

2015年第3期

人口信息

POPULATION INFORMATION

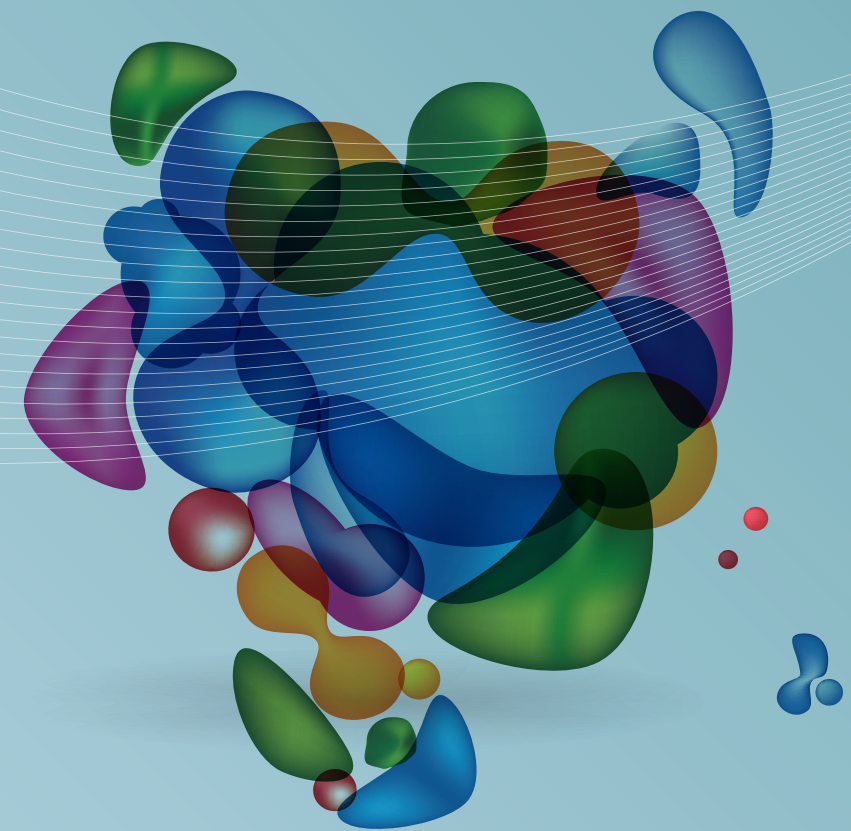
《人口信息》

(双月刊)

2015年第3期

(总第200期)

2015年6月28日出版



- * 中国开启第二轮“人口红利”——从人口数量红利到人口质量红利
- * 初中阶段外来务工人员子女人际关系状况及家庭影响因素探究
- * 2014年上海流动人口计划生育动态监测报告
- * 进一步推进公立医院补偿机制改革及其探索与启示(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：021-54249570
E-mail: rkxibjb@sohu.com
印刷：上海大土印刷厂
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3期(总第200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 中国开启第二轮“人口红利”

——从人口数量红利到人口质量红利

许元荣

5 初中阶段外来务工人员子女人际关系状况及家庭影响因素探究

张莘等

• 本期关注 •

12 进一步推进公立医院补偿机制改革及其探索与启示

本刊编辑部

• 调查与分析 •

31 2014年上海流动人口计划生育动态监测报告

上海市流动人口动态监测课题组

• 优生与早教 •

37 孕妇睡姿影响胎儿健康 怀孕不同时期的正

确睡姿

李萌摘

• 全球视野 •

38 克里夫兰：美国十佳医院品牌管理之道

本刊辑

• 政策之窗 •

43 各省“单独二孩”政策简编之三——京津冀晋蒙

流管处

• 信息荟萃 •

46 沪最新癌情监测：平均每天新增162例恶性肿瘤

李若楠

48 沪外地媳妇多于外来女婿 30~40岁婚姻最易破裂

本刊辑

· 人口与发展论坛 ·

中国开启第二轮“人口红利” ——从人口数量红利到人口质量红利

许元荣

近年来,中国的人口红利行将结束渐成为社会共识,并且进一步得出结论认为,中国经济的增长速度下移是其必然结果。数据显示,2012年我国的劳动年龄人口为9.37亿,比上年减少345万,这是相当长的历史时期内首次出现下降,2013年劳动年龄人口再次减少244万,劳动年龄人口占比更是下降至67.6%,减少了1.6个百分点。劳动力数量拐点确实非常清晰,这直接影响到中国经济的潜在增长率,学者测算显示,1978~1994年,中国经济的潜在增长率是每年9.66%,1995~2010年为10.3%,十二五期间由于人口红利退潮而降为7.6%,十三五期间将进一步降到6.2%。

上述观点仅具有部分合理性,如果我们把人口红利区分为人口数量红利和人口质量红利,就会得出非常不同的结论。以上数据主要指的是人口数量红利的结束,过去三十余年,在人口数量红利的推动之下,中国制造业规模已经扩张到全球22%的比例,位居世界第一位,GDP以年均10%的增长速度升至世界第二位。但是,单纯人口数量红利可以推动经济规模高增长,而无法实现知识体系、技术体系、产业体系的升级,这也是当前中国经济增长模式面临的核心挑战。

初现端倪的“人口质量红利”正是解决中国经济增长模式上述困境的最主要条件。2012年开启的劳动力数量减少趋势,意味着中国要素驱动型增长阶段的结束,但另外一组数据显示,中国的“人口质量红利”大体在同一历史时点开启,这将意味着中国经济将在新人口红利的推动下进入知识驱动、

创新驱动、产业升级驱动的增长阶段。中国经济长期存在的产业结构低端化、技术对外依存度高、在国际产业分工中处于不利位置、经济体系大而不强的结构性难题将在第二轮人口红利周期中得到改善和解决。之所以说中国经济进入人口质量红利主导周期,主要基于以下几点原因:

第一,中国就业人口中直接影响创新能力的“研究人员总规模”在2010年达到121万,首次超越美国的119.8万人跃居世界第一位。此外,其他几个研究人员规模较大国家分别为德国35万,日本65万,韩国32万,英国和法国均为25万。如果用研究与发展(R&D, Research And Development)人员统计口径来看,中国在2010年达到255万人,超过欧盟28国的R&D人员254万人的规模,成为世界上最大的R&D队伍。在创新驱动的增长阶段,R&D队伍的数量和质量是一国最为核心的生产要素和竞争力。

第二,中国教育体系在高质量人才培养的规模上优势非常突出。每年大学的“科学和工程科学毕业生数量”与创新潜力最为相关,2010年全球大学理工科毕业生总量为550万,其中中国达到129万人,美国为52.5万人,印度46万人,日本32万人,德国13万人,韩国12.4万,英国11.8万人,对比之下中国与技术创新相关的人力资源供给规模优势非常突出。

从全部大学毕业生当中理工科所占比例来看,中国的人力资源培养体系依然占优:中国这一比例为49.8%,仅次于日本的59%,美国为31.5%、法国

为35%、英国为34%、德国为37.6%、韩国为40%、印度为22.6%。其他国家的理工科毕业生数量增长趋势已经停滞多年,只有中国保持了稳定增长态势,这是人口质量红利的一个重要表现。

第三,中国科学和工程学领域的高端人才培养规模优势已经形成。目前全球每年培养的科学/工程博士学位获得者为20万名,美国3.3万名位居第一,中国3.1万名,俄国1.6万名,德国1.2万名,英国1.1万名。但如果只考察自然科学和工程科学,把其中的社会/行为科学类别扣除的话,中国则以2.95万名的规模位居世界第一位。2000年以来,只有中国的高端科学/工程博士学位获得者在快速增加,从7200多人增加至2.95万人,美国有一定幅度的增加,从1.7万人增加至2.5万人,其他国家的高端人才规模基本停止增长。

第四,从国际视角来看,中国已经从人才流失局面过渡到人才环流局面。20世纪80年代之后,我国出国留学人员不断增加,但留学人员回国比例一直不高,人才流失困境长期存在。但近年这一局面开始迅速改观,2001年中国出国留学8.4万人,回国1.2万人,回国比例仅为14.6%;2005年出国留学11.9万人,回国3.5万人,回国比例升至30%;2010年出国留学28.5万人,回国13.5万人,回国比例升至47%;2013年出国留学41.39万人,回国35.35万人,回国比例已经升至85%。由此可见,中国人才环流格局已经初步形成,这构成中国人口质量红利的又一重要内容。

第五,中国“研发人员密度”从当前的较低水平将逐渐向发达国家水平趋近,这个过程也正是“新人口红利周期”逐渐强化的历史进程。经济合作与发展组织(OECD)的统计数据显示,2012年中国的“研发人员密度”仅为每千人1.8名,与主要经济体相比仍处于相当低的水平。同期美国研发人员密度为每千人8.8名,日本为10.1名,德国为8.4名,

韩国为12.8名,OECD国家总体为7.7名,均远远高于中国的研发人员密度。

这组数据有双重含义。一方面,与发达国家的研发密度相比,中国尚有巨大的提升空间,人力资源比较优势还远远没有释放完毕。事实上,从新世纪的第二个十年开始,中国人力资源比较优势仍将在中长期内保持强劲增长趋势。另一方面,发达国家已经处于人口质量红利的衰退阶段。研发人员密度数据的历史序列分析显示,美、德、日、英、法等发达国家已经进入低速增长阶段,部分国家甚至出现停止和下滑。

中国的新人口红利周期将和自主创新的战略目标形成良性互动,战略新兴产业、知识密集型服务业作为中国产业结构升级的核心目标,将在新人口红利的支撑下取得质的突破。在新世纪的第一个十年,中国经济实现的高速增长主要得益于“两个转移”——国内劳动力从农村向城市的转移、国际上产业和技术向中国的转移,这是中国第一轮人口红利的具体体现和释放。然而,进入新世纪的第二个十年,第一轮人口红利式微,第二轮人口红利凸显,自主创新和人口质量红利的良性互动将取代“两个转移”成为经济中长期增长的新动力。新一轮人口红利对增长的支撑作用,不仅仅体现在上面所述的“规模”方面,同时还体现在“成本方面”,这对于中国经济在高端产业构建竞争优势至关重要。

首先,在新人口红利周期,中国的劳动力成本优势仍将延续,与发达国家相比,中国高端人力资源的成本优势非常显著。有一组广为人知的成本比较数据,在传统制造业领域,美国的小时工资达到34美元(以下均为2009年)、德国为46美元、法国为40.3美元、意大利为34美元、日本为30美元、韩国为15美元、中国为1.74美元,其中城市人员为2.85美元,乡村人员为1.15美元,巨大的成本优势使中国制造业以22%的全球份额位居第一。其

实,在第二轮人口红利周期内占据主导地位的“高端人力资源”拥有类似的成本优势,厄恩斯特(Ernst)的一项研究显示,对于调查样本内的公司而言,美国一名工程师的综合成本(包含工资、福利、办公费用、机器设备)的成本为30万美元/年,在中国仅为3万美元/年,两者差距高达10倍。印度和中国的情况类似,调研数据显示,聘用一名5年经验的硕士生,美国需要15~20万美元,印度仅需3~4万美元。最近几年跨国公司都在重构自身的全球研发网络,加大向中国、印度的布局,高端人力资源成本优势正是背后的驱动因素。

其次,新人口红利决定了中国企业的R&D成本会大幅低于发达国家。企业的R&D成本由四部分构成:人力成本、原材料、资本支出,期间费用,其中人力资本占比高达50%左右。OECD的一份详细研究显示,人力成本是R&D支出的最大组成部分,根据调研样本来看,平均能占到48%的比例,各个国家之间会略有差异:美国为46.5%,法国为52.8%,德国为61.7%,日本为42.7%,瑞士为52.1%。可见,研发活动具有明显的“劳动密集特征”,中国高端人力资源的成本优势直接转化为显著的创新成本优势,保守估算一下,中国高端人力资源成本按发达国家的1/6来算,即使不考虑原材料、资本支出、期间费用的成本差异,这将导致中国的R&D成本仅为发达国家的1/3.5。所以,在自主创新被日益重视的时代背景下,中国企业在R&D这个核心环节的成本优势将会发挥重大作用。

再次,R&D成本优势将转化为中国发展战略新兴产业的竞争优势。2008年之前,中国经济增长主要被研发强度较低的中低端产业驱动,但2008年之后,传统增长极开始进入回落调整周期,全球经济普遍低迷,战略新兴产业成为国家之间增长竞赛的主要领域。但目前中国战略新兴产业的研发强度(研发支出占产值比重)明显低于领先国家:美国制

造业总体研发强度为3.35%,制药产业为24.5%,电子计算机、通讯、电子设备产业为14%~19%,交通运输业(除汽车)为11.5%;而中国制造业的研发强度为0.85%,制药产业为1.63%,电子计算机、通讯、电子设备为1.51%,交通运输业(除汽车)为2.18%。中国战略新兴产业的研发强度需要有一个较大的提升才能和领先国家展开有效的竞争。第二轮人口红利带来的高端人力资源成本优势,以及R&D环节的“劳动密集属性”所蕴含的研发成本优势,为中国战略新兴产业在研发强度上的追赶提供了重要的有利条件。

最后,新人口红利周期为我国生产性服务的增长,尤其是知识密集型服务业增长带来重要机遇。知识密集型服务业属于高度劳动密集产业,学者的研究显示,我国承接国际外包的服务类企业成本之中,人力成本能占到70%~80%的比重,这比R&D环节的人力成本比例要再高出20~30个百分点。这意味着对于信息服务业、软件、咨询、科技服务、设计、文化创意产业等知识密集服务业,我国的第二轮人口红利将为之提供最具比较优势的人力要素条件。实际上,发达国家服务业占整个经济的80%左右,服务领域的“高成本病”一直困扰着其产业增长模式,当前高速增长的服务外包,软件外包,研发外包,正是发达国家对这一“高成本病”的反应,这也正说明了新人口红利推动中国生产性服务业、知识密集型服务业实现中长期快速增长的内在必然性。从数据来看,全球KTI产业(Knowledge&Technology Intensive,知识和技术密集产业)2012年的增加值规模为19.6万亿美元,其中美国为6.23万亿美元,中国为1.7万亿美元。静态测算一下,目前中国非KTI产业规模占到美国的72%,如果中国KTI产业规模也达到同样的比例,这将对对应着2.79万亿美元(16.3万亿元)的产业增长规模,中国经

(下转第37页)

初中阶段外来务工人员子女人际关系状况及家庭影响因素探究

张苹 胡琪

随着中国经济的迅猛发展,越来越多的农民进城务工,成为中国基础建设和城市建设的主要动力之一,随之而来的人口迁移带来了许多社会问题。近年来,人口流动方式由个体劳动力流动向家庭化迁移转变^[1]。伴随着家庭化迁移成为人口流动的主体模式,随父母来到城市生活学习的流动儿童不断增加。流动人口6~15岁子女随同父母流动的比例为62.5%,比2011年上升5.2个百分点^[2]。部分地区流动儿童占当地儿童比例很高,上海市每10个儿童中就有4个是流动儿童(2010年全国第六次人口普查数据千分之一抽样数据)^[3]。他们与城市社会的关系是否融洽,直接影响到流动儿童的健康成长和城市社会的和谐发展。但是,他们是综合性弱势群体,兼具生理性弱势与社会性弱势的特点,在适应城市生活、促进自身发展等方面存在诸多困难。他们中的大多数由于处于城市的底层,其父辈和自己都缺乏对当前状况的相对满足感,促使他们更加强烈地感受到城市对他们的歧视和排斥,从而在心灵深处留下创伤,导致他们在人际交往的过程中产生自我认同的自卑心理,或者形成对社会的不满情绪,这些都将在他们的人际交往中。根据以往学者的研究和笔者的调查,发现这些农民工子女以后定居在城市的可能性更大,如果城市仍然像对这些农民工子女的父辈那样来对待他们,那么,他们很容易成长为新一代“问题民工”,最终影响到社会的安定和进步。探索新时期下农民工子女与城市的关系及其在城市的人际交往情况,是我们亟需调查研究和解决的重要课题,具有十分重要的现实意义。本研究选取4所公办中学的农民工子女为对象展开实施调查,从人际交往的角度分析研究农民工子女与城市社会的关系,总结分析农民工子女人际交往发展

特点,剖析农民工子女家庭支持能力及其对子女人际交往的影响,引起人们对农民工子女人际交往发展的深度关注,为今后针对性地制定相应的策略和措施、促进农民工子女人际交往发展提供依据。

本研究的农民工子女特指6~14周岁随父母或其他监护人从外省市农村或小城镇来到上海,并在沪公办中学就读的流动儿童。调查于2014年5~7月实施,采用整群抽样方法,在上海市长宁区和闵行区抽取接收农民工子女就读的4所公办中学,共460名农民工子女作为调查对象,以匿名自填问卷的调查方法对农民工子女人际交往发展与家庭支持进行了调查。调查对象以预备班和初一年级为主,其中预备班54.5%,初一年级45.5%。年龄主要集中在12~14岁,平均年龄12.7岁。男生58.1%,女生41.9%。农业户口73.1%,非农业户口26.9%。独生子女41.3%,非独生子女58.7%。来沪时间多数在6年及以上(83.4%),均值为7.25年。

一、农民工子女人际交往发展特点

(一) 同伴关系发展特点

调查显示,农民工子女在学校跟周围同学的关系总体较好,选择很好和较好的比例分别为30.1%和57.1%,并且认为自己能交到几个志同道合的朋友。但另外也有10.8%和2.0%选择一般和不好,认为有很多认识的人但交不上朋友,甚至常受冷落,独来独往。

农民工子女在同伴交往中的欲望较强,渴望找到知心朋友,其中,“非常渴望”52.8%，“渴望”41.9%，只有5.3%选择“不渴望”。但从同伴交往空间范围的选择来看,农民工子女同伴交往空间范围的选择面较窄,主要以本班同学为主(81.5%)。

农民工子女与上海本地同学的交往现状既存在

适应又存在冲突,一方面上海本地学生一定程度地接纳农民工子女,使他们能更为主动地适应学校环境;另一方面,上海本地学生在某种程度上却仍然排斥农民工子女,导致农民工子女在与上海本地同学交往时存在心理障碍,直接影响着他们在学校内的同伴交往。如,“你在与谁交往时会感到不高兴”这一问题,选择最多的是“上海的同学”(41.7%)。

在和同伴交往时,农民工子女感到最开心的事情是“同伴愿意倾听自己的心里话”(70.2%)和“得到同学们的尊重”(62.0%)。在问卷最后的开放问题中,问及你认为你和同学的关系及其原因时,“尊重”一词被提到和出现的频率也是非常高的。可见农民工子女极度渴望得到同伴的尊重。农民工子女与城市群体之间本身固有的隔阂是他们自卑心理产生的重要诱因,城市群体的歧视进一步加重了农民工子女的自卑心理。这种歧视来自多个方面,包括“因为某些原因被取笑”(67.1%)、“拿分数做比较”(48.8%)、“因为是外地的被歧视”(16.6%)以及“因为父母职业被歧视”(9.9%)等。

农民工子女常常感到自己和本地学生之间的巨大差别,这不仅会使他们在同伴交往中产生自卑心理,更会使其陷入孤独之中。农民工子女经常感到孤独(48.4%),而且这种孤独感在与上海本地学生交往时表现得更为严重。

(二) 师生关系发展特点

对老师的总体评价较为正面和积极。对“你怎么看待你的老师”这一问题的回答,73.1%认为“大多数老师都很好”,20.1%认为老师“一般,总体感觉还行”。对老师的感受(多选题)以正面和积极的为主,选中率最高的是“尊敬”(77.0%),其次是“友好”(64.2%)和“喜欢”(32.0%),其他负面的感觉如“互不相干”、“讨厌”、“害怕”的选中率均较低。

而对于老师能否像对待上海学生一样平等对待外地学生的问题,多数调查对象的回答是肯定的。

75.9%认为“所有老师对学生都是一视同仁、平等对待”,20.1%认为“多数老师对学生是一视同仁、平等对待”,还有4.0%认为“只有少数老师对学生是一视同仁、平等对待”。

多数学生会愿意主动跟老师交流,但交流内容主要以学业为主。调查结果显示,“很愿意”占29.6%，“应该会”占30.9%。还有31.6%选择“不知道,视情况而定”,7.9%选择“不会”主动跟老师交流。至于什么时候会去跟老师交流,83.2%选择“作业不懂时”,“心中高兴时”也会去跟老师交流(15.9%),而负面的事情如“生活困难时”和“心中孤独时”则较少会去跟老师交流。究其原因,较为主要的是“与老师的关系很疏离,心理距离较远”(33.3%)和“不想让老师知道自己的私事”(32.9%),其次是“不想麻烦老师”(24.9%)。

(三) 亲子关系发展特点

放学后或者周末的闲暇时间,农民工父母跟子女一起学习或玩耍的时间较少,亲子间互动不足。问及在家里父母会跟你一起学习(玩耍)吗,选择“从来不会”的占18.8%(26.9%),“有时会”占50.8%(59.5%),“经常会”仅占30.5%(13.6%)。53.9%的调查对象认为自己与父母的关系“一般,感觉父母有时候不理解自己”,16.8%认为自己和父母的关系“较差,难以沟通”,只有29.4%认为自己和父母的关系“很不错”。对“是否跟父母同住”的问题,分别有8.4%和6.0%表示没有跟父亲或母亲同住。子女长期不与父母(一方)同住,导致父母(一方)角色缺位,亲子关系缺失。

