

2016年第6期

人口信息

POPULATION INFORMATION

《人口信息》

(双月刊)

2016年第6期

(总第209期)

2016年12月28日出版



- * 上海实施全面二孩政策对户籍出生人口的影响及对策探讨
- * 城市公共政策制定要避免低估常住人口增长
- * 医药卫生体制改革评价的理论与实践
- * 上海科创中心建设背景下的人才集聚与人才使用(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6期(总第209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•

上海实施全面二孩政策对户籍出生人口的影响及对策探讨..... 周海旺(1)

城市公共政策制定要避免低估常住人口增长..... 任远(8)

•本期关注•

上海科创中心建设背景下的人才集聚与人才使用..... 本刊编辑部(10)

(主持人:吴瑞君,参与讨论:王春兰、卿石松、曾明星、吴瑞君等)

•调研与分析•

老年人口规模持续扩大 老年生活质量不断提高

——2015年上海市人口抽样调查系列报告之二..... 胡锦涛(22)

•医改进展•

医药卫生体制改革评价的理论与实践..... 胡善联(27)

•全球视野•

兰德公司:中国应借IT技术建立世界一流医疗体系..... 木子辑(34)

•媒体聚焦•

生育意愿分化明显 多项配套亟需完善——全面两孩放开一年追踪..... 本刊辑(36)

当代中国医患关系现状调研报告..... 医米调研(38)

•信息简讯•

第九年全球健康促进大会在沪举行会议发布了《上海宣言》、签署了《健康城市上海共识》

..... 本刊辑(42)

《人口信息》2016年总目录..... (46)

《人口与发展》

上海实施全面二孩政策对户籍出生人口的影响及对策探讨

周海旺

人口是一个国家、地区和城市经济社会发展的重要基础,人口过多或者过少、人口年龄结构失衡,都不利于经济社会发展。计划生育是我国的一项基本国策,生育政策对于调节人口发展进程具有重要作用。二十世纪七十年代开展计划生育工作以来,随着经济社会发展和人口形势变化,我国以及上海的生育政策也相应作出了多次调整和完善。党的十八届三中全会作出了“坚持计划生育的基本国策,启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策,逐步调整完善生育政策,促进人口长期均衡发展”的决策部署,2015年10月底召开的十八届五中全会进一步提出要实行“全面二孩”政策,在三年内连续两次调整全国生育政策,非常罕见,这标志着我国对于计划生育工作的导向已经发生重大变化,由过去的控制生育向鼓励更多家庭生育两个孩子,缓解人口年龄结构失衡问题转变。上海市从2014年3月开始实施“单独两孩”政策,从2016年1月开始全面实施二孩政策,在两孩政策背景下,上海未来户籍出生人口发展前景如何?是需要深入研究的问题。

一、上海出生人口仍处于建国以来的第三次高峰中

上世纪五十年代以来,上海人口出生一直呈现峰谷交替的波动状态,经历了三次出生高峰。第一次出生高峰是1951—1963

年,平均年出生人口27.39万人,最高年份是1954年(33.70万人)。第二次出生高峰是1981—1989年,每年出生人口在15万人以上,最高年份为1982年(21.68万人)。“十一五”以来,全市逐步进入第三次出生高峰,2007年以后全市常住人口出生每年超过16万人;2012年达到23.96万人;2014年为22.19万人;2015年为18.19万人。值得注意的是,第一、二次出生高峰时期出生的人口主要是本市户籍人口,但是,第三次出生高峰期间出生人口的构成发生了很大变化,显著特点是来沪流动人口出生数量逐年增加。2014年,全市常住人口出生22.19万人,其中户籍人口出生12.41万人,占56.0%;流动人口出生9.77万人,占44.0%。最近20多年来,上海两地婚姻大量增长,2014年出生人口中14961人是外来媳妇生育的孩子,占到户籍出生人口总数的12%。

2003年时上海户籍人口出生人数只有5.73万人,是最近几十年中出生最少的年份,其后上海户籍出生人口数量开始增加,2010年以来上海户籍人口出生都超过了10万人,仍处在第三次人口出生高峰阶段。(见表1)

二、上海市全面两孩政策实施效果初显

随着单独两孩、全面两孩政策的放开,二孩出生规模扩大,上海人口生育水平有所提高。

表 1 2003 年以来上海户籍出生人口规模变化

单位：万人	
年份	户籍人口出生
2003	5.73
2004	8.09
2005	8.25
2006	8.12
2007	10.08
2008	9.67
2009	9.23
2010	10.02
2011	10.15
2012	12.11
2013	10.89
2014	12.41
2015	10.38

资料来源：《上海市统计年鉴》（2015年）

1. 单独两孩政策出台后再生育审批规模增加，其中单独夫妻再生审批规模比例上升明显。

如表 2 数据所示，2014 年 3 月开始实施单独两孩政策以后，2014 年、2015 年上海总再生育审批规模分别为 28881 件、25344 件，比 2013 年有了大幅度增加，其中 2015 年单独

表 2 2013-2015 年上海再生育审批规模变化

单位：件			
年份	总再生育审批	其中：	
		双独夫妻	单独夫妻
2013	14248	7593	
2014	28881	6909	16639
2015	25344	3508	17281

资料来源：上海市卫计委网站。

夫妻再生育审批规模 17281 件，占总审批规模的 68.2%，比 2014 年上升了近 11 个百分点。但是，2016 年 1 月开始实施全面两孩政策以后，生育第二个孩子不再需要审批，因此此后即使生育二孩的人数增加，审批数量也会减少了。

2 户籍出生人口一孩率下降明显，二孩率上升。

随着二孩出生规模的增加，上海户籍出生人口一孩率明显下降。2015 年上海户籍人口一孩率为 77.09%，比 2014 年下降了 7.77 个百分点，上海各区户籍人口一孩率都下降了，其中松江下降幅度最大，下降了 10.81 个百分点（见表 3）。

表 3 2015 年分区域上海户籍人口生育情况

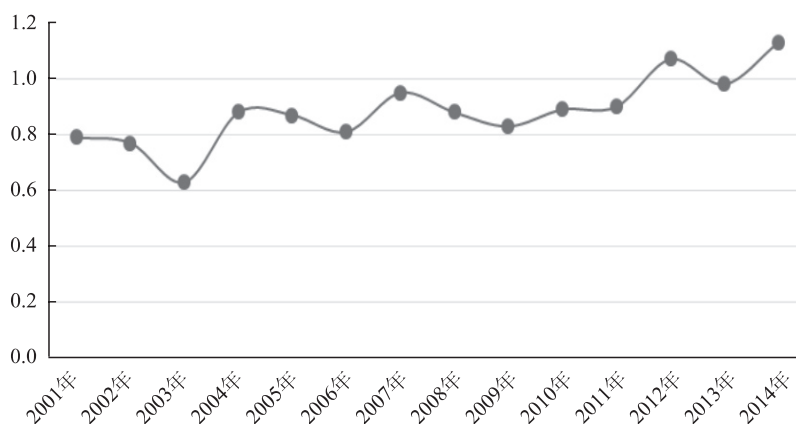
	计划生育率	孩率（%）			与上年比较（±%）
	（%）	一孩率	二孩率	多孩率	一孩率
户籍人口	99.7	77.09	22.64	0.27	-7.77
黄浦	99.7	81.03	18.66	0.31	-6.07
徐汇	99.7	74.68	24.99	0.33	-9.31
长宁	99.4	78.36	21.50	0.14	-6.73
静安	99.8	77.58	22.14	0.27	-7.24
普陀	99.6	78.58	21.13	0.29	-7.14
闸北	99.9	79.67	20.02	0.31	-7.27
虹口	99.4	82.85	16.82	0.33	-4.70
杨浦	99.7	79.26	20.52	0.21	-8.34
闵行	99.9	71.09	28.50	0.41	-8.17
宝山	99.5	79.21	20.49	0.30	-7.53
嘉定	99.5	79.32	20.43	0.25	-6.69
浦东	99.9	77.65	22.17	0.18	-8.04
金山	99.7	76.37	23.60	0.03	-7.73
松江	99.7	67.37	32.26	0.37	-10.81
青浦	99.2	69.68	29.98	0.34	-9.40
奉贤	99.4	72.30	27.37	0.33	-8.98
崇明	99.4	85.86	13.89	0.25	-4.26

资料来源：2015 年上海市人口和计划生育统计资料主要数据汇编

3. 总和生育率在波动中回升, 已经超过 2012 年以前平均每年 0.87 左右的水平。

从图 1 可以看出, 上海单独二孩政策实施后户籍人口的总和生育率也有所提高, 2014 年达到 1.13, 这是十多年来上海户籍人口生育水平的最高值。

2016 年全面两孩政策实施以后, 上海各妇产科医院怀孕和生育人数又迎来了一个小高峰, 一部分原来长期积压的生育需求短期内释放出来, 造成了部分医院建卡困难。2016 年前 10 个月上海市出生人口数量比上年同期增加了 10% 左右。



数据来源: 上海市卫计委

图 1 2001 年以来上海市户籍人口总和生育率变动情况

三、全面两孩政策对增加上海出生人口数量的长期效果有限

尽管上海 2014 年以来, 两孩政策已经呈现出一定的效果, 但是从长远来看, 两孩政策对增加上海出生人口的效果有限。出生人口数量受到多种因素影响, 比如: 育龄妇女人数特别是生育高峰期育龄妇女人数、育龄妇女的婚姻状况、生育意愿、生育政策、孩子的养育状况等, 在众多因素中, 生育政策因素的作用可能只是短期的、有限的。

1. 全面两孩政策实施后, 新增加的符合生育第二个孩子的育龄妇女人数有限。

实施全面两孩政策的目标人群是“男女双方均为非独生子女且已生育过一个孩子的

夫妻”。2014 年, 市卫生计生委在全市组织开展了已婚育龄夫妇信息核查工作, 核查对象是全市女方为 15~49 周岁, 本人为上海户籍或者其配偶为上海户籍的已婚育龄夫妇。

核查结果显示, 全市共有男女双方均为非独生子女的夫妻 95.7 万对。从女方年龄分布来看, 15~24 岁为 2446 对, 占 0.3%; 25~29 岁为 2.54 万对, 占 2.7%; 30~34 岁为 8.14 万对, 占 8.5%; 35~39 岁为 21.53 万对, 占 22.5%; 40~44 岁为 28.29 万对, 占 29.6%; 45~49 岁为 34.95 万对, 占 36.5%。可见, 上海全面二孩政策的受益对象主要集中在 35 岁以上, 而上海 35 岁以上能够生育孩子的育龄妇女比例很低。见表 4。

表 4 2014 年底上海市户籍人口 15~49 周岁育龄夫妇信息核查情况表

年龄	双独		单独		非独	
15~24	17485	3.35	8908	2.34	2446	0.26
25~29	183217	35.10	69760	18.40	25401	2.65
30~34	233796	44.90	143176	37.70	81413	8.51
35~39	67501	13.00	105536	27.80	215253	22.50
40~44	13756	2.64	35624	9.37	282947	29.60
45~49	5580	1.07	17019	4.48	349500	36.50
合计	521335	100.00	380023	100.00	956960	100.00

从 2011 年上海户籍育龄妇女生育情况来看,主要集中在 20~29 岁和 30~39 岁,40 岁以后生育孩子的只占 0.79%,不到 1%。见表 5。

表 5 2011 年上海户籍育龄妇女生育情况

育龄妇女年龄	出生人数	占出生人数%
20岁及以下	156	0.15
20~29岁	70969	69.92
30~39岁	29585	29.15
40~49岁	797	0.79
合计	101507	100.00

如果按照 2011 年的各年龄生育比例,2014 年的非独夫妻能生二孩的人数最多只有 30 多万人。

2. 户籍育龄妇女人数将持续减少,生育高峰年龄段育龄妇女未来 17 年减少幅度更大。

根据本文的预测,15~59 岁上海户籍育龄

妇女人数将从 2013 年的 304.2 万人不断减少,总和生育率(以下简称 TFR)1.0 的方案中,到 2050 年减少到只有 2013 年的 2/3,净减少 102.4 万人;TFR1.3 的方案中,到 2050 年育龄妇女人数减少到 216.5 万人;只有 TFR1.7 的方案在 2040 年以后开始略有反弹。见图 2。

20~39 岁是上海户籍育龄妇女生育高峰年龄段,这个年龄段的人数减少也很快。四个方案中都是从 2013 年的 189.8 万人减少到 2032 年的 115.8 万人,然后开始反弹。在未来 17 年中,上海生育高峰年龄段的育龄妇女人数快速减少,势必会影响出生人口数量。见图 3。

3. 在全面两孩政策影响下短期内出生人口数量将有显著增加但 2017 年左右会达到顶峰。

不论生育水平高低,都会在 2017 年前后

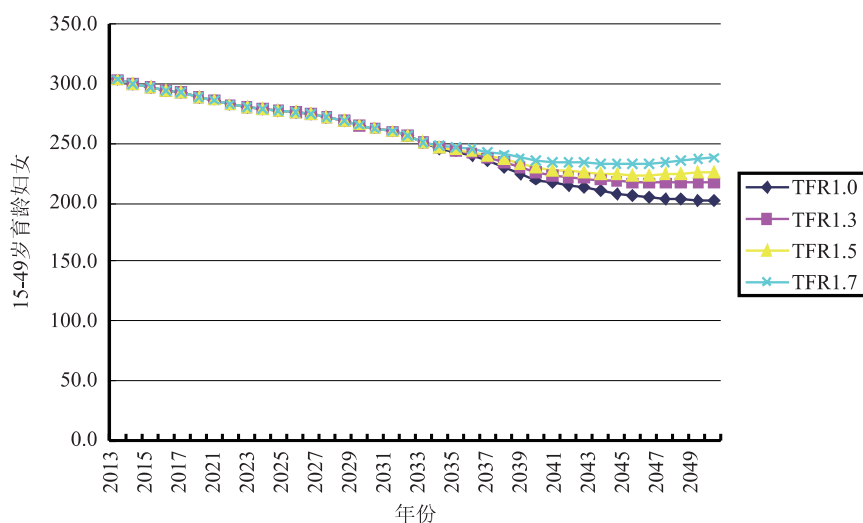


图 2 上海户籍 15~49 岁全部育龄妇女人口数量预测 单位: 万人

达到出生人口数量的顶峰,未来几十年中虽然生育率,出生人口数量都不会超过 2020 年。见图 4。

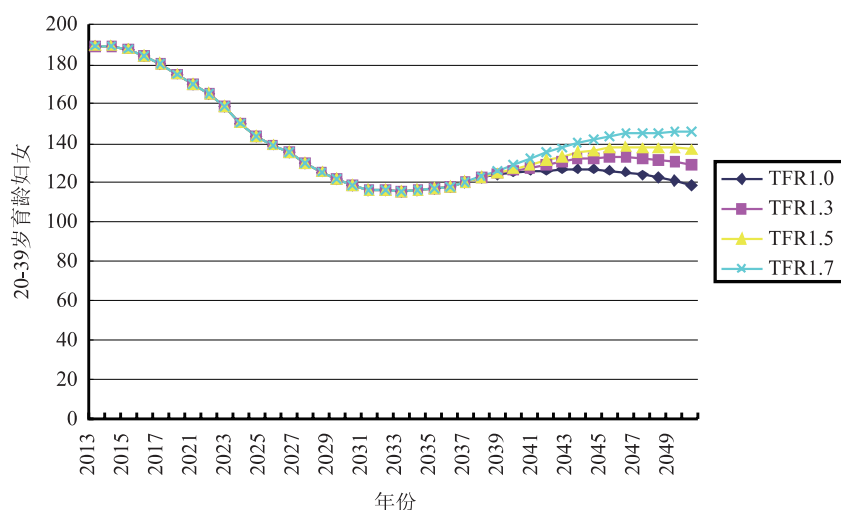


图3 上海户籍 20-39 岁生育高峰年龄段育龄妇女人口数量预测 单位：万人

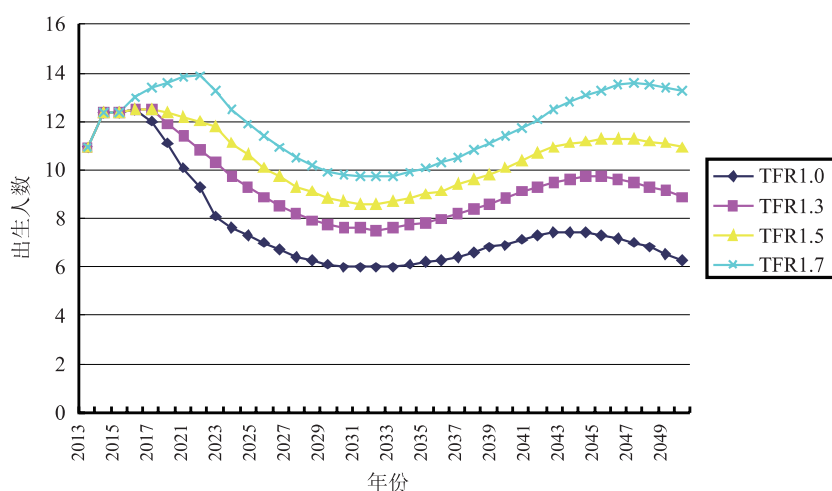


图4 不同生育水平下上海出生人口数量预测 单位：万人

从 2005 年以后出现的一波生育小高峰,即使在生育政策有重大调整的情况下,也不会带来未来出生人口数量的大幅度增长,上海的户籍出生人口数量即将达到顶峰。因此,我们不用过多担心以后出生人口过多带来的各种问题。上海以后面临的人口问题不是出生人口过多,而是劳动力的减少和老龄化的加速发展。

四、提高上海出生人口数量需要出台相关配套政策

从前文的分析中我们可以看到,全面两孩政策确实能在短期内增加出生人口的数量,但是由于受育龄妇女人数减少和养育成本高造成的生育意愿不高的影响,上海未来的出生人口数量很快就将达到顶峰,以后会长期减

