

2015年第1期

人口信息

POPULATION INFORMATION

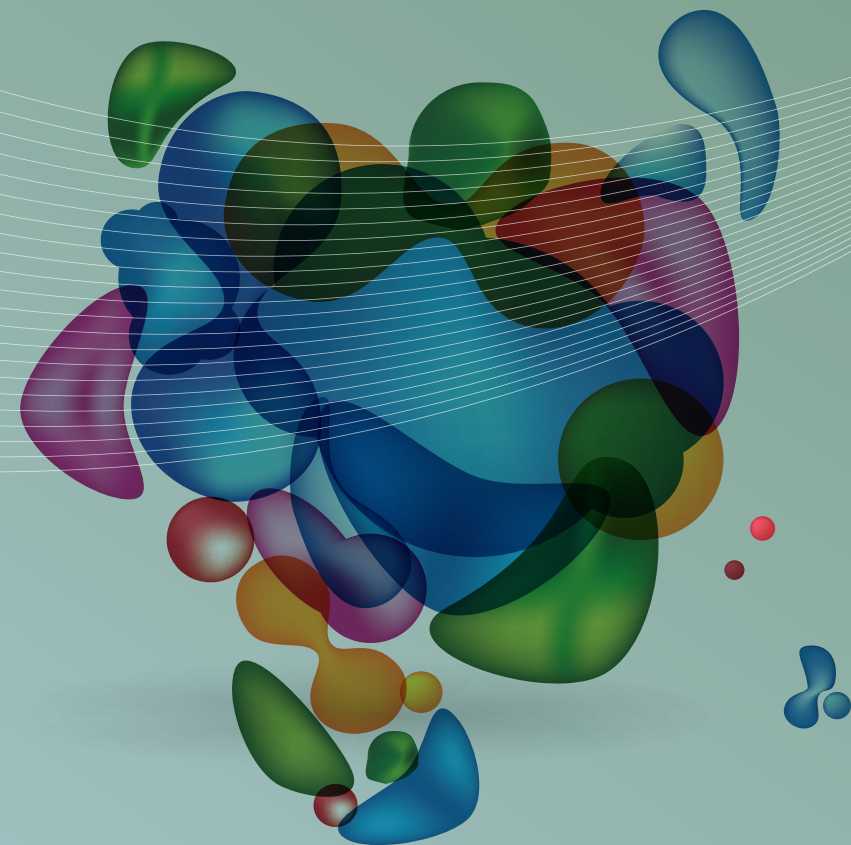
《人口信息》

(双月刊)

2015年第1期

(总第198期)

2015年2月28日出版



- * 土客矛盾的根本原因是城市自身的发展性不足
- * 全球应对人口老龄化的政策比较及启示
- * 多元社会养老体系是发展方向
- * 医养结合，路在何方(论坛)

主管单位：上海市卫生和计划生育委员会
主办单位：上海市人口与发展研究中心
编辑出版：《人口信息》编辑部
地址：上海市陕西南路122号705室
邮政编码：200040
编辑部：021-54031529
发行：021-64880707转1406
E-mail: rkxibjb@sohu.com
印刷：上海大士印刷厂
上海市连续性内部资料准印证(K)字第0296号

上海市人口与发展研究中心

内部资料 免费交流

人口信息

(双月刊)

2015年第1期(总第198期)

名誉主编 黄红 主编 金春林
孙常敏 副主编 黄玉捷
肖泽萍 执行副主编 李冬梅
责任编辑 李冬梅

本期目录

- 人口与发展论坛 •
- 2 土客矛盾的根本原因是城市自身的发展性不足
任远
- 5 全球应对人口老龄化的政策比较及启示
齐明珠
- 10 多元社会养老体系是发展方向
卢艳君
- 本期关注 •
- 12 医养结合，路在何方
本刊编辑部
- 调查与分析 •
- 19 2004—2013年上海市出生人口性别比变化趋势及影响因素分析
虞慧婷等
- 优生与早教 •
- 24 胎动是胎儿健康的晴雨表
刘荣付
- 26 孕期对孩子伤害最大的八件事
汪轶生
- 全球视野 •
- 28 美国专家：中国正临近人口大灾难
任欣辑
- 29 医生在英国医疗保障制度体系建设中的影响
丁建定
- 34 美国公立医院和私立医院合并案例
王 摘编
- 舆情关注 •
- 36 全面放开二胎：民调的结果
汪雨渐
- 政策之窗 •
- 44 2015年，医改大船往哪开？
本刊辑
- 45 各省“单独二孩”政策简编之一——沪江浙皖闽
流管处
- 信息荟萃 •
- 47 申城来沪人员突破1100万人 五个区人口“倒挂”
董枚辑
- 48 过半80后90后不愿生二孩
木子摘编
- 23 2014年末中国大陆总人口约13.4亿
本刊辑

· 人口与发展论坛 ·

土客矛盾的根本原因是城市自身的发展性不足

任 远

在移民城市的成长中,本地居民和外来移民发生相互增强和密切的相互联系,在此过程中不断更新和创造出城市新的社会生活、新的社会空间和新的社会结构,创造出新的发展机遇,也带来内部的结构性紧张和结构性冲突。这样的过程带来一对基本的矛盾和悖论,就是移民群体和本地居民之间在不断协调其关系、塑造其结构、实现社会融合和整合,另一方面移民群体和本地居民之间又发生相互之间的文化和利益冲突,激化土客之争和土客矛盾。

可以说任何移民城市都是在这样的相互冲突和社会融合中成长发展的。无论是墨西哥移民进入北美的城市,还是中东北非在欧洲城市的移民,以及中国内地城市化过程中大量非户籍流动人口进入城市,土客冲突和社会融合相结合和相激荡,构成了移民城市的普遍现象。

从我国几千年来移民和发展的历史考察,以及对改革开放以来我国大规模流动人口和所在城市的关系来看,人们首先关注的是移民和城市关系的一个方面,就是移民带来的土客矛盾,迁移流动人口进入城市以后会加剧本地人口和外来人口的相互竞争和利益冲突。这种相互冲突往往被描绘为流动人口侵占了本地人口的利益,以及流动人口和本地人口对有限的社会资源相互竞争所带来的冲突,包括社会安全水平的下降。这种土客矛盾和冲突往往以非常激烈的方式表现出来。在历史上,这种冲突甚至还构成了战争的导火索。在不少现代城市中,本地居民往往认为移民侵占了当地的就业机会和社会福利,外来人口则往往认为城市存在不公正的社会

排斥和文化歧视,因此引发对移民的排斥、引发骚乱、引发移民政策的收缩和对城市人口的控制等现象。这样的土客矛盾又在利益格局上强化了社会隔离和分化,使得流动人口难以融入城市,也使得城市体制难以对移民形成良好接纳的制度安排。

这样一种负面化的看法往往忽视了历史发展和现实生活的另外一面,也就是移民城市的成长过程同时也是土客矛盾逐步化解、土客关系重新构造的过程,以及移民和本地人口正在共同建设、相互影响和共同塑造所在的城市。

这种社会融合和社会整合的过程表现为移民进入城市以后逐步构成城市体系的有机组成部分,表现为他们在体制制度上逐步市民化、生活待遇和福利水平逐步提高,表现为他们对所在城市归属感的增强、形成和强化对城市的社会认同,表现出他们对自身在城市发展的长期安排和长期努力;也表现为本地人口和外来人口的相互沟通、相互联系、相互影响和相互感知,表现为相互之间的良好协调和谐生动的交往;表现为城市体系和城市居民对移民的接纳和包容,表现为对移民贡献的积极评价。在融入和接纳的相互过程中,才实现了移民和城市关系的调整和重构,创造出多元的城市文化,并创造出新的城市居民和城市建设者,在城市中创造出新的社会结构、经济机遇,塑造了新的城市形象和未来面貌。

土客冲突和社会融合本来就是移民和城市发展的两个侧面。正是在相互冲突中,移民群体和本地群体才发现自身的利益诉求、实现利益调整和协调,

以及实现相互的学习和成长,这样的冲突可能是一种积极的有利于社会整合的社会冲突。但是土客冲突也有可能成为消极的破坏性的社会冲突,并转化为敌意和社会动荡。对于移民城市的成长来说,如果不能对土客矛盾实现积极的引导,以及发展出移民和城市实现社会融合的内在机制,城市发展必然带来利益分化和结构性的崩溃。实际上,在历史进步的多数时期,以及回顾多数典型性的移民城市所取得的成功,都包含着移民和城市通过实现融合、接纳和整合来实现城市的发展和提升的成功经验。

构建移民在城市中的社会融入和社会接纳的整合机制,在我国当前快速城市化时期显得尤其必要。因为由于制度性的限制和制度性的壁垒,使得移民和城市的内在分化表现得格外突出,例如户籍制度和户籍制度相联系的差别化和排斥性的社会福利制度,对于移民城市的社会整合都是不利的。城市资源的有限性,也使流动人口进入城市和城市人口集聚性提高的过程中,日益增加着土客利益矛盾和利益冲突的风险。而只有突破土客利益的冲突性、破解土客利益的排斥性,寻找到土客融合的内在机制,才真正能够使流动人口社会融合成为可能,并真正能够在城镇化过程中实现一条移民和城市共同成长的道路。因此,一个良好的移民城市的公共政策视野应当要突破本地人口和流动人口利益冲突和利益博弈的视角,而关注构造流动人口逐步融入城市和本地人口对移民增强社会接纳的机制。

我们在研究中发现,影响流动人口融入城市的因素包括流动人口进入城市的时间,也包括制度性因素对于流动人口权益的保障和利益供给。我们同时看到,当流动人口在城市以后工作的日益稳定、收入水平的提高、他们的创业和创新机会的实现、以及教育水平的提高等中产阶级化的发展过程,本身支持了流动人口融入城市的能力,增强了他们在城市的归属感和社会认同的程度。

在另一个方面也可以看到,城市本地人口对流动人口的社会接纳和社会态度也是多样化和渐进性的。相对于低收入、低教育程度的本地居民,高收入的社会阶层、较高教育程度的本地人口对于流动人口实际上有更强的接纳性和更积极正面的评价,对城市流动人口有更加的接受和欣赏。高教育程度和高收入群体,特别是第二代移民的本地人口对于流动人口对城市的贡献有着更加显著的积极评价。相对于贫困社区的流动人口聚居的城中村的空间隔离,以及在这些地区的本地居民也不愿意和流动人口作为邻里居住,在新兴中产阶级居住的商品房区域,本地居民和流动人口乃至和国际移民的混合居住则非常普遍,相互之间则具有更好的相互认同和接纳。这也说明,正是在低收入和低教育程度的社会中下层群体中,对于城市公共资源的竞争性更加突出,从而对城市公共服务具有更强的垄断性的要求。而教育程度提高和收入提高的社会中上阶层,更加适应城市发展的市场化和平等机制建设,对于移民则具有更强的包容性、开放性和平等性。

因此在城镇化过程中出现的本地人口和流动人口的相互冲突,本质上还不是土客之间的利益冲突、利益分配或者利益交换的问题,而是城市本身发展性不足的问题。由于本地人口和流动人口都缺乏教育的提升、缺乏发展的机遇及缺乏社会阶层的提升,从而强化了相互之间的利益挤压、带来冲突加剧,并因此带来流动人口社会融入的困难,带来本地人口对移民接纳的排斥,并增强土客之间的对立。流动人口的教育培训、职业提升、收入提高及发展机会不足使得流动人口难以有效融入城市;同样,城市居民本身的教育和发展机会不足,则增加他们自身利益的垄断意识,以及增加他们对移民群体的排斥,挤压和限制了他们对流动人口的接纳性。

移民过程中的土客之间的冲突,其实质并不是土客之间的利益冲突,而是城市发展机会不足所挤

压造成的社会群体利益冲突。土客矛盾的激化一方面是城市移民政策的不当,另外也折射出城市发展性不足和构成城市衰落的表征。土客矛盾的激化将逐步撕裂城市社会,并对城镇化发展带来不利的恶果。因此,需要特别强调增强城市的发展性,其积极意义在于告诉我们,城镇化过程中的土客矛盾不是必然的,移民和城市化过程创造的充分的发展性和开放性本身就有利于解决城镇化过程中的移民和所在城市的利益矛盾和冲突。

因此,应对城市化过程中的土客矛盾,实现流动人口在城市中的社会融合和社会和谐,并不是也不能够通过人口调控或在本地居民和外来移民间分配利益来得到实现,而只有在一个更加增强的流动性、更加充分的发展性及中产阶级社会的日益形成中,在一个更加开放性和发展性的公共政策框架下,创新和创造出新的发展机遇和福利空间,流动人口的融入和本地人口对流动人口接纳才有可能。

只有当城市中本地人口和移民群体通过教育水平提高、通过就业发展所带来的就业机会和收入提高,以及提供发展机会的提升来实现普遍的社会阶层向上流动,实现本地人口和外来人口社会阶层的平衡性和相互渗透,才能支持推动移民的融入和城市居民对移民的接纳,在这种发展性所推动的社会融合的机制下,才能增强城镇化过程中的社会融合,一个更加整合的移民社会才能够实现。

值得再次强调陈述的是,应对土客矛盾和实现移民在城市中的社会融合,不是现象中所见的加强本地人口和外地人口的利益分配,而是城市如何能够提供更好的以发展为导向的公共政策,使得包括移民和本地人口的教育机会得到提高和发展机会得到创造,这才是推动城镇化过程中社会融合进程的根本力量。移民城市的核心问题不是本地人口和外地人口的利益平衡的问题,而是如何通过创造城市中产阶级的发展机会来实现土客融合。城市的公共政策如果聚焦在土客矛盾和土客利益的调整上,实际上是舍本逐步,并不是实现城市社会融合的根本对策。

那么对于移民城市来说,城市公共政策的取向应该进一步聚焦于提高平等的教育机会和福利安排,聚焦于创造开放的发展机会,推动创新和扩展城市所有居民的发展空间,才能实现对移民逐步融入和社会接纳的良好整合。在这个意义上,城市发展需要改革突破的并不在于突破土客之间的壁垒,而在于突破本地居民和流动人口向上流动性的壁垒。通过本地人口和移民群体共同的发展机会的提高,增强社会阶层的发展能力和流动性,促进社会阶层结构的向上提升,才是根本上弥合城镇化过程中的土客矛盾的关键,也才能够有利于实现整合的移民城市的形成。

(作者单位:复旦大学社会发展与公共政策学院)



(上接第 11 页)

多元合作的养老保障模式。这是未来我国养老保障体系的发展方向。唯有社会、政府、社区、家庭齐发力,方能为老年人提供充分的养老保障,真正实现老有所养、老有所依、老有所为、老有所乐,切

实缓解已步入老龄化的中国社会对于养老问题的全民焦虑。

(作者单位:河南大学马克思主义学院)

全球应对人口老龄化的政策比较及启示

齐明珠

一、引言

人口老龄化是全球性的,波及每一个国家,不是发达国家所特有。因为作为老龄化的主要原因,生育率的下降及平均寿命的延长是全球性的。即使是最不发达的国家,其平均总和生育率也从1950—1955年的6.44下降到2005—2010年的4.41,而同期平均出生预期寿命则从37.2岁上升到56.9岁。来自联合国的数据显示,全世界65岁及以上老年人口比例从1950年的5.2%上升到2000年的6.9%,标志着在新世纪伊始全球人口已接近老龄社会水平,到2010年该比例上升到7.5%,预计到2050年将达到16.2%。

在人口老龄化广泛的社会经济影响中,最令人担忧的包括三个方面:劳动力市场,养老金计划和健康计划。具体来讲,一是人口老龄化可能带来劳动力市场供不应求,即未来可能的劳动力短缺会损害经济增长^{[1][2]};二是未来老年人激增可能导致养老金计划入不敷出,不仅在经济上不能支持未来的老年人,还会破坏下一代人会抚养上一代人的社会契约,引起社会经济动荡甚至价值体系的坍塌;三是老年人医疗服务需求增加会对健康照顾计划造成庞大压力^[3],进而拖累经济发展。很多国家事实上已经进行了应对老龄化的各种养老金改革、医疗健康保障改革,甚至在中国这样的劳动力供给大国,近期也在讨论是否需要延长退休年龄以缓解未来劳动力的不足^[4]。

为应对这些人口老龄化带来的挑战,各国尤其更早进入人口老龄化的发达国家推出了一系列的应对政策。本文首先对全球主要的人口老龄化模式进行了比较和分析,进而对各国主要的应对人口老龄化的政策进行了比较和评价,最后提出应对人口老

龄化政策的建立原则和基础,及其对中国的启示。

二、全球人口老龄化的主要模式及政策特点

人口老龄化是全球的过程,但是在不同区域人口老龄化的起点和速度不一样,并且在未来可能达到的水平也不一样,面临的挑战也各有侧重。从人口老龄化的特点、发展速度及趋势,可大体分为四大类。不同的人口老龄化模式及老年人口规模的不同对政策尤其是养老金计划改革将产生不同影响。

一类是人口老龄化起点较早,目前人口老龄化程度最为严重但进程相对缓慢的区域,这类区域以欧洲为主,典型国家包括保加利亚、德国、希腊、西班牙、瑞典、比利时及意大利等。一方面,这些国家人口老龄化起点较早,目前有着世界最高的老年人口比例。欧洲总体的年龄中位数已经超过40岁。尤其是在西欧,根据联合国的预测,到2040年所有西欧国家65岁及以上的老年人口比例都将超过总人口的25%。另一方面,这些国家人口老龄化速度相对缓和,是经历了漫长的时间才达到如此高度,并且在未来人口老龄化的速度也将是在高位缓慢推进。例如法国早在1865年老年人口比例就达到了7%,但是其老年人口从7%上升到14%经历了漫长的115年^[5]。在这种类型的人口老龄化国家,主要的压力是保障长期的金融稳定,因此养老金改革的主要方向是降低养老金的支付标准。

第二类为人口老龄化速度相对缓和且老化程度不是太高的区域,主要包括北美。美国和加拿大都是典型的移民国家,受每年大量年轻移民的影响,其人口老龄化速度相对缓和,且最终不会达到特别高的水平。由于相对温和的人口老化模式,因此从养老金政策上看,北美没有任何实质改革。虽然对养老金计划改革的讨论一直都在持续,但是却没有

因此进行任何主要的政策变动。

第三类是人口老龄化速度非常快，但由于起点低，在短期内老年人口比例将不会达到特别高的水平的区域，主要包括中国、马来西亚、泰国等东亚国家。这些国家的特点是在过去的几十年至半个世纪，经济迅速发展，其人口经历了生育率的快速下降和平均预期寿命的显著延长。从老年人口规模看，这类国家也是增长最快的。根据联合国的预测，马来西亚从2010年到2050年老年人口规模将增长382%，而中国同期也将增长202%。从对养老金政策的影响来看，中国尽管人口老龄化水平还相对不高，但由于老年人口规模庞大，已经引起了养老金支付危机，国家正在酝酿一系列改革并试点。

第四类是虽然人口老龄化的起点较晚，但人口老龄化速度很快，且由于有着极低的生育率水平，其人口老龄化最终达到的程度将达到或超越第一类国家的水平，主要包括新加坡、日本、韩国和台湾等国家和地区。以日本为例，1950年日本老年人口比例仅为4.9%，甚至低于马来西亚当时的水平。但其老龄化进程大大快于西方国家，其老年人口从7%上升到14%只花了24年的时间，2010年老年人口比例已达到22.7%。日本不仅目前已是全世界范围内老年人口比例最高的国家，而且在未来的40年也将遭遇全世界最严峻的人口老龄化过程，到2050年，该比例将达到峰值35.6%。相比之下，新加坡和韩国当前的人口老龄化水平大大低于西方国家，但同样由于有着极低的生育率，未来其人口老龄化程度将堪比第一类欧洲国家水平。从对政策的影响来看，日本由于老龄化程度深，已经影响到养老金支付的可持续性，因此其对养老金计划改革的影响与西欧类似。而对韩国、台湾等国家和地区来说，虽然老年人口数量增长很快，但是由于其绝对数量不大，因此养老金尚可支付，也就未引致养老金计划的实质改革。

三、各国应对人口老龄化挑战的主要政策及评价

各国应对人口老龄化问题和挑战的政策可谓繁多，但归结起来可分为两大类。第一大类是针对改善人口年龄结构本身的，包括鼓励生育的政策及移民政策。第二大类是应对人口老龄化带来的问题，主要涉及两个方向，一是包括推迟退休年龄在内的养老金改革，二是医疗健康改革。

1、旨在提高生育水平的政策及评价

许多国家和地区都实施了鼓励生育的政策，但效果并不好。在日本，从1995—1999年政府实施“天使计划”开始，到2000—2004年的“新天使计划”，直到2005—2009年的“新新天使计划”等，这些政策措施的效果很不理想，日本人口出生率持续下降，总和生育率从1990年日本称之为“1.57”冲击一直下降到2010年的1.32。可见，鼓励生育的政策并不可取，一方面事实证明政策无效，另一方面如果政策有效的话，其即时的效果是造成少儿负担比和老年负担比在一段时期内同时上升，届时将使人口老龄化的问题更加棘手和复杂化。暂时的生育水平提升将仅仅达到推迟人口老龄化的效果，而永久性的生育率提升则会引起额外的经济、环境和社会挑战，还可能造成未来全球人口的进一步膨胀。

2、移民政策及评价

很多移民国家，如美国、加拿大、澳大利亚等都采取引入高素质年轻劳动力的政策来改善人口年龄结构。移民政策不仅缓和了这些移民国家人口老龄化的进程，而且提升了移民国家的人力资本水平。但是，移民政策在使发达的移入国家收益的同时，却损害了移民输出国（大都是发展中国家）的利益。那些移民会同时缓解移出国家尤其是那些发展中国家人口过多的负担及失业问题的论调只是发达国家的一厢情愿或是移民政策的籍口，事实上移民国家

