



中国青少年研究中心
少年儿童发展蓝皮书

当代中国未成年人 权益状况 研究报告

孙云晓 主编
孙宏艳 赵霞 副主编

天津社会科学院出版社



中国青少年研究中心
少年儿童发展蓝皮书

当代中国未成年人 权益状况 研究报告

孙云晓 主编
孙宏艳 赵 霞 副主编

天津社会科学院出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

当代中国未成年人权益状况研究报告/孙云晓主编. —天津: 天津社会科学院出版社, 2009. 6

ISBN 978-7-80688-482-9

I. 当… II. 孙… III. 未成年人保护法-研究报告-中国 IV. D922.183.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 096812 号

出版发行: 天津社会科学院出版社

出版人: 项新

地址: 天津市南开区迎水道 7 号

邮编: 300191

电话/传真: (022) 23366354 (总编室)

(022) 23075303 (发行科)

网址: www.tssap.com

印刷: 河北省廊坊市博远印务有限公司

开本: 787×1092 毫米 1/16

印张: 15.25

字数: 240 千字

版次: 2009 年 6 月第 1 版 2009 年 6 月第 1 次印刷

印数: 1—1000 册

定价: 32.00 元



版权所有 翻印必究

《当代中国未成年人权益状况研究报告》

编写委员会名单

主 任:郝杰英

副主任:孙云晓

委 员:郝杰英 孙云晓 陆士桢 孙宏艳 关 颖
卜 卫 柳华文 余雅风 宗春山 张雪梅
皮艺军 赵 霞 郭开元 陈 晨

主 编:孙云晓

副主编:孙宏艳 赵 霞

撰 稿:孙云晓 孙宏艳 赵 霞 任 磊 陈云凡
郑雄飞 郭开元 陈 晨 尚九宾 鲍 金
姚建平 朱 松 马国栋

目 录

第一部分 未成年人的生存权	(1)
一、生命:让我们用爱呵护.....	(1)
(一)未成年人生命权保障成效显著.....	(2)
(二)未成年人生命权保障中仍存在问题	(11)
(三)对策与建议	(16)
二、生活保障:成长需要阳光雨露	(21)
(一)未成年人的基本生活得到保障	(21)
(二)未成年人基本生活保障仍待加强	(24)
(三)对策与建议	(27)
三、身体健康:一生幸福的根基	(31)
(一)未成年人的营养和体质健康持续改善	(31)
(二)未成年人的身体健康仍面临一些挑战	(37)
(三)对策与建议	(43)
四、心理健康:关注心灵世界	(44)
(一)未成年人的心理健康受到重视	(45)
(二)未成年人的心理健康仍面临一些挑战	(47)
(三)对策与建议	(51)
第二部分 未成年人的发展权	(55)
一、受教育权:让飞翔不再沉重	(55)
(一)未成年人受教育权进展显著	(55)
(二)未成年人受教育权保障仍面临一些问题	(61)
(三)对策与建议	(68)

2 当代中国未成年人权益状况研究报告

二、文化娱乐权:给孩子一片校外的天空	(72)
(一)文化娱乐活动日益丰富,文化娱乐权得到了较好保护	(72)
(二)未成年人文化娱乐活动中存在的问题	(79)
(三)对策与建议	(83)
三、媒介接近权:建立媒介和未成年人之间的安全与和谐	(86)
(一)未成年人媒介接近权的进展极为迅速	(86)
(二)未成年人媒介接近过程中出现的问题	(94)
(三)对策与建议	(97)
第三部分 未成年人的受保护权	(99)
一、权利保障:撑起成长的蓝天	(99)
(一)未成年人生存和发展的不利因素逐步得到遏制	(100)
(二)未成年人的权利保障仍存在问题	(109)
(三)对策与建议	(110)
二、特殊群体的社会救助:让爱的阳光陪伴成长	(111)
(一)未成年特殊群体的权益保障和社会救助日臻完善	(111)
(二)未成年特殊群体的权利保障和社会救助存在的问题	(115)
(三)对策与建议	(116)
三、违法犯罪预防:保护明天的希望	(118)
(一)未成年人违法犯罪预防制度日益健全,取得显著成效	(118)
(二)成年人违法犯罪预防存在的问题	(119)
(三)对策与建议	(120)
四、司法制度:挽救迷途的羔羊	(121)
(一)未成年人的司法制度日益规范化,彰显人文关怀	(122)
(二)未成年人司法制度存在的问题	(129)
(三)对策与建议	(130)
第四部分 未成年人的参与权	(135)
一、家庭参与:健康发展的基本需要	(135)
(一)家庭参与的进展	(136)
(二)家庭参与存在的问题	(139)

