

2016年第2期

人口信息

POPULATION INFORMATION

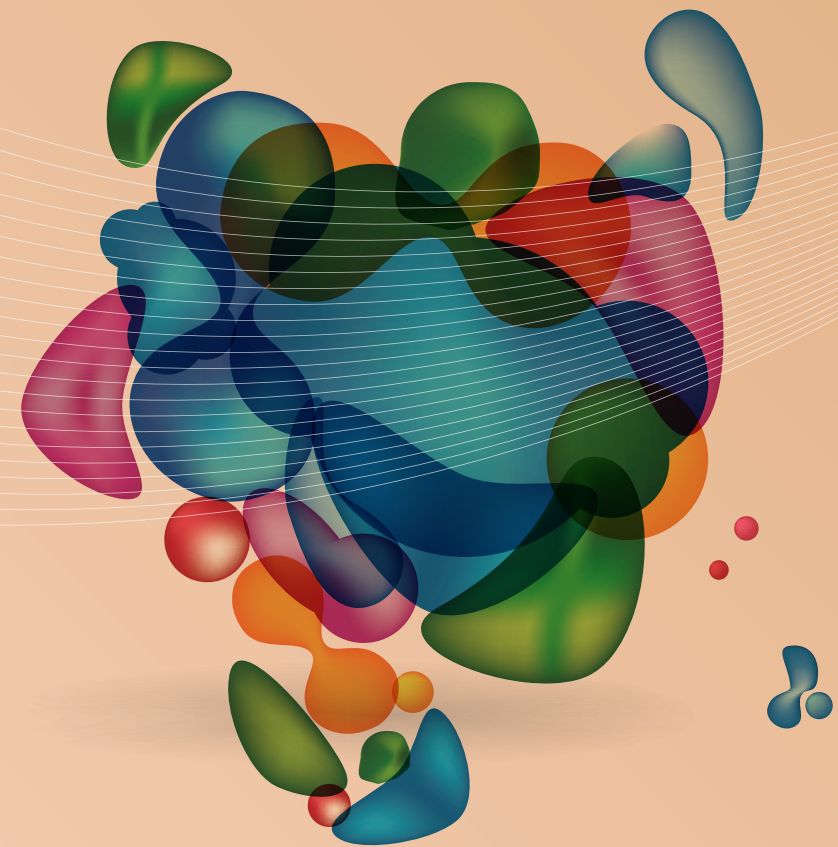
《人口信息》

(双月刊)

2016年第2期

(总第205期)

2016年4月28日出版



- * “普遍二孩”正当其时还是姗姗来迟
- * 上海市单独两孩政策实施情况分析
- * 如何将医改进行到底——上海深化医药卫生体制改革的调研报告
- * 上海市老年人口的健康、医疗和照护状况发展趋势研究(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：021-54363197
E-mail: rkxibjb@sohu.com
印刷：上海欧阳印刷厂
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)

2016年第2期(总第205期)

名誉主编:黄红

孙常敏

肖泽萍

主编:金春林

副主编:黄玉捷

执行副主编:李冬梅

目次

•人口与发展•

“普遍二孩”正当其时还是姗姗来迟 陈友华 (1)

我国东中西部人口迁移分析和胡焕庸线思考 朱宝树 (11)

•本期关注•

上海市老年人口的健康、医疗和照护状况发展趋势研究 本刊编辑部 (19)

(主持人:周海旺,参与讨论:杨晓萍、袁楠、薛晓辰)

•调研与分析•

上海市单独两孩政策实施情况分析 上海市卫计委计划生育基层指导处 (35)

•医改进展•

如何将医改进行到底——上海深化医药卫生体制改革的调研报告 冷熙亮 (37)

•全球视野•

美国“医院专业版”APP:让患者参与治疗 梁雯卓 (41)

•媒体聚焦•

上海外来常住人口首次负增长 中周刊 (42)

•政策之窗•

《上海市人口与计划生育条例修正案》通过 本刊辑 (45)

◀ 人口与发展 ▶

“普遍二孩”正当其时还是姗姗来迟

陈友华

一、引言

党的十八届五中全会公报指出：“促进人口均衡发展，坚持计划生育基本国策，完善人口发展战略，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策，积极开展应对人口老龄化行动。”这标志着 1980 年开始实施的独生子女政策的终结。在“单独二孩”政策实施两年后，十八届五中全会作出“普遍二孩”政策决定背后的考量是什么？“普遍二孩”政策实施从时机的把握上究竟是正当其时还是姗姗来迟？将对中国的人口与社会经济发展产生怎样的影响？能扭转中国人口发展的长期趋势吗？诸如此类的问题已成为人们关注的热点。

二、当前的中国人口与社会经济形势

（一）人口形势

新中国成立后中国人口增长过快，以及这种过快增长对社会经济发展可能带来的诸多负面影响，一直是中国人口问题关注的焦点。但自 1973 年全面开展计划生育以来，中国人口过快增长的势头早已得到有效地遏制。自 1992 年以来，中国妇女生育率下降并维持在更替水平以下。越来越多的迹象表明，中国妇女生育率进入低水平后并没有稳定下来，而是呈现出持续下降的趋势，目前已不足 1.5，已陷入低生育率陷阱。低生育率意味着人口内部已隐藏着负增长的潜能，而这种潜能正在加

速集聚，2025 年后将加速释放。届时，历时数十年甚至更长时间的人口负增长将不可避免。

（二）“单独二孩”政策遇冷及其启示

受机构改革影响，全国各地党政领导对计划生育的重视程度普遍下降，计划生育工作力度明显减弱，相关部门责任落实不到位，基层计生队伍不稳等。在此背景下，2014 年全国各地又陆续实施“单独二孩”政策，然而却普遍“遇冷”。2013 年与 2014 年，全国出生人数并未出现明显回升。这充分表明，无论是生育政策的约束力、还是计划生育的影响力都已经式微，群众生育观念发生了根本性转变，少生优生成为绝大多数人的自觉行动。这是计划生育的成就，更是中国面临的最大人口问题。“单独二孩”政策实施是一个全国性的社会实验，该政策遇冷，为加快“普遍二孩”政策的实施提供了足够的经验支持，也打消了人们对“普遍二孩”政策实施后可能出现的较为严重的出生堆积的种种担忧。

（三）经济增速下行压力巨大

可以从需求（消费）与供给两个不同的视角研究与分析经济增长。经济增长短期看需求，长期靠供给。一国或一地的 GDP 由劳动、投资与全要素生产率（ $GDP = \text{劳动} \times \text{投资} \times \text{全要素生产率}$ ）三者决定。

“ $\text{劳动} = \text{劳动年龄人口} \times \text{劳动参与率} \times$

平均劳动时间”。自 2012 年以来中国的劳动年龄人口转呈加速减少之势，伴随着教育的扩张等，年轻人进入劳动力市场的年龄逐渐延后，劳动参与率持续下降，而现已进入劳动力市场的 80 后与 90 后，其受教育程度、思想观念、劳动热情、家庭负担与对生活品质的要求等与其父辈已有根本性的不同，每个人的平均有效劳动时间明显缩短，致使有效劳动投入快速减少，并大大快于同期劳动年龄人口减少的速度。

“投资 = 投资数量 × 投资效率”。在中国，投资数量经历了一个急剧膨胀的过程，投资的高速增长难以持续，更为严重的是中国的投资效率急剧下降。

而全要素生产率短期内很难有明显提高，中国在经历快速的少子老龄化的同时，劳动力内部结构老化也异常显著，致使劳动力的活力与创新能力下降，劳动生产率的提高也变得越来越困难。

由此可见，中国目前面临“低生育率陷阱”、“老龄化陷阱”、“中等收入陷阱”，三陷阱叠加，经济下行压力巨大，是进入中高速增长的经济新常态？还是陷入深刻的经济危机？可能更多是后者。

综上所述，数十年的社会经济发展与计划生育工作，中国人口与社会经济形势已经发生了根本性的变化，中国所面临的主要人口问题也早已改变。在人口过快增长问题早已得到有效解决的同时，人口结构性问题越来越突出，主要体现在持续（超）低生育率下的少子老龄化深度不断加深、出生人口性别比例严重失衡、劳动力短缺及其相关问题，而独生子女伤残死亡等独生子女政策的负效应也开始加速显现。计划生育政策的加速调整、计划生育

机构改革与转型发展乃大势所趋。

三、“普遍二胎”：正当其时还是姗姗来迟？

短期内妇女的生育率可以偏离更替生育水平较多（生育率显著高于或低于更替生育水平），但生育率长期偏离更替生育水平较多，最终将导致人类自身的消亡。因此，从长期来看，妇女生育率应该维持在更替生育水平附近，这既是人类自身延续与均衡发展的基础与前提条件，更是社会经济可持续发展的基础与前提条件。

中国妇女生育率在 1992 年首次下降至更替生育水平以下，且随着时间的推移而呈现出持续下降的趋势，并与更替生育水平之间的距离越来越远。目前中国妇女的生育率只有 1.4 左右，只及更替生育水平的三分之二左右。中国人口将在 2025 年前后抵达峰值，随后将加速减少。一国的人口数量是构成综合国力的基础。伴随着人口的减少与在世界人口总量中的份额的快速下降，曾经与目前均作为人口大国的中国不仅不可避免的出现小国化趋势，更为严重的是将加速中国的消亡。

中国人口发展形势早已发生了根本性的变化，作为社会政策的计划生育政策、特别是作为其核心的生育政策也应该与时俱进地根据人口与社会经济形势的变化而适时地做出必要的调整。从人口与社会经济可持续发展的角度考量，自 1992 年中国妇女生育率下降至更替生育水平以下后，中国就应该着手调整生育政策。但令人十分遗憾的是中国的生育政策在过去的岁月里“任凭风浪起，我自巍然不动”，而迟迟不对已经发生了根本性变化的人口与社会经济形势作出适时的回应。直至 2013 年十八届三中全会才做出了生育政策

调整的决定,即允许“单独夫妇可以生育两个孩子”,2015 年十八届五中全会决定全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策。从这里可以看到,中国生育政策的调整绝不是像某些人所说的“正当其时”,而是“姗姗来迟”。“普遍二孩”是“单独二孩”后党中央国务院审时度势,排除各种影响与干扰(杂音),而做出的又一个正确的决策。

四、生育政策调整的功效

在持续 20 多年低生育率形态下,“普遍二孩”政策的实施,具有如下社会功效:

首先,有助于出生人口与生育率的适度回升。短期来看,有利于增加市场需求,给低迷的中国经济注入一股新的活力,从而有利于推动中国经济的复苏。长期看,有利于遏制中国人口结构进一步恶化的趋势,增加未来劳动力的供给,延缓人口老龄化进程,避免因独生子女等所带来的很多人为建构的风险,有利于家庭、学校与社会对孩子的教育,增强微观层面的家庭抗风险能力与家庭发展能力,以及宏观层面的人口与经济社会可持续发展能力。

其次,赢得百姓支持。以往百姓对计划生育政策多颇有微词,“普遍二孩”政策的施行,使得每对夫妇拥有了合法生育两个孩子的权利,从而缩小了生育政策要求与群众生育意愿之间的差距,减少了计划生育的对立面,赢得了更多的群众对计划生育的理解与支持,降低了计划生育工作的难度,有利于重树计划生育队伍的形象,改善党群干群关系。

第三,计划生育不仅牵涉到出生人口的数量控制,更是一个关乎人的基本的生育权利能否得到基本的尊重与保护的问题。“普遍二孩”政策的实施,有利于把本属于基本人权

范畴的“生育权”逐步归还给公民,扩大了群众生育数量上的自由选择的空间,从而有助于“以人为本、还权于民”,促进人类自由而全面发展目标的实现,也有利于家庭与社会的和谐稳定与民众的生活幸福。

五、“普遍二孩”政策实施所引发的对公共服务压力的担忧

(一) 基本公共服务的压力是否会陡增

“全面二孩”政策的实行,高龄产妇有所增加,对这部分群体的优生优育、生殖健康方面的计划生育公共服务将会增多。但由于:一是目标人群不是特别大;二是从“单独夫妇”想生育第二个孩子的意愿很低推演,中国目前积存的“一孩”夫妇生育“二孩”的热情也一定较低。因此,因“普遍二孩”政策实行而新增的生育节育服务对基本公共服务的压力不大。同时由于“单独二孩”政策实施的经验,与全国各地对“普遍二孩”政策的预期与事先的准备,应该能应对自如,一般不会出现意外情况。

(二) 公共服务供给能否满足民众的需求

经过数十年的发展,中国政府可动用的资源与能力大大增强。1963 年中国出生了 2960 万人,在当时经济非常困难的情况下,中国也艰难地挺过来了。目前中国的社会经济支撑能力远非 20 世纪 60-70 年代可比,虽然今天民众的要求与以往相比有了大幅度的提高,但不可否认的是中国支撑出生堆积的能力大大增强,中国完全有能力满足“普遍二孩”政策实施后因出生人数增多而增加的对公共产品与公共服务的需求。

(三) 部分地区公共服务压力大与“普遍二孩”政策的关系如何

大城市人口出生率普遍较低,但大城市基本公共服务的压力普遍较大确是不争的事实。出现上述情况,主要不是因生育政策调整导致出生人数增加所带来的,而是如下因素共同作用的结果:(1)大量人口流入大城市,导致大城市人口数量膨胀较快;(2)公共资源的非均等配置,造成民众对优质公共资源的争夺。如教育的锦标化导致各种层级的校所提供的教育质量差异极大,名校因此而诞生,民众对教育资源的争夺,在目前的制度安排下引发学区房价高企。大家集中到三甲医院看病与生孩子等。资源总是稀缺的,如果公共资源的差别化配置不加以改变,目前大城市面临的公共服务压力很难有缓解的可能。

六、中国低生育率机制的形成

伴随着经济的快速增长与社会的广泛变迁,特别是移动互联网时代的加速降临,以往由传统的农业社会向工业社会与后工业社会转型背景下的生育率下降与低生育率形成机制,在新的历史时期出现了新的变化,一些不同于以往工业社会的新因素已经成为新时期低生育率的主导型力量,并与工业社会的生育率下降因素结合在一起,构成了新时期低生育率的形成机制,使得包括中国在内的越来越多的国家迈入低生育率国家的行列,甚至因此而陷入低生育率的陷阱。

(一) 观念

1. 生育观念与生育行为的根本性转变

伴随着经济发展与社会变迁,人们的受教育程度迅速提高,而全球化与网络社会的来临,现代社会的生活方式与思想文化冲破以往时空的限制,而实现全球范围内的广泛传播,传统文化的影响力急剧衰微,生育意愿与生育

行为加速转变。当今中国,育龄群众生育意愿与生育行为上的差异主要体现在究竟是生育一个孩子还是两个孩子方面,多育已经成为越来越少的人的意愿与行为,少生、优生、甚至不生已经成为越来越多的人自觉遵循的行为规范。

以往我们对中国文化的理解与总结可能出现某种偏差。例如,中国文化博大精深,兼收并蓄。似乎外来文化很容易被中国文化所同化。实际上,兼收并蓄的另一层含义是中国文化缺少必要的刚性(伊斯兰文化就具有某种刚性,很难被外来文化所影响,更难同化),比较容易被其他文化所同化。因此,现在流传至今的中国文化与历史相比,即便不是面目全非,也是相差极大。

同样,作为传统文化一部分的传统生育文化,我们以往对此的理解与认识也出现了严重的偏差。传统社会,生产力发展水平低、生存环境恶劣,人口死亡率很高,此时如果没有高的出生率与之抗衡,人类社会早就消亡了。因此,中国历史上出现了“多子多福”、“传宗接代”等思想与文化,其宗旨就在于鼓励人们多生,致使中华民族虽历经磨难,但延续至今。

任何社会都必须对因年老而失去谋生能力之人做出制度性养老安排。否则,年老对老年人而言不仅意味着人间地狱,对于其他年龄组的人而言,也意味着没有未来,自然会因此而陷入对未来的恐惧之中,社会也会因此而失序。限于当时的生产力发展水平,养老责任被限定由家庭与子女来承担,在中国主要是由儿子来承担,在家庭与子女无法承担养老的责任时,政府与社会提供必要的社会救助。而要求家庭与子女,特别是儿子来承担养老责任,首先必须要有一定数量的子女,在中国是一定数

量的儿子。为了使家庭与子女,特别是儿子承担起养老的责任,创造了“不孝有三,无后为大”与“养儿防老”等思想,其目的就是想从思想观念上对人们进行必要的规训,使之成为内化于人们内心的思想,并贯穿于行动之中,从而使得“养儿防老”不仅在制度上得以确立,也使得通过鼓励多生,特别是男孩而构建起必要的物质基础。传统社会的养老问题在“养老防老”制度性安排与“不孝有三,无后为大”思想规训下得以较好地解决。

然而,进入现代社会,特别是计划生育时期,我们把“养儿防老”、“传宗接代”等作为陈旧落后思想与文化加以批判。实际上,如果没有“传宗接代”,人类不可能延续至今;如果没有“养儿防老”,年老以后的养老就成为无源之水与无本之木。而人类社会至今也没有改变“养儿防老”的本质。现代意义上的社会福利制度就是建立在“养儿防老”基础之上的,只不过以往的养老更多被限定在家庭内部,直接表现为父母养育子女与子女赡养父母,代际之间出现的是“哺育”与“赡养”的偿还或者交换关系。而在进入现代社会,在建立起现代社会福利制度之时,养老主要由家庭转移到社会,具体表现为父母一代共同哺育子女一代,子女一代共同赡养父母一代,代际之间的“哺育”与“赡养”关系并不因为现代意义上的社会福利制度的建立而发生本质性的变化,而只是其形成表现得没有传统社会那么直观而已。

2. 管生不管养文化的形成

在中国的城乡早已形成了一种分工明确的新型哺育方式:“父母管生”与“祖辈管养”。现在养育孩子已大不同于以往:一是责任重大,二是孩子异常娇贵,三是孩子养育异常艰难,特别是比以往艰难得多。祖辈多在欢天喜

地中迎来孙辈的诞生,虽然他们也曾经历过为人父母的艰辛,但今日孩子养育之艰辛是多数祖辈始料不及的。在经历了第一个孙辈养育艰辛之后,部分祖辈,特别是城市祖辈再也不愿意“重吃二遍苦,重受二茬罪”。再者,祖辈们也有自己的生活追求,不想因为养育孙辈而牺牲太多。于是,部分年轻夫妇再生育时面临两难选择:既管生又管养与不再生育。在权衡利弊得失之后,部分夫妇做出了艰难抉择:不再生育。事业发展成为其很好的“借口”,而社会保险为其解除了“虚幻”的养老的“后顾之忧”,增加了其少生孩子,甚至不生孩子的底气。诸不知,社会保险制度的可持续运营以人口可持续发展为基础,而人口可持续又以人类生育率维持在更替水平附近为基础,持续低生育率情形下是难以建立起一个可持续的社会保险制度的。

隔代养育文化的出现,既与中国传统的代际关系与代际责任有关。在中国,亲子之间的责任既含糊不清,又似乎是责任无限。又与当下中国妇女的高就业率与高竞争压力紧密相连。还与当下的祖父母年轻时工作繁忙,经济困难,照顾子女较少,因而补偿心理在其中起作用,觉得对儿女的亏欠通过对孙子女的养育加以补偿。更与“互惠互利”的交换关系有关。父母帮助子女看护孙子女,以换取子女对父母的赡养权利。这类似于市场中的交换关系,只是这种交换不是即期的,而是延期的。因此,在中国,父母帮助子女照看孙辈在大多数子女与父母本人看来似乎是天经地义的事情。此外,每个人都有理想,一旦理想不能实现时,便出现“移情别恋”,将理想转移到子女、甚至孙子女身上。因此,子女或者孙子女身上往往寄托了父辈或祖父辈的殷切希望,因而才

