

# 人口信息

POPULATION INFORMATION



- \* 不分年龄、人人健康：增龄视角下的健康老龄化
- \* 上海女性婚姻移民的健康促进研究
- \* 社区老年人日常生活能力情况及影响因素分析
- \* 人口迁移流动过程中的儿童福利(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6期(总第221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 •

不分年龄、人人健康:增龄视角下的健康老龄化..... 穆光宗(1)

上海女性婚姻移民的健康促进研究..... 胡琪 高苑敏(4)

### • 本期关注 •

人口迁移流动过程中的儿童福利..... 本刊编辑部(12)

(主持人:任远,参与讨论:章元、陈媛媛、刘朔、王清芳、任远)

### • 调研与分析 •

社区老年人日常生活能力情况及影响因素分析..... 杨晓娟 曹宜璠 王常颖等(23)

### • 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(下)..... 林海(28)

### • 全球视野 •

荷兰、英国、芬兰、日本的城市智能老龄化计划..... 胡苏云(41)

《人口信息》2018年总目录.....(47)



## 不分年龄、人人健康：增龄视角下的健康老龄化

穆光宗

(北京大学人口所, 北京 100871)

积极应对人口老龄化是 21 世纪的中国面临的重大社会课题。2016 年, 我国 60 岁以上老年人口已达到 2.3 亿人, 占全国总人口的 16.7%。预计到 2020 年, 我国 60 岁以上老年人口将达到 2.55 亿。人口老龄化加速, “未富先老”“未备先老”“高龄少子”和“孤独终老”挑战加剧。目前, 老年人口近半为空巢老人, 近 1.5 亿老年人有慢性病, 1/3 同时患有心理疾病, 近 4000 万老人处于失能半失能状态, 我国享有健康服务的老人不足 0.1%。病苦老龄化问题凸显, 促进健康老龄化是建设健康中国大战略的目标中应有之义和重要组成部分<sup>1</sup>。

健康老龄化是一个生命历程现象, 需要从增龄视角来认识和把握, 包括了前老年期的隐性或者潜在老龄化和老年期的显性老龄化。个体抑或群体的老龄化是生命增龄到一定时点的现象, 这在很大程度上取决于我们对“老年”的认识和界定, 例如, 通常在国际上将 65 岁看作是老年的起点, 而我国目前的定义是 60 岁以上为老年人。所谓增龄, 是指生命成长过程中日历年龄的变化和提升, 即年年岁岁花相似、岁岁年年人不同, 实际上就是人类个体和群体经历的整个生命过程。在群体老龄化抑或个体老龄化的过程中, 都不能缺少全生命历程的观点和用增龄的视角来建立前老年

期和老年期的生命因果和健康关联。换言之, 老年期的健康状况是前老年期健康状况的延伸和转化, 或者说老年期的健康状况不过是前老年期生活方式的结果呈现。

在个体生命历程中, 胎儿期和婴幼儿期对于老年期健康状况有着特别重要的意义和基础性的影响。其实, 不同生命阶段的年龄别健康为老年期的健康都有着不同程度的因果关联。生命是一个有机的整体, 也是一个随时间变化的过程。未老先衰说明衰老并非一定是老年的事, 病苦也是如此。尤其是一些慢性病的发生和存续, 完全可能打破老年期和前老年期的分界线, 贯穿生命的全过程。

推进健康老龄化战略需要有前瞻性眼光和预防性措施。在前老年期<sup>2</sup>, 一方面要防范“健康丧失”, 另一方面要增进“健康储量”, 这是健康老龄化的准备阶段和积累阶段, 是隐性老龄化过程, 具有十分重要的战略意义。这提醒我们, 健康老龄化实际上是人生的终身战略, 也是人口的全人战略。不同年龄段的健康推进梯度式汇聚成老年期磅礴的健康老龄化力量。健康老龄化事实上发轫于前老年期, 所以健康保护和健康储蓄有着深远意义。

健康老龄化不仅仅是老年人或者老年期的事。遗憾的是, 目前的主流观点还是将健

<sup>1</sup> 2017 年 11 月初, 国家卫生计生委、国家发展改革委、教育部等 13 部门联合发布《“十三五”健康老龄化规划》, 对于我国积极应对人口老龄化, 维护老年人的健康功能, 提高老年人的健康水平, 助力实现健康中国战略目标将发挥重要作用。