(三)对策与建议	(141)
二、学校参与:塑造健全人格的保证	(144)
(一)未成年人学校参与的进展	(145)
(二)未成年人学校参与尚存的问题	(148)
(三)对策与建议	(150)
三、社会参与:成为负责任公民的前提	(152)
(一)未成年人社会参与的进展	(153)
(二)未成年人社会参与尚存的问题	(155)
(三)对策与建议	(156)
四、媒介参与:提高素质的体验学习方法	(160)
(一)未成年人媒介参与的进展	(160)
(二)未成年人媒介参与尚存的问题	(162)
(三)对策与建议	(164)
第五部分 权益意识:未成年人权益发展的内在动力	(169)
一、自我意识:国际社会与增权理论视角下的未成年人权益意识	(169)
(一)国际社会日趋重视未成年人权益意识的发展	(169)
(二)增权理论视角下的未成年人权益主体意识	(171)
(三)权益主体意识是未成年人权益发展的内在动力	(172)
二、保护与维权:当代中国未成年人权益意识状况	(174)
(一)未成年人的权益认知不断扩展	(176)
(二)未成年人的发展意识更加独立	(176)
(三)未成年人的维权意识不断增强	(177)
(四)未成年人的参与意识日益突显	(177)
三、喜忧参半:未成年人权益意识发展中存在的问题	(178)
(一)未成年人对自身权益还缺乏全面、系统的认识	(178)
(二)未成年人对维护自身权益还缺乏主动性	(179)
(三)未成年人权益意识发展呈现不平衡性	(179)
四、任重道远:未成年人权益意识需要全社会关注	(181)
(一)重视未成年人权益主体意识的培养	(181)
(二)加强未成年人保护制度与机制建设	(181)
(三)加强对未成年人的法制宣传	(182)

4 当代中国未成年人权益状况研究报告

附 1: 中国未成年人权益报告状况 (1991 ~ 2008)	(183)
前 言	(183)
一、未成年人的生存权	(184)
二、未成年人的发展权	(189)
三、未成年人的受保护权	(195)
四、未成年人的参与权	(201)
五、问题与对策建议	(205)
附 2: 中日韩美四国高中生权益状况比较研究报告	(208)
前 言	(208)
一、高中生的生存权	(210)
二、高中生的发展权	(212)
三、高中生的受保护权	(221)
四、高中生的参与权	(225)
五、问题与建议	(230)
后 记	(233)

第一部分

未成年人的生存权

生存权是指未成年人享有其固有的生命权、健康权和获得其基本生活保障的权利。具体包括未成年人享有生命权、医疗保健权、国籍权、姓名权和获得足够食物、拥有一定住所以及获得其他基本生活保障的权利。生存权是未成年人权益实现的前提。

一、生命：让我们用爱呵护

一切生物的意义都以存在为前提。是否存在，怎样的存在将决定生物在这世界所扮演的角色。我们人类，这地球上极为珍贵的生物，也逃不过这一法则，我们也必须去追求一个存在，一个健康的存在。而在这个时候，有些声音让我们觉得充满信心且倍感振奋……