研究以“你和父母相处如何”和“你会把你的交友情况与父母分享”两个问题作为衡量亲子关系的标准,分别与子女“性别”做相关性分析。结果显示,后者与性别有显著相关性(-0.151^{**}),表明女生更倾向于与父母分析自己的交友情况。将上述两个衡量亲子关系的标准分别与“父母教养方式”

做相关性分析,结果显示,两者均与“父母教养方式”有显著相关性,相关系数分别为0.363**和0.233**,表明越是民主型教养方式的父母与子女的亲子关系更加和谐,子女也更愿意将交友情况与父母分享。

与父亲和母亲的沟通存在差异,与母亲沟通的数量和主动性好于与父亲的沟通。在“与父母的相处如何”和“是否会把交友情况与父母分享”这两个问题上,与母亲的沟通均好于父亲。发展心理学研究已经证实父亲的角色在儿童发展中有不可替代的作用^[4],这提示流动儿童的父母们特别是父亲应该给孩子更多的关注。

二、农民工子女家庭支持能力及其对子女人际交往的影响

家庭是孩子成长的第一课堂,父母是孩子学习的第一老师,父母与孩子之间的角色关系直接影响着孩子的成长。农民工子女在成长的过程中同样也受到父母的直接影响,家庭教育是否跟进,父母职业的尊卑与否,父母关系是否和谐等都将影响到农民工子女的人际交往^[5]。笔者对农民工子女人际交往问题产生的家庭原因从家庭经济支持能力、家庭环境支持能力及家庭教育支持能力几个方面来探讨。

(一) 家庭经济支持能力及其对子女人际交往的影响

农民工家庭经济支持能力不足,主要表现在两个方面:一方面父母多从事较为繁重和工作时间较长的工作,且收入较低,大多在2000~6000元之间。他们的家庭经济状况大部分都很一般,还有部分家庭经济状况较差,在流入地的经济压力较大,生活水平明显比较低下,这就注定农民工子女的父母要为了家庭生活而奔波劳累,因而对子女的教育及学习投入的精力十分有限。另一方面,父母对子女有限的经济投入中,主要以“吃穿”和“教育”为主,对“娱乐”方面的投入不够。调查对象认为父母对

自己各方面经济支持的满意程度,吃穿方面和教育方面的满意率较高,以“很满意”和“基本满意”为主,其中选择“很满意”的分别为74.0%和64.5%,选择“基本满意”的分别为24.5%和29.6%,选择“不太满意”和“很不满意”的极少。而对娱乐方面的满意程度明显较前两者低,选择“很满意”和“基本满意”的分别为49.9%和30.5%,还有16.8%和2.9%选择“不太满意”和“很不满意”。父辈农民工与城市的社会交往中,认识到知识的重要性,因此对孩子的教育更加关注,而忽视了对子女社会交往的培养。

相关分析发现,家庭经济条件与农民工子女的同学关系和人际交往能力显著相关,显著系数分别为-0.128**和-0.146**。表明家庭经济条件越好的农民工子女,在学校跟周围同学的关系越好,即表现得“很受同学欢迎,有很多志同道合的朋友”;而家庭经济条件越差的农民工子女,在学校跟周围同学的关系越差,即表现得“不怎么受欢迎,常受冷落独来独往”。在人际交往能力方面,家庭经济条件越好的农民工子女,在人际交往中的表现越好,即越表现得“得心应手,游刃有余”;而家庭经济条件越差的农民工子女,在人际交往中的表现越差,即越表现得“逃避退缩,不愿与人交往”。在回答“你在与谁交往时会感到不高兴”这一问题时,选择最多的是“上海的同学”(41.7%)和“比自己家庭条件好的同学”(21.0%),这主要就是经济上自卑的一种心理表现,导致他们在与某些特定对象交往时“会感到不高兴”,影响正常的人际交往。

农民工子女的父母因受自身文化程度的限制,进入城市后大部分从事的都是工人、建筑工、环卫工、服务员等“卑微”的职业,这些职业的收入也是比较低的。通过访谈和问卷调查分析可以得出,父母的职业及收入状况对农民工子女的人际交往和心理健康存在影响。一方面,父母在城市所从事的

职业决定了他们家庭的收入多少,也决定了他们生活和学习条件,如居住、吃穿、娱乐及学习用品等,进而直接影响到他们与同伴交往的心理状况。再者,农民工在城市的工作也非常不稳定,时常会面临失业的压力,出现烦躁、痛苦、自卑等心理,时常还会将这些感受传递给孩子,使孩子也产生不安、焦虑、自卑、恐惧等心理,进而影响到孩子的心理健康。当农民工子女进入城市学习后,这种不健康的心理就在他们与人交往、特别是与同伴交往中体现出来,如不愿意与人交往,害怕与人交往等。

少数经济状况较好的农民工父母,成功实现了向上流动,客观条件允许他们可能采取迥异的教育方式。例如,H的父亲开了一家公司,母亲则在城市经营着一家规模不大的晚托班,负责帮忙接孩子放学并教授拼音、辅导作业。H家已在上海买了房子,“老家有的这边有,老家没有的这边也有。爸妈都教我主动向那些城里人学习……他们(城里的孩子)也愿意和我玩,他们的家长也喜欢让我妈妈多教他们”。笔者在其他公办学校也发现,社会经济地位高的家长,可以购买各种服务,如放学后儿童的照料等,这为子女提供了与城市人社会交往的机会。

(二) 家庭环境支持能力及其对子女人际交往的影响

从家庭所在社区环境来看,只有23%的农民工子女居住的是“自己家购买的房子”,78%是“租房”或是其他情况。较多的农民工子女租住在“城郊结合地区或城中村的平房”(47.0%),这些地方房租与生活成本相对较低,环境也往往是脏乱差的。这种居住环境限制了农民工子女与城市社会的交往,也对他们的人际关系和人际交往能力产生影响。居住在城乡结合部地区,邻里关系往往由于资源争夺而充斥着各种利益冲突。农民工子女在这种社区环境中居住,有很多和城里邻居交往的机会,但这并不代表他们的关系是“和谐”的。在这样的社区环

境中争夺资源,无疑会影响农民工子女对城市人的印象,在城市人“瞧不起”这些孩子的同时,这些孩子也在心中将自己与城市人隔离开来。而少数居住在“自己家购买的房子”农民工子女则不同,他们拥有了与城市社会平等交往的资本。居住于有着规范物业管理的小区,他们的父母不再扮演社区资源争夺者的角色,与邻居也很少发生经济利益的纠纷。他们可以生活在城市社会“陌生人”的精神特质之中,若不是户口决定的制度性身份存在,他们已经成为城市人。

从家庭人际环境、主要是家庭关系中的夫妻关系来看(因为夫妻关系是家庭关系的主旋律),问及父母是否会经常当着你的面吵架,只有26.3%表示“从来不会”,更多的选择“有时会”(63.1%)和“经常会”(10.6%)。问及父母之间是否会有家庭暴力(指动手互相殴打)发生,68%表示“从来不会”,但是分别有30.2%和1.3%选择“有时会”甚至“经常会”。表明农民工子女较多时候在家里面临父母的吵架甚至家庭暴力的发生。两两相关分析发现,夫妻关系(父母是否吵架、是否有家庭暴力)与农民工子女人际交往能力显著相关,相关系数分别为0.114*和0.166**。表明不经常当着子女面吵架和较少有家庭暴力(指动手互相殴打)发生的父母,其子女在人际交往中的表现越好,即表现得“得心应手,游刃有余”;反之,经常当着子女面吵架和有家庭暴力(指动手互相殴打)的父母,其子女在人际交往中的表现越差,即表现得“逃避退缩,不愿与人交往”。

(三) 家庭教育支持能力及其对子女人际交往的影响

父母的文化程度会影响其教育观念和行为,因此对其子女的人际交往行为也可能有影响。调查显示,农民工父母受教育程度普遍较低,大多数只有初中文化水平。正因为如此,农民工父母才会在城

市中从事着长时间的体力劳动。他们拼命在城市里工作,就是想通过孩子在城市读书接受到更好的教育,将来有出息,不再像自己一样只能从事简单的体力劳动。因此,父母在本来与子女交流不多的时间里就只能见缝插针关心孩子的学习成绩,但很少关心他们思想和感情的变化,更是很少考虑他们在人际交往中可能出现的问题。由于受到工作性质的限制,有的农民工父母对子女的联系方式讳莫如深,不但影响到其与城市人之间的交往,还影响到其与同伴群体之间的交往。两两相关分析表明,与父亲的受教育程度相比,母亲的受教育程度与其子女的人际交往发展水平相关性更明显(-0.128^{**})。这是因为与父亲相比,农民工子女与母亲的相处时间更多,交流的频率更高、内容更多,因此受母亲的影响更大。

教育缺位对农民工子女人际交往产生不利影响。农民工子女家庭教育缺位主要表现在两个方面:一是由于农民工父母很多都是长期从事工作时间长、劳动强度大的工作,有的孩子几天几夜都难以见到自己的父母一面,自己早上离开时,有的父母则刚刚回到家,等自己下午放学回到家时,父母又已经上班去了,即使有些父母晚上能够在家,但因为白天工作劳累,也没有了精力再去关心孩子的生活、学习,更不用说倾听孩子的心声;二是有很多农民工子女都是近几年才来到父母身边的,在此之前,因父母外出务工,大多由自己的爷爷奶奶抚养,等到孩子长大出现了很多问题后才想到把孩子接到自己的身边来。甚至在当前,还有部分家庭由于种种原因,父母一方不能长期和子女生活在一起。由于父母的长期缺位,农民工子女无法向父母表达自己的感受,父母也无法向他们传递自己对孩子的爱。为了弥补这种情感缺失,农民工子女很有可能将情感进行转移,重新寻找情感的慰藉,出现早恋或结交江湖朋友的现象。总之,缺乏家庭教育的农民工子

女,更容易被城市社会排斥以及产生自卑和封闭的心理,影响其人际交往的发展。

调查把家庭教养方式分为民主型、专制型和放纵型三种,由学生自评选择其中的一种。结果发现,民主型占47.9%,专制型占21.4%,放纵型占30.7%。许多研究都表明父母的教养方式会影响到子女社会化、人格形成及人际关系等方面。两两相关分析结果表明,父母的教养方式与农民工子女的人际关系和人际交往能力显著相关,相关系数分别为0.129^{**}和0.213^{**}。民主型家庭教养方式的农民工子女,其人际交往行为表现较好,在学校“很受同学的欢迎,有很多志同道合的朋友”,同时在人际交往中表现得“得心应手、游刃有余”,而专制型和放纵型教养方式家庭的农民工子女,其人际交往行为表现较差。

总之,家庭支持能力与农民工子女的人际交往行为关系密切,不同的家庭支持能力与农民工子女人际交往行为的关系不同。值得我们注意的是六类学生:家庭经济条件很差的学生、父母职业“卑微”和不稳定的学生、居住在城乡结合部地区和脏乱差的城中村地区的学生、家庭关系不够和谐的学生、父母受教育程度在初中及以下的学生、父母教育缺位和教养方式不够科学的学生,他们的人际关系和人际交往能力相对较差,需要教师、社会、同学等给予多方面的关心和帮助,以促进他们在城市社会的健康成长。另外,特别值得我们说明的是两类学生:家庭父母关系亲密的学生和父母采用民主型教育方式的学生,其人际关系和人际交往行为明显发展更好。

三、促进农民工子女人际交往发展的讨论与对策

研究表明,家庭通过经济支持、环境支持以及教育支持等多个方面,对子女人际交往产生不同程度的影响。良好的家庭支持能力对子女人际交往产生正面、积极的影响,反之亦然。为此,研究建议

通过提高农民工家庭各方面的支持能力,促进农民工子女人际交往的发展。

(一) 促进农民工家庭城市融入

农民工家庭的融入,可以维护家庭的稳定和情感健康,为子女提供一个良好的成长环境,促进农民工子女人际交往的健康发展。由于体制性障碍、城乡利益冲突以及知识技能不足等原因,农民工一直是城市中的边缘群体,没有真正成为城市社会的居民。如何使大量留在城市中的农民工和所在城市融合为一体,是我国经济社会转型期必须要解决的课题。农民工家庭城市融入的制约因素主要有就业不稳定、经济收入低、居住条件差甚至难以维持城市生活所需要的一切经济成本等。为此,促进农民工家庭城市融入应从以下几个方面入手:一是逐步消除制度障碍,促进农民工家庭城市融入。城市应积极创新社会制度,积极创造条件,为农民工家庭的融入提供宽松的制度环境、政策支持和有力保障;二是破解农民工的低收入困境,促进农民工家庭的经济融入。没有稳定的工作,没有足够的经济收入,妄谈农民工家庭的融入,那无异于望梅止渴。基于此,政府部门应加强农民工培训,提高农民工的人力资本。多渠道为农民工提供廉租房和经济适用房,改善农民工家庭的居住条件。本研究的调查表明,多数农民工家庭为了节省住房成本,租住城乡结合部地区或城中村地区条件简陋的出租屋,居住条件狭窄拥挤,周边环境脏乱差,安全没保障,对其子女的成长十分不利;三是加强对农民工的引导和教育,促进农民工家庭与市民的社会融合。农民工家庭的融入是一个再社会化的过程,农民工家庭原来的传统文化和传统的生活方式与城市的生活方式发生碰撞后,往往会处于一种失范的状态,如果不加以引导和教育,必然会延缓对城市社会的适应,因此相关政府部门应有计划地组织以基本生活常识、城市规章制度、法律常识等

为主要内容的引导和教育,推动农民工家庭主动适应城市社会的行为习惯和生活方式等。

(二) 提高农民工家庭的文化层次

在城市打拼的农民工对子女的将来有较高期盼,期盼孩子能成一代有文化的新上海人。但是在实际生活中,对培养孩子良好的学习习惯和健康的心理却不够重视;对自身如何发展,如何提高家庭的文化层次十分茫然。学校在这方面可以有所作为,帮助这些家庭营造良好的家庭学习氛围,提高家庭的文化层次。一是创设学习条件。要成为学习型家庭,首先家庭中要具备一定的学习条件。调查发现,农民工父母这方面的意识淡薄,虽然有的家庭经济状况还可以,却连一张学习的书桌都没有。学校尤其是班主任可以利用家长会进行动员,提出每个家庭必须有一张书桌、一盏台灯、一个书架、一块学习地方的要求,为农民工子女创设良好的学习环境。二是引领家长利用社区资源学习。上海这座现代化的大都市积累着丰富的文化底蕴,许多公共文化设施免费向市民开放。学校(和社区)应该链接和整合本区域内的文化资源,提供给农民工家庭充分的信息,引领他们充分利用这些资源,促进家庭学习和成长。三是帮助搭建交流平台。为了促进家庭间的相互学习和切磋,学校可以有意识地安排一些机会,搭建交流的平台。另外利用家长会和学校开放日,请表现突出的家庭介绍学习经验,讨论家庭学习中碰到的问题;还可以通过印发材料,相互学习。通过这些活动,积极引导农民工家庭的学习,帮助他们营造学习的氛围,提高家庭的文化层次。同时,促进农民工父母与子女在情感上的沟通和交流,家长在孩子心目中的威信会更高,亲子关系更加和谐,从而对子女的心理发展和人际交往起到良好的促进作用。

(三) 建立和谐的亲子关系

农民工家庭良好的家庭氛围、和谐亲子关系的

建构,需从家长入手。农民工子女能否健康成长,最终解决点是回归家庭。对于农民工子女,他们缺乏起码的家庭教育的物质条件及应有的心理归依,因而家长的引导和教育更显得尤为重要。为此,应从心理健康角度普及家庭教育知识,传授外来务工人员与子女沟通技巧,让更多的农民工家庭应用科学的心理学方法营造和谐幸福家庭的氛围和良好的亲子关系。一是从家庭教育知识出发,包括家长如何与子女沟通、孩子如何克服远离父母而缺失亲情的心理障碍,怎样“做人、做事、学习”和做一个成功的人,青春期的心理特征和健康心态的养成等方面的知识指导,以及家长如何关爱子女和引导他们走向健康正常的心灵成长之路。二是妥善处理务工与教育子女的关系。无论工作多么忙,都要尽量腾出时间关心子女的学习与生活,关注子女的交往,多与孩子交流、沟通,了解孩子的需要及思想动态,帮助他们正确认识自己。三是为子女创造一个相对宽松民主又体现一定权威的教养氛围,并且父母在对子女教养方式上应取得一致,使子女充分体验到

家长对自己既不放纵又不过分要求。父母采取正确的、科学的教养方式,用理性的态度和子女交流,才可能真正走进孩子的心里,帮助他们健康成长。四是父母要营造良好的家庭氛围和和谐的夫妻关系,做到互敬互爱、互谅互让,共同经营家庭经济共同体,还要更加重视经营家庭精神共同体的建设。

(四) 加强对农民工子女人际交往的指导

农民工子女要想建立良好的同伴关系,首先要对人际交往的意义有个正确的认知,如果认知发生错误,就会失去交往的动力。因此,学校要担负起帮助他们正确认知自我和认知交往的教育责任,积极引导农民工子女的人际交往的动机,帮助他们建立和谐的同伴关系。一是帮助农民工子女正确认识自己,评价自己,意识到人际交往的重要性。二是开展形式多样的活动,帮助农民工子女找到人际交往的成就感。三是帮助农民工子女加强人际交往心理的自我调节,加强人际交往的自我激励。四是帮助农民工子女对自身不良的行为习惯进行反思。五是帮助农民工子女加强人际交往技能的学习。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.《中国流动人口发展报告 2013》内容概要[EB/OL].<http://www.nhfp.gov.cn/ldrks/s7847/201309/12e8cf0459de42c981c59e827b87a27c.shtml>,2013.09.10
- [2] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.《中国流动人口发展报告 2014》内容概要[EB/OL].<http://www.moh.gov.cn/xcs/s3574/201411/dc3ba043cbf74e2d8fe68000d4651505.shtml>,2014.11.18
- [3] 全国妇联课题组.我国农村留守儿童、城乡流动儿童状况研究报告[EB/OL].<http://acwf.people.com.cn/n/2013/0510/c99013-21437965.html>,2013.05.10
- [4] 杨丽珠、董光恒.父亲缺失对儿童心理发展的影响[J].心理科学进展.2005(3):260-266.
- [5] 周春.农民工子女的人际交往障碍及其对策的研究[D].华东师范大学 2011 硕士学位论文:46.