有了“望子成龙，望女成凤”的情怀。

3. 文化禁忌的阙如与人口流引产的盛行

中国文化中缺少类似于基督教与伊斯兰教对生命与生育等的文化禁忌。于是，中国历史上的溺弃婴与现代的人口流引产由于缺少文化上的禁忌而广为流传。特别是中国在推行人工流引产方面几乎没有遭遇文化与习惯上的任何阻拦，在计划生育环境下，甚至还出现了违背当事人意愿的强制性人口流引产现象的出现。在一个有着较强烈的歧视性性别偏好的国度，人工流引产的合法化，特别是性别选择性人工流产的增加，使得孩子性别偏好得到满足的情形下，降低了对再生育的愿望，并导致了出生性别比的异常升高。

（二）生育

1. 婚姻稳定性下降

以往中国的婚姻是一个高稳定、低质量的状况，然而这一传统在 1915 年新文化运动开始以来就出现了某些变化。改革开放后，中国婚姻的稳定性急剧下降，离婚率呈现出持续攀升的态势。一旦离婚后，孩子的抚养对离婚当事人就是一个严峻的考验，而这在缺少制度性支持的中国社会，情况更为严峻。婚姻稳定性的下降，使得人们在生育之前考虑更多也更为慎重，等待观望时间更多，待婚姻关系比较稳固后再生育，而现代避孕节育技术的普及使得性与生育实现分离成为可能。这也对生育率的下降起到某种促进作用。

2. 避孕节育技术的普及

避孕节育技术的普及，实现了性与生育的分离，人们可以尽情地享受性所带来的快乐，但不要承担性快乐所带来的责任甚至是负担。要性不要生育成为当下普遍的社会生态。现在的婚外情等如此之多，与避孕节育技术的

普及有很大的关系。因此，避孕节育对人类而言实际上是一枚硬币的两面，正负功能互现。而且在不同的时期，其正负功能及其大小可能是很不一样的。

人类有两大基本的需求——吃饭与性。但以往性与生育常常联系在一起。人类在本性驱动下维持了与死亡率相抗衡的生育率的实现，从而使得人类繁衍延续至今。现在的情况不同了，人类对生育行为的干预与避孕节育技术的迅速普及，如果缺少与之相抗衡的力量，长期以来，自然会加速人类自身的消亡。

3. 教育的扩张与生育年龄的推迟

教育扩张导致的结果：一是权利意识与独立意识的觉醒；二是女性走出家门，走进社会，就业率大幅度上升，使得事业与家庭之间矛盾与冲突的增加；三是受教育时间的延长，使得结婚与生育的年龄不断推后。所有这些都促使生育率的下降。

4. 生育年龄推迟使生育能力下降

伴随着社会经济的发展，受教育程度的普遍提高，不仅人们的结婚年龄逐渐推迟，其生育年龄也大大推迟，不仅降低了生育的可能性，甚至错过了生育的最佳时机，而且还缩短了生育期。此外，环境污染、食品安全、生活与工作压力增大等，使得人们的生殖力下降，不孕率持续攀升。

5. 剖腹产增多与再生育力下降

在中国，选择剖腹生子的妇女越来越多。受众多因素的影响，剖腹产子的妇女再育的可能性下降。

（三）养育

1. 生育成本的大幅度上升

生育，不仅意味着生命的诞生与生命的延续，对国家、社会、家庭及其父母而言，更

意味着养育的开始。由于生活成本、医疗成本、教育成本的急剧增加,使得孩子的私人(家庭)抚养成本急剧增加,超过甚至远远超过同期城乡居民收入提高的幅度,以至于“子女教育”与“住房”、“医疗”一起成为压在城乡居民头上的“新三座大山”。

一方面,中国人太爱自己的孩子,甚至到了溺爱的程度,希望什么都要给孩子最好的,尽其所能给孩子创造最好的学习与生活环境;另一方面,中国父母普遍具有孟母般的“望子成龙,望女成凤”情怀,特别崇尚子女教育;第三,私人生育与养育成本急剧增加。在资源受限情况下,出生数量与质量之间存在着竞争性关系,迫使越来越多的年轻夫妇在生育问题上采取“以质量换数量”策略,生育更少的孩子,但希望把孩子培养好。

生育二孩,意味着生活成本、教育成本、住房成本、医疗成本都会相应地增加。目前,第一个孩子是女孩的家庭生育第二个孩子的可能性要大于第一个孩子是男孩的家庭,这种现象不能排除(歧视性)性别偏好在其中扮演了一定的角色,但主要还是由于子女性别不同,其父辈经济压力不同所致。相对于女孩父母而言,男孩父母面临更大的经济压力。因为对父母而言,只需要把女孩养育好,今后能找一个好婆家将其嫁出去就行,至于财产,多则多给,少则少给,无则不给。而对于男孩父母而言,不仅要把男孩养育好,更要在男孩长大后,除了给其买房或建房外,还要积攒一笔不菲的迎娶儿媳的钱,甚至还要帮助照顾抚养孙辈。因而,更多的男孩父母在沉重的经济负担面前,即便符合再生育一个孩子的政策要求,部分也会望而却步,在经济压力面前知难而退。相比较而言,女孩父母则不同,第二个

孩子如果再生育一个女孩,尽管经济压力也因此增大,但也不至于难以承受,即便第二个孩子生育的是男孩,相对于两个男孩家庭而言,“一男一女”家庭不仅经济压力相对要小很多,而且“一男一女”组成一个“好”字,也满足了很多夫妇“儿女双全”的愿望。

2. 哺育与反哺间隔太长

尽管哺育孩子能带来许多快乐,但更多是艰辛,而“反哺”则是预期的与不确定的。在消费主义与享乐主义盛行的时代背景下,现在的人都变成非常实际,而且越来越实际,活在当下,贪图眼前的享受,而很少考虑未来与长远,更不愿意为了未来的目标而主动承担今天的责任。因此,普通民众往往是短视的。正如索维所指出的那样:“只有当膝盖感觉疼痛的时候,我们才能想起膝盖的存在”。因此,古人云:“不见棺材不掉泪”。但时代不同了,现在的人,即便见了棺材也未必会掉泪。例如,希腊危机的根源就是“少子老龄化”与高福利。但即便危机已经出现,希腊人还是不愿意多生孩子与降低福利,结果是靠借钱度日。这种状况不可能持续。

3. 孩子管教难

现在的孩子管教越来越难,原因是多方面的。一是现在多是独生子女,或者少子女,我们以往的教育经验与教育方法多是针对多子女的,独生子女教育难可能是不可消解的难题,古人说“独木难烧,独子难教”。二是现在处在一个急剧变迁的社会,现代社会的特征就是“变”,这也给教育增加了很多新的难题。三是移动互联网社会,攀比在更大范围内进行。攀比之风盛行,“不能输在起跑线上”是普遍的社会心态。四是中华民族普遍重视教育,受孟母的影响特别严重。这在华人社会中

是一个普遍的社会想象。五是在移动互联网时代,人们获取知识的能力与便捷程度大大提升,使得如今的孩子知识面与来源渠道大大扩张,对某些新知识,孩子与父母实际上已经处在同时学习阶段,家长与老师因此会面临孩子教育方面的更多问题、更多知识的挑战,传统意义上的家长与老师的权威也在不断地被解构。

(四) 就业与社会保障

1. 社会保障制度的建立与完善

社会保障制度的建立与完善,使得个体的生育与养老实现了分离,使得养老可以不依靠自己的子女与家庭成为可能,再加之认识与宣传上的误导,从而使得人们坚信养老可以不依靠子女,而是依靠社会。诸不知,社会就是由你我他组成的,社会也是由你我他支撑的,而社会的未来就是由大家生育的孩子所支撑的。大家生育的孩子越少,未来创造财富的人也越少,社会支撑力也就越弱。当生育的孩子太少时,一方面孩子未来的压力巨大,另一方面无法支撑起养老的这片蓝天。

中国目前形成的另一个共识是希望通过建立健全社会保障制度来应对人口老龄化的挑战。这种愿望究竟能在多大程度上变成现实?或者说社会保障本身在什么情况下与在多大程度上能应对人口老龄化的挑战?社会保障制度能担当起应对人口老龄化挑战的使命吗?为此,我们必须搞清楚如下三个问题:

首先,必须搞清楚社会保障究竟是一种怎样的社会制度?社会保障实际上是社会财富的再分配机制,要解决的是社会财富分配的公平性问题,保障公民的生存权是基本社会保障制度建立的初衷。社会保障本身并不直接创造财富(但是适度的社会保障可以为经济增长

创造一个和谐稳定的社会环境,从而间接促进了经济的增长。因此,适度的社会保障本身也具有生产性),通俗地说社会保障本身变不出钱来,无论何种形式的社会保障,其所需资金都是由劳动者创造的。

其次,西方发达国家在二战以后普遍建立起比较健全的社会保障与社会福利制度。但最终结果又如何呢?事实上,并不因为西方发达国家建立了比较健全的社会保障与社会福利制度,人口老龄化问题就得到了较好的解决。事实上,这些国家目前正普遍面临严峻的人口老龄化挑战,养老保险基金缺口越来越大,入不敷出,难以为继,甚至陷入破产的境地。例如,养老金支付一直是英国最大的社会保障支出项目,近年来养老金支付一直占到公共支出总额的 40% 左右,占 GDP 的 10%,每年养老金缺口达 570 亿英镑,资金压力巨大(汪建强,2007)。由此可见,即便以往建立起来的健全的社会保障与社会福利制度,由于缺少了可持续发展的人口条件,在人口老龄化日益严重的今天,也未能较好地解决发达国家人口老龄化及其相关问题。

第三,发达国家原先较为健全的社会保障与社会福利制度最初是建立在增长型人口年龄结构基础之上的。当人口结构出现严重老化时,原先比较健全的社会保障与社会福利制度难以为继。在生育率持续走低,并逐渐形成一个倒金字塔型人口年龄结构,使得缴纳社会保险金的人相对来说越来越少,而领取社会保险金的人相对来说越来越多,从而导致社会保险基金逐渐枯竭,甚至出现严重的亏空。这表明:社会保险基金的可持续筹集与可持续使用一定要建立在人口可持续发展的基础之上,而维持一个更替水平的生育率是人口可持续发

展的基础与前提条件。在持续（超）低生育率与倒金字塔型人口年龄结构基础上是不可能建立起健全的可持续的社会保障制度的。如此看来，即便中国现在建立起比较健全的社会保障与社会福利制度，但持续（超）低生育率与倒金字塔型人口年龄结构本身也注定了无论何种形式的社会保障制度都将难以为继。由此可见，独生子女政策本身不仅加速了中国家庭养老功能的急剧弱化，而且使得可持续的社会保障与社会福利制度注定在中国不可能建立起来。

西方国家的少子老龄化与高福利，使得没有足够的年轻人来维持社会福利。在此情况下，西方人既不愿意生育更多的孩子，也不愿意消减福利，结果一是负债消费与把太多的债务留给子孙，而未来根本没有足够的子女来替父辈偿还；二是引进移民。

2. 妇女就业率提高与制度性支持不足

自新中国成立以来，妇女就业率就逐渐上升，并维持在较高的水平上。妇女因此而面临更多的工作与家庭的双重压力。而在此时，中国又缺少制度性支持。例如，国家对早教与学前教育缺少完整的制度性安排，致使职业夫妇更可能面临孩子无人看管的难题。即便是到了学龄阶段，学校的时间安排多也仅仅考虑到学校与老师的利益，而很少考虑到家长与社会的利益。例如，小学 3 点钟就放学，放学后孩子究竟能去哪里，成为众多父母的心头之忧。再者，生育意味着女性职业生涯的暂时或永久性中断，妇女生育机会成本的大大增加，也迫使越来越多的年轻夫妇做出了少生甚至不生的决定。中国妇女生育率下降如此之快，与妇女就业率的上升不无关系。中国女性就业率较西方国家女性就业率高，也是导致中国妇女生

育率下降较快的原因之一。海外华人妇女的生育率处在相对更低的位置，与华人妇女的就业率相对较高有关。

七、中国的人口发展趋势是否会因“普遍二孩”的实施而改变

相对于其他社会经济变量，人口变量具有如下显著特点：一是人口是一个慢变量，政策环境的改变对其短期的影响是微小的。因此，我们绝对不能寄希望于“普遍二孩”政策的实施而“药到病除”；二是人口具有累积特点。长期的日积月累，其人口内部会集聚某种势能，当这种势能集聚到一定时候，会徐徐释放。因此，人口惯性是人口区别于其他社会经济变量的一大显著特点，人口发展趋势一旦形成，至少在短时间内是不可能逆转的；三是人口问题的产生与后果的呈现中间有一个时间差。例如，出生性别比例失衡与后果呈现之间有数十年的时间差；四是人口问题一旦产生，基本上无解。今日之人口问题，来自于昨日的解决方案，这也就是说今日之人口问题部分是被昨日解决方案所建构起来的。例如，今日中国劳动力短缺是以往出生人口急剧下降与经济快速增长对劳动力需求增加的必然结果。同样，今天的生育政策调整，并不能解决当下中国业已出现的人口问题，而是力图避免未来出现更多更为严重的人口问题。

长期的过于严苛的计划生育，特别是独生子女政策的长期施行，在人口增长得到有效控制的同时，也使得中国目前面临严重的人口问题，突出地表现在少子老龄化、劳动力短缺与出生人口性别结构的严重失衡。中国的低生育率机制不仅早已形成，而且在移动互联网时代还将得到进一步的强化，我们不得不承

认中国目前实际上已经陷入“低生育率陷阱”而短时间内难以自拔。“普遍二孩”政策的实施，虽然会在短时间内促使出生人数的增加与生育率的回升，从而有助于减缓少子老龄化前进的步伐、增加未来劳动力供给、提高家庭抗风险能力，但是中国人口发展的趋势不会因为“普遍二孩”政策的实施而得以逆转。由此可见，现在的生育政策调整本身就具有亡羊补牢的性质。

八、“普遍二孩”之后的期许

鉴于目前的生育率情势与人们的思想状况，中国实际上早已到了废除限制性生育政策，采取鼓励性生育政策的时候了。但长期的过于严苛的计划生育，特别是独生子女政策的施行，以及一元化的铺天盖地的计划生育宣传，已经在广大的干部群众中形成了对中国的人口与计划生育的思想与认识。这种思想认识的转变需要一个过程，短期内计划生育从限制到鼓励的根本性逆转将引发社会政治的震荡。从政治正确性、干部群众的可接受程度等角度考量，中国生育政策的渐次调整不失为一个可行的方案。中国生育政策的调整将分四步走：第一步“单独二孩”，第二步“普遍二孩”，第三步“自由生育”，第四步“鼓励生育”。由此可见，“普遍二孩”政策仅仅是中国生育政策调整迈出的第二步，伴随着人们思想认识的转变，在“十三五”与“十四五”期间中终将迈

出生育政策调整的第三步与第四步。我们期待着这一天的早日到来。

九、配套改革的跟进

“单独二孩”政策已经启动两年左右的时间了，但与之相对应的计划生育利益导向政策、社会抚养费征收等处罚政策、宣传教育政策等配套政策的调整与改革至今仍未完全落实到位。与“单独二孩”政策调整相配套的政策改革滞后是一个带有普遍性的社会现象。“普遍二孩”政策实施后必须努力改变“单独二孩”政策实施至今所出现的配套政策改革滞后的局面。

中国低生育率机制的形成，“单独二孩”遇冷等都预示着即便“普遍二孩”政策的实施，如果没有与此相对应的配套政策的跟进，也不会达到预期的效果，由“单独二孩”遇冷到“普遍二孩”遇冷是可以预期的。因此，要努力消减生与养给家庭所带来的从经济到精神方面的巨大压力，建立健全生育与养育成本的社会补偿机制，国家与社会在孩子生养方面应承担更多的责任，如给予孕产妇更长的假期、建立更多的托儿所、幼儿园等。此外，国家给予更多的财政支持，并促使生育与养育公共产品与公共服务的均等化，以减轻家庭与父母养育子女的负担。唯有如此，“普遍二孩”政策才可能达到预期的效果。

（作者为南京大学社会学院教授）

我国东中西部人口迁移分析和胡焕庸线思考

朱宝树

2010 年第六次人口普查提供了普查时全国 5 岁及以上人口的现住地和 5 年前 (2005.11.1) 常住地的分布资料, 据此, 可以直接推算 2005-2010 年间各地区的净迁移人口。但是, 如果采用将这 5 年间东、中、西部地区人口增量 (根据 2005 年 1% 人口抽样调查推算数据和“六普”数据) 分别扣除自然增长量的方法间接推算迁移增长, 将会发现与基于“六普”的直接推算结果有较大出入。推算结果还显示: 5 岁以下儿童的净迁移流向正好与“一江春水向东流”的大势相反。基于数据分析, 本文探讨了胡焕庸线相关的人口迁移分布问题。

一、资料来源

本文的分析主要利用以下基础数据: 一是基于 2005 年全国 1% 人口抽样调查推算的 31 个省、市、自治区的人口数; 二是 2010 年“六普”各地区人口数以及普查时全国 5 岁及以上人口的现住地和 5 年前 (2005.11.1) 常住地的分布资料; 三是 2005-2010 年各地区年末人口和出生率、死亡率统计资料; 四是 2006 年和 2010 年全国和东中西部的 5 岁以下人口死亡率。

根据 2005 全国 1% 人口抽样调查和 2010 年“六普”资料, 全国总人口 (指 31 个省、市、

自治区, 下同) 由 130628 万人增加到 133972 万人, 增加了 3344 万人。根据统计资料, 我国 2005-2010 年 5 年间出生、死亡和自然增长人口分别为 8001、4634、3367 万人。本文在将这 5 年间全国总人口增量 3344 万人视为自然增长量的前提下, 相应地把全国出生、死亡人口数调整为 7946、4602 万人。为推算方便, 本文根据 2005-2010 年各年各地区出生率、死亡率、自然增长率, 按东、中、西部分别推算, 假设没有迁移条件下, 以时期 (指 2005-2010 年 5 年间, 下同) 初人口为基数的时期内出生、死亡、自然增长数占比。

据“六普”资料推算, 2010 年末我国 5 岁以下人口, 即 5 年间出生并留存至时期末的人口为 7592 万人, 据此推算出生后死亡数为 354 万人 (7946 万人减去 7592 万人), 占 5 年间累计出生人口的 4.46%。根据 2006 年和 2010 年全国和东、中、西部 5 岁以下儿童死亡率资料, 分别取其平均值, 如以全国平均水平为 1.00, 东、中、西部则分别为 0.54、0.9、1.60。据此, 分别将假设没有迁移条件下的时期内东、中、西部累计出生人口中的死亡占比估计为 2.41%、4.01%、7.13%, 以时期初人口为基数的占比则分别为 0.14%、0.25%、0.48%

¹ 本文参加“中国人口地理格局与城市化未来——纪念胡焕庸线发现 80 周年学术研讨会” (2015.11.7-8, 上海)

² 王艳萍等, 中国 2000-2006 年 5 岁以下儿童死亡率和死亡原因分析, 中华流行病学杂志, 2007.30 (5); 冯江等, 中国 2000-2010 年 5 岁以下儿童死亡率和死亡原因分析, 中华流行病学杂志, 2012.33 (6)。

³ 国家卫计委: 流动人口妇女生育率与总人口平均生育率水平相差无几, 中国新闻网 2013 年 9 月 10 日。

(表 1)。

2005 年全国总人口 130628 万人, 2010 年全国 5 岁及以上人口为 126380 万人, 5 年间死亡 4248 万人, 占时期初人口的 3.25%。将以时期初东、中、西部人口为基数的假设没有迁移条件下的时期内死亡总数占比 3.38%、3.60%、3.64% 分别减去上述 5 岁及以上人口的死亡占比, 其差额 3.23%、3.35%、3.16%, 即分别为假设没有迁移条件下以时期初东、中、西部人口为基数的时期内死亡占比。显然, 时期初人口至时期末的死亡与 5 岁以下的死亡相比是大数, 以并非精确的小数推算大数难免会进一步产生误差, 但估计不会有太大出入, 更不会对推算迁移增长产生实质性影响。

