

千年发展目标报告 2014年



联合国



本报告以一整套优质数据为基础。这些数据由联合国秘书处经社事务部领导的千年发展目标指标跨机构和专家小组编撰，旨在回应联合国大会关于定期评估千年发展目标进展情况的希望。该小组的成员为下列国际组织的代表，他们的工作是编制一个或多个适于监测千年发展目标进展的统计指标序列。许多国家的统计专家和外部专家顾问也作出了贡献。

亚洲及太平洋经济社会委员会

西亚经济社会委员会

非洲经济委员会

欧洲经济委员会

拉丁美洲和加勒比经济委员会

联合国粮食及农业组织

国际劳工组织

国际货币基金组织

国际电信联盟

国际贸易中心

各国议会联盟

联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署

经济合作与发展组织

太平洋共同体秘书处

世界银行

联合国儿童基金会

联合国贸易和发展会议

联合国开发计划署

联合国教育、科学及文化组织

联合国促进性别平等和增强妇女权能署——妇女署

联合国环境规划署

联合国气候变化框架公约

联合国难民事务高级专员办事处

联合国人类住区规划署

联合国工业发展组织

联合国人口基金会

世界卫生组织

世界贸易组织

千年发展目标报告

2014年



联合国
纽约，2014年

我们能够
消除贫穷
2015
千年发展目标



前 言

世纪之交，全球领导人聚首联合国，通过《联合国千年宣言》为未来达成了一个宏大的愿景。千年发展目标正是一个维护人类尊严、平等和公正，以及帮助世界摆脱极端贫困的承诺。千年发展目标的8个目标和一整套有时限性的具体目标，为处理当前最为紧迫的发展挑战构建了蓝图。

本报告考量了千年发展目标方面的最新进展。报告重申千年发展目标给人们的生活带来了极大的改变。全球贫困人口减半的目标已比预定的2015年提前完成。发展中地区90%的儿童正在享受初等教育，男女童入学率的差距已减小。在与疟疾和肺结核作斗争方面也已取得巨大的成绩，各个健康指标都有所提高。在过去二十年间，儿童5岁前死亡的可能性减少了近一半。这意味着每天有约17 000名儿童得救。无法获得改善水源的人口减半的目标也已实现。

各国的政府、国际社会、民间团体和私营部门齐心协力努力，帮助拓宽了世界人民的希望 and 机会。但要加快进展，仍需做更多的事情。对于存在巨大缺口和差距的方面，我们需要付出更加大胆和专注的行动。

目前，各成员国都充分参与讨论，来制定可持续发展目标，这一目标将成为2015年后世界发展日程的核心。我们为实现千年发展目标所付出的努力是为2015年后的发展奠定坚实基础的一块关键基石。



联合国秘书长
潘基文

概 要

十四年前，千年宣言明确提出了一个大胆的愿景，为改善人们的生存条件、挽救受疾病和饥饿威胁人们的生命设定了具体的目标。迄今为止，各个目标都已取得重要的进展，其中一些具体目标已在2015年前实现。所有的利益攸关方都要加大努力，将重点放在进展过于缓慢和尚未完全实现的方面。

千年发展目标的几个具体目标已实现

- 全球极度贫困人口已减半

1990年，发展中地区几乎有一半的人口依靠每日低于1.25美元维生。截至2010年，这一比率已降至22%，极度贫困人口减少了7亿。

- 在与疟疾和肺结核的斗争中取得了显著的成绩

2000年至2012年期间，疟疾干预措施的实质性扩展挽救了约330万疟疾患者的生命。约90%（300万）的被挽救患者是居住在撒哈拉以南非洲的5岁以下儿童。自1995年以来，抗击肺结核的集中努力挽救了全球约2 200万人的生命。如果继续保持这个趋势，全球有望实现千年发展目标在疟疾和肺结核方面的具体目标。

- 对于23亿人来说，取用改善的水源已成为现实

将无法获得改善的水源的人口比例减半的具体目标已经在2010年实现，比计划提前5年。2012年，全球89%的人口获得了改善的水源，比1990年的76%有所增长。1990年至2012年期间，有超过23亿人获得了改善的饮用水源。

- 发展中地区男女童小学入学率的不均等正在消除

所有的发展中地区，在实现各个教育等级的男女童入学率平等方面都已取得实质成绩。截至2012

年，所有的发展中地区都已实现或接近实现小学教育的性别均等。

- 女性参与政治的比例继续上升

2014年1月，在46个国家中，女性在国家议会至少一个议院中有30%以上的席位。现在有更多的女性掌管一些诸如国防、外交和环境等方面的所谓“硬”的部长职责。

- 发展援助回升，贸易体系继续有利于发展中国家，其债务负担仍保持低水平

2013年，官方发展援助金额为1 348亿美元，经过两年的下降期后达到有记录以来最高。尽管如此，援助在转离最贫困国家。发展中国家向发达国家出口的80%的商品免税，关税也保持最低点。发展中国家的债务负担稳定在出口收入的3%左右。

大多数领域已取得实质进展，但要实现既定的具体目标仍需更多的努力

- 环境可持续性继续受到严重威胁，但同时也存在全球行动的成功范例

全球二氧化碳排放继续呈上升趋势，2011年比1990年的水平高出近50%。每年丧失数百万公顷的森林，许多物种濒临灭亡，可再生的水资源也变得更为稀缺。但与此同时，国际社会采取行动几乎消除了消耗臭氧层物质，也使受保护的陆地和近岸海域得到了增加。

- 饥饿人数继续下降，但要实现千年发展目标的具体目标，仍需立即做出额外的努力

营养不足人口的比例已从1990-1992年的24%减少到2011-2013年的14%。但是，在过去十年中，进展放缓。要在2015年前实现将挨饿人口比

例减半的目标，需要立即做出额外的努力，特别是在那些进展很小的国家。

- 长期营养不足的幼儿人数下降，但每四名儿童中仍有一名营养不足

2012年，所有5岁以下儿童中有四分之一发育受阻，达不到年龄应有的身高。尽管这比1990年的40%的幼儿发育受阻已有明显的下降，但仍有1.62亿幼儿还在经受长期的营养不足这一事实令人难以接受。

- 儿童死亡率已几近减半，但仍需更多的进展

全球5岁以下儿童死亡率下降了几近50%，从1990年的每1 000例活产婴儿死亡90人下降到2012年的48人。可预防疾病是5岁以下儿童死亡的主要原因，需要采取妥善的行动来解决这些问题。

- 减少孕产妇死亡率仍需更多的努力

1990年至2013年期间，全球孕产妇死亡率降低了45%，从每10万活产婴儿死亡380名孕产妇减少到210名。2013年，全球将近30万女性因怀孕和分娩死亡。孕产妇死亡大多数是可以避免的，仍需加大努力为孕妇提供护理。

- 抗逆转录病毒疗法挽救病人，一定要进一步扩大

接受抗逆转录病毒疗法的艾滋病毒感染者人数一直在大幅增加，2012年发展中国家共有950万人接受了这一治疗。自1995年以来，抗逆转录病毒疗法已挽救660万人的生命。扩大治疗范围可以挽救更多的人。此外，年轻人需要提高有关艾滋病毒方面的知识，以防止疾病的扩散。

- 自1990年以来，全球有超过四分之一的人口获得了改善的卫生条件，但仍有10亿人露天便溺

1990年至2012年期间，有近20亿人使用了改善的卫生设施。但是，在2012年，仍有25亿人没有使用改善的卫生设施，其中10亿人仍露天便溺，这些都为贫困和弱势的社区带来了巨大的风险。今

后需做出更大的努力和投入来解决卫生条件不足的问题。

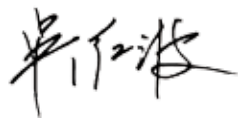
- 发展中地区90%的儿童就读小学

2000年至2012年期间，发展中地区小学入学率从83%增加到90%。大多数的成绩都是在2007年前取得的，之后进展停滞。2012年，有5 800万儿童失学。高辍学率是初等教育普及的主要障碍。约50%的小学失学适龄儿童居住在受冲突影响的地区。

千年发展目标显示进展是可能的，它为今后的行动提供了平台

千年发展目标将政府、国际社会、民间团体和私营部门聚集起来以实现发展和消除贫困的目标。通过各方一致和集中的努力，许多具体目标已完成，挽救了很多人的生命，改善了很多人的生活，但目标议程仍未完成。本报告的分析展示出，有必要加大努力实现千年发展目标的全部具体目标。

2015年后的发展议程旨在继续千年发展目标方面的工作，并结合可持续发展的社会、经济和环境维度。今后一年，朝着千年发展目标的持续进展是十分必要的，这将为2015年后的发展议程奠定坚实的基础。



联合国主管经济和社会事务副秘书长
吴红波

发展数据

可靠的和强劲的数据是制定妥善政策和干预措施的关键，它有助于实现千年发展目标，让各国政府和国际社会负起责任。千年发展目标框架帮助加强了国家和国际层面的统计系统，使其生产出高质量的数据来监测一组具体且有时限的目标的进展。尽管发展数据在最近几年取得了相当大的进展，但在许多国家用于监测发展的可靠统计数据仍不足。数据缺口、数据质量、不符合方法标准和不能提供分类更细致的数据都是监测千年发展目标的主要挑战。

监测千年发展目标驱动着发展政策的决定

▶ 千年发展目标的监测推动对发展的公众支持和资金投入

向“全球艾滋病进展报告”提交国家进展报告的成员国数量从2004年的102个增加到2012年的186个。对艾滋病毒和艾滋病的监测有助于推动鼓励全球共同做出努力，增加与艾滋病毒和艾滋病斗争的援助。为艾滋病毒项目投入的资金比十年前增加了三倍以上，2012年有约1 000万艾滋病毒携带者在接受抗逆转录病毒治疗。

▶ 可靠和及时的数据有助于实施消除贫困的针对性方法

坦桑尼亚政府建立了一个基于千年发展目标的全面的贫困监测系统，并利用这一信息来制定减贫策略。城乡差距日渐增加的证据使得政府增加了对农业的投入，以便解决农村贫困和粮食安全问题。同样，教育和卫生的发展趋势的证据促使政府完全兑现小学教育和基本医疗所要求的预算。减贫策略引入了取消小学学费这一措施，切实提高了儿童的小学入学率，从1999年的不足50%提高到2008年的几近普遍入学。

▶ 分类更细致的数据可以帮助发现局部地区和特定群体中的问题，因此有助于制定有效的干预措施

分类更细致的数据有助于对局部地区和边缘群体及弱势群体发展的准确追踪，以发现不平等之处。比如，波斯尼亚和黑塞哥维那的住户调查发现吉普赛人口中最贫困的五分之一仅有32%获得了改善的引用水源，而全部人口中最贫困的五分之一有82%获得了改善的引用水源。因此，数据更细致的分类使得人们注意到被忽视的地方，有助于监测消除不平等的进展以实现全人类彻底享有水和卫生的权利。

千年发展目标监测框架有助于提高统计能力和数据的可用性

▶ 统计能力已得到加强，因而可以提供国际可比的发展指标

在许多发展中国家，对追踪千年发展目标进展的需求给国家统计系统提供了机会，使其提高生产和发布必要信息方面的能力。国际统计界已帮助改进方法、制定纲要，并明确了工作重点和策略，以支持各国在数据收集、分析和通报千年发展目标方面的工作。包括人口卫生调查（DHS）和多指标类集调查（MICS）在内的住户调查得到了国际统计界的支持，由各国的官方负责执行，这些住户调查帮助了发展中国家生产可靠的、国际可比的千年发展目标中关于健康、教育、儿童保护和艾滋病毒和艾滋病指标的统计估算数据。

▶ 国家内部的协调得到了改进，各国国家统计局加强了协调作用

墨西哥成立了一个专门的技术委员会，负责协调将千年发展目标的各指标纳入到国家发展规划中。所有的政府部委都参与这个过程，提供基础数据，审核和更新元数据。墨西哥国家统计局和地理局负责协调工作。最终，千年发展目

标监测提高了政府各部门之间的合作，加强了国家统计局的作用，进而提高了国家级和地方政府的发展指标的报告。

► 统计标准化和信息系统得到了改进

在柬埔寨，执行千年发展目标监测有助于整个国家统计系统在核心指标方面制定共同的统计标准。他们所做的努力包括为制定指标和元数据手册建立一个数据库，以便进一步推动协定的标准，并为数据用户提供更大的透明度。

► 数据可用性和发展指标质量已得到改进

千年发展目标监测框架帮助了大多数国际监测的千年发展目标指标改进了数据的可用性。对千年发展目标指标的22个指标分析显示，在至少16个指标上具有两个或更多的数据点的发展中国家数从2003年的4个增加到2013年的129个。例如，在分娩时得到专业护理的人数指标上具有至少一个数据点的发展中地区国家，从1990-1994年只仅接近一半增加到2005-2009年的90%。

数据的缺少妨碍了有效的政策制定

► 发展方面基础数据缺失

很多国家缺失诸如出生和死亡人数、工作数量和质量以及农业生产数据等发展方面的重要数据。撒哈拉以南非洲的大多数国家和许多其他的发展中国家仍缺少完整的户籍系统，这一系统是通报出生和死亡的基础。全球约有2.3亿5岁以下儿童没有登记注册，即大约每三名5岁以下儿童就有一人没有登记注册。出生时没有登记注册的儿童或缺少身份记录的儿童常常无法享受教育、医疗和社会保障。

► 千年发展目标监测的数据缺口仍存在

贫困监测数据的可用性、频率和质量仍很低，特别是在小的国家和处于不稳定状况的地区。制度、政治和资金障碍继续影响数据收集、分

析和公众的信息获取。这些国家急需为贫困监测改进住户调查项目。

2000年至2012年期间，在103个有疟疾传染现行病例的国家中，有许多国家改进了疟疾的通报。尽管如此，在占病情发生数85%的41个国家中，国家卫生信息系统生产的数据仍是不完整的或不一致的，这使得很难评估疟疾随时间的发生趋势。疾病负担越大的国家，监测系统越脆弱，病情发现率也越高。2012年，常规的保健信息系统只发现了全球14%的疟疾病情。

► 现有数据未得到充分利用

用于制定指标的数据来源还没有得到充分的利用。比如，人口普查和包括多指标类集调查（MICS）和人口卫生调查（DHS）在内的住户调查所提供的大量的信息仍未得到充分利用。在完全分析和有效利用这些数据来源方面的努力有限，特别是针对按财富、性别、特定人群和居住地分类的数据来源，这些数据来源将有助于解决社会中持续的不平等问题。

需要为可持续发展提供可持续的数据

千年发展目标2015年的最终期限临近，国际社会已开始制定新的发展框架。2015年后发展议程高级别知名人士小组报告呼吁进行一次“数据革命”，这反映出了为降低贫困和实现可持续发展，对更好、更快、更可得和更细化数据的需求日益提高。

新的数据需求需要国家主导和政府承诺在国际社会的支持下，增加统计系统的资源，构建统计能力。还需要将新的信息技术和现有的数据基础设施结合，来提供改进的发展数据。在利用技术向前推进的潜力同时，一定要不断加强现有的数据基础设施，包括出生和死亡登记、卫生和教育信息系统，以及调查系统。此外，推进数据的公开获取和有效利用也至关重要。

千年发展目标的监测经验表明，数据在推进新的发展议程方面将发挥中心的作用。我们需要可持续的数据来支持可持续发展。

目标 1

消除极端贫穷与饥饿

快 览

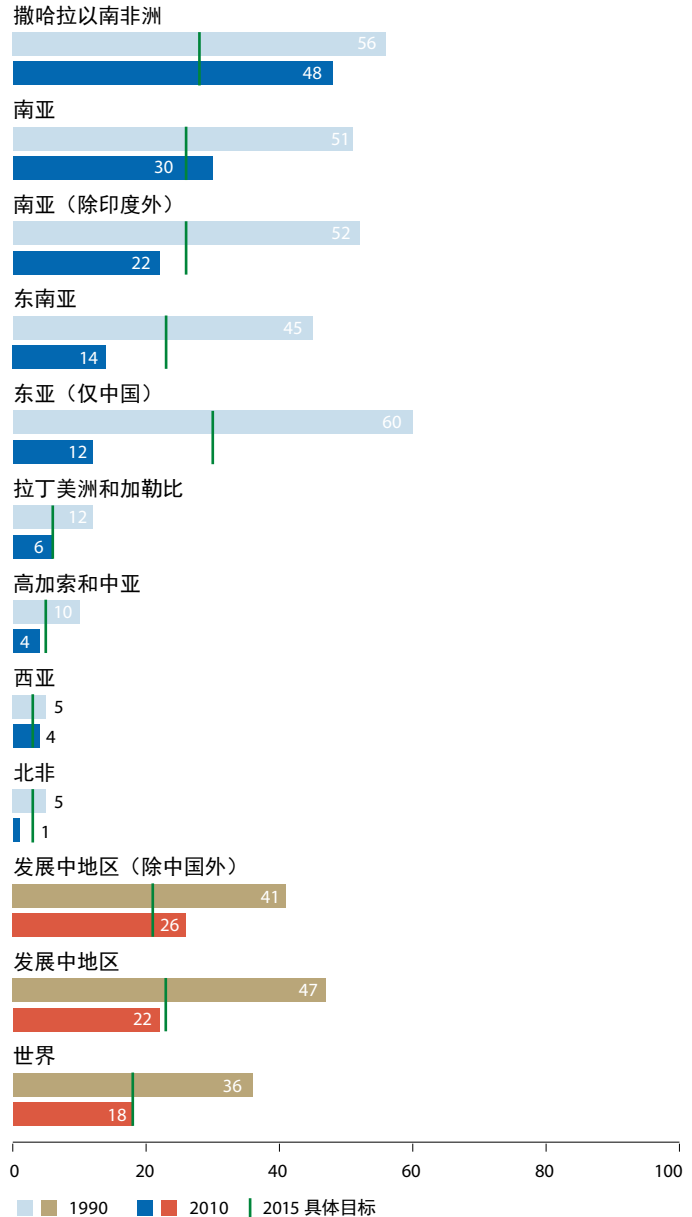
- ▶ 在发展中地区每5人中约有1人每天生活费不足1.25美元。
- ▶ 发展中地区不稳定就业占总就业人口的56%，而发达地区的这一比例为10%。
- ▶ 2011年至2013年期间全球忍受长期饥饿的人比1990年至1992年期间减少了约1.73亿。
- ▶ 全球5岁以下儿童中每4人就有1人的身高达不到年龄的标准。
- ▶ 2013年，每天都有32 000人因冲突而不得不放弃家园寻求庇护。

具体目标1.A

1990年至2015年，将日收入不足1美元的人口比例减半

极端贫穷率已经减半，但仍存在重大挑战

1990年和2010年，每天生活费不足1.25美元的人口比例（百分比）



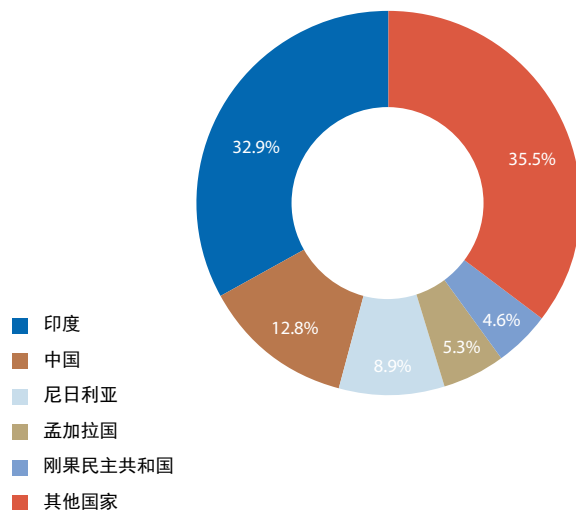
注：大洋洲因可用数据不足无法计算总量数值。

世界在降低极端贫穷方面已取得巨大进展。1990年，发展中地区有近一半的人每天生活费不足1.25美元。到2010年这一比率已降至22%。这意味着与2015年的限期相比，世界提前5年实现千年发展目标将极端贫穷人口比例减半的具体目标。同时，极端贫穷人口的绝对数量从1990年的19亿降到2010年的12亿。尽管总体上

已取得成绩，但减贫的进展仍不平衡。东亚、东南亚、拉丁美洲和加勒比，以及高加索和中亚已实现了将极端贫穷率减半的具体目标，但撒哈拉以南非洲和南亚仍然落后。依照世界银行的预测，撒哈拉以南非洲不可能在2015年实现具体目标。

绝大多数极端贫困人口生活在少数的几个国家

2010年占全球极端贫困人口比例最大的五个国家（百分比）



每天生活费不足1.25美元的绝大多数人生活在两个地区：南亚和撒哈拉以南非洲。2010年，全球12亿极端贫困人口有三分之一生活在印度。尽管中国在减贫方面已取得很大进展，但仍位居第二，有约13%的全球极端贫困人口。接下来是尼日利亚（9%）、孟加拉国（5%）和刚果民主共和国（5%）。2010年有近三分之二的极端贫困人口生活在这五个国家。

除了这几个极端贫困人口众多的人口大国外，一些小国，以及脆弱的和受冲突影响的国家的贫困率也很高。但这些国家通常缺少定期的、高质量的住户调查，无法获取收入或消费方面的具体数据，因此就影响了解决贫困适当政策和项目的设计和实施。

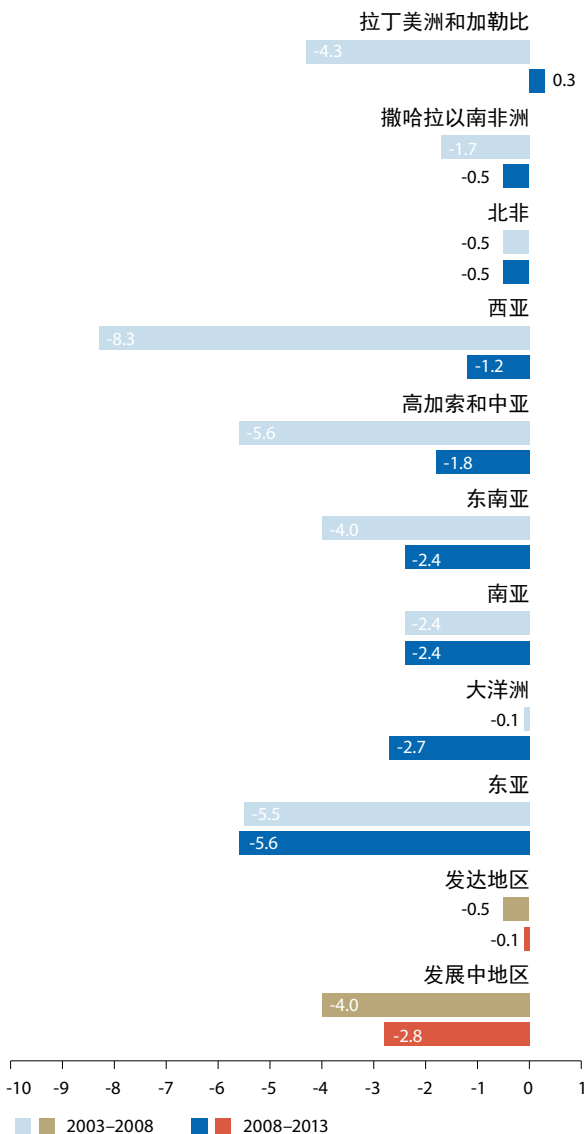


具体目标1.B

使包括妇女和青年人在内的所有人都享有充分的生产性就业和体面的工作

缓慢的经济增长对劳动力市场造成影响

2003-2008年和2008-2013年全部就业人口中自营就业和家庭雇员所占比例的变化（百分比）



2013年，全球经济增长减少到2009年以来的新低。疲软和不平衡的全球经济复苏继续对劳动力市场造成影响，特别是对发展中地区影响较大。这表现在低质量就业减少上的有限进展，低质量就业在大多数发展中国家已非常普遍。

