中国儿童发展指标图集

2018

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

©
联合国儿童基金会，2018
国务院妇女儿童工作委员会办公室，2018
国家统计局社会科技和文化产业统计司，2018

联系方式：
联合国儿童基金会驻华办事处
北京市朝阳区三里屯路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：

国务院妇女儿童工作委员会办公室、国家统计局、联合国儿童基金会，
《中国儿童发展指标图集》，2018年

扫码下载中文版

扫码下载英文版

注意：地图上所示的边界、名称和标注不一定代表联合国官方立场。

照片

封面 © UNICEF/China/2017/曾璜

第11页 © UNICEF/China/2017/李曼维

第25页 © UNICEF/China/2018/李曼维

第43页 © UNICEF/China/2017/李曼维

第67页 © UNICEF/China/2017/李曼维

第73页 © UNICEF/China/2011/刘哲

第81页 © UNICEF/China/2018/李斌

第89页 © UNICEF/China/2015/夏永

第103页 © UNICEF/China/2015/吴凯翔

第123页 © UNICEF/China/2016/刘禹扬

第129页 © UNICEF/China/2016/陈俊生

第137页 © UNICEF/China/2009/徐鑫

中国儿童发展指标图集

2018

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，2018版《中国儿童发展指标图集》终于面世。这是自2010年以来编辑的第三本儿童发展指标图集，是近年来中国儿童事业发展成就的集中反映。

中国始终把促进儿童事业发展放在优先战略位置。党的十八大以来，中国大力推动2011-2020年中国儿童发展纲要实施，不断完善党委领导、政府主责、妇儿工委协调、多部门合作、全社会参与的儿童工作格局，坚持问题导向，出政策、建体系、抓重点、补短板，努力实现儿童教育的优先发展，儿童健康服务的优先供给和儿童福利的优先保障，中国儿童事业实现了与经济社会同步规划、同步发展。

中国已经进入中国特色社会主义新时代，正在朝着社会主义现代化强国目标迈进。保护每一个儿童的权利，促进每一个儿童健康成长，培养担当中华民族复兴大任的时代新人，更需要我们进一步提升儿童优先发展的战略定位，落实儿童优先的策略行动，在出台法律、制定政策、编制规划、部署工作、完善社会管理治理的各个环节为儿童全面、健康发展提供坚强保证。

2018版《中国儿童发展指标图集》汇集了儿童生存、发展、保护状况的主要指标的最新数据，真实展现了中国儿童发展取得的成就，客观反映了儿童发展面临的问题和挑战，为政府部门、发展合作机构、儿童工作者和其他相关人士了解中国儿童发展现状提供了数据资料参考。我们相信此图集会对推动中国儿童发展纲要实施、宣传中国儿童发展事业成就、进一步营造尊重、关爱儿童的良好社会风尚起到积极的促进作用。

感谢国家统计局以及相关部门在本图集数据提供和审校方面付出的努力，感谢联合国儿童基金会作为中国政府合作伙伴多年来对推动中国儿童发展所做的贡献！

国务院妇女儿童工作委员会办公室

前　言

联合国儿童基金会驻华办事处十分荣幸能够与国务院妇女儿童工作委员会办公室和国家统计局合作，共同编写并发布2018版《中国儿童发展指标图集》。《图集》汇编了中国儿童发展状况的权威数据信息，并使用可视化图表将这些丰富的信息生动地呈现出来，方便读者直观地了解哪些地区、哪些儿童、在发展过程仍然面临着哪些挑战。我们希望通过呈现这些清楚明了的信息、以及基于事实和数据的观点，推动更加有效的与儿童相关的政策制定和资源配置。

无论是2010年发布的第一版中、英双语的《中国儿童发展指标图集》，还是2014年和2018年的更新版，都力图反映中国在社会经济发展、人口结构转型与政策改革领域所经历的变迁。每一版《图集》都致力于充分呈现中国儿童发展的全貌，着重展现公平推动和维护所有儿童生存、发展、保护权利实现过程中所取得的成就、面临的机遇以及仍然存在的挑战。

2018版《中国儿童发展指标图集》力求比之前版本有更加丰富的数据细分与解读，大部分图表也都根据新近开展的全国性调查、以及国家统计局和各部委发布的各种官方统计年鉴进行了更新。近年来，中国政府颁布了一系列对儿童发展具有重要意义的战略规划和政策文件，包括“十三五”规划纲要（2016-2020年）和各项部门和跨部门规划，中国政府在实施《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》、《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》和《中国农村扶贫开发纲要（2011-2020年）》等战略规划过程中也提出了新的目标和行动措施。这些都对贫困、留守及困境儿童的发展产生了深远影响，《图集》中力图体现相关政府规划与政策的影响。同时，2018版《中国儿童发展指标图集》也重点提到了《2030年可持续发展议程》，并首次将可持续发展目标与《图集》中的指标相关联，方便读者理解可持续发展目标在中国的实施进展，以及实现目标需要应对的挑战。

由于目前数据的局限，此版《图集》没能把保护儿童免于受到虐待、忽视等各类形式的暴力侵害列为专章。受保护权不仅是联合国儿童权利公约确立的儿童应享有的基本权利，也是实现可持续发展目标的一个重点。随着2019年新数据的面世和研究工作的推进，我们期待能增加这方面的进展更新。我们矢志保护儿童免受一切形式的暴力侵害，这是中国儿童福祉中不可或缺的维度，不能也不会被忽视。

我们希望这样的数据汇编能为进一步开展更加深入的分析和研究、循证采取行动措施奠定坚实的基础，同时也期待它不仅能够启发思考，更能推动政策改进和落实，从而切实改善儿童的生活。事实上，《图集》能产生多大影响，取决于它能在多大程度上推动对弱势儿童及其家庭的识别、了解他们所面临的挑战，以及将这些挑战列入政府的优先事项、重点投入专项资金、提高相关服务的可及性和质量，为儿童及其家庭排忧解难。另外，《图集》也能够为联合国儿童基金会的工作与倡导提供指引，帮助我们在中国宣传和推动所有儿童各项权利的实现。书中的每个统计数据都隐含了一个儿童、一个家庭和一个社区的故事，这些儿童的权利需要被关注、也应当获得充分的实现。

中国发挥了出色的领导力，不断提高和改善儿童和妇女的生活，实现了数亿人脱贫，这些突出的成就为全球所瞩目。同样，中国在实现可持续发展目标过程中所取得的进展，也将在全球范围内产生深远的影响。现在也是激励和带动更多国家做出改变的时刻。这本2018版《中国儿童发展指标图集》恰恰展现了可以改变、并已取得了巨大进展的领域。我们期待继续与中国政府携手努力，通过南南合作和三方合作，在这些领域为“一带一路”沿线国家的儿童带来更多福祉。

联合国儿童基金会始终是中国政府坚定而自豪的合作伙伴。我们有着共同的愿景，那就是要解决长期存在的不同群体间的发展差异和儿童所面临的困境，确保所有儿童茁壮成长，尽展潜力。

花楠
联合国儿童基金会驻华代表

致　谢

本图集2018年更新版由联合国儿童基金会驻华办事处、国务院妇女儿童工作委员会办公室，以及国家统计局社会科技和文化产业统计司共同编辑完成。

国家统计局社会科技和文化产业统计司肖丽、徐建琳、赵利婧、国家统计局人口和就业统计司李睿、国家卫生健康委员会统计信息中心张耀光、全国妇幼卫生监测办公室朱军、王艳萍和何春花、中国疾病预防控制中心营养与健康所杨振宇、免疫规划中心马超和张国民、慢性非传染性疾病预防控制中心邓晓、教育部发展规划司郝钢、中国残联信息中心张钧等为图集整理了相关数据并提供了指导。

以下联合国儿童基金会工作人员为本图集提供了技术支持，并参与了其中的数据分析和文字解读：林艳、史威琳、黄小娜、杨宇宁、常素英、朱徐、杨振波、Tom Slaymaker、李涛、陈学锋、陈雪梅、彭文儒（Ron Pouwels）、甘甜（Malti Gandhi）、郑道（Douglas Noble）。

联合国儿童基金会阎芳和褚尧竹承担了图集全书的编写和审校。Astha Dalakoti、李冷旎、黄齐亮和陈博媛参与了图集的翻译，Astha Dalakoti对图集英文版进行了编辑和润色。李颖、周小萌和沈冰洁参与了校稿。联合国儿童基金会新闻处的同事们为图集提供了照片，并在联合国儿童基金会中国网站上（www.unicef.cn）公开发布了图集。

同时，我们对多位参与图集初稿审阅并提供了宝贵修改意见的部委专家、学者以及儿基会工作人员表示感谢。图集是在大量已有研究的基础上制作的，包括儿基会支持的一些前期研究，相关位置已尽量标明了引用出处，也一并感谢研究团队和引文作者。

联合国儿童基金会驻华代表花楠（Rana Flowers）、国务院妇女儿童工作委员会办公室常务副主任王卫国以及国家统计局社会科技和文化产业统计司万东华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 分省总人口，2017年

14　图 1.3 分省人口密度，2017年

15　图 1.4 分省少数民族人口比重，2015年

15　图 1.5 总人口与儿童人口，1953–2015年

16　图 1.6 家庭规模和儿童数量分布，2000年、2010年和2015年

16　图 1.7 分省儿童人口，2015年

17　图 1.8 出生人口数，1980–2017年

17　图 1.9 出生人口性别比，1982–2017年

18　图 1.10 分省出生人口性别比，2015年

18　图 1.11 分城乡出生人口性别比，1982–2015年

19　图 1.12 出生时预期寿命，1981–2015年

19　图 1.13 分省出生时预期寿命，2010年

20　图 1.14 人口金字塔，2017年

20　图 1.15 人口抚养比，1950–2100年

21　图 1.16 城镇人口比重，1982–2017年

21　图 1.17 分省城镇人口比重，2017年

22　图 1.18 流动人口数量，1982–2017年

22　图 1.19 分省流动人口数量，2015年

25　2. 经济与社会发展

26　概述

29　图 2.1 人均国内生产总值，1978–2017年

29　图 2.2 国内生产总值增长率，1978–2017年

30　图 2.3 城乡居民人均可支配收入，1990–2017年

31　图 2.4 分省城镇居民人均可支配收入，2017年

31　图 2.5 分省农村居民人均可支配收入，2017年

32　图 2.6 按五等份分组的城乡居民人均可支配收入，2013年和2017年 SDG

32　图 2.7 全国居民收入基尼系数，2003–2017年

33　图 2.8 贫困人口规模，1990–2015年 SDG

33　图 2.9 贫困发生率，1990–2015年 SDG

34　图 2.10 农村贫困人口规模和贫困发生率，1978–2017年 SDG

34　图 2.11 分省农村贫困发生率，2017年 SDG

35　图 2.12 农村区域性贫困发生率，2012–2017年 SDG

35　图 2.13 农村儿童贫困发生率，2014–2017年 SDG

36　图 2.14 城市和农村最低生活保障标准，1999–2017年

36　图 2.15 城市和农村得到最低生活保障的人数，2001–2017年 SDG

37　图 2.16 城市和农村低保人口的年龄构成，2007–2017年 SDG

38　图 2.17 政府用于三项基本公共服务的支出占财政总支出的比重，2002–2017年 SDG

38　图 2.18 城乡收入和城乡卫生成果差距，1991–2017年

39　图 2.19 因灾死亡人数和因灾造成的直接经济损失，1976–2017年 SDG

43　3. 妇幼保健

44　概述

46　图 3.1 五岁以下儿童死亡率，1991–2017年 SDG

46　图 3.2 分省五岁以下儿童死亡率，2016年 SDG

47　图 3.3 五岁以下儿童死亡率，分年龄，1991–2017年 SDG

47　图 3.4 五岁以下儿童死亡率，分城乡和性别，2017年 SDG

48　图 3.5 五岁以下儿童死亡原因构成，2017年

49　图 3.6 人均地区生产总值和五岁以下儿童死亡率，1990年和2016年

49　图 3.7 婴儿死亡率，1991–2017年

50　图 3.8 新生儿死亡率，1991–2017年 SDG

50　图 3.9 死胎死产发生率，2012–2014年

51　图 3.10 孕产妇死亡率，1990–2017年 SDG

51　图 3.11 分省孕产妇死亡率，2017年 SDG

52　图 3.12 孕产妇死亡原因构成，2000–2017年

52　图 3.13 分城乡孕产妇死亡原因构成，2017年

53　图 3.14 住院分娩率，1990–2017年

53 图 3.15 住院分娩率及孕产妇死亡率，1990–2017年 SDG
54 图 3.16 分省住院分娩率，2017年
54 图 3.17 产前检查覆盖率，分次数，2013年
55 图 3.18 产前检查覆盖率（至少五次），2003年、2008年和2013年
55 图 3.19 分省产前检查覆盖率（至少一次），2017年
56 图 3.20 分省新法接生率，2016年 SDG
56 图 3.21 剖宫产率，1998年、2003年、2008年和2013年
57 图 3.22 妇幼卫生保健各阶段干预措施覆盖率，2013年 SDG
58 图 3.23 预防艾滋病母婴传播各项服务覆盖率，2005–2014年
58 图 3.24 艾滋病母婴传播率，2005–2016年
59 图 3.25 医疗保险覆盖率，1998年、2003年、2008年和2013年
60 图 3.26 执业（助理）医师和注册护士数量，1980–2017年 SDG
60 图 3.27 分省执业（助理）医师数量，2017年 SDG
61 图 3.28 按收入五等份分组不同群体对住院医疗机构的选择，2013年
61 图 3.29 发生大病医疗支出的住户比重，2003年、2008年和2013年 SDG
62 图 3.30 最低和最高收入组住户部分卫生指标的比值，2003年、2008年和2013年
62 图 3.31 分省人均财政卫生支出和人均地区生产总值，2017年
63 图 3.32 政府、社会及个人卫生费用支出，1978–2017年

67 4. 国家免疫规划
68 概述
69 图 4.1 一岁儿童五苗接种率，1983–2016年
70 图 4.2 分省以乡为单位免疫规划疫苗接种率≥90%的乡比重，2013年 SDG
70 图 4.3 分省以乡为单位乙肝疫苗接种率≥90%的乡比重，2013年
71 图 4.4 麻疹发病率，2003–2017年

73 5. 营养
74 概述
76 图 5.1 五岁以下儿童低体重患病率，1990–2013年
76 图 5.2 五岁以下儿童生长迟缓患病率，1990–2013年 SDG
77 图 5.3 五岁以下儿童贫血症患病率，1992–2013年
77 图 5.4 两岁以下婴幼儿喂养情况，2013年
78 图 5.5 婴幼儿母乳喂养及辅食添加情况，2013年
78 图 5.6 6–23月龄婴幼儿膳食摄入情况，2013年

81 6. 儿童伤害
82 概述
83 图 6.1 0–17岁儿童各年龄组死因构成，2014年
83 图 6.2 0–17岁儿童伤害死亡率，分城乡和性别，2014年
84 图 6.3 0–17岁儿童各类伤害年龄别死因构成，2014年
84 图 6.4 0–17岁儿童伤害致死的主要原因，2014年
85 图 6.5 0–14岁儿童伤害致死主要原因构成
（全球、中等偏上收入国家与中国对比），2016年
85 图 6.6 0–17岁儿童道路交通伤害死亡率，分年龄和地区，2014年 SDG
86 图 6.7 0–17岁儿童伤害致残的残疾类别构成，2006年
86 图 6.8 0–17岁儿童伤害致残的现患率，分城乡和性别，2006年
86 图 6.9 0–17岁儿童伤害致残的现患率，分年龄和性别，2006年

89 7. 供水、环境卫生和个人卫生
90 概述
92 图 7.1 饮用水设施及服务等级 SDG
93 图 7.2 环境卫生设施及服务等级 SDG
94 图 7.3 洗手设施及服务等级 SDG
94 图 7.4 享有至少满足基本饮用水服务标准的人口比重，2000–2015年 SDG
95 图 7.5 农村集中式供水受益人口比重，2005–2017年
95 图 7.6 分省农村集中式供水受益人口比重，2017年
96 图 7.7 享有至少满足基本环境卫生服务标准的人口比重，2000–2015年 SDG
96 图 7.8 农村卫生厕所和无害化卫生厕所普及率，2000–2017年
97 图 7.9 分省农村卫生厕所普及率，2017年
97 图 7.10 农村拥有卫生厕所的住户构成，分厕所类型，2000–2017年
98 图 7.11 基础教育阶段学校供水情况，2011–2017年 SDG
98 图 7.12 基础教育阶段学校供水情况，分城乡、分地区、分教育阶段，2017年 SDG
99 图 7.13 基础教育阶段学校厕所情况，2011–2017年 SDG
99 图 7.14 基础教育阶段学校厕所情况，分城乡、分地区、分教育阶段，2017年 SDG

103 8. 教育与儿童发展

104 概述

106 图 8.1 中国教育体系结构

106 图 8.2 各级教育学生、教师和学校数量，2017年

107 图 8.3 教师学历情况，2017年 SDG

107 图 8.4 各级教育生师比，1993–2017年

108 图 8.5 6–19岁儿童和青少年在校率，分城乡、性别和年龄，2015年

109 图 8.6 6–17岁儿童在校率，2000年、2010年和2015年

109 图 8.7 在校率的性别平等指数，2000年、2010年和2015年

110 图 8.8 儿童早期发展指数测量方法 SDG

110 图 8.9 学前教育毛入园率，2000–2017年

111 图 8.10 小学招生中接受过学前教育的比重，2005–2017年 SDG

111 图 8.11 小学净入学率，1980–2017年

112 图 8.12 分性别小学净入学率，1993–2017年

112 图 8.13 分省小学净入学率，2017年

113 图 8.14 分省分性别小学净入学率，2017年

113 图 8.15 初中阶段毛入学率，1990–2017年

114 图 8.16 分省初中学龄儿童在校率，2015年

114 图 8.17 分省分性别初中学龄儿童在校率，2015年

115 图 8.18 分省进城务工人员随迁子女占城市小学在校生比重，2017年

115 图 8.19 分省进城务工人员随迁子女占城市初中在校生比重，2017年

116 图 8.20 小学、初中寄宿生规模，2017年

116 图 8.21 九年义务教育巩固率，2012–2017年

117 图 8.22 高中阶段毛入学率，1992–2017年

117 图 8.23 分省高中学龄儿童在校率，2015年

118 图 8.24 分省分性别高中学龄儿童在校率，2015年

118 图 8.25 各级教育毕业生升学率，1990–2017年

119 图 8.26 国家财政性教育经费及其占国内生产总值的比重，1992–2017年

119 图 8.27 分省人均公共财政教育经费和人均地区生产总值，2017年

120 图 8.28 分省分性别15岁及以上成人文盲率，2017年

120 图 8.29 15–24岁青年识字率，2000年、2010年和2015年 SDG

123 9. 儿童和妇女权利

124 概述

125 图 9.1 关于儿童、妇女权利的国际和中国大事记

129 10. 受人口流动影响的儿童

130 概述

131 图 10.1 受人口流动影响的儿童人数和占全国儿童人口的比重，2015年

131 图 10.2 受人口流动影响的儿童人数，2000–2015年

132 图 10.3 分省流动儿童人数，2015年

132 图 10.4 分省农村留守儿童人数，2015年

133 图 10.5 流动儿童和农村留守儿童年龄分布，2015年

133 图 10.6 儿童流动参与率，分性别和年龄，2015年

134 图 10.7 儿童家庭抚养情况，2015年

137 11. 残疾儿童

138 概述

140 图 11.1 残疾儿童占所有儿童的比重，2006年

140 图 11.2 残疾儿童占所有残疾人的比重，2006年

140 图 11.3 各类残疾儿童人数，2017年持证残疾儿童和2006年全部残疾儿童对比

141 图 11.4 残疾儿童人口构成，分残疾类别、残疾等级、性别和城乡，2017年持证残疾儿童和2006年全部残疾儿童对比

142 图 11.5 0-6岁残疾儿童接受基本康复服务的人数，分残疾类别，2017年

142 图 11.6 义务教育阶段随班就读和附设特教班在校生占特殊教育在校生总数的比重，2012–2016年

145 附件1：可持续发展目标（SDGs）介绍

148 附件2：缩略语

1

人口统计数据

概述

中国的总人口在过去60多年间翻了一番多，从1953年的5.83亿人增至2017年的13.9亿人[1]，约占世界人口的五分之一，是人口最多的国家。

中国是一个统一的多民族国家，由56个民族构成。汉族占总人口的91.5%，55个少数民族[2]人口占8.5%[3]。

2015年，中国0-17岁儿童人口2.71亿人，其中男童1.47亿人，女童1.24亿人。儿童人口占中国总人口的20%，占世界儿童人口总数的13%，儿童人口位居世界第二。中国儿童人口规模从长期趋势来看降幅较大，1982–2015年间下降了三分之一，2010-2015年间虽略有下降但保持相对稳定[4]。

儿童人口规模的长期变化趋势一定程度上受到计划生育政策的变迁的影响。20世纪70年代以来中国开始实行计划生育，1980年开始进一步严格生育调节，“提倡一对夫妇只生育一个孩子”。短短10年内，中国育龄妇女的总和生育率[5]从1970-1975年间的4.8降至1980-1985年间的2.6。1990-1995年间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1.6，位于世界低生育率国家行列[6]。为了促进人口长期均衡发展，中国政府于2014年开始实施“单独两孩”政策，允许夫妻双方或一方为独生子女的家庭生育两个子女；2015年底进一步放开了“全面两孩”政策，提倡一对夫妻生育两个子女。

2017年，中国人口出生率[7]为12.4‰，比1980年下降了32%。2017年的人口自然增长率[8]降至5.3‰，还不到1980年的一半[9]。

自20世纪80年代以来，中国出生人口性别比开始偏高并持续上升。从1982年的108.5（以女婴为100）上升到2005年前后的最高值118.6。近年来，随着计划生育政策逐步放开，出生人口性别比开始下降，2015年降至113.5，2017年进一步降至111.9。但中国仍是世界上出生人口性别比失衡较严重的国家之一[10]。国际上公认的出生人口性别比的正常区间应为103到107[11]。

由于出生人口性别比长期失衡，2017年，中国女性比男性少约3300万人[12]，这不仅将给中国未来的社会经济发展带来一些影响，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，包括由于婚龄女性人口数量较少产生“婚姻挤压”，对未来人口发展造成深远影响。

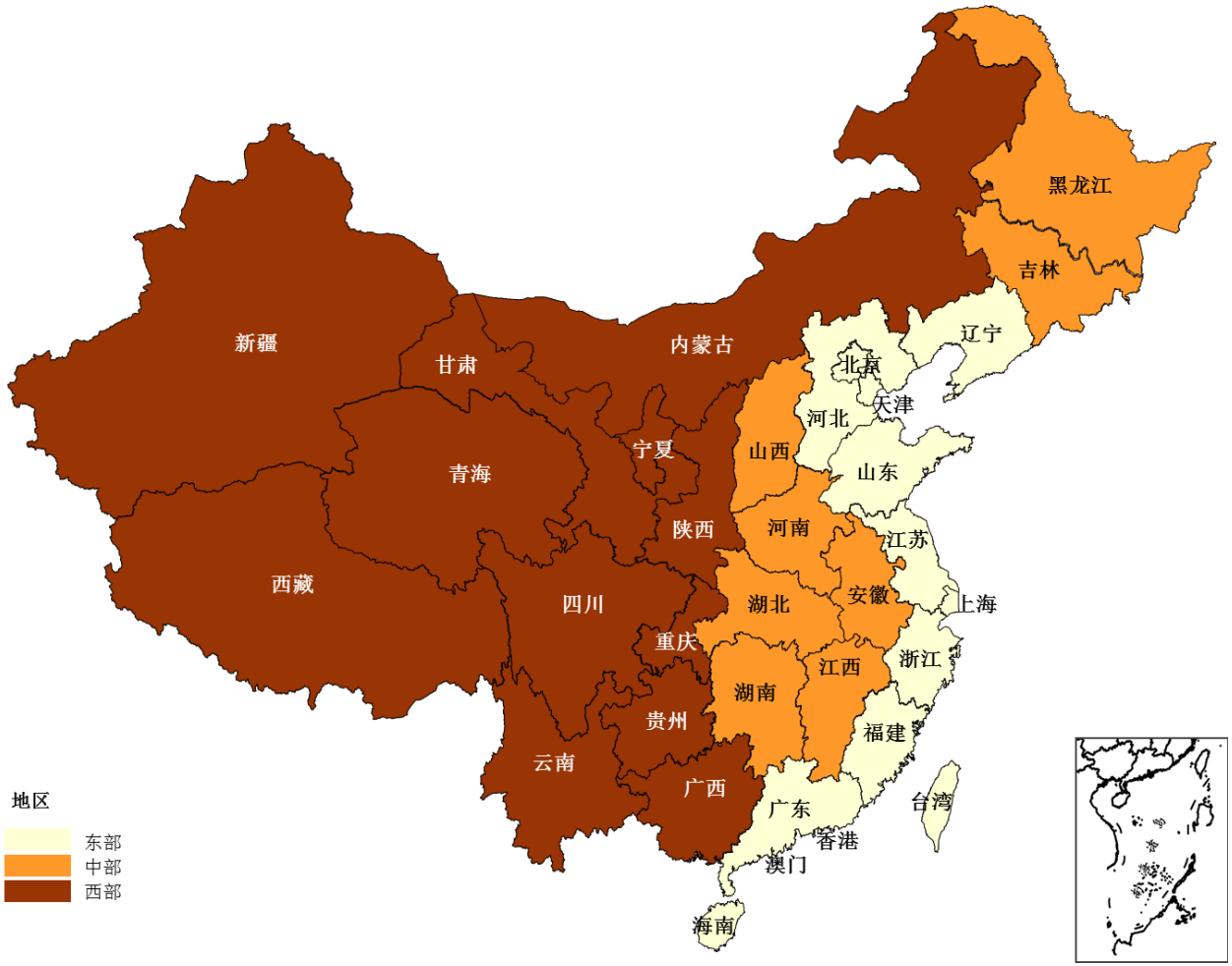
由于总和生育率长期处于低水平以及出生时预期寿命延长，中国人口正在老龄化。1982年0-14岁人口占总人口的33.6%，2017年相应年龄组只占总人口的16.8%；同期，65岁及以上人口占总人口的比重从1982年的4.9%增加到2017年的11.4%[13]。国际上在定义老龄化社会时，通常使用的标准是60岁及以上人口比重超过10%，或65岁及以上人口比重超过7%。按此标准，中国早在2000年已步入老龄化社会。65岁以上老人比重明显上升，而且逐年增加，不仅需要将来社会保障和公共服务的性质和范围与之相适应，而且也意味着年轻人将面临赡养父母和祖父母的巨大压力。

中国城镇常住人口的比重从1982年的21.1%增加到2017年的58.5%[14]，常住人口城镇化快速推进。与城镇化紧密相连的是20世纪80年代开始的人口大规模流动。到2017年，中国流动人口总量达到2.44亿人，占总人口的17.6%[15]。

规模庞大的流动人口为推动中国经济发展和社会进步发挥了重要作用，但由于受到城乡分割的户籍制度影响，户籍人口城镇化进程相对滞后。大量农业转移人口由于缺少流入地城镇居民身份（城镇常住地“户口”），不能在教育、就业、医疗、养老、保障性住房等方面享受和城镇居民同等的基本公共服务，难以全面融入城市社会。

图 1.1

中国的地理区域



资料来源：国家统计局

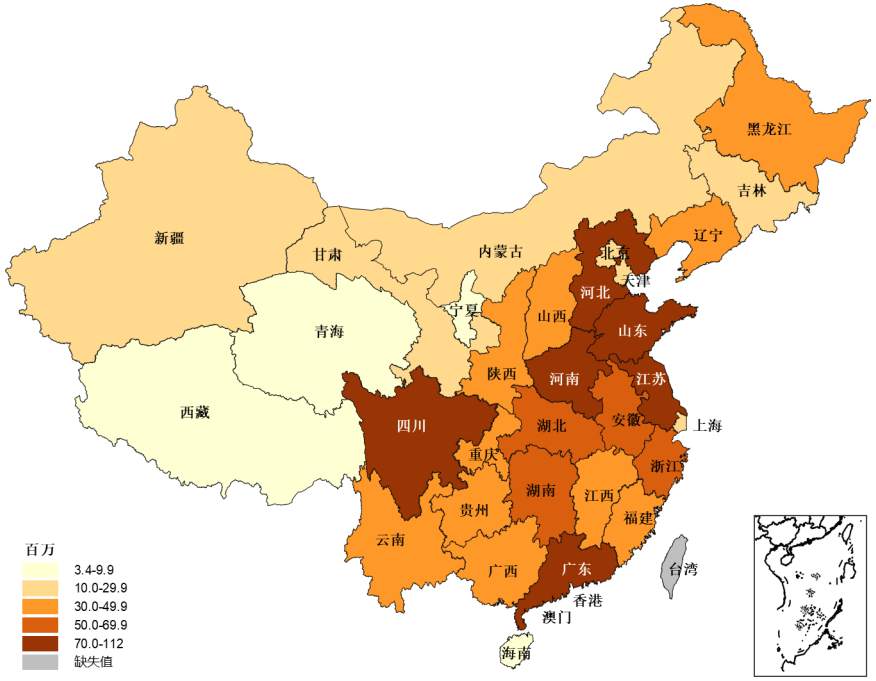
图 1.1

中国[16]在行政区划上分为23个省、5个自治区（内蒙古、广西、西藏、宁夏、新疆）、4个直辖市（北京、天津、上海、重庆）和2个特别行政区（香港、澳门）。中国大陆也可按地理区域分为东部、中部和西部地区[a]。与东部地区相比，西部地区的许多经济和人类发展指标较低。

[a] 东部地区包括11个省（直辖市）：北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南。
中部地区包括8个省：山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北和湖南。
西部地区包括12个省（自治区、直辖市）：内蒙古、广西、重庆、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏和新疆。

图 1.2

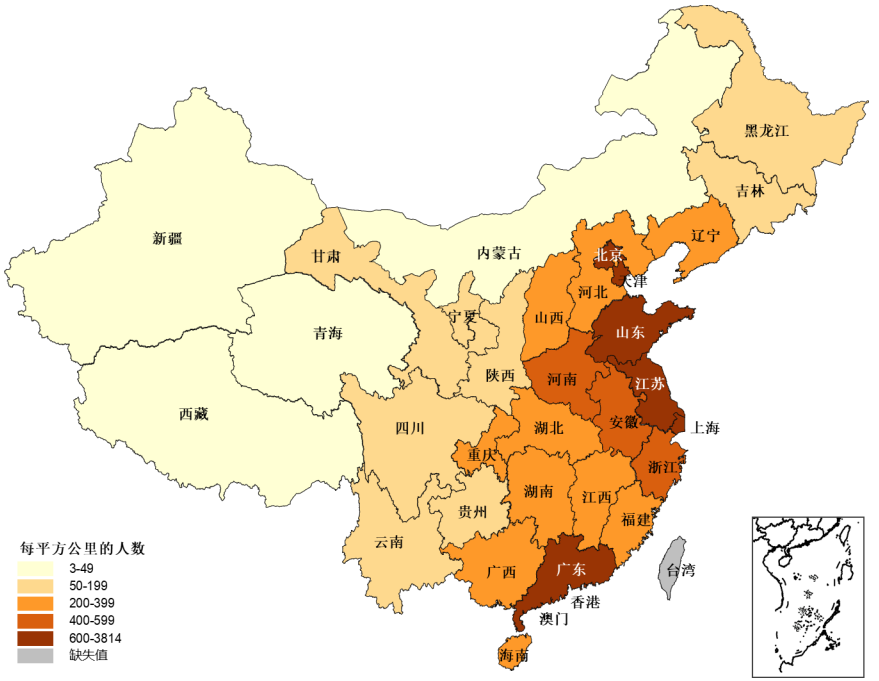
分省总人口，2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 1.3

分省人口密度，2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年（加工数据）

图 1.2

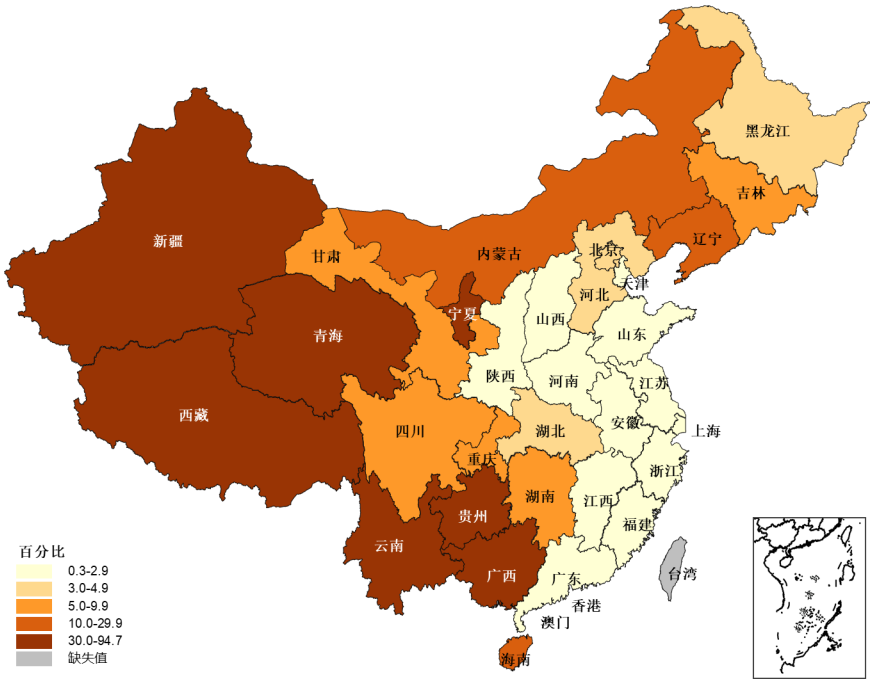
中国总人口13.9亿，是世界上人口最多的国家。中国的人口分布不均，70%的人口居住在30%的国土面积上。2017年，广东是人口最多的省份，多达1.12亿人，西藏人口最少，仅337万人。

图 1.3

中国的人口密度为平均每平方公里148人，但地区差异很大。上海每平方公里人口超过3800人，而西藏、青海和新疆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。相比而言，中国西部地区多为高山，气候条件恶劣，人口稀少。

图 1.4

分省少数民族人口比重，2015年



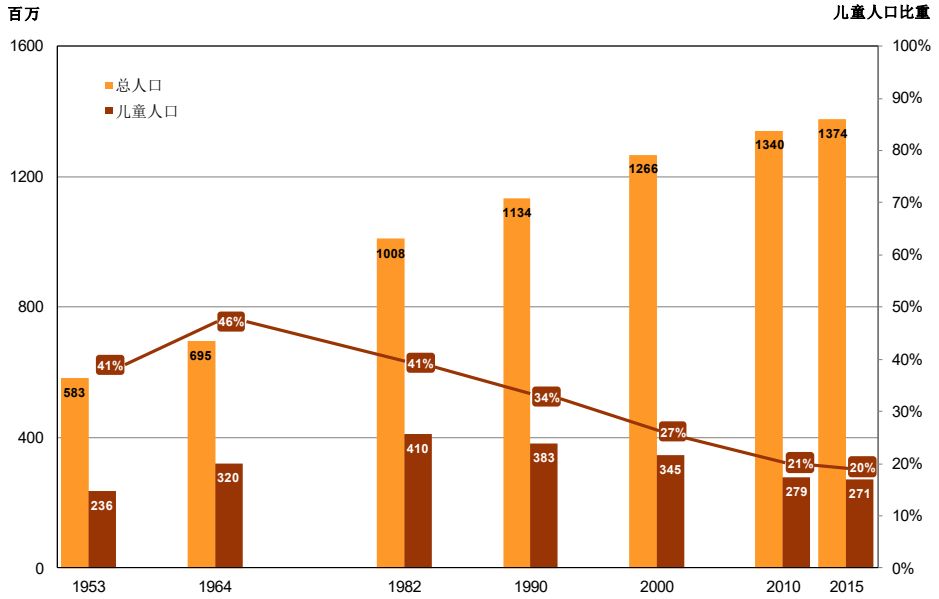
资料来源：国家统计局，《2015年全国1%人口抽样调查资料》，2016年

图 1.4

中国共有56个民族，包括汉族和55个少数民族。2015年，少数民族人口数合计为1.17亿人，占总人口的8.5%，主要集中在西部地区。人口在1000万以上的少数民族有4个，分别是壮族、回族、维吾尔族和满族。分省来看，2015年西藏少数民族人口比重最高，达95%；广西少数民族人口最多，达1800万，以壮族人口为主。

图 1.5

总人口与儿童人口，1953–2015年



资料来源：国家统计局，1953年、1964年、1982年、1990年、2000年和2010年《中国人口普查资料》（分别于1955年、1966年、1985年、1993年、2002年和2012年发布）；《2015年全国1%人口抽样调查资料》，2016年

图 1.5

根据2015年全国1%人口抽样调查数据推算，中国有2.71亿0-17岁儿童，占总人口的20%。随着经济快速发展和人口转变，特别是受20世纪70年代实行计划生育以来长期保持低生育水平的影响，虽然中国总人口仍在增加，儿童人口规模和占总人口的比重自1982年以来不断减少，但是在2010-2015年间保持了相对稳定。

图 1.6

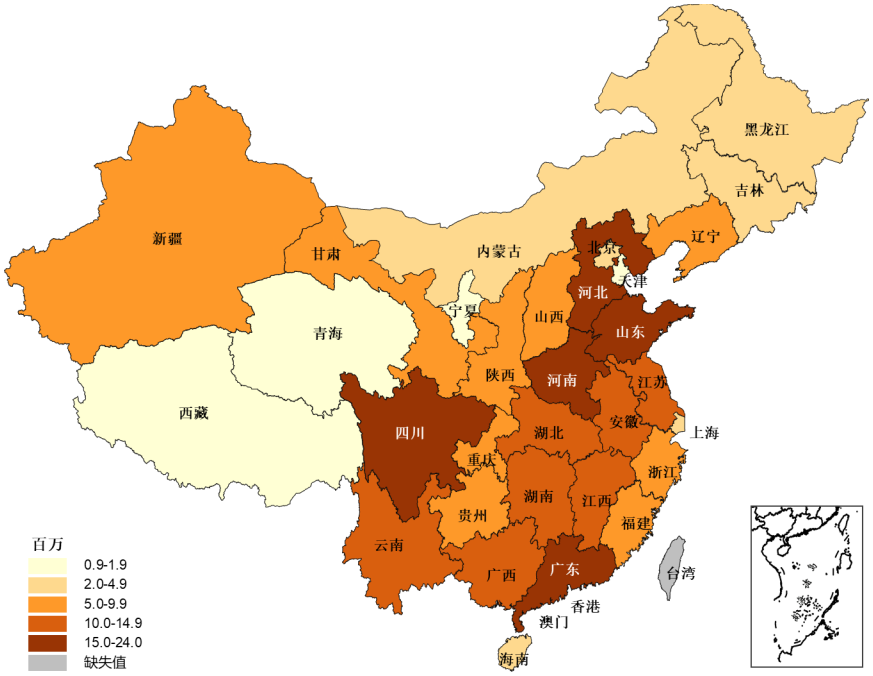
家庭规模和儿童数量分布，2000年、2010年和2015年

年份		2000年	2010年	2015年
平均家庭规模（人）		3.4	3.1	3.1
有儿童的家庭比重（%）		63.4	47.2	45.0
家庭中儿童数量的分布（%）	1个	59.3	66.6	65.6
	2个	30.8	27.3	28.4
	3个及以上	9.9	6.1	6.0
	合计	100	100	100

资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，
“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 1.7

分省儿童人口，2015年



资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，
“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 1.6

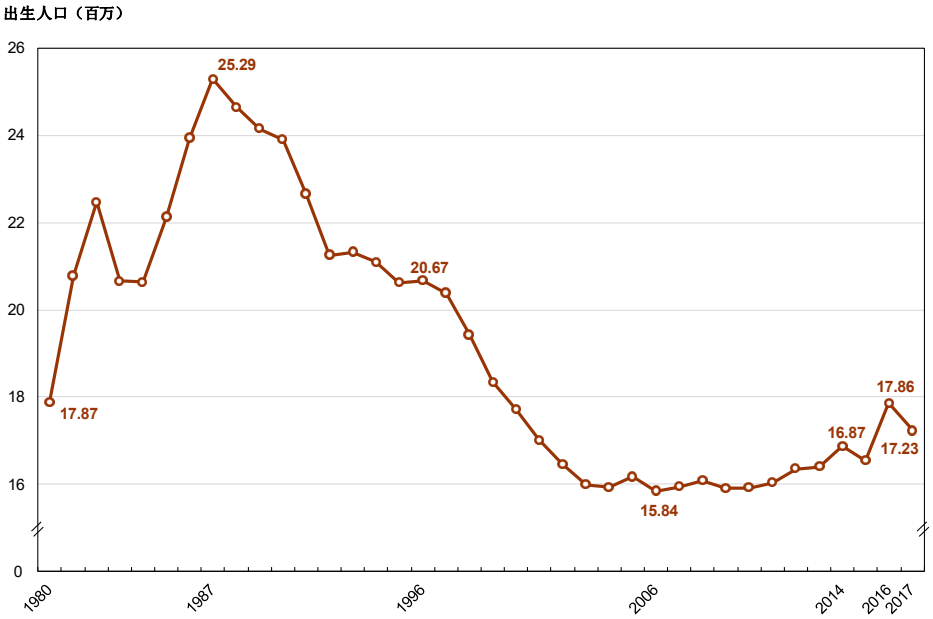
中国家庭规模趋于小型化，从2000年的3.4人下降至2015年的3.1人。与此同时，有儿童的家庭占比在下降，家庭中儿童数量也在发生着变化。2015年全国4.1亿个家庭户中，45%有0-17岁儿童。有儿童的家庭中，只有1个儿童的占65.6%，有2个儿童的占28.4%，另有6.0%的儿童家庭户有3个或更多儿童。

图 1.7

70%的儿童人口集中在中国的东部和中部地区，河南儿童人口最多，为2401万人；西藏儿童人口最少，仅91万人。虽然西部地区儿童人口规模相对较小，但儿童人口占总人口的比重达到22%，高于东部地区（18%）和中部地区（21%）。2015年全国有儿童的家庭比重在各省之间存在较大差异：上海仅四分之一的家庭有儿童，北京和天津仅三分之一；相比而言，西藏超过60%的家庭有儿童，平均家庭户规模也排在各省首位，达到4.1人。

图 1.8

出生人口数，1980–2017年



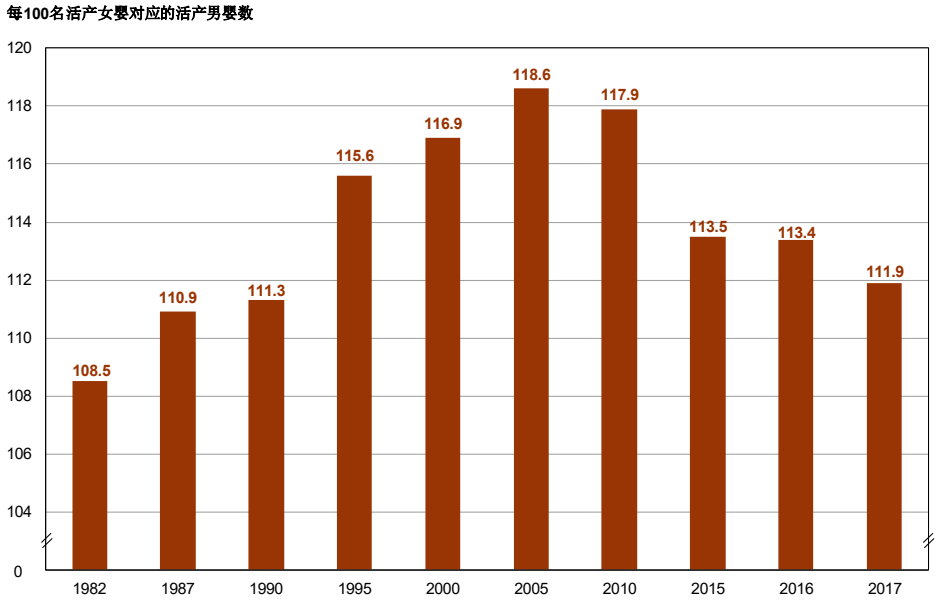
资料来源：1980-2010年根据《中国统计年鉴》发布的相关年份数据、利用年中人口与人口出生率计算得到；2011-2017年数据通过国家统计局官方网站发布的“国民经济与社会发展统计公报”得到

图 1.8

中国出生人口数呈现出长期下降但有波动的变化趋势，体现了不同时期计划生育政策调整的效果。20世纪80年代中期，生育政策“开小口”，出现过一个出生人口的小高峰。2014年开始，中国政府相继实施“单独两孩”和“全面两孩”政策，2016出生人口达到1786万人，成为2000年以来出生人口规模最高的年份。2017年中国出生人口1723万人，虽比2016年小幅减少，但仍明显高于2011-2015年“十二五”时期年均出生1644万人的水平，是2000年以来历史第二高值，“全面两孩”政策效果持续显现。

图 1.9

出生人口性别比，1982–2017年

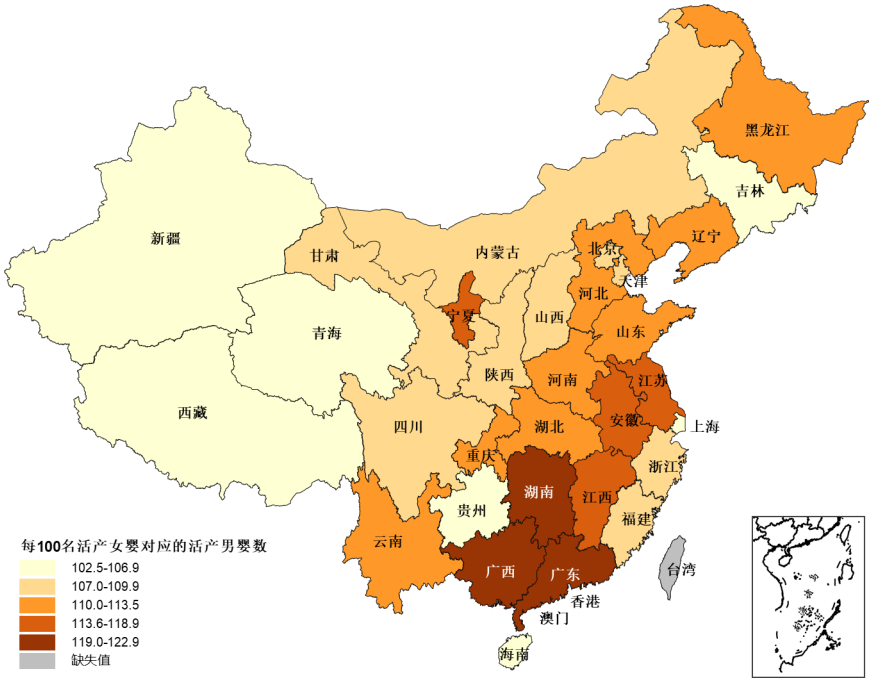


资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年《中国人口普查资料》（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年、2005年和2015年《全国1%人口抽样调查资料》（分别于1988年、1997年、2007年和2016年发布）；《中国妇女儿童状况统计资料》，2018年（2016-2017年数据）

图 1.9

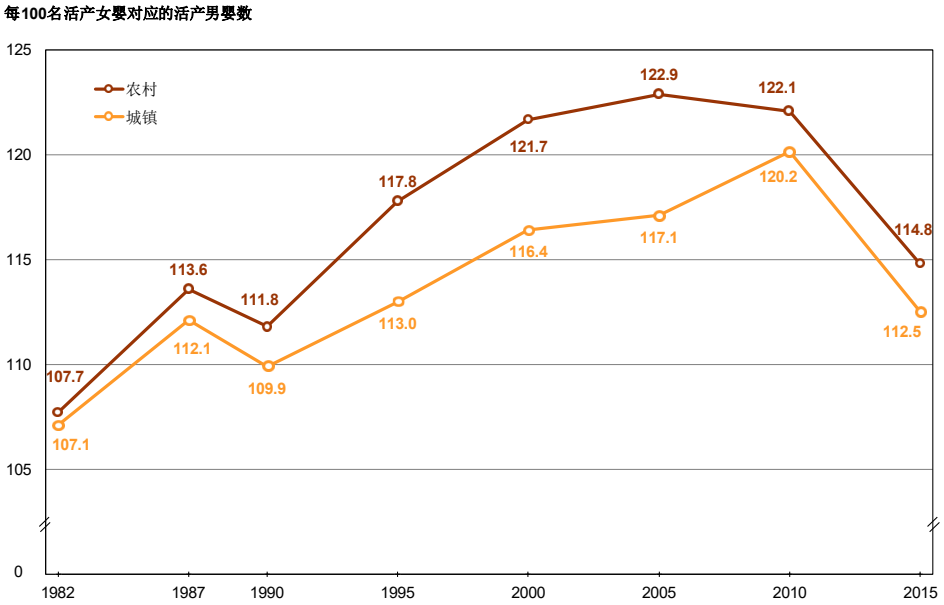
在没有干预措施的情况下，出生人口性别比的正常区间应为103到107（以女婴为100）。自20世纪80年代以来，中国出生人口性别比开始偏高并持续上升，从1982年的108.5上升到2005年的最高值118.6。近年来，随着计划生育政策逐步放开，出生人口性别比开始下降，2015年降至113.5，2017年进一步降至111.9。但中国仍是世界上出生人口性别比失衡较严重的国家之一。出生人口性别比偏高反映出女孩生命权的受损和长期的性别歧视，对女性发展造成不利影响。

图 1.10
分省出生人口性别比，2015年



资料来源：国家统计局，《2015年全国1%人口抽样调查资料》，2016年（加工数据）

图 1.11
分城乡出生人口性别比，1982–2015年

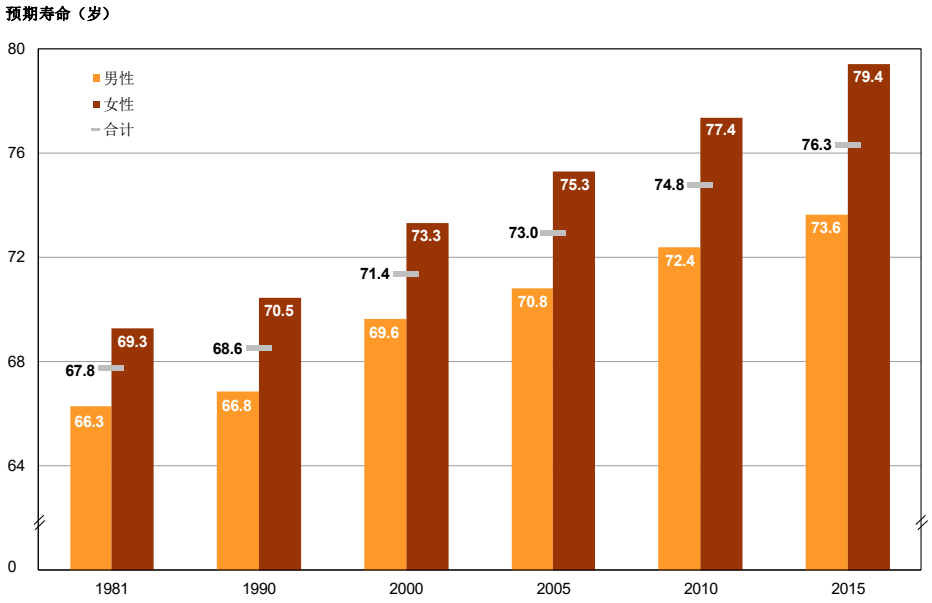


资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年《中国人口普查资料》（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年、2005年和2015年《全国1%人口抽样调查资料》（分别于1988年、1997年、2007年和2016年发布）（加工数据）

图 1.10
出生人口性别比失调在地区间并不均衡，上海等七省份出生人口性别比控制在了正常范围107以内，而广西、湖南、广东等省份出生人口性别比仍严重失衡。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。

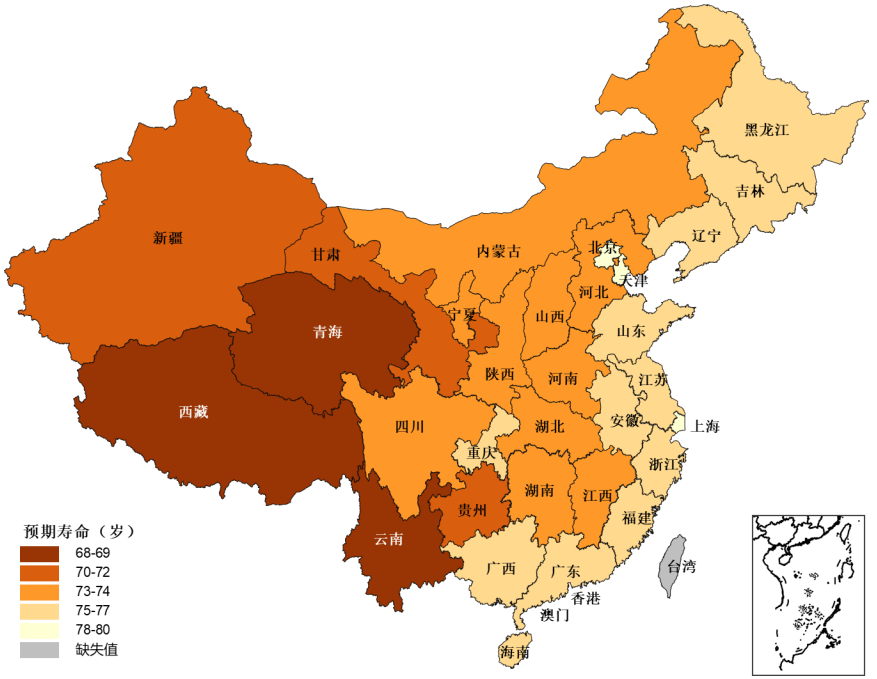
图 1.11
农村地区的出生人口性别比高于城镇地区。1982年以来，城镇和农村的出生人口性别比都呈上升趋势，但农村地区上升更快，导致城乡差别日益扩大，这种趋势一直持续到2005年。2010年农村地区出生人口性别比有所下降，城乡差距开始缩小。2010-2015年间，城镇和农村的出生人口性别比都出现了较大幅度的下降。

图 1.12
出生时预期寿命，1981–2015年



资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年《中国人口普查资料》（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；2005和2015年《全国1%人口抽样调查资料》（分别于2007年和2016年发布）

图 1.13
分省出生时预期寿命，2010年



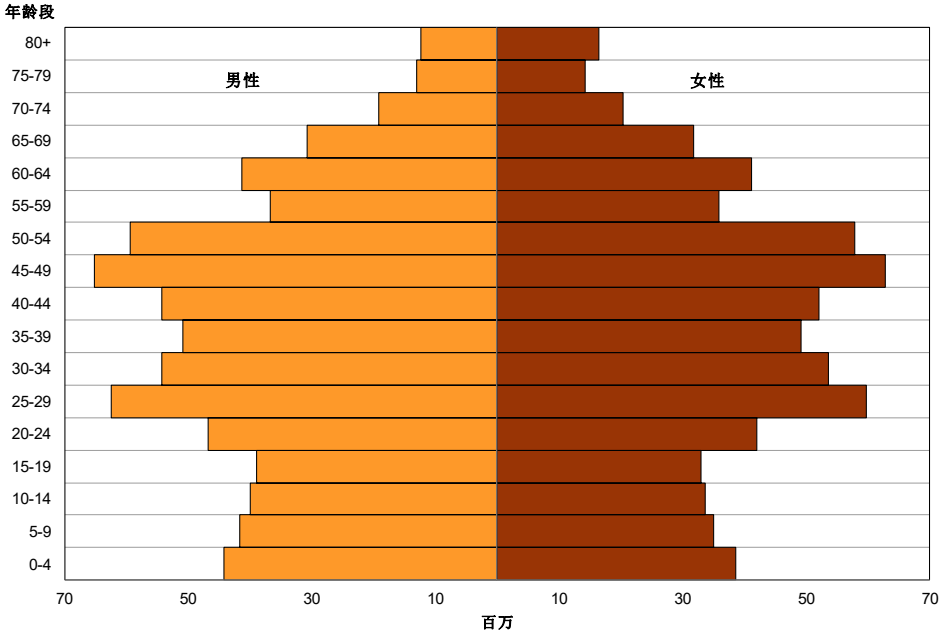
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2012年

图 1.12
根据国家卫生健康委员会（原卫生部）的统计数据，1949年中华人民共和国成立时，中国人口出生时平均预期寿命[17]仅为35岁[18]。2015年，中国人口平均预期寿命提高到76岁。女性和男性的平均预期寿命在1981年到2015年间分别增加了10岁和7岁。中国的人口平均预期寿命高于许多人均国民总收入（GNI）水平与其相当的其他国家[19]。

图 1.13
西部省份和东部省份之间的人口平均预期寿命差异显著。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平均预期寿命虽然在2000-2010年间增加了4到5岁，却仍与北京和上海相差10岁以上。

图 1.14

人口金字塔，2017年



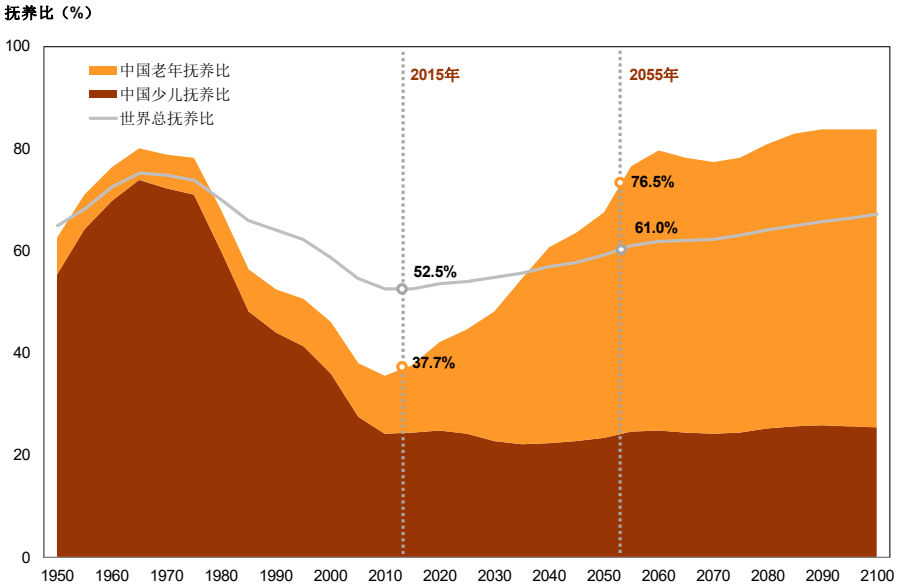
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 1.14

由于经历了长期的低生育水平以及出生时预期寿命延长，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、上部变宽的形态。

图 1.15

人口抚养比，1950–2100年



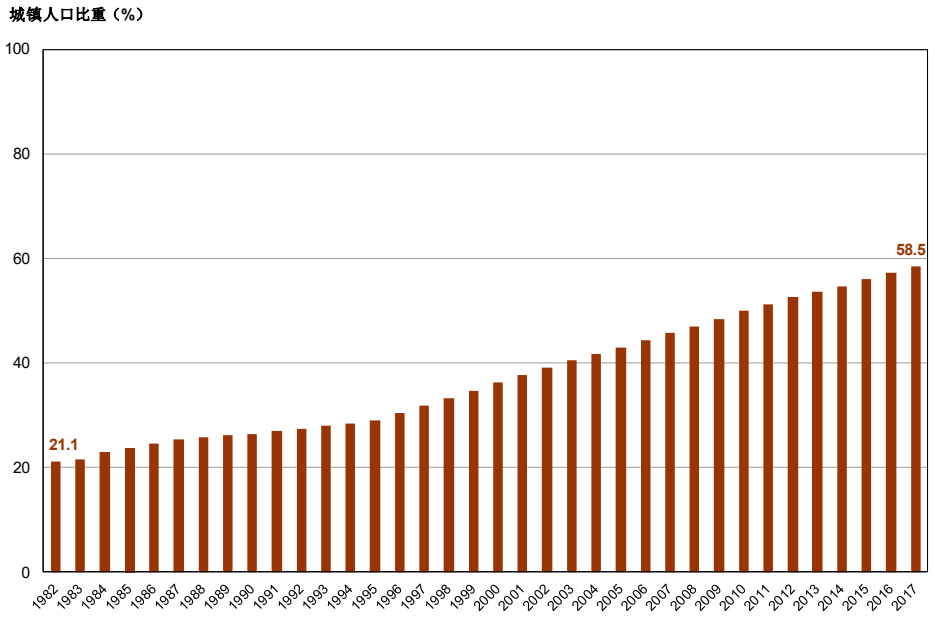
资料来源：联合国经济与社会事务部人口司，《世界人口展望2017年修订版》，2017年

