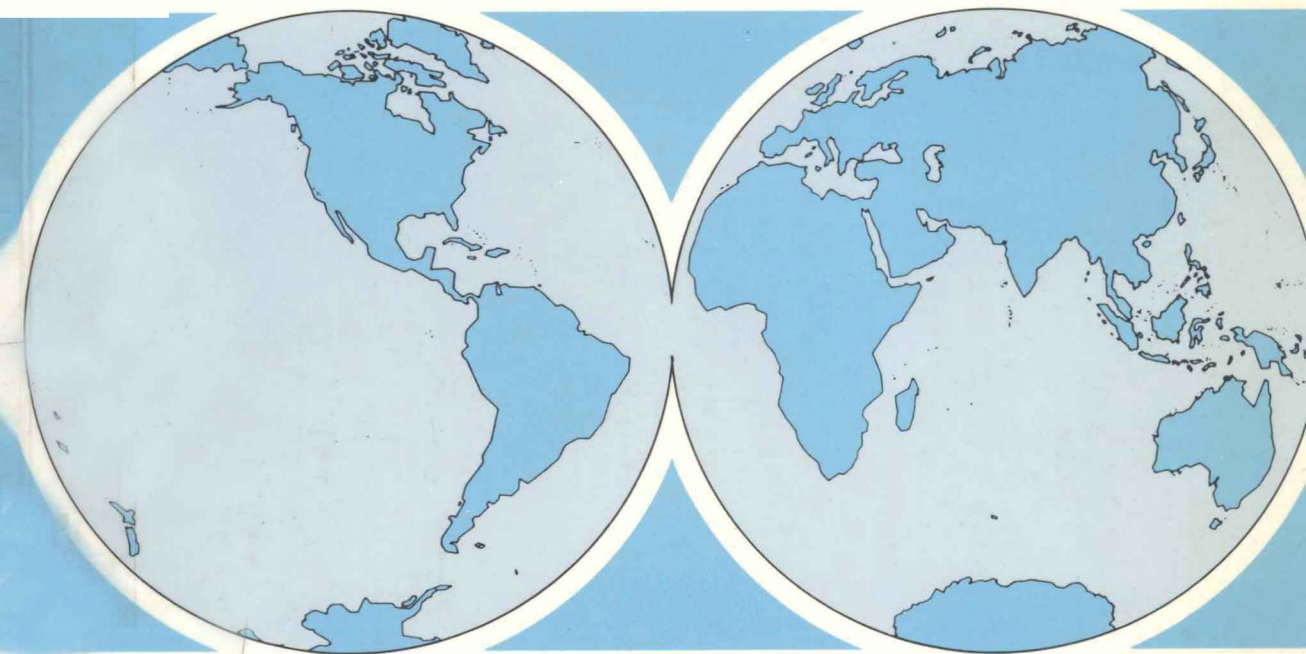


实施2000年 人人享有卫生保健 全球战略

第二次评价

世界卫生状况第八次报告

第一卷
全球综述



世界卫生组织

日内瓦

实施2000年 人人享有卫生保健 全球战略

第二次评价

世界卫生状况第八次报告

第一卷 全球综述



世界卫生组织
日内瓦
1993年

预编目录资料

世界卫生组织出版资料图书馆编目

实施2000年人人享有卫生保健全球战略：第二次评价：世界卫生状况第八次报告。

内容：第一卷 全球综述

- | | |
|---------------|------------|
| 1. 卫生计划的实施—趋势 | 2. 卫生政策—趋势 |
| 3. 健康状况 | 4. 世界卫生 |

II. 书名：世界卫生状况第八次报告

ISBN 92 4 160281 3 (V.1) (NLM 分类：WA 540.1)

世界卫生组织欢迎申请将其出版物的部分或全文复制或翻译。应向瑞士日内瓦世界卫生组织出版办公室提出申请和咨询。该办公室还可提供关于文本修订、新版本计划及已有再版本和译本的最近信息。

