

2017年第2期

人口信息

POPULATION INFORMATION

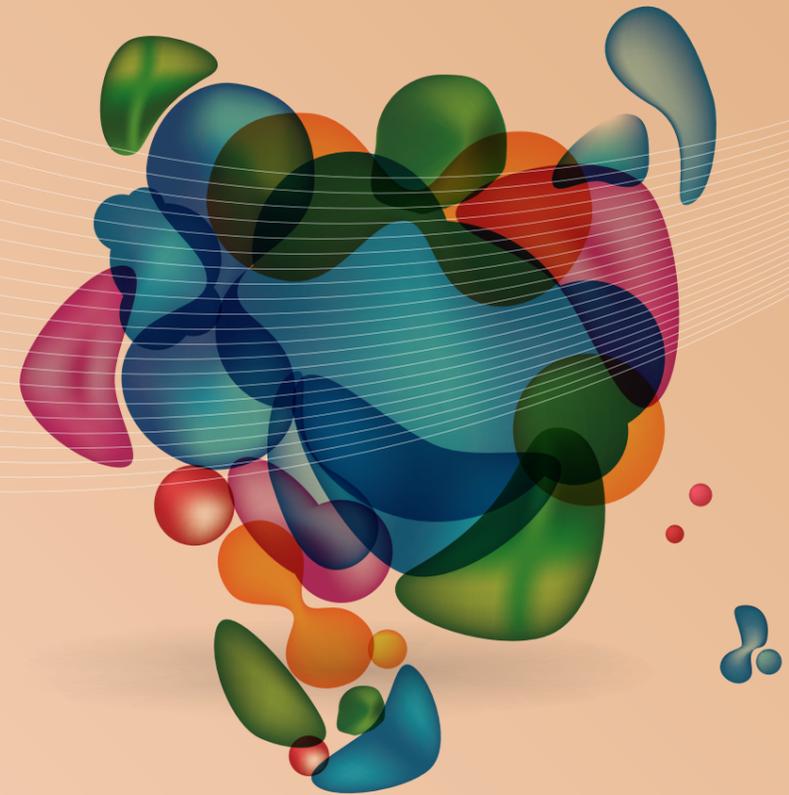
《人口信息》

(双月刊)

2017年第2期

(总第211期)

2017年4月28日出版



- * 两孩时代将给我们带来什么?
- * 上海市综合类医疗服务项目比价研究
- * 关于英国、荷兰卫生服务体系和卫生筹资情况的介绍
- * 健康中国“2030”下的上海市健康素养促进工作现状、问题及对策(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: rxxibjb@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2期(总第211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 •

敬老崇文, 积极应对人口老龄化..... 孙常敏 (1)

移民社会融合不足导致城乡发展的“双重陷阱”..... 任远 (5)

两孩时代将给我们带来什么..... 穆峥 (7)

• 本期关注 •

健康中国“2030”下的上海市健康素养促进工作现状、问题及对策

..... 《人口信息》编辑部 (9)

(主持人: 顾沈兵, 参与讨论: 魏晓敏、徐伟、傅华等)

• 调研与分析 •

上海0~3岁家庭育儿现状与需求调查研究..... 张莘 (23)

• 医改进展 •

上海市综合类医疗服务项目比价研究..... 金春林等 (33)

• 全球视野 •

关于英国、荷兰卫生服务体系和卫生筹资情况的介绍..... 肖泽萍等 (39)

• 综述 •

精神疾病患者及其家庭的社会支持研究综述..... 梁爱玉 (45)

敬老崇文，积极应对人口老龄化

孙常敏

一、上海人口老龄化及其面对的问题

上海是全国最早进入老龄型人口的城市，且人口老龄化态势不断加剧，如果年轻人口的迁入规模没有大幅度的增加，预计到 2030 年前后，上海 60 岁以上的老年人口将达到 700 万左右，届时将达到户籍人口总量的一半以上。截至 2016 年底，上海 60 岁及以上老年人占总人口的 31.7%，比上年增加 6.89%；80 岁及以上的高龄老年人占总人口的 7.3%，比上年增加了 7.47 万人。这其中，失能老人约有 47.6 余万人。人口期望寿命的不断延长，经济的持续增长和社会进步，根据联合国人口基金会标准，上海已经完全进入了人口老龄化状态。未来我们社会如何养老，如何制定社会养老政策，如何完善社会养老保障体系，如何使老年人生活得更更有质量，更有尊严，这是我们今天需要讨论的问题。

二、从敬老崇文角度科学地看待老龄化的理论问题

我们今天对老龄化问题的解决比较着重于一些微观层面的实际问题，但是如果没有宏观层面的理论研究，就无法有效地指导实践问题。因此我们必须从敬老崇文的角度，回顾一些有关人口老龄化研究的早期理论，那么展示

在我们眼前的首先就是老年人的尊严和理智。长期以来，人们始终认为无论哪一个社会形态，无论哪一个社会角度，老年人的尊严和理智无论对所有社会团体的最高领导也好，还是对专门的社会管理部门的管理也好，它们都具有特殊的能力。古老的希腊人曾经高度评价老年人的尊严和理智。柏拉图在他的《政治哲学》中对年龄问题提出了自己的看法，特别强调老年人的生活经历。他首先强调老年人的个性组合，认为人到了老年阶段，生活经历是持续地由年轻时代的生活和中年期的经历确定的。有些老年人经常抱怨他们周围成员的举止行为，或者他们为年轻时代的老朋友感到悲伤。从人的个体来说，这取决于人们是如何觉察出老年人的艰辛和人们如何与他们相处。为了能够用冷静和理智来和老年人相处，其前提是在所经历过的各个年龄阶段中建立了一个富有创造性的生活。所以，青年时代就必须为一个富有创造性的，以能履行义务为目标的生活而努力，以便今后能享受安逸的生活。面对这一挑战，当前一个普遍流行的观点获得了认同，即在儿童时代和青少年时代就要开始每一种老年预防措施。

阿里斯多·泰勒在他的《辩论法》一书中描绘了老年人的消极一面，他认为人到了一

¹PALMORE,E.(1978).Predictors of successful aging.Gerontologist,18,110

定年龄就会产生好斗性，而同情和怜悯是他们的弱点。他认为，30岁是人生最出色的中间年龄段，它将青年时代和老年时代的优点和长处结合起来，尽管具有更高级的认识和理智，然而还是觉得年龄是可以削减的。他提出的观点是：“疾病是先期达到的年龄，但年龄是自然的疾病”，“年龄是不可治愈的疾病。医学史对年龄老化进程的考察中矛盾最激烈的是老年化，即使不能摆脱诉苦与悲叹，那也决然不是一种疾病，因为疾病始终是“反自然的”，但年龄却是自然特征。

西方哲学家们曾经对老年化进程作了非常详尽的描述。他们认为，在老年化过程中，人们不仅会产生心理上的，而且也会产生社会化的变化。他列举了一系列关于到了一定年龄后，人的思维能力转变的论据。来自罗马和希腊历史中的许多事例一再表明，就是到了80岁以上年龄的人，也会对国家政治、科学和艺术采取重大行动，发挥重要作用，这种情况在我们现代中国也不断涌现。我们可以在古希腊哲学家西塞罗的文章中读到对老年化的论述，他当时已经61岁了，他在文章中写道：对罗马人来说，人的智慧和才能“涉及到精神世界的智慧和才能，对于合乎理智和寻求幸福的男人来说，他们会随着年龄的不断增长，使自己的思考能力、理智和理解能力都持续提升，如果他们缺少这些智慧，这个世界上绝对不会有国家的出现”。当然，我们“不能仅仅用体力、技能来表现自己的伟大，而更多地是运用深思熟虑和实现自己的愿望来说明自己的价值。

毫无疑问，人们可以从西塞罗那里继续了解到，智慧和理智、节制和宽容、判断力和

愿望、人的尊严和聪敏才智，这些东西只有在整个生命中不断地运用和实践，才能练就和提高，这是最起码的事情！这里一个重要的前提是不断将新的知识注入自己已经掌握的经验中并使它们一体化。对老年化进程产生负面影响的主要有四个要素：1) 阻止一项有益的行动，并作出消极的判断；2) 体力上的软弱无力和身体的病痛；3) 丧失理智，拒绝一些有效的经验和丧失对生活的乐趣；4) 最终意识到死亡的临近。西塞罗已经指出了确定年龄的经历和老年化过程的重要的社会作用。如果人们用崇敬和尊敬的态度，并且不仅用乐于助人和富有同情心，或者甚至鉴于他的责任感和工作能力，用事先的判断来面对一个比自己年长的人，这样可以用一种十分有效的方式来影响老年化进程。这当然更多地取决于社会，即在这个社会中，当一个人在逐步年老而成为问题时，社会能否确定“这个老年人的作用”。

在一定时期内，这种认识显然被完全遗忘了，只是到了上世纪七十年代，人们对这个问题又重新关注起来。当时，德国学者罗森迈尔在自己工作的领域内，通过实证分析和查阅大量研究成果，反复强调年龄的社会限定性，并呼吁这种社会限定性至少和老年化进程的生理限定性同样重要：“今天，对社会命运来说，年龄是占了首要地位，其次才是功能的或者是器官的变化”。在《高龄和社会》一书中，罗森迈尔用大量事实证明：“不能将老年人划分为社会的一个群体，因为他们并不处在与社会的矛盾中，正如年轻时代的情况一样；老年人的价值体系更多地被社会引用。”他认为“人们到年纪大了的时候也许会失去对生活的乐

²Ursula Lehr: Psychologie des Alterns 7. Auflage von Quelle & Meyer Heidelberg.

趣,或者至少突然减少了生活乐趣,因为谁用黯淡的色彩描述对年龄的苦楚和不幸,妒嫉青年时代的失落,他就会呼吁所有的人,只要他们有可能,或者只要他们希望,他们就应当在青年时代好好享受生活。罗森迈尔在他的《你们将如何生存》一书中将人生分作七个阶段,最后两个是老年阶段:“第六阶段的年龄,袜子往脚后跟下溜,面容憔悴,裤脚晃来晃去,鼻子上架上一副眼睛,衣袋兜得满满的…这里描绘了老年人的体形变化,揭示了体形憔悴和年老体弱的时期,但也刻画了在举止行为和生活经历方面的变化以及思维能力的丧失。人们几乎很少谈论,随着年龄的增长,心理和精神上的能力都会出现正常的衰退,除了年龄以外,其他有影响的变量也不得不失去了更多的作用。当然,“年龄增长”是指正常情况下的人的年龄递增,即一个人从他生命的第一天开始,因为年龄增长都要求人们对新的生活状况作出调整,并随之而产生一些问题,它又要求人们能够不断地去适应它们,并且再持续地进行调整。这就是我们老年人在新时期的义务和权利,也是我们今天讨论敬老崇文的主题思想。

三、运用敬老崇文理念,制定应对老龄化的战略

30 多年来我国人口计划生育政策,使我国少生了 4.2 亿人口,同时人们的生育行为和整个人口结构发生了质的转变,人口老龄化以及社会养老问题日趋显现。改革开放同时又造就了我们国家的一个伟大经济奇迹,财富递增的速度让世人为之震惊。然而,从企业到政府、从学者到官员、从草根到明星,国人物欲催

生下的数字奇迹与财富狂欢带给我们的却是种种意想不到的病症和隐忧。当我们真的富裕了,却在财富面前彻底迷失了。随着经济效益的驱动、利益分配格局的调整以及利益关系的变动,刺激和引爆的是国人强烈的财富欲望。与此同时,拜金主义、贪污腐化等极端的功利欲也日渐瓦解了国民传统的道德信仰体系。在今天的财富面前,传统的道德、良知、正义、责任常常显得不堪一击,金钱、财富却成为价值判断的标准。在这样的社会环境下,我们的家庭养老似乎也出现了一些让人难以接受的状况,老年人家庭成了空巢,独生子女家庭风险不断发生,许多独居老人缺少生活照料和护理,缺少家庭成员的陪伴和心理安抚,有的缺少养老金或者一场大病花掉了一生的积蓄等。

改革开放将近 40 年来,我们似乎走入了一种精神误区,以为外资进来了、先进的技术引进了、先进的管理学会了,我们的市场经济就能不断壮大起来,相反,文化作为民族国家的核心价值却被淡忘了。对于今天大变革时代下的中国,要实现民族的真正复兴,就必须找寻到自己本民族的文化基因,并与时代有机结合起来,融合贯通,形成民族国家特有的信仰体系和精神价值理念,这才是民族崛起的关键。同样,今天面对千百万中国老人的养老问题来讨论敬老崇文,我们首先应该从民族的文化经典中吸取养分,学会对欲望的节制,对灵魂的净化、对正义的诉求以及对老人的尊重与孝敬。在敬老崇文的理念中,我们应该清醒地意识到“敬老”不单纯是一种从“孝道”延伸的道德和义务,同时意味着对老年人所承载的传统文化的尊重和学习,是民族传统文化传承

³LOHMANN, S:Die Lebenssituation aelterer Menschen in der geschlossenen Altersfuersorge, Hannover: Vincentz-Verlage.

的一个十分重要的环节。

四、用敬老崇文思想，提高城市老年人余暇生活质量

从敬老崇文的角度看，除了关心老年人物质上的生活保障和老年人的孤独外，越来越关注老年人退休后无所事事的状况和时间的分配利用，而且将注意力更多地集中在如何提高老年人余暇生活的质量。显然，在老年人和离退休人员的生活中，存在着大量的空闲时间，但并非所有的空闲时间都用于余暇活动。很多人对余暇活动尚无明确概念，习惯上认为做家务、照料孙辈也是余暇活动的一部分，所以，不少老年人退休以后很自然地承担起照看教育孙辈的任务或者操持家务，子女们也觉得理所当然，认为这对老人的身心健康有好处。其实，余暇活动应该是老人力所能及，愿意去做并能有益于老人身心，使老年人身心得到享受的活动，即用于自学、创作、兴趣爱好、户内外活动和社会交往以及静养休息的时间。退休以后的生活和余暇时间的塑造，一方面是与人的健康状况组合在一起。这首先是指体力上具有良好竞技状态为前提的各项活动。与此相应，随着年龄的不断增加，余暇行为的变化常常更多地趋向持家才能方面的发展。而慢性疾病（如行走障碍）常会使有些家务以外的活动变得更加困难或者没有可能去做。另一方面，老年人日常生活的形态也将取决于经济的要素（购买力）、社会状况、家庭情景、性别，早期的体力活动水准和社区提供余暇活动的内容。

持续缓慢地出现一种缺乏运动的身体状况，会加速由于年龄因素而产生的体力衰退现象，特别容易破坏人体内的平衡组合。根据不同的年龄，进行适当的体力锻炼是很有益的，

尤其是一种持续长久的锻炼不仅改善人体在功能上的优越性，而且还能预防因为缺乏运动而产生的某些疾病，如老年糖尿病和痛风病等，体力锻炼可以对各种不同的物质代谢量，如血糖、血脂和尿酸产生积极的抵抗力，特别是对植物神经系统也会产生积极效应。睡眠不良的疾病将会得到治愈，同样象消化系统的疾病和注意力不够集中的毛病也会消失，它将有效地制止未老先衰的状况。充满活力、持续的体育锻炼，其健康与预防价值已经获得人们的普遍认可。对于老年体育来说，首先要做好体育项目的推荐工作，这些项目对心脏—血液循环系统具有良好的锻炼效果，但同时又不能使关节和筋骨的负担过重。值得推荐的体育项目首先是：走步、跑步、骑自行车和游泳等，当然，我们也不能忽视许多与精神生活密切相关的休闲性文化娱乐活动。科学合理的闲暇生活能够大大提高老年人的生命质量和生活质量，从而实现人的生命的不断提高。

五、用敬老崇文内涵，解决好城市养老问题

老年人在文化和教育领域中不断强化的重要性将有助于消除老年人身上消极的固定不变的东西。另一方面，适合老年人的各种文化娱乐活动可能会强化人口各年龄组群体间的隔离状况。一种包含老年公民的文化与教育政策，虽然一方面必须理解这一群体的特殊利益和生活经历，但另一方面，又必须考虑到老年人群与现代社会的融合。今天讨论敬老崇文的核心也许应该更加注重老年人自身的精神慰藉，即从七个方面来实现老有所乐，以丰富老年人的精神生活，提高社会文明程度：1)

（下转第8页）

移民社会融合不足导致城乡发展的“双重陷阱”

任 远

当前,关于移民的社会融合问题已经引起广泛关注。移民是城市的重要组成部分,其社会融合状况不仅影响到这一群体的生活福利,还关系到城市内部的社会整合。同时,他们的社会融合状况也影响着乡城迁移的动态轨迹以及他们的行为选择,进而对人口迁移产生了累积性、长期性甚至是代际性的影响,并因此影响宏观的城乡发展和城镇化进程。

社会融合不足带来农村的“发展陷阱”

社会融合的困难导致移民对城市就业和收入的预期是短期性的,这种短期性弱化了迁移人口对迁移收益的判断,削弱了农村人口进入城市的动机。而他们对成本收益判断的短期性,使得他们的迁移行为是短期性的。多数移民最终选择离开城市,出现返回式的迁移或周期性的迁移。人口迁移行为的短期性,使得移民的社会网络难以积累,难以形成不断强化的社会资本。因此,社会融合的不足意味着移民在当地所构造的社会网络和社会资本也相当薄弱。同时,社会资本薄弱进一步强化了迁移人口融入当地城市和在城市继续发展的困难。户籍制度的排斥、教育医疗制度的排斥、住房的困难等,增加了他们在城市生活和发展的风险。由于子女教育问题、医疗保障问题、住房安排问题等难以妥善解决,使得他们只能通过家庭分离来避免迁移的风险,或者通过继续保留小农土地来分摊家庭生活风险。实际上,当移民无法进入城市的制度体系时,会迫使他们更

加依赖土地和乡土社会的支持,他们也需要依托在流出地的制度体系获得教育、保障和发展资源。而这些又进一步限制他们形成长期性的迁移行为安排。因此,乡城迁移的短期性迁移行为,不仅是移民在城市中社会融合不足的表现,也是他们在社会融合困境下的行为选择。在短期性的迁移行为中,移民在城市短期务工经商,将子女和配偶留在农村,而他们自己也会在年龄较大时由于就业困难和缺乏保障不得不选择回到农村。这时,他们留守在农村的子代又不得不外出打工来获得家庭资本收益,形成了第一代农民工返乡和第二代农民工进城的劳动力替代,从而继续重复青年劳动力外出打工、子女留守和老年返乡的代际循环。可见,移民的社会融合不足也会形成一种代际性的“迁移循环”,但这并不是城镇化所需要的“乡城迁移”。在这种迁移循环中,乡城之间的社会壁垒固化、城乡差距日益扩大,并使得农村发展进入到一种“发展陷阱”中。

社会融合不足带来城镇的“发展陷阱”

移民的社会融合不足,不仅使农村社会陷入发展陷阱,就城市部门而言,也因为缺少稳定的迁移劳动力而进入另一种“发展陷阱”。因此,虽然我国仍然有巨大规模的农村劳动力,但是在城镇部门却出现了“民工荒”的现象。这种情况与其说是“刘易斯拐点”已经到了,还不如说是移民不能成为城市部门劳动力市场的稳定劳动力供给,从而扭曲了劳动力市场。扭曲的劳动力市场推