想要的移民也正是移出国需要的并想留下的人才,中国为此就制定了很多吸引海外移民回国的政策。而可以缓解发展中国家失业问题的、可以输出的人才,移民国家并没有将其吸纳过去。所以,移民政策在一定程度上加剧了全球经济发展的不均衡,使发展中国家的劳动力供给和需求的不匹配更加严重,从全球意义讲并没有解决人口老龄化问题。

3、养老金改革的政策及评价

纵观各国养老金改革成果,无论是否涉及推迟退休年龄,其宗旨和主要成果都是逐步降低国家提供的养老金规模。很多欧洲国家,如德国和瑞典等已经准备在未来降低养老福利水平。

一些国家的养老金计划不仅受到老年人的批评,也受到年轻人的诟病甚至是抵制,其原因正是改革没有顾虑到代际公平。所谓代际公平就是既要考虑未来一代人的利益也要考虑到老年人过去的投资,最重要的一点是政策要使代际之间能平等共享分配资源。事实上,养老金计划改革就是资源再分配的过程,其任务主要是完成代际间对现存物质财富公平稳定的分配,而政策的挑战就在于弥补理想的和实际的社会契约间的差距。如果预期寿命增加,则或是提升劳动生产率,或是延长工作年限,否则社会契约就无法维系。现在各国面临的正是由于预期寿命增加,养老金支付的年限增加,而生育率降低,缴纳费用的年轻人所引起的收费与支付的问题。在日本,就由于人口结构变化引起了养老金体系中的代际不公,使很多年轻人丧失了对养老金制度的信任,他们或拒绝加入“国民年金”或滞纳保险费。2005年“国民年金”的缴费率也停留在67.1%,而在1990年缴费率还维持在85%左右^[6]。因此,养老金计划政策制定或改革中很重要的一点是政策要使每一代人都感到公平公正,而不是利益被其他代际侵犯,政策唯有体现代际公正才能使代际关系更加紧密。

4、推迟退休年龄的政策及评价

与养老金改革相关的还有推迟退休年龄的改革。目前有些国家已经实施了推迟退休年龄的政策,中国也开始了此方面政策的广泛讨论。推迟退休年龄的决策来自于三个方面的考虑,一是出于对人口老龄化会带来劳动力短缺的担忧,二是推迟养老金的支付以达到减少支付的目的,三是延长养老金贡献的时间亦即增加养老金的罐子。

在谈及人口老龄化的时候,人们首先会想到老年抚养比上升,进而与未来劳动力下降联系在一起,自然就想到联系到未来劳动力短缺。需要指出的是,劳动力短缺的唯一衡量标准是失业率很低且不断下降^[7]。但事实是,当前还没有在任何一个国家观测到普遍意义上的劳动力短缺,当然一些特别领域的人才短缺在各国都并不鲜见。即使在人口老龄化最为严重的国家,如日本、西欧等国,仍然面临着居高不下的失业率及(或)不充分就业率。在2011年,欧盟国家总体失业率为9.6%,其中希腊为17.7%,意大利为8.4%,西班牙更是高达21.6%,日本保持在较低水平,在过去10年失业率水平在4%~5%之间浮动,但是并未观察到失业率的持续下降趋势。相比之下,很多发展中国家虽然失业率较低,但非充分就业率很高,中国就属此列。一般意义上增加劳动年龄人口的措施,如推迟退休年龄或提升生育水平,很可能只是造成失业和非充分就业的进一步增长。如果在负担比上升的同时叠加高失业率或是非充分就业率,那么这样的国家(往往是发展中国家)面临的经济挑战要比那些同样负担比较高且不断上升,但失业率或非充分就业率很低并不断下降的国家(往往是发达国家)要严重得多。

虽然目前还没有任何一个国家存在普遍意义的劳动力短缺,但是确实有国家缺少专门的高技能人才。然而,针对处理高技能人才短缺的政策与普遍意义的劳动力短缺的政策是不一样的。遗憾的是,

虽然很多国家提升了退休年龄,却没有任何一个国家以一种更有效的、目的性更强的方式去处理特别领域的劳动力短缺。面对特别领域的劳动力短缺,而采取一般性的、针对所有人的提高退休年龄的政策是不足取的。毫无疑问,更有针对性的、更有弹性的政策比一般意义上的推迟退休年龄要更有前途。

5、健康照顾计划的改革政策及评价

医疗健康计划改革方案与养老金改革如出一辙,旨在降低医疗服务支出。很多担忧在于人口老龄化会带来老年人在养老金支付或医疗健康上面花费的激增,但是从宏观经济学的角度来看,老年人的花费与年轻人的花费从经济的本质上来看并没有什么不同。医疗健康花费可以视为花在老年人身上的费用,或是部分由老年人支出的费用,降低这一费用造成两种结果,一是使其他年龄段人口的高消费性支出成为可能,二是低消费支出将允许总体上有一个较高的国家储蓄率,但是从经济角度看,前者是没有道理的,而后者是没有必要的,抑制消费,提升储蓄可能从根本上会损害经济增长。

在一个经济体当中,任何针对某些人的成本都是另外一些人的利益,消费不过是收入的另外一面,老年人的花费正是另一部分人群的收入,并没有什么不妥。而且,由于健康比任何其他东西如经济增长等都更有价值,且很多健康照顾服务是无法由国外引进而必须由国内提供的,所以一味降低老年人的医疗照顾花费是没有道理的。例如,减少老年人在健康照顾上的花费,则健康照顾领域的投资和产出都将减少,随之而来的经济产出的下降将会降低而不是增强一个国家为被负担人口提供服务的能力,包括老年人,接踵而来的还有就业和劳动产出的下降也会对国家的生命周期赤字产生负面的而不是正面的影响。因此从宏观经济的角度来看,降低老年人的消费而去提升其他人群的消费并没有道理,事实上消费的类型,花在谁身上,为什么花费,对经

济发展来说并没有正面的或是负面的影响。

四、对我国应对人口老龄化政策的启示

1、政府成为社会保障的核心提供者是必然发展趋势

当前各国政府在向老年人提供社会福利问题上,就政府责任而言,主要可区分为两种模式。第一种模式是强调政府是老年人福利的核心提供者,政府支出很多,大部分西方国家政府都是这种模式。在欧洲,养老金占了所有社会福利支出的一半。2002年,欧盟25个国家平均养老金占总社会福利花费的41.5%,或是GDP的25%^[8]。第二种模式是强调家庭是老年人福利的核心提供者,政府在社会保障上的花费相对较低,政府的政策或战略都是经济发展目标优先于社会福利提供。包括中国在内的东亚国家以这种模式居多,老年人口比例和社会保护花费没有欧洲那么高。在中国,政府规定家庭有照顾老年父母的责任,甚至有一系列的法律颁布。

然而由于快速的人口老龄化及成年子女的减少,子女的责任正在削弱^{[9][10]}。一些国家和地区在针对老年人的社会福利方面也作出一些改变,朝西方模式靠拢。比如,日本2000年引入了长期照料保险;韩国1988年开始执行国家养老金计划,这些新建立的体系与西方模式非常类似,甚至有些是完全一致的。这些计划无一例外都是增加了国家的责任,降低了人们把劳动力市场作为资源的依赖性,也降低了人们对家庭支持的依赖^[11]。因此,可以说政府成为社会保障的核心提供者是无可推卸的责任,也是时代的必然趋势。

2、鼓励家庭养老并不是有效的公共政策

通常在谈到人口年龄结构变化时,更多的是从生命周期的角度关注其如何影响劳动和消费,而忽略了这些变化是怎样影响资本和生产的。进而家庭户成了解决问题的焦点,尤其是在东亚地区,通常是经济发展目标优先于社会福利提供,强调家庭对

养老的支持作用。在中国,很多研究经常强调在中国的国情下应该鼓励家庭养老^{[12][13]}。家庭养老能否支持取决于家庭户的收入,然而并不是所有家庭都有能力支付,对低收入家庭来说家庭养老无疑加重了额外的负担,而且进一步更加剧了家庭户的收入不平等并可能造成老年贫困。如果政府仅是道德上的宣传鼓励,而无实际的财政支持,则家庭养老本身不能成为一种有效的公共政策。

3、持续的经济增长是解决人口老龄化问题的核心

在所有人口老龄化面临的问题中,最为急迫和重要的就是养老金的支付问题。但是无论何种养老金的筹集和支付方式,最重要的是在老龄化的进程中保持经济产出增长或是至少不变。尽管钱可以储存、投资,货币数量也可以增长,但是如果未来物质财富减少,所能购买到的物质也会减少,此时无

论多么完美的改革方案所得到的结果是一样的。各项改革措施, 无论怎样设计,其解决增加物质财富问题的能力也是非常有限的^[14]。如果经济长期增长缓慢或停滞不前,那么随着人口年龄结构的老化,如果缴费率保持不变,无论养老保障制度怎样设计,都无法避免老年人实际保障水平的下降。

总体看,人口老龄化之所以令人担忧,主要是处于对未来劳动人口减少进而会造成劳动力短缺的忧虑。但是即使没有人口老龄化,经济发展本身也会带来产业结构的上升,对劳动力数量需求的减少,以及对质量要求的提高。因此,应对人口老龄化最好的方案是加大人力和物资资本投资,提高劳动产出率,保持高速经济增长。(来源:《国家行政学院学报》)

参考文献(略)



(上接第18页)

人称道。一个非常重要的原因就是,现有的养老机构在满足残障老人、慢性病老人、易发病老人以及绝症晚期老人等特殊老人群体的医疗需求方面做得欠缺。因此,应该根据《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构的意见》(国办发[2010]58号)精神,在符合准入条件的基础上,鼓励和引导社会力量在养老机构中创办医疗机构,以满足城乡老年人多层次、多元化的医疗护理服务需求。地方政府卫生行政部门要确保落实优惠政策,确保非公立和公立的医养结合服务机构享受同等待遇。

二是养老机构和医疗机构近距离规划,合作服

务。有条件的养老机构和医疗机构达成合作协议,当养老机构的老年人突发疾病、大病时可以第一时间到相近的医院得到专业便捷的救治。或者养老机构担当医院的病房功能,医院的医师和护士到养老机构对患病老人进行医治,免去老人的奔波之苦。

三是培养社区专业机构。积极培养以社区为核心的专业护理和康复机构,方便老人就近获得专业帮助。同时由家庭购买、医保、政府补助等形式结合,最大限度在社区内就能满足老年人医一护一康一养的需求。

多元社会养老体系是发展方向

卢艳君

养老问题是所有社会现代化进程中必然会遇到的普遍问题,该问题并非一个孤立的社会问题,而牵涉到一系列社会问题,若解决不好,必将成为制约今后我国经济社会发展的瓶颈。

养老问题是一个复杂的社会问题,单靠一方面的力量是远远不够的,必须坚持多措并举。

一、矛盾凸显,养老话题引发热议

近年来,中国老年人口基数大,增长速度快,老龄化程度正日渐加深,养老问题也日益突出。《有你才幸福》《老有所依》等热播的家庭伦理剧真实再现了中国社会养老面临的养老政策、精神养老、老漂现象以及老年人情感生活等现实问题,引发了公众共鸣。人们如此关注养老问题,是因为近在眼前且无法逃避的严峻现实。据统计,截至2013年底,中国老年人口数量已达到2亿,占总人口的14.8%,独居和空巢老人超过50%。中国人口老龄化进程快于经济发展水平,使得社会对人口老龄化的承受能力显得较为脆弱。“空巢老人”“留守老人”“老漂一族”“失独老人”等这些伴随着社会转型、城镇化进程和计划生育政策凸显出来的养老问题亟待解决。与此同时,将“常回家看看”入法,“以房养老”“消费养老”“放开二胎”“延迟退休”等新措频频触动社会敏感神经,媒体对养老金入不敷出、公办养老院爆满、独居老人猝死家中等问题的不断报道,无一例外地持续引发热议,足见公众对于未来养老的恐慌与担忧。养老问题是所有社会现代化进程中必然会遇到的普遍问题,该问题并非一个孤立的社会问题,而是牵涉到一系列社会问题的复杂问题,若解决不好,必将成为制约今后我国经济社会发展的瓶颈。

二、现实羁绊,家庭养老陷入困局

目前,家庭养老是中国传统的养老模式,体现着中国厚重的孝道文化。新修订的《老年人权益保障法》中明确规定:“老年人养老主要依靠家庭,家庭成员应当关心和照料老年人。”这意味着,在我国家庭养老是道义和法律上的双重规定。古人云:“百善孝为先。”让老人们老有所依,给他们一个幸福的晚年是每个子女应尽的责任和义务。事实上,老人们的期望并不高,就图全家能团团圆圆,享受亲情的温暖。然而,随着经济的发展,计划生育政策的实施加上人口的大规模流动,人口结构、家庭结构及生活方式都发生了很大变化,在人口日趋老龄化、“4-2-1家庭结构”壮大、父母与子女分居普遍化等情况下,传统家庭养老模式遭到严峻挑战。受工作竞争压力大、有假无休、路途遥远、生活成本急剧飙升等时间、空间、精力、金钱诸多现实羁绊,漂泊在外的游子对“常回家看看”往往有心无力。即使在同一城市,照顾父母也让多数家庭分身乏术,还有一些子女独立生活的能力不强,孝道意识淡薄,非但不愿孝老,甚至还要啃老。

三、政策配套,完善家庭养老功能

中国是一个未富先老的世界人口大国,面临老年人口多、养老资源少,“钱紧”的挑战,虽说现在“养儿防老”的传统养老观念已受到冲击,但是,传统的孝亲文化根深蒂固。对老人来说,家是他们最眷恋的精神港湾,子女是他们全部的精神寄托,什么都不如亲情重要,要彻底转变人们的养老观念,接受在养老院颐养天年尚需一个过程。这就决定了在现阶段乃至今后很长一段时期内,我国的养老模式还会以传统的家庭养老为主、社会养老为辅。家庭是社会的基本单元,孝敬老人不能因为家庭结构的外在变化而动摇,有必要继续大力弘扬传统孝道

美德,鼓励并支持家庭养老作用的发挥,尤其是发挥其他个人和组织无法替代的生活照料和精神慰藉功能。将“常回家看看”入法可以约束逃避义务的不孝子女,对子女是种提醒,对老人是种保护。老年人不仅需要物质上的保障,更需要精神上的慰藉。儿女不能总以各种借口为由而忽略父母,多抽出点时间回家陪伴父母,远比单纯地给予父母物质关怀更为重要。通过法律条款倡导传统孝亲美德有必要,但还远远不够,孝亲作为道德层面的问题,最终仍需从道德上求解,完全依靠法律条文来强制不可行。不能小觑道德层面的批判和舆论谴责的巨大力量,政府可以设置一些道德监管机构,通过宣传教化,对不孝子女施加道德压力,促使孝道回归。家庭养老功能弱化的原因之一在于社会福利制度的缺失,长期未能建立规范、完善的养老保障体系。鉴于此,在养老问题日益严峻的情况下,要继续发挥好家庭的养老功能,除了需要依靠道德和法律的双重约束外,还需要相关社会制度的保障。政府要在完善养老、医疗等社会保障体制方面下大力气,还必须从限制年轻人回家的薪酬制度、假日设置、劳动保护等方面发力,特别是要在教育、住房、出行等成本上为国民大幅减负。

四、顶层设计,构建多元养老体系

一直以来,我国将赡养老人视为子女义务,而不是政府责任。随着家庭养老功能的逐渐弱化,将解决养老问题的希望完全寄托在传统的家庭养老模式上已不再现实,探索适合中国国情的社会养老体系迫在眉睫。目前,正在进行“以房养老”“消费养老”“放开二胎”“延迟退休”等养老模式的探索,情况不容乐观,人们对其可行性持谨慎、观望态度。“消费养老”陷入促销陷阱,“以房养老”遭遇无人问津的尴尬局面,“放开二胎”带来新一轮的生育高峰,“延迟退休”推行举步维艰。这些养老新措或许会给社会养老带来良好契机,可是,究竟能为未来

减轻多少养老压力仍是一个未知数。无论养老形式再怎么改变,政府的职责不能有丝毫削减。特别是在人口老龄化程度日益加剧的情境下,又同时面临着家庭养老功能弱化,机构养老服务供需紧张、服务水平不高,城乡之间、不同群体之间养老保险制度差异较大,养老金缺口、空账及保值升值等系列难题,作为社会保障体系主要责任者的政府理应在破解种种养老困境方面发挥更大作用。然而,政府在制度、政策和财力方面都没有作好准备。人口老龄化的巨大压力考验着政府养老规划的能力,各级政府均应高度重视养老问题,但完全依靠政府力量解决养老问题也不太可能。国家亟须将养老问题纳入社会统筹和政府职责范围,整合城乡居民基本养老保险和基本医疗保险制度,建立兼顾各类人员的社会保障机制;扩大社会保障基金筹资渠道,建立社会保险基金投资运营制度,确保基金安全和保值增值;大力发展老龄服务事业和产业,集中财力加大对城乡社区养老机构和设施的投入和建设力度;鼓励吸引社会力量投资兴办不同档次的养老服务机构。2013年9月13日,国务院印发了《关于加快发展养老服务业的若干意见》,提出到2020年,全面建成以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的,功能完善、规模适度、覆盖城乡的养老服务体系。这是应对人口老龄化、满足老年人多样化、多层次养老服务需求进行的有益探索。通过这些合理的顶层设计和制度安排,健全社会养老体系,逐步推进传统家庭养老模式向现代社会养老模式转变。

总之,养老问题是一个复杂的社会问题,单靠一方面的力量是远远不够的,必须坚持多措并举,努力促使全社会形成尊老敬老的氛围,政府成为养老体系的政策和资源供给者,社区成为老年人社会生活的主要载体,家庭成为养老责任的主要承担者,同时合理引入其他社会力量,一起构建共同参与、

(下转第4页)

· 本期关注 ·

医养结合，路在何方

《人口信息》编辑部

特邀主持人：上海市人口与发展研究中心研究二部主任、副教授 胡琪

主持人语：

截至2013年底，我国60岁及以上老年人口已达2.02亿人，占总人口的14.9%，其中失能、半失能老年人达到3700多万名。老年人需要什么样的养老服务？居家、社区、机构养老三种模式，能否满足老人的医疗需求？越来越多的失能半失能老人迫切希望住进“医养结合”的养老机构，同时缓解“养老难”和“看病难”问题，治疗费用还可以通过医保报销一部分，减轻了老年人经济负担。2013年《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》明确提出了积极推进医疗卫生与养老服务相结合。推动医养融合发展。各地要促进医疗卫生资源进入养老机构、社区及居民家庭。卫生管理部门要支持有条件的养老机构设置医疗机构。在医保准入方面，上海市迈出了关键一步。早在2007年，上海就将医疗机构医保结算向养老机构延伸，2009年，上海建工医院在虹口区民政局的支持下开办了“养老院”，并以医护资源共享建立了“护理院”，2013年上海卫生部门在3区6个街镇开展了居家照护费用纳保的试点。目前，上海100多家内设医疗机构的养老机构中，有85家已经纳入医保定点。已有研究显示，医养结合推进不顺畅的重要原因是，养老机构由民政部门管理，医疗机构由卫生计生部门管理，医保由社保部门管理，分而治之的格局造成医疗和养老资

源不能融合。此外，养老健康服务业的全新理念尚未形成；长期健康照护保险尚未进入社会保险的框架；养老服务业中的医养结合政策尚未破冰；适应个性化的服务模式和重在盈利的商业模式存在着明显冲突；养老健康服务业产品和服务研发明显滞后于老年人的需求。

国家倡导后，理论界也不甘落后，相关部门，很多学者和业者也都进行了积极的研究。“医养结合”（或者称“医养融合”）的概念是什么？“医养结合”的实施主体、基础、内涵和内容、运行和管理机制是什么？会有什么问题、难题及瓶颈？对于这个相对比较新的概念以及社会关注热度较高的老龄问题，11月28日，上海市老年学学会、上海市劳动和社会保障学会、上海市人口学会、上海市卫生经济学会、上海市法治研究会联合召开了跨学会青年学者论坛——上海医养融合老年照护机制的探索，组织各学科的青年学者，就此开展专题探索和讨论，对本市如何推进和实施“医养融合”，进一步推动上海养老服务业发展提出自己的认识和建议。以下是本次论坛中青年学者的主要观点

医养融合作为过渡，最终目标是建立完善的长期照护制度

刘晴暄（上海师范大学）

养老服务包含范围广阔，并非所有的养老服务

都需要医疗资源的介入,真正迫切需要医养融合服务的主要是那些患有慢性病、恶性疾病、易复发疾病、大病初愈或晚期绝症的失能、半失能老年人,对高端复杂的治疗服务需求不大,但又依赖专业且中长期的医疗护理。也即是说,在医疗保险和养老服务之间,还存在着长期护理服务的需求。长期护理(Long-term Care)是指由于意外伤害、疾病或先天疾病而长期且无法自理其日常生活的人们所需要的各种支持性医疗、个人和社会服务。长期护理服务的内容为照料生活无法自理者的基本日常生活,如洗漱、吃饭、穿衣、如厕等。