© 世界卫生组织，1992年

根据《世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。版权所有，不许翻印。

本刊物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织秘书处对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于边界或分界线的规定有任何意见。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时，并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐，或比其他未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏漏外，凡专利产品名称均冠以大写字母，以示区别。

序 言

我谨愉快地向科学界及卫生和卫生相关部门的决策人员提出《世界卫生状况第八次报告》。该报告是在2000年人人享有卫生保健全球战略第二次评价基础上编写的，主要综合了在1991年开展评价（自1981年世界卫生大会通过全球战略以来第二次评价）的会员国报告的结果，包括全球综述和六份区域报告。

本报告所复盖的1985—1990年时期，其特点是政治和经济形势的急剧变化。从积极方面看，普遍向着政治制度的民主化及人民更多参与决定自己的未来迈进。人权、公平和社会正义愈益成为政治决策过程关注的基本问题。然而，个人和民族权利的体现在一些国家导致日益增多的暴力、局部冲突和战争。经济政策亦发生急剧变化，并且日益趋向承认卫生作为一项基本发展要素的重要性。但是，正是最不发达国家，即使在包括卫生在内的社会部门维持最低基本服务方面也面临着困难。

然而，这一时期目睹在卫生保健普及和健康状况方面得到明显改善，虽然这种进展是不平衡的，在世界各地、在国家内各人群组之间及在不同年龄组是不相同的。尽管对人人享有卫生保健目标的承诺仍然是坚定的，并且会员国已经采纳阿拉木图宣言所述的初级卫生保健途径以发展其卫生保健系统，但是，实现这些目标的战略的实施在许多情况下已经放慢。这一放慢不仅由于经济因素，而且由于卫生系统僵化、基础设施薄弱、各有关部门实际参与中的各种困难及促进健康和预防特定卫生问题努力不足所致。

与此同时，发展中国家一直在经历流行病学转变，人口迅速老化，与生活方式变化相关的非传染病发病率升高。除霍乱、疟疾和结核等长期传染病问题外，癌症、心血管病、糖尿病和其他慢性病症对这些国家的卫生保健系统造成双重负担。成年青年中事故和自杀死亡的趋势令人担忧，尤其在发达国家。此外，人类免疫缺陷病毒和艾滋病的大流行给发展中国家带来特别沉重的负担。在实施旨在通过初级卫生保健实现人人享有卫生保健目标的公共卫生行动时必须考虑所有这些现实。

人人享有卫生保健的梦想正在缓慢地—或许过于缓慢地—成为现实。我们必须设

计和发展能加速这一进程的新途径、新机制、新合作伙伴关系及新资源。当前所面临的问题不可能用过去采用的办法加以解决。我们不能继续从事过去所做之事。明天不能仅仅是昨天的积累。我们需要灵活、务实和创新，但是重点必须永远放在行动上。

本全球综述和六份区域报告为确定新的公共卫生行动的实施框架以加速实现人人享有卫生保健目标的进展提供情报。只有将其转化为行动，我们才能说它已达到目的。

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Meek' with a stylized flourish at the end.

总干事

目 录

	页 次
序言	iv
概要	1
引言	7
 第一章 全球社会经济发展趋势	 13
政治趋势	13
经济趋势	14
人口趋势	26
社会趋势	33
新技术趋势	40
部门间合作	42
 第二章 卫生体系的发展	 45
人人享有卫生保健和卫生体系的发展	45
人人享有卫生保健战略的实施情况	48
卫生政策和战略	50
组织建立在初级卫生保健基础上的卫生体系	58
管理程序	62
社区参与	65
法律支持	70
国家间合作	71
同世界卫生组织及其他机构的合作	73
概要及结论	75

第三章 卫生保健	81
引言	81
安全水的供应和环境卫生	83
妇幼保健	86
地方卫生保健	96
结论	103
第四章 卫生资源	109
引言	109
卫生财政资源	112
卫生人力资源的趋势	124
研究和技术的趋势	126
趋势综述	131
第五章 健康状况的现状和趋势	133
死亡率、发病率和伤残	133
生活方式各因素对健康和生存的影响	160
健康状况趋势综述	165
第六章 卫生和环境	167
引言	167
获得水的供应和环境卫生	167
环境卫生危害	171
住房和卫生	176
环境资源的管理	177
结论	182