高了劳动力成本,而这种劳动力成本增高实际上是移民社会融合不足对城市工业化和城乡发展造成的制度性损失。由于福利排斥造成社会融合不足,在短视的判断下似乎表现出减少了城市公共财政和降低了企业的“福利开支”。但是扭曲的劳动力市场带来劳动力成本上升,实际上转而增加了发展的制度成本,导致企业运行成本增加并增加了城市发展的困难。社会融合不足带来的移民在城市发展的短期化,使其难以通过不断的人力资本投资成为熟练性技术工人,并因此限制了城镇部门的产业更新。而缺乏社会融合带来劳动力就业的短期性和流动性,也使得企业部门难以通过稳定用工和对劳动者人力资本投资来推动产业升级。因此,城镇部门劳动力成本提高,产业层级被固化在劳动密集的低利润产业模式,使得企业经营显得更加困难。在企业经营困境下减少劳动力就业,则进一步使得移民在城市生活和发展的风险性增强,并进一步导致他们行为的短期性。移民的社会融合不足,还约束了他们的消费行为。由于迁移行为的短期化,移民的储蓄率非常高而消费率非常低,这也在一定程度上造成了城镇化过程中的内需不足和产能过剩。因此,与其说我国当前是经济发展过程中出现了供给过剩,不如说是城镇化过程中由于没有实现人的城镇化和生活方式的城镇化,从而带来有效需求的不足。可见,由于移民社会融合不足带来人口群体行为的短期化,同样给城镇部门带来累积性和长期性的影响,限制了产业升级和社会生活的改善。

构建城乡联动发展机制

在城镇化过程中,移民的社会融合不足会对人口迁移过程中具体移民的行为选择和行为模式带来累积性的影响,并进而影响城乡发展。由于存在社会融合不足导致乡村移

民的代际循环,带来农村的“发展陷阱”;由于社会融合不足导致劳动力市场的扭曲、造成产业转型升级的阻碍,带来城市的“发展陷阱”。对中国的城镇化发展来说,只有构建出有效的乡城迁移和社会融合模式,才能更好地实现城镇化。

可见,移民的社会融合构成乡城迁移和城镇化过程的关键一环。加强社会融合,才能促进乡城迁移过程,使城乡发展实现正向的反馈,使得城乡发展能够突破“双重陷阱”并构建出城乡联动发展的机制。通过加强社会融合促进移民完成人口迁移,有助于农业部门逐步提高劳动生产率。增强社会融合,可为城市部门提供稳定的劳动力供给,推进经济发展的总供给和总需求,并落实城镇化过程实现人的幸福福利的目标追求。良好的社会融合过程,有利于移民实现良好的自身发展,提高他们的收入和生活稳定性,同时增强他们对城市的认同感和归属感。社会融合也会提高他们在城市稳定居住和增强消费倾向,他们会增加自身人力资本的投资、增强对子女教育的投资,从而使得通过迁移逐步实现社会流动和代际流动,构成推动城市发展的积极动力。总之,移民的社会融合构成了城镇化发展的枢纽,能使城乡二元结构得到逐步突破并实现城市社会的内在整合,为持续的城乡发展和推进城镇化提供动力。

移民城市的发展,要求移民在进入城市的过程中实现社会融合并有效推动城市发展。良好的城镇化过程,需要乡城迁移得到有效实现,并将这种乡城迁移构造成为城乡发展的动力。如果说城镇化的第一个时期是吸引大量人口进入城市的非农化过程,当前的城镇化发展已处于解决移民群体市民化和

社会融合问题的关键时期。因而,移民的社会融合关系到城镇化的进程和成效。

(作者单位:复旦大学人口所)

两孩时代将给我们带来什么

穆 崢

一、背景

中国的生育政策在过去的两三年间发生了巨大的变化。从二十世纪七十年代初的“晚、稀、少”政策、八十年代初全国普遍实行的一孩化政策、1988年起稳定下来的一孩、一孩半和“双独”相结合的计划生育政策,到2013年11月15日进一步推行的“单独”两孩政策,再到2015年10月29日全面放开二孩政策,从一孩时代走进两孩时代,中国历经了40多年。那么,两孩时代会带给我们什么呢?我们会在这篇文章中探讨从一孩时代迈入到两孩时代,会对中国社会和父母的个人生活带来哪些影响。

二、两孩政策对中国人口形势变化的影响

中国人民大学翟振武教授、李龙和陈佳鞠在他们2016年的文章中,全面而系统地讨论了全面放开两孩政策对未来中国人口走势的影响。通过严格的人口学估算,他们的结果显示,全面两孩生育政策的放开将对中国社会未来的人口总量、劳动力资源供给和人口老龄化都带来非常重要的影响。

首先,全面两孩政策可以显著地延缓中国的人口总量进入负增长阶段的趋势,根据他们的推测,中国未来的最高人口总量,即人口峰值将在2028年前后出现,预计可以达到14.5亿。

第二,全面放开两孩政策将明显增加未来劳动力资源的供给。但是,仍旧值得注意的是,在由两孩政策放开而带来的新出生人口进入劳动年龄以前,现有的劳动年龄人口需要在供养老龄人口之外承担更重的抚养未成年人的责任。也就是说,在这些新生人口能够工作之前,社会抚养的负担非但未减轻,反而进一步加重了。

第三,在人口老龄化方面,全面两孩政策会在一定程度上延缓未来人口老龄化的进程,不过,由于老年人口绝对规模庞大且呈快速增长趋势,未来几十年我国人口结构会呈现快速老龄化的趋势。具体而言,到2050年,我国60岁以上老年人口将达到4.7亿人。全面两孩政策无力阻止这个大趋势,对人口老龄化的缓解作用是相对微弱的。

三、生育两孩对父母的影响

两孩政策的放开不仅会在宏观层面产生影响,生育两孩作为家庭内部的重要决定,也会在个体层面上影响父母的行为和感受。

在我与谢宇教授发表于2016年的研究中,我们发现,相比起生育一个孩子的父母,生育两个孩子的父亲会更多地花在工作上,而更少地照顾家人。而对于母亲而言,生育两个孩子虽然没有显著地影响她们的实际行为,但却显著地改变了她们的总体主观感受。特别值得注意的是,不仅在父母

的经济生活方面，当我们将主观感受进行更为细致的划分时，生育两个孩子对父母亲的影响依然显现着鲜明的性别差异。具体来说，生育两个孩子的父亲会对自己的事业和未来都更加充满自信心，而生育两个孩子的母亲会感觉更快乐、对生活拥有更高的满意度，同时对自己的社会交往能力拥有更高的评价。

也就是说，在这些生育两个孩子所带来的影响背后，我们还是可以看到清晰的性别差别，这些差别都在直接或者间接地表明在当代中国，家庭内部的性别分工依然存在。除去父母亲在其时间分配上的明显差别，父母亲在主观上也有着不尽相同的感受。由于母亲要比父亲承担起更多照料、养育孩子的责任，她们所拥有的正面的主观感受往往分

布在对于生活的整体感受和社会交往相关的感受上。相对而言，两孩爸爸们还是更多地承担赚奶粉钱、赚学费的责任，相应地，他们的关注点也更多地放在发展自身和自己的事业上。

四、结语

由此可见，两孩政策的全面放开，不仅在宏观层面上会对中国社会的人口数量、劳动力供给和老龄化产生影响，而同时也会影响微观个体。尽管两孩政策给予了父母们更多实现生育权利的空间，但是，家庭内部的性别不平等可能会给父母，尤其是母亲带来进一步的困扰。在这份新生的自由背后，更是新生的责任。

(本刊辑)

参考文献(略)

(上接第4页)

逐步提高老年人的养老金收入，确保老年人日常生活的质量；2) 继续增建老年人活动场所；3) 积极建设老年人文化娱乐中心；4) 进一步大力发展老年教育事业；5) 发展服务网络，让更多的老年人能够上网接受信息服务；6) 充分发挥老年人体育协会的作用，大力开展各项体育锻炼；7) 全面积极推行“余暇时间老有所为”计划。

大量研究表明，老年期是人生的一个重要阶段，老年人仍然能够学习、交友和参加社交娱乐活动。敬老崇文的理念应当是塑造一个健康的老人群体，这个群体不仅仅接受年轻人的尊重和照料，还在于更多地发挥余

热，他们完全能够参加志愿者服务队伍，为社区内体弱或独居的老人、残疾人、外来流动人口、单亲家庭等实行各种服务，特别是咨询服务。通过鼓励老年人享受充实和富有意义的晚年生活，来提高他们的自我形象，使老年人进一步感受到生命的价值。因此，我们倡导敬老崇文的理念和主导思想应当是：人的老年期应被看作为生命中一个充满生机的环节，而不是产生问题的根源。如前所述，到 2030 年前后，我国老年人口将达到增长顶峰，很显然，我们迫切需要运用敬老崇文的理念，制定一项更加科学合理的未来老年政策，积极动员各类社会力量，以应对全国人口老龄化不断加剧的趋向。

◀ 本期关注 ▶

健康中国“2030”下的上海市健康素养促进工作 现状、问题及对策

《人口信息》编辑部

特邀主持人：上海市健康促进中心主任 顾沈兵

主持人语

为了推进健康中国建设，提高人民健康水平，中共中央、国务院于2016年10月25日发布了《“健康中国2030”规划纲要》（以下简称《纲要》），作为今后15年推进健康中国建设的行动纲领。《纲要》中提出了五个方面的战略任务，而放在首位的就是“普及健康生活”。“全民健康素养”提升已成为建设健康中国的一项战略任务。

而在这之前不久的2014年，国家卫生计生委为建立健康素养促进工作的长效机制，持续深入开展全民健康素养促进行动，加强卫生计生系统健康促进工作统筹协调，对外发布了《全民健康素养促进行动规划（2014-2020年）》规划（以下简称《规划》）。《规划》提出分两个阶段提高我国城乡居民健康素养水平：第一阶段，到2015年，全国居民健康素养水平提高到10%，东、中、西部地区居民健康素养水平分别提高到12%、10%和8%；第二阶段，到2020年，全国居民健康素养水平提高到20%，东、中、西部地区居民健康素养水平分别提高到24%、20%和16%。为实现上述目标，《规划》设定了树立科学健康观、提高基本医疗素养、提高慢

性病防治素养、提高传染病防治素养、提高妇幼健康素养、提高中医养生保健素养六项重点工作内容；部署了大力开展健康素养宣传推广，启动健康促进县（区）、健康促进场所和健康家庭建设活动，全面推进控烟履约工作，健全健康素养监测系统四项主要活动。《规划》的实施有力推动了我国“全民健康素养提升”工作的开展，也势必会有效提升全民健康素养。

一直以来上海市都非常重视居民的健康素养促进，不同时期结合当时的卫生工作要求与重点内容开展相应的健康教育与健康促进工作。经过不断的积累与发展，上海市已经逐步建立起政府主导、多部门合作、专业机构支持、全社会参与的健康素养干预机制与体制。通过不断的努力，上海居民的健康素养水平稳步提升，2008年为6.97%，截至2016年底已提升至22.07%，提升效果显著。

尽管上海市的健康素养促进工作取得了显著成效，但不可否认也还存在着一些国内开展健康素养促进工作共性的不足与问题，如健康素养促进工作外部支持力度仍较薄弱、组织管理体系尚不够健全、人员专业能力仍有不足等。同时，国内在健康素养监测

方面也同样存在着一些不足,如指标测量的准确性、地区间数据的可比性、健康素养水平的连续增长的边际递减性等。这些问题都需要我们深入思考与探讨。

“健康中国2030”下,如何做好上海市健康素养促进工作?本期论坛中,我们就上海市民健康素养促进工作进展与成效、健康素养促进工作中遇到的困难与问题、以及健康素养促进行动工作的未来走向三个方面展开探讨。

上海市民健康素养促进 工作进展与成效

魏晓敏(上海市健康促进中心)

2016年在上海召开的第九届全球健康促进大会成果《健康促进上海宣言》中明确指出了健康素养的重要地位——健康素养是实现可持续发展目标之基石。在此之后,社会各界更加关注健康素养的相关情况,根据上海市健康素养促进工作的实际情况,从背景、工作内容、工作成效三个方面对这一热点进行分析。

一、上海市健康素养促进工作开展的背景

健康素养最早在1974年被提出,但是直到1990年前后才逐渐被展开和丰富起来。世界各国都越来越意识到提升健康素养的重要意义,并且更多地被认为是健康促进和健康教育的结果。在我国于2005年开始引入健康素养概念,于2008年推出了《健康66条——中国公民健康素养读本》,从基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能三个维度提出居民应掌握的基本知识和技能。同年原卫生部下发《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008-2010)》,这意味着健康素养正式走

上我国健康领域舞台。它所带来的影响绝不仅仅是居民健康知识水平的变化,而是与国民整体素质、人民健康水平紧密相连。

上海一贯重视居民健康教育工作,一方面在历史沿革过程中,继承和发扬爱国卫生宣教工作经验和苏联卫生教育建设经验开展着健康教育工作,另一方面从二十世纪八十年代以“知-信-行”改变为核心开展健康教育工作,由以疾病为中心的卫生知识传播和对行为危险因素的干预,转变为倡导健康的生活方式和政策、社会环境的改变,尤其是2003年以来,本市健康教育与健康促进工作紧密围绕全市卫生工作中心任务,将健康教育融合进了健康城市建设、国家卫生城区创建、社区卫生服务和初级卫生保健工作中,逐步形成了全社会共同参与健康教育与健康促进的局面。

但是必须指出,上海市健康教育与健康促进工作进入二十一世纪以来也面临着前所未有的机遇与挑战。本市人口结构和人群疾病谱发生转变,老龄化对社会发展提出了严峻的挑战;慢性非传染性疾病已经成为威胁市民健康的主要因素;市民生殖健康状况不容乐观;人群吸烟率还比较高;外来务工人员的健康管理问题亟待破解;市民的健康知识水平和健康行为形成率还较低……。与此同时,随着生活水平的提高,市民愈发关注身心健康和生活质量,因此,健康促进工作在策略、内容、方法上都需要进行创新和探索,以不断满足市民日益增长的健康需求。上海健康素养促进工作即是在这个大背景下进一步促进和开展的。

二、本市健康素养促进的主要工作内容

从整个工作机制和工作进程来开,本市健康素养促进行动可以根据《中国公民健康素

养促进行动工作方案(2008-2010)》、《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008-2010)》两个主要的文件发布时间 2008 年和 2014 年节点分为三个阶段。

第一阶段为探索期,主要集中在 2008 年国家《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008-2010)》发布之前,本市在健康教育与健康促进工作领域探索性的开展了健康素养工作,相关工作人员了解到健康素养一词,并且在第一轮和第二轮的《上海市建设健康城市三年行动计划》文件中都明确提出了“推进各种健康促进活动以实现提高市民健康素质的目标和要求,但是同国内其他地区一样,相关工作主要停留在日常健康宣教和应急健康教育等方面,对特殊人群、健康核心信息等要求并不十分明确,同时主要使用 KAP 的方法来评价健康教育的工作效果。这一阶段,在实际工作中已经开始将健康教育与培训、网络建设进行整合,但是尚未明确形成健康素养促进工作的体系和系统。

第二阶段为快速发展期,主要集中在 2008-2014 年期间,在上述两个文件发布之间。此阶段本市主要借助了公共卫生三年行动计划《全人群健康素养监测与干预》项目和第三轮健康城市三年行动计划,重点建立健全了健康教育工作网络,启动了以健康素养 66 条为主要核心内容的健康传播,结合健康中国行、全民健康生活方式等活动开展有序宣传,建立了上海市重点人群健康素养评估表和核心知识基础库框架,搭建了健康素养不同场所示范点,并且建立了监测系统,开展了每年的健康素养监测工作;与此同时,本市也下发了《上海市健康教育十二五发展规划》等一系列文件,为健康素养促进行动的推进奠定了政策基础。

第三阶段为稳定推进期,为 2014 年开始至今。经过快速发展期的酝酿和磨合之后,上海市已经基本形成了健康素养促进行动的本地模式,暨“以健康促进场所建设为主要依托,以健康素养 66 条为主要内容,以流动人口、青少年、妇女、老人等关键群体为主要干预对象,以全民参与的健康促进活动为主要载体,以纸网合一、新旧并行的健康传播框架为主要媒介手段,以连续健康素养监测为主要评价标准”。

因此,在现阶段,本市健康素养促进工作主要包括以下几方面工作内容:一是促进健康环境建设。一方面不断拓展健康促进场所建设,抓住不同场所的特点,重点打造健康促进医院、学校、社区、机关和企业。截至目前,已经建成静安、崇明两个健康促进区,正在建设宝山、徐汇、嘉定、松江的健康促进区,完成 24 家上海市健康促进医院验收,在全市推进了门诊健康教育工作,打造了 66 个标准化社区健康教育咨询点;另一方面通过《上海市建设健康城市 2015-2017 年行动计划》的要求以及《上海市公共场所控制吸烟条例》等文件促进了健康环境的建设。二是以“健康中国行”、“全民健康生活方式行动”等活动为主要载体,目前每年打造市级专家的健康大讲堂 20 余场,各区区级讲堂数百场,同时开展了以“健康教育周”、“健康骑行”、“广场舞大赛”、“慢病知识竞赛”、“健康传播设计大赛”等多种形式的健康促进活动,覆盖人群上百万。三是借助卫生日、依托 66 条内容重点开展关键群体的健康干预,一方面针对妇女、儿童、老人、流动人口等不同群体指导区内开展多种形式的干预,帮助居民分析主要健康问题,开展健康自我管理指导等,同时促进居民从个人做起,向家庭辐射,每区每年建成健康家庭 100

个；另一方面发放实用健康工具，帮助居民健康技能的提升。四是借助立体化媒体网络，通过《上海大众卫生报》、《健康上海 12320》、IPTV 健康频道、喜马拉雅、腾讯网“健康上海”企鹅号等打造立体的健康传播网络，向居民传递健康促进信息和技能。五是继续推进健康素养监测，完善适合上海特点的健康教育和健康促进监测体系，在抽样的基础上逐步实现了 16 个区健康素养监测全覆盖。

三、本市历年市民健康素养水平及变化趋势

本市自 2008 年按照中央转移支付健康促进行动计划的要求开展上海市成人健康素养监测以来，已经逐步建立起连续、稳定的健康素养监测系统。2008 年进行的监测结果显示，15 ~ 65 岁成人的健康素养为 6.97%，与 2017 年 1 月在第二十七届上海市健康教育周上发布的《2016 年上海市民健康素养监测报告》对比显示，2016 年上海市民总体健康素养水平

为 22.07%，是 2008 年（6.97%）的 3 倍多。

从监测结果看，自 2008 年上海市开展健康素养监测以来，全市民健康素养总体水平呈现逐年上升趋势，上海市民健康素养水平从 2008 年的 6.97% 上升至 2016 年的 22.07%，9 年时间绝对值提升了 15.10%。平均增长速度为 13.67%。由表 1 可见，在过去的几年内市民的健康素养水平总体上呈现稳步上升的态势。在健康素养干预的初期，健康素养水平上升较快，但在达到一定的水平后却遭遇了瓶颈，2012 年素养水平和 2011 年基本持平，2013 年市民的健康素养水平又有了较大幅度提升，这可能与公共卫生三年行动计划项目中的全人群健康素养监测和干预项目的带动和影响有关；2013 年素养水平和 2014 年基本持平，2015 年市民的健康素养水平又有了较大幅度提升。可能与 2015 年是健康十二五规划的收官之年同时本市积极倡导健康素养干预为全球健康促进大会积极准备有关，2016 年数据与 2015 年数据基本持平。

表 1 2008—2016 年上海市民健康素养水平变化情况

(单位：%)