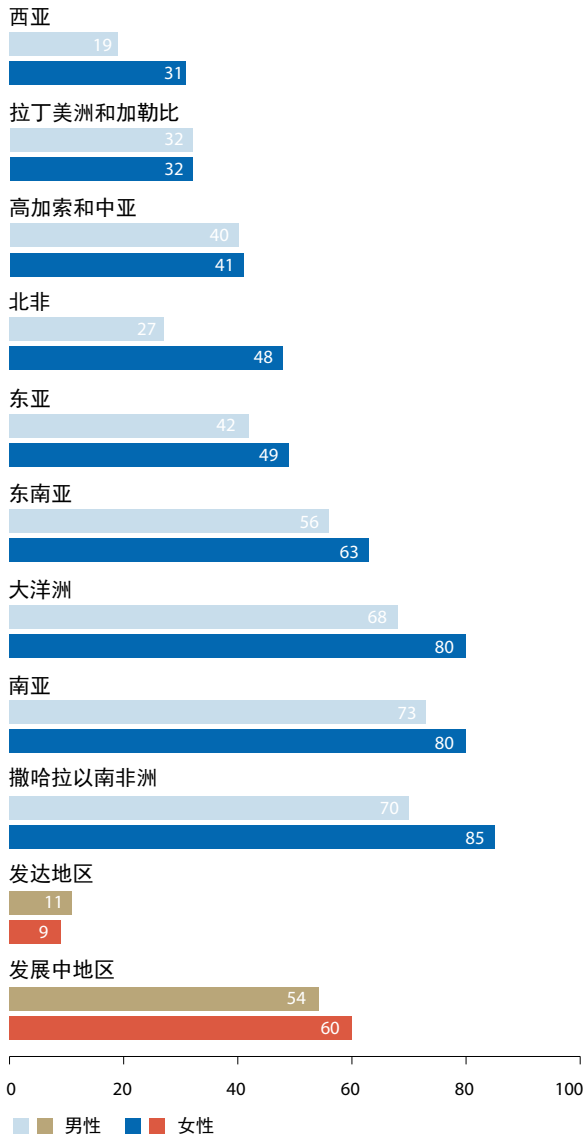
2013年不稳定就业率（被定义为全部就业人口中自营就业和家庭雇员所占比例）占发展中地区总就业的约56%，而在发达地区的这一比例为10%。不稳定就业率在2008-2013年间降低了2.8个百分点，而在之前五年（2003-2008年）降低了4.0个百分点。高比例的劳动者从事不稳定就业显示了非正式劳动安排的普遍性。在这些条件下工作的劳动者通常缺少足够的社会保护，并承受着低收入和艰苦的工作条件，他们的基本权利或被侵犯。

不稳定就业人口比例减少速度的降低影响了大多数地区，在西亚最为突出。2008-2013年在西亚，不稳定就业率仅降低了1.2个百分点，而2003-2008年则超过了8个百分点。不稳定就业率在拉丁美洲和加勒比有所增加，只有大洋洲在2008-2013年比前一时期的比例减少速度加快。



女性比男性更多地从事不稳定就业

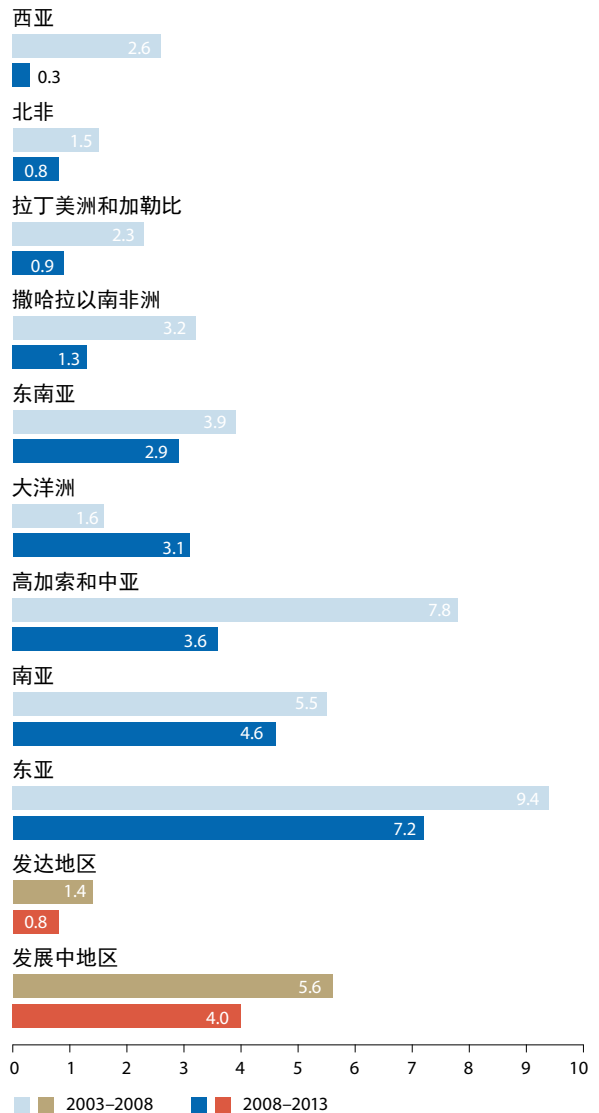
2013年女性和男性自营工作者和家庭雇员在总就业中的比例（百分比）



女性的不稳定就业率仍高于男性。2013年在发展中地区，60%的女性从事不稳定就业，而男性为54%。北非、撒哈拉以南非洲、西亚和大洋洲的性别差距最大（均超过10个百分点）。拉丁美洲和加勒比在近几年的性别差距有所减少，高加索和中亚的性别差距非常小（1个百分点）。

伴随就业质量有限提高的是缓慢的生产率增长

2003-2008年和2008-2013年每名工人产出的年均增长率（百分比）

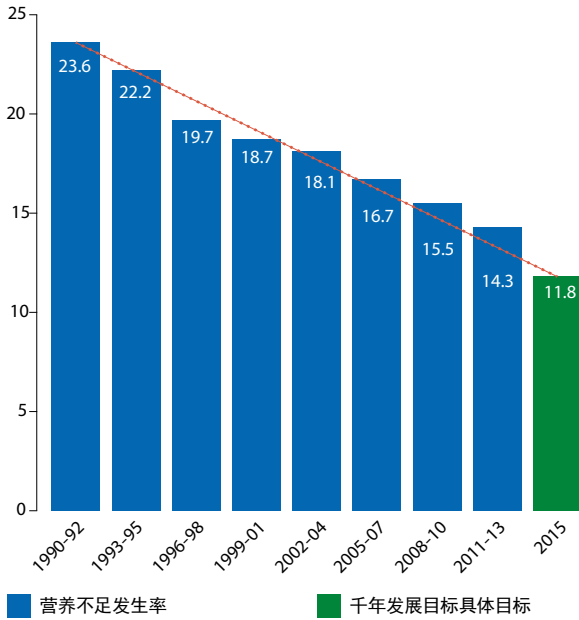


劳动生产率是衡量经济业绩的一个重要指标。它测量每名工人在既定时间内产出的商品和服务的数量。在大多数发展中地区，2008-2013年的年均劳动生产率增长率较2003-2008年有明显的下降。平均来看，发展中地区的生产率增长率从年均5.6%降至4.0%。这种放缓尤其影响到了高加索和中亚及西亚。最近时期，只有大洋洲的生产增长加快。

具体目标1.C

1990年至2015年，将挨饿人口的比例减半

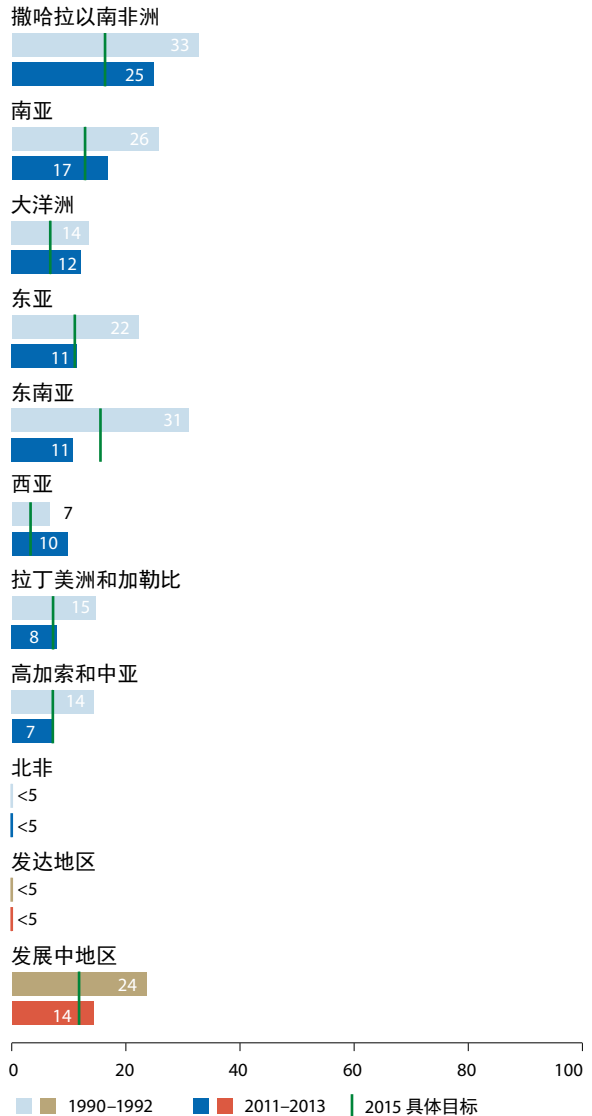
1990-2013年发展中地区营养不足人口比例 (百分比)



2011年至2013年，全世界约有8.42亿人或1/8人口遭受长期饥饿。这些人中的绝大多数（8.27亿）居住在发展中地区。从1990年到1992年，这些地区在千年发展目标饥饿方面具体目标上取得重大进展。营养不足人口的比例，即那些无法经常获取足够食物以便积极和健康生活的人口比例，已从1990-1992年的23.6%降至2011-2013年的14.3%。但是，在过去十年中的进展比20世纪90年代要慢。如果保持过去21年的年均减少速度直到2015年，那时营养不足的发生率将高于具体目标约1个百分点。因此，实现具体目标需要增加巨大的和即刻的努力，特别是在进展很小的国家。

降低营养不足的进展在各地区和国家间不平衡

1990-1992年和2011-2013年营养不足人口的比例 (百分比)



降低营养不足人口上尽管已取得总体进展，但各地区的巨大差距仍然存在。在东南亚、东亚、高加索和中亚以及拉丁美洲和加勒比的大多数国家营养不足的发生率和人数都有了显著的减少，已实现或几近实现将饥饿率减半的具体目标。与此相比，撒哈拉以南非洲在近几年进展有限，仍是营养不足发生率最高的地区。西亚的营养不足发生率比1990–1992年有所提高，南亚和大洋洲的进展不足以在2015年实现千年发展目标饥饿方面的具体目标。

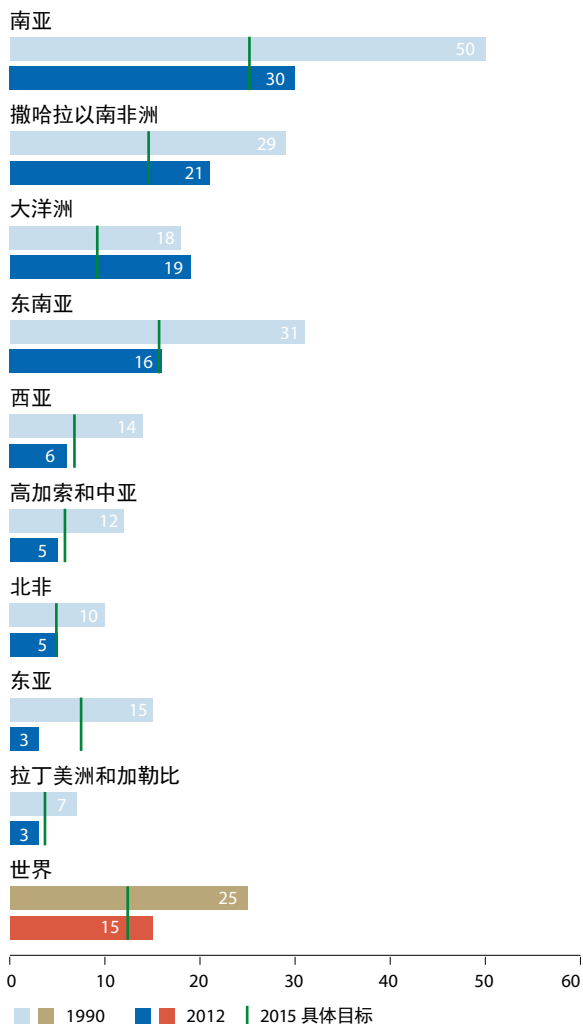
通过对粮食安全不同方面的分析 可以得出有用的政策含义

营养不足发生率没有捕捉到粮食安全的复杂性和多面性。在一些国家，虽然营养不足发生率低，并且大多数人口都可获得充足的食物，但儿童体重不达标和发育迟缓仍存在。营养上的失败不仅是因为食物获取不充分，还因为不良的健康状况和诸如腹泻、疟疾、艾滋病和肺结核等疾病高发。

联合国粮农组织最近提出了一系列测算粮食安全的指标，来帮助制定合适的政策行动。在营养不足水平较低与营养不良水平较高并存的地区，加强营养的干预措施对提高粮食安全的营养方面至关重要。进一步改善还需要一系列的政策，包括改善健康状况、卫生、水的供给和教育，特别要针对女性，而不必过多强调食物获取本身。

全球5岁以下儿童每七个有一个体重不达标

1990年和2012年5岁以下儿童体重轻度或严重不达标的比例（百分比）



注：这里所提供的趋势分析依据的是联合国儿童基金会、世界卫生组织和世界银行对儿童营养不良状况的综合估算结果。

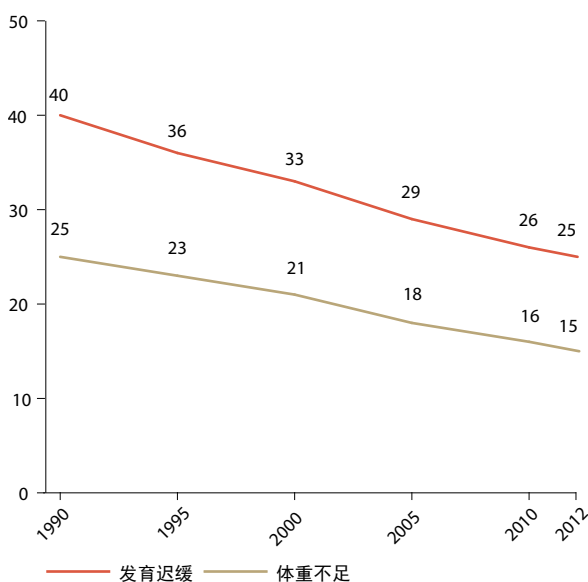
2012年，全球5岁以下儿童有约9 900万体重不足——体重达不到年龄标准。这占了5岁以下所有儿童的15%，或约七分之一。体重不足儿童的数量比1990年的约1.6亿下降了38%。

自1990年以来，在所有地区中，东亚的儿童体重不足发生率的相对减少量最大，其次是西亚。虽然2012年南亚的儿童体重不足发生率最高，但这一地区也是自1990年以来绝对减少人

数最大的地区，极大地降低了同期全球负担。尽管撒哈拉以南非洲自1990年以来儿童营养不良发生率有了适度减少，但它是唯一一个在1990年和2012年间儿童营养不良人数增加的地区，从2 700万增加到3 200万。在所有地区中只有大洋洲出现了负进展。

尽管已取得稳步进步，全世界仍有四分之一的儿童发育迟缓

1990-2012年5岁以下儿童发育轻度或严重迟缓以及轻度或严重体重不足的比例（百分比）



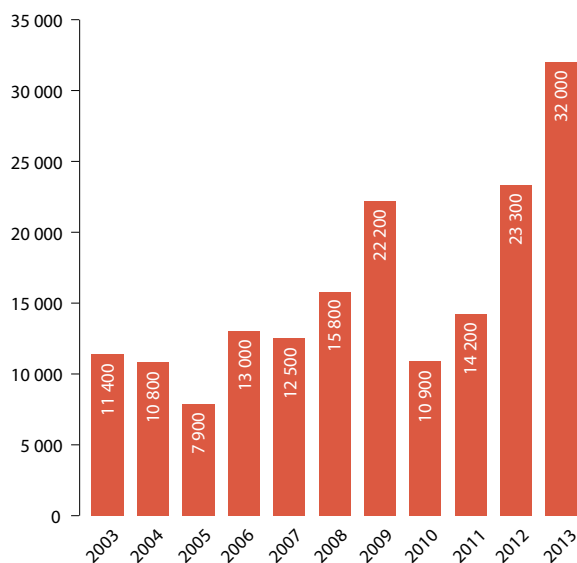
发育迟缓（定义为相对于年龄而言身高或身高不足）比体重不足能更好地反映出从怀孕到婴儿两岁前的1 000天中营养不良和感染的累积效应。发育迟缓比体重不足更普遍，2012年有四分之一的儿童受到影响。尽管发育迟缓率从1990年的约40%降至2012年的25%，但仍有约1.62亿的5岁以下儿童面临因长期营养不良而致使认知和生理发育滞后的危险。同体重不足一样，除撒哈拉以南非洲外的所有地区都经历了发育迟缓儿童数量的减少。在撒哈拉以南非洲，发育迟缓儿童的数量惊人地增加了三分之一，在1990年至2012年间，从4 400万增加到了5 800万。

可以通过证实有效的干预措施来减少发育迟缓和和其他形式的营养不良。这些措施包括提高产妇营养，特别是产前、生产过程中和刚刚生产后，早期和纯母乳喂养，以及及时、安全、适当和高质量的婴儿辅食，并辅之以适当的微量营养素干预。



自2010年新近流离失所人数增加三倍

2003-2013年每天平均新增流离失所人数*



* 在国内或跨国界的流离失所。

2013年的特点是持续的多次难民危机的结果导致难民数量达到了1994年以来的新高。这一年，中非共和国、刚果民主共和国、马里、阿拉伯叙利亚共和国，以及南苏丹及苏丹之间边界的冲突迫使每天平均32 000人放弃家园寻求庇护。

截至2013年底，迫害、冲突、普遍的暴力和人权侵犯已迫使全球5 100万人流离失所，这一数字达到了历史新高。这些流离失所的人员包括1 670万的难民，其中1 170万属于联合国难民事务高级专员公署的责任范围，500万为在联合国近东巴勒斯坦难民救济和工程处登记的巴勒斯坦难民。另外还有超过110万的人等待年末对其庇护申请的决定。还有3 330万人因暴力和迫害被迫逃难，但仍停留在本国的边界内。

发展中国家肩负了接管难民最大的负担，这其中有很多是非常贫穷的国家。他们在联合国难民事务高级专员公署的授权下收留了86%的难民，十年前这一比例为70%。阿富汗（255万）、阿拉

伯叙利亚共和国（247万）以及索马里（112万）是联合国难民事务高级专员公署责任范围内的三个主要难民来源国，占总数的一半以上。2013年，阿拉伯叙利亚共和国因严重的人道主义局势，成为主要的难民来源。

现今，全球有一半以上的难民住在城市地区，而非难民营，与此相比，十年前这一比例仅为约三分之一。



目标2

普及小学教育

快 览

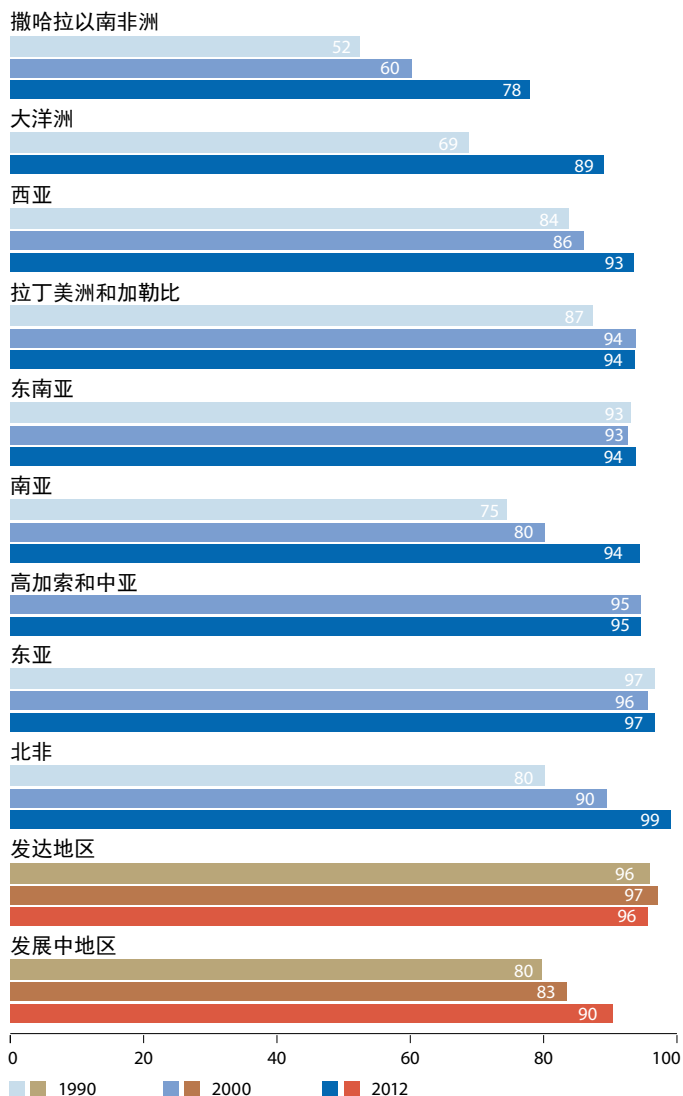
- ▶ 在5 800万失学的小学适龄儿童中，有一半居住在受冲突影响的地区。
- ▶ 在发展中地区，每四名小学生就有一名以上有可能退学。
- ▶ 全球有7.81亿成年人和1.26亿青少年缺乏基本的读写能力，其中60%以上为女性。