少,这对上海社会经济发展会带来很多负面影响。因此,需要出台配套政策,支持和鼓励更多家庭按政策生育两个孩子。

1. 将提高生育水平放到关系国家和本市未来社会经济可持续健康发展的战略高度,加强舆论宣传,转变生育政策理念,引导人们形成合理的生育观念和生育行为。

计划生育政策是我国的基本国策,现行政策是在新的历史时期、新的人口发展形势下对计划生育政策的发展和完善。生育和抚养孩子是家庭的决定,但也是公民对国家和社会发展应当承担的责任,政府部门应该协助家庭实现生育目标。因此,具有生育能力和抚养条件的家庭应当用足政策,而政府也应当对于有生育能力而抚养孩子有困难的家庭提供必要的帮助,减轻家庭养育负担。对于经济收入水平较差的人群,政府要承担起相应的责任,予以财力和物力方面的倾斜和支持。符合生育政策的家庭都应该享受生育福利政策,生育二孩的家庭甚至应该享受更优惠的政策。

要改变生育政策宣传导向,营造鼓励按政策生育的社会氛围。倡导每个人为自己的人生负责,勇敢承担起抚育下一代的责任。

2. 提供公益性婚介服务,支持和鼓励大龄青年婚配,减少不婚比例。

最近由上海市妇女儿童指导服务中心(巾帼园)、上海市婚介机构管理协会携手青年报社《生活周刊》等共同开展的调查《上海单身青年的婚恋调查》出炉,其中提到“剩女”是个伪命题。依据是:2016年3月上海市人口数据,上海市18~40岁未婚男女比例为53.24:46.76,单身男性明显高于单身女性,第六次人口普查的结果也支持这一数据。其实

这是个错误的结论。不能看全部的上海实有人口里面的性别结构,也不能看人口普查的常住人口相关数据,因为里面有大量外省市人口,在婚姻市场上,本地与外地人口之间、不同职业、不同收入水平、不同家庭背景之间的结构性矛盾影响更大。

从2015年底上海实有人口统计数据来看,20~49岁适婚人群中,男性人数为276.27万人,女性为274.7万人,两者相差只有1.57万人,平均到每个年龄相差只有524人,基本是均衡的,在25~34岁年龄段,男性略微多于女性,25~44岁年龄段女性略多于男性。见表6。

表6 2015年底上海户籍分性别的20~49岁

	实有人口数量		(万人)
	男	女	相差
20-24岁	29.48	29.97	-0.49
25-29岁	49.82	48.27	1.55
30-34岁	58.12	56.28	1.84
35-39岁	51.24	51.55	-0.31
40-44岁	41.98	43.05	-1.07
45-49岁	45.63	45.58	0.05
20-49岁合计	276.27	274.70	1.57

数据来源:上海市实有人口统计数据

但是,上海每年大量的两地婚姻,造成了上海本地户籍女性择偶难,不能结婚也就不能生育。据统计,在1991-2014年24年间中,上海两地婚姻共有733608对,大部分年份两地婚姻中本地男性与外地女性结婚的比例都超过75%。如果我们按照75%的本地男外地女的比例可以大致推算出这24年中本地男和外地女结婚的共有550206对,本地女和外地男结婚的有183402对,两者的差额为366804对,也就是说,通过两地婚姻,过去24年中有366804个外地女性净迁入上海的婚姻市场,

和上海本地女性争夺配偶,造成本地 30 万左右的女性难以找到配偶,并且这种情况还在进一步发展。

2014 年上海两地婚姻占全市国内婚姻登记对数的 36.1%。据我们的推算,在 2015-2030 的 16 年中,因为外地女性的进入造成本地户籍女性中 20 万人左右难以找到配偶,上海户籍女性中不能结婚的比例将达到 15% 左右。

1991-2030 年的 40 年中,上海因为两地婚姻造成本地户籍 50 万女性不能结婚。

按照我国的国情,结婚后生育的孩子才能申报户口,而上海由于大量外来女性的进入,婚姻市场上本地户籍女性婚姻出现了很大的困难,很多人被迫终生不婚,也就没法生育孩子。

3. 增加相关公共服务的投入,增加婴幼儿和孕产妇服务资源。

首先,要增加优质孕产妇医疗服务资源,增加对妇产科医生、护士的培养。

其次,要继续加大对当前各级正规教育的投入与补贴,保证公共教育机构有足够的空间和资源接纳增长的学生。要尽快研究实施把义务教育阶段向幼儿园和高中扩展的可行性,分担家庭养育成本,减轻二孩或多孩家庭的经济压力。

第三,出台鼓励政策,完善社区婴幼儿照看服务网络。

4. 完善就业政策,鼓励企业雇佣女工。

很多企业怕招聘女工影响生产工作和生产秩序,原来女职工只生育一个孩子还好,现在要普遍生育两个孩子了,对企业和单位来说,造成的负面影响更大。因此,我们要正

视这个问题,切实减轻企业因为女工怀孕和生产、养育孩子带来的各种损失,并给予想与的社会补偿。比如,可以按照单位雇佣女工的人数减免有关税费,或者由市区财政直接给予女职工生育而对所在单位发放的专项补贴。

5. 对符合计划生育政策生育的子女,全面发放育儿补贴,建议由市财政承担有关费用。

日本、新加坡等很多国家,为了提高生育水平,增加出生人口数量,都给生育孩子的家庭发放养育补贴,这些补贴确实起到了一定作用,日本的总和生育率从 2005 年的 1.25 上升到了 2015 年的 1.42。上海的生育水平比日本还要低得多,因此上海也需要出台相应的养育津贴制度。养育补贴发放的标准建议按照全市职工平均工资的 5% 比较合适,这与 1980 年刚开始推行计划生育政策时发放的独生子女的补贴占职工工资的比例比较接近。建议养育补贴一直发放到孩子达到 16 岁的劳动年龄。

6. 修改有关法规,允许单身女性生育,允许医疗机构协助未婚女性生育,未婚生育只要不超过两个孩子不再进行处罚。

要适时推出新的生育政策,允许单身母亲生育孩子。有些非常优秀的女性,因为各种原因,找不到理想的配偶,自己又想养育一个孩子,卫生和计生部门应该提供相应的服务,相关法规也要做出调整,允许她们采取试管婴儿或其他方式怀孕生育孩子。未婚生育的女性,只要不超过两个孩子,不再作为违法计划生育进行处罚。

(作者为上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长,研究员)

城市公共政策制定要避免低估常住人口增长

任 远

最新发布的上海国民经济和社会发展统计公报表明,上海的常住人口总量出现下降,从 2014 年的 2425.7 万人下降到 2015 年的 2415.27 万人。外来常住人口数量从 996.42 万人,下降到 981.65 万人。澎湃新闻网有文章《上海减少的外来常住人口是哪些人?》,从居民用水量、市内交通人次数和工业增加值下降等数据来辅助观察,认为城市人口数下降可能是真实发生了。实际上从 2011 年以来,上海每年净增加的常住人口数量基本处于下降,也就是每年新进入的流动人口数量开始减少,而每年流动人口中返回农村和流出到其他地区的人口数量开始增加。在去年年中已经发现,若干区县的非户籍人口数量也出现下降,这在不少区县还是表现出人口总量控制的效果和成绩,这些都可以作为上海城市常住人口总量是出现下降的佐证。如果上海的常住人口总量确实发生了下降,这倒是上海城市发展乃至中国城镇化发展所出现的一个新的现象,可能意味着些什么,可以进行一些探讨。

然而,一种可能性是城市人口实际上并没有下降,而只是在统计上开始下降。在去年上半年的调研中,我们看到一些区县的临时居住证和长期居住证人口数量下降,其中有一个原因,是通过实施人口控制,加强了对合法稳定住所和合法稳定就业条件的控制,使得部分非户籍人口成为了非登记人口。统计中的非户籍人口下降被作为城市人口调控的成效,

而真实的城市人口数由于存在增加的非登记流动人口,实际上并没有下降。这也是笔者担心的由于严格控制人口规模,以及将人口指标行政配制到区县,可能会带来人口统计数据失真的后果。这种对实际人口数量低估的情况在上海城市发展的历史上曾经存在,特别是在 2005–2010 年对城市人口总量存在严重的统计低估,以至于在 2010 年六普数据表明常住人口 2300 万,大大超出了人口统计的平滑推断,于是城市统计年鉴不得不在事后对 2005–2010 年的常住人口数量进行了重新调整。

2015 年的人口总量下降是真实的下降还是“统计的下降”,迫切需要通过 2015 年人口小普查数据的汇总情况进行匹配分析,从而有助于得到对城市人口的正确判断。如果小普查数据表明,上海的实际人口数量并没有下降而是继续上升,那么可能证明行政化的人口管控出现扭曲人口统计数据的不利后果。实际上城市中有更多的人口成为了未登记人口,从而反而弱化了移民生活和福利,反而模糊了城市公共政策制定的基本市情。这就要求,需要有更科学的办法来把握城市人口动态,来支持合理的公共政策制定。而如果小普查数据进一步证明,上海的城市人口数量确实是真实减少了,那么我们这样的情况可能告诉我们上海经济和城市发展出现了或者正在出现一些值得注意的新现象。

另外,对城市人口发展建立一种长期动

态性的视角,有利于超越于短期的波动和困惑。最近几年来,结合着上海 2040 年中长期规划,不同学者和研究机构对城市 2040 年的未来判断提出从 2500 万到 5000 多万完全不同的结论。综合这些未来判断当然说明了未来的城市人口具有极大的可能性,但是对于城市公共政策制定似乎并没有提供可靠的基础。而实际上,几乎没有一种判断上海城市的人口会反转下降的。如果上海城市发展的内部、外部环境不发生大的变化,我们有一定的把握预测上海 2040 年的人口会达到 3000 万人。如果在这个城市常住人口总量开始下降的现象(或者假象)下,开始设想城市人口的不断减少,从而低估城市的人口,可能会偏离对未来中长期人口变动的基本判断,使城市的“公共政策之锚”偏离其落脚的抓手。

需要依据对城市人口中长期变动态势的基本判断来确立和落实城市的“公共政策之锚”。如果我们过低地预测了城市的人口变动来配置城市资源,甚至是只按照户籍人口数量来配置城市资源,包括城市的道路、教育、健康、绿地、环境等,就会在实际城市人口迅速增长的背景下显得被动招架,而出现各式各样的“城市病”。各式各样的“城市病”的本质不是人口增长过多,而是城市的公共服务规划及财政资源配置和公共管理能力没有充分应对人口的增长,是城市的发展机会和流动性没有满足人口的需求。如果我们试图在城市人口

达到 1900 万的公共政策框架下容纳 2300 万的城市人口,城市发展管理出现各种各样的“城市病”是必然的。而如果我们在当前认为城市常住人口开始下降,低估城市的人口数量和增长,并在这个判断上构造城市公共政策和发展规划之锚,对于城市实现高质量的发展仍然是有风险的。

而实际上,当前特大城市发展规划的“公共政策之锚”仍然相当大程度建立在一个较低的人口判断上,城市人口总量控制目标也设立在一个更低的人口目标上,二者相互强化。城市公共政策的制定存在相当大的不平等性,同时,当人口实际增长如果超过了人口规划目标,则使得城市内部的不平等性甚至还会进一步强化。因此,对于城市常住人口规模出现下降的统计数据,要有足够的谨慎,从人口动态的长期趋势判断,只有极少的可能性上海城市人口出现了负增长。我们需要避免低估城市的人口数量,并依据低估的人口数量和人口动态来确立城市的公共政策之锚。城市规划和管理部门需要将公共政策建立在一个科学的人口基础之上,建立一个更高的锚,而不是建立一个更低的锚。建立一个更平等的锚,而不是形成一个差别性不断扩大的锚,才有利于不断缓解超大城市的“城市病”,并实现城市内部的和谐、实现城市的不断提升和进步。

(作者为复旦大学社会发展与公共政策学院教授)

◀ 本期关注 ▶

上海科创中心建设背景下的人才集聚与人才使用

《人口信息》编辑部

特邀主持人: 华东师范大学人口研究所教授 吴瑞君

主持人语

建设全球有影响力的科创中心, 是上海正在实施的一项国家战略。国际发展的经验表明, 全球科技创新中心的组成结构中, 核心层次是人才, 主体层次是企业、大学和政府, 支撑层次包括创新文化、资本市场、创新设施、创新服务等。从集聚人才的特征分析, 硅谷等全球科创中心的人才具有科技化、高学历化、国际化和年轻化等特征。就上海而言, 首先, 上海科创中心的建设必然伴随着产业的转型升级, 要求就业人口的整体文化水平同步提升, 由于不同产业对人才的规模、类型及层次的要求不同, 因此人才的集聚还必须充分关注结构维度包括空间维度上的适应性问题。当前上海就业人口的总体文化程度尚有较大提升空间, 人才分布总体上仍为单中心结构, 与城市产业结构升级以及产业布局调整的要求存在较大差距。其次, 全球视野下的城市发展高端定位, 使得用人单位对于一般人才、通用人才的需求下降, 对国际化人才、创新创业的年轻人才的需求急剧增加。因此, 如何吸引和集聚高层次人才, 尤其是吸引具备探索和解

决复杂问题能力的年轻博士人才进入产业部门从事研发工作, 是激发企业创新活力、提升创新绩效的重要途径之一。此外, 由于人才的引进、使用涉及到多个环节, 人才效能的发挥需要政策、环境等多方面加以保障。上海科创中心建设一年多以来, 本市各级政府、部门积极落实《关于加快建设具有全球影响力的科技创新中心的意见》, 市级层面出台一系列配套性政策, 各区县积极对接实施。上海人才新政20条实施后, 对人才产生了显著的集聚效应。但实施中仍然存在配套政策难以跟进、引进与应用中聘评难度大, 并在鼓励校企人才双向流动和离岗创业中, 相关方权、责、利切割与归属缺乏合理体制等问题。

基于上述认识, 本期关注首先从人才集聚与产业发展的关系, 探讨上海就业人口的文化程度构成及空间分布特征, 从空间维度上剖析人才分布与产业发展的适应性问题; 其次以高层次博士人才的集聚为例, 分析人才集聚对企业创新活力提升的可行路径; 最后从高校和企业等不同层面, 评估人才新政20条实施的成效, 提出政策完善的建议。

上海就业人口的文化程度构成及空间分布特征

王春兰

(华东师范大学人口研究所、上海市人民政府决策咨询研究基地吴瑞君工作室)

上海科创中心建设被列入国家“十三五”规划纲要,成为一项国家战略。在当前阶段,上海建设具有全球影响力的科技创新中心正处于关键期,急需“吸引和集聚国内外优质资源和优秀人才,迅速提高科技创新的集中度和显示度”,前不久发布的本市人才政策 30 条正是在这种背景下应运而生。吸引人才和留住人才最终要达到的目的是服务于城市科技创新和产业转型升级。根据《上海新一轮城市总体规划指导意见》,未来上海要以市域“多心、开敞”空间结构为导向,不断提升产业能级,形成以服务经济为主的产业结构,中心城集中发展现代服务业和少量精品型都市工业,新城和新市镇大力发展先进制造业和现代服务业,推动二、三产业合理布局 and 融合发展。产业发展和科技创新最终要落地,相应地,人才政策在吸引和留住人才的前提下也要积极考虑落地环节。为此,以下首先分析本市就业人口文化构成的现状及其相对水平,然后从空间维度上剖析人才分布与产业发展的适应性问题,并提出政策建议。以下数据资料主要来自“‘十三五’上海人口发展和加强人口服务管理问题研究”、“上海郊区新城人口集聚现状分析”、“都市扩张过程中的空间非正义问题及人本价值实现研究”及“上海人口调控综合评估研究”等课题组。

一、上海就业人口文化程度构成的相对水平

2000 年上海在业人口当中高学历人口占比为 13.6%,2010 年在业人口中的高等学历人群占比攀升到 28.3%。全市从业人员平均受教育年限由 2000 年的 10.1 年上升至 2010 年的 11.3 年。按年龄段来看,大多数年龄段劳动力的文化程度构成都显著提升,20~34 岁的青壮年龄段,上升幅度都超过 15 个百分点,其中 25~29 岁上升幅度达到 28 个百分点,这标志着新一代青年劳动力的人力资本和创新能力的革命性变化。然而,与国内外重要大都市相比,上海就业人口文化程度并不乐观,一定程度上影响了它的国际竞争力。与全国各行业从业人员平均文化程度构成相比,上海相对较为高端一些,但是这一差距水平是否足够支撑上海率先发展和产业高端化发展则有待讨论。以制造业从业人员的平均受教育年数来看,全国平均(9.8 年)与上海(10.9 年)、北京(11.7 年)虽有一定差异,但平均都为高中学历水平。从全部在业人口中的高等学历人口比重来看,上海为 28.3%,比北京低了 10.7 个百分点。按产业分类来解析,京、沪之间高学历比重的差距在第一产业只有 2.5 个百分点,但第二产业却达到了近 8 个百分点,第三产业更高达到 9.4 个百分点,其中作为软实力重要表征的文化娱乐体育产业的差距接近 30 个百分点。与发达国家及其大城市相比,中国及其大城市从业人员文化程度整体水平较低一些是不争的事实。在整体水平的差异之下,不同行业从业人员的文化程度差距大小有所不同。中国从业人员文化程度落

注:本小节采用的是 2000 年、2010 年人口普查数据,受限于数据来源,只能分析常住人口中的高等学历人口分布特征,而没有就业人口当中高等学历人口分布特征。

后最主要还是体现在工人、农民等一线生产者。中国与美国在金融、信息、教育、管理等行业的从业人员当中大专及以上学历人群的占比方面相差无几，甚至中国还要略高一些，两个国家相应人群比重都达到了 50% 以上。然而，农林牧、制造、建筑、交通、商业与餐旅服务等主要实体经济行业的从业人员中，高等学历比重美国明显高于中国，各行业差距都在 15 个百分点以上。

