刚果民主共和国和马达加斯加甚至爆发了更大规模的疫情。麻疹的流行特征要求必须有极高比例的儿童接种疫苗，但如地图所示，非洲有超过一半的一岁以上儿童生活在麻疹疫苗接种覆盖率低于80%的地区。但若干关键地区的情况可能有所改善。尼日利亚西北地区的初步数据显示，政府对麻疹疫苗重新做出的承诺和其他常规疫苗接种已经显现成效，疫苗覆盖率在过去两年迅速提高。

可持续发展目标：支持研发主要影响发展中国家的传染和非传染性疾病的疫苗和药品，根据《关于与贸易有关的知识产权协议与公共健康的多哈宣言》的规定，提供负担得起的基本药品和疫苗，《多哈宣言》确认发展中国家有权充分利用《与贸易有关的知识产权协议》中关于采用变通办法保护公众健康，尤其是让所有人获得药品的条款。

2017年地方麻疹疫苗（第一剂）接种覆盖率

接种比例：含麻疹成分
疫苗 MCV（第一剂）



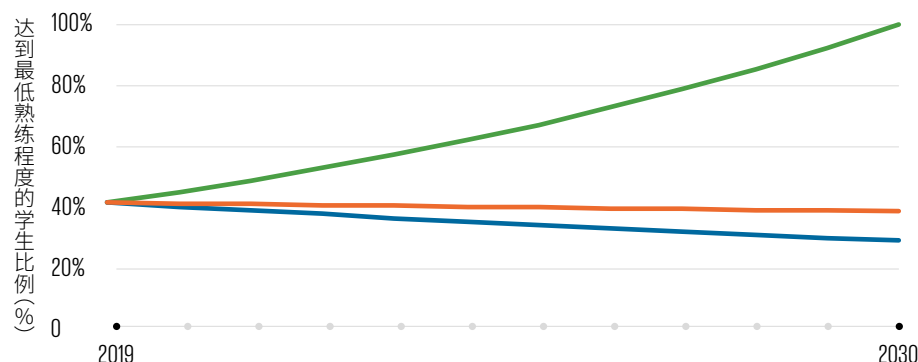
教育

上一代人的入学比例大幅增加。然而，随着学生数量的增加，如何持续提供优质教育日益成为挑战。目前在10个讲法语的非洲国家中，超过一半的六年级学生无法达到数学和阅读的最低熟练水平。更糟糕的是这一情况还有恶化的趋势：如果不做出改变，到2030年将会有三分之二的学生连基础知识都无法掌握。为了改变这种状况，教育界的领导者们需要特别强调低年级的识字和算术教育。

可持续发展目标：到2030年，确保所有男女童完成免费、公平和优质的中小学教育，并取得相关和有效的学习成果。

撒哈拉以南非洲地区中10个法语国家的6年级学生达到最低熟练程度的比例

● 平均 ● 最优 ● 需要达到



性别平等

在全球范围内，女性从事无偿护理工作的时间比男性多三倍。每个地区都存在差距，但是北非和西亚的差距最大。目前这些无偿工作的价值约为每年10万亿美元，但这一庞大的数字仍不能充分体现女性无法实现的巨大经济潜力。2013年，国际上完善了对“工作”的定义并将无偿护理纳入其中。从那时起，我们的合作伙伴一直在制定相关指南，以更好地通过调查全面了解世界各地女性的工作情况。这是解决两性在有偿和无偿工作上差距的关键一步。

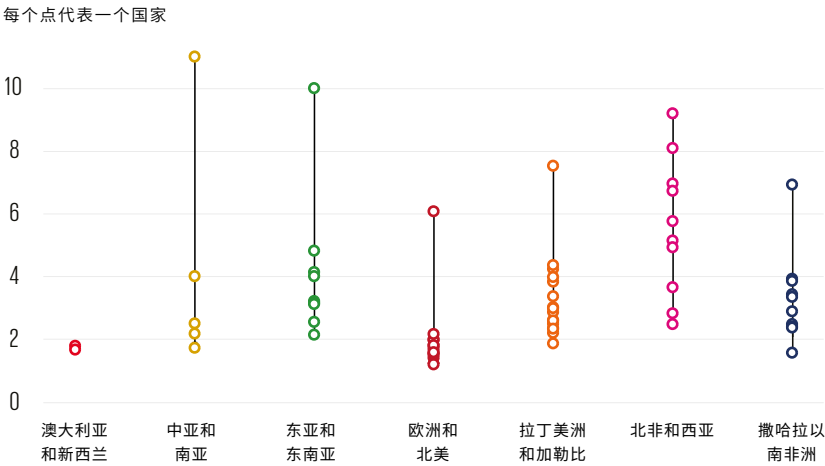
可持续发展目标：认可和尊重无偿护理和家务，各国可视本国情况提供公共服务、基础设施和社会保护政策，在家庭内部提倡责任共担。

