

2015年第5期

人口信息

POPULATION INFORMATION

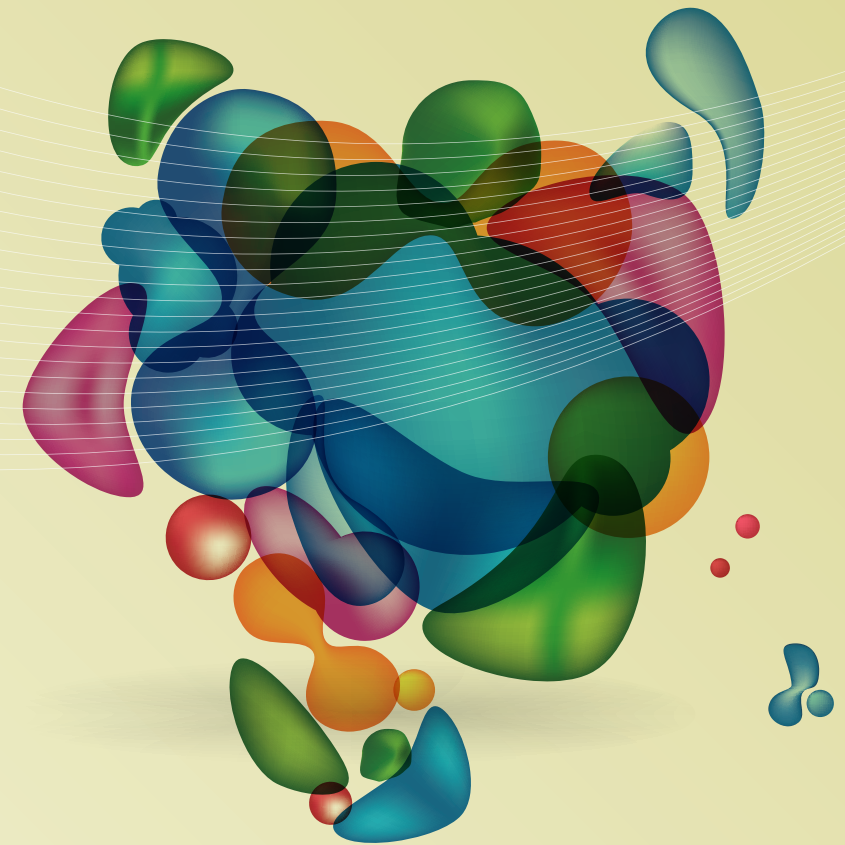
《人口信息》

(双月刊)

2015年第5期

(总第202期)

2015年10月28日出版



- * 流动人口参与城镇医疗保险：政策演进、困境与路径选择
- * 特大城市应致力于人口综合服务而非人口综合调控
- * 上海市失独家庭情况分析
- * 高端医疗服务的内涵、现状与趋势——以上海为例（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5期(总第202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 流动人口参与城镇医疗保险：政策演进、困境
与路径选择

陆杰华等

- 8 特大城市应致力于人口综合服务而非人口综
合调控

任远

• 本期关注 •

- 10 高端医疗服务的内涵、现状与趋势——以上海
为例

本刊编辑部

• 研究与分析 •

- 34 上海市失独家庭情况分析

上海市卫生计生委家庭发展处

• 优生与早教 •

- 36 产妇到底该不该“做月子”

李萌摘

- 39 备孕夫妻必知 备孕期8件事千万别做

梅子辑

• 全球视野 •

- 40 城镇化和流动人口：中国可以从国际经验中
学到些什么？

Alan Hudson

- 43 全球人口老龄化带来的“危”与“机”

雷曼誉

• 政策之窗 •

- 46 各省“单独二孩”政策简编之五——粤桂琼
贵云

流管处

• 资料库 •

- 48 医疗行业“人口普查”大揭秘

本刊编辑部

· 人口与发展论坛 ·

流动人口参与城镇医疗保险：政策演进、困境与路径选择

陆杰华 左 罗

一、研究背景

据中国国家统计局2015年1月20日发布的数据显示,2014年中国国内生产总值超过63万亿,按可比价格计算,比上年增长7.4%,成为全球第二个经济总量突破10万亿美元的大国。历经30多年的高速增长,中国经济从工业小国成为全球第一大制

造业大国,从温饱经济嬗变为小康经济,其背后离不开流动人口的贡献。据国家卫生和计划生育委员会流动人口司2013年的统计报表数据,截止到2013年10月1日零时,全国流动人口约为2.39亿人(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2013),比1982年的657万人整整增长了36倍。

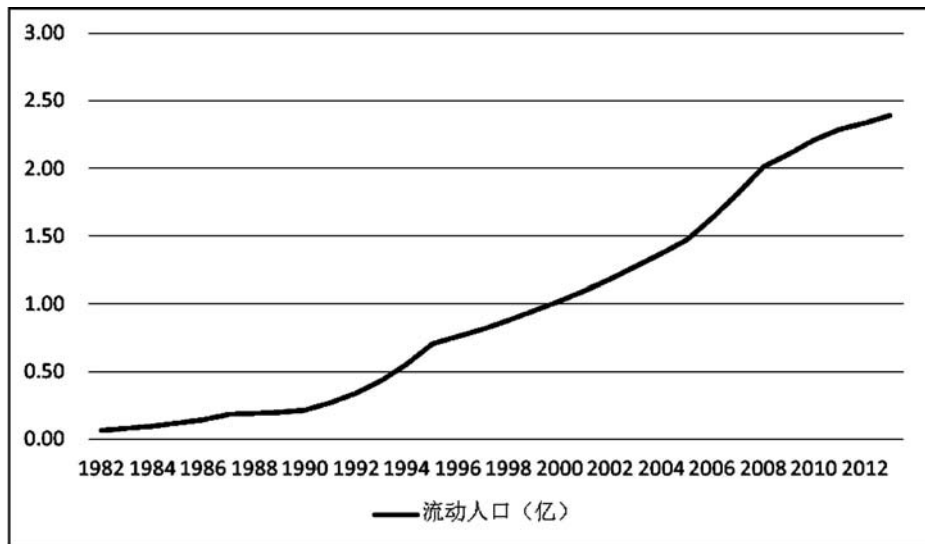


图1 1982~2013年我国流动人口规模变化趋势

资料来源:1982~2000年流动人口规模由段成荣根据1982~2000年历年全国人口普查和1%人口抽样调查数据推算,引自段成荣,杨舸,张斐,卢雪和.改革开放以来我国流动人口变动的九大趋势.人口研究,2008;6。2005年数据引自国家统计局.2005年全国1%人口抽样调查主要数据公报。2010年数据引自国家统计局.第六次全国人口普查主要数据公报(第1号)。2008、2009、2011、2012、2013年数据引自国家卫生和计划生育委员会流动人口司.中国流动人口发展报告2010~2013.北京:中国人口出版社,2010~2013。

如此大规模的流动人口补充了流入地因经济高速发展所带来的劳动力短缺,推动了当地基础设施建设,刺激消费市场的快速发展,成为中国经济起飞的强有力的助推器之一。不过,快速人口流动也引发了诸多的社会问题,特别是流动人口社会保障问题,其中流动人口城镇医疗保险参保便是学界关

注的一个议题。现阶段,流动人口城镇医疗保险参保率一直在低水平徘徊,很难起到防护网、稳定器的作用。为流动人口提供优质的医疗保险服务,免除疾病医疗后顾之忧,不仅是健全与完善我国社会保障体系、加快推进以改善民生为重点的社会建设的重要方面,而且是投资国民健康、提高国民素质、

建设人力资源强国、实现经济社会可持续发展的重要举措,对维护改革发展稳定大局发挥了重要作用。

二、相关文献回顾与评述

近些年来,有关流动人口社会保障的相关文献层出不穷,范式也从总体性的描述、分析向结构性、精细化的量化研究转变。结合2005年全国1%人口抽样调查数据、2010年第六次人口普查数据,段成荣描述了流动人口的状况,认为流动人口参保状况不容乐观(段成荣,2009;段成荣,2013)。张展新从城乡、区域二重分割的分析框架出发,论证出城乡分割因素和区域分割体制都对城市外来人口参保构成负面影响(张展新、高文书、侯慧丽,2007)。唐丹基于北京、绍兴和东莞三城市的调查数据,对流动人口工伤保险参与情况及影响因素进行了定量分析,结果发现,工作情况(工作角色、工作性质及工作稳定性)是影响流动人口参与工伤保险的最重要因素(唐丹,2011)。郭菲、张展新基于北京、天津、上海、广州四城市的调查数据,研究农民工新政对农村户籍流动人口和其他流动人口的影响。研究表明,农村户籍流动人口参加社会保险的概率仍大大地低于城市户籍流动人口和本地居民。流动人口是否参加各项社会保险与他们的就业状况息息相关(郭菲、张展新,2013)。卢海阳利用实证分析探讨了社会保险对农民工家庭消费的影响。结果表明:从总体上看,城镇社会保险对农民工家庭消费具有显著的影响,农村社会保险对农民工家庭消费影响不显著(卢海阳,2014)。

综上所述,过往的研究多从整个社会保险体系出发,对流动人口参保状况作出描述性或解释性分析,而单独从流动人口参加城镇医疗保险状况视角出发的文献相对比较薄弱。虽然由医疗保险、养老保险、工商保险、失业保险等组合起来的社会保险体系起到了保障和改善民生、稳定改革发展大局的作用,但不同种类的保险在参保条件、受众需求、影

响领域等各个方面存在较大的异质性,因此,研究流动人口参加城镇医疗保险状况,有其独特而深远的意义。

三、流动人口参与城镇医保的政策演进及其现状特征

1. 城镇医疗保险的阶段性变化

我国从1988年开始建立城镇职工基本医疗保险制度,当时的制度建设主要围绕着国有企业重组、职工下岗分流来部署,医疗保险的覆盖面基本局限在国有企业部门,农民工参保尚未成为政策关注点。

2000年以后,国有企业改革的任务基本完成,中央开始着手解决农民工参保问题,医疗保险是其中很重要的一个方面。在2001—2006年期间,劳动和社会保障部就流动人口参加医疗保险出台了《关于城镇灵活就业人员参加基本医疗保险的指导意见》、《关于非全日制用工若干问题的意见》、《关于推进混合所有制企业和非公有制经济组织从业人员参加医疗保险的意见》等一系列文件。2006年,国务院颁布了《国务院关于解决农民工问题的若干意见》,特别要求依法将农民工纳入工伤保险范围,抓紧解决农民工大病医疗保险问题,探索适合农民工特点的养老保险办法。劳动和社会保障部于同年颁发了《关于贯彻落实国务院关于解决农民工问题的若干意见的实施意见》和《关于开展农民工参加医疗保险专项扩面行动的通知》,进一步明确了流动人口参加医疗保险的有关政策。

在中央“属地管理,地方统筹”管理办法的指导下,各地根据本地的情况不断探索流动人口医疗保险的实现模式,统筹层次主要集中在城市,从缴费基数和缴费比例来看,各地贯彻了“低负担”和“以用人单位缴费为主”的基本原则。这些模式归结起来主要有四种:一是北京、山东等城市或地区在原有的城市医疗保险体制下,通过扩大覆盖面直接将流动人口纳入其中,有些地方结合流动人口的特

点适当降低缴费基数和缴费比例。二是上海、成都实行包括医疗保险在内的综合保险模式,该保险模式独立于城镇社会保障制度。三是南京、天津等城市或地区针对流动人口收入水平低和流动性大等特点,实行相对独立和有针对性的医疗保险模式。四是深圳实行独特的对门诊和住院都保障的合作保障模式,满足农民工日常的医疗消费需求(李铁、范毅等,2013)。

2. 流动人口参与城镇医疗保险的现状特征分析

第一,流动人口参加城镇基本医疗保险的比例有较大的提高,但总体水平仍然不高。近几年来,医疗保险体系的建设和完善使得流动人口的城镇医疗保险覆盖率得到明显改善。2013年流动人口动态监测数据显示,28.1%的流动人口在流入地获得了城镇基本医疗保险(含城镇职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险),但这一比例相较于本地居民仍然较低(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2014)。

第二,流动人口城镇医疗参保内部出现明显的结构分化。其一,城市户籍流动人口参加城镇基本医疗保险的状况好于农村户籍流动人口,户籍类型和户籍地点叠加作用于农村户籍流动人口,使得他们处于更为弱势的地位。根据2013年流动人口动态监测数据,农村户籍流动人口参加城镇职工医疗保险的比例仅仅为20.1%,而城镇户籍流动人口参加城镇职工医疗保险的比例为45.6%,比农村户籍流动人口整整多出一倍(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2014)。其二,新生代农民工有脱离农村医保体系的倾向,但在流入地保障程度仍然很低。如今,新生代流动人口已经成为我国流动人口的主力。根据第六次人口普查数据,1980年后出生的新生代流动人口已经超过流动人口的半数,占全部流动人口的53.64%,比2005年增加13个百分点。而他们的医疗保险状况堪忧。数据资料显示,新生代

农民工参加城镇医疗保险的比例仅为7%左右,只是稍好于老一代农民工,而参加新型农村合作医疗的比例仅为50%左右,不如老一代农民工(国家人口和计划生育委员会流动人口司,2011)。其三,不同单位的流动人口参保率不同,私营企业从业人员、个体工商户参保率较低。按照工作单位性质分类,参保率从高到低依次为外资企业、机关事业单位、国有/集体企业、私营企业和灵活就业单位。外资企业参保率高达70%以上,其中欧美企业高达93.5%。机关事业单位和国有企业参保率在65%以上,集体企业为50.5%,私营企业仅有32.7%,个体工商户参保率低到10.2%(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2013)。其四,流动人口的职业不同,参保率也不同。分职业来看,办事人员、单位负责人等参保率较高,在70%左右,而流动人口比较集中的商业服务业、建筑装修业的从业人员,以及无固定职业者参保率较低,均低于25%(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2013)。

第三,流动人口参加城镇基本医疗保险存在明显的区域差异,折射出产业结构的深层影响。流动人口城镇医疗参保比例在不同流入地存在很大的差异。总体来说,东部地区流动人口参保比例高于中西部地区。2011年流动人口动态监测数据显示,东部地区流动人口享有城镇基本医疗保险的比例达30.4%,东北地区为16.4%,中部地区为10.1%,西部地区为15.5%。东中西部参保比例的差异的背后是地区产业结构的差异。据2011年流动人口动态监测数据,东部地区吸纳流动人口最多的产业是制造业,占43.8%,中、西、东北地区吸纳流动人口最多的产业是批发零售业,分别占34.4%、25.0%、19.3%。一般来说,制造业企业规模会比较大,政策比较规范,所以从业的流动人口参保率较高;而批发零售企业大多数属于私营企业或个体工商户,企业规模小,劳动关系松散,经营自由度大,监管

更为困难,因此,流动人口的参保权利往往难以获得保障(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2013)。

第四,流动人口尤其是城市户籍流动人口存在重复参保现象。我国尚未建立全国统一的基本医疗保险体系,在“属地管理,地方统筹”管理办法的指导下,地方政府大部分在城市的层面上统筹医疗保险。由于各地执行的保险模式的差异,保险的跨地区转移接续困难,因此存在流动人口在户籍地和流入地同时参加多份医疗保险的现象。2011年流动人口动态监测数据显示,已在流入地参加城镇医疗保险的流动人口中,农业户籍重复参保的比例为8.43%,而城市户籍重复参保的比例达到15.92%(国家卫生和计划生育委员会流动人口司,2013)。重复参保既加重了参保个体的经济负担,又浪费了国家的卫生资源。

第五,流动家庭化趋势下随迁家庭成员获取的城镇基本医疗保险水平低。根据第六次人口普查资料,两代户、三代户家庭户分别占有流动人口家庭户的38.52%、5.04%。一代户中大部分流动人口也是同配偶或兄弟姐妹等一起流动,独自一人流动的只占家庭户的26.76%。段成荣认为,当前我国人口流动家庭化特征明显,正处于从夫妻共同流动阶段向核心家庭流动转变阶段(段成荣,2013)。当前的医疗保险更多地注重就业的个体,缺乏对其家庭的支持与保护。而城镇基本医疗保险又与流动人口中的正规就业人员挂钩,这就导致了流动家庭中无工作的家庭成员难以参加城镇基本医疗保险,增加了流动人口家庭在流入地生活的成本和风险。

四、流动人口参与城镇医保所面临的主要困境

在中国,包括医疗保险改革在内的社会保险改革已经持续了近30年,中国政府在探索过程中付出了巨大的努力,也取得了诸如医疗保险全民覆盖等举世瞩目的成就。但客观地讲,医疗保险改革尚未

完成,其制度结构还存在缺陷,流动人口参加城镇医疗保险仍存在诸多困境:

第一,顶层设计滞后,“碎片化”状态严重。从中央层面来看,顶层设计与规划缺位,权责不清、多头管理现象严重。城镇医疗保险、新型农村合作医疗、城镇医疗救助分别由人力资源和社会保障部、卫生与计划生育委员会、民政部管理,各自分别有独立的管理和信息系统,在关于职能分工、相互衔接等方面缺乏明确的更高层的设计,这导致三大制度在实践中运行混乱,顾此失彼,厚此薄彼,进而影响到整个医疗保障体系的效率。从地方层面来看,地方统筹层次低,医疗保险呈“碎片化”状态。我国社会医疗保险主要由市、县统筹管理,各地在缴费年限折算和互认、经办流程、最低缴费年限、个人账户处理等问题上缺乏统一,致使医疗保险异地衔接及权益维护难以得到保障,造成流动人口医疗保险的“便携性损失”,退保、重复参保等现象严重,浪费了大量的医疗资源。

第二,供需错位,挫伤流动人口参保热情。当前我国流动人口内部存在着很强的异质性,以农民工为主,也包括处于流动状态的农民工家属、拥有城镇户籍身份的流动人口等。不同类型的流动人口对医疗保障的需求不同,地方政府“一刀切”的医疗保险模式使供给与需求难以匹配,根本上挫伤了流动人口的参保热情。比如,我国地方实行的医疗保险制度大多贯彻了国家“保大病”的政策意图,但没有考虑到大多数流动人口年龄结构较轻、健康状况较好的特点,止于“保大病”却未涉及“治小病”,束缚了流动人口的参保意愿。

第三,管理理念落后,服务动机缺位。中国经济发展的地区不平衡性导致了城乡之间、地区之间的利益失衡格局,城市和发达地区享受长期公共资源投入,占据发展先机和年轻劳动力的贡献,却不愿意承担发达地区所应承担的保障责任,对流动人

口仍然秉持“管控”思维，服务意识淡薄，究其原因，主要有以下几个方面：首先，政府考核模式落后，重视经济指标考核，对民生指标的考核力度较弱；其次，为大规模的流动人口参保给地方财政带来了不小的压力，因此，流入地政府往往倾向于排斥流动人口中健康风险较高的人群，出台相关政策限制他们的流入；再次，流入地政府出于吸引投资、发展经济的需要，对企业职工参加城镇基本医疗保险实行弹性制度，这诱使很多企业以各种名义拒绝为职工参保；最后，地方财力受限，事权与财权不统一，流入地政府受限于财政压力，心有余而力不足。

第四，医保政策延续性差，弱化了流动人口医保权益。为保持社会稳定，我国包括医疗保险在内的社会保障改革采取试点先行、渐次推进的策略，渐进式改革的效果是复杂的，在减少改革阻力、提高新制度适应性的同时，也因一直不断试错而难以形成成熟、定型的保障模式。政策的不确定性造成制度公信力下降，增加了流动人口参加医疗保险的心理负担，再加上流动人口本身收入水平低、相对年轻、健康状况较好，限制了流动人口的参保意愿，使得流动人口在城镇医疗保障领域的弱势地位不断固化。

五、未来流动人口参与医保的路径选择

医疗保险因制度缺失、规划落后、供需错位、政策延续性差等问题，难以真正吸纳流动人口参保，大大削弱了其保护网、稳定器的作用，甚至可能形成新的、利益失衡的格局。改变现有局面，提高流动人口参保率，主要有以下路径：

第一，强化顶层设计，完善宏观规划，努力提高统筹层次。尽快开展医疗保险体系的顶层设计，完善超越单项制度、单届政府的宏观规划，是整个制度体系走向定型、稳定、可持续发展的前提和基础。具体来说，首先，需要尽快统筹医疗系统内部

各系统之间的关系，近期工作主要是明确人力资源和社会保障部、卫生与计划生育委员会、民政部在医疗保险体系中的职责分工、结构比例和接续管理办法，避免权责不清、多头管理、政策缺位；远期则需立足于真正削减不同户籍、不同就业类型、不同行业上的医疗保险待遇及权益的差异化，从城镇医疗保险、新型农村合作医疗、城镇医疗救助交叉并存的局面过渡到一元化的制度安排，真正实现医疗保险的公平性。其次，打破区域分割，努力提高地方医疗保险统筹的水平和层次，实现资金管理模式、保障重点、报销比例和方式、筹资方式的统一，减小乃至消除医疗保险的“便携性损失”。