2009年4月10日，在卫生部例行发布会上，新闻办主任邓海华表示，我国医改方案提到的“国家基本公共卫生服务项目”初步定为9类21项，其中包括如下一些内容：

——建立居民健康档案：2009年起到2011年，老年人、残疾人、慢性病人、儿童、孕产妇等重点人群的建档率城乡分别达到90%和50%；

——为3岁以下婴幼儿成长发育做检查：3年时间要为4800万婴幼儿进行生长发育检查；

——产妇检查：每年对1600万孕产妇做产前检查和产后访视等^①。

以上这些服务项目会确保向城乡居民免费提供。这也就意味着孕产妇和婴幼儿在未来的时间里将会得到更好的照顾，这对于未成年人的健康成长有着极为重要的意义。

^① 魏铭言：《卫生部：将免费提供婴幼儿发育检查等21项服务》，《新京报》2009年4月11日。

2 当代中国未成年人权益状况研究报告

(一)未成年人生命权保障成效显著

1. 孕产妇死亡率、婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率逐年降低,婴幼儿常见疾病的患病率下降

孕产妇死亡率和婴儿死亡率以及5岁以下儿童死亡率,婴幼儿常见疾病的患病率是衡量妇幼健康尤其是婴幼儿生命状况的重要指标。令人欣慰的是,从1991年《中华人民共和国未成年人保护法》颁布至今的18个年头里,我国在这些方面均取得了可喜的成绩。

从1991年到2007年,国家统计局监测地区孕产妇死亡率下降了58.8%。1991年每10万孕产妇中平均有88.9人死亡,在2007年这一数据则变为36.6人。若分城乡比较的话,监测城市孕产妇死亡率在该时间区间内下降45.6%,农村的下降幅度则更大一些,为58.7%(详见表1-1)。

表1-1 监测地区孕产妇死亡率(1/10万)^①

年份	合计	城市	农村
1991	80.0	46.3	100.0
1992	76.5	42.7	97.9
1993	67.3	38.5	85.1
1994	64.8	44.1	77.5
1995	61.9	39.2	76.0
1996	63.9	29.2	86.4
1997	63.6	38.3	80.4
1998	56.2	28.6	74.1
1999	58.7	26.2	79.7
2000	53.0	29.3	69.6
2001	50.2	33.1	61.9
2002	43.2	22.3	58.2
2003	51.3	27.6	65.4
2004	48.3	26.1	63.0
2005	47.7	25.0	53.8
2006	41.1	24.8	45.5
2007	36.6	25.2	41.3

^① 卫生部:《2008年中国卫生统计年鉴》,卫生部统计信息中心,2008。

我国 5 岁以下儿童死亡率从 1991 年到 2007 年也有了显著的降低(见表 1-2)。其中新生儿死亡率下降了 67.7%, 婴儿死亡率下降了 69.5%, 5 岁以下儿童死亡率下降幅度最大, 为 70.3%。这与我国的医疗卫生水平在过去 17 年的发展息息相关。从这些数据也可以预见, 未来我国 5 岁以下儿童死亡率有希望进一步降低。

表 1-2 监测地区 5 岁以下儿童死亡率(‰)^①

年份	新生儿死亡率(‰)			婴儿死亡率(‰)			5 岁以下儿童死亡率(‰)		
	合计	城市	农村	合计	城市	农村	合计	城市	农村
1991	33.1	12.5	37.9	50.2	17.3	58.0	61.0	20.9	71.1
1992	32.5	13.9	36.8	46.7	18.4	53.2	57.4	20.7	65.6
1993	31.2	12.9	35.4	43.6	15.9	50.0	53.1	18.3	61.6
1994	28.5	12.2	32.3	39.9	15.5	45.6	49.6	18.0	56.9
1995	27.3	10.6	31.1	36.4	14.2	41.6	44.5	16.4	51.1
1996	24.0	12.2	26.7	36.0	14.8	40.9	45.0	16.9	51.4
1997	24.2	10.3	27.5	33.1	13.1	37.7	42.3	15.5	48.5
1998	22.3	10.0	25.1	33.2	13.5	37.7	42.0	16.2	47.9
1999	22.2	9.5	25.1	33.3	11.9	38.2	41.4	14.3	47.7
2000	22.8	9.5	25.8	32.2	11.8	37.0	39.7	13.8	45.7
2001	21.4	10.6	23.9	30.0	13.6	33.8	35.9	16.3	40.4
2002	20.7	9.7	23.2	29.2	12.2	33.1	34.9	14.6	39.6
2003	18.0	8.9	20.1	25.5	11.3	28.7	29.9	14.8	33.4
2004	15.4	8.4	17.3	21.5	10.1	24.5	25.0	12.0	28.5
2005	13.2	7.5	14.7	19.0	9.1	21.6	22.5	10.7	25.7
2006	12.0	6.8	13.4	17.2	8.0	19.7	20.6	9.6	23.6
2007	10.7	5.5	12.8	15.3	7.7	18.6	18.1	9.0	21.8