环境卫生

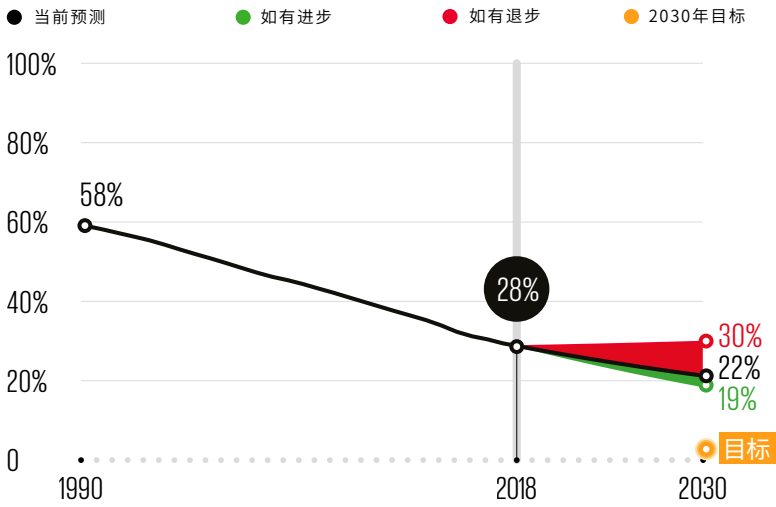
这张图显示，只有建设下水道、污水处理厂以及其他昂贵的基础设施才能推动进步，这对很多地方来讲并不实际，因此这一信息是错误的。可持续发展目标设定了一个新的“安全可控的”卫生目标，来追踪并改善低收入国家中数十亿人口使用的卫生系统。但问题在于，各国领导者还没有足够的数据来衡量安全可控的卫生设施，也无法确定需要改进的关键领域。如果各国希望完成可持续发展目标的第六条，那么就需要越来越多的国家开始向联合国儿童基金会（UNICEF）和世界卫生组织（WHO）的《饮用水供应和环境卫生联合监测规划》进行报告。

可持续发展目标：人人享有适当和公平的环境卫生和个人卫生，杜绝露天排便，特别注意满足妇女、女童和弱势群体在此方面的需求。

根据现有最新数据，各地区女性与男性花在无偿护理和家务劳动上的时间比



使用不安全或未经改良的卫生设施的人口比例

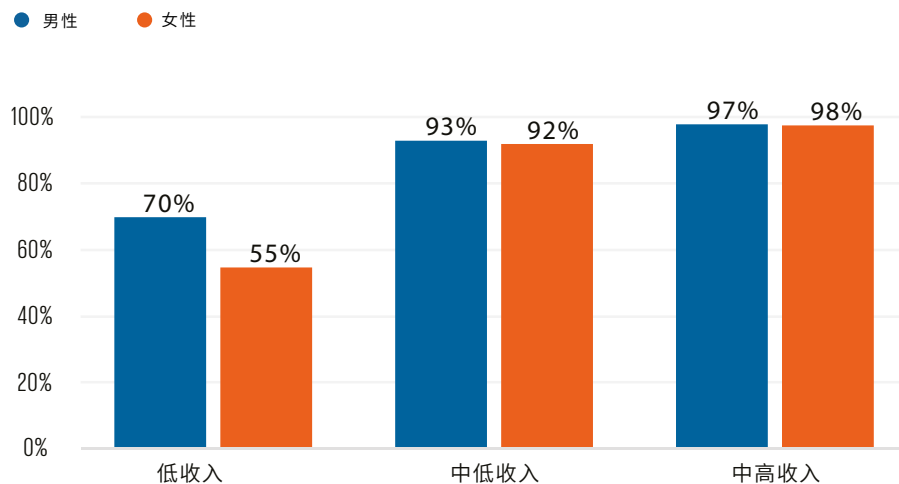


普惠金融

能够证明自己的身份是获取金融和社会服务、获得权利（如投票）并抓住经济机会（如注册企业）的关键。然而全球仍有10亿人口缺少基本的身份证明，更有多达一半的人口没有权威机构认可并接受的身份证明。此外，低收入国家在身份证明问题上存在性别差距，仅有55%的女性能够证明自己的身份，而对于男性而言这个比例是70%。