根据“六普”5 岁及以上人口的现住地和 5 年前 (2005.11.1) 常住地的分布数据 (长表), 不仅可以直接推算 2005-2010 年间各地

区的净迁移人口, 还可推算与此相应的时期初的各地区人口。因为, 普查时全国 5 岁及以上人口按普查时 5 年前常住地分的东、中、西部人口, 就是时期初东、中、西人口在假设没有迁移条件下至时期末的自然留存人口 (即时期初人口减去时期内死亡数之差)。如表 2 所示, 根据“六普”长表数据推算的全国 5 岁及以上人口为 126380 万人, 其中, 按时期初常住地分的东、中、西部人口分别为 49121、42155、35135 万人, 参照表 2 中假设没有迁移条件下以时期初东、中西部人口为基数的时期内死亡占比, 即可求得时期初东、中、西部人口分别为 50761、43584、36282 万人。

然而, 按 2005 年 1% 人口抽样调查数据推算, 东、中、西部人口却分别为 51518、42488、36622 万人。为此, 本文关于 2005-2010 年间东、中、西部人口增长情况的分析采用两种方案,

表 1 2005-2010 年假设没有迁移条件下东、中、西部人口自然变动有关参数

		合计	东部	中部	西部
以时期初人口为基数的占比%	出生a	6.08	5.82	6.07	6.46
	死亡b	3.52	3.38	3.60	3.64
	自然增长c	2.56	2.44	2.47	2.83
时期内出生人口的死亡	2006 %	20.6	10.3	18.4	38
	5岁以下 2010 %	16.4	9.7	14.8	21.1
	死亡率 平均 %	18.5	10	16.6	29.55
	比较 d	1.00	0.54	0.90	1.60
	占出生人口% $d=4.11*d$	4.46	2.41	4.01	7.13
占时期初人口% $f=a*d/100$		0.27	0.14	0.25	0.48
时期初人口于时期末的死亡占比% $g=b-f$		3.25	3.23	3.35	3.16

资料来源: 中国统计年鉴中各年出生、死亡、自然增长率数据, 5 岁以下儿童死亡率根据有关调研成果。

表 2 2005-2010 年时期末 5 岁及以上人口的地区分布 (万人)

		合计	按时期初常住地			净迁入
			东部	中部	西部	
合计		126380	49121	42125	35135	-
按时期末 现住地	东部	52460	48690	2364	1406	3340
	中部	39900	235	39557	109	-2225
	西部	34020	197	204	33620	-1115

资料来源: 根据“六普”长表有关资料, 按普查人口总量分布推算。

两种方案的自然增长参数都同表 2, 差别在于: a 方案的时期初人口按 2005 年 1% 人口抽样调查数据推算, 而 b 方案的时期初人口则按基于“六普”的推算数据, 推算结果见表 3。

二、实证分析

将时期末各地区实际人口数减去假设没有迁移条件下的时期末各地区人口, 其差即为时期内各地区人口的迁移增长。由表 4 可见, 时期内我国东、中、西部地区的人口净迁移按 a 方案分别为 2501、-1068、-1434 万人, 而按 b 方案则分别为 3276、-2192、-1084 万人。东、中、西部在全国总人口中的占比, 2005 年按 a 方案分别为 39.44%、32.53%、28.04%, 按 b 方案则分别为 38.86%、33.36%、27.78%, 与 2010 年的 41.26%、31.70%、27.04% 相比, 2005-2010 年间, 东部按 a 方案上升了 1.82 个百分点, 按 b 方案上升了 2.40 个百分点; 中、

西部按 a 方案分别下降了 0.82、1.00 个百分点, 而按 b 方案则分别下降了 1.66、0.74 个百分点。可见, “一江春水向东流” 的大趋势依然未变。

(一) 5 岁以下人口的迁移

1. 净迁移流向与 5 岁及以上正好相反

时期末各地区 5 岁以下人口与假设时期内没有迁移条件下的时期末各地区 5 岁以下人口之差, 即为时期末 5 岁以下人口于时期内的迁移增长: 按 a 方案, 东、中、西部分别为 -106、96、10 万人, 而按 b 方案则分别为 -63、33、30 万人。两种推算的结果数量相差较大, 但净迁移流向完全一致: 东部净迁出, 而中西部则为净迁入。这种现象, 折射出我国人口流动的一个重要特点: 作为流动人口子女的 5 岁以下学龄前儿童, 其流动方向与我国总体上的流向正好相反。

2. 主要反映流动人口生育行为的流动性

所谓流动人口生育行为的流动性, 主要体现在为流动妇女生育的孩子未必都随其母亲流

表 3 2005-2010 年我国东中西部人口迁移增长变化状况估计 (万人)

		合计	a方案: 间接推算			b方案: 直接推算		
			东部	中部	西部	东部	中部	西部
总人口	期初	130628	51518	42488	36622	50761	43584	36282
	期末	133972	55278	42471	36223	55278	42471	36223
	5岁以下	7592	2818	2571	2203	2818	2571	2203
	5岁及以上	126380	52460	39900	34020	52460	39900	34020
	出生	7946	2998	2581	2367	2953	2648	2345
	死亡	4602	1739	1530	1332	1713	1569	1320
时期内假设 没有迁移	期内出生	354	74	106	174	73	109	172
	期初人口	4248	1665	1424	1158	1640	1459	1148
	自然增长	3344	1259	1051	1035	1240	1079	1025
	时期末人口	133972	52777	43539	37657	52002	44663	37307
	5岁以下	7592	2924	2475	2193	2880	2538	2173
	5岁及以上	126380	49853	41064	35464	49122	42125	35134
迁移增长	总人口	0	2501	-1068	-1434	3276	-2192	-1084
	期末5岁以下	0	-106	96	10	-63	33	30
	5岁及以上	0	2607	-1164	-1444	3339	-2225	-1114

资料来源: a方案时期初人口按2005年1%人口抽样调查推算, b方案时期初人口按2010年人口普查5岁及以上人口于普查时5年前常住地分布数据并考虑死亡因素推算, 两种推算的自然增长参数同表1, 并按各地区加总数等于全国合计数进行微调。

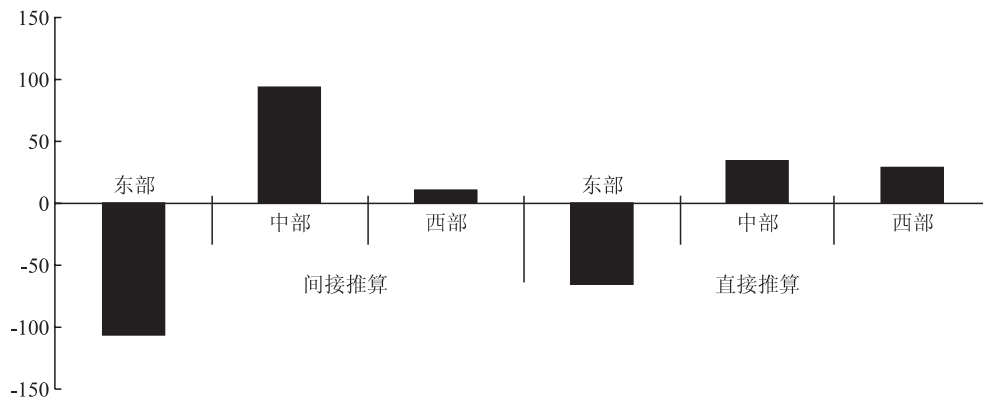


图 1 2005-2010 年时期末 5 岁以下人口于时期内的迁移增长（万人）

表 4 2005-2010 年时期末东中西部 5 岁以下人口占比和净流入人口增长

		合计	东部	中部	西部
5 岁以下占比%	实际a	5.67	5.10	6.05	6.08
	假设没有迁移b	5.67	5.54	5.68	5.82
	a-b	-	-0.44	0.37	0.26
	假设都随迁c	5.67	5.90	5.40	5.66
	c-b	-	0.36	-0.28	-0.18
	a-c	-	-0.80	0.65	0.43
净流入人口	2005 万人	-	2983	-2123	-860
	2010 万人	-	5437	-3721	-1716
	增长%	-	82.27	75.27	99.53

资料来源：5 岁以下占比根据表 3，净流入人口增长根据 2005 年全国 1% 人口抽样调查和 2010 年第六次人口普查。

动。我国迁移人口的主体是非户籍迁移即流动人口。根据 2005 年 1% 人口抽样调查和 2010 年人口普查资料推算，在东部地区 5 年间的人口净迁入增量中，流入人口净增量占 73.12%，在中、西部人口的净迁出增量中，流出人口净流出增量分别占 71.21%、76.98%。如同迁移可以分为直接迁移和间接迁移（主要指迁移后生育引起的“迁移”增长）一样，人口流动（指户口仍在流出地）也可分为直接流动和间接流动。通常情况下，间接迁移流向基本上与直接迁移一致，即间接迁移带来的人口增长基本上都在迁入地。但是，间接流动带来的人口增长却更多的是在流出地。具体来说，就是许多流动

妇女往往回老家生育并将孩子留在老家，或者在流入地生下孩子后把孩子送回流出地的老家。

3. 留守儿童增长快于流动儿童

据有关调查，流动人口妇女生育率与总人口平均生育率水平相差无几，在流动人口家庭生的孩子中，50% 以上是在没有流动的状况下生的，是生完以后才流动的。因资料所限，本文无法估计流动人口家庭的孩子究竟有多少是在流入地的流动儿童和在流出地的留守儿童。下面，主要通过东、中、西部人口中的 5 岁以下占比比较，分析 5 岁以下与 5 岁及以上人口的逆向差别迁移所带来的差别效应。

首先根据表 3 中的有关数据，以 b 方案

³ 国家卫计委：流动人口妇女生育率与总人口平均生育率水平相差无几，2013 年 9 月 10 日中国新闻网。

为例,粗略估计 2005–2010 年间各地区净迁移人口生育的孩子人数:将 2010 年全国 5 岁以下与 5 岁及以上人口之比(粗略反映生育水平,6.01%)乘以各地区 5 岁及以上净迁移人口数,得出东、中、西部时期内净迁移人口生育孩子数分别为 201、134、67 万人。然后,将这三个数字分别加上假设没有迁移条件下的时期末东、中、西部 5 岁以下人口数,得出假设时期内迁移人口生育孩子如果全部随迁(或称举家迁移)条件下的时期末东、中、西部 5 岁以下人口数,并进一步求得同样假设条件下的时期末 5 岁以下人口在总人口中的占比。需要指出的是,2005–2010 年 5 年间发生迁移的 5 岁以下儿童,并非都是这 5 年内新增的迁移流动人口所生,前面讲到的流动妇女,还包括 5 年前就已加入流动人口群体的广大妇女。

如表 4 所示,2010 年,东、中、西部人口中的 5 岁以下实际占比分别为 5.10%、6.05%、6.08%,与假设没有迁移条件下的占比相比,东部下降了 0.44 个百分点,而中、西部则分别上升了 0.37、0.26 个百分点;但是,与假设举家迁移条件下的时期末东、中、西部 5 岁以下占比(分别为 5.90%、5.40%、5.66%)相比,

东部的实际水平下降了 0.80 个百分点,而中、西部则分别上升了 0.65、0.43 个百分点。与假设没有迁移条件下相比,假设举家迁移条件下的时期末的东部 5 岁以下占比要上升 0.36 个百分点,而中、西部则要分别下降 0.28、0.18 个百分点。可见,5 岁以下与 5 岁及以上人口的逆向差别迁移,导致东部 5 岁以下占比下降,中、西部 5 岁以下占比上升,这种差别效应相当显著。

要指出的是,上述差别效应并不意味着流入地流动儿童的减少,只不过相比之下,流出地留守儿童增加数量要大于前者。2005–2010 年,东部净流入人口由 2983 万人增加到 5437 万人,增长了 82.27%,中、西部净流出人口分别由 2123、860 万人增加到 31721、1716 万人,分别增长了 75.27%、99.53%。流动人口的大量增长,必然伴随着流动儿童和留守儿童的增长。以上海为例,2005–2010 年间常住人口出生 80.7 万人,其中外来人口出生 33.5 万人,占了四成多。

以上分析主要都是指东、中、西部之间的迁移流动。有关研究根据《中国 2010 年第六次人口普查资料》样本数据推算,全国有农村留守儿童 6102.55 万,占农村儿童 37.7%,

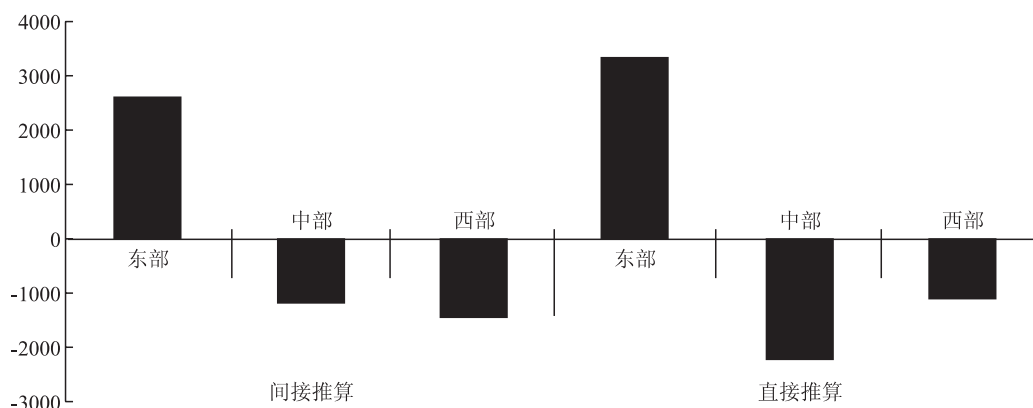


图 2 2005–2010 年时期末 5 岁及以上人口于时期内的净迁移人口 (万人)

⁴ 如果考虑年龄结构因素,流动人口的这个比值实际上应该高于全国平均水平。

⁵ 全国妇联发布《我国农村留守儿童、城乡流动儿童状况研究报告》,来源:2013 年 05 月 10 日中国经济网。

占全国儿童 21.88%。与 2005 年全国 1% 抽样调查估算数据相比,五年间全国农村留守儿童增加约 242 万。学龄前农村儿童(0-5 岁)规模快速膨胀,达 2342 万,在农村留守儿童中占 38.37%,比 2005 年的学龄前农村留守儿童增加了 757 万,增幅达 47.73%。

(二) 5 岁及以上人口的迁移

如表 4 所示,按 a 方案,时期末 5 岁及以上人口末人口的净迁移分别为 2611、-1175、-1436 万人,而按 b 方案则分别为 3344、-2226、-1119 万人。a 方案是按 2005-2010 年年末统计的人口数据通过总人口增量减去自然增长而间接推算的结果,而 b 方案则是按“六普”关于普查时现住地和 5 年前常住地分布数据直接推算的结果。这两种推算结果虽然都反映了“一江春水向东流”的大趋势,但具体流量出入较大:与 a 方案相比,b 方案的东部净迁入多了 28.07%,中部净迁出多了 89.45%,西部净迁出少了 22.08%。

笔者认为,相对而言,基于“六普”的直接推算迁移数据应该比根据自然增长间接推算的结果准确,但也可能存在一定误差,其理由如下:

1. 在不考虑“六普”常住人口地区分布数据误差的前提下,普查时 5 岁及以上人口回顾填报 5 年前(2005.11.1)的常住地难免会有误差。普查定义的一地区常住人口是指 3 类人(普查时居住在本地区并且常住户口登记在本地区、已在本地区居住半年以上户口在外地、在本地区居住不满半年但已离开户口所在地半年以上等)。对于流动人口来说,普查时的常住地都存在误报为户口所在地或重报现住地和户口所在地等误差,何况按普查定义回忆登记 5 年前那个时点的常住地,可能困难更大,记不

清的情况下很可能会将户口所在地、当时居住或离开户口所在地不满半年的居住地误报为当时的常住地,由此导致迁移推算数据的误差。各地区的流动人口是一个川流不息不断更替的人口群体,从原来常住的流入地返回流出的户口所在地以后,如果将原常住地误报为户口所在地,就会相应地减少原流入地的流出人口,同时也减少了流出地的流入人口。

根据 2005 年 1% 人口抽样调查推算的全国总人口可能存在低估误差。根据 2005 年全国 1% 人口抽样和 2010 年普查,与 2005 年时 15-34 岁年龄段的人口(38666 万人)相比,2010 年时的 20-39 岁人口(42763 万人)未减反增,而这个年龄段正是流动人口集中的年龄段。应该说,这个问题的原因主要在于 2005 年 1% 人口抽样调查的漏登。也就是说,基于“六普”直接推算的部分时期内迁移人口本来在时期初就已经属于“六普”时现住地的常住人口,但却并未出现在 2005 年的统计数据之中;他们实际上并不是时期内新增的迁移流动人口,只是因为他们在“六普”时将 5 年前的常住地误报为户口所在地,才被纳入了时期内的新增迁移人口。

即使不考虑 2005 年全国人口总量是否低估,基于“六普”关于普查时 5 年前常住地分布推算的东部人口也有可能存在低估的误差。按 b 方案,2005 年东部地区为 50761 万人,比基于 2005 年 1% 人口抽样调查直接推算的 51518 万人少了 757 万人(表 3)。但是,是不是真的应该少?从上海市的情况看,根据 2005 年 1% 人口抽样调查主要数据公报,全市常住人口为 1778 万人,其中外来人口 438 万人。但“六普”结果显示,2010 年上海常住人口达到明显超出预期的 2302 万人,所以,

在以后公布的人口统计数据中,把 2005 年的全市常住人口调整为 1890 万人,其中外来人口 540 万人。也就是说,通过“六普”发现:过去的人口统计数低估了,低估的基本上就是外来人口。按 2005 年上海常住人口 1890 万人推算,在假设没有迁移条件下至 2010 年的自然增长量约为 23 万人,而实际增长 412 万人,据此推算 5 年间迁移增长量为 389 万人,这个数字与 5 年间全市外来流动人口增加数(由 540 万人增加到 865 万人,增加 325 万人),与户籍人口机械增长统计数据(56.29 万人)之和(381 万人)是比较接近的。但是,根据“六普”5 岁及以上人口现住地和 2005.11.1 常住地的分布数据直接推算,5 年间上海常住人口迁移增长达 435 万人,明显偏大。

所以,笔者虽然认为基于“六普”的直接推算迁移数据应该比根据自然增长间接推算的结果准确,但究竟准确到什么程度,仍然不得而知。当然,这里的讨论已经不仅 5 岁及以上而是迁移总量问题了。在 2005 年、2010 年全国人口总量分别为 130628、133972 万人和 2010 年人口分布同“六普”的前提下,如果按 2005 年全国 1% 人口抽样调查推算的东部人口(51518 万人)存在低估的误差,那就意味着:基于“六普”直接推算的 2005-2010 年 5 年间的部分东迁人口,可能早在 5 年前就已迁入了东部,也就是说,5 年间的部分迁移增量(主要指流动人口)实际上是 5 年前的迁移存量,5 年间中、西部向东部的人口净迁移量不仅可能少于基于“六普”直接推算的 3276 万人,甚至可能比间接推算的 2501 万人还要少。

三、几点思考

本文推算的所有数据,都没有绝对意义,但却值得深入思考。

胡焕庸线破与不破两难,主要难在人口东迁难以突破性逆转。面对“一江春水向东流”的浩浩荡荡,因势利导适当调节是需要的,而硬要逆向而动,则是“非狂即妄”。事实上,人口东流不可能永远一浪高一浪。从人口分布的变化看,从 2005-2010 年到 2010-2013 年,东部占比年均上升百分点由 0.33 减少为 0.07,中部占比年均下降百分点由 0.15 减少为 0.07,西部占比年均下降百分点则由 0.18 减少到几乎为零;东部人口年均增长率由 15.57‰ 下降到 7.03‰,中部和西部则分别由 2.56‰ 和 0.84‰ 提高到 3.10‰ 和 5.22‰。如果继续保持这种趋势,随着时间推移,东部人口占比转升为降,中西部人口占比转降为升并非没有可能。但是,人口分布东密西疏的极不均匀状况不可逆转。

