



议题三：  
覆盖最弱势  
的儿童群体

# 儿童贫困与发展国际研讨会

2012年11月20至22日，中国 北京



Australian Government  
AusAID



# 覆盖最弱势的儿童群体 内容提要

## 1. 关注极度弱势儿童

Gaspar Fajth, 联合国儿童基金会驻东非和南非办事处

## 2. 越南少数民族儿童贫困

Trinh Cong Khanh, 越南少数民族事务委员会

## 3. 牧民的卫生医疗服务

Chimgee Dorjsuren, 蒙古国乌布苏省

Surenchimeg Vanchinkhuu, 联合国儿童基金会驻蒙古办事处

# 关注极度弱势儿童

加斯帕·法斯  
社会政策区域顾问  
联合国儿童基金会驻东非和南非办事处

*儿童贫困与发展国际研讨会*

*中国·北京，2012年11月20-22日*

# 内容提要

- 极度弱势儿童—基本定义
- 极度弱势儿童—为什么要关注这个群体？
- 定义极度弱势儿童
- 关注极度弱势儿童—表现在法律颁布、政策制定和项目开展上
- 两个框架
- 一些可行的建议

# 极度弱势儿童

## - 基本定义 (1)

- 提示: 儿童 = 年龄在0-17岁之间的男孩和女孩
- 提示: 要注意风险性和脆弱性的区别

事件的破坏强度=f (事件发生的可能性\*所产生危害的规模)

风险性  脆弱性 (影响) 

- 风险性 = 灾难或者其他负面事件发生的可能性 (例如地震、干旱、家庭破裂、无法使用某项服务等)
  - 脆弱性 = 抵御灾难或者其他负面事件的能力不足
    - 脆弱性是物质精神财富不足的表现 (个人或者/以及家庭或者/以及社区)
- 
- 就人口影响来说, 脆弱性指的是
    - 高度风险性或者/以及
    - 由于物质精神财富不足导致的灾难所带来的破坏性影响

# 极度弱势儿童

## - 基本定义 (2)

### 联合国儿童基金会定义

- 贫困儿童: “极度缺乏人类生存发展所需的物质、精神、情感资源, 无法享受权利, 发挥个人潜能, 也无法以平等的社会成员身份参与社会活动。” (状态)
- 社会边缘化儿童: “长期无法接收必要信息, 无法享受高质量基本社会福利, 饱受虐待、暴力和剥削的儿童” (地位)
- 所有的儿童都是脆弱的—当前的条件和过去的经历都有可能让他们变得脆弱
  - 地理、种族以及家庭背景, 收入, 语言等隔阂
  - 曾经经历过物质精神资源匮乏、贫困或者/以及虐待
  - 这种弱势条件可能会变得无法逆转或者长期积聚引发质变 (成人例子: 技能退化、无家可归)
- 这种情况对个人和社会造成多大代价取决于
  - 它的影响会持续多长时间
  - 解除影响的难度有多大

## 建议 (1)

- 政策制定可更加重视如何预防风险性或者/以及减少脆弱性（增强恢复力）
- 在物质精神条件不足的情况下，贫困或其他负面事件带来的影响危害性很大
- 政策制定往往忽视心理层面的影响
- 无论个人还是社区，对于心理影响的承受能力比对于物质影响的承受能力要差（一次虐待事件可能会产生终生的难以治愈的伤害）
- 恢复力指的增加个人或是社区的物质精神财富
- 为了建造具有恢复力的社区，通过及时政策反馈建立早期警示监控评估系统十分重要
- 其实预防保护措施成本并不高。。。

# 极度弱势儿童

## - 为什么要关注这个群体？

- 慈善，团结
- 人权
  - 儿童权利公约
  - 消除对妇女一切形式歧视公约
  - 残疾人权利公约
- 人类发展
  - 千年发展目标, 铲除贫困, 社会发展 (包括公共卫生事业)
  - 经济发展
  - 社会凝聚力
- 治理
  - 政治稳定, 公民权
  - 项目质量和效率

# 极度弱势儿童

## - 如何帮助这个群体？

- 短期来看
  - 使用一个新模式或者效仿一个在别处取得成功的项目
  - 进行试点并展开评估工作，努力验证项目可行性
  - 获取政治经济支持，扩大项目规模
- 长期来看
  - 将问题进行定义，包括问题的潜在原因和根本原因
  - 提供一个概念框架，重点关注重复出现的问题
  - 将问题量化
  - 复杂问题简单化
  - 提倡建立利益相关者联盟
  - 借鉴国际经验
  - 发展并实施政策和项目
  - 监测项目进展并对整体项目进行评估
  - 对概念、战略和实施过程做必要调整

# 定义极度弱势儿童

## - 分类方法 (1)

- “小五类” — 难以触及
  - 没有父母照顾的儿童(1%\*)
  - 街上游荡的儿童 (2%)
  - 流浪父母的儿童 (5%)
  - 贫民窟儿童 (10%)
  - 无官方登记文件或文件不齐儿童 (15%)
- “大五类” — 难以实施救助
  - 残障儿童 (15%)
  - 少数族裔儿童 (20%)
  - 贫困家庭儿童 (30%)
  - 农村偏远地区儿童 (40%)
  - 女性儿童 (50%)

\*备注：以上百分比数据仅针对一个典型的发展中国家，可能与现实数据有所偏差

# 定义极度弱势儿童

## - 分类方法 (2)

- ...极度弱势儿童还可以包括很多种。。。
- 出生缺陷儿童
- 孤儿
- 福利院儿童
- 生活在女性当家家庭的儿童
- 赤贫家庭儿童
- 受歧视族群儿童
- 居住在没有交通信息设施区域的儿童
- 患病儿童 (艾滋病, 糖尿病等)
- 辍学儿童
- 发育迟缓极度消瘦儿童

## - 建议 (2)

- 极度弱势儿童不一定是少数群体
- 然而，某一部分儿童总是比其他儿童更处弱势，更加脆弱
- 多维度综合分析弱势状态，区别对待不同类型的弱势群体比简单分类方法或者统一广泛方法更有效
- 然而，过小的目标群体可能会适得其反
- 弱势人群的统计数据对政策制定项目开展很重要，但是对个别案例、民众抱怨事件和纠正信息应该妥善处理。
- 复合弱势群体一揽子干预政策（无论是捆绑的，有条件还是无条件的）效果更好

# 关注极度弱势儿童

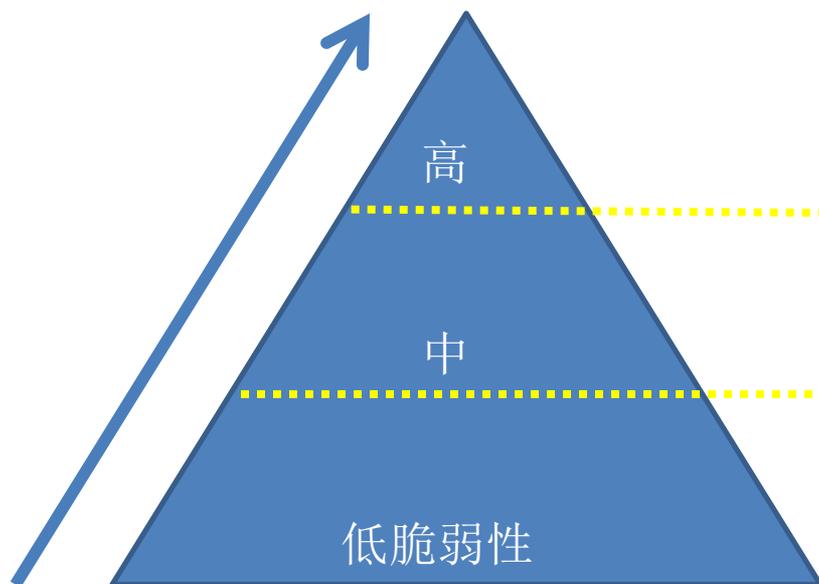
## —法律颁布、政策制定和项目开展

- 国际国家立法的重要性
- 国家发展和减贫策略的重要性
- 部门政策和年度公共预算流程的重要性
- 对意见领袖、利益相关者合作组织以及民间团体的需求
- 普及出生登记系统建立孕妇及幼儿补给机制十分重要（健康、营养和初期刺激尤为关键）
- 服务覆盖持续性和附加政策项目（肯定行动和特殊补贴）的可获得行十分重要