(作者单位:上海市人口与发展研究中心研究二部)

· 本期关注 ·

进一步推进公立医院补偿机制改革及其探索与启示

《人口信息》编辑部

主持人:《人口信息》主编、上海市卫生发展研究中心研究员 金春林

主持人语

完善公立医院补偿机制、促进公立医院公益性回归是新医改以来的重要举措。2010年2月国务院发布《关于印发公立医院改革试点指导意见的通知》(卫医管发〔2010〕20号),提出“将医疗服务收费和政府财政补偿作为公立医疗机构主要的收入来源。”

随着公立医院改革的不断深入,政府财政对公立医院的投入逐步加大,投入范围更加明确,总结分析近年来的改革实践,研究制定更科学、合理并具有可操作性的政府财政补偿方式,对于推动公立医院改革具有更重要的意义。

本期论坛我们选择了上海市卫生发展研究中心关于完善公立医院补偿机制的最新研究成果。王力男等通过对公立医院经济运行现状及药品加成分析发现,公立医院业务量保持较快增长、但结构不尽合理;总收支基本同步增长,医疗收支存在亏损;药品加成率逐年降低,不同类型医院差异较大。李芬等则通过对实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的观察研究得出公立医院经济运行机制、补偿的激励导向已实现初步转变,医疗收入结构发生变化的结论,并指出改革还存在的一些问题。彭颖等就医疗服务价格调整对公立医院医疗成本的补偿进行了测算分析,得出在当前财政补助模式下,为保持公

立医院经济运行的可持续性,医疗服务价格调整总量、医保支出增加额,门急诊人次平均收费增加额、每床日平均收费增加额等。金春林等就完善公立医院补偿机制提出了建议。希望本期内容能够为读者提供可资借鉴的资料信息。

上海市公立医院经济运行现状及药品加成分析

王力男、李芬、彭颖、金春林

新医改以来,政府出台了多项文件,提出要改革公立医院补偿机制,促进公立医院公益性回归。2009年,中共中央国务院发布了《关于深化医药卫生体制改革的意见》,明确提出要推进公立医院补偿机制改革,逐步将公立医院补偿由服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道改为服务收费和财政补助两个渠道。2010年出台的《关于公立医院改革试点的指导意见》(卫医管发〔2010〕20号)以及2011年《公立医院改革试点工作安排》(国办发〔2011〕10号)将补偿机制改革作为重大体制机制改革的内容之一。本文主要对2012~2013年上海市公立医院经济运行现状进行分析,并以2013年为例,分析不同属性、不同类别公立医院药品加成情况,为全市推进药品零差率政策的补偿测算提供参考。

一、上海市公立医院经济运行情况

* 上海市公立医院范围包括地方市、区两级公立医院和复旦附属医院,不包括企业医院、部队医院,下同。

（一）运行效率

与2012年相比,2013年全市公立医院业务量均有所增长。2013年,公立医院门急诊达到12137.9万人次,同比增长5.6%;出院人数262.0万人,同比增长6.9%;实际占用总床日数2855.6万床日,同比增长3.0%。

从医疗资源使用效率的主要指标看,公立医院住院资源利用率处在高位。2013年,全市公立医院病床使用率略有下降,为99.0%;病床周转次数略有上升,约32.8天;出院者平均住院天数约10.1天。

从人力资源效率的主要指标看,2013年,全市公立医院平均在职职工11.0万人,较2012年增加7241人,同比增长7.1%。从人均效率指标看,每职工门急诊人次和实际占用床日数分别为1107.6人次和260.6床日,与2012年比,分别下降约1.4%和3.8%(表1)。

结合门急诊人次及实际占用床日数可知,全市公立医院在职职工增幅高于门急诊人次增幅1.4个百分点,高于实际占用总床日数4.1个百分点,导致总体数据显示公立医院在职职工效率略有下降(表1)。

表1 2012~2013年上海市公立医院人力资源效率主要指标

业务量指标	2012年	2013年	增长率(%)
每职工门急诊人次(人次)	1122.95	1107.59	-1.37
每职工实际占用床日数(床日)	270.91	260.57	-3.82
平均在职职工人数(人)	102348	109589	7.07

（二）收入情况

1. 总体收入

2012年开始,公立医院实行新财务会计制度,总收入主要由财政补助收入、科教项目收入、医疗收入和其他收入构成,医疗收入中药品收入占主要部分。2013年,全市公立医院总收入为821.3亿元,其中,财政补助收入85.9亿元,占10.5%;医疗收入694.3亿元,占84.5%;科教项目收入和其他收入分别为18.0亿元和23.1亿元,两者之和占总收入的5%。药品收入是公立医院收入的主要渠道,2013年为310.7亿元,占总收入的37.8%,占医疗收入的44.8%。

从增长趋势看,2013年公立医院总收入比2012年增长7.4%,除财政补助相比2012年有所下降外,其他三类收入均保持10%以上的增长。财政补助收入同比下降22.7%,其中基本支出补助主要包括人员经费补助和公用经费补助,同比增长9.5%,项目支出补助包括医疗卫生、科学技术和教育项目,根据项目需要按年度安排,2013年比2012年大幅下

降,造成财政补助收入减少;医疗收入同比增长12.4%,其中药品收入同比增长10.2%,剔除药品的医疗收入增长14.4%;科教项目收入同比增长幅度最高,为15.9%。(表2)

2. 医疗收入

2013年,全市公立医院医疗收入(含药品收入)694.3亿元,占总收入的84.5%,是医院收入的重要组成部分。从其收入结构来看,门诊收入占比略小于住院收入,且两者差距同比略有增加。从增长趋势来看,2013年医疗收入同比增长12.4%,其中门诊增长11.7%,住院增长13.1%(图1)。

从门诊收入构成来看,药品收入占比最高,超过50%。2013年,药品收入占比为54.7%,其次是检查、化验收入,分别占门诊收入的11.3%、10.2%。比较两年的门诊收入构成结构可得,各项收入占比变化不大,药品、检查收入占比略有减少,化验收入占比略有增加。

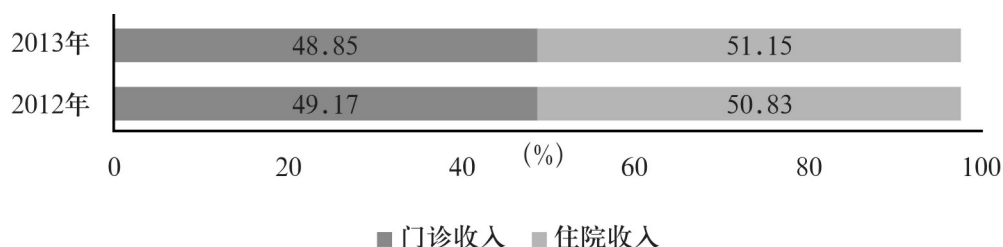
从住院收入构成来看,药品和卫生材料收入占比最高,两者之和超过50%。2013年,药品、卫生

表2 2012~2013年上海市公立医院收入情况表(单位:亿元)

指标	2012年	2013年	增长率(%)
财政补助收入	111.2	85.9	-22.7
其中:基本支出补助	41.6	45.6	9.5
科教项目收入	15.5	18.0	15.9
医疗收入	617.6	694.3	12.4
其中:药品收入	282.1	310.7	10.2
其他收入	20.6	23.1	11.9
总收入	764.8	821.3	7.4

注:基本支出补助包括人员经费补助和公用经费,人员经费中包括在职人员和离退休人员。

图1 2012—2013年上海市公立医院医疗收入门诊住院构成(%)



材料收入占比分别为35.3%、22.0%,其次是化验、手术收入,分别占住院收入的10.9%、8.9%。比较两年的住院收入构成结构可知,2013年药品、手术占比略有减少,卫生材料、化验收入占比有所增加。从比例变化绝对值看,卫生材料收入占比增幅最高,2013年同比增加2.0个百分点。

上海市医疗保险覆盖面较广,医保患者赴医院就医时主要花费医保基金(包括个人账户和统筹基

金),医保收入则构成了医疗收入的重要来源。2013年,全市公立医院医保收入占医疗收入比例为43.3%,其中,城镇职工医疗保险比例最高,占到全部医保收入的83.8%,城镇居保、新农合、城乡一体化医疗保险和其他医疗保险基金占比则较小(表3)。与2012年相比,医保收入增长15.3%,高于同期医疗收入,增长2.9个百分点,其中城镇职工医保基金同比增长14.1%,占医保收入84.7%,同比略微下降。

表3 2012~2013年上海市公立医院医保收入占医疗收入比例(%)

项目	2012年	2013年
医保收入占医疗收入比例	42.22	43.31
其中:来源于城镇职工医疗保险基金	35.77	36.30
来源于城镇居民医疗保险基金	2.38	2.54
来源于新型农村合作医疗基金	1.01	1.26
来源于城乡一体化医疗保险基金	0.08	0.13
来源于其他医疗保险基金	2.97	3.08

(三) 支出情况

1、总体支出

公立医院实施新财务会计制度后,医院支出由医疗业务成本、财政项目补助支出、科教项目支出、

管理费用和其他支出构成。2013 年, 全市公立医院总支出 805.6 亿元, 其中医疗业务成本 666.3 亿元, 占 82.7%; 管理费用 77.6 亿元, 占 9.6%; 财政项目补助支出 42.7 亿元, 占 5.3%; 科教项目支出和其他支出分别为 11.6 亿元和 7.4 亿元, 两者之和占总支出的 2.4%。

从增长趋势看, 2013 年公立医院支出增长 8.0%, 其中财政项目补助支出同比下降 37.2%, 其他支出

同比下降 2.3%, 医疗业务成本、科教项目支出和管理费用则同比有所增加。管理费用指医院行政及后勤管理部门为组织、管理医疗和科研、教学业务活动所发生的各项费用, 主要为医院行政及后勤管理部门发生的人员经费, 另有相关材料费、固定资产折旧和其他公用经费等。2013 年管理费用同比增长 6.5% (表 4)。

表 4 2012~2013 年上海市公立医院支出情况表 (亿元)

项目	2012 年	2013 年	增长率 (%)
医疗业务成本	587.3	666.3	13.5
其中: 药品费	244.6	270.7	10.7
财政项目补助支出	68.1	42.7	-37.2
科教项目支出	10.4	11.6	11.9
管理费用	72.8	77.6	6.5
其他支出	7.6	7.4	-2.3
支出总计	746.2	805.6	8.0

2. 业务支出

业务支出主要是医疗业务成本中的七大类成本加上管理费用中的人员经费等相关支出, 具体来说包括人员支出、卫生材料费、药品费、计提的固定资产折旧、无形资产摊销、提取医疗风险基金和其他公用经费。2013 年, 全市公立医院业务支出 751.2 亿元, 按照权重次序排列药品费、人员支出和卫生材料费分列前三, 分别占比 36.0%、33.4% 和 16.5%。

药品费作为业务支出的重要组成部分, 2013 年为 270.7 亿元, 同比增长 10.7%, 高于同期药品收入增长率 0.5 个百分点。结合药品收入来看, 药品加成率 14.8%, 同比下降 0.5 个百分点。人员支出主要包括基本工资、绩效工资 (津贴补贴、奖金)、社会保障缴费、离退休费、住房公积金等。2013 年, 人员支出 250.9 亿元, 同比增长 13.6%, 其中奖金 116.5 亿元, 占人员支出比例的 46.4%, 同比下降 1.1 个百分点。卫生材料费近年来增长较明显, 2013 年同比增长 17.0%。

(四) 收支差额

2013 年, 全市公立医院总收支结余为 15.7 亿元, 同比下降了 16.1%。其中医疗收支亏损为 49.5 亿元, 比 2012 年增加 6.9 亿元, 经财政对人员经费和公用经费进行补助后 (财政基本补助收入) 仍亏损 3.9 亿元, 加上其他收支差额后, 业务收支结余转正, 为 11.7 亿元, 业务收支结余率为 1.6%, 同比下降 0.25 个百分点 (表 5)。

二、上海市公立医院药品加成分析

公立医院改革方案中提出取消药品加成, 公立医院由财政补助、医疗服务收费和药品加成三渠道改为两渠道, 各地取消药品加成所减少的收入措施一般为增加财政补助、调整医疗服务价格和增设药事服务等。

(一) 上海市公立医院药品加成趋势

2009~2013 年, 上海市公立医院药品加成收入逐年增加, 由 28.4 亿元上升到 40.1 亿元, 年均增长 7.1%; 而药品加成率则逐年减少, 由 16.5% 下降

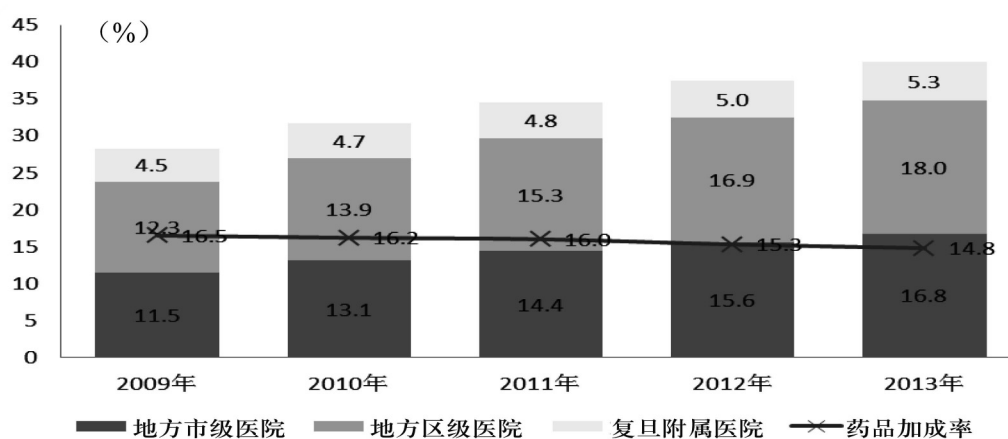
表5 2012~2013年上海市公立医院收支差额状况(单位:亿元)

项目	2012年	2013年
医疗收支差额	-42.58	-49.51
加: 财政基本补助收入	41.62	45.58
医疗收支结余	-0.95	-3.94
加: 其他收支差额	13.03	15.66
业务收支结余	12.08	11.72
财政项目补助收支结余	1.42	-2.46
科教项目收支结余	5.16	6.40
总收支结余	18.67	15.66

注: 业务收支结余 = 医疗收支结余 + 其他收入 - 其他支出; 其中: 医疗收支结余 = 医疗收入 + 财政基本支出补助收入 - 医疗支出 - 管理费用; 财政项目补助收支结余 = 财政项目支出补助收入 - 财政项目补助支出; 科教项目收支结余 = 科教项目收入 - 科教项目支出。

到14.8%。其中地方市级医院药品加成收入占比在40.5%和41.9%之间,呈逐年上升趋势,绝对值年均增长率为7.84%;地方区级医院药品加成收入占比在43.4%和45.2%之间,2012年该比例达到最高,2013年回落到44.8%,绝对值年均增长7.9%;复旦附属6家医院药品加成收入占比在13.3%与15.9%之间,呈下降趋势,绝对值年均增长仅为3.4%(图2)。

图2 2009~2013年上海市公立医院药品加成情况



注: 本图测算口径为上海市地方市、区两级公立医院、复旦大学附属医疗机构,不包含部队、企业属医疗机构,2013年郊区4家新建三级医院实行零差率销售,未统计在内。

(二) 不同类型公立医疗机构药品加成分析

上海市公立医院从财政补助层级来看,分为地方市级医院、地方区级医院和复旦附属医院,地方市级医院均为三级医院,地方区级医院多为二级医院,而复旦附属6家医院均为三级医院,三类医疗机构分别对应市级财政、区级财政和国家卫生计生

委财政补助。此外,公立医院类别众多,其服务对象有所差别,相应的药品加成情况也有所差异,取消药品加成后对各类型公立医院的影响不尽相同。如中医医院中药收入占比较高,而中药加成率根据文件要求比西药高5%左右。又如肿瘤类药品价格昂贵,相应药品加成收入较高,取消药品加成对其

影响较大。因此有必要对药品加成按照医院级别和类别进行分析。

如表6所示,2013年,全市公立医院药品加成收入40.1亿元,其中地方市级医院、区级医院分别为16.8亿元、18.0亿元,复旦附属医院5.3亿元。结合各级别医疗机构业务量来看,地方市级医疗机构门诊次均加成药费22.5元,住院每床日加成药费72.9元,均高于地方区级医疗机构门诊和住院每床日费用(17.3元和42.3元),但两者均低于复旦附属医疗机构次均费用(25.2元和89.5元)。

地方市级医疗机构中:市公共卫生临床中心次均药品加成收入普遍高于其他机构,门诊、住院分别达到69.7元和82.8元;市精神卫生中心门诊次均药品加成位列第二(37.8元),每床日药品加成则较低(5.5元);中医医院门诊和住院每床日药品加成均高于综合医院,与全市市级医疗机构平均水平接近;妇幼医院门诊次均药品加成最低(14.1元),住院每床日药品加成低于平均水平(47.9元);其他专科医院门诊次均药品加成较低,住院每床日药品加成则最高(135.6元);疗养院比较特殊,只有住院,且基本无加成。

地方区级医疗机构中:传染病医院次均门诊药品加成最高(35.3元),住院每床日药品加成处于低位,低于平均水平;精神病医院门诊次均药品加成位列第二,住院每床日药品加成最低(3.1元);综合医院门诊次均药品加成略低于中医医院,住院每床日药品加成则最高(56.3元);妇幼医院和其他专科医院对次均药品加成则较低,妇幼医院门诊次均药品加成最低(5.8元)。

复旦附属医院中:肿瘤医院次均药品加成最高,门诊住院分别为98.9元和132.2元;中山、华山两家综合医院门诊次均药品加成(22.0元和22.5元)略高于市级综合医院,住院每床日次均药品加成则是市级综合医院的1.3~1.5倍;妇产科医院门诊次

均药品加成最低(10.1元),门诊住院指标均低于市级妇幼医院;眼耳鼻喉科医院住院每床日药品加成最低(25.2元),门诊次均药品加成15.1元。

总体来看,取消药品加成后,对复旦附属和地方市级医疗机构影响大于地方区级医疗机构。门诊影响较大的医疗机构为精神病医院、传染病医院,综合医院次均影响在20元左右,中医医院略高,妇幼医院和专科医院影响则较低,复旦大学附属肿瘤医院需特别注意;住院影响较大的医疗机构依次为市级专科医院(主要是胸科医院和肺科医院)、复旦附属医院、市级中医医院和市级综合医院,精神病医院中市级影响较大,区级则几乎无影响,妇幼医院和区级其他专科医院影响较小。

三、推进药品零差率后对补偿政策的思考

(一) 业务量保持较快增长,但结构不尽合理

2012~2013年,上海市公立医院业务量保持较快增长,其中门急诊服务量增速5.6%,出院人数增长6.9%。二、三级医院无论医疗机构数量、人力资源还是业务量,都是本市公立医院的主体,但资源和业务更多地集中在三级医院。以二、三级医院服务量为例,三级医院门诊占全市公立医院服务量的57.2%,二级医院为41.9%;三级医院实际占用总床日占全市公立医院的49.0%,二级医院为46.7%,从结果上来看未达到合理的诊疗秩序。初步分析造成此现象的原因主要有两点,一方面由于需方缺少制约,存在首诊集中涌向三级医院寻求医疗服务的现象,另一方面由于三级医院向下转诊推进不力,部分患者接受诊治后仍在三级医院接受后续治疗,造成全市占用床日数集中在三级医院。

(二) 总收支基本同步增长,医疗收支存在亏损

2013年,上海市公立医院总收入增长7.4%,略低于总支出的增长幅度(8.0%)。从收入结构来看,2013年财政补助收入占比为10.5%,由于项目支出补助的缩减导致财政补助收入同比下降4.1个百分

表6 2013年上海市各级各类公立医院药品加成情况

	门急诊人次 (万人次)	住院床日 (万床日)	药品加成 收入 (万元)	门诊加成 收入 (万元)	住院加成 收入 (万元)	门诊次 均 加成药 费 (元)	住院每 床日 加成药 费 (元)	药品 收入 占医 疗收 入比 重 (%)
全市地方市、区两级医疗机构	10756.65	2589.28	347320.09	209227.21	138092.89	19.45	53.33	45.51
地方市级医疗机构	4427.41	932.54	167729.08	99786.36	67942.72	22.54	72.86	42.43
综合医院	2642.46	554.71	96989.54	54411.93	42577.61	20.59	76.76	39.17
中医医院	968.91	132.24	40527.77	29494.50	11033.27	30.44	83.43	61.09
妇幼医院	486.04	70.15	10213.82	6851.69	3362.12	14.10	47.93	30.16
上海市精神卫生中心	65.45	82.69	2925.89	2473.17	452.72	37.79	5.47	48.59
上海市公共卫生临床中心	26.57	12.23	2866.64	1853.70	1012.94	69.75	82.84	72.67
疗养院	.00	10.73	37.82	.00	37.82	.00	3.53	1.81
其他专科医院	237.97	69.79	14167.60	4701.36	9466.24	19.76	135.64	45.90
地方区级医疗机构	6329.24	1656.74	179591.02		70150.17	17.29	42.34	48.77
综合医院	4932.71	1061.23	144902.40	85150.96	59751.44	17.26	56.30	49.43
中医医院	898.84	138.89	25986.53	19212.14	6774.40	21.37	48.78	58.95
妇幼医院	208.70	39.69	2193.57	1405.10	788.47	6.73	19.87	18.96
传染病医院	24.64	20.06	1395.48	869.96	525.51	35.31	26.19	69.98
精神病医院	78.22	322.58	2708.95	1715.76	993.19	21.94	3.08	31.75
其他专科医院	186.13	74.29	2404.09	1086.93	1317.16	5.84	17.73	31.96
复旦附属医疗机构	1291.72	231.44	53267.15	32553.57	20713.58	25.20	89.50	40.64

注：1. 本表测算口径为上海市地方市、区两级公立医院、复旦大学附属医疗机构共161家，不含部队、企业属医疗机构；2. 本表依据2013年度全国卫生财务年报决算数据测算；3. 郊区4家新建三级医院由于实行药品零差率销售，未统计在内。

点；医疗收入占总收入的84.5%，其中医保收入占医疗收入比例为43.3%，药品收入占比为37.8%；除去科教补助收入和其他收入，医院总收入中来自个人的比例大致为41.2%。从支出结构来看，公立医院支出的主体是医疗业务成本（82.7%），其中人员支出占33.4%，卫生材料费占16.5%，药品费占36.0%，其他项目14.1%。从收支差额情况来看，医疗收支存在亏损，且经过财政基本补助后仍不能弥补亏损，需要医院的其他收支结余来进行相应弥补。综合各项成本的补偿内容，药品费和卫生材料费通过收费均已足额补偿，人力成本支出对医疗收支平衡影响最大，应主要靠医疗服务价格进行相应补偿，但受限于目前的医疗服务价格远低于政府补助后的医疗服务成本，医疗收支亏损，公立医院仍存在以药补医的现象。

（三）药品加成率逐年降低，不同类型医院差异较大

2013年，全市药品加成收入为40.1亿元，药品加成率为14.8%，比2009年减少1.7个百分点。若药品实行零差率形成的收入差额全部以财政投入补足，财政投入要增加48.1%，如通过医疗服务项目收费价格调整，则须增加医疗收入（不含药品收入）10.4%。从不同财政补助层级医院来看，市级医院、区级医院和复旦附属医院药品加成收入分别为16.8亿元、18.0亿元和5.3亿元。结合各级医疗机构业务量来看，市级医院门诊次均药品加成和住院每床日药品加成均高于区级医院，低于复旦附属医院。结合各医疗机构类别来看，肿瘤医院、传染病医院和精神病医院次均门诊药品加成较高，中医医院高于综合医院，妇幼医院则较低；市级专科医院住院