美国、德国、日本等发达国家较早进入了老龄化社会,为解决老年人口的护理需求问题,20世纪中期,长期护理保险(Long-term Care Insurance,简称LTCI)制度作为解决老年人口护理问题的有效措施应运而生。德国在1994年通过颁布《护理保险法》正式引入护理保险制度,采取强制性保险的方式,即本国公民必须按照法律规定参加护理保险,属于社会基本养老保险范畴。日本的《护理保险法》于2000年4月1日开始实施,其长期护理保险制度在保费缴纳、保险支付等方面的程序及相关规定都较为详尽和严格,保障40岁以上的民众,保费由政府、雇主及保险对象共同分摊。美国的长期护理服务由美国老年人法方案及商业性长期护理保险等多个体系加以供给。而高福利国家荷兰在1968年就开始正式实施长期护理制度,奥地利1994年正式建立了长期护理津贴制度,长期护理的津贴待遇是根据失能等级每年分12次支付,并可豁免缴税。

纵观全球其他发达国家和地区,完善的养老服务体系在养老保险体系和医疗保险体系之外,都存在着护理保险体系。美国2009年长期护理费用约占GDP的1%,日本2010年长期护理费用约占GDP的0.9%,而中国的长期护理费用目前尚未有统计。

医疗制度针对的是疾病的治疗体系,而养老服

务是一种福利体系。两者的目标,对象,服务内容等等存在很大的不同,不可相互替代。例如,在服务对象上,前者针对的是所有的人群,而后者针对的是老年人,如果两者混为一谈,随着老龄化率的升高,长期入院的老人必将增加,老年人会占用大量的床位资源,加剧医疗资源的紧张,会加大人群间的不公平感。在目标上,前者注重的是治疗,而后者除了治疗之外,在预防,后期的疗养,直至日常生活的支持等方面,两者偏重不同。在服务内容和服务提供者专业水准上两者更是有很大不同,长期结合必将导致医疗保险开支大幅增加,入不敷出。

医养融合要解决老有所养与老有所医的结合问题,首先应当做好需求,厘清养老服务、护理服务和医疗服务的界限,建立健康评估机制和监管机制,确保医疗保险的公平性。与其说是医养融合,不如说是医护融合,要解决老龄化问题,须建立一种以人为本的医疗养护养老为一体的完善的体制,实现老有所养,老有所依的结合。医养融合可以作为过渡,但最终目标是建立完善的医疗和长期照护制度。

构建支持家庭照护的政策体系 是医养融合的题中应有之义

陈蓉(上海市人口与发展研究中心)

家庭养老在相当长的时间内仍是中国多支柱养老模式中的一种重要形式,应该构建支持家庭照护的政策体系,帮助家庭更好地履行养老责任,通过专项立法、舆论引导、服务提供等对家庭养老给予进一步的政策支持。

1、建立支持家庭照护的政策支持和法律保障

国内关于照顾者的“明确型”的家庭政策和法律几乎属于空白。《中华人民共和国老年人权益保障法》中虽指出,“老年人养老以居家为基础,家庭成员应当尊重、关心及照料老年人”,“国家建立健全

家庭养老支持政策,鼓励家庭成员与老年人共同生活或者就近居住,为老年人随配偶或者赡养人迁徙提供条件,为家庭成员照料老年人提供帮助”,但缺乏相应的政策支撑,甚至有不少其他政策加速削弱了本已弱化的家庭养老功能。

上海可以考虑在经适房、廉租屋等资源配置时,对于三代同堂家庭给予价格优惠和优先安排。在公积金方面推出敬老公积金计划,鼓励子女赡养老人的积极性,减轻其家庭负担。

2、通过服务提供帮助家庭养老

调研显示,民政系统主要是依托社区日间照料中心、居家养老服务社等主要提供家政服务和基础生活照料服务。社区日间照料中心的服务对象应以生活不能完全自理、日常生活需要一定照料的半失能老年人、失智老人为主,但事实上目前很多的社区日间照料中心收住的大多是健康的老人,仅仅发挥了老年活动室的功能,远没有承担起专业的护理、照料和保健康复服务。此外,对于有自请保姆或家庭成员照料的老人,居家养老服务员提供的服务不具备差异性。

卫生部门主要依托社区卫生服务中心、家庭病床和家庭医生等提供医疗护理服务。然而,据统计,2010年,上海为老年人开设家庭病床4.08万张,而需求量达到16.9万张;2013年,上海共有3212位家庭医生,按照每人负责2000~2500名居民来测算,远远无法满足需求。

由人保部门牵头的高龄老人居家护理保障计划,在试点运行的过程中,由于种种原因,提供的服务主要限于基础护理方面,实质上是类似于家政服务,有的地方采用暂向家政服务公司购买服务的方式,而计划中的临床护理和上门医疗服务由于缺乏卫生部门配合,根本无法展开。人保部门的职称序列中对于专业的养老护理员等设计还不够贴近现实情况,医保结算制度还不够完善。

在医养融合的理念指引下,应该根据老年人的健康状况,进行合理规划,将医疗、保健、康复类资源配备到家庭和社区。对于健康老年人主要是健康促进,预防等;对于有慢性病的老年人,社区建立健康档案,提供慢病管理;对处于疾病恢复期、住在家里康复的老年人,提供上门康复服务;对于功能残疾需要长期照料的居家老年人提供康复和护理服务等。

3、完善以鼓励居家为导向的医保梯度支付政策

以鼓励居家养老为导向,以统一的老年照护需求评估为基础,医保部门可以采取多种支付方式和手段,以实现鼓励居家养老、居家护理的政策目标。可以考虑:一是对老年护理院长期住院病人,实行医保支付比例“梯度递减”;二是对养老机构内设护理床位,设定不高于居家老年护理的报销比例;三是设置差异化的医保支付起付线和封顶线,使居家护理的实际报销比例进一步高于机构护理;四是对居家护理老人的医保自负部分设立减负政策,降低部分低收入居家老人的费用负担。

4、对家庭非正规照料者给予支持

一是替代性照顾服务支持。替代性照顾服务支持是国外比较常见的支持家庭非正规照料者的做法。《上海市人民政府关于加快发展养老服务业推进社会养老服务体系建设的实施意见》(沪府发[2014]28号,以下简称28号文)中也指出,“鼓励部分床位供给充裕的养老机构提供老年人短期入住床位,为照顾老人的家庭成员提供‘喘息式服务’”。据调研,有些社区已经开始推出该服务项目。比如,黄浦区瑞金二路街道2012年8月在上海最早推出为需要长期照护护理老人的家庭提供临时性代替服务的喘息服务项目。二是照料技能培训。28号文中指出“实施家庭照料者培训项目,依托专业医疗机构、社区内的养老机构、助老服务社等专业社会组织,为照

顾老人的家庭成员或家政人员提供培训,提高其专业照护能力”。据调研,沪上有社会组织已推出针对家庭非正规照料者的情景式培训。三是心理支持。家庭成员照料者尤其是长期照料者面临非常大的心理压力,缓解他们的心理压力,可以有助于其身心健康。国外常见的做法是,个案辅导和照顾者支持小组与家庭辅导或心理治疗。

5、对老人居住环境的适老性支持

28号文中指出,稳步推进老年人集聚的居住区开展适老性环境改造。“为1000个低保困难老年人家庭提供居室适老改造服务”被列为2013年市政府实事项目,今后可以逐步扩展到更大的范围。在旧房改造中,应考虑适老性改造。在居住小区的规划和建设中,也应考虑适合老人居住。

“医养融合”亟须制定和完善 相关养老行业标准

热核(华东理工大学社会学院)

截至2013年底,上海市60岁及以上老年人占总人口的27.1%,比上年增加5.5%;80岁及以上的高龄老年人占总人口的5.0%,比上年增加了4.51万人。这其中,失能老人约有40余万人。深度老龄化社会的到来,为老年护理带来严峻考验。

“医养融合”是指将老年人健康医疗服务放在更加重要的位置,将护老中心和老年医院相结合、将生活照料和康复关怀相结合的新型养老服务模式。既包括传统的生活护理服务、精神心理服务、老年文化服务,更重要的是包括医疗康复保健服务,具体有医疗服务、健康咨询服务、健康检查服务、疾病诊治和护理服务、大病康复服务以及临终关怀服务等。

作为老年护理的一种模式,医疗机构内开设老年护理、养老床位的医养结合模式,颇得病人与家

属称赞。然而,医养结合缺乏相关配套政策,已经影响了模式的可持续发展。由于缺乏适当的分类标准和指导,服务市场上缺乏明确的供给信号,有需求的人群无法区分护理服务提供机构的服务能力和技术水平,盲目选择的结果就是郊区养老机构入住率不高,市区的养老机构则一床难求,而专业的老年护理院床位更加紧张。

为解决这一问题,必须及时制定和完善相关养老行业标准及政府监管体系。为不同需求的老人提供多样化的养老服务,为贫困失能老人提供托底服务。

(1)在科学评估的基础上,建立有需求的老人进出养老机构的健康评估标准。根据老年人口发展实际状况及养老机构分类标准,建立健全老年人进出养老服务机构的健康评估标准,通过加强养老服务机构的针对性让急需服务的老人得到及时服务。

(2)研究建立并完善养老机构监管体系。建立包括民政局、人保局、卫生局等多部门共同参与的养老机构质量评估联系制度,通过定期对医养融合机构提供的服务进行检查,确保养老机构服务资源的恰当使用,避免可能出现的滥用医保资金、骗保等违法情况出现。

(3)进一步完善老年康复护理服务标准。通过鼓励企业、社会组织和个人参与康复护理产业,构建多元化多层次的康复护理服务体系。制定和完善康复护理服务标准和收费标准,根据老年人身体情况制定相应护理等级,按照评估级别进行服务分级、费用分级,优化康复护理资源分配,以满足不同期望的老年人的护理需求。

(4)制定养老机构分类分级管理标准。综合市场需求以及各养老机构的服务水平、服务能力等因素,对养老机构进行科学合理的分类分级管理,形成高、中、低档功能明确,层次清晰的服务标准,并给予不同水平的政府支持,以逐步形成层次分明的

养老机构服务体系，分散老人的护理需求，在保障经济困难老人的基本护理需求的基础上，满足不同层次老人的多样化需求。

“医养融合”的界定问题

苗瑞凤（上海应用技术大学）

当前的养老机构，大多是为老年人提供基本生活需求的养老服务。包括生活护理服务、精神心理服务、老年文化服务等，医疗服务也只是测测体温、量量血压等简单的医疗服务，难以满足老人生病或需要更长时间康复时的医疗需求。而医院由于种种原因，主要是治疗比较急性的疾病，也不能满足很多慢性病和康复期的老人的医疗需求。并且，我国医疗机构和养老机构二者之间互相独立、自成系统，往往使老年人在健康状况和生活自理能力面临困境时，不能得到及时有效的治疗，不得不经常往返家庭、医院和养老机构之间，既耽误治疗、增加费用，也折腾老人，还给家属增加了负担。“医养融合”则可以较好的解决上述问题。

医养融合应定位于解决养老机构和医疗机构双方都不能独立完成的养老服务，提高老年人的晚年生活质量和身心健康，同时也减轻家庭的负担。

医养融合的服务对象主要面向生活不能自理、需要医疗或康复服务的慢性病老人、易复发病老人、大病恢复期老人、残障老人以及绝症晚期老人。

医养融合的服务内容在生活护理服务、精神慰藉服务的基础上，提供医疗诊治服务、大病康复服务以及临终关怀服务等服务项目。

医养融合的运行机制需要政府部门统筹规划，调动各方面的积极元素，将营利组织和非营利组织等多方主体有机结合起来。

医养融合：场所、服务、人员和资金

郭丽娜（上海工程技术大学）

在《国务院关于加强发展养老服务业的若干意见》中，“医养融合”是指“医疗卫生资源进入养老机构、社区及居民家庭”，字面而言，即是医疗资源进入养老场所，但更为完整地讲，应是指医疗和养老资源的整合。具体而言，医养资源的融合，可体现在以下四个方面——场所的融合、服务的融合、人员的融合、资金的融合，四种融合既有一定交叉，也有其独立之处。

场所的融合，是目前各地实践和学者讨论较多的内容，如养老机构设置医疗机构、医院开设老年病科或养老机构与医疗机构的比邻而建。这是因为场所融合的操作相对容易，并且，一定程度上能达到服务项目和服务人员融合的效果，但建设成本较高，运营机制涉及要素复杂，且尚未理顺。

服务的融合，应是较为基础的融合层面，但实际操作仍有待完善，特别是需注意一般医疗服务和养老服务中的医疗照料的区别。在医疗服务的提供上，应根据老人的身体状况，如是确保身体健康，还是维持生命质量，两者应明确其服务的范畴和层次性差异，才能确保“医”的有的放矢。

人员的融合，实际中难以直接操作，因养老和医疗服务人员的专业背景和素质差异明显。但医疗人力资源的基层下沉，可在一定程度上间接实现医养中的“人的融合”。医疗服务人员的下沉有两个层次，一是医院医生进社区（含机构）；二是社区卫生服务中心医生进家庭。可借助医生个体层面的职称（职务）聘任或考核机制和单位层面的荣誉评选机制以鼓励医疗人力资源的下沉。

资金的融合，可能是医养融合得以实现的重要内容，因其是融合服务落实的最终体现。一般意义上讲，老人医疗服务的资金支撑主要有两个来源——养老金和医疗保险金。此资金的融合，多是指以“医疗保险金”融“养老金”。如何有效发挥医疗保

险金对养老服务的补充作用,且不阻碍其正常医疗保障功能,就需要对医疗保险金可支付的养老服务项目、费用支付的比例等内容做出回答。

从可操作角度看,通过医疗服务人员基层下沉的方式推进“人的融合”,可以作为“医养融合”的切入点。

整体解决老人的医疗和照护需求,为老人提供全过程的有针对性的差异化服务

龚秀全(华东理工学院)

在实践中,一般把医养结合理解为一种具体形态。例如,有些把医养结合理解为医疗卫生资源进入养老机构,在养老院中办医疗机构,并希望医疗保险能报销医疗费用。也有一些把对医疗机构增加护理床位或者医疗机构改建为护理院提供医疗和照护服务理解为医养结合。毫无疑问,不管是养老机构中办医疗机构还是医疗机构提供照护服务都能便利老人获得医疗和照护服务,属于医养结合的范畴。

但是,在人口老龄化的背景下,由于老年人口日益庞大,如果仅通过上述途径解决医养结合问题必然需要新增医疗和照护资源的巨大投入,成本巨大。并且,多数老人是居家养老,上述途径只能解决部分老人在某一阶段的医养问题。医养结合应从老人生命周期出发,整合社会医疗和照护资源,既面向养老机构的老人,也面向居家的老人,为老人提供全过程的有针对性的差异化服务,整体解决老人的医疗和照护需求。

政府搭台、公益服务、市场运作构建老年宜居社区为老服务平台

凌峰(普陀区老龄办)

在当今老龄化,高龄化的社会背景下,亟须增

强社区给予的养老服务的支撑力已成为社会的热门话题。一批“网上养老院”;“没有围墙的敬老院”;“为老服务大篷车”等以养老、为老服务的新举措、好办法层出不穷。

经调查,目前社区居家老人的需求主要体现在医疗保健、生活养老、精神文化这三个方面,再则还有安全应急、法律维权及融入社区的需求。经分析,目前社区提供给老年人的基本服务并不少,各类讲座不计其数,唱歌跳舞比比皆是,居家养老服务政府补贴,家庭医生工作逐步推进。为什么还不能满足老年人需求,成为社会关注的热点问题呢?

我认为,主要有两方面因素:1、老年人的人数在出现爆发式增长,社区的服务设施和功能跟不上需求。2、服务主体服务项目多样化,统筹管理碎片化,造成需求与供给的不匹配。

目前,上海市大力推进老年宜居社区建设,其核心是打造“综合为老服务中心”或“综合为老服务工作平台”,通过虚拟与实体联动的架构,解决涉老服务、整合多方资源、方便指导管理和信息数据交换。在这个思路的指导下,普陀区正在打造久龄家园“一网、九圈、百站”立体化为老服务平台,即区层面的为老服务信息呼叫中心;街道层面的为老服务中心和社区层面的为老服务站,通过社会化运作为社区老人提供无偿、低偿、有偿的涉老服务。普陀区领导曾提出,为老服务是一项长久性工作,比作是万里长征。我认为,政府搭台是万里长征第一步,如何完善运作机制,确保立体化平台正确、有效、长效运作是关键。这里存在以下几个问题:1、基于平台基础上政府各部门提供基本公共服务的责任与职责的保障。2、三级立体平台的基本运作经费保障。3、针对低收入及特殊老年群体的基本服务项目保障。4、针对企业、家庭、专业社会组织、志愿者等社会力量参与的为老服务的机制保障。

政府保障是平台公益的基础、多元参与是平台

发展的关键、市场化运作是平台活力的重要举措。我感到,平台的公益化靠政府托底,需要民众监督,平台的活力和积极性需要市场化运作。只有顶层设计时,予以机制体制保障,我们的为老服务平台才会走得更稳,走得更活,走得更长久,我们的“政府主导、社会参与、全民关怀”的口号才能唱响进老人的心田。

“医养结合”模式的构建

许伟祺(上海复健居家照护中心)

医养结合在养护服务业中密不可分,人口老龄化和高龄化伴随而来的是健康问题的增多,老年人患病率高,患病种类多,患病时间长,并发症多,患治疗难度高的慢性病多,且病情严重,病程更长,随着生活不能自理的老人增多,接踵而来的就是这些老年人需要长期医疗护理服务的问题,这对医疗护理服务提出了新的要求。目前,医疗机构和养老机构之间互相独立,各成体系,往往老年人在健康状况和生活自理能力面临困境时,不能得到及时有效的医疗服务。

目前“医养结合”推行中的主要问题有:第一,养老机构无法满足老年人就医需求。第二,医院无法提供老年人长期住院服务,同时社区无法提供专业护理人员。第三,政府如何提供支持。全社会的高度重视,是老年人医养结合模式健全发展的前提条件。大力发展医养结合服务模式建设是适应上海市人口老龄化、高龄化的必然要求,也是提高养老医疗服务的连续性、紧密性、协调性及整体性的重要措施。

1、健全医养结合服务模式的构成要素

一是针对服务对象特点实施。医养结合服务的对象区别于普通养老机构服务所有老年人,主要为残障老人、慢性病老人、易复发病老人以及绝症晚

期老人。这几类老人对于养老服务的共性需求是持续的、良好的医疗服务,但是,这几类老年人群也有不同的需求方面。当医养结合服务模式基本构建完成时,每个地区可以考虑分类建设医养结合服务机构,更有针对性的满足不同类型老年人的医疗需求。

二是明确医养结合服务机构的服务内容。医养结合服务机构作为养老机构的一种,毋庸置疑的是必须达到民政部门制定的养老机构准入标准。当然,医养结合服务的内容以基本养老服务为基础,以医疗服务为重点。在做好老年人生活护理服务、精神慰藉服务的基础上,着重提高医疗诊治服务、大病康复服务、临终关怀服务的质量。作为一种具备医疗的特殊服务机构,其医疗资质水平应该达到一定的规模程度,不能是具备吃药打针等简单的医疗服务即可,医养结合服务机构的医疗水平最终目标应该达到一级医院以上的水平,这样才能解决慢性病老人、大病康复老人、绝症晚期老人的医疗需求,真正发挥出医养结合的服务功能。具体来讲就是要具有健全的科室和全面的诊疗项目。从软件方面来讲是要具备足够数量的有资质的、受过专业训练的医师和护士;从硬件方面来讲是要有足够的空间、房屋设施及相当水平的医疗器械。

2、完善医养结合服务模式的实现方式

希望通过医疗机构和养老机构的多方式结合,大力发展养老—医疗一体化经营模式,使其资源共享,优势互补,以普通养老院形成错位发展,全方位地为失能老年人提供生活照料、健康护理、医疗服务、临终关怀等基本需求,真正体现老有所养、老有所医,为推进我市养老事业发展开辟一条新途径。

一是在养老机构中设立医疗机构。本市现在的养老机构一方面提供的床位数相对于老年人的需求还有很大的缺口,另一方面床位的利用率却不能让

(下转第9页)

·调查与分析·

2004—2013年上海市出生人口性别比变化趋势 及影响因素分析¹

虞慧婷 蔡任之 钱耐思 靳文正 韩明 王春芳

出生性别比是一定时期内(通常为一年),出生人口中活产男婴人数与女婴人数之比,通常以每100个女婴所对应的男婴数表示。长期以来世界各国和不同人口的出生性别比表现出十分稳定和规律性的特征^{1,2},一般恒定在105左右,变动幅度不超过±2,即在103~107之间。根据这个比值,人们可以分析研究一个国家或地区的出生婴儿性别比的正常与否。

20世纪80年代以前,中国出生人口性别比基本上是在正常范围内波动的³,但是1981年第三次人口普查数据显示全国出生人口性别比为108.47,出生性别比的问题引起了中国政府的高度重视⁴。随后,我国出生性别比不断升高,严重偏离正常值范围。

出生性别比的持续升高,不仅严重干扰人口与计划生育工作的正常秩序,而且必然造成婚姻年龄段男女两性人口的比例失调,影响到人口与社会经济、资源环境的协调发展和人类可持续发展,关系到民族的繁荣和国家的长治久安⁵。正是基于上述问题的严峻现实,有必要对出生性别比失调的问题予以深入思考,提出应对措施。

一、资料与方法

1、资料来源 本研究数据来源于上海市出生

监测信息系统2004—2013年的出生监测数据。上海市出生监测信息系统覆盖上海市所有法定接产医院,不论户籍何处,每例医院出生的新生儿,出生后7天内由接产医院直接上报至上海市“出生医学信息系统”。每月由区县疾病预防控制中心工作人员依据《出生医学记录单》进行审核,定时报至上海市疾病预防控制中心进行复核,并定期抽查住院病史,确保了数据的准确性,有效避免了出生婴儿的漏报。

