

2016年第3期

人口信息

POPULATION INFORMATION

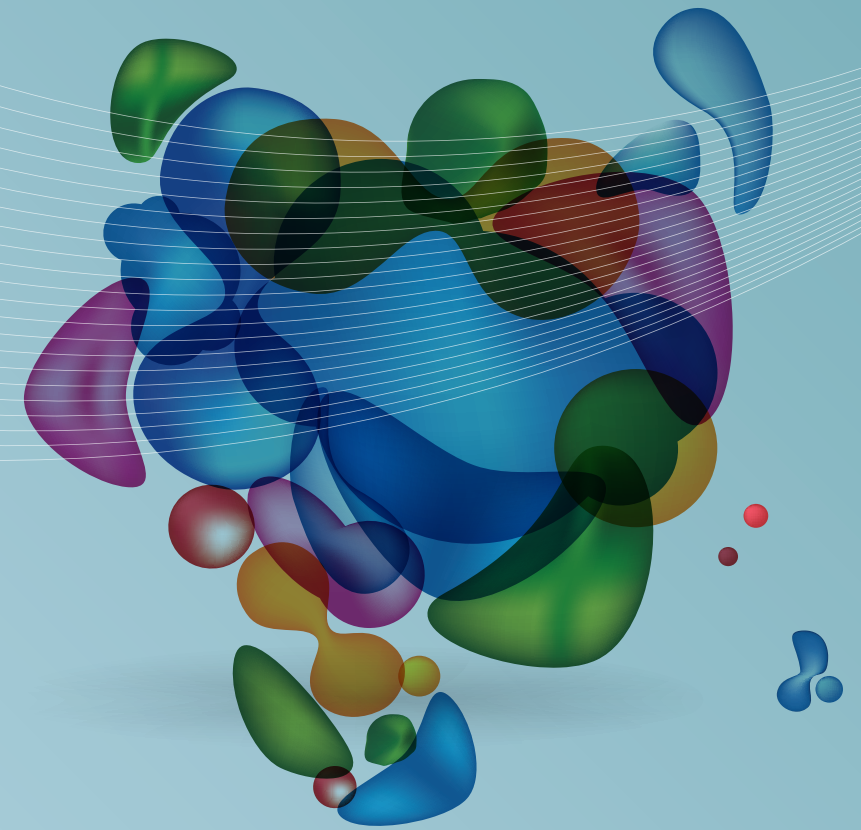
《人口信息》

(双月刊)

2016年第3期

(总第206期)

2016年6月28日出版



- * 通过法治和治理体系建设加强现代城市人口管理和服務
- * 长三角地区少子老龄化与经济社会可持续发展——基于“六普”数据的分析
- * 上海未婚流动青少年生殖健康状况调查
- * 人口老龄化背景下的养老服务：问题及再思考(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3期(总第206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•

通过法治和治理体系建设加强现代城市人口管理和服.....任远(1)

长三角地区少子老龄化与经济社会可持续发展

——基于“六普”数据的分析.....张苹(4)

•本期关注•

人口老龄化背景下的养老服务:问题及再思考.....本刊编辑部(12)

(主持人:杨昕,参与讨论:孙雅玮、高慧、杨昕)

•调研与分析•

上海未婚流动青少年生殖健康状况调查.....梁爱玉等(33)

•医改进展•

2015年医疗卫生事业发展报告.....房莉杰(37)

•政策之窗•

《上海市人口与计划生育条例》(修正案)主要政策解读.....本刊辑(46)

◀ 人口与发展 ▶

通过法治和治理体系建设加强现代城市人口管理和服

任 远

类似上海这样的巨型城市在快速城市化的背景下面临大量人口集聚导入的巨大压力。城市外来人口近年来呈现快速增长,到了2013年底,常住人口数量已经达到2415万,其中非户籍的常住外来人口数量超过了1000万。人口集聚构成城市发展的巨大推动力,同时也对城市发展和管理带来巨大压力。各种拥挤问题、贫困社区问题、社会治安问题、环境问题、城市不平等问题等突出地表现出来,这些问题也被广泛地称为“城市病”。协调人口增长和城市发展的内在紧张关系是上海实现自我提升、向现代大都市发展必须面对的挑战,也是必须解决的任务。成功地应对挑战,将使上海向上提升,更好地迈向现代化的全球城市;而失败地应对挑战,可能会削弱城市发展活力、扩大城市分化和带来城市社会向下挤压,甚至使上海转向发展中国家的二流城市发展。

人口和城市内在紧张关系的根本原因不是人口过多,而是城市人口管理和服务水平不足。城市的问题似乎表现为人口过多,带来资源紧缺、空间紧缺和服务缺乏,而实际上是管理能力的不足。例如交通的拥挤很大程度上不是车辆过多,而是道路建设不足和交通管理不规范。城市的空间紧张对于上海这样的巨型城市其实也并不是真实的困难。我们也发现一方面存在大量和居民生活不友好的广场、空置的以国际化为导向的商品住房,一些新城具有大量低效益使用的土地,甚至闲置的土地没有人

口居住,而一方面在某些地区居民的居住空间、生活空间和公共生活空间又显得非常的局促。城市的社会治安问题似乎表现为流动人口占到了城市犯罪的80%,但实际上我们最近的研究也发现,流动人口数量和密度其实上并不影响城市的犯罪率,真正影响犯罪和社会治安的原因则在于教育水平较低、人口结构更加年轻化、社区环境的破败、失业率特别是男性失业率的提高、家庭和婚姻生活的分裂、居住地区的警力配备和治安投入不足等。那么城市的治安和安全也不是通过控制人口来得到解决,而是要把提高教育和就业机会、改善社区环境、提高公共安全管理作为根本的应对出路。总体上来说,提升城市管理而非控制人口数量才是应对增长型城市“人口压力”的根本出路。

城市人口增长和城市生活的内在紧张关系和利益冲突也表现为城市公共服务供给不足和供给不平等。当公共服务难以满足城市居民日益增长的生活和发展的需求,则削弱了城市居民的幸福感和发展能力。公共服务供给不足和市场化配置资源的深化,进一步扩大了城市分化,城市社会空间、住房、教育、健康和养老等各项服务在市场配置力的作用下扩大了分化性,并带来城市生活成本的增加,使得社会中下层居民的公共服务供给不足和生活压力加剧。更突出的挑战是,在公共服务供给不足的情况下,带来不同群体社会生活的挤压,特别是社会中下层居民利益的挤压,强化了本

地人口和外来人口之间的利益冲突和社会冲突。我们可以看到相对于中高阶层人口的社会服务主要依托于市场体制,实际上往往形成一种相互接受和融合的状态,而在社会公共服务供给相对不足的社会中下层居民中,本地人口和外来人口的社会冲突表现得更加明显。同时,外来人口难以获得必要的基本公共服务供给,则催生了地下的低成本、低质量的自我服务。这也说明城市和人口的内在紧张,关键还是在于城市需要强化自身的公共服务供给能力,为社会所有居民提供更加平等和充分的发展机会。

实践已经证明,在一个快速城市化背景下的巨型城市成长中,应对人口增长和城市发展的内在紧张关系,不能简单依靠行政调控。行政调控具有自身的限度,脱离了城市化和市场内在规律的调控不仅是无法实现的,而且会带来城市发展的扭曲。例如过度的行政调控反而带来劳动力市场失灵和创新性人才供给不足。同时,一种明知不可为而为之的行政管控,也可能成为一种掩耳盗铃式的城市应对,于解决实际问题并无帮助。需要强调的是,行政的调控需要在法制的框架下运行,否则往往伤害城市发展的正义,以及上海现代城市政府的合法性。

因此,在政府行政力量的管理调控之外,需要充分利用市场的力量、社会的力量来推动社会治理,有助于实现良好的人口管理和服。在此过程中,特别应强调法治建设来协调人口增长和城市发展的关系,为加强城市人口管理和服提供保证,这也是一个人口增长着的现代都市社会治理体系建设的关键环节,并构成国家治理体系和治理能力现代化的国家建设道路和现代城市成长的路径。通过加强法治和提升治理能力加强外来人口的管理和服,主要作用表现在以下三个方面:

第一,加强法治建设实现城市秩序。法治是依法治国和依法治市的基本要求。法治发展有助于推动市场秩序和社会秩序的形成。市场企业要成为规范的依法经营的主体,实现企业依法经营。对于社会秩序来说,需要通过包括公共秩序、道路交通、食品安全、社区卫生、违章搭建、无证摊贩、废旧物品收购等各种法律法规建设严格执法,才能够构建规范性的社会秩序,并因此提高包括外来人口和本地人口在内所有人口的生活环境和社会秩序。同时,在法治的基础上才能够规范政府管理行为,实现管理有序,也即是“法无授权不准为”。我们一些城市人口管理本身并没有明确的法律支撑,这不仅损害了政府管理的公信力、也损害了政府公共管理的合法性,例如如果对于城管综合执法没有明确的法律界定、如果城管和专业部门执法的关系没有充分理清,城管执法在城市管理中就难免处于尴尬的局面。

第二,通过法治建设明确和维护社会群体利益和权利。城镇化过程中人口变动和城市发展中的各种冲突,实质是社会群体之间的利益冲突和权利结构的矛盾。例如拆迁和城市更新过程中,面临集体土地、城乡居民和居住的外来人口在土地权利上的保护和利益维护;例如城管冲突的实质也是不同群体对城市空间使用权的界定和冲突。法治建设是对利益和权利的界定和维护,才是解决社会冲突的根本对策。在这个意义上,维稳的根本在于维权,只有推动法治建设,才能更好地平衡人口集聚过程中日益强化的社会冲突。

第三,通过法治建设监督履行政府责任、企业责任和公民的社会责任。人口管理和服需要政府、企业和社会公民依法履行其基本责任。城市化过程所中人口管理和服的压力,

其实很大程度上并不是城市化过程中的成本分担,而是多元主体的法律责任的履行。例如给农民工缴纳社会保障本身并不应看作是企业的福利,而是企业经营者有法律责任为企业劳动者提供社会保障,劳动者也有权利因为企业没有履行法律责任申请仲裁。对于外来人口提供教育和服务,也不是地方政府的恩赐,是一个公共服务型政府的法律责任,例如为流动儿童提供教育本身就是义务教育法的基本要求,不论是流入地和流出地政府如何进行成本分担,地方政府就有依法提供义务教育的基本责任。在这个意义上,也需要政府落实“法定责任必须为”,落实公共服务型政府的基本责任。法治建设同时强调外来人口有遵守相关法律法规规定的责任和义务。这也同时提出,对于加

强外来人口的管理和服务来说,也需要加强对流动人口各种法制规范的教育,使其明确法律的相关规定和违反法律规范的相关责任。不仅促进了农民工群体市民化,而且通过对法制的遵守和公共责任的履行,使得人口成为现代城市市民。

因此,现代城市需要突破“全能政府”的传统思路,通过法治和治理来强化人口管理和服务,提高城市的运行质量和治理水平。只有通过法治建设规范城市运行、协调社会利益、维护公民权利和落实多元主体的法定责任,才能够建设公平公正和规范有序的现代城市,并推动城市不断提高生活的品质和管理的质量,建设成为现代化的全球城市。

(作者为复旦大学社会发展与公共政策学院教授)

(上接第11页)

发展的滞后、社会老龄化趋势的加重等因素的作用下,居家养老服务模式成为解决中国特色老龄化问题的有效措施之一,成为长三角各地探索推进的现实课题。居家养老服务,是由社区和社会帮助家庭为居家老人提供生活照料、医疗护理和精神慰藉等方面服务,是破解我国养老服务难题的根本出路之一,能够有效整合养老资源,提高老年人生命生活质量。长三角各地在执行中央下达的社会养老政策时,实施方式的差异性较大,在因地制宜的政策本地化过程中,存在很大程度的盲目性和随意性。而各地政府之间缺乏有效的交流平台,这就导致居家养老服务开展过程中的经验和解决问题的方案等难以进行相互借鉴,这对居家养老的长远发展相当不利。因此,在科学发展观的指导下,我们应该通过区域统筹的方式进一步优化资源

配置,提高资源利用率。

(四) 加强对教育改革的深化和投入

近年来,长三角基础教育取得了辉煌成就。基本普及九年义务教育和基本扫除青壮年文盲(简称“两基”)的目标初步实现,素质教育全面推进。但是,随着少子老龄化的推进,基础教育面临着新的挑战,改革与发展的任务仍十分艰巨。“少子化”进程的加速,以前教育资源数量扩张型态势应该及时转变为内涵深化型态势(都阳,2011)。我们不一定缩小整个教育资源,现在来看,城市里面很多学校生源减少,但同时也要看到很多农民工的子弟没有学上,广大农村留守儿童没有接受很好的教育。我们可以在总量资源瓶颈比以前缓解的情况下,强化对教育改革的深化和投入。

参考文献(略)

长三角地区少子老龄化与经济社会可持续发展

——基于“六普”数据的分析

张 苹

人口老龄化是指一个国家 65 岁以上人口占总人口的比例超过 7%，这表明人类可以活得更健康、更长久。但与此同时，新一代人口增长速度远低于上一代人口自然减少的速度，这也带来了一系列严峻的挑战。截止 2010 年底，我国 65 岁以上的老人占到人口总数的 8.87%，总和生育率为 1.18，已正式进入老龄化社会且处于超少子化状态。少子老龄化是当今许多国家，特别是发达国家及经济高速增长的发展中国家面临的重要问题。在我国，人为的低生育率、人口结构老化、社保制度不健全、经济尚未发达等造成了我国人口少子老龄化区别于他国的特殊性和严峻性。受人口自身发展及社会经济形势的多种影响，长三角已经进入无可争辩的少子老龄化阶段。严重的少子老龄化必然会对长三角各个地区经济发展、社会保障及教育事业等产生严重影响，给社会经济发展带来一系列的问题。本文以“六普”数据为依据，深入剖析长三角地区少子老龄化的现状及其对经济社会发展带来的问题与挑战，提出少子老龄化背景下长三角地区经济社会可持续发展的对策。

一、少子老龄化的现状及迁入年轻人口的缓解

少子化是指生育率下降，造成青少年人口逐渐减少的现象。从相对的角度来看，少子化意味着高龄人口相对变多，即老龄化，所以这两个名词常常是指相同现象，有学者将其合二为一，即为“少子老龄化”。受到人口自身以及社会经济形势的影响，长三角已经进入无可争辩的“少子老龄化”阶段。

(一) 生育率偏低，青少年人口减少，“少子化”趋势显现

少子化代表着未来人口可能逐渐变少，对于社会结构、经济发展等各方面都会产生重大影响。第六次全国人口普查数据表明，长三角地区生育率偏低，青少年人口减少，已经出现无可辩驳的“少子化”趋势。

1. 生育率偏低

从人口学理论分析，适度、理想的低生育率被称为“更替水平”，也就是总和生育率在 2.0 左右。这一数字在 2.1 以下的叫做“低生育率”，1.5 以下的为“很低生育率”，1.3 以下的为“超低生育率”，1.0 以下的为“灾难性低生育率”。根据 2010 年第六次全国人口普查的统计数据，长三角地区已步入“超低生育率”和“严重少子化”行列。长三角地区上海市、江苏省和浙江省总和生育率分别为 0.74、1.05 和 1.02，其中上海市已属于“灾难性低生育率”，

江苏、浙江两省属于“超低生育率”。

2. 青少年人口减少

第六次人口普查数据显示，与第五次人口普查相比，10 年间长三角两省一市和部分重点城市青少年人口均呈现数量减少、比重降低的趋势。其中，江苏省青少年人口比重降幅最大，由 2000 年的 19.63% 降为 2010 年的

13.01%，下降了 6.62 个百分点；10 年间的年均增长率为 -3.32，下降速度最快。另外，上海市和浙江省青少年人口比重也分别下降了 3.65 和 4.85 个百分点，年均增长率也呈负增长状态。从几个代表性城市来看，青少年人口也均呈负增长状态。见表 1。

表1 长三角两省一市和重点城市青少年人口变化趋势（万人，%）

地区	2000 年		2010 年		比重变化	年均增长率
	人数	比重	人数	比重		
上海市	201.09	12.26	198.29	8.61	-3.65	-0.14
江苏省	1434.20	19.63	1023.35	13.01	-6.62	-3.32
浙江省	829.29	18.06	718.91	13.21	-4.85	-1.42
南京市	94.55	15.43	76.15	9.51	-5.92	-2.14
杭州市	113.13	16.45	99.11	11.39	-5.06	-1.31
苏州市	97.88	14.41	96.31	9.21	-5.20	-0.16
宁波市	96.45	16.17	88.89	11.69	-4.48	-0.81

（二）老龄化水平高于全国，具有超前特征

2010 年第六次人口普查显示，长三角地区 65 岁及以上老年人口占总人口的比重为 10.23%，比 2000 年的 9.19% 又有所提高，老龄化继续发展。同年，全国 65 岁及以上老年人口占总人口的比重为 8.92%。前者高于后者

1.31 个百分点，表明长三角地区老龄化水平高于全国，具有超前特征。两省一市中，江苏省老龄化水平最高，老年人口比重达到 10.88%；其次是上海市，老年人口比重为 10.13%；浙江省是长三角地区老龄化水平相对最低的省份，老年人口比重为 9.34%。见表 2。

表2 长三角两省一市和重点城市老年人口的增长状况（万人，%）

地区	2000 年		2010 年		10 年增加		年均增长率	
	数量	比重	数量	比重	数量	比重	总人口	老年人口
全国	8827.40	7.10	11892.72	8.92	3065.32	1.82	0.70	3.03
长三角	1243.73	9.19	1597.01	10.23	353.28	1.04	1.43	2.53
上海市	188.03	11.46	232.98	10.13	44.95	-1.33	3.44	2.17
江苏省	645.84	8.84	855.86	10.88	210.02	2.04	0.74	2.86
浙江省	409.86	8.92	508.17	9.34	98.31	0.42	1.71	2.17
南京市	60.00	8.49	73.50	9.18	13.50	0.69	2.71	2.05
杭州市	60.74	8.83	78.44	9.02	17.70	0.19	2.38	2.59
苏州市	65.09	9.58	88.91	8.50	23.82	-1.08	4.41	3.17
宁波市	52.16	8.75	65.48	8.61	13.32	-0.14	2.46	2.30

资料来源：全国数据来自《2010 年第六次全国人口普查主要数据》，国务院人口普查办公室、国家统计局人口和社会科技统计司编，中国统计出版社，2001 年 6 月。两省一市数据分别来自相应省市第六次人口普查。长三角地区数据根据两省一市数据计算所得。

从几个代表性城市来看,均已进入老年型社会,但与其所在省的总体水平相比,老龄化程度相对较轻。其中,南京市和苏州市老年人口比重分别为 9.18% 和 8.50%,均明显低于其所在江苏省 (10.88%)。杭州市和宁波市老年人口比重分别为 9.02% 和 8.61%,稍低于其所在浙江省 (9.34%)。这主要是由于这 5 个城市均为长三角地区经济较为发达的城市,吸引了大量年轻的外来人口迁入所致。

(三) 老年人口增速放缓,重点城市呈慢于总人口增速的态势

与 2000 年第五次人口普查相比,近 10 年来长三角地区老年人口规模迅猛扩张。2000 年第五次人口普查长三角地区老年人口数为 1243.73 万人,2010 年第六次人口普查增长到 1597.01 万人,增长 28.40%,10 年间年均增长率为 2.53%。同期,长三角总人口增长 15.31%,年均增长率为 1.43%。长三角两省一市中,江苏省老年人口增速 (2.85%) 最快,且与总人口增速 (0.74%) 相差最大。浙江省老年人口增速 (2.17%) 也高于总人口增速 (1.71%)。可见,总体上长三角地区老年人口增速快于总人口增速。见表 2。

