

2017年第一期

人口信息

POPULATION INFORMATION

《人口信息》

(双月刊)

2017年第1期

(总第210期)

2017年2月28日出版



- * “全面二孩”政策实施效果和前景
- * 开发人力资本红利要重视教育和健康促进
- * 老年家庭照顾者的照料负担及支持体系研究
- * 生育关怀行动永远是进行时（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)

2017年第1期(总第210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•

- “全面二孩”政策实施效果和前景 穆光宗(1)
- 开发人力资本红利要重视教育和健康促进 任远(5)
- 关于“十三五”上海计划生育服务管理改革的思考 樊华(8)

•本期关注•

- 生育关怀行动永远是进行时 本刊编辑部(10)
- (主持人:胡琪,参与讨论:段锦宏、李文、孟宪武、王悦、方心悦、江平等)

•调研与分析•

- 老年家庭照顾者的照料负担及支持体系研究 陈蓉等(19)
- 全市常住人口平均受教育年限不断提高
——2015年上海市人口抽样调查系列报告之三 黄静(26)

•医改进展•

- 上海市“十三五”期间深化医药卫生体制改革思路研究 沈晓初等(30)

•全球视野•

- 信息技术在美国政府应对人口老龄化中的应用 沈晨(38)

•媒体聚焦•

- 中国医生对药品回扣的看法调研 医米调研(43)

•政策之窗•

- 关于全面推进老年照护统一需求评估体系建设的意见 本刊辑(45)

“全面二孩”政策实施效果和前景

穆光宗

2015 年 10 月底,中共十八届五中全会公报宣布,中国将全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策。人口新政于 2016 年 1 月 1 日开始实施。但“全面二孩”政策落地一年来,全国二孩的生育数量低于预期。2016 年全国出生人口超 1750 万,相比 2015 年的出生人口 1655 万,仅仅增加了 95 万;相比 2014 年的出生人口 1687 万,也只是增加 63 万。总体来看,全国总和生育率(TFR)逐年缓慢下降是一个大趋势,持续的低生育和少子化已经成为人口新常态。

一、“全面二孩”政策遇冷

2013 年 12 月,中共十八届三中全会决定启动“单独二孩”政策,逐步完善生育政策。从政策出台之后的实际效果看,单独二孩的申请量不大,有些人担心的井喷现象根本没有出现。单独二孩政策遇冷已经成为各界共识。当时中国社会科学院人口所王广州等学者认为,如果 2015 年城乡全部放开二孩政策,出生人口堆积与现行生育政策不变相比增加 600 万左右,超过 1000 万的可能性很小。而且即便是增加 1000 万出生人口,高峰年的出生人口会相当于甚至低于二十世纪八十年代末到九十年代的水平,并不会造成出生人口的堆积。

制约二孩生育的因素大致包括强生育控制、低生育意愿和高生育成本三个方面,这些因素早已驱使中国进入持续稳定、内生性的

“低生育陷阱”。实践证明,民众对生育二孩的热情并不高。例如,甘肃酒泉、山西翼城、河北承德、湖北恩施等农村地区从二十世纪八十年代就开始试点“两胎加间隔”,目前这些试点地区的生育水平近似甚至低于周边地区,更明显低于政策规定的生育水平。调查显示,中国人口的生育意愿已基本稳定在平均 TFR(总和生育率)1.6~1.8 之间。

所以说,“全面二孩”政策和“单独二孩”政策一样恐怕难逃“遇冷”命运。因为处在相同时代背景下的单独和非独家庭的生育意愿不会有本质的区别,他们的生育成本和生育预期在相同的社会环境中有着高度的相似性甚至是同质性。下面,我们分析一下造成低生育的主要因素。

首先,生育力因素。因为环境污染、年龄偏大、疾病等因素,人类的生育力急剧下降。很多 70 后妇女已经过了适龄生育的年龄,她们虽然在全面二孩的“目标人群”中,实际上却难以成为“行动人群”,全国目前适合生育二孩的夫妇有 9000 万对,有相当一部分就属于非行动人群,这样目标人群就大打折扣;另一方面,男性生殖健康问题也越来越突出。

其次,职场影响。女性作为生育主体,职业发展对生育的影响必需考虑。生育的机会成本已经成为影响现代生育决策和生育行为的重要因素。调查发现,自由职业或者不固定工作以及做家庭妇女的女性更容易作出再生

育的决定,而工薪阶层的女性相对更为犹豫,她们认为两个孩子会更难于兼顾工作和家庭。

再次,家庭经济条件。随着市场经济的发展,大城市率先进入了孩子精养模式,养育成本急剧上升。按照育儿的基本配置,不算产前检查、奶粉、尿不湿、服装等生活用品开支,前三年花在二孩身上的支出少则二三十万元,多则五六十万元。事实上,还有很多开支完全在预料之外,如应急开支。报早教班少则一万多则三五万,很多人想省但省不下来。生养孩子成为越来越昂贵、越来越理性的行为,没有较好的家庭经济条件作为依托,一些家庭只能望二孩兴叹,想生而不敢生。

第四,住房和人力条件。生育二孩需要更大的住房空间,也意味着需要更多的家庭人力资源来照顾孩子。如果没有双方老人的支持和帮助,一些年轻夫妇难有生育二孩的底气和决心。2016年11月,国家卫计委家庭司司长王海东表示,根据他们的调研,已生育一孩而不打算生二孩的母亲中有60.7%是出于孩子无人照料的原因。当前婴幼儿家长对托育服务的需求较为强烈,婴幼儿托育服务供需矛盾较为突出。从微观层面上,我们可以看到父母的老去固化了家庭的低生育行为。

第五,大宝的态度。很多报道和研究发现,第一个孩子是否欢迎弟弟妹妹的态度对父母的生育决策存在着影响。有些父母正是出于对大宝反对态度的忌惮而被迫放弃了二孩孕育计划。这种生育决策在理论上称之为“孩子本位”的生育决策。

第六,对孩子培养质量的考虑。二十世纪七十年代出生的女性普遍认为政策放开得太晚,特别是七十年代前期出生的女性大多放弃了生育计划。除了考虑到高龄生产对自身和

孩子健康的影响,一个重要原因是两个孩子的年龄相差太大,很难作伴,如果收入没有保障,生育两个孩子势必会拉低第一个孩子的生活和教育水准。

第七,带孩子太辛苦。很多女性觉得带孩子太辛苦,现在孩子已经长大了,不想重复一遍带孩子的辛苦过程,惧怕成为“孩奴”。80后年轻夫妇和家庭更注重自身的事业发展和生活质量。

上述任何一点都足以浇灭生育二孩的热情。“遇冷”包括二个层面的理解,一是意愿生育率低于政策生育率;二是实际生育率低于意愿生育率。实际情况是三类生育率处于梯度分布的格局中:全面二孩政策生育率大概是1.8,意愿生育率低于1.5,实际生育率低于1.3。在符合全面二孩条件的目标人群中,可以分出有再生育意愿和无再生育意愿的;在有再生育意愿的人群中还要区分有生育能力和无生育能力的;在有再生育意愿也有生育能力的人群中,还要看有没有生养的条件。例如,经济上能否承受第二个孩子的生养费用、房间是否足够大、有没有人带孩子等诸多因素。综合考虑下来,从生育意愿转化为生育行动的将是目标群体中的行为群体,他们对实际的生育水平和生育数量才会有实质性的贡献和影响。因此,全面二孩政策出台后虽然短期内出生量会有所增加,但生育率和出生率仍将持续低迷。

从长远看,由于适龄生育的妇女人数大大减少,所以在低生育率的状态下,出生量也将明显减少,导致更严重的少子化。2015-2025年,24-29岁的生育旺盛期女性数量将从7387万降至4116万,这意味着10年后即使生育率保持不变,出生量也将减少接近一半。

二、“全面二孩”政策前瞻

全面评价二孩政策实施成效还为时过早,目标人群的生育潜能将慢慢释放,2017-2018 年出生人数增多,可能形成一个小高峰。但考虑到二孩政策对于提升生育率的作用相当微弱,所以对延缓人口老龄化的作用将极为有限。

中国人口形势已发生历史性转变,需要及早应对少子化危机。少子化危机更甚于老龄化危机。少子化有二个含义,一是生育的少子化,指生育率持续低于更替水平的状态或趋势;二是人口的少子化,即 0~14 岁少儿的人口比重低于 20%,或人口规模不断下降的状态或趋势。

首先,中国生育的少子化进程大概可回溯到二十世纪九十年代初。当时总和生育率开始低于更替水平 2.2,此后便一路走低。如果说 1980 年出台一孩政策以后,中国就进入了政策性的低生育率陷阱;那么经过十年改革开放和计生文化的双重洗礼,中国从 1990 年以后就进入了意愿性的低生育率陷阱,平均的意愿生育水平大致在 1.6~1.8;2000 年以来,中国已进入统计性的超低生育率陷阱,实际的生育水平已经低于 1.3,远远低于更替水平,属于极度危险的超低生育率。2000 年以来数据虽然有所波动,但趋势明显,就是持续低迷,属于不折不扣的“超低生育率”。

其次,中国人口的少子化进程大致可回溯到二十一世纪初。过去几十年来,中国 0~14 岁的少儿人口占总人口的比重都在持续下降,1964 年为 40.7%,1982 年为 33.6%,1990 年为 27.7%,2000 年为 22.9%,到 2010 年已经降为 16.6%,2014 年下降到 15.3%。根据国际

人口统计学标准,一个社会 0~14 岁人口占比 15%~18% 为“严重少子化”,低于 15% 为“超少子化”。

生育甚至人口的少子化将带来三大长期性挑战:

一是年轻人口亏损。长期的超低生育率将给一个国家带来无法估量的巨大危害。人口增长的队列效应规律必然使人口少子化演变为年轻人口亏损、后备劳动力资源短缺,从而对经济发展产生强大的制约作用。

二是人口结构坍塌。少子化和老龄化的恶性循环将引发代际人口发展失衡。老年人口缺乏年轻人口的支撑,产生大面积的老无所依问题。1982-2010 年,0~14 岁人口比重下降了 17 个百分点,与此同时,65 岁及以上人口比重上升了 3.87 个百分点。可以看出,少子化的速度超过了老龄化,人口发展代际失衡进一步加剧。

三是人口发展萎缩。少子化问题虽然是最近的话题,但其积累的负能量人口惯性却不可小觑。严重少子化说明中国人口发展的潜力被大大削弱,中国人口的可持续发展堪忧。

三、综合应对低生育率陷阱

中国人口的生育率过低早已出现且将成为长期化的现象。未富先老、失独空巢、性别失衡、人力短缺等问题的恶化都与持续低生育率现象有关。全面放开生育的同时,要大力打造有利于二孩生育的友好社会环境。

首先,需要继续生育政策的改革。生育权限政策的改革具有主导性,其宗旨是在微观上提高计生家庭抗风险的能力,在宏观上实现适度生育水平,也就是以 TFR 近更替水平(TFR 在 1.8~2.5 之间)为目标。全面二孩政策虽然

有助于在一定程度上提升超低生育水平,但这不过是有限的生育权限政策改革,生不生还是未知数。这是因为生育文化、生育观念先于生育政策、生育权限发生了变革。要充分挖掘全面二孩的政策效能,就必须配套实施人口宣传政策、生育权限政策、生育服务政策和生育福利政策。生育政策的改革实际上是牵一发而动全身的整体性和系统性社会变革过程。

其次,促成大国人口认识的改革。全面二孩不是生育政策改革的终点,只是部分的“还权于民”。在理念上要树立安全、平衡、可持续发展的口观和合适之家的家庭观,“婴儿潮”如果有的话,也是好处多于坏处,机遇大于挑战。在宣传上要从“只生一个好”过渡到“按政策生育”甚至“按意愿生育”、从“独生子女家庭”到“至少二孩的合适之家”,重建适度生育的文化,逐渐回归到“家庭计划”并且促进“家庭发展”。为此,中国需要明确生育政策改革的路线图和时间表,路线图就是从“单独二孩”到“全面二孩”再到“自主生育”,时间表就是在“十三五”期间快速完成从全面节制生育到全面鼓励生育的历史转轨。

再次,推进计划生育家庭福利政策的改革。完善适度生育和优化生育的相关配套措施,联动生育政策改革和社会公共政策改革,共同创造和维护人类繁衍后代的良好环境。中国生育福利——家庭友好政策供给严重匮乏,公民享受的福利待遇非常少。根据全国人大常

委会关于修改《中华人民共和国人口与计划生育法》的决定,符合法律、法规规定生育子女的夫妻,可以获得延长生育假的奖励或者其他福利待遇。但如何延长,没有做出规定。例如,《山东省人口与计划生育条例修正案(草案征求意见稿)》提出:“符合法律和本条例规定生育子女的夫妻,除国家规定的产假外,增加产假60日,并给予男方护理假7日。增加的产假、护理假,视为出勤,工资照发,福利待遇不变。”

中国要向日本等国学习生育奖励补贴、母亲假期、入托福利等措施,使得部分生育成本外部化,减轻家庭的生育成本和养育负担,营造家庭友好的社会氛围和生育环境,实现低生育向适度生育的转变。现在,中国为生、育、教提供的公共服务明显不足,分布不均,家长有很多后顾之忧。例如,根据2016年中国人口与发展研究中心在全国10个城市就3岁以下婴幼儿托育服务情况的专题调研,中国婴幼儿人口在各类托育机构的入托率比较低,与发达国家相比差距很大。但是婴幼儿家长对2-3岁托儿托育的需求最为强烈,婴幼儿托育服务供需矛盾较为突出。此外,全面二孩政策放开后,妇产科人数增加,城市三甲医院出现产病房紧张现象,这就需要为安全分娩打造公平高效的公共卫生服务体系。(辑自《中国经济报告》)

(作者为北京大学人口研究所教授)

开发人力资本红利要重视教育和健康促进

任 远

用人口红利理论一定程度上可以对 1970 年代以来中国经济奇迹进行一些解释,低生育率转型和充沛的劳动力资源对于推动改革开放以来的经济增长具有积极作用。在当前,国家经济发展战略需要从人口红利战略过渡到人力资本红利,不仅是人口红利逐步减弱以后寻找新的发展、以及促进经济发展方式转变的需要,本身也是人口和发展内在逻辑演变的客观结果。

一、人口转变带来人力资本红利

当我们重新审视一下人口转变论,可以发现重视人力资本驱动经济增长本身是人口红利理论的逻辑延伸。人口转变论提出,随着工业化和现代化的发展,死亡率率先下降,然后生育率也开始下降,并带来人口结构的变动。在人口转变过程中的人口年龄结构变动是构成“人口红利”得以产生的人口学原因。

死亡率下降意味着人均预期寿命增加。预期寿命增加表示每个人享有的健康资本增加了。在预期寿命延长的同时,人均健康预期寿命也同时延长。死亡率下降提供了一个可能性,使个体生存、生活、工作和发展的总时间延长了,那么每个人就能有更长的时间来进行经济生产和做出社会贡献。

人口转变的另一面就是生育率下降。生育子女比重减少和少年儿童比重下降,那么对于每一个孩子而言他们获得教育投入的可能性提高了。中国目前的人均受教育程度远远高于印度,不仅是因为我国相对于印度重视基础

教育和义务教育的原因,另一个原因也是受益于人口转变,带来教育投入提高,从而增进了人口质量和教育人力资本。

健康和教育本身构成人力资本的核心内容。所以,人口转变的结果不仅是带来劳动适龄人口比重上升和社会抚养水平下降的人口结构的变动,也就是产生“人口红利”;人口转变的另一个结果是自然地带动了教育和健康促进,带来人口人力资本总量的增加。所以在“人口红利”逐步减弱之后,我们虽然应该清醒地看到可能出现由于人口结构变动所带来的“人口负债”,也应该乐观地看到,我们仍然可以继续享受到由人口转变所带来的人口质量的提高,这个因素构成经济增长的新的动力源泉。也就是说,在后人口转变时期,“人口红利”会慢慢减弱和消失,但是“人力资本红利”将慢慢体现出来。这为国家发展提供了新的发展机遇,并构成推动中国经济增长的新的动力和新的优势。

在人口红利逐步减弱以后,国家中长期发展越来越要求发挥人力资本红利。同时,随着后人口转变以后平均受教育程度提高和预期寿命的提高,使得向发挥人力资本红利的经济发展方式转型得以可能。但是人力资本红利还是一个潜在的发展红利,要将潜在的人力资本红利发挥出来,还需要通过教育培训和健康促进来增强人口红利,并通过一系列的制度机制形成有利于人力资本红利的发展环境。

人力资本形成主要包括两个方面:教育和健康。通过教育培训提高知识水平和技能,

通过卫生保健和医疗服务提高健康是人力资本形成的主要途径。因此发挥和实现人力资本红利,需要重视两个基本问题:

二、增强教育培训和消除教育的不平等

人口转变并不必然意味着人力资本水平的提高。对于提高教育人力资本,除了需要强调政府责任,强调增加教育开支在公共财政中的比重。需要在城乡居民中形成增加人力资本投入的正向激励。这种激励在于要让教育投入有较高的回报激励,使得有较高教育程度的人能享受到更高的工资,形成正向反馈,从而使城乡人口愿意在教育培训上增加投入。只有让企业和劳动者觉得通过教育培训可以促进企业的利润增长,以及促进劳动者个人的收入增长,意味着人力资本投资带来更高的收入回报,才能构建起通过人力资本驱动经济增长的良性循环的体制。

现实情况是,有一些大学毕业生工资水平还不如普通农民工,那么社会人力资本投资的市场信号就发生了紊乱。另一个特别严重的问题是,当前知识分子的工资水平降到了社会平均水平附近。大学教授的工资水平甚至不如国有企业的普通员工。这样的情况下收入回报率出现了偏差,那么就带来了整个社会人力资本配置的扭曲。最突出的现象就是,现在人们都愿意去当公务员,如果整个国家最优秀的人才都去当公务员,那么谁来当科学家、企业家?谁来实现知识创新、技术创新和理论创新?谁来推动产业创新和企业进步?如果知识生产部门不能得到最优的人力资源配置,那么知识经济就不能真正形成。当前似乎重新出现“脑体倒挂”这样的人力资本市场价格信号紊乱的情况,这样所引发的严重的资源错配,就不利于人力资本驱动的经济增长模式的发展,城市发展的动力就会受到损害。

