

2016年第4期

人口信息

POPULATION INFORMATION

《人口信息》

(双月刊)

2016年第4期

(总第207期)

2016年8月28日出版



- * 上海轨道交通通勤与人口空间分布格局研究
- * 迁移流动育龄妇女的生育水平研究
- * 常住人口高速增长态势基本结束人口与就业素质双双提升
- * 建立可持续的老年长期照护体系——需求、评估与国际经验(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4期(总第207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•

上海轨道交通通勤与人口空间分布格局研究..... 张伊娜等(1)

迁移流动育龄妇女的生育水平研究..... 梁同贵(9)

•本期关注•

建立可持续的老年长期照护体系——需求、评估与国际经验..... 本刊编辑部(13)

(主持人:丁汉升,参与讨论:杜丽侠、裴晓梅、丁汉升、谢春艳等)

•调研与分析•

常住人口高速增长态势基本结束人口与就业素质双双提升

——2015年上海市人口抽样调查系列报告之一..... 樊佳佳(31)

•全球视野•

新西兰的ACC,值得我们去了解和思考..... 徐晋勋(37)

•媒体聚焦•

83.6%受访者期待有自己的家庭医生..... 中青报(39)

中国医生在线问诊行为报告..... 医米调研(41)

•政策之窗•

《关于上海市计划生育奖励与补助若干规定》的解读..... 本刊辑(45)

•信息简讯•

上海常住人口总数2415.27万人近40年来首次减少..... 木子辑(48)

《人口与发展》

上海轨道交通通勤与人口空间分布格局研究

张伊娜 陈晓华 刘惠芬 周双海

上海市自 1993 年开通第一条地铁线路以来，已建成 14 条地铁线路、337 座车站，运营里程 548 公里，单日客流历史最高达到 1028.6 万人次。上海轨道交通已成为世界上规模最大的城市地铁系统之一，大量刷卡信息的累积也形成了一套准确、完整的轨道交通数据。运用大数据的方法对上海轨交数据进行分析，可以清晰描述特大城市人群每日出行的 OD（交通起止点）和轨迹，对于分析城市各个区域人口的行为模式，调整职、住空间布局，优化公共资源分配等有着重要意义，为评估政策实施效果、解决人口与社会经济发展中的实际问题提供了直接依据。

据 2014 年统计，上海市实有人口总量已达 2500 万的大关。这对一个国际大都市来讲是一个非常值得关注的大事，将影响到经济的长远发展与社会的和谐稳定，影响到今后 10 年、20 年及更长时间的人口发展趋势。

由于现有城市人口的研究主要侧重于“常住人口”的范畴，其统计口径均基于“常住地”，由此产生的对人口规模、人口结构及人口分布等研究均是一种“静态人口”的概念，在时间维度上主要对应于夜晚的“居住时间”。这在某种意义上是将工作日及节假日的商务区、产业区的动态人口分布变动因素排除在外。另一方面，城市人口的动态分布对于交通、公共安全等领域的管理与决策又是至关重要的。由此，提出“实时人口动态分布”的概念，将人

口分布的时间粒度精确到“小时”单位，由此分析和研究城市区域人口分布的实时变动过程，了解城市人口动态流向，掌握相关区域实时人口分布及其变动的特点，从而有助于把握人口动态分布规律，为实现城市动态人口的科学管理提供科学的决策依据。

借助的“大数据”技术，首先依托上海轨道交通的流量和流向数据，结合相关区域的人力资源数据资料和实地调查，测算部分轨交站点附近区域的实时人口分布状况。在不断积累经验、优化方法、校验数据的基础上，将研究方法推广至整个公共交通领域，覆盖上海全区域，力争建立整个上海市实时人口动态分布的全天候数据，并通过地理信息系统（GIS）进行基于地图的动态展示，为进一步进行基于实时人口动态分布的城市管理决策奠定科学的数据基础。

一、工作日早高峰人口流量达百万人，周末晚高峰相对平稳

上海轨道交通早高峰（7:00-9:00）时段，工作日进站人次（99.3 万）大约为周末进站人次（45.9 万）的 2.2 倍，工作日出站人次（84.9 万）约为周末出站人次（36.7 万）的 2.3 倍。晚高峰也呈现同样的趋势，因此轨道交通在工作日承受巨大的交通压力，与此同时，各区县、各街镇的人口分布也在短短 2 个小时的早高峰通勤后发生巨大的变动。

从早晚高峰的进出站人次来看,工作日早高峰时段,日均两个小时内上海轨道交通进站达 99.3 万人次,出站达 85.9 万人次,进站人次比出站人次多出约 13 万人次。而在工作日晚高峰时段,进站人次达 86.7 万,出站人次达 84.3 万,进站人次比出站人次仅多出 2.4 万人次。晚高峰时段无论是进、出站人次,还是进出站人次差都要小于早高峰时段,这说明晚高峰的压力相对于早高峰相对平缓。

从分时段进出站来看,工作日日均进出站人次在上午 6:00 点开始呈现急速上升趋势,日均进站人次在 8:00~9:00 达到最大值 52.28 万,此时日均出站人次也达到最大值 60.1 万,随后均呈下降趋势,并在 10:00 以后开始呈平缓趋势。到了下午 15:00~16:00 又开始上升,日均进站人次在 17:00~18:00 达到下午的最大值 46.29 万,日均出站人次在 18:00~19:00 达到下午的最大值 48.5 万。

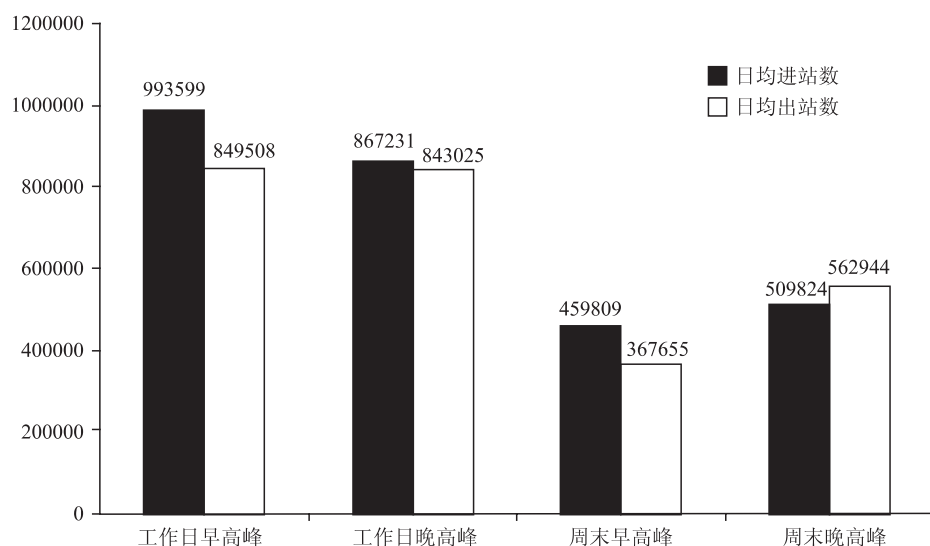


图1 2013年上海轨道交通高峰段日均进出站人次（单位：人次）

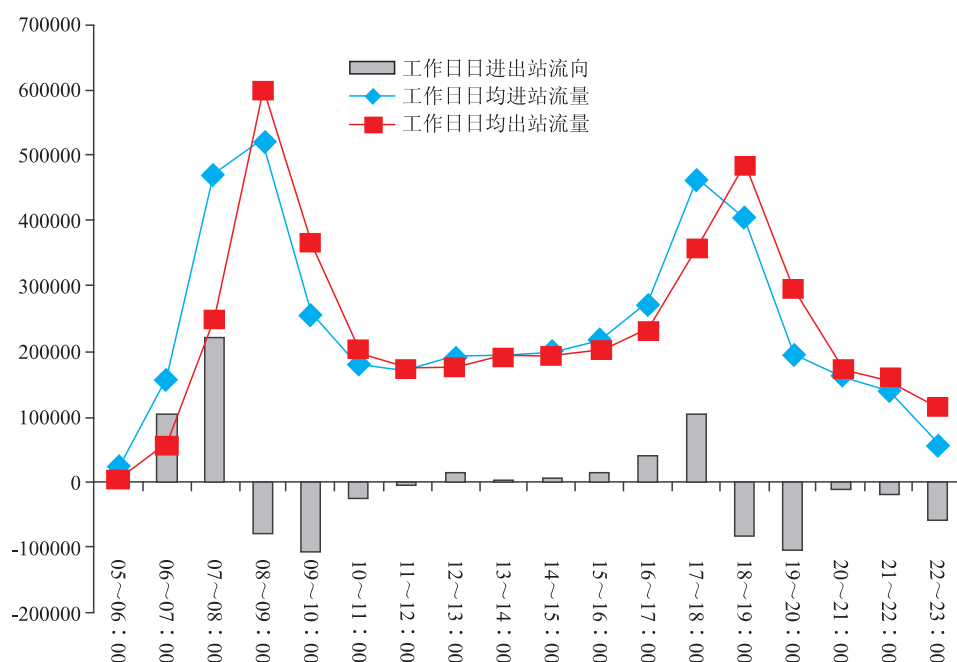


图2 工作日分时段进出站人次（单位：人次）

与工作日相比,周末进出站的变化趋势呈现出截然不同的形态,总体相对平缓。进出站人次从上午 6:00 起缓步攀升,进出站人次均在 8:00~9:00 达到顶峰为 25.5 和 24.5 万人次,仅相当于工作日同时间段的 1/2 不到。9:00 以后,维持在每个小时 20 万左右人次的水平上。中午 12:00 以后,进出站人次又略微缓慢攀升,至下午 17:00~18:00 达到周末下午出行的顶峰 28.6 和 28.9 万人次,相当于工作日同时段的 2/3。

二、轨道交通是大型居住区人口的主要交通工具,2、1、9 专线为轨道交通最繁忙线路

从早高峰进、出站点的排序,我们大体可以发现上海居住区与工作地的分布特征。7:00~9:00 的早高峰时段中,进站前 10 位的站点分别为,西南面有莘庄(2.35 万人次)、上海南站(1.81 万人次)、莲花路(1.66 万人次)和九亭站(1.57 万人次);西北面有淞虹路(1.50 万人次)、彭浦新村(1.24 万人次)、通河新村(1.21 万人次);东南面有龙阳路(1.38 万人次)、浦三

路(1.19 万人次)和广兰路(1.10 万人次),这些站点大多位于上海中心城区与近郊区的交界处,站点的位置也正是上海大型的居住区的分布区域,而这部分居民大多依靠轨道交通进入位于城市中心的工作地。

相反早高峰出站点前 10 名站点分别为,人民广场(3.11 万人次)、陆家嘴(2.61 万人次)、静安寺(2.18 万人次)、漕河泾开发区(2.03 万人次)、徐家汇(1.90 万人次)、南京东路(1.80 万人次)、张江高科(1.51 万人次)、上海火车站(1.42 万人次)、南京西路(1.36 万人次)、陕西南路(1.25 万人次)。这些站点都处于上海的核心地带,是商业的集聚区域。因此是早高峰进出最繁忙的站点,同时也清晰地刻画了上海昼夜人口分布的基本格局。

从下午 17:00~19:00 晚高峰进站前 10 位的站点来看,与早高峰的出站点极其吻合,即集中在就业岗位集聚的上海城市核心地带的办公区域。而 17:00~19:00 晚高峰的出站点则相对来说更为多元,主要有两个特点:一是早高峰进站高峰点,例如是莘庄站、莲花路站、龙阳路站、九亭站等大型居住地;二是就业岗

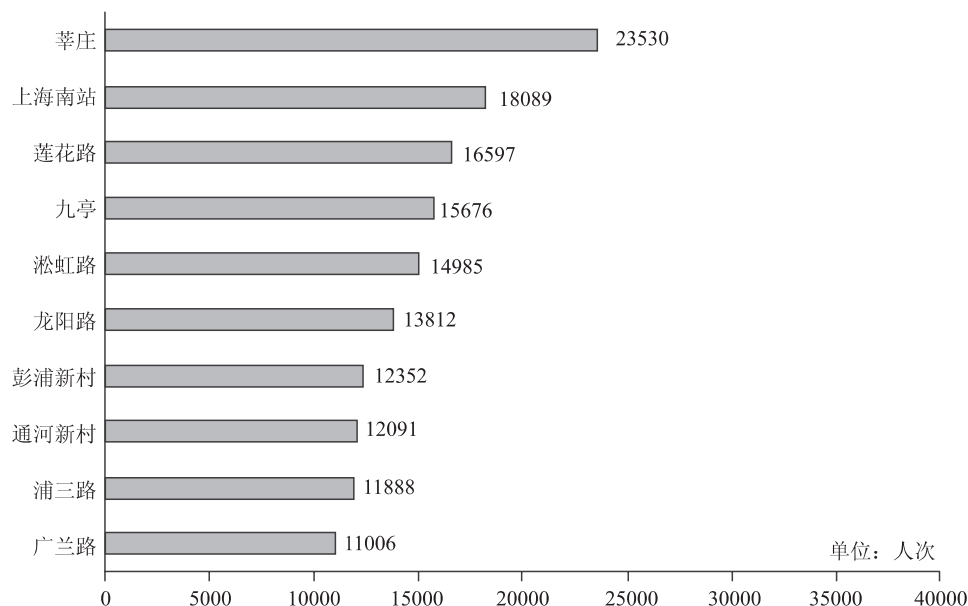


图3 工作日早高峰(7:00~9:00)进站前10名站点

位集聚的城市核心地带,如人民广场站、徐家汇站、南京西路站和南京东路站等商业区域。

在目前上海 14 条轨道交通线路中,工作日早高峰进出站日均人次前三位的轨交线路分别是 2 号线、1 号线、9 号线,进出流量分别达到 34 万人次、29.8 万人次、18.8 万人次。其中 2 号线是上海所有线路中最繁忙的轨道交通线路,工作日和周末日均进出站人次分别为 170 万

人次和 138 万人次。由于 2 号线不仅是上海东西向的大动脉,而且是连接和中转上海两大机场(浦东机场、虹桥机场),两大火车站(虹桥火车站、上海火车站),更是串连着静安寺、陆家嘴、人民广场、南京东路等多个上海大商业区的重要线路。相比之下,13 号线由于线路短小,工作日和周末进出站人次分别为 7.8 万人次和 6.6 万人次,不及 2 号线的 1/20。

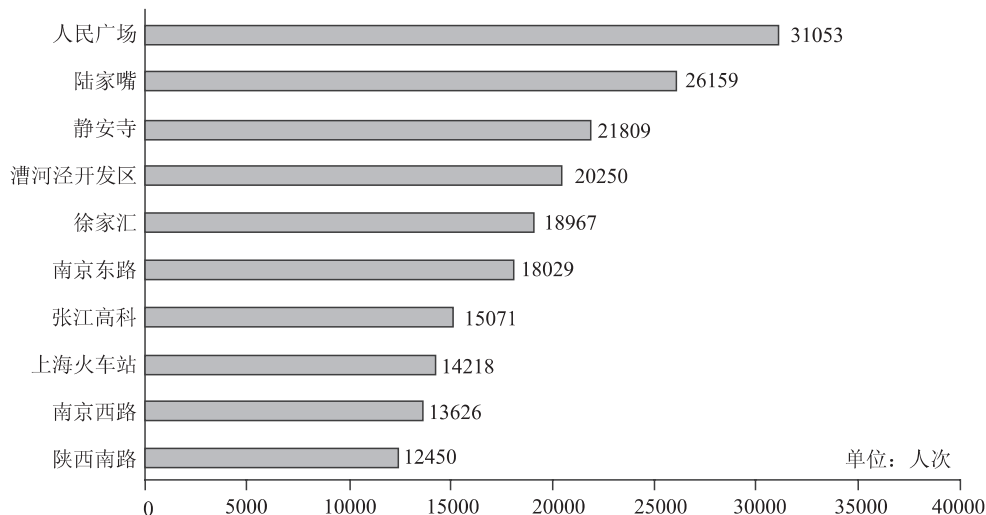


图4 工作日早高峰(7:00-9:00)出站前10名站点

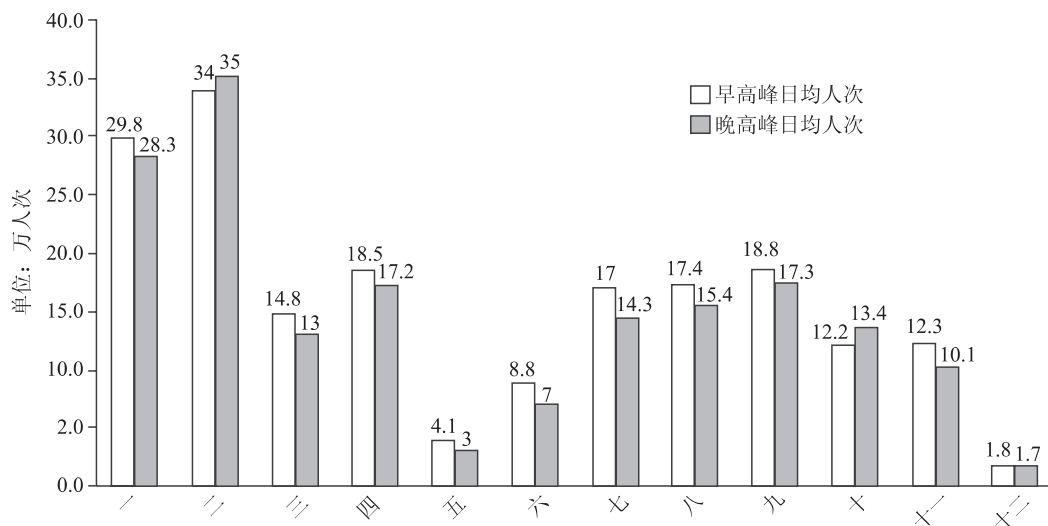


图5 各地铁线路早晚高峰流量比较

另外,人民广场站是上海轨道交通人口集散的重要枢纽站点,无论是早高峰还是晚高峰的进出站总人次,都高居榜首,2013 年工作日早高峰期间每天平均有 3.56 万人次和晚高峰 5.6

万人次进出人民广场站乘坐地铁。此外,在进出站均数前 10 名的站点中,2 号线占了 4 个站点,足见 2 号线在工作日高峰时段东西向人口流动的过程中发挥了巨大的作用。

三、上海轨道交通的可达性由中心城区逐渐外移

上海轨道交通网络的结构演化可以分为四个阶段：

第一阶段：2000年以前为单线路阶段，其特点呈现强中心发展趋势，可达性峰值集聚于中心城核心区，即黄浦、徐汇两区。南北向的可达性优于东西向。外围地区和中心区域可达性差异较大，南北向的可达性优于东西向。

第二阶段：2000–2005年间轨道交通网络结构仍呈单中心发展模式，但外围地区和中心区域的可达性差异开始缩小，由于4号线环线的形成，普陀区、虹口区、闸北区的南端与长宁区的东端可达性明显提高。

第三阶段：2006–2008年是轨道交通网络大规模扩建时期，可达性范围继续扩大。轨道交通1号线和8号线成为两条南北向的主要通达走廊。2号线成为贯通上海东西向的通达性要道，尤其是向浦东方向延展。

第四阶段：2009–2013年，轨道交通网络东西向延伸趋势明显，逐步向浦东、浦西双中心格局过渡，并在浦东地区的张江镇区域出现第二个可达性小中心，但浦西轨道交通的可达性网络仍旧具有不可比拟的优势，峰值区域集中在黄浦、徐汇、静安三区。

整体而言，截至2013年底，上海轨道交通的可达性空间格局仍呈同心圆的单中心圈层结构，虽然在2010年后，浦东新区的张江地带出现另一个峰值较高的可达性区域，但始终没有出现真正意义上的多核心的上海轨道交通网络格局。从可达性梯度数值分布来看，由中心区域向外扩展，可达性逐渐降低，但值得关注的是可达性较好的区域始终集聚于中心城区，外环线外轨道交通的网络可达性非常弱。

