

城镇儿童医疗保障的演变与发展现状分析

陈文* 蒋虹丽 黄韵宇

复旦大学公共卫生学院 上海 200032

【摘要】本文回顾分析了我国城镇儿童医疗保障的发展历程,着重比较了上海与镇江两地儿童医疗保障的实践探索,对当前居民医疗保险的自愿参保、家庭筹资与风险分担进行了讨论分析。

【关键词】医疗保险;儿童;发展历程

中图分类号:R197.1 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)02-0018-06

Evolution and current situation of urban children health security

CHEN Wen, JIANG Hong-li, HUANG Yun-yu

School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

【Abstract】 This paper retrospectively analyzed the evolution of urban children health security and compared the development practices in Shanghai and Zhenjiang. Volunteer enrolment, family-based financing and risk pooling in urban resident health insurance have been discussed.

【Key words】 Health insurance, Children, Development evolution

在我国,儿童一向受到社会和家庭的关注。15岁以下儿童占当前全国人口总数的19%^[1],建立和完善针对这一群体的基本医疗保障制度是关系居民切身利益、社会稳定和祖国未来的大事。一方面,以家庭参保为基础的新型农村合作医疗制度已逐步覆盖农村儿童(2008年末新型农村合作医疗参合率为91.5%^[1]);在城镇,儿童将被逐步纳入到城镇居民医疗保险制度体系内。本文将对城镇儿童医疗保障的演变与发展现状进行分析,为相关决策提供参考。

1 计划经济阶段的城镇儿童医疗保障

新中国成立后,国家致力于建立健全覆盖城镇职工(包括企业劳动者和国家机关、事业单位工作人员)的医疗保障体系,同时也覆盖了职工抚养的少年儿童。1951年政务院颁布的《中华人民共和国劳动保险条例》规定:“工人与职员供养的直系亲属患病时在该企业医疗所、医院、特约医院或特约中西医师处免费诊治,手术费及普通药费,由企业行政方面或资方负担二分之一”。1955年财政部、卫生部、国务院人事局联合发出《关于国家机关工作人员子女医

疗问题的通知》,规定子女享受半公费医疗待遇。1957年卫生部又发出《关于加强预防接种工作的通知》,强调对少年儿童计划免疫接种的重视与实施,有效降低了儿童的出生死亡率并控制了传染病的流行。20世纪70年代末,我国开始实行计划生育政策,同时也实行了独生子女医疗费用报销制度,一定年龄段独生子女的医疗费用可以全额报销。

因此,当时城镇儿童的医疗保障形式表现为由公费(国家)或劳保(企业)承担一半的医药费用。虽然受到医疗技术水平的限制,儿童享受到的医疗保障水平较低。但几乎覆盖城镇全体少年儿童的医疗保险制度有力地保障了一代人的健康成长,为他们成年乃至老年具有良好的身体素质打下了坚实基础^[2]。

但是,随着市场经济下多种所有制经济的发展,以及国家机关、企事业单位改革的不断深化,原有制度已难以解决新形势下的儿童基本医疗保障问题。1998年12月颁布的《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》,确立了城镇职工基本医疗保险制度的政策框架。与公费医疗、劳保医疗制度相

* 基金项目:教育部人文社会科学研究项目规划基金项目(编号:05JA790021)。

作者简介:陈文,男(1969年-),博士,教授,博士生导师,主要研究方向为药物经济学与药品政策、医疗保险、卫生政策评价,E-mail:wuchen@fudan.edu.cn。

比,新的医疗保险制度在制度建构上通过责任共担、基本保障和风险管理社会化而更具先进性,但在覆盖人群上却呈现一种收缩态势。一些国有或集体企业的经济效益下滑,对职工抚养子女医疗费用报销的承诺难以兑现,城镇儿童半劳保、半公费医疗“名存实亡”。

从我国城镇儿童医疗保险的发展历程看,我国传统儿童医疗保险是遵循产品经济理论,仿照前苏联国家保险模式设计并建立起来的,它在激励我国职工及劳动者积极性、抵御儿童疾病风险等方面起到了一定作用。但当时的儿童医疗费用由家长所在单位报销,或国家直接给予救济,与社会化保险相比,保险范围和项目比较狭窄,保障水平并不高。伴随我国经济体制在全球化进程中的发展趋势,强制保留半劳保医疗也不利于提高国有企业的市场竞争力^[3]。

