

第四章：卫生和贫困

关键词：

贫困
城市贫困
贫民区
棚户区
性别
社区
小额信贷
社区动员

概况和简要：本章介绍了将卫生服务扩展至城市贫民时出现的具体挑战。报告分析了在贫困社区扩大卫生服务时面临的最常见的问题，并提出了具体的战略，负责卫生的各机构可以执行。

学习目标：完成本章的学习之后，你就会了解贫困社区所面临的有关卫生的特殊情况，并将这些情况与自己所在的城市联系起来。你也会了解小额信贷机构和社区组织在提供卫生服务时的作用。此外，您将可以借鉴其他地方的成功经验，为您所在城市的贫困居民提供卫生服务。

目录

概述

- 4.1 节 贫困和卫生：城市贫困程度及其与卫生的关系
- 4.2 节 在贫民区提供卫生设施
- 4.3 节 小额信贷：资金支持贫困社区的卫生改善
- 4.4 节 与社区组织合作

参考资料

表格

- 表 1：（最近一年）某些亚洲国家每天的生活水平低于 1.25 美元的人口百分比（2005 年购买力平价/ PPP）
- 表 2：在选定的亚洲国家中，2005 年贫民区人口数量
- 表 3：1986 年至 2004 年，由不同的机构在科伦坡签订的合同

框架

- 框 1：案例研究：印尼以社区为基础的卫生服务-SANIMAS 方案
- 框 2：印度公共厕所的 Sulabh's 业务模式
- 框 3：越南为建设家用厕所而成立的非政府组织贷款
- 框 4：案例研究：奥兰吉试点项目（OPP）：区分政府和社区的职责
- 框 5：公众参与的五个阶段：从全部所有到执行操纵
- 框 6：斯里兰卡社会合同的案例研究

缩写词

CDC	社区发展理事会
NGO	非政府组织
NHDA	国家住房发展局
OPP	奥兰吉试点项目
UNESCAP	联合国亚洲及太平洋联合国经济和社会委员会

4.1 节 贫困和卫生：城市贫困程度及其与卫生的关系

4.1.1 贫困的定义：没有收入，无法获得基本服务、没有发言权和参与权；国际、国家和地方的衡量标准

贫困通常被定义为低收入，但在这一课，我们将会了解到这是一个广泛的概念。

Sen (1999) 将剥夺一个人自由选择其认为有价值的生活的基本能力定义为贫困。金钱能让一个人发展自己的能力，但它只是度过有价值的一生的一种手段。从这个角度来看，贫穷是一种状况，可以归纳为三大类：

- 1、缺少收入：包括不能就业、缺少生产性资产（如土地和住房）、缺乏社会安全保障系统等；
- 2、不能获得基本服务，如教育、保健、信息、信贷、供水和卫生服务；
- 3、缺乏政治权力、参与权、尊严和被尊重的权力。

根据这一定义，不论收入情况如何，任何有权获得而没有得到适当卫生设备的人，都可以被归类为贫困人口。这种区别在某些群体有足够的现金收入，但仍得不到卫生和其他基本服务的城市地区特别重要。

另一个层面的贫困是缺乏安全保障。贫困人口可能在某一特定时刻有足够的收入和住房，但是由于没有储蓄、社会保障或有保障的土地使用权而缺乏安全保障。贫困人口也是最容易受到自然灾害和环境危害的人群。

但是，为了全面衡量一个国家的贫穷情况，我们假设，这三个层面的贫困有重复的部分。因为收入方面的贫困是最容易衡量的，我们将集中于讨论这个问题。

已经设定了国际贫困线，用以比较生活水准低于被认为可接受水平的不同时代和不同国家的贫困人口比例。表 1 中列出了某些亚洲国家，日均生活水平在一美元（最流行的指标）以下的人口比例。

表 1：（最近一年）某些亚洲国家每天的生活水平低于 1.25 美元的人口百分比（2005 年购买力平价/ PPP）

东亚和东北亚

中国	15.9
蒙古	22.4

东南亚

柬埔寨	40.2
印度尼西亚	21.4
老挝人民共和国	44.0
马来西亚	0.5
菲律宾	22.6
泰国	0.4

越南	21.5
南亚和西亚	
孟加拉	49.6
不丹	26.2
印度	41.6
伊朗（伊斯兰共和国）	1.5
尼泊尔	55.1
巴基斯坦	22.6
斯里兰卡	14.0
土耳其	2.7
北亚和中亚	
亚美尼亚	10.6
阿塞拜疆	0.0
格鲁吉亚	13.4
哈萨克斯坦	3.1
吉尔吉斯斯坦	21.8
俄罗斯联邦	0.2
塔吉克斯坦	21.5
乌兹别克斯坦	46.3

资料来源：ESCAP forthcoming, Statistical Yearbook for Asia and the Pacific 2008

往往要求提供卫生服务的机构以城市中的贫困家庭为目标，但国际（或国家）贫困线在地方一级可能不适用或者没有意义，因为这些贫困线是基于长期、复杂的，旨在进行跨地区比较的家庭调查而建立的。

确定哪些人是某一城市中的贫困人口时，简单的措施往往更为有效。在许多情况下，地方官员按照自己的标准选择被称为贫困人口的家庭。然而，更好的方法是，让公众参与确定贫困家庭的标准。这些标准必须与当地条件相关，并且易于核查。

例如，在印度尼西亚的一个村庄，贫困家庭的定义有四项标准：（1）没有土地；（2）没有受过教育；（3）缺乏创业资本；（4）无全职职业。根据各个家庭符合上述标准中项目的多少，将它们分为五类。

