

2016年第5期

人口信息

POPULATION INFORMATION

《人口信息》

(双月刊)

2016年第5期

(总第208期)

2016年10月28日出版



- * 健全托幼服务，推动女性工作与家庭平衡
- * 人口流动：揭示城镇化新趋势
- * 人口老龄化是否导致卫生总费用增长
- * 人口迁移流动中家庭生活和家庭发展(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5期(总第208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•

健全托幼服务,推动女性工作与家庭平衡.....杨菊华(1)

人口流动:揭示城镇化新趋势.....邱玥等(6)

•本期关注•

人口迁移流动中家庭生活和家庭发展.....本刊编辑部(9)

(主持人:任远,参与讨论:任佳、梁同贵、谭静、任远等)

•研究与分析•

人口老龄化是否导致卫生总费用增长.....蔡雨阳(22)

发挥卫生计生部门整合优势,加强计生特殊家庭医疗服务.....上海市卫计委家庭发展处(25)

•全球视野•

荷兰长期护理保险服务制度改革.....胡苏云(27)

养老“四部曲”——在新西兰“安东尼养老村”的见闻与体验.....徐晋勋(32)

•医改进展•

国内家庭医生服务现状.....健促网(35)

•政策之窗•

《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》解读.....本刊辑(43)

•信息简讯•

医学类深度报道纪录片《人间世》研讨会在京召开.....本刊辑(45)

•资料库•

中国独生子女家庭规模:2050年将达3亿.....(46)

中国人口问题九大误区:人口减少找工作就容易?.....(47)

《人口与发展》

健全托幼服务, 推动女性工作与家庭平衡

杨菊华

传统“男主外, 女主内”的性别角色定位, 使职业女性肩负家庭劳务与社会生产双重责任。在城镇家庭大多只能生育一孩的环境下, 女性在职场上已然未能与男性同步起跑和并肩前行; 而全面两孩政策下, 若无相应的配套措施, 女性工作与家庭平衡将面临更大挑战。在生育率持续低迷、人口和劳动力增量减缓的“双新常态”下, 健全社区托幼服务, 有助于推动女性工作与家庭平衡, 实现两孩生育意愿, 提升家庭长期发展能力, 推动人口与经济社会的协调和可持续发展。

一、“生育惩罚”与“性别税”加剧女性的工作与家庭失衡

家庭职责是多维度的, 但子女生养无疑是制约女性工作与家庭平衡的最重要因素。无数研究表明, 职业女性奔波于家庭—工作中, 处于无休止的“两班倒”状态。西方大量的研究表明, 女性的劳动参与率提高了生育的机会成本, 故社会劳动参与显著且稳定地降低个体生育水平; 反之, 生育功能也使她们失去时间和精力优势, 造成“性别式的市场分割”, 对其社会劳动参与带来负面影响。2015 年全球性别差距报告显示, 尽管在 2006–2015 年间, 两性在教育与健康方面的差异几乎消失, 但劳动就业等方面依旧差异巨大, 10 年间几乎原地踏步; 比如, 2006 年女性的从业人数为 15 亿人, 2015 年虽然从业人数升至 17.5 亿, 但

与男性从业人数的差距却在扩大; 同样, 2006 年和 2015 年全球女性的平均收入分别为 0.6 万元和 1.1 万元, 大大低于男性的 1.1 万元和 2.1 万元, 女性处于明显劣势^[1]。

就国内来看, 儿童照料由社会化向家庭化的转变, 也使得子女生养成为影响女性工作与家庭平衡的重要因素。在计划经济时期, 自上而下的国家意志, 辅以抚幼制度和服务上的长期保障及宣传上的高调支持, 成功地帮助女性走出家庭, 参与社会劳动。1978 年以来, 国家层面出台的专门针对学前教育, 尤其是托幼机构的政策文件多达 60 多份, 体现出政府对托幼服务的高度重视。然而, 随着改革开放进程的推进, 在企业改制和社会多元复合转型中, 公共抚幼机构逐渐流失, 家庭政策却尚未实现有效衔接, 儿童照料成本几乎全部落到家庭、尤其是女性身上。企业缺位和社会失责, 公共福利和服务政策及其配套措施缺失等, 进一步激化了女性的工作与家庭矛盾。

因此, 全面两孩新政下, 女性可能面临新一轮的工作与家庭冲突和“生”与“升”的艰难抉择。最新数据显示, 2015 年全国总出生人口为 1655 万, 比 2014 年减少 32 万, 在相对宽松的政策环境下不升反降, 显示出人们并未按政策生育, 单独两孩政策遭遇消极回应^{[2][3][4][5]}。虽然正常的波动及女性年龄结构等可用来解释少生人口, 但不少大城市的年轻夫妇, 尤其是女性表示, 他们虽有二孩生育意

愿,但因生养成本过高,难以兼顾家庭—工作而不敢生,使得人生不可或缺的两个重要组成部分——家庭与工作,变得如同鱼与熊掌一样,必须取舍,难以兼得,或为“升”而放弃“生”,或因“生”而在“升”方面做出让步。

生育和儿童照料不仅加重女性的家庭负担,还间接地使她们在劳动力市场中处于弱势地位。尽管《劳动法》《妇女权益保护法》强调女性平等的劳动就业权利,且后者明文规定,“禁止歧视妇女”“不得以性别为由拒绝录用妇女或者提高对妇女的录用标准”,但在市场化进程中,性别歧视或隐或显地普遍存在。人民日报调查显示,用人单位不愿雇佣女性的首要原因在于生育。59%的女大学生在求职应聘中被问及生育规划;即便能力等条件相同,女性就业的门槛依旧高于男性;女性若在聘用期间怀孕生育,往往被迫“自动”离职。普查资料显示,2010年16~59岁女性就业率为69.9%,低于男性13.8个百分点;自1990年来,女性就业率持续下降,性别差异持续扩大。2000~2010年间,下降幅度超过1990~2000年的5.8个百分点,分别比“五普”和“四普”扩大了3.0和4.7个百分点。这表明,两性虽都面临工作难找的问题,但女性找工作更难。同时,8成以上的在业女性聚集在相对低端的产业链中,职业地位较低,如在企事业单位负责人中,女性仅占1/4^[6]。不仅如此,女性的收入水平也大大低于男性,多生一个孩子会降低其收入的7%^[7]。已育的职场女性在晋职晋升和终身发展等方面也面临更大的挑战和歧视,在收入和发展方面承受着明显的“生育惩罚”^[8]。

可见,市场的性别分割使孩子对母亲而言格外“昂贵”。全面两孩新政的落地无疑增加女性生育的次数,进一步提高其求职就业门槛、降低其上行社会流动机会、收紧其终身发展瓶颈,面临更大的“生”与“升”的两难抉择^{[9][10]}。换言之,生育可能成为女性职场的“威胁点”,她们必须为此支付“性别税”,并为多生育一个孩子支付额外的“性别税”。图1是笔者对性别税的理论思考,描画的是在外力(如:家庭友好政策)作用缺失的情况下,生育与职场机会的关系。其中,横轴代表生育(包括无孩、生一个孩子、生二孩子三种情形),纵轴代表职场机会(包括入职门槛、职业自主选择、收入水平、晋职晋升以及其他发展机会等),横虚线表示两性平等的机会起点,粗斜线表示女性的职场机会,细斜线表示属性、事件或节点。从中可以发现,即便女性不生孩子(不是还没有生孩子),仅仅女性这个属性本身,可能就使得她们的职场机会低于男性,要为天然的生理属性缴税。若女性生育一个孩子,她们就既要缴纳作为女性这一属性赋税,也要缴纳因为生育带来的赋税,即“性别和生育双重税赋”;同理,若她们继续生育二孩,不利的性别加上因为生育而加重的家庭责任相互交叠,就会带来更重的生育惩罚,缴纳更高的赋税。正是因为女性要缴付这种男性不用缴付的税,她们的工作和家庭更难以平衡。换言之,在目前的劳动力市场背景下,孩子和职场类似于鱼和熊掌;当二者不可兼得时,个体很可能舍业从家;同理,职业发展也可能会阻碍女性实现理想子女数量意愿,致使生育意愿与行为发生悖离。

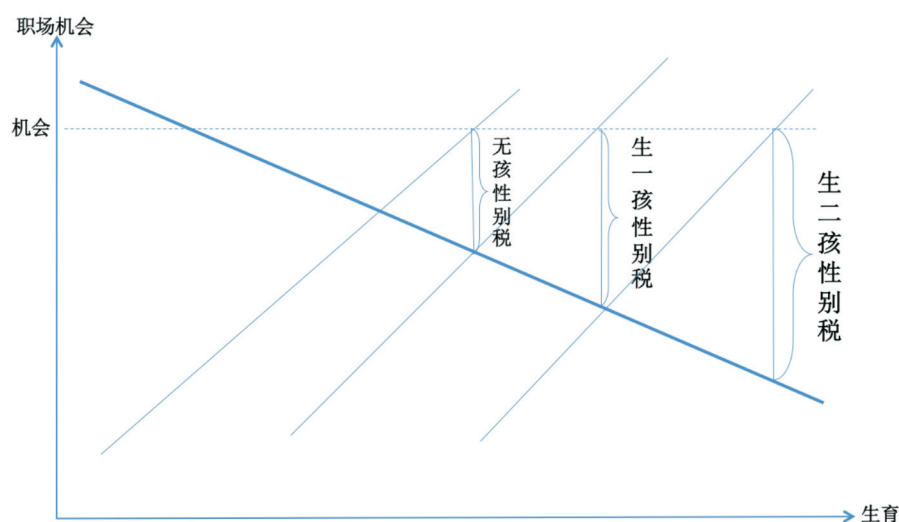


图1 “性别税”与女性的工作与家庭平衡

二、家庭友好政策带来“性别平等红利”，缓解工作与家庭冲突

女性工作与家庭失衡的困境可通过家庭友好政策的实施得到缓解。狭义的家庭友好政策主要是指政府和企业为有儿童照料需求的家庭提供的生育假期、照料服务、税收优惠和弹性工作制度等一系列政策安排的总和；广义政策还包括稳定的工作和足额的薪水（当然，家庭友好政策还包括老年赡养）。因女性是育儿（和养老）责任的主要承担者，多数家庭政策向职业女性倾斜，致力于弥补她们在劳动力市场竞争中的弱势地位，避免因生养孩子而退出劳动力市场。故此，家庭友好政策在两性之间的福利再分配，在较少损害甚至不损害市场效率的前提下，是提高和稳定女性就业水平，提升其经济独立能力，以及推动性别平等和社会性别主流化的重要手段和保障。

许多低生育率国家都推行了家庭友好政策，在儿童早期照料与教育、带薪和无薪家庭照顾休假、家庭福利津贴与税收减免、家庭友好型工作安排等方面做出了具体规定，保证员

工能协调家庭责任和社会工作。比如，日本将缓解工作与家庭失衡作为一项重要的施政方针：在内阁府设立“推进工作与生活平衡室”，专门调查和解决二者的冲突；颁布并完善《育儿护理休假法》，解除父母就业的后顾之忧；推行“将等待入托儿童降为零的战役”，推广满足多种需求的保育模式；广泛宣传工作与家庭平衡理念，营造国民经济自立又有充裕生活时间的社会。

国外经验表明，这些政策增加了婴幼儿养育社会支持的可及性和可得性，既消减了生育对女性职业发展的束缚，也缓解了工作对女性履行家庭责任的制约。数据显示，自1980年代开始，在女性劳动参与率较高但生育水平较低的欧洲国家，生育率开始回升，二者的关系由负转正。在21个经合组织国家，女性就业率与生育率的相关系数由1984年的-0.50逆转为2004年的0.40，二者同时上升，带来“性别平等红利”。这一趋势清楚地表明，家庭和工作不必一定是对立的、矛盾的、冲突的，而可以同时兼顾和有效平衡，关键在于是否有利

于家、职平衡的配套政策和项目。

旨在推进女性工作与家庭平衡的家庭友好政策的内容十分丰富,既包括女性的劳动和职业保障,也涵盖托幼、养老等照料服务的提供。而在“全面两孩新政”的政策背景下,作为家庭友好政策重要内容的托幼服务,就成了缓解女性工作与家庭矛盾的关键着力点。

三、健全托幼服务,推进工作与家庭平衡

托幼服务是一项系统工程,从资金来源、证照办理、机构选址、员工培训、收费标准确立、招生运营到多方面规范化管理(包括人力资源、固定资产、安全运营、卫生保健、食品卫生),涉及多个部门和诸多方面。因此,政府必须提高政策敏感度,从体系设立、资源筹措(包括资金、土地、人员)、项目设计、部门统协、技能培训、服务管理等诸多方面齐头并进。下面以机构服务的完善为例,提出几点初步思考与建议:

一是立足社区,营建多样托幼机构。发挥社区力量、整合社区资源,建构并完善社区托幼或托管机制,开展家庭支持项目,就近构筑安全乐园,降低运营成本,减轻家庭的生养负担与压力。同时,鼓励社会资本进入,扩建公私合营及私立托幼机构,改善既有托幼机构的质量,提供多样化和充裕的婴幼儿义务看护和教育服务,推广休息日保育、临时保育、夜间保育等,满足不同层次的育儿、托幼、早教服务需求。

二是立足企业,打造福利性托幼服务。鼓励有条件的大中型企业基于女性员工的年龄结构和二孩生育意愿,在获得相关资质的情况下,在企业内开办托幼机构、尤其是接收 0~3 岁婴幼儿的托儿所,主要解决母亲的哺乳、

幼儿无人照料问题。朝九晚五间,给予母亲哺乳和探视时间。出于这样的目的,且由于不是规模和盈利性经营,除安全卫生等刚性指标外,这类托幼机构的其他指标可适当放宽。鼓励尚不具备条件的企业与邻近社区合作,共同开办托幼机构,这样可同样方便接送,减轻双职工家庭的负担。同时,鼓励企业至少提供独立的母婴室和相应设备,营造家庭友好型企业文化。通过促进职业女性“生”与“升”协调发展,实现企业的社会责任,推动女性的工作与家庭平衡。

三是推行“爱同堂”老幼日托服务并举模式。推行“爱同堂”服务模式,让托幼服务寓于养老服务中,降低两类机构的运营成本,实现资源的有效整合,减轻女性抚幼—养老负担,推动工作与家庭协调发展。“爱同堂”服务并举模式是以社区为依托,专门为有照看老人和小孩需求的家庭提供白天托管的非盈利性服务。从儿童的照护和老年人的心理慰藉来看,托幼与养老服务并举,老幼隔代互动,可强化儿童德育,增强老人的自我认同,共享天伦之乐。老年人亦可继续发挥自身能量与优势,弥补家庭照护资源的不足。

四是政府购买服务,实现正规机构照料和非正式家庭照料模式互补。政府可通过购买服务,推广“家属照料型”模式,既可补充正规照料的不足,亦可满足家庭多样化的需求。一些拥有非正式照料资源的家庭可能不愿将 3 岁以下的孩子送到托幼机构,而愿意选择居家照护。家庭抚幼在客观上分担了社会照料责任,减轻了社会照料的负担,节约了社会照料资源,故政府可对提供照料服务的祖辈和亲属给予一定补偿,减轻家庭经济负担,提升家庭照料的积极性,实现家庭生养功能“内化”与

“外化”的结合。

总之,通过公私并举、内外联动,打造便捷安全,“横可到边、纵可到底”的托幼服务托底机制,形成让子女放心、让父母安心、让老幼舒心的服务网络,进而营造良好的二孩养育环境,减轻女性的生养负担,助力女性的工作与家庭平衡。

参考文献:

- [1] World Economic Forum. The Global Gender Gap Report 2015. 网址: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2015>, 2016 年 1 月 5 日查询.
- [2] 陈友华, 苗国. 意料之外与情理之中: 单独二孩政策为何遇冷 [J]. 探索与争鸣, 2015, (2).
- [3] 顾宝昌. 经济新常态下的计划生育工作转型. 求是, 2016, (3).

- [4] 乔晓春. “单独二孩”生育政策的实施会带来什么?——2013 年生育意愿调查数据中的一些发现 [J]. 人口与计划生育, 2014, (3).
- [5] 石智雷, 杨云彦. 符合“单独二孩”政策家庭的生育意愿与生育行为 [J]. 人口研究, 2014, (5).
- [6] 杨慧. 女性就业现状及行业与职业分布性别差异 [N]. 中国妇女报, 2013-3-6.
- [7] 於嘉, 谢宇. 生育对我国女性工资率的影响 [J]. 人口研究, 2014, (1).
- [8] World Development Report 2012. Gender Equality and Development. The World Bank.
- [9] 杨菊华. “单独两孩”政策对女性就业的潜在影响及应对思考 [J]. 妇女研究论丛, 2014, (3).
- [10] 杨菊华. 全面两孩政策效应及实施对策建议 [N]. 中国人口报, 2015-11-23.