在人口调控背景下，假如迁入人口的文化程度构成没有提高，人口总量增幅趋缓的同时也意味着人才资源总量增长趋于缓慢。按照调控前后上海人口总量变化数据可以得到两套人口预测方案，按照调控前上海人口数据预测，至 2020 年、2030 年本市人口总量本市人口总量分别达到 2697.01 万人、2953.79 万人，按照调控后上海人口数据预测，上海人口将会由 2014 年的 2425 万人增长至 2020 年的 2509 万人，2030 年人口规模为 2536.03 万人。相应地推算出上海大专及以上学历人口总体规模变化，结果显示，按照调控后人口发展状况，本市 2020 年、2030 年大专及以上学历人口将分别减少了 87 万人、155 万人。这意味着本市必须要加大人才政策吸引力度，才能抵消人口总量调控对人才资源储备的抑制性作用。

二、上海人才资源分布特征

以上分析表明，当前上海就业人口文化程度总体水平和其中的高等学历人口比重均没有突出优势，能否支撑起产业结构升级和产业高端化发展的前景尚不明朗。不仅如此，人才资源分布与产业布局的适应性也可能成为未来城市空间结构调整和产业升级中的长远问题。

从常住人口统计口径来看，本市人口文化程度较高的区域集中在中心城区，2010 年人口普查数据显示，按区县统计以徐汇、长宁两区为最高，高学历比重超过 38%。对比 2000 年、2010 年人口普查数据，大专以上学历人口的比例在城、郊均有所上升，但比重上升幅度较小的区域包括宝山、嘉定、金山、青浦、奉贤、崇明等六区县。在上海人口地理信息库的支持下，以内环线、中环线、外环线将全市划分成四个环带，分别提取各环带区域内的高等学历人口数据，分析结果显示，在最近的两次人口普查期间拥有高等学历的人口向郊区分散化分布，然而总体上中心城（外环线以内）的人才总量、占比以及密集程度远高于郊区，如图 1。到 2010 年，约有七成的高等学历人口分布在外环线以内区域，郊区的三成高等学历人口还包括了各大高校向外环线以外郊区转移的大学生、研究生等。这种人才分布态势不利于郊区发展知识密集型产业。

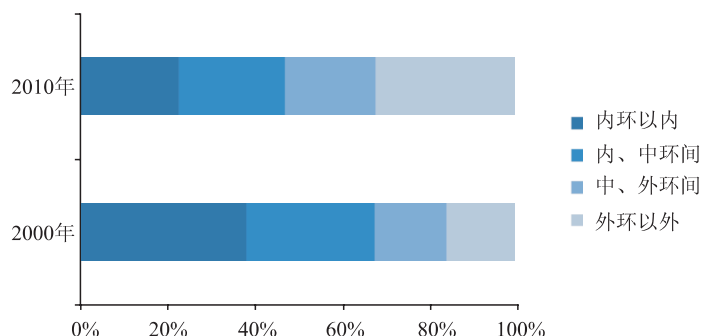


图 1 2000、2010 年上海高等学历人口分布态势

上海郊区新城人口文化程度总体水平提升较快,但仍未形成人才集聚的明显优势。2000-2010年,各新城常住人口的文化程度有较大幅度提升,高学历人群占比成倍攀升。如松江新城,该比重从2000年时8.5%大幅增至28.5%,这大概与其大学城集聚了众多大学生有关。在大专及以上学历文化程度者比重最低的临港新城,其占比也从2000年时的0.9%上升到14.4%。除临港新城外,嘉定、松江、青浦及南桥等新城常住人口中的大专文化程度人口的比重均高于其所在区的水平。其中,松江新城大专及以上学历文化程度的人口比重较松江全区的高了10余个百分点,其它3个新城的较其所在区的高4~6个百分点不等,而临港新城的大专及以上学历文化程度的人口比重则较浦东新区的低了8.5个百分点。在一定程度讲,郊区新城均是其所在区县的政治文化中心,其高学历人口的比重高于其所在区的水平也是正常现象。但是,总体上而言,除了松江新城,其他新城的高学历人口比重都低于全市平均水平。郊区新城的增量人口主要是外来人口,他们偏低的受教育水平拉低了新城常住人口的文化程度。

人才空间分布的相对集中特点是单中心城市开发策略的必然结果。新马克思主义学派认为城市空间如同商品,被资本和权力改造与再创造,城市扩张、绅士化与再开发等实质上是资本与权力驱动下的城市空间再生产。虽然在新自由经济时代上海主导性空间(中心城)和附属性空间(郊区)的关系以及空间排他性已经没有旧上海时期那么鲜明,但城市精英阶层对空间生产的规划和控制,对社会关系再生产的控制以及对利益分配的控制仍然存在。在殖民时代通过强势群体对弱势群体的强制规

定来实现主导性空间的绝对排他性;而在新自由经济时代,借由市场竞争下个人的社会经济地位差异、选择能力差异以及制度性排斥等实现空间的相对排他性。城市空间不平等的相对稳定性使得居民的“地方意识”比较强烈,而“地方意识”又会影响到不同阶层的居住区位选择,使城市空间上的排他性特点得以延续。高等学历的群体大多为管理人员、专业技术人员或办事人员,大体上处于社会等级结构的中等或上等位置,其在中心—边缘的城市社会空间结构中也相对集中在中心城。除此之外,还有一类所谓的“异化的中产阶级”现象也值得关注,部分青年人拥有高等学历,而工资水平相对较低,虽然工作地在中心城,受制于高企的房价,不得不在城市边缘择居。究竟是郊区工作岗位对高学历青年人没有吸引力,还是其他住房选择的影响因子在起作用,值得进一步深入探讨。

三、结论与建议

综上,当前上海就业人口的总体文化程度尚有较大提升空间,人才分布总体上仍为单中心结构,与城市产业结构升级以及产业布局调整的要求存在较大差距。今后上海经济增长模式势必要摆脱劳动密集型和资源密集型产业依靠低成本、高投入以维持产业竞争力的传统模式,逐步转变到依靠提高技术水平和加大人力资本投入的模式上来,让技术追赶和创新成为经济增长新动力,通过产业调整升级带动人口劳动力素质的提高。加大教育资源投入,提升当前大量分布在郊区的进城务工人员的职业技能和综合素质。营造比珠三角以及长三角其他省市更为优越的人才发展环境,聚拢国内外的人才。此外,应重视在城市中观尺度上

调整公共资源的空间配置,注重空间维度上的公平性和均衡性,为多中心、开敞的城市空间结构提供坚实的支撑,在郊区为人才营造宜居宜业的环境。反思调整城市管理和规划的决策机制和理念等基本问题,深入剖析问题所在,这可能会涉及部门利益、群体利益调整的“深水区”。

集聚高层次博士人才,增强企业 科技创新能力

卿石松

(华东师范大学人口研究所、上海市人民政府决策咨询研究基地吴瑞君工作室)

上海要加快建设成为具有全球影响力的科技创新中心,不仅在研发经费和人才总量上要具备一定规模,更重要的是研发成果水平和效益的提升。其关键就是以市场需求为导向,增强科技创新能力,促进科技成果转化应用,提升研发效率。人才是上海科创中心建设的核心基础,在人才“20 条”基础上又出台人才“30 条”,再次印证人才问题的重要性和人才高地建设的紧迫感。

一、高层次博士人才集聚对企业科技创新的重要性

企业既是创新活动的参与者,也是科技成果的主要应用方,对研发创新的市场需求具有灵敏嗅觉,在科技创新和成果转化应用方面具有举足轻重的地位。然而,上海企业科技创新人力资源层次相对较低,对前沿理论研究参与不足,产学研合作水平和成效不高,严重制约创新水平和创新绩效的提升。因此,吸引和集聚高层次人才,尤其是具备探索和解决复杂

问题能力的博士人才进入产业部门从事研发工作,是提升创新绩效的可行路径。一方面,产业部门可以通过集聚博士人才而获取前沿的新知识、新技术,这是增强企业原始创新能力的主要方式;另一方面,博士人才进入企业工作,可以将实验室的科技发明直接转化为市场产品,增强科技进步对经济发展的贡献度。

上海企业研发经费和人员投入达到国内外较高水平,但成果水平和价值有待提升。2014 年,上海全社会研究与试验发展(R&D)经费支出 861.95 亿元,其中来自于企业的资金为 513.15 亿元。规模以上工业企业中从事研发活动的人员达到 12.43 万人,但具有中、高级专业技术职称的比例仅占 43.0%。企业科技成果产出总量增长,2014 年上海规模以上工业企业专利申请数达到 2.68 万件。但 2008 年至今,上海工业企业新产品产值率始终在 20% 左右徘徊,与研发经费投入的快速增长形成鲜明对比。高技术产业规模不断扩大,但高技术产业产值占全市工业总产值比重持续下滑,2014 年的占比已从 2008 年的 24.8% 下降到 20.4%。这一指标,上海在全国排名最后一位,这与高技术产业“高收益”特征是不相符的,与上海正在建设具有全球影响力的创新中心的要求相距甚远。

研发人员数量增长和结构优化是上海企业提升创新能力的基础,吸引博士人才进入产业部门从事创新研究恰逢其时。博士学位获得者拥有解决复杂问题的能力,这是知识创造和科技创新的关键要素。在博士生数量扩张和学术岗位相对不足的背景下,对于 STEM 学科(科学、技术、工程和数学)的博士生来说,产业界早已是一个可行的就业选择。例如,英国高等教育基金会(HEFCE)研究报告显示,英

国、澳大利亚、德国、美国、挪威、西班牙和印度等国家博士毕业生进入学术部门的比例都有不同程度的下降,而临时的、过渡性质的博士后学术岗位,以及企业、政府和非盈利组织的非学术岗位增加。美国研究生院联合会组织的调查报告也表明,2008 年毕业的博士有一半从事非学术职业,尤其是工程领域的博士毕业生,有 61% 在产业界工作。我国的博士生教育以学术型学位为主,旨在培养掌握“专业知识”和“理论基础”,具有“独立从事科学研究能力”的高级专门人才。随着国内博士教育规模扩张以及大量国外博士归国就业的挤压下,国内博士人才就业环境急剧变化,越来越多的理工科技博士开始接受和寻求产业部门的就业机会。在此背景下,加大企业研发投入,鼓励博士人才选择进入企业从事应用型创新研究,提高企业的创新创造能力和科技成果转化应用能力,符合博士教育和经济社会发展规律。

二、提高高层次博士人才科技创新能力的政策建议

然而,现有的单一化的博士人才培养模式,可能使得博士生能力素质无法适应就业环境变化的需要。高层次博士人才培养、使用和评价机制需要做出相应的调整和完善,使创新型科技博士人才做好在产业界就业的思想和能力准备。

1. 深化产学研合作,完善科技博士人才培养模式。

就业环境及其对博士人才能力素质需求结构的变化,使得博士人才培养模式不断变革调整。不同类型的岗位对博士能力要求存在差异,专业知识和科研能力有利于学术岗位,

而产业界的岗位更需要通用技能,如系统思考和分析问题的能力、解决复杂问题的能力等。然而,以强调论文创新为特征的传统博士教育模式,使得博士毕业生的能力素质结构与市场多样化需求之间不匹配。例如,有研究发现 70% 的企业雇主认为博士毕业生严重缺乏创造力和领导能力。教育与市场互动并与用人单位形成伙伴关系是提升博士生就业能力的可行路径。国际上博士生培养已由单一的学术模式转向多元模式,如产学研联合培养博士、教学课程注重通用能力培养等,以便帮助博士毕业生适应学术界外部的就业岗位。因此,需要理清博士生导师、教育机构、政府和用人单位等利益相关者在博士人才培养过程中的角色和作用,构建功能和需求有效衔接的互动合作机制,扩大有效需求和提高经济效益。加强博士人才供需双方的互动合作,鼓励高校、科研院所与企业联合共建新型研发机构,做大做强产学研用对接平台,促进产学研联合培养博士,有效连接博士生培养与用人单位的需求。

2. 优化博士后培养机构运作机制,鼓励博士人才去企业从事应用型创新研究。

企业博士后工作站是在研究机构和高校的博士后流动站基础上,为了解决我国的产学研结合不紧密,促进科技和经济的紧密结合而出现的一种新的高层次人才培养模式。为形成企业与高校、科研院所的合作机制,培养适应企业发展需要的高层次人才,提高企业的技术创新能力,加快科技成果转化提供了平台。但是,由于其功能定位的认识偏差,以致在实际运行中出现了空巢化现象。加强企业博士后工作正是当前促进博士后工作站成为科研与市场结合的有效载体,是建立以企业为主体、

市场为导向、产学研相结合的技术创新体系，提高企业科技创新能力的需要。正如人才“30条”所提出的那样，需要切实采取措施，优化政策、资金、人才和服务，推动博士后科研“两站一基地”（流动站、工作站、创新实践基地）和企业科技创新“四平台”（企业工程研究中心、工程实验室、工程技术研究中心、企业技术中心）协同发展，以便在高端人才发现、培养、技术项目研发、院所与企业导师互聘、青年科研人才实践等方面，形成人才、项目、产品相互融合的产学研用合作机制。同时，需要加大企业研发投入，扩大产业部门对创新型博士人才的需求，采取户籍、薪酬待遇和资金支持等倾斜政策鼓励博士毕业生去企业就业，鼓励支持研发能力强的企业独立招收博士后等。

3. 深化编制、职称和考核制度改革，促进创新创业人才双向流动。

在现行的事业单位编制制度背景下，完善事业单位科研人员兼职管理办法，允许兼职或在岗创业科研人员不占或少占事业编制的办法，在保障事业单位教学科研良好运行的情况下，鼓励科研人员在岗或者离岗创业。进一步改革职称评聘制度，探索多元化的晋升通道，企业服务经历和效果纳入晋升专业技术职务的重要条件。通过双向挂职、短期咨询、项目合作等柔性流动方式，每年引导一批高校、科研院所的博士、教授有序流向企业，将研究与教育活动有机结合。企业要注重项目合作过程中对自身基础研发实力的提升，使企业始终立于科技和理论前沿。改革聘用和考核制度，降低高级专业技术职称科研人员的考核要求，减轻后顾之忧，鼓励科研人员在岗创业或者到企业兼职从事科技成果转化、技术攻关和咨询服务等。鼓励高校、科研院所设立科技成果转

化应用和咨询服务中心，并设立一定比例的流动岗位，吸引有创新创业实践经验的企业家、企业科研人才和成果转化应用中介人才兼职，共同推动科技创新和成果转化应用。

上海人才新政实施问题 及应对策略研究

曾明星 吴瑞君

（华东师范大学人口研究所、上海市人民政府决策咨询研究基地吴瑞君工作室）

当前，科技创新能力已经成为衡量一个国家和城市综合实力的重要指标。为进一步加强人才建设，更广更灵活地集聚各类创新人才，加快推进上海全球科创中心建设，上海市委市政府于2015年5月出台《关于加快建设具有全球影响力的科技创新中心的意见》（简称《科创22条》），并在2个月后推出了《关于深化人才工作体制机制改革促进人才创新创业的实施意见》（简称《人才新政20条》），即“科创中心”建设的相关配套政策，同年10月又推出了《国内人才引进政策实施办法》和《科研人员双向流动实施意见》，对相关人才政策进行了创新性突破。科创“人才新政”实施一年后，在人才集聚、培养、评价、激励等方面仍然存在较大矛盾与问题。本研究针对这些问题，拟以创新为抓手对人才的引、育和管理（聚放）进行制度层面的研究，以期为人 才新政后续实施提供更好的决策措施。

一、上海人才新政出台的背景

上海近几十年来现代经济、科技的巨大发展，对各类人才的需求更为巨大，加之当前产业升级、调整及周边区域的人才竞争日益激

烈,使上海的人才集聚与增加倍感压力。

1. 高层次创新人才是当前科技进步、经济发展的主要推动者

当前,高层次创新人才已经成为新经济增长的核心资源,也是国家和区域发展的核心竞争力所在。高层次创新人才是现代社会创新发展的动力,是创新人才队伍的灵魂,其水平代表着一个国家科技和知识的最高水准,同时具有战略资本性、自主创新性、领军团队性、流动国际性及创业风险性等特点,是当前科技进步、经济发展的主要推动力量。

2. 上海产业调整与结构升级的需要

当前,上海产业结构调整与结构优化仍面临诸多问题和瓶颈亟待解决,而最大的问题就是与战略新兴等高新技术产业相匹配的高层次人才紧缺问题。上海决定进行“科创中心”建设后,未来对人才的需求更为巨大。

3. 国内外科技创新人才竞争压力的促动、上海与其他城市相比较,优势何在

诸多研究表明,上海的科技创新能力不足,就全国而言,落后于北京、深圳;就泛长三角城市中,也仅为第三位,落后于杭州和苏州;就出台人才 20 条新政而言,亦受到全国其他城市的巨大竞争压力。截止到 2015 年 12 月底,据不完全统计,全国有 11 个城市(区)也出台了人才新政,甚至时间更早、承诺的条件更为优厚。

二、上海人才新政实施中的问题

上海一直非常重视创新型人才的培养、引进与任用,并对人才体制、机制不断进行着改革和突破,未来上海创新人才主要存在高端技术人才缺乏、专业化不足、创新力不强及国际化水平不高等问题,同时在体制机制和管理

上也存在诸多亟待改进的地方,比较突出的是人才培养模式跟不上经济技术的发展、激励机制不完善、科技人才“双向流动”机制不畅、人才评价机制不合理等。从高校、科研院所、企业等层面看,具体情况如下:

1. 高校、科研院所的实施问题

一是存在诸多制度瓶颈和操作难点。鼓励高校与企业人才双向流动和离岗创业面临的瓶颈是编制问题,最大的风险是创业过程及创业失败后的职责和权益归属切割问题。当前很多高校是在其岗必获其薪,一个萝卜一个坑;若不在其岗,则不仅要“停薪”,而且要“去职”,没有空余的岗位供“离岗创业者”之用。同时,如果教师带着团队的科技成果去创业,后续产出如何与以前的成果归属相切割,也是一个不能回避的实际问题。

二是最突出的问题是可转化的成果比重偏低,最大的瓶颈是如何调动高校在科技成果转化中积极性。作为用人单位,员工参与应用性科研成果的研发,其对研发产品拥有一定的权属,在科技成果转化时也应参与一定的分成,但目前关于职务发明的界定一直比较模糊,高校和科研院所宁愿束之高阁,也不太愿意冒险转化,高校在其中的获益不多,实际积极性不高。