以长三角地区 5 个重点城市为例,分析发现,这 5 个重点城市的老年人口增速均有所放缓,呈慢于总人口增速的态势。其中,上海市老年人口增速为 2.17%,低于总人口 3.44% 的增速。另外,南京市和苏州市均与其所在的江苏省趋势相反,其老年人口增速分别为 2.05% 和 3.17%,均出现放缓趋势,且均低于总人口增速 2.71% 和 4.41%。杭州市和宁波市老年人口增速分别为 2.59% 和 2.30%,前者稍高于总人口增速 (2.38%),

后者低于总人口增速 (2.46%)。这种情况的出现,表明以上几个城市年轻的外来人口的流入,大大缓解了所在城市的老龄化程度,但并没有降低其所在省的老龄化水平的现实,又说明这些城市的外来人口中省内流动占了很大比重。

(四) 高龄老人比重提高,老龄化向纵深发展

根据国际通用老年人口年龄结构类型,低龄老人 (60~69 岁) 比重高于 60% 或高龄老人 (80 岁及以上) 比重低于 7% 为低龄型老年人口年龄结构,低龄老人比重 50%~60% 或高龄老人比重 7%~14% 为中龄型老年人口年龄结构,低龄老人比重低于 50% 或高龄老人比重高于 14% 为高龄型老年人口年龄结构。见表 3。

表3 老年人口年龄结构类型 (%)

老年人口比重	通用老年人口年龄结构类型		
	低龄型	中龄型	高龄型
低龄老人 (60~69 岁)	60 以上	50~60	50 以下
高龄老人 (80 岁及以上)	7 以下	7~14	14 以上

第六次人口普查显示,长三角地区已属于高龄型老年人口结构类型,人口老龄化继续往纵深发展。两省一市老年人口中高龄老人比重均呈明显上升趋势,其中,上海市老年人口中高龄人口比重上升明显,由五普时 12.16% 上升到 16.94%,增加 4.78 个百分点;江苏省由 10.71% 上升到 13.34%,增加 2.63 个百分点;浙江省由 10.45% 上升到 14.20%,增加 3.75 个百分点。可见,上海市和浙江省高龄老人占老年人口比重均已超过高龄型老年人口标准 (14%),江苏省虽未超过但已接近。相应的,老年人口中的低龄老人比重均有所下降。

（五）老龄化水平城乡差异较大，农村地区更为严重

当前我国社会城乡差异在很多方面都有体现，表现在老龄化水平方面也存在明显的城乡差异。根据第六次全国人口普查列出的城市、镇、乡村数据发现，全国老龄化水平表现为乡村明显高于镇，镇略高于城市。长三角地区江苏省和浙江省与全国形势相似，乡村老龄化水平分别高达 13.58% 和 12.97%，镇老龄化

水平为 10.34% 和 7.77%，而城市老龄化水平仅为 8.39% 和 6.62%。上海市与全国和江苏省、浙江省形势不同，老龄化水平表现为乡村高于城市，城市高于镇。其中，乡村老龄化水平最高，达到 12.14%，其次是城市为 10.20%，老龄化水平最低的是镇，仅为 7.96%（见表 4）。这主要是由于上海市的镇大多属于城乡结合部区域，聚集了大量年轻的外来人口，降低了该区域的老龄化水平。

表4 长三角两省一市和重点城市老龄化水平城乡差异（%）

地区	城市	镇	乡村
全国	7.68	7.98	10.06
上海市	10.20	7.96	12.14
江苏省	8.39	10.34	13.58
浙江省	6.62	7.77	12.97
南京市	8.49	8.27	11.71
杭州市	7.47	8.07	12.92
苏州市	6.78	9.11	11.18
宁波市	6.94	7.83	11.48

以长三角 5 个重点城市为例，分析发现，老龄化水平城乡差异较大，农村地区老龄化水平更为严重。5 个城市中上海市和南京市情况相似，表现为乡村高于城市，城市高于镇；杭州市、苏州市和宁波市情况类似，表现为乡村高于镇，镇高于城市。其中，单从城市老龄化水平来看，苏州市和宁波市均未超过 7% 的警戒线，尚未进入老龄化社会。见表 4。

（六）年轻人口的导入，一定程度上缓解了当地老龄化水平

上文分析发现，长三角地区常住人口中 65 岁及以上老年人口比重均已超过 7% 的警戒线，已进入老年社会。以上是以常住人口为口径测算的老龄化水平，其中包含了大量以劳动年龄为主的年轻人口的导入，在一定程度上

缓解了当地老龄化水平。

根据第六次人口普查公布的两省一市省外流动人口年龄结构来看，呈明显的中间大两头小的特征，即 0~14 岁人口比重和 65 岁及以上人口比重都非常低，而 15~64 岁劳动年龄人口占绝大多数。具体来看，上海市省外流动人口 15~64 岁人口比重为 90.20%，高于常住人口 8.95 个百分点；65 岁及以上老年人口比重仅有 1.27%，低于常住人口 8.85 个百分点。江苏省这种差距更大，省外流动人口 15~64 岁比重高达 90.65%，高于常住人口 24.54 个百分点；65 岁及以上老年人口比重仅为 1.10%，低于常住人口 9.78 个百分点。浙江省外流动人口 15~64 岁人口比重为 89.97%，高于常住人口 12.52 个百分点；65 岁及以上老年人口比重仅为 0.49%，低于常住人口 8.85 个百分点（见

表 5)。可见,省外流动人口主要是以 15~64 岁劳动年龄人口为主,少年儿童系数和老年人口系数均很低,其人口年龄结构是一种极其特殊的结构类型。

若剔除省外流动人口的因素,长三角地区户籍人口老龄化水平将更高。其中,上海市

的这种变化最为明显,老龄化水平由常住人口的 10.13% 猛增至 15.79%。江苏省和浙江省也均有不同程度的提高,江苏由 10.88% 增至 11.89%,浙江省由 9.34% 增至 11.79%。因此,长三角地区大量劳动年龄为主的年轻人口的导入,一定程度上缓解了当地老龄化水平。

表5 省外人口年龄结构与常住人口年龄结构比较 (%)

地区	流动人口			户籍人口			常住人口		
	0~14	15~64	65+	0~14	15~64	65+	0~14	15~64	65+
上海市	8.53	90.20	1.27	8.67	75.54	15.79	8.61	81.26	10.13
江苏省	8.25	90.65	1.10	13.50	74.61	11.89	13.01	76.11	10.88
浙江省	9.54	89.97	0.49	14.23	73.98	11.79	13.21	77.45	9.34

注:户籍人口年龄结构是根据常住人口减去流动人口推算所得。表中流动人口指省外流动人口。

二、少子老龄化带来的问题与挑战

人口学专家表示,一方面是少子化导致的青少年人口越来越少,一方面是老龄化程度越来越严重。严重的少子老龄化,对长三角各个地区社会经济发展以及社会保障、教育事业等提出了严峻挑战。

(一) 少子老龄化发展速度与社会经济发展水平不相适应

2010 年长三角地区国内生产总值 86313.77 亿元,而 2000 年时为 19390.24 亿元,10 年间年均增长率为 16.10%。经济发展虽然属于高速发展水平,但是,由于长三角人口老龄化的加速发展,城镇离退休人员迅速增加,离退休人员的养老福利费用也迅速增加。以上海市为例,离退休人员从 2000 年的 234.23 万人增加到 2010 年的 352.02 万人,年均增长率为 4.16%。离退休人员的养老金从 2000 年的 205.14 亿元相应增为 2010 年的 783.42 亿元,年均增长率高达 14.34%。而同期,上海市 GDP 从 2000 年的 4771.17 亿元增为 2010 年的 17165.98 亿元,包括物价上涨等因素,年均增长率为 13.66%,低于

离退休人员养老金的年均增长率。可见,上海离退休人员的养老金支出增长超过了经济的增长。虽然上海市人口老龄化为全国之最,但浙江省和江苏省的老龄化在全国各省市中也是名列前茅,也与上海有雷同之处。因此,从上海市例子中可以较清楚地说明长三角地区的人口老龄化发展速度快于经济发展速度,呈现出“未富先老”的特征。

(二) 少子老龄化给社会保障和养老问题带来严峻挑战

一是老龄化发展过快,社会保障面临新的挑战,养老金入不敷出现象将日益突出。目前,我国建立的社会保障体系包含的面较广泛,但对老年人来说,其中的养老保障和医疗保障是至关重要的。养老金收入是他们安度晚年最基本的经济基础,而医疗保险则是他们晚年患病时最可靠的“护航保驾舰队”。因此,有否养老方面的社会保障是老年人安度晚年的关键问题之一。目前长三角地区老年人口规模大幅度扩张,再加之产业结构调整中提前离退休等因素影响,造成近期城镇离退休人员增长过快,养老和医疗的

支付金额也相应大幅度增加,企业、国家与社会负担过重。最新发布的《化解国家资产负债中长期风险》报告指出,在人口老龄化冲击下我国养老金的统筹账户将给财政造成巨大负担(马骏,2012)。一些效益较差的企业欠缴养老保险金的现象很普遍,致使社保基金不足,个人养老金帐户空帐运行。长三角地区也有类似的情况。对长三角地区来说,除了以上原因外,受人口年龄结构的影响,年轻劳动力规模逐年缩小,也是导致养老金现收现付制面临困境的一个不可忽视的问题。

二是“养儿防老”模式正在消失,老年人养老问题面临挑战。以前中国是一个年轻型的社会,老龄人口比较少,养老主要靠家庭养老(由家庭或家族成员对老人提供衣、食、住、行及送终等一系列生活安排的养老方式)。现在情况发生了很大变化,整个社会和家庭的老齡人口数量大大增加,老年人口比例迅速上升。同时,家庭养老功能在迅速弱化。如今三代同堂、四代同堂家庭很少了,老年人基本不和子女住在一起,子女长大结婚后,基本都和父母分开住。老两口一起生活,养老就是重大问题,如果夫妻二人中有一个去世,剩下一个单身老人养老就是更大的问题。中国目前养老面临的主要挑战,一

方面,中国正进入老龄化加速时期,家庭养老的功能由于城市化、现代化的发展被大大削弱;另一方面,中国没有那么多养老机构,老年人也不习惯到养老院去。这就形成了“原有的养老功能削弱,新的养老体系还未建立起来”的局面(翟振武,2011),老年人养老成为一个严重的社会问题。

(三) 少子老龄化对教育事业产生短期而显著的影响

少子化对社会运行各个方面都会产生影响,对教育的影响则是短期而显著的,将直接影响到长三角地区现已配置的公共资源和未来发展等公共资源的配置。

1. 学校生源减少,招生不足

受少子化的影响,近年长三角地区学齡人口急剧下降。以小学在校人数为例,上海市 2010 年小学在校学生数为 70.16 万人,比 2000 年下降了 11.03%;江苏省 2010 年小学在校学生数为 398.78 万人,比 2000 年下降了 44.50%;浙江省 2010 年小学在校学生数为 333.33 万人,比 2000 年下降了 5.78%(见图 1)。可见,江苏省在两省一市中遭遇的学校生源减少、招生不足的问题最为严重;浙江省保持缓慢下降的趋势;上海市在 2007 年降到最低点以后,近几年开始出现反弹趋势。

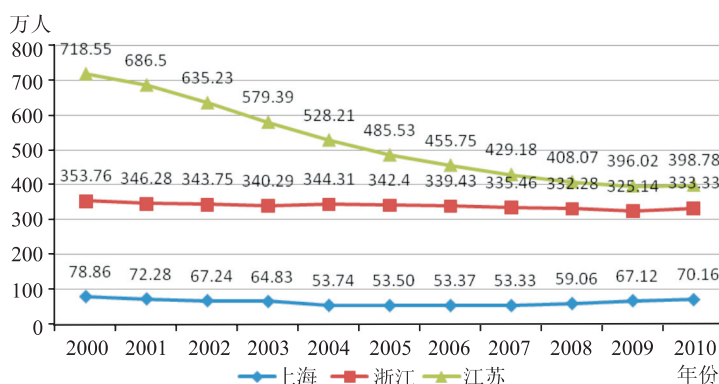


图 1 长三角小学在校学生数变动情况

2. 并校、闭校或并办减班,造成空间闲置、师资过剩等矛盾

教育事业受少子化影响严重而衍生的现象表现在生源不足的情况下并校甚至关闭学校的情况经常发生。2000 年长三角地区有 40588 所学校,2010 年只剩 15983 所,平均每年关闭 246 所(见表 6)。那些被关闭的学校校舍怎么处理、教师怎么分流便成为问题,造成社会资源浪费。另外,学校关闭尤其是中小学的关闭,对于偏远地区的中小學生来说,带来路途遥远、交通隐患等突出问题。保留下来的偏远地区或资质稍差的学校面临更严峻的生源问题,被迫减少班级数量,造成空间闲置浪费。同时,在学校减班、在校人数减少的情况下,即便不增加新的教师,在校教师的人数也将相对增加,造成师资力量相对过剩,势必造成师资培养资源的浪费。

表6 长三角地区学校数量变化情况(所)

地区	2000 年学校数	2010 年学校数
长三角	40588	15983
其中:上海市	2225	1730
江苏省	23526	7792
浙江省	14837	6461

注:上海和江苏数据来自《统计年鉴》(2011),浙江数据为根据《统计年鉴》计算所得,其中小学数量2000年为1.18万所按11800所计算,2010年0.40万所按4000所计算。学校包括普通高等学校、普通中学、小学、特殊教育,不包括幼儿园。

3. 对教育质量产生影响

从中长期来看,在众多学校被关闭的压力下,被诟病甚久的能力分班、小班制将会在家长的压力下死灰复燃,导致公私立学校之间的生源之争,而且使极端偏重智育的教育更为扭曲。还有一个潜在危机,就是因为师资频繁调动,引发师生关系疏离、教学品质下降。若是教师意识到自己的前途不稳,对教学就难以付出热忱。学生也会因为师生关系的断裂,课

程的衔接适应问题,导致学习效率降低。

从另外一个角度看,少子化对教育事业也会产生一定的正面影响,使教育趋向优质。少子化使学生数量减少,教师的责任就相对加重,必须将每个学生的程度都能提升,也更努力地提升教育水平。旧有的低成本照本宣科与纸笔测验,将不符合时代需要,学校需要设计更活泼、符合学生发展的课程,才能启发学生。

三、少子老龄化与经济社会可持续发展对策

少子老龄化必然会对长三角各个地区经济发展、社会保障及教育事业等产生严重影响,给社会经济发展带来一系列的问题。人口发展有其自身的规律性,人口结构的发展演变是一个漫长的过程,我们必须未雨绸缪,及时做出政策调整。

(一) 完善全面二孩政策的综合配套,逐步减缓少子老龄化带来的人口年龄结构的不平衡

30 多年来,针对过大的人口压力,我国实施了严格的计划生育政策,生育率快速下降。根据 2010 年第六次全国人口普查的统计数据,我国总和生育率约为 1.18,已经步入超低生育率和严重少子化国家行列。前文已述,长三角地区总和生育率与全国相比更低,已进入“超低生育率”水平。人口年龄结构一个明显的特征是不同年龄组的人口数量差距悬殊,人口结构的大幅度波动对社会经济的持续稳定发展必然会带来冲击;另一个明显的特征是青少年数量骤减,这必然会对未来的劳动力供给带来影响,同时造成人口老龄化不断加剧,养老负担越来越重。同时,按照国际经验,长

三角地区快速发展的城市化、工业化和受教育水平提高等因素,还会进一步加剧这一趋势。人口红利加速消失、老龄化加速以及未来可能的劳动力短缺问题将成为新的重大挑战(葛延风,2012)。

2013 年 11 月 15 日,中共十八届三中全会公布的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》(以下简称《决定》)提出:“坚持计划生育的基本国策,启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策,逐步调整完善生育政策,促进人口长期均衡发展”。然而,“单独二孩”政策正式落地后,并未带来生育意愿的“井喷”,也没有带来预测中的“婴儿潮”。“单独二孩”政策遇冷的关键在于缺乏有力的配套措施。十八届五中全会决定启动实施全面二孩政策,这是中国继“单独二孩”政策后,生育政策调整过程中的又一重大决定,是一项利人民利后代的战略性的改革,标志着实行了 30 多年的现行一孩政策的终结。目的在于改善未来的人口年龄结构,延缓人口老龄化的速度,增加未来的年轻劳动力供给,有利于中国人口和社会经济环境资源的长期均衡发展。

我们应该想到,实施全面二孩政策仅仅是放松了原有的对生育数量的限制,老百姓会不会生尚未知,遭遇“单独二孩”政策遇冷的尴尬也未知。要想实现政策的预期目标、特别是要想让大城市人口生育二孩,仅仅是生育政策的调整还远远不够,要尽快制定与全面二孩政策相配套的措施,配套支持全面二孩政策的实施,让好的政策能够很好地落实。

(二) 尽快建立长三角一体化的社会保障机制,为应对少子老龄化打好基础
长三角地区的社会保障基金是由在职人

员提供的,而随着长三角少子老龄化的发展,在职人员数量将出现减少趋势,而需要抚养的老年人口越来越多,养老保险和医疗保险制度将难以承受少子老龄化带来的沉重压力。因此,我们必须紧紧抓住近年来长三角社会经济繁荣发展的有利时机,尽快建立起长三角一体化的社会保障机制,筑起防范少子老龄化冲击的坚固堤坝。社会保障一体化是市场经济的必然要求。市场经济的发展,需要有统一的社会保障制度,以利于生产要素尤其是劳动力在企业之间、地区之间和城乡之间的合理流动。

一体化的社会保障机制应重点研究解决社会保障关系随着劳动关系的转移而转移,参加城乡社会保险的城市职工和农村外来人口,不论其从事何种劳动,在何地从事劳动,其用人单位和个人都应该缴纳社会保险费,并随工作地的变化而由两地社会保险机构转移接续社会保险关系,分段合并计算各项社会保障待遇,真正做到“无论人在哪里干,社会保障跟着算”。通过设计一体化的社会保障机制,一方面将扩大城市社会保障体系的基金来源,同时又为农村流动人口劳动力最终融入城乡一体化的社会保障体系开辟进入的通道。通过建立一体化的社会保障机制,长三角地区将进一步规范统一的劳动力市场,促进区域内劳动力这一生产要素的流动,优化现有人力资源的整合,为长三角地区人力资源的流动提供必要的软性机制。

(三) 加快区域统筹,优化资源配置,推进居家养老服务模式更好发展

随着我国社会主义现代化进程的不断深入推进,社会结构和经济发展模式发生了很大的变化,其中家庭养老功能的弱化、机构养老

(下转第3页)

◀ 本期关注 ▶

人口老龄化背景下的养老服务：问题及再思考

《人口信息》编辑部

特邀主持人：杨昕，上海社科院城市与人口发展研究所副研究员

主持人语

随着社会经济水平的提高和医疗技术的发展，人口老龄化已是世界各国都会面临的人口变动过程。在人口老龄化背景下，养老和医疗服务由于直接与人们的切身利益相关，受到了广泛和持续的关注。

近十多年来，养老服务体系的构建是政府工作的重要内容之一，各项社会政策的效应逐步显现，但现实中仍存在不少问题，在服务供给规模、资源配置结构等方面问题较为突出，常常面临“一床难求”与“床位空置率高”并存、“失能失智老人无法进住养老机构”与“养老机构成为老年活动中心”并存等问题，养老服务的主旨、不同养老服务对应的人群、养老资源的配置等都需要更加深入地思考与研究。另一方面，不仅人口老龄化是一个动态的过程，老年人口的标准也应该是动态的。今天的老年人口的年龄是上世纪 50 年代确定并延续下来的，而随着人们平均预期寿命的延长，这一标准是否仍然适合值得商榷。