# 关注极度弱势儿童

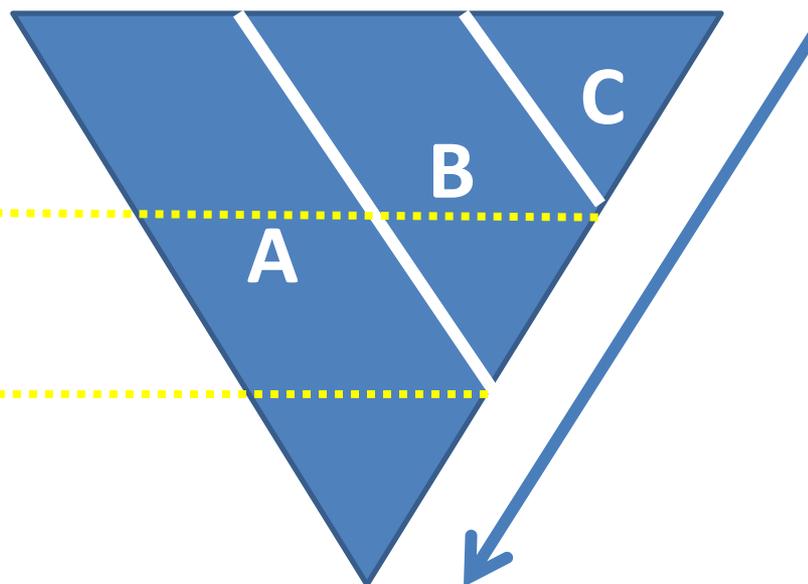
## - 双金字塔框架

更高的风险性和持续增加的脆弱性



个人、家庭以及社区物质精神财富

支持需求

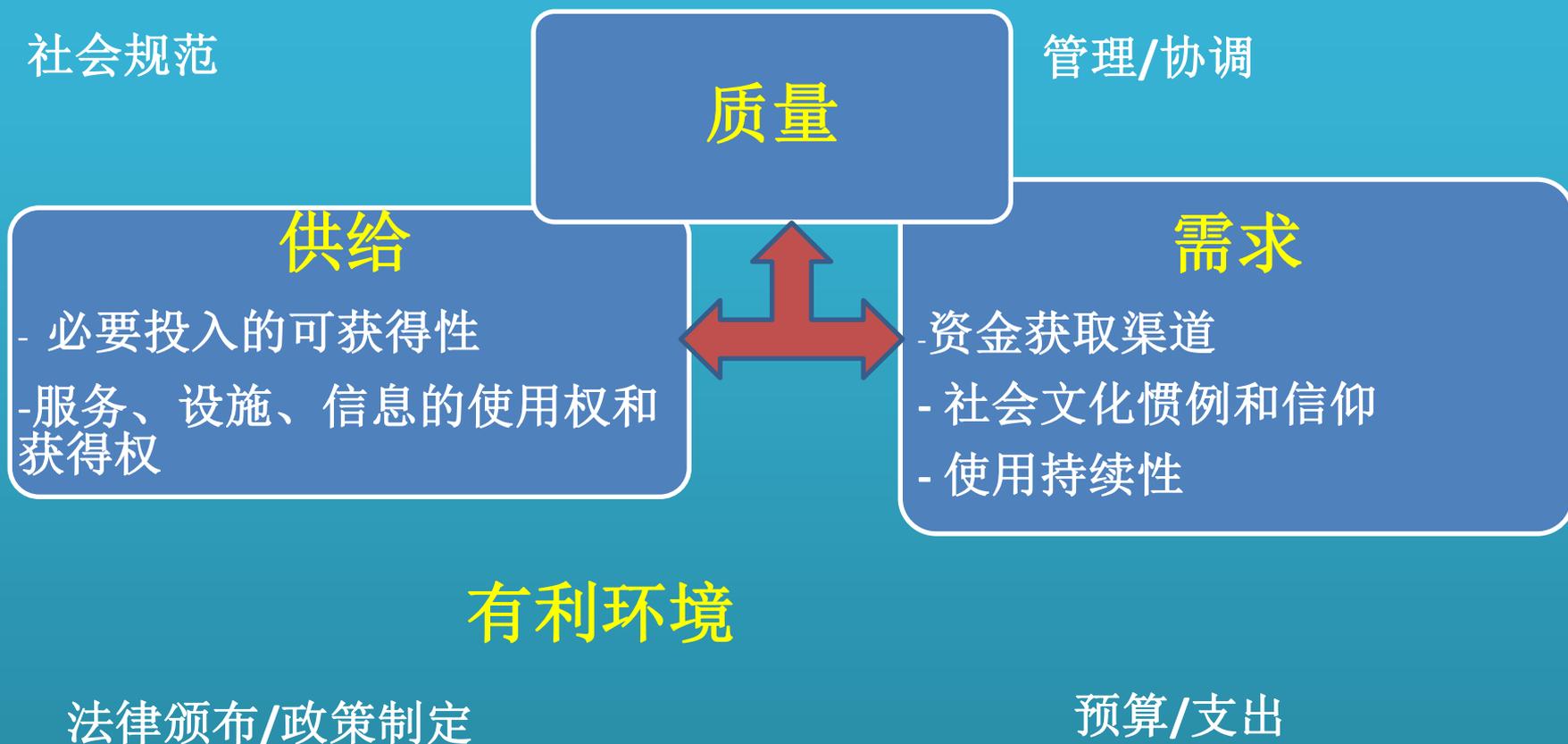


“A”：普遍性的项目

“B”：配套服务

“C”：针对最弱势群体的项目

# 服务使用权利和使用效率公正性的决定性因素分析



# 关注极度弱势儿童

## - 需要什么？

- 明确的，有针对性的社会项目
- 反馈与参与 (公民，民间团体)
- 重视儿童发展，没有性别歧视，重视公平公正的大型人类发展项目
- 包容性经济增长
- 政治优先化

# 关注极度弱势儿童

## - 建议 (3)

- 普通儿童所接受的社会服务质量对极度弱势儿童至关重要
- 社会接纳的不同策略—“包容策略”以及“特殊策略”
- “中间立场”十分重要
- 供给的质量十分重要，需求的质量也同样重要
- 关注极度弱势儿童绝不应该停留在技术层面
- 政治优先性在各层面都十分必要

谢谢！



# 越南少数民族儿童贫困

Trinh Cong Khanh

越南少数民族事务委员会

少数民族政策部 主任

儿童贫困与发展国际研讨会

北京，20-22/11/2012



## 概要：

- 1- 越南的少数民族与贫困
- 2- 儿童贫困的多维度策略
- 3- 越南少数民族儿童贫困
- 4- 能触及少数民族儿童的政策措施

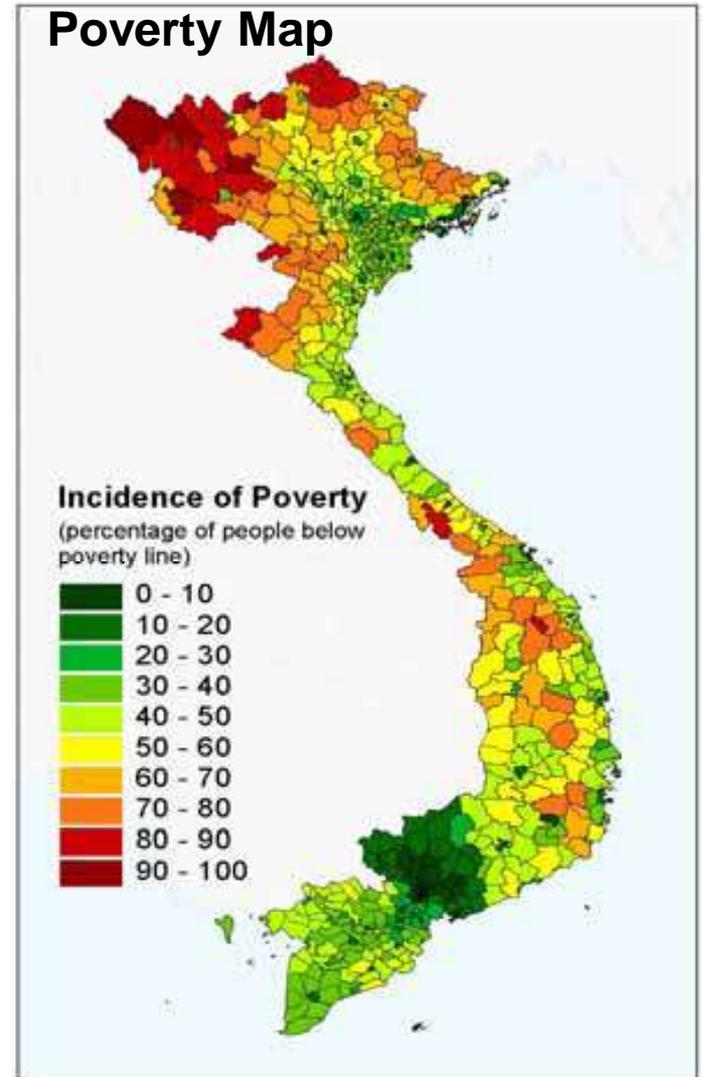
# 越南的少数民族

越南是一个多文化国家，有54个不同的民族，其中53个为少数民族，均有各自独特的语言和文化，其人口数占全国总人口的14%

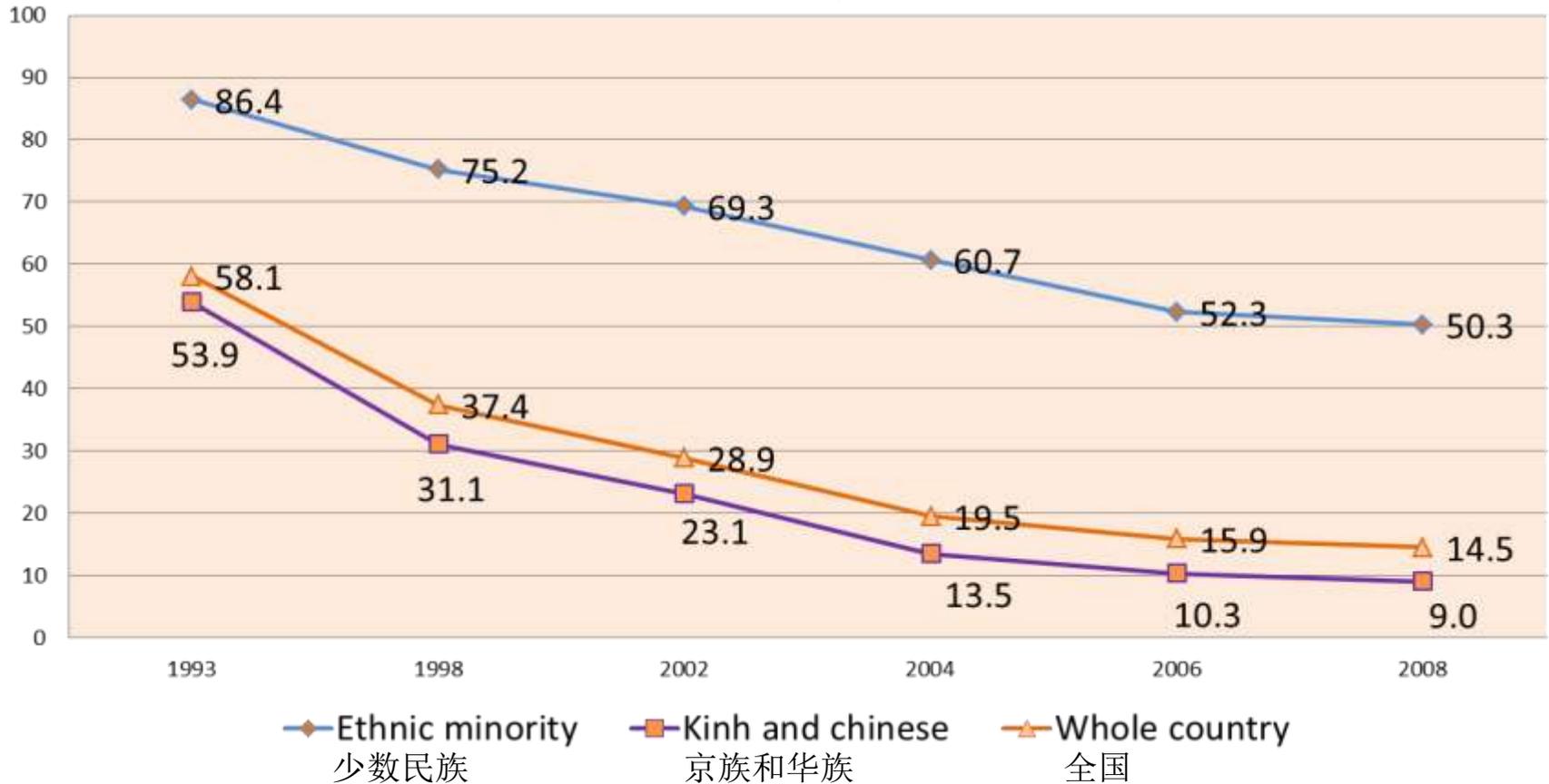
75%的少数民族群体分散居住在北部山区、中部高原及边境等常遭受自然灾害、风暴或洪水的交通不便地区

