

人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 历史性转折还是短暂性波动——对上海户籍人口自然变动由负变正的考察
- * 促进“全面健康老龄化”应成国家战略
- * 上海市老年人口就医行为群体差异的调查分析
- * 我国人口少子老龄化变动趋势及未来挑战：不同视角的考察(论坛)

上海市卫生和健康发展研究中心

内部资料 免费交流

人口信息

(双月刊)

2018年第5期(总第220期)

名誉主编:黄红

孙常敏

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 •

历史性转折还是短暂性波动——对上海户籍人口自然变动由负变正的考察… 陈蓉 顾宝昌 (1)

促进“全面健康老龄化”应成国家战略…………… 穆光宗 (11)

• 本期关注 •

我国人口少子老龄化变动趋势及未来挑战:不同视角的考察…………… 《人口信息》编辑部 (13)

(主持人:左学金 参与讨论:王美凤、陈蓉、杨昕、沈洁)

• 调研与分析 •

上海市老年人口就医行为群体差异的调查分析…………… 王春兰 刘陆雪 (32)

• 卫生与健康 •

上海市处方药费用的十年时间序列:水平、趋势和结构(上)…………… 林海 (36)

• 全球视野 •

美国PACE模式对我国居家养老服务的启示…………… 杨晓娟 丁汉升 杜丽侠 (49)

《人口与发展》

历史性转折还是短暂性波动

——对上海户籍人口自然变动由负变正的考察

陈蓉¹ 顾宝昌²

(1 上海市卫生和健康发展研究中心 (上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200040)

(2 中国人民大学人口与发展研究中心, 北京 100872)

1993 年, 上海开始进入户籍人口自然负增长阶段 (出生率为 6.5‰, 死亡率为 7.3‰, 自然增长率为 -0.8‰), 是全国第一个出现人口自然负增长的省市。这一新的人口现象在当时引起了广泛的关注, 为了更好地认识这一现象, 学者们对上海户籍人口负增长形成过程及其原因, 与人口政策、计划生育开展、社会经济发展程度等的关系, 可能导致的后果等, 进行了系统的研究。从 1993 年至 2011 年, 上海户籍人口的自然增长率持续保持着负增长水平, 但却在 2012 年结束了长达 19 年的负增长, 首次由负变正 (出生率、死亡率、自然增长率分别为 8.51‰、8.25‰、0.26‰)。这一方向性的转变引起了媒体的一些关注, 并围绕此问题进行了一些采访和报道, 但鲜有针对这一人口现象进行深度研究的公开的学术性论文或著作。事实上, 2012 年之后, 上海户籍人口自然增长率一直围绕着零点波动, 2013 年、2015 年和 2017 年回到负增长状态, 2014 年和 2016 年均又越过零点实现正增长。

那么, 在全国人口自然增长率持续走低的情势下, 上海这个远远领先于全国实现且长

期保持户籍人口自然负增长的地区, 为什么会反其道而行之, 从负增长转向零增长甚至是正增长呢? 其中的形成过程是怎么样的? 其主要的决定因素是什么? 这一方向性转变将会是长期性趋势, 还是一时性波动? 对全国其他省市而言, 这是一个具有借鉴意义的信号吗? 本文将基于对上海户籍人口出生、死亡、年龄构成等统计数据的系统深入分析, 尝试回答这些问题, 并就如何释放生育潜力进行探讨。

一、户籍人口自然增长率变动历程及阶段划分

对一个非完全封闭地区而言, 其人口数量变动由出生、死亡和迁移 (迁入和迁出) 三个因素决定, 出生和死亡决定着自然变动状况, 迁入和迁出构成了迁移变动部分, 写成公式即是所谓的“人口方程”: 人口总量变动 = 自然变动 + 迁移变动 = 出生人口数 - 死亡人口数 + 迁入人口数 - 迁出人口数。

这里所讨论的“上海人口”, 严格界定在上海户籍人口这一统计口径上。但上海户籍人口实际上仍不是一个完全封闭的人口, 其

间包含了户籍迁入人口,也有部分上海户籍迁出人口。据《上海统计年鉴 2016》数据,1995–2015 年间,上海历年户籍净迁入人口数有波动,少则 6 万多人,多在近 13 万人,平均约 9 万多人,这对于 1400 多万户籍人口而言应该说是较小的体量。更重要的是,本文关注的是上海户籍人口的自然变动状况,而非迁移增长部分,户籍新迁入人口对自然变动状况的影响体现在:(1) 计算出生率、死亡率和自然增长率时,户籍新迁入人口对户籍人口这一分母产生影响;(2) 仅当户籍新迁入人口在迁入上海之后有生育行为或者死亡,才会对出生人口数、死亡人口数的统计产生影响,即影响分子部分。因此,户籍新迁入人口对户籍人口自然变动的影响非常有限,更不可能是主导户籍人口自然变动由负变正的因素。

本文将主要聚焦出生和死亡两大因素对上海户籍人口自然变动的影响。当出生人口数少于死亡人口数时,人口自然变动为负增长;当出生人口数等于死亡人口数时,人口自然变动为零增长,但绝对的零增长在现实人口中是罕见的,能够见到的是在零增长点附近保持稳定或波动的人口增长形态,即相对的零增长状态;当出生人口数多于死亡人口数时,人口自然变动即呈现正增长。图 1 展示了 1978–2017 年上海市户籍人口出生率、死亡率和自然增长率的变动过程。从出生率来看,1978–1982 年间上海户籍人口的出生率呈上升趋势,至 1982 年时达到最高点(18.5‰),之后开始下降,1993 年时为 6.5‰,直至 2003 年达到最低点(4.28‰),然后开始在波动中逐步回升,2012 年时回升至 8.51‰,2012 年以后的逐年小幅波动,2014 年时为 8.64‰,2016 年时为 9.04‰,是 1993 年以来 20 多年期间的最高值,2017 年又降至

7.8‰。近几年上海户籍人口的出生率水平已回升至 1990 年前后的水平。从死亡率来看,1978 年以来上海户籍人口死亡率保持着微幅增长态势,1978 年时为 6.2‰,1993 年时升至 7.3‰,2003 年时为 7.52‰,2017 年为 8.4‰。

正因为死亡率的变动幅度不大,自然增长率的变动过程与出生率非常相似。1978–1992 年间,上海户籍人口增长率为正,且在此间处于不断上升之中,1982 年达到最高点(12.2‰),之后开始下降。1993 年上海户籍人口在全国率先出现负增长,此后至 2011 年底自然增长率持续 19 年处于负增长水平。在这 19 年期间有一个时间点非常值得关注,那就是 2003 年。2003 年之前,负的自然增长率持续走低,在该年达到最低点 -3.24‰,2003 年之后开始逐步回升,至 2012 年时首次转正(0.26‰)。近几年,户籍人口自然增长率则是在零点附近波动,2013 年回到 0 以下(-0.54‰),2014 年又转负为正(0.32‰),2015 年再次回到 0 以下(-1.27‰),2016 年再次转负为正(0.5‰),2017 年又降到 0 以下(-0.6‰)。

根据出生率、死亡率和自然增长率的上述变动特征,笔者将 1978 年以来上海户籍人口自然变动历程划分为四个阶段。第一阶段:1978–1992 年,自然增长率为正;第二阶段:1993–2003 年,自然增长率为负、且持续走低;第三阶段:2004–2011 年,自然增长率仍为负、但不断回升;第四阶段:2012–2016 年,自然增长率由负变正、在零点附近波动。上海户籍人口自然增长率方向由负变正发生在 2012 年,但自然增长率开始回升发生在 2003 年以后,即 2003 年以来的出生率逐步提高为增长率由负变正蓄积了能量,故本文将重点关注后三个阶段。

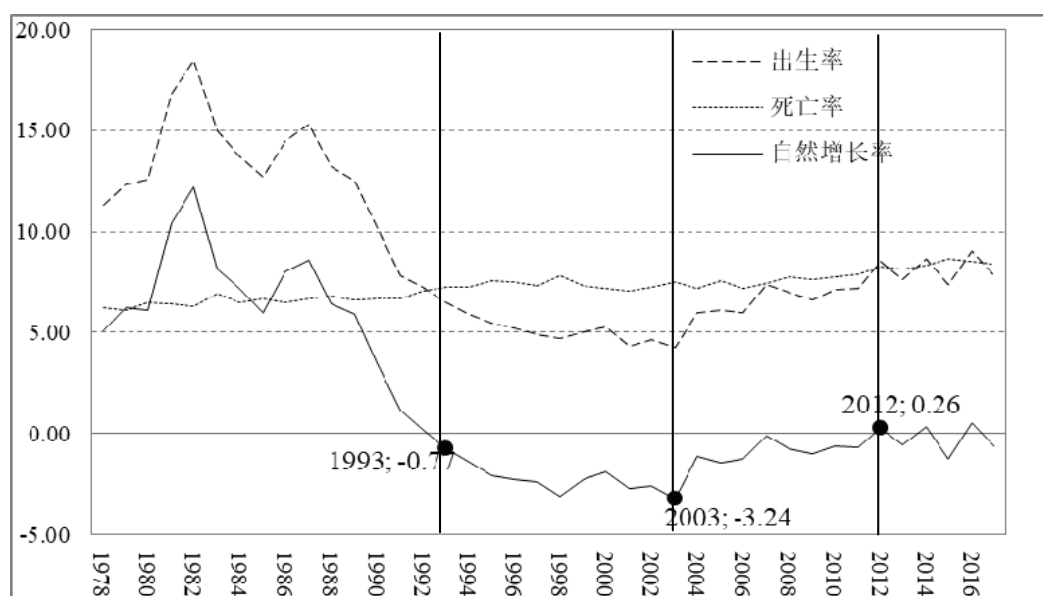


图1 上海户籍人口出生率、死亡率、自然增长率（1978—2017年）%。

数据来源：1978-2003年数据来源于《上海统计年鉴2004》，2004-2016年数据来源于《上海统计年鉴2017》，统计口径为户籍人口；2017年数据来源于《2017年上海市国民经济和社会发展统计公报》，2017年的统计口径为户籍常住人口，其余年份口径为户籍人口。

二、户籍人口自然增长率“由负变正”的根本原因

1. 自然增长由负变正的原因之一并非由于“死亡率下降”、“死亡数量减少”，而是死亡人数的缓慢上升没有赶上出生人数的增多

笔者同时绘制了1978—2017年上海户籍人口历年出生数、死亡数和自然增长数变动状况图，三条曲线走势与图1一致。1978—1992年间，历年出生人数与死亡人数的差额先扩大后缩小，在1982年时二者差额最大，故1982年的户籍人口自然增长数是最多的。这一时期内历年出生人数一直大于死亡人数，因此户籍人口呈现自然正增长，直至两条线于1992—1993年间第一次相交。1993—2011年间，历年死亡人数与出生人数的差额先扩大后减小，在2003年时二者差额达到最大，故2003年时户籍人口自然负增长数是最多的。与上一阶段正

好相反，这一时期内历年死亡人数都是超过出生人数的，故户籍人口自然变动为负，直至两条线于2011—2012年第二次相交。2012年时，死亡人数与出生人数的大小又有了反转，出生人数在经历了19年之后又一次超过死亡人数，户籍人口自然增长数由负变正。2012年之后的几年两条线出现频繁相交，主要是由于历年出生人数波动比较明显所致，相应地，自然增长数也围绕着零值在正负之间波动。与图1中出生率和自然增长率两条曲线互动关系一致，出生人数曲线与自然增长人数曲线的走势变化也是几乎一致的，也就是说自然增长数的变动主要是由于出生人数变动引起的，只是二者之间的差距有扩大的趋势，那是因为死亡人数曲线在这些年间一直呈现比较稳定的、微幅增长的趋势。

所以，媒体中所报道导致2012年户籍人口自然增长率20年首现正增长的因素之一是

“随着户籍人口预期寿命不断延长，死亡率降低”，“死亡数量减少”，这是不准确的判断。事实上，户籍人口历年死亡率并没有下降，死亡人数并没有减少。如果要从死亡这一因素出发解释户籍人口由负增长变向正增长的原因的话，准确的判断应该是，死亡人数尽管持续缓慢上升但没有赶得上出生数量的增长。究其原因确系“上海户籍人口预期寿命不断延长”，使得死亡率的上升比较缓慢。统计数据显示，1993 年以来上海户籍人口平均预期寿命逐年提升，已从 1993 年的 75.97 岁提高至 2016 年的 83.18 岁，23 年间提升了 7.21 岁。其中，男性户籍人口从 74.04 岁提高至 80.83 岁，提升了 6.79 岁；女性户籍人口从 77.91 岁提高至 85.61 岁，提升了 7.70 岁。

2. 2004 年以来的出生人数升高，是自然增长率提高乃至变正的主要原因

2004 年以来的上海人口变动最终形成接近零增长甚至个别年份正增长的态势，主要原因还在于出生人数的逐步上升超过了缓慢增长的死亡人数。1993 年以来上海户籍人口年出生数经历了先减少后增加的过程。2003 年之前，年出生人数不断下降；2003 年是最少的一年，仅为 5.73 万人；2003 年以后，年出生人数逐步增加。仅 2004 年一年出生人数就增加了 2.36 万人，从 2003 年的 5.73 万人增加到了 8.09 万人。2006–2007 年出生人数又有了一个大的跳跃，由 8.12 万人增至 10.08 万人，增加了 1.96 万人，年出生数上到了 10 万这一台阶。2007 年之后，除了个别年份的出生人数低于略低于 10 万人以外（2008 年和 2009 年出生人数为 9.67 万和 9.23 万人），历年出生人数都在 10 万以上，回到了上个世纪 90 年代初的出生水平。2011 年到 2012 年的出生

人数提高量也很大，增加了 1.96 万人，2012 年以后出生人数波动非常明显，2013 年下降到 10.89 万人，2014 年又上升至 12.41 万人，2015 年又下降到 10.59 万人，2016 年又回升至 13.07 万人。《2017 年上海市国民经济和社会发展统计公报》显示，2017 年全年户籍常住人口出生 11.20 万人，比 2016 年有所下降。

3. 出生人数增多主要来自于二孩出生，“二孩政策时期”的二孩出生数对出生总数增加的贡献虽有所增加但仍有限

那么，出生人数增多主要是由于一孩出生数还是二孩出生数的增多引起的呢？从孩次率来看，2004 年之前上海户籍人口出生一孩率一直在 95% 以上，2004 年上海实施“双独两孩”政策后，一孩率缓慢下降，二孩率逐步上升。2004 年时，户籍人口出生二孩率为 2.80%，2012 年为 8.39%，2013 年突破 10% 升为 10.45%，2014 年为 14.96%，2015 年突破 20% 升至 22.64%。2016 年“全面两孩”政策实施，上海户籍人口出生的一孩率下降至 71.9%，二孩率上升至 27.4%，几乎回到了 1979 年时的水平（一孩率为 71.6%、二孩率为 27.3%）。2004 年以来特别是近几年，随着生育政策的陆续放宽，出生人数逐步增多但仍有波动，二孩率则呈逐年提高之势。笔者绘制了 1992 年以来上海户籍人口历年出生总数、一孩出生数及二孩出生数 3 条曲线。直观来看，一孩出生数与出生总数两条曲线的波动是几乎并行的，特别是在 2004 以前两条线几乎是重合的，2004 年以后尤其是 2012 年之后两条线之间的差距由于二孩出生数的增多而有所扩大，但二者的波动仍几乎是一致的。这初步说明，二孩出生的增多对出生总数增多有一定贡献，但一孩出生数才是引起出生总量波动的

主要原因。

进一步地,笔者构建了如表 1 所示的 6 个线性模型来分析一孩出生数和二孩出生数对出生总数的影响。模型 1-3 的应变量是 1993-2016 年上海户籍人口年出生总数。其中,模型 1 的自变量是此时段历年一孩出生数,模型 2 的自变量是此时段历年二孩出生数,模型 3 中同时纳入这两个自变量,并且取标准化回归模型。2004 年 4 月 15 日施行的《上海市人口与计划生育条例》中取消了允许生育第二个孩子的夫妻应当有 4 年生育间隔的规定,2014 年和 2016 年“单独两孩”和“全面两孩”政策陆续在上海落地,故可将 2004 年看作是时间节点,此前为“一孩政策时期”,此后为“二孩政策时期”。同时,2004 年也是上海户籍人口自然变动进入第三阶段的第一年。因此,模型 4-6 以 2004-2016 年的上海户籍人口年出生总数为应变量。其中,模型 4 的自变量是此时段的历年一孩出生数,模型 5 的自变量是此时段的历年二孩出生数,模型 6 中纳入这两个自变量,并且取标准化回归模型。

模型 1 和模型 2 的结果表明,1993-2016 年上海户籍人口一孩出生数变动可以解释出生总数变动的 88.4%,二孩出生数变动可以解释出生总数变动的 57%,说明一孩出生数和二孩出生数均可解释出生总数的部分变动。模型 3 的结果显示,一孩出生数的标准化回归系数为 0.746,远大于二孩出生数的标准化回归系数(0.387),进一步说明相对于二孩出生数而言,一孩出生数对总出生人数的影响程度更大。对于模型 4-6 可以有如上类似的解释。模型 4 和模型 5 的结果表明,2004-2016 年一孩出生数可以解释该时期年出生人数变动的 57.7%,二孩出生数可以解释 57.2%,模型

6 中一孩出生数和二孩出生数的标准化系数分别为 0.642 和 0.638,显示出,即便在“二孩政策时期”一孩出生数的变动对总出生人数变动解释力度仍高于二孩出生数,尽管二者的差距在缩小。比较模型 1 和模型 4 的 adj.R² 可知“二孩政策时期”一孩出生数对出生人数变动的解释力度有所下降;比较模型 2 和模型 5 的 adj.R²,可以得出“二孩政策时期”二孩出生数对出生人数变动的解释力度有所提高。综合来看,无论是“一孩政策时期”还是“二孩政策时期”,上海户籍人口年出生人数的变动主要都是由一孩出生数变动而引起的;不过,“二孩政策时期”二孩出生数变动对出生总数变动的影响程度有所提高,一孩出生数变动对出生总数变动的影响程度有所下降。

同时,笔者计算了 2004 年以后的“二孩政策时期”年出生人口数增加量比较多的几个典型年份的一孩出生数增量和二孩出生数增量分别占出生总数增量的比重。其中,2004 年分别为 97.74% 和 2.17%,2007 年为 96.05% 和 3.93%,2010 年为 79.92% 和 19.48%,2012 年为 84.69% 和 15.17%。可见,2004-2012 年间,尽管随着二孩出生数的增加,一孩出生数增量占出生总数增量的比重有所下降,二孩出生数增量的比重在上升,但是一孩出生数对总出生人数变动的影响始终是占绝对主导地位的。直至 2014 年“单独两孩”政策实施,二孩出生量有所释放,二孩出生数增量占出生总数增量的比重显著升高至 47.24%,与一孩出生数增量占出生总数增量的比重(52.37%)的差距缩小,但仍低于一孩出生数的贡献。2016 年“全面两孩”政策实施的第一年,二孩出生进一步释放,当年出生人口中二孩率显著升高,二孩出生数

增量占出生总数增量的比重（49.02%）才刚追平一孩出生数增量（48.31%）。这些分析均充分说明了上海户籍人口年出生人数的变动主要还是由一孩出生引起的，二孩出生数的增加是出生总数增加的一个原因，但其对出生总数增加的贡献仍处于相对次要地位。

表 1 一孩出生数、二孩出生数对相应时期内年出生人数影响的模型分析

变量	模型1	模型2	模型3（标准化）	模型4	模型5	模型6（标准化）
1993-2016年 一孩出生数	1.264*** (0.095)		0.746***			
1993-2016年 二孩出生数		2.027*** (0.361)	0.387***			
2004-2016年 一孩出生数				1.217*** (0.292)		0.642***
2004-2016年 二孩出生数					1.248*** (0.302)	0.638***
C	-1.408* (0.767)	7.238*** (0.379)		-0.934 (-2.684)	8.902*** (0.426)	
N	24	24	24	13	13	13
adj.R ²	0.884	0.570	1.000	0.577	0.572	1.000

注：***、*分别表示1%和10%的显著性水平；（）里的是回归系数标准误差。分孩次出生数由孩次率乘以出生总数得到。其中，1993-2010年孩次率来源于《上海市人口与计划生育统计资料主要数据汇编（1982~2010）》，2011-2016年数据查询于上海市卫生计生委官方网站<http://www.wsjsw.gov.cn/wsji/n473/n2413/index.html>。

4. 2003 年以后新婚人口数增多是一孩出生数增多的原因所在

那么，为什么 2003 年以后会出现一孩出生增多的情况呢？在我国非婚产子不被认可的情况下，结婚仍是生育的前提，因而新婚人群的数量无疑是影响一孩出生数的最大依据。通常情况下，结婚和生育总有时间差。有学者曾利用 2000 年“五普”长表数据研究发现，我国育龄妇女初婚初育间隔的时间长度集中度很高，近七成是结婚后一年半以内生育，90% 在婚后两年半以内生育。据笔者计算，1987-2014 年间的上海市育龄妇女历年平均初育年龄与平均初婚年龄之差的均值为 1.38 岁，

绝大多数年份的间隔都在 1~2 年之间，少数年份小于 1 年或多于 2 年，没有间隔大于 3 年的年份。因此，笔者判断前一年的新婚登记人数对当年一孩出生数变动的的影响较大，故使用 1988-2016 年的一孩出生数与前一年的新婚登记人数（即 1987-2015 年的新婚登记人口数）对二者进行 Pearson 双侧相关检验。结果显示，二者高度相关，Pearson 相关系数 r 为 0.731，且相关关系通过统计学显著性检验（ $P=0.000$ ）。这一时期的数据还显示， t 年一孩出生数与 $t-1$ 新婚登记人口的走势非常相似， $t-1$ 年新婚人口在 2003 年之后不断上升正是 2003 年以后一孩出生数增多的原因所在。值得注意的是，数

据也显示出 t 年一孩出生数低于 $t-1$ 新婚登记人口, 且二者之间的差距有拉大趋势, 反映了越来越多的人结婚后不马上生育的趋势。

5. 育龄妇女人数处于一个小的高峰是新婚人数增多的原因所在

紧接着的问题是为何 2003 年以后新婚人口数会增多呢? 这就需要分析上海户籍育龄妇女人数、年龄构成、平均初育年龄等的变动状况。历史生育统计数据显示, 1981-1989 年是上海户籍人口出生的一个高峰, 每年出生人口在 15 万以上。上个世纪八九十年代, 上海户籍女性的平均初育年龄为 26 岁左右, 2000 年后持续上升, 从 2000 年的 26.11 岁升至 2015 年的 29.01 岁, 那么可以 25~30 年左右为代际更替的时间。那么 1980 年代这一轮出生高峰中出生的女性正好在大约 2005 年前后步