第二，配套财税改革，转变考评机制，鼓励社会资源投入。地方政府缺乏为流动人口参保的意愿，其背后的原因是财力不足、考核机制落后。首先，我国财政分权体制不健全、财政转移支付效率不高，“事权下移，财权上移”，导致政府缺乏相应的财力应对流动人口参保问题。因此，中央需要配套财税体制改革，完善分税制和财政转移支付制度，赋予地方政府以一定的财力，以保障医疗卫生事业的财政投入。其次，考核机制落后，重经济、轻民生现象严重，因此，中央需要配套改革地方考核机制，把事关民生的医疗卫生事业等社会指标也纳入考核范围并增加其权重。最后，未来随着医疗保险的覆盖和刚性需求增长，医疗保障面临的财政压力会越来越大，因此，在保证财政投入不断增长的前提下，撬动市场资源、社会资源参与投资，对缓解财政压力、提高资源利用率、改善我国医保状况，意义重大。

第三，转变服务理念，强调以需定供，探索人性化医保模式。地方政府管理理念仍停留在市场经济早期的“管控”思维，视流动人口为洪水猛兽，制定政策大多强调“官本位、政府本位、权力本位”，

以行政管制为主要手段管理人口,这使得制定出的政策较少能够满足流动人口多样化、多层次的愿望和需求。因此,转变管理思维为服务思维,树立人本理念,探索满足流动人口需求的、多样化的、多层次的医保模式,才能真正激发流动人口的参保热情,实现社会的公平正义,维护改革发展稳定大局。比如,针对流动人口年龄结构较轻、身体健康状况较好的特质,变单纯的“保大病”模式为“保大病”与“治小病”兼顾的模式,更多地满足流动人口日常医疗消费需求。

第四,转变试点模式,强调立法先行,实现试点工作法制化。从国外社会保障制度发展的实践来看,社会保障制度改革必须走“立法先行”之路,将人们对于制度的信赖建立在法律的稳定和权威之上,提高制度的公信力。具体来说,应当将社会保障领域中的重大改革方案交由立法机关审议,深入研究,仔细调查、审慎决策、理性设计,以成熟的方案推进包括医疗保险在内的社会保障制度改革的深化,使得重大改革于法有据,于民有信。

(作者单位:北京大学社会学系)