项目	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
总体健康素养水平	6.97	10.99	14.27	14.38	18.24	18.61	21.94	22.07	
三个方面	基本知识和理念素养水平	17.75	19.14	24.87	23.71	30.65	24.53	29.33	29.21
	健康生活方式与行为素养水平	8.69	14.76	17.98	18.89	20.59	16.86	23.55	23.09
	基本技能素养水平	15.71	21.97	23.67	21.18	30.98	19.54	31.98	26.79
六类健康问题	科学健康观素养水平	40.06	29.79	36.49	40.85	41.82	40.71	47.85	50.18
	安全与急救素养水平	23.97	20.82	27.50	26.37	34.01	49.55	65.12	65.65
	传染病预防素养水平	17.66	26.65	25.32	28.32	27.50	15.22	23.51	22.63
	基本医疗素养水平	4.01	6.84	11.96	15.03	17.53	14.47	18.49	15.73
慢性病预防素养水平	3.71	10.31	10.95	12.62	16.04	16.88	12.78	13.17	
健康信息素养水平	-	-	-	-	-	24.43	30.95	30.98	

* 受调查样本中具备健康素养居民数量 / 受调查样本总数量 × 100%

** 受调查样本中具备该项健康素养居民数量 / 受调查样本总数量 × 100%

*** 2009 年采用的不同评价标准的问卷，未列入分析范围内

基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能三个方面的素养水平历年呈波动上升趋势, 分别从 2008 年的 17.75%、8.69%、15.71% 提升至 2016 年的 29.21%、23.09%、26.79%, 三个方面的素养水平提升明显, 基本知识和理念、健康基本技能历年均较健康生活方式与行为素养水平高。但是必须指出, 这三个方面在 2016 年较 2015 年都出现一定程度的回落, 但较 2014 年还是上升, 这可能与 2015 年集中干预形成素养稳定程度有关, 说明还需要进一步调整干预方式和策略从而稳固并提升整体的健康素养水平。

在健康素养的六个维度中, 提升最快的是安全与急救素养, 从 2008 年的 23.97% 提升至 2016 年的 65.65%, 9 年时间提升了 41.68%, 平均增长速度为 11.84%; 科学健康观素养水平始终处于较高水平, 8 年间从 2008 年的 40.06% 提高至 50.18%, 但平均增长速度仅为 2.53%, 而传染病和基本医疗的健康素养这两个维度以波动上升为主要趋势, 但是在 2016 年较 2015 年略有回落, 并分别低于历史最好水平, 这可能与年度健康教育工作重点有关。例如基本医疗健康素养 2015 年最高, 则可能与 2014 年以科学就医为主导开展健康中国行活动有关, 而健康素养的结果略有延迟; 慢性病健康素养也呈现波动上升的趋势, 从 2008 年的 3.71% 到 2016 年增长为 13.17%, 平均增长速度为 15.11%。同时必须指出, 面对目前慢性病井喷且长时期慢性病与传染病将共同危害健康的时代, 本市慢性病预防素养、基本医疗素养水平和传染病健康素养在六个维度中最低, 这充分说明了深化医疗卫生体制改革和进一步开展传染病、慢性病防治健康

教育的重要性, 需要进一步开展传染病、慢性病健康干预指导以提升居民健康素养。

此外, 根据《上海市健康素养监测报告》, 健康素养水平分布特点与国家总体水平相似: 城市居民高于农村居民; 女性略高于男性; 健康素养水平随年龄增高而下降; 文化程度越高, 健康素养水平越高。不同职业中, 医务人员的各类素养水平较好, 工人和农民素养水平偏低, 高收入人群健康素养水平高于低收入人群。各类人群健康素养水平在过去 9 年间均有不同程度的提升。除性别外, 不同特征人群之间的素养水平仍存在较大差异。大专及以上学历居民、15~44 岁居民和城市居民的健康素养水平提升速度较快, 9 年间素养水平绝对值提升程度超过或接近 20%; 小学及以下文化程度居民健康素养水平提升速度最慢, 9 年间提升比例低于 5%。这一情况说明, 还是需要在今后的工作中区别人群开展针对性健康教育才能更好的促进居民健康。

总而言之, 具有高健康素养的劳动者是社会经济稳定快速发展的基础。上海目前居民健康素养距离《中国公民健康素养促进行动工作方案(2008-2010)》提及的 2020 年东部地区到 24% 尚有一段距离, 而素养水平的变化目前已经涨幅趋缓, 因此, 还需要社会各方的共同努力。根据《健康促进上海宣言》的倡议, 我们只有充分认识健康素养是健康不可或缺的决定因素, 将健康融入政策之中, 充分利用学校、工作场所、医疗机构、社区等场所的关键场所, 锁定重点人群、重点健康问题系统地整合干预措施, 充分利用大众媒体的作用, 营造提升市民健康素养的良好氛围, 才能更为有效地促进本市居民的健康。

健康素养促进工作中遇到的困难与问题探讨

徐伟（上海市静安区疾病预防控制中心）

健康素养作为一个全新的概念从提出到发展至今已有 30 多年的历史，其定义与内涵的理论研究也得到蓬勃发展和不断丰富。健康素养在我国的研究起步较晚，于 2007 年开始启动健康素养工作，2008 年 1 月，卫生部第 3 号公告发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能（试行）》，并且组织编印了《健康 66 条——中国公民健康素养读本》，利用电视、报刊、网络、小册子等传播手段，积极宣传和普及健康素养工作。这份公告是国际上首份界定居民健康素养的政府性文件，是我国现阶段普及健康知识的主要内容，也是我国评价各地区城乡居民健康素养状况的重要理论依据。

一、健康素养干预工作中的问题探讨

近年来，上海市逐步建立起政府主导、多部门合作、专业机构支持、全社会参与的健康素养促进机制与体制。围绕本市居民的主要健康问题，通过不同的健康教育手段，积极传播健康知识与技能，培养和提高市民的健康意识，帮助他们建立健康的生活方式。但在健康素养促进工作中仍存在诸多方面的问题，主要表现在：

（一）重视程度不够

健康教育与健康促进事业是一项公益事业，具有明显的社会性，尽管卫生部门不断强调健康教育工作的社会性，但是其社会和经济效益受其公益性的影响，不会在短时间内发挥出来。这就要求各级政府和有关部门将健康教育视为一项长远的公共政策，在资金投入、政策支持和政策导向等方面发挥主导作用。但

是多数地方政府、相关部门和单位，特别是基层专业机构、街道、社区和有关单位因观念、利益、职能等原因，对健康教育与健康促进工作缺乏足够的支持和重视。在通常情况下，健康教育与健康促进工作只依赖于卫生部门来推动，政府的支持和社会参与程度相对不够。另外，虽然各区县疾控中心均成立了健康教育科，而在专业机构内部被视作边缘科室或非重点科室，不被重视的现象较为普遍，作为重点学科建设的甚少，制约了科室的创新能力，制约了健康教育学科的创新。在社区卫生服务机构和各街道中，工作人员绝大多数都是兼职从事健康教育工作，人员专业素质相对偏低，流动性较大，工作流于形式，这必然导致健康教育工作上被动应付较多。健康教育各项政策在基层落实难以到位，阻碍了健康教育与健康促进工作的发展。

（二）组织管理体系不健全

一直以来，健康教育行政主管部门在各级政府中的地位不高，对基层和社会各部门的协调能力相对较差，多部门协作机制较弱，因此健康教育与健康促进工作难以得到全社会的广泛支持，无法形成合力。各级政府对健康教育与健康促进在疾病预防控制和公共卫生服务中起到核心作用的认识比较淡薄。2010 年，卫生部制定下发了《全国健康教育专业机构工作规范》，2011 年又制定了《国家基本公共卫生服务规范》之《健康教育服务规范》和《健康教育专业机构绩效考核办法（试行）》，对健康教育服务对象、内容、形式、要求、流程和各类健康教育专业机构绩效考核标准做出详细而明确的规定。但是，上述“规范”和“办法”均是针对卫生行政部门或健康教育专业机构，对地方政府和其他各部门、单位的职责较

少或没有涉及,导致社会各部门对各自在健康教育与健康促进工作上的职责和任务不明确。

(三) 人员专业素质不高

健康教育人才匮乏,专业人员严重不足。以两区合并后的静安区为例,除疾控中心 7 名专职人员外(其中 1 名外借,实际 6 名),各社区卫生服务中心和各街道全部为兼职从事健康教育人员,而各街道兼职从事健康教育的工作人员全部为无医学背景的社会工作者。专业机构和社区健康教育从业人员普遍缺乏;健康教育工作人员学历低、职称不高现象普遍存在。由于人员少、工作量大、工作要求高,工作人员自身对健康教育与健康促进工作缺乏足够的信心与重视,工作中缺乏积极性和主动性。在社区,工作人员因兼职太多,相对接受健康教育与健康促进的理论与工作技能培训时间较少,因此,即使工作人员具有工作的主动性,也因为缺少健康教育理论知识和专业技能,缺少有效的健康教育指导措施和干预技巧等,无法形成与居民的良好互动,无法肩负新形势下的健康教育与健康促进工作。

(四) 工作经费投入不足

健康教育机构所需的基本建设、设备购置等投入不足,人员经费、办公经费及业务经费严重不足,与健康教育工作职能不相适应。限于经费等原因,健康教育流于形式较多,敷衍了事,如社区医院健康教育形式单一,有的门诊只摆放一个健康教育资料架,放上几种简单的材料供就诊者索取。健康教育宣传资料的来源主要依靠上级业务单位制作下发,受到多重因素限制,很少根据本社区居民的实际情况设计制作适合本社区的健康教育材料,针对性不强。另外,健康教育工作人员的待遇相对较低,不利于专业队伍的稳定。科研经费投入相对较少,不利于

健康教育与健康促进学科的发展。

(五) 工作模式陈旧

健康教育与健康促进工作模式陈旧,形式单一,工作缺乏完善的评估系统和对效果的量化评价受政策、地域、环境、生活条件等影响。不同社区居民对健康需求、对健康知识和信息获取、以及能够接受的健康教育方式各有不同,其需要改变的不良行为和生活习惯也不相同。因此,要通过深入调查研究、评价,找出本地区急需解决的主要健康和卫生问题,从而明确健康教育与健康促进工作内容,对症下药、因材施教。目前,绝大多数健康教育与健康促进效果评价工作停留在以问卷形式调查居民的健康知识知晓率和健康生活方式行为形成率,忽视了对居民的健康教育需求评估、对健康教育活动的反馈意见的收集和对居民健康相关行为变化的关注,同时对评估结果的利用率不高,导致了受众对健康教育的实际效益认同度不高。另外,对已有的居民健康档案利用率不高,很少在此基础上进行科学的社区诊断和评价工作,不利于有针对性地开展健康促进干预。

(六) 不注重健康教育项目的可持续性评价

由于人员、经费等多方面原因,通常的做法是项目结束,评价也结束。对于健康教育项目结束后,外来经费资助撤离后,通过项目所建立的诸如组织机构、政策等运行机制是否能正常运作、干预措施是否还在发挥作用、项目对本地区产生的影响和经验对其他地区是否具有推广价值等,往往缺乏关注。使得许多有价值的经验得不到及时的总结、推广。从某种意义上来说是一种资源的浪费,不利于进一步争取项目,也不利于健康教育与健康促进工作的可持续发展。

（七）受众对健康教育认同度不高

一方面，社会与大众受传统就医观念、不良行为及经济条件等的影响，普遍存在着重医疗救治、轻健康教育；重寻医问药，轻健康行为改变的心理，对疾病的认识不足，自我保健意识淡薄。如在社区卫生服务中心，居民对其需求仅限于求医治病，对开展的健康教育活动不接受或持怀疑态度，居民接受健康教育的过程大多数是被动的过程。另一方面，多数医院领导对健康教育工作重视度不够，管理理念以效益为主，缺乏宣传健康知识理念的热情；医务人员对健康教育工作的自觉性和责任心不够，只是被动地接受上级机构的任务分配，主动开展有特色的、针对性强的健康教育活动较少，导致社区居民参与健康教育活动的积极性不高，参与意识不强，综合认同度不高。

综上所述，把健康教育与健康促进工作纳入地方政府工作的议事日程，通过制定健康教育与健康促进公共政策，创造有利于健康教育开展的支持环境，加强健康教育组织机构建设，增加健康教育经费投入和多渠道筹资，优化健康教育工作人员配置，加强工作能力培训，强化健康教育服务职能和服务质量是我们开展工作的保障。

二、健康素养监测工作中的问题探讨

2008 年卫生部以公告形式发布《中国公民健康素养——基本知识与技能（试行）》，并开展了首次全国城乡居民健康素养调查，上海也为参与省份之一，至目前，上海市已经连续 9 年在全市范围内开展 15 ~ 69 岁居民健康素养调查，开展连续的居民健康素养监测，对掌握上海市居民健康素养水平动态变化趋势及其影响因素，为政府和卫生计生行政部门制定

健康相关政策提供了科学依据。由于我国在健康素养方面的研究起步较晚，各专业机构在实际工作中也遇到了种种困难和问题，主要表现在健康素养监测指标准确性、监测数据可比性和递减效应等方面。

（一）指标测量的准确性

健康素养监测数据已经成为健康教育政策制定、发展规划制定和重点工作领域确定的重要询证来源。监测数据是否准确，直接影响居民健康素养水平的真实反映。因此，研究构建符合我国国情的健康素养标准化评价指标体系和健康素养标准化试题库及标准化监测问卷尤为关键和重要。

1. 构建健康素养标准化评价指标体系

健康素养指标的确立应该能够准确反映一个国家在当今社会、经济、文化、教育、卫生体系等条件下公众健康素养水平，能够反映一个国家在当今社会综合因素对公众健康素养的影响和相互作用。

我国在健康素养具体测评上与欧美国家的侧重点有所不同。欧美国家在健康素养研究中，强调个体对健康信息的获取、理解、甄别和应用能力；我国健康素养研究更侧重于个体健康知识的储备、个体健康行为和健康技能的养成，主要从三方面来考察：是否具有基本的健康知识和理念；是否具有健康生活方式与行为；是否具有维护和促进健康的基本技能。同时，针对我国当前主要健康问题，又将其按六类健康问题进行分类，具体为科学健康观、传染病预防、慢性病预防、安全与急救、基本医疗和健康信息，并为此建立了评估体系。该体系主要是从公共卫生的视角出发，结合了行为改变理论中的知-信-行的理论，主要考察的是功能性健康素养。

我国健康素养评价指标体系由三级指标构成。一级指标有 3 个,分别为基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能;二级指标有 6 个,分别为基本理念、基本知识、生活方式与行为、卫生服务利用、认知技能、操作技能;三级指标有 20 个,分别为对健康的理解、健康相关态度、生理卫生常识、传染病相关知识、慢性病相关知识、保健与康复、安全与急救、法规政策、环境与职业、营养与膳食、运动、成瘾行为、心理调节、个人卫生习惯、利用基本公共卫生服务的能力、就医行为、获取信息能力、理解沟通能力、自我保健技能、应急技能。

2. 构建健康素养标准化题库及标准化监测问卷

我国标准化题库构建是以 2008 年出台的《中国公民健康素养——基本知识与技能(试行)》(以下简称《健康 66 条》)为出题依据,包括:《健康 66 条》的维度划分、各维度权重的确定、在维度细分基础上开发试题、每道试题难易度与区分度的确定、题型、题量的确定。理论上,保证随机生成的每一套健康素养问卷在覆盖面、维度权重、难易度、区分度、题型、题量等方面具有很好的同质性。针对近年来我国居民主要健康问题和健康需求的变化,国家卫生计生委组织开展对 2008 版的《健康 66 条》进行修订,于 2016 年 1 月发布了 2015 版健康素养 66 条,新版健康素养虽然整体框架(还是三大条:基本知识和理念、健康生活方式与行为、基本技能)和条目数量(总 66 条)没有改变,但内容进行了完善和更新(各框架内有调整)。重点增加了精神卫生、慢性病防治、安全与急救、科学就医和合理用药等内容。此外还增加了关爱妇女生殖健康,首度提出“健

康信息素养”包括健康信息的获取、甄别与利用等知识。

根据 2015 版健康素养 66 条内容改良的《中国公民健康素养监测调查问卷》题量上较旧版少,新版调查问卷增加了题型,提升了问卷的区分度;减少了题量;在测试角度上也发生了改变,分析维度增加,赋值更有区分度;增加了健康相关材料的阅读和理解力的考察,以及特定情景下的应对能力,弱化了态度题和一些受社会规范影响较大的行为题。

3. 健康素养判断标准

《中国公民健康素养监测调查问卷》得分达到总分 80% 及以上被判定具备基本健康素养。某方面健康素养水平,指具备某方面健康素养的人在总人群中所占的比例。判定具备某方面健康素养的标准:以参考某方面素养所有题目的分值之和为总分,实际得分达到该总分 80% 及以上者,被判定具备该方面的健康素养。据此,总分 80% 及以上基本知识和理念、健康生活方式与行为、健康技能三个方面的调查内容者分别视为调查对象具备这三方面的健康素养。总分 80% 及以上科学健康观、传染病防治素养、慢性病防治素养、安全与急救素养、基本医疗素养和健康信息素养六类别的调查内容者分别视为调查对象具备这六类的健康素养。判断标准见表 2。

(二) 监测数据的可比性

自 2008 年开展了首次全国城乡居民健康素养调查之后,各省市也相继开展了辖区内城乡居民健康素养调查,上海也不例外。但各地报告的健康素养水平差异很大,主要问题在于监测对象、抽样方法、样本量、监测方法、监测工具、评判标准等不统一,造成地区间数据缺乏可比性。

在现场监测工作中,调查信息的采集是否真实反映实际情况等,其受调查对象的年龄、文化程度、配合度和调查员自身的沟通能力、对问卷内容的把控和工作水平等多种因素的影响,因此,在项目开展前,必须制定科学

合理的实施方案,选派精干人员,开展分级培训;在实施过程的每一环节都必须跟进质量控制,及时发现问题解决问题,确保信息采集的真实、可靠、准确,确保调查数据的可比性。

表 2 具备健康素养的判断标准

内容	分类	题量	总分	判断界值(分)
健康素养		50	65	52
三方面	基本知识和理念	23	29	23
	健康生活方式与行为	15	20	16
	健康技能	12	16	13
六类健康问题	科学健康观	7	9	7
	传染病预防	6	7	6
	慢性病预防	10	14	11
	安全与急救	10	14	11
	基本医疗	12	14	11
	信息素养	5	7	6

注:以2014年国家成人健康素养监测问卷为例。

(三) 素养水平的连续增长与边际效应递减

“边际效应”也称“边际递减效应”它本是经济学中的一个重要概念,是指消费者在每增加一个单位消费品的时候,其产生的效用成递减速趋势。从人的生理和心理角度讲,人在接受某种信息时,开始的刺激大,从而满足程度就高。但不断“消费同一种信息,即同一刺激不断反复时,人在生理或心理上的兴奋程度或满足必然减少,这是人的一种主观感觉。

边际效应规律同样适用于健康素养促进领域。以上海为例,9年来,上海市民健康素养总水平呈连续增长趋势,素养总水平从2008年的6.97%上升至2016年的22.07%,根据边际效应递减理论,即总效用是不断增长,但最终将到达一个临界点,继续投入所产生的边际效益逐步减少并呈递减的趋势。可以看出,当针对健康素养干预投入增大到一定量时,居民健康素养水平的增长逐渐减