城市发展最有远见的战略,是在人口红利消失以后,转而格外重视对教育、科技和人才的投入,努力增加城市的人力资本。因此对于城市化发展而言,特别需要重视的不是继续通过吸收劳动力来保持劳动力竞争优势,而是应该重视增加对移民的教育培训。这对于城市的产业升级和内部整合都是至关重要的。我们的研究发现,不仅教育人力资本对于城市经济增长的贡献率越来越大,而且教育同时影响迁移流动人口的社会融合。一个教育程度更高的人能在城市中发展得更好,对经济做出更大贡献,并更好地融入当地社会。人力资本投资因此成为了弥合社会结构的机制,避免社会结构的断裂和隔阂。所以,当移民有了更高的教育程度就有了更大的倾向性在城市中创业和发展,而教育程度带来的高收入也使增加对自身和后代教育的投入,这就形成了促进人口迁移、人力资本提高、社会融合和城市产业进步的良性循环。

而如果不重视对流动人口的人力资本投资,会造成本地居民和移民群体之间的社会鸿沟进一步扩大,加深城市内部的分裂。我们有必要尽量去消除教育不平等。并通过教育人力资本的提升,来构造城市发展的整合机制,这也同时是城市发展的动力机制。

三、积极促进全民健康发挥人口的健康红利

健康作为人力资本的重要内容,构成城市发展的支撑力。这就需要人口的健康预期寿命的增长快于人均预期寿命的增长,这就能构成一个良性的情况。因为在非健康状态下的剩余部分的预期寿命,才是整个社会真正的“负担”,才是老龄化的真正压力。而健康的老龄化——即使他们可能已经退休——其实都是社会的财富。因此从人口转变带来人口预期寿命增长来看,老龄化未必就会对国家发展带来

很大的压力。关键的问题在于,我们需要把健康预期寿命转化为生产力,这种生产力,不仅包括经济生产力,也包括社会贡献力。

健康的增加,本身就意味着非健康状态的减少。随着非健康状态的减少,整个城市相对的医疗成本和卫生投入也相应下降。不仅如此,随着健康预期寿命的提高,劳动力和老年人口就有更多的能力为社会继续做出贡献。因此,如何通过健康管理增加社会健康预期寿命,是发挥人力资本作用,推动经济持续发展的前提条件。

在国外有大量这方面的成功案例可供我们借鉴,比如国外企业很重视对中老年人口提供规范化的定期体检,并进行健康教育,告诉员工如何具有健康的生活方式,防止慢性病,在社区中也提供经常性的健康普及计划,这些都是提高人口健康预期寿命的有效做法。重视健康管理具有降低疾病率和死亡率的效果,被认为是“第三次死亡率转变”。而在我们的健康管理和服务中,一定程度上忽视了这些内容。我们一般都是把疾病治疗作为卫生与健康工作。但是,与其个人和社会都付出很多费用来治病,不如从出生开始、甚至从母亲怀孕开始就进行健康投资,开展科学的孕前检查、减少新生儿缺陷率,包括从各个年龄段提高对健康卫生的教育,从幼儿的防止肥胖到中老年的防止高血压,通过广泛的社会预防和健康普及计划提高城市的整体健康素养。另一方面是城市应该提供更多的机会让人口参与体育锻炼。这些健康投资相对于治病,投入更小,也更有效率,同时具有生产性。

对于教育人力资本投资的重要性已经渐渐被大家所接受,健康也具有生产性的问题还并没有得到充分重视。如果对健康管理的思想我们还仅停留在治病上,那么是远远落后了。一个长期心脑血管慢性病患者,即使进行了很

多治疗,对于患者本身是生活质量的下降,对于社会来说也是从劳动力转变为了社会负担。因此重视健康人力资本的投资和管理,其着眼点应该是如何让人活得更健康,而非单纯延长生命本身。现代社会,大家工作都很劳累,应该说把“治病”的关口前移变成“治未病”,有很大的空间可以操作,但是我们现在的医疗制度改革更多聚焦于如何治病,如何降低医疗费用,如何来设计个人支付医疗保险的比例,这其实大大偏离了城市健康管理的核心。

从利用人口结构变动所带来的人口红利推动经济增长,转向重视利用人力资本红利来推动经济增长,是国家发展动力机制的变化,是国家发展方式的进一步升级。因此,推动经济增长就从简单依靠物质资本投入、依靠简单劳动力投入和资源环境耗费的外延性要素投入的经济发展方式,转变为更加重视人力资本的开发利用、更加重视生产要素深入利用的内涵性经济发展方式。

回顾过去 30 多年的改革开放,正是通过促进城市化和工业化进而促进就业,充分发挥人口红利的作用,帮助我们国家从人口大国成为人力资源大国。这样的历史机遇期将随着人口结构的变化而逐步结束。未来的国家发展战略转型在于,通过加强教育和提高人民健康,增强人力资本投资,从而使我国从人口大国转变为人力资本强国。并使人力资本红利为经济社会的长远发展提供动力。在这个基础上,人口红利驱动的经济方式就能转变为人力资本驱动的经济方式,并适应我国人口中长期变动,开启新一轮经济持续增长的新时代。

注:本文引自作者新著《后人口转变》(复旦大学出版社 2016 年版)。

(作者为复旦大学人口所教授)

关于“十三五”上海计划生育服务管理改革的思考

樊 华

人口问题始终是我国和上海面临的基础性、全局性和战略性问题,人口的趋势性变化,将对经济社会发展产生全面、深刻、长远的影响。计划生育是一项打基础、利长远的重要工作,是调节人口自身发展、加强城市人口调控、促进经济社会发展的一项重要任务。

当前,上海经济发展已经进入新常态,改革已经进入深水区和攻坚期,计划生育工作正处于一个重要的转折时期。党的十八届五中全会作出了“促进人口均衡发展,坚持计划生育的基本国策,完善人口发展战略,全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策,积极开展应对人口老龄化行动”的重大战略决定,标志着我国和本市计划生育工作步入了一个新的历史阶段。“十三五”时期,在经济转轨、社会转型、全面两孩政策的新形势下,计划生育工作的方向、目标和重点需要重新加以定位,工作模式亟待转变。

当前,上海计生工作仍然面临着不少新情况、新问题,主要表现在:一是家庭发展面临新问题,育龄夫妻生育意愿偏低,老龄化与少子化并存,独生子女父母陆续进入老年期,独生子女家庭的养老照料功能日益弱化,家庭养育孩子与就业之间的矛盾日益突出;二是独生子女伤残、死亡家庭数量逐年增加,特别是失独家庭的养老、医疗等利益诉求增多;三是广大家庭的优生优育、生殖健康需求不断增加。出生缺陷预防、科学育儿指导服务亟待加

强。非意愿妊娠导致的人工流产数量大,严重危害妇女身体健康。不孕不育率呈增高趋势。四是综合治理出生人口性别比偏高问题的任务仍然十分艰巨。

“十三五”期间,上海计生工作要以增进家庭和谐幸福、促进人口长期均衡发展为主线,坚持计划生育基本国策,统筹推进生育政策、服务管理制度、家庭发展支持体系和治理机制综合改革。努力实现三个转变:一是由控制人口出生数量为主向促进人口均衡发展转变;二是由管理为主向更加注重服务家庭转变;三是由主要依靠政府力量向政府、社会和公民多元共治转变。

“十三五”期间,上海计生工作要做到“五个坚持”:

一是坚持以人为本。尊重家庭在计划生育中的主体地位,坚持权利与义务对等,寓管理于服务之中,引导群众负责任、有计划地生育。坚持问题导向和需求导向,更加注重人文关怀、生育关怀和家庭关怀。

二是坚持宣传引导。计划生育是一项政策性、群众性、社会性很强的社会管理和公共服务工作,必须更加注重宣传引导,坚持正确的舆论导向,围绕全面两孩政策、优生优育和生殖健康,加强政策宣传、生育指导和科学知识普及,营造良好的社会氛围。

三是坚持利益导向。要把保障和改善计划生育家庭民生纳入政府社会保障的总体规

划,与相关经济社会政策相衔接,形成与生育政策相匹配的利益导向政策体系,让广大计划生育家庭优先分享改革发展的成果,感受到党和政府以及社会的温暖。

四是坚持依法行政。要按照建设法治政府、法治社会的要求,坚持严格、规范、公正、文明执法,不断提高计划生育法治水平。加强执法监督,切实维护计划生育群众合法权益,促进社会公正公平、和谐文明。

五是坚持创新发展。加快转变计划生育工作理念、工作思路和工作方法,注重改革措施的系统性、整体性、协同性,做到调整完善生育政策与服务管理改革同步推进、配套政策措施同步制定,推动计划生育工作转型升级。

“十三五”期间,上海计生工作要重点抓好九个方面的任务:

1. 稳妥扎实有序实施全面两孩政策。实行生育登记服务制度,对生育两个以内(含两个)孩子的,不实行审批,由家庭自主安排生育。建立健全出生人口监测平台,完善出生人口监测和预警机制,科学预测出生人口变动趋势。建立生育政策执行评估制度。制定和完善与全面两孩政策相关的配套政策,确保政策有序衔接、平稳落地。加强对高龄孕产妇的生育指导和孕产期保健服务。加强产科儿科医疗资源配置,积极应对因实施全面两孩政策可能带来的生育堆积现象。

2. 调整完善利益导向政策。坚持政府主导、社会补充,建立完善与实施全面两孩政策相适应的计划生育奖励扶助保障政策。按照国家和本市有关规定,落实已领取《独生子女父母光荣证》对象的独生子女父母奖励费、独生子女父母年老退休时一次性计划生育奖励费等政策。认真组织实施农村部分计划生育家庭

奖励扶助制度、计划生育家庭特别扶助制度。按照城乡一体化要求,完善相关计划生育奖励扶助政策。加大计划生育特殊家庭扶助关怀力度,积极构建政府主导、部门协同、社会参与、多元关爱的计生特殊家庭扶助关怀机制。

3. 实施优生优育促进工程。建立完善“政府主导、部门协作、专家支持、社会参与、家庭响应”的优生优育促进工作机制,推进优生优育全程服务。推进出生缺陷一级预防项目,进一步加强婚前保健工作,探索将基本项目的孕前优生健康检查服务纳入本市卫生计生基本公共服务体系。推进科学育儿指导服务项目,积极开展社区 0-3 岁婴幼儿家庭科学养育指导,建立完善全市统一的科学育儿指导服务制度、服务标准和工作规范。

4. 实施生殖健康促进工程。开展意外妊娠预防干预项目,建立和完善全市统一规范、以预防为主,宣传教育、咨询指导、避孕节育相结合的预防意外妊娠服务机制。组织开展基于学校、社区、家庭的青少年性与生殖健康促进项目。探索不孕不育干预项目,结合预防非意愿妊娠和流产后关爱项目,开展不孕不育预防和生育力保护工作。推广更年期服务项目。

5. 完善免费计划生育技术服务制度。巩固和完善免费计生药具发放服务网络,制定和规范药具基本公共服务标准。建立全市统一规范的避孕方法知情选择指导服务制度,提高知情选择率。加快探索建立流产对象手术后咨询服务、社区服务以及生殖健康综合服务的药具服务新模式。进一步规范全市各级各类医疗保健机构所开展的节育手术和终止妊娠技术服务,不断提高临床计划生育技术服务质量。

(下转第 18 页)

◀ 本期关注 ▶

生育关怀行动永远是进行时

《人口信息》编辑部

特邀主持人：胡琪 上海市人口与发展研究中心副教授

主持人语

2006年中央宣传部、中央文明办、中国计生协共同发出了关于广泛开展“生育关怀行动”通知（《中央宣传部 中央文明办 中国计生协 等关于印发广泛开展“生育关怀行动”的通知》）（国计生协〔2006〕73号）。10年来，上海市计生协积极开展“生育关怀行动”，动员全社会力量，形成多层次、多渠道的关怀计划生育家庭工作机制，持续开展“关怀计划生育家庭、关怀育龄群众生殖健康、关怀独生子女、关怀女孩健康成长、关怀基层计划生育工作者”的“五关怀”行动，以“大平台、小项目”运作模式，指导全市各级计生协聚焦计生特殊家庭、流动人口青少年、基层计生工作者等重点人群，培育建立生育关怀项目近150个，取得了良好的社会效果，得到了多方的肯定和赞誉。

在完善生育政策的今天，“生育关怀行动”又赋予了新的理念和内容，值得我们关注。因为生育关怀是一项聚焦生育行为，造福于计划生育家庭的社会公益性活动，它和计划生育国策的推行相辅相成，永远是进行时。过去10年来，各级计生协会通过宣传教育、帮扶解难、紧急救助、亲情服务、健康促进等多种形式切切实实地落实进行着“五关怀”行动。多年来，上海市计生协紧

紧围绕“五关怀”，积极打造生育关怀品牌项目，促进卫生计生工作发展及和谐社会构建。实践表明，上海各级计生协开展的生育关怀行动充分体现了“关怀为先，惠及百姓”的理念，从老百姓最需要的事情做起，从最紧迫的事情入手，从最关心的事情出发，为计划生育家庭办实事、解难题。今天我们在回顾和肯定生育关怀行动成绩的同时，也要清醒地认识到，我们要以高度的责任感和使命感，落实计划生育基本国策这一政治任务完成的同时，通过生育关怀，为促进人口长期均衡发展与家人和谐幸福，为实现全面建成小康社会奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦作出新的更大的贡献。

上海市“生育关怀行动”十年成果

段锦宏（上海市计划生育协会秘书长）

从2006年开始，上海市各级计生协围绕“关怀计划生育困难家庭、关怀育龄群众生殖健康、关怀独生子女、关怀女孩健康成长和关怀基层计划生育工作者”五大内容，结合各自区域特点，以项目形式对群众需求的热点、难点问题进行聚焦，开展了具有区域特色的关怀关爱项目。如“独生子女死亡家庭父母就业促进项目”、“外来媳妇贫困家庭产前优孕项

目”、“关爱独生子女社会行为能力培养项目”、“关爱贫困单亲家庭女孩行动项目”、“爱在最后一公里关怀”等众多项目,全市逐步形成“一区一品、一街(镇)一品”特色的关怀关爱工作品牌。

自 2010 年起,市计生协针对上海人口计生工作的实际,围绕空巢家庭、流动人口、基层人口计生工作者等三个重点人群,全力打造“独生子女空巢老人”、“流动人口计生协会能力建设”、“关怀基层工作者”计生协三大品牌项目。通过发挥人口计生工作网络优势,开展形式多样的为老服务,满足独生子女“空巢”老人的需求。通过开展流动人口计生协会自我管理与服务的能力建设,提升流动人口的综合素质。市计生协“促进流动人口计生协能力建设项目”在参加社会管理十大创新项目评选中,荣获 2012 上海社会建设优秀项目。通过从“关怀”的角度入手,为基层工作者提供关爱服务和帮困解难,稳定基层干部队伍,提升基层干部能力。市计生协举办“为国策添光彩、为事业做贡献、为协会尽责任”文化活动,开展“讲身边人、说协会事”等主题活动,弘扬和激发了基层工作者的奉献精神和创新意识。

为推动生育关怀行动的持续健康发展,经过几年的筹备和多方的支持,2013 年 7 月,市计生协建立了生育关怀专项基金,启动资金达到 475 万元。2014 年起,市计生协与区县等相关单位通过签约实施的生育关怀公益项目达到 93 个,已投入项目经费 618 万元。其中,“阳光大课堂”关怀失独家庭公益项目获得“上海市培育和践行社会主义核心价值观优秀基层案例”最佳案例奖。2016 年,市计生协组织实施“生育关怀社区服务行动”,进

一步推动生育关怀行动向基层社区、向重点关怀人群聚焦。

在 10 年的生育关怀行动中,计生协不断推进青春健康工作的创新发展,把青春健康作为推进生育关怀行动的重要内容。市计生协培育与建立“青春健康俱乐部”阵地,成为全国青春健康教育示范基地最多的省市。2014 年中国计生协在上海召开青春健康基地现场会,对上海“生育关怀——青春健康”工作给予充分肯定。市计生协围绕降低青少年意外妊娠及生殖健康保健,率先在全国计生协系统推广“沟通之道”家长培训,利用暑假在全市青春健康俱乐部集中开展“家长开放日活动”,开通市计生协青春健康公众微信号“WE—共同成长”,成为关怀独生子女家庭和关怀女孩健康成长的重要载体和有效途径。

10 年来,上海生育关怀行动实现了从松散的关怀活动向生育关怀制度化的转变。一是生育关怀行动得到各级党政领导的高度重视和全力支持,纳入计划生育事业发展规划,成为改善民生工程。生育关怀行动整合了部门资源,实现了部门间的联动,极大地丰富了生育关怀行动的内容。二是生育关怀行动从单一经济关怀向集心理、精神和人文关怀转变,生育关怀公益项目运行方式,使更多计划生育家庭通过实施项目得到实惠。项目活动形式多样,特色鲜明,彰显了生育关怀行动的强大生命力。三是生育关怀行动促使基层协会工作者从仅凭主观热心服务意识向规范服务方式的转变,通过项目化工作使越来越多的计生协工作者的服务水平和项目工作能力得到锻炼和提高。同时,生育关怀行动有效地培育和发展了计划生育协会志愿者队伍,生育关怀志愿者已成为计划生育困难家庭的亲情纽带,青少年