入生育旺盛期年龄。图 2 展示的“六普”时上海户籍育龄妇女年龄构成印证了这一判断。图 2 中的 45~49 岁组、50~54 岁组、55~59 岁组、60~64 岁组女性倒推 25~30 年, 正好是 1980 年代处于生育旺盛期的那一批妇女。图 2 显示, 这几个年龄组的户籍女性人数确实是比较多的, 并且这一批女性的女儿们正好在近 10 年左右逐步进入生育期, 即图 2 中的 20~24 岁组、25~29 岁组、30~34 岁组、35~39 岁组的生育旺盛期育龄女性。相比较而言, 这一批育龄妇女的人数已经比她们的母辈人数少了许多, 仅是她们母辈的 75%, 也正是因为如此, 在仍以一孩生育为主的近 10 多年, 这一轮的出生高峰相比较 1980 年代而言只是一个非常小的高峰。

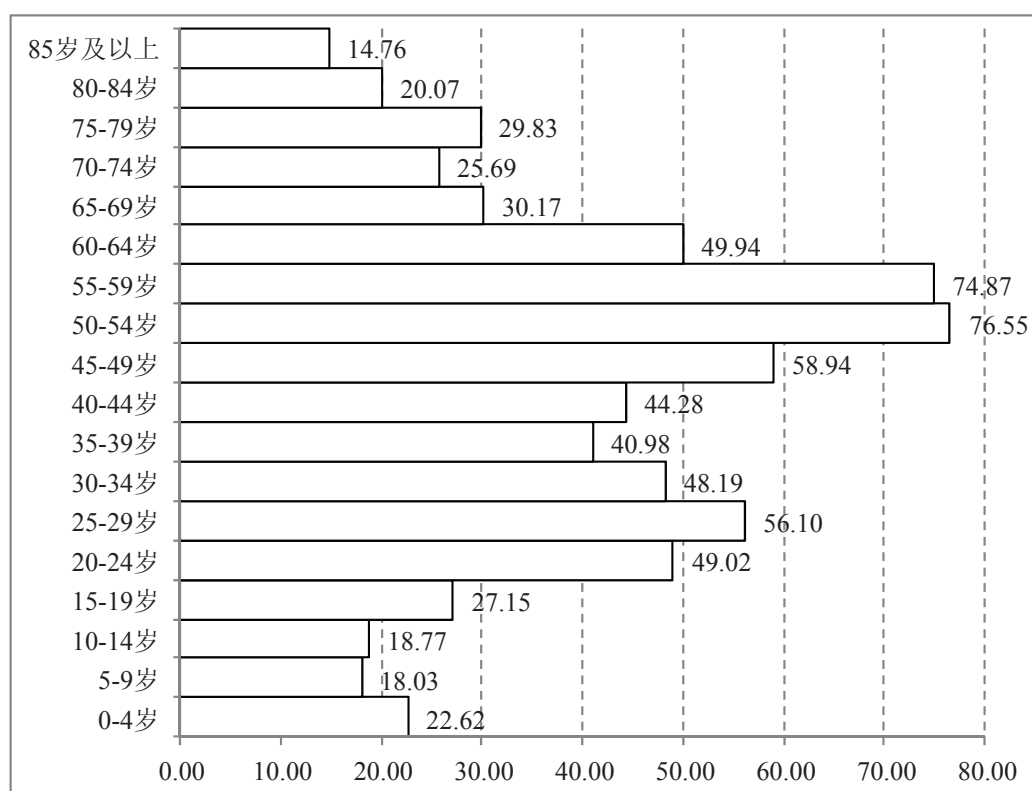


图 2 2010 年“六普”时上海户籍育龄妇女年龄构成 (万人)

三、户籍人口生育水平和出生人数未来趋势和应对

一个人口的整体生育水平是由一个个个体的生育行为集合而成的,而个体的生育行为又主要由其生育意愿决定。群众的生育意愿可以通过社会调查了解,这正是过去几十年国内大量开展生育意愿调查的原因所在。据笔者检索,1980 年代初期以来的长达 30 多年的时间内,原上海市人口与计划生育委员会(以下简称“上海市人口计生委”),以及上海市卫生和计划生育委员会(以下简称“上海市卫计委”)持续在上海全市范围内开展了 10 项户籍人口生育意愿调查,积累了丰富的资料。这 10 项生育意愿调查的纵向结果显示,30 年来上海市户籍育龄人群的意愿子女数呈现不断减少的趋势。1983 年的平均意愿子女数在 2 个左右,1992 年、1994 年、1998 年 3 次调查显示平均意愿子女数在 1.5 个左右,2003–2012 年间的 4 次调查显示平均意愿子女数已降到 1.3 个以内。2013 年的调查采集到了 8501 位 20~49 周岁、处于在婚状态、夫妻双方至少有一方为上海户籍的受访者的信息,他们的回答显示平均意愿子女数为 1.46 个,与前几次调查相比有所回升。不过,上海育龄人群对两孩政策的实际响应“遇冷”说明了以 1.46 作为生育水平的参考值是偏高的,即使实际生育水平能达到 1.46 也是属于远低于更替水平(一般为总和生育率等于 2.1)的低生育水平。

事实上,在上海这样一个国际化大都市,伴随着社会转型、经济转轨、人口转变的进程,在社会经济因素和限制性生育政策的双重影响下,人们的生育意愿已经发生了历史性的变迁,“多子多福”的生育观念早已不复存在,

取而代之的是“少生优生”、“注重孩子质量”的观念,并且这样的观念已经反映在人们实际的生育行为中,“只要一个孩子”已成为大部分家庭的现实选择。自 1971 年以来,上海户籍人口总和生育率已有 46 年之久的时间处于低于 2.1 的更替水平,且其中的 1993–2011 年的 18 年间总和生育率持续低于 1 的超低水平。2003 年是上海户籍人口生育水平最低的一年,总和生育率仅为 0.64。2004 年以后的“二孩政策时期”户籍人口的生育水平缓慢上升,但是上升幅度非常有限。2014 年“单独两孩”实施,总和生育率也仅回升至 1.14,2015 年又回到 1 以下(0.97)。2016 年“全面两孩”政策实施后的第一年,生育潜能有所释放,但总和生育率水平也仅回升至 1.1。可以预判,随着两孩政策的推行和逐步被接受,上海户籍人口的生育水平可能会有回升,但是显著性提升的可能性不大。许多国家的经验表明,生育水平由高到低易、由低到高难,即使有鼓励政策,生育水平的回升也会是一个漫长的过程。迄今为止,全球范围内尚未见哪一个国家或地区在长期处于低生育水平、超低生育水平时,能够在各种鼓励生育政策的作用下将生育水平回归至更替水平的事例。

同时,前文分析表明上海户籍育龄妇女的年龄构成老化明显,在 20~39 岁生育旺盛期的妇女人群后面就是一个大大萎缩的 19 岁以下人群。因此展望未来,随着时间的推移,出生在 1980 年代出生高峰的育龄妇女将逐步退出生育旺盛期,未来 10 年上海户籍育龄女性的人数将会持续减少,15~19 岁组 27.15 万人,10~14 岁组 18.77 万人。因此,这些年上海户籍人口出生数量的上升主要是短暂的育龄妇女人群增多所致。未来随着育龄妇女人群

的萎缩,出生数量上升的趋势必将告终,并即而转为减少的趋势。

总而言之,2012 年上海户籍人口自然变动在历经 19 年的负增长之后首次转为正增长,及此后几年在零增长附近的上下波动,是由于自 2004 年以来出生人数增多,并多过了一直处于小幅平稳增长中的死亡人数的结果。并且,出生人数的增多主要是由于一孩出生数增多所致。2004 年以后的“二孩政策时期”,虽然二孩出生数逐步增加,但对出生总人数的贡献仍是处于相对次要地位的;生育水平虽有小幅度提升,但对出生人数增加的贡献有限。进一步地,一孩出生数的增多是由于新婚的育龄妇女人群集中的缘故。1980 年代出生高峰期间出生的女孩在近 10 来年间陆续步入生育旺盛期,迎来了出生人数且主要是一孩出生数的增多。但是,随着育龄妇女人群的萎缩,出生人数特别是一孩出生数增多的现象也将稍纵即逝。未来 10 多年,即使“全面两孩”政策下生育水平有所提高、二孩生育有所增加,但也不能抵消育龄妇女人数减少和年龄结构老化所致的下降效应,上海户籍人口的出生人数总体上将呈现下行趋势。因此,近年来上海户籍人口自然变动由负增长转向零增长甚至正增长只是一个暂时性的现象,只是昙花一现,而并不能改变上海户籍人口自然变动负增长的长久性趋势。

从全国出生人口形势来看,“全面两孩”政策出台之后,2016 年出生人口 1786 万人,比 2015 年增加了 131 万人,生育政策调整释放了一部分生育潜能;2017 年全年出生人口 1723 万人,比 2016 年减少了 63 万人,原本预期中的 2017 年出生会继续增加的情况并未出现。事实上,2017 年出生人口中二孩已达

到 50% 以上,比 2016 年提高了 10 个百分点,但即便如此也未能扭转出生人数下行的趋势,导致出生人数下降的最主要原因就是育龄妇女人数特别是生育旺盛期育龄妇女的减少导致一孩出生数大为减少。预判未来一段时期内,伴随着全国育龄妇女规模缩小和年龄结构老化,全国出生人数总体也会呈现持续下行趋势。在育龄妇女人数、尤其是生育旺盛期育龄妇女人数必将减少的客观形势下,尽可能地提高生育意愿和生育水平成了缓和出生人数下行趋势的必然选择,故而实现习近平总书记在关于十三五规划的说明中提出的“进一步释放生育潜力”就成为了当务之急。

笔者认为主要可以从取消生育限制、转变婚育转念、提供经济支持和完善生育保障几方面着手进一步释放生育潜力。首先,建议尽快取消生育限制。尽管多生多育早已不再是主流的生育观念,但还有会有很少部分的人愿意生育 3 个或者以上的孩子的,放开生育限制让愿意多生的人按照自己的意愿自主决定生育数量,可以释放一部分生育潜力。

其二,转变婚育观念。20 世纪 80 年代以来,中国社会发生了翻天覆地的变化,各个方面都经历了并继续在发生着深刻的变革——文化传统变迁、经济转轨、社会转型、人口转变等,这些宏观方面的变革都作用于家庭制度的历史性变迁。家庭结构从传统的超核心亲属关系变迁为现代核心家庭。家庭小型化,家庭内部人口容量向组成家庭所需的最低限度人口接近。家庭的代际关系从以血亲主位、父子轴心,到以婚姻主位、夫妻轴心转变。家庭代际重心逐渐下移,生育孩子在家庭内部已是一件“极不划算”的事情。并且,经过几十年计划生育工作的宣传教育和社会经济发展等多方面的

影响,“晚婚晚育”“少生优生”的婚育观念逐步深入人心甚至根深蒂固,生育这项对于传统大家庭而言最为主要的功能在现代核心家庭中显著弱化。如果要提高生育水平、进一步释放生育潜力,笔者认为婚育观念的转变非常重要,故应提倡新型的婚育文化。新型婚育文化应宣传倡导适龄婚育而非晚婚晚育,还应摒弃少生的观念,提倡“一对夫妻生育两个孩子”,比如,回到“一个太少、两个正好、三个多了”的宣传口号等。

此外,育龄人群生育意愿低的主要原因主要还有养育成本高和照料压力大。不可否认,当前育龄人群的子女养育压力与政府对家庭养育行为给予的支持不足有关。过去在单位制时期,公共幼托和育儿系统相对发达,家庭育儿和养育困难相对较小,并且当时是多子女

养育时代,子女养育的精细化要求没有现在高。而现在,相对便捷的单位幼托系统的解体、养育期望和要求的提高导致了子女养育难度加大,正挑战着年轻父母的工作与家庭的平衡能力,也挑战着家庭的经济供养能力。因此,构建与生育政策配套的社会经济政策和发展型的家庭政策,帮助家庭履行生育和养育的功能,鼓励和支持家庭生育孩子、照料子女是当前的努力方向。笔者建议,可以从(1)促进婴幼儿托育服务发展,增强社区幼儿照料等服务功能;(2)研究制定为生育二孩的家庭提供适度经济支持的政策,比如,适当的税收减免和生育补贴;(3)促进育龄人群,主要是职业女性工作与家庭关系的平衡,鼓励用人单位制定有利于职工平衡工作与家庭关系的措施。

参考文献(略)

(上接第31页)

3. 需求调查评估:避免地区、项目、个人间的差距和不公平

目前中国的一些养老制度安排,实际上是富人受益,真正的中产阶层和中产阶层以上的这些老人受益,发达地区收益。但真正的一些贫困的,或者特别需要服务的一些人,受益的程度并不是太高。这就与护理保险制度的基本原则相悖,需要在制定制度的时候进行详实的需求调查评估,避免地区、项目、个人间的差距和不公平。

4. 再分配功能:根据个人的经济承受能力确定负担比例

日本在个人负担 10% 服务费的基础上,

面向高收入群体老人又设定了 20%、30% 的负担比例,即高收入老人为低收入老人买单。另外也对第 2 号被保险人(40-64 岁)实施总收入比例保费负担方式,减轻低收入阶层的保费负担,体现制度内的再分配功能。中国现在在做试点,也可以让大家积极地来尝试。日本过去最重要的一个非常深刻的教训,就是根据身体需求,而不是根据你的经济收入,去提供介护服务。现在看来这个理念造成了很多误区。

(本文由杨晓萍根据沈洁教授 2017 年 6 月 25 日在上海社会科学院新智库讲座“长期护理保险的财政陷阱:日本的案例”内容整理而成。)

促进“全面健康老龄化”应成国家战略

穆光宗

（北京大学人口所，北京 100871）

一、人口老龄化的影响取决于健康老龄化的程度

有数据显示，中国的人口老龄化不仅非常迅速，而且严重缺乏应对的准备。2011 年中国 60 岁及以上人口达 1.85 亿，占总人口的 13.7%，预计 2050 年这一比例将上升为 34%。欧洲用了 80 年的时间完成类似过程，中国却只要 20 到 30 年。所以，欧洲是从容进入高龄社会，可以有备应对；中国则是跑步进入高龄社会，只能仓促应对。

从不同的角度看，人口老龄化会带来不同的挑战。例如，从经济保障看，人口老龄化会带来养老负担和财政压力；从医疗护理看，人口老龄化会带来疾病负担和医疗压力；从空巢独居看，人口老龄化会带来心理问题和人道拷问。综合来说，人口老龄化的诸多负面影响归根结底是与老年人的健康状况分不开的。

近年，北京大学国家发展研究院通过“中国健康与养老追踪调查”，得出了一个重要的结论，即“老龄化结果如何，很大程度上取决于是否能实现健康的老龄化”，那么该如何理解“健康老龄化”？在国际上，健康老龄化是一个流播已久的提法，其重要性在各界已经达成高度的共识。1997 年，第 15 届国际老年学

大会提出“科学为健康老龄化服务”，由此启发我们健康老龄化其实是长寿时代共同的社会发展目标，无论是科学还是政治，是政府还是非政府，是机构还是社区，是家庭还是老人，都要为实现“健康老龄化”这一共同的目标努力。健康老龄化所带来的社会效益极为巨大。健康老龄化是建设“健康中国”的人口力量。

二、全面把握“健康老龄化”

在现实生活中，有些老年人身体健康但生活得不快乐，了无生趣，这样的“健康老龄化”是我们所追求的吗？答案是否定的。身体健康无疑十分重要，但只是健康老龄化的一个方面。世界卫生组织 1948 年曾经提出经典的健康定义，即健康不仅仅是没有疾病，而且指良好的心理状态和社会适应状态。

因此，健康老龄化的实现和推进要建立在“身－心－灵三维健康”的基础上，是身体健康老龄化、心理健康老龄化和道德健康老龄化三位一体的发展过程。换言之，老龄化中国要追求的是“全面健康老龄化”。老年人不仅要“康龄人士”，而且要做“乐龄人士”“德龄人士”和“美龄人士”，做一个全面健康的老年人。我们对“健康老龄化”需要新的认识

¹ 参见《中国青年报》相关报道，2013 年 9 月 4 日。

和把握:

其一,健康老龄化有狭义和广义之分,全面健康老龄化是广义健康老龄化,对于我们把握健康老龄化的方向和潜力很有帮助。有些老年人身体虽然健康,也就是说,实现了狭义的健康老龄化,但依然可能存在心理问题。这样的健康老龄化显然有其片面性。只有全面健康老龄化才能全面理解、预防和解决老龄问题。

其二,在人口学意义上,全面健康老龄化不是仅仅理解为老年人或者老年期的全面健康,而是针对全人口而言的,可以理解为“全民健康”。从生命历程观点看,只有中青年时期的全面健康才能为老年期的全面健康奠定基础。

其三,全面健康老龄化有层面之分,身体健康老龄化是低层面的健康老龄化,心理健康老龄化是中层面的健康老龄化,道德健康老龄化是高层面的健康老龄化。全面健康老龄化包含着老有所健、老有所乐、老有所为、老有所用和老有所成积极的价值追求。

其四,健康老龄化有正向发展和逆向发展的分别。所谓健康老龄化的正向发展,就是以身体健康老龄化为源头和起点,进一步提升到心理健康老龄化和道德健康老龄化,并且使三个维度的健康老龄化保持互相促进的良性循环。健康老龄化的正向发展值得我们重视和追求。所谓健康老龄化的逆向发展,就是老年人的健康储量不断漏损的过程,就是“健康老龄化”越出边界,退化到“亚健康老龄化”和“病苦老龄化”状态的逆向演变过程。健康老龄化的逆向发展需要我们预防和阻止。

“中国健康与养老追踪调查”项目通过对

分布在 150 个县级单位、450 个村级单位的大约 17708 名 45 岁以上的中老年人进行问卷调查,发现:近四分之一的老年人生活贫困,40% 具有明显的抑郁症状,超过一半的被调查者患有高血压。这些大样本数据权威地说明了“健康老龄化”在我国实现程度很低,对很多人来说是可望不可及的梦想,我们任重道远。很多老年人实际上是处在“亚健康老龄化”甚至“病苦老龄化”的过程中备受煎熬。全国老龄办公布的数据称,目前我国非健康老年人口人数 1.15 亿,占比 57%;失能老人达到 3750 万,占比 18.56%。我国老年失忆失智(痴呆)的发病率逐年增高,目前已有 500 万人,而且以每年 30 万的速度在增加。失能失忆失智一般很难康复,这些老人不幸远离了“健康老龄化”的轨道,被“病苦老龄化”所折磨。

三、结论和建议

综上,人口老龄化的深层挑战来自“非健康人群”的规模和增长。“全面健康老龄化”是全面实现小康社会的题中应有之义。

如果说“健康老龄化”是相对于“非健康老龄化”而言的,那么“全面健康老龄化”则是相对于“片面健康老龄化”来说的。“全面健康老龄化”的新提法深化和提升了我们对“健康老龄化”概念的认识。比诸“健康老龄化”的提法,“全面健康老龄化”含义和指向更明确,可以作为人口健康促进新的理论指引。

建议“全面健康老龄化”提升为国家人口新战略,通过社会推广、社区落实、全民参与的强大机制,在身体健康、心理健康和道德健康三方面同时推进。

◀ 本期关注 ▶

我国人口少子老龄化变动趋势及未来挑战： 不同视角的考察

《人口信息》编辑部

特邀主持人：上海市社会科学院研究员 左学金

主持人语

当前，我国的人口年龄结构呈现出明显的少子老龄化特征，从某种程度上讲，人口老龄化的发展离不开人口少子化的影响，而人口少子化的一个重要因素是人口生育率的持续偏低。鉴于此，国家先后在 2013 年（单独二孩）和 2015 年（全面二孩）两次放宽生育控制政策。在 2015 年实施全面二孩政策前后，一些学者与政府有关部门曾对生育政策调整后我国的出生数与出生率进行了预测。如有学者估计，在我国有 1.52 亿生育了一孩的 15-49 岁育龄妇女，其中 60%~70% 有生育二孩的意愿，如全面放开二孩的话，将累计多出生 9700 万人，每年出生人口峰值将达到 4995 万人，生育率将达到每位妇女生育 4.5 个孩子。再如政府相关部门在全面二孩政策实施之初预测，2017 年出生人口的中方案预测为 2109.9 万人，高方案预测为 2195.1 万人，而低方案预测为 2023.2 万人；2018 年将达到出生人口的峰值，中方案预测为 2188.6 万人，高方案与低方案预测分别为 2294.3 万人和 2082.4 万人。

但根据国家统计局公布的数据，2017 年我国全年仅出生人口 1723 万人，人口出生率为 12.43%，与 2016 年相比（出生人口 1786

万人，出生率 12.95‰），不但没有如预测的那样大幅上升，反而有所下降。这使许多人大感意外。这些数据意味着上述关于出生数和生育率的预测都出现了明显的高估偏差。而且 2018 年上半年我国多地出生数出现大幅下降，预计 2018 年全年的出生数还将进一步下降，所以出生高峰也没有如原来预测的那样发生在 2018 年，而是提前到了 2016 年；或者说全面二孩政策影响出生的时间长度，比原来预料的大大缩短了。

这里我无意指责上述预测出现的偏差，毕竟预测生育政策调整对生育率的影响并非一件容易的事。不过一个值得探讨的问题是，为什么上述预测会出现如此明显的偏差？弄清这个问题，对正确判断我国未来人口变动趋势具有重要意义。这就涉及到下面两个相关的概念，即生育意愿与实际生育率。

所谓生育意愿是假定育龄夫妇不受生育政策与经济社会条件的约束，希望生育的孩子数或“理想孩子数”。生育意愿在很大程度上是由工业化、城市化、生产与生活方式、老年保障来源和社会生育规范等变量所决定的。相关调查数据显示，在 1980 和 90 年代，我国育龄人群的意愿生育子女数为 2-2.5 个，进

入本世纪以来,生育意愿出现了明显下降。如 2007 年全国居民社情民意调查获得的平均意愿生育子女数为 1.89 个,2012 年中国家庭幸福感热点问题调查和 2013 年国家卫计委全国已婚育龄人群生育意愿调查得到的育龄人群平均意愿生育子女数均为 1.86 个(王军、王广州,2013;庄亚儿等,2014)。近年来生育意愿相对稳定。

而实际生育率一般是育龄妇女年龄别生育率的加总(“总和生育率”或“TFR”),也可近似地看成是妇女在育龄期间实际生育的孩子数。我们在后面列举的生育意愿和生育率的相关数据表明,由于受到多种因素的约束,实际生育率会显著地低于生育意愿,或者说实际生育率与生育意愿之间会有一个明显的偏离。

王广州研究员根据近年来我国生育意愿调查数据判断,我国育龄人群的生育意愿或理想子女数为 1.9 左右,育龄妇女的实际生育率为 1.5 左右,比生育意愿大约低 0.4。那么,生育意愿与实际生育率之间的偏离是如何发生的?