少数民族地区经济发展落后的差距持续加大

少数民族儿童处于弱势地位，无法获取基本的社会服务，如医疗、教育、安全用水和卫生设施等



# 少数民族贫困 贫困率



- 少数民族的减贫率比京族和华族减贫率更低
- 超过半数的少数民族生活水平低于贫困线
- 通常来说，少数民族贫困的综合数据无法显示现实中少数民族儿童贫困的状况



# 儿童贫困的多维度策略

# 看待儿童贫困的新方式

货币贫困只是贫困的维度之一，其衡量并未考虑到以下事实：

- (i) 儿童更脆弱，更易于陷入贫困？
- (ii) 与成人相比，儿童的基本需求有所不同（饮食、教育）？
- (iii) 儿童更加依赖他人的资源？

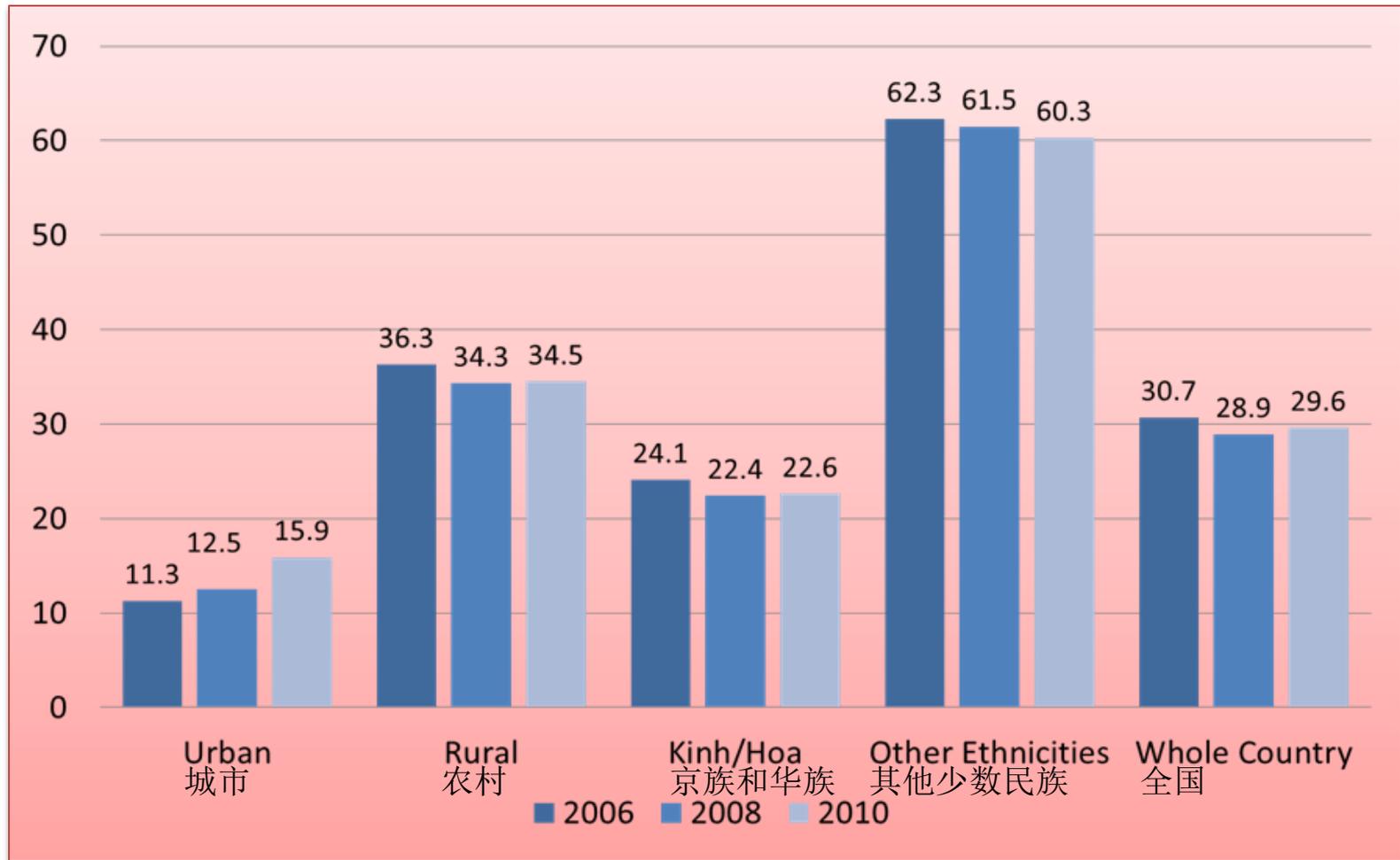
多维度儿童贫困衡量考虑了以下方面：

1. 教育
2. 营养
3. 健康
4. 住房
5. 安全用水和卫生设施
6. 休闲娱乐
7. 保护：童工
8. 社会融入

**定义：** 当一个儿童被剥夺了上述至少2种人类基本需求时，该儿童可被认定为贫困。

• 贫困儿童并不仅指那些生活在（货币）贫困家庭的儿童。

# 2006 – 2010年越南以特定社会-人口变量为标准的多 维度儿童贫困分布





少数民族儿童贫困

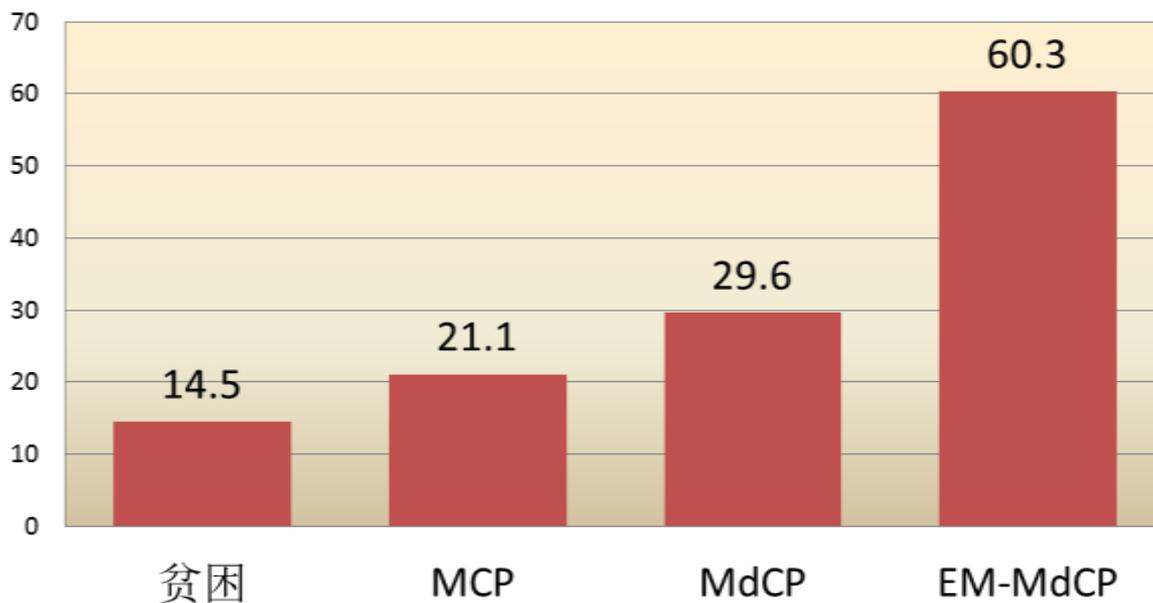
# 少数民族儿童贫困

图2：贫困、货币儿童贫困（MCP）、多维度儿童贫困（MdCP）和少数民族儿童多维度贫困（EM-MdCP）

少数民族儿童贫困更突出

超过60%的少数民族儿童生活在贫困线之下，并且面临着基本需求的匮乏。

2010年儿童贫困比率



面临至少1种基本需求匮乏的儿童比例

莽族 99.5%

傣族 77.6%

齐族和芒族 47%

京族和华族 31.6%

面临至少2种基本需求匮乏的儿童比例

莽族 97.9%

傣族 36.6%

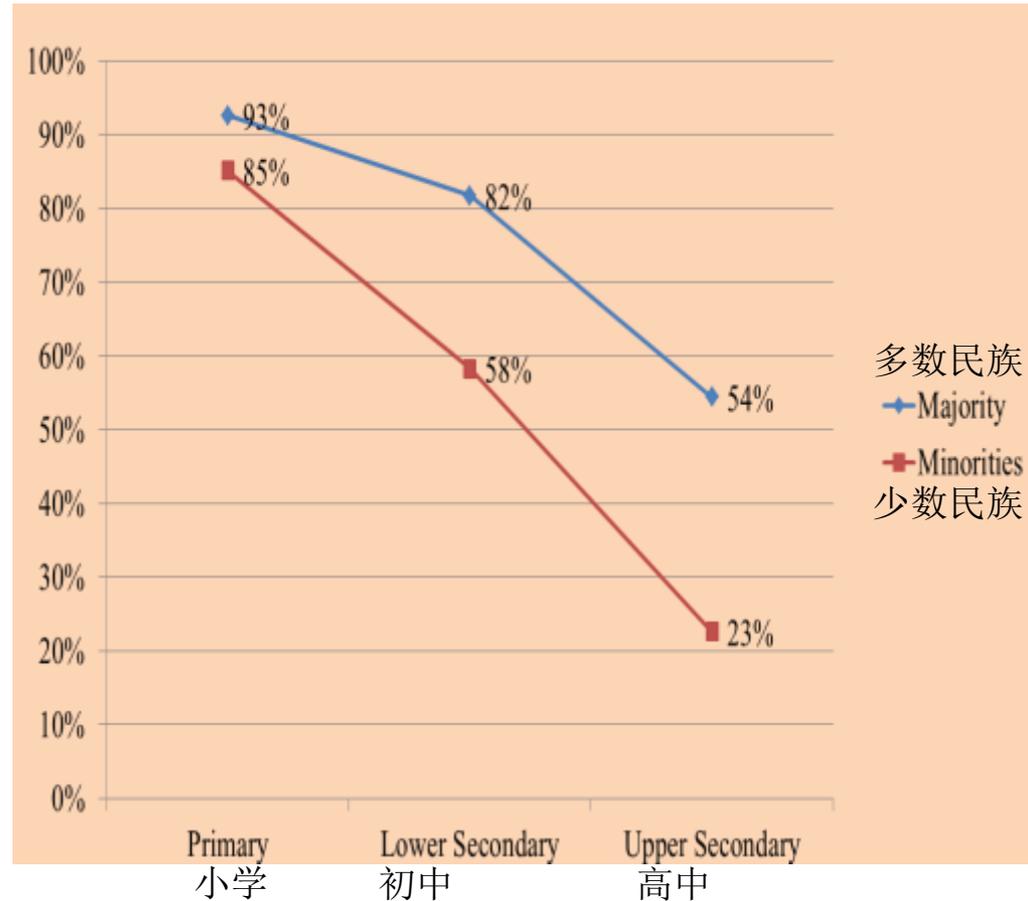
齐族和芒族 17%

京族和华族 8.4%

# 教育的贫困和差距

2009年农村地区的净入学率  
来源：15% sample of Population and Housing Census

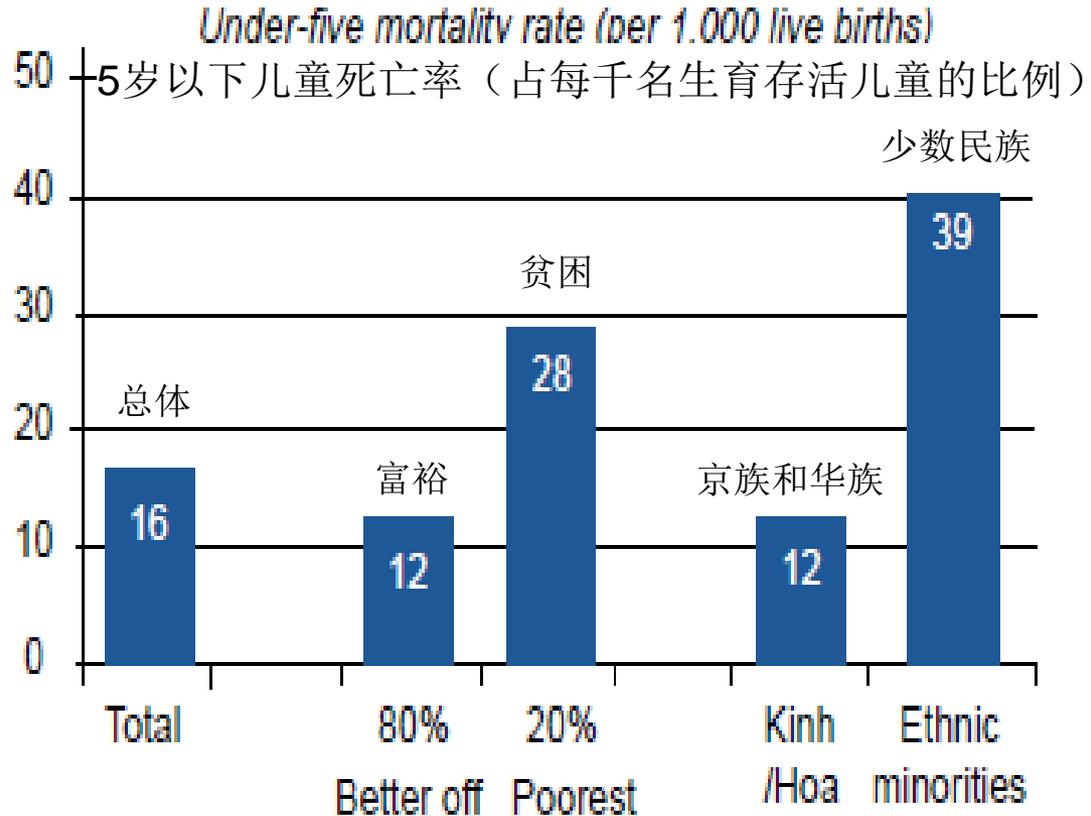
- 随着教育水平越高，多数民族和少数民族之间的差距越大
- 少数民族儿童未能适龄入学的比例是多数民族的两倍多（27%比13%）
- 17.7%的少数民族儿童未完成小学学业
- 60%的3-5岁少数民族儿童不上幼儿园，而多数民族儿童的该比例仅为 39%



辍学的原因：1) 贫困；2) 学费；3) 童工；4) 语言障碍；5) 学校距离过远；6) 没有足够的教科书.....