解除青春期困惑的良师益友，育龄群众生殖健康知识的传播者和指导者。

创新服务形式， 关心关爱计生困难家庭

李文（金山区团委副书记）

自 2007 年 11 月开始，金山团区委和区计生协启动“共享亲情”——关爱计划生育特殊家庭青年志愿者结对活动。8 年多来，团区委充分发挥共青团组织优势，发动基层团支部与计划生育特殊家庭结成对子，从一开始结对的 209 户特殊家庭到如今的 427 户，覆盖了近 220 个基层团支部、2500 余名团员青年，开展结对关爱活动约 4 千余次，做了一些实实在在的工作。

一、完善工作团队，推进模式化运作

在区级层面，团区委安排专人负责项目的执行和推进，与区计生协共同做好总体部署、齐抓共管；在街镇层面，注重工作的协调和谋划，11 个街镇工业区团（工）委书记负责对接本单位的计生协，每年联合开展结对青年志愿者的培训工作；在基层团支部层面，每年都会对结对志愿者进行梳理，如遇人员变动或者基层各级团组织集中换届时，都会根据新情况及时作出调整，对基层结对团支部进行重新培训。

在项目推进上，注重对基层团支部做好指导，对项目实施的目意义、时间节点、内容做法、台帐记录等均作出明确的要求，让基层团支部在操作时有据可依。在结对形式上，一方面，我们发动村居团干部、热心公益的团

员青年加入结对行列；另一方面，鼓励以多种有效形式开展结对，既有青年志愿者与特殊家庭“一对一”结对，也有青年志愿者、（准）孤儿、家庭医生等与特殊家庭“组团式”结对。

二、创新服务形式，实现人文关爱

自项目开展以来，各结对青年志愿者时常上门看望特殊家庭对象，并开展各类规定的活动内容，既为部分困难家庭带去生活上的资助，也为特殊家庭送去情感上的慰藉。此外，由于计生特殊家庭的情况各不相同，存在的需求和困难差异性大，各街镇（工业区）团组织充分发挥主观能动性，积极协调各方资源，创新活动形式，除完成“规定动作”外，还创造性开展特色服务。

例如：金山卫镇团委实施的“沐阳光携爱同行”系列活动，通过凝聚来自医院、团委等各单位志愿者的爱心和力量，和计生特殊家庭共同开展元宵节送汤圆、健康体检、母亲节一日游、评弹演出、走访聊天等活动；吕巷镇团委为特殊家庭购买“银发无忧”意外伤害保险并每年组织外出旅游；所有街镇（工业区）团（工）委会联合计生办、社区卫生服务中心每年为特殊家庭对象进行免费体检服务，安排青年志愿者陪同结对家庭开展“一日游”活动。团区委也先后开展了结对青年志愿者的培训交流、以及组织志愿者和特殊家庭代表开展“栽种生命树，情谊满金山”植树活动。

三、统筹协调，形成机制化保障

通过多年的活动实践，我们逐步形成和完善了一系列的项目机制。一是建立了结对走访机制。我们要求青年志愿者与结对家庭经常联系沟通，定期登门走访，加强交流、增进感

情;对于生活上有困难或遇到突发事情的特殊家庭,志愿者要在第一时间给予针对性帮助或者及时反馈给街镇团组织。二是形成了“8+X”经费筹措机制。“8”即每年由区计生协提供给结对团支部每个家庭 800 元的活动经费,用于走访特殊家庭的基本慰问品支出,“X”即每个结对团支部自筹一部分资金或者由志愿者自己奉献爱心作为活动经费。同时,我们还鼓励基层从企事业单位、“两新”企业和社会爱心人士等多方筹措活动经费,整合更多更强的力量服务特殊家庭。据不完全统计,除了计生协 8 年来提供 30 余万元的经费以外,各结对的志愿者单位和个人共自筹经费 10 余万元用于慰问特殊家庭,彰显了青年志愿者的奉献精神品质。

8 年多来,特殊家庭的户数在增长,我们志愿者的关爱温情也在一直延续,真诚付出,特殊家庭得到关爱;真诚投入,青年得到教育成长;真情奉献,社会氛围不断优化。

亲情服务暖人心 凝心聚力创特色

孟宪武 (嘉定区马陆镇流动人口计划生育协会理事长)

嘉定新城(马陆镇)流动人口计划生育协会,原名“新马陆人”计生协会,成立于 2002 年,由分管副镇长担任会长,卫计办主任担任秘书长,由我担任理事长,另有 18 名理事。通过发展壮大,目前,协会下设 4 个会员片、25 个会员小组(包括 12 个村会员小组、6 个社区会员小组、1 个园区会员小组、5 个外国语学校会员小组和 1 个流动人口集中居住区会员小组),拥有会员 180 名。我会通过“暖

乡行动”队员的政策宣传、乡情感化、活动服务等,达到稳定低生育水平、提高卫生意识、培养健康行为、促进社会和文化融入、培育主人翁意识等具体目标。

为了充分发挥流动人口计生协会在推进协会自治、宣传计生政策、参与社会管理中的作用,协会于 2008 年创设工作品牌“新马陆人”三自工作队,即流动人口计生自我教育、自我服务、自我管理,并于 2012 年更名为“暖乡行动”,取老乡服务老乡的意思。下面我重点介绍一下我们引以为豪的“暖乡行动”。“暖乡行动”以流动人口计生协会为重要平台,以“政府负责、部门协作、协会自转、群众响应”为工作模式,以老乡服务老乡的方式扩大流动人口服务管理的覆盖面。“暖乡行动”主要呈现以下特色:

一、组织网络健全,体现的是宣传服务的便捷性和广覆盖

“暖乡行动”目前共有队员 180 名,在镇一级设有工作委员会,下设“暖乡行动”工作队。在全镇设 25 个工作组。在 180 名队员中选择流动人口骨干担任队长、副队长、组长及队员。同时,按照区域就近的原则将这 25 个工作组划分为 4 个工作片,由工作出色的组长担任片长,方便组织开展规模较大的集中活动。而我就是这个工作队的队长。

二、活动方式多样,体现的是队员的能动性和自主性

1. 工作组走村入户普遍服务。“暖乡行动”队员利用双休日,开展集中走访,深入服务对象家中,通过发放宣传折页的形式向居住在周围的老乡宣传计划生育政策,开展相关咨询,

提供免费药具,进行健康知识传播等。逢节假日或重大纪念日,在商场门口、菜场等流动人员较多的活动区域,开展宣教,扩大了宣传受众和“暖乡行动”本身的影响。

2. 工作片集中宣教专项服务。为了增强服务对象参与活动的粘性,2014年,“暖乡行动”鼓励队员进一步自转自治,实施“1+X”自转模式。所谓“1+X”工作模式包涵三层含义:一是工作对象上形成暖乡队员与老乡之间的传帮带,即通过1个“暖乡行动”队员聚集到若干个宣教、管理及服务的对象,计生部门负责搭平台,“暖乡行动”队员做讲师、做服务;二是工作内容上从单一的计生宣传拓展到综治、卫生、禁毒、打击非法行医等方面;三是工作方式上由原来的入户宣传向1个工作组建1个QQ群和1个朋友圈的方式拓展,以新型的多媒体方式辐射更多的宣教对象。

由此,“暖乡行动”移师室内,开设起了“暖乡大讲堂”,由“暖乡行动”队员自己为宣传对象讲课,并不断开发新颖的活动,如有奖知识竞猜、单身青年联谊、育儿早教活动等,以知识性和娱乐性活动吸引流动人员的稳定参与,深化了宣传效果。“暖乡行动”基本实现了从人员组织到活动开展到讲课宣传的纯自转。

3. 工作队成果展示扩大影响。每年,嘉定新城(马陆镇)卫计办、计生协都会为“暖乡行动”搭建展示形象和成果的舞台。2012年,举办了“暖乡行动观摩会”暨嘉定区基本公共服务均等化推进会;2013年,“暖乡行动”作为嘉定新城(马陆镇)人口文化风尚节开幕式的一个篇章予以展示,并获评上海市公共服务均等化优秀项目;2014年,“暖乡行动”在北管村举行爱心义卖并展现“1+X”自转成效;2015年,“暖乡”作为嘉定区“幸福家庭直通

车”的一期节目接受嘉定电台访谈直播,同年,“暖乡行动”队员用情景演绎的形式参与计生业务知识大比拼,真实展示了“暖乡行动”在工作中发挥的作用;2016年,“暖乡行动”作为计生服务管理新模式,被采编入上海电视台计划生育工作回顾专题节目。

三、活动成效明显,体现的是“暖乡行动”的可持续性

1. “暖乡行动”成为政府与流动人口之间有效的沟通渠道。“暖乡行动”作为嘉定新城(马陆镇)流动人口服务管理中一支不可或缺的队伍,是政府与流动人口之间一个有效的沟通桥梁。它不但是嘉定新城(马陆镇)开创卫生计生工作新局面的有力抓手,更是涵盖全体实有人口的公共服务和社会管理的有效平台。

2. “暖乡行动”取得较为明显的社会效益。
(1) 服务人数广。“暖乡行动”以来,年均服务流动人口2万多人次,且不少曾经的服务对象加入了“暖乡行动”队伍,也有很大一部分成了“暖乡行动”队员的朋友;(2) 国策意识强。通过“暖乡行动”队伍的宣传,常住人口的生育观念有了一定程度的转变,马陆镇的流动人口计划生育率始终控制在88%以上;(3) 健康氛围浓。通过“暖乡行动”的宣传,流动孕产妇产检意识逐步加强,非法行医在马陆镇的市场逐步萎缩,加入健康自管小组的与家庭医生签约的流动人口日益增多,常住人口卫生知识知晓率达到85%。在马陆镇巩固国家卫生镇创建成果中,流动人口参与爱国卫生义务劳动的年均人次数均上万。更可贵的是,在马陆镇全民健身节、全民读书月、人口文化节的舞台上,到处都能看到流动人口的活跃身影,健康活动参与率不断提高。

3. “暖乡行动”让队员的价值得到了充分体现。通过“暖乡行动”，我们队员的沟通能力、自信心、遇到问题时的耐性等都得到了加强，我们比普通来沪人员更熟悉政策、更融入地方，一部分队员还成为新村民党支部的书记或委员，实现了自身价值的突破。

微光处处

——作为青春健康师资的十年成长与耕耘

王悦 (浦东新区计划生育协会社工)

我尝试从一名青春健康师资的视角向大家分享十年来青春健康服务的发展与成长。

一、初识青春健康

2007年初，在浦东新区第一届社工节上，还是大四社工学生的我，看到了浦东新区计划生育协会招实习生的公告，第一次发现社会工作还有计划生育服务领域，还有青春健康服务……在好奇心的驱使下，我进入了计生协实习。

通过实习，我了解到青春健康的实质——通过PLA教学法(参与式学习与行动，Participatory Learning and Action非灌输)，提供适宜的服务(同伴教育、生活技能培训)，促进青少年性与生殖健康。我发现青春健康与社会工作在的价值观、理念与方法上高度契合，是一个不可多得的发展平台，非常有信心做好这份工作，于是便正式开始了十年青春健康师资之路。

二、使命与追求

首先我深深地感受到了一股强烈的使命

感，深深地感觉到推广青春健康服务的价值与意义。在人生的关键时刻获得青春健康服务，可能拥有另一种人生选择。其次反思什么是合格主持人。清楚地认识到自己作为一名同伴教育员/青春健康主持人在知识储备上是远远不够的。审视自己的不足，努力补缺自己的短板。(1)价值观：相信每个青年人都有权利享受青春健康，相信爱、健康、责任。基于个人的价值认同。(2)使命感：基于职业、个人经历、兴趣等，认识到青春健康服务的重要性，并且愿意投入到这项事业中来。(3)基础知识：青春健康相关生理、心理、社会基础知识。(4)活动带领：掌握活动带领技巧与能力。(5)生活经验：了解本地的青春健康相关服务业态，以及相关的政策、服务渠道等。

十年来，我努力追梦。通过参加新区、市级、国家级的青春健康培训，积极地进社区、企业、学校等开展青春健康服务，增加个人主持经验，推广青春健康。

三、十年收获与变化

1. 社会接受度大大提高，社会关注度和认可度急速提高。十年前，我们做迎接青春期、预防性骚扰、预防意外怀孕等主题活动往往被质疑尺度太大。但是，十年后的今天，社区、学校和家长对这些主题接受度很高，甚至有的学校专门点课，非常受欢迎。社会对青春健康的认可度和关注度大大提高。对师资开展服务创造了良好的环境，舞台越来越大。

2. 社会多元参与性大大增强，合作伙伴越来越多。十年前，只有计生协或者学校关注性健康教育。但是随着社会关注度的提高。越来越多的个人、组织关注青春健康，并主动参与到这份事业中来。出现了像“保护豆豆”、“希

希家园”之类的草根组织,关注儿童、青少年性健康。也有很多青少年服务机构希望与我们合作开展青春健康服务。曾经参加我们培训的女大学生,在毕业后选择相关的行业,在十年后我们在培训中再次相见,成为了合作伙伴,共同去推进青春健康的福祉。师资的合作伙伴越来越多。

3. 困扰:理想与现实存在差距。我们的理想中,每一个青年人,无论户籍、年龄、性别、身份、地位、受教育程度……都有权获得青春健康服务。但现实情况中,青春健康服务是优先提供给我们所认为的高危人群(贴标签),比如来沪未婚青年、流动人口儿童、单亲家庭子女、社区青少年……资源所有者、项目执行者(购买服务)决定何时、何地、举办何种活动,为谁提供服务。青年人的权利依旧有限。我期待未来可以进一步打破行业壁垒,通过赋权给青年/家长,让他们有权利自主选择何时、何地、何人、何种机构为他们提供青春健康服务。鼓励、培育有资质的专业机构,或者有意愿的学生、家长……有渠道可以共同参与青春健康服务,让青春健康的事业蓬勃发展,让我们的处处微光,犹如星火燎原之势席卷全社会。

沐浴关爱阳光 扶雁展翅飞翔

方心悦 (上海市北郊高级中学学生)

从五年前某个不幸的一天起,我的命运就被改变。一场车祸带走了我父母的生命,留下我一个人和年迈的外婆相依为命。在这样的环境下,我不得不尽快成长。就在今年,我刚毕业于上海市北郊高级中学。从初中到高中,也许有许多不易,但同时也有了许多来自社会

各方面尤其是虹口区计生协会、欧阳街道计生协会的爱与关怀。今天的我已经长大了,已经不再是过去羞怯、自卑的小女孩,变成了一个热情、活泼的小姑娘,我也慢慢地开始学会了珍惜、感恩与回馈。

不知不觉已参加“扶雁行动”活动多个年头,我也算是一个“老成员”了。可以说,“扶雁行动”伴随了我的青春,见证了我的成长。成为孤儿后,我也曾害怕陌生,拒人于千里之外。“扶雁行动”结对帮扶老师及时伸出了援手,经常上门看望我和外婆,给予精神上慰藉,生活上关心,老师的真心实意温暖了我和外婆。后来我们一旦有困难、有伤心或者拿不定主意的事,都会向计生协会老师求援。几年来,每逢节假日老师都会慰问我,了解我的学习和生活状况,并送上助学金。平日里也经常关心和照顾我们。正是“扶雁行动”结对老师一次次上门拜访,驱寒问暖,用挚诚的关爱与和蔼可亲的话语,慰藉了我孤单的心灵,融化了我冰冻的心。在这个温暖大家庭里,我们有着志同道合的伙伴,有着共同的目标和追求,互相勉励,共同进步。我们可以聊起奇闻趣事,也会聊聊时事政治。计生协会的老师们没有生疏的距离感和为人师长特有的架子,取而代之的只有温和、贴心的柔爱。正是这样的环境,让我渐渐找到自信,懂得珍惜师生感情与同学友谊,打开了被关闭的心灵,学会了同样去关爱他人。

“扶雁行动”寒暑假一年两次活动,尽管未能次次到场,但每一次的活动我都会积极参加,因为每一次活动都是心与心的交流。我们在计生协老师的带领下去过钱学森图书馆、电影博物馆、上海科技馆、淞沪纪念馆等教育基地。这些从小就知道,而且是父母会带孩子去

的地方,我们终于有机会可以去看一看了。老师们为策划实施这些活动都付出良多,更在一路上保证了我们的吃行与安全。在此,我想先对举办这项活动的区计生协和所有给予过我关怀与帮助的街道计生协老师们,说声“谢谢”!

“扶雁行动”不仅在经济上提供资助,更重要的是使我们学到很多书本上没有的东西。很幸运,我遇见了这个大家庭,感受到了大家庭给予的关怀与爱。我想,这些就是我们集聚在一起的意义。在游览的同时感受人与人之间的真情。这些温馨欢乐的时光我还历历在目。想来当年稚气未脱的孩童,如今已即将步入高等学府。作为一个刚经历高考的学生,在向在场各位讲出这些文字的时候,是有别样的感触的。经过多次的活动,我与计生协会老师们结下了深深的师生友谊。他们用自己火一样的热情,用自己对社会负责的态度,与我们每一位失去父母的孩子开展一对一的结对帮扶,让我们处处得到关爱、时时有人帮助,充分感受到了党和政府的温暖。线上线下,计生协会的老师们都时常和我们有所联系有所交流,每一次分享都是一次愉快的经历,可谓是真正的亦师亦友。正是他们的付出使我增强了直面困难的勇气,坚定走向未来的步伐。一直以来,老师们的支持与鼓励给了我无限的信心,老师们的付出化作我拼搏的动力,我相信,我定不会辜负这一份爱!