(作者单位: 中国人民大学人口与发展研究中心老年研究所)

(上接第 34 页)

动,如智力(认字)游戏、教唱歌曲、看图说话、放映故事片和纪录片等(养老院的活动有时和幼儿园差不多);每 7-10 天,会在活动室有一次午后小型演出,请专业的艺人来表演。为了让入住老人高兴,养老村还不断有自己想出来的“节日”,让一些孩子(志愿者)到活动室与老人共度午后时光,并借此活跃气氛、改善伙食。

在新西兰,65 岁可领养老金,每月 1,600 纽元(大家一样);另加退休金(根据工作时交税的多少而有所差异)。作为新西兰人,在年老时要入住类似安东尼养老村这样的私立养老机构,光靠养老金和退休金是不够的,得像罗斯太太那样有点积蓄,或有不

动产。当然,新西兰也有很多公立的养老院,收费会低得多,只是环境、设施和服务等可能也相应会有所逊色。

后记:

安东尼养老村里四种不同的居住环境,从独立生活的联排别墅到医院护理的病房,是一个完整老年生活的“四部曲”。对某一个体,老年期不一定会经历这样的四个阶段;对于群体而言,养老机构“四部曲”的设施肯定是社会需要的。值得一提的是,如果养老村的医院护理病房有空,也会接受一些因伤(病)需要后续治疗或康复的短期居住,我们荣幸成为了安东尼养老村的第一、二位中国入住人士。

人口流动：揭示城镇化新趋势

邱 玥 瞿思杰

根据国家卫生和计划生育委员会相关数据统计,截至 2013 年底,全国流动人口达 2.45 亿人,超过总人口的 1/6。你属于这六分之一的流动人口吗?如果是,你为什么愿意离开自己的家乡呢?如果不是,假若有相关的机遇与条件,你愿意流动吗?有一只无形之手在拨弄经济的脉搏——流动人口。在中国,大量人口的自由流动,扭转并主导了中国各地区之间人口变动的方向,进而成为影响经济发展的重要原因。

人口流动改变区域经济

通过数据梳理发现,总体上看,来自中部地区的年轻人不仅没有“逃离北上广”,而且继续向珠三角、长三角和北京聚集。

根据今年春节期间的“百度迁徙”数据显示,以 2015 年 2 月 25 日(正月初七)17 时为例,迁入最热城市前 10 位的是:北京(11.04%)、上海(7.91%)、深圳、东莞、天津、广州、重庆、杭州、南京、佛山。京津冀、长三角、珠三角发达区域仍然是春节迁出与迁入的热点地区。

2015 年第一季度,中国人力资源市场信息监测中心对 100 个城市的公共就业服务机构市场供求信息进行了统计分析。分析显示:东、中、西部市场岗位空缺与求职人数的比率分别为 1.09、1.14、1.16,市场用人需求均略大于供给,大约 112 个岗位对应着 100 个求职者。

对东部人口流入省份而言,“人口顺差”

也是其 GDP 增长的重要驱动力。北京、上海等地每年由于人口净流入导致的 GDP 增长可能达 2 个百分点,使得其 GDP 增速仍能达到 7% 左右。

“我们的测算显示,改革开放以来到 2012 年左右,由于人口流动与生产要素等结合,流动人口因素对全国 GDP 的贡献率在 23% 左右。”中国人民大学社会与人口学院副院长段成荣表示,人口流动对 GDP 贡献显著。

据国家卫生计生委有关统计,流动人口平均年龄约 28 岁,超过一半的劳动年龄流动人口是 80 后。越来越多的新生代流动人口来到城市,不仅为了打工挣钱,超七成人还希望落户城市,在城市谋求发展并融入这个城市。

国家卫生计生委发布的《中国流动人口发展报告 2014》数据显示,流动人口流向集中的趋势不变,特大城市人口聚集态势加强。东部地区跨省流入人口所占比例为 90.5%,与 2010 年基本持平;西部地区为 7.1%,比 2010 年下降 0.6 个百分点;中部地区为 2.4%,比 2010 年上升 0.5 个百分点。同时,不同省份的跨省流入人口数量发生较大变化,上海、北京吸纳跨省流入人口的趋势进一步增强,两市的全国流入人口数量上升,广东、江苏跨省流入人口减少幅度较大。

有关专家表示,这种人口的自由流动,一方面使东部地区的人口增长率得以补充,进而降低其社会抚养比,拉动这些地区经济增

长,缓解因老龄化等因素带来的经济下滑的风险;另一方面,对于那些人口净流出的地区,则使其陷入“人口逆差”的困境,其影响甚至波及社会经济运行的整个过程。

人口从中西部向东部转移的趋势未变

据第六次人口普查数据显示,2010年,我国各省、自治区、直辖市劳动年龄人口总量各异,但比例均处于60%~80%区间,而在北京、上海、天津等直辖市,这一比例甚至达到70%~80%。

而根据国家卫生计生委的数据测算,目前跨省流动人口已占全部流动人口的38.9%。其中,人口主要从中部和西南地区流出,安徽、四川、湖南、河南、贵州和江西6省占全国跨省流出人口的71.07%。

“人口流出主要是从农业大省流出,流向经济发达地区。”段成荣教授指出,“农业大省的就业机会少,青壮年劳动力只能出去就业。”

综合各省统计部门不完全统计,前6个人口流出大省中,安徽省2014年净流向省外半年以上人口852.9万人,比上年减少45.8万人,但仍占当年全省常住人口的14.02%。河南省外出人口数量也持续增加,2013年河南省外出人口占本省户籍人口已超过20%,其中流向省外占55.7%。贵州省2013年新增净流出省外人口2.5万人,比上年减少4.5万人,外出总规模达760万人。

国家卫生计生委的数据显示,2013年前6个人口流出大省的流出同比下降约5.6%。段成荣指出,近年来,国内人口流动的增速有所放缓,但并不是很明显,因为人口从中西部向东部转移的趋势未变。

中国社科院数量经济与技术经济研究所

助理研究员刘生龙表示,跨省人口迁移的因素依次是迁出省人均GDP、总人口、迁入省的人均GDP、迁移存量。虽然最近十多年来国家已出台西部大开发、中部崛起、新农村建设战略等政策,但目前区域和城乡差距仍十分明显,这为人口迁移提供了根本动力。刘生龙认为,中国在未来很长时间之内,人口迁移的规模将会呈不断扩张之势。

2014年,中共中央、国务院印发了《国家新型城镇化规划(2014-2020年)》,国务院先后下发了《关于进一步推进户籍制度改革的意见》和《关于进一步做好为农民工服务工作的意见》,对推进流动人口基本公共服务均等化提出了新要求,要力争实现“到2020年基本建立起‘政策统筹、保障有力、信息共享、科学评估’的流动人口基本公共卫生计生服务均等化运行机制;完善覆盖流动人口、方便可及的卫生计生服务网络体系,基层服务能力和水平明显提升”的总体目标。

刘生龙表示,1980年以后出生的“新生代”农民工越来越多,2010年占52%多一些,目前估计已经到56%甚至接近60%。“新生代农民工与其父辈不同,新生代更追求从农民到市民更彻底的转变,长远立足城市,脱离农村。城市只有提供更好、更公平的发展机会,才能接纳新生代农民工”。

人口迁移模式折射产业发展趋势

过去30年,中西部地区人口的发展趋势呈“孔雀东南飞”的状态,很多人离开故乡,来到东部沿海地区和大城市。而现在,越来越多的人正日益倾向于在离家乡更近的地方工作。

四川省金堂县的福兴镇上,一条横幅挂

在了主要街道旁,上面写着“返乡工作,照顾家人”。在此之前,村子周围的农民曾纷纷到沿海工厂里找工作,而如今政府拼命想让他们留在家乡就业。

人口迁移模式上的转变,反映了产业经济由东部向中西部的发展趋势。2011年,在重庆市域内流动的本地工人第一次超过了流向其他省份的人数。而就在更早的几年前,70%的人口还在涌向其他省份。2008年以来,河南省的4/5外出务工人员首次在省内流动。当产业向中西部迁移时,安徽、四川回流明显,而黑龙江则几无回流,也导致区域表现各异。

人口流动模式的转变或许也反映了中国经济的一次再平衡。据国家统计局的一项调查显示,2004年,沿海地区农民工的工资比内地的高15%。而现在,内陆地区很多打工者认为,考虑到交通费和沿海更高的生活开销,那些离家较近的为数不多的高薪工作,看起来变得更有竞争力了。

“农民工是东部劳动力的重要补充,甚至是沿海地区的劳动力主体。”段成荣说,“不过,目前青年人绝对数量下降,而中西部工资上涨很快,年轻人回内地工作动力增大。”

业内人士分析认为,这与城市的产业布局相关。随着国家产业布局的调整,劳动密集型产业正在逐步由经济发达城市向中西部地区转移,城镇化建设速度在加快,二三线城市

的就业发展机会越来越多,越来越多的农民工选择向二三线城市甚至农村转移,区域经济与周边城市的互动会越来越频繁,人口的迁徙也就随之发生了变化。

从产业结构看,2013年西部地区三种产业的比例关系为12.4:49.5:38.1,与上年相比,第一、二产业比重进一步下降,第三产业比重继续上升;产业结构优化的趋势明显。人力资源和社会保障部新闻发言人李忠指出,这些变化说明区域就业格局更加均衡,就业结构逐步完善。结合稳增长、调结构、促改革、惠民生,推动建立经济发展与扩大就业的联动机制,落实更加积极的就业政策,深化就业领域改革,将是下一步工作安排的重点之一。

段成荣表示,人口流动与经济发展是一个互动的过程,2014年底的第二次东北振兴规划、刚刚通过的长江经济带等如果规划能够落地,当地经济能够快速发展,有可能成为新的经济增长极,比如成渝经济区等也会有人口向其流入。

中国社会科学院王春光教授认为,解决春运难题,需要依靠正在进行中的城镇化,尤其是就地推进城镇化。如果能推进产业转移、加大公共投资、创造就业机会,更多人就可以在本地就业,平时就和父母妻儿在一起,也就不存在春节回家的问题了。

(来源:《光明日报》150521)

◀ 本期关注 ▶

人口迁移流动中家庭生活和家庭发展

《人口信息》编辑部

特邀主持人：任远 复旦大学人口研究所教授

主持人语

城镇化过程中的人口迁移流动具有巨大规模，已经得到广泛关注和讨论。我们对于迁移流动人口主要还是从劳动力迁移角度来进行的分析。但是迁移和家庭生活是密不可分的。按照劳动力迁移的新家庭经济学的看法，迁移本身还不是个人收入最大化和就业预期决定的，基于迁移成本和收益衡量的理性选择，迁移是家庭根据其劳动力状况和家庭劳务分工的收益最大化的理性选择。农村劳动力家庭的情况影响迁移决策，因此家庭的劳动力较多，往往由主要的家庭劳动力外出就业获取经济收入，女性和留守老人往往承担家庭农业经济活动，从而迁移的目的和选择促进了家庭的利益最大化。家庭成员的情况，是否具有留守的老人和留守的妇女和儿童，决定了家庭成员的未来迁移选择。在另一个方面，迁移也改变了家庭生活，迁移改变了婚姻、生育、家庭生活的整体性，影响家庭分工和家庭发展的能力。例如迁移过程中出现了严峻的家庭分离和留守问题，而迁移本身也影响了迁移者的婚姻行为、家庭形成，影响生育行为，但是迁移如何影响婚姻的选择模式和通婚圈？迁移者的生育水平是否更低以及如何降低生育水平？迁移者的家庭生活面临什么困难和问题？这些问题是

以前研究劳动力迁移过程中并没有得到妥善重视的。本期圆桌讨论主要汇总了我们研究组的一次工作坊讨论的结果，而且我们也主要利用国家流动人口动态监测调查数据的初步发现进行交流，这些发现使我们进一步体会到，迁移过程通过改变家庭、改变家庭生活和家庭成员联系，从而带来社会结构关系的断裂，并带来社会生活改变。而在迁移过程中的家庭生活风险是扩大了，值得我们在人口迁移的公共政策决策中特别需要重视家庭生活，重视婚姻、生育和家庭福利，这样才能有助于更好地解决城镇化和人口迁移过程中复杂的社会问题。

上海市流动人口婚姻的教育匹配现状及原因初探

任佳（复旦大学社会发展与公共政策学院）

“门当户对”的婚姻被认为对家庭稳定性、婚姻幸福感具有积极影响，而“门不当户不对”在一定程度上反映出基于婚姻的社会流动性。当前中国城市中还有 2.3 亿流动人口，如此大规模的流动人口婚姻问题越来越受到社会各界的关注和讨论。流动人口既面临着农村婚姻挤压的压力，也在城市婚姻市场中处于不利的地位。他们的婚姻状况到底呈现怎样的特征？

教育水平这一关乎个体社会地位和社会流动机会的机制在流动人口婚姻匹配中扮演着怎样的角色呢? 这些都值得我们的思考和研究。

婚姻匹配程度是衡量社会开放度的一个重要指标, 已有学者从种族、年龄、教育、职业、父亲职业等方面对婚姻匹配进行了相关研究(高颖、彭宇, 2014)。在现代社会中, 教育因素被看作是现代社会分层的最重要指标之一, 它代表着社会成员在劳动力市场乃至社会结构中的地位和资源, 也影响着家庭现代和未来的生活机会(Blau 等, 1967)。我国从户籍、职业出身的封闭社会走向收入、权力固化的阶层社会, 市场化力量在划分人的阶层地位、生活层次上扮演的作用越来越大, 而教育是除了先天性的出身外考察个体未来社会经济地位和事业发展潜力最好的指标之一(李煜,

2008)。

一、上海市流动人口婚姻的教育匹配现状

不论基于什么前提的婚姻匹配都可以分为两类形态: 拥有相似社会身份的同类婚和跨越社会等级、社会群体壁垒的异质婚。齐亚强等(2012)提出婚姻的教育匹配状况分为三类: 同婚类、女性向上婚、丈夫比妻子高一个阶级的“梯度婚姻”。2014 年上海市有外来流动人口近 1000 万, 如此规模庞大的外来人口婚姻的教育匹配呈现怎样的特征及变化趋势呢? 造成不同人群教育匹配的原因又有那些呢? 带着这些问题我们对上海市流动人口婚姻的教育匹配状况进行了一定程度的量化分析。

表 1 上海市流动人口婚姻双方教育程度的结构

妻子受教育程度	丈夫受教育程度					合计
	小学以下	小学	初中	高中	大专及以上	
小学以下	25	74	70	9	1	179
小学	19	409	489	74	7	998
初中	6	131	2512	472	87	3208
高中	1	10	195	525	199	930
大专及以上	0	2	20	68	910	1000
合计	51	626	3286	1148	1204	6315

由表 1 可知夫妻教育程度相同的婚姻情况共 4381 对, 占总数的 69.5%, 说明教育同类婚是流动人口教育匹配的主要类型; 妻子文化程度低于丈夫的向上婚共 1482 对(23.5%), 远高于向下婚(女高于男)的 452 对, 后者仅占 7%。因此我们可以说, 上海市流动人口婚姻的教育匹配以同等受教育水平的“同类婚”为主, 同时教育“男高女低”的梯度婚也占了很大比例, 这些都符合婚姻市场理论假设。

教育不仅仅是一纸文凭, 更多的是内涵于教育背后的显性和隐形收益, 如教育带来的职位获得、经济回报、社会声望, 还有个人修养气质、价值观爱好甚至后代社会地位、资源优劣等。相似的受教育程度意味着相似的社会阶层、经济收入, 意味着相似的个人成长经历、兴趣爱好价值观, 意味着更稳定的家庭和社会流动机会。虽然嫁给受更高教育水平的人可以获得更多的资源、地位和声望, 但婚姻的教育匹

配是在婚配双方的博弈中产生的，梯度婚延伸到教育匹配则意味着有一部分男性倾向于接受比自己受教育程度低的女性，但大多数男性还是更愿意找与自己受教育水平一致的人结婚。对于流动人口而言，他们在身份上连接着家乡和城市，是一种双重的存在，择偶时他们有多种选择，可以与原籍的人结婚，可以与异地同城的流动人口结婚，也可以与城市当地的人结婚，而最终的结果则依赖于他们婚前的流动经历和自身及家庭拥有的资源多寡了。

二、流动人口婚姻的教育匹配类型的影响因素

不同年代人的行为选择会受到时代背景的影响，比如在婚姻市场上改革开放前的人们更会受到个体拥有的社会身份、户籍、传统价值观等影响，而对教育程度的重视不如现在，这可能导致当时受教育水平的同类匹配比例不如现在高。

表 2 利用流动人口动态监测调查数据分析了不同年龄群体的教育程度同类婚状况。

表2 不同年龄群体教育同类婚比例（%）

出生队列	50 后及以前	60 后	70 后	80 后	90 后
教育同类婚	55.0	59.8	68.5	75.5	80.2
男高女低婚	34.4	32.7	24.4	17.4	15.4
男低女高婚	10.6	7.5	7.1	7.1	4.4

由表可以看出随着时代的发展人们选择同等教育水平的人结婚的比例不断上升，40 年增长 25 个百分点。这可能说明不同时代人们对配偶受教育程度的重视发生了巨大的变化，改革开放前人们是被限定在户籍所在地的，拥有较好的家庭出生或户口可以在婚姻市场上获得更多的选择，教育在影响个体社会地位和资源获得方面并没有发挥太多的作用。随着改革开放的过程，教育水平、能力等在市场经济中扮演着越来越重要的角色，拥有更高的受教育水平意味着一个人拥有更多的竞争力和财富获得能力，在社会上也可以获得更高的社会地位，人们越来越重视在婚姻选择中与那些同自己相似受教育水平的人结婚，或者在婚姻梯度的影响下女性更多地选择比自己受教育水平高的人结婚。

影响流动人口婚姻对象在教育方面选择原因大体上可以分为两大类：家庭及出身赋予

的先天资本、个体努力获得的后天资本，前者如家庭社会地位、父母职业、父母受教育水平、自己的性别年龄长相等，后者如个人的职业、收入、健康状况、情趣爱好等。

女性平均受教育程度的增加是男女教育同类婚比例上升及男高女低婚姻模式下降的另一个重要原因，但女高男低婚姻比例却没有增加，反而下降了一倍之多，这些都说明虽然受教育群体总体的增加应该有利于教育的婚姻匹配随年代发生变化，但更主要的原因是附着于教育的社会经济收益增加，即人们越来越看重受教育增加在婚姻家庭生活中可能带来的经济收益、社会地位收益和情感收益等。

其次，婚前流动经历对人们的婚姻教育匹配也产生影响。对比婚前流动经历我们可以发现，相比于婚前外出的流动人口拥有更高的教育同类匹配，如果加入出生队列因素，两者的差别就更加明显了，由 2.7 个百分点上升到

15.6 个百分点差,这说明流动经历对人们择偶时对另一半受教育程度的重视增强了,婚前有流动经历的人更倾向于,也有更多的机会选择与同等受教育水平的人结婚。

表3 流动人口婚前流动经历 (%)

婚前流动经历	婚前外出	婚后外出
教育同类婚	71.9	69.2

再次,不同户籍人们的婚姻的教育匹配模式也存在着明显的差异,对比上海市户籍人口和外来流动人口的婚姻教育匹配,可以看出城市户籍人口的男高女低的梯度婚姻比例更

低,且男低女高的婚姻模式比例远高于外来流动人口。这表明相比于流动人口以同类婚为主,且随着时代的发展同类婚不断增加,男高女低的传统婚姻模式不断下降。城市社会中的婚姻的教育匹配则更进一步变化,即女性在婚姻市场上更加具备优势资源,且男性也愿意接受女性在如教育程度上高于自己的情况。这再次证明了教育在婚姻市场和社会中的重要作用,也表明人们的婚恋观念在城市比农村更为前卫。

表4 流动人口与户籍人口婚姻的教育匹配类型比较 (%)

婚姻类型	教育同类婚	男高女低婚	男低女高婚
外来流动人口	69.5	23.3	7.0
城市户籍人口	67.5	19.2	13.3

三、研究的初步结论

无论从经济学的资本理论、社会学的交换理论,还是心理学的进化理论,婚姻都讲究基于某种条件的“门当户对”,传统社会更多的是基于家庭背景、户籍、父辈职业方面的门当户对,而现代社会则更多地将婚姻的门当户对标准转移到个人能力、外貌气质、价值观、爱好等方面。教育逐渐在现代婚姻社会中扮演越来越重要的角色,高教育水平意味着更高社会地位的可能、意味着获得更多社会资源的机会、意味着夫妻更多语言精神沟通的可能、意味着后代有更多机会遗传父母家庭方面的社会文化资本。因此人们在婚姻选择上越来越倾向于配偶与自己在教育上的匹配,教育上的门当户对变得越来越重要、越来越被认可。