与此同时，上海的人口空间分布演变特征呈现出与轨道交通结构发展相同的结构特征，以单中心结构蔓延扩展式发展。但是，在居住人口不断向外延绵的同时，就业岗位依旧主要集中在城市中心城区，因此轨道交通的通勤负荷逐年递增，且通勤站点的出入流量也随着其周边的用地特征出现明显的起伏。

我们以2013年轨道交通流量数据进行分析。统计结果表明，上海各区县早高峰进站人次前三名的依次为浦东新区、徐汇区、宝山区，出站人次前三名依次为浦东新区、徐汇区和黄浦区。其中，浦东新区早高峰进站、出站人次均排名第一，进站人次23.6万，占上海总进站人次23.7%，出站人次18.5万，占上海总出站人次21.8%，这一比例与浦东新区人口占上海总人口的比例21.9%十分接近。进、出站净流向排名第二的徐汇区，进站人次11.5万，占同时段总进站人次11.6%，出站人次15.1万，占总出站人次17.9%，这一比例远高于徐汇区人口占全市总人口4.7%的比例，表明该区居民出行使用轨道交通的比率较高。

在早高峰进出站为净流入的有五个区，分别是黄浦区、徐汇区、静安区、卢湾区和长宁区。其中，黄浦区早高峰净流入5.8万人次，位列全市首位，表明该区在上海城市功能中牢牢占据了核心地位，是全市就业人口工作地的集聚区域。而早高峰净流出位居全市首位的是宝山区。宝山区早高峰进站人次10.3万，出站人次仅2.4万，进站人次高达出站人次的4倍多，净流出为7.9万人次，表明该区主要承载了城市大型居住区的功能，而商务配套则相对匮乏。

在晚高峰进出站为净流出的有六个区，分别是黄浦区、徐汇区、静安区、卢湾区、闸北区和浦东新区。其中，黄浦区晚高峰净流出

4 万人次，位列全市首位，晚高峰净流入位居全市首位的是宝山区，净流入为 4.1 万人次，与早高峰正好相反，符合居民上下班早出晚归的出行行为。

四、轨道交通发展对商务和居住区昼夜间人口分布产生的影响

将轨道交通站点与街镇叠合，计算轨道交通进出站的人次对街、镇的实时人口变动有一定的影响。对比上海市公安局实有人口统计数据，发现上午 7:00-9:00 早高峰过后，南京西路街道、虹梅路街道的流入人口占该街道实有人口的一半；徐家汇街道、南京东路街道、天目西路街道、潍坊新村街道、陆家嘴街道流入的人口也超过该街道实有人口的 25%。

与此同时，新江湾城街道、北新泾街道、漕河泾街道等人口居住集中地，早高峰后该街镇还有 30% 的人通过轨道交通离开居住地前往工作地。因此，上海昼夜间实有人口的分布存在较大差异。

基于流量加权的轨道交通网络站点的可达性分析，主要是描述各轨道交通站点客流量大小与站点在整个轨道交通体系的可达性是否匹配。在对 2013 年早高峰单位客流量所需的可达性需求进行计算排序后，发现莘庄、九亭、淞虹路、人民广场、莲花路、陆家嘴、浦三路、上海南站、漕河泾开发区、静安寺 10 个站点的可达性最需要改善。其中又可分为三类：一类是目前可达性低，但通勤需求量高的站点。以莘庄、九亭、淞虹路、莲花路等为代表，这一类站点多为居住区密集地。第二类是目前可达性高，但通勤需求量更高的站

点。以人民广场、静安寺、上海火车站、徐家汇、世纪大道等为代表，这一类站点多为就业地集聚区。第三类是目前可达性一般，通勤需求量较高的站点。以陆家嘴、上海南站、龙阳路、张江高科等为代表。因此，在这些与需求量不匹配的轨道交通站点中，通勤人流的波峰波谷现象表现的尤为明显，是安全管理的重要节点站点。

五、轨道交通发展提高了新城与中心区的通达性，促进新城建设

根据新城轨道交通的通车时间，可以以 2010 年为分界点划分为两个阶段。第一阶段，2010 年前 7 个新城中仅有松江新城实现了轨道交通的贯通。第二阶段，2010 年后嘉定新城、临港新城和金山新城的轨道交通线先后开通。因此，我们使用 2000 年、2010 年上海分街镇人口普查数据、2013 年上海公安局实有人口统计数据，分别从两个阶段分析郊区新城的人口变动状况。

第一阶段，2000-2010 年，总体而言，7 个郊区新城的人口规模都有较快的增长。其中松江新城人口规模增长最快，增长率达到 145.67%，常住人口规模从 2000 年的 25.81 万人增长到 2010 年的 63.40 万人。奉贤南桥新城增长率达到 109.17%，常住人口从 2000 年的 17.27 万人增长到 2010 年的 36.12 万人。至 2010 年，7 个新城共集聚了 101.9 万外来人口，比 2000 年翻了两番。松江新城、奉贤南桥新城和崇明城桥新城的外来人口增长幅度最大，增长率均超过 400%。其中松江新城在 7 个新城中发展最为突出，无论是户籍人口的增长还是外来人口的增长都在 7 个新城中

¹ 这里采取基于流量的节点加权邻近性计算。加入交通需求的考虑，可以选取轨道交通各站点的高峰小时客流量和日均客流量作为需求权重，节点加权邻近性表示为：

² 至嘉定新城的 11 号线于 2009 年 12 月 31 日通车，因此未考虑其影响。

排列首位,一方面由于松江新城的大学城的产业吸引,同时也是轨道交通的建设带来与城市中心区通达性的提高促进其发展的重要因素。

表 7 上海 7 个郊区新城轨道交通通车情况

郊区新城	距人民广场 直线距离(km)	2000-2013年间 是否通轨道交通	站点
嘉定新城	25.30	2009/12/31,11号线	马陆、嘉定新城、上海赛车场、白银路、嘉定西、嘉定北
松江新城	32.19	2007/12,9号线	松江大学城、松江新城、松江体育中心、醉白池、松江南站
青浦新城	35.79	无	
临港新城	50.91	2013/12/29,16号线	书院、临港大道、滴水湖
奉贤南桥新城	32.61	无	
金山新城	55.40	铁路金山支线改造 2012/9/28,22号线	金山卫站
崇明城桥新城	45.54	无	

第二阶段,2010-2013年,三年间,临港新城和松江新城常住人口有了较大的增长,金山新城和嘉定新城常住人口也实现了增长,但青浦新城、南桥新城和城桥新城常住人口都有所下降。在这个阶段,轨道交通对新城的可达性的优势逐渐显现,但新城产业结构与社会经济发展水平仍然是决定人口总量发展与轨道交通流量的重要因素。

7个新城内,目前运行的比较成熟的主要是通达松江新城的9号线和通达嘉定新城的11号线。2008年松江新城内共有2个轨道交通站点,分别是松江大学城和松江新城。随着9号线的延伸,2013年松江新城内扩展至5个站点,松江大学城、松江新城、松江体育中心、醉白池、松江南站。从2008年4月21日和2013年(每月第三周)两个年份的工作日轨道交通站点进出流量数据来看,松江大学城内的轨道交通进出流量有很大的增幅。2008年工作日7:00-9:00早高峰进出站的人数为2937人次,2013年工作日(日均)7:00-9:00早高峰进出站的人数达到18871人次,是2008年

的6.4倍。同样从工作日日均进出站的人数的对比中,2008年松江新城内2个站点的日均进出站的人数仅为2万人次,2013年新城内5个站点的日均进出站总数超过9万人次,增长了4.5倍。

嘉定新城内有6个站点,分别为马陆、嘉定新城、上海赛车场、白银路、嘉定西、嘉定北。2013年工作日(日均)进出站的人数为8.2万人次,在7:00-9:00的早高峰时段中,日均进站人数为1万人,出站人数为0.65万人,平均进站人数为出站人数的1.5倍。17:00-19:00晚高峰的进站达到0.56万人次,出站高峰则集中在18:00-20:00。

对比发现,2013年松江新城实有人口规模为73.67万人,工作日日均进出站的人数为9.13万人次,工作日(日均)进出站人数仅占实有人口比重的12.4%,也就是说松江新城对轨道交通的利用率还处于非常低的水平。嘉定新城实有人口总数为37.29万人,工作日日均进出站人数为8.22万人次,工作日(日均)进出站的人数占实有人口比重的22.05%,高

³ 松江新城至松江南站段于2012年12月30日开通试运营。

于松江新城 10 个百分点。但相比日本东京新城日均进出站的人数占居住人口 150% 的比重,还是低了很多。

从轨道交通流量特征来看,嘉定新城与松江新城基本一致,早高峰进站明显高于出站人数,晚高峰出站明显高于进站人数,因此,这两个新城都是典型的以居住功能为主的新城,产业发展与就业岗位的培育还有待增强。

六、上海轨道交通发展的特点及发展建议

1. 根据交通调查,在上海实有人口的交通出行方式中,轨道交通出行人数占 30%,仅从轨道交通的早高峰与晚高峰分析,发现昼夜人口分布有较大的空间变动,早高峰期间,大量人口从居住地向工作地移动。工作地依旧集聚在上海中心城核心区,但人口的居住集中地正在慢慢郊迁,居住地与工作地的分离,带来了大量的通勤人流。因此早高峰时段,宝山区、闵行区、浦东新区、松江区等出现大量的净流出,而晚高峰又出现大量的净流入。

2. 从街镇来看,以商务区集中的街镇和以居住区集中的街镇昼夜人口变动极大,不少街镇出现 50% 及以上的替代人口,若以工作年龄段实有人口统计,替代率会更高,对实时人口的管理提出了新的挑战。可见,轨道交通的布局是影响上海城市空间布局扩展的重要因素。因此合理的城市空间布局依赖轨道交通站点的合理布局。在上海轨道交通发展的 10 多年中,虽已有从单线路向网络化方向发展的趋势,但是从轨道交通系统的集核来看,还没有完全从单极化走向多极化,轨道交通的建设还是集聚于城市核心区,向整个大都市圈的扩展度还不够。

3. 根据各站点进出流量的考察,轨道交通站点的可达性与乘车需求性的高度匹配,也就是说轨道交通线与站点的布局能影响到人们的空间选择。轨道交通的演变、发展与城市空间结构的演变发展存在很强的互动关系。

4. 上海轨道交通对郊区新城发展的作用并不充分。目前上海的郊区新城既没有实现居住人口与就业岗位平衡,也没有很好地利用快速交通解决新城人口居住地与工作地的通勤问题,也由此难以吸引更多的中心城区人口向新城转移。这也是新城战略出台 10 多年后,上海城市空间结构依旧呈现摊大饼式蔓延发展,新城当前实有人口与新城规划的设想人口始终存在很大缺口的一个重要原因。也就是说上海以新城疏散中心城区人口的空间结构优化策略并没有得到很好的落地,而其中,交通发展滞后是一个非常重要的因素。

5. 从国际新城发展经验来看,新城发展需要轨道交通的支持。因此新城的土地开发需要同步配套轨道交通的建设。连接新城和中心区的便利交通优势才能很大程度地增加新城的吸引力,同时也有利于新城土地的开发效率,形成良性互动。轨道交通对城市空间布局具有强有力的“骨架”引导作用,直接影响人口空间分布的总体格局。因此改变上海蔓延式的人口空间分布,首先需要从宏观层面布局轨道交通基础设施建设时序。“十三五”期间,轨道交通的投入应该是“轻”中心城区,“重”新城,着力组织新城与中心城区之间,新城与新城之间的轨道交通网络布局,从而真正使上海郊区新城发展成为有凝聚力和吸引力的、综合的、功能全面的新城区,真正实现上海中心城区的“反磁力中心”。

(作者单位:复旦大学社会科学数据研究中心)

迁移流动育龄妇女的生育水平研究

梁同贵

一、研究介绍

2011 年《人口与发展》杂志第 3 期发表了石人炳教授《迁移流动人口生育特点及相关理论》一文,在这篇文章中,石人炳教授对中外已有的关于迁移流动人口生育特点的研究进行了归纳与总结,认为我国的研究目前仍存在一些不足,一方面表现为虽然“国内研究人口迁移流动对生育水平的影响有不同结论,对此尚无令人信服的解释”;另一方面表现为“中国‘流动人口生育水平更低’的结论有待进一步检验,其一是因为大多数研究没有将流动人口与迁移人口区别考虑;其二国内研究者们要么将迁(流)入人口的生育率与全国平均生育率相比,要么将迁(流)入人口的生育率与目的地妇女生育率相比,始终未将迁移流动人口的生育率与原居住地或迁(流)入地这样的参照地之间进行比较;其三国内的相关研究没有深入分析流动对妇女生育水平影响的不同方面的作用程度,进而不能区分这种影响究竟是进度效应还是水平效应,抑或二者兼而有之”

本文在思考了石人炳教授提出的一系列问题的基础上,改进了以往的研究方法,试图去求证我国迁移流动人口的一个真实生育水平,并进一步考察了迁移流动对育龄妇女生育水平的净影响,从而将迁移流动对我国人口生育水平影响的研究向前推进一步。

二、理论基础

国外在研究迁移流动对生育率影响时主要从四个理论去解释。一是中断与追赶理论(Disruption and Catch-up theory),中断理论认为迁移人口在陌生的地方重新开始新生活使他们常常处于一种紧张、疲劳和不安定的状态,因此生理和心理的双重负担使他们无暇顾及或者不愿意在此阶段生孩子,从而干扰了妇女的生育行为。这个理论背后的思想是说当育龄妇女在经历迁移过程中的困难时,她们生育第一孩次的年龄将会被推迟。由于迁移流动人口原迁出地的生育率较高,他们的生育意愿同样保持在较高的水平,经过一段时间的调整后他们适应了迁入地的生活,生育孩子变得容易,可能会对中断引起生育率下降有一个补偿的行为,或者“追赶行为”(catching up behavior),生育率相应地也会提高;二是选择理论(Selection theory),选择理论认为从农村向城镇迁移流动的人口都是那些有着向上流动的欲望与动力的人口,这部分人口在开始长时间的迁移之前,她们就模拟着迁入地育龄妇女的生育行为进行生育。这种选择可能会被一些看得到的特征所影响,如受教育程度,也可能是一些看不到的特征,如社会迁移的欲望;三是融合理论(Assimilation theory),融合理论认为仅具有基本的社会经济基础的城

镇迁入者需要通过获取城镇居住者的角色特征来适应城镇的生活,角色的转变增加了他们生育孩子的机会成本,他们逐渐开始变得像迁入地的居民那样少生育;四是社会化理论(Socialization theory),这个理论强调迁移者的社会化角色扮演,强调的是个人在孩提时代形成的价值观、行为规范将会在整个人生过程中起到支配作用,迁入者在迁入地也将保持着他们原住地的生育水平,即便这一水平与迁入地有着很大的差异。

三、数据与研究方法

本文研究采用 2000 年全国人口普查 0.95% 的原始抽样数据,为了控制婚姻因素对生育的影响,我们选取 15~49 岁育龄妇女中已婚且为初婚同时婚龄在 28 年以内的人群作为研究对象。因为乡村本地育龄妇女的平均初婚年龄为 21.5 岁,在所有迁移流动类型育龄妇女中初婚年龄最小,如果加上 28 年婚龄,则为 49.5 岁,也就是度过了 49 岁的育龄期,因此考察育龄妇女 28 年婚龄期内的生育已经完全能说明育龄妇女的终身生育水平。本文按照国际上的区分方法,将研究对象分为乡村-城镇迁移流动、乡村-乡村迁移流动、城镇-乡村迁移流动、城镇-城镇迁移流动、城镇本地与乡村本地人口六种类别。在研究方法上,本文通过分婚龄的孩次递进比去求证各类迁移流动育龄妇女的终身生育水平。在分婚龄孩次递进比研究的基础上,采用泊松回归模型研究迁移流动对生育水平的净影响。

四、结果分析

1. 乡村-城镇迁移流动育龄妇女的一孩生育分散,终身生育水平降低

根据我们构筑的分婚龄的孩次递进比结构表,假设各分迁移流动类型的育龄妇女中分别有 1000 名育龄妇女进入初婚的行列,在 28 年婚龄结束后,乡村-城镇的迁移流动育龄妇女将有 964.715 人生育一孩;乡村-乡村的迁移流动育龄妇女 985.113 人生育一孩;城镇-城镇迁移流动的育龄妇女 916.577 生育一孩;城镇本地有 967.167 人一孩;乡村本地育龄妇女 990.118 人生育一孩。乡村-城镇迁移流动育龄妇女 28 年的婚龄期内生育一孩的人数仍少于乡村本地育龄妇女与城镇本地育龄妇女,城镇-城镇迁移流动育龄妇女一孩的终身生育水平最低。28 年婚龄期内没有生育一孩的育龄妇女或许是因为不孕所导致。假如各迁移流动类型的育龄妇女的不孕症患病率相同,那么各类型育龄妇女一孩终身生育水平的差异或许是因为丁克家庭的发展程度不同造成的。随着社会的发展和价值观念的变迁,丁克家庭开始在中国的大、中城市出现,并呈逐年上升的趋势,丁克家庭在中国的产生主要是由于生养孩子的成本太高、婚育观念的变迁、传统家庭生育动机的转变、外来文化的影响、社会保障制度的完善等原因造成的。

分婚龄看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女婚龄 1 年内生育一孩为 113.924 人,乡村本地为 224.548 人,乡村-城镇迁移流动育龄妇女在初婚后 1 年内选择生育一孩的人数少于乡村本地育龄妇女,同时也少于城镇本地育龄妇女;婚龄 1~2 年的一孩生育同样是乡村-城镇迁移流动育龄妇女较少;婚龄 2~3 年,乡村-城镇育龄妇女生育一孩人数多于乡村本地但少于城镇本地;婚龄 3 年以后,乡村-城镇迁移流动育龄妇女生育一孩人数均多于乡村本地与城镇本地,这说明乡村-城镇迁移

流动育龄妇女初婚到初育的生育间隔要大于乡村本地育龄妇女,也就是乡村到城镇迁移流动育龄妇女的初育年龄将会被推迟。从一孩生育高峰期看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女与城镇本地、乡村本地同时出现在婚龄 1-2 年,但乡村本地的最为集中,为 516.968 人,占比一半以上,城镇本地的为 478.408 人,乡村-城镇迁移流动育龄妇女的为 408.412 人。乡村-城镇迁移流动育龄妇女一孩的生育相对分散。而从一孩的平均生育年龄看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女的为 25 岁,城镇本地为 25.23 岁,乡村本地为 24.05 岁,乡村-城镇迁移流动育龄妇女高出乡村本地近 1 岁。由此我们证明了我 国乡村-城镇迁移流动育龄妇女的生育将受中断理论的作用。城镇-城镇迁移流动与乡村-乡村迁移流动育龄妇女的一孩生育同样受到中断理论的作用,但后者所受作用不是太明显。这或许可以从迁移流动原因做进一步的解释,乡村-城镇迁移流动的育龄妇女最初来城镇的原因主要是务工经商,所占比例为 61.2%;城镇-城镇迁移流动主要也是因为务工经商,所占比例为 31.6%;乡村-乡村迁移流动主要是因为务工经商与婚姻迁入,所占比例分别为 38.1% 与 38.0%。因务工经商所造成的迁移流动相比较于因婚姻迁入所造成的迁移流动要承受更大的身心压力。

从二孩递进比在各婚龄期内的分布看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女的二孩生育人数在各婚龄上基本上均高于城镇本地但少于乡村本地。从二孩的终身生育水平看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女将生育 145.502 人,城镇本地生育 101.501 人,乡村本地生育 291.866 人,生育最少的为城镇-城镇迁移育龄妇女,仅有 43.621 个。从二孩的平均生育年龄看,乡村-

城镇迁移流动育龄妇女为 28.86 岁,城镇本地为 29.79 岁,乡村本地为 28.53 岁,乡村-城镇迁移流动育龄妇女的二孩生育年龄大于乡村本地却小于城镇本地。从三孩及以上孩递进比在各婚龄期内的分布看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女的三孩及以上生育人数在各婚龄上基本均少于乡村本地但又高于城镇本地。