参考文献:(略)

~~~~~  
(上接第45页)

年人口比重较大。与此同时,美国注重吸纳大量青壮年移民,一定程度上缓解了老龄化进程。

美国政府一方面制订了包括《美国老年人法》和《禁止歧视老年人就业法》等专门法案,另一方面还设置了老龄化问题管理机构,建立了完善的社会养老保障体系。美国政府和相关机构还建立了大批养老院和康复中心等,甚至提供医疗上门服务。

#### 泰国:成立国家老龄事务委员会

按照老龄人口达总人口10%这一界限,泰国从2005年开始进入老龄社会。泰国政府成立了以总理为主席的国家老龄事务委员会,负责统筹政府各部门制定扶助老龄人口政策。

泰国退休的公务员有长期的退休工资,退休的企业职员依靠公司一次性支付的养老金。此外,所

有60岁以上的老人按照年龄可以领取每月600~1000泰铢(1元人民币约合5.2泰铢)的补助,残疾人可以获得两倍的数额。

目前,泰国有100万基层卫生志愿人员,有3万多个老年人互助组织,政府还将逐步在每个县设立老年人帮扶和职业中心,让老年人既能相互帮助又能获得一定收入。

#### 韩国:设立多个阿尔茨海默病康复中心

韩国是世界上人口老龄化速度最快的国家之一。为了应对阿尔茨海默病(俗称老年痴呆症)发病几率上升,韩国自2006年起,在首尔的25个城区中,每个区都建起了阿尔茨海默病康复中心。2011年,韩国通过了阿尔茨海默病管理法,建立治疗中心并强制65岁以上公民接受检查。(雷曼誉摘编)

## 特大城市应致力于人口综合服务而非人口综合调控

任 远

近一段时期以来,人口综合调控和严格控制人口规模成为特大城市人口管理的重要工作。一些城市通过分解指标的方法,以及各种“以业控人”、“以房控人”、“以证控人”等调控措施加以执行。且不论这些行政性的办法本身难以真正发挥“控人”的效果,而且这种反市场机制的人口控制,会强化城市内部本地人口和外地人口矛盾;不利于保障农民工在城市生活和发展的具体需求和增进其生活福利以及没有真正解决人口集聚和城市发展内在冲突的真实原因,也就是城市需要从提高自身管理水平上来应对人口集聚对城市管理的压力;同时,特大城市人口综合调控的基本取向,本身不利于推动农民工和流动人口的市民化和社会融合,不利于城镇化进程的良好推进和实现。

人口综合服务则是一种更加以人为本的对城市人口管理的思路,重新摆正了城市管理者和城市人口的关系。城市人口是城市发展的建设者,而城市政府作为公共服务政府的基本责任在于为包括流动人口在内的所有人口提供基本公共服务、增加居民福利、满足人口生活和发展的需求。人口综合服务的要求也表明,城市人口管理是在为人口提供良好服务过程中的规范管理,以及通过更有效率、更加制度化的管理来提供高品质服务和增进居民福利。加强特大城市的人口综合服务和管理,强调为城市人口提供综合性的生活和发展服务,以及为满足不同人口群体的具体需求提供高质量的服务。

特别是考虑到特大城市的人口增长主要是人口迁移和流动所带来的,以及考虑到非户籍流动人口在城市中的巨大数量和他们在基本公共服务上的差异性和排斥性,逐步增强对非户籍流动人口提供综合性的服务和管理是必要和迫切的。流动人口需要

的综合服务不仅包括教育培训、健康医疗,也包括住房、保障、就业和创业等,这些综合性的服务和管理,能够更好满足流动人口在城市生活和发展的具体需求。因此从加强人口综合服务的视野看,城市部门需要考虑的不是“以房控人”,而恰恰是通过更好的住房服务,帮助流动人口市民化和融入城市,帮助流动人口成为新兴的中产阶级,从而支持他们为城市创新和经济增长做出贡献。在流动人口就业和“以业控人”上,城市部门需要考虑的也不是对产业项目的人口效应进行评估和限制劳动力就业,而恰恰是服务于城市的充分就业和创业发展,以及需要考虑加强教育培训和人力资本投资,为城市劳动力不足提供替代性的劳动供给,支持产业结构的提升。在“以房控人”和包括教育、健康等公共福利供给上,城市部门需要考虑的不是强化福利的壁垒和排斥,而恰恰是增强福利的开放性和平等包容。城市部门应致力于增加社会服务的供给能力,提供更加包容性和均等化的福利供给,使得在城市发展过程中能够逐步化解福利鸿沟和社会分化,使得城市化过程中的社会整合和流动人口社会融合得以实现。因此人口综合服务和人口综合调控构成了两种不同的发展思路。城市化过程中的特大城市发展和管理,不是要控制人口的流动性,而是要支持和服务于人口的流动性。通过人口综合服务和管理才真正能够有利于城市成长,有利于社会整合,有利于流动人口社会融合,有利于形成有秩序和有活力的城市。

为流动人口提供综合服务和管理,需要考虑流动人口进入城市以后不同阶段的具体需求,考虑不同流动人口群体对生活发展社会服务的具体需求,实现综合性的服务供给。随着流动人口在城市生活

的逐步卷入，他们在城市扩展出不同的生活和发展需求。而流动人口年龄结构的变动，在人口的不同年龄阶段也具有不同的服务需要。从学龄前儿童的幼托服务，到儿童教育、青少年健康、心理服务的需求，包括劳动年龄人口的就业服务、家庭婚姻服务，乃至老年人口的生活需求等，城市应该为不同人口的具体需求提供差别性的服务。流动人口本身的分化性，也需要为不同社会阶层的流动人口形成适当的需求应对和服务供给方案。同时，要适应流动的居留和流动意愿及未来发展提供综合服务，不仅要提供流动人口在城市就业和发展的相关知识和产业技能培训，也需要适应流动人口的返乡提供相关现代农业、水利、农业经营管理、小城镇建设和运营等等相关知识，这样的综合服务，为流动人口在城市生活和发展提供可能性，也为流动人口回到农村和其他城市发展提供支持。因此更好的综合服务供给本身有利于适应人口发展的多样性，为流动人口创造更加全面的发展机遇、为城市人口迁移流动的动态性提供支持。

城市政府的主要担忧在于加强流动人口综合服务和管理会增加城市运行的社会成本，降低城市的竞争力，实际上人口综合服务是其对城市发展贡献的必要的社会再分配，而削弱了移民城市的劳动力积累和人力资本积累才真正会削弱城市的竞争性。人口数量和人口需求不断增长和城市人口综合服务供给不足确实构成城市管理所面临的突出矛盾，而

矛盾解决的方略不是要减少人口社会服务需求的数量，而是在于要突破国有和事业单位对于社会服务的垄断性，进一步开放社会服务的供给能力。进一步增强公共财政的民生福利支出是重要的，特别是政府基本公共服务责任更应该重视公平和普惠性服务。与此同时，可以更加重视增强民间力量、社会力量、国际资本力量提供包括教育培训、幼托护理、健康服务、居住住房、养老服务等各类社会服务和社会建设，这不仅能从根本上增强各类社会服务的供给，扩展社会生活的空间，还使得巨型城市由于人口集聚所带来的服务供给扩张构成巨大的经济产业和发展机遇。

在快速城镇化过程中的特大城市发展和管理，应致力于加强人口综合服务和管理，而非简单地行政化地进行人口综合调控和控制总量规模。当然，完善人口综合服务和管理，需要一个渐进性的福利体制的配套支持。包括户籍制的改革、居住证体制的改革以及与户籍和居住证为依托的财政预算制度、福利制度改革和社会事业和社会服务业改革的共同推动，才能不断帮助特大型城市积极应对城镇化过程中人口集聚的挑战，并在人口集聚过程中提升城市的能力和塑造具有竞争性的未来城市。

（作者单位：复旦大学社会发展与公共政策学院教授）

（上接第33页）

员素质，同时辅之以其他医疗服务配套设施的建设。

此外，随着人们对养生和健康的关注度逐渐增加，以疾病治疗为主导的思想意识逐渐被重预防、重保健的观念所代替，越来越多的人开始重视身体检查健康管理。在此背景下，集预防、评估、干预、指导与促进为一体的个性化体检、疾病筛查、保健指导、健康干预等健康管理服务需求日益扩大，可作为我国发展高端医疗服务业的重点领域。

#### 参考文献（略）

（本文第一作者：方欣叶，女，硕士，研究助理）

通讯作者：何达，女，博士，助理研究员

作者单位：1. 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

2. 上海交通大学公共卫生学院

3. 上海市卫生和计划生育委员会

4. 上海市人口与发展研究中心

## · 本期关注 ·

## 高端医疗服务的内涵、现状与趋势——以上海为例

《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

高端医疗服务业是健康服务业的重要组成部分，也是国家健康服务业重点鼓励发展的方向之一。2013年1月，上海市政府印发《上海市区域卫生规划（2011年—2020年）》（沪府发〔2013〕6号），文件明确将发展高端医疗服务业城市作为上海市建设亚洲国际医学中心城市的重要组成部分和本轮医改的重要目标。但怎样的医疗服务属于高端医疗服务？其概念与内涵怎样定义？目前国内缺乏明确阐述，而这恰是高端医疗服务相关研究的基础和前提。与此同时，围绕高端医疗服务，无论是社会办医还是目前三甲医院的特需服务的现状与趋势怎样，高端医疗服务有无国际经验可以借鉴等问题，都对本市落实《上海市区域卫生规划》，建设亚洲国际医学中心城市的目标具有重要意义。为此，本期我们选刊的上海市卫生发展研究中心关于高端医疗服务业的最新研究结果，就上述问题给予了较为全面的阐述与梳理：首先结合国内外文献对高端医疗服务的内涵进行探讨，并提出目前高端医疗服务业发展的优先领域；进而讨论了上海市社会办医中高端医疗服务和公办医院中特需服务的整体发展现状及未来发展趋势；系统梳理了国际上高端医疗服务业的服务模式和特点。希望对读者与相关研究者有所借鉴。

高端医疗服务的概念、内涵与优先发展领域  
——以上海市为例金春林<sup>1,2</sup> 何达<sup>1</sup> 付晨<sup>3</sup> 王力男<sup>1</sup> 方欣叶<sup>1</sup> 施莉莉<sup>4</sup> 王贤吉<sup>1</sup>

高端医疗服务业是健康服务业的重要组成部分，也是国家健康服务业重点鼓励发展的方向之一。2011年以来，国家和上海市出台了多项政策，鼓励包括高端医疗在内的社会办医事业的发展。但总体上看，近年来我国高端医疗服务业的发展仍较为缓慢，主要是由两方面的因素导致：一是外部因素，包括政策、社会和经济等因素。政策方面，近年来国家和地方层面虽然陆续出台了許多鼓励社会资本办医的政策，但因为现实原因，很多内容无法实现，被业界称为“玻璃门”现象；而社会和经济方面，虽然自改革开放以来我国经济水平得到迅速提高，但患者的就医观念相对滞后，重医疗技术轻服务水平，普遍倾向于去公立医院就医，严重影响了高端医疗服务业的发展。二是内部因素，主要包括人才、技术、品牌、管理等因素<sup>[1]</sup>。高端医疗服务正处于发展初期，存在人力资源总量不足、人才梯队建设不完善、技术实力不及公立医院、品牌影响力较弱以及管理难度大等诸多问题，均影响了高端医疗服务业的快速发展。文献研究结果表明，当前高端医疗服务的相关研究并没有对其内涵和覆盖范围进行明确

界定,而对发展重点的分析也不够深入<sup>[2-3]</sup>。在当前利好政策以及大量社会资本涌入的情况下,需要夯实发展高端医疗服务的理论基础,明确高端医疗服务的内涵,深入探究近期的发展重点,从而为进一步发展高端医疗服务业提供建议。

## 一、资料与方法

### (一) 文献检索

以“高端医疗服务”、“健康服务业”和“社会办医”为关键词,在国家卫生和计划生育委员会官网、上海市卫生和计划生育委员会官网、中国生物医学文献数据库(CMB Disk)和中国国家知网(CNKI)进行检索;以“high-end medical service”、“health industry”、“private healthcare”为关键词,在Pubmed数据库进行文献检索,筛选相应的管理文件、政策法规、学术论文、报纸和网络媒体相关资料,提取关键信息并进行综述。

### (二) 现场调查

根据医疗服务种类进行分类,在上海市全市范围内,分别选择上海国际医学中心、禾新医院和德济医院作为综合性高端医疗机构代表,上海爱尔眼科医院、上海德真会齿科诊所作为专科医院代表,上海俊维寓医医院作为健康管理机构代表,对这6家高端社会医疗机构进行调查,对机构主要负责人进行咨询。

### (三) 定性访谈

采用关键知情人半结构化访谈的形式,对上海市卫生行政部门负责人、部分公立医院院长和特需服务部门负责人、市社会医疗机构负责人、第三方研究机构、高校相关院所、上海(浦东)国际医学园区和新虹桥国际医学中心负责人等进行访谈,共访谈15人次,了解各利益相关方对高端医疗服务内涵的理解,分析高端医疗服务发展存在的问题,探讨近期的发展重点。

## 二、高端医疗服务的内涵

### (一) 高端医疗服务是相对性概念

高端医疗服务是在国内社会经济发展与医药卫生体制改革进程中形成的新名词,相关的专业著作中未见相关分类,国内已发表的相关文献中也未对其进行明确界定。而相关行政文件、规章制度中则多是对这一概念的直接应用,并没有涉及对概念内涵、覆盖范围等方面的详细阐述。同时,国际上一般并不按照医疗服务的品质划分服务类型,高端医疗服务往往被划归入私人医疗服务(private healthcare)中<sup>[4]</sup>。

由此可以看出,高端医疗服务并不是独立存在的的服务类型,而是医疗服务整体中的一个相对概念,主要与基本医疗服务相对应。医疗服务分为核心服务、形式服务和辅助服务3个层次<sup>[5]</sup>。在核心服务方面,基本医疗服务与高端医疗服务基本没有差别,均是以医疗为本质的服务。两者的区别主要体现在形式服务和辅助服务方面。基本医疗服务与高端医疗服务在伦理、政治、经济和技术方面都存在明显差异。基本医疗服务主要是从“保基本、强基层”的角度,保障常见病、多发病、慢性病的诊疗,满足广大城乡居民的基本医疗需求,具有保障性质;而高端医疗服务则更加侧重经济承受能力较高的人群,满足一小部分医疗需求较高的患者,对其提供高水平的医疗服务。

### (二) 高端医疗服务的内涵

高端医疗服务的内涵主要包括服务提供主体、服务内容、服务对象、支付方式和经营模式5个方面:

高端医疗服务的提供主体主要为高端私立医疗机构,包括外资独资、中外合资、内资独资、公私合作等投资模式。但由于私立医疗机构发展尚处初期,二、三级公立医院的特需服务部门也承担了一定比例的高端医疗服务。

在服务内容方面,高端医疗服务在核心医疗服务的基础上,更加注重对形式服务和辅助服务内容的开发,通过优化就医流程、增加便捷设施、改善

候诊室、就诊室及病房条件、提升医护人员服务意识等措施提供更加优质、人性化的医疗服务。

在服务对象方面,高端医疗服务的目标人群相对较少,以具有个性化、高端化服务需求的境外人士及拥有较高支付能力的境内人士为主要对象。而随着商业医疗保险的发展,购买商业医疗保险作为补充的人群比例不断扩大,高端医疗服务的目标人群也在逐步扩大。

在支付方式方面,由于高端医疗服务水平超越了基本医疗服务的层次,其产生的费用也相对较高,一般不利用基本医疗保险的支付方式,多是通过商业医疗保险或患者自费的支付方式使医疗机构获得利润。

在经营模式方面,高端医疗服务主要通过建立综合医院、专科医院、门诊部、诊所等途径,通常采用法人治理的组织架构,按照公司化的治理模式进行运营。此外,北京市、上海市等多地也正在通过建立国际医学园区的方式,集中提供高端医疗服务。

### (三) 高端医疗服务的特征

与基本医疗服务相比,高端医疗服务具有3个典型特征:服务、技术、收费水平均较高。如某口腔诊所为患者提供的服务在诊疗技术方面与本区域内同行业水平持平,但患者可以获得比一般医疗机构更加个性化、适宜的服务,因此收费水平也较高。这家诊所符合了高端医疗服务的高服务、高收费的特点,故属于高端医疗服务。某二甲医院的特需医疗服务部虽然服务水平难以达到让患者满意的标准,不属于高水平的服务,同时就诊的患者未必使用高级医疗设备或服用昂贵的药品,但由于提供该服务的专家具有较高的诊疗技术水平,收费水平也较高,符合高端医疗服务高技术、高收费的特点,因此也属于高端医疗服务。再如某三甲医院的非特需医疗部为患者提供器官移植手术,其服务水平一般,但由于其诊疗技术水平较高,收费也较高,因此也属

于高端医疗服务。

## 三、高端医疗服务的近期发展重点

### (一) 健康管理

当前中国的医疗服务体系中,公立医疗体系虽然网络庞大、结构健全,但也面临防治不分等问题。很多二、三级公立医院拥有独立的健康体检部门,有的甚至拥有高端健康体检的独立建筑。此外,为了满足患者需求,很多体检部门配置了相当数量的高资质医护人员。在医疗资源尤其是高资质医务人员极其紧缺的情况下,这种人员配置会导致有限的专家资源无法充分发挥其应有的价值,是对专家资源的一种浪费。而公立医院防治不分,也使得医院功能定位更加不明确,影响了医疗服务体系的结构建设。

本研究认为,包括健康体检在内的健康管理服务,其主要涉及疾病诊断,面临的医疗风险较低,更加适合利用社会资本开展这一服务。国际上经验来看,以肝脏健康及肿瘤专项检查为主要业务的新加坡莱佛士医院,开展常规体检业务的韩国韩信综合诊察中心,防癌检查的日本西台医院以及健康疗养的瑞士青草地疗养院、阿尔卑斯山温泉医院等都是高端健康体检和健康管理方面的成功案例,可以为我国高端医疗体检和健康管理服务提供一些经验借鉴。

目前高端医疗机构在健康管理方面还存在一些问题:一是由于中国医疗服务行业中存在的“西医看庙,中医看人”规则<sup>[6]</sup>,以及民众陈旧的就医观念。社会对三甲医院的信任程度普遍较高,而对社会办医疗机构则持怀疑态度。二是由于信息化建设水平在不同地区、医院之间存在明显差异,医疗机构之间不能实现检查、检验结果的互认,这进一步阻碍了社会资本开展健康管理服务的进程。

### (二) 医疗养老

根据国务院办公厅2015年3月发布的《全国医

疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020)》(国办发〔2015〕14号),截至2013年底,我国60岁及以上老年人口达2.02亿,占总人口的14.9%。老年人口比例的快速增长,导致对老年人的生活照料、康复护理、医疗保健等需求日益凸显。但截至2010年年底,中国公立养老机构共350万张床位,仅能为不到2%的老年人提供服务<sup>[7]</sup>。中国经济的持续增长以及老龄化的日益严重,仅依靠公立医疗机构可能难以满足老年人康复护理、医疗保健等方面的需求,因此,社会资本投资医疗养老服务潜力巨大。

事实上,国家和地方层面都出台了許多鼓励和支持社会资本发展医疗养老业务的相关政策。而社会资本,尤其是外国投资者最看好的就是高端医疗养老服务,这些提供高端医疗养老服务的机构被称为“五星级胜地(five-star resort)”,中国比较富裕的人群会倾向于选择此类机构养老<sup>[8]</sup>。

然而高端医疗养老服务的发展也存在一些问题。一是目前国内还没有医养结合产业的成功模式可以借鉴,因此需要社会资本自行探索。二是国内缺乏老年护理的专业人员(包括医生、护士、医务社工等),一定程度上影响了高端医疗养老服务的快速发展。

### (三) 移动医疗

随着医疗科技的快速发展,移动医疗成为信息时代医疗改革的重点方向之一。国际医疗卫生会员组织(Healthcare Information and Management Systems Society,以下简称“HIMSS”)将移动医疗(mHealth)定义为通过使用移动通信技术(如PDA、移动电话和卫星通信)来提供医疗服务和信息,具体到移动互联网领域,则以基于安卓和ios等移动终端系统的医疗健康类应用(App)为主<sup>[9]</sup>。HIMSS认为移动医疗为发展中国家提供了一种缓解卫生人力资源短缺问题的有效途径。移动医疗改变了过去人们只能前往医院看病就医的传统就医方式,

帮助患者节省挂号、排队等候以及搭乘交通工具前往医疗机构的大量时间和经济成本,比传统医疗服务模式更加便捷和灵活,工作流程更加简洁<sup>[10-11]</sup>。此外,移动医疗还可以使医务人员及时获得和确认患者的医疗信息,减少护理环节以及在发药、药品有效期管理、标本采集等执行环节的失误。此外,还可以通过可穿戴医疗设备的应用,更高效地引导人们养成良好的生活习惯。

目前全球医疗行业采用的移动应用解决方案包括:无线查房、移动护理、药品管理和分发、条形码病人标识带的应用、无线语音、网络呼叫、视频会议和视频监控<sup>[12]</sup>。病人从住院登记、发放药品、输液、配液/配药中心、标本采集及处理、急救室/手术室到出院结账,都可以使用移动技术予以优化。低成本的手机及全球性移动通信网络的普及为此提供了可行的技术基础,有些大城市的部分医院已经开始尝试利用移动医疗技术提高服务效率、改善服务水平。

当然移动医疗的发展也存在一些障碍,包括3G网络不够完善、互联网带宽限制的影响等。但相信随着信息技术的迅速发展,这些障碍将会得到解决。

除此之外,整形美容<sup>[13]</sup>、医疗旅游<sup>[14-15]</sup>、高科技医疗<sup>[16]</sup>等也是当前国际上高端医疗服务的主要发展方向。韩国的医疗美容、马来西亚的医疗保健旅游、印度的旅游心脏手术等都非常值得我国借鉴。

参考文献(略)

(本文第一作者:金春林,男,研究员,博士,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任)

作者单位:1.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

2.上海市人口与发展研究中心

3.上海市卫生和计划生育委员会

4.上海交通大学公共卫生学院

## 上海市高端社会办医发展的现状及趋势分析

何达<sup>1</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 邵桢谊<sup>2</sup>谢之辉<sup>2</sup> 方欣叶<sup>1</sup> 施莉莉<sup>3</sup> 付晨<sup>4</sup> 金春林<sup>1,5</sup>

党的十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》提出,市场在资源配置中起决定性作用,要完善市场体系建设。在医疗服务业发展中,要进一步发挥市场在医疗卫生资源配置中的影响力,则需要在逐步规范政府办公立医院发展的同时,提高社会资本办医的质量和比例。在卫生系统内,根据国家在各类规划文件中的相关阐述,均对社会办医持支持鼓励态度,尤其是近年来针对健康服务业和社会办医出台了鼓励性政策,更加明确了社会办医在当前一个时期的发展方向。上海市作为我国经济中心城市,明确将发展高端医疗服务业城市作为建设亚洲国际医学中心城市的重要组成部分和上海市本轮医改的重要目标,并在全国率先设立了上海(浦东)国际医学园区、上海新虹桥国际医学中心两个国际医学园区,引领高端医疗服务业发展。

目前,上海市《关于进一步促进本市社会医疗机构发展的实施意见》(沪府办发〔2013〕6号)已发布近两年,上海市高端社会办医的发展现状和发展趋势如何,是否具有较大的发展空间等均需要进行深入分析。本研究通过对上海市高端社会办医的发展现状及趋势进行描述和分析,以期对当前上海市鼓励高端社会办医相关政策的制定和完善提供循证依据。

### 一、资料与方法

本研究数据来源分为两部分,2013年上海市社会办医发展总体情况的数据来自上海市社会医疗机构协会,2011~2013年上海市高端社会办医发展情况数据来自上海市卫生计生委卫生信息中心。

本研究从高端社会办医机构的资源配置、诊疗服务量、服务收费3个方面,对2011~2013年上海市社会医疗机构中高端社会办医机构发展的现状和趋势进行定量描述和分析。鉴于目前国内外文献中尚无对“高端医疗服务”明确的定量界定标准,因此,本研究以当年上海市公立三甲医院特需门诊的次均费用作为界定标准(即2011年441.1元,2012年397.1元,2013年386.5元),医疗服务收费高于此标准的社会办医院、门诊部和诊所定义为高端社会办医机构。

### 二、结果

#### (一) 上海市社会办医发展的总体情况

截至2013年底,上海市共有社会医疗机构1715家,其中民营医院212家(占12.4%)、个体诊所725家(占42.3%)、门诊部757家(占44.1%)、临检中心21家(占1.2%)。平均注册资金约1000万人民币;共开放床位数12870张,其中老年护理床位3069张;诊疗人次数1296万人次。2003~2013年,上海市社会办医事业平稳快速发展,民营医院数量从2003年的29家发展到2013年的212家,年均增速22.0%。目前,上海市高端社会办医涵盖的领域包括医疗美容、老年护理、口腔专业、眼科专业、生殖健康、健康管理等,通过几年的发展,已形成了一批社会办医优势学科,越来越多的医学专家到社会医疗机构执业,高端社会办医实力逐渐增强。

#### (二) 上海市高端社会办医发展的现状和发展趋势

##### 1、资源配置

在机构数量方面,2013年,高端社会办医中医院数量85家,占机构总量的18.4%,而门诊部和诊所则多达376家,占比达到81.5%。可见,目前高端社会办医机构中上规模的机构数量较少,大部分是对医疗资源配置和技术要求较低的门诊部和诊所,机构规模普遍处于偏小状态。2011—2013年,各类

高端社会办医数量总体保持持续增长态势,2013年环比增长率高达21.3%。其中,综合医院与专科医院的占比无明显变化,而诊所的占比则呈逐年递增

趋势,2013年达到23.4%。但总体上,门诊部和诊所数量所占比例仍超过80%,医院的比例维持在较低水平(表1)。

表1 2011~2013年上海市高端社会办医机构数量(单位:家)

| 机构类别 | 2011年 |       | 2012年 |       | 2013年 |       | 2011~2012年 | 2012~2013年 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|------------|
|      | 数量    | 占比(%) | 数量    | 占比(%) | 数量    | 占比(%) | 环比增长率(%)   | 环比增长率(%)   |
| 综合医院 | 34    | 9.3   | 36    | 9.5   | 44    | 9.5   | 5.9        | 22.2       |