缓,甚至出现负向增长。因此,在实际工作中我们要寻求并较好地利用边际效应的正向作用。

1. 利用边际正效应现象,避免边际性递减

在开展健康素养促进活动中,我们要善于利用边际正效应现象。任何一个干预活动,初始阶段教育对象接受相关信息的效果最高,然后随着时间的推移逐渐降低,最后达到一个饱和点,即边际点。超过了这个点,教育(干预)对象将产生抵触心态。因此,我们在开展素养干预活动时要善于抓住时机,要学会“雪中送炭”;要深入社区,了解居民的迫切需要和问题,有针对性的及时伸出援助之手,使其需求得到满足,问题得到解决,往往能起到事半功倍的干预效果。另外,要不断尝试新的干预措施,即新内容、新方法、新形式、新手段等,充分发挥其正向作用。

2. 采用延迟评价手段,避免边际性递减

提高监测数据结果的利用率,根据监测数

据的结果,针对不同人群,不同健康问题,采取针对性的干预措施,提高干预效果。同时,在对干预效果评价时,采用以及时评价与延迟评价相结合的方法,评价出现的不同问题,避免出现“边际效应递减”。如健康素养维度之一的居民不良生活方式与行为的改变,其改变过程需要一个较长的过程,而知识与技能一般比较容易接受与掌握,其素养水平提高较快,可以采用及时评价手段,与之比较健康生活方式与行为素养水平提高相对迟缓,在干预评价中,我们不妨采取延迟评价的方法,有时效果会更好。

此外,不断扩大健康素养干预的覆盖面(惠及更多低素养人群),不但能够延迟边际效应递减的出现还能更快速地提高总体健康素养的具备率水平。

以供给侧改革的思路 促进上海市民健康素养的提高

傅华(复旦大学公共卫生学院/复旦大学健康传播研究所)

供给侧改革是当前经济发展和经济工作的主线。为什么要进行供给侧改革?因为目前经济发展所面临的问题一是投资带来产能过剩,二是产品多但品质不高,百姓消费热情低迷。因此,供给侧改革的目的是通过增加供给来满足或者引导需求,着力点是要优化现有供给结构、现有产品和服务功能,从而提高供给体系质量和效率。如果把供给侧改革放到我们健康教育与健康促进的工作中来思考,我们可以发现这些年我们有了很大的进步和发展,但是社会上对我们也有很多诟病。主要的批评是我们的产出和服务质量不高,导致百姓兴趣不高,效果低下。但现实是百姓对自己的健康越来越关注,抱怨找不到可靠科学有用的健康信

息。所以,可以看出,我们健康教育与健康促进所面临的问题和当前国际经济发展所面临的问题非常相似,也必须从供给侧改革来满足百姓的需求,从而提高百姓的健康素养。

促进健康素养的第一步首先要对健康素养有一个比较正确理解。这些年来,我国通过《健康素养 66 条》宣传普及以及“全国居民健康素养调查”等行动,健康素养在健康教育与健康促进专业人员已经比较熟悉。在第九届全球健康促进大会上,对将来健康素养促进提出了更高的要求,大会明确指出“健康素养不仅是指能够‘阅读宣传册子’、‘预约挂号’、‘读懂食品标签’或‘遵医嘱’”。早期,健康素养的概念基本上紧扣“literacy”一词的含义,即“读写能力和识字能力”上,并且常常用一般的文化程度来反映健康素养。然而,随着对健康素养的研究深入,发现一般意义的文化知识素养并不能代表健康素养。普通成人的实际阅读理解能力与健康相关信息交流所要求的标准相差甚远。健康素养不等同于文化程度。正如知识并不一定能转化为信念,信念也不一定能为行动一样,一个人的受教育程度并不一定能完全决定其是否具备维持健康的能力。健康素养是人们在进行与医疗服务、疾病预防和健康促进有关的日常活动时,获取、理解、评价和应用健康信息来做出健康相关决定以维持或提高生活质量的知识、动机和能力。这既需要信息接受者本人特定的认知能力,也取决于所提供信息的特性。个体的动机、主动性和理解力、健康信息的可读性和可理解程度、及时性和可信度都会影响健康信息的获取和使用;个体对信息的处理和评价会受到特定专业术语、信息的复杂性等影响;信息应用的有效则取决于个体对信息的综合理解力。因此,

健康素养并不只是健康知识,还包含能力、动机和认知层面:即公众在不同情境中具备自主地寻求、有效地运用健康信息所要求的知识、动机和能力,才是健康素养的核心所在。在我国,很多人只把健康素养理解为以卫生健康相关知识为主的层面上,把提高健康素养看成是宣传一些健康知识或让人们做做一些健康知识相关的测试题,这是有一定的局限性的。

鉴于健康素养是范围较广的技能和能力的综合体,所以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。从目前服务的人群来讲,由于其认知能力相对比较固定了,加强服务提供方的能力来促进健康素养的提升则为主要的路径,即采取加强供给侧改革的策略来提升人们的健康素养。因此,学校、健康教育与健康促进机构、卫生服务机构、企业等应主动地承担起提高人们健康素养的责任。尤其是决策者和投资者,他们具有较高的健康素养水平则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。具体的策略有:

一、学生健康素养

儿童青少年正处于生理、心理和认知改变的关键发育时期,其认知能力、处理信息能力、思考抽象概念能力、逻辑推理能力都处于迅速发展阶段,是人一生中养成健康生活习惯的关键时期。虽然相对于成人,青少年较少使用医疗卫生服务,但随着近些年青少年不健康行为的流行、肥胖和糖尿病等慢性病的高发趋势,我们应更加清醒地意识到青少年时期是生命全程中主动参与到医疗保健服务的开端。同时,青少年是现代各种信息传播技术的重要接触群体,他们往往通过这些途径来接触健康教

育和卫生保健服务信息,并与周围环境形成互动。在早年进行健康素养干预,提升健康素养,会对青少年获取知识、养成良好的行为模式产生直接积极影响,这些行为习惯也会伴随他们进入成人期。因此,加强学校健康教育与健康促进,提高学生健康素养是促进全民健康的重要策略之一。

(一) 发展多元的健康教育方法

应积极运用参与式教学方法。例如让学生及时反馈、学生间相互讨论等,帮助学生获取、理解和使用健康信息。同样,在班级中使用参与式教学方法也能促进学生和教师间的交流,并与同伴间形成良好的课堂氛围,这些均有助于健康信息的传递。除传统教学授课的方式外,通过互联网干预是改善青少年健康素养不足的有效途径。学校需对应健康素养四维度(获取、理解、分析评价和运用)将特定的方法运用到特定的教学中。学校在实施提高健康素养培育项目时,必须考虑学生的需求,事先了解清楚项目实施过程中可能遇到的问题,包括当地政策是否支持、项目课程和学习环境可及性如何等,避免在实施过程中成为阻碍。

(二) 推进健康促进学校

重视学校健康氛围的营造,加强有益于学校师生物质环境和政策等的支持性环境的建设,从学校健康教育课程和活动、学校设施设备改善和多部门合作等多个环节来提升学生健康素养水平。

二、患者健康素养

人患病后,急迫需要了解很多和自己本身疾病的相关信息来解答所存在的疑问:这病为什么发生在我身上?发病的原因是什么?严重吗?我要怎么做才能治好病?等。尽管随

着信息技术的发展,健康信息随处可见,但有限的知识、语言及教育可能使有些人难以理解纷繁复杂的健康信息。很多人到一个医院以后都无所适从。我应该怎么看病?医生讲了以后我应该怎么做?很多人都不清楚。在看病的过程中,患者往往由于他们自身有限的阅读和理解能力而带有负性的情感和情绪,并以各种的方式来掩盖自己这有限的的能力;而医疗环境也常常用一些专业的语言使得患者难以阅读和理解。现在我们的医院布局和各种技术的使用使整个系统非常复杂,从而对人们技能的要求越来越高。加上患者得病后的压力或羞耻感也可能影响患者理解及表达健康问题的能力,进一步加剧了信息的获取、理解、评价和应用。有关的研究表明,医务人员对患者讲的医嘱,几乎一半的患者所记住的是错的,也就是说医生教给你和你真正做的东西不一致。所以,早在 1999 年,美国医学会健康素养委员会在 JAMA 发表的健康素养报告,直接把健康素养定义为:在医疗环境下执行基本的阅读、计算等相互影响的一系列能力,主要表现在医患沟通、用药管理和知情同意等方面。这里的健康素养所涉及的计算能力是指患者有需要运用数学计算来执行医嘱的能力,如按照多少剂量服用、计算 BMI 监测是否超重、计算所摄入的食物的热量总和等。可见,健康素养起源于医疗服务中患者阅读、理解、计算能力对医患沟通的影响,以及患者对医嘱的理解与执行能力的关注。

强调供给侧改革,则首先卫生系统和医务人员要认识到他们所服务人群的健康素养是参差不齐的,很多时候卫生服务的很多方面不能适应低健康素养的患者。因此,要建设一个健康素养型的医疗机构,保证患者的信息获

取,使医-患之间有清晰、互动、有效的交流,并致力于优化医患沟通,使更多的社会弱势群体实现卫生服务可及性,提高其满意度、质量和安全性;同时减少不必要的病人的痛苦和费用;增强医务人员的幸福感;并能提高其风险管理概况。

医务人员有义务责任为患者提供简单、清晰和通俗易懂的医疗卫生信息,并确保患者在结束与自己交谈前已经理解了所提供的信息。

医生应以如下的原则来与患者和家属沟通:

- 应用通俗易懂的话;
- 讲话要慢;
- 把长的句子分成几个短句来说;
- 着重讲 2-3 重要的问题或要点;
- 应用“复述”的方法核对患者是否已经理解。

三、一般人群的健康素养

首先要特别关注脆弱人群。最贫穷和最受排斥人群,因为他们不仅生存机会(包括婴儿死亡率、婴儿营养状况等)存在不平等,在受教育和获取健康服务方面,以及使用基础设施和其他公共服务方面存在巨大不公平;他们的生活、工作、学习和娱乐的环境也会存在更多对健康有害的因素,导致他们中的疾病发生率明显高于其他人群,结果是最缺乏能力支付多方面疾病费用的人群也正是最有可能要承受这些费用负担的人群。由于他们周遭的物质和社会环境,形成了无知-无助-无力的恶性循环,促进了因病致贫和因贫致病的加剧。因此,对健康意识较低和(或)健康知识较少的人群加强健康教育和健康知识普及,提高他们的健康素养,让他们有能力做出符合自身健康的决定(增权),打断无知-无助-无力的

恶性循环,从而减少健康及其之外其它方面的不公平现象。比如,阴道炎是中国贫穷落后地区妇女的一种常见病,但很多妇女得病后都没有去看病。朱明诺等人在四川农村地区妇女开展阴道炎防治项目结果表明,通过应用恰当的健康教育方法提高该地区妇女的健康素养,创造合适的支持性环境,使这些妇女增权,就能大大地改变了患病妇女的就医行为,有效地提高了阴道炎的防治效果。

另外,对普通大众应特别强调图片健康警示提高健康素养的作用。很多研究业已证明,在烟草制品包装上设计良好的健康警示和信息是提高对烟草使用健康危害的公众意识、减少烟草消费和应对健康不公平的一种重要和行之有效的政策措施。与基于文字的警示相比,大面积的图片健康警示在警告消费者注意烟草制品健康危害(包括严重程度和范围)方面具有更大的影响,同时还可以克服识字率尤其是识字率低下的群体、儿童和青少年等人群方面的挑战。除了烟草包装外,图片警示还可用于其它危害健康的制品,如食品采用红绿灯标签、含钠过多的餐馆食品警示标签等,可以避免消费者书面营养标签或文字警示潜在的语言障碍问题。

四、投资者和决策者的健康素养

在推进“将健康融入所有政策”的实践中,投资者和决策者是关键。他们在所辖领域进行决策的过程中,高健康素养的投资者和决策者,他们有能力去思考、评判该决策是否对健康有影响,最后有能力做出有益于健康选择的决定。这样的决定将会对该政策所涉及人群健康起到决定性的作用,普惠性的健康决策也将

大大地减少健康不公平。所以,除了提高公民的健康素养外,尤其需要提高决策者、投资者和专业人员的健康素养,使决策者能更加自觉地“将健康融入所有政策”;使投资者、企业家、商家更加自觉地承担起健康的社会责任,生产和销售更有利于健康的产品;使医务人员既能为患者治疗,还要在医患沟通中为患者答疑解惑,让他们能清楚明白所患的疾病和做出符合自身健康管理的决策和行动;使学校的教师能把健康融入整个教育的过程中,培养学生具备健康相关的理论和实践能力以及批判性思维、自我反思和公民意识的素质。

提高全民健康素养,需要全民的共同努力。正如第九届全球健康促进大会文件所指出的,政府制定促进健康素养的政策和计划,包括持续的资金供应、系统性的干预和监测,争取双赢的跨部门工作,以及履行义务,为人们提供准确的最新信息。民间社会应积极参与过来一起工作,根据自身不同的专长、经验和能力开展以社区为基础的健康传播和其他提高健康素养的工作,从而能对身处不同生命阶段以及各种场所和环境的人们产生影响。媒体(包括社交媒体)作为健康素养信息的重要平台,应积极引导青少年的理想和热情,并遵守道德标准以保证信息的准确性,从而支持,而不是蹂躏人们的健康权。社区领导者应加强信息的交流,及时地通报有关健康的风险。研究和学术机构应制定和改进测量健康素养的方法,收集、整理和传播健康素养干预的最佳案例,并提供证据说明哪些措施有效,在什么情况下有效,以及为什么有效。专业机构应制定健康素养的干预与测量规范和工具,支持政府把促进健康素养纳入各个部门的政策中。

◀ 调研与分析 ▶

上海 0~3 岁家庭育儿现状与需求调查研究

张 苹 胡 琪

在终生教育理念的影响下,教育正在向两头延伸。早期教育对人的一生发展有重要影响,这已经成为不争的事实,因此,对0~3岁婴幼儿早期阶段的发展与教育的关注,已经成为一种世界的趋势。在我国,0~3岁婴幼儿教育起步较晚,从上个世纪末开始逐渐受到重视。近年来在我国,随着我国经济的高速发展、人民生活水平的显著改善,以及人口素质的提高,0~3岁婴幼儿早期阶段发展的重要性也越来越得到人们的认可,关于该阶段的教育研究也紧随其后,无论是在早期教育机构还是家庭内部,针对0~3岁婴幼儿的早期教育实践都显现出新的特点,婴儿早期教育也成为了社会各界的一个热门话题。同时,家长们渴望获得更加科学和适当的教养方法。因此,本研究以城市为背景,以婴幼儿家庭为研究对象,试图对当代城市0~3岁婴幼儿家庭的育儿现状进行一番了解和审视,并进行全面地描述与分析,探究上海0~3岁家庭育儿存在的问题与需求,为有针对性地提出科学育儿指导提供实证。

一、调查方法及样本分布

1. 调查方法

本研究使用自制《上海市0~3岁家庭育儿现状与需求调查问卷》。调查自2016年4月26日开始至2016年5月26日结束,历时一个月。调查对象为上海市0~3岁(具体要求为

2012年9月1日以后出生)婴幼儿的父母。调查内容包括①婴幼儿基本情况,包括月龄、性别、是否独生子女、父亲(母亲)教育程度;②家庭基本情况,包括家庭形态、年收入、户籍等;③带养情况,包括共同居住时间、主要带养人、带养方式等;④育儿理念;⑤育儿主要支出,包括教育支出和生活支出等;⑥育儿需求,包括政策需求、托儿服务需求以及育儿指导需求。

调查对象的选取方法采用滚雪球抽样。滚雪球抽样是指先随机选择一些受访者并对其进行实施访问,再请他们提供另外一些符合本研究调查条件的调查对象,根据所形成的线索课题组选择此后的调查对象。具体而言,本次调查由课题组成员分别发送给熟悉的0~3岁婴幼儿的父母,再请他们将调查问卷转发给他们的朋友,为了保证调查对象的准确性,要求他们的朋友不再继续转发。

调查依托问卷星(企业版)平台开展,通过手机微信填写并提交电子问卷。质量控制方法包括:(1)问卷内容不公开(内部调查,防止被搜索引擎检索),不能公开转发到朋友圈、微博等平台。(2)为防重复填写,同一电脑/手机用户最多只能填写1次问卷,并要求提交答卷时使用验证码。(3)限定填写的出生时间和网络IP,出生日期不在要求范围和非上海IP在问卷提交后,由系统自动识别为无效问卷并剔除。共有418名手机微信用户

参与本次调查,剔除7份无效问卷后(出生时间晚于调查时间),共收到有效问卷411份。

2. 样本分布

根据对调查数据的统计汇总,被调查对象的样本分布如下:

从调查对象自身来看,年龄主要分布在26~40岁之间,极小值22岁,极大值43岁,均值31.99岁;以母亲为主,占80.54%;受教育程度以大学专科、大学本科和硕士研究生为主,高学历者较多。

从调查对象家庭情况来看,纯本地婚姻占32.85%,两地婚姻占13.39%,纯新上海人婚姻占53.76%;家庭年收入较高,11~20万占30.90%,21~30万占17.03%,31~50万占24.57%,50万及以上占15.33%;大多数家庭形态(结构)为大家庭(与子女、配偶、自己或配偶的父母同住),占64.72%;

从调查对象子女情况来看,子女性别男孩占53.77%,女孩占46.23%;大多数家庭只有1个孩子(80.29%),2个及以上家庭占19.71%;月龄分布较平均,0~12个月占35.30%,13~24个月占31.85%,25~49个月占32.85%。

基于滚雪球抽样的局限性以及人以群分的社会交往特点,调查对象具有一定的相似性。其中,从调查对象的学历和收入分布来看,本次调查对象的学历和收入都相对较高,可以看作本研究是针对高学历和高收入群体的分析,这也是本研究的一个特点。

二、调查结果分析:0~3岁家庭育儿现状

本部分利用SPSS对问卷调查的结果进行统计分析,从育儿成本(包括育儿经济成本

和育儿机会成本)、育儿理念以及育儿模式四个角度分析当前0~3岁家庭育儿现状。

(一) 育儿经济成本:教育支出和生活支出

对于养育0~3岁婴幼儿,育儿经济成本主要集中于教育支出和生活支出。

1. 教育支出

0~3岁婴幼儿在教育方面的支出主要包括早教班、托儿费、兴趣班费、书籍玩具费等。考虑到0~3岁婴幼儿不同的年龄特点和教育需求,在分析教育支出时将婴幼儿分为婴儿组(0~1岁)和幼儿组(1~3岁),下同。调查结果显示,上海0~3岁婴幼儿的教育支出状况呈现以下几个特点:

第一,受访者在过去一年中平均每月为孩子在教育方面的支出费用占比最高的是低于500元/月,占37.47%。同样,幼儿组样本显示也是占比最高的为低于500元/月,占30.45%。但是,横向比较后者低于前者。幼儿组样本在支出较高组的教育支出方面均高于全部样本,表明剔除婴儿组样本,与全部样本相比,幼儿组的教育支出呈增长趋势。

第二,非独生子女的教育支出与独生子女相比,相对较低。在低于500元/月和500~999元/月两个较低的教育支出档次中,非独生子女所占比重均高于独生子女;而在1000~1999元/月和2000~2999元/月两个较高的教育支出档次中,非独生子女所占比重均低于独生子女。这一结论在全部样本和幼儿组样本均适用。另外值得注意的是,在每月教育支出高于4000元/月的档次里,非独生子女所占比重高于独生子女,表明养育两个孩子的家庭里收入较高的家庭较多。见图1。