——
可持续发展目标：加强国内金融机构的能力，鼓励并扩大全民获得银行、保险和金融服务的机会。

不同收入群体中成人身份证明持有率，按性别划分



来源与注释

下文分章节列出了本报告中出现的事实与数字的信息来源。对于尚未发表的分析结果，下文列出了简要的方法论说明。您可在《目标守卫者报告》的网站上找到完整引文、来源链接和其他参考资料。

聚焦不平等

不平等问题多个层面

第4页的图改编自联合国开发计划署于2018年7月发布的《不让任何一个人掉队意味着什么？联合国开发计划署的一份讨论文件和实施框架》(What Does It Mean to Leave No One Behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation)的最初始版本。

地域

健康指标和评估研究所 (IHME) 以5x5公里的区域为单位，估算了2000-2017年间低收入及中等收入国家五岁以下儿童死亡率和受教育程度。这些估算数据是基于之前详细介绍的五岁以下儿童死亡率 (Golding 和Burstein等人, 2017年) 和教育 (Graetz等人, 2018年) 的评估方法之上得出的。此外，IHME还模拟了这些指标的多种发展情景，以探索各国及地区县未来实现可持续发展目标的可能性。IHME提出了三种情景：基于过去趋势及其与主要驱动因素之间关系建立的参考情景，以及“如有进步”和“如有退步”两种可能

情景，突出加速进步的潜力，并审视减少健康和教育领域不平等状况的潜在影响。

为了得到5x5公里层面五岁以下儿童死亡率和受教育程度的参考情景，IHME计算了从2000年到2017年，每个5x5公里单位网格的年化变化率。受教育程度方面，IHME使用半对数转换计算，把受教育年限的平均值界定在0到18年之间，并采集了在受教育年限平均值较低情况下观察到的较大的年化变化率。基于每个5x5公里单位网格的年化变化率，IHME对2018-2100年全部单位网格的五岁以下儿童死亡率和受教育程度进行了初步预测。然后IHME把这些5x5公里层面的初步预测结果按比例放大，生成国家层面五岁以下儿童死亡率和受教育程度的参考情景。这些国家层面的参考情景继续纳入更广泛的数据和方法，从而得到对未来的预测。例如，对于五岁以下儿童死亡率的预测还考量了人均收入等驱动因素的未来趋势、儿童营养不良等风险因素，以及疫苗接种等干预措施 (Foreman等人, 2018年)。

对于“如有进步”和“如有退步”两种情景，IHME将变

化率设为2000至2017年间区县层面年化变化率的85% 和15%。除非某一区域的参考情景优于进步情景，或某一区域的参考情景差于退步情景，否则所有地区的未来预测都使用年化变化率。在这些情况下，参考情景取代了进步和倒退情景。

性别

在“性别差距”相关图表中引用的数据点请参考以下来源：IHME提供的有关教育和劳动参与率中的性别差距，2019年；早婚数据参考联合国儿童基金会的全球数据库 (2018年)，数据来源包括2000-2017年人口健康调查、多指标组群调查以及2000-2017年的全国性调查；无偿护理工作数据来自联合国妇女署，2019年。

无偿护理工作 —— 详见联合国妇女署，2019年，和国际劳工组织，2018年。

劳动参与率 —— IHME利用高斯过程回归法 (ST-GPR)，以每5岁为一个年龄段并按性别分组，对15-69岁人口的就业率 (即总就业人数占总人口的比例) 进

行预测。输入的数据来自各项家庭普查、调查和国际劳工组织的计算。受访者必须在过去七天内至少有偿工作、自我雇佣、当学徒或在家族企业工作一小时才能被视为就业，否则视作这一周没有工作。IHME接下来利用高斯过程回归法和国际劳工组织的数据，计算出就业人口中非正规工作者（定义基于国际劳工组织）的比例。这一结果再用以确定总人口中正规就业人口的比例。

入学率 ——估算了15-69岁之间女性的平均受教育年限。第16页上的图表以对数显示。

进步的故事

初级卫生保健

23页的图表根据2018年世界银行汇编的世界发展指标中的国内生产总值和人口总数两项指标得出。估算按当前美元价值计算。Gitahi引用的86美元人均医疗卫生支出数据来自查塔姆研究所，2014年。这一估算来自世界卫生组织卫生系统创新性国际筹资高级别工作组（2009年）的初步分析，且以2012年美元价值计算。