具体目标2.A

确保到2015年，世界各地的儿童，不论男女，都能上完小学全部课程。

尽管在近十年初期已取得骄人的进步，但减少儿童失学人数方面的进展却极大地放缓了

1990年、2000年和2012年调整后的小学净入学率*
(百分比)



*在上小学或中学的小学教育适龄儿童人数占相应年龄组人口总数的百分比。

注：无大洋洲2000年数据。无高加索和中亚1990年数据。

2000年至2012年期间，发展中地区在小学教育普及方面取得了很大进展，调整后的小学净入学率增加7个百分点，从83%增加到90%。截至2012年，小学适龄儿童中每十人有一人仍在失学。21世纪初，全球失学儿童人数明显减少，从2000年的1亿降到2007年的6 000万，在这之后进展迟滞。2012年，仍有5 800万儿童失学。

东亚、东南亚、高加索和中亚，以及拉丁美洲和加勒比地区都近乎实现了普及小学教育的目标，但自2000年以来进展很小。在北非，1990年的入学率为80%，截至2012年几乎完成了小学教育的普及。西亚和南亚自2000年以来，也缩小了与实现小学教育普及目标的差距。大洋洲在1990年至2012年期间取得了实质进展，入学率从69%增至89%。撒哈拉以南非洲取得的进展最大，2000年至2012年期间调整后入学率增加了18个百分点。

尽管取得了巨大的成绩，但撒哈拉以南非洲仍面临巨大的挑战，即该地区快速的人口增长。与2000年相比，2012年学龄儿童增加了35%。这一地区的国家也经历了武装冲突和无数的紧急情况，致使儿童失学。因此，尽管1990年至2012年期间小学教育入学儿童人数增加了两倍以上，从6 200万增加到1.49亿，但仍有3 300万小学适龄儿童失学，其中56%为女孩。

受冲突影响地区儿童、贫困农村家庭女童以及残疾儿童更可能失学

尽管受冲突影响地区的小学适龄儿童仅占全球的22%，但其失学人数却占总失学数的约50%。撒哈拉以南非洲有44%这样的儿童，南亚约有19%，西亚和北非有14%。

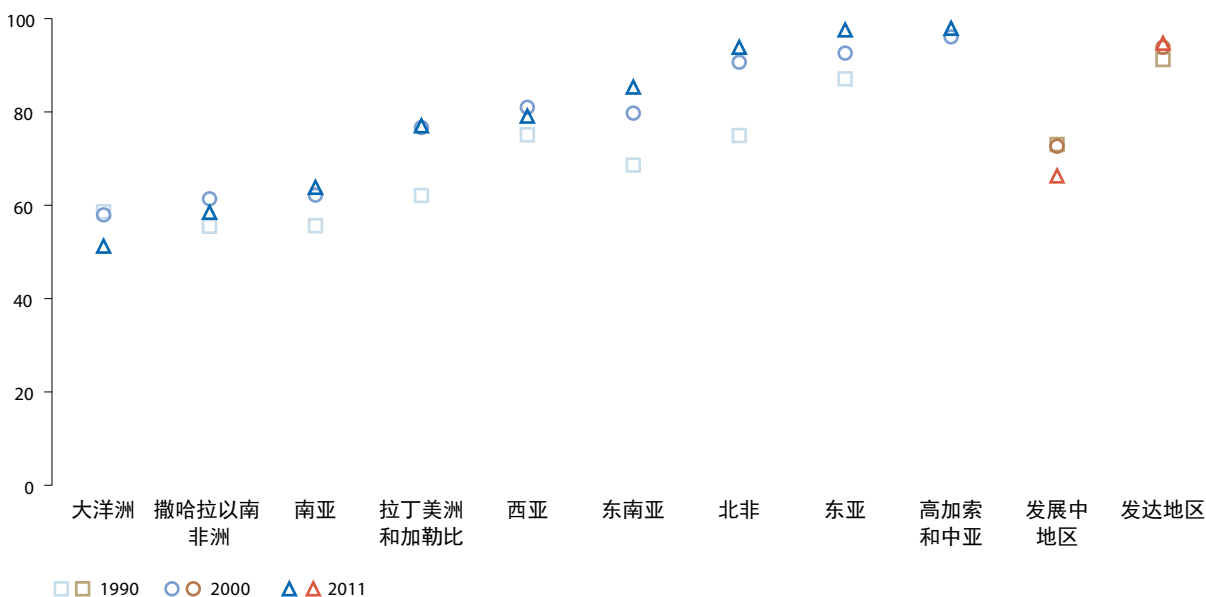
最近的住户调查显示出了冲突对就学的负面影响。比如，在刚果民主共和国受冲突影响的北基伍省，2010年最贫困家庭小学适龄儿童中几乎二分之一从未上过学，与此相比，东开赛省为四分之一。在伊拉克受冲突影响的纳贾夫省，2011年最贫困家庭的小学适龄儿童有27%从未上过学，苏莱曼尼亚省相比只有3%。

贫困、性别和地理位置是影响小学和初中适龄儿童就学差距的最为普遍的因素。2006年至2012年期间，对发展中国家的61个住户的调查分析显示20%最贫困家庭小学适龄儿童失学的可能性是20%最富裕家庭小学适龄儿童的三倍以上。在最贫困家庭，女孩比男孩更容易被排斥在教育之外。就学差距与居住地理位置仍然相关。农村小学适龄儿童失学的可能性是城市小学适龄儿童的两倍。在撒哈拉以南非洲，贫困农村女孩只有23%完成了初等教育。

包括残疾儿童在内的弱势儿童也面临威胁。这些儿童通常需要教育适应他们的需求。但是，在许多发展中国家，这些个性化的教育要么不足要么没有，使得这些儿童无法就学，或减慢了他们的进步。全纳教育需要更多地关注残疾儿童以及那些更广泛意义上被边缘化的或弱势的儿童。

高辍学率仍是普及小学教育的主要障碍

1990年、2000年和2011年从一年级读到小学最高年级的学生比例（百分比）



注：无高加索和中亚1990年数据。

实现小学教育的普及需要在小学注册并完成整个周期的小学教育。2000年至2011年，在发展中地区持续的辍学情况已减缓了朝这一目标的进展。在这期间，发展中地区从一年级读到小学最高年级的学生比例仍停留在73%。

2000年至2011年期间，除大洋洲、撒哈拉以南非洲和西亚之外的所有地区都取得了进展。在高加索和中亚、东亚和北非，开始上小学的学生中有十分之九读到了最高年级，使这些地区接近了完成普及小学教育的目标。但是，在撒哈拉以南非洲只有五分之三的小学生能够完成小学教育，大洋洲为二分之一。男孩较早退学的风险比女孩更大。

超出本年级适龄的儿童，因为入学晚、留级或就学机会成本增加而更容易辍学。辍学的其他关键因素还包括家离学校远、家庭贫困、工作

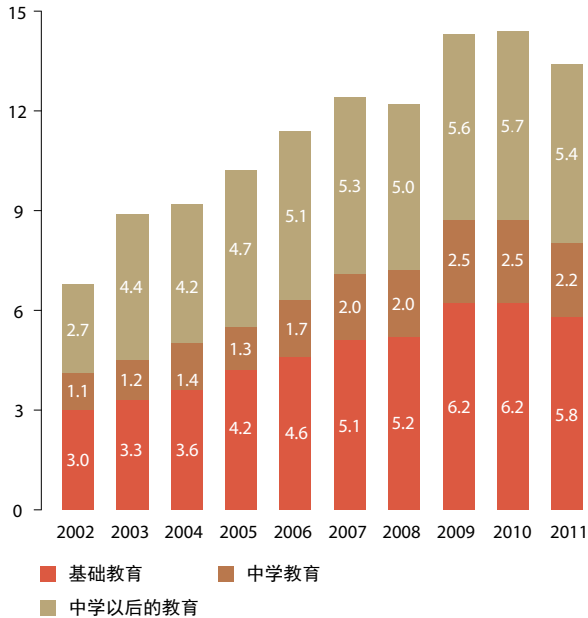
与学习结合，以及机会成本。因此，解决辍学的好方法应该是针对这些因素，推进早期干预，包括广泛参加学前项目，帮助入学准备和及时入学。

尽管识字率上升，但全球文盲人数仍居高不下

在过去的二十年间，全球青少年和成年人识字率取得了巨大的进展，男性和女性识字率差距下降。全球15-24岁青少年的识字率有所增加，从1990年的83%增加到2012年的89%。成年人识字率，对于15岁以上人群来说，从76%增加到84%。2012年全球7.81亿成年人和1.26亿青少年缺乏基本的读写能力，女性在文盲成年人和青少年人群中都占60%以上。

援助的下降对最贫穷国家的教育构成威胁

2002-2011年教育支出的援助总额
(10亿美元, 2011年不变价)



鉴于自2007年以来失学儿童人数减少很小这一事实，我们需要做出最后的努力以确保到2015年有尽可能多的儿童就学。捐助国即便是在经济下滑前，也没有实现2000年在达喀尔做出的承诺，即不要因缺少资源而使得任何一个国家掉队。最近，捐助国一直在更远地背离这个承诺。

捐助国对教育的援助从2002年起稳步增长，2010年达到最高，2010年至2011年期间降低了7%。值得关注的是，自2002年起，对基础教育的援助第一次下降：从2010年的62亿美元下降到2011年的58亿美元。

低收入国家收到了基础教育援助总额的三分之一，它们经历了基础教育援助的下降，与此相比，中等收入国家收到的基础教育援助则有所增加。2010年至2011年，对低收入国家的援助下降了9%，从21亿美元下降到19亿美元。撒哈拉以南非洲的失学人数占全球总失学人数的一半以上，2010年和2011年对基础教育的援助减少了7%。



目标3

促进性别平等 和增强 妇女权能

快 览

- ▶ 1990年，南亚小学生男女比例为100名比74名。截至2012年，这一地区女童入学率和男童一样。
- ▶ 在撒哈拉以南非洲、大洋洲和西亚，女童在小学和初中入学方面仍面临障碍。
- ▶ 在北非，从事非农业部门有偿工作的女性比例不足五分之一。
- ▶ 在46个国家中，女性在国家议会至少一个议院中有30%以上的席位。

具体目标3.A

争取到2005年消除小学教育和中学教育中的两性差距，最迟于2015年在各级教育中消除此种差距

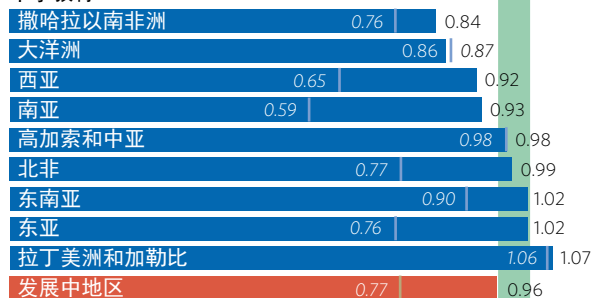
教育等级越高，性别差距越普遍

1990年和2012年发展中地区小学、中学和高等教育的毛入学率的性别均等指数

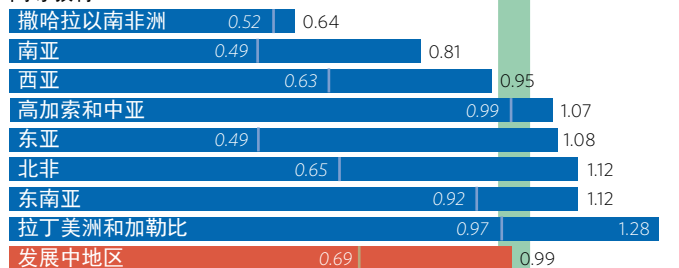
小学教育



中学教育



高等教育



0 0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1.0 1.1 1.2 1.3

1990 2012

2015 目标 = 性别均等指标位于0.97和1.03之间

注：在中学和高等教育方面，高加索和中亚的1990年数据请参考1993年数据。

在高等教育方面，无大洋洲2012年数据。

当性别均等指数（或是GPI，即女童相对于男童的毛入学率）介于0.97和1.03之间时，便实现了教育性别均等。性别均等指数的走势显示，在所有的发展中地区的各级教育——小学、中学和高等教育，都有重大的进展。但是，教育等级越高，性别差距越普遍，各个发展中地区差异较大。

2012年，在小学教育方面，所有发展中地区都实现了或几乎实现了性别均等。在小学教育方面，南亚最为突出：1990年，其小学教育性别均等指数在所有地区中是最低的，为0.74；截至2012年，这一指数已增至1.00。尽管如此，这一地区仍有一些国家还未实现性别均等，比如阿富汗和巴基斯坦的男女童入学比率为10:9，而在孟加拉国和尼泊尔，女童入学率高于男童。

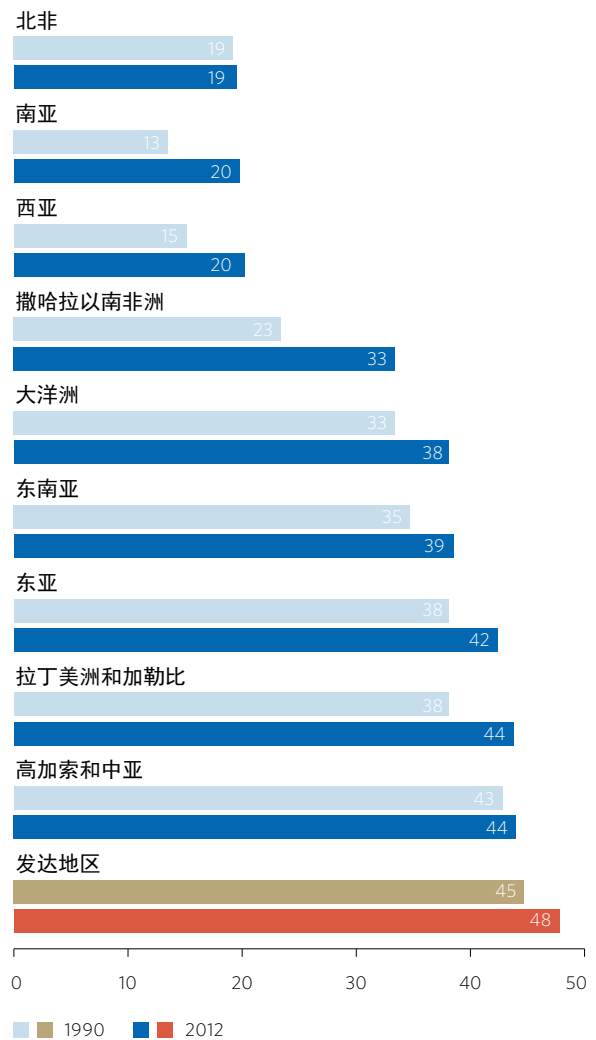
在撒哈拉以南非洲、大洋洲、西亚和北非，女童仍处于劣势，尽管这些地区在过去的二十年中已取得实质的进展。在这一组地区中，最为显著的进展发生在北非，其性别均等指数从0.82增加到0.96。尽管自1990年以来，撒哈拉以南非洲取得了显著的进展，但那里的性别均等指数最低，2012年为0.92。在这期间，这一地区的贝宁、布基纳法索、乍得、几内亚、毛里塔尼亚、塞内加尔和塞拉利昂进展最大。在这些国家里，相对于每100名入学男童，女童入学人数在原来的基础上增加了30到40人。

中学教育的性别差距要高于小学教育。尽管高加索和中亚、北非、东南亚和东亚已取得性别均等，但在撒哈拉以南非洲、大洋洲、西亚和南亚，女童入学率仍低于男童。2012年，拉丁美洲和加勒比是女童入学率高于男童的唯一地区。

过去几年间，大多数地区的高等教育入学率都取得了实质的提高，但是在各个地区之间仍存在明显差距。在撒哈拉以南非洲和南亚，年轻女性的入学率明显低于年轻男性。与此相比，在高加索和中亚、东亚、拉丁美洲和加勒比、北非和东南亚，年轻女性的入学率高于年轻男性。

女性在劳动力市场的地位正在提高，但性别差距仍存在

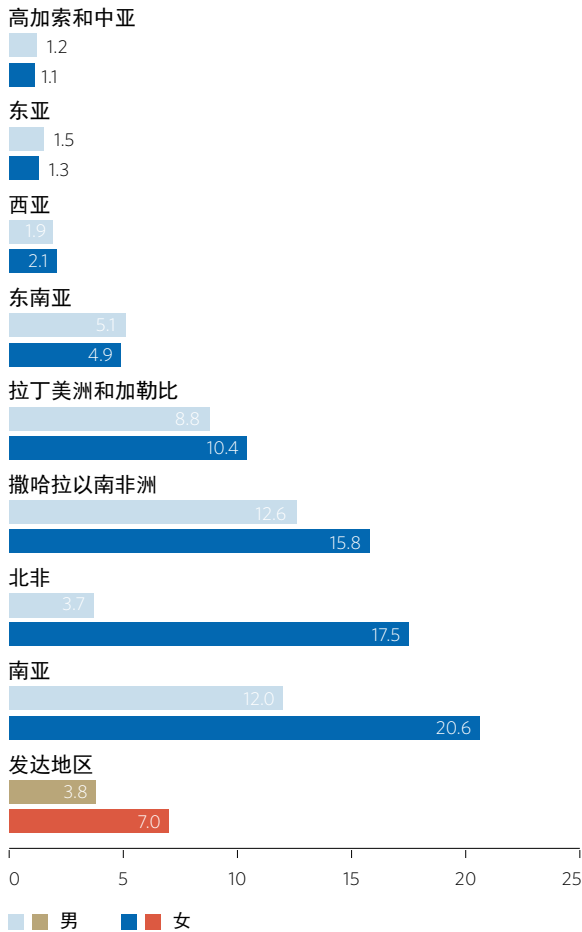
1990年和2012年非农业部门有偿就业者中女性雇员（百分比）



在过去二十年间，女性对非农业部门有偿就业的参与正缓慢提高。全球女性的比重从1990年的35%增加到2012年的40%，几乎各地区都有所增长，尽管增长程度不同。撒哈拉以南非洲的进展最让人印象深刻，在1990-2012年间增加了10个百分点。与此相反，1990年北非的女性在有偿就业中的比例是所有地区最低之一，这一比例到2012年也没有明显增长。

需要更多有利于家庭的政策来支持女性更大程度地参与就业市场

男性和女性与工作时间相关的不充分就业率，*
2010–2012年最新数据（百分比）



* 指愿意加班并且可以加班的就业男女的百分比。

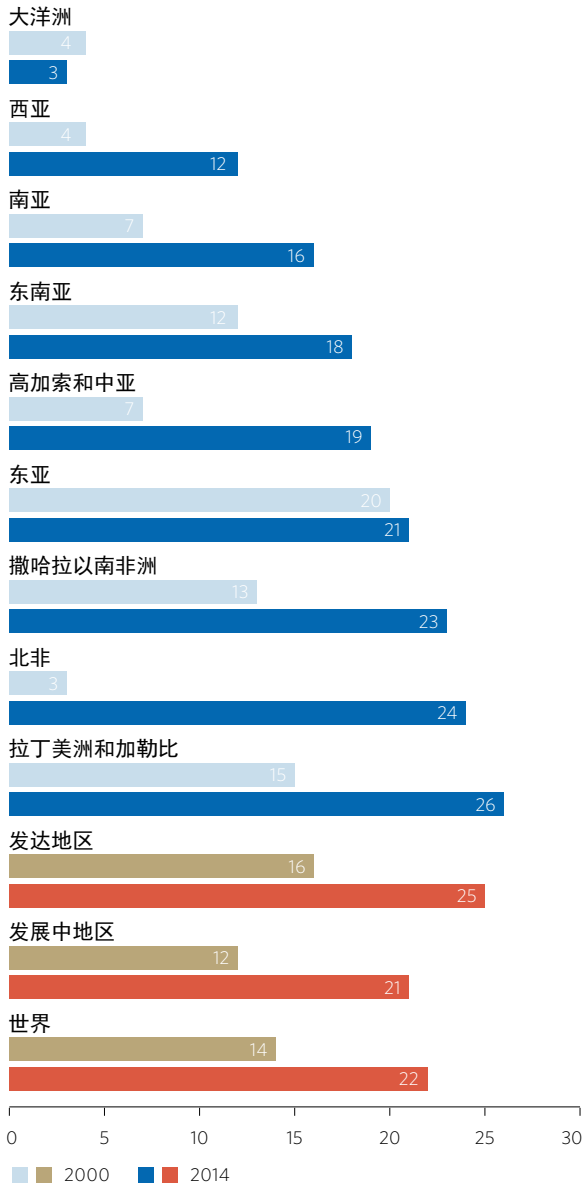
除了比男性就业可能性低外，女性从事兼职工作和从事与时间相关的不充分就业的可能性远远大于男性。在有数据的几乎所有国家中，从事兼职工作的女性比例是男性的两倍以上。女性较高的兼职率是与一些因素相关，其中包括两性在家庭中角色的不平等、缺乏足够的和支付得起的儿童保育设施和老人照管设施，以及一些社会认知。这些因素在女性就业、女性职业选择和就业模式发挥了显著作用，因而在劳动市场上强化了性别差异。

测算劳动力市场中性别差距的其中一个指标是与时间相关的不完全就业率。它测算那些愿意并且可以加班的就业男女的比例。在大多数发展中地区，女性的与时间相关的不完全就业率高于男性。这些差距在北非和南亚特别明显。这需要更多的有利于家庭的政策，不仅鼓励工作和家庭的更好平衡，而且还要加强兼职工作的质量，并提高企业总生产率。这些政策包括对以下几方面的立法：灵活的工作时间、产假、其他行为准则，新的工作方式，以及儿童保育和老人照管设施。



女性对政治的参与继续增长，但晋升上的玻璃天花板仍然存在

2000年和2014年，女性在议会单院或下院中所占席位的比例（百分比）



截至2014年1月，女性议员占全球议会总议席的21.8%，比去年的20.3%有所增长。2014年1月，在46个国家中，女性在国家议会至少一个议院中有30%以上的席位，比去年的42个国家有所增加。卢旺达女性在下议院席位占64%，继续保持领先水平。截至2013年底，全球只有5个议会中没有女性成员。

2013年在全球64个新改选的议院中，有42个议院中女性在议会中的议席比例有所增加。女性比例增长最快，超过20个百分点的两个议院是格林纳达下议院（到33.3%）和津巴布韦的上议院（到47.5%）。其次是沙特阿拉伯、喀麦隆、津巴布韦和赤道几内亚这四个国家的下院，增长超过15个百分点。但是，女性在14个议院的份额有所下降。在39个举行选举的议院中使用了法定的或自愿的配额。这些方法对女性进入议会产生了积极影响。但是，仅靠配额是不够的，政党需要推举更多的女性候选人。

2013年，对终止女性政治暴力的意识日益增加。选举前后的暴力，包括恐吓、人身攻击和针对候选人和当选女性的其他形式的侵害，是全球所有地区女性参与政治的普遍障碍。一些国家，如玻利维亚和墨西哥，已率先通过立法解决了妨碍女性参与政治的问题。