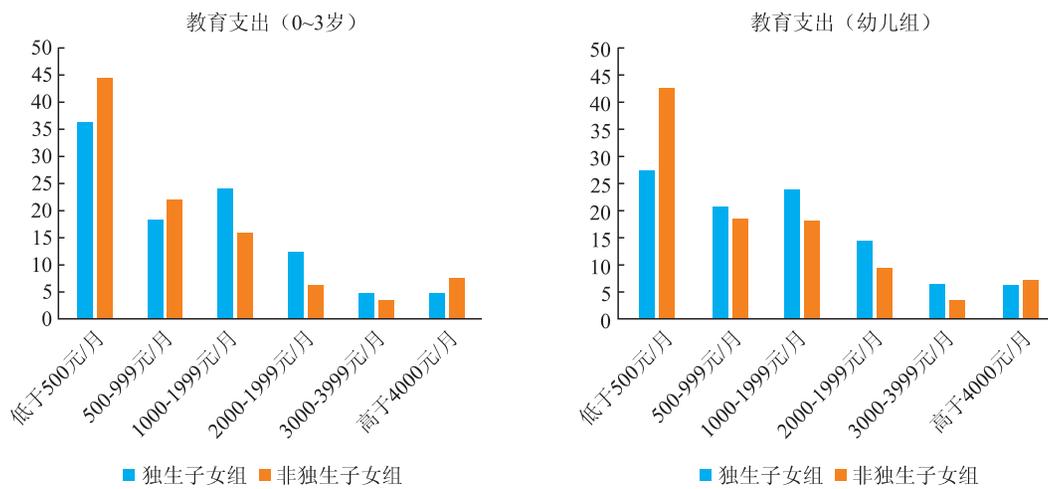


图 1 在过去的一年中平均每月为孩子在教育方面的支出

第三,教育支出随着婴幼儿年龄的增长呈上升趋势。表现在:(1)未来一年内计划平均每月为孩子投入的教育投资额占比最高的不再是低于500元/月,而是1000~1999元/月,分别占全部样本和幼儿组样本的31.14%和30.08%,两者

差别不大;其次是2000~2999元/月,分别占全部样本和幼儿组样本的19.95%和21.80%。(2)教育支出与婴幼儿年龄显著相关,相关系数为0.265**,表明随着婴幼儿年龄的增长,教育支出呈上升趋势。见表1。

表 1 孩子月龄与教育支出的相关性

		孩子月龄	在过去的一年中平均每月为孩子在教育方面的支出费用
孩子月龄	Pearson 相关性	1	0.265**
	显著性 (双侧)		0.000
	N	411	411
在过去的一年中平均每月为孩子在教育方面的支出费用	Pearson 相关性	0.265**	1
	显著性 (双侧)	0.000	
	N	411	411

** .在0.01 水平 (双侧) 上显著相关。

2. 生活支出

养育0~3岁婴幼儿的生活支出较高。在过去一年中,平均每月为孩子在生活方面的支出费用占比最多的主要是为1000~1999元/月和2000~2999元/月,分别占39.17%和22.38%,共计六成左右。分独生子女和非独生子女来看,非独生子女平均每月的生活支出在两头,即较低档(低于1999元/月)和较高档(高于4000元/月)所占比重均高于独生子

女,而在中间档(2000~3999元/月)则是独生子女高于非独生子女。

(二) 育儿机会成本: 对女性职业发展的影响以及对生活方式的改变

机会成本是经济学原理中一个重要的概念,是指为了得到某种东西而所要放弃另一些东西的最大价值。为了养育孩子,父母不仅需要投入大量的金钱和精力,而且可能影响到自己的工作并不得不“牺牲”部分闲暇

生活，付出“机会成本”的代价。

调查发现，育儿付出的机会成本，对于女性和非独生子女家庭更高。0~3岁婴幼儿的父母为了照顾孩子，放弃个人培训和晋升机会等现象均不同程度的存在。分性别属性来看，除了部分女性因为孩子主动辞职做全职妈妈外，职场女性放弃个人职业发展机会的现象也比男性更为严重。在331名女性受访者中，选择为了家庭经常放弃个人发展机会

的有117名，占全部女性受访者的35.35%，这个比例说明平均每3名职业女性中就有一名曾经为家庭放弃过自己的事业。在80名男性受访者中，选择为了家庭经常放弃个人发展机会的有6名，仅占全部男性受访者的7.50%。这一对比，充分说明职业女性家庭对女性的职业发展产生巨大的影响。根据被调查者填写的放弃原因，进一步发现职业女性为家庭放弃事业的主要原因是孕期及照顾两岁内的婴儿。

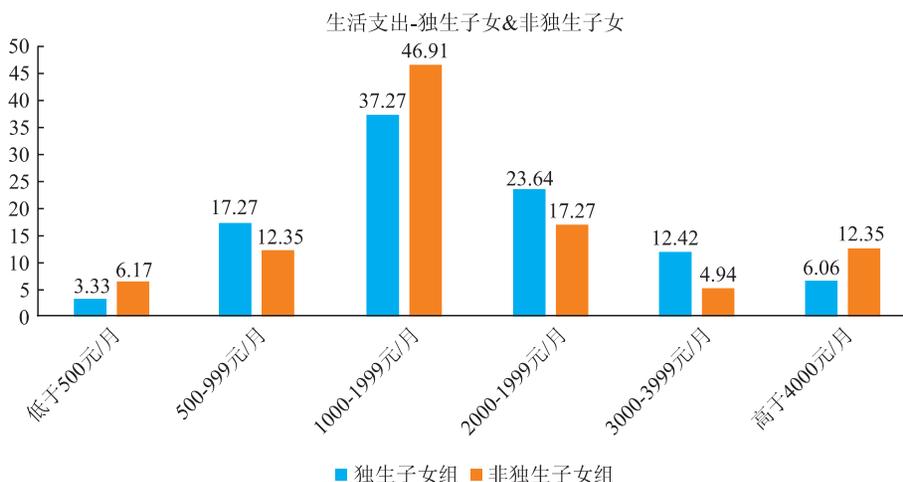


图2 在过去的一年中平均每月为孩子在生活方面的支出费用 (n=411)

从独生子女属性来看，非独生子女家庭的父母放弃个人职业发展机会的现象比独生子女家庭更为严重。非独生子女家庭的受

访者选择经常放弃个人职业发展机会的占48.15%，独生子女家庭为25.45%，前者是后者的近2倍。见表2。

表2 是否经常放弃个人发展机会

		性别属性			独生子女属性		
		男	女	合计	独生子女	非独生子女	合计
是否经常放弃个人发展机会	否	92.5	64.65	70.07	74.55	51.85	70.07
	是	7.50	35.35	29.93	25.45	48.15	29.93
	合计	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

(三) 育儿理念: 重视对孩子的陪伴和付出、重视早教班兴趣班

1. 重视对孩子的陪伴和付出

是否和孩子同住，是衡量对孩子陪伴和付出的重要指标。从居住方式来看，在被调

查的0~3岁家庭中，大多数家庭都是父母与孩子同住，65.21%的家庭父母与孩子“基本全部时间都生活在一起”。但仍有21.66%的家庭值得注意，他们跟孩子生活在一起的时间“明显少于一半”或“约等于一半”，表

明对孩子的陪伴不足。

从陪伴时间来看,父母较为注重“有效陪伴”,母亲的有效陪伴时间明显多于父亲。调查显示,父母平均每天有意识陪伴孩子的时间(如陪他一起玩、看图画书、讲故事或其它活动)大部分能保证在30分钟以上。母亲的“有效陪伴”时间明显多于父亲。平均每天2小时以上的有效陪伴时间母亲为52.8%,父亲为24.09%;1~2小时母亲为26.52%,父亲为23.36%;30分钟~1小时母亲为13.38%,父亲为21.41%。不足30分钟的有效陪伴时间,父亲所占比重明显多于母亲。

2. 重视早教班、兴趣班

在孩子的所有支出中,选择最多的两项分别是早教班、兴趣班等(65.69%)、食品(62.29%),选中率均在六成以上,明显高于其他选项。其次是服装、托儿费或者保姆费、娱乐旅游,选中率分别是34.31%、34.06%和32.12%。其中,独生子女和非独生子女家庭的选择存在一些差异,具体而言:

独生子女家庭更加注重精神方面的支出。在早教班、兴趣班的选择上,独生子女家庭的选中率(66.67%)要高于非独生子女家庭(61.73%)。一方面是由于独生子女家庭相对更有余力重视对孩子早教及兴趣的培养;另一方面访谈发现,现实中多数二孩家庭并不会选择让第二个孩子上早教,因为他们认为,与自己家里的哥哥(姐姐)的日常相处就可以充分锻炼二孩的智力发展、动作发育、社交能力等,是最省钱而有效的早教。同样,生活用品、玩具、服装、书籍等项目也是独生子女家庭高于非独生子女家庭。

非独生子女家庭更加注重物质方面的

支出。在托儿费或保姆费的选择上,独生子女和非独生子女家庭差别很大,独生子女的选中率为30.91%,非独生子女的选中率为46.91%,后者比前者高16个百分点,表明非独生子女家庭随着子女数的增多,在孩子带养方面的需求增多。另外,旅游和食品支出项目也是非独生子女家庭高于独生子女家庭。

(四) 育儿模式: 家庭带养模式

由于城市生活节奏快,工作繁忙、压力大,加之婴幼儿自身发展的特点,在生活上需要特别地照料。种种原因导致绝大部分父母不能独立承担起照料婴幼儿的责任。调查发现,婴幼儿家庭的带养模式包括四种模式:一是祖辈带养已成为当今城市婴幼儿家庭带养中的主要模式,占有调查对象的69.59%。祖辈带养又可根据家庭居住情况又分为三代同住和不同住两种。二是随着中国2013年和2015年相继宣布放开单独二孩和全面二孩后,更多生育二孩的妈妈选择留在家里照顾孩子。本次调查的411个样本中,有66名受访者自己带养孩子,其中41名是全职妈妈,占有调查对象的10%。值得关注的是,在“全职妈妈”的比例中,受过高等教育的知识女性越来越多。三是,还有的0~3岁婴幼儿家庭由于没有祖辈帮忙,而选择与保姆共同带养孩子,虽然在本次调查中所占比重不高,只有4.63%,但这仍然是目前婴幼儿带养的一种较为常见的方式。四是,有43名受访者的孩子在上托班,占有受访者的10.50%。其中,0~12个月龄的宝宝占6.98%,13~24个月龄的宝宝占23.26%,24~49个月龄的宝宝占69.77%。表明随着婴幼儿年龄的增长,家庭对托儿服务的需求在增加。

三、上海 0~3 岁家庭育儿存在的问题、困境与需求

本部分在对调查结果分析的基础上,结合访谈资料和相关文献,剖析上海0~3岁家庭育儿存在的问题、困境与需求。分析发现,上海0~3岁家庭育儿主要存在三大压力和三大需求。三大压力即经济压力、女性自身事业上发展的压力、照料子女的压力,三大需求即对育儿政策的需求、对托儿服务的需求和对育儿指导的需求。

(一) 家庭育儿经济压力大

总体来看,受访者表示养育孩子的经济压力太大。其中,表示“有很大压力”的占19.95%，“有一些压力”的占66.67%，表示“没什么压力”的仅占13.38%。

分独生子女和非独生子女来看,养育非独生子女的经济压力相对独生子女更高。表示“有很大压力”的非独生子女占25.93%，独生子女为18.48%。

分户籍和非户籍来看,非户籍人口呈两极分化。表示“有很大压力”和“没什么压力”的都是非户籍人口相对户籍人口更高,其中“有很大压力”的非户籍人口占21.7%，户籍人口占17.9%，“没什么压力”的非户籍人口占15.8%，户籍人口占10.5%。见图9。

(二) 女性养育子女付出的机会成本高

虽然我国已基本消除了对女性就业的公开歧视,但隐形歧视仍然普遍存在,全面二孩政策的实施有可能加剧这种隐形歧视,使得女性就业局势更加严峻。一是职业女性面临“生与升”的抉择。据权威数据,目前符合全面二孩政策的对象有9000万左右,其中60%在35岁以上,50%是在40岁以上。35

岁以上职场女性基本上已是单位的骨干,如果生育二孩,她们的职场前途或许受到不公平的对待和损害,如将其列入重点培养人之外、停滞正常的职务晋升、原有的岗位被替代等。二是重返职场陷入劣势。对于生育一孩休整了3~12个月想重返职场的30~35岁年轻妈妈,若计划3年内生育二孩,职场发展基本中断,生育二孩可能导致她们无奈地选择做“全职太太”。三是因生育权益失去就业机会。女性生育需求及权益客观上与营利为目的的企业会有冲突。对未婚未育的女性,企业可能因为要负担女员工两次生育导致公司劳动力成本增加,而不愿意招聘,索性直接排除在外。四是由于性别差异遭遇不公平待遇。调查显示,14.1%的受访者表示遭遇过“因性别而不被录用或提拔”,20.4%表示遭遇过“男女同工不同酬”,8.3%遭遇过“女性因结婚/怀孕/生育而被解雇”。

(三) 家庭照料子女的压力大

对于0~3岁家庭所面临的最大的困扰并非经济压力,对0~3岁婴幼儿的照料是更大的困难,尤其是二孩家庭面临的其实是“育儿难、育两孩更难”的困境,众多二孩家庭将“没人带”列为要二孩的最大困难。

1. 家庭支持不足

最易获取的支持应属家庭内部的支持,主要包括配偶支持和代际支持。但是一方面由于受到传统性别分工制度的影响,男性承担的家庭责任较少,男性更多的是将个人的精力花费在工作中,导致职业女性能够得到的配偶支持较少;另一方面,随着家庭模式的变迁,家庭规模逐渐缩小,亲属支持网络的削弱,同时以及老龄化和晚婚晚育的发展,导致职业家庭可以获得的代际支持不断

减少。

2. 公共服务支持不足

在计划经济时代, 各级各类单位组织代表国家为职工及其家庭提供多方面的社会生活服务, 设置托儿所、学校、食堂等公共服务设施, 基本满足了职工及其家庭各方面的生活需求。改革开放后, 单位职能转变, 原本由单位提供的公共服务进行社会化和产业化, 但是在市场经济的大背景下, 公共服务实际走上了市场化道路。单位制度的废除实际上弱化了国家的公共服务责任, 这些责任如婴幼儿的照顾都相应地回归家庭, 家庭福利责任加强。访谈了解到, 0~3岁婴幼儿家庭在子女照料方面, 能够获得的公共服务支持几乎没有, 只能寻求家人、领导、同事、朋友的帮助。这样的现象实则反映了以政府为主体实施的基本公共服务没有深入到家庭照顾层面, 将本应该公共领域关注的婴幼儿照料问题都“私化了”, 把这些责任抛给了家庭, 由家庭本身来完成。

3. 女性照料压力大

女性是生育的直接载体, 承担着生育和养育孩子的重要责任, 在绝大多数女性的生命历程中, 生育和养育孩子是其必经的也是最为重要的历程之一。在生育期和子女的婴幼儿期, 女性作为母亲不仅是生理上客观需要承担责任, 而且心理上也具有扮演好母亲角色的强烈需求。当家庭支持和公共服务支持不足的情况下, 充当家庭照顾者角色的女性的负担沉重, 甚至当工作——子女照料冲突升级的时候, 部分职业女性则选择放弃工作回归家庭, 这一点在问卷调查和访谈中都有所体现。

通过访谈资料的整理发现全职妈妈辞职

回归家庭的现象, 主要基于两方面的原因: 一部分是迫于现实。由于中国老龄化加剧以及普遍晚婚晚育, 祖辈对于抚养二孩显得有心无力, 而日益高涨的聘请保姆或育儿嫂的价格更令很多家庭吃不消。此外, 也有部分女性主动选择回归家庭, 她们意识到经营好家庭、教育好孩子也是一件了不起的事业, 比职场的成功更重要。从调查问卷的统计分析来看, 迫于现实非自愿被动成为全职妈妈的占36.59%, 自愿主动选择回归家庭成为全职妈妈的占56.1%。全职妈妈有很多的精力来抚育、教育孩子, 对孩子的成长具有有利的影响。

4. 育儿政策支持不足, 父母假期太少

对于孩子交由其他人带养的满意度调查, 只有13.04%的父母表示“非常满意”, 62.90%选择“基本满意”, 选择“不太满意”和“很不满意”的分别占22.32%和1.74%。而调查问及“如果可以自由选择, 您觉得0~3岁孩子哪种带养方式最理想”, 选择最多的是“父母自己独立照料”, 占43.8%。调查反映出年轻父母对于0~3岁儿童养育的重视程度和他们难以兼顾养育与工作的压力, 希望有更充分的养育时间支持, 即对父母假期的期望, 但现有政策远不能满足。以上海为例, 当前主要的父母假期包括三类:

(1) 产假

正常情况: 上海产假: 98天

特殊情况: 难产(包括剖宫产、产钳、臀位助产等)的增加产假15天; 生育多胞胎的, 每多生育1个婴儿, 增加产假15天。

待遇: 女职工产假期间的待遇由生育保险支付, 主要包括两部分, 分别是生育生

活津贴和生育医疗补贴。

(2) 生育假和配偶陪产假

全面二孩实施后, 2016年《上海市人口与计划生育条例》(修正案)对生育假和配偶陪产假做出了新的规定。一是将原《条例》规定的晚育假调整为生育假。原《条例》规定, 除享受国家规定的产假外, 增加晚育假30天; 《修正案》改为, 符合法律法规规定生育的妇女, 除享受国家规定的产假外, 还可以再享受生育假30天。二是将原《条例》规定的晚育护理假调整为《条例》规定的配偶陪产假: 原《条例》规定晚育配偶享受晚育护理假3天; 《修正案》改为, 男方享受配偶陪产假10天, 增加了7天。

待遇: 生育假享受产假同等待遇, 资金渠道从生育保险基金支出, 如生育保险基金出现缺口, 由市级财政按规定程序进行弥补。工资按照本人正常出勤应得的工资发给, 由用人单位承担。

(3) 哺乳假

女职工生育后, 若有困难且工作许可, 由本人提出申请, 经单位批准, 可请哺乳假六个半月。

待遇: 根据原市劳动局《关于〈上海市女职工劳动保护办法〉中有关问题的解释》, 六个半月哺乳假的工资按本人原工资的百分之八十发给。

这样的假期制度, 有以下两点显著不足: 其一, 女性短暂的4个月左右的产假和生育假结束后, 基本不享有父母假。即使母亲可申请哺乳假六个半月, 但由于单位性质和职业发展的因素, 通常很难实现。其二, 缺乏父亲假期。根据最新规定, 父亲唯一能享受的是配偶陪产假10天。这一父母假制度,

显然制约着职业父母参与早期儿童抚养, 特别是父亲。当然, 育儿政策往往具有国家性, 一个地区往往很难做大范围的修改或调整, 但本次调查清晰地显示出父母参与早期养育的困境, 值得有关部门给予关注。

(四) 养育孩子的需求旺盛

上文述及, 如果可以自由选择, 0~3岁婴幼儿家庭认为“父母自己独立照料”是最理想的带养方式(占43.8%), 所以普遍希望在政策上给予父母以政策支持, 特别是育儿假期的增加与完善; 同时随着全面二孩政策的实施, 对于补贴育儿费用的呼声高涨。由于时间、精力以及儿童成长需要等方面的原因, 对政府开办公办性质的早托班, 提供托儿服务支持的需求也很高。同时, 很多新手妈妈在育儿指导方面也有需求。

1. 对育儿政策的需求, 期待经济补贴和育儿假期

在国家出台“全面二孩”政策之后, “经济压力”和“时间精力限制”已成为影响市民生育意愿的主要障碍, 其选中率分别为74.0%和55.6%。0~3岁早期儿童家庭对育儿政策的需求集中在提升父母养育孩子的育儿时间和经济能力上。调查显示, 精力限制与经济压力是影响市民生育意愿的主要障碍, 延长产假和经济津贴是最受期待的育儿支持政策。