	页 次
第七章 成绩的评估	185
进度与适度	187
效果与影响	189
全球社会经济环境	192
总的评价	193
第八章 未来展望	197
引言	197
未来趋势的评估	198
战略问题	208
未来的挑战	213
结论	216
统计附件	217
1. 监测和评价进展的全球指标	218
2. 注释	219
表格	223
索引	247

概 要

实施二〇〇〇年人人享有卫生保健全球战略第二次评价报告及世界卫生状况第八次报告包括全球综述和6份区域报告。全球综述主要取材于国家和区域的评价报告。在必要的地方也使用了其它来源的情况，特别是卫生组织的各个规划和其它国际组织的文件。所用的材料主要涉及本评价所复盖的1985—1990年这一时期。其后所发生的一些进展，不管其多么重大，未得到充分反映。作为这次审查基础的评价目前的特点是，国家比以往审查作了更充分的准备；他们更多地参与了这个过程，做了更细致的工作。可以看出国家增强了参与感，也就是说他们认识到这是他们自己的评价，而不只是卫生组织的评价。响应率说明了这一点：168个国家中的151个国家提交了报告，复盖的人口达到52亿，即世界人口的96%。

第一章（全球社会经济发展趋势）集中阐述了1985—1990年期间政治、经济、人口及社会发展趋势的相互关系及其对卫生工作的影响。政府与国际发展机构引人注目的动向是逐步承认人民是发展的中心，而卫生是其基本组成部分。发展的社会与政治范畴同样引起了国际发展组织与机构的重视。全球总的趋势是走向民主与自由，全球的环境变得越来越有利于卫生的决策，有利于二〇〇〇年全面扫除文盲之类的行动，有利于将妇女纳入发展政策的主流。在卫生发展中，总的趋势是个人、社区、专业团组及发展机构的更多参与，成人扫盲率及人均国民生产总值有了全球性的增长，包括发展中国家和最不发达国家，虽然后者的增长不够显著。

然而，全球的经济环境无力支持国家社会经济的持续发展，因为二十世纪八十年代经济增长的步伐放慢了，许多国家收支不平衡的问题加剧了，世界不同地区生产效能的差距扩大了，并且出现了新的贸易与外债的政策与做法。就卫生保健集资而言，一些发展中国家还保留着前殖民时期建立的老系统。因此国家社会经济环境一般不适宜于以初级卫生保健为基础的卫生体系的发展，特别在国内骚乱和社会政治不稳定的地方。由于全球的萧条、自然和人为的灾害以及其它新出现的诸如霍乱与艾滋病之类的问题，还注意到重点的改变。发展中国家，特别是最不发达国家，一直在寻求各种途径，以便明智使用现有的国家与国际援助的资源来执行他们的政策与战略。

第二章（卫生体系的发展）集中阐述了国家为实现人人享有卫生保健目标所取得的进展，也就是在缩小“富人”与“穷人”差距方面的进展。总的来说，各国都对达到人人享有卫生保健的目标作了强有力的政治承诺，多数国家的最高层认可了人人享有卫生保健的政策与战略。据多数国家报告，人民参与的机制在充分运行或正在进一步发展，因而在多数国家作出了政策决定，使他们至少能够动员中央政府的资源用于卫生工作。然而在实施这一战略过程中，当想要促进全面而长期的普及包括初级卫生保健全部八项要素的基本卫生保健时，用于以初级卫生保健为基础的卫生体系的人人享有卫生保健基本政策与原则不能总是正确地为国家所实施。实施这一战略进度减慢的因素有：(1)对现有疾病控制规划作面向人民需要的调整步伐较慢；(2)通过一般卫生基础设施难以抓总各项规划活动以提供持续的卫生保健；(3)难以使所有有关方面（个人、家庭、社区和地方非政府组织及卫生人员）参与提供卫生保健；以及(4)卫生保健的管理薄弱，特别在执行一级。各类卫生人员不足和分布不均往往影响了适宜的综合卫生保健活动的开展。为具体的脆弱人群和为解决重点问题而提供有效卫生保健的工作受到了影响，这不仅是因为协调与结合不够，而且还可能因为缺乏管理能力与创造性，包括卫生部的领导不力。