世界卫生组织(WHO)2005 年发布的全球儿童死亡原因评估报告指出, 全球 73% 的 5 岁以下的儿童和新生儿(生后 28 天内)死亡主要归于 6 种疾病: 肺炎(19%)、腹泻(18%)、疟疾(8%)、新生儿肺炎或脓毒症(10%)、早产(10%)和产期窒息(8%)^②。

在我国, 儿童肺炎仍是 5 岁以下儿童的第一位死因; 新生儿窒息是当前我国新生儿死亡的第一位死因; 儿童腹泻死亡目前为全国 5 岁以

① 卫生部:《2008 年中国卫生统计年鉴》, 卫生部统计信息中心, 2008 年。

② 《WHO 发布全球儿童死因评估报告》, 《中国医学论坛报》2005 年 4 月 1 日。

4 当代中国未成年人权益状况研究报告

下儿童第五位死因,城市儿童腹泻死亡已经很少,但是在我国西部地区农村,仍为5岁以下儿童的第二位死因;特别值得重视的是低出生体重及新生儿窒息,不论城市、农村还是全国,低出生体重死亡率及构成比,2000年比1991年均有升高,低出生体重死因排位已由第三位上升为全国第二位,占总死亡的17.0%,与第一位死因肺炎的构成比接近。全国低出生体重儿调查资料表明,低出生体重儿早期新生儿死亡率是正常出生体重儿的44倍。新生儿窒息死亡率2000年比1991年有所下降,但是下降幅度小^①。

婴儿及5岁以下儿童死亡率的下降需要通过各种疾病死因的下降来实现。降低肺炎和腹泻的死亡率是儿童医疗保健工作的重要而紧迫的任务。中国卫生部为此制定了《全国儿童呼吸道感染控制规划(1992~1995)》和《腹泻病控制规划(1990~1994)》,通过推广适宜技术、逐级培训、健康教育、管理监测指导系统等措施来降低婴幼儿尤其是农村婴幼儿的死亡率。《中国儿童发展纲要(2001~2010年)》中明确提出降低新生儿窒息死亡率、5岁以下儿童肺炎死亡率、5岁以下儿童腹泻死亡率和新生儿破伤风发病率高于1‰的县(市)数的目标。2005年,我国5岁以下儿童肺炎和腹泻死亡率分别为298.5/10万和109.4/10万,较2000年时的773.6/10万和192.8/10万有明显降低^②。

1949年以前,新生儿破伤风是我国新生儿死亡的主要原因。50年代和60年代在全国范围内建立了妇幼卫生保健机构,将新法接生作为控制产褥热和新生儿破伤风的主要措施,取得了很大成绩。1993年卫生部提出进一步降低新生儿破伤风死亡率,使之达到2000年时的国际消除标准。1995年卫生部颁发了《全国消除新生儿破伤风行动计划》,根据调查和监测资料,筛选新生儿破伤风高发地区,并在继续推广严格的新法接生提高住院分娩率的同时,迅速开展对育龄妇女的破伤风类毒素免疫工作。时至今日,新生儿破伤风的发病率已经降至0.47/万(详见表1-3)。