2、主要分析指标

(1) 出生人口性别比

$$\text{出生人口性别比} = \frac{\text{某时期全部活产的男婴数}}{\text{同时间全部活产的女婴数}} \times 100\%$$

(2) 贡献率

出生性别比的“贡献率”是指某因素不同水平下出生性别比升高程度在总体升高中所占的比例,它既受该因素各水平出生性别比水平的影响,也受各水平分性别出生人口规模的影响⁶。

记 $r_n(t)$ 为 t 年度 n 因素的贡献率, $w_n(t)$ 为 t 年度 n 因素女婴出生人数, $m_n(t)$ 为 t 年度 n 因素男婴出生人数, t 年度 n 因素出生性别比贡献率公式如下:

1 基金资助: 上海市卫生局科研课题,上海市居民期望寿命变化趋势及其重要影响因素研究(20124383);上海市卫生局青年科研课题,婴幼儿死亡对期望寿命变化的贡献及趋势预测研究(20124y174);上海市卫生和计划生育委员会科技发展基金项目,辅助生殖技术应用于先心病发生风险研究(2013JG12)。

$$r_n(t) = \frac{w_n(t)}{\sum_n w_n(t)} \cdot \frac{\frac{m_n(t)}{w_n(t)} - 107}{\frac{\sum_n m_n(t)}{\sum_n w_n(t)} - 107} \times 100\%$$

出生性别比的正常范围为 103~107, 上式以 107 作为出生性别比升高的基点, $\frac{m_n(t)}{w_n(t)}$ 小于、等于 107 时, 意味着出生性别比正常, 视为对出生性别比的升高没有贡献, $r_n(t)$ 赋值为 0; $\frac{\sum m_n(t)}{\sum w_n(t)}$ 小于、等于 107 时, 视为总体出生性别比没有升高, 不对此总体计算分因素贡献率。

3、统计学处理 本文研究数据采用 Microsoft Office Access 进行数据的整理与核查, 采用统计软件 SAS 9.2 进行统计学分析, 计算人口出生性别比和各因素的贡献率。运用线性回归模型预测出生人口性别比的变化趋势, 所有的统计检验结果均采用双侧检验, 检验水平定义为 0.05。

二、分析结果

1、上海市历年人口出生性别比变化趋势

改革开放以来, 随着政策樊篱逐渐拆除和观念的改变, 人口流动在全国范围内日益频繁。目前在上海, 外来流动人口已成为总人口中不可忽略的组成部分。上海市第六次人口普查数据显示, 外来常住人口总量为 897.70 万人, 约占上海常住人口总数的 1/3。因此对上海人口结构的讨论, 必须充分考虑外来人口的影响。

图 1 为上海市 2004—2013 年沪籍和外来人口出生性别比的变化趋势。近 10 年, 上海市户籍人口的出生性别比维持在 106—108 之间波动。上海市外来人口出生性别比呈现下降趋势, 从 2004 年的 125 降低到 2013 年的 117, 但是仍远高于正常上限 107。建立出生性别比与年份的回归方程 ($F=274.29$, $P<0.0001$) 如图 1, 推算直至 2025 年, 上海市外来人口的出生性别比才能达到 107 的正常水平。

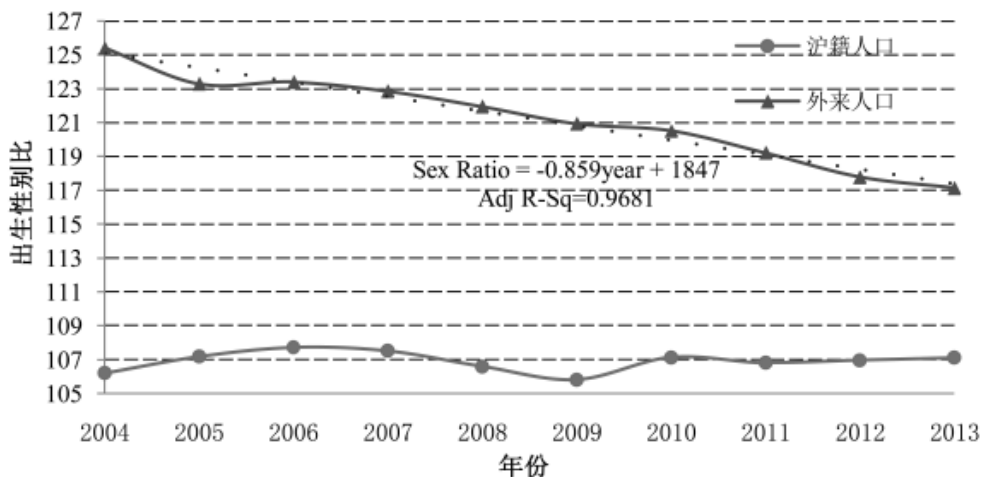


图 1 2004—2013 年上海市出生性别比变化情况

2、各因素下的出生性别比及其贡献率

2004 至 2013 年上海市总的出生人口性别比为 114.44, 分别比较母亲年龄、父亲年龄、胎次、产次、分娩方式、父母亲户籍和学历等因素对出生性别比的影响 (表 1)。

通过对不同年龄段母亲的出生人口性别比分析

发现, 出生性别比随着母亲的年龄升高而升高。但是, 由于不同年龄段产妇的生育人数相距甚远, 且出生人口性别比水平差距很大, 因此不同年龄组产妇的出生性别比对全市的作用程度也不尽相同。由表 1 可以看出, 对出生性别比升高贡献最大的为 25~29 岁和 30~34 岁 2 个年龄段的产妇, 他们对性

别比升高的贡献为66.54%。父亲年龄和出生人口性别比的关系与母亲类似，对出生性别比升高贡献最大的年龄组为25~29岁和30~34岁组，他们对性别比升高的贡献为67.59%。

一般来说，在不受人为干扰的情况下，胎次越高，生男孩的几率就越小，即胎次越高，理论上出生性别比就越低。然而，近年来，我市出生性别比状况却与此相反。随着胎次、产次的增加，出生性别比也

显著上升。从贡献率看，第二胎和第三胎对出生性别比的升高贡献最大，总计为71.93%；从产次上看，第二产对出生性别比升高的贡献最大，达72.56%。

从分娩方式来看，剖宫产对出生性别比升高的贡献较大，为65.80%；从父母户籍状况看，出生性别比的升高是由外省市户籍人口造成的；从学历来看，大学以下学历的母亲或父亲对出生性别比升高的贡献占90%以上。

表 1 2004~2013年上海市出生人口性别比情况

		男婴 (千人)	女婴 (千人)	性别比	贡献率 (%)
母亲年龄 (岁)	<20	27.69	25.24	109.67	1.32
	20-	214.44	191.31	112.09	19.04
	25-	316.74	277.92	113.97	37.87
	30-	169.44	144.65	117.14	28.67
	35-	50.43	41.96	120.21	10.84
	≥40	7.91	6.30	125.56	2.29
父亲年龄 (岁)	<20	11.71	10.59	110.54	0.73
	20-	139.56	124.94	111.71	11.50
	25-	285.91	251.68	113.60	32.47
	30-	222.21	190.89	116.41	35.12
	35-	91.99	78.15	117.71	16.36
	≥40	35.27	31.13	113.33	3.85
胎次	1	353.01	329.62	107.10	0.64
	2	225.99	194.33	116.29	35.29
	3	127.15	101.32	125.50	36.64
	4	54.80	42.38	129.29	18.47
	5	18.08	13.76	131.40	6.56
	≥6	7.63	5.98	127.61	2.41
产次	1	531.67	494.99	107.41	3.97
	2	224.43	175.07	128.20	72.56
	3	27.72	15.63	177.37	21.50
	≥4	2.84	1.70	166.98	1.99
分娩方式	阴道产	388.45	346.68	112.05	34.23
	剖宫产	398.21	340.70	116.88	65.80
母亲户籍	沪籍	253.63	237.74	106.68	0.00
	非沪籍	533.03	449.65	118.54	100.00
父亲户籍	沪籍	317.09	296.84	106.82	0.00
	非沪籍	469.56	390.54	120.24	100.00
母亲学历	大学及以上	289.77	268.93	107.75	3.94
	大学以下	496.88	418.45	118.75	96.12
父亲学历	大学及以上	299.87	277.53	108.05	5.70
	大学以下	486.78	409.85	118.77	94.30

三、讨论

我国自20世纪80年代中期以后,出生性别比有升高态势³。早期性别比研究,很多学者认为我国出生婴儿性别比持续升高的原因是漏报、瞒报、溺死女婴⁷。本研究分析数据来源于医院的出生监测数据,不存在上述影响因素,且上海市住院分娩率高于99%,因此该出生监测数据的性别比能够代表总体水平。

1、外来人口生育性别倾向大

分因素出生性别比及其贡献率分析显示,上海市出生性别比的偏高主要由外来人口出生性别比过高所致。外来人口的综合治理一直是人口计划生育工作的重点、难点,流动人口的数量在逐年攀升,流动人口违法生育占总违法生育的比例逐年上升,2012年人口统计资料和人口计生委数据显示,流动人口违法生育占总违法生育的60%,这给国家计划生育工作带来了极大的挑战^{8,9}。

2004—2013年上海市外来人口出生性别比(117~125)远远超出正常范围。虽然近年来,外来人口的出生性别比呈现下降趋势,但若依此变化趋势,直到2025年,其出生性别比才能达到107的正常水平。出生性别比的长期失衡必然造成总人口性别比的失衡,若这一趋势不能及时得到遏制,“富余”男性造成的婚姻挤压将越来越严重¹⁰,这将会带来单身未婚者的生理和心理健康问题,婚姻、家庭和社会的稳定性问题,并且增加社会的养老负担¹¹。

外来人口多为进城务工人员,他们“重男轻女”的思想根深蒂固,加上户籍不在当地,流动性强,管理较难,导致出生性别比偏高。因此,加强外来人口的管理,建立健全社会保障机制,改变传统生育偏好,对治理出生性别比失衡具有重要意义¹²。

2、高产次孕妇是控制出生性别比的重点人群

本文分析结果显示,初产妇出生人口性别比为107.41,接近正常范围,远低于高产次孕妇的出生人口性别比,而多因素分析也显示,产次是影响出

生性别比的重要因素,这与国内的多数研究结果一致^{6, 11, 12, 13}。这可能与传统的性别偏好思想,B超和染色体技术用于产前性别鉴定和选择性流产有关^{14, 15, 16}。

父母年龄与出生性别比的关系与国内一些研究结果相悖^{12, 13, 17},但是与英国¹⁸、美国¹⁹、意大利²⁰等国家的研究结果类似,出生性别比随着父母年龄的增加而降低。这或与本研究多因素分析,调整产次的混杂效应有关。而胎次与出生性别比无关,这可能与胎次既与父母年龄相关,又与人为性别选择相关,因此胎次和出生性别比的关系有待更完善的出生人口监测资料进一步证实。研究结果还显示剖宫产的分娩方式与出生性别比的升高相关,这可能与男婴出生体重偏重,剖宫产比例较高有关。

3、控制出生性别比的主要措施

在我国,出生性别比失衡不是暂时的现象,控制出生性别比须予以长期有效的综合治理。首先要强化宣传教育,大力倡导“男女平等”的思想,加快建立社会主义新型人口文化和生育文化。而物质资料的生产直接影响和决定人口生产,只有加强发展经济、消除贫困,强化社会保障,解决养老问题,在客观上让人们老有所养、老有所乐,解决后顾之忧,在主观上弱化对子女的依赖意识,淡化性别偏好。其次在社会地位上,强化男女平等,加强利益导向,从经济、政治及社会利益方面,提高女性地位,让生女孩的家庭感觉到和生男孩没有什么区别,改变人们的生育观念,使大家都能遵从自然的生育规律,不人为地干扰生育规律。最后,强化计生管理,加强育龄妇女生育管理,进行避孕节育知识的普及,提高避孕药具的可及性和获得性。同时,积极应用法律手段,严惩非法鉴定。从制度入手,制定严格性别鉴定手段的规章,并运用法律手段,对胎儿进行性别鉴定,进而对人工终止妊娠的行为进行严厉打击,严格制裁。

参考文献

- 1 阿瑟·哈波特,托马斯·凯恩.人口手册[M]. 汤梦君,于学军,译.美国人口咨询局,1998:7-14.
- 2 刘铮,邬沧萍,李宗正.人口学词典[M].人民出版社,北京,1986.
- 3 李伯华,段纪宪.对中国出生婴儿性别比的估计[J].人口与经济,1986,4:19-23.
- 4 马瀛通,冯立天,陈友华,冷眸.再论出生性别比若干问题[J].人口与经济,1998,5:10-17.
- 5 张爱莲,刘桂芬.出生性别比偏高问题的思考及应对措施[J].预防医学情报杂志,2004,20(3):288-289.
- 6 蔡菲.出生性别比升高的分因素贡献率[J].人口研究,2007,31(4):9-19.
- 7 翟振武,杨凡.夸大还是低估—基于不同来源数据的出生性别比水平分析.福建江夏学院学报,2011,1(1):4-10.
- 8 岳奎祥.强化城市计生管理,促进和谐计生建设[J].求实,2012,(1):186-187.
- 9 http://www.china.com.cn/news/2008-10/23/content_16655354.htm (2014-08-04).
- 10 邹艳辉,黄匡时.中国婚姻挤压的过去、现在和未来—基于普查数据的分析和富余男婴的队列分析[J].福建行政学院学报,2013,2:57-65.
- 11 焦亚波.外来人口对上海市人口出生性别比的影响[J].南京人口管理干部学院学报,2005,21(4):15-17.
- 12 陈雅芬,于亮,睦茜,蔡静芬.无锡市2003—2009年出生性别比及其影响因素分析[J].中国计划生育学杂志,2010,8:473-475.
- 13 韦玮,睦茜,蔡静芬,顾宇静.无锡市2008—2012年出生人口性别比特征分析[J].中国儿童保健杂志,2014,22(1):56-58.
- 14 黄润龙,刘敏.影响出生性别比的多因素解析[J].南京人口管理干部学院学报,2009,25(4):16-20.
- 15 韩胜昔,叶露.我国出生性别比升高的原因与对策[J].社区医学杂志,2013,11(1):18-20.
- 16 王鹏,赛明明.中国出生性别比偏高问题的文献综述[J].福建江夏学院学报,2013,3(5):50-59.
- 17 严韶,蔡梅,罗小容,张玲华,胡序怀,修素元,李铁菊.深圳市布吉镇1985—2004年住院分娩婴儿出生性别比分析.中国性科学,2008,17(3):41-44.
- 18 Shaw C.The sex ratio at birth in England and Wales[J].Population Trends 57,1989 Autumn, 26-29.
- 19 Ruder A.Paternal—age and Birth—order effect on the Human Secondary Sex Ratio.American Journal of Human Genetics, 1985,37:362-372.
- 20 De Bartolo G.The Sex Ratio at Birth:the Italian Case.Contribution of Italian Scholars to the IUSSP Conference, 1985,Rome,Italy.

(作者单位:上海市疾病预防控制中心)

2014年末中国大陆总人口约13.7亿 男性比女性约多3000万

据国家统计局2015年1月20日公布的数据显示,2014年末,中国大陆总人口约13.7亿人,比上年末增加710万人。

2014年出生人口1687万人,人口出生率为12.37‰,死亡人口977万人,人口死亡率为7.16‰,人口自然增长率为5.21‰,比上年提高0.29个百分点。

从性别结构看,男性人口70079万人,女性人口66703万人,总人口性别比为105.06(以女性为100),出生人口性别比为115.88。

从年龄构成看,16周岁以上至60周岁以下(不含60周岁)的劳动年龄人口91583万人,比上年末减少371万人,占总人口的比重为67.0%;60周岁

及以上人口21242万人,占总人口的15.5%,65周岁及以上人口13755万人,占总人口的10.1%。

从城乡结构看,城镇常住人口74916万人,比上年末增加1805万人,乡村常住人口61866万人,减少1095万人,城镇人口占总人口比重为54.77%。

全国居住地和户口登记地不在同一个乡镇街道且离开户口登记地半年以上的人口(即人户分离人口)2.98亿人,比上年末增加944万人,其中流动人口为2.53亿人,比上年末增加800万人。年末全国就业人员77253万人,比上年末增加276万人,其中城镇就业人员39310万人,比上年末增加1070万人。(摘编自《国家统计局网站》)

· 优生与早教 ·

胎动是胎儿健康的晴雨表

刘荣付

胎动是胎儿在母亲腹中发出的信息,它既是胎儿对母亲的问候,又能向准妈妈报告自己安全与否。胎儿能正常地在子宫内活动,毫无疑问,是胎儿情况良好的表现。

一、感受胎动

“生命在于运动”,即使胎儿在子宫内,也遵循着这一自然法则。胎儿幼小的四肢和躯体,在宫腔内也在不断有序地活动着。宫腔内的空间十分有限,无论是胎儿的躯体还是肢体,活动时必然会碰撞子宫壁。准妈妈可以通过子宫的反应而感知胎儿的活动,就称为胎动。

孕5月以后,胎儿活动时的冲击力明显增强,此时子宫壁对胎动撞击的反应也明显增强。孕妇能够感觉到胎动,并愈来愈强烈。腹壁较薄、较松弛的孕妇,甚至可以在胎动时看到受撞击部位的腹壁隆了起来,胎动结束后,腹壁又恢复原先状况。如果用手掌置于孕妇腹壁上,有时能感到手掌下的腹壁被顶了起来。

准妈妈们,千万不要小看这来自子宫内胎儿发出的信息,认真感知胎动带来的信息,是对未来宝宝的爱和关切。

二、学会数胎动

据专家研究发现,在一天之中,胎动通常早上较少,以后逐渐增多,晚上最多,午夜后又逐渐减少。不同的孕周,胎动的次数是有所差异的。怀孕5月时,每12小时平均的胎动次数约为200次,到7~8个月时,胎动比较频繁,增加到570次左右,到9个月后胎动稍有减少,约280次。但对于准妈妈来说,她们并不会感觉到那么多次数数的胎动,通常只

能感觉到宝宝较大运动量的胎动,同时,感觉胎动也取决于妈妈的注意力是否集中。

什么样的胎动反映胎儿情况良好?什么样的胎动又是反映胎儿在宫内出现了险情?目前,产科临床常用的胎动计数方法(简称数胎动),就是准妈妈们接收胎儿发出各种信息的最简便有效的方法。

胎动计数的操作方法并不复杂,每位准妈妈都可以学会和掌握的。只要按要求认真进行胎动计数,就能掌握宝宝在自己腹中是否情况良好。具体的操作为每天早、中、晚各计数1次,1天共3次,每次计数1小时中的胎动次数,并随即记录在胎动计数表上。

胎动计数要求时间准确,正好1小时,时间超过或不足都会影响计数的准确性。计数前不宜做较重的体力活动,最好休息20~30分钟后再测胎动次数,否则体力活动引起的孕妇心率增加,会影响到胎动。

胎动计数时,孕妇应心情恬静,情绪放松。计数时不宜采取仰卧位,应取左侧卧位或坐位。在计数的1小时内应思想集中,排除干扰,专心体会每次胎动,并认真记录下来。

对胎动计数只有一个要求:准。这里还须说明,有时胎儿的手、足、躯体等在同一时间内相继活动,孕妇可能感到有多次胎动,对于这种连续不间断的胎动,只作1次胎动计数。正确的记数方法应该是胎动1次,在纸上划一条杠,满1小时后再统计次数,并填写于胎动计数表内,只有这样认真地计数,才真正有监测胎儿安危的作用。准妈妈们,为了腹中的宝宝,请认真计数胎动。

三、如何辨别胎动异常

胎动有3种类型：怀孕6个月开始剧烈地踢脚或冲撞；产前3个月左右缓慢的蠕动或扭动；另一种是猛烈的痉挛式的胎动。据说，在娘肚子里乱踢乱闹的孩子，出生后准是个“小淘气”，胎动强的孩子出生后6个月动作发育也快。胎儿受到某种刺激，也会出现胎动。此外，胎动可受许多因素的影响，如妊娠月份、羊水多少、孕妇的喜怒哀乐等情绪变化，以及用药等都有密切的关系。

胎动次数的多少、快慢、强弱等常表示着胎儿的安危。胎动计数后，应认真分析，以判断胎儿在腹中的情况是否正常，有无险情，并据此做出相应处置。正常情况下，每小时感觉到的胎动为3~5次。或将每天3次胎动计数之和乘以4，作为12小时的胎动数总和。正常情况下，12小时的胎动数总和应为30~40次。

倘若每小时胎动计数在3~5次，或12小时计数总和在30~40次之间，提示胎盘功能良好，输送给胎儿的氧气充足，胎儿在子宫内发育健全，小生命在子宫内愉快地生存着。

倘若胎动计数每小时少于3次，或12小时的胎动总和少于20次，这就是胎儿向准妈妈发出的求救信号“SOS”。提示胎儿在子宫内发生了缺氧等异常情况，小生命可能受到严重威胁，随时都会发生胎儿在子宫内死亡的可能。有人把这种现象称为“胎儿危险先兆”，孕妇决不能掉以轻心。一旦出现胎动减少，应立即赶赴医院急诊，做B超、胎儿心电监护等检查，进一步确定胎儿是否真有宫内缺氧等险