数字普惠

更多相关信息请参阅以下来源：Anand等人，2013年。Field等人，2016年。Gelb和Diofasi，2015年。印度石油和天然气部，2019年7月。Mittal、Mukherjee和Gelb，2017年。Muralidharan等人，2016年。

气候适应

有关2015年埃塞俄比亚干旱的更多信息，请浏览饥荒预警系统网络（FEWS NET），2015年。有关埃塞俄比亚农业增长和抗灾能力的更多信息，请参阅Dorosh和Rashid，2015年，和Bachewe等人，2015年。

解读数据

对于健康指标，IHME预测了三种未来情景。“当前预测”基于过去的趋势。对于“如有进步”和“如有退步”两种情景，IHME将变化率设为1990至2017年间，每个指标或其驱动因素在各个国家的年化变化率的85%和15%。

发育迟缓

IHME对发育迟缓的定义为，身高年龄比例比世界卫生组织根据2006年0-59个月儿童生长标准绘制的身高年龄比例曲线的中位值低两个标准差以上。估测基于2017年的全球疾病负担研究（GBD），以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年风险因素（2017 Risk Factor Collaborators），2018年。

秘鲁和尼泊尔的研究及图表由SickKids降低发育迟缓示范研究团队（SickKids Stunting Reduction Exemplars Research Team）提供，2019年。

孕产妇死亡

IHME将孕产妇死亡定义为女性在怀孕期间或妊娠结束后一年内的死亡，无论怀孕周期的长短或地点，以及是否由妊娠或妊娠处理相关原因导致或促进的死亡，但偶然或意外死亡不包括在内。年龄范围是10-54岁。估测基于2017年GBD，以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年风险因素，2018年。

被忽视的热带病

IHME测定了15种被忽视的热带病的患病率总和。这15种被忽视的热带病目前都在全球疾病负担的研究范围内，具体包括：人类非洲锥虫病、美

洲锥虫病、肝囊型包虫病、囊尾 幼虫病、登革热、食源性疟原虫病、麦地那龙 线虫病、肠道线虫病、利什曼病、麻风病、淋 巴丝虫病、盘尾丝虫病、狂犬病、血吸虫病和沙眼。估测基于2017年GBD，以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年风险因素，2018年，以及GBD 2017年可持续发展目标协作组（2017 SDG Collaborators），2018年。

非洲盘尾丝虫病消除项目的地图来自消除被忽视的热带病特别扩大项目（Expanded Special Project for Elimination of Neglected Tropical Diseases），2016年。

柱状图改编自联合抗击被忽视的热带病（Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases）网站，网站基于世界卫生组织的数据。

贫困

极端贫困率指的是一国每天生活费不足1.90美元（按2011年经购买力平价调整后的美元计算）的人口比例。各国的代表性数据来自世界银行1980年和2018年的数据。然而，这一数据并未提供各个国家在完整时间序列上的贫困率。为了估算所有国家的完整时间序列，我们使用了GBD开发并被广泛使用的方法：高斯进程回归法。选择这一方法是因为它在预测时既能利用可用数据，也能在缺乏可用数据时借用时间、地域和预测协变量（人均GDP、女性教育和千卡消耗量）。通过使用集合模型估算贫困率的逐年变化，测算出2018年至2030年的贫困率数据。更多有关信息，请参阅IHME，2019年。

农业

详见联合国粮食与农业组织农村生计信息系统

(RuLIS)，访问时间2019年7月。这是可获得的所选国家在2005年至2016年间的最新数据；有关其他信息，请参阅RuLIS。测试方法请参考联合国粮食与农业组织，2018年。

五岁以下儿童死亡

IHME将五岁以下儿童死亡率定义为从出生到五岁之间儿童死亡的概率，并表达为每千例活产的死亡人数。估测基于2019年GBD的初步调查结果，以及对2019-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年死亡率协作组（2017 Mortality Collaborators），2018年。

新生儿死亡

IHME将新生儿死亡率定义为出生后头28天内死亡的概率，并表达为每千例活产的死亡人数。IHME提供了估算方法的详细描述，将新生儿死亡率定义为在某一特定年份或时期内每千例活产婴儿在出生后28个完整天内死亡的人数。估测基于2019年GBD的初步调查结果，以及对2019-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年死亡率，2018年。

艾滋病

IHME估算了每千人中艾滋病病毒感染新发病例的年龄标准化率。估测基于2017年GBD，以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年疾病与伤害发生率及患病率协作组（GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators），2018年。