凝心聚力,多元关爱基层计生工作者

江平(长宁区卫生计生委副主任)

长宁区现有 10 个街(镇)社区计划生育协会,200 余名基层计生工作者。计生管理靠

政策,计生服务靠队伍。基层计生干部承担着计划生育日常管理和服务工作,关心基层计生工作者,积极探索适应新时期人口计生的工作机制和方式方法,努力推动人口计生工作转型发展,有效提升全区计生工作服务管理的能力,是做好新时期人口计生工作的重要保证。中计协 2007 年倡导“生育关怀行动”以来,长宁区计生协以关怀基层计生工作者为重点,形成大平台小项目的运作模式,建立健全引导基层计生工作者爱岗敬业、志愿奉献的激励机制,努力探索和形成了符合长宁特点的救助、健康、精神、工作四项关爱机制,让基层计生工作者在构建和谐社会中感受到共享改革发展的成果,真正做到政治上有地位,经济上有实惠,生活上有保障,进一步推进计生协会工作迈向新台阶。

一、建立救助慰问关怀机制,编好暖心网

2010 年起,长宁区计生协与上海市计生协共同开展“关怀基层人口计生干部”项目,已建立了区、街两级人口计生部门救助慰问关怀机制,在经济、精神等层面给予关怀和帮助。多年来,市、区计生协领导分别向 52 名患病基层计生工作者本人或家属,进行上门关心或到医院探望,及时关心基层计生干部的身体健健康。2007-2012 年间,长宁区计生协为 200 余名居委计生女干部赠送一份“女性健康”保险,为她们的健康、工作和生活护航,先后分别为天山、虹桥街道 2 名计生干部办理了 3.32 万元的保险理赔手续(均为乳房癌)。

二、建立健康养生关怀机制,编好保健网

为了让基层计生干部有一个健康的身体条件和良好的精神状态投入到计生工作之中,

我们针对普遍存在的亚健康问题,开展好“三个一”健康关怀活动。每年开展一次中医养生活动。每年为基层计生女干部开展一次健康体检。每年开展一次女性健康系列讲座。

三、建立精神激励关怀机制, 编好聚心网

为了更好地适应新形势下的工作挑战,维护计生干部精神、心理健康,努力在精神激励上多想办法。开展最美基层计生工作者评选,举办“冬送温暖、夏送清凉”活动,开展才艺展示,举办会员沙龙主题活动。

四、建立工作力量关怀机制, 编好能力网

随着卫生计生机构的重新整合和生育二孩政策的全面实施,本着计生工作只能加强、不能削弱的要求,区计生协始终坚持把加强基层计生干部队伍能力建设摆上位置来抓。完善制度,建立信息库,加强业务培训。每年为基层新进人口计生干部举办政策法规、宣传教育、技术服务、药具发放和协会组织建设等工作实务培训班,帮助新干部快速进入工作状态。

(上接第9页)

6. 强化流动人口计划生育管理服务。按照严控人口规模、优化人口结构的要求,进一步加强和改进流动人口计划生育管理,巩固完善流动人口信息互通、服务互补、管理互动的“一盘棋”工作机制。按照权责对等、梯度服务的原则,进一步推进流动人口计划生育基本公共服务均等化。

7. 加大出生人口性别比综合治理力度。强化各级党委、政府责任,进一步明确各相关部门职责,健全宣传倡导、利益导向、全程服务、整治“两非”和统计监测的长效工作机制。严厉打击“两非”行为。落实社区怀孕生育信息发现报告、早孕建册和产院建卡制度。加强日常监督管理。

8. 全面加强计划生育依法行政。要依法全面履行计划生育管理服务职能,坚持法定

职责必须为、法无授权不可为,坚持用法治思维和法治方式开展计划生育工作。加快完善本市计划生育法规规章体系。进一步规范计划生育行政执法程序。加强卫生计生综合监督,维护群众计划生育合法权益。建立计划生育征信制度。

9. 构建有利于计划生育的家庭发展支持体系。鼓励按政策生育。倡导育龄夫妻在女方最佳生育期生育。研究制定以鼓励夫妻按政策生育两个孩子为目标的相关经济社会政策和公共服务支持体系。完善计划生育奖励假制度。增强社区幼儿照料、托老日间照料和居家养老等服务功能。开展幸福家庭创建活动。实施“新家庭计划——家庭发展能力建设”项目。健全完善家庭发展政策。

(作者单位:上海市卫计委家庭发展处)

老年家庭照顾者的照料负担及支持体系研究

陈蓉 黄晓燕

一、研究目的及意义

我国有着悠久的家庭养老传统,在相当长时间内家庭一直承担着主要的养老责任,以配偶、子女等家庭成员或者其他亲戚等提供非正式照料为主要的照料方式(陈蓉、胡琪,2015)。当前,我国处于养老社会化的初级阶段,社会照料资源相对于老年照料需求来说仍然非常短缺,家庭照料依然发挥着不可替代的重要作用。然而,在对养老服务和老年照料的广泛关注和研究中,无论是学界的研究,还是养老服务领域的政策设计和社会支持中,更多是以需要被照顾的老年人为对象,而较少以家庭照顾者为对象(刘婕、楼玮群,2012)。

古语有云“久病床前无孝子”。家庭照顾者、尤其是其中的家庭长期照顾者,作为主要的照顾力量、现阶段大部分情况下是最主要的照顾力量,在照顾老人过程中,面临着身体、心理、情感、经济等诸多方面的压力和负荷,迫切需要得到相关政策性支持和社会支持性服务。若能够针对家庭照顾者的需求提供有效支持和帮助,从个人角度,有利于减轻照顾者的照料负担,提高生活质量,提升生活满意度;从家庭角度,有利于家庭成员更好地照顾老人,让照顾者和被照顾者都能健康的生活,有利于改善照顾者和被照顾者之间的关系,促进家庭关系的和谐;从全社会层面,有利于提高照顾者的健康水平,避免其成为医疗卫生资

料的消耗者;也间接支持了被照顾者,能有效控制被照顾者慢性病的进展和急性病的发作,从而减轻医疗保障的负担,节约健康成本的支出。

有鉴于此,本文以老年家庭照顾者为研究对象,主要依据在上海市静安区的JAS街道和JNL街道开展的“居家老年人的家庭照顾者调查”所获得的数据资料,分析老年家庭照顾者的照顾负担、照料内容、希望得到的支持与帮助等,并在此基础上尝试构建以老年家庭照顾者需求为导向的支持体系。

二、研究对象界定及研究方法

美国2000年家庭照顾者支持法案(National Family Caregiver Support Program)将家庭照顾者(Family Caregiver)界定为:“在居家环境下负责为需要照顾的家庭成员提供经济、生活和情感照顾的人”。该法案定义的家庭照顾者主要是指与被照顾者有亲缘关系的家庭成员,占全部照顾者的83%(马焱,2011)。美国家庭照顾者协会对家庭照顾者下的界定是:“扮演照顾患有慢性疾病或因受伤、残疾而生活不能自理角色的人,家庭照顾者可以是配偶、儿女或其他的家庭成员,还可以是亲戚、邻居或朋友”。与专业护理人员相对应的,家庭照顾者一般亦被称为非正式照顾者

(马焱, 2011)。基于此, 本文所研究的老年家庭照顾者是指, 为居家养老的、生活不能完全自理的老人提供老年照料的配偶、子女等家庭成员。

上海是全国第一个进入老龄化社会的城市, 也是全国人口老龄化程度最高的特大型城市, 目前上海已步入人口老龄化、高龄化不断深化、加速发展时期。与此同时, 上海的人口老龄化和高龄化遭遇家庭少子化、小型化、空巢化的多重挑战, 老年照料需求总量巨大。尽管上海的养老社会化程度和水平都走在全国前列, 但社会化的养老资源总量供给仍然短缺, 结构配比、尤其是专业性的服务提供依然有很大缺口, 难以满足老年人的需求, 家庭照料仍具有不可替代的重要作用。以上海为例开展研究无疑可以为其他特大型城市提供参照, 亦可以作为全国许多其他城市的前瞻性探索。

静安区作为上海老龄化程度最高的区, 为老服务工作一直走在上海市前列, 其中 JAS 街道和 JNL 街道在老年照料方面的工作具有很好的基础, 有利于社会调查的顺利开展。因此, 笔者选择在这两个街道开展“居家老年人的家庭照顾者调查”, 自行设计了调查问卷, 采集相关数据资料。此次问卷调查的对象是, 以家庭成员为主要照料者的、需要生活照料支持的、居家养老的老年人的家庭照顾者。笔者于 2016 年 5 月至 6 月期间, 对这两个街道内符合本研究调查对象要求的人员进行了“普查”。最终, JAS 街道共完成 101 份问卷, JNL 街道共完成 107 份问卷, 合计完成 208 份问卷。笔者运用统计软件 SPSS13.0 对调查数据库进行了分析。

三、主要研究发现

(一) 被照料老人绝大部分是高龄老人, 失能失智比例高

“居家老年人的家庭照料者调查”调查结果显示, 此次受访的家庭照顾者中, 有 196 人照料 1 位老人, 占 94.2%; 有 12 人照料 2 位老人, 占 5.8%, 共有 220 位被照料老人。被照料老人的基本情况如表 1 所示。在被照料的老人中, 女性多于男性, 女性占 63.3%, 男性占 36.7%。被照料老人的年龄平均值为 86.1 ± 7.5 岁, 年龄中位数为 87 岁; 从年龄段来看, 被照料者以 80 岁以上为主, 其中 51.4% 的被照料者在 80~89 岁年龄段, 34.4% 的被照料者年龄在 90 岁及以上。另外, 8.3% 的被照料者在 70~79 岁年龄段, 70 岁以下的被照料者仅占 6.0%。

表 1 被照料老人的基本情况

类别	人数	比例 (%)
性别 (n=214)		
男	79	36.9
女	135	63.1
年龄分组 (n=218)		
70岁以下	13	6.0
70~79岁	18	8.3
80~89岁	112	51.4
90岁及以上	75	34.4
身体健康状况 (n=217)		
失能	115	53.0
半失能	102	47.0
精神健康状况 (n=215)		
失智	77	35.8
半失智	138	64.2

随着人口老龄化、高龄化程度的加深, 老年人健康自评差、很差的比重上升, 生活部分能自理、完全不能自理的比重上升, 失智的

² 本文各张表格中的样本例数 n 均为实际回答该问题的有效样本数。

患病率也随年龄上升,专业性照料资源非常短缺,家庭仍是承担主要的照料责任失能、失智、高龄老人的照料、护理和康复成为养老最大的难题(熊吉峰、章姗,2011)。本次调查结果显示,就身体健康状况而言,在 217 名被照料老人中,52.8% 是失能老人,47.2% 是半失能老人;就精神健康状况而言,在 215 名被照料的老人中,35.8% 是失智老人,64.2% 非失智老人。

(二) 家庭照顾者以女性为主,其自身年龄也已偏老,难以承担较大压力的老年照料

“居家老年人的家庭照料者调查”结果显示,老年家庭照顾者以女性为主,占 62.1%,男性照顾者占 37.9%。从照顾者与被照顾者的关系来看,在被调查的家庭照顾者中,有 37.4% 是被照顾者的女儿,28.2% 是被照顾者的配偶,26.2% 是被照顾者的儿子,3.9% 是被照顾者的媳妇,3.9% 是其他家庭成员,0.5% 是其女婿。

调查结果还显示,家庭照顾者自身的年龄也已经非常偏老了,仅有 5.3% 的照顾者年龄在 50 岁以下。换言之,94.7% 的照顾者年龄在 50 岁及以上,且以 50~69 岁为主,其中,48.1% 年龄在 60~69 岁之间,21.2% 在 50~59 岁之间,70 岁以上的照顾者占 25.5%(见表 2)。绝大多数家庭照顾者自身年龄已经老化,尤其

表 2 家庭照顾者的年龄分布 (n=208)

	人数	比例 (%)
50岁以下	11	5.3
50-59岁	44	21.2
60-69岁	100	48.1
70-79岁	27	13.0
80岁及以上	26	12.5
合计	208	100

是当家庭照顾者最主要是被照顾老人的配偶时,照顾者本身的身体状况,在客观上已难以承担较大压力的老年照料。

(三) 照料时间长,挑战家庭照顾者的身心健康

照料时间长短是影响照顾者身心健康的主要因素之一。对于需要提供长期照料的家庭照顾者而言,其照料负荷和压力之重是不言而喻的。“居家老年人的家庭照顾者调查”结果显示,从照顾年数看,在受访的家庭照顾者中,照料老人年数平均值为 7.0 ± 7.3 年,中位数为 4.4 年。其中,照料老人时间在 2~5 年的人占 41.5%,6~10 年的人占 27.1%,10 年以上的人占 16.9%,即 85.5% 的家庭照顾者照料年数在 2 年及以上,44% 的家庭照顾者照料年数在 6 年及以上(见表 3)。

从每日照料时间来看,受访者每日照料老人时间平均值为 9.4 ± 5.7 小时,中位数为 8 小时。其中,25.7% 的受访者每日照料老人 5~8 小时,24.3% 的受访者每日照料老人 2~5 小时;94.6% 的家庭照顾者每日照料时间在 2 小时及以上,70.3% 的家庭照顾者每日照料时

表 3 家庭照顾者的照料时间

类别	人数	比例 (%)	累计百分比 (%)
照料老人年数 (n=207)			
10年以上	35	16.9	16.9
6-10年	56	27.1	44.0
2-5年	86	41.5	85.5
2年以内	30	14.5	100
每日照料时间 (n=202)			
8小时以上	90	44.6	44.6
5-8小时	52	25.7	70.3
2-5小时	49	24.3	94.6
2小时以内	11	5.4	100

间在 5 小时及以上, 44.6% 的受访者每日照料老人 8 小时以上。无论是从照料持续的年数, 还是每日照料时间来看, 调查结果说明绝大多数家庭照顾者的照料时间偏长 (见表 3)。

(四) 家庭照顾者主观自评的照料压力大

“居家老年人的家庭照顾者调查”结果显示, 在受访的家庭照顾者中, 62.0% 的人认为照料老人有非常大的压力, 26.4% 的人认为有比较大的压力, 11.1% 的人认为有点压力, 仅有 0.5% 的人认为没有压力 (见表 4)。这表明, 家庭照顾者在提供家庭照料中确实面临着巨大的压力。从照料的压力来源来看, 最主要的压力来源是家里照料人手不够; 其次是自己的身体健康状况不好, 这与照料者本身的年龄已偏老有关; 再次是经济压力和照料时间太长; 再次是由于心理、情感、精神压力和缺乏照料技能。

表4 家庭照顾者主观自评的照料压力 (n=208)

类别	人数	百分比 (%)
非常大的压力	129	62.0
比较大的压力	55	26.4
有点压力	23	11.1
没有压力	1	0.5
合计	208	100.0

(五) 家庭照顾者获得的专业性支持较少, 甚至部分家庭照顾者没有其他人协助照料

随着老龄化的深化以及政府等各界对养老服务重视和投入的增加, 老年人的养老需求内容也在分化和细化, 具体包括家务家政服务、生活照料类服务、精神慰藉、健康咨询服务、健康检查服务, 疾病诊治、护理服务、康复服务、以及临终关怀服务等。家庭照顾者大多是非正式照料者, 其能提供的老年照料主要

是家务家政服务、生活照料类服务、精神慰藉等, 对于医疗康复及护理类的照料服务大多不具备专业性技能, 这就需要得到正式照料、专业性服务的支持。

“居家老年人的家庭照顾者调查”调查结果显示, 29.8% 的受访者完全由自己照料老人, 这部分家庭照顾者的照料压力无人分担, 完全由其自己承担。另外的 70.2% 的家庭照顾者有其他分担者协助共同照料老人, 这些其他分担者中, 63.3% 的人是自请保姆, 41.8% 的人是由家庭其他成员照料, 29.5% 的人由政府资助的专业性上门服务人员照料, 1.3% 的人由自己购买的专业性上门服务人员照料 (见表 5)。换言之, 在有其他人员协助照料的家庭照顾者中, 可以获得专业性服务的还是较少的。

表5 与照顾者共同照料老人的人员情况

类别	人数 (人)	百分比 (%)
自己照料	62	29.8
其他人照料 (n=146)	自请保姆	92 63.0
	其他家庭成员	61 41.8
	政府资助的专业性上门服务人员	43 29.5
	自己购买的专业性上门服务人员	2 1.3

(六) 社区居家养老服务及资源对家庭照料的支持仍有待提高

JAS 街道和 JNL 街道的为老服务工作基础是上海市较好的, 社区配有养老功能齐全的场所 (乐龄生活馆、乐龄家园), 有形式多样的养老服务项目 (老人健康评估、居家养老上门服务、喘息服务、精神慰藉和心理疏导等), 还有以 “一键通” 电话机为载体的老服务信息服务等。“居家老年人的家庭照顾者调查” 询

问了受访者对于两个街道开展社区的居家养老服务 / 场所的知晓及使用情况, 从使用者的角度来评估社区居家养老服务及资源对家庭照料的支持。

调查结果显示, 在知晓情况方面, 知晓率最高的是乐龄家园 (71.4%), 其次是居家养老上门服务 (66.0%), 再次是乐龄生活馆

(59.2%), 在使用情况方面, 使用率最高的是居家养老上门服务 (51.5%), 其次是乐龄家园 (47.6%), 再次是喘息服务 (46.1%), 其余各项的使用情况详见表 6。这些调查结果显示, 家庭照顾者对于社区居家养老服务及相关资源的知晓程度和使用频率等仍有待提高。

表 6 受访者对已有的养老服务 / 场所的知晓、使用情况

	知晓率		使用率	
	人数 (人)	百分比 (%)	人数 (人)	百分比 (%)
乐龄生活馆	122	59.2	55	26.7
乐龄家园	147	71.4	98	47.6
老人健康评估	112	54.4	78	37.9
居家养老上门服务	136	66.0	106	51.5
喘息服务	116	56.3	95	46.1
精神慰藉和心理疏导	92	44.7	25	12.1
理发、纤脚、助浴等低偿、无偿的便民生活服务	134	65.0	73	35.4
居家养老服务热线	119	57.8	72	35.0
其他	5	2.4	3	1.5

四、思考与建议

家庭照料无论是在当前仍处于养老服务社会化的初级阶段的中国, 还是在养老服务社会化程度已经很高的部分发达国家, 均是不可或缺的老年照料力量, 家庭照顾者在老年照料中发挥着重要作用 (陈蓉、胡琪, 2015)。新版《老年人权益保障法》中明确指出, “国家建立健全家庭养老支持政策, 鼓励家庭成员与老年人共同生活或者就近居住, 为老年人随配偶或者赡养人迁徙提供条件, 为家庭成员照料老年人提供帮助”。然而, 目前国内尚未出台真正意义上的针对家庭照顾者的支持政策, 照顾者社会支持性服务的供给和需求存在差距和空白。家庭照顾者所享受到的福利多依附于政府对老人的支持性政策, 少有政策直接以