情，并采取治疗措施。

当然，胎动还只是一种主观感觉，还可以受到孕妇对胎动的敏感度、羊水量的多少、腹壁的厚度、服用镇静剂或硫酸镁等药物的影响。故在判断胎动信息时，应冷静分析。

四、胎动异常，冷静分析

胎儿出现宫内缺氧是一个渐进的过程。胎儿发生早期宫内缺氧时，胎儿的心脏仍具有较好的代偿功能，可以继续有规律地跳动，因此，此时听胎心仍可能是正常的，但已经可能出现胎动减少了。如果，这一阶段得到及时、正确的医治，胎儿缺氧状况得到纠正，险情也就随之解除，胎动又恢复正常。倘若，这一阶段的胎动改变，因未采取胎动计数而未能被发现，没能得到及时、有效的治疗，使胎儿缺氧状态持续存在或进一步加重，此时不仅胎动进一步减少，甚至会出现胎动消失，胎心也会发生改变；若仍未能得到合理、有效的治疗，进而出现胎心停止跳动，导致胎儿死亡。所以，胎儿发生宫内缺氧时，胎动减少常常先于胎心改变，胎动减少是胎儿宫内缺氧最早的危险信号。

发现胎动减少后，不必惊慌失措。因为，从胎动消失至胎儿死亡，这一过程一般需12小时到2天左右的时间，而多数在24小时左右，大约还有10小时可供抢救。所以，发现胎动改变后，只要能抓紧时间赶赴医院急诊，胎儿仍有较大的存活可能。延误就医，丧失宝贵的抢救时间，将会给胎儿的预后带来严重的不良后果。



(上接第48页)

专家认为，生育政策进行进一步调整是必然的，如果未来一到两年内，生育率还没有明显提升，全面放开二孩应该提上议事日程，与计划生育有关的政策也应该进行系统调整。

而且在人口政策的调整中，先出台“单独二孩”政策可以理解作为一种试探，是为了防止爆发生育高峰，如今生育高峰并没有到来，那就应该进行下一步的调整，即全面放开二孩。(木子采编整理)

孕期对孩子伤害最大的八件事

汪轶生

许多夫妻不能生孩子并不是先天不孕不育造成的影响,相反,她们只是在怀孕的过程中没能注意生活细节,从而导致孩子流产或者早产等,其实有经验的孕妈妈都知道,怀孕的过程才是最关键的,你的一言一行都关系着腹中胎儿的健康,那为了生出健康的宝宝,孕妈妈们一定要努力做好以下8件小事。

1、祛斑护肤品——易使胎儿出生后患多动症、智力低下、贫血

有些孕妈咪在怀孕中期,面颊上长出妊娠斑。这对于十分注重自我形象的现代孕妈咪,是难以接受的事情,于是使用祛斑护肤品。然而,往往效果较好的祛斑护肤品含铅量越高,而孕母体内铅含量增高会对胎儿造成诸多不良影响,易使胎儿出生后患多动症、智力低下、贫血等。

小贴士:暂时放弃祛斑护肤品,外出多加脸部遮护,如戴遮阳帽、打遮阳伞。

2、上网时间过长——影响胎儿的健康发育会增大流产几率

现代人已经十分习惯于网上生活,每天不上就好像缺点什么。虽然母亲关于电脑辐射并没显示会增加胎儿畸形率,但长时间坐在电脑前容易造成精神紧张和身体疲劳,同样影响胎儿的健康发育,增大流产几率。

小贴士:建议每次上网时间最多不超过半小时。

3、怀孕中晚期开车——增大流产或早产的可能性并易发生交通事故

现代的孕妈咪开车的几率正在增大,而对于怀孕中晚期的孕妈咪来说,由于身体变得不那么灵活,

开车时不容易保持正确操作,这样比较危险。如果遇到紧急情况急刹车,容易使下腹受到刺激,增大流产或早产的可能性。另外,孕妈咪的神经反应相对变低,一旦碰到特殊情况,由于反应相对较慢,容易发生交通事故。

小贴士:建议有条件的孕妈咪,可以让丈夫接送一下或乘坐出租车。

4、怀孕早期用手机——产生的电离辐射可能损害正在发育中的胚胎

现代人的生活中离不开手机,而怀孕最初3个月正是胚胎分化和各个组织器官形成的时期。如果整天手机不离手地通话,产生的电离辐射可能损害正在发育中的胚胎。

小贴士:建议怀孕早期尽量少使用手机。

5、用香味太浓的香水——刺激孕妈咪而引起皮肤瘙痒、头晕、咳嗽等不适

香水也是现代时尚女性生活中少不了的物品,而如果香水的气味过于浓烈,容易刺激孕妈咪引起皮肤瘙痒等过敏反应,还会引起头晕、咳嗽甚至头痛等不适。有资料说,过于浓烈的香水使胎儿出生后易患腹泻和耳部感染。

小贴士:可以选择正规品牌的孕妇专用香水。

6、戴隐形眼镜

如今很多现代女性都选择了戴隐形眼镜,而怀孕早期由于内分泌发生改变,再戴隐形眼镜容易加重角膜缺氧,而且怀孕后孕妈咪的泪液分泌量减少,戴隐形眼镜不适感会比孕前增大,如出现异物感、干涩等不适。

小贴士:在怀孕期间最好戴框架眼镜。

7、穿着压迫肚子的紧身衣装——既加重身体

疲劳还会影响胎儿发育

现代孕妈咪很在意自我形象，当腹部隆起时常会穿着一些压迫肚子的紧身衣装。但这样的衣服既容易加重身体疲劳，还会影响腹中的胎儿发育。

小贴士：建议上班族孕妈咪选择符合职业身份、又不妨碍工作、还很方便舒适的职业孕妇装。

8、在外就餐不注意合理摄取营养——影响胎儿

生长并使自己不留神地胖起来

在外就餐不方便像家里那样，饭菜营养比较均衡，往往主食和蛋白质吃得较多，蔬菜摄取不足。这样，不仅容易造成营养素摄取不均衡，影响胎儿的生长发育，而且一不留神就会使你胖起来。

小贴士：建议选择配菜种类较多的套餐，如一份套餐里米饭、鱼、肉、蔬菜都有，并同类食物有好几种。

（上接第44页）

鼓励医师到基层多点执业，抓好医师注册管理改革试点，促进优质医疗资源平稳有序流动。积极推进医养结合。推进大型医用设备管理创新和国产医疗设备发展应用。

9、新增财政向基层倾斜

继续提高基本公共卫生服务经费财政补贴标准，新增部分继续向基层卫生服务和村医倾斜。启动“3+2”助理全科医生培训。落实新增5万名住院医师培训任务，研究建立专科医师规范化培训制度。启动“3+2”助理全科医生培训。全科医生特岗计划

试点扩大到19个省的680个县。推动护理、公卫、精神和药学等急需紧缺人才培养，鼓励有条件的院校恢复本科儿科学专业招生。

10、加快人口健康信息化建设

加快全员人口信息库、居民电子健康档案和电子病历数据库建设，推动系统互联互通。开展信息惠民工程，积极推进居民健康卡示范工程和远程医疗系统建设。促进数据整合和信息共享，稳步推进健康医疗大数据应用。（本刊摘编）

· 全球视野 ·

美国专家：中国正临近人口大灾难

美国《国际利益》杂志网站刊登美国传统基金会亚洲研究中心助理研究员奥莉薇娅·恩诺士(Olivia Enos)的分析文章表示,随着中国人口的快速老龄化,中国早些时候推出的“单独两孩”政策虽然能在一定程度上对劳动人口有所补充,但效果有限,为了人民的福祉及经济健康发展,中国是时候对其人口政策进行反思及大调整了。文章编译如下:

中国正不断丧失其最大的经济资产:人口

经济学家尼古拉斯·埃伯施塔特(Nicholas Eberstadt)认为,哪怕北京在当前已废除计划生育政策,中国的经济增长仍会在本世纪20年代开始下降,因为中国下一代的劳动人口数量实在过小。

根据预计,中国自1979年实施计划生育政策之后少生了约4亿人口。该政策不仅打破了正常的人口结构,还由于受到重男轻女思想的影响,造成更严重的性别比例失衡。

经济学家估计,中国老龄人口将在2020年前增加60%,而劳动人口则将减少35%。这样前所未有的的人口结构转变给中国及中国经济的健康发展带来了严峻的挑战。研究结果预测,计划生育政策最直接的后果是让中国GDP预计增长速度从2013年的7.2%下降为2020年的6.1%左右。

GDP预计增长速度取决于三大因素:劳动力,资本及全要素生产率。计划生育政策直接影响了其中的两大因素,由于劳动力供给不足,劳动人口与老龄人口的比例便会失衡。而随着人口老龄化加重,劳动力无法得到有效补给,全要素生产率便随之下降。

在这样的节点上,即使中国政府废除计划生育政策,中国经济仍将不可避免地出现波动。为什

么?因为即将在本世纪二三十年进入劳动力大军的人口已经出生了,他们的人口数量既定,不可能再有增加。

虽然中国已经放松了计划生育政策(允许夫妻双方一方为独生子女的,可生育第二个孩子,之前政策规定必须夫妻双方均为独生子女),研究称,该政策预计会增加100万个新生儿,但对于中国每年1600万新生儿的数量来说实在太少。

不断下降的出生率困扰着很多国家,包括韩国与日本。中国的每个妇女平均生育1.55个子女,韩日两国甚至比这个水平还低。

然而与其他出生率低的国家不同,中国无法仅仅依靠移民来填补人口空缺(美国则是依靠移民来弥补本国的低出生率)。中国在移民等方面的相关政策让经济问题的解决方案分外困难。

计划生育政策引发了很多意想不到的后果,包括劳力缺失、女性人数减少、老年人口缺乏年轻人照料等问题。此外,由于女性减少,该政策间接加重了人口买卖等犯罪行为。

若无法正确认识到人力资本的好处——每一位个体能带来的价值——或将导致中国经济陷入停滞状态,甚至衰退。

中国的计划生育政策已经实施了35年,北京需要重新思考政府主导的人口政策。早些时候推出的独生子女政策虽有放松,但依旧不足以解决问题。

为了民众的福祉,也为了更好的经济前景,中国必须调整人口政策。(任欣辑)

医生在英国医疗保障制度体系建立中的影响

丁建定

医生对英国医疗救助制度出现的影响

英国的医疗救济制度起源于济贫法制度所提供的医疗救济,而在济贫院所提供的医疗救济中,医生发挥了重要影响,他们对健康状况所进行的调查,引起英国社会和济贫法管理当局的关注和重视,促使济贫院中开始提供医疗救济,从而在英国开始出现医疗救济制度。

19世纪30年初,利兹、格拉斯哥和曼彻斯特等地的医生所进行的关于疾病的调查,使得济贫法当局开始关注贫民的健康与医疗问题。1838年,伦敦的济贫法管理当局下令对该城进行一项调查,该调查由詹姆斯·凯、詹姆斯·阿诺特和索斯伍德·史密斯三位医生负责,其最终报告被纳入到1838年英国济贫法委员会的年度报告之中。到19世纪30年代末,英国济贫法委员会已经逐渐认识到疾病对济贫法制度的影响。查德威克在1838年就写道:“总体上来讲,所有的流行病和传染病都会对济贫税产生直接而又根本性的影响。劳动者会由于突然患上传染病而被抛入贫困者之中,救济就需马上提供。在患病劳动者死亡时,寡妇及孩子就会成为贫民而被抛向教区,因此而新增的济贫负担如此巨大以致济贫法官员不得不放弃节俭的做法,从而增加一部分费用以防止那些被描述为由于健康原因而导致的灾难。”^①查德威克甚至认为,城市中的疾病正在逐渐加重济贫法管理当局的成本,这表现在对病人的医疗与对寡妇孤儿的照顾方面。^②19世纪40年代初,查德威克还对劳动者的健康状况进行了调查,并提出了《不列颠劳动人口健康状况报告》,根据报告,1838年,英格兰和威尔士死于流行病、地方病和传染病,呼吸器官疾病,大脑、神经和精神性疾病以及消化器官疾病等四种类型疾病的人数为216299人,占全体人口的14%,1839年,上述两类数字分

别为214771人和14%,与此同时,英格兰和威尔士由于致命性疾病死亡的人口占总人口的比例为21—22%。^③

据此,19世纪中期,英国济贫法当局开始采取措施,建立贫民的医疗救济制度。1842年的法令开始指定精神病患者委员,对各郡已经建立的精神病院进行调查。到1844年,英格兰和威尔士已经指派了2800名医疗官员,^④其职责是处理由济贫官员所提出的患病贫民,济贫监督官向济贫官员提供按病人计算或者按年计算的报酬,一些济贫监督官也采用向地方诊所付费的办法来利用这些诊所向贫民提供医疗救济,医疗官员还常被指派关照济贫院中的贫民,但是,这些医疗官员如果提供分娩服务则需另外付费。

1852年,英国济贫法局指出,当家庭主要成员依然处于受雇状态且尚未沦于贫困的情况下,向其所提供的医疗救济是合法的。1862年的精神病法授权各地的精神病监督员可以将精神病患者从济贫院转到精神病院。19世纪中期,迫于不断增加的济贫院内外医疗救济支出的压力,许多联合济贫教区开始将济贫院内外的医疗救济分开实施,并分别指派医疗救济官员,负责院外医疗救济者称为街区医疗救济官,负责济贫院内医疗救济者称为济贫院医务官。从19世纪50年代开始,许多联合济贫教区开始建立公共医院,这些医院逐渐用于一般民众而非仅提供贫民医疗救济。从1860年起,“国立医院”一词开始广泛用于指称济贫院医院,并很快发展起来。1861年,英格兰和威尔士共有6.5万张医院病床,其中的80%约5万张是由济贫院所提供的,其余则为慈善医院所提供。^⑤

19世纪60年代,一系列关于英国济贫院内患病贫民的调查进一步唤起了英国社会对此类人群的

关注,尤其是英国著名社会活动家沙夫兹·伯利勋爵、查尔斯·狄更斯、沃特·贝格浩特、托马斯·哈吉斯所组成的济贫院内病人状况改进会给济贫法当局以极大的推动,促使其对济贫院内患病贫民的状况进行深入调查,济贫法局敦促各地济贫法监督局采取措施改善济贫医院的条件。1866年的《时代》杂志指出:“疾病与贫困是不同的情况,将其混淆并采用同样的办法加以处理是一种错误的制度、错误的管理,也是一种错误的思想观念。”^⑥

1867年,英国议会颁布首都济贫法,该法把伦敦的各联合济贫教区合并为一个“救济区”,并成立一个首都救济局,该局在整个首都救济区建立起专科医院、综合医院、热病医院以及隔离医院,并建立起首都急救服务系统,英国济贫法局主席哈迪在介绍该法时指出:“我们必须始终坚持的是济贫院中的医疗必须采用一种全然不同的制度,因为人们所抱怨的灾难主要是由于济贫院的管理所造成的。”其继任者高斯钦甚至提出了“向所有贫民阶级提供免费医药”的建议,^⑦不过,该建议引发了许多地方的济贫法监督局的强烈反对。1868年,英国济贫法局开始为济贫医院添置设备,并开始聘用经过训练的护士。

19世纪中期英国医疗救济制度产生了一定的效果,到1870年,英格兰和威尔士800万英镑济贫支出中的30万英镑是用于提供医疗救济的支出。^⑧济贫法局的一位医疗检察官在对伦敦地区的医院进行调查后指出:“所有调查过这些重要的医疗机构者无不看到,这些医疗机构中的病人较之以前被提供了较好的膳食、衣服、住所以及照顾,济贫法医疗机构中的这些病人较之大量的只能依靠自己的收入为生者的状况要好得多。”也有调查者指出:“济贫税是劳动者生活和健康的保障,它帮助贫民养老和治病,当贫民遭受精神疾病时,济贫税给他以保护,并由有专业技术的人员为其提供医疗服务,在现行农业工资标准下,一个农场劳动者甚至在某种程度上享有那些手工业者都不能为自己提供的医疗服务。”^⑨

医生对英国现代健康保障制度建立的影响

英国现代健康保障制度出现于19世纪末20世纪初,其标志是国民健康保险制度的建立,济贫法制度下所提供的医疗救济制度则是其补充。医生则在上述两个方面都产生了显著影响。

首先,医生对英国健康保险制度的出现产生直接影响。1909年,英国政府提出健康保险制度法案,实行强制缴费型健康保险制度,这一法案立即在英国社会引起强烈反应。工会坚决反对缴费型健康保险制度,更反对从工人工资中直接扣除保险费的主张,基尔·哈定批评健康保险计划没有拔掉贫困的根源即资本主义制度,他认为,计划本身好像是自由党在宣布:“我们不会拔掉贫困的老根,但将给你们一张透气的塑料布罩着由于贫困而导致的疾病”。^⑩麦克唐纳也指出,“我认为这种缴费型规定是不公平的,国家承担九分之二,雇主及雇工承担九分之七是一种非常不公平的分配,这样的分配并不已经意味着国家正履行自己的职责。”“把一项健康保险制度的费用强加于个人的收入是全然错误的,任何一种在一定范围内将要实施的健康保险制度必须是一种国家的制度。……健康保险制度必须由国家组织,必须由国家配备职员,必须由国家保证其正常运行。把这项制度开支方面的每一个铜板强加于个人身上都是十分错误和不公平的。”⁽¹¹⁾

友谊会与工业保险公司反对任何可能对其形成竞争的强制性交费健康保险制度,这些团体及组织的反对是如此具有影响以致劳合·乔治首相在1910年发出这样的抱怨,社会保险在德国很容易推行,而在英国却不得不面对各种强有力的社会组织和团体的抵制,任何一届政府如果没有首先取得其它政党的合作,就试图取代这些团体的工作,最终必然走向失败。为了争得友谊会和工业保险公司的支持,他被迫做出让步,把友谊会、工会等组织作为“被批准的团体”,将健康保险法下原属于这些团体的成员的保险津贴发放权交给它们,同时,取消原计划中对寡妇及孤儿的保险津贴,以免与友谊会所实施

的同类保险产生冲突。

一些工业部门的雇主缴费型的健康保险计划提出反对。兰克夏棉纺织业主联合组成“雇主义会联盟”，认为实行健康保险是对资源的一种纯粹浪费，也将是落在工业身上的又一重税，而且还将在工业部门中带来不平等。该联盟发言人查理斯·麦卡拉说：“我主要关心的是我自己的棉纺织业，在这一行业中，我所看到的是雇主们受到了不公平的待遇。”棉纺织业中雇佣的工人远远超过其它工业部门，棉纺织业中工资占成本的50%，这种工资比例在与那些雇佣工人较少，工资占成本比例较低的工业部门的竞争中显然是十分不利的。⁽¹²⁾

健康保险计划涉及到的另一个利益集团是医生。他们既对受雇于友谊会一类的团体感到不满，因为这些团体经常给他们较低的工资，同时又对健康保险计划感到担心，担心由国家控制的健康保险计划会剥夺他们的自由行医权及病人的自由择医权，所以，他们对发给工资的医疗服务这种观点十分反对。劳合·乔治在与医生协会协商后做出妥协，在新的健康保险法中，医疗服务由一个新的机构——保险委员会来组织，该委员会保持一定程度的独立性，病人可以选择自己的医生，参加这一保险计划的医生所提供的医疗服务是免费的，但这仅限于一些普通的医疗服务，不包括特殊医疗服务。⁽¹³⁾显然，劳合·乔治的妥协使得健康保险法案得到了医生的接受，从而为健康保险制度的建立排除了关键性障碍之一，而该妥协本身也使得英国国民健康保险制度的管理体制、医疗服务项目范围等发生显著变化。

其次，济贫院中医生和护士人数的增加，使得济贫院中的医疗救济状况明显改善，医疗救济制度的改变使其成为新型的健康保险制度的补充得以存在并继续发挥作用。19世纪末20世纪初，随着各种单独的济贫机构的建立及相关服务的引入济贫院，济贫院中的工作人员的构成开始发生变化，专门负责看管女性贫民的管理人员、专门负责医疗卫生的工作人员、各种护士等的数量明显增加，相比之下，

济贫院中牧师人数在19世纪末20世纪初增长明显，到20世纪20年代明显下降，与此同时，济贫院中的学校教师的数量在19世纪末增长明显，但到20世纪初已显著下降。

一些教区的济贫院工作人员的类型变化更加明显，例如，在布里奇的肯提什联合济贫教区济贫院，19世纪40年代仅有6名工作人员，1876年以前，该济贫院从未聘请护士，到1880年，该济贫院已经聘用1名征税员，1886年，已经聘用2名学校教师，1896年，聘用了2名职员。在兰克郡的伯恩雷联合济贫教区济贫院，1876年以前，该济贫院没有聘用牧师，并在当年聘用1名护士，1896年，开始聘用1名牙医定期来济贫院检查牙病，1899年，聘用1名住济贫院的药剂师，1901年，已经聘用4名有职业资格的护士和2名实习生，1902年，开始聘用住济贫院的医疗人员，到1916年，该济贫院已经聘用6名有职业资格的护士和32名实习生，1919年，另有1名外科医生定期来济贫院提供医疗服务，由于该济贫院中的儿童已经全部入学，该济贫院中的学校教师人数增加不多。⁽¹⁵⁾济贫院管理人员构成的变化实质上反映济贫院救济功能的变化，医生和护士人数的显著增加表明医疗救济在济贫法制度中的地位及其功能的提升。

医生对英国国民保健制度建立的影响

国民保健制度是英国健康保障制度体系的重要内容，医生提出的国民保健服务计划等，促使英国国民保健制度的出现。第二次世界大战一爆发，为了有效地实施战时救护和医疗保健，英国政府就成立一个“紧急医疗服务组织”，该组织不仅将当时英国各种医院接管起来，而且直接建立一些新的医疗组织。更重要的是，该组织的建立及其工作使得英国社会认识到，加强对各种医疗机构的统一管理有助于提高英国现有医疗机构的实际效果。“紧急医疗服务组织”的建立，为英国战后医疗机构管理体制的改革提供了可资借鉴的先例。1940年8月，英国各种医疗团体联合建立一个委员会，为战后英国健