图 1.15

根据联合国经济与社会事务部人口司估计，中国的少儿抚养比（0-14岁人口与15-64岁人口之比）在1980-2015年间下降了六成，目前已成为全球少儿抚养比最低的国家之一。与此同时，中国老年抚养比（65岁及以上人口与15-64岁人口之比）不断上升，老龄化加剧。目前中国的总抚养比约为38%，在世界范围内尚属较低水平。伴随着人口结构的进一步转变和“人口红利”的衰减，预计2055年中国的总抚养比将超过75%，远远高于世界平均水平。

图 1.16

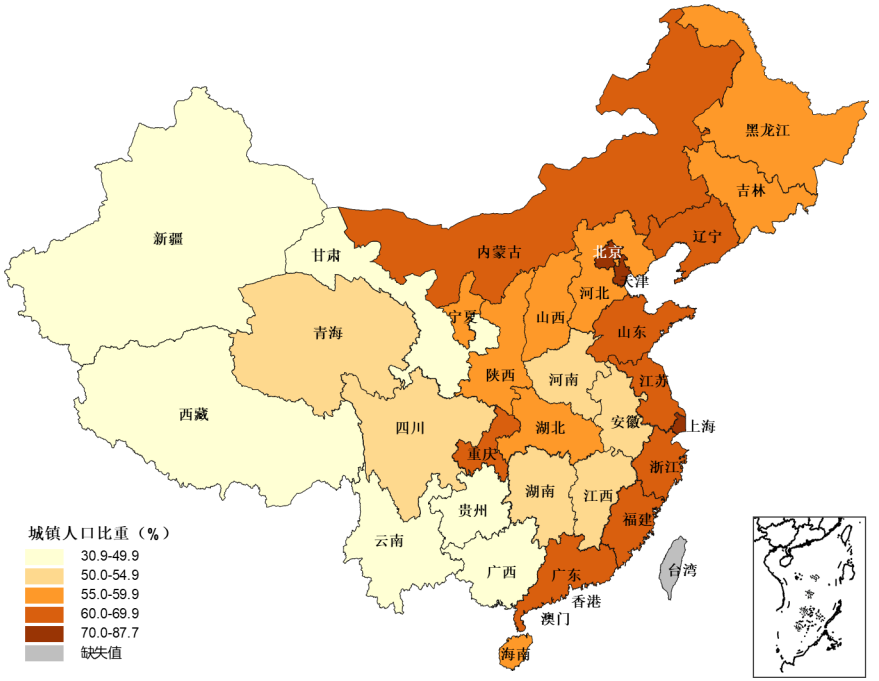
城镇人口比重，1982–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 1.17

分省城镇人口比重，2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 1.16

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[a]。中国的城镇化率[20]（城镇人口占总人口的比重）从1982年的21.1%逐年上升，2011年首次超过50%，2017年达到58.5%，对应城镇常住人口8.13亿人。

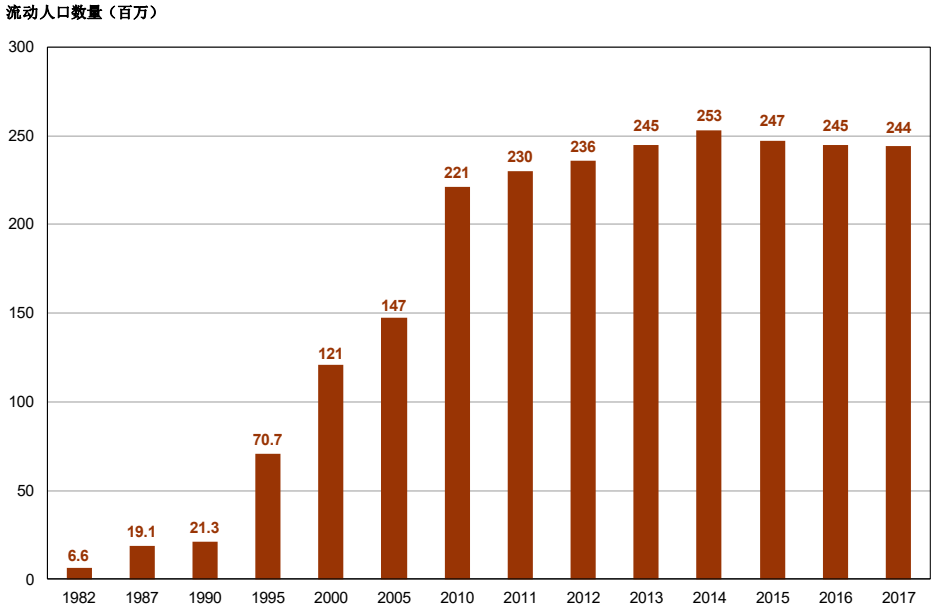
图 1.17

中国东部省市城镇化率较高，上海、北京、天津等直辖市的城镇化率在80%到90%之间，广东、江苏、浙江、辽宁、福建、山东等东部省份在60%到70%之间。西部的内蒙古、重庆城镇化率也超过了60%。

[a] 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（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 1.18

流动人口数量，1982–2017年



资料来源：国家统计局，1982年、1990年、2000年和2010年《中国人口普查资料》（分别于1985年、1993年、2002年和2012年发布）；1987年、1995年、2005年和2015年《全国1%人口抽样调查资料》（分别于1988年、1997年、2007年和2016年发布）；“国民经济与社会发展统计公报”，其他年份

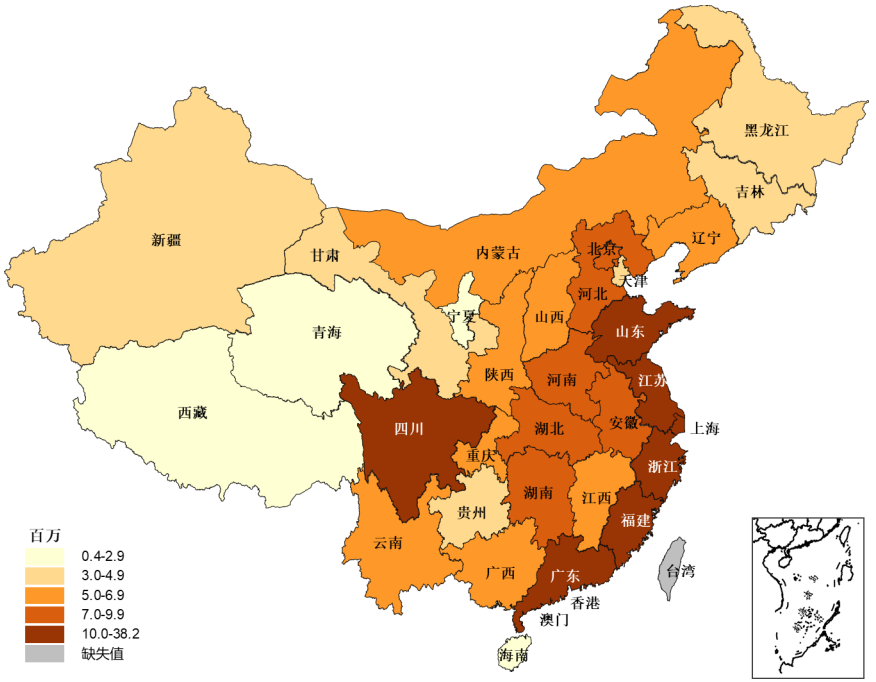
图 1.18

中国正经历着大规模人口流动。1982年，流动人口总量仅为660万人。从20世纪90年代开始，流动人口大幅增加，2014年达到峰值，总量为2.53亿人，随后出现缓慢减少。2017年，流动人口总量为2.44亿，占当年总人口的17.6%。约有一亿儿童受到人口流动的影响[a]。

[a] 关于受人口流动影响的儿童的更多数据见本图集第十章。

图 1.19

分省流动人口数量，2015年



资料来源：国家统计局，《2015年全国1%人口抽样调查资料》，2016年

图 1.19

2015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。七个流动人口大省（市）依次是广东、浙江、江苏、四川、山东、福建和上海，合计输入1.2亿流动人口，占2015年中国全部流动人口的48.8%。

人口统计数据

数据来源与参考文献

[1] 国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

[2] 根据2010年全国人口普查，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、仫佬、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。（国家统计局，《中国统计年鉴》，2013年）

[3] 国家统计局，《2015年全国1%人口抽样调查资料》，2016年

[4] 国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

[5] **总和生育率：**如果妇女一生中以某个年份所观察到的年龄别生育率生育孩子，活到50岁时平均的生育子女数。（联合国人口司）

[6] 联合国经济与社会事务部人口司，《世界人口展望2017年修订版》，2017年

[7] **出生率（又称粗出生率）：**每年出生人数除以年中人口数，用千分率表示。（联合国人口司）

[8] **人口自然增长率：**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率。（联合国人口司）

[9] 国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

[10] 联合国经济与社会事务部人口司，《世界人口展望2017年修订版》，2017年

[11] James H. William，“人类的性别比。第一部分：文献综述”，《人类生物学》，1987年，第59卷，第5期，第721-725页

[12] 国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

[13] 国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

[14] 国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

[15] 国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

[16] 中华人民共和国地处亚洲大陆东部，太平洋西岸，国土面积960万平方公里，位居世界第三位。中国的领土南北纵伸5500公里，东西绵延5000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。

[17] **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。（联合国人口司）

[18] 国家卫生健康委员会（原卫生部），《中国卫生统计年鉴》，2009年

[19] 世界银行，世界银行数据库，http://data.worldbank.org，2018年11月查阅

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。（世界银行）

[20] **城镇化率：**按照各国最新全国人口普查中使用的定义，生活在城镇地区的人口比重。（联合国人口司）

2

经济与社会发展

概述

经济发展

改革开放40年来，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。1978-2017年，中国国内生产总值（GDP）年均实际增长9.5%。2017年人均GDP[1]为59660元，按年平均汇率[2]折算约合8830美元。

从2011-2015年“十二五”时期开始，中国经济步入新常态，GDP年均实际增长率从“十一五”时期的两位数高速增长转为7.9%的中高速增长，但增速在世界主要经济体中仍名列前茅。

根据世界银行对人均国民总收入（GNI）的划分，中国已在2010年跨入中等偏上收入国家之列[3]。

从经济总量上看，无论是按货币汇率还是按购买力平价指数（PPP）换算，中国自2010年起已经成为继美国之后的世界第二大经济体，2017年占世界经济份额的15%，比2010年提高了6个百分点[4]。但是，中国是一个人口大国，人均GDP低于世界平均水平，在所有国家中排名70多位，仍然是一个发展中国家。

城乡二元结构

中国长期以来实行城乡分割的户籍制度，形成了城乡二元结构，大量经济与社会发展指标表现出明显的城乡差异。虽然政府采取了一系列措施促进城乡一体化均衡发展，但是，要打破长期以来形成的二元结构尚需付出更多和长期的努力。

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。

收入差距

中国的经济增长并不均衡，城乡居民之间以及东部、中部和西部地区居民之间的收入差距仍然较大。例如，城乡居民人均收入倍差由1985年的1.9增至2009年的3.3；此后城乡差距虽然有所缩小，但2017年收入倍差仍然高达2.7。

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2012年的0.42，仅低于一些非洲国家、拉美国家以及同为中等偏上收入国家的马来西亚[5]。中国政府在2013年首次对外发布2003年以来全国基尼系数的官方估计，数据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进步的同时，中国过去40年的农村减贫成果令世界称羡瞩目[6]，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。突出的减贫成果一方面归因于中国过去强劲的经济增长，另一方面也得益于政府在支持农民增收、促进民生发展、健全城乡社会保障体系和扶贫攻坚方面采取的各项有效政策措施。

2011年，中国颁布了《中国农村扶贫开发纲要（2011-2020年）》，提出农村扶贫开发工作的总体目标是“到2020年，稳定实现扶贫对象不愁吃、不愁穿，保障其义务教育、基本医疗和住房，贫困地区农民人均纯收入增长幅度高于全国平均水平，基本公共服务主要领域指标接近全国平均水平，扭转发展差距扩大趋势”。同年，政府将农村贫困标准提高到年人均收入2300元（按2010年不变价）。新的贫困标准几乎是原标准的两倍，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。

与此同时，贫困地区从过去的592个国家扶贫开发工作重点县扩大到覆盖“集中连片特困地区”的832个贫困县，成为政府新时期扶贫开发的重点区域和主战场。贫困县集中了全国农村六成以上的贫困人口。为了落实《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》中提出的2020年“确保现行标准下贫困人口实现脱贫，贫困县全部摘帽，解决区域性整体贫困”的要求，政府建立了贫困县退出机制。2016年开始，已有153个贫困县退出。

2013年以来，中国进入脱贫攻坚和经济新常态重叠期，经济增长对于减贫的拉动作用减弱，全国财政收入增速下降，剩余贫困人口的脱贫难度和脱贫成本攀升[7]。政府相应地采取了精准扶贫措施，加大了对贫困县的政策倾斜和投入力度，促进利贫增长和发展。以收入为例，2012-2017年，832个贫困县农村居民人均可支配收入年均实际增长10.4%，比全国农村平均水平快2.5个百分点[8]。与此同时，贫困县基本公共服务明显改善。中国精准扶贫的理论和实践也为全球减贫提供了范例。

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：

- 减贫任务尚未完成，而且在某种意义上已经变得更加紧迫。剩余贫困户大多分散在自然条件更加恶劣、贫困发生率更高的深度贫困地区，收入贫困与健康、教育等多维度贫困并存，脱贫难度更大。
- 农村地区贫困的脆弱性非常突出，面临贫困风险的脆弱人群的数量估计为贫困人口的两倍，返贫压力大。如果政府要实现到2020年全面消除绝对贫困的脱贫攻坚目标，就必须采取对于扶贫对象而言可持续发展的脱贫举措，避免返贫。
- 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制度的瞄准机制面临持续性挑战。

儿童贫困

人类发展的诸多差距始于童年，童年所经历的剥夺和匮乏可能持续影响一生、并造成贫困的代际传递。人类发展的诸多差距始于童年，童年所经历的剥夺和匮乏可能持续影响一生、并造成贫困的代际传递。联合国可持续发展目标（SDGs）“在世界各地消除一切形式的贫困”（目标一）中，首次明确将儿童作为重点人群之一，要求在2030年以前消除或减少儿童贫困，其中既包括经济贫困，也包括多维贫困。

中国政府对儿童贫困日渐重视，除了通过各项有关政策措施关注儿童贫困问题外，2014年还专门出台了《国家贫困地区儿童发展规划（2014-2020年）》，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。

从经济贫困来看，2017年全国农村贫困发生率为3.1%，同年0-17岁儿童贫困发生率为3.9%[9]，儿童贫困发生率高于成人，说明贫困对儿童的影响更大。

除了常用的经济贫困测量，联合国儿童基金会还建议结合诸多非经济因素进行儿童多维度贫困测量，相应的方法为“多维度交叠剥夺分析”（Multiple Overlapping Deprivation Analysis），简称为MODA[10]。MODA在确定选择哪些维度对儿童贫困和剥夺进行综合分析时，以《儿童权利公约》等重要国际准则为指导原则，涵盖了与儿童发展和福祉相关的最基本的各个方面，包括营养、健康、水和厕所、住房、免受暴力、教育、信息，等等。同时，MODA采用生命周期法，针对不同年龄段的儿童适用不同的测量维度，每个维度下有建议的指标。虽然MODA的方法已经比较成熟，受到数据条件的限制，中国目前还缺乏对儿童多维贫困的系统测量。

城乡低保

“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最主要组成部分，也是国家基本公共服务的一项重要内容。该制度1999年覆盖全国城镇地区，2007年拓展到农村地区。按照规定，未被其他保障制度所覆盖或者保障不足的人群，以家庭为单位，只要人均收入低于最低生活保障标准，便可领取足以维持基本生活的补助。

随着政府投入更多资金用于社会救助，城乡居民低保得以有效覆盖，低保标准不断提高。2017年，全国城市低保平均标准每人每月541元，相当于城镇居民生活消费支出水平的27%；农村低保平均标准每人每月358元，相当于农村居民生活消费支出水平的39%。低保标准因各省发展状况以及政府财力的不同而存在明显的地区差异，东部省份低保标准普遍高于中西部省份。下一步政府工作的重要任务是加强城乡、地区低保制度在目标、资金、标准等方面的统筹协调，以确保基本公共服务的公平性。

此外，低保制度仍然存在以下挑战：

- 虽然目前还缺乏有关低保瞄准率的官方数据，但不少学术研究表明，城乡低保的瞄准精度还有待进一步提高[11]，以使最贫困和最弱势群体能够受益。
- 在落实政府到2020年现行标准下农村贫困人口全部脱贫目标的过程中，农村低保将担负政策保障兜底的作用。因此，需要加强农村低保和扶贫开发的有效衔接，包括标准的制定和对象的识别。

- 儿童和家庭面临的困境是多维度的，了解并满足困难儿童和家庭多样化和多层次的需求，实现从单一的现金救助向现金和服务相结合的多维度保障转变，从简单的生活型救助向综合性救助延伸也是下一步政府工作面临的巨大挑战。

- 其他几项救助制度[12]往往将低保对象作为救助对象，这样可能会导致享受社会救助的“悬崖效应”。因此，需要优化低保制度与其他救助制度的衔接，根据特定对象面临的不同困境有针对性地提供类别化、个性化救助。

基本公共服务

中国长期以来积极致力于为儿童和妇女提供基本公共服务，通过出台相关政策措施，确保财政投入，增强公共服务的可及性，以更大范围地覆盖贫困脆弱的儿童和妇女，同时改善基本公共服务的公平性与质量。除了上述提到的城乡最低生活保障制度，基本公共服务涵盖教育、卫生和儿童保护等领域：

- 2011年，中国宣布全面完成普及九年免费义务教育和扫除青壮年文盲的战略目标[13]，义务教育进入以提高质量为主的均衡发展阶段。2017年出台的《国家教育事业发展“十三五”规划》已将“促进公平”作为现阶段发展教育的一项基本原则，提出要突出教育精准扶贫，面向中西部地区特别是边远和贫困地区，加大对家庭经济困难学生的帮扶力度。

- 中国从2011年秋季学期开始为农村义务教育阶段学生提供营养膳食补助，到2016年底，中央财政已累计安排资金1591亿元用于实施营养改善计划，惠及1590个县的3600万名学生。试点地区学生贫血率从2012年的17%降低到2015年的7.8%[14]。

- 2011-2016年中国以县为单位实施两期学前教育三年行动计划以来，3-6岁学前教育发展连迈新台阶，全国学前教育毛入园率从2010年的56.6%提高到2016年的77.4%。但总体上看，学前教育仍是教育体系中最薄弱的环节，中国政府继而启动实施2017-2020年第三期学前教育行动计划，强调推进教育扶贫，从人生早期阻断贫困代际传递[15]。2017年全国学前教育毛入园率达到79.6%。

- 中国正在采取有关政策措施推动0-3岁儿童早期发展，例如开展生命早期1000天营养健康行动，通过贫困地区儿童营养改善项目免费为6-23月龄婴幼儿发放营养包。政府也在一定范围内进行试点工作，以社区为依托、建立辐射家庭的0-3岁婴幼儿早期教养服务和示范基地，开展儿童生长发育、家庭养育、亲子游戏活动等儿童早期发展的综合服务。针对大脑发育可塑性最强的0-3岁儿童进行投资，是一种最具成本效益的实现可持续发展的方式，有助于推动未来经济增长[16]。但是，目前中国0-3岁公共托育设施和服务资源还存在明显短缺，需要实施更加积极的关注儿童健康、教育和保护的早期发展政策，并促进儿童早期发展纳入社区公共服务体系。

- 自2009年开展国家基本公共卫生服务项目以来，中国人均基本公共卫生服务经费补助标准已经过数次调整，从2011年以前的人均15元稳步提高到了2017年的50元，服务项目从9类增加到14类[17]，覆盖城乡全体居民，并突出儿童、孕产妇、老年人以及重点疾病患者的健康管理。

- 2016年1月，中国开始推进城镇居民基本医保和新型农村合作医疗整合，旨在扩大城乡居民就医选择范围，促进城乡公平，提升公共服务质量。2017年底，全国80%以上的地市已实施统一的城乡居民医保制度，参保率稳定在95%以上[18]。2017年居民医保各级财政人均补助标准增至450元[19]。

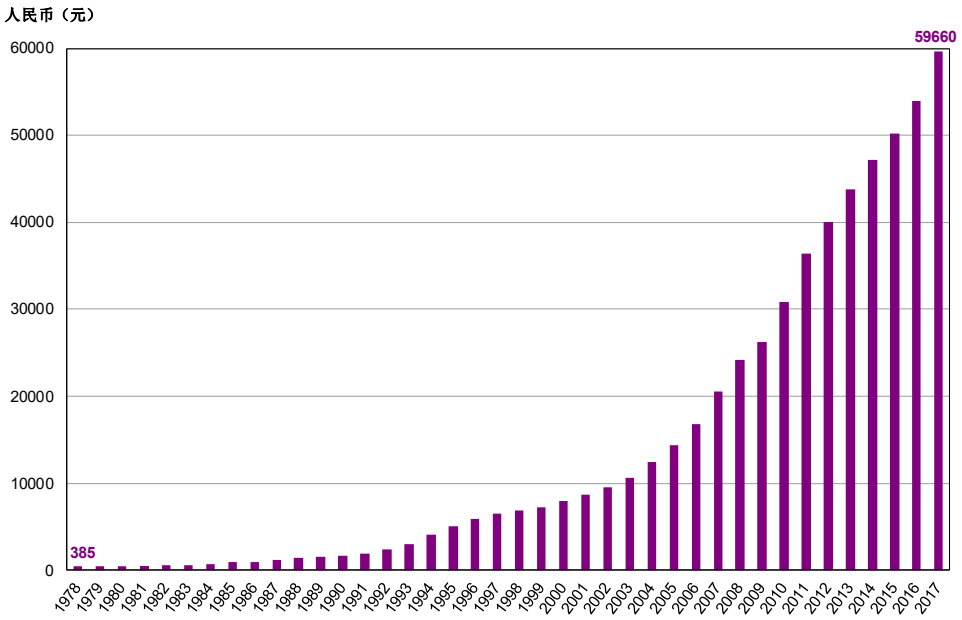
- 2016年出台的《国务院关于加强困境儿童保障工作的意见》要求对困境儿童（包括因家庭经济困难、自身残疾、缺乏有效监护等原因面临生存、发展和安全困境的儿童）采取分类保障的方式，为他们提供基本生活、医疗和教育保障，落实监护责任，并着重强调要加强残疾儿童福利服务。

2017年1月国务院印发了《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》，以基本公共服务清单为核心，促进机会均等，保障居民在公共教育、劳动就业创业、社会保险、医疗卫生、社会服务、住房保障、公共文化体育、残疾人服务八个领域的81个项目上得到基本公共服务的机会；重点保障特定人群和困难群体的基本生存权与平等参与社会发展的权利，其中包括进一步完善孤儿基本生活保障制度、做好困境儿童保障工作，以及统筹推进未成年人社会保护试点和农村留守儿童关爱保护。

但是，不同社会群体之间的差距仍然存在。中国政府在2016-2020年“十三五”规划中进一步提出要促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。2018年召开的十九届三中全会强调通过深化国家机构改革推进国家治理体系和治理能力现代化，完善公共服务管理体制。

图 2.1

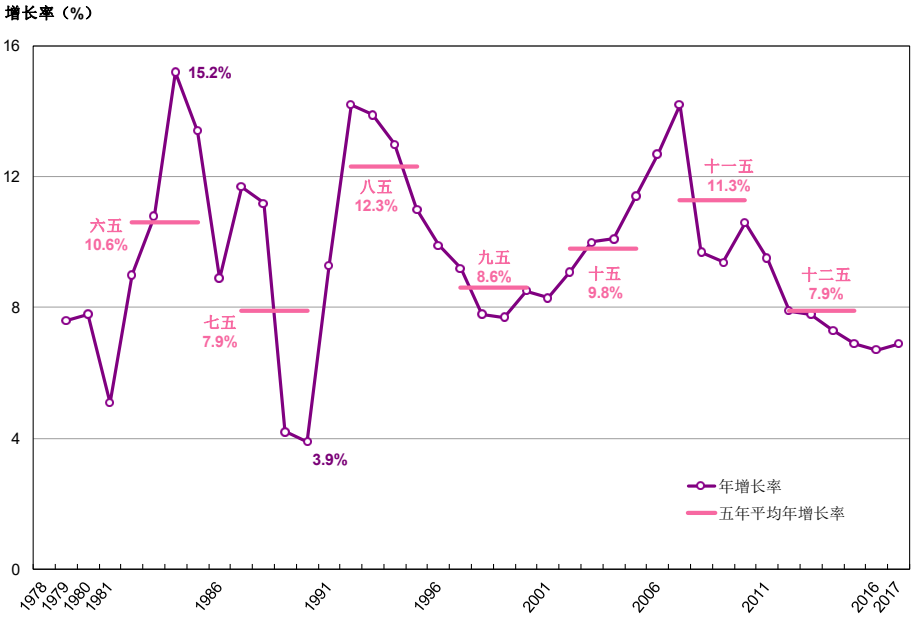
人均国内生产总值，1978–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 2.2

国内生产总值增长率，1978–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 2.1

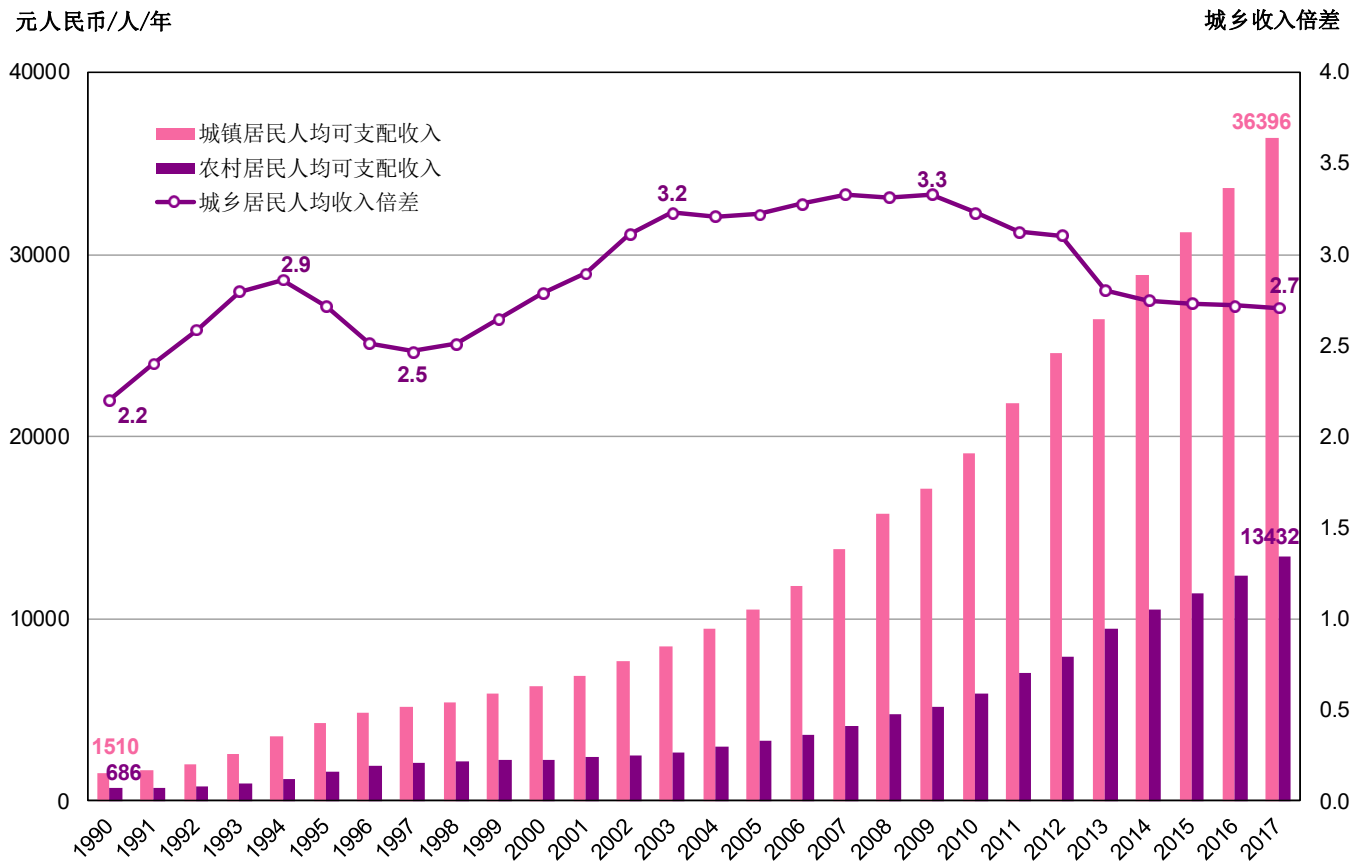
40年前，中国是世界上最贫穷的国家之一，1978年人均国内生产总值（GDP）仅385元（约合156美元）。现在中国已经成为世界第二大经济体，2017年人均GDP达到59660元（按2017年平均汇率折算约合8830美元）。1978-2017年，人均GDP年均实际增长8.5%。

图 2.2

1981-1985年“六五”时期、1991-1995年“八五”时期和2006-2010年“十一五”时期，中国经济保持了两位数高速增长。从2011-2015年“十二五”时期开始，GDP年均实际增长率回落到7.9%，中国经济步入新常态，由高速增长转为中高速增长。1978-2017年，GDP年均实际增长9.5%。

图 2.3

城乡居民人均可支配收入，1990–2017年



资料来源：国家统计局，
《中国统计摘要》，2018年

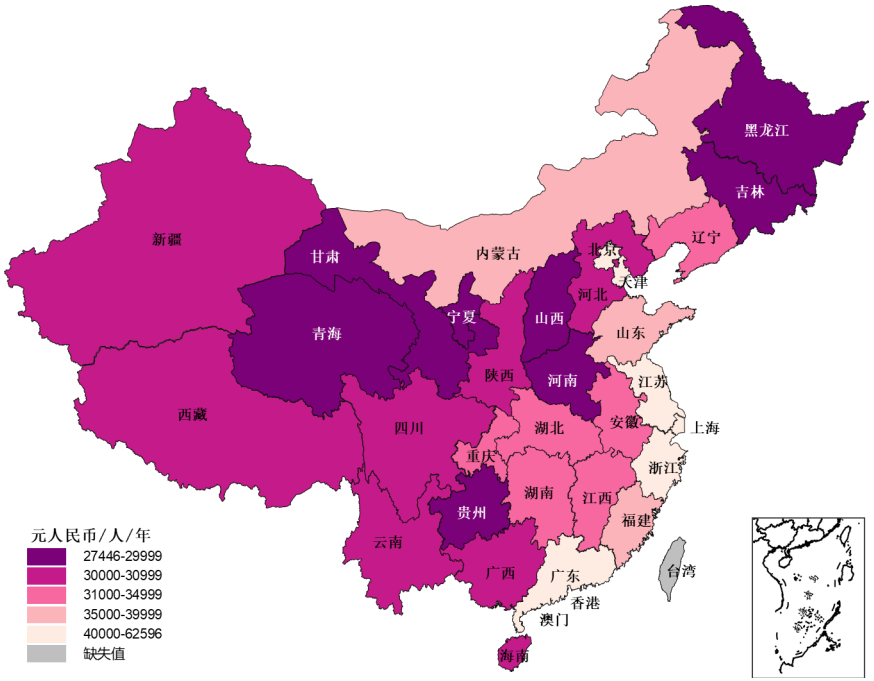
图 2.3

城镇居民和农村居民[a]人均可支配收入[20]均不断增长，但收入差距扩大，到2009年，城乡居民人均收入倍差已达到3.3。2010-2017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2017年收入倍差仍然高达2.7。

[a] 从2013年开始，国家统计局正式实施了城乡一体化住户调查，统一发布全体居民可支配收入和按常住地区分组的城乡居民可支配收入。农村2012年及以前年份的数据继续沿用一体化以前使用的农村居民人均纯收入[21]口径。

图 2.4

分省城镇居民人均可支配收入，2017年



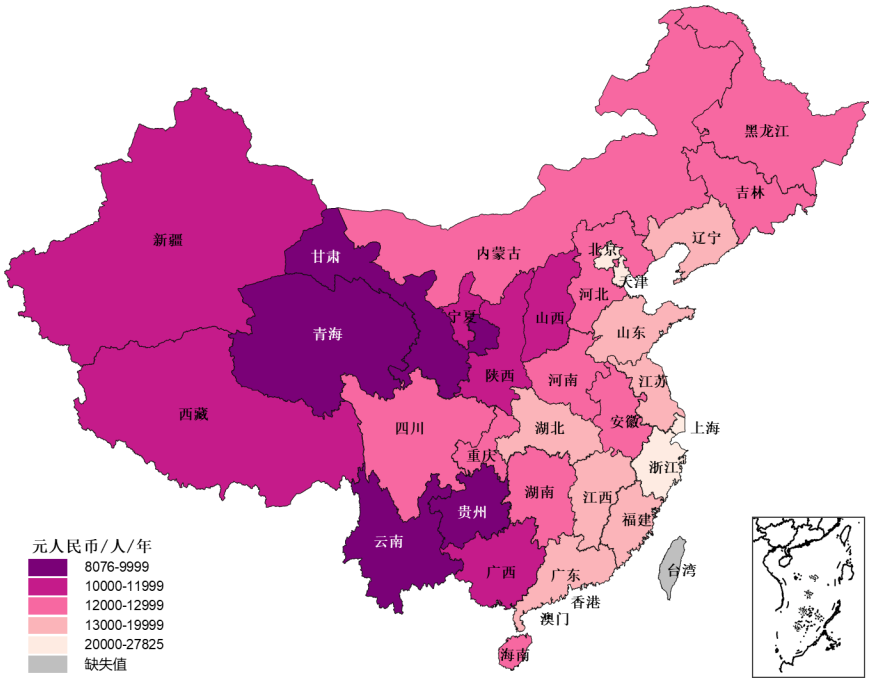
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 2.4

城镇居民人均可支配收入省际差异大，与东部地区相比，中西部地区收入水平偏低。

图 2.5

分省农村居民人均可支配收入，2017年



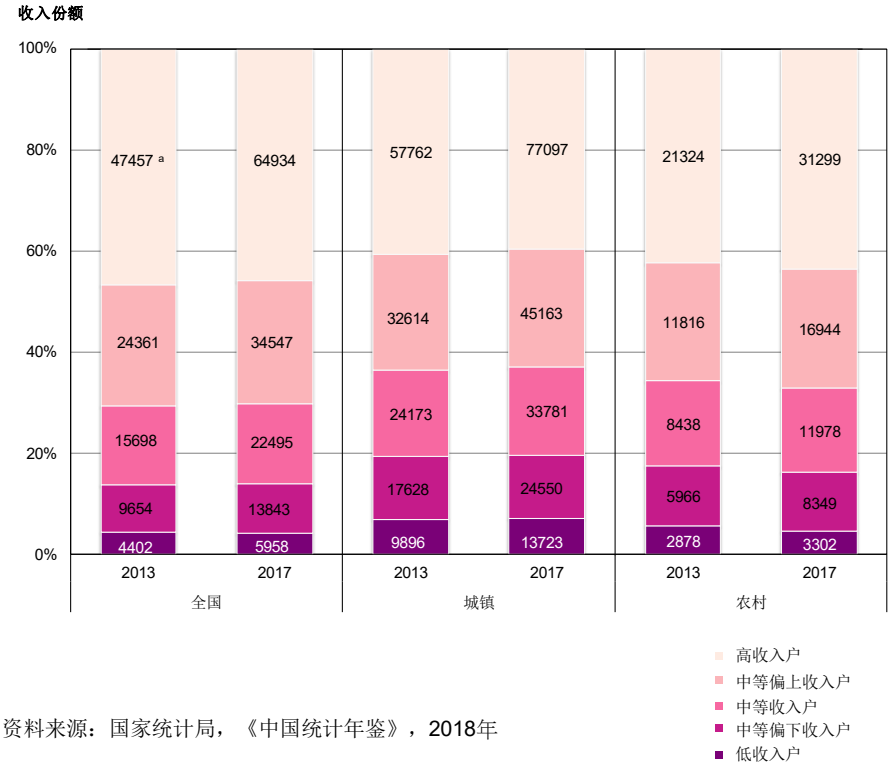
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 2.5

农村居民人均可支配收入的省际差异同样很大，西部地区收入水平明显偏低。

图 2.6

按五等份分组的城乡居民人均可支配收入，2013年和2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

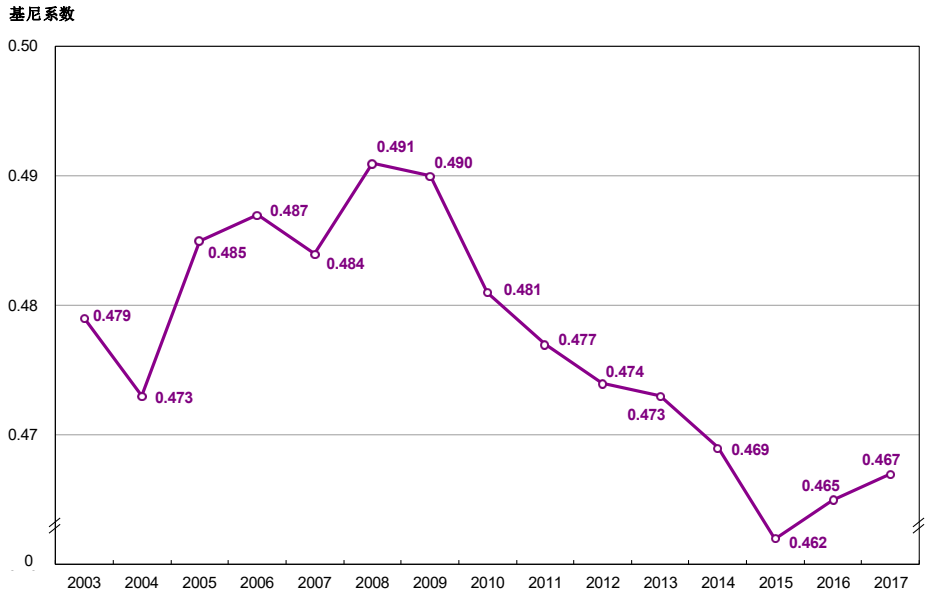
图 2.6

从五等份分组来看，2017年全国高收入户20%的人口拥有45.8%的收入，低收入户20%的人口仅拥有4.2%的收入。城镇内部和农村内部不同收入组之间也差距明显。各收入组的收入分配格局在2013年和2017年之间基本保持不变、只略有改善。

[a] 图中数据标签为各个五等份组的人均年收入。

图 2.7

全国居民收入基尼系数，2003–2017年



资料来源：国家统计局，《中国住户调查年鉴》，2018年

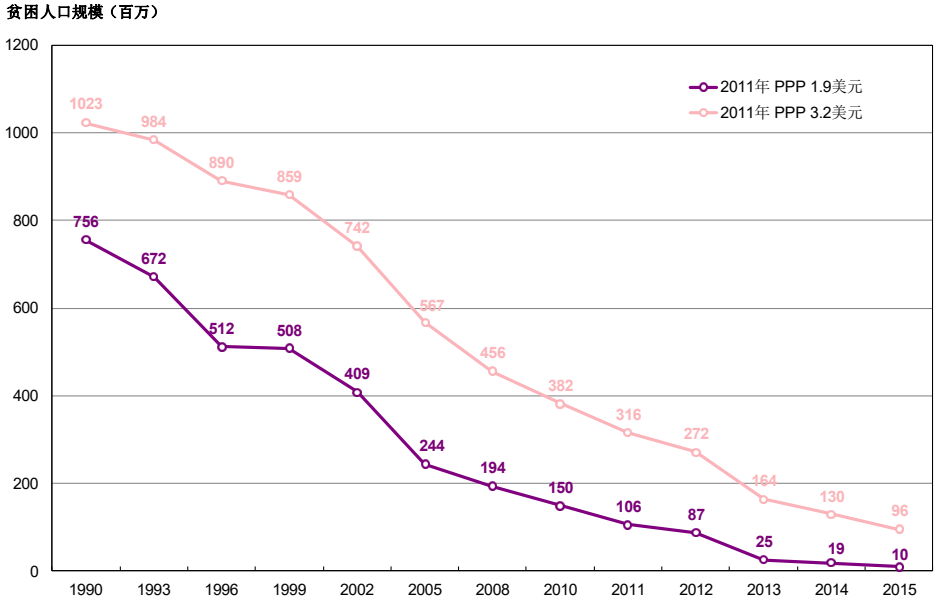
图 2.7

2003-2017年全国基尼系数[a]在0.462到0.491之间，说明中国居民的收入差距过大。但基尼系数扩大趋势在2008年后得到抑制，总体呈现回落。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。

[a] 国际上并没有关于基尼系数区间值的划分标准，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。

图 2.8

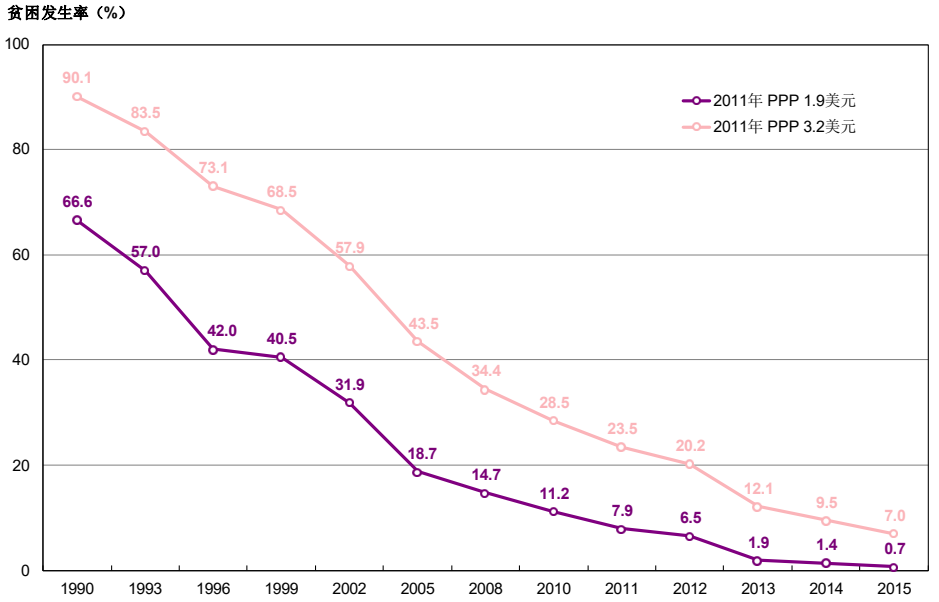
贫困人口规模，1990–2015年



资料来源：世界银行，世界银行数据库（data.worldbank.org），2018年

图 2.9

贫困发生率，1990–2015年



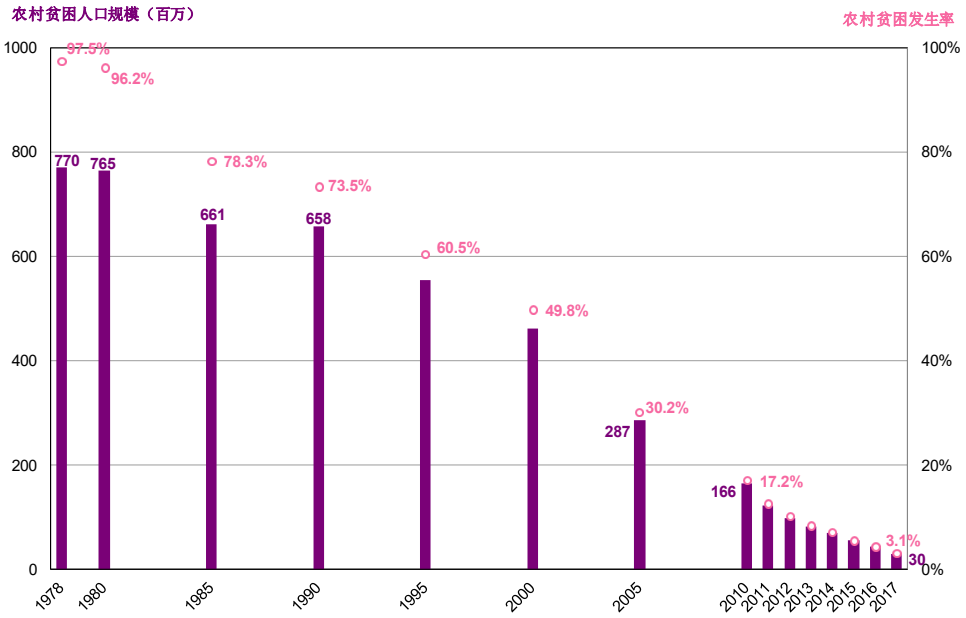
资料来源：世界银行，世界银行数据库（data.worldbank.org），2018年

图 2.8和图 2.9

世界银行测算并发布全球消费贫困估计数，所使用的最新的国际极端贫困标准是基于2011年购买力平价指数（PPP）的每人每天1.9美元，总体上等价于世界银行之前使用的2005年PPP下的每人每天1.25美元。数据表明，按照新的国际极端贫困标准衡量，中国在1990-2015年间贫困人口减少了7.46亿人，占同期全球减贫人口的65.3%，为全球减贫和千年发展目标的实现做出了巨大贡献。如果按照每人每天3.2美元的标准衡量，中国在减贫方面同样成绩卓著。

图 2.10

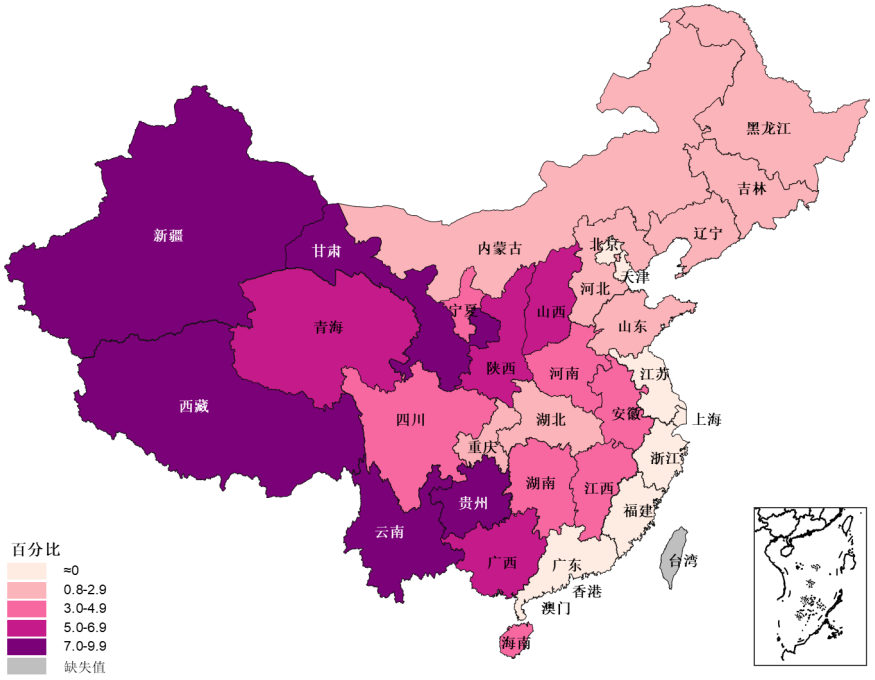
农村贫困人口规模和贫困发生率，1978–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 2.11

分省农村贫困发生率，2017年



资料来源：国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2018年

图 2.10

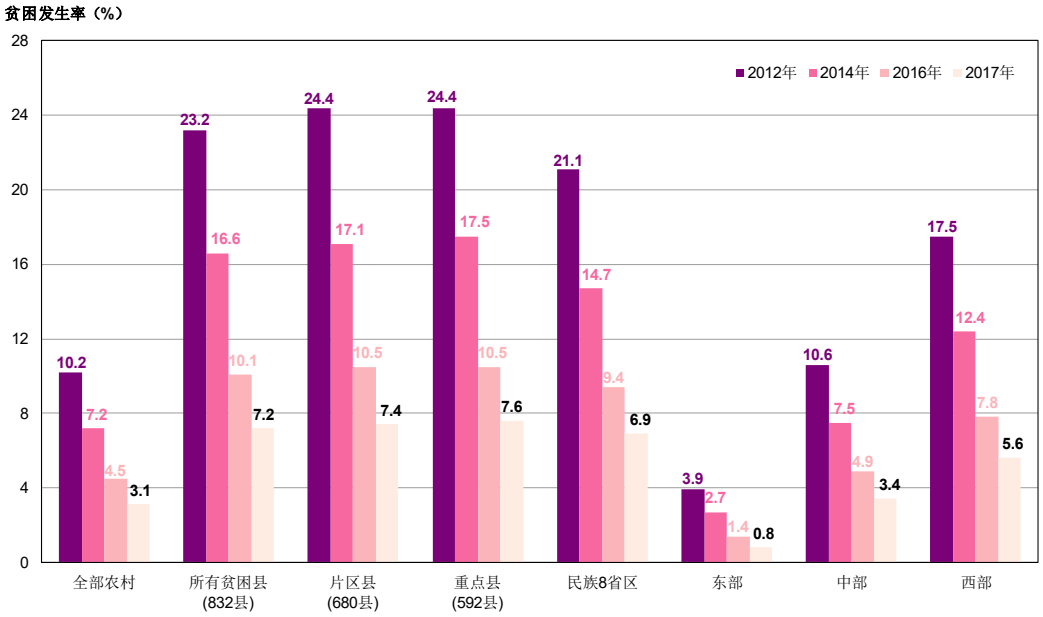
中国官方的贫困测量主要针对农村地区，现行农村贫困标准按2010年价格为每人每年2300元，根据2011年购买力平价指数和中国农村物价换算，相当于每人每天2.3美元，高于世界银行使用的新的国际极端贫困标准（每人每天1.9美元）。按现行国家农村贫困标准测算，从1978年到2017年，全国农村贫困人口减少7.4亿人，在全球减贫中发挥了核心作用。

图 2.11

2017年，53.6%的农村贫困人口集中在西部省区，贫困人口总数达到1634万人。七省贫困人口每省超过200万，贫困人口最多的是贵州，为295万人。农村贫困发生率最高的是新疆，为9.9%；甘肃、贵州、西藏、云南四省区的贫困发生率也都在7%以上。2017年西部农村的平均贫困发生率为5.6%，远远高于东中部地区。

图 2.12
农村区域性贫困发生率，2012–2017年

SDG 1.2.1



资料来源：国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2017-2018年

图 2.13
农村儿童贫困发生率，2014–2017年[a]

SDG 1.2.1

资料来源：国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2015-2018年

图 2.12

中国农村贫困呈现出明显的区域性特点，贫困县[a]、少数民族地区、西部地区、三区三州[22]集中了大量贫困人口，贫困发生率更高，贫困程度更深。全国农村六成以上的贫困人口在贫困县，一半以上在西部，三分之一集中在民族八省区（包括内蒙古、广西、贵州、云南、西藏、青海、宁夏、新疆）。为了实现到2020年“确保现行标准下贫困人口实现脱贫，贫困县全部摘帽，解决区域性整体贫困”的目标，政府已采取包括精准扶贫在内的各项策略和措施。

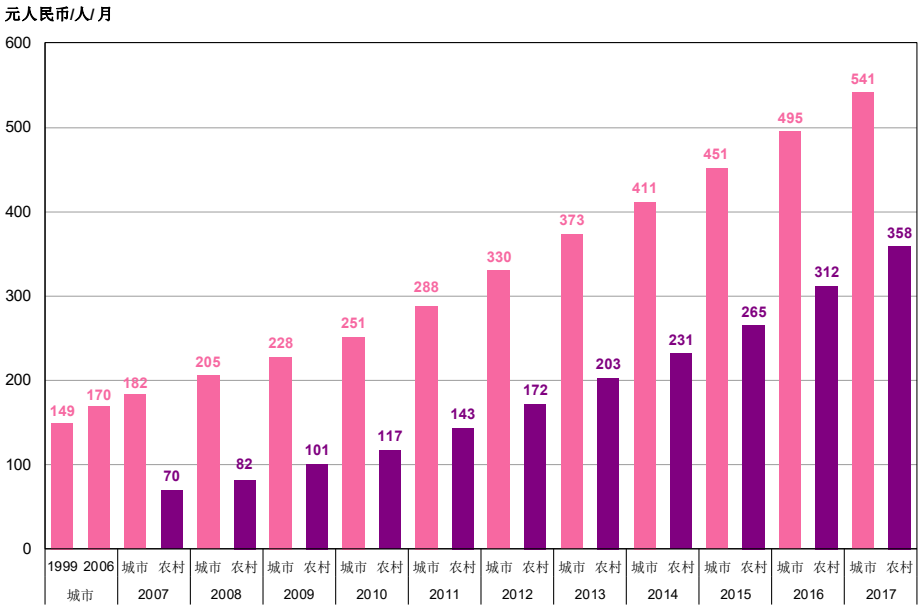
[a] 中国共有832个贫困县，包括集中连片特困地区的“片区县”和片区外的国家扶贫开发工作“重点县”。其中集中连片特困地区覆盖了随着《中国农村扶贫开发纲要（2011-2020年）》的颁布新划分出的11个连片特困地区，以及已经实施特殊扶贫政策的西藏、四省藏区和新疆南疆三地州，共计14个片区680个县。国家扶贫开发工作重点县共592个。片区县和重点县中有440个重合。

图 2.13

以2010年不变价2300元为贫困标准衡量，2017年全国农村贫困发生率为3.1%，同年0-17岁农村儿童贫困发生率为3.9%[b]。儿童贫困发生率通常高于成人，说明贫困对儿童的影响更大。2016年世界银行和联合国儿童基金会的一项测算结果也有类似发现：发展中国家儿童生活在每人每天1.9美元以下的极端贫困发生率为19.5%，是成人极端贫困发生率（9.2%）的两倍[23]。

[a] 2014年为0-15岁儿童贫困发生率，2015-2017年为0-17岁儿童贫困发生率。
[b] 联合国儿童基金会根据儿童贫困发生率粗略推算，2015年农村贫困儿童约1500万人，2016年约1100万人，2017年约800万人。

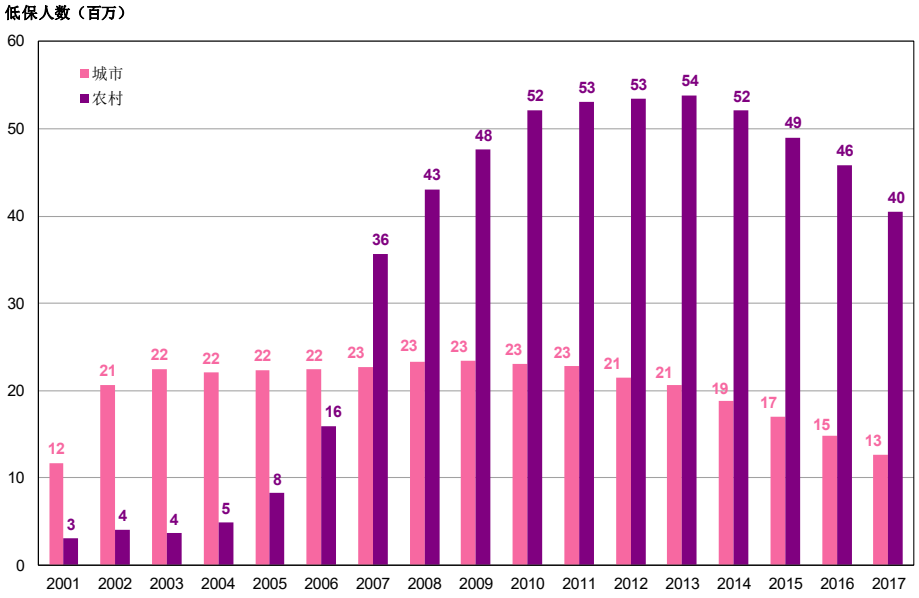
图 2.14
城市和农村最低生活保障标准，1999–2017年



资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2018年

图 2.15
城市和农村得到最低生活保障的人数，2001–2017年

SDG 1.3.1



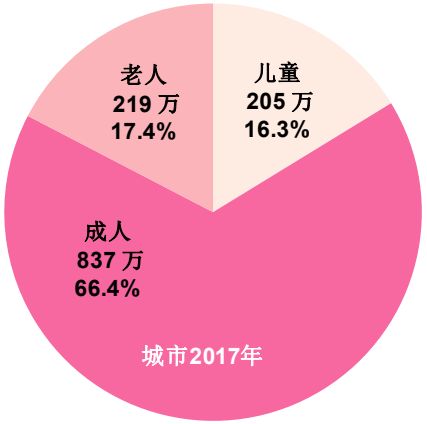
资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2018年

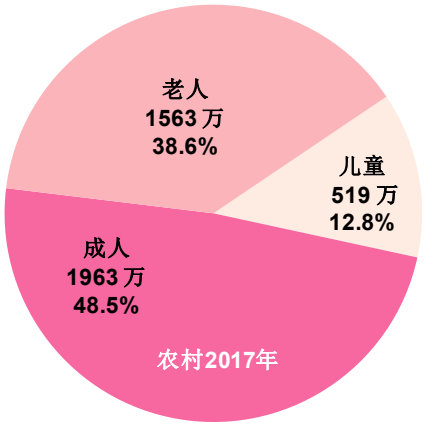
图 2.14
低保制度1999年覆盖全国城镇地区，2007年在农村逐步推开。政府的积极承诺与财政支持促进了中国城乡低保的现金转移，低保标准和补差水平逐年提高。

图 2.15
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。2017年，低保已经覆盖1261万城市居民和4045万农村居民。全国合计有5306万居民享受低保补助，占全国总人口的3.8%。近年来随着贫困人口不断减少，低保人数也开始逐年下降。

图 2.16

城市和农村低保人口的年龄构成，2007–2017年





资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2018年

年份	城市低保人数 (万人)				构成 (%)		
	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	**2272**	545	1429	298	24.0%	62.9%	13.1%
2008	**2335**	588	1430	317	25.2%	61.3%	13.6%
2009	**2346**	580	1432	334	24.7%	61.1%	14.2%
2010	**2311**	559	1413	339	24.2%	61.2%	14.7%
2011	**2277**	540	1390	347	23.7%	61.1%	15.2%
2012	**2144**	473	1331	339	22.1%	62.1%	15.8%
2013	**2064**	445	1289	330	21.5%	62.5%	16.0%
2014	**1877**	387	1175	316	20.6%	62.6%	16.8%
2015	**1701**	341	1067	294	20.0%	62.7%	17.3%
2016	**1480**	271	951	258	18.3%	64.2%	17.4%
2017	**1261**	205	837	219	16.3%	66.4%	17.4%

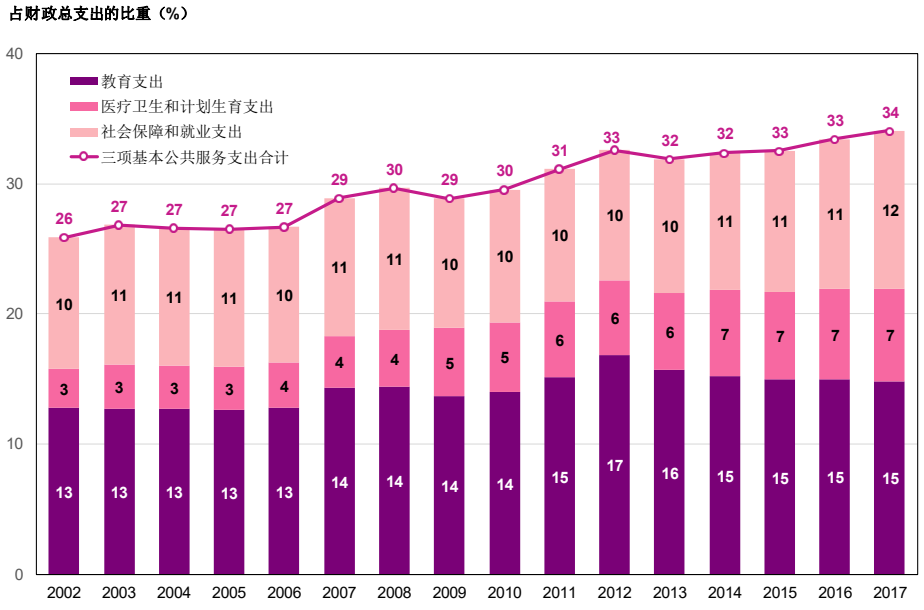
年份	农村低保人数 (万人)				构成 (%)		
	农村低保总人数	儿童（0-17岁）	成人（18-59岁）	老人（>=60岁）	儿童（0-17岁）	成人（18-59岁）	老人（>=60岁）
2007	**3566**	403	2145	1018	11.3%	60.2%	28.5%
2008	**4306**	534	2446	1325	12.4%	56.8%	30.8%
2009	**4760**	609	2490	1661	12.8%	52.3%	34.9%
2010	**5214**	687	2669	1857	13.2%	51.2%	35.6%
2011	**5306**	682	2690	1934	12.9%	50.7%	36.5%
2012	**5345**	641	2687	2017	12.0%	50.3%	37.7%
2013	**5388**	615	2695	2078	11.4%	50.0%	38.6%
2014	**5207**	578	2564	2065	11.1%	49.2%	39.7%
2015	**4904**	525	2373	2006	10.7%	48.4%	40.9%
2016	**4587**	512	2215	1859	11.2%	48.3%	40.5%
2017	**4045**	519	1963	1563	12.8%	48.5%	38.6%