2 社会主义市场经济阶段城镇儿童医疗保障的探索与实践

在经济社会得到长足发展的条件下,如何使社会成员分享改革成果,采取有效保障措施减少因儿童重大疾病和意外伤害给社会和家庭带来的经济损失,逐渐成为各界关注的焦点,许多地方也进行了有益的探索。以下将以上海和镇江两地儿童基本医疗保险制度发展为例,分析其发展历程,为其它地区儿童医疗保险制度的建立与完善提供借鉴。

2.1 上海儿童基本医疗保险

上海从 1991 年建立中小学生和幼儿园儿童住院医疗保险,到 2006 年出台《上海市中小学生和婴幼儿住院、门诊大病基本医疗保险试行办法》,住院、门诊基本医疗保险与少儿住院基金等多种形式相互补充的制度设计,为当地儿童提供了一把抵抗疾病风险的保护伞。

2.1.1 中小学生、幼儿园儿童和婴幼儿住院医疗保险

1991 年 10 月,由市保险公司和红十字会发布《上海市中小学生和幼儿园儿童住院医疗保险办法》(简称《少儿保险办法》)^[4]。上海市范围内中小学在籍学生和幼儿园入园儿童均可自愿参加。保险责任范围包括少年儿童住院医疗和 5 种特殊疾病(白血病、恶性肿瘤、肾功能衰竭、先天性心脏病和大面积烧伤)的门诊医疗费用。享受职工供养直系亲属

半费医疗待遇或其他合作医疗待遇的被保险人,其医疗费用应由家长向工作单位或合作医疗管理机构先行报支,其余部分为少儿保险办法的责任范围;不享受职工供养直系亲属半费医疗待遇和其他合作医疗待遇的被保险人,其医疗费用均为少儿保险办法的责任范围。责任范围内予以 55% ~ 95% 的分级补偿。

在第一个保险年度参加保险的中小学生和幼儿园儿童达 184 万人,投保率为 92%,有近 1.6 万人次的少年儿童得到住院补偿。^[5]此后,0 ~ 3 岁婴幼儿也被纳入少儿保险范围。

2.1.2 中小学生、婴幼儿住院医疗互助基金

1996 年中小学生、幼儿园儿童和婴幼儿住院医疗保险与保险公司脱离,改为“上海市中小学生、婴幼儿住院医疗互助基金”形式,遵循非营利性与社会互助共济原则,由政府牵头并给予一定的财政支持,由上海市红十字会、市教委和市卫生局共同成立少儿住院医疗互助基金管理委员会。在每一学年,少儿互助基金支付金额最高限额为每名中小学生、婴幼儿 8 万元。凡上海中小学和幼托机构在册的学生年缴费 20 元,幼儿及出生满一个月的婴儿年缴费 32 元即可参加互助基金^[6]。基金支付的费用约占住院医疗总费用的 30% ~ 44.4%。

此后经不断微调,到 2004 年 9 月,0 ~ 5 周岁儿童每人每年交费 60 元,6 ~ 18 周岁每人每年交费 50 元,未入学残障儿童每人每年交费 60 元;分级补偿比例不变,但每人每年最高累计支付额由 8 万元上调至 10 万元。覆盖人群有所拓展:2003 年 9 月,6 万多名外来人员的入学子女被纳入基金的覆盖范围。2005 年先后纳入本市学龄期因残疾不能入学的少年儿童和引进人才子女、3 万余“外来媳妇”(孩子父亲是上海户籍,母亲是外省市户籍的)子女、符合一定条件的约 30 余万外来务工子女(得到本市教育行政部门认可的民工学校就读学生);2006 年,增加了已办理本市居住证、且在有效期内的引进人才学龄前子女,从而实现户籍儿童全覆盖。

十年中,少儿互助基金为 3.05 万余人次(白血病、血友病、再生障碍性贫血、恶性肿瘤、肾移植等大病患儿)支付住院和专科门诊医疗费用近 7 000 万元;为 47.6 万余肺炎、支气管炎、胃肠炎等 10 种常见病、多发病的住院患儿支付医疗费用 1.97 亿元,有力保障了全市 200 多万少年儿童的身体康,有效减轻了家庭经济负担,为市民的家庭幸福和社会稳

定做出了卓有成效的贡献。^[7]

2.1.3 少儿学生住院、门诊大病基本医疗保险

2006年9月,上海出台了《上海市中小学生和婴幼儿住院、门诊大病基本医疗保障试行办法》^[8],将全市近200万中小学生和婴幼儿整体纳入基本医疗保障体系。参保对象包括具有上海市户籍、年龄在18周岁以下的人员,具有上海市户籍、18~20周岁并在各类中等学校(含高中、中专、技校、职校和特殊学校)就读的在册学生,以及20周岁以下的复读生等。