结核病

IHME将患病率调查、病例通报和对特定原因死亡率的估测数据输入统计模型——模型可增强估算结果

的内部一致性，从而测算出在特定日历年内诊断出的新发和复发结核病例（发病率）。估测基于2017年GBD，以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年疾病与伤害发生率及患病率，2018年。

疟疾

IHME估算了每千人中疟疾新发病例的年龄标准化率。估测基于2017年GBD，以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年疾病与伤害发生率及患病率，2018年，以及Weiss等人，2019年。

社会人口指数（SDI）是IHME开发的一个汇总指标，可用于确定各国或其他区域的发展阶段。SDI介于0到1之间，分数体现GBD覆盖的所有地区的人均收入、平均受教育程度和生育率排名的综合平均值。

自主计划生育

IHME估算了能够利用现代方式满足自主计划生育需求的育龄女性（15-49岁）的比例。现代避孕方法包括目前使用的男性或女性绝育术、男性或女性避孕套/子宫帽、泡沫或果冻杀精剂、口服激素药丸、植入避孕器、注射剂、宫内避孕器（宫内节育器IUDs）或紧急避孕药。估测基于2019年GBD的初步调查结果，以及对2019-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年可持续发展目标协作组，2018年。

全民健康覆盖

IHME将全民健康覆盖指数定义为对9种追踪的干预措施的覆盖和32种可通过个人卫生保健改善的疾病导致的风险标准化死亡率。追踪的干预措施包括疫苗接种（包括三剂百白破疫苗、麻疹疫苗和三剂口服脊髓灰质炎疫苗或灭活脊髓灰质炎疫苗）；现代避孕需

求满足情况；孕妇产前保健覆盖率；技术熟练的接生员覆盖率；住院分娩率；以及艾滋病感染者抗逆转录病毒治疗的覆盖率。32种可通过个人卫生保健改善的疾病包括结核病、腹泻、下呼吸道感染、上呼吸道感染、白喉、百日咳、破伤风、麻疹、产妇疾病、新生儿疾病、结肠和直肠癌、非黑色素瘤、乳腺癌、子宫颈癌、子宫癌、睾丸癌、霍奇金淋巴瘤、白血病、风湿性心脏病、缺血性心脏病、脑血管病、高血压性心脏病、消化性溃疡病、阑尾炎、疝气、胆囊和胆汁疾病、癫痫、糖尿病、慢性肾脏疾病、先天性心脏异常和药物治疗不良反应。IHME对这41个指标按0到100打分，其中0代表在1990至2016年之间观察到的最低水平，100代表观察到的最高水平。然后，IHME取这41个指标的算术平均数来评估生殖、孕产妇、新生儿和儿童健康在内的基本医疗服务、传染性疾病、非传染性疾病以及服务能力和可及性。估测基于2017年GBD，以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年可持续发展目标，2018年。

吸烟

IHME计算了目前的烟草使用情况。IHME将所有可用的调查数据整理，包括当前或过去30天内烟草的使用频率（例如每日吸烟、偶尔吸烟），以及烟草产品的类型信息（包括香烟、雪茄、烟斗、水烟，以及当地产品）。IHME将所有数据按其标准定义进行换算，这样得出的跨区域、跨时间的对比才有意义。估测基于2019年GBD的初步调查结果，以及对2019-2030年的预测。有关估算方法的详细说明，请参阅GBD 2017年风险因素，2018年。

疫苗

IHME对疫苗接种率的估测数据分别包括以下疫苗的接种覆盖率：百白破三联疫苗（DTP3）、麻疹疫苗（MCV2）第二剂和三剂肺炎球菌结合疫苗（PCV3）。

估测基于2019年GBD的初步调查结果,以及对2019-2030年的预测。有关估算方法的详细说明,请参阅GBD 2017年可持续发展目标,2018年。

IHME得出的各地疫苗覆盖率情况基于Mosser等人在2019年中描述的地理空间建模方法。到2019年《目标守卫者报告》发布时,麻疹接种率估算数据尚未发布。

教育

联合国教科文组织的预测是基于CONFEMEN教育系统分析计划(Analysis Programme of CONFEMEN Education Systems, PASEC)中2006年与2014年平均得分的年化差异基础上的。请注意,尽管每年进行的测试内容大致相似,它们在心理计量上没有可比性。联合国教科文组织统计研究所(UIS)在每年的评估中采用最低熟练程度的等效定义,以呈现一个调和后的评分体系。但由于评估自身设计的原因,该评分体系尚未经过实证验证。更多信息请参考联合国教科文组织,2019年,和UIS,2019年。