育龄妇女的实际生育率低于生育意愿,是因为在实际生活中,她们的生育意愿受到生育控制政策的约束和经济社会和生理条件的约束。但这两类约束的相对强度处于此消彼长的动态变化之中。总体来看,在过去 30 多年里,尤其是本世纪多次放宽生育政策(双独二孩、单独二孩和全面二孩)以来,在这两类约束中,生育控制政策约束的相对重要性不断下降,而经济社会和生理条件约束的相对重要性不断上升。

这里可以用相关数据来说明这个问题。根据 2012-2016 年的 5 次生育意愿抽样调查数据,理想子女数为 2 个或以下的受访人,占受

访人总数的 95% 以上;而理想子女数为 3 个或以上的受访人,仅占样本总量不足 5%,有的年份(如 2013 年和 2014 年)甚至不足 2%。所以在实施全面二孩政策以后,95% 以上的育龄人群的生育意愿已经在生育政策允许的范围之内,生育政策对他们的实际生育率已不构成政策约束。

另一方面,实际生育率所受到的经济社会和生理条件约束却在不断加强。养育孩子的成本与机会成本上升,而养育孩子的养老防老效用却不断下降。具体来看,养育孩子的经济与时间成本上升,晚婚晚育、不婚不孕率上升,丁克家庭增加,城市住房成本上升,孩子的托幼服务、学前教育与中小学教育成本上升等都倾向于降低生育率而不是提高生育率。

我们由此可以看到,造成实际生育显著低于生育意愿的主要约束,已经越来越多地从生育控制政策约束转向经济社会和生理条件的约束。如果在计划生育政策的早期阶段,放宽生育控制政策可以比较显著地提高实际生育率的话,那么,目前与今后放宽生育控制政策对提升生育率的作用已经非常有限。

所以,如果说近年来我国一些关于人口出生数的预测出现了较大的高估偏差的话,其中的一个重要原因是,这些预测没有看到实际生育率与生育意愿之间的偏离,主要是由于经济社会和生理条件约束、而不是政策约束所造成的。

那么,我国未来人口生育趋势与低生育率风险将会是怎样?这里我们首先要对一个方向性问题做出清晰的判断:我国未来面临的主要人口风险是生育率过高,还是生育率过低?是人口增长过快还是人口不断萎缩?

从上面的讨论我们可以看到,即使我国马上取消对城乡家庭生育数量的任何限制,允

许城乡家庭自主生育,我国的生育意愿与实际生育率也不会显著提高。这是因为第一,生育意愿在较长时间内相对稳定,在短期内不可能有显著变化。第二,生育意愿与实际生育率之间的偏离,主要是由经济社会和生理约束所造成的,而改变经济社会和生理约束,要比改变生育控制政策约束困难得多。

在人口少子老龄化变动趋势方面,我国的邻国日本、韩国和新加坡为我们提供了值得借鉴的案例。这些案例表明,一个国家的生育率一旦降低到 1.5 (超低生育率) 以下,或降低到 1.3 (超超低生育率) 以下,摆脱超低生育率或超超低生育率陷阱将变得非常困难。

日本总和生育率在 2005 年降至 1.26,此后出现缓慢回升与波动,2015 年总和生育率为 1.46。日本迄今尚未成功脱离“超低生育率(1.5)”陷阱。韩国从 2001 年生育率降至“超超低生育率”1.3 起,已经连续 17 年生育率低于 1.3,2017 年仅为 1.05,成为 OECD 国家中维持低生育率时间最长、总和生育率最低的国家(2011 年,34 个 OECD 各成员国的总和生育率平均为 1.7)。新加坡的总和生育率,在 2003 年下降到 1.3 以下以后,一直处于 1.3 以下的“超超低生育率”,2016 年总和生育率仅为 1.2。我国台港澳地区的生育率与韩国、新加坡相似。

上述分析的一个政策含义是,对于放开生育控制政策,已经完全没有必要去担心所谓生育率反弹所带来的人口快速增长。相反,我们需要担心的是未来我国生育率过低和少子老龄化进程过快的经济社会风险。我国应该尽快取消对城乡家庭生育数量的限制,首先要修改计划生育法,取消关于国家控制生育数量与征收社会抚养费的有关条款,有效地帮助解决城乡家庭养育子女的困

难,鼓励他们提高生育率。

当然,也许有人会说,既然生育政策放开对实际生育率没有多大影响,那么为什么还要放宽生育政策呢?提出这个问题的人显然没有看到,政府控制生育数量是一种非常态的政策,而城乡家庭自主决定生育数量才是常态的政策。我国通过行政手段对育龄夫妇的生育数量进行控制的政策是在当时人口增长过快,经济社会压力过大的背景下做出的。正如 1980 年《中共中央关于控制我国人口增长问题致全体共产党员、共青团员的公开信》所指出的:“到三十年以后,目前特别紧张的人口增长问题就可以缓和,也就可以采取不同的人口政策了。”目前我国人口态势已经发生了重大转变,取消对城乡家庭生育数量的任何控制,让城乡家庭自主生育,让计划生育回归“家庭计划”的时机早已到来。

2017 年我国人口出生数和出生率比上一年双双下降,表明全面两孩政策提升生育率的效应已近尾声,2018 年我国人口出生数和出生率还将进一步下降。我国人口变动的主要矛盾已经从人口总量过大转向人口结构快速老化和人口素质较低,以及人口数量在本世纪内不断萎缩。我国人口少子老龄化与人口低增长负增长的惯性已经形成,并且在本世纪内难以逆转。人口负增长,人口老龄化对经济社会发展所带来的严峻挑战需要我们认真研究与应对。

这次论坛我们共邀请了其他五位作者从不同的视角来讨论我国人口少子老龄化的挑战与政策应对问题。他们分别是王美凤、陈蓉、乐菡、杨昕和沈洁。

王美凤在《我国未来人口老龄化趋势研判》一文对我国未来(到本世纪末)人口变动趋势进行了定量预测与分析。

陈蓉的论文《新世纪以来中国人口老龄化进程的空间特征变动及其成因探析》利用 2000 年与 2010 年两次普查的数据以及其他相关统计数据,分析了我国中青年人口从中西部地区向东部沿海地区的大规模迁移所造成的老龄化空间再分布。

杨昕在论文《前瞻年龄、医疗费用与健康老龄化》尝试借鉴 Sanderson 等人提出“前瞻年龄”概念来代替传统的“日历年龄”来度量老年与老龄化。

最后,日本女子大学沈洁教授在论文《日本长期介护保险的财政问题》中深刻分析了日本从 2000 年 4 月开始实施的长期介护保险制度及相关财政问题的实践、经验与教训,以期作为中国未来建立长期护理保险制度的重要借鉴。

我国未来人口老龄化趋势研判

王美凤(上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所))

2001 年末,我国 65 岁及以上老年人口占总人口的比重达 7.1%,自此步入老龄化社会。随着人口老龄化日益加重,预期寿命逐渐延长与老年抚养负担进一步加重,围绕我国“人口老龄化”的议题逐渐增多,其中人口预测研究已成人口老龄化议题中不可或缺的部分。人口预测研究中,由于不同学者对模型参数设定不同,同时采用方法也不尽相同,所以预测结果也见仁见智,可能存在高估或低段偏差。笔者基于我国现行全面二孩政策与不久将来全面放开生育政策的前景构建人口预测模型,分析未来我国人口老龄化趋势及其特征。

一、预测模型设定

本文以 2010 年“六普”数据为基年数据,预测模型采用常用的队列要素法,具体参数设定如下:

(1) 基于现行全面二胎政策与不久将来全面放开政策的考虑,预计未来短期内可能会出现生育堆积,总和生育率(TFR)稍有上升,不过很快又会回落至较低水平¹。为此,假定 TFR 从目前水平上升到 2020 年的 1.7;之后逐渐回落至 2030 年的 1.5;此后逐渐递增至 2080 年的 1.8;2081-2100 年保持 1.8 水平不变。

(2) 假定 2015 年后育龄妇女的生育模式保持不变。

(3) 假定出生人口性别比由“六普”时约 118 降到 2015 年的 115、2020 年的 112 和 2030 年的 106,2030 年后保持 106 不变。

(4) 用线性内插法推算出 2010-2015 年男性与女性预期寿命年均分别提高了 0.256 岁与 0.412 岁。考虑到未来随着预期寿命逐渐上升,其增速将会有所减缓,假定 2015-2030 年男女预期寿命年均增长步长均为 0.25 岁,2030-2050 年均均为 0.2 岁,2050-2100 年均均为 0.1 岁。到 2100 年,男性、女性预期寿命约分别 86 岁与 92 岁。这种假定使得本世纪中叶我国男女预期寿命大约相当于日本当前预期寿命的水平,本世纪末我国男女预期寿命大约相当于本世纪日本中叶的水平。

(5) 模型根据上述平均预期寿命假设,采用联合国延展平均预期寿命和完善资料之后的 UN 西区模型生命表来确定分性别分年龄死亡率。采用插值法(主要参照左学金(1989)²博

¹ 陈卫:《国际视野下的中国人口老龄化》,《北京大学学报(哲学社会科学版)》,2016 年第 53 卷第 6 期,第 82-92 页。

² Xuejin Zuo, “Population Paradoxes in China—Population Viewed as Producers and Consumers”, University of Pittsburgh, 1989, p30-31.

士论文)来获得各年对应平均预期寿命水平下的分年龄(一岁组)死亡率。

二、预测结果分析

(一) 总人口峰值提前到来, 之后维持缩减趋势

据笔者预测结果, 2017–2027 年, 我国总人口数将以年均 0.26% 的速度增长, 到 2027 年将达 14.27 亿人峰值, 比联合国中方案预测峰值(14.41 亿人)少 1400 万人, 峰值时点比联合国中方案(2030 年)也提前到来³。自此我国总人口增长率将一直为负, 总人数将长期处于缩减趋势。本世纪中叶, 总人数将降至 13.54 亿人, 又回归至 2012 年水平; 到本世纪

末, 总人数将进一步降至 9.29 亿人, 届时将跌至上世纪 70 年代前半期水平。

(二) 老年人口数量庞大

据统计局数据显示, 2016 年, 我国 65 岁及以上的老年人口超过 1.5 亿。根据笔者的预测结果, 到本世纪中叶, 我国老年人口规模持续增长, 预计到 2058 年, 65 岁及以上的老年人口将达 4.5 亿峰值, 相当于 2015 年的半个撒哈拉以南非洲人口规模, 相当于 0.8 个东南亚人口规模⁴。之后到本世纪末, 我国 65 岁及以上老年人口数量虽有所缩减, 但并未跌破 3 亿。由此可见, 未来我国老年人群数量十分庞大(见图 1)。

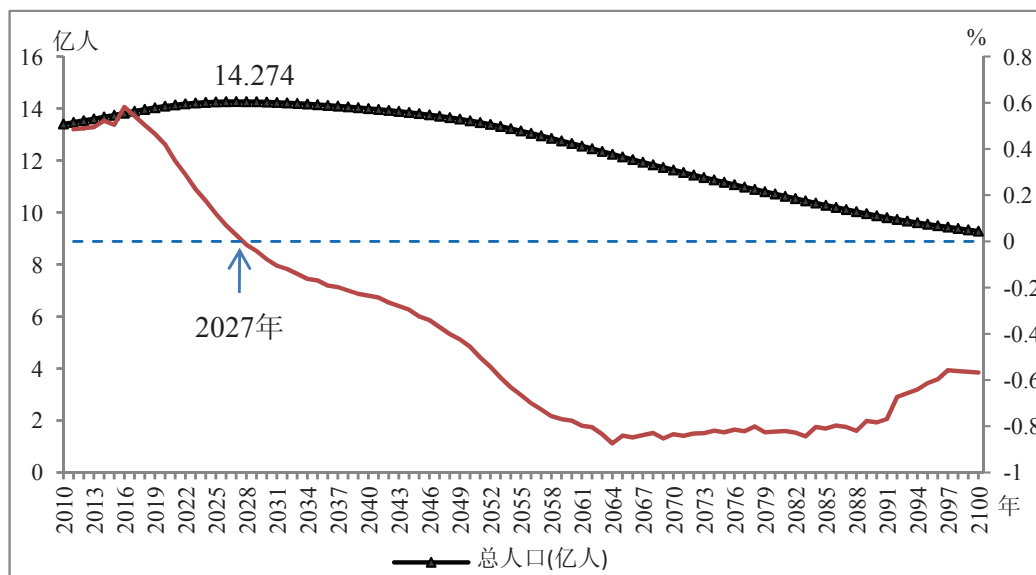


图 1 2010–2100 年我国总人口变动态势

(三) 老龄化程度不断加深, 老年抚养负担持续加重

数据显示, 2016 年, 我国 65 岁及以上

的老年人口占总人口的比重(简称“老年人口占比”)为 10.8%, 老年抚养比为 15%。根据笔者的预测结果, 到 2032 年, 我国将步入

³ <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Probabilistic/Population/>.

⁴ 来自 World Population Prospects 2017, 截止 2015 年 7 月 1 日, 撒哈拉以南非洲人口总数为 96.92 万人, 东南亚人口总数为 63.46 万人。

“超老龄化社会”⁵，此时老年抚养比也将翻倍；此后老年人口占比与老年抚养比继续保持增长态势；到本世纪中叶，老年人口占比、老年抚养比并未同步与老年人口规模一样实现最大化，直到 2088 年，老年人口占比才达 36.17% 峰值，此时老年抚养比也将达 70.47% 最大值；也就是说，届时每 10 个人中就有 3.6

个 65 岁及以上的老年人，每 10 个劳动力就需负担 7 个 65 岁及以上老年人。到本世纪末的后 10 多年时间内，两者几乎已维持在较高水平稳定不变（见图 2）。因此，总体来看，未来我国人口老龄化程度将不断深化，同时老年抚养负担也将持续加重，到世纪末时两者均已稳定在较高水平。

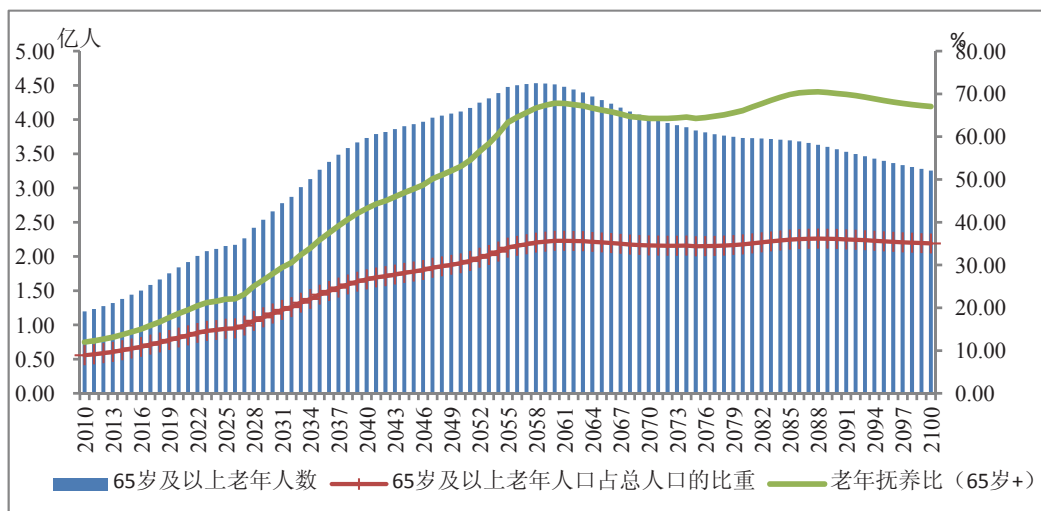


图 2 2010-2100 年我国老年人口变动趋势

（四）老龄化速度呈先快后慢

据统计局数据推算，2001-2016 年，我国 65 岁及以上老年人口年均增速为 3.4%。根据笔者预测结果，自 2016 年到本世纪 30 年代初，其年均增速进一步将增至 4%，老龄化速度明显加快，但由于 20 世纪 60 年代初及之前是我国人口死亡率和生育率大起大落及人口结构转变的特殊时期，致使此时期内已出生与出生的人口规模极不规律，而此时期内出生与已出生的人口到 2026 年左右正好都已步入老年，所以 2026 年左右，我国 65 岁及以上的老年人口增速出现快速下降拐点，随后又呈急速回升趋势。之后至本世纪 50 年代末，我国人口老

龄化速度有所减缓，65 岁及以上老年人口年均增速降至 1.58%；从本世纪 50 年代末到本世纪末，老龄化速度进一步减慢，年均增速进一步降至 -0.81%，但总体呈水平变化趋势（见图 3）。因此，总体而言，未来我国老龄化速度呈前期加速明显，后期有所减缓的特征。

（五）人口高龄化趋势凸显

数据显示，2017 年，我国 65 岁及以上老年人口将达 1.58 亿人，其中 65-79 岁老年人口（简称“低龄老人”）数为 1.29 亿人，80 岁及以上老年人口（简称“高龄老人”）数为 0.29 亿人，低龄老人、高龄老人占老年人的比重分别为 81.6% 与 18.4%⁶。根据笔者预测结

⁵ 当一个地区 65 岁及以上老人占总人数的比重超过 20% 时，则视该地区进入“超老龄化社会”。根据笔者预测结果，2032 年，我国 65 岁及以上人口占总人口比重将达 20.18%。

⁶ 本文将 65 岁作为老年人口的起始年龄，同时将低龄老年年龄界定为 65-79 岁，将高龄老人年龄界定为 80 岁及以上。

果,之后到本世纪40年代初,低龄老人与高龄老人人数均呈继续增加态势,届时低龄老人将达2.92亿峰值,高龄老人将达0.87亿,但低龄老人年均增速(3.44%)要慢于高龄老人(4.7%)。截止本世纪中叶,低龄老人人数略有缩减,高龄老人人数继续增加,高龄老人人数已翻至2010年时的7倍之余。从本世纪中叶至世纪末,低龄老人人数虽偶有回升,但总体处于下降趋势,

高龄老人人数总体仍处于增加或平稳变动态势。另外,从本世纪整体来看,低龄老人占老年人的比重总体处于下降趋势,而高龄老人占老年人的比重正好与之相反,到本世纪中叶两者比例将达6.5:3.5,本世纪末两者比例进一步将达1:1,即老年人中有一个低龄老人就有一个高龄老人(图4)。因此,无论从规模还是占比来看,未来我国高龄化趋势特征较为明显。

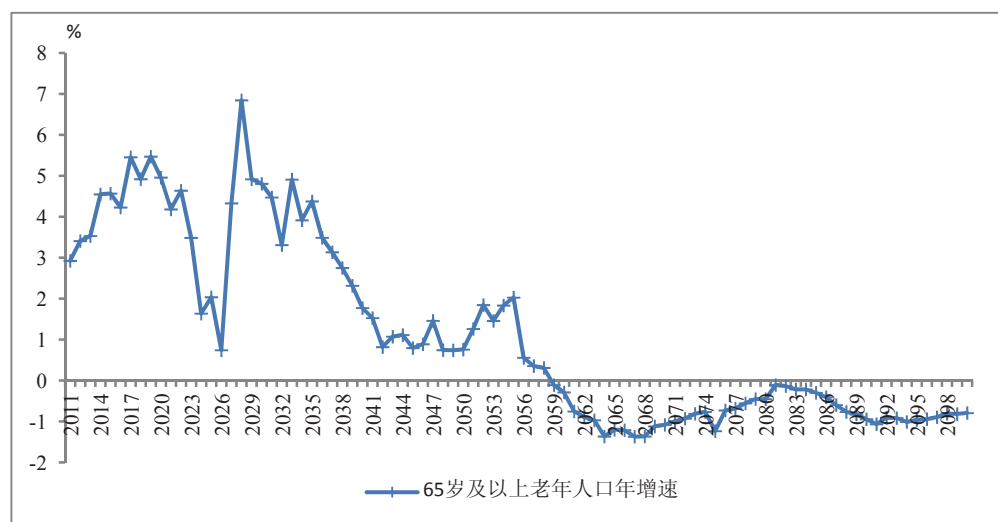


图3 2011-2100年我国老年人口年增速变动趋势

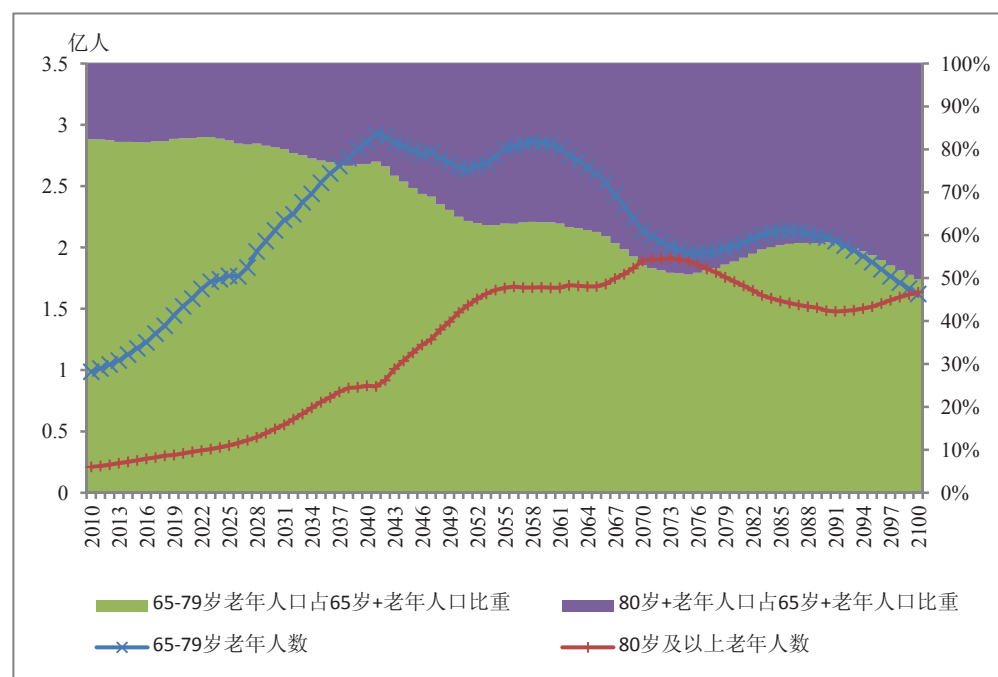


图4 2010-2100年我国高龄老人与低龄老人及其占老年人比重变动趋势

三、对策建议

人口老龄化与人口高龄化将是 21 世纪我国人口的主要特征,也是未来较长时间内我国面临的一种常态。如何应对老龄化加剧与高龄化凸显的趋势,是值得全社会高度关注的问题。本文结合我国人口老龄化趋势及特点,提出几点对策建议如下:

第一,在放宽生育限制的基础上,应积极完善家庭福利服务政策。低生育率已成我国乃至全球未来人口特点,由此可能引发人口结构失衡、经济发展乏力等诸多问题。因此,许多国家除采取鼓励生育政策外,均已加大了对家庭养老育幼方面的扶助与福利,如日本开展了“天使计划”与“黄金计划”,韩国扩大了产假、育儿休假计划与日托服务等⁷。我国在完全放开生育限制的同时,应加强对家庭养育子女的税负扣减和经济补助政策,完善妇女育儿休假制度,发展托幼设施和家庭照顾服务。

第二,发展和完善养老体系,同时大力发展老龄产业。老年群体壮大与高龄趋势凸显已成未来我国人口发展的必然趋势。为此,应为这种人口发展趋势蓄积养老资源,大力完善养老服务的经济保障体系与日常照料服务体系等;同时在未来庞大老年市场需求驱动下,大力推动发展前景广阔的老龄产业,为经济发展提供增长点。

第三,积极开发和充分利用老年人力资本。在未来人口老龄化趋势下,积极开发与利用老年人力资源,以此弥补劳动力不足状况。已有

大量研究证实了老年人参与有经济贡献的活动对个人、家庭和社会来说都是有经济效益的⁸。

新世纪以来中国人口老龄化进程的空间特征变动及其成因探析

陈蓉(上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所))

2000 年末,我国 65 岁及以上老年人口为 8821 万,占当时全国总人口的 7.0%,这标志着我国完成了从成年型人口向老年型人口的转变,正式跨入了老龄化社会。此后,我国人口老龄化进程明显加快,2016 年末,65 岁及以上老年人口规模已突破 1.58 亿,占到总人口的 11.4%,即每不到 9 个中国人口就有 1 个 65 岁及以上的老年人。然而,更为值得关注的是,我国幅员辽阔,各区域间社会经济发展程度和医疗卫生水平差异巨大,生育率与死亡率下降的幅度、速度不一,人口转变的起止时间有别、过程有异,使得我国的老龄化进程在内部还呈现出明显的空间差异性。这种空间差异性在 2000 年以前表现为“各地区人口老龄化程度与经济发展水平具有一致性,自西向东呈阶梯上升,但地区间差距较大”(邬沧萍等,2004)。那么,在我国人口整体上进入年龄结构迅速老化,且总量低速增长、迁移流动日益频繁的新情势下,这一空间差异性是否也发生了新的变化,呈现出怎样的规律性。笔者将主要基于全国人口普查、中国人口统计年鉴数据,探讨 2000 年以来我国老年人口空间分布的变动状况,以及人口老龄化的区域差异所呈现出的新特征及其成因。

⁷ 孙鹃娟,《国际比较中的中国人口老龄化:趋势、特点及建议》,教学与研究,2018 年第 5 期,第 59-66 页。

⁸ Morrow-Howell N., Hinterlong J., and Sherraden M.(Eds), “Productive Aging: Concepts and Challenges”, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 2011.