本期的圆桌讨论涉及的内容分别论述了特殊人群的养老需求、养老机构建设的问题及人口老龄化影响的再思考，对养老服务的发展提出了思考与建议。

深度老龄化背景下特大城市养老设施
规划研究——以上海为例

孙雅玮（上海社会科学院城市与人口发展研究所研究助理）

受社会经济自身规律的制约及计划生育政策的影响，我国多数城市在近些年逐渐开始进入老龄化社会人口阶段，其中在特大城市尤为明显。根据第六次人口普查数据，上海在 2010 年 60 岁以上老年人口占全市户籍人口比重已经达到 23.4%，80 岁以上高龄人口占老年人口比重达 18.1%，分别比 2000 年第五次人口普查时候高出 5.1 和 5.5 个百分点；而根据《上海市统计年鉴（2015）》显示，至 2014 年底 60 岁以上老年人口占全市户籍人口的比重更是达到 28.8%。人口结构的变化加上经济社会发展转型大背景，对社会公共设施包括养老设施、医疗设施等都提出新的高标准要求，构建科学合理养老设施体系，提升城市养老服务基本公共服务能力，满足多层次、多元化养老服务需求成为各级政府重要工作。但与此同时，上海养老设施布局问题也日益突出，主要

¹ 根据上海市规土局对养老设施的定义，养老设施是为老年人（年龄 60 岁以上）提供住养、生活护理等综合服务的机构，含福利院、敬（安、养）老院、老年护理院、老年公寓等涉及老年人生活并提供综合性服务的设施。基于养老设施分类看包括社区养老和机构养老两类，本文养老设施规划研究包括以上两类。

包括养老设施总量不够、空间布局不均衡、利用效率低下等。十八大提出“积极应对人口老龄化发展”之后,国务院和各部委、地方政府纷纷出台相关政策,推进“完善养老服务体系、推进养老设施建设”等工作。

本文养老设施规划研究包括托老所(站)、老年公寓、养老院、护理院、安怀(医)院 5 种类型。刘剑(2012)指出,养老设施的主要服务对象是失能、半失能和长期需要照料的老人,对应的空间层级是市-镇,与社区养老和居家养老的主体有很大差别。于涛方等(2012)、刘剑(2013)指出,内涵模糊、总量不足、布局错位、结构失衡、政策悖论是我国养老设施建设中普遍存在的问题。养老设施建设与规划受一系列软硬环境的影响,其中影响度较大的有土地成本、交通便捷度、医疗资源配置情况、经济发展水平、社会生活方式等。中国的老龄化城市具有显著的老龄化空间分异特征,造成养老需求的多元化,从而产生内部区域发展导向、设施布局、存量评估、标准规范的差异。上海是具有代表性的城市之一。一些学者对上海养老服务设施规划和大都市养老设施建设模式进行了探讨,但往往将全市视为均质体,忽视了市域内部各区县因老年人口增长、迁移特点和社会经济发展特征差异导致的空间分异现象。本文着眼上海老年人口空间布局特征与变化趋势,对发展基础、条件各异的区县进行聚类分析,以期归并养老功能

区,制订不同类型区差异化的养老设施建设引导政策。

一、上海市老年人口增长与空间分布规律

自 2000 年以来,上海因人口再生产自然规律进入老年人口快速增长时期;与此同时,由于上世纪 80 年代和 90 年代产业结构调整引导的产业转移及城市更新改造导致居住人口在市域范围内迁移,上海市老年人口在空间布局上呈现出明显收敛特征。此外,由于人口再生产影响,未来 10~20 年上海老年人口将加速增长并逐渐达到总量高峰,从而导致新的空间分布不均衡。因此,科学判断并识别老年人口增长特点及其分布变化是规划和建设养老设施的基础条件。

1. 2000-2014 年老年人口增长迅速,中心城区与郊区空间分布变动存在差异

从 2000-2014 年 14 年间,上海 60 岁以上老年人口从 241.76 万人增长到 413.98 万人,增长 71.24%,其中 80 岁以上高龄人口从 30.56 万人增长到 75.32 万人,增幅更是高达 146.47%。分区县考察,60 岁以上老年人口的增长主要出现在浦东新区、闵行、宝山、杨浦、普陀等区,增量均超过 10 万人;除此之外,嘉定、奉贤、等区因为基数相对较小,增幅较为显著;80 岁以上高龄人口中,绝对增量大的包括浦东新区、杨浦、普陀、闵行、徐汇等区,增量均超过 3 万人,除此之外,青浦的增幅也

² 刘剑. 养老设施内涵、分类及定位研究—基于昆山市养老设施的实证调研 [A]. 中国城市规划学会, 2012.

³ 于涛方, 王瑾. 面向人口老龄化的城市规划应对 [J]. 规划师, 2012, 09: 75-79.

⁴ 刘剑. 机构养老设施建设困境与规划应对—基于昆山市的实证研究 [J]. 规划师, 2013, 10: 23-28.

⁵ 夏元通. 城市养老设施规划布局影响因子研究—以昆明市中心城区养老设施规划研究为例 [J]. 华中建筑, 2013, 06: 148-152.

⁶ 詹运洲, 吴芳芳. 老龄化背景下特大城市养老设施规划策略探索—以上海市为例 [J]. 城市规划学刊, 2014, 06: 38-45.

⁷ 罗翔, 严己. 探索养老服务设施规划的“浦东模式” [J]. 上海城市规划, 2013, 03: 107-112.

⁸ 桂世勋. 上海城市社区为老服务资源整合研究 [J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版), 2004, 01: 71-78, 123-124.

⁹ 李正龙, 潘黎玫, 陈曼曼. 上海为老服务设施的问题与建议 [J]. 西北人口, 2011, 05: 85-89.

¹⁰ 宋韬, 汤建中. 试析上海市人口老龄化与社会养老设施的发展 [J]. 人文地理, 2001, 03: 16-20.

超过 180%。总体而言, 60 岁及以上老年人口的增长以郊区为主, 但中心城区高龄老人增长显著。

如果用空间占比变化指标来衡量, 2000-2014 年间中心城区 60 岁及以上老年人口普遍呈现出空间上的扩散, 而浦东新区和郊区的老年人口呈现空间上的收敛; 而 80 岁及以上的高龄老人的空间变化却呈现出相反的态势, 即中心城区普遍收敛而郊区普遍扩散。

2. 未来老年人口增速加快将带来养老服务需求的上升, 但各区域的需求变动也有所差异

随着计划生育政策效应的凸显以及上海产业结构转型对外地一般年轻劳动力需求的减少, 未来上海市人口老龄化水平将会不断提升。2014 年底上海 60 岁及以上老年人口数量达到 414.0 万人, 占户籍人口总数的 28.8%。而根据卫计委对于上海人口结构发展的研究, 当前上海已经进入老年人口加速增长期, 2020 年老年人口将会突破 530 万人; 之后将进入平稳期, 到 2030 年左右达到高峰 600 万人, 占户籍人口总数比重 45% 左右; 2040 年将有所减少, 约 560 万人左右。此外, 2014 年底上海人均期望寿命已达 82.29 岁, 居全国各省市首位。从上海高龄老人总量情况看 2014 年底 80 岁以上高龄老人达 75.3 万人, 占老年人口总量的 18.2%; 参考当前增长速度并适度提高, 到 2020 年高龄人口约达到 90 万人; 根据人口再生产规律, 从 2030 年开始高龄人口进入加速增长期, 预计在 2030 年为 140 万人左右; 到本次城市规划期末 2040 年, 上海也将达到人口老龄化发展的高峰, 预计为 220 万人。

但是由于人口年龄结构存在差异, 上海各区县进入加速增长期时间不会一致, 由此导致老年人口和高龄人口出现高峰的时间也

不一致。根据“六普”关于年龄结构的普查, 本文对各区县进入人口老龄化阶段的时间进行预测。中心城区由于更深度的社会老龄化, 更早进入老年人口和高龄人口峰值期, 特别是黄浦、静安、虹口、普陀及闸北 5 个区, 在 2025 年时候就可能进入老年人口高峰; 崇明、长宁、徐汇、杨浦、嘉定、宝山和金山将在 2030 年达到老年人口高峰; 浦东、松江作为新兴制造业的基地以及闵行作为新兴辅城, 吸引大量中青年人口集中, 加上奉贤、青浦 2 个区更年轻的人口结构, 老年人口高峰将会相应推后至 2035 年和 2040 年。崇明、静安和虹口 3 个区可能在 2035 年就达到高龄人口的高峰值, 其他中心城区各区多在 2040 年左右达高龄人口峰值, 奉贤、青浦、浦东、闵行和松江 5 个区高龄人口峰值要推迟到 2045 年以后。

3. 现阶段养老设施略有不足, 但供给与需求的空间匹配度较差

老年人口是个特殊群体, 对于医疗机构、便捷交通、生活配套等公共服务的需求较普通人群更为突出。由于中心城区生活综合服务方面的优势, 造成上海老年人口高度集中于中心城区, 2014 年中心城区老年人口占全市的 45.23%, 其中 80 岁以上的高龄人口更达到 49.7%, 但养老机构床位数仅占全市 33.6%。这种老年人口和养老机构床位的空间不匹配, 造成中心城区养老机构床位供不应求而郊区养老机构入住率普遍不足 50%, 个别郊区社会办养老机构实际入住率仅为 18%。

此外, 如果按照“9073”养老格局中的 3% 养老机构标准, 整体依然不达标, 尤以中心城区缺口最大, 分区县考察除长宁、杨浦之外普遍不到 2.0, 其中静安仅为 1.1%。郊区各区县情况较好, 包括嘉定、青浦、奉贤、崇明、宝

山等超过 3.0，普遍达到原有规划目标。但如果按照 5% 的发达国家标准，加上大量非上海户籍老人在上海养老的需要（根据对“综保”转“城保”规模的计算，该类群体老年人口在 2040 年将约达 100 万），上海养老设施规划和建设任务仍然是任重而道远。

二、基于区县单元的养老类型区聚类分析

从前文分析中可以看出上海老年人口增长和分布、养老设施布局和建设存在明显的中心城区、郊区两个空间组团。但在两大空间组团内部显然还存在一些差异情况，这也导致组团内部老年人口高峰值时间、养老设施配置情况等出现区县差异。本部分主要是借助一些社会经济统计指标，通过聚类分析进一步归纳和

总结上海市养老空间多元化组织情况，通过聚类不同特征的养老类型区，分别制订不同的差异化引导政策，从而实现养老设施在上海更好的空间配置。

1. 研究方法 with 聚类结果

根据上海市养老类型区聚类分析需要归纳的空间差异特征，本文选取两类指标：一类是区县在全市的特征指标，包括人均 GDP、地区户籍人口占全市人口比重、人口密度、外来人口占地区总人口的比重；另一类是反映养老类型区自身特征的指标：老年人口占户籍人口比重、养老床位数占老年人口比重、2004–2014 年老年人口年均增长率、人均区县财政收入等总共 8 个指标进行聚类分析。结果如下：

表1 聚类结果列表

例子	聚类次序	例子	聚类次序	例子	聚类次序
黄浦 1	1	虹口 7	2	金山 13	3
徐汇 2	2	杨浦 8	2	松江 14	3
长宁 3	2	闵行 9	3	青浦 15	3
静安 4	1	宝山 10	3	奉贤 16	3
普陀 5	2	嘉定 11	3	崇明 17	5
闸北 6	2	浦东 12	4	—	—

2. 基于聚类结果的分析

根据 SPSS 软件聚类结果，上海城市养老类型区可以划分为 5 类功能区：

（1）Ⅰ类（核心城区老龄化严重且增速缓慢类型区）：主要包括黄浦和静安 2 个区。该类型养老地区经济发展水平领先于全市，吸引就业人口高度集聚，但外来人口占比较低。同时，人口老龄化水平已经非常高、高龄化特点突出。虽然由于中心城区人口对外疏解工作影响，这 2 个区的老年人口规模在过去 10 年中增长逐渐趋缓，但仍占全市老年人口的 8% 以上，其中 80 岁及以上的高龄老人占比达到

10.36%。而这 2 个区的养老床位占全市的比例只有 4.84%。两者之间存在较大缺口。

（2）Ⅱ类（中心城区外围区域老龄化突出且依然保持较快增速类型区）：主要是中心城区外围长宁、徐汇、闸北、虹口、普陀和杨浦 6 个区。该类型养老地区经济发展水平仅次于Ⅰ类核心城区和Ⅳ类浦东新区，政府支持养老设施建设具有较强能力，人口集聚度也保持着较高水平，由于产业结构转型和城市更新改造，外来人口生活工作空间较少，占常住人口的比重较低。该类型地区人口老龄化水平及高龄化水平已经非常高，低于Ⅰ类核心城区但高

于其他类型,近 10 年内老年人口增长依然保持较高速水平。该类型区域的老年人口占全市的比例在 35%–40% 之间,但养老机构床位数占全市的比例为 25.32%,因而也存在缺口。

(3) III 类(郊区老龄化水平较低但未来保持加速类型区)。主要包括郊区的宝山、闵行、嘉定、松江、青浦、金山及奉贤 7 个区。该类型养老地区经济发展水平相对偏低,仅高于 V 型崇明,政府对养老设施的规划和建设具备一定的能力,人口集聚水平较低,以新城、新镇及工业区等为主。外来人口占常住人口较高比重,近 10 年老年人口增长保持较高速水平,仅次于 IV 型的浦东新区。这类机构的老龄化水平低于全市平均,老年人口占全市比例在 30% 以下,其中高龄老人占比不到 25%,但区域内的机构养老床位数占全市的比例却达到 30% 以上,相比前两类区域,养老机构床位存在一定的空置。

(4) IV 类(老龄化水平较低但未来高速增长类型区)。主要指浦东新区。该类型养老地区经济发展水平较高,政府支持养老设施建设有较强能力,由于工业区及大项目建设、房地产等领域的快速建设,人口集聚度不断提升。该类型养老地区人口老龄化水平较低但增速很快,未来 10 年将是全市老年人口增长最集中的地区。该区域养老床位数配置水平与老年人口规模相当。但考虑到未来 10 年内老年人口的快速增长,还是需要加强社区养老社会的规划和建设。

(5) V 类(老龄化水平较高但未来增长趋缓类型区)。主要为崇明。该类型养老地区经济发展水平较低,人口对外疏散发展明显且集聚水平较低。外来人口占常住人口的比重不高,近 10 多年老年人口增长保持一定速度,

由于更多年轻人外迁,该类地区存在提前进入高龄化社会的可能。目前来看,该区域的机构养老床位数配置占比明显高于其他类型区域。未来需要注重的是吸引区外老人入住形成产业化发展。

根据以上分析,这 5 类功能区内部组成在经济社会相同特点的基础上,空间上亦表现出较强的同质性,但金山区有些特殊,它虽然在社会经济特征上更倾向于与崇明同类,但在养老类型区特征上更倾向于与 III 类同质,在这里我们将之划分在 III 类区域。

三、养老设施发展规划中的几个导向探讨

经过“十一五”和“十二五”期间的快速补缺和规模扩张,上海养老设施建设得到快速提升,基本已经形成“9073”养老服务格局。至 2014 年底,上海全市共有养老机构 660 家,养老床位总数达 11.49 万张,约占户籍老年人口的 2.78%;社区居家养老设施服务老年人数已经超过 7% 的目标;此外,随着房地产业的发展和国家政策的支持,支撑家庭自我养老的住宅与社区不断涌现。但上海养老设施在规划层面上仍存在一些需要探讨和克服的问题。

1. 养老设施规划空间倾向问题:中心城区还是郊区

养老设施空间布局与老年人口空间分布不匹配是上海当前养老设施规划中突出存在的问题。由于中心城区人口疏解、土地指标紧张等核心问题的限制,过去阶段养老设施布局包括《专项规划》都倾向控制中心城区养老设施规模,引导郊区养老。但由于中心城区存在较强的亲属关系网络、医疗交通等生活便利性,上海老人倾向于中心城区养老,养老设施布局效果并不好。本文认为应该基于问题导

向,采用更符合社会关系网络的现实措施。第一,养老机构的布局应该根据中心城区实际需求科学配置,并通过一定财政政策予以引导;第二,土地指标问题应结合容积率等指标来解决,养老设施等重大建设可以从市政府层面考虑适当突破容积率指标限制,增设更多床位;第三,郊区养老设施各自为政问题突出,突破行政区划限制,根据城镇化水平和市场需求,几个乡镇为一个规划单元配置集中养老机构,避免空置率高等问题。

2. 养老设施规划依据:户籍人口还是常住人口

养老设施在一定程度上属于社会福利范畴,尤其是基本养老床位的配置,因此人口参数计算应充分预留空间以覆盖更大社会范围。但在实际运行过程中存在一个巨大的漏洞空间,过去计算养老机构床位数都是以户籍老年人口预测值配比床位配置指标,未来随着户籍制度和养老制度改革,外来常住老年人口的实际需求如何保障?因此,本文建议未来养老设施的计算基数应以服务常住人口为准并加以经验系数调整。詹运洲等(2014)提出特大城市可以用户籍人口和符合“两个合法稳定”,即采用有合法稳定居住合法稳定就业条件的常住外来人口的数据进行更为科学地推算。都值得在未来上海城市总体规划中予以体现和实现。

3. 养老设施规划配置年龄依据:60岁还是80岁

根据上海市老龄科学研究中心于2008年开展的人口抽样调查显示,老年人在自己健康状况变差时选择入住养老机构的比例在迅速提升,这说明养老机构越来越被老年人口接受。但是2012年上海市民政局对养老机构入

住老年人的年龄结构进行调研发现平均年龄为85.2岁,其中80岁以上的老年人为绝对主力占67.5%,60岁以上老年人中多为残疾或生活不能自理者,又说明60岁以上老年人入住养老机构的意愿并不高。当前从政府部门到学术界是以60岁以上人口中养老床位数作为养老设施建设的重要指标,这与上海养老机构实际入住人口年龄情况并不相符。参考未来生活、医疗条件改善导致可预期寿命延长,建议上海重新设置养老机构规划标准,启用80岁老年人口规模作为基本参考指标,并增加35%~40%的弹性规划目标。

4. 养老设施规划重点:社区养老还是机构养老

随着老年人口规模增长,对于养老设施的需求将日益多元化,养老设施的分类分级体系建设也变的更加重要。“9073”是上海市养老服务体系的基本结构,当前目标已经基本实现,参照发达国家养老服务结构调整“9073”已经是趋势。这其中调整关键还是社会养老部分的社区养老和机构养老如何选择。目前普遍的意见是“两个并举、推进社区养老”,但对如何设置社区和机构新的比重没有结论。本文建议在城市总体规划修编工作中,要对不同地区的老年群体进行细致社会问卷调查和访谈工作,特别是郊区老年人口在养老观念、经济条件及家庭构成等方面存在复杂性和变化性,需要进行充分社会调研,以把握真正需求。

5. 养老设施规划控制指标:床位数还是人均面积

养老设施规划指标主要有床位数、人均用地面积、人均建筑面积等,按照城市公共服务设施不同等级的要求进行配套,但规划过程中如何实现规划口径与民政口径对接存在问

题。城市规划的主要内容是用地空间,而在现行养老设施控制指标中,首先是床位数是根据全部老人规模测算并且难以落实到具体空间,人均用地面积、人均建筑面积则是按照入住老人的标准予以控制,这两组指标在规划中脱节测算和规划存在问题。本文建议,未来养老设施城市规划中的控制指标采用全部老年人口人均设施建设用地面积口径,并辅以床位数、人均建筑面积予以协调。这样的控制指标设计在城市规划中更具可操作性。

四、基于类型区的养老设施规划引导政策

不同养老类型区发展存在不同特质和问题,从政府层面考量,应该是通过不同政策设计科学引导,实现养老设施空间布局公平与效率的统一。当前政府配套政策体系包括财政政策、投资政策、产业政策、土地政策、人口与人才政策、环境政策等,针对不同的养老类型区,本文提出相应政策建议:

1. I 类核心城区老龄化严重且增速缓慢类型区

该类型区域配套完善、交通便捷,但当前处于人口对外疏解进程,由于发展空间和土地指标的限制,不适宜发展大规模的养老设施。该类区域应加大财税支持力度,强化政府对养老设施建设的主导力量,对于本地区老人区外养老,探索财政补偿机制,推进全地域养老布局良好互动。在投资领域,明确政府投资的重点,特别是基础设施、市政建设与服务、传统意义的养老院、托老所等社会福利机构等非营利领域,对于老年人生活、学习、康复、服务以及救助等多项可商业化运作领域探索产业化的运作模式。在土地利用方面重点推进存量设施改造,特别