性别平等

第52页的图表改编自联合国妇女署,2019年。这些是88个国家和地区的最新可用数据(2001-2017年)。有可用数据的情况下,覆盖年龄段为15岁以上(加纳为18岁以上)。某些情况下,年龄段为10岁以上或12岁以上。就泰国而言(2015年),年龄段为6岁以上,坦桑尼亚联合共和国(2014年)为5岁以上。保加利亚、丹麦、拉脱维亚、荷兰、斯洛文尼亚和西班牙的数据仅对应20至74岁年龄段的无偿护理工作时间。卡塔尔的分析数据则只覆盖了城市地区。考虑到不同调查和国家在定义、方法和样本覆盖范围方面的异质性,应谨慎解读各国之间的差异。有关国家层面的数据的进一步信息,请参见联合国统计司的全球可持续发展目标指标数据库(Global SDG Indicators Database of the United Nations Statistics Division)。

环境卫生

针对《饮用水供应和环境卫生联合监测规划》(Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation)中界定的有基本卫生设施的家庭(有下水道)、没有下水道但有改良卫生设施的家庭(有坑厕、通风改良厕所、带蹲板的坑厕、堆肥厕所)以及没有改良卫生设施的家庭(没有下水道或化粪池的抽水马桶、没有蹲板或露天坑的坑厕、水桶、悬挂厕所或悬挂旱厕、共用卫生设施、无卫生设施),IHME予以考量。估测基于2017年GBD,以及对2018-2030年的预测。有关估算方法的详细说明,请参阅GBD 2017年风险因素,2018年。

普惠金融

详见世界银行集团的身份认证促发展计划(World Bank Group, Identification for Development),2019年7月数据。这些是99个国家的最新可用数据,在2017年通过全球普惠金融调查(Global Findex surveys)收集而来。方法详见身份认证促发展计划(ID4D),2018年。

图片

图片提供: Gates Archive,以及如下:

第6和7页(照片由卡特中心/Emily Staub提供)

第14页(照片由LightRocket通过盖帝图片社/SOPA图片社/Marcus Valance提供)

第35页(照片由Corbis通过盖帝图片社/Art in All of Us/Eric Lafforgue提供)

第43页(照片由Jhpiego/Paul Joseph Brown提供)