图 2.16

2017年，低保共覆盖724万儿童，占全国儿童人口总数的2.7%；其中城市低保儿童205万人，农村低保儿童519万人。农村低保人口中儿童的比重约11%-13%，低于城市低保人口中儿童的比重（16%-25%）。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、健康和教育状况的改善[24]。

图 2.17

政府用于三项基本公共服务的支出占财政总支出的比重，2002–2017年



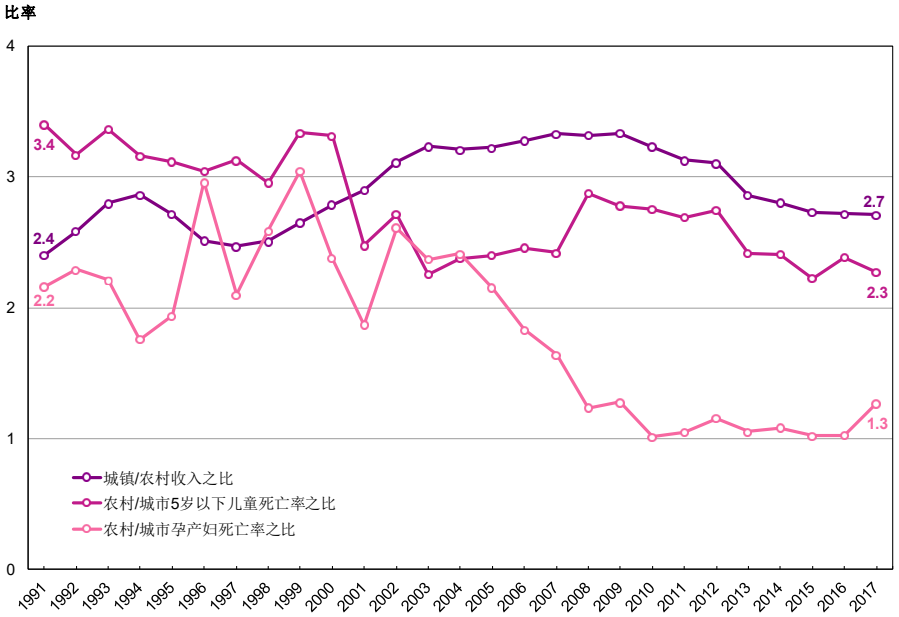
资料来源：财政部，《中国财政统计年鉴》，2008年（2002-2007年数据）；
国家统计局，《中国统计年鉴》，2009-2018年（2008-2017年数据）

图 2.17

过去几十年里，中国政府的整体财力得以增强，用于三项基本公共服务（包括教育、医疗卫生和计划生育、社会保障和就业）的公共预算支出占财政总支出的比重稳中有升，近年来已占到三分之一左右。与此同时，政府用于三项基本公共服务的支出占GDP的比重也从2002年的4.7%稳步增至2017年的8.4%。

图 2.18

城乡收入和城乡卫生成果差距，1991–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 2.18

尽管2009年以来城镇和农村居民收入差距逐渐缩小，2017年城乡居民收入之比仍然高达2.7。但2000年以来，一些卫生指标（如孕产妇死亡率）方面的城乡差距明显缩小，近年来差距开始消除。

图 2.19

因灾死亡人数和因灾造成的直接经济损失，1976–2017年

年份	因灾死亡人数（人）
1976 [a]	242000
1979	6962
1980	6821
1981	7422
1982	7935
1983	10952
1984	6927
1988	7306
1990	7338
1991	7315
1993	6125
1994	8549
1996	7273
2008	88928
2010	7844

年份	直接经济损失（亿元人民币）
1994	1876
1995	1863
1996	2882
1997	1975
1998	3007
1999	1962
2000	2045
2001	1942
2002	1717
2003	1884
2004	1602
2005	2042
2006	2528
2007	2363
2008	11752
2009	2524
2010	5340
2011	3096
2012	4186
2013	5808
2014	3374
2015	2704
2016	5033
2017	3019

资料来源：民政部，《中国民政统计年鉴》，2017年（1977-2016年数据）；国家地震科学数据共享中心（1976年数据）；国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年（2017年数据）

图 2.19

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[25]最严重的十个国家之一[b]。

[a] 1976年的数据仅为当年唐山地震的死亡人数。

[b] 表中仅列举因灾死亡人数超过6000人的年份和因灾造成直接经济损失超过1500亿元（约合230亿美元）的年份。

经济与社会发展

数据来源与参考文献

[1] **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。（世界银行）

[2] 国家统计局，“中华人民共和国2017年国民经济和社会发展统计公报”（2018年2月28日），http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201802/t20180228_1585631.html，2018年5月查阅

[3] 根据2017年世界银行分类标准，人均国民总收入为995美元及以下为低收入国家，从996美元到3895美元为中等偏下收入国家，从3896美元到12055美元为中等偏上收入国家，12056美元及以上为高收入国家。（https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519，2018年11月查阅）

[4] 世界银行，世界银行数据库，https://data.worldbank.org/，2018年11月查阅

[5] 世界银行，世界银行数据库，https://data.worldbank.org/，2018年11月查阅

[6] 根据中国政府和联合国驻华系统共同完成的《中国实施千年发展目标报告（2000-2015年》，中国已经实现了以下7个具体目标：将中国贫困人口减半，将饥饿人口减半，普及初等教育，促进两性平等和妇女赋权，将五岁以下儿童死亡率降低三分之二，将孕产妇死亡率降低四分之三，将无法获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半。（http://www.cn.undp.org/content/china/zh/home/library/mdg/mdgs-report-2015-/，2018年5月查阅）

[7] 李培林等，《扶贫蓝皮书：中国扶贫开发报告（2017）》，2017年，第15页

[8] 国家统计局，“扶贫开发成就举世瞩目 脱贫攻坚取得决定性进展—改革开放40年经济社会发展成就系列报告之五”（2018年9月3日），http://www.stats.gov.cn/ztjc/ztfx/ggkf40n/201809/t20180903_1620407.html，2018年11月查阅

[9] 国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2018年

[10] Chris De Neubourg等，“跨国MODA研究：多维度交叠剥夺分析技术文档”，工作论文，2012年5月（https://www.unicef-irc.org/publications/696-cross-country-moda-study-multiple-overlapping-deprivation-analysis-moda-technical.html，2018年5月查阅）

[11] 朱梦冰等，“精准扶贫重在精准识别贫困人口—农村低保政策的瞄准效果分析”，《中国社会科学》，2017年，第9期，第90-112页

[12] 除了最低生活保障制度，中国在兜底性民生保障方面还建立了其他社会救助制度，包括特困人员供养、受灾人员救助、医疗救助、教育救助、住房救助、就业救助和临时救助。八项制度与社会力量参与相融合，构建了“8+1”的社会救助大格局。（http://www.gov.cn/flfg/2014-02/27/content_2624221.htm，2018年5月查阅）

[13] 教育部，“‘两基’备忘录”（2012年11月13日），http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/moe_2082/s6236/s6688/201211/t20121113_144412.html，2018年5月查阅

[14] 教育部，“关于农村义务教育学生营养改善计划实施情况的报告”（2017年3月2日）http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/gzdt_gzdt/s5987/201703/t20170302_297934.html，2018年5月查阅

[15] 教育部，“教育部等四部门关于实施第三期学前教育行动计划的意见”（2017年4月17日），http://www.moe.edu.cn/srcsite/A06/s3327/201705/t20170502_303514.html，2018年5月查阅

[16] 郑道等，“认知资本对中国儿童可能意味着什么？”，*PsyCh Journal*，2017年，第6卷，第153-160页

[17] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“关于做好2017年国家基本公共卫生服务项目工作的通知”（2017年9月5日），http://www.nhfpc.gov.cn/jws/s3577/201709/fb16b2e306bd469ab84e0c42173bc52d.shtml，2018年5月查阅

[18] 人力资源和社会保障部，“四级异地就医结算系统全面建成”（2018年2月28日），http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneiyaowen/201802/t20180228_288941.html，2018年5月查阅

[19] 人力资源和社会保障部，“人力资源社会保障部财政部关于做好2017年城镇居民基本医疗保险工作的通知”（2017年4月24日），http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/zcwj/201704/t20170428_270179.html，2018年5月查阅

[20] **居民人均可支配收入：**可支配收入指居民可用于最终消费支出和储蓄的总和，即居民可用于自由支配的收入。既包括现金收入，也包括实物收入。按照收入的来源，可支配收入包含四项，分别为工资性收入、经营净收入、转移净收入和财产净收入。居民人均可支配收入等于居民可支配收入除以常住人口数。（国家统计局）

[21] **农村居民人均纯收入：**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-农村内部亲友赠送。农民人均纯收入等于农村居民纯收入除以常住人口数。（国家统计局）

[22] “三区”是指西藏、新疆南疆四地州和四省藏区（四川、云南、甘肃、青海）；“三州”是指甘肃的临夏州、四川的凉山州和云南的怒江州。三区三州是国家层面的深度贫困地区 。

[23] 联合国儿童基金会、世界银行，“消除极端贫困：关注儿童”（2016年10月），https://www.unicef.org/publications/index_92826.html，2018年5月查阅

[24] 高琴等，“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》，2010年，第38卷，第7期，第989-1000页

[25] **因灾死亡人数：**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）。（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。（民政部）

3

妇幼保健

概述

进展与成就

过去几十年里，中国在妇幼保健方面取得了巨大进步。1990-2015年间，中国已经实现将五岁以下儿童死亡率降低三分之二、将孕产妇死亡率降低四分之三的千年发展目标[1]。

继千年发展目标之后，2016年1月1日正式启动的联合国《2030年可持续发展议程》，又为各国发展和国际合作确定了新的方向。而中国早在1993年、2004年和2006年就已经分别提前实现了可持续发展议程中以下健康领域的目标：到2030年孕产妇死亡率降至70/10万、五岁以下儿童死亡率降至25‰、新生儿死亡率降至12‰[2]。

2017年，中国孕产妇死亡率、五岁以下儿童死亡率、婴儿死亡率和新生儿死亡率进一步下降到19.6/10万、9.1‰、6.8‰和4.5‰[3]。政府为此设定了要求更高的国家目标，提出到2030年，孕产妇死亡率降至12/10万，五岁以下儿童死亡率降至6‰，婴儿死亡率降至5‰[4]。

中国妇幼保健服务覆盖率也逐步提升。2017年，中国共有3000多所妇幼保健机构、约35万名专业卫生技术人员直接从事妇幼保健工作，已经形成了以妇幼保健机构为核心、以基层医疗卫生机构为基础、以大中型医疗机构和相关科研教学机构为技术支持的妇幼健康服务体系[5]。在此基础上，通过提高从业人员素质、增加对农村贫困家庭的资助，改善西部地区、农村地区以及流动人口中的妇女儿童健康状况，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儿童保健体系。

孕产妇死亡

2000年以来中国在降低孕产妇死亡和新生儿死亡方面取得的巨大成就，很大程度上归因于政府为农村孕产妇住院分娩提供的政策和资金上的大力支持。2000年政府开始实施“降低孕产妇死亡率和消除新生儿破伤风”项目，2009年开始推行农村孕产妇住院分娩专项补助，减轻了家庭的自费负担，农村孕产妇更有可能选择到医疗机构进行安全分娩，为逐步消除孕产妇死亡率的城乡差异起到了积极推动作用。

孕产妇死亡率的下降也得益于人们对于产前检查重要性认识的提高和交通状况的改善。2009-2013五年内有过分娩的产妇中，平均产前检查次数为6.3次，城市和农村分别为7.4次和5.4次，超过了中国孕产妇系统保健管理中关于至少五次产前检查的要求[6]。由于绝大多数孕产妇得以及时住院分娩，在家中死亡的孕产妇和儿童的人数及比重逐年减少。

孕产妇死亡的主要原因包括产科出血、羊水栓塞、妊娠期高血压疾病和心脏病等。与此同时，随着生活方式和行为方式的改变，如妇女首次生育年龄的推迟，肥胖和患有非传染性疾病人口数量的增加，以及气候变化、环境质量下降，孕产妇健康问题的多样性与差异性日益增加。另外，在实施全面两孩政策影响下，近年来高龄及瘢痕子宫产妇增加，全国高危产妇占孕产妇总人数的比重从2012-2014年的20%左右上升至2016年的25%[7]，因此需要相应地对高危妊娠给予特别关注，加强高危孕产妇管理。

五岁以下儿童死亡

中国五岁以下儿童死亡约四分之三发生在婴儿期即出生后12个月内，约一半发生在新生儿期即出生后28天内。2017年，全国71%的新生儿死亡是由于早产、产时并发症和先天畸形引起的[8]。作为城乡新生儿死亡的首位原因，近年来早产的发生率呈现上升趋势，这与社会因素、环境暴露、辅助生殖技术的应用、多胎的增加、围产期医疗技术的发展等都有着密不可分的关系，应不断提高早产干预技术的覆盖范围，一方面降低早产儿发生率，另一方面通过提高早产儿救治和护理水平来降低早产儿病死率，并改善早产儿的生存质量[9]。在全国所有县区普遍开展的国家免费孕前优生项目有效降低了出生缺陷的发生风险，另外，作为加强出生缺陷防治工作的一项重要举措，中国从2009年开始实施农村妇女孕前和孕早期免费增补叶酸预防神经管缺陷项目，神经管缺陷发生率随之明显下降[10]。

中国有必要进一步强化儿童生存高效干预措施的推广普及，应特别注重新生儿早期基本保健措施的扩大覆盖，在贫困地区开展新生儿安全等项目，提高服务的可及性和公平性，改善新生儿生存发展质量。相应的新生儿早期基本保健措施包括出生后皮肤接触、早开奶、袋鼠式护理、6个月内纯母乳喂养、早产/低出生体重小婴儿和患病新生儿护理等[11]。

2017年农村地区仍有15.2%的五岁以下儿童死亡发生在家中或途中、并且死亡前没有接受过任何治疗，该比重在2008-2017年没有明显改善[12]，儿童卫生服务的可及性仍有待加强。

基本公共卫生服务均等化

针对影响妇女儿童健康的重大问题，政府提供了一系列政策保障和体系支持，来推动相应的基本公共卫生服务均等化。例如：

- 中国近年来继续深化医药卫生体制改革，要求“十三五”期间在分级诊疗、现代医院管理、全民医保、药品供应保障、综合监管等五项制度建设上取得新突破，同时统筹推进相关领域改革[13]。总的来说，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。

- 自2009年开展国家基本公共卫生服务项目以来，中国人均基本公共卫生服务经费补助标准已经过数次调整，从2011年以前的人均15元稳步提高到了2017年的50元；纳入基本公共卫生服务的项目从原先的儿童健康管理、孕产妇健康管理、预防接种等9类逐步扩展整合到2017年的14类[14]。

- 中国的新型农村合作医疗制度[15]和医疗救助制度减轻了农村地区的医疗负担，越来越多的农村居民特别是孕产妇从中受益。2016年1月，中国开始推进新型农村合作医疗和城镇居民基本医保整合，旨在扩大城乡居民就医选择范围，促进城乡公平，提升公共服务质量。2017年底，全国80%以上的地市已实施统一的城乡居民医保制度，参保率稳定在95%以上[16]。

- 在相关法律法规政策支持方面，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）。另外还颁布了国家宏观健康事业发展规划（《“健康中国2030”规划纲要》，2016年）和妇女儿童健康保护专项法律法规，包括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。但相关政策法规的实施很大程度上取决于地方政府的重视程度、经费配套情况和人员能力，这也是一些妇幼健康指标仍然存在较大省际差异的部分原因。

差异与挑战

虽然中国五岁以下儿童死亡率在国家层面平均水平较低，2016年在全球仅排在第131位，但由于中国儿童人口基数大，五岁以下儿童死亡绝对数依然较高，在全球排名第六[17]。这意味着中国妇女和儿童生存和发展状况的进一步改善，将对全球实现可持续发展目标做出巨大贡献。中国在不断改善妇幼保健服务的可及性、公平性和提高服务质量方面，仍然任重道远，面临诸多挑战：

- 就国家整体而言，中国在妇幼保健方面取得了巨大进步，但全国平均水平一定程度上掩盖了不同地区和群体间存在的差异和发展不均衡。在一些欠发达地区，相关指标还远落后于全国平均水平，城乡、东中西部地区和不同人群之间的不平等和差异仍然存在。即便是住院分娩率这样全国水平已接近100%、省际和城乡差异几乎消除的指标，如果进一步细分到更小的行政区域如区县一级，差异仍然存在，2015年全国还有39个西部区县住院分娩率不足80%[18]。中国众多的弱势群体不仅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。

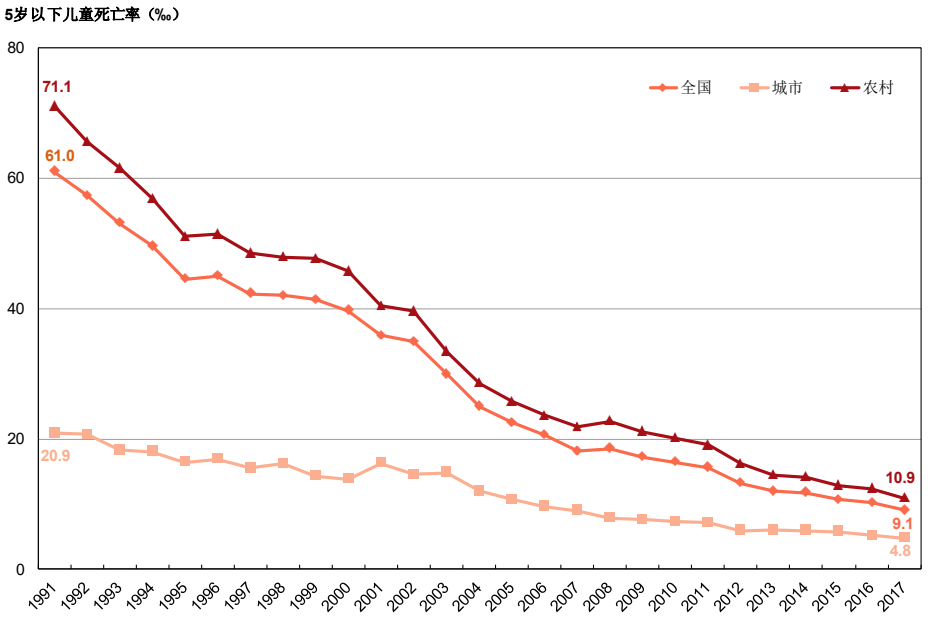
- 虽然医疗保险在地域分布和保险覆盖率方面都取得了长足进展，但是对最年幼儿童的关注仍然不足。2013年第五次国家卫生服务调查[19]数据显示，中国新生儿的保险覆盖率仅为22.0%，1-11月龄婴幼儿的保险覆盖率为60.7%，远低于成年人的保险覆盖率[20]。而正是这些儿童死亡的风险最高。

- 改革开放以来，随着市场经济制度的建立，医疗卫生筹资转为以市场“业务收入”为主、财政补助为辅的筹资体制，医疗卫生服务的个人自费支出持续快速增长，其占全部卫生总费用的份额在2001年达到最高值60%，到2005年时仍占到一半以上。此后随着医改深化，医疗卫生筹资重新向政府主导回归，个人卫生支出占卫生总费用的份额逐渐下降，2015年首次降至30%以下，2017年降至28.8%[21]。然而，中国个人卫生支出占卫生总费用比重距离世界卫生组织建议的控制在15-20%还有较大差距，超过这一范围就容易导致家庭大病医疗支出负担[22]。

农村地区患者由于个人自费支付能力相对较差，更难获得高质量的妇幼保健服务。在此背景下，政府实施健康扶贫工程，开展贫困地区儿童营养改善、贫困地区新生儿疾病筛查、妇女“两癌”（宫颈癌和乳腺癌）免费筛查等项目，同时对建档立卡贫困人口采取医保倾斜政策和对其中的因病致贫户实施精准扶贫[23]。这些举措对于保障农村贫困地区妇女儿童享有基本医疗卫生服务，改善弱势人群的生存质量，推进健康中国建设，防止因病致贫、因病返贫，实现到2020年全面消除绝对贫困的脱贫攻坚目标具有重要意义。

图 3.1

五岁以下儿童死亡率，1991–2017年



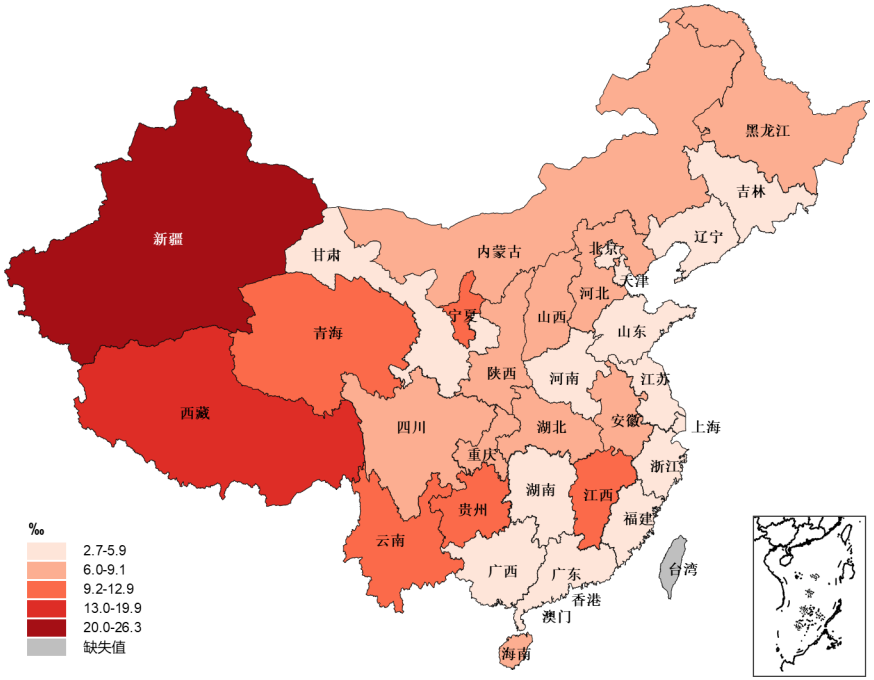
资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.1

中国五岁以下儿童死亡率[24]从1991年的61‰降至2017年的9.1‰，下降了85.1%，年平均降幅达7.1%。在此期间，城市五岁以下儿童死亡率下降了77.0%，农村下降了84.7%。1991年，农村地区五岁以下儿童死亡率是城市的3.4倍，2017年虽然下降至2.3倍，城乡差距仍然巨大。

图 3.2

分省五岁以下儿童死亡率，2016年



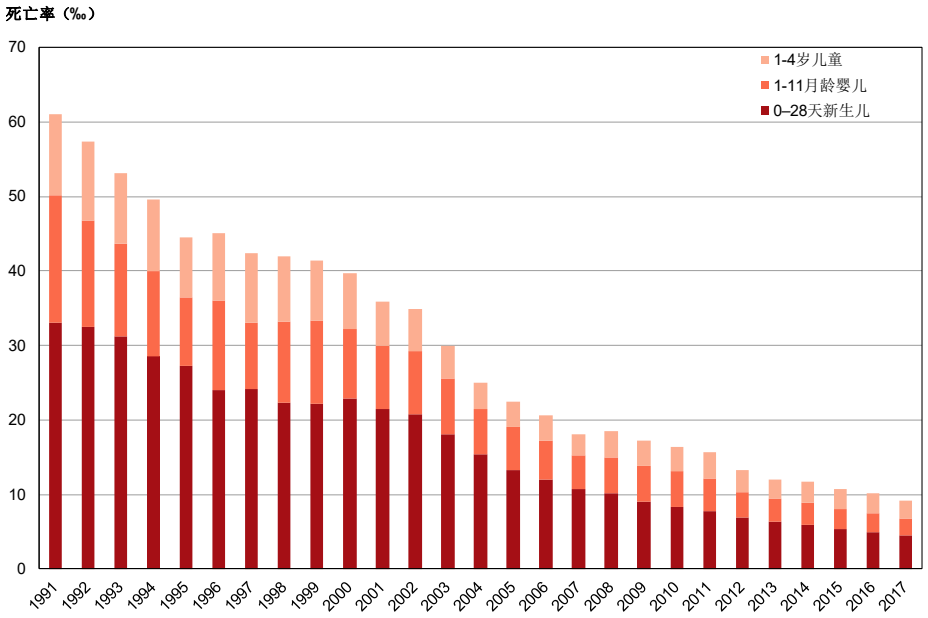
资料来源：全国妇幼卫生监测办公室，省级妇幼卫生监测及年报数据，2017年

图 3.2

各省五岁以下儿童死亡率存在巨大差异。总体而言，西部省份死亡率较高，东部较低。

图 3.3

五岁以下儿童死亡率，分年龄，1991–2017年



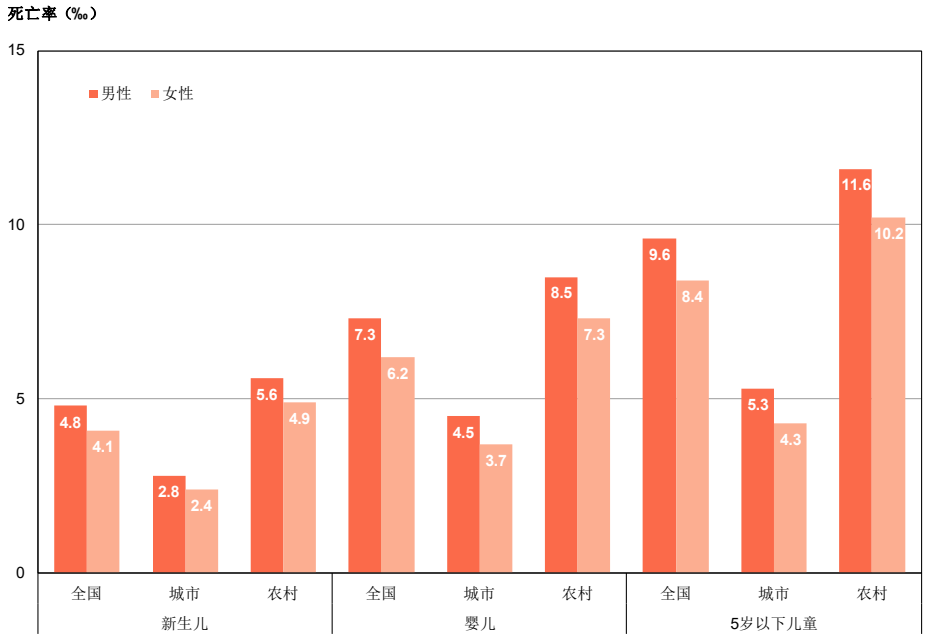
资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.3

1991年至2017年间，中国五岁以下儿童死亡率稳步下降。2017年，婴儿死亡（出生后12个月内死亡）占全部五岁以下儿童死亡的四分之三（74.8%）；新生儿死亡（出生后28天内死亡）占全部五岁以下儿童死亡的一半（49.5%），其中很多是可以预防的。

图 3.4

五岁以下儿童死亡率，分城乡和性别，2017年



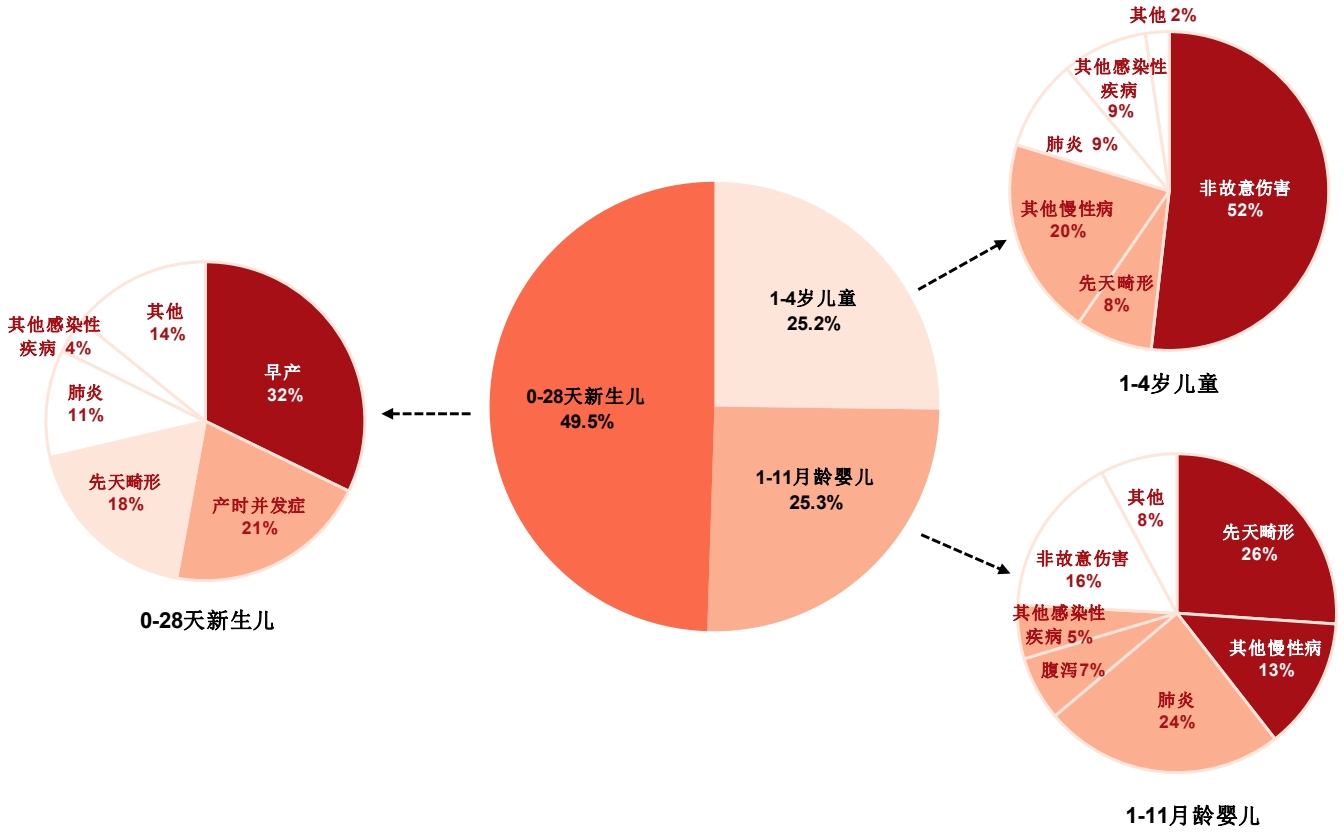
资料来源：国家卫生健康委员会，《全国妇幼健康信息分析报告》，2018年

图 3.4

五岁以下儿童死亡率存在明显的性别差异，男童的死亡风险高于女童，城乡均是如此。

图 3.5

五岁以下儿童死亡原因构成，2017年



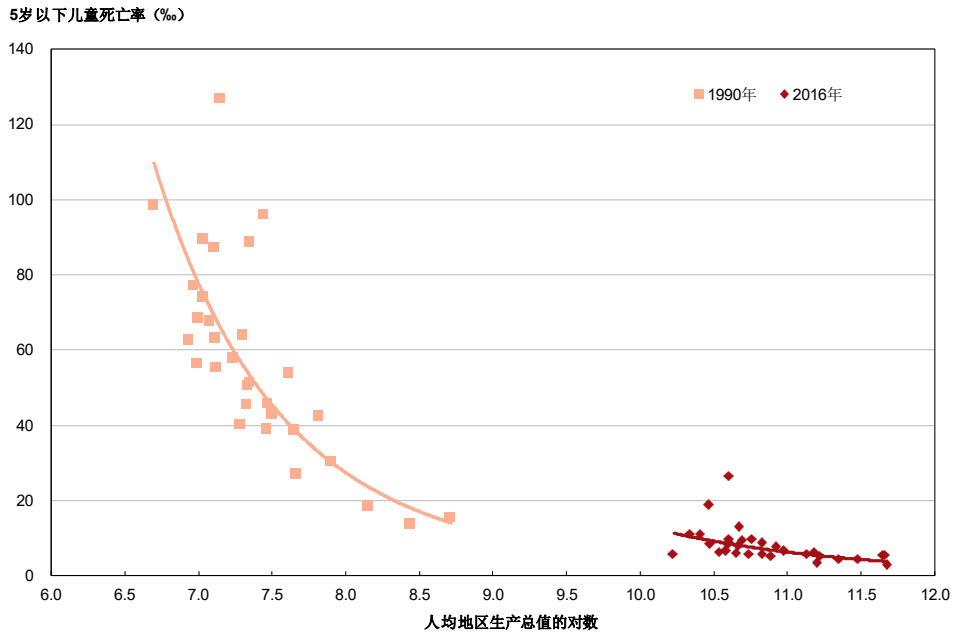
资料来源：国家卫生健康委员会，《全国妇幼健康信息分析报告》，2018年

图 3.5

不同年龄段儿童死亡原因的构成不同。按照世界卫生组织全球疾病负担的死因标准统计分类，新生儿死亡的最主要原因依次是早产（32.2%）、产时并发症（20.6%）和先天畸形（18.5%），1-11月龄婴儿死亡原因依次是慢性病（39.5%，包括先天畸形和其他慢性病）、感染性疾病（36.4%，包括肺炎、腹泻和其他感染性疾病）、以及非故意伤害（16.3%）。非故意伤害是1-4岁儿童死亡的首要原因，占51.8%，由慢性病和感染性疾病所致死亡的比重分别是27.9%和17.9%。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，预防出生缺陷，加强对儿童常见感染性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五岁以下儿童死亡。

图 3.6

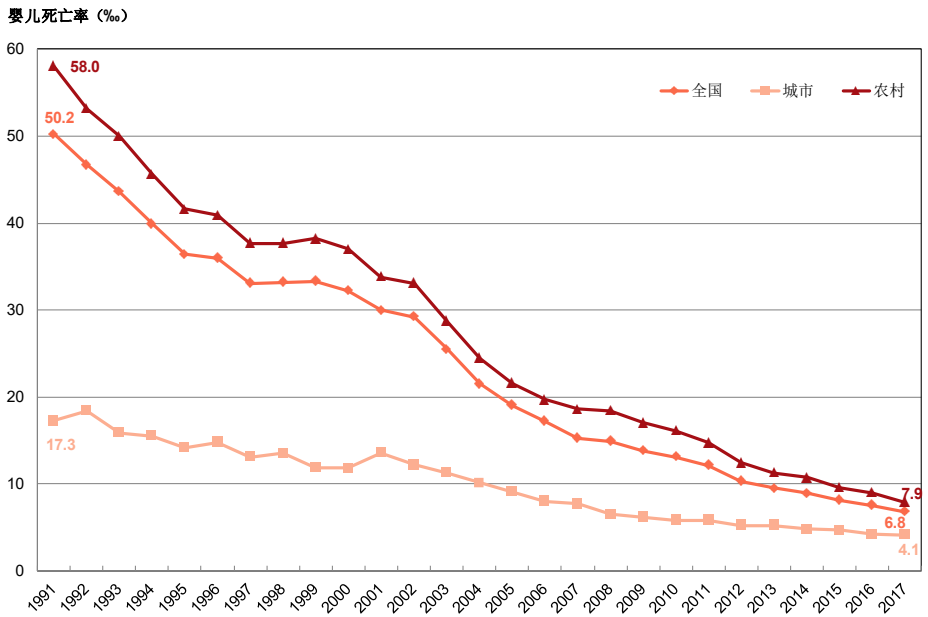
人均地区生产总值和五岁以下儿童死亡率，1990年和2016年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，1991年和2017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（1990年五岁以下儿童死亡率）；全国妇幼卫生监测办公室，省级妇幼卫生监测及年报数据，2017年（2016年五岁以下儿童死亡率）

图 3.7

婴儿死亡率，1991–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

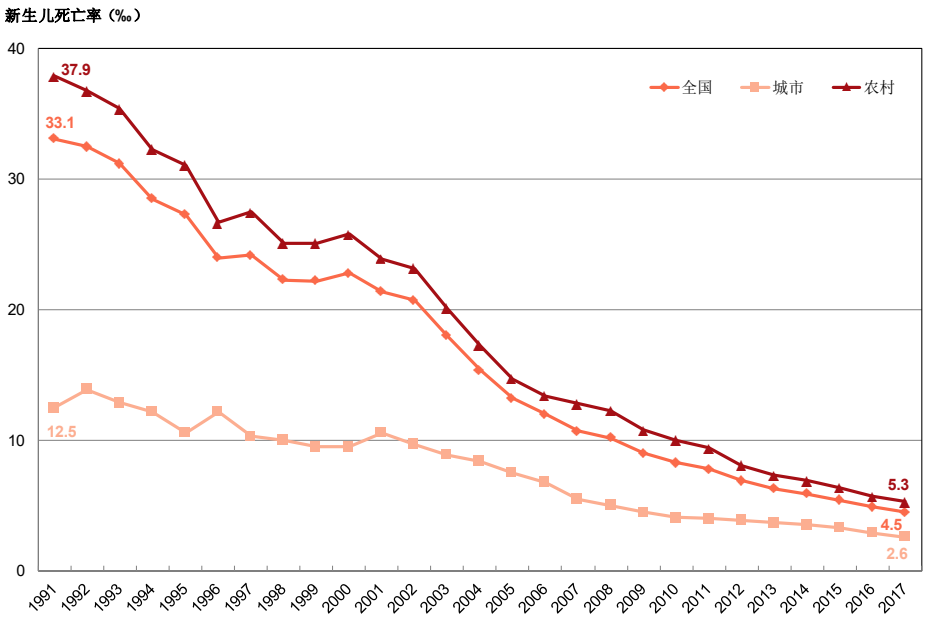
图 3.6

1990-2016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，2016年最贫困省份五岁以下儿童死亡率与1990年最富裕省份的水平相近。在中国，五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，人均GDP较高的省份则儿童死亡率相对较低。东部省份人均GDP最高，五岁以下儿童死亡率也最低。

图 3.7

自1991年起，中国婴儿死亡率[25]大幅下降。全国婴儿死亡率从1991年的50.2‰降至2017年的6.8‰，下降了86.5%，年平均降幅达7.4%。在此期间，城市婴儿死亡率下降了76.3%，农村下降了86.4%。但是，城乡间的巨大差异仍然存在，2017年农村婴儿死亡率是城市的1.9倍。

图 3.8
新生儿死亡率，1991–2017年

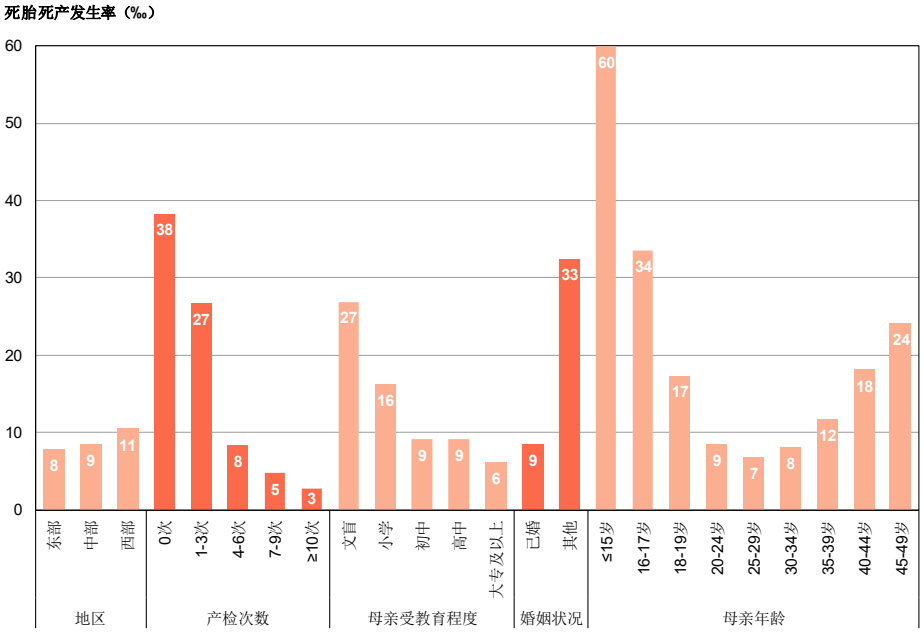


资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.8

自1991年起，中国新生儿死亡率[26]大幅下降，从1991年的33.1‰降至2017年的4.5‰。1991年，农村地区新生儿死亡率是城市的3倍，到2017年仍然高达2倍。

图 3.9
死胎死产发生率，2012–2014年

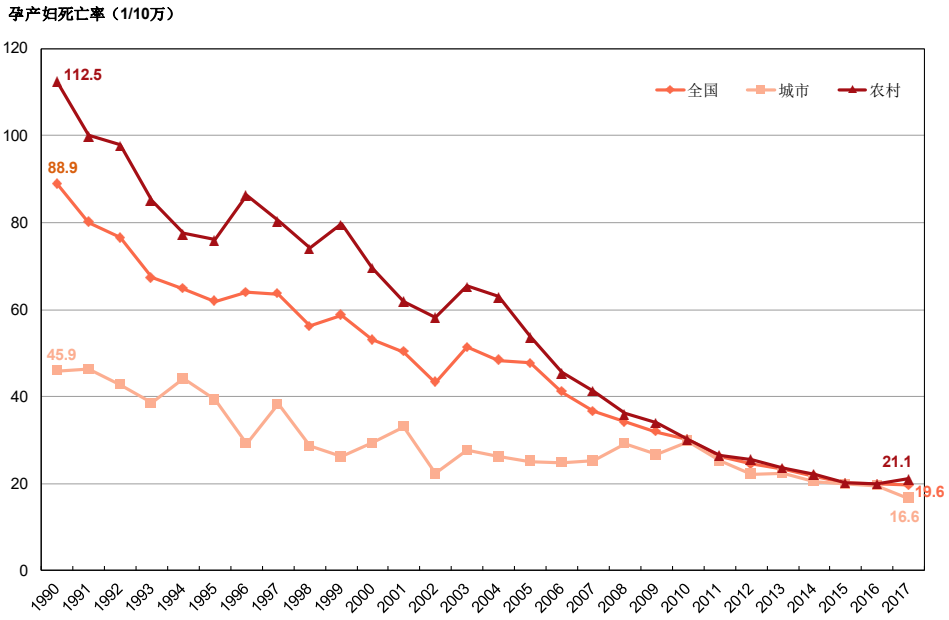


资料来源：朱军等，“Sociodemographic and Obstetric Characteristics of Stillbirths in China: A census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014”，*Lancet Global Health*，2016年，第4期，第109-118页

图 3.9

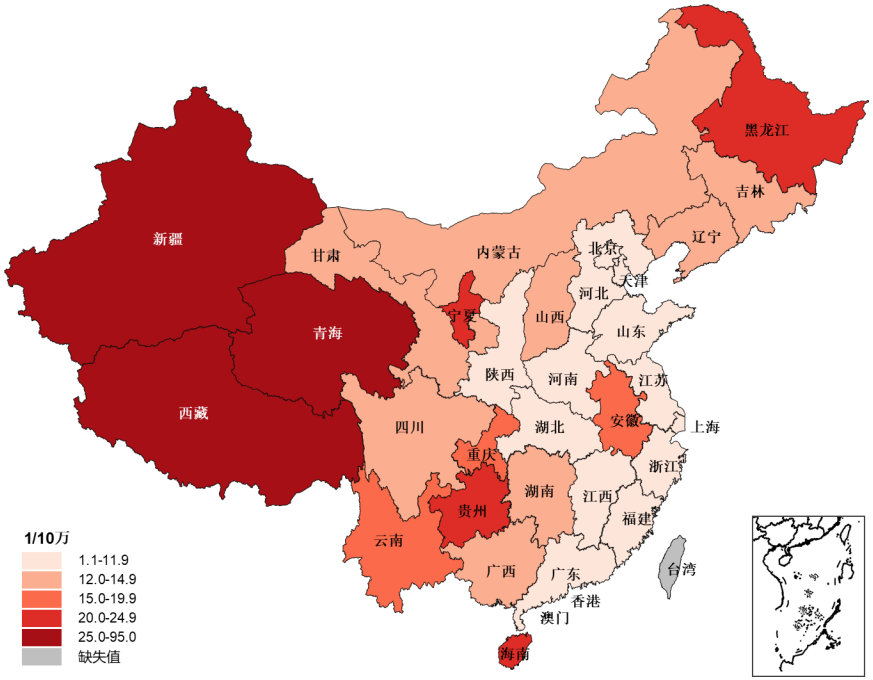
2012-2014年全国危重孕产妇监测系统收集了441所医疗保健机构近400万例分娩数据。基于该数据进行的首次大样本分析表明，中国在医院发生的死胎死产比重为8.8‰。中国的死胎死产发生率水平低于大多数其他亚洲国家，但是，尽管中国的剖宫产率居高不下，死胎死产发生率仍高于高收入国家。中国大多数现有的卫生信息系统还没有对死胎死产进行监测。政府应对此给予更多关注，开始着手系统收集并使用相关数据。同时，死胎死产的发生与产前检查次数密切相关，需要重点关注那些处于弱势的妇女，包括15-19岁青少年或更年轻、未婚以及受教育程度低的孕产妇[27]。

图 3.10
孕产妇死亡率，1990–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.11
分省孕产妇死亡率，2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.10

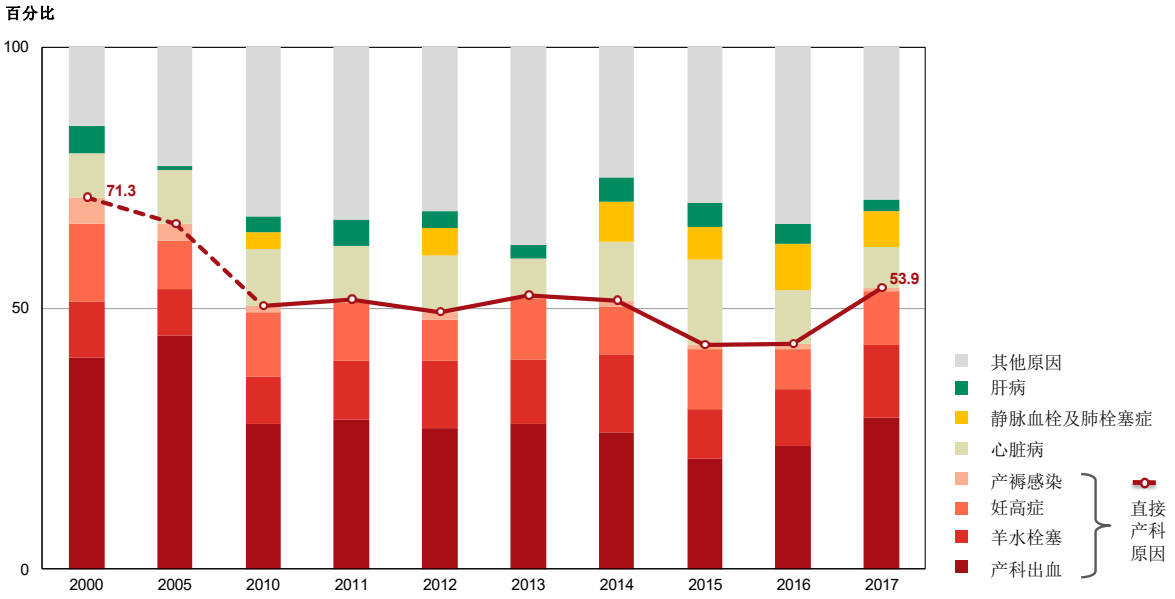
自1990年起，中国孕产妇死亡率[28]大幅下降，城乡差异也逐年缩小。1990年，农村地区孕产妇死亡率是城市的2.5倍，而近几年城乡孕产妇死亡率已基本持平。这主要是由于农村孕产妇死亡率降低所致，而城市孕产妇死亡率受流动人口中孕产妇死亡的影响，自1998年以来大致稳定。

图 3.11

与儿童死亡率地区分布状况比较相似，中国各省孕产妇死亡率也存在巨大的地区差异，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25/10万。

图 3.12

孕产妇死亡原因构成，2000–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

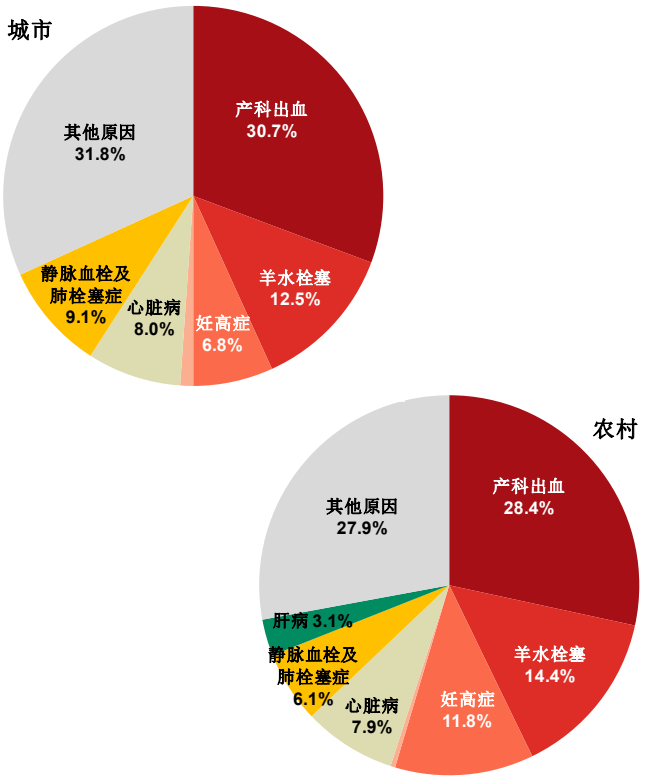
图 3.12

2017年全国孕产妇前三位死因顺位为产科出血、羊水栓塞和妊高症。产科出血仍然是导致孕产妇死亡的主要原因，但由此导致的孕产妇死亡比重已经从2005年以前的超过40%下降到2017年的28.6%。2000年以前，由于直接产科原因[a]导致的孕产妇死亡占到70%以上，2000-2010年间该比重逐步下降，2010年后在50%左右波动，2015-2016年全国直接产科原因导致的孕产妇死亡已明显低于间接产科原因。2017年该比重有所回升，53.9%的孕产妇死亡是由直接产科原因引起的。总的来说，75%以上的孕产妇和新生儿死亡是可以预防，或通过提供必要的产科服务进行治疗的[29]。

[a] 直接产科原因一般包括产科出血、羊水栓塞、妊娠期高血压疾病、产褥感染，
间接产科原因一般包括心脏病、肝病、静脉血栓及肺栓塞症、肺炎以及其他疾病。

图 3.13

分城乡孕产妇死亡原因构成，2017年



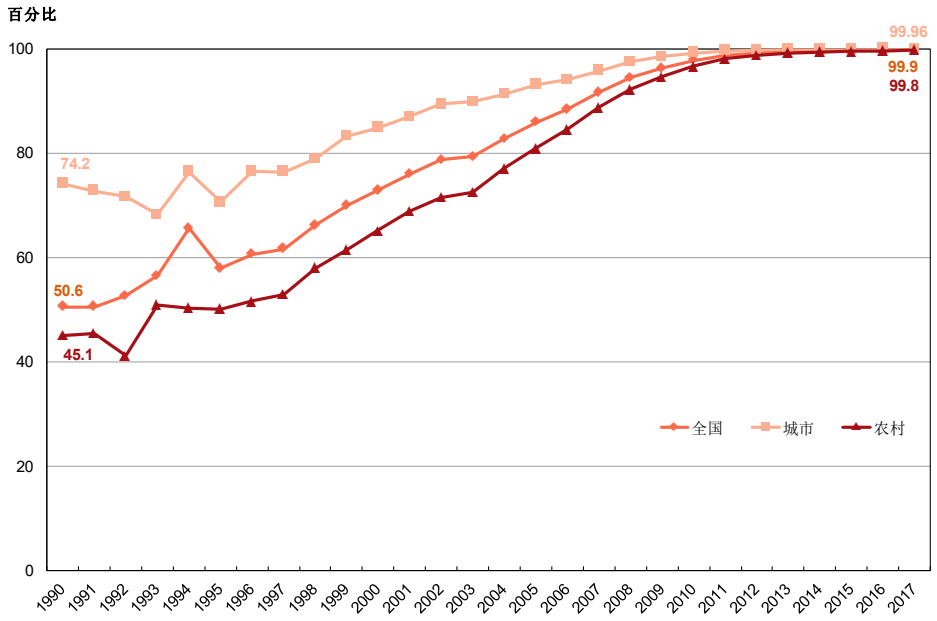
资料来源：国家卫生健康委员会，
《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.13

从死因构成来看，2017年农村由于产科出血、妊娠期高血压疾病、羊水栓塞等直接产科原因导致的孕产妇死亡占55%，比重高于间接产科原因。城市孕产妇死亡则主要是间接原因导致的。

图 3.14

住院分娩率，1990–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

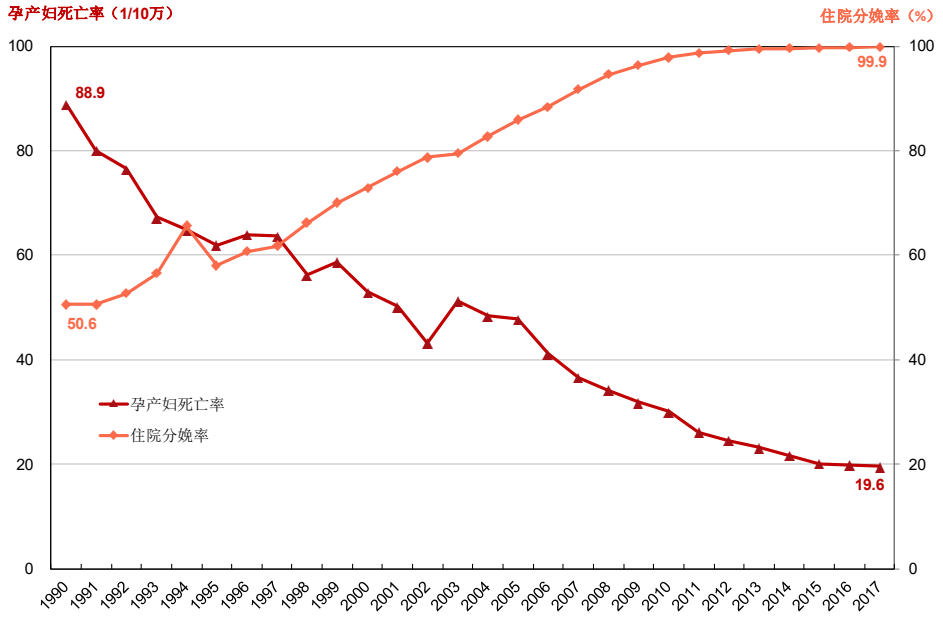
图 3.14

中国的住院分娩率在过去二十多年里稳步上升，20世纪90年代明显的城乡差异已逐渐消除。城市和农村地区孕产妇住院分娩率的显著提高对于保障母婴安全、降低孕产妇和新生儿死亡率发挥了重要作用。

图 3.15

住院分娩率及孕产妇死亡率，1990–2017年

SDG 3.1.1



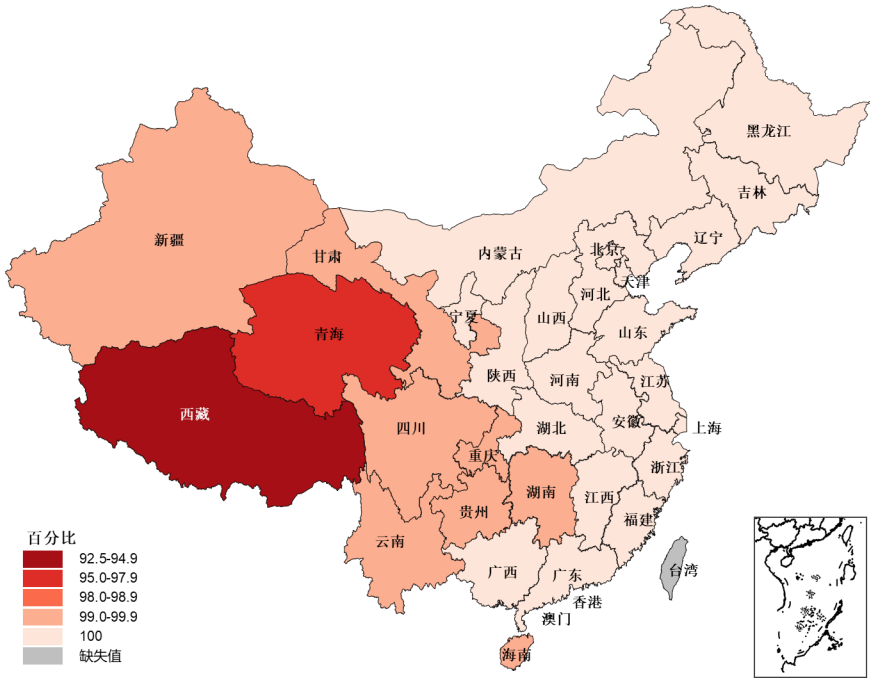
资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.15

中国孕产妇死亡率和住院分娩率之间呈反向变化。1990-2017年，住院分娩率从50.6%上升到99.9%，同期孕产妇死亡率从88.9/10万下降到19.6/10万。

图 3.16

分省住院分娩率，2017年



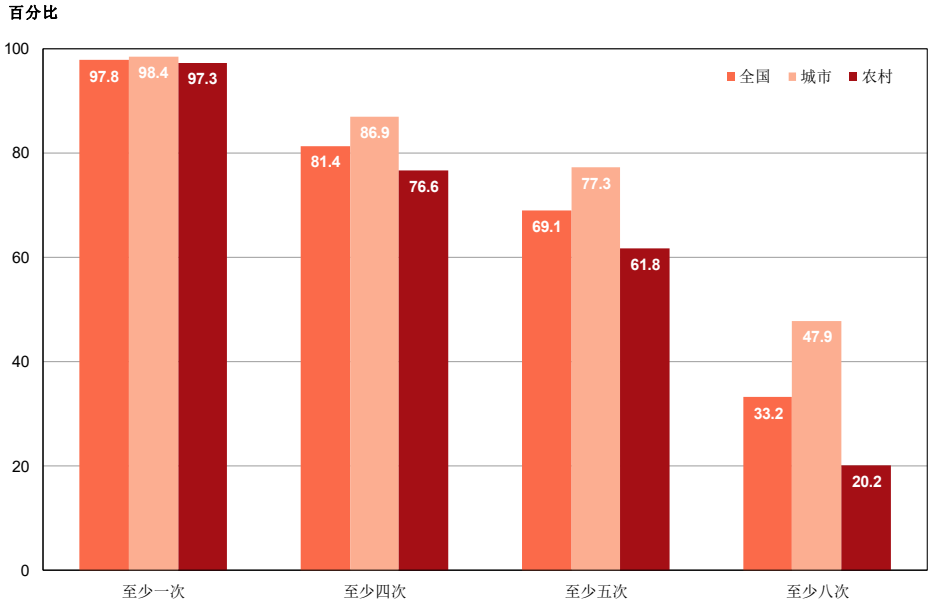
资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.16