每床日药品加成特别高, 复旦附属医院、市级中医医院和市级综合医院次之, 市级综合医院低于中医医院, 区级综合医院则略高于区级中医医院, 精神病医院中市级影响较大, 区级则几乎无影响, 妇幼医院和区级其他专科医院影响较小。

四、讨论与建议

(一) 合理引导居民就医秩序, 促进医疗资源有效利用

三级医院、二级医院与社区卫生服务中心共同构成三级医疗服务体系。公立医院中三级医院主要提供高水平专科性医疗服务, 并承担科研教学任务, 服务对象应为确有需要的疑难杂症患者; 二级医院作为地区性医院, 提供综合性医疗服务, 理应服务于居民医疗服务需求中占比较大的部分。而目前自由就诊环境下居民大多选择前往三级医院, 造成“看病难”现象始终存在。为合理引导居民就医, 一方面要提高二级医院的服务能力, 另一方面可依托家庭医生签约等促进双向转诊制度的推行, 以达到医疗资源的有效利用。

(二) 适时调整医疗服务价格, 弥补医疗服务成本

业务量的增长和医疗服务价格低于成本的现状导致了公立医院存在“越做越亏”的困境, 在公立医院不能把患者拒之门外来保证其医疗收支平衡的情况下, 有必要核定医疗服务成本, 在通过财政补助确保公益性的基础上适时调整医疗服务价格: 一是提高以医疗技术、劳务为主的医疗服务项目价格, 二是降低以机器为主的检查、检验等价格, 综合考虑成本、技术难度、实施风险等因素, 保证医疗服务收费与运营成本间的平衡, 使更多资金成为医院的可支配收入。

(三) 核定政策亏损总量, 分类制定补偿标准

药品零差率有助于推进医药分开政策的落实, 缓解目前公立医院“以药补医”的现状, 但在实施前首先应核定政策亏损对公立医院的影响。建议根

据各医疗机构药品加成收入现状, 分类制定相应的补偿标准: 首先, 核定医疗服务价格调整后对政策亏损的弥补程度, 其次确定增长的医疗服务价格中医保的补偿比例, 最后确定不同类型医疗机构不同层级财政的补偿额度, 保证患者个人医疗费用负担的稳定性。

实行药品零差率后公立医院补偿机制改革的探索及启示

李芬、彭颖、金春林、杜云峰*

公立医院补偿机制是医药卫生体制改革的重点和难点, 取消药品加成后, 服务收费和财政补助足额补偿是公立医院可持续发展的关键。2010年2月, 国家选择了第一批17个国家联系试点城市(以下简称“试点”)开展公立医院改革探索。本文分析了公立医院改革试点在补偿机制改革中的经验、存在的问题和对于深化改革的启示。

一、补偿机制改革的主要举措

(一) 保障公立医院财政投入

根据国家医改要求, 政府负责公立医院基本建设和大型设备购置、重点学科发展、符合国家规定的离退休人员费用和政策性亏损补贴、公共卫生服务以及突发应急专项补助。试点落实情况与当地政府财力相关, 北京市、上海市、深圳市、厦门市等经济较发达地区能够基本保障, 部分试点采取政府与医院分担或政府给予贴息贷款等措施。离退休人员费用大部分纳入事业单位养老体系, 公用卫生服务等纳入专项支出。“政策性亏损”在医改方案中尚没有明确的界定, 取消药品加成带来的合理收入损失应属于政策性亏损。部分试点由财政不同程度地予以补偿, 补偿的比例与价格调整的幅度相关联, 在政策设计上基本弥补加成损失, 以减少改革阻力。安徽省试点医院取消药品加成后减少的合理收入的

25% 部分, 由省级财政结合全省县级医院诊疗人次 (每个出院人数折算为 3 个诊疗人次) 确定补助基数, 并纳入一般性转移支付按年度给予补助; 三明市财政补偿取消加成损失的 10%, 列入财政定额补助, 用于医院运行开支。

(二) 调整医疗服务收费结构

取消药品加成后, 绝大部分试点通过医疗服务价格调整补偿, 但调价依据、幅度、范围、形式有所差异:

一是调价依据。价格调整都以取消药品加成后带来的收入损失为主要依据; 浙江省、三明市等综合测算了药品价格下降幅度、财政和医保可承受能力等因素的影响。

二是调价范围。范围最广的是浙江省, 调整了 4000 多项医疗服务价格, 可大大缩小对不同级别、类型医院经济影响的差异, 但调价的难度大。三明市对医疗服务收费情况进行了分析, 调整了 80 项占医疗收入 80% 以上、体现医务人员劳务价值的医疗服务项目。这种方式调价范围大大缩小, 对医院收支影响小, 操作难度相对浙江省小, 取得了良好的政策效果。上海市取消药品加成的医院在此上调了 31 项医疗服务价格。北京市、深圳市调价范围小, 前者增设医事服务费, 后者提高门诊诊金和住院诊查费, 埋下了分解诊疗等隐患。

三是调价形式。主要是设立新的收费项目, 如北京市的“医事服务费”; 调整当前医疗服务收费价格; 增设医疗服务收费项目和调整医疗服务价格。

四是补偿幅度。补偿幅度多与财政补偿举措联动, 如北京市采取“价格平移”, 财政对此无额外投入。也有的试点在政策设计时补偿幅度没有达到 100%, 如浙江省以补偿 90% 为目标, 因为政策制定者认为目前公立医院存在药品费虚高的现象, 部分加成损失不合理, 应通过医院规范诊疗来消化。

此外, 部分试点还探索药品集中招标采购, 如

三明市、深圳市、上海市等, 也起到了一定的降低药品价格的作用。

(三) 改革医保支付结构和方式

为不增加患者负担, 试点均提出价格调整增幅的“基本”部分纳入医保支付范围。北京市医事服务费按照医生级别设为 42 元、60 元、80 元、100 元四个级别, 医保报销每人 40 元, 多出部分由患者自负。上海医疗服务调价绝大部分纳入医保支付, 对诊察费、床位费按照普通等级支付。深圳市把提高的门诊诊金和住院诊疗费均纳入医保支付。同时, 为促进医院厉行节约、降低群众就医负担, 探索医保总额预付、超额共担、支付方式多样化举措, 上海市目前已在上海市推广医保总额预付制, 按季度支付到医院。浙江省实行总额预付制下的多种支付方式改革, 并规定试点医院门诊和住院次均费用零增长。但“总额”是对整个医院而言的, 对医疗费用的支付仍主要采取按服务项目付费, 其结果是控制了医保费用增长, 但引发了自费费用增加、推诿医保患者等问题。而深圳市实行的是门诊按人头付费为主、按项目付费和按单元付费为辅, 住院按单元付费为主、按病种付费和按项目付费为辅的多种支付方式。

二、主要成效和存在的问题

(一) 主要成效

在财政落实基本建设和发展支出的情况下, 公立医院可专注于医疗服务。实施药品零加成、调整医疗服务价格后, 公立医院经济运行机制、补偿的激励导向发生转变, 医疗行为发生改变, 试点医院的次均费用下降, 医疗收入结构中药品收入占比下降。在医疗服务价格调整时, 均着重提高体现医务人员技术、劳务价值的服务项目, 医疗收入占比、医务人员工资收入有所提高。此外, 大部分患者的医疗负担有所降低, 因为医疗服务价格增加的部分将纳入医保, 取消药品加成后使药品直接费用减少,

也从机制上约束了过度用药、滥用药等现象,有利于进一步降低费用。

(二) 存在问题

一是尚未建立科学的医疗服务价格体系。以药品加成收入作为基数来调整医疗服务价格的做法,没有全面梳理医疗服务价格项目比价关系,难以建立起科学的医疗服务价格形成体系,也不可能从根本上扭转不合理的医疗行为。部分试点还引发了其他问题:首先,医疗服务价格的局部调整,医院会寻找新的“交叉补贴”途径,分解诊疗。北京市仅增设医事服务费,出现分解门诊的现象。上海市试点医院门诊患者30天内复诊率较高。其次,部分医疗价格调整范围过于集中,而医院间的特色科室、服务项目的比重各不相同,由价格调整带来的医疗收入增量因医院而异,部分医院能够运转,部分药占比高的医院难以正常运营。

二是财政投入中“政策性亏损”的内涵不明晰,投入方式未转变。在政府保障建设支出的情况下,公立医院最主要的政策亏损是医疗服务价格政府管制带来的医疗服务收费与成本之间的差距。近年来医疗服务价格虽小步上调,但与成本差距仍然较大,财政经常性投入不足以弥补差价损失。而且财政经常性投入仍采取按编制或床位补偿基本支出的方式,没有体现公益性、绩效导向。

三是医保支付制度改革力度小。按项目付费的方式加重诱导医疗和医疗过度使用;打包付费,并且超支自理、结余归己,则可成为激发公立医院降低成本、合理医疗的内在动力。总额预付制改革没有改变支付制度的本质,按病种、按人头、按床日付费推进缓慢。支付制度的设计仍在医院层面,没有从整个医疗服务体系进行改革。

四是补偿机制缺乏系统性。公立医院相关管理部门(卫生计生委、人保、财政等),部门间评价、考核各自为政,造成公共筹资(财政和医保投入)没有形成合力,对公立医院的激励和约束效果减弱。

三、对公立医院补偿机制改革的启示

试点公立医院补偿机制改革有两点成功的经验值得借鉴:一是对公立医院的补偿建立在调整医院内部经济运行的基础上,即通过取消药品加成、医疗服务价格调整来扭转公立医院不合理的收支结构。二是对公立医院补偿综合考虑了医疗、医保、医药的联动,医疗服务价格调增部分主要由医保承担。对于公立医院补偿机制探索过程中存在的问题,建议在探索过程中从以下3方面逐步改革和完善。

(一) 分阶段实施医疗服务价格调整

药品取消加成后,医疗服务项目价格调整在缺乏科学成本核算依据的情况下,可基于定性访谈、定量调查的结果调整服务项目间的比价,普遍提高诊查、护理、治疗、手术及床位等技术劳务价值高的项目收费,而不是调整或增设个别项目,造成分解诊疗等问题;同时,应考虑到专科医院的情况对专科医院的收支进行单独测算,因为专科医院的服务项目结构与综合医院差异大,按照平均医疗服务收费情况进行调整会出现补偿“超量”或严重不足并存。长远来看,需推进财务管理、成本管理、薪酬管理等基础工作,综合考虑成本、技术难度、实施风险等因素,全面梳理项目之间的比价,保障医疗服务收费与运营成本间的基本平衡。

(二) 推进医保支付方式改革

医保是医疗服务费用支付的主体,医保支付方式改革是转变公立医院补偿激励机制的关键。应从服务系统出发来设计医保支付制度,支付额度要与医院绩效、功能定位等相结合。如三级医院的功能定位是治疗疑难重病,则对符合这一功能定位的三级医院加大支付力度,对于收治大量常见病、多发病的三级医院减少支付。在医院支付层面深化推进按病种、按人头、按床日付费制度改革,激发公立医院控费的内在动力。

(三) 增强补偿机制的系统性

财政和医保投入要具有内部一致性,并与医疗服务系统改革相协同。建议建立围绕公立医院改革目标模式、与机构服务功能定位相协调的绩效考核

体系, 医保和财政投入均与考核结果挂钩, 增强对公立医院的激励和约束作用。

医疗服务价格调整对公立医院医疗成本的补偿测算与分析

彭颖、李芬、王力男、金春林

研究证实, 取消药品加成后, 公立医院补偿渠道需要以医疗服务收费为主, 通过医疗服务价格调整, 配合财政投入和医保支付补偿的方式进行改革。但是, 关于医疗服务价格调整的总量及价格调整后应采取的配套措施等问题还需要进一步探讨。本文从医疗成本构成及补偿渠道出发, 以上海市2013年公立医院经济运行数据为基础, 对取消药品加成、提高医务人员工资后的医疗服务价格调整总量进行模拟测算并提出相关建议。

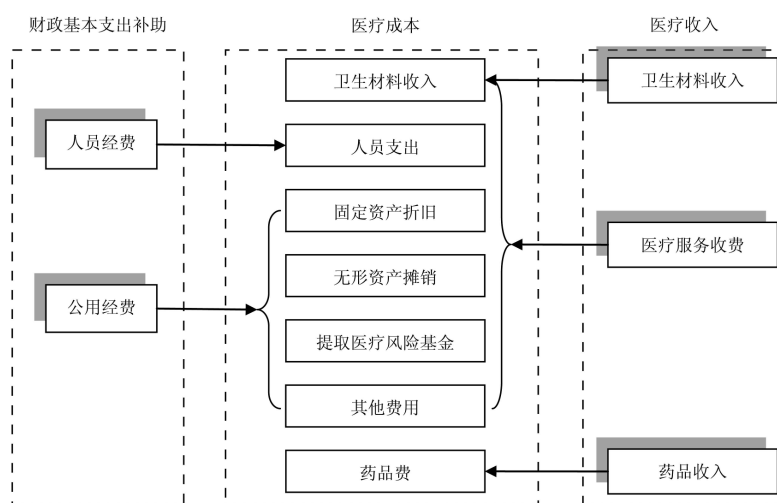
一、研究思路

在取消药品加成后, 医疗服务价格调整成为公立医院补偿机制改革的重要举措。全国各地都在医疗服务价格改革上进行探索, 例如有地区采取将药

品加成作为补偿总量对医疗服务价格进行调整。但笔者认为, 取消药品加成只是触动公立医院补偿机制改革的导火线, 医疗服务价格调整的真正动因应是部分医疗服务价格不能真实反映医疗服务成本, 导致公立医院医疗服务行为扭曲, 形成“以药补医”的现状。因此, 调整医疗服务价格应从公立医院成本构成入手, 充分考虑各项成本的补偿渠道与方式, 使公立医院能够在当前财政补助模式下, 通过医疗服务收费弥补医疗成本, 保证医院可持续运行。

根据新财务会计制度, 公立医院医疗成本包括人员支出、卫生材料费、药品费、固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金和其他费用七类, 各项医疗成本补偿渠道见图1。其中, 人员支出、卫生材料费、药品费三项合计约占公立医院医疗成本的85% (表1)。因此, 本文根据各类成本补偿渠道的不同, 将医疗成本分为人员支出、卫生材料费、药品费、其他支出四大类, 通过对四类医疗成本数额进行测算, 并对各类成本补偿方式进行分析, 得出医疗服务价格调整总量。

图1 公立医院医疗成本补偿渠道图



注: 医疗服务收费指《上海市医疗机构医疗服务项目和价格汇编(2010)版》中列示的医疗服务项目收费总额, 从财务报表上看为医疗收入扣除药品收入和卫生材料收入, 具体包括挂号收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、其他门诊收入等内容。

* 注: 本文提到的公立医院范围包括上海市地方市、区两级公立医院、复旦大学附属医疗机构, 不包含部队、企业属医疗机构。

表 1 2013 年上海市公立医院医疗成本构成情况 (%)

医院等级	人员支出	卫生材料费	药品费	固定资产折旧费	无形资产摊销费	提取医疗风险基金	其他费用
三级医院	32.92	18.32	35.39	2.54	0.02	0.18	10.61
二级医院	35.04	13.42	38.61	1.51	0.01	0.21	11.20
一级及未评级	45.38	7.40	31.05	1.12	0.01	0.29	14.75

二、医疗成本分析

(一) 人员支出

公立医院人员支出由人力成本和对个人 / 家庭支出两部分构成, 其中人力成本由工资、社会保险缴费、其他相关支出三部分构成。2013 年上海市公立医院人员支出总额为 250.9 亿元, 其中人力成本

224.8 亿元, 对个人 / 家庭支出 26.2 亿元 (表 2)。

人员支出主要有两个补偿渠道, 一是医疗服务收费, 二是财政基本支出补助中的人员经费。2013 年财政补助中人员经费为 35.9 亿元, 占人员支出 14.3%, 其中在职人员经费 28.7 亿元、离退休人员经费 5.9 亿元 (表 3)。

表 2 2013 年上海市公立医院人员支出情况 (亿元)

医院等级	人力成本				对个人/家庭支出	人员支出合计
	合计	工资支出	社会保障缴费	其他相关支出		
三级医院	146.07	111.47	21.84	12.77	17.23	163.30
二级医院	75.53	50.64	12.27	12.62	8.64	84.17
一级及未评级	3.16	2.10	0.46	0.60	0.30	3.47
汇总	224.76	164.20	34.57	25.99	26.17	250.93

表 3 2013 年上海市财政基本支出补助中人员经费占人员支出比例

医院等级	人员经费补助		其中: 在职人员经费		其中: 离退休人员经费	
	金额 (亿元)	占人员支出比例 (%)	金额 (亿元)	占人力成本比例 (%)	金额 (亿元)	占对个人和家庭支出比例 (%)
三级医院	22.16	13.57	18.31	12.53	2.62	15.20
二级医院	13.15	15.63	9.85	13.05	3.14	36.36
一级及未评级	0.61	17.72	0.50	15.88	0.11	36.87
汇总	35.92	14.32	28.66	12.75	5.87	22.43

2013 年, 上海市三、二、一级公立医院人均工资收入分别为 18.0 万元、11.6 万元、13.4 万元。为体现医务人员技术劳务价格、调动医务人员积极性, 上海市拟将市级公立医院、区县公立医院卫技人员 (包括医生、护士和医技人员) 的预期薪酬按上年社会平均工资 (2012 年上海市社会平均工资为 56648 元) 的 3.9 倍、2.9 倍作为指导线进行调整。本文以

此为依据, 测算出各级公立医院卫技人员预期工资支出, 再通过调整卫技人员工资支出占全院人力成本比例, 得到薪酬调整方案。据测算, 上海市公立医院预期人员支出为 289.7~314.4 亿元, 较实际人员支出增加 38.8~63.5 亿元。在现行 35.9 亿元的财政补助政策下, 约有 253.8~278.5 亿元人员支出需通过医疗服务收费予以补偿 (表 4)。

表4 薪酬调整方案下医疗服务收费对人员支出的补偿金额测算

医院等级	卫技人员预期人均工资收入 (万元)	卫技人员预期工资支出 (亿元)	预期人力成本 (亿元)		预期人员支出 (亿元)		通过医疗服务收费补偿(亿元)	
			方法一	方法二	方法一	方法二	方法一	方法二
三级医院	22.09	115.83	164.67	174.02	181.90	191.25	159.74	169.08
二级医院	16.43	62.66	95.12	109.87	103.75	118.51	90.60	105.36
一级/未评级	16.43	2.17	3.76	4.36	4.06	4.67	3.45	4.05
合计	—	180.67	263.55	288.25	289.72	314.43	253.79	278.49

注：方法一只考虑卫技人员工资支出变化，管理人员和其他人员工资保持不变；方法二管理人员和其他人员的工资支出与卫技人员同比例增长。

（二）卫生材料

卫生材料包括一次性医用材料和可单独收费材料。其中，可单独收费材料可以直接通过卫生材料收入得到全额或超额补偿；一次性医用材料成本则需通过医疗服务打包收费进行补偿。2013年上海市

公立医院卫生材料费为123.7亿元，卫生材料收入为84.9亿元，二者差值达到38.8亿元。在对卫生材料收入进行深入分析后发现，2013年全市公立医院高值耗材收支差额达9.2亿元，二、三级公立医院高值耗材加成率分别为19.7%和22.9%（表5）。

表5 2013年上海市公立医院卫生材料收支情况(单位：亿元)

医院等级	卫生材料费		卫生材料收入		高值耗材加成率(%)
	总额	其中：高值耗材费	总额	其中：高值耗材收入	
三级医院	90.89	33.93	67.85	41.71	22.94%
二级医院	32.24	7.21	16.99	8.63	19.69%
一级及未评级	0.56	0.00	0.07	0.00	15.00%
合计	123.69	41.14	84.91	50.34	—

打包收费的卫生材料费可以通过两种方法进行补偿测算，一是将卫生材料费与卫生材料收入的差值作为医疗服务收费对打包收费卫生材料的补偿额，即38.8亿元；二是对高值耗材加成率进行规范，根据上海1997年制订的《上海市各级各类医疗机构收费标准》“手术项目中使用的高值耗材加收不得超过5%”的规定，若将高值耗材加成定为5%，卫生材料收入将减少7.1亿元，再通过卫生材料费与卫生材料收入的差额得出打包收费卫生材料的补偿额为45.9亿元。

（三）药品费

2013年上海市公立医院药品收入为310.7亿元，药品费为270.7亿元，药品加成药40.0亿元，药品加成率为14.8%。药品零差率后，药品费平进平出，270.7亿元的药品费通过药品收入予以补偿。

（四）其他支出

本文将除人员支出、卫生材料费、药品费以外的其他医疗成本统称为其他支出，具体包括固定资产折旧费、无形资产摊销费、提取医疗风险基金和其他费用。其他支出补偿渠道主要是医疗服务收费和财政基本支出补助中的公用经费。2013年全市公立医院其他支出共计98.5亿元，财政补助中的公用