三是最大难点是如何与高校的办学目标相对接,政府与高校如何在服务与被服务中实现互利共赢。即使高校强调创新应用成果的重要性,但在学术为主标准导向下,将出现创新成果转化与学术标准背离的局面。且高校新招录人员大多签订“非升即走”用人合同,如在两个聘期内离岗创业,显然与高校的人事改革政策相矛盾,因而给人才新政的落实带来大难题。

2. 企业实施问题

通过对紫竹高新区、张江高科技园区、环同济设计与创意产业带内的相关企业的调查、走访及 2016 年 1 月初近 20 家行政、事业与企业单位关于上海人才新政施行情况座谈,截止本年 8 月底,大部分企业开始了新政细则研究、对接与实施工作。在实施中存在的问题,主要有:

一是配套政策跟进问题。上海人才新政的实施是一个系统工程,各种配套政策的制定与实施还需长期进行完善。当前,“上海人才新政 20 条”之外实施的细则还有 8 个配套办法和“6+3”项政策。其中,8 个配套办法中 5 个已经发布,1 个在准备分布中,还有 2 个在论证研究当中;而“6+3”项政策中,6 条是针对海外人才的(海外 4 项、国内 2 项);3 条办法中,一是关于“双向流动”方面的,二是沪人事局专发的 2015(40 号)文件,三是博士后创新创业基地建设政策等,所有这些政策对人才新政 20 条是一个有效的补充和进一步的细化。当前政策实施中存在的主要问题包括三个方面:一是配套政策出台过慢。由于相关政策的配套不够,很多投资者和创新创业人才带着项目已到周边如江苏、浙江落户了。二是政策的宣传力度不够大,特别是对吸引海外人才的宣传。三是很多政策的操作流程太过繁琐,并建议是否可以参考国外技术移民的做法进行简化。另外,不要把科创中心建设与人才新政做成两张皮,应该是相互支持、互融互通的,同时也强调,要注重普惠性政策的制定,兼顾本土人才的发展。同时,做好上海人才引进工作,应该处理好“锦上添花”与“雪中送炭”的关系,对人才引进相关政策应进行细分,加强配套。当前的人才状况,总体上是进的少

出的多,主要原因是配套少且差,特别是子女教育问题尤为突出,大大影响了上海对人才的吸引力。

二是科研人员创业失败率较高,其结果反而可能增加创业者负担。调查发现,高校教师或科研院所科研人员创业的成功率并不高,“双向流动”对他们而言吸引力并不太大,如在紫竹科技园创新创业的交大和华师大教授,总共只有十几位。同时,很多人即使不出台这种政策也已处于“双向流动”状态中,这项政策出台后,使“双向流动”从暗处走向明处,反而增加了创业者的负担。本项政策的实施,对高校影响较小,而对科研院所影响较大,对科研院所具有更大的鼓励作用。

三是高校和科研院所创业政策不统一,给创业者带来不平等负担。上海市创新创业政策规定,不涉及国防、国家安全、国家利益和重大社会公共利益的科技成果的使用权、处置权、收益权,下放给高校、科研院所。科技成果转化收益留归单位,纳入单位预算,不再上缴国库。因此,不同的高校和科研院所设立技术转化提留比例时存在较大的不同,这就使创业者产生事实上的不平等担负。

四是如何处理创新人才引进与培育的关系问题。有专家强调,当前高校和科研院所的教授和研究人员,离市场不是太远而是太近了,有专家指出我国专利申报存在重大问题,质量差,起点低。相比较而言,美国高校的专利是每年 4000 多项,而我国是几万项,当前中国的创新能力远远不及美国。同时,上海科创中心建设,不是上海做得好,而是落后了。上海不缺一般人才,而是缺创新型人才,特别是企业家型的人才。当前,上海应该是更注重内生人才的培养,而不是引进。科研与创新是

不同的,科研是把钱变为知识,而创新是把知识变为钱。创新是放出来的,科研是养出来的。北京有“北漂”,为什么上海没有“沪漂”?上海应好好反思。

三、提升思路与应对策略

1. 梯度突破、市场化评价,构建创新人才引进机制

一要构建梯度性、衔接性与倾向性的创新创业人才落户政策。上海人才引进政策体系中,已形成了比较明晰的居住证积分、居转户、和直接落户三个政策梯度的落户政策,这给准备前来上海、留在上海、扎根上海的创新创业人才以稳定的预期。据 2015 年数据,满 120 分,办理居住证的各类人才共 12.9 万人;居转户为 7803 人(不含随迁),未来这一群体将成为上海引进国内人才的主渠道;直接落户的人才为 5826 人。从这一结构上看,居转户已经超过了直接落户的规模。因而居住证积分,仍然是上海吸引一般人才的主要方式。从目前的趋势看,直接落户的口子将会保留,但要进一步扩大将有一定的难度,但是直接落户又是为满足上海经济、社会发展的高、精、尖或紧缺人才,从定位上看,是需要给这一群体进行直接落户方便的,因此未来对直接落户类人才不是开不开口子的问题,而应该是不设口子,只要符合条件就接纳,这在户籍政策制定和执行中需要有创新思维和制度性突破。

二要实施和细化创新人才市场化评价机制。人才新政与以往人才政策最大的不同,就是人才评价的市场化,主要包括三个方面:薪酬评价、投资评价和第三方评价。这种评价机制,比以往的学历、职称、资历评价更能反映人才的创新能力,特别是第三方评价是新政市

场化评价的核心,未来更重要的是需对这一评价机制进行细化和落实。

2. 加快配套实施细则制定,推动新政有效落实

一要完善政策细则,进一步明确高校与企业人才双向流动及高校科技人才离岗创业的条件。科技人员与企业家是两种不同性质的职业身份,角色的成功转换需要特定的素质能力。如果对自身能力与资源评估不足就盲目“下海”,会难以真正做到离岗成功创业。创业失败后若无原则回高校原岗位,不符合高校人事制度改革的方向和精神,因此,要对高校科技创新人员离岗创业进行明确的界定,设定高校离岗创业的条件及评估机制。同时,也应给高校一定的自主权,即允许高校在不违背公平公正原则的基础上,对创业失败回校就业的人员设置一定的岗位胜任能力考核机制。

二要加强顶层设计,破除科创人才参与“双创”的制度性障碍。加强顶层设计,破除制定性障碍,重点解决两个问题:一为科创人员离岗创业的身份待遇保留问题。应深化科研机构人事制度改革,出台离岗创业人员收入分配等人力资源管理细则,既保证科创人才从技术转化中受益,又要兼顾单位公平。二为职务发明成果的收益归属问题。科技成果与知识产权方面缺乏成果共享及利益分配机制是当前制约我国科技创新潜能迸发的主要障碍之一。现在各地对科技人员职务发明成果收益分配的具体制度安排不尽相同,应进一步改革科技管理体制,完善成果转化激励机制,进一步明晰责权利,最大限度地调动科技创业人员的积极性、创造性。

三要明确高校和科研机构参与上海创新发展的具体要求,推动将科技人才创新创业纳

入教育部高校及地方高校深化综合改革方案。政府与教育部高校共建及面向市属高校的各类计划、专项资助及基地建设,要将高校科技成果转化数量、质量,科技人才参与上海创新型发展及科创中心等建设的成效作为参考指标,在相关项目审批、财政资助及业绩考核时作为重要依据,同时对在上海科创中心建设等地方创新创业中作出突出贡献的高校、院所予以奖励和表彰,以推动高校等更加重视科技人才参与创新创业工作。加大人才绩效评价,提高科研数量和质量的考核要求,职称评审更加注重科研成果的质量,同时科研评价制度中需更强调学术研究的贡献度等。

3. 加大协同创新, 破解新政实施瓶颈

一要大力鼓励科创人员通过兼职方式参与上海科创中心建设。为实现高新技术成果转化、技术攻关提供有偿服务,并获取兼职报酬。高等院校、科研院所等事业单位可以根据工作需要,设置一定比例的流动岗位,吸引有创新实践经验的企业家和企业科研人才到本单位兼职。同时,政府应当鼓励企业与教授合作,推动科技成果转化。

二要聚焦内部管理,破解新政实施中面临的挑战和问题。借鉴相关经验,探索实施科创人才分类考核机制。一是在考核对象上,实施分类管理。如部分研究机构可专门设立工程师系列,为一些工程类技术人才提供晋升渠道。二是在考核方法上,实施定性与定量相结合。科研评价可采用“同行专家评价”,甚至还会引入申请人自我评价、委员会评价等定性考核,以避免过度重视量化手段导致低水平或速成式的成果大量涌现。三是在考核指标上,强调影响力指标。同时,需强调科研成果在文化、经济、环境、教育、政策制定、公共服务

等各个方面的应用而产生的积极效应。四是适当延长考核期限。科研工作的进展和科技成果的产出需要一定的时间周期,而且不同学科需要的研发周期不同。如果考核期过短,不利于研究人员的长期创新活动。如美国对初、中级科技人员通常每 3~4 年评议 1 次,对高级科技人员每 4 年评议 1 次,对实验室主任和课题组长每 4 年评估 1 次,对所长每 4~6 年评估 1 次。

三要尊重科技创新规律,完善科研成果奖励的分配制度。尊重科技创新规律,延长参评奖项的最低完成年限,并将能由市场决定优劣的科技创新成果交给市场评判;逐步将科研成果奖励对象的重点由项目转向个人及团队创新项目。应该更加强调集体的贡献,主要参与者在职称晋升、工作考核及各项奖项申报中要予以认可和体现。

4. 紧密衔接与通力合作, 促进创新主体间有效协同

一要政府统筹安排,实现各创新主体的有效协同。上海负责科技创新和发展的主要是政府有关部门,如市科委、市发改委、市教委、市经信委等,各自负责一块,互不隶属,这些部门相对比较独立,职责大多重复,以致宏观统筹不强,同时对执行科技计划的评估、后期绩效的考核不是很有力,执行力相对不足。政府科技项目信息共享平台虽已基本建成,但尚未有效发挥作用。促进成果转化,破解相关法律瓶颈。

二要对直接研发机构包括各级高等院校和研究所以及企业产学研合作进行法律规范。上海的高校、科研院所和企业之间,由于自身定位和创新能力以及文化理念上的差异,各机构和机构内部难以打破“围墙”,阻碍了各类创新主体之间的有效协同,研发优势没有很好

地转化为产业优势。科研机构包括高校、科研院所向企业界尤其是民营企业转移技术的渠道还不是很畅通、规则尚未以法律的形式规范起来。

三要进一步明确各类创新主体在科研创新成果中的权利与义务，激励高校和中介专业服务机构积极参与科研成果转化工作。在制定配套实施办法时，一应在现有的明确奖励成果发明者的权益分配外，进一步明确对其人事关系所在的高校及参与中介服务的专业化服务机构权益分配及义务，以激发更多的高校及中介服务机构的积极性。二要将创新成果产业化专业服务人才纳入人才支持与发展计划。政府以购买服务的方式，支持创新成果产业化相关平台的建设，早期政府可多出一些费用，随着商业模式的成熟，政府的补贴逐步降低直至为零；出台相关政策，厘清职务发明的边界，确认科研人员的合理收益，从源头释放成果；加大投入，以国际化创新成果产业化人才为培养目标，引进一批与国际接轨的创新成果产业化

人才。三要鼓励专业服务机构为官产学研合作提供产业化专业服务。通过税收优惠、参与高校科技成果转化收益分成等方式，有针对性扶持一批创新成果产业化专业人才服务机构，为官产学研合作提供专业服务，提高成果转化的成功率，提升成果转化的成效。

总的来说，创新科创人才机制重点是从评价方法、人才标准、实用对象、执行主体、政策梯度、办理便捷等方面对人才政策进行细化、衔接与突破，最终形成梯度明晰、相互衔接引、育、用结合一体化的创新型科创人才机制。同时，通过体制创新，达到大力集聚创新创业人才，促进科研成果向现实生产力转化，以及促进人才创新创业活力释放的目的，给上海及准备来上海创新创业的人才以稳定预期。因此，在上海大力创建科创中心的大背景下，通过本课题对科创人才新政的实施问题进行研究，在理论和实践上具有较大的现实意义，可为上海科创中心人才制度建设提供科学的决策依据。

（上接第35页）

预防、疾病治疗、患者护理等全流程中有所体现，而不能偏重治疗这一环节；可鼓励价值而非单单重视数量；宜鼓励严谨决策。

6. 患者介入机制

传统医疗服务体系中，患者被动接受治疗。在 PHM 模式中，患者应借助 IT 技术对自己的病情、治疗方案选择及其后果有充分了解，从而参与到整个治疗过程中来。患者可以成为了解自己病情的“专家”，与医生共同做

出治疗选择。

报告说，PHM 模式是一个全流程模式。从健康倡导与疾病预防，到急性病、慢性病的治疗，再到临终关怀，PHM 模式应始终贯穿。如果决策者能够认识到 PHM 模式的创新性，加以研究和实施，中国医疗服务体系有望“弯道超车”，超越西方停滞不前的医改，助力“中国梦”的实现。

（来源：健康界）

◀ 调研与分析 ▶

老年人口规模持续扩大 老年生活质量不断提高

——2015年上海市人口抽样调查系列报告之二

胡锦涛

根据联合国的划分标准,一个国家或地区的总人口中 60 岁及以上人口的比重超过 10%,或 65 岁及以上人口的比重超过 7%,这个国家或地区的人口构成即属于老龄型。按此标准,上海是全国较早进入老龄化的城市之一,人口老龄化呈现出程度高、速度快、高龄化突出等特点。根据上海市 2015 年全国 1% 人口抽样调查(以下简称“抽样调查”)数据显示,2015 年上海 60 岁及以上老年常住人口占全市常住人口的比重达到 19.5%,高出全国平均水平 3.3 个百分点;65 岁及以上老年常住人口占全市常住人口的比重达到 12.3%,高出全国平均水平 1.8 个百分点。

一、老年人口规模持续扩大,户籍人口老龄化形势严峻

根据抽样调查数据推算,2015 年上海常住人口 2415.27 万人,其中,60 岁及以上老年人口为 470.7 万人,比 2010 年第六次人口普查增加 123.74 万人,年均增长 6.3%;占全市常住人口的比重为 19.5%,即近 5 个常住人口中就有 1 个 60 岁及以上老年常住人口,比重高出 2010 年 4.4 个百分点。2015 年 65 岁及以上老年人口为 297.67 万人,比 2010 年增加 64.55 万人,年均增长 5.0%;占全市常住人口的比重为 12.3%,高出 2010 年 2.2 个百分点(见图 1)。

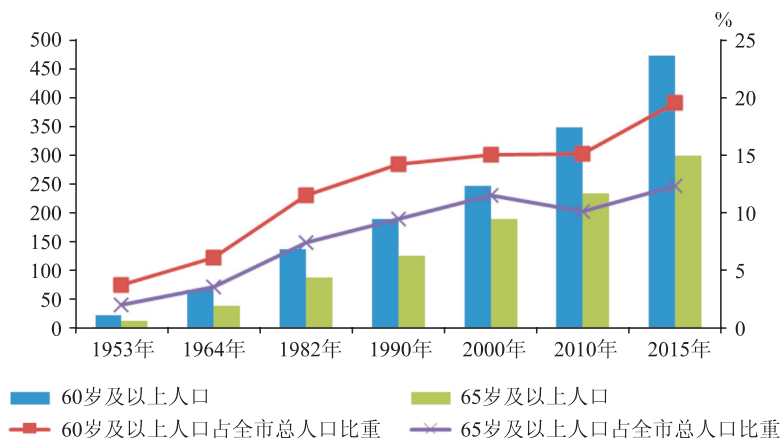


图 1 上海历年人口普查中老年常住人口的规模和比重

户籍常住人口老龄化程度明显高于全市常住人口。2015 年上海 60 岁及以上户籍常

住老年人口为 432.84 万人，比 2010 年增加 109.29 万人，年均增长 6.0%，也就是说，全市 123.74 万人的老年常住人口增量中，近九成的增量是由户籍老年人口增长拉动的，且增速也远高于同期 0.4% 的户籍常住人口年均增速；在全市 1433.62 万户籍常住人口中，60 岁及以上的老年人口比重已首次突破 30%，即 3 个户籍常住人口中就有近 1 个是老年人口，上海户籍常住人口的老龄化程度十分严重。

二、外来常住老年人口增长迅猛，增量不容小觑

根据抽样调查数据推算，2015 年，上海 60 岁及以上外来常住老年人口 37.86 万人，比 2010 年多出 14.45 万人，增长 61.7%，年均增长 10.1%，增速远高出同期全市外来常住人口年均增速 8.3 个百分点，也高出同期本市户籍常住老年人口年均增速 4.1 个百分点。外来老年人口快速增长的主要原因：一是由于上世纪 90 年代，上海改革开放尤其是浦东开发开放和“四个中心”建设步伐的加快，大量外来人员来沪就业并在沪安营扎寨，这些早期来沪的外来劳动力已开始进入老年期；二是随着子女在沪站稳脚跟，越来越多的老年人离开家乡，跟随子女来沪定居，在上海安享晚年或照顾子女的生活，或帮助子女照顾小孩。这些外来常住老年人口的增量给上海带来的养老、医疗和照料等压力不容小觑。

三、低龄老人比重明显加大，人口高龄化趋势有所放缓

由于上世纪 50 年代中后期生育高峰时期出生的婴儿已逐步进入老年期，上海低龄老年人口规模增速明显加大。根据抽样调查数据推

算，2015 年，上海 60~69 岁低龄老年常住人口为 282.91 万人，占全市 60 岁及以上老年人口的比重为 60.1%，高出 2010 年 8.1 个百分点；而 80 岁及以上老年常住人口为 79.38 万人，占全市 60 岁及以上老年人口的比重为 16.9%，与 2010 年持平（见表 1）。同时，2015 年，上海老年常住人口年龄中位数为 67.84 岁，与 2010 年 69.48 岁相比，低 1.64 岁，上海人口高龄化趋势有所放缓。