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92.5%。

图 3.17

产前检查覆盖率，分次数，2013年



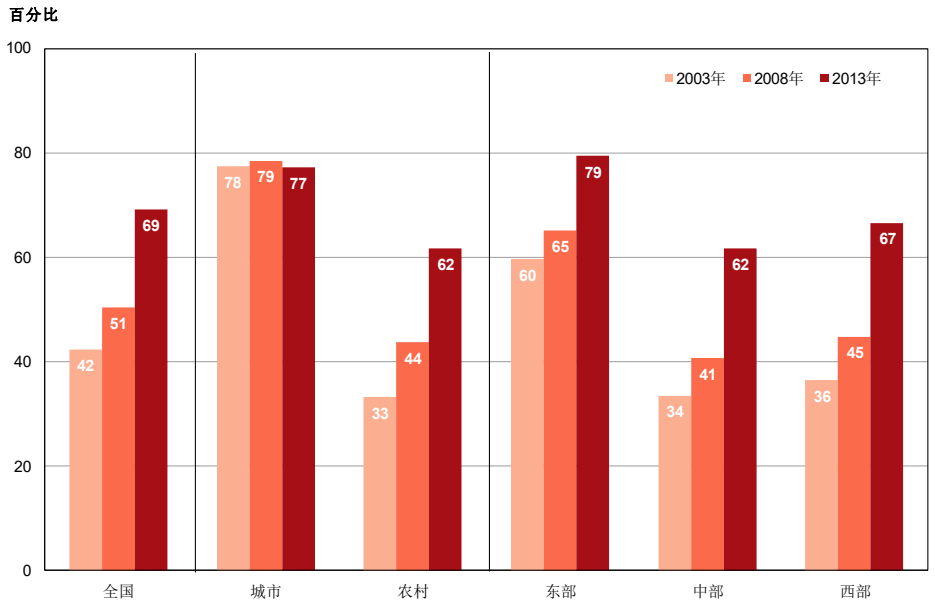
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），国家卫生服务调查，2013年

图 3.17

孕妇在妊娠期间应接受由熟练医护人员（医生、护士或助产士）提供的产前保健服务。联合国儿童基金会和世界卫生组织曾建议妊娠期间至少要接受四次产前检查。世界卫生组织的最新建议是孕期至少接受八次产前保健服务，以减少围产期死亡，并改善妇女孕期接受保健服务的体验[30]。按照中国孕产妇系统保健管理的要求，孕妇至少要接受五次产前检查。2013年国家卫生服务调查结果显示，全国接受至少一次产前检查的孕妇比重高达97.8%，城乡差距并不明显；但随着建议的产检次数增加，产前检查覆盖率迅速下降，城乡之间的差距也越来越大。

图 3.18

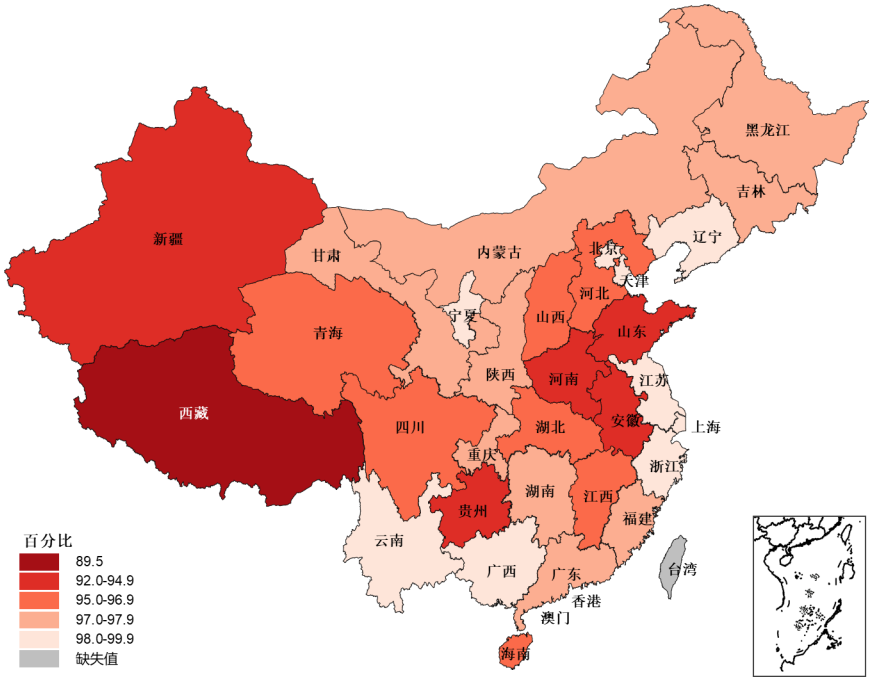
产前检查覆盖率（至少五次），2003年、2008年和2013年



资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），
国家卫生服务调查，2003年、2008年和2013年

图 3.19

分省产前检查覆盖率（至少一次），2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.18

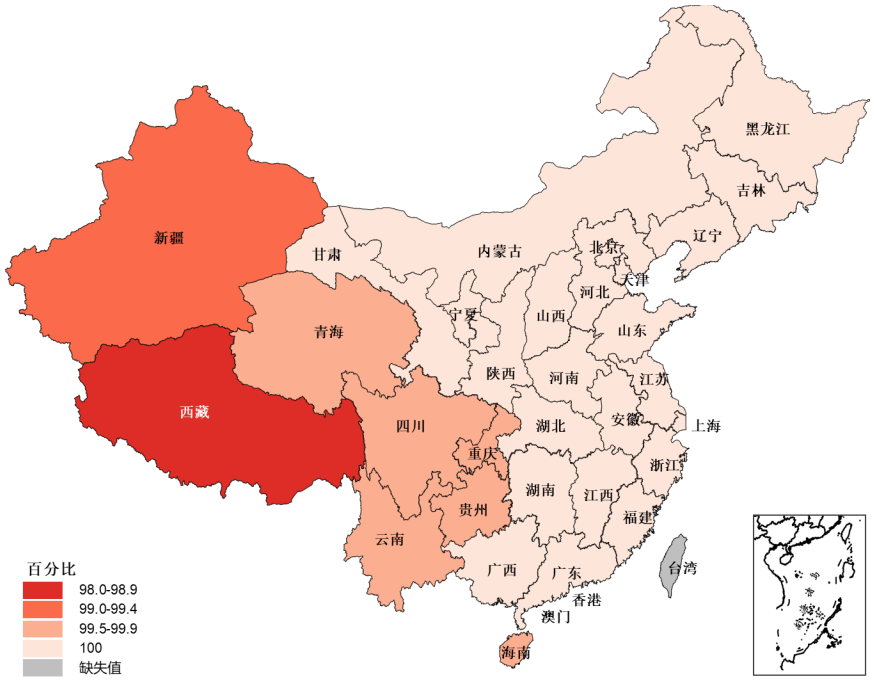
按照中国孕产妇系统保健管理的要求，孕妇至少要接受五次产前检查。最近三次国家卫生服务调查结果显示，2003年到2013年间，接受至少五次产前检查的孕妇比重提高了27个百分点，2013年达到69.1%，这主要归功于农村地区和中西部省份所取得的进展。但是，城乡之间以及东中西部之间仍然存在差距。

图 3.19

在中国，接受至少一次产前检查的孕妇比重在各省均处于较高水平，除西藏外都在92%以上。西藏与其他省份相比，这一比重较低，为89.5%。

图 3.20

分省新法接生率，2016年



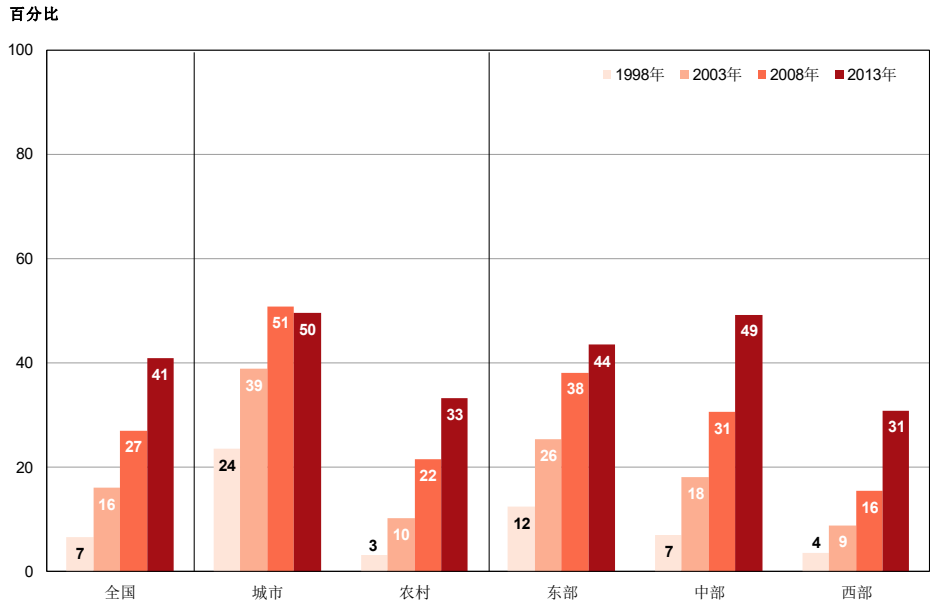
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），
《中国卫生和计划生育统计年鉴》，2017年

图 3.20

整体来说，新法接生率[31]在全部省份都达到很高水平，西部地区略低，最低的是西藏（98%）。

图 3.21

剖宫产率，1998年、2003年、2008年和2013年



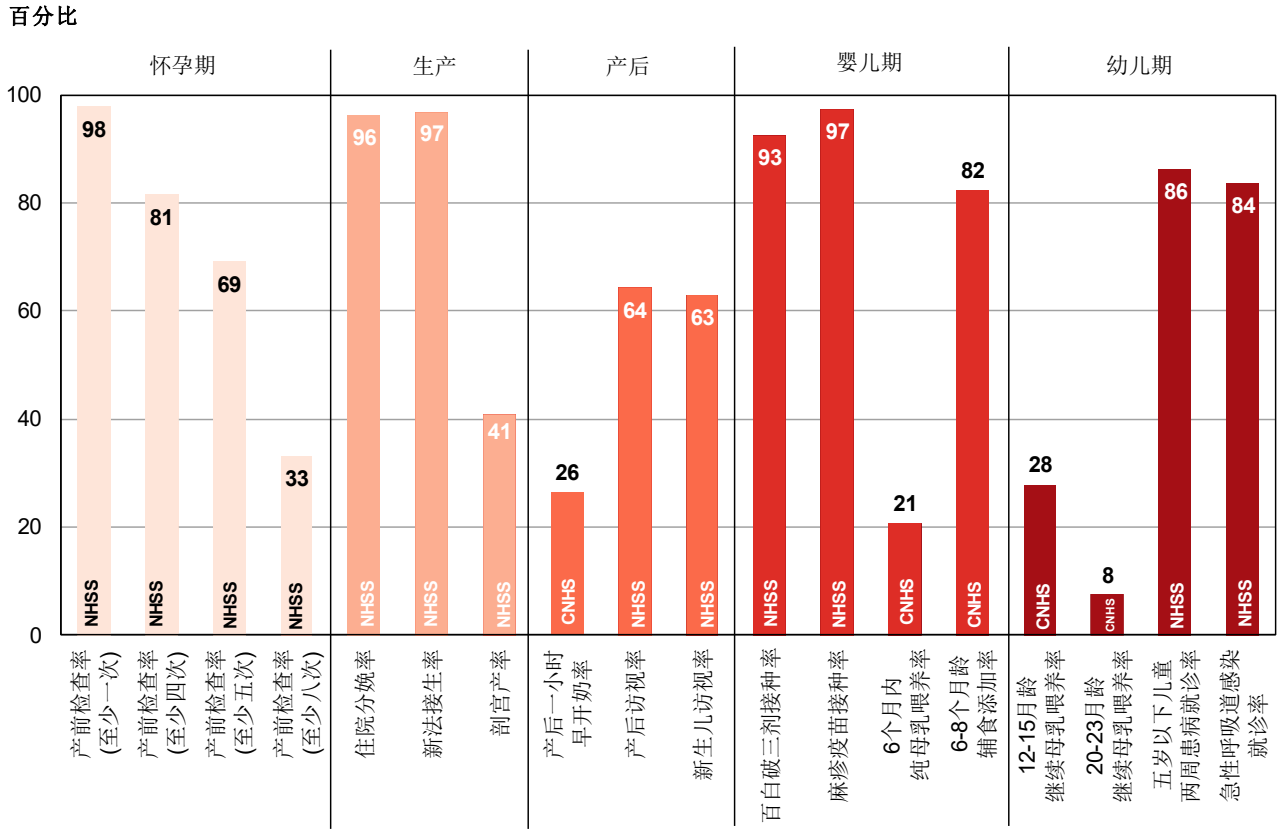
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），
国家卫生服务调查，1998年、2003年、2008年和2013年

图 3.21

最近四次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2013年间，城市剖宫产率有轻微下降。剖宫产率已经超过了临床需要的水平[32]。从全国来看，2013年每5名产妇中有2名是剖宫产，而1998年每10名产妇中不到1名是剖宫产。尽管城市地区的剖宫产率最高，但是1998-2013年间，剖宫产率在农村地区及中西部地区增长更快。

图 3.22

妇幼卫生保健各阶段干预措施覆盖率，2013年



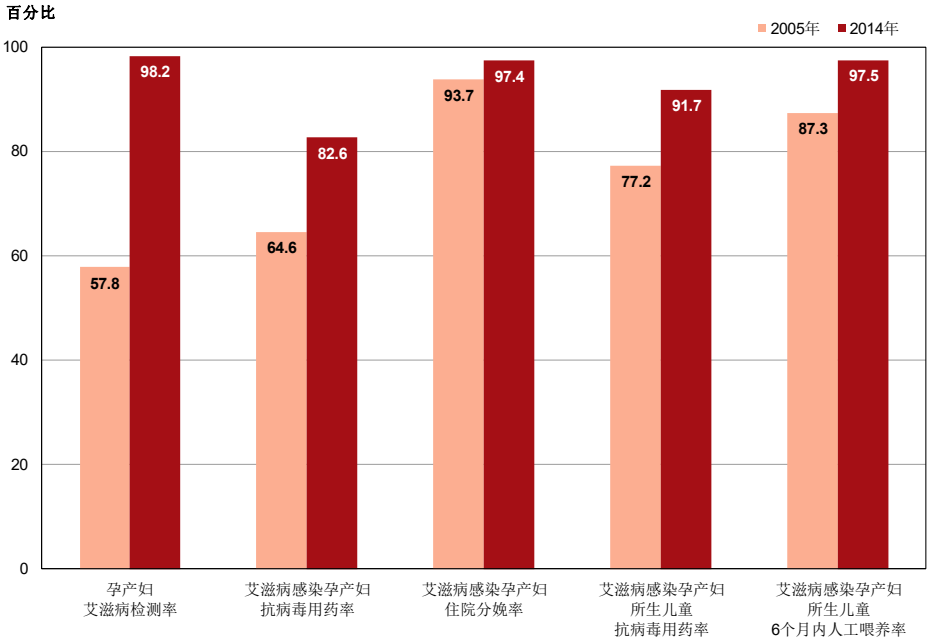
资料来源：中国疾病预防控制中心，中国居民营养与健康状况监测（CNHS，婴幼儿喂养数据），2013年；国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），国家卫生服务调查（NHSS，其他数据），2013年

图 3.22

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至少一次产前检查率和住院分娩率、儿童预防接种和肺炎就医方面取得了良好进展，但在其他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，例如产前检查达到国际建议的次数、产后保健和婴幼儿科学喂养方面。

图 3.23

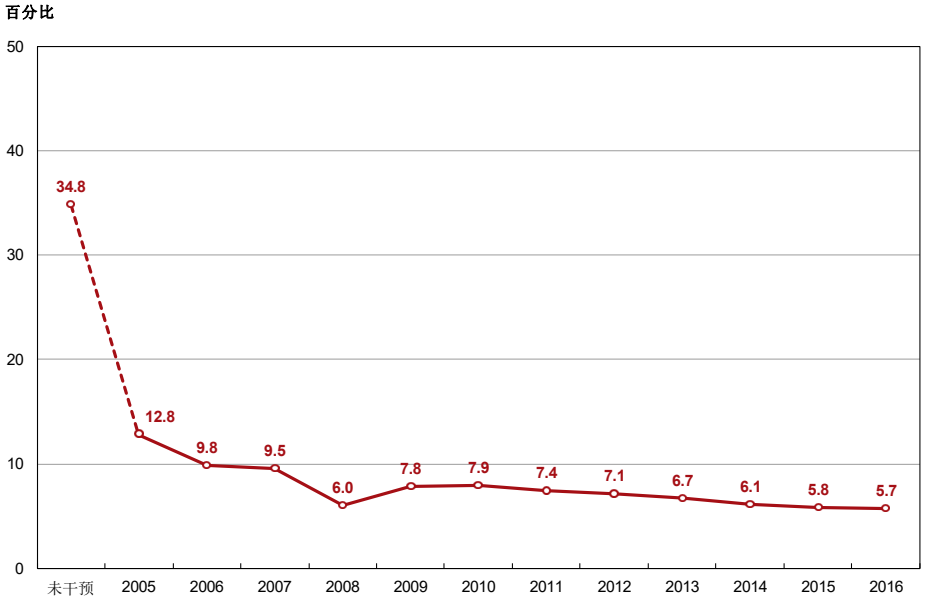
预防艾滋病母婴传播各项服务覆盖率，2005–2014年



资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“中国预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作进展”，2015年

图 3.24

艾滋病母婴传播率，2005–2016年



资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“中国预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作进展”，2015年（2014年及以前数据）；国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），预防母婴传播管理工作信息系统（2015年和2016年数据）

图 3.23

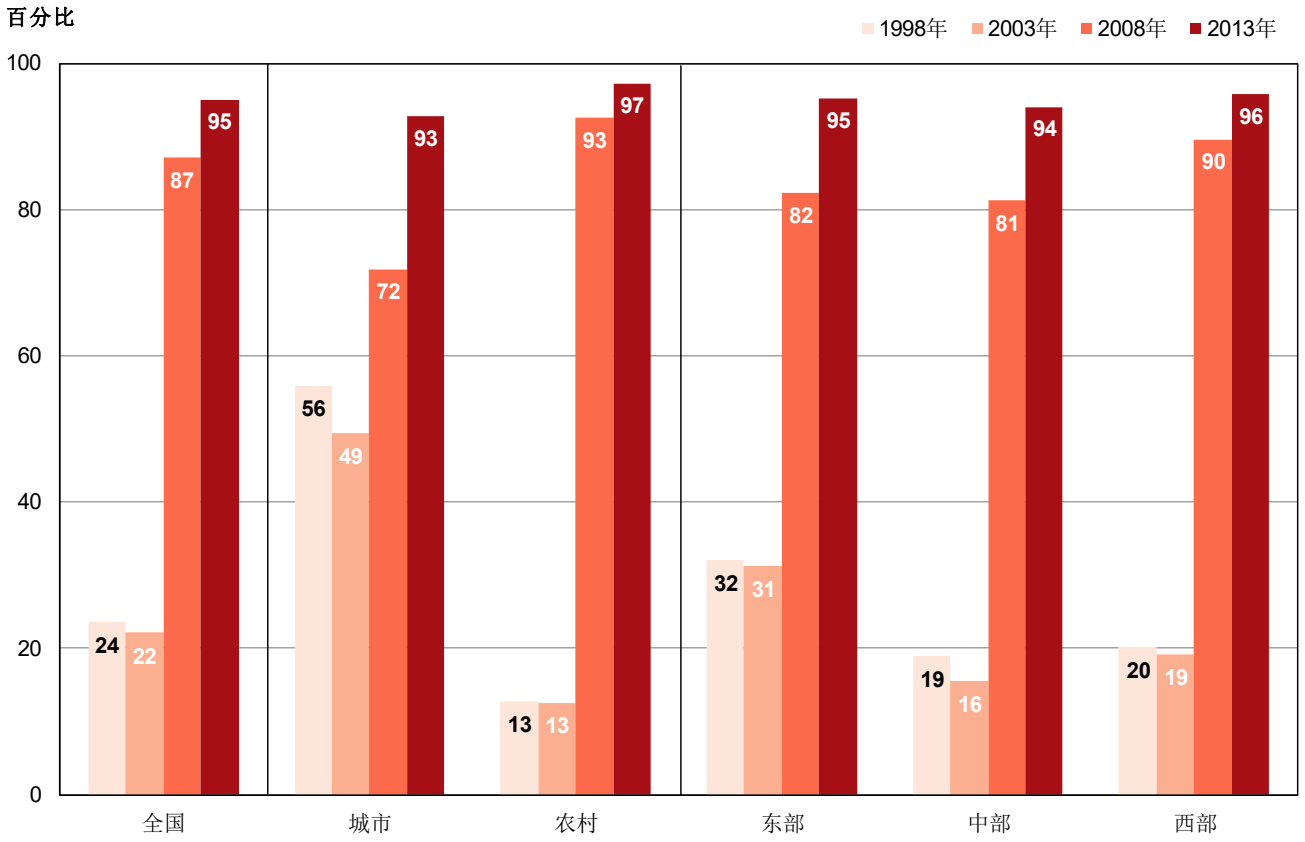
中国于2001年开始进行预防艾滋病母婴传播试点工作，并逐步向各地推广；2010年提出整合的预防母婴传播策略，从单纯预防艾滋病母婴传播扩大到了预防艾滋病、梅毒和乙肝[33]三种疾病母婴传播。2015年，整合的预防母婴传播工作已经覆盖到全国所有县级单位，2014年三种疾病的检测率分别达到98.2%、99.5%和98.9%，有助于最大限度地发现感染孕产妇。针对艾滋病感染孕产妇的综合干预措施也相继落实，2005年到2014年间，图中所示的各项服务覆盖率均显著提高。

图 3.24

中国的艾滋病母婴传播率从开展预防母婴传播工作前的34.8%持续下降至2016年的5.7%。同时，每年新报告的艾滋病病毒携带者和艾滋病患者病例中，经由母婴传播途径而感染的比重由2005年的1.6%下降至2016年的0.5%[34]。但是，中国预防母婴传播仍然面临诸多困难和挑战：由于人口基数大以及工作覆盖面不断扩大和深入，发现的感染孕产妇人群数量较多且呈逐年增加趋势；地区差异仍然存在，贫困、边远和少数民族地区相关服务的可及性、质量和利用程度有待进一步提高。

图 3.25

医疗保险覆盖率，1998年、2003年、2008年和2013年



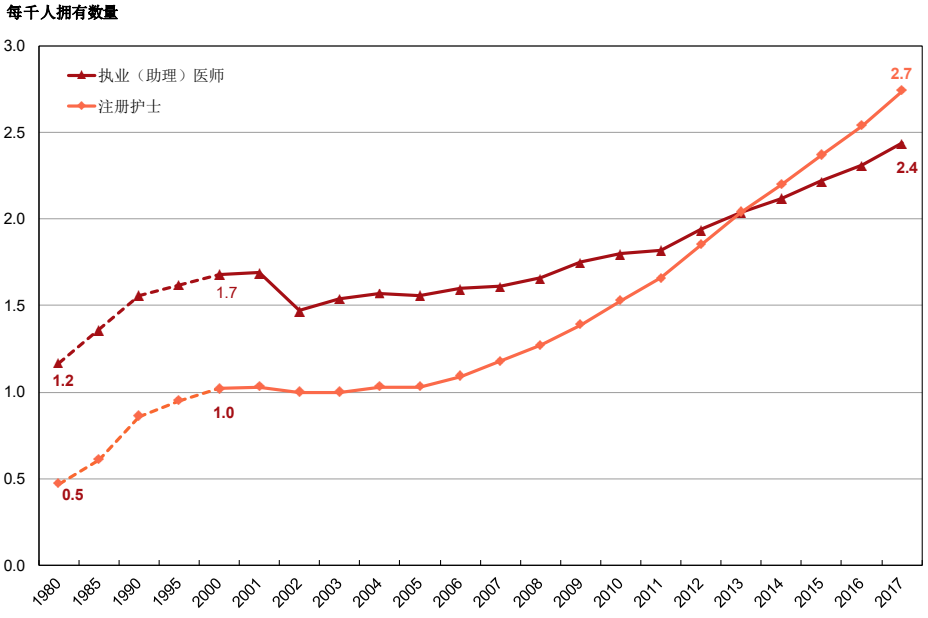
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），国家卫生服务调查，1998年、2003年、2008年和2013年

图 3.25

2003年以来，全国及分城乡、分东中西部地区医疗保险覆盖率都持续上升。2013年，全国95%的居民参加了医疗保险。2000年初推出新型农村合作医疗制度后，农村地区医疗保险覆盖率大幅上升，2008年和2013年农村参保率高于城市。

图 3.26

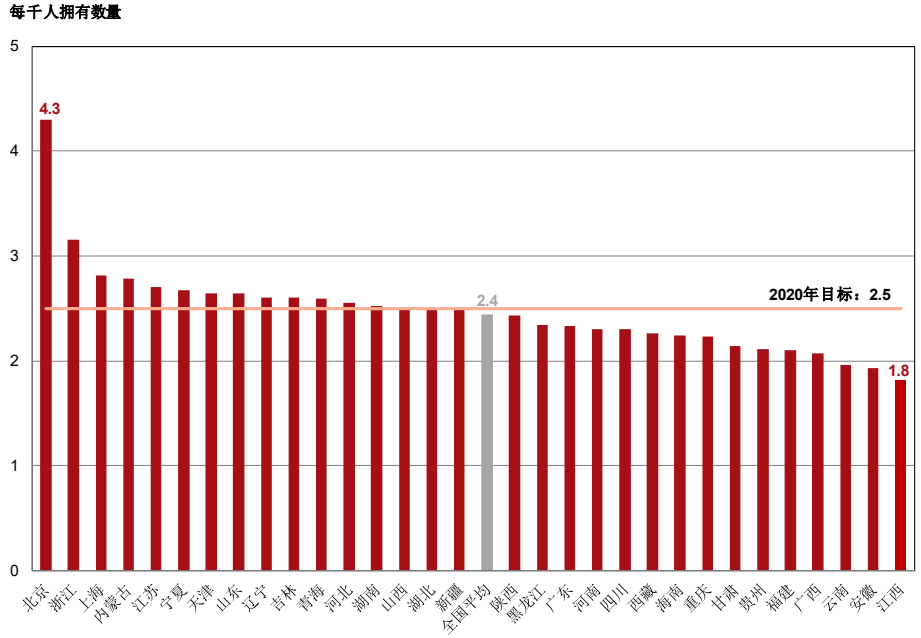
执业（助理）医师和注册护士数量，1980–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.27

分省执业（助理）医师数量，2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.26

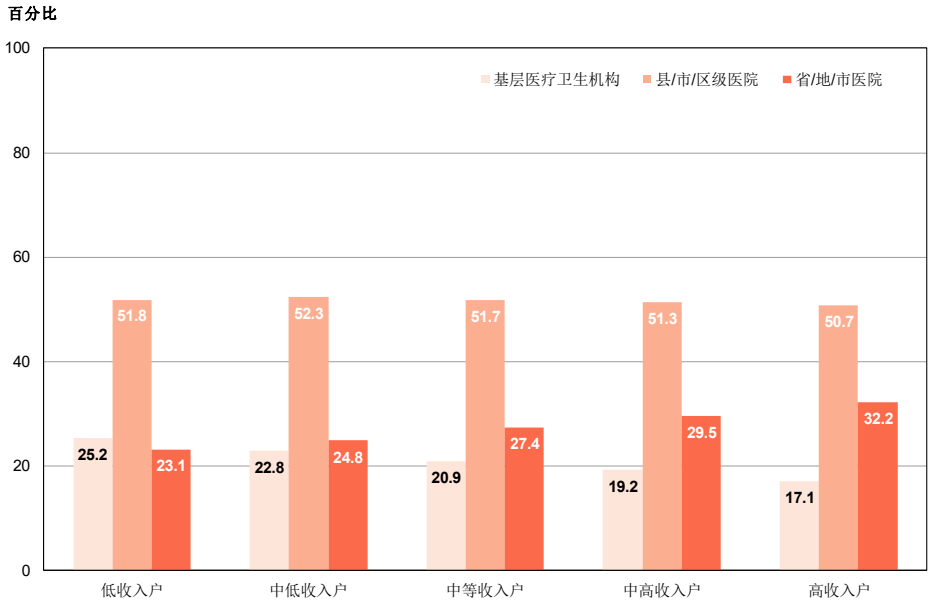
在过去近40年里，每千常住人口拥有执业（助理）医师数[35]从不到1.2名增加到2.4名，注册护士数从0.5名增加到2.7名。2001-2002年人数的减少归因于在此期间出台的对医务人员能力和资格认定更为严格的政策。根据《“健康中国2030”规划纲要》，每千人拥有执业（助理）医师数在2020年需达到2.5名，到2030年达到3.0名；每千人注册护士数到2030年需达到4.7名。

图 3.27

每千人拥有执业（助理）医师数在各省之间存在差别。北京最多，为每千人4.3名。2017年，16个省份已经达到《“健康中国2030”规划纲要》中制定的到2020年达到每千人2.5名的目标。

图 3.28

按收入五等份分组不同群体对住院医疗机构的选择，2013年



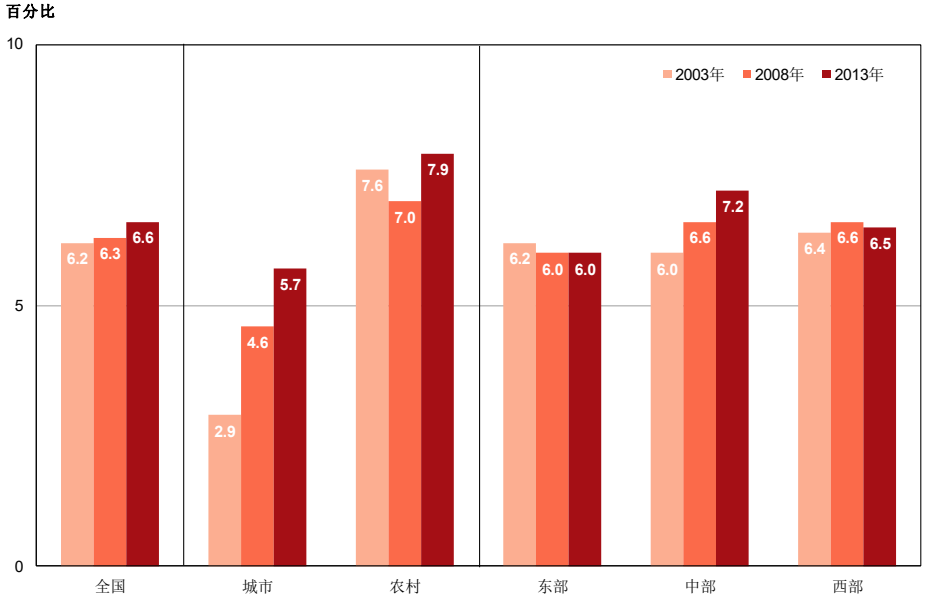
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），
国家卫生服务调查，2013年

图 3.28

在住院的医疗机构选择方面，按收入五等份分组后，高低收入组呈现出明显差异，高收入户更有可能选择地市或省级医院，它们通常能够提供更为全面的服务。在中国，包括卫生院和社区卫生服务中心在内的基层医疗卫生机构往往能够提供价格较低的医疗卫生服务，因此，相对于高收入户，最贫困的五分之一人口需要入院治疗时更可能选择基层医疗卫生机构，同时他们得到的医疗服务质量也相对较差。图中数据还表明，2013年超过一半的住院患者选择了县级医院。

图 3.29

发生大病医疗支出的住户比重，2003年、2008年和2013年



资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），
国家卫生服务调查，2003年、2008年和2013年

图 3.29

根据国家卫生服务调查结果，2003年到2013年间，全国每年发生大病医疗（卫生支出占收入的比重超过40%）的住户比重在6.2%到6.6%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收入份额也往往更大[36]。

图 3.30

最低和最高收入组住户部分卫生指标的比值，2003年、2008年和2013年

	2003年	2008年	2013年
产前保健覆盖率（至少接受五次检查）	0.72	0.90	0.88
住院分娩率	0.87	0.95	0.98
医疗保险覆盖率	0.58	0.93	0.98
门诊服务利用率	0.88	0.92	1.14
住院报销比重	0.35	0.85	0.92
发生大病医疗支出的住户比重	3.79	4.72	5.34

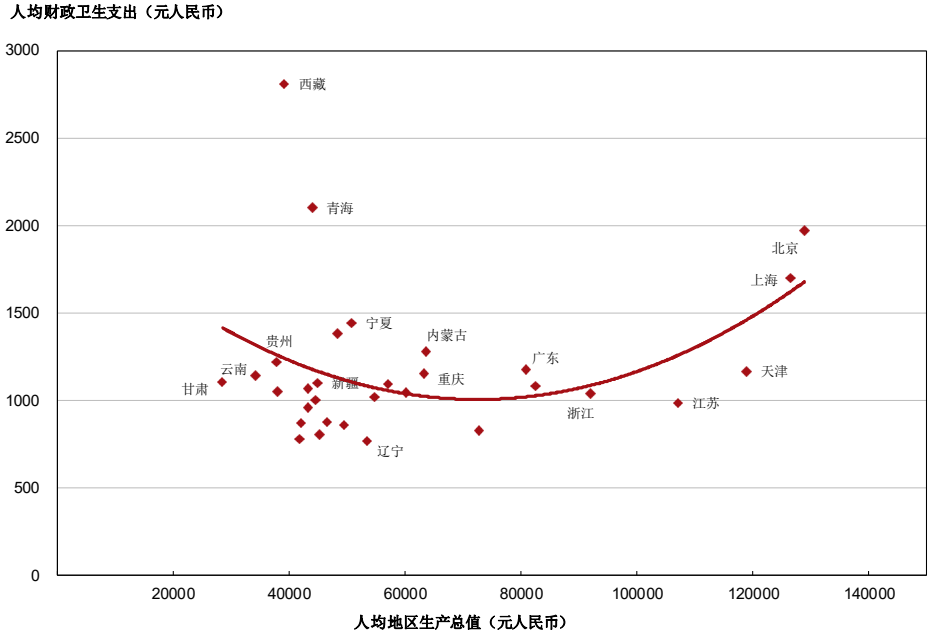
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），国家卫生服务调查，2003年、2008年和2013年

图 3.30

用最低20%和最高20%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，2013年，低收入组发生大病医疗支出的住户比重是高收入组的五倍。

图 3.31

分省人均财政卫生支出和人均地区生产总值，2017年



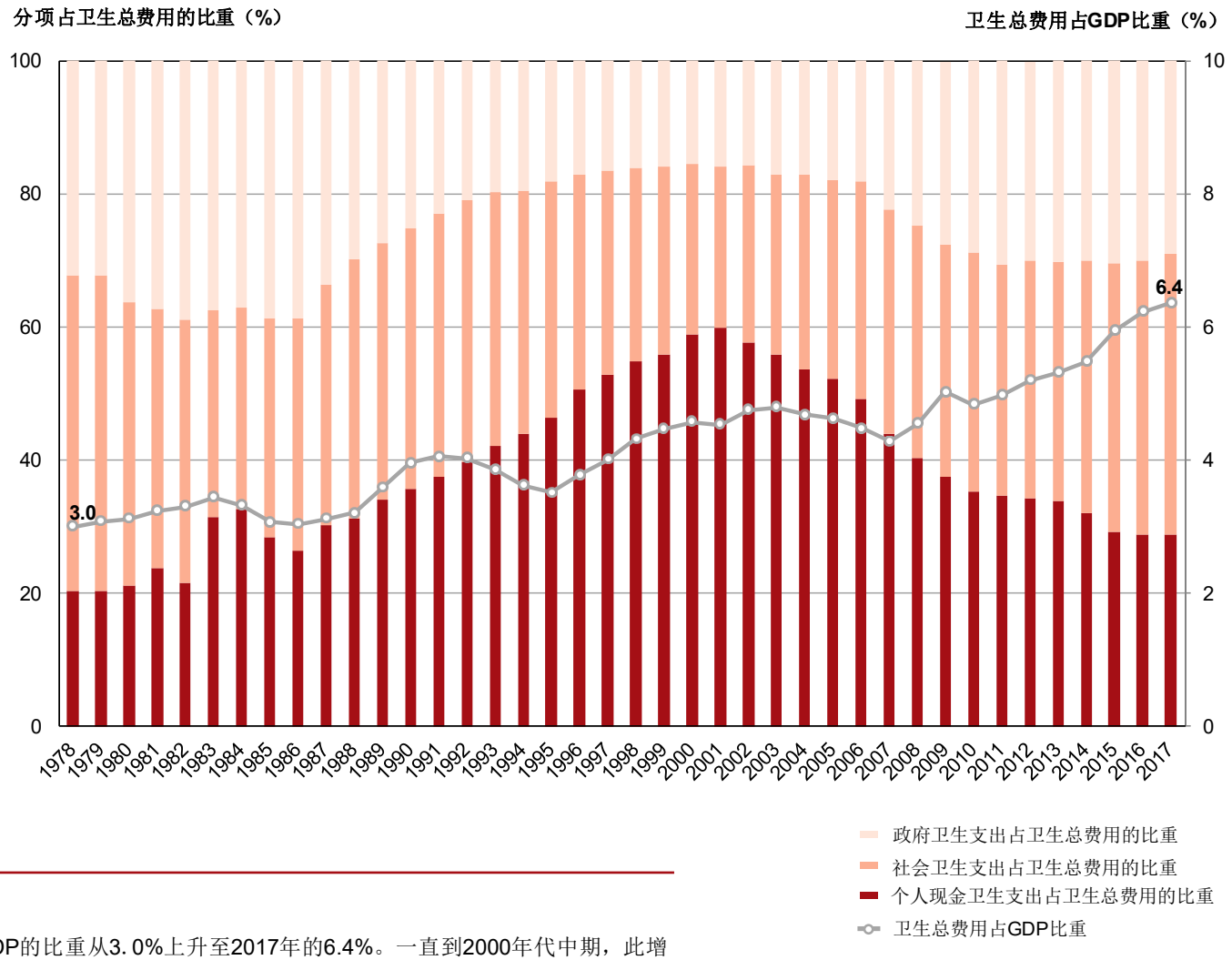
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 3.31

从各省人均财政卫生支出和人均地区生产总值的散点图来看，基本呈现出东部省份人均财政卫生支出高于西部省份的形态。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 3.32

政府、社会及个人卫生费用支出，1978–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 3.32

在过去的近四十年里，中国卫生费用支出占GDP的比重从3. 0%上升至2017年的6.4%。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2017年降至28.8%。中国将进一步提高政府卫生投入，加强居民卫生服务的财力保障，以实现《“健康中国2030”规划纲要》里制定的到2020年个人卫生支出占卫生总费用的比重降低到28%左右的目标。

妇幼保健

数据来源与参考文献

[1] 中华人民共和国外交部、联合国驻华系统，《中国实施千年发展目标报告（2000-2015年》（2015年7月），http://www.cn.undp.org/content/china/zh/home/library/mdg/mdgs-report-2015-/，2018年5月查阅

[2] 联合国，“《2030年可持续发展议程》各项可持续发展目标和具体目标全球指标框架”（2017年7月10日），文件编号A/RES/71/313，http://undocs.org/zh/A/RES/71/313，2018年5月查阅

[3] 国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

[4] 中共中央、国务院，《“健康中国2030”规划纲要》（2016年10月25日），http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm，2018年5月查阅

[5] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）、联合国儿童基金会驻华办事处、中国疾病预防控制中心，《中国0-6岁儿童生存发展策略—从证据到行动》，2017年

[6] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），《2013年第五次国家卫生服务调查分析报告》，2015年

[7] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），《全国妇幼卫生信息分析报告》，2017年

[8] 国家卫生健康委员会，《全国妇幼健康信息分析报告》，2018年

[9] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）、联合国儿童基金会驻华办事处、中国疾病预防控制中心，《中国0-6岁儿童生存发展策略—从证据到行动》，2017年

[10] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）、联合国儿童基金会驻华办事处、中国疾病预防控制中心，《中国0-6岁儿童生存发展策略—从证据到行动》，2017年

[11] 世界卫生组织，《新生儿早期基本保健：临床实施指南》，2014年

[12] 国家卫生健康委员会，《全国妇幼健康信息分析报告》，2018年

[13] 国务院，《“十三五”深化医药卫生体制改革规划》（2016年12月27日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-01/09/content_5158053.htm，2018年5月查阅

[14] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“关于做好2017年国家基本公共卫生服务项目工作的通知”（2017年9月5日），http://www.nhfpc.gov.cn/jws/s3577/201709/fb16b2e306bd469ab84e0c42173bc52d.shtml，2018年5月查阅

[15] **新型农村合作医疗制度：**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，然后在全国逐步扩大规模。（国家卫生健康委员会（原卫生部），“关于建立农村合作医疗制度的意见”，2003年）

[16] 人力资源和社会保障部，“四级异地就医结算系统全面建成”（2018年2月28日），http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneiyaowen/201802/t20180228_288941.html，2018年5月查阅

[17] 联合国儿童基金会，《2017年世界儿童状况报告》，2017年

[18] 张媛等，“1996至2015年中国住院分娩率的变化趋势”，《中华医学杂志》，2017年，第97卷，第17期，第1337-1342页

[19] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会，或原卫生部）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。第六次国家卫生服务调查于2018年9月开展。

[20] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）、联合国儿童基金会驻华办事处、中国疾病预防控制中心，《中国0-6岁儿童生存发展策略—从证据到行动》，2017年

[21] 国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

[22] 世界卫生组织，《世界卫生报告》，2012年

[23] 国家统计局，《中国农村贫困监测报告》，2017年

[24] **五岁以下儿童死亡率：**表示为年内每千名活产儿中从出生到五岁期间的死亡人数。（联合国人口司）

[25] **婴儿死亡率：**表示为年内每千名活产儿中从出生到一岁期间的死亡人数。（联合国统计司）

[26] **新生儿死亡率：**表示为年内每千名活产儿中出生后28天内的死亡人数。（联合国统计司）

[27] 朱军等，“Sociodemographic and Obstetric Characteristics of Stillbirths in China: A census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014”，*Lancet Global Health*，2016年，第4期，第109-118页

[28] **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。（联合国统计司）

[29] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）、联合国儿童基金会驻华办事处、中国疾病预防控制中心，《中国0-6岁儿童生存发展策略—从证据到行动》，2017年

[30] 世界卫生组织，《世界卫生组织关于开展产前保健促进积极妊娠体验的建议》，2016年

[31] **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。（世界卫生组织）

[32] 孟群等，“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，第379卷，第9818期，第805-814页

[33] 随着预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的整合开展，孕产妇梅毒检测率和梅毒感染孕产妇治疗率迅速提高，梅毒感染孕产妇治疗率从2011年的48.0%提高到2014年的68.1%；先天梅毒报告病例数增长趋势得到扭转，2014年报告病例数为9252例，报告发病率为61.6/10万活产，比2011年下降了22%。同时，中国在原有规范接种乙肝疫苗的基础上，所有乙肝感染孕产妇所生儿童在出生后24小时内免费接受乙肝免疫球蛋白注射，2014年全国乙肝流行病学调查结果显示，中国1-4岁儿童乙肝表面抗原携带率已从2006年的0.96%降低至2014年的0.32%。（国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“中国预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作进展”，2015年）

[34] 中国疾病预防控制中心，“2016年12月全国艾滋病性病疫情”，《中国艾滋病性病》，2017年，第23卷，第2期，第93页

[35] **每千人拥有执业（助理）医师数：**执业（助理）医师总人数占总人口的比率，以每千人表示。（世界卫生组织）

[36] 孟群等，“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，第379卷，第9818期，第805-814页

4

国家免疫规划

概述

自1978年推出以来，中国的计划免疫一直是非常成功和极具成本效益的公共卫生干预举措，它使成千上万的儿童得到保护，免于感染疫苗可预防的疾病。取得了以下主要成就：

- 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%。
- 1990年，中国实现了普及儿童免疫目标，即以省和县为单位，一岁儿童卡介苗、脊髓灰质炎疫苗（脊灰疫苗）、吸附百白破联合疫苗（百白破疫苗）、麻疹疫苗接种率达到85%[1]。
- 1996年，中国实现了以乡为单位，一岁儿童卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹疫苗接种率达到85%的目标[2]。
- 2000年，中国实现了无脊髓灰质炎目标。随后，尽管2011年新疆发生了脊灰野病毒输入性疫情，但因中国政府立即采取了各种响应措施加以控制，包括在新疆开展多轮脊灰疫苗强化免疫活动，从而成功切断了病毒传播，扑灭了此次疫情[3]。2012年11月，世界卫生组织宣布中国恢复无脊灰状态。
- 2012年，世界卫生组织宣布中国已消除孕产妇和新生儿破伤风。
- 自2002年中国将乙肝疫苗纳入免疫规划以来，低龄儿童乙型肝炎感染率出现大幅下降，根据2014年乙型肝炎血清学流行病学调查数据显示，五岁以下儿童乙型肝炎表面抗原携带率已经降至0.32%，这进一步证明了中国免疫规划的成功。

为了使更多的儿童受益，大力推动普及儿童免疫，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预防接种。2007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。

除政策保障促进预防接种工作可持续发展外，近年来中国在自主研发新疫苗方面也不断实现技术突破，包括世界首支戊型肝炎疫苗、sabin株脊灰灭活疫苗、肠道病毒71型灭活疫苗（EV71灭活疫苗）等陆续获得审批上市。乙型脑炎减毒活疫苗、流感疫苗、口服二价脊灰减毒活疫苗和甲型肝炎灭活疫苗先后通过世界卫生组织预认证。

2016年5月1日起，响应全球消灭脊灰的统一行动，中国实施新的脊灰疫苗免疫策略，停用三价脊灰减毒活疫苗，用二价脊灰减毒活疫苗进行替代，并将脊灰灭活疫苗纳入国家免疫规划，这样既有助于减少脊灰减毒活疫苗所致的相关病例的发生，也可有效降低脊灰野病毒输入和传播风险[4]。国产脊灰疫苗在脊灰疫苗免疫策略转换过程中，发挥了重要作用。

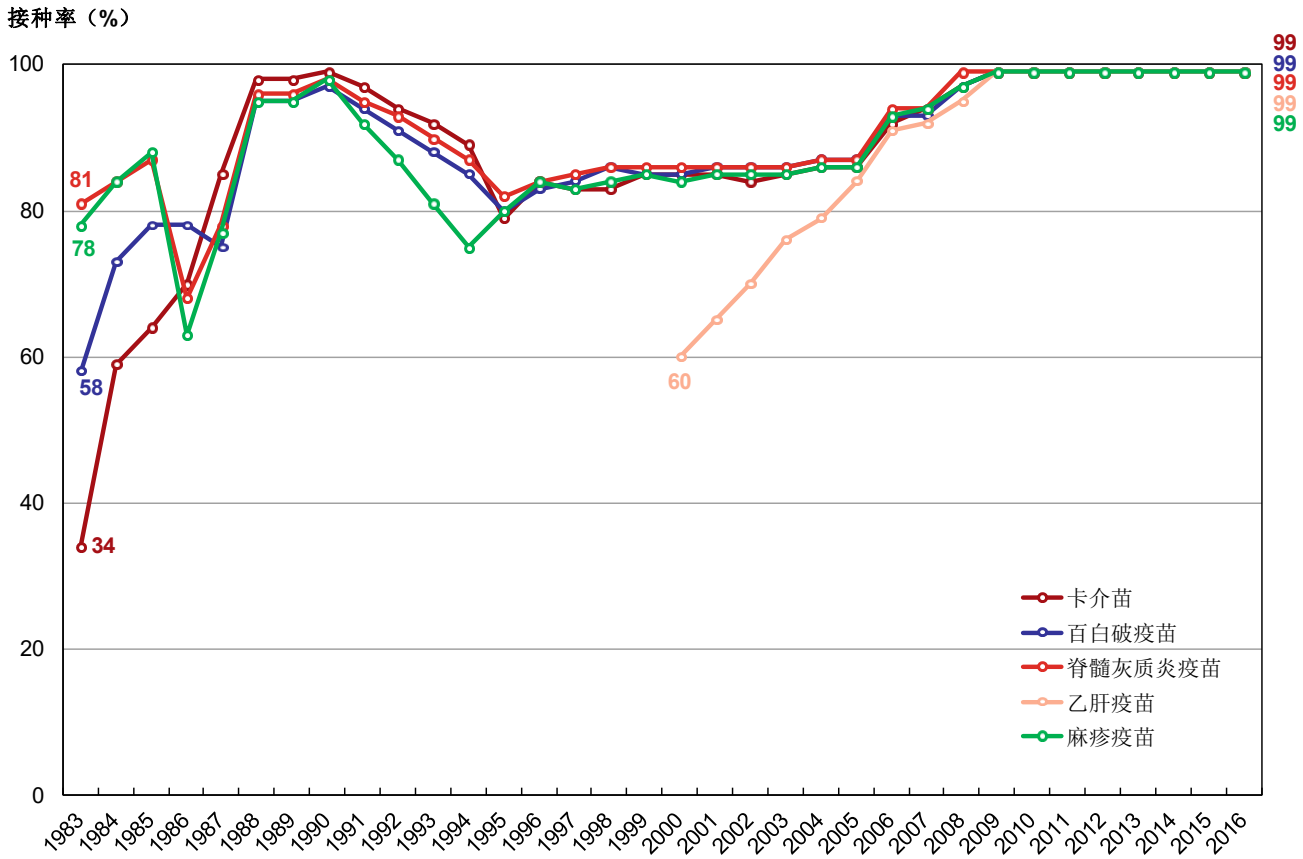
2017年10月，首届国家免疫规划专家咨询委员会正式成立。通过综合评估疫苗可预防疾病负担和疫苗安全性、有效性、卫生经济学评价、生产供应能力等资料，专家咨询委员会对调整国家免疫规划疫苗种类、修订国家免疫规划疫苗免疫程序等进行审议并形成决议，对国家免疫规划重大政策提出论证意见。尤其是在收集、整理、分析科学证据的基础上，对推进新疫苗纳入国家免疫规划将会起到积极的作用，这些新疫苗包括儿童肺炎、b型流行嗜血杆菌和轮状病毒疫苗等能有效降低五岁以下儿童死亡率的第二类疫苗。

尽管中央政府自2009年实施卫生体制改革以来加大了对免疫规划工作的资金投入力度，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；在基本公共卫生服务项目中免疫规划工作基础性地位的重要性被淡化；卫生工作者的人数、专业知识和管理能力有限；部分地区的疫苗供应链和冷链管理水平偏低；有些西部省份和贫困地区推广新疫苗的速度仍相对较慢；地理条件和人群分布的状况也对提供高质量的预防接种服务构成障碍。整体来说，国家免疫规划的扩大实施在各地的执行情况有一定差异，存在免疫薄弱地区、空白地区。

此外，随着疫苗接种率的提高和疫苗可预防传染病发病率和死亡率的下降，公众对预防接种重要性的意识淡化，对疫苗安全性的关注度增加，加之部分媒体侧重报道个别疫苗负面事件，影响了公众接种疫苗的积极性和对接种疫苗的信心，甚至导致接种率下降，对免疫规划工作造成影响。

图 4.1

一岁儿童五苗接种率，1983–2016年



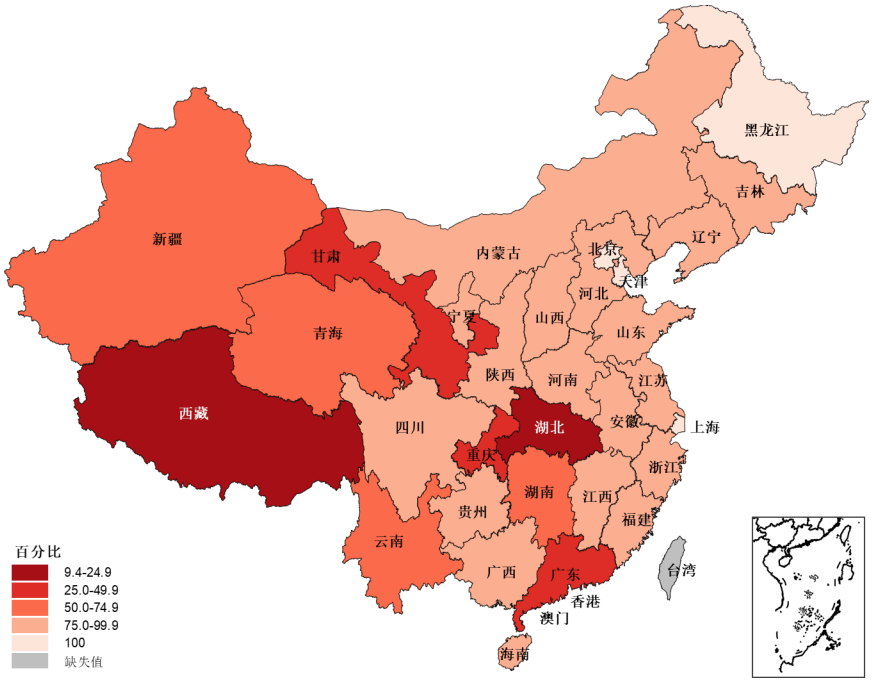
资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），世界卫生组织和联合国儿童基金会，《儿童免疫覆盖率联合报告》，2017年

图 4.1

20世纪80年代初，部分疫苗的接种率仅为34%。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90%。此后一段时期内，接种率略有下降，主要原因是政府投入减少，转而依靠个人自费来支付接种服务的相关费用以维持免疫工作。2002年，乙型肝炎疫苗接种被纳入了国家免疫规划。2004年，随着新修订的《传染病防治法》开始实施，中国政府为儿童提供免费常规免疫服务，接种率也随之上升。2009年以来，卡介苗、百白破疫苗、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

分省以乡为单位免疫规划疫苗接种率≥90%的乡比重，2013年



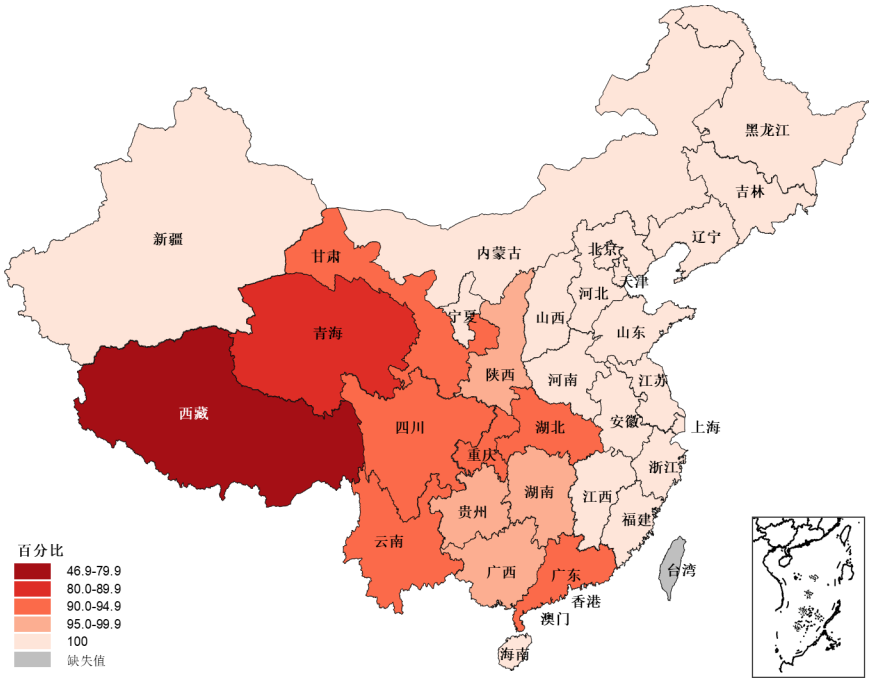
资料来源：郑景山等，“2013年全国省级抽查以乡为单位适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率分析”，《中国疫苗和免疫》，2014年第6期，第492-498页以及第546页

图 4.2

中国2015年设定的全国目标是，以乡（镇、街道）为单位适龄儿童免疫规划疫苗接种率达到90%。2013年全国各省疾控中心开展了以乡为单位的适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率抽查，主要关注卡介苗、口服脊髓灰质炎疫苗、百白破联合疫苗、含麻疹成分疫苗、乙型肝炎疫苗、A群脑膜炎球菌多糖疫苗、流行性乙型脑炎疫苗和甲型肝炎减毒活疫苗八种疫苗。调查发现各省之间存在差异，中部和西部依然存在免疫薄弱地区。

图 4.3

分省以乡为单位乙肝疫苗接种率≥90%的乡比重，2013年



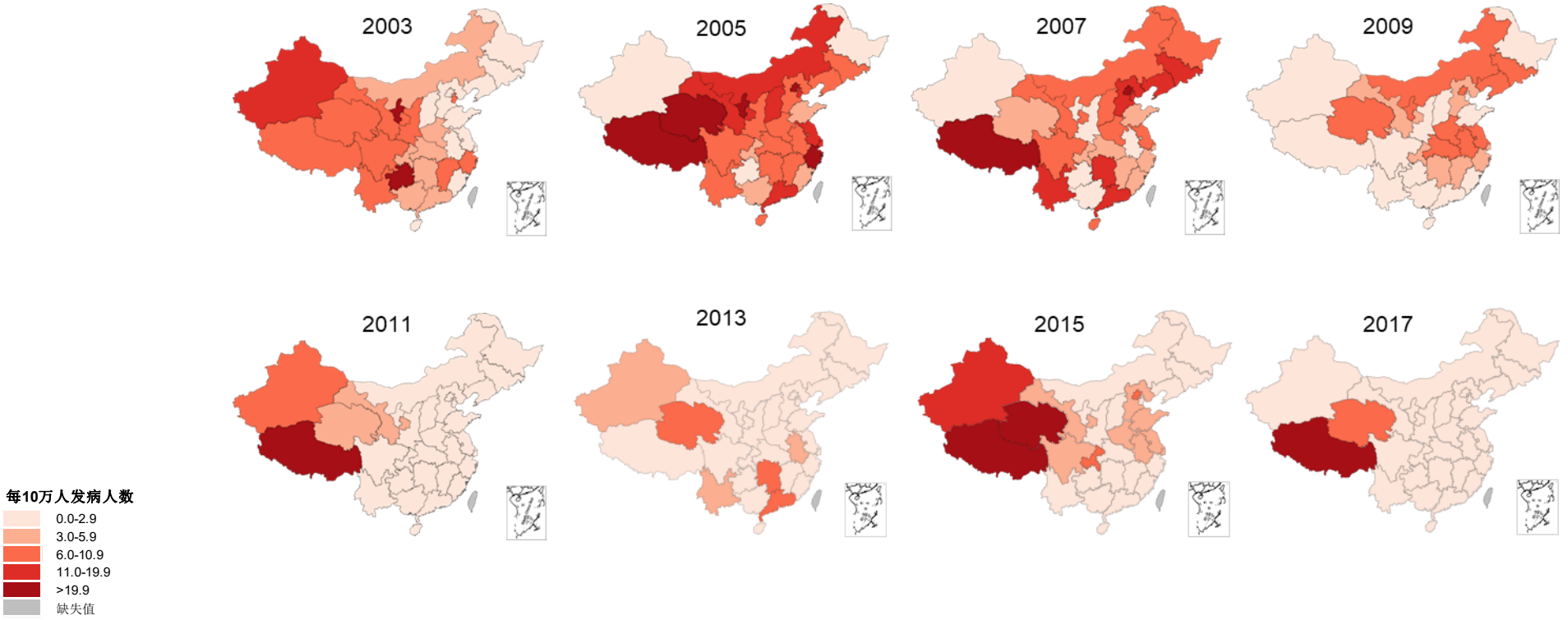
资料来源：郑景山等，“2013年全国省级抽查以乡为单位适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率分析”，《中国疫苗和免疫》，2014年第6期，第492-498页以及第546页

图 4.3

中国-全球疫苗和免疫联盟（GAVI）合作项目结束后，中国政府继续加强儿童乙肝疫苗接种工作，乙肝疫苗供应保持稳定，接种能力稳步提升，新生儿首针乙肝疫苗及时接种率和适龄儿童乙肝全程接种率保持在较高水平，且地区间、城乡间差距逐步缩小。根据2013年全国省级抽查以乡为单位适龄儿童国家免疫规划疫苗接种率的结果显示，除西藏、青海两个西部省区乙肝疫苗接种率仍然较低，其余省份90%以上的乡镇乙肝疫苗接种率在90%以上。

图 4.4

麻疹发病率，2003–2017年



资料来源：中国疾病预防控制中心，国家麻疹监测信息报告系统，2018年

图 4.4

该图展示了2003-2017年全国各省隔年麻疹发病率的情况。2004-2009年间，中国31个省份中的27个开展了全省范围的麻疹疫苗强化免疫活动，2010年开展了全国强化免疫活动[5]，此后，麻疹发病率明显下降。然而，从2012年年底开始，麻疹发病率存在一定程度反弹，2014年达到最高水平（4/10万），2015年开始回落[6]。2017年中国麻疹报告发病水平达到历史最低（0.4/10万），主要集中在西藏、青海两个西部省区。

国家免疫规划

数据来源与参考文献

[1] 国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），《中国疾病预防控制60年》，2015年，第259页

[2] 国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），《中国疾病预防控制60年》，2015年，第260页

[3] 中国疾病预防控制中心，“中国阻断输入性脊髓灰质炎野病毒传播1周年”（2012年10月16日），http://www.chinacdc.cn/zxdt/201210/t20121016_70677.html，2018年5月查阅

[4] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“我国响应世卫组织决议实施脊灰疫苗免疫新策略”（2016年4月29日），http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s3582/201604/8c760a934d5b4d41a81752915c58d304.shtml，2018年4月查阅