保障这一群体的利益为导向 (江芳华, 2013; 陈瑛, 2015)。国外对家庭照料者的关注较多, 相关的政策和法律相对健全, 值得我国借鉴。比如, 美国制定了一系列的政策和策略, 有寿命喘息法案、带薪假, 还颁发了照顾者免税法案等。

笔者认为, 老年照料服务体系固然可以直接以老人为服务对象, 但更重要的是将老人所在的家庭作为一个整体, 通过向家庭提供全方位的服务, 构建以家庭照顾者需求为导向的支持体系, 采取多种措施支持家庭照顾者, 帮助家庭更好的履行养老责任, 维持家庭的照顾能力, 以达到照顾老人的目的, 通过合理的搭配家庭照料和社会照料功能, 以最小化的成本和最大的收益为老年人提供照料 (陈蓉、胡琪, 2015)。

(一) 针对家庭照顾者的服务性支持

针对家庭照顾者的其他服务性支持,主要可以从提供替代性照顾服务、照料技能培训、心理支持、信息服务、咨询服务等几个方面着手。(1) 替代性照顾服务支持,是国外比较常见的支持家庭照顾者的做法。鼓励部分床位供给充裕的养老机构 and 社区照料中心提供老年人短期入住床位,为长期照料老人的家庭成员定期或者在其有需要时提供临时性代替服务,即喘息式服务,也可以采用日托服务的形式。(2) 照料技能培训。依托专业医疗机构、社区内的养老机构、助老服务社等专业社会组织,为照顾老人的家庭成员或家政人员提供培训,可以充分提高照料者能力和照料的质量,特别在当前正规照料队伍人员短缺的情势下,能够充分挖掘照料资源。(3) 心理支持。家庭成员照顾者尤其是长期照料者面临非常大的心理压力,依托专业组织对其进行心理慰藉和情感支持,缓解他们的心理压力,有助于其身心健康。(4) 其他支持,如信息服务支持、个案咨询支持等。

(二) 对家庭照顾者提供经济支持,减轻家庭养老的经济压力

目前我国家庭养老支持政策尚不健全,甚至有一些政策的制定和执行加速削弱了本已弱化的家庭养老功能。比如,对普通住房标准的规定,优惠政策更多倾向于小户型,并不鼓励三代同堂。再如,个人所得税的征收也没有考虑个人所在家庭的状况及其需要承担的家庭责任。人人都会老,家家都有老人。应考虑建立健全家庭养老支持政策,增强家庭的养老功能。笔者有几点思考和建议。

一是,住房优惠政策。可以考虑在经适房、廉租屋等住房资源配置时,对于子女愿意与老人共同居住的家庭给予适当的倾斜;还可以考虑推出敬老公积金计划,鼓励子女与父母同住,提高子女赡养老人的积极性。二是,税收支持政策。尝试以家庭为单位的税收政策,比如在征收个人所得税时,将有养老需求的家庭的经济成本考虑在内,对这些家庭给予税收优惠。

三是,完善以鼓励居家养老为导向的医保梯度支付政策。以鼓励居家养老为导向,以统一的老年照护需求评估为基础,医保部门可以采取多种支付方式和手段,以实现鼓励居家养老、居家护理的政策目标。可以考虑:(1) 对老年护理院长期住院病人,实行医保支付比例“梯度递减”;(2) 对养老机构内设护理床位,设定不高于居家老年护理的报销比例;(3) 设置差异化的医保支付起付线和封顶线,使居家护理的实际报销比例进一步高于机构护理;(4) 对居家护理老人的医保自负部分设立减负政策,降低部分低收入居家老人的费用负担。

四是,提供经济补贴和支付报酬。家庭非正规照料者由于照料老人而占用的时间、失去的工作或晋升机会、损失的收入是一种机会成本,且随着收入水平的提高、时间资源的越发稀缺性、职业竞争的日益激烈,这种机会成本也在大大提高。家庭内部的照料难以用货币的形式进行市场化的衡量,但这种类型的照料也应该得到认可和鼓励,因此,可以通过向长期照料老人的家庭成员提供经济补贴的方式承认他们的部分付出,调动家庭成员提供照料的积极性。再者,对符合社区居家养老服务补

贴条件但愿意在家由子女提供服务的老年人,像老年人可以把社区居家养老服务补贴带入养老机构一样,可以把服务补贴带入家庭,鼓励子女照料老人,但同时也要加强监管,避免出现子女诚信不足、老人袒护子女等问题。

(三) 通过提供社会化的居家养老服务帮助家庭养老

在生命历程的不同阶段,老年人的养老服务需求是不一样的,应根据老年人的健康状况,进行合理规划,将医疗、保健、康复类资源配备到家庭,帮助在家养老的老人及其家庭成员。对于健康老年人主要是健康促进,预防等,可以通过健康讲座、健康咨询等方式提供服务;对于有慢性病的老年人,社区建立健康档案,提供慢病管理;对处于疾病恢复期、住在家里康复的老年人,提供上门康复服务;对于功能残疾需要长期照护的居家老年人提供康复和护理服务等。社区的各类资源充分发挥照料作用,社区日间照料中心以生活不能完全自理、日常生活需要一定照料的半失能老年人、失智老人为主,承担起专业的护理、照料

和保健康复服务;居家养老服务社主要提供家政服务和基础生活照料服务;社区卫生服务中心、家庭病床和家庭医生等提供医疗护理服务。

参考文献

- [1] 陈蓉,胡琪.社会化养老趋势下家庭照料的作用及支持体系研究[J].城市观察,2015(3):126-131
- [2] 陈瑛.上海市家庭长期照顾者的照顾支持政策研究——以失能失智老人照顾者为例[D].上海:华东师范大学,2015
- [3] 江芳华.老年配偶照顾者的照顾负荷与福利性政策研究[D].南京:南京师范大学,2013
- [4] 刘婕、楼玮群.完善上海居家高龄失能老人亲属照顾者的社会支持系统[J].华东师范大学学报(哲学社会科学版),2012(1):19-25
- [5] 马焱.对老年人家庭照料者的社会性别研究评述[J].中华女子学院学报,2011(4):37-43
- [6] 熊吉峰、章姗.失能老人家庭照护者社会支持研究[J].学理论,2012(1):71-72

(作者单位:上海市人口与发展研究中心)

全市常住人口平均受教育年限不断提高

——2015 年上海市人口抽样调查系列报告之三

黄 静

2015 年,上海开展了全国 1% 人口抽样调查,调查结果较全面、客观地反映了本市人口总量、性别、年龄、学历、分布等结构状况。本文用调查数据分析全市人口平均受教育程度、学历结构等文化素质状况,为上海实现科技创新中心目标的人才建设、培养提供参考。

一、平均受教育年限普遍提高

平均受教育年限是衡量一个国家或地区人口素质的重要指标,综合反映国民素质和教育事业的发展,它直接关系到经济社会发展的速度、水平及后劲。本次调查显示,全市常住人口平均受教育年限不断提高,户籍常住人口

和外来常住人口平均受教育年限的差距进一步缩小。

(一) 常住人口平均受教育年限提高 0.23 年

2015 年上海市人口抽样调查结果显示,全市常住人口平均受教育年限不断提高。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 0.23 年,常住人口受教育水平相当于高中,高于全国平均水平。户籍常住人口的受教育年限为 11.13 年,外来常住人口为 10.23 年,分别比 2010 年提高 0.15 年和 0.37 年。户籍常住人口和外来常住人口平均受教育年限的差距由 2010 年的 1.12 年缩减至 2015 年的 0.90 年(见表 1)。

表 1 上海市常住人口平均受教育年限

单位:年

平均受教育年限	2015年	2010年	2015年比2010年提高
常住人口	10.78	10.55	0.23
其中:户籍	11.13	10.98	0.15
外来	10.23	9.86	0.37
户籍与外来常住人口相差	0.90	1.12	-

(二) 男性和女性在受教育程度上发展比较均衡

分性别看,2015 年男性常住人口平均受教育年限为 11.08 年,女性为 10.47 年,分别比 2010 年提高 0.23 年和 0.25 年。男性平均受

教育年限高于女性的现象依然存在,但二者在受教育程度上的发展比较均衡,五年间提高的年限相近,差距进一步缩小。

(三) 主要劳动年龄人口平均受教育年限达到 11.78 年

¹中心城区为黄浦区、徐汇区、长宁区、静安区、普陀区、闸北区、虹口区、杨浦区;近郊区为闵行区、宝山区、嘉定区、浦东新区;远郊区为金山区、松江区、青浦区、奉贤区、崇明县。

2015 年全市年龄在 15~59 岁之间的主要劳动年龄人口平均受教育年限达到 11.78 年，比 2010 年提高 0.56 年，但与国际上发达国家水平相比，仍然存在一定差距。在十年前，美国主要劳动年龄人口平均受教育年限已达到 13.63 年，日本达到 12.9 年。

二、学历结构优化，高学历人口比重明显上升

常住人口的学历状况既反映了本市教育事业的发展，又反映了整体人口的文化素质状况。本次调查显示，全市常住人口中高学历（指大专及以上学历，下文同）人口比 2010 年有明显提高，户籍常住人口中高学历人口比重更是高达 31.5%，本市人口的文化素质进一步提升。

（一）常住人口高学历比重比 2010 年提高 4.3 个百分点

从全市常住人口学历状况的变化情况看，高学历人口比重不断上升。2015 年全市 6 岁及以上常住人口中，高学历人口占比为 27.1%，比 2010 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%，外来常住人口占比为 19.1%，分别比 2010 年提高 3.1 个和 5.0 个百分点。虽然外来常住人口中高学历人口占比提升较快，但与户籍常住人口中高学历人口的比重差距仍然较大。

（二）男性和女性高学历人口占比差距缩小

分性别看，男性高学历人口的占比略高于女性，但二者的差距在进一步缩小。2015 年在 6 岁及以上常住人口中，男性高学历人口占比为 27.9%，比 2010 年提高 4.1 个百分点；女性为 26.3%，提高 4.6 个百分点，增速高于男性 0.5 个百分点。虽然男性占比仍高于女性，但其差距由 2010 年的 2.1 个百分点缩减至 2015 年的 1.6 个百分点。

（三）初中学历人口占比显著下降

从其他学历情况看，在 6 岁及以上常住人口中，初中学历人口占比为 33.6%，比 2010 年的 38.1% 显著下降，下降 4.5 个百分点；高中学学历人口占比 21.3%，未上学和小学学历人口占比 18.0%，分别与 2010 年基本持平（见图 1）。

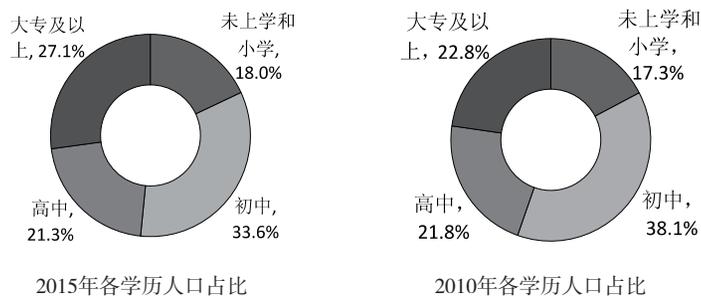


图1 2010年、2015年各学历人口占6岁及以上常住人口比重

虽然初中学历人口占比显著下降，但需要关注的是外来常住人口的初中学历人口比重还很高，为 46.5%，比常住人口初中学历占比高 12.9 个百分点。2015 年，全市外来常住人口 981.65 万人，占常住人口的比重为 40.6%。

外来常住人口是全市常住人口的重要组成部分，因此，只有快速提高他们的学历才能全面提升全市人口的文化素质。

三、从业人员学历提高较快，但不同行业差异较大

“得人则安，失人则危。”上海要实现“四个中心”的建设、实现经济转型升级的目标，必须将人才资源开发放在改革创新的最优先位置。只有得到创新人才，才能顺利开展创新事业。本次调查显示，全市从业人员中高学历人员占比达到 36.8%，比 2010 年提高 8.5 个百分点，文化素质显著提高。

(一) 四成行业的高学历从业人员占比超过 60% 与 2010 年相比，全市各行业从业人员的学历状况均有较大幅度提高。在国民经济 20 个门类行业中，高学历人员占该行业从业人员 60% 以上的有 8 个，比 2010 年增加 4 个。其中，国际组织、公共管理、社会保障和社会组织行业的高学历人员占比提升非常快（见表 2）。

表2 2015年分门类行业从业人员中大专及以上学历文化程度人口比重

单位：%

序号	行业门类	2015 年	2010 年
	平均	36.8	28.3
1	国际组织	94.9	57.8
2	金融业	84.1	80.0
3	信息传输、软件和信息技术服务业	82.4	79.1
4	科学研究和技术服务业	77.7	75.4
5	教育	77.2	73.6
6	卫生和社会工作	66.5	58.1
7	公共管理、社会保障和社会组织	63.9	38.2
8	采矿业	61.9	50.0
9	租赁和商务服务业	58.1	52.2
10	文化、体育和娱乐业	51.5	40.1
11	电力、燃气及水的生产和供应业	47.5	38.1
12	房地产业	36.7	29.5
13	批发和零售	34.5	24.7
14	交通运输、仓储和邮政业	32.2	24.4
15	制造业	25.2	21.1
16	水利、环境和公共设施管理	24.2	18.2
17	建筑业	19.5	14.0
18	住宿和餐饮业	14.8	11.6
19	居民服务、修理和其他服务业	11.6	6.7
20	农、林、牧、渔业	3.1	1.7

(二) 不同行业之间学历状况差异较大

国际组织、金融业、信息传输、软件和信息技术服务业，这三个行业的从业人员中高学历占比超过 80%。农、林、牧、渔业、居民服务、修理和其他服务业、住宿和餐饮业、建筑业，这四个行业的从业人员中高学历人员占比不足 20%。制造业作为全市最主要吸纳就业人员的行业之一，其高学历人口比重仅为 25.2%。

四、中心城区文化程度较高，向外逐步递减

由于受经济发展程度、就业机会、教育资源、医疗水平、外来人口集聚地以及上海传统历史格局等因素的影响，本市中心城区、近郊区、远郊区人口的文化程度差异较大，总体呈现中心城区文化程度较高，并向外逐步递减的趋势。

(一) 中心城区常住人口平均受教育年限

比远郊区高 2.77 年

调查结果显示,全市各区县常住人口平均受教育年限差异较大。中心城区常住人口平均受教育年限为 12.17 年,而远郊区只有 9.40 年,二者相差 2.77 年。其中最高的静安区为 12.54 年,最低的崇明县仅为 8.68 年。

与 2010 年相比,中心城区常住人口平均受教育年限提高幅度也大于远郊区。中心城区平均受教育年限比 2010 年提高 0.50 年,而远郊区仅提高 0.19 年,近郊区平均受教育年限 10.88 年,比 2010 年提高 0.43 年(见图 2)。



图2 2010年、2015年不同区域常住人口平均受教育年限

(二) 中心城区高学历人口占区内人口比重明显高于近郊区和远郊区

8 个中心城区 6 岁及以上常住人口高学历人口占区内人口比重均超过全市平均水平。其中,徐汇、静安和长宁区的比重居全市前三名,皆超过 40%。同时,普陀、闸北、虹口和杨浦区的高学历人口占区内人口比重也较高,占比近三成。近郊区的闵行、浦东新区高学历人员占该区人口比重相对较高,分别为 31.9% 和 28.5%;其他区和远郊区的高学历人口占比均低于全市平均水平(见表 3)。

(三) 近郊区和远郊区初中学历人口占比较高

本市的近郊区和远郊区,由于受外来常住人口占比较高、老龄化程度相对较深等因素影响,整体文化素质不高,初中学历人口占区内人口比重较高。嘉定、青浦、奉贤区和崇明县 6 岁及以上常住人口中,初中学历人口占区内人口比重均超出 40%。松江由于区内大学城的坐落,初中学历人口略低于远郊区中的其他区县,为 35.3%;且高学历人口占比则显著高于其他几个区,达到 24.7%。

表3 2015年分区县各学历人口占区内6岁及以上

	常住人口比重			单位: %
	未上学和小学	初中	高中	
总计	18.0	33.6	21.3	27.1
中心城区	9.7	23.5	27.8	38.9
黄浦区	10.4	32.0	27.8	29.9
徐汇区	9.5	20.7	25.8	44.0
长宁区	9.5	19.9	26.8	43.7
静安区	8.5	21.7	25.7	44.2
普陀区	10.6	23.5	29.2	36.6
闸北区	10.3	24.0	29.3	36.4
虹口区	9.4	23.7	28.1	38.8
杨浦区	9.6	24.3	28.9	37.2
近郊区	16.2	36.1	20.3	27.5
闵行区	15.4	32.0	20.6	31.9
宝山区	13.7	36.4	23.3	26.5
嘉定区	17.9	44.9	17.7	19.5
浦东新区	16.8	34.7	20.1	28.5
远郊区	27.3	40.5	16.3	15.9
金山区	29.0	37.9	17.3	15.8
松江区	21.6	35.3	18.4	24.7
青浦区	26.9	44.8	14.9	13.3
奉贤区	28.3	43.0	14.9	13.8
崇明县	33.1	41.3	15.4	10.1

(作者单位:上海市统计局人口处)

◀ 医改进展 ▶

上海市“十三五”期间深化医药卫生体制改革思路研究

沈晓初 曹吉珍 赵益民 张昀羿 柯 林 刘元凤

一、形势分析

“十三五”时期,经济发展新常态和深化医改关键期碰头,医疗卫生事业中的老问题和新情况叠加,发展问题和改革任务交织,巩固已有的改革成果和拓展深化新领域的改革并重,上海医药卫生体制改革面临一系列新的问题和挑战。