# 健康和营养的贫困和差距（1）

- 超过三分之一的少数民族儿童死于5岁之前
- 58.5%的少数民族儿童（2至4岁）没有接种6种基本疾病的疫苗
- 60.7%的少数民族儿童（0至4岁）无法获得每12个月一次的健康体检



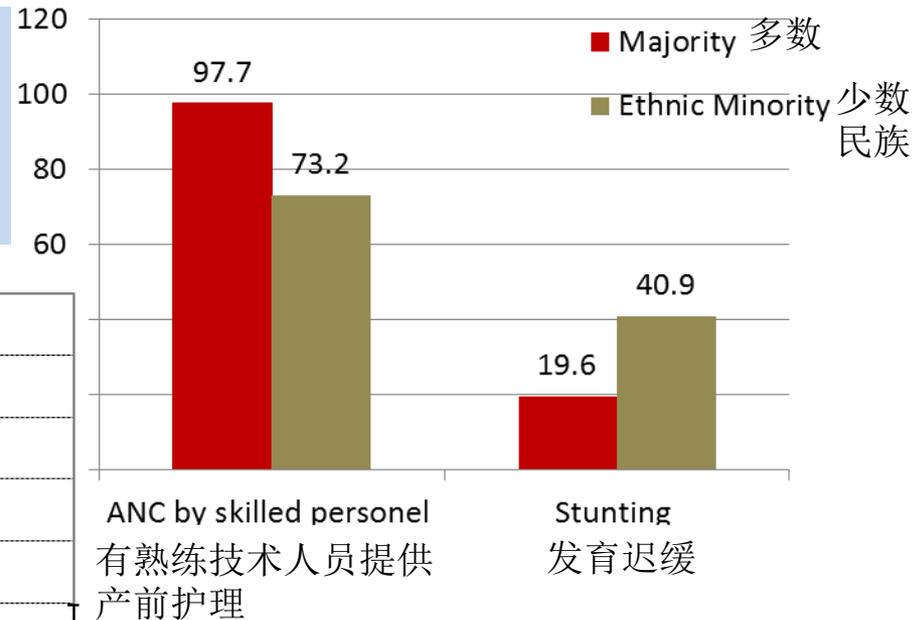
## 获得或使用卫生保健服务的主要障碍：

- 医疗费用
- 文化习俗；由于受教育水平低，普遍缺乏不使用卫生保健服务可能造成后果的意识
- 地理不便
- 语言障碍

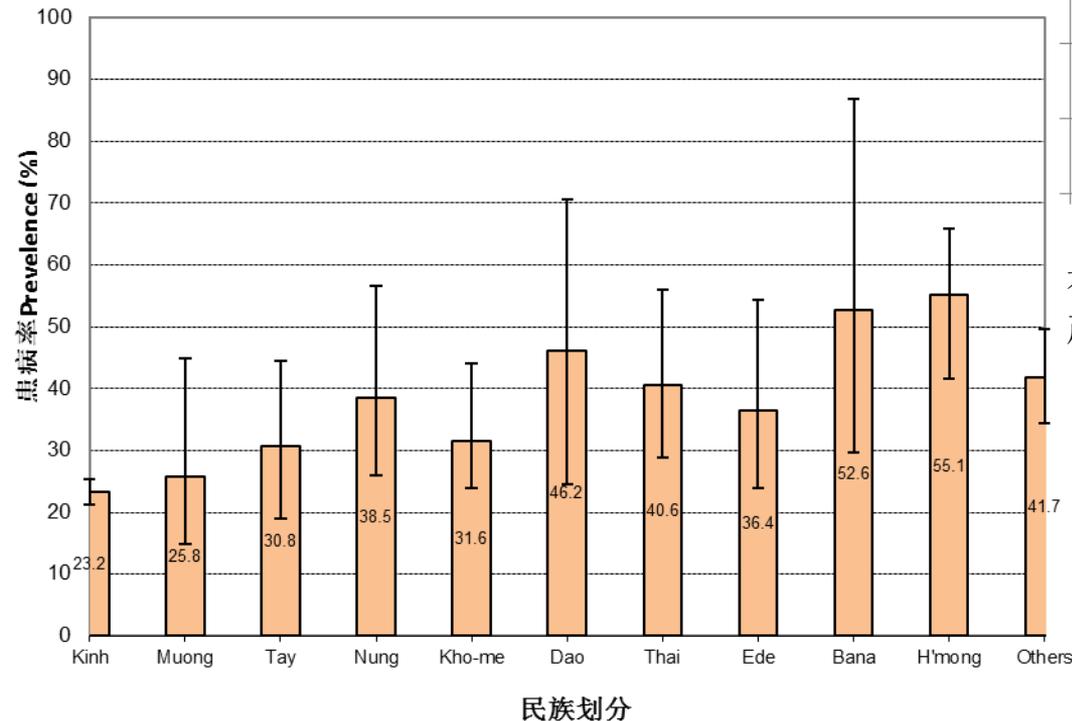
# 健康和营养的贫困和差距 (1)

5岁以下儿童发育迟缓率以及有熟练技术人员提供产前护理的比率

少数民族儿童的发育迟缓率是多数民族儿童的两倍多。

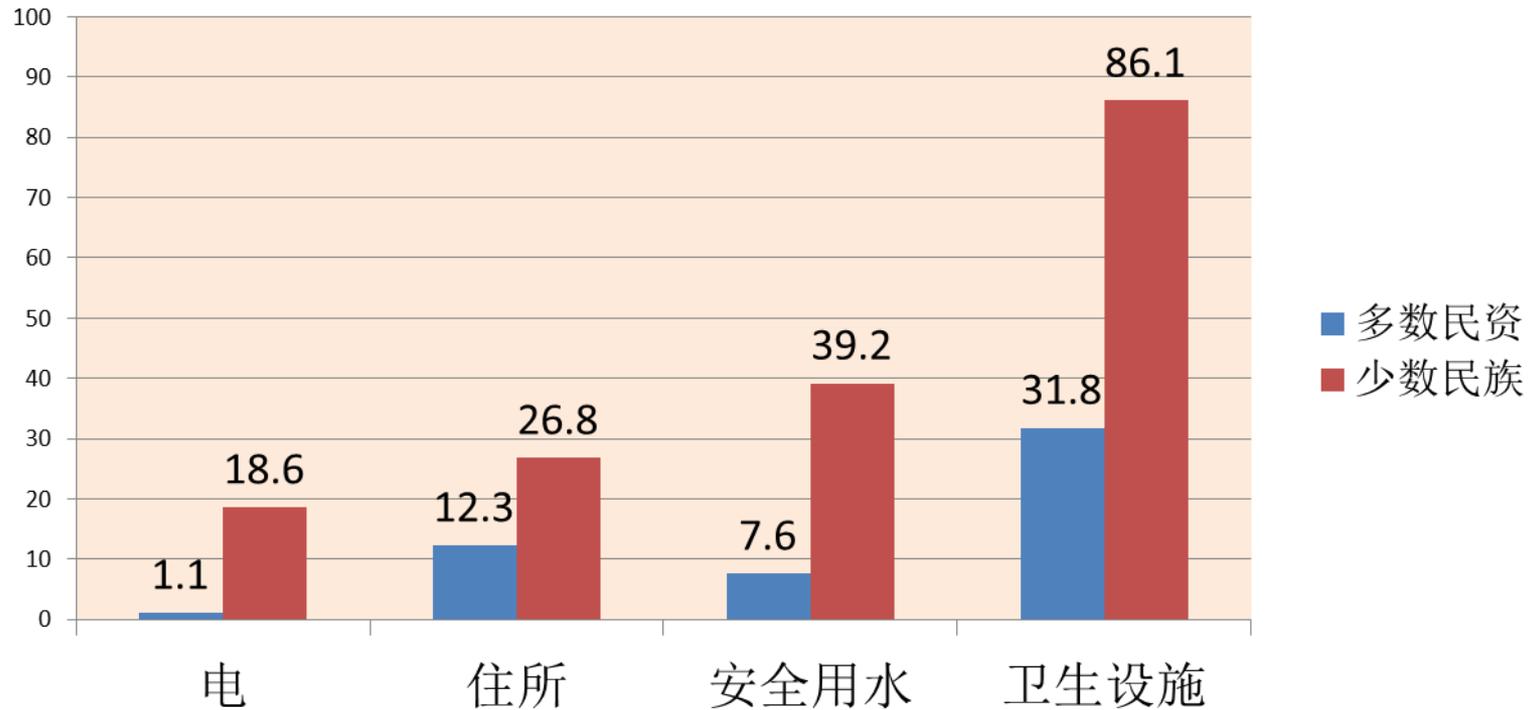


来自不同民族的孕妇之间有着明显的儿童发育迟缓率差距



# 环境和生活水平的贫困

儿童无法获得电、住所、安全用水和卫生设施的比率



- 18.6%的少数民族儿童无法用电；在一些特困地区，四分之一的家庭仍然在使用油或其他光源。
- 超过四分之一的少数民族儿童住在临时住所里。
- 仍有39.2%的少数民族儿童无法获得安全用水；在一些特困地区，有45%的家庭甚至连用来烹调或饮用的干净水都没有。
- 86.1%的少数民族儿童不能用上卫生的公共厕所或卫生间。



# 触及少数民族儿童

# 总体策略：将少数民族儿童作为政策议程的重中之重

- **作为社会保障政策议程中的最高优先级：**《第15号全党决议》（Party Resolution Nr. 15）部署了2011年至2020年的主要社会保护政策，强调要重点改善弱势群体的生活水平，尤其是少数民族儿童。
- **少数民族儿童人力资源发展战略（2011至2020年）：**将少数民族儿童作为该战略的中心。
- **减贫议程：**少数民族儿童贫困的多维度方面已被融入《可持续减贫（2011-2020）第80号决议》（Resolution 80- sustainable PR 2011-2020）、《国家减贫项目目标（2011-2015）》（National target program for PR 2011-2015）以及在一些特困地区或少数民族地区开展的社会经济发展特别项目。
- **定期监测少数民族儿童的减贫效果：**定期识别并分析少数民族儿童贫困的特性，并将其融入国家减贫报告当中。

# 一些特殊措施：教育

- **便利的学校设置：** 在小村庄或乡村提供学前班课程和1-3年级的小学教育，并以“半寄宿学校”的形式提供小学和中学教育。
- **给予财政支持，**提升少数民族的入学率和高等教育升学率，包括：直接的现金支持（49号令-**Decree 49**）、中学教育减免学费、为贫困学生提供财政支持确保他们继续高等教育等等。
- **学习资料的支持：** 免费提供书本、笔记簿和其他学习资料等等。
- **推广高等教育：** 在各地区的初高中学校发展“少数民族寄宿学校”的系统，支持少数民族学生免费进入大学深造。
- **双语教学：** 为少数民族儿童提供双语教育，以帮助他们克服语言障碍，从而进一步提升教学质量。
- **学校膳食项目：** 在少数民族地区，向学前班（3-5岁儿童）和半寄宿学校提供现金支持，确保孩子们能获得营养的膳食和良好的学习条件。

# 一些特殊措施：健康与营养

- 升级社区卫生服务中心，增强少数民族地区的医疗干部
- 为所有的少数民族办理免费医疗保险卡，确保他们能获得优质的医疗服务
- **民族敏感服务：**村卫生工作者支持初级的卫生保健；赤脚助产士支持少数民族孕妇，包括在家接生；流动医疗小组则为“未触及”的儿童和妇女提供免疫接种、成长监测和健康体检
- **更多医疗服务供应：**包括少数民族母子的产前护理，儿童的定期健康体检，以及分派医生到各社区中心
- **强化的营养不良预防项目：**为少数民族孕妇提供特别的营养护理，如免费供应补充的微量营养素和维生素A，鼓励满6个月的纯母乳喂养、足够的疫苗接种，免费供应加碘食盐等等

# 一些特殊措施：社会保护和生活条件

## 少数民族儿童敏感的社会保护：

- 针对少数民族地区贫困儿童家庭的综合现金转移，以打破贫困代际传递，促进人类发展（待实施）

## 住所：

- 134号计划（Program 134）：取消少数民族的临时住所，提供宅基地
- 向偏远农村或村庄供电，为贫困家庭或少数民族家庭提供电费补助

## 安全用水和卫生设施：

- 优先考虑为少数民族地区居民解决无法获得干净用水和卫生设施的问题，将其纳入所有减贫计划当中，包括134号计划（Program 134）、135号计划（Program 135）、NTP少数民族地区农村用水和卫生设施项目（NTP-Rural water and sanitation programs to EM）、第80号决议（Resolution 80）以及第30a号决议（Resolution 30a）等等
- 提高针对少数民族地区学校、贫困家庭和特困社区安全用水和卫生设施的投资水平