少儿学生医疗保障基金(以下简称“保障基金”)由城镇职工基本医疗保险基金和财政共同承担筹资责任:前者承担70%,市、区县财政以1:1比例共同承担30%。保障对象发生的住院医疗费用,以及白血病、血友病、再生障碍性贫血、恶性肿瘤放疗、化疗及肾移植前透析治疗和手术后抗排异治疗等专科门诊大病的医疗费用,符合少儿学生医疗保障诊疗项目、服务设施、用药范围和支付标准等规定的,由保障基金支付50%。

同时,由市红十字会等举办的少儿住院医疗互助基金作为少儿学生基本医疗保险的重要补充,其参加人员发生的住院和门诊大病医疗费,先由保障基金报销一半,其余医疗费用由少儿住院医疗互助基金按规定给予支付。

2.1.4 城镇居民医疗保险

2007年,上海颁布《城镇居民基本医疗保险试行办法》^[9],具有本市户籍的中小学生和婴幼儿被纳入城镇居民基本医疗保险覆盖范围,筹资标准为每人每年260元,其中个人缴费60元。在医保规定可报销的项目和范围内,住院(含急诊观察室留院观察)发生的费用报销50%,门诊急诊(含家庭病床)发生的费用报销50%。

2.2 镇江儿童基本医疗保障

2.2.1 职工子女及学生住院医疗费用统筹

最早进行城镇职工基本医疗保险制度改革试点的镇江市,于2000年出台了《镇江市职工子女及学生住院医疗费用统筹暂行办法》^[10]。市区范围内小学至大学的在校学生和市区所有机关、企事业单位、社会团体职工以及个体私营经济等其他城镇劳动者不在校的未满18周岁的职工子女自愿参加。缴费标准为学生每人每学年34元,学龄前儿童为每人每年46元,由个人和父母单位各承担一半,无单位人员全部由个人缴纳。住院医疗统筹费用实行专户储

存,单独核算,专款专用。在保险年度间发生的住院医疗费分级按65%~95%比例报销,每年最多可报销住院费10万元,在校内发生的意外伤害的门诊费用也可按上述比例报销。自付额年度内超过职工6个月社会平均工资(以上年度社会平均工资为标准)以上部分,本人不再按比例自付,由住院医疗统筹费用予以支付。

据报道,前3年享受住院统筹基金报销的学生和职工子女共为5951人次,报销医疗费用累计881万元,保障了职工子女及学生的住院基本医疗需求,尤其是困难企业的职工子女,大病、重病高额医疗费用的矛盾得到一定程度的缓解,减轻了患病孩子家庭和企业的经济负担。2004年的参保人数已突破12.8万人^[11]。

2.2.2 合作医疗保险

2004年4月,镇江市出台了《镇江市合作医疗保险暂行办法》^[12],并取代了原《镇江市职工子女及学生住院医疗费用统筹暂行办法》,规定市区范围内除应参加基本医疗保险或已参加住院医疗保险的人员外,凡持有市区户口的农村居民、城镇居民、大专院校、中技、中专、中小学等学校的在校学生(含幼儿园)、城镇职工未满18周岁的不在校子女,均可根据自身经济条件等情况参加合作医疗保险。

这一保障方式的最大特点在于打破了城乡二元格局,逐步向城乡一体化的医疗保障体系方向发展,将城镇居民和农民纳入统一体系,实行统一制度、统一管理。同时,合作医疗保险也将城镇儿童纳入到整个社会基本医疗保障体系中。

按照《暂行办法》,学生及职工子女的筹资标准、补偿方案、医保基金与其他人员分开设定。在校大学生按每人每年45元的标准缴纳。其中,农村户口的在校学生由政府财政补贴20元;享受公费医疗待遇的大中专学生,由所在学校承担20元;其他在校大学生由负责其医疗待遇的单位承担20元。职工子女按每人每年65元的标准缴纳。医疗费用补偿分次结算,300元以上部门由合作医疗保险基金分段补偿40%~95%,年度累计最高支付限额为10万元;在校大学生意外伤害的门诊急诊费用,由保险基金补偿50%。独生子女门诊医疗费(含计划免疫费用)按每人每年200元结算,低于该标准的按实际金额报销,超过部分实行年度内分段按90%~97%比例合理负担的办法结算^[13]。学生及职工子女与其他参保人员医保基金分账核算。结算方法根据年度预算总额指标及