在政府的执行层面，2014年女性部长的比例达到了17.2%，比2008年的16.1%有所增加。截至2014年1月，36个国家有30%或以上的女部长。尼加拉瓜全球领先，有57%的女性部长，其次是瑞典、芬兰、法国、佛得角和挪威。政治承诺和政策是女性在这一领域进展的关键因素。

另外一个乐观的走势就是女性不仅仍掌管传统上所谓的“软”职责，比如社会事务、教育和妇女事务，而且现在有越来越多的女性还管理一些所谓的“硬”的部长职责，比如国防、外交和环境。

对比这些更为乐观的走势，女性国家元首或者政府首脑以及议会发言人的人数有轻微的下降或迟滞。自2012年以来，全球女性国家元首或政府首脑略有减少，从19位减少到18位。同时，女性议会发言人的比例几乎没有增长，从2012年的14.2%增长到2013年的14.8%，这意味着在一些国家女性晋升上存在玻璃天花板。

目标4

降低儿童死亡率

快 览

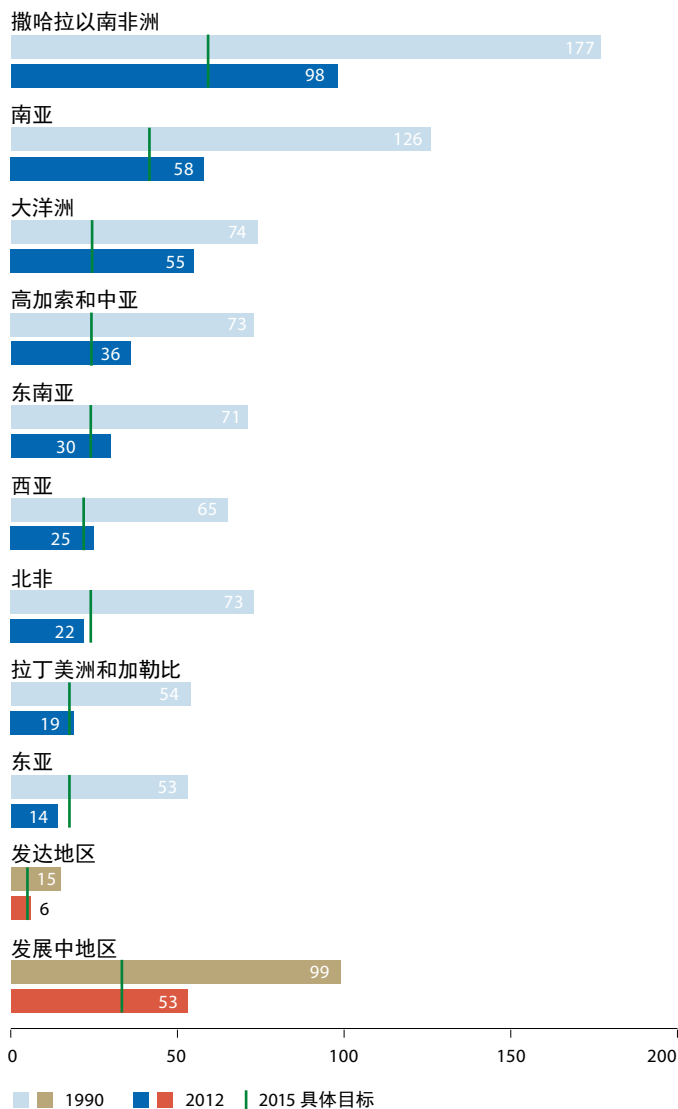
- ▶ 1990年以来，儿童死亡率近乎减半；2012年儿童死亡人数比1990年减少了600万。
- ▶ 2005年至2012年，5岁以下儿童死亡率的年度下降比率是1990年至1995年间的3倍多。
- ▶ 全球每五个5岁以下死亡的儿童有四个发生在撒哈拉以南非洲和南亚。
- ▶ 2000年至2012年，麻疹疫苗的接种挽救了1 400万儿童的生命。

具体目标4.A

1990年至2015年，将5岁以下儿童的死亡率降低三分之二

尽管已经取得实质进展，但世界仍未达到千年发展目标有关儿童死亡率的具体目标

1990年和2012年，5岁以下儿童死亡率
(每千名活产婴儿的死亡人数)



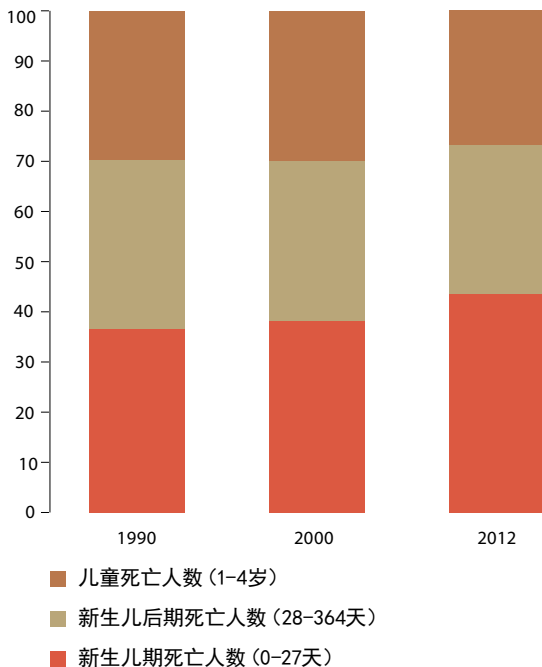
2012年全世界5岁以下儿童死亡率几近1990年的一半，每千名活产婴儿死亡人数从90人降至48人。同期，5岁以下儿童死亡人数从约1 260万降至660万：与1990年相比，2012年每天的儿童死亡人数减少了约17 000。在除

撒哈拉以南非洲和大洋洲以外的所有地区，5岁以下儿童死亡率都降低了一半以上。

目前，世界上5岁以下儿童死亡率的降低比20年前的任何时候都快。全球5岁以下儿童年均死亡率的降低在稳步加快，从1990年至1995年期间的每年下降1.2%增加到2005年至2012年期间的3.9%。尽管如此，诸如大洋洲、撒哈拉以南非洲、高加索和中亚，以及南亚等地区仍未达到2015年的目标。按照目前的发展速度计算，要到2028年全球才可实现千年发展第四个目标。2013年至2015年需将死亡减少的速度提升三倍才可实现5岁以下儿童死亡率减少三分之二的目标。

可预防的疾病是5岁以下儿童死亡的主要原因，几近一半的5岁以下死亡的儿童死于新生儿期

1990年、2000年和2012年全球5岁以下死亡儿童的年龄分布（百分比）



2012年5岁以下死亡的儿童大多死于肺炎、腹泻和疟疾等主要的传染病。此外，有290万儿童死于出生后28日内（0-27天），即新生儿期。许多5岁以下儿童是因营养不良导致身体虚弱进而

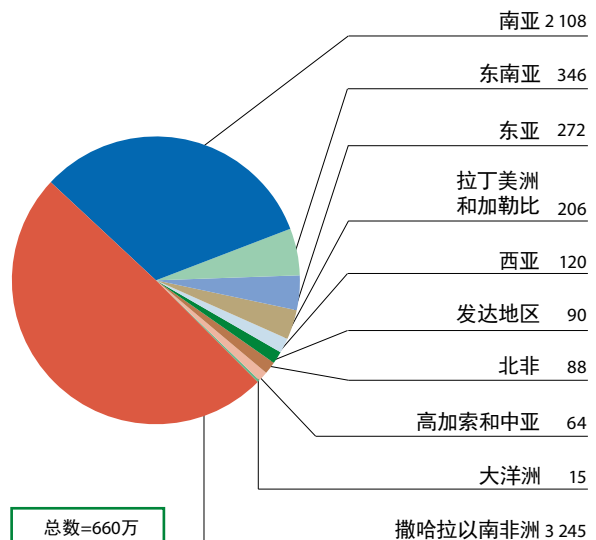
死亡的。营养不良是致使全球约半数5岁以下儿童死亡的影响因素，主要集中在营养失调和传染病高度集中的低收入国家，穷人占绝大多数。

鼓舞人心的是，全球新生儿死亡率呈下降趋势。1990年至2012年，世界新生儿死亡率下降了几乎三分之一，每1 000名活产婴儿死亡人数从33下降到21。但是其降速仍低于新生儿后期死亡率的降速。结果是，出生后28天内的死亡比例有所增加，从1990年的37%增加到2012年的44%。

大多数新生儿的死亡是可以避免的。降低新生儿死亡的最佳办法就是在分娩后24小时内产妇保健，特别是在生产和分娩护理以及其他高影响力干预措施上，做出更大的投入。尽管全球住院分娩有所增加，但仍有太多的婴儿没有出生在医疗机构——在有些国家甚至有超过半数的婴儿没有出生在医疗机构。

降低撒哈拉以南非洲和南亚地区儿童死亡人数至关重要

2012年按地区划分的5岁以下儿童死亡人数（千人）



撒哈拉以南非洲国家仍面临巨大的挑战。这一地区不仅5岁以下儿童死亡率位居全球首位——是发达地区的平均水平的16倍以上，而且也是今后20年中唯一一个活产婴儿人数和5岁以下儿童人数有望大幅增加的地区。2012年，在撒哈拉以南非洲每十个儿童中就有一个没有活过5岁。

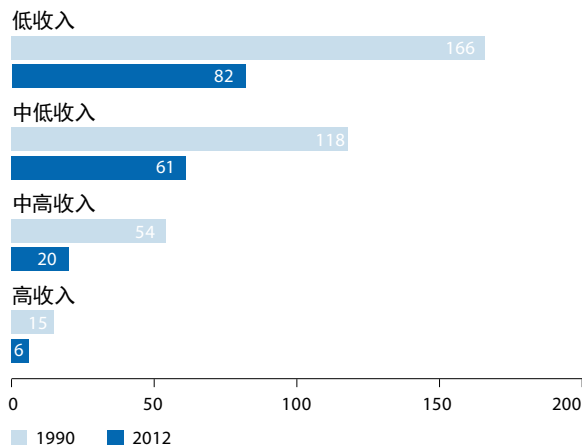
尽管如此，这一地区自1990年来已取得巨大进展，将儿童死亡率降低了45%。但进展仍落后于除大洋洲以外的其他所有地区：2012年全球5岁以下儿童死亡人数中有近一半——320万5岁以下儿童——发生在撒哈拉以南非洲。

但有迹象表明快速的进展是可能的。尽管撒哈拉以南非洲5岁以下儿童死亡率较高，但这一地区可以将儿童死亡率的降速从每年下降0.8%加快到每年下降4.1%——2005年至2012年期间是1990年至1995年期间的5倍多。

南亚在降低儿童死亡率方面也取得了强劲的和稳步的进展，将5岁以下儿童死亡率降低了一半以上。但仍有三分之一的5岁以下儿童死亡发生在那里。2012年印度5岁以下儿童死亡位居世界首位，有140万儿童在5岁以前死亡。

各个收入水平的国家的儿童死亡率都锐减

1990年和2012年按国家收入水平划分的5岁以下儿童死亡率（每千名活产婴儿的死亡人数）



平均来看，高收入国家的5岁以下儿童死亡率最低，2012年每千名活产婴儿中有6名死亡。1990年至2012年，中高收入国家在降低5岁以下儿童死亡率方面最为成功，同期的死亡率降低了63%。各个收入水平的国家在救助儿童生命方面一直有稳步的好转。在各收入水平的国家中，除高收入国家外，5岁以下儿童死亡率的年度降速自1995年以来已有所加快。

尽管有证据表明国家的收入水平与儿童死亡率有关联，但是收入低不应该成为妨碍救助儿童生命的理由。自1990年以来，特别是自2000年以来在孟加拉国、柬埔寨、厄立特里亚、埃塞俄比亚、几内亚、利比里亚、马达加斯加、马拉维、莫桑比克、尼泊尔、尼日尔、卢旺达、乌干达和坦桑尼亚等低收入国家5岁以下儿童死亡率已有明显的下降。即使是低死亡率的高收入和中收入国家也可以继续取得巨大的进展。1990年有53个国家的5岁以下儿童死亡率小于或等于千分之二十，其中截至2012年有36个国家已至少将5岁以下儿童死亡率减半，11个国家已将其减少至少三分之二。

新的分析指出各地区最贫困住户的5岁以下儿童死亡率全面降低。在世界上除撒哈拉以南非洲外的大多数国家，最富有住户与最贫困住户在5岁以下儿童死亡率的差距已降低。因此，不管国家或住户收入水平如何，都可以控制那些可预防的儿童死亡情况。

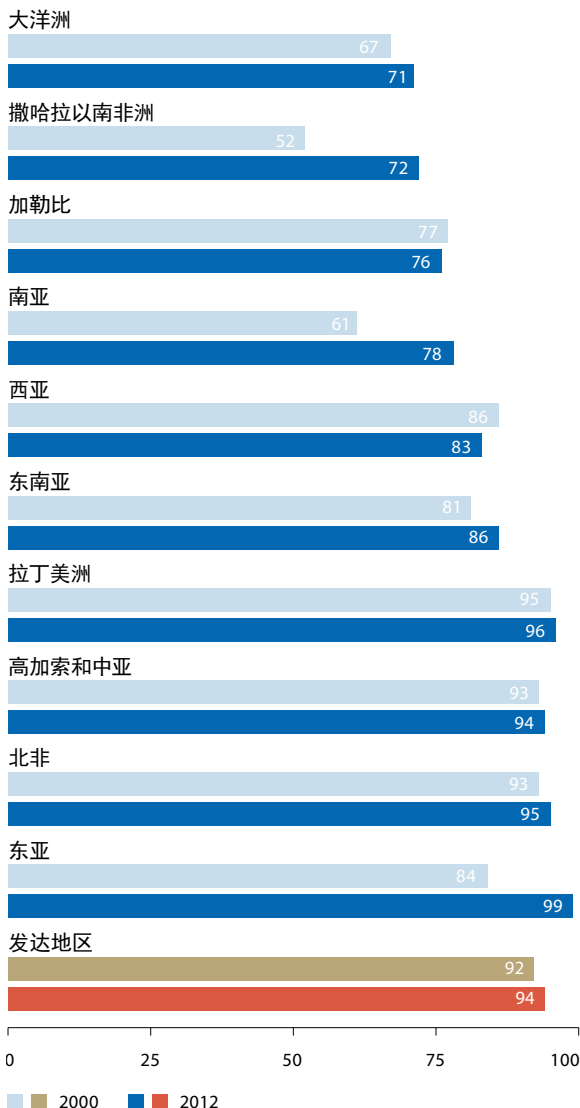
降低5岁以下儿童死亡率需要通过协调一致的行动、良好的战略和充足的资源贯彻实施对儿童



和产妇的健康提供支持的政治意愿。许多国家在实现千年发展第四个目标方面取得了成功，这些成功应该鼓舞全球医疗卫生的参与者致力于为所有儿童创造更为公平和公正的世界。

麻疹免疫大幅降低了麻疹死亡人数，但最近的进展止步不前

2000年和2012年，至少获得一剂麻疹防治疫苗的适龄儿童的比例（百分比）



在过去的12年间，麻疹死亡已降低了超过四分之三，从2000年的562 000例死亡降低到2012年的122 000例，其中大多是5岁以下儿童。2012年撒哈拉以南非洲（56 000）和南亚（53 000）的麻疹死亡人数占约全球麻疹死亡总人数的89%。2000年至2012年，与完全没有麻疹免疫项目情况下的死亡人数相比，麻疹免疫挽救了1 380万儿童的生命。

大多数地区都取得了巨大的进展，特别是大洋洲，大洋洲在2000年至2012年将麻疹死亡人数降低了约89%。遗憾的是，由于例行免疫系统的薄弱和加速疾病控制的执行迟滞，在欧洲、撒哈拉以南非洲和南亚麻疹疫情仍在持续爆发，阻碍了实现地区和全球控制和消除麻疹的具体目标的势头。

注射两剂安全、有效且廉价的疫苗可以预防麻疹。在某种程度上，减少麻疹死亡率需要提高适龄儿童接种第一剂麻疹疫苗（MCV1）的例行覆盖率，以及让现行卫生服务范围以外的儿童成功接种疫苗的补充免疫活动。

2000年至2009年，MCV1疫苗的全球覆盖率从72%增加到84%，之后在2009年至2012年停滞在84%。2012年，在可提供数据的国家中，有58个国家已达到建议的MCV1疫苗覆盖水平，即在国家层面至少90%、在所有地区层面至少80%。但是，同期仍有35个国家的MCV1覆盖率不足80%。2012年，约有2 120万婴儿没有接种MCV1疫苗，他们多为最贫困和最边缘化人群，特别是住在难以到达地区的人群。

要实现2010年世界卫生大会提出的麻疹具体目标，关键是要解决麻疹控制方面政治和财务承诺下降的问题。

目标5

改善孕产妇保健

快 览

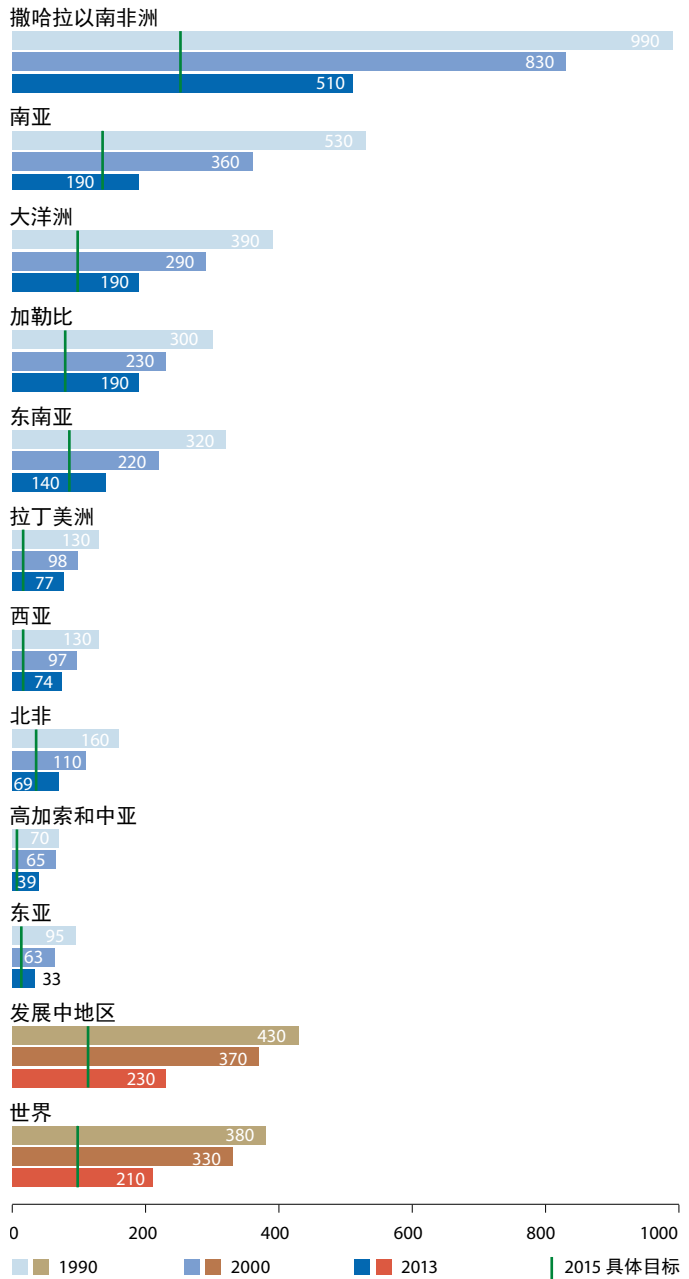
- ▶ 2013年全球有近30万女性死于与怀孕和分娩相关的原因。
- ▶ 1990年至2012年期间，在发展中地区由专业医护人员接生的比例从56%提高到68%。
- ▶ 2012年，在发展中地区有4 000万婴儿在没有专业医护人员护理的条件下出生，其中有超过3 200万出生在农村地区。
- ▶ 2012年，有52%的孕妇在妊娠期接受至少四次的产前护理，1990年是37%。

具体目标5.A

1990年至2015年，孕产妇死亡率降低四分之三

在降低孕产妇死亡率方面仍需更多的努力

1990年、2000年和2013年孕产妇死亡率
(15-49岁女性每10万活产婴儿孕产妇死亡人数)



1990年至2013年期间，全球孕产妇死亡率下降了45%，从每10万活产婴儿有380例产妇死亡降至210例死亡。尽管如此，仍达不到千年发展目标提出的到2015年孕产妇死亡率减少四分之三的具体目标。仅2013年，就有约289 000名女性在妊娠、分娩或终止妊娠42天内死于与妊娠或其管理相关或由此加重的病情（意外或偶然死亡除外）。

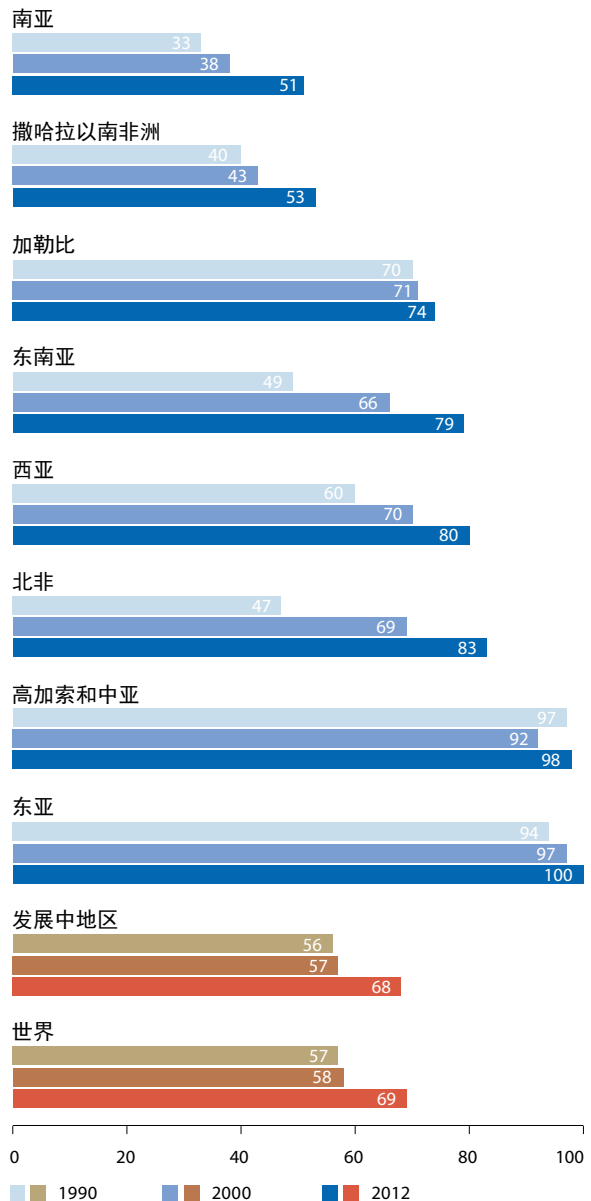
尽管世界各地都取得了进展，但发展中地区孕产妇死亡率比发达地区高13倍。2013年每10万活产婴儿有230例孕产妇死亡，发达地区仅有16例孕产妇死亡。撒哈拉以南非洲是发展中地区孕产妇死亡率最高的，每10万活产婴儿有510例孕产妇死亡。随后是南亚、大洋洲和加勒比，这三个地区每10万活产婴儿有190例孕产妇死亡，再之后是东南亚。在其他发展中地区，孕产妇死亡现今已很少见，每10万活产婴儿有不足100例孕产妇死亡。2013年大多数的孕产妇死亡发生在撒哈拉以南非洲（62%）和南亚（24%）。