经费合计9.6亿元,仅占其他支出的9.8%(表6), 剩余88.9亿元其他支出需通过医疗服务收费弥补。

通过上述分析,在综合考虑所有医疗成本及其基础,得出取消药品加成、提高医务人员工资后,医疗补偿渠道后,以2013年上海市公立医院运行数据为医疗服务收费补偿额度在381.5~413.3亿元(表7)。

表6 2013年上海市公立医院其他支出情况(单位:亿元)

医院等级	其他支出汇总	其他支出金额				财政补助公用经费支出占其他支出比例
		固定资产折旧费	无形资产摊销费	提取医疗风险基金	其他费用	
三级医院	66.26	12.62	0.12	0.89	52.63	5.58%
二级医院	31.07	3.63	0.03	0.49	26.91	17.80%
一级及未评级	1.24	0.09	0.00	0.02	1.13	33.89%
合计	98.56	16.34	0.16	1.40	80.66	9.79%

表7 医疗服务收费补偿额度测算(单位:亿元)

域值	待补偿成本			现有补偿渠道		医疗服务收费补偿金额
	人员支出	卫生材料费	其他支出	卫生材料收入	财政基本支出补助	
最小值	289.72	123.69	98.56	84.91	45.58	381.49
最大值	314.43	123.69	98.56	77.76	45.58	413.34

注:最小值下,人员支出只考虑卫技人员工资支出变化,卫生材料收入保持不变;最大值下,管理人员和其他人员的工资支出与卫技人员同比增长,高值耗材加成为5%。

三、医疗服务价格调整总量测算

2013年全市公立医院医疗收入的11.9%~16.5%。

(一) 医疗服务价格调整总量

从医疗收支平衡角度来看医疗服务价格调整总量构成,可以发现在现有财政基本支出总量和方式

2013年上海市公立医院医疗收入694.3亿元,减去药品收入310.7亿元、卫生材料收入84.9亿元,得到医疗服务收费金额为298.7亿元。将测算得到的医疗服务收费金额与实际收费金额间的差额作为医疗服务价格调整总量,即82.8~114.6亿元,占

下,提高医务人员工资、取消药品加成后,医疗服务价格调整总量=医疗成本变化额+药品加成本额-卫生材料收入变化额-2013年实际医疗收支结余(表8)。

表8 从医疗收支平衡角度看医疗服务价格调整总量构成(单位:亿元)

域值	医疗成本变化额	药品加成	卫生材料收入变化额	实际医疗收支结余	医疗服务价格调整总量
最小值	38.79	40.05	0.00	-3.94	82.78
最大值	63.49	40.05	-7.14	-3.94	114.63

注:最小值下,人员支出只考虑卫技人员工资支出变化,卫生材料收入保持不变;最大值下,管理人员和其他人员的工资支出与卫技人员同比增长,高值耗材加成为5%。

(二) 医疗服务价格调整对医保支出和次均费用的影响

费用筹资与分摊方面,价格调整之后,医保支付补偿大部分医疗服务收费,根据2013年医保收入

占医疗收入比例 (43.3%), 综合考虑医疗服务价格调整后医保支出增加额 (35.84~49.63 亿元) 和取消药品加成后医保支出减少额 (17.34 亿元), 得出医保支出增加 18.5~32.3 亿元, 约占 2013 年医保基金结余 (206.45 亿元) 的 9.0%~15.6%, 占 2013 年医保基金累计结余 (679.43 亿元) 的 2.7%~4.8%。

次均费用变化方面, 综合考虑取消药品加成和医疗服务价格调整对次均费用的双重影响。取消药品加成后, 按照门诊药品收入和住院药品收入的比例, 计算得出每门急诊人次药品费用将减少 19.7

元, 每住院床日药品费用将减少 56.6 元。医疗服务价格调整方面, 2013 年全市公立医院门诊收入与住院收入占医疗收入的比例分别为 48.9% 和 51.1%, 剔除药品收入和卫生材料收入后, 其占比分别为 49.2% 和 50.8%。以此为依据, 将医疗服务价格调整总量在门诊和住院进行分摊, 得出医疗服务价格调整对次均费用的影响。因此, 取消药品加成、调整医疗价格后, 每门急诊人次平均收费增加 13.8~26.7 元, 每床日平均收费增加 90.7~147.4 元 (表 9)。

表 9 取消药品加成、调整医疗价格后次均费用变化敏感度分析

次均费用	医疗价格调整后 增加值		取消药品加 成后减少值	综合考虑取消药品加成和医疗 服务价格调整后变化值	
	最小值*	最大值*		最小值*	最大值*
每门急诊人次 平均收费 (元)	33.54	46.44	19.72	13.82	26.72
每床日平均 收费 (元)	147.33	204.01	56.62	90.71	147.39

注: * 最小值: 82.8 亿元; * 最大值: 114.6 亿元

四、对公立医院成本补偿的启示

(一) 加强医疗机构成本核算与管理, 明确医疗服务标准成本

本文以 2013 年上海市公立医院实际医疗成本为基础, 仅对人员支出金额进行调整, 提出医疗服务价格调整总量测算思路。但未对医疗成本的合理性进行分析, 包括固定资产折旧和无形资产摊销方法、提取医疗风险基金的比例、其他费用支出占医疗成本的比例等, 这些因素都对医疗成本的多少产生影响, 而医疗成本的多少将直接影响医疗服务价格调整总量的大小。因此, 建议从全市层面加强医疗机构成本核算与管理, 在对实际成本进行测算的基础上, 提出医疗服务标准成本, 通过标准成本框定公立医院补偿总额。

(二) 明确财政补助的方式和标准, 将政府投入与医疗服务价格调整形成联动

取消药品加成后, 公立医院补偿变为医疗服务收费和政府财政投入 2 个渠道。在补偿总量确定的情况下, 财政基本支出补助的大小决定了医疗服务价格调整总量的多少。因此, 建议对财政投入中“政策性亏损”内涵进行明确界定、对补助方式进行明确、对补偿标准进行量化, 同时将医疗服务价格调整与财政投入形成联动, 使公立医院医疗成本得到补偿, 保证其经济运行。

(三) 提高对公立医院卫生材料管理要求, 规范高值耗材加成率

通过对卫生材料成本进行分析, 发现公立医院目前仅对高值耗材费用与收入进行管理和列示, 可单独收费材料与不可单独收费材料的成本无法区分, 导致难以准确测算打包收费卫生材料成本。同时高值耗材加成率偏高, 二、三级公立医院高值耗材加成率已经分别为 19.7% 和 22.9%。因此, 建议相关

部门提高对公立医院卫生材料管理的要求,同时对高值耗材加成率进行明确规定,以避免“以药养医”变成“以耗材养医”。

(四)加大医疗服务监管力度,做到“开正门、关偏门”

医疗服务价格调整后,公立医院医疗成本基本得到补偿,增加的医疗服务收费部分主要由医保承担。但与此同时,为保持医保基金支付的可持续性,必须加强医疗服务监管力度,特别是针对不合理的检查、高值耗材加成等进行严格监管。通过“开正门、关偏门”的方式,逐步扭转医疗服务行为,规范医疗服务市场。

完善公立医院补偿机制的建议

金春林、李芬、虞建明*、王力男、彭颖

公立医院补偿的实质是对医疗服务过程中卫生资源的耗费进行补偿,补偿渠道主要是财政补助和服务收费,补偿主体包括财政、医保和个人。补偿机制是主管部门实现对公立医院激励和约束的重要手段,机制设计应具有内部一致性和外部协同性,以帮助构建医疗服务体系蓝图和实现公立医院改革总目标。

一、量化补偿基础:规划服务体系和规范医院运营

公立医院的补偿总量与医疗服务体系结构、经济运行状况密切相关,宏观结构决定公立医院补偿总量,微观经济运行决定服务成本。公立医院补偿机制要达到预期效果,需要相关管理等配套政策的支撑,规划“大账”、规范“小账”,杜绝补偿黑洞。

(一)建立有序医疗服务体系,控制公立医院补偿总量

一个地区一定时期内公立医院医疗费用与服务量和次均费用水平有关。三级医院由于设备设施先

进、配备药品范围大、用人成本高等原因,医疗服务收费比低级别医疗机构高。近年来,基层医疗机构服务量占比降低,而三级医院服务量和占比均急剧上升,这是造成医疗费用快速上升的重要原因之一。医疗费用的增长即意味着公立医院补偿总量的提高;若补偿总量不可控,无从谈财政、医保的承受能力和可持续性。因而,明确公立医院、私立医院和不同级别公立医疗机构的服务比例,是测算一个地区公立医院补偿“大账”的前提;构建公立医院补偿机制应与医疗服务体系规划、分级诊疗等改革举措联动。

完善服务体系、引导患者“下沉”对公立医院补偿总量的影响显著。以上海市为例开展静态测算:2013年,上海市公立医院总门急诊人次1.2亿元,其中,一、二级医院占43%,三级医院占57%,次均费用分别为191元、228元、319元;实际占用总床日2856万床日,一、二级医院占51%,三级医院占49%,次均床日费用分别为285元、776元和1773元。若通过服务体系规划及分级诊疗等举措将三、二、一级和未评级医院的门急诊人次服务结构调整至35%、60%、5%,实际占用总床日调整为40%、55%和5%,则可降低医疗费用52.7亿元,为当年总收入(821.3亿元)的6.4%、药品加成收入(40.1亿元)的1.3倍。

(二)规范诊疗行为,制定人员支出标准

公立医院补偿标准难以制定,原因之一是没有可靠的医疗服务标准成本。规范运行、标化成本有助于补偿机制的完善。根据公立医院财务报表,医疗业务成本主要是人员支出、卫生材料费和药品费(三者占80%以上),其中,药品和卫生材料通过服务收费补偿。由于药品和高值耗材允许顺加作价,内在经济刺激使医生多开药、开贵药以及大量使用进口耗材,导致药品费和材料费占了医疗业务成本的很大比例。改变这一状况不能仅依赖补偿方式改

革,还应同时加强诊疗行为规范管理,使医生的行为从患者健康和利益出发,促进医疗收支结构趋于合理。

人员支出部分,政府财政补助力度小,绝大部分通过医院自身盈利来补偿(上海市约占盈利的80%),这客观上造成医院不盈利便没活路。建议通过调整医疗服务价格或加大政府财政投入来扭转这一局面,但这其中面临的一个难点是人员支出标准缺失,为此亟须明确绩效工资政策、完善工资总额预算管理,为构建合理的人力成本补偿标准打下基础。

二、明确补偿渠道:以医疗服务收费补偿为主调整收费结构

国际上,财政补助作为公立医院补偿的直接来源,其重要性和比重都呈下降趋势。特别是在建立了全民医疗保险体系的国家中,财政补助更多地用于补偿医疗卫生服务需求方,对公立医院的直接供方补偿仅局限于资本投资项目成本;医院的日常运营收入则需要从医疗服务收费渠道获得。当前国内公立医院收入结构中,医疗收入约占90%,是公立医院补偿的主要渠道,与国际经验相符。但医疗服务收费的内部结构不合理,医疗收入中药品收入占了较大比重。究其原因,主要是因为价格管制制度不科学,医疗服务项目价格远低于价值,而药品、耗材允许一定的加成,造成公立医院“以药养医”、“以耗材养医”。建议联动开展医疗服务项目价格调整与药品管理改革,扭转不合理的医疗服务收费结构。

(一)分阶段、平稳地调整医疗服务价格

我国医疗服务项目收费长期实行降价道路,价格水平低,同时也缺乏科学成本核算依据,短期内难以一步调整到位,为平稳调价且兼顾各级各类医院的利益,建议分阶段调整。第一阶段,基于定性访谈、定量调查的结果调整不同类型服务项目间的比价。选择项目时主要考虑4个因素:一是选择以

技术劳务为主的项目,如诊查、护理、治疗、手术及床位等;二是服务项目应在各级各类医院、不同科室间普遍开展,平衡价格调整对各级各类医院经济运营的影响;三是服务项目要有一定规模的“量”,能给医院带来“看得见”的收益;四是儿科、妇产科、中医等由于检查化验少、医疗服务项目价格低等,自偿能力弱,应适当增加调价项目。价格调整幅度应基于医院经济运行情况,综合考虑药品加成的发展历史、药品实际招标价格下降幅度、财政和医保的可承受能力、医院内部消化能力等因素的影响。第二阶段,通过推进财务、成本、薪酬等基础管理工作(即综合考虑成本、技术难度、实施风险等因素),全面梳理服务项目间的比价,保障医疗服务收费与运营成本间的平衡。

(二)加强药品全过程管理

“以药养医”是本轮公立医院改革决心要革除的弊病,取消药品加成是重要手段。不少地区实施药品零差率,带来的直接效应是减少了一部分加成费用;同时,药品平进平出使其在医院运行中的角色由“利润”转为“成本”,降低了医院过度开药的动机,进一步降低药品费总量,为医疗服务价格调整留出了一定的空间。然而,降低药品费用绝不能仅盯着医院。药品从出厂到患者手中主要需要经过两个过程:第一个环节是从药品出厂到抵达医院药房。在此过程中,由于物价部门定价、核价机制存在不科学、不合理的因素,使药品零售价往往高于出厂价数十倍,是药价、药品费高的主要原因。第二个环节是从医院药房到患者手中,医院可按不超过15%的比例顺加作价。因此应将重点放在取消不合理的定价政策,规范出厂价格、税收管理和简化流通流程,将控制药品价格要从终端使用者(医院和患者)控制向前端生产厂家控制转移,控制药品价格责任从卫生主管部门或医保部门控制向税收和工商部门转移,进一步降低药品费用在医疗费用中的

比重,为医疗服务价格调整腾出空间。

三、确定补偿主体:以医保为主,财政、医保各司其职

从付费方的角度,公立医院补偿主体包括财政、医保和个人。公立医院是政府为实现特定目标而举办的非营利性医院,是确保医疗卫生服务的可及性、公平性、增强国民健康的制度安排,这从根本上决定了公立医院补偿由政府主导、以公共投入为主(公共投入并不等同于财政投入。我国基本医疗保险制度的制度设计、管理都由政府主导,医保资金也是公共投入的一部分)。同时,需保持一定的个人付费比例,以防止医疗服务的过度使用。各补偿主体的补偿范围和补偿比例应与卫生筹资体系相匹配。

(一) 财政投入主要应支持建设和发展

从国际经验和筹资体系特点来看,财政投入应主要保障基本建设和发展以及社会功能成本(如公共卫生专项投入等)。我国财政投入政策中还提到“政策性亏损”。笔者认为公立医院最主要的政策亏损为医疗服务价格政府管制带来的医疗服务收费与成本之间的差距,这部分“亏损”应与医疗服务价格调整联动。在医疗服务收费补偿没到位的情况下,建议仍保持经常性收支差额补助以实现平稳过渡;当价格水平能够保障收支平衡时,应减小甚至取消这一类补偿。

(二) 医保应补偿大部分医疗服务收费

国家建立医疗保险的目的之一,是由于医疗领域的信息不对称等特征,因此通过医保机构可代表患者向医院购买服务,来提高其与医疗服务提供者的博弈能力。医保是医疗服务费用的支付主体,我国新医改已经明确了全民基本医疗保险的战略方向,并已建立了三纵三横的医疗保障体系,筹资水平也逐年提高,医保足以成为医疗服务费用的最大付费主体。

四、调整补偿方式:公共投入形成合力,体现

规划与绩效导向

目前,公立医院主管部门(卫生计生委、人保、财政等)投入政策没有形成合力,对公立医院的激励约束作用有限。因此财政和医保投入需要体现规划和绩效导向,各个部门合作建立围绕公立医院改革目标模式、与区域卫生规划和机构服务功能定位相协调的分级绩效考核体系。例如不同层级医院的功能定位有所不同,三级医院的功能定位是诊疗急危重症、疑难病症,较低层级的医院主要收治常见病、多发病。为此考核体系应体现这一功能差异;医保和财政投入均与考核结果挂钩,以增强对公立医院的激励约束作用。

(一) 财政项目支出重在调控资源配置,基本支出看绩效产出

具体来说,公立医院财政投入中的项目支出补助应主要与区域卫生规划紧密结合,起到宏观调控卫生资源分配的作用;投入量应以当地经济发展情况、医疗服务需求、卫生事业发展规划为依据,与基本建设、设备购置、学科发展投入标准与医院服务定位相匹配。财政基本支出补助实质是对运营成本的补偿,应与医保支付协同。上海市在郊区新建的三级医院开展了相关探索,财政基本支出补助引入“预算一清算”制度,并同医疗服务工作量和绩效考核结果挂钩,即在补助资金清算阶段引入绩效考核系数,考核得分高(系数大于1)则增加基本支出财政补助清算金额,反之亦然。

(二) 医保支付总额与分级绩效考核结果挂钩,探索组合支付方式

首先,医保支付制度也应符合公立医院改革的目标模式。规划和绩效导向落实在医保支付上,即将医保支付额度与分级绩效考核体系挂钩;同时,适度拉开不同级别医院的报销比例,用经济杠杆促使规划目标、分级诊疗结构的形成。其次,医保支付方式应从按服务项目付费转为打包付费。按项目

付费会加重诱导医疗；打包付费、超支自理、结余归己，则可成为激发公立医院降低成本、合理医疗的内在动力。不少地区探索了医保总额预付制度，但这个“总额”是对整个医院而言的，在框定的“总额”内仍按服务项目支付医疗费用，其结果是控制了医保费用增长，但造成自费费用增加、推诿医保