最后，贫困的许多官方估计从系统上忽视了非法居住在城市中或者没有正式登记的人口。这往往导致我们低估卫生需求没有得到满足的贫困家庭的数量。

4.1.2 城市和农村的贫穷是不同的：亚洲城市的贫困程度及最新趋势

亚洲大多数贫困人口仍生活在农村。如果我们使用国际贫困线，亚洲和太平洋地区每天的生活费不到一美元的人中，有 65%至 80%是在农村。

然而，城市贫困问题也不能被忽视，因为：

- 基于相同指标的亚洲城市地区贫困人口的数量已经很大： 在一亿三千万到二

亿一千万之间；

•最近的研究表明，亚洲农村的贫困问题已经显著减少，但同时，在快速城市化和不断上升的粮食价格的驱动下，城市贫困问题实际上已经增加了。

即便大多数城市居民享有较高的收入，并可以获得更好的基本服务，但由于一些居住在城市的特殊相关费用，他们中的许多人还是不能过体面的生活。这些费用包括：

- 获取商品和服务的高度货币化导致的高生活成本；
- 由于未经法律规定的房屋及其居住者的情况而不能获得公共服务；
- 由于缺乏公共部门的服务因由私营部门提供的昂贵服务；
- 等待公共提供的（可能是免费的）服务所带来的高机会成本；
- 由于执法人员非法的生活和工作环境而付出的高额贿赂费用，其他非正规付款及骚扰；
- 由于被赶走或自然灾害的威胁与后果带来的费用，如洪水和滑坡带来的经济损失；
- 在一个没有充足供水、卫生、排水和固体废弃物收集条件的不健康的环境下生活所带来的高健康损失。

其结果是，城市贫困人口将更少的钱用在基本必需品上，他们的收入来源是不稳定的，恶劣的生活和工作条件影响他们的健康。

4.1.3 贫困人口得不到卫生服务：贫困和缺乏卫生设施的恶性循环

几乎所有没有获得卫生服务的城镇居民都是贫困人口，且多数城市贫困人口也缺乏卫生设施。因此，扩大卫生服务与减少贫困密切相关。

贫困和卫生的双向关系可以被描述为：

- 1、贫困人口负担不起卫生设施的费用。正如第三章所述，城市卫生基础设施费用相对昂贵。对卫生设施的人均所需投资通常高于对水、电或教育的投资。如果没有强劲的公共行为，低收入人群将永远承担不起对足够的卫生设施投资。
- 2、同时，缺乏卫生设施使人们更加贫困。在未经处理的废水污染了的地区生活和工作会带来经济损失。与不健康的环境相联系的最大经济影响因素，就是家庭医疗费用的增加和创收机会的减少。其他方面的经济影响因素就是自然资源的丧失（渔业资源，水源），旅游业的收入丧失或旅游价值下跌。

事实上，卫生设施不足带来的损失要高于建设卫生设施所需的投资，只是人们不容易将建设卫生设施带来的收益与投资费用联系起来。扩大卫生服务就是为了打破这种恶性循环。

4.1.4 贫困女性在卫生条件的匮乏中受害更大：改善卫生条件的第一步是重视女性的需要

厕所及处理系统的建设是由家庭、社区或整个城市决定的。然而，在每个家庭中，男性和女性有不同的意见和优先选择。事实上，在所有国家里，女性都要比男性更加重视卫生设施，这是因为：

- 女性更重视隐私和安全：在敞开的空间方便时，她们会比男性遭受更多尊严上的亵渎，并且经常会让她们感到不安全；
- 在家庭中，女性对孩子的健康和家庭的清洁负有更大的责任。

这种需求不仅适用于家居：学校、公共建筑和工作场所中卫生设施的不足，成为了女性获得教育和有偿工作的重大障碍。

在 Serang 只为男子提供的悬挂厕所。图片 “Kaligandun_Kelurahan15.JPG”

在印度尼西亚的这个社区，比起连接到化粪池的正规厕所，男性更喜欢使用这种悬在一条管道之上的“厕所”。讲究卫生条件更多的是一种态度而不是基础设施建设，并且对此男性和女性常常有不同的态度。

不幸的是，在许多社会中，女性在决策过程中的作用很小。因此，赋予女性权力是在任何城市或乡镇提高环境卫生重要性最可能的途径之一。我们应该考虑到两个重要的问题：

- 确保在协商过程中同时听取男性和女性的意见——在许多场合，代表社会的传统机构是以男性为主的，需要为女性表达自己的意见进行特别安排；
- 鼓励女性在监督卫生设施的建设中承担任务，包括确保卫生设施正常运行并有人使用。

批注 [LU1]: 请注意，添加图片后，应该在文中提及，例如，“（见图片 1）”或“如图 1 所示”。

4.2 节 在贫民区提供卫生设施

4.2.1 什么是贫民区？

“贫民区”是一个经常使用的，用来描述各种低收入定居点的包罗万象的概念。贫民区各式各样，但他们往往有一些共同的特点或缺点：（1）住房条件差，服务水平低；（2）生活条件会危害健康；（3）无稳定的地位；（4）极度贫困，且居民极度排外；（5）拥挤。

联合国将缺乏一个或多个下列条件的地区界定为贫民区：

- 地位的稳定性
- 住房构架的高质量和持久性
- 充足的居住面积
- 安全的饮用水
- 卫生设施

4.2.2 亚洲城市的贫民区范围

要准确地衡量亚洲城市的贫民区范围很困难，但是，现有的估计数表明（见表 2），近一半（42%）的城市人口的是贫民区居民。如果不扩大贫民区的卫生服务，亚洲城市卫生的显著提高是不可能办到的。

表 2：在选定的亚洲国家中，2005 年贫民区人口数量

国家	城市地区的贫民区人口 (千)	贫民区人口占城市人口的百分比
孟加拉	25,184	70.8
柬埔寨	2,309	78.9
中国	174,745	32.9
印度	110,225	34.8
印度尼西亚	28,159	26.3
老挝人民民主共和国	969	79.3
蒙古	869	57.9
缅甸	7,062	45.6
尼泊尔	2,595	60.7
巴基斯坦	26,613	47.5
菲律宾	22,768	43.7
越南	9,192	41.3

资料来源：UN-HABITAT (2008).