(一) 医疗保障体系有待进一步完善

不同基本医疗保险制度的保障水平仍然存在一定差距,均等化水平有待进一步提升。自费药品和耗材使用较为普遍,群众实际医疗费用负担仍然较重,医保保障水平高和个人实际自付比例高现象并存,个人疾病经济风险仍然存在。医保费用管理精细化程度不够,医保支付方式改革亟需加快推进。老年医疗护理保障制度建设仍在起步阶段,高龄老人医疗护理保障计划需加快扩大试点。商业健康保险发展较慢,与基本医疗保险的互补效果还不明显。

(二) 医疗服务体系有待进一步健全

各级各类医疗机构的功能定位没有有效落实,规范有序的就诊秩序尚未形成。康复、老年医疗护理、精神卫生、妇儿、中医等资源的总量不足或结构性不合理。公立医疗机构运行机制有待进一步转变。与国际化大都市定位相匹配的现代医疗服务业发展较慢。基层医务人员薪酬水平仍需提高,绩效工资制度的激励

作用有待加强。全科医生人才缺口较大,服务能力亟需提升。居民对全科医生的信任、对社区卫生服务能力的认可度有待进一步提高。

(三) 药品供应保障体系有待进一步健全

药品流通环节较多,部分药品价格虚高,“以药补医”“以药腐医”现象仍然存在,药品采购供应模式仍需完善。药品质量综合评价工作尚在初期,医保药品带量采购工作仍处于小范围试点阶段。

(四) 公共卫生服务体系有待进一步加强

公共卫生形势依然严峻,新发和输入性传染病持续威胁城市公共卫生安全。人口老龄化趋势明显,疾病谱转变及生活方式改变造成慢性病疾病负担加重,健康管理难度加大。卫生监督机构建设需要进一步加强,卫生监督智能化水平有待提高。

(五) 医药卫生综合监管体制有待进一步完善

医疗服务全行业监管和医疗保险基金监管的科学化、精细化水平有待提高,公立医院评价体系有待进一步完善,涵盖药品采购供应全流程的信用监管机制有待进一步健全,不同监管体系有待衔接整合。

二、总体考虑

(一) 指导思想

“十三五”时期是上海深化医药卫生体制

改革的关键时期,要以邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导,全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中全会精神,坚持“四个全面”协调推进的战略布局 and “创新、协调、绿色、开放、共享”的发展理念,把推进健康中国建设贯穿到深化医改的各个领域和全过程。

1. 以基层为重点,坚持正确的卫生与健康工作方针

紧紧围绕上海建设“四个中心”、社会主义现代化国际大都市的总体目标和加快向具有全球影响力的科技创新中心进军的新要求,积极适应新形势、新变化、新要求,按照“保基本、强基层、建机制”和“打基础、管长远、可持续”的基本原则,坚持正确的卫生与健康工作方针,以基层为重点,以改革创新为动力,预防为主,中西医并重,坚持提高医疗卫生服务质量和水平。

2. 以人为本,提高广大人民群众和医务人员的获得感

坚持基本医疗卫生事业的公益性,坚持正确处理政府和市场关系,将公平可及、群众受益作为改革出发点和立足点,以提升人民群众健康素质和水平为根本目的,充分调动医务人员和社会力量的积极性和创造性,巩固扩大改革成果,让人民群众对改革有更多的获得感。

(二) 改革目标

一是建成全覆盖、可持续的基本医疗卫生制度,实现人人享有安全、有效、公平、可及的基本医疗卫生服务。二是推进健康城市建设,健康服务策略从以治疗为中心的疾病管理模式转变为以健康为中心的全程管理模式,提高市民健康素养,建成面向全体居民、覆盖

全生命周期的健康管理和疾病预防控制体系。三是现代医疗服务业快速发展,能够满足居民多层次、多样化的医疗卫生需求。四是推进亚洲医学中心城市建设,医学科技创新体系进一步完善,医疗卫生服务能级和管理水平明显提升,医疗服务国际竞争力显著增强。

到 2020 年,居民主要健康指标继续保持发达国家和地区的先进水平,居民看病就医的可及性、费用负担和满意度得到明显改善,家庭医生服务基本覆盖全市家庭,个人卫生支出占卫生总费用的比例降低到 20% 左右。

三、主要任务

基于“十三五”期间深化医药卫生体制改革面临的形势分析和总体考虑,本文提出了统筹推进医疗保障、医疗服务、公共卫生、药品供应、监管体制综合改革 5 项主要任务和健全医药卫生管理体制、完善政府投入机制、理顺医疗服务价格、改革药品价格形成机制、加强医学学科和人才队伍建设、推进卫生信息化建设、加快发展互联网医疗服务、加快社会各方面支持 8 项相关领域改革的总体思路。

(一) 统筹推进医疗保障体系建设

1. 完善基本医疗保险制度管理体制

健全城乡居民基本医疗保险制度,完善基本医疗保险管理和经办运行机制,进一步提高医保经办能力和效率。与定点医药机构建立医保协议化管理机制。在确保基金安全和有效监管的前提下,鼓励以政府购买的方式,委托具有资质的商业保险机构经办各类医疗保险管理服务。

2. 进一步提高基本医疗保障水平

建立与经济发展水平相适应的筹资机制,逐步缩小各类基本医疗保险制度之间的待遇

差距。综合考虑基本医保基金承受能力,将技术适宜、费用合理的诊疗项目和医用耗材纳入医保支付范围,对临床使用广、疗效确切的高价自费项目和医用耗材试行医保梯度支付政策。进一步加强定点医疗机构参保人员自费医药费用管理。区分不同级别不同类型医疗机构,明确自费比例管理目标,逐步降低参保人员个人自费比例。

3. 深化医保支付方式改革

完善医保预算管理政策,深化医保费用数学模型应用,提高医保总额预付管理的科学化、精细化水平。积极探索适应家庭医生制度、临床路径管理要求的按病种、按人头、按绩效等支付方式改革,进一步增强医保对医疗行为的激励约束作用。加快推进临床路径管理,扩大按病种付费的病种数和住院患者按病种付费的覆盖面。完善医保梯度支付政策,协同促进建立分级诊疗制度。

4. 积极发展补充医疗保险

继续支持职工医疗互助保障计划、中小学生和婴幼儿住院互助基金、市民社区医疗互助帮困计划及其他各类补充医疗保险的发展。探索拓展职工医保个人账户资金使用范围,研究制订个人账户资金自愿购买商业医疗保险办法。完善城乡居民大病保险制度。鼓励开发与基本医疗保险相衔接的各类商业健康保险产品。积极推进上海医疗机构与商业健康保险机构合作。完善国际医疗保险服务平台。

5. 完善城乡医疗救助制度

加大医疗救助力度,继续拓展救助覆盖面,形成特殊救济对象、低保家庭、低收入家庭和支出型贫困家庭的医疗救助梯度政策体系。到 2020 年,取消住院医疗救助封顶线,低保、低收入家庭住院自负医疗费救助比例

不低于 90%。完善和优化医疗救助“一站式”服务工作及流程。进一步规范疾病应急救助基金管理,健全疾病应急救助制度。

6. 协同推进长期护理保险制度建设

扩大高龄老人医疗护理保障计划覆盖范围和受益人群。建立覆盖居家和机构的多层次的老年护理服务体系,形成与之相适应的梯度化保障的政策支撑体系。探索建立符合上海实际、覆盖城乡居民、与基本医疗保险制度相衔接的长期护理保险制度。

(二) 统筹推进医疗服务体系建设

1. 科学合理布局医疗资源

强化区域卫生规划和医疗机构设置规划的引领约束作用,从严控制公立医院床位规模、建设标准和大型医用设备配备。落实各级各类医疗机构功能定位,三级医院以急危重症、疑难病症诊疗、专科医疗服务和临床科研、教学为主要功能;部分二级医院定位为区域医疗中心,部分二级医院转型为康复医疗机构或老年护理机构;社区卫生服务机构承担一般常见病、多发病、诊断明确的慢性病的诊疗和健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术指导等综合服务。合理控制公立医疗机构数量和规模,鼓励社会力量举办非营利性医疗机构。

2. 推进建立现代医院管理制度

围绕建立现代医院管理制度,继续深化公立医院改革,破除公立医院逐利机制,落实政府的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任,坚持“转方式、立秩序、建机制、促联动”的基本原则,建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制。将公立中医医院综合改革纳入框架内同推进、同落实。完善公立医院法人治理结构和治理机制,落实公立医院人事管理、内部分配、运营管理等自主权。

取消药品加成 (不含中药饮片), 推进公立医院补偿从服务收费、药品加成收入和财政补助三个渠道向服务收费和财政补助两个渠道转变。通过调整医疗服务价格、加大政府投入、改革支付方式、降低医院运行成本等, 建立科学合理的补偿机制。实施全面预算管理, 将公立医院所有收支纳入预算管理, 强化公立医院专业化、精细化管理。深化公立医院内部绩效考核与分配制度改革, 在薪酬水平、增长机制、内部结构和绩效考核等方面体现行业特点。运用大数据方法, 测算公立医院病种组合指数, 建立公立医院医疗服务评价体系和管理机制。按照“招采合一、量价挂钩、分类采购”的原则, 健全符合上海实际的药品和高值医用耗材采购工作机制。加强预约和分诊管理, 优化医疗服务流程, 改善患者就医环境和就医体验。公立医院药占比 (不含中药饮片) 总体降到 30% 左右, 百元医疗收入 (不含药品收入) 中消耗的卫生材料降到 20 元左右。

3. 稳步推进分级诊疗制度建设

做实家庭医生签约服务, 以 60 岁以上老年人、慢性病患者为主体, 以自愿签约为原则, 推进居民与家庭医生签约, 在此基础上, 形成“1+1+1”的签约医疗机构组合 (1 家社区卫生服务中心家庭医生、1 家区级医院、1 家市级医院), 在优先覆盖重点人群的基础上, 逐步提高签约率, 确保签约居民有效服务率。构建以家庭医生为核心的有序诊疗秩序, 使家庭医生成为居民健康、卫生资源与卫生费用的“守门人”。充分发挥中医药在常见病、多发病和慢性病防治中的作用, 满足居民首诊看中医的需求。家庭医生定期对签约居民进行健康评估和分类管理, 提供有针对性、防治结合、中西医融合、持续有效的健康管理服务。赋予

家庭医生一定的卫生资源, 通过签约居民优先就诊、畅通双向转诊、慢性病患者“长处方”、转诊“延伸处方”等优惠政策, 引导签约居民优先利用家庭医生诊疗服务, 逐步实现定点就诊、社区首诊。探索家庭医生“管费用”, 建立以签约居民为切入点、信息系统支撑的医保费用管理机制。建立签约服务激励约束机制。二、三级医院加大对基层医疗机构的支持力度。

4. 深化社区卫生服务综合改革

将社区卫生服务中心打造为政府履行基本卫生职责的公共平台、政府提供全科医生执业的工作平台、市场资源引入的整合平台、居民获得基本卫生服务项目的服务平台和医养结合的支持平台。确立社区卫生服务基本项目, 制定社区卫生服务项目标准, 实施全面预算管理, 建立以基本项目与标化工作量为基础、信息化为支撑的政府补偿机制、人力资源管理机制和薪酬分配机制, 激发社区卫生服务活力。充分发挥中医药服务特色与优势, 提升社区中医药服务能力。

5. 建立符合医疗卫生行业特点的人事和收入分配制度

建立符合卫生行业特点和公立医疗机构功能定位的岗位管理制度, 逐步探索实行编制使用备案制。以公立医疗机构的工作负荷和病种组合指数为主要依据, 合理核定医务人员岗位数, 完善机构内部专业技术岗位结构比例控制标准。以岗位管理为主实行资源配置与考核激励。落实公立医疗机构用人自主权。研究制定符合医疗卫生行业特点的薪酬改革方案, 建立健全收入分配激励约束机制。完善绩效工资制度, 公立医疗机构通过科学的绩效考核自主进行收入分配, 多劳多得、优绩优酬, 重点向

临床一线、业务骨干、关键岗位以及支援基层和有突出贡献的人员倾斜。医务人员个人薪酬不得与医院的药品、耗材、大型医学检查等业务收入挂钩。

6. 加快老年医疗护理服务体系建设

统筹医疗服务与养老服务资源,形成规模适宜、功能互补、安全便捷的健康养老服务网络。加大存量资源调整力度,逐步将中心城区和部分郊区社区卫生服务中心治疗床位转为老年医疗护理、康复床位。发挥中医药在健康养老中的作用。逐步推广居家舒缓疗护服务。推进上海市老年医学中心建设,鼓励社会资本参与老年医疗护理服务体系建设。加快推进护理站等护理机构的组建。

7. 推进中医药事业发展

完善中医药事业发展政策和机制。调整完善中医药医疗资源布局,推进中医医疗机构建设。加强中医重点专科建设,提升重大和疑难疾病临床诊疗水平。加强中医药适宜技术推广应用,进一步提升基层中医药服务能力。推进中医药传承创新,进一步完善中医药科技创新体系。继续加强与国际标准化组织、世界卫生组织合作,开展中医药国际标准和中医临床评价研究。

8. 大力发展非公立医疗机构

在符合规划总量和结构的前提下,为社会办医疗机构预留空间。加快落实对非公立医疗机构在纳入规划、市场准入、医保定点、重点专科建设、职称评定、学术地位、等级评审、技术准入等方面与公立医疗机构同等对待的政策。鼓励和引导社会资本举办具有一定规模的高端医疗机构和老年医疗护理、康复、精神卫生、中医、儿科、产科等医疗机构。鼓励名老中医开办中医诊所。重点推进上海国际医学

园区、上海新虹桥国际医学中心建设。完善医师多点执业办法。

(三) 统筹推进公共卫生服务体系建设

1. 大力推进健康城市建设

建设“上海健康云”平台,实现对高血压、糖尿病、脑卒中等重点疾病的自动识别、筛选推送、有序分诊,支持社区卫生服务中心、综合性医疗机构和公共卫生专业机构协同落实“三位一体”的全程健康管理,有效支撑居民自主健康管理。进一步提升健康城市建设的社会动员和支持能力。积极整合健康教育与健康促进资源,引导市民掌握更多的健康自我管理技能。努力提高人群的健康行为形成率,切实促进整个城市人群健康与环境健康协调发展。

2. 加强公共卫生服务能力建设

健全统一的应急指挥体系,统筹全市卫生应急救援力量,加强联防联控,提升公共卫生应急处置能力,有效保障特大型城市公共卫生安全。推进院前急救体系建设,完善“120”网络布点,对院前急救人员实施分级分类科学管理,构建分类救护服务模式。提升传染病监测、预警和防控能力,继续将传染病发病率控制在较低水平。健全慢性病防治网络,遏制主要慢性病发病率的上升势头。加强严重精神障碍患者服务管理。完善妇幼健康服务与管理。加强职业健康风险监控和服务能力建设。加强食品安全风险预测预警和突发事件处置能力建设。加强外来人口公共卫生服务管理。完善“一校一医”的有效对接。推进卫生监督智能化、标准化建设,强化生活饮用水、学校、公共场所、消毒产品和涉水产品卫生监督。依法依规加强预防接种管理。

3. 规范基本和重大公共卫生服务项目管理

落实国家和上海市基本和重大公共卫生

服务项目,推进实施公共卫生分级分类服务与管理。根据上海公共卫生形势和市民需求,合理调整基本和重大公共卫生服务项目。完善基本公共卫生服务规范,强化绩效考核和督导评估,提高公共卫生服务的利用效率和管理效能。

(四) 统筹推进药品供应保障体系建设

1. 完善基本药物制度

完善基本药物配备使用和医保支付政策。对接国家基本药物目录,充分考虑基层常见病、慢性病用药与公立医院用药的衔接问题,及时调整上海基本药物增补目录。逐步提高二、三级医院基本药物使用比例,进一步推动公立医院和其他医疗机构优先使用基本药物。保障特定人群基本用药。

2. 健全药品和医用耗材采购机制

完善“阳光平台”功能,全面支撑药品分类采购模式,建立健全覆盖药品招标、采购、配送、使用全过程的服务与监管机制,向社会公开药品采购信息。推进构建药品集中采购新机制,实行一个平台、上下联动、公开透明、分类采购。稳步推进药品带量采购,完善试点药品质量综合评价指标。推进仿制药质量和疗效一致性评价工作,扩大药品带量采购范围。扩大药品“大包装、简包装”集中招标采购品种范围。探索建立部分高价药品谈判采购机制。推进高值医用耗材通过“阳光平台”进行采购,公布单独收费的植(介)入耗材采购、使用、管理等信息。在保证质量的前提下鼓励采购国产高值医用耗材。

3. 优化药品供应链管理

建立涵盖药品采购、配送、使用、监管等全过程的药品供应链管理规范。推动医疗机构通过“阳光平台”集中统一支付医药货款,

实现对医药采购“资金流”的有效监管。鼓励医疗机构公开招标选择银行开设账户,由银行提供医药周转金服务,缩短医疗机构付款时间。进一步规范药品结算流程,鼓励医疗机构与医药生产企业直接结算医药货款、医药生产企业与配送企业结算配送费用。鼓励医疗机构以隶属关系、区域合作、医疗联合体等形式开展药品集团采购,实现量价挂钩,整合医院药品内外部物流,切实降低采购供应总成本。

(五) 统筹推进医药卫生监管体制综合改革

1. 完善医疗服务监管机制

加强医疗服务全行业监管,完善机构、人员、技术、设备的准入和退出机制。完善信息化监管平台,运用“制度+科技”手段,对医疗机构、医师的执业行为实行实时、全程、智能化监管,将监管结果应用到院长绩效考核。实施医疗机构分类监管,加大公立医院运行指标在行业内公示力度,并逐步向社会公示,强化社会监督。