报告追踪的 18项指标概览

我们撰写《目标守卫者报告》的目的是为了追踪可持续发展目标(SDGs)的完成进度。为此,我们承诺每年发布与基金会工作关系最密切的18项指标的最新全球数据。

- 当前预测

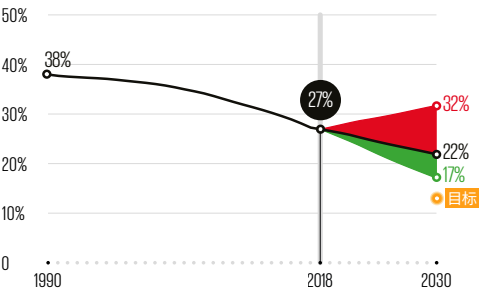
● 如有进步

● 2030年目标

● 如有退步

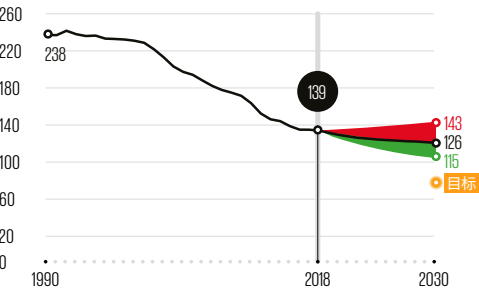
发育迟缓

5岁以下儿童发育迟缓率



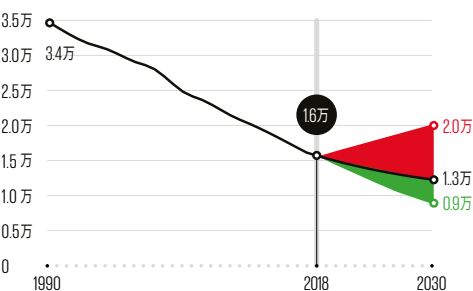
孕产妇死亡

每10万例活产中孕产妇死亡人数



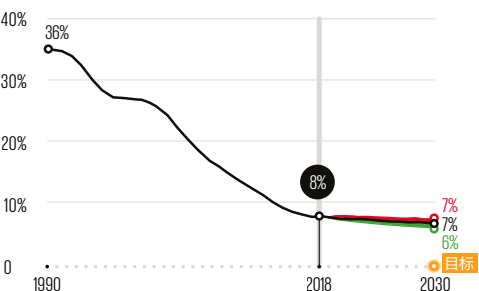
被忽视的热带病

每十万人中15种被忽视的热带病的发病人数



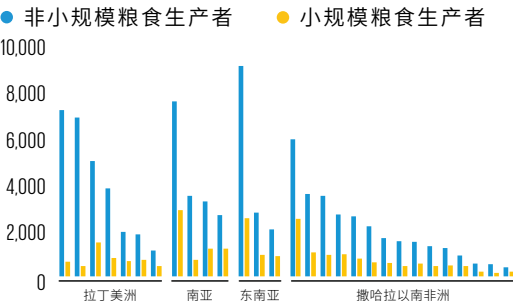
贫困

生活在国际贫困线(1.90美元/天)以下的人口比例



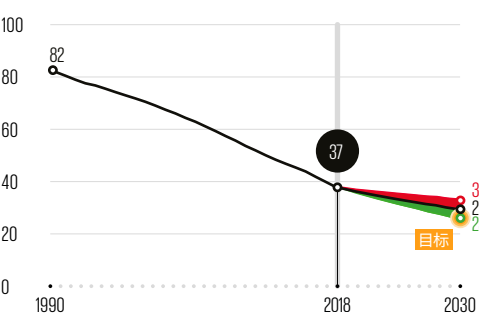
农业

按购买力平价调整后的农业平均年收入(2011年不变国际元)