谢谢

# 各方面的指标

## 1. 教育

5-15岁儿童未适龄入学的比率

11-15岁儿童未完成小学学业的比率

## 2. 医疗

0-4岁儿童在近12个月内未能获得医疗设施服务的比率

## 3. 住所

5-15岁儿童所在家庭没有电力供应的比率

5-15岁儿童所在家庭的住所不达标的比率

## 4. 水和卫生设施

所在家庭没有公共卫生厕所的儿童比率

所在家庭没有干净水供应的儿童比率

## 5. 童工（儿童保护）

6-15岁儿童工作的比率

## 6. 社会融入和保护

所在家庭户主无法工作的儿童比率

## 7. 休闲

0-4岁儿童没有任何玩具或任何书本的比率



## 牧民的卫生医疗服务

北京， 2012年11月21日

彻姆吉·多苏伦， 蒙古国乌布苏省 儿科主治医师，  
苏纶彻姆·凡车库， 联合国儿童基金会-蒙古 健康专家

# 内容提要

- 介绍蒙古和它的发展
- 介绍乌布苏省
- 基础卫生服务情况介绍
- 惠及乌布苏省最贫困区县的扶贫政策（以下简称**REDS**战略）的实施

# 蒙古国当前发展状况

## 2012调查结果

人均GDP

根据世界银行分类，人均GDP水平从低收入国家发展为中低收入国家

人类发展指数