从分迁移流动类型的育龄妇女终身生育水平看,乡村-城镇迁移流动育龄妇女平均每人生育 1.115 个孩子,乡村-乡村迁移流动育龄妇女平均每人生育 1.246 个,城镇-乡村迁移流动平均每人生育 1.115 个,城镇-城镇迁移流动平均每人生育 0.961 个,城镇本地平均每人生育 1.072 个,乡村本地平均每人生育 1.296 个。乡村-城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平高于城镇本地,但低于乡村本地。按照乡村-城镇迁移流动的口径划分,我们证明了社会化理论并不支持我们迁移流动育龄妇女的生育情况,但究竟是选择理论还是融合理论导致乡村-城镇育龄妇女生育水平的降低有待于我们进一步检验。

2. 迁移流动对生育水平的净影响同样显示乡村-城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平降低

在这一部分的分析过程中,我们用累计生育子女数为因变量,以各社会人口变量为自变量进行泊松回归 (Poisson Regression) 分析,即在控制其它的社会人口变量的作用下去研究各迁移流动类型对生育水平的净影响。模型一选择婚龄在 27~28 年之间的育龄妇女作为样本。回归结果显示,人口的迁移流动对生育率的净影响作用并没有通过显著性检验,统计学意义并不显著,我们只能发现城镇本地的育龄妇女终身生育水平低于乡村本地,其回

归系数 -0.087 ，且通过了显著性检验。受教育程度对终身生育水平的影响并不具有统计学上的显著性意义，但从回归系数上看，受教育程度越低终身生育水平越高；农业户口性质的迁移流动育龄妇女的终身生育水平高于非农业户口，回归系数为 0.123 ，具有统计学上的显著性意义；汉族育龄妇女的终身生育水平低于少数民族，回归系数为 -0.230 ，具有统计学上的显著性意义。在逐渐将婚龄涵盖的年限延长后，我们发现迁移流动对育龄妇女终身生育水平的影响具有了统计学上的显著性意义。在模型五中，我们将婚龄延长至 $23\sim 28$ 岁，相应的样本量也放大。我们发现乡村 - 城镇的迁移流动育龄妇女的终身生育水平低于乡村本地，回归系数为 -0.064 ，同时又高于城镇本地，因为城镇本地与乡村本地的回归系数为 -0.104 ；城镇 - 城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平最低，回归系数为 -0.137 ；乡村 - 乡村迁移流动的育龄妇女终身生育水平初育次低位，回归系数为 -0.120 ，仅高于城镇 - 城镇迁移流动，这与我们通过分婚龄孩次递进表计算出来的乡村 - 乡村迁移流动育龄妇女终身生育水平处于次高位，仅低于乡村本地是不一致的。究其原因本文尚不能给出合理的解释，需要我们在后续研究中进一步求证。但通过控制住年龄、受教育程度这些选择理论中采用的特质，我们的研究仍然发现乡村 - 城镇迁移流动

育龄妇女的生育水平低于乡村本地，高于并趋向于城镇本地，融合理论可以用来解释我国乡村 - 城镇迁移流动育龄妇女的生育水平降低的原因。

三、结论

本文针对石人炳教授提出的我国迁移流动人口生育水平研究中的问题，利用 2000 年人口普查 0.95% 的抽样数据，改进了以往迁移流动人口的分类，将迁移流动育龄妇女分为乡村 - 城镇迁移流动，乡村 - 乡村迁移流动，城镇 - 乡村迁移流动与城镇 - 城镇迁移流动四类，并通过构建分婚龄孩次递进比结构表建立了一个时序数据，在研究方法上避开了总和生育率在研究迁移流动人口生育水平上的弊端，通过分婚龄孩次递进表的研究方法对各类型迁移流动育龄妇女的终身生育孩子数进行了推算，研究结果显示乡村 - 城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平确实低于乡村本地人口，乡村 - 城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平高于城镇本地，城镇 - 城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平最低。中断理论与融合理论在解释我国乡村 - 城镇迁移流动育龄妇女的生育水平上适用。在控制受教育程度、户口性质、民族等因素的泊松回归结果显示，乡村 - 城镇迁移流动育龄妇女的终身生育水平仍低于乡村本地高于城镇本地。

（作者单位：复旦大学人口研究所博士研究生）

◀ 本期关注 ▶

建立可持续的老年长期照护体系—需求、评估与国际经验

《人口信息》编辑部

特邀主持人：丁汉升 上海市卫生发展研究中心研究员

主持人语

老年长期照护是指老年人由于其生理、心理受损生活不能自理，因而在一个相对较长的时期，甚至在生命存续期内都需要他人给予各种帮助的总称。长期照护需要向被照护者提供一系列长期性的健康服务，包括医疗护理和生活帮助。

当前，我国已进入快速老龄化阶段。而上海的老龄化形势更加严峻。据统计，截至2015年底，上海60岁及以上老年人口435.95万人，占总人口的30.2%；65岁及以上老年人口283.38万人，占总人口的19.6%；80岁及以上高龄老年人口78.05万人，占总人口的5.4%。提示上海老年人口持续快速增加，老龄化程度进一步提升。与此同时，随着社会发展水平、医疗技术水平不断提高，上海人口平均寿命不断延长，从中远期变动看，人口高龄化还将不断加深。加上未来一段时期，上海步入老年阶段的人群中80%以上是独生子女父母，预示“纯老家庭”、“独居老年人”现象也将愈加明显。老年人口的增加，老年人

家庭结构的变化，给上海老年服务的提供带来了严峻的挑战。

根据上海老龄科研中心预测，上海人口老龄化在“十三五”期间将进一步深化。到2018年，上海户籍60岁及以上老年人口总数突破500万，2020年总数将超过540万人，且随着时间推移规模将持续扩大。虽然近年来，上海市政府一直都将养老服务体系构建列为重要工作之一进行推进，也取得了不小的效果。但面对严峻形势，未来上海老年人长期照护的需求将会越来越大。

本期论坛将围绕构建可持续的老年长期照护体系这一议题展开，从了解上海老年照护服务需求入手，到将民政、医保和卫生计生部门的三套评估标准进行整合，制定统一的老年照护评估体系，再到借鉴国际经验，较为全面地讨论了老年人长期照护体系—需求、评估与实践等内容，希望藉此为最终建立一个公平有效的可持续发展的长期照护保险一样的一个社会工程提供可借鉴的经验和政策依据。

从日常生活活动能力视角 看上海市老年照护需求

杜丽侠¹ 杨逸彤² 王常颖¹ 陈 多¹ 谢春艳¹ 冯泽昀¹ 信虹云¹ 杨晓娟¹ 丁汉升¹

1.上海市医学科学技术情报研究所(上海市卫生发展研究中心)卫生政策研究部

2.上海财经大学统计与管理学院

随着人口老龄化的发展,由此带来的老年照护需求日益增大。上海是我国最早出现人口老龄化的城市,也是我国老龄化程度最高的特大城市,面临的老年照护需求更大。截至 2014 年 12 月 31 日,上海市户籍人口 1438.69 万人,60 岁及以上老年人口 413.98 万人,占总人口的 28.8%;65 岁及以上老年人口 270.06 万人,占总人口的 18.8%^[1]。为了解上海市老年照护服务需求,本研究从日常生活活动能力的视角分析样本人群的老年照护需求,进而推算到全市,为应对上海市老龄化问题提供参考依据。

一、研究方法

1. 调查对象

本研究的调查对象为 2014 年上海市静安区某街道 60 岁以上的老年人,抽样方式为居委会整群抽样,共获得有效样本量为 8218 人。

2. 调查工具

本研究采用的调查工具为《上海市老年照护服务需求评估调查表》,该调查表主要依据国际上 ADL 调查表^[2]、IADL 调查表^[3]及 InterRAI 长期照护评估系统^[4]的内容进行设

计,主要包括被调查者功能状况(日常生活能力)、躯体健康、精神健康及社会资源及经济状况等方面的信息,并对这些信息综合评分,从而了解本市老年人的身体健康状况及护理需求情况。本文主要选取调查表中日常生活活动能力相关参数和影响因素进行分析。

3. 质量控制

研究对调查员进行专业培训,并采用二级质控的方式控制调查质量。一级质控是由调查员自查,主要检查问卷的缺项漏项、简单的逻辑问题等情况;二级质控分别由机构或街道或专业质控负责人进行二次质控,并将不合格的问卷退回请调查员复查或者补充相关信息。

4. 数据分析方法

调查数据由专业数据录入公司使用 EPIDATA 软件进行录入,数据录入的误差率控制在万分之一以内,之后对数据进一步核对筛查,更正和去除异常值。运用 SAS 进行数据整理和初步统计分析,采用卡方检验、logistic 回归等统计学方法进行初步数据分析,并使用 Microsoft Excel 2010 进行数据的进一步整理和分析。

二、研究结果

1. 被调查老年人的基本情况

2014 年江宁街道共计 60 岁以上老年人 8218 人,其中男性占 47.1%,女性占 52.9%。具体的年龄性别分布为葫芦形(见图 1),具体数量和比例见表 1。

样本人群中,独居者为 843 人,占有有效样本人群的 10.28%,仅仅和配偶或伴侣居住的占

¹基金项目:国家自然科学基金项目(71073104);上海市公共卫生三年行动计划基金项目。

作者简介:杜丽侠,女(1985年—),研究生学历,硕士学位,研究实习员,主要研究方向为老年护理、卫生经济、卫生政策。E-mail: dlx203@163.com

通讯作者:丁汉升, E-mail: dinghansheng@hotmail.com

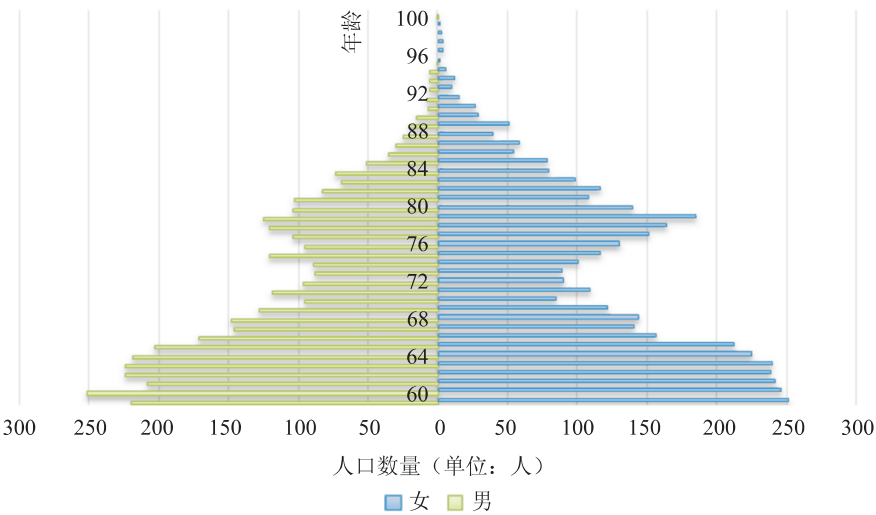


图 1 样本人群的年龄性别分布

表 1 样本人群基本情况

项目	数量（人）	占比*（%）	项目	数量（人）	占比*（%）
年龄#			3家属人数		
60~	2347	28.56	父母兄弟姐妹>=1	5629	8.50
65~	1768	21.51	子女>=1	7722	93.84
70~	1022	12.44	孙辈>=1	5917	72.00
75~	1195	14.54	是否有慢病		
80~	1132	13.77	无	3299	40.14
85~	526	6.40	有	4919	59.86
90~	188	2.29	体质指数（BMI）		
95~	40	0.49	过轻(<18.5)	355	4.37
性别			正常(18.5~)	6112	75.22
男	3869	47.08	过重(25~)	1356	16.69
女	4349	52.92	肥胖(28~)	302	3.72
居住情况			是否有照护人		
独居	843	10.28	无	858	10.58
仅仅配偶或者伴侣	4103	50.05	有	7249	89.42
配偶伴侣或其他人	1398	17.05	照护人是谁		
子女	1676	20.44	配偶或伴侣	4569	60.30
其他亲属	131	1.60	子女或配偶子女	2598	34.29
其他非亲属	47	0.57	其他亲属	216	2.85
			其他非亲属	194	2.56

注：*此处百分比是去掉缺失值后计算所得。#年龄段是包括下限，不含上限，以下同。

50.05%；在家属人员情况中，93.84%的老年人至少有1个子女，父母兄弟姐妹中尚有人在为68.5%；患有慢病的老年人占比为59.86%；体质指数（BMI）分布中，有75.22%的人群属于正常范围，仍有20.41%的人群处于超重或肥胖状态。近九成的老年人有人照护，其中近六成为配偶或伴侣，其次是子女。

2. 不同年龄段老年人的日常生活活动能力

状况

本研究采用日常生活能力^[1](Activity of Daily Living, ADL)来推测上海市老年人的老年照护的需求,具体分值采用巴氏日常生活能力指数(Barthel Index of Activities of Daily Living)表示^[5]。巴氏指数的包括评价老年人小便失禁、大便失禁、洗漱、使用厕所、饮食、

移乘、身体移动、穿脱衣服、使用楼梯、洗浴等 10 个方面,每个项目根据是否需要帮助及其帮助程度分为 0、5、10、15 分 4 个功能等级,总分为 100 分,得分越高其自理能力越强,依赖性越小。60 分以上者生活基本自理,41~60 分者生活需要帮助,21~40 分者生活需要很大帮助,20 分及以下者生活完全需要帮助。

表 2 不同年龄组人群的日常生活活动能力情况及分布

年龄组	样本人数 (人)	均数±标准差 mean±sd	不同ADL得分占年龄组总人数的比例(%)				
			<20	20~40	40~60	60~100	100
60~	2347	98.75±6.55	0.21	0.17	0.30	7.29	92.03
65~	1768	98.38±8.09	0.34	0.40	0.23	8.99	90.05
70~	1132	91.54±18.84	0.68	0.59	0.88	9.20	88.65
75~	1195	96.38±11.74	0.25	1.34	1.59	15.31	81.51
80~	1022	97.57±10.42	1.41	3.53	4.24	22.79	68.02
85~	188	70.54±30.88	3.99	7.60	10.27	32.70	45.44
90~	526	82.07±26.17	10.64	8.51	15.96	39.36	25.53
95~	40	53.96±34.59	17.50	25.00	20.00	20.00	17.50
总计	8218	95.26±14.88	1.03	1.69	2.18	13.62	81.48

注:此处ADL分组是包括下限,不含上限,以下同。

以 5 岁为年龄组分段分析后发现,老年人的日常生活活动能力等级的分布和年龄有很大的关系,与用卡方检验结果相同($p<0.001$)。对样本人群的 ADL 进行分层分析发现,随着年龄的增加,ADL 的均值不断下降,需要依赖程度不断增高,其中 75 岁组需要照护的比例约为 3% 左右,80 岁组约为 10%。见表 2。

3. 日常生活活动能力的影响因素

使用多因素 logistic 回归分析日常生活活动能力的影响因素。由于分析引入模型的变量都为离散变量,故主要考虑卡方检验验证各因素之间的独立性,但年龄本身是连续变量,故可以进行 Wilcoxon 秩和检验或 Kruskal-Wallis 检验对影响因素之间进行独立性分析,结果显示

各因素的相关性的 p 值均小于 0.01,因此我们认为各因素之间没有关联。首先进行单因素的 logistic 回归,去除不显著的变量,然后再进行 stepwise 回归,找到其中显著的变量,再进行多因素 logistic 回归,结果见表 3。

在 $\alpha=0.05$ 的检验水平下,年龄的增长是日常生活活动能力的危险因素,其影响在 75 岁以上年龄组表现较为明显,这与图 2 显示的结果类似。与独居相比,与其他人居住对其日常生活活动能力的影响是危险因素。其他危险因素分别为患有慢病以及其他非亲属的照护人;而有照护人相对于没有照护人,则是一个保护性因素。

表 3 日常生活活动能力的影响因素分析

项目	多因素logistic回归			
	β	p	OR	95%置信区间
年龄#				
65~	0.1546	0.1803	1.167	(0.93,1.46)
70~	0.2770	0.0339	1.319	(1.02,1.70)
75~	0.8149	<.0001	2.259	(1.81,2.82)
80~	1.5255	<.0001	4.598	(3.73,5.67)
85~	2.3085	<.0001	10.059	(7.89,12.82)
90~	3.1331	<.0001	22.944	(16.59,31.74)
95~	4.0016	<.0001	54.687	(30.22,98.96)
居住情况				
仅仅配偶或者伴侣	0.5750	0.0004	1.777	(1.29,42.44)
配偶伴侣或其他人	0.5433	0.0006	1.722	(1.26,2.35)
子女	0.8077	<.0001	2.243	(1.68,2.99)
其他亲属	0.7347	0.0369	2.085	(1.05,4.16)
其他非亲属	1.9024	<.0001	6.702	(3.49,12.87)
是否有慢病=“有”	0.4601	<.0001	1.584	(1.38,1.82)
是否有照护人=“有”	-0.5244	0.0007	0.592	(0.44,0.80)
照护人是谁				
子女或配偶子女	0.1789	0.0972	1.196	(0.97,1.48)
其他亲属	0.2816	0.3415	1.325	(0.74,2.37)
其他非亲属	1.2268	<.0001	3.41	(2.31,5.03)

注：所有影响因素的参照组为第一个水平或者基础水平，日常生活活动能力的参照组为100分。

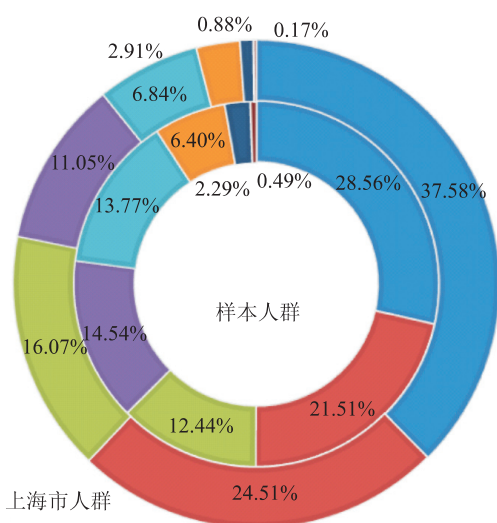


图 2 样本人群的与上海市人群的年龄构成比较

4. 上海老年护理服务需求估算

由于上海市全市的 60 岁以上老人的居住情况、是否有慢病等其他影响因素难以获得，

因此这里假设除年龄结构外其他危险因素该街道与全市均一致。从卡方检验 ($P<0.001$) 结果可知，样本人群和上海老年人群在年龄分布上存在差异。因此需要对样本人群进行年龄性别校正后再根据 ADL 的分布推导整个上海市的老年护理服务需求。

根据样本人群推算校正后的上海市老年人日常生活活动能力分布见表 4。由推算得知 2014 年上海生活完全需要帮助的老年人有 4.82 万人，生活需要很大帮助和生活需要一些帮助的老年人数量为 6.38 万人和 8.84 万人，比例分别为 1.03%，1.69% 和 2.18%，生活能够基本自理的老年人占 60 岁以上老年人比例的 95% 左右，生活需要帮助的比例在 5% 左右。

表 4 年龄性别校正推算上海市老年人群日常生活活动能力分布

年龄	样本 (人)	样本不同ADL分布(%)					上海市 (万人)	上海市不同ADL人群分布(万人)				
		<20	20~40	40~60	60~100	100		<20	20~40	40~60	60~100	100
60~64	2347	0.21	0.17	0.30	7.29	92.03	143.92	0.31	0.25	0.43	10.49	132.45
65~69	1768	0.34	0.40	0.23	8.99	90.05	93.03	0.32	0.37	0.21	8.37	83.77
70~74	1132	1.41	3.53	4.24	22.79	68.02	55.33	0.78	1.96	2.35	12.61	37.64
75~79	1195	0.25	1.34	1.59	15.31	81.51	46.38	0.12	0.62	0.74	7.10	37.80
80~84	1022	0.68	0.59	0.88	9.20	88.65	43.24	0.30	0.25	0.38	3.98	38.33
85~89	188	10.64	8.51	15.96	39.36	25.53	22.4	2.38	1.91	3.57	8.82	5.72
90~94	526	3.99	7.60	10.27	32.70	45.44	7.98	0.32	0.61	0.82	2.61	3.63
95~	40	17.50	25.00	20.00	20.00	17.50	1.7	0.30	0.43	0.34	0.34	0.30
合计	8218	1.03	1.69	2.18	13.62	81.48	413.98	4.82	6.38	8.84	54.31	339.64