一、新世纪以来中国人口老龄化进程的空间特征及其演化

从全国整体来看,我国与世纪之交进入老龄化社会,但国内各地区的人口老龄化进程存在明显差异性。2000 年“五普”时,全国仅有 13 个省市跨入了老龄化社会。至 2010 年“六普”时,全国 65 岁及以上老年人口比重提升至 8.9%,此时仅有广东、宁夏、青海、新疆和西藏五省还未跨入老龄化社会,且有 11 个省市的老龄化水平高于全国整体水平。至 2016 年,全国仅有西藏还未跨入老龄化社会,且有 15 个省市高于全国整体水平;此时,全国各地区普遍进入老龄化社会。表 1 展示的是 2000 年“五普”时、2010 年“六普”时以及 2016 年末,全国及 65 岁及以上老年人口占比(老龄化率)排名前 10 位的省市的老龄化水平。

“五普”时,全国人口老龄化水平最高的 5 个省市是上海(11.5%)、浙江、江苏、北京和天津,全部位于东部沿海地区。但“六普”时,全国人口老龄化水平最高的 5 个省市出现了“大换班”:重庆替代上海位居首位(11.6%),四川、江苏、辽宁和安徽分别位列第二至第五位。在这 5 个省市中,来自沿海的江苏“硕果仅存”,其余均位于中西部或东北地区。

2016 年末,在全国人口老龄化水平最高的 5 个省市中,重庆市继续位居首位(14%),四川、江苏、辽宁、上海紧随其后。2000 年之前的“各地区人口老龄化程度与经济发展水平具有一致性,自西向东呈阶梯上升”(邬沧萍等,2004)的规律性似乎已被打破,变成了经济发达地区老龄化程度放缓,而经济欠发达地区老龄化程度加快的新格局。

重庆市 2016 年老年人口比重比 2000 年

时提升了 6.1%,大大高于全国整体水平的提升程度(3.8%),其他三大直辖市的老龄化速度则明显慢于重庆市,也慢于全国整体水平。尤其是“五普”时老龄化程度最高的上海市,竟然在 2000–2010 年间老龄化水平从 11.5% 降至 10.1%。2016 年时老年人口比重为 13%,排在全国第五位,不过在 2000–2016 年期间,上海的老年人口比重仅提升了 1.4%,提升幅度是全国除西藏以外最小的地区。与 2010 年相比,2016 年上海和北京人口老龄化排名略向前移,在很大程度上是因为 2013 年以来上海和北京采取措施控制超大城市人口规模,造成流入人口与常住人口的增长速度下降所致。

在“北上广深”4 个“一线城市”中,广州和深圳(尤其是深圳)明显比较年轻。2010 年“六普”时,广州和深圳的老年人口比重分别为 6.7% 和 1.8%,深圳是全国最年轻的城市。这是因为“北上广深”均集聚了大量外来青壮年人口,尤其是深圳市有着数倍于本地户籍人口的外来劳动力。

四川是我国西部人口大省,人口流出大省,也是人口快速老龄化的大省。“五普”时,四川省的老年人口比重为 7.5%，“六普”时为 11.0%，2016 年时为 13.7%，2000–2016 年间老年人口比重提升了 6.2%，远远高于全国整体的提升程度(3.8%)，提升程度位列第二。此外，不得不提的就是东北三省。2000 年时，东北三省中仅有辽宁省跨入了老龄化社会，2010 年时三省均已跨入老龄化社会且老龄化程度在全国的排位明显前移，2016 年时三省的老龄化程度均高于全国整体水平，辽宁省已高达 13.2%，位居全国第四。黑龙江省是全国 16 年间老龄化程度提高最多的地区，提高了 6.5%，辽宁和吉林也分别提高了 5.4% 和 5.0%，

提升速度分别是全国第四、六位。近年来,受长期低迷的生育率水平与人口大量外流叠加到广泛关注的东北三省人口危机实质上就是导致其人口加速老龄化的问题。

表 1 2000-2016 年老龄化率排名前十位的省份

排序	2000年“五普”		2010年“六普”		2016年末	
	省份	老龄化率(%)	省份	老龄化率(%)	省份	老龄化率(%)
1	上海	11.5	重庆	11.6	重庆	14.0
2	浙江	8.8	四川	11.0	四川	13.7
3	江苏	8.8	江苏	10.9	江苏	13.5
4	北京	8.4	辽宁	10.3	辽宁	13.2
5	天津	8.3	安徽	10.2	上海	13.0
6	山东	8.0	上海	10.1	黑龙江	11.9
7	重庆	7.9	山东	9.8	湖南	11.9
8	辽宁	7.8	湖南	9.8	北京	11.7
9	四川	7.5	浙江	9.3	山东	11.7
10	安徽	7.5	广西	9.2	浙江	11.6
—	全国	7.0	全国	8.9	全国	10.8

二、人口老龄化空间特征变化的动因探析

上面我们讨论了 2000 年以来,我国经济发达地区老龄化进程放缓,而经济欠发达地区老龄化进程加快的情况。发生这种情况的一个重要原因,是我国中青年劳动力从中西部省份向东部沿海省份的大规模流动。多数中西部省份由于中青年人口大量流出而导致老龄化进程加快,而东部沿海省份则由于中青年人口的流入而稀释了它们的老龄化程度。相关数据的分析可以清楚地表明,31 个省市的年均人口净迁入与其人口老龄化水平的提高呈现显著的负相关关系(见图 1),人口净迁入率的变动可以解释老龄化水平变动的近 60% ($R^2=0.595$)。

我国巨大的人口迁移大潮不仅具有明显的年龄选择性——青壮年人口是迁移大军的

主体,还具有突出的方向偏好性——主要由“欠发达”地区向“发达”地区迁移集聚,跨省流入的主要目的地是广东、浙江、上海、江苏、北京、天津等东部省份。这种带有明显方向性和年龄选择性的规模人口迁移改变甚至重塑了人口流出地与流入地的人口老龄化进程与格局。

三、以江苏省为个案的剖析研究

前文以省为单位的分析,或许会使得区域内人口老龄化程度存在“被平均”了的现象,如果以地级市或者更小的空间尺度为单位进行分析,人口迁移对老龄化区域差异的影响会表现的更加明显。以江苏省为案例进行分析。“五普”时江苏省的老年人口比重为 8.8%，“六普”时升至 10.9%，2016 年时为 13.5%，老龄

化水平一直位于 31 个省市中的第三位, 16 年间老年人口比重提高了 4.7%, 这样解读似乎

也没有特别之处, 但上述全省平均却掩盖了省内各地市之间的差异。

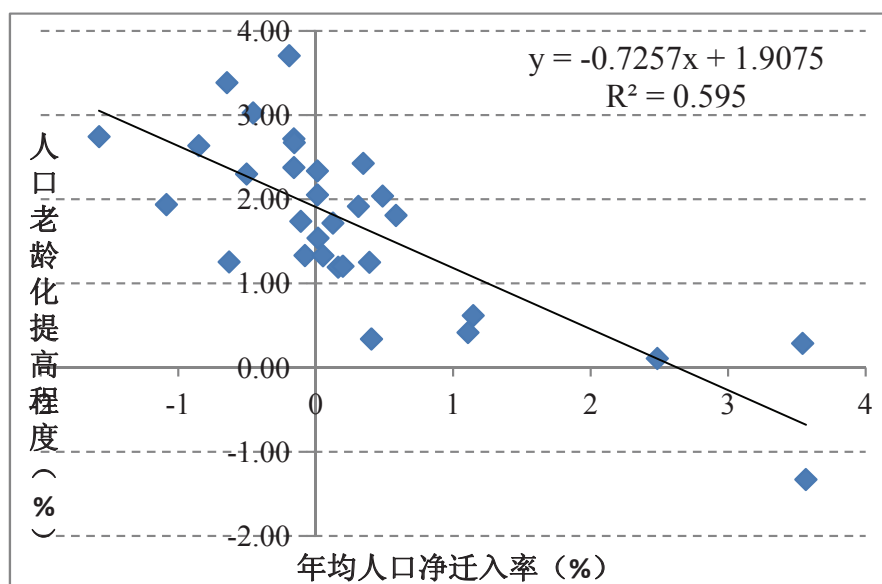


图 1 各省人口净迁入率对人口老龄化提高程度的影响

注: 图中人口老化水平的提高程度用 2010 “六普” 时各省市 65 岁以上人口数占总人口的比重减去 2000 “五普” 各省市 65 岁以上人口数占总人口的比重; 年均净迁入率用 2000-2010 年间各省市历年常住人口增长率减去人口自然增长率再求均值计算得到。

江苏省下辖 13 个地市, 习惯上分为苏北、苏中和苏南三大部分, 苏南地区的经济社会发展程度强于苏中和苏北, 苏北长期以来是劳动力净输出地。2000-2010 年间, 苏北的徐州、宿迁、淮安、盐城、连云港五市和苏中的扬州、泰州、南通三市全部是人口负增长, 苏南的南京、镇江、常州、无锡、苏州五市全部是人口正增长。相应地, 这 10 年间苏北和苏中 8 市的人口老龄化提高程度明显高于苏南 5 市, 从高到低依次是南通 (4.06%)、盐城 (4.03%)、泰州 (3.93%)、扬州 (3.3%)、淮安 (2.97%)、宿迁 (2.75%)、徐州 (2.44%)、连云港 (2.12%)、镇江 (1.61%)、常州 (1.02%)、无锡 (0.71%)、南京 (0.69%)、苏州市 (-1.08%)。这是因为苏北地区与苏南、上海的社会经济发展水平差距大、空间距离也近, 大量的青壮年劳动力外

迁。而且, 近年来苏北地区向苏南地区与上海的人口迁出模式, 已从上世纪八十、九十年代以劳动力迁移为主向 “举家迁移” 为主转变, 越来越多的苏北人全家迁徙至苏南地区与上海市。因此, 尽管苏北、苏中地区生育水平相对较高, 但人口的大量流失导致其老龄化进程加速甚至人口负增长, 而以苏北的部分农村地区为甚。

笔者在苏北农村的调研发现, 许多村庄人口急剧减少、空心化、老龄化严重, 因为除了外迁至苏南、上海等地, 还存在一条明显的人口集聚路径: 村—乡镇—县城—市区。原本的 “386199” 留守大军如今已只剩下 “99” 成员独守, 待这一批留守的 “99” 成员离去, 有些村庄可能将面临被废弃的结局。事实上, 据民政部统计, 2002-2012 年期间, 我国自然村

落的数量由 360 万个下降为 270 万个, 10 年下降了 90 万个, 平均每年下降 9 万个, 每天下降 200 多个。当然自然村落数量下降的原因可能是多方面的, 如基础设施建设和工业建设用地、以及各类自然灾害造成的搬迁等。不过人口外迁无疑是其中最重要的原因。国内人口迁移集聚的态势还将继续, 欠发达地区的农村势必将会面临人口越来越少、越来越老的前景与挑战, 需要政府与学界及早进行前瞻性研究并提出对策。

前瞻年龄、医疗费用与健康老龄化

杨昕(上海社会科学院城市与人口发展研究所)

自上世纪 90 年代起, 人口老龄化对于世界经济社会发展的作用越来越明显, 因而成为各方关注的焦点。大部分研究认为人口老龄化将从劳动力供给、储蓄与消费、公共财政支出等多个方面对经济增长产生负面影响。从现有的文献来看, 已有研究绝大多数都是以都是以日历年龄 65 岁作为进入老年的标准, 并且将老年人视为同质的群体。只要一个人的日历年龄满 65 周岁, 其工作能力、服务需求、消费模式等都被视为无差别。这种看法从老年标准确定的那一天起就是如此, 没有因为人类健康水平的进步而有所变化。

实际上, 目前通用的老龄化定义由联合国在 1956 年作出, 当时世界平均预期寿命不到 50 岁, 而根据联合国最新估算结果, 2010–2015 年期间世界人口平均预期寿命已经达到 70.48 岁, 即使是最不发达国家的平均预期寿命也已经超过 62 岁 (United Nations, 2017)。现在 65 岁的人与半个世纪之前相比, 健康水平、文化素质、劳动技能等方面都有巨大的改善, 日历年龄相同的人在不同历史时期

内呈现出了完全不同的面貌。固定不变的老年标准并不能真实反映人类预期寿命延长、健康水平提升等方面的变化, 以此为前提的研究结果自然也就无法体现健康水平等内在素质改变对经济社会发展带来的积极影响。从这个角度讲, 静态的日历年龄研究视角有可能夸大了人口老龄化对社会经济的负面影响。如果将健康水平等因素考虑进去, 老年、老年人口、老龄化等一系列概念可能都会发生变化。

对老年定义动态化的学术研究在 1975 年前后就已出现, 但真正以此作为研究前提开展人口老龄化的研究却是进入 21 世纪之后。学者们提出对年龄的定义可以根据人的多种特性来定义, 如果仅以时间的视角来衡量, 一个人或者一批人从出生到考察时点的存活时间长度构成了“日历年龄 (chronological age)”或者“回溯年龄 (retrospective age)”, 而基于平均预期寿命、预期从考察时点到死亡的存活年数就构成了“前瞻年龄 (prospective age)” (Sanderson & Scherbov, 2005、2007、2008)。如果将预期余寿等于 15 年的相应年龄定义为老年期的起点, 则随着预期寿命的不断延长, 老年的起点会逐渐升高, 从这一角度来看, 世界各国的老龄化的速度会放慢, 老龄化程度也没有那么严重 (Sanderson & Scherbov, 2010)。国内曾有学者利用这样的测算方法计算了我国总人口的年龄中位数、老年系数和老年抚养比, 结果表明前瞻年龄视角下, 我国未来人口老龄化的变动将较为平缓并逐渐趋于稳定。(李汉东、赵茜、王然, 2014)。

在我国, 从前瞻年龄的视角研究人口老龄化的成果还很少。而本文将前瞻年龄和医疗费用联系起来, 分别计算出日历年龄和前瞻年龄视角下, 我国老年人口医疗费用的变化差

异，并在研究结论的基础上提出政策建议。

一、前瞻年龄视角下的人口变动

借鉴 Sanderson 等人提出的方法，我们首先确定基准年份（2010 年）和目标年份（2010–2050 年间的主要年份）；然后分别构建基准年份和目标年份的完全生命表；并将有着与基准年某一队列人口预期余寿相同的日历年龄作为目标年的前瞻年龄。举例来说，如果 2010 年时日历年龄 65 岁的人预期余寿为 14 年，而 2050 年时日历年龄 70 岁的人预期余寿为 14 年，则 2050 年时日历年龄 70 岁的人如果以前瞻年龄衡量则是 65 岁。

在这里需要说明的是，由于各个国家的人口健康预期寿命和平均预期寿命的延长速度是不一样的，所以在同一时期内，不同国家分别用日历年龄和前瞻年龄衡量出的老年人口占比可能是不同的。举例来说，如果 2010 年时 A 国日历年龄 65 岁的人预期余寿为 14 年，而 2050 年时日历年龄 70 岁的人预期余寿为 14 年，则 2050 年时 A 国日历年龄 70 岁的人的前瞻年龄为 65 岁。那么 A 国 2050 年以前瞻年龄衡量的老年人口占比应当是日历年龄 70 岁及以上人口的占比。如果 2010 年时 B 国日历年龄 65 岁的人预期余寿为 13 年，而 2050 年时日历年龄 68 岁的人预期余寿为 13 年，则 2050 年时 B 国日历年龄 68 岁的人的前瞻年龄为 65 岁。那么 B 国 2050 年以前瞻年龄衡量的老年人口占比应当是日历年龄 68 岁及以上人口的占比。

随着平均预期寿命的延长，某一日历年龄组的预期余寿会相应延长。例如，2010 年男性和女性 65 岁日历年龄组人口的预期余寿分别为 14.05 年和 17.27 年，到 2050 年时已经

分别延长到 16.90 年和 20.88 年。反过来，我们可以认为 2010–2050 年间男性预期余寿同为 14.05 年和女性预期余寿同为 17.27 年所对应的日历年龄是不断提高的。

表1 主要年份具有与2010年65岁相同预期余寿的

日历年龄变动情况 单位：岁		
年份	男性	女性
2010	65.00	65.00
2015	65.61	65.48
2020	65.97	65.97
2025	66.34	66.48
2030	66.78	67.01
2035	67.24	67.51
2040	67.70	68.14
2045	68.18	68.73
2050	68.83	69.34

表 1 是我们测算出的 2010–2050 年我国前瞻年龄 65 岁对应的日历年龄的变动轨迹。可以看出，随着时间的推移，女性和男性预期余寿为 17.27 年和 14.05 年所对应的日历年龄在不断升高，从 2010 年时的 65 岁分别上升到了 2050 年时的 69.34 岁和 68.83 岁。也就是说，如果我们将进入老年的年龄界限以某一预期余寿所对应的日历年龄来衡量，则老年人口的年龄标准就是可变的。具体来说，如果以 2010 年时 65 岁组两性预期余寿所对应的日历年龄作为进入老年的标准，则我国人口进入老年的起点是在不断推后的，2050 年时男性和女性进入老年的日历年龄分别比 2010 年时延迟了 3.83 年和 4.34 年。

在前瞻年龄的视角下，2010–2050 年间我国 65 岁及以上老年人口规模从 1.20 亿人增加到 2.85 亿人，40 年间共增加了 1.65 亿人，较日历年龄视角下少增加了 7400 万人，总增幅为 137.50%；老年人口占总人口比例从 8.92%

上升到 21.65%，较日历年龄视角下少上升了 5.34 个百分点。值得注意的是，在前瞻年龄视角下 2045 年前后我国老年人口将达到 2.91 亿人的阶段高点，然后略微下降，占总人口的比例则基本保持稳定。老年人口规模和占比持续上升的势头有所遏制。

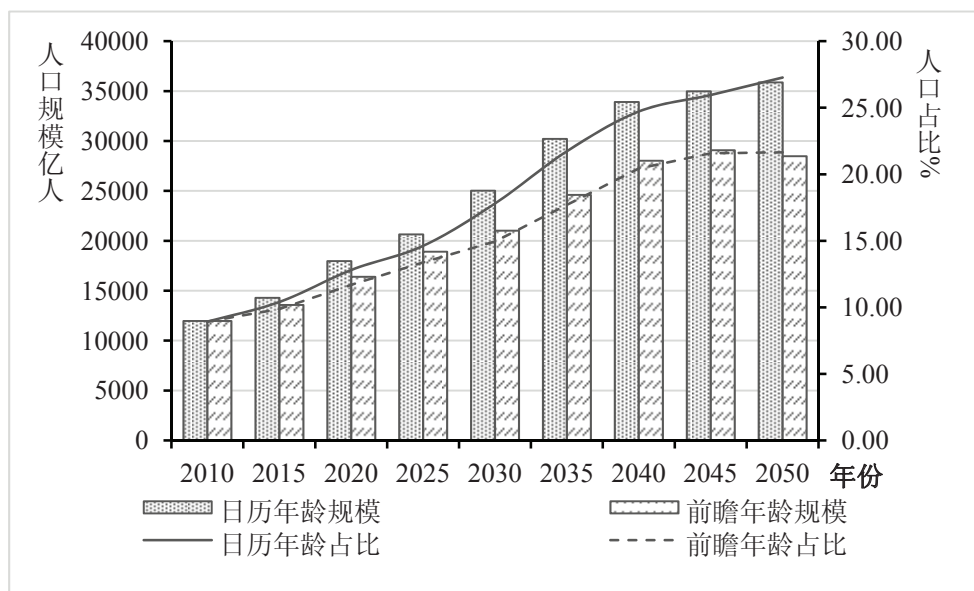


图1 2010-2050年不同视角下65岁及以上人口变动情况 单位：万人，%

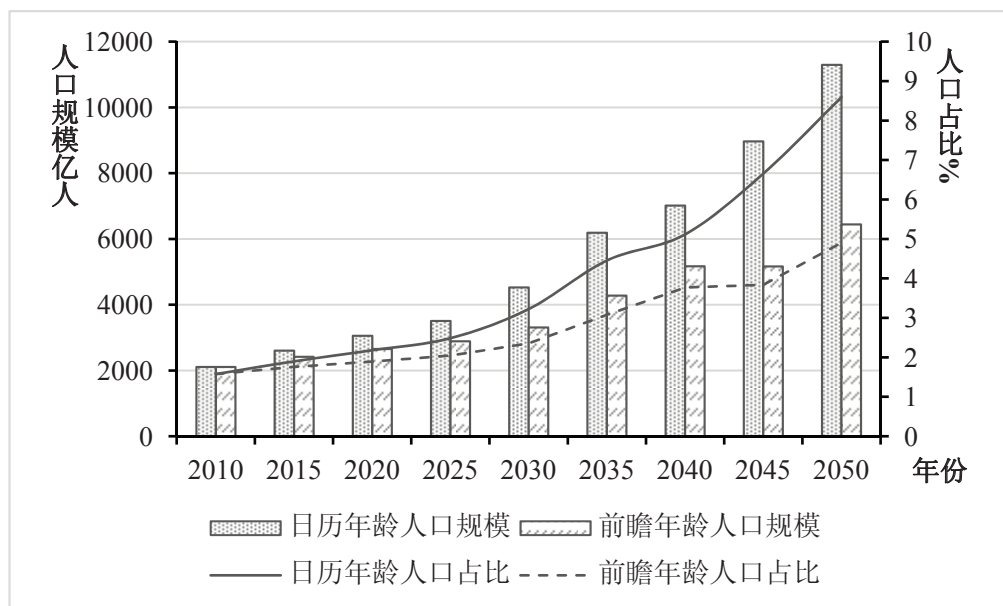


图2 2010-2050年不同视角下80岁及以上人口高龄变动情况 单位：万人，%

如果考察高龄老人的变化情况，则差异更为显著。日历年龄视角下，2010-2050年间我国80岁及以上高龄人口将从2111.74万人上升到1.13亿人，规模增加了4.35倍，占65