流动人口是一个规模庞大、结构复杂、身份日新月异的群体,他们身处城市文明和乡村文明的结合点,其自身的婚配选择受到双重

规范影响,而他们的选择也会影响到整个社会的婚姻规范,值得进行进一步的研究。

参考文献(略)

上海流动人口生育的孩次构成和孩次递进比

梁同贵 (复旦大学社会发展与公共政策学院)

一、关于数据来源的介绍

时期总和生育率虽然不受人口的年龄、性别构成的影响,但因未考虑育龄妇女的孩次结构,故当生育率较低并波动比较明显时不能准确地反映妇女的生育水平。对孩次结构的分析可以采用出生孩次构成,分年龄分孩次生育率与孩次递进比等分析方法。鉴于分年龄分孩次生育率的分析需要大量的样本支持,本文采用出生孩次构成与孩次递进比两个指标对上

海市流动人口的生育状况进行分析。

孩次表示的是某一时期内有生育的妇女在期内所生的是她生育的第几个活产孩子。出生孩次最初一般用来作为计划生育政策落实程度的一个指标。一孩率说明当年出生人口中第一个孩子所占的比例。一孩率高,说明提倡和推行一对夫妇只生一个孩子的情况较好。出生孩次构成在一定程度上也可以反映出生育水平的高低,也就是如果有较高的孩次生育率的人口群体的生育率水平相对较高。孩次递进比由法国人口学者路易·亨利(L.Henry)在1953年提出,是所有至少有 n 孩的妇女中生育了 $(n+1)$ 孩及以上的妇女人数,是反映人口队列总和生育率的有效衡量指标。

本文数据来源为国家卫生计生委组织实施的2014年全国流动人口卫生计生动态监测调查项目中的“2014年全国个人A卷”数据库,我们从中选取调查地在上海市的年龄在15~49岁之间的且明确标识农业户籍或非农业户籍的初婚女性,样本量为2896份。

该数据库中详细地记录了每个样本一孩到五孩的生育信息,根据每个孩子出生年月的统计信息,我们判断出上海市流动育龄妇女2013年5月-2014年4月这一年是否生育的信息,通过这一计算数据我们对出生孩次构成进行分析;根据流动育龄妇女生育史的记录我们对出生孩次递进比进行了分析。

二、流动妇女的出生孩次构成的分析

1. 分户籍来源地的出生孩次构成

户籍来源于农村的流动育龄妇女一孩率为53.79%,城镇的流动育龄妇女一孩率为90.00%,高出前者36.21%。一孩率说明当年出生人口中第一个孩子所占的比例。对于城镇

流动育龄妇女而言,一孩率也是考察其计划生育政策落实程度的一个重要指标,一孩率高,说明提倡和推行一对夫妇只生一个孩子的情况较好,90%的一孩率说明来自城镇的流动育龄妇女计划生育政策执行得较好,计划外多育的现象很少。

户籍来源于农村的流动育龄妇女二孩率为42.76%,城镇的流动育龄妇女二孩率为8.57%,低于前者34.19%。二孩率说明当年出生人口中第二个孩子所占的比例。对于农村流动育龄妇女而言,二孩率也是考察其计划生育政策落实程度的一个重要指标。按照我国之前在大部份省份农村地区实施的“一孩半”生育政策,流动育龄妇女的二孩率应该在50%左右,统计数据显示来自农村的流动育龄妇女二孩计划外多生的现象总体上基本不存在。而来自城镇的流动育龄妇女存在着一定的计划外多育的现象。

户籍来源于农村的流动育龄妇女三孩率为3.45%,城镇的流动育龄妇女三孩率为1.43%,两者的三孩率都处于较低的水平,但都存在着较小程度上的计划外多生的现象。

2. 分流出地的出生孩次构成

来自东北区域的流动育龄妇女一孩率最高,为81.82%;二孩率最低,为18.18%;三孩率为0%。来自西部区域的流动育龄妇女一孩率略低于东北区域,为77.42%;二孩率也比较低,为22.58%;三孩率为0%。来自中部区域与东部区域的一孩率相对较低,明显低于东北与西部区域,且两者之间差异不大;二孩率显著高于东北与西部区域,且两者之间的差异不大;三孩率以中部区域最高,为4.55%,东部区域次高,为1.59%。可见来自东北区域的流动育龄妇女计划生育政策执行得最好,其

次是西部区域,而来自中部区域的流动育龄妇女计划外多育的现象最为严重。

3. 分年龄别的出生孩次构成

从 20~39 岁育龄妇女的主要生育年龄看,一孩率随着年龄的增大而变小,20~24 岁流动育龄妇女的一孩率为 77.78%,35~39 岁时降至 14.29%。二孩率随着年龄的增大而增大,20~24 岁流动育龄妇女的二孩率为 20.00%,35~39 岁升至 85.71%。由此可见,35~39 岁是二孩的最主要的生育年龄,且流动育龄妇女的年龄与一孩、二孩孩次构成之间的生育也符合人类生育规律。30~34 岁的流动育龄妇女三孩率最高,为 6.98%;其次是 20~24 岁,为 2.22%;

再次是 25~29 岁,为 1.96%。

4. 分教育程度的出生孩次构成

流动育龄妇女的受教育程度对孩次构成的影响作用十分明显,初中及以下受教育程度的一孩率为 42.39%,高中受教育程度的一孩率为 65.63%,大专及以上学历受教育程度的一孩率为 89.01%,受教育程度越高一孩率越高。二孩率与三孩率均随着受教育程度的升高而下降。这与我们常见到的受教育程度越高生育水平越低的定论是一致的。初中及以下受教育程度的流动育龄妇女二孩率为 53.26%,三孩率为 4.35%,说明初中及以下受教育程度育龄妇女计划外多育的现象最为严重。

表1 2013年5月-2014年4月上海市流动育龄妇女出生孩次构成

指标名称	指标细分	一孩率	二孩率	三孩率	样本量
户籍	总体	65.58%	31.63%	2.79%	215
	农村	53.79%	42.76%	3.45%	145
	城镇	90.00%	8.57%	1.43%	70
来源地区域	东部	63.49%	34.92%	1.59%	63
	中部	61.82%	33.64%	4.55%	110
	西部	77.42%	22.58%	0.00%	31
	东北	81.82%	18.18%	0.00%	11
年龄	15~19 岁	100.00%	0.00%	0.00%	1
	20~24 岁	77.78%	20.00%	2.22%	45
	25~29 岁	72.55%	25.49%	1.96%	102
	30~34 岁	60.47%	32.56%	6.98%	43
	35~39 岁	14.29%	85.71%	0.00%	21
	40~44 岁	66.67%	33.33%	0.00%	3
	45~49 岁	—	—	—	—
受教育程度	初中及以下	42.39%	53.26%	4.35%	92
	高中	65.63%	31.25%	3.13%	32
	大专及以上学历	89.01%	9.89%	1.10%	91

三、流动育龄妇女的出生孩次递进比分析

1. 分户籍来源地的出生孩次递进比

户籍来源于农村的流动育龄妇女 0-1 孩的孩次递进比为 0.335, 低于总体的平均水平,

户籍来源于城镇的流动育龄妇女 0-1 孩的孩次递进比为 0.366, 高于总体的平均水平。户籍来源于农村的流动育龄妇女 1-2 孩与 2-3 孩的孩次递进比分别为 0.051 与 0.005, 均高于户籍来源于城镇。此统计分析结果与上文中分

户籍的出生孩次构成一致,均显示了来源于农村流动育龄妇女生育水平高于来源于城镇的,且存在着部分计划外多育的现象。

2. 分流出地的出生孩次递进比

0-1 孩孩次递进比在各来源区域上几乎没有差异。严格意义上来说,0-1 孩孩次递进比的大小并不能代表什么,因为最终每个育龄妇女几乎都会生育一个孩子(除不孕不育)。1-2 孩孩次递进比以中部区域最高,为 0.049;其次是东北区域与东部区域,两者几乎没有差异,且略低于中部区域;西部区域最低,为 0.031。2-3 孩的孩次递进比上,中部区域为 0.007。在计划外多育的流动育龄妇女以中部区域居多。

3. 分年龄别的出生孩次递进比

从 20~39 岁育龄妇女的主要生育年龄看,分年龄的 0-1 孩孩子递进比以 30~34 岁年龄组的流动育龄妇女最高,为 0.400;其次是

25~29 岁,为 0.359,这说明了流动育龄妇女一孩的生育年龄有所推迟。1-2 孩孩次递进比以 35~39 岁最高,为 0.071;其次是 25~29 岁与 20~24 岁,且两者之间几乎没有差异;最低的为 30~34 岁,为 0.033。2-3 孩孩次递进比以 20~24 岁流动育龄妇女最高,说明确实存在着有一部分想生育三孩且急于生育三孩的流动育龄妇女,这或许主要是性别偏好所致。

4. 分教育程度的出生孩次递进比

受教育程度为大专及以上学历的流动育龄妇女 0-1 孩的孩次递进比为 0.377;其次是初中及以下,为 0.348;高中最低,为 0.269。1-2 孩与 2-3 孩的孩次递进比随着受教育程度的提高而下降,高中与大专及以上学历受教育程度的育龄妇女 1-2 孩的孩次递进比较接近,基本上没有什么区别,且两者 2-3 孩的孩次递进比均为 0。

表2 2013年5月-2014年4月上海市流动育龄妇女出生孩次递进比

指标名称	指标细分	0-1 孩	1-2 孩	2-3 孩	样本量
户籍	总体	0.348	0.044	0.004	2896
	农村	0.335	0.051	0.005	2291
	城镇	0.366	0.019	0	605
来源区域	东部	0.345	0.042	0	882
	中部	0.358	0.049	0.007	1527
	西部	0.338	0.031	0	409
	东北	0.321	0.044	0	78
年龄	15~19 岁	0.333	—	—	5
	20~24 岁	0.337	0.065	0.083	254
	25~29 岁	0.359	0.068	0	741
	30~34 岁	0.400	0.033	0.017	671
	35~39 岁	0.214	0.071	0	488
	40~44 岁	0.286	0.004	0	440
	45~49 岁	—	—	—	297
受教育程度	初中及以下	0.348	0.049	0.005	1899
	高中	0.269	0.036	0	457
	大专及以上	0.377	0.034	0	540

对流动人口生育意愿的探索性分析

谭 静 (上海大学经济学院)

考虑当前我国城镇化过程中的生育率变化,有这样几个显著的趋势:一是伴随微观个体生育意愿的不可逆转而加剧的少子化(郑真真,2004;任远,2015),将在未来20~30年继续带来少子女化、加剧老龄化,从而对整个经济体的冲击。1983年来全面推行的计划生育政策改变着中国家庭的生育意愿(侯佳伟等,2014),从2013年的单独二孩政策到2015年的全面二孩政策,(石智雷、杨云彦2014)利用湖北省符合“单独二孩”政策家庭的调研,指出有明确生育二孩意愿的家庭仅为21.51%。说明生育政策对于提高生育率的效果是微乎其微的。二是劳动年龄人口的减少和比重下降,直接影响育龄人口规模,会降低总人口的出生率水平。在宏观层面,2015年中国出生人口1655万人,相较2014年下降了32万人,这些减少的出生人口是生育意愿和育龄妇女比重共同作用下的结果,出生人口比上劳动年龄人口一定程度上可以剔除人口结构的影响,结果是2014年出生人口比15~59岁劳动年龄人口为18.42‰,而到2015年该比值下降到18.17‰,出生人口的下降速度快于劳动人口下降速度,说明人口出生率下降背景下,人口的生育率水平仍然在继续下降。三是城镇化过程中带来大量迁移流动人口,流动人口的生育意愿随着在迁移地的逐渐融入将发生改变,由此也将影响中国整体的生育情况(廖庆忠等,2012;杨菊华,2015)。考虑我国的生育率问题,有必要进一步分析流动人口的

生育意愿。研究利用2014年流动人口动态监测数据,对当前流动人口生育意愿进行探索性分析。

根据动态监测数据,已婚适龄期家庭有一孩的比例为55.02%,无孩家庭占7.08%,二孩及以上家庭比重为37.90%。而在已育有一孩的家庭中,仅有12.98%的家庭明确表示计划再生一个孩子,53.23%的家庭明确无生育二孩的意愿,33.79%的家庭尚未决定。表明生育意愿可能也在下降或至少没有显著上升。这些基于微观调查和宏观层面的简单分析,显示了“二孩政策”激励生育的效果不容乐观。

从Becker的《家庭论》到新迁移经济学理论,孩子的生育、对个人和孩子的教育投资、迁移、就业等被视为基于家庭决策视角下的人力资本投资。例如,孩子数量质量替代理论,舒尔茨的人力资本形成理论指出教育、培训、迁移和医疗保健是人力资本投资的重要方式。因此,在家庭内部,为达到一定的最优人力资本规模和质量,妇女的生育行为可以认为是一种增加家庭人力资本规模的行为,而其机会成本是人力资本的深化,包括了孩子的质量、妇女的工作和教育机会等。具体来说,流动人口的生育意愿,特别是对于二孩的生育意愿,除与育孩成本有关,作为显示为较强流动性的人口群体,生育意愿也与其迁移和居留意愿、家庭结构和人力资本分配有关。此外因为在调查期间尚未推行“全面二孩”政策,因此也与流动人口户籍状态、是否独生子女等因素有关。因此,本文将从直接养育成本、迁移因素、家庭内部人力资本投资和分配三方面考察流动人口的生育意愿。本文被解释变量是具有明确的生育意愿(是=1,否=0)这一变量,样本范围为15~49岁、当前育有且只有一个子女

的家庭，研究使用 t 检验进行相关性分析。

首先，直接养育成本的代理变量主要是家庭收入、家庭食品支出占总支出的比重和是否在当地有住房。其中，住房变量包括三方面含义，一是养育成本，为孩子准备结婚住房和教育投资已成为当前大部分家庭是否生育多子女的重要考量。如果在本地有住房则未来养育成本下降，生育意愿上升。二是体现为养育成本，即住房投资挤占了对孩子的投资，或住房投资替代了对孩子的需求。三是迁移影响，如果在本地有住房某种程度上意味着长期

居留意愿上升，则为了增加家庭人力资本以及具备了稳定的环境，可能选择多生育子女。根据数据库，流动人口家庭平均收入为 7285 元，食品支出占总支出比重平均为 46.69%，购房或有自建房家庭占比 15.54%。表 1 是控制了省份变量后，三变量与生育意愿关系的 t 检验。结果显示，家庭收入越高则再生育意愿相对较强，食品支出占比影响不显著，有住房的家庭在生育意愿较弱，这说明住房投资一定程度上挤占了生育投资，或住房投资的保障作用替代了对孩子的需求，这一因素占据主导作用。

表1 直接养育成本与生育意愿的关系（有明确生育意愿=1，无=0）

变量	家庭收入的对数	家庭食品支出占比	是否有住房（是=1，否=0）
T 值	3.32***	0.60	-3.75***

注：上述检验均控制了省份变量。***、**和*分别代表在1%、5%和10%的水平上显著。

其次，迁移因素主要考察居留意愿或流动性对继续生育的影响，变量为是否打算长期居住（5 年以上）（是=1，否或没想好=0），已居留时间，其中有长期居留意愿的流动人口占比 61.08%，流动人口在现居地居留时间平均为 4.71 年。迁移因素的影响正如上文分析，一方面通过人力资本投资替代途径增加生育意愿，另一方面由于数据库中农业户籍流动人口占比高达 81.89%，则受城市居民生育意愿

同化作用的影响可能降低生育意愿。表 2 结果显示，有长期居留意愿的家庭因为具有稳定生活的意愿，而增加了继续生育意愿。已居留时间越长一定程度上也将增强继续居留意愿（任远，2006），而已居留时间可能也受到年龄和同化作用的影响，从而降低生育意愿，因此已居留时间对生育意愿的净作用，体现为已居留时间越长、生育意愿越强。

表2 迁移因素与生育意愿的关系（有明确生育意愿=1，无=0）

变量	长期居留意愿（是=1，否=0）	已居留时间
T 值	2.12**	-16.21***

注：同表1。

再次，家庭内部人力资本投资和分配对继续生育意愿的影响，主要考察是否独生子女（是=1，否=0）、是否与父母同住（是=1，否=0）、第一个孩子的性别（男=1，女=0）、是否蓝领（是=1，否=0）、是否公职人员（是=1，否=0）。其中，独生子女在所选样本中占

比 13.13%，与父母同住比例为 4.10%，第一个孩子为男性的比重为 63.68%，蓝领比重为 62.29%，公职人员占比 2.23%。表 3 相关性分析显示，单独或双独家庭的继续生育意愿较夫妻双方均为非独生子女的家庭较强，继续生育一定程度上增加了家庭人力资本。与父母同住

的家庭继续生育意愿较强,这是因为父母一定程度上能够代替子女照顾第三代,人力资本投

资在家庭内部进行重新分配。蓝领职业和公职人员家庭继续生育意愿较其他群体弱。

表 3 家庭内部人力资本投资和分配与生育意愿的关系 (有明确生育意愿 =1, 无 =0)

变量	独生子女 (是=1, 否=0)	与父母同住 (是=1, 否=0)	第一个孩子的性别 (男=1, 女=0)	蓝领 (是=1, 否=0)	公职人员 (是=1, 否=0)
T值	30.20***	13.15***	-35.57***	-9.84***	-3.36***

注: 同表 1。

最后, 与政策背景和人口学因素有关的变量, 包括性别 (男性占比 48.52%)、上次怀孕距今时间 (平均为 3.60 年)、年龄 (平均为 33.84 岁)、教育年限 (平均为 10.36 年)、是否知晓“单独二胎”政策 (知道的流动人口占比 92.63%)、户籍。表 3 相关性分析显示男性

比女性具有更强的生育意愿, 年龄越大、上次怀孕至今越长则生育意愿越弱。教育年限越高则生育意愿较强, 这可能需要进一步控制性别等因素加以分析。政策知晓程度高, 则相对生育意愿增强。农业户籍流动人口的生育意愿相对非农户籍较强。

表 4 其他因素与生育意愿的关系 (有明确生育意愿=1, 无=0)

变量	性别 (男=1, 女=0)	上次怀孕距今时间	年龄	教育年限	政策知晓 (是=1, 否=0)	农业户口 (是=1, 否=0)
T 值	5.38***	-53.24***	-59.55***	6.11***	4.15***	13.81***