贫民区为何存在？

贫民之所以存在，是因为贫困人口买不起由正式的土地供应商和住房市场提供的住房。

每个人都需要一个居住的地方。如果住房市场和政府不能帮助贫困人口，那么他们只好自己想办法。因此，他们只能在缺乏足够的土地、基本的服务或合法保有权的情况下，尽最大努力盖好自己的房屋。

需要特别说明的是，对于贫民区，人们存在两种误解：

1、所有的贫民区都是相同的。事实上，在亚洲城市中，存在着各种各样的贫民区。有些靠近市中心，人满为患；有些却在城市周边地区。有些由初到城市的人所建造；而有些却拥有悠久的历史。有些存在极可能被驱逐的危险；而有些则有一定程度的地位保障。有一些贫民区位于糟糕的地带，如山坡上，水道上游，垃圾堆上等等。因此，对不同贫民区的卫生规划也有所不同。

2、居住在贫民区的人都是穷人。许多城市的住房短缺问题迫使中等收入的家庭居住在贫民区，与不同收入的人群形成混杂定居点。人们选择生活在贫民区，不仅因为生活成本低，还因为贫民区有它的方便和灵活之处；或者当他们刚刚搬进来时是穷人，而现在生活好些了。我们不应该从一开始就假定居住在贫民区的人都无法承担卫生设施的费用。

4.2.3 贫民区的卫生条件评估

我们难以准确估计贫民区的卫生设施覆盖率，因为很少有针对同一城市不同区域的卫生条件（和它们对健康的影响）的研究。但是，在亚洲大多数贫民区之中，直接观察和各种证据表明了卫生条件之差，健康风险之高。

此外，在人多拥挤的地方排放未经处理的废水，比在农村地区排放废水对健康有着更严重和直接的影响。我们将在下一节看到，这更难以解决。

亚洲城市贫民区中的卫生问题亟待解决。

4.2.4 除了资金短缺之外，为什么难以为贫民区提供卫生条件？

无疑，资金短缺是贫民区缺乏卫生设施的原因之一。

大多数贫民区居民收入很低，且这里的资源有限。生活水平为每人每天一美元的贫困家庭总是难以建设和维护哪怕是最便宜的卫生设施。同样，贫困国家的中央和地方政府需要动用很大一部分资源，以解决城市卫生问题。

即便如此，资金短缺并不总是主要原因。扩大贫民窟卫生基础设施存在三个主要的障碍：（1）多数贫民窟的不合法地位；（2）多数贫民窟地形及布局的不利；（3）在大多数城市改善贫民

窟不具有政策优先性。现在我们依次讨论这些阻力。

不安定的产权

大部分的贫民窟（也被叫做棚户区）是违法的。

棚户区是那些人们在没有获得建筑许可的情况下，在不属于自己的土地上建房的地区。这些地区的建筑是在没有规划管理的情况下建成的。

棚户区的居民没有法律保障，同时还承担着被政府和土地所有者驱逐的风险。这就产生了两个与环境卫生相关的问题：

- 有人不允许地方政府或者公用事业公司为棚户区提供基础设施，即便他们这样的能力与意愿。
- 由于一直面临被驱逐的威胁，住户并不在改善住房与公共区域方面投资。

据观察，在城市里即便最贫困的贫民区都能获得供电。但是，只有极少数有自来水供应和卫生设施，为什么？

供水和卫生设施建设需要重要的前期投资用于地面固定设施建设，如果贫民窟被清除，居民需要迁往别处，这些设施却无法随之移动。与之相比，接入供电网只需要极少的固定设施，所以即便受到驱逐的威胁，居民们也负担得起接入费用。

贫民窟物理地形不利于建设卫生设施

城市里的穷人占有的土地是其他人不要的。因此，许多贫民窟建在通常被认为不适合建房的地方，例如水道顶部或者陡峭斜坡上。另外，土地的缺乏和无计划性导致了极高的建筑稠密度。

高密度使得环境卫生的解决变得复杂、昂贵。坑式厕所（最便宜的选择）通常不适用于城市化区域。当建筑物高度密集，房内甚至没有空间建一个单独的厕所。便宜的废水处理系统（如湿地）也要求相当大的空间。

许多亚洲城市的贫民窟靠近河流、湖泊或者近海，它们的房子经常建在水上。简单的卫生设施如化粪池并不适用于这样高地下水位的地区。而且，如果在高于房屋的地方处理废水，则需要利用电力将其泵往高处，这样就增加了运行费用。

由于建设时没有进行规划，大多数贫民窟的街道都很窄。在这样的情况下，用于运输污泥的真空油槽车进不了贫民窟，化粪池将很难建立和维护。而且，如果该地区非常拥挤的话，输送废水的管道可能难以建立。

对贫民窟卫生设施投资的政治意愿低

通常对环境卫生的政治承诺很低。由于贫民窟所隐含的负面意义（通常它们与非法占用、危险、行为粗暴等相联系），对贫民窟环境卫生进行改善的政治意愿更低了。

贫民窟的居民经常被烙上耻辱的印记并受到歧视。在某些情况下，由于居住在贫民窟，人们可能会被拒绝某些服务和的工作。这种耻辱极大的影响了他们的日常生活，其后果之一则是对贫民窟卫生建设（或其他基本服务）极低的政治支持。

这些耻辱并不止于政治上的。公有（或私人的）公共事业通常不愿在贫民窟建立他们的服务，他们认为贫民窟是极难处理的地方。他们经常担心贫民窟的居民对账单的偿还能力，因为他们通常没有正当的工作，甚至没有其房屋的所有权。在某些情况下，这些偏见得到了负面经验的支持：许多贫民窟的饮用水和卫生工程在构思上有缺陷并最终导致死帐，这更巩固了贫民窟居民不会支付公共设施的负面观念。

在下一节中，我们将分析打破这些观念的措施。

4.2.5 一些改善贫民窟环境卫生的措施

上面讨论的问题不同程度地存在于大多数的贫民窟。就像世界上没有完全相同的两片叶子，同样也没有完全相同的贫民窟，因此，改进措施应该因地制宜。这里，我们列举了几个在不同环境下，针对当地环境开展的策略。