岁及以上老年人口的比例将从 1.57% 上升到 8.59%。而在前瞻年龄视角下, 同期高龄老人的规模仅上升到 6446.79 万人, 规模增加了 2.05 倍, 占比增加了仅 3.33 个百分点。而且前瞻年龄视角下的高龄老人加速上升期将比日历年龄视角下晚至少 5 年。

以上测算结果表明, 我国人口的老龄化趋势到本世纪中叶并不会发生本质改变, 但如果将预期余寿的概念引入, 以前瞻年龄的视角来看, 则老龄化的速度并没有那么快, 2045 年之后以前瞻年龄计算的老年人口占比甚至能够保持在一个相对稳定的水平。不仅如此, 前瞻视角下人口高龄化的加速期还会延迟, 且上升幅度也大大低于日历年龄视角下的水平。

二、前瞻年龄视角下老年人口的医疗费用变动

虽然医疗费用和卫生总费用的变化趋势一致, 且前者对后者的解释力很高, 但毕竟口径不同。所以还需要对卫生总费用进行测算。鉴于无法获得分年龄的人均卫生总费用, 我们只能在已有的数据基础上估算。根据我国卫生和计划生育委员会的统计公报, 2015 年我国卫生总费用中社会和个人支出部分占比为 69.12% (国家卫生和计划生育委员会, 2016)。假定卫生费用的结构在未来都不发生变化, 则能够估算出的 2015–2050 年我国老年人口的卫生费用如表 2 所示。

表 2 2015–2050 年不同年龄视角下老年及高龄老人的卫生费用 单位: 亿元

年 份	65岁及以上		80岁及以上	
	日历年龄	前瞻年龄	日历年龄	前瞻年龄
2015年	14461.89	13820.68	1833.58	1699.66
2020年	16795.02	15760.28	2148.77	1867.11
2025年	20343.26	18083.91	2466.71	2030.61
2030年	24428.98	21138.86	3183.57	2327.78
2035年	27664.62	23820.69	4354.69	3009.03
2040年	30015.04	25200.97	4933.06	3635.09
2045年	31506.93	26315.31	6305.10	3633.48
2050年	33155.84	26264.30	7944.60	4532.98

数据来源: 根据人口预测数据及CFPS调查数据计算得到。

测算结果显示, 如果不考虑经济发展、技术进步、消费偏好等其他因素的影响, 按照日历年龄计算, 65 岁及以上老年人口未来 40 年的卫生费用可能从 1.45 万亿上升到 3.32 万亿, 增加 129.26%; 其中 80 岁及以上高龄老年人口的费用将从 1833.58 亿上升到 7944.60 亿, 上升幅度高达 333.28%。而按照前瞻年龄计算,

未来 40 年 65 岁及以上老年人口卫生费用从 1.38 万亿上升到 2.63 万亿, 增长 90.03%; 其中, 80 岁及以上高龄老人的费用将从 1699.66 亿上升到 4532.98 亿, 上升幅度为 166.70%。按前瞻年龄计算的老年和高龄老年人口的卫生费用比按日历年龄计算的分别下降 20.79% 和 42.94%。

假定人口的健康水平随着平均预期寿命

的延长而同步提升,则以预期余寿为判断标准的前瞻年龄可以视为考虑健康改善的动态年龄标准。以上测算结果表明,在动态年龄标准下,健康水平改善将大大节约医疗卫生费用,老年人口卫生费用的增长速度将大大低于静态视角下所做的预测。

三、结论及政策含义

人口老龄化的研究前提是对老年的界定。传统上都采用“日历年龄”或“回溯年龄”的视角,也就是以从出生到考察时点的时间长度来考量“年龄”。随着人类预期寿命的延长,以日历年龄 65 岁作为老年人口起点的合理性越来越受到质疑。当我们以“前瞻年龄”的视角,即以从考察时点到死亡的预期寿命或预期余寿来考量“年龄”时,给定日历年龄(如 65 岁)的健康余寿会相应增长,因此该日历年龄所对应的前瞻年龄会变得更年轻。

按前瞻年龄对老年的起点做出动态调整不仅是统计口径的变化,其背后的经济社会含义是劳动年龄人口相对于老年人口的比率(即人口“潜在支持比”)的变化,或者说缴纳税费的劳动年龄人口相对于退休人口的比率的变化。如果只有老年人口定义的向后延迟,没有退休年龄的相应延迟作为支持,则这样的动态调整所隐含的经济社会含义就无法实现。

本文在一开始就参照联合国的定义,将 65 岁作为老年的起点。但实际上,目前我国城镇企业基本养老保险的平均退休年龄不到 55 岁(赵鹏,2015),两者还存在较大差异。中共十八届三中全会公报等重要文件已经明确提出要延迟退休年龄,但是目前多数职工对延迟退休持不支持甚至反对的态度。为了顺利出台和实施延迟退休政策,需要相关配套政策

的支持,为参保职工延迟退休以及相关企业雇佣年长职工提供更多的激励。

从前瞻年龄的视角来考察医疗费用时,会发现前瞻年龄视角下 65 岁及以上老年人口卫生费用的增长速度将比日历年龄视角下降低 20% 以上,而高龄老人卫生费用的增长速度在降低 40% 以上。这说明,如果年龄别卫生费用取决于前瞻年龄,则会显著节约医疗费用。但需要强调的是,健康预期寿命不会自动地与预期寿命同步或快于预期寿命的延长,这种前景或愿景需要通过一系列的措施来加以实现。

《“健康中国”2030 规划纲要》明确提出了促进健康老龄化目标,但这一目标的实现有赖于将健康优先的发展战略原则落实到相关公共政策领域,要将卫生服务体系从以医疗为中心转向以健康为中心,实现思想观念、经费投入和研究重心的全方位战略“前移”。在这一过程中,需要鼓励健康知识的教育和健康生活方式的普及,强调低成本的疾病预防和早期发现(即非医疗健康干预),利用现代科技实现优质医疗技术对偏远落后地区的覆盖,同时加大对慢性病卫生保健工作人员的培训力度。

在这一过程中,特别要强化基层医疗卫生体系的发展,将初级医疗卫生保健从以病人和事件为基础的模式转变成以人口为基础的模式。整合后的综合型护理对医疗卫生保健服务提供意味着要在很多层面上进行改变,未来构建基层医疗为基础的综合型医疗系统主要是针对老年社区的三层级医疗组团设计,以提供性价比更高、服务质量更好、更能适应人口变化的卫生服务。在这一过程中,还要积极鼓励社会组织参与老年人健康、医疗和医养结合服务,允许民间团体和基于社区的非政府组织进入初级医疗卫生保健领域作为补充力量,弥

补公立医院的弱点和不足,开展针对老年人的社会服务和家庭护理。

日本长期介護保险的财政问题

沈洁(日本女子大学)

2000 年 4 月,日本开始实施长期介護保险制度。经过 18 年的改革和实践,日本长期介護保险制度对亚洲国家的贡献,与其说是经验,不如说是更多的教训,尤其是财政方面。实际上,长期护理保险制度,最根本的问题是财政问题。然而,中国对这方面的研究并不多,不太了解日本在这方面已经走了很多弯路。所以把这些教训提前传达过来,对中国未来将要建立的长期护理保险制度有很重要的借鉴意义。

一、日本长期介護保险的财政结构

1. 日本长期介護保险的资金构成

日本长期介護保险资金中,政府财政和保险费各占 50%。政府财政所占的 50% 中,中央财政占 25%,都道府县财政占 12.5%,市町村财政占 12.5%。尽管法律上规定了这样的分配比例,但在实际操作的时候,特别是都道府县和市町村,会有更多的协商和调整。保险费所占的 50% 中,包含两类被保险者的保费。其中,第 1 号被保险者是 65 岁及以上老人,保险费从年金中扣除,在市町村层面统筹;第 2 号被保险者是 40~64 岁国民,保险费是国民健康保险的一部分,在全国层面统筹。

政府财政所占的 50% 有上限,而且政府财政并不对照护费用进行兜底;保险费每年有一些微调,基本上每 3 年进行一次大的调整,调整的原则是根据保费支出情况调整费率。这样就带来了日本长期介護保险的可持续发展问题,目前日本政府在压缩支出和增加收入这

两难选择之间来进行协调。

2. 日本社会保障支出构成中的长期介護保险

在日本整个社会保障支出中,长期介護保险所占的比例并不是太高,它属于福利的一部分。2016 年预算中,长期介護保险的支出是 10 兆日元,包括保险费及三级政府财政支出。从当年整个社会保障支出预算来看,它占 8.5%;占 GDP 的比例为 1.9%,占比并不是很高。但是,从 1970 年到 2016 年的 40 多年中,年金和医疗的支出在下降,而福利的支出在增长。实际上,福利支出并不能像年金和医疗保险那样,通过改革得到抑制支出的效果。尤其是长期介護保险,它的抑制效果不一定很明显。这就可能成为将来社会保障体系中的一个严重的财政问题。

二、日本长期介護保险面临的财政问题

1. 长期照护费用的飙升趋势

未来,日本长期照护费用将出现一个飙升趋势,而且很难通过改革得到抑制支出的效果。根据 2012 年的预测,2025 年比较保守的预算是要达到 18 兆日元;稍微宽松一点的预算达到了 21 兆日元。

2. 认定受益人数增加,而缴费人数减少

日本长期介護保险目前认定受益的人数比较多,因为老人的寿命在延长,老人规模也在不断地增加。但缴纳护理保险的人却在减少,这是一个难题。2016 年,被认定的受益人数已经达到了 621 万,每年的增长速度在 30 万左右。根据预测,到 2035 年这个问题会得到缓和,因为老人规模会下降。

3. 个人保费负担逐年增加

日本长期介護保险个人保费的全国平均水平,已从 2000-2002 年的 2911 日元/月上

升到 2015–2017 年的 5514 日元 / 月；而中产阶层的保费已经达到 15000 日元 / 月。预计 2020 年将达到 6771 日元 / 月，2025 年将达到 8166 日元 / 月。

4. 不同介护级别的受益不平衡

不同介护级别的居家服务，从最低级到最高级，它的利用率和受益率也逐级上升。重度的 5 级，它的利用率和受益率最高；而要支援的 1 级是最低的。不过 2017 年，要支援的 1 级的居家服务受益率出现了反弹。这是因为政府在社区开设了不少类似健身俱乐部的场所，让这些轻度的老人能受益于护理保险制度；这些场所里有一些专业人员和一些康复器械，老人能得到生活指导、身体指导，还有一些简单的康复。

不同照护级别利用不同护理机构的受益状况，也呈现同样的不平衡。另外，根据 2017 年 4 月的调查，相同照护级别的受益人在医疗型照护机构、保健型照护机构、福祉型照护机构中的受益费用额度递减。以最高照护级别 5 级为例，刚从急性出院之后，会转入到医疗型照护机构，受益的平均费用为当年 40 万日元；如果转入保健型照护机构，费用则是当年 32 万；如果转入福祉型照护机构，费用则降到当年 29 万。29 万和 40 万之间，就有 11 万的差距。各个不同类型机构之间的受益状态和使用介护保险费用的状况，也是不一样的。

5. 不同地区的受益不平衡

日本每年都会公布居家养老和机构养老受益存在的地区差异，全国平均水平现在是宫城县的水平。埼玉县和千叶县，东京外围和周边的城市，这些地区不管是居家养老还是机构养老，它使用的介护保险费用都是非常低的。原因是这两个地区年轻人口比较多，老年人的健康寿

命长，如千叶县整个居住环境比较好，空气比较好，还有很多其他因素。青森县和冲绳县，这些地区不管是居家养老还是机构养老，它使用的介护保险费用都比较高。原因是这些地区，如青森县在东北地区，冬天是特别冷。老人仅在夏季回家接受居家养老服务，一到秋天天气转冷，他们都会集中到养老机构接受服务。

因此，65 岁及以上的第 1 号被保险者的照护费用地区差异便很大，全国平均是每年 23 万多日元，最高的地区可以达到每年 61 万多日元，最低的地区只有每年 12 万多日元。另外，居家预防护理费用的地区差距也比较大，全国平均是每年 1.4 万多日元，最高的地区可以达到每年 3.3 万多日元，最低的地区只有 0 日元。

6. 照护认定标准的不公平

日本 75 岁及以上老人在照护认定率上有很大的差距。根据 2014 年《介护保险事业状况报告》，全国平均认定率是 32%。但是高的地区可以达到 45%，低的地区只有 10%。所以认定率标准松紧不一。认定标准的紧和松，直接影响到照护费用。当然，这个认定标准紧和松原因非常复杂，包括制度普及率、高龄老人占比、养老体系完备情况等。有些边远地区必须要松一些，否则照护床位的空置率太高了。而且有的边远地区的评定人员有关专业水准和专业职业道德的基础训练较少。日本也可有贿赂评定人员的情况。

三、日本长期介护保险的改革

鉴于日本长期介护保险面临的种种问题，日本政府对这一制度进行了改革，其改革目标主要是保持收益与负担的均衡性、提高介护保险财政效率性和提高介护保险财政精准性。为

了实现这些目标,2017 年日本对《介乎保险法》进行第 5 次修改,修改内容的一个最大焦点是,抑制持续上升的护理保险支出,寻求制度的持续发展。具体的举措可以归纳以下 3 个方面。

1. 改革筹资方式,调整保费和服务费的负担比例

首先是提高第 1 号被保险人(65 岁及以上)缴费水准和使用服务费负担比例,增加介护保险财政来源。迄今为止,第 1 号被保险人的介护保险标准是地方自治体根据 65 岁以上人口和前 3 年的介护保险费用支出算定今后 3 年的保险费金额,不与个人经济收入和持有的财产直接挂钩。而今后则改为在平均保险费率的基础上,对 65 岁以上高收入群体根据经济收入状况适当提高介护保险费率的改革,收入越高,缴费率越高。此外,持有的金融资产也将作为衡量老人经济承担能力的一个评定标准,加算保费负担金额。同时,在个人负担 10% 服务费的基础上,面向高收入群体老人又设定了 20%、30% 的负担比例,即高收入老人为低收入老人买单。政府试图通过调整负担比例,一方面增加财源,一方面强化介护保险制度内的再分配功能。其次是对第 2 号被保险人(40-64 岁)实施总收入比例保费负担方式,改革以往定额保费的方式。按照这一新的方式,被列入高收入阶层 1270 万人将会增加保费,1670 万人保费将会下降。调整的目的在于在基本财源不减少的情况下,减轻低收入阶层的保费负担,体现制度内的再分配功能。

2. 改革供给方式,降低服务价格,缩减支出

重点通过以下 3 个方面实现政策目标。首先是进一步健全社区照顾体系,要求作为被保险者的市町村建立数据库,准确把握需求变化,真正实现老人生活自立以及介护预防。其

次是机构改革,创建介护医疗院,将过去分化在医疗管理机构、临终关怀机构、生活照顾机构的功能统合在具有上述 3 种功能的介护医疗院中,由此降低管理成本和服务成本。此外,将残疾人服务和老年人服务体系统合,强化社会福利机构的综合服务功能,同时,福利费用和介护费用可以通算。

3. 开辟多种途径,解决人力资源不足的问题

日本积极鼓励各类人才、低龄老人参与介护服务行业的工作,解决本行业人力资源不足的问题。同时,提高一线工作人员的工资待遇,改善劳动环境,提高工作效率。近年来,已对介护现场的工作人员工资待遇连涨几级。但是,这些上涨的工资的一部分财源是从介护财政里边出来的。也就是说是从各级政府负担的 50% 的介护保险财政里边支出的。就因为要提高这些现场工作人员的工资待遇,所以需要降低服务成本和服务价格,两者是捆绑在一起的。

四、对中国的借鉴

1. 持续性财政: 医疗费用和护理费用的分离与互补

中国现在做的试点,还是把护理保险放在医疗保险里面。这会造成代际之间负担绝对的不公平,这个问题将来政府没办法解决。所以医疗费用和护理费用必须要分离,一方面支出费用要分离,另一方面在服务供给方面又要统合。

2. 成本控制: 护理服务成本的精准测算

日本在这方面有很多教训,护理服务成本的精算需要专业人员,不过也可以请国外的专家具体测算。关键是我们现在能不能抽到比较准确的样本。认定率,护理保险的保额和利用率,这是决定护理费用的最主要的 3 个要素。

(下转第 10 页)

◀ 调研与分析 ▶

上海市老年人口就医行为群体差异的调查分析

王春兰 刘陆雪

(华东师范大学人口研究所, 上海 200241)

一、研究背景

快速老龄化将在未来几十年对中国发展带来一系列重大影响。十九大报告中指出,“未富先老”和“未备先老”已经不能表征我国老龄社会当前阶段的基本特征。当前中国老龄化与社会分化社会形势下,占人口较大比例的中下层老年人口在个人、家庭、社会和国家各个层面都没有为养老做好充足准备。医疗卫生服务方面,总量与结构性供需矛盾显得十分突出,如何精准地解决中国大城市老年人口医疗需求,提升医疗服务质量,成为当前中国城市政府和居民共同关注的重要课题。

文献梳理发现,居民就医行为的影响因素大体上可以归结为 5 类。一是个体社会人口学特征,包括性别、年龄、婚姻、教育、职业、收入、家庭居住状况、城乡、户籍、社会支持等(姜向群等, 2015; 胡思洋, 2016; 孙菲等, 2016; 金因子, 2017; 苗春霞等, 2017; 汤兆云, 2018)。二是经济因素,包括家庭经济支持,如家庭经济状况、费用支付承担方、医疗服务价格、医疗时间成本(交通时间和候诊时间及接受治疗时间)和医疗保险(参保情况、保障方式等)(柴化敏, 2013; 王森, 2015; 胡宏伟等, 2012; 王森, 2015; 胡思洋, 2016; 俞林伟、陈小英, 2017)。三是医疗需求方面,包括健康状况,如无疾病、患慢性病、患常见病、疾病史、疾病严重程度、自评健康状况、体检状况等(姚兆余、张蕾, 2013; 吴琼, 2015; 张强等, 2016; 于长永, 2017; 俞林伟、陈小英,

2017; 何宇, 2017)。四是医疗质量,包括卫生人力数量和质量、医疗设备质量、医疗水平、药品配置和就诊或住院环境等(孙梦洁、韩华为, 2013; 金因子, 2017)。五是医疗服务可及性,如到最近医疗服务机构的距离、距二三级医院的距离、医疗服务的接受程度、医疗保障制度的知晓情况、服务满意度等(郭振等, 2012; 李亚静, 2013; 胡思洋, 2016; 苗春霞等, 2017)。

准确把握大城市老年人口就医行为的差异性特征,并针对大城市老年医疗资源配置和管理体制转型等问题提出针对性的对策建议,是实施健康中国战略,积极应对人口老龄化和构建养老、孝老、敬老政策体系与社会环境的重要举措。课题拟通过上海市老年人口医疗需求调查问卷,探讨中国较发达东部地区大都市中不同性别、年龄、居住状况、社会阶层(职业、文化程度和收入)、城乡区位等特征的老年人口医疗服务需求行为差异,针对研究中发现的医疗服务的矛盾与问题,提出治理响应政策建议。

二、调查概况

在 2017 年 11 月中旬到 12 月上旬近 1 个月的时间内展开调查,调查对象为上海市 60 周岁及以上的常住老年人口(其中包含了较小比例的非本市户籍老年人口),共计发放调查问卷 638 份,回收 638 份,其中有效问卷 625 份;调查内容包括个人基本信息、健康状况、老年人医疗偏好与期望、医院及医疗服务满意

度和老年人医疗保险方式与保障程度等。调查涉及全市 12 个区,39 个街道镇、138 个居村委。

三、调研结果与分析

1. 身体不适时老年人口就医行为的差异

调查对象身体不适(重病除外)时采取措施总体比较积极。其中,64.2%的老年人会选择马上去医院,24.3%的老年人会选择去药店买药,4%的老年人还会采取其他措施;只有 7.5%的老年人会选择忍耐,他们多因为医院人多、看病贵等原因,也有老人看病情发展而定。

男性和女性老年人在身体不适时采取措施均以马上去医院居多,去药店次之。女性老年人选择忍耐的比例略高于男性老年人。在身体不适时,老年人的年龄越大越倾向于选择去医院。老年人文化程度越高越倾向在身体不适时马上去医院。老年人选择马上去医院的比例随着文化程度的增长而增长,高中或中专文化程度的老年人群体的比例最高,为 68%,未上过学的老年人群体比例最低,只有 47.1%。随着老年人口月离退休金养老金的增加,老年人在身体不适时选择马上去医院的比例总体呈上升趋势。相对而言,乡村的老年人口去药店的比例明显较高一些,为 34.3%,而城市的老年人去医院的比例和选择忍耐的比例均较高一些。上海户籍老年人口身体不适时选择去医院的比例更高,达到 65.7%,而非上海户籍老年人口当中比例仅为 33.3%。非上海户籍老年人口选择去药店的比例较高,达到 46.7%,而上海户籍老年人口当中,比例仅为 23.2%。非上海户籍老年人口身体不适时选择忍耐或其他措施的比例均高于上海户籍老年人口。

2. 老年人患一般疾病时就医机构选择偏好及群体差异

患一般疾病时老年人就医机构的选择包括了综合医院(三级)、社区卫生服务中心、区中心医院或地段医院(二级),基本成三分天下的态势。男性老年人选择综合医院(三级)的比例为 26.3%,高出女性老年人约 10 个百分点。

女性老年人选择社区卫生服务中心、区中心或者地段医院(二级)的比例都高于男性,其中选择社区卫生服务中心的比例为 42.3%。高龄组老年人患一般性疾病时选择去综合医院(三级)的比例明显高于其他各年龄组,为 27.4%。

总体而言,文化程度较高、社会经济地位较高的老年人更加倾向于去综合医院(三级)。随着老年人文化程度的上升,患一般疾病时选择综合医院(三级)的比例总体有所上升,相应比例在未上过学的老年人当中仅为 11.8%,在高中或中专学历的老年人中,为 26.0%;而选择去社区卫生服务中心的比例有下降的趋势。随着老年人口的月离退休金养老金的增加,患一般疾病时选择去综合医院(三级)的比例逐步增加,而选择去区中心或地段医院(二级)的比例逐步下降。患一般疾病时,月离退休金养老金为 6000 元及以上的老年人选择去综合医院(三级)比例最高,达到 34.1%,月离退休金养老金 1000 元以下的老年人相应比例最低,仅为 13.3%。选择去区中心或地段医院(二级)的比例月以离退休金养老金 1000 元以下的老年人最高,达到 46.7%,离退休金养老金在 6000 元及以上的老年人相应比例最低,仅为 26.8%。