人口分布的均衡之义,在于“均而不衡,衡而不均”,过份追求均匀分布,只会加剧人口与经济社会、资源环境的不平衡。如果简单地以 GDP 表征经济承载力,以粮食产量表征土地资源承载力,那么,在假设全国人口与经济-资源承载力相对平衡的前提下,东部地区是经济承载力富裕而资源承载力不足,中部是经济承载力不足而资源承载力富裕,西部则是经济和资源承载力都不足。我们不追求封闭型的区域内平衡,但东部地区相对富裕的承载力不宜都用来支持本地区吸纳人口,而是要更加着力于加大向中西部地区经济发展的辐射

⁶ 朱宝树,人口与经济-资源承载力区域匹配模式探讨,中国人口科学 1993 年第 6 期。

⁷ 朱宝树,城市化的城乡人口结构差别效应研究,国家哲学社会科学基金项目(05BRK008)成果,2011。

表 5 2005–2013 年我国人口分布变化

	分布比例					人口年均增长率 %	
	2005	2010	2013	年均变化百分点		05-10	10-13
				05-10	10-13		
合计	100	100	100	-	-	7.33	5.30
东部	39.62	41.26	41.48	0.33	0.07	15.57	7.03
中部	32.45	31.69	31.49	-0.15	-0.07	2.56	3.10
西部	27.93	27.04	27.03	-0.18	-	0.84	5.22

资料来源：中国统计年鉴（2014）

表 6 我国东中西部的人口与经济 – 资源承载力分布

%

	总人口			经济承载力			土地资源承载力		
	2003	2008	2013	2003	2008	2013	2003	2008	2013
合计	100	100	100	100	100	100	100	100	100
东部	38.95	40.45	41.48	59.46	58.23	55.49	30.67	28.67	27.91
中部	32.97	31.97	31.49	23.36	23.64	24.50	40.24	45.43	45.53
西部	28.08	27.57	27.04	17.18	18.14	20.01	29.09	25.90	26.56

资料来源：中国统计年鉴，经济承载力根据国内生产总值，土地资源承载力根据粮食产量。

带动力，以增强中西部地区的人口承载力。区域人口与经济 – 资源承载力的相对平衡，要着力寻求区域内平衡和跨区域平衡之间的最佳平衡点。

关注人口流动的区域差别效应。从中、西部流入东部人口的平均受教育程度看，总体上是高于流出地而又低于流入地，因此对流出和流入地的平均受教育程度提高是起到了不同程度的滞缓效应，但人口流动总体上有利于提升人口素质。从由东部返回中、西部的流动人口看，其文化技能素质通常是低于东部而又高于中、西部地区，因此对流出和流入地的人口素质会起到一定的双向提升效应。不难设想，在产业结构东高西低、由东向西转移产业结构的高度低于东部而又高于西部的情况下，这种转移对东、西部的产业结构也会起到一定的双向提升效应。东、西部之间的人口 – 产业转移，应该更加着眼于东、西部地区的双赢。

与“一江春水向东流”大潮相比，5 岁以下儿童的逆向流动虽属“涓涓细流”，但却引人注目。随着跨区域流动人口的不断增加，流

入地的流动儿童和流出地的留守儿童同时增加，但后者增加更快。要积极推进“举家迁移”和“返乡团聚”，流动儿童和留守儿童服务协调发展。

“一江春水向东流”的流量不可低估，但是，基于“六普”推算的普查时前 5 年内的迁移流量可能偏大。因为，其中一部分可能并非增量，而是存量。

在流动人口大量存在的情况下，“六普”关于普查时 5 年前常住地的填报可能存在误报为户口所在地等误差，今后的人口普查也需进一步关注这个问题。

一定时期内一定地域范围的地区，其人口增长等于时期内的自然增长与迁移增长之和，这道看似简单的算术题，真正做好并不容易。算来算去，经常会“摁了葫芦起了瓢”。如同中国生育率究竟有多低一样，迁移率究竟有多高也是一个谜。本文只是抛了一个并未破解的谜团，期望引来谜底。

（作者单位：华东师范大学人口所）

◀ 本期关注 ▶

上海市老年人口的健康、医疗和照护状况发展趋势研究

——基于历次上海市老年人口状况和意愿抽样调查

《人口信息》编辑部

特邀主持人：周海旺，上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长，研究员

主持人语

上海正处在人口老龄化加速发展阶段，到 2014 年底，上海 60 岁以上的户籍老年人口有 413.98 万人，65 岁以上的户籍老年人口达到了 270.06 万人，80 岁以上老年人口达到 75.32 万人，百岁老人达到 1631 人。2014 年上海户籍 60 岁及以上的老年人口数量超常规增长，一年中就净增长 27 万人。从相对比重来看，上海人口老龄化呈现 70 岁以下的低龄老人和 80 岁及以上的高龄老人比重持续增长，而 70-79 岁中龄老人比重下降的特点，60-69 岁的低龄老人从 1990 年的 14.17% 上升至 2014 年的 28.77%，80 岁及以上的高龄老年人口占总人口的比例也在不断攀升，从 1990 年的 1.29% 上升至 2014 年的 5.24%。老年人口规模的迅速增加，内部年龄结构的变化，带来了老年人口整个整体的健康状况和医疗、护理需求的变化。

为了解上海市老年人口的状况与养老服务需求，积极应对日益严峻的老龄化挑战，上

海市老龄科学研究中心与上海社会科学院城市与人口发展研究所于 2013 年开展了一次《上海市老年人口状况与意愿调查》，这是 1998 年以来该系列调查的第五次。本次调研涵盖上海市 10 个区县的 35 个居（村）委。调查分市区类和郊区、农村类两类地区，选择了 3500 位老人进行了调查。所选取代表城区的五个区是：黄浦区、徐汇区、杨浦区、闸北区、长宁区，代表郊区和农村的五个区是：浦东、嘉定、闵行、青浦、金山。调研共计发放问卷 3500 份，回收有效问卷 3397 份，问卷有效率达 97.1%。从这次调查结果中，我们对上海老年人口的健康、医疗和照护情况有了全面的了解。本文根据这次调查的结果，并与前面几次调查的情况进行比较，分析了上海老年人口健康状况及其变化趋势，并对医疗和照护服务中存在的问题进行了分析，建立统计模型对影响老年人口自理能力的主要因素进行了定量分析，并提出了改进的对策建议。

老年人口的健康状况、健康行为与健康观念

杨晓萍（上海社会科学院城市与人口发展研究所助理研究员）

一、健康状况

（一）老年人口自评健康状况和实际健康状况有所提高，并未随人口老龄化的加深而下降

1998–2013 年调查数据显示，老年人口的自评健康状况有一定程度的提高，并没有随人口老龄化的加深而下降（见表 1）。自评健康“一般”的老年人口比例基本未变，但自评健康“不好或不太好”的老年人口比例从 2005 年及以前的 1/3 左右下降到 2008 年的约 1/5 和 2013 年的约 1/7；自评健康“较好或很好”的老年人口比例从 2005 年以前的约 1/5 上升到 2008 年的约 1/4 和 2013 年的约 1/3。其原因固然有老年人口健康状况的实质性改善，此外，还有一个可能的影响因素是调查问卷中关于自评健康的问题和选项在 2008 年和 2013 年有所调整。

表1 1998–2013年上海老年人口自评健康状况的比较（%）

	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
不好或不太好	34.1	32.7	31.1	21.5	13.5
一般	39.4	47.9	48.7	51.3	51.7
较好或很好	26.1	19.2	20.1	27.0	34.8
无法回答	0.4	0.2	0.1	0.2	—
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

而老年人口的实际健康状况也有所提高，表现在患病率、患病种数的下降，经常发生不

适症状的比例、不适症状经常发生种数的下降等方面。

老年人口患病率和平均患病种数从 1998 年到 2005 年均有明显增加，而从 2005 年开始又有所下降。表 2 显示，患有疾病的老年人口比例从 1998 年的 69.5% 上升到 2003 年的 75.9% 和 2005 年的 88.0%，7 年间上升了近 20 个百分点；之后又略下降到 2008 年的 83.7% 和 2013 年的 83.6%；平均患病种数也从 1998 年的 1.28 种上升到 2003 年的 1.58 种和 2005 年的 1.70 种，而后又下降到 2008 年的 1.64 种和 2013 年的 1.59 种。

在患有疾病的老年人中，患病种数及其结构比较稳定。患病老人平均患病种数大约是 2 种，其中，有 1–2 种疾病的老年人比例基本维持在 75% 左右；有 3–4 种疾病的老年人比例在 22% 左右；患有 5 种及以上疾病的老年人比例在 2%–4%。

2013 年调查问卷更加细化了老年人口不适症状的问题，为了与前面四次调查结果相比较，对 2013 年问卷中的不适症状选项与之前问卷中的不适症状选项进行了匹配，五次调查数据的比较结果见表 3。在匹配调整后的 10 种不适症状中，经常有不适症状的老年人比例先有所上升，从 1998 年的 70.6% 上升到 2005 年的 79.7%，之后又下降到 2008 年的 69.2% 和 2013 年的 50.8%，15 年间下降了约 20 个百分点。

老年人不适症状的平均种数也呈下降趋势，从 1998 年的 1.96 种下降到 2003 年的 1.80 种，2005 年的 1.79 种，2008 年的 1.42 种和 2013 年的 1.04 种。其中，经常有不适症状的老人的平均症状种数也从 1998 年的 2.77 种和 2003 年的 2.69 种下降到 2005 年的 2.25 种，

表 2 1998-2013 年上海老年人口患病率和患病种数的比较 (种, %)

	1998年	2003年	2005年	2008年	2013年
没有患病	30.5	24.1	12.0	16.3	16.4
患有疾病	69.5	75.9	88.0	83.7	83.6
其中: 患有1-2种疾病	78.4	69.2	75.3	73.8	75.7
患有3-4种疾病	19.4	26.9	22.6	23.1	21.2
患有5种及以上疾病	2.0	4.0	2.2	3.1	3.1
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
平均患病种数	1.28	1.58	1.70	1.64	1.59
其中: 患病老人的平均患病种数	1.84	2.08	1.93	1.96	1.90

表 3 1998-2013 年上海老年人口经常发生不适症状的比率和种数的比较 (种, %)

	1998年	2003年	2005年	2008年	2013年
没有经常不适的症状	29.4	33.2	20.3	30.8	49.2
有经常不适的症状	70.6	66.8	79.7	69.2	50.8
其中: 有1-2种不适症状	54.8	57.9	67.1	73.3	76.2
有3-4种不适症状	28.2	25.8	25.8	21.0	13.2
有5种及以上不适症状	17.0	16.3	8.1	5.8	10.6
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
平均不适症状种数	1.96	1.80	1.79	1.42	1.04
其中: 有不适症状老人的平均症状种数	2.77	2.69	2.25	2.05	1.73

2008 年的 2.05 种和 2013 年的 1.73 种。这是由于在经常有不适症状的老年人中, 经常出现 1-2 种症状的老年人比例有所上升, 从 1998 年的 54.8 % 和 2003 年的 57.9 % 上升到 2005 年的 67.1 %, 2008 年的 73.3 % 和 2013 年的 76.12 %; 而经常出现 5 种及以上症状的老年人比例则下降很快, 从 1998 年的 17.0 % 和 2003 年的 16.3 % 下降到 2005 年的 8.1 % 和 2008 年的 5.8, 而 2013 年又有些回升。

由于 2013 年调查问卷中问题和选项都细化, 可能导致调整后的 2013 年数据会有些偏差。如经常有不适症状的老年人比例较其他年份低了很多。不过, 经常有不适症状的老年人出现的症状种数结构和均值, 还是与前几次调查显示相同的下降趋势。

(二) 老年人口主要疾病的患病率及其排序并没有随着时间推移而发生明显变化

从 2003 年到 2013 年的 10 年间, 老年人口疾病患病率前五位的一直是高血压、骨关节炎、冠心病、支气管炎和糖尿病, 其中, 高血压和糖尿病的患病率呈逐年上升的趋势, 高血压患病率从 1998 年的 32.5 % 上升到 2003 年的 45.2 %, 2005 年的 49.2 %, 2008 年的 49.3 和 2013 年的 51.6 %; 糖尿病患病率从 1998 年 5.7 % 的上升到 2003 年的 9.6 %, 2005 年的 10.4 %, 2008 年的 11.3 % 和 2013 年的 12.0 %。骨关节炎、冠心病和支气管炎的患病率却从 2003 年开始有所下降。另外, 老年人口神经系统疾病的患病率从 2005 年起有所上升, 从 2005 年的 2.0 % 上升到 2008 年的 4.7 % 和 2013 年的 5.7 %。

1998-2008 年的四次调查中, 老年人口不适症状的经常发生率排在前 3 位的一直是“失眠或醒得过早”、“突发性头晕”和“关节肿大

“僵硬 / 疼痛”。其中，“失眠或醒得过早”的经常发生率一直在 30% 左右，2008 年下降到 23.3%，但保持在经常发生率的首位；“突发性头晕”和“关节肿大 / 僵硬 / 疼痛”的经常发生率一直在下降，从约 1/4 下降为不到 1/5，这很可能是由于“高血压”和“骨关节炎”确诊率提高后用药控制的结果。

而 2013 年由于调查问卷中问题和选项的调整，“疲倦”的经常发生率达到 38.7%，跃为首位；而“突发性头晕”的经常发生率不到 10%，跌出症状发生率的前三位。

（三）老年人口心理健康状况良好，但高龄老人更易感到生活空虚和孤独

2013 年调查数据显示，老年人对生活感到基本满意的比例较高，心理健康状况良好。但高龄老人更容易感到生活空虚和孤独，而农村老年人更易感到孤独和认为大多数人活得比自己好。

如表 4 所示，被调查老年人中，有 82.2% 对目前的生活感到基本满意，10.8% 感到不满意；有 12.5% 感到生活空虚，79.8% 不感到生

活空虚；有 73.9% 总是感到心情愉快，16.6% 并不总是感到心情愉快；有 13.3% 经常感到孤独，80.5% 并不经常感到孤独；有 28.5% 认为大多数人活得比自己好，39.6% 不认为大多数人活得比自己好。

高龄老人更容易感到生活空虚和孤独。80 岁及以上高龄老人中，有 19.3% 感到生活空虚，比 60-69 岁老年人和 70-79 岁老年人中的这一比例高了约 10 个百分点和 6 个百分点。80 岁及以上高龄老人经常感到孤独的比例也要分别比 60-69 岁老人和 70-79 岁老人高约 16 个百分点和 9.5 个百分点。

另外，农村老年人更易感到孤独和认为大多数人活得比自己好。农村老年人经常感到孤独的比例也比城镇老年人高约 5 个百分点。农村老年人中有 39.3% 认为大多数人活得比自己好，而城镇老年人中的这一比例为 26.9%，比农村老人低了约 12.5 个百分点。

二、健康行为和医疗状况

（一）老年人口做专项体检的比例较低，

表 4 2013 年上海分性别、年龄、城乡老年人口的心理感受（%）

心理感受	性别		年龄			城乡		总计
	男性	女性	60-69	70-79	80+	城镇	农村	
对目前的生活基本满意								
是	82.0	82.4	84.1	82.2	77.2	83.1	76.2	82.2
不是	10.8	10.7	9.4	11.8	12.8	9.4	19.4	10.8
生活空虚								
是	12.5	12.4	9.6	13.0	19.3	12.4	12.7	12.5
不是	80.4	79.3	84.9	80.0	66.0	79.4	82.0	79.8
心情愉快								
是	75.4	72.6	77.2	73.7	65.4	74.3	71.5	73.9
不是	14.9	18.1	14.1	17.5	21.9	15.4	24.7	16.6
孤独								
是	12.0	14.4	8.3	14.7	24.1	12.6	17.7	13.3
不是	82.5	78.7	86.9	79.6	65.0	80.5	80.3	80.5
大多数人活得比自己好								
是	29.5	27.6	29.1	26.8	29.4	26.9	39.3	28.5
不是	39.2	40.0	39.8	43.5	33.5	41.0	30.5	39.6

经常锻炼的比例在不断下降, 男性老年人和 60-69 岁老人抽烟比例较高, 老年人的健康行为还待改变

2013 年调查数据显示, 63.0% 的老年人做过血常规检查; 53.5% 的老年人做过尿常规检查; 22.9% 的老年人做过结肠癌粪便检查; 26.3% 的女性老年人做过子宫颈抹片检查; 25.2% 的女性老年人做过乳房 X 光检查。在做过各项体检的老年人中, 约 1/5 到 1/4 的老年人是在 2013 年做的检查; 约 1/3 的老年人是在 2012 年做的检查; 另外还有约一成的老年人是在 2011 年或更早做的检查。在老年人口中, 做过上述各项体检的比例并没有很明显的性别和城乡差异。不过, 高龄老人做过血常规检查、尿常规检查和结肠癌粪便检查的比例要低于低龄老人; 而高龄女性老人做过子宫颈抹片检查和乳房 X 光检查的比例也要明显低于低龄老人。

1998-2008 年四次调查数据显示, 经常锻炼的老年人比例在不断下降, 从 1998 年的 44.3% 下降到 2003 年的 40.4%, 2005 年的 35.8% 和 2008 年的 34.1%。不过, 在锻炼的老年人中, 约 95% 的老年人每次锻炼都超过 20 分钟 (见表 5)。

而 2013 年调查数据显示, 在调查时点前几个星期里进行过导致呼吸急促或心跳加速的至少持续十分钟以上的体育健身或闲暇活

表 5 1998-2008 年上海老年人口的

	体育锻炼情况 (%)			
	1998年	2003年	2005年	2008年
经常锻炼	44.3	40.4	35.8	34.1
偶尔或从不锻炼	55.7	59.6	64.2	65.9
总计	100.0	100.0	100.0	100.0
每次锻炼超过20分钟	95.8	95.5	97.3	92.2

动的老年人比例仅为 13.7% (见表 6), 与前四次调查相比下降很多。不过, 有过体育锻炼的老年人平均每周锻炼 4-5 天, 拥有良好的健身习惯。体育锻炼的老年人比例较低的可能是由于 2013 年调查问卷中问题的调整, 体育锻炼的内涵有所改变, 老年人自认为的那些锻炼方式可能达不到问题中“导致呼吸急促或心跳加速的、至少持续 10 分钟以上”的要求。

2013 年调查数据显示, 有 15% 的老年人抽烟; 抽烟的老年人平均每天抽 14.28 支烟, 在过去 30 天内几乎每天都抽烟; 男性老年人中有 29.1% 抽烟, 而女性老年人中只有 2.4% 抽烟; 60-69 岁老年人中抽烟比例较高, 为 21.4%, 而 70-79 岁和 80 岁及以上老年人抽烟比例较低, 分别为 9.6% 和 5.7% (见表 7)。

(二) 绝大部分老年人能在生病时及时就医, 街道 / 镇医疗机构成为老年人就医选择的主要医疗机构, 老年人的医疗待遇得到进一步改善

表 6 2013 年上海分性别、年龄、城乡老年人口的体育锻炼情况 (天、%)

体育锻炼	性别		年龄			城乡		总计
	男性	女性	60-69	70-79	80+	城镇	农村	
有	16.3	11.4	17.1	13.5	5.0	15.0	4.6	13.7
平均每周天数	4.64	4.69	4.67	4.78	4.17	4.67	4.50	4.66
没有	83.7	88.6	82.9	86.5	95.0	85.0	95.4	86.3
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注: 此处的体育锻炼指: 过去几个星期里进行过的导致呼吸急促或心跳加速的、至少持续10分钟以上的体育健身或闲暇活动。

2013 年调查数据显示, 98% 的老年人都能在生病时及时就医。1998–2013 年, 街道 / 镇医疗机构取代区 / 县级医疗机构成为老年人就医选择的主要医疗机构。老年人选择区 / 县级医疗机构的比例有较大幅度的下降, 从 1998 年的 38.1% 下降到 2003 年的 33.7%, 2005 年的 20.0% 和 2008 年的 21.7%, 2013 年又回升到 27.1%, 15 年间下降了约 10 个百分点; 而选择街道 / 镇医疗机构的比例则有较大幅度的上升, 从 1998 年的 36.8% 上升到 2003 年的 40.2%, 2005 年的 47.4%, 2008 年的 54.9%, 2013 年又有所下落, 为 43.1%, 15 年间上升了约 6 个百分点 (见表 8)。