从父母育儿时间角度来说, 受访者对于育儿政策的需要, 集中在“父母假期”这一核心问题上, 特别是在女性产假、劳动保护以及父亲抚养假等三方面的需求更为强烈。调查显示, 有98.2%的人赞同“延长产假”, 97.4%的人希望“延长哺乳假”, 96.9%的人希望“加强对育龄女性的劳动保护”, 96.9%

的人希望“增加母亲抚养假”等。同时，有94.5%的人希望“延长父亲的陪护假”，92.8%的人希望“增加父亲的抚养假”。

从父母育儿能力角度来看，受访者认为最需要的政策更倾向于经济支持，如补贴育儿费用。随着全面二孩政策的实施，养育2个孩子的家庭越来越多，二孩家庭育儿的经

济压力随之大幅增长。选中“希望补贴育儿费用”的204名受访者中，其中1个孩子的占38.27%，2个孩子的占52.42%，表明养育2个孩子的家庭经济压力更大。对于育儿补贴的选择，具体包括两孩生活补贴、生育津贴、托幼补贴以及二孩家庭房屋置换税费优惠等。

表 3 您希望国家 / 政府 / 社区为 0 ~ 3 岁孩子养育提供哪些服务

选项	小计	比例
公办性质的早托班	287	69.83%
延长母亲产假时间	264	64.23%
对养育人培训与指导	129	31.39%
0~3 岁婴幼儿早期启蒙教育	231	56.2%
补贴育儿费用	204	49.64%
其他	7	1.7%
本题有效填写人次	411	

2. 对托儿服务的需求，期望减轻家庭照料压力

随着儿童年龄增长，家庭对于社会性看护的需求增强。调查发现，除了10.5%正在上托班以外，还有218名受访者打算让孩子上托班，占53.00%。上托班的原因除了少部分是由于“家里没有人带”被迫上托班（12.4%），更多的是主动选择托班。受访家庭认为上托班主要有以下三大好处：其一，可以培养孩子良好的性格和生活习惯（35.3%）；其二，可以提早适应入园生活

（32.6%）；其三，可以跟同龄小朋友一起玩耍（14.2%）。

对于托班性质的需求，排序次序是公立幼儿园的托班（45.0%）、私立幼儿园的托班（32.6%）、社会上的商业早教机构（16.5%）、社区里的家庭式早托班（6.0%）。关于托班的费用方面，大多数受访者选择能接受的范围在1000~2999元之间，其中1000~1999元/月（37.2%）和2000~2999元/月（36.7%），选择低于1000元/月的占13.3%，选择高于3000元/月的占12.9%。

¹ 青年报，沪社科院公布系列报告 经济压力最影响二孩生育意愿，2016.06.01，<http://sh.sina.com.cn/news/m/2016-06-01/detail-afxqxs8142645.shtml>

3. 对育儿指导的需求, 希望加强对幼儿疾病防治、智力开发及心理健康的指导

受访者最需要的育儿指导内容是希望了解孩子的疾病防治知识, 但随着婴幼儿年龄的增加, 如何处理孩子的情绪成为主要问题。具体而言, 对育儿指导内容的需求主要集中在三个方面: 其一, 对婴幼儿疾病防治知识的了解 (59.85%); 其二, 对婴幼儿智力开发的需求 (59.85%); 其三, 婴幼儿心理健康的处理 (57.66%)。就不同年龄段而言, 家庭对看护和教养婴幼儿所需要的育儿指导内容又有所差异: 婴儿组的父母, 更需要了解婴幼儿的喂养和疾病防治等方面的问题; 幼儿组的父母, 则相对更希望得到关于婴幼儿品德教育和心理健康以及智力开发等方面的指导。

四、构建 0~3 岁家庭育儿社会支持体系

婴儿教育对一个人一生定位和发展起着重要作用, 这一阶段的教育效果, 将奠定一个人一生成长的基础和大致方向。小的方面讲, 关乎每个家庭未来子女质量和水平以及在未来竞争社会中所处的态势; 大的来说, 关系到一个民族及其组成成员在未来世界中的发展水平和高度。因此, 需要建立完善的家庭育儿社会支持系统, 改善 0~3 岁家庭育

儿环境, 促进家庭幸福和社会和谐。结合课题研究, 提出以下家庭育儿的改进策略。一是国家财政支持家庭育儿, 增强家庭抚养孩子的经济能力。包括完善生育保险, 增加生育津贴和生育医疗费补贴; 国家财政支持幼儿教育, 减轻幼儿养育负担。二是完善支持 0~3 岁“家庭育儿”的家庭政策, 提供就业保障降低女性生育的机会成本。包括加大对生育的支持力度, 适当延长女性产假; 通过法律手段确立弹性工作制度; 设立“父亲假”, 强调男性的家庭责任; 设立父母假, 并设置“父亲配额”。三是加大公共幼托服务的投入, 分担家庭责任, 减轻家庭照料压力。包括推广以社区为依托的早期儿童看护服务; 加大公共幼托服务的投入, 增加托儿服务的供给。四是合理配置早教服务资源, 加强社区 0~3 岁婴幼儿科学育儿指导。包括增加社区早教服务点; 充分发挥网络和宣传优势, 深入家庭, 积极开展 0~3 岁婴幼儿科学育儿指导服务; 充分利用多种宣传载体, 创新宣传方式, 大力开展形式多样的 0~3 岁婴幼儿科学育儿知识传播; 建立专(兼)职指导员队伍和指导服务专家组, 提升社区早教指导服务的专业化水平。

参考文献(略)

(作者单位: 上海市人口与发展研究中心)

上海市综合类医疗服务项目比价研究

金春林 许 速 付 晨 王 惟 龚 莉 贺渊峰

王海银 彭 颖 沈志华 高广文

长期以来,我国综合类医疗服务项目价格偏低,制约着卫生事业的发展。一方面,其与我国当前医疗服务价格形成机制不完善有关,价格未能体现以技术劳务为主的综合类服务项目的价值。另一方面,其与我国尚未形成价格动态调整机制有关,各地多数现行价格远低于其成本水平。2012年,国家发展和改革委员会、国家卫生和计划生育委员会、国家中医药管理局联合发布的新版医疗服务价格规范(以下简称国家2012版)中提出了物资消耗、基本人力及耗时、技术难度、风险程度等价值因素,要求各地同步实施国家2012版项目规范和合理制定医疗服务价格。2015年以来,国家出台了一系列的医改和价格改革政策文件,要求合理调整医疗服务价格,逐步理顺医疗服务价格比价关系。本次研究通过采用新的价值测算模型,并基于上海地区卫生事业薪酬改革进展,充分考虑人力价值因素,探索构建综合类医疗服务项目价值体系,为综合类医疗服务项目价格制定和调整提供理论支撑。

一、资料与方法

(一) 建立综合类医疗服务项目对接和国外比价数据库

一是以《全国医疗服务价格项目规范

(2012年版)》为依据,逐项对接上海现行医疗服务价格目录与国家2012版,以项目内涵、计价单位等为比较维度,以基本人力及耗时、技术难度及技术风险为主要价值因素,分类整理项目价值对接数据库。二是选取国际上以项目付费为主、采用RBRVS系统(RBRVS,即Resource-Based Relative Value Scale,名称为“以资源为基础的相对价值量表”)、可获得项目定价数据的国家或地区(美国、中国台湾地区)。以项目内涵、计价单位、除外内容等为比较维度,对接形成国外数据库。

(二) 测算标化价值

标化价值是对各项目资源消耗的价值测量,包括技术劳务及成本消耗。标化技术劳务价值主要依据基本人力消耗及耗时测定,同时考虑技术难度及风险程度;标化物耗价值以直接物耗成本代替,主要测定直接变动成本,如内涵一次性耗材和低值易耗品等,不含可另外收费的卫生材料费和其他费用。另外,对于间接成本,如固定资产折旧、无形资产分摊及能耗、水电等较难标化项未纳入标化价值。

$$\text{标化价值} = \sum \text{标化技术劳务价值} + \text{标化物耗价值}$$

标化技术劳务价值测算:①各项薪酬参数:

第一作者:金春林,男,研究员,上海市医学科学技术情报研究所所长、上海市卫生发展研究中心常务副主任、上海市人口与发展研究中心主任。

作者单位:上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心(金春林、王海银、彭颖),上海市人口与发展研究中心(金春林),上海市医药卫生体制改革领导小组办公室(许速),上海市卫生和计划生育委员会(付晨、王惟、龚莉、贺渊峰、沈志华、高广文)。

来源于《上海市卫生事业单位薪酬制度改革方 案》。②标化技术劳务价值测算具体公式为:

$$Y = \left(\sum_i^n \frac{X_i}{\text{工作月} \times \text{工作日} \times \text{工作时间}} (k_i \times T \times L_i) \right) * \left(1 + a \frac{\text{项目技术难度} \times \text{技术风险}}{\text{基线项目技术难度} \times \text{技术风险}} \right)$$

其中, Xi 是各级医院各类医生的目标薪酬, 是需要的医务人员数, T 指项目花费的时间, 指医务人员技术类别、职称、医院级别等。A 为技术难度和技术风险的权重, 根据不同项目版块进行分别设定。综合服务类 a 设定为 0.05。

标化物耗价值测算。采用作业成本法测算上海市各级公立医院项目成本(本次以已开展完成的 5 家医院数据为基础, 医院类别涉及综合医院、儿童和中医医院), 包括单位变动成本和固定成本。其中变动成本包括材料费、药品费、折旧费、离退休、医疗风险、无形资产、能耗、物业管理、差旅、维修费等, 直接物耗成本主要纳入项目直接相关的材料费, 包括内涵一次性耗材和低值易耗品; 不含可单独收费耗材、能耗、物业、行政后勤、财政项目补助支出及固定资产折旧和无形资产摊销等间接成本。采用加权平均法计算各级医院的直接物耗成本。

(三) 手术类现行价格及标化价值比价关系

以手术类项目现行价格和标化价值为点数, 计算手术类现行价格及标化价值的构成比, 将现行价格构成比除以标化价值构成比得出构成比比值; 以价格水平差和构成比比值综合判断和筛选调整项目。筛选标准如下: (1) 现行价格水平均低于标化价值; (2) 二、三级医院构成比比值均低于 1。

二、研究结果

(一) 项目对接基本情况

国家 2012 版中综合类项目共有 142 项, 上海与国家可对接项目 97 项, 占 68%。其中,

基本一致项目 96 项(包含分级项目 14 项), 二、三级医院项目数均为 82 项(表 1)。同台湾地区可对接项目 30 项, 同美国可对接项目 17 项。

表 1 上海市综合类医疗服务项目现行价格目录与国家 2012 版项目规范目录对接情况

类别	亚分类	数量(项)
不可对接	-	45
可对接	计价单位不一致	1
	基本一致	96
合计		142

(二) 上海现行价格与标化价值比较(以二级医院为例)

82 项中有 79 项现行价格低于标化价值, 占 96%。3 项现行价格偏高, 占 4%(表 2)。其中, 3 项价格偏高的项目分别为离体残肢处理、清洁灌肠(经口全消化道清洁洗肠)和离体残肢处理(死婴料理)。

79 项现行价格偏低项目中, 比值低于 1 的项目有 35 个, 占 44%。比值大于 1 的项目有 44 项, 占 56%。其中, 抢救、护理、静脉输液及换药类比值明显偏低。

(三) 上海现行价格与标化价值同台湾地区比价

上海同台湾地区共有比价项目 30 项。以气管切开护理为基线项目(两者之间价格及内涵较一致, 住院诊查内涵差异较大), 现行价格的比值比基本均低于标化价值比值比, 现行价格偏低。特别是护理、诊查和物理降温, 具体项目如特大换药、大换药、中换药、I 级护理、小换药、II 级护理、特级护理、III 级护理等(表 3)。

表 2 上海市综合类医疗服务项目二级医院部分现行价格与标化价值比较结果

项目名称	现行价格	标化价值	差值(元)	现行价格构成比(%)	标化价值构成比(%)	构成比比值
静脉输液(静脉输血)	5	173	-168	0.21	0.93	0.23
静脉输液(加压快速输血)	5	173	-168	0.21	0.93	0.23
Ⅲ级护理	10	344	-334	0.43	1.84	0.23
I级护理	14	493	-479	0.6	2.64	0.23
Ⅱ级护理	12	393	-381	0.51	2.11	0.24
造瘘护理	3	97	-94	0.13	0.52	0.25
特大换药	30	904	-874	1.28	4.84	0.26
新生儿护理	14	405	-391	0.6	2.17	0.28
大换药	20	452	-432	0.85	2.42	0.35
引流管冲洗(更换)	2	39	-37	0.09	0.21	0.41
一般物理降温(冰帽降温)	3	48	-45	0.13	0.26	0.50
静脉注射	2.5	35	-33	0.11	0.19	0.56
一般物理降温(擦浴降温)	3	40	-37	0.13	0.22	0.59
一般物理降温(贴敷降温)	3	40	-37	0.13	0.21	0.60
冷热湿敷(热湿敷法)	3	40	-37	0.13	0.21	0.60
肌肉注射	1	13	-12	0.04	0.07	0.61
冷热湿敷(冷湿敷法)	3	40	-37	0.13	0.21	0.61
坐浴	3	40	-37	0.13	0.21	0.61
肠内高营养治疗	5	65	-60	0.21	0.35	0.61
肌肉注射(皮下注射)	1	13	-12	0.04	0.07	0.63
肌肉注射(皮内注射)	1	12	-11	0.04	0.07	0.65
灌肠(三通氧气灌肠治疗)	15	162	-147	0.64	0.87	0.74
雾化吸入(经呼吸管道雾化吸入)	5	50	-45	0.21	0.27	0.79
膀胱冲洗	6	59	-53	0.26	0.31	0.81
雾化吸入(蒸汽雾化吸入)	5	46	-41	0.21	0.24	0.87
中清创缝合	100	904	-804	4.27	4.84	0.88
雾化吸入(空气压缩泵雾化吸入)	5	44	-39	0.21	0.24	0.9
雾化吸入(氧气雾化吸入)	5	42	-37	0.21	0.23	0.94
一般健康体检	10	83	-73	0.43	0.44	0.96
雾化吸入(超声雾化吸入)	5	41	-36	0.21	0.22	0.98
中换药	15	113	-98	0.64	0.61	1.06
肛管排气	6	40	-34	0.26	0.21	1.20
普通门诊诊查费二级医院(西医)	10	49	-39	0.43	0.26	1.64
普通门诊诊查费二级医院(中医)	12	50	-38	0.51	0.27	1.93
动静脉置管护理(动脉)	5	13	-8	0.21	0.07	3.17
持续膀胱冲洗	24	59	-35	1.03	0.31	3.26
尸体料理	50	104	-54	2.14	0.56	3.85
副主任医师(含)以上(院际会诊)	100	145	-45	4.27	0.78	5.5
一般专项护理	10	12	-2	0.43	0.06	6.72
导尿	20	22	-2	0.85	0.12	7.22
气管切开护理	50	53	-3	2.14	0.28	7.54
中心静脉穿刺置管术	150	151	-1	6.41	0.81	7.91
离体残肢处理(死婴料理)	30	28	2	1.28	0.15	8.42
清洁灌肠(经口全消化道清洁洗肠)	40	29	11	1.71	0.16	10.85
离体残肢处理	60	26	34	2.56	0.14	18.70

表 3 上海市二级医院综合类服务项目与中国台湾地区比价

项目名称	现行价格	台湾地区 点数	标化 价值	现行价与台湾 地区比值比	标化价值与台 湾地区比值比
气管切开护理	50	50	43	1.00	1.00
特大换药	30	104	904	0.29	10.18
副主任医师(含)以上(院际会诊)	100	367	120	0.27	0.38
中换药	15	63	113	0.24	2.10
小换药	10	47	75	0.21	1.88
导尿	20	94	19	0.21	0.24
大换药	20	104	452	0.19	5.09
一般专项护理	10	64	12	0.16	0.21
灌肠(一般)	15	123	27	0.12	0.26
中心静脉穿刺置管术	150	1400	116	0.11	0.10
胃肠减压	16	150	27	0.11	0.21
静脉输液	8	75	19	0.11	0.30
鼻饲管置管	20	195	31	0.10	0.19
清洁灌肠	40	392	93	0.10	0.28
特级护理	36	576	871	0.06	1.77
I 级护理	14	230	407	0.06	2.07
II 级护理	12	230	363	0.05	1.85
膀胱冲洗	6	95	54	0.06	0.67
持续膀胱冲洗	24	383	54	0.06	0.17
引流管冲洗(护理)	8	128	23	0.06	0.21
急诊观察室诊查费二级医院	20	333	28	0.06	0.10
一般物理降温(擦浴降温)	3	56	39	0.05	0.81
普通门诊诊查费二级医院(西医)	10	228	44	0.04	0.23
III 级护理	10	230	340	0.04	1.73
住院诊查费二级医院(西医)	9	333	16	0.03	0.05
急诊诊查费二级医院(西医)	10	478	47	0.02	0.12
新生儿护理	14	1706	369	0.01	0.25

表 4 上海市部分综合类医疗服务项目与美国比价

项目名称	上海 价格	美国 点值	标化 价值	现行 比值比	标化 比值比
专家门诊诊查费二级医院副主任医师(西医)	14	4.75	53	0.12	0.46
急诊诊查费二级医院(西医)	10	2.21	47	0.18	0.88
急诊诊查费三级医院(西医)	14	3.11	70	0.18	0.94
导尿	20	0.79	19	1.00	1.00
鼻饲管置管	20	1.18	31	0.67	1.09
中心静脉穿刺置管术	150	3.51	116	1.69	1.37
普通门诊诊查费三级医院(西医)	14	2.15	66	0.26	1.28
普通门诊诊查费二级医院(西医)	10	1.41	44	0.28	1.30
胃肠减压	16	0.60	27	1.05	1.87
肌肉注射	1	0.70	12	0.06	0.71
膀胱冲洗	6	1.27	54	0.19	1.77
静脉输液	8	1.92	19	0.16	0.41
主任医师门诊诊查费三级医院主任医师(西医)	20	1.44	98	0.55	2.83
静脉注射	2.5	1.57	31	0.06	0.82
专家门诊诊查费三级医院副主任医师(西医)	17	0.71	79	0.95	4.63
主任医师门诊诊查费二级医院主任医师(西医)	17	0.26	67	2.58	10.71

(四) 上海现行价格与标化价值同美国比价关系

上海同美国共有可比价项目 16 项。以导尿管为基线项目(两者之间价格及内涵较一致,无住院诊查费对应项),现行价格同美国比值比基本均低于标化价值,现行价格偏低。特别是诊查、肌肉注射、膀胱冲洗、抢救、主任医师、专家门诊诊察费及静脉注射等(表 4)。

(五) 调整项目筛选情况

综合现行价格水平和比价关系比较结果,同时参考国际比价关系,筛选出需要优先调整的项目 35 项(构成比比值低于 1 且价格低于标化价值),占项目总数的 25%。主要包括抢救、护理、静脉输液、肌肉注射、膀胱冲洗、换药及清创缝合等项目(表 5)。