[5] 世界卫生组织西太平洋区域，“麻疹情况介绍”，http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/factsheets/measles/zh/，2018年5月查阅

[6] 苏琪茹等，“中国2015-2016年麻疹流行病学特征分析”，《中国疫苗和免疫》，2018年，第2期，第146-151页

5

营养

概述

儿童营养的双重负担

在中国，儿童营养面临营养不良和超重肥胖双重负担：一方面，随着国家经济快速增长、以及政府推行针对营养不足的干预措施，儿童低体重（按年龄的体重不足）和消瘦（按身高的体重不足）患病率显著下降，然而儿童生长迟缓（按年龄的身高不足）问题依然存在，特别是在贫困农村地区；另一方面，超重和肥胖（按年龄的身高体重指数即BMI偏高）的儿童比重持续升高[1]。

造成儿童营养不良的主要原因包括生命初期宫内生长迟滞、婴幼儿期营养不足以及经常罹患感染性疾病。另外，有些亚临床疾病如环境性肠病，会对肠道结构和功能产生累积效应，引起营养吸收不良，影响儿童生长发育，也影响营养干预的有效性[2]。

目前，生长迟缓是衡量儿童营养不良程度的首要指标[3]。2017年，全球有22.2%的五岁以下儿童存在生长迟缓问题，对应儿童总数约为1.5亿[4]。中国五岁以下儿童生长迟缓患病率从1990年的33.1%下降至2013年的8.1%，尽管整体降幅较大，但贫困农村地区的生长迟缓患病率仍高达18.7%，是全国平均水平的2.3倍[5]。另外，中国儿童人口基数大，虽然五岁以下儿童生长迟缓患病率在全球排第119位，但生长迟缓儿童人数排名第五，占全球生长迟缓儿童总数的4.1%[6]。

儿童从食物和饮料中摄入的能量长期超出正常需求时容易引起超重，增加成年后患与饮食相关慢性病的风险[7]。中国城乡儿童超重和肥胖率在过去几十年持续升高，已日渐成为一项突出的公共健康问题。2002-2012年，六岁以下儿童超重率从6.5%增加至8.4%，肥胖率从2.7%增加至3.1%[8]。学龄期男童超重和肥胖率的增幅比女童大，2002-2012年间，中国7-17岁男童超重率从5.1%增加至10.9%，肥胖率从2.5%增加至7.5%；同一时期，7-17岁女童超重率从3.9%增加至8.0%，肥胖率从1.7%增加至4.6%。小学生超重和肥胖率在学龄儿童中最高[9]。

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，饮食中的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。2009年，中国发布了辅食营养补充品即营养包[10]通用标准，使其可用于营养干预，预防和控制婴幼儿铁和其他微量营养素缺乏。2013年国家食物营养监测数据显示，农村五岁以下儿童贫血症患病率从2010年的12.6%下降至2013年的10.9%。关于贫困地区营养包干预有效性的研究也证实了营养包对于儿童发育商和智商发展有积极作用[11]。

证据表明，生命最初的1000天也就是从怀孕到两周岁以前是成长最为关键的时期，这一时期的微量营养元素缺乏将对儿童健康和发展造成不可逆转且无法弥补的影响，包括影响到儿童在校学习的能力和成年后的生产力。微量营养元素缺乏的问题在中国贫困农村更为突出。有鉴于此，政府于2012年启动贫困地区儿童营养改善项目，通过免费为6-23月龄婴幼儿发放营养包、开展儿童营养知识宣传和健康教育，来改善贫困地区婴幼儿营养和健康状况，提高儿童家长科学喂养知识水平。到2017年底，项目覆盖了14个集中连片特困地区的341个贫困县，受益儿童约580万人[12]。

2012年中国孕产妇贫血症患病率高达17.2%[13]。儿童营养不良始于母亲孕期，为使每个儿童得到充足的营养呵护，中国政府于2017年起，积极推动生命早期1000天营养健康行动，开展孕前和孕产期营养评价与膳食指导，实施妇幼人群营养干预计划，引导围孕期妇女加强含叶酸、铁在内的多重微量营养素补充，降低孕妇贫血率，预防儿童营养缺乏[14]。

母乳喂养和辅食添加

两岁以下儿童的科学喂养和平衡膳食直接影响婴幼儿的营养状况，从而影响儿童的生存。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议，婴儿出生后一小时内及时开奶，6个月内应纯母乳喂养，不需要添加任何食物和液体；6个月以后，应添加营养丰富、安全的辅助食品并继续母乳喂养直到至少两岁[15]。

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，有助于降低儿童感染性疾病的发病率和死亡率，并提高儿童的智力。母乳喂养对母亲也有诸多益处，包括可以预防乳腺癌，延长生育间隔，有助于预防糖尿病、超重和卵巢癌的发生等。

尽管母乳喂养好处很多，而且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，但很多人由于缺乏母乳喂养的正确知识和指导、缺少有力的社会支持、以及母乳代用品促销干扰等原因，没有进行纯母乳喂养。2013年，中国6个月内婴儿纯母乳喂养率仅20.8%[16]，远远低于全球中等收入和低收入国家平均水平（37%）[17]，要实现《国民营养计划（2017-2030年）》中提出的到2020年，6个月以下婴儿纯母乳喂养率达到50%以上还任重道远。

中国在促进母乳喂养实施中做出了很多持续性努力，包括通过开展爱婴医院的复评估促进爱婴医院可持续发展；促进《国际母乳代用品销售守则》在中国的实施；推动以“母爱10平方”为标志的母乳喂养室建设；以及在全国开展母乳喂养咨询技巧的培训等。在《国民营养计划（2017-2030年）》中，中国政府提出将进一步完善母乳喂养保障制度，改善母乳喂养环境。

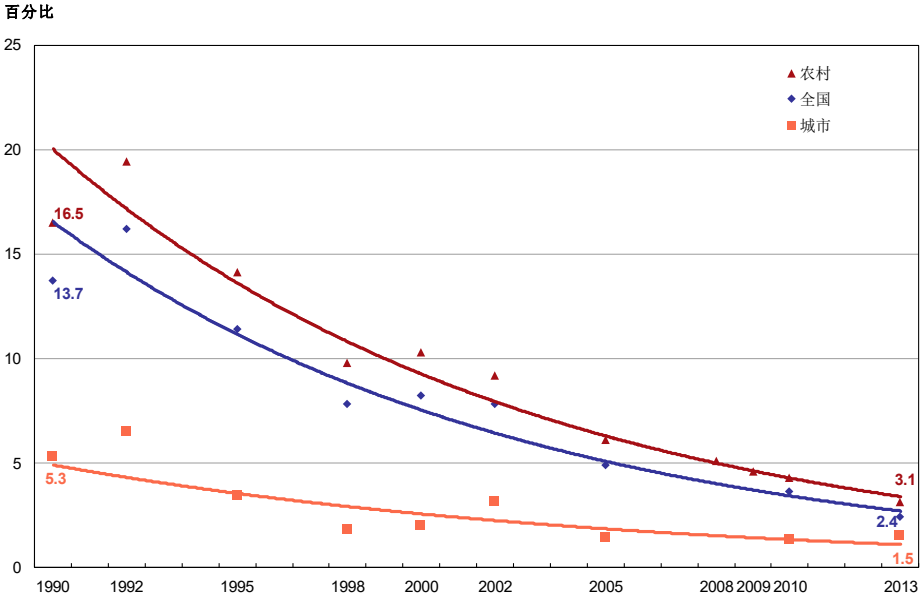
辅食添加也是婴幼儿科学喂养的重要组成部分。2013年中国居民营养与健康状况监测数据显示，中国6-23月龄婴幼儿达到最低膳食多样性、最低进食频次以及最低可接受膳食标准[18]的比重分别为52.5%、69.8%和27.4%，并表现出明显的城乡差异。研究表明，食物的可及性、家庭收入和母亲的受教育程度等因素与辅食喂养行为相关[19]。

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之一。根据世界卫生组织的建议，中国从1994年起将“全民食盐加碘”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。得益于政府承诺、对盐业的监管以及多年来不断完善的监测评估系统等因素，2010年中国已有28个省份实现了省级消除碘缺乏病的目标，西藏、青海和新疆三省区实现了基本消除碘缺乏病，全国约98%的县达到了消除碘缺乏病的目标[20]。

中国消除碘缺乏病取得重大成就的同时，挑战也随之而来：出现了一些新的导致碘摄入减少的因素，例如，部分家庭轻信没有科学依据的“长期食用碘盐会导致甲状腺疾病”传言、越来越多的加工食品使用非碘盐、减盐防控高血压行动使食盐摄入量减少；孕产妇和哺乳期妇女的碘需要量高于普通人群，存在碘摄入不足的风险；有些高水碘地区存在水源性高碘危害[21]。针对这些挑战，国家正在采取积极措施，保障居民适宜的碘营养水平[22]，包括宣传碘缺乏危害和甲状腺疾病相关知识，引导居民科学补碘；进一步加强县级及以上碘盐监测以及推动监测结果向社会发布；因地制宜进行干预，例如在高水碘地区积极倡导改水，同时提供非碘盐。

图 5.1
五岁以下儿童低体重患病率，1990–2013年

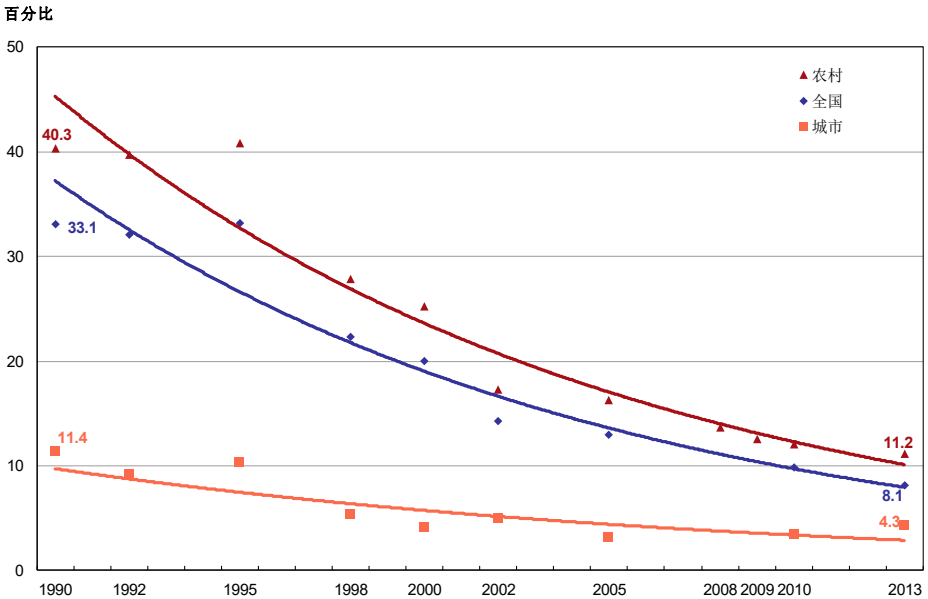


资料来源：中国疾病预防控制中心，中国居民营养与健康状况监测（1992、2002和2013年数据）；中国食物与营养监测系统（其他年份）

图 5.1
1990年，全国五岁以下儿童低体重[23]（按年龄的体重不足）患病率为13.7%，城市地区为5.3%，农村地区为16.5%。1990-2013年，全国五岁以下儿童低体重患病率大幅下降至2.4%，城市地区降至1.5%，农村地区降至3.1%。贫困农村地区儿童低体重患病率仍相对较高，为5.2%。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，1990–2013年

SDG 2.2.1

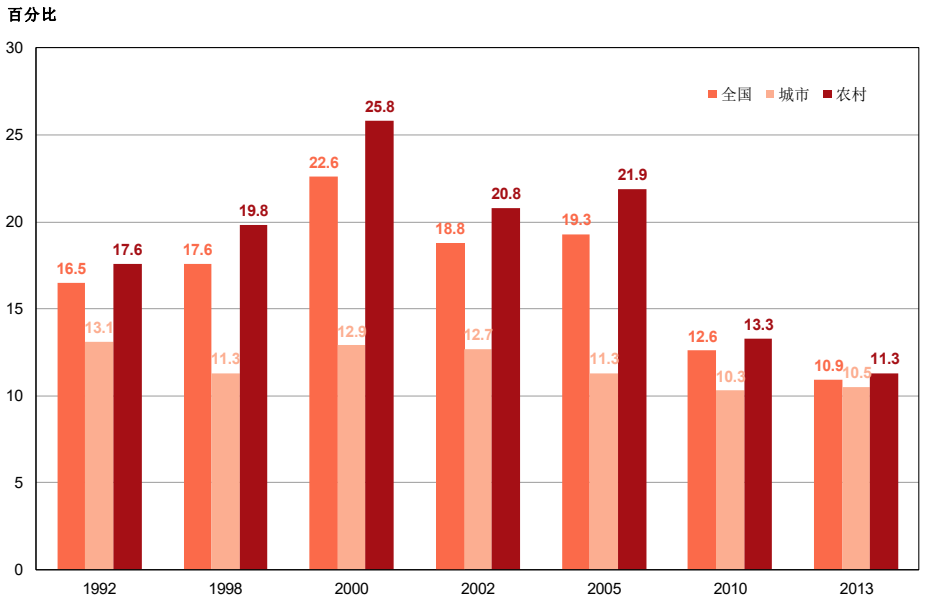


资料来源：中国疾病预防控制中心，中国居民营养与健康状况监测（1992、2002和2013年数据）；中国食物与营养监测系统（其他年份）

图 5.2
2013年，生长迟缓[24]（按年龄的身高不足）患病率从1990年的33.1%降至8.1%。1990-2013年，城市儿童生长迟缓患病率由11.4%降至4.3%，农村儿童生长迟缓患病率由40.3%降至11.2%。在贫困农村地区，2013年生长迟缓患病率仍相对较高，为18.7%。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，1992–2013年



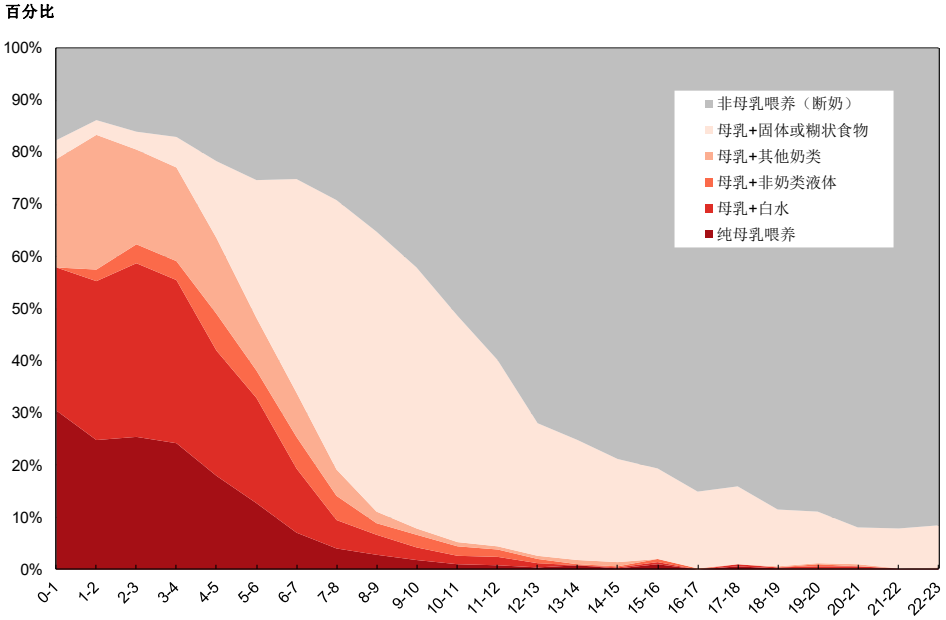
资料来源：中国疾病预防控制中心，《中国食物与营养监测报告》，2005年；
国家卫生健康委员会（原卫生部），《中国0-6岁儿童营养发展报告（2012）》，
2012年（2010年数据）；2013年中国居民营养与健康状况监测（2013年数据）

图 5.3

贫血[25]仍是持续困扰中国儿童的一个问题。1992-2005年间，儿童贫血率在16%-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2013年的10.9%，也就是说，大约九个孩子中有一个是贫血。

图 5.4

两岁以下婴幼儿喂养情况，2013年



资料来源：根据中国疾病预防控制中心2013年中国居民营养与健康状况监测微观数据计算

图 5.4

图中根据2013年中国居民营养与健康状况监测数据描绘了中国两岁以下婴幼儿的喂养情况。数据显示，1月龄内婴儿纯母乳喂养率为30%，基本纯母乳喂养（即只喝过母乳和白水）率为27%，两者合计为57%。4月龄内婴儿两者合计维持在50%以上，但4月龄开始纯母乳喂养率和基本纯母乳喂养率均迅速下降，5-6月龄两者合计仅为32%。另一方面，超过三分之一的6月龄内婴儿已经断奶或添加了其他奶类，10-11月龄约50%的婴儿已断奶。1岁以后断奶比重快速增加，仅有约四分之一的幼儿1岁时继续母乳喂养，2岁时超过96%的幼儿已断奶。4月龄开始辅食添加比重迅速增加，8月龄时约80%的婴儿添加了辅食。6月龄内非纯母乳喂养主要与出生后即断奶、添加其他奶类、添加水和过早添加辅食有关。

图 5.5

婴幼儿母乳喂养及辅食添加情况，2013年

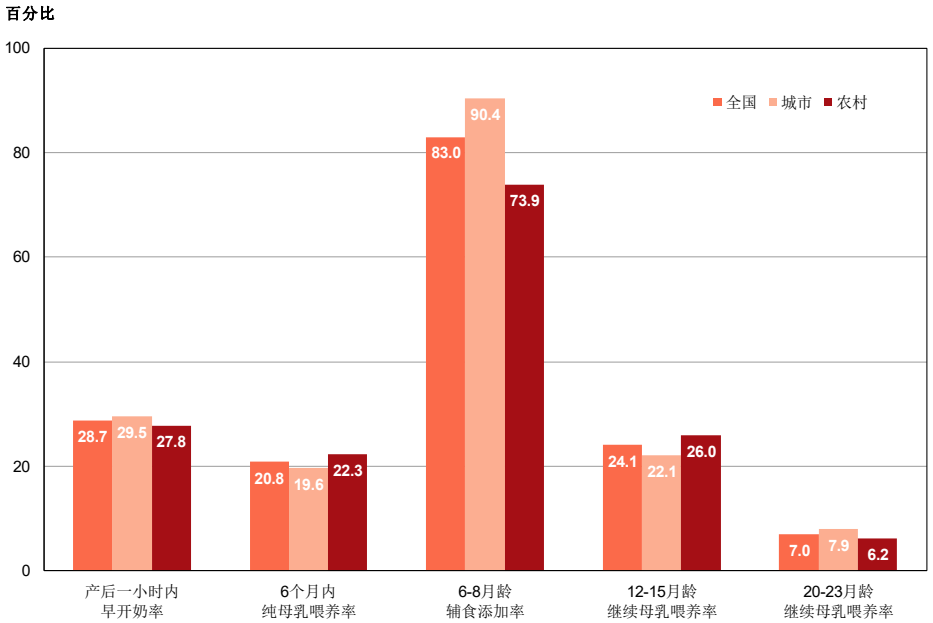
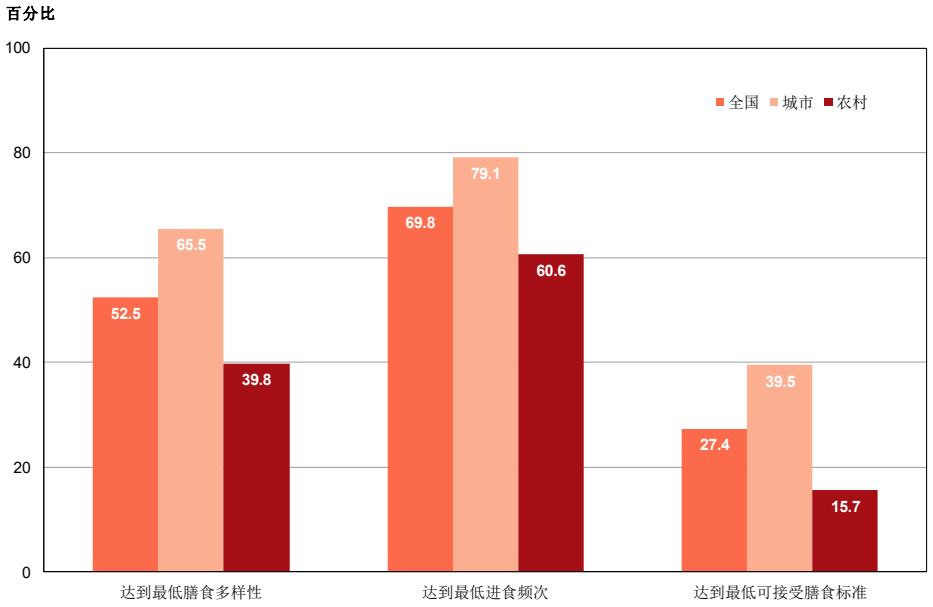


图 5.6

6–23月龄婴幼儿膳食摄入情况，2013年



资料来源：国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》，2015年（6个月内婴儿纯母乳喂养率）；其他指标根据中国疾病预防控制中心2013年中国居民营养与健康状况监测微观数据计算

图5.5和图5.6

根据2013年中国居民营养与健康状况监测数据，全国来看，2013年，产后一小时内早开奶率为28.7%，6个月内婴儿纯母乳喂养率为20.8%，12-15月龄儿童继续母乳喂养率为24.1%，20-23月龄儿童继续母乳喂养率更低，仅为7.0%。

尽管6-8月龄儿童辅食添加率高达83.0%，但6-23月龄婴幼儿达到最低膳食多样性、最低进食频次以及最低可接受膳食标准的比重仅为52.5%、69.8%和27.4%。

图中显示，婴幼儿从出生到23个月龄间的整体喂养状况欠佳，城乡之间差距明显。

营养

数据来源与参考文献

[1] 国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》，2015年

[2] Kathryn G. Dewey等，“Early Child Growth: How do nutrition and infection interact?”，*Maternal and Child Nutrition*，2011年，第7卷，第3期增刊，第129-142页

[3] 环境与健康数据中心，“营养不良之外：卫生条件在生长迟缓中的作用”（2016月2月23日），http://www.eh-data.cn/xwdt/gwxx/201602/t20160223_636296.html，2018年5月查阅

[4] 联合国儿童基金会、世界卫生组织和世界银行，“Levels and Trends in Child Malnutrition”，*Joint Child Malnutrition Estimates，2018 edition*，https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/JME-2018-brochure-web.pdf，2018年5月查阅

[5] 于冬梅等，“Comparison of Undernutrition Prevalence of Children under 5 Years in China between 2002 and 2013”，*Biomedical and Environmental Sciences*，2016年，第29卷，第3期，第65-176页

[6] 联合国儿童基金会，“《2017年世界儿童状况报告》统计表格”，https://data.unicef.org/resources/state-worlds-children-2017-statistical-tables/，2018年5月查阅

[7] 联合国儿童基金会、世界卫生组织和世界银行，“Levels and Trends in Child Malnutrition”，*Joint Child Malnutrition Estimates，2018 edition*，https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/JME-2018-brochure-web.pdf，2018年5月查阅

[8] 中国疾病预防控制中心、联合国儿童基金会，《中国居民营养与健康状况图集》，2017年

[9] 中国疾病预防控制中心、联合国儿童基金会，《中国居民营养与健康状况图集》，2017年

[10] **营养包**：是中国科学家依据中国婴幼儿的膳食摄入和膳食习惯研发的适合中国儿童生长发育需要的一种辅助食品补充品。一包营养包含12克豆粉同时添加了钙、铁、锌、维生素A以及B族维生素等，使用时调成糊状食用。2008年汶川地震后，联合国儿童基金会对受地震影响的8个县6-23月龄儿童提供了18个月营养包，证明了营养包对儿童营养的改善作用。

[11] 陈春明等，“Effect of In-home Fortification of Complementary Feeding on Intellectual Development of Chinese Children”，*Biomedical and Environmental Sciences*，2010年，第23卷，第2期，第83-91页

[12] 中国疾病预防控制中心，“贫困地区儿童营养改善项目效果监测评估报告”（内部报告），2018年

[13] 中国疾病预防控制中心、联合国儿童基金会，《中国居民营养与健康状况图集》，2017年

[14] 国务院办公厅，“国务院办公厅关于印发国民营养计划（2017-2030年）的通知”（2017年7月13日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-07/13/content_5210134.htm，2018年5月查阅

[15] 世界卫生组织，“Infant and Young Child Feeding Key Facts”（2018年2月16日），http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding，2018年5月查阅

[16] 国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），《中国居民营养与慢性病状况报告（2015）》，2015年

[17] Cesar G. Victora等，“Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect”，*The Lancet: Breastfeeding Series*，2016年，第387卷，第475-490页

[18] **最低膳食多样性：**食物种类共分7种，包括：谷物类和根茎类、豆类和坚果类、奶制品、肉类、蛋类、富含维生素A的水果和蔬菜、其他水果和蔬菜。6-23月龄儿童进食种类达到其中的4种或以上即为达到最低膳食多样性。

最低进食频次：最低频次因孩子现在是否还在母乳喂养而异。母乳喂养时，6-8月龄儿童一天之内进食固体、半固体或糊状食物最低2次，9-23月龄儿童最低3次；非母乳喂养时，6-23月龄儿童一天之内进食固体、半固体、糊状食物或奶液最低4次。

最低可接受膳食标准：同时达到最低膳食多样性和最低进食频次时视为达到最低可接受膳食标准。

（联合国儿童基金会，第五轮多指标类集调查（MICS5）表NU.8，http://mics.unicef.org/）

[19] 段一凡等，“Exclusive Breastfeeding Rate and Complementary Feeding Indicators in China: A National Representative Survey in 2013”，*Nutrients*，2018年，第10卷，第249页

[20] 申红梅，“我国碘缺乏病及碘过量危害防治现状及对策”，《中华地方病学杂志》，2012年，第31卷，第3期，第239-240页

[21] 孙殿军等，“Eliminating Iodine Deficiency in China: Achievements, challenges and global implications”，*Nutrients*，2017年，第9卷，第4期，第361页

[22] 国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会），“关于《食盐加碘消除碘缺乏危害管理条例》修订稿公开征求意见的公告”（2018年5月14日），http://www.moh.gov.cn/jkj/s7929/201805/18bb651c452e433e8d78c23f525305e2.shtml，2018年5月查阅

[23] **低体重（中重度）：**按年龄的体重低于世界卫生组织儿童生长发育标准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，《2017年世界儿童状况报告》，2017年）

[24] **生长迟缓（中重度）：**按年龄的身高低于世界卫生组织儿童生长发育标准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，《2017年世界儿童状况报告》，2017年）

[25] **贫血：**指体内红细胞数量或红细胞带氧量不足以满足生理需求的状况，会因为年龄、性别、海拔高度、是否吸烟以及怀孕情况而有所不同。贫血主要是由于缺铁造成的，但叶酸、维生素B12、缺乏维生素A、慢性炎症、寄生虫感染病和遗传性疾病等因素也会导致贫血。世界卫生组织设定6-59个月儿童的贫血临界值是110g/l。

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和社会问题。根据世界卫生组织估计，仅2016年，伤害和暴力行为约造成全球超过64万0-14岁儿童死亡，占全部儿童死亡的9.6%；其中，非故意伤害所占比重超过90%[1]。

据估计，中国每年有超过1000万0-17岁儿童遭受伤害，其中约有超过6万死于伤害，伤害致死的主要原因依次为溺水、道路交通伤害、跌落和中毒[2]，但各年龄段伤害致死的原因顺位有所不同。随着中国在减少传染病、改善妇幼保健方面取得进展，儿童伤害已成为1-17岁儿童死亡的首要原因，给家庭和社会造成了重大损失。

除导致死亡外，伤害也是造成残疾的直接原因之一。2006年第二次全国残疾人抽样调查结果显示，儿童因伤害所致残疾的现患率为14.2/万，伤害所致残疾占全部儿童残疾的8.9%[3]。

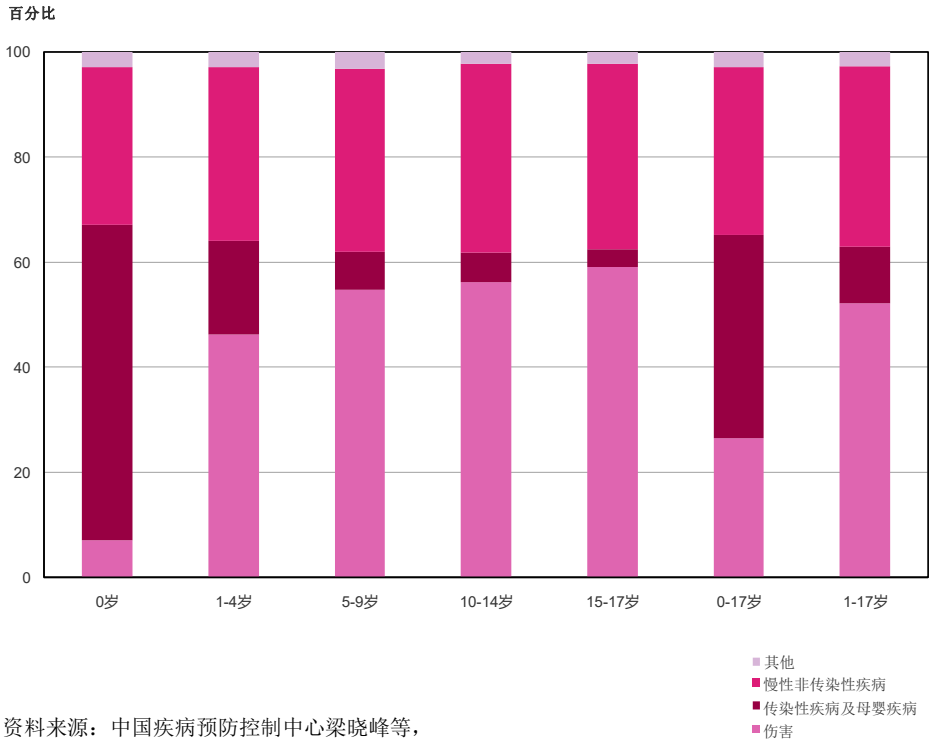
儿童伤害致死和致残的流行现状存在性别、城乡、地区及人群的差异，表现为男童高于女童、农村高于城市、西部地区高于中部和东部地区。2013年，中国0-14岁儿童伤害死亡率和疾病负担排在前五位的省区都分布在西部地区，分别是新疆、西藏、甘肃、青海和宁夏[4]。现有的调查及针对留守儿童伤害发生率的荟萃分析表明，留守儿童和流动儿童发生伤害的风险更高。

道路交通伤害是中国0-17岁儿童伤害的第二位死因、15-17岁儿童的第一位死因。联合国可持续发展目标中提出“到2020年将全球公路交通事故造成的死亡人数减半”（SDG 3.6）。道路交通伤害不仅会导致死亡，造成的残疾和损伤也会阻碍儿童发展，减少其受教育和参与社会发展的机会。随着交通工具数量激增和运输系统的高速发展，有效预防儿童道路交通伤害已经成为迫在眉睫的问题。

政府决策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）》把0-17岁儿童伤害死亡率以2010年为基数下降1/6作为儿童健康领域的主要目标之一。近年来，中国儿童伤害预防工作已经取得了一定成绩，但仍存在一些挑战，如地方各级政府对预防儿童伤害的重要性认识不足，投入不够；尚未建立起完善的伤害预防工作部门协调机制，相关政策保障不足；儿童伤害监测数据有限，监测数据质量有待提高。

图 6.1

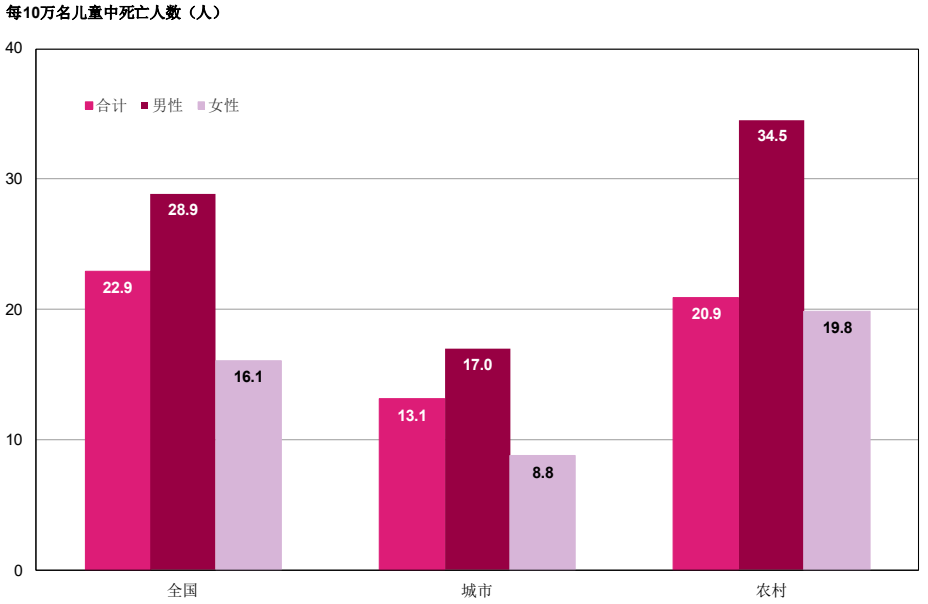
0–17岁儿童各年龄组死因构成，2014年



资料来源：中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年

图 6.2

0–17岁儿童伤害死亡率，分城乡和性别，2014年



资料来源：中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年

图 6.1

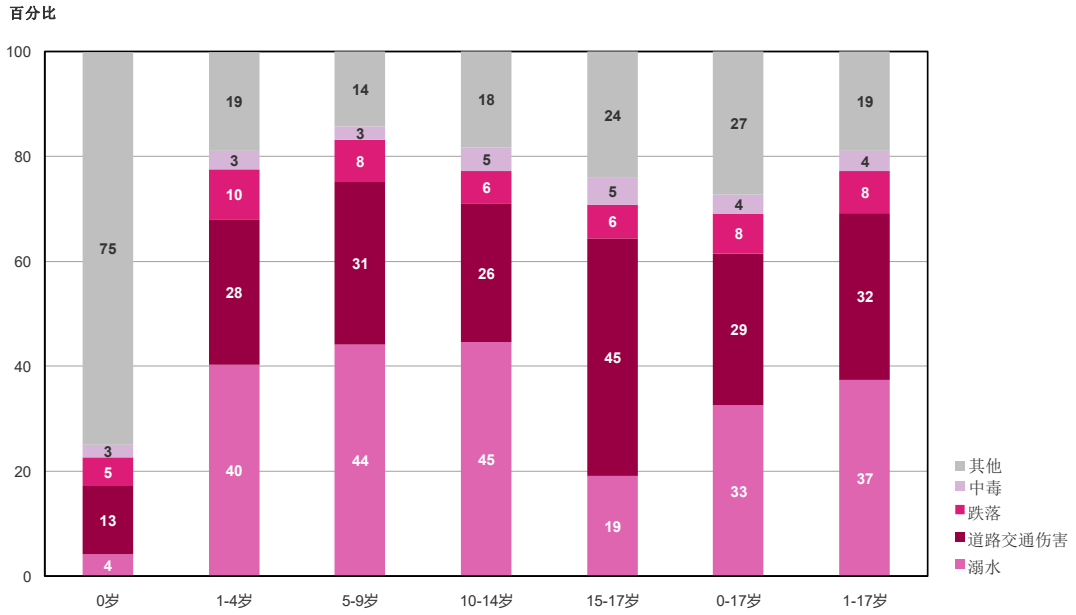
伤害是导致中国儿童死亡的主要原因之一。如果不包括婴儿死亡，伤害是1岁以上各年龄组儿童死亡的第一位原因，占1-17岁儿童死因构成的一半以上。

图 6.2

2014年，0-17岁儿童伤害死亡率为22.9/10万，男童高于女童，农村高于城市。

图 6.3

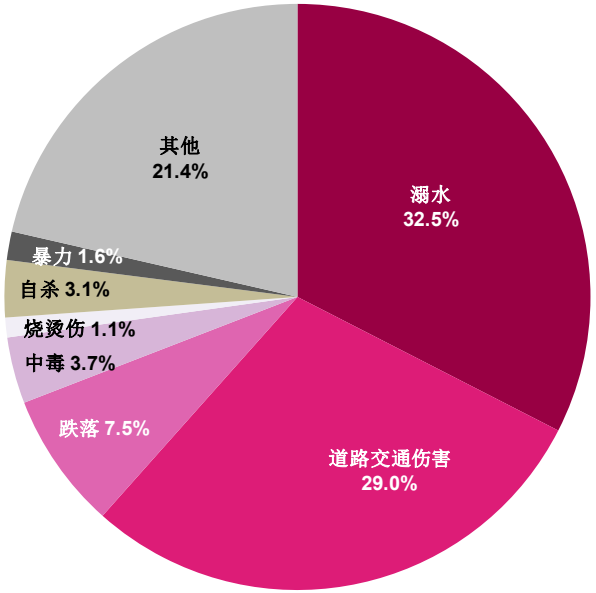
0–17岁儿童各类伤害年龄别死因构成，2014年



资料来源：中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年

图 6.4

0–17岁儿童伤害致死的主要原因，2014年



资料来源：中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年

图 6.3

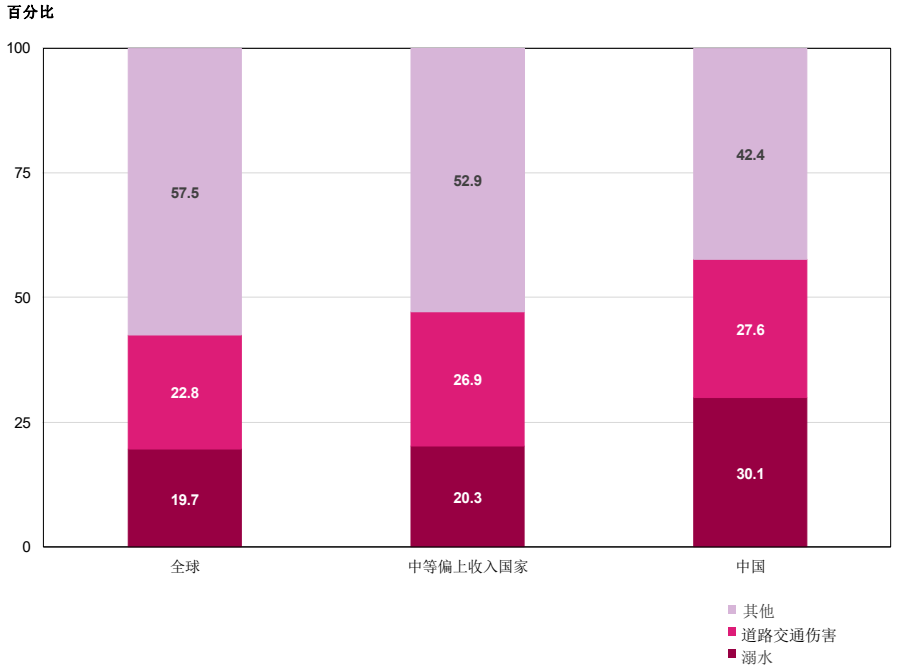
在中国，溺水、道路交通事故、跌落和中毒是比较常见的儿童致死性伤害的原因，其他原因还包括烧烫伤、自杀、暴力、窒息、锐器伤等。不同伤害类型在各年龄段顺位有所不同，2014年，溺水是1-14岁儿童第一位伤害死因，道路交通伤害是15-17岁儿童第一位伤害死因。

图 6.4

溺水和道路交通伤害是0-17岁儿童伤害致死的两大主要原因，溺水死亡率为7.5/10万，占儿童伤害死亡的32.5%；道路交通伤害死亡率为6.7/10万，占儿童伤害死亡的29.0%。

图 6.5

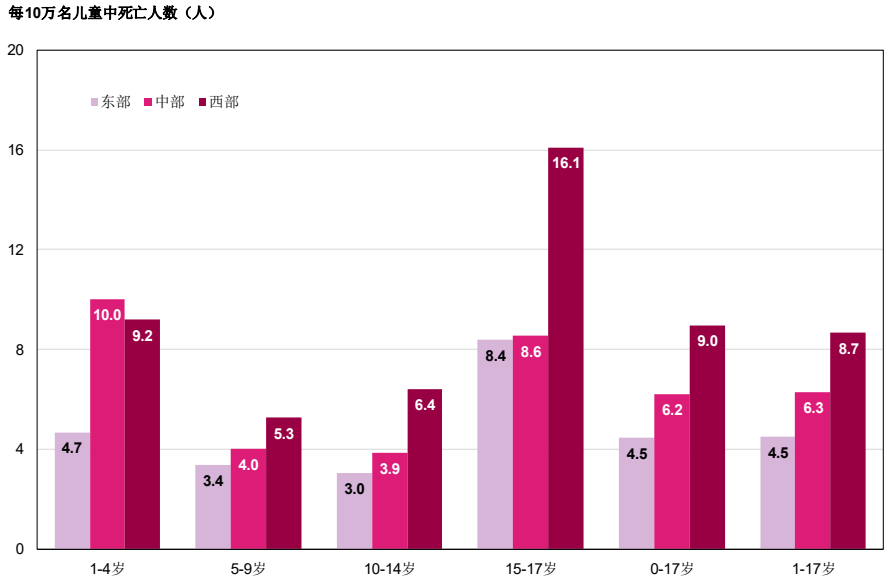
0–14岁儿童伤害致死主要原因构成（全球、中等偏上收入国家与中国对比），2016年



资料来源：世界卫生组织，“全球卫生估计2016年汇总表”，2018年

图 6.6

0–17岁儿童道路交通伤害死亡率，分年龄和地区，2014年



资料来源：中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年

图 6.5

根据2016年世界卫生组织全球卫生估计，从全球来看，溺水和道路交通伤害作为0-14岁儿童最主要的两个伤害致死原因，约占伤害致死的42.5%；中等偏上收入国家这一比重为47.1%；中国相应比重达到57.6%。世界卫生组织进行估计时使用的基础数据由各国提供，但由于所使用的估计方法和对应的年龄段不同，世界卫生组织的估计数与中国疾病预防控制中心发布的数据有所不同。

图 6.6

分东中西部地区来看，除1-4岁年龄组外，均表现为东部地区儿童道路交通伤害死亡率较低，其次是中部地区，而西部地区较高。西部地区15-17岁儿童道路交通伤害死亡率最高。

图 6.7

0–17岁儿童伤害致残的残疾类别构成，2006年

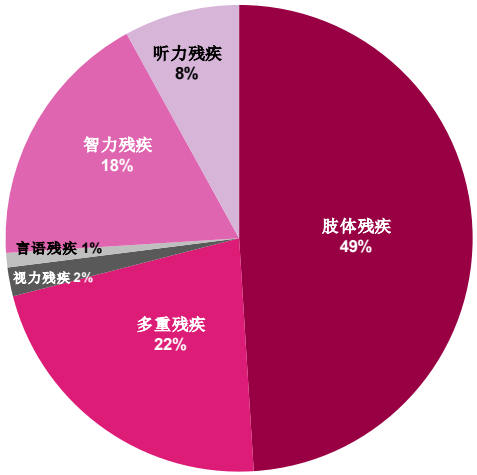


图 6.8

0–17岁儿童伤害致残的现患率，分城乡和性别，2006年

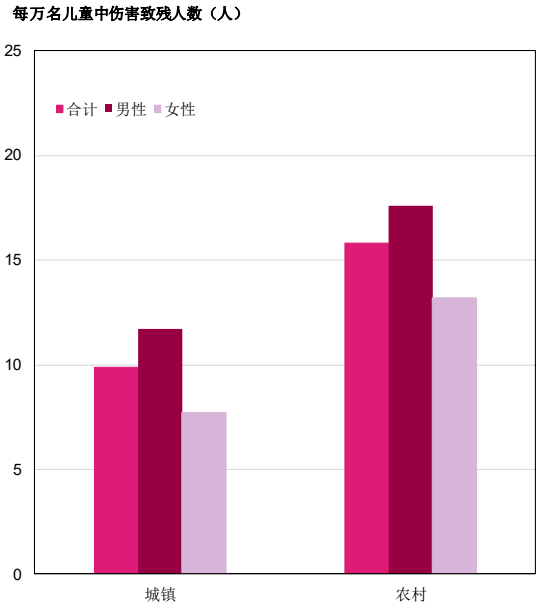
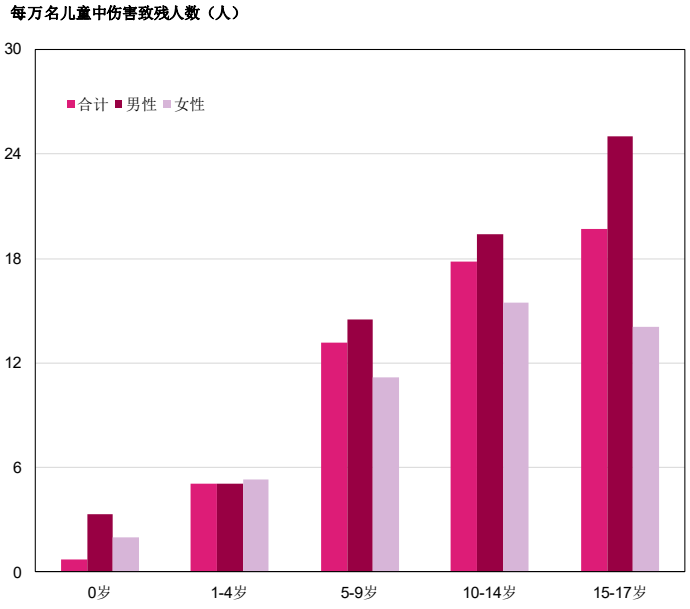


图 6.9

0–17岁儿童伤害致残的现患率，分年龄和性别，2006年



资料来源：中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年

图 6.7，图 6.8 和 图 6.9

2006年第二次全国残疾人抽样调查显示，儿童因伤害所致残疾的现患率为14.2/万，其中肢体残疾占所有因伤害所致残疾的49%，其次为多重残疾（22%）和智力残疾（18%）。儿童因伤害所致残疾的现患率农村（15.8/万）高于城镇（9.9/万），男童（16.3/万）高于女童（11.9/万），且高年龄组儿童因伤害所致残疾的现患率高于低年龄组儿童。

儿童伤害

数据来源与参考文献

[1] 世界卫生组织，“Global Health Estimates 2016 Summary Tables”，*Disease Burden and Mortality Estimates*，http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/，2018年6月查阅

[2] 中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年，第3页

[3] 中国疾病预防控制中心梁晓峰等，《中国儿童伤害报告》，2017年，第4-5页

[4] 叶鹏鹏等，“1990年与2013年中国0-14岁儿童伤害疾病负担分析”，《中华流行病学杂志》，2017年，第38卷，第10期，第1335-1341页

7

供水、环境卫生和个人卫生

概述

中国自参与第一个“国际饮水供应与环境卫生十年”计划（1981-1990年）以来，长期致力于和国际社会共同改善全国特别是农村地区的供水与环境卫生设施，通过机构完善、技术引进和创新、加强内外交流和能力建设，为城乡供水与环境卫生的迅速发展奠定了基础，在提供改善的饮用水源[1]和环境卫生设施[2]方面取得了巨大成就，促使中国实现了千年发展目标中的供水和环境卫生目标。

联合国2030年可持续发展议程中的目标六旨在确保所有人享有水和环境卫生并对其进行可持续管理，提出了远大的具体目标，即“人人普遍和公平地获得安全和负担得起的饮用水”（SDG 6.1）和“人人享有适当和公平的环境卫生和个人卫生”（SDG 6.2）。全球范围内用于监测具体目标进展情况的指标分别是：使用安全管理的饮用水服务[3]的人口比重、使用安全管理的环境卫生服务[4]的人口比重和使用同时配备了肥皂和水的洗手设施的人口比重。2030议程强调各个目标间的相互联系和协同发展，目标六也被有机地整合到SDG的相关目标中，促进其他目标的发展。

农村饮水安全

中央政府从2000年开始向农村供水拨款。自《国民经济和社会发展第十一个五年规划纲要（2006-2010年）》提出“加快实施农村饮水安全[5]工程”的要求以来，中央政府用于农村供水方面的费用大量增加。“十一五”期间，中央财政累计投入资金590亿元，加上地方配套和群众自筹463亿元，解决了2.1亿农村人口的饮水安全问题[6]。“十二五”期间（2011-2015年），中央投资1215亿元，地方配套553亿元[7]，使得农村饮水安全问题基本解决，3.04亿农村居民和4133万农村学校师生喝上安全水[8]。

“十三五”期间（2016-2020年），中国政府承诺通过实施“农村饮水安全巩固提升工程”，进一步提高农村集中供水率、供水保证率、水质达标率，促进城乡公共服务均等化[9]，并将农村饮水安全工程建设纳入中央财政新增“三区三州”脱贫攻坚资金重点支持范围[10]，更加注重贫困地区水利基础设施建设，着力改善贫困地区供水条件，以期实现到2020年，农村集中式供水人口比重达到85%以上，农村自来水普及率达到80%以上的目标[11]。

农村环境卫生

“管粪”和“改厕”一直是爱国卫生工作的重要内容。20世纪90年代，中国政府将改厕工作纳入《中国儿童发展规划纲要（1992-2000年）》和《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》，在农村掀起了一场“厕所革命”。2004年，中央财政设立农村改厕转移支付项目，推广建造无害化卫生厕所[12]，2009年又将农村改厕纳入深化医药卫生体制改革重大公共卫生服务项目大力推进。2004-2014年，中央财政累积投入84亿元，新建、改造2126万户农村厕所[13]。

通过多年坚持实施的农村改厕工作，中国农村卫生厕所普及率由1993年的7.5%提升到2017年的81.8%[14]；中国政府提出2020年全国农村卫生厕所普及率达到85%的目标[15]。同时，考虑到目前农村地区粪便无害化处理率只有62.7%[16]，需要进一步提升改厕质量，《“健康中国2030”规划纲要》提出力争到2030年，全国农村居民基本都能用上无害化卫生厕所[17]。

农村改厕作为治理农村环境卫生以及生态环境建设的重要组成部分，也是创建宜居村庄、美丽乡村、卫生城镇的重点内容，促进了社会主义新农村的健康发展。近年来，中国国家主席习近平多次对“厕所革命”作出重要指示，要求将“厕所革命”作为城乡文明建设和乡村振兴战略的一部分[18]。

个人卫生

世界卫生组织和联合国儿童基金会水、环境卫生和个人卫生联合监测方案的数据显示，2015年全球仅有70个国家和地区有关于用肥皂和水洗手的国际可比数据。现有数据表明，在最不发达国家，27%的人口享有同时配备了肥皂和水的基本洗手设施，26%的人口享有洗手设施但缺少肥皂或水，还有约一半（47%）的人口没有洗手设施。目前，中国缺乏相关统计数据来估算洗手设施的覆盖情况。

学校和卫生服务机构供水、环境卫生和个人卫生

可持续发展目标中关于所有人享有水、环境卫生和个人卫生服务的愿景，不仅涵盖住户，也包括学校、卫生服务机构和其他机构。

近年来，中小学供水和卫生条件得到了较大改善。2011-2017年间，全国基础教育阶段学校中（包括幼儿园、小学、初中和高中），网管供水学校比重从54.2%增至75.8%；设有卫生厕所的学校比重从56.5%增至80.1%，而设有非卫生厕所的学校大部分集中在中西部地区[19]。中国学校厕所基本都是按性别分开，但往往女生蹲位与男生蹲位数量相等或更少，女生排队等候的情况也更常见。另外，有些学校厕所不利于隐私保护，还有些学校残疾人无障碍设计不到位。

中国尚无卫生服务机构供水、环境卫生和个人卫生的相关统计数据。

挑战

- 根据世界卫生组织和联合国儿童基金会的估算[20]，2015年中国仍有约5700万人无法享有基本的饮用水服务[21]，3.4亿人无法享有基本的环境卫生服务[22]，其中包括约2000万人露天排便。要实现可持续发展目标中提出的“人人享有基本服务”（包括饮用水、环境卫生和个人卫生服务）、“消除露天排便现象”，以及逐步提高安全管理的饮用水服务和安全管理的环境卫生服务的覆盖率，中国还需继续努力。

- 中国的饮用水和环境卫生服务存在地区间差异，中西部省份远远落后于东部沿海省份，这是中西部走出贫困的瓶颈之一，对中西部地区人民的健康、文化发展及经济发展是个巨大的制约，也影响着健康中国的整体进程。有关多维贫困的研究表明，饮用水和环境卫生状况对贫困的影响率通常较高，但同时也存在较大的改善空间，因此对于降低多维贫困能起到积极作用，可以列入未来针对中西部地区的扶贫重点[23]。“十三五”期间应对贫困地区持续给予特别关注，尽量采取有效的社区主导、政府帮扶模式，为居住在贫困地区的最弱势群体提供基本的饮用水、环境卫生和个人卫生服务，尽快消除差距。

- 在推动“厕所革命”的过程中，需要考虑如何推进改变人们的固有观念，促进卫生习惯的养成。应以社区为基础整体推进环境卫生制度化，创造大众对环境卫生服务的需求，打破阻碍行为改变的瓶颈，营造消除露天排便、以及正确使用和安全管理厕所设施的社会规范[24]，例如倡导人人为下一个使用者留下一个干净的公厕。

- 虽然目前还缺乏有全国代表性的数据，一些区域性调查[25]发现居民正确洗手率较低。应大力开展洗手防病知识宣传，培养正确的洗手习惯，加强对重点地区和重点人群洗手行为的干预。

- 应继续加强改善学校及卫生服务机构的供水、环境卫生和个人卫生服务，争取到2030年让所有学校和卫生服务机构普遍享有基本的供水、环境卫生和个人卫生服务，实现可持续发展目标。证据显示，学校水、环境卫生和个人卫生项目有助于减少与个人卫生相关的疾病[26]，降低学生的缺勤率[27]。

- 加强供给侧的创新，包括改变项目推动方式，如建立社会规范，鼓励公众积极使用安全管理的环境卫生设施；提供多种资金补贴方式以适应各地不同的情况；加强创新技术的研发和提供。需要明确制约发展的瓶颈，因人制宜、因户制宜及因地制宜地推动环境卫生和个人卫生服务的改善。

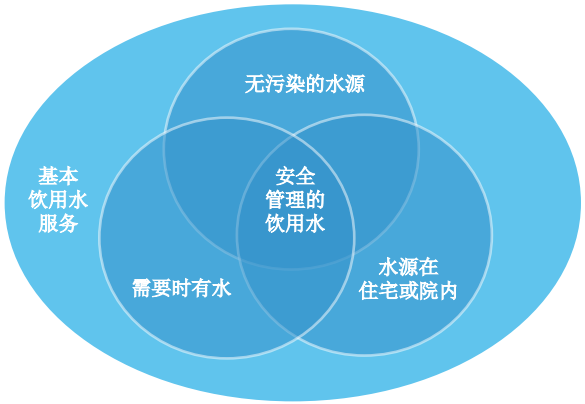
- 应强化供水、环境卫生和个人卫生设施及服务的监测，在监测方法及指标设计上尽量与世界卫生组织和联合国儿童基金会的联合监测方案对接，注重服务的可及性和使用情况。目前急需将供水、环境卫生和个人卫生的监测纳入政府的相关调查和行政数据信息系统，并通过统计年鉴等公开渠道进行定期发布。

- 中国水旱灾害频发、水资源短缺、水污染严重、水生态损害等新老问题交织，对保障水安全提出了严峻挑战[28]。同时，中国作为容易遭受自然灾害侵袭的国家，灾害频发使得环境恶化，往往导致安全供水和环境卫生设施解决方案成本更高，需要在规划与设计时考虑气候变化、环境恶化及灾害发生的可能影响。

图 7.1

饮用水设施及服务等级

资料来源：世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，https://washdata.org/；联合国儿童基金会，第六轮多指标类集调查（MICS6）问卷，http://mics.unicef.org/



SDG 6.1.1

SDG 1.4.1

服务等级	定义	设施等级
安全管理的	饮用水来自位于住宅或院内的改善水源，需要时有水，无粪便污染和重点化学污染	改善的
基本的	饮用水来自改善水源，单次取水往返时间不超过30分钟（包括排队等候时间）	
有限的	饮用水来自改善水源，单次取水往返时间超过30分钟（包括排队等候时间）	
未改善的	饮用水来自不受保护的井水或泉水	未改善的
地表水	饮用水直接取自江河湖泊、水坝、池塘、溪水、沟渠或灌溉水渠	

第一级分类	第二级分类	改善的水源（√） 未改善的水源（×）
自来水	管道供水至住宅	√
	管道供水至院内	√
	公共水龙头/水管	√
	其他	√
地下水	管井，机井	√
	受保护的井水	√
	受保护的泉水	√
	不受保护的井水	×
	不受保护的泉水	×
雨水	有盖的蓄水箱/蓄水池	√
	无盖的蓄水箱/蓄水池	√
包装饮用水	瓶装水	√
	袋装水	√
运送的水	手推车运水	√
	卡车运水	√
地表水	江河	×
	湖泊	×
	水坝	×
	池塘	×
	溪水	×
	灌溉水渠	×

图 7.1

世界卫生组织和联合国儿童基金会水、环境卫生和个人卫生联合监测方案（JMP）自1990年起，定期发布全球、分地区、分国别的饮用水、环境卫生和个人卫生进展情况报告。千年发展目标阶段，JMP用来监测各国在饮用水方面取得进展的指标为“使用改善的水源”，如右表所示，JMP对饮用水源进行了两级分类，将饮用水源定义为“改善的”基本依据是其建造和设计特性有可能保护饮用水源免受外界污染。2015年进入可持续发展目标阶段后，在区分设施等级的基础上，JMP根据服务等级将使用改善的饮用水源的人群进一步分为三组：享有安全管理的服务、基本的服务和有限的服务，构成了如左侧表格所示的JMP饮用水服务等级，以此作为国际可比的统一标准，来监测和促进各国在饮用水服务方面取得进展。

图 7.2
环境卫生设施及服务等级

资料来源：世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，https://washdata.org/；联合国儿童基金会，第六轮多指标类集调查（MICS6）问卷，http://mics.unicef.org/；全国爱国卫生运动委员会办公室，《农村户厕建设规范》，2018年

SDG 6.2.1

SDG 1.4.1

SDG 6.2.1

服务等级	定义	设施等级
安全管理的	本户独自使用改善的厕所，且粪便就地或运送到其他地方安全处理	改善的
基本的	本户独自使用改善的厕所	
有限的	与其他户合用改善的厕所	
未改善的	使用无盖板的敞开式旱厕、悬挂式厕所或粪桶	未改善的
露天排便	在野地、灌木丛、树林、开放的水域、沙滩或其他开放的空地排便，或将粪便与固体垃圾一起丢弃	

联合国儿童基金会/世界卫生组织联合监测方案分类			中国国家分类
第一级分类	第二级分类	改善的（√）未改善的（×）	无害化卫生厕所
自动水冲式厕所/瓢水冲式厕所	冲入下水道	√	√
	冲入化粪池	√	√[a]
	冲入厕坑（有盖防渗）	√	
	不知道冲到哪里	√	
	冲入开放的排水沟	×	
	冲入其他地方	×	
旱厕	通风改良式厕所	√	
	堆肥厕所	√	
	有固定盖板的旱厕	√	
	无盖板的敞开式旱厕/露天旱厕	×	
	悬挂式厕所	×	
	粪桶	×	
	粪尿分集式厕所		√
	双坑交替式厕所		√
无厕所	野地、灌木丛等	×	

[a] 在中国，无害化自动水冲式/瓢水冲式厕所冲入到化粪池的包括：三格化粪池厕所、双瓮漏斗式厕所和三联通式沼气池厕所。

图 7.2

与饮用水源的标准分类相似，JMP对环境卫生设施（厕所）也进行了两级分类（如右表所示），将厕所定义为“改善的”基本依据是其设计上考虑将排泄物进行卫生隔离以避免人类接触。可持续发展目标阶段，在区分设施等级的基础上，JMP根据服务等级将使用改善的环境卫生设施的人群进一步分为三组：享有安全管理的服务、基本的服务和有限的服务，构成了如左侧表格所示的JMP环境卫生服务等级，以此作为国际可比的统一标准，来监测和促进各国在环境卫生服务方面取得进展。同时，JMP继续对露天排便的人群进行监测，这也是可持续发展目标6.2关注的重点之一。