要探索城市规划中容积率适当突破的可操作性。鼓励区内老人迁至区外养老和不鼓励区外老人迁至本区养老。

2. II 类中心城区外围区域老龄化突出且依然保持较高增速类型区

成熟的基础设施、医疗生活配套条件是该类区域最大的优势。在该类型区域强化政府对养老设施建设引导力量,重点投资社会福利机构及非营利部门的基础设施服务等,该类区域由于城市更新改造、房地产开发等方兴未艾,该过程中积极探索社区养老模式的推进新路径,通过财政政策引导,吸引社会力量积极进入养老设施建设与养老服务领域并发挥主导角色,积极探索新型运作模式包括 PPP 等商业化模式。在土地利用方面,同步重视存量和增量养老设施,既要规划新增用地和空间,又要推进存量设施的积极改造。养老设施服务的对象主要是本区域老人。

3. III 类和 IV 类郊区老龄化水平较低但未来加速增长类型区

III 类和 IV 类养老类型区最大的区别在于经济发展水平和老年人口增长速度,但同时具有相同的特点,包括良好的生态环境、充足土地指标并配套以完善医疗、休闲等生活服务条件,该两类型区域将是上海养老产业化程度最高的地区。财政政策发展重点是通过财政支持撬动社会力量投入养老设施的建设,推进 PPP 等运作模式及在可盈利领域推进全产业化运作。在土地利用方面,积极拓展空间,推进增量设施高标准建设、提升存量设施更新和改造水准。通过养老设施高标准建设和良好的商业化服务运作模式,推进医疗设施和商业设施的完善,积极吸引区外老人迁至该两类型区养老,吸引和培育高端

养老服务和管理人才。

4. V 型老龄化水平较高但未来增长趋缓类型区

该类型区域拥有最良好的生态条件, 辅以完善的医疗、商业等生活配套条件, 将是上海最好的养老空间。但远离市区、交通不便、医疗配套稍差及生态岛的建设目标, 都决定该类区域不会成为上海养老发展的重点地区。实施积极的财政支持政策, 推进面向本区老年人口的养老设施建设, 适当推进高端社会办养老机构项目进驻本区。在土地利用方面, 坚持紧凑土地利用, 控制产业化发展对生态环境的影响。鼓励适当规模区外老年人口入住本区域养老。

参考文献 (略)

黄浦区侨界空巢老人养老服务需求及对策研究

高慧 (上海社科院城市与人口发展研究所理研究员)

黄浦区作为上海市侨务资源大区之一, 每年都有大量的优秀中青年人才通过学习、工作等途径侨居海外打拼奋斗, 无法在父母身边照顾。根据初步统计, 截至 2014 年 7 月黄浦区 10 个街道共有侨界空巢老人约 3300 户。侨界空巢老人具有一般空巢老人的共性, 同时又具有自身的特殊性, 他们对养老服务需求也具有自身的特点, 养老服务问题更值得重视。本

论文在课题调研基础上, 对侨界空巢老人养老服务需求的特点、面临的问题进行深入分析, 并从政府提升养老服务能力的角度, 提出针对性的对策建议, 以期为黄浦区乃至全市侨务、民政局等部门开展侨界空巢老人养老服务工作提供科学依据和决策参考。

一、黄浦侨界空巢老人的基本特点

(一) 女性老人、高龄老人、丧偶老人和高文化老人的比例高

在所调查的侨界空巢老人中, 从性别看, 女性占 58.4%, 性别比为 71:100 (女性为 100); 从年龄看, 平均年龄 73 岁, 其中 80 岁及以上高龄老人占 30.5%; 从婚姻状况看, 已婚占近三分之二, 丧偶者占三分之一; 从文化程度看, 高中文化程度比例最高, 大专及以上学历也占了近三分之一。

(二) 主要与配偶居住, 近八成老人有子女在国外, 主要联系方式是打电话

抽样调查数据显示, 57% 的侨界空巢老人与配偶居住, 33.8% 独居, 与保姆、孙子女住一起的比例不高; 侨界空巢老人平均有 1.8 个子女, 其中: 47% 老人只有 1 个子女, 37.2% 有 2 个子女, 只有 16% 有 3 个及以上子女; 78% 的侨界空巢老人有子女在国外, 其中: 有些老人所有的子女都在国外, 也有些老人有部分子女在国外, 部分在国内 (主要居住在上海); 近一半子女 1 年 1 次探望老人, 平时主要的联系方式是打电话。

(三) 经济状况比较好, 但入不敷出者也

¹¹ 本论文是 2014 年上海市侨务理论研究中心《上海侨界空巢老人养老服务需求及对策研究——以上海为例》课题的部分研究成果。2014 年 7-8 月, 课题组在《黄浦区侨界空巢老人基本状况及养老服务需求调查》(有效样本数 341 人) 和《黄浦区侨界 40-59 岁空巢人士志愿活动参与情况及意愿调查》(有效样本数 148 人) 抽样调查的基础上, 分别召开了侨界空巢老人、侨界志愿者和 10 个街道统战干部的 3 个专题座谈会, 对侨界空巢老人养老服务需求的特点、面临的问题进行深入的调研。

超过一成

抽样调查数据显示, 侨界空巢老人月平均收入 3720 元, 高于同期全市空巢老人的 2671 元, 96.4% 侨界空巢老人收入主要来源是养老金; 老人月平均支出 2909 元, 占月平均收入的 78.2%, 其最主要的两项支出项目是饮食、医疗保健; 近四分之三的老人收入大于支出, 同时也有 10.4% 老人入不敷出。在座谈会上也了解到绝大多数侨界空巢老人经济状况比较好, 无养老经济方面的压力。但也有少数老人因为无经济收入来源或者因病致贫, 还有个别老人依靠最低生活保障生活。

(四) 爱好广泛, 参加志愿者的比例高

抽样调查数据显示, 98.5% 侨界空巢老人在闲暇时间有各种爱好, 其中: 看电视比例最高 (85.5%), 其次是读书、看报、听广播 (65.3%), 健身锻炼、旅游观光、种花养鸟也占了一定比例; 40% 的老人参加过志愿者活动, 其中 60~69 岁低龄老人参加过志愿者活动的比例高达 58.3%, 主要参加内容是“侨之家”系列活动和“侨帮侨”活动。老人参与志愿活动的热情非常高, 调研中也深深体会到这一点。如打浦桥街道一位张阿姨, 与侨界 5 个空巢老人结对帮扶, 几年来累计志愿服务时间超过了 5000 多个小时。

二、黄浦区侨界空巢老人养老服务需求特点

(一) 生病照料服务需求大

1. 绝大多数老人患有慢性病。调研数据显示, 89.1% 的侨界空巢老人患有常见的慢性疾病, 其中高血压比例高达 61%, 心脏病 (30.7%)、骨关节炎 (27.8%) 也占有较高的比例, 并且随着年龄的增加, 侨界空巢老人心脏病、骨关节病患率上升, 其中 80 岁及

以上高龄老人患这两种病的比例分别达到了 42.2%、36.3%。

2. 看病和住院的比例高。因为大多数老人患有慢性疾病, 需要经常看病甚至是住院。抽样调查数据显示, 86.5% 的老人最近半年看过病, 平均看病次数 8.4 次; 12.4% 老人最近半年住过院, 平均住院天数 21 天。

3. 住院时有近一成无人照料。老人住院时主要照料者是配偶 (51%), 其次是保姆 (21.6%), 子女大多数在国外, 因而照料有限, 另有 9.8% 无人照料。在调研中也发现, 老人最怕的就是生病, 担心急病突发无人知晓、慢性疾病无人关心、就医排队无人陪同、住院无人照料。

(二) 日常生活照料服务需求大

1. 部分不能自理老人比例高。抽样调查数据显示, 超过四分之三的侨界空巢老人完全能够生活自理, 但部分不能自理的比例也超过了五分之一, 且随着年龄的增加, 侨界空巢老人身体状况每况愈下, 逐渐丧失自理能力, 部分不能自理、完全不能自理的比例上升。

2. 日常生活中存在诸多困难。抽样调查数据显示, 对于部分不能自理、完全不能自理的老人, 日常生活中存在的三大困难“外出购物难” (48.1%)、“打扫难” (41.8%) 和“孤独寂寞” (40.5%), 另外也存在洗澡难、做饭难等难题。他们子女在国外, 身边无人照顾, 如遇到恶劣气候时候, 外出买菜购物等生活需求也都成了突出问题, 同时随着身体机能的衰退, 打扫、洗澡、做饭都一一成为难题, 尤其是子女长期不在陪伴, 让老人倍感孤独寂寞。

3. 近一成老人缺乏日常生活照料者。抽样调查数据显示, 当日常生活存在困难时, 帮助侨界空巢老人的主要是保姆 (33.3%) 和配

偶 (32.1%), 子女、社区干部和志愿者起的作用有限, 且有 8.7% 的老人无人照料。

(三) 社会化养老服务需求大

1. 九成以上老人希望今后在上海养老。抽样调查数据显示, 90.9% 的老人希望在上海养老, 希望子女回国的占 6.1%, 到国外子女那里去的仅为 1.8%。即使自理能力下降, 也希望在上海养老并希望子女回国, 也不会选择到国外子女那里去。可见, 绝大多数老人希望在上海养老, 并不受自理能力的影响。

2. 近三分之一老人今后希望社会化养老。抽样调查数据显示, 67.9% 的老人最希望选择的养老模式是家庭养老, 选择社区居家养老、机构养老的也分别占到了 17.5%、14.6%, 后两者合计 32.1%。总体上, 随着自理能力的下降, 老年人选择家庭养老的比例在下降, 而选择机构养老的比例在上升, 其中生活完全不能自理的老人选择机构养老的比例达到了 42.9%。

对侨界空巢老人深入座谈中了解到, 老人在国外也都定居过一段时间, 但因为语言不通、生活习惯存在巨大差异等倍感孤独寂寞, 再加上已经习惯了上海的生活方式、感觉上海发展的也比较好、朋友社交圈都在上海、叶落归根思想等原因都又回国定居。

三、黄浦区侨界空巢老人养老服务供给面临的主要问题

(一) 投入不足且投入不均衡

一方面投入不足。在调研中发现, 目前黄浦区侨务部门和基层社区并没有专门用于侨界空巢老人养老服务的经费支出, 主要依托各社区的民政和卫生系统统筹安排来服务社区老人, 对于国侨办暖侨敬老行动的少量经费

只能做一些精神上的慰藉。社区侨界空巢老人服务工作缺乏有力的资金支撑, 在一定程度上制约了该项工作的开展。

另一方面投入也不均衡。在调研中发现, 社区侨界空巢老人服务在街道、居委两个层面存在投入不均衡。在街道层面, 有的街道可以拿出部分统战工作经费慰问部分空巢家庭, 有的街道每年党工委下发固定经费用于社区侨联自主运转, 遇到大型活动则实行年初预算制, 保证侨界活动经费充足。而在居委层面却没有专项经费, 有的是在精神文明建设经费中开支, 有的居委几乎无经费投入, 仅靠居民自发关心。

(二) 志愿者服务人员不足

1. 总量不足。目前各街道虽都配备了一定数量的侨界志愿者用于侨界困难家庭的帮扶, 他们在以往的工作中也做了大量的工作, 发挥了较大的作用。但总量还不多, 有些志愿者 1 人可能要照顾 6 个老人。调查者不愿意参加的主要是因为没有时间参加 (56.4%) 和没有精力参加 (35.9%), 即使在愿意参加者中, 也担心自己没有时间 (40.7%) 或者没有精力参加 (23.7%), 而实际却参加不了。

2. 年龄偏大。目前为侨服务的志愿者也多为 50 岁以上, 本身也要处理事务、照顾家庭, 且或多或少有点慢性病, 使得志愿者们在照顾老人时常感到心有余而力不足。

3. 不够规范。目前所建立的志愿服务队伍均提供属非专业的无偿服务, 很难建立有效的管理和评估机制, 队伍存在参差不齐, 不够规范, 因而工作持续性及效果也很难进一步提升。

(三) 养老服务供需差距大

1. 服务内容供需差距大。在老人“今后

希望享受的为老服务内容”中,生活照料比例最高(53.8%),比已经享受的比例高 40 多个百分点;就医绿色通道(48.9%)、体检(48%)的比例也非常高,分别比已经享受的比例高 42 个、12 个百分点;另外希望组织旅游的也占到 34%。

2. 服务场所供需差距大。在“今后希望享受的为老服务场所”中,老人选择家里的比例最高(56.7%),比已经享受服务场所的比例高 31 个百分点,这与他们对生活照料的迫切需求有关;侨之家(43%)也是一个需求场所,但比已经享受服务场所的比例低 15.3 个百分点。

3. 服务人员供需差距大。在老人“今后希望提供为老服务的人员”中,社区工作人员的比例最高(52.4%),但比现有的低 19 个百分点;侨联工作人员的比例也非常高(51.5%),现有的比例高 5.1 个百分点;侨界青年志愿者的比例也较高,且比现有的比例高 19 个百分点。

四、提升黄浦区侨界空巢老人养老服务能力的对策建议

在坚持“一视同仁、不得歧视、根据特点、适当照顾”的原则前提下,针对侨界空巢老人养老服务供需矛盾,本论文提出如下提升侨界空巢老人养老服务能力的对策建议:

(一) 夯实侨界空巢老人养老服务工作的基础

建立重点服务空巢老人的信息库。高龄、独居、生活不能自理、经济困难、老弱多病等特殊侨界空巢老人是最需要关心、帮助的重点人群。在已有侨情数据库的基础上,各街道、居委要通过排摸,建立这一重点群体的“一

人一表”电子档案。档案中,不仅包括老人的基本信息(包括性别、年龄、曾侨居国、联系方式)、主要家庭海外关系(子女姓名、侨居国、联系方式),还要包括老人健康、兴趣专长、主要困难、养老服务需求等情况。同时及时更新,动态掌握他们的变化,使得服务对象更加明确,也为以后提供更有针对性的服务工作打好坚实的基础。

完善养老服务工作的制度。侨界空巢老人服务工作的开展、资金的使用、人力的保障等都需要制度来支撑。现有的各项制度应该根据实际情况定期调整、完善,以更好地为侨服务。

(二) 加大侨界空巢老人养老服务工作的资金投入

纳入侨务部门的专项资金预算。把加大侨界空巢老人养老服务工作的资金预算作为专项资金纳入区侨务部门年度财政支出预算,并且随年度财政支出的增长和养老服务需求的增长而增长。同时根据服务老人的规模及需求,在街道、居委层面合理配置资金。

建立助侨关爱公益基金。组织社会各界热心侨务工作人士、海外侨胞、侨界空巢老人子女募捐,建立助侨关爱公益基金,为助侨关爱活动和项目提供资金保障。

(三) 加强空巢老人养老服务工作的资源整合

充分利用社区资源。充分利用已有的社区文化活动中心、社区生活服务中心和社区卫生服务中心等社区资源,积极做好侨界空巢老人养老服务工作。

整合涉侨部门资源。侨务部门要加强与卫计委、社保局、民政局等相关部门在政策、财力、人力等方面养老服务资源的协调、整合。

如加强与卫生医保部门协调,进一步关心侨界空巢重病大病人,在社区内为他们提供相应最迫切需要的医疗卫生服务,开展心灵安抚、病症咨询等,同时为重点服务老人提供方便看病、配药的优先通道。再如加强与民政局的合作,为重点服务老人提供一些助餐、助洁、助聊等迫切需要的服务,以及优先安排住养老院等。

(四) 完善侨界空巢老人养老服务工作的社会参与机制

放宽服务项目招投标对资质的要求。目前一些侨界空巢老人养老服务项目已经跨出了与社会组织/企业合作的步伐,但承接政府服务项目的社会组织/企业,只能是非营利性。这就把一些想参与侨界空巢老人养老服务项目的营利性社会组织/企业拒之门外。在市场经济条件下,对于侨界空巢老人养老服务项目,政府可以向符合服务资质的营利性社会组织/企业开放,从而扩充侨界空巢老人养老服务的社会力量。

引进和扶持专业社会组织/企业。对于参与侨界空巢老人养老服务项目的社会组织/企业,明确相应的扶持和补贴政策,如营业税、公共事业费、社保补贴等,从而吸引社会上一些专业的家政服务公司、餐馆、健康护理站、旅游公司、电脑培训公司等作为服务实体加入到侨界空巢老人养老服务行业中来,拓宽服务内容,并提升服务档次。

(五) 加强侨界空巢老人养老服务工作的志愿者队伍建设

组织专业退休人士加入。鼓励“老有所为”,积极组织、动员已经退休的医疗、康复、心理咨询等专业人士,加入志愿服务队伍中来。

适当补贴并做好服务时间储蓄。抽样调查数据显示,尽管大多数(51.8%)志愿者做公益活动不需要回报,但也有部分(18.7%)希望给予适当的补贴,也有部分(16.5%)希望累积服务时间,当自己年老时得到相应志愿者的服务回报。今后对于志愿者应给予适当的交通、餐费、通讯费及误工费补贴,同时动态记录并保存好志愿者服务时间、内容、对象等信息,使志愿者今后优先得到服务回报,这样才可以使得志愿者服务活动长久延续。

建立良好的志愿者工作运行机制。对志愿者要统一的管理,统一的安排,制订规范性要求,使其能健康、有效地运作,发挥其更大效应。

(六) 丰富侨界空巢老人养老服务的方式

聘请专职养老服务人员。侨务部门拿出专项资金,在社区内聘请部分有能力、有时间、肯为老人服务的待岗、早退人员,为有特殊需要帮助照顾的老人提供住院照护、陪同看病、配药、打扫、烧饭等服务,由政府购买时间,按时计算,给予相应的补贴,为侨界特殊老人服务,使侨界困难老人真正感受到政府对他们的关心和照顾。

做大做强服务品牌。“侨帮侨”低龄老人关爱结对帮扶高龄老人行动、《子路厨房负米送餐》活动、“关爱工程——暖侨敬老行动”等服务项目已经形成了品牌,且具有良好的社会效应。在总结这些服务品牌发展经验的基础上,复制推广,做大做强这些服务品牌,让更多的侨界空巢老人享受到这些服务。

引入“家庭医生制”服务模式。借鉴闸北区“家庭医生制”服务模式,与独居、空巢老人结对,提供上门医疗保健服务。每月上门

1 次, 进行健康护理检查, 在生活保障、日常照料等方面为独居、空巢侨界老人提供温馨家庭式服务。

人口老龄化对医疗卫生费用影响的再思考

——基于健康视角的考察

杨昕 (上海社会科学院城市与人口发展研究所副研究员)

自上世纪 90 年代起, 人口老龄化成为全球范围内的一个重要议题, 无论是政府、学界还是普通民众对这个问题都多有讨论。而这一问题之所以受到如此广泛的关注, 很大原因在于它将对经济社会发展产生多维度的影响。人口老龄化不仅将改变劳动力的数量和结构, 对产业转型、结构升级、社会保险收支平衡等产生影响, 还将改变代际关系, 改变养老与医疗照护服务的需求, 进而对政府的社会福利政策和社会管理行为产生影响。与宏观经济的平稳运行相比, 由于养老、医疗等公共服务与人们的切身感受息息相关, 因而对这些方面的担心就更多些。

一、文献综述

本世纪以来, 有关人口老龄化对医疗服务及医疗保障制度的影响是人口学、经济学、管理学等学术研究的热点之一, 其中人口老龄化与医疗费用变动的关系研究更是热点中的热点。已有研究普遍认为人口老龄化的确会影响医疗费用, 但对其影响机制和程度的分析有所不同。有国内学者认为, 老年人口的患病