各国的孕产妇死亡率仍有极大的差距。比如，塞拉利昂的孕产妇死亡率最高，每10万活产婴儿有1 100例孕产妇死亡，而白俄罗斯每10万活产婴儿只有1例孕产妇死亡。全球孕产妇死亡中几近三分之一集中于两个人口众多的国家：印度孕产妇死亡人数约为50 000（17%），尼日利亚孕产妇死亡人数约为40 000（14%）。

大多数的孕产妇死亡是可以避免的。在预防和处理并发症方面有众所周知的医疗保健解决方案。比如，子宫收缩剂和硫酸镁可以预防和/或控制一般并发症，如分娩出血和由怀孕导致的高血压。一定要齐心协力确保普遍获得专业的产前护理和有效的干预，进一步努力普及获得计划生育手段，以及获取生殖健康的信息和服务，特别是在弱势群体中。需要加强对工作的监测，以确保采取有效的行动。

在发展中地区有超过三分之二的婴儿由专业医护人员接生，但农村地区仍然落后

1990年、2000年和2012年在专业医护人员帮助下分娩的比例（百分比）



减少孕产妇发病率和死亡率的一个重要的方法就是确保每个婴儿都在专业医护人员（医生、护士或助产士）的帮助下出生。有必要的培训和药品的分娩医护人员可以实施干预措施，预防或处理诸如大出血这样的危及生命的并发症，或把病人转到高一级别的护理。2012年在发展中国家，专业医护人员参与了68%的分娩，与此相比，1990年仅为56%。自2000年起，在南亚和撒哈拉以南非洲——两个专业医

护人员接生比率最低的地区——专业接生比例提高了至少10个百分点。

尽管在获取孕产妇保健护理方面已取得进步，但城市和农村地区的差距仍然很大。2000年和2012年在发展中国家，城市-农村专业保健医护人员接生比例的差距仅从33个百分点降低到31个百分点。2012年，4 000万没有专业医护人员帮助的情况下出生的新生儿中有3 200万出生在农村地区。

具体目标5.B

到2015年实现普遍享有生殖健康服务

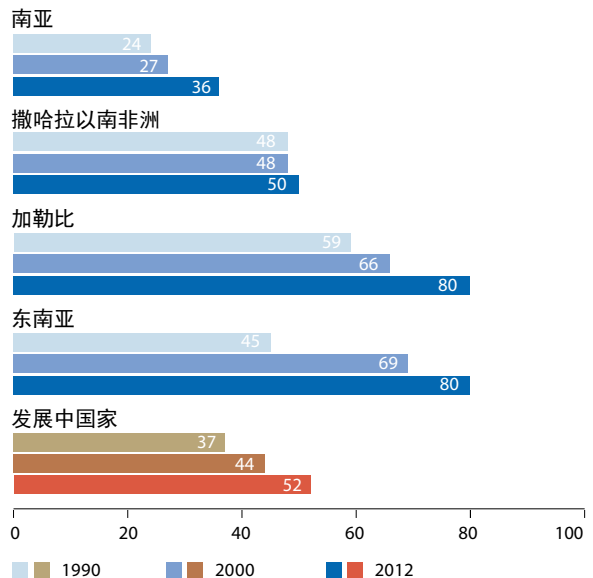
在发展中国家，大多数怀孕女性至少见过一次专业保健人员。但她们之中只有一半得到了所建议的四次产前检查

在妊娠期，保健护理对确保正常和健康的妊娠以及在妊娠和分娩过程中预防、发现或预测潜在的并发症，是十分必要的。良好的和高质量的护理一定是由专业医护人员提供的，他们具备相关的设备来发现潜在的并发症，并提供必要的照顾或转诊。在发展中国家，在妊娠期至少得到过一次专业的保健护理人员照顾的女性比例从1990年的65%增加到2012年的83%。在除南亚之外的大多数发展中国家，约80%的孕妇至少接受过一次专业的保健护理，而在南亚只有72%的女性接受过这样的护理。

世界卫生组织建议，为确保母亲和新生儿的福祉，至少要接受四次产前护理。在这几次护理期间，妇女应至少得到一套最低护理，并且在妊娠期要监测危险信号。然而，2012年仅有52%的孕妇在妊娠期得到了至少四次的产前护理，尽管比1990年的37%有所增加。显然，在妊娠期定期获取保健护理方面，发展中国家的妇女仍面临着挑战。在获取产前护理方面各地区仍有明显的巨大差距。2012年在加勒比和东南亚，80%的孕妇至少得到了四次产前护理，

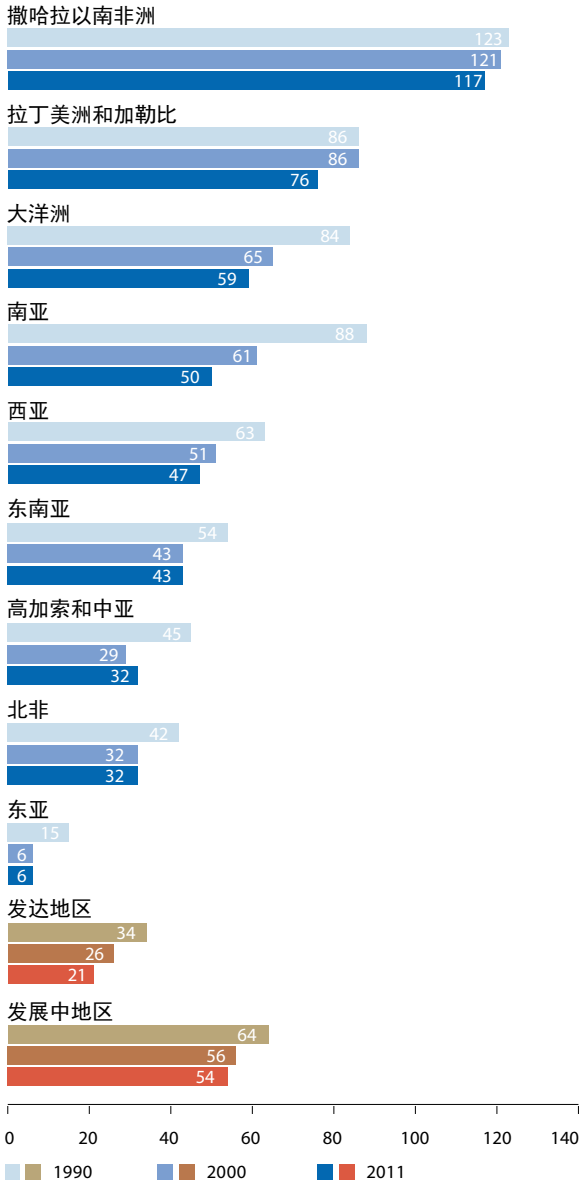
与此相比，撒哈拉以南非洲为50%，南亚仅为36%。

1990年、2000年和2012年15-49岁女性在怀孕期间接受四次或更多次由任何提供者进行的产前护理的比例（百分比）



青少年分娩有所下降但在一些地区仍很高

1990年、2000年和2011年15-19岁女性分娩数量
(每千名女性)



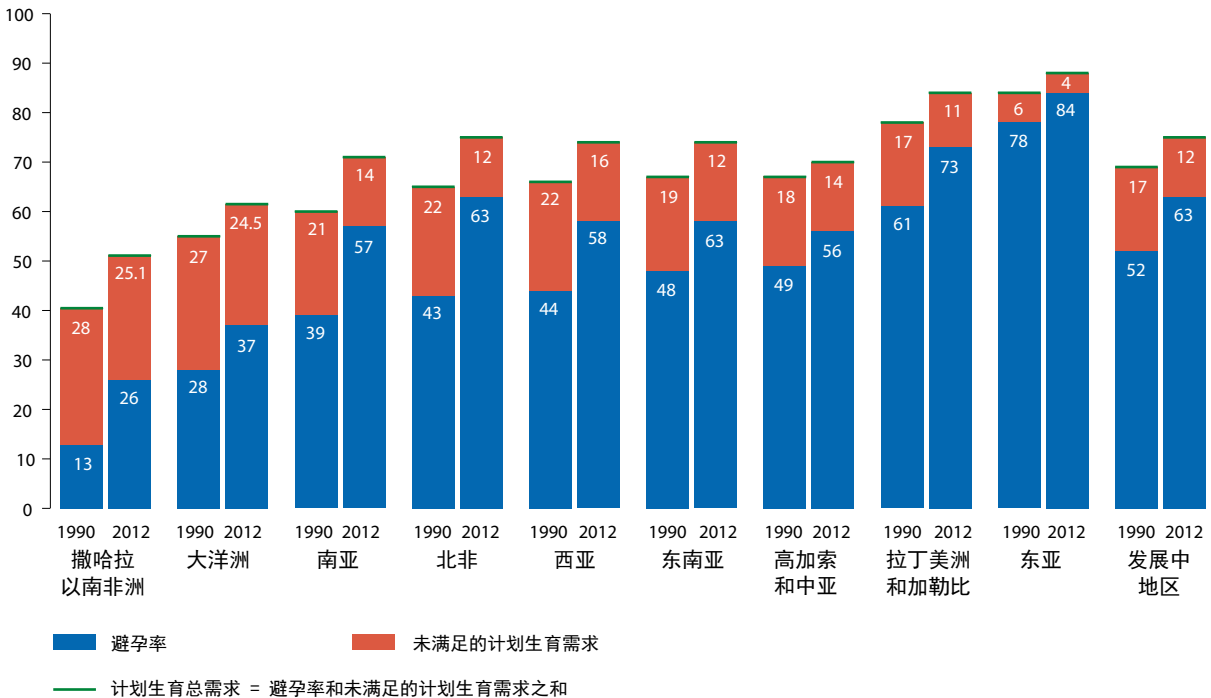
早育不仅可以给年轻母亲及其子女带来健康危险，而且还会让其错过上学和就业的机会，结果导致贫困的代际传递。因此，减少早育可以影响实现千年发展目标中贫困、教育、性别平等和儿童死亡率的目标。

1990年至2011年，全世界15-19岁少女分娩有所下降。在南亚，每千名少女的分娩率从88个新生儿下降到50个，随之而来的是就学增加、避孕需求增加以及青少年结婚比例减少。但是，在撒哈拉以南非洲分娩率只是稍有下降，2011年仍保持在每千名少女中有117个新生儿，比其他地区高很多。拉丁美洲和加勒比的青少年分娩率仍很高，2011年每千名少女有76个新生儿。



在大多数地区避孕用具的使用有所增加，但距达到计划生育的总体需求仍存在差距

1990年和2000年，15-49岁已婚或有伴侣的妇女中，有计划生育需求、正使用任何一种避孕方法的女性，以及具有未满足的计划生育需求的已婚或有伴侣女性的比例（百分比）



在发展中地区，避孕用具的使用有所增加，在某种程度上是因为提高了对安全的、可负担的和有效的避孕方法的使用。1990年至2012年，在撒哈拉以南非洲，15-49岁已婚或有伴侣女性中正使用某种避孕方法的比例提高了两倍，从13%增加到26%。在这期间，在南亚，这个比例从39%增加到57%。

1990年至2012年期间，发展中地区避孕措施普及的增加伴随着未能满足的计划生育需求的比

例从17%下降到12%。撒哈拉以南非洲未能满足的计划生育需求最高，那里总的计划生育需求比其他地区都要低。在2012年，这一地区表示需要推迟或避免怀孕的15-49岁已婚或有伴侣女性中，有25%从未使用过任何的避孕措施。在撒哈拉以南非洲，城市和农村居民之间、贫富住户之间以及受教育人群和未受教育人群之间使用避孕措施的差距仍然很大。



目标6

与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争

快 览

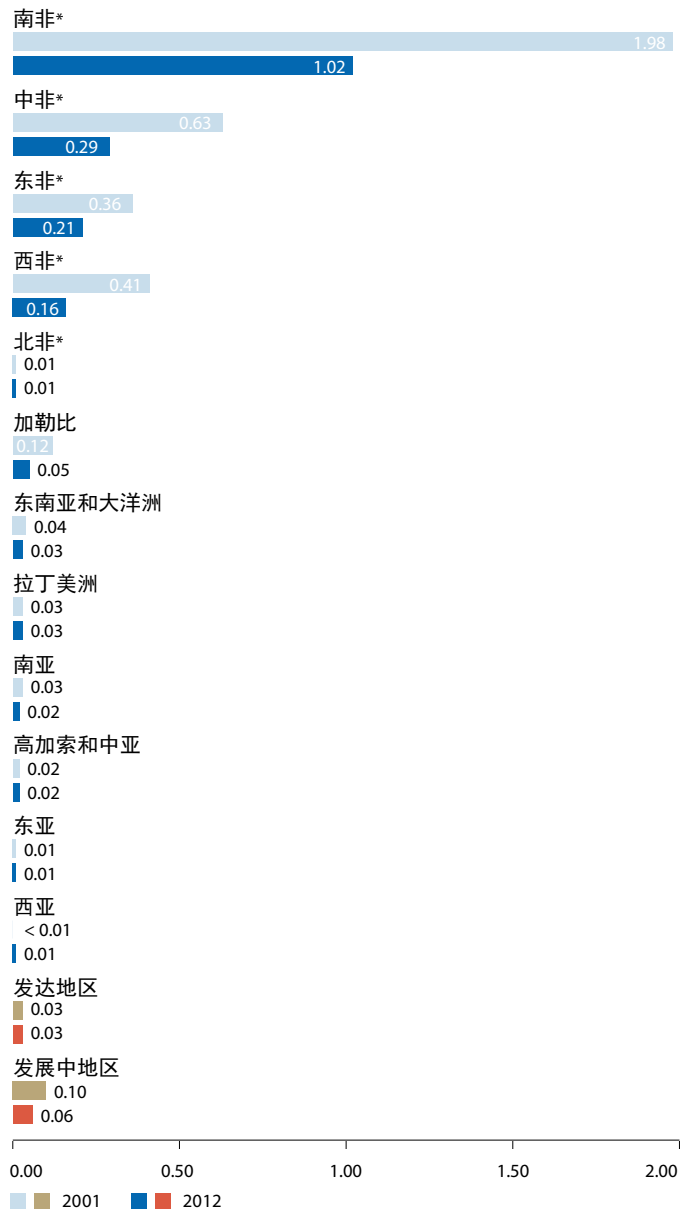
- ▶ 2012年，每天有近600名儿童死于艾滋病相关原因。
- ▶ 2012年，给发展中地区的950万人派发了抗逆转录病毒药品。
- ▶ 2000年至2012年期间，疟疾干预措施挽救了300万儿童的生命。
- ▶ 1995年至2012年期间，肺结核治疗挽救了2 200万人的生命。

具体目标6.A

到2015年遏制并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延

仍有太多的新感染艾滋病毒病例

2001年和2012年艾滋病毒发生率（每100个15-49岁的人中，每年新感染艾滋病毒的估计人数）



* 非洲次区域的组成情况见第55页的区域分组部分。

2001年至2012年期间，全球每100个成年人（15岁到49岁）中，新感染艾滋病毒（人类免疫缺陷病毒）人数下降了44%。在南部非洲和中非这两个艾滋病高发地区，新感染人数急剧下降，分别下降了48%和54%。然而，全球仍有230万各个年龄段的新感染者和160万人死于艾滋病相关原因。2012年在撒哈拉以南非洲，约有160万新感染病例，占新感染总人数的70%。

全球约有3 530万人携带艾滋病毒。2012年携带艾滋病毒人数达到新高，这是由于艾滋病毒新感染人数持续超过艾滋病死亡人数，并且接受抗逆转录病毒治疗的人创纪录数使艾滋病毒携带者存活的时间更长。与艾滋病相关的儿童死亡率快速下降，这得益于有效地干预措施防止了母婴传染。尽管如此，2012年仍约有21万儿童死于艾滋病相关的疾病，2005年相比为32万。

许多年轻人缺乏艾滋病毒的知识，并继续进行危险的性行为

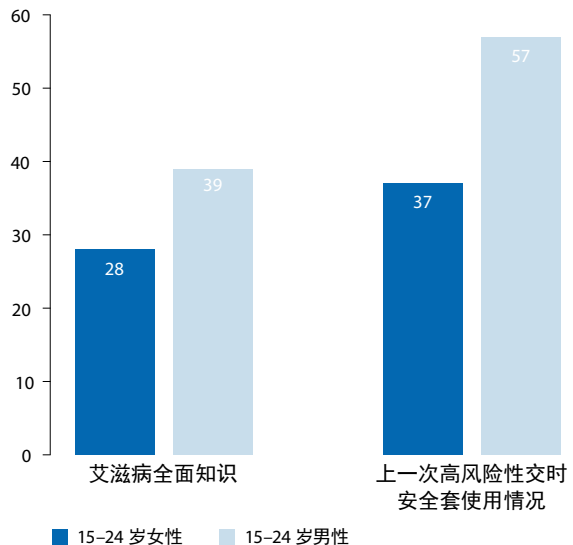
在一些地区，年轻人的危险性行为和对艾滋病毒知识的缺乏仍处于相当惊人的水平。在新增艾滋病毒感染大多通过性行为传播的地区，进行安全的性行为是减少感染病毒机会的最佳办法。在全球水平，自2001年起，新增艾滋病毒感染人数的下降验证了预防艾滋病毒努力的有效性。然而，在过去十年间，尽管针对15到24岁的年轻人已做了特别的努力，但新增艾滋病毒感染人数在这一年龄群仍没有实质的下降。

撒哈拉以南非洲是受艾滋病毒影响最为严重的地区，在这一地区的15到24岁人群中，只有39%的年轻男性和28%的年轻女性具有全面的艾滋病毒知识。在这一地区，发生高危性行为的年轻男女使用避孕套的比例分别为57%和37%。远远低于2001年联合国艾滋病毒和艾滋病大会中制定的95%的具体目标。

有迹象显示在一些国家危险性行为的的增长，比如避孕套使用的下降以及性伴侣数量的增加。需要加大努力，提供准确的艾滋病毒相关的信

息和服务，以便减缓艾滋病毒的蔓延。年轻人一定要在年轻时就知感染艾滋病毒和其他性传播感染的持续风险，否则悔之莫及。

2006-2012年，撒哈拉以南非洲掌握艾滋病传染方面全面知识并申报在上一次高风险性行为时安全套使用情况的15-24岁男女比例（百分比）



几乎有1 800万儿童因艾滋病而失去单亲或双亲

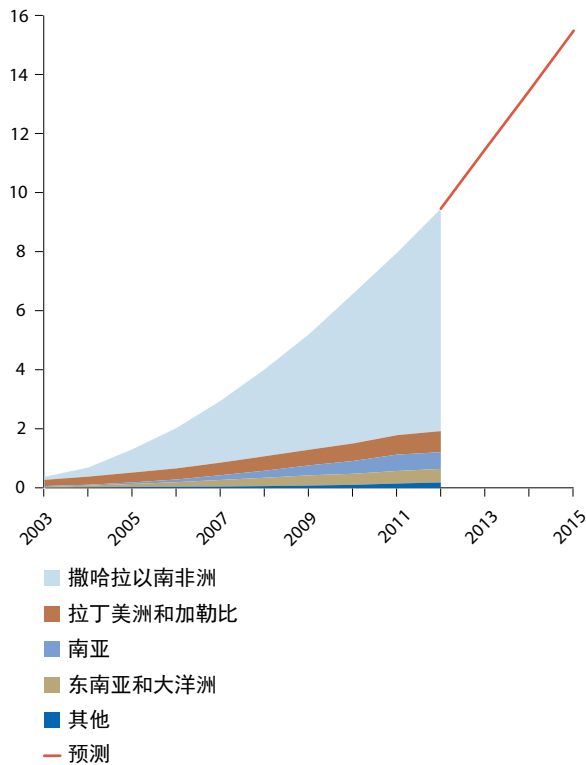
2012年，全球约有1 780万名0-17岁儿童因艾滋病失去单亲或双亲。减少艾滋病对住户、社区和儿童影响的国家级项目和全球合作的努力也得到了加强。这些投入都确保了对儿童及其家庭的关爱，并基本实现了10-14岁孤儿和非孤儿就学的均等。尽管如此，仍需做更多的努力，为所有艾滋病患儿和受艾滋病影响的家庭提供全面的保护、关爱和支持。

具体目标6.B

到2010年实现为所有需要者提供艾滋病毒/艾滋病治疗

自1995年以来，抗逆转录病毒治疗已挽救660万人生命，治疗范围的扩大可以挽救更多的人

2003-2015年，发展中地区接受抗逆转录病毒疗法的实际人数和预测人数（百万）

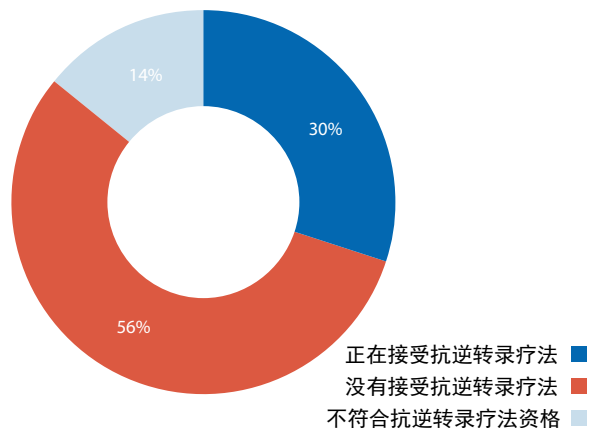


在最近几年，接受抗逆转录病毒治疗（ART）这一挽救生命疗法的人数一直在急剧增加，挽救了更多人的生命。2012年，又有160万人接受治疗，实现了最大的一次年度增长。在发展中地区，2012年共有950万人接受治疗。在撒哈拉以南非洲，艾滋病毒携带人群的比例最大，接受抗逆转录病毒治疗人群的比例也最大。1995年至2012年期间，在全球，抗逆转录病毒治疗扭转了660万艾滋病毒和艾滋病相关的死亡，其中540万在发展中地区。

如果可以保持当前的势头，那么全球便有望在2015年底实现1 500万患者接受抗逆转录病毒治疗的目标，这一目标是2011年6月在联合国大会艾滋病毒和艾滋病特别会议中达成的。要提高抗逆转录病毒治疗在全球的实施，不仅需要继续的政治承诺和社会动员，还需要国内外投入所需的资金。

世界卫生组织提供的新版艾滋病毒治疗准则呼吁艾滋病毒的早期治疗和对特定人群立即实施治疗，这些人群包括艾滋病毒测试呈阳性的孕妇、5岁以下儿童和患有艾滋病毒相关的肺结核和乙肝的患者。这些新的建议意味着在发展中地区符合抗逆转录病毒治疗资格的人数从1 540万增加到2 750万。目前，抗逆转录病毒治疗只覆盖了30%的艾滋病毒携带者。这些纲要不仅为艾滋病治疗和干预打开了新的机会，也为各国在加强应对艾滋病方面提出挑战。