“分段管理、两级结算”的实施情况,年终予以决算平衡,即分别测定市、各区(管委会)分段管理的当年医疗费用支出预算总量指标,将参保人员每次就诊所发生的医疗费用,以 5 000 元为界划分为两段实行两级结算,5 000 元(不含 5 000 元)以上部分,由市结算中心予以结算,并纳入年度预算总额指标进行管理。^[14]

据统计,2005 至 2006 学年,市区参加合作医疗保险的在校学生及职工子女总数达 12.13 万人。2007 年初,学生合作医疗保险基金累计为 2 812 人次报销 263.43 万元,其中,人均报销支付超过 2 000 元的有 216 人次,共 138.9 万元,占基金总支付的

52.7%;为一些重大疾病的学生和职工子女,报销 211 人次,支付医疗费用 108.14 万元,有效减轻了患病学生家庭的医疗负担^[15]。

表 1 比较了上海和镇江几种主要儿童医保形式。可以发现,上海和镇江两市的儿童医疗保险都有一个探索发展的过程,以保障大病为主,努力拓展覆盖人群,在可能的情况下实现城乡统筹。目前上海和镇江儿童基本医疗保险基本覆盖了所有儿童,预防服务和健康体检逐渐受到重视,较好地解决了原由企业承担的职工供养直系亲属医疗保障的责任问题,将原由企业管理的职工子女的医疗保障统一实施社会化管理,极大减轻了企业的经济负担。

表 1 上海和镇江各种医疗保险形式比较

	时间	覆盖人群	筹资	支付	组织机构
上海	1991.9 - 1996.8	上海市中小学在册学生和幼儿园入园儿童、0~3 岁婴幼儿	学生 6 元/人; 婴幼儿 12 元/人	住院和门诊大病医疗费用分段按 55% ~ 95% 报销	市保险公司实施; 医疗保险协调小组
上海	1996.9 至今	逐渐覆盖上海市中小學生、婴幼儿,学龄期因残疾不能入学的儿童,引进人才、“外来媳妇”、外来务工子女	0-5 岁和残障儿童 60 元/年;其他 50 元/年	住院和门诊大病医疗费用分段按 60% ~ 90% 报销,后改为不同级别医疗机构一定起付线之上住院和门诊大病医疗费用报销 50%;10 万元封顶	互助基金管理委员会
上海	2006.9 - 2007.12	覆盖以上人群,以及 18 至 20 周岁,在各类中等学校就读的在册学生,以及 20 周岁以下的复读生	职工基本医疗保险基金承担 70%,市、区县财政分别承担 15%	住院、门诊大病医疗费用报销 50%	市医保局;市红十字会少儿住院医疗互助基金管理办公室
上海	2008.1 至今	具有上海市户籍的中小学生和婴幼儿	每人每年 260 元,其中个人缴费 60 元	住院支付 50%,门诊急诊支付 50%	市医保局;市红十字会少儿住院医疗互助基金管理办公室
镇江	2000.9 - 2004.6	市区范围内小学至大学的在校学生和城镇劳动者不在校的未满 18 周岁的职工子女	学生:年 34 元/年,学龄前儿童:46 元/年,个人和父母单位各承担一半	住院、意外伤害门诊 200 元以上按 65% ~ 95% 报销,10 万元封顶	市社保局
镇江	2004.7 至今	大专院校、中技、中专、中小学等学校的在校学生(含幼儿园)、城镇职工未满 18 周岁的不在校子女	在校学生按每人每年 45 元的标准缴纳	住院、意外伤害门诊 300 元以上按 40% ~ 95% 报销;10 万元封顶	市社保局

3 城镇居民医疗保险的试点推广

十届全国人大五次会议上,国务院决定开展城镇居民基本医疗保险试点工作。随后颁布的《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》提出^[16],2007 年在有条件的省份选择 2~3 个城市进行以大病统筹为主的城镇居民基本医疗保险制度试

点,2008 年扩大试点,争取 2009 年试点城市达到 80% 以上,2010 年在全国全面推开,逐步覆盖全体城镇非从业居民。对试点城市的参保居民,政府每年按不低于人均 40 元给予补助。2009 年初国务院常务会议审议并原则通过的《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出,到“2010 年,对城镇居民医保和新农合的补助标准提高到每人每年 120 元”。