| 专科医院 | 33    | 9.0   | 34    | 8.9   | 41    | 8.9   | 3.0        | 20.6       |
| 门诊部  | 234   | 63.8  | 228   | 60.0  | 268   | 58.1  | -2.6       | 17.5       |
| 诊所   | 66    | 18.0  | 82    | 21.6  | 108   | 23.4  | 24.2       | 31.7       |
| 总计   | 367   | 100.0 | 380   | 100.0 | 461   | 100.0 | 3.5        | 21.3       |

在人力资源方面,近年来高端社会办医机构的执业(助理)医师、注册护士等卫生技术人员数量呈持续增长趋势。总量方面,尽管2013年专科医院的机构数量与综合医院持平,但卫生技术人员(以下简称“卫技人员”)数量只有综合医院的2/3,专科医院卫技人员数量不仅低于综合医院,且大幅低

于门诊部的卫技人员数量。2011~2013年,卫技人员总量保持了10%以上的年均增长率。在四类高端社会办医机构中,诊所的卫技人员数量增幅最大,2013年增幅高达61.4%,但由于医院卫技人员基数较大,导致2011~2013年卫技人员在四类机构中的占比变化不明显(表2)。

表2 2011~2013年上海市高端社会办医机构卫生技术人员数量(单位:人)

| 机构类别 | 2011年 |       | 2012年 |       | 2013年 |       | 2011~2012年 | 2012~2013年 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|------------|
|      | 数量    | 占比(%) | 数量    | 占比(%) | 数量    | 占比(%) | 环比增长率(%)   | 环比增长率(%)   |
| 综合医院 | 2081  | 31.6  | 2496  | 34.3  | 2762  | 33.4  | 19.9       | 10.7       |
| 专科医院 | 1450  | 22.0  | 1595  | 21.9  | 1847  | 22.3  | 10.0       | 15.8       |
| 门诊部  | 2873  | 43.6  | 2966  | 40.8  | 3320  | 40.2  | 3.2        | 11.9       |
| 诊所   | 178   | 2.7   | 210   | 2.9   | 339   | 4.1   | 18.0       | 61.4       |
| 总计   | 6582  | 100.0 | 7267  | 100.0 | 8268  | 100.0 | 10.4       | 13.8       |

2013年执业(助理)医师和注册护士数量在各类机构中的分布与卫技人员相似,诊所医师和护士的基数小但增幅较大。2011~2013年,执业医师和注册护士数呈持续增长,但机构间比例变化不大。四类机构中,诊所的医师和护士增幅较大,在各类机构中占比也持续增加,而综合医院和专科医院医

师和护士的占比则相对降低,反映出诊所规模化发展速度快于医院(表3、表4)。

2013年上海市高端社会办医医护比为1.1,即平均1名执业(助理)医师配备1.1名护士,与全国医院平均水平持平,但明显低于公立三级医院(1.52)和二级医院(1.33)水平。在四类医疗机构

表3 2011~2013年上海市高端社会办医机构执业(助理)医师数量(单位:人)

| 机构类别 | 2011年 |           | 2012年 |           | 2013年 |           | 2011-2012年   | 2012-2013年   |
|------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------------|--------------|
|      | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 综合医院 | 670   | 26.2      | 830   | 28.6      | 884   | 27.1      | 23.9         | 6.5          |
| 专科医院 | 484   | 18.9      | 521   | 18.0      | 615   | 18.9      | 7.6          | 18.0         |
| 门诊部  | 1306  | 51.0      | 1433  | 49.4      | 1558  | 47.8      | 9.7          | 8.7          |
| 诊所   | 100   | 3.9       | 117   | 4.0       | 202   | 6.2       | 17.0         | 72.6         |
| 总计   | 2560  | 100.0     | 2901  | 100.0     | 3259  | 100.0     | 13.3         | 12.3         |

表4 2011~2013年上海市高端社会办医机构注册护士数量(单位:人)

| 机构类别 | 2011年 |           | 2012年 |           | 2013年 |           | 2011-2012年   | 2012-2013年   |
|------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------------|--------------|
|      | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 综合医院 | 1020  | 34.2      | 1212  | 37.5      | 1302  | 35.1      | 18.8         | 7.4          |
| 专科医院 | 742   | 24.9      | 782   | 24.2      | 934   | 25.2      | 5.4          | 19.4         |
| 门诊部  | 1149  | 38.5      | 1146  | 35.5      | 1342  | 36.2      | -0.3         | 17.1         |
| 诊所   | 72    | 2.4       | 88    | 2.7       | 129   | 3.5       | 22.2         | 46.6         |
| 总计   | 2983  | 100.0     | 3228  | 100.0     | 3707  | 100       | 8.2          | 14.8         |

表5 2011~2013年上海市高端社会办医机构医护比

| 机构类别 | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|------|-------|-------|-------|
| 综合医院 | 1.5   | 1.5   | 1.5   |
| 专科医院 | 1.5   | 1.5   | 1.5   |
| 门诊部  | 0.9   | 0.8   | 0.9   |
| 诊所   | 0.7   | 0.8   | 0.6   |
| 总计   | 1.2   | 1.1   | 1.1   |

中,综合医院和专科医院的医护比均为1.5,而门诊部和诊所的医护比均低于1,区别非常明显。2011~2013年,除了诊所的医护比持续下降之外,其他三类机构的医护比均保持平稳状态(表5)。

由于门诊部和诊所无床位配置,因此只分析综合医院和专科医院的床位情况。2013年,高端社会综合医院共有床位1559张,占总数的47.0%,高端专科医院床位1757张,占总数的53.0%。由此可以

看出,高端专科医院虽然在机构数和卫生技术人员数方面不及高端综合医院,但床位数却更高。2011~2013年,高端综合医院的床位数不增反降,且降幅逐年增加,2013年比2012年降低17.8%。高端专科医院床位数的变化则恰恰相反,其在高端医院床位总数中的占比也逐年升高(表6)。

2013年综合医院与专科医院中100万元以上医用设备的数量相差不大,但从变化趋势来看,2013

表6 2011~2013年上海市高端社会办医机构床位数量(单位:张)

| 机构类别 | 2011年 |           | 2012年 |           | 2013年 |           | 2011~2012年   | 2012~2013年   |
|------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------------|--------------|
|      | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 综合医院 | 2046  | 67.0      | 1897  | 57.1      | 1559  | 47.0      | -7.3         | -17.8        |
| 专科医院 | 1008  | 33.0      | 1424  | 42.9      | 1757  | 53.0      | 41.3         | 23.4         |
| 总计   | 3054  | 100       | 3321  | 100       | 3316  | 100       | 8.7          | -0.2         |

表7 2011~2013年上海市高端社会办医机构100万元以上设备数量(单位:台)

| 机构类别 | 2011年 |           | 2012年 |           | 2013年 |           | 2011~2012年   | 2012~2013年   |
|------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------------|--------------|
|      | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 综合医院 | 30    | 63.8      | 32    | 55.2      | 25    | 49.0      | 6.7          | -21.9        |
| 专科医院 | 17    | 36.2      | 26    | 44.8      | 26    | 51.0      | 52.9         | 0.0          |
| 总计   | 47    | 100       | 58    | 100       | 51    | 100       | 23.4         | -12.1        |

年高端综合医院的设备数量下降了21.9%,而高端综合医院设备数量则总体上保持增加趋势(表7)。

## 2、服务量

2013年,综合医院的门急诊人次103.3万人,占总量的60.3%,专科医院门急诊人次占比39.7%。2011~2013年,各类机构门急诊人次均呈较大幅度的增长,其中,2012年高端综合医院门急诊人次数的增幅较大,而2013年高端专科医院的门急诊人次增幅较大(表8)。

2013年高端综合医院的出院人数为2.4万人,占高端医院出院总人数的42.9%。2011~2013年,

高端综合医院的出院人数变化呈“倒V字”发展,2012年增幅高达66.7%,2013年降幅达20.0%。而专科医院出院人数则保持持续增长,且增幅逐年提高,2013年环比增长率达18.5%(表9)。

## 3、服务费用及药占比

2013年高端社会办医院的次均门诊费用为1116.5元,其中,药费203元,药占比为18.2%。综合医院与专科医院的次均门诊费用差别不大,但综合医院的药费较高,药占比也相应较高。2011~2013年,综合医院的次均门诊费用先降后升,而专科医院则先升后降,总体上处于小幅波动的态势。

表8 2011~2013年上海市高端社会办医机构门急诊人次(单位:万人)

| 机构类别 | 2011年 |           | 2012年 |           | 2013年 |           | 2011~2012年   | 2012~2013年   |
|------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|--------------|--------------|
|      | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 数量    | 占比<br>(%) | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 综合医院 | 66.3  | 59.3      | 95.6  | 65.6      | 103.3 | 60.3      | 44.2         | 8.1          |
| 专科医院 | 45.5  | 40.7      | 50.2  | 34.4      | 68.1  | 39.7      | 10.3         | 35.7         |
| 总计   | 111.8 | 100       | 145.8 | 100       | 171.4 | 100       | 30.4         | 17.6         |

但药占比方面,综合医院药占比持续升高,专科医院药占比持续降低,但总体上仍保持升高趋势(表10)。

2013年高端社会办医院的次均住院费用为2.4万元,其中,药费4062元,药占比为19.7%。其中,高

端综合医院的次均住院费用为3.4万元,远高于专科医院的1.4万元,但药占比相对较高。2011~2013年,高端医院次均住院费用有所增长,药占比略有下降(表11)。

表9 2011~2013年上海市高端社会办医机构出院人数(单位:万人)

| 机构类别 | 2011年 |       | 2012年 |       | 2013年 |       | 2011~2012年 | 2012~2013年 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|------------|
|      | 数量    | 占比(%) | 数量    | 占比(%) | 数量    | 占比(%) | 环比增长率(%)   | 环比增长率(%)   |
| 综合医院 | 1.8   | 41.9  | 3.0   | 52.6  | 2.4   | 42.9  | 66.7       | -20.0      |
| 专科医院 | 2.5   | 58.1  | 2.7   | 47.4  | 3.2   | 57.1  | 8.0        | 18.5       |
| 总计   | 4.3   | 100   | 5.7   | 100   | 5.6   | 100   | 32.6       | -1.8       |

表10 2011~2013年上海市高端社会办医机构次均门诊费用、药费和药占比

| 机构类别      | 2011年 |      | 2012年 |      | 2013年 |      | 2011~2012年 |       | 2012~2013年 |       |
|-----------|-------|------|-------|------|-------|------|------------|-------|------------|-------|
|           |       |      |       |      |       |      | 环比         |       | 环比         |       |
|           |       |      |       |      |       |      | 增长率(%)     |       | 增长率(%)     |       |
|           | 综合医院  | 专科医院 | 综合医院  | 专科医院 | 综合医院  | 专科医院 | 综合医院       | 专科医院  | 综合医院       | 专科医院  |
| 门诊次均费用(元) | 1204  | 1245 | 981   | 1264 | 1113  | 1120 | -18.5      | 1.5   | 13.4       | -11.4 |
| 门诊次均药费(元) | 230   | 217  | 208   | 181  | 257   | 149  | -9.3       | -16.5 | 23.5       | -17.6 |
| 药占比(%)    | 19.1  | 17.4 | 21.2  | 14.3 | 23.1  | 13.3 | 11.2       | -17.7 | 8.8        | -7.0  |

表11 2011~2013年上海市高端社会办医机构出院次均费用、药费和药占比

| 机构类别      | 2011年 |      | 2012年 |      | 2013年 |      | 2011~2012年 |      | 2012~2013年 |       |
|-----------|-------|------|-------|------|-------|------|------------|------|------------|-------|
|           |       |      |       |      |       |      | 环比         |      | 环比         |       |
|           |       |      |       |      |       |      | 增长率(%)     |      | 增长率(%)     |       |
|           | 综合医院  | 专科医院 | 综合医院  | 专科医院 | 综合医院  | 专科医院 | 综合医院       | 专科医院 | 综合医院       | 专科医院  |
| 出院次均费用(元) | 3     | 1.1  | 2.6   | 1.3  | 3.4   | 1.4  | -13.3      | 18.2 | 30.8       | 7.7   |
| 出院次均药费(元) | 3890  | 3821 | 4142  | 4233 | 4446  | 3679 | 6.5        | 10.8 | 7.4        | -13.1 |
| 药占比(%)    | 13    | 34.7 | 15.9  | 32.6 | 13.1  | 26.3 | 22.8       | -6.3 | -17.9      | -19.3 |

2013年各类高端社会办医机构总费用为48.1亿元,其中,门诊总费用为35.3亿元,远高于住院总费用12.8亿元。各类高端社会办医机构总费用排序由高到低分别为综合医院、门诊部、专科医院、诊

所。2011~2013年,综合医院和专科医院的门诊总费用呈平稳上升趋势,而诊所总费用的增幅最为明显,2013年环比增长率达到81.1%,这可能与诊所总费用的基数较小有关(表12~表14)。

表12 2011~2013年上海市高端社会办医机构门诊总费用(单位:亿元)

| 机构类别 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2011~2012年<br>环比<br>增长率(%) | 2012~2013年<br>环比<br>增长率(%) |
|------|-------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|
| 综合医院 | 8.0   | 9.4   | 11.5  | 17.6                       | 22.5                       |
| 专科医院 | 5.7   | 6.4   | 7.6   | 12.1                       | 20.0                       |
| 门诊部  | 16.3  | 13.1  | 15.7  | -19.7                      | 19.3                       |
| 诊所   | 0.2   | 0.3   | 0.5   | 32.4                       | 18.1                       |
| 总计   | 30.2  | 29.1  | 35.3  | -3.5                       | 21.1                       |

表13 2011~2013年上海市高端社会办医机构住院总费用(单位:亿元)

| 机构类别 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2011~2012年<br>环比<br>增长率(%) | 2012~2013年<br>环比<br>增长率(%) |
|------|-------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|
| 综合医院 | 5.4   | 7.7   | 8.2   | 43.9                       | 5.8                        |
| 专科医院 | 2.7   | 3.4   | 4.6   | 25.0                       | 35.7                       |
| 总计   | 8.1   | 11.2  | 12.8  | 37.5                       | 15.0                       |

表14 2011~2013年上海市高端社会办医机构总费用(单位:亿元)

| 机构类别 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2011~2012年<br>环比<br>增长率(%) | 2012~2013年<br>环比<br>增长率(%) |
|------|-------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|
| 综合医院 | 13.4  | 17.1  | 19.7  | 28.2                       | 15.0                       |
| 专科医院 | 8.4   | 9.8   | 12.3  | 16.3                       | 25.5                       |
| 门诊部  | 16.3  | 13.1  | 15.7  | -19.7                      | 19.3                       |
| 诊所   | 0.2   | 0.3   | 0.5   | 32.4                       | 81.1                       |
| 总计   | 38.3  | 40.3  | 48.1  | 5.2                        | 19.4                       |

### 三、讨论

#### (一) 资源配置水平偏低, 整体发展仍有所制约

##### 1、社会办医整体发展尚处较低水平

从包括高端社会办医在内的社会办医整体角度而言, 2013年上海市社会医疗机构总数占全市医疗机构总数的34.8%<sup>[1]</sup>, 私立医院的数量也占到全市医院总量的47.7%。虽然社会办医疗机构的数量已经占据一定的份额, 但床位数占全市床位总数的比例却仅为11.3%, 诊疗人次占全市诊疗人次总数的

比例仅为5.5%, 且从各类机构内部的结构看, 约86.4%的社会医疗机构为诊所和门诊部, 社会办医院仅占社会医疗机构总数的12.4%<sup>[2]</sup>。社会办医的发展与公立医疗机构仍存在较大差距, 距离到2015年与公立医院形成有效竞争的目标仍存在较大差距<sup>[3]</sup>, 尚未形成社会医疗机构与公立医疗机构有序竞争、明确分工、相互协作的理想状态。

从国际上看, 在德国总计约2064家医院中, 社会办医机构占总量的70%, 而在社会医疗机构中, 有