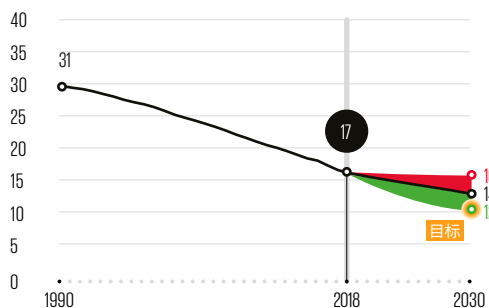
5岁以下儿童死亡

每千例活产中5岁以下儿童死亡人数



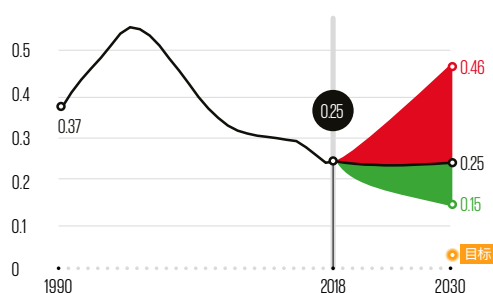
新生儿死亡

每千例活产中新生儿死亡人数



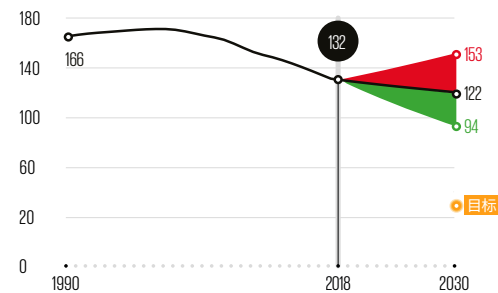
艾滋病

每千人中艾滋病病毒新发感染人数



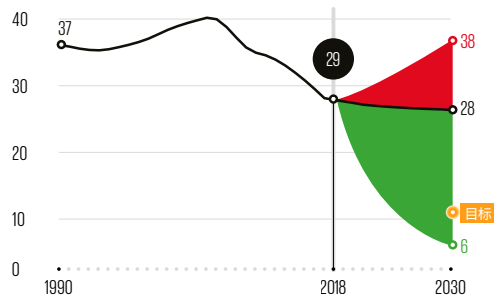
结核病

每十万人中结核病新发病人数



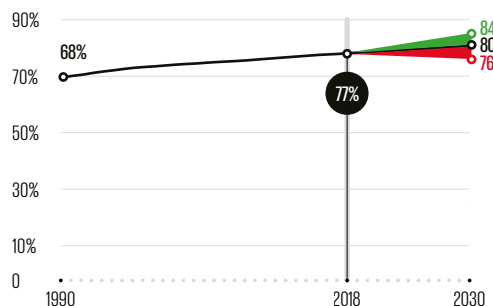
疟疾

每千人中疟疾新发病人数



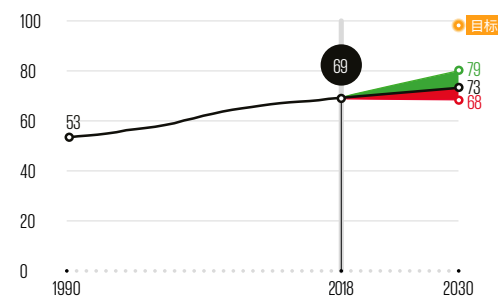
自主计划生育

利用现代手段满足自主计划生育需求的育龄妇女 (15 - 49 岁) 的比例



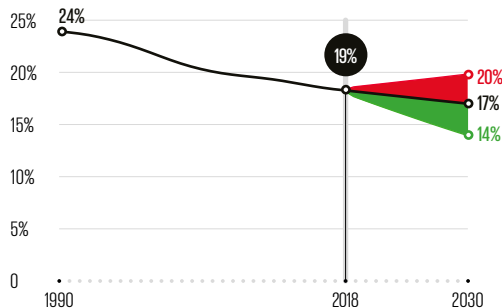
全民健康覆盖

基本医疗服务覆盖水平的得分



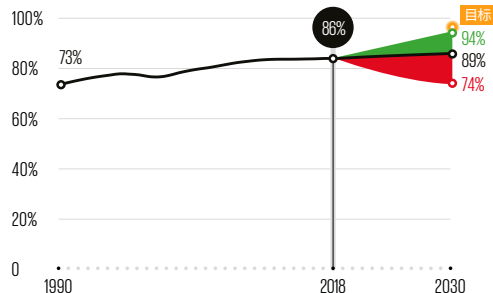
吸烟

十岁及以上人口中当前吸烟者的比例



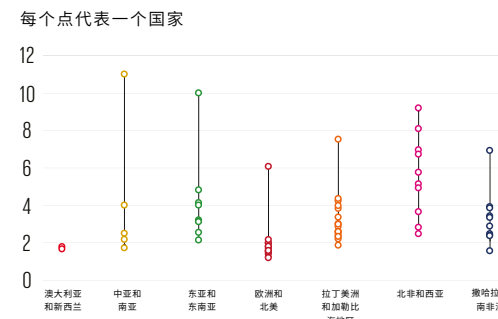
疫苗

百白破疫苗DTP覆盖率 (第三剂)



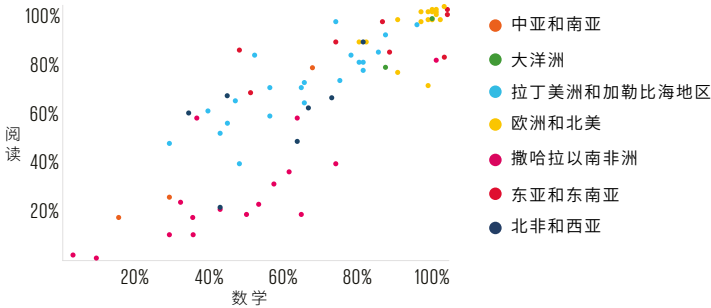
性别平等

各地区女性与男性花在无償家务上的时间比



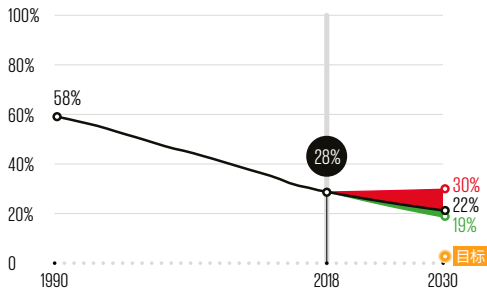
教育

二、三年级学生中阅读和数学达到最低熟练度的比例
包括男童和女童



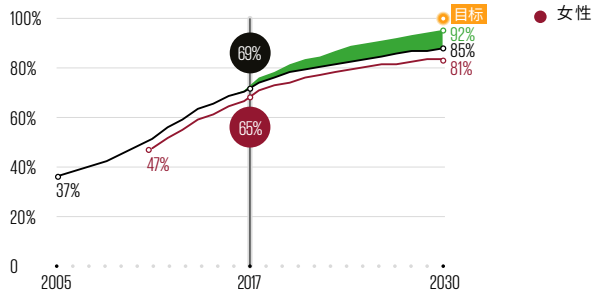
环境卫生

使用不安全或未经改良的卫生设施的人口比例



普惠金融

在银行或其他金融机构拥有账户或使用移动金融服务的成年人
(15 岁及以上) 比例



可持续发展

全球目标



BILL & MELINDA
GATES foundation

IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

© Bill & Melinda Gates Foundation