居民医疗保险的主要目标是扩大基本医疗保险的覆盖面,因此其参保对象纳入了原有城镇职工基本医疗保险没有覆盖的人群,包括在校学生、学龄前儿童和婴幼儿以及其他低保、弱势群体等。各城市在实际操作中不同程度地将参保对象进行划分,分别进行筹资和管理。由于少年儿童的特殊地位,使其成为居民基本医疗保险开展中最受重视的群体。^[17]截至2008年底,全国参加城镇居民基本医疗保险人数达到11 650万人^[1]。

4 讨论与建议

4.1 自愿参保还是强制参保

当前,儿童医疗保险仍以自愿参保为原则,部分家庭有可能出于各方面原因忽视或低估儿童面临的疾病风险,或由于家庭经济状况限制而不愿意或不能参保,导致因患儿疾病负担造成家庭和社会的经济压力。除大力宣传保险理念和增加政府补贴外,随着居民医疗保险对儿童的覆盖延伸,应在适当时机推进儿童强制参保的做法。

4.2 连带参保还是单独参保

通过考察城镇儿童医疗保险制度的演变与现状,可以发现以儿童个体进行平均筹资并整合至既有的社会基本医疗保险体系是我国的现实选择和今后一段时期的发展趋向。我国的城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗在名义上是“以家庭为主”,但是实质上是以当地人均缴费标准和家庭成员个体数为筹资依据,并未反映其所在家庭的社会经济状况。这一做法与其他社会医疗保险国家采取家庭筹资方式有所不同^[18]。如德国对月收入未超过一定高收入界限的投保人,其未就业的配偶及子女享受免费家庭联保。在日本,有雇员健康保险计划、海员及公务员等共济协会健康保险以及国民健康保险(覆盖上述健康保险计划以外的社区成员),各种健康保险计划都覆盖被保险人的被抚养人(包括配偶、子女、孙子女、主要由被保险人抚养的弟妹、与被保险人有三等血亲关系、与被保险人共同生活并主要由被保险人抚养的亲属)。新加坡的医疗储蓄账户更是作为支付本人及其直系家属住院和部分昂贵门诊项目医药费用之用,属于家庭共济。我国城镇职工基本医疗保险以职工个人薪酬为筹资基数,在一定程度上体现了社会基本医疗保险的筹资公平性。虽然儿童(包括在居民中)医疗保险以个体为基

础的平均筹资法通过风险共担提高了保障水平,但仍然面临如何与城镇职工基本医疗保险融合以更好地改进基本医疗保险筹资公平性的长远问题。

4.3 关于筹资水平

在城镇居民基本医疗保险制度内,无论是老年人、非正式部门就业人员或其他非就业人员,均因其社会经济状况不甚理想而可能具有较儿童更高的医疗服务需求。而在各地已经试行的办法中,儿童或学生的筹资水平往往高于其他人群^[17],可能产生儿童群体向其他弱势群体进行风险补贴的情况,因此,居民医疗保险作为儿童健康保障形式的可持续性有待进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 国家统计局. 2008年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. (2009-02-26). http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20090226_402540710.htm.
- [2] 赵永生. 城镇少儿医疗保险述评[J]. 北京市计划劳动管理干部学院学报, 2006, 14(3): 9-11.
- [3] 由水. 建立青少年儿童医疗保险制度[J]. 安徽大学学报, 1994, 4: 65-69.
- [4] 上海市红十字会. 上海市中小学生和幼儿园儿童住院医疗保险办法[Z]. 1991.
- [5] 周海洋, 沈杰. 上海市少年儿童住院医疗保险完善与发展研究[J]. 中国医院管理, 1994, 14(7): 5-15.
- [6] 姜微. 上海建立少儿住院医陪互助基金[J]. 医学信息, 1996, 9(12): 46.
- [7] 少儿住院基金成立10周年 进一步加大覆盖面和补助力度[N]. 上海青年报, 2006-05-20.
- [8] 《上海市中小学生和婴幼儿住院、门诊大病基本医疗保障试行办法》(沪府办发[2006]27号)[Z]. 2006.
- [9] 上海市人民政府. 《上海市城镇居民基本医疗保险试行办法》(沪府发[2007]44号)[Z]. 2007.
- [10] 《镇江市职工子女及学生住院医疗费用统筹暂行办法》(镇政办[2000]138号)[Z]. 2000.
- [11] 关于企业职工家属医疗保障问题的调研报告[EB/OL]. (2005-11-30) [2008-11-02]. <http://mall.x5dj.com/GroupForum/2372/00174184.shtml>.
- [12] 《镇江市合作医疗保险暂行办法》(镇政办[2004]56号)[Z]. 2004.
- [13] 《镇江市城市管理局职工独生子女医疗费报销规定》(镇城管[2005]38号)[Z]. 2005.
- [14] 《镇江市合作医疗保险医疗费用结算暂行办法》(镇医改办[2004]8号)[Z]. 2004.
- [15] 王翔, 王秀英. 参加学生合作医疗保险保障少年儿童身

体健康[EB/OL]. (2006-08-29) [2008-10-18]. <http://www.zjyb.gov.cn/news.asp?id=677>.