2012年，根据2013年世界卫生组织准则，在发展中地区符合抗逆转录疗法的资格和接受治疗的艾滋病毒携带者的比例（百分比）



截至2012年12月,全球有超过90万的携带艾滋病毒孕妇接受抗逆转录病毒预防治疗。预防母婴传染的抗逆转录病毒项目的覆盖范围(除效果较小的单剂量奈韦拉平疗法)从2011年的57%增加到2012年的62%。

接受抗逆转录病毒治疗的总人数掩盖了各人群接受治疗方面的一些重要的不均等。治疗项目没有涉及到足够多的儿童、青少年和艾滋病毒感染的高危人群,比如性工作者、注射吸毒者以及与男人性交的男性。

具体目标6.C

到2015年遏制并开始扭转疟疾和其他疾病的发病率

世界正朝着实现疟疾方面具体目标的方向迈进,过去十年有300多万人的生命得到了挽救,但尽管如此仍存在巨大挑战

2000年至2012年间,全球疟疾干预措施的极大扩展使得疟疾死亡率下降了42%。新的数据显示,在这期间有约330万患者生命得到了挽救,远远超出了之前的预想。在这些得到挽救的患者中,约90%为撒哈拉以南非洲的5岁以下儿童,共有300万。这极大地推动了儿童死亡率的下降。尽管大多数高负担国家的疟疾监测系统薄弱,但最新的分析也的确指出世界正朝着全面实现千年发展目标疟疾方面具体目标的方向迈进。

全球约有34亿人仍经受疟疾感染的危险,抗击疟疾仍需国际社会和受影响国家的持续的政治和财政承诺。2012年,全球约有2.07亿疟疾病例,这一疾病致约62.7万人死亡,其中80%为5岁以下儿童。这一疾病在7个国家比较集中,约占全球总死亡案例的80%。刚果民主共和国和尼日利亚这两个国家,疟疾死亡率占全球的40%。

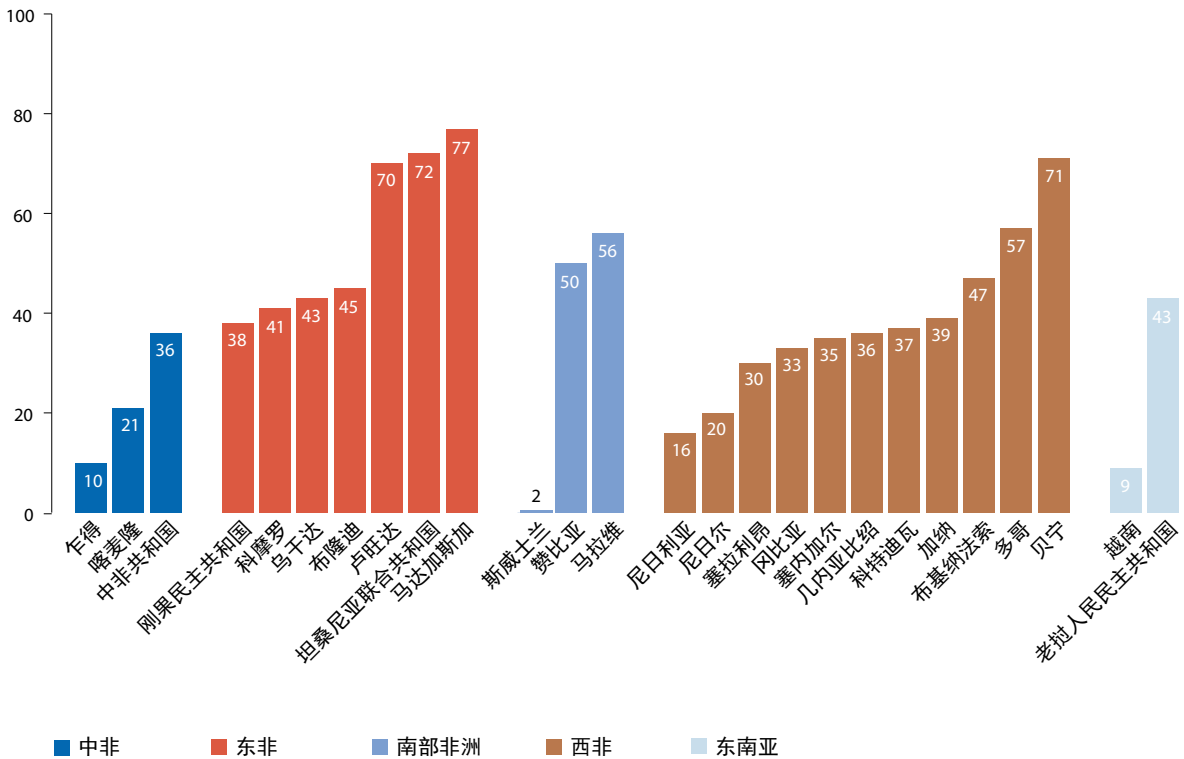
蚊虫控制干预措施应更为普遍,包括派发驱虫蚊帐和扩大室内滞留喷洒。2004年至2013年期间,有超过7亿个蚊帐派发给撒哈拉以南非洲的国家。但是,2013年居住在撒哈拉以南非洲疟疾危险地区的人们,只有约36%睡在驱虫蚊帐内。孕妇和儿童仍是最危险的人群。2012年在贝宁、马达加斯加、卢旺达和坦桑尼亚,有超

过70%的5岁以下儿童睡在驱虫蚊帐内,而在乍得、喀麦隆、尼日利亚和尼日尔仅有约20%或更少。

预防治疗、迅速诊断和有效的和及时的治疗可防止致命的结果。青蒿素综合疗法(ACT)是抗击恶性疟原虫导致的感染的最有效药物,恶性疟原虫是最致命的疟疾寄生虫。为疟疾盛行的国家提供的青蒿素综合疗法的疗程数从2005年的1 100万增加到2012年的3.31亿,同一时期,在这些国家快速诊断测试的销售量从20万个单元增加到2.05亿个单元,检测和治疗率大幅提高。

过去十年表明,现行的强有力的和成本效益好的公共健康干预措施可以帮助降低疟疾的负担和挽救生命,因此有望实现疟疾方面的具体目标。但是,数以百万计的人仍无法获得这一疗法。全球每年用于预防、诊断和治疗疟疾的资源大约需要51亿美元。2012年,世界距离这一目标还有26亿的缺口,这对受打击最严重的非洲国家取得进展构成了最大的威胁。没有持续的控制干预、可预测的融资和加强监管体系的战略投资,疟疾的爆发和复发仍是一个实实在在的威胁。对抗疟疾药物和杀虫剂的抵制也是令人担忧的问题。

2010-2012年，按地区*的选定国家5岁以下儿童在驱蚊蚊帐内睡觉的比例（百分比）



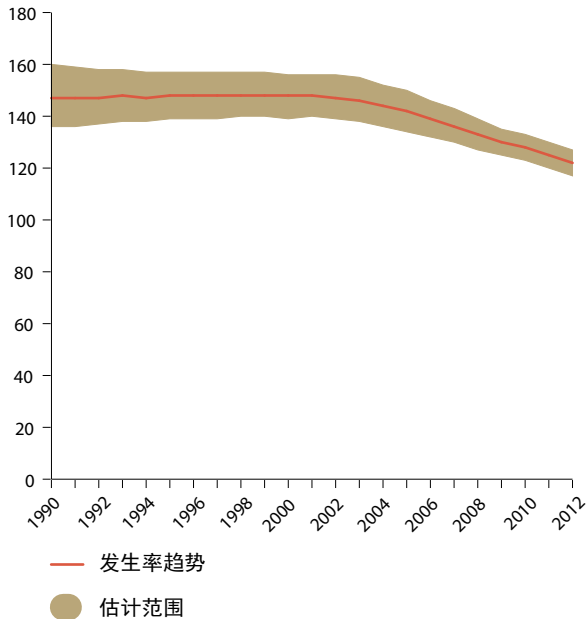
* 非洲次区域的组成情况见第55页的区域分组部分。

肺结核新病例和死亡人数在下降，具体目标可以实现

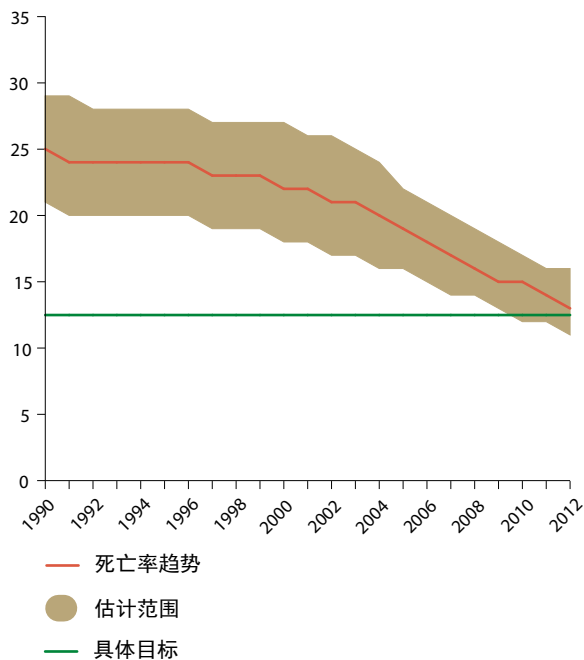
2012年，约有860万肺结核新病例，患该病的总人数为1 100万。全球每10万人中肺结核新病例数继续下降，2012年比2011年下降约2%。如果这个趋势继续下去，千年发展目标的遏制和扭转肺结核发病率的具体目标可以实现。肺结核发病率的减速一直非常低。有超过20亿的人在过去感染过分枝杆菌肺结核。“接触后疫苗”是防治感染人群肺结核再生的有效措施，缺乏这一有效措施限制了肺结核控制的影响。

2012年，约有130万人死于疾患，其中32万人艾滋病病毒测试呈阳性。在大多数地区，每10万人中，死于肺结核的人数（除艾滋病病毒测试呈阳性人群外）在下降。依据目前的预测，遏止结核病战略中所提出的到2015年实现1990年死亡率减半的目标在全球层面和几个地区层面都可以实现。

1990–2012年，每10万人中新肺结核病例人数，包括艾滋病毒测试呈阳性人群



1990–2012年每10万人中死于肺结核人数，不包括艾滋病毒测试呈阳性人群



执行成功的肺结核救治措施已挽救上百万人的生命，但仍还有更多的工作需要做

2012年，有610万人被正式诊断为患有肺结核，占新增病例的三分之二。2011年共有87%的确诊病人得到了成功救治，已连续四年超过了85%的具体目标。1995年至2012年间，得到成功治疗的肺结核总人数为5 600万，挽救了2 200万人的生命。这一成功得益于对2006年启动的遏止结核病战略以及对后续的直接督导短程化疗战略的集中执行。

尽管已取得这些好的进展，但仍需做更多的努力。三分之一的新确诊肺结核患者没有得到妥善的治疗。2012年，在接到通知的肺结核案例中，有30万为多药物耐药性案例，其中仅有三分之一依照国际准则得到了诊治。许多艾滋病毒测试呈阳性肺结核病人不知道自己的艾滋病毒的状况。此外，几近一半的知道病情的艾滋病毒测试呈阳性的肺结核患者没有接受过抗逆转录病毒治疗。面临的一大挑战就是要缩小资金缺口，尽管在过去十年资金投入有所增长，全球基金在许多国家也得到了实际融资，但资金缺口仍然非常大。

目标7

确保环境的 可持续能力

快 览

- ▶ 1990年以来全球二氧化碳(CO₂)排放增长近50%。
- ▶ 截至2012年，受保护的生态系统覆盖了全球14%的陆地和海洋面积。
- ▶ 1990年以来，有超过23亿人获得了改善的饮用水源，但仍有7.48亿人只能取用未经改善的水源。
- ▶ 1990年至2012年期间，有近20亿人获得了改善的卫生设施。但仍有10亿人在户外便溺。
- ▶ 发展中地区有三分之一的居民仍住在贫民窟。

具体目标7.A

将可持续发展原则纳入国家政策和方案，扭转环境资源的流失

每年有上百万公顷的森林流失，威胁了这一宝贵的资产

2000年至2010年期间，每年因自然因素破坏或土地转为他用而流失的森林面积达1300万公顷。城镇化和大面积商业性农业的扩展是全球砍伐森林的主要动因。

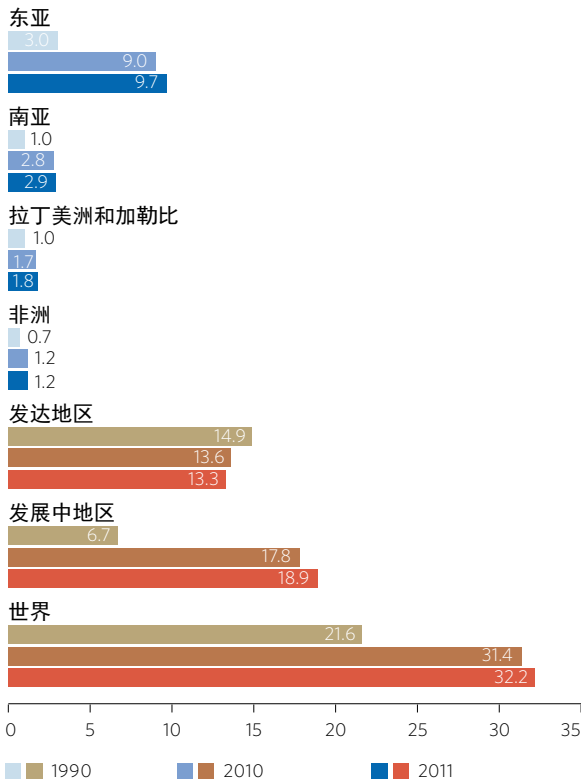
植树造林和森林的自然增长降低了森林的净流失量，从20世纪90年代的年均830万公顷降至2000年至2010年间的年均520万公顷。这主要是因为巴西、智利、中国、哥斯达黎加、卢旺达和越南等国采取了措施阻止森林退化和进行森林可持续管理。

砍伐森林降低了物种多样性和对清洁水的获取，增加了水土流失和碳在大气中的排放。它经常导致主要经济资产的流失，并且导致发展中国家农村地区和土著人民和女性失去生计的机会。

全球温室气体排放继续呈上升趋势

全球二氧化碳(CO₂)排放继续呈上升趋势，2010年至2011年增长了2.6%。2011年全球二氧化碳排放达322亿公吨，比1990年高出48.9%。2000年后，二氧化碳排放加速增加，从2000年到2011年排放量增加了35%，相比之下从1990年至2000年只增加了10%。这主要是因为发展中地区的排放快速增加。

1990年、2010年和2011年二氧化碳(CO₂)排放量*
(10亿公吨)



* 2011年数据为初步估计数，无某些千年发展目标地区分解数据。

发达地区人均排放仍高于发展中地区。2011年发达地区的平均二氧化碳排放量约为每人每年11公吨，而发展中地区为3公吨。发展中地区之间也存在较大差异。然而2011年，发展中地区每单位经济产出的排放量高于发达地区，分别为每美元经济产出排放0.4千克二氧化碳和0.3千克二氧化碳。

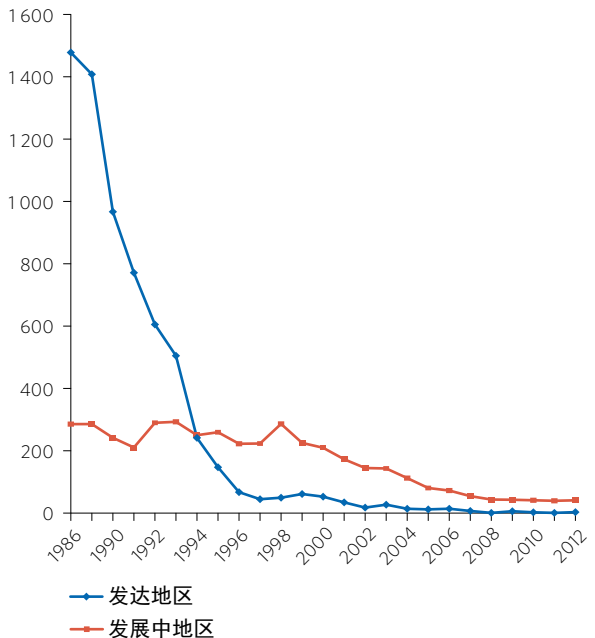
遏制全球排放量的增加仍是一个挑战。为解决这一挑战，谈判正在《联合国气候变化框架公约》下进行。最终目标是在2015年底构建“一项在公约框架下具有法律效力且适用于各方的协议、法律文书或一致商定的结果”，在2015年12月在巴黎的联合国气候变化框架公约大会上将其制定出来。

全球基本消除了消耗臭氧物质

1986年至2013年期间全球消耗臭氧物质(ODS)使用量的下降超过98%。1986年后，发达地区成功地在10年内减少了消耗臭氧物质的消耗。而在发展中地区使用量的减少只有在2000年后，当发展中地区开始履行义务时才开始显著。截至2010年，所有国家都停止使用主要的消耗臭氧物质，所有余下的消耗臭氧物质将在今后二十年内停止使用。这些成绩是《关于消耗臭氧层物质的蒙特利尔议定书》的结果，该协议是在1987年签署的环境协议，并得到了普遍的批准。对协议遵守情况的监测和对发展中国家提供资金是取得成功的重要因素。但仍然存在诸如消耗臭氧物质的豁免使用以及与非法贸易做斗争等问题。

消耗臭氧物质为温室气体。据估计，《蒙特利尔议定书》减少了相当于超过1350亿公吨的二氧化碳的温室气体排放。

1986-2012年臭氧消耗物质(ODSs)的使用量
(千公吨)

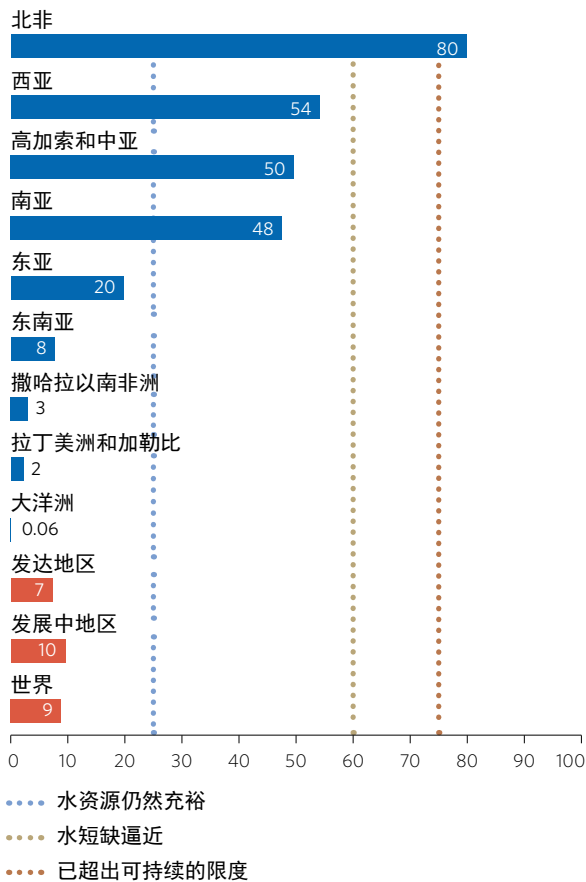


可再生水资源越来越稀缺

北非和西亚的阿拉伯半岛的可再生水资源的抽取率超过75%，这是水资源可持续利用的临界点。在西亚的其他地区，以及南亚和中亚，抽取率都接近或超过50%，离60%的临界点不远。一旦达到60%这个临界点物理性短水就会成为一个关切的问题，对人们的生活和环境都有影响：生态系统变得紧张，不是所有的用户在任何时候都可以获得所需水量。

其他地区的抽水量占可再生水资源的不足25%，这个界限以下水资源被视为是充足的。但是，这些地区的数值掩盖了地区内和国家内的不同。比如，尽管澳大利亚和中国总体上都有足够多的可再生水资源，这两国仍有许多人生活在水资源严重短缺的地区。

2008年前后，可再生水资源抽取的比例（百分比）

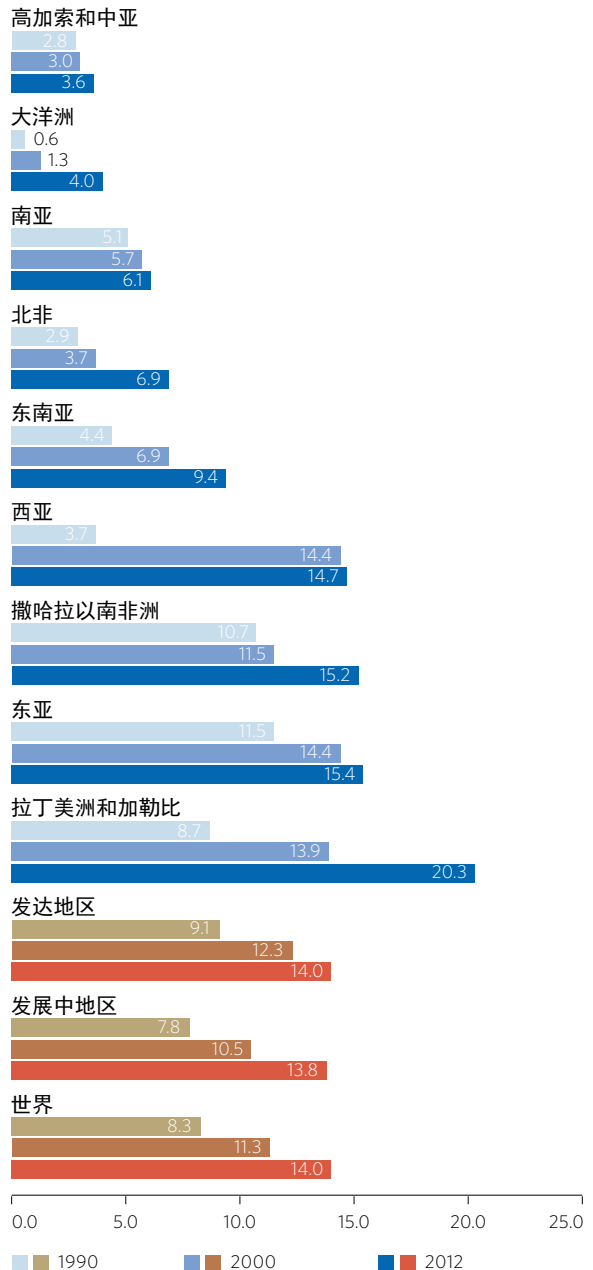


具体目标7.B

减少物种多样性的丧失，到2010年将物种多样性丧失率显著降低

受保护的地区在增加，从而有助于保护自然资源

1990年、2000年和2012年受到保护的陆地和海洋地区（百分比）



根据最新的估计，至少有14%的陆地和近岸海域(最宽12海里)得到了保护。这些地区保护了物种多样性，生产出了许多商品和服务，比如食物和水、气候控制、作物授粉和娱乐收益。