三、讨论与结论

1. 上海老年照护服务需求大

研究结果显示,随着年龄的增大,老年人日常生活活动能力逐渐下降,越来越多的人需要一定的日常生活照护的帮助,上海市老龄化人口多,高龄老人占比高,由此带来上海市老年照护需求不容乐观。据研究估算,上海市 60 岁以上户籍老年人日常生活需要帮助的人数为 20.04 万人,其中 4.82 万人日常生活完全依赖于别人的帮助。此外,随着人均期望寿命的不断增加,高龄老年人的比例会不断的提升,据预测^[6],到 2050 年,60 岁以上老年人比例会超过 50%,由之带来日常生活活动能力逐渐退化的问题将会给上海市的老年照护问题带来更大的挑战。

2. 年龄增长、慢病等是日常生活活动能力的影响因素

影响因素分析发现,年龄的增长、患有慢性病、缺乏亲人的照护都是日常生活活动能力的危险因素,这与中国健康与养老追踪调查(China Health and Retirement Longitudinal Study,

CHARLS)的研究结果^[7]类似。而保护性因素则有独居和有亲属的照护。在年龄对日常生活活动能力的影响中发现,75~79 岁是老年人日常生活活动能力的一个“拐点”,大部分老年人在这个年龄段其日常生活活动能力得分会有较明显的下降。关于独居在老年人日常生活活动能力中起保护性作用的结论,和另外一篇关于上海高龄独居老年人的研究结果类似^[8],尤其是在工具性的日常生活活动能力方面,独居老年人比非独居老年人表现更好。这可能与独居老年人自己居住,缺乏社会的支持照护,日常生活必须“事必躬亲”,常年累月的锻炼会延缓其功能的衰退等原因有关。当然也可能是由于老年人的身体状况较好而选择独居,深层次的原因还有待进一步探讨。

四、建议

针对上述问题,本研究提出以下政策建议:

1. 加强老年照护能力建设,分层提供老年照护服务

面对日益增大的老年护理服务需求,建议一方面政府要加大老年照护能力建设,优化社区助老服务机构、日间服务机构、助餐服务、老年活动室等多种形式的养老助老服务,加大养老机构、老年护理机构床位建设,从数量上来提高容纳能力;另一方面,对现有的老年照护资源要建立动态的纳入和排出机制,盘活有效的老年照护资源,建立“有进有出”的动态资源。在老年照护服务的提供方便,建议根据不同的评估等级结果,以家庭为基础,社区为依托,机构为支撑的“9073”养老格局为指导方向,分层提供老年照护服务。让依赖程度轻,愿意居家的老年人更多地借助社区、日间服务机构、助餐等多种形式的老年照护服务解决老年人的日常生活问题;对于那些缺乏社会支持、意识障碍存在问题的老年人纳入机构护理。

2. 从预防入手,对危险因素加强关注

在提高政府对老年人的照护能力的同时,也要从预防入手,对危险因素进行适当干预,减缓老年人日常生活活动能力下降的速度。可以通过以下几种形式进行:对于年龄处于“拐点”阶段的老年人加强关注和保护;对于患有慢病的老年人进行健康教育和健康干预;呼吁社会和家庭继承中华“敬老养老”的传统美德,亲属等多给予老年人照护;支持社会志愿者服务,倡导更多的热心人士加入到敬老爱老的服务中去;探索建立低龄老年人帮助高龄老年人的“时间银行”服务模式。

参考文献(略)

建立我国老年长期照护保险的关键是什么

裴晓梅 (清华大学老年学研究中心)

长期照护是在持续的一段时期内给丧失活动能力或从未有过某种程度活动能力的人提供一系列健康护理、个人照料和社会服务项目,包括从饮食起居照料到急诊或康复治疗等一系列正规和长期的服务。长期照护服务一般具有 4 个特点:

一是专业性。提供长期照护服务的场所可能是专门机构(如医院、护理院等),也可能是申请人家里。以家庭为场所的长期照护服务有别于传统的家庭照料,需要有组织和经过培训的居家照护服务者来提供,以此满足老年人维持正常生活状态的需求。

二是长期性。需要长期照护的人通常患有短期内难以治愈的疾患,或长期处于残疾和失能的状况。因此,长期照护这种状态一般要持续很长时间,甚至无期限。

三是连续性。老年人因患病或失能的程度不同而具有不同的照护需求。长期照护意味着从家庭到医院,包括社区医疗站、日间照料、护理院、康复中心、姑息治疗机构等一系列机构适应各类需求的连续性整合服务。

四是保健和生活照料相结合。长期照护服务已超出了传统保健服务的范围,并扩展和延伸到了日常生活领域,如涉及老年人的饮食起居。部分老年人,特别是高龄老年人,同时存在患病和日常独立生活能力弱化两种状态,并且这两种状态间是相互影响的关系。这种情况下,单一的医疗保健服务已不能满足他们的需求,而集医疗护理和生活照料为一体的长期照护服务便是应对这种需求而产生的新型保健模式。

而任何一种新型保健模式的产生必然会带来各方面的影响,对长期照护保险来说,受影响最深的可能是申请人家庭。当家中老人生

活不能自理而时刻需要帮助时,所产生的相关服务费用及成本将对家庭经济造成巨大压力。因此,作为应对经济风险的保障机制之一,建立可持续的长期照护保险则显得尤为重要。

而要建立一项可持续的长期照护保险,关键在于管理者是否有能力对需求、服务质量和成本做出科学精准的测量。研究发现,老年健康和照料服务的场所通常集中在养老机构(包括养老院和老年病医院)以及退休社区,因此对此类机构和场所中服务质量的监督和管理便成为关键,而建立一套合理的和可操作的服务标准体系是老年健康和生活服务管理的基础。

根据境外发达型老年社会发展经验可知,合理的社会政策指导和严格的政府规范管理是老年照护服务产业有序发展的关键。据统计,目前全国已有 3 万多家长期养老机构,然而,我国至今还没有关于发展老年健康和社会服务的政策来指导长期照护服务的发展,由此也导致了资源的浪费和服务的不规范。此外,目前还有一些值得关注的问题:第一,养老院的入住率低,部分社区服务机构和设施利用率有待进一步提高等。因为无论养老院的资金来源为何,没有被接受和利用就是社会资源的浪费。第二,与缺乏政策相关的是缺乏规范。虽然部分城市已出台了地方性服务标准,但标准适用范围相对较窄,普遍不适用正在发展中的各类机构和社区服务。因此,政府有关计划和管理部门并不清楚现有照护服务究竟在多大程度上满足了老年人群的需求,也不知道应该如何评估现有服务质量。进而,如何设立长期照护保险的保险费、如何设立赔付方案及赔付比例,以达到分摊风险、减轻被保险人经济压力的目的,都存在操作瓶颈。目前我国需要一

套包括质量标准、标准评估以及信息处理的服务质量评估体系,以供及时收集长期照护机构和设施的服务信息,通过分析,掌握社会服务领域的动态和服务质量,协助有关管理部门建立一个以信息收集、开发、利用为基础的科学管理机制,使长期照护服务产业能够尽快被纳入政府的科学化管理轨道。在此基础之上建立的长期照护保险,才是符合市场经济需求的,具备可行性和持续性的保险制度。

在借鉴国际经验的基础上,目前我国各地都在致力于研究适用于中国长期照护服务规范的管理体系。可以说,以受众群体的需求为目标,以合理的服务质量评估为依据,以服务产业的政策发展为导向,建立科学的信息化管理体系,是建立长期照护保险的基础,也是中国长期照护服务产业健康发展的关键。

上海市老年照护统一需求评估的实践

丁汉升¹ 王常颖¹ 谢春艳¹ 杜丽侠¹ 陈多¹ 冯泽昀¹ 信虹云¹ 杨晓娟¹ 杨逸彤² 金春林^{1、3}

1. 上海市医学科学技术情报研究所(上海市卫生发展研究中心)卫生政策研究部
2. 上海财经大学统计与管理学院
3. 上海市人口与发展研究中心

一、老龄化形势严峻

中国已于上个世纪末进入老龄化社会,人口老龄化进程起点晚于西方发达国家,但人口老龄化的速度之快、老年人口绝对数量之庞大,足以显示我国人口老龄化问题之严重,不得不引起全社会的广泛关注。上海市早在 1979 年就进入老龄化社会,比全国提前 20 年,

是中国最早出现人口老龄化的地区,且人口老龄化、高龄化速度正在急剧加速。据上海市民政局、市老龄办、市统计局联合发布的数据显示,截至 2015 年 12 月 31 日,全市 60 岁及以上老年人口 435.95 万人,占总人口的 30.2%,较上年增加了 21.97 万人,占总人口比重增加了 1.4 个百分点;80 岁及以上高龄老年人口 78.05 万人,占 60 岁及以上老年人口和总人口的 17.9% 和 5.4%,比上年增加了 2.73 万人,占总人口比重增加了 0.2 个百分点^[1]。

另一方面,多年来实施计划生育政策带来的人口结构与家庭结构变化,使传统中国家庭所信奉的“养儿防老”观念已因为现代社会普遍的人口倒金字塔结构而名存实亡,家庭养老和护理功能正在不断弱化。以上海市为例,截至 2014 年,上海市平均每个家庭户人口为 2.49 人,比第五次人口普查结果少 0.3 人,表明三人户或者二人户的家庭规模已成为上海市家庭户的主体。另外,越来越多的双老人家庭和空巢家庭也是社会发展的一种趋势。据预测,到 2050 年我国独居或只与配偶居住而无子女在身边的 65 岁以上老年人占老年人总数的比例将上升至 27%^[2],这一人群将给家庭护理和日常生活照顾方面带来很大的挑战。

二、统一需求评估的重要意义

随着老龄化程度进一步发展,老年照护服务需求量将快速增长,亟需对老年人的照护服务需求进行分级评估。老年照护需求分级实际上是对老年人的照护服务需求进行评估,从而确定护理服务分类标准的方法和过程,它是老年照护服务的前提和收费的基础。经过多年的探索,日本、德国、澳大利亚等发达国家都对老年照护需求分别形成了较为完善的评估

体系,然而目前国内尚缺乏完善、统一的老年照护服务需求评估体系。

首先,老年照护需求分级是服务的前提。对于老年人,他们的需求具有多样化、多层次等特点。老年照护服务不是单纯的生活上的照料,还包含医疗和护理服务等。因此,对老年照护的分级,首先要认识到在对老年人提供老年照护服务过程中医疗服务和非医疗为主的老年照护服务的对立统一关系。此外,对于个体来说,老年照护服务的需求是无限的,但特定的社会经济发展条件下所能提供服务的能力是有限的,这就要求社会将有限的服务能力分配给最需要的对象,以求得社会效益的最大化。简单地说,提供老年照护服务要分清其轻重缓急,一方面要减少需要服务的对象得不到合理的服务,另一方面也要防止部分老人得到超过其合理需求的服务,从而保证老年照护服务的社会公平和可持续发展。

其次,老年照护需求分级是质量保证的关键。由于老年照护服务持续时间往往较长,老年照护服务的评估常常是定期的,如每隔 6 个月重新评估 1 次。如果不进行评估,在长期的、惯性式的照顾和护理下,患者和家属难以感知到服务效果,管理方难以监督服务质量,支付方难以依据服务质量和效果确定合理的给付标准,护理服务提供方在质量改进方面也缺乏充分的依据和动力。老年照护需求分级则为保证护理服务质量奠定了基础,通过定期的评估,了解这一期间所提供的相关老年照护服务,检查老人各个方面的情况,以确定老人身体、认知、精神等相关机能的具体情况,什么方面病痛或障碍加重了,其加重的进程是否比一般情况下的进程要更快些等,从而做出服务调整。

再次,老年照护需求分级是定价和收费

的基础。由于老年照护服务的对象多为生活不能自理的老年慢性病患者,所提供的服务有着多样性和不确定性,难以对这种服务进行细化定价和制定收费标准,传统的按服务项目收费也可能会刺激服务的过度提供和利用。因此,国际上的通行做法是,对老年照护服务对象的健康状况和护理需求进行评估,并将服务对象划分为不同的等级,根据所划分的等级来确定服务价格和收费,即将服务进行打包收费。

为了能够及时采取相应的提高老年照护服务能力的措施,缓解老年照护需求增长带来巨大压力,上海市政府开展上海市梯度化养老政策的研究制定工作,召开医养结合专题会议,市医学科学技术情报研究所(市卫生发展研究中心)受委托具体负责上海市老年照护需求评估体系的整合和方案制定工作。

三、研究方法

首先,研究通过文献检索,收集老年照护需求评估的相关资料和信息,为后期间卷调查和专家访谈提供参考。

其次,项目组于 2015 年 8-10 月,在全市范围内开展现场调查。调查对象为上海市常住居民中 60 周岁及以上的老年人口,调查区域涉及到全市 15 个区,包括中心城区、近郊区和远郊区。根据调查时点被访者的居住方式,调查分为机构调查和居民入户调查,机构调查包括居住在卫生计生部门管辖的老年护理院、社区卫生服务中心的老年人,以及居住在民政部门管辖的福利院、养老院(敬老院)、老年公寓的老年人。本次调查采用《上海市老年照护统一需求评估调查表》作为现场调查采集数据的工具。项目组通过检验信度、效度,以及专家论证法等方式确定合理的评分标准。

评估调查表的主要内容涉及被调查者的功能状况(日常生活能力)、躯体健康、精神健康及社会资源及经济状况等方面的信息,并对这些信息综合评分,从而了解本市老年人的身体健康状况及护理需求情况。

再次,在此研究中,考虑到问题的需要以及分类的有效性,主要应用的分类方法为线性判别分析(Linear Discriminant Analysis, LDA)和支持向量机(Support Vector Machine, SVM)。

第四,邀请老年医学和老年照护领域的专家学者、养老机构和老年护理机构管理人员、民政、医保和卫生计生部门相关负责人等,针对研究的科学性和合理性开展专家咨询和论证。

四、上海市的实践

1. 评估标准整合及其所需要考虑到的维度

原先上海市有三套涉老服务需求评估制度同时执行,即民政部门《老年照护等级评估要求》(DB31/T684-2013 地方标准)、医保部门的《高龄老人医疗护理保障计划》和卫生计生部门的《上海市老年护理医院出入院标准》。碎片化的管理,不仅造成评估资源的浪费,也给老年人带来了诸多不便。考虑到现有的评估标准和服务队伍是由民政、医保和卫生计生部门分别管理和提供,课题组研究制定了新的分级方法——整合分类法(方法一),该方法能够和民政、医保、卫生计生三部门现有标准有对应关系。所以,该方法也保证了旧方法向新体系在分级服务和照护服务上的平稳过渡。

根据国际上较为成熟的老年照护分级经验和实践,如 ADL/iADL 量表、interRAI,以及美国、澳大利亚、日本、德国等发达国家的量表,研究还设计出了二维向量法(方法二)。

该方法主要包含两个维度——疾病状况和自理能力,疾病状况得分来自临床症状体征、实验室诊断检查,以及并发症等指标,自理能力则使用 ADL 和 iADL 的加权和。这两个维度得分总分均为 100 分,且分数越高,老人的身体状况越不容乐观,越需要得到医疗和生活照护。通过采用线性判别分析和支持向量机的方法,进行统计拟合并分析累计概率分布曲线。研究发现:疾病状况和自理能力两个维度,对目前居家、养老机构和老年护理机构的老年人均有很高的区分度。

评估调查表内在一致性信度总体为 Cronbach 系数达到 0.96,除精神状态外,各部分的信度均较高。判别效度较为理想,内容效度较高,结构效度良好。

2. 试点评估工作进展

目前,本研究已形成可在全市统一的标准化的系列研究成果,包括:(1)作为评估工具的《上海市老年照护统一需求评估调查表》;(2)具可操作性的老年照护服务需求评估模型及分级算法;(3)统一的老年照护服务和项目;(4)可供政策制定者参考的相关政策建议等。此外,研究相关产出已经形成文件《上海市老年照护需求评估办法(试行)》(沪社养老领办〔2014〕2号),并自 2015 年起在徐汇区全区,以及普陀、杨浦、浦东和闵行 4 个区的部分街道进行试点。符合规定的评估对象,需要申请享受社区居家老年照护、养老机构或老年护理机构服务的,可向试点区统一设立的老年照护统一需求评估受理渠道提出申请。市医学科学技术情报研究所(市卫生发展研究中心)对所有试点区县开放了老年照护统一需求评估工作。截至 2016 年 3 月 31 日,共计收到并完成评估申请共计 1547 份。随着试点工作

的不断深入和推广,将为下一步全市统一老年照护制度的建立和完善打下坚实的基础。

3. 评估队伍建设

目前,除上述 5 个区积极推行试点外,其余有条件的区县也先后开展了评估队伍建设和试点准备工作。新的老年照护统一需求评估人员包括民政部门从事老年照护评估的评估员队伍,以及社区卫生服务中心的医护人员。采用小班制(50 人及以下)进行培训,详细讲解新的评估原则、流程、方式、内容及注意事项等。评估结束后进行考核,确保参加培训的评估人员正确理解相关知识,考核合格即发放评估证,凭证才能够进行评估工作。

评估人员培训由上海医健卫生事务服务中心负责开展,截至 2016 年 4 月 5 日,已完成 24 批 1480 人次的评估员培训,为试点工作推广至全市打下了良好的基础。

4. 评估的组织管理及第三方评估的探索

老年照护需求评估和服务提供的组织管理涉及到民政、卫生计生、医保、财政等多个部门。医养结合是整合医疗卫生与养老服务资源的重要手段,能够充分提升服务资源配置与利用效率,而统一需求评估是实现医养结合的必要前提。

从医养结合的角度出发,通过对上海市现有的民政、医保、卫生计生部门三种涉老服务评估标准进行梳理,制定一套适合上海市现况的统一老年照护服务需求评估标准,并根据评估结果划分成不同等级的服务标准,有利于为开展本市统一老年照护服务提供参考依据和标准,最终旨在为老年人群提供整合的、标准的、同质化的服务。

老年照护需求分级评估是一项技术性很强的工作,需要由专门的机构来实施。可以成

立或组建独立的第三方机构,通过政府购买服务的方式来实现。行政管理部门需要加强政策指导,制定操作规范等来进行有效的规范和控制。具体地讲,应由涉老服务相关的地方行政主管部门共同确定分级评估的方法,调整各级各类老年照护服务人群的人员比例,服务标准,给付水平等。还应成立由老年医学专家、长期从事老年照护的工作人员、伦理学专家、心理学专家、社区公益人员等组成的专家委员会,负责处理相关的技术问题,并向行政主管部门提供技术支持。

五、小结

上海市在考虑医养结合体系建设发展方向和长远目标的基础上,通过建立统一的老年照护服务需求评估体系,科学地为老年人群提供其所需的服务,最终将促进老年人的健康福祉,提升政府对社会的治理水平,促进社会和谐。

参考文献(略)

英国牛津整合型老年人服务 经验介绍*

谢春艳 陈多 杜丽侠 王常颖 信虹云
冯泽昀 杨晓娟 丁汉升

(上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心)

一、整合型老年人服务的背景

近年来英国面临人口老龄化的挑战日趋严峻,85岁及以上的老年人口数量已经从

1971年的41.6万人增加到2009年的超过110万人,预计到2032年将达到260万人。老年人对于卫生和保健服务的需求和利用量巨大,65岁及以上人群利用全科医生服务的次数是平均值的5倍^[1]。65岁及以上人群的住院床日数占了英格兰医院住院总床日数的62%,占了急诊床日数的68%,65岁及以上人群占了医院的死亡人数80%。2010年,英格兰65岁及以上的老年人中有诸如洗澡、穿衣等社会服务需求的有250万人,预计到2030年会达到410万人^[2]。