755家为非营利性医院,仅有679家为营利性医院<sup>[4]</sup>。在日本,95%的诊所和80%的医院是私营<sup>[5]</sup>;在新加坡,80%的基本医疗服务和20%的二、三级医疗机构服务由私人诊所提供<sup>[6]</sup>;英国于2013年4月通过《健康和社会保健法案》后,也开始引入市场竞争机制,临床服务委托组织(Clinical Commissioning Groups, CCGs)有权通过在市场上向所有的公立和私立服务提供者招标,采购最符合当地居民和患者需求的服务,2013年其私立医疗机构数占比达到10%左右<sup>[7]</sup>;香港85%的急诊或普通科门诊以及6%的专科门诊及住院医疗由私立医疗机构提供<sup>[8]</sup>;台湾地区以私立医疗机构为主,截至2010年,其私立医院已占到医院总数的84%<sup>[9]</sup>。国际经验提示当前上海市社会医疗机构的构成中,较大规模机构的比例仍偏低,社会办医整体发展水平较低。这种情况一方面与上海市社会办医整体发展较晚、社会办医政策存在诸多隐形障碍有关,另一方面也受到上海市公立医疗体系过于发达的影响,非营利性医疗机构仍需大力发展。

## 2、高端社会办医机构规模普遍偏小

以本研究界定的标准进行划分,高端社会办医机构数量(461家)超过全市提供特需服务的公立医院数量(约35家),且近年来高端社会办医机构总体数量保持持续增长。但从机构规模角度看,高端社会办医机构的规模普遍偏小。高端社会办医机构中仅有85家是规模较大的医院,其余376家皆为门诊部 and 诊所,而提供特需服务的公立医院则至少都是二级及以上的公立医院。因此,不难看出,与公立医院特需服务相比,高端社会办医确实在数量上存在优势,但规模普遍偏小。影响高端社会办医机构规模的主要因素为发展空间以及机构本身的发展定位。首先,由于现有公立综合医院的规模已经较大,且数量较多,在上海市各区也均有分布,因此留给社会办医的发展空间更多的是专科医院和诊所

等规模较小的机构;同时,高端社会办医主要的受众为支付能力较强的人群,而这部分人群在上海市居民总量中的比例相对较小,需求量也限制了高端社会办医的机构规模。

## 3、高端社会办医规模化建设仍处初期阶段

虽然上海市鼓励社会办医发展的政策强调引入中上规模的机构,但研究发现,高端社会办医门诊部和诊所增长速度仍然高于高端社会办医医院。在高端社会办医门诊部和诊所的基数已远高于医院的情况下,门诊部和诊所在近3年中的发展速度很快,这可能是因为除新开的诊所之外,还有一部分已有诊所提高了技术和服务水平。从机构床位数指标看,高端社会办医机构床位总数增长缓慢,高端综合医院和专科医院床位数分别呈递减和递增两向发展,这可能与高端综合医院病床使用率偏低有关。另外,从机构设备配置的指标看,近几年来高端社会办医机构设备配置水平变化不大。这些结果提示,上海市高端社会办医机构的规模化发展仍处于初期阶段,高端社会办医机构中,专科医院的发展趋势优于综合医院。

## 4、高端社会办医医务人员组成结构欠合理

虽然在近年社会办医各项利好政策的引导下,高端社会办医机构的医务人员总数持续提高,特别是诊所等小规模高端社会办医机构的卫技人员数量增长迅速,但从医务人员的内部组成结构看,医护比仍不合理。近3年来,高端社会办医机构的医护比始终维持在1.1左右,明显低于公立二、三级医院水平,这主要是由于高端社会办医机构中门诊部和诊所的医护比过低,而将整体平均水平拉低。实际上,3年来社会办医高端医院的医护比一直维持在较高水平。因此,门诊部和诊所的护士数量存在较大缺口,医务人员的组成结构有待进一步完善。

(二) 服务总量增长迅速,但仍低于公立医院特需服务量

与上海市公立医院特需服务量相比, 高端社会办医的服务量还处于较低水平。虽然近年来高端社会办医的服务量总体增长迅速, 但其门诊服务量仅占公立三级医院特需服务量的 60%, 而住院服务则仅占公立三级医院特需服务量的 87%。高端社会办医的服务量则与公立医院特需服务的服务量相差更大。由此可以看出, 公立医院特需服务仍是高端医疗服务体系中的主要载体。

### (三) 医疗费用处于较高水平, 结构较为合理

高端社会办医次均费用总体处于较高水平, 但无论门诊还是住院服务, 高端社会办医的药占比均显著低于公立医院以及公立医院特需服务。三年来高端社会办医药占比略有升高, 但总体上较为稳定, 因此, 虽然高端社会办医的费用较高, 但相较于公立医院, 其收费结构相对更为合理。

在高端社会办医机构收费的内部结构中, 门诊总费用远高于住院总费用, 造成这种情况的可能原因一方面是由于门诊部和诊所不设置病床, 因此不存在住院费用, 另一方面是由于高端社会办医院的病床使用率较低, 住院服务量远低于门诊服务量。随着高端社会办医规模的扩大以及床位利用率的提升, 门诊与住院总费用的比例将有所降低。

### 四、高端社会办医发展前景广阔

上海市经济社会不断发展以及大量高收入人群带来了巨大的高端医疗需求, 但目前高端社会办医服务提供能力和数量均难以满足服务需求, 结合社会对大型公立医院更加认同的社会心理以及公立医院发展的历史因素, 更大比例的高端医疗服务是由公立医院的特需服务部门提供的。而调查显示, 公立医院特需服务的品质在服务意识、医患沟通、护理水平和人性化服务等方面患者满意度均有待提高<sup>[10]</sup>。随着公立医院改革的不断推进<sup>[11]</sup>, 公立医院公益性的逐步回归<sup>[12]</sup>以及市场在医疗服务体系中的作用进一步发挥, 相信公立医院特需服务将逐渐让出更多

的空间给社会办医。

与此同时, 作为服务业高端领域的特殊行业<sup>[13]</sup>, 高端社会办医也应在医疗技术、服务水平、管理能力、人力队伍建设、品牌发展等方面加以强化, 通过规范化运营和高水平服务提高社会信任度<sup>[14]</sup>。随着商业医疗保险的快速发展<sup>[15]</sup>, 充分利用当前的利好政策, 以上海(浦东)国际医学园区、上海新虹桥国际医学中心两个国际医学园区的建设发展为引领和契机, 在实现自身发展的同时, 协助缓解群众看病难问题, 推进整个城市高端医疗服务业的发展。最后, 本研究基于当前尚无对高端社会办医机构确定概念的现实情况而定义了判断上海市高端社会办医机构的标准, 该标准重点考虑了费用方面的影响, 而未将服务水平、管理水平、就医条件等因素考虑在内, 因此具有一定的局限性。如何确定高端社会办医机构的范围或标准, 还需要进行更加深入、全面的研究。

参考文献(略)

(本文第一作者: 何达, 女, 博士, 助理研究员)

作者单位: 1. 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

2. 上海市卫生和计划生育委员会信息中心

3. 上海交通大学公共卫生学院

4. 上海市卫生和计划生育委员会

5. 上海市人口与发展研究中心

### 上海市三级公立医院特需服务发展的 现状及趋势分析

何达<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 施莉莉<sup>2</sup>

方欣叶<sup>1</sup> 邵祯谊<sup>3</sup> 谢之辉<sup>3</sup> 付晨<sup>4</sup> 金春林<sup>1,5</sup>

随着公立医院改革不断向纵深推进, 公立医院如何回归公益性引发了越来越多的关注。而公立医

院特需服务因影响就医公平性、挤占基本医疗资源等原因被大众所诟病<sup>[1-3]</sup>，大量研究认为公立医院不应作为高端医疗服务提供的主体<sup>[4-6]</sup>，发展特需服务在一定程度上限制了基本医疗服务的供给，推动了医药费用上涨<sup>[7]</sup>，成为公立医院发展的畸形经营战略<sup>[8-9]</sup>。然而，特需服务是特定历史条件下公立医院发展的产物，在肯定其存在价值的基础之上，本文就公立医院特需服务的发展趋势提出长期方向和短期目标，旨在将公立医院特需服务与社会高端医疗服务业有机结合，形成健康的新型发展模式，以完成公立医院特需医疗服务向社会办高端医疗服务的平稳过渡。

### 一、研究背景

特需服务是特定历史条件下公立医院发展的产物。20世纪80年代初，为了适应市场经济的宏观环境，带有特需服务色彩的一系列改革措施开始实施<sup>[10]</sup>。1992年原卫生部《关于深化卫生改革的几点意见》明确提出“为满足社会不同层次的医疗保健需求，在确保提供基本服务的前提下开展特殊服务”。在当时的历史条件下，特需服务的提供增加了公立医院的经济收益，调动了医务人员的工作积极性，一定程度上满足了不同层次人群医疗服务的需求，受到了广大群众的欢迎<sup>[10]</sup>。但随着经济社会的迅速发展和人民生活水平的大幅提高，公立医院提供的特需医疗服务在服务水平和服务能力上都无法满足当前人民群众日益增长的高端医疗服务需求。因此公立医院为了提高特需服务的能力和质量，占用大量的人、财、物资源来发展特需服务<sup>[7]</sup>，但这与医药卫生体制改革对公立医院的定位相违背，由此引发了上述种种问题。

随着市场经济的快速发展，我国公立医院发展迅速，国家和地区层面陆续出台鼓励社会资本办医的政策文件<sup>[11]</sup>，社会资本正越来越多地投入到医疗服务市场中<sup>[12]</sup>。上海市作为我国的经济发展中心城市，建设亚洲医学中心城市是其未来的发展目标<sup>[13]</sup>，

而高端医疗服务是政府医疗服务领域发展的重点方向之一。公立医院因提供了相当数量的特需服务，更聚集了大量优质的医护人力资源，成为阻碍社会资本举办高端医疗机构的一大障碍。目前大量对于公立医院特需服务发展方向的研究认为政府应鼓励社会办医提供高端医疗服务，鼓励公立医院主要提供基本医疗服务，限制公立医院提供特需服务，回归公益性<sup>[14-15]</sup>。其中，三级医院因规模大和资源集中，是提供特需医疗服务公立医院的主要部分，其特需医疗的发展一定程度上能够反映上海市特需服务的发展趋势。但根据文献检索，目前上海市三级公立医院特需服务的现状如何，存在哪些问题，尚无定量研究。

### 二、资料与方法

本研究采取定性和定量研究相结合的方法对上海市三级公立医院特需医疗服务的现状进行分析。其中，定性研究主要为政策文献梳理；定量研究包括提供特需医疗服务的三级医院数量、服务量、服务价格和服务费用的分析。研究数据除服务价格部分数据来自上海市卫生和计划生育委员会的调研结果外，其他数据均来自上海市卫生和计划生育委员会信息中心。

### 三、研究结果

本研究将从管理政策、机构数、服务量、定价和费用5个角度，对上海市三级公立医院特需服务的管理和发展现状进行分析。

#### （一）上海市公立医院特需服务管理政策

##### 1、公立医院特需服务规模政策

上海市自2002年起开始尝试在非营利医疗机构内部开展特需服务，其主要形式是特诊部（特需门诊）和特需病房。2010年原卫生部、中央编办、国家发展和改革委员会、财政部和人力资源社会保障部制定的《关于公立医院改革试点的指导意见》（卫医管发〔2010〕20号）提出“控制公立医院特需服

务规模, 公立医院提供特需服务的比例不超过全部医疗服务的10%”。上海市2002年颁布《非营利性医疗机构特需服务价格管理试行办法》(沪卫财收〔2002〕8号)中规定,“特需病房床位数一般不超过医院核定床位数的10%, 对供需矛盾突出、床位使用率高的医疗机构, 经市卫生局审批后, 可增设不超过核定床位总数10%的特需床位。”2012年上海市颁布的《关于进一步规范本市非营利性医疗机构特需医疗服务项目和价格管理的通知》(沪卫规财〔2012〕022号)进一步强调了特需服务规模按照病床总数10%进行管理的办法。2013年,《关于公立医院综合评价工作的实施意见》(沪卫医管〔2013〕4号)发布了公立医院综合评价指标, 为公立医院特需服务最大值提供了按人次计算的公式\*。

## 2、公立医院特需服务定价政策

2012年《关于进一步规范本市非营利性医疗机构特需医疗服务项目和价格管理的通知》(沪卫规财〔2012〕022号)规定,“经批准开设的特需病房医

疗服务价格项目是指住院床位费、住院诊查费、护理费, 特需门诊医疗服务价格项目是指门诊诊查费”, “特需医疗服务价格按成本加适当盈余同时兼顾市场供求情况的定价原则制定, 实行市场调节价, 上述4项特需医疗服务价格标准, 由医疗机构自主确定, 其他医疗服务项目仍按基本医疗服务价格管理规定执行。”该文件明确了上海市公立医院特需服务的项目中住院床位费、住院诊查费、护理费、门诊诊查费4项价格可以由医院自行决定, 而特需医疗服务中涉及的其他项目仍然要执行基本医疗服务价格。

## (二) 上海市三级公立医院特需服务机构数

2011~2013年, 开设特需服务的公立三级医院数量稳定在35家, 且35家均开设了特需门诊, 2011年开设特需病房的三级医院有28家, 其后每年增加1家, 2013年达到30家。在上海市39家三级医院中, 开设特需服务的机构占89.7%(表1)。

表1 2011~2013年上海市开设特需服务的三级公立医院数量(单位: 家)

| 机构类别        | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|-------------|-------|-------|-------|
| 开设特需服务机构数   | 35    | 35    | 35    |
| 其中开设特需门诊机构数 | 35    | 35    | 35    |
| 其中开设特需病房机构数 | 28    | 29    | 30    |

## (三) 上海市三级公立医院特需服务量

从门诊服务量看, 三级公立医院特需门诊服务人次呈逐年增加趋势, 2013年的特需门诊人次达到279.2万; 且2012和2013年门诊人次增长率达22.6%和11.8%, 高于全院门诊总人次的增长速度; 特需门诊人次占全院门诊总人次的比例也呈逐年递增的趋势, 2013年特需门诊人次占全院门诊总人次的4.8%。

从住院服务量看, 三级公立医院特需出院人次呈波动趋势, 2012年特需出院人次达到6.7万, 但2013年则降为6.4万; 而全院出院总人次在2012、2013年则连续增长, 因此2011~2013年特需服务出院人次占全院出院总人次的比例出现下降, 2013年仅为4.6%。

从实际占用床日数看, 三级公立医院特需服务实际占用床日数不高, 2013年为35.5万日, 占全院

\* 特需服务开展比例 = (特需门诊服务人次 + 实际开放特需床日数 × 4) ÷ (总门诊服务人次 + 实际开放总床日数 × 4) × 100%。并规定该比例一般不应高于10%。

实际占用总床日数的3.0%。2011~2013年,特需服务实际占用床日数大幅波动,而全院实际占用床日数则持续减少,特需服务实际占用床日数占比则先增后减(表2)。

表2 2011~2013年上海市三级公立医院特需服务量

| 指标              |         | 2011年  | 2012年  | 2013年  | 2011~2012年   | 2012~2013年   |
|-----------------|---------|--------|--------|--------|--------------|--------------|
|                 |         |        |        |        | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 门诊人次数<br>(万人)   | 特需      | 203.6  | 249.6  | 279.2  | 22.6         | 11.8         |
|                 | 全院      | 5230.1 | 5680.5 | 5786.8 | 8.6          | 1.9          |
|                 | 特需占比(%) | 3.9    | 4.4    | 4.8    | 12.8         | 9.1          |
| 出院人数<br>(万人)    | 特需      | 6.1    | 6.7    | 6.4    | 9.3          | -5.2         |
|                 | 全院      | 122.6  | 134.2  | 139.4  | 9.5          | 3.8          |
|                 | 特需占比(%) | 5.0    | 5.0    | 4.6    | 0.0          | -8.0         |
| 实际占用床日<br>数(万日) | 特需      | 36.1   | 38.6   | 35.5   | 7.0          | -7.9         |
|                 | 全院      | 1201.3 | 1191.0 | 1169.5 | -0.9         | -1.8         |
|                 | 特需占比(%) | 3.0    | 3.2    | 3.0    | 6.7          | -6.3         |

根据医院综合评价公式,2013年三级医院特需服务开展比例\*为3.64%,与相关政策文件中“特需服务不超过10%”的要求相符合。

#### (四) 上海市三级公立医院特需服务定价

根据2012年上海市卫生计生委调查数据,在4种可以由医院自主定价的收费项目中,床位费定位较高,最高达6000元/天。而在上海市三级公立医院其他病房中,B级床位费仅为45元,C级床位费为40元,与特需床位费最高相差150倍。在门诊诊查费、住院诊查费和护理费方面,普通医疗与特需医疗的收费最高相差214倍、200倍、200倍。此外,在公立医院特需服务部提供诊疗服务的医学专家大多也在非特需医疗部提供专家门诊,因此在普通医疗部获得同一位专家相似服务的相关费用则明显减少(表3)。

另外,在上海市不同的三级医院之间,同种特

需医疗服务的价格相差很大。不同三级医院之间床位费最高相差40倍,门诊诊查费相差37.5倍,护理费相差25倍,住院诊查费相差10倍。

#### (五) 上海市三级公立医院特需服务费用

##### 1、三级公立医院特需服务次均费用

2013年三级公立医院特需服务次均门诊费用为386.5元,比全院平均水平高出16.1%,且连续3年降低,可能原因为门诊费用增长速度低于门诊量的增长速度。而每床日平均费用的情况则大有不同,2013年三级公立医院特需服务每床日平均费用为4662.4元,约为全院平均水平的2.3倍,比去年增长了14.8%。从次均住院费用的情况看,2013年三级公立医院特需服务次均住院费用为25509.8元,比全院平均水平高47.4%,也比去年增长了9.1%。2011~2013年,次均住院费用的水平与每床日平均费用呈正相关关系(表4)。

\* 医院特需服务开展比例 = (特需门诊服务人次 279.2 万人 + 实际开放特需床日数 35.5 万天 × 4) ÷ (总门诊服务人次 5786.8 万人 + 实际开放总床日数 1169.5 万人 × 4) × 100% = 3.64%。由于公立医院特需实际开放床日数据存在问题,以实际占用床日数代替实际开放床日数进行计算。

表3 2012年上海市三级公立医院特需服务价格情况

| 收费项目       | 特需服务     | 普通服务  |
|------------|----------|-------|
| 门诊诊察费(元/次) | 80~3000  | 14~20 |
| 住院诊查费(元/天) | 200~2000 | 10    |
| 床位费(元/天)   | 150~6000 | 40~45 |
| 护理费(元/天)   | 80~2000  | 10~36 |

表4 2011~2013年上海市三级公立医院特需服务次均费用(单位:元)

| 指标      |    | 2011年   | 2012年   | 2013年   | 2011~2012年   | 2012~2013年   |
|---------|----|---------|---------|---------|--------------|--------------|
|         |    |         |         |         | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 门诊次均费用  | 特需 | 441.1   | 397.1   | 386.5   | -10.0        | -2.7         |
|         | 全院 | 331.5   | 326.1   | 332.8   | 4.7          | 2.1          |
| 每床日平均费用 | 特需 | 4117.6  | 4061.7  | 4662.4  | -1.4         | 14.8         |
|         | 全院 | 1684.6  | 1889.3  | 2062.8  | 12.1         | 9.2          |
| 次住院费用   | 特需 | 24198.6 | 23391.4 | 25509.8 | -3.3         | 9.1          |
|         | 全院 | 16503.6 | 16763.1 | 17311.3 | 1.6          | 3.3          |

## 2、三级公立医院特需服务总费用

从增长趋势来看,2011~2013年特需门诊和住

2013年上海市三级医院特需门诊总费用为10.8亿元,占全院门诊总费用的5.6%;住院总费用为16.2亿元,占全院住院总费用的6.7%。而将门诊和住院综合起来看,特需服务总费用占全院服务总费用的6.2%。

院收入均逐年上升,但与同期全院的费用增长相比,特需服务的增长幅度低于全院总体水平,近年来差距有所缩小,2012年相差5个百分点,2013年仅相差0.3个百分点(表5)。

表5 2011~2013年上海市三级公立医院特需服务总费用(单位:亿元)

| 指标 |         | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2011~2012年   | 2012~2013年   |
|----|---------|-------|-------|-------|--------------|--------------|
|    |         |       |       |       | 环比<br>增长率(%) | 环比<br>增长率(%) |
| 门诊 | 特需      | 9.0   | 9.9   | 10.8  | 10.4         | 8.8          |
|    | 全院      | 162.9 | 185.2 | 192.6 | 13.7         | 4.0          |
|    | 特需占比(%) | 5.5   | 5.4   | 5.6   | -1.8         | 3.7          |
| 住院 | 特需      | 14.8  | 15.7  | 16.2  | 5.7          | 3.4          |
|    | 全院      | 202.4 | 225.0 | 241.3 | 11.2         | 7.2          |
|    | 特需占比(%) | 7.3   | 7.0   | 6.7   | -4.1         | -4.3         |
| 合计 | 特需      | 23.8  | 25.6  | 27.0  | 7.5          | 5.5          |
|    | 全院      | 365.3 | 410.2 | 433.9 | 12.3         | 5.8          |
|    | 特需占比(%) | 6.5   | 6.2   | 6.2   | -4.6         | 0.0          |

从收入结构来看, 特需服务药占比大幅低于全院水平。2013年, 上海市三级医院特需服务药占比为30.3%, 其中门诊药占比为37.1%, 住院药占比25.8%, 而同期全院的药占比则高达42.3%, 门诊服

务和住院服务的药占比分别为54.4%和32.6%。2011~2013年, 特需服务药占比较为稳定, 变化不大, 全院药占比呈持续下降趋势(表6)。

表6 2011~2013年上海市提供特需服务三级公立医院的药占比(单位: %)

| 指标 |    | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|----|----|-------|-------|-------|
| 门诊 | 特需 | 36.4  | 36.7  | 37.1  |
|    | 全院 | 55.2  | 54.7  | 54.4  |
| 住院 | 特需 | 27.0  | 27.0  | 25.8  |
|    | 全院 | 35.0  | 33.9  | 32.6  |
| 合计 | 特需 | 30.5  | 30.7  | 30.3  |
|    | 全院 | 44.0  | 43.3  | 42.3  |

#### 四、讨论和建议

(一) 短期应加强对公立医院特需服务的管控, 逐渐缩减规模

##### 1、短期内公立医院特需服务存在的必要性

公立医院特需服务的产生与存在都是时代发展的产物。目前, 公立医院特需服务虽然带来了种种问题, 但从现实角度, 其存在仍然具有一定的必要性。