康服务改革提出计划。1940—1941年间,有关国民保健制度改革的讨论连篇发表于当时著名的《柳叶刀》、《英国医学杂志》上。与此同时,志愿医院与公共医院之间的自愿性地区协作已经开始。

1941年,英国有关部门已经对国民保健制度取得了基本的共识。2月份,健康部的官员已经认为,必须为整个社会建立起一种综合性国民保健制度;10月份,健康部大臣欧内斯特·布朗宣布,现在对各种医院实施重组还不可能,为全体民众建立一种综合医疗服务体系必将在战后实施,病人将或者通过缴费或者通过其他途径为健康支付合理的费用。1942年5月,医生委员会提出一项国民保健服务计划,其中包括没有最高收入界限、建立健康服务中心以及在地区管理的基础上合并医院等重要主张。与此同时,“社会主义者医疗协会”以及纳菲尔德基金会“重建联合会”等不仅主张在战后建立综合性健康服务,而且主张实施免费的国民保健服务。同年12月,贝弗利奇报告发表,大大推动英国政府在国民保健制度改革方面的进程。

1943年,英国信息部的调查表明,公众对建立国民保健服务的基本原则普遍支持,但他们也担心建立在健康中心基础上的支付工资的保健服务,将导致官僚主义的加强和非人道地对待病人等不良现象的增长。1943年2月,英国政府宣布接受建立综合性国民保健制度的原则,“重建预备委员会”就此问题征询了有关大臣的意见,这些大臣对志愿医院的国有化表示不同意见,但他们认为,医生应该获得薪金,健康中心和医院应该受到区域性指导,并且认为通过收费向医生支付工资是不公平的。

1944年2月,英国政府发表了著名的《国民保健制度白皮书》,白皮书主张建立一种覆盖每一个医疗部门及其相关活动的综合性国民保健制度,健康服务实行免费原则,其费用完全由税收承担。白皮书同时对医疗服务划分的合理化、如何向全体国民提供充分的健康服务提出要求,并主张应该对疾病予以及早治疗,志愿医院应该保持其独立性,并在

其地域范围内与公共医院保持合作,为国民健康服务制度发挥一定的作用。

白皮书受到英国社会大多数人的欢迎,但却遭到“英国医生协会”中一些医生的坚决反对。1944年,英国医生协会在全体会员中进行的民意测验表明,60%的医生赞成建立一项普遍和免费的国民保健制度,68%的医生原则上赞成建立健康中心,24%的医生反对建立此种机构,62%的医生赞成实行全部或部分发给工资的健康服务制度,29%的医生反对实行发给工资的国民保健制度。⁽¹⁶⁾英国政府经过与英国医生协会的协商,到1945年7月双方基本达成共识,私人医生被允许在健康中心工作,地方政府对健康服务的管理和控制应该减少,健康服务的整体管理与控制应该掌握在由志愿医院代表和地方政府代表共同组成的地区性规划机构手中。1946年5月,国民保健法提交英国议会讨论,并很快获得通过,新的国民保健法将于1948年7月5日正式生效。

英国国民保健制度由三个部分组成。关于医院提供的健康服务。法令规定,取消英国各种医院之间的等级及类型之分,所有医院实行国有化,并直接转归健康部管理。经过健康大臣签署批准的作为“教学医院”的志愿医院的基金仍然由这些医院的理事会掌握,成立“地区医院委员会”,分别管理其所在区的医院,英格兰和威尔士划分为14个区,苏格兰划分为5个区。地区医院委员会在经过健康大臣批准后,指定管理医院日常工作的医院管理委员会,当时,共建立376个此类医院管理委员会。

关于由开业医生提供的一般医疗服务及牙科服务。法令规定,实施全民性免费医疗保健服务,每一个地方健康当局建立一个“执行委员会”,负责一般性医疗和医药服务、一般性牙科服务以及补充眼科服务。每一个执行委员会由一名经健康大臣指定的主席和24名其他成员组成,其中的四名成员由健康大臣指定,其他成员在相关利益团体中产生。开业医生可以与执行委员会签订协议,并由与之签约的执行委员会为其支付工资,开业医生被允许为病

人开具处方以及一些医疗器具。执行委员会有责任为民众提供牙科服务,与执行委员会签约的牙科医生可以提供较为广泛的医疗服务,执行委员会必须为其所在区的民众提供眼科保健服务。

关于由地方健康当局提供的健康服务。法令规定,相关的地方政府是指郡政府和市镇政府,在国民健康服务法下,这些政府机构被称为“地方健康当局”。地方健康当局的主要职责是建立“健康中心”、提供母婴关怀、接生、健康访问、家庭护理、接种牛痘以及救护运输服务。地方健康当局不能雇佣开业医生及牙医提供一般性医疗保健服务,母婴关怀包括提供产前及产后婴儿福利诊所、孕妇牙科保健及母婴护理。

1946年国民保健法颁布以后,再次遭到英国医生协会的不满,他们反对政府在新的国民保健制度中将医生变为接受政府工资的医疗服务人员。1948年2月,英国医生协会公布的数字表明,全英国45549名医生中,仅有4735名医生赞成参加国民保健服务计划。⁽¹⁷⁾面对这种压力,健康部一方面对已经颁布的法令本身做出一定的修正,以满足医生协会的要求,例如,在法令颁布不久,健康部就提出一项修正案,将由政府向医生发放工资改为医生按病人人数收取一定费用。1947年12月份,健康部又发布一份通函,取消建立健康中心的强制性要求。另一方面,加紧与英国医生协会之间的协商,并做出一定的承诺。这样,英国医生协会基本上接受国民保健法,从而保证了该法在1948年7月5日的正式实施。可见,医生对于国民保健制度的态度及其做法不仅对英国国民保健制度的内容及其管理产生直接影响,而且对其实施过程也产生积极影响。

注释:

①③⑦⑨D. Fraser, The Evolution of the British Welfare State, A History of Social Policy since the Industrial Revolution,

Macmillan, 1985, p. 62, p. 92, p. 92, p. 93.

②E. Hopkins, A Social History of the English Working Class, 1815-1945, Arnold, 1984, p. 63.

③J.H. Wiener, Great Britain, the Lion at Home, A Documentary History of Domestic Policy, 1689-1973, vol. 2 New York, 1974, p. 1749.

④D. Fraser, The Evolution of the British Welfare State, A History of Social Policy Since the Industrial Revolution, Macmillan, 1985, p. 92.

⑥M. E. Rose, The Relief of Poverty, MacMillan, 1986, p. 37.

⑧E. Royle, Modern Britain, A Social History 1750-1985, Arnold, 1988, p. 185.

⑩Erick Hopkins, A Social History of the English Working Class, 1815-1945, Arnold, 1984, p. 190.

(11)(16) Pat Thane, The Foundation of the Welfare State, Longman, 1983 p. 323, pp. 230-234.

(12) J. R. Hay, The Development of the British Welfare State, 1880-1975, Arnold, 1978. pp. 39-40.

(13) Peter A Kohler, The Evolution of the Social Insurance, 1881-1981, New York, 1982, p. 185.

(14)(15) M. A. Crowther, The Workhouse System, 1834-1929, London, 1983, p. 136, pp. 136-137.

(17) 陈晓律:《英国福利制度的由来和发展》,南京大学出版社1996年版,第184页。

(来源:社会学视野网)

(作者单位:华中科技大学社会学系)

美国公立医院和私立医院合并案例

在美国医疗系统中,以私立医疗机构为主,私立医疗机构占有所有医院总数的76%,床位总数更是占到87%。公立医院主要以退伍军人医院和联邦政府和州政府的“安全网络医院”为主。其中,“安全网络医院”的主要职责是为当地没有保险以及低保人群提供必要的医疗服务和保障。在奥巴马医改以前,“安全网络医院”财政收入主要依靠“穷人医疗补助保险”(Medicaid)以及州政府为穷人设立的“免费医疗资金”(Free care)。“安全网络医院”可能是州政府或者市政府主办的公立医院,也可能是私立医院。

在90年代初,一些政府主办的“安全网络医院”由于过度依靠政府为穷人设立的“免费医疗资金”,使得其在医疗质量,市场竞争力等方面远远落后于私立医院。而且,公立“安全网络医院”也给政府带来了相当大的财政压力,政府不仅仅需要负担穷人的医疗费用,还要负担公立“安全网络医院”的运营费用。美国许多州政府和市政府都希望通过剥离公立“安全网络医院”减轻财政压力,更激励这些医院参加市场竞争、提高医疗质量。

位于波士顿的百年老院——波士顿城市医院(Boston City Hospital)就是新英格兰地区最大的公立“安全网络医院”。波士顿城市医院的历史可以追溯到1864年,独立战争期间,是全美国第一家城市医院。当时波士顿的富人可以去麻省总医院就医,但是城市内的工薪阶级、穷人、以及早期的爱尔兰移民却没有属于自己的医院。在这种背景下,城市医院被建立起来。1914年,被誉为穷人市长的詹姆斯·克里(James Curley)为了保证波士顿的穷人能够享有与富人同等的医疗服务,大规模的重新整修城市医院,1920年到1930年之间,城市医院已经发展为拥有1,100张病床的综合性医院。当时哈佛大

学,波士顿大学,塔夫茨大学都把城市大学列为他们的教学医院。而这样历史悠久的医院然在进入20世纪90年代以后,却面临着前所未有的危机。由于建筑、设施、设备的老化,波士顿城市医院需要大量的资金用于基础设施投资,常年依靠政府的免费医疗补贴使得医务人员缺乏市场竞争意识,医疗服务质量和服务态度在波士顿地区都排名倒数,很难吸引到高报销比率的商业保险患者前来就医。这样的情况形成了恶性循环,差的服务导致高报销比率的商业保险患者不希望到城市医院就医,这使得城市医院更加依靠政府对于穷人的免费医疗补贴,由于补贴金额有限,医院更加缺乏发展的资金,无法更新设备和硬件,就越发的难以吸引高报销比率的商业保险患者。久而久之,城市医院就成了名副其实的“穷人医院”。另一方面,州政府和市政府都想把波士顿城市医院巨大的财政包袱甩掉,希望逐步减少对于城市医院每年用于医院运营的财政拨款,但政府又不想完全关掉波士顿城市医院,使穷人“无处就医”。

1993年,刚刚上任波士顿市长的米尼诺(Thomas Menino)面临着来自波士顿、乃至全美的医院合并的历史背景,例如,波士顿另一大的医疗系统合作者医疗系统(Partners)在1994年刚刚由麻省总医院和不莱根妇女医院联合成立。很多城市都利用这个契机,将自己的原来城市拥有公立医院分割出去,将公立医院私有化,以摆脱医院对于政府财政的压力。面临着大量城市剥离公共医院的大潮之中,米尼诺市长的案头已经摆满了来自邮电部门,政府宣传部门,政府媒体部门的将城市医院私有化的提议。

与波士顿城市医院比邻的波士顿大学医院建立于1864年,是波士顿大学医学院的教学医院。其与波士顿医疗中心一街之隔,是一家非营利性私营医

院。波士顿大学医院在20世纪90年代初也面临着一些挑战：第一，独立品牌的缺乏。大学医院虽然为波士顿大学医学院教学医院，但缺乏合理的市场、宣传部门，所以除了所在的南波士顿地区以外，很少有人听说过这家医院，还有很多居民误认为大学医院院区只是城市医院的一部分，所以没有把波士顿大学医院认为是独立的品牌，在病人选择就医的医院的时候没有考虑波士顿大学教学医院。第二，优势学科不明显。因为波士顿大学医院是波士顿大学医学院的教学医院，所以主要以一些重点学科的疑难杂症和大型手术为主，例如心脏外科是原波士顿大学医院传统优势科室。但是由于波士顿地区丰富的医疗资源，在麻省总医院，布莱根妇女医院等等知名医院的影响下，波士顿大学医院心脏科的优势完全被更大、更专业、实力更强的医院压制，不能完全体现。非营利性私立大学医院也希望找到方法，建立在波士顿地区的地位和影响力。1994年，有关波士顿城市医院和波士顿大学医院合并的消息和谈判就已经开始。经过两年的时间，终于在1996年7月1日，正是通过波士顿市长的批准启动2院合并计划，波士顿医疗中心也宣告正式成立。

成立后的波士顿医疗中心成为一家私立非营利性医院，仍然为波士顿大学医学院教学医院，也仍然保留着为当地穷人服务的性质，是新英格兰地区最大的私立“安全网络医院”。截止到2007年9月31日拥有582张住院病床，以及全新英格兰地区最大的创伤中心和急诊中心。2007财政年住院病人29,471人次，门诊量425,982人次，急诊126,039人次。除4,479名管理人员及后勤人员、1,589名护士以外，波士顿医疗中心还与波士顿大学医学院医生组织共同拥有1,301名主治级以上医生和654名住院医生。2007财政年中，医疗中心总收入为大约9亿3千万美元，总支出为9亿1千万美元，净利润大约2千万美元。

波士顿城市医院和波士顿大学医院合并是美国公立医院和私立医院合并成功的案例。合并后，政府对

于波士顿医疗中心免费医疗的投入逐渐减少。尤其是麻州推行全民医保后，穷人通过购买商业保险或者政府资助低保保险解决医疗保障，政府逐渐减少对于公立医院的财政投入。2005年和2006年，政府向波士顿医疗中心支付2亿5千7百万和2亿1千万美金的“免费医疗”服务，分别占其总患者服务收入的35%和28%，到2012年和2013年，政府对于波士顿医疗中心免费医疗的投入已经降低到6千3百万和5千9百万，占总患者服务收入的7.4%和6.6%。

引入市场竞争后，波士顿医疗中心也改进服务质量和态度，改善陈旧的设备和设施，患者服务收入也稳步增加，从2005年的7.3亿增加到2013年的8.9亿美金。

公立医院和私立医院合并也并没有导致穷人“无处就医”。波士顿医疗中心仍然是整个新英格兰地区最大的“安全网络医院”，也是新英格兰地区最繁忙的急诊室。在度过麻州医改对于“安全网络医院”的冲击后，在过去的3年内，波士顿医疗中心相继开立了默克利癌症中心，夏皮尔门诊中心等现代化医疗诊疗设施和大楼。

诚然，美国公立医院的情况和中国公立医院的现状有着天壤之别，其运作模式也大有不同。但波士顿医疗中心成功的案例证明：社会资本、私立医院和公立医院的合并不是不能够成功，而是需要医院以及医院的管理者明确医院的使命以及发展方向，私立医院和社会资本也可以承担基础的医疗保障和穷人医疗服务的社会责任，更能够减轻政府的财政压力。

医院的使命是救死扶伤，为老百姓排忧解难，基本医疗保障服务不能成为牟利的机器和途径。但是公立医院和社会资本分工各有不同，借用小平同志南巡时的话，不管黑猫白猫，抓到老鼠就是好猫。不管社会资本以哪种形式进入医疗体系，只要对老百姓有益，只要对医疗公平性和医疗质量提高有益就是好的发展模式。（王玥摘自《博源智道美中医疗交流联盟》）

· 舆情关注 ·

全面放开二胎：民调的结果

编者按：近一段时期，围绕单独二孩政策实施一年、其效果却远未达到预期的现实，社会舆论对全面放开二胎的呼声越来越高。那么，公众对全面放开二胎到底持什么样的态度？他们生育二胎的意愿到底有多高？生育政策是否有必要调整？这些问题也是决策过程中需要关注的内容之一。本期我们特选了来自现代社评研究院的调研报告，希望为回答这些问题提供些许信息基础。

近年来，“二胎全面放开”的消息频频出现，无论是媒体曝出计生政策将在两年后继续迎来调整——全面放开二胎，还是卫计委的回应——暂无时间表，都引发公众强烈关注。

“单独二孩”正式在全国实施时，国家卫生和计划生育委员会有数据称，“预计新政策推行后，每年将增加超过200万个新生儿”。2015年1月，国家卫计委召开新闻发布会介绍，“单独二孩”政策实施以来，全国有近100万对单独夫妇提出再生育申请，远低于之前预期。

一方面，社会舆论对全面放开二胎的呼声很高，另一方面，单独二孩政策实施遇冷，究竟是什么原因？公众对全面放开二胎的态度到底如何？公众生育二胎的意愿到底有多高？生育政策究竟该不该调整？这些问题亟需来自公众的声音。

为此，现代社评院联合益派咨询和搜狐新闻中心，对全国10302名公众进行专项民意调查，结果发现，全国93%的受访者支持全面放开二胎，但已生一孩的群体确定会生二胎的仅29.8%。

一、超过九成受访者支持全面放开二胎，高学历群体呼声更高

如果我国实行“全面放开二胎”政策，您的态度是？调查结果显示，全国93%的受访者表示支持全面放开，仅有7%表示反对。

细分不同年龄段，结果发现，不同年龄段有显著差异。其中处于可生育晚期的36—40岁群体的支持度最高，为95.1%，其次是31—35岁（93.8%）、41—45岁（92.1%）、26—30岁（91.6%）、46岁及以上（89.7%）、21—25岁（87.5%）、20岁以下（76.3%）。

从不同职业背景来看，事业单位群体支持度最高，达到95.2%；公务员群体为94.4%，排在第二；其次分别是个体户（93.6%）、外资企业（92.0%）、自由职业（92.0%）、国企员工（91.9%）、学生（91.2%）、私营企业（91.0%）。

从不同学历背景来看，可以发现，学历因素导致的差异也很明显。其中，硕士及以上群体支持度最高，达到94.7%；本科群体也有93.6%，排在第二；其次是中职/中专/成人高中/技校群体（91.9%）、大专（91.7%）、初中及以下（91.1%）、高中（90.7%）、高职（89.3%）。

调查前按照经济发展水平、地理位置（东南西北中）、覆盖城市与乡村的思路选取了五大重点调查省市。调查发现，不同地区有显著差异，在重点调查的五省市中，广东对于全面放开二胎的呼声最高，支持度达到95.3%，其次是河南（94.2%）、四川（91.6%）；经济发达的城市地区北京（89.1%）、上海（85.1%）明显偏低；除此之外其他地区为94.1%。

进一步细分不同生育背景，可以发现已生育一个孩子和已生育二孩及以上群体的支持度分别为

94.1%、94.0%，极为接近，而未生育群体的支持度明显偏低，仅为85.6%。其中，在生育了一个孩子的情况下，头胎为男孩的群体支持度为93.7%，头胎是女孩的为94.6%，两者没有明显差异。

一位北京受访者说：“我认为放开二胎是利国利民的大好事情，既解决国家劳动力短缺的问题，又可以提高普通百姓的人生幸福指数”。

一位来自四川的受访者表示：“强烈希望放开，

对70年代的人是最后机会”。

一位来自广东的受访者表示：“多一孩子，事情来了有多一人作商量，自己老了也更有保障”。

一位来自湖南的受访者表示：“放开二胎有利于培养合作精神、文明素养，消除溺爱”。

也有受访者表示“中国人口基数很大，必须控制总量，人口老龄化的问题可以想别的办法”；“中国落后的原因就是人口太多，需要慢慢过渡”。

图1 如果全面放开二胎，您的态度是？（N=10302）

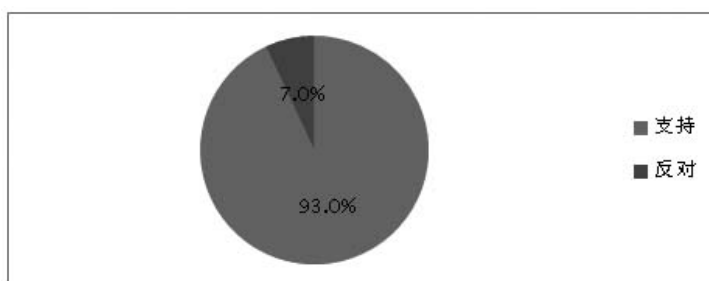


图2 如果全面放开二胎，不同年龄群体态度（N=10302）

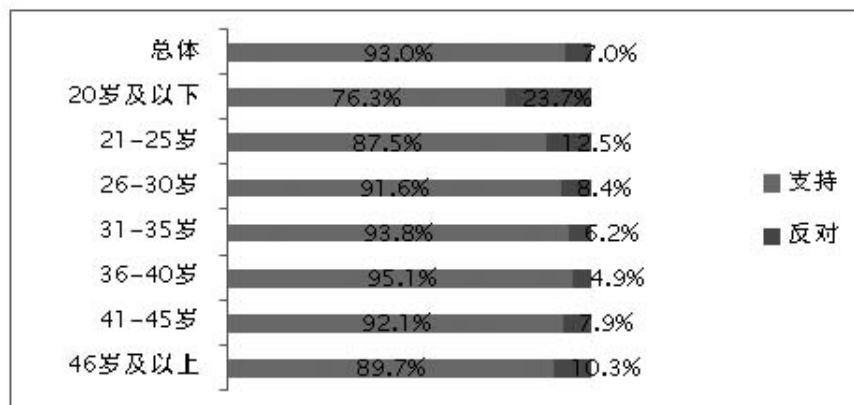


图3 如果全面放开二胎，不同工作单位群体态度（N=10302）

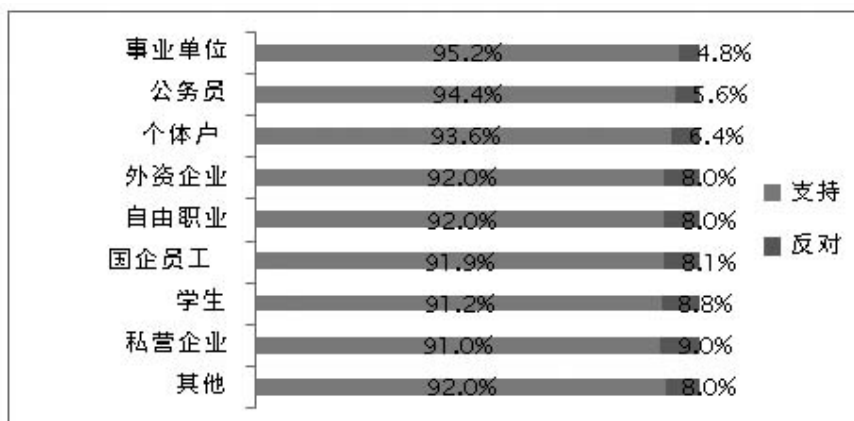


图4 如果全面放开二胎, 不同学历群体态度 (N=10302)