率和患病时间都超过其他年龄段人口, 对医疗需求的增加导致费用的上升 (黄成礼, 2004)。发达国家的数据也表明老龄化会直接影响医疗卫生和长期护理的支出。2001 年 OECD 的一份预测研究指出, 人口老龄化会造成与年龄相关的社会支出的大幅上升, 从 2000 年时平均不到 19% 上升到 2050 年的 26%, 而在这些社会支出中卫生保健、长期护理及养老金费用将占到增长的一半以上 (Dang T, Antolin P, Oxley H., 2001), 在这些国家中, 医疗卫生总支出的 30%~40% 用于老年人口 (不包括长期护理), 65 岁以上、74~84 岁、84 岁以上老人的医疗费分别是其他年龄段人口的 3.3 倍、4.5 倍和 5.5 倍。(Bains, Mandeep; Howard Oxley, 2004)。也有学者认为临终费用 (cost of dying) 才是影响卫生费用的重要因素。Lubitz 等人的一系列的研究中发现 50% 个人卫生总支出是死亡前 60 天产生的, 40% 的费用是死亡前 30 天产生的。1990 年美国 Medicare 22% 费用支出是由 6.6% 的临终人群 (last year of life) 产生的。临终费用不仅在绝对量上远远高于其他年龄段人口, 而且在增长速度上也远远快于他们。美国死亡前 3~10 年的临终人群的卫生费用支出以每年 9.4% 的速度增长, 而死亡前 2 年的临终人群则以每年 45% 的速度增长。还有的学者认为技术的进步及其传播速度是医疗费用支出增长的重要的推动力, 医疗技术的进步提高了医疗质量和老人的生命质量, 但也造成成本上升, 如果新技术成本集中在老年人口群体中, 科技进步因素对费用推进的作用就将强化 (Bains & Howard, 2004)。对于我国来讲, 城乡居民人均医疗费用的差异明显会使得城市化进程本身成为医疗总费用上升的推动力 (黄成礼, 2005; 赵郁馨等, 2000; 刘宝、胡善联

等, 2005)。由于城乡老龄化程度与医疗费用上升之间的关系存在差异, 当农村经济水平有所改善后, 农村老年人口被压制的医疗需求会有突然释放的可能 (余央央, 2011)。

虽然观点不同, 但以上的研究都是基于现有人口年龄划分的基础上, 均以 60 岁或者 65 岁作为老年人口的起始年龄并假定其保持不变, 且不考虑各年龄段的健康水平。但实际上, 老年本身应该是一个动态的概念, 随着人们平均预期寿命的提高, 同一年龄人口的健康状况也不断改善, 如果从健康水平的角度来考察人口变动对医疗费用的影响, 结果可能会有所不同。

二、健康视角下人口变动对医疗费用的影响

1. 人口变动对医疗费用影响的理论公式

人口变动、技术发展、疾病谱改变、价格波动等因素都会引起卫生费用的变动, 如果单纯估算人口变动对医疗成本增长的贡献, 可以借鉴经济学中价格指数计算思路。Louise B. Russell 曾用这一方法研究过老年人口和医疗服务的关系 (1981), Frank T. Denton 等人曾用这一方法研究过人口变动对内科服务成本的影响 (2001), 黄成礼和庞丽华则用这一方法研究了人口老龄化对于医疗资源配置的影响 (2011)。

经济学中的价格指数是反映一定时期内价格变动情况的指标, 它的主要公式可表示为:

$$I_p = \frac{\sum p_1 q_i}{\sum p_0 q_i}, \quad i=1,2,3,4,\dots,n \quad (1)$$

在这里, p_1 是报告期选取的 n 种商品的价格, p_0 是基期的价格, q_i 为各商品消费的权重。根据这一思路, 如果我们将分年龄的人均卫生费用视同价格, 而将该年龄组人口数量

的变化视作商品消费数量, 就可以计算出某一年份的人均卫生费用的“价格指数”。经济学中的价格指数假定的是消费权重不发生变化, 所以指数反映的是价格的变动情况的影响, 而我们做出的假定是价格不发生变化, 因而计算出的指数反映的将是消费权重变化的影响, 也即人口变动的影响。设人口发展影响指数 $I(t)$ 是随时间变化的函数, 并可分解成为人口规模的影响指数 $T(t)$ 和人口结构的影响指数 $S(t)$, 则可以得到公式为:

$$I(t) = (N(t)/N(0)) \cdot (\sum_j \sum_i c(j,i,0) p(j,i,t)) / (\sum_j \sum_i c(j,i,0) p(j,i,0)) = T(t) \cdot S(t) \quad (2)$$

2. 实证模拟

(1) 数据来源

分年龄、性别的年人均医疗费用是本报告计算所需的基础数据, 在比较了数据的可获得性及科学性后, 我们选取“中国老年人口健康状况调查研究 (CLHLS)” (2008) 和“中国家庭收入项目调查 (CHIP)” (2007) 的相关指标, 通过合理调整, 得到分年龄、性别的年人均医疗费用。人口变动的预测结果来自上海社科院左学金研究员承担的国家社科基金重大课题《中国人口老龄化与社会经济对策研究》。

鉴于 CHIP 和 CLHLS 的调查发生在不同年份, 调查对象也存在差异, 再加上由于医疗服务价格等方面的因素医疗服务成本的年增长率较快, 所以首先我们根据 2007-2008 年各级各类医疗机构业务收入的年增长率对 CHIP 的分年龄医疗费用进行调整, 然后根据 CHIP 和 CLHLS 同年龄组的人均费用之间的关系, 对 CHIP 中 0~54 岁人口的分年龄人均费用进行调整, 最终得到分年龄、分性别的人均医疗费用 (见图 1)。

数据显示,分年龄的人均医疗费用的变动状况与分年龄死亡率有类似之处,低龄幼儿 0~4 岁组的人均医疗费用较高,为 1085.27 元,之后人均医疗费用随年龄的上升而减少,15~19 岁组达到最低的 314.05 元,自 20 岁开始人均医疗费用随年龄的上升而上升,45 岁

开始人均医疗费用上升速度加快,60~64 岁人均医疗费用上升到 4000 元左右,65~69 岁人均医疗费用有一定程度下降,但 70 岁之后又明显上升,80 岁及以上人口的人均医疗费用达到 4364.92 元。

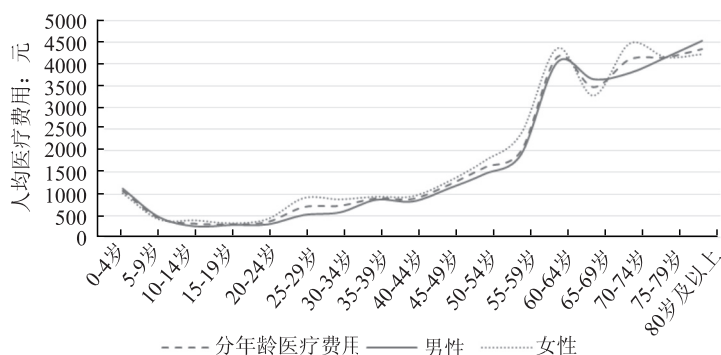


图 1 分年龄、分性别人均医疗费用变动情况 (元)

资料来源:根据相关数据计算得到。

分性别来看,男性和女性的分年龄人均医疗费用变动有一定差异。0~9 岁男性的人均医疗费用为 1128.30 元略高于女性的 1032.00 元,之后的各年龄段中除 65~69 岁和 80 岁及以上组外,其余各年龄组男性的人均医疗费用均低于女性。10~14 岁是男性人均医疗费用最低的年龄段,而女性人均医疗费用最低的年龄

段为 15~19 岁。在各年龄段中 70~74 岁两性之间的人均费用相差最为显著,达到 685 元。

(2) 模拟结果

结合人均医疗费用和人口变动的预测数据,我们得到了人口变动对医疗费用的影响指数,其变化如图 2 所示。

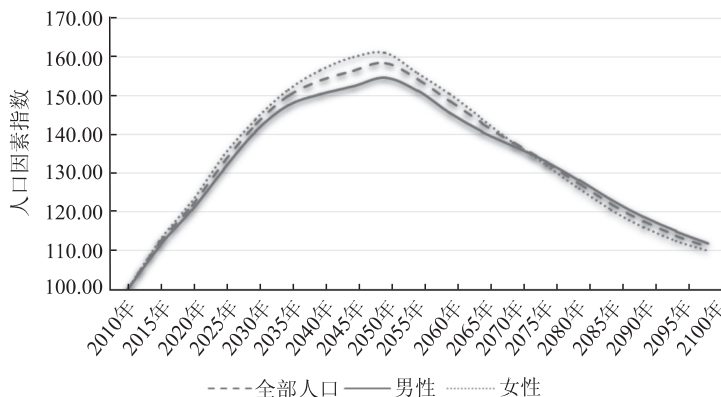


图 2 2010-2100 年人口因素对医疗费用影响的变动情况

资料来源:根据分年龄分性别人均医疗费用和人口变动趋势计算得到。

图 2 直观地表明了到本世纪末全部人口、男性人口和女性人口的变动对医疗费用的影响,三条曲线表现出高度的一致性。数据表明,在本世纪前半期,人口变动对我国医疗费用影响逐步加大,特别是在 2015–2035 年之间有一个陡然上升的过程。2050 年前后我国医疗费用将达到 2010 年时期的 1.54 倍左右,到本世纪的后半叶人口变动对于医疗费用的影响将逐步减弱,2100 年时将回落到略高于 2010 年时的水平。

分性别来看的话,两性之间具有一定差异,直至 2070 年前,各年龄段中女性人口医

疗费用受人口变动的影响更大些,2050 年前后的医疗费用是 2010 年时的 1.58 倍。但 2075 年之后,女性医疗费用因人口变动的变化开始略小于男性,到 2100 年时大概是 2010 年时的 1.07 倍。

以上测算结果表明,单纯考虑人口因素而忽略其他的情况下,从中期来看人口变动将带来医疗费用的快速上涨,无论是对政府、社会还是个人都会带来一定程度的压力;但从长期来看,可能医疗费用并不会无限上升反而会有一个回归的过程。

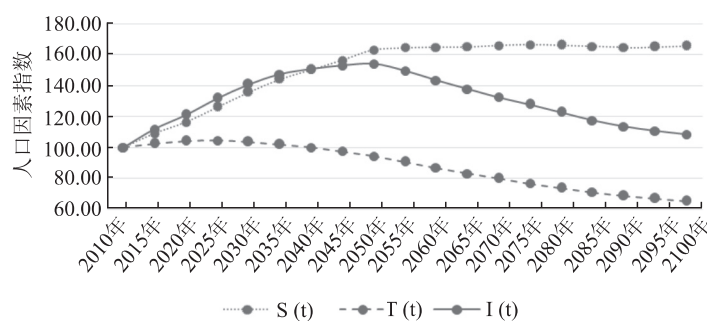


图 3 到 2100 年人口因素指数、人口结构指数和人口变动指数的变动情况

资料来源:根据分年龄分性别人均医疗费用和人口变动趋势计算得到。

如果将人口规模和人口结构的影响分开来看,会发现极大的不同。根据我们中方案的预测结果,我国的人口总量将在 2025 前后达到顶峰,之后逐年减少,到本世纪末都不会出现反弹,而人口结构则是从 2055 年起老年人口占比一直维持在 30%~35% 的水平。用指数来表现的话,人口规模指数 $T(t)$ 在 2025 年之前会有略微上升,从 2010 年的 100 上升至 2025 年的 104.50,之后逐年下降,2041 年起下降至 100 以下,到 2100 年时 $T(t)$ 仅为 65.39。也就是说,在 2040 年前单纯由人口规模变动给医疗费用带来的影响是正向的,但即使是在影响最大的时候,也只是带来医疗费

用 5% 左右的增长;而之后,随着总人口的不断减少,人口规模的变动会带来医疗费用的下降,仅从人口规模来看,2100 年时的医疗费用只是 2010 年时的三分之二。而人口结构指数 $S(t)$ 的变动则大相径庭。2050 年之前是快速上升的过程,之后 20 多年上升速度大大放缓,2075 年前后达到 166.78 的峰值,之后基本维持在 166 的水平上下波动。也就是说,如果只看人口结构对医疗费用的影响,到 2075 年时的医疗费用会是 2010 年时的 1.67 倍,之后 20 多年的医疗费用大概都保持在 2010 年时的 1.66 倍上下。

人口规模和人口结构的作用相互抵消后,

就呈现出人口因素总指数 $I(t)$ 的变化趋势——前半个世纪快速上升, 后半个世纪逐年下降, 在前半个世纪中人口结构变动的影响占主导, 但在后半个世纪中人口数量变动的影响占主导。

根据人口变动对医疗费用影响测算结果, 我们预测了 2010–2100 年仅考虑人口变动情况下我国医疗费用的变动情况。需要说明的是, 此预测数据中不包括投入医疗机构基础建设、

疾病控制、医学教育等方面的费用, 只是人们享有医疗服务所产生的费用。

结果表明, 假定人均医疗费用在未来不发生变化, 仅单纯考虑人口数量和结构变动的影响, 2015 年时全部医疗费用为 1.93 万亿元, 到 2050 年前后将增长至 2.67 万亿元左右, 之后由于人口数量下降明显, 医疗费用总量将逐渐下降, 到 2100 年时该数值将降至 1.87 万亿元左右。(见图 4)

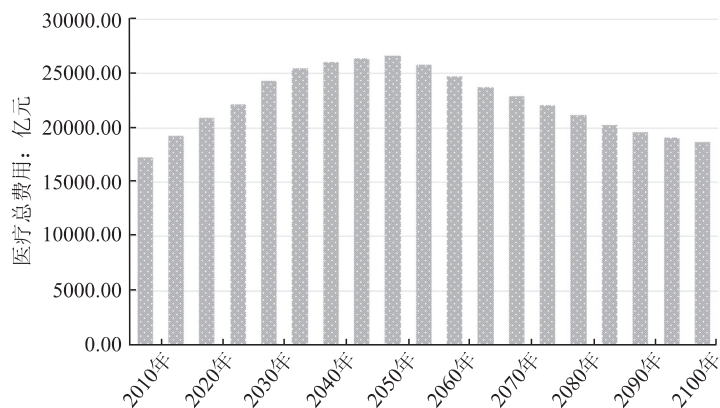


图 4 2010–2100 年全部医疗费用的变动情况 (亿元)

资料来源: 根据分年龄分性别人均医疗费用和人口变动趋势计算得到。

如果考察医疗费用在各年龄人口中的分布, 会看到人口结构的影响非常突出。2010 年时 0~14 岁儿童的医疗费用占全部医疗费用的 8.07%, 15~64 岁劳动年龄人口的医疗费用占比为 64.51%, 65 岁及以上老年人口的医疗费用占比为 27.42%, 高龄老人的医疗费用占全部老人的比例约为 19.48%。那时医疗费用的大部分用于劳动年龄人口。2030 年时 0~14 岁儿童的医疗费用占全部费用的比例下降到 4.70%, 劳动年龄人口的费用占比下降到 55.03%, 65 岁以上老年人口的费用占比为 40.27%, 其中高龄老人占全部老人医疗费用的比例仍不到 20%。到 2050 年时, 儿童医疗费用占比进一步下降到 3.76%, 劳动年龄人口

医疗费用占比已经下降到 43.44%, 而老年人口医疗费用占比超过一半达到 52.80%, 其中高龄老人的医疗支出占老年人口医疗费用的比例迅速上升至 33.37%。2060 年前后儿童医疗费用占全部人口医疗费用的比例下降到最低点 3.6%, 之后有缓慢的回升, 到 2100 年时儿童医疗费用占全部人口的医疗费用比例上升到 4.01%。15~64 岁劳动年龄人口医疗费用占比也在 2060 年前后降到 35.5% 的低点, 之后的十多年间劳动年龄人口的医疗费用占全部人口医疗费用的比例有略微回升, 在 2075 年前后达到近 38%, 但随即又有所下降, 2085 年以后都保持在 34%~35% 的水平。65 岁及以上老年人口的医疗费用占全部人口医疗费用

的比例自 2030 年出现加速上升，到 2060 年前后超过 60%，之后的几十年这一比例始终在 60% 上下波动。与老年人口医疗费用变动在本世纪后半叶基本保持平稳不同，随着我

国高龄化程度的加深，80 岁及以上高龄老人医疗费用占全部老年人口医疗费用的比例在不断攀升，到 2100 年时将达到 48.10%，高出 2050 年 15 个百分点（见图 5）。

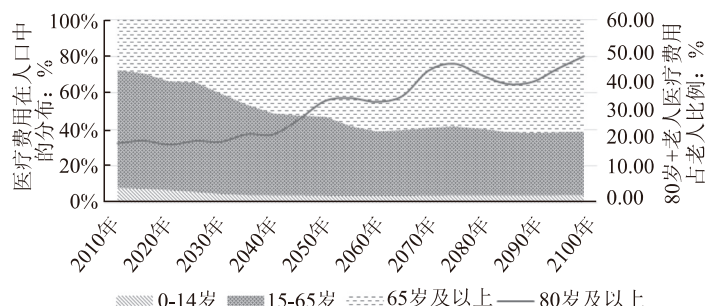


图 5 2010-2100 年医疗费用在各年龄人口中的分布变动情况（%）

资料来源：根据分年龄分性别人均医疗费用和人口变动趋势计算得到。

由于人均医疗支出数据可能会在一定程度上偏离真实水平，我们做出的数值估算可能不够准确，但对于趋势的判断是有充分依据的。那就是，随着人口老龄化和高龄化的发展，老年人口医疗费用的占比将在全部人口中不断提升，特别是高龄老人的费用占比会在 2050 年后加速上涨，到本世纪末，全国医疗费用中有 60% 以上是用于老年人口，而高龄老人的医疗费用占老年人口医疗费用的近一半。

3. 健康老龄化情境下人口变动对医疗费用的影响

对于老龄化的定义源起于 1956 年联合国一份名为《人口老龄化及其社会经济后果》的文件，根据这份文件中的表述，当一个国家或地区 65 岁及以上的老年人口比例超过 7% 时，可以认为这个国家或地区进入老龄化。而 1982 年召开的维也纳老龄问题世界大会上又提出当一个国家或地区 60 岁及以上人口的占比超过 10% 时意味着进入老龄化。联合国世界卫生组织于 2013 年确定新的年龄分段中又将 60~74 岁定义为年轻老年人，75~89 岁为老年人。由此

可见，老年人口、老龄化本身就是不确定的概念。如今 65 岁的老年人与半个世纪之前 65 岁的老年人在健康水平、期望余命等指标上显然有很大的不同。从这个角度来思考的话，可能需要换一个角度来看待年龄和老龄化。

“年龄和老龄化的再测度”课题组的研究（2012）曾用预期年龄（prospective age）的概念考察了 1900 年以来英格兰和威尔士男性年龄的变化情况。在他们的研究中，对应同样预期余命为 25 年的男性实际年龄在 1900-2003 年期间是不断变化的。1900 年时预期余命 25 年所对应的是 40 标准年，而到 2003 年时同一预期余命对应的却是 54.1 标准年。这个结果在一定程度上可以理解为，2003 年时 54.1 岁的男性相当与 1900 年时的 40 岁。而中国 2000 年 60 岁的女性平均预期余命大致相当于 1960 年时 50 岁的女性，2000 年的 70 岁女性、80 岁女性的预期余命分别相当于 1960 年时 61 岁、72 岁女性的预期余命。我们认为，这一研究成果表明当人们的寿命延长，同样年龄段内的健康水平会发生变化。因此，如果从健康

的角度来考察人口变动对医疗费用的影响,结果可能会有所不同。

在不考虑健康水平变化速度的情况下,当平均预期寿命达到较高水平后,一定时期内增长的幅度将小于它处于较低水平时增长的幅度。因此,2010–2050 年间我国 60 岁女性的预期余命的变化幅度将小于 1960–2000 年间的变化幅度。但是,若我们假定未来人们的健