提高产权安全

要说服家庭，社区或者地方政府在饱受驱逐威胁的地方投入卫生设施建设几乎是不可能的。在这种情况下，增进产权安全是改善环境卫生的第一步。

给予棚户区居民合法的所有权是一个长远而艰难的过程，尽管如此，增进产权安全必须循序渐进。

大多数国家拥有一系列不同的土地使用权协议，他们提供不同级别的土地使用权利。例如非正式的居住年龄和牢固度，除非有非常明确的紧急搬迁信号，居民们将会逐渐远离可能失去他们土地的困扰，变得更有安全感。棚户居民经常收集他们在同一个居住点长期居住的文件和证据——这些通常可以巩固其留下来的要求。另外，如果当局将基础设施如人行道，排水管道，分表供水系统和电力引入一个非正式的居住区，这通常被当地居民理解为更大程度上的安全性，至少是更大程度的认同。即使没有任何对土地的所有权，通过这些渠道，棚户居民试图逐渐巩固他们的土地使用权。（联合国亚太经合组织和联合国人居署，2008）。

即便地方政府不能为这些家庭提供合法所有权，在这一点上，他们也能做得更多更好。个案研究中的两个例子说明了这一问题：

- 印度尼西亚的社区厕所（见表 1，公共机构单元）建于一个老的棚户居住区——当地的迁移威胁极小。在这种条件下，一个民间组织建立了该设施，虽然没有取得法律的认可，但却得到当地政府的暗示该设施在不久的将来不会被拆除。这就具有足够的动力促使民间组织和家庭投资建设。
- 马尼拉的为穷人供水倡议是对贫民窟供水的最重要的例子之一。该事例成功的关键

是取消在安装表接入家庭时对其合法权益的要求这一决议。这样，公共事业被允许服务于那些愿意并且可以支付用水的棚户居民。（更多信息，请参考 www.unescap.org/pdd/water）。

在上面两个案例中，并没有给予家庭合法使用权，但是却去除了提供公共设施的关键障碍。

一旦给予贫民窟居民这样的机会，他们将会在改良他们的住房上投资，这就为投资卫生设施创造了条件。由于多数发展中国家的卫生系统是现场开发的（与基于网络平台的系统相反），当地家庭一般有建造和维护它们的责任。由于半集中式的解决方法是可行的（见表 1 SANIMAS），该系统在一个基于公众的机构管理下和受益者极大的参与下运行。

激发家庭投资他们自己的卫生设施是关键因素。

允许贫民窟居民做知情选择

每个人都会认同对该地区环境卫生的需求，但相较于其他紧迫需要，并不是所有人都会给予它同等重视；并且并不是所有人为了获得环境卫生就愿意做出同等的牺牲。

许多情况下，贫民窟居民将面对一项没有得到他们认可和参与其设计、运行的环境卫生工程。有些时候提供给他们的设施不足以解决他们的需求；或者是太专业的系统——要么需要耗费大量资金要么维护起来过于复杂，这将导致其很快的失修。

合理的卫生项目应该是基于需求的。换句话说，卫生设施应该是通过讨论流程决定的，着眼于人们的需要和要求的。

基于大众的卫生系统的关键组成包括：

- **参与性规划**——社区内所有的男性和女性应该有机会表达他们对拟议计划的看法及侧重点；
- **知情选择**——利益相关者（包括公众，政府和其他组织）应该知道各种选择的收入和支出（见下文）；
- **专业协助**——设计和建造该设施要求通常情况下公众不具备的专业技能；
- **可持续性**——使用者应该支付运行成本。

成功执行的首要条件是公众内部矛盾自由化。

技术层面的选择标准：

- **容积**：该处理单元是否适用于单个家庭和/或者居住人口 1000 以上的地区？
- **成本**：在现有财力下预期的投入和运行维护成本是否平衡？
- **自助兼容性**：在建设和运行期间公众是否起到有效的协助作用？在运行的哪一阶段需要专家的参与？

- **运行和维护：** 团体成员是否可以独立完成例行的运行维护工作或者是需要专家协助？
- **复制潜力：** 政府环境卫生专家是否独立地复制/传播最优技术选择？
- **可靠性：** 选择的技术是否可以保证其运行和操作的无故障性？
- **方便：** 选择的技术与公众定义的“方便”有多大的差距？
- **处理效果：** 需要符合什么样的环境排放标准？

鉴于这些原则，通常有三种系统被城市贫民社区所采纳：

- **简单的污水处理系统**
小规模污水处理系统收集从单个住户处排放的生活污水，并将其排入低负荷污水处理池。（见表 1 的 SANIMAS 案例分析实例）。
- **共享的化粪池系统**
大量的住房接入同一个化粪池。该系统及上面的系统适用于大量小规模，房屋私有化及住户愿意在卫生设施硬件升级上投资的贫民区。
- **公共卫生中心**
由公共供水站，厕所，浴室和洗衣房组成。最适合那些拥有大多数租房居民并且由于空间限制无法装备室内卫生设备的住宅区。（更多信息请见下节，包括表 1 中的公共厕所案例研究）

资料来源：BORDA. *Community-based sanitation*.

<http://www.borda-net.org/modules/cjaycontent/index.php?id=28#technicaloptions>.

给予公众在决定卫生问题解决方案上的核心地位并不表示由此兴建的卫生系统应该由该社区的群众建设和管理。基于公众的卫生系统通常由几个利益相关者合作：地方政府，民间组织，公众组织，私人企业，等。

.....
表 1. 案例研究：印度尼西亚的基于公众的卫生系统- SANIMAS 项目

SANIMAS 是一项城市卫生项目，自 2003 年起，已在印度尼西亚的超过 22 个省和 100 个社区建成并运营。SANIMAS 工程中一个最好的例子是 2004-2005 在 Kusuma Bangsa 建立的简单污水处理系统（Kusuma Bangsa 是位于巴厘岛，Denpasar 的一个人口密集型，低收入地区），为 211 户约 840 人提供外部的卫生服务。

Kusuma Bangsa 大约 80% 的租屋或租房配备了小型浴室和厕所但没有合适的化粪池。在实施该计划之前，废水都排入附近的小河里。由于缺乏卫生设施和经常性的洪水泛滥，该地区的腹泻和其他水传播疾病的发病率很高，特别是在小于 5 岁的儿童中间。