病人等问题。建议在此基础上深化探索按病种、按人头、按床日付费多种方式合理组合的制度，促进医院主动控费。

（注：本论坛作者除*为上海市财政局研究人员外，其他均为上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心研究人员）

~~~~~  
(上接第36页)

要加强城乡结合部地区、郊区流动人口集聚的乡镇和社区的管理，强化基层基础，围绕流动人口居住点、工作点和分娩点，探索建立流动人口计划生育分类分层服务管理模式，提高社区服务管理的针对性和有效性。通过购买服务等方式，充分发挥计生协会等社会组织的桥梁纽带作用，协助做好流动人口计划生育政策宣传、服务落实和管理等工作。

（二）整合卫生计生资源，强化部门间的协作配合，形成管理合力

加强社区流动人口计划生育信息采集与核实，充分发挥社区卫生服务中心、各级助产医疗机构等工作协同作用，推动基层卫生计生资源的有效整合和数据共享，及时掌握流动人口怀孕生育动态。结合人口规模宏观调控，加强卫生计生与人口办、公安、人力资源社会保障等部门之间的协作配合，在居住证积分管理、享受生育保险待遇、户口迁入等方面，落实好计划生育“一票否决”。同时，将流动人口计划生育信息纳入征信体系，进一步提高计划生育综合管理力度。

（三）深化省际协作，推进跨省流动人口计划生育管理

上海居住地卫生计生部门应当主动加强与流动人口户籍地卫生计生部门的协作配合，依托国家卫生计生委PADIS信息系统，强化跨省流动人口怀孕、生育、避孕节育等计划生育信息的通报与协查，健全完善居住地与户籍地双向工作机制，落实双向管理职责，共同做好流动人口婚育证明和一孩生育服务登记等计划生育证件办理以及违法生育社会抚养费立案征收工作，推进跨省流动人口计划生育管理工作。

（四）动态跟踪流动人口计划生育公共服务需求，不断提高流动人口计划生育公共服务水平

根据流动人口短效避孕节育措施采用比例上升的特点，加强流动人口计划生育短效药具的宣传咨询。针对不同文化层次的流动人口，设计不同的计划生育药具宣传指导途径和方法，切实指导流动人口知情选择，减少意外妊娠和人工流产。改善免费避孕药具的品种和质量，为流动人口提供更多可选择的避孕药具。扩大计划生育技术服务种类，不断提高计划生育技术服务质量和流动人口对服务的满意度。（执笔：黄玉捷）

## · 调查与分析 ·

# 2014年上海流动人口计划生育动态监测报告

上海市流动人口动态监测课题组

2014年上海流动人口卫生计生动态监测调查采取分层等距PPS抽样调查方法,使用国家卫生计生委编制的流动人口个人和村(居)两套问卷,通过入户和村(居)访问的调查形式,对在上海市居住一个月及以上、非上海户籍且2014年5月年龄为15~59周岁的流动人口的基本情况、就业与收入支出、基本公共卫生和医疗服务、婚育与计划生育服务管理等情况进行了调查。在全市17个区县共获得流动人口个人有效样本7999个、村居样本383个。

本报告基于2014年流动人口卫生计生动态监测调查数据,对上海流动人口计划生育情况及计划生育服务管理状况进行分析,提出了当前上海流动人口计划生育服务管理中存在的主要问题和对策建议。

有关数据说明:第一,根据动态监测调查要求,报告中的年度数据均为为上一年调查时点(2013年6月)到本次调查时点(2014年5月)期间流动人口的状况。第二,流动人口出生、政策外生育、人工流产等数据因样本量较少,代表性较差,其结果仅作参考,不能用于推论总体。第三,由于调查问卷由调查员根据流动人口自述情况填报,部分调查结果(尤其是涉及流动人口个人隐私的内容)可能具有一定的主观性。

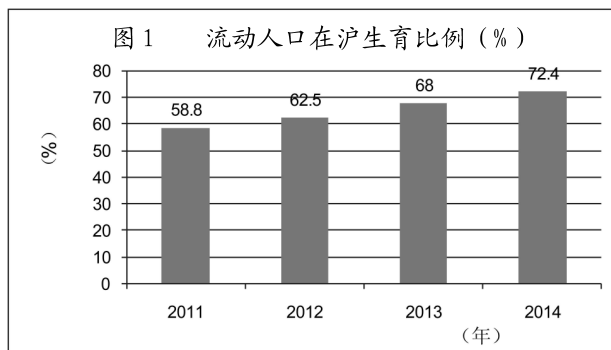
## 一、流动人口生育情况

(一)已婚人员平均生育1.3个孩子,在沪生育比例持续上升

1.已婚人员平均生育1.3个孩子。在结过婚的6675名被调查流动人口中,有54.4%生育了一个孩子,32.5%生育了两个孩子,平均生育1.3个孩子。

在只生育了一个孩子的人当中,有63.1%生的是男孩。在生育了两个孩子的人当中,生了一男一女的比例达到60.7%,两个男孩和两个女孩的比例分别为20.1%和19.2%。

2.流动人口在沪生育比例持续增长。调查显示,2014年7999名被调查流动人口共生育474名婴儿。其中,男性婴儿236名,女性婴儿238名。在474名出生婴儿中,在沪出生比例为72.36%,比2013年上升了4.4个百分点,比2012年上升了9.9个百分点,比2011年上升了13.6个百分点(见图1)。



(二)流动人口享受孕产期医疗保健服务的比例较高

1.流动人口生育妇女医院分娩率较高。本次动态监测期内出生的474名婴儿中,99.8%的孩子是在医院分娩出生的,他们中取得出生医学证明的比例达到99.4%。

2.流动怀孕妇女孕产期保健有保障。474名出生婴儿中有434名婴儿的母亲在怀孕12周建立了孕产妇保健手册,并按照孕产妇保健手册定期接受产前检查,孕妇保健卡建卡率达91.6%。她们在整个孕产期接受产前检查平均达到8.88次(本市产前

检查标准值为12次)。

**3. 流动怀孕妇女产后保健水平略低于孕产期保健水平。**474名出生婴儿的母亲产后28天内接受产后访视的比例仅为67.6%，产后42天接受健康检查的比例为78.2%，均低于其怀孕期间孕产妇保健手册建卡比例。流动怀孕妇女产后保健水平偏低的原因可能有以下几方面：一是流动人口流动性强，部分对象在社区卫生服务中心登记的地址有变动，社区医生无法上门探访；二是流动人口产妇产后保健和婴儿保健意识不强，对产后恢复和婴儿保健不够重视；三是部分流动人口属政策外生育，孩子出生后，不希望与计生和医疗机构接触。

**4. 在沪分娩的流动妇女产后保健水平高于非在沪分娩流动妇女。**在沪分娩的流动怀孕妇女产后28天内接受产后访视的比例为78.3%，高于流动人口总体10.7个百分点；在沪分娩的流动怀孕妇女产后42天接受健康检查的比例为83.3%，高于流动人口总体5.2个百分点。

### (三) 流动人口符合政策生育比例较高

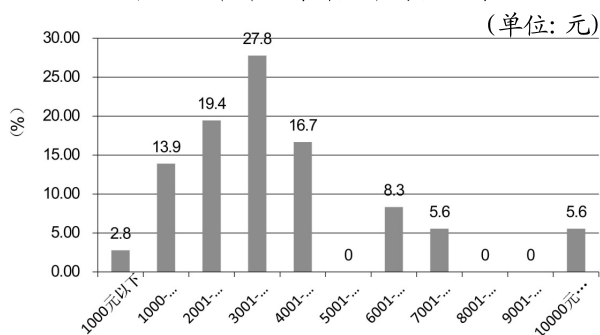
**1. 流动人口按政策生育水平总体稳定。**调查对象生育的474例中，421例属政策内生育，53例属政策外生育，计划生育率为88.8%，与2012年基本持平。在53例政策外生育对象中，政策外生育一孩的8例，占15.1%；政策外生育二孩39名，占73.6%；政策外生育三孩及以上的6例，占11.3%。

**2. 大部分政策外生育妇女是在上海度过孕产期的。**2014年流动人口生育对象中，在沪生育比例为72.4%。同样，政策外生育对象中，在沪生育的比例也较高。在调查的53例政策外生育对象中，有69.8%的人是在上海生育的。其中，64.2%的对象怀孕和分娩都在上海，5.7%的对象在老家度过孕后期到上海来分娩的。此外，17.0%的对象是在上海度过孕后期后返乡分娩的，9.4%的对象在老家孕育和分娩，3.8%的对象在老家度过孕后期到全国其他地

方生育的。调查结果还显示，2014年在沪政策外出生人口目前全部留在了上海生活，并且，在老家和其他地方出生的政策外出生人口中有62.5%的人也随父母来到上海生活。

**3. 流动人口政策外生育人群呈现多元化特征。**在53例政策外生育对象中，从收入看，各收入阶层均有分布（见图2）。

图2 政策外生育者月平均收入情况(%)



从户籍构成看，农业户口占88.7%，非农业户口和农转居分别占9.4%和1.9%。从文化程度看，初中及以下文化者占77.4%，高中文化者占13.2%，大学专科及以上文化者占9.4%。

**4. 不同孩次政策外生育情况呈现出不同的特点。**政策外生育一孩主要发生在农业户籍90后青年中。本次监测调查期间共发生一孩政策外生育8例，当事人均为90后、农业户口、近五年流入上海。

政策外生育二孩情况主要集中在来自江苏、安徽、河南和山东等省的流动人口当中。39例政策外生育二孩中，江苏9例，安徽7例，河南7例，山东4例，主要原因是这几个省份的流动人口在全市来沪流动人口中的占比和总量均比较大。39例政策外生育二孩现象有26例发生在上海，占66.7%；12例发生在户籍地，占30.8%；1例发生在其他省市，占2.6%。政策外二孩生育中的孩子性别偏好选择倾向不显著。政策外二孩生育人群生育间隔时间跨度比较大，与第一孩的平均生育间隔为7.5年。

政策外生育三孩主要集中在文化程度较低的农业户籍人群中。本动态监测期间共发生政策外生育

三孩6例,当事人小学文化1例、初中文化5例,主要从事生产运输岗位工作;有明显的性别偏好选择。

**5. 政策外出生人口孕产期保健水平明显低于按政策生育的出生人口。**2014年动态监测期间出生的474名婴儿中,421名政策内生育的母亲建立孕产妇保健手册的比例为93.7%,而53名政策外的建卡率84.9%,两者相差8.8个百分点。政策内生育母亲产后保健水平明显高于政策外出生人口。政策内生育母亲产后28天内接受产后访视的比例为70.9%,而政策外生育仅为45.3%;政策内出生人口母亲产后42天接受健康检查的比例为81.4%,而政策外生育仅为56.6%。

## 二、流动人口避孕节育情况

### (一) 流动已婚育龄夫妇避孕节育措施落实率较高且略有增长

调查数据显示,2014年上海流动已婚有偶育龄夫妇实施避孕节育措施比例为81.9%,比2013年增长了1.6个百分点,比2012年增长了3.3个百分点,三年年均增长率为2.1%。未实施避孕节育措施的已婚有偶育龄夫妇比例较小,为18.1%。他们主要以25~29岁青壮年人群为主,占未实施避孕节育的已婚有偶育龄措施夫妇的37.7%,其配偶与之共同在上海生活(见图3)。未实施避孕节育措施的人群在各年龄段均有分布。他们未实施避孕节育措施的原因可能是:一是部分青壮年人群未生育过,现在打算生育,所以不采取避孕措施;二是部分已生育一孩的育龄人群打算在一年内再生育一个孩子,所以不采取避孕措施。三是部分接近育龄后期(45~49岁)的已婚有偶育龄人群对避孕节育有所放松。四是少部分青年育龄人群不重视避孕节育,这部分人群比例很小。

### (二) 避孕节育措施选择朝短效化方向发展

**1. 流动人口长效避孕节育措施实施率继续呈下降趋势。**2014年已婚有偶育龄夫妇长效避孕节育

措施实施比例为63.8%,比2013年下降了1.1个百分点,比2012年下降了6.3个百分点,3年年均下降4.6%。按节育措施类型分,绝育手术比例呈下降趋势。2014年绝育手术比例为16.7%,比2013年下降了2.3个百分点。宫内节育器实施比例保持稳定,为46.2%,比2013年略微上升了0.3个百分点。

**2. 流动人口短效避孕节育措施实施率继续保持上升趋势。**2014年短效避孕节育措施实施比例为36.2%,比2013年上升了1.1个百分点,比2012年升了6.3个百分点。其中,避孕套使用比例上升最快,为33.3%,比2013年上升了1.5个百分点,比2012年上升了7.2个百分点,年均增长率为13.0%(见图4)。

图3 已婚有偶未实施避孕措施育龄人群年龄分布

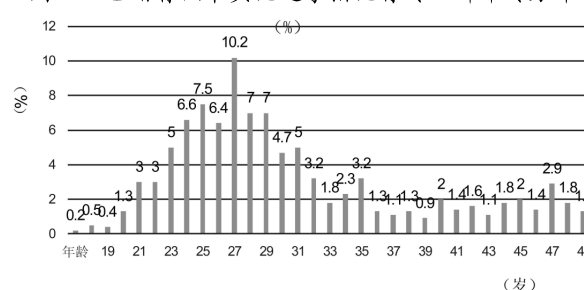
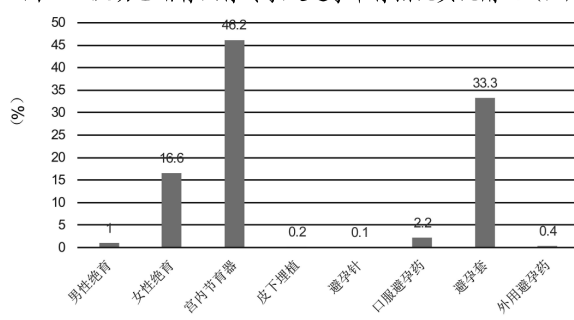


图4 流动已婚有偶育龄家庭避孕节育措施实施情况 (%)



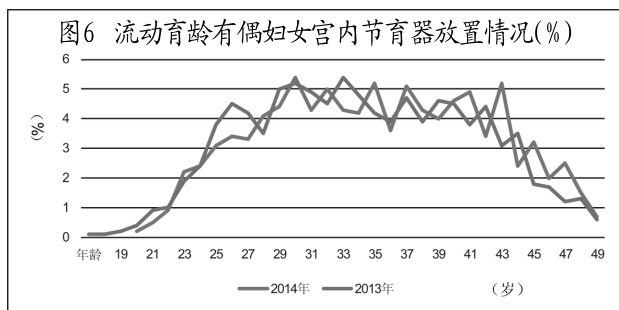
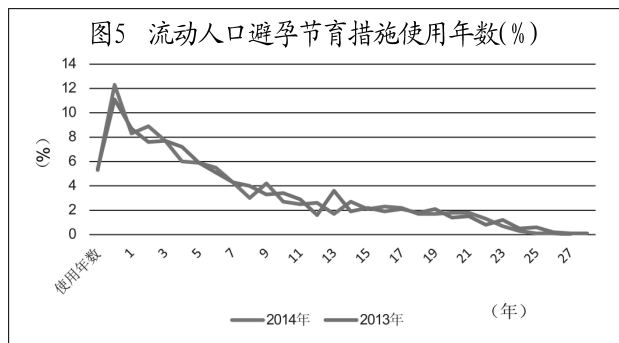
### (三) 流动人口个人避孕节育措施较为固定

2014年动态监测数据显示,流动人口已婚育龄夫妇采取避孕节育措施平均时长达8年,与2013年基本保持一致(见图5)。

长效避孕节育措施(如宫内节育器)放置人群稳定。各年龄段人群均有分布,且比例基本保持一



致。从宫内节育器放置时间来看,大多数育龄妇女是在青年时期落实宫内节育器这种避孕措施,之后就一直使用,直到育龄期快结束时再取出(见图6)。



**（四）流动人口主要选择在户籍地实施长效避孕节育措施，在流入地实施短效避孕节育措施**

流动人口主要选择在户籍地接受长效避孕节育措施手术。流动人口在户籍地做绝育、放置宫内节育器和皮下埋植等长效计划生育手术比例达到75.8%。其中,100%的男性绝育手术和83.1%女性绝育手术都是选择在户籍地做的。并且,流动人口主要选择户籍地的医疗机构做长效避孕节育手术,比例达到69.6%。还有30.4%人选择在户籍地的计划生育服务机构做绝育、宫内节育器和皮下埋植手术等长效避孕节育手术。

流动人口主要选择在流入地获得短效避孕节育措施。在流入地获得避孕针、口服避孕药、避孕套、外用避孕药的比例达90.5%。

### 三、流动人口计划生育服务与管理情况

**（一）流动人口计划生育公共服务易得性逐年增强**

流动人口计划生育公共服务网点选择日趋多元化。医疗机构和计生服务机构承担了大部分计划生育公共服务,流动人口从药店/超市/售套机等社

会零售网点/自助零售点获得避孕药具的比例逐年增高。2013年84.8%的避孕药具来自计生服务机构以及计生服务机构所属的社区计生药具发放点,药店/超市/售套机药具售卖比例较小。而2014年药店/超市/售套机药具的售卖比例则达到35.6%,私人诊所售卖药具比例也达到0.2%。

**（二）社区承担了大量流动人口计生公共服务工作**

除医疗机构、计划生育机构承担了大量的流动人口公共服务之外,社区(村/居委)也承担了大量公共服务工作。57.7%的社区在最近一年内协助卫生计生部门建立了流动人口健康档案,99.0%的社区承担了发放流动人口计划生育宣传资料的工作,96.9%的社区发放了避孕节育药具,89.6%的社区开展了流动人口计划生育入户调查,92.2%的社区举办了流动人口健康讲座,85.9%的社区开展了流动人口免费体检。

**（三）流动人口计划生育公共服务便利程度逐年提高**

流动人口计划生育技术服务机构和服务点设置较为合理,服务便利性较强。42.8%的村/居委到计划生育技术服务点在1公里以内,28.2%的在1至2公里之间,只有29.0%的在2公里以上。61.6%的村/居委距最近的计划生育技术服务点单程步行半小时以内就能到达,半小时至1小时之内到达的占28.2%,1小时以上到达的占10.2%。37.1%的村/居委平均有1个流动人口避孕药具发放点,31.7%的村/居委平均有2个药具发放点,12.8%的村/居委平均有3个药具发放点。2014年流动人口90.0%的避孕节育药具从社区(村/居)计生服务机构、计生服务点和社会售卖点获得。93.9%的流动人口在半小时之内就可以获得所需要的计生药具,这个比例比2013年提高了2.5个百分点。

**（四）《流动人口婚育证明》效能不高**

在沪流动人口婚育证明持有比例逐年下降,2014年持有比例为52.7%,比2013年下降了7个百分点,比2012年下降了12.4个百分点。《流动人口婚育证明》使用范围不广。目前,《流动人口婚育证明》在沪主要用于流动人口享受计划生育公共服务

(占 65.5%)、享受计生奖励 (占 13.3%)、一孩生育服务登记 (占 18.6%) 以及办理居住证 (占 39.6%)。而在租房、找工作、看病和办理社保等方面使用率均不高。

(五) 流动人口一孩生育服务登记制度进展顺利

2012 年以来在沪已婚有偶未育的流动育龄人群办理一孩生育服务登记证明的比例达到 44.3%。其中,在户籍地办理此证的比例为 63.0%,在沪办理的比例为 36.3%。调查还发现,一孩生育服务登记证明通过“承诺制”办理的比例较高。“承诺制”办

理的比例占全部办证比例 43.6%。通过“承诺制”办理一孩生育服务登记证明的人群文化水平较高。其中,大学专科文化水平者占 29.3%,大学本科文化水平者占 34.3%,研究生文化水平者占 5.1%,三者合计达到 68.7%。

(六) 流动人口对户籍地计生服务管理满意度不高

流动人口对户籍地近五年来计划生育服务管理总体评价不高。对户籍地计划生育服务管理总体满意的 比例为 46.0%,感觉一般的比例为 49.2%,总体不满意的 比例为 2.3% (见表 1)。

表 1 流动人口对户籍地近五年来计划生育服务管理满意度 (%)

| 满意程度 | 政策规定  | 宣传咨询  | 服务态度  | 办事效率  | 管理方式  | 技术水平  |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 满意   | 51.2  | 46.1  | 47.9  | 45.8  | 42.7  | 42.2  |
| 一般   | 43.9  | 47.7  | 45.7  | 48.7  | 51.0  | 50.8  |
| 不满意  | 1.9   | 2.5   | 2.5   | 2.6   | 2.3   | 2.2   |
| 不适用  | 3.0   | 3.7   | 3.8   | 3.0   | 3.9   | 4.8   |
| 合计   | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

四、流动人口“单独二胎”政策知晓率高,但政策生育效应不明显

(一) 流动人口“单独二胎”政策知晓率高

调查结果显示,流动人口“单独二胎”政策知晓率很高,达 93.8%。不知晓该项政策的人群主要为年龄偏大 (过了生育旺盛期)、已经生育了 1 个以上孩子的流动人群,他们中 95% 的人为农业户口,文化程度主要以初中以下文化程度为主 (见图 7、图 8、表 2)。

(二) “单独二胎”政策后流动人口生育总量预计不会大幅度增加

流动人口夫妻中一方为独生子女、另一方为非独生子女的“单独”人群比例较低,为 11.6% (见表 3),其中 15.1% 的人已经生育了二胎,22.4% 的育龄妇女已超过 35 岁,过了生育旺盛期 (见图 9)。因此,据测算,“单独二胎”政策最多将新增符合政

策生育人群 5% 左右,出生人口总量不会大幅度增加。

图 7 不知晓“单独二胎”政策人群年龄结构 (%)

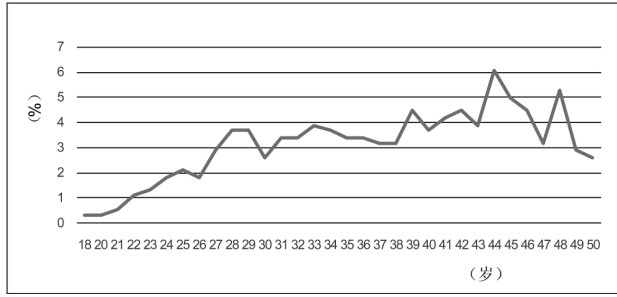


图 8 不知晓“单独二胎”政策人群文化程度 (%)

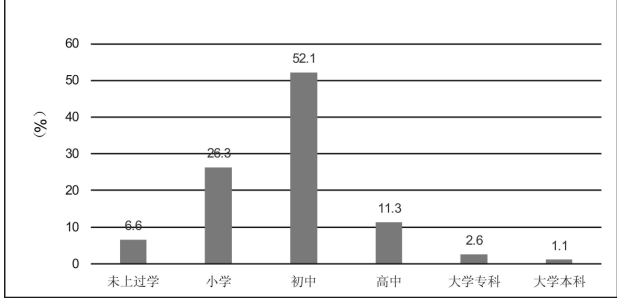


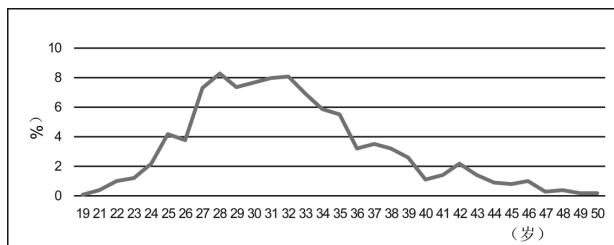
表2 不知晓“单独二孩”政策人群曾经生育子女数

| 曾生子女数(个) | 百分比(%) |
|----------|--------|
| 0        | 5.3    |
| 1        | 33.7   |
| 2        | 52.1   |
| 3        | 7.9    |
| 4        | 1.1    |
| 合计       | 100.0  |

表3 成年流动人口独生子女情况(%)

| 夫妻是否是独生子女 | 百分比(%) |
|-----------|--------|
| 男方是       | 6.3    |
| 女方是       | 5.3    |
| 两人都是      | 5.4    |
| 两人都不是     | 83.0   |
| 合计        | 100.0  |

图9 符合“单独二孩”政策流动育龄妇女年龄结构(%)



“单独”人群再生育愿望并不强烈。已经生育了一个孩子的“单独”人群打算按政策再生育1个孩子的比例并不高,只占7.6%。其余61.1%的人不打算再生育,29.8%的人还没有做好再生育计划。

已生育了一个孩子的“单独”人群再生育计划并不详尽。有大略生育计划安排的人群只占36.7%,打算一年内再生育的占14.9%,两年内再生育的占10.9%,打算其他时间再生育的占10.9%。

### 五、当前流动人口计划生育服务管理中存在的主要问题

(一) 流动人口在沪出生比例高,给上海医疗、教育等公共服务带来严峻考验

流动人口规模大、在沪生育比例高,为上海医疗、教育等公共服务带来了严峻的考验。这种考验

伴随着人口出生到成长表现为持续性、链条状的需求与供给冲突。在出生人口孕育期造成医疗卫生服务机构孕产妇保健资源紧张,在分娩期造成产房和产科资源紧张,在婴儿期造成社会养护资源紧张,在幼儿期造成幼儿园资源紧张,在学龄期造成学校资源紧张。

### (二) 政策外生育给上海计划生育服务管理工作带来压力

调查结果表明,在沪流动人口政策外生育尽管比例不高、总量不大,但政策外生育行为(孕育和出生)发生在上海的比例比较高。然而,当前流动人口计划生育管理工作缺乏有力的抓手,计划生育工作中普遍存在“老办法不能用,新办法不够用,硬办法不敢用,软办法不管用”的困境,流动人口婚育证明效能不高,计划生育监管困难,政策外生育调查取证难,社会抚养费征收难,政策外生育现象难以遏制。政策外生育孕妇产后保健比例也较低。

### (三) 流动人口计划生育需求多元化给卫生计生公共服务带来新挑战

目前,上海在流动人口密集区各种计划生育技术服务点和避孕药具发放点建设齐全,甚至这些地区的避孕药具发放点比例还高于一般社区。但流动人口放弃计生机构服务,自愿选择药店自费获取避孕药具、自费获取计划生育技术服务比例在上升。当前上海社区流动人口避孕节育宣传教育活动比例达到90.6%,但部分流动人口对计划生育政策不知晓、对避孕节育措施不知情不选择的现象依然存在。表明有些计划生育宣传服务方法与途径需要进一步创新和完善,宣传服务效果有待提高。

### 六、对策建议

(一) 探索流动人口计划生育分类分层管理,创新社会管理模式

深入推进流动人口计划生育依法行政,特别是

(下转第30页)

## · 优生与早教 ·

### 孕妇睡姿影响胎儿健康 怀孕不同时期的正确睡姿

女性在孕期的不同阶段,胎儿发育的状况也是不同的。然而,你知道吗?孕妇在睡觉时的姿势对胎儿是有一定影响的。

首先,趴着睡会造成输尿管扩张。怀孕期间女性睡觉趴着睡,会导致身体出现问题。因为怀孕时期,子宫会稍微像右旋转,如果趴着睡,就会压迫到输尿管,造成输尿管扩张,会引起尿频、尿痛症状出现。

其次,仰卧着睡会影响血液循环。大多数人都习惯仰卧着睡,女性在怀孕之后如果仰卧着睡,增大的子宫会压迫脊柱前方的下腔静脉,心脏的血液会减少,有可能会造成胎儿缺氧;增大的子宫也可能压迫到腹主动脉,造成子宫缺血。

因此,我们提醒准妈妈们要注意了:你的睡姿是会影响到胎儿健康的哦!下面向大家介绍孕妇在不同的孕期应该注意的正确睡姿。

妊娠早期(1~3个月),胎儿在子宫内发育仍居在母体盆腔内,外力直接压迫或自身压迫都不会很重,因此孕妇的睡眠姿势可随意,主要是采取舒适