在中国，厕所通常被分为卫生厕所和非卫生厕所。卫生厕所不仅避免排泄物与人类接触（达到了JMP所定义的“改善的”标准），而且要求厕屋清洁、无蝇蛆、无臭，储粪池不渗、不漏、密闭有盖，适时清除粪便并无害化处理。其中，那些按规范使用时，具备有效降低粪便中生物性致病因子传染性设施的卫生厕所，为无害化卫生厕所。无害化卫生厕所包括具有完整上下水道系统及污水处理设施的水冲式厕所、三格化粪池厕所、双瓮漏斗式厕所、三联通式沼气池厕所、粪尿分集式厕所和双坑交替式厕所。卫生厕所中的粪便如果就地或运送到其他地方进行安全处理，达到SDG标准，即为安全管理的环境卫生设施。

图 7.3

洗手设施及服务等级

SDG 6.2.1

SDG 1.4.1

服务等级	定义
基本的	住宅或院内有洗手设施，并有肥皂和水
有限的	住宅或院内有洗手设施，但是没有肥皂或水
无设施	住宅或院内无洗手设施

资料来源：世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，https://washdata.org/；联合国儿童基金会，第六轮多指标类集调查（MICS6）问卷，http://mics.unicef.org/

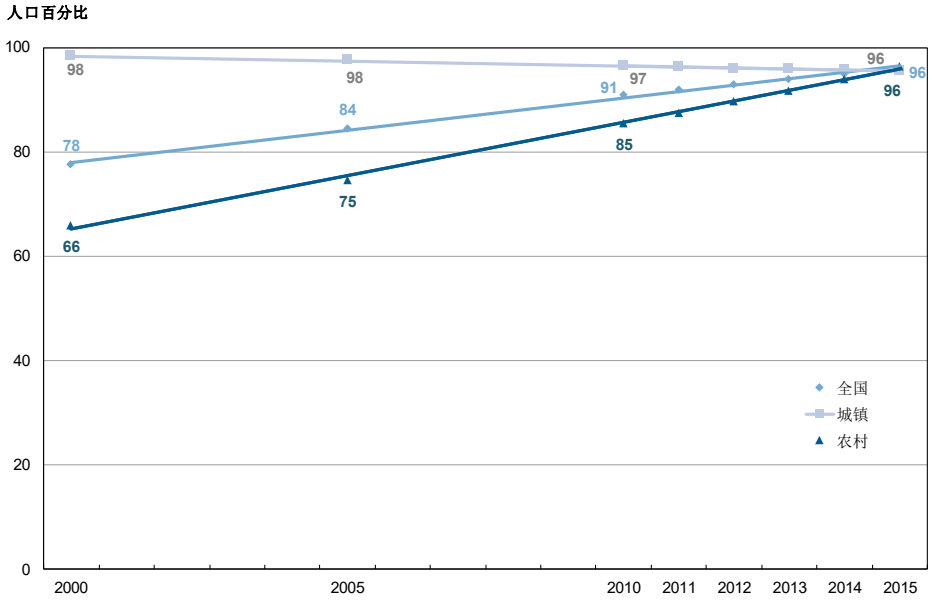
图 7.3

住宅或院内有洗手设施、并有肥皂和水已被确定为全球可持续发展目标中监测个人卫生情况的一个重要指标。JMP中洗手设施的服务等级被分为三类：享有基本的服务、有限的服务和无设施。洗手设施有可能是固定的，比如有自来水的水槽；也可能是移动的，比如用来洗手的水盆。肥皂包括块状或液体肥皂、洗手液或类似清洁剂，但不包括灰、泥土、沙子等。

图 7.4

享有至少满足基本饮用水服务标准的人口比重，2000–2015年

SDG 1.4.1



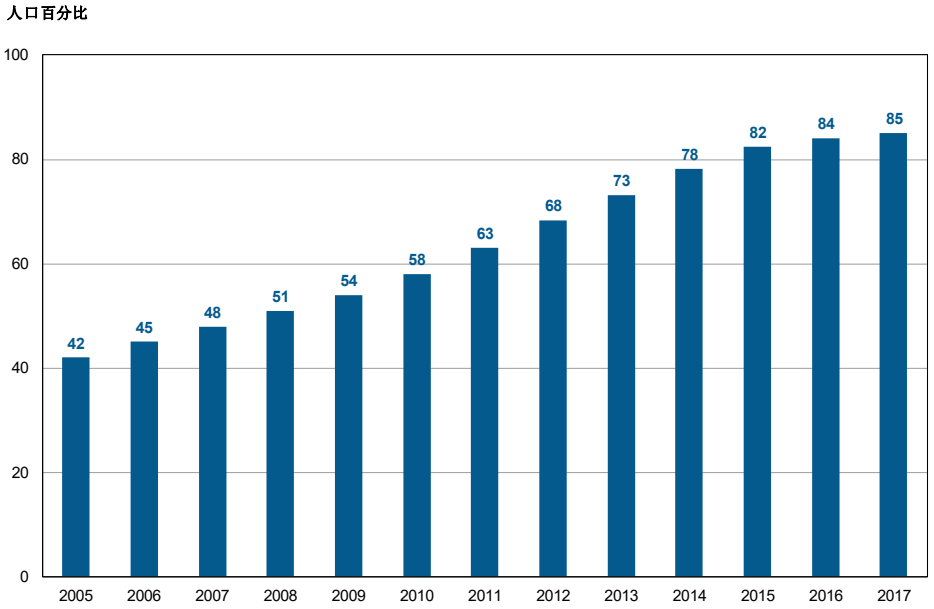
资料来源：世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案：“中国不同等级的饮用水服务覆盖率”，2017年更新

图 7.4

根据世界卫生组织和联合国儿童基金会水、环境卫生和个人卫生联合监测方案2017年发布的最新估计，2000-2015年间，中国享有至少满足基本饮用水服务标准的人口比重从78%上升到96%，城乡差异基本消除。

图 7.5

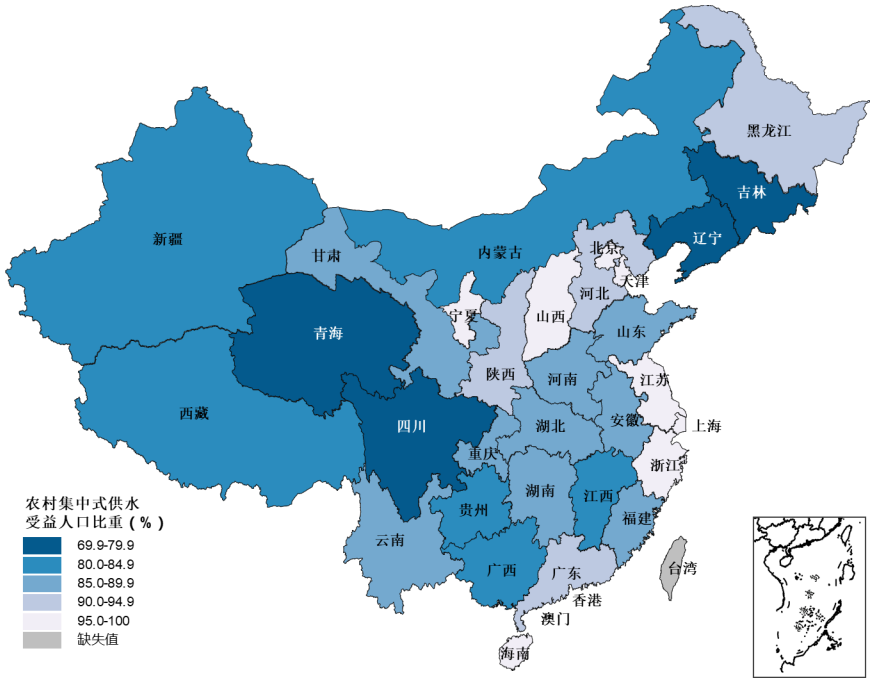
农村集中式供水受益人口比重，2005–2017年



资料来源：国家统计局，《中国妇女儿童状况统计资料》，2012-2018年

图 7.6

分省农村集中式供水受益人口比重，2017年



资料来源：国家统计局，《中国妇女儿童状况统计资料》，2018年

图 7.5

中国农村集中式供水受益人口比重稳步提高，从2005年的42%上升到2017年的85%，已提前实现到2020年农村集中式供水人口比重达到85%以上的目标。

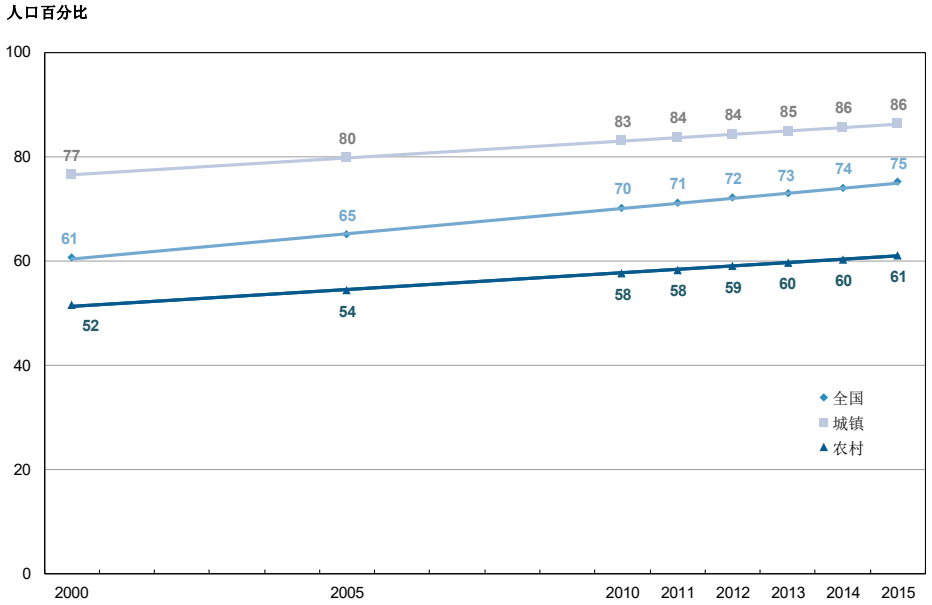
图 7.6

各省农村集中式供水受益人口比重存在差异。东部地区大部分省份超过90%的农户受益于农村集中式供水，个别省份的受益人口比重在80%以下，包括东部地区的辽宁、中部地区的吉林、以及西部地区的青海和四川。

图 7.7

享有至少满足基本环境卫生服务标准的人口比重，2000–2015年

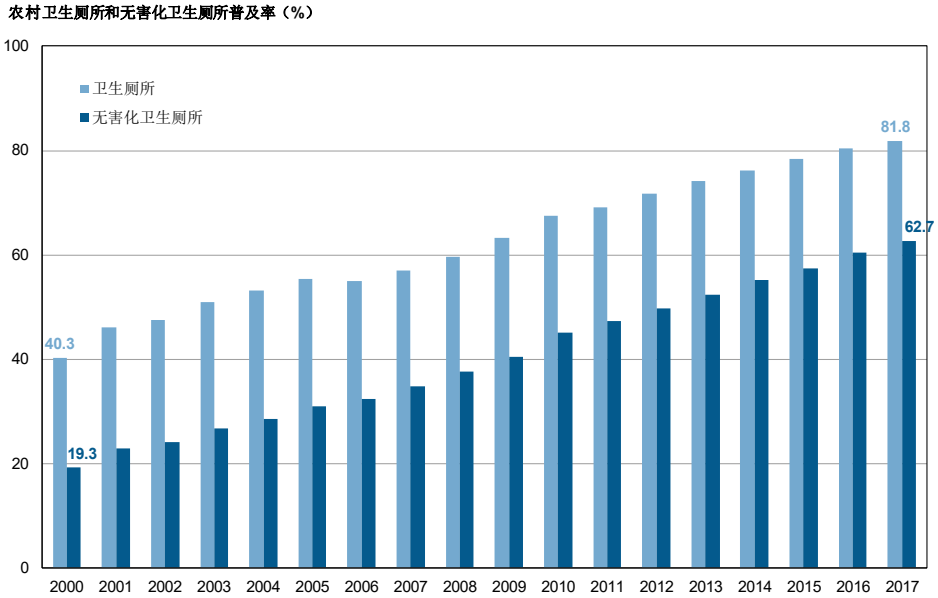
SDG 1.4.1



资料来源：世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案：“中国不同等级的环境卫生设施覆盖率”，2017年更新

图 7.8

农村卫生厕所和无害化卫生厕所普及率，2000–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 7.7

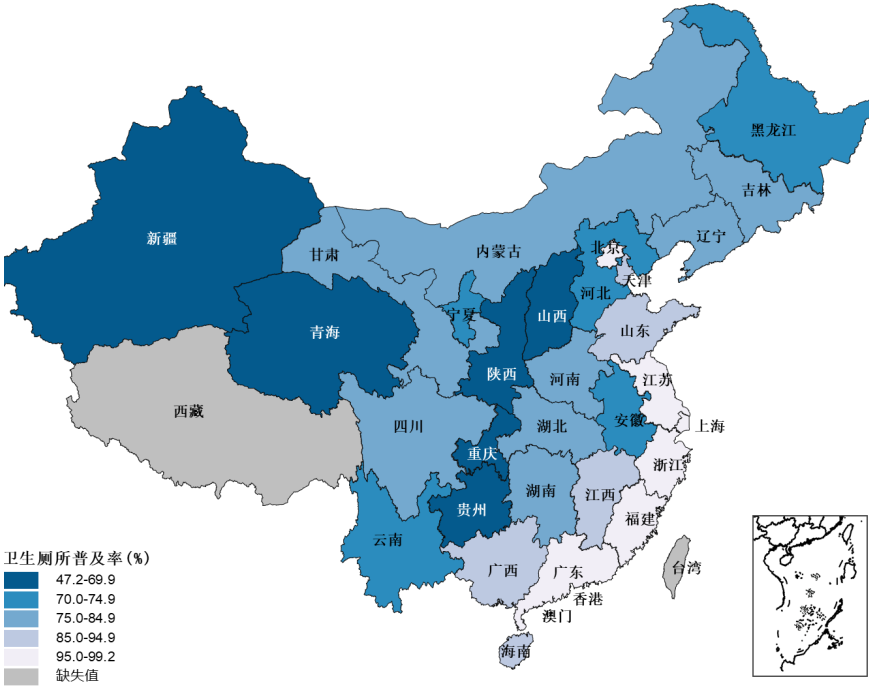
根据世界卫生组织和联合国儿童基金会水、环境卫生和个人卫生联合监测方案2017年发布的最新估计，2015年中国有75%的人口使用至少满足基本环境卫生服务标准的厕所；农村地区这一比重为61%，比城镇地区低25个百分点。由于所使用的定义和估计方法不同，JMP的估计数与国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）发布的数据（图7.8）有所不同[29]。

图 7.8

根据国家卫生健康委员会（原国家卫生和计划生育委员会）的数据，2000-2017年间，拥有卫生厕所的农村住户比重大幅提高，从40.3%增至81.8%；拥有无害化卫生厕所的农村住户比重从19.3%增至62.7%，虽然增幅较大，但与《“健康中国2030”规划纲要》中提出的到2030年全国农村居民基本都能用上无害化卫生厕所的目标尚有距离。

图 7.9

分省农村卫生厕所普及率，2017年



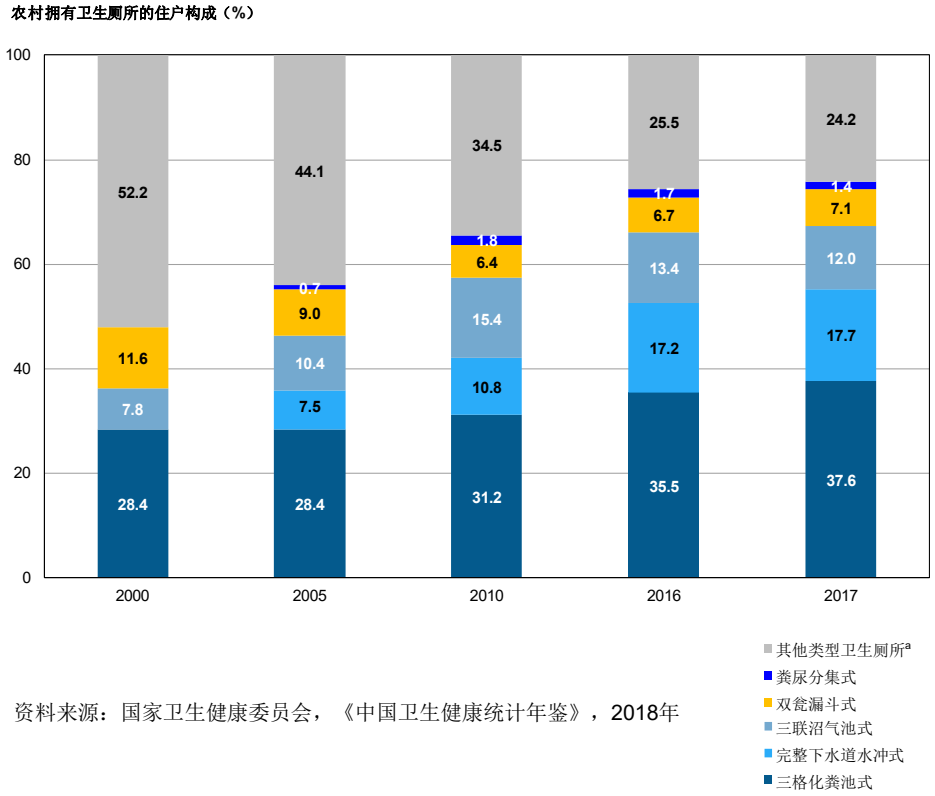
资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

图 7.9

各省拥有卫生厕所的农户比重差异较大，东部地区大多数省份超过85%的农户拥有卫生厕所，而西部地区省份卫生厕所普及率偏低，例如，陕西拥有卫生厕所的农户比重仅为47.2%。

图 7.10

农村拥有卫生厕所的住户构成，分厕所类型，2000–2017年



资料来源：国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

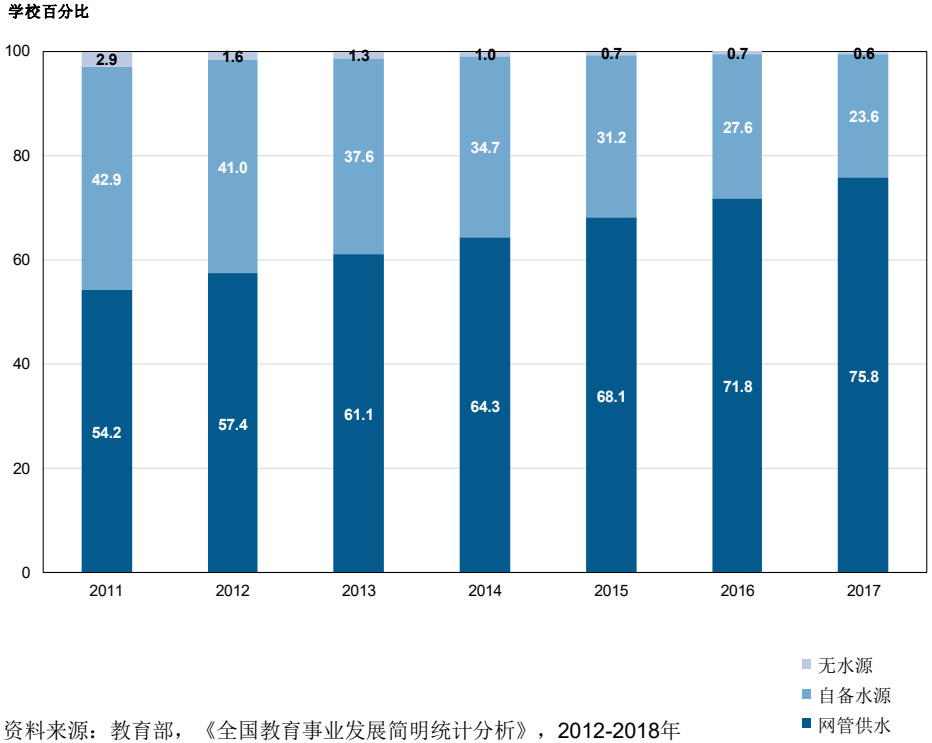
图 7.10

全国爱国卫生运动委员会办公室于2018年5月印发了《农村户厕建设规范》，以科学指导农村户厕建设和管理，进一步改善农村人居环境，推进厕所革命。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。2017年拥有卫生厕所的农户中，37.6%拥有三格化粪池式厕所，这是目前最为常见的一种无害化卫生厕所类型；完整下水道水冲式厕所也逐渐普及，2017年占比为17.7%。

[a] 自2007年起，农村卫生户厕建设开始引入双坑交替式厕所，这是全国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2017年，全国共有179万农户拥有双坑交替式厕所，占比不到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 7.11

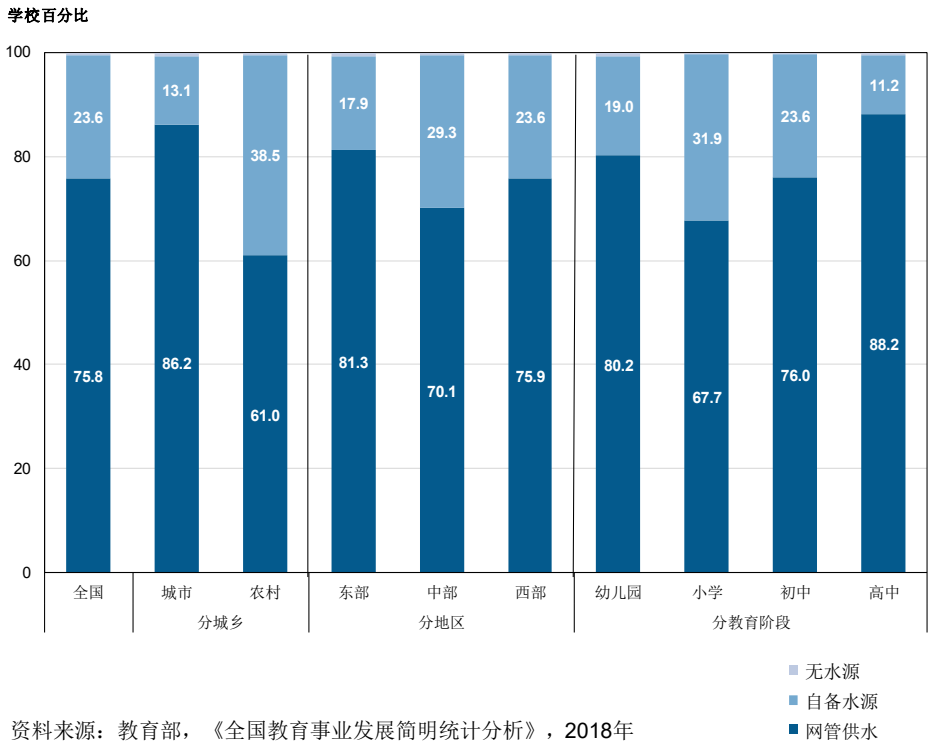
基础教育阶段学校供水情况，2011–2017年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2012-2018年

图 7.12

基础教育阶段学校供水情况，分城乡、分地区、分教育阶段，2017年



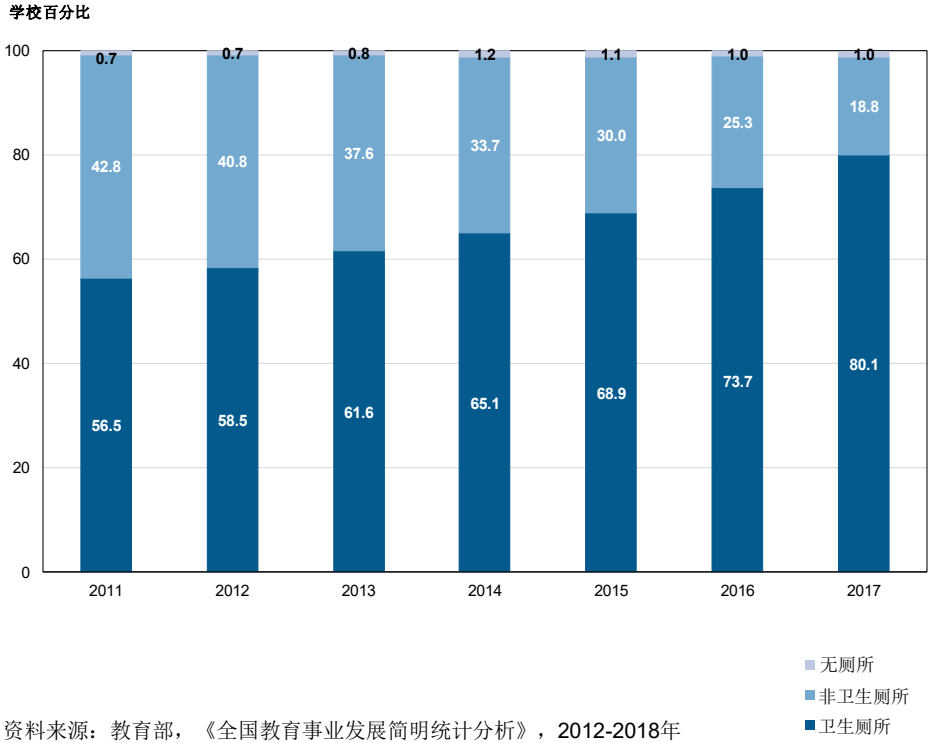
资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2018年

图 7.11 和 图 7.12

2011-2017年间，全国基础教育阶段学校中，网管供水学校比重从54.2%增至75.8%，自备水源学校比重从42.9%降至23.6%，无水源学校比重从2.9%降至0.6%。2017年数据显示，城市地区网管供水学校比重比农村地区高出25个百分点；分地区看，东部地区网管供水比重最高，达到81.3%，中部地区自备水源比重最高，为29.3%。

图 7.13

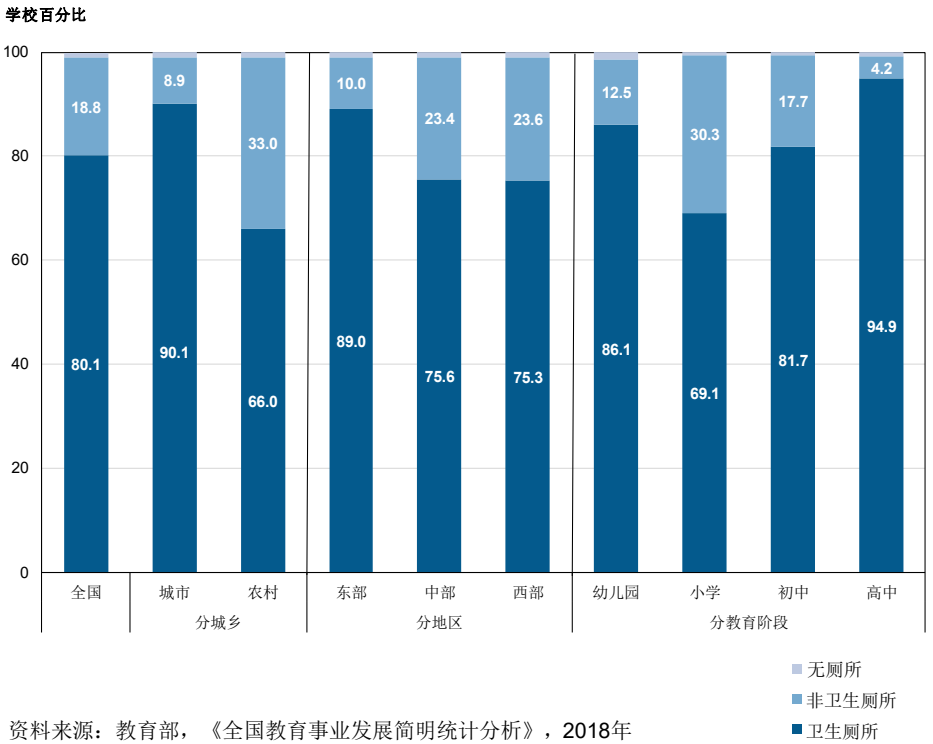
基础教育阶段学校厕所情况，2011–2017年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2012-2018年

图 7.14

基础教育阶段学校厕所情况，分城乡、分地区、分教育阶段，2017年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2018年

图 7.13 和 图 7.14

2011-2017年间，全国基础教育阶段学校中，设有卫生厕所的学校比重从56.5%增至80.1%，设有非卫生厕所的学校比重从42.8%降至18.8%，无厕所的学校比重在1%上下浮动。2017年数据显示，城市地区设有卫生厕所的学校比重远高于农村地区，相差24个百分点；分地区看，东部地区设有卫生厕所的学校比重高于中西部地区，大部分设有非卫生厕所的学校集中在中西部地区。

供水、环境卫生和个人卫生

数据来源与参考文献

[1] **改善的饮用水源：**改善的饮用水源包括管道供水，来自机井或管井的水源，受保护的井水、泉水，雨水，以及包装饮用水或专门运送的水。（世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年）

[2] **改善的卫生设施：**改善的卫生设施包括有下水道系统的水冲式厕所、化粪池或厕坑、通风改良坑式厕所、堆肥厕所和有固定盖板的旱厕。（世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年）

[3] **安全管理的饮用水服务：**饮用水来自位于住宅或院内的改善水源，需要时有水，无粪便污染和重点化学污染。（世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年）

[4] **安全管理的环境卫生服务：**指本户独自使用改善的厕所，且粪便就地或运送到其他地方安全处理。（世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年）

[5] **农村饮用水安全**卫生评价体系指标分安全和基本安全两个档次，由水质、水量、方便程度和保证率四项指标组成。四项指标中只要一项低于安全或基本安全最低值，就不能定为饮用水安全或基本安全。（水利部、农业部，《关于印发农村饮用水安全卫生评价指标体系的通知》，2004年）

[6] 水利部，“光明日报：‘盼来清水进农家’—我国5.57亿农民实现集中供水”（2011年8月30日），http://www.mwr.gov.cn/ztpd/2011ztbd/2011gzhy/mtgzz/201108/t20110830_1003911.html，2018年6月查阅

[7] 中国经济网，“‘十二五’时期我国解决农村饮水安全问题纪实”（2016年1月11日），http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201601/11/t20160111_8177831.shtml，2018年7月查阅

[8] 水利部，“贯彻新理念 谋划新发展 全面提升水安全保障能力—周学文副部长解读《水利改革发展“十三五”规划》”（2016年12月27日），http://www.mwr.gov.cn/ztpd/2016ztbd/qgslsswgh/bzft/201612/t20161227_782949.html，2018年6月查阅

[9] 水利部，“贯彻新理念 谋划新发展 全面提升水安全保障能力—周学文副部长解读《水利改革发展“十三五”规划》”（2016年12月27日），http://www.mwr.gov.cn/ztpd/2016ztbd/qgslsswgh/bzft/201612/t20161227_782949.html，2018年6月查阅

[10] 水利部，“水利部关于扎实做好深度贫困地区农村饮水安全工作的通知”（2017年12月21日），http://www.mwr.gov.cn/zwgk/zfxxgkml/201802/t20180209_1029592.html，2018年6月查阅

[11] 水利部，《水利改革发展“十三五”规划》（2016年12月），http://www.mwr.gov.cn/ztpd/2016ztbd/qgslsswgh/ghqw/201612/P020161227521013284744.pdf，2018年6月查阅

[12] **无害化卫生厕所：**指按规范要求使用时，具备有效降低粪便中生物性致病因子传染性设施的卫生厕所。包括三格化粪池厕所、双瓮漏斗式厕所、三联通式沼气池厕所、粪尿分集式厕所、双坑交替式厕所和具有完整上下水道系统及污水处理设施的水冲式厕所等。（全国爱国卫生运动委员会办公室，《农村户厕建设规范》，2018年）

[13] 国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），“我国积极推进‘厕所革命’农村改厕工作取得显著成效”（2017年11月28日），http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s5899/201711/fd1aef3edea64420ba88e495d5deec3b.shtml，2018年6月查阅

[14] 国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

[15] 国家卫生健康委员会（原国家卫生计划生育委员会），“我国积极推进‘厕所革命’农村改厕工作取得显著成效”（2017年11月28日），http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s5899/201711/fd1aef3edea64420ba88e495d5deec3b.shtml，2018年6月查阅

[16] 国家卫生健康委员会，《中国卫生健康统计年鉴》，2018年

[17] 中共中央、国务院，《“健康中国2030”规划纲要》（2016年10月25日），http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm，2018年6月查阅

[18] 新华社，“推进‘厕所革命’促进社会文明”（2017年11月27日），http://www.xinhuanet.com/politics/2017-11/27/c_1122019428.htm，2018年6月查阅

[19] 教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2012-2018年

[20] 世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年

[21] **基本的饮用水服务**：饮用水来自改善水源，单次取水往返时间不超过30分钟（包括排队等候时间）。（世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年）

[22] **基本的环境卫生服务**：指本户独自使用改善的厕所。（世界卫生组织和联合国儿童基金会，水、环境卫生和个人卫生联合监测方案，2017年）

[23] 冯怡琳等，“对中国多维贫困状况的初步测算—基于全球多维贫困指数方法”，《调研世界》，2017年，第12期，第3-7页

[24] 联合国儿童基金会，“UNICEF’s Game Plan to End Open Defecation”，2017年

[25] 根据2011年首个针对洗手现状的五省专项调查显示，被调查居民的正确洗手率仅为4%。

[26] Matthew Freeman等，“Assessing the Impact of a School-based Water Treatment, Hygiene and Sanitation Programme on Pupil Absence in Nyanza Province, Kenya: A cluster-randomized trial”，*Tropical Medicine and International Health*，2012年，第17卷，第3期，第380-391页

[27] Anna Bowen等，“A Cluster-Randomized Controlled Trial Evaluating the Effect of a Handwashing-promotion Program in Chinese Primary Schools”，*American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*，2007年，第76卷，第6期，第1166-1173页

[28] 水利部，“贯彻新理念 谋划新发展 全面提升水安全保障能力—周学文副部长解读《水利改革发展“十三五”规划》”（2016年12月27日），http://www.mwr.gov.cn/ztpd/2016ztbd/qgslsswgh/bzft/201612/t20161227_782949.html，2018年6月查阅

[29] 世界卫生组织和联合国儿童基金会水、环境卫生和个人卫生联合监测方案（JMP）利用各国统计机构和相关部门开展的有全国代表性的、基于住户的抽样调查和普查数据，对使用不同等级的饮用水和环境卫生设施和服务的人口百分比进行拟合估计。由于存在方法和定义上的区别，不同来源的估计数据在数值上也有所差异。

8

教育与儿童发展

概述

上个世纪90年代以来，中国儿童受教育状况持续改善，包括学前教育、小学、初中和高中在内的基础教育普及水平稳步提高，当前中国基础教育各阶段普及率已达到中等偏上收入国家平均水平[1]。中国于2011年实现了千年发展目标（MDG）中关于普及初等教育的目标，并提前实现了到2015年在各级教育中消除性别差异的目标。与MDG相比，可持续发展目标关于教育发展的理念和关注人群更加广泛，以“全纳、公平、有质量的教育”为核心，SDG4涵盖了始于儿童早期发展的所有教育阶段，强调全民终身学习。除了和MDG一样继续关注教育中的性别平等之外，SDG也关注多个弱势群体。

中国现阶段教育发展的理念与可持续发展目标高度一致。2015年新修正的《中华人民共和国教育法》要求“国家采取措施促进教育公平，推动教育均衡发展”、“保证教育教学质量”、“推动全民终身学习”[2]。政府也多次强调要“发展更高质量更加公平的教育”，特别关注生活在边远地区、贫困地区、民族地区、革命老区等教育发展相对滞后地区的儿童，以及残疾儿童和受流动影响的儿童等群体[3]。

0-3岁儿童早期发展

儿童早期发展是指儿童在生命早期阶段身体、情感、社会交往、认知思维以及语言等方面的全面发展。针对大脑发育可塑性最强的0-3岁儿童进行投资，是一种最具成本效益的实现可持续发展的方式，有助于推动未来经济增长[4]。中国正在采取有关政策措施推动0-3岁儿童早期发展，例如开展生命早期1000天营养健康行动，通过贫困地区儿童营养改善项目免费为6-23月龄婴幼儿发放营养包。政府也在一定范围内进行试点工作，以社区为依托、建立辐射家庭的0-3岁婴幼儿早期教养服务和示范基地，开展儿童生长发育、家庭养育、亲子游戏活动等儿童早期发展的综合服务。

但是，目前中国0-3岁公共托育设施和服务资源还存在明显短缺，需要实施更加积极的关注儿童健康、教育和保护的早期发展政策，并促进儿童早期发展纳入社区公共服务体系。

学前教育

通过在幼儿园接受优质学前教育对于激发儿童的好奇心和学习兴趣、发展社会性和建立自信心都将产生重要影响，有助于帮助幼儿做好小学入学准备，并为终生学习打下牢固的基础。2011-2016年中国以县为单位实施两期学前教育三年行动计划以来，3-6岁学前教育发展连迈新台阶，全国学前教育毛入园率从2010年的56.6%提高到2016年的77.4%[5]，提前完成了《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010-2020年）》提出的2020年达到70%的目标。

但总体上看，学前教育仍是教育体系中最薄弱的环节，中国政府继而启动实施2017-2020年第三期学前教育行动计划，承诺到2020年“基本建成广覆盖、保基本、有质量的学前教育公共服务体系”，努力实现《国家教育事业发展“十三五”规划》中制定的全国学前教育毛入园率达到85%的目标；同时，为了推动普惠性幼儿园发展，第三期行动计划提出普惠性幼儿园覆盖率达到80%左右的目标[6]。2017年全国学前教育毛入园率达到79.6%。

义务教育

2011年，中国宣布全面完成普及九年免费义务教育的战略目标[7]，进入以提高质量为主的均衡发展新阶段。2013年，政府启动义务教育发展基本均衡县级督导评估认定工作，截至2017年，全国累计2379个县义务教育发展实现基本均衡，占全国总县数的81%[8]。

2017年，全国九年义务教育巩固率达到93.8%[9]。但是，由于办学条件受限、交通困难、家庭贫困和个人厌学等多种因素影响，中国一些地区特别是老少边穷的农村地区仍不同程度地存在失学辍学现象[10]。为了确保实现到2020年全国九年义务教育巩固率达到95%的目标，政府正在积极采取措施加强控辍保学，包括加强乡村小规模学校（指不足100人的村小学和教学点）和乡镇寄宿制学校建设，承诺在经费投入、师资、教学设施等方面对这两类学校给予更多保障[11]。

高中教育

全国高中阶段毛入学率从1992年仅26%提高到2017年的88%[12]，取得了长足发展，但相对于义务教育阶段，入学率仍明显偏低，城乡和省际差异凸显。政府制定了到2020年普及高中阶段教育、全国及各省毛入学率达到90%以上的目标，并提出在提高普及水平的同时，加强办学条件保障，提升教育质量，提高中等职业教育招生比例[13]。2017年，全国中等职业教育在校生1592万人，占高中阶段教育在校生总人数的40%[14]。

为了促进学前和高中教育的普及，据不完全统计，截至2018年5月，全国有20个省份实施了“9+N”免费教育试点，其中包括除重庆以外的其他11个西部省份，尤其是广西、西藏、青海、新疆率先实施从学前到高中共15年的免费义务教育全覆盖[15]。

但是，由于仍然存在的城乡基础教育水平的差距、以及学生家庭教育背景分化等原因[16]，农村学生在高中和高校入学中仍处于劣势，更主要的差距表现在升入教育质量更高的重点高中和高水平大学的机会上。

教育经费投入

政府逐年持续增加教育经费投入，为各项教育政策的落实起到了保障作用，惠及数亿城乡儿童。以过去十多年中国政府大力发展农村义务教育、从而促进义务教育普及和教育公平为例：中国于2006开始建立向中西部农村地区倾斜的义务教育经费保障新机制，实施“两免一补”（免除学杂费、免费提供教科书，对家庭经济困难寄宿生补助生活费），制定并逐年提高生均公用经费基准定额。实证研究表明，新机制对于促进农村儿童完成义务教育和提高受教育年限起到了显著作用[17]。

政府还通过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、支持西部农村学校的特岗教师招聘工作等举措，促进农村义务教育发展，以缩小各地区之间和城乡之间的差距。近年来，政府着手完善城乡统一、重在农村的义务教育经费保障机制，从2016年春季学期开始统一城乡义务教育学校生均公用经费基准定额，从2017年春季学期开始统一城乡义务教育学生“两免一补”政策[18]。

2017年，国家财政性教育经费达到3.4万亿元，占GDP比重连续六年保持在4%以上[19]。尽管教育拨款逐年增加，并在教育资源配置上继续向农村地区、边远贫困地区和民族地区倾斜，但是，教育经费投入水平在不同地区、城乡、校际、不同人群、不同教育阶段之间的结构性不均衡仍然存在，用于教育质量方面的投入也亟待进一步加强。目前，大量的教育经费仍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。

教育公平和质量

中国政府承诺将促进教育公平作为国家基本教育政策，将提高质量作为教育改革发展的核心任务，重点关注农村儿童、留守儿童、少数民族儿童，以及残疾儿童特殊教育[20]；突出教育精准扶贫，要求以国家扶贫开发工作重点县和集中连片特困地区县为重点，让贫困家庭子女都能接受公平有质量的教育，阻断贫困代际传递[21]。与此同时，教育信息化得到大力推进，并首次被写入2015年新修正的《中华人民共和国教育法》，为教育均衡发展提供了有效途径，在缩小地区、城乡和校际差异中发挥着重要作用。

在整体取得巨大成就的同时，局部发展不均衡一直是中国教育事业面临的巨大挑战，除了上述提到一些政府正在力图解决的问题外，还需继续关注以下方面，以确保所有儿童享有平等的受教育权，实现爱生、公平和优质教育：

- 教育部从2015年起开展国家义务教育质量监测工作，2018年7月发布了首份监测报告，指出当前义务教育中仍存在重智育轻体育美育、学生综合实践能力相对缺乏、课业负担偏重等问题[22]。

- 义务教育阶段儿童超龄入学的现象仍然存在，以少数民族和贫困农村地区更为严重，超龄就读的儿童会面临更多挑战，如更易辍学[23]。

- 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[24]，20%的义务教育阶段流动儿童[25]仍因他们自身的高流动性、或当地公办学校针对流动人口的特别规定（包括收取相关费用）等原因，只能选择在民办学校就读，包括质量较差的打工子弟学校。

- 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，包括早年随着农村撤点并校[26]加快寄宿制学校建设、建立监护和支持机构，以及近年来重点加强乡村小规模学校和乡镇寄宿制学校建设。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。

- 残疾儿童各级教育参与水平仍然有待提高。2017年，视力、听力、智力三类残疾儿童义务教育入学率达90%以上[27]，但离实现普及还有差距。2017年政府启动的第二期特殊教育提升计划（2017-2020年）进而提出“到2020年，各级各类特殊教育普及水平全面提高，残疾儿童少年义务教育入学率达到95%以上，非义务教育阶段特殊教育规模显著扩大”的总体目标[28]。

图 8.1

中国教育体系结构

完成九年制义务教育的年龄

年龄（岁）	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
学年				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
教育阶段	学前教育			小学						初中			普通高中			大学本科				硕士			博士		
													中等职业教育			大学专科									

图 8.1

《中华人民共和国义务教育法》[29]规定，所有年满六周岁的儿童（条件不具备的地区可以推迟到七周岁），无论性别、民族、种族、家庭财产状况、宗教信仰等，都享有平等接受九年制免费义务教育的权利，包括六年小学教育和三年初中教育。

图 8.2

2017年，中国的教育体系中，从学前教育到高中阶段共有在校学生总数2.3亿人，专任教师数量超过1400万人，学校50万所。

图 8.2

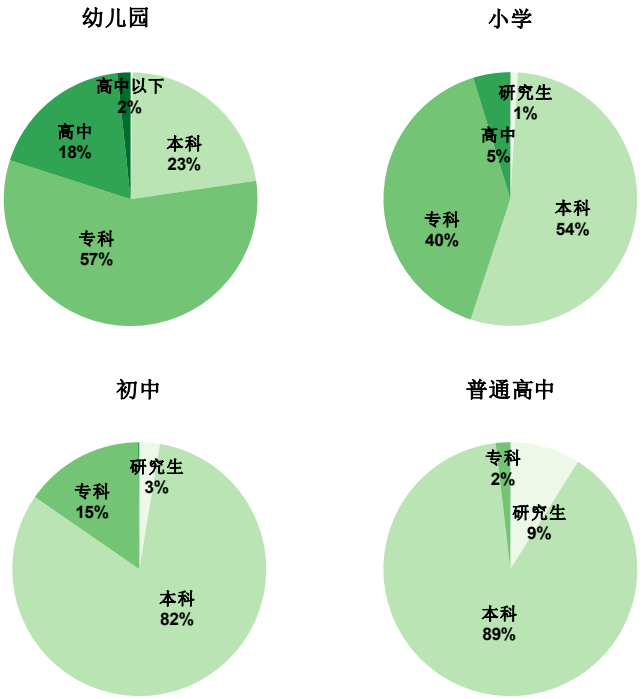
各级教育学生、教师和学校数量，2017年

	在校学生（万人）	女生比重	专任教师（万人）	生师比	学校（万所）
学前教育	4600	46.7%	243	18.9	25.5
普通小学	10094	46.4%	594	17.0	16.7
初中	4442	46.4%	355	12.5	5.2
普通高中	2375	50.8%	177	13.4	1.4
中等职业教育	1592	42.8%	84	19.0	1.1
特殊教育	58	35.8%	6	10.3	0.2
总计	23161	46.7%	1459	--	50.0

资料来源：教育部，《中国教育事业发展统计简况》，2018年

图 8.3

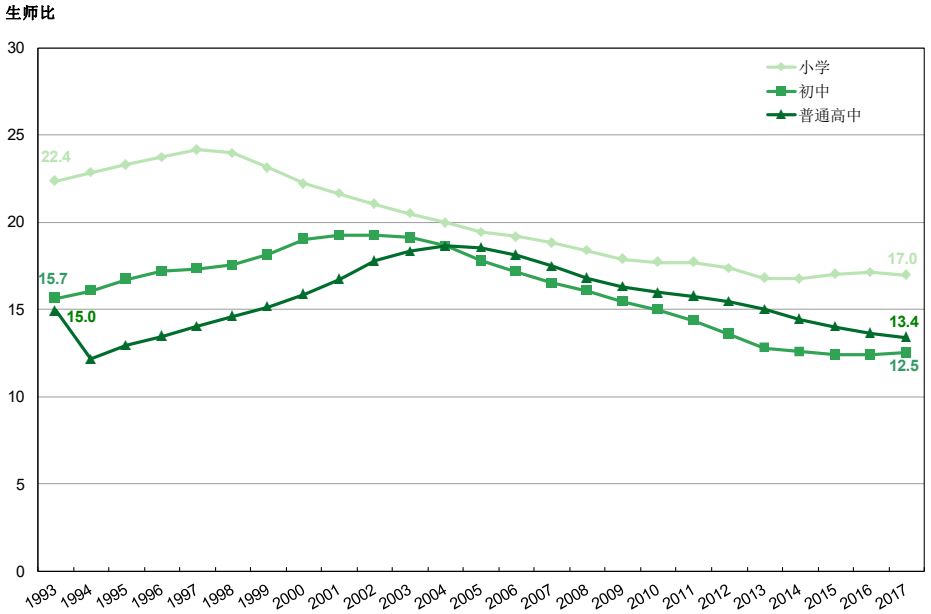
教师学历情况，2017年



数据来源：教育部，《中国教育事业发展统计简况》，2018年

图 8.4

各级教育生师比，1993–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 8.3

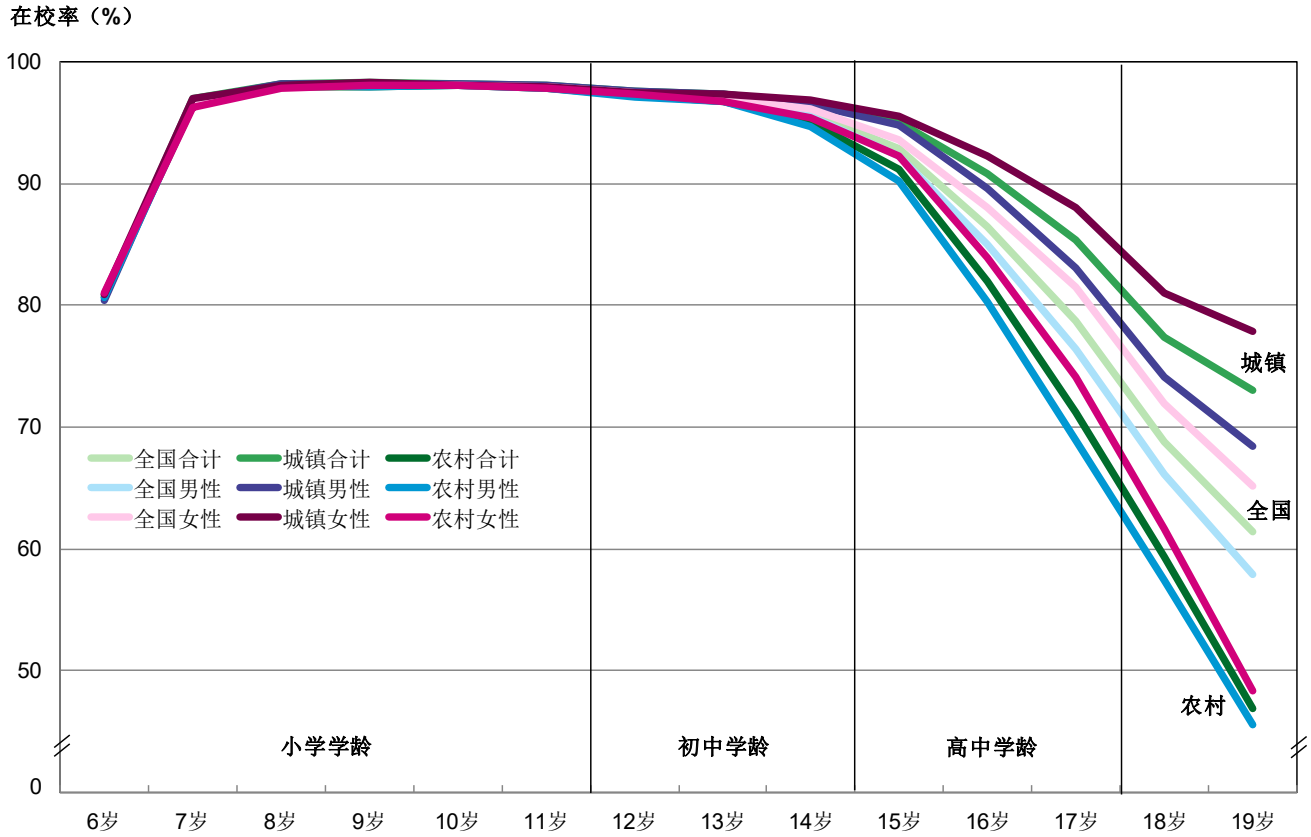
大多数教师都按《中华人民共和国教师法》的规定取得了必要的学历资格[30]。2017年，几乎所有的小学教师和初中教师、98%的幼儿园教师、以及98%的高中教师都取得了所需的教师资格。

图 8.4

20世纪90年代后期以来，中国小学阶段生师比[31]持续下降；初中和高中阶段生师比在1993-2004年间有所上升，随后也呈稳步下降趋势。目前，中国各级教育生师比均优于世界平均水平，接近或超过中等偏上收入国家水平，但与高收入国家相比仍有差距[32]。

图 8.5

6–19岁儿童和青少年在校率，分城乡、性别和年龄，2015年



资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 8.5

2015年全国1%人口抽样调查数据显示，分单岁年龄和学龄阶段来看，儿童在校率[33, 34]在义务教育学龄阶段保持高位，没有明显的城乡差异和性别差异。但是随着儿童年龄增长，特别是到了高中学龄以及延续至此后的青少年时期，在校率逐渐下降，城乡差异凸显，女性尤其是城镇女性的受教育水平好于男性。6周岁儿童在校率较低主要是因为小学入学推迟，中国有少部分地区按规定可以年满7周岁入学。

图 8.6

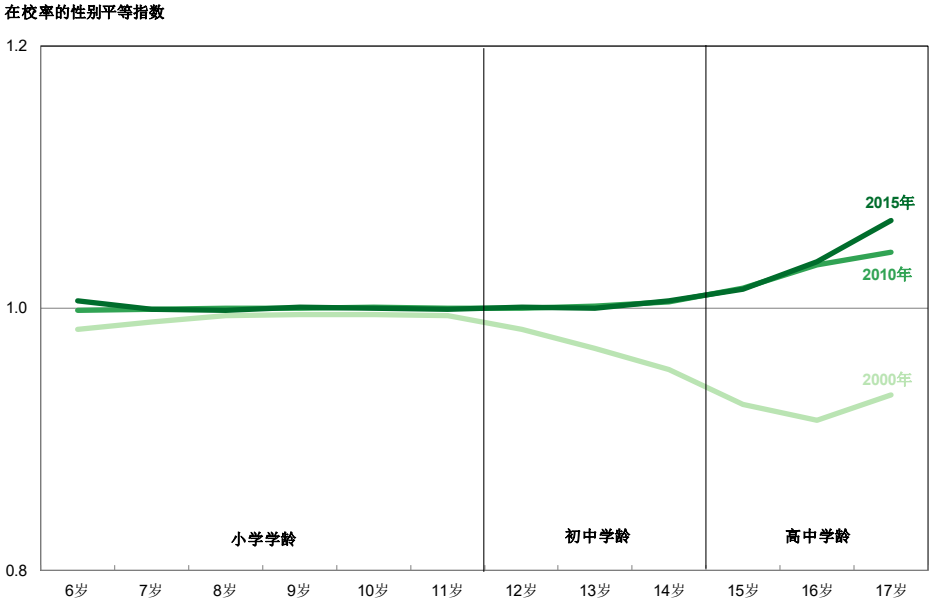
6–17岁儿童在校率，2000年、2010年和2015年

		在校率 (%)		
		2000年	2010年	2015年
6-17岁儿童合计		86.1	91.8	93.0
分城乡	城镇	90.1	93.7	94.2
	农村	84.4	90.3	91.9
	贫困地区农村	-	88.9	90.3
分性别	男性	87.1	91.6	92.6
	女性	85.1	92.1	93.4
分民族	汉族	87.2	92.4	93.4
	少数民族	77.1	87.0	88.1
受流动影响的儿童	流动儿童	77.6	88.0	90.7
	农村留守儿童	89.4	91.4	92.7

资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，
“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 8.7

在校率的性别平等指数，2000年、2010年和2015年



资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，
“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 8.6

2000-2015年，从6-17岁儿童整个年龄段看，在校率明显提高，2015年93%的学龄儿童在校。但是，在校情况依然存在城乡、民族和其他差异。农村落后于城镇地区，贫困地区农村落后于一般农村，少数民族落后于汉族。农村留守儿童在校情况好于其他农村儿童。流动儿童在校率较低，因为有一部分大龄流动儿童已加入农民工行列。

图 8.7

分性别来看，2000年时全国男童接受各阶段教育的情况好于女童，但从2010年以来这种相对关系发生了变化。图中利用性别平等指数[35]刻画了2000-2015年在校率性别差异的这一变化：自2000年以来，小学学龄男童和女童的在校率十分接近；2000年时初中学龄男童的在校率与女童相比有明显优势，然而自2010年以来优势消失，初中学龄男童与女童的在校率基本持平；2000年时高中学龄男童在校率的优势比初中学龄阶段更为明显，因此2010年和2015年性别差异的逆转在这一阶段也最为明显，2010年以来高中学龄女童的在校率高于男童。

图 8.8
儿童早期发展指数测量方法

SDG 4.2.1

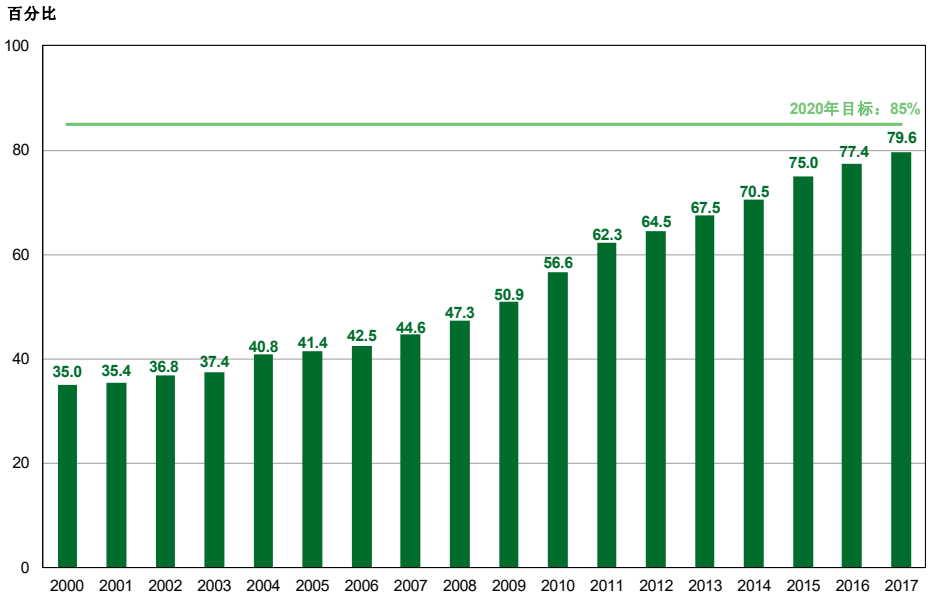
四个领域	10 项问题	单个问项识别为正常	领域正常
识字识数	1. 孩子是否认识字母表中至少10个字母？	回答“是”	至少两项正常
	2. 孩子是否能读出至少4个简单常见的词汇？	回答“是”	
	3. 孩子是否认识数字 1 到 10？	回答“是”	
身体状况	4. 孩子是否能用两个手指拿起小物件，例如地上的小棍子或者小石头？	回答“是”	至少一项正常
	5. 孩子是否有时会因为病得严重而无法玩耍？	回答“否”	
学习能力	6. 孩子是否能根据简单指令正确完成某件事情？	回答“是”	至少一项正常
	7. 孩子是否能独立完成交办的某件事情？	回答“是”	
社会情感	8. 孩子是否能和其他小朋友融洽相处？	回答“是”	至少两项正常
	9. 孩子是否踢、咬、或打别的孩子或大人？	回答“否”	
	10. 孩子是否容易注意力不集中？	回答“否”	
儿童早期发展指数：上述四个领域中至少三个领域正常发展的3-4岁（36-59月龄）儿童比重			

资料来源：联合国儿童基金会，第六轮多指标类集调查（MICS6）问卷和指标，http://mics.unicef.org/，2018年

图 8.8

联合国儿童基金会在全球多指标类集调查（MICS）问卷中开发了儿童早期发展模块，通过询问有关识字识数、身体状况、学习能力和社会情感四个领域的10项适合3-4岁儿童的问题，计算儿童早期发展指数（ECDI），对儿童早期发展是否正常进行识别。目前，ECDI是全球监测SDG指标4.2.1（在保健、学习和社会心理健康方面发育正常的5岁以下儿童的比例）的代理指标。联合国儿童基金会持续开展相关方法研究对ECDI进行改进，以便更好地满足SDG监测的需要。中国目前还缺乏具有全国代表性的测量儿童早期发展的数据，建议使用该模块开展相关数据收集，并参照教育部《3-6岁儿童学习与发展指南》酌情对具体问题进行本地化[36]。

图 8.9
学前教育毛入园率，2000–2017年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2001-2018年

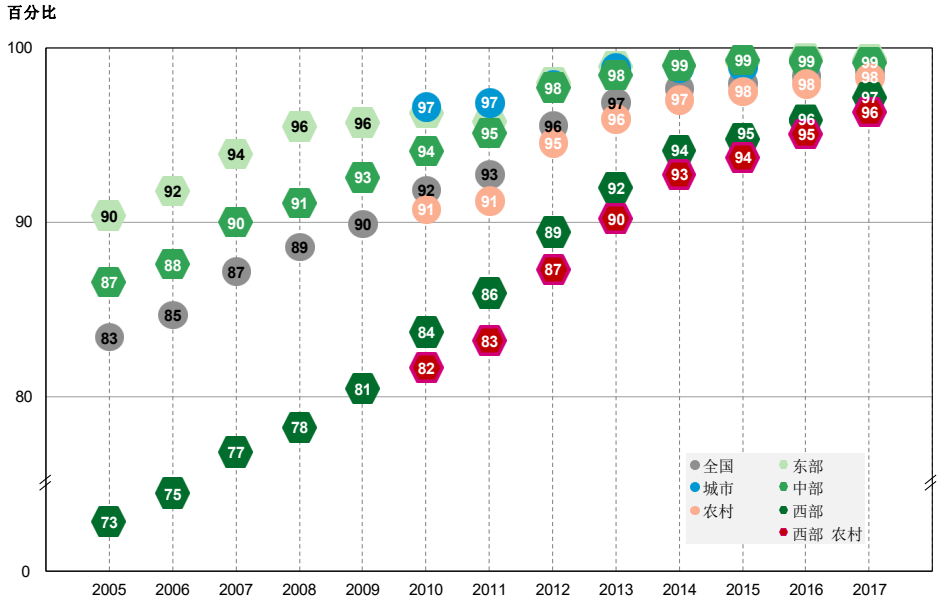
图 8.9

中国的学前教育三年毛入园率[37]一直在稳步增长，2009年开始超过50%，到2017年达到79.6%。根据《国家教育事业发展“十三五”规划》，到2020年学前教育毛入园率需达到85%。