2. 建立公立医院医疗服务评价体系和管理机制

依靠卫生信息化支撑,运用大数据方法、卫生经济学和疾病诊断相关分组(DRGs)管理原理,测算公立医院病种组合指数。分析病种与效率、技术、费用、资源的相关关系,科学评价公立医院服务效率、工作负荷、技术水平、费用控制、资源配置、患者结构的合理性,建立以公益性为导向、客观量化的医疗服务评价体系。逐步将评价结果与政府投入、医保支付、费用控制、床位规模、岗位设置、绩效工资总量核定等挂钩,对公立医院实行差别化定位、管理和资源配置。

3. 加强药品采购供应信用监管

建立健全涵盖药品采购供应全流程的信用管理机制,与市级公共信用信息服务平台对接,强化信息共享、联动奖惩机制。加强医药企业的信用分类管理。完善药品领域严重违法、失信企业与相关责任人员重点监管制度。健全医生医德档案,将严重违规处方、私自采购药品、收受药品器械回扣等作为违法违规行为,与医师定期考核、职称晋升等挂钩。

4. 加强药品质量安全监管

强化政府监管责任,严格药品研究、生产、流通、使用、价格、广告监管,规范流通秩序,提高合理用药水平。落实企业主体责任,依法查处违法违规企业,严厉打击制售假冒伪劣药品行为。对上海基本药物中标品种实行全覆盖抽验,加大对重点品种的监督抽验力度,抽验结果定期向社会发布。加强药品不良反应报告与监测,健全药品安全预警和应急处置机制。

5. 完善医保监管体系

推进医保网上监管系统建设,完善医保卫生协同管理工作机制,进一步加大对定点医药机构的监管力度。建立和完善执业医师约谈制度。建立医保诚信管理制度,将执业医师和参保人员纳入诚信管理体系。完善反医保欺诈多部门联合执法的长效工作机制。建立完善解决“门诊限量配药、假出院”问题的长效管理机制。

(六) 深入推进相关领域改革

1. 健全医药卫生管理体制

健全政府部门间的协调机制,形成政策合力。继续加强省市合作,进一步强化全行业属地化管理。深化公立医院“管办分开”,政府部门履行领导责任、保障责任、管理责任、监督责任,集中抓好规划、投入、监管、评价等宏观管理,办医主体受政府委托,履行国有

资产出资人职责,通过战略规划管理、全面预算管理、绩效管理、资产管理、投资建设、审计监督等开展中观管理,医院院长集中抓好服务、质量、绩效、分配、学科建设等微观管理。

2. 完善政府投入机制

优化财政支出结构,加大政府卫生投入力度,落实各项卫生投入政策,形成职责明确、分级负担、事权与支出责任相适应的政府卫生投入机制。坚持增加投入与转变运行机制相结合,充分发挥财政资金的政策引导作用,确保财政资金使用绩效。稳步推进部门综合预算管理,将公立医院所有收支全部纳入部门预算统一管理。对中医、传染病、精神病、职业病、妇产科、儿科以及康复等专科医院给予投入倾斜政策。

3. 理顺医疗服务价格

逐步推进医院项目成本核算,开展医疗服务价格比价关系研究,建立科学合理的目标价格和成本体系。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则,合理调整医疗服务价格,提高手术、诊疗、护理等体现医务人员技术劳务价值的服务价格,降低大型设备检查治疗和常规化验价格,实施鼓励社会资本办医的价格支持政策,建立科学合理的医疗服务价格体系。坚持调放结合,逐步实行公立医疗机构医疗服务项目价格分类管理,逐步推进医疗服务定价方式改革。

4. 改革药品价格形成机制

发挥市场在药品价格形成过程中的决定性作用,减少政府对药品价格的直接干预。药品实际交易价格主要由市场竞争形成,并与药品集中采购、医保支付方式等改革政策衔接。对部分药品建立价格谈判机制,通过谈判降低部分专利药品、独家生产药品价格。制定药品

价格行为规则, 指导生产经营者遵循公平、合法和诚实信用的原则合理制定价格。健全药品价格监测体系。

5. 加强医学学科和人才队伍建设

构建与具有全球影响力的科技创新中心相匹配的医学、药学研究与创新体系。完善医学学科布局, 加强临床重点学科和“尖峰、高峰、高原”学科建设。以国际先进水平为目标, 加大转化医学、康复医学、全科医学、妇产科和儿科等学科建设力度。鼓励医疗机构和医护人员推广使用适宜技术。进一步完善住院医师、专科医师规范化培训制度。建立健全公共卫生医师规范化培训制度。实施促进市级医院临床技能和临床创新计划。加强卫生机构与教育机构的合作, 研究制订紧缺人才队伍建设政策。进一步完善继续医学教育制度。加强医院管理人才、医学领军人才、学科带头人、优秀青年医学人才培养。完善职称评审、岗位设置、教育培训等政策, 健全医务人员职业发展的制度安排。规范医师执业管理, 建立执业医师电子注册制度。加强卫生行风建设。

6. 推进卫生信息化建设

构建“三医联动”数据共享平台, 逐步实现居民基本健康信息和公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理等应用系统业务协同, 促进医疗卫生、医保和药品管理

等系统对接、信息共享, 推动建立综合监管、科学决策、精细服务的新模式。促进电子健康档案与外部系统的互联互通, 实现与公安、民政、残联等部门及社会组织的信息共享和利用。建立统一的信息惠民服务门户, 为居民提供咨询、预约、查询、支付等线上健康服务。

7. 加快发展互联网医疗服务

探索“医疗+互联网”的融合方式, 实现医疗服务线上与线下的资源整合, 创新驱动医疗服务新模式。鼓励通过互联网技术开展慢性病管理、预约挂号、远程诊疗、保险理赔等业务。加强规划引导, 制定智能医疗设备和健康数据有关标准, 完善医学影像、心电、检验会诊等远程协同服务系统, 在确保安全的前提下逐步开放健康数据。

8. 加强社会各方面支持

充分发挥医药卫生行业协会、学会等社会组织作用, 加强行业自律、监督和职业道德建设。探索建立住院患者第三方信息告知制度, 保障患者知情选择权, 减少医患矛盾。继续深化医患纠纷人民调解工作, 依法处置医患纠纷。完善医疗责任保险制度。完善医警联动工作机制。发挥医务社工在促进医患和谐中的积极作用。

(作者单位: 上海市发展和改革委员会)

信息技术在美国政府应对人口老龄化中的应用

沈 晨

一、背景

1965 年,美国国会依据《老人法》成立了美国老人事务局。美国老人事务局从属美国卫生和人类服务部,是联邦政府贯彻《老人法》的主要管理机构。它的主要职责是开展和实施老龄领域的研究、组织,协助联邦、州和地方各级机构计划和发展老年人的各项工作,传播与老龄问题的有关信息。老人事务局通过各级组织的努力、政府其它机构和组织的协助,直接面向老人群体,实施美国《老人法》拨款的项目,全面规划、发展、支持居家和社区养老服务项目,为老年人提供各种机会和满足他们自主命运的愿望和需求。老人事务局通过网络式的管理结构,来协调和实施全国的老龄工作,这个管理网络覆盖 56 州和地方老龄管理单位,655 个区域单位,226 个服务土著美国人和夏威夷人的组织,29000 个以上地方服务提供机构。

2003 年,美国卫生和人类服务部老人事务局和国家医疗保健制度和医疗补助服务中心首度携手合作,在 12 个州拨款成立“老人和残障人士资源信息中心”(以下简称“中心”),在州和社区层级设立“一站式窗口服务”,帮助老人们选择最优的护理服务计划。2004 年和 2005 年分别又有 12 个和 19 个州相继得到拨款,这样,成立“中心”的州数量达到了 43 个,在地方一级的“中心”数量达到 140 多个。

截至 2006 年 10 月,“中心”大约覆盖了 6100 万人口,占据美国总人口的 29%。“中心”在为期五年的合作议案中共签发了总值达 4000 万美元的 24 项预算,各个州政府可运用这些预算协调或重新设计他们各自现有的养老咨询机构和服务网络。“中心”在社区层级提供下列服务:对公众进行如何养老的教育普及,讲解各种现有政府福利和服务项目,帮助申请公共卫生医疗补助,协调与其他民政卫生部门之间的合作(包括疾病预防、营养卫生、交通和住房等),以及帮助有需要人群根据今后的长期服务需求制定长期的服务计划。

二、信息技术的运用

老人事务局赋予地方老龄管理单位相当多的灵活性,赋予州和地方老龄管理单位足够的自主权以便他们能够设计出符合当地老年人口特殊需求的服务项目,这种灵活性使得各个州和地方政府可以采取不同的方法采集、汇总、管理数据和信息。各级地方政府逐渐意识到,一个统一的信息数据库对协调、管理和整合各地养老服务体系的重要作用,因而积极投入人力物力去发展信息处理系统,以使地方报告的数据符合联邦政府统一的报告要求,这样地方政府能够快速有效地上报项目和资金的使用情况。

在各级政府服务老龄人口和残障人士方面,信息技术得到了不同程度的运用。有些地

方政府采用先进的技术,摒弃了过去的以纸张文件为基础的方式,改为中央系统统一处理用户信息,整合不同医疗和社会服务机构的数据库,这样不仅可以很简单地及时更新客户的服务使用情况和他们的个人信息,还可以根据客户的情况变化而把他们推荐到更适合他们的服务机构。除了利用系统统一管理数据信息,各级老龄管理单位还实现了“政务网上化”,大多数关于地方老龄管理单位的服务信息都可在网上找到。例如,美国老龄理事会(National Council on Aging)在网上推出了“福利搜索”(Benefits CheckUp)的工具,查询者只要按工具的提示输入个人信息就可以知道自己符合哪些政府医疗保险的条款。

但是,还有一小部分机构没有积极地采用新技术。其原因有很多:有的是因为没有拥有专业技能的人力资源,有的是没有人力或物力去及时了解门类繁多新兴技术,以至于很多机构到现在还在用过时的电脑设备、传统的拨号上网和纸张文件处理方式。在有的州,不同部门使用不同的信息处理汇报系统,这就导致了彼此之间无法沟通。

2005年,美国 Westat 公司受美国州和地方老龄管理单位协会(National Association of State Units on Aging, NASUA)委托,对49个州和地方老龄管理单位的信息处理系统进行调研。Westat 公司在总结报告中提出了他们认为美国老龄信息管理体系中应该改进的4个问题:

(1)对一些数据进行标准化处理,如对政策制定和管理决策最为必需的数据;

(2)消除个人和护理服务提供者对各种不同机构提供重复信息的需要;

(3)能够改善和简化跨越不同服务机构和地域的数据收集形式,以便于不重复地统计服

务使用的人数;

(4)利用网络经济对信息系统开发和维护的规模效益来缩减系统开发和维护的费用,同时又不影响市场竞争机制。

Westat 公司还在报告中指出,对于州和地方老龄管理单位来说,阻碍发展信息共享体系的主要因素还包括在财政、管理和技术层面。

三、“老人和残障人士资源中心”的运行情况

在“中心”管理和运行过程中,必须运用管理信息系统来支撑日常运作,包括接受新客户、客户的需求评估、护理计划,跟踪服务使用情况和计算费用等。“中心”的运作使得很多州和地方政府不得不改进和升级他们原有的管理信息系统来满足“中心”的运作要求。概括地说,“中心”把大部分资源集中在了以下3个方面:

——建立互动的政府公众网站,在线回答客户的问题,这样使得公众获取信息更加方便;

——通过互联网进行数据分享,以此来共享政府纵向和横向服务系统的信息,使得服务提供机构和政府合作伙伴都可以轻松地整合同一客户的所有相关信息;

——通过使用移动技术,可以使政府医疗补贴的申请过程自动化和简约化,还可以整合客户评估、资格审查和跟踪管理过程。

值得一提的是,在大部分“中心”的形成过程中,IT决策制定机制完成了由地方自主向州政府统一规划的转变。在此之前的很长一段时间,IT的决策都是由地方甚至是部门一级自行决定。自2003年“中心”成立以来,信息技术在政府日常运作中的重要性显得日益突出,各级政府从战略的角度重新审视信息

技术在日常政务中应当扮演的角色。很多州政府通过与其它州机关和地方伙伴对话和协调,建立了由上而下横向合作的“中心”组织结构,信息系统成为了合作伙伴能够高效地共享数据的关键,也成为“中心”成功的重要因素之一。

各级政府在帮助“中心”运行的过程中已经在 IT 技术的基础设施和信息处理方面做出了卓越的成就,但也遇见了很多包括以下几方面内容的障碍:

——缺乏足够的人力和资源;

——在确定系统规范和选择 IT/MIS 运营商方面的困难;

——由于其它项目而延迟了对 IT/MIS 方面的投入;

——与合作伙伴在 IT 系统和处理容量方面存在差异;

——不同部门共享数据方面存在技术障碍;

——不同部门对于在共享数据的同时能否保持保密性和安全性的问题上存在不同认识。

四、美国养老体系中的技术创新

由于各级政府和机构采用了新技术,所以管理和服务提供体系变得更加简单、高效和周到,并具有共同性和差异性。以下简单介绍阿肯色、明尼苏达、南卡罗林纳和华盛顿 4 个州如何建立横跨不同部门组织项目的信息体系。

在阿肯色州 (Arkansas), 该州的网络管理系统包括了一个统一的数据库、一个信息和咨询 (Information&Referral) 联络纪录数据库和一个消费者评估和注册 (ConsumerAssessmentReferralandEnrollment, CARE) 工具。信息和咨询联络纪录数据库起到方便工作人员跟踪记录消费者的联络记录、人数统计、信息提及请求、提及结果和后续总结等作用; 消费者评估和注

册工具是多个代办处注册客户和记录跟踪客户信息的唯一系统, 它使多个办事机构可以在同一信息系统内了解注册客户并跟踪客户信息的变化, 避免信息的重复输入。在实地工作中, 全程管理责任人使用手提电脑在现场填写客户评估表格, 他们还使用便携式的具有扫描功能的打印机来扫描复制客户用于资格审定的财务文件, 以省去客户必须委托第三方代为复制他们个人文件的麻烦。但是, 在阿肯色州西南地区“中心”覆盖的 12 个县乡区, 互联网接入并不普及, 这给全程管理责任人进行的家庭访问造成了很多不便。为了解决这个技术问题, 当地“中心”的 IT 运营商在全程管理责任人的手提电脑上安装了网上申请表格, 这样全程管理责任人可以先按照申请表格输入数据, 然后在有互联网接入的地方上传表格即可。IT 技术的运用, 方便了全程管理责任人和服务提供机构的沟通, 节省了时间和旅行费用, 缩短了对客户资格审定的时间。

在明尼苏达州 (Minnesota), 该州的“中心”依托现有的社区服务场所建立了老龄服务网络。这个网络包括了落户社区的服务接入点、一个动态的面向老龄人和服务提供者的网上资源数据库 (www.MinnesotaHelp.info)、书面文件和免费的电话协助 (老龄热线和残障人士热线)。人们可以在许多地方方便地接入这种服务网络, 如卫生诊所、社区代办处、医院、药房、图书馆、老人中心、信仰团体、福利事业、公共卫生办公室以及工作单位。明尼苏达州 Hennepin 县的“中心”服务点坐落在县公共图书馆。图书馆里有 4 台预设了老龄人士相关服务资料的电脑, “中心”还对图书馆管理员进行培训, 指导他们如何帮助人们了解使用网上资源数据库和咨询热线。明尼苏达州网上

资源数据库的一个重要功能是允许消费者通过完成一个非正式的评估来预测他们对长期服务的需要。一旦用户填入了信息,数据库会根据用户填入的信息来设计一个服务方案,用户可以直接施行这一方案或者咨询相关人员来获取进一步的帮助。

在南卡罗林纳州 (South Carolina), 该州的老龄办公室基于互联网开发了包含各方信息的管理信息系统 (SCACCESS, <http://www.scaccesshelp.org>)。该套系统具有以下功能: 用户可以根据地理位置 (如邮政编码) 搜索信息和资源, 服务提供机构可以依托全程管理系统跟踪客户的需求变化和服务进展, 此外这个系统允许政府特许的服务提供者在系统中互相推荐客户。

在华盛顿州 (Washington), 该州建立了类似于阿肯色州和南卡罗林纳州的网上数据库和网上资格审定系统, 此举大大提高了政府的运作效率。除此以外, 华盛顿州居家护理质量监督局 (Washington's Home Care Quality Authority) 还在监督局的网站上公布居家护理工作人员的登记名册, 名册详细地陈述了工作人员的技能、训练程度、服务项目种类和价格。服务提供机构可以搜索相关居家护理的工作机会, 潜在的客户可以在网上寻找合格的服务提供者。

上述 4 个州的“中心”都贯彻了“政府信息网上化”的宗旨, 在建立了网上数据库和网上资格审定系统、提高了政府的运作效率的同时, 又根据各自的情况提供了适合当地情况的服务项目, 例如华盛顿州的网上护理人员名册, 明尼苏达州的养老服务社区化和阿肯色州的资格审定便携化。

在各个州积极采纳新技术提高管理效率的同时, 美国老龄管理局也在不懈努力, 致力于

使每个老人只要提出要求就都能够得到需要的服务, 使他们平安地居家养老或在社区养老。美国老龄管理局的全国信息和响应系统, 每年回答约 1400 万个获取信息和帮助的请求。老年人及其照料者可以通过 1800 免费电话和支持系统与州及地方的各种服务资源进行接触, 以获得对美国老人法拨款项目, 诸如健康保健、集体伙食或上门送饭、日托照料、消费者权益、老年人权益、交通、住房、养老金等内容的各项信息及服务。网上信息服务, 使得老年人与服务资源可以直接进行沟通。全国老龄服务网不断开辟新的网上服务领域, 比如最近政府投资建设了网上家庭和社区服务机构对医疗保险受益人的响应系统, 使老人和家庭能够直接选择和决定医疗保险项目适用的保险。网上信息系统越来越有效地帮助老年人独立地居家养老。