近年来, 随着小城镇医疗保险、城镇居民基本医疗保险等制度的推行, 老年人的医疗待遇有所改善。如表 9 所示, 医疗完全自费的老年人所占比例有所下降, 从 1998 年的 9.6% 减

少到 2003 年的 5.1%, 2005 年的 2.2%, 2008 年的 0.2% 和 2013 年的 0.7%。享受城镇职工基本医疗保险待遇的老年人所占比例保持在 60% 以上, 2013 年达到了 69.4%, 享受农村合作医疗待遇的老年人口从 1998 年的 19.5% 和 2003 年的 25.0% 下降到 2005 年的 16.7%, 2008 年的 7.6% 和 2013 年的 10.2%。2013 年还有 8.6% 的老年人口享受城镇居民基本医疗保险待遇。

相应地, 2013 年, 老年人口医疗费用的主要支付方式是社会医疗保险, 85.4% 的老年人口主要通过社会医疗保险支付医疗费用 (见表 10)。不过, 仍有 6.1% 的老年人口主要由自己或配偶支付医疗费用; 2.3% 主要由子女或孙子女支付医疗费用。与表 6 中仅 0.7% 的老人不享受各种医疗保障而完全自费相比, 由自己或家人主要支付医疗费用的比例高了很

表 7 2013 年上海分性别、年龄、城乡老年人口的抽烟情况 (支、天、%)

	性别		年龄			城乡		总计
	男性	女性	60-69	70-79	80+	城镇	农村	
抽烟	29.1	2.4	21.4	9.6	5.7	14.7	16.5	15.0
平均每天抽几支	14.66	10.03	14.42	14.50	12.15	14.42	13.38	14.28
过去三十天内抽几天	29.10	29.52	29.19	28.79	30	29.24	28.77	29.17
不抽烟	70.9	97.6	78.6	90.4	94.3	85.3	83.5	85.0
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

表 8 1998–2013 年上海老年人口选择医疗机构的比较 (%)

	1998年	2003年	2005年	2008年	2013年
居/村委医务室	—	—	12.1	4.6	8.8
街道/镇医疗机构	36.8	40.2	47.4	54.9	43.1
区/县级医疗机构	38.1	33.7	20.0	21.7	27.1
市级医疗机构	16.9	20.6	19.4	18.2	20.5
其他	7.3	5.6	1.0	0.6	0.6
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注: 1998年和2003年的问卷选项中没有“居委/村委医务室”, 由于医疗机构改革, “社区医院”的选项可视同为后来几次问卷中的“街道、乡镇医院 (社区卫生服务中心)”或“街道/镇医疗机构”。另外, 1998年的“其他”包括专科医院、家庭病床、单位医务室等; 2003年的“其他”包括专科医院、家庭病床等; 2005年的“其他”包括私人诊所、家庭病床等; 2008年的“其他”包括民营医院、私人诊所、家庭病床等; 2013年的“其他”包括民营医院、私人诊所等。

表 9 1998-2013 年上海老年人口医疗待遇的比较 (%)

	1998年		2003年	2005年	2008年	2013年
公费或劳保医疗	62.0	城镇职工基本医疗保险	63.5	62.6	65.0	69.4
		城镇居民基本医疗保险	—	—	2.6	8.6
		小城镇医疗保险	—	8.2	9.9	2.8
		征地医保	—	7.1	13.0	2.2
农村合作医疗	19.5	农村合作医疗	25.0	16.7	7.6	10.2
		干部保健	1.2	1.3	0.8	0.9
亲属半费报销	7.1	亲属半费报销	2.7	1.5	—	—
完全自费	9.6	完全自费	5.1	2.2	0.2	0.7
其他	1.7	其他	2.4	0.3	0.8	2.4
总计	100.0	总计	100.0	100.0	100.0	—

多,这可能是医疗保险支付不足的原因。

表10 2013年上海老年人口的医疗费用

支付情况 (%)	
主要支付方式	比例
公费医疗	4.9
社会医疗保险	85.2
国家和集体补助	0.5
自己或配偶	6.1
子女/孙子女	2.3
其他	0.9
总计	100

三、健康观念

(一) 绝大多数老年人对体检持有较正面和积极的观念,不过高龄老人对体检抱持不可能、不必要、无意义的比例比低龄老人高

2013 年调查数据显示,老年人对体检有比较正面和积极的态度。绝大多数老年人不会因为没有时间、没有人可以照顾家里、没有人带着去等而认为“做体检是不可能的”;也不会认为“做体检是不必要的,因为命运没法改变,疾病无法避免”或“做体检是不必要的,因为自己能够维持健康”;绝大部分老年人认为“体检对健康有益”,“体检是有意义的”。

不过,高龄老人对体检抱持不可能、不

必要、无意义的比例比低龄老人高。如表 11 示,对“很难找人带我去体检”这个观点,只有 11.3% 的 60-69 岁老年人赞同,却有 15.2% 的 70-79 岁老年人和 18.6% 的 80 岁及以上老年人赞同;对“如果感觉良好,就不必自找麻烦做体检”这个观点,有 23.5% 的 60-69 岁老年人赞同,却有 26.8% 的 70-79 岁老年人和 30.3% 的 80 岁及以上老年人赞同;对“我这个年龄不需要做预防性的体检”这个观点,有 16.7% 的 60-69 岁老年人赞同,却有 22.7% 的 70-79 岁老年人和 28.9% 的 80 岁及以上老年人赞同;而对于“体检没有意义,因为即使发现问题我也无法承担医疗费用”这个观点,有 16.7% 的 60-69 岁老年人赞同,却有 18.6% 的 70-79 岁老年人和 22.6% 的 80 岁及以上老年人赞同。

(二) 约半数老年人接受过中医治疗,也有约半数老年人认为中医有效;接受过中医治疗的老年人对中医评价较高。约半数老年人接受过中医治疗,也有约半数老年人认为中医有效。其中,女性老年人、低龄老年人和农村老年人中接受过中医治疗的比例分别比男性老年人、高龄老年人、城镇老年人要高。

表 11 2013 年上海分年龄组老年人口的体检观念 (%)

	年龄			总计
	60-69	70-79	80+	
很难找人带我去做体检				
同意	11.3	15.2	18.6	13.8
不同意	84.6	81.4	73.1	81.5
不知道	4.0	3.4	8.3	4.7
总计	100.0	100.0	100.0	100.0
如果感觉良好, 就不必自找麻烦做体检				
同意	23.5	26.8	30.3	25.8
不同意	74.5	69.9	62.3	70.8
不知道	2.0	3.3	7.4	3.4
总计	100.0	100.0	100.0	100.0
我这个年龄不需要做预防性的体检				
同意	16.7	22.7	28.9	20.8
不同意	81.1	73.8	63.9	75.6
不知道	2.2	3.5	7.2	3.6
总计	100.0	100.0	100.0	100.0
体检没有意义, 因为即使发现问题我也无法承担医疗费用				
同意	16.7	18.6	22.6	18.4
不同意	81.1	77.7	68.7	77.7
不知道	2.2	3.7	8.7	3.9
总计	100.0	100.0	100.0	100.0

接受过中医治疗的老年人对中医的评价较高, 认为中医有效的比例达到了 75.7%, 认为无效的只有 5.1%, 而认为疗效不清楚的有 19.2%。

(三) 约两成老年人经常服用过保健品, 其中 2/3 认为保健品对健康有好处

约两成老年人规律地服用过保健品, 也有约两成老年人认为保健品对健康有好处。其中, 女性老年人、高龄老年人和农村老年人规律服用保健品的比例要分别比男性老年人、低龄老年人和城镇老年人高。80 岁及以上老年人中认为保健品对健康“非常有好处”和“有一定好处”的比例要比其他年龄组低, 可能是由于保健品的效果会随着年龄的上升而递减。

规律服用过保健品的老年人中, 认为保健品对健康“非常有好处”的有 4.0%, 认为“有一定好处”的达到了 58.5%, 两者加起来达到

了 62.5%, 即近 2/3; 而认为“好处不明显”的有 25.5%, 认为“根本没好处”的有 3.2%, 而“不清楚是否有好处”的只有 8.8%。

老年人口的照顾情况

袁楠 (上海市老龄科学研究中心研究实习员)

(一) 老年人口生活自理能力的自评情况

总体看来, 在受访的 2768 名老年人中, 绝大部分老年人口生活能够自理, 尤其是 70 岁以下的低龄老人, 完全能够自理的比例达到 95%。但是随着年龄的增长, 老年人口的自理状况逐步变差, 80 岁以上高龄老人能够完全自理的仅占到一半左右, 11% 的则已完全不能自理。另外, 从性别上看, 相比于 88.3% 的男性能够完全自理的情况, 女性中完全自理的比例只有 81.8%, 而完全不能自理的女性老

年人则比男性多出了 1.6%，反映了女性的生活自理能力要低于男性。在接受调查的老年人口中，完全不能自理的老年人共计 74 人，其中 46 人是从高龄老人阶段（80 岁以上）开始完全不能自理，占到了 62%。相比而言，80 岁以下开始完全不能自理的老人比例较小（见表 1）。

表1 老年人口生活自理能力自评情况(单位: %)

	男性	女性	合计
完全能自理	88.3	81.8	84.9
部分能自理	9.4	14.4	12.1
完全不能自理	2.2	3.8	3.0
合计	100.0	100.0	100.0
样本数(人)	1303	1465	2768

通过将不同户籍的老年人口自理情况进行对比，可以发现完全能够自理的非农户口老年人口比例达到 86.9%，而只有 71.5% 的农业户口老年人口可以完全能够自理；相应的农业户口老人不能自理人数也要高于非农户籍老人。由此可见，城镇老年人口的自理状况要好于农村老年人口。

通过对老年人口自评的健康状况与自理能力的对比分析，可以看到两者的相匹配值是相当之高的。自评健康状况很好的老人中完全能够自理的也相应达到了 96.9% 的高值；自评健康状况一般的老年人能够完全自理的占到 87.1%，完全不能自理的有 1.8%；自评状况差的老年人口群自理能力状况便开始急转直下，仅有 56.7% 的老人能够完全自理，部分能自理和不能自理的人群则分别高达 32% 和 11.3%；自理能力很差的老人中完全不能自理的人群比例达到峰值，占到了 45.7% 的比例。由此可以看出多数老人对自己健康状况的评价还是比较客观的，对自己自理能力

的认识也是较为准确的，这两者之间的正相关关系比较明显。

（二）老年人口基本日常活动自理能力

此次调查问卷选取了与老年人口生活联系最为密切的 6 项基本日常活动，分别为吃饭、穿衣、洗澡、上厕所、上下床或椅子、控制大小便情况，其中上厕所一项中把可使用拐杖或轮椅辅助的情况归入能自理无需帮助的群体中来。总体来看，大部分老年人在吃饭、穿衣、上厕所、上下床和大小便控制等基本日常活动中自理程度很高，能够完全自理的比例都在 95% 左右，但在洗澡一项上却有高达 10.8% 的老年人不能够完全自理，需要借助其他人员的帮助。从性别来看，男性老年人的各项基本日常活动自理情况略高于女性老年人。随着年龄的增长，老年人在各项基本日常活动的自理能力都在逐渐下降，其中高龄老人的自理能力下降迅速。与低龄老年人口相比，高龄老年人口在这些基本日常活动的自理能力方面普遍下降了 20%，减弱情况严重。如在吃饭一项，低龄老年人口完全能够自理的比例达到 99.6%，而在高龄老年人口中这一数值锐减至 83.7%，可见下降幅度之大。

（三）老年人口基本日常活动照顾者情况

在基本日常活动中不能自理的老年人口中，有效回答主要照顾者人员的受访者共有 302 人。根据数据分析可知，配偶、儿子、女儿和保姆，这四者占到主要照顾者的 90.1%。其中，接近一半的男性老年人主要是由配偶照料；而女性老年人仅有 16.5% 是由配偶进行照料，其最主要则是依靠女儿、儿子的照料，比例分别达到 39.9%、24.5%，女性老年人依靠儿女照料的比例远高于男性老年人。低龄老人依靠配偶照料的比例很高，达 60.0%，中龄

老人也达 51.4%，而高龄老人则主要依靠儿子和女儿的照料，依靠配偶的比例仅为 11.9%；同时通过分析数据可知高龄老人群体中有近 10% 的老人是依靠保姆来进行照料的，比例远高出其他年龄段人群。女性老人和高龄老人依靠养老机构工作人员和社区服务机构工作人员照料的比例较男性老人和其他年龄段人群稍高。值得注意的是，此次调查中依靠养老机构工作人员进行日常活动照料的老年人口比例已达到 5%，这一比例较之五年前的统计数据增长了近两个百分点，可见养老机构在老年人口日常生活照料中发挥的作用正在逐步加大。

（四）老年人口一般日常活动自理能力

此次调研问卷选取了 9 项老年人一般日常活动，分别为服药、管理钱物、做饭、打电话、洗衣、外出购物、打扫卫生、看病、使用公共交通系统。总体来看，老年人在服药、打电话、管理财务等不需要太多体力支出的日常活动中自理能力较强，完全能够自理人数占到一半以上；而与之形成鲜明对比的是老年人在做饭洗衣、打扫卫生、外出购物及看病等方面自理能力则相差甚远，能够完全自理的人数仅为 20% 左右。随着年龄的增长，老年人口在基本日常活动中自理状况也是每况愈下，

以做饭为例，低龄老人能够自主做饭的比例高达 98%，中龄老人为 91%，而高龄老人仅为 64.5%，相差甚大。高龄老人除了服药和管理钱物之外，其他的一般日常活动自理能力都明显低于总体人群平均水平，且远低于中龄老人和低龄老人自理能力，其中尤以洗衣、打扫卫生、使用公交系统、外出购物和看病最为困难。

（五）老年人口一般日常活动的照顾者情况

在一般日常活动不能完全自理的老年人中，有效回答主要照顾者人员的老年人共有 391 人。调查结果显示，在一般日常活动中，老年人口的主要照顾者依次为配偶、儿子、女儿和保姆，这四者占到主要照顾者的 89.7%。男性老人依赖配偶照料的比例较之五年前的 50.4% 下降明显，但配偶依然以 33.3% 占据男性老年人照顾者之首位；而女性老年人在一般日常活动中主要以依靠女儿为主，配偶则上升至第二位，所占比例达到了 28.0%。此外，女性中依靠保姆实现一般日常活动照料的比例占到了 6.7%，远高于男性老年人的 3.3%。从年龄上看，低龄老人依靠配偶照料的比例达 60.7%，中龄老人也达 52.5%，而到了高龄老人中这一比例锐减至 12.3%，60% 以上的高龄老人主要是依靠儿子和女儿的照料。8.1%

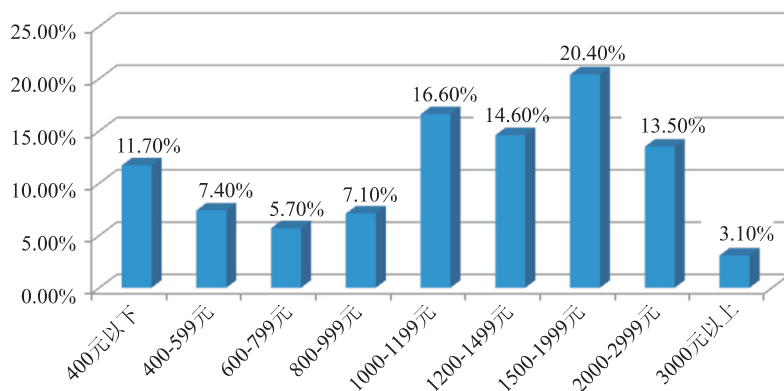


图 老年人口所能承担的养老机构最高收费水平构成

的高龄老人选择保姆作为其日常活动的照料者,低龄、中龄老人选择保姆的比例则相差甚远,仅为 2% 左右。高龄老人依靠儿媳、孙辈照料其一般日常生活的比例也高出其他年龄段人群,同时这类人群依靠养老机构工作人员和社区服务机构工作人员照料的比例也相对较高。从总体看,养老机构和社区工作人员对老年人口照料比重增大,已有 4.4% 的老年人口依靠其作为自己一般日常活动的主要照顾者,五年前这一比重仅有 1.9%。

(六) 老年人口对养老机构收费的承受能力

调查显示,无论是在对老年人口基本日常生活还是一般日常活动的照料上,选择养老机构工作人员进行护理的老年人都在增加。决定老年人是否选择入住养老机构进行生活照料的因素有很多,其中收费标准问题是较为重要的一个影响因素。

在收到的问卷中,有效回答了自己所能承受的养老机构收费标准的答卷为 2752 人。如图所示,在选择入住养老机构的老年人中,选择 1500—1999 元这一价格区间的人数最多,达到 561 人,占了 20.4% 的比例。但仅有 16.6% 的老年人最多能承担的费用高于这一区间,多达 80% 的老年人口认为其所能承受的养老机构收费应该在 2000 元之内。这其中又有一半的老年人把自己理想的收费标准定在 1000—2000 元,还有 11.7% 的受访者选择了 400 元以下的收费标准。

通过对不同阶段的老年人口所能承受的养老机构最高收费标准的统计分析,发现 60—69 岁、70—79 岁和 80 岁及以上 3 个年龄段的老年人口选择 1500—1999 元这个区间作为其所能承受的最高收费标准的人数皆为最多,

分别占到 3 个年龄段总数的 20.9%、21.0% 和 18.2%。从总体来看,无论是哪个阶段的老年人口,他们当中的绝大部分都认为自己对养老机构所能承担的最高收费集中在 1000—3000 元,各有 66.1%、63.9% 及 65%。仅有极少的老年人口(在各年龄段老人中所占比例皆低于 5%)表示能够承受 3000 元以上的养老机构收费。与之形成鲜明对比的是,3 个年龄段分别各有 9.9%、13.8%、13.3% 的老年人仅能承担 400 元以下的收费标准。此外,从各个价格区间的分布来看,不同年龄段老年人口所占比例差别不大,由此可见年龄不同的老年人口所能接受的养老机构收费差别微乎其微。

进一步分析发现,不同经济状况的老年人口所能承受的养老机构收费数额差距甚大。经济状况很困难的老年人中有 31.7% 所能承受的最高收费为 400 元以下,而这一比例在经济状况很宽裕和比较宽裕的老年人口中仅为 5.3% 和 3.8%;在经济状况宽裕和比较宽裕的老年人口中,有近五分之一的老年人可以接受养老机构 2000—3000 元的最高收费,但经济状况比较困难和很困难的老年人只有 3.5% 和 4.9% 是能够接受这一收费标准的。

(七) 主要结论

1. 总体看来,上海绝大部分老年人生活能够自理,低龄老人完全自理能力所占比例很高。但是随着年龄的增长,老年人口的自理状况也随之逐步变差。从性别上看,男性老年人口总体的自理情况要略好于女性;户籍上看则是城镇户籍的老年人口自理状况要优于农村户籍老年人口。通过对老年人口自评的健康状况与自理能力的对比分析发现两者的匹配程度是相当高的,可以看出上海老年人对自己的自理能力认识还是比较准确的。

2. 上海大部分老年人在吃饭、穿衣、上厕所、上下床和大小便控制等基本日常活动中能够自理,但洗澡一项不能自理的老年人比较多,全部老年人中 10% 以上无法独立完成;在一般日常活动方面,大部分老年人在服药、打电话、管理财务等不需要太多体力支出的日常活动中自理能力较强,完全能够自理人数占到一半以上;而在做饭洗衣、打扫卫生、外出购物及看病等方面自理能力则相对较弱。而且随着年龄的增长,老年人口在一般日常活动及基本日常活动中自理状况也是每况愈下。这说明今后我们在为老年人提供居家护理服务时,要在一些老年人急需帮助的重点项目上更多予以帮助,同时我们的照料的主要人群目标应该针对于中高齡老年人口。