表 5 部分优先调整综合类医疗服务项目筛选

项目名称	现行价格	现行价格构成比 (%)	标化价值构成比 (%)	构成比比值
抢救	60	2.56	19.30	0.13
新生儿辐射抢救治疗	50	2.14	11.96	0.18
I 级护理	14	0.60	2.64	0.23
静脉输液(静脉输血)	5	0.21	0.93	0.23
静脉输液(加压快速输血)	5	0.21	0.93	0.23
III 级护理	10	0.43	1.84	0.23
II 级护理	12	0.51	2.11	0.24
造瘘护理	3	0.13	0.52	0.25
特级护理	36	1.54	6.06	0.25
特大换药	30	1.28	4.84	0.26
新生儿护理	14	0.60	2.17	0.28
大换药	20	0.85	2.42	0.35
引流管冲洗(更换)	2	0.09	0.21	0.41
一般物理降温(冰帽降温)	3	0.13	0.26	0.50
静脉注射	2.5	0.11	0.19	0.56
一般物理降温(擦浴降温)	3	0.13	0.22	0.59
一般物理降温(贴敷降温)	3	0.13	0.21	0.60
冷热湿敷(热湿敷法)	3	0.13	0.21	0.60
冷热湿敷(冷湿敷法)	3	0.13	0.21	0.61
坐浴	3	0.13	0.21	0.61
肌肉注射	1	0.04	0.07	0.61
肠内高营养治疗	5	0.21	0.35	0.61
肌肉注射(皮下注射)	1	0.04	0.07	0.63
肌肉注射(皮内注射)	1	0.04	0.07	0.65
灌肠(三通氧气灌肠治疗)	15	0.64	0.87	0.74
雾化吸入(经呼吸机管道雾化吸入)	5	0.21	0.27	0.79
膀胱冲洗	6	0.26	0.31	0.81
阴道灌洗上药	3	0.13	0.15	0.85
雾化吸入(蒸汽雾化吸入)	5	0.21	0.24	0.87
中清创缝合	100	4.27	4.84	0.88
雾化吸入(空气压缩泵雾化吸入)	5	0.21	0.24	0.90
雾化吸入(氧气雾化吸入)	5	0.21	0.23	0.94
氧气吸入	2	0.09	0.09	0.95
一般健康体检	10	0.43	0.44	0.96
雾化吸入(超声雾化吸入)	5	0.21	0.22	0.98

三、讨论及建议

(一) 综合类医疗服务项目价格及比价关系不合理, 需分步分批调整

上海综合服务类现行价格偏低, 比价关系不合理。研究结果同国内相关研究结论基本一致。上海一项 6 省市价格比较研究显示, 84 项综合类项目价格与北京、广州、深圳及周边杭州、南京相比, 上海价格明显偏低。其中, 明显偏低的项目约占 44%, 价格居中的项目约占 46%。四川一项调查显示静脉输血和静脉输血的实际护理成本为每次 35 元和 15 元, 本次调查为 173 元和 22 元, 提示现行价格均明显偏低。另一项广州中山市 18 项综合类项目调查发现现行综合类项目价格均低于成本; 本次研究发现台湾地区及美国的比价关系同现行价格与标化价值的构成比比值结果一致, 提示当前价格在水平和结构上均存在不合理。

由于综合类项目使用范围广和应用频次高, 价格调整对医院和长期护理等病人影响大。建议综合考虑调价空间、现行价格水平同标化价值差值和比价关系, 分步分批调整。对于比值比偏离度大的项目, 增幅比例要高, 比值比偏离度小的项目, 增幅比例低, 以理顺比价关系。同时, 对可能加重患者负担的项目, 需通过调整医保支付政策进行补偿, 避免出现不良社会事件。

(二) 优化价格测算数据参数, 提高测算结果的准确性

本次研究发现部分项目的成本与标化价

值差距较大, 一方面与主要采用国家 2012 版参数, 仅少部分进行调整有关, 需要结合上海实际对数据参数进行修正完善。另一方面, 与成本数据有关, 目前模型应用到五家医院数据, 数据样本少, 代表性和精确度尚有待提高。建议: 一是全面建立上海版的价值数据库, 基于上海各类项目的投入标准进行标化测算和分析; 二是对标化价值同成本差异度大的项目, 对价值要素进行优化和矫正, 同时扩展成本测算机构的样本量, 以提高价格的准确性。

(三) 建立医疗服务价格改革信息平台, 开展事前、事后调整评估

建议建立医疗服务价格改革信息平台, 动态采集不同层面的评估数据, 包括总体水平和结构, 单体医院运行数据及医疗服务项目运行数据等。及时开展医疗服务价格改革评估, 包括以下几个方面: 一是对患者负担的影响分析。对可能涉及到的大病病种、自费比例高的、弱势群体常见的医疗服务项目要进行深入分析, 测算平均住院日增加负担; 二是对医院运行的影响分析。对三级综合、三级专科、二级综合、二级专科等要分别进行测算, 采用宏观和单体医院相结合, 采用总体和抽样相结合的原则进行, 测算对医院收支结构的影响; 三是开展医保收支和结构影响分析。测算价格调整对医保基金收支结构及项目行为等影响。

参考文献 (略)

关于英国、荷兰卫生服务体系和卫生筹资情况的介绍

肖泽萍 徐崇勇 龚莉 金春林 程明 胡善联

应英国国立卫生与临床优化研究所(The National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 和鹿特丹市政府邀请, 2016 年 6 月我们赴英国伦敦和荷兰鹿特丹进行工作访问, 重点考察英国、荷兰的卫生服务体系和相关筹资政策情况。访问期间, 访问团认真听取了英国国家卫生部经济学家、英国国家卫生与临床优化研究所官员、鹿特丹市市政府官员、伊拉斯谟大学医疗部医生、Levinas 医疗服务中心和 lijn2 医疗服务中心负责人等的精心介绍, 并就关心的一些问题做了深入交流。本文主要在实地考察的基础上梳理了英、荷两个卫生服务体系和卫生筹资有关情况。

一、英国国家卫生服务体系的管理架构与卫生筹资情况

英国国家卫生服务体系创建于 1948 年, 是英国社会福利的重要组成部分, 也是欧洲福利国家社会保障制度的代表。它通过就业人员国民保险税收筹集资金, 并由政府组织提供医院、保健中心、计划生育、学校保健、区域护理、助产士、智残者健康中心、老年人之家、儿童之家、戒毒治疗中心、戒酒中心等多方面服务, 旨在让全体国民无论贫富(根据需要而不是根据支付能力), 都能享有全面的、免费的医疗服务。NHS 框架体系的构建思想基于威廉·贝

弗里奇 1942 年发表的《社会保险报告》(Report in Social Insurance), 1948 年 7 月《国民医疗服务法案》实施后, 英国建立了以家庭医生(general practitioner, GP) 为守门人的国家卫生服务体系。

NHS 建立 66 年来, 规模不断扩大, 但随着人口的增加和人民对健康质量要求的提高, 医疗服务供不应求, NHS 面临的问题和矛盾也越来越突出, 其中, 资金不足和效率低下是两个主要挑战。从二十世纪七十年代开始, 英国一直在探索 NHS 改革, 经历了几次比较重大的改革。第一次是在 1973 年, 针对医疗服务费用增长过快和官僚化问题, 英国政府对 NHS 进行改革, 重点是裁撤相应的管理机构, 整理和归并各部门的相关权限, 简化垂直管理关系。这次改革尽管在行政机构管理关系上有所改进, 但是未能实现原先期望的清晰的垂直管理和提供服务。第二次是在二十世纪八十年代末期, 在 1987 年的金融危机冲击下, 1988 年英国的医疗服务体系出现资金短缺问题, 民众的医疗服务质量受到较大的影响, 撒切尔政府认为 NHS 的真正问题是因为缺乏有效的激励机制, 而不是财政资金本身的投入问题, 重点是引进内部市场竞争机制, 改善医疗服务效率, 抑制医疗费用的不合理增长。本轮改革促进了效率的提升, 但在一定程度上也造成了

¹ 第一作者: 肖泽萍, 女, 教授, 上海市卫生和计划生育委员会副主任。

作者单位: 上海市卫生和计划生育委员会(肖泽萍、徐崇勇、龚莉), 上海市医学科学技术情报研究所、上海市卫生发展研究中心、上海市人口与发展研究中心(金春林), 上海交通大学医学院附属新华医院(程明), 复旦大学公共卫生学院(胡善联)。

医疗机构之间的过度竞争与关系的紧张。第三次是 1997 年以布莱尔为首的工党政府执政后,对保守党政府的市场化改革进行了调整,在保留医疗服务的购买者和提供者划分的基础上,弱化内部市场竞争机制,构建新的竞争合作机制。在这个期间,成立了国家健康与临床优化研究所(NICE,该机构原名国家临床质量管理研究所,多次改名后,现为 National Institute for Health and Care Excellence)和医疗质量委员会(Care Quality Commission,CQC),加强对医疗服务的监管。第四次是卡梅伦政府上台后,受全球经济不景气和欧债危机的影响,英国政府财政不堪重负,民众对 NHS 的质量和效率颇多抱怨,英国政府在 2013 年 4 月正式推行新一轮医疗改革。

经过多轮的改革,当前英国卫生服务体系已形成新的管理架构和卫生筹资体系:

(一) 国家卫生服务体系的管理架构

主要包括这样几个关键部门:

一是卫生部。英国卫生部负责集中统一领导管理健康相关事务,管理全民医疗保健系统(National Health Service,NHS),统筹资金的筹集分配、服务提供和质量监管。这是 NHS 管理体系中的最关键部门。

二是 NHS 委托服务理事会(又称 NHS England)是 NHS 服务委托购买及服务提供的全国性领导机构,负责确定服务的全国统一价格和支付范围,负责地方临床委托服务组织(Clinical Commissioning Groups,CCGs)的准入、审批和管理,委托各地的 CCGs 购买医疗卫生服务,并直接购买医院的专科和急诊服务。

三是临床委托服务组织(CCGs)。CCGs 是地方性的 NHS 服务委托购买及服务提供机构,NHS 委托服务理事会是其上级领导机构。CCGs 实质上是地方性全科医生团体,由当地

的全科医生、护士及其他相关专业人员组成,负责当地卫生服务的规划、资源配置、服务委托购买、服务提供和支付,决定 80% 的卫生经费(即每年 800 亿英镑的医疗卫生经费)。目前,英国全国共有 211 个 CCGs。

四是 NHS 医院基金信托。主要由 2013 年 4 月改革前的 NHS 信托转变过来,是独立运行、财务自主、自我治理、自负盈亏的法人实体,由当地的病人代表、医务人员、社区代表及相关合作机构的代表共同组成董事会,负责机构的战略规划。监管机构 Mornitor 负责对其财务进行监管,必要时可以更换其董事会,以保证基金信托高效运转,保持收支平衡。

五是监管机构。主要是服务质量委员会(CQC)和独立监管机构 Mornitor。CQC 负责对所有卫生服务和社会照顾服务的质量进行监管。Mornitor 负责资金和财务监管,对 NHS 基金信托、社会及私立医疗机构的准入审批和监管,制定医疗市场规则,促进医疗机构间的充分和公平竞争,制定和调节医疗服务价格,管理 NHS 信托基金的兼并重组等。合法的 NHS 医疗服务提供者必须同时在 CQC 和 Mornitor 注册。

六是卫生技术评估与循证决策支撑机构 NICE。NICE 是英国国家级卫生技术评估机构,1999 年成立,在英国卫生体系发展中发挥了重要的循证决策支撑作用。NICE 的终极目标是提高卫生资金配置与使用效率、以相对少的卫生投入提供最优卫生服务、实现最大健康收益。

这次访问,NICE 是我们的重点考察对象。NICE 创立于 1999 年,2010 年以前是英国国家卫生体系(NHS)的一部分,目前是一个法人单位。创建 NICE 的主要目的是评估卫生技术医疗市场准入和提供临床诊治指南,以确保为病人提供最高标准的临床治疗服务,同时向

政府和公众提供具有临床效果和成本效果的卫生服务信息。NICE 实行董事会管理，董事会由卫生国务秘书任命。从创建至今，英国政府赋予 NICE 独特的卫生权利，经由 NICE 评估通过的新技术，可以直接进入 NHS 卫生服务提供体系，不需经其他部门审批。NICE 的全年预算为 6000 万英镑，有近 500 名正式雇员，同时有覆盖全国的近 2000 名专家队伍，其中包括医生、护士、卫生经济学家、临床流行病学家、统计师和非卫生专业人员（包括病人代表等）。NICE 的主要职能包括三方面：

一是开展卫生技术评估，推动卫生资金配置优化。NICE 负责组织开展药品、医疗设备、诊断技术、手术操作技术、疫苗及其他公共卫生技术五大类卫生技术评估，为 NHS 服务提供及价格、报销支付等政策制定提供循证依据，帮助 NHS 将有限的卫生资金配置到最优的卫生服务。英国国王基金（Kings Fund）最新评估显示，NICE 通过推荐最具成本效果的技术和服务，为 NHS 节约了大量支出，其中仅高血压服务指南一项每年为 NHS 节省 2.9 亿英镑；英国仿制药的处方率从 20% 增加到了 84%，为 NHS 节约药品开支 71 亿英镑。

二是开发服务指南和质量与绩效标准，推动卫生服务质量提升。在综合卫生技术评估证据的基础上，NICE 负责开发制定包括医药技术评估、临床操作、医疗技术、诊断、干预评估等的七大类指南，作为全国统一的质量标准，指导和规范医疗卫生服务。2010 年以来，NICE 利用临床指南为 NHS 开发质量与绩效监管工具的职能得到强化，英国卫生部要求“NHS 的所有服务购买和支付都应严格遵照 NICE 开发的服务质量标准”。目前，NICE 所开发的临床服务绩效管理工具——质量和结果框架（Quality and Outcome

Frame ,QOF) 以及针对 CCGs 服务购买的绩效指标（Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set,CCGOIS），成为 NHS 按服务绩效支付的基础，也成为 NHS 审计部门开展质量和绩效监管的有效工具。

三是提供循证决策证据，推动卫生政策制定的科学化与精细化。作为一个由公共资金支持的非政府机构，以卫生技术评估、服务指南和质量与绩效标准为基础，NICE 开展相关卫生政策分析与辅助决策研究，为英国卫生决策提供重要循证证据。同时，作为英国国家卫生技术评估机构，NICE 与 NHS 及其所属医院、患者、医药企业等相关利益方建立起有效协作关系，通过建立公开透明的工作流程和参与机制，搭建起各利益相关方沟通参与平台，使英国卫生政策制定能够最广泛地代表全体国民，提高卫生政策决策的科学化、精细化水平。如 NICE 通过网站面向医护人员、患者和管理者等公众公开征求评估主题，在评估过程中吸纳患者代表、企业代表等相关方共同参与。目前，NICE 依托皇家医学院和大学等机构建立了 9 个评估中心，近 2000 多名临床专家、循证医学专家、经济学家、临床和流行病学家等组成专家队伍共同开展卫生技术评估和指南开发制定。

（二）关于基本原则

1. 卫生筹资方式

英国卫生筹资实行以公共筹资为主的总额预算制，主要依靠一般性税收和社会保险费。NHS 资金约 11% 来自于国民健康保险费，约 81% 来自于国家财政预算（政府税收）。NHS 年度预算规模由卫生大臣与财政大臣共同协商确定，预算总规模超过 1000 亿英镑，远高于教育和国防。近年来受国际金融危机影响，政府部门支出有所缩减，但对 NHS 的投入仍保持上升趋势。

2. 经费划拨路径

卫生总费用支出中，公共支出占 83.5%，私人支出占 16.5%，其中个人付费约占 9.3%，主要用于支付 NHS 不覆盖的私营医疗服务、非处方药以及需患者共付的服务（如处方费和牙科服务）。NHS 预算经费经议会批准确定后划拨卫生部，卫生部将预算经费通过加权按人头付费的形式拨付至各地区管理部门，卫生部负责 NHS 年度预算资金的进一步分配。通常 NHS 预算的 80% 拨付给 NHS 服务购买方（目前是 CCGs），拨付依据是基于各地加权计算的人口需要，综合考虑各地区人口规模与年龄性别结构、疾病的死亡比、健康需求及服务成

本差异，本质上是一种按健康需要支付，从而保证了资金分配的公平性。预留 20% 经费作为用于固定资产投资以及支持地区和全国的相关项目和服务。

2013 年 4 月前，各地区经费管理部门主要为 10 个战略卫生署（SHAs）和 151 个初级保健信托机构（PCTs）。2013 年 4 月新医改法案执行后，取消了原来的管理部门（SHAs 和 PCTs），新组建 211 个临床委任小组，即全科医生组成的战略联盟（CCGs），卫生部将预算资金直接交给 CCGs 掌握（不再由政府行政部门掌握），由 CCGs 代表患者购买所有的医疗服务并支付费用给全科医生和医院。

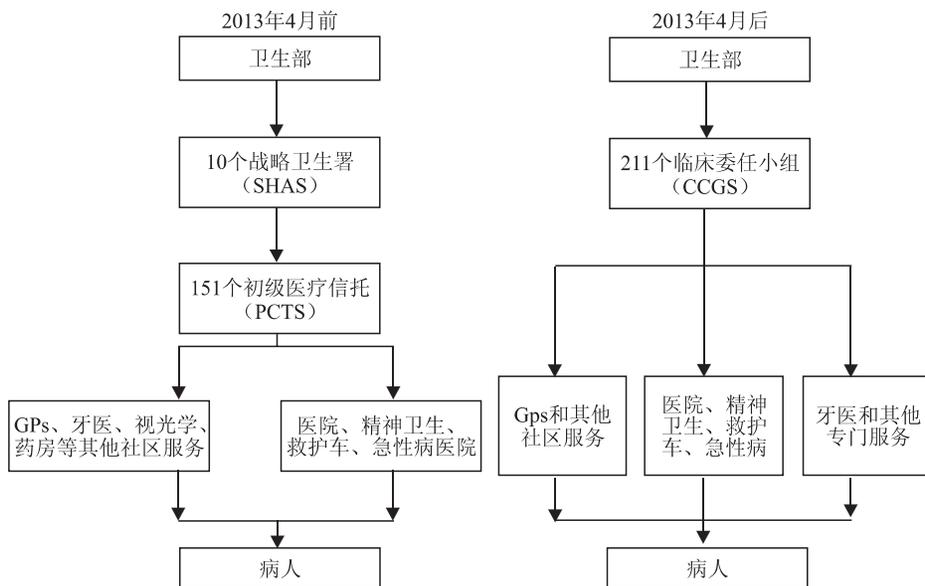


图 1 全民医疗保健系统（NHS）资金分配流程图

3. 费用支付方式

CCGs 在购买服务时，对不同类型的服务采取不同类型的支付方式。初级卫生保健服务以按人头预付为主：各地 CCGs 与全科诊所签订全科医疗服务合同，为当地人口购买全科医生服务，按照签约居民的数量支付费用。同时，在合同中引入了质量与结果框架（QOF），对

全科服务进行标准化，对提供高质量服务的全科诊所进行奖励。社区健康服务主要采取总额预付（block budgets）：由于社区健康服务内容多样且各地服务方式差异较大，加之成本、质量和结果数据难以获得，在国家层面对服务进行标准化存在困难，因此没有进行全国统一的价格支付，而主要采取总额预付，对一段

时间内服务提供者的一系列服务进行费用封顶的总额预付。医院服务主要采取按结果支付 (payment by results): 根据患者和服务类型将费用类似的医疗活动进行编码, 形成了不同的医疗服务资源组 (Healthcare Resource Groups, HRG), 根据患者从入院到出院期间所接受医疗活动的 HRG 类型进行支付。HRG 价格根据全国医院服务的平均费用计算得出, 并考虑通货膨胀、技术进步、效率提高等因素逐年动态调整。为避免可能产生的诱导重复住院等问题, NHS 规定对出院后 30 天内再度入院的患者不予支付。