始终被确定为卫生系统成功发展的关键因素是：政府、政治、社会与财政的承诺；强有力的实施管理能力；方向明确、经过培训和热心奉献的卫生人员；权力下放；社区参与；持久的财政支持；及广泛拥有可负担得起的技术。

第三章（卫生保健）审查了卫生保健普及面的进展与困难，分析了普及初级卫生保健的总趋势（如可得性与可及性）和保健质量。关于初级卫生保健普及程度的指标包括选定的初级卫生保健四项要素，每一项又包括几个分项（例如经培训的人员对孕产妇的护理及对至少一岁以内儿童的看护等）。关于初级卫生保健全部要素居民复盖百分比的情况现在还不掌握，因此对提供全面初级卫生保健的复盖趋势尚不能进行充分的估量。然而就全球而言，1985年第一次评价以来初级卫生保健许多要素和分项要素的人口普及面有了显著的扩大，这包括扩大免疫规划六种目标疾病的免疫接种，经培训的人员从事分娩和地方卫生服务，饮水供应和粪便处置的设施等。发展中国家与发达国家的差距显著缩小，尽管最不发达国家的改善不太令人满意。

第四章（卫生资源）研究了财力资源、人力资源与卫生技术。从现有资料看，

所有发展中国家和大多数地理区域中央政府用于卫生的开支在国民经济总收入中所占的百分比都略有增加。然而，中央政府的人均支出显示，发展中国家的实际支出全都下降了。应该指出，中央政府卫生支出的数据难以按国家的类别进行比较。还有迹象表明，非政府卫生支出变得日益重要。在发达国家，国家卫生经费用于地方卫生服务的比例在增加，而在发展中国家这个比例没有改变，在最不发达国家这个比例还下降了。

从现有的卫生人力资源数据看，主要问题仍然是卫生人员分布不均。许多国家正在审查现行医学教育的针对性，并评价可能影响职业行为的各种因素（如环境、报酬等）。但许多卫生规划的管理人员继续只是为了具体实施其规划活动和达到其具体规划目标而培训卫生工作者。还有一个日益明显的情况，就是虽然卫生基础设施扩大了，卫生人员的素质提高了，但这并不能自动地导致提供更多更好的卫生保健，因为还有后勤问题和雇用条件问题。

对初级卫生保健使用的卫生技术，在多数国家没有进行充分的评价。一些国家报告，他们确定了有关主要疾病或有关人力资源和财政等组织问题的国家研究重点。然而，没有证据表明已将重点放在适宜的技术与方法选择上，就是选择那些适宜于通过预防与促进保健同治疗康复服务的结合持续有效地提供基本保健的技术与方法。这将会在行动、财政与道德方面产生影响，还会对卫生专业人员、培训机构和卫生管理人员提出挑战。

第五章（健康状况的现状和趋势）回顾了健康状况（死亡率、发病率和致伤率）、健康的主要决定因素（吸烟、酗酒等）及其对达到人人享有卫生保健的影响等几个具体方面的发展情况。在发展中国家流行病学过渡仍在继续，心血管疾病和癌症逐步取代传染病与寄生虫病。热带病横行，霍乱本世纪第一次蔓延到美洲，黄热病与登革热危害着更多的居民，疟疾形势更为恶化，血吸虫病又扩展到新的地区，利什曼病和非性传播的梅毒增加了。艾滋病在全球蔓延，还有生殖器疱疹与性传播衣原体疾病。肺结核在增加，部分是由于HIV病毒合并感染引起的。肺炎和乙型肝炎仍然是严重的威胁。在发展中世界，癌症病例数第一次超过了发达国家。由于妇女吸烟的蔓延，在一些发达国家妇女的肺癌超过了乳腺癌而成为第一位的癌症。糖尿病到处都在增加，失明更为普遍（特别是白内障），酗酒相关疾病更为常见，还有精神问题和自杀（特别在发达国家）。有些可用疫苗预防的儿童疾病——麻疹、急性