3. 在一般日常活动与基本日常活动中不能完全自理的老年人目前主要依靠的照料者依然是配偶及儿女,雇佣保姆进行日常照顾的老年人也比较多。此外,通过对比 5 年前的调查数据,可以发现选择养老机构工作人员及社区工作人员对自己进行照料的老年人口比例也明显上升。

4. 上海大部分老年人所能承担的养老机构收费标准集中在 1000-2000 元,占到总受访者的一半以上;多达 80% 的老年人都不能接受收费在 2000 元以上的养老机构。从年龄段来分析,年龄不同的老年人口所能接受的养老机构收费差别微乎其微;相比之下,老年人的经济状况则与其对养老机构收费的承受能力息息相关,经济状况不同的老年人对其产生了较大差别。

老年人口自理能力影响因素分析

周海旺 (上海社会科学院城市与人口发展研究所研究员)

薛晓辰 (新华保险有限公司上海分公司)

本文利用上海市老龄科研中心 1998 年、2003 年、2005 年、2008 年、2013 年连续 5 次《上海市老年人口状况与意愿调查》的数据,对老年人口日常生活自理能力(ADL)和基本生活自理能力(IADL)的演变趋势进行分析比较,并建立分析模型,研究老年人口年龄、性别、受教育水平、健康状况、收入水平等对 ADL/IADL 的影响情况,进而提出提高老年人口自理能力、有针对性地开展照料护理服务的对策建议。

(一) 调查样本的基本情况

在五次抽样调查中,调查的 60 岁及以上老年人口样本数量分别是 3524 人、3865 人、2072 人、2868 人和 2768 人。由表 1 可以看出,调查对象中女性比例稍有下降,从初次调查的 54.4% 下降到最近调查的 52.9%;从年龄结构上来看,80 岁以上老年人口的比例呈明显上升的态势,从 1998 年的 10.9% 上升到 2013 年的 19.7%,接近上涨了一倍;但是在近一年的统计中,70-79 岁年龄组的人数比例较低,呈突然回落的现象。从户籍状况来看,城镇居民人口从 1998 年至 2008 年的 10 年间逐渐上升,只是在 2013 年的调查样本中稍有回落。调查统计年间,有配偶的老年人口数量呈逐年上升趋势,比例由 63.9% 上升至 75.4%。从

表 1 1998—2013 年上海市老年人口调查的基本情况一览表

分组变量		1998年		2003年		2005年		2008年		2013年	
		样本数	%	样本数	%	样本数	%	样本数	%	样本数	%
性别	男	1605	45.5	1787	46.2	952	45.9	1350	47.1	1303	47.1
	女	1919	54.5	2078	53.8	1120	54.1	1519	52.9	1465	52.9
年龄组	60-69岁	1944	55.2	1838	47.6	814	39.3	1196	41.7	1423	51.4
	70-79岁	1196	33.9	1487	38.5	882	42.6	1173	40.9	796	28.8
	80岁及以上	384	10.9	540	14.0	375	18.1	479	16.7	546	19.7
户口性质	非农业	2397	68.0	2604	67.4	1630	78.7	2615	91.1	2406	86.9
	农业	1127	32.0	1261	32.6	442	21.3	254	8.9	362	13.1
有无配偶	有配偶	2251	63.9	2536	65.6	1384	66.8	2075	72.4	2087	75.4
	无配偶	1273	36.1	1329	34.4	688	33.2	794	27.6	681	24.6
受教育水平	不识字或少识字	1590	45.1	1399	36.2	600	29.0	656	22.9	351	12.7
	初中等教育	1715	48.6	2106	54.6	1267	61.1	1958	68.2	1999	72.2
	高等教育	219	6.2	360	9.3	202	9.7	255	8.9	393	14.2
目前居住地	家里	3506	99.5	3844	99.5	2064	99.6	-	-	-	-
	其他地方	18	0.5	21	0.5	8	0.4	-	-	-	-

被调查者的受教育程度上来看,受到初中等教育的人口比例一直是最高的,伴随着这部分人口比例的大幅度提高,不识字或少识字的人口比例明显下降,同时接受过高等教育人口的比例也有所上升。2013年,独居老人占 10.6%;只和配偶同住的空巢老人占 41.2%;只和子女同居的老人占 14.6%;和配偶与子女同居的老年人占 29.5%;住养老院和老年公寓的老年人占 0.8%;其他居住状况占 3.3%。总的来看,至少有 70.7% 的老年人是与配偶住在一起的。

(二) 老年人口的活动能力分析

1. 老年人口的日常生活能力

按照一般惯例,我们将五次调查数据中日常生活能力(ADL)的 10 个调查项目进行了评分:完全能够自理为 10 分,自理但需要一些帮助为 5 分,不能自理为 0 分(日常活动能力 IADL 评分规则相同)。根据评分结果分析,开展调查的五年间老年人总体日常生活能力水平比较稳定,生活完全能够自理的比例波动在 85% 到 89% 之间,2003 年比例是 85.4%,

为最低值;2013 年的比例上升到 88.8%,为历年来最高值。由于调查问卷内容设计上的修改,2013 年的评分中用“洗澡”代替以往调查的“洗澡”、“刷牙洗脸”两项;用“控制大小便情况”代替以往调查的“大便情况”、“小便情况”两项,每项分别赋值 20 分、10 分、0 分;用“上下床或椅子(可使用拐杖)”代替以往调查的“上下床”、“室内走动”、“上下楼梯”三项,每项分别赋值 30 分、15 分、0 分,故得出数据稍有统计学偏差,但基本上可以客观显示出评分情况(见表 2)。

表 2 1998—2013 年老年人口日常生活能力

(ADL) 变化比较(单位:%)

得分	1998 年	2003 年	2005 年	2008 年	2013 年
100	86.5	85.4	86.8	88.0	88.8
90-95	9.7	10.0	9.5	8.9	4.7
85 及以下	3.8	4.6	3.7	3.1	6.5
合计	100	100	100	100	100

表 3 对 2013 年老年人日常生活能力与年龄、性别、健康自评情况、收入等情况进行了

表 3 2013 年老年人口日常生活能力 (ADL) 分类比较 (单位: %)

ADL 评分	年龄组			性别		健康自评分组			收入分组			合计
	60-69岁	70-79岁	≥80岁	男	女	好或较好	一般	差或很差	高	中	低	
100	96.7	90.2	65.9	91.0	86.8	96.2	90.9	61.5	94.2	89.3	84.1	88.8
90-95	2.6	4.4	9.5	3.6	5.3	3.3	4.3	8.0	1.8	3.6	7.9	4.7
≤85	0.7	5.4	24.5	5.4	8.0	0.5	4.8	30.5	4.0	7.1	8.0	6.5
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

交叉分析。如表中所示,从年龄上看,老年人日常生活能够完全自理的比例随年龄增长而明显下降,生活自理能力较差的老人随着年龄增长而增多;从性别上来看,女性的日常生活自理能力稍高于男性;从健康上来看,根据老年人对自己身体状况的自评,感觉自己身体状况越良好的老年人在 ADL 评分上确实较高,自我感觉身体状况差的,相对 ADL 评分较低的比例也上升,证明老年人对健康的自评基本符合事实情况;从收入水平上来看,收入越低的老年人 ADL 评分较低的比例越大,高收入组的非生活能够完全自理的老年人占自身比例的 5.8%,中等收入组的非生活能够完全自理的老年人占自身比例的 10.7%,低收入组的非生活能够完全自理的老年人占自身比例的 15.9%。

2. 老年人口日常活动能力

从调查分析数据来看,老年人日常活动能力水平逐渐提高(见表 4),完全能够自由活动的比例由 1998 年的 62.6% 上升到 2013 年的 85.5%(注:由于调查问卷设计变动,2013 年的选项中比其他年份缺少“剪指甲”、“雨天外出”两项,新增加“使用公共交通系统”一项,为了减少数据统计差异,在计算时将 2013 年的 9 个项目分别赋值计算出总分后乘以 1.11 来平衡数据,故该年份数据有稍有统计学偏差,但基本上可以客观显示出评分情况),其他日常活动能力不足的组别除 2003 年的比例

比 2008 年的比例上涨 1.6%,总体呈连年下降趋势,评分在 90-95 分具有较高自由活动能力的组别,尤其在 2013 年更低,只有 1.3%。

表 4 1998-2013 年老年人口日常活动能力

(IADL) 变化比较 (单位: %)					
得分	1998	2003	2005	2008	2013
100	62.6	65.2	67.7	75.5	85.5
90-95	18.6	14.2	12.6	11.2	1.3
85 及以下	18.8	20.6	19.7	13.3	13.2
合计	100	100	100	100	100

表 5 是对 2013 年老年人日常活动能力与年龄、性别、健康自评情况、收入等情况进行的交叉分析。从年龄上来看,在 80 岁以上的老年人非日常活动能力完全正常的老人明显较多,占自身比例的 43.7%,而年龄较轻的 60-69 岁的组别则大部分都有完全的日常活动能力;从性别上来看,男性具有完全日常活动能力的比例约为 89%,女性约为 82.3%,男性比女性更高;从健康自评情况上来看,老年人自我感觉健康情况较好的,确实在评分上更高,老年人自我感觉较差的,评分小于 85 分的比例要更高,证明老年人对自己健康情况的评价比较客观;从收入情况上来看,老年人日常活动能力随着收入的减少而变差,收入高的组别大部分老年人都具有完全的日常活动能力,收入低的组别则评分在 85 分以下的老年人比例明显升高。

表 5 2013 年老年人口日常活动能力 (IADL) 分类比较 (单位: %)

IADL 评分	年龄组			性别		健康自评分组			收入分组			合计
	60-69岁	70-79岁	≥80岁	男	女	好或较好	一般	差或很差	高	中	低	
100分	95.9	86.8	56.2	89.0	82.3	94.9	87.4	53.7	91.9	86.0	80.1	85.5
90-95分	1.2	1.6	1.6	0.8	2.0	1.1	1.7	1.1	1.1	0.6	3.0	1.3
≤85分	2.9	11.6	42.1	10.2	15.7	3.9	10.9	45.2	7.0	13.4	16.9	13.2
总计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(三) 老年人口活动能力影响因素的回归分析

通过上述对老年人日常生活能力与日常活动能力的分析,我们选取了几项有可能影响老年人活动能力的因素,并加入了是否吸烟、有无认知能力等有可能对 ADL、IADL 评分产生影响的几种因素,将自变量设计为以下几类来对 2013 年影响上海市老年人自理能力的各项因素进行分析:

1. 人口因素

人口因素由以下四个方面衡量:①年龄:同前文统计方法,分为三组:60-69岁、70-79岁、80岁及以上;②性别;③户口性质:农村、非农村;④居住状况:分为三组:独居、仅同配偶一起居住、同其他人一起居住(包括共同居住人除配偶外还有其他人的情况)。

2. 社会因素

社会因素由受教育水平和个人平均月收入两个方面组成。

受教育水平分为三组:不识字或少识字、接受过初中等教育、接受过高等教育;个人平均月收入分为三组:将收入水平居同期总水平的前 20% 者算作高收入人群、将收入水平居同期总水平的前 21%-70% 者算作中等收入人群、将收入水平居同期总水平的后 30% 者算作低收入人群。

3. 健康因素

健康因素由以下四个方面来衡量:①是否吸烟;②是否具有认知能力;③是否患有慢性疾病;④自评健康状况:分为“好或较好”、“一般”、“差或很差”三组。

4. ADL 有序 logistic 回归结果

从 2013 年调查数据的有序 logistic 回归主要结果可以看出,性别因素的显著性 $P=0.726>0.05$,说明性别因素并没有对老年人生活自理能力产生较大的影响。是否吸烟因素的显著性 $P=0.197>0.05$,说明是否吸烟同样没有对老年人生活自理能力产生较大影响。受教育程度上来说,所有的显著性系数均没有通过显著性检验,说明在此次调查中,老年人的受教育程度对老年人日常生活能力的影响并不存在显著差异。

另外,回归结果还显示,高龄老人的日常生活能力相对较好,这可能是因为长寿的老人具有更好的身体状况,具备更好的照顾自己的能力;而户口性质也对老年人的日常生活有影响,老年人是农业户口的要比是非农业户口的人具有更好的日常生活能力;收入也是影响老年人日常生活能力的一个因素,个人收入越高的老人,日常生活能力相对更强;数据显示,与他人一起居住的老年人在日常生活能力中评分越高,这可能与社会现状相关,健康状况较好的老年人更容易选择和儿女等人生

活在一起帮助他们照料家庭；具有认知能力的老年人，日常生活能力较好，自评健康状况较好的老年人在生活自理能力上也同样高于自评健康状况差的老年人；而是否患有慢性病对老年人的影响与想象中并不相同，患有慢性疾病的老年人日常生活能力较强，患慢性病对他们的日常生活影响不是很大。

通过以上分析，年龄、户口性质、个人收入、居住状况、健康状况、是否具有认知能力、是否患有慢性疾病都对老年人的日常生活能力有不同的影响，而且均通过了显著性检验 ($P < 0.05$)。这个分析结果综合说明了老年人的生活条件越好，日常生活能力越强。

5. IADL 有序 logistic 回归结果

从 2013 年调查数据的有序 logistic 回归主要结果可以看出，对 ADL 影响不显著的年龄、是否吸烟情况和受教育程度依然对老年人日常活动能力没有显著影响，均未能通过显著性检验。从年龄情况来看，高龄老人的日常活动能力较好，这与年龄对 ADL 影响的分析结果是一致的，同时也可以侧面反映出老年人活动能力较好的情况下更容易长寿；持农业户口的老年人比持城市户口的老年人日常活动能力更好，和其他人在一起居住的老年人比仅同配偶一起居住的老年人日常活动能力要强，这两项结果同影响 ADL 的因素分析的结果是相同的。收入水平越高的老年人的日常活动能力越强，具有认知能力的老人，日常活动能力也较好，自评健康状况较好的老年人在生活自理能力上也同样高于自评健康状况差的老年人，这些结果与对 ADL 的分析结果都是一致的；而患有慢性疾病的老年人仍然在 IADL 的评分中得分更高，这也是两项因变量数据分析都值得注意的地方。

通过以上分析，年龄、户口性质、个人收入、居住状况、健康状况、是否具有认知能力、是否患有慢性疾病同样对老年人的日常活动能力有不同程度的影响，而且这些项目均通过了显著性检验 ($P < 0.05$)。有序回归分析的结果综合说明了老年人的生活条件越好，日常生活能力越强。

(四) 提高老年人口自理能力的建议

1. 适当提高老年人口的经济收入水平

上海老年人口的收入虽然在逐年提高，1998 年以来增长速度与在职职工工资增长速度接近，但是由于老年人口的收入基数低，老年人与在职职工的绝对收入差距在拉大，1998 年相差 458 元，2013 年相差 2143 元。根据前文的分析我们可以发现，适当提高老年人的经济收入水平，不仅是提高养老金的社会经济问题，也是提高老年人生活质量的重要保障之一。有了较充裕的经济条件，老年人可以用在医疗、保健、健身方面的资金就更多，也可能更多的关注健康和保健问题，提高自身的健康水平，提高生活自理能力，减轻对家人和社会的照料和护理需求。

2. 增加对空巢和独立老人的人文关怀

由于现在的社会竞争激烈、年轻人压力大，尤其在上海这样的特大型城市，老年人一般会做出两种生活方式的选择。一种是为了不给子女添麻烦，自己独居或者和老伴儿居住在一起，2013 年调查中 51.8% 老年人属于这种居住形式；另一种是到子女家中去，照顾儿女的饮食起居、照看孙辈等，但是由于老年人精力体力有限，这种照顾一般是临时性的，等孙辈长大后还是要回到自己家中，有一些老年人甚至会选择不在于大城市而是到其他地方居

(下转第 36 页)

◀ 调研与分析 ▶

上海市单独两孩政策实施情况分析

上海市卫生计生委计划生育基层指导处

2014 年 2 月 25 日,上海市十四届人大常委会第十一次会议审议通过了《上海市人口与计划生育条例》(修正案),决定从 2014 年 3 月 1 日起实施单独两孩政策。2015 年 12 月 27 日,十二届全国人大常委会第十八次会议表决通过《关于修改〈中华人民共和国人口与计划生育法〉的决定》,决定自 2016 年 1 月 1 日起在全国统一实施全面两孩政策。依据上述法律法规,本市单独两孩政策的实施时间为 2014 年 3 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日。

总体来看,上海“单独两孩”政策实施情况良好,平稳有序。本文根据已有数据,对上海“单独两孩”政策实施情况进行了简要分析。

一、全市单独两孩政策申请审批情况

2014 年 3 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日,全市共批准单独夫妻再生育申请 3.39 万例,占同期再生育审批总量的 65.3%,平均每月 1542 例。申请审批高峰出现在政策实施后的第二个月,即 2014 年 4 月,审批量为 2483 例。之后迅速下降,并趋于稳定。2014 年审批 1.66 万例,平均每月 1664 例;2015 年审批 1.73 万例,平均每月 1440 例。

二、单独两孩申请对象的特点

1. 单独两孩申请数量和区县人口规模成正比

从审批数量地域分布来看,浦东新区 9240 例,位居第一;其次是闵行区 3612 例;第三位是徐汇区 2410 例;静安区最少,584 例。各区县的审批数量与本区县户籍人口总量呈正比例关系。

2. 单独两孩申请以夫妻双方均为本市户籍人口为主

从申请再生育的夫妻双方户籍所在地来看,双方均为本市户籍的对象申请数量 2.27 万例,占申请总数的 67%,超过了一半;一方为本市户籍,另一方为非本市户籍(两地婚姻)的对象 1.08 万例,占 31.9%;此外,还有少量对象一方为本市户籍,另一方为港澳台或外籍。

3. 单独两孩申请者年龄以 30-39 岁为主

提交单独两孩申请的夫妻中,女方平均年龄为 32.7 岁,其中最大年龄 50.5 岁,最小年龄 20.5 岁。从年龄分布来看,30 岁以下的占 20.9%;30-34 岁占 54.6%;35-39 岁占 23.1%;40-44 岁占 1.4%。

男方平均年龄为 34.7 岁,其中最大年龄 66.3 岁,最小年龄 22 岁。从年龄分布来看,30 岁以下的占 11.5%;30-34 岁占 43.1%;35-39 岁占 35.7%;40-44 岁占 8.2%;45 岁及以上占 1.5%。

4. 单独两孩申请夫妻受教育程度普遍较高

申请再生育的单独夫妻，硕士及以上的女性为 9.4%，男性为 12.8%；大学本科的女性为 38.2%，男性为 36.5%；大专或高职的女性为 19.9%，男性为 15.9%；高中或中专的女性为 14.4%，男性为 16.5%；初中及以下的女性为 5.5%，男性为 4.5%。

5. 初婚夫妻成为单独两孩申请的主力军

申请再生育的单独夫妻中，双方均为初婚的占大多数，共 2.93 万例，占 86.5%。再婚夫妻 2791 例，占 8.2%，其中：女方初婚，男方再婚的 818 例，占 2.4%；女方再婚，男方初婚的 437 例，占 1.3%；男女双方均为再婚的 1536 例，占 4.5%；此外复婚 1789 例，占 5.3%。

6. 生育第一个孩子的平均年龄高于晚育年龄

男女双方均为初婚的单独夫妻再生育申请对象中，女方生育第一个孩子时的年龄平均为 27.2 岁，生育第一个孩子与结婚时间的间隔平均为 2.03 年。第一个孩子的年龄平均为 5.3

岁。

三、单独两孩生育情况

2014 年 3 月 1 日 -2015 年 12 月 31 日全市批准的 3.39 万例单独夫妻再生育申请中，1.8 万例已生育，约占审批人数的 54.3%，5931 例处于现孕状态。

从 1.8 万例已生育的单独夫妻生育年份来看，在 2014 年生育的夫妻数量为 0.5 万对，占 28.1%；在 2015 年生育的夫妻数量为 1.3 万对，占 70.4%；在 2016 年生育的夫妻数量为 270 对，占 1.5%。2015 年生育数量明显超过 2014 年。由此看出，从新政策出台到生育计划的完成需要几年的时间。