注: 同表 1。

通过上述相关性分析可以看到流动人口生育二孩的意愿受到综合因素的影响, 通过提高流动人口安居本地的意愿、增加流动人口收入、增加流动人口的家庭型迁移有助于提高流动人口生育意愿。此外, 目前二孩政策的知晓率已较高达到 92% 以上, 该政策推出一定程度上放松了对流动人口生育意愿的限制, 但不能说明该政策改变了流动人口的生育意愿。正如文中提到的, 上述分析仅是基于相关性的探索分析, 进一步的研判需展开基于因果关系推断的后续研究。

参考文献 (略)

劳动力迁移过程中的家庭分离及其社会影响

任 远 (复旦大学人口研究所)

对流动人口动态监测调查的数据进行初

步汇总发现, 目前流动人口的 household 中, 单身家庭的比重为 16.9%, 夫妻双方所构成的一代核心家庭比重为 6.9%, 夫妻双方和子女所构成的二代核心家庭比重为 62% 左右。在二代核心家庭中, 有 62% 的家庭户是只有一个子女, 另有 38% 的家庭户是有两个和两个以上的子女。由配偶双方组成的一代核心家庭中, 夫妇共同流动的比重为 87.2%, 13% 左右的家庭存在夫妻居住的分离。有子女的二代核心家庭中, 全家共同流动的比重为 65%, 配偶共同在城市工作而子女在流出地的比重为 21%, 配偶和子女都在流出地的比重为 8%, 其中多数是母亲和子女在流出地而孩子的父亲外出就业。

因此, 当前我国在大规模劳动力迁移过程中出现了严峻的家庭分离问题。根据六普数据, 2010 年我国农村留守儿童数量 6103 万, 其中学龄前儿童 (0~5 岁) 2342 万, 小学阶

段(6~11岁)1953万,初中阶段(12~14岁)995万,高中阶段(15~17岁)有813万,另外还有5000万左右的留守妇女、6000万左右的留守老人。留守儿童、留守妇女和留守老人,折射出我国2.6亿流动人口中有相当比例处于家庭分离的状态。在城镇化和人口迁移流动的过程中出现巨大规模的家庭生活的分离,构成当前国家发展的重要社会问题。

人口迁移流动过程中的家庭分离,影响了农村居民的生活状况和家庭福利,包括影响留守儿童、留守妇女和留守老人的福利。虽然有研究认为相对于农村中其他家庭,有家庭成员外出务工就业的移民家庭能够通过移民的汇款和经济收入,实际上提高了家庭的经济福利。但是家庭分离对家庭成员的经济生产、劳务分工、家庭安全、健康、教育等方面的不利影响是相当严峻的。跨代际抚育增加了老人的家庭负担,而留守的家庭成员也不得不增加自身农业劳务和家庭劳务的时间。留守儿童的心理健康压力和死亡率上升已经表现为突出的社会悲剧。同时,虽然还没有证据表明留守儿童的教育状况比非留守的儿童更差,但是显然,缺乏完整的家庭生活是不利于儿童成长的。城市的教育条件远远比农村地区优越,这也意味着留守儿童并没有享受到城镇化过程中的教育福利进步。特别是那些随着父母流动到城市、又被迫返回农村的留守儿童,他们可能因较小年纪居留在寄宿制的学校中而缺乏管束,或者他们怀有一种被“抛弃感”和“不平等感”的心理情绪,都对他们的教育和个人成长具有不利影响。

家庭分离也影响在城镇中流动人口的生活状态和家庭福利。因为家庭是消费的基本单位,因此缺乏家庭的生活使流动人口难以在城

镇化过程中形成稳定的内需。他们往往尽量地节省,强化了在城市生活的短期性。而移民往农村家庭的汇款,固然是说明了移民和流出地的紧密社会联系,但是也降低了移民人口自身的生活消费、降低了他们为自身未来发展进行投资。稳固的家庭生活对于犯罪率有显著的负向相关性,如果考虑到家庭分离的人口还主要是青年人口,其带来的社会危害可能更大。家庭是社会的基础细胞,也是稳定社会的基石,碎裂化的家庭形态基础上无法建设出健康和整合的社会生活,因此家庭分裂本身也是解释城镇化和移民过程中社会不稳定性恶化、社会犯罪率提高的重要原因。

从家庭构成了社会的细胞和基石来观察,在城镇化过程中实现了稳定和有能力发展的家庭,才意味着彻底和成功的城镇化。才能为第一代移民的社会融合提供保证,为第二代移民逐步融入城镇社会提供可能。家庭本身构成了人口再生产和社会再生产的基础,健全的家庭才能使城乡社会经济发展良好地运行起来。而城镇化过程中出现的严峻的家庭分离问题,造成当前中国临时性迁移和非永久性居留的城镇化现象,这对于城市是一种“浅城镇化”,并使农村家庭陷入一种循环性的发展陷阱。家庭分离会拉扯向城镇部门流动的劳动力返回农村地区,特别是当他们年龄日益增长,在城镇的劳动力市场处于相对不利的竞争处境以后,他们不得不返回农村地区回到家庭。我们在研究中也发现,妥善安排自身的家庭(子女、配偶和老人的生活),是迁移劳动力返回农村的主要原因。而对于那些分离留守在农村的子女而言,也不得不在自身建立家庭以后继续向城镇迁移务工经商以获得资本积累,这些新生代移民又不得不将子女和配偶留在农村,形成

新一代的家庭分离。这形成一种迁移流动和家庭分离的代际循环,恶化了城乡之间的发展联动性,并不断加深城乡之间的发展鸿沟。

关于迁移过程中的家庭分离的原因,一种理论解释是这在某种程度上是农村劳动力的主动选择。正如斯塔克等在劳动力迁移的新经济学分析中提出,劳动力迁移不仅基于他们对流出地和流出地经济收入和就业机会的预期,迁移者是根据家庭的劳动力状况和资源禀赋,对家庭成员分工进行理性安排,从而获得家庭利益的最大化。因此在结婚后的农村家庭中往往由男性进入城市务工经商,从而为家庭获得资本的积累。或者夫妻双方在城市就业,而把子女留给祖父母进行抚育。这样家庭分离的迁移往往是一种移民的生活安排选择,他们在完成了迁移的目标以后会返回流出地继续完整的家庭生活。第二种解释是家庭分离是移民过程中的过渡阶段,家庭中往往由一位家庭成员迁移在城镇工作和生活,当他们实现成功的迁移以后,这包括他们有稳定的就业和工作,以及实现更好的社会融合,会将家庭成员共同带进城市。而从制度壁垒的角度来考虑,家庭分离更主要的原因在于迁移流动人口难以进入城镇体系,城镇部门对迁移的考虑更主要是考虑劳动力迁移,以及作为劳动力迁移重要组成部分的人才迁移,但是城镇的制度安排对于劳动者的家庭生活是忽视的。迁移劳动者居住、住房、子女教育、健康保障等方面的家庭生活得不到足够的制度支持,限制了劳动力进入城镇体系,逼迫了劳动力和家庭迁移的分裂。典型的例子是,如果流动儿童不能在城镇中获得平等的教育权利,如果他们受到各种各样显性或者隐性的制度规则的限制无法获得教育,则会不得不返回农村。而当流动儿童返

乡成为留守儿童,则会进一步造成其母亲的返乡,这些城镇的制度排斥都造成了家庭分离,损害了城镇化过程中完整的家庭生活。

城镇化过程中的人口迁移流动主要是劳动力迁移,但是如果劳动力迁移和家庭生活分离开来,对劳动力市场和对家庭生活都会产生不利的影响。这要求我们在劳动力迁移中需要考虑对其家庭生活的支持和保障,而我国目前的移民政策中对于劳动力迁移的家庭生活支持是非常薄弱、甚至是破坏性的。城市部门总体上能够功利性地接受劳动力迁移对于城市经济发展的积极作用,但是却将移民的家庭福利和社会需求作为城市运行的成本和负担,是尽可能地将移民及其家庭排斥在城镇福利体制之外。例如,不仅流动人口的保障覆盖率较低,而且由于主要的社会保障是就业依托的,缺乏居住地为基础的保障和福利,增加了流动人口在城市生活的风险。流动人口难以获得城市的公共住房保障,住房压力和较高的生活成本弱化了家庭迁移的能力,使流动人口难以维持其在城镇的家庭生活。流动人口缺乏医疗保障、现有的医疗保障也难以实现跨地区衔接,因此他们往往生病了以后返回流出地就医,或者在生育时返回农村和流出地,从而不断地造成家庭分离。根据 2012 年流动人口动态监测调查的结果,城镇劳动力迁移者平均每周工作时间在 54.6 小时,这意味着其基本上是没有闲暇的时间安顿家庭生活,对于配偶共同流动的迁移者来说,其配偶也主要是经济活动人口,迁移人口的劳动就业比重达到了 80% 以上,这意味着迁移者缺乏家庭劳务的时间,没有时间和能力来妥善安排家庭的生活。另外,最近两年来,一些特大城市实施更加严格的对儿童教育学籍管理政策,进一步逼迫儿童离开

城市,对移民的家庭生活产生了非常不利的影响。这揭示出了我们的移民政策、社会管理政策忽视了移民的家庭生活,在快速城镇化过程中的劳动力迁移造成了家庭分离,而制度环境和社会环境缺乏对家庭生活的支持进一步对家庭生活带来瓦解的影响,降低了家庭的发展能力。

需要重申,家庭构成了城乡社会的基本

单元,是社会的基本细胞和良好社会的基石。城镇化过程中对家庭功能的严重破坏作用,折射出片面吸纳低成本劳动力的迁移模式的不利影响,折射出劳动力迁移和家庭迁移政策的不配套。城镇化过程中需要建设稳固的家庭,实施家庭友好的公共政策,才能在城镇化和人口迁移过程中增进城乡居民的福祉,并维持一个良好可持续的城镇化发展态势。

(上接第31页)

同时,需要确立个人责任及其社会关系网络群体的责任,尤其要注意政府在能力建设的同时要关注能力可行性,加快试点和循序渐进相结合,尽力而为和力所能及相结合。

参考文献:

- [1] MOT, Esther, Ali Aouragh, Marieke de Groot, Hein Mannaerts, the long-term care system for the elderly in the Netherlands, ENEPRI research Report No. 90, June 2010, ENEPRI(European Network of Economic, Policy Research Institutes), CEPS website (www.ceps.eu) and ANCIEN website (<http://www.ancien-longtermcare.eu/>).
- [2] Sarah Thomson, Robin Osborn, David Squires, and Miraya Jun, INTERNATIONAL PROFILES of HealthCare Systems, Commonwealth Fund (NY) no. 1717, 2013 (Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States).
- [3] Francesca Colombo, Yuki Murakami, The Netherlands – A Good Life in Old Age : Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Publishing, OECD/European Commission, June 2013, <http://www.oecd.org/health/health-systems/good-life-in-old-age.htm>.
- [4] Herbert Rolden & Marieke van der Waal, Coordination of health care services in the Netherlands, Leyden Academy on Vitality and Ageing, 2015.
- [5] 方雨.荷兰长期照护保险制度的改革.《中国医疗保险》, 2015 (5).
- [6] Herbert Rolden, The Dutch health care system: An overview of the three main laws, and potential policy reforms, Leyden Academy on Vitality and Ageing, 2015.
- [7] Ewout Van Ginneken, Madelon Kroneman, Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle? Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol.21, No.3, (Eurohealth systems and policy), 2015. <https://www.researchgate.net/publication/281748100>.
- [8] Herbert Rolden & Marieke van der Waal, The Dutch health care system Part 2: Organizations, information sharing, payment structures, and increasing health care expenditure, Leyden Academy on Vitality and Ageing, 2015.

(作者为上海社会科学院城市与人口发展研究所研究员)

◀ 研究与分析 ▶

人口老龄化是否导致卫生总费用增长

蔡雨阳

20 世纪 50 年代以来，国际上很多学者针对人口老龄化与卫生总费用之间的关系做了很多探讨。近 20 年内，国内学者也不断探索并形成了自己的观点与方法。然而，不同的研究者持有的观点不同。持“正相关”观点的研究者认为，由于人口的老龄化，人们对卫生服务需求变高，从而导致卫生总费用的增长。但是持“不相关”研究者则认为之前的研究高估了人口老龄化对卫生费用的影响；并且还提出医疗费用的增加主要表现在个体死亡前几年，而人口老龄化的影响程度其实并不显著。

本文将对国内外专家学者有关人口老龄化与卫生总费用之间关系的研究进行分析比较，找出存在不同观点的原因，并就研究方法提出建议。

一、人口老龄化对于卫生总费用的影响： 相关 or 不相关

国外关于人口老龄化和卫生费用之间关系的研究可以分为两个阶段：第一个阶段集中

在 20 世纪 50 年代至 90 年代，英国、美国和国际经合组织成员国等发达国家将人口年龄结构的变化作为预测本国卫生费用数据的重要且唯一指标。当时普遍认为，老龄化程度的加深一定会导致卫生费用的增长。第二个阶段是 20 世纪 90 年代以后至今，一些学者认为老龄化对卫生总费用的影响是被高估的。死亡接近程度较之于年龄这个因素，更适合作为卫生总费用的预测指标。

专家学者关于人口老龄化对于卫生总费用的影响的研究可以概括为两种不同的观点：一是人口老龄化会导致老年人口甚至及全体人口的卫生服务需求的提高，因而随着人口老龄化程度的加深必然会导致卫生费用的增加；而与之相悖，另一种观点认为人口老龄化对卫生总费用的影响是被高估的，不能单纯地把人口年龄结构作为影响卫生总费用的特定因素，而忽略了其它更多的关键因素。

这些专家学者所研究的结论详见表 1。

表1 部分关于人口老龄化与卫生总费用的研究的结论

作者	题目	结论
“正相关”观点		
Smith A., Titmuss R (1956)	The Cost of the National Health Service in England and Wales	假设人口结构变化是费用上涨的唯一因素，那么英国从 1951~1971 年这 20 年间，卫生总费用将上涨 10.6%。
Fuchs V. R. 等 (1998)	Health Care for the Elderly: How much? Who will pay for it?	美国卫生总费用的增长率高于 GDP 的增长率是由于“婴儿潮”时期出生的人口步入老年所导致的。

作者	题目	结论
Hussey P., Anderson G. H. (2003)	A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform	20 世纪 90 年代中期，老年人口（65 岁及以上）的人均卫生费用被测算为 65 岁以下人口的 2.7-4.8 倍。
陈中立（2007）	转型期我国医疗卫生费用上涨的影响因素	导致医疗卫生服务费用上涨的关键因素包括人口老龄化以及收入水平的上升。
余央央（2011）	老龄化对中国医疗费用的影响——城乡差异的视角	老龄化与实际人均医疗支出呈显著正相关性。
“不相关” 观点		
Peter Z., Stefan F., Markus M. (1999)	Ageing of population and health care expenditure: a red herring	剩余寿命是影响医疗卫生费用的显著因素，而并非实际寿命。因此从人口老龄化的角度分析医疗卫生费用的增加可能会误入歧途。
Palangkaraya A., Yong J. (2009)	Population Aging and Its implications on Aggregate Health Care Demand: Empirical Evidence from 22 OECD Countries	当研究对象即将临终时，人口老龄化与卫生费用呈负相关关系，而且人口老龄化对于卫生费用的作用可能被高估了，同时临终时高额的医疗费用却被低估。
Byongho T., Sang-Ho N. (2010)	Aging Risk and Health Care Expenditure in Korea 2010	在韩国，人口老龄化能够被认作一个参考依据，而不能作为独立的变量来解释卫生费用增长的原因。
Sato Emi, Fushimi Kiyohide (2008)	What has influenced patient health-care expenditures in Japan?	长期住院病人的年龄对于卫生保健费用影响不大，而病人临终前的一个月的医疗检查对卫生保健费用有着明显的作用。
刘国恩、蔡春光、李林（2011）	中国老人医疗保障与医疗服务需求的实证分析	老年人实际医疗总费用不但不会随年龄增长而增加，反而有减少的趋势。
王华（2012）	人口老龄化与医疗卫生费用关系的地区间比较	随着经济的增长，老龄化程度的提升未必代表医疗卫生费用会占用社会经济资源的比重会上升。
王超群（2014）	老龄化是卫生费用增长的决定因素吗	人口老龄化仅缓慢提高了老年人口的潜在医疗卫生服务需求，并不能把老龄化看成卫生费用增长的决定性因素。

二、比较与分析：卫生总费用影响因素复杂

通过比较与分析，之所以在研究人口老龄化和卫生总费用之间的关系时，国内外专家学者得出不同结论，从卫生总费用的测算方法角度来看，不同的测算方法将产生不同的实证研究结果。国外很多专家提出的传统测算卫生总费用的方法是基于年龄因素，而其并不是一

个特别好的指标，并且预测容易被误导。从而引入了死亡接近程度的概念，并指出死亡接近程度对卫生总费用产生的影响更显著。在国内更多的专家学者也并不仅仅考虑年龄因素对于卫生总费用增长产生的影响，并在预测费用时采用了多种不同方法。

卫生总费用增长的影响因素涉及到经济、社会、环境等多方面，包括诸如 GDP（经济增长）、人口结构变化（人口老龄化、人口增

长)、政府预算卫生支出、居民个人卫生支出(居民生活水平、健康状况)、医疗保障制度、医疗技术发展(医疗人员、诱导需求)、城市化进程等。因此,要对国家或者某个地区的卫生总费用作出预测时,必须更周全地考虑到可能涉及的各方面影响因素,这样才更可能准确预估卫生总费用的数值。然而在预测方法上,卫生总费用的预测研究可以根据所掌握的不同基础数据和政策目标,采用不同的预测方法,但无论哪种预测方法都必须考虑某些关键因素对预测结果的影响。当研究某个特定因素对于卫生总费用的影响程度时,则需明确其预测重点,控制其它变量造成的影响。

因此,可得出以下结论:

其一,人口老龄化会导致卫生总费用增长的观点并不全面客观。而产生这种观点的根本原因在于,之前的研究都单纯地把年龄作为预测卫生总费用的特定指标。然而这类建立在年龄因素上对于卫生总费用的预测,其结果极有可能产生偏差。

其二,一些专家学者提出死亡接近程度这一概念,较之于年龄这个因素,更适合作为卫生总费用的预测指标,并且如果将两者综合考虑,就能更准确地预测卫生总费用。

其三,在预测的过程中,也不能单纯片面地考虑人口老龄化因素。除了老龄化因素之外,引起卫生总费用的变化因素繁多复杂,包括诸如医疗保障制度、居民生活水平、健康状况、医疗技术人员和城市化进程等。