该工程的建立从 2004 年七月起至 2005 年二月，超过八个月的运转经历了几个活动阶段。包括公众意识的提高，基于公众的组织的建立，能力建设（管理和金融问题，运行和维护），物理建设，健康和运动及监测和评价。基于公众的组织在 BALIFOKUS——一个配合并减轻 SANIMAS 工程在巴厘岛和东印度尼西亚实施困难的民间组织——的协助下实施了该工程。

在决定适合 Kusuma Bangsa 的服务系统时，公众有机会从三个备选技术里面进行挑选。第一个选项是建立共享的化粪池，每个化粪池可供大约 10 到 20 户使用。第二个选项是公共卫生中心，它适合那些非永久性贫民窟居民。第三个选项是一个适合永久性居民的简单的污水处理系统，每座房子安有厕所和浴室，但是没有单独的化粪池。Kusuma Bangsa 的居民选择了第三个系统，它包括一个设计日处理量 60 立方米黑水和灰水的污水处理厂。

该工程由一个多元化筹资方案进行赞助，通过国家公共建设工程部（实物资助），Denpasar 城市环境局（注资工程建设和能力建设），民间组织（注资工程建设和能力建设）和受益者团体（资金和实物资助）进行支持。总成本包括土建和能力建设部分为 358,324,500 印尼盾（大约 39,814 美元）。

公众以现金和实物的形式提供了 2.3% 的基建成本，并承诺一项关于长期提供运行和维护成本的经费方案，决定由所有用户平摊成本。简单的卫生处理的运行成本预算为 220,833 印尼盾（约 24.50 美元）每月。为了支付该成本，每户每月将要缴纳 1,338 印尼盾（约 0.15 美元）。

2006 年十一月份的一项调查显示该工程帮助公众解决了当地的环境卫生问题。改善的卫生服务使得居民更健康，减少了健康支出（同时，因而增加了每月储蓄），空闲时间增多（特别是对妇女，因为孩子们更健康了，洗涤工作也变得更加容易），提高了个人和公共卫生意识及健康知识。相较于设施改进之前，周围环境更干净并且地表水质保持更好了。

男性和女性都受益了，但是尤其值得注意的是，女性更加舒适，特别是在雨季，再也不用过度地担心洪水和回流。

资料来源：The full case study is available at <http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/Water/Denpasar/SANIMAS.asp>.

.....
公共厕所案例

许多贫民窟非常拥挤以至于想在每所房子内建厕所或者即使是每两户共用一个厕所都是不可能的事。另一个普遍的问题是，在海边的房子由于建在水上，无法接入污水处理系统或是为他们提供化粪池。在这种情况下，公共厕所是最好的选择。

公共厕所臭名昭著，以至于收集全世界获得充足卫生设施数据的组织（www.wssinfo.org）断定那些只依赖公共厕所作为卫生设施的家庭不能算是拥有完备的卫生条件。多数公共厕所设计和维护简陋落后，被人们所遗弃，这样的证据足以证实以上论调。

尽管如此，仍然有许多管理运行良好的公共厕所的例子，这些公共厕所为公众提供了足够的卫生服务。在亚洲，最成功的例子之一是印度的 Sulabh。

表 2：印度 Sulabh 的公共厕所商业模式

在过去的三十年中，Sulabh 建立了一种具有重大发展影响力的商业可行的业务模式。Sulabh

针对不同的预算和地理位置建立了 26 座厕所，训练了 19000 建筑工人利用当地可用资源建造低成本的双坑式厕所。同时也建起了超过一百四十万家用厕所，维护了超过 65000 项公用付费设施的运行。据估计在该国有超过一千万的人使用这些设施。

公共厕所在八到九个月内实现收支平衡。在 2005 年，其收入为 32,000,000 美元，盈利约 5,000,000 美元。该组织雇佣职工 50,000 人，经营 26 个州的项目。

资料来源：www.sulabhinternational.org.

要建立一个良好的公共厕所需要遵循什么？标准规则包括：

- 确保公众需要它。最好的方式是提供大众一系列的选项及相关成本（见上文知情选择的讨论）。
- 合理设计。公众需要什么？应该建在哪里？所选地址应该方便每个人使用。在任何时候都要保证妇女在使用时有安全感。
- 安排专人看护并确保其有足够的动力维护厕所状况。
- 如果使用者支付了足够的费用，前者将更易行。扩大这些设施的挣钱机会。如果将权利从公众转移到业者，这将更易实施。（最好的例子见表 1 关于印度尼西亚公共厕所的案例研究）。
- 从一开始就要确保让公众了解运行成本及在他们间怎么分配的。许多公共厕所按使用付费，同时对家庭采取月收费制度。

印度尼西亚公共厕所案例研究

该案件报告见案例 1 的公共单元

资料来源：The full case study is available at

<http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/Water/Tangerang/Tangarang.asp>.

4.3 节 小额信贷：资金支持贫困社区的卫生改善

4.3.1 财政需求

即便是最简单的卫生设施也是一项需要高额前期投资的长期项目。那些需要改善他们环境卫生的贫困家庭或地区手头上并没有足以支付的现金。更多的情况下，他们需要通过借贷方式。

以下是三种通过借贷方式改善贫困地区环境卫生的形式：

- 供家庭建立卫生设施；
- 为家庭提供公共投资；
- 提供给公共组织。

本章节关注提供给家庭用以建立他们的卫生设施的贷款。因为在贫困地区的多数卫生设施都是由家庭自建的。而且，这些设施总体上来说比公共设施使用更频繁且维护更好。

应该鼓励家庭投资卫生设施并且提供足够的借贷资源让那些即使是最贫困的家庭也可以建立自己的卫生设施。

4.3.2. 通过小额信贷改善环境卫生

小额信贷包括借贷，储蓄，保险，资金转移和其他一些针对贫民的金融服务。提供这些服务的组织被称作小额信贷机构，包括民间组织，公共组织，私人银行或者政府机构。

特别地，小额信贷机构可以在没有担保的情况下为没有固定工资的人提供小额贷款。他们的方案包括“群体贷款及赔偿责任，预先借贷存储要求，逐渐增加贷款额度以及在现有贷款偿还迅速完全的情况下，以后随时获得贷款的间接保证”。（扶贫顾问小组（CGAP），来自<http://www.cgap.org/p/site/c/about/>）。