麻痹性脊髓灰质炎、百日咳和新生儿破伤风——由于免疫规划复盖面的迅速扩大而不断减少。发达国家的心血管疾病（除东欧外）由于卫生教育的扩大而日趋下降，在一些发达国家由于更多的男子戒烟，男性肺癌开始下降。

虽然许多疾病与卫生问题在增加，全世界总的死亡率及婴儿与儿童死亡率在不断下降。这一总的进展反映了疫苗接种预防儿童早期疾病方面的巨大成绩，同时也反映出死于一些主要慢性病的时间推迟到生命的后期。

第六章（卫生与环境）包括环境卫生政策与规划，对环境卫生危害与危险的评价与监测，以及环境资源管理。安全饮水与基本环境卫生设施几个世纪以来一直被认为是卫生的主要决定因素。然而直至1980年才采取了第一次全球行动（国际饮水供应和环境卫生十年），以动员国际支持与资源，支持国家达到全面普及安全用水与基本环境卫生设施。人们同样日益认识到，这个星球生命的维持取决于生态微妙的平衡，但这种平衡受到了人口增长及其对有限自然资源日益增多的开采的威胁，造成了空气、土壤和水源的污染。对森林砍伐、土地沙漠化、臭氧层的空洞和气候变化的关注扩大到了对全球自然环境问题对卫生影响的关注。

1990年引起关注的重要环境危害依然存在：城市空气污染（有害气体、铅等）、室内污染、对农用化学品的不正确使用、淡水与饮用水污染、有害废料和离子辐射。政府日益认识到环境恶化对卫生与发展的影响。在许多国家日益明显地表现出个人和团体的关注，但是卫生部门从整体上讲并没有积极加入到预防卫生状况严重恶化的进程中去，以确保持续发展，特别是人力资源的发展。

第七章（成绩的评估）综述了以上六章，并评估了战略实施的进展情况与适宜程度，卫生保健复盖面的有效性及对改善卫生的效果。结论是，在出生期望寿命和婴儿死亡率以及初级卫生保健各项要素的复盖水平等方面的健康状况有了改善。这些改善在发展中国家比最不发达国家显得快些，发达国家和发展中国家卫生状况的差异缩小了，但最不发达国家和其它发展中国家的差距便显得有所扩大。此外，有迹象表明，国家内部不同人群之间卫生状况的差异增加了。近年来，不仅发生了社会经济的过渡，而且持续出现了流行病学的过渡，即诸如癌症、心血管疾病和糖尿病这些生活方式和环境的改变以及人口迅速老龄化所带来的非传染性疾病日益普遍。此外，一些老的疾病——如结核病与疟疾——回升了，新的艾滋病出现了。初级卫

生保健各项要素的复盖是不平衡的，扭曲的；虽然规划达到了目标，它们对健康状况的作用可能并不显著。很少迹象表明，国际和双边资助机构将他们援助重点显著地调整到低收入和最不发达国家。

由于对这一战略的高级承诺与认可，并建立了吸收人民参与改善卫生与医疗的机制，现在已经具备了加速实施的基础。同时有证据表明，虽然在国内和国际上存在着不利的经济困难，但卫生部门至少能够动员中央政府的资源。然而还不清楚，资源是否真正得到了公平分配，是否将掌握的资源显著地调整到支持地方卫生服务方面。主要的问题是卫生部门内规划间的合作不够，同其它部门的协调也不够。许多国家发展了卫生集资的创新途径，审查了他们对卫生人员的医学教育与培训，并修订了疾病控制规划，以支持健康保护与促进。

第八章（对未来的展望）对以上各章进行分析，指出卫生的重要趋势，并推测这些趋势的发展。它从数量和质量上评估未来，指出将来重要的战略问题，并且对上次人人享有卫生保健检查报告中提出的五项挑战更新了内容。这五项挑战可列举如下。