① 卫生部:《妇幼卫生目标实施指南》,2002年8月。

② 国务院妇女儿童工作委员会:《〈中国儿童发展纲要(2001~2010年)〉实施情况中期评估报告》2007年5月,第4~7页。

表 1-3 儿童保健情况^①

年份	出生体重 < 2500 克	围产儿死亡率	新生儿破伤风(1/万)	
	婴儿比重(%)	(‰)	发病率	死亡率
1990	3.74	16.11	2.7	...
1995	2.01	13.64	...	2.9
1996	1.98	14.44	4.12	2.9
1997	2.31	15.14	4.16	2.97
1998	2.58	14.94	2.74	1.86
1999	2.39	14.22	2.24	1.48
2000	2.4	13.99	1.88	1.16
2001	2.35	13.28	1.41	0.84
2002	2.39	12.47	1.33	0.73
2003	2.26	12.24	1.4	0.83
2004	2.2	11.08	0.98	0.51
2005	2.21	10.27	0.77	0.39
2006	2.22	9.68	0.64	0.32
2007	2.26	8.71	0.47	0.2

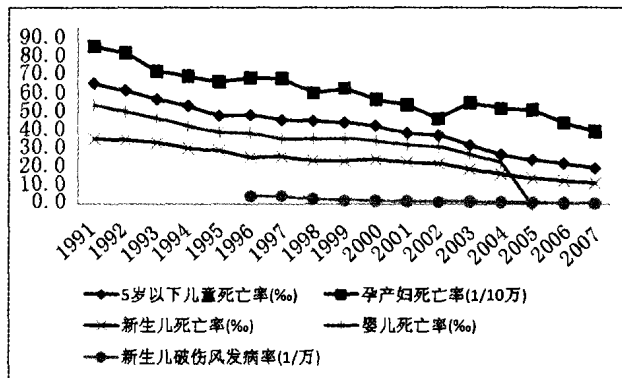


图 1-1 1991~2007 年 5 岁以下儿童主要卫生指标统计^②

同时,据 2005 年第五次全国碘缺乏病调查评估结果显示,当年全国居民合格碘盐食用率为 90.2%,碘盐覆盖率为 95.2%,8~10 岁儿童尿碘中位数为 246.3 微克/升,甲状腺肿大率为 5.0%,全国总体达到消除碘缺乏病阶段性目标^③。2007 年这一指标为 221.0^④。儿童碘缺乏疾

① 卫生部:《2008 中国卫生统计年鉴》,2008 年。

② 根据卫生部《2008 中国卫生统计年鉴》数据。

③ 国务院妇女儿童工作委员会:《〈中国儿童发展纲要(2001~2010 年)〉实施情况中期评估报告》2007 年 5 月,第 4~7 页。

④ 根据卫生部《2008 中国卫生统计年鉴》,在具有该数据的省份中去除重庆数据(极端值)后,求算术平均数。

病得到了有效控制。

总体来看,《未成年人保护法》实施以来,随着我国社会的发展,医疗事业的进步,尤其是我国妇幼保健事业的进步,在孕产妇死亡率、婴儿死亡率等多个监控指标上,我们取得了很大的成效。图 1-1 反映了几个重要指标在 1991~2007 年间的变化,这种可喜的成绩对于之前所做出的努力让人备感欣慰。

2. 关爱女孩,遏制出生人口性别比升高趋势

上一小节我们讨论的是婴儿出生后的生命健康保障,这一节中是一个与生命更加直接相关的话题——因为有一部分孩子根本还谈不到出生后的生命健康保障,她们的一切权利在出生前就被无情的剥夺了,就因为她们是女孩。

我们正处在社会主义初级阶段,处于计划经济向市场经济转轨的过渡时期,从制度建设到思想观念,难免还遗留着一些旧时代的痕迹。只有男孩才能承继祖业、延续香火的封建宗法思想,至今仍左右着一部分人的生育行为。于是便有了胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠,甚至频见新生女婴遭弃的事件。而这直接导致了我国出生人口性别比的持续升高。

根据五次人口普查数据分析,建国至今我国出生性别比持续升高(见图 1-2)。根据五普数据,我国 1999~2000 年上半年期间的出生性别比为 116:100。也就是说,每出生 100 个女婴,相对地出生了 116 个男婴,出生性别比结构失衡的态势日趋严重。