第一, 虽然近年来政府财政的投入逐年增加, 但距离公立医院维持收支平衡的要求还有很大差距<sup>[16]</sup>。尤其是取消“药品加成”之后, 医院的收入进一步减少, 对医院的正常运营以及医务人员工作的积极性产生负面影响。作为差额拨款的事业单位, 每年财政拨款占医院的运营费用不足10%<sup>[17]</sup>, 这也正是特需医疗服务产生的原因。而公立医院通过将部分医疗资源用于提供特需服务, 将获得的收益补贴提供基本医疗服务带来的亏空, 从而维持医院正常运营。

第二, 公立医院医疗服务价格不尽合理, 医疗服务价格未能充分体现市场变化、医院等级差异、医疗风险以及医务人员的医疗技术服务价值<sup>[18]</sup>。医疗服务价格的调整长时间滞后于医疗服务的价值<sup>[19]</sup>,

公立医院不得不通过特需服务来弥补基本医疗收入的不足。而特需医疗服务中部分项目医院自主定价, 更能体现医务人员的劳务价值, 某种程度上与近年来推行的医疗服务价格调整方向相一致。

第三, 虽然特需服务作为“准高端”医疗服务, 由社会办医疗机构来承担更为恰当<sup>[20]</sup>, 但目前社会办医仍处于初期阶段, 其医疗服务规模、医务人员配置、医疗技术水平以及机构运营等方面均难以达到承接公立医院特需服务的水平。因此, 在社会医疗机构发展尚未达到一定规模和水平之前, 特需服务暂时还需要由公立医院来承担。

##### 2、上海市三级公立医院特需服务运营管理存在的问题

首先, 三级公立医院特需服务的运营总体上较为规范。根据本研究的数据分析结果, 三级公立医院的特需服务量均在政策要求的范围之内, 并未出现因谋求经济利益而肆意扩大特需服务规模的情况。但随着公立医院自身规模的不断扩张, 特需服务仍然占相同比例的情况下规模也会随之扩张。事实上, 本研究的数据分析中特需服务门诊量持续高速增长的结果也验证了这一点。特需服务的出院人数与实际占用床日数的变化趋势相同, 全院的出院人数持

续增加但实际占用床日数却持续降低,提示特需服务的平均住院日较为稳定。

其次,三级公立医院特需服务的管理存在问题。根据数据分析结果,公立医院特需服务量逐年增加,特需服务量占全院服务量的比例也在逐年提高,因此是否存在诱导非基本医疗服务消费的情况还需要进一步研究。此外,在定价方面,在特需服务所涉及的各项服务中,只对四项服务规定实行自主定价,可能带来不公平的问题。而且,本研究结果提示,政府对于实行自主定价的4项服务的管理仍然不到位,具相同服务项目特需服务价格比基本医疗服务价格高出近200倍,同项目同级别在不同医院之间的价格差异可达40倍,提示仍需要加强对特需服务的价格监管。另外,虽然从收入结构来看,特需服务的药占比低于全院平均水平,但导致该结果的原因是因为更合理的用药,还是由于提高了床位费、护理费、住院诊查费和门诊诊察费等更能体现劳务价值的项目,还需要进一步研究。

### 3、短期内公立医院发展特需服务的建议

第一,从公立医院的角度,由于目前公立医院的特需服务可能存在诱导需求的情况,因此,建议公立医院要理性看待市场,加强医德医风建设,在保证基本医疗服务提供的基础上,规范开展特需服务。

第二,从卫生行政部门的角度,建议加强对公立医院开展特需医疗服务的监管力度。明确区分基本医疗服务与特需服务,防止诱导医疗服务的发生;通过深化对开展特需服务规模的研究和政策引导,更加注重结合各地、各医院的实际情况,逐步缩小特需服务的比例<sup>[21-23]</sup>通过严格管理特需医疗收入用途,对基本医疗收入亏损进行补充,短期内实现公立医院特需服务科学、规范、有序管理和运营。

(二) 长远应鼓励公立医院完善多层次医疗服务,开展公私合作

#### 1、公立医院应完善多层次医疗服务的格局

公立医院提供特需服务存在无法回避的问题。

首先,特需医疗因为抽取了医院优质的医务人员和技术,影响了基本医疗服务的质量和供给,而医院通过收取高额费用获得收益,不符合公立医院公益性的定位。其次,通过不同的收费区分患者,会引发资源分配不公平的问题,影响公立医院公益性的回归。而同时,特需医疗因为服务水平、床护比等指标尚达不到高端医疗的标准,从而既不符合高端医疗的特征,也非基本医疗范畴,其定位较为尴尬。

上海市作为我国的经济发展中心,可以借鉴一些发达国家高端医疗服务提供和管理的经验。在澳大利亚、美国、新加坡等国家,一般对高端医疗有着明确的提供主体和市场划分。基本医疗服务大都由政府开办的公立医疗机构或非营利性医疗机构提供<sup>[24]</sup>高端服务主要由社会资本开办的营利性医疗机构提供<sup>[25]</sup>。部分公立医疗机构或非营利性医疗机构也会提供高端医疗服务,但其规模一般都会受到严格控制<sup>[26-27]</sup>。因此,根据上海市公立医院运营和发展的实际情况,借鉴国际先进的公立医院管理经验,建议在增强对公立医院特需医疗服务管控的前提下,逐渐破除“非特需即基础”的二元诊疗模式,建立多层次的医疗服务格局。在完善公立医院补偿机制的同时,建立不同待遇水平配合不同医保支付比例的多层次医疗服务新格局。

#### 2、建议展开多种形式的公私合作医疗

公立医院设立特需服务的初衷是满足更高层次的医疗服务需求,而根据国际惯例以及我国医疗服务行业的发展趋势,高端医疗服务主要应该由社会办医疗机构来承担<sup>[20]</sup>。基于目前上海市乃至全国社会办医服务的能力,目前可行的方式是通过政策引导公立医院和社会办医合作,即PPP模式(public-private partnership)。

21世纪初,已有学者开展了鼓励公私合作医疗的研究,认为与传统政府投资模式相比,公私合作办医能够提高投资效率和服务质量、转移投资风险、减轻财政负担、提高医院管理水平,最终使政府部门、公立医院、病人及私立投资部门4方共同受益<sup>[28-30]</sup>。

事实上,国家卫生行政部门已经出台了一系列鼓励社会资本与公立医院合作办医的政策。尤其是去年以来,相关的鼓励政策连续颁布实施,包括2014年9月《财政部关于推广运用政府和社会资本合作模式有关问题的通知》(财金〔2014〕76号)、11月《国务院关于创新重点领域投融资机制鼓励社会投资的指导意见》(国发〔2014〕60号)、12月《国家发展改革委关于开展政府和社会资本合作的指导意见》(发改投资〔2014〕2724号)等国家层面的政策。政策明确了政府和社会资本合作模式的概念,并提出开展政府和社会资本合作“有利于创新投融资机制,拓宽社会资本投资渠道,增强经济增长内生动力;有利于推动各类资本相互融合、优势互补,促进投资主体多元化,发展混合所有制经济;有利于理顺政府与市场关系,加快政府职能转变,充分发挥市场配置资源的决定性作用”的重要意义。

医疗行业属于公共服务项目,是投融资机制改革的重点领域之一。医疗行业的经营收费不足以覆盖投资成本,需政府补贴部分资金或资源,具有准公共物品属性、较强的正外部性以及较强的公益性,属于准经营性的项目<sup>[31]</sup>。根据相关政策,建议通过政府授予特许经营权附加部分补贴或直接投资参股等措施,采用建设—运营—移交(BOT)、建设—拥有一运营(BOO)等模式推进公私合作。同时,加快发展商业医疗保险,为公立医院特需服务发展公私合作提供资金支持<sup>[32]</sup>。最终,通过多种形式的公私合作,将高端医疗服务资源进行整合<sup>[33]</sup>,逐渐缩小公立医院特需服务提供所占比例,增加社会办医所占比例,实现公立医院特需服务改革短期目标与长期目标的有序衔接和平稳过渡。

参考文献(略)

(本文第一作者:何达,女,博士,助理研究员)

通讯作者:金春林,男,博士,研究员,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任

作者单位:1.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

2.上海交通大学公共卫生学院

3.上海市卫生和计划生育委员会信息中心

4.上海市卫生和计划生育委员会

5.上海市人口与发展研究中心

### 高端医疗服务发展的国际经验与启示

方欣叶<sup>2</sup> 施莉莉<sup>2</sup> 王贤吉<sup>1</sup> 王力男<sup>1</sup> 付晨<sup>3</sup> 金春林<sup>1,4</sup> 何达<sup>1</sup>

目前,对于高端医疗的概念在国际以及国内尚无统一界定。从相对于基本医疗的角度出发,高端医疗是医疗服务整体中的一个相对概念,具有高服务、高技术、高收费的特点。通过文献查阅,国际上鲜有对高端医疗服务发展内容的直接阐述,多以私立医疗服务的形式存在。因此,本文通过文献阅读和归纳,依据服务水平、医疗技术和收费水平等指标,遴选出私立医疗服务中这些指标处于较高水平的文献作为本研究的基础,并对国际经验进行归纳总结,得出值得我国借鉴的启示。

新医改以来,高端医疗服务作为社会办医的重点领域,得到了国家层面的大力支持。2014年,国务院先后颁布《深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务》(国办发〔2014〕24号)和《国务院关于创新重点领域投融资机制鼓励社会投资的指导意见》(国发〔2014〕60号),放宽准入条件,从政策层面大力推进社会办医的发展<sup>[1-2]</sup>。当前,由于公立医院特需服务不断扩张、社会办医政策“玻璃门”、“弹簧门”、社会信任度等外部原因,以及管理水平、服务水平等内部原因,我国高端医疗服务供给相对滞后,与高端医疗服务相关的很多问题尚未得到解决,严重阻碍了高端医疗服务的发展。与此同时,国际上一些发达国家在探索高端医疗服务发展方面积累了丰富的经验,取得了较好的成效。本文结合英

国、美国、德国、新加坡、澳大利亚、印度6国的经验,归纳总结其发展高端医疗服务的做法,为我国提供借鉴,以促进我国高端医疗服务健康、有序发展。

### 一、国外高端医疗服务业的发展经验

(一) 发展高端医疗服务,应以保障基本医疗服务为前提

文献检索结果提示,无论是发达国家还是发展中国家,在发展高端医疗服务业时,均强调对基本医疗卫生服务的保障,将基本医疗卫生服务供给作为推进高端医疗服务发展的前提。例如,美国作为家庭医学学科的发源地,近年来专科医疗服务却日益占主导地位,带动了一大批拥有高新昂贵技术的高端医疗机构的发展。然而,伴随着全科医生数量的减少,美国基础医疗服务供给不足,国家整体健康水平下降。新一轮医改政策将改革重点逐渐转向基础医疗服务和家庭医学上。通过重组国家安全网医院,鼓励医院向弱势群体提供免费或低收费服务,保障全民基本医疗服务权益,提升了居民的健康水平<sup>[3-4]</sup>。由此可见,美国在发展高端医疗服务业的同时,并没有忽视脆弱人群的医疗保障需求,通过组建以支撑和托底为主要功能的国家安全网医院,保证了居民享有基本医疗服务的权利。否则,即使高端医疗服务业得到了迅速发展,基本医疗服务缺失所带来的弊端也迟早会出现。再如,在印度,公共医疗服务水平低、城乡差异大,全民医疗实际覆盖率不高,政府鼓励私营医院向贫困线以下群体提供免费门诊和住院治疗<sup>[5-6]</sup>,以弥补公共医疗服务的不足,确保基本医疗卫生服务的公平与可及。在此基础上,由于私营医疗机构在环境、服务、质量上有一定优势,吸引一批富裕人群就医,间接推动了印度高端医疗服务的发展<sup>[7]</sup>。而在英国全民免费医疗的国民卫生服务体系下,虽然近期的医疗体系改革更加强调市场化的内容,但基本医疗的保障仍然是改革的基础,私营医疗服务机构提供的高端医疗服务多为短期赴英的外国人以及有特殊医疗需求的富裕

阶层购买<sup>[8]</sup>。

(二) 政府差异化补贴,以支付能力为杠杆实现患者分流

高端医疗服务业的发展与政府的引导和扶持密不可分。尤其在发展初期,各项配套措施尚未完善,政府可通过行政手段或经济手段,直接对开展高端医疗服务的机构或使用高端医疗服务的人群给予补贴。例如,新加坡实行全民医疗保险制度,通过混合筹资系统,运用多层次的保障措施保证居民享受到基本医疗服务<sup>[9]</sup>。同时,随着新加坡人均可支配收入的不断提高,居民对高端医疗服务的需求日益凸显。然而,新加坡17家公立医院占全国医院总数的84%<sup>[10]</sup>,私人办医空间较小。为满足高收入人群的高层次就医需求,鼓励居民选择符合自身需求的医疗服务,新加坡政府采用了差异化的政府补贴政策,将公立医院病房分为A级、B1级、B2+级、B2级和C级,规定各级别病房的医疗服务、环境和服务态度所应达到的水平,并按照病房级别制定高收费标准,给予不同比例的补贴(表1)<sup>[11]</sup>。新加坡将高端医疗服务纳入公立医疗体系,借助公立医疗机构可享受政府补贴的优势,解决了居民就医不同层次的需求,改善了服务质量,提高了患者满意度<sup>[12]</sup>。

新加坡公立医院的27%的病房属于C级,38%的属于B1和B2级,其余35%属于A级<sup>[13]</sup>。以病房条件及舒适程度为基础的分层定价(differential pricing)赋予了患者更多自主选择权,使有条件的患者可根据自身支付能力自由选择。同时,为确保入住不同级别病房的病人享受同等医疗服务质量,新加坡政府规定,除B2级以下病房的患者不能自主选择医生外,任何类型的病房都必须提供相同的医疗服务。A级和B1级病房的患者通过支付较高的费用获得优质的病房条件,但不能或较少享受政府补贴;相反,选择B2+及以下级别病房的患者,虽享受的病房环境质量有所下降,但能获得较高的政府补贴。差别补贴政策运用经济杠杆,科学分流了不

同支付能力的患者，在减轻中低收入人群医疗负担的同时，满足了对就医环境、流程等有较高要求的患者，显示出新加坡医疗卫生政策的公平与公正性<sup>[14]</sup>。

表1 新加坡不同级别病房费用补助比例表\*

| 病房级别 | 病房条件                                      | 政府补助费用比例(%) |
|------|-------------------------------------------|-------------|
| A    | 私人病房，1~2张床位，配备空调、电视、电话、沙发、冰箱、衣柜、书桌以及独立卫生间 | 0           |
| B1   | 半私人病房，3~4张床位，配备空调、电话、电视、浴室，每个床位都有活动的全落地窗帘 | 20          |
| B2+  | 5张床位                                      | 50          |
| B2   | 6~10张床位，没有空调                              | 65          |
| C    | 开放床位、通常有10张床位，没有空调，室内有数台风扇、公共浴室及卫生间       | 80          |

\*注：资料来源：Ministry of Health, Singapore[EB/OL]. <http://www.moh.gov.sg>.

在印度，为充分调动私营医疗机构的积极性，政府以较低价格向私营企业提供土地、水电等基础设施，允许其建立相当于三级医院规模的医疗机构。在保证提供部分基本医疗卫生服务的同时，私营医疗机构可大力发展服务于富裕人群的高端医疗。此外，政府还对部分人群在指定私营医院和诊疗机构发生的高额医疗费用予以补偿，用实际经济补贴鼓励居民使用高端私人医疗服务<sup>[15-16]</sup>。

（三）以商业健康保险为支撑，发展高端医疗服务

在很多发达国家中，商业健康保险在医疗保障体系中发挥着不可替代的作用。除以商业健康保险为主的国家外，绝大多数国家都建立了以社会医疗保险为主的公共医疗保障体系，商业健康保险充当增补性角色。尽管如此，公共医疗保障体系仍为商业健康保险的发展保留了空间<sup>[17]</sup>。随着收入水平以及保险意识的逐渐提高，商业健康保险引起更多关注，这为高端医疗服务提供了进一步发展的空间。例如，澳大利亚实行全民医疗保险，基本医疗服务免费提供，但患者没有自由选择医生和病房的权利，也无法优先享受住院治疗，只能被动等候<sup>[18]</sup>。但在私立医院和部分公立医院中，有相对高端的设施设

备专供私人医疗保险者使用，参加私人健康保险的居民还可自由选择医生，等候时间较短。私人健康保险负责支付全民医疗保险中没有覆盖的服务及一系列非医疗的高端服务，如理疗、牙科、视光等<sup>[19]</sup>。这不仅大大提升了差异化保障水平，也满足了高收入人群的特殊医疗需求。澳大利亚私人健康保险的发展并没有受到全民医疗保险的限制，其人口覆盖率稳定在44%左右<sup>[20-21]</sup>。

近年来，澳大利亚医疗保险费用不断攀升，为更好地平衡公立医院和私立医院、基本医疗服务和高端医疗服务的关系，鼓励部分高收入人群到高端私立诊所就医，澳大利亚采取了一系列措施引导居民购买私人健康保险，在不支出额外费用的前提下，更多地寻求高端医疗服务<sup>[22]</sup>。在全国性的私人健康保险体系下，澳大利亚居民可从联邦政府获得30%的私人健康保险补助，而没有购买私人健康保险的高收入者则需缴纳1%的保健税。这一举措推动了很多澳大利亚居民购买私人健康保险，并开始以私家病人的身份在私立或公立医院接受较为高端的治疗，一定程度上促进了高端医疗服务的发展。

在德国，月工资收入超过法定界限的居民可自愿选择参加商业健康保险<sup>[23]</sup>。通过缴纳高额保险费

用,被保险人可享受高质量的医疗保障待遇。2007年,德国商业健康保险覆盖率达到27.97%,其中,基本型商业健康保险覆盖率为10.4%,补充型商业健康保险覆盖率为17.5%<sup>[18]</sup>。补充型商业健康保险涵盖附加住院费用、附加门诊费用、附加住院津贴、附加收入保证、预防保健费用以及健康服务提供<sup>[24]</sup>。凭借商业健康保险有力的支撑,在同等支付水平下,部分德国居民可优先享受便捷、优质的医疗服务,如在私立医院接受全方位的高端健康体检等,进一步推动了德国高端医疗市场的发展。

在印度,商业健康保险起步较早,1986年,印度国有保险公司就开始为团队客户提供费用报销型健康保险。1999年,印度政府全面放开保险业,允许私营机构经营保险业务。参加商业健康保险的多为富裕的中上阶层人士,印度政府也给予参保人部分税收优惠。这些政策都为高端医疗服务的发展提供了有力支撑。

#### (四) 开展公私合作,积极探索发展高端医疗的路径

根据世界银行April Harding教授等人的观点,公私合作不仅可以扩大居民公共医疗服务利用的渠道,提高卫生产出,而且能够促进私立医疗机构的发展,两者相互促进<sup>[25]</sup>。具体来说,公立医院与高端医疗服务机构开展公私合作(public-private partnership,以下简称“PPP”)的方式可以归纳为以下4种:一是服务合作(service PPP),指私立医疗机构提供优于公立医疗机构的公共医疗服务。二是设施或筹资合作方式(facilities/finance),指公立医疗机构与私人主体签订合同,共同筹资、设计、建造和运营医院设施设备,而医院的医疗服务则由公立部门提供。在这种模式下,公立医疗机构的品牌和技术优势,与私人机构的资金和经营管理优势相结合,起到优势互补的效果。三是混合合作模式(combined PPP),指私立医疗机构通过新建设施或对原有设施进行扩建,在可持续的公共医疗保险或社会医疗保险覆盖范围内提供医疗服务。这

种模式下,私立医疗机构提供的医疗服务属于社会医疗保险保障范围,但因其服务在技术水平、服务质量上都优于公立医疗机构所提供的,因此收费价格更高。原则上,服务项目在医疗保险报销范围内的由医保支付,超出医疗保险支付范围的部分则由个人自付。这种方式不仅能够吸引一批有支付能力的中高收入人群,还可以吸引到部分希望享受高端医疗服务、但经济实力并不十分雄厚的群体,有利于高端医疗服务业初期的发展。四是托管合作模式(co-location),指将公立医院长期使用的土地或房产租赁给私立医疗机构,将租金和指定收益作为对公立医院的回报。托管合作模式实际上是政府或公立医院通过外包的形式,将医院交给专业的私立医疗机构,私立医疗机构充分享有自主权,可自由招聘人员、引进器材,通过提供优质、高价的服务,获得高收益,以此来支付公立医院的租金。

目前,国际上已有很多公私合作的案例,如澳大利亚联邦政府和州政府通过了多种方式进行公私合作,包括4家医院实行国有民营,4家医院转制出售给私营公司,3家实行私人公司建设新医院,然后租给政府,15家公立医院由私人建设、拥有和运营,30家医院公私同址<sup>[25]</sup>。2013年,英国《健康和社会保健法案》<sup>[26]</sup>正式实施,引入私立部门参与医疗市场竞争,通过私人筹资计划(private financing initiative, PFI)等项目,不断扩大私立医疗机构在英国医疗市场上的影响。英国国家医疗服务体系(National Health Service, NHS)与私立部门签订长期合同,由私立机构进行医疗机构的基础设施建设并进行几十年的运营和管理。在德国,政府试图在不改变公立医院产权制度的情况下建立新的经营机制<sup>[27]</sup>,积极推进公私合作,兼顾公平与效率,特别是在技术、人才政策等方面促进不同所有制医疗机构之间的竞争与合作,激发活力<sup>[28]</sup>。

#### (五) 依据各国优势经验,优先发展部分专科领域

纵观国际发展经验,高端医疗服务业在健康管

理、高科技治疗、整形美容等专科方向上具有较突出的发展优势<sup>[29]</sup>。由于身体检查、健康管理、医疗旅游等属于非基本医疗服务，弹性较大，相对富裕的人群具有一定需求并愿意支付较高费用。因此，高端医疗服务业首先在这些领域得到迅速发展。例如，印度凭借丰富的旅游资源以及药草学、物理疗法与藏药等特色优势，主打医疗旅游。产品主要有3类：一是心脏手术、肝脏移植等，主要针对专门前来印度就医的外国人，其心脏手术的平均死亡率和感染率均大大低于发达国家平均水平，是医疗旅游目的地国家中公认价格较低、质量较高的国家。二是利用传统医学等吸引国外前来找寻秘方治愈顽疾的外国人。三是根据发达的休闲健康护理产业，如瑜伽、水疗等，吸引世界各地的养生保健人士<sup>[30]</sup>。再如，新加坡凭借发达的体检技术和先进的诊疗设备，重点开发医疗体检专科，在一些医院专设体检科，可根据不同年龄层次人群需要，提供合适的体检套餐，及早确认风险因素，发现疾病症状。

## 二、国外高端医疗发展经验对我国的启示

### （一）在充分保障居民基本医疗服务权益的基础上发展高端医疗服务

近年来，我国陆续出台的多个政策文件均强调要引入社会资本办医，实现基本和非基本健康服务的协调发展。在促进高端医疗服务业发展之时，应积极推动我国卫生基本法的制定工作，将健康作为基本人权，以法律的形式予以保障。正如许多发达国家卫生法所规定的一样，强调政府责任在于满足居民的基本医疗卫生需要，并用“核心的”、“优先的”等词汇来凸显基本医疗的政策优先性。同时，需以较好的执行力和财力保障法律的实施<sup>[31]</sup>，切实满足全民特别是弱势人群的医疗需求，在此基础上调动社会力量举办高端医疗的热情，大力发展高端医疗服务业。

### （二）公立医院可提供不同层次的医疗服务和差别化的支付政策

我国允许公立医院在提供基本医疗卫生服务的

前提下开展特需医疗，但是规定用于特需医疗服务的病床数不得超过医院总床位数的10%。在一些大城市，几乎所有公立医院都开设了特需医疗服务项目。由于我国公立医院在整个医疗服务体系中居于主导地位，不仅在规模、数量上远超私立医疗机构，在服务能力上更是遥遥领先。与此同时，我国医生多点执业问题尚未得到切实解决，大部分医生需要所在公立医院批准才能到私立医院行医，导致很多高端私立医疗机构出现“医生荒”，尤其是经验丰富的名医短缺。这一问题严重制约了私立医疗机构高端医疗服务的发展，使得私立医疗机构空有先进的设备，却无法开展高端、复杂的诊疗业务。因此，考虑到现阶段我国绝大多数医疗资源沉淀在公立医院的特殊情况，在发展高端医疗服务业的初期，应充分利用公立医院丰富医疗资源、人力资源的优势，在条件允许的情况下，适当放宽特需病房10%的比例。同时，将特需病房划分为不同级别，在保证服务质量基础上，改善特需病房就医环境、就医体验等更加具有“软效果”的地方。对于入住特需病房的患者，依据不同等级给予适当补贴。这种做法充分考虑到了目前我国私立医疗机构发展高端医疗服务的困难，在有限的条件下，利用公立医院现有条件，具有较高的可操作性。

值得注意的是，提供高端医疗服务的医院过度关注和吸引自费患者，这种过于趋利行为使其医疗费用快速上涨，间接损害了公众利益<sup>[32]</sup>。因此，我国应以此为鉴，在公立医院提供高层次医疗服务的同时，严格控制高级别病房的病床比例，确保低级别病房病床达到一定比例，比例控制可根据医院不同发展情况和实际需要而定。

### （三）高端医疗服务业发展离不开商业健康保险的支持

当前我国医疗服务体系还不能很好地满足来自社会各阶层的多元化就医需求，高端医疗巨大的发展空间要求商业保险进一步跟进发展<sup>[33]</sup>。我国应明确商业健康保险在医疗保障体系中的定位，进一步

细化《关于深化医药卫生体制改革的意见》中关于商业健康保险的内容。实行税收优惠政策是国家鼓励商业健康保险发展的重要手段,借鉴澳大利亚政府对商业健康保险的定位和扶持等做法<sup>[34-35]</sup>,建议从国家层面加速制定相关法律,给予提供商业健康保险的公司税收优惠政策,将部分社会医疗保险涉及的业务委托给发展商业健康保险的保险公司管理。此外,对于购买商业健康保险的个人也应给予相应扶持,如允许个人使用个人账户内的资金购买商业健康保险,允许购买商业健康保险的费用在缴纳个人所得税前扣除等方式。在此基础上,充分发挥市场机制的作用,吸引部分人群到高端私立医院解决医疗需求,为高端医疗服务业发展提供保障。