首要的挑战是要求政府对其最困难的居民加倍地承担起责任，他们应该重申其对公平性的承诺，特别对那些最缺医少药的居民，如城乡贫民、失业者、妇女、儿童和老人。同样需要更多重视影响这些人群的问题。

第二项挑战来源于第一项：需要结合国家资源与管理能力长期不足的情况对政府在卫生保健和卫生系统调整中的作用重新作出规定。对卫生促进、疾病预防、保健质量控制、权力下放及扩大私营和非政府保健部门及社区的作用以及卫生人力资源的未来发展等各个方面都必须予以考虑。

第三项挑战是寻求加强卫生集资的方法，以解决不公平与低效率及道德和人权问题，同时要控制与回收成本，控制卫生支出的总水平。这项经济挑战变得越来越急迫，因为人们认识到了私营部门更大的作用，政府与非政府部门在集资与提供卫生保健方面的相互作用已逐步融为一体。

第四项挑战是将卫生的管理责任从对卫生措施的政治与技术鼓动逐步改变为卫

生部门内部和部门之间大力实施。卫生部门在整个社会发展中的作用对其它部门如教育、食品和营养及环境提供了越来越大的支持。社区需要权力以保证担负更多的责任。公共卫生管理应该更为有效。应该通过适宜的程序和监督手段及更广泛的卫生信息系统，而较少通过培训的办法来加强管理。

第五项即最后一项挑战是要求对卫生更多的国际合作。特别是世界卫生组织在国家级的合作，在技术与行政管理方面必须加强。需要新型的合作，以便将技术上有效的发展活动置于各级国家人员的管理之下。必须继续并增加为最不发达国家募集资源。只有改进同国家的技术合作，卫生组织才能保持在国际卫生中的领导与协调权威。应该重新确定世界卫生组织的职能和结构以确保迅速而务实地实施公共卫生行动及持续发展。

结论指出，面对这些趋势、问题及挑战，有必要建立一个新的保持卫生发展的框架，其目的在于：

- 为重点人群和卫生需要募集资源；
- 通过更有效的部门间健康促进与保护，确保卫生的公平性；
- 通过不仅在卫生服务机构内部，而且在整个社会服务范围内提高质量和增加综合服务来达到公平普及初级卫生保健。

引 言

面临改进当时令人担忧的卫生形势的迫切需求，卫生大会于1977年决定各国政府和卫生组织今后数十年的主要社会目标应是“到二〇〇〇年使世界全体公民获得他们能在社会上、经济上生活富有成效的健康水平”，亦即“二〇〇〇年人人享有卫生保健”（WHA30.43号决议）。其后，1978年于阿拉木图召开的国际初级卫生保健会议发表宣言，认可了二〇〇〇年人人享有卫生保健的目标并明确宣称初级卫生保健是达到此目标的关键。然后，所有会员国被要求为此目的而各自制订本国的政策、战略和行动计划，并共同制订区域和全球的战略。

在1981年，世界卫生大会（WHA34.36号决议）和联合国大会（36/43号决议）通过了“全球战略”（包括全球监测和评价指标的简短清单）。在1982年，卫生大会通过了实施全球战略的行动计划（WHA35.23号决议）。该计划为战略的监测和评价制订了时间表：（1）区域战略和全球战略实施进度应由区域委员会和执行委员会每两年检查一次；（2）区域战略和全球战略的有效性应由同样的机构每六年评价一次。

行动计划要求总干事支持各国发展监测和评价能力并确保收集和分析各国为监测和评价战略所采用指标的情报。然后，卫生组织制订了一个共同的纲要供各国使用，而后者同时开始在此基础上建立适宜的监测和评价程序。

战略实施进度第一次检查于1983年开展，第一次战略评价于1985年进行。《世界卫生形势第七次报告》以第一次评价为基础，包含了六个区域的报告和全球综述。1986年世界卫生大会通过了该报告（WHA39.7号决议）。大会也对行动计划作出修改：进度检查为每三年一次，而不是每两年一次，以便有更多的时间加强国家检查和评价程序及相关的情报支持系统。