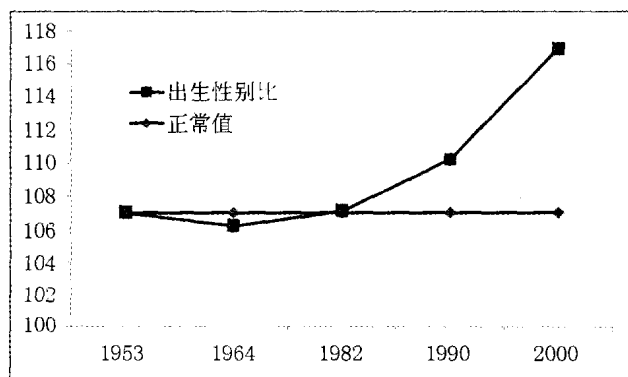


图 1-2 我国五次人口普查中的人口出生比变化趋势^①

^① 根据我国第一次、第二次、第三次、第四次和第五次人口普查数据得到。

国内外学术界普遍认为,出生性别比大大高出 107 是一种反常现象。造成这种反常现象的原因可大致归结为:若干数量的已出生女婴被瞒报;若干数量的女性胎儿在性别鉴定后被人工流产;若干数量的女婴被溺害等。

中国的出生性别比失衡问题已经日益得到关注,特别是自 2000 年的第五次全国人口普查以来。2000 年,中央决定把“逐步使出生人口性别比趋于正常”作为新时期人口与计划生育工作的六大目标之一。

为了保障女童和母亲的权益,1994 年颁布的《中华人民共和国母婴保健法》明确规定非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠属违法行为。这一规定在 2002 年颁布的《人口与计划生育法》中得以重申。

国家人口和计划生育委员会(以下简称国家人口计生委)分别于 1998 年和 2002 年与相关的 11 个部委(卫生部、中宣部等)联合下发了有关综合治理出生性别比问题的文件。文件中明确了各自在综合治理出生人口性别比升高中的职责和任务,形成了全社会关注性别比升高以及综合治理的社会局面。针对高出生人口性别比问题,计生和卫生两部门也开展了紧密的合作,通过实施定点分娩制度、提高住院分娩率、严格婴儿死亡报告制度等措施,堵住了非法选择性流产的源头。一些非政府组织的有关预防项目也在执行中。

胡锦涛主席在 2004 年的中央人口资源环境工作座谈会上指出,人口性别比长期失调将造成社会问题。要加大宣传力度,深入开展“关爱女孩行动”,倡导男女平等、少生优生的社会新风。完善政策体系,解除生育女孩家庭的后顾之忧。

国家人口计生委于 2003 年启动了“关爱女孩”项目,旨在通过宣传倡导和对女孩家庭的经济扶助消除生育领域中的男孩偏好。该项目在出生人口性别比高于 110 的 24 个省(区、市)的 24 个县(市、区)开展试点工作。通过开展宣传教育活动,建立有利于女孩及计划生育女儿户的利益导向机制,开展生殖保健优质服务,打击非医学需要的胎儿性别鉴定和非医学需要的选择性别人工中止妊娠、溺弃女婴等违法犯罪行为,建立出生性别统计监测制度和科学的考核评估体系,使试点地区初步遏制了出生人口性别比升高的势头。2005 年,24 个试点县(市、区)

出生人口性别比为 119.6,较 2000 年“五普”时的 133.8 明显下降^①。2006 年国家人口计生委又发起了“关爱女孩行动万里行”活动。这一活动选择在近年来出生人口性别比持续偏高的部分中西部省(区),在每个省(区)选取一个县(区、市),在现场组织形式多样、各具特色的社会宣传活动,进一步推动关爱女孩项目的进展。

从目前试点地区的情况来看,关爱女孩活动对于治理出生性别比还是颇有成效的。如果将试点地区经验逐渐推广,有希望实现在 2010 年以前将出生性别比降至较为正常水平的目标。而更重要的是,更多的女婴能够获得出生和健康成长的权利,这对未成年人生命权的保障是极其重要的。