- 在169个国家中排名第100. 其中收入指标在人类发展指数中排名最低

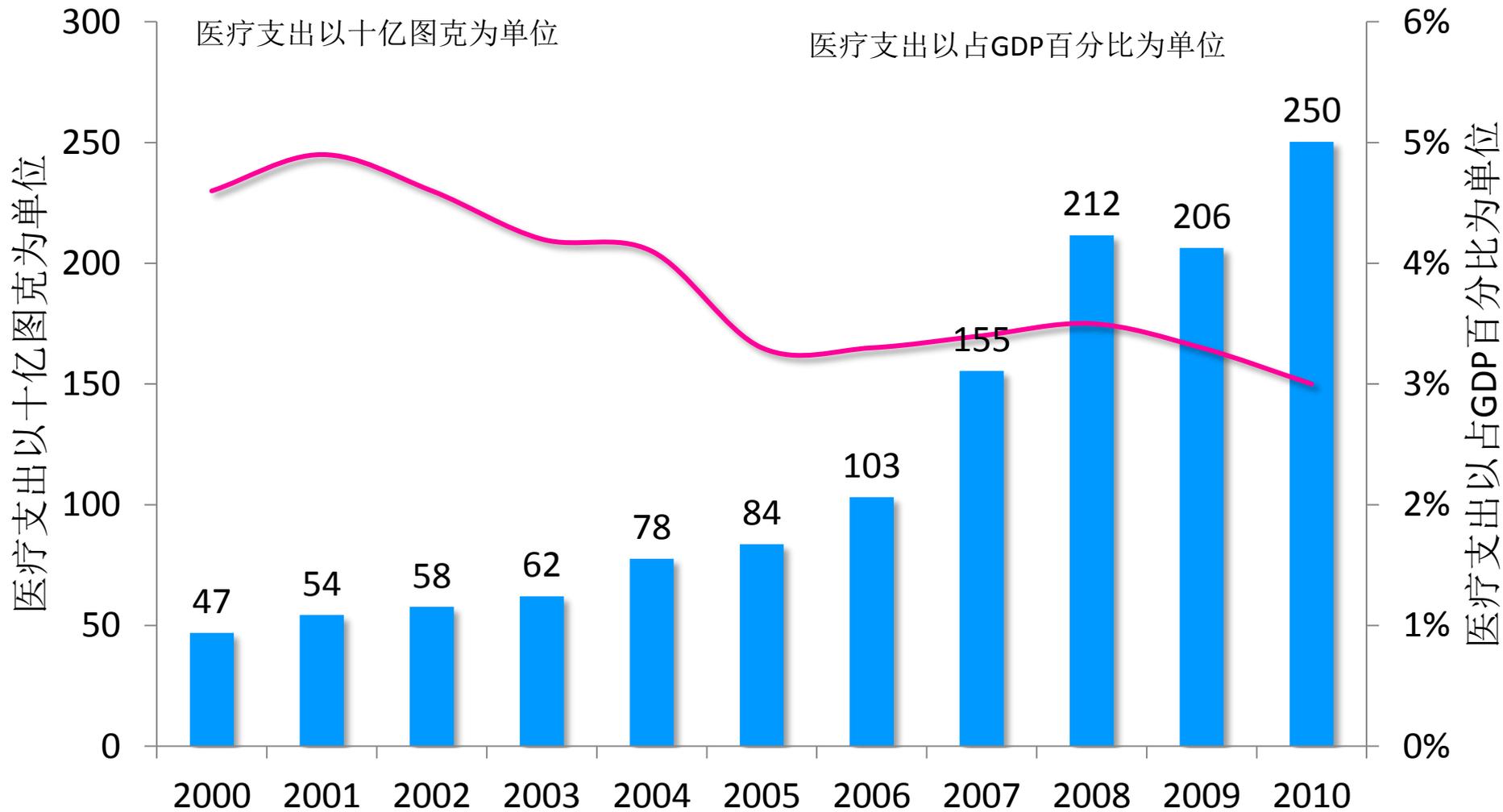
竞争力指数

- 根据世界经济论坛世界竞争力报告，竞争力指数在143个国家中排名第96名。

生活质量

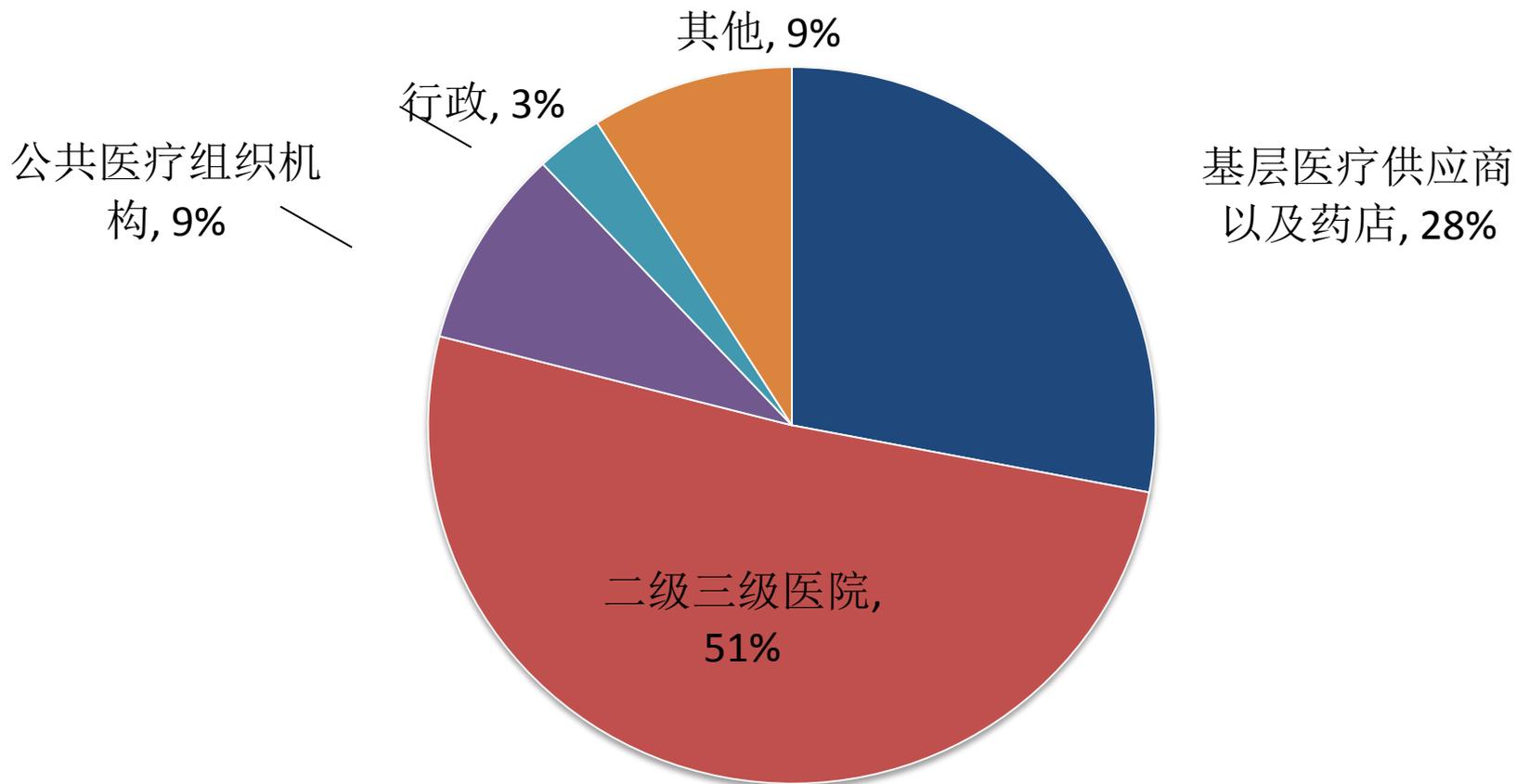
- 生活质量指数在192个国家中排名第107位

# 内蒙古健康医疗支出（以十亿图克和占GDP百分比为单位统计）

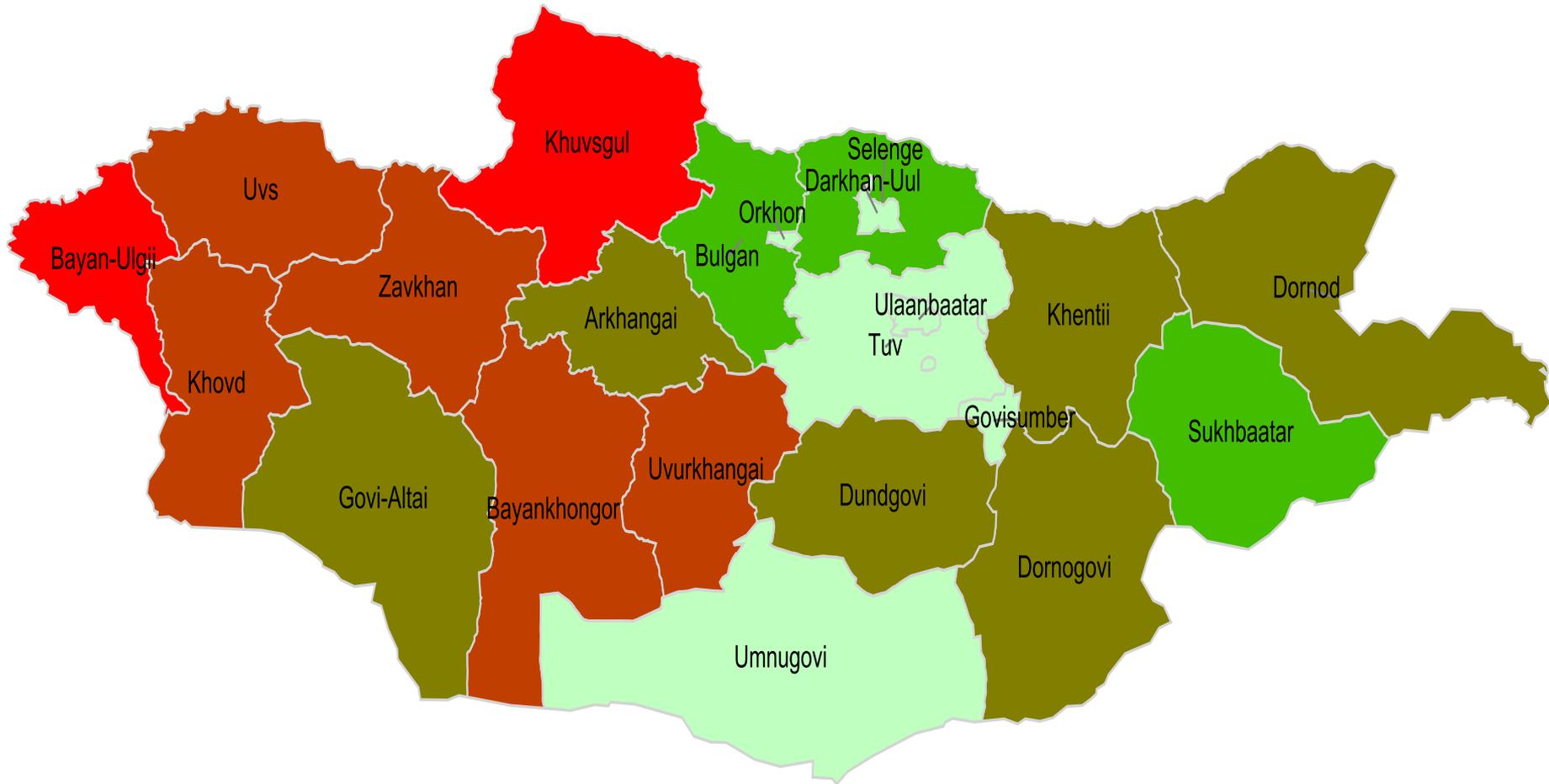


# 医疗系统医疗支出不平衡情况（蒙古国）

## 2006年蒙古医疗预算分配构成



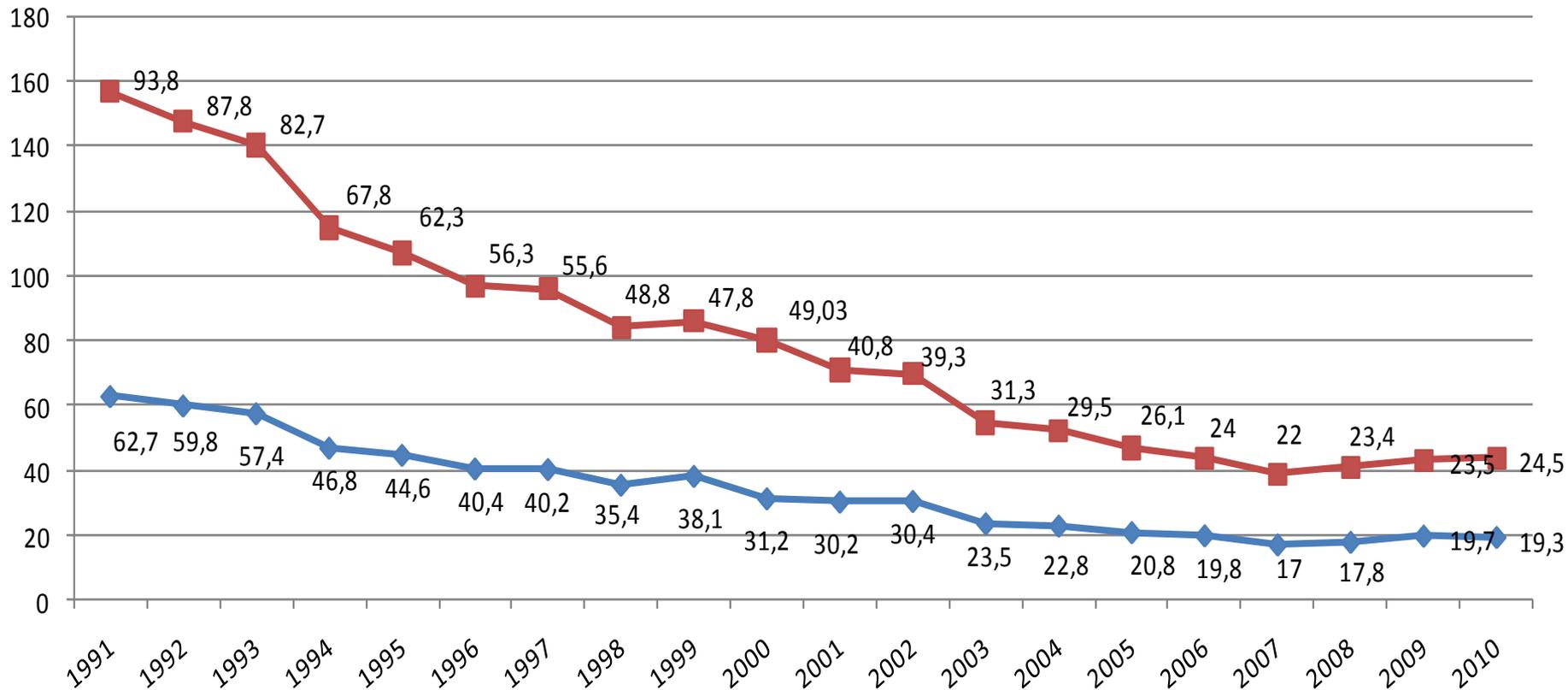
# 蒙古：地区发展指数



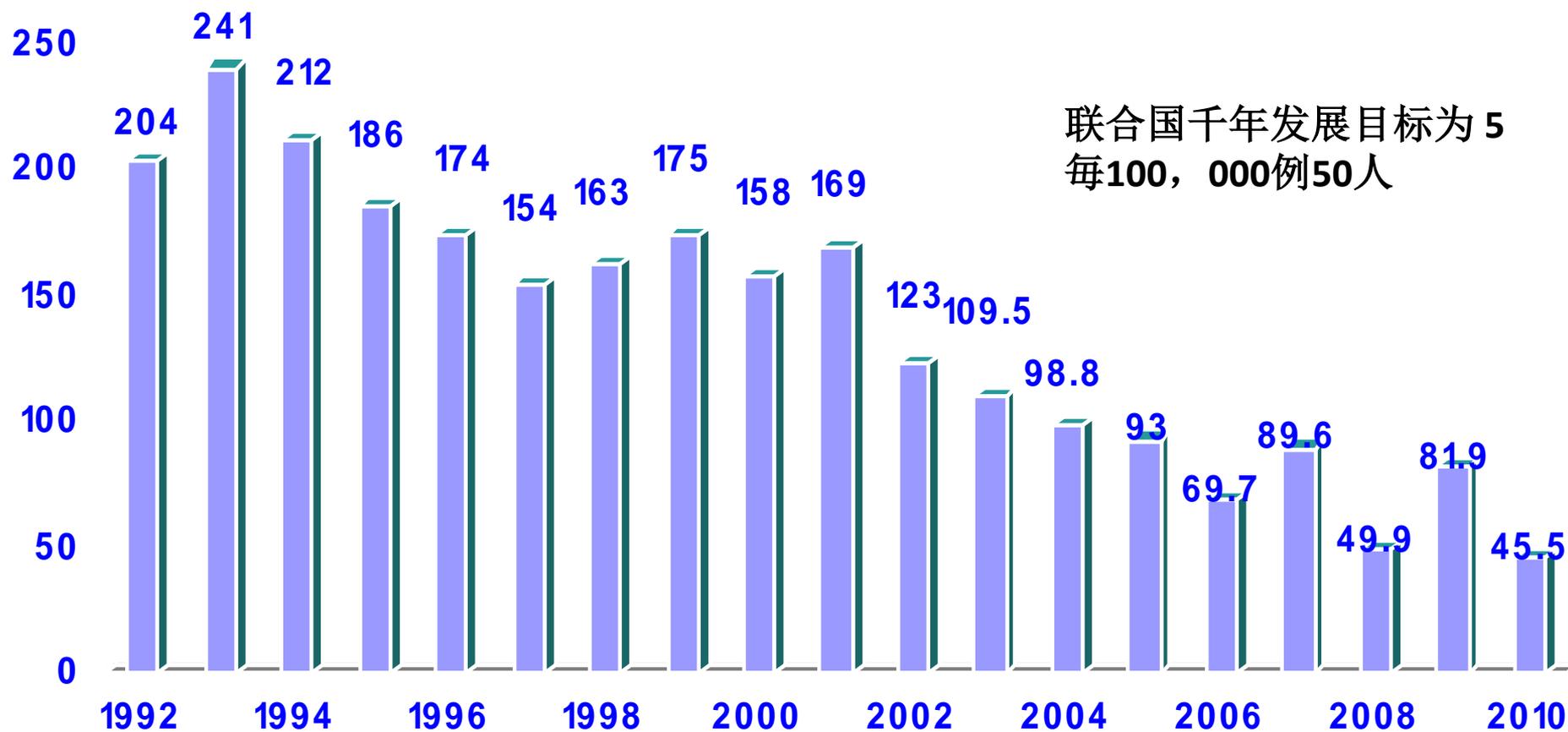
# 蒙古：五岁以下儿童及婴幼儿死亡率 (来源：国家医疗统计数据)

--- U 5 MR

--- IMR



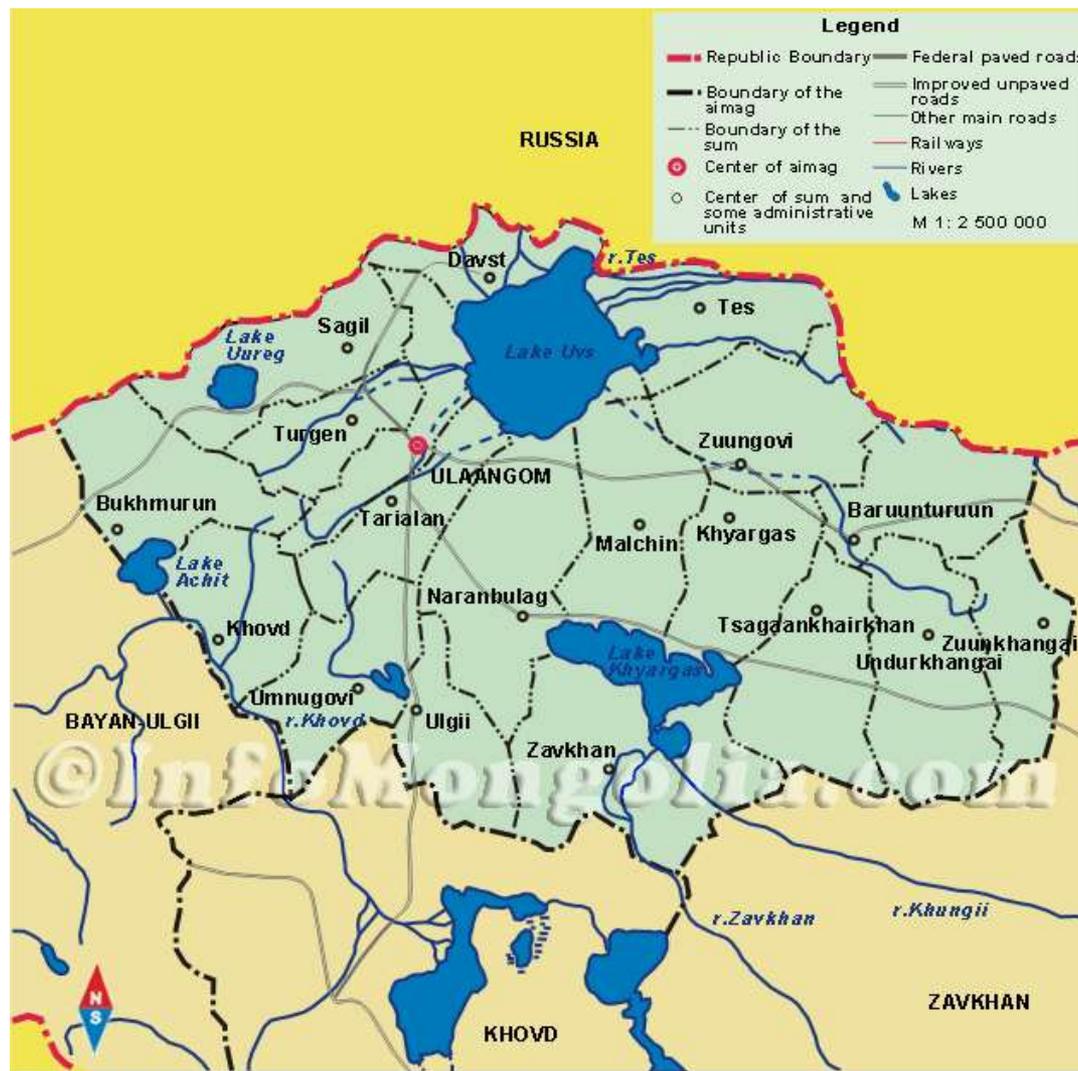
# 产妇死亡率 (1992-2010)