3. 老年人患重大疾病时就医机构选择偏好及群体差异

患重大疾病时,老年人就医机构的选择以综合医院(三级)为主,达到 69.4%,其次是区中心医院或地段医院(二级)、专科医院、社区卫生服务中心,比例以依次是 15.8%、12.3%、1.3%,仅有 1.1%的老年人选择除此以外的其他医疗机构(图 1)。

从性别、年龄、文化程度、居住状况等各个分组来看,患重大疾病时,老年人选择综合(三级)医院的比例相差不大。其中,患重大疾病时离婚老年人选择去综合(三级)医院的比例最低,仅为 58.3%,而月离退休金养老金在 6000 元及以上的老年人相应比例最高,达到 80.5%;离婚老年人、月离退休金养老金

2000 元以下的老年人及乡村老年人选择去区中心医院或地段医院（二级）比例相对较高，分别达到 33.3%、60.7%、28.6%。

4. 老年人重大疾病后续治疗就医机构选择偏好及群体差异

重大疾病后续治疗时，老年人就医机构的选择仍以综合医院（三级）为主，达到 49.8%，相应比例低于患重大疾病时 19.6 个百

分点；其次是区中心医院或地段医院（二级），比例为 24.5%，相应比例高出患重大疾病时 8.7 个百分点；再次为专科医院，比例为 16.0%，相应比例高出患重大疾病时 3.7 个百分点；而选择社区卫生服务中心的比例总体较低，仅为 6.7%，相应比例高出患重大疾病时 5.4 个百分点，仅有 3.0% 的老年人选择除此以外的其他医疗机构（图 2）。

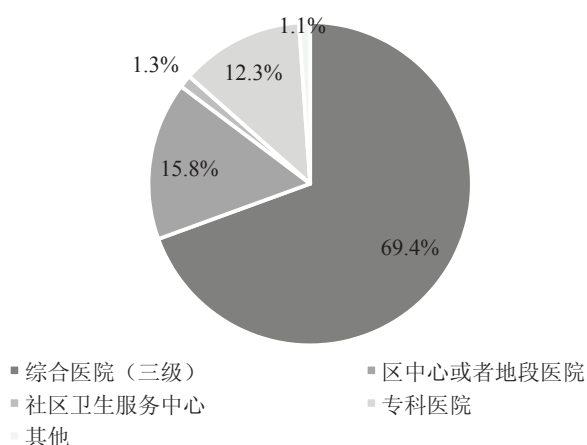


图 1 老年人人口患重大疾病时就医机构选择偏好

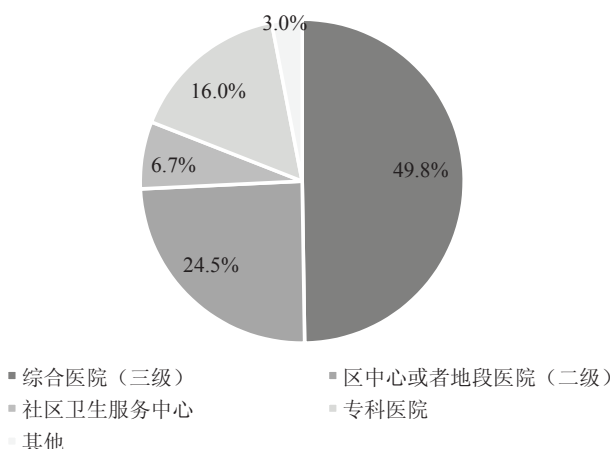


图 2 老年人人口患重大疾病时就医机构选择意愿

重大疾病后续治疗时，男性老年人更倾向于去综合医院（三级），达到 52.7%，女性老年人选择去专科医院和社区卫生服务中心的比例稍高于男性老年人。80 岁及以上的高龄组选择去综合医院（三级）的比例最高，达到 56.5%，而 60-64 岁刚退休的低龄组老人去区中心医院或地段医院（二级）的比例最高，达到 29.1%。

大专及以上学历的老年人在重大疾病的后续治疗时选择去区中心医院或地段医院（二级）的比例最低，仅为 12.8%，而选择专科医院的相应比例最高，达到 29.5%，其中部分也是三级专科医院，而选择去社区卫生服务中心的比例总体较低。在重大疾病的后续治疗时，月离退休金养老金在 6000 元及以上和 1000 元以下的两个分组中，选择去三级的比例较高，分别达到 61.0% 和 60.0%，而选择去区中心医

院或地段医院（二级）、社区卫生服务中心的老年人比例总体上随着月离退休金养老金的增加而下降，比例最高的都是 1000-1999 元组，分别达到 33.0% 和 14.2%。城镇老年人更倾向于去综合医院（三级），比例达到 51.0%，高出乡村老年人 11 个百分点，乡村老年人更倾向于去区中心医院或地段医院（二级）和社区卫生服务中心，两者之和达到 48.6%。非上海户籍的老年人明显更倾向于去综合医院（三级），比例达到 70.0%，高出上海户籍老年人 21.3 个百分点；上海户籍的更倾向于去区中心医院或地段医院（二级）、专业医院和社区卫生服务中心，三者之和达到 48.4%，相应比例高出非上海户籍 25.1 个百分点。

四、对策建议

2016 年国务院印发并实施的《“健康中国

2030”规划纲要》强调,推动健康领域基本公共服务均等化,维护基本医疗卫生服务的公益性,逐步缩小城乡、地区、人群间基本健康服务和健康水平的差异,实现全民健康覆盖,促进社会公平。

而我国目前以市场化为导向的医疗体制改革中,医疗服务被当做一种商品来提供。这时,医疗服务也就受到了市场规律的支配。从以上分析不难看出,从多个社会分层维度观察,都可以发现优势社会群体相对得到更好的医疗服务与保障,健康状况自我评价以及定期体检等健康行为更为积极。此次问卷调查表明,新时代医改新阶段仍需要直面医疗服务领域的老大难问题,群体不公平、医疗资源城乡不均衡、户籍制度隔离下的异地医保等。基于数据分析和调研访谈,我们从以下几个方面提出建议。

第一,就当前的医改重点工作——分级诊疗制度建设而言,仍然需要更加重视当前居民的真实偏好与选择,以及这背后的根源所在,如何从根本上打破大医院垄断循环效应。人们要求医问药时,出于对自身健康的关切,在经济条件允许的情况下,大多数人首先想到的是去大医院进行就诊,这种趋向性使人才、资金、设备等进一步趋向于大医院,大医院垄断性突出,而医疗服务本身的高技术要求与优势传承进一步加强了这种垄断性。医疗需求具有极强的刚性特点,即便在分级诊疗中三级医院门诊完全不报销,也不能确保阻挡病患寻求到综合医院(三级)就诊的需求。其结果仍然无法根本改变目前的病患分配格局。以病患的需求为本,医联体建设中在薄弱地区增加各级医疗机构设点固然重要,但更为重要的是使医联体内部不同级别的医疗机构在人员、技术、设备、信息、药品流通等方面真正实现共享共通,依托互联网技术,在医护人力资源培养难的情况下设法提升医联体较低层次诊疗机构的诊疗水平,提高大众信任度。

第二,在新阶段医改中,要更加突出群

体公平性,加强对贫困人口等困难群体的精准保障。老年人口劳动能力已经渐渐丧失,老年人口的社会分层、健康分层、群体差异带来的不良后果更应该得到关注。低收入老年人口医疗保健经济负担重,应继续研究拓展现有的政府支持政策。从以上分析不难看出,在医疗服务市场化改革的背景下,优质医疗资源、定期体检等方面在不同社会阶层老年人之间的公平性问题仍比较突出,甚至存在显性的马太效应。为此,应在医改政策设计中突出对低收入群体在定期体检、看病就医方面的精准扶贫。以老年人免费体检政策为例,建议在对特定群体实施特殊政策,实行“基于收入评估”或“基于医保待遇评估”的差异化公共政策思路,增强政策实施的灵活性。将适用于一部分老年人口的免费体检服务做得更加全面一些,覆盖的检查项目、检查方式更加多样化,使不同社会经济地位的老年人口都能够在晚年享受到较高水平的医疗保健公共服务的基本保障,以达到提升全社会老年人口身体健康水平,提高老年人口健康公平性的目的。

第三,群体间的公平性问题与空间上的资源分布不均衡问题紧密关联,本市乡村地区综合医院(三级)就医可及性低,继续推进本市医疗资源空间配置的合理分布。调查数据显示,本市乡村老年人综合医院(三级)就医可及性低,身体不适去药店买药而不是去医院的比例明显更大,患病时就医机构的选择更加倾向于去区中心或者地段医院(二级)或村卫生室,其中的重要原因之一是由于其居住地距离综合医院(三级)的分布较远,出行不便。应更加关注乡村老年人的就医可及性问题,继续推进合理分布医疗资源尤其是综合医院(三级)机构等措施。《上海市医疗机构设置“十三五”规划》指出,继续调整完善优质医疗资源布局,加强郊区医疗资源配置,全市按照每 30-50 万人口配置 1 所区域医疗中心。考虑到土地在上海属于稀缺资源,建议上海城市总体规划中各区县优

(下转第 52 页)

◀ 卫生与健康 ▶

上海市处方药费用的十年时间序列：水平、趋势和结构（上）

林海 胡晓静 宋捷 蒋璐伊

（上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200031）

【摘要】 我国药品过度消费是众所周知的问题，而供需关系的“不平衡、不充分”如何表现，“供给侧改革”应该如何切入，国内少见相关学术文献。本文以上海市为例，分析处方药费用的水平、趋势和结构，弥补知行鸿沟。**方法** 提取市药品集中采购平台 2008-2017 每年销售排名前 90% 的药品，采用 ATC/DDD 体系药物编码，分解处方药费用，与经济合作发展组织（OECD）国家作对标分析。**结果** 上海处方药费用近十年年均增速 12.5%，约六年翻一番。低于卫生总费用增速，高于 GDP 增速。2017 年人均处方药费用约 315 美元，估算人均药品费约 350 美元，接近并将迅速达到 OECD 国家中位数水平（515 美元，2013 年）。分析处方药费用结构及变动趋势提示，资源不足与浪费并存：中成药稳定占近 25%，基层高达 40%；抗菌药从占 18% 自 2011 年起降至 10%，并保持稳定；肿瘤药比例约 10%，低于 OECD 国家约 30% 的水平；普药市场仿制药替代原研趋势明显；创新药市场治疗肿瘤的单抗 2017 年国产药比例为 3%，蛋白激酶抑制剂为 24%，总体依赖进口；医师处方行为倾向使用定价较昂贵的注射剂、个别适应症宽泛的品种、营养和辅助用药。2017 年因国家药价谈判和创新药进保，药物利用结构有改善趋势。**结论** 使用政府日益积累的行政数据和大数据分析技术，监测和评价药物利用已具技术可行性；药品消费结构升级应有产业政策引导，要给药业以正确的信号；我国药政体系正发生重大变革，决策需有力证据支持，走向知证决策；应控制不必要的药品支出，将药费增量用于高成本效益的药品将是药政工作重点。

我国药品费用占卫生总费用的 40% 或者 GDP 的 2%，高于大部分同等经济发展水平的国家，给社会带来沉重负担。不论是中等偏高收入国家还是高收入国家，药品占卫生总费用的比例大多数在 10%-30% 范围内，中位数是 20%；药品占 GDP 的比例在 0.6%-2.7% 范围内，

中位数是 1.3%。中低收入国家药品占卫生总费用和 GDP 的比例较高。我国作为中高收入国家，药品占卫生费用和 GDP 的比重甚至接近中低收入国家水准。上海市的药品占本地区卫生总费用的 30%，而人均药品费用约为全国的两倍。

*上海市科学技术委员会软科学研究课题项目（2017 年立项）

以人均 GDP 为考量指标, 目前我国的经济社会发展阶段正从 8 000 美元迈向 10 000 美元的水平。上海市早在 2012 年人均 GDP 就达到了 1.35 万美元, 达到了世界银行确定的高收入国家的水平。随后北京、天津也跨过了这一门槛。中心城市的社会治理水平应该走在全国的前列, 为国家全面提升作出表率。

我国诸多行业存在供需不匹配问题, 供给侧改革应如何切入, 药品产业供给与人口卫生保健服务之需要如何协调发展, 均需要深入研究, 给出答案。医疗行业的典型特征是诊疗手段和结果的不确定性, 以及医、患、保三方掌握的信息具有不对称性。医师作为病人代理人负责用药决策, 处方权全在医师“一支笔”。病人作为实际的市场中的支付方, 对方处药的决策权十分有限。国内多个实证研究支持, 供方因素是主导合理用药的主要方面。实际上就是代理人(医)在缺乏制约的条件下, 有风险损害委托人(患)利益和保险方(保)利益。药品产业是强有力的利益相关方, 实际影响了我国的药品消费结构。但药品消费结构是应该以公众用药的实际需求为导向, 还是以药品产业的生产容量为导向, 答案不言自明。研究在纠正医患保三方信息不对称的同时, 还应该给药业以正确的信号。

一、研究设计

(一) 研究目的

本研究以上海市为例, 分析处方药费用, 描述处方药费用的水平、趋势和结构, 弥补知行鸿沟。

(二) 研究目标

本研究完成以下目标: 1. 使用标准化药品编码体系(ATC)和我国医保部门的药品编

码, 盘点本市 2008–2016 年医疗机构药品消费的总量和结构以及变化的趋势; 2. 与经济合作发展组织(OECD)国家的药品消费现状作比较, 比较描述结构性的差异; 3. 搜集现有证据, 评价本市药品消费的主要问题和相关干预的效果。

(三) 方法

1. 指导性方法: 药物利用研究

药物利用研究(drug utilization research, DUR)是方法学发展较为完善的学科, 脱胎于药物流行病学, 而又有所区别, 如主要研究范畴并不涉及用药后的治疗效果和不良反应的评价。

世卫组织将其定义为“研究药物在社会群体中的开发、规范、营销、配送、处方、配药和使用的学科, 尤其重视其对医学、社会和经济的影响”; 广义的定义还包括评价药物利用合理性研究以及干预评价研究。世界卫生组织挪威奥斯陆药物统计方法学合作中心开发的药物 ATC 分类法及其限定日剂量 DDD 体系完成了药品的标准化编码和标准化的定量, 摆脱了价格因素的差异带来费用类指标可比性差的局限, 使不同国家和地区的用药比较成为可能。

这一学科在政府对药品实施严格管制的欧洲地区已经历经逾五十年的发展。除了美国以外, 经济合作与发展组织国家(OECD)药费和药物用量的水平和构成已经形成年报制度, 在 OECD 的医疗卫生数据库可以查询。OECD 各国开展药品利用的比较研究已经形成常规。这与药品使用信息高度公开透明是分不开的。研究机构和医疗专业人员分析利用这类数据, 用于政策研究是常态。

另外, 商业性咨询公司对药品市场的分

析也是药物利用研究的重要应用领域。国内外较为活跃的是艾美仕咨询公司（IMS，现与 Quintile 公司合并为 IQVIA 咨询）和南方医药经济研究所。但商业性的咨询公司的业务发展重点不包括公益性的政策研究，积累的数据来自抽样，获取数据的成本动辄数十万。

我国由于数据可获得性的原因，这一学科的发展遭遇了困境。现有文献多数只能以作者所在的医院为单样本展开研究，即使涉及多家医院也缺少样本代表性的信息；多为横断面研究，缺乏长期趋势的跟踪和政策干预的长期效果评价。“以药补医”有损医师处方行为的合理性，以此为题的微观研究并不少见；可见部分城市报道的某类药品的销售情况监测报道，对宏观的药品消费的结构分析和比对很少见到系统的报道，而且样本的代表性往往缺乏交待。现有的研究报道的数据源多来自医院向药监局系统自报的“用药监测”体系，基层医疗机构的数据采集是难点。

2. 数据来源：市药品集中采购平台

上海市药品集中采购事务管理所（下简称“市药事所”或 SMPA）的数据从 2008 年开始已经覆盖了本市提供 95% 以上医疗服务量的机构，仅个别军队、武警医院某些年份未参加全市的药采平台，2012 年后还纳入了社会办医疗机构。这为药品消费的大数据分析提供了较理想的数据源。

本研究提取 2008–2017 年 SMPA 的数据平台，按销售量和通用名将药品排序，取每年销售排前 90% 的药品，每年约 1000 个通用名。采用 WHO/ATC 编码和我国的医保编码、药品监管平台的药品编码，对药品进行标识。医疗机构按照卫生行政部门的管理分为三级、二级、一级和未分级四层，包括综合性医院、

专科医院、中医医院、中西医结合医院、社区卫生服务机构和部分社会办医疗机构；未分级医疗机构主要是企业办医、校医院和卫生站、所等。

3. 对标分析

（1）对标标准一：OECD 各国“药品消费”数据库

国别间比较数据，有利于发现和界定问题。如图可见：一、OECD 国家的人均药品费用静态水平相差近十倍，与经济发达程度呈现一定相关关系。在高收入国家中，英国、荷兰、挪威等国经济发达程度高，药品费用控制得也较好。二、OECD 国家的人均药品费用动态水平相差较大，个别国家如希腊、斯洛伐克出现了不稳定的态势，大多数国家呈相似的稳定上涨的趋势；三、按照 ATC 分类编码后，人均药品费用较高的国家中，不能用 ATC 编码的药品费用也较多，如比利时、希腊、冰岛、捷克、意大利、加拿大。

（2）对标标准二：全球畅销药品目录

全球畅销药品目录每年都有市场情报企业来源的报道公布，主要来自艾美士（IMS，并购案后的 QuintileIMS 以及 IQVIA）、EvaluatePharma、国内的南方医药经济研究所及其主办的《医药经济报》和“米内网”等。全球或者发达国家的畅销药一般是治疗肿瘤和类风湿关节炎、强制性脊柱炎等自身免疫疾病的单克隆抗体、靶向药以及治疗糖尿病等慢性病的药品，如 2015 年全球畅销药品前十名。

（3）内部标准——国内九省市公布的“辅助用药目录”

国家卫计委《关于落实完善公立医院药品集中采购工作指导意见的通知》（国卫药政发〔2015〕70 号文件）开始明确提出“重点

跟踪监控辅助用药、医院超常使用的药品”。

国内尽管已有多个省市公布了对“辅助用药”严控的方案，但是对什么是“辅助用药”显然尚未形成统一意见。根据《中国药典》收载品种，符合下列情况的化学药及生物制剂品种均视为辅助用药：所有人体自然存在的

成分及其衍生物，除激素类制剂、生物制品（除微生态活菌制品）、特定营养缺乏下支持治疗的；免疫增强药，生物制品除外。发达国家对类似“辅助用药”的界定一般着重于其“非治疗性”、“营养性”、“非特异的预防性”等特征。

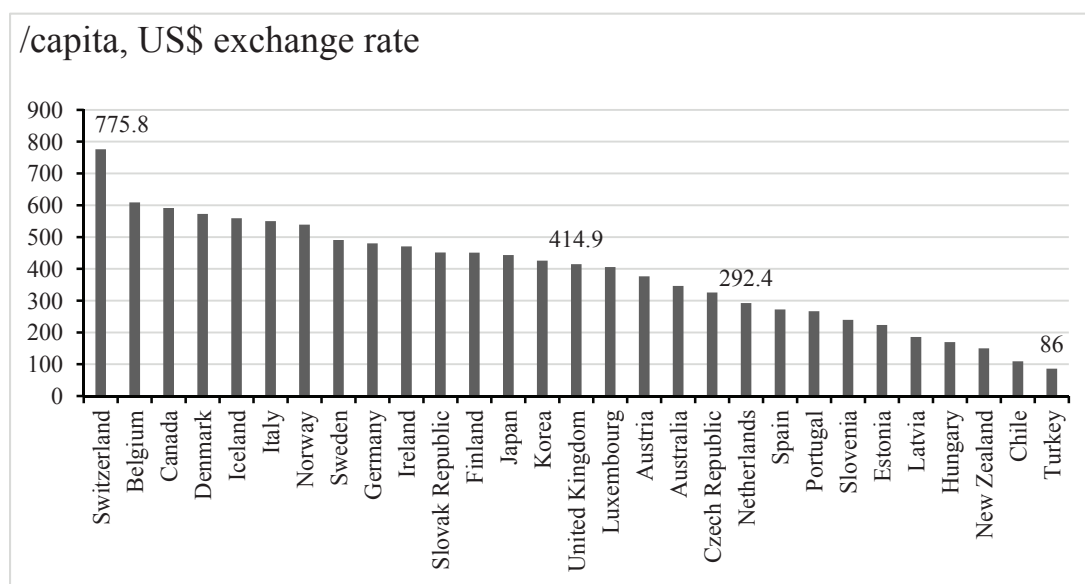


图1 部分 OECD 国家药品人均消费（2015 年，美元）

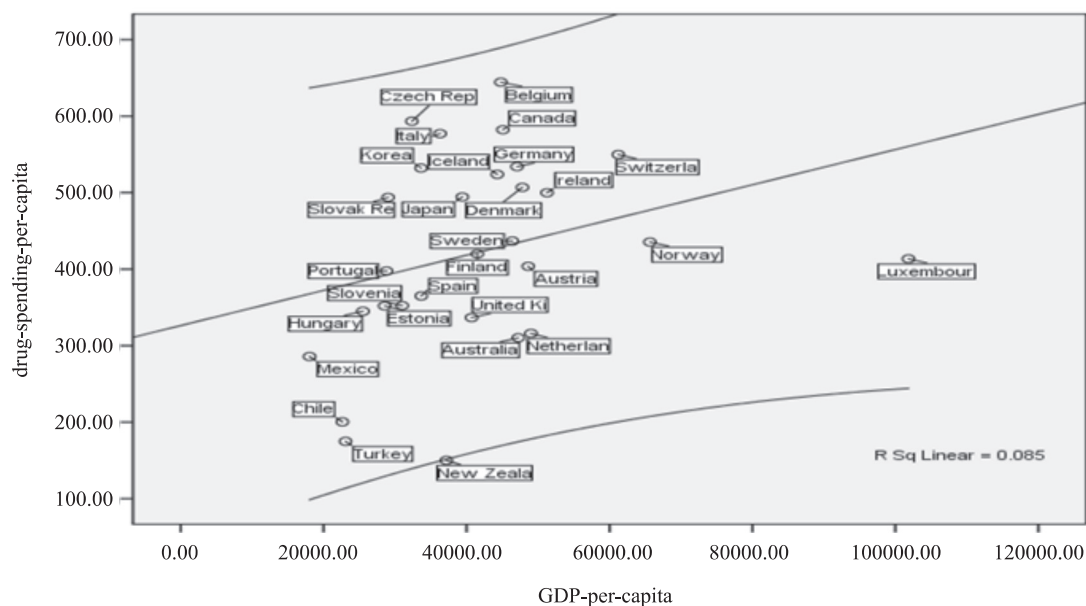


图2 部分 OECD 国家人均 GDP 和人均药品费用的相关关系（2013 年，美元）

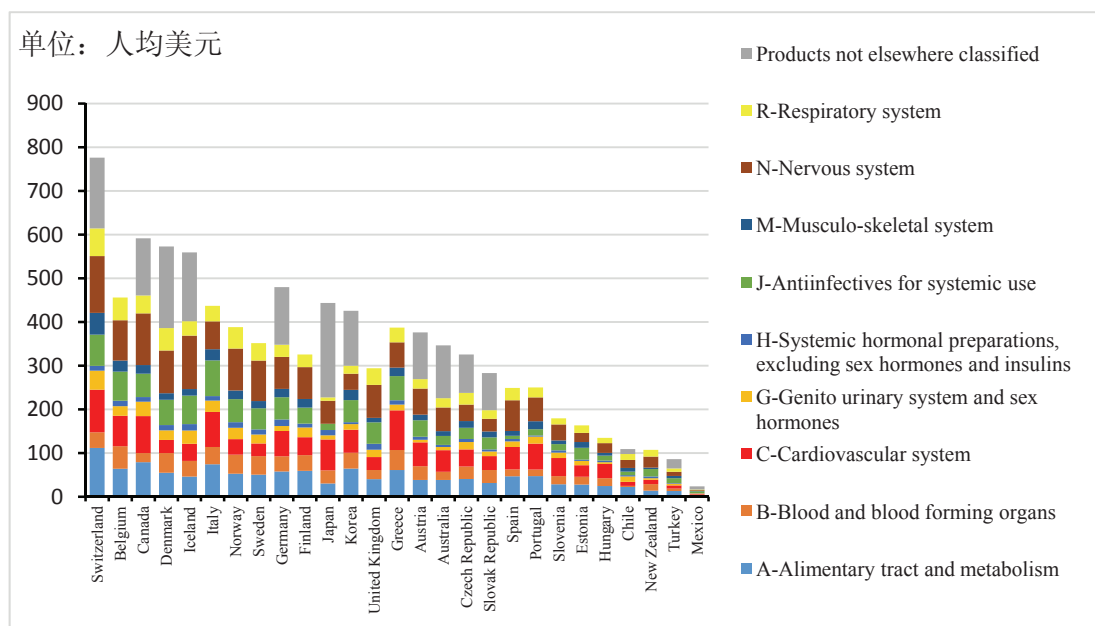


图3 部分 OECD 国家人均药品消费水平及结构（2015 年，美元）

说明：剔除了方法学存在差异，数据序列不完整的国家。

截止到 2016 年年底，有明确辅助用药目录有：四川、云南、福建、安徽、内蒙古、青海、北京以及江苏的苏州、无锡，一共有 9 个省市。上海市 2017 年 11 月 15 日发布的《关于进一步加强本市医疗机构重点监控药品管理的通知》要求“建立本单位重点监控药品目录，包括：抗菌药物、中药注射剂、抗肿瘤药物、辅助性药品、营养性药品以及其他价格高、用量大的药品等”。该文件没有提出本市的重点监控药品目录，而是把遴选目录的权力交给了各医疗机构。