【关键词】出生性别比

在国际上,男女性别比一般以同一时间、同一地区范围内,与 100 名女性人口相对应的男性人口数来表示。医学研究表明,怀孕时的性别比是男性胎儿比率高于女性胎儿,大约在 120~130 之间。但在整个孕期,男性胎儿流产的概率大于女性胎儿,到出生时,婴儿的性别比将降到 110 以下。出生性别比也称婴儿性别比,是指某一时期内每 100 名出生女婴数所对应的出生男婴数,其计算公式为:出生性别比=该年该地出生的男婴数/该年该地出生的女婴数×100%。

3. 未成年人计划免疫接种率保持在较高水平

我国目前已建立了符合国情的妇幼卫生服务体系,遍布于城乡的三级医疗预防保健网,向广大儿童提供卫生保健和计划免疫服务。“计划免疫”就是根据对传染病的疫情监测和儿童人群免疫状况的分析,按照科学的免疫程序,有计划地利用疫苗进行预防接种,以提高儿童人群的免疫能力,达到控制以致最后消灭相应传染病的目的。0~7 岁的儿童均可在出生地免费办理预防接种证,按免疫程序接种。流动人口的孩子经过注册后也能免费接种。

上世纪 80 年代,中国积极响应世界卫生组织扩大免疫规划号召,统一了儿童免疫程序,实行预防接种证制度,成立了计划免疫专家委员会,加强对计划免疫工作的技术指导,并与联合国儿童基金会合作开展冷链系统(冷链系统包括冷藏车、疫苗运输车、低温冷库、普通冷库、低温水箱、普通冰箱、疫苗冷藏箱及冷藏包等疫苗冷藏贮存和冷藏运输的

^① 国务院妇女儿童工作委员会:《中国儿童发展纲要(2001~2010 年)实施情况中期评估报告》2007 年 5 月,第 18 页

设备及其保障体系)建设,使计划免疫得到进一步发展。1985年,中国政府正式宣布,分两步实现普及儿童免疫目标,即1988年以省为单位、1990年以县为单位儿童免疫接种率分别达到85%。1989年和1991年,联合国儿童基金会、世界卫生组织和中国卫生部联合对中国的计划免疫工作进行了两次审评,结果表明,中国按期实现了儿童免疫接种率目标,其中以县为单位计划免疫各种疫苗接种率在90%以上。

自1978年开始,全国普遍实行计划免疫,采用卡介苗、脊灰、麻疹、百白破(百日咳、白喉、破伤风)等4种疫苗,预防结核、脊灰、麻疹、百日咳、白喉、破伤风等6种常见传染病;2002年,国务院将新生儿乙肝疫苗纳入免疫规划,国家免疫规划扩大到5种疫苗预防7种传染病;2007年,国务院扩大国家免疫规划,将甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻风腮联合疫苗纳入国家免疫规划,至此,国家免疫规划疫苗可预防15种传染病。1990年以来,儿童“四苗”免疫接种率基本保持在97%以上(见表1-4)。

表1-4 1岁儿童国家免疫规划接种率(%)^①

年份	卡介苗	百白破	骨髓灰质炎疫苗	麻疹疫苗
1990	99.0	97.0	98.0	98.0
1995	92.0	92.0	94.0	93.0
1999	97.2	92.0	92.7	93.6
2000	97.8	97.9	98.0	97.4
2001	97.6	98.3	98.3	97.7
2002	98.0	98.2	98.4	97.9
2003	98.0	98.2	98.1	97.9
2004	98.8	98.9	98.9	98.5
2006	99.2	99.0	99.0	98.6
2007	99.0	99.0	99.1	98.6

以骨髓灰质炎为例,1988年,世界卫生大会通过世界卫生组织提出“到2000年全球消灭脊髓灰质炎”的决议。1991年,我国政府做出庄严承诺:到2000年中国实现消灭脊髓灰质炎目标。1993~1997年,各

^① 卫生部:《2008中国卫生统计年鉴》,2008年。