战略实施进度第二次检查于1989年开展，其全球报告于1989年为世界卫生大会通过（WHA42.2号决议）。同年，在里加召开了“从阿拉木图到二〇〇〇年—中点展望”的会议，卫生组织和其它组织的专家在会上回顾了人人享有卫生保健的进展情况。

本次评价

人人享有卫生保健战略实施情况的第二次评价覆盖了1985—1990年。

第二次评价和第一次之间存在三个主要差别：(1)使用了重新制订的全球指标；(2)国家参与该过程的程度更大；结果(3)不但响应率更高，答复质量也改进了。尤其是，一些国家提供了关于资源情况的情报，包括卫生人力的详细情况。

第二次评价的筹备活动在1989年初就开始了。执行委员会于1990年评审了会员国对其战略进行检查和评价所用的方法及为反映国家情况而重新制订的全球指标(EB85.R5号决议)(见本报告附件)。根据以前的文本和建议的经修订的指标，起草了第二次评价的共同纲要(CFE/2)，并在试用之后作了定稿。1990年9月末至1991年1月末之间，会员国使用这一共同纲要作为有效工具，对其国家战略实施情况进行了评价。根据WHA 39.7号决议，各国汇报了其评价结果，使六个区域报告/综述得以于1991年9月/10月提交区域委员会。

第二次评价的特点是国家的准备工作更加充分，而且国家更多、更深入地参与了评价过程。各国似乎体会到评价是它们自己的工作，而不仅仅是卫生组织的工作。表1显示以前的检查和评价工作及本次评价中国家的响应率。在本次评价中，168个国家中有151个国家提交了报告，涉及52亿人口(或人口的96%)。

**表1. 卫生组织会员国检查和评价
2000年人人享有卫生保健战略实施情况
1983 — 1991年**

	第一次检查 1983年	第一次评价 1985年	第二次检查 1988年	第二次评价 1991年
会员国				
国家数	160	166	166	168
收到报告数	121	147	143	151
响应率(%)	75.6	88.6	86.1	89.9
非会员国				
收到报告数	1	15	17	9

关于程序的改进有如下几点：

- 筹备活动时间通常更长，并充分利用了以往的经验；
- 卫生部内一般都设立了专门小组，其中包括来自多个规划的各种人员，而以往的评价工作有时是由顾问进行的；
- 编写了专供评价使用的背景材料(包括以往检查的材料)，而在有些国家中这些材料又常常是以经修订和改进的情报系统为基础的，所以使用的数据更准确；
- 在有些国家中，编写和／或评审报告时利用了卫生组织／政府联合协调机制；
- 在有些情况下，为了解答关于初级卫生保健的问题，专门收集了基层的经验；
- 在发出之前，报告经高级官员仔细地作了总结。

全球综述的结构和内容

实施二〇〇〇年人人享有卫生保健全球战略第二次评价报告和世界卫生状况第八次报告包括全球综述和六个区域报告。全球综述的编写是以国家和区域评价报告和卫生组织规划情报以及国际机构的有关出版物和文件为根据的，在必要情况下还以专门稿件为根据。由于第二次评价报告必须于1991年3月31日前提交给卫生组织，本出版物中所使用的名称主要是当时所采用的那些名称。而且，由于20世纪80年代末和90年代初发生的政治进展，一些国家未能向卫生组织提供其评价报告。

在1990年底，1983年、1985年和1988年报告的全球指标数据与本次评价期间和1991年到2000年期间的估计数(部分)一起报送到了区域办事处和各国，供其审议和使用。对国家报告中提供的情报和卫生组织技术规划情报一起进行了综合，并对数字资料进行了确证和核对以求得前后一致。至1991年10月底，对按计划收到的115份报告的处理工作已完成。对后来收到的36份报告数据进行了分析，并更新了全球回顾以便提交给1992年5月世界卫生大会。为便于分析，将国家划分为发展中国家、最不发达国家、东欧及发达市场经济国家。本文及各图表中的国家分类完全是为了便于统计和分析，并非判定某一国家在发展进程中所处的阶段。