~~~~~  
(上接第4页)

济未来的增长空间并不缺乏。基于以上逻辑,单纯依据中国劳动力数量减少的趋势就得出“中国人口红利已经结束”、“中国经济增长必然失去动能”的结论并不妥当。对人口因素对中长期经济增长的支撑能力不必过于悲观,中国正在步入新人口红利周期,或者说“人才红利”周期,经济增长模式的转

的体位,如仰卧位、侧卧位均可。如趴着睡觉,或搂着东西睡觉等不良睡姿则应该改掉。

妊娠中期(4~7个月),此期应注意保护腹部,避免外力的直接作用。如果孕妇羊水过多或双胎妊娠,就要采取侧卧位睡姿,这可以让孕妇舒服些,其他的睡姿会产生压迫症状。如果孕妇感觉下肢沉重,可采取仰卧位,用松软的枕头稍抬高下肢。

妊娠晚期(8~10个月),此期的卧位尤为重要。孕妇的卧位对自身与胎儿的安危都有重要关系。宜采取左侧卧位,此种卧位可纠正增大子宫的右旋,能减轻子宫对腹主动脉和髂动脉的压迫,改善血液循环,增加对胎儿的供血量,有利于胎儿的生长发育。但不宜采取仰卧位。因为仰卧位时,巨大的子宫压迫下腔静脉,使回心血量及心输出量减少,而出现低血压,孕妇会感觉头晕、心慌、恶心、憋气等症状,且面色苍白、四肢无力、出冷汗等。如果出现上述症状,应马上采取左侧卧位,血压可逐渐恢复正常,症状也随之消失。(李萌采摘自《家庭医生在线》)

~~~~~  
型升级、产业结构在国际价值链分工中提升、技术体系向知识和技术密集范式的跃迁,均迎来真正的战略机遇期。

(作者为第一财经研究院(北京)研究总监、首席宏观研究员)

## · 全球视野 ·

# 克里夫兰：美国十佳医院品牌管理之道

从只有14个医生的门诊服务机构发展到拥有国际病人、享有盛名的美国克里夫兰医院集团，与其不懈的进行品牌管理的维护和发展密切相关。建院开始就以服务质量为特色，尤为重视教育和研究，并最终使其心脏和癌症护理部门享有盛誉。随着新的品牌模式的成型，克里夫兰医院采取与许多商业伙伴合作的方式，对品牌进行整合。在品牌维护和发展方面，从只有一本促销杂志到全面整合筹资、媒体关系、消费者和医生等多个领域都拥有自己的质量控制体系。此外，它还形成了自己的健康体系及一整套的市场营销战略。这些策略和方法使克里夫兰医院成功走上了品牌扩张的道路，这对我国医院品牌维护和发展具有启示。二甲中心医院可以不完全依靠三甲医院的技术支持成为其分院，可以借鉴克里夫兰发展和维护品牌的道路，向社区医院下游整合资源，也许是一种不错的做法，地理位置在非疑难杂症性的情况下是非常重要的择医因素。

### 一、克里夫兰医院的历史概况

克里夫兰医院成立于1921年，由一战时期4家资深医药单位创建。刚成立时，这个机构很小，只有14名医生，包括几名外科医生，1名拍片员，1名泌尿科医师和几名实习生等。之后它逐渐发展为美国最大的医院和门诊服务最好的机构之一。

克里夫兰医院的文化来自于专家们的合作。一个来到医院的病人，病症复杂，他有机会接触到从精神学到内分泌学都深有研究的医生，他们能比较不同病症，把他们的综合能力运用到病人的病情上。

在克里夫兰医院，医生兼具领导才能是一种传

统，也被写入它最早的章程中。通过几十年的经营，医院已确立了组织结构的独特要素，即战略决策的制定已集中于主要经营管理者办公室，医生也是监督会的主席，同时非专业医生主要监督经营管理者及医院病房和大多数非医药项目的运作。医院所有1万多名员工，分布于32个主要的护理部门，统一有几个部门和中心监督。

克里夫兰医院为全美各个州和100多个国家的200多万病人提供治疗和医疗服务。参照《美国新闻和世界报道》的始自1990年的年度最有名望排名，克里夫兰医院是美国十大最佳医院之一。该杂志把医院的心脏中心列为全美第一，把肠胃病科服务、内分泌服务、风湿病服务、老年病服务、神经性疾病服务、整形服务和肺科服务等列为其各自类别的前10名。

### 二、克里夫兰医院的品牌目标和战略

#### 1. 品牌目标

经过几年的努力，医院合并了10所本地的社区医院，形成一个新的体系——克里夫兰医院健康体系。每家医院有其自己的身份，并且它们在各自社区有着良好的声誉，但是，他们都认识到与克里夫兰医院品牌联系越密切获利越大。随着新的品牌模式的成型，克里夫兰医院已拥有许多商业合作伙伴，同时面临着以前从未有过的品牌整合的威胁。克里夫兰医院开始有意识地培育及保护其品牌。医院的领导层意识到品牌价值和运行品牌职责的复杂性。他们的目标包括提升品牌在美国内、国际水平上的知名度，而在扩大品牌知名度的同时不使品牌价值

稀释。

医院的挑战是决定自己的品牌该出借多少给这些附属医院而不降低自己的内在价值。矛盾的焦点包括克里夫兰医院名称和宣传语使用于附属医院的标号和广告。为了防止新附属医院广泛地独立使用这个品牌,克里夫兰医院的营销者们快速行动,很快制定了有关使用医院名称和宣传语的细则,包括通过系统内的医院识别系统对医院大小和位置加以限制,且对名字和宣传语的全部使用得到赞成方可使用等。而体系内的医院也很理解只有帮助克里夫兰医院保护它的核心品牌才能获得他们的长期利润。医院病人的消费行为无异于市场其他领域的消费者。消费者购买他们信任的品牌,品牌内涵的稀释是毁灭性的。

## 2. 克里夫兰医院品牌成长和维护

### (1) 克里夫兰医院品牌成长

产品和服务的营销如轿车和娱乐,几十年来变得非常成熟,但是健康治疗的营销还处于青少年期。25年前,克里夫兰医院的营销途径有别于国内大多数医院,即以医生的听众为导向。他的职责就是鼓励进行私人业务的本地医生把他们的病人转向医院的住院部和专家门诊。那段时间,大多数医生把任何宽泛的营销活动看作是违背职业准则和损害改善病人情况的非营利机构的形象的行径。而那时克里夫兰医院的促销行为主要是一本很精美的杂志,叫做《克里夫兰医院》,既是集资的宣传册又充当了媒体。总之,医院的营销活动少于美国内其他医院。

这种情况在20世纪80年代初得到显著改变。有远见者开始看到,如果他们想在不断进化的商务环境中生存的话,健康保健的提供者仍旧需要通过双脚来营销,尽管“营销”这个词从来没用过,但克里夫兰医院此时开始大量的正式营销活动,从效果上来说,这段时期代表了营销的萌芽期。

### (2) 克里夫兰医院品牌维护

从商务方面来讲,健康保健越来越类似于美国其他的零售服务业。健康保健的消费者寻找一个可靠的品牌,就像争相购买汽车和软饮料一样。在20世纪90年代初,医院开始采取手段来保护和扩大他创立的并为之奋斗75年且取得杰出成就的健康保健品牌。市场研究表明克里夫兰医院这个名称在当地消费者心中是健康保健的黄金标准。不仅如此,作为一个全美被提名的综合性医院,克里夫兰有与约翰霍普金斯医院、马友医院、杜克大学医学中心等医院(这些医院一起在《美国新闻和世界报道》年度医院调查中名列前茅)享有一样的市场地位。从专业特色性来讲,医院全美著名的心脏和癌症护理部门与诸如得克萨斯心脏研究院和索拉-凯特林癌症中心等专业医院有同样的市场地位。

作为一个全美被提名的中心,克里夫兰医院有志于服务全美的病人,特别是来自其本地区的七大州的病人,许多来自南俄亥俄州、宾夕法尼亚州、西弗吉尼亚州、印第安纳州、肯塔基州、纽约州和密歇根州的病人来医院看病。对这些州的营销包括一些大城市立体广告,但主要是与这些州的医生建立联系,通过个人和教育界来推荐他们的病人。但是在20世纪90年代初,医院开始集中于其邻近的邻居。很明显其市场地位在改变。管理型医疗服务的队伍越来越壮大,雇主和保险公司慢慢成为主要的美国健康医疗花费的付费者。那些需要雇主和保险合同的医院必须有能力提供全部的健康医疗服务,即从分娩到最复杂的手术。随着雇主和保险公司付费者要求他们的付费区有最方便的途径到达健康医疗的提供者,地理位置也变得重要起来。为此,医院显示出它的外围战略:从战略位置考虑,在城内部署一个卫星医院网络,其中的12家克里夫兰医院家庭健康中心提供从主要护理到流动性手术等一切服务。对于郊区的病人,他们提供家庭医生和儿科医生,这些医生同时作为推荐病情严重的病人去医

院总部看病的渠道。

从全球的角度讲，地理因素同样是病人求医的决定因素。如医院与德国和英格兰的医院争夺中东的病人。迈阿密和休斯敦医院对南美病人是首选，而远东和环太平洋地区的病人会选择新加坡的医院。但是，医院的声誉和国际化营销活动吸引了成千上万的全世界的病人，他们忽略可能的地理因素而成就了克里夫兰医院成为全美最多的国际病人数量的医院之一。他们的具体做法如下：第一，医院意识到国外的病人有特殊的需求，因此，他们竭尽所能来满足病人所需。大多数国外病人要经过克里夫兰国际中心，这是一个为国际病人服务的交换中心，该中心可以提供翻译员、帮助预约、带病人游览医院院区及所在城市，还可以为国际病人提供像一般“守门人”那样的服务。第二，国际病人有诸多途径来医院求医，有的正式，有的非正式，皆基于病人个人关系。此外，外部的营销活动包括与大使接触、在国际研讨会上演讲、与政府机构联网等。多年来，医院已培养了成百上千的国外医生，其中一些仍会推荐他们病情严重的病人来医院寻求更高水平的医疗。

品牌意味着不仅需要我们细心呵护及保护它的价值，而且要考虑到我们的后代而不只是当代人。如果维护某个有价值的品牌的代价是永保警惕，那么，医院最主要的营销目标就是对他珍贵品牌的维护及谨慎的、有目标的成长。

### 3. 品牌发展

#### (1) 克里夫兰医院健康保健体系

随着克里夫兰医院健康体系的成型，至少有10家当地的医院找到了避难所。从多方面来看这种体系对保险公司、雇主们及其他付款人是有利的，包括体系所能提供的宽泛的服务范围，易接触的地理上的多元化。他们不再与许多小型的护理机构协商，而只需与一个整体机构谈判。从医院的角度看，这

种组合保证了他们的管理型医疗服务的合同协商间的平衡点。最终目的是整合这个体系，使之成为一个分散于区域及社区内的健康保健提供系统。但是，每个体系内医院仍维持其自己的身份、企业文化和社区形象。

如上所述，这种情况体现了一种特别的品牌挑战，体系的宗旨是互利。这意味着克里夫兰医院将允许体系内医院使用其品牌的声誉，如此会增加附属医院的形象，但不允许这种使用危及到将它的品牌与品牌母体分离且减少其内在积累价值的程度。

不管采用何种联合，克里夫兰医院自身将保持独立的机构，不同于系统医院，医院是一个集团业务，这里的医生是领薪水的员工。克利夫兰医院的医生个个都是技术过硬，精挑细选出来的，而且要接受每年的业务考核。而在社区医院的医生主要是自己经营或是集团业务的独立会员。他们同样都是本地区优秀的医学人才，但是他们作为系统医院医生不适用同类型的行为考核标准。

在母体与系统医院间有着性质上的差别。申请成为克里夫兰医院名下的系统医院要冒一定危险，因为病人会期望这些医院的医疗水平像母体医院一样有专业水准，且有母体医院来指导或监督。他们也期望从一家医院转到另一家医院时通道顺畅，且病历完整统一。从这个意义上讲，社区医院的病人有可能害怕由于社区医院融入一个较大的体系，该医院有可能不会像以前那样热情，单独接待他们。

医院品牌经理们必须找到解决这些矛盾的方法。下面介绍其方案。

#### (2) 克里夫兰医院健康保健体系的品牌方案

这是一个复杂的挑战。医院必须回应消费者的需求，整合附属健康保健组织以及维护克里夫兰医院品牌的整体性。

医院的营销者们进行了广泛的市场研究，专门询问患者对克里夫兰医院品牌下的健康体系有何期

望。结果表明他们并不期望在附属医院内能有克里夫兰医院的医生,而是希望克里夫兰医院能保证这些医院的服务质量。此外,消费者希望如果他们需要一个克里夫兰医院的医生,能有最基本的设施或优先渠道到达主院区。最后,他们想要有医院与医院间的同一性,如普通的医学图表。有了这些发现后,医院的营销者们通过讨论选择了一种背书战略把他们的品牌扩展到他们的联合体中。该战略就是将母体组织的名称的信誉出借,而不允许任何不同于母体质量的服务护理水平的存在。他们有所放弃地选择有统一的品牌合作战略。他们的理由是基于这样一种事实:社区医院已有良好的本地声誉和在各自市场领域内有其品牌内涵。克里夫兰医院品牌内涵的总量加上社区医院的品牌内涵无疑会增加额外的净收入。

### (3) 多层策略

为了在这个复杂范围内维持企业个性的秩序,医院确立了使用克里夫兰医院品牌的分类实体的体系,该体系根据他们各自对克里夫兰医院基金这个核心机构的依赖程度分成若干个等级。根据其在等级阶梯中的地位,它给每个实体相应的品牌接触程度。

第一层:克里夫兰医院母体,代表核心品牌。他们是克里夫兰医院不可分割的要素。来自这些领域的信息及材料仅与克里夫兰医院有关。这里,核心品牌得到细心照顾,从而能将品牌的力量传递给下一层。营销活动由第一层指导,所有第一层的沟通从这里出发并在此得到承认。

第二层:包含克里夫兰医院健康保健体系内的所有系统医院。这些实体有其自身的品牌实体,但是与克里夫兰医院品牌联系起来能增加其现存实体的价值。例如,马里蒙特医院在资源的提升上仍旧使用自己的品牌,因为它在本地相当占优势。他们在广告及营销材料上不使用克里夫兰医院宣传语。但是,“克里夫兰医院健康体系”这几个词出现在它

们宣传语的下方,尺寸为宣传语的一半。所有的广告由第一层领导层监督。

第三层:是非所有权医院的独立的克里夫兰医院部门。所有信息的主要焦点是第三层实体本身,而且克里夫兰医院关系用于增加价值。从第三层传递的信息看,这种关系的清晰表达是十分重要的。第三层实体是克里夫兰医院基金或克里夫兰医院健康体系的一部分是毋庸置疑的。克里夫兰医院的名称、宣传语和宣传标示不能用于第三层广告的任何部分。所有的广告必须得到第一层营销者们的赞同。

第四层:包括属于克里夫兰医院的组织。来自这个领域的所有信息的主要焦点是第四层自身,通过使用克里夫兰医院名称来增加价值或通知性目的。在这类关系中,克里夫兰医院的宣传语可能会实际用到,但是以包括其他医院会员的宣传语的视觉安排方式。所有的广告必须得到第一层营销者们的赞同。

自从这种体系确定后,如上所述的第四层策略有助于医院的品牌造就目的。他支撑了克里夫兰医院形象的整体性,维护了相关实体的品牌力量,把品牌的辉煌传递到其他实体,同时没有稀释任何一个现存的品牌内涵。克里夫兰医院是一个“大品牌”,只要它不管在美国内还是国外都精心管理,那么其品牌目标仍旧会取得成功。但是,核心品牌的营销者们必须继续监督其下层的品牌使用,防止太快或不恰当的使用。品牌成功的前提保障就是永远警惕。

### (4) 合作营销

每月2次,来自所有克里夫兰医院的联合医院的营销经理们聚集一起讨论协调营销的方式,同时维护他们各自品牌的价值。例如,集团最近决定建立一个关于社区年轻人吸烟与健康问题的营销项目。讨论结果是“口头传播”,是由整个体系支持的,在市内各大学校进行的反吸烟项目的课程。

从品牌立场上讲,“口头传播”的独特优势之一是他瞄准了学生群。他把品牌普及到了这个群体,



将来这个群体成年后，克里夫兰医院健康体系将达到一个完整强势品牌的地位。这些年轻人与这个体系同成长。那时他们到了自己做健康保健选择的年龄，而克里夫兰医院健康体系将成为他们的老朋友。

品牌内涵建设是一项长期投资，拥有一个品牌战略计划意味着创立一个一致的为现存的或将来的医院而设的模式。

### (5) 全美性的品牌

大多数克里夫兰医院活动的例子只与本地和地区内促销有关。但是，克里夫兰医院是一个全美国性的品牌，对它的附属组织产生好的影响的关键就是维持这样的身份。因此，医院已推出许多与全美国性品牌一致的活动。它与一家国际出版公司合作制作了病人导向的关于心脏病和男性健康的时事通讯。克里夫兰医院的医生担当这些时事通讯的编审委员会，医院为编辑们提供文章。出版公司负责印制、全美分发和直邮的订购方式，作为打造品牌的工具，这些时事通讯把克里夫兰医院的名称带给成千上万个家庭，这些家庭中的成员都是对现行健康话题感兴趣的受过教育的消费者。这种方式表明作为提升品牌的手段，这也是广告的诸多选择之一。

### (6) 质量控制的现状与趋势

医院通过制定严格的品牌使用细则，一直对它的品牌使用情况进行着良好的质量控制。如先前所言，任何实体以任何方式使用克里夫兰医院品牌来做广告都必须得到医院营销管理层的授权和批准。这个过程确保了医院的品牌只出现于正确的环境中以及显现了医院的品牌与所做广告的组织间的确定关系。同时医院的管理层也监督在指定出版物上广告的设置是否合适。医院的营销者们还制订了黄页广告的模板，这使得系统医院有统一的形象。营销

者们也制作了媒体播放时间表，如此每家医院知道另一家于何时何地做广告，避免重叠、做同样的广告或信息上的冲突。

在国际上显现了这样一种趋势：其他国家的健康保健提供者想要附属于诸如克里夫兰医院一样的美国强势品牌。看到这样的状况后，医院在国外推出了几种品牌扩展导航项目。当然为了品牌的整体性，这些项目受到严格监督。在埃及和印度执行的初步项目表明了这种方式的前途无量。将来或许在这些地区的发展会成为医院的主要增长源。

## 三、案例启示

在这段时期克里夫兰医院的领导层学到了什么？首先，他们开始理解品牌维护需要全方位的高水平的感知力。其次他们也认识到：(1) 品牌扩张时须一步一个脚印，一旦你的品牌失去竞争力，想要重拾辉煌是相当困难的。(2) 造就品牌是一个长期的行为。品牌作为组织中最有价值的资产，不仅要服务于当代人，还要顾及后来人。(3) 品牌战略必须得到高层管理的首肯。在某些组织中，营销者与管理者之间需要彼此间的交流。没有高层的支持，战略就难以成功。(4) 营销人员必须确定相关的导向，用于就何时何地使用品牌做出客观的决策。专门的决策制定能减少品牌内涵价值的稀释。现在是注重消费者的时代，信息传递须有说服力且谨慎管理。

随着医院发展成一定规模并拥有众多附属组织，其品牌项目越发变得复杂。新的品牌挑战每天都浮出水面。既然领导层对确立品牌造就政策负有义务，那么挑战就不是威胁。而且品牌造就系统会以秩序井然的方式前进。医院要长期处于品牌管理中。

(来源：医界智囊团)

## · 政策之窗 ·

## 各省区市“单独两孩”政策简编之三

### ——京、津、冀、晋、蒙

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》进行简编后陆续连载，期望对读者有所帮助。

本期我们选编了北京市、天津市、河北省、山西省和内蒙古自治区的政策。

#### 北京市

**实施日期：**2014年2月21日

**办理程序：**夫妻双方如实填写《再生育一个子女申请审批表》，由双方单位或村居委会盖章，提交相关材料到本市女方户籍所在地的乡镇（街道）人口计生部门，乡镇（街道）人口计生部门审核并报区县人口计生委审批。一方为本市户籍的单独夫妇，符合条件的，可以按程序到本市一方户籍所在地乡镇（街道）申请办理《生育服务证》，由本市一方户

籍所在地区县人口计生委审批。