图5 如果全面放开二胎, 不同地区群体态度 (N=10302)

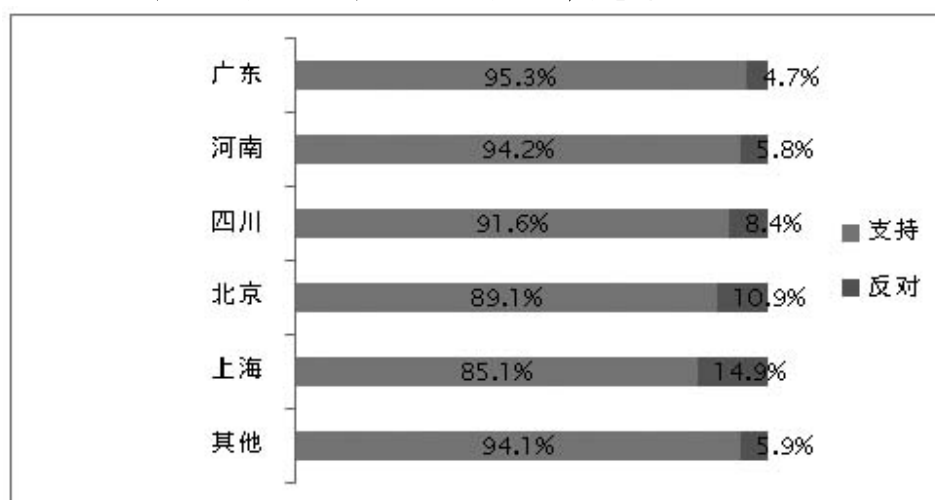


图6 如果全面放开二胎, 不同生育背景群体态度 (N=10302)

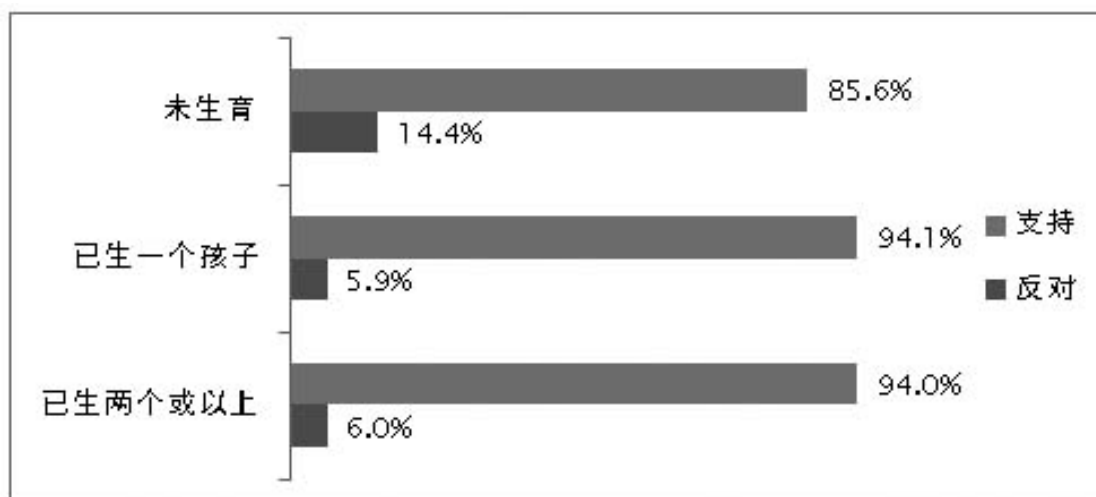
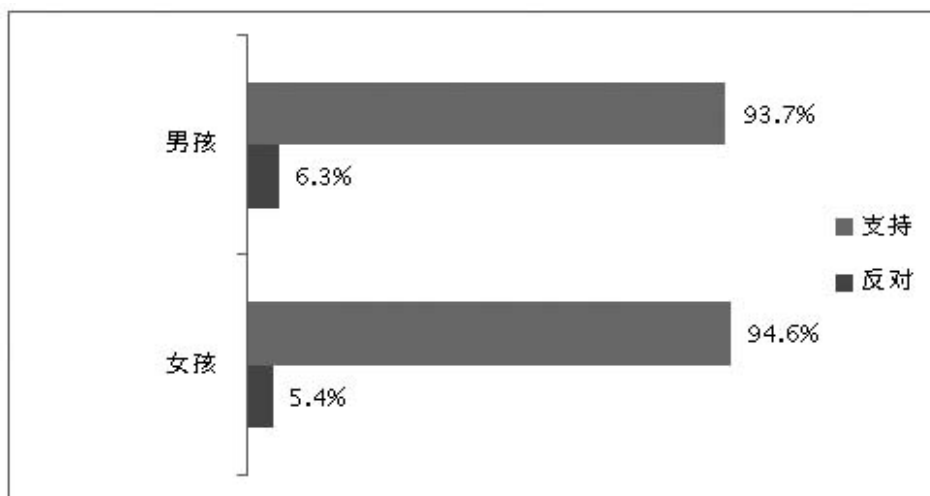


图7 如果全面放开二胎, 头胎不同性别群体态度 (N=8303)



二、独生子女性格有缺陷、人口老龄化、生育自主权是公众支持全面放开二胎的三个最重要原因

您支持放开的理由是什么? 调查发现, 独生子女存在孤独、自私等问题是公众支持全面放开二胎的首要原因, 选择比例达 72.8%、其次是人口老龄化 (67.4%)、人民应有生育自主权 (64.4%)。

紧随其后的是性别比例失调 (52.6%)、放开二胎有利于经济发展 (45.4%)、中国人口净增长量已进入负增长阶段 (44.7%), 选择比例均超过 40%。然后是对保障国家安全稳定有益 (37.6%)、有效解决我国用工荒问题 (25.3%)。

而反对放开的首要理由是会导致资源紧张、生活水平下降, 人数占 73.0%; 其次是会加剧教育、医疗等方面的社会矛盾 (67.3%); 会导致人口爆炸 (51.7%); 会导致社会混乱 (31.8%); 会导致经济崩溃 (25.2%)。

一位来自山东的受访者说: “生育二胎可以提高家庭应对风险的能力”。

一位四川受访者说: “有两个孩子, 发生战争还可以送一个上战场”。

一位天津受访者说: “独生子女成长过程中有许多弊病, 对未来个人及社会发展都有不利影响。”

图8 支持全面放开二胎的原因 (N=9563)

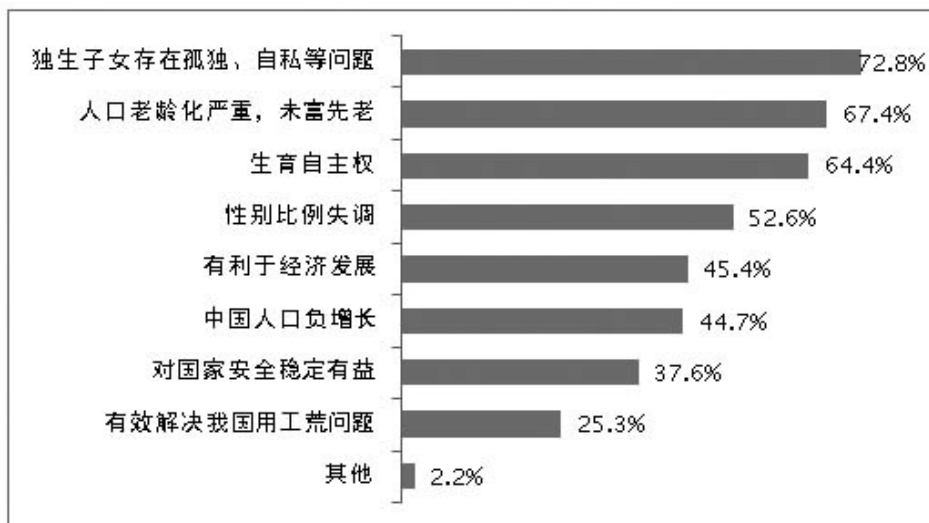
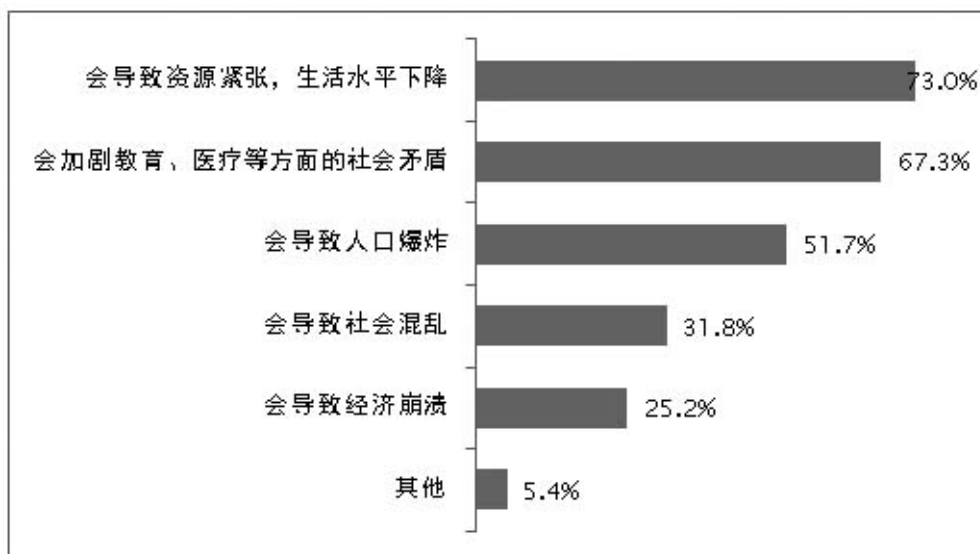


图9 反对全面放开二胎的原因 (N=686)



三、公众实际生育意愿低, 已生一孩群体明确表示会生育二胎的仅29.8%。

若全面放开二胎, 您会生育二胎吗? 调查发现, 符合要求的群体当中 (未生育或生育了一孩的), 明确表示不会的占37.4%, 明显高于明确表示会的29.7%; 表示看情况的占32.9%。

细分不同生育背景, 可以发现, 生育过一孩的群体明确表示不会生育二胎的比例 (38.4%), 明显高于未生育过的群体 (31.2%); 明确表示会的占29.8%, 与未生育群体的29.3%接近。而未生育群体表示看情况的比例 (39.6%), 明显高于生育过一孩的群体 (31.8%)。

在生育了一孩的群体当中, 无论生育的是男孩还是女孩, 生育二胎的态度极为接近, 表明头胎性别对生育二胎意愿没有明显影响。

细分户口类型来看, 可以发现, 农村户口群体生育二胎的意愿也不高, 但高于城镇户口群体。其中农村户口群体明确表示会的占35.0%, 高于城镇户口群体 (29.1%); 明确表示不会生的也达到31.5%, 低于城镇户口群体 (38.1%)。

细分不同年龄段发现, 随着年龄的增大, 受访

者生育二胎的意愿越来越低。调查发现, 20岁以下群体明确表示不会生二胎的占21.2%, 21—25岁群体为24.9%; 其次是26—30岁群体 (27.6%)、31—35岁 (32.0%)、36—40岁 (36.3%)、41—45岁 (45.1%)、46岁及以上 (61.4%), 随着年龄增大, 不会生的越来越多。同样, 随着年龄增大, 明确表示会生的人数越来越少。

在重点调查的省市中, 广东生育二胎意愿最高, 明确表示会的占36.9%; 其次是北京 (31.8%)、全国其他地区 (28.7%)、上海与河南均为27.8%、四川 (25.1%)。

一位河南受访者说: “一个孩子风险太大, 不想成为失独家庭”。

一位福建受访者说: “生了两个, 孩子成年后有个兄弟姐妹相互照顾”。

一位江苏受访者说: “我是独生子女, 父母对我唯一要求, 是再生个二胎, 可是苦了我们”。

有青海受访者说: “我想生, 可是生了养不起, 不能给孩子好的生活”。

也有受访者表示生二胎是来自公婆的压力。

图10 如果全面放开二胎, 您会生吗? (N=9733)

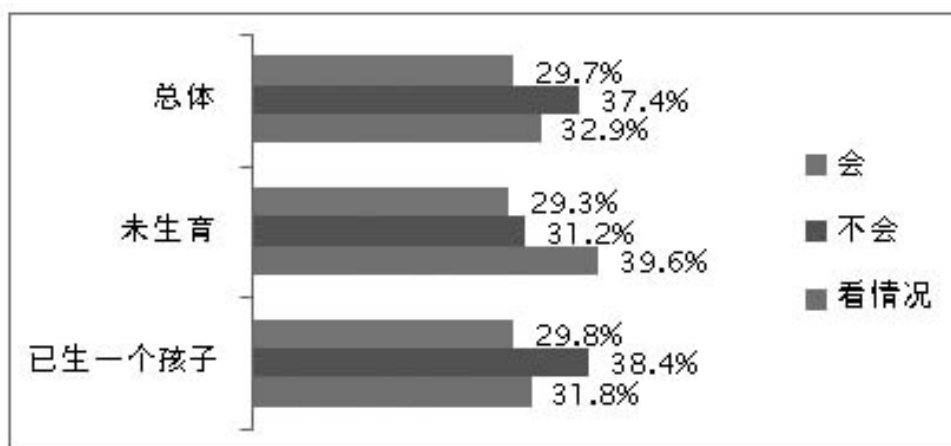


图11 已生一孩群体生二胎意愿 (N=8303)

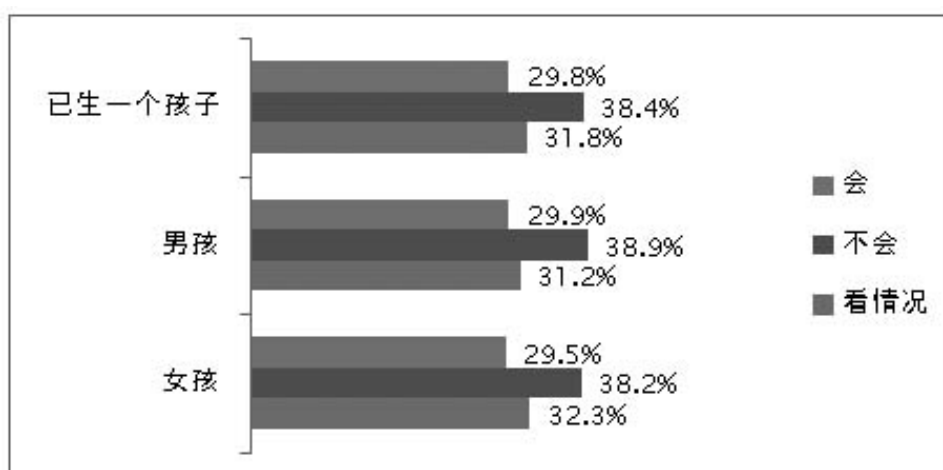


图12 不同户口性质群体生二胎意愿 (N=9734)

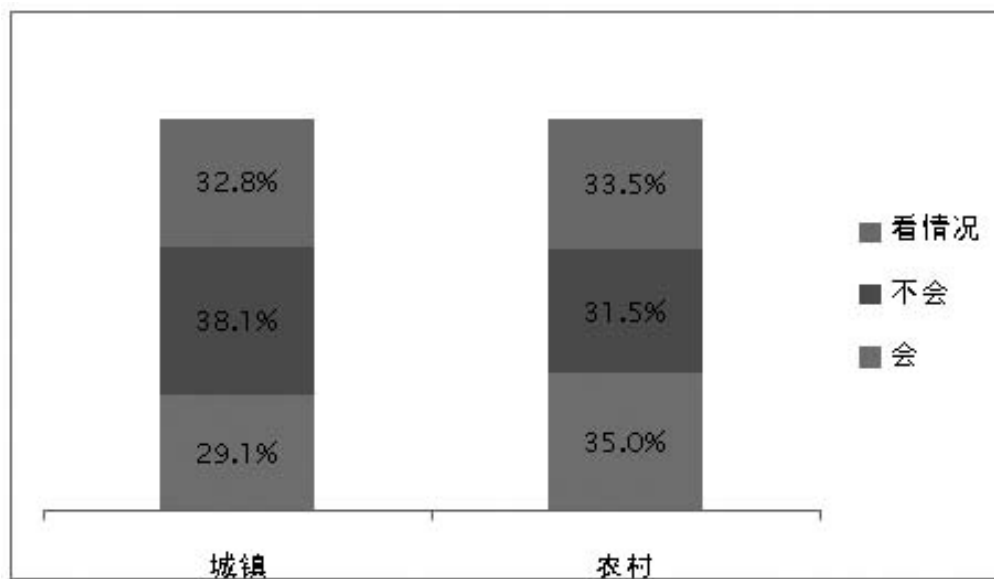


图 13 不同年龄群体生二胎意愿 (N=9735)

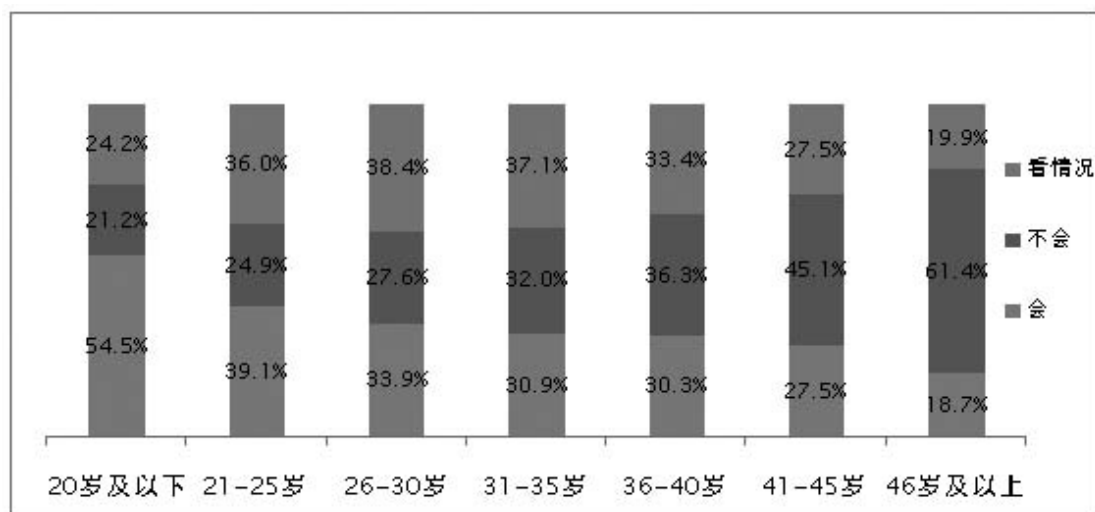
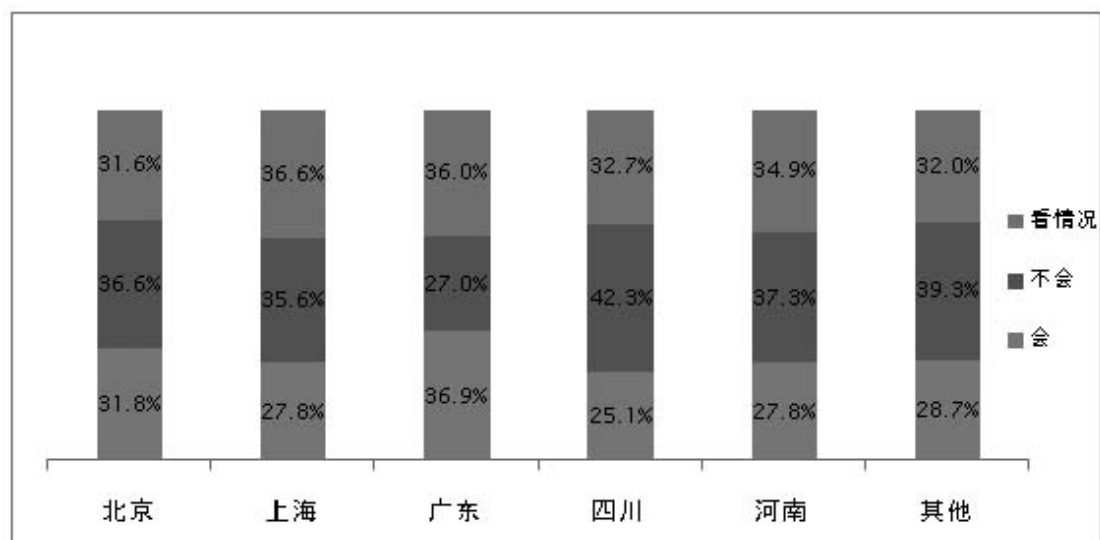


图 14 不同地区群体生二胎意愿 (N=9735)



四、独生子女太孤独是公众想要二胎的最主要原因，而经济压力大、没时间精力照顾孩子则是公众不想生二胎的主要考虑因素。

公众想生二胎的原因是什么？调查发现，在明确表示想生二胎的受访者中，一个孩子太孤独是想生二胎最重要的原因，选择比例达 39.1%；其次是想要儿女双全 (17.6%)、喜欢孩子 (14.2%)、多养儿女能防老 (10.2%)、有钱抚养孩子无经济压力 (8.1%)、有时间抚养孩子 (5.3%)、育儿经验丰富 (4.8%) 及其他 (0.7%)。

对比不同省市，北京因为一个孩子太孤独 (41.1%)、

喜欢孩子 (16.8%)、有钱抚养孩子无经济压力 (9.5%) 而想生二胎的比例比其他地方高；上海则是想要儿女双全 (23.2%) 的较多；广东则是有时间抚养孩子 (6.2%)、育儿经验丰富 (5.1%) 的比例较高。

那么，公众不想生二胎的主要原因是什么？调查发现，在明确表示不会生二胎的受访者中，养育两个孩子的经济压力过大是最主要原因，选择的人数比例达 27.2%；紧随其后的是没时间精力照顾孩子 (21.2%)。其次是过了最佳生育年龄 (19.1%)、担心给不了孩子好的生活品质 (14.8%)、身体条件

不允许 (8.1%)、担心生二胎影响个人职业发展 (6.