在全球许多地区，受保护的面积在大幅增加。1990年至2012年期间，在拉丁美洲和加勒比，受保护的地区面积从8.7%增加到20.3%。同时，西亚大幅扩展了受保护的地区，从1990年的3.7%增加到2012年的14.7%。

人类的生存依赖于保护区所维护和加强的服务和自然资源。《物种多样性公约》认识到了受保护地区的重要性，并设定了保护的具体目标，即力图到2020年通过全球保护区网至少保护17%的全世界陆地面积和10%的沿海及海洋面积。这一保护网具备高效和公正的管理，从生态学的角度看，这一保护网代表了地球上的各种自然资源，是保护物种多样性和生态系统服务的极为重要的地区。目前，受保护地区仅为地球陆地面积的14.6%和近岸海域(达12海里)的9.7%。要实现依照公约保护物种多样性的具体目标，需要做出新的努力。

许多物种都因数量和分布的缩小而濒临灭绝

红色名单指数显示，总体上，各个物种种群的数量和分布范围在缩小，即更加濒临灭绝。这一指数是由国际自然保护联盟和其合作伙伴编制的，测量各物种组别的总灭绝风险趋势。红色名单指数现在涵盖了世界上所有鸟类(10000种)、哺乳动物(4500种)、两栖动物(5700种)和温水造礁珊瑚(700种)的数据。

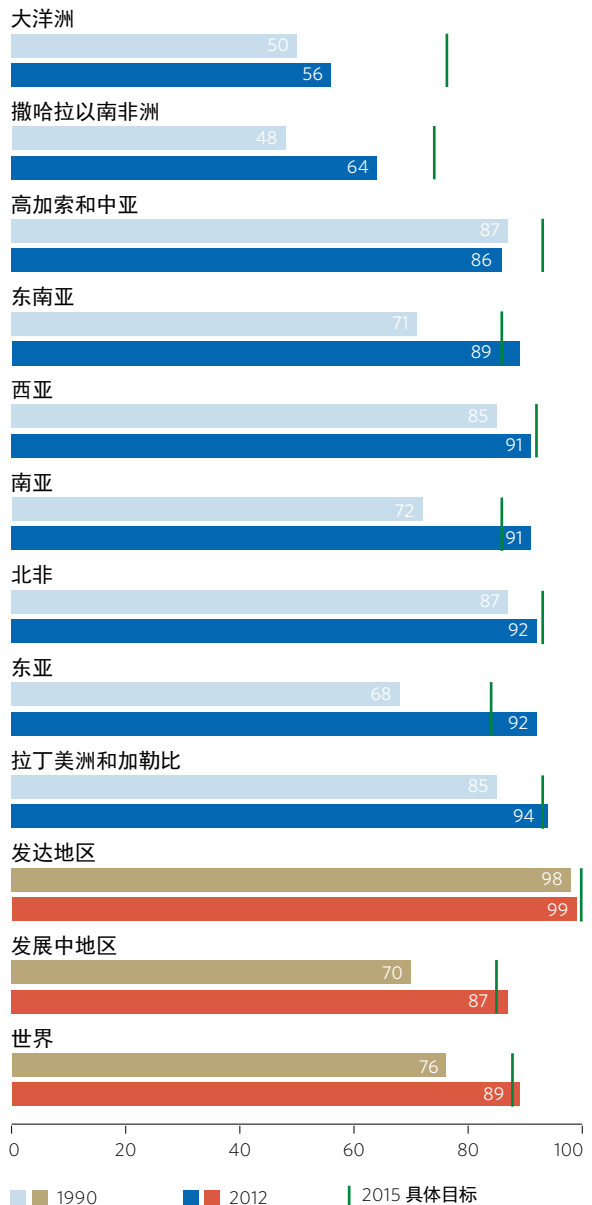
物种多样性提供了许多人类生活和生计所依靠的各种生态系统服务。比如，许多研究表明，为作物授粉的物种在下降或缺失，这导致作物的生产性和价值下降。红色名单指数最近的分析，显示授粉鸟类和哺乳动物数量和分布下降的趋势以及灭绝风险的增加。授粉昆虫可能会有同样的趋势。要想扭转这些趋势、减少灭绝率，进而维护物种为社会所提供的效益，还需要做更多的事情。

具体目标7.C

到2015年将无法持续获得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半

自1990年，23亿人已获取改善过的饮用水源

1990年和2012年使用改善过的饮用水源的人口比例(百分比)



2012年，全球获取改善过的饮用水源的人口比例为89%，比1990年的76%有所增长。将没有获得改善的水源的人口比例减半的具体目标已在2010年实现，比预期提前5年。1990年到2012年期间，有超过23亿人获取了改善的饮用水源，其中有16亿人已在家中享有自来水，这是服务的最高水平，与此相伴的是最佳的健康效果。

在东亚、南亚和东南亚，使用改善的饮用水源的人口比例出现了最大的增长，分别增长了24、19和18个百分点。在撒哈拉以南非洲，最初的覆盖比例很低，1990年至2012年期间，尽管人口增长显著，但获取改善的饮用水源的人口比例仍有16个百分点的增长。

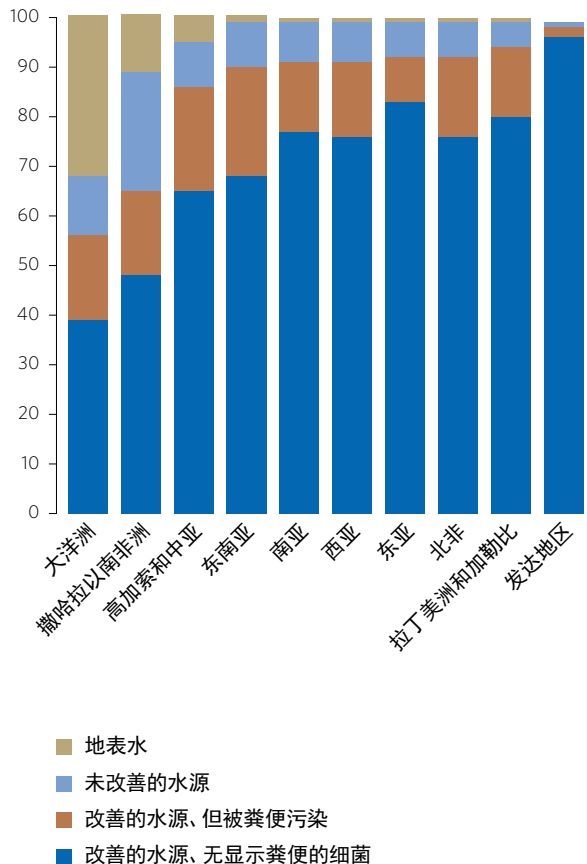


许多人仍依赖不安全的水源

2012年仍有7.48亿人依赖不安全的饮用水源，其中1.73亿人从河水、溪流和池塘获取饮用水。其余的人依靠未经保护的开口井或未充分保护的天然泉水。全球有45个国家不能按预期实现千年发展目标的饮用水的具体目标。

此外，那些使用改善的饮用水源的人也不一定就使用到了安全的水。许多改善的设施都被微生物污染。再者，许多住户无法轻易地取水，特别是在撒哈拉以南非洲。许多人，通常是妇女或年轻女孩，经常需要排长队或走很远的路才可以获得改善的水源。

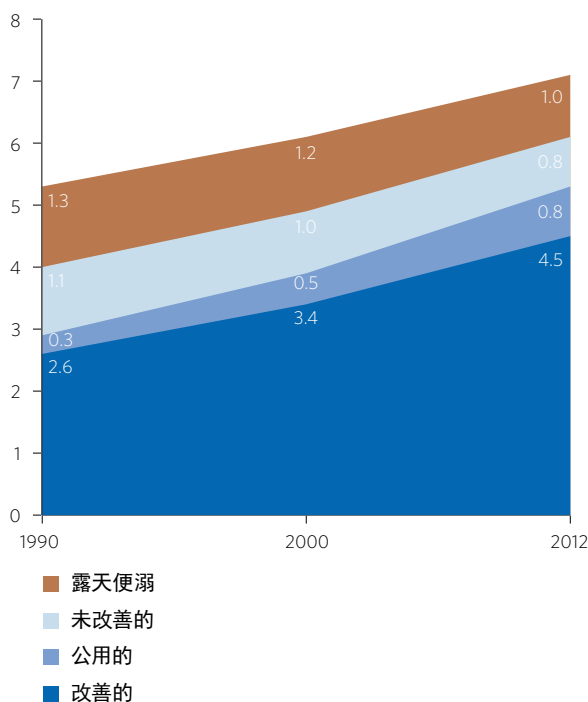
2012年使用各种饮用水源的人口比例 (百分比)



注：估计值是依据对345个饮用水质量信息的研究的系统分析得出。

1990年以来全球有超过四分之一人口获得了改善的卫生条件，但仍有10亿人露天便溺

1990年、2000年和2012年按卫生习惯分类的人口 (10亿)



1990年至2012年期间，有约20亿人获得了改善的卫生设施，即将人与粪便卫生地分隔开的设施。尽管在卫生覆盖范围方面取得了很大的提高，从1990年的49%提高到2012年的64%，但似乎仍然不可能在2015年实现千年发展目标的75%覆盖率的具体目标。2012年，25亿人没有使用改善的卫生设施。需要在今后几年，做更大的努力和投入，重新调整卫生设施的不足。

2012年，全球仍有10亿人露天便溺，这种做法需要停止，因为它给贫困和脆弱的社区带来了巨大的风险。露天便溺在南亚、大洋洲和撒哈拉以南非洲很普遍。现在绝大多数(82%)的露天便溺者住在中等收入、人口众多的国家，比如印度和尼日利亚。

农村人口、贫困人口和少数民族对改善的水源和卫生条件的获取更少

缺少改善的水源和卫生设施主要是与农村和贫困相关的。在无法获取改善的卫生设施的人中，每10人就有7人住在农村。城市的富人更可能家中具备自来水或拥有与污水管道系统相连的厕所，而穷人通常使用公共资源或需要从小贩那里购买水、分享公共设施，或使用坑厕。除了农村城市差异和贫富差异外，住户调查显示了在一些地区的国家内、在少数民族或其他弱势群体中改善的水源和卫生条件覆盖范围更低。

2010年联合国大会通过了享有水和卫生的人权决议，呼吁全民覆盖，强调要解决和监督不平等获取清洁水和适度卫生条件的问题。



具体目标7.D

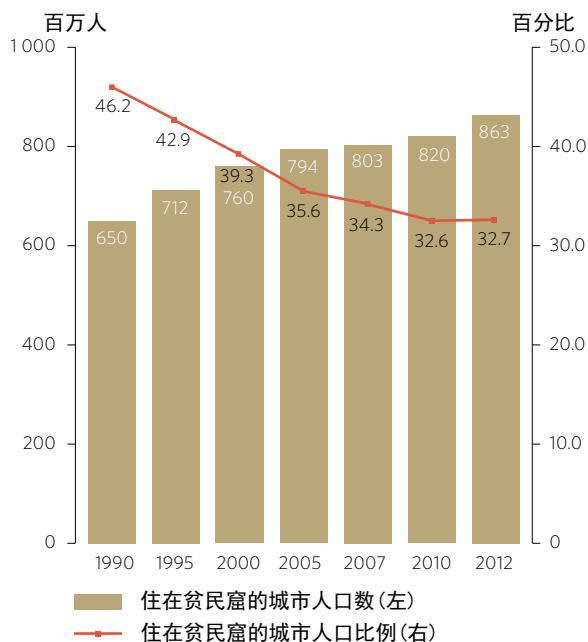
到2020年，至少让1亿贫民窟居民的生活有明显改善

尽管千年发展目标的具体目标已实现，但居住在贫民窟的人数仍在增加

贫民窟的特点是不具备基本的服务，比如改善的水源和适当的卫生条件，不安全的土地使用权、不耐久的住房和过度拥挤的居住空间。2000年至2012年期间，有超过2亿的贫民窟居民得到了改善的水源、改善的卫生条件、耐久的住房或不那么拥挤的居住条件。截至2012年，发展中国家有近33%的城市居民仍住在贫民窟。在2000年，在发展中国家，有40%的城市居民处于这样的居住条件。

尽管已取得这些进展，但贫民窟居民的数量还在继续增加，这其中的部分原因是城镇化的快速发展。2012年居住在贫民窟条件下的城市居民约为8.63亿，2000年为7.6亿，1990年为6.5亿。在城市地区，居住在贫民窟条件下的人口比例极高的地区有撒哈拉以南非洲(62%)，以及比例相对较低的南亚(35%)、拉丁美洲和加勒比(24%)、北非(13%)。要改善发展中国家城市穷人的生活需要做更多的努力，扭转居住在贫民窟人数增加的趋势。

1990-2012年发展中地区居住在贫民窟的城市人口
(百万人和百分比)



阻止贫民窟蔓延的一个方法就是建立更多的街道

一个精心设计的城市会将25%到30%的土地分配给街道。然后通常配合现存的街道网络来设计上下水系统。未经规划的城市区域不会为街道设计足够的空间，这使得官方很难提供基本的水和卫生服务。

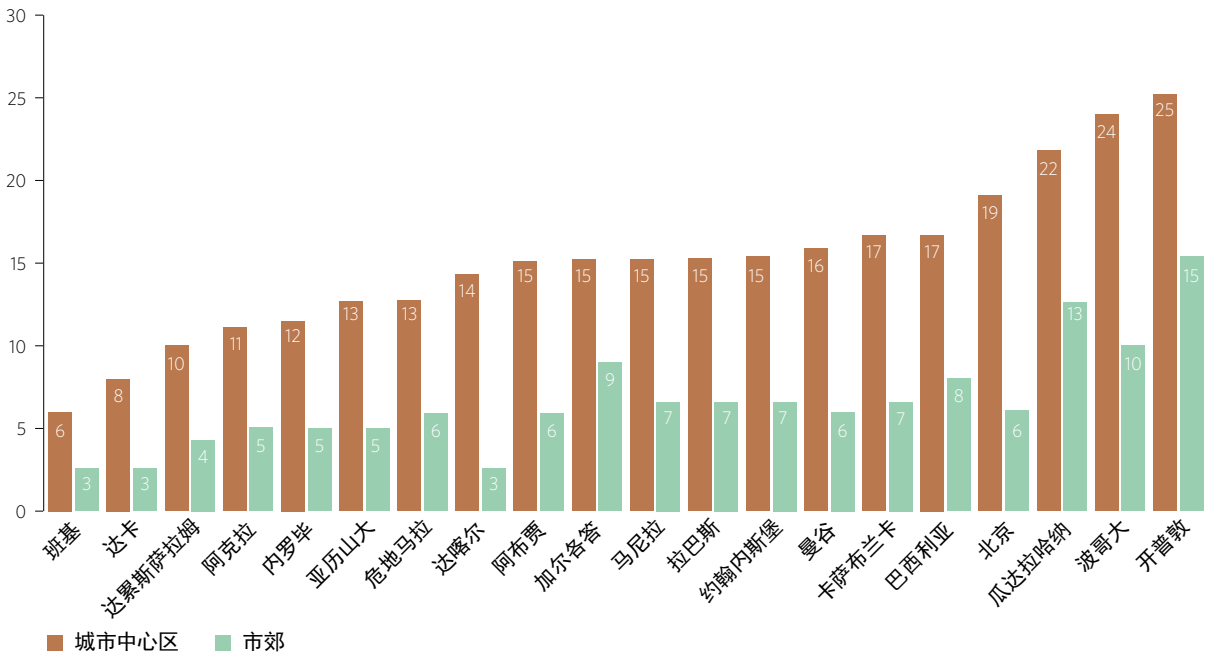
在非洲、亚洲和拉丁美洲和加勒比，在很多城市居住区，只有不足15%的土地分配给街道。这个估计值是依据全球100多个城市街道网络的地理空间信息系统(GIS)和卫星图像而得出的。在研究中所包括的18个非洲城市中，有13个城市给街道分配了不足15%的土地。研究还指出所有城市的郊区通常只划分不足10%的土

地给街道，这表明未经设计的城市居住区广泛存在。

新的地理空间数据可以帮助更好地解决贫民窟问题

诸如街道网络、建筑物和非建筑物区域，以及城市密度等城市形态和结构的信息有助于制定有效的城市政策，解决发展中国家城市基础服务缺乏的问题。如今可以利用地理空间信息系统和遥感来获取这些信息。贫民窟的定义应该有所改进，应将这些因素纳入进来，以便提供更好的政策指南。

2013年非洲、亚洲、拉丁美洲和加勒比的中心城市和郊区分配给街道的土地比例（百分比）



目标 8

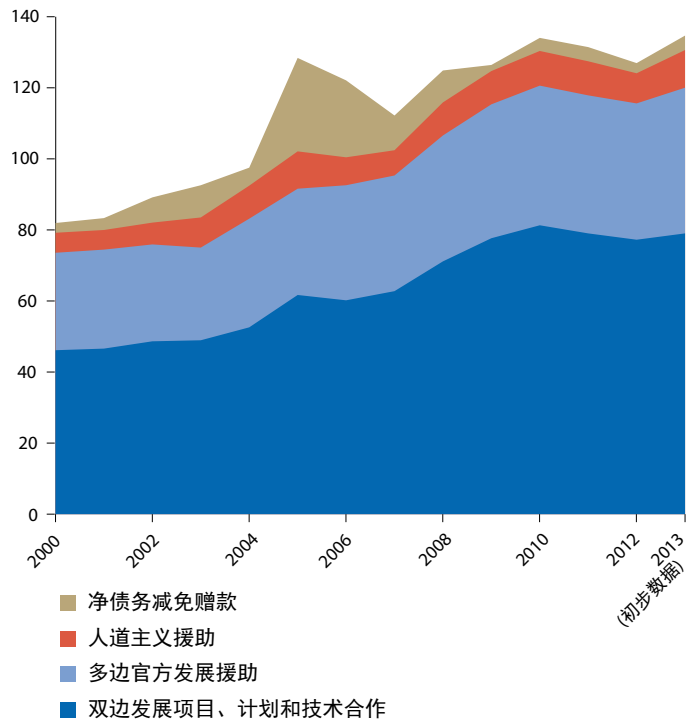
全球合作 促进发展

快 览

- ▶ 2013年官方发展援助为1 348亿美元，达到有记录以来最高水平。
- ▶ 发达国家从发展中国家进口的商品80%免税。
- ▶ 发展中国家的债务负担保持稳定，约占出口收入的3%。
- ▶ 在过去四年间，非洲的互联网用户数几乎增加一倍。
- ▶ 全球30%的青年是数字原生代，在线活跃了至少5年。

官方发展援助正处于最高水平，扭转了过去两年的下降走势

2000–2013年来自经合组织发展援助委员会成员国的官方发展援助（ODA）（10亿美元，2012年不变价）



发达国家对发展中国家的官方发展援助（ODA）净额实际值在经历了两年的下降后，2013年比2012年增加了6.1%。经济合作和发展组织发展援助委员会（DAC）各成员国成员的官方发展援助净额达1 348亿美元，达到有记录以来的最高值。占发达国家国民总收入之和的0.3%。双边援助（不包括债务减免赠款和人道主义援助）实际值增加2.3%，对多边组织的核心援助增加6.9%。

28个发展援助委员会成员国中有17个增加了对官方发展援助的拨款，11个减少了拨款。2013年，美利坚合众国、联合王国、德国、日本和法国是捐赠最多的国家。丹麦、卢森堡、挪威和瑞典仍超过联合国官方发展援助的具体目标，即国民总收入的0.7%，联合王国首次实现官方发展援助的具体目标。

非发展援助委员会成员国的援助也有所增加。阿拉伯联合酋长国的官方发展援助净额达到国民总收入的1.25%，是2013年比率最高的国家。土耳其官方发展援助净额实际值增加了30%，爱沙尼亚和俄罗斯比2012年增加了超过20%。

最近，发展援助委员会的“捐助国远期支出计划调查”预测2014年国别可规划援助实际值会增长2.4%，这主要是由于一些捐助国援助的持续增长，以及多边组织的软贷款。这之后援助预期保持稳定。国别可规划援助不包括不可预知的项目（人道主义援助和债务减免）、无需跨国界现金流量的项目（比如行政费用）或不属于政府间合作协议的项目。国别可规划援助被认为是国家援助记录的一个良好替代指标。

2011年至2012年期间，在988亿美元的部门可分配援助中，有235亿美元集中用于实现性别平等和增强妇女权能。



具体目标8.B和8.C

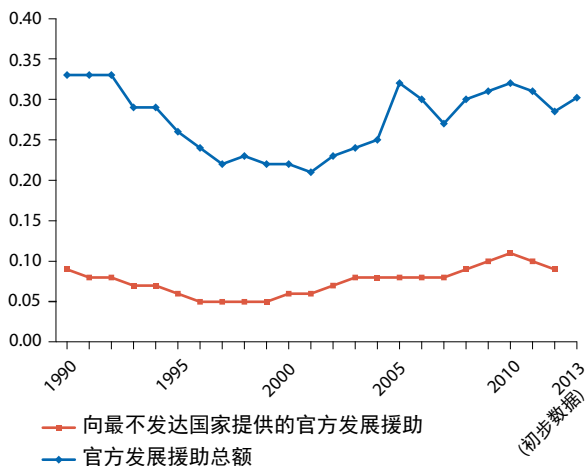
满足最不发达国家、内陆发展中国家和小岛屿发展中国家的特殊需求

援助从最贫穷的国家转移

近几年，约有三分之一的援助总额流入最不发达国家（LDCs）。2012年，发展援助委员会捐助国对最不发达国家的援助额为国民总收入之和的0.09%，为2008年以来的最低比率。

2013年对非洲的双边援助净额下降了5.6%（在48个最不发达国家中有34个位于非洲），实际值为289亿美元。发展援助委员会的调查显示对最不发达国家和低收入国家的国别可规划援助会继续降低5%，特别是在非洲，这反映在减少了对最不发达国家高度依赖的物资的拨款。同一调查也显示了中期继续侧重对中等收入国家的援助，许多这些中等收入国家生活极度贫穷的人口众多。对这些国家的援助更可能为软贷款的形式。