从临床用药角度而言，辅助用药应是根据该药在某种疾病中的治疗地位所决定的，因此界定药物是否辅助用药的因素主要有：

1. 治疗疗效不确切
2. 疾病治疗指南明确写明为辅助用药
3. 说明书中明确写明为辅助用药的
4. 并非对因或对症治疗的药物

5. 药理作用机制不明的药物

6. 药物结构不明的药物

7. 没有被任何指南推荐为一线或二线药物

国家卫生计生委卫生发展研究中心药政研究室团队将这 9 个省市的目录进行筛选，形成了一个包含 313 种药品的初筛目录，根据药品所治疗疾病的类型进行归类，形成了 11 类辅助用药，具体为心脑血管疾病、骨科疾病、神经系统疾病、免疫调节、营养电解质、抗生素、质子泵抑制剂（用于辅助治疗消化道溃疡）、多重作用类以及其他类（未发表资料）。九省市达成一致的“辅助用药”共计 55 种。

4. 定性研究

采用关键知情人访谈和焦点组访谈的方法，征集中央和地方决策者、医疗机构管理者、临床医生、药师、研究人员的意见。决策者来自卫生、科技、医保三个方面。

二、研究结果和结论

（一）范畴的界定和基本判断

本研究面对的研究问题是医疗机构的药品消费结构，即处方药的消费结构。国内各省市医疗机构仍为销售药品的主渠道，相对于零售药房和第三方的药品零售渠道，医疗机构发生的药品费用占总量近七成，上海市近八成。两者的结构显然是不同的，前者绝大部分是处方药，后者绝大部分是非处方药（OTC）以及部分医保药品。零售药房和第三方零售终端的药品消费结构不在本研究的范畴之内。

本研究关心的是药品资源合理配置的问题，思路是首先描述十年监测期内的处方药消费结构在各级市场中的变化，其次是在回顾上海市药政管理和尤其是有关于合理用药的措施的基础上，分析消费结构变化与干预措施的关系。在对宏观形势的把握上，结合现有国内外学术文献报道的结果，有如下基本判断：

1. 我国已经实现了疾病谱的转换，现接近发达国家的水平，慢性非传染性疾病时导致生命质量和生命长度损失的主要原因，疾病负担排前列的依次为心脑血管类疾病（脑卒中和缺血性心脏病）、肿瘤（肺癌和肝癌）、背痛、抑郁症。

2. 我国的医药卫生体制改革已经将控制医药总费用的过快、不合理的增长作为目标之一，其根源在于“以药补医”的公立医疗机构的补偿机制，以及医药产业与医疗体系、卫生决策体系的互动关系。

3. 我国在医院发生的药品费用的高增长率态势与不合理的药物处方行为有关，而不是价格较为昂贵的专利药投入使用，呈现资源不足与资源浪费并存的状态。

4. 现有的药物利用的结构性问题，已知突出存在于抗菌药、质子泵抑制剂、中药注射剂、营养类、免疫增强类药物的不合理使用。

5. 控制不合理的药品使用，调节药品消费结构已经成为我国药政管理的重要主题。我国很多省市已经明确提出了控制辅助用药的目标，效果有待长期观测和评价。目前技术手段已经基本成熟，有待开发应用和推广实施。

6. 上海市已有使用销售数据监测抗菌药消费结构的成功经验。将这一经验推广到其他种类的药品，并开展政策分析，值得尝试。

（二）上海市处方药费用的描述性研究

1. 总量

上海市医疗机构药品采购总额从 2008 年的 178.3 亿元增长至 2017 年 515.4 亿元，平均每年增长 37.5 亿元。2008–2017 年十年的年均增长率为 12.5%，约每 5–6 年翻一倍，低于同期上海市卫生总费用增速（13.9%），高于同期 GDP 的年均增速（10.0%）。药品消费总量的增速仍处于较高水平。为确保数据的可比性，将 SMPA 的采购总额与卫生部门财务报表上读出的“公立医疗机构药品总支出”作比对，如表 1 所示。可见，上海市药品集中采购平台的销售记录是较好的分析样本，与公立医疗机构药品总支出的规模相比极为接近。可以提供进一步解剖处方药药品费用的样本。2012 年大部分社会办医疗机构也进入全市药品招标体系，导致采购量高于卫生部财务报表中反映出的公立医院药品总支出。

上海市人均处方药消费的水平如表 3 所示，2012 年超过了人均 200 美元，2016 年已超过了人均 300 美元。2017 年处方药人均费用为 315 美元，考虑到零售药房的销售额与医院药费的比例约 1：4，以及外来

就医人口消耗约不到六分之一的药品费用。元左右。OECD 国家 2015 年的人均药品消费 2017 年上海市的人均药品费估算在 350 美 费中位数为 515 美元。

表 1 上海市医疗机构的药品招标采购 (SMPA) 总额 (2008–2017)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(1) SMPA 药品采购总额 (亿)	178.3	216.6	244.7	266.0	332.0	357.0	318.1	274.1	489.5	515.4
(2) 公立医疗机构药品总支出 (亿)	192.1	231.5	260.4	213.7	294.4	326.2	364.1	390.3	451.0	N/A
(3) 公立医疗机构药品总收入 (亿)	206.5	247.7	277.2	234.5	329.0	362.9	405.4	432.6	480.9	N/A
(1) / (2) (%)	92.8	93.6	94.0	124.5	112.8	109.5	87.4	70.2	108.5	N/A

说明：2013 年 SMPA 纳入了大部分社会办医疗机构，SMPA 信息平台 2014 年 12 月–2015 年 6 月因系统更新缺失 7 个月数据。药品支出和收入数据来自国家卫生计生委公立医院财务报表，剔除了中草药饮片，含复旦大学 6 家附属医院（央财政拨款）。

表 2 上海市药招所采购数据覆盖的医疗机构计数

年份	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
未分级	2	2	3	6	10	139	124	154	159	148
一级医疗机构	244	247	250	250	250	293	289	367	384	419
二级医院	131	139	136	135	137	154	149	168	167	165
三级医院	45	37	37	36	35	35	33	55*	57*	57*

说明：10 年数据完整的机构为：33 家三级机构，127 家二级机构，240 家一级机构。共计占监测内机构的抗菌药总用药量的 94% 或者金额的 95%。数据缺失或者时间序列不完整的医院主要是军队、武警医院和小型的社会办医疗机构。*按 SMPA 提供的医院分级目录计数，包括新建的分院和新升三级的医院。

表 3 上海市人均处方药消费水平 (2008–2017)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
上海市处方药采购总额 (亿元)	178	217	245	266	332	357	318	274	490	515
本市年末常住人口数 (万)	2140	2210	2301	2348	2380	2415	2426	2415	2420	2420
年中平均常驻人口数 (万)	2102	2176	2257	2325	2364	2398	2420	2420	2418	2420
人均处方药消费 (元)	848	996	1084	1144	1404	1489	1314	1132	2025	2132
当年平均美元汇率	6.95	6.83	6.77	6.46	6.31	6.20	6.14	6.23	6.64	6.76
人均处方药消费 (美元)	122	146	160	177	223	240	213*	181*	305	315

说明：*2014 年 12 月–2015 年 6 月因 SMPA 系统更新缺失 7 个月数据。人口数据来自上海市统计局网站。汇率数据来自世界银行网站。

按照上海市目前的处方药费用的增速，也有一定的增速，十年内上海将达到 OECD 约 5–6 年以内上海市的人均药品消费就可能国家的药品消费水平的中位数。达到人均 600 美元以上。考虑到 OECD 国家

表 4 部分 OECD 国家人均药品费用（2007–2016，美元）

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.	瑞士	611.9	697.1	701.5	703.9	822.0	791.8	791.0	790.6	775.8	
2.	比利时	692.1	768.3	741.8	714.9	754.1	685.8	706.2	704.0	609.1	610.5
3.	加拿大						699.8	678.9	649.0	591.6	587.3
4.	丹麦	641.9	719.5	699.9	678.6	686.8	631.6	647.6	675.9	572.8	
5.	冰岛	813.4	736.1	662.8	643.3	705.1	605.2	657.9	619.7	559.2	631.9
6.	意大利	559.7	618.1	606.1	586.2	614.2	543.4	572.3	573.3	549.9	526.7
7.	挪威	619.5	642.2	599.4	605.4	655.6	643.9	646.7	645.6	538.9	560.2
8.	瑞典	530.8	568.3	498.5	533.6	598.7	560.5	581.0	568.0	490.9	500.9
9.	芬兰	458.7	522.6	487.2	466.9	500.5	470.2	496.4	514.7	451.0	
10.	日本	428.0	500.1	569.3	603.1	684.9	685.3	554.4	488.9	443.3	
11.	韩国		322.0	298.9	354.8	398.5	384.4	408.5	442.9	425.6	
12.	英国	469.9	439.0	361.6	323.9	328.8	341.5	356.0	407.3	414.9	383.2
13.	奥地利				394.8	422.4	398.3	412.6	433.0	376.3	
14.	澳大利亚	311.3	335.1	329.0	407.8	473.8	471.7	448.1	411.7	346.4	
15.	捷克	321.3	406.3	402.0	407.2	435.8	407.0	387.4	371.1	325.5	
16.	荷兰	424.2	459.9	427.1	415.5	433.9	353.4	341.6	343.0	292.4	
17.	西班牙	348.6	397.3	392.4	376.4	367.5	304.1	303.9	322.6	272.3	
18.	葡萄牙	426.8	465.2	436.6	405.6	387.5	319.4	305.9	305.8	266.8	270.7
19.	斯洛文尼亚	289.9	325.2	316.5	306.6	318.3	283.8	290.7	278.1	239.7	
20.	爱沙尼亚	173.9	209.8	197.0	193.2	214.1	215.4	232.7	251.7	223.6	243.7
21.	匈牙利	225.4	249.6	235.4	239.6	257.0	199.1	194.4	193.0	169.6	
22.	智利	79.8	89.8	88.9	94.9	105.6	111.0	116.0	111.4	109.2	113.0
23.	土耳其		145.9	139.5	141.8	114.0	100.1	98.9	92.9	86.0	
24.	墨西哥	185.7	196.6	165.5	179.9	169.6	178.3	180.4	170.5		

在人均药品费用快速增长的同时，调整药品消费结构，使之更接近发达国家的药品消费模式是合理使用卫生资源的客观要求。社会期待卫生治理的水平在卫生投入得以切实加强的情况下，能够得以提高。尤其是药品消费中的浪费应该得到切实控制。

2. 结构

上海市医疗机构的药品消费的结构特征可以从两个方面来界定：一是用 WHO/ATC 编

码后的药品资源的消费结构；二是畅销药的排名特征。

世界卫生组织（World Health Organization, WHO）在挪威设立的药品编码和统计合作中心开发的药品解剖、治疗和化学（Anatomic Therapeutic and Chemical codes, ATC）编码是研究药品消费（货币为单位）和利用（用量为单位）的公认的国际金标准。

ATC 编码使不同国家和地区的药品消费

具有可比性。比较研究有助于发现和甄别真实存在的问题,有助于发现药品消费的规律。分析 OECD 国家的药品消费结构可见:(1)经济发展水平仅能解释人均药品费用的 8% 的差异性,相似经济发展水平的国家,人均药品消费相差可达 4 倍之多;(2)药品费用控制较弱的国家,其未能编入 ATC 编码的“灰色条带”

部分较长,且神经精神类药物、心脑血管药物的条带较长,而且结构与控费力度较大的国家存在差异性。“灰色条带”在控费较弱的国家可达 25%–33%,如 2013 年意大利(33%)和日本(28%)的“灰色条带”部分。上海市的药品消费结构如表 5 所示。

表 5 上海市处方药费用的结构(2008–2017, 金额百分比)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A-Alimentary tract and metabolism	10.7%	11.0%	11.1%	11.7%	10.5%	11.6%	12.2%	11.9%	12.5%	12.9%
B-Blood and blood forming organs	7.4%	7.7%	8.0%	8.0%	7.0%	7.1%	7.0%	7.8%	7.7%	8.2%
C-Cardiovascular system	11.1%	11.8%	12.9%	13.2%	12.1%	13.5%	14.6%	13.2%	13.9%	13.8%
D-Dematologicals	1.7%	1.3%	1.0%	0.9%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%
G-Genito urinary system and sex hormones	1.4%	1.3%	1.3%	1.3%	1.1%	1.8%	1.3%	1.2%	1.2%	1.1%
H-Systemic hormonal preparations, excluding sex hormones and insulins	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%	0.9%	1.0%
J-Anti-infectives for systemic use	18.9%	19.2%	18.4%	15.9%	14.2%	13.0%	13.2%	12.5%	12.4%	12.5%
L-Antineoplastic and immunomodulating agents	9.5%	8.9%	10.3%	10.0%	10.9%	10.3%	9.5%	10.7%	10.0%	11.1%
M-Musculo-skeletal system	2.3%	2.3%	2.5%	2.7%	2.4%	2.5%	2.8%	2.7%	2.5%	2.5%
N-Nervous system	4.4%	4.5%	4.6%	5.1%	4.8%	5.5%	6.0%	6.7%	7.0%	7.1%
P-Antiparasitic products, insecticides and repellents	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
R-Respiratory system	3.2%	3.3%	3.5%	3.4%	3.0%	3.0%	3.1%	3.4%	3.5%	3.5%
S-Sensory organs	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.4%	0.6%	0.7%	1.0%	0.8%	0.9%
V-Various	2.7%	2.9%	3.0%	3.5%	4.9%	4.0%	4.0%	4.1%	3.9%	3.6%
中成药	25.4%	24.3%	22.3%	23.1%	25.8%	24.1%	24.1%	23.1%	23.0%	20.9%

说明: 每年销售额排名前90%的药品计算。2014年12月-2015年6月, 因信息系统更新缺失7个月数据。

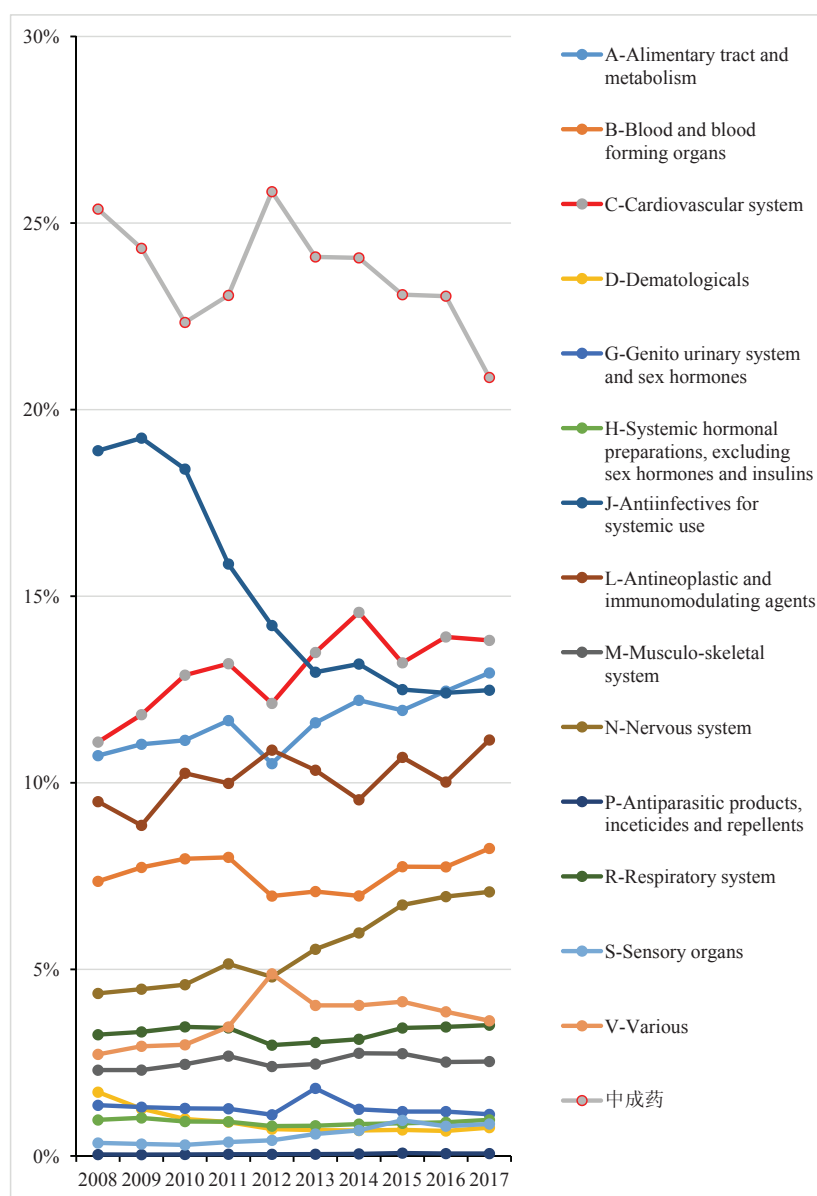


图 4 上海市处方药费用构成 (2008-2017)

说明：每年销售额排名前 90% 的药品计算。2014 年 12 月-2015 年 6 月，因信息系统更新缺失 7 个月数据。

分析可见：上海市的药品消费结构中中成药与西药的比例稳定在 1:3。某些类别药品的走势和构成似与发达国家的报道有所区别。将主要的 ATC 大类列出，可见各级医疗机构的药品消费占比展现了与总体构成较大的差异性。中成药四成消费在社区卫生服务机构，低点仍出现在“基本药物制度”实施后的 2012 年，低至 26%。2016 年恢复至四成的水

平。中成药消费在二级医院和三级医院各占三成。2012 年三级医院出现了一品规的异常值，在此不做过度解读。

上海市的药品消费结构反映在不同层级和类型的医疗机构存在较大的差异性，突出表现在：（1）社区卫生服务机构目前有逾四成的药品消费发生在中成药，全市处方药市场近四分之一用于中成药；（2）心脑血管和消化道用

药的消费有向基层医疗机构集中的趋势；（3）费相对降低的趋势；（4）二、三级医院有神经各级医疗机构均呈现抗感染大类的药物有消 系统药品消费相对升高趋势。

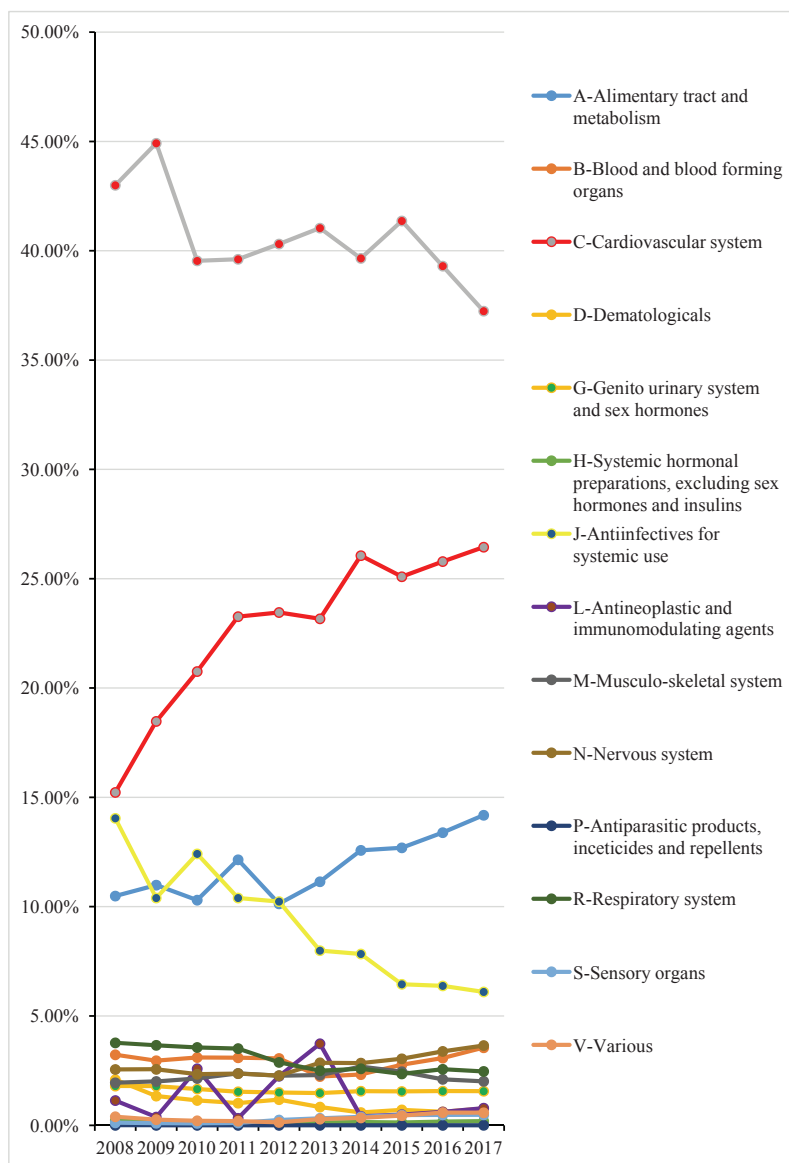


图 5 上海市社区卫生服务机构处方药费用的构成（2008-2017）

说明：每年销售额排名前 90% 的药品计算。2014 年 12 月-2015 年 6 月，因信息系统更新缺失 7 个月数据。

（三）上海市处方药市场主要品种分析

1. 上海市处方药市场畅销药前十名与全球畅销药比较

上海市处方药市场的前十名如下表所示。四个年度均位列前十名的有四个品种：两个中成药（银杏叶、虫草菌发酵制剂），一个抗菌

药（头孢替安），一个免疫调节药（胸腺肽）。质子泵抑制剂在前十名保持一名（奥美拉唑或兰索拉唑）。2008 年前十名共有四个抗菌药（头孢呋辛、头孢替安、左氧氟沙星、头孢克洛），此后逐渐减少为两种至一种。高血压药为一或两种（氨氯地平、缬沙坦）。血脂调节药的代