康水平改善速度快于预期寿命的提高速度,也就是说,假定人们健康预期寿命占平均预期寿命的比例不断提高,则从健康的角度来讲,到 2050 年时我国 60 岁女性很可能相当于 2010 年时 50 岁的女性,70 岁女性可能相当于 2010 年时 60 岁的女性,如此类推。在这一假定下,当其他所有条件都不发生变化时,我国女性医疗费用 2050–2100 年的变动轨迹将如图 6 所示。

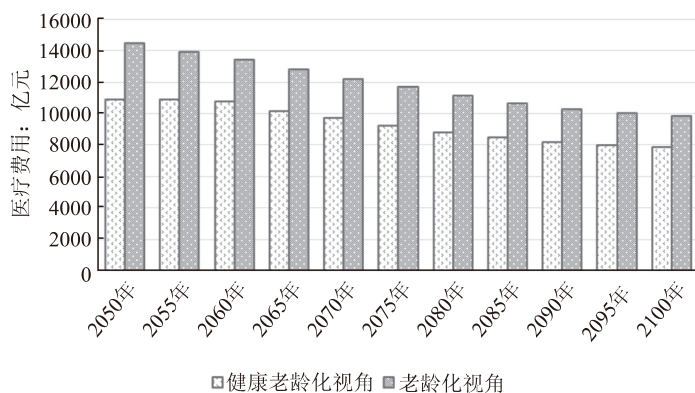


图 6 2050–2100 年不同视角的女性人口医疗费用变化 (亿元)

资料来源：根据分年龄分性别别人均医疗费用和人口变动趋势计算得到。

根据图 6 所示,假定过 40 年后的人们健康水平将有大幅提高,则分年龄的人均医疗费用会发生相应变化,也即 2050 年时 60 岁的女性人口的医疗费用大约只相当于 2010 年时 50 岁的女性人口医疗费用。如果不考虑健康水平的改善,即按照真实老龄化视角来考察女性人口 2050–2100 年的医疗费用变动,2050 年时达到峰值的 14532 万亿,之后逐渐下降,到 2100 年时下降到 9896 万亿左右。如果考虑健康水平的改善,即按照预期年龄的视角来考察同一时期的医疗费用变动,则会发现女性人口医疗总费用最高峰时也只有 10945 万亿,比不考虑健康水平改善情况下少了近 25%,到

2100 年时女性医疗总费用仅为 7920 万亿,比不考虑健康水平改善情况下少了近 20%。

考虑健康因素时估算的医疗费用总额比不考虑健康因素时估算的医疗费用低 20%~25%,且不同年龄人口中的医疗费用分布有所变化。0~14 岁组和 15~64 岁组的医疗费用占全部人口的比例有一定程度上升,65 岁及以上老年人口的费用占比有一定程度下降。不考虑健康因素时 2032 年前后老年人口医疗费用占比就会超过 50%,且最高峰是占比会接近 70%;而考虑健康因素时老年人口医疗费用占比超过 50% 的时间会推迟到 2050 年前后,且峰值不会超过 60%,但考虑健康

¹² “Re-measuring Age and Aging” 项目为欧洲科学研究委员会 (European Research Council) 授权资助的、于 2012 年开始启动的大型科研项目。此研究的成果之一是用“预期年龄” (prospective age) 的概念替代当前的“年龄” (age) 概念,其基本思路是同一预期年龄的人所对应的期望余命是相同的。该研究结果来自该项目负责人 Sergei Scherbov 教授在“上海论坛 2015” (复旦大学 2015.5.23-5.25) 上的演讲内容。

因素时估算的医疗费用中, 80 岁及以上高龄老人的医疗费用的占比明显高于不考虑健康因素, 最高达到 35.5%。

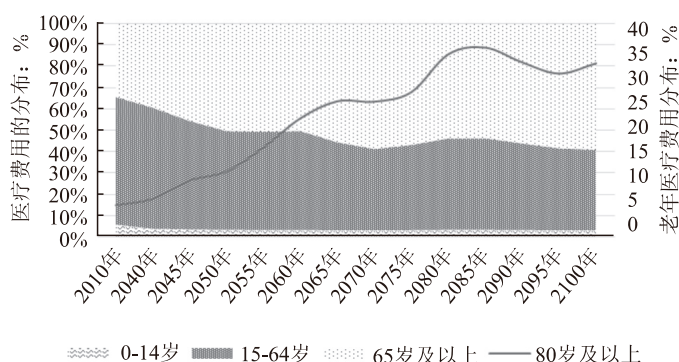


图7 考虑健康水平时 2010-2100 年医疗费用在各年龄人口中的分布 (%)

资料来源：根据分年龄分性别人均医疗费用和人口变动趋势计算得到。

三、结论及政策建议

1. 结论

人口老龄化的确会对我国的卫生总费用带来较大影响, 特别是在本世纪中叶之前。如果仅从当前固定不变的年龄出发考察人口老龄化, 人口变动对于医疗费用的影响显然是巨大的, 特别是在 2050 年之前, 人口结构的贡献将占四分之一左右。到本世纪下半叶以后, 人口数量变动的影响才成为主导因素。由于老年人口占比不断上升, 卫生总费用中用于老年人口的比例越来越大, 到本世纪末可能将超过 60%, 这其中用于 80 岁及以上高龄老人的医疗费用又占到老年人医疗费用的一半左右。

但人口老龄化产生的重要原因之一是人们平均预期寿命不断延长, 在这一过程中, 同年龄人口的健康水平具有不断改善的趋势。有研究表明, 2000 年时的老年人比 1960 年时要年轻 10 岁左右。从健康的角度, 若假定 2050 年时的老年人比 2010 年时年轻 10 岁。在这样的假定下我们测算出的卫生总费用比不考虑健康水平改善情况下测算出的卫生总费用要减少 20%~25%。这表明, 健康老龄化将有效

减少我国卫生总费用的支出。除此之外, 健康老龄化还将影响卫生总费用在不同年龄人群中的分布。用于老年人口的卫生总费用比例将明显下降, 其他年龄人口的比例会相应上升, 而用于 80 岁以上老年人的卫生总费用比例也将下降到 35% 以下。

2. 政策建议

(1) 从以医疗为中心迈向以健康为中心

以上分析中已经显示健康因素对医疗费用具有较大影响, 因而, 建立以健康为中心的卫生体系将有助于进一步改善老龄健康水平、缓解人口老龄化对医疗卫生费用的影响力。

我们需要制定超越卫生管理部门的健康老龄化战略, 在充分考虑老年人的身体状况和其社会经济环境的情况下, 为老年人提供能够负担得起的卫生保健服务, 特别是要更好地预防并管理慢性病。这其中包括鼓励老年人坚持工作更长时间 (如取消不鼓励退休后继续工作的税收政策); 强调低成本的疾病预防和早期发现而不是治疗 (如减少盐摄入量并增加疫苗的使用); 更好地利用现有医疗技术 (如针对农村人口的流动医院); 以及就多种慢性病的管理培

训卫生保健工作人员,将实现健康老龄化作为应对我国人口老龄化挑战的最优先基础工程。

(2) 构建着眼未来的医疗服务治理体系

我们需要建立以健康为中心的卫生体系,从以疾病为主导(“治已病之人”)转向以健康为主导(“治未病之人”),从思想观念、经费投入、研究重心等各个方面都实现战略“前移”。在这一过程中,特别要强化基层医疗卫生体系的发展,将初级医疗卫生保健从以病人和事件为基础的模式转变成以人口为基础的模式。整合后的综合型护理对医疗卫生保健服务提供意味着要在很多层面上进行改变,未来构建基层医疗为基础的综合型医疗系统主要是针对老年社区的三层级医疗组团设计,以提供性价比更高、服务质量更好、更能适应人口变化的卫生服务。

在这一过程中,还要积极鼓励社会组织参与老年人健康、医疗和医养结合服务。允许

民间团体和基于社区的非政府组织进入初级医疗卫生保健领域作为补充力量,弥补公立医院的弱点和不足,开展针对老年人的社会服务和家庭护理。

(3) 利用新科技构建城乡一体化的老年健康保障体系

医疗卫生和保障的公平性提升,尤其是城乡医疗卫生的一体化需要借助医疗信息化来推进实现。以医疗信息化和大数据为核心的保健革命将掀起未来的财富浪潮,深受快速老龄化超负荷运转、臃肿不堪的传统医疗体系困扰的中国,更需要积极发展“互联网+医疗健康”这一持续性的朝阳产业。要建立健全协调机制,实现卫生信息化建设的系统推进;要加强卫生信息网络的顶层设计,推进体系建设的标准化;要引入多元化投入渠道,保障经费支持;更要以健康医疗大数据为基础,推进智慧医疗。

参考文献(略)

(上接第36页)

技术等原因而排斥既有服务,保障他们享有生殖健康的权利。

(三) 重视和发挥网络和同伴在青少年生殖健康教育中的作用

在中国,由于青少年不能通过正规性教育渠道获得足够的性与生殖健康知识,网络、杂志、电视或朋友就成为青少年获得生殖健康信息与知识的首选。而且,从目前各部门已经提供的青少年生殖健康咨询服务中,网络咨询的利用率最高。因此,充分发挥网络在青少年性与生殖健康教育服务中的作用,不仅是最容易实现的,也是最经济高效的。在上海,我们可以在全市建立一个权威的青少年保健网站、公众号和咨询电话。为青少年提供信息、咨询和转介服务。通过媒体广而告之,使青少年碰到问题可以主动

寻求信息获得帮助,避免所谓的“无痛”、“微创”等商业广告和虚假信息对青少年的误导。其次,国外一系列研究表明,同伴教育是性与生殖健康知识、态度和行为改变的有效方式。在国内一些城市的性与生殖健康教育实践活动中,同伴教育不但增加了目标青少年的生殖健康知识,其相关生殖健康态度也发生了积极转变,效果良好并具可行性。青少年是身体发育和性教育的关键时期,在性与生殖健康教育中科学、合理地引入同伴教育,通过对青少年中的骨干培训去影响和改变周围伙伴的知识和行为,相比传统教育方法具有无可比拟的优势,也会是一个更为有效的服务方式。

(作者单位:上海市人口与发展研究中心)

◀ 调研与分析 ▶

上海未婚流动青少年生殖健康状况调查

梁爱玉 查 波 李冬梅

青少年尤其是未婚青少年的生殖健康问题是全球公共卫生领域关注的重要问题之一。在中国,未婚流动青少年因其特殊的生存状态和生活方式,他们面临着比户籍青少年更多、更复杂的性与生殖健康风险。2012 年上海市人流对象中,未婚对象占到近三分之一(31.6%),其中近八成(79.9%)是外地来沪未婚对象。六普数据显示:2010 年上海外来常住青少年 219.0 万人,比 2000 年增加了 119.6 万人,占上海常住青少年总数的比例由 37.5% 上升至 58.5%。可以说,保障未婚流动青少年的性与生殖健康权利已成为上海促进青少年生殖健康工作的重要内容。正确评估未婚流动青少年性与生殖健康知识水平及需求是提供服务的前提和基础。本研究选取流动青少年较为集中的奉贤区实施调查,通过问卷调查了解未婚流动青少年的性与生殖健康知识、来源、对婚前性行为的态度及生殖健康的需求,探索上海促进未婚流动青少年生殖健康的策略与方法。

一、抽样方法及样本特征

本研究采取整群多阶段随机抽样方法,2015 年 3~6 月间在奉贤区 12 个街道镇对年龄在 15~24 周岁之间的未婚青少年流动人口进行调查,获得有效问卷 1255 份。调查遵循自愿原则,问卷采取匿名方式。调查内容涉及调查对象的一般情况、生殖健康知识、态度、生殖

健康服务需求及利用情况等。调查开始前,对调查人员进行了统一培训和指导。调查前由调查员向调查对象讲明调查的目的、意义、方法及注意事项后,问卷交由调查对象自行填写。

调查对象以初、高中文化程度为主,主要从事制造业和低端服务业。本次研究共调查了青少年男性 623 人,女性 632 人,男性占 49.6%,女性占 50.4%。15~20 周岁年龄组的青少年 632 人,20~24 周岁年龄组的青少年 623 人,平均年龄为 19.55 岁,年龄中位数 19.00 岁。初中及以下文化程度的占 48.0%,高中/中专水平的占 41.8%,大专及本科以上文化程度的仅占 10.2%。在就业的 701 名青少年中,生产、运输设备操作人员及有关人员最多,占 36.5%,其次是商业、服务业人员,占 33.2%。

从来沪时间看,来沪的平均时间是 5.27 年。1 年及以下的占 25.6%,1~4 年之间的占 40.6%,5~10 年的占 14.0%,10 年及以上的占 19.8%。需要注意的是,来沪在 16 年以上的占比也达到 6.9%。也就是说,我们所谓的外来流动青少年中有一小部分是出生在上海的。从居住方式看,调查对象与父母(或兄弟姐妹)同住的比例最高,达 54.7%,其次是在集体宿舍居住,占 15.5%,与男/女朋友同住的比例占 9.1%。

二、结果与分析

(一) 未婚流动青少年的生殖健康知识和态度现状

1. 生殖健康知识贫乏

问卷涉及的性与生殖健康知识包括三个方面: 避孕与性传播疾病知识知晓情况、无保护性行为应对措施知晓情况及艾滋病相关知识知晓情况。

调查结果显示, 流动青少年比较缺乏性与生殖健康知识。在口服避孕药、注射避孕、安全套 / 避孕套等 11 种避孕方法中, 调查对象平均听说过 2.80 ± 0.12 次, 男性略高于女性, 在职者高于在校学生。安全套 / 避孕套、口服避孕药和紧急避孕药是青少年中知晓度最高的 3 种避孕方法。对避孕方法 1 种都不知晓的占 17.6%, 知道 3 种以上避孕方法的仅占 34.0%。进一步调查发现, 有 53.2% 的调查者不知道在哪里可以获得避孕套。知道哪里可以获得避孕套的调查者中, 药店和超市是其获得避孕套的主要地方。

青少年对感染性传播疾病的症状知晓度低, 六成以上男性青少年不清楚感染性传播疾病的症状, 女性青少年对男性感染性传播疾病的症状了解更少, 七成以上表示不清楚; 同男性青少年一样, 六成女性青少年不清楚感染性传播疾病的症状, 七成男性青少年不清楚女性感染性传播疾病的症状。知晓部分性传播疾病症状的青少年中, 了解感染性传播疾病 3 种及以上症状者不足 1/3。

对于如果发生无保护性行为如何避孕, 只有 52.5% 的青少年回答正确, 其中与男 / 女朋友同住的 113 名青少年中, 仅 71.7% 知道如何正确应对无保护性行为。分性别来看, 47.7% 男性青少年和 56.6% 女性青少年知道如何正确应对无保护性行为, 女性略高于男性。

分年龄段来看, 20~24 岁青少年中有 58.0% 能正确应对无保护性行为, 15~19 岁青少年中有 43.2% 能正确应对无保护性行为。

尽管有 98.6% 的青少年听说过艾滋病, 但对艾滋病知识, 尤其是对艾滋病的传播途径方面掌握情况并不乐观, 只有 48.9% 的人能正确回答 3 种途径, 能正确回答 2 种途径的占 24.2%, 母婴传播是知晓度最低的传播途径。

2. 性观念 / 行为开放

多数青少年对婚前性行为持接受态度。除不到 1/3 的青少年明确表示不接受外, 其他人在不同程度上接受婚前性行为或态度模糊。大多数被访者对女性青少年婚前保持贞洁的要求更为严格, 而男性青少年婚前性行为则更容易被接受。

对不同性别进行分析结果显示, 男女青少年对待婚前性行为的态度具有差异, 男性青少年对婚前性行为更易接受, 两性均更能接受男性青少年婚前性行为。分年龄段来看, 相比 15~19 周岁, 20~24 周岁对婚前性行为更易接受。可以说, 随着年龄增长, 青少年的性态度也更为开放。此外, 在职者比在校学生对婚前性行为也更易接受。

(二) 生殖健康知识的需求与来源

1. 生殖健康知识需求旺盛

调查对象全部明确表示有生殖健康知识方面的需求。性与生殖健康知识需求方面, 排在前五位的依次是: 生殖系统卫生保健问题、异性交往知识、性身心发育知识、避孕 / 流产知识和性病 / 艾滋病预防和治疗。分年龄段来看, 20~24 周岁年龄组在生殖系统卫生保健、避孕 / 流产知识和性病 / 艾滋病预防和治疗方面要比 15~19 周岁年龄组需求更高一些; 在性身心发育知识和异性交往知识方面, 15~19

周岁年龄组高于 20~24 周岁年龄组。

2. 生殖健康知识来源庞杂

调查对象中,表示收到过性与生殖健康宣传册者占 41.8%,参加过性与生殖健康讲座者占 18.6%。同学/朋友、网络、电影/电视及书/杂志是青少年性与生殖健康知识的四大来源。青少年的生殖健康知识的来源较为庞杂,缺乏准确专业性信息,同时也可看出青少年主动寻求性健康知识的意识较强。而从知识获取方式也可以看出,青少年对性与生殖健康知识更多地处于一种“自学”状态。然而,现代传媒的高度发达,内容包罗万象,对青少年正负两方面的影响都在增强。

分年龄段来看,网络是 20~24 周岁青少年获取相关知识的第一大来源,其次是同学/朋友,第三位是电影电视。相比 20~24 周岁青少年,15~19 周岁的青少年性与生殖健康知识的第一来源是同学/朋友,第二位是网络,第三位是电影/电视。可以说,父母、老师在青少年性与生殖健康知识来源中的作用较弱,“同伴教育”扮演着重要作用,而媒体的作用愈见突出,网络更是成为青少年获得性与生殖健康知识的“新宠”。

(三) 生殖健康服务的需求与利用

1. 青少年友好服务需求高

青少年时期是性意识开始萌动,性生理和性心理急剧转变的一个时期,他们对生殖健康的需求有别于已婚人群,而在心理上往往又认为是一件难以启齿的事情。即便有需求,寻求服务的尴尬也会阻碍他们去利用服务。在我们的调查中,生殖健康方面需要寻求咨询或治疗的 414 名青少年中,实际利用过各种机构提供的咨询和服务的仅占 35.0%。想咨询的主要问题依次为月经问题(48.3%)、生殖系

统卫生保健问题(35.5%)、性心理(24.6%)、如何预防意外妊娠(25.8%)、性病(18.1%)、怀孕(11.4%)和流产(4.6%)等。而 65.0% 自认为需要咨询或治疗却没有采取过行动的青少年中,“不知道跟谁咨询”、“问题不严重”和“不好意思”是其未采取行动的三项重要原因,分别占 53.5%、49.1% 和 27.1%。而青少年在选择服务机构时,考虑的主要的前五个因素依次是注重保护隐私(47.0%)、离家近(44.5%)、医疗技术水平(42.6%)、工作人员态度好(33.2%)和服务价格(28.9%)。青少年寻求服务的这些关键性的特征,即服务的保密性、便利的服务、服务内容广泛、服务人员保持尊重和接受的态度及可接受的价格也正是世界卫生组织为青少年友好服务设定的框架内容。

2. 生殖健康服务利用不足

对于咨询性与生殖健康方面问题的途径,青少年中知晓度最高的两种咨询途径为医疗机构的面谈和计划生育部门的热线电话,但也仅达到 25.2% 和 20.2%。现有的提供性与生殖健康服务机构中,调查对象倾向于选择公立医院或社区卫生服务中心,占 57.0%;选择区县、镇的计生服务中心和居/村委计生服务站/点两者差不多,人数分别占 47.8% 和 47.5%。对于专门针对流动青少年的开展的一些青春健康项目的知晓度和利用率都很低。

三、讨论

从调查结果来看,上海市未婚流动青少年性观念/行为开放,安全、规范、正确的生殖健康知识来源缺乏,性与生殖健康知识水平严重滞后,其整体生殖健康水平令人堪忧。可以说,上海市流动青少年性与生殖健康存在的