1990–2013年，经合组织发展援助委员会成员国提供的官方发展援助净额占捐助国国民总收入的比重（百分比）

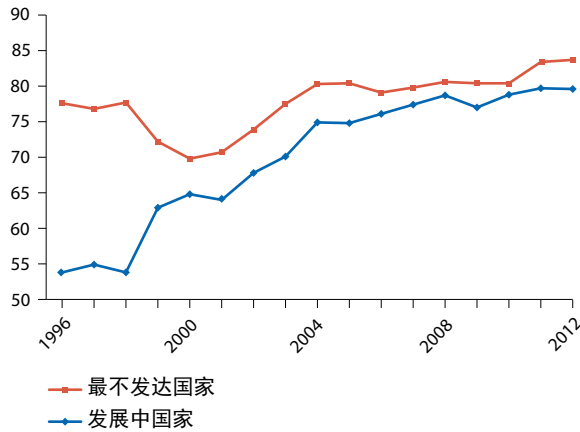


具体目标8.A

进一步发展开放的、有章可循的、可预测的、非歧视性的贸易和金融机制

贸易自由化放缓，最不发达国家从真正的优惠待遇中获益

1996-2012年发达国家从发展中国家和最不发达国家进口中（不包括石油和武器）免税产品比例（百分比）



注：该指标受出口结构和相对价格变化的影响。

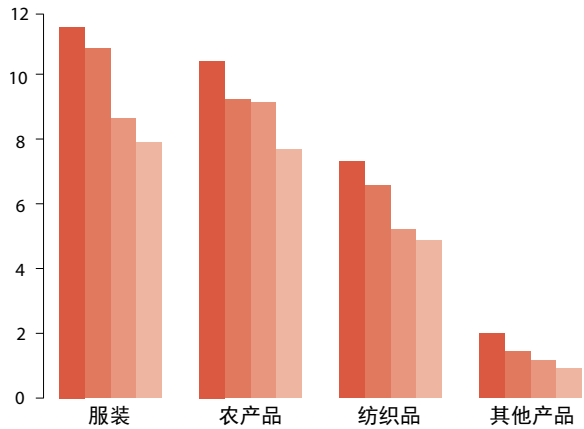
2012年，发达国家从发展中国家进口的商品80%免税。1996年至2004年期间，继1995年多边贸易自由化谈判乌拉圭回合结束后，发达国家从发展中国家免税进口商品（除石油和武器外）的百分比平均每年增加2.5个百分点。大部分免税的进口商品都受益于最惠国待遇下对多边关税的取消。2004年以后，对来自发展中国家的进口商品实施的免税准入只是逐步提高，每年增加0.5个百分点。

2012年对最不发达国家出口到发达国家市场的商品实施免税准入达到84%。大多数的（54%）免税待遇是真正的优惠，而非由于所有出口商享受最惠国待遇。自2010年以来，对最不发达国家的优惠差额已有所提高。

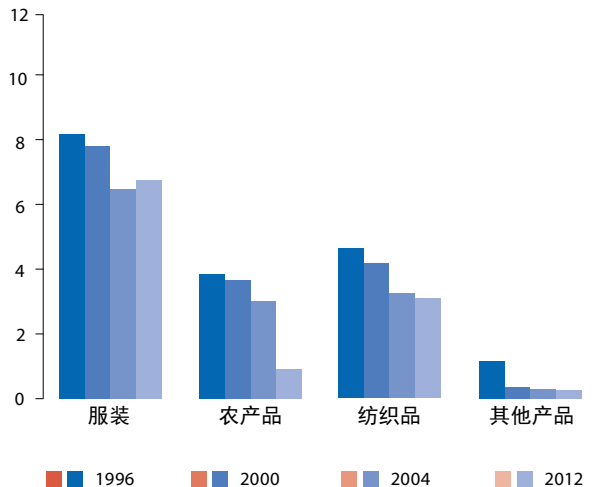
平均关税有所下降，但下降不大

1996年、2000年、2004年和2012年发达国家对发展中国家和最不发达国家出口的关键产品征收的平均关税（从价百分比）

发展中国家出口的产品



最不发达国家出口的产品



注：基于1999-2001年固定的出口结构。2012年对最不发达国家服装产品征收的平均关税突增，这是由于美国从亚洲最不发达国家进口的增加，而非由于名义关税的变化。

1996年至2004年期间，发达国家对从发展中国家进口的服装和纺织品征收的平均关税有所下降，分别下降了2.8个和2.1个百分点。在2005年至2012年期间，对这些商品征收的平均关税下降不足1个百分点。1996年至2004年期间，对农产品征收的平均关税下降1.3个百分点，到2012年又下降1.4个百分点。

同样地，1996年至2004年期间，对最不发达国家出口的服装和纺织品征收的平均关税也下降了，但在随后的年份没有继续下降。其中一个原因就是许多发达国家已对大多数最不发达国家的这些商品给予了完全的免税待遇，而指标只显示例外的项。与此形成对比的是，对最不发达国家的农产品征收的平均关税在2004年后继续下降，下降到了不足1%，结果导致与其他发展中国家出口品比优惠差额相差近6.8个百分点。

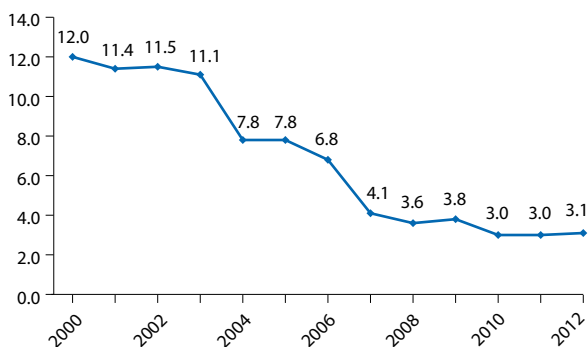


具体目标8.D

全面处理发展中国家的债务

发展中国家的债务负担比2000年要低很多，但没有进一步下降

2000-2012年，所有发展中国家外债偿还金额占出口收入的比重（百分比）



注：仅包含向世界银行借方报告制度通报的发展中国家数据。

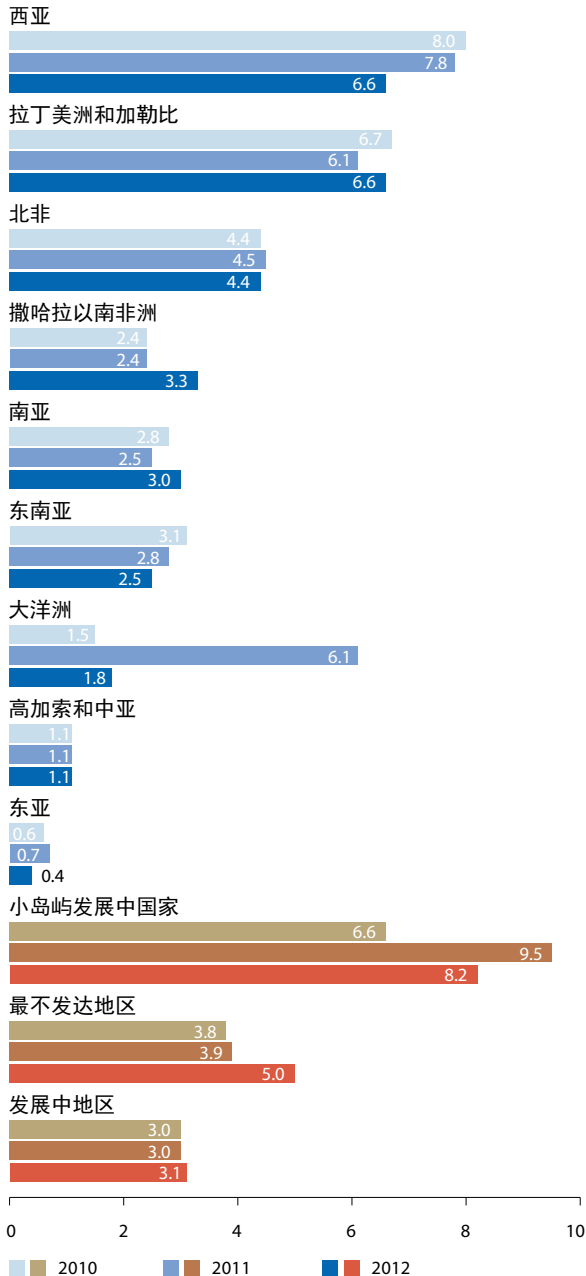
一个国家的外债负担影响其信誉和抗经济冲击的能力。2012年，按外债与出口收入的比例计算，发展中国家的债务负担为3.1%，与之前两年的水平相似。这比2000年的水平低很多，当时发展中国家的债务负担相当于其出口收入的12%。良好的债务管理、贸易的扩大，以及对最贫穷国家的实质性债务减免，都减少了债务的负担。

2009年全球金融危机导致出口收入急剧下降，短暂地中断了债务比率的下降走势。尽管如此，由于出口收入反弹，2010年债务比率又恢复了下降的走势，一些地区的比率下降到低于2008年水平，并且自此保持相对不变。

2011年，大洋洲和小岛屿发展中国家的债务与出口的比率暴涨，大部分因为斐济偿还了1.5亿美元债券。毫不奇怪，因为斐济的全部公共债务恢复到了较为正常的水平，2012年大洋洲和小岛屿发展中国家的债务出口比降幅最大。

依照重债穷国减债倡议，39个国家有资格获得债务减免。其中36个国家已达到“决定点”阶段，将未来的债务支出减少573亿美元（以2012年底净现值计算）；35个国家已达到“完成点”，根据多边债务减免倡议，他们将被免除全部债务。

2010年、2011年和2012年外债偿还金额占出口收入的比重（百分比）



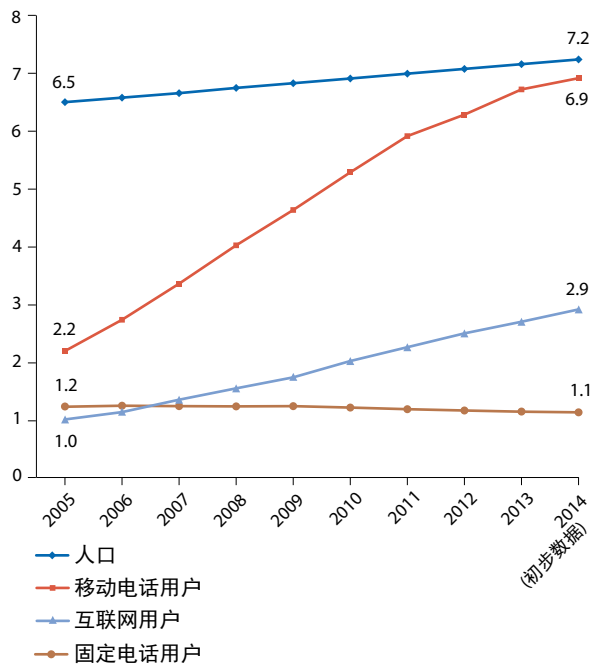
注：仅包括向世界银行借方报告制度通报的发展中国家数据。

具体目标8.F

与私营部门合作，普及新技术特别是信息和通信技术的好处

对现代信息和通信技术的应用继续增加——有近30亿人在线以及70亿移动电话用户

2005-2014年移动电话用户、互联网用户及固定电话用户估计数（十亿）



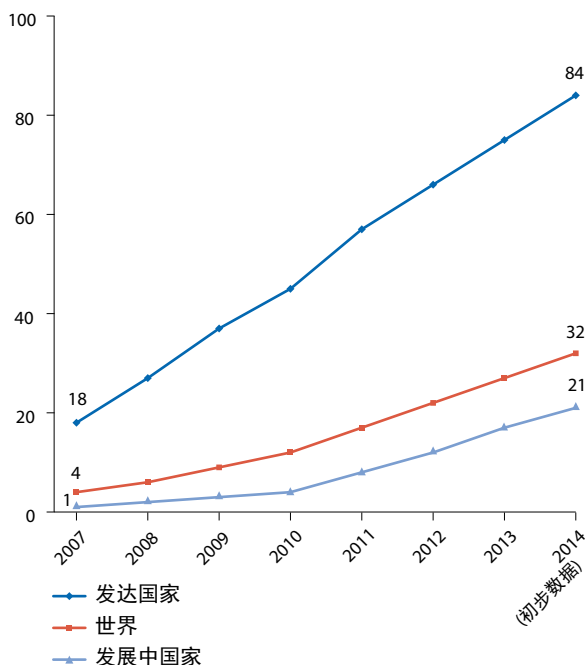
截至2014年底，预计将有近30亿人使用互联网，占全世界人口的40%。更广泛的信息和通信技术网络和服务、不断扩充的内容和应用以及信息和通信技术价格的下降都使越来越多的人加入全球信息社会。尽管在过去的十多年，固定电话用户数已停滞，但移动电话用户持续增长，特别是在发展中国家。截至2014年底，全球移动电话用户数将达到近70亿（许多人持有多个移动电话卡）。

全球三分之二的互联网用户在发展中地区，在2009年至2014年的5年中，发展中地区的互联网用户数增加一倍。在非洲，将近20%的人口在线，比2010年的10%有所增加。2014年，互联网在发展中国家的使用普及率增长了8.7%，比发达国家的3.3%快两倍。此外，发展中地区有三分之一的人口在线，与此相比，发达地区为78%。全球有超过40亿人还没有使用互联网，其中90%来自发展中地区，这凸显了对提高互联网普及性和可支付性的需求。

年轻人在推动信息社会发展方面起了重要作用，特别是在发展中国家，在那里年轻人是总人口中相对广大的用户群体。2012年，约3.63亿的数字原生代，即那些15-24岁至少有5年在线经验的人。相当于全球年轻人的30%、世界总人口的5%。在发达地区，82%的年轻人为数字原生代。与此相比，在发展中国家，许多年轻人近期才开始上网，所以只有23%的年轻人是数字原生代。但是，在今后5年，发展中国家的数字原生代人数将增加两倍以上，这有助于这些国家推动数字化进程。

由于宽带价格下降和移动宽带网络的迅速扩大，高速互联网接入猛增

2007-2014年每100位居民中活跃的移动宽带用户数



固定和移动宽带服务的迅速扩展，以及宽带价格的下降是信息社会的主要推动力。截至2014年，全球几乎所有国家都要启动至少第三代（3G）移动宽带服务，用户数也一直快速增长。截至2014年底，每100名居民中将有32名为移动宽带用户，比2011年的普及率增加近一倍。发达国家的移动宽带普及率近84%，与此相比，发展中国家为21%。固定宽带普及率的增长率比移动宽带低，但截至2014年底全球将达到近10%。

宽带服务价格继续下降。2008年至2012年期间，全球固定宽带价格下降82%，最大的下降在发展中国家。然而，宽带服务在发达国家的价格比发展中国家更容易承担，在发展中国家宽带服务对于很多人来说都负担不起。给相对廉价的基本语音服务增加可支付的数据计划，可以让更多的发展中国家的人民从互联网接入中受益。

告 读 者

测算千年发展目标的进展

八项千年发展目标的进展是通过21个具体目标和60个官方指标¹进行测算的。本报告根据截至2014年6月²的数据展示全世界迄今各项目标的进展情况。

大多数千年发展目标的期限是2015年，1990年是测度进展所参照的基准年份。在次地区和地区层面上汇总国别数据，以反映随时间推移的总体进展情况。千年发展目标各地区和次地区的组成是根据联合国地域分区来划分的，但也作出一些必要调整，目的在于尽可能把国家分组以便能够进行有意义的分析。除千年发展目标地区分组外，本报告也根据联合国非洲经济委员会采用的分类来展示非洲各次地区的数据。³虽然汇总数字容易被用于跟踪进展，特定地区的国别情况可能与地区平均水平存在明显的差异。国别数据以及各地区和此地区的组成情况，可参看<http://mdgs.un.org>。

¹ 全部目标、具体目标和指标的列表可参看<http://mdgs.un.org>。

² 由于数据采集与分析的时间存在一定间隔，很少有指标采用当年数据。大部分指标采用早些年份的数据，通常是截至2012年或2013年的数据。

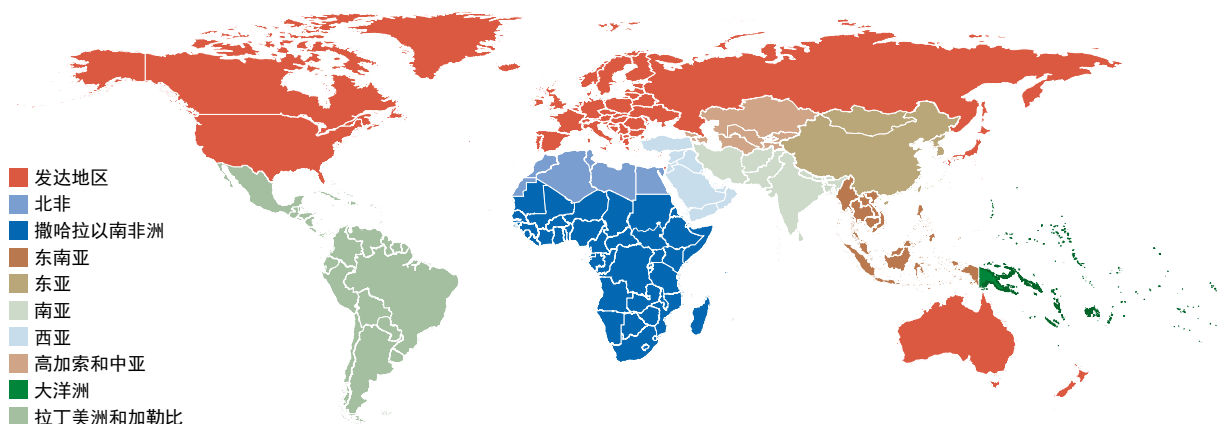
³ 这些次地区的组成见下节“区域分组”。

分析的基础

本报告中列出的区域和次区域数据是由联合国千年发展目标指标跨机构和专家小组（IAEG）的各成员国机构编汇的。一般而言，这些数字是以各国参照人口为权重的国别数据的加权平均数。对于每一个指标，都有单独机构被指定为官方数据提供单位，并在数据收集和分析的方法论发展方面承担牵头角色（见下文提供数据和分析的机构目录）。通常情况下，数据取自各国政府向负责该项指标的国际机构所提供的官方统计数字。为了填补数据缺口，需要利用国际机构资助或实施的调查所搜集的数据，来对许多指标的数据进行补充或完全进行推算。

这种情况包括许多卫生指标，它们大多是通过多指标整群抽样调查（MICS）和人口卫生调查（DHS）编制的。有些情况下，一些国家可能有最近的数据，但有关专门机构尚未掌握。在其它情况下，一些国家没有编制指标所需的数据，负责特定指标的国际机构必须估算所缺失的数值。即使有国家数据，也需要经常进行调整，以保证国际间的可比性。因此，从国际组织渠道获得的数据经常与各国自己掌握的数据有所出入。联合国统计司负责维护千年发展目标指标跨机构和专家小组的官方网站及其数据库，上网地址为<http://mdgs.un.org>。为尽可能提高透明度，数据库中的国别数据系列以不同的颜色代码标识，以标明哪些数据来自估算，哪些由国家机构提供；数据库还备有元数据，详细说明指标的编制和所使用的区域汇总的方法。

区域分组



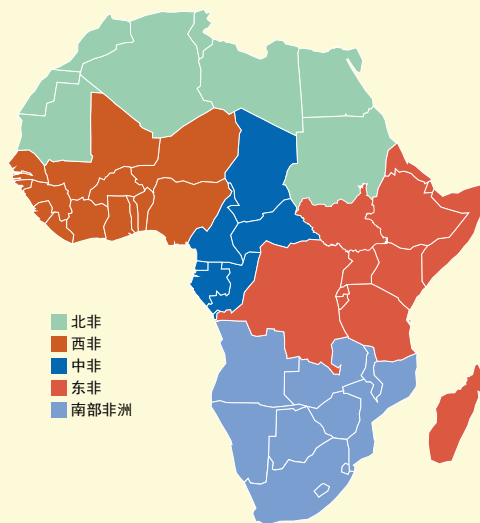
本报告提供的数据描述了千年发展目标的进展情况，既有全世界的整体情况，也有各类国家分组的情况。这些分组有“发展中”地区以及“发达”地区。^{*} 发展中地区又进一步分为以上地图所示的次区域。这些区域分组以联合国的地理划分为基础，作了某些必要的修改，尽可能形成可对其进行有意义分析的国家组。在<http://mdgs.un.org> 网站上，可以查阅到各区域和次区域国家的完整名单。

本出版物内所使用的名称和材料的表达方式，绝不意味着联合国秘书处对于任何国家、领土、城市或地区或其当局的法律地位，或者对其边界的划分，表示任何意见。

^{*} 在联合国系统中，称某些国家或地区为“发达”或“发展中”国家或地区，并无成规，所以这里的区分只是为了便于统计分析。

非洲次区域

在某些千年发展目标的指标上，会根据联合国非洲经济委员会采用的分类来单独展示非洲更小一级的次地区的数据。



提供数据和分析的机构

以下列出为八项目标的每一指标提供数据和分析的各个机构：

- **目标1：消除极端贫穷与饥饿**
 - 具体目标1.A：世界银行
 - 具体目标1.B：国际劳工组织
 - 具体目标1.C：粮农组织和联合国儿童基金会
 - 其它：联合国难民署
- **目标2：普及小学教育**
 - 具体目标2.A：联合国教科文组织
- **目标3：促进性别平等和增强妇女权能**
 - 具体目标3.A：国际劳工组织、各国议会联盟、联合国教科文组织和联合国妇女署
- **目标4：降低儿童死亡率**
 - 具体目标4.A：联合国儿童基金会和世界卫生组织
- **目标5：改善孕产妇保健**
 - 具体目标5.A：联合国儿童基金会和世界卫生组织
 - 具体目标5.B：联合国人口基金会、联合国儿童基金会和联合国人口司
- **目标6：与艾滋病病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病做斗争**
 - 具体目标6.A：联合国艾滋病署、联合国儿童基金会和世界卫生组织
 - 具体目标6.B：联合国艾滋病署和世界卫生组织
 - 具体目标6.C：联合国儿童基金会和世界卫生组织
- **目标7：确保环境的可持续能力**
 - 具体目标7.A：二氧化碳信息分析中心、粮农组织、联合国环境署和联合国气候变化框架公约
 - 具体目标7.B：自然保护联盟和联合国环境署-世界保护监测中心
 - 具体目标7.C：联合国儿童基金会
 - 具体目标7.D：联合国人居署
- **目标8：全球合作促进发展**
 - 具体目标8.A：国际贸易中心、联合国贸易和发展会议和世界贸易组织
 - 具体目标8.B和8.C：经合组织
 - 具体目标8.D：世界银行
 - 具体目标8.F：国际电信联盟

索取更多信息：请访问联合国统计司千年发展目标网址
<http://mdgs.un.org>

请访问联合国千年发展目标网址
www.un.org/millenniumgoals

请访问联合国千年运动办公室网址
www.endpoverty2015.org

图 片

封面	© UNICEF/Asselin
页2	© Stanislas Fradelizi/World Bank
页9	© UNICEF/Asselin
页10	© Ray Witlin/World Bank
页14	© Erly Tatontos/World Bank
页15	© UNICEF/Noorani
页19	© UNICEF/Pirozzi
页22	© Simone D. McCourtie/World Bank
页26	© UNICEF/Mawa
页31	© UNICEF/Pirozzi
页33	© UNICEF/Le Moynes
页44	© Stephan Bachenheimer/World Bank
页45	© UNICEF/Estey
页46	© UNICEF/Asselin
页49	© Salahaldeen Nadir/World Bank
页51	© Dominic Sansoni/World Bank

编辑：Tessa Too-Kong

“千年发展目标显示，我们可以让人们的生活发生天翻地覆的改变。

我们自2000年以来所做的努力，为今后的进展奠定了坚实的基础。”

—联合国秘书长潘基文