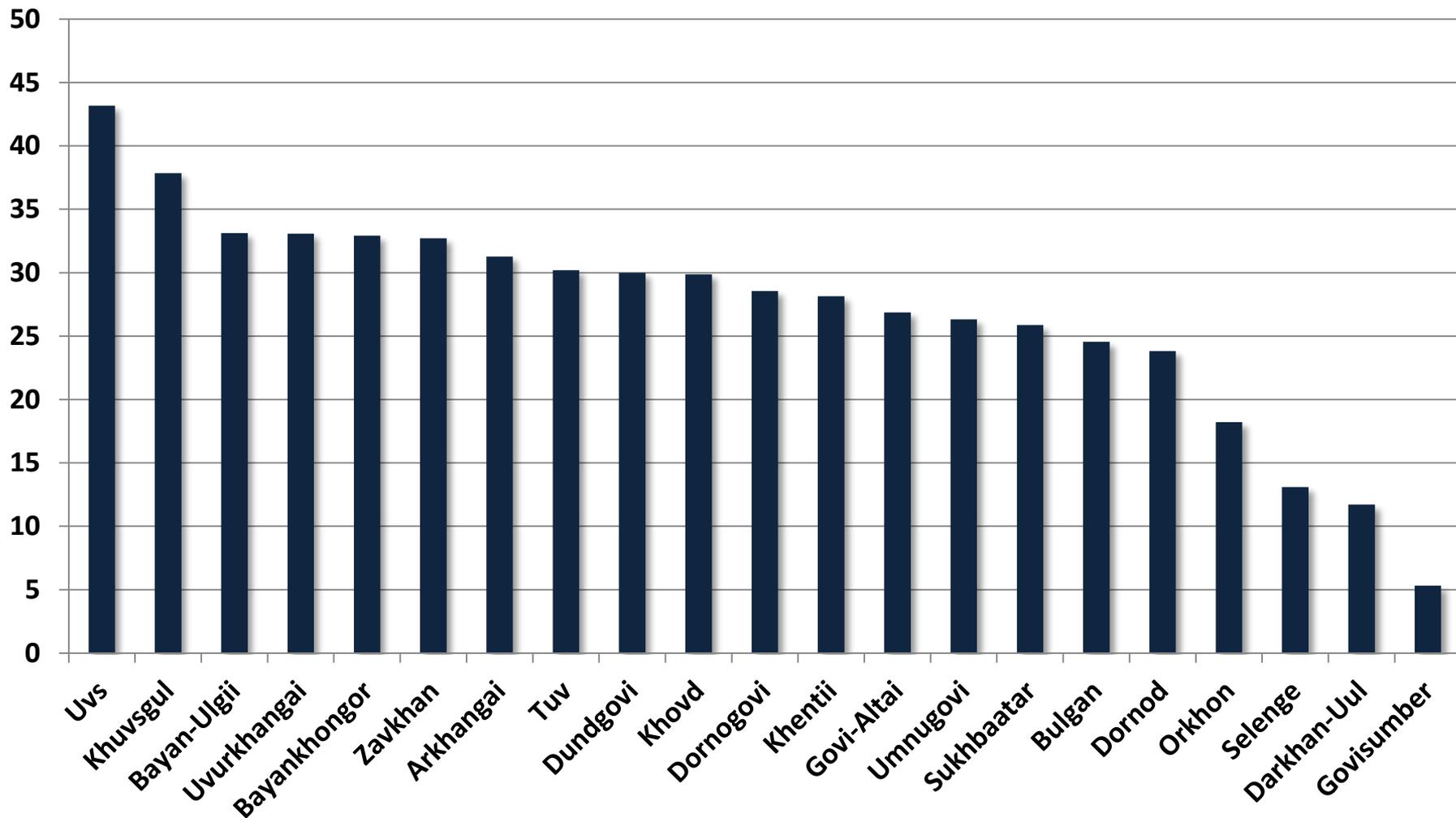


# 乌布苏省

- 距离首都乌拉巴托1340千米
- 总人口-74, 448
- 0-16岁儿童人口--30872
- 属于多种族社会，包括60%的杜尔伯特人，15%的巴雅特人，15%的哈尔人以及少数的图瓦人，科通人和哈萨克人。
- 18个县和94个村
- 64个村从事畜牧业，是该省畜牧产品主要来源
- 牧民一来自7680个家庭占据总人口的50%



# 各省五岁以下儿童死亡率（2010）



# 乌布苏省医疗系统架构

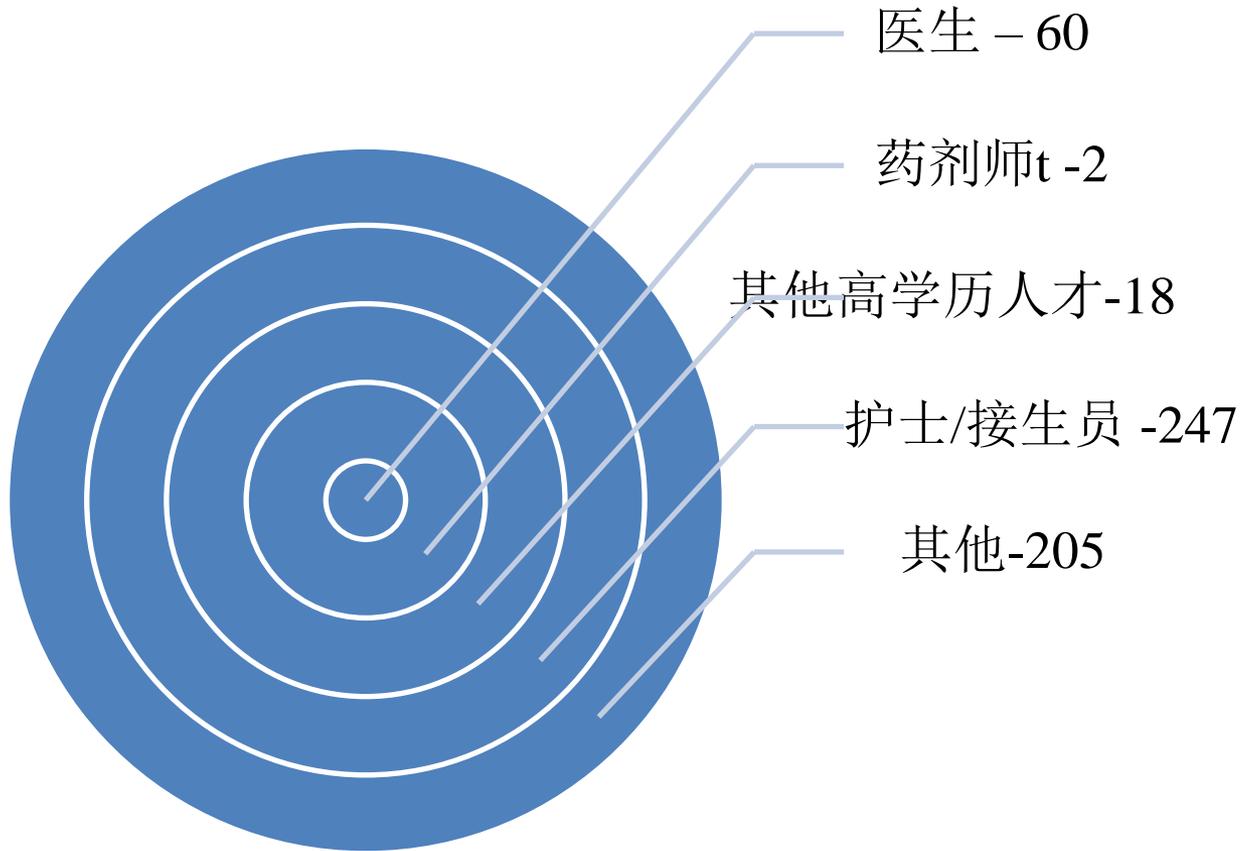
- 最偏远的县距离市中心**339**公里，最近的县距离市中心**31**公里
- 市中心有基础性医院，能够提高次级医疗服务
- 每个县都有自己的医疗服务中心，配有**1-2**名医生以及**4-6**名助理医生/护士
- 每位医生的服务范围为**80-150**公里，每位助理医生服务范围为**50-70**公里

# 游牧文化 VS 牧民医疗服务

- 每一个游牧家庭每年至少迁徙四次，平均每个季度一次
- 根据牧场情况，在夏秋两季，牧民每两个月迁徙一次
- 如果发生干旱或者暴风雪，牧民会迁徙到离自己家乡距离达到4-500千米远的邻省或者邻县去
- 为偏远地区牧民提供月度疫苗注射、生长发育检查、产前检查、维生素补充等服务
- 助理医生在夏秋两季使用摩托车，在冬季只能使用马或者骆驼代步
- 如果无法与牧民取得联系，可联系其所在省/县的医疗中心，宣传有关孕妇和0-5岁儿童看护注意事项



# 该省人力资源构成



# 实施REDS战略的目的和架构

通过细部规划、提高可获得性、提供配套检测系统等方法解除普及疫苗接种服务努力上所遇到到的障碍

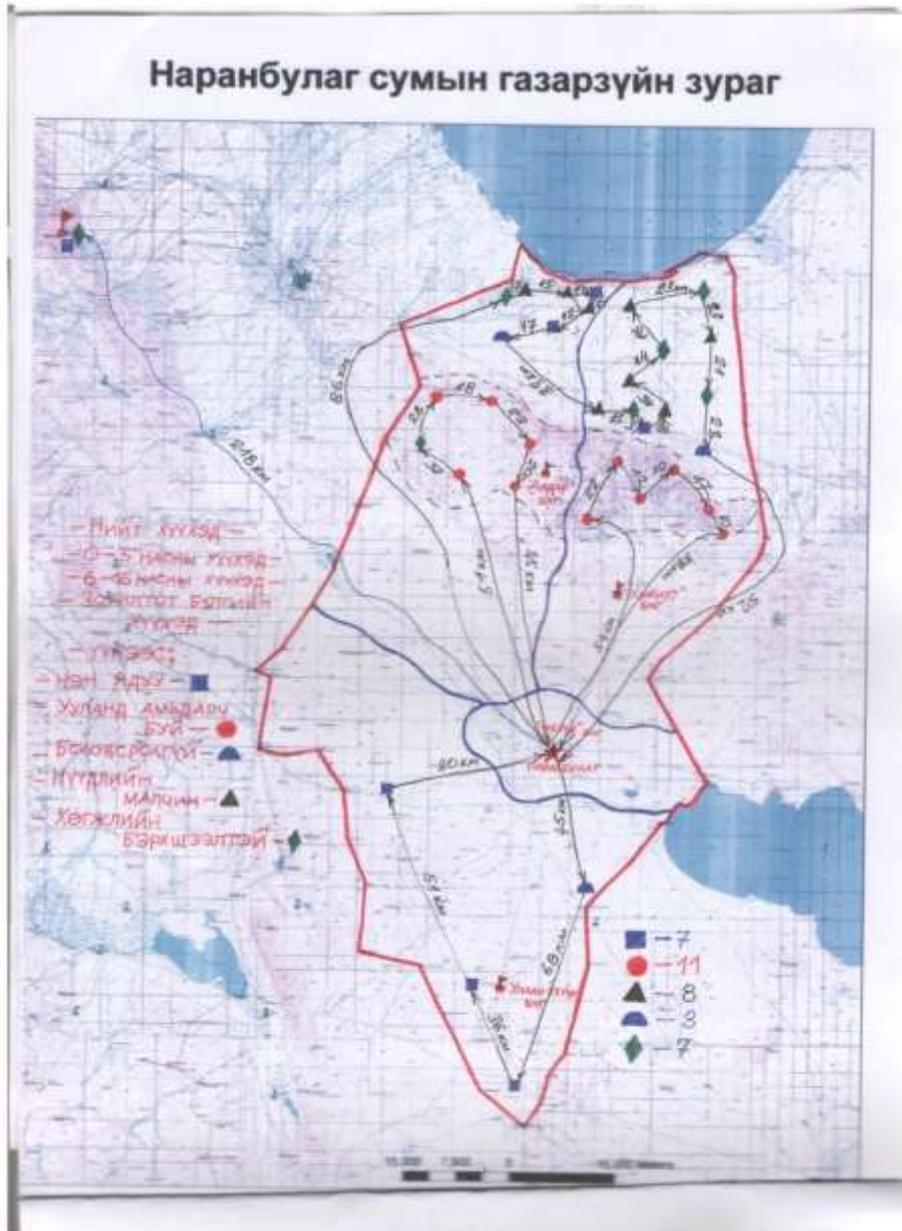
- 五个关键组成部分：
- 障碍分析和细部规划
- 解除普及疫苗接种服务的障碍（医疗系统，人口和疫苗接种服务系统）
- 扩大疫苗接种服务范围，发展配套检测系统
- 使目标人群更便捷地享受基本医疗/社会服务以及购买生活必须商品
- 提高监督评估质量，提高决策制定数据应用以及资源管理的能力