人口的卫生和社会服务需求已经发生了快速的变化并且仍然在不断变化,然而碎片化的卫生和社会服务系统没有以同样的速度进行相应变革,因而越来越难以满足老年人口的需求。英国当前的卫生和社会服务系统是碎片化的,分为医院服务、全科服务、社区服务、精神卫生服务、临终关怀以及社会服务等多种类型的服务。现有的老年人服务体系最大的问题是,将影响健康的生理、精神和社会因素分开考虑,多种卫生与社会服务割裂,机构服务脱离了老年人的整体需求,有很多收治入院的老年人本来可以在社区和自己的家里获得更好的服务。英国当前老年人服务存在的种种问题引起了各个利益相关方的关注与讨论,各地纷纷开始探索以老年人的需求为中心的新的服务提供方式,其中针对老年人的整合型服务成为服务方式改革的主流趋势^[3]。本文主要通过文献综述、现场观察与定性访谈的研究方法,以英国牛津郡的整合型老年人服务的探索为典型案例,对其整合型老年人服务的经验进行了研究分析。

*基金项目:美国中华医学基金会(CMB)第二轮卫生系统研究与政策转化合作项目(CMB-CP 14-190)

作者简介:谢春艳(1982年—),女,助理研究员,硕士,主要研究方向:基层卫生、健康社会学、整合型健康服务

通信作者:丁汉升, E-mail:dinghansheng@hotmail.com

二、整合型老年人服务的出发点：以服务利用者的需求为中心

要改变目前老年人服务体系的现状，必须围绕着老年人及其家庭的需求来考虑问题。老年服务利用者及其照护者所经历的一个最大困扰，是其接受的不同服务缺乏协同性。人们希望获得以需求为中心的协同服务^[4]，英国学术界和官方通常称为“整合型服务”（integrated care）。简单来说，整合型服务是围绕服务利用者的需求提供协同性的服务，以需方的立场和视角作为规划和组织提供服务的原则^[5]，而不是以疾病或服务提供者为中心，注重病人体验，具有更多的灵活性和选择性，通过多学科、跨专业、跨部门的团队合作，尽量减少和避免不必要的住院，更多的在社区和家庭提供服务，帮助病人尽快恢复独立自主的生活^[6]。

老年人成为卫生服务和社会服务的主要利用者，英国一项有关人们步入老龄阶段后的主要需求的研究，揭示了老年人两个关键的优先关注点：（1）其所接受的相关服务支持他们最大程度的保持独立生活的能力；（2）作为个人是被尊重的、有价值的，不会因年龄而被歧视。医生可能会关注生命的长度，而老年人却更强调独立生活的能力，相关研究提到，很多老年人强调低水平的预防性服务，并且希望获得清洁和整理等家政服务，这与他们希望得到个人照护服务的程度相当。老年人普遍希望卫生和社会服务更加协同，认为这些服务之间的割裂不利于从服务利用者的视角看问题。很多人优先关注的问题，并不是传统意义上会被当作老年人服务的问题。他们认为不断改善的公共交通，更好的休闲和受教育机会，都是有效提供服务的重要基础^[7]。

有关老年人需求的另一项研究表明，政

策制定者在强调相关服务的重要性时，很容易忽略服务利用者^[8]，老年人更喜欢谈论自己的生活，而不是各种机构和人员分别能提供什么服务。有人可能会谈论见到儿女和孙辈的开心，可是也会讲述感到孤独或在老伴去世后不怎么按时好好吃饭。老年人可能遇到很多现实问题——支付账单，将垃圾倒进正确类别的垃圾回收桶中，或者滴眼药水。正如有人在一项研究访谈的结尾时所说的那样，“我们都希望过正常人的生活”。老年人希望所获得的服务能整合起来提高自己的生活质量，而不是被动的接受各种机构重复低效率的服务。

三、典型案例：牛津整合型老年人服务的主要做法

伴随着老年人口的增长和疾病谱的变化，牛津郡负责卫生服务的国民卫生服务体系（NHS）的服务委托组织和主管社会和社区服务的地方政府建立了合作伙伴关系，来为牛津郡的老年人口提供服务。主要做法有以下几点：

1. 整合型管理和治理

在县域范围内，在与老年人服务相关的各部门之间建立一系列的联合协议、框架和策略，整合老年人服务相关的内容并且合并经费预算，通过这些联合的协议和策略来推动跨部门、跨行业的沟通合作，包括：牛津郡地区协议；整合型服务促进计划；卫生服务提供计划；人群支持策略；成年人安保策略；照顾者策略；牛津郡人力资源策略；牛津郡老年人服务的联合委托策略（2013–2016）^[9]。

以上这些是由当地 NHS 组织和地方政府之间所达成的合作协议，覆盖了所有的养老机构服务、居家服务、辅助设备、康复服务、跌倒预防服务以及连续性的卫生保健服务。合作

协议主要包括以下内容：不同机构之间有效合理的行政管理安排；通过正式的月度会议来监管合并预算的使用；明确关于联合绩效管理的安排；基于信任的合作伙伴间的工作模式；清晰且达成共识的服务利用者健康结果目标。卫生和社会服务联合指导小组负责监督每一项服务的提供，同时反馈有关评估标准和管理计划相关的问题。

2. 确定共同的需求和结果目标

不同部门和服务机构间的长期稳定的合作关系依靠的是坚实可靠的共同愿景和明确的结果产出目标。以此为目标，牛津设计了相关服务，用来获得针对当地老年人口的一系列的結果目标，这些目标包括：通过提高预防保健和早期干预措施，减少老年人急诊服务入院的数量；让更多的老年人在社区中维持安全、健康和独立自主的生活；在整个县域内提高服务的可及性；在急诊和住院服务中，减少因为延迟出院浪费的时间和费用。

3. 服务利用者路径

牛津郡投入了大量的人力、物力和财力来促进老年服务利用者和患者服务路径的建立，以便能够提供无缝衔接的保健服务。服务路径的建立机制首先是通过全科医生的签约服务，利用风险分层工具将当地人群分类，识别出风险人群和重点服务人群，社区建立了跨部门、多学科的服务团队，对重点人群进行生理、心理和社会的综合需求评估，以确定服务人群的特定需求和最需要解决的关键问题。根据需求评估结果对不同人群分别建立整合型的服务路径，制定具体的诊断标准、服务标准及转诊标准；同时加强风险人群和重点人群的疾病预防和健康管埋，避免不必要的住院；对服务成效和人群健康结果进行评估，根据评估

结果对服务路径不断改进。

例如，预防跌倒服务在 2004 年开始实施，因为跌倒是 75 岁左右人群中致残的主要原因，是首要的致死因素，同时也是国家服务框架中规定的对老年人必须关注的首要优先问题^[10]。预防跌倒以及支持老年人重新获得独立生活的能力，对于很多卫生和社会服务组织来说一直是一项挑战。牛津郡此项服务将 Radcliffe 医院所提供的急诊服务与社区卫生和志愿者组织提供的服务整合起来，降低了牛津郡老年人跌倒的发生率，也提高了发生跌倒老年人以及高风险人群的生命质量。这种模式将多个不同学科领域的专业技能整合到了一起形成多学科服务团队，包括：急诊服务、物理治疗师、职业治疗师、跌倒相关专业护士、运动协调专业人士。所提供的服务包括：对养老院员工的培训和对跌倒损伤进行评估；在所有的卫生和社会服务相关领域增加人们对于跌倒的了解和关注；张贴提供跌倒损伤诊疗机构和服务团队的信息；在社区和医院为老年人提供相关咨询和锻炼的项目；在日间服务机构提供有关身体平衡和安全的项目；为高风险人群提供预防性措施的项目；在急诊医院专业团队的支持下，为相关服务人员提供不间断的技术支持和建议；与急救服务合作，通过提供转诊、跌倒预防以及降低急救致电率等方式提高对于跌倒者的保健服务质量。

对于这种服务来说，一个很重要的方面是转诊可以来源于多个方面，包括服务利用者以及其亲属或照顾者。对于个体的特殊需要给予以人为中心、量体裁衣式的服务回应，可以根据具体情况将老年人转诊到体育锻炼项目、职业治疗协助、心理治疗、平衡和安全小组、日间医院治疗或转回全科医生等服务项目中去。

康复保健服务项目从 2006 年开始,旨在为老年人住院后提供后续的康复服务,来帮助他们重新获得独立生活的能力,促使他们较早出院,避免不适当的入院。康复保健服务的目标:最大化地促使老年人参与到社会环境中;提升服务利用者的自治力和独立生活能力;减少病人的痛苦、失能和悲痛;缓解患者家属及照顾者的痛苦和压力。服务作用于三个关键领域:(1)居家服务,通过在服务利用者的家中对其进行管理,使其在家中卧床进行保健,而非入院治疗,以及可以让住院的患者较早地出院而在家中一系列康复项目;(2)康复服务床位,提供了从住院到居家服务中间连续性服务,提供那些因为医疗需要而不能完全在家中进行的深度康复服务;(3)日间服务,在日间服务设施中提供专业的康复服务,比如预防跌倒和平衡课程、康复健身研讨会或者痴呆症治疗小组。这项服务提高了社区居民参与的积极性,同时也减少长期的入院治疗,而转向基于家庭和社区的服务。多学科的健康和社会服务团队会用整合型评估手段来评估病人的需要,这种整合型评估避免了不同学科的专业人士对同一个病人进行重复评估。如果通过评估发现病人的确需要相关服务,将会在出院之后的 6 周内提供持续性的支持服务,或者从一开始就预防入院情况的发生。

预防跌倒和康复服务都特别强调关注的方面:提供以人为中心的服务;整合型评估更加人性化,避免重复工作;跨越卫生和社会服务边界的整合型服务。

4. 基础设施建设

卫生和社会相关服务分散于不同的设施中,牛津郡为了提高老年人服务对当地居民的可达性,从一开始的基础设施建设和服务设计

上就考虑到了卫生和社会两个方面的服务。

在新建的或已有的设施中,使不同的服务尽可能地共享同一地点,有助于确保服务的持续可及性。例如,康复服务和心理治疗服务的地点都是在 LIFT 公司开发的东牛津健康中心,在那里,具备现代的、具有灵活性的环境,可以提供门诊服务、促进健康和福祉的服务以及提供良好的公共交通连接互通。再者,它们也和其他的服务机构毗邻,比如牛津照顾者服务中心,老年人的家属和照顾者可以从中获得及时的支持和帮助。同时,也鼓励人们获得多样化的相关服务,包括:药房、精神科医生、健康咨询、物理治疗服务、对久病者上门服务的健康访视员、固定工作时间之外的服务、牙科服务、翻译服务、宣传服务、咖啡馆、市民咨询建议服务等。

5. 人力资源和工商管理

对于牛津郡老年人服务来说,最大的挑战之一是确保人力资源得到合适的培训和支持。例如预防跌倒服务,每一位临床医疗服务人员都会在骨科健康和跌倒评估方面接受培训和教育,以便能够为 60 岁以上的人群提供高质量的评估、治疗和预防保健工作。同时,相关服务将不同专业服务人员整合到一起,包括治疗师、卫生和社会福利服务人员等。

将如此多学科的来自不同机构、不同领域的专业人员集合到一起提供整合的服务不是件容易的事情,需要克服的问题主要包括:个体化的工作特点和文化;不同的职业描述、雇佣规范、雇佣条件以及工资水平;管理组织架构;如何在共同工作中促成有效的合作伙伴关系;沟通与信息共享。克服这些问题的主要方式包括,标准化的薪金结构和业务规范,为服务的整合与协同提供合作框架及鼓励措施,

提升专业服务技能和对不同专业人员的尊重与理解。来自不同学科、不同领域的团队成员也会接受整合型服务的所有相关方面的培训,包括卫生、社会照顾、IT 系统以及需求评估过程的联合培训等。

四、微观视角: M 女士的例子

牛津郡的 M 女士 85 岁,独自一人生活,她的女儿住在同一城市,距离 M 女士的家有几英里。她患有呼吸系统疾病、高血压和糖尿病。平日有一名来自社区服务的照护人员帮助 M 女士起床,还有另一名照护人员帮助她准备午餐。在一个月的时间里,有两位护士拜访过她,一位是来自于糖尿病服务中心的护士,另一位是来查看她氧气使用情况的护士。她大约每月一次拜访所签约的全科诊所,要么是找全科医生开每个月的处方药品,要么是见她的注册护士。去年,M 女士利用了 5 次急诊服务,其中有两次因为呼吸困难不得不住院治疗。第一次住院,她在医院呆了 20 天,因为医院不知道最近她的全科诊所给她使用了利尿剂,她体内的积水又开始累积增高,这延长了她的住院时间,同时导致她的呼吸问题更加严重。她很焦虑,希望早点出院回家。第二次发生类似的情况她又在医院住了 10 天。两次住院之后,有地区护士每周对她进行两次访视,处理她长期以来腿部溃疡的问题,在康复期间她接受的社会服务也有所增加。

M 女士平均每周要见 4 位不同的社会服务人员,还要见两名不同的护士。在没有利用急诊服务的情况下,她平均每月要分别接受来自于卫生和社会服务领域的 10 名不同的专业服务人员的服务,每名人员都对其提供特定的服务。在她病情恶化期间及住院之后,相关的服

务量都有所增加。

M 女士和她的女儿承认所接受的每一项服务都有所帮助,并试图将这些服务联系起来加以理解,但是在生活中要同时接受来自不同机构、不同人员的服务仍然让 M 女士疲惫不堪,常常陷入焦虑状态,健康状况长期难以改善。她的大多数时间是在等待某个人来提供某种服务的过程中度过的。从经济学的意义上,每一种干预服务的确以某种特定的方式为 M 女士的生活增加了价值。但是增加这些价值所发挥作用的持续时间并不比服务本身的时间更长,因为没有人把这些服务作为一个整体进行衔接融合。每一项干预服务并不能与其他服务联系起来,从而增加彼此的服务价值,碎片化的服务如果缺乏协同合作,每一项服务为老年人生活增加的价值会很快消耗掉。

M 女士作为老年人和病人的角色,她的生活不仅被糟糕的健康状况所困扰,也深受碎片化的卫生和社会服务体系的影响。

另一种视角,是通过服务对象浪费的时间来审视碎片化的问题。时间是与金钱完全不同的货币形式,但对于个人、家庭及其照护者却十分重要。P 女士在医院的急诊病床上总共呆了 30 天。两次住院的状况之所以发生,都是由于各种服务要素并没有帮助提早发现其健康状况恶化的征兆。那么当她需要密集的居家服务的时候,她的家无法成为一个可以有效满足其复杂需求的场所,这种安全感的缺乏导致她要寻求医院的帮助。有一次住院的时间长达 20 天,是因为医院在对她进行呼吸问题的诊断时,没有发现她有体内积水过量的问题。两次住院时间的延长是因为她对呼吸问题的担忧,住在家里缺乏安全感。去年的住院经历浪费了她 30 天的生命,并对她的家庭造成了

负面影响。另外,她还花了很多时间来等待各种陌生人上门提供服务,这些人员上门服务的时间是根据服务机构的安排,而不是基于她生活中方便的时间。

如果 M 女士所接触的服务人员数量少一点,提供的服务更加协调一些,且服务提供者对她的健康状况更了解一些,其健康状况会明显改善。例如,当她到全科诊所去测量血压时,如果有一位护士能够了解她从各个方面所接受的多种不同的服务,情况会好很多。

英国有相关研究建议,可以通过临床服务委托组织(CCG)和地方政府进行服务的联合委托,为脆弱的老年人签订基于结果的、以人为中心的协同服务购买合同,同时鼓励老年人的积极主动参与。合同可以根据老年人脆弱程度的三个等级来进行服务委托,每一个等级与不同的费用挂钩。结合 M 女士的案例来看,对 M 女士的服务委托要基于她去年卫生和社会服务的费用,根据对 M 女士来说很重要的投入和结果产出来支付合同费用。要对保持独立能力的关键结果达成共识。每三个月, M 女士及其女儿都会被询问在这个新的契约下,是否可以比过去更好的维持其独立生活的能力。另外,建立未来三个月对 M 女士有重要意义的结果测量指标,同时还会征求她们的意见。

为了确保 M 女士保持独立生活的能力,要对承担主要职责的服务提供者进行激励,来提高服务的协同性,使 M 女士的家庭环境、她本人及女儿有能力满足其复杂的健康需求。要实现这一目标,需要每一位社会 and 卫生服务专业人员协同合作,每一项服务都需要对之前的服务及接下来的服务内容有所了解。M 女士的家庭医生(GP)为她指定了一名专门的服务协调人(care coordinator),负责协调 M

女士所有的服务,并以合适的费用来达到 M 女士所需要的结果。服务协调人与 M 女士及其女儿合作,共同设计出一套具有预防意义的健康管理方案,并确保每一位卫生和社会服务的专业人员共同为她的健康管理方案负责。她的家庭医生会经常联络老年医学的专科医生,这位老年医学专家会根据 M 女士的病情与其他相关的专科医生合作,为她构建整合的、连续性的服务,所有的专业服务人员之间达成了共识,他们需要共同协作来改善 M 女士的健康结果。M 女士及其女儿可以及时获得相关的服务信息,共同参与所有的服务决策。每一位到 M 女士家里的专业人员在提供某种特定专业服务的同时,也有责任将其专业服务放在整体服务的总目标之下,为提高 M 女士的独立生活能力而努力。

M 女士仍然会是一个患有重病的人,但她所接受的服务整合协同在一起,提高了她及其女儿应对健康问题的能力,她现在可以放心地独自住在家里了。

五、讨论与小结

老年人需要被尊重并获得有尊严的生活,这要求相关的服务把他们作为一个整体的人来看待。因而相关部门和行业必须要将相关的资源投入到以人为中心的协同服务上来,包括多种卫生服务与社会服务的整合与协同。在地区范围内,牛津郡地方政府和 NHS 在提供老年人保健服务方面,以社区为载体和核心,将基本医疗卫生服务(包括精神卫生)、社区照顾服务、康复服务、日间服务、居家护理、预防跌倒服务以及紧急救援服务等整合起来,避免不必要的急诊和住院服务,尽量在家庭和社区中提供全覆盖的支持性服务,恢复和提高老

年人的独立生活能力。

牛津整合型的老年人服务取得了很多成效：对于资源的更加有效的利用；更好的沟通与信息数据共享；在服务老年人口的共同前提下，卫生和社会服务对各自所扮演的角色有了更佳的理解；在多样化的环境下提供保健服务的灵活性，包括私立机构和社会组织所提供的服务也参与其中；老年人健康结果有所改善，比如在预防跌倒服务中，整合型的保健服务和支持对于改善老年人健康结果起到了非常重要的作用，在相关试点项目中，老年人跌倒的发生率降低了 39%。

英国牛津在整合型老年人服务的探索 and 做法，有以下经验值得我国借鉴：相关政府部门和服务提供者对于服务目标和服务提供方式达成一致的、战略性的共识；通过将卫生服

务和社会服务的预算进行合并，并且实施对管理层进行联合委任的治理结构；通过法律法规的建立，来规范针对老年人的整合型卫生和社会保健服务；对于服务利用者的需求深入了解，来开发富有创新性的保健服务提供方式和服务路径，同时建立多学科的服务团队，加强不同服务机构中的不同学科的专业服务人员的沟通协作，提供以人为中心的服务；服务支付体系采取有效的经济激励和绩效考核方法，来鼓励早发现早预防，可持续性的保障老年人的长远健康和福祉；加强信息化建设，促进老年人服务信息在不同服务机构之间互联互通，实现信息共享；对服务设施和人员工作地点进行调整，提高服务可及性，促使老年人利用服务机会的最大化。

参考文献（略）

（上接第 36 页）

当于高中文化程度，远高于全国平均水平。其中，户籍常住人口的平均受教育年限更高，为 11.13 年，外来常住人口为 10.23 年，比 2010 年分别提高了 0.15 年和 0.37 年。