诸多问题和巨大的需求向公共卫生提出了严峻的挑战。不容否认,青少年的性与生殖健康教育服务工作在最近十多年取得了一些显著进步,各项工作横向联合、纵向发展格局也已初步形成。但面对如此大规模的未婚流动青少年,要实现人人享有生殖健康的目标任重而道远。目前,在促进流动青少年生殖健康方面还需加强以下几个方面的工作。

(一) 建立多部门联合的流动青少年性与生殖健康服务机制

目前,为青少年提供性与生殖健康服务的主要是教育和卫计部门。教育部门被公认为是青少年性与生殖健康教育的主阵地。卫计部门的服务则以临床诊疗和专业心理咨询为主,而且主要针对的是已婚人群。从目前的情况来说,学校并未承担起对学生进行全面、系统的性与生殖健康教育的责任。青少年离开家乡,来到上海求学或就业,如果不是遇到问题主动寻求服务,也是很难被纳入相关部门的生殖健康保健服务之中的。网络、杂志、电视或朋友作为流动青少年性与生殖健康知识的主要来源途径,也正说明青少年性与生殖健康教育服务的缺失和缺位。近年来,上海市计生协虽然针对流动青少年开展了一些青春健康教育项目,但由于人员和经费有限,送服务进工厂和学校比较困难,普及面及效果也非常有限。可以说,在目前情况下,单靠任何一个部门开展流动青少年性与生殖健康服务,其服务的有效性、广泛性和可持续性都会面临一定的问题。要切实做好流动青少年的性与生殖健康服务,就必须打破部门间的壁垒,整合教育、卫计、工商和劳保等各方的力量和资源,通过在学校、工厂、社区和医院广泛开展宣传教育、专题讲座和保健健康服务的方式,多形式、多途

径地为流动青少年提供可及且适宜有效的生殖健康服务。

(二) 深入践行青少年性与生殖健康的友好服务理念

青少年友好服务(adolescent friendly services)是最近十几年国际上逐渐达成共识并付诸实践的一个针对青少年的医疗保健干预项目,而且也是被诸多国家证明是促进青春期健康特别是生殖健康的一种有效措施。在国际项目的推动下,2004 年青少年友好服务项目在上海破土,由上海计生指导所创办了第一家冠名为“青春关爱俱乐部”的青少年友好服务门诊。门诊在服务的内容、方式和时间等诸多细节上都尽量遵从友好服务的原则,但该门诊却在 5 年之后终因门庭冷落而被迫关闭。我们调研也发现,目前由计生协在各区县成立的针对青少年开展青春教育的“青春健康俱乐部”也面临同样情况。“青春关爱俱乐部”或“青春健康俱乐部”的窘境并不能说明青少年友好服务在中国行不通,而恰恰可能是其提供的友好服务与青少年期望的友好服务并不吻合。在上海,“不知道跟谁咨询”、“问题不严重”和“不好意思”是流动青少年咨询或治疗需求未实现的 3 项主要原因。遇到问题时,流动青少年倾向于选择公立医院或社区卫生服务中心,而优先考虑的 5 个因素依次是“注重保护隐私”、“离家近”、“医疗技术水平”、“工作人员态度好”和“服务价格”。可以说,青少年友好服务不能仅靠项目去实践,目前更为重要的是要对从事青少年性与生殖健康服务的工作人员进行培训,将友好服务的理念渗透融入到每一位工作人员、每一场培训和每一次服务之中去,不要让青少年因害羞、担心被斥责、服务费用及

(下转第 32 页)

◀ 医改进展 ▶

2015 年医疗卫生事业发展报告

房莉杰

2009 年,我国启动了新一轮医药体制改革。2015 年是改革的第七年,同时也是“十二五”规划的收官之年。尽管新医改启动于“十二五”规划之前,但是 2011–2015 年是医改关键的 5 年,目前的形势既为“十三五”规划奠定了一定的基础,同时也带来了更多的挑战。

一、新医改愿景回顾

这次新医改在改革规划中定位于健康本位,对整个卫生体系进行系统设计。改革明确了“人人享有基本医疗卫生服务”的总目标,在党的十八大报告中,这一目标得到强调,进一步明确为“要坚持为人民健康服务的方向”。改革是由日益严重的“看病贵、看病难”问题引发的,因此将新医改的核心目标进一步分解,我们可以理解为改革要实现两个具体的子目标:目标之一是解决“看病贵”问题,恢复医疗机构的“公益性”,提高卫生服务的公平性和可及性;目标之二是解决“看病难”问题,这个问题不仅包括增加服务的供给,而且包括适应人口结构和疾病谱的变化,转变卫生服务模式,由过去的“疾病治疗为中心”转向“健康管理为核心”。

改革的路径逻辑包括以下两点:

首先,“看病贵”问题主要是由政府筹资不足以及现有公立医疗机构的“以药养医”机制造成的。因此一方面,要在基层医疗机构和

县级公立医院实施基本药物制度,取消药品加成,通过“建机制”形成合理的医务人员薪酬制度,以阻断“以药养医”,从而遏制卫生总费用快速上升的势头;另一方面,增加政府对公立医疗机构和医疗保障的投入,完善医疗保障制度,使其覆盖全部人口,并且逐渐提高医疗保险的报销比例,实现“保基本”的目标。通过这些手段将城乡居民的医疗负担降下来。

其次,“看病难”问题主要是因为优质的医疗资源主要集中于大医院,基层医疗机构不仅能力较弱,不能满足医疗需要,而且不同等级的医疗机构都过分重视医疗,同质化严重,重点人群的健康管理需求无法满足。因此,解决问题的基础是通过“强基层”转变基层医疗机构的服务内容和模式,这包括:建立“基本公共卫生制度”,由各级政府承担全部筹资责任,向所有城乡居民免费提供健康教育和健康咨询,尤其是向老年人、慢性病患者、孕产妇、儿童、精神病人等重点人群提供健康管理服务,以适应中国人口结构和疾病谱的变化;改革基层医疗机构的补偿机制,主要通过“收支两条线”的方式保障基层医疗机构的正常运转和医务人员的基本收入,并使其将工作重心从疾病治疗转向健康管理;提高基层医疗机构的服务能力,尤其强调全科医生的培养,并逐步试点建立“家庭医生”制度;在能力提高的基础上,落实“分级诊疗”制度,尽量使患者“首诊在基层”,使基层医疗机构扮演“健康守门

人”的角色,从而引导患者有序就医,缓解大医院人满为患的局面,并提高患者就诊满意度。

国务院《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中确定的近期阶段性目标是,到 2015 年,“基本医疗卫生服务更加公平可及,服务水平和效率明显提高;卫生总费用增长得到合理控制,政府卫生投入增长幅度高于经常性财政支出增长幅度,政府卫生投入占经常性财政支出的比重逐步提高,群众负担明显减轻,个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到 30% 以下,看病难、看病贵问题得到有效缓解。”

从根本上说,医改的上述目标和方向都是值得肯定的,其实现逻辑也基本合理。然而,7 年后的今天,从实践情况来看,改革并不尽如人意,“十二五”规划和医改目标不仅没有实现,而且在某些方面甚至存在倒退。以下将结合 2014–2015 年的政策进展以及医疗卫生数据情况进行具体分析。

二、2014–2015 年医疗卫生资源和服务情况

本文数据如无特殊说明,均来自历年《中国卫生统计年鉴》以及《2015 年中国卫生和计划生育统计提要》。绝大多数是 2014 年的统计数据以及少数 2015 年 1–5 月份的统计数据,因此所反映的情况多为 2013–2014 年政策改革的结果。总体来看,这期间各级财政对卫生的投入继续加大,在卫生资源方面,无论是各类医疗卫生机构、医院床位数,还是卫生技术人员数,都依然呈现上涨趋势;而总的门诊人次数和入院人数也都在上升,说明医疗服务资源进一步增长,人们的医疗服务需求进一步释放。但是这两方面的增长在多大程度上代表

了“看病贵、看病难”问题的缓解呢?接下来我们需要更加仔细地分析一下两方面的数据:一是针对“看病难”问题,各类医疗机构的服务情况是怎样的,尤其是中央政府特别强调的“强基层”和鼓励“社会办医”在多大程度上得到推进?二是针对“看病贵”问题,卫生费用情况如何,卫生总费用是否得到有效控制,个人的医疗负担是否降低,所谓“破除以药养医”在多大程度上得以实现?

(一) 各类医疗机构的服务情况

从历年各类医疗机构的诊疗人次上看,尽管基层医疗机构的诊疗人次一直占多数,但是在发展趋势上,却是医院的上升速度更快。而且 2014 年,这一趋势更为明显,基层医疗机构的服务比例从 59.1% 下降到 57.4%,而医院相应地从 37.5% 上升到 39.1%。住院服务更是如此,如图 2 所示,2009 年医改以来,医院的住院服务量迅速上升,而基层医疗机构的住院服务量则基本保持稳定。2014 年,医院提供了 75.2% 的住院服务,而基层医疗机构只提供了 20%。

此外,2015 年 1–5 月,全国医疗卫生机构总诊疗人次为 31.11 亿人次,同比提高 30%。其中医院 12.15 亿人次,同比提高 54%;基层医疗卫生机构 17.95 亿人次,同比提高 16%;其他机构 1.01 亿人次。同期,全国医疗卫生机构出院人数为 8363.2 万人,同比提高 34%。其中医院 63924 万人,同比提高 5.7%;基层医疗卫生机构 1600.8 万人,同比降低 37%。医院病床使用率为 87.9%,同比降低 3.0 个百分点。社区卫生服务中心为 57.3%,同比降低 0.6 个百分点,乡镇卫生院为 62.1%,同比降低 4.7 个百分点。(数据来源:卫生部网站,2015 年 1–5 月医疗卫生服务统

计月报)。

历年来,各级医院的服务量情况也反映出类似的趋势。其中,三级医院的增长最为迅速,二级医院次之,一级医院原有服务量就不高,医改以来更是没有变化。此外,从医院医师的工作负担来看,2014 年,三级医院医师日均担负的诊疗人次和住院床日分别是 84 人次和 28 日,二级医院是 72 人次和 27 日,一级医院是 65 人次和 19 日。

再看按经济类型分的医院服务情况。新医改以来,中央出台了一些重量级文件支持“社会办医”(如 2013 年国务院出台的《关于促进健康服务业发展的若干意见》),如果单看民办医疗机构本身的话,其医疗资源一直保持着快速增长。相比 2013 年,2014 年民营医院在数量上增长了 10.9%,但是低于 2013 年 15.6% 的增幅;2014 年非公医疗机构床位数增长了 16%,也低于 2013 年 19% 的增幅;2014 年非公医疗机构人员数增长了 6.2%,也低于 2013 年的 7.3%。

然而,尽管非公医疗机构的各项资源绝对值在持续增加,但是如以医院为例,跟公立医院相比,民营医院服务量的所占比例依然很小,其病床使用率更是远远低于公立医院,过去的 4 年都没有太大起色。就非公医疗机构整体而言(包括医院和基层医疗卫生机构),总诊疗人次数所占比重从 2010 年的 23.1% 下降到 2014 年的 22.1%,出院人数所占比重从 2010 年的 6.2% 上升到 2014 年的 9.9%。其中民营医院所占比重都在上升,而非公基层医疗卫生机构所占比重都在下降。

(二) 卫生费用情况

2014 年全国卫生总费用 35378.8 亿元,比 2013 年增长 11.7%; 人均卫生总费用 2586.5

元;卫生总费用占 GDP 的比例是 5.56%,跟 2013 年持平。其中政府卫生支出 10590.7 亿元,比 2013 年增长 10.9%;政府卫生支出占卫生总费用的比例是 29.9%,从 2012 年开始这一比例几乎没有变化。个人现金卫生支出 11745.3 亿元,比 2013 年增长 9.5%;个人现金卫生支出占卫生总费用的 33.2%,比重较 2013 年下降 0.7 个百分点。

上述统计口径是按照政府卫生支出、社会卫生支出、个人现金卫生支出的三类划分法。2011 年以来,政府和个人卫生支出占卫生总费用的比例是比较稳定的,并没有继续呈现此长彼消的趋势。从国际情况来看,2011 年中高收入国家卫生总费用占 GDP 比例的平均值是 5.8%。(数据来源:World Health Organization, World Health Statistics 2014) 政府卫生支出占卫生总费用的比例是 56.62%,也就是说,中国的情况已接近中高收入国家的平均水平。

各级医疗机构的服务费用趋势变化不大。2014 年,公立医院次均门诊费用比上年增长了 6.59%,人均住院费用比上年增长了 5.47%。尽管 2011 年以来药费在次均门诊和人均住院费用中的比例都在持续下降,但降幅有限。

与医院的情况类似,2014 年,社区卫生服务中心的次均门诊费和人均住院费用的上涨趋势明显高于前两年,药费占比则相对稳定或略有下降;乡镇卫生院的费用上升趋势变化不大,药费占比略有下降,但下降趋势在放缓。

从 2015 年的数据看,2015 年 1-5 月,全国三级公立医院次均门诊费用为 276.5 元,与上年同期比较,按可比价格上涨 30%;二级公立医院次均门诊费用为 182.7 元,按可比价格同比上涨 3.3%。全国三级公立医院人均

住院费用为 12536.8 元,按可比价格同比上涨 2.9%;二级公立医院人均住院费用为 5320.6 元,按可比价格同比上涨 2.2%。

再看政府办医疗机构的收入情况。2008 年是新医改之前,2011 年是新医改之后、公立医院改革之前,而 2014 年是公立医院改革三年之后。对比这三年的数据可以发现,公立医院在收入结构改革方面收效甚微。尽管对公立医院的财政补助从总量上看逐年上升,但是其占医院总收入的比例却在下降;取消“以药养医”是要通过降低药品收入、提高服务收入实现,尽管药品收入占业务收入的比例在下降,但是下降的幅度非常有限。

从这些数据可以看出如下几点:

首先,新医改以来,随着服务需求的释放,越来越多的患者涌向了级别更高的医疗机构,新医改希望实现的“强基层”“首诊在基层”“双向转诊”并没有实现,现实情况反而是反向发展。尽管“分级诊疗”在 2013 年得到突出强调,但是从 2014 年和 2015 年上半年服务提供情况看,前几年的趋势并未发生好转。而且越是级别高的医院,医师的日均服务负担越重,可以想象大医院仍然人满为患,“看病难”问题并未有效缓解。

其次,尽管“社会办医”也得到突出强调,希望通过非公医疗机构的发展一方面满足人民群众多方面、多层次医疗服务需求,另一方面也对公立医院形成一定竞争,促进公立医院服务效率的提高。然而从掌握的数据可以看出,民营医院占的服务份额依然很小,完全不能跟公立医院同日而语。而且在公立医院的病床使用率一直超过 90% 的情况下,民营医院的病床使用率一直在 60% 徘徊,这对进一步吸引民营资本办医显然是不利的。此外,民营

医院和非公基层医疗机构相比,后者的生存状况更为恶劣,2010-2014 年,其服务占同类机构的比重,无论是诊疗还是住院服务都是在下降的。也就是说新医改所期望实现的促进“社会办医”的目标远没有达到。

再次,2014 年的卫生总费用情况跟历年的趋势一致,一方面卫生总费用的绝对值仍在快速上升,另一方面个人现金卫生支出也没有控制住。“十二五”规划的目标是将个人现金卫生支出比重控制在 30% 以下,然而 2014 年该比重仍然达 33.2%。此外,根据国家统计局公布的《2014 年国民经济和社会发展统计公报》,2014 年城乡居民人均可支配收入比上年增长 10.1%;而个人现金卫生支出比 2013 年上涨 9.5%。也就是说总体而言,个人的医疗经济负担并没有明显减轻。

最后,再看破除“以药养医”的情况。根据新医改的规划思路,缓解“看病贵”问题的第一个环节是降低药品价格,破除“以药养医”。尽管所有基层医疗机构都实行了基本药物制度,药品零差率销售,而且越来越多的县级医院也开始实施基本药物制度,然而从上述数据情况看,药品费用占卫生总费用的比例、药品收入占公立医院收入的比例都没有实质性下降。从中可以看出,以基本药物制度为基础的药品制度改革实效是非常值得担忧的。

综上所述,无论是“十二五”规划的阶段性目标,还是“保基本、强基层、建机制”的战略目标,抑或是缓解“看病贵”“看病难”的医改总目标都未实现,至少从历年的数据趋势来看,都没有向上述这些目标靠拢的迹象。

三、2015 年新医改主要政策进展

新医改启动以来,按照时间先后顺序,

比较大的进展依次是：医疗保障实现人口的全覆盖、建立了基本公共卫生制度、从基层医疗机构开始推行基本药物制度、建立大病医疗保险以及公立医院综合改革。2015 年新医改的政策进展既包括整体的推进，也包括对重点领域的强调。

(一) 2015 年新医改的整体政策进展

从整体上看，2015 年的医改在上述各个方面都有所推进。在基本公共卫生服务方面，2015 年人均基本公共卫生服务经费标准从 35 元提高至 40 元，进一步扩大覆盖面、扩展服务内容，加大对村医的支持力度以及加强规范管理；在新型农村合作医疗方面，2015 年各级财政对新农合的人均补助标准在 2014 年的基础上提高 60 元，达到 380 元，农民个人缴费标准在 2014 年的基础上提高 30 元，全国平均个人缴费标准达到每人每年 120 元左右，同时继续强调增强保障能力、完善支付方式改革、规范基金管理、做好跨省就医费用核查等；在大病医疗保险方面，中央计划在 2015 年底之前，大病保险覆盖所有城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗参保人群，2015 年大病保险支付比例应达到 50% 以上，并且强化基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险及慈善救助等制度间的互补联动；继续推进“社会办医”等。上述几个方面的改革基本上都是延续之前的改革路径，既有增加政府投入的增量改革，同时也有对已有改革措施的完善，但是并没有本质上的创新，或者说上述领域的制度框架已经基本定型，并无太多制度创新的余地。

从 2012 年开始，公立医院改革一直是医改重点，也吸引了社会各界最多的关注。2015 年在公立医院改革方面的进展，一是扩大改革

范围，全面推开县级公立医院综合改革，改革范围扩大到全国所有县（市），进一步扩大城市公立医院（地级市辖区及以上城市公立医院）综合改革试点；二是深化医保支付方式改革，2015 年底之前，医保支付方式改革要覆盖县域内所有公立医院，覆盖 30% 以上的县级公立医院出院病例数。尽管过去三年来公立医院改革的范围一直在扩大，但是迄今为止并没有形成比较成熟、可操作的改革思路；在 2015 年公立医院改革相关的文件表述中，仍是延续已有的破除“以药养医”、建立“现代医院管理制度”、建立合理的人事薪酬制度、理顺医疗服务价格等提法，但是如何解决这些问题仍没有确定答案。

尽管上面提到的几个方面都没有实质性推进，但是 2015 年的医改也并非完全没有创新性。实际上恰是因为改革至今出现的药价居高不下和基层医疗机构服务功能弱化的问题，2015 年将“分级诊疗”和“药品价格改革”作为改革重点。

(二) 对“分级诊疗”的强调

事实上，2014 年，国家已经开始对“分级诊疗”予以强调。2014 年 10 月国家卫计委的例行新闻发布会介绍了当时各地“分级诊疗”的一些试点经验，同时提出，国家层面的总体考虑是优化医疗服务体系，通过发挥医疗服务价格和医保报销的经济杠杆作用，引导患者合理有序流动。

国务院办公厅在 2015 年 9 月份发布的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》更是对接下来的“分级诊疗”任务目标做了部署。该文件对于不同类别医疗机构的功能定位是：城市三级医院主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务；城市二级医院主要接受三级医

院转诊的急性病、术后恢复患者和危重症稳定期患者；县级医院主要提供县域内常见病、多发病的诊疗；基层医疗卫生机构、护理院等主要为诊断明确和病情稳定的重点人群提供治疗、康复、护理服务。根据上述对各级各类医院的功能定位，不同的医疗机构应该应对不同的医疗需求，而“分级诊疗”要解决的是无论何种医疗需求都涌向大医院的问题。正如本文图 1 到图 3 所反映的情况。所以，如何使基层医疗机构更具吸引力是“分级诊疗”改革的重点。文件中对这一部分强调了两个方面的措施：