小额信贷组织成功地为数百万人提供了借贷。许多用于创收投入上，比如贸易，农耕，小工厂等。同时，它也给我们带来许多重要经验：

- 如果给予足够的工具和动力，贫困家庭也可以存钱并做投资。同样，如果提供合适的条件，数百万计的贫困家庭也会在卫生设施上投资。
- 许多小额借贷方案在没有要求借贷方提供担保的条件下在支付和收回贷款上取得了成功。相反，他们坚持“社会担保”，依赖社区民众的压力确保还贷。通过民众的监督和执行，卫生习惯的改变也将变得更加容易。

目前固然存在增加小额贷款以扩大卫生服务的要求，但以改善家庭级别卫生条件为目标的小额信贷方案成功的例子很少（事例见表3）。

表 3: 越南针对家用厕所贷款的民间组织

在越南，作为世界银行资助的三个城市卫生项目，由当地的民间组织，妇女联盟设立周转资金为家用厕所提供贷款。妇女联盟有超过 350 个储蓄借贷小组，每组 12 到 15 人，服务于这些城市。这些小组动用储蓄为创收提供贷款。

厕所贷款（150 美元）是一个短期项目（两年），资金回收率大于 95%。利息率每年 6%，通过市场补贴。每月一次的储蓄借贷小组会议上，需求的产生和卫生意思的形成支持了这一形式。在第一年，超过 4,000 户借款，他们的目标是低收入家庭接近 100%的还款率。

资料来源: Mehta, Meera. Meeting the Financing Challenge for Water Supply and Sanitation.

Water and Sanitation Programme, World Bank, Washington, DC, 2003.

我们知道环境卫生建设是一项以改善居住条件，健康状况和增加创收机会进行自我补偿的投资。投资环境卫生建设应该被鼓励，包括鼓励那些可能需要通过贷款来建设自己的厕所及污水处理系统的贫困家庭。

在给出怎样鼓励用于卫生设施建设上的小额信贷的几点建议之前，我们先关注两点：

- 小额信贷可能并不是目标群体的最适工具。贷款不能提供给那些没有意愿偿还的家庭。尤其是将小额贷款用于改善环境卫生，因为这并没有创用以造偿还贷款的收入。
- 卫生项目应该通过小额信贷机构建立小额贷款设备。因为通过专业机构管理，贷款将会更高效的利用，回收率也会更高。

4.3.3 鼓励用于改善环境卫生的小额信贷的策略

刺激需求

对大多数家庭来说，升级卫生设施不会带来直接收益（至少不是可见收益）。而改善卫生运动则可以制造这种需求。如果建立卫生设施的财政措施及其他手段同时得以提供的话，该项运动将会事半功倍。

公众储蓄信贷小组将是一个提供此项运动的渠道，详见表 3。

卫生与收入相关联

对于一些家庭，卫生条件和收入有着直接的联系。如果某家庭意识到良好的卫生条件能提高收入的话，他们不但能够对其投资，而且更可能对其进行投资。

● 小工厂

许多贫困家庭开设家庭作坊。许多都污染严重，是任何改善卫生项目的头号目标。非正规食品加工行业，例如屠宰场或者豆腐作坊，都属此类。禁止这些行当将难以实施（同时也可能加重贫困），提供贷款建立卫生设施以交换经营许可将是一种双赢策略。因为家庭从他们的经营活动中获得了收入，还贷将更加可行。

● 沼气消化池

在许多情况下，消化池是一项适宜的废水处理系统，它产生的沼气可做家用燃气或其他用途。对那些废水甲烷含量高的使用者（豆腐生产者和家畜养殖者），产气量更高（这样的投资更有利）。案例研究中的印尼公共厕所给出了一个很好的公共厕所消化池实例（见表 1）。

补贴卫生信贷

收集和处理污水惠及每个人而不仅仅是直接使用者，所以政府通常对环境卫生进行补贴。通过小额借贷方案进行的补贴尤其有效，因为只有那些有动力去建造和使用这些设施的家庭才会得到补贴。另一方面，并不是该地区的所有家庭都会通过借贷改善环境卫生，所以即便是补贴借贷项目也不是完全适用的。

4.4 节 与公众组织合作

4.4.1 什么是公众组织

穷人可以组织起来获得集体力量并在对他们有重大影响的事件中做出响应。这些公众组织可以有不同的形式：

- 他们可以自发组织或者受民间组织或某项目鼓动；
- 他们可以是非正式或者有一定法律地位的；
- 他们可以形成网络，但是为了便于管理他们规模仍然很小（通常在一个地区）。

公众组织的最主要特征是他们代表了民众意愿。尽管如此，像其他组织一样，强大的利益集团即便不代表多数人意愿也可以统治该集团（事例见表 4）。

许多公众组织在特定项目上表里不一，这样并没有为他们自身争取到利益。

4.4.2 在扩大卫生设施上与民众合作的优势

不是靠政府，也不是国际慈善家或正式的私营企业，亚洲城市里的穷人们自己修建了他们的房屋。这同样适用于其他的基础设施。因此，任何想要扩大贫穷家庭卫生设施的想法都要依赖于贫民们的知识和能力。

与公众组织合作的三个重要原因：

- 可靠性
公众在计划和实施卫生项目时的积极参与是获得可靠性的关键。如果潜在用户不相信某即将建设的项目对他们有利的話，即便是出于好意的先斩后奏也可能适得其反。
 - 低成本
贫民们可以以小于正规公司和政府部门的成本，自行设计和建造大多数他们需要的卫生设施。
 - 知识
只有居住在该地区的人才知道他们需要什么样的卫生设施。他们完全可以分辨哪项措施是满足他们需要的而哪项不是，但在大多数情况下，他们并不知道可供参考的技术方案（见之前的知情选择部分）。一项缺乏民众意志的卫生项目可能会演变成一个完全不被使用的不相干设施。
-
-