随着单独两孩政策的实施，本市新出生的人口中一孩的比例明显下降，二孩比例明显上升。2013 年本市户籍人口出生中一孩率为 89.4%，二孩率为 10.5%。2015 年一孩率为 77.1%，比 2013 年下降 12.3 个百分点；二孩率 22.6%，比 2013 年上升了 12.1 个百分点。

（上接第 34 页）

住。无论是哪一种老年人，都需要子女和亲人的关怀，而对于那些独自居住的空巢老人，则需要我们的社会给予更多的关怀，通过构建完善的社区服务网络，解决老年人日常生活和活动中的突出困难和问题，如老年人反映最多的洗澡困难、出行困难。

3. 加强老年人口的健康跟踪服务

2013 年调查中 83.6% 的老年人患病，只有 16.4% 的老年人没有患任何疾病。患病的老年人平均患 1.9 种疾病。许多老年人由于长期操劳、年龄增长，身体隐藏着许多疾病，有

些疾病会在没有征兆的情况下突然发作，如心肌梗塞，如果不通过血液造影检查平时就很难发现，但一般老年人体检也不会特地做这项检查。还有一些疾病虽然是慢性病，但如果不及时跟踪检查和控制，也具有突发急性病的危险。我们要加强对老年人的健康管理工作，普及健康防病知识，增加健康检查项目，并采取持续的健康跟踪形式，及时了解老年人的健康情况，提高老年人应对疾病风险的能力，使老年人能够更久地生活自理。

参考文献：略

◀ 医改进展 ▶

如何将医改进行到底

——上海深化医药卫生体制改革的调研报告

冷熙亮

2016 年全国“两会”期间, 医改成为热点话题。加快以公立医院改革为重点的医药卫生体制改革, 是解决“看病难、看病贵”问题的关键, 社会各方关注, 群众充满期待。新一轮医改以来, 作为 17 个公立医院改革试点城市之一, 上海按照国家统一部署, 以及“保基本、强基层、建机制”和“打基础、管长远、可持续”的基本原则, 强化规划引领, 聚焦体制机制创新, 先后推出了一系列改革举措, 取得了阶段性成果, 也碰到了不少难题。

一、上海推进公立医院改革的基本情况

上海现有公立医院 178 所、卫生从业人员近 13 万人。2010 年, 启动改革试点工作, 实施郊区三级医院建设“5+3+1”项目(新建 5 家、提升等级 3 家、迁建 1 家), 已有 8 个项目竣工并投入使用, 实现了每个郊区县至少有 1 家三级综合医院。2012 年, 上海市出台推进公立医院改革的三年行动计划(2013-2015 年), 明确提出要将公立医院建成运行效率高、医疗质量好、服务水平优、发展活力强的公益性机构, 重点在优化资源布局、完善政府投入、控制医疗费用、建立住院医师规范化培训和家庭医生制度、推进卫生信息化等方面加大改革力度。同时, 进一步明确了改革路径: 转方式, 就是将医院发展方式和目标从做大业务量的外延发展, 向内涵提升转变; 立秩序, 就是构

建各级各类公立医院合理分工、有序转诊的科学医疗体系; 建机制, 就是构建科学合理的外部支撑与内部管理机制, 外抓完善财政投入、改革绩效评价、加强规划引导, 内抓财务、人事、评价、分配和质量控制制度建设; 促联动, 就是以改革医保支付方式为引领, 以推进药品耗材集中招标为切入点, 以理顺医疗服务价格体系为支撑, 推动改革不断深入。重点抓了五件事:

一是通过“制度 + 科技”, 完善公立医院监管和评价机制。建设医疗服务信息化监管平台, 逐步实现对医疗行为全程、精细、智能化监管, 使政府监管职能履行更到位。以公益性为核心, 通过信息系统采集指标数据, 建立绩效评价机制, 将考核结果与政府投入、医保给付、可分配总额核定、院长绩效考核挂钩。实行全面预算管理, 将医院主要运行指标、所有收支、工资总额纳入预算管理, 实行“双控双降”(严控医疗收入和成本支出增长率, 降低药品和卫生材料收入增长率)。实施院长绩效考核, 设定 5 个方面 23 项量化指标。实行总会计师委派制, 已向 1/3 的市级医院派出了总会计师。建立覆盖全部市级医院, 集业务运行、绩效考核、财务运行等于一体的运行管理平台。转变内部运行机制, 大力推进医院信息公示, 建立运行绩效、财务经济和单病种绩效分析制度。

二是完善公立医院补偿机制。2012 年底,

上海市在郊区 4 家新建三级医院试点取消药品加成,适当提高诊疗费、床位费、护理费等 31 项医疗服务价格(提高收费主要由医保承担),适当拉开普通门诊和专家门诊诊疗费的差距,但是调价补偿率不足 60%,不足部分由财政兜底。逐步取消公立医院药品加成,2015 年 12 月 10 日二三级公立医院药品加成率降低 5 个百分点,2015 年 12 月和今年 2 月分两批调整了护理、床位、诊疗等以劳务为主体的 88 个医疗服务项目价格,逐步理顺医疗服务价格体系。与此同时,推进建立招采合一、量价挂钩的药品集中采购机制,探索医保药品“带量采购”,首批 3 个品种价格平均降低 64%。启动公立医疗机构药品集团采购试点,推进医院药品库存信息和供应商信息系统对接,实现医院药品库存最小化,降低药品采购供应成本。

三是改革投入方式,探索建立政府购买服务机制。依据医疗机构的服务数量、质量、效果、满意度以及医疗服务监管结果确定投入,使政府投入从“人头”补贴转变为“工作量”补贴(结合工作质量、患者满意度),从“养人”转变为“养事”,从“补助”转变为“购买服务”。2015 年 6 月,出台了《关于进一步深化本市社区卫生服务综合改革与发展的指导意见》和 8 个配套文件,并在全市 65 家社区卫生服务中心试点,计划于 2016 年底全面推开。提出将社区卫生服务中心从过去的服务平台转变为“服务+管理”平台,明确了社区卫生 6 大类 141 项基本项目的标化工作量、服务内容、质量考核要求。以全面预算管理为核心,建立政府购买服务机制,按照核定的标化工作总量、质量考核结果等,核定财政补助,探索以家庭医生为基础、居民与家庭医生、二三级医疗机构“1+1+1”自愿签约服务的分级诊疗制度,签约居民享有健康管理、长处方、延伸处方、

药品配送、优先预约转诊等优惠服务。以信息系统为支撑,探索家庭医生“管费用”,既从源头上做好健康管理、控制费用,又协助医保部门对签约居民发生的医保费用进行事后监管。

四是以分配制度改革为重点,完善激励机制。改变以收入核定可分配总额的方式,建立以工作量、人员成本、工作绩效为基础的工资总额核定办法。市级医院实施“一转变、两切断”(转变以科室收支结余分配的模式,切断科室经济收入与医务人员考核、收入分配之间的直接挂钩关系),医务人员绩效考核、薪酬分配与业务收入脱钩,与综合绩效考核挂钩。率先在 65 家试点的社区卫生服务中心完善薪酬分配机制,明确工作目标责任与相匹配的收入预期,实行多劳多得、优绩优酬。

五是推进卫生信息化建设和应用,为改革提供基础支撑。建设上海健康信息网,实现全市健康档案数据整体入库以及 17 个区县、500 多家医疗卫生机构实现互联互通和信息共享,初步实现全市范围的“两个任何”(即任何居民和医务人员,在任何联网医疗卫生机构,在满足业务规范的情况下可调阅相关健康档案;建设检验、影像、心电、超声等区域性诊断中心,为区域内各级医疗机构提供技术支持和集约化服务;加强医疗行为智能化、精细化监管。

二、面临的主要难点

由于社会、患者、医院和管理部门对公立医院公益性、管办分开等问题缺乏共识,对改革的目标、路径、突破口认识不够统一。有人甚至认为,既然是“公益的”,就应该由政府“包办”;有专家提出,政府应主要管好医院外的事,院长主要管好医院内的事,但现在往往是院长在跑项目、拿地,部长在抓预约挂号、信息化,改革推进存在错位现象。加之公

立医院治理机制缺乏、补偿机制扭曲、竞争机制不足，我们感到，公立医院改革主要面临五大难题：

一是公立医院公益性定位不明晰，改革难以深入推进。公立医院改革必须首先明确哪些基本医疗服务由政府保障，这是划分政府和市场边界的前提，也是合理确定医院功能、数量、规模、结构和布局的基础。然而，我国目前还没有一个通用的“基本医疗卫生服务包”，什么是基本医疗服务，涵盖哪些内容，至今尚无统一和明确的标准，基层政府和医院在操作中往往找不到参照系，无法细化改革目标、评估改革成效；患者也经常提出过高的治疗、用药要求，一旦满足不了，就容易产生不满和对立情绪。

二是政府管理方式落后，难以形成科学的考核激励机制。推动公立医院改革，必须处理好政府和医院的关系，促进“医保、医药、医疗”互联互通、协调推进，但由于“三医”管理体制分割、职能转变不到位，造成卫生监管与综合评价、财政投入、医保总额预付、绩效工资调控等关键手段与资源管理分散，责、权、利约束激励机制难以形成。例如，公立医院发展的科学补偿机制和稳定保障机制尚未建立起来，医药、医疗和价格机制衔接和管理导向不尽一致，在财政投入严重不足（低于 20%）的情况下，不计成本、一味降价，使公立医院，特别是二级以下医院更加难以为继（如有的城区中心医院改革后门诊量上升、均次费用下降，群众满意度提高了，但医院总的业务收入减少了，增加了区政府的财政保障负担，不符合区政府压缩财政支出的导向）。

三是收入分配制度不合理，难以调动医务人员积极性。医生培养周期长、人力资本投入高、劳动要求高、职业风险高，是国际上公

认的高收入职业。然而现行的事业单位收入分配尤其是绩效工资制度，将医务人员工资收入按事业单位平均水平搞“一刀切”，无法体现卫生行业的特点；现行的绩效工资以限定工资总量的方式实施，也不符合工作量增长的现实（如体检以前每人拍、看 1 张 X 光片，现在照 CT 至少要读 10 张片子）。造成医务人员劳务价值被严重低估，名义薪酬大大低于医务人员人力资本和劳务成本，学医、从医氛围有逐步淡化趋势（医务人员自嘲“干着投行的工作量，拿着送快递的工资”，“既要的道德圣人，又要做业务超人，其实也是一群普通人”）。

四是患者无序流动，难以发挥各级医院的整体效能。基层首诊、分级医疗、双向转诊是国际上医疗服务机构合理分工的基本模式。由于基层医疗卫生人才队伍薄弱，政策导向不明显、不合理（如一些医保药品只有大医院才能开，就医费用拉不开差距等），同时不同层级医院之间画地为牢不能分流患者等原因，导致患者盲目涌向大型医院等不合理就医行为，形成大医院拥挤不堪、人满为患，小医院和基层医疗卫生服务机构门可罗雀的现象，造成医疗资源大量浪费。

五是公立医院内部管理不科学，难以适应深化改革的要求。改革能否成功，很大程度上取决于公立医院能否建立科学的内部管理机制，实现信息化支撑、精细化管理、规范化服务。但公立医院管理还存在一系列问题：信息化管理水平不高或者建而不用，已经成为制约公立医院发展的瓶颈和难题；管理理念和管理思想陈旧，对现代医院管理的认识不深甚至完全缺失，还存在盲目追求床位规模和业务量的外延式粗放型发展模式；专业管理人才缺乏，高层管理人员普遍从临床专业技术岗位转岗而来等。

三、进一步深化公立医院改革的建议

一要理顺政府与公立医院之间的关系。

公立医院改革能否成功,关键看政府改革能否到位。政府肩负管医、办医和推进改革的责任,必须进一步转变职能,提高管理水平,建立与医院之间基于基本医疗服务的内部市场机制。建议要落实政府对公立医院的领导、保障、管理、监督责任,完善改革规划,建立基于信息化手段和大数据的统一规范评价标准,积极推进落实已出台的政策、措施、步骤、办法。建立公立医院全面预算管理制度和经费保障机制,将公立医院的收入和支出全部纳入预算管理。要落实政府的监督责任,建立医疗服务投诉制度,加强对医院执业行为的日常监督,加强对公立医院收费和支出的监管。

二要建立符合市场规律和行业特点的薪酬和用人制度。在薪酬制度改革上,建议核定公立医疗机构可分配总额,与业务收入脱钩,与综合绩效挂钩;实行绩效考核分配,以服务数量、服务质量、服务效果和患者满意度等绩效考核结果作为内部分配的依据;规范分配资金管理,设立分配资金财务专户,建立发放标准和流程(有专家还建议,通过确立医务人员与当地社会平均工资的倍数关系来建立合理的薪酬标准)。在用人制度改革上,建议打破公立医院既有的编制管理模式,实现从编制管理到岗位管理的转变,按照岗位特点和目标工作量来确定科学用人标准。

三要推行药品、器械由政府统一招标采购。有医院院长指出,现在“看病贵”,贵就贵在医药费(约占 50% 以上)。而如果由政府统一招标采购,药品、器械的价格将远低于目前经流通环节层层加码的价格,初步估计,进院价格(即出厂价格)将仅为原来 1/3。建议

按照“招采合一、量价挂钩”,推进药品和医用耗材集中招标采购改革。根据医院每月预估的药品器械数据,由政府出面,选择药品生产厂商进行订单式生产,并指定医药公司物流统一配送,实现医院零库存管理、集中支付、规范监管。

四要加强卫生信息化平台建设。加快完善卫生信息化建设的顶层设计,统一标准、统一接口,为区域和全国联网奠定基础。加快推动基于居民电子健康档案、电子病历的区域健康信息网建设,实现公立医疗卫生机构互联互通和信息共享。加快建设全国卫生综合管理平台,开展实时监管,发挥信息化在管理创新等方面的作用。研究利用卫生信息平台,将社会关注度高的公立医院公益性运行指标和监管、评价结果对社会公示,引入社会监督。

五要为公立医院改革创造好的外部环境。有专家指出,目前卫生领域立法滞后,不利于公立医院改革推进。建议加快医疗卫生和基本健康权益方面的立法,明确公立医院的定位、基本医疗服务的内容、财政的经费保障、对医务工作者的保护以及权利义务等。同时,建议出台实质性的医师多点执业、开办个人诊所或工作室、成立医生集团等措施,提高优质医护人力资源利用效率,鼓励社会办医,加快发展多元化医疗服务,弥补市场需求不足(以浦东和新虹桥两个国际医学园区为重点,近年上海聚焦优质服务、先进技术和灵活机制等核心竞争力,积极推进社会办医,促进现代服务业发展,近期已建成并运行上海国际医学中心、上海质子重离子医院)。此外,建议建立多元化的医疗保障体系,大力发展商业保险(西方发达国家,商业保险占社会医疗总费用的 20%,而我国不足 2%)。

(作者单位:上海市卫生计生委医改办)

◀ 全球视野 ▶

美国“医院专业版”APP：让患者参与治疗

梁雯卓

今后，大家在浏览手机推送信息的时候，可能需要多留心了，因为你可能会错过医生的电子处方单。

在美国，一大波医院主导研发的新型“医院专业版”手机 APP，正在投入使用，其目的在于帮助患者更好地管理自己的疾病、服用药物史、以及其他就诊信息。这种“医院专业版”APP 将首先应用于手术患者的康复治疗，癌痛患者管理等专科项目。

与其他第三方机构研发的 APP 相比，“医院专业版”APP 的最大优势在于医生能够直接参与、监督、建议患者日常的康复治疗行为。互联健康中心副总裁 Joseph Kvedar 表示：“我们希望这些应用程序能够集教育性和励志性为一体，能够陪伴患者坚持治疗，并且可以成为患者与医生之间的有效沟通渠道。”

同时，研究机构就艾滋病药物治疗，肠胃疾病和哮喘病的日常管理，以及如何防止心脏病突发等项目，对“医院专业版”APP 进行了测试。测试结果显示：在医患信息沟通、规范患者康复治疗日常行为等方面，此应用程序能够较好地辅助医疗机构完善预警机制，有效减少急诊室的候诊人数，并节省医院相关开支。此外，通过与波士顿互联健康中心合作，研究人员针对“医院专业版”APP 的实用性，在麻省总医院进行了试点测试，测试项目包括：预防血管栓塞抗凝血药物的使用，针对中、重度癌症患者的口服化疗药物管理。

具体来说，帮助患者进行“癌痛管理”的专业应用程序叫做 ePal，旨在帮助医生监督患者是否按时服用抗癌药物，协助患者对抗癌用药产生的各种不适反应的处理，比如恶心、呕吐等。使用 ePal，患者不仅能够观看视频教学，向医生申请新的处方药购买，撰写服药期每天的感受，还能让医生及时为患者解答服药疑惑。比如，如果患者担心服用止疼药会导致药物上瘾，那么通过 ePal，医生可以向患者详细解释药物上瘾和药物增加耐受性的区别。

“通常，针对不同患者的具体情况，我们都会为其制定相应的治疗、止疼方案。但是，由于多种原因，用不了 1 个月的时间，治疗计划就难以继续实施。”麻省总医院疼痛治疗部主任 MihirKamdar 说，“如果能够与患者建立多形式的沟通，治疗计划难以延伸这一问题将得到有效改善。比如，在患病初期，如果能够与患者进行多角度、全方位沟通，那么将能够有效地预测到患者未来可能面临的疼痛指数指标。这样，将更有利于医生对患者进行止疼治疗，并控制其恶化。”

“医院专业版”APP 将提示患者 1 周登录 3 次个人账号，随时关注自身疼痛指数。同时，每次患者遇到突发情况，比如突然性的病痛发作，APP 也会提醒患者登录个人账户，查看疼痛指数。此外，这种专业版 APP 还能够跟踪患者日常的真实行为，判断患者的疼痛指数

(下转第 48 页)

◀ 媒体聚焦 ▶

上海外来常住人口首次负增长

就在许多人依然对城隍庙、外滩甚至最近的房产交易中心报以人山人海的喟叹时,上海的人口已经悄悄发生了一个重大的变化。

2月29日,《2015年上海市国民经济和社会发展统计公报》里的一组数据令人惊异:2015年末,上海外来常住人口数减少了14.77万人,同比下降1.5%,其在全市常住人口中的占比下降了0.5个百分点,降至40.6%。这是上海15年来首次出现外来常住人口负增长的情况。

人口流失所承载的远远不止是数字概念,随之而来的当然也不单纯是“不再拥挤”的幸福感。反观其他一线城市,北京虽然受命调整城市功能,全力严控人口总量,去年依然新增了近20万外来常住人口,而拘囿于山海地形的深圳外来人口也在快速增长。

在一些评论者眼中,人口的变动信号可能成为当下热火朝天的上海楼市不可承受之重。有人甚至提出,未来的上海房价会因为人口日渐稀薄而失去支撑。但问题真正的内核或许比这种猜想还要复杂许多,素来有人口吸泵效应的上海,会不会正在失去人口竞争力?这究竟是产业调整带来的结构性变化还是人口拐点已至?