一是加强基层医疗机构的能力建设。包括加强基层医疗卫生人才队伍建设，尤其是加强全科医生的培养；通过多点执业、社会办医、医联体等方式提高基层医疗机构服务能力；全面提高县级公立医院综合能力（随后国家卫计委出台了《全面提升县级医院综合能力工作方案》）；整合推进区域医疗资源共享和加强信息化建设等。

二是在能力建设基础上，尤其是在全科医生培养基础上，推进居民与全科医生的签约服务，建立真正意义的“家庭医生”制度。主要包括：签约医生团队由二级以上医院医师与基层医疗卫生机构的医务人员组成，探索个体诊所开展签约服务；签约服务以老年人、慢性病和严重精神障碍患者、孕产妇、儿童、残疾人等为重点人群，逐步扩展到普通人群；签约医生团队负责提供约定的基本医疗、公共卫生和健康管理服务；签约服务费用主要由医保基金、签约居民付费和基本公共卫生服务经费等渠道解决；同时推进医保支付制度改革以及健全医疗服务价格形成机制。

文件确定的“分级诊疗”的发展目标是到 2017 年“分级诊疗”试点工作应达到以下

标准：基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例 $\geq 65\%$ ；每万名城市居民拥有 2 名以上全科医生，每个乡镇卫生院拥有 1 名以上全科医生，城市全科医生签约服务覆盖率 $\geq 30\%$ 以上；居民 2 周患病首选基层医疗卫生机构的比例 $\geq 70\%$ ；整合现有医疗卫生信息系统，完善分级诊疗信息管理功能，基本覆盖全部二、三级医院和 80% 以上的乡镇卫生院和社区卫生服务中心；由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊的人数年增长率在 10% 以上。从现在起到 2020 年，逐步形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的“分级诊疗”模式。

（三）药品价格改革的突破

从 20 世纪 80 年代末到 1996 年，中国的药品价格管理经历了从严格的计划式价格全面管控，到大部分药品价格放开由市场决定，再到国家重新实施对药品价格管制的反复。至这次药品价格改革之前，政府对药品价格管制越来越趋于严格和系统化，药品价格管制整体进入系统管制阶段（古新功，2014）。我国就药品的定价曾探索过不同的方法，但长期以来主要还是以成本定价和成本加成定价方法为基础。药品的价格由国家发改委管理，制定最高零售价格，每种药品零售时不能超过规定的最高零售价格（胡善联，2013）。

政府对药品价格管制的初衷是控制药品价格上涨，其产生和运行是在没有医疗保险、基本药物制度等其他控制手段的环境下的。暂且不论其在新医改前实施效果如何，在新医改后，由于覆盖全民的医疗保障制度的建立、基本药物制度的实施，尤其是省级招标采购制度实施后，政府对药品的价格管制已显多余。更进一步的，该制度还滋生了价格管理部门的权

力寻租空间。

在上述情况下,国家发改委等 7 部门 2015 年 5 月份共同发布的《关于药品价格改革的意见》,决定自 2015 年 6 月 1 日起取消绝大部分药品政府定价,同步完善药品采购机制,强化医保控费作用,强化医疗行为和价格行为监管,建立以市场为主导的药品价格形成机制。这意味着存在 20 年的药品行政定价将被市场定价所取代。这次药品改革之后,药品采购机制和医疗保险将代替政府扮演决定药品价格的重要角色。“完善药品采购机制,发挥医保控费作用,药品实际交易价格主要由市场竞争形成。”“坚持药品集中采购方向,根据药品特性和市场竞争情况,实行分类采购,促进市场竞争,合理确定药品采购价格。”“医保基金支付的药品,由医保部门会同有关部门拟定医保药品支付标准制定的程序、依据、方法等规则,探索建立引导药品价格合理形成的机制。”“做好医保、招标采购政策的衔接配合,促进医疗机构和零售药店主动降低采购价格。”

四、理解新医改困境

综合上文的分析,至少从 2009–2015 年的改革效果看,新医改收效甚微。那么到底是什么导致了新医改的困境? 2015 年对于“分级诊疗”的强调和在药品价格改革方面的突破以及与之相适应的医保付费改革的推进是否有可能打破困境呢?《剑桥医学史》曾经对于 20 世纪上半期的西方医学有一段描述,称当时能够明确诊断出来的疾病已经超过 90%,然而能够治愈的疾病却不足一半。新医改的逻辑同样如此。从本文第一部分医改愿景的回顾中可以看出,新医改所要解决的问题是很清楚的,医改目标和方向也是值得充分肯定的,然

而如何实现该目标和方向,通过这几年的实践来看,新医改的“处方”确实出了问题。

(一) 新医改基础困境之一:“看病难”与基层医疗机构改革

基层医疗机构改革是解决“看病难”问题的基础环节,但恰是改革之初给基层医疗机构开出错误的“行政化”处方以及基层医疗机构的能力不足,导致了“首诊在基层”和服务模式从“疾病治疗向健康管理转变”无法实现,基层医疗机构无法承担“健康守门人”的角色。

笔者在南方某受到推崇的“分级诊疗”试点城市调研时发现,其“分级诊疗”几经调整,最终还是无法找到合适的路径——最初跟全国其他大部分地区一样,其基层医疗机构实行的是“收支两条线”管理,马上导致了基层诊疗服务量的下降;接下来该市尝试采取“医联体”的模式,将基层医疗机构并入二级医院,这样做的结果是,尽管基层医疗机构的服务量上升,但是其基本公共卫生服务受到忽视;因此,该市又尝试将基层医疗机构的公共卫生服务分离出来,成立单独机构,仍是“收支两条线”管理,但是又发现“健康管理”是一个融合了预防保健和诊疗服务的整体,将两者分开无法有效提供服务;改革到目前的结果是,当地的基层医疗机构又部分地恢复到改革前的状况,取消“收支两条线”,允许其将一部分利润用于医务人员的收入分配,同时通过行政命令和经济手段,促使其完成基本公共卫生任务以及门诊量目标,同样通过行政命令强制二级医院向基层医疗机构转诊一定比例的病人。这样至少从数据上看,“双向转诊”在一定程度上是可以实现的,但是效果可想而知。

该城市的案例和改革的反复过程非常具有典型性,充分表明了现有的体制下,基层医

疗机构既无法有效提供“健康管理”，同时也不能吸引患者就诊。从全国情况看，“分级诊疗”主要通过两大类途径实现：一是“医联体”，即通过不同的方式建立基层医疗机构和上级医院的利益关系，以使基层医疗机构有动力提供诊疗服务，上级医院也有动力向下转诊病人。但是这样做的问题在于，基层医疗机构和医院的功能定位是不一致的，同样的管理方式很难保证基层医疗机构提供“健康管理”的动力。二是通过行政命令和经济手段强制和引导患者首选基层医疗机构就医。比如必须通过基层医疗机构转诊才可以通过医保报销。但是这跟过去的制度相比，相当于剥夺了患者的部分诊疗权，尤其是在目前基层医疗机构能力不足、医患关系和干群关系紧张的情况下，这种改革会对社会稳定产生潜在威胁。

既要吸引就诊患者，又要提供有效的“健康管理”服务，这两者并非无法兼顾，英国的全科医生制度和美国受雇于医疗保险公司的健康管理师都是值得借鉴的制度安排。其中，英国的全科医生制度是更适合中国基层医疗机构实践的制度。其全科医生其实是独立或合伙执业的私立部门，英国国家卫生服务体系（NHS）与全科医生诊所签订服务合同，为社区居民购买全科医生团队的服务，支付方式以按人头预付为主，辅以质量结果支付（谢春燕、何江江、胡善联，2015）。由于家庭医生签约是竞争性的，它能够鼓励医生以较低的医疗费用为更多的人提供服务，使医生主动控费意识增强，把工作重点引导到预防保健上来。

然而无论是教育、医疗还是养老，对于任何一项“社会服务”来说，要想实现满足服务需求的政策目标，最核心的两点：一是合理的制度，二是足够的服务能力。就全科医生制

度而言，其呈现的问题恰恰在于服务能力不足与制度设计不合理以及两者之间的互相掣肘。一方面，该制度得以有效实施的前提是全科医生必须有内生动力为服务对象提供全面、合适的服务，那就意味着服务必须是竞争性的。全科医生团队有一定的独立性，而这跟“行政化”“科层制”的基层医疗机构定位相悖；另一方面，服务的提供必须要有足够数量的全科医生，而根据国家卫计委的数据，2014 年底中国的全科医生数只有 17 万人，相当于每 1 万个人有 1 个家庭医生，从总体上看是远不能满足服务需要的。

尽管如此，我国的全科医生数量正在迅速增加，而且由于地区发展不均衡，全科医生数量与服务人口的比例也存在较大差异。笔者认为，在某些发达地区已经具备一定的能力基础，而制度改革是接下来的关键。

（二）新医改基础困境之二：“看病贵”与基本药物制度改革

与上相对的，解决“看病贵”问题的基础环节是药物制度改革，只有药品费用下降才能带来医疗服务价格提高的空间，才有可能控制住卫生总费用的上涨，进一步地使全民医保能够可持续运行，个人的疾病经济负担才有可能减轻。

为了解决药价虚高的问题，新医改开出的处方是“基本药物制度”，该制度的基本内容：一是由政府制定基本药物目录，要求所有政府办的基层医疗机构全部使用基本药物，不同类别的公立医院使用的基本药物也要达到一定比例；二是基本药物实行省级集中网上公开招标采购。也就是说仍是以“行政化”的思路“控制”药价。然而上文数据所表明结果是，过去几年的药价控制基本是不成功的。

然而对于不成功的原因,“政府派”和“市场派”各有见解。前者认为,不成功恰是因为“政府主导”的改革不彻底,公立医院仍有逐利倾向,因此应该参照基层医疗机构实行“收支两条线”管理,彻底断绝公立医院的逐利途径(李玲、陈剑锋,2014);与此相反,后者认为问题在于政府的行政化管控,尤其是行政定价和政府主导的省级招标采购,使得药品价格并不能反映其市场价值,再加上药品定价、招标采购、处方各个环节的权力寻租行为,最终使得药品价格居高不下。因此应该减少行政环节,药品价格应该由市场决定,医保部门代替患者进行“团购”,而提高医保支付标准和进行医保支付制度改革才是遏制过度医疗的正途(顾昕,2015;朱幼棣,2015)。

客观看待上述争论,从基层医疗机构过去 5 年的改革效果看,“收支两条线”的行政管理思路带来的不是医疗费用的降低和所谓“公益性”的实现,而是由缺乏有效激励而导致的不作为。显然以取消公立医院的逐利动机为由,使其“行政化”是既不合理也不现实的。相反,由市场主导药价的形成,尽量减少政府的直接干预,让医保成为费用控制的手段,似乎是一个更合理可行的方案,而 2015

年在药品价格改革方面的突破,遵循的恰是这一思路。

然而值得注意的是,所谓医改进入“深水区”,很大程度上是因为其涉及大量的利益调整,这在药物制度改革中尤其突出,它将涉及卫生部门、医保部门、药企、医院等利益相关方。从上文的分析可以看出,医保付费方式改革是核心因素。但是医保付费方式最终落实为何种形式,还有很多不确定的因素,它在很大程度上取决于各方博弈的结果(朱恒鹏,2012)。

综上所述,回顾 2014-2015 年,展望“十三五”规划,尽管全科医生的数量逐年增加、尽管全科医生制度建设和“分级诊疗”得到重视、尽管药品价格改革有所突破、尽管对于药品流通相关的反腐制裁更为严格……然而,从根本上看,“基本药物制度”和“基层医疗机构改革”两张“处方”仍有待“重开”。否则,按照医改过去 5 年的数据趋势,这将是一场没有赢家的改革!

(来源:中国网)

参考文献(略)

(作者为中国社会科学院社会学研究所副研究员)

◀ 政策之窗 ▶

《上海市人口与计划生育条例》(修正案) 主要政策解读

一、关于生育政策

1. 上海从什么时候开始实施全面两孩政策?

答: 上海自 2016 年 1 月 1 日起实施全面两孩政策。

2. 本市生育政策适用哪些人群?

答: 双方均为上海市户籍的夫妻, 或者一方为上海市户籍的夫妻, 其生育政策可以适用本市的规定。

3. 生育第二个子女是否还需要审批?

答: 双方合计子女数只有一个的夫妻, 可以自主安排生育第二个子女, 不需要办理再生育审批手续。具体包括两种情形: (1) 婚前双方均未生育过子女、婚后共同生育了一个子女的夫妻; (2) 一方婚前未生育过子女, 另一方婚前生育过一个子女的夫妻。

4. 哪些情况可以再生育?

答: 双方合计已有两个或者两个以上子女的夫妻, 如果要求再生育的, 必须符合法律法规规定的条件, 并应当办理再生育审批手续。根据《条例》(修正案) 的规定, 符合下列条件之一的夫妻, 可以要求安排再生育子女: (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。

5. 符合规定条件要求安排再生育子女的, 如何办理再生育申请审批程序? 需要哪些材料?

答: 符合规定条件要求安排再生育子女的夫妻, 应当按照规定办理再生育手续。具体程序如下:

(1) 双方均为本市户籍的夫妻, 到其中一方户籍地或本市户籍人户分离人员办理了现居住地登记的乡、镇人民政府或者街道办事处提交再生育子女申请表, 并提供规定的材料; 一方为本市户籍、另一方为外省市户籍的夫妻, 到本市一方户籍地的乡、镇人民政府或者街道办事处提交再生育子女申请表, 并提供规定的材料。

(2) 乡、镇人民政府或者街道办事处应当自收到再生育申请表及规定的全部材料之日起七个工作日内提出受理意见, 并将受理意见及全部申请材料报区县卫生计生委。

(3) 区县卫生计生委应当自收到乡、镇人民政府或者街道办事处报送的受理意见和全部申请材料之日起十个工作日内审查完毕。对符合条件的, 发给再生育子女告知书; 对不符合条件的, 应当书面通知申请人, 并说明理由。

(4) 再生育子女告知书或者不同意再生育子女告知书应当自作出决定之日起十个工

作日内送达申请人。

办理再生育子女申请时,应当提供 4 项基本材料:(1)身份证明;(2)户籍证明;(3)婚姻状况证明;(4)已有子女状况的声明。属于新修改的《上海市人口与计划生育条例》第二十三条第二款第三项情形的,还应当提供区、县或者市病残儿医学鉴定机构的鉴定材料。

6. 适用生育政策时子女数如何确认?

答:子女数的计算,是以当事人生育包括收养并存活子女数计算,包括已被送养的子女数;但是收养的弃婴、残疾儿童或孤儿,不计入子女数内。

7. 流动人口再生育是否可以适用本市规定?

答:(1)一方为本市户籍、另一方为外省市户籍的夫妻,可以选择适用上海的再生育规定,在上海办理有关手续;也可选择适用外省市一方户籍所在地的再生育规定,在外省市办理有关手续。

(2)双方均为外省市户籍的夫妻,不适用上海的再生育规定;但可以按照有关规定,在上海办理一孩和二孩的生育登记。

二、关于计划生育奖励假期

1. 《条例》修正案对于假期是如何规定的?

答: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。符合法律法规规定生育的夫妻,女方除享受国家规定的产假外,还可以再享受生育假 30 天,男方享受配偶陪产假 10 天。生育假享受产假同等待遇,配偶陪产假期间的工资,按照本人正常出勤应得的工资发给。

2. 在 2016 年 1 月 1 日至 2 月 29 日期间结婚、

生孩子的,能否享受新政策规定的待遇?

答:在 2016 年 1 月 1 日至 2016 年 2 月 29 日期间,依法办理结婚登记手续、符合法律法规规定生育子女的,可以按照《条例》修正案的规定,补休相关的增加婚假、生育假、配偶陪产假。

3. 增加的婚假、生育假、配偶陪产假,遇到法定节假日是否顺延?

答:(1)“增加婚假 7 天”一般应当与婚假合并连续使用(包括双休日),遇法定节假日顺延。(2)“生育假 30 天”一般应当与产假合并连续使用(包括双休日),遇法定节假日顺延。(3)“配偶陪产假 10 天”应当在产妇产假期间使用(包括双休日),遇法定节假日顺延。

4. 增加的婚假、生育假、配偶陪产假期间的待遇是怎样规定的?

答:增加的婚假享受婚假同等待遇。生育假期间享受产假同等待遇,符合本市生育保险规定的,从生育保险基金支出。配偶陪产假期间的工资,按照本人正常出勤应得的工资发给。

5. 《条例》修正案规定“配偶陪产假期间的工资,按照本人正常出勤应得的工资发给”,这里的“工资”具体含义是什么?

答:按照《上海市企业工资支付办法》的规定,工资是指用人单位根据国家和本市的规定,以货币形式支付给劳动者的报酬,即列入工资总额统计的货币收入。《条例》修正案规定“配偶陪产假期间的工资,按照本人正常出勤应得的工资发给”,主要是强调用人单位应当在男方享受配偶陪产假期间,按照全勤的标

准向男方发给工资,不应作为缺勤而扣减工资。

6. 增加的婚假适用人群有哪些?

答: 2016 年 1 月 1 日以后依法登记结婚的对象(包括初婚、再婚)。

7. 生育假适用人群有哪些?

答: 2016 年 1 月 1 日以后符合法律法规规定生育子女的妇女(包括初次生育、再生育)。

8. 配偶陪产假适用人群有哪些?

答: 2016 年 1 月 1 日以后符合法律法规规定生育子女的妇女的配偶(包括初次生育、再生育)。

9. 在沪流动人口能否享受本市规定的增加婚假、生育假、配偶陪产假?

答: 按照国家和本市关于流动人口计划生育的相关规定,在沪就业的流动人口可以按照本市有关规定享受相应的休假。

三、有关政策衔接

1. 全面两孩政策实施后,《独生子女父母光荣证》是否继续发放?

答: 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》。2015 年 12 月 31 日之前自愿终身只生育一个子女的夫妻,按照本市现行规定,符合条件的,仍可申请领取《独生子女父母光荣证》。

2. 实施全面两孩政策后,持有《独生子女父母光荣证》的公民还可以享受有关奖励待遇吗?

答: 获得《独生子女父母光荣证》的夫妻,仍然可以按照国家和本市有关规定享受有关

奖励扶助待遇。原已领取《独生子女父母光荣证》、符合法律法规规定再生育子女的本市户籍公民,应当注销其《独生子女父母光荣证》,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. 实施全面两孩政策以后,原已领取《独生子女父母光荣证》,如果再生育,应当从什么时候起退证?

答: 应当从再生育的子女出生之日起退回原已领取的《独生子女父母光荣证》。

4. 实施全面两孩政策后,本市现行的农村部分计划生育家庭奖励扶助制度是否执行?

答: 2016 年 1 月 1 日之后生育子女的本市户籍农村居民,不再适用本市农村部分计划生育家庭奖励扶助制度。2015 年 12 月 31 日之前生育子女、且符合农村部分计划生育家庭奖励扶助条件的本市户籍农村居民,继续按照本市有关规定,享受领取计划生育家庭奖励扶助金待遇。

5. 实施全面两孩政策后,本市现行的计划生育家庭特别扶助制度是否还执行?

答: 2016 年 1 月 1 日之后生育子女的本市户籍公民,不再适用本市计划生育家庭特别扶助制度。2015 年 12 月 31 日之前生育子女、且符合计划生育家庭特别扶助条件的本市户籍公民,继续按照本市有关规定,享受领取计划生育家庭特别扶助金待遇。

6. 对于 2015 年 12 月 31 日以前不符合规定生育第二个子女的行为如何处理?

答: 对于 2015 年 12 月 31 日以前不符合规定生育第二个子女的行为,应当按照当时的规定进行处理。