表 1 2015 年、2010 年上海老年常住人口构成

指标	2015 年		2010 年	
	人数	比重	人数	比重
60 岁及以上	470.70	100.0	346.96	100.0
60~69 岁	282.91	60.1	180.38	52.0
70~79 岁	108.41	23.0	107.81	31.1
80 岁及以上	79.38	16.9	58.77	16.9

但随着平均寿命的延长，当前的低龄老人若干年后将进入高龄期，上海高龄化程度又将达到高峰。由于高龄老人在养老、医疗和生活服务等方面更多地依赖社会，这将对上海未来的社会经济持续发展提出更高的要求。

四、总抚养系数不断上升，抚养重心依然是老年人

人口老龄化对社会经济产生最直接的影响就是社会负担的增加。根据抽样调查数据推算，2015 年，上海 0~14 岁少儿常住人口为 217.28 万人，比 2010 年增长 9.6%；60 岁及以上老年人口 470.70 万人，增长 35.7%；而 15~59 岁劳动年龄人口 1727.29 万人，比 2010 年下降 1.7%。少儿、老年人口的增加和劳动力人口的减少使得上海总抚养系数明显上升，由 2010 年的 31.0% 提高到 2015 年的 39.8%。其中，少儿抚养系数为 12.6%，增加

1.3 个百分点；老年抚养系数 27.3%，增加 7.6 个百分点。社会抚养负担的重心依然是老年人口。

而户籍常住人口的深度老龄化，使其老年抚养系数要明显高于常住人口。2015 年，

户籍常住人口总抚养系数为 66.3%，比 2010 年增加 19.9 个百分点，高出全市常住人口总抚养系数 26.4 个百分点。其中，户籍老年抚养系数为 50.2%，即 2 个户籍劳动年龄人口要抚养 1 个户籍老年人（见表 2）。

表 2 2015 年、2010 年上海抚养系数比较

单位：%

	2015 年		2010 年	
	常住人口	户籍常住人口	常住人口	户籍常住人口
总抚养系数	39.9	66.3	31.0	46.4
少儿抚养系数（0~14 岁）	12.6	16.1	11.3	12.7
老年抚养系数（60 岁及以上）	27.3	50.2	19.7	33.7

注：少儿抚养系数=0~14 岁少儿人口数/15~59 岁劳动年龄人口数×100%；老年抚养系数=60 岁及以上老年人口数/15~59 岁劳动年龄人口数×100%；总抚养系数=（0~14 岁少儿人口数+60 岁及以上老年人口数）/15~59 岁劳动年龄人口数×100%。

五、老龄化程度地区分布不均，中心城区和部分远郊地区明显高于近郊区

由于中心城区居住成本较高，使得大量的外来劳动力人口集聚在近郊区乃至部分远郊地区，在一定程度上延缓了这些地区人口老龄化进程。抽样调查数据显示，2015 年，上海浦东新区、闵行、宝山、松江、嘉定、青浦、奉贤等七个地区的老龄化程度均低于全市平均水平。其中，青浦老龄化程度最低，60 岁及以上和 65 岁及以上老年常住人口占该区总人口的比重分别为 14.4% 和 9.2%，分别低于全市平均 5.1 个

和 3.1 个百分点；80 岁及以上高龄老年人口比重为 2.2%，低于全市平均 1.1 个百分点。而外来常住人口相对较少的黄浦、徐汇、长宁、静安、普陀、闸北、虹口和杨浦等八个中心城区以及金山、崇明两个远郊地区老龄化程度均高于全市平均水平。其中，崇明县老龄化程度最深，60 岁及以上和 65 岁及以上老年常住人口占本地区常住人口的比重分别为 32.0% 和 22.6%，分别高出全市平均 12.5 个和 10.3 个百分点；80 岁及以上高龄老年人口比重为 5.2%，高出全市平均 1.9 个百分点（见图 2）。

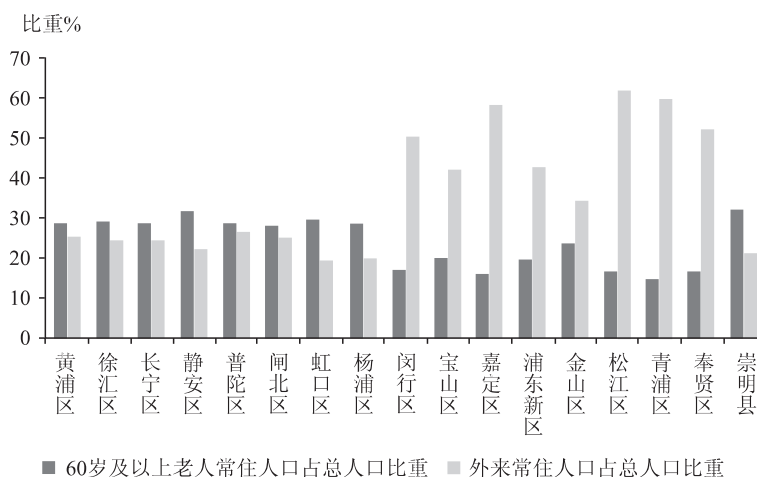


图 2 2015 年上海各区县外来常住人口和老年常住人口比重

六、老人家庭户比重提高，上海家庭老龄化趋势明显

随着家庭规模小型化、家庭结构核心化、家庭代际关系的简单化以及人口年龄结构的老龄化，上海老人家庭户比重逐步上升。根据抽样调查数据显示，2015 年，上海常住家庭户中，有 60 岁及以上老人的家庭户占全部家庭户的 35.7%，比 2010 年提高 8.3 个百分点。其中，只有一对老夫妇的家庭户占老年家庭户的比重为 26.4%，提高 1.6 个百分点；单身独居老人户占老年家庭户的比重为 16.0%，与 2010 年基本持平。两者相加，比重为 42.4%，说明在 60 岁及以上老年人家庭户中，以单身独居和老夫妇两人共同居住的纯老家庭户的比重已超过 40%。如何使这些子女不在身边或没有子女的老人获得就近便捷、专业化的照料、护理和相关服务是当前乃至今后政府部门亟待研究和解决的课题。

七、老年人有配偶比例提高，丧偶率下降

婚姻状况与老年人的心理和生理健康、生活满意度、幸福和安康息息相关。随着上海医疗、卫生水平和预期寿命的进一步提高，上海老年人有配偶比重有所上升。根据抽样调查数据显示，2015 年，上海 60 岁及以上老年人口中，近八成有配偶，比重比 2010 年提高 3.6 个百分点；老年人丧偶比重为 17.8%，比 2010 年下降 4.2 个百分点；未婚和离婚的老年人比例较少，仅为 0.9% 和 2.0%。80 岁及以上高龄老人中，近五成的老年人有配偶，比重比 2010 年提高 4.0 个百分点；丧偶比重为 53.2%，比重下降 4.1 个百分点；未婚和离婚比重分别为 0.4% 和 0.9%（见表 3）。老年人有偶率的提高和丧偶率的下降，一方面说明老年人的婚姻比较稳定，另一方面也表明随着老年人健康水平的改善、寿命的延长，更多的夫妇能够共同进入老年期，有利于老年生活生活质量的提高。

表 3 2015 年、2010 年上海老年常住人口的婚姻情况

单位：%

	2015 年				2010 年			
	未婚	有配偶	离婚	丧偶	未婚	有配偶	离婚	丧偶
60 岁及以上	0.9	79.3	2.0	17.8	0.9	75.7	1.5	22.0
80 岁及以上	0.4	45.5	0.9	53.2	0.6	41.5	0.7	57.3

八、老年人健康状况良好，九成以上的高龄老人生活能自理

随着上海医疗卫生事业的不断发展，医疗技术和医疗保障水平不断提高，老年人的健康水平也同步提高。抽样调查数据显示，2015 年，上海 60 岁及以上老年常住人口中，“健康”和“基本健康”的老年常住人口占 91.1%，“不健康，但生活能自理”的占 6.6%，而“生活不能自理”的仅占 2.3%。80 岁及以上高龄老年

常住人口中，90.8% 的老年人生活能自理，其中，“健康”和“基本健康”的比重达到七成以上，“不健康，但生活能自理”的占 17.2%，“生活不能自理”的占 9.2%（见表 4）。

男性老人的健康状况总体要略好于女性。2015 年，男性老人身体健康的占男性老年常住人口比重为 92.3%，高于女性 2.4 个百分点；而生活不能自理的男性老人比重为 1.9%，低于女性 0.8 个百分点。

表 4 2015 年上海老年常住人口健康状况

单位: %

	生活能自理				生活不能自理
	合计	健康	基本健康	不健康, 但生活能自理	
60岁及以上	97.7	50.2	40.9	6.6	2.3
80岁及以上	90.8	21.3	52.3	17.2	9.2

九、老年保障制度进一步完善, 绝大多数老年人“老有所养”有保障

随着养老保障体系的不断完善, 上海已构建了以职工基本养老保险和城乡居民基本养老保险为核心的基本养老保险体系, 城乡养老保险制度基本实现了全覆盖。同时, 城乡居民的医疗保障水平逐步提高, 上海老年人权益得到了充分保障。

根据抽样调查数据显示, 2015 年, 上海 60 岁及以上常住老年人口中, 94.7% 参加了上海养老保险, 95.8% 参加了医疗保险。96.8% 有独立的生活来源, 包括劳动收入、离退休金和养老金、最低生活保障金和财产性收入。其中, 90.9% 的老年人主要经济来源为离退休金和养老金。在户籍常住老年人口中, 93.4% 靠领取离退休金养老金生活, 2.7% 以领取最低生活保障金为生, 还有 2.1% 仍以劳

动收入为主要经济来源, 仅有 0.9% 的户籍老年人靠家庭其他成员供养; 而外来常住老年人口主要经济来源前三位中, 离退休养老金占 60.8%, 低于户籍老年人口 32.6 个百分点; 家庭其他成员供养和劳动收入比重分别为 17.7% 和 17.1%, 分别高出户籍老年人口 16.8 个和 15 个百分点。

随着城乡一体化发展进程的不断加快, 上海农村社会保障水平不断提高, 基本形成广覆盖、保基本、多层次、可持续的农村社会保障体系。2015 年, 上海九成以上的农村老年人有稳定的生活来源。其中, 依靠离退休金养老金的比重达到 74.8%, 高出 2010 年 38.8 个百分点; 依靠最低生活保障金的比重为 10.0%, 高出 2010 年 8.8 个百分点; 而依靠劳动收入的比重为 8.7%, 比 2010 年低 5.5 个百分点 (见表 5)。

表 5 2015 年上海 60 岁及以上老年人口主要生活来源

单位: %

	独立生活来源					家庭其他成员供养	其他
	合计	劳动收入	离退休金养老金	最低生活保障金	财产性收入		
老年常住人口	96.8	3.2	90.9	2.6	0.1	2.1	1.1
#户籍老年人口	98.2	2.1	93.4	2.7	0.0	0.9	0.9
外来老年人口	79.2	17.1	60.8	1.0	0.3	17.7	3.1
#城镇老年人口	97.4	2.2	93.9	1.2	0.1	2.0	0.6
乡村老年人口	93.5	8.7	74.8	10.0	0.0	2.8	3.7

(作者单位: 上海市统计局人口处)

◀ 医改进展 ▶

医药卫生体制改革评价的理论与实践

胡善联

在实践中，医药卫生体制改革（Health System Reform）和卫生部门改革（Health Sector Reform）这两个概念经常混淆使用。但从字面上来讲二者是不同的，卫生体制通常是指一个国家（或地区）所确立的一种卫生服务制度的安排，从系统论观点来看它涉及到多个部门和多个要素。而卫生部门改革是一种狭义的概念，一般是指提供卫生医疗保健的部门，不涉及到其他相关部门。但两者遵循的原则是相同的，即公平、质量和效率。

“公平”是指保证对处于财政贫困和地理边缘地区的人群保证提供基本的卫生服务，改善卫生服务的可及性。“质量”是指治疗的效果和患者对服务的满意度。“效率”则主要包含三方面的内容：一是宏观卫生资源的配置效率，使居民获得最大的健康效益；二是中观的管理效率，卫生系统的结构和管理方式能否实现卫生资源的有效利用；三是微观的技术效率，是指卫生服务的提供是否基于最低成本。具体反映在宏观区域卫生规划的制定和实施、中观卫生体制和管理机制以及微观层面是否提供了最有效、安全、价廉的卫生服务。这三个目标的改革应具有可持续性，但有时这些目标之间会出现矛盾，如卫生改革是坚持效率优先还是公平优先亦或兼顾公平和效率？以市场需求为导向的卫生资源配置必然强调效率优先。相反，以团结（solidarity）和财务风险

分担（risk-sharing）理念为主导的卫生资源配置必然是坚持公平优先。

目前，全球许多国家和地区都提出了卫生改革中应该遵循的原则。其中墨西哥的卫生改革所遵循的原则包括四个方面：（1）将健康作为一种权利；（2）全民可及，将人人享有基本卫生服务的可及性作为基本的权利；（3）提倡团结，每个居民在医保筹资中要做出相应的贡献，同时是按疾病的需要（need）获得卫生服务；（4）实现多元化（pluralism）的服务，包括公共服务和私人服务。欧盟提出了欧洲卫生体系建设所应遵循的三个原则为质量（quality）、团结（solidarity）和持续性（sustainability）^[1]。

医药卫生体制改革的另一个重要方面是涉及到卫生体系的功能和组织建设问题。前者涉及卫生资源如何进行筹集和利用、向谁提供卫生服务以及如何保证卫生服务的效率。后者是关于卫生部门的组织架构、管理和治理。如果一个卫生体系内部呈现的是无序的就医，说明各级医疗机构的功能定位不明确，缺乏有效的“守门人”制度，容易造成卫生资源的极大浪费。中国社会医疗保险的筹资水平并不低于一些国家和地区，但并没有提供与筹资水平相适应的医疗保障，个人自付比例仍然较高，这些问题的出现与卫生制度和体系的不健全密切相关。

一、医药卫生系统改革评价的目标

在医药卫生系统改革评价之前,首先要确定评价的目标。我国医药卫生体制改革的目标在 2009 年发布的《关于深化医药卫生体制改革的意见》中已有明确规定,即到 2020 年,建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务^[2]。

十八大提出要将基本医疗卫生制度作为公共产品向全民提供,并坚持保基本、强基层、建机制。到 2020 年我国覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度基本建立,包括比较完善的公共卫生服务体系和医疗服务体系、比较健全的医疗保障体系、比较规范的药品供应保障体系、比较科学的医疗卫生机构管理体制和运行机制,形成多元办医格局,人人享有基本医疗卫生服务,基本适应人民群众多层次的医疗卫生需求,人民群众健康水平进一步提高^[2]。到 2020 年,我国将建立一个“系统完备、科学规范、运行有效的制度体系,使各方面制度更加成熟、更加定型”,其中包括医药卫生制度和体系^[3]。

二、医药卫生系统改革评价的思路

医药卫生系统改革的评价思路基本上还是按照“投入-过程-结果”的评价体系。该体系源于 20 世纪 60 年代 Donabidias 提出的基本的质量评价概念^[4]。投入包括卫生资金(卫生筹资),卫生人力、卫生设施、药品和医疗器械以及卫生材料等方面的人、财、物资源的投入。过程包括卫生筹资的动员、分配和支付,卫生资源的宏观规划、卫生服务组织的建设和卫生服务的监管、立法和规制。卫生系统通过服务的过程,会有一定的产出,即提供基本公共卫生服务和基本医疗服务,最终产生的结果包括卫生服务可及性、公平性、质量和效率的改善以及费用和成本的降低。进而提高人民的健康水平、降低因疾病造成的经济风险,提高人民群众对整个卫生系统改革的满意程度(图 1)。由此可见,这一评价属于系统评价,除了卫生部门以外,会涉及到多部门的参与,如国家发展与改革委员会、财政部、人力资源与社会保障部、卫生与计划生育委员会、国家食品与药品监督总局、工业信息部、商业部、保监会等。

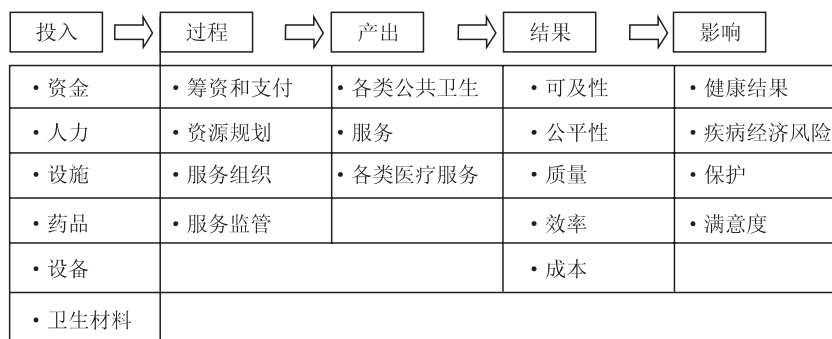


图 1 医药卫生系统改革评价的各个环节

医药卫生系统改革评价涉及到多部门和多个方面,因此需要进行系统评价,才能获得

比较客观正确的结果,监测和评价医药卫生系统改革的全过程,短期的“投入-过程-产出”

需要加强常规监测,对中长期结果和影响需要进行中期或终期评价。加强对健康影响的分析 (health impact analysis HIA)。

三、卫生改革评价的研究方法

卫生改革评价大多采用的是卫生管理学、卫生政策学和社会学中的一些研究方法。而该评价往往是政府需要的一项快速评价 (rapid assessment), 希望在较短时期内得出结论。因此,不太可能进行较长时间的研究。通常采用的方法有:对试点地区经验总结式的案例调查;公众意见的咨询,包括面谈、家庭入户调查或舆情调查,收集网上不同群体的意见;对国内外文献的综述,或对政府改革文件的梳理和分析 (desk-based assessment);对当前的现状进行分析,找出差距 (Gap analysis 和 SWOT analysis),对政策实施的优点、缺点、机遇和挑战进行权衡。