## 规划和细部规划

- 为所选5个县和3个村的28个决策制定者，提供实施战略规划培训。他们来自社会福利，保险，医疗系统，登记部门，警察局，或者是县医生和助理医生。
- 根据2011年4月卫生部第154条法令，乌布苏省省长在2011年5月30日第A/279号文件上提出要建立多领域工作小组实施该项战略
- 所选县建立县级多领域代表组成的工作小组



# 细部规划和配套监控系统



- 每个县级小组组织地图绘制，进行细部规划，努力使服务触及目标人群
- 培训上岗的60名助理医生和护士对目标人群进行访问，从而了解普及服务可能遇到的障碍

# 目标人群

- ❖ 未登记人口
- ❖ 非正式矿工 /
- ❖ 偏远地区牧民, 山区牧民
- ❖ 无住房贫穷人士
- ❖ 没有医疗保险的
- ❖ 辍学者
- ❖ 极度贫困
- ❖ 暴力
- ❖ 残疾
- ❖ 未接受疫苗接种

编号	所选地区名称	家庭总数	人口	目标家庭	目标人口
1.	特斯县	1298	5774	102	490
2.	纳兰布拉格	1062	4459	124	567
3.	塔里阿兰	896	4000	198	840
4.	查干海尔汗	616	2300	106	523
5.	乌奴戈比	1030	4236	113	565
6.	蒙库比斯利特	1562	7046	140	701
7.	海喜拉	245	1025	28	112
8.	库德伦	186	869	17	92
9.	总数	6895	29709	828	3890

编号	目标族群	特斯县	纳兰布拉格	塔里阿兰	查干海尔汗	乌奴戈比	蒙库比斯特	海喜拉	库德伦	总数	已解除障碍
1	0-5岁儿童	134	287	238	155	157	202	45	21	1239	婴幼儿喂养
2	6-16岁儿童	10	57	17	11	10	23	5	3	136	儿童健康服务
3	非正式矿工	-	-	182	-	187	-	-		369	医疗中心服务
4	山区牧民	127	139	285	180	87	12	23	53	906	儿童健康服务
5	极度贫困	95	72	102	123	43	89	29	8	561	CT/FS
6	辍学者	3	2	11	2	8	-	-	-	26	23
7	未登记人口	15	-	-	50	-	382	-		447	384
8	残疾	3				9	15		7	27	医疗服务中心



- 668对目标父母接受了婴幼儿喂养、社会医疗保险、登记和婴幼儿保障等方面的咨询服务。
- 必备儿童医护药品发放至367个家庭
- 发放最新的医疗保险手册给83位公民，为225位公民支付首期医疗保险费。
- 4个家庭接受CCT检查
- 12位公民获得药物补贴
- 社会福利 CT-37
- 将2位无人照看老人送到看护中心
- 为6个家庭提供蒙古包住宅

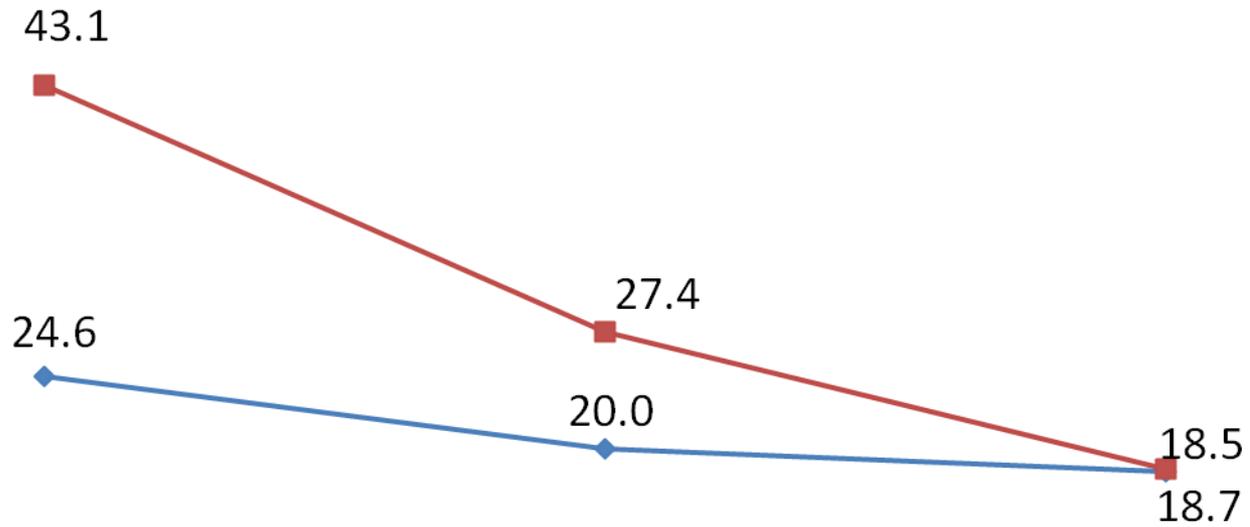


## 在战略实施中提供的医疗防护服务

- 161名孕妇中80%孕期不到3个月
- 为102名孕妇提供常规产前检查
- 为32对产妇和新生儿做产后访问
- 为113位孕妇和哺乳妇女发放基质金属蛋白酶
- 为合理生育间隔，为51位母亲提供避孕措施
  - 为991名0-5岁儿童提供生长发育检查，并发现96例营养不良儿童，占总调查人数9.6%，53例发育迟缓儿童，41例佝偻病儿童，占总人数4.1%，生长缓慢儿童28例，占比2.8%。同时，还为6-24月儿童提供营养补给。
  - 为430名6-24月儿童提供能够基质金属蛋白酶
  - 为185名儿童发放维他命A、维他命D
  - 为35名儿童提供疫苗注射服务
  - 为184对母子提供母子健康手册
  - 318名儿童获得儿童疾病综合管理服务

# 五岁以下儿童死亡率/每一千例

—◆— Улс —■— Увс



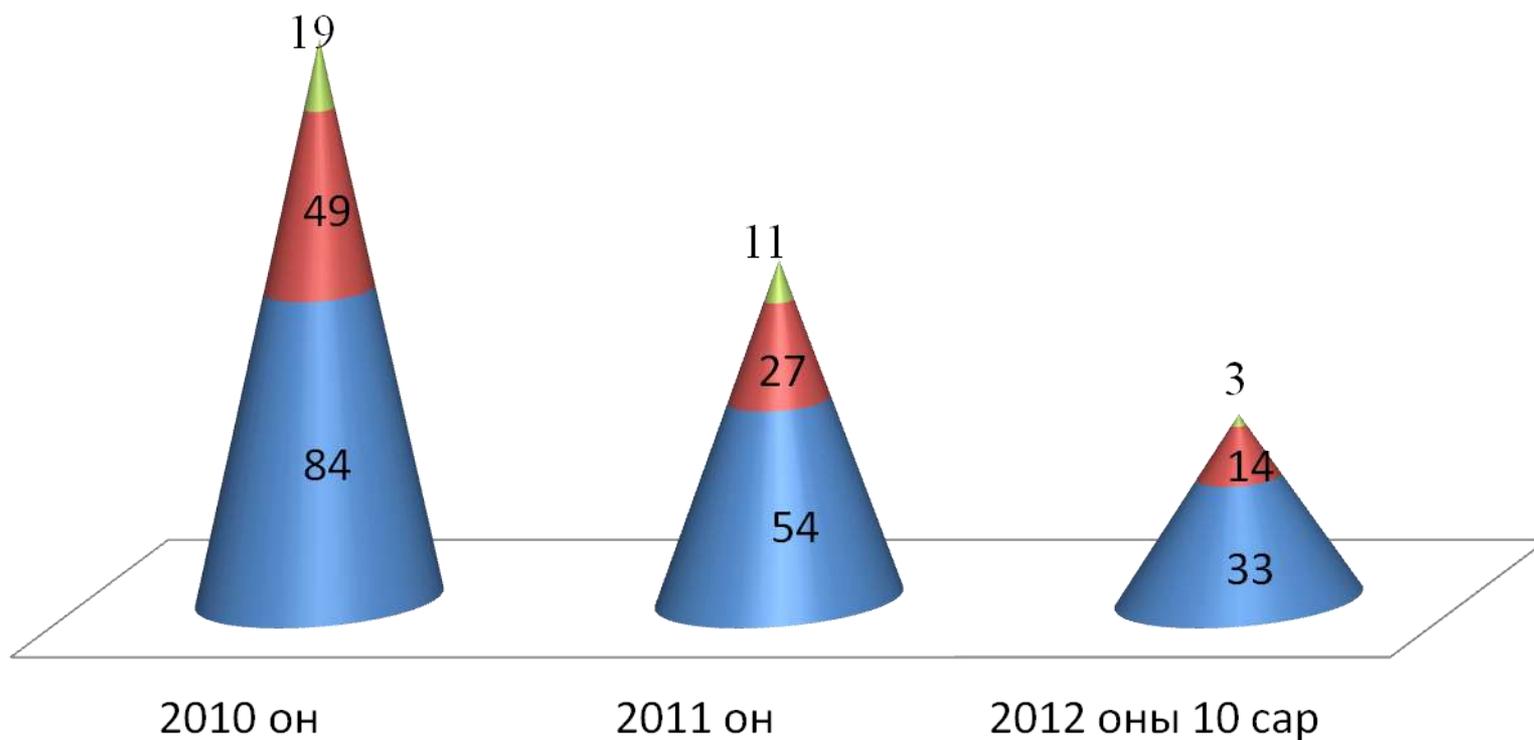
2010 он

2011 он

2012 оны 10 сар

五岁以下儿童死亡人数，与乌布苏省中心以及各县平均数相比

■ аймаг ■ сумдын дундаж ■ зорилтот сум



# 送服务入户情况

编号	县名	2010	2011	2012年10月
1.	纳兰布拉格	1	0	0
2.	乌奴戈比	1	0	0
3.	塔里阿兰	8	1	0
4.	特斯	2	2	1
5.	查干海尔汗	1	1	0

## 产前检查情况

编号	县名	2010	2011	2012年10月
1.	纳兰布拉格	76.4%	81.1%	94.3%
2.	乌奴戈比	82%	84.3%	94.6%
3.	塔里阿兰	76.1%	92%	88.1%
4.	特斯	81.6%	85%	85.5%
5.	查干海尔汗	91.8%	97.6%	95.3%

- 联合国儿童基金会提供了价值205.9亿图克的医学营养治疗支持，其中46%的资金用于培训基层医疗工作者，8.17%用于配套监控系统建设，45.83%用于提供医疗服务。
- 联合国儿童基金会为我们提供了必备的儿童健康抗生素、医疗设备、必备新生儿保健和医疗设备使用培训、生长检测仪器、低温运输系统、基质金属蛋白酶、婴幼儿喂养培训材料以及补充营养支持。

谢谢