**提交材料：**（1）夫妻双方单位或村居委会盖章并注明婚育情况的《再生育一个子女申请审批表》。（2）夫妻双方户口本（首页、本人页及变更页）、身份证原件及复印件一份。（3）《结婚证》原件及复印件一份。（4）本人为独生子女的，还需提交：①其父母的户口本（首页、本人页及变更页）原件及复印件一份。②其父母存档单位出具（无存档单位的人员由户籍地村居委会出具）的生育子女情况证明（父母死亡的由其原存档单位或户籍地村居委会出具）；父母为外省市户籍的，由父母户籍所在地区（县）人口计生部门出具其生育子女情况证明。③其父母原生育两个子女的，需提供相关部门出具的其他子女死亡的有效证明；其他子女达到法定婚龄后死亡的，村居委会应出具其未生育或收养子女的证明。（5）其他特殊情况应出具的材料。（具体要求参照2013年北京市人口计生委《关于印发〈关于进一步方便群众办证的补充办法〉的通知》（京人口发【2013】30号））注：审批再生育时，申请人的父母是否办理过《独生子女父母光荣证》不是界定“独生子女”的必备材料。

#### 天津市

**实施日期：**2014年2月14日

**办理程序：**（一）申请。夫妻双方为本市户籍的，向女方户籍所在街道（乡、镇）计划生育部门提出申请；夫妻一方为本市户籍、一方为外省市户籍的，向本市一方户籍所在街道（乡、镇）计划生育部门提出申请。申请人需填写《天津市生育第二个子女申请表》，需要进行残疾医学鉴定的填写《天津市病残儿医学鉴定申请表》或《天津市伤残成人

医学鉴定申请表》，并提供居民身份证、户口簿、结婚证的原件和复印件，以及与申请条款对应的相关证明材料。申请材料不全或者不符合法定形式的，街道（乡、镇）计划生育部门应当在5个工作日内一次告知申请人需要补正的全部内容，逾期不告知的，自收到申请材料之日起即为受理。街道（乡、镇）计划生育部门受理时出具书面凭证。（二）出证。申请人为本市户籍的由其工作单位（无工作单位的通过村（居）委会）负责按审批事项要求出具与申请条款对应的《天津市申请办理生育第二个子女有关证明》，工作单位的确定以当事人人事档案所在地为准（含劳动力市场、人才交流服务中心、劳动服务公司等）。申请人为外省市户籍的由其户籍所在街道（乡、镇）计划生育部门负责按审批事项要求出具与申请条款对应的《天津市申请办理生育第二个子女有关证明》。（三）初审。接到生育第二个子女申请的街道（乡、镇）计划生育部门，依据当事人的申请和相关证明材料于8个工作日内（需要病残鉴定的除外）进行初审，提出初审意见后报送区（县）人口和计划生育部门。（四）拟批。区（县）人口和计划生育部门依据上报材料进行审核后，认为符合条件的在10个工作日内（需要病残鉴定的时间不计算在内）作出拟批准决定。10个工作日不能作出决定的，经本行政机关负责人批准，可以延长7个工作日，并应当将延长期限的理由告知申请人。（五）公示。区（县）人口和计划生育部门将拟批准结果在当事人所居住的村（居）公示5个工作日（城市地区的公示地点在夫妻双方所在工作单位，无工作单位的视情况掌握），无群众反映后再正式履行审批手续。（六）发证。区（县）人口和计划生育部门对符合生育第二个子女条件的当事人批准生育后，自批准之日起7个工作日内向申请人发放《天津市政策内二孩审批证明》（以下简称《二孩审批证明》）。对不符合生育条件的，填发《不予批准生育通知书》。（七）换证。当事人持有《二孩审批证明》后，可在计划生育部门的帮助下终止避孕措施，并接受计划

生育部门的优生指导与孕情监测。怀孕后持《二孩审批证明》到原申报街道（乡、镇）计划生育部门换取《二孩生育服务证》，无故终止妊娠的，《二孩审批证明》作废。（八）退证。对已领取《二孩审批证明》后决定不再生育第二个子女的，可到街道（乡、镇）计划生育部门办理退证手续。退证后可重新领取《独生子女父母光荣证》。从重新领取《独生子女父母光荣证》之月起，继续享受对独生子女父母的奖励。在领取《二孩审批证明》期间停发的《独生子女父母奖励费》不予补发。

**提交材料：**提交夫妻双方的户口簿、结婚证、身份证及其中一方的独生子女证明。受理部门对户口簿、结婚证、身份证原件进行查验，并留存复印件。

#### 河北省

**实施日期：**2014年5月30日

**办理程序：**（1）符合单独两孩政策规定申请再生育的夫妻，持申请材料，填写《再生育子女申请审批表》向所在单位（村、居委会）提出申请。（2）双方所在单位（村、居委会）应对申请人的婚育状况、申请理由进行认真审核，在单位（村、居委会）政务公开栏公示10日，接受群众监督。公示期满后，报夫妻一方户籍所在地乡（镇）政府或者街道办事处审核。（3）乡（镇）政府或者街道办事处自受理申请之日起7个工作日内进行审核，报县级卫生计生部门审批。（4）县级卫生计生部门在7个工作日内进行审查批准，特殊情况审查时限不超过15个工作日。对符合单独两孩政策的，向乡级计划生育机构下达审核批复意见并签发生育证。

**提交材料：**（1）夫妻双方居民身份证、户籍登记卡、结婚证；（2）已生育（包括收养）子女户籍登记卡；（3）第一个子女生育证件或乡级计划生育机构出具的有关证明（第一个子女是违反政策生育的，应提交《河北省政策外生育结论证》）；（4）夫妻一方为独生子女的，由所在单位（村、居委会）出具独生子女证明，独生子女一方父母由所在单位（村、居委会）出具婚育情况证明。

山西省

实施日期：2014年5月29日

**办理程序：**双方均为山西省户籍的单独夫妻，应当到女方户籍所在地乡(镇)人民政府或街道办事处申请办理《再生育服务证》。男方为山西省户籍人口，女方为其他省(区、市)户籍人口的，可以到男方户籍所在地乡(镇)人民政府或街道办事处申请办理《再生育服务证》。

**提交材料：**(1) 夫妻双方的再生育申请；(2) 身份证；(3) 户口本；(4) 结婚证；(5) 婚育证明；(6) 一方为独生子女的证明材料；(7) 夫妻近期合影照片等。

内蒙古自治区

实施日期：2014年3月31日

**办理程序：**符合“单独两孩”政策，要求生育第二个子女的夫妻，需经夫妻双方申请，由旗县级卫生计生部门审批，办理《计划生育服务证》。夫妻双方应当向户籍所在地的嘎查村民委员会、居民委员会或者所在单位提出申请，如实填写《再生育申请审批表》，并提交相关材料到本自治区夫妻一方户籍所在地的苏木乡镇人民政府或者街道办事处。经苏木乡镇人民政府或者街道办事处审核后报旗县级

(上接第48页)

据数据显示，2014 年全市办理“两地婚姻”50094 对，占国内居民结婚登记总数的 36.15%，比去年下降了 9.47%。

其中江苏省10075对,高居“两地婚姻”榜首,占总数的20.11%;此后为安徽省7552对、浙江省4742对,最少的是西藏、青海等省。

从数据可以看出，主要下降的是外地男性和本地女性结婚的人数；相对来说，外地女性和本地男性的结合并没有减少。据民政局相关负责人透露，外地媳妇的比例相对比较高，基本“外地媳”与“外来女婿”的比例达到了2.5:1。

此外，上海 2014 年共办理涉外国人、涉华侨、

卫生计生部门审批。一方为自治区户籍的单独夫妇，符合条件的，可以按程序在本自治区一方户籍所在地区申请再生育。

**提交材料：**1.夫妻双方所在单位或者嘎查村民委员会、居民委员会盖章并注明婚育情况的《再生育申请审批表》；2.夫妻双方户口本(首页、本人页及变更页)、身份证原件及复印件各一份；3.《结婚证》原件及复印件一份；4.本人为独生子女的，还需提交：(1)父母的户口本(首页、本人页及变更页)原件及复印件一份；(2)父母所在单位出具的生育子女情况证明(无单位的人员由户籍所在地苏木乡镇人民政府或者街道办事处和嘎查村民委员会或者居民委员会出具)；(3)父(母)死亡的由其原单位或户籍所在地苏木乡镇人民政府或者街道办事处和嘎查村民

(4)父母为外省市户籍的,由父母户籍所在地的县(市、区)人口(卫生)计生部门出具其生育子女情况证明;(5)父母原生育两个子女的,需提供注销户籍的派出所出具的其他子女死亡的有效证明。5.已领取过《独生子女父母光荣证》的,需提供其《独生子女父母光荣证》,《独生子女父母光荣证》已遗失的,由本人作出相关的书面承诺。

涉中国香港、澳门、台湾地区居民的结婚登记 1962 对，比上年下降 4.48%，涉及 71 个国家和地区，排列前三位的国家依次为美国、日本、澳大利亚。全市共办理涉外国人、涉华侨、涉中国香港、澳门、台湾地区居民离婚登记 373 对，比上年下降 10.55%。

2014年全市共为市民免费出具无婚姻登记记录证明431858份，2013年出具了563285份。主要用于办理房产事宜（房屋买卖、房屋贷款、房屋产权登记）、办理公证（财产公证、出国公证）、派出所户口申报、迁移、申请经适房、廉租房需要、办理保险事宜、用血需要等。（辑自《东方网》）

## · 信息荟萃 ·

## 沪最新癌情监测：平均每天新增 162 例恶性肿瘤

李若楠

上海市疾控中心于2015年2月4日（世界癌症日）发布最新癌情监测数据，全年共诊断新发癌症病例5.9万例。每年每1000个上海人中就有4人被新诊断为癌症，平均每天新增162例恶性肿瘤。

### 每年每千名上海人中 4 人新发癌症

据上海市疾病预防控制中心的最新癌情监测数据，全年共诊断新发癌症病例5.9万例，其中男性占53.3%，女性占46.7%。

目前，上海的癌症发病率达到418/10万，约为欧美发达国家的2/3。据此估算，每年每1000个上海人中就有4人被新诊断为癌症，平均每天新发162例恶性肿瘤。其中，男性的发病率为447/10万，女性为389/10万，男性癌症发病的风险高于女性。

肺癌是发病率最高的恶性肿瘤，占有新发恶性肿瘤的17%，发病率为72/10万；大肠癌位居第二，占到13%，发病率为54/10万。

在男性中，肺癌、大肠癌、胃癌、肝癌和前列腺癌是最常见的癌症，男性发病第一位的肺癌占有所有男性新发癌症的22%，发病率高达98/10万。

女性最常见的癌症依次是乳腺癌、大肠癌、肺癌、甲状腺癌和胃癌。女性发病第一位的乳腺癌占有所有女性新发恶性肿瘤的17%，发病率为66/10万。

### 因癌症死亡居第二 男性风险高于女性

癌症是居心脑血管疾病后的第二位死因。上海全年有3.6万人因癌症而死亡，其中男性占60%，女性占40%。癌症死亡占有所有死亡原因的32%，因癌症的死亡率为254/10万，其中男性的死亡率为307/10万，女性为201/10万，男性癌症死亡的危险亦高于女性。

无论男女，肺癌均居癌症死亡的第一位，占有所有恶性肿瘤死亡病例的24%，男性肺癌死亡率高达

87/10万，女性高达35/10万。

除了肺癌，男性最常见的癌症死亡原因还有胃癌、肝癌、大肠癌和胰腺癌，女性最常见的癌症死亡原因还有大肠癌、胃癌、乳腺癌和胰腺癌。

### 胰腺癌五年相对生存率最低

目前，上海共有29.9万存活着的癌症患者，现患率为2.1%，男性现患率为1.8%，女性为2.4%。在这些存活的病人中，乳腺癌是最常见的恶性肿瘤，占16%，其次是大肠癌、胃癌、甲状腺癌和肺癌。

根据上海市疾病预防控制中心对23.6万恶性肿瘤患者的随访资料的统计分析显示，目前全市的癌症五年相对生存率为54.3%，即本市的癌症患者群体在明确诊断后能够存活5年的概率是同性别同年龄构成的一般人群的54.3%。男性的五年相对生存率为46.9%，女性为62.8%，男性患癌后的死亡风险显著高于女性。与欧美地区报道的数据比较，其差距已进一步缩小，但比美国的平均水平仍低了11个百分点。

各常见癌症的五年相对生存率，男性以前列腺癌最高（111.6%，比同龄一般人群的死亡风险还低），胰腺癌最低（9.6%），肺癌和大肠癌分别为20.3%和72.3%；女性以甲状腺癌最高（99.8%），胰腺癌最低（10.8%），肺癌、大肠癌和乳腺癌分别为22.11%、70.1%和91.5%。

### 癌症发病上升趋势趋缓 死亡持续下降

对比10年上海癌情监测数据，疾控部门表示，上海人口结构的老龄化是导致癌症发病率、死亡率持续上升的首要原因。癌症的发病年龄也日趋老龄

化,诊断时的平均年龄从10年前的64.17岁增长到目前的65.01岁;常见癌症中肺癌从68.28岁增长到68.99岁、大肠癌从66.35岁增长到68.01岁、女性乳腺癌从55.65岁增长到58.08岁。

如果去除人口老龄化因素,近10年来本市的癌症标化发病率仅上升6.7%,标化死亡率还下降了12.3%。而在前10年期间本市市区的癌症标化发病率上升了15.9%,标化死亡率只下降了5.1%。

目前,癌症相对生存率持续提高。全市的癌症五年相对生存率比10年前增长了25.8个百分点,上升的幅度达到了90.5%。总体癌症的五年相对生存率与75岁以上病例的数值非常接近,与发病年龄老化的关系更为密切。(作者为《新民晚报》新民网记者)

#### 上海市疾病预防控制中心癌症防治健康提示:

※倡导健康生活方式。绝大多数癌症是由于外界的危险因素与自身遗传因素相互作用的结果。年龄越大,累积的危险因素就越多,患癌的风险也就越高。这些外界因素包括了环境、职业和生活方式等。研究发现经济越发达、城市化水平越高的地区,除了人口老龄化之外,吸烟和西方化膳食等不健康的生活方式造成的癌症比例就越高。2014年世界癌症报告指出,只要能够普遍采取的健康生活方式,就

可以预防接近50%的癌症,健康生活方式包括不吸烟、避免被动吸烟,健康平衡的膳食饮食和积极的身体活动。

※注重癌症早期发现。癌症除了可以通过预防而避免发生,还可以早期发现及时诊治而获得治愈的机会。人从一出生起就应得到定期体检;中青年职业人群要定期参加体检,接受每一项检查;退休人群,应密切关注并积极参加社区组织的大肠癌筛查、妇科病普查和65岁以上老年人体检等免费的公共卫生服务项目;事实证明以上检查都能起到及早发现癌症的作用。

※使所有癌症患者得到有效治疗。随着医疗技术的进步,本市二级以上医疗机构对于绝大多数癌症能够提供规范的诊疗措施。大量循证医学证据证实这些诊疗措施是有效的,广大患者应到正规的医疗机构接受规范治疗,切不可迷信偏方验方而拒绝科学正规的治疗,以免延误病情,加重痛苦。

※最大限度提高患者生存质量。随着老龄化和城市化的进程,癌症已经是一类常见的慢性疾病,应当消除公众对癌症的错误认知,消除癌症的耻辱感和误解,鼓励癌症患者积极寻求支持、理解和帮助,获得及时规范的诊疗、康复保健、心理支持和姑息治疗,从而改善生存质量,提高生存率。

## 沪外地媳妇多于外来女婿 30~40岁婚姻最易破裂

据民政部门消息,2014年度本市办理结婚登记140507对,连续五年保持稳定,办理离婚登记53244对,为五年内首次下降。本市居民平均结婚登记年龄为男性34.43岁、女性32.00岁,已是连续五年呈上升趋势。初婚年龄为男性30.11岁、女性28.14岁,连续四年增长后首次下降,其中,30岁以下(1984年~1992年出生)是办理结婚登记的主力人群。

### 申城男女初婚年龄首次下降 90后进入结婚高潮

2014年本市办理结婚登记140507对,结婚登记量比去年下降了4.95%。其中本市居民办理结婚登记138545对,办理涉外、华侨和港澳台地区居民结婚登记1962对。2011年以来,结婚登记量一直都保持在14万对左右。市民政局婚姻管理处处长陈占彪表示,五年来上海结婚登记量始终保持相对稳定。

数据显示,本市居民平均结婚登记年龄为男性34.43岁、女性32.00岁(初婚年龄为男性30.11岁、女性28.14岁)。平均登记年龄连续5年都在上升,但初婚年龄今年是首次下降。

从年龄结构看:30岁以下办理结婚登记的有160030人(其中男性72573、女性87457);30~40岁之间办理结婚登记的有65487人(其中男性36444、女性29043);40~50岁之间办理结婚登记的有21927人(其中男性12144、女性9783);50~60岁之间18588人(其中男性10907、女性7681);60岁以上11058人(其中男性6477、女性4581)。

其中,双方系初婚的为85993对,占总数62.06%;男方初婚,女方再婚的6962对,占总数5.02%;女方初婚,男方再婚的8340对,占总数6.01%;双方再婚的37250对,占总数26.89%。

从学历看:大学本科的共96215人,占总数的34.72%;大专学历的共64642人,占总数的23.32%;初中的共31127人,占总数的11.23%;硕士30054人,占总数的10.85%;博士3676人;高中24415人;技校2186人;中专17043人;小学及以下6618

人;文盲1034人;其他的共80人。

### 上海离婚率五年内首降 30~40岁婚姻最易破裂

数据显示,2014年全市办理协议离婚登记52871对,2013年办理60408对,比上年下降12.47%。从2010年开始,离婚登记量连续增长四年,今年是首次下降。

值得注意的是,在办理离婚登记的年龄结构来看,30岁以下办理离婚登记的有19033人(其中男性7427、女性11606);30~40岁之间办理离婚登记的有40884人(其中男性19897、女性20987);40~50岁之间办理离婚登记的有21095人(其中男性11288、女性9807);50~60岁之间18382人(其中男性10210、女性8172);60岁以上6348人(其中男性4049、女性2299)。可见,30~40岁成去年申城离婚的“敏感年龄段”。

### 离婚原因分析

从离婚原因来看,感情不和而离婚的占比最高,为23943对,占总数的45.28%;感情破裂而离婚的是13309对,占总数的25.17%;性格不和而离婚的是12925对,占总数的24.44%;经济困难而离婚的是67对;第三者插足的是413对;因两地生活而离婚的是499对。

此外,因教育子女问题而产生离婚矛盾的是12对;家庭纠纷而离婚的是576对;夫妻性生活不和谐而离婚的是39对;一方有违法犯罪行为而离婚的是6对;一方有不良生活习惯而离婚的是155对;再婚矛盾而离婚的是71对;其他856对。

同时,继2013年上升后,2014年全市复婚量仍在继续上升。去年上海办理复婚登记17286对,2013年14730对,比上年上升了17.35%。究其原因,相关负责人表示,“可能是在消化此前因为政策等原因办理了离婚的存量。”

沪两地婚姻下降近10% “外地媳”两倍于“外来女婿”

(下转第45页)