各类不同学历人口中，高学历人口比重也不断上升，2015 年，大专及以上学历人口占 6 岁以上常住人口比重为 27.1%，该比重比 2010 年提高 4.3 个百分点。其中，户籍常住人口的高学历人口比重高达 31.5%，外来常住人口为 19.1%，分别比 2010 年提高 3.1 个和 5.0 个百分点。

从劳动力素质来看，全市 15 岁及以上就业人口中，大专及以上学历人口比重为 36.8%，比 2010 年提高了 8.5 个百分点，初中学历人口比重由 2010 年的 40.2% 下降至 2015 年的 35.1%，降幅为 5.1 个百分点。这表明上

海人力资本优势正日益显现，随着产业调整带来人口结构的调整，不断增加的高素质人才正为“人力资本红利”时代创造良好条件。

（作者单位：上海市统计局）

注 1：2014 年联合国，《世界城市化展望》，联合国将在这里指的是东京都市圈，狭义的东京人口大约为 1200 万左右。

注 2：中心城区为 8 个市中心区，为黄浦区、徐汇区、长宁区、静安区、普陀区、闸北区、虹口区、杨浦区。近郊区为 4 个区，为闵行区、宝山区、嘉定区、浦东新区。远郊区为 5 个郊区、县，为金山区、松江区、青浦区、奉贤区、崇明县。

注 3：老年人口抚养比：又称老年负担系数，指 60 岁以上常住人口占 15~59 岁劳动年龄段人口的比重，通常用百分比表示。

◀ 调研与分析 ▶

常住人口高速增长态势基本结束

人口与就业素质双双提升

——2015 年上海市人口抽样调查系列报告之一

樊佳佳

作为全国人口最密集、人口规模最大的城市，上海近年来面对纷繁复杂的人口环境变化压力，城市的社会管理、公共服务、资源环境等面临着巨大的挑战。为更好地反映全市人口总量、结构特点、区域分布等特征，上海将 2015 年全国 1% 人口抽样调查扩样至 3%，实际调查人数超过 70 万人。调查结果显示：上海人口总量高速增长态势基本结束，区域分布进一步趋于合理，人口主要结构有所优化。

一、人口总量概况

1. 常住人口高速增长态势基本结束，总量首次出现比上年下降

根据 2015 年全国 1% 人口抽样调查数据

测算，2015 年上海常住人口为 2415.27 万人，比上年减少 10.41 万人，下降 1.4%，这是近 30 年来上海人口发展过程中首次出现总量比上年下降的情况。

从历史数据看，上海人口总量经历了漫长的变化过程（见图 1）。改革开放初期，上海人口增长缓慢且平稳，主要以户籍人口低速增长与外来人口少量流入为主要特征，1990–2000 年平均每年增长 1.9%，相当于每年增加 27.44 万人。2000 年以后，随着上海经济进入快速发展期，外来人口大量涌入，上海人口总量进入高速增长期，2000–2010 年 10 年间，常住人口平均每年增长 3.6%，年均增加 69.33 万人。

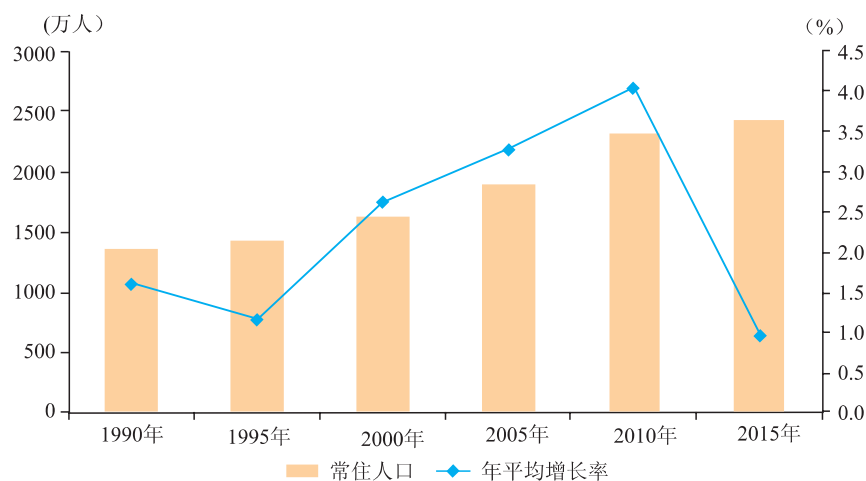


图 1 1990 年以来的上海常住人口总量及变动情况

2010 年,上海常住人口一举突破 2300 万,巨大的人口总量考验着城市承载与发展能力。随着上海人口总量趋于相对饱和,人口增速逐步放缓,2010–2015 年的 5 年间,上海常住人口年均增速降至 1.0%。至 2015 年,与上年相比的增速首次由正转负,标志着上海人口总量高速增长态势基本结束。

从国际比较看,这符合世界城市人口增长的一般规律,即:在经济处于“高速发展”阶段时,人口迅速增长。当达到一定“发达”水平后,人口增长趋缓。根据 1978–2010 年的上海经济总量与常住人口相关性分析可知,两者相关性系数高达 0.9,说明经济发展与人口增长互为影响,共同推动了上海的城市发展。

进入 2010 年后,外部经济环境不断变化,上海谋求创新驱动发展、经济转型升级,城市发展开始综合考虑经济增长、社会保障、公共服务、环境保护等多方面可持续发展,人口作

为城市发展的重要基础,其规模不再是城市发展的主要目标,人口素质与结构成为更重要的考量因素。

2015 年,上海 2415.27 万的人口规模已居全球大城市前列,比北京(2170.5 万)多 244.77 万人,仅低于日本东京(3800 万,2014 年,注 1)和印度新德里(2500 万,2014 年),排名世界第三。

2. 户籍人口低速增长,继续保持以机械增长为主,自然变动为负的特征

2015 年,上海户籍常住人口人数为 1433.62 万人,比上年增加 4.36 万人,增速为 0.3%。2010–2015 年间,上海户籍常住人口共增加 29.4 万人,年均增加 5.88 万人,年均增长率为 0.4%。户籍人口的增长以机械变动为主,自然变动继续维持多年来的负增长,即:户口迁移呈净迁入,死亡人数大于出生人数(见图 2)。

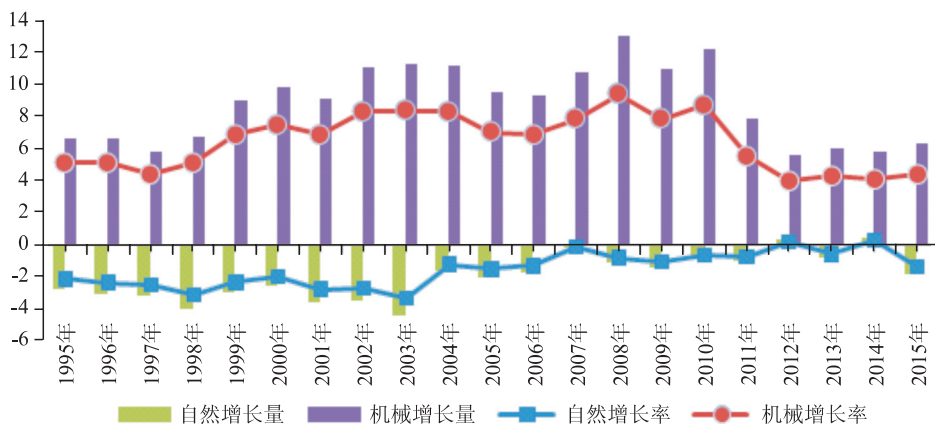


图 2 1995–2015 年上海户籍常住人口自然增长与机械增长变动情况

2015 年,户籍常住人口出生率为 7.3‰,死亡率为 8.0‰,自然增长率为 -0.7‰,保持自 1993 年以来的人口自然变动负增长的态势,但负增长率逐步收窄。与 2000–2010 年,平均每年自然变动减少 2.26 万人相比,2010–2015 年,户籍人口自然变动平均每年仅减少 0.72 万人。

随着上世纪 80 年代出生高峰人口进入婚育年龄,放开“二孩”政策逐步显效,未来户籍人口自然变动有可能出现正增长。

在机械增长方面,2000–2010 年,上海平均每年净迁入户籍人口为 11.82 万人,但近年来不断减少。2010–2015 年,平均每年户籍净迁

人仅 9.05 万人, 2015 年, 仅为 6.29 万人。

3. 省市间人口流动趋于减缓, 上海外来常住人口总量首次比上年下降

2015 年, 上海外来常住人口为 981.65 万人, 比上年减少 14.77 万人, 下降 1.5%, 外来常住人口比重为 40.6%, 比上年下降 0.5 个百分点。与 2010 年相比, 5 年来上海外来常住人口共增加了 83.95 万人, 占全市常住人口的比重提高 1.6 个百分点 (见图 3)。

改革开放以来, 上海人口的高速增长主

要以外来常住人口为主, 外来人口的大量流入, 既有力缓解了本市户籍人口“低出生、低死亡”的老龄化进程, 也适时弥补了户籍劳动年龄人口的数量缺口, 产生的“人口红利”成为上海近 20 多年经济持续发展的重要动力。

近年来, 随着全国各地城镇化水平持续提高, 原人口流出地区的人口有所回流。根据全国 2015 年 1% 人口抽样调查数据显示, 2015 年全国省市间人口流动逐步减缓。上海外来常住人口也呈现净流出态势。

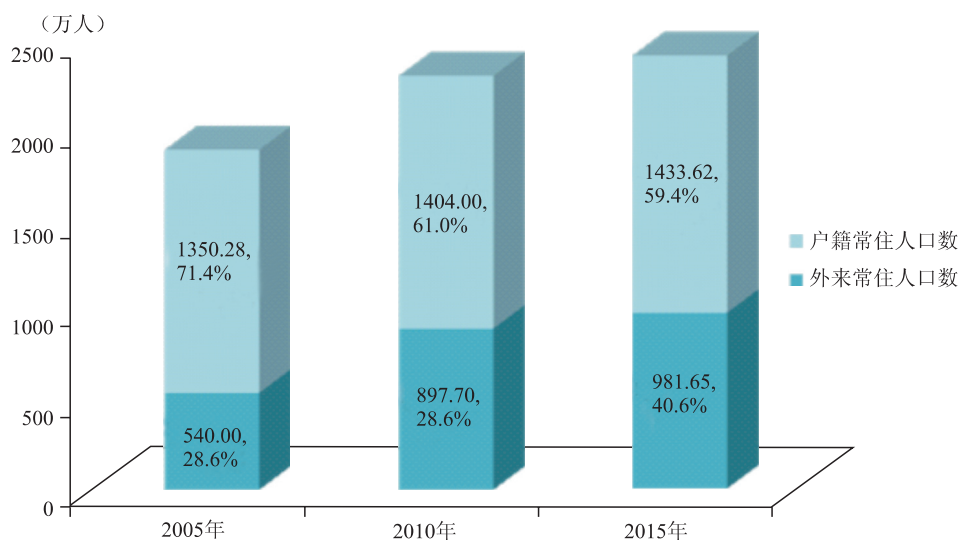


图 3 2005-2015 年上海常住人口结构变化

1990-2010 年, 上海外来常住人口对常住人口总量的拉动作用为 86.9%, 年均增速高达 14.8%。2010-2015 年, 外来常住人口增量与增速双双下降, 对常住人口总量拉动作用降至 74.1%, 年均增速降至 1.8%。2015 年的上海外来常住人口首次同比负增长, 既受外来常住人口回流的影响, 也受产业结构调整的影响, 更是外来常住人口延续近 30 年强劲增势达到一定饱和后放缓的结果。

二、人口分布概况

1. 人口密度分布呈中心城区向外递减趋势

人口密度分布变化反映了城市人口区域分布的变化。2015 年, 上海常住人口密度为 3809 人/平方公里, 比 2010 年增加了 177 人/平方公里。分区域来看, 中心城区 (注 2) 人口密度畸高的状况得到进一步改善, 但仍维持以市中心为圆心向外延伸、人口密度渐次降低的特征 (见图 4)。

2015 年, 8 个中心城区人口密度高达 23927 人/平方公里, 与 2010 年相比, 下降了 207 人/平方公里。其中, 人口密度较高的 3 个区均有所降低, 与 2010 年相比, 虹口区 (34472 人/平方公里)、黄浦区 (32190 人

/平方公里)和原静安区(31089人/平方公里)的人口密度依次下降了1828人/平方公里、968人/平方公里和1284人/平方公里。

闵行区、宝山区、嘉定区和浦东新区等近郊区的人口密度则基本维持稳定,人口密度

为5009人/平方公里,较高的宝山区为7465人/平方公里,较低的嘉定区为3378人/平方公里。远郊区人口密度相对更低,人口密度为1506人/平方公里,崇明县仅为587人/平方公里。

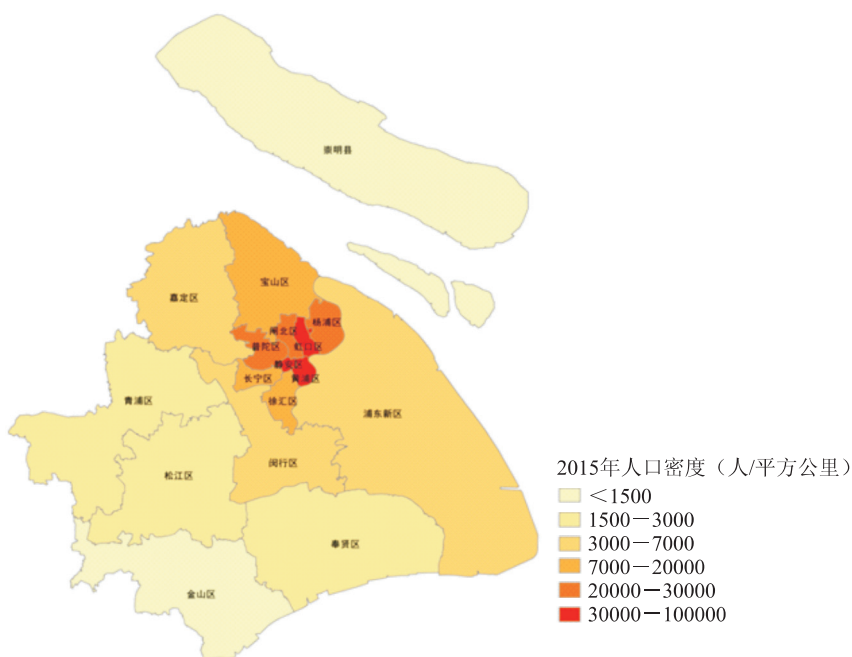


图4 2015年上海各区县常住人口密度分布

2. 外来常住人口普遍有所减少, 主要集聚近郊区, 逐步向远郊区转移

从各区域外来常住人口变化看, 中心城区的外来常住人口延续2010年以来的减少态势, 由2010—2014年的年均下降0.4%进一步扩至2015年下降4.9%。近郊区与远郊区外来常住人口均由增转减, 2010—2014年近郊区与远郊区年均增长分别为2.9%与4.1%, 2015年分别转降至-0.8%与-0.7%。

全市外来常住人口中, 居住在近郊区的人数比重仍然最高, 2015年为54.7%, 比2010年提高1个百分点, 高出全市平均水平14.1个百分点, 说明近郊区依然是外来常住人口生活的集聚地。但随着上海中心城区的旧房

旧城改建力度不断加大, 郊区新城及近郊的几个大型居住社区逐步形成规模, 外来常住人口的分布将继续由中心城区向近郊区乃至远郊区转移。

2015年, 中心城区的外来常住人口比重为16.5%, 比2010年下降2.8个百分点, 远郊区比重为28.8%, 比2010年提高1.8个百分点, 中心城区比重的下降与远郊区比重的提高, 正反映了中心城区人口向外辐射转移的趋势。

3. 户籍、居住、就业三者分离现象较为普遍

近年来, 本市医疗、教育、交通等公共服务配置水平, 随着常住人口由中心城区向近、远郊区逐步转移正在不断提升, 但不同区域间

的公共服务水平差异依然存在,本市常住人口的户籍、居住、就业三者分离现象仍较为普遍。

从户籍与居住分离的情况看,2015 年,各区县户籍常住人口中,外区县来居住的比重较高,全市平均水平为 13.7%。其中,近郊区的人户分离现象最为突出,外区县来本区县居住的户籍常住人口比重为 18.6%,最高的宝山区为 26.4%,其次闵行区为 25.5%;中心城区的外区县户籍常住人口比重为 16.3%,其中较高的为原闸北区,为 21.6%;远郊区相对较低,比重为 6.0%。

从居住与就业分离的情况看,2015 年,本市就业人口中,跨区县工作的“职住分离”人口比重平均为 27.1%。居住在中心城区的就业人口中,在外区县工作的比重为 54.5%,其中,虹口区就业人口在外区县工作的比重达 61.7%,为全市最高;近郊区就业人口中,跨区县工作的比重为 24.0%;远郊区最低,为 11.4%。

三、人口结构概况

1. 常住人口性别保持稳定,出生人口性别比更趋合理

2015 年,上海常住人口中,男性为 1248.69 万人,女性为 1166.58 万人,性别比(以女性为 100)为 107.04,比 2010 年提高了 0.85。其中,户籍常住人口性别比为 98.57,外来常住人口为 120.78,外来常住人口以男性为主的结构,有效平衡了本市户籍常住人口性别比较低的偏差。2015 年,上海常住出生人口性别比为 109.03,比 2010 年下降了 2.12。

总体看,上海常住人口性别结构保持稳定,出生性别比更趋合理。

2. 老龄化程度继续提高,老年人口抚养比居高不下

2015 年,上海常住人口老龄化程度继续提高。60 岁及以上老年人口数为 470.70 万人,占常住人口比重为 19.5%,比 2010 年增加 123.73 万人,增幅高达 35.7%,占常住人口比重提高 4.4 个百分点。

常住人口老龄化程度不断加深,主因是上海户籍人口的老龄化加速。2015 年,全市老龄人口增量中的 88.3% 来自于户籍常住人口,户籍老年人口数高达 432.84 万人,占户籍常住人口的 30.2%,高于全市常住人口平均水平 10.7 个百分点。户籍常住人口的年龄中位数高达 49.4 岁,比全市常住人口平均水平高 9 岁。

老年人口抚养比居高不下。2015 年,上海老年人口抚养比(注 3)为 27.3%,比 2010 年提高 7.6 个百分点,即不到 4 个劳动力人口抚养 1 个老年人。其中,户籍常住人口抚养比更高,达 50.2%,相当于 2 个劳动力人口抚养 1 个老年人的水平,可见户籍常住人口的养老压力巨大。

在老龄化加速的同时,少子化程度有所缓解。2015 年,0~14 岁少年人口数为 217.28 万人,占常住人口比重为 9.0%,与 2010 年相比,人数增加 18.99 万人,比重提高 0.4 个百分点,但这也进一步增加了常住人口抚养压力。由人口金字塔可知(见图 5),上海人口年龄结构呈现典型的“缩减”特征,人口年龄结构对城市发展的影响深远,不论是鼓励生育来进一步提高 0~14 岁人口比重,还是提高养老水平来保障老年人精神物质生活,均已迫在眉睫。

3. 劳动年龄段人口比重有所下降,“人口红利”效应逐步消退

2015 年,15~59 岁劳动年龄段人数为 1727.29 万人,占常住人口的比重为 71.5%。

其中,户籍常住人口中的劳动年龄段人数为 862.17 万人,占户籍常住人口的 60.1%;外来常住人口中的劳动年龄段人数为 865.12 万人,占外来常住人口的 88.1%。

从 2000 年来的劳动年龄人口发展趋势看,2000-2010 年,是劳动年龄段人口快速增长时期,10 年里劳动年龄段人数增加 562.75 万人。按照最新出台的城市规模划分标准,人数增量