近5年人口增长逐年减少

尽管许多身居这座大都会的人还是觉得意外,但上海的人口问题早已浮现。从数据形态上看,上海历年的人口增长其实是一条先陡

后平的曲线。2010年上海户籍人口总数超过2200万以后,增速便开始放缓,且呈现越来越慢的态势;到2015年末的5年间,上海总人口增长了200多万人,但2015年户籍人口数量仅比2014年增长了4.36万人。

事实上,2014年时,上海的人口增速就已在一线城市中垫底。当年公报显示,北京以新增36.8万人口位居榜首,深圳和广州分别以16万人和15万人的增量居后,而上海只增长了10万人。

以外来常住人口率先“净流出”的现状再结合户籍人口变动的趋势来看,今年上海人口增速还能不能勉强收正,已经成为未知数。记者查阅历年统计数据注意到,2013年上海外来常住人口曾增加30万人,总量突破990万人;但次年就只有约6万人的增幅,去年更下降到了981.65万人,止步于千万数量级大关。

而在知名财经评论人刘晓博看来,人口普查因为受周期、政绩等复杂因素的影响,有时并不准确,所以上海真实的人口情况还应该参考“在校生人数”。但若细究这项数字,上海更是出现了近10年极罕见的一幕:除了高中和大学尚有微增外,去年上海各种学校的“在校生人数”都出现了减少,包括小学、初中、中专、技校等。其中,被刘晓博认为最能反映人口变动状况的小学生人数从2014年的80.3万人减少到了79.87万人。

数据显示,2008年、2009年上海小学生

人数增速曾触及惊人的 10.7% 和 13.6%，2010 年到 2013 年连续 4 年增幅超过 4%，直到 2014 年增幅下滑为 1.3%，出现拐点迹象。记者注意到，这一年深圳的增速是 8.6%，广州是 4.7%，招生人数首降的北京也达到了 3.9%，这似乎为上海在 2015 年转为负增长埋下伏笔。

据刘晓博分析，小学生人数每年的统计都是“数人头”数出来的，所以更为真实，“上海人口在 2015 年出现下降，是个可以确认的事实”。

也有人试图从别的数据中找到上海人口减少的奥秘。大数据咨询机构数联铭品首席经济学家陈沁发现，近 5 年上海每年的公共交通客运量的年增长率都在 2.1% 到 3.6% 之间，只有 2015 年突然下降到年增长 0.9%，这表示上海的通勤人口增长出现了停滞。这与以超级大城市繁忙面貌示人的上海形象似乎也并不相称。

哪些人走了？为什么走？

在这两年由数据描绘的世界里，为什么 GDP 总量全国第一的上海好像突然“熄火”？虽然外界议论纷纷，但在上海决策层眼中，“目前的变化符合预期”。全国人大代表、上海市市长杨雄 3 月 6 日在回答记者提问时表示，常住人口降低源于产业结构调整造成了一部分劳动力随着产业结构调整而迁移。

“我们连续对人口做抽样调查，上海外来人口过去主要的就业方向是制造业、批发零售和房地产，这三个行业吸纳的外来人口占到了总就业人口的 70% 以上，2014 年从事工业的外来人口就达到 60%，这个比例可能比许多人想象的还要高。”一位参与上海人口普查的专业人士对《中国经济周刊》记者解释。

“我为什么说外来人口的运动轨迹是贴合上海整个产业结构变化脉络的？因为就算是人口总数还维持着比较高的增长时，上海中心城区尤其是核心几个区的人口也是下降的，最开始是制造业从中心城区外迁，人口增长的重心就主要是集中在近郊和远郊。而这几年上海一直在推行‘腾笼换鸟’，沿海劳动密集型产业向内陆迁移，人口回流离开上海也是合理的。”上述人士如是分析。

根据陈沁列举的数据，上海 2015 年 6 个重点行业的工业现价总产值低于 2012 年，而这几乎都是产业工人最聚集的行业。比如石油和精细化工行业近三年间下降了 15%、钢铁下降了 26%，仅 2014 年到 2015 年一年，石油和钢铁行业的总产值就分别下降了 11% 和 20%。此外，去年上海建筑业竣工面积下降 4.3%，意味着建筑工人需求量萎缩，农业产值下降 12.7%，“转行”务农也不太现实。

“2012 年上海进行了一次流动人口动态监测调查，我们发现，上海从事制造业的外来人口只有 6.9% 最后转行到批发零售、住宿餐饮和居民服务业，其他人始终从事制造业；而且这 6.9% 还是多年来的转移存量，不是说今年制造业裁员 6.9%，这 6.9% 的原产业工人马上就能转移到其他行业去。所以在当年没有足够岗位吸纳这些人口的情况下，他们只能选择离开上海。”陈沁这样分析。

上海财经大学人口流动与劳动力市场研究中心主任陈媛媛也表示，上海出现这样的负增长与近年产业结构发生变化造成一部分人口外迁密不可分。

不过，相比北京、深圳的困难重重，上海控制人口的效果仍然有些出人意料，并不是单纯产业转移可以全盘解释。一位不愿具名的

上海统计局人士告诉《中国经济周刊》记者,另一个重要原因在于周边城市群的截流效应,“北京周边是‘环首都贫困带’,深圳地理位置相对超然,上海周边则环绕着长三角最富庶的城市群,南京、杭州、苏州、宁波这些二线城市这几年的快速发展使上海失去绝对的中心地位,也从一定程度上截流了涌入上海的外来人口。”

另一方面,虽然目前并无细分数据显示上海对于高端人才的吸引力也在下降,但上海生活成本高企已是不争的事实。人力资源咨询机构 ECA 国际的一项生活成本调查显示,上海已经跃升亚太地区外派人员生活成本最高的城市。

守住常住人口规模底线

人口减少对于上海究竟意味着什么?是交通不再拥堵?是房价回归理性?任何丰满的设想都可以遭到现实一击。在更多学者的理解中,人口变动的负面信号可能会让上海危大于机。

最直接的影响体现在劳动力市场。按照上海人口年龄结构以及人口普查给出的从业人员比例,常住 2415 万人中,正在工作的人口有 1341 万人,约占总人口的 55.5%。其中,本地户籍的从业人员有 635 万人,外来户籍的从业人员有 706 万人。也就是说,本地户籍人口有 44% 在工作,而外地户籍人口有 72% 在工作。

“人口自然变动持续负增长,人口迁移又受严格控制,使人口增长呈‘封闭’特征的人口动态,这将不可避免导致上海未来劳动力不足,人口高龄化迅速发展,社会负担日益加重,城市发展活力渐趋弱化。”复旦大学人口研究

所所长王桂新表达了他的担忧。

实际上,在一线城市中,上海人口变动之所以出现这样的负面信号也和自身活力欠缺的特征难以割裂。“上海是国企、外企的乐园,小微企业、创业型企业远远少于北京、深圳,而且上海的房价高是刚性的,相比之下,深圳有 4.2 亿平米违法建筑为缓冲,所以上海人口吸引力下降。”刘晓博如是分析。

不可否认的是,由于长期处于超低生育率状态,如果再缺少了移民,上海户籍劳动年龄人口将出现负增长和日益老化的现象,而青年人口的大量减少除了造成劳动力资源萎缩外,还将加剧这座城市的活力不足和创新能力下降。有模型测算,2020 年后,上海老龄人口占总人口比例将达到 30% 以上,老龄化将成为制约上海未来发展的一个重要因素。

王桂新建议,上海应该借鉴东京做法,破解人口难题。在他看来,东京面积仅为上海的 34%,却容纳了上海 90% 以上的人口,人口密度达上海的 2.65 倍,但仍然在进入 21 世纪后推出《东京构想 2000》,大力促进东京“都心”再生,进一步扩增人口规模,上海应该仿效不少发达国家探讨或实施“补充移民”,适度放开长期以来对外来人口入迁严格控制的关卡。

不过,人口是一个综合难题,还必须考量城市本身的承载能力。在去年年底讨论上海“十三五”规划的市委全会上,“守住常住人口规模底线”被列为底线之首,并明确写进规划纲要之中,当时目标设定的是,到 2020 年上海的常住人口必须控制在 2500 万人以内。去年 2426 万人的数字或许意味着未来 5 年上海还将继续控制人口增长。

(辑自《中国经济周刊》20160315)

◀ 政策之窗 ▶

《上海市人口与计划生育条例修正案》通过 上海“全面二孩”落地

2月23日上海市人大常委会审议通过了《关于修改〈上海市人口与计划生育条例〉的决定》(以下简称《修正案》),自2016年3月1日起施行。下午市政府新闻办举行市政府新闻发布会,介绍了《修正案》相关情况。

市政府法制办副主任刘平介绍了《修正案》的立法背景和主要内容。

一、制定《修正案》的背景情况

2015年10月29日,党的十八届五中全会作出决策部署,要求“促进人口均衡发展,坚持计划生育的基本国策,完善人口发展战略,全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策,积极开展应对人口老龄化行动”。12月27日,十二届全国人大常委会第十八次会议表决通过《关于修改〈中华人民共和国人口与计划生育法〉的决定》,决定自2016年1月1日起在全国统一实施全面两孩政策,并对计划生育相关配套政策作了调整完善。12月31日,中共中央国务院发布《关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》,对实施全面两孩政策、改革完善计划生育服务管理作出全面部署。

为确保全面两孩政策在本市依法有序平稳实施,改革完善计划生育服务管理,需要对《上海市人口与计划生育条例》(以下简称原《条例》)中有关生育政策和奖励保障的条款进行修改完善,切实做到重大改革于法有据。

二、《修正案》的主要内容

(一) 调整完善了有关生育政策的规定

根据新修改的《人口与计划生育法》,国家提倡一对夫妻生育两个子女,省级人大或者其常委会可以对允许再生育子女的情形制定具体办法。为此,《修正案》规定,提倡一对夫妻生育两个子女;同时,针对再婚家庭和病残儿家庭,规定了可以要求安排再生育子女的情形,包括:(1)一方婚前未生育过子女,一方婚前已生育过一个子女,且双方婚后共同生育一个子女的;(2)双方婚前合计生育两个及以上子女,且没有共同生育子女的;(3)双方婚前均未生育过子女,婚后共同生育了两个子女,其中一个子女经区、县或者市病残儿医学鉴定机构鉴定为非遗传性残疾,不能成长为正常劳动力的。同时,考虑到其他特殊的再生育情形立法难以穷尽,需要进一步论证,为此,《修正案》规定,因其他特殊情况可以再生育的生育条件由市政府另行规定。

(二) 调整完善了有关婚假的规定

新修改的《人口与计划生育法》不再鼓励公民晚婚晚育,对于原《条例》规定的晚婚假7天如何处理未予涉及。为保持福利措施的延续性,同时根据国家卫生计生委关于婚假天数不做减法的指导精神,《修正案》将原《条例》规定的晚婚假7天调整为符合法律规定结婚的公民,除享受国家规定的婚假外,增加婚假7天。

(三) 调整完善了有关生育假的规定

原《条例》规定的晚育假为 30 天,即晚育妇女在享受国家规定的 98 天产假的基础上,增加晚育假 30 天。根据新修改的《人口与计划生育法》,符合法律、法规规定生育子女的夫妻,可以获得延长生育假的奖励或者其他福利待遇。考虑到本市大部分女性初育时已超过国家规定的晚育年龄,为了更好地保障女性的生育权益,《修正案》将原《条例》规定的晚育假调整为生育假,即符合法律法规规定生育的妇女,除享受国家规定的产假外,还可以再享受生育假 30 天。

(四) 调整完善了有关配偶陪产假的规定

原《条例》规定的晚育护理假为 3 天,即晚育妇女的配偶可以享受晚育护理假 3 天。《修正案》将晚育护理假调整为配偶陪产假,同时,考虑到社会普遍认为晚育护理假 3 天较短,为了体现全面两孩政策实施后的人文关怀,支持男方对生育妇女进行照护,同时兼顾用人单位负担等因素,将配偶陪产假规定为 10 天。

此外,按照“老人老办法,新人新办法”的原则,根据新修改的《人口与计划生育法》的相关规定,《修正案》对涉及《独生子女父母光荣证》等规定的有关条款也作了相应修改;对原《条例》规定的涉及晚婚晚育、生育一个子女后的再生育审批、合法收养一个子女后的再生育审批等与新修改的《人口与计划生育法》不相一致的规定,作了删除。

市卫生计生委主任邬惊雷介绍了本市实施全面两孩政策有关情况,以及相关公共服务举措。

一、实施全面两孩政策,意义重大而深远

党的十八届五中全会作出了关于实施全面两孩政策的战略决策。市人大审议通过了《关于修改〈上海市人口与计划生育条例〉的决定》,这是贯彻落实中央决策部署的重要举

措,标志着上海计划生育工作进入了一个新的历史时期。

长期以来,上海坚持计划生育基本国策,实施人口与发展综合决策,计划生育工作取得了重大成就,人口过快增长的势头得到有效控制,缓解了资源、环境压力,有力促进了经济社会发展。当前,上海正处于人口特大型城市向人力资本强市转变的关键时期,仍然面临着人口总量规模不断扩大、人口老龄化程度不断加深、人口结构性矛盾日益突出、人口整体素质亟待提高等问题。

实施全面两孩政策、改革完善计划生育服务管理,是促进人口长期均衡发展的重大举措,有利于优化人口结构,增加未来劳动力供给,减缓人口老龄化压力;有利于促进经济持续健康发展,实现全面建成小康社会的奋斗目标;有利于更好地落实计划生育基本国策,促进家庭幸福与社会和谐。

二、实施全面两孩政策对今后几年全市人口出生的影响

本市实施全面两孩政策的目标人群包括:双独夫妻、单独夫妻、非独夫妻。鉴于双独、单独夫妻可以生育两个子女的政策已经实施,全面两孩政策实施以后,新增加的目标人群主要是夫妻一方或双方为本市户籍、均为非独生子女、已生育过一个孩子的夫妇,约为 77.6 万对。

综合考虑本市育龄妇女的年龄结构、平均初育年龄、生育间隔、生育意愿及办理申请后的实际生育比例,对全面两孩政策实施后可能新增的出生人口数进行高、中、低三种方案测算。根据测算,短期内(3-5 年)全市户籍人口最有可能新增出生人口 6-12 万人,每年约新增 2-3 万人;流动人口在沪出生平均每年新增 2 万人左右。预计近几年全市常住人口

出生数量平均每年在 26 万人左右, 2016–2018 年出生人口数量将处于相对高峰期, 2019 年以后随着生育旺盛期妇女数减少, 出生人口数量将逐步回落。

三、关于本市单独两孩政策的实施情况

从 2014 年 3 月 1 日起, 上海实施单独两孩政策, 总体实施情况良好, 平稳有序, 符合预期。据统计, 从 2014 年 3 月 1 日至 2015 年 12 月 31 日, 全市共批准单独夫妻再生育申请 3.39 万例, 其中 1.8 万例已生育, 占审批人数 54.3%, 6000 多例处于现孕状态。单独两孩政策的平稳有序实施, 释放了部分生育势能, 降低了出生人口堆积的风险, 为实施全面两孩政策奠定了良好基础。

四、加强产科儿科医疗资源配置

近年来, 由于本市人口出生处于第三次小高峰, 给产科儿科等医疗资源带来较大压力。实施全面两孩政策以后, 面临产科儿科的供需矛盾。市卫生计生委将进一步合理配置产科儿科资源, 提高医疗服务能力, 积极应对可能出现的生育堆积。

1. 关于加强产科资源建设

目前, 本市共有 87 家助产医疗机构, 产科床位 4300 余张。专家经测算认为, 可容纳年分娩量 30 万余人次。因此, 从总量上讲应该可以基本满足全面两孩政策实施后的生育需求。

全面两孩政策实施后, 会出现产妇增多的情况, 尤其是高龄产妇数量增多, 对妇幼保健技术和控制出生缺陷提出更高要求。

市卫生计生委将进一步完善早孕建册、入院建卡和产科分娩各环节的动态监测和报告制度, 继续完善预警机制; 进一步加强以“安全和质量”为核心的产科和儿科服务能力建设, 加大对 5 家危重新生儿会诊抢救中心和

6 家危重新生儿会诊抢救中心的人员和设备投入, 建设危重孕产妇重症监护病房, 积极鼓励符合政策的社会医疗机构开办产科和儿科服务。同时, 坚持“有序保健、规范服务”、“能级服务, 分类指导”、“健全机制, 提升能力”、“精细管理, 持续发展”的基本原则, 充分发挥区域内卫生计生资源的整体服务能力, 提供分级分类和精细化服务, 避免扎堆分娩, 进一步加强高龄人群再生育咨询指导和保健服务, 切实采取综合措施, 确保母婴安全。

2. 关于加强儿科医疗服务建设

目前, 全市提供儿科诊疗服务的医疗机构共有 179 家, 其中, 设置儿科床位的医疗机构有 68 家, 提供儿科门诊服务的医疗机构有 141 家, 提供急诊服务的有 76 家, 总床位数达到 3600 张, 全市注册儿科医师达到 3205 人。

为了进一步提高本市儿童健康服务能力建设, 市卫生计生委于 2016 年 1 月 29 日印发了《加强本市儿童健康服务能力建设的指导意见》, 明确了近期内加强组织领导、优化资源配置、推进区域协同发展、改善就医体验、加强健康管理、加强队伍建设、做好信息服务等 7 个方面的任务。同时, 抓紧编制《上海市儿童健康服务能力建设专项规划(2016–2020 年)》, 先后指导成立了上海市儿童医院儿科医疗联合团队、复旦大学儿科医疗联合体及闵行协作网、上海儿童医学中心儿科医疗联合体(浦东)等医联体。

五、关于政策衔接

实施全面两孩政策以后, 根据新修改的《人口与计划生育法》, 按照“老人老办法, 新人新办法”的原则, 对计划生育奖励扶助政策进行衔接。

1. 有关《独生子女父母光荣证》的领取

2016 年 1 月 1 日全面两孩政策实施以后,

对于只生育一个子女的夫妻，不再发放《独生子女父母光荣证》。2016 年 1 月 1 日之前自愿终身只生育一个子女的夫妻，按照本市有关规定，符合条件的，仍可申请领取《独生子女父母光荣证》。

2. 有关独生子女父母奖励

持有《独生子女父母光荣证》的本市户籍公民，继续按照本市有关规定享受计划生育奖励扶助待遇；符合法律法规规定再生育子女的本市户籍公民，如果原来已经领取过《独生子女父母光荣证》，应当注销，并停止享受计划生育奖励扶助待遇，此前已经享受的待遇不予退回。

3. 有关增加婚假、生育假、配偶陪产假

在 2016 年 1 月 1 日至 2 月 29 日期间，已经办理结婚登记手续、生育子女的，可以按照《修正案》的规定，补休相关的增加婚假、生育假、配偶陪产假待遇。

六、推进计划生育服务管理改革

在下一步工作中，将全面贯彻落实《中共中央国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》，认真执行新修改的《上海市人口与计划生育条例》，稳妥扎实有序实施全面两孩政策，深入推进计划生育服务管理改革。

加强宣传引导，做好政策解读，回应社会关切，有针对性地为育龄夫妻提供优生优育宣传和家庭计划指导。加大对计划生育特殊家庭的帮扶力度，妥善解决独生子女伤残、死亡家庭在生活照料、养老保障、大病治疗和精神慰藉等方面的问题。优化办事流程，依托信息系统，做好生育登记服务和再生育审批工作。加强出生人口监测，开展政策实施情况评估。不断完善计划生育“宣传倡导、依法管理、群众自治、优质服务、政策推动、综合治理”的长效工作机制。

（本刊辑）

（上接第 41 页）

是否有升级、加重的趋势，并且相应地向医疗机构发出预警、求救。

女子医学院手术室的首席外科医生 John Semple 博士表示，早期实验显示此类“医院专业版”APP 有效地减少了患者二次入院比例，同时也有效地节省了医院开支。

同样，外科医生们也是此项新科技的受益人。比如上文中提到，患者可以通过“医疗专业版”APP 创建就诊日记，除了文字性的感受外，还可以每天自行拍照上传关于伤口的愈合情况，成立伤口愈合组图。在手术完成后，通过阅读患者的日记以及浏览患者每天更新的伤口愈合照片，外科医生可以更好地判断患者的康复情况。

在传统就诊方式中，医生仅仅会在术后第一周和第三周与患者见面，观察其伤口愈合情况。而“医院专业版”APP 则能够为医生提供日日更新的照片，这不仅能够有效缩短会面周期，为医生的再次诊疗提供更多的有效信息，还能辅助医生更准确地判断患者病情发展。对患者来说，通过手机程序，能够与医生建立即时联系，了解症状是否严重，是否需要立即入院就诊等。

最后，Semple 博士总结，“医院专业版”APP 最大的好处在于：这项口袋新技术革新，让患者真正参与了自己的治疗过程，从而更有利于树立患者信心。

（辑自《健康界》20151126）