图 8.10

小学招生中接受过学前教育的比重，2005–2017年

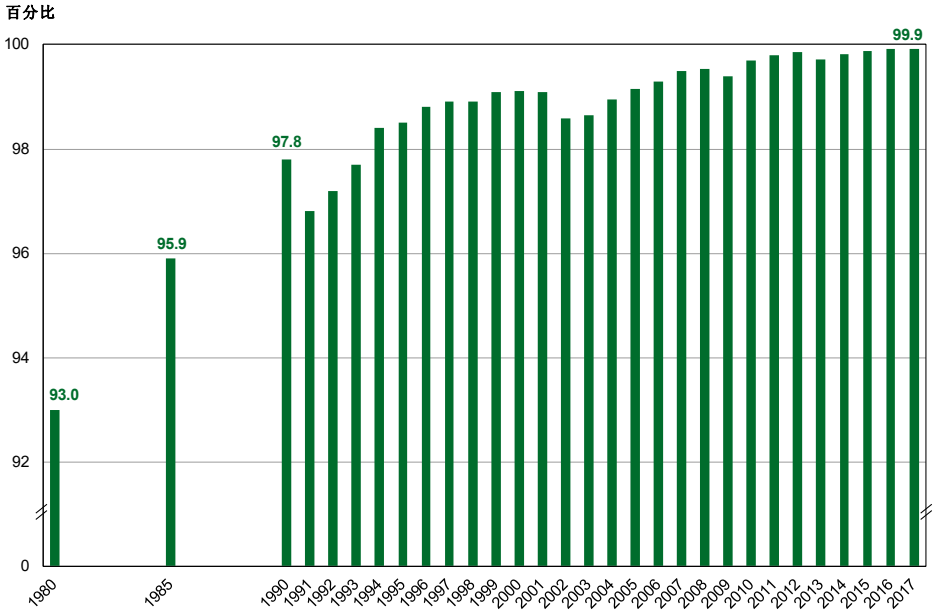
SDG 4.2.2



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2011-2018年

图 8.11

小学净入学率，1980–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 8.10

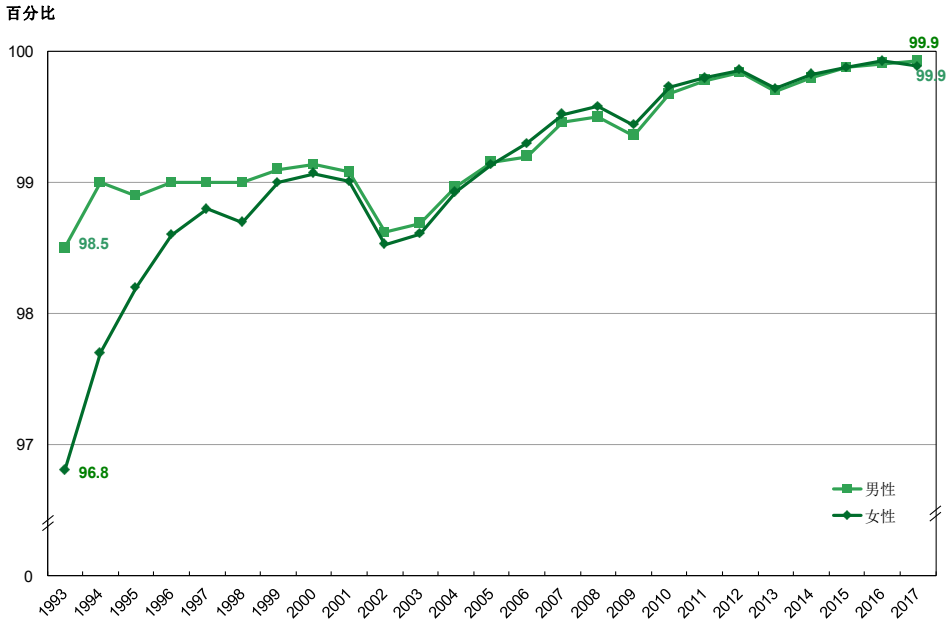
小学招生中接受过至少一年学前教育的比重持续提高，城乡及东中西部地区之间差距迅速缩小。西部地区仍然处于相对落后状态，特别是西部农村地区。2017年，西部农村地区小学招生中接受过至少一年学前教育的比重为96.3%，比全国平均水平（98.7%）低2.3个百分点。

图 8.11

小学净入学率[38]在过去近四十年里不断提高，近年来保持在稳定高位，2017年达到99.9%。

图 8.12

分性别小学净入学率，1993–2017年



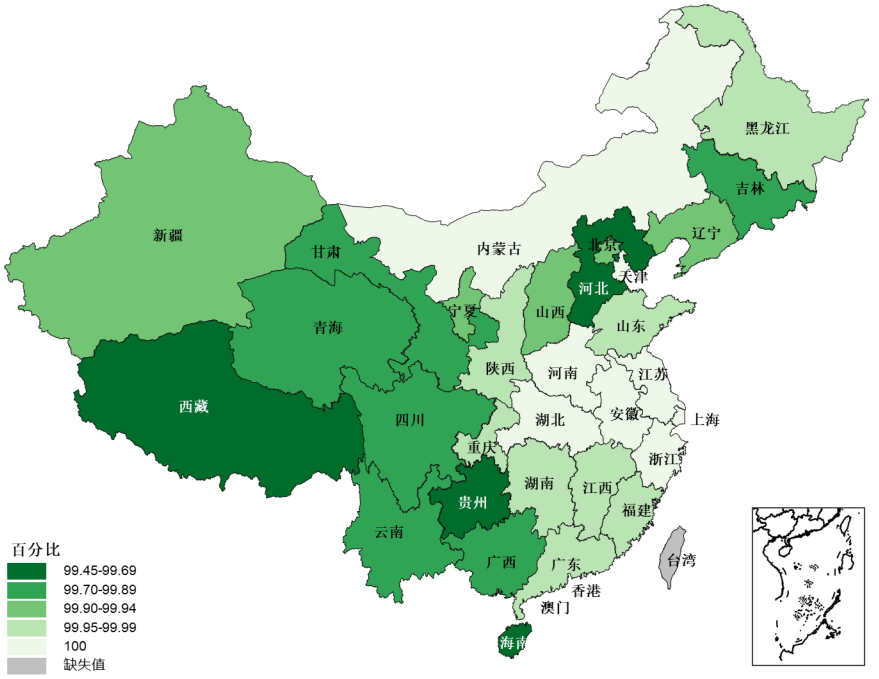
资料来源：教育部，《中国教育事业发展统计简况》，1994-2018年

图 8.12

中国在小学教育阶段已经实现性别平等，小学学龄儿童净入学率没有明显的性别差异。

图 8.13

分省小学净入学率，2017年



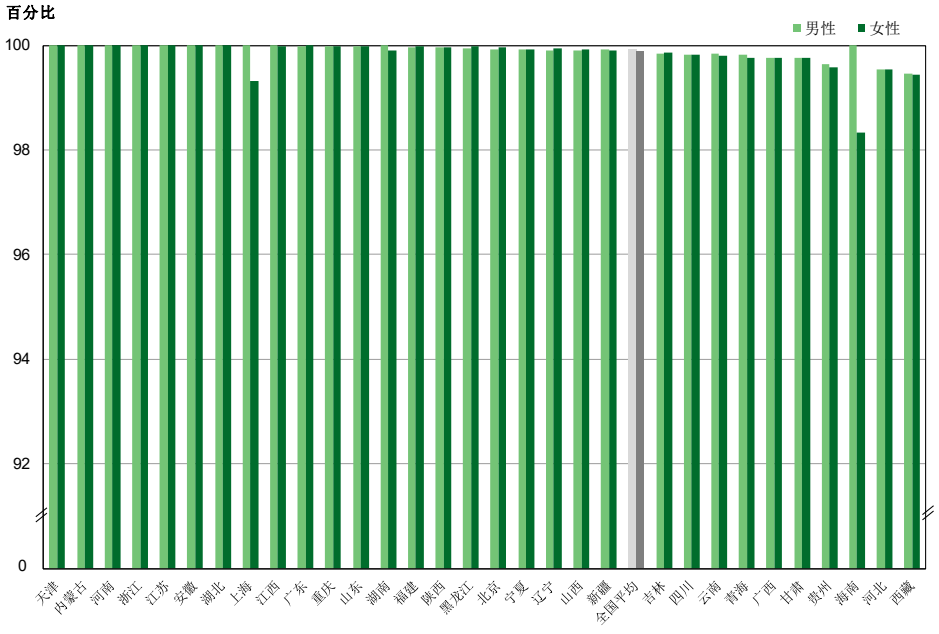
资料来源：教育部，《中国教育事业发展统计简况》，2018年

图 8.13

中国的小学净入学率虽然总体很高，但西部省份仍落后于较发达的东部省份。

图 8.14

分省分性别小学净入学率，2017年



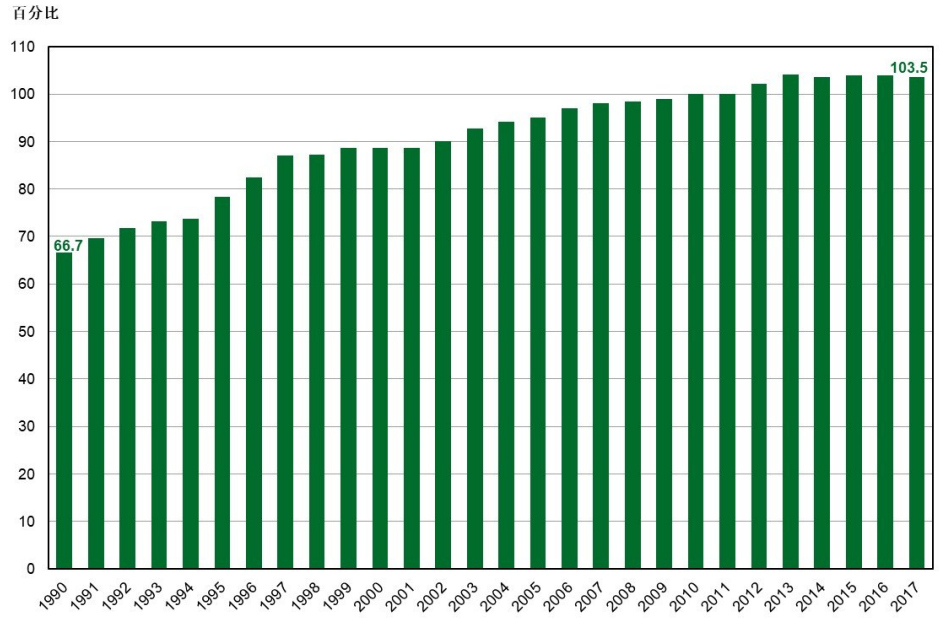
资料来源：教育部，《中国教育事业发展统计简况》，2018年

图 8.14

几乎所有省份都已经消除男女童小学净入学率的性别差异。

图 8.15

初中阶段毛入学率，1990–2017年



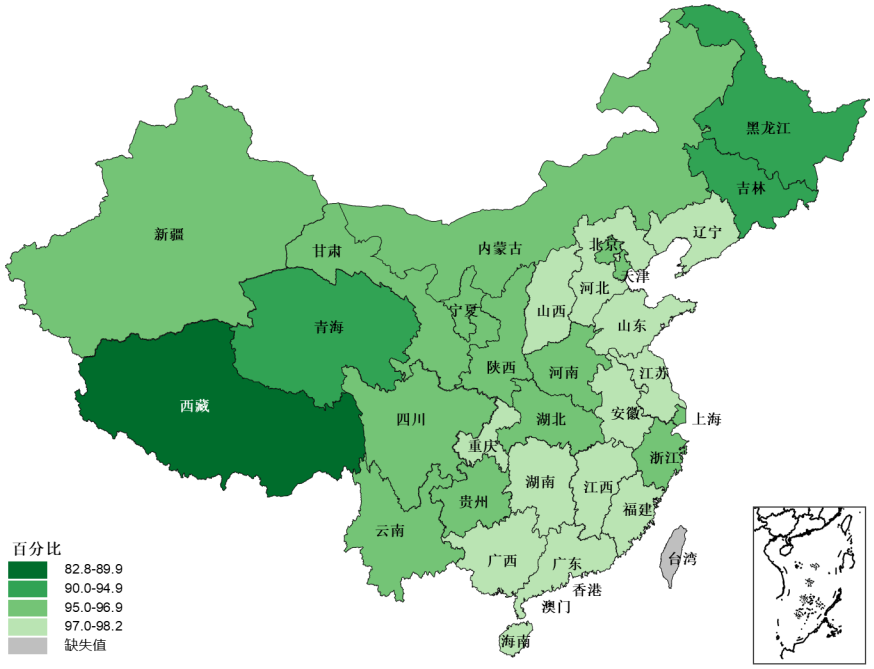
资料来源：国家统计局，《中国统计摘要》，2018年

图 8.15

过去近三十年间，九年义务教育所覆盖的初中阶段的毛入学率从1990年的66.7%稳步提高到2017年的103.5%。

图 8.16

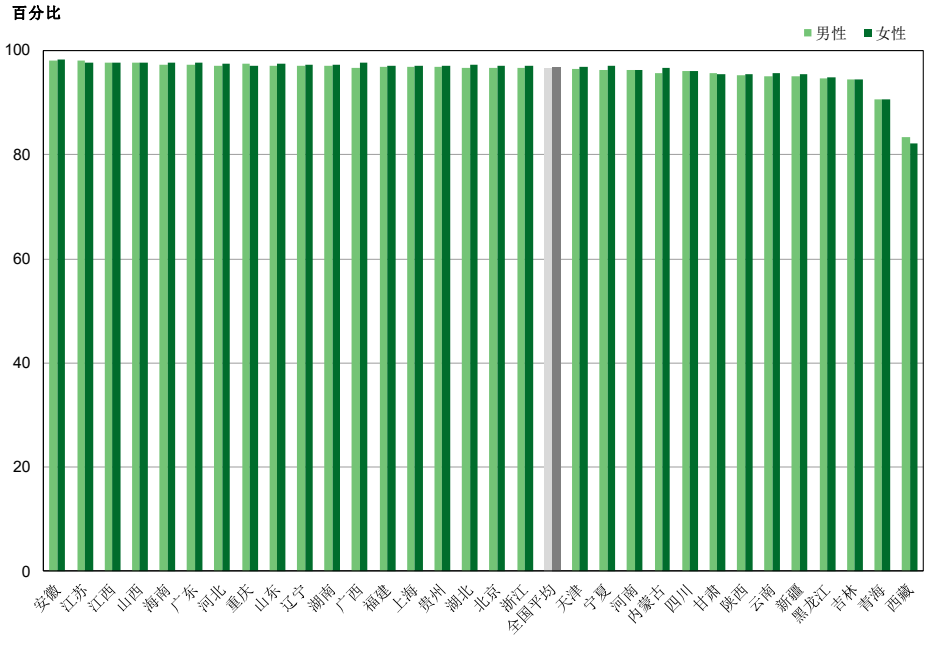
分省初中学龄儿童在校率，2015年



资料来源：根据国家统计局2015年全国1%人口抽样调查微观数据计算

图 8.17

分省分性别初中学龄儿童在校率，2015年



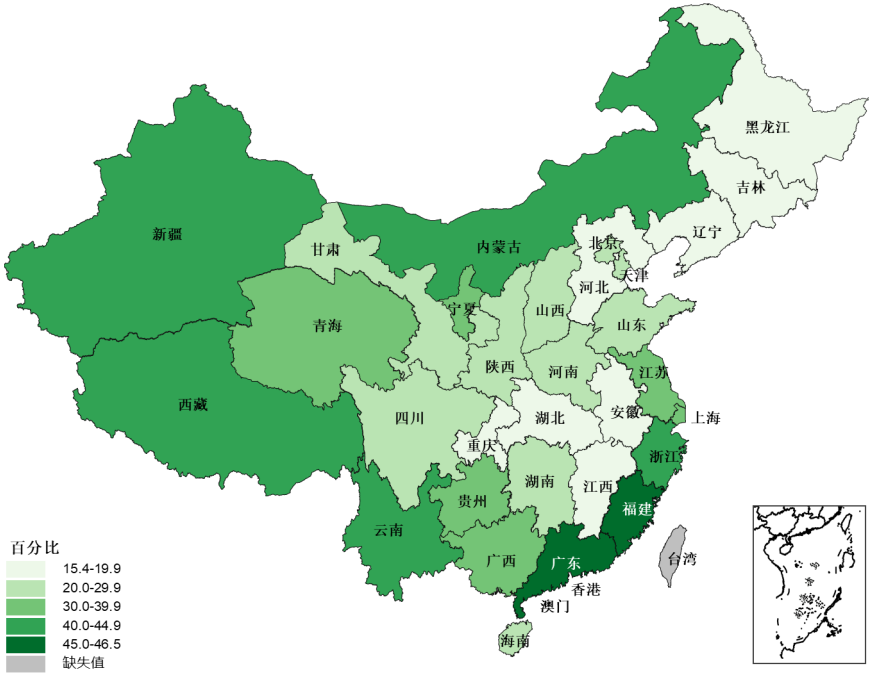
资料来源：根据国家统计局2015年全国1%人口抽样调查微观数据计算

图 8.16 和 图 8.17

2015年全国有13个省份的初中学龄儿童在校率达到了97%，各省在校率总体水平差异不大，男女生差异也不明显。青海和西藏与其他省份相比，还有一定差距，初中学龄儿童在校率水平最低的西藏为82.8%。

图 8.18

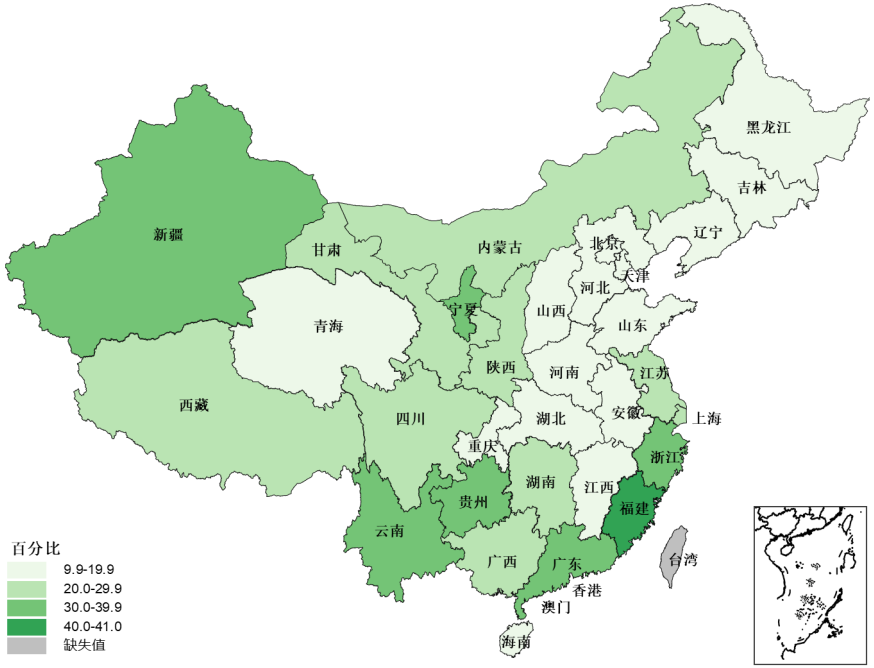
分省进城务工人员随迁子女占城市小学在校生比重，2017年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2018年

图 8.19

分省进城务工人员随迁子女占城市初中在校生比重，2017年



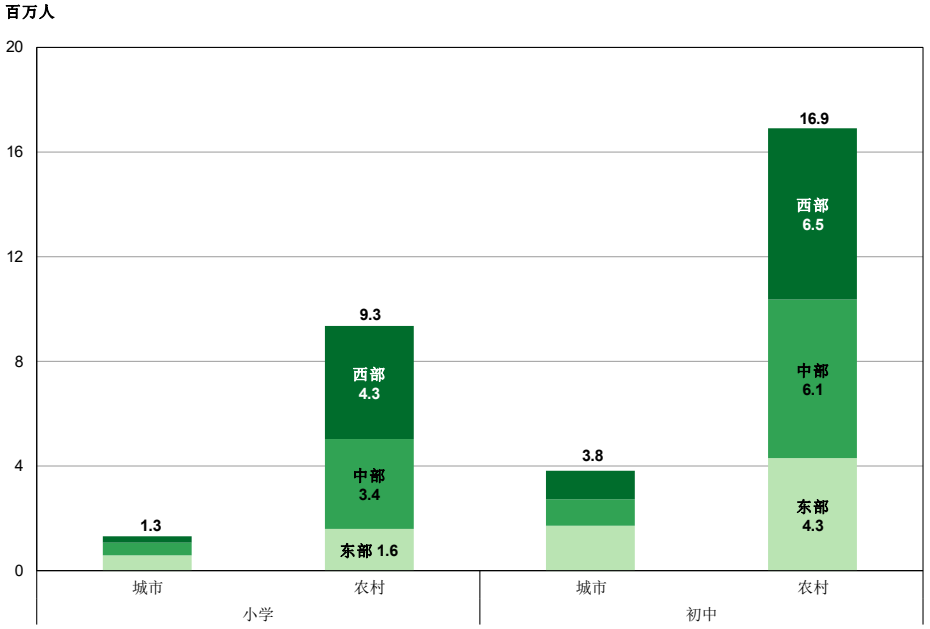
资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2018年

图 8.18 和 图 8.19

2017年，全国进城务工人员随迁子女就读于小学和初中的人数合计为1407万人，占全国城市义务阶段在校生总数的28%。其中1042万人在小学就读，占全国城市小学在校生总数的30.1%；364万人在初中就读，占全国城市初中在校生总数的23.3%。随迁中小学生中58.3%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15%到47%之间，占各省城市初中在校生总数的比重在9%到41%之间。

图 8.20

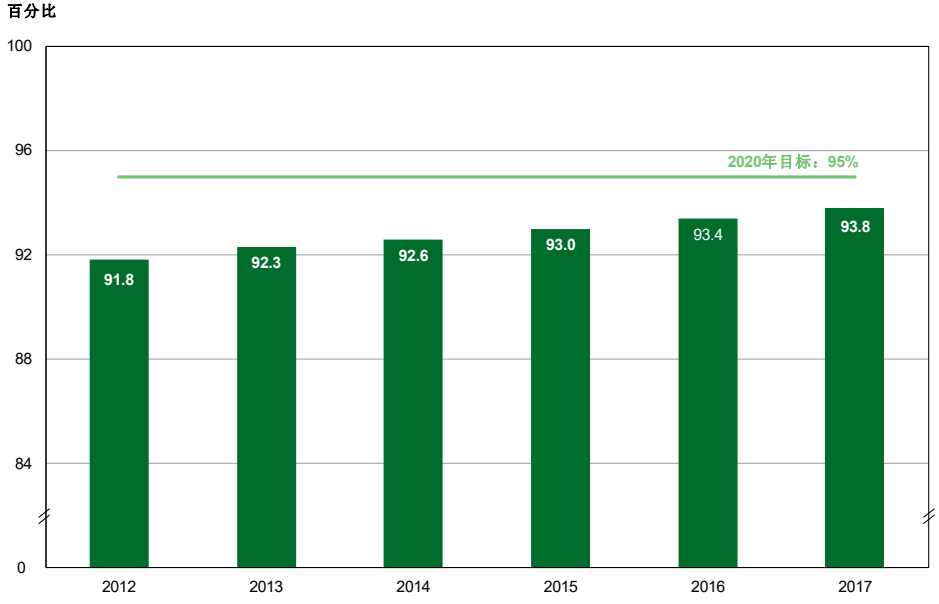
小学、初中寄宿生规模，2017年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2018年

图 8.21

九年义务教育巩固率，2012–2017年



资料来源：教育部，“全国教育事业发展统计公报”，2012-2017年

图 8.20

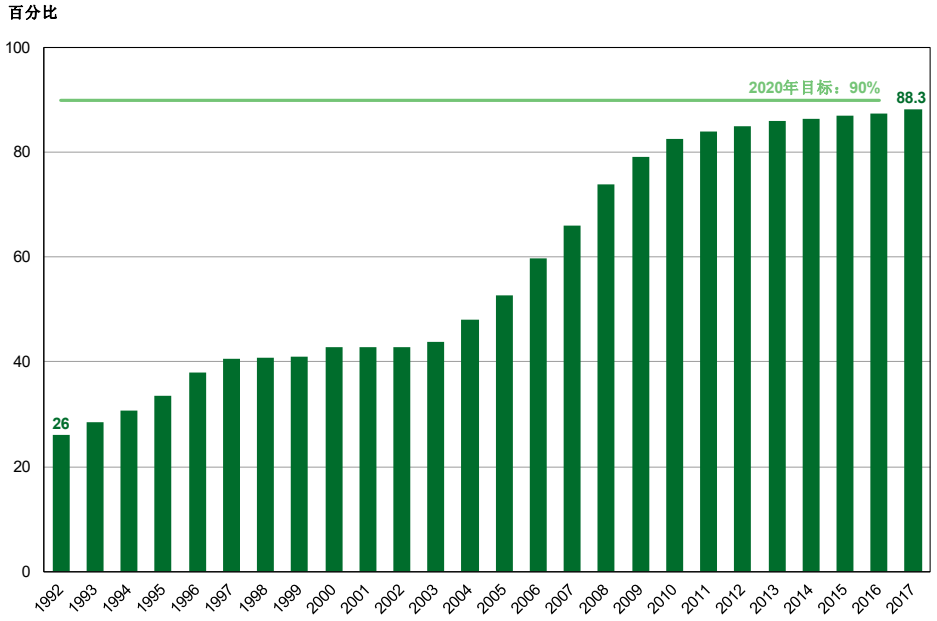
2017年，全国小学寄宿生1066万人，占小学在校生的比重为10.6%；初中寄宿生2074万人，占初中在校生的比重为46.7%。寄宿生主要集中在初中阶段、农村地区和中西部省份。例如，2017年广西、西藏和云南三省农村初中寄宿生比重均超过相应省份农村在校生的80%。

图 8.21

2012年以来九年义务教育巩固率[39]稳步提高，2017年达到93.8%。目前，中国正在朝着《国家教育事业发展“十三五”规划》中制定的，到2020年实现九年义务教育巩固率95%的目标前进。

图 8.22

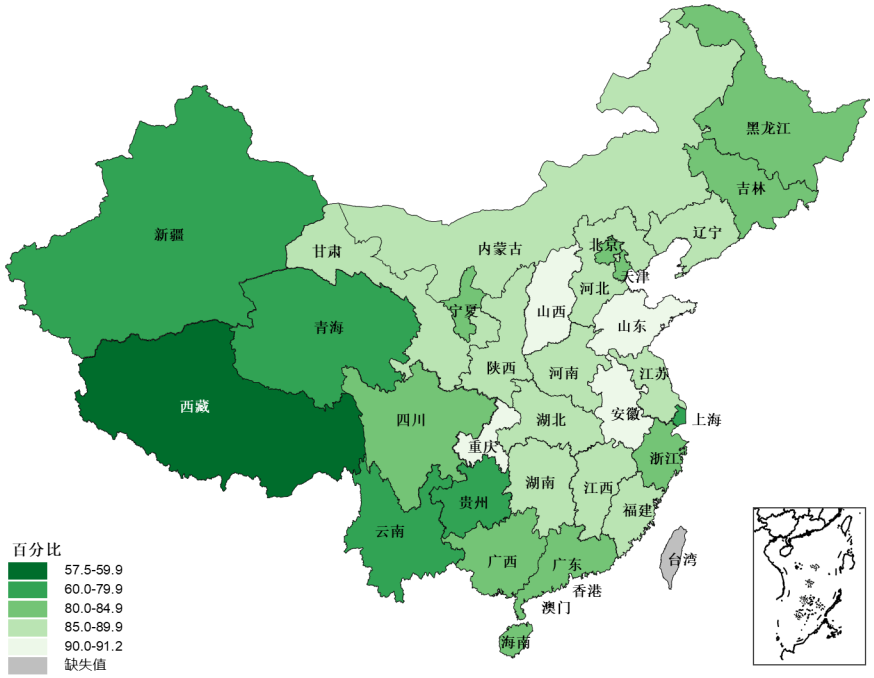
高中阶段毛入学率，1992–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计摘要》，2018年

图 8.23

分省高中学龄儿童在校率，2015年



资料来源：根据国家统计局2015年全国1%人口抽样调查微观数据计算

图 8.22

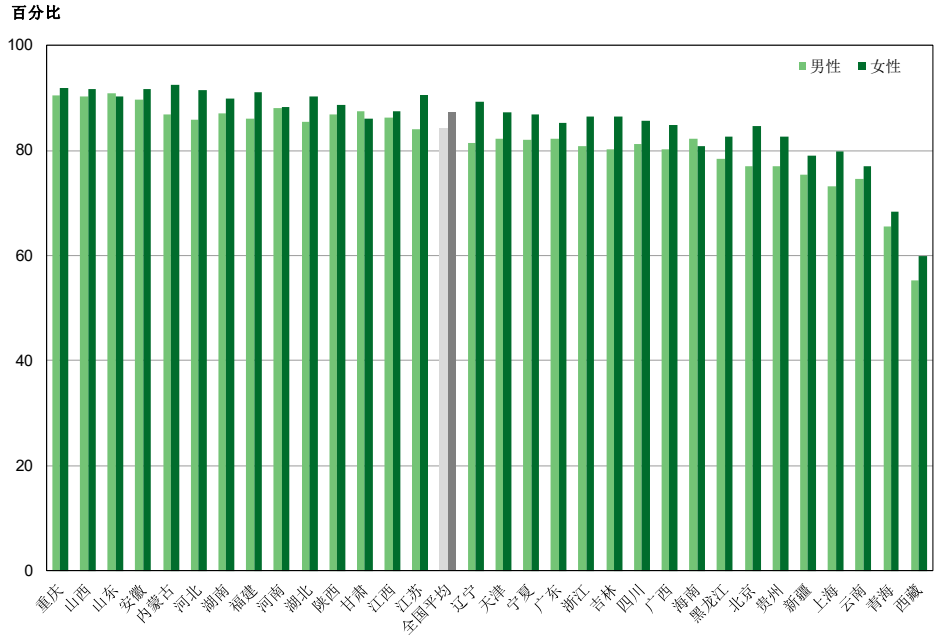
虽然高中阶段的毛入学率在过去近三十年间也在稳步提高，但相对于义务教育阶段，高中阶段毛入学率明显偏低，2017年为88.3%。政府制定了到2020年普及高中阶段教育、毛入学率达到90%以上的目标。

图 8.23

与义务教育学龄阶段相比，各省高中学龄儿童在校率总体水平差异更为明显。2015年，有些省在校率超过90%，西藏则还未达到60%。

图 8.24

分省分性别高中学龄儿童在校率，2015年



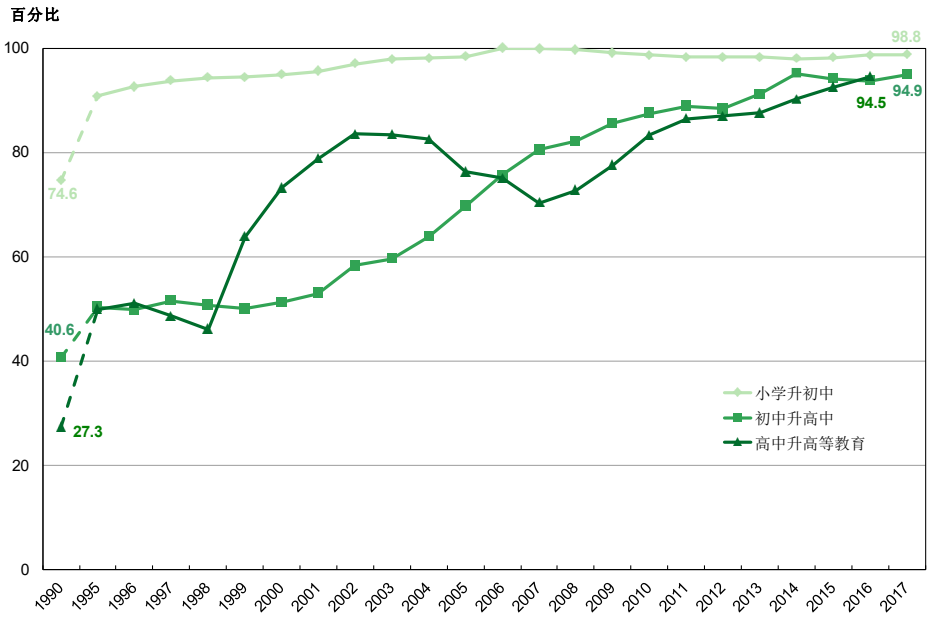
资料来源：根据国家统计局2015年全国1%人口抽样调查微观数据计算

图 8.24

整体来看，各省高中学龄阶段女生在校率普遍高于男生。

图 8.25

各级教育毕业生升学率，1990–2017年



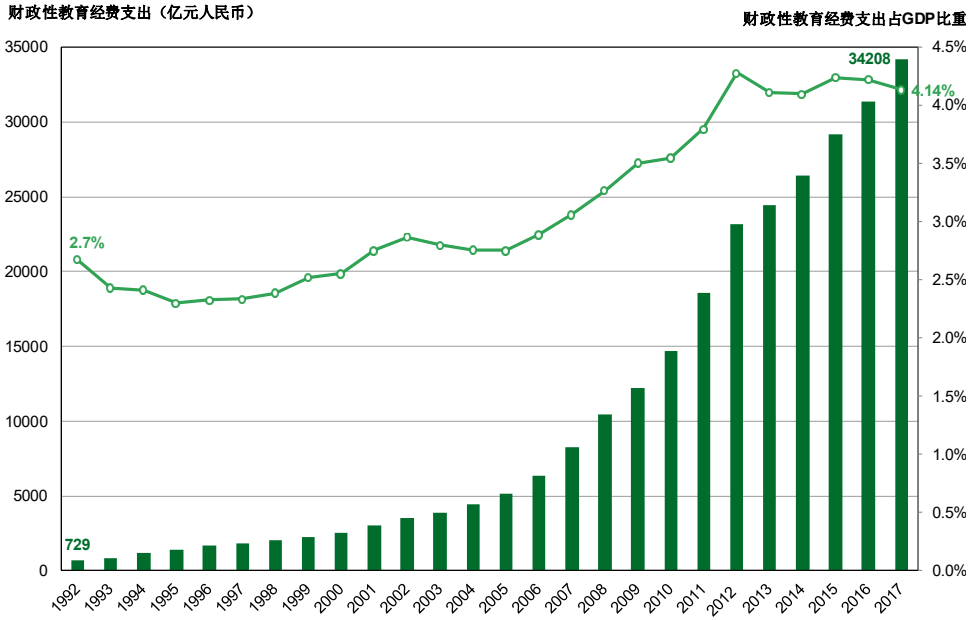
资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 8.25

小学毕业生升学率[40]逐年提高并稳定在较高水平，但是初中和高中阶段毕业生升学率仍然需要关注。中国高等教育从1999年开始到2000年代中后期进行扩招，是这一时期高中到高等教育升学率出现较大幅度攀升的原因之一。

图 8.26

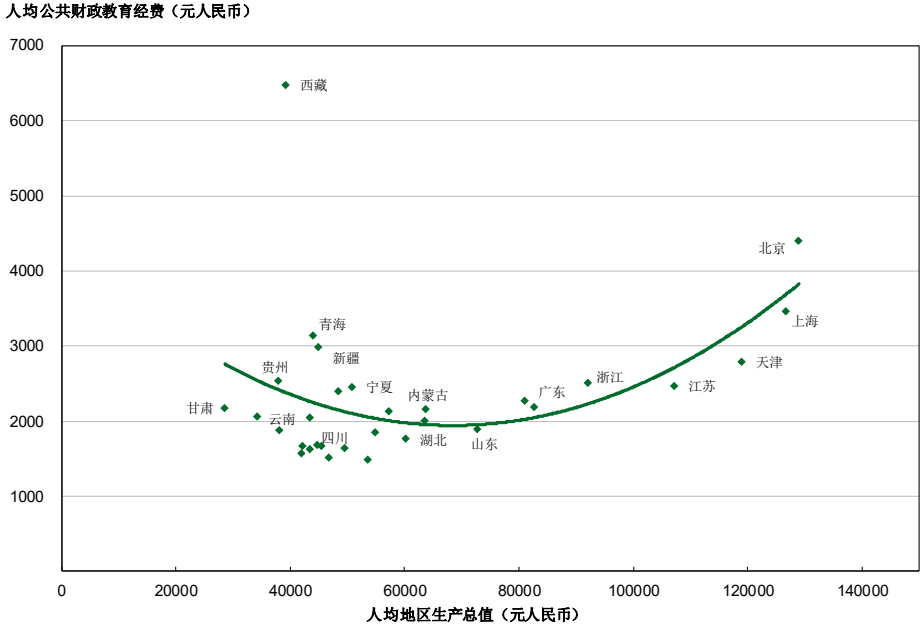
国家财政性教育经费及其占国内生产总值的比重，1992–2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年（GDP，1992-2016年财政性教育经费）；教育部，“2017年全国教育经费执行情况统计公告”，2018年（2017年财政性教育经费）

图 8.27

分省人均公共财政教育经费和人均地区生产总值，2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年（人均地区生产总值）；教育部，“2017年全国教育经费执行情况统计公告”，2018年（财政性教育经费）

图 8.26

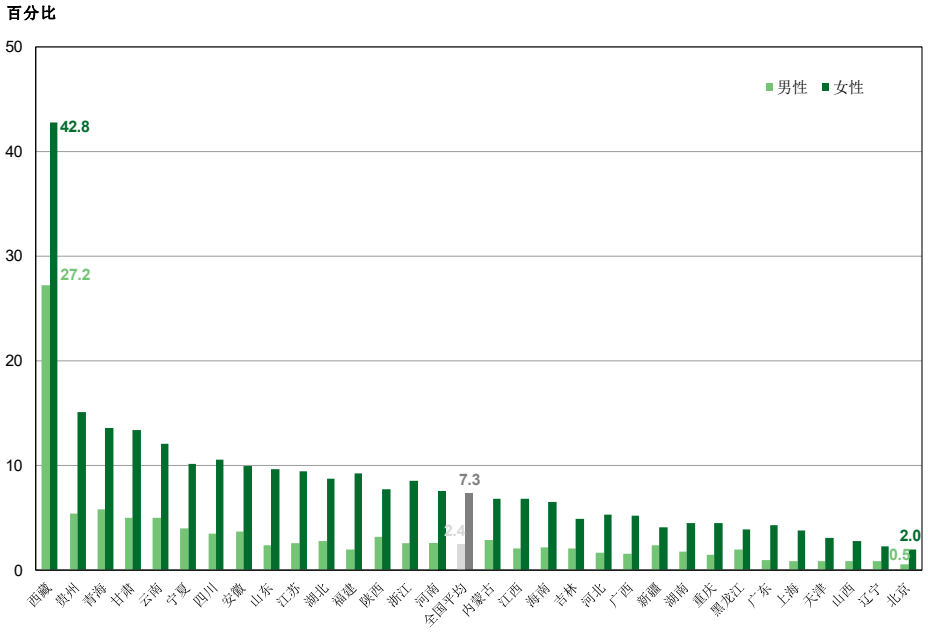
国家财政性教育经费支出从1992年起不断增加，2017年达到3.4万亿元。自2012年以来，中国已连续六年超过政府制定的财政性教育经费占国内生产总值4%的全国性目标。但是，中国财政性教育经费占国内生产总值的比重仍低于世界平均水平。

图 8.27

中国各省人均公共财政教育经费和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经费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经费水平也可能与东部省份相当或更高。例如，西藏虽然人均地区生产总值较低，但其人均公共财政教育经费水平在全国各省中排在前列。

图 8.28

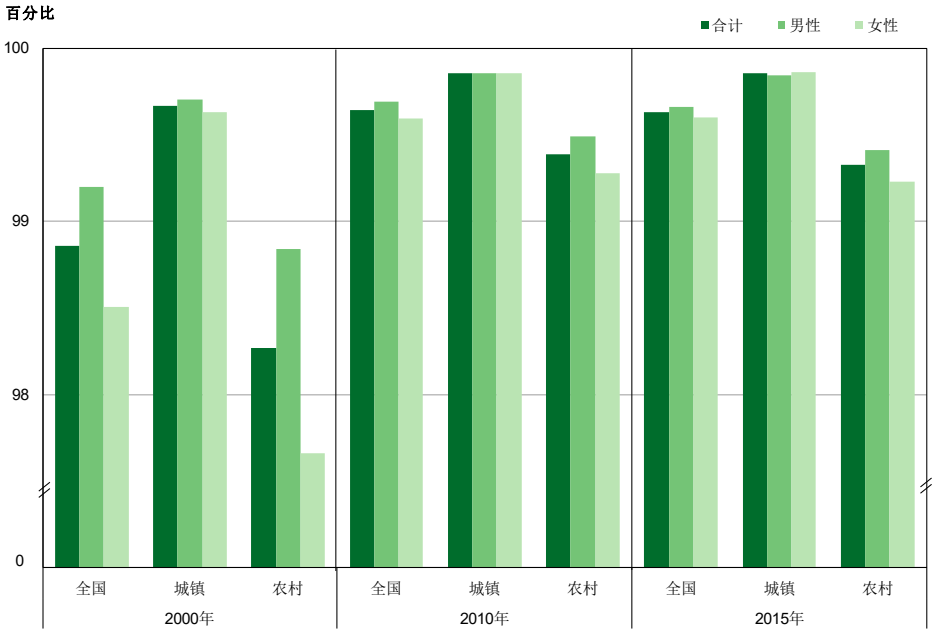
分省分性别15岁及以上成人文盲率，2017年



资料来源：国家统计局，《中国统计年鉴》，2018年

图 8.29

15–24岁青年识字率，2000年、2010年和2015年



资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，
“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 8.28

基本的阅读、写作和算术能力对于个人的福祉和社会发展尤为关键。建国以来，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2017年，文盲比重下降至仅4.9%，但性别差异仍然显著。西部地区女性文盲率较高，其中西藏最高。

图 8.29

普及义务教育后，中国15-24岁青年识字率就维持在了高水平，2015年与2010年持平，达到99.6%，比2000年有所提高。2015年青年识字率略有城乡和性别差异，但差异没有2000年明显。

教育与儿童发展

数据来源与参考文献

[1] 联合国教科文组织，联合国教科文组织数据库，http://uis.unesco.org/，2018年8月查阅

[2] 国务院，《中华人民共和国教育法》（2015年12月27日第二次修正），http://www.moe.gov.cn/s78/A02/zfs_left/s5911/moe_619/201512/t20151228_226193.html，2018年8月查阅

[3] 教育部，“中国教育新期许：更高质量更加公平”（2016年3月21日），http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/s5148/201603/t20160321_234414.html，2018年8月查阅

[4] 郑道等，“认知资本对中国儿童可能意味着什么？”，*PsyCh Journal*，2017年，第6卷，第153-160页

[5] 教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2017年

[6] 教育部，“教育部等四部门关于实施第三期学前教育行动计划的意见”（2017年4月17日），http://www.moe.edu.cn/srcsite/A06/s3327/201705/t20170502_303514.html，2018年8月查阅

[7] 教育部，“‘两基’备忘录”（2012年11月13日），http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/moe_2082/s6236/s6688/201211/t20121113_144412.html，2018年8月查阅

[8] 教育部，“2017年全国义务教育均衡发展督导评估工作报告”（2018年2月28日），http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/xw_fbh/moe_2069/xwfbh_2018n/xwfb_20180227/sfcl/201802/t20180227_327990.html，2018年8月查阅

[9] 教育部，“2017年全国教育事业发展统计公报”（2018年7月19日），http://www.moe.edu.cn/jyb_sjzl/sjzl_fztjgb/201807/t20180719_343508.html，2018年8月查阅

[10] 国务院办公厅，“国务院办公厅关于进一步加强控辍保学提高义务教育巩固水平的通知”（2017年7月28日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-09/05/content_5222718.htm，2018年8月查阅

[11] 国务院办公厅，“国务院办公厅关于全面加强乡村小规模学校和乡镇寄宿制学校建设的指导意见”（2018年4月25日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-05/02/content_5287465.htm，2018年8月查阅

[12] 教育部，“2017年全国教育事业发展统计公报”（2018年7月19日），http://www.moe.edu.cn/jyb_sjzl/sjzl_fztjgb/201807/t20180719_343508.html，2018年8月查阅

[13] 教育部等，“高中阶段教育普及攻坚计划（2017-2020年）”（2016年3月24日），http://www.gov.cn/xinwen/2017-04/06/content_5183767.htm，2018年8月查阅

[14] 教育部，“2017年全国教育事业发展统计公报”（2018年7月19日），http://www.moe.edu.cn/jyb_sjzl/sjzl_fztjgb/201807/t20180719_343508.html，2018年8月查阅

[15] 中国公益研究院、联合国儿童基金会，《中国儿童福利与保护政策报告（2018）》，2018年

[16] 杨东平，《中国教育发展报告（2018）》，2018年

[17] 哈巍等，“Does Money Matter? The Effects of Block Grants on Education Attainment in Rural China: Evidence from intercensal population survey 2015”，*International Journal of Educational Development*，2018年，第62卷，第174-183页

[18] 国务院，“国务院关于进一步完善城乡义务教育经费保障机制的通知”（2015年11月25日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-11/28/content_10357.htm，2018年8月查阅

[19] 教育部，“2017年全国教育经费执行情况统计公告”（2018年10月8日），http://www.moe.edu.cn/srcsite/A05/s3040/201810/t20181012_351301.html，2018年11月查阅

[20] 国家中长期教育改革和发展规划纲要工作小组办公室，《国家中长期教育改革和发展规划纲要（2010-2020年）》（2010年7月29日），http://old.moe.gov.cn//publicfiles/business/htmlfiles/moe/info_list/201407/xxgk_171904.html，2018年8月查阅

[21] 教育部等，《教育脱贫攻坚“十三五”规划》，http://www.moe.gov.cn/srcsite/A03/moe_1892/moe_630/201612/t20161229_293351.html，2018年8月查阅

[22] 教育部，《中国义务教育质量监测报告》，2018年（http://www.eachina.org.cn/shtml/4/news/201807/1749.shtml）

[23] 国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

[24] 早在1998年国家教委和公安部颁布的《流动儿童少年就学暂行办法》中就提出了流动儿童义务教育采取“两为主”的做法，即以流入地政府为主、以公办学校为主。2006年修正的《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”的“两为主”方针，以解决流动儿童就学问题。

[25] 教育部，“中国教育概况—2017年全国教育事业发展情况”（2018年10月18日），http://www.moe.gov.cn/jyb_sjzl/s5990/201810/t20181018_352057.html，2018年11月查阅

[26] 20世纪90年代末，中国农村已存在“撤点并校”现象，2001年开始向全国推开。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。

[27] 教育部，“从‘有学上’迈向‘上好学’义务教育如何实现城乡一体化发展”（2018年8月30日），http://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/s5147/201808/t20180830_346565.html，2018年8月查阅

[28] 教育部等，“第二期特殊教育提升计划（2017-2020年）”（2017年7月17日），http://www.gov.cn/xinwen/2017-07/28/content_5214071.htm，2018年8月查阅

[29] 《中华人民共和国义务教育法》于1986年颁布，其后于2006年进行修正。

[30] 1993年《中华人民共和国教师法》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。

[31] **生师比**：某个教育阶段每位专任教师平均所教的学生数，根据在校生人数和专任教师人数进行计算。（联合国教科文组织）

[32] 联合国教科文组织，联合国教科文组织数据库，http://uis.unesco.org/，2018年8月查阅

[33] **在校率**：为“总净在校率”的概念，具体是指某教育阶段学龄儿童在任一教育阶段就读的学生总人数占该年龄段人口的比重。（联合国教科文组织）

[34] 在校率与入学率除了定义不同，数据来源也有所不同，反映在校情况的数据一般来源于入户调查，反映入学情况的数据一般来源于教育部门的学籍登记。还有可能出现儿童虽然进行了学籍登记、但没有在校上学的情形。

[35] 此处性别平等指数为相应年龄女孩在校率和男孩在校率的比值，由此可以比较不同年龄教育状况的性别差异。性别平等指数等于1说明相应指标没有性别差异，小于1说明男孩在校率高于女孩，大于1说明女孩在校率高于男孩。（联合国教科文组织）

[36] 例如，关于识字识数的三个问题可考虑调整为：孩子能口齿清楚地说儿歌、童谣或复述简短的故事吗？孩子会看画面，能根据画面说出图中有什么、发生了什么事吗？孩子能口手一致地点数5个以内的物体，并能说出总数吗？（教育部，“教育部关于印发《3-6岁儿童学习与发展指南》的通知”，2012年10月9日，http://www.moe.gov.cn/srcsite/A06/s3327/201210/t20121009_143254.html，2018年8月查阅）

[37] **毛入学（园）率**：某个教育阶段不分年龄的登记在册的学生人数占官方规定的该教育阶段所对应的年龄组人口总数的比重（联合国教科文组织）。由于包含非正规年龄组（低龄或超龄）学生，毛入学率可能会超过100%。

[38] **净入学率**：某个教育阶段在校学龄人口数占官方规定的该教育阶段所对应的年龄组人口总数的比重。（联合国教科文组织）

[39] **巩固率**：某个教育阶段一年级入学的学生（或某个教育周期指定学年入学的学生）能够读到指定年级的比重，不考虑学生复读的影响。（联合国教科文组织）

[40] **升学率**：某一年某个教育阶段高一级学校一年级的招生人数占前一年该级教育最高年级毕业生人数的比重。（联合国教科文组织）

9

儿童和妇女权利

概述

《儿童权利公约》

《儿童权利公约》在1989年11月20日由联合国大会第44/25号决议批准通过，并于1990年9月2日生效[1]。

为建立适合儿童成长的世界，《儿童权利公约》具有重要的历史意义，它旨在确保每一个儿童的生存权、发展权、受保护权、参与权都能够得到保障、促进与实现。《儿童权利公约》是第一个从经济、社会、文化、民事和政治等全方位阐明儿童享有各项权利的国际公约，对其196个缔约国均具有法律约束力，是有史以来得到最广泛批准的人权条约。

自从1990年《儿童权利公约》生效以来，全世界成百上千万儿童的生活得到了改善。各国已将《儿童权利公约》中的条款内容纳入其宪法、法律、政策，并体现在政府财政预算中。如今，人们已普遍认识到，儿童是权利的主体，他们有权获得医疗保健服务和充足的营养，接受教育，参与文化社会生活，免受暴力侵害与剥削，以及享有休息和游戏等权利。

《消除对妇女一切形式歧视公约》

《消除对妇女一切形式歧视公约》（下文简称为《消歧公约》）在1979年12月18日由联合国大会第34/180号决议批准通过，并于1981年9月3日生效[2]。

在所有国际人权条约中，《消歧公约》占据着重要地位，它将妇女这一占据全人类一半的重要群体置于人权议题的核心。《消歧公约》的精神植根于联合国的目标：重申对基本人权、人身尊严和价值以及男女平等权利的信念。它阐明了平等的含义以及实现平等的途径。由此，《消歧公约》不仅确立了一项关于妇女权利的国际宪章，同时还提出了缔约国保障这些权利的行动议程。

《消歧公约》覆盖了妇女状况的三个维度。它对妇女享有的公民权利及法律地位作了详细的解读；此外，不同于其他人权条约，《消歧公约》还关注生育问题及文化因素对两性关系的影响。

《中国儿童发展纲要》

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《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[3]。

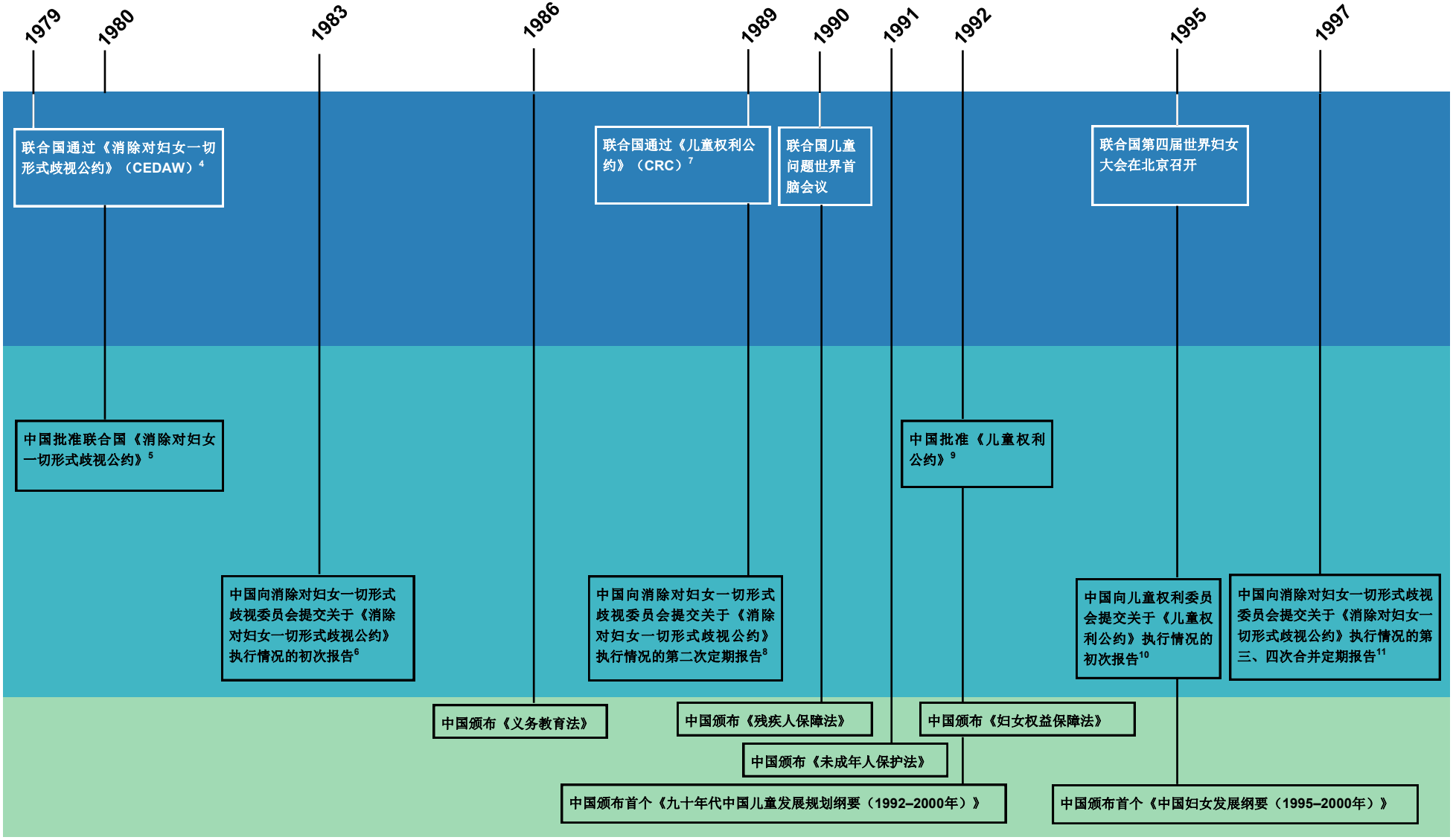
2001年5月，中国政府颁布了第二个《中国儿童发展纲要（2001-2010年）》。2011年7月，中国政府颁布了第三个《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》，其主要目标为：

- 完善覆盖城乡儿童的基本医疗卫生制度，提高儿童身心健康水平；
- 促进基本公共教育服务均等化，保障儿童享有更高质量的教育；
- 扩大儿童福利范围，建立和完善适度普惠的儿童福利体系；
- 提高儿童工作社会化服务水平，创建儿童友好型社会环境；
- 完善保护儿童的法规体系和保护机制，依法保护儿童合法权益。

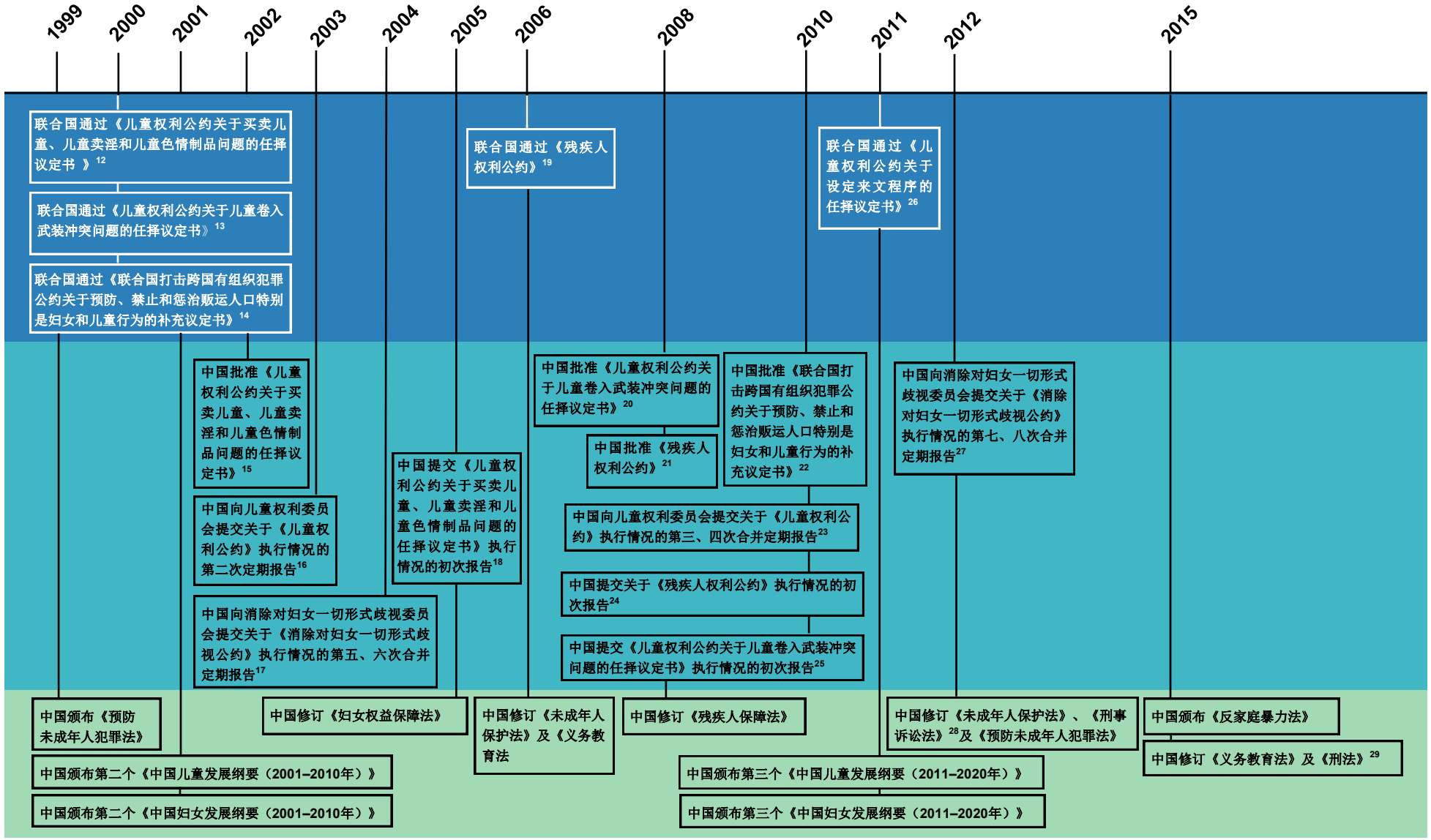
除上述重要国际公约和国家儿童发展纲要外，中国还通过制定并修订一系列法律来保障儿童与妇女权利，其中包括《义务教育法》、《残疾人保护法》、《未成年人保护法》、《妇女权益保障法》、《预防未成年人犯罪法》、《刑事诉讼法》、《刑法》和《反家庭暴力法》等。