三、基于人口老龄化的卫生总费用预测的启示

随着我国经济水平的增长、人口素质的

提高,城市化、老龄化程度的加深,以及医疗保险制度和医疗卫生技术的发展,必须认识到快速加深的老龄化程度对于今后的卫生总费用而言,即使不是直接影响,也必定会带动其它因素的变化,从而间接对卫生总费用产生影响。这给予卫生政策的制定者提出了难题,如何在合理的、能接受的范围内控制好医疗卫生费用增长,是十分重要和迫切的。

老年人以及全体人口潜在的医疗卫生服务需求在人口老龄化程度的缓慢加深的条件下必将有所增长。同时,居民的收入水平、医疗保险和医疗技术进步等因素则将直接影响到实际的医疗卫生费用。可以说,其间存在着必然的因果关系。当然,需要说明的是老年人口卫生费用占卫生总费用的比重与单纯的人口老龄化(即老年人口占总人口比重上升)导致的卫生费用增长,是两种不同的逻辑概念。所以,卫生总费用的预测在不同的政策目标下,如果能充分利用所获得数据,并采用最合适的方法进行预测,同时周全考虑某些特定因素对于卫生总费用的影响,那么,所获得结果将更接近于事实。然而,在复杂多变的政策经济环境下,许多外在因素却是比较难把握。

在另一方面,从地区经济发展水平差异的角度来看,由于东西部经济发展实力不一致,而影响卫生总费用增长的因素在地区间的差异也并不一样。这样使得人口老龄化与医疗卫生费用的关系在不同的地区表现出不同的特征。因此,在对卫生总费用预测之前,也须将此问题考虑在内。

(作者单位:上海交通大学公共卫生学院)

发挥卫生计生部门整合优势，加强计生特殊家庭医疗服务

上海市卫生计生委家庭发展处

截止 2015 年底，上海市户籍人口中符合领取特别扶助金条件的计生特扶对象共有 5.81 万人，其中独生子女伤残的特扶对象 3.85 万人、独生子女死亡的特扶对象 1.96 万人，年均净增加 10% 左右。近年来，上海市认真贯彻落实国家卫生计生委等五部门文件精神，结合实际，围绕经济扶助、养老服务、医疗服务、精神慰藉等方面，着力构建政府主导、部门协同、社会参与、多元关爱的计生特殊家庭扶助关怀工作机制。特别是卫生计生部门整合以后，结合深化医药卫生体制改革，充分发挥部门整合优势，出台实施《关于本市进一步加强计划生育特别扶助对象医疗服务工作的通知》，为计生特殊家庭提供家庭医生优先签约、健康管理、优先就诊、优先转诊、定点老年护理等就医便利，提高计生特殊家庭的医疗服务获得感。

一、落实家庭医生与计生特扶对象优先签约，基本实现全覆盖

近年来，本市把家庭医生制度作为深化医药卫生体制改革的重要举措来抓，2013 年出台了《关于本市全面推广家庭医生制度的指导意见》，2015 年又制定了《关于完善本市家庭医生制度的实施意见》，旨在构建以家庭医生为基础的分级诊疗制度，使居民能够获得安全、便捷、可及、有效的卫生服务。在具体实施过程中，本市将计生特扶对象作为家庭医生

的重点签约对象，各镇（乡）、街道计生部门负责将本辖区内全部计生特扶对象的花名册提供给社区卫生服务中心，并通知每个计生特扶对象，按照自愿原则进行家庭医生签约，签约后作为重点服务人群。目前，全市常住人口居民家庭医生签约率为 44%，而计生特扶对象的家庭医生签约率已经达到 90% 左右。家庭医生与计生特扶对象建立签约服务关系以后，逐步承担起健康“守护人”的职责，将医疗卫生服务覆盖到广大计生特殊家庭。

二、以维护和促进健康为中心，提供有针对性的健康管理服务

目前，本市针对计生特扶对象的健康管理服务主要包括以下几个方面：一是免费体检。从 2016 年开始，各区县卫生计生委为本区县户籍年满 60 周岁及以上的计生特扶对象提供每年 1 次免费全面健康检查，人均费用在 500 元左右，由区县财政负担。无论是检查项目还是人均费用，都明显多于一般老年人群。目前本市基本公共卫生服务项目中，对于户籍 65 岁及以上全部老年人开展每两年 1 次健康检查。二是建立电子健康档案。对于签约的计生特扶对象，全部建立规范化电子健康档案。以电子健康档案为基础，综合利用诊疗记录信息、健康体检记录、健康筛查结果等信息，通过规范化的健康评估工具，对签约对象的基本健康状况进行科学评价，掌握签约对象的主要

健康需求。三是开展分类健康管理。对于一般计生特扶对象,定期开展健康教育,控制健康危险因素;对于高危对象,通过健康筛查等方式推进疾病早发现、早诊断、早治疗;对于患病对象,开展有针对性的疾病管理服务。推进健康管理服务,有助于转变计生特扶对象的就医观念,增强健康保健意识,更好地实施个性化、差异化管理服务。

三、提供优先就诊、优先转诊服务,着力解决就医难问题

计生特扶对象一直希望解决就医绿色通道问题,在医疗服务资源十分紧缺的情况下,本市积极探索以家庭医生为纽带的分级诊疗服务制度,体现对计生特扶对象的优先照顾。一是计生特扶对象与家庭医生签约以后,如需要就医看病,在约定时段至签约家庭医生处就诊,可享受优先就诊、优先转诊等服务。在签约医疗机构内,建立签约的计生特扶对象预约优先就诊的机制,让签约对象享受优先就诊的便捷。二、三级医院优先满足家庭医生转诊计生特扶对象所需专科门诊、住院病房等资源。二是行动不便的计生特扶对象在各医疗机构普通门诊就诊时,凭“计划生育特别扶助证”享受优先挂号、就诊、化验、检查、取药“五优先”便利措施。三是将计生特扶对象纳入正在逐步试行的“1+1+1”就医模式和分级诊疗制度。“1+1+1”是指市民可以选择一家社区医院、一家二级医院、一家三级医院,进行组

合签约。签约对象患病后,先在签约的家庭医生那里就诊;如病情较为严重,再到由签约对象自己选择的二级医院或三级医院去就诊,或者由家庭医生通过绿色通道转至二级或三级医院,让专家确诊并对症治疗。组合签约后,针对目前慢性病患者只能最多开具 2 周药物的现状将有改观,家庭医生可以根据实际情况,一次开具 4 周及以上“长处方”,并可延续上级医院用药医嘱,在家庭医生处获得基本药物以外的药品。

四、设立定点老年护理机构,着力解决计生特扶对象的后顾之忧

如何妥善解决失能或者半失能以后的老年护理难题,是计生特扶对象最担心的一个问题。近年来,本市积极推进老年护理体系建设,市卫生计生委把加强计生特扶对象老年护理服务作为一项重要工作来抓,要求各区县卫生计生委在今年年内应至少指定 1 家定点老年护理院或社区卫生服务中心,为辖区内经老年照护统一需求评估符合入住老年护理院条件的计生特扶对象优先提供老年护理服务。据初步统计,目前全市已经确定了 94 家计生特扶对象定点老年护理机构,其中 7 家二级医院、87 家社区卫生服务中心(内设老年护理床位)。这是一项实实在在的惠民项目,既发挥了卫生计生部门在医养结合方面的医疗保障优势,又有利于从长远角度来解决计生特扶对象在老年护理方面的后顾之忧。

荷兰长期护理保险服务制度改革

胡苏云

2015 年荷兰人均 GDP 排名世界第 13 位, 为 44,333 美元。荷兰也是世界人口密度最高国家之一, 总人口 1600 多万。2016 年平均期望寿命 81.9 岁, 列欧洲第 9 位。

荷兰的养老服务有几个第一: 第一个建立和实行长期护理保险制度, 养老服务投入也是世界第一, 待遇世界最高。

早在 1968 年荷兰就通过“特殊医疗费用支出法”(AWBZ), 对老人、残疾人长期护理服务进行社会保险给付, 由此开启了长期护理保险的先河。由于针对所有失能者, 覆盖面广, 不仅服务老年人, 还有残疾人、精神病患者, 以及年轻人中需要长期照料者, 这也造成荷兰的长期护理保险占 GDP 比重位居世界前列。2010 年, 荷兰长期照护费用占 GDP 3.7%, 是经合组织中最高的(经合组织平均 1.6%)。在 3.7 个点中, 其中医疗护理类的 2.5 个点, 养老服务类 1.2 个点。2011 年在医疗保险中用于长期照护保险(特殊医疗支出), 包括护理院, 养老机构, 以及社区居家照护费用占政府总医疗费支出的 41.5%。

荷兰的老龄化还在加剧。2011 年, 荷兰 65 岁以上老年人口比例 16%, 80 岁以上老年人口 4%, 到 2050 年, 这两部分人口比例将分别为 26.9% 和 11.3%。荷兰覆盖全部人群的长期照护制度中, 老年还是主要群体, 其费用占据长期照护费用的一半。而且长期照护制度是养老服务制度中主要部分, 聚焦的是最羸

弱、最需要帮助的老人, 我国的许多城市正在开始实行长期照护制度, 荷兰的经验和发展趋势值得关注和借鉴。

一、荷兰医疗保险制度

1. 荷兰医疗服务体系收入来源四大构成

(1) 医疗保险缴纳占 66%, 由三部分收入构成。强制性所得税保险(用于长期护理保险制度 AWBZ (12.15%)(2009)、税收相关医保缴费(7%)、保险公司保费(每人每年 1000 欧元左右)。这笔保险缴纳分别用于基本医疗服务(36%)和长期照护服务(30%)。

(2) 个人医疗服务使用时自付 14%。其中 10% 是自付, 4% 是个人自愿购买补充医疗保险。

(3) 政府投入 14%。用于保险公司风险调节平衡以及补偿医疗保险缴纳支出的不足。

(4) 其他 6%。

2. 个人医疗保险事前缴纳有三部分

(1) 特殊医疗支出税。12.7%(2014 年), 作为公共长期照护保险制度。

(2) 医疗保险公司保费。1000 多欧元/每年, 设置起付线和共付比例, 构成医疗保险制度 ZVW 主要部分。

(3) 医疗保险收入相关缴费。7% 左右给医疗保险基金 HIF。该基金其中一半用于保险公司间的风险平衡(医疗保险基金还有部分来自政府 5%), 征缴时由雇主在工资中代为扣除,

其后雇主再返还给雇员,因此是一种税后征收费。在职和退休人员的征缴比例不同。

从医疗保险基金 HIF 构成看,50% 是医疗保险收入相关缴费,45% 是公民看病时起付和共付,5% 是政府投入。

3. 商业保险公司作用突出

目前荷兰 4 大医疗保险公司占据 88% 市场份额,其中 3 家非营利,1 家营利公司。保险服务市场是个半自由市场体系,就是让保险公司和医疗服务机构之间的竞争不至于牺牲公平、质量和服务市场的透明性,双方可以就某些医疗服务项目的价格进行谈判协商。该体系的最终目的就是提高医疗服务效率,让保险公司在价格基础上进行竞争。

所有公民能通过选择商业保险公司获得基本医疗的治疗服务包,服务包的内容由荷兰政府确定。保险公司只能通过保费、服务以及和医疗机构及其服务人员的协议合同进行相互竞争。

医疗保险公司担任重要角色,作为混合购买者,实施筹资和管理,提供基本服务:既是政府政策的执行者,医疗市场的竞争者,还是合法的可信任者,和政府部门共享数据,共担公共责任。

从医疗保险延伸出来的长期护理保险也由私人保险公司服务运营。长期照护服务提供者由政府机构、非政府组织和营利机构组成,大部分服务由非政府组织提供。为保证服务质量,政府设置了质量保证体系,照护系统的代表会定期对服务提供者进行检查,而服务提供者也会设立内部质量管控机制来评估所提供的服务。政府还强制每个服务提供者设置消费者委员会,设定质量标准、价格控制工具已成为政府维持该制度持续发展的重要举措。

二、荷兰长期护理保险制度的改革演变和最新发展

1. 制度演变和构成

1968 年医疗保险制度中的“特殊医疗费用支出法”AWBZ;

2007 年的社会支持法案;

2015 年的长期护理法案:取代特殊医疗费用支出。由此整个制度体系由医疗保险、长期护理和社会支持三部分构成,分别负责医疗、护理和养老及其社会支持。

三个法案基本原理是区分治疗和服务,区分特殊医疗和服务费用,实现责任区分,即服务部分基本属于公民本人和地方政府的责任,而非中央政府承担。

(1) 从长期照护服务的特殊医疗费用支出法 AWBZ 到 AWBZ+ 社会支持法案。

① AWBZ 原有服务项目多

原来提供个人服务、护理服务、居家服务、咨询服务。1) 个人服务,如帮助穿衣、脱衣、做饭、洗澡、剃须、如厕等;2) 护理服务,受伤护理、配药服务、注射、培训自我照料;3) 活动辅助如管理钱财和事务,问题处理辅助;4) 心理疏导;5) 康复治疗,如疾病或受伤后恢复(中风后学行走),或者是改善技巧和行为(如何应对恐惧感);6) 机构照护,包括老人院和护理院中的长期入住;7) 一些机构中的短期入住(每周最多 3 天)。

② 增加个人选择性的现金支付

荷兰的长期护理制度注重人们的服务选择性,容许现金给付,现金给付是实物给付费用的 75%,现金给付可以用于非正式的照护(支付给家人等),相对较便宜。荷兰从 2002 年起,选择现金给付的数量以每年 20% 的速度增长。

因此荷兰建立社会保险银行专门管理现金给付, 2013 年现金给付已经占到长期护理保险 AWBZ 支出的 11%。2011 年的制度改革规定现金给付的人群仅限于机构照护服务享受者。

③评估体系建立的改革

长期照护即每周需要 4 个全天或更多时间的照料。2005 年起, 申请长期护理保险 AWBZ 资助者需要通过医疗服务指标评估中心 (CIZ) 测评, 中心测评的筛选程序较多, 而且任何符合资格者在获取服务时, 还需要有个人支付部分。2008 年开始通过照护权重评估包 ZZZPs 来获得, 以打包形式, 针对不同保险人、不同需求或身心障碍等失能程度归类, 包括被保险人的类型、被保险人每周需要被照护的总时数、服务的递送方式等, 经由评估中心 (CIZ) 决定照护需求指标后, 提供量身订制的服务包, 类似 DRS 诊断相关组制度, 每个服务包都有一定的价格, 有最高额度的限制, 也可换算成现金给付。

具体评估根据 4 大类 7 个因素来确定:

1) 咨询类分社会功能的自我料理和心理—社会功能; 2) 照料类分个人照料、行走行动、运动功能; 3) 护理类; 4) 行为障碍问题类。2011 年起分拆出社会支持服务评估, 一般外包给社会机构评估。

为了保障服务品质, 2006 年 10 月成立医疗服务管理机构 (NZa: Dutch Health Care Authority) 负责监督及控制荷兰的医疗服务及照护服务市场和负责保险的商业保险公司。

(2) 2007 年社会支持法 WMO。

荷兰 2007 年起以社会支持法案 (WMO: Social Support Act) 将长期护理保险 AWBZ 中的家事服务、社会服务等改由地方政府负责。由于社会支持法案下的服务不需要缴纳保费,

大部分预算经费来源于市政当局, 且服务主要由志愿性组织提供或向部分服务提供者购买, 减轻了长期护理保险 AWBZ 的财务负担。

具体来说, 社会支持法案提供服务有: 1) 家务服务, 如打扫卫生; 居室装修, 如安装电梯, 建特殊厕所等。2) 区域内交通服务, 如为无法利用公共交通出行者提供服务; 提供轮椅; 上门送日常用品和送餐服务。3) 对志愿者和非正式照料者支持; 对抚养孩子的支持帮助。4) 支持街区活动, 如建立社区中心和社会俱乐部。5) 为家庭暴力受害者或无家可归者提供庇护场所。

社会支持法案对老人服务提供包括: 1) 轮椅; 2) 交通; 3) 老人居室适老性改造 (厨房, 卫生间, 浴室, 台阶, 电梯等); 4) 老人居室打扫。这些服务与身体照料无关, 身体照料还属于 AWBZ 护理服务。

2. 养老护理服务新格局

2015 年起, 养老护理体系由长期照护保险 Wlz+ 医疗保险 + 社会支持共同构成。基本原理是在养老护理中区分治疗和服务, 区分特殊医疗和服务费用, 实现责任区分。

(1) 崭新的长期照护法案 Wlz

2015 年改革 4 个方面: 理念改变、从机构照护转到非机构照护、非机构照护的分散化、降低费用。

新的长期照护法案 (Wlz) 取代现有的特殊医疗支出法案 (AWBZ), 缴费率则大大降低。从 AWBZ 的 12.7% 缴费率下降为长期照护保险 Wlz 的缴费率 9.65%, 最高缴费额为一年 3241 欧元, 主要支付护理院和护理服务。2015 年起, 所有护理服务将通过医疗保险基金, 将个人服务和咨询服务转移到社会支持服务, 能减少 25% 的特殊医疗支出费用。这无疑节约了

一大笔费用。

长期照护保险法案负责护理院和护理服务,包括居家和护理院中的长期照料,在某些机构短期居住(每周最多 3 个整天)。社区护理和个人身体相关护理分别转到医疗保险和社会支持。

医疗保险法案负责社区护理,护理服务、简单治疗和伤口处理、入住机构部分。2008 年转到医疗服务(入非住院治疗性精神病服务,1 年以下的精神病住院治疗)。

社会支持法案负责所有的非机构照护和个人身体相关护理。

长期照护服务不再覆盖项目有:第一,评估为一二等低等级的不再被新的制度覆盖,2014 年和 2015 年三四等级的也将如此;第二,从 2014 年起,日托服务(一部分咨询服务)将不再被特殊医疗费用所覆盖;第三,个人服务 6 个月以下的评估等级也将不再存在;第四,2015 年后老人院和护理院中的长期入住,一些机构中的短期入住(每周最多 3 天)转到医疗服务;第五,照护服务办公室将被取消,医疗保险公司将同时负责人们的医疗服务和长期照护服务的费用补偿和支付。

(2) 机构和居家短期护理由医疗保险统管。

如今医疗保险法案覆盖居家护理(包括身体照料),即成为医疗治疗保险一部分,由此,居家护理与其他基本医疗如全科医疗的服务更接近,更增强了服务的整合。当地的护士将对居家人员服务起到关键作用,他们将走访那些获得居家护理服务的老人,评估新的方法是否能老人们自理能力提高,这些护士将日常治疗事务与预防、照护、福利提升和居家服务之间更好的融合结合起来。