[16] 国务院. 《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》(国发[2007]20号)[Z]. 2007.

[17] 丁敬芳, 陈文, 蒋虹丽, 等. 城镇居民基本医疗保险试行方案比较分析[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(1):

35-37.

[18] 陈文, 彭巧娣, 应晓华, 等. 上海市 7 岁以下儿童医疗保障现状与意愿参保研究[J]. 中国卫生资源, 2004, 7(5): 223-226.

[收稿日期:2009-01-15 修回日期:2009-02-08]

(编辑 何平)

· 动态讯息 ·

世行发布中国十一五规划中期评估报告, 卫生事业发展是其中重要内容

2009 年 2 月 12 日, 世界银行发布了《中国第十一个五年规划中期进展评估》报告。此项评估是受国家发改委委托, 配合国家发改委自评的情况下开展的。

报告评估了“十一五”规划实施两年半以来的进展情况, 总结了初步的经验教训, 提出了政策调整建议。报告重点评估了“十一五”规划九项主要目标中的七项, 包括: (1) 确保宏观经济平稳运行; (2) 工业结构优化升级; (3) 提高能源利用效率; (4) 协调城乡发展; (5) 改善基本公共服务提供; (6) 促进可持续发展; (7) 提高人民生活水平。其中宏观经济、基本公共卫生服务和提高人民生活水平等部分均与卫生发展和卫生政策调整息息相关, 有利于加强卫生政策研究者和制定者对宏观政策环境的认识。报告草稿的概要于 2008 年 7 月初完成并提交, 报告草稿全文于 10 月初完成并提交。

“十一五”规划在实现若干主要目标上取得了重大进展, 但也仍然存在重大挑战。经济增长远远超出预期。“十一五”规划中最重要的社会目标取得了显著进展: 改善了社会保障、教育、卫生方面的基本公共服务, 改善了农村地区的条件(尽管城乡收入差距仍在继续扩大)。实现环境和资源利用目标的进展喜忧参半: 降低能耗方面进展缓慢, 但在减少空气和水污染、处理工业固体废物、提高水资源使用效率、扩大森林覆盖面方面得到改善。

在发布会上, 有专家称“中国在调整总体经济增长模式方面没有取得显著成效, 从而制约了许多其它‘十一五’规划关键目标的进展。”经济活动从工业和投资转向服务业和消费的再平衡收效不大, 这反

过来又增加了能效、环保以及减少中国巨大的外部失衡(经常账户顺差)等目标的难度。尽管政府做出了巨大努力, 但缺乏果断的再平衡措施也几乎不可避免地导致城乡收入差距进一步扩大。报告指出, 展望未来, 需要大力促进经济再平衡以推动实现这些目标, 巩固已经取得的社会成果。报告中讨论的再平衡政策议程范围广泛, 涉及到宏观经济政策调整和结构改革。

在报告完成之后, 中国的宏观经济环境发生了重大变化。自 2008 年 9 月以来全球经济和金融动荡对中国经济的影响大幅加剧。与目前中国房地产业的持续疲软相结合, 对增长造成了下行压力。特别是重工业增速明显放缓, 导致 2008 年底出现能效大幅下降。然而, 这是一个偶然的暂时的现象。的确, 政府针对经济冲击采取的强有力的宏观经济对策, 旨在抵消包括重工业在内的增速放缓。

世界银行认为, 报告提出的分析与建议在目前情况下仍然是适用和重要的。全球经济前景黯淡, 增加了刺激国内需求和国内消费的重要性, 这也是再平衡议程的一项关键内容。因此, 经济再平衡需要采取的几类措施——例如加强政府在卫生、教育和社会保障领域的作用和增加支出, 以及采取措施增加居民尤其是低收入人群的可支配收入——也有利于在短期内刺激增长。“十一五”规划目标的重要性足以使实现经济再平衡继续高居政策议程之上, 并通过再平衡和长期议程尽可能地影响 2009 年的经济政策决策。

(来源:世界银行网站; 摘编:田晓晓)