在对专家进行咨询时,需要邀请多个学科和多个领域的专家以及改革的实践者,提取对当前某项改革政策的意见和建议,通常采用焦点组访谈 (focus group discussion) 的形式。如果为了避免专家们意见的相互影响,也可采用个别关键知情人访谈 (key informant interview) 的方式,或通过发放调查问卷的方式。在征求各部门意见时可以召开不同部门的座谈会,分析不同利益相关者的观点 (stakeholder analysis)。决策者可以深入现场调研 (field survey),直接观察或者召开间接的座谈会获得第一手的材料。为了更全面、客观地听取各方面专家的意见,不受地域因素的影响,也可进行函询,如在建立改革的评价指标意见时,可采用德尔菲 (Delphi) 专家咨询法,通过两轮以上的专家函询,集中专家们

的意见,建立指标评价体系和各个级别指标的权重。在需要广泛听取意见、集思广义时,可同时召集不同观点的专家一起讨论,即所谓的头脑风暴法 (brain storming)。对我国不同地区医改实施经验总结往往属于经验研究 (empirical study) 或案例研究 (case study)。在技术层面上可以运用多种统计分析,如改革前后的比较,除了试验地区外,其他一些非试验的地区也会受到影响,最好运用倍差分析 (difference-in-difference) 的方法。为评价改革政策对公平性的影响,受益归属分析 (benefit incidence analysis) 也是常用的一种分析方法,如开展新型农村合作医疗后对不同经济阶层的农村居民产生的影响。

不同方法获得的循证决策依据具有一定的等级差别。通过文献系统综述 (systematic review) 获取的国内外政策的集成结果具有较高价值。也可以通过收集其他的二手资料来进行分析,如各国的评审机构 (如 NICE)、不同的咨询公司 (如 IMS Health、McKinsey),国家统计局、人口资料局、不同地区组织 (如 OECD),世界卫生组织、世界银行和联合国各机构 (如 UNDP、UNICEF、UNFPA、ILO 等)。

四、注意卫生改革政策的冲突

卫生改革政策的冲突是指执行某项卫生改革政策时,会发生许多可能的政策冲突 (policy conflict)。当企图取得一个改革的目标时,可能需要牺牲另外一个改革目标。如在进行市或县域卫生规划时,为了提升市、县公立医院机构的能力,新建或改建大批公立医院,结果导致三级医院盲目扩张,对下级医院发生卫生人才“虹吸”现象,卫生资源倒三角配置的现象日益严重。如对基层医疗机构实行“收

支两条线”和“绩效工资”政策，固然切断了经济利益的联系，但却影响到员工的积极性。我国实行基本药物零差率销售，基层医疗机构只能配备和使用基本药物目录，有的病人为了治病转到二、三级医院，严重违反了病人下沉到社区的初衷。在取消“以药养医”政策过程中，由于没有及时全面调整医疗服务项目，只能实行“费用平移”的阶梯定价，把取消的药品加成改为提高医师服务费，结果使得外地就诊的病人由于没有医保的补贴，增加了其医疗费用的负担。药品的招标采购中，双信封制度没有发挥应有的作用，结果唯低价是取，一些规模小、质量差的药企反而中标，导致低价药品短缺。在制定药价政策方面，从政府管制药价到政府制定最高零售价、差别定价，再到药价全面放开，但医保支付价格如何配套改革？卫生部门招标采购制定的招标价如何做为基准？如何进行市场药品价格的监测和监管？匆忙决策容易造成社会舆论混乱，而政策的遗留问题也是政策冲突的一种表现。

政策的冲突是不可避免的。但如果在决策之前能够广泛听取各方面的意见，或者改革政策不仅从一个部门的利益出发，而要考虑到对整个系统带来的影响，也许可以减少这一现象的发生。一旦发生政策冲突，就需要调整政策。如目前对基本药物的政策是允许基层医疗机构可以配备一定比例的非基本药物，二、三级医疗机构也要配备使用一定比例的基本药物。

总之，卫生改革政策的效果评价需要一个长期评价的过程。短期评价往往不能反映一个政策的全貌。因为一个新医改政策的实行会经历“褒”、“贬”和比较“客观评价”的三个阶段，任何卫生改革政策的实行，都会经历

“上有政策”和“下有对策”的过程。政策制定过程是一个循环（policy cycle），需要不断地实施—调整—再实施—再调整，直至完善或被新的政策所取代。

五、改革实例分析

1. 县级公立医院改革评价

2010 年，国务院在 17 个城市启动公立医院改革试点。2013 年第一批 331 个县级公立医院改革试点县启动改革，2014 年第二批新增县级公立医院改革试点县（市）700 个，目前已启动 1331 个县（占全国 50% 左右）。以浙江省为例，2014 年该省开展以药品零差率为切入点、破除以药养医改革，实现县级公立医院综合改革全覆盖。调整医疗服务价格，加快建立有序就医制度，选择宁波市、绍兴市开展试点，建立多元化医疗体系。消除“以药养医”后，门急诊人次和住院人次数增加，医疗总收入上升；门急诊和住院次均费用和药品费用下降，药品费用总收入占医疗总收入的比例下降，医疗费用收入结构发生改变；此外，平均住院日缩短，工作效率亦有所提高（表 1）。

北京市友谊医院于 2012 年 7 月，朝阳医院于 2012 年 9 月首先启动医药分开试点。同年 12 月北京天坛医院、北京同仁医院、积水潭医院也相继开展试点工作。具体的措施为取消药品加成、挂号费和诊疗费，设立医事服务费。北京市医保对每人次定额支付 40 元，外地患者不能报销。实施半月后有媒体报道北京市医保患者门诊次均医疗费和药费均出现下降。日均诊疗人次为 6245，其中医保患者占 74%。医保患者门诊次均费用降低 15.16%，次均药费降低 29.16%，为患者减负 342.23 万元，门诊医事服务费收入 418.97 万元。患者

负担减轻, 而医院收入增加, 其可能来源是医疗保险基金、非北京市的医保病人以及调整的医疗服务收费标准。但医保支付制度改革后是否还有补偿的持续来源, 还不得而知。

表 1 浙江省常山县公立医院综合改革初步成效^[5]

项目	2012年	2013年	增减百分比 (%)
门急诊人数	357377	430376	20.43
住院人次	15701	20149	28.33
门诊均次费用 (元)	168.13	165.89	-1.33
门诊均次药费 (元)	85.57	83.25	-12.90
住院均次费用 (元)	7705.94	7172.47	-6.92
住院均次药费 (元)	3923.82	2704.73	-31.07
业务总收入 (万元)	19443.81	23392.66	20.31
药费总收入 (万元)	9576.33	9032.48	-5.68
医疗总收入 (万元)	18107.83	21433.57	18.37

2. 基本药物制度总体评价

根据卫生部统计信息中心公布的资料, 2011 年, 政府举办的基层医疗卫生机构实施基本药物零差率销售的比例达到 98.8%。但村卫生室实施该政策的比例仅有 41.5%。90.8% 基层医疗卫生机构实施零差率政策后获得政府财政补助。在实行基本药物制度的同时, 95.8% 的市、县(区)同时实行了综合卫生改革。

2010 年卫生部卫生统计信息中心对 431 家社区卫生服务中心和乡镇卫生院的资料分

析发现, 78.8% 基层医疗卫生机构实施了基本药物制度, 其中城市地区为 80.2%, 农村地区为 78.2%。86%~89% 的医务人员接受了培训。95% 的机构得到了不同形式的补偿(财政专项补助或收支两条线)。同时, 基本药物制度的实施也对基层医疗机构的门诊服务产生了影响, 调查地区从基层医疗机构上转到县或县以上医院的患者比例远高于未实施基本药物制度的地区。门诊人次增长率明显减少(表 2)。

表 2 2010 年实施基本药物政策后基层医疗机构门诊服务变化

项目	城市		农村	
	实施	未实施	实施	未实施
门诊人次增长率 (%)	17.7	35.1	12.1	15.3
门诊处方增长率 (%)	27.7	10.9	16.4	12.0
门诊上转率 (%)	51.8	23.5	28.9	8.7

从上述材料中可以看出, 基本药物制度实施的初期对医疗服务是有影响的, 导致门诊病人从基层医疗卫生机构向二、三级医院转移。虽然次均门诊费用中个人支付比下降, 但次均门诊费用并没有明显下降, 说明单纯的实

行基本药物制度不足以促进合理用药, 但这一结论还缺乏长期效果的评价, 因为患者对基本药物政策的反应有一个适应过程。

3. 支付方式改革评价

宁夏回族自治区与美国哈佛大学合作项

目（创新支付制度、提高卫生效益）的目标是建立新型的三级医疗网^[6]：（1）乡村一体化；（2）乡镇卫生院协助村卫生室提高能力并监督其服务质量；（3）县医院辅助乡镇卫生院提高能力并监督其服务质量；（4）县医院扮演住院守门人的角色，提高能力使其能达到服务 90% 的住院人次，最终提高医疗服务质量，控制医疗费用增长。具体实施的支付制度改革是采用按人头预付加上质量考核的方法。人头预算（capitated budget）的费用按人口数和人头费标准（capitation rate）计算。年初预付 70%，年中和年终质量考核后再付 30%。干预前是一种传统的后付制，乡镇卫生院和村卫生室实施的是按项目收费。干预后医疗保险部门转变为购买者角色，实行了前瞻性支付。改革后，不同级别医疗机构门诊服务量发生变化。村卫生室服务量增加 16.4%，乡镇卫生院、县医院和县外医院分别减少 0.03%、1.4%、2.3%，私人诊所的服务量减少 8.4%。受益归属分析证明不同收入组两周患病门诊服务利用情况：低

收入户增加 42%，中等偏下户增加 19%，中等收入户增加 8%，中等收入偏上户增加 8%，只有高收入户减少了 7.8%。说明支付制度改革措施是利贫的。

此外，乡镇卫生院抗生素使用率也明显降低。卫生院处方中至少有一种抗生素的比例为 48.2%，而干预地区已降低到 30.6%。其中宁夏盐池县药费占医疗费用的比例已从项目实施前 2009 年的 61.4% 下降至 2013 年下半年的 41.4%。

4. 制定基准（支付）价格改革评价

福建省三明市是第一个实施支付价格改革的城市。三明市尝试基本药物和医保药品报销的限额支付。为加强进口药品的价格管理，住院使用进口药品按同类型国产药品限价结算，超出部分医保基金不予支付。这一措施有利于国内高质量仿制药的发展，引导药企主动开展价格竞争，形成合理价格。如果今后全国统一规定药品的最高报销限额，医院销售价格低于药品基准价，差额部分可

表 3 福建三明市第一批住院 14 种进口药品限价结算目录

通用名	剂型	生产企业	进口价格 (元)	国产价格 (元)	国产价格占进口价格 (%)	减少费用 (%)
阿卡波糖	片剂	拜耳	2.064	1.2888	62.44	37.56
阿莫西林克拉维酸钾	粉针剂	海南卫康	17.535	3.13	17.85	82.15
阿托伐他汀钙	片剂	辉瑞	8.6372	5.683	65.79	34.21
阿司匹林	肠溶片	意大利拜耳	0.443	0.3887	87.74	12.26
氨氯地平	片剂	辉瑞	4.6629	0.15	3.21	96.78
氨溴索	注射液	勃林格殷格翰	5.394	2.65	49.12	50.87
奥美拉唑	冻干粉针	阿斯利康	86.96	0.78	0.89	99.11
腹膜透析液	注射液	广州百特	30.09	25.1	83.42	16.58
氯比格雷	片剂	赛诺菲圣德拉堡民生	16.4815	8.6129	52.25	47.75
甲钴胺	注射剂	卫材	14.94	3.3	22.09	77.91
头孢呋辛	粉针剂	葛兰素	25.81	1.2	4.65	95.35
头孢呋辛	粉针剂	意大利依赛特	45.9	2.3	5.01	94.99
人血白蛋白	注射剂	杰特贝林	377.5	350	92.72	7.28
头孢哌酮舒巴坦钠	注射剂	辉瑞	68.9	2.12	3.08	96.92

作为医院利润,如超出基准价,则超出部分由患者自付。三明市公布的第一批住院 14 种进口药品限价结算目录中,第一批 14 种替代国产药品平均价格为进口药品价格的 57.75% (0.89%–92.72%), 平均价格差异为 1.73 倍 (1.1–112.0 倍), 平均药品费用减少 42.25% (7.28%–99.1%) (表 3)^[7]。用最低价格的仿制药来替代,对局部地区降低医疗保险报销药品费用具有明显的效果。从实施结果来看,该政策会对部分常用原研药和大型国内药企的价格产生较大影响,而如何保证价格特别低廉的替代仿制药的质量还需要进一步研究。

国际上对药品支付定价一直存在争议^[8]。医生认为这会阻碍医生自由选择药品,影响个性化治疗,而如果使用支付价格的替代药物,不一定能达到治疗等效性。患者认为,这容易形成双层药品体系,对低收入患者不公平,同时需要患者自付一部分费用,容易加深医患矛盾。制药企业认为这会减少和延缓新药引进,不利于药物的研发和创新。保险方认为,短期

药品费用会下降,整个医疗费用可能会增加,应用支付价格后不一定能长期控制药品费用的增长。

参考文献

- [1] Eurohealth: Measuring and tackling health inequalities across Europe[R]. 2009.
- [2] 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[Z]. 2009.
- [3] 坚定不移沿着中国特色社会主义道路前进,为全面建成小康社会而奋斗 [EB/OL]. (2012–11–09) [2014–12–05].
- [4] Avedis D. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment[M]. Health Administration Press: Michigan, 1980.
- [5] 马伟杭. 浙江公立医院综合改革的探索与思考 [J]. 卫生政策研究进展, 2014 (8): 12–21.
- [6] 宁夏回族自治区卫生计生委. 宁夏回族自治区创新支付制度、提高卫生效益试点项目取得积极进展 [G]. 国务院深化医药卫生体制改革领导小组简报, 2014 年.
- [7] 三明市医疗保障基金管理中心: 关于公布第一批进口限价结算的通知 [EB/OL]. (2014–09–01) [2014–12–05]. www.pharmacy.hc360.com.
- [8] European Commission. External Reference Pricing of Medical Products: Simulation-based Consideration for Cross-Country Coordination[R]. 2014.

(作者为上海市卫生发展研究中心主任)

(上接第 45 页)

实现做出贡献。我们将通过健康城市网络为这项运动贡献力量。

我们呼吁,世界上所有的城市,不论大小、贫富,积极参与健康城市建设。

我们郑重承诺相互分享经验和成功做法,在制定当地计划与具体措施过程中充分考虑

国际和国内目标,并朝着共同的目标努力——建设我们能力所及的最健康城市。

我们郑重承诺定期相聚,展示和履行我们的政治承诺,以实现这一伟大的议程。我们期望世界卫生组织支持我们在这一领域的努力,并加强其在所有区域的健康城市网络。

(本刊辑)

◀ 全球视野 ▶

兰德公司：中国应借 IT 技术建立世界一流医疗体系

由兰德公司高级科学家、卫生咨询服务中心主任泽伦·玛特科和研究员刘杭生（音译）等共同撰写的名为《医疗卫生改革在‘中国梦’中扮演的角色》的报告认为，相比西方国家，中国医疗改革受既得利益者阻碍较小，更有机会建立创新型的世界一流医疗体系。报告建议中国不要照搬西方医疗体系，而宜以“人口健康管理”为原则，依托成熟的卫生健康信息技术，打造创新型医疗体系。这不仅有利于应对老龄化社会需求，同时可增加服务业就业机会，解放居民储蓄以扩大消费，甚至还可能实现医疗体系服务出口。

中国可抓住模式创新机遇

报告认为，从婴儿成活率、人均预期寿命、医保覆盖率等多方面的数据来看，中国医疗服务自改革开放以来都有极大提高，但中国的医疗保健体系仍跟不上经济发展的速度。随着经济发展和人民生活水平的提高，工业化带来了生活方式的改变，如运动时间减少，对垃圾食品的摄入增加等，中国烟民的比例甚至达到了世界平均水平的两倍，再加上人口老龄化趋势，所有这些因素引发了流行病学上所谓的从急性病转为慢性病，给社会带来了沉重的病患负担。

报告表示，中国现有的医疗保健设施和人力与人民群众对医疗服务的需求存在差距，且差距正在扩大。慢性病的增长，加上中国巨大的人口基数，意味着仅靠扩大现有医疗服务

体系和培训更多的医疗服务工作者已然不够。因此，中国医疗体系改革不能靠缓慢的增量改革，必须走彻底改革的路径，改变过于依赖医院和医生服务的现状。

报告认为，尽管中国医疗体系面临巨大挑战，但中国有优势将之变成创建世界一流创新医疗体系模式的机遇。与其他发展中国家相比，中国拥有坚实的经济基础，能为医疗体系改革提供经济保障；与发达国家相比，旧医疗体系对中国的拖累很小。西方发达国家医疗体系长久以来饱受诟病，要求改革的呼声一直很高。但西方国家已经对旧有医疗体系形成了路径依赖，既得利益集团的阻挠使得医改很难进行。中国医疗体系的建立时间还没长到足以形成路径依赖的地步，而且财富累积与对医疗保健的需求意味着医疗服务领域存在更多机会，中国可以对医疗体系进行重新设计，而不必走西方医改的老路。

报告说，这就像上世纪 50 年代德国发生的“经济奇迹”。二战基本上摧毁了德国的重要工业基地，但也使得德国可以从零开始，紧跟最新的科技趋势，从整体上设计其工业体系，快速超越英国等被传统基础建设所累的国家。如果中国抓住机遇创建创新型医疗体系，那将激发经济发展潜力，增加服务业就业机会，解放居民储蓄以扩大消费，甚至可以实现医疗服务出口。中国可创建“人口健康管理”模式。