(3) 社会支持法案的养老服务由地方政府负责。

荷兰实行了 40 年的长期照护保险,即特殊医疗费用支出。原来的理念是基于个人权利进行提供,而社会支持法案的养老服务则是基于当地政府供给能力来提供的,在这一理念改变下,原来符合资格的老人是有权利获得专业的居家照护服务,如今地方政府则会更加关注自身能力,可以选择邻居或志愿者服务来代替原来规定的由专业人士提供的服务,从全国来看,非机构型的长期照护费用会降低。从 2014 年起,若要获得机构照护服务,要看本人的收入高低,地方政府将只为那些低收入者提供此类服务,其他有需要的人,要自行寻找方法解决房屋打扫、日用品购买等事情。

三、发展趋势和启示

1. 医疗改革是长期照护改革的基础,更好实现了医护融合

荷兰的长期照护保险是整个医疗保险制度体系的组成部分,其不断的改革完善正是受益于医疗服务体系的改革完善。

2015 年荷兰取消原来负责长期护理保险的特殊医疗费用支出法案 AWBZ,正式建立长期照护法案,其基础原因就是医疗保险和服务体系的改革成就。

(1) 荷兰一直在推行医疗服务管理式竞争,在此基础上建立起医疗治疗性服务的医疗保险计划,大大增加了医疗服务的提供效率,也更能满足消费者偏好需求,因此完全有能力为长期照护服务者提供相应的医疗服务,而不必再在医疗保险中另设长期照护保险(特殊医疗支出)。

(2) 荷兰致力于把医疗服务和长期照护整

合为一体,激励服务提供者,更好地为慢性病人提供协同服务。而且由于从 2006 年起医疗治疗服务的强制性保险计划已经扩大到全部人口,原来将医疗保险金分为医疗服务和长期照料服务的理由也不再存在了,不必单设针对这一特殊人群的保险了。

(3) 2007 年的社会支持法案为地方政府承担起社会服务和社会支持服务提供了统一的法律框架,因此将社会服务从医疗保险的长期照护保险即特殊医疗费用支出法案 AWBZ 转移到社会支持 WMO,也有利于增强社会服务和服务援助之间的协调性。

我国城市目前的长期照护保险与医疗保险和服务体系密切相关,需要更加注重联动改革,尤其是要将医疗保险和卫生服务体系的改革作为长期照护服务提供的前提和基础,更有力地推动改革,才能有利于长期照护服务体系的建立。

2. 荷兰养老服务社会参与度高

荷兰长期照护服务提供者由政府机构、非政府组织和营利机构组成,大部分服务由非政府组织提供。鹿特丹市的劳伦斯基金会就是非营利性的养老护理服务提供组织,它在前期曾购买土地房产等获利,此后便出租房屋用于养老机构。

在鹿特丹市,还在基层试点将基层卫生服务中心(UHC)的健康服务+社会服务+老人休闲服务结合在一起建立综合服务中心。基层的照料服务办公室是个综合办公室,面对所有社会问题,有 42 个邻里组织(neighborhood team,类似居委,全荷兰有 400 多个),政府组织这些邻里组织,组织由 10 个专业服务人员构成,其中有人专门服务老人照料服务,负责对获得社会支持的老人照料的评级确定,同

时还提供健康服务、社会服务、心理服务,监察等。在专门的服务组织中,鹿特丹政府目前只和其中 20 个签约。在基层还有睦邻点(old person network)、社区照护体系、独居老人的预防服务等。

全荷兰有 17.5 万志愿者,5000 多个志愿组织,积极参与长期照护服务。政府对志愿者有奖励措施,如获得免费的停车券等。同时结合失业援助政策,领取失业金的人一般只有一年领取时间,第二年鼓励他 20 小时每周的志愿服务来获得失业金。

我国城市中活跃的社会组织中很多是涉老涉医的,但缺乏服务体系中起更大作用的非营利组织,在社会参与中不仅要注重社会组织,更要注重非营利组织和社会企业的发展,它们可能是更活跃而有能力的养老护理服务提供者。

3. 长期照护理念更强调个人责任和政府可行能力,养老成为地方政府主要责任

从荷兰实践看,在实行了将近 40 年后,它逐步取消原有的长期照护制度,即特殊医疗支出制度。

荷兰养老护理服务的理念在 2007 年时已经经历了从原来基于个人权利提供的护理保险制度演变为了基于供给能力的社会支持法案。而如今在新的长期照护制度改革中确立了两大新理念:一是更加关注公民的个人责任和他们所处环境周围的朋友、家庭、邻居的责任,由此减弱政府承担为主的正式的制度责任;二是更加鲜明地区分个人责任、所能享受的医疗服务资格与可行的解决方案之间的差异。

我国各大城市在实行长期照护保险,需要首先关注理念的确立,在关注受益者权利的

(下转第 21 页)

养老“四部曲”

——在新西兰“安东尼养老村”的见闻与体验

徐晋勋

新西兰南岛的基督城里，有一个颇有知名度的养老机构——“安东尼养老村”(Anthony Wilding Retirement Village)。我的太太因意外受伤(2015年12月31日)，在基督城医院的监护病房住了9天后，就被转到安东尼养老村医院接受后续治疗和休养，在那里生活了50天(1月9日至2月28日)。我们在安东尼养老村的见闻和自身体验，对国内养老模式的构思和养老机构的运作，或许会有所借鉴。

安东尼养老村是以新西兰的一位网球世界冠军——Anthony Wilding(1883-1915)的名字命名的。养老村的占地面积不小(感觉上与无锡太湖旁的华东疗养院相当)，但只接纳400余位养老者。所以，就有很大的花园和草地。养老村的周围环境相当不错，附近有美丽的Port山和南阿尔卑斯山。说是在新西兰第三大都市基督城的市区，但远比国内的乡村还要空旷，这是由于新西兰南岛人口稀少的缘故。不过，从养老村到基督城的市中心也就是15~20分钟的车程(乘Taxi不到30纽元)，而且，养老村所在社区——Aidanfield，是属于高收入阶层居住的“黄金地段”。

在养老村医院住了一个月后，程利南已能自己慢慢走到大活动室里去坐一会。一天，一位每天到养老村医院看望自己丈夫的罗斯太太高兴地告诉她，过两天就能买下养老村里

的一套联排别墅，为此，她已排队等了2年多。

罗斯太太已年过七旬，她丈夫因“多发性神经炎”生活不能自理而住在养老村医院。尽管罗斯先生的日常生活，包括喂饭、洗澡、换衣、上下床以及坐在带轱辘的沙发上被推到活动室或内花园参与各种活动等，完全由护理人员照料，但罗斯太太在家也没什么事，几乎天天上午到这里来陪伴丈夫打发时间，下午或傍晚再回去。每天开车来回近一小时，对罗斯太太这样的老人来说，似乎比较辛苦。不过，她再也不要为此烦恼了。即将住在同一院落的别墅里，只须在自己高兴的时候出外开开车，那将是一种兜风式的享受。等她完全不能开车的时候，如需外出，也只要提前15分钟打电话预约用车即可。

一、四种不同的养老方式

安东尼养老村通常接受65岁以上、退休的老年人入住。根据老人健康状况不同，有四种不同的居住环境，即四种不同的养老方式：联排别墅、服务型公寓、老年单间、医院护理。

1. 联排别墅，独立生活级

罗斯太太购买了联排别墅(town house)后，就成为安东尼村独立生活级的养老成员(independent resident)。联排别墅很紧凑，仅一室一厅一卫，带一个厨房和一个车库，还有

一个敞开式小花园 (主要由园工照料,也可自己做些园艺);室内有紧急呼救按钮,需要者还可带随身呼救装置。

联排别墅多数是夫妇俩生活,也有一个老人独居。他们几乎与生活在其他普通小区里一样,但可在任何时候(24 小时)打电话或紧急呼叫,获得养老村护理人员、护士或医生的服务和救助。养老村会经常给他们安排一些适合老年人的活动,如野外烧烤、派对和文艺演出(到戏院去,每场次 15 纽元左右);他们也能享受养老村里的各种设施,如健身房、图书馆、棋室、小教堂等。

养老村的联排别墅售价不菲,罗斯太太得付近 50 万纽元。所以,她得把原先居住的、经营了 20 多年的家庭农场和大房子卖了。目前,在基督城一栋中等大小的独立别墅(二室、二厅二卫,连花园一起占地 600m^2),售价不到 40 万纽元,当地人认为已是贵得离谱了(纽元与人民币的比值约为 4.3)。不过,罗斯太太还是十分满意。她说,当她身体状况欠佳时,可以把联排别墅卖了,申请购买“服务型公寓”或“老年单间”;如果生活完全不能自理,还可以像丈夫那样住进医院。只是,这里的联排别墅是不能上房产交易市场的,只能让养老村回购。养老村回购后,再出售给排队等待入住养老村的老年人。

2. 服务型公寓,生活相对独立级

养老村里有一栋带有电梯的二层楼房,类似酒店式公寓,称为“服务型公寓”(serviced apartment),接受生活能够自理,但需要提供一些家政服务的老年夫妇或独居老人(以独居老人多见),如洗衣服、打扫卫生等。每个套间有客厅、卧室、厨卫和阳台(或门廊)。这栋楼里有个很大的室内花园,还有可举行小型

音乐会的场所、可点菜的小餐厅、美容美发室、健身房、游泳池、小商店以及桌球、国际象棋活动室等。这些设施和场所向整个养老村开放。在这里,经常会举行一些社交活动,如健身操教练、钢琴演奏会、男性俱乐部、智力游戏比赛等。

服务型公寓有走廊与养老村医院相通,便于这些老人在身体有些不适的时候能及时获得医疗服务。

3. 老年单间,生活基本自理级

这是一栋在院子里相对独立的二层楼房,被称为“rest home”(休养之家)。入住者每人一间,带卫生间。也许,把该楼称为“老年单间”更容易被我们理解。老年单间接受生活能基本自理的老人:能自己走动、上床下床,能自己洗漱和如厕,但需要有人安排一日三餐、洗衣服、打扫房间和帮助洗澡。在这些老人中,有的智力已经开始减退,单独外出容易走失,就被安排在楼上,出外要按门上的密码,属于在该楼中的特殊看护(special care)。

4. 医院护理,生活不能自理级

医院护理(hospital level care),接收的对象为生活已经不能自理,而且存在不同程度的医学护理需求的老年人,每人一间(约为 16m^2),带一个很大的卫生间(10m^2)。之所以要这么大,是要便于失去行动能力者轮椅或一些辅助器械的进出。这是在养老院里占地最大的一栋平房建筑,包括了 2 个很大的内花园。如果你在这栋楼的走廊里走走,会发现几乎每个房间都能见到窗外美丽的风景。

除了入住者本身患有慢性疾病(高血压、糖尿病等)的吃药、打针外,这里的医学护理以“舒缓疗法”(comfortable care)为主,即尽可能让老人生活得舒服一些。

虽然入住者通常会在这里度过生命中最后一段时光,但他们仍然生活得相当体面:男士头发梳得溜光、女士都会做头发;入睡前,护理人员会给老人换上睡衣;到餐厅就餐或到活动室参加活动,护理人员也都会给老人洗漱干净、穿戴整齐,就像出门做客一样。因此,很多了解情况且经济状况许可者,愿意选择在这里养老。本文开头提及的罗斯太太,她母亲曾在此住了 4 年,她丈夫现在也在这里缓慢而又舒适地走向人生的终点。不仅如此,罗斯太太自己还随时准备“步母亲和丈夫的后尘”——最后在安东尼医院病房安度余生。

二、在那里生活的一些感受

1. 一日三餐

养老村的一日三餐,质量上乘,像上馆子一样。以医院护理级的饮食为例:

早餐,是烤面包片、黄油,配燕麦粥加奶油、焦糖和水果,还有咖啡或茶。我们因不愿多吃糖,告知不要放焦糖。

午餐和晚餐,是正规的西餐。有汤或色拉、主菜、甜点或水果。主菜,在 20 多天里是不会有同样的。如有什么不吃或忌口,或有其他要求,只需事先告知。考虑到程利南伤情恢复的需要,经我们一位在新西兰朋友的要求,餐厅特意给她在晚餐时另加了一份蔬菜(免费)。

一日三餐以外,在上午、下午和晚上 8 点分别会送三次茶(或咖啡、麦乳精)和茶点。晚上那次,我们吩咐不要。平时,如想喝茶,随时打铃便有人给送来。能行走者,也可自己到公共茶室去喝,茶包、咖啡、糖、牛奶都是免费。

入住那天,女儿、女婿把我们安排好,已是中午。他们正准备到外面用餐,结果餐厅

给了我们送来了 4 份午餐,不另收费。同样,在养老村入住期间,偶尔有人来看望我们,在喝茶时间,服务人员也会免费给客人送上茶(咖啡)和茶点。

2. 服务与管理

医院护理级的管理,原则上是一人一间。考虑到我们是外国人,程利南住院期间,我没合适的地方居住,破例在病房里多放了一张小床,让我住下。同样享受一日三餐、三次茶点和宾馆式的洗衣服务等,不另加费用。

在医院护理级的病房里,有些老人自带了些家用电器,如小冰箱、取暖器或电风扇等。尽管,可能并无此必要,实际上也只有个别老人带了,但养老村并没有规定不允许。

入住医院护理级的病房,意味着全方位服务。哪怕是大小便不能自理,也不需家属再操心。程利南因多处骨折,刚入住时,每次上厕所,只要一打铃,就有护理人员前来,即使是在半夜。那时,她怕痛,不愿多动。然而,护理人员每天都来询问是否要洗澡。如果今天你说不洗了,第二天早晨,护理人员便会主动说,9:30 我来给你洗澡,不再让你推辞。那里的护理人员,个个训练有素,会把你洗得舒舒服服。

3. 收费标准

医院护理级的单间,每天的收费为 300 纽元,比“服务型公寓”或“老年单间”要更贵些。这 300 纽元,包括住房、医疗护理、康复理疗、饮食、洗衣、指甲修剪(专业的修脚师傅,到时候会上房间来,不需自己操心)等;只有理发,需另收费,精剪每次 15 纽元(在基督城,至少要 20 纽元)。

300 纽元也包括了每天给老人们安排的活

(下转第 5 页)

◀ 医改进展 ▶

国内家庭医生服务现状

一、家庭医生的国家政策

6月6日,国务院医改办、卫计委等七部门联合制定的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》正式发布。意见提出,2016年,将在200个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务,鼓励其他有条件的地区积极开展试点。重点在签约服务的方式、内容、收费、考核、激励机制等方面实现突破,优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群,以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等。到2017年,家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上,重点人群签约服务达到60%以上;到2020年力争将家庭医生签约服务扩大到全人群,形成长期稳定的契约服务关系,基本实现家庭医生服务制度全覆盖。

在七部门联合发文前,中央深改小组会议已经就推进家庭医生签约服务制定了相当具体的指导原则和行动路线图。从2011年启动家庭医生服务试点,到如今推出全面的实施意见,这正是在关键领域稳妥而又果断推进改革的传统“套路”。这意味着,家庭医生服务已上升为国家层面的战略,而且是新一轮医药卫生体制改革的重要组成部分。

二、家庭医生服务体系

按照指导意见,家庭医生是签约服务的第一责任人,而且家庭医生团队主要由家庭医生、社区护士、公共卫生医师(含助理公共卫生医师)等组成。居民原则上就近签约,周期一年,但

也可以跨区域签约。目前,家庭医生的成分还非常多元,未来的趋势是全科医生为主体。

从鼓励分级就诊的角度,居民可以组合签约,在与家庭医生团队签约的同时,自愿选择一所二级医院、一所三级医院,建立“1+1+1”的组合签约服务模式。而且通过给予家庭医生团队一定比例的医院专家号、预约挂号、预留床位等方式,方便签约居民优先就诊和住院。二级以上医院的全科医学科或指定科室对接家庭医生转诊服务,为转诊患者建立绿色转诊通道。

三、家庭医生服务内容

家庭医生团队为居民提供的服务内容包括基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。

基本医疗服务涵盖常见病和多发病的中西医诊治、合理用药、就医路径指导和转诊预约等;公共卫生服务涵盖国家基本公共卫生服务项目和规定的其他公共卫生服务。各地应当根据服务能力和需求,设定包含基本医疗和公共卫生服务在内的基础性签约服务内容,向所有签约居民提供。健康管理服务主要是针对居民健康状况和需求,制定不同类型的个性化签约服务内容,可包括健康评估、康复指导、家庭病床服务、家庭护理、中医药“治未病”服务、远程健康监测等。

值得注意的是指导意见特别提出了两点:一个是现阶段要首先从重点人群和重点疾病入手。虽然指导意见没有明确提老年人口、妇女、儿童都在重点人群范畴,而重点疾病则肯定不

会少了慢性疾病和肿瘤;另外一个充分发挥中医药在基本医疗和预防保健方面的重要作用。

四、家庭医生制度的构建方式

构建家庭医生制度的重点是两个方面:钱和人。

钱的方面就是如何付费。总体上讲,家庭医生签约服务的付费有三个路径:首先签约服务费是由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担;第二个是有条件的地区可探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生团队,对经基层向医院转诊的患者,由基层或家庭医生团队支付一定的转诊费用;再有一个是提供非约定的医疗卫生服务或向非签约居民提供医疗卫生服务,按规定收取费用。

人的方面就是如何引导医疗人才流向并留在基层。两个方面,一个是“千方百计”增加家庭医生收入,另一个是在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜,增强全科医生的职业吸引力。

再有就是建立以签约对象数量与构成、服务质量、健康管理效果、居民满意度、医药费用控制、签约居民基层就诊比例等为核心的签约服务评价考核指标体系。

五、目前家庭医生签约存在的问题

目前,全国在册医师共有 280 多万人,按照每千人口的医生比例,在 2013 年时已达到了 2.06 人,这一比例低于美国和欧盟,但与全球均值对比,已经不低。而按照中国医师协会的统计,近年还在以 4.4% 的比例增长。也就是说,基本具备了推行家庭医生制度的条件。不过,由于家庭医生主要看初级病、基础

病,主要需要的全科技能而不是专科技能,因此要看全科医师的比例。过去,对全科医生的培养不够重视,因此缺口较大。按到 2020 年每万人有 2-3 名全科医生的目标,目前缺口高达 10 万-30 万人左右,人才建设亟待加强。

家庭医生应当有一个长期稳定的基准服务价格,并按照服务形式和质量阶梯化收取费用。但是,家庭医生的价格机制缺乏可比照标准。如以地方收入为依据,穷地方的家庭医生服务很难展开,医疗资源有可能进一步向富地方倾斜加剧失衡。如果按富地方标准设定,住院医生有可能减少。