表 4. 案例研究：Orangi 试验计划（OPP）：政府及公众责任划分

Orangi 试验计划（OPP）于 1980 年在 Orangi（隶属于 Karachi 的 18 个城镇之一）启动。Orangi 是一个 katchi abadi（非正式聚居区），有大约一百二十万居民。OPP 并不执行项目，而是激励公众改善卫生条件和提供技术支持及应对政府机关对此行为的限制。它就像一个为社会积极分子和政府公务员等提供的资源和训练中心。

1980 年，参与式研究表示环境卫生是 Orangi 最重要的问题。为了解决这一问题，OPP 建立了一个低成本卫生项目。该项目基于公众与政府责任的划分：“内部开发”由公众开发建立（房内的厕所，下水道，地区性集水管道）和“外部开发”（主水道，处理厂）由政府出资建立。

在 OPP 模式下，环境卫生和污水处理的内部元件代表着初级和二级道路污水管道的建造和维护。初级道路是有 16-20 户的街道，街道两头分别接入二级道路。二级道路连接主干道。居民们在公众组织和地方社会积极分子的帮助下自主筹资，建造和维护这些污水处理系统。从二级道路出来的污水进入主干道或者自然河道和排水系统。在这一阶段的污水处理系统称为外部，需要政府开发维护。

在过去的 27 年里，OPP 研究训练所的运行方式取得了巨大的成功。在 Orangi，差不多 100,000 个家庭（约一百万人）建立了自己的卫生系统。除 Orangi 外，在巴基斯坦的其余 11 个城镇，另有 40,000 户建立了内部系统。这样巨大的成就得益于该方案被公众组织和 Karachi 外的民间组织借鉴。今天，OPP 研究训练所有超过 30 个合作组织，通过社区发展网络相联系。

资料来源: *Welle, Katherina (2008). Mapping as a Basis for Sanitation Implementation in Pakistan: the Case of the Orangi Pilot Project. Overseas Development Institute, London.*

4.4.3 在改善环境卫生方面公众可以做什么？

调查和测绘

居住在贫民窟的人们最了解这个地方。住地取证（计算家庭数目和他们的特征）和社区测绘（对该地区地理和问题的了解）对任何卫生工程都必不可少，是公众动员的强大工具。

储蓄和借贷方案

储蓄借贷方案是许多公众组织最重要的事务。它是一个简单而直接的解决问题的方法，它有助于建立组织结构及成员信任。它也可以作为小型卫生改善项目的筹资渠道，详见前面章节。

计划

卫生计划可能包括一些影响人们生活的艰难决定。最极端的情况是，有些房子可能需要拆迁。一个由大众积极主动参与实施，并由公众完全“拥有”的卫生项目比那些由上级强制实施的

项目成功的几率更大。(见表 5 的参与阶段)。

表 5：公众参与的五个阶段：从完全拥有到被操纵

1. **完全拥有式参与：**公众做出决议，政府在公众的要求下主动地参与。在这种形式的参与下，政府回应和支持而不是领导该进程，根据已确定的需要和优先情况，公众组织，实施和控制由他们自己决定的主动权。
2. **通过合作参与：**这里，政府和公众为一个共同的目标工作，有一个极强的公众决议形式，通常由非政府组织协调。公众在最初阶段参与进来，同时鼓励群体中的弱势集体（通常是女性）的参与。
3. **通过协商参与：**公众的参与是为了寻求良好的意愿，通常通过组织讨论会的形式，在计划内让群众有机会表达自己的观点。即便决议的形成和信息的收集是通过外部机构完成的，由于讨论会上得到的信息，通过这一形式，该工程可能会更贴近当地需求。
4. **通过信息参与：**看上去公众似乎参与了进来，但不管他们愿不愿意，他们只是得到了即将发生事件的信息。公众无法表达其观点和影响事件变化，且通常情况下过程并不透明。该项“参与”的目标通常是减少该工程的潜在阻力（比如占用民众的土地用于道路拓宽）。
5. **通过操纵参与：**在这类参与中，公众的参与只是出于剥削。公众不参与决策，这类参与主要出于政治声誉，免费劳动力，成本回收或迎合捐助者要求的考虑。

资料来源：Adapted from Plummer (2000).

卫生实践中倡议的改变

改善环境卫生更多的是改变习惯而不是建造设施。某个局外人可以为某地区的民众提供信息并让他们意识到这个问题，但改变的原动力还来自民众内部。许多成功的环卫项目在公众内部形成了“卫生拥护者”——那些认识到环境卫生条件紧迫性并可带领群众习惯改变的人。

立即执行

公众本身可以建立卫生基础设施。这比雇佣公司来建有几个优势：（1）通常更便宜；（2）该项设施更可能符合使用者要求；（3）在那些将要使用它的人群中建立了所属关系，并使得他们更加爱护它。见表 6 关于斯里兰卡的公众承包的案例研究。

表 6：斯里兰卡的公众承包案例分析

在斯里兰卡建立的公众合约系统中，公众是发起人，工程师和承包人同时也是最终的使用者。这不仅是一个采购机制，更是一个授权给城市贫民的工具。

在该措施没有采用之前，政府经常在没有公众参与下为贫民窟提供基础设施（比如公共厕所）。结果，这些设施地理位置偏差，得不到公众维护并很快失修。而且，公众认为私人承包商的工程质量差。受到这些挫折，一个城市贫民组织联系国家房屋发展委员会（NHDA）的官员，声称如果 NHDA 可以提供资金，他们在设计建造方面可以做得更好。为了展示他们的实力，该团体在 NHDA 资金和技术支持下，设计建造了一口井。这项经历成为了被称做公

众建筑承包合同方案的基础。

在过去 20 年，NHDA 实施了该系统，同时，其他机构也将其运用在建造厕所，水站，社区中心和其他便利设施上（参见表格 3）。

表 3：1986 年至 2004 年，由不同的机构在科伦坡签订的合同

机构	日期	合约数
NHDA	1986–2004	115
清洁住区项目组 (住房部)	1997–1998	4
城市住区改进项目(住房部)	1999–2003	8
科伦坡市政委员会	2002–2004	10
Sevanatha/都市环境改善项目 /科伦坡市政委员会	1992–2004	21
总计		158