报告说，各国医疗机构各有特色，各国对于医疗服务需求各不相同，因此中国不宜照

搬西方医改模式。中国宜创建一个从前没有过的新的医疗服务模式，避免走其他国家走过的错误道路，从而提供更好的医疗服务和患者体验，使全民花更低费用并享有更高健康水平。

兰德公司表示，中国未来的医疗服务体系改革可遵守两个设计原则：为应对医疗服务人员短缺问题，新的医疗服务体系可通过先进的信息管理技术优化流程，使高技能医疗服务人员资源得到优化配置，并将部分任务分配至技能相对较低的医疗服务人员；可采纳“人口健康管理”（PHM）模式，既着眼于全民的整体健康状况，也关注个人医疗需求的满足。

兰德公司为中国医疗改革描绘的 PHM 模式蓝图有六大相互联系的因素

1. 先进的 IT 技术

坚实的、可拓展性强的 IT 基础设施是 PHM 模式的核心，因为 IT 技术将对其他因素提供数据和决策支持。IT 基础设施应具有如下特征：

（1）结构性文本。结构性文本可允许关键的数据被存储为编码的变量。

（2）高度实用性。主要是支持数据录入与信息检索，以及门诊决策的支持，比如药物相互作用的药性警报、诊断算法等。

（3）允许数据在不同机构和不同信息系统之间交换。

（4）安全标准。在数据的获取与传递中必须保证信息安全。

（5）基于角色的数据获取。数据的获取权限应该因用户的不同而变化。比如，门诊医生可以看到病人的整体状况，医院的主管人员可以看到每天医院整体治疗信息，而医疗服务系统的负责人可以看到整个辖区内医疗机构

的运行状况。

在运用 IT 技术对医疗服务体系进行改革的过程中，可能催生一种新的职业，叫做“健康导航员”。考虑到中国护士的紧缺以及不同医疗机构间协作的困难，健康导航员应在 PHM 模式中发挥重要作用。健康导航员可由拥有基本技能的医护人员担任，借助 IT 技术将有医疗需求的人合理分流到不同的医疗机构中。健康导航员也可以提供咨询服务，帮助患者理解其面临的治疗选择及其后果。

2. 数据驱动的治疗过程优化

此举将综合门诊实践的大数据，为治疗提供处方参考。

3. 各个层面的表现考核机制

比如设立基准线，对同类机构表现进行评测；调查机构表现不佳的原因，并指定改进方案；识别最佳与最差表现的机构，推广最佳实践。要实现这些目标，须设置一系列考核指标，如治疗技术、治疗结果、患者体验、资源利用率等。表现监测系统可以向公众公开，以便鼓励患者做出择优选择，为医疗服务提供者引入竞争激励等。

4. 有效配置医护人员

中国的现状是医护人员短缺，但不宜走西方那种过于依赖医生的道路。更合适的做法包括：将任务分解，将冗繁的日常事务从高技能医护人员那里剥离，分配给低技能医护人员，并借助 IT 技术自动化完成部分工作。

5. 薪酬激励机制与政策目标一致

西方国家医疗系统中鼓励数量而非价值的薪酬体系，是中国可考虑避免采用的体系。中国可借助 IT 技术打造一个与政策目标一致的医疗系统薪酬激励机制。这一机制应在疾病

（下转第21页）

◀ 媒体聚焦 ▶

生育意愿分化明显 多项配套亟需完善 ——全面两孩放开一年追踪

全面两孩政策在党的十八届五中全会公报中被明确。一年过去,这一政策在各地的落地情况如何?“新华视点”记者进行了追踪调查。

实施与预判基本吻合 大城市生育意愿强于小城镇

在 9 月底召开的全国政协人口资源环境委员会一次座谈会上,国家卫计委副主任王培安介绍,目前全面两孩政策实施平稳,生育状况与政策调整前的预判基本吻合。

王培安介绍,今年我国公民的生育登记申请数量明显增加,出生人数呈明显增长势头。上半年全国出生人口 831 万人,同比增长 6.9%;两孩出生比重为 44.6%,与去年相比,上升了 6.7 个百分点。

记者在北京、广州等大城市采访发现,全面两孩政策落地后,两孩生育意愿逐步释放,不少公立医院产科孕妇建档一号难求。

记者近日在北京大学人民医院产科大厅看到,张贴的通知显示,预产期为明年 6 月 10 日前的产科建档挂号均已没有名额。北京朝阳区妇幼保健院产科工作人员介绍,明年 5 月前的产妇建档都已满额。

广州市妇女儿童医疗中心产房护士长张慧珠介绍,门诊建档孕妇数量显示,预产期 10 月份的有 1300 个,11 月份的有 1400 个,均超过 2015 年全年单月最高峰 1025 个。

记者在一些省份的市县调查发现,两孩生育较为“冷清”。安徽省一县级市卫计委负责人介绍,年初当地组织两孩生育意愿调查显示,愿意生育两孩的占 20%,因此预计全年新增两孩出生人口在 2000 人左右。但到 10 月份,当地同比出生增加人口仅 555 人,远低于预期。

湖北宜昌市下辖的夷陵区,往年出生人口每年平均 4000 人左右。夷陵区卫生计生部门公布数据显示,今年截至 7 月底,夷陵区两孩出生 763 人,占出生总数 28.28%,比去年同期仅增加 57 人。

多方配套政策面临挑战

记者采访发现,全面两孩放开后,大量符合政策家庭生育意愿集中释放,在高危孕妇处置、儿科医生数量等方面带来明显冲击:

1. 高龄孕妇数量明显提升,孕产风险增加

据安徽省妇幼保健院副院长方向东介绍,为应对两孩生育高峰,医院专门成立了急救小组,接受全省各地转诊的危重症产妇。今年前 10 个月,医院收治了 200 多例危重症产妇,其中绝大部分都是高龄产妇。

广州妇女儿童医疗中心产房医生方大俊说,高龄产妇出现难产、瘢痕导致子宫破裂、产后大出血等风险几率增加。生育扎堆也容易带来医疗质量难以保证,这是一线产科医生最

担心的。

一名业内人士坦言,部分基层医院对全面两孩带来的孕产妇风险准备不足,有的市级医院连产科急救药品都没配备,有的省份助产士还存在上千人的缺口。

2. 儿科医生短缺问题加剧

自去年底以来,广州市有 5 家医院因医生离职等因素,停止儿科夜间急诊。儿科限制挂号数量、暂停急诊甚至儿科暂时停诊等情况,在上海、南京等地也已出现。

一些业内专家表示,尽管国家相关部门已采取恢复儿科学本科招生、加大儿科医师转岗培训力度等方式,扩充儿科医生队伍,但儿科医生培养周期长,同时劳动强度大、报酬收入低,导致入职人数赶不上流失人数,儿科医生短缺困境将越来越严重。

3. 部分地区生育保险基金压力增大

全面两孩放开后,诸多生育两孩的家庭也被纳入生育津贴保障范围之内,由此导致生育保险基金支出明显增加。7 月份公布的《北京市 2015 年市级决算草案的报告》显示,受实施两孩等原因影响,北京市生育保险基金在 2015 年出现收支赤字 1.68 亿元,基金压力增大。

广州市今年产妇数将比年初预计增加 1 万人,广州市财政部门 9 月底在市人大常委会上预算调整中,增加支出预算 1.5 亿元。

一位地方人社部门负责人介绍,生育保险提供的生育津贴等待遇根据国家相关部门政策确定,只要现有政策不调整,即便基金出

现收支缺口,也不会影响待遇支出标准。此外,目前全国各地生育保险基金普遍结余较多,足以承受全面两孩带来的基金增支问题。

年底进入高峰期配套亟需加快扩容

南开大学人口与发展研究所教授原新介绍,由于存在前期观望、备孕等因素,目前多数生育两孩妇女仍处于怀孕期,真正的生育高峰至少得到今年底才会出现。

安徽省卫计委相关负责人介绍,目前全省掌握的在孕妇女人数同比增长约 35%,其中符合政策两孩在孕人数增加了一倍以上。因此,今年下半年新增出生人口数量,肯定要比上半年明显增加,尤其是两孩增加将会特别明显。

在两孩生育待遇保障方面,目前全国已有 29 个省份修改地方人口与计划生育条例。女职工产假由“国家规定假期 98 天+生育奖励假”两部分构成,生育奖励假各地明确为 30 天至 3 个月不等。比如,广东省妇女合法生育子女可享受产假 178 天,最多可达 208 天。

北京市针对高危孕妇增多现象,明确全市三级医院产科建档指标 80% 以上要分配给高危孕妇,对于出现妊娠并发症等高危因素的孕妇,畅通市、区两级危重孕产妇转诊绿色通道,增强高危孕妇应对、抢救综合能力。

华中科技大学人口研究所所长石人炳教授说,后期不少地区孕妇建档难、儿科急诊难、孕产风险等问题将进一步凸显,尤其在大城市公立医院,产床、医生等配套亟需加快扩容速度。

(摘自《新华网》)

当代中国医患关系现状调研报告

医米调研

提到医患关系，我们本应想的是“关怀与被关怀”，“感谢与被感谢”。然而近些年来，医患关系却被一系列的伤医、医闹事件蒙上了血色的阴影，甚至有人提出了中国式医患关系的说法。作为医患冲突中常处于弱势群体的医护人员，他们对当代医患关系怎么看，他们的精神心理上受到和承受了多大的打击和压力？医米调研本着“服务医生，改善医疗”的宗旨发起本次调研，希望为医生发声，为改善工作环境、人身安全出一份力。

一、调研样本构成

本研究于 2016 年 10 月，采用网络问卷的方法，对医生站 APP 线上的执业医师进行为期 3 周的数据采集，共回收有效问卷 8224 份。样本构成如下：

按医院所在地划分：特大型城市（北上广深）占 4%；其他直辖市及省会占 12%；地级市占 25%；县级市县城占 41%；乡镇农村占 18%。

按医院类别划分：公立三甲医院占 19.0%；其他公立三级医院占 8.2%；公立二级医院占 38.0%；公立一级医院占 16.5%；民营医院占 11.0%；外资医院占 0.3%；其他医院占 7.0%。

按医生职称划分：正高占 4.0%；副高占 13.0%；中级占 35.0%；初级占 40.0%；其他

占 8.0%。

二、调研结果

（一）中国医生是否认为自己受到患者的尊重

调研结果显示，我国仅有 32.0% 的医生选择“比较或非常受尊重”；52% 的医生选择“一般受尊重”；12% 的医生选择“比较不受尊重”；4% 的医生选择“非常不受尊重”。

进一步数据分析发现，大城市、高年资医生自认为受尊重度较高，而地级市、县级市和县城的医生，初、中级职称医生选择“比较和非常不受尊重”的比例最高。

从选择“比较和非常不受尊重”的医生地区分布来看，北上广深占 13.0%，其他直辖市占 14.0%，地级市占 17.0%，县级市及县城占 18.0%，乡镇农村占 15.0%。

从选择“比较和非常不受尊重”的医生职称来看，正高占 8.0%，副高占 13.0%，中级占 19.0%，初级占 17.0%。

（二）中国医生如何评价当下的医患关系

调研结果显示，有 50.0% 的医生认为当下医患关系“比较不和谐和非常不和谐”，仅有 12.0% 的医生认为当下的医患关系“非常和比较和谐”，有 38.0% 的医生认为当下的医患关系“一般和谐”。

从选择“比较和非常不和谐”的医生科

室分布来看,麻醉、急诊科、儿科医生选择“比较和非常不和谐”的比例均接近或超过 60.0%,当下医患冲突较为频繁、严重的恰好也在这些科室。另外,神经科、精神心理科、外科、肿瘤科医生选择“比较和非常不和谐”的比例均超过 50.0%;内科、妇产科、全科、中医科、皮肤性病科医生选择“比较和非常不和谐”的比例均接近或超过 40.0%。

(三) 医生眼中的医患关系

调查结果显示,73.0%的医生认为医患关系相比以往日益恶化,17.0%的医生认为医患关系和以前一样,仅有 8.0%的医生医患关系日益缓和。

进一步的分析发现,除北上广深医生选择“日益恶化”的比例占 65.0%和乡镇农村选择“日益恶化”的比例占 70.0%外,其他直辖市及省会城市、地级市、县级市及县城的医生选择“日益恶化”的比例均达到或接近 75.0%。

(四) 医患冲突

1. 是否在工作中被患者或患者家属骂过

调查结果显示,77.0%的医生在工作中被患者或患者家属骂过,其中,41.0%的医生被患者或家属骂过 1~2 次,16.0%的医生被患者或家属骂过 3~4 次,另有 20.0%的医生被骂超过 5 次。

进一步从被骂过医生的性别分析发现,相比女医生,男医生选择“被骂过”的比例更高,达到 81.0%,且选择“5 次以上”的比例更高,占 24.0%。

2. 是否在工作中被患者或患者家属打过

调查结果显示,20.0%的医生在工作中被患者或患者家属打过,其中,15.0%的医生被患者或患者家属打过 1~2 次,3.0%的医生被

患者或家属打过 3~4 次,另有 2.0%的医生被打过 5 次以上。

从被打过医生的性别来看,我国男医生选择“被打过”的比例占 26.0%,女医生选择“被打过”的比例占 13.0%。从被打过医生的地区分布来看,北上广深医生选择“被打过”的比例也高于其他地区,占到 25.0%;其他直辖市及省会城市医生选择“被打过”的比例占 19.0%;地级市医生选择“被打过”的比例占 21.0%;县级市及县城选择“被打过”的比例占 20.0%;另有乡镇农村医生选择“被打过”的比例占 17.0%。

3. 所在科室同事是否被患者或家属殴打或言辞激烈辱骂

调查结果显示,在问到“所在科室同事是否被患者或家属殴打或言辞激烈辱骂”时,19.0%的医生选择“每季度至少一次”,13.0%的医生选择“每月至少一次”,甚至有 8.0%的医生选择“每周至少一次”。

从选择“每季度至少一次”的医生科室分布情况来看,急诊科、儿科、精神心理科等科室出现医患冲突频次更高,其中急诊科室有近 20%的医生选择“每周至少一次”,情况最严重。

4. 是否目睹或遭遇过医闹

调查结果显示,有近九成的医生目睹或遭遇过医闹,其中有 35.0%的医生选择目睹或遭遇过医闹“1~2 次”,24.0%的医生选择“3~4 次”,更有 30.0%的医生选择“大于 5 次”。

从选择“大于 5 次”的医生医院级别分布来看,公立二级及以上级别医院的医生选择“大于 5 次”的比例较高,其中,公立二级医院医生选择“大于 5 次”的比例占 36.0%,公立三级医院的医生占 35.0%,公立三甲医院的

医生占 33.0%，这与大医院往往候诊时间更长、诊疗时间更短、接诊患者的病情更重，故此院内更容易出现因医患沟通不畅有关。另外公立一级医院和民营医院的医生选择“大于 5 次”的比例均占 23.0%。

5. 高发地点

调查结果显示，住院部、门诊、医院大厅和急诊室是医闹和医患冲突的高发的地点。其中住院部（43.0%），门诊占（9.0%），医院大厅（38.0%），急诊室（37.0%），护士站（29.0%）和挂号收费处（18.0%）是医生选择认为医闹和医患冲突的高发地点。

6. 高发科室

调查结果显示，在问到“哪些科室医闹、医患冲突出现频次最高”时，急诊科（68.0%）和儿科（63.0%）高居前两位，且选择比例远超过其他科室，急诊科和儿科收治的患者往往病情急、诊疗难度大、治疗风险高、医患之间沟通时间短、家属心情急切，在这样的环境下更容易出现医患冲突。妇产科（47.0%）和外科（42.0%）选择比例也较高，原因也近似。另外内科占 24.0%，精神心理科和美容整形科均占 9.0%。由此可以看出急诊科、儿科、妇产科等科室是医闹、医患冲突最多发的科室。

（五）医生眼中医患关系紧张的最大责任方

调查结果显示，在问到“当下医患关系紧张的最大责任方”时，有近九成的医生认为“医疗体系”是医患关系紧张的最大责任方。认为患者是最大责任方的占 33.0%，认为医院是最大责任方的占 18.0%，认为医生是最大责任方的占 14.0%。

通过上文的数据，可以看出医患冲突在特大型城市、二级及以上医院发生频次更高，

而这些地点，医院由于诊疗量大，在超负荷运作下，院内“三长一短”的现状使得医患关系更加紧绷。在医生看来，紧张的医患关系不单是个人行为，更是“看病难、看病贵”的现状下医疗体制的问题。

（六）医生眼中医患关系紧张的诱因

调查结果显示，在问到“当下医患关系紧张的诱因”时，85.0% 的医生选择“医患双方缺乏沟通信任”，70.0% 的医生选择“患者要求过高”，68.0% 的医生选择“法律保障不够完善”；而“医疗仲裁争议大”、“不合理收费”、“医疗技术不足”、“医德”等选项也有医生选择。由此可以看出，“沟通不畅”、“患者要求高”、“法律保障不健全”等因素是医生眼中最大的“医患冲突诱因”。

（七）医生个人处理医患冲突的做法

调查结果显示，当医生面临医患冲突时，50.0% 的医生选择“向领导、院方反映”，33.0% 的医生选择“忍气吞声”，28.0% 的医生选择“自行处理”，20.0% 的医生选择“法律援助”，4% 的医生选择“向媒体曝光”。实际上，发生医患冲突时，医生往往属于弱势群体，选择第三方，如医院、法律、媒体等的援助，往往是更好的选择，在这一点上年轻的医生应多向高年资的医生学习。

从选择“向领导、院方反映”的医生的职称分布来看，60.0% 的医生是副高，56.0% 的医生是正高，52.0% 的医生是中级，只有 44.0% 的初级职称医生选择此项。

（八）院方处理医患冲突、医闹时，是否考虑到医生的利益

调查结果显示，在问到“在您经历或目睹的医患冲突、医闹事件中，院方通常的处理方式是否考虑到您的利益”时，仅有 12.0%

的医生认为院方“完全或比较考虑医生的利益”，29.0%的医生认为院方“一般考虑医生的利益”，有38.0%的医生选择“比较不考虑医生的利益”，更有21.0%的医生选择“完全不考虑”。