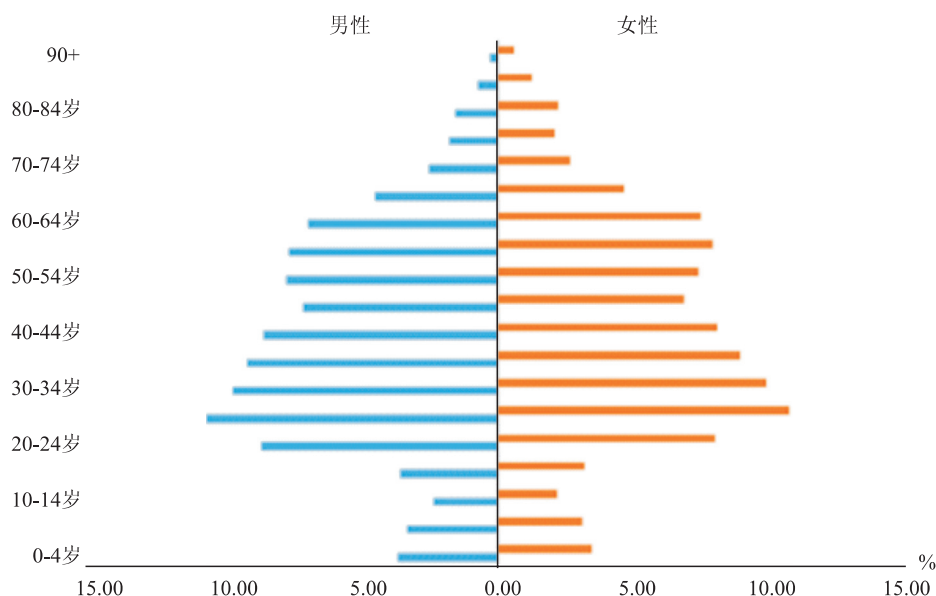


图 5 2015 年上海常住人口分年龄性别构成

相当于一个超大城市的人口总量。

2010 年后,随着产业结构调整力度加大,外来常住人口流入增速减缓,人口年龄结构的“缩减型”弊端逐步显现,劳动年龄段人

口开始减少,劳动年龄段人口比重逐步下降。

2010-2015 年间,劳动年龄段人口共减少 29.38 万人(见下表),比重下降 4.8 个百分点,其中,户籍常住人口的劳动年龄段人口比重下降 8.2 个

2000-2015 年上海常住人口中劳动年龄段人口变化情况表

	人数(万人)	增量(万人)	增幅(%)	占常住人口比重(%)
2000年	1193.92	-	-	72.8
2005年	1425.26	231.34	19.4	75.4
2010年	1756.67	331.41	23.3	76.3
2015年	1727.29	-29.38	-1.7	71.5

百分点,外来常住人口下降 0.8 个百分点。

一般来说,充足的劳动年龄段人口数量是产生“人口红利”效应的重要前提,目前的劳动年龄段人口减少显示上海正面临“人口红利”效应的消退。在此形势下,更需关注提高劳动参与率,以及产业结构调整优化后提高劳动生产率,这是应对后“人口红利”期的关键。

4. 人口与就业素质双双提升,为“人力资本红利”创造良好条件

2015 年,上海常住人口整体素质有大幅提高。以平均受教育年限看,6 岁及以上常住人口平均受教育年限为 10.78 年,比 2010 年提高了 0.23 年,常住人口平均受教育水平相

(下转第 30 页)

新西兰的 ACC，值得我们去了解和思考

徐晋勋

在新西兰，人们经常会提到“ACC”。凡接受过 ACC 服务，或是对 ACC 有所了解者，无不对之称颂有加。以下，把我们亲身感受的和了解到的一些有关新西兰 ACC 的情况简述如下：

1. 遭遇意外

2015 年的最后一天，我们在新西兰的南岛遭遇了车祸。程利南受了重伤，被直升飞机送到基督城医院抢救。住院 9 天后，伤情趋于稳定，又被转至安东尼养老村医院继续治疗，并按预约，定期回基督城医院复查。2 月 16 日复查后，医生签署了“可以乘飞机”的文件；于是，我们在 2 月 29 日回到上海。

在新西兰近 2 个月的时间，我们所有的医疗费用，包括直升机的运送、基督城医院的救治和复查、养老村医院的护理以及去基督城医院复查的往返交通等，均由新西兰 ACC 支付。养老村医院的食宿费用，则由我们旅行前投保的保险公司承担。

至此，也许你会感到奇怪，为什么 ACC 会给一个到新西兰来旅游的遭受意外伤害的外国人支付医疗费用？那就得从 ACC 是怎么回事说起。

2. 何谓“ACC”

ACC，是“Accident Compensation Corporation”的首字母缩略，意为“意外伤害赔偿”。在新

西兰设有专门的、由政府运作的一个 ACC 部门，中文译为“ACC 局”或“ACC 保险公司”。而在新西兰，人们把这一部门直接称为“ACC”。

ACC 是以保险为模式，为所有在新西兰因意外受伤的人提供帮助。也就是说，在新西兰境内的任何地方，如旅馆中、家里、工作单位、游乐场所、马路上（或在开车）等，不管是什么原因造成的意外伤害（即使是自己不小心造成的），也不管受到伤害者是新西兰公民还是外国人，更不管是轻微的外伤还是严重的创伤，都可以获得由 ACC 支付的救助和治疗。

ACC 与一般商业保险最大的不同在于：不必在意外事故发生前以支付保险费的形式参加 ACC。只要在新西兰境内，就自动获得了 ACC 保险。只要在事故中造成了身体的伤害，那么在新西兰境内的抢救、治疗所需的医疗费用，以及与事故相关的康复、陪护等方面的补助，都由 ACC 承担。如果在治疗过程中，受伤者离开新西兰，在境外的治疗费用就不再由 ACC 支付了。不过，如果受伤者过一段时间又重回新西兰，因上次伤害还未痊愈或留有后遗症，需继续治疗、康复的费用，仍可由 ACC 支付。

那么，与自己以往的疾病有关的“意外”，能否得到 ACC 救助？例如，当事人原先就有高血压，到新西兰后突发心脏病或中风等。对于此类的“意外”是有争议的。ACC 通常会征求医生意见，然后决定赔偿与否。一位

ACC 的部门经理告诉我们这样一件事：有位老人在家里弯腰时发生了“椎间盘突出”，起先被认为是长期劳损所致，并非 ACC 赔偿范围。老人到医生那里“抱怨”，最终医生认定为“意外”，ACC 支付了他的医疗费用；在他生活不能自理期间，还有由 ACC 请的护理人员上门帮助洗澡和打扫卫生。其实，那位老人（新西兰公民）并没有增加国家的医疗费用，因新西兰是全民医保，他生病所有的治疗也是全部免费的，只是要排队等候。界定为由 ACC 支付，他可以马上得到相应的处理。

需要说明的是，ACC 的救助并非完全是无条件的。获得 ACC 救助的受益人，不能起诉任何人。因此，受伤害者在得到 ACC 赔偿的同时，也就等同于要放弃追诉事故责任方的权利。对于造成意外的责任方，将由相关部门（如警察局等）经过调查后，再由公诉方予以起诉，接受必要的处罚，甚至承担民事或刑事责任。

3. 新西兰政府为什么要实行 ACC 制度

新西兰的 ACC 制度，似乎是件“赔本”的买卖，在全世界也仅此一家。然而，新西兰政府认为，意外发生后，当事人为追究过失而起诉，是十分耗时、耗钱和劳神的；会影响受伤害者的治疗和康复，也会消耗个人与社会的资源；即使受伤害者最后打赢了官司，也可能因过错方无钱而得不到应有的赔偿。所以，本着“尊重生命”、“救人第一”的原则，新西兰政府的 ACC 制度于 1974 年 4 月 1 日起正式运作。

新西兰 ACC 制度的诞生，起源于一个皇家委员会的报告（提案）。由于提案时那个委员会主席的名字是 Owen Woodhouse，那份提案就被称为“Woodhouse 报告”。

4. 新西兰政府是如何支撑 ACC 运作的

新西兰政府运作 ACC 的基本思想，也许就是“我为人人，人人为我”。

无论是新西兰的居民还是国外的游客，都在以不同的方式为 ACC 提供运营的资金：①新西兰居民缴纳的收入税中就包括了 ACC 税（ACC Levy）。根据工作种类的不同，所缴 ACC 税的级别是有所差异的：伐木工人，ACC 税高达 4% 以上，办公室白领，ACC 税只有百分之零点几；②新西兰拥有机动车者，需缴“路税”，其中一部分是 ACC 税；③购买生活用品，其中也包含了 ACC 税；④游客在新西兰期间的消费，如购买商品时所缴的商品税和服务税，有一小部分也成为了 ACC 运作的资金。所以，新西兰对国外的游客同样会提供全面的 ACC 意外伤害服务。

程利南在安东尼养老村住院期间，有一次到基督城医院复查，与 Taxi 司机闲聊。那位来自中国大陆的司机说：到新西兰十 10 年，每年为 ACC 付了 800 多纽元的税，至今总数超过了 8,000 纽元，却没有用过 ACC 一分钱；这才知道，自己所缴的税，也为同胞做了些贡献。

后记

遭遇车祸，不得不逗留在异国他乡，并不是一件令人愉快的事。然而，当我们处于困境时，受到了 ACC 及时的救援和周到的服务，十分幸运。如此人性化的 ACC，在全民医保的发达国家中也只有在新西兰施行。对于发展中国家，要由政府“买单”的“意外伤害赔偿”，也许目前还不可能提到议事日程上来。不过，新西兰的 ACC，还是值得我们去了解和思考的。

◀ 媒体聚焦 ▶

83.6% 受访者期待有自己的家庭医生

日前，国务院医改办等部门联合发布《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（以下简称《意见》），提出 2016 年在 200 个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务。到 2017 年家庭医生签约服务覆盖率达到 30% 以上，重点人群签约服务覆盖率达到 60% 以上。到 2020 年力争基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

公众对家庭医生制度有什么期待？近日，中国青年报社会调查中心通过问卷网，对 2002 人进行了调查，受访者中，35.7% 的人来自北上广深，36.4% 的人来自其他省会城市，17.0% 的人来自地级市，7.3% 的人来自县级市，3.5% 的人来自乡镇和农村。调查结果显示，83.6% 的受访者期待有自己的家庭医生。对于家庭医生，受访者最关心的是能否及时提供服务，以及医疗人员的资质和能力。

受访者认为最需要家庭医生的是 老人、孩子和孕产妇

在上海工作的陶卫强不久前去医院看胃病，亲身体会了一把“看病难”。“前段时间我一直胃痛，自己买药吃了不管用。花了两天时间才约上一个专家号。那天起了个大早，挤了 1 小时公交车才到，排队、检查，折腾了一上午。最后因为当周胃镜约满了，还要再等到下周才能把病看完。”听说家庭医生制度要推行，陶卫强十分期待：“如果有水平高的家庭医生，在家附近就能把病看了，还能随时咨

询，就不用遭那么大罪了”。

“相当一部分病人其实不需要到三甲医院就诊，比如很多高血压病人，只需要根据他每次测量的血压调整药物即可，看家庭医生完全可以。再比如一些冠心病病人，做完手术需要护理和恢复，如果有家庭医生来做这些，也会给患者带来不少便利。”北京某三甲医院医生告诉记者，家庭医生主要是全科医生，以团队的形式提供医疗服务，“一些发展成熟的还有各全科医生的协助，和诊所差不多，可以满足大部分患者的就医需求”。

调查显示，83.6% 的受访者期待有自己的家庭医生。受访者认为最需要家庭医生的是老人（85.8%），其次是孩子（72.6%）和孕产妇（52.3%）。36.1% 的受访者认为残障人士也很需要家庭医生。

张凡（化名）是广东某三甲医院的医生，他告诉记者，在发达国家比较成熟的医疗体系里，患者身体不舒服一般都是先找全科医生，如果不能在全科医生那里医治，才转诊看专科医生。

《意见》指出，现阶段家庭医生主要包括基层医疗卫生机构注册全科医生（含助理全科医生和中医类别全科医生），以及具备能力的乡镇卫生院医师和乡村医生等。符合条件的公立医院医师和中级以上职称的退休临床医师也可以作为家庭医生在基层提供签约服务。

在服务内容方面，家庭医生团队为居民提供基本医疗、公共卫生和约定的健康管理服务，并在就医、转诊、用药、医保等方面对签

约居民实行差异化政策。

调查显示,对于家庭医生,受访者最关心的两个问题是能否及时提供服务(65.9%)和医疗人员资质和能力(62.2%)。其他还有:家庭医生所提供的医疗服务内容(57.7%)、能否上门服务(57.0%)、签约费用额度(45.1%)、医疗费用报销额度(41.8%)、医疗设备配置(38.9%)、是否有配套的管理和评价机制(25.8%)、转诊是否方便(24.4%)等。

北京市朝阳区某社区卫生服务中心工作人员向记者介绍,他所在中心会为来这里看病的医保定点病人建立健康档案,视为签约家庭医生服务。但是家庭医生并不是私人医生,大多情况下并不提供上门诊疗服务,医保报销方面也按照以往的报销制度进行,没有专门针对家庭医生服务做改变。

61.0% 受访者认为家庭医生制度 能解决看病难问题

国家卫计委基层卫生司副司长诸宏明曾指出,从2009年到2014年,基层医疗卫生机构的诊疗人次占比从61.8%下降到57.7%,出院人数占比从31.6%下降到20%。家庭医生签约服务制度的顺利实施有利于强化基层医疗卫生服务网络功能,实现分级诊疗。

调查中,92.3%的受访者表示,如果有家庭医生,会优先找家庭医生看普通疾病。

那么,家庭医生制度能否解决看病难、看病贵的问题?调查中,61.0%的受访者认为能够解决看病难的问题,12.6%的受访者认为不能,26.4%的受访者回答不好说。41.6%的受访者认为能解决看病贵的问题,25.9%的受访者认为不能,32.5%的受访者回答不好说。

在一些地区的家庭医生签约率提高的同

时,也有不少地区家庭医生签约服务遇冷。据《广州日报》报道,早在2014年3月,广州就下发通知要求各区开展家庭医生式服务,并提出到2016年,基层卫生医疗机构开展覆盖率要达到70%。但多个社区辖区居民人口签约率不到10%。

“一般的感冒发烧,我愿意去社区医院或者看家庭医生。但如果有稍微重一点的病,往往还是愿意去大医院挂个专家号,一次看好。”在陶卫强看来,虽然国家一直在大力推行分级诊疗,但是社区医院、家庭医生要想完全被居民认可还需要时间。

上述北京三甲医院医生告诉记者,虽然现在他所在医院也会为一些普通疾病患者、康复期的患者转诊到二级医院或社区医院治疗,但是目前明确的转诊制度还没有完全建立起来,“缺乏明确转诊制度可能也会阻碍家庭医生发挥其优势”。

家庭医生无法迅速解决看病难的局面,还有一个原因是全科医生数量不足。据初步统计,截至2015年年底,培训合格的全科医生已达18.9万人,城乡每万名居民拥有全科医生1.4人。要实现到2020年每万名城乡居民有2~3名合格全科医生的目标,需要28~42万名全科医生,缺口巨大。当前,全科医生收入水平总体较低。我国培训的合格全科医生中,注册全科专业的仅占37%。

为了调动家庭医生开展签约服务的积极性,《意见》提出,“基层医疗卫生机构内部绩效工资分配可采取设立全科医生津贴等方式,向承担签约服务等临床一线任务的人员倾斜”,“二级以上医院要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜”,“整合二级以上医院

(下转第44页)

中国医生在线问诊行为报告

医米调研

移动医疗时代，远程医疗、在线问诊等模式不断出新。在这些眼花缭乱的概念与模式中，医生的工作习惯及医院业务流程是否会受到冲击？医米调研发布报告，希望通过医生的视角，勾勒出当下在线问诊模式的现状及未来。

一、调研样本构成

（一）调研背景

移动医疗时代，远程医疗，在线问诊等各种模式不断演绎出新。在这些眼花缭乱的概念与模式中，医生的工作习惯及医院业务流程是否也会受到冲击？基于此，医米调研发起本次调研，希望通过医生的视角，勾勒出当下在线问诊模式的现状及未来。

（二）样本构成

本研究于 2016 年 4 月，采用定量在线调研的方法，对医生站 APP 线上有过在线问诊经历的 1071 名医生进行调研。样本构成如下：

按地区划分：特大型城市占 5.7%，省会直辖市占 14.0%，地级市占 23.9%，县级市县城占 41.4%，乡镇农村占 14.9%。

按科室划分：内科占 32.2%，外科占 13.4%，儿科占 12.0%，妇产科占 .1%，全科占 7.3%，中医科占 4.7%，重症医学科占 1.9%，五官科占 1.9%，精神心理科占 1.6%，肿瘤科占 1.4%，皮肤性病科占 1.1%，临床其他科室

占 2.9%，医技科室占 5.9%，药剂科占 0.8%，其他医院科室占 5.9%。

按医生职位划分：正高占 5.2%，副高占 14.8%，中级占 35.6%，初级占 44.4%。

二、在线问诊平台医生端市场份额

（一）医生端市场份额呈“四梯队”格局

本次调研涉及的在线咨询平台在医生端市场份额呈“四梯队”格局：

第一梯队，好大夫（29.2%）、春雨医生（29.0%）；

第二梯队，杏仁医生（19.7%）、平安好医生（19.2%）（本次调研不能完整体现出平安好医生的自雇医生团队优势）；

第三梯队，微医（9.1%）、寻医问药（8.4%）、快速问医生（7.0%）、医护网（5.3%）；

第四梯队，爱问医生（2.5%）、拇指医生（2.2%）、其他在线问诊平台（4.6%）。

（二）问诊平台医生职称分布

就各大问诊平台医生职称而言，选择市场份额前五名的在线问诊平台进行分析。其中，在好大夫问诊平台，正高职称占 57.0%，副高职称占 28.0%，中级职称占 27.0%，初级职称占 28.0%；在春雨医生问诊平台，正高职称占 21.0%，副高职称占 32.0%，中级职称占 31.0%，初级职称占 27.0%；在杏仁医生问诊平台，不同职称医生按职称高低所占比例依

次为 10.0%、27.0%、21.0%、18.0%；在平安好医生问诊平台，不同职称医生按职称高低所占比例依次为 4.0%、16.0%、23.0%、19.0%；在微医问诊平台，不同职称医生按职称高低所占比例依次为 2.0%、9.0%、11.0%、8.0%。

通过比较不同职称医生的选择，正高级职称医生与其他职称医生的选择差异较为明显，选择好大夫的比例更高，达到 57.0%，而其他平台的选择均有所下降。（注：由于存在一个医生选择多个问诊平台，因此存在数据相加超过 100.0% 的情况；由于仅列五家问诊平台，因此存在数据相加不足 100.0% 的情况。）

三、医生接触问诊平台的渠道

（一）医生了解问诊平台的渠道

调研发现，在线问诊平台主要靠口碑式传播，同事推荐（53.0%）为主，其次是媒体（19.8%），再次是手机应用商城推荐（19.2%）。另外，平台来自医院推广（18.0%）、会议（16.6%）、药企相关企业推荐（5.4%）、其他（17.6%）。

通过进一步数据分析发现，正高职称医生通过同事推荐的比例要低于其他医生，占 33.3%，副高职称通过同事推荐的占 53.3%，中级职称 57.4%，初级职称 51.7%。此外，有更多的中级职称医生选择平台地推，占 21.8%，其他正高、副高、初级职称医生选择平台地推分别占 17.0%、16.3%、15.8%。原因在于中级职称医生诊疗经验、技术水平相比初级职称医生来说更为纯熟，但是知名度相比主任差些，因此各大平台需要通过地推团队抢夺中级职称医生资源。