表阿托伐他汀和抗血小板聚集药氯吡格雷近五年开始进入前十名。氨溴索是呼吸系统用药，前列地尔是改善微循环的药物。培美曲塞是肿瘤化疗药。

表 6 上海市处方药市场销售前十名

	2008年	2011年	2014年	2017年
1.	银杏叶	银杏叶	胸腺肽	胸腺肽
2.	头孢呋辛	胸腺肽	银杏叶	阿托伐他汀
3.	头孢替安	头孢替安	头孢替安	氯吡格雷
4.	胸腺肽	氨氯地平	氨氯地平	培美曲塞
5.	氨氯地平	头孢呋辛	阿托伐他汀	氨氯地平
6.	左氧氟沙星	奥美拉唑	虫草菌发酵制剂	头孢替安
7.	奥美拉唑	缬沙坦	头孢呋辛	兰索拉唑
8.	头孢克洛	虫草菌发酵制剂	缬沙坦	银杏叶
9.	虫草菌发酵制剂*	重组人胰岛素	氯吡格雷	前列地尔
10.	氨溴索	氨溴索	兰索拉唑	虫草菌发酵制剂

*包括金水宝胶囊和百令胶囊。

前十名的特征是全部都是有多家厂家生产的药物，没有一个在专利保护期内。

欧美发达国家和日本、澳大利亚构成了全球药品市场传统的销售主体市场。据 IMS/IQVIA 的数据，美国占全球药品销售总额的四成以上。全球药品畅销榜，实际可认为是美国药品畅销榜。在 34 个 OECD 国家中，近年每

年报告药品消费结构的国家有 32 个。美国和以色列的数据缺失，但是从公开发表的文献不难查到美国药品消费的时间序列片段。美国的人均处方药消费水平居于全球首位，其原因与专利药进入市场的准入壁垒最小，其次因为美国的药品定价较高，支付方对药企的控制力较弱。

表 7 全球畅销处方药前十名

	2008	2011	2014	2017
1.	氯吡格雷	阿托伐他汀	阿达木单抗	阿达木单抗
2.	缬沙坦	阿达木单抗	索氟布韦	雷迪帕韦索非布韦
3.	埃索美拉唑	沙美特罗替卡松	英夫利西单抗	依那西普
4.	依诺肝素	氯吡格雷	利妥昔单抗	利妥昔单抗
5.	坎地沙坦	瑞舒伐他汀	依那西普	英夫利昔单抗
6.	瑞舒伐他汀	利妥昔单抗	甘精胰岛素	来那度胺
7.	氯沙坦	富马酸喹硫平	贝伐珠单抗	贝伐珠单抗
8.	兰索拉唑	缬沙坦	曲妥珠单抗	曲妥珠单抗
9.	聚乙二醇干扰素	贝伐珠单抗	沙美特罗替卡松	西格列汀
10.	氯吡格雷	曲妥珠单抗	瑞舒伐他汀	甘精胰岛素

说明：数据来源于 IMS/IQVIA、EvaluatePharma 等咨询机构的报告，原始数据来源于各企业的财务年报。

全球畅销药排行榜可见大部分为专利新药。2008 年的全球药品销售前十名与上海市 2014 年的前十名有四个药品重合。

2. 上海市“辅助用药”的基线水平

在经济和社会发展的宏观背景下，上海市的药品消费水平的上涨将呼唤药品消费结构的升级。浪费将得到一定程度的抑制。2017 年 11 月 14 日，上海市卫计委发布《进一步加强本市医疗机构重点监控药品管理的通知》，要求各医疗机构精简药品目录，建立重点药品监控目录。

本研究将综合目前国内九个省市的“辅助用药目录”，取有三或三个以上的省市都纳入目录的品种，遴选出一个共性的“辅助用药目录”，共 55 个品种，测算上海市目前的“辅助用药”基线情况，如下图所示。2015 年最高点为 8.6%，后呈下降趋势。2017 年为 6.8%。

其中销售排前十名的主要品种为：前列地尔注射剂、奥美拉唑注射剂、注射用丹参多酚酸盐、银杏叶注射制剂、丹红注射液、动物骨多肽注射制剂、康艾注射液、疏血通注射液、三七皂苷注射制剂、鼠神经生长因子。

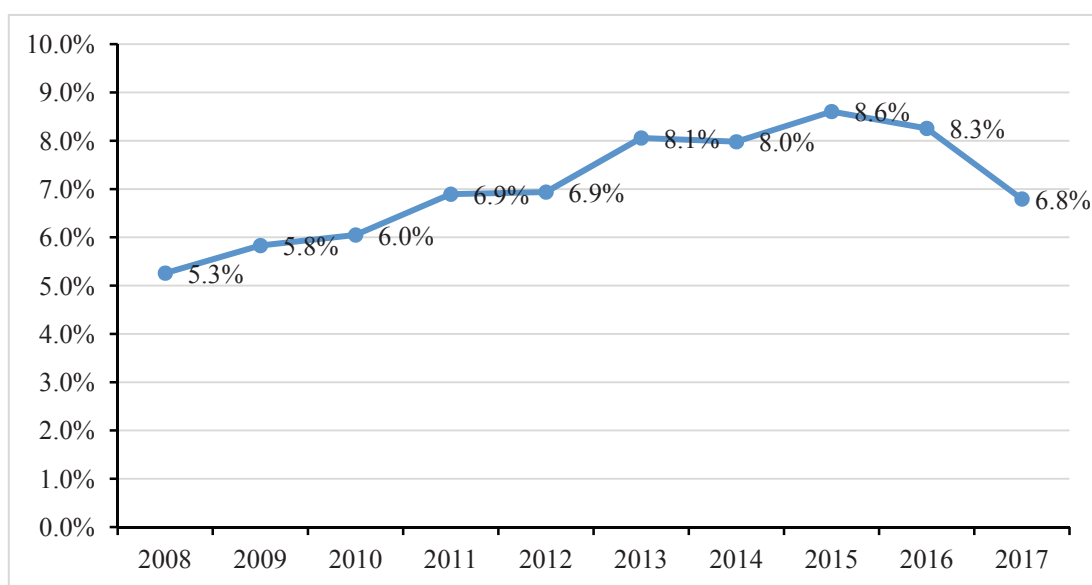


图 6 上海市处方药市场“辅助用药”占总金额的比重（2008-2017）

注意到，有些品种因只有 1-2 个省市纳入“辅助用药目录”，未计入上海市的“辅助用药”基线范畴。但是性质与目录内的品种近似。如其他类型的质子泵抑制剂的注射剂型，同样应该引起重视。还有些品种尽管销售量不

大，但是已呈迅速拉升态势，而且本身的临床价值存疑，也应有甄别发现机制。一句话“辅助用药”的遴选应该是一个动态的过程。（未完待续）

参考文献（略）

美国 PACE 模式对我国居家养老服务的启示

杨晓娟 丁汉升 杜丽侠

(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 200040)

我国自上世纪末进入老龄化社会, 目前已处于人口老龄化快速发展阶段^[1]。积极应对人口老龄化, 不断满足老年人持续增长的养老服务需求, 是一项势在必行的任务。

与入住养老院和养老护理院等机构养老相比, 依托社区, 为居家的老年人提供医疗、护理及其他服务的居家养老模式有许多优势。居家养老符合中国人的养老观念, 是许多老年人及其家庭乐于接受的养老模式^[2]; 同时居家养老也可以缓解我国养老机构数量不足, 床位紧张, 专业护理人员短缺的矛盾。与机构养老相比, 居家养老还可以降低养老服务的总费用。

近 10 年来, 居家养老已经成为国家倡导的主要养老方式^[3]。2011 年, 国务院在颁布的文件《社会养老服务体系规划》中也提出了居家养老的内涵, “居家养老涵盖生活照料、家政服务、康复护理、医疗保健、精神慰藉等”^[4]。但是, 我国居家养老目前尚处于起步阶段, 政策、制度处于逐步完善中, 各项实践处于探索阶段。

在美国, 自上世纪 70 年代起建立的 PACE(The Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 是一个针对老年人的养老医疗护理服务模式, PACE 模式成功地将老年人的短期医疗与长期照护服务结合起来, 使高龄患病老人能够更长时间的在社区中生活。经过多年实践 PACE 已经成为一种成功和有效的老年照护服务模式, PACE 的成功经验中有许多值得我们借鉴之处。

一、美国的 PACE 模式介绍

美国的 PACE 模式是一个针对老年人的医

疗护理救助项目, 它的对象是那些需要护理院级别的照顾但能够在社区生活的老年人。PACE 的目标是让那些体弱、患病、行动不便的老年人尽可能长期地居住在社区。^[5]

1. 兴起与发展

PACE 模式源自上世纪 70 年代在美国旧金山地区兴起的 “On Lok” 老年保健服务。上世纪 70 年代, 美国的老年人口不断增加, 越来越多的老年人需要长期照护服务。1971 年, 旧金山的华人居住区建立了一个 “On Lok 高龄保健服务” 的非营利性组织, On Lok 源自广东话 “安乐”。“On Lok” 最初的意图是在社区建立老年护理院, 但是调查后发现, 社区内来自中国、菲律宾、意大利的老年人及其家庭并不愿意接受护理院养老。为此, 他们提出了一个综合性项目计划, 以英国日间医院模式为基础将高龄老人所有必需的医疗服务和社会支持服务整合在一起。1973 年, “On Lok” 开办了第一家成人日间中心, 提供医疗照护服务。1975 年, “On Lok” 增加了社会支持性服务, 包括居家护理、送餐服务和居家帮助服务。1978 年, “On Lok” 照护模式已经扩展为包括了老年护理院提供的所有医疗保健和社会支持性服务在内的服务。1979 年, 美国二大主要公共医疗保障计划 Medicare 和 Medicaid 拨款给 “On Lok” 进行为期 4 年的试点, 1986 年又建立了另外 10 个示范点。示范点的成功促使首个 PACE 项目在 1990 年开始实施, Medicare 和 Medicaid 的受益人均可以参加。1997 年, 美国的平衡预算法案将 PACE 模式正式纳入 Medicare 和 Medicaid 之中。PACE 模式经过多年的实践得

到了不断的发展和完善,至 2015 年,美国已有 32 个州运行 114 个 PACE 项目^[6]。

2. 服务对象

PACE 的目标是为那些需要长期照护的老年人及其家庭提供在社区就能获得的医疗照护服务。PACE 参加者的要求是 55 周岁以上,经所在州认证需要入住护理院,但是目前能够安全地在社区生活者^[7]。实际上,PACE 参加者中最常见的是 80 岁以上的高龄老人,他们一般患有 8 种急性或慢性疾病比如:心脏病、呼吸道疾病和糖尿病等,以及 3 种日常活动受限比如行走、洗澡、穿衣、如厕等,约 49% 的 PACE 参加人曾被诊断为痴呆。尽管这些人需要较高级别的照顾和护理,但加入 PACE 后 90% 的人仍能在社区生活^[5]。

3. 服务内容

PACE 为参加者提供所需要的医疗服务和支持性服务,这些服务是长期连续性的、多方位的。其服务内容可以分为 3 大类:医疗性服务、康复性服务以及社会支持性服务。

医疗性服务:包括①基本医疗,如看病、开处方药、化验检查和 X 线检查等;②专科治疗:如耳鼻喉科、牙科、眼科治疗等;③住院治疗,当需要住院治疗时 PACE 将承担包括急诊监护病房在内的住院医疗和护理费用;④护理院照护,PACE 的目标是尽可能使老年人不去护理院,但是如果参加 PACE 后经过一段时间,PACE 专业服务小组评估认为去护理院对参加者更有利,PACE 将会为参加者支付入住护理院的费用并且还将继续参与他们的健康管理^[6, 7]。

康复性服务:在 PACE 的日间照护中心有物理康复设备和娱乐康复设施,PACE 的治疗师会在日间看护中心以及家庭访问中进行指导和治疗,最大限度地保持以及恢复参加者的功能状态,包括物理治疗、娱乐治疗、心理治疗,以保持老年人的认知能力,减少抑郁症发生等^[6]。

社会支持性服务:一般由专业人员先考察家庭环境,改进可能增加意外的环境因素,如将台阶改为斜坡,在浴室中安放防滑椅子以及

扶手等。还有饮食、洗浴以及家政服务等。此外,交通运送服务是 PACE 项目中的一项重要内容,PACE 会提供所有去日间照护中心活动和医疗的交通运送服务,此外也可以预约专科服务以及其他服务的交通运送。比较特别的是,PACE 还会为老年人的家庭成员提供帮助,包括照护培训、临时看护、心理咨询等,帮助家属摆脱长期照顾老人的抑郁以及获得适当的休息^[7, 8]。

PACE 的服务以参加者去日间照护中心为主要方式,日间照护中心设有医疗诊所、物理康复设备和娱乐康复设施,可以提供多种服务。一般情况下参加者一周去 3 次,也可以根据个人需要减少或增加,有些服务可以在家里获得,包括一些医疗、护理及咨询服务^[8]。

4. 多学科服务小组

PACE 通过雇用永久及长期签约的工作人员组成相对稳定的工作组---PACE 多学科服务小组(the PACE Interdisciplinary Team, IDT)来提供服务。IDT 通常有 1 个医生,1-2 个护理医生(nurse practitioner, NP),1-2 个治疗师,以及若干护士、社会工作者、病例整理者、护工、司机等。IDT 的成员富有经验,他们了解参加者的身体情况、居住环境以及参加者的喜好。他们会与参加者及其家庭成员一起制定医疗保健服务和其他服务计划。固定的医护组和患者群体会增加彼此的交流和协作,可以最大限度的发挥团队优势。医生在小组中是核心成员,担负着决策者的作用。一般由经过培训的老年科医生或者有丰富相关经验的医生担当^[5]。

IDT 小组对新参加者首先进行一次综合评估,医生和 NP 将会询问病史以及进行体格检查,包括用各种量表评估参加人的生理、心理、认知功能、生活能力等指标,详细记录用药,并获取一些实验室结果(包括血液检查、心电图等);社会工作者将全面了解参加人和家属的需求,包括他们的居住情况和个人喜好,根据这些结果制订个体化的医疗保健方案,包括医疗、护理以及支持性服务。随后每年至少进行 2 次评估以决定是否需要调整方案,这种评估通常

是在参加人的身体情况发生改变或者提出新的需求时进行^[5, 6]。

5. 经费来源和使用

PACE 的经费主要来自于美国二大主要公共医疗保障计划 Medicare 和 Medicaid。Medicare 是国家性的保障计划,它为残疾人和 65 岁以上的老年人提供医疗保障; Medicaid 是国家和州政府共同出资项目,它为所有低收入者或低收入家庭提供医疗保障,无年龄限制。大多数的 PACE 申请人既有 Medicare 又有 Medicaid, PACE 机构将从他们的 Medicare 和 Medicaid 项目中获得费用; 一些申请人只有 Medicare, 他们则需要每月付费来得到长期照护服务和 Medicare 的药事服务; 还有一些申请人只有 Medicaid, 则由州政府将 Medicare 的费用付给 PACE 机构^[7]。

PACE 机构将收取的费用用于 PACE 项目提供的所有服务的开支,而非只限于 Medicare 和 Medicaid 覆盖的服务项目。PACE 机构通过对资金和服务项目的管理,为参加人提供所需要的服务,它不能限制服务提供的数量、服务提供的时间或服务范围,它需要承担提供服务可能出现的资金风险^[7]。

6. PACE 的监督和管理

美国的 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 与各州的管理署共同对 PACE 机构实行监督和管理,包括监测和评估 PACE 机构的组织架构、运营过程、签署的协议和提供的服务等。PACE 机构必须按照 CMS 和州管理署制订的管理条例进行运营。并按照 CMS 和州管理署的要求收集数据、保存记录和提交报告。这些报告包括医疗保健相关内容和管理运营相关内容,如参加者的健康情况数据、医疗记录、保健计划、服务提供情况、财务数据、员工培训情况、登记和申诉流程、登记解除情况等。PACE 机构运行的前 3 年为试营期,需每年审核一次,正式运营后至少 2 年审核一次^[7]。

7. PACE 的成效

PACE 模式提高了对年老体弱者的医疗照

护质量,使他们获取个性化的医疗和照护服务更加方便。美国的 CMS 曾对 PACE 项目进行了 2 次评估,评估结果显示,与非 PACE 参加人相比,PACE 参加者对成人日间健康保健的利用提高,减少了上门的专业性家庭护理,住院治疗减少,护理院入住减少,对基本医疗的利用增加,存活时间延长,在社区居住时间延长,自我评估的健康状况和生活质量改善,对健康保健服务的满意度上升,个人机能状态更好。PACE 参加人中在基线时处于最严重的功能受限和生活条件受限者获益最大。一些研究显示,年纪非常大者(80-90 岁)、独居者、需要移动辅助者、有认知障碍者以及在工具性日常生活活动能力(IADLs)上需要帮助者从这类非机构性(如 PACE)的长期照护服务中获益更多。同时,评估也显示,PACE 项目达到了经费支出上的节约。与 Medicare 的按服务收费相比,PACE 的费用要低 16%-38%,与 Medicaid 相比也要低 5%-15%^[5,9]。

8. 取得成功的主要因素

PACE 模式自上世纪 70 年代兴起,经过不断发展完善,到目前已经成为一种较为成熟并取得很好成效的老年医疗照护服务模式。实行整合是它取得成功的关键。

第一,服务整合。PACE 模式通过一站式服务为那些体弱多病、有较多照护需求、需要长期照护的老年人提供了所有 Medicare 和 Medicaid 包含的服务以及其他支持性服务。同时,在这个模式中,以被照护人为核心,根据被照护人的需求来提供灵活可选的个体化服务。只需参加一个 PACE 项目,就能够获得多方面的服务,这些服务包含了预防、基本医疗、急性病医疗、康复、长期护理和社会支持。这种一站式服务模式,使参加人获取服务更加便利^[5]。

第二,资金整合。PACE 模式将二大主要公共医疗保障计划的资金融合在一起,同时也融入了一些其他资金,统筹后支付各项服务开支,这种财政模式对参与其中的各方(家庭、卫生保健服务提供者、政府以及其它付费方)都有有利之处。对于付费者来说,PACE 能够提供成

本的节约和可以预测的经费支出;对于卫生保健的提供者来说,PACE 的资金筹集和使用方式使他们可以灵活的有创造性的提供保健服务,这些保健服务可以是跨机构跨学科的。对于那些有长期照护服务需求的家庭和个人,通过 PACE 项目可以进行一站式服务订购,获取服务更加便利,使他们能更长时间的居住在社区。通过这种资金筹集和使用模式,能够达到更好的项目成本效益,也带来了总开支的节约^[5]。

二、PACE 模式对我国居家养老服务的启示

居家养老在我国尚处于起步阶段,在国家的大力提倡以及许多相关政策的引导下,各地区进行了各种居家养老服务的探索和实践。但目前还存在许多不完善之处,与老年人的期望以及政府预期达到的目标仍有不小的差距^[2,10,11]。从美国 PACE 模式的实践中,我们得到以下一些启示:

第一,将居家养老与老年人的医疗保险整合起来。目前,入住老年护理院者其床位费、医疗护理费可以由医疗保险支付大部分,自己只需支付很少的费用。因此许多老年人及家属更愿意入住护理院,或入住后不愿意出院,结果造成老年护理院一床难求^[12]。同时,在居家养老上,却存在着费用不足,基本设施不完善,服务提供不足的问题^[2]。这一方面造成护理院的床位紧缺,真正需要入住者无法入住,同时由

于机构养老的人力、物力费用高于居家养老因而也推高了国家用于养老照护的费用。从 PACE 的成功经验中可以看到,将老年人的医疗保险与养老照护服务整合,将更有利于居家养老护理的发展,减少机构养老的需求,从而缓解养老服务提供不足的困难,降低养老服务的开支。

第二,加强社区性养老护理服务机构的建设。我国的养老服务体系中提出在社区建立日间照护中心,但是其性质为提供日托服务,主要面向家庭日间暂时无人或无力照护的老年人提供日间照料,功能比较单一。在 PACE 模式中日间照护中心是它的服务核心,设有医疗诊所、物理康复设备和娱乐康复设施,可以提供基本医疗服务以及各种护理及康复服务,使参加者可以通过一站式方式获得多种服务。我国在社区日间照护中心的建设上还需进一步完善,包括场地、设施、设备以及专业服务人员的配备,丰富它的使用功能,使之成为居家养老服务的核心。

第三,在社区提供多样化的养老服务。PACE 提供的服务中包含内容丰富的社会支持性服务和医疗护理康复服务,老年人在社区中既可以获得餐饮、洗浴、清洁房屋、运送、家庭设施改造等社会支持服务,也可以获得基本的医疗、护理、康复服务,甚至包括对老年人的家庭照顾成员的支持性服务。服务项目多,老年人及其家庭可以根据需要灵活选择,使他们的需求得到了更大的满足,这是我们需要借鉴之处。

参考文献(略)

(上接第35页)

先预留医疗机构用地指标。

第四,完善非本市户籍医保异地结算政策,继续深化医保异地联动。非本市户籍医保异地结算度低,要深化医保异地联动,推进医保异地结算的市民化、便民化。研究发现,非本市户籍老年人体检大多数选择回户籍所在地,身体不适时选择忍耐的比例更高,其中重

要原因之一是部分老年人医保异地结算的条件尚未达到,或者不知晓具体的申请流程;还有一部分老年人认为异地结算的报销比例较低。深化推进医保异地联动,促进非本市户籍老年人就诊的便民化也应是新阶段医改的重点之一。

参考文献(略)

《人口信息》

(双月刊)

2018年第5期

(总第220期)

2018年10月28日出版

主管单位：上海市卫生和计划生育委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心
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