(九) 医生是否支持患者就医时录音、录像、开放病历

调查结果显示，医生整体上不支持“患者就医时录音、录像和开放病历”。当问到“是否支持患者就医时录音、录像”时，有45.0%的医生选择“完全不支持”，24.0%的医生选择“比较不支持”，仅有18.0%的医生选择“完全或比较支持”。当问到“是否支持开放病历给患者和公众”时，有32.0%的医生选择“完全不支持”，27.0%的医生选择“比较不支持”，仅有18.0%的医生选择“完全或比较支持”。

(十) 医生是否会因为医闹、医患冲突而惧怕从医

调查结果显示，在问到“医生是否会因为医闹、医患冲突而惧怕从医”时，有超六成的医生会因为医患冲突而惧怕从医。从“因为医患冲突而惧怕从医”的医生的科室分布来

看，急诊科、儿科、神经科等易发生医患冲突的科室选择的比例接近或超过70.0%，内科、全科、妇产科、影像科、外科、麻醉科等科室选择的比例接近或超过60.0%，而中医科、精神心理科、肿瘤科等科室选择的比例接近或超过55.0%。

(十一) 医生认为哪些方式可以改善医患关系

调查结果显示，在问到“哪些方式可以改善医患关系”时，77.0%的医生选择“加强患者及家属对疾病的认识”，71.0%的医生选择“加快医改步伐，解决看病难看病贵问题”，68.0%的医生选择“建立医患沟通多元化渠道”，65.0%的医生选择“促进媒体积极引导”，64.0%的医生选择“加强医院管理和安保”，另有56.0%的医生选择“增加纠纷调解部门和机制”。由此可以看出，“加强患者及家属对疾病的认识”、“加快医改步伐”和“建立医患沟通多元化渠道”是医生选择最多的改善医患关系的措施。这表明相对于加强安保、增加调节机制等措施，医生认为应该从更深层次来解决问题。

(黄晓燕整理)

◀ 信息简讯 ▶

第九届全球健康促进大会在沪举行 会议发布了《上海宣言》、签署了《健康城市上海共识》

2016 年 11 月 21—24 日, 第九届全球健康促进大会在上海举行, 国务院总理李克强出席开幕式并发表主旨演讲, 提出四点建议: 加强政策对话, 搭建健康治理合作平台; 促进包容联动, 构建全球公共卫生安全防控体系; 推动创新合作, 增强健康供给和服务能力; 倡导互学互鉴, 促进传统医学和现代医学融合发展。本届大会由世卫组织和中国国家卫生和计划生育委员会联合主办, 上海市政府承办。来自全球 126 个国家和地区、19 个国际组织的 1180 多位嘉宾齐聚充满活力和魅力的上海, 围绕“可持续发展中的健康促进”这一主题, 深入交流思想观点与实践, 共享发展成果与经验。

从 1986 年第一届全球健康促进大会开始, 大会就成为世界卫生组织与成员国讨论重要全球卫生问题与在全球范围内建立卫生促进议程的重要平台。2016 是第一届全球健康促进大会召开 30 周年, 首届大会诞生了健康促进里程碑式的文件《渥太华宪章》, 此次大会则讨论并发布了《上海宣言》, 签署了《健康城市上海共识》。

《2030 可持续发展中的健康促进上海宣言》

我们认识到健康和福祉对可持续发展是不可或缺的

2016 年 11 月 21—24 日, 我们齐聚中国上海, 正式提出健康和福祉在联合国 2030 年发展议程及其可持续发展目标中的核心位置。

我们重申, 健康作为一项普遍权利, 是日常生活的基本资源, 是所有国家共享的社会目标和政治优先策略。联合国可持续发展目标为我们确立了在投资健康、确保全民健康覆盖、减少所有年龄段人群健康不公平现象的义务。我们决心做到“一个都不能少”。

我们将对所有可持续发展目标采取行动来促进健康

只有在实现所有可持续发展目标的过程中开展健康促进, 让全社会参与健康发展的进程, 才能实现所有年龄段人群的健康生活, 增加健康福祉。《健康促进渥太华宪章》发表以来, 那些具有变革性、实践性、深远影响、基于证据的健康促进策略为我们提供了指南, 我们确认这些策略是持久重要的。这意味着要果断地对所有健康决定因素采取行动, 赋予人们增强维护自身健康的能力, 确保拥有以人为本的卫生系统。

我们将为健康做出大胆的政治选择

我们正面临着全球健康促进的新情况。人民的健康再不能与地球的健康分离, 单靠经济增长再不能确保健康水平的提高。健康安全挑战越来越多, 强大的商业力量正在努力阻碍健康。广泛存在的全球健康危机就是这些快速变化的证明, 需要我们同舟共济、共谋出路。

解决不可接受的健康不公平不仅需要跨部门和跨地区的政治行动, 还需要在全球范围开展联合行动。如果要做到“一个都不能少”,

就需要采取果断的行动,保护妇女、流动人口和越来越多受到人权和环境危机影响的人们的权利。我们将优先选择良好治理、以城市和社区为平台的地方行动和通过提高健康素养的人民赋权,创新发展,共享健康,并致力于解决最脆弱群体的健康问题。

良好治理对健康至关重要

健康和社会公平政策将使整个社会受益,而治理中的失败往往会在全球和国家层面对健康行动造成不利影响。可持续发展目标间的互相依存性和普遍性决定了投资健康决定因素必将获得巨大收益。

我们认为在国家、地方和全球层面,政府在防止不可持续的生产与消费所带来的有害影响方面负有根本责任,包括避免制订可能导致失业、不安全的工作条件、危及健康的投资与贸易的经济政策。我们同时呼吁商业领袖做出良好公司治理的典范——不要将商业利益凌驾于人们的健康之上。这在非传染性疾病应对领域尤其重要。

我们承诺:

——政府要充分应用可获得的有效机制保护健康,通过公共政策提高福祉;

——加强对不健康产品的立法、管制和税收;

——将财政政策作为强有力的工具,增加对健康和福祉的投资;

——包括建立健全公共卫生系统;

——引入全民健康覆盖,将其作为同时实现健康和财政保护的有效途径;

——确保政策透明度和社会问责制,提高社会参与度;

——增强更好地应对跨国健康问题的全球治理能力;

——充分发掘传统医学在促进健康和可持续发展中日益增长的重要性和价值。

城市和社区是实现健康的关键场所

人们每天生活、工作、休闲和购物的场所与健康息息相关。健康是任何城市实现可持续发展的最有效标志之一,健康使城市对全体居民而言更包容、更安全、更有活力。

我们必须与城市市长一起解决包括快速的农村人口流向城市、全球人口流动、经济停滞、高失业率和贫困、环境污染等一系列问题。我们将努力解决贫困人口的健康服务问题。

我们承诺:

——优先实施能够为健康、福祉和其他城市政策创造共同利益的政策,充分利用社会创新和交互式技术;

——支持城市改善公平和社会包容,通过加强社区参与提高社区不同人群的知识和技能;

——以人民健康和社区和谐为核心,重新调整医疗卫生和社会服务方向,实现公平最大化。

健康素养促进赋权和公平

健康素养能够赋权于公民个体,并使他们能够参与到集体的健康促进行动中。决策者和投资者具有较高的健康素养水平有利于他们采取影响力更大、协同效果更好、更有效地应对健康决定因素的行动。

健康素养以包容地、公平地享有优质教育和终身学习为基础。健康素养是范围较广的技能和能力的综合体,人们需要首先通过学校课程,而后在整个生命周期内不断发展这类技能和能力。

我们承诺:

——充分认识健康素养是健康不可缺

的决定因素，并投资于提高健康素养；

——制订、实施和监测提高所有人健康素养的、贯穿整个教育体系的国家和地方跨部门策略；

——通过发挥数字技术的潜力，增强公民对自身健康及健康决定因素的控制；

——通过价格政策、透明化信息和清晰的标识，确保消费环境有利于健康选择。

行动呼吁

我们认识到，健康是一项政治选择，我们将遏制损害健康的行为，清除赋权的障碍——尤其是针对女性的赋权。我们敦促来自不同部门、不同治理层面、以及私营部门和民间社会的领导者们，跟我们一起决心在所有可持续发展目标中促进健康和福祉。

健康生活，共建共享。我们，作为大会的参与者，将以本宣言为鉴，承诺加大对健康促进的政治保证和财政投资，加快实现可持续发展目标。

《健康城市上海共识》

2016 年 11 月 21 日，我们来自全球 100 多个城市的市长相聚于中国上海，充分认识到健康与城市可持续发展相辅相成、密不可分，并坚定不移推进二者共同发展。我们也认识到健康和福祉是联合国 2030 发展议程和可持续发展目标的核心。

为健康福祉努力的城市是可持续发展的关键

市长和地方领导在各项可持续发展目标的实现过程中扮演着决定性角色。作为市长，我们有责任在当地采取行动，并与其他区域合作，建设包容、安全、具抵御灾害能力、可持续和健康的城市。城市发展不能落下任何人，

城市属于所有的居民。

健康源于人们每日生活的环境，源于所有年龄的人们共同生活、相爱、工作、学习和娱乐的邻里和社区之中。全民健康需要城市领导者和市民的共同参与。市民的健康是任何城市成功实现可持续发展最有力和最有效的标志之一，这使得健康成为每一个市长工作议题的核心。

我们认识到所承担的为每一位市民创造更加健康、安全和满意生活的政治责任。城市的规划和决策与社区息息相关，因此必须听取社区居民的意见、声音和需求。我们力求消除一切有碍公民赋权的壁垒——尤其是为妇女、儿童和其他弱势群体扫除障碍，并充分实现城市中各年龄段人群的潜力和才能。

我们承诺实现良好的健康治理

数十年来，健康城市一直是实现良好健康治理、提高健康素养——即促进健康的有效平台。在此经验的基础上，作为市长，我们致力于在城市治理的所有领域中优先考虑健康相关的政策，并评估所有政策对健康的影响。为了实现可持续发展目标，我们必须在国际、国内目标以及城市计划和行动中保持协同合作。我们一致同意将健康城市行动基于以下五项治理原则，这些原则体现了可持续发展目标的变革性议程。

健康城市治理五大原则

作为市长，我们承诺遵守健康城市治理五大原则：

1. 将健康作为所有政策的优先考虑：优先实施能够共同实现健康和城市其他发展目标的政策，在制定城市规划中鼓励所有社会各方的参与；
2. 改善社会、经济、环境等所有健康决

定因素：实施健康城市发展规划和政策，包括减少贫困和不公平，关注每个人的健康权益，加大社会投入，增进社会包容，促进城市资源可持续利用；

3. 促进社区积极参与：采取综合措施促进学校、工作场所和其他单位的健康；提升人群健康素养；充分利用社会创新和交互技术，使各类人群能够掌握健康知识和技能；

4. 推动卫生和社会服务公平化：确保公共服务公平可及，促进医疗卫生服务全覆盖；

5. 开展城市生活、疾病负担和健康决定因素的监测与评估：根据评估结果改善各项政策，提高执行力度。重点关注不公平问题，增加透明度，强化问责。

我们承诺致力于健康城市行动计划

我们认识到，健康城市建设是一项综合的社会治理工程，并非一个部门之责。

我们也认识到可持续发展目标 3（人人享有健康）和可持续发展目标 11（建设包容、安全、具抵御灾害能力、可持续发展的城市和人居环境）之间的紧密联系：充分发挥城市潜能，促进健康与福祉、消除健康不公平，共同推动这两个可持续发展目标的实现。

城市处于可持续发展的第一线，我们相信，我们有能力做出真正的改变。我们必须且有信心实现 2030 议程的本土化，并设立健康目标，强化肩负的责任。我们认识到，城市里的每个人都需要为实现这些宏大的目标付出自己的努力。

十大健康城市优先行动领域

作为市长，我们优先致力于以下 10 个健康城市建设行动领域，并将其全面融入 2030 可持续发展议程：

1. 保障居民在教育、住房、就业、安全

等方面的基本需求，建立更加公平更可持续的社会保障制度；

2. 采取措施消除城市大气、水和土壤污染，应对环境变化，建设绿色城市和企业，保证清洁的能源和空气；

3. 投资于我们的儿童，优先考虑儿童早期发展，并确保在健康、教育和社会服务方面的城市政策和项目覆盖每个孩子；

4. 确保妇女和女童的环境安全，尤其是保护她们免受骚扰和性别暴力；

5. 提高城市贫困人口、贫民窟及非正式住房居民、移民和难民的健康与生活质量，并确保他们获得负担得起的住房和医疗保健；

6. 消除各种歧视，例如对残疾人士、艾滋病感染者、老年人等的歧视；

7. 消除城市中的传染性疾病，确保免疫接种、清洁水、卫生设施、废物管理和病媒控制等服务；

8. 通过城市规划促进可持续的城市交通，建设适宜步行、运动的绿色社区，完善公共交通系统，实施道路安全法律，增加更多的体育、娱乐、休闲设施；

9. 实施可持续和安全的食品政策，使更多人获得可负担得起的健康食品和安全饮用水，通过监管、定价、教育和税收等措施，减少糖和盐的摄入量，减少酒精的有害使用；

10. 建立无烟环境，通过立法保证室内公共场所和公共交通工具无烟，并在城市中禁止各种形式的烟草广告、促销和赞助。

我们怀着坚定的信念，将为健康做出积极的政治决策

许多城市已经确定了新的城市发展议程，并通过基于城市的网络为可持续发展目标的

（下转第 33 页）

《人口信息》2016 年总目录

• 人口与发展 •

- “十三五”期间我国人口发展战略和政策体系应该发生根本性调整 任 远 (1.1)
- 试论我国的家庭政策与社会保障 孙常敏 (1.5)
- 上海市人口调控政策的评价研究 孟兆敏 (1.9)
- 普遍二孩”正当其时还是姗姗来迟 陈友华 (2.1)
- 我国东中西部人口迁移分析和胡焕庸线思考 朱宝树 (2.11)
- 通过法治和治理体系建设加强现代城市人口管理和服 务 任 远 (3.1)
- 长三角地区少子老龄化与经济社会可持续发展——基于“六普”数据的分析 张 苹 (3.4)
- 上海轨道交通通勤与人口空间分布格局研究 张伊娜等 (4.1)
- 迁移流动育龄妇女的生育水平研究 梁同贵 (4.9)
- 健全托幼服务, 推动女性工作与家庭平衡 杨菊华 (5.1)
- 人口流动: 揭示城镇化新趋势 邱玥等 (5.6)
- 上海实施全面二孩政策对户籍出生人口的影响及对策探讨 周海旺 (6.1)
- 城市公共政策制定要避免低估常住人口增长 任 远 (6.8)

• 本期关注 •

- 新形势下人口学与人口研究的前途与发展方向 本刊编辑部 (1.14)
- 上海市老年人口的健康、医疗和照护状况发展趋势研究上 本刊编辑部 (2.19)
- 人口老龄化背景下的养老服务: 问题及再思考 本刊编辑部 (3.12)
- 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 (4.13)
- 人口迁移流动中家庭生活和家庭发展 本刊编辑部 (5.9)
- 上海科创中心建设背景下的人才集聚与人才使用 本刊编辑部 (6.10)

• 调研与分析 •

- 上海市夫妻生育意愿匹配调查分析 卿石松等 (1.20)

上海市单独两孩政策实施情况分析····· 上海市卫计委计划生育基层指导处 (2.35)

上海未婚流动青少年生殖健康状况调查····· 梁爱玉等 (3.33)

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 (4.31)

人口老龄化是否导致卫生总费用增长····· 蔡雨阳 (5.22)

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 (5.25)

老年人口规模持续扩大 老年生活质量不断提高

——2015 年上海市人口抽样调查系列报告之二 ····· 胡锦涛 (6.22)

● 医改进展 ●

上海积极推进社区卫生服务综合改革····· 张天晔 (1.25)

如何将医改进行到底——上海深化医药卫生体制改革的调研报告····· 冷熙亮 (2.37)

2015 年医疗卫生事业发展报告 ····· 房莉杰 (3.37)

国内家庭医生服务现状····· 健促网 (5.35)

医药卫生体制改革评价的理论与实践····· 胡善联 (6.27)

● 全球视野 ●

国际技术移民积分制度的经验与借鉴····· 胡琪等 (1.29)

美国“医院专业版”APP: 让患者参与治疗 ····· 梁雯卓 (2.41)

新西兰的 ACC, 值得我们去了解和思考 ····· 徐晋勋 (4.37)

荷兰长期护理保险服务制度改革····· 胡苏云 (5.27)

养老“四部曲”——在新西兰“安东尼养老村”的见闻与体验····· 徐晋勋 (5.32)

兰德公司: 中国应借 IT 技术建立世界一流医疗体系 ····· 木子辑 (6.34)

● 媒体聚焦 ●

人口与计划生育法修正案落地时的热点聚焦····· 黄晓燕 (1.38)

生育意愿有多高? 产妇权益如何? ——各地“全面两孩”政策落地情况追踪····· (1.42)

上海外来常住人口首次负增长····· 中周刊 (2.42)

83.6% 受访者期待有自己的家庭医生 ····· 中青报 (4.39)

中国医生在线问诊行为报告····· 医米调研 (4.41)

生育意愿分化明显 多项配套亟需完善——全面两孩放开一年追踪 ····· 本刊辑 (6.36)

当代中国医患关系现状调研报告····· 医米调研 (6.38)

●政策之窗●

中共中央国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定····· 本刊辑 (1.44)

《上海市人口与计划生育条例修正案》通过 ····· 本刊辑 (2.45)

《上海市人口与计划生育条例》(修正案) 主要政策解读····· 本刊辑 (3.46)

《关于上海市计划生育奖励与补助若干规定》的解读 ····· 本刊辑 (4.45)

《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 (5.43)

●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 (4.48)

医学类深度报道纪录片《人间世》研讨会在京召开····· 本刊辑 (5.45)

第九届全球健康促进大会在沪举行会议发布了《上海宣言》、签署了《健康城市上海共识》

····· 本刊辑 (6.42)

●资料库●

中国独生子女家庭规模：2050 年将达 3 亿 ····· (5.46)

中国人口问题九大误区：人口减少找工作就容易····· (5.47)