六、各地家庭医生现状

► 上海

近年来,上海不断推动社区卫生服务综合改革,创新家庭医生签约模式,目前已签约常住居民 1027.3 万人,签约率达 44%。

“1+1+1”模式

上海市探索推行“1+1+1”模式签约,即:居民在选择社区卫生服务中心家庭医生签约的基础上,再选择 1 家区级医疗机构、1 家市级医疗机构进行签约,形成“1+1+1”的签约医疗机构组合。

自 2015 年 11 月实施以来,“1+1+1”模式深受欢迎,上海市居民在该签约模式组合内就诊率达 79%,在社区卫生服务中心就诊率达 64%。

“五大平台”助力家庭医生服务

制度平台:根据基本项目与标准,健全配套机制,建立关于平台的财政补偿、人员岗位、绩效分配等现代管理制度。

配套政策支撑平台:统一家庭医生的“责、权、利”,充分赋予家庭医生在资源配置、团队

组建、任务分配、考核管理上的责任主体地位。

人才队伍支撑平台：将全科医生培养纳入住院医师规范化培训渠道，同时研究鼓励吸引在岗及退休临床医生到社区卫生服务中心担任家庭医生的路径和办法。

优质医疗资源支撑平台：以各区县以二三级医疗机构为依托，建立区域内的影像、检验、诊断技术支持中心。

信息技术支撑平台：建立社区卫生综合管理平台、分级诊疗支持平台及家庭医生管理医保费用的支持平台等。

► 杭州

杭州早在 2014 年 10 月起就推行“医养护一体化签约服务”体系，被老百姓誉为“家庭医生”的社区卫生服务中心签约全科医生模式真实落地。

医养护一体化签约服务

具有杭州市户籍的参保居民，可以自愿到所在社区的医保定点社区卫生服务机构选择 1 名全科医生，签订一定期限的服务协议后，签约医生将为其提供健康管理、社区医疗和双向转诊、家庭病床、健康评估等个性化的医养护一体化服务。

配套政策：“齐步走工程”

医保优惠：杭州市的医养护签约服务费为每人每月 10 元，由其中签约对象承担 10%，市财政承担 25%，区财政承担 65%。

服务价格调整：为调动积极性，杭州市大幅度提升了基层医疗卫生机构的服务收费标准。

其中，家庭病床建床费调整为 80 元/人次、巡诊费调整为 40 元/人次，中级职称以下和副高级职称以上医务人员出诊费分别调整到 40 元/人次和 60 元/人次，调高的部分纳入

医保报销。

绩效奖励：为了体现签约医生团队的辛苦付出，杭州市允许将签约服务费作为绩效工资增量进行分配，并大致框定了分配比例：全科医生签约团队可得 70%，其中全科医生占 50%；社区管理人员和其他服务人员可得 30%。

三级考核制度：对签约医生进行包括签约服务数量和质量的考核。考核质量指标得分在 9 分及以上为优质签约服务，8 分为良好签约服务，7 分为合格签约服务。市财政对优质签约数量按 35 元/人进行补助，良好的按 30 元/人补助，合格的按 25 元/人补助。

► 江苏省

到今年上半年，江苏省已有 75% 社区卫生服务中心开展家庭医生服务。乡村医生签约服务在 2013 年大丰市先行试点基础上，2014 年全省选择 16 个县（市、区）进行试点，今年上半年试点地区覆盖已扩大到 54 个县（市、区）、433 个乡镇、4179 个村，累计签约 249.8 万户、704.4 万名农村居民。

签约服务内容主要有：常见病、多发病的首诊诊疗；国家基本公共卫生服务项目；为签约居民建立健康档案、完善基本信息并动态管理使用；开展个性化健康评估，给予针对性健康指导，实施健康全过程管理；根据需要安排转诊、择医路径及专家选择、预约挂号、病情跟踪随访等健康管理综合服务。

据了解，今后江苏省将开展医保（新农合）支付方式改革，探索慢性病患者等签约服务对象按人头打包付费。“根据家庭医生签约慢性病患者等签约服务对象的数量，新农合资金按一定支付标准拨付给基层医疗卫生机构和签约医生。如果家庭医生为慢性病患者提供了较

好的健康管理服务,在基层能够满足患者基本医疗服务需求,那么不但能方便患者就近就医,还可以通过医保支付增加基层医疗卫生机构和家庭医生业务收入,对于调动家庭医生签约服务起到激励作用,对于新农合基金可以提高保障效益、降低慢性病患者就医费用负担。”江苏省卫生计生委有关负责人告诉记者。

电子健康档案是城乡居民接受各类医疗卫生计生服务系统性、规范化记录的电子文档,是以居民个人健康为核心、贯穿生命周期全过程、涵盖各种健康相关因素的信息资源,是居民享有均等化公共卫生服务的重要体现。记者获悉,江苏省将进一步发挥“智慧江苏”的技术优势,加大居民健康档案建设。通过开展基本公共卫生服务、日常门诊、健康体检、医务人员入户服务等多种方式为居民建立健康档案,根据服务提供情况做相应记录。

► 青海省

青海省卫生计生委在西宁召开全省基本公共卫生服务项目专题会议,通报 2014 年度基本公共卫生服务项目和 65 岁以上老年人健康体检项目省级考核情况,安排部署下一步基本公共卫生服务项目重点工作。今年青海省力争实现家庭医生签约服务率达到 60%,高血压、糖尿病患者规范管理率达到 40% 的目标。

青海省自 2009 年全面启动实施基本公共卫生服务项目以来,基本公共卫生补助经费从人均 15 元(9 类项目)提高到今年的人均 45 元(15 类项目)。项目的扩大,标准的提高,充分体现了党和政府对全民健康的关心重视,充分体现了重民生的执政理念。截至 2014 年底,全省居民健康档案建档率达 95.7%,适龄儿童全程接种率均在 95% 以上,妇幼保健管理率显著提高,高血压、糖尿病、重性精神疾

病患者得到规范化管理。

今年,青海省将力争实现家庭医生签约服务率达到 60%,高血压、糖尿病患者规范管理率达到 40% 的目标。以问题为导向,查漏补缺,抓紧整改。对照国家基本公共卫生服务项目绩效考核方案,结合省级督导反馈的问题,围绕“组织管理、资金管理、项目执行、项目效果”四部分考核内容,逐项逐条对照完善,扎实细致做好国家级考核的相关准备工作,交一份满意的答卷。

► 合肥市

合肥市卫计委:提高基层医疗质量、建立相应激励机制。从 2012 年试水至今,合肥市卫计委积极推进社区卫生工作模式的“三个转变”:通过家庭医生签约服务,实现社区卫生从“坐堂行医”向“主动走进社区家庭”转变;实现服务理念从“单纯医疗”向“健康管理”转变;实现医患关系从“多对一、不稳定、不信任”向“一对一、稳定、信任”的转变。“推进家庭医生签约服务,对促进医疗卫生工作重心下移、资源下沉,实现人人享有基本医疗卫生服务的目标具有积极意义。”合肥市卫计委基层卫生处丁晓芹处长表示,“要重点在签约服务方式、内容、收付费、考核、激励机制、技术支撑等方面实现突破,对家庭医生要有职业保障措施。”据悉,家庭医生签约服务在全国没有成熟的经验借鉴下,合肥市本着签约对象受益的原则,制定家庭医生签约评价机制,定期抽取签约人群核实服务数量、服务质量、真实性、满意度等指标进行考核,每年全市 50 个社区卫生服务中心考核全覆盖。“考核结果与合肥市财政设立专项经费奖补挂钩,市财政每年设专项经费,2016 年专项经费达 300 万元。”丁晓芹说,“建立以签约居民

为主体的反馈评价体系,畅通公众监督渠道,反馈评价情况及时向社会公开,作为家庭医生团队绩效考核的重要依据和居民选择家庭医生团队的重要参考,有利于提高医生工作积极性,通过保证医疗质量来解决百姓信任问题。”此外,根据《人力资源社会保障部国家卫生计生委关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的指导意见》,在推进家庭医生签约服务的模式中,要在编制、人员聘用、职称晋升、在职培训、评奖推优等方面重点向全科医生倾斜,将优秀人员纳入各级政府人才引进优惠政策范围,增强全科医生的职业吸引力,加快全科医生队伍建设,提升签约服务水平。“加强全科医生规范化培养基地建设和管理,规范培养内容和方法,才能进一步提高全科医生的基本医疗和公共卫生服务能力,提高全科医生的待遇水平才能吸引更多的人才,相关工作我们正在落实中。”丁晓芹说。

► 中山市

7月25日从中山市卫计局获悉,今年,家庭医生式服务将实现24个镇区的全覆盖,由医护人员组成家庭医生服务团队与65岁以上老年人、0~6岁儿童、孕产妇等重点人群签订服务协议,为签约群众提供方便、个性化的基本医疗和基本公共卫生服务。上半年,该市新开展家庭医生式服务的12个镇区签约率达13%,原有开展的12个镇区签约率已达37%。

► 天津市

据最新统计显示,截至6月底,天津滨海新区完成7.7万老年人健康体检,建立居民健康档案113.7万份,管理高血压患者8.2万人,糖尿病患者3.2万人。建立家庭责任医生服务团队270余个,签约人数达19万余人。

完成8.5万名妇女儿童健康促进计划项目,为流动人口儿童提供2200多次疾病免费筛查服务,为1355对夫妇免费进行孕前优生检查。下半年,预计新区居民与家庭医生签约人数将达35万人,签约率25%左右。同时,新区将进一步推动公立医院改革、实现行政管理扁平化、后勤服务社会化等,引导公立医院不断增强公益性。在此基础上,使公立医院和社区卫生服务中心组建医疗联合体,探索双向转诊、申请单和检查结果互认,建立以高血压、糖尿病为试点的基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动分级诊疗模式,方便市民就医。

► 广东省

广东省有14个市正在与医保、物价等部门,协商家庭医生签约服务费的问题,但由于缺乏指导,仍处于停滞状态。

自2013年底开展全省家庭医生式服务试点工作至今,广东省启动城乡家庭医生式服务的试点县(市、区)超过70个。为指引基层服务模式向家庭医生式服务方向转变,做到理念先行,规范引路,做好基层顶层设计,并试点探索创新。省卫生计生委共制定了15个相关文件,以指导全省特别是粤东西北地区城乡基层医疗机构开展工作,充分发挥家庭医生团队首诊、可及性、综合性、协调性、连续性服务的功能,提高服务可及性,扩大服务覆盖面,提升服务质量,保障医疗安全。引导全省所有城乡基层医疗卫生机构向功能全面、内涵丰富、全人健康管理的家庭医生式服务功能转变。

► 深圳市

今年深圳市将全面推进家庭医生服务,到2017年,深圳户籍人口的家庭医生服务签约率达到50%以上,老年人以及高血压、糖尿病患者等重点人群服务签约率超过70%。目前,

全市 613 家社康中心中,已有 581 家社康中心、2304 名家庭医生为社区居民提供家庭医生服务,累计签约 64.4 万户家庭、189.2 万名居民,其中老年人、慢性病和精神病患者等重点人群签约率达 60% 以上。

根据深圳市卫计委等单位联合印发的《深圳市全面推进家庭医生服务的实施方案》,居民与家庭医生服务团队签订合同,明确服务的内容、方式、收费、期限、医疗责任等双方的权利义务。每个居民同期只能选择与 1 个家庭医生服务团队签约,签约周期原则上为 1 年。

根据《实施方案》,与家庭医生签约居民可享受优先预约和接诊、免费健康促进、“长处方”管理等一系列服务优惠措施。深圳各级公立医院要向家庭医生服务团队优先开放专科号源,而各级公立医院也要为基层医疗卫生机构向本院预约转诊的患者提供优先接诊、优先检查、优先住院服务。同时,基层医疗卫生机构以及家庭医生服务团队向签约居民定期免费提供健康资讯。

► 河南省

河南省自 2010 年起大力推进全科医生的培养工作,截至目前,全省共建有 31 个全科医生规范化培训基地。

国内培训合格的全科医生累计有 17.3 万人,但真正注册者仅有 6 万余人,具体到河南,目前共培训全科医生 2.7 万人,但真正注册的仅有 1 万余人。

试点县率先启动签约服务

近期,河南省围绕“家庭医生”推出两项重要举措。今年 4 月份出台了《关于进一步加强全科医生相关工作的通知》,在人才培养模式、职称晋升制度、构建全科医生工作平台等方面大力推进。

另外,河南省今年确定巩义、兰考、中牟等 10 个试点县,率先启动城乡居民健康签约服务。与其他省市家庭医生相比较,河南省试点县将采取“签约医生+服务团队+支撑平台”的层级化契约服务模式,签约服务团队以区域内医疗资源作支撑,以二、三级医疗卫生机构作后盾,充分发挥基层医疗机构“健康守门人”的作用。

► 宁波市

截至 3 月底,全市户籍居民签约人数共计 24.7 万人,户籍人口签约率为 4.3%。60 岁以上老年人、慢性病人、0~6 岁儿童、孕产妇、残疾人等五类重点人群共签约 20 万人,重点人群签约率 17.7%,其中,签约重点人群中 60 岁以上老年人 14 万、慢性病人 14.8 万人、0~6 岁儿童 1.1 万人、孕产妇 9 千人。目前江北区和海曙区户籍重点人群签约率均突破 30% 以上,率先达到 2016 年度重点人群签约率 30% 的考核工作目标。全市已有 148 家社区卫生服务中心开展签约工作,全市已有 148 家社区卫生服务中心(乡镇卫生院)全面开展签约服务工作,机构实施率达 100%。全市参与家庭医生签约工作的卫技人员共 6014 名,签约临床医生 3165 名,占目前符合签约条件临床医生数的 80.5%,全市每个家庭医生平均签约社区居民 78 人,其中慈溪市平均签约 146 人,江北区平均签约 138 人,江东区平均签约 130 人,这三个地区家庭医生平均签约量处在全市前列。家庭医生提供门诊出诊服务 2866 次 5 月 1 日实施至今,对签约居民共提供诊疗 139.78 万人次,共完成签约居民年度体检 7.03 万人,提供签约居民个人健康诊断报告 6.21 万份,提供签约居民健康管理方案 8.08 万份。家庭医生提供门诊出诊服务 2866

次,共开设家庭病床 141 张,家庭医生转诊签约居民到综合医院(专科医院)就诊共 2868 人次,家庭医生预约签约居民到综合医院(专科医院)检查共 672 人次。

完善相关制度。进一步调整完善有利于家庭医生制的运行、管理、服务、考核、分配等系列环节的制度设计,通过财政、医保、价格、薪酬等一系列政策引导,以及信息化、医联体、“双下沉、两提升”等一系列机制完善,从制度设计和能力提升上充分挖掘基层医疗卫生资源的使用效率和利用效益,保障家庭医生能积极有效地解决群众的基本医疗卫生服务需求。平均每个家庭医生签约不少于 150 个城乡居民这项工作已列入今年市政府实事项目,责任分解已落实到各县(市)、区,各地年度内重点户籍人群签约服务率要达到 30% 以上。从基层医疗机构的角度来说,平均每个家庭医生签约不少于 150 个城乡居民,保证 80% 以上的临床医生能参与家庭医生签约服务。

协同远程医疗服务试点工作。今年市卫计委研究制定了远程医疗服务建设方案和云诊室建设标准,各地基层医疗机构尤其是甲等以上乡镇卫生院(省级以上示范社区卫生服务中心)及部分乙等乡镇卫生院(含山区、海岛、偏远地区乡镇卫生院),应结合家庭医生制服务需求,以大医院与基层医疗机构纵向协作为契机,开展云诊室建设,组建“网上医联体”,实施远程医疗服务,强化家庭医生技术服务支撑。在门诊建设上,对基层医疗机构的全科门诊、中医药门诊等各类门诊全面实行星级化改造;在住院服务上,实施基层住院服务标准化建设,2016 年力争基层新增床位 300 张;在队伍建设上,实施以全科医生为重点的基层卫生队伍建设“三个 500 工程”。五年内培养基

层全科医师 500 名,委培本地生源医学毕业生 500 名,培训“一专多能型”家庭医生 500 名,全市实现每万常住人口拥有全科医生和社区护士各 5 名以上。

► 武汉市

武汉市硚口区在该市首推家庭医生网上签约服务,95 个家庭医生团队供居民选择。

每个医生团队由全科医生、公卫医生、助理护士共 3 人组成,提供疾病预防、诊疗、保健和康复服务。

据介绍,居民需先下载家庭医生电子签约的 APP,页面共有健康教育、预防接种、居民咨询、转诊与协作、签约管理、随访管理、院内公告、签约有奖等 8 个子目录。居民注册登陆后,可在硚口区 95 个家庭医生团队中签约自己心仪的家庭医生团队,还可预约新生儿预防接种时间、医生上门诊疗时间,还直接在网上与医生对话问诊。此前,家庭医生是社区卫生中心一家一户上门签约,居民仅能选择与社区对口的家庭医生,一些诊疗服务只能通过电话预约。

该区表示,今年签约户数将达 6 万户,覆盖该区 30% 的家庭。

► 哈尔滨市

近年来,香坊区委、区政府高度重视家庭医生签约服务工作,把家庭医生签约服务当做惠民工程的重点来抓,本着“抓质量、求发展;抓内涵、求创新;抓服务,求提高”的战略思想,创新思路,先行引路,在全区家庭医生服务团队中积极推行“6+3”服务模式,在家庭医生服装、出诊包、交通工具等全区统一的基础上,实现 1 个中心,1 个特色;1 个科室,1 个特点;1 名医生;1 项专长。香坊区已经建立 115 个家庭医生服务团队,形成覆盖全区

110 个社区的家庭医生服务网络。香坊区在全市率先开通了“香坊区家庭医生微服务”平台,拓展了服务思路,拓宽了服务渠道,拉近了与城乡居民沟通的距离,提高了社区居民的满意度,在家庭医生服务模式的探索上迈上了一个新的台阶。

► 山东省

山东省在“十三五规划”中提出:要进一步完善基层医疗服务模式,全面推广网络化家庭医生签约服务。在今年医药卫生体制改革重点工作任务中,提出要扩大家庭医生签约服务。制定完善签约服务和管理相关规定,建立健全全科医生制度。《山东省深化医药卫生体制改革 2016 年重点工作任务》出台,今年部分家庭将率先“尝鲜”家庭医生。济南、青岛、潍坊、东营、威海、滨州六市将开展家庭医生签约服务,到今年年底,城市家庭医生签约服务覆盖率达到 15% 以上,重点人群签约服务覆盖率达到 30% 以上。签约服务费用由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民个人

分担。

居民在签约后,将享受到家庭医生团队提供的基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务。基本医疗服务涵盖常见病、多发病的中西医诊治、合理用药、就医路径指导和转诊预约等。家庭医生签约服务原则上应当采取团队服务形式,签约周期原则上为 1 年,期满后居民可续约或选择其他家庭医生团队。