二、荷兰卫生服务体系和筹资情况

荷兰的卫生服务体系有两个突出特点: 一是依法运行。以鹿特丹为例, 鹿特丹的卫生服务主要依据 4 部法律, 即健康保险法案 (Health insurance Act)、长期照护法案 (Long-term Care Act)、社会支持法案 (Social Support Act)、青少年保护法案 (Youth Act) 等。其中, 健康保险法案和长期照护法案是国家层面的, 社会支持法案和青少年保护法案是鹿特丹地方政府层面的。这 4 个法案有不同的覆盖人群: 健康保险法案是面向全民的; 长期护理法案一般是针对失能人群, 特别是老年人群 (如老年痴呆人群), 还包括特别需要的照顾的人群, 有专门机构 (CIZ) 经常访问此类人群并向政府报告; 社会支持法案主要针对 18~100 岁的人群, 也由 CIZ 支持, 主要通过税收支付, 目前也有部分为个人支付; 青少年保护法案主要是对 0~18 岁青少年 (如精神疾患的青少年) 及其家庭进行照护, 2015 年开始执行, 服务价格由政府制定, 鹿特丹市已建立 43 个照护点, 对青年进行了心理疏导工作, 此类活动都是免费的。二是全民参加强制性

医疗保险, 由私立医疗机构来提供卫生服务, 其中收入较高的人群还参加了私人医疗保险。因此, 荷兰医疗体制的最基本特点之一是第三方付费。对每一位参保人, 只要患病就可以到有关诊所、医院以及康复机构等就诊、治疗, 所发生的费用由所投保的法定保险机构或私人保险机构支付。

(一) 行政管理组织架构

荷兰卫生、福利与体育部是国家最高卫生行政部门, 由向议会负责的一位部长领导, 主要是负责制定卫生、社会支持及体育政策。各省、市镇有相应的官员在国家、省卫生政策框架下, 制定本地卫生计划和预算, 并向各自省、市镇的管理委员会负责。卫生部和地方当局共同承担公共卫生服务的责任。

监管机构主要是荷兰卫生保健局。这是一个独立的监管机构, 由卫生、福利和体育部资助, 由卫生保健委员会和医疗保险监管局发展而来, 主要是负责监管医疗保健服务市场、医疗保险市场和医疗保健购买市场, 监督健康保险法等法律法规的实施。荷兰卫生保监局与荷兰竞争管理局协同, 加强对健康保险公司的监管。另外, 还有卫生督察, 这是卫生、福利和体育部长的咨询机构, 分为预防和医疗保健副督察、精神保健副督察、药学与医学技术副督察。为了监督青少年保健和青少年保护, 还成立青少年保健督察。

(二) 医疗保障体系

荷兰所有居民享有卫生服务的经济保障, 国家法律规定了一系列健康保险制度。18 岁以上的成年人被强制性要求参加健康保险计划, 以获得基本免费的医疗卫生服务。健康保险金是按工资收入比例交纳 (约占工资的 24%, 含每年交 1000 欧元), 雇员和雇主各负担 50%。目的是保证医疗保险金的可持续性,

确保所有人都得到公平的医疗服务。而 18 岁以下的未成年人不用支付保险费,享受基本医疗保险,包括基本医疗、牙医、助产、救护服务等许多方面。市民每年需要交纳的基础保费约 1100 欧元,保险公司收取保费后负担患者的全部医疗费用,患者在看病时不需要支付现金(个人自付不超过 385 欧元/年,高出部分由保险公司负担,到 GP 看病不需支付费用),医疗机构会拿着账单和保险机构结算。目前,全国医疗保险公司很多,其中有 4 个大型保险公司,占市场 95% 的份额。地方政府与保险公司有共同的利益,希望合作后对居民提供更好的医疗保健服务,并提高费用的利用率。这次鹿特丹市政府邀请的 Achmea 保险公司,是全荷兰最大的保险公司,也是鹿特丹政府的合作伙伴。它的业务范围除鹿特丹市外,还有其他城市,享受政府补贴,目前有 520 万投保者。

(三) 医疗服务体系

分为四级服务,其中:零级医疗由家庭成员或朋友等提供的非专业护理。一级医疗即初级医疗是指由全科医生、营养师、牙医、康复师、理疗师等提供的医疗服务以及由护士给予的家庭护理;目前荷兰全国有 4675 个 GP 诊所,9431 个 GP,平均每个 GP 签约 2200~2300 个居民,年均收入在 10 万欧元左右(GP 诊所年收入 40 万欧元左右,GP 本人 10 万欧元,其他 30 万用于团队支出)。二级服务由医院提供,目前荷兰有 4.5 万专科医生。三级服务由康复和长期照料机构提供。荷兰的大多数医院和卫生服务机构由独立的非营利性宗教和慈善机构拥有和管理。

社区卫生服务机构作为使用二级和三级服务的起点,在整个卫生服务体系中发挥着“守门人”作用。在荷兰,所有公民在需要看病时必须首先通过全科医生,由他们先对病情

进行基本的诊断和治疗。如需转诊,则 GP 开具转诊单,患者再至上级医院治疗。否则所产生的医疗费用,保险公司不予报销。患者住院期间,GP 会及时与专科医生联系(网络、电话、亲自去医院)了解患者治疗情况。如 GP 觉得治疗不合理,会与专科医生交涉。患者出院后,GP 也会及时与患者联系以了解患者的最新情况,所以,在荷兰的医疗体制中 GP 起到了“守门人”的重要作用。经统计荷兰 GP 能够解决患者 90% 的常见疾病,而且常见疾病的转诊率很低。荷兰的个人平均医疗花费是全欧洲最低的。大部分的常见健康问题能够在 GP 那里得到有效的解决,所以医院能够集中全力于更加专业性的医疗领域研究,有效、合理使用医疗资源。

(四) 医疗监控体系

荷兰的医疗服务市场是一个有规制的市场。在荷兰有专业机构对各类医疗费用使用情况进行实时监控,监控的方法主要通过网络,因为在荷兰普遍使用电子病史和电子处方等,监督机构随时可以通过网络调阅这些资料,详细了解全科医师对患者的诊治经过及用药情况等。同样通过网络也可以监控药房的运行情况,一经发现不良行医者,根据情节严重程度采取教育、罚款甚至吊销资质等各种处罚措施。这种网络监控体系既能让全科医生在行医时保障了医疗安全,也提高了医疗服务机构的工作成效。

(五) 公共卫生服务体系

以鹿特丹为例,鹿特丹的公共卫生投入占整个卫生服务投入的 1%,共有四个方面的公共卫生服务功能:一是提供预防保健的卫生服务,重点是传染病防控,主要是监测、流行暴发预防和控制以及改善卫生条件,儿童卫

(下转第 48 页)

精神疾病患者及其家庭的社会支持研究综述

梁爱玉

随着社会经济的发展,竞争的加剧,我国精神疾病的患病率持续上升。2010年,我国各类精神疾病患者人数在1亿人以上,重性精神病患者人数已超过1600万,有780万人罹患精神分裂症。在我国,超过90%的重性精神疾病患者居住在社区。照顾精神病患者的主要责任在家庭。精神障碍不仅使患者本人遭受各种痛苦,它也会对家庭中的所有成员产生深远影响。尽管影响的程度和方面因关系角色不同而有所差异,但可以断言的是,整个家庭的生活都会因此发生巨大变化。而这又将进一步作用于精神疾病者,影响其治疗效果与康复进程。有研究显示,精神分裂症患者1/3以上家庭存在不同程度的功能障碍,10%的家庭存在严重功能障碍,与一般家庭相比差异具有统计学意义。

社会支持的概念源于国外20世纪六、七十年代的精神病学研究。社会学和医学用定量评定的方法,对社会支持与身心健康关系进行了大量研究。上世纪八十年代以后,随着我国学者对《社会支持量表》的设计和修订,国内学者也开始了对精神疾病社会支持的研究。目前虽然社会支持的概念和内涵在各学科之间尚未达成统一认识。但大量的文献研究表明,良好的社会支持对于促进精神疾病患者的康复、提高家庭生活质量有着积极的作用。目前,国内关于精神疾病的社会支持的研究文献按研究对象可分为两类:一是精神疾病患者的社会支持水平、作用及其影响因素研究;二是

精神疾病患者主要照顾者的社会支持及相关研究。现就其研究成果综述如下:

一、精神病患者的社会支持水平、作用及影响因素研究

1. 社会支持水平

目前学者对精神疾病患者社会支持水平的研究多采用相关量表与健康人群进行横向对比的研究。如田恬等(2014)等采用症状自评量表(SCL-90)和领悟社会支持量表(PSSS)对某医院住院精神分裂症缓解期患者36人及健康对照组32人进行测查。赵东荣等(2013)采用社会支持评定量表对门诊和住院精神疾病患者1390例进行调查分析,并与国内常模对照研究。陈琳霞(2013)选取2012年1-5月绍兴市第七人民医院100例缓解期精神分裂症住院患者,并抽取同期健康体检者95例作为对照组,采用社会支持评定量表调查分析其社会支持状况。连文仙等(2010)用社会支持量表(SSPR)对80例长期住院(住院时间>6个月)的精神障碍患者与80例内科住院患者进行对照研究。张毓茂等(2008)采用社会支持评定量表对120例精神分裂症患者与120名健康人对照组比较。宁征远等(2008)采用症状自评量表(SCL-90)、社会支持评定量表(SSRS)对符合入组标准的40例脑外伤所致精神障碍患者进行测评并与对照组对比。从研究结果来看,研究结论具有高度一致性:精神疾病患者社会支持方面的得分显著低于对照组,

缺乏社会支持；良好的社会支持及对支持的利用度对长期住院精神障碍患者的社会能力及个人意志起积极作用；帮助其获得社会支持，提高对社会支持的利用是延缓患者的衰退及提高生命质量的有效途径。

有个别学者也从纵向角度研究精神障碍患者的社会支持水平及其影响因素。陈文泽等（2004）1996年在杭州市三区一县各一个乡镇以整群分层抽样调查了60例患者，发现社会精神障碍患者的社会支持量表总分及三个维度分与6年前相比均无显著性差异，说明随着社会变革的深入，思想观念的更新，但社区精神疾病患者的社会支持仍明显不良，无论是在被动获得还是主动寻求社会支持以及对现有支持的利用度等方面均相当薄弱。

2. 社会支持影响因素

从影响精神障碍患者的社会支持水平的因素的来看，目前研究主要从两个角度进行研究。

一是患者本身的人口社会学因素。如赵东荣等（2013）的研究结果发现患者社会支持状况及主观支持维度得分上男性患者显著低于女性患者，已婚患者显著高于未婚及离异患者；在客观支持维度得分上大专以上学历患者显著高于其他组患者。陈琳霞（2013）研究发现老年、男性、离异或丧偶或未婚、住院二次及以上的精神分裂症患者的社会支持水平较同类患者更低，差异有统计学意义（ $P < 0.01$ ）。连文仙等（2010）发现有配偶组的病人SSPR评分高于无配偶组，差异有统计学意义；病程超过10年的患者SSPR各项分值均低于病程10年以下者。陈文泽等（2004）多因素逐步回归分析的结果显示，社区精神病患者的社会支持程度与患者的性别、家庭经济状况、病程和随访期间复发等因素有明显的关系，其中女性患者、家庭经济状况差、病程迁延不愈和复

发次数等是影响社会支持不良的重要因素。

二是地区社会经济发展水平。宿凤琴等（2010）采用一般资料自评量表、社会支持评价量表对来自居住海拔（2 261~3 500）m的631例青海地区住院精神障碍患者进行调查并予以评价，并引用王志阳、张明园的精神病人社会支持情况调查资料（发达地区）对比分析显示：青海地区精神障碍组与发达地区精神障碍组对比具有显著性差异，青海地区精神障碍患者的社会支持较差。

3. 社会支持作用

已有文献中，对社会支持给精神疾病患者治疗、康复及生活质量带来的效果研究最多。

一是社会支持与治疗依从性的研究。杭荣华等（2014）利用相关量表对132例精神分裂症患者影响依从性的相关因素进行分析。邓莉等（2012）通过对门诊治疗的42例精神分裂症患者服药依从性及社会支持系统关系调查。童寿明（2010）探讨社会支持水平对140例首次发病的精神分裂症患者服药依从性的影响。邢改书等（2008）调查110例精神分裂症病人的社会支持与其治疗依从性的关系。研究结论都表明：精神病患者的社会支持对治疗依从性有重要影响，治疗护理过程中重视社会支持可以改善患者的依从性，社会支持水平的提高有助于改善患者依从性。

二是社会支持对精神疾病患者康复的作用。李秀美（2015）应用社会支持评价量表（SSRS）、住院患者护士观测量表（NOSIE）对某院自2012年6月至2013年12月所收治的86例衰退期精神分裂症患者进行评定。李红远等（2013）采用家庭环境量表（FES-CV）、社会支持评定量表（SSRS）对复发的住院精神分裂症患者（研究组）进行测评分析，并与未复发的稳定精神分裂症患者（对照组）作对照比较。罗继明等（2007）采用社会支持量表、家

庭环境量表对 71 例复发的精神分裂症患者进行测评分析,并与 49 例未复发的精神分裂症患者对照比较。陈为香等(2005)选取符合入组标准的 164 例研究对象,采用社会支持评定量表,在其首次住院出院后满 1 年时进行随访调查评估,社会支持与精神分裂症复发的关系。周逸如等(2005)应用社会支持评价量表(SSRS)、住院患者护士观察量表(NOSIE)对 96 例精神分裂症患者的康复情况与社会支持的关系进行研究。结论都表明:社会支持以及对支持的利用度对衰退期精神分裂症患者的社会能力、社会兴趣、个人卫生等有积极的作用,良好社会支持在预防和减少精神分裂症复发方面有重要作用。

三是社会支持对精神疾病患者生活质量的影响。于辉等(2012)采用生活质量量表和社会支持评定量表,对某三级甲等精神专科医院住院的 85 例复发性精神分裂症患者进行生活质量和社会支持状况调查。裴双义等(2012)采用生活质量综合评定问卷(GQOL-74)对 50 例缓解期偏执型精神分裂症患者综合评定。王可(2012)对 210 例精神障碍患者进行 Campell 幸福感指数量表、社会支持评定量表、情感量表的测试。邢改书等(2008)调查 110 例精神分裂症患者的生活质量和社会支持情况,分析精神分裂症患者的社会支持与其生活质量的相关性。研究结果一直认为:生活质量与社会支持水平成显著正相关,帮助精神分裂症患者建立有效的社会支持系统,对提高其生活质量有重要意义。

二、精神病患者家庭的社会支持状况及其作用的研究

照顾精神障碍患者是一项长期工作,因时间较长会对家庭产生巨大的生活压力,同时也产生不同程度的负担,而目前对精神疾病患

者主要照料者或家庭负担及社会支持的研究相对较少。

1. 疾病家庭负担

李勇洁等(2014)采用疾病家庭负担量表(FBS)对 148 例重性精神疾病患者的疾病家庭负担进行评定。王文季等(2014)选择北京市某社区 109 例精神分裂症患者的照料者,采用自制的一般资料调查表和家庭负担量表进行研究。华文球(2008)对 456 例精神分裂症患者采用家庭负担量表和自拟一般情况调查表进行测评,并对城乡患者测评结果进行对比分析。翟金国(2006)采用家庭负担量表(FBS)和家庭关怀度指数问卷(APGAR),对 350 例精神分裂症患者的家庭负担进行评定。几项研究结论都表明:精神分裂症疾病家庭负担普遍存在,涉及家庭经济、家庭娱乐活动、家庭关系、家庭日常生活、家庭成员的心理和躯体健康等多个维度,照料者的婚姻状况、患者患病后是否工作、每月用药花费及疾病稳定状态对家庭负担的有明显影响。

2. 社会支持水平

曾奇佳等(2015)采用社会支持评定量表对 72 例居家精神疾病患者照顾者进行调查。崔健(2013)采用家庭危机个人评价量表和社会支持量表对 100 例精神分裂症患者的家属进行调查。蒋军生等(2011)选择 96 例精神分裂症患者家属作为观察组,96 例企业志愿者为对照组,均采用社会支持评定量表(SSRS)进行问卷调查。研究发现:精神疾病患者家属社会支持水平较低,远远不能满足需要,不同的性别、婚姻状况、年龄、文化程度的照顾者社会支持也有所不同。

3. 社会支持作用

向莉等(2015)通过对选择在本院住院治疗时长 1~2 年的精神分裂症患者家属 60 例,随机分为两组,给予实验组社会支持护理干预

后,对两组患者家属的社会支持度、焦虑、抑郁负性情绪改善情况进行比较。李丽红(2012)采用症状自评量表(SCL-90)对深圳市福田区174例重性精神疾病患者的家属进行以心理干预和健康教育为主的干预前后情况进行测评。林卓毅(2011)对新会区100名精神分裂症患者及其照料者进行社区干预,并用家庭会谈量表(FIS)对主要照料者进行评定。结论表明:对精神疾病患者家庭进行干预后能够有效降低家庭负担,能显著改善其负性情绪,有效提高患者家属的生活质量。

三、研究的不足

精神疾病的社会支持是一个复杂的系统工程。尽管已有研究比较深入地揭示了良好的社会支持对于降低患者家庭负担,改善家庭环

境,促进患者康复都有着积极的作用。但现有研究缺乏对精神疾病社会支持的体系、机构、内容及运作模式进行深入研究。其次,文献研究大都是从患者个人的单一角度出发,对患者的主要照料者或家庭的负担及降低其负担的社会支持方案关注不够。笔者认为,精神疾病已经成为一个社会问题,患者的康复与主要照料者及家庭环境密不可分,应该把对精神疾病患者和家庭的支持作为一个整体进行研究,不能只从精神疾病患者的单一角度去谈社会支持。此外,精神康复工作已经不仅仅是一个部门或者一个体系的任务,而是社会各个方面的共同责任和挑战,是精神医学和社会工作共同的责任。

参考文献:略

(作者单位:上海市人口与发展研究中心)

(上接第44页)

生条件。在健康促进方面,现在比较重视儿童肥胖、老年孤独等问题。由于当地风行纹身,这也是预防保健工作的重要内容之一。二是对妓女的卫生条件管理。三是港口船只的卫生管理。四是环境卫生工作,主要是加强对空气质量、交通污染的管理、噪音管理,以及优化城市设计等。目前,鹿特丹市共有625万人口,女性平均期望寿命为86岁、男性为80岁。

(六) 卫生筹资系统

荷兰GDP的12%用于卫生费用,是世界上除美国外,卫生费用最高的国家。这里介绍一下鹿特丹市的卫生筹资预算和管理情况。

1. 筹资总额

鹿特丹卫生经费年度预算为33亿欧元,相当于240亿RMB,66%来源于中央政府,其

中一般财政预算占45%,特殊项目(如专业税)约占21%。公共卫生费用主要来源于中央支持,2015年起有专门的预算费用。鹿特丹地方税收支付约占(签证费用、废水处理)8%。

2. 预算流程

卫生经费预算一般包括“预算申报-评估-审计”这样一个流程,4年后预算执行委员会(市长、副市长、议会委员等构成)换届时,进行预算大调整,期中每年根据实际情况进行微调。

3. 筹资管理

市政委员会决定本市的预算,每年有预算说明,专门审计机构进行研究、评估预算执行情况。荷兰中央政府对地方政府的卫生经费预算进行监督管理。地方政府有责任监督其下属地方政府的预算过程。