#### (四) 公立医院与高端社会办医之间可实行公私合作

从我国实际出发,在市场化程度较高的北京市、上海市、广州市等地,通过公私合作的方式可实现高端医疗与公立医院联动发展。纵观4种社会资本参与医院项目的类型,在服务合作模式下,由于我国公立院长久以来的强势地位和优越感,引入的私立医疗机构缺乏对医院整体的主人翁精神,服务动力不足;同时,在大部分省份,公立医院归属于地方卫生计生委管理,私人机构的并入还带来了管理困难的问题。设施或筹资合作方式虽有整合优势,但由于医院建设周期长、投入大,对于资金回报的期望值很高。而且,医院建设完成后,私立机构不参与提供医疗服务,公立医疗机构仍可大量收治享受基本医疗保险的病人,没有提供高端医疗服务的动力。这与我国希望充分发挥市场力量,发展社会办医的初衷有所背离。混合合作模式虽能够利用社会医疗保险的保障优势,但因当前我国政策“玻璃门”、“弹簧门”的存在,实际能否享受到社会医疗保险的益处还有待商榷,经营风险较大。相比之下,试点托管合作在我国更具现实意义:一是对公立医院进行扩建,增加的空间由私人资本提供临床医生、高端医用设备和相应诊疗服务;二是在公立医院外

部,距公立医院较近的区域新建一所小型私立医院或诊所,配置相应高资质医务人员,公立医院的医生也可进行多点执业。在该模式下,患者被赋予了更多的就医选择权,既可选择支付较低的价格在公立医院接受治疗,也可选择支付较高的价格在私立医疗机构就医。

总体来说,托管模式不仅充分发挥了我国公立医疗机构优质医疗资源集中的优势,又合理利用了社会力量资金密集的特点,在解决政府扩建医院资金问题的同时,将与原有设施的运营结合起来,在管理方式上也有较大的灵活性,是加速发展高端医疗服务业的有效途径。机构扩建或新建之后,原有的公立医院仍保持完全公立的属性,从而有效避免了医疗服务市场特殊性带来的问题,既保持了政府办医这支主要力量的主导地位,又开拓了社会办医这只“无形的手”带来的高端医疗服务市场,两者有机结合、互为补充。托管合作的公私合作模式能够较好地适应我国的制度土壤,也不会对当前医疗市场的整体形势造成过多冲击,具有较高的可行性。

#### (五) 高端医疗服务业可优先发展若干优势领域

当前,我国社会资本主要投资在门槛较低的眼科、牙科和体检领域,妇产科和儿科也由于近年来需求的增长逐渐兴起。对比国际发展趋势,结合我国自身特点,我国发展高端医疗可充分利用国际、国内两个市场,着力发展旅游医疗、健康管理、个性化体检、中医药保健等服务。与新加坡等旅游医疗较发达的东南亚国家相比,中国的价格优势也相当明显。低廉的医疗费用、国际化的医疗服务体系、良好的配套设施是发展旅游医疗的必要条件。目前,我国部分省市如北京市、上海市、广州市等对于发展旅游医疗表现出了极大热情,但由于国内整体市场的不成熟,旅游医疗还处于萌芽状态。除成本低廉、旅游资源丰富外,中医中药等中国特色的医疗保健方法,如针灸、推拿等,也可以作为发展旅游医疗的主打品牌。我国发展旅游医疗,应重点构建具有中国特色的国际化医疗服务体系,提高从业人

(下转第9页)

## · 研究与分析 ·

## 上海市失独家庭情况分析

上海市卫生计生委家庭发展处

失独家庭是指推行计划生育以来,夫妻只生育一个子女但因各种原因已经死亡、并且未再生育和未再收养子女的家庭。

## 一、失独人员数量

根据目前掌握的情况,截止到2015年3月,全市户籍人口中共有失独人员19937人,其中符合领取特别扶助金条件的有19102人,占95.8%。涉及的家庭数为15640户,占户籍人口家庭、独生子女家庭的比例分别为0.3%、0.45%。

2008年开始,本市全面实施计划生育家庭特别扶助制度,领取特别扶助金的失独人员数量逐年上升。2008年为7745人,2014年为17880人,年均增长15%左右。

2008-2015年全市领取特别扶助金失独人员数量

| 年 份   | 领取特扶金人数(人) |
|-------|------------|
| 2008年 | 7745       |
| 2009年 | 9370       |
| 2010年 | 10758      |
| 2011年 | 12029      |
| 2012年 | 13433      |
| 2013年 | 15601      |
| 2014年 | 17880      |
| 2015年 | 19102      |

## 二、区县分布

从失独人员的区县分布来看,浦东新区为3369人,占全市失独人员总数的16.9%,位居第一;其次是杨浦区1811人,占9.1%;第三是普陀区1487人,占7.5%。黄浦、宝山、徐汇、闵行等区的失独

人数均在1200人以上。

2015年上海市失独人员区县分布(包括16岁以下)

| 区 县 | 人 数   | 占全市失独人员总数的比例(%) |
|-----|-------|-----------------|
| 黄 浦 | 1413  | 7.1             |
| 徐 汇 | 1311  | 6.6             |
| 长 宁 | 892   | 4.5             |
| 静 安 | 471   | 2.4             |
| 普 陀 | 1487  | 7.5             |
| 闸 北 | 1219  | 6.1             |
| 虹 口 | 1258  | 6.3             |
| 杨 浦 | 1812  | 9.1             |
| 闵 行 | 1269  | 6.4             |
| 宝 山 | 1345  | 6.7             |
| 嘉 定 | 784   | 3.9             |
| 浦 东 | 3369  | 16.9            |
| 金 山 | 636   | 3.2             |
| 松 江 | 579   | 2.9             |
| 青 浦 | 487   | 2.4             |
| 奉 贤 | 646   | 3.2             |
| 崇 明 | 959   | 4.8             |
| 合 计 | 19937 | 100             |

## 三、年龄构成

## 1、失独人员年龄构成

失独对象平均年龄为61.5岁。从年龄分布来看,目前失独对象主要集中在50—69岁之间,占82.67%。60岁及以上的失独人员占59.33%,80岁及以上高龄老人占1.96%。可以看出,目前失独人员中接近6成已经超过60岁,但是平均年龄并不高,高龄老人比例很小。但随着时间推移,

老龄化程度将逐步提高, 高龄老人数量逐步增多。

2015 年上海市失独人员年龄构成

|         | 人数    | 所占比例 (%) |
|---------|-------|----------|
| 30 岁以下  | 49    | 0.25     |
| 30-34   | 137   | 0.69     |
| 35-39   | 165   | 0.83     |
| 40-44   | 175   | 0.88     |
| 45-49   | 316   | 1.58     |
| 50-54   | 2427  | 12.18    |
| 55-59   | 4837  | 24.26    |
| 60-64   | 5718  | 28.68    |
| 65-69   | 3500  | 17.55    |
| 70-74   | 1505  | 7.55     |
| 75-79   | 715   | 3.59     |
| 80 岁及以上 | 391   | 1.96     |
| 合计      | 19937 | 100      |

## 2、失独时孩子的年龄构成

独生子女父母失独时孩子的平均年龄为 21.6 岁。主要集中在 15-34 岁年龄段, 占 71.3%。14 岁及以下的占 21.1%。35 岁及以上的占 7.4%。可以看出, 失独时孩子的年龄大部分处于青年时期, 也是人生最活跃的一个时期。其父母在养育孩子等方面付出了艰辛努力。

2015 年上海市失独人员失独时的孩子年龄构成

|       | 家庭数   | 所占比例 (%) |
|-------|-------|----------|
| 0-4   | 970   | 6.2      |
| 5-9   | 454   | 2.9      |
| 10-14 | 923   | 5.9      |
| 15-19 | 2393  | 15.3     |
| 20-24 | 3988  | 25.5     |
| 25-29 | 3503  | 22.4     |
| 30-34 | 1986  | 12.7     |
| 35-39 | 891   | 5.7      |
| 40-44 | 360   | 2.3      |
| 45-49 | 109   | 0.7      |
| 50-   | 63    | 0.4      |
| 合计    | 15640 | 100      |

## 3、失独时孩子母亲的年龄构成。

失独时孩子母亲的平均年龄为 48.6 岁。30 岁以下的占 8.07%, 30-39 岁占 21.97%, 40-49 岁占 45.49%, 49 岁及以上的占 24.5%。可以看出, 失独时孩子母亲的平均年龄接近 49 岁, 大部分已经过了最佳生育期, 适宜再生育孩子 (39 岁及以下) 的比例为 30.04%。

上海市失独人员失独时孩子母亲的年龄构成

| 成员     | 所占比例 (%) |
|--------|----------|
| 30 岁以下 | 8.07     |
| 30-34  | 6.75     |
| 35-39  | 15.22    |
| 40-44  | 23.59    |
| 45-49  | 21.90    |
| 50-54  | 15.34    |
| 55-59  | 5.72     |
| 60-64  | 2.17     |
| 65 及以上 | 1.24     |
| 合计     | 100      |

## 四、婚姻状况

目前, 失独人员中有配偶的比例为 85.66%, 无配偶的为 14.34% (离婚 9.83%, 丧偶 4.51%)。

## 五、户籍性质

失独人员中, 属于上海市非农业户口的 17390 人, 占 88%; 属于上海市农业户口 2371 人, 占 12%。

## 六、趋势分析

根据“十二五”时期本市失独特扶对象的增长情况, 预计到 2020 年全市失独特扶对象将达到 3.5 万人。随着老龄化程度不断提高, 2020-2030 年失独特扶对象年均增长可能超过 3000 人, 2030 年失独特扶对象预计超过 6.5 万人。

与此同时, 失独特扶对象中 70 岁及以上的老人将增多, 预计 2020 年将超过 35%, 数量可能达到 1.2 万人左右。2030 年将到达 40%, 数量可能达到 2.6 万人左右。

## · 优生与早教 ·

## 产妇到底该不该“做月子”

今年夏天,上海发生一起产妇在坐月子期间中暑身亡的事件。这已经是今年上海发生的第二起产妇坐月子死亡事件了。上一次是春节期间,一名产妇因为在坐月子期间坚决不活动身体,导致肺动脉血栓死亡。

## ▲身亡原因

高温天,盖被子不开空调

这名产妇家住上海奉贤区,其家人相信产妇应该“捂月子”。产妇遵循家人意见,在不开空调的房间内休息,并盖着棉被。8月3日,产妇在家出现中暑现象,由于家里处置不当,产妇身体情况十分危急。记者从上海市奉贤区相关部门获悉,事发当天,该产妇被送到奉贤区中心医院,经抢救无效死亡,留下了刚出生没多久的孩子。

## ▲禁忌颇多

中国产妇“坐月子”有哪些禁忌

坐月子是中国传统习俗,老一辈人口口相传,禁忌颇多——不能洗头洗澡、不能刷牙、不能开窗吹风、不能出门,甚至不能自己开冰箱,否则就可能落下怕冷、怕风,出虚汗,关节疼痛的“月子病”,必须要再坐一次月子才能好。

事实确实如此吗?非也。复旦大学附属妇产科医院产科病房护士长张蕴指出:“产妇是绝对不能捂的,因产后身体较虚弱、易出汗,如果室内太热,反而会影响休息和情绪,还会影响胃口,对产后恢复更不利。”“同时,如果产妇体内余热不能及时散发,就会引起中枢性体温调节功能障碍的急性热病,即中暑,表现为高热、水、电解质紊乱、循环衰竭和神经系统功能损害等。”

受老一辈传统观念影响,我国产妇“坐月子”存在一些观念上的误区。

首先,戴绒线帽、月子帽。在产科病房中常见

到不少喜欢把自己捂起来的产妇,譬如头上戴毛线帽,身上穿棉睡衣,热得满头大汗也不敢脱,产妇家属也常因空调风向问题向医务人员提出要更换床位。其实,只要空调不是直接冲着产妇吹,开空调能起到降温的作用。如果担心感染风寒,产妇可以穿长衣长裤和袜子,但一定要注意通风。她建议,每2个小时要开窗通风换气一起,这样可以减少传染性疾病的发生。

对于戴毛线帽、月子帽之类的做法,“一些产妇向我们反映,说这样做可以吸汗。但在我们眼里,产后2~3天出汗是产妇正常的生理现象。戴帽子一方面会导致帽子里的汗液无法正常排出去,同时还容易在内部滋生细菌、引起感染;另一方面,有些孕妇戴得太热,有时会拿下帽子散热,这样在空调房里一冷一热反而更加容易引起感冒。”

其次,不能洗头洗澡。老一辈认为洗澡会导致寒气进入产妇身体,今后会发生腰酸背痛的现象。但这种想法就现在来看,完全是错误的,如今我们都会洗热水澡,洗完也会用干毛巾擦干,只要把握好洗澡时间,保持空气流通就不会给产妇留下任何影响。

一般来说,如果是顺产,根据个人体力和恢复情况,3天或1周之后,就可以淋浴;如果是剖腹产,10~14天或两周后也可以洗澡。现在市面上已经出现专门的避免伤口感染的敷贴,根本不用担心寒气会进入体内。唯一值得注意的是,要防止因体力不支而摔倒。

再次,传统观念认为产妇身体虚弱需要补血补气。对此,中医观念讲究“虚不受补”,产妇身体虚弱根本不适合进补,做好营养均衡最重要。另外,产妇不能长时间躺在床上,这样不利于体内恶露的排出,一旦形成血块,今后会影响子宫收缩或引起感染。

如知名打假人士方舟子,曾在2011年发表题为《“坐月子”是种最具中国特色的传统陋习》的文章,直斥传统的“坐月子”做法“与现代医学格格不入,恰恰是冲着来的”。方舟子指出,在西方国家产妇产后当天就会洗澡和下床运动,“孕妇体内的血液处于高凝状态,如果长时间躺着、坐着不动,容易发生下肢静脉血栓。如果血栓随着血液流动到了肺部,栓塞肺动脉,会导致产妇猝死,难以抢救”。

此次上海产妇坐月子中暑身亡,也有名为罗志华的医生在《新京报》上撰文,称这一事件“再证陋习得改”。罗医生表示,种种传统的“坐月子”习俗,往往“给产妇带来了极大的困扰,甚至造成了实质性的伤害”。虽然媒体界早有人呐喊陋习当除,但传统的“坐月子”禁忌在中国其实还有相当的产妇和家庭在遵守。

北京大学公共卫生学院的王晓莉、王燕和周穗赞曾在全国105个县进行入户问卷调查,共调查了21036名0至24个月的儿童母亲,发现在产褥期不洗头、不刷牙、不洗下身、不正常活动、不晒太阳、不开窗通气及有饮食禁忌的妇女分别为71.9%、45.4%、37.5%、23.1%、55.6%、37.2%和61.9%。除了南方地区饮食禁忌发生率高于北方外,其他禁忌行为的发生率均是北方高于南方。由此可见诸多传统“坐月子”禁忌在民间还是有很多拥趸,那么这些禁忌行为真的能减少产妇的患病几率吗?该文给出的答案是否定的。此一研究显示,随着月子里禁忌行为的增加,产妇患病的危险性也不断增加,各种禁忌行为不会减少产后2年内患病的危险。

有学者认为,“坐月子”起源于宋代。而在宋代之前,中国人已经很注意产妇的产后保健了。分娩之后,产妇会被抱到比较干净的地方休息,如《产经》、《千金方》等医书都说,在生产之后不要让人母立即知道婴儿性别,以避免影响产妇情绪。汉代到唐代的医者认为,产后3日是一个重要的阶段,亲属应该用猪肝来补养产妇内脏的消耗。至于产妇临盆之后的安危,首要是防范血晕和痉病。先秦到唐代的医书中,经常用“心闷气绝”、“眼不得开”、“昏迷不醒”等来描绘血晕。为了让孕妇苏醒,医生会

采取用冷水泼面、强牵头发和膝盖、以醋或酒涂抹口鼻等方式,更有甚者,还会灌小便、产血、马粪。所谓“痉病”,则是指牙关紧咬、四肢抽搐、项背强直、肌肉难伸,通常认为是由于感受风寒所致,所谓“新产血虚,多汗出,喜中风”。对于这类疾病,中医主要以独活、生姜、干姜、桂心、葛根、大豆、防风等药材入药,比如将黑大豆炒热、滤酒,做成大豆紫汤给产妇喝。在服药之外,汉唐之间的医者还会采取热敷产妇足下、腹上的作法来针对“中风受寒”、“感受风邪”,一直都是汉唐医书中理解产后病的重要角度。当时的人认为,如果产后不幸为风邪所侵,日后的生育能力可能都会受影响。古代的厕所通常设在屋外,药王孙思邈的《千金方》记载,为了预防受风,产妇要特别注意如厕的便利性,最好在房间中放置厕盆。正是在这种观念的影响下,中国逐渐形成避风,穿厚衣,戴厚帽的“坐月子”习俗。

古代医者限于当时的知识水平,对产妇产后的保健调养,往往包含了一些巫术成分。如南宋著名的医学家陈自明,就在古代重要的妇产科学医书《妇人良方大全》中说,产后要清洗所有的血衣,同时不得在太阳下暴晒,以免邪气入侵。另一位医家唐慎微说,如果想用赤小豆治疗产后的血晕症,需配以能够“荡涤邪秽”、“禁咒鬼神”的东流水和服。南宋的名医张杲在《医说》中还提及了一种治疗产后阴道瘙痒的方法:悄悄地将针线袋放在产妇所卧床褥之下。在中国古代,有时候治疗产后的虚损也需要祝词的配合。宋代有一个产妇,因为产后“遮护太密”,睡醒后昏昏如醉,不省人事。医生在用愈风散治疗时,说了一段祝词:“服之必睡,睡中必以左手搔头,觉必醒”,不久后产妇苏醒。

中国注重产后调养的传统,从古代一直延续到近代。晚清以来,有很多人在报纸期刊上撰写文章介绍产后保健和疾病防治。随着西方医学传入,人们的理念逐渐更新,开始有人指出从前月子习俗的不合理之处。如1947年一位名为江峨英的人就在《申报》上刊登文章,谈论孕妇和产褥期的卫生。她说,在产褥期的饮食上,“吾国旧习,对于产妇,必

使摄取酒，醋，及鸡等，此三物刺激性最剧烈，常足引起疾病，切宜禁食。”她还在文中说，产妇在产后体温升高，是“肌力过劳之反应”，一般第2天就会退去，如果产妇持续发烧24小时，要及时就医。与此同时，由于产妇精神极易变化，因此“一切喜怒哀乐之举动，皆宜避免”，孕妇可以做一些如“臂腿伸曲及升落”这类的活动，以佐助消化，改善全身情形。这些做法即便以今日的医学眼光看，也是非常适宜的。

### ▲产妇大家谈

西西妈：美国人不“坐月子”

美国的医院很整洁，住院的病人一人一个套间，产妇的病房里除了与其他病房相同的电控床、沙发、电视和卫生间外，还有一间专为婴儿设置的小房间以供那些想时刻陪伴新生儿的夫妇使用。

孩子生出来，我被送回病房，每隔3小时把她从婴儿室抱来吸奶。我记得中国人用各种汤汁催奶，美国人根本不懂这个，更令人胆战心惊的是护士还送来两大杯冰块，让我放在果汁或水里，我赶紧倒了。在食谱上尽量找热乎的东西，还算不错，有炒鸡蛋和麦片粥。想喝牛奶，护士不让，她说牛奶会使我肠胃里产生气体，同时让我侧身睡。

我连喘气都担心伤口会挣破，根本不理护士那一套，她们半夜查了几次看我不动，就动手帮我翻身。第二天下午医生来检查告诉我明天上午要下床活动，下午就可以出院了。一般顺产后24小时，剖腹产后呆48小时，没特殊情况就可以回家。美国妇女不光不“坐月子”，很多人产后一星期就上班，吃冰激凌喝凉水就不用说了。

回到家第2周，丈夫的姐姐来了，我让她帮我洗猪蹄，经我简单示范，一锅汤就熬出来了。大姐姐对中国妇女生了孩子不碰凉水很不理解，她说：“你只是听人说会落下病，并没经历过，为什么不冒险尝试一下呢？”第3周，婆婆来了。第4周，我开始独立作战。我的身体恢复得很快。

牛牛妈：英国产妇催奶不喝汤

在英国，生完孩子没有“坐月子”一说。20年

前，她们认为应在家休息15天，而现在没人相信这话。她们觉得休息几天就足够了。一般来说，产妇在医院里休息二三天，就由丈夫接回家。但她们也不呆在家里，不是带着婴儿去串门就是到超级市场去采购，潇洒得令人羡慕。

如果产妇没有奶，在国内人们自然会想到买活鱼熬鱼汤或炖点鸡汤，认为这样可以催奶。英国产妇专家则认为，每位产妇都有奶，就是看你让不让婴儿吸，婴儿吸多少，身体就产多少。至于有的产妇经过婴儿吸后仍无奶或奶少，是因为体内荷尔蒙失调，这需要药物治疗。

我生产后奶水很少，我就对医院助产士说：“我要喝些鱼汤或鸡汤。”她们听了一阵嘲笑：“鱼汤多腥，鸡汤多油啊？”说着，就去找医生为我开催奶药。我按医嘱每天早晚进药，我没喝鱼汤也没有喝鸡汤，只吃了几片大夫给的小白片，天天奶水不断。

木木妈：在加拿大“坐月子”要入乡随俗

孩子出生，回到病房，由于下身麻醉的效力已去，疼痛就开始了。我按铃呼唤护士。第1次是吃了两片止痛片，第2次护士来时手里拿了一个小盆儿，当她从里面拎出一个3寸长2寸宽的冰袋，让我坐在小盆上的确分散了疼痛，就算入乡随俗，做了回洋人。丈夫不在身边，独自离开了医院，好像离开了娘家。在医院的4天里，晚上孩子在婴儿室有护士照看，早上有2名专门负责孩子健康检查的儿科医生向我汇报孩子的全面情况。

加拿大的婴儿食品及用品不但丰富而且食用和使用都很方便。但问题又出现在是按照东方的习惯去做呢，还是按西方的来？婴儿的浓缩奶汁奶粉用恒温下的白开水冲匀后即可食用。这是婴儿喂养指南上写得清清楚楚的，照此办理，我夜间的睡觉不受任何影响。但是，来探望我的周围朋友中的中国母亲闻知此举，大加反对。我坚持下去，儿子不仅没病，体重还快速上升。那几位母亲忘记了当初的规劝，又来打听，孩子如何带得这么好！

## 备孕夫妻必知 备孕期8件事千万别做

不少孕妈希望可以生养一个健康宝宝,但是做好备孕十分重要,而备孕中有不少备孕的误区,往往不利于胎儿的健康,因此生养健康宝宝,应该别做下面的8件事。

### 1、减少同房次数

有些夫妻认为,想要怀孕时应该减少同房次数,这样会使丈夫“养精蓄锐”,容易怀上一个优秀的宝贝。其实,同房次数过少反而不利于受孕。因为,同房次数过少会使精子在睾丸中驻留时间太久,这样容易使精子发生老化,从而活力下降,导致形成的受精卵质量不高,不容易生出健康又聪明的孩子。一般来说,正常夫妻每周同房1~2次。在准备怀孕时,可据月经周期安排在预计下次月经日前14天同房,这时正是排卵期,容易形成优秀的受精卵。

### 2、轻易减肥

临床发现,体重与女性的孕力有关,太重或者太轻的人都不容易怀孕。专家解释其中原因,体重过低会造成脑下垂体分泌促滤泡素及促黄体素不足,使卵泡减少卵子的生产,以至引发慢性不排卵及不孕症;而体重过重则会造成体内雄性激素增加,导致多囊性卵巢症及多毛症,进而造成不排卵及不孕症。

### 3、穿紧身衣

英国的研究发现,紧身衣裤在子宫及输卵管的四周会产生极大压力。当脱去紧身衣服时,对输卵管的压力会减弱,但子宫仍会保持一段时间压力。压力差会使子宫内膜细胞离开子宫,形成子宫内膜异位症。此外,长时间穿过高鞋跟会使身体倾斜,骨盆也会随之倾斜,容易造成骨盆盆腔位移,还容易引起子宫位前倾,增加不孕的机会。

### 4、冲洗阴道

有关专家认为,阴道冲洗不能太过频繁,需要

在医生指导下进行,不然可能会破坏阴道内环境平衡。研究发现,常用冲洗器具冲洗的女性,发生宫外孕的危险性是从不做阴道冲洗者的3~4倍。此外,不当的阴道冲洗还可能成为输卵管炎和盆腔炎的诱因。

### 5、吃全素食

德国的一项试验证实,全素饮食也会影响女性排卵。有关研究者将参加试验的女性分为两组,其中一组除了吃少量乳酪和牛奶外,其他食物全部是素食;而另一组则正常饮食。6周后研究者发现,两组试验者的体重都下降了同等幅度,但是吃全素的女性中有78%的人出现了停止排卵的生理现象,而且几乎全组人的月经周期都比正常时间短。正常饮食组中67%的女性排卵正常,月经周期没有发生变化。

### 6、懒于运动

运动是细水长流的功课,长期久坐会导致淋巴或血行性栓塞,使输卵管不通。所以专家建议,有孕育计划的女性每天应保持30分钟左右的运动。其次,要注意保护好自己的孕资源,不要因反复流产而透支孕力。

### 7、经期做爱

虽然有规律的性爱有助于受孕,然而约80%的不孕女性的血清中发现有ASAb抗体。这是因为经期生殖道粘膜处于损伤状态,如果做爱容易使精子与免疫细胞接触,产生ASAb抗体,从而使射入体内的精子凝集而失去活力。

### 8、胡吃海喝

备孕要注意饮食,不能胡吃海喝。下面列举的食物备孕女性应该少吃或不吃。

辛辣食物、高糖食物、腌制食物、含有咖啡因的食物、各式罐头食物、酒精类饮品。(辑自《搜狐母婴》)

## • 全球视野 •

# 城镇化和流动人口：中国可以从国际经验中学到些什么？

Alan Hudson (英国牛津大学院士) 翻译：向丁丁

最初看城镇化这个问题的时候，实际上谈论的是工业化，是硬性指标的数据，后来慢慢转变到所观看的劳动力、人力资源，但我们应该观看的是城市的居民如何创造一个城市。实际上我们谈的甚至都不是人力资源，而是人的潜力，这就是为什么谈论城镇化和市民化联系在一起。我不知道在中国，这是不是也能够成立。从词源来看，城镇化来自拉丁文和希腊文，城市、市民和文化都来自同一个英文的词源，这样说来，城市实际上是人类的未来。我谈论3个非常重要的方面：第一是流动人口与城镇化以及农村经济的关系，第二是人口流动的规模，第三是跨越国境的人口流动和国内的人口流动。

## 一、流动人口与城镇化以及农村经济的关系

首先，中国是因为经济的活力而带来了流动，这点是非常正面的因素，而且要认识到这一点，实际上是非常重要的。因为在世界上其他很多的地方，城镇化的结果或者说人口流动的结果并不是因为经济的活力，而是因为农村的经济正在陷入一种崩溃的境地，这种情况在拉丁美洲、南美洲、东南亚的一些地区、印度都是成立的，也就是说人们从农村进入城市，并不是因为他们希望在城市可以找到一个光明的未来，而是因为农村忍受不了灾难。而中国与这些地区完全不同，实际上中国可以被视为城镇化的一个经典模型，这个模型曾经在19世纪的西欧发生过，也曾经在19世纪末20世纪的美国发生过，也就是说人们大量的进入城市，这仅仅是因为经济的巨大活力。

中国现在正在进行一项事情，这件事情非常的