（二）各大问诊平台的推广渠道

选择市场份额前五名的在线问诊平台进

行分析，通过同事推荐所占比例由高到低分别为：平安好医生（69.0%）、杏仁医生（64.0%）、春雨医生（61.0%）、微医（53.0%）和好大夫（51.0%）；通过手机商城推荐所占比例由高到低分别为：好大夫（26.0%）、平安好医生（22.0%）、微医（53.0%）、春雨医生（61.0%）和杏仁医生（64.0%）；通过媒体推荐所占比例由高到低分别为：微医（35.0%）、好大夫（26.0%）、春雨医生（23.0%）、杏仁医生（21.0%）和平安好医生（20.0%）；通过会议推荐所占比例由高到低分别为：好大夫（27.0%）、微医（25.0%）、春雨医生（20.0%）、杏仁医生（17.0%）和平安好医生（17.0%）；通过平台地推所占比例由高到低分别为：杏仁医生（31.0%）、微医（28.0%）、春雨医生（25.0%）、平安好医生（24.0%）和好大夫（27.0%）。通过纵向比较单个推广渠道发现：平台间各有侧重，例如医生通过会议接触好大夫的比例较高，这也解释了好大夫平台上高年资医生较多的现象。

四、医生在线问诊行为模式

（一）医生在线问诊参与动机

在问到参加在线问诊的原因时，排名前三的答案分别是“积累临床病例”（55.0%）、“和同行交流”（47.0%）、“额外的收入和补贴”（27.0%）。数据表明医生参加在线问诊主要还是以提升诊疗能力为目的，补贴激励并不是最主要的初衷。

通过进一步数据分析发现：不同职称的医生，选择在线问诊平台的初衷有所差异：首先，“额外收入和补贴”对于年轻医生的吸引力更大，中级职称占 30.3%，初级职称占 28.8%，副高职称占 17.6%，正高职称占 16.7%；其次，

高年资医生在“树立个人品牌”和“寻找合适的病人”两个选择比例更高,分别占 58.0% 和 28.7%。

(二) 医生在线问诊时间段

医生在线问诊时间段的选择上,选择“工作间隙”问诊的比例为 39.0%,其次为“休息日”(31.0%)和“工作日晚上”(31.0%)。

对于年轻医生,如中级(32.0%)、初级(33.0%)有更高比例选择以“休息日”在线问诊。此外 49.0% 的正高级职称医生选择以“工作间隙”进行在线问诊,选择在“休息日”问诊的比例仅为 14.0%。

(三) 每天在线问诊的时间长度

调研显示,有接近 60.0% 的医生每天都会在线问诊,其中每天 0.5~1 小时的比例最高,达到 20.0%,平均每天 >2 小时的占 13.9%,平均每天 1~2 小时的占 13.3%,11.0% 的医生平均每天 <0.5 小时。通过进一步数据分析发现:市场份额排名前五的问诊平台中,有 4 家问诊平台(平安好医生、春雨医生、好大夫和微医)平均均每天使用时间超过半小时的比例超过 50.0%。

(四) 每天在线服务的患者数量

通过对本次调研医生答案的汇总,发现医生每天在线问诊患者数量平均数为 4.2,中位数为 3,众数为 3。

(五) 医生在线问诊补贴收入

调查显示:绝大部分医生在在线问诊平台拿到的补贴并不高。其中,约 82.0% 的医生平均每月从在线问诊平台拿到 200 元以下的补贴,另有 8.5% 和 6.4% 的医生拿到 200~499 元和 500~999 元的平台问诊补贴,仅有 0.3% 的医生拿到 5000 元以上的平台问诊补贴,0.7% 的医生拿到 2000~4999 元的平台问诊补贴。

(六) 医生使用过的问诊形式

在问到医生曾经使用过的问诊形式时,选择聊天式图文咨询的比例为 58.0%,其次是发帖式图文咨询,占 30.0%,电话咨询占 23.0%,而视频咨询仅占 6.0%。这表明在线咨询主要还是以文字咨询为主,音频为辅,视频咨询极少。

五、在线问诊模式的瓶颈

(一) 患者在线上症状描述不清

调研发现:约 38.5% 人表示大概一半可以较为准确地描述自己的症状;35.3% 的人表示大部分可以较为准确地描述自己的症状;26.2% 的人表示很少可以较为准确地描述自己的症状。数据表明在线问诊时,患者不能精确描述自身病情的情况较为常见。

(二) 在线问诊效果存在局限性

在问到医生“在线咨询效果如何时”,仅 18.0% 的医生选择帮助很大,超 6 成的医生认为有一定作用但有限,13.0% 的医生认为作用不大,患者症状描述不清。在线问诊虽然便捷,但是其线上的特质在一定程度上限制了诊疗效果。

(三) 线上医疗事故处理方式模糊

对于“如果线上问诊出了医疗事故,怎么办”,在医生眼中,风险承担方依次是:第三方(保险公司)占 37.0%,在线问诊平台占 31.0%,医生本人占 12.0%,医生所在医院占 4.0%。实际上,本身医生从事在线问诊就属于灰色地带,而线上医疗事故更是难以判断责任人,因此法律法规的健全在一定程度上会为在线问诊指明方向。

(四) 院方阻力

当被问到参与在线问诊是否会影响

医院工作时, 60.0% 的医生选择不会影响, 28.0% 的医生选择有一些影响, 另有 7.0% 的医生选择影响很大。如果在线健康咨询模式开始全面普及, 医生如何协调好线上线下的工作或许是医院方较为关心的问题。

(五) 医生粘性问题

在问到医生“如果取消平台的资金激励, 是否会停止使用在线问诊平台”时, 44.0% 的医生选择不会停止使用, 37.0% 的医生表示不确定, 仅有 19.0% 医生表示会停止使用。这表明医生粘性不全是资金层面。通过进一步数据分析发现, 在取消资金激励后, 53.2% 的正高级职称医生选择不会停止使用, 48.1% 的副高级职称医生选择不会停止使用, 43.5% 的初级和 42.8% 的中级职称医生选择不会停止使用, 这表明高年资医生在取消资金激励后, 选择继续使用平台的比例更高。

六、在线问诊模式的趋势

(一) 问诊平台喜好

调研结果显示: 46.0% 的医生倾向于选择“专科类平台”, 另有 54.0% 的医生选择“综合性平台”。综合平台和专科平台各有优势, 综合性平台患者基数大, 而专科类平台减少了医生搜索病患的时间成本。

(二) 在线医疗适合的领域

在问到“在线医疗适合的领域时”, 轻问诊是大多数医生的选择, 占 64.0%; 其次是慢病管理, 占 51.0%; 健康养生和检查报告解读分别占 44.0% 和 42.0%。此外, 线上家庭医生、康复治疗、复诊的选择也均在 30.0% 左右。在线问诊普遍适用于慢病管理、健康管理等领域, 未来可以与多种模式对接。

(黄晓燕 整理)

(上接第40页)

现有的检查检验、消毒供应中心等资源, 向基层医疗卫生机构开放”, 建立健全签约服务的内在激励与外部支撑机制。

“二级以上医院的医师, 第一执业点是医院, 他们出去做家庭医生, 难以为医院这个‘老东家’带来业务增量, 还可能对医院的存量业务产生影响。”参与签约服务的二级以上医院医生是否能获得《意见》提出的待遇和支持, 要视“老东家”的开明程度而定。

“现在国家鼓励公立医院医生多点执业, 有一些公立医院对此态度比较开明, 只要医生不影响本职工作就没关系, 但是也有一些医

院, 即使医生没有因为‘走穴’影响本职工作, 也不乐意, 会有一些‘玻璃门’在那里”。

上述北京三甲医院医生认为, 病人找家庭医生看病之后还需要拿药, 相关的医保制度也需要建立起来, 才能发挥家庭医生的优势。

根据《意见》, 符合条件的非政府办医疗卫生机构(含个体诊所)也可以提供签约服务。

张凡介绍, 在香港, 公立医院和私人诊所都有全科医生, 私人诊所一般比公立医院收费贵, 但是方便快捷, 公立医院会便宜, 但是等候时间可能会长。

(辑自《中国青年报》20160715)

◀ 政策之窗 ▶

关于《上海市计划生育奖励与补助若干规定》的解读

2016 年 7 月 8 日,市政府印发修订后的《上海市计划生育奖励与补助若干规定》。现就有关修订情况解读如下:

一、修订的必要性

根据《上海市人口与计划生育条例》有关规定,2006 年 3 月 31 日市政府印发了《上海市计划生育奖励与补助若干规定》(以下简称“《若干规定》”),于同年 7 月 1 日起施行。2011 年 6 月 1 日,市政府印发修订后的《若干规定》,较大幅度提高了独生子女父母奖励费、年老时一次性计划生育奖励费。总体来看,《若干规定》实施情况良好,平稳有序,全市基本建立了计划生育利益导向政策体系,对于控制人口过快增长、稳定低生育水平、保障计划生育家庭权益、维护社会和谐稳定,发挥了重要作用。

党的十八届五中全会作出了实施全面两孩政策的决策部署。2015 年 12 月 27 日,十二届全国人大常委会第十八次会议表决通过《关于修改〈中华人民共和国人口与计划生育法〉的决定》,决定自 2016 年 1 月 1 日起在全国统一实施全面两孩政策,并对计划生育相关配套政策作了调整完善。2015 年 12 月 31 日,中共中央国务院发布《关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》,要求加大对计划生育家庭扶助力度。

2016 年 2 月 23 日,上海市第十四届人民代表大会常务委员会第二十七次会议通过了《关于修改〈上海市人口与计划生育条例〉的决定》,自 3 月 1 日起施行,全面两孩政策在本市全面落地。实施全面两孩政策以后,国家要求调整完善与之相配套的计划生育奖励扶

助政策,因此,根据新修改的《上海市人口与计划生育条例》(以下简称“新《条例》”),迫切需要修订《若干规定》,完善相关配套政策。

二、主要修订内容

《若干规定》主要在四个方面进行了修订完善:一是计划生育奖励假;二是《独生子女父母光荣证》的申领和退回;三是计划生育家庭特别扶助;四是农村部分计划生育家庭奖励扶助。

(一) 关于计划生育奖励假

【修订后的规定】

★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。增加的婚假一般应当与婚假合并连续使用,享受婚假同等待遇。★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。★生育假一般应当与产假合并连续使用,享受产假同等待遇。配偶陪产假应当在产妇产假期间连续使用,按照本人正常出勤应得的工资发给。★增加的婚假、生育假、配偶陪产假遇法定节假日顺延。

【解读】

新《条例》取消了晚婚、晚育奖励,并将原来的“晚婚假七天”调整为“增加婚假七天”,将原来的“晚育假三十天”调整为“生育假三十天”。同时,将原来的“晚育护理假三天”调整为“配偶陪产假十天”。因此,《若干规定》也作了相应修改,为了保持政策的有效衔接,有关假期期间的待遇、支付渠道均与原来保持一致。

(二) 关于《独生子女父母光荣证》的申

领和退回

【修订后领取《光荣证》的条件】

★ 2015 年 12 月 31 日以前依法生育一个子女或者收养一个子女的本市户籍公民，自愿不再生育或者收养，在子女年满 16 周岁之前，可以在本市申请领取《独生子女父母光荣证》（以下简称《光荣证》）。★ 一次生育两个及两个以上子女的公民，不可领取《光荣证》。

【解读】

实施全面两孩政策以后，国家和本市不再“提倡一对夫妻生育一个子女”，而是“提倡一对夫妻生育两个子女”。按照“老人老办法、新人新办法”的原则，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》。

新《条例》第三十四条规定：在国家提倡一对夫妻生育一个子女期间，自愿终身只生育一个子女的公民，在子女十六周岁以前，由区、县卫生和计划生育行政管理部门按照有关规定向其颁发《独生子女父母光荣证》。也就是 2016 年 1 月 1 日之前自愿终身只生育一个子女的夫妻，按照本市现行规定，符合条件的，仍可申请领取《独生子女父母光荣证》。因此，《若干规定》对领证条件作出了相应调整。

【修订后退回《光荣证》的规定】

★ 已领取《光荣证》的本市户籍公民，有下列情况之一的，所持《光荣证》无效，并且应当退回《光荣证》：（一）申请再生育子女；（二）违反规定生育子女；（三）以欺骗等不正当手段取得《光荣证》；（四）不符合领取《光荣证》条件的其他情形。

区、县卫生和计划生育行政管理部门对无效的《光荣证》，应当及时予以注销。”

【解读】

实施全面两孩政策以后，大部分夫妻生育第二个子女不再需要办理再生育申请审批手续，可以自主安排生育，实行生育服务登记制度。仅有一小部分夫妻再生育仍需要办理再生育申

请审批手续。因此，原来退回《光荣证》的情形之一“申请再生育子女”这一规定已经没有可操作性。是否应退回《光荣证》，应当以当事人是否已经实际生育了第二个子女为判断标准。因此，为了增强可操作性，《若干规定》第五条对于退回《光荣证》的情形进行了调整。

（三）关于计划生育家庭特别扶助。

【修订后的规定】

★ 同时符合下列条件的本市户籍人员，按照国家和本市有关规定，由其户籍所在地的区、县政府给予特别扶助金：

1. 1933 年 1 月 1 日以后出生或者 1933 年 1 月 1 日以前出生但持有《光荣证》。2. 女方年满 49 周岁的夫妻双方或者本人年满 49 周岁。3. 在 2015 年 12 月 31 日以前依法只生育或者合法收养一个子女。4. 现无存活子女或者子女持有《中华人民共和国残疾人证》，且残疾等级为三级以上（包括残疾等级为轻度以上）。5. 未再生育和未再收养子女。

计划生育家庭特别扶助标准按照国家有关规定，结合本市实际，实行动态调整。

计划生育家庭特别扶助制度的具体实施办法，由市卫生计生委、市财政局、市残联另行制订，经市政府批准后实施。

【解读】

鉴于计划生育家庭特别扶助制度将在今后较长一段时期内实施，为了保持政策的连续性、体现《若干规定》的全面性，在本次修订《若干规定》时增加了计划生育家庭特别扶助方面的内容。

（四）关于农村部分计划生育家庭奖励扶助。

【修订后的规定】

★ 同时具备以下条件的本市户籍农村计划生育奖励扶助对象，按照国家和本市有关规定，由其户籍所在地的区、县政府给予奖励扶助金：1. 本市实施统一的城乡户口登记制度之前本人为农业户口。2. 1933 年 1 月 1 日以后出生。3. 在 2015 年 12 月 31 日以前生育或者依

法收养子女。**4.** 男年满 60 周岁，或者女年满 55 周岁。**5.** 1990 年 8 月 1 日以后生育子女没有违反计划生育法律、法规和政策规定。**6.** 无子女（即生育或者依法收养的子女均已死亡），或者只有一个子女，或者只有两个女儿。

农村部分计划生育家庭奖励扶助标准按照国家有关规定，结合本市实际，实行动态调整。

农村部分计划生育家庭奖励扶助制度的具体实施办法，由市卫生计生委、市财政局另行制订，经市政府批准后实施。

【解读】

实施全面两孩政策以后，农村部分计划生育家庭奖励扶助制度仍将在今后较长一段

时期内实施。尽管本市取消了农业户口与非农业户口性质区分，建立统一的城乡户口登记制度，但是为了保持农村计生家庭奖励扶助政策的连续性，在本次修订《若干规定》时增加了农村部分计划生育家庭奖励扶助方面的内容，以保障现有农村计划生育家庭的合法权益。

三、施行日期

本规定自印发之日起施行，有效期 5 年。自 2016 年 1 月 1 日起，凡符合本规定条件的，按照本规定执行。

（根据《上海市卫生计生委网站》2016-7-26 发布的解读整理）

（上接第 48 页）

但在接近“天花板”的点位上轻言“拐点”，显然为时尚早。一旦措施不当，人口规模和集聚度是很容易反弹的。

“疏解”

涉及地域的人口问题，总是被搞得很敏感。多年来，舆论在外来人口问题上不断拉锯，甚至屡屡爆发尖锐冲突，多少让人有些无奈。这是任何一个不断接纳新移民的发达地区都会遇到的问题。

对此，许多问题可以讨论，但至少有些常识需要明确。比如“控制常住人口总量”绝不是一些人认为的“赶人”——当人口流动呈现不可逆转的大趋势，任何城市都不可能关上大门。况且，不由分说地“赶人”，根本做不到。

上海不是不要外来人口，但与任何方面一样，接纳人口也有一个基础。去年 7 月起，上海实行“居住证积分制”，确定申办《居住证》条件为“两个合法稳定”：即合法稳定居住、合法稳定就业。而人口导入和产业导入、资源导入一样，也要考虑城市的发展方向和承受力。

上海“十三五”规划纲要中这样说：加强“人口综合调控”，要更好运用市场化、法治化手段，以产业升级调整人口存量，以功能疏解调控人口增量。去年起的环境综合整治，其实就秉承了这样的逻辑。

对某城中村拆违现场的一番观察后发现：村委会将集体用地违法租给企业，企业建设了标准极低的“外来务工者公寓”，每户每月租金仅 300~500 元，生活垃圾任意堆积、废水稍加处理随意排入河道，高峰时租户 2000 余人……整治完毕后，“公寓”被推平，租住者自然离去。

这样的情况在全市多个城郊接合部可见。而所谓“调整人口存量”，就是要淘汰低端甚至违法的产业和居住形态，并合理设定“留在上海”的成本，促进人口自然流动。

而对于竞争中能够“留下来”的人口，居住证积分制等政策，则确保了可预期的公共服务。

绝对的公平无法实现，但至少要有相对的公平。

（木子辑）

◀ 信息简讯 ▶

上海常住人口总数 2415.27 万人近 40 年来首次减少

2016 年 2 月 29 日,上海市统计局公布《2015 年上海市国民经济和社会发展统计公报》。其中显示,2015 年年末,上海市常住人口总数为 2415.27 万人。这条消息,可能很多人并没有十分留意,但它的重要性,或许会远超出我们的想象。

因为,这个数字比 2014 年年末减少了 10.41 万人。预示改革开放近 40 年来,上海的常住人口总数首次出现了减少情况。

有人说,“人口拐”就这么来了。

“负增长”

上海历年的人口增长,是一条先陡后平的曲线。2010 年上海人口超过 2200 万,随后增速便开始放缓,而且越来越慢。此前已有不少专家推测,上海很快将出现常住人口的“负增长”。

长远来看,人口老龄化是一个大趋势。户籍人口的自然增长率,长年在 0% 上下浮动;如果没有外来人口的补充,上海的人口实际是在缓慢减少,或者至少是不增长。

由此,这一次的“负增长”似乎在意料之中,却也有些意外——户籍人口数量与上年相比还增长了 4.36 万人,减少的主要是外来人口,共计减少 14.77 万人。

这背后的原因十分复杂。比如 1990 年是全国人口增长的“拐点”,之前中国处于人口高速增长阶段,1987 年达到峰值;1990 年后则相对平稳,年出生人口逐步降至 1600 万左右。相应地,近几年全国 18~25 岁劳动力中的新鲜血液在不断减少,进入上海的人口数量自然也随之下降。

又比如,上海近年来生活成本持续上升,促使一定比例的外来人口自然流出,所谓媒体

常说的“逃离北上广”。

更直观的因素是去年下半年起轰轰烈烈开展的环境综合整治,代表了一种“主动调控”的思路。常住人口的下降,可能也是短期因素调整下的结果。

针对大批“城中村”和重点区域的整治,实质上也是重新“治城”,尤其是要疏解过于密集、充满风险的人口集聚。

“底线”

“严格控制常住人口总量”是这些年包括上海在内的特大型城市都在做的一件事。其目的是疏解“特大型城市非核心功能”。

今天遇到的大多数“大城市病”:环境污染、房价畸高、交通拥堵、公共资源稀缺、城市运行安全……或多或少都与人口过度集中有关。所以十八届三中全会明确提出,特大型城市要严控人口规模。而作为全国人口最多的城市,上海的人口调控任务自然首当其冲。

对这座城市的发展而言,接近 2500 万的常住人口,已经到了一个“天花板”;而控制常住人口总量规模,则是不能不做的“减法”。

2015 年 3 月,上海市委书记韩正明确提出,上海要严守建设用地、环境、人口、安全四条底线。而在当年年底讨论“十三五”规划的市委全会上,“守住常住人口规模底线”,被列为底线之首。

随后,这条底线明确地写进了上海市“十三五”规划纲要里。根据目标,到 2020 年,上海的常住人口必须控制在 2500 万人以内。

如今 2415.27 万这个数字,如愿控制在了 2500 万以下。可以说,人口调控取得了初步效果。

(下转第 47 页)