► 青岛市

青岛市鼓励基层医疗机构上门提供医疗护理服务。以加强基层医疗卫生服务机构标准化建设为契机,规范基本公共卫生服务项目,通过建立家庭病床、签约全科医生等形式,为社区及养老机构提供上门医疗护理和健康体检服务,为居家养老和行动不便人员提供个性化、人性化的医护服务。目前,青岛市已有 65 家社区卫生服务中心和 102 家镇街卫生院组建全科医生服务团队。

(整理:张于昕)

(摘编自《健康促进网》20160727)

(上接第 48 页)

【误区九】人口减少,以后找工作容易了

持这种观点的人假设当人口减少后,工作机会保持不变。事实上,工作机会来自人的需求。人口少了,需求也会减少,长期来看甚至减少得更多。这是因为人口越多,越容易聚集,社会复杂性也越高;这样求职者与工作机会更容易匹配,也更容易孕育新的工作机会。

东北近年来的人口衰减和外流生动说明,人口减少并不意味着找工作更容易。人口的老化和减少会显著影响消费、创新等,并进而衰减经济增长动力,减少就业机会。

以上这九大误区让人口成了各种问题

的替罪羊——路太堵了、医院排长队、上学挤破头、空气污染严重、公民素质低,似乎这一切都是人多造成的。把诸多问题推给人口,不仅会给人口决策带来有害的噪音,更容易因为推卸责任使得问题无法得到真正解决。

目前中国人口政策正处于历史转折点的时刻,澄清关于人口问题的诸多误区,有利于人们洗去过去几十年对人口问题的成见和落后观念,清晰认识中国人口的新常态,更有利于决策层建立科学的人口观,以智慧的政策抉择来实现中国人口的可持续发展。

(辑自《第一财经日报》)

◀ 政策之窗 ▶

《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》 解读

国家卫生计生委规划与信息司

一、大数据行动纲要

健康医疗大数据是国家基础性战略资源。健康医疗大数据应用发展将带来健康医疗模式的深刻变化。为顺应新兴信息技术发展趋势，规范和推动健康医疗大数据融合共享、开放应用，国务院办公厅发布了《关于促进和规范健康医疗大数据应用发展的指导意见》。发布前，《指导意见》历经多次修改完善，于 6 月 8 日国务院总理李克强亲自主持召开的第 136 次国务院常务会议审议通过。

二、基本原则

1. 以人为本、创新驱动。利用大数据拓展服务渠道，丰富服务内容，更好满足人民健康医疗需要。

2. 规范有序、安全可控。建立健全法规制度，增强安全技术支撑能力，保护个人隐私和信息安全。

3. 开放融合、共建共享。鼓励政府和社会力量合作，坚持示范引领，推动依法开放，释放数据红利。

三、发展目标

1. 2017 年国家 and 省级人口健康信息平台与全国药招平台互通。

2. 2020 年建成国家医疗卫生信息分级开放应用平台。

3. 实现人口、法人、空间地理等基础数据资源跨部门、跨地区共享。

4. 建成 100 个区域临床医学数据示范中心。

5. 基本实现城乡居民拥有规范化电子健康档案和功能完备的健康卡。

6. 基本建立适应国情的健康医疗大数据应用发展模式。

四、夯实健康医疗大数据应用基础

1. 加快建设统一权威、互联互通的人口健康信息平台。平台将覆盖国家、省、市、县四级，强化公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品供应、综合管理等应用信息系统数据采集、集成共享和业务协同。

2. 推动健康医疗大数据资源开放共享。建立全国健康医疗大数据资源目录体系，制定分类、分级、分域开放应用政策规范，探索推进可穿戴设备、智能健康电子产品、移动应用等数据资源规范介入平台。

五、深化健康医疗大数据应用

1. 监管。推进行业治理大数据应用。医院评价、医保支付、药品招采、三医联动。

2. 临床科研。推进临床和科研大数据应用。基因测序、精准医疗、医研协同、智慧医疗。

3. 公卫。推进公卫大数据应用。免疫规划、网络直报、风险预警、卫生保健。

4. 融合。培育大数据应用新业态。中医养生、健康管理、医养结合、健康文化。

5. 硬件。研制推广数字化智能设备。3D 打印、医用机器人、人工智能、智能穿戴。

六、规范和推动“互联网+健康医疗”服务

1. 发展智慧健康医疗便民惠民服务。互联网健康咨询、网上预约分诊、移动支付和检查检验结果查询、随访跟踪等应用。

2. 全面建成远程医疗应用体系。远程会诊、远程影像、远程病理、远程心电诊断服务，全科与专科医生的数据共享和业务协同。

3. 推动健康医疗教育培训应用。建立以国家健康医疗开放大学为基础，以中国健康医疗教育慕课联盟为支撑的教育培训云平台。

七、加强健康医疗大数据保障体系建设

1. 法规标准。建立健全疾病诊断编码、临床医学术语、药品应用编码、信息数据接口

和传输协议等标准。

2. 可信体系。强化数字身份管理，建设医学数字身份，建立留痕可溯，多方协作的管理新模式。

3. 安全保障。加快安全体系建设，建立管理责任制度，开展大数据平台及服务商的测评，健全审查制度。

4. 人才队伍。实施国家健康医疗信息化人才发展计划，推进人才共育，促进人才队伍建设。

八、组织实施

1. 统筹规划。党委政府领导、多方参与、资源共享、协同推进。

2. 重点突破。网上预约分诊、远程医疗、检查检验结果共享互认。

3. 政策扶持。财税、投资、创新等方面，推广 P P P 模式，鼓励创新多元投资。

4. 宣传普及。鼓励开发简便易行的数字医学工具，加强政策解读，提高公众健康素养。

5. 国际交流。鼓励引进、消化吸收和再创新，参与国际标准制定。

(来源：中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会网站 2016-06-24)

◀ 信息简讯 ▶

医学类深度报道纪录片《人间世》研讨会在京召开

8月21日,由上海市卫生计生委、上海广播电视台联合举办的全国首档医学类深度报道纪录片《人间世》研讨会在北京召开。

会上,中国医药卫生文化协会会长、国家卫生计生委原副主任陈啸宏,中宣部新闻局局长明立志,国家新闻出版广电总局宣传司副司长王小亮,中共上海市委副书记、市委宣传部分副部长、市委外宣办主任、上海市政府新闻办主任、市网信办主任朱咏雷作了讲话。上海市卫生和计生委主任邬惊雷、上海广播电视台台长王建军作致辞。国家卫生计生委宣传司司长毛群安、医政医管局局长张宗久等出席会议。

研讨会上,中国科学院院士、复旦大学附属中山医院心内科主任葛均波,《人民日报》上海分社副社长李泓冰,北京大学新闻与传播学院副院长、教授、博导俞虹,北京大学中文系教授、博导张颐武,中国语文出版社社长、原教育部新闻发言人王旭明,北京大学医学伦理学教授、中华医学会医学伦理学分会副主任委员丛亚丽,上海社会科学院新闻研究所所长强荧,国广市场调查公司首席研究员靳智伟等新闻界、医学界专家作了精彩发言。

复旦大学健康传播研究所副所长钱海红发布了《人间世》传播效果评估报告。

与会者一致认为,上海广播电视台与上海卫生计生委联合策划制作的《人间世》,以医院为原点,聚焦医患双方面临生死考验时的

重大选择,真实地展现了人间世态,反应了社会变革期构建和谐医患关系的艰难前行。《人间世》这部片子,直面生死、直视问题、直击人心,以“真实呈现、深度解剖、理性思考、人文关怀”的手法,全方位、立体式挖掘,呈现医务工作者对生命、健康的坚持与坚守,传递医患真情,激励向上向善,引发全社会对生命、医学和医患关系的关注,开创了医学类传播报道的新模式。

专家认为,《人间世》在深化医改、推进“健康中国”国家战略的进程中,需要不断优化舆论环境,构建和谐医患关系,其中医学界和传媒界的共同努力至关重要。医媒关系是医患关系的先导和基础,要改善医患关系,必先改善医媒关系。医患信任比黄金还要宝贵,要医患信任,首先要医媒信任。《人间世》的成功,除了记者的专业水准和出色工作外,也源自上海传媒界和医学界长期以来彼此理解、尊重、包容所换来的信任。

与会专家形成共识,从《人间世》的成功,告诉我们,宣传工作要致力于视角、手段、理念、渠道、表达等一系列创新,才能做出有深度、有高度、有温度的作品,增强作品的影响力、引导力。

国家卫生计生委国家行政学院联合举办的“构建和谐医患关系高层研讨班”的120名学员参加了研讨会。

(辑自《上海市人口计生委网站》)

◀ 资料库 ▶

中国独生子女家庭规模：2050 年将达 3 亿

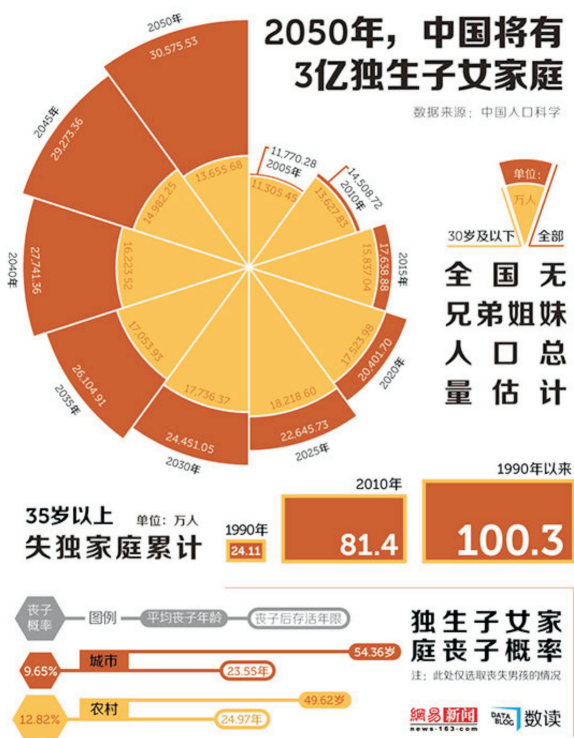
近年来，随着养老话题一再引起热议，关于中国现状下特殊的独生子女家庭模式所面临的风险，比如“失独”家庭、独生子女养老负担等现实话题也逐渐引起关注。

那么，中国目前到底有多少独生子女家庭呢？2000 年全国领取独生子女证的数量已达到 5578 万，2007 年国家人口计生委曾公布中国累计出生 9000 万独生子女，但由于出生漏报和统计口径等问题，这一数字与相关研究数据颇有差距。2013 年，中国社科院人口与劳动经济研究所人口预测专家王广州运用人口抽查数据和计算机仿真模型估计，2010 年全国独生子女的总量在 1.45 亿左右，2015 年将达到 1.76 亿。

研究认为，和一般的多子女家庭相比，这些特殊的独生子女家庭将面临更大的丧子风险性。据第五次人口普查资料推算，中国有大约 3.91% 的人活不过 18 岁，5.1% 的人活不过 30 岁。而根据国家人口计生委副司长郭震威等人的估算，在城市里，一个独生子女的父亲中年丧子的概率为 9.65%，平均丧子年龄为 54 岁，丧子之后还将存活 24 年。另外，这一丧子概率还存在城乡差距，农村地区的家庭丧子危险性比城市更高，而且丧子时的平均年龄更小，丧子后的存活年限更长。

同时，根据王广州等人的测算，自 1990~2000 年，中国累计死亡的独生子女数量超过了 100 万人，即 35 岁以上的“失独”家

庭规模达百万户，而在不幸失去唯一的孩子之后，他们中大多数都很难再生育另一个孩子了，伤痛之余，他们面临的养老问题将更现实与迫切。照现行政策下，到 2050 年中国将有累计 3 亿独生子女家庭，预计每年死亡独生子女数量在 2015 年将超过 10 万人，意味着每年新增 10 万“失独”家庭，而这一数字将在 2028 年超过 28 万人，2050 年超过 55 万人，数量规模积累越大，意味着数字背后产生的现实敏感问题将更突出。



中国人口问题九大误区：人口减少找工作就容易？

《第一财经日报》的人口大数据系列报道刊发之后，受到读者的热切关注。也收到很多读者的反馈和评论，这表明，许多人口问题的误区还普遍存在，从普通百姓到决策参与人士等社会各阶层并没有准确的认识。鉴于此，本篇基于数据和调查对这些误区做一次简要的澄清。

【误区一】中国人口太多了，因为中国人太爱生娃

相信这样的话很多人都听到过。首先看前半句，中国人口太多了吗？判断一个国家人口是否太多，不能光看数量，更要看密度。虽然中国是世界上人口最多的国家，但从人口密度来看，中国在全球 200 多个国家和地区中排在第 80 位以外；即使去掉占面积三分之一的西部山地，中国的人口密度依然小于德国、英国、意大利、日本、韩国等国。

中国人口众多的原因是中国辽阔、历史悠久、农业发达。过去 200 年间，中国占世界人口的比例从 35% 左右降到不足 19%。中国人并不比其他国家的人们更爱生娃。

目前，华人是全球生育率最低的民族。中国台湾、香港特区以及新加坡等华人地区不限制甚至鼓励生育，但总和生育率仅有 0.9 至 1.2，为世界最低水平。2000 年和 2010 年两次人口普查均显示，中国大陆的总和生育率只有 1.2 左右，仅相当于世界平均生育率的一半。

【误区二】农村人太爱生娃了

宋丹丹的春晚小品《超生游击队》把“农村人爱生娃”的成见烙在许多中国人脑海里。事实上，根据第六次人口普查，2010 年中国农村人口的总和生育率仅有 1.44，与城镇人口相比，

仅仅高 0.46。而历年来的多次生育意愿调查也表明，农村人口心目中的理想子女数仅在 1.9 左右，大大低于中国人口 2.2 的世代更替水平。

实际生育率往往低于理想孩子数。比如，日本、韩国家庭的理想子女数都超过 2，而实际生育率最近 10 年都在 1.05 到 1.45 之间。研究表明，城镇化、女性受教育年限增加、生育年龄推迟、生育政策限制等因素，共同压低了农村人口的生育意愿和总和生育率。

【误区三】就是因为人太多了，中国人均财富才这么少

曾有人评论说，如果中国只有四亿人口，会与美国一样富有。这是典型的只把人口当分母，认为分母越大成绩越小的观点。按照这种逻辑，人口只有美国九分之一的加拿大会更富裕，但实际并非如此。美国是人口最多的发达国家，也是最强大的国家。人不仅会消耗，更会创造，一生中创造的财富在整体上大于消耗。

西方国家发达不是因为人少，而是现代化提高了创造的效率。除了美、加、澳等新大陆和北欧国家，富国大都人口稠密，而非洲、南美洲、中亚等大量穷国人口相对稀少。在中国大陆，人口最稠密的长江三角洲和珠江三角也是最富裕的地区。

【误区四】性别失衡（男性多于女性）有利于提高女性地位

中国适婚人口男性大大多于女性的报道刊出后，有读者评论，这下好了，女孩子成了香饽饽了。

事实上，数千万“过剩”男性的存在对于女性并不是什么好消息。首先是女权被侵犯问题。从女胎平等的出生权被剥夺（之所以性

别会失衡,是因为女胎被选择性堕胎)到未来会出现的性暴力、性犯罪、性产业发展,对女性都会造成巨大的伤害。

一些学者认为,男女性别比例失衡,也将会给婚姻带来冲击,第三者插足、非婚生育、买卖婚姻等社会现象将会增加。一个更不稳定的婚姻不光给男性带来痛苦,孩子和女性也将是受害者。

【误区五】现在生育率低不可怕,只要政策放开,生育率就能很快提上去

持这种观点的人认为,生育率像弹簧一样,控制得严会压下去,放松政策就会弹回来。

但事实上,降低生育率相对容易,而提升已经低下来的生育率却难上加难。世界低生育率国家和地区几乎都在大力鼓励生育,但迄今没有一个成功将生育率恢复到更替水平的,虽然这些国家和地区的生育率大都远高于中国。

中国目前生育率只在 1.2~1.4,生育意愿也继续走低。生育政策放开后,堆积意愿释放会在短期增加一部分新生儿,但长期来看,除非大力鼓励生育,出生人口会进一步大幅萎缩。

【误区六】中国人均资源少,控制人口可缓解资源压力

“资源都这么紧张了,还生那么多孩子干嘛!”这种“资源决定论”者认为,中国人生孩子的数量,必须符合资源的供给才好。这是一种典型的“削足适履”。事实上,人不仅是资源的消耗者,更是资源的研究者和开发者。通过科学进步,可以极大地提高资源使用效率,甚至研究发现新的替代资源。资源应该服务于人的需要,而不是人的生产臣服于资源的限制。

生活和生产方式对资源消耗的影响远超人口政策。从 1980 至 2012 年,中国年能耗增长 400% 多。通过改变粗放生产方式、提高单位能耗,将比减少人口有更明显的效果。

【误区七】人口太多是环境污染的主要原因

“人口过多是北京空气污染严重的主要原因”,这个帖子曾引起争议。很多人认为,北京的空气污染跟车多人多有很大关系。

人的确是环境污染的一个因素,但是调整生产和生活方式对环境质量的影响,远比减少人口重要。比如,开车对环境的影响是使用公共交通的几倍到几十倍。

人口少环境未必好。根据瑞士绿十字组织在 2013 年的排名,全球污染最重的 10 个地方一半在俄罗斯、乌克兰、阿根廷、赞比亚这些地广人稀的国家,而无一在人口密度较高的中国和印度。

人虽会破坏环境,更能改善环境。从 1950 到 2000 年,大洛杉矶都市区人口从 425 万增至 1466 万,汽车数量翻了数倍,一级污染天数从 1977 年的 121 天降到 1989 年的 54 天,再降到 1999 年的 0 天。

【误区八】北上广深这么挤,就是因为中国人口太多

当大城市地铁里挤成沙丁鱼罐头时,许多人心里很容易涌上对中国人口太多的抱怨。事实上,北上广等大城市的拥挤是人口在地理上的分布不均所致。与大城市的拥挤相反,中国农村正在越来越凋敝,农村空心化越来越显著,许多农户人去房空。大量人口尤其是青壮年人口正在流向城市。

人口聚集能提高效率,城市拥挤是效率的代价,与全国人口规模关系不大,但与经济发展水平密切相关。

研究人口空间流动的专家认为,如果中国人口减少到数亿,人口分布会更不均匀,大量中小城市和城镇会衰败,年轻人更会涌向大城市。

俄罗斯是个典型的例子。过去 20 多年,俄罗斯人口衰减,很多中小城市在衰败,但莫斯科人口却增加了数百万,房价飞涨,交通拥堵位于世界最前列。

(下转第 42 页)