难，那就是在人口迁移正在高峰的时候，中国的政府在试图为这些人口提供社会保障、社会公共服务，这是非常独特的一种努力，因为在世界上没有任何一个其他国家曾经做过这样的事情。英国是第一个成为城镇化的国家，也就是说英国在1851年的时候，居住在城市的人口已经达到了50%，那么英国的这个城镇化的进程，从1851年到20世纪的20年代都在不断加速，值得注意的是，在这个过程中，并没有来自国家和政府提供的任何社会保障，当然英国现在已经有有了一个非常健全的医疗保障体系，但是这基本是二战以后，即1945年以后才开始建成的一些系统。那么英国政府现在所提供的社会福利，包括失业保障、养老保险，还有医疗保险，都是在20世纪早期才开始发展起来的。我们可以看出，中国政府现在正在试图以平行的方式，开展城市城镇化和社会保障的建设，而这个过程在英国实际上是一个线性的发展，就是说先有了人口涌入城市，然后才有了社会保障的发展。

第二，哪怕在世界上很多的地方和国家，人口流动是农村经济贫困的结果，但是实际上我们还是应该看到，至少在中期效果上来看，人口流动是积极的、正面的。这一点非常容易解释，因为人们离开乡村来到城市，他们的目的就是为了过得更加富裕，而实际上大多数也都实现了这个愿望。因为在城市，他们的到来创造了更多的工作机会，还有商业机会，就好像在农村和城市之间有一条传送带，输送了更多的人口，然后这些人口被城市所吸纳，同时这些人口又对城市的发展作出贡献。

第三,从农村移出的人口实际上对农业经济还会有继续的贡献,这个贡献可能是直接的,也可能是间接的。因为人口从农村移出,也就是说大量的劳动力离开了土地,这样会刺激人们更多地使用农业机械。另一方面,来到城市的农村人口,他们会往家里寄钱,这个资金的流入也会刺激农业经济的进一步发展,所以这是一个双向的过程。所以人口的流出,使得农村这种劳动力密集型的结构方式,慢慢地向更好的方向发展,同时也有更多的资金上的流入。

## 二、中国人口流动的规模

我想指出的是中国目前正在经历的这个人口流动的规模,在人类历史上是前所未有的。我们可以举出非常大的数字,比如说两亿、三亿,这个在世界上其他的地区是闻所未闻的。让我来做一个对比吧,从1820年到1920年之间,离开欧洲去往美洲的人口大概是1600万,这其中最为密集的一个阶段是1900年到1915年,在这个阶段从欧洲移出了1500万的人口。而且我们应该注意到非常有趣的一个事实,也就是我们刚刚提到的,1900年到1920年人口大幅度移入美国的阶段,实际上与美国的经济大增长是完全吻合的。在欧洲内部所发生的移民,包括欧洲国家之间的和越过欧洲的国界的,实际上规模要小很多。其中的一个原因就是政治上的恐惧,其中人们最大的一个担心存在于西欧和北欧,也就是说相对于南欧和东欧,人们不愿意为这些从罗马尼亚等国移入的人口支付一些社会保障。实际上从这些国家移入的人民,大多数都会努力的工作和交税,这一点都不让人惊奇,因为这些移入的移民正好是在一个适合工作的年纪。那么我们很容易想象得到,这些所谓接受社会资助、社会保障扶持的人,大多数是孩子或者是老人,而移入的移民大多数是青壮年,属于可以为社会作出贡献的一类人。

我要讲一个跟中国也许不是特别相关,但是在国际上还是值得注意的一个现象,那就是移民和政

治避难者,以及经济移民,他们可能是被迫离开自己的故土。这个世界实际上是一个很不幸的世界,在很多的地区都存在不稳定的政治状况,比如说在北非,在中东,在亚洲的南部和中部,人们实际上过得非常的艰难。所以在这些地区生活的人们,如果他有一个愿景——可能想脱离政府迫害,想脱离死亡,也许仅仅是为了得到更好的生活——哪怕不是为自己,而是为自己的孩子,那也是非常正当的一种愿景。大家可能也看到过一些可怕的新闻图片,有一些人反对让这些移民进入欧洲,如从非洲去往意大利或者是希腊,运送他们的船只在地中海中倾覆了,所有人都死掉了。有些人觉得不能够阻止这些人进入欧洲,他们认为可以在这些地方,建立一些难民营。我认为反对这个观点是错的。同时我要恭喜中国,因为中国在帮助极端贫困和维稳上的投资做得比其他任何一个国家都要好。

最后一点,我想谈进入城市的限额和打分的制度。现在的中国很多地方,还是在实行这样一种制度,就是用积分制来决定谁能够进入城市生活落户。从政策层面上来说,这似乎是必要的,但是从时间成本和财力成本来说,这是一个相当没有效率的制度。因为我们没有一个合适的方法,可以判断一个人能够带来的经济活力到底能有多大,我们唯一能够说的是如果一个人他作出决定离开故土,来到一个新的城市,那么他所具有的活力,他的闯劲和冲劲,实际上肯定比留在家乡的那些人更强更大。

## 三、跨越国境的人口流动和国内的人口流动

第三个问题是跨越国界的移民或者是国内的移民,很明显中国是属于第二类的。首先我要拿伦敦来举一个例子,实际上中国很多地方,尤其是上海,很像伦敦,我可以预言,中国会经历一个国际移民的涌入潮,是因为经济的活力和面向未来的姿态,对外国移民非常有吸引力。以前我们总说“年轻人,去西部寻找未来”,现在我们常常会开玩笑说“年轻姑娘,去东方吧”。

最近不仅是在国际上，而且在中国内部都有一个新的话题的讨论，那就是思维的循环流动，人口的循环流动，这个概念是和开放的边界这个概念联系在一起的。如果从A国流向B国，这中间没有任何限制的话，更有可能出现这种循环移民，也就是说人们会从B国再移回A国，会有一个循环往复的过程。由于现在的交通工具和通讯都非常发达，这种现象非常有可能发生。这种现象最初始于波兰，他们可以自由地在波兰和欧洲自由循环往复，因为他们知道没有任何的限制。今天早上我看新闻，看到美国总统候选人先生，提出了一个很有创意的现象，他要在墨西哥和美国之间修筑一座长长的城墙，以阻止墨西哥人偷渡到美国。我想说的是，他即使修筑了这样一座墙，也阻挡不了他们来美国，因为美国的经济情况好太多了，而且人们对于未来的设想，也会使他们翻墙进入美国。

下面我要斗胆谈一谈中国的户口制度。从刚刚大家的讲话当中，我能够听出实际上中国人，中国的政府官员已经非常严肃地对待户籍改革这个事情，下面我就从非常具体的层面谈一谈。我听说中国1个农村户口的人转换成一个非农户口的人需要花出的经济成本是25万元，不知道这个数据是否准确，但是实际上，这个成本没有计算把农村户口转变成城市户口所带来的经济收益，这些人会交税，会更

好地融入社会，所以他认为25万元是一笔值得支付的钱。中国在现在的城镇化过程当中，已经出现了一个非常好的趋势，就是对中型城市的建设。中国人口在一百万以上的城市已经超过了一百个，这对于城市来说是一个非常理想的大小规模，因为在一个人口超过一百万的城市里面，就可以有很多体面的设施，比如说音乐厅，或者足球队——这都是很英国人的一个想法，同时也会有规模经济。然而更有野心的那样一批人，实际上还是会涌入像上海这样巨大的城市，例如全中国的学生都想考来复旦，而且在他们毕业之后会尽力留在这个城市，因为这个城市充满活力，非常国际化，是一个理想中的国际大都市。针对欧洲15个国家的一项调查显示，每当人口流入增加1%，实际上会带来GDP增长1.5%。

最后，我想以1930年代的芝加哥的市长安东尼（音译）的一句话，来结束我的讲话，这个人他本来是一个捷克公民，后来移民去了美国，这句话是从我太太的博士论文当中偷来的，她做的博士论文是写这个时期的芝加哥。这句话非常能够显示出这个移民的一种愿景。“没错，我不是坐5月花号，也就是第一批跟着欧洲的移民者来到美国的，但是我的确已经尽力、尽快地来了。”

（编辑部位秀平据2015年7月9日复旦大学第二届新型城镇化与流动人口社会融合论坛发言速记稿整理）

（上接第48页）

万元，其中89.7%来自于医疗收入（住院收入和门诊收入）；支出为12085.4万元，其中82.1%用于医疗卫生支出（药品费、人员经费和其他医疗费用）。

2013年门诊病人均医疗费用为206.4元，住院病人为7442.3元，分别比上一年度增加了7.2%和6.6%。

门诊看病，费用构成一般是挂号诊疗费、药费以及检查费。住院病人费用则有手术费、材料费、床位费以及药费等。因此，在药费和检查费相对稳定的情况下，人力资源成本支出加大、物价上涨和新诊疗技术设备购置成本都可能是医疗费用增加的原因。

注：以上数据除特殊说明外均来源于《2014中国卫生和计划生育统计年鉴》

## 全球人口老龄化带来的“危”与“机”

### 现状：全球老龄化趋势压力大

目前，老龄化社会的到来已不是哪一个国家独有的现状，而是全世界都需要面对的难题。联合国人口发展基金会的统计数据显示，2012年，全世界60岁以上的人口已达到8.1亿，占全世界总人口的11%；预计到2050年，60岁以上的人口将达到20.3亿，占总人口的22%。目前全世界9人之中有1人在60岁或60岁以上，到2050年，这个比例会增加至5人中有1人。

据穆迪2014年发布的报告，到2020年，13个国家将成为“超高龄”国，即20%以上的人口超过65岁。而到2030年，“超高龄”国家数量将升至34个，其中德国、意大利和日本是“现役”的“超高龄”国家。希腊和芬兰2015年就将步入“超高龄”。包括法国和瑞典在内的另外8个国家会在2020年加入这个行列。加拿大、西班牙和英国则在2025年，随后是美国2030年。

全球人口老龄化问题并不局限在欧洲和北美。新加坡和韩国也将在2030年加入该行列，同时，中国也面临严重的人口老龄化压力。

该报告的两位作者 Elena Duggar 和 Madhavi Bokil 警告称，我们终于迎来了人口转型。史无前例的人口老龄化将对全球未来20年经济增长产生严重的负面影响。

### 欧洲人口老龄化全球最快 急需外来移民填补

据新加坡《联合早报》报道，欧洲人口老龄化速度比世界其他地区都要快，迫切需要外来移民以补充劳动力。

根据欧洲统计局的预计，如果不改变移民数量，到2050年时，德国居民人数将从现在的8200万减

少到7470万，平均年龄将上升到接近50岁。有些预测更加悲观，认为到2060年，德国人口会低于6500万人。按照欧洲委员会的一份研究方案，一些欧盟最强经济体——奥地利、荷兰、芬兰以及德国，即使只按照1%的基准经济复苏来预测，也会出现“严重的劳动力局限”。

另一个问题是人口老龄化对养老基金和医疗保健的影响越来越大，特别是在德国和西班牙这些老年人口最多的国家。

目前欧盟28个国家内的赡养比率平均为27.5，但是德国和意大利都高于这个水平。预计到2050年，这个比率会跃升到49.4，到时候每两名劳动年龄的人口要养活一名退休者。

### 日本高龄人口创新高：每4人就有一人在65岁以上

日本官方2014年公开的数据显示，日本65岁以上人口比去年上升了0.9%，增加了111万人，达到3296万人，创历史新高。其中男性为1421万人，女性为1875万人。与此同时，75岁以上人口已上升到全国总人口的12.5%。2013年日本的总人口是1.273亿，也就是说，现在每4个日本人就有1个在65岁以上，每8个日本人就有1个在75岁以上。

数据还显示，去年高龄就业者为636万人，占15岁以上就业者的10.1%，连续10年增加。这些都刷新了最高纪录。1947年到1949年间，日本迎来二战后的第一次婴儿潮。这个年龄层的人被称为“团块世代”，既参与了日本战后经济复兴的黄金时期，也经历着日本经济衰退年代，如今正在渐渐老去。

而据日本政府厚生劳动省2014年8月发布的消

息,日本2013年度医疗费支出与前一年度相比增加2.2%,连续11年呈现增加趋势,达到39.3万亿日元,这一额度创下新高。分析称,日本医疗支出持续上涨的主要原因是老龄化背景下,就诊频度高的高龄者逐渐增加,同时先进医疗手段的导入也使得医疗费用上涨。

#### 韩国人口老龄化严重 养老依赖子女供养

截止2013年底,韩国65岁以上人口超过600万,占总人口11.7%,预计到2050年,长者与劳动人口比率将由目前1比6降至1比1.5。韩国生育率仅1.24,是全球最低之一。

相比人口老化同样严重的日本,韩国长者更依赖子女供养。韩国子女供养占长者收入比例由1990年的54.8%降至2010年的30.1%,日本则由5.7%降到接近零,意味一旦子女供养减少,韩国长者的收入将会最受影响。

虽然韩国出生率下降可减少劳动人口养育下一代的负担,但同时造成将来劳动力不足,而且当劳动人口于2016年达到3700万高峰后,便会逐年下跌,届时长者供养负担上升,到2018年人口净增长率更会跌至负数。近日,韩国推出税改方案——单身税,旨在通过提高未婚职场人士纳税金的方式解决韩国低生育率和老龄化等问题,根据历史经验,专家分析认为,该方案效果不会太明显。

#### 中国经济的人口图谱: 社会人口老龄化加速

2015年1月公布的2014年一系列宏观数据的背后,一张中国“人口图谱”也浮出水面:劳动人口数量连续第三年萎缩,人口老龄化正在加速。

统计显示,2014年我国60周岁及以上人口21242万人,占总人口的15.5%,高出2013年0.6个百分点,其中65周岁及以上人口占总人口的比重达到10.1%。

国际上通常把60岁以上的人口占总人口比例达到10%,或65岁以上人口占总人口的比重达到7%

作为国家进入老龄化社会的标准。目前,中国是世界上惟一老年人口过亿的国家。根据全国老龄办公布的数字,到2020年我国老年人口将达到2.48亿,老龄化水平将达到17%。

#### 人口老龄化带来的“危”与“机”

##### 危: 人口老龄化对经济造成冲击

穆迪报告指出,人口老龄化在两方面影响经济增长。一是劳动人口的减少,二是家庭储蓄下降拉低投资。对55个国家和地区的计算模型显示,从2014年到2019年,老龄化将造成这些国家的国内生产总值下滑0.4%,2020年到2025年减少0.9%。而1990—2005年间,人口对经济增长的贡献为2.9%。报告指出,老龄化给亚洲国家和地区带来的经济拖累作用更加明显。

少子老龄化对日本经济及社会带来诸多影响。由于劳动者及消费者数量减少,日本国内的生产和服务也将随之减少,致使企业收益降低,个人及企业缴纳的税金及养老保险相应减少。国家税收大幅下降,最终冲击养老、医疗等社会保障。目前,日本财政在养老、医疗等社会保障方面的支出不断增加,长期的财政负担也使日本国债规模不断刷新历史纪录。

近些年来,老龄化也给意大利经济带来了不少困难。随着意大利老龄化程度持续加深,整个国家的养老金支出不断增多,这也被认为是造成意大利公共财政赤字多年居高不下的原因之一。但受制于国内选民支持率等方面的原因,退休金制度改革成为历届政府不愿触及的“烫手山芋”。直到2011年12月,意大利政府才推出了包括上调退休年龄、不再把退休金与通胀挂钩和以纳税总额作为参照等改革措施。

##### 危: 老龄化疾病高发致使医疗资源紧张

随着人口结构老龄化状况加剧,随之而来的是老龄化疾病的高发。以阿尔茨海默病(即俗称的老

年痴呆症)为例,这种病正以较高的发病率威胁着世界范围内老年人的身体健康。

由国际阿尔茨海默病协会等机构委托完成的《2013年世界阿尔茨海默病报告》显示,全球范围内60岁及以上的人群中,13%的人需要长期护理,而长期护理实际上主要是指阿尔茨海默病患者的照护。据估算,需要个人护理的老年人中约有一半的人患有阿尔茨海默病。

中国阿尔茨海默病的发病率同国际持平,这一发病率乘上中国约2亿老年人口基数,可以估算中国阿尔茨海默病患者数量在800万到1000万之间。这就使中国略显紧张的医疗资源承载了巨大的压力。同时,由于长期护理也使社会 and 患者家庭承担沉重的护理费用。

#### 机:人口老龄化带动“银发”产业发展

美国《彭博商业周刊》刊发题为《中国迅速老龄化的人口带动6520亿美元的“银发”市场》的文章称,根据北京2014年9月23日发布的《中国老龄产业发展报告》,面向中国迅速老龄化的人口商品及服务市场将于2014年达到4万亿元人民币(约合6520亿美元),这在国内生产总值中所占的比例约为8%。

据《中国日报》2014年9月25日报道,老龄产业已经开始快速繁荣期,这令其成为中国的一个新的朝阳产业,而繁荣发展的主要原因是以老龄化人口的日益增加为基础的。服务老龄人口的未来机遇将集中在4个主要板块。这4个板块包括老龄用品业、老龄服务业、老龄房地产业以及老龄金融业。老龄金融业比如为老年人提供的保险以及资金管理服务,将是老年产业板块的重中之重,并仍有很大发展空间。

机:人口老龄化为卫生、医药产业发展提供广阔市场

老年人口健康水平堪忧。目前,城乡老年人口

中健康存在问题的、健康状况一般的和健康良好的分别占老年总人口的27%、56%和17%。在平均约19年的余寿中,健康余寿只有9年左右,其余10年基本上是带病或失能状态。这对老年保健用品、营养用品、医药用品、医疗器械以及其他健康辅助器具等健康产品生产销售来说是利好态势。未来,老年健康医疗医药市场将成为重要的支柱产业。开发分病种的医药、医疗器具和医疗服务将是重要的主攻方向。

老年人口医疗卫生消费总量巨大。老年人人均医疗费用是国民平均医疗费用的2~3倍。未来40年,中国老年人的慢性病患者病例将从目前的1.1亿例,增长到2050年的3亿例,就诊人次将由当前的13.5亿人次,增长到2050年的36.8亿人次,老年人口的医疗卫生消费占GDP的比重,将在2050年达到5%以上。这将意味着巨大的医疗卫生消费市场。

老年病医院及康复护理机构建设将成为医疗卫生事业新的增长点。老年病医院及康复护理机构建设刚刚起步。到人口老龄化高峰期,相应机构数量、专业技术人员数量和床位数量都会超过目前的总量。对于发展老年医疗卫生产业而言,无论是基础设施建设还是器械配备以及人员培训等,都将是一个巨大的产业。

#### 各国应对人口老龄化的政策

澳大利亚:鼓励老人和妇女再就业 缓解老龄化问题

澳大利亚社会服务部部长凯文·安德鲁斯称让年长者和女性工作能够帮助国家应对老龄化问题。安德鲁斯还表示要确保移民有序流动,实现澳洲和移民来源国互利共赢。

#### 美国:制定专门法案 设置相关管理机构

随着二战后“婴儿潮”一代人口逐渐步入退休年龄,美国老年人口比重明显增加,特别是高龄老

(下转第7页)

## · 政策之窗 ·

## 各省区市“单独两孩”政策简编之五

## ——粤、桂、琼、贵、云

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，之一就是各省两孩政策的开放时间早晚不同，时间跨度未达1年。那么各省“单独两孩”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“单独两孩”政策汇编》进行简编后陆续选载，期望对读者有所帮助。

本期我们选编了广东省、广西壮族自治区、海南省、贵州省和云南省的政策。

## 广东省

**实施日期：**2014年3月27日

**办理程序：**(1)到女方户籍所在地村(居)民委员会领取并填写《再生育一胎子女申请表》。(2)将填写好的《再生育一胎子女申请表》分别交男、女方户籍所在地村(居)民委员会审核并加具意见；有工作单位的，应先交其所在单位加具意见后，再交双方户籍所在地村(居)民委员会审核并加具意见。(3)村

(居)民委员会接到申请人的《再生育一胎子女申请表》后加具意见，并将加具意见的《再生育一胎子女申请表》连同申请人其他证明材料送交到女方户籍所在地的乡镇、街道人口和计划生育工作机构或者县级以上直属农林场审批。(4)女方户籍所在地的乡镇、街道人口和计划生育工作机构或者县级以上直属农林场审查批准后，报县级以上卫生计生行政部门备案。

**提交材料：**“单独”夫妇双方需携带身份证、户口簿、结婚证等有效证件原件、复印件，以及独生子女一方父母户籍所在地乡镇(街道)人口计生部门出具的属于独生子女的证明材料。申请人还可以签订《“单独”夫妇再生育申请承诺书》来办理审批手续，由申请人对其提供证件材料及所填报的信息的真实性、准确性负责。

## 广西壮族自治区

**实施日期：**2014年3月1日

**办理程序：**符合条件的夫妻向乡镇人民政府或城市街道办计生部门提出申请，办事机构自受理之日起15个工作日内对提交的材料进行审查，并将审查意见及材料报送县级政府计生部门。县级政府计生部门自收到文件后15个工作日内进行审核，符合生育条件的通知有关村委会、居委会进行公示，公示期满无异议后发放二孩生育证；不符合条件的则向当事人说明理由。

**提交材料：**《二孩生育证申请审批表》；夫妻双方的户口簿、身份证、结婚证；夫妻双方所在单位或者村(居)民委员会出具的本人婚育和收养状况证明；符合法律法规规定可以生育第二个子女的其他有关证明材料。

### 海南省

**实施日期：**2014年6月1日

**办理程序：**(1) 填写《生育服务证申请表》一式二份，经夫妻双方所在单位审查签署意见后持结婚证、户口簿或其他相关证明材料，向女方户籍所在地乡、镇、街道办事处计生办申请。(2) 乡、镇计生办根据申报材料，在申请人所在单位、居委会张榜公示15日，接受群众监督，在30个工作日内审查，并报县人民政府人口计生行政部门审批(30个工作日内审批)。(3) 由批准的市、县(区)、自治县人口计生部门列入人口计划。(4) 核发城镇居民“两孩”《生育服务证》，并在2个工作日内送给申请人。

**提交材料：**符合“单独两孩”再生育政策的夫妻双方，需准备以下10项证明材料：(1) 双方户口簿；(2) 双方身份证；(3) 结婚证；(4) 单方父母独生子女光荣证；(5) 一孩生育服务证或户口簿；(6) 一孩出生证；(7) 夫妇双方公示回执单；(8) 家庭人口信息卡(一卡一户)；(9)(独生子女)方户父母县级户籍地出具只生育一个子女的证明；(10) 女方2张1寸相片。

### 贵州省

**实施日期：**2014年5月17日

**办理程序：**(1) 向女方户籍地乡(镇)人民政府或者街道办事处提交申请。(需提交书面申请，独生子女一方父母的婚育情况证明及其父母只生育一个子女的证据材料。夫妻双方所在地或者村民委员会、居民委员会出具的婚育情况证明。提供相关申请材料)。(2) 乡(镇)人民政府或者街道办事处计生部门在接到当事人提交的材料齐备的申请及证明

材料后，及时进行初审，并将受理意见及全部申请材料于3日内报县计生部门。(3) 县级计生部门收到受理意见和全部材料后10日内作出决定，对符合条件的发证。

**提交材料：**(1) 书面申请：内容包括申请人基本情况、申请理由；(2) 独生子女一方父母的婚育情况证明及其父母只生育一个子女的证据材料；(3) 申请再生育的夫妇双方所在单位或者村民委员会、居民委员会出具的婚育状况证明(乡镇报送县局时需签署意见，跨县的需经县人口计生局签署意见)；(4) 提供身份证、户籍证明、婚姻登记证明材料原件及其复印件，女方1寸免冠近照2张。

### 云南省

**实施日期：**2014年3月28日

**办理程序：**(1) 向乡镇政府、或者街道办事处提出书面申请，报县、市、区人口计生行政部门审批。(2) 材料齐全的10个工作日内办结；需补充材料的，5个工作日内将需补充的材料书面一次性告知申请人。(3) 夫妻一方户口不在我省的，由夫妻双方向户口在我省一方者的工作单位或者户口所在地的乡镇政府、街道办事处提出书面申请，经乡镇政府、街道办事处初审后，报县、市、区人口计生行政主管部门进行审批，发放《生育服务证》。

**提交材料：**(1) 生育服务证申请表；(2) 夫妻双方结婚证；(3) 居民身份证、户口簿；(4) 夫妻双方婚育证明；(5) 第一个子女的出生证明；(6) 属于独生子女一方的还需提供《独生子女父母光荣证》(独子证)、父母婚育证明及只生育一个子女的证明、户口簿、结婚证等材料；(7) 其他需要提供的材料。

## · 资料库 ·

## 医疗行业“人口普查”大揭秘

你是否了解全国共有多少医务工作者？每年诊疗了多少人次？医院的收入从哪来又花在了哪？今天我们将依次为你揭开这些数字的神秘面纱。

## 卫生人员知多少

2014年全国共有医疗机构984,926家,较2013年增长了10,537家。其中基层医疗卫生机构占93.6%,共922,257家,而医院仅占2.6%,共25,509家。(数据来源:中华人民共和国卫生和计划生育委员会网站)

2013年全国共有卫生人员979.0万,其中卫生技术人员721.1万人,每千人口有卫生技术人员5.27人,农村的每千人口卫生技术人员仍远远低于城市。

在721.1万卫生技术人员中,有执业(助理)医师279.5万人,注册护士278.3万人,药师(士)39.6万人。

在执业(助理)医师中,内科医师有64.0万名,为执业(助理)医师最多的科室,外科、中医科、妇产科和医学影像科紧随其后。

在现有的279.5万名执业(助理)医师中,本科学历最多,其次为大专学历共占69.2%,研究生及以上学历的医生仅占9.3%。

## 注:

1. 卫生人员指在医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构及其他医疗卫生机构工作的职工。

2. 卫生技术人员包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师(士)、检验技师(士)、影像技师(士)、卫生监督员和见习医(药、护、技)师(士)等卫生专业人员。不包括从事管理工作的卫生

技术人员(如院长、副院长、党委书记等)。

## 卫生服务算一算

2013年全国医疗机构的诊疗人次总数达73.1亿次,比上一年度增加了4.2亿人次。其中医院诊疗27.4亿次,急门诊占医院诊疗的97.8%,达26.8亿人次。

2013年,医院的病床使用率依旧向公立、高等级医院集中。公立医院的平均病床使用率为93.5%,而民营医院仅为63.4%;三级医院的平均病床使用率更是超过100%。

2013年平均每位医师日均负担诊疗人次为7.3人,日均负担住院床日为2.6日。尽管上一年度对应的数字分别7.6人和2.7日,但医生的工作压力并没有明显地减少。相对而言,公立医院医师的工作压力大于民营医院。

## 医院医师负担工作量

|               | 合计  | 公立  | 民营  |
|---------------|-----|-----|-----|
| 医师日均担负诊疗人次(人) | 7.3 | 7.6 | 5.6 |
| 医师日均负担住院床日(日) | 2.6 | 2.7 | 2.0 |

## 注:

1. 病床使用率: 实际占用总床日数 / 实际开放总床日数 \* 100%

2. 医生人均每日担负诊疗人次: 诊疗人次数 / 平均医师人数 / 251

3. 医生人均每日担负住院床日: 实际占用总床日数 / 平均医师人数 / 365

## 卫生费用去哪儿了

2013年平均每所公立医院的收入为12666.8

(下转第42页)