资料来源：Premakumara (2004) and Jayaratne (2004)。

合同承包给地区开发委员会（CDC）—— 一个由公众选举出来的官员的团体。虽然它通过政府注册，但并没有法人实体。

一项由多个机构提交的关于公众承包系统的分析报告可以看出该方案成功的基本要素：

- 多数的公众承包从需求出发：公众的要求提交给 CDC，再由 CDC 决定最需要的便利设施。
- 合约包括公众能力建设部分。民间组织在 CDC 承接公众合约前对公众需求做出评价，并制定合适的培训项目。培训包括工业绘图的了解，工程量清单，建造方法，原材料采购，器材管理，记账，开单，测量，劳动管理及运行维护。
- 在大多数情况下，合约金额由代理行与公众组织协商决定。公众承包的价格通常与竞争性招标的标准价不同。根据基价做评估的初次准备，然后添加利润并保持总价低于标准承包价。大多数的公众承包，视项目不同，公众会被要求支付工程费用的 5%到 20%。
- 他们授权给公众。城市贫民生活得以维系不仅是因为基础设施的提供，还因为态度的转变及作为行动者参与到发展进程中来。
- 代理机构提供给公众承包者简单的当地语言合同版本，只包括最基本的法律条款。例如，非政府组织 Sevanatha 提供一份公众承包文件及一系列僧伽罗语版本确保 CDC 了解合约流程及对它的成员及支持机构负责。
- 对目前状况进行研究的研究者和采访者的经历表明很难找到一个只由一个组织完成的工作。这由多种因素造成，其中包括公众所有权及管理，还有 CDC 肩负的责任。

资料来源：ESCAP（2007）

通过网络相互学习

这里提到的完成该任务的技巧可以从其他完成相同任务的机构那儿学习。这种横向学习可以点对点学习,也可以通过公众组织的网络跨国界学习。这样的国家协会吸引国际性组织比如,国际贫民窟居民组织。某地区卫生事业的成功通常可归功于访问那些已经取得卫生改善的地区。

4.4.4 怎样在你的家乡建立公众组织

负责提供卫生服务的地方政府和组织在促进公众组织活力上可以做许多事,一些建议如下:

- 在制定任何影响贫民生活的政策,计划,项目或工程时,总是寻求贫民和他们的组织的积极重要的参与。
- 记住,城市贫民并不都一样。城市贫困不同程度地影响着男性,女性,孩子,青年和老人。不同地区的民众以及社区内的不同民众,可能有不同的需求,问题和优先项目,并且贫困程度也不同。
- 意识到贫民社区组织是合法的并且在形成对土地,贫民在房屋和贫困问题的持久性解决方案上是良好的伙伴。
- 在包括环境卫生在内的所有的社会和发展项目上将公众组织作为关键参与者。
- 促进公众组织和那些关系到贫民需求的其他重要城市参与者如民间组织,大学,技术研究所,建筑师,社会民权组织和私营业主间的合作。
- 支持建立本地,地区和全国性的论坛并联系那些促进其他贫困的利益相关者参与公众组织和促进与住房相关的社会和经济发展的机构。
- 帮助公众组织利用大众传媒如广播,电视和互联网,为他们提供传播他们思想和信息的新途径——不只局限于固有成员,还面向其他地区和其他社会。
- 为了使政府更了解和更好的服务于贫民的需求而开发和实施的公共行政改革需要将公众组织和他们的同盟及网络纳入考虑。
- 支持和参与完全互访,不同地区的公众组织和公众推动住房协议组织间的项目交换。加入允许组织和政府领导共同参观学习的完全互访将建立紧密的合作关系并增进见识。
- 用于选举代理人和国家,州及市级高级公务员的启动定向计划,将让他们直接见识贫民的生活状况及贫民所采取的成功改善其生活条件的策略。

资料来源: Plummer (2000).

参考文献:

Bremen Overseas Research and Development Association (BORDA). *Technical Options – Informed Choice*.

<http://www.borda-net.org/modules/cjaycontent/index.php?id=28#technicaloptions>.

Gender Checklist: Water Supply and Sanitation. Asian Development Bank, Manila, 2000.

http://www.adb.org/Documents/Manuals/Gender_Checklists/Water/default.asp.

Housing the Urban Poor in Asian Cities: Quick Guides for Policy Makers. UNESCAP and UN-HABITAT, Bangkok and Nairobi, 2008. www.housingtheurbanpoor.net.

Human Development Report 2006. *Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis*. United Nations Development Programme, New York, 2006. <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2006/>.

批注 [AAJ2]: Please note that the bracket should be deleted.

Plummer, J., *Municipalities and Community Participation: a Sourcebook for Capacity Building*. Earthscan, London, 2000.

Sen, Amartya. *Development as Freedom*. Alfred A. Knopf, New York, 1999.

State of the World Cities Report. UN-HABITAT, Nairobi, 2008.

Sulabh International Social Service Organisation, New Delhi. www.sulabhinternational.org

Urban Poverty and the Working Poor: Facing the Challenges of Urbanization and Urban Poverty in Asia and the Pacific. Committee on Poverty Reduction, ESCAP, 2007. http://www.unescap.org/pdd/CPR/CPR2007/English/CPR4_4E.pdf.

Prema Kumara, D.G.J, 2004: The Community Construction Contract System in Sri Lanka, The Journal of Economic Studies, Nihon Fukushi University,

Jayaratne, K.A. 2004): Community Contracting as a Means of Improving the Livelihoods of the Urban Poor in Sri Lanka, ASSIST Bulletin, No. 15, ILO, Switzerland

批注 [AAJ3]: Please note that neither Premakumara nor Jayaratne are listed in the references: – either full citation details should be included here for both of the authors (first name or initial of the author, title, publisher, location of the publisher, year of the publication) or, alternatively, the last name and year of publication should be listed here and the full citations given in the references.

ESCAP, 2007, Improving the lives of the urban poor.
<http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/Best%20practice/Publication.asp>