五、对信息技术的展望

可以预见, 在今后的 5-7 年内, 技术领域内的一些重大发展和变动, 将进一步提高和改进美国养老体系的服务机制。

在美国, 互联网接入已经接近饱和, 各种组织迅速地适应和利用网络信息 (networked information), 这对组织的工作方法和组织构造都具有重大的影响, 使其从 200 多年前奠定的经典传统的官僚组织向网络范式的组织模型演变 (the paradigm of the network as an organizing principle of all organizations)。

在上述组织演变过程中, 人们可预见到的技术推动力包括以下 4 个方面:

(一) 宽带加速

互联网的连通速度将持续上升, 这为政府提供了全新沟通方式和内容, 包括网上录影和网上电话等。

(二) 网络变得无处不在

在过去几年里,建筑内和公共场所的无线网络连接点(HotSpots)迅速增加。在过去的两年内,便携式电脑的销售数量已经超过台式机的数量。连结点的增多、城市和区域性的宽带覆盖面的增大,将使得移动网络的接入变得更加普及。届时人们将有能力在任何地方、任何时间去访问信息,这将对组织运作形式造成重大冲击。

(三) 数据分享和合作

在过去 20 年里,电子数据主要被局限在收集和使用数据的组织之内,而来自各方面强大的压力迫使政府机构不得不分享信息,以及通过横向的合作来为消费者提供服务,这样使得原有的组织结构的分界变得模糊。最新的商业运作模式是允许配置不兼容的计算机系统分享数据,并且把横向和纵向的组织混合在一起为消费者提供“一站式服务”,这个趋势在今后的 10 年内肯定也将继续。

(四) 开放的数据共享标准

数据分享已经历了质的转变,从封闭、私有的数据标准转变成开放、共享的数据标准。原来的私有数据标准把数据“锁定”在某种计算机数据使用程序上,这种做法以前很是普遍,但现在随着对数据交换、分享和合作需求的增多,私有数据标准更多地被开放的数据标准取代。这种开放的数据标准允许许多不同的组织分享数据,并成为越来越多需要灵活性和跨组织合作的机构的首选策略。开放的数据共享标准同时也减少了“厂商锁定”的现象,不会因为使用独特的数据形式而每年不得不支付同一个供应商数据系统升级的费用。采用开放式的标准还允许组织利用许多新技术来简化服务交付、业务流程,并且提高与其他组

织合作的能力。

以上这 4 个方面的推动力已经对政府服务的提供方式和组织构造产生了深远的影响。这个趋势在未来的几年内将延续下去,继续改变传统的商业模式,提供新的服务理念。总之,它将打破传统的独立运作的组织范式(paradigm)而朝一个类似于网络的范式转移。

六、挑战与对策

计算机行业有一个并不算秘密的秘密,那就是很多投入巨大的系统开发项目以失败告终,从而造成巨大的经济和人力上的损失。这也是系统开发与其它项目的不同之处——投入和产出未必成正比。因此我们在憧憬上述 4 大技术推动力将对政务带来方便的同时,也不可盲目地相信系统开发商的承诺。

在管理科学中专门有这么一种情况,即整个一个领域应对如何按时、按预算管理一个软件开发项目。这方面的知识对想知道如何确保系统开发商按合同完成任务的管理者而言是很重要的。供应商在过去是否顺利完成类似的任务,是否强调计划的重要性,是否有足够的人力来支持项目,这些都是可以用来评估供应商的标准。通过研究表明,普遍的想法是:好系统通常是有小团队研发出来的。与此相反的是,通常只有更多人力投入的系统开发项目才可能在截止日期前完成任务。

决定系统开发项目能够成功最重要的因素是政府明白他们真正需要什么,并能够使系统开发商明白他们的意图。通常来说,软件开发项目 80% 的工作是:建立正确的组织功能模型和使用业务流程图;业务流程塑造技术对于完成这部分工作任务是至关重要的。

(来源:51cto)

中国医生对药品回扣的看法调研

医米调研

2016 年 12 月, 医米调研通过医生站 APP, 以网络问卷的形式对执业医师就“中国医生对药品回扣的看法”进行了为期 1 天半的数据采集, 共回收有效问卷 10485 份。

一、调研样本构成

按医院所在地划分: 北上广深特大型城市占 4%; 其他直辖市及省会城市城区占 14%; 地级市城区占 27%; 县级市及县城城区占 41%; 乡镇农村占 14%。

按医院级别划分: 公立三甲医院占 23%; 其他公立三级医院占 9%; 公立二级医院占 41%; 公立一级医院占 14%; 民营医院占 8%; 外资医院占 2%; 其他医院占 2%。

按医生职称划分: 主任医师占 12%; 副主任医师占 17%; 主治医师占 39%; 住院医师占 32%。

二、调研结果

(一) 贵院医生“吃回扣”的情况严重程度

调查结果显示, 在问到“贵院医生吃药品回扣的情况”时, 18% 和 30% 的医生选择“几乎没有”和“只有小部分医生有”; 21% 和 12% 的医生选择“大部分有”和“几乎每个医生都有”; 另有 19% 医生不方便说。而不同地区的医生选择差别也很大: 选择“大部分或几乎每个医生都有”的医生所在医院分布中, 公立三甲医院占 40%, 其他公立三级医院占

38%, 公立二级医院占 33%, 公立一级医院占 24%, 民营医院占 24%。

(二) 造成医生“吃回扣”的责任

调查结果显示, 在问到“造成医生吃药品回扣是谁的责任”时, 超九成的医生认为是“医疗体系”的责任, 也有 20% 的医生认为是“医药销售企业”的责任。另外, 分别有 13%、11%、7% 的医生认为是医院、医药代表和医生的责任。

(三) 造成医生“吃回扣”的根本原因

调查结果显示, 在问到“造成医生吃药品回扣的根本原因”时, 有 87% 的医生认为是医疗体制畸形, 59% 的医生认为是医生收入过低, 32% 的医生认为是药品价格虚高, 23% 的医生认为是医药代表推动。

(四) 医生对医药代表在药品信息、诊疗方法更新方面的积极作用的认可度

调查结果显示, 在问到“您认可医药代表在药品信息、诊疗方法更新方面的积极作用吗?” 40% 的医生“非常或比较认可”, 41% 的医生表示“一般认可”, 9% 和 10% 的医生表示“非常不认可”和“比较不认可”。但是不同地区的医生选择存在较大差异性, 如从选择“非常和比较认可”的医生地理分布来看: 北上广深的医生占 51%, 其他直辖市及省会城市城区医生占 49%, 地级市城区医生占 45%, 县级市城区医生占 45%, 乡镇农村医生占 25%。

(五) 医生对近期央视报道的“医生收受药品回扣”事件的看法

调查结果显示,在问到“您如何看待近期央视报道的医生收受药品回扣事件”的问题时,66%的医生认为此次央视报道“调研不够深入,没有反应真实情况”,22%的医生认为“调查的一般只反映部分情况”,7%的医生认为“调研很透彻,反映了真实情况”,另有5%的医生表示“没看过相关报道”。不同医院级别的医生选择存在较大的差异性,从选择“调研不够深入”的医生所在医院分布来看,72%的医生来自公立三甲医院,70%的医生来自其他公立三级医院,66%的医生来自公立二级医院,58%的医生来自公立一级医院。

6. 医生对中国药品价格虚高的看法

调查结果显示,在问到“您认为现在中国的药品价格虚高吗”这个问题时,近5成的医生认为“当下中国药价确实虚高,需要整治”,33%的医生认为“药价较高,但没那么夸张”,16%的医生认为“价格并不高”。不同级别的

医生对药品价格虚高的看法存在较大差异。从选择“药价确实虚高”的医生分布情况来看,其中主任医生占52%,副主任医生占47%,主治医师占46%,住院医师占48%。

7. 医生对于中国药价高的原因的看法

调查结果显示,在问到“您认为中国药价高的原因是什么”时,77%的医生认为是“药品集中采购制度存在缺陷”,67%的医生认为是“药品流通环节的杂乱无章”和“政府补贴不足,公立医院以药养医”,此外,还有19%的医生认为是“医院和医生的逐利性”。

8. 医生对于从根本上降低药价的看法

调查结果显示,在问到“如何才能从根本上降低药价”时,64%的医生认为“优化当下药品集中采购制度”,50%的医生认为“医疗完全市场化,由市场定价”,31%的医生认为“医生自由执业”,还有17%的医生认为“彻底隔离医药代表与医生的关联”。

(黄晓燕整理)

◀ 政策之窗 ▶

关于全面推进老年照护统一需求评估体系建设的意见

编者按：2016年12月26日，上海市人民政府办公厅印发了《关于全面推进老年照护统一需求评估体系建设的意见》的通知，要求各区、县人民政府，市政府有关委、办、局认真按照执行。本期政策之窗就《意见》和《标准》编载如下：

关于全面推进老年照护统一需求评估体系建设的意见

老年照护统一需求评估体系是本市“五位一体”社会养老服务体系的重点，也是本市建立长期护理保险制度的基础。经市政府同意，现就全面推进老年照护统一需求评估体系建设提出如下意见：

一、工作目标

到2017年底，本市老年照护统一需求评估体系基本健全，评估标准逐步完善，第三方评估机制不断优化，老年照护统一需求评估发挥长期护理保险的“守门人”作用，养老服务资源配置的效率和透明度明显提高。

到2020年底，随着长期护理保险制度的建立，老年照护统一需求评估体系充分发挥作用，促进养老基本公共服务“应保尽保”，满足各类基本老年照护需求。

二、基本原则

1. **以人为本，保障基本。**立足老年人养老基本公共服务需求，聚焦失能失智，构建与

老年人实际需求相适应、与养老基本公共服务供给能力相匹配、与长期护理保险制度相衔接的需求评估体系。

2. **统一公开，高效透明。**实现申请人“通过一次申请，采用一份表格，完成一次评估，做出评估结论”。建立信息公开制度和统一轮候制度，保障养老基本公共服务资源公平分配。

3. **供需对应，分级分类。**统筹老年照护服务资源，加强家庭自我照顾、社区居家老年照护、养老机构、老年护理机构等老年照护服务间的有机衔接，形成合理保障梯度。

三、适用对象

60周岁及以上具有本市户籍的老年人，以及本市长期护理保险参保人员，均可申请老年照护统一需求评估。

四、主要任务

（一）完善老年照护统一需求评估标准

市卫生计生委、市民政局会同市人力资源社会保障局等部门研究制订《老年照护统一需求评估标准（试行）》，并根据统一需求评估过程中积累的相关数据，及时分析评估标准在实践运用中的问题，不断研究修正评估参数、权重占比、计算公式，优化统一需求评估标准。制定“评估指南”，细化明确每一个评估项目的评估方式和评判标准，为评估员实施评估提供具体指导。

(二) 建设老年照护统一需求评估信息管理系统

由市民政局牵头建设市级老年照护统一需求评估信息管理系统,作为市级管理平台。各区可运用市级系统,也可单独开发本区老年照护统一需求评估信息管理系统,形成区级管理平台。市管理平台应与人力资源社会保障等部门建立的长期护理保险相关系统、各区级管理平台实现互联互通,形成全市统一的老年照护需求数据库,并对统一需求评估各环节进行实时管理。

(三) 培育第三方评估机构和评估员队伍

由市卫生计生委、市民政局牵头,研究制订老年照护统一需求评估机构与评估员相关管理办法。老年照护统一需求评估环节由第三方评估机构实施。各区要培育和组建专业评估机构,以政府购买服务等方式,委托其开展评估,确保评估的客观性、公正性、科学性。

市级层面组建统一需求评估管理机构,承担全市评估机构和评估员管理、质量控制、评估争议处理以及参与评估标准的修订等工作。市级评估管理机构要定期向社会公布合格评估机构名单和日常运行情况,加强对评估机构的业务指导。

加强评估员队伍建设,建立评估员上岗培训、在职培训和日常考核制度,提升评估员队伍专业化水平。

(四) 优化老年照护统一需求评估流程

1. 申请和受理。各区要结合实际情况,依托社区事务受理服务中心、社区综合为老服务中心等实体受理窗口,或者利用现有热线电话、开设网上受理、手机 APP 应用等多样化方式,建立统一的受理渠道,受理老年人的需求评估申请,由街镇初审后转至区级管理平

台。人户分离老年人的申请受理在居住地、户籍地均可,照护等级评估由居住地组织开展,服务分派可由户籍地组织进行,信息通过后台传输,相关费用后台结算解决。

2. 照护等级评估。区级管理平台对老年人的申请进行资格审核后,委托第三方评估机构安排评估团队上门开展评估,形成评估报告和服务建议,反馈至区级管理平台,由区级管理平台安排告知申请人。对评估结果有异议的,可以在收到评估结果之日起 30 个工作日内申请复核评估,复核评估由区级管理平台委托第三方评估机构安排不同的评估团队实施。对复核评估结果仍有异议的,可以申请终核评估,终核评估由市级评估管理机构指定其他第三方评估机构实施。

原则上,评估结果有效期最长为 2 年。对于社区居家照护、入住养老机构或者老年护理机构的老年人,在评估结果有效期内,如身体情况发生变化,可以由申请人(或其法定代表人)或其所在机构提出重新评估申请。

3. 经济状况核对。对于申请享受政府养老基本公共服务补贴的对象,还要通过居民家庭经济状况核对系统等渠道,进行经济状况核对。

4. 服务分派。区级管理平台依据评估结果,结合老年人的自主选择,组织进行养老服务分派,梯度提供社区居家老年照护、养老机构、护理院等老年照护服务。养老机构、护理院等老年照护服务提供要形成轮候机制。各类型老年照护服务间由区级管理平台转介。

5. 监督管理。区级管理平台要通过抽查、问卷调查、第三方暗访等方式,对需求评估情况、轮候转介情况以及服务提供情况等加强监管,确保统一需求评估运行规范有序。市民政、

卫生计生、人力资源社会保障、财政等部门依托市级系统,加强对各区平台运作情况进行抽查和监督。

(五) 鼓励社会力量发展各种社区老年照护机构

满足老年人多层次、多样化养老服务需求,鼓励发展具备医疗资质的护理站和非医疗资质的生活照护站。加强对老年照护机构的引导扶持和监督管理,优化设置标准、审批流程,大力提高社区及居家老年照护服务的供给能力。

五、具体要求

1. 加强组织领导。本市老年照护统一需求评估体系建设工作由市社会养老服务体系建设领导小组办公室(市民政局)牵头统筹推进。各区要结合社会养老服务体系建设的明确领导机构,建立工作机制,全力以赴加以推进。

2. 明确职责分工。市发展改革委负责统一需求评估体系建设管理体制机制研究、政策协调和工作评估;市卫生计生委、市民政局负责评估标准的制(修)订、技术指导以及评估机构和评估员的业务管理工作;市人力资源社会保障局(市医保办)负责长期护理保险需求评估协议化管理及相关经办管理工作,参与修订评估标准;市财政局要加大资金支持力度,按照“事权和支出责任相匹配”的原则,落实老年照护统一需求评估体系建设相关经费。

老年照护统一需求评估费用,由个人和各区财政共同承担。对符合经济困难条件老年人的评估费用,由各区按照规定予以减免。

3. 强化监督管理。各区、各部门、各单

位要加强对老年照护统一需求评估各项工作的监督管理,通过信息管理系统实现信息互通,形成监管合力。各部门对工作中发现的问题要及时研究解决和完善,确保各项工作平稳有序进行。本意见自 2017 年 1 月 1 日起执行,有效期至 2018 年 12 月 31 日。

上海市老年照护统一需求评估标准 (试行)

第一条(目的)

为了加强社区居家照护、养老机构、老年护理机构等老年照护服务的有机衔接,科学确定老年人的照护需求,保障老年人合法权益,制定本标准。

第二条(依据)

本标准在整合现行的上海市老年照护等级评估、上海市高龄老人医疗护理服务需求评估以及上海市老年护理医院出入院标准的基础上统一制定。

第三条(评估结果)

采用国际通用的分类拟合工具(线性判断法和支持向量机法),将评估结果分为:正常、照护一级、照护二级、照护三级、照护四级、照护五级、照护六级、建议二级及以上医疗机构就诊。

第四条(分级维度)

(一)自理能力维度

自理能力维度包含三个方面:日常生活活动能力、工具性日常生活活动能力、认知能

力,对应的权重分别为 85%、10%、5%。

1. 日常生活活动能力包括:大便是否失禁、小便是否失禁、洗脸 / 洗手、梳头 / 化妆、使用厕所、进食、坐立位起身、坐凳椅、平地步行(移动)、穿 / 脱上衣、穿 / 脱裤子、上下楼、洗浴等 13 项。

2. 工具性日常生活活动能力包括:搭乘公共交通、现金和银行账户的管理等 2 项。

3. 认知能力包括:时间定向、空间定向、瞬间记忆、短期记忆等 4 项。

(二) 疾病轻重维度

主要包括当前老年人群患病率比较高的 10 种疾病:慢性阻塞性肺病、肺炎、帕金森病、糖尿病、脑出血、高血压、晚期肿瘤、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑梗塞、下肢骨折。每种疾病分成局部症状、体征、辅助检查、并发症 4 个分项,对应的权重分别为 30%、30%、30%、10%。其中,每一个分项包括若干子项,每一个子项有若干选择项及分值,全部分项的得分值相加为该种疾病的得分。

第五条 (级别划分)

评估等级由自理能力和疾病轻重两个维度的得分值决定,分值范围为 0 ~ 100 分,分值越高表示所需的照护等级越高。

1. 疾病维度得分小于或等于 30 分的,根据自理能力维度得分的大小,从低到高划分为:正常、照护一级、照护二级、照护三级、照护四级、照护五级。

2. 疾病维度得分大于 30 分且小于或等于 70 分的,根据自理能力维度得分的大小,从低到高划分为:正常、照护一级、照护二级、照护三级、照护四级、照护五级、照护六级。

3. 疾病维度得分大于 70 分的,建议二级及以上医疗机构就诊。

第六条 (评估指南)

根据本标准另行制定老年照护统一需求评估指南,指导评估员开展评估工作。

(本刊辑)