3%)、担心两个孩子相处困难 (2.8%)。

对比不同省市, 结果发现, 上海、四川比其他地方更多因为经济压力而不考虑生二胎, 选择比例

分别达28.8%、28.5%; 北京则因为没时间照顾孩子

(24.0%) 较多; 广东则是担心给不了孩子好的生活品质 (15.8%) 居多。

图 15 想生二胎的原因 (N=2894)

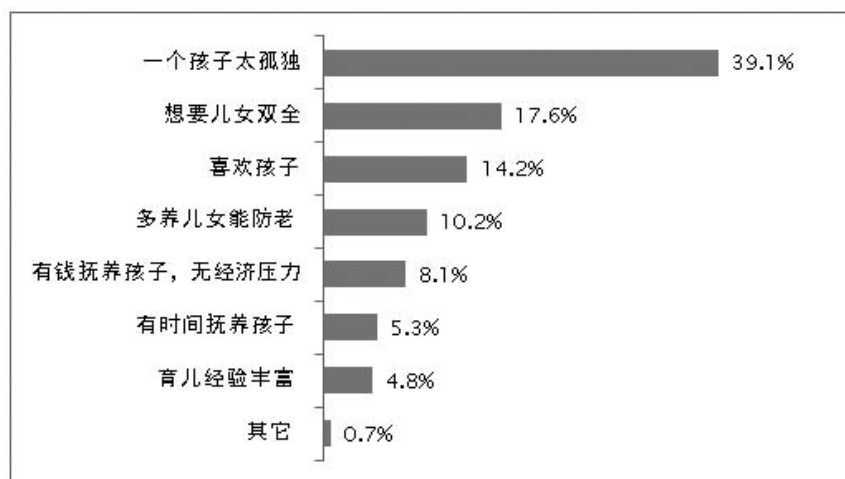
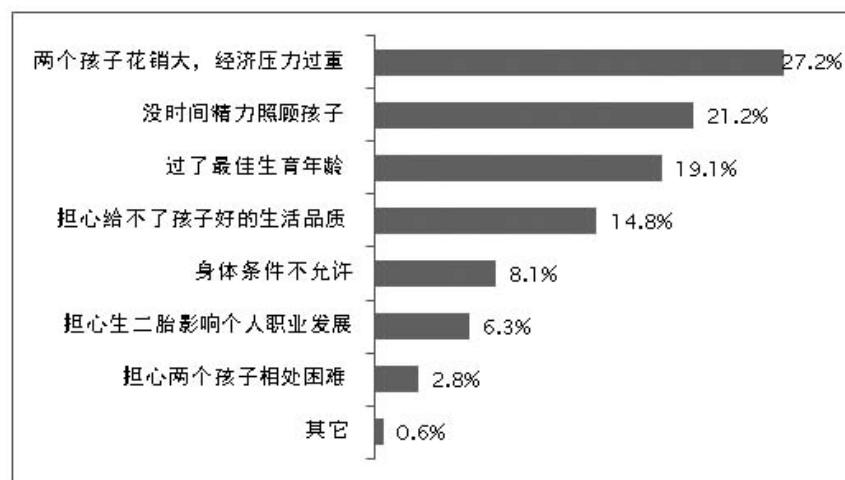


图 16 不想生二胎的原因 (N=3640)



背景资料

此次调查, 在全国范围以在线调查方式实施, 总样本量为 10302 人, 重点关注了北京、上海两个经济发达地区, 及广东、四川、河南三个大省。其中, 北京 1078 人, 占 10.5%; 上海 651 人, 占 6.3%; 广东 1237 人, 占 12.0%; 四川 371 人, 占 3.6%; 河南 486 人, 占 4.7%; 其他地区 6479 人, 占 62.9%。

受访者工作单位分布: 公务员占 10.8%; 事业单位占 29.9%; 外资企业占 6.7%; 私营企业占 21.0%; 国企员工占 14.4%; 个体户占 4.4%; 自由职业占 8.3%; 学生占 0.6%; 其他占 3.9%。

受访者学历分布: 初中及以下占 2.0%, 普通高中占 4.5%, 中职/中专/成人高中/技校占 5.9%, 高职占 1.1%, 大专占 21.3%, 本科学历占 50.7%, 硕士及以上学历占 14.6%。

受访者年龄分布: 20 岁及以下的占 0.4%, 21—25 岁的占 2.5%, 26—30 岁的占 11.0%, 31—35 岁的占 29.0%, 36—40 岁的占 29.8%, 41—45 岁的占 18.5%, 46 岁以上的占 8.8%。

受访者户口性质分布: 城镇户口 9052 人, 占 87.9%, 农村户口 1249 人, 占 12.1%。

(信息来源: 现代社评院)

· 政策之窗 ·

2015年，医改大船往哪开？

2015年1月8日，被视为年度医改风向标的2015年全国卫生计生工作会议在京举行，国家卫生计生委主任李斌出席，并就2015年卫生计生工作的总体要求和重点任务，做了主题发言。其中将全面推进深化医药卫生体制改革向纵深发展作为全系统的中心任务，强调在巩固完善保基本、强基层成果的基础上，更加突出建机制，迎难而上，敢啃硬骨头，打好深化医改攻坚战。

1、扩大城市、县级公立医院综合改革范围

制订和落实《关于全面推开县级公立医院综合改革的实施意见》，改革范围扩大到全国所有的县(市)。落实《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》，进一步扩大试点城市范围。启动四省深化医改综合试点工作。在所有参与改革的公立医院破除以药补医，取消药品加成政策，合理提高医疗服务价格。

2、坚决遏制公立医院规模不合理扩张和超标准装修

完善法人治理结构，深化人事分配制度改革，完善医院绩效考核评价办法，强化行业监管。办好公立医院改革培训班。坚决遏制公立医院规模不合理扩张和超标准装修。

3、加大医保筹资力度

继续提高城镇居民医保和新农合政府补助标准，同步提高个人缴费水平，缩小政策报销比和实际报销比之间的差距。全面实施城乡居民大病保险。开展跨省就医费用核查和结报试点。

4、推荐按病种付费、总额预付等医保支付方式

推荐按病种付费、总额预付等医保支付方式改革，扩大改革试点范围。推进商业保险机构参与新农合经办服务，建立健全商业保险机构承办大病保险的考评机制。

5、启动实施社区卫生服务提升工程

有序推进非政府办基层医疗卫生机构和村卫生室实施基本药物制度。启动实施社区卫生服务提升工程，制订进一步规范社区卫生服务管理的指导意见。扩大全科医生执业方式和服务模式改革试点。加强村医培训，推动地方出台养老等政策，稳定和优化村医队伍。

6、全面启动药品集中采购平台规范化建设

推进基本药物与非基本药物采购机制衔接。落实完善公立医院药品集中采购工作的指导意见。建立部分药品价格谈判机制。全面启动药品集中采购平台规范化建设，规范和推进高值医用耗材阳光采购。建立以急(抢)救药品为重点的短缺药品供应保障机制。推进医疗信息系统与国家药品电子监管系统对接。

7、分级诊疗有了突破口

以高血压、糖尿病等慢性病和结核病防治管理为突破口，探索按病种打包、上下联动的办法，推动建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。通过组建医联体、对口支援、多点执业等形式，提升县级医院和基层医疗卫生机构服务能力。

8、改革医师注册管理

(下转第27页)

各省区市“单独两孩”政策简编之一

——沪江浙皖闽

编者按：党的十八届三中全会做出了调整完善生育政策的决策部署，启动实施一方是独生子女的夫妇可以生育两个孩子的政策（以下简称“单独两孩”政策）。2013年12月，中共中央、国务院印发了“关于调整完善生育政策的意见”（中发〔2013〕15号），对调整完善生育政策、坚持计划生育基本国策、稳妥扎实有序推进各项工作提出了明确要求。根据国家统一部署，各省、自治区、直辖市结合实际，先后启动实施“单独两孩”政策。时至今日，“单独两孩”政策已实施近一年，全国只有近100万对单独夫妇提出再生育申请，其中92万对获得批复，这样的结果远远低于200万的预期。分析其原因，之一就是各省二孩政策的开放时间早晚不同，时间跨度未达一年。那么各省“单独二孩”政策开始实施的时间、办理程序及具体要求又是如何呢？为此，本刊特邀约了上海市卫生和计划生育委员会流动人口计划生育服务管理处编撰的《各省区市“单独二孩”政策汇编》进行简编后陆续选载，期望对读者有所帮助。

本期首先选编了上海市、江苏省、浙江省、安徽省和福建省的政策。

上海市

实施日期：2014年3月1日

办理程序：符合条件的单独夫妻要求再生育的，应当按照《上海市人口与计划生育条例》规定，办理再生育手续。具体程序如下：（1）双方均为本市户籍的夫妻要求再生育的，到其中一方户籍地或者本市户籍人户分离人员办理了现居住地登记的乡、镇人民政府或者街道办事处提交再生育子女申请表，并按照规定要求提供相应材料。一方为本市户籍，另一方为外省市户籍的夫妻要求再生育的，可以到本市一方户籍地的乡、镇人民政府或者街道办事处

提交再生育子女申请表，并按照规定要求提供相应材料。（2）乡、镇人民政府或者街道办事处应当自收到再生育申请表及本条例规定的全部材料之日起七个工作日内提出受理意见，并将受理意见及全部申请材料报区、县卫生计生委。（3）区、县卫生计生委应当自收到乡、镇人民政府或者街道办事处报送的受理意见和全部申请材料之日起十个工作日内审查完毕。对符合条件的，发给再生育告知书；对不符合条件的，应当书面通知申请人，并说明理由。

提交材料：（1）身份证明；（2）户籍证明；（3）婚姻状况证明；（4）已有子女状况的声明；（5）夫妻一方为独生子女的证明（主要包括：本人是独生子女的声明、《独生子女父母光荣证》（如果没有《独生子女父母光荣证》，还需提供由其父母户籍所在地乡、镇人民政府或者街道办事处出具的婚育情况证明），父母双方的结婚证、居民身份证、户口本；如果父母中有一方或者双方属于再婚对象的，还需提供《离婚证》以及协议离婚书或者法院离婚判决书。如果本人的兄弟姐妹均已死亡的，需提供由公安部门出具的其他子女死亡的证明。如果本人属于收养子女，养父母无其他子女的，需提供由民政部门出具的收养证明。）。)

江苏省

实施日期：2014年3月28日

办理程序：（1）双方户籍均在江苏省的夫妻，向女方户籍所在地乡镇（街道）提出生育申请；夫妻双方经常居住地在男方户籍所在地的，也可以向男方户籍地乡镇（街道）提出申请。（2）一方户籍在外省，一方户籍在我省的夫妻，可以向我省一方户籍所在地的乡镇（街道）提出生育申请。申请时需提供规定的材料。受委托的村（社区）也可以接受再生育申请材料。（3）乡镇（街道）自受理之日起15日内进

行审核，将审核材料上报县级人口计生行政部门。

(4) 县级人口计生行政部门自收到之日起30日内审批完毕，对符合条件的夫妻出具《批准再生育决定书》，发放《批准再生育一个孩子生育证》；对不符合条件的夫妻出具《不予批准再生育决定书》。

提交材料：(1) 身份证；(2) 居民户口簿；(3) 结婚证；(4) 已有子女的出生医学证明或证明孩子出生的相关材料；(5) 一方是独生子女的证明等有关材料；(6) 夫妻近期合影照片两张(1寸或2寸)。

浙江省

实施日期：2014年1月17日

办理程序：符合条件的夫妻可以向户籍所在地乡镇人民政府(街道办事处)提出申请，填写并提交夫妻再生育申请表、审批表，夫妻双方居民身份证、结婚证、户口簿(户籍证明)、夫妻二寸合照及由乡镇人民政府(街道办事处)经调查后出具的独生子女证明等材料，乡镇人民政府(街道办事处)受理后，在审核、公示的基础上，将全部材料报县级人口计生部门，县级人口计生部门对申请材料审查后，作出是否批准的决定。夫妻再生育申请表、审批表可在乡镇人民政府(街道办事处)计生办领取，具体办理事宜也可以咨询当地乡镇人民政府(街道办事处)计生办。

提交材料：(1) 夫妻双方居民身份证(2) 结婚证(3) 户口簿(4) 夫妻一方为独生子女的证明(5) 夫妻双方近期二寸合照

安徽省

实施日期：2014年1月23日

办理程序：要求再生育子女的夫妻，应当向一方户籍所在地的乡(镇)人民政府、街道办事处提出申请，并附送双方所在村民委员会、居民委员会或者所在单位出具的证明。乡(镇)人民政府、街道办事处应当自收到申请和证明材料之日起20日内提出

审核意见，并报县级人民政府人口和计划生育行政部门。县级人民政府人口和计划生育行政部门应当在20日内作出审批决定，符合条件的，签发生育证；不符合条件的，应当书面告知申请人。

提交材料：(1) 夫妻双方提出再生育申请书及户籍地出具婚育情况证明，填写三份《生育证审批表》；(2) 持双方的结婚证、户口簿、身份证、孕检单及二张夫妻合照，前子女的准生证(生殖保健服务证)、医学出生证明及户口簿、独生子女光荣证及独保费发放情况；(3) 夫妻双方(或单方)父母单位出具证明其独生子女的身份，无单位的由其父母的户籍地出具。

福建省

实施日期：2014年3月31日

办理程序：(1) 符合条件的申请人先到户籍所在地的乡镇人民政府(街道办事处)计生办领取《再生育审批表》；填写并向户籍所在地乡镇人民政府(街道办事处)提交《再生育审批表》、双方居民身份证、结婚证、户口簿、夫妻近期免冠二寸合照，及由乡镇人民政府(街道办事处)经调查后出具的独生子女证明等材料。(2) 乡镇人民政府(街道办事处)受理后，在审核、公示的基础上，将全部材料报县级人口计生部门。(3) 县(市、区)人口和计划生育行政部门收到乡(镇)人民政府、街道办事处报送的材料后，在15个工作日内作出审批决定。4. 审批通过后，申请人可到提出申请的乡镇人民政府(街道办事处)领取《再生育服务证》。

提交材料：(1) 双方身份证、户口簿、结婚证；(2) 《再生育申请表》和双方近期免冠两寸照片；(3) 一方是独生子女的有效证件即独生子女父母所在单位或户籍所在地乡(镇)街道出具其生育子女情况的证明、独生子女父母光荣证(独生子女证)或申请人承诺声明。

· 信息荟萃 ·

申城来沪人员突破 1100 万人 五个区人口“倒挂”

截至 2014 年上半年,申城来沪人员已经突破 1100 万人。根据公安及工商部门的统计显示,本市已有五个区来沪人员比重超过 50%,出现人口倒挂现象。

一、郊区成主要流入区域

据公安部门统计,上海全市现有来沪人员 1100.09 万人。其中,共办理《上海市居住证》107.14 万人,办理临时居住证 456.02 万人,未办证者达到 536.93 万人。

与户籍人口相比,来沪人员年龄结构明显年轻化。数据显示,来沪人员比重最大的三个年龄组分别是 20~24 岁、25~29 岁及 30~34 岁。文化程度以初中为主,初中及以下学历占来沪人员总数的四分之三,大专及以上学历仅为 10% 左右。

目前,就业机会多、生活成本相对较低的郊区,成为了来沪人员的主要流入区域。其中,闵行、嘉定、松江、奉贤、青浦等 5 个区的来沪人员比重超过 50%,来沪人员超过了户籍人口,成为了人口“倒挂”地区。除此之外,闵行、浦东新区、松江区的来沪人员总数已超过百万。来沪人员正以家庭模式流入上海,在沪长期居留的倾向日益显现。

二、无证经营者超 5 万户

来自工商部门的数据显示,来沪人员中从事无证经营的共有 5.5 万余户,约占全市无证经营户总量的 85%。其中,无证从事食品生产经营的约 2 万户,从事小商品经营的约 1.5 万户,从事美容、足浴、棋牌经营的约 0.5 万户,从事废旧物资回收、音

像出租经营的约 0.4 万户,从事电器、汽车等维修服务的约 0.4 万户。

另据测算,400 万余名来沪人员的就业状况并不明晰,约占符合劳动年龄段来沪人员总数的 42.28%,是“灰色就业”的潜在人群。

三、多策并举帮助转型

对此,政协委员、市公安局原副局长吴延安,政协委员、市公安局副局长江宪法及市政协委员、市公安局副局长倪建玉指出,应该进一步疏导来沪人员的合理生活需求,进一步加大社会基础建设投入,加强规范管理,从民生领域进一步满足他们的需求。同时,通过产业结构调整,淘汰部分能耗高、污染重、附加值低的落后产能,引导高技能来沪人员来申城就业,帮助引导“灰色就业”人群转型。

不仅如此,上海要逐步满足来沪务工人员的居住需求,要因地制宜地探索“代理经租”模式,配套建设集体宿舍、蓝领公寓等措施。对向来沪人员提供廉价租赁住房的个人和企业,可以提供相应政府补贴。

另外,申城应该从规范就业、经营等方面寻找政策突破,力争实现“家政服务、医院护工、个体工商户、郊区”就业登记力度全覆盖,并将就业登记作为本市灵活就业的来沪人员享受如“子女就读”、“申请公租房”等公共服务的前置条件。进一步压缩无证经营的生存空间,加大治理“群租”力度。(董枚辑自《劳动报网》)

过半 80 后 90 后不愿生二孩

党的十八届三中全会后,全国各地陆续开始实施一方为独生子女的夫妇可生育两个孩子的“单独二孩”政策。有专家预测,这可能带来一个巨大的生育高峰。国家卫生计生委当时进行的生育意愿调研也显示,在全国范围内的“单独”夫妻中,有50%~60%的人愿意生第二个孩子。

然而,据国家卫生计生委统计,截至2014年12月,全国有近100万对单独夫妇提出再生育申请,其中92万对获得批复,不但没有出现所谓的生育高峰,反而比预计数目少了一半以上,这一结果出乎许多人的预料。

“单独二孩”申请数量为什么会远远少于预期?中国青年报社会调查中心2014年11月中旬通过民意中国网和益派咨询,对全国范围内2052名市民进行的一项调查显示,在符合“单独二孩”申请条件的受访者中,仅24.9%的人提出了申请。没有提出“单独二孩”申请的主要原因有:抚养孩子的经济成本高、抚养孩子的时间成本高、觉得一个孩子就够了。

受访者中,80后占39.4%,70后占37.6%,90后占4.5%。23.0%的人还没有孩子,70.2%的人有1个孩子,6.4%的人有两个孩子。

仅24.9%的符合条件受访者提出“单独二孩”申请

调查显示,在符合“单独二孩”申请条件的受访者中,仅24.9%的人提出了申请,75.1%的人并未提出申请。

对于没有提出申请的原因,排在首位的是“抚养孩子的经济成本太高”(58.1%),其次是“抚养孩子的时间成本太高”(36.5%),第三是“一个孩子就够了”(32.3%)。其他还有“观念变了,人们不愿意多生”(29.0%),“没那么快,人们还需要时间考虑”

(28.8%),“申请手续复杂”(23.4%),“住房条件有限”(23.0%),“工作原因”(22.4%),“女方牺牲太大”(15.1%)等。

“单独二孩”政策实施初期每年的生育数量,理论上受到两个因素的影响,一是符合条件的育龄妇女规模,二是这些妇女的生育意愿。但值得注意的是,生育意愿不能直接和实际生育行为画上等号,这从“单独二孩”政策实施第一年的申请数量只有近百万可见一斑。

根据北京市人口研究所连续几年在北京进行的抽样调查显示,想生二孩的受访者比例一直处在25%左右。而导致大家不想生二孩的因素有很多,包括经济成本、教育成本、照料时间等。比如,现在不仅很多年轻人因为孩子的照料问题不愿意要二孩,很多年轻人的父母也有类似想法。许多父母觉得,帮子女带一个孩子还可以,带两个或更多就有些吃不消。

48.5%受访者赞同尽快全面放开二孩

面对“单独二孩”申请数量远少于预期的现状,一种声音认为,仅仅实行“单独二孩”还是不够,应该尽快全面放开二孩。

调查中,48.5%的受访者赞同尽快全面放开二孩,16.7%的受访者表示反对,34.8%的受访者表示不好说。

在问及想要几个孩子时,9.3%的受访者选择不要孩子,38.0%的受访者选择1个,48.5%的受访者选择两个,4.2%的受访者选择3个。

值得注意的是,在80、90后的受访者中,选择不要孩子或者只要一个孩子,即不想生二孩的比例为56.8%,明显高于整体受访者的47.3%。可见,以80、90后为代表的年轻人生育观念已经发生变化。

(下转第25页)