图 9.1

关于儿童、妇女权利的国际和中国大事记



资料来源：http://treaties.un.org/ 和 https://www.ohchr.org/


1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2008
2010
2011
2012
2015
联合国通过《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 》[12]
联合国通过《儿童权利公约关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》[13]
联合国通过《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于预防、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》[14]
联合国通过《残疾人权利公约》[19]
联合国通过《儿童权利公约关于设定来文程序的任择议定书》[26]
中国批准《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》[15]
中国向儿童权利委员会提交关于《儿童权利公约》执行情况的第二次定期报告[16]
中国向消除对妇女一切形式歧视委员会提交关于《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[17]
中国提交《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》执行情况的初次报告[18]
中国批准《儿童权利公约关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》[20]
中国批准《残疾人权利公约》[21]
中国批准《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于预防、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》[22]
中国向儿童权利委员会提交关于《儿童权利公约》执行情况的第三、四次合并定期报告[23]
中国提交关于《残疾人权利公约》执行情况的初次报告[24]
中国提交《儿童权利公约关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》执行情况的初次报告[25]
中国向消除对妇女一切形式歧视委员会提交关于《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[27]
中国颁布《预防未成年人犯罪法》
中国颁布第二个《中国儿童发展纲要（2001–2010年）》
中国颁布第二个《中国妇女发展纲要（2001–2010年）》
中国修订《妇女权益保障法》
中国修订《未成年人保护法》及《义务教育法
中国修订《残疾人保障法》
中国颁布第三个《中国儿童发展纲要（2011–2020年）》
中国颁布第三个《中国妇女发展纲要（2011–2020年）》
中国修订《未成年人保护法》、《刑事诉讼法》[28]及《预防未成年人犯罪法》
中国颁布《反家庭暴力法》
中国修订《义务教育法》及《刑法》[29]

儿童和妇女权利

数据来源与参考文献

[1] 联合国人权高级专员办事处，《儿童权利公约》，https://www.ohchr.org/CH/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx，2018年9月查阅

[2] 联合国人权高级专员办事处，《消除对妇女一切形式歧视公约》，https://www.ohchr.org/CH/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx，2018年9月查阅

[3] 1990年9月30日，世界儿童问题首脑会议通过了《九十年代儿童发展目标》、《儿童生存、保护和发展世界宣言》和《执行九十年代儿童生存、保护和发展世界宣言行动计划》。

[4] 1979年12月18日，联合国大会第34/180号决议通过《消除对妇女一切形式歧视公约》，1981年9月3日生效。

[5] 1980年11月4日*，中国批准《消除对妇女一切形式歧视公约》，1981年12月3日生效。

[6] 1983年5月25日，中国提交关于《消除对妇女一切形式歧视公约》执行情况的初次报告。

[7] 1989年11月20日，联合国大会第44/25号决议通过《儿童权利公约》，1990年9月2日生效。

[8] 1989年6月22日，中国提交关于《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。

[9] 1992年3月2日*，中国批准《儿童权利公约》，1992年4月1日生效。

[10] 1995年3月27日，中国提交关于《儿童权利公约》执行情况的初次报告。

[11] 1997年5月25日，中国提交关于《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。

[12] 2000年5月25日，日联合国大会第A/RES/54/263号决议通过《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》，2000年1月18日生效。

[13] 2000年5月25日，联合国大会第A/RES/54/263号决议通过《儿童权利公约关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》，2002年2月12日生效。

[14] 2000年11月15日，联合国大会第55/25号决议通过《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于预防、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》，2003年12月25日生效。

[15] 2002年12月3日*，中国批准《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》，2003年1月3日生效。

[16] 2003年6月27日，中国提交关于《儿童权利公约》执行情况的第二次定期报告。

[17] 2004年2月4日，中国提交关于《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。

[18] 2005年5月11日，中国提交《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》执行情况的初次报告。

[19] 2006年12月13日，联合国大会第A/RES/61/106号决议通过《残疾人权利公约》，2008年5月3日生效。

[20] 2008年2月20日*，中国批准《儿童权利公约关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》，2008年3月20日生效。

[21] 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。

[22] 2010年2月8日*，中国批准《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于预防、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》，2010年3月10日生效。

[23] 2010年7月16日，中国提交关于《儿童权利公约》执行情况的第三、四次合并定期报告。

[24] 2010年8月30日，中国提交关于《残疾人权利公约》执行情况的初次报告。

[25] 2010年11月17日，中国提交《儿童权利公约关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》执行情况的初次报告。

[26] 2011年12月19日，联合国大会第A/RES/66/138号决议通过了《儿童权利公约关于设定来文程序的任择议定书》，2014年4月14日生效。

[27] 2012年1月20日，中国提交关于《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。

[28] 2012年，中国对《刑事诉讼法》进行了修订，特别增加了未成年人司法专章。

[29] 2015年通过的《中华人民共和国刑法修正案（九）》对儿童保护的有关条款做出了修订。

* 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始于20世纪80年代，到2017年，流动人口增加到2.44亿人。人口流动对中国的整体经济和社会发展做出了巨大贡献，有利于推进城镇化，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，流动人口的生活条件落后于城镇户籍人口。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，缺少城镇居民身份使得被统计为城镇人口的2亿多流动人口未能在教育、就业、医疗、养老、保障性住房等方面充分享有基本公共服务；与此同时，人口流动也带来了其他社会问题，包括农村留守儿童问题[1]。

要将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。多年来，为使流动人口平等享有公民权利、劳动权利以及获得基本公共服务的权利，确保他们更好地从经济增长和社会发展中受益，中国已进行了相关的政策改革和立法。在最近的《国家新型城镇化规划（2014-2020年）》以及一系列相关文件中，政府提出要以人的城镇化为核心，有序推进农业转移人口市民化，稳步推进城镇基本公共服务覆盖包括流动人口在内的全部常住人口。不过，流动人口的巨大规模和所带来的问题的复杂性，意味着应对相关挑战将是一个长期的渐进过程。

受人口流动影响的儿童[2]

受人口流动影响的儿童包括流动儿童[3]和留守儿童[4]。2015年，中国有0-17岁流动儿童3426万人，留守儿童6877万人（其中农村留守儿童4051万人[5]），受人口流动影响的儿童总数合计1.03亿，占儿童总人口的38%。也就是说，2015年中国每10名儿童中就有约4名直接受到人口流动的影响。

中国政府重视并采取积极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，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，出台了一系列教育、卫生和社会保障方面的政策。《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，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，并积极推动目标实现。

2016年2月，国务院出台了《关于加强农村留守儿童关爱保护工作的意见》，此后农村留守儿童关爱保护制度建设取得重大进展，农村留守儿童关爱保护也被首次写入《“十三五”推进基本公共服务均等化规划》。

流动儿童

2015年全国3426万流动儿童中，2896万人居住在城镇地区，占全部城镇儿童总数的21.8%，也就是说，每5名城镇儿童中就有1名是流动儿童。流动儿童大多在流入地长期居住和学习，并不像人们普遍认为的那样是暂时流动。作为父母的随迁者，他们外出流动的平均时间为4年，其中8-13岁流动儿童中有一半以上流动时间超过5年。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，在新的环境中面临各种困难和歧视。

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各项公共卫生、教育和社会保障服务，这些政策有时在执行时并未得到充分贯彻。例如，有些流动儿童仍然无法进入公办学校上学，有些跨省流动儿童完成义务教育以后在流入地接受高中教育和参加高考仍然面临困难，不得不返回户籍省份。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当地户口，因此其流动身份可能代际相传。政府仍需持续付出努力，以确保流动儿童能够均等地享有基本公共服务。

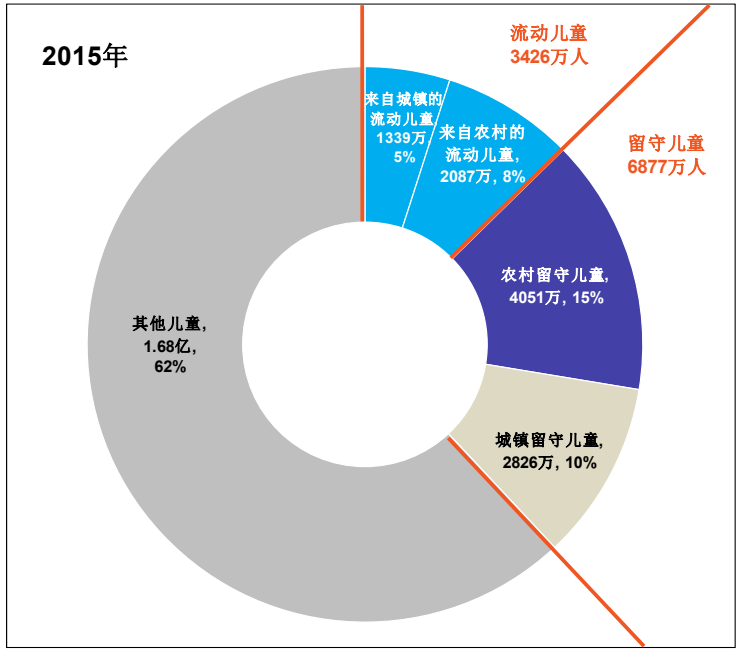
留守儿童

2015年全国6877万留守儿童中，4051万人居住在农村地区，占全部农村儿童总数的29.4%，也就是说，每10名农村儿童中就有3名是留守儿童。留守儿童不能与父母双方共同生活，难以从家庭获得足够的关爱，包括获得妥善的监护照料、情感上的支持、学习上的帮助、足够的营养和卫生条件、应有的儿童伤害预防指导，这不利于他们的身心健康发展。

虽然农村留守儿童仍然是目前政策关注的重点，随着近十年来越来越多的城镇人口参与流动，同时“就地城镇化”也可能使得一些农村留守儿童身份发生转化，城镇留守儿童从不为人知迅速增加到2015年的2826万人，已占到全部留守儿童的41.1%。政府在制定相关政策时，既要重点保障农村留守儿童的权利，也应该开始特别关注城镇留守儿童。

图 10.1

受人口流动影响的儿童人数和占全国儿童人口的比重，2015年

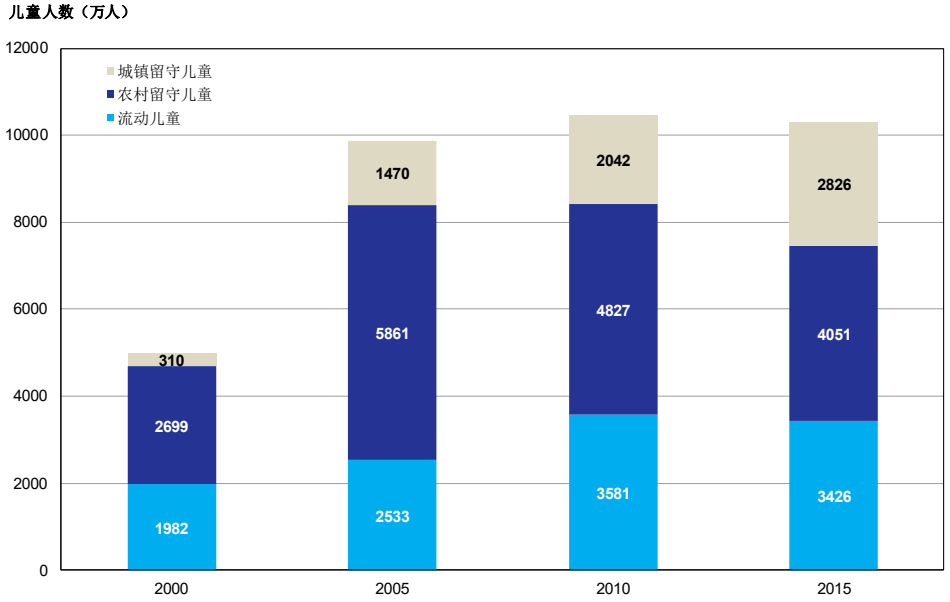


注：环形图中第一个数字是相应组别的儿童人数，第二个数字是各组占全国儿童人口的比重。

资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.2

受人口流动影响的儿童人数，2000–2015年



资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.1

2015年，全国0-17岁流动儿童规模3426万人，留守儿童规模6877万人，受人口流动影响的儿童总数1.03亿人，占中国儿童总人口的38%。

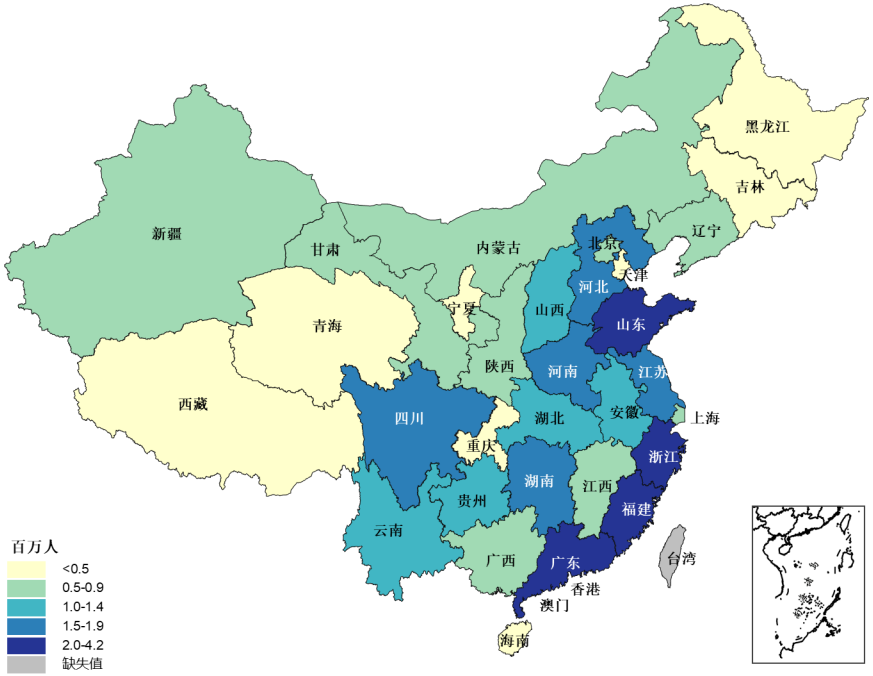
大部分受人口流动影响的儿童来自于农村或居住在农村。全部流动儿童中，户籍地在农村的2087万人，占全部流动儿童的60.9%。全国留守儿童中，4051万人居住在农村，占全部留守儿童的58.9%，占全部农村儿童的29.4%。

图 10.2

从2000年到2015年较长一段时间来看，流动儿童和留守儿童规模均大量增加。但与2010年相比，2015年流动儿童和农村留守儿童规模均有所减少，城镇留守儿童规模增加，这与城镇化过程中城乡人口结构变化的大趋势是一致的。

图 10.3

分省流动儿童人数，2015年



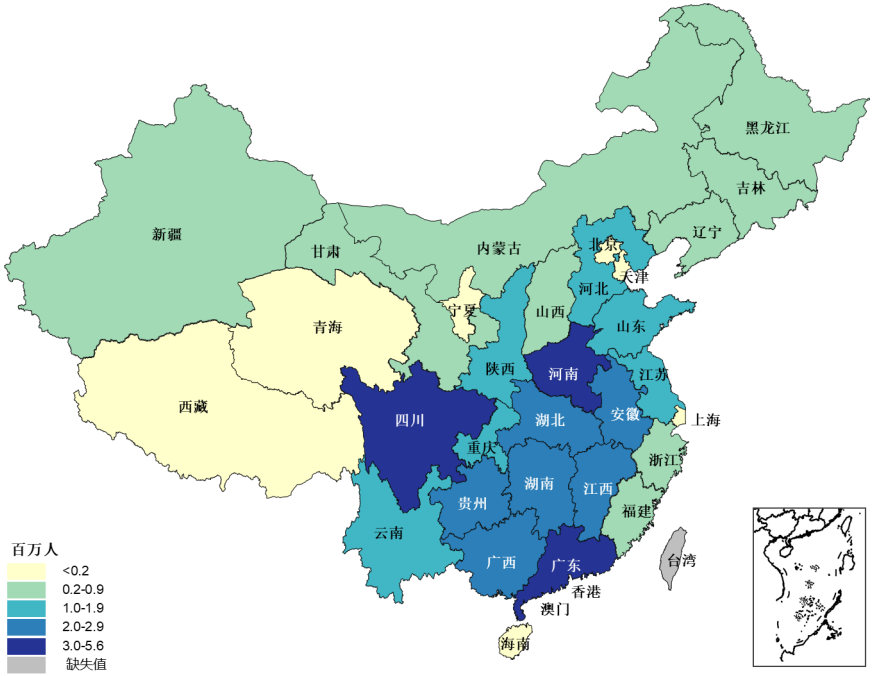
资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.3

2015年，全国有9个省份每省流动儿童规模在150万人以上，九省合计1932万人，占全国流动儿童的56.3%。从儿童流动距离来看，71.2%是省内流动。

图 10.4

分省农村留守儿童人数，2015年



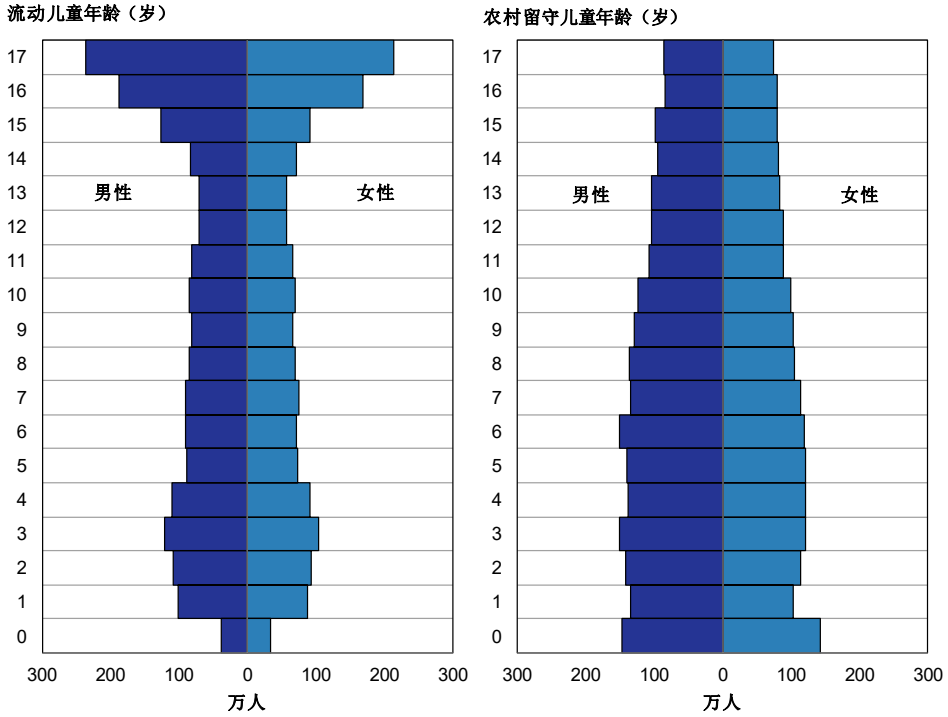
资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.4

2015年，全国有9个省份每省农村留守儿童超过200万人，九省合计2672万人，占全国农村留守儿童的66%。在某些省份，农村留守儿童的比重很高，超过当地农村儿童人口的40%，比如重庆、四川和湖北。

图 10.5

流动儿童和农村留守儿童年龄分布，2015年



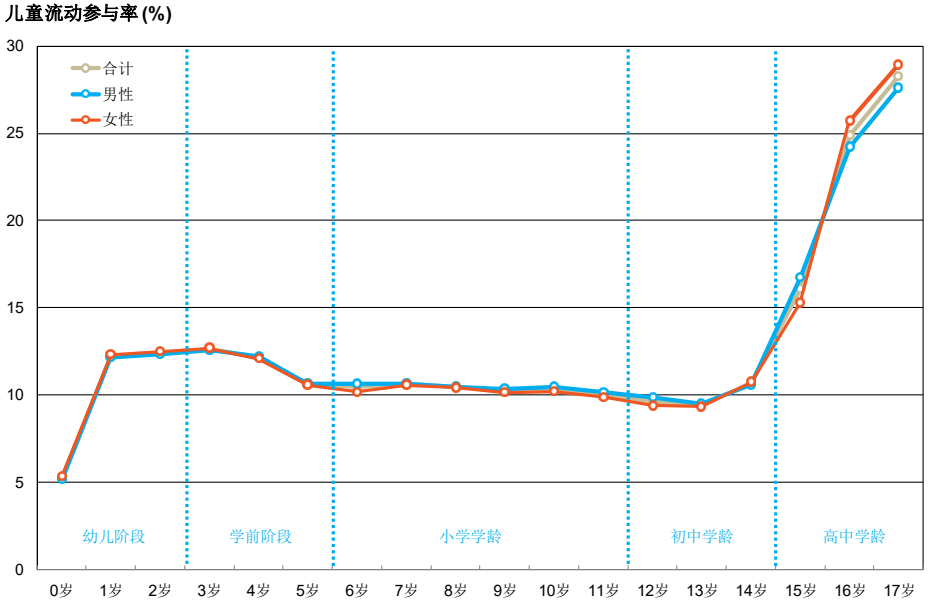
资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.5

2015年，全国流动儿童年龄分布呈现出明显的“两头多中间少”的形态；农村留守儿童则表现出低龄化，学前和小学学龄约占四分之三。

图 10.6

儿童流动参与率，分性别和年龄，2015年



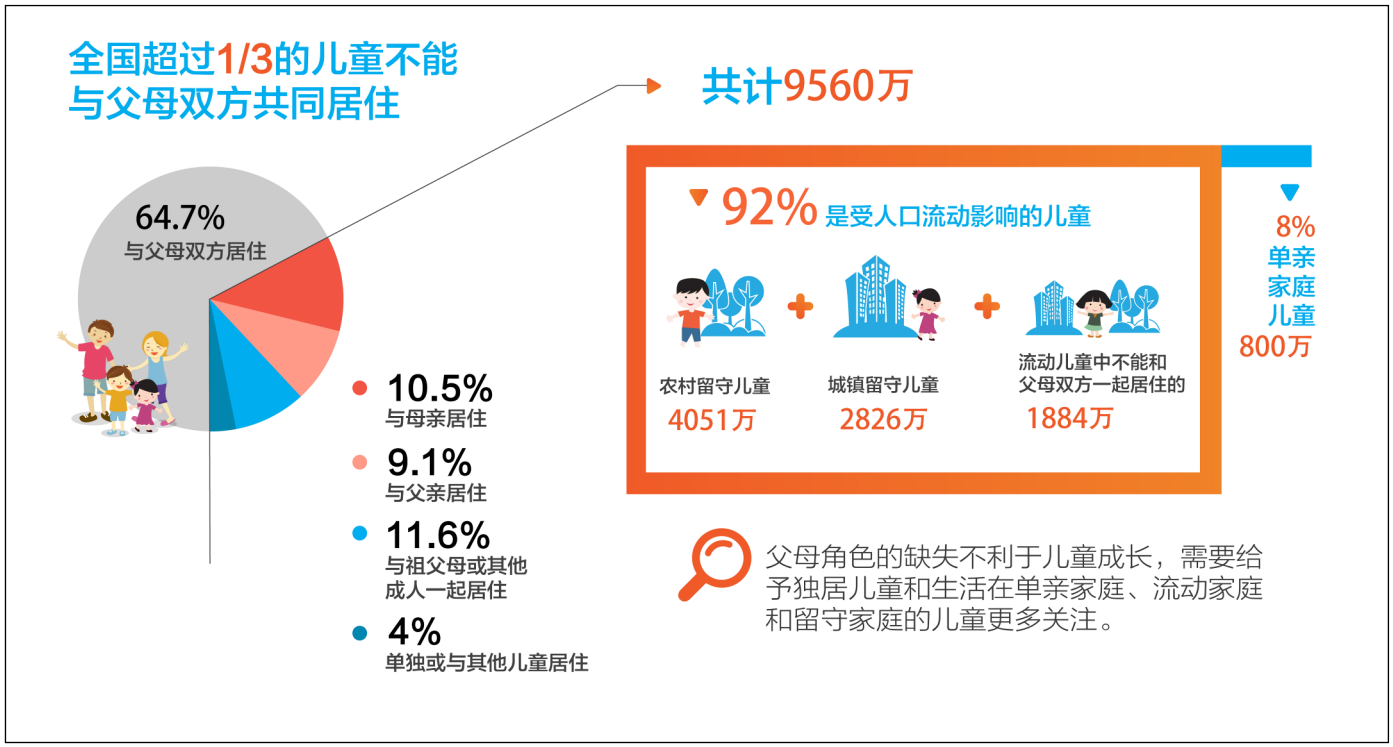
资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.6

儿童流动参与率具有较明显的年龄别特征。学龄前儿童流动参与率较高，意味着流动儿童对托幼服务的需求旺盛。进入学龄阶段以后，儿童流动参与率出现了下降，而且初中学龄阶段低于小学，说明就学和高考的障碍一定程度上抑制了儿童的流动参与。15-17岁儿童流动参与率明显更高，说明完成义务教育以后的农村儿童如果没有继续读高中或者高中阶段辍学后，很快就会外出流动，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。分性别看，2015年各个年龄段女孩的流动参与率都与男孩接近，有了平等的机会跟随父母一起流动，获得更好的照料并从城市教育资源中受益。

图 10.7

儿童家庭抚养情况，2015年



资料来源：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，
“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”，2017年

图 10.7

2015年，中国超过三分之一的儿童因为种种原因没能和父母双方一起居住，推算儿童人数为9560万。不能与父母双方一起居住的主要是受人口流动影响的儿童，包括农村留守儿童4051万人、城镇留守儿童2826万人，以及流动儿童中不能和父母双方一起居住的1884万人，合计共占90%以上。此外，全国超过四分之一的0-2岁幼儿由母亲以外的其他人照料，父母特别是母亲照料的缺失，是造成幼儿认知滞后的关键因素之一，不利于儿童早期发展。

受人口流动影响的儿童

数据来源与参考文献

[1] 国务院，《国家新型城镇化规划（2014-2020年）》（2014年3月16日），http://www.gov.cn/zhengce/2014-03/16/content_2640075.htm，2018年8月查阅

[2] 本章关于流动儿童和留守儿童的估计数均来自于中国人民大学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年和2015年全国1%人口抽样调查开展的数据分析。最近的2015年数据分析主要结果载于：国家统计局、联合国儿童基金会、联合国人口基金，“2015年中国儿童人口状况：事实与数据”（http://www.unicef.cn/cn/index.php?m=content&c=index&a=show&catid=226&id=4242），2017年；吕利丹等，“新世纪以来我过儿童人口变动基本事实和发展挑战”，《人口研究》，2018年5月，第42卷，第3期，第65-78页

[3] **流动儿童**：是指流动人口中的0-17周岁儿童。流动人口是指居住地与户口登记地所在的乡镇街道不一致且离开户口登记地半年以上的人口中，扣除市辖区内人户分离者。

[4] **留守儿童**：是指父母双方或一方流动，留在原籍不能与父母双方共同生活在一起的0-17岁儿童。其中，农村留守儿童是指留守儿童中户籍所在地为农村的儿童，城镇留守儿童是指留守儿童中户籍所在地为城镇的儿童。

[5] 2016年2月国务院出台了《关于加强农村留守儿童关爱保护工作的意见》，随后，民政部在全国范围内开展了农村留守儿童摸底排查工作。此次摸底排查公布数据显示全国农村留守儿童数量为902万人。值得注意的是，摸底排查中使用的留守儿童口径为“父母双方外出务工或一方外出务工另一方无监护能力、不满十六周岁”，不同于本图集中所使用的留守儿童的统计口径，即“父母至少有一方外出务工、不满十八周岁”。

11

残疾儿童

概述

全球估计

根据世界卫生组织2011年发布的《世界残疾报告》，全球残疾人数量随着人口增长和老龄化的发展，处于持续增加的状态。残疾的形成与健康、经济和环境因素有关，道路交通伤害、自然灾害、暴力冲突等也会导致残疾的发生。据推算，全球约有15%的人口带有残疾；0-14岁儿童中，估计5.1%的儿童（约9300万人）带有残疾，0.7%的儿童（约1300万人）有严重残疾[1]。中国使用相对狭义的残疾分类标准，所以残疾发生率与全球估计值相比较低。

《残疾人权利公约》

2006年，联合国通过《残疾人权利公约》，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。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。

为使中国关于残疾人的国家立法与国际标准相一致，通过立法改革来促进残疾人的权利和福祉，2006年，中国政府开始同步修订于1990年制定的《中华人民共和国残疾人保障法》。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。

残疾人口统计

有关残疾人状况的数据和研究为政策制定提供了证据支持。中国分别于1987年和2006年开展了两次全国残疾人抽样调查。2006年调查[2]在中国大陆31个省、自治区和直辖市开展，共抽样调查了77.2万户、253万人，其中包括近62万0-17岁儿童。调查发现，2006年全国各类残疾人总数为8296万人，占全国总人口的6.3%[3]。全部残疾人中6.1%是儿童，也就是说，大约有500万儿童存在着某种残疾，占全国儿童总数的1.6%。这次调查提供了有全国代表性的、反映残疾儿童总体情况的数据。

为了在2006年全国残疾人抽样调查后进一步监测残疾人状况，中国残疾人联合会（中国残联）从2007年开始至2014年，连续八年开展全国残疾人状况监测工作，并定期发布《残疾人状况及小康进程监测报告》。

从2008年开始，中国残联结合第二代《中华人民共和国残疾人证》核发工作进行持证残疾人的人口基础信息收集与管理，并通过与公安部“全国公民身份信息服务系统”进行身份认证，建立全国残疾人口基础数据库[4]。截至2017年，人口库中已经累积了3400多万持证残疾人的基础数据，其中包括0-17岁持证残疾儿童122万人。拥有残疾人证有助于残疾儿童更好地获得有针对性的社会服务和政府帮扶。

2015年初，国务院残疾人工作委员会以人口基础数据库中的持证残疾人为主要对象，组织开展了全国残疾人基本服务状况和需求专项调查[5]，并在随后年份进行年度动态更新，为深入研究包括残疾儿童在内的残疾人状况提供了丰富的数据资源。

残疾儿童社会保障

经过几十年的努力，中国的残疾人社会保障体系日益规范并逐步完善，基本形成了包括社会保险、社会救助、社会福利、托养服务和特别扶助五个方面较为完善的体系，为残疾人积极融入社会生活提供了良好的保障。2015年发布的《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》中提及全面建立两项补贴制度，这是中国第一次在国家层面建立残疾人专项福利制度，并与最低生活保障等制度进行了有效衔接，填补了残疾人福利制度的空白[6]。

残疾儿童作为残疾人社会保障体系中一个重要的被服务群体，以多种形式享受社会救助[7]和福利补贴[8]。相关调查显示，残疾儿童在得到社会救助和福利补贴方面几乎没有性别差异，残疾程度越严重的儿童享受最低生活保障和两项补贴的比重越高，农村残疾儿童享有医疗救助、教育救助和福利补贴的比重均低于城镇残疾儿童。

残疾儿童康复

20世纪80年代，康复理念引入中国，成为中国残疾人康复事业发展的开端。康复是残疾儿童提高或重获技能、能力和知识的重要途径，有助于他们“实现和保持最大程度的自立，充分发挥和维持体能、智能、社会和职业能力，充分融入和参与生活的各个方面”（《残疾人权利公约》第26条）。近年来，中国政府尤其关注残疾儿童的康复救助：《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》将“提高0-6岁残疾儿童抢救性康复率”列为一项主要目标，《“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》、《国家残

疾预防行动计划（2016-2020年）》以及《残疾预防和残疾人康复条例》中均强调了需加强康复服务。

尽管与2006年抽样调查时相比，残疾儿童接受康复服务的情况有所改善，但需求远远没能得到满足。2015年专项调查结果显示，2600万持证残疾人和残疾儿童中有康复需求的比重为59.6%，得到康复服务的不足20%[9]。根据最新发布的《国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见》，残疾儿童康复救助制度自2018年10月1日起全面实施，将现有社会保障制度覆盖不到的服务内容作为主要救助内容，并强调与基本医疗保障、临时救助等制度进行有效衔接，以期到2025年，实现0-6岁残疾儿童普遍享有基本康复服务的目标[10]。

残疾儿童教育

教育是残疾人实现平等参与、融合发展的根本。《义务教育法》规定，适龄残疾儿童有接受义务教育的权利，应针对残疾儿童的特性提供不同形式的教育，包括在普通学校随班就读、在普通学校附设特教班就读、在特殊教育学校就读。中国政府承诺“十三五”期间，进一步健全残疾人教育体系，巩固特殊教育发展基础，大力推行融合教育，并明确提出到2020年，适龄听力、视力、智力残疾儿童少年接受义务教育比重达到95%[11]。2017年新修订的《残疾人教育条例》中进一步针对义务教育以外的阶段提出“国家鼓励有条件的地方优先为经济困难的残疾学生提供免费的学前教育和高中教育，逐步实施残疾学生高中阶段免费教育”[12]。

近年来，残疾人教育事业加快发展，2017年，视力、听力和智力三类残疾儿童少年义务教育入学率超过90%，残疾学生随班就读的比重超过50%[13]。目前，在全国儿童义务教育已全面普及、高中教育基本普及的情况下，残疾儿童义务教育参与水平仍有提升空间，普及残疾儿童高中教育任重道远。

挑战

- 尽管现有的残疾统计数据为了解残疾人现状与需求、支持残疾人事业发展决策起到了重要作用，但缺乏全面、准确、连贯的残疾人信息以保障符合条件且有需求的残疾人都享受到相应的优惠政策和福利保障服务[14]。
- 中国有一部分残疾儿童特别是0岁儿童未参加任何形式的医疗保险，有限的救助和补贴金额相对于残疾儿童就医过程中的巨大开销，仍是杯水车薪。需进一步加大针对农村残疾儿童和低龄残疾儿童的社会救助力度，包括提高医疗救助以及困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴的标准等。
- 对残疾儿童开展康复工作不仅能够减轻残疾程度、预防并发症和继发残疾的发生，还能最大程度地补偿其生理和心理上的损伤，促进残疾儿童充分融入和参与生活的各个方面。但目前中国仍有一部分残疾儿童的康复需求未得到满足。应不断健全完善残疾儿童康复救助制度体系，形成早预防、早筛查、早转介、早治疗、早康复的工作机制，确保残疾儿童普遍和及时享有基本康复服务并提高服务水平，有效保障他们健康成长、全面发展的权益。与此同时，也需根据《残疾人权利公约》，探索发展残疾的“社会模式”[15]。
- 残疾儿童义务教育参与水平仍存在提升空间，应针对残疾儿童的不同残疾类别和等级，根据其身心特点和特殊需求，提供合适的受教育形式。作为首要目标，政府应加强普通学校无障碍环境建设，尽可能保证残疾儿童就读于普通学校，继续提升残疾儿童随班就读的比重，积极推进融合教育。同时也应根据儿童残疾的性质和程度提供其他的教育形式。对一些残疾儿童来说，特殊教育学校可能是更合适的选择；拓展送教上门和远程教育等方式则有助于一些重度残疾儿童享有受教育的权利。
- 社会中依然对残疾人存在一定程度的偏见和歧视。在基础设施不健全、获得服务和帮扶的机会不足或根本不存在的情况下，由家庭来照顾残疾儿童难免力不从心，可能导致残疾儿童被遗弃或送至儿童福利院。在制定相关法律、政策和规划时，应该对残疾儿童的权利和需求予以优先考虑，优化救助、医疗、康复、教育等各方面资源配置，倡导社会尊重残疾儿童的生存权、受保护权、发展权和参与权，消除残疾儿童所面临的物质、态度、沟通和社会障碍，防止残疾儿童被“边缘化”。

图 11.1
残疾儿童占所有儿童的比重，2006年

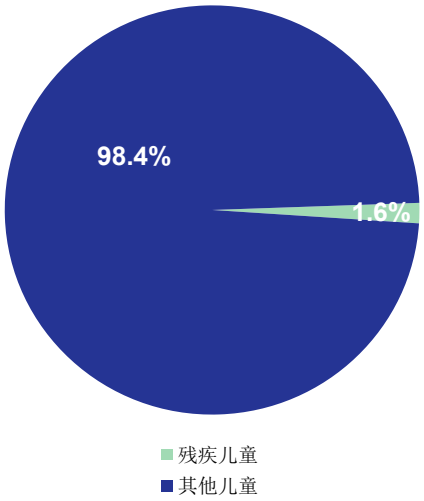
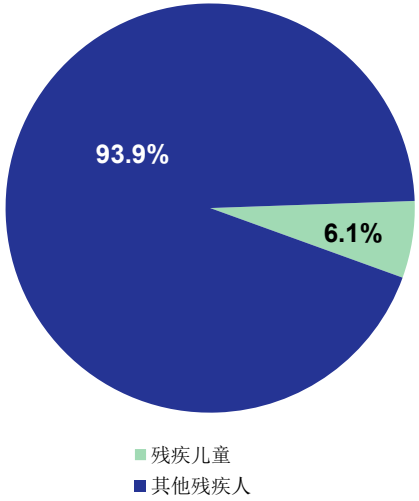
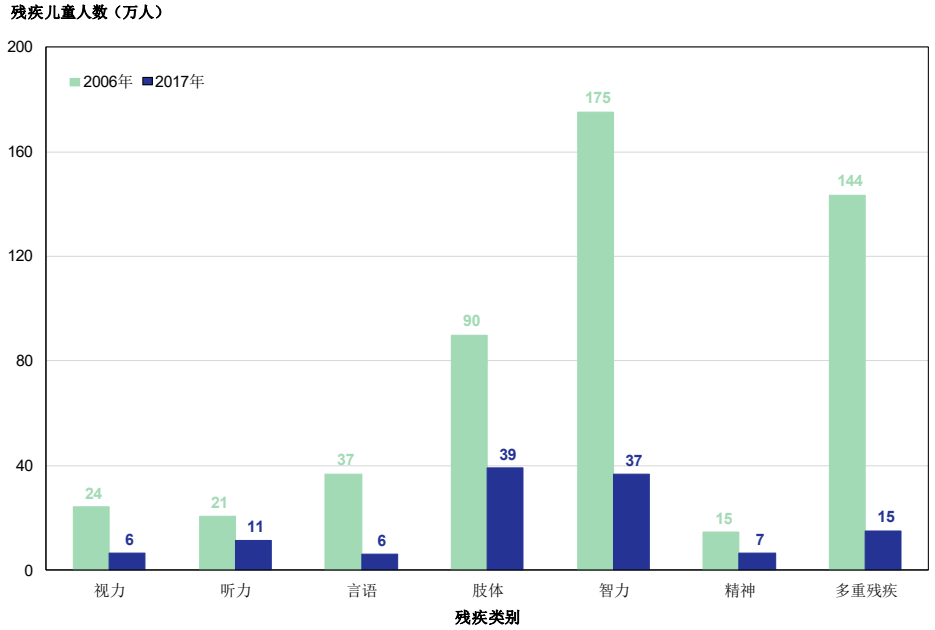


图 11.2
残疾儿童占所有残疾人的比重，2006年



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 11.3
各类残疾儿童人数，2017年持证残疾儿童和2006年全部残疾儿童对比



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；
中国残疾人联合会统计资料，2017年

图 11.1 和 图 11.2

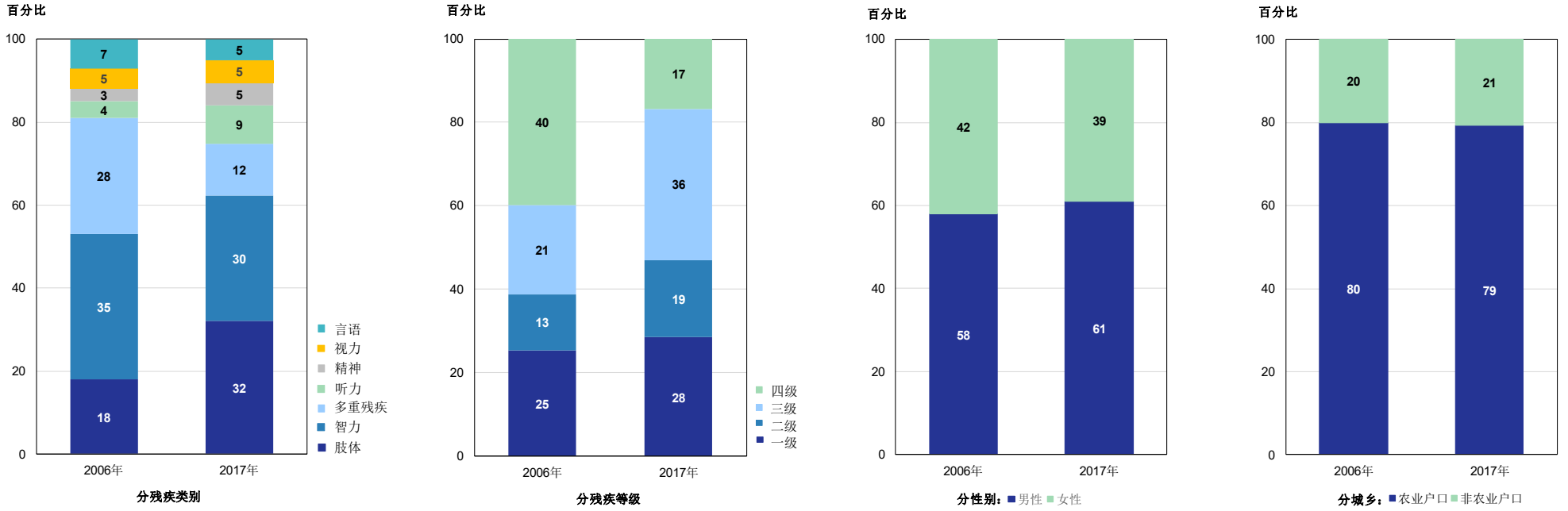
根据2006年第二次全国残疾人抽样调查数据推算，中国有504万残疾儿童，占全国儿童总数的1.6%，占全国残疾人总数的6.1%。尽管近十年来中国总人口增长的同时儿童人口规模在不断减少，同时政府积极采取包括预防出生缺陷、儿童伤害预防等措施降低残疾发生率，但考虑到诱发残疾的危险因素有所增加，因此估计目前中国残疾儿童人口规模与2006年抽样调查时接近，约为500万人。

图 11.3

2006年第二次全国残疾人抽样调查具有全国代表性，能够反映中国残疾人的总体情况。该调查发布了2006年按七种残疾类别[16]分组的0-17岁残疾儿童人口的推算数，合计504万人，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。2017年全国残疾人人口基础库中登记的持证残疾儿童合计122万人，涵盖残疾儿童总数的近四分之一。

图 11.4

残疾儿童人口构成，分残疾类别、残疾等级、性别和城乡，2017年持证残疾儿童和2006年全部残疾儿童对比



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；中国残疾人联合会统计资料，2017年

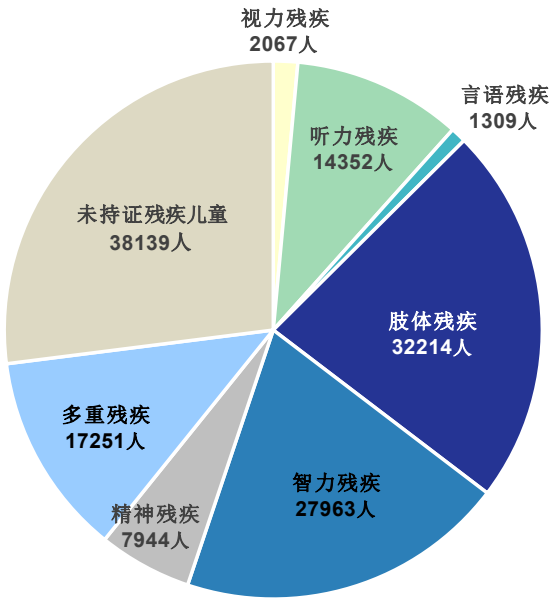
图 11.4

与2006年残疾儿童人口总体构成相比，全国残疾人人口基础库中登记的持证残疾儿童中，肢体、听力和视力残疾比重更高，更多为重度残疾（残疾一级和残疾二级）[a]，更多地偏向男童。这种有一定选择性偏差的构成与不同残疾儿童所在家庭的经济能力和监护人的维权意识、残疾儿童对帮扶服务的需求以及持有残疾人证是否能够获得所需的帮扶是相联系的。呼吁和促进符合条件的残疾儿童申领残疾人证，也能一定程度上使他们更好地得到政府帮助。

[a] 各类残疾按残疾程度分为四级，残疾一级、残疾二级、残疾三级和残疾四级。残疾一级为极重度，残疾二级为重度，残疾三级为中度，残疾四级为轻度。

图 11.5

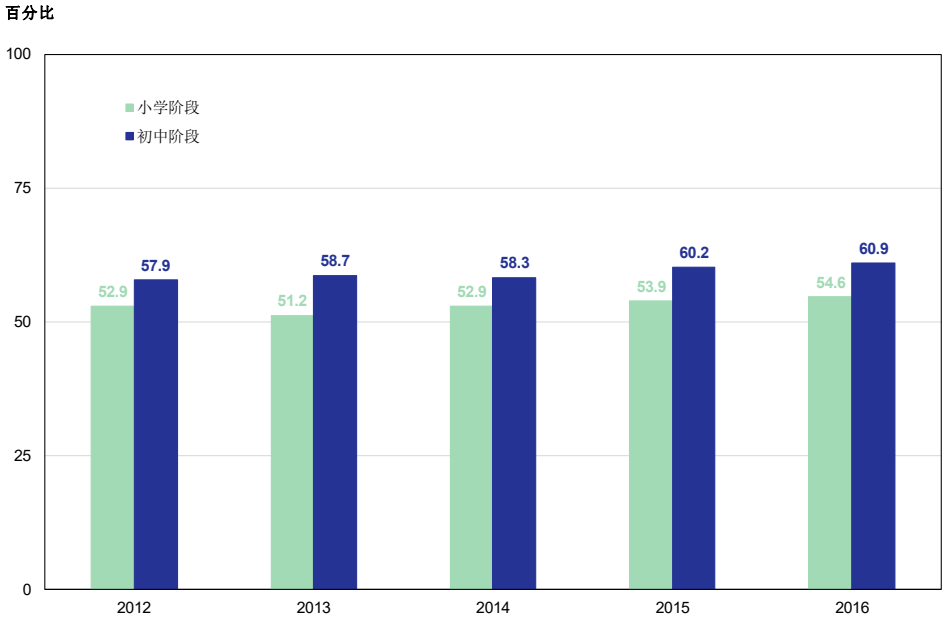
0-6岁残疾儿童接受基本康复服务的人数，分残疾类别，2017年



资料来源：国家统计局，《中国妇女儿童状况统计资料》，2018年

图 11.6

义务教育阶段随班就读和附设特教班在校生占特殊教育在校生总数的比重，2012–2016年



资料来源：教育部，《全国教育事业发展简明统计分析》，2013-2017年

图 11.5

2017年，超过14万0-6岁各类残疾儿童得到了基本康复服务[17]，其中27%是未持证儿童。残疾儿童年龄越小，康复训练效果也会越好，在生活能力方面更有可能接近无残疾儿童。但目前还有一部分残疾儿童的康复需求未得到满足，康复服务供不应求。

图 11.6

2016年，小学阶段特殊教育在校生总数35.8万人，其中，54.6%在普通学校随班就读或就读于附设特教班；初中阶段特殊教育在校生总数12.3万人，其中60.9%随班就读或就读于附设特教班。随班就读是推进融合教育、提高残疾儿童教育水平的优先方式。

残疾儿童

数据来源与参考文献

[1] 世界卫生组织，《世界残疾报告》（2011年），http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/，2018年8月查阅

[2] 2006年第二次全国残疾人抽样调查使用了“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。

[3] 中国残疾人联合会，“2006年第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报（第一号）”（2008年4月7日），http://www.cdpf.org.cn/sjzx/cjrgk/200804/t20080407_387580.shtml，2018年8月查阅

[4] 张钧，“全国残疾人人口基础数据库数据分析”，《残疾人研究》，2013年第3期

[5] 调查内容包括各类残疾人在生活救助、社会保障、康复服务、辅具服务、接受教育、就业帮扶、托养照料、扶贫开发、住房保障、无障碍改造、权益维护等方面的现有服务状况、托底服务需求等。

[6] 凌亢等，《中国残疾人事业发展报告2006-2015》，2018年，第70页

[7] 主要包括最低生活保障，以及教育、自然灾害等其他专项补助。

[8] 主要包括困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴，以及部分地区实施的残疾人津贴、交通补贴、通讯补贴等其他福利补贴。

[9] 中国残疾人联合会，“张海迪：康复是残疾人小康最迫切需求”（2016年3月8日），http://www.cdpf.org.cn/yw/201603/t20160309_543404.shtml，2018年8月查阅

[10] 国务院，“国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见”（2018年7月10日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-07/10/content_5305296.htm，2018年9月查阅

[11] 国务院，《“十三五”加快残疾人小康进程规划纲要》（2016年8月3日），http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-08/17/content_5100132.htm，2018年8月查阅

[12] 中国残疾人联合会，《残疾人教育条例》（2017年2月1日），http://www.cdpf.org.cn/ywzz/jyjyb/jy_254/gzdt_255/201703/t20170308_584228.shtml，2018年8月查阅

[13] 中国残疾人联合会，“中国新闻网 中国残疾人城乡居民养老保险参保率超过80%”（2018年9月14日），http://www.cdpf.org.cn/ywzz/xcwh_263/gzdt_264/201809/t20180914_637045.shtml，2018年9月查阅

[14] 程昭雯等，“中国残疾统计的进展、问题与挑战”，《残疾人研究》，2016年，第4期，第75-79页

[15] 残疾的“社会模式”是相对于“医学模式”而言的。社会模式认为“残疾”是有损伤的人与存在各种障碍（包括物质、态度、沟通和社会障碍）的环境相互作用所产生的结果。因此，它意味着物质、态度、沟通和社会环境必须有所改变，使有损伤的人能够与其他人一样，平等地参与社会。残疾的社会模式已逐渐发展为国际上公认的看待和解决“残疾”问题的方法。《残疾人权利公约》正式标志着对残疾人的态度和解决残疾问题的模式转换。（澳大利亚残疾人联合会，https://pwd.org.au/resources/social-model-of-disability/，2018年9月查阅）

[16] **视力残疾：**各种原因导致双眼视力低下并且不能矫正或双眼视野缩小，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。

听力残疾：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，以致影响其日常生活和社会参与。

言语残疾：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病程超过两年，而不能或难以进行正常的言语交流活动，以致影响其日常生活和社会参与。包括：失语、运动性构音障碍、器质性构音障碍、发声障碍、儿童言语发育迟滞、听力障碍所致的言语障碍、口吃等。3岁以下不定残。

肢体残疾：人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹（瘫痪）、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限。肢体残疾主要包括：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；脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；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：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，需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。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智力损害或智力明显衰退。

精神残疾：各类精神障碍持续一年以上未痊愈，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：同时存在视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾中的两种或两种以上残疾。

（中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局、中国国家标准化管理委员会，《残疾人残疾分类和分级》国家标准GB/T 26341-2010，http://www.cdpf.org.cn/ywzz/jyjyb/jy_254/jyzcfg/201703/P020170314345928864808.pdf ，2011年）

[17] 中国残疾人联合会，“2017年中国残疾人事业发展统计公报”（2018年4月26日），http://www.cdpf.org.cn/zcwj/zxwj/201804/t20180426_625574.shtml，2018年8月查阅

附件1：可持续发展目标（SDGs）介绍

SDG目标和具体目标

可持续发展目标（SDGs）是联合国发起的一项倡议。2015年9月25日联合国大会上，成员国正式通过了题为《变革我们的世界：2030年可持续发展议程》的决议[1]。可持续发展议程包括17个目标[2]和169个具体目标，涵盖2016-2030年共15年时间。基于千年发展目标（MDG）所取得的成就，可持续发展目标将继续指引全球发展工作。

可持续发展目标提出了我们所面临的与贫困、不平等、气候变化、环境退化、繁荣、和平、正义有关的全球挑战。这些目标相互关联并相辅相成，旨在不让任何一个人掉队：

目标一：在世界各地消除一切形式的贫困
目标二：消除饥饿、实现粮食安全、改善营养和促进可持续农业
目标三：确保健康的生活方式、促进各年龄段人群的福祉
目标四：确保全纳、公平、有质量的教育和全民终身学习
目标五：实现性别平等，为所有妇女、女童赋权
目标六：确保所有人享有水和环境卫生，实现水和环境卫生的可持续管理
目标七：确保人人获得可负担、可靠和可持续的现代能源
目标八：促进持久、包容、可持续的经济增长，实现充分和生产性就业，确保人人有体面工作
目标九：建设有风险抵御能力的基础设施、促进包容的可持续工业，并推动创新
目标十：减少国家内部和国家之间的不平等
目标十一：建设包容、安全、有风险抵御能力和可持续的城市及人类住区
目标十二：确保可持续消费和生产模式
目标十三：采取紧急行动应对气候变化及其影响
目标十四：保护和可持续利用海洋及海洋资源以促进可持续发展
目标十五：保护、恢复和促进可持续利用陆地生态系统、可持续森林管理、防治荒漠化、制止和扭转土地退化现象、遏制生物多样性的丧失
目标十六：促进有利于可持续发展的和平和包容社会、为所有人提供诉诸司法的机会，在各层级建立有效、负责和包容的机构
目标十七：加强执行手段、重振可持续发展全球伙伴关系

可持续发展目标的独特之处在于呼吁所有国家共同采取行动，促进繁荣、和平和伙伴关系，并保护地球。可持续发展目标认识到，在致力于消除贫困的同时，需采取相关战略，促进经济增长，满足教育、卫生、社会保障和就业机会等社会需求，并应对气候变化和保护环境[3]。

SDG指标

2030年可持续发展议程的实施需要配备有效的跟进和评价机制，这就需要制定一套合适的指标框架并收集相关统计数据，以监测目标进展情况、支持相关决策，并确保所有利益攸关方履行职责[4]。全球指标框架由可持续发展目标各项指标机构间专家组（IAEG-SDGs）制定，于2017年7月6日由联合国大会通过，并载录于“统计委员会涉及《2030年可持续发展议程》的工作的决议（A/RES/71/313）”[5]中。IAEG-SDGs每年还将对指标框架进行完善，目前最新的是2018年3月统计委员会第四十九届会议通过的修订版本（E/CN.3/2018/2）[6]，其中包括232个指标。

IAEG-SDGs对SDG指标进行了层级划分[7]，以推动全球指标框架的使用。目前，全球层面的SDG报告工作主要针对第一级指标和部分第二级指标，同时正在对第三级指标开展方法研究。

解决不平等问题并致力逐步缩小差距、实现公平，是可持续发展目标关注的一个重点。这意味着SDG指标“应按收入、性别、年龄、种族、民族、流动情况、残疾情况、地理位置和其他特征酌情进行分组”[8]。

国家自主性和由国家主导目标实现进程是可持续发展目标监测所遵循的关键原则。因此，可以使用国家层面的指标对全球指标进行补充；国家指标的选择将基于国家重点优先事项，并尽量与全球指标保持一致。要将可持续发展目标纳入国家各项发展规划与框架中，并基于现有平台和流程将其纳入国家监测体系。

监测儿童相关的SDG目标进展

要实现可持续发展目标，必须着眼于所有人的生命开端，即在童年时期进行投入。而监测儿童发展状况对具体的投入决策非常关键。儿童的处境，包括他们的健康和营养、福利和教育以及成长环境，将直接预示着人类的未来状况。因此，使用相关指标对儿童福祉进行系统监测不仅有助于我们了解当前的儿童状况，而且还能提供一扇看到人类未来的窗户[9]。

联合国儿童基金会在可持续发展目标中确定了44个直接与儿童相关的指标，涉及儿童权利的五个方面，即生存发展、学习、保护、环境与公平机会。基于这44个指标，联合国儿童基金会开展了一项全球评估，结果表明，多数国家缺乏足够的数据用以监测SDG各项具体目标的进展状况[10]。

中国落实可持续发展目标的情况

中国致力于落实2030年可持续发展议程，并通过更加高效、公平和可持续的方式推动国家发展。政府于2016年9月发布了《中国落实2030年可持续发展议程国别方案》[11]，为可持续发展目标的落实制定了蓝图，并将可持续发展议程与“十三五”规划等国家中长期发展规划进行接轨。

此外，中国还建立了由43家政府部门组成的落实可持续发展议程部际协调机制，在各部门间形成落实合力。同时，为调动国内资源、提升公众意识，在全国范围内广泛宣传2030年可持续发展议程。2017年8月21日，由外交部委托并协调、新成立的中国国际知识发展中心参与编写的《中国落实2030年可持续发展议程进展报告》[12]正式发布。

可持续发展目标的监测涵盖领域极为广泛、且对数据细化分组提出了更高的要求。尽管中国数据资源丰富，国家统计局和各部委通过不同的调查和信息系统收集了大量数据，但就可持续发展目标的监测而言，中国与许多国家一样仍存在重大数据缺口。粗略来看，如果不考虑对数据细分的要求，也仅有30%左右的SDG指标能够获得相关官方数据。

本图集尝试将有关内容与合适的SDG具体目标和指标相联系，便于反映可持续发展目标在中国的实施进展，以及实现目标需要应对的挑战。

数据来源与参考文献

[1] http://undocs.org/zh/A/RES/70/1，2018年10月查阅

[2] https://www.un.org/sustainabledevelopment/zh/sustainable-development-goals/，2018年10月查阅

[3] https://www.un.org/sustainabledevelopment/zh/development-agenda/，2018年10月查阅

[4] https://unstats.un.org/sdgs/，2018年10月查阅

[5] http://undocs.org/zh/A/RES/71/313，2018年10月查阅

[6] https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement_Chi.pdf，2018年10月查阅

[7] 指标层级划分标准：第一级：指标概念明确，采用国际公认的方法和已有标准，各国定期发布的数据涵盖至少50%的国家和每个指标相关区域50%的人口；第二级：指标概念明确，采用国际公认的方法和已有标准，但国家不定期发布数据；第三级：指标尚无国际公认方法或尚无已有标准，但正在或将要制定或测试方法/标准。

（https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/，2018年10月查阅）

[8] 联合国，“《2030年可持续发展议程》各项可持续发展目标和具体目标全球指标框架”，https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement_Chi.pdf，2018年10月查阅

[9] 联合国儿童基金会，“2015年后，一个适合儿童成长的世界 - 议题摘要：可持续发展目标的监测、跟进和评价”，http://www.unicef.cn/cn/uploadfile/2015/0910/20150910115455782.pdf，2018年10月查阅

[10] 联合国儿童基金会，“Progress for Every Child in the SDG Era”，https://data.unicef.org/resources/progress-for-every-child-2018/，2018年10月查阅

[11] 外交部，《中国落实2030可持续发展议程国别方案》，http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/13/5118514/files/4e6d1fe6be1942c5b7c116e317d5b6a9.pdf，2018年10月查阅

[12] 外交部，《中国落实2030年可持续发展议程进展报告》，https://www.fmprc.gov.cn/web/ziliao_674904/zt_674979/dnzt_674981/qtzt/2030kcxfzyc_686343/P020170824649973281209.pdf，2018年10月查阅

附件2：缩略语

BCG	卡介苗
CDCs	疾病预防控制中心
CDPF	中国残疾人联合会
CEDAW	《消除对妇女一切形式歧视公约》
China CDC	中国疾病预防控制中心
CNHS	中国居民营养与健康状况监测
CRC	《儿童权利公约》
CRPD	《残疾人权利公约》
DPT	百白破疫苗
ECD	儿童早期发展
EENC	新生儿早期基本保健措施
EPI	扩大免疫规划/计划免疫
FYP	五年规划纲要
GDP	国内生产总值
GNI	国民总收入
HIV	人类免疫缺陷病毒/艾滋病毒
IAEG-SDGs	可持续发展目标各项指标机构间专家组
IDD	碘缺乏病
IMR	婴儿死亡率
IPV	脊髓灰质炎灭活疫苗
JMP	世界卫生组织和联合国儿童基金会水、环境卫生和个人卫生联合监测方案
MCH	妇幼保健
MDGs	千年发展目标
MICS	多指标类集调查
MMR	孕产妇死亡率
MODA	多维度交叠剥夺分析
NBS	国家统计局
NHSS	国家卫生服务调查
NIP	国家免疫规划
NMR	新生儿死亡率
NPA	中国（妇女/儿童）发展纲要
NWCCW	国务院妇女儿童工作委员会办公室
OHCHR	联合国人权高级专员办事处
OPV	口服脊髓灰质炎疫苗
PMTCT	预防艾滋病母婴传播
PPP	购买力平价指数
RCMS	新型农村合作医疗制度
SDGs	可持续发展目标
SIA	强化（补充）免疫活动
SRB	出生人口性别比
TFR	总和生育率
U5MR	五岁以下儿童死亡率
UNESCO	联合国教科文组织
UNFPA	联合国人口基金
UNICEF	联合国儿童基金会
UNPD	联合国人口司
UNSD	联合国统计司
USI	全民食盐加碘
WASH	水、环境卫生和个人卫生
WHO	世界卫生组织