<sup>2</sup> 前老年期包括从胎儿期到婴幼儿期, 再到青少年期、青壮年期和准老年期的生命历程。

康老龄化理解成狭义的老年健康问题。例如，在公布的国家“十三五”健康老龄化规划重点任务分工中，提到的 16 项任务无一不是围绕着老年健康展开的，即：1. 加强老年健康教育；2. 做好老年疾病预防工作；3. 推动开展老年人心理健康与关怀服务；4. 加强医疗卫生服务体系中服务老年人的功能建设；5. 大力发展医养结合服务；6. 推动居家老年人长期照护服务的发展；7. 加强老年健康相关科研工作；8. 健全基本医疗保障制度，巩固提高保障水平；9. 进一步加大对贫困老年人的医疗救助力度；10. 开展老年人中医药（民族医药）健康管理服务项目；11. 推动发展中医药（民族医药）特色医养结合服务；12. 积极发展老年健康产业；13. 推进信息技术支撑健康养老发展，发展智慧健康养老新业态；14. 推进老年宜居环境建设；15. 切实加强老年健康服务人员队伍建设，尽快培养一批有爱心、懂技术、会管理的老年人健康服务工作者；16. 建立健全监测检查评估机制，定期监督重大项目、重大工程的实施情况。建立中期和末期评价制度，组织开展规划实施进度和实施效果的全面检查评估。<sup>3</sup>由此可见，目前国家对健康老龄化的认识局限于老年期，但实际上从增龄视角看健康老龄化，前老年期包括了健康老龄化的基础期、积累期或者耗散期、以及准备期。

从生命历程的增龄视角出发，可以拓展和深化我们对健康老龄化的理性认识：

其一，怎么认识健康老龄化影响着如何推进健康老龄化。将前老年期的健康保持到老年期，同时将前老年期的病苦消灭在前老年期，这才是健康老龄化的生命历程含义。2013 年 5 月，北京大学国家发展研究院“中国健康

与养老追踪调查（CHARLS）”项目公布的《中国人口老龄化的挑战：中国健康与养老追踪调查全国基线报告》有一个重要的结论，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”。健康老龄化是老龄化的核心议题，也是永恒的话题。

其二，年龄健康不等于老年健康，前老年期健康构成老年期健康的基础。年龄健康的含义是不分年龄、人人健康，应该成为“健康中国”的目标追求。事实上，国家“十三五”规划中已经提出了“共建共享、全民健康”的口号。年龄健康是老年健康的基础，暗含着终身健康的理念，老年健康是年龄健康的阶段性最后呈现。

其三，多维健康反映了生活状况对生命质量的综合影响，中国应该追寻的是“全面健康老龄化”。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”<sup>4</sup>。如果说身-心-灵的整体健康是因变量，那么先天遗传、环境因素和生活方式等就构成了自变量。生命个体的健康老龄化需要生物遗传、环境因素、生活方式、婚姻状况、社会经济地位和可获得医疗技术的诸多良性支持。特别是健康的生活方式需要个体和社会的共建。目前，生活的快节奏、高压、没规律、多污染、无保障构成了不健康生活方式的主要影响因素。

其四，健康老龄化根植于前老年期的健康生活和行为，这才是考虑了时间变量的“有备而老”。生命就像一条不能截断但可以分段的河流，大致以 45 岁为界，开始进入个体老化的潜在阶段；以 65 岁为界，开始进入个体

<sup>3</sup> 国家卫生计生委办公厅：《“十三五”健康老龄化规划重点任务分工》（国卫办家庭函〔2017〕1082 号），2017 年 11 月 2 日，<http://mp.weixin.qq.com/s?src=11&timestamp=1515231780&ver=620&signature=0V0fjQQMICHU>

<sup>4</sup> 穆光宗：“将‘全面健康老龄化’上升为国家战略”，《中国经济报告》2014 年 4 月。

老化的显化阶段。健康老龄化要从中青年阶段开始重视和关注,因为中青年阶段上有老下有小有工作内有生活,生存压力最大,健康风险也最大。这个阶段的不健康行为可能诱发疾病或者给老年期的健康问题留下隐患。健康老龄化与中青年阶段的生活方式关系密切,很多老年期的健康问题可以回溯到中青年阶段的风险行为,这是健康的近因果关联,甚至可以追溯到更早的胎儿期、婴幼儿期和青少年期,发现健康的远因果关联,这就是“少年强则老年强”。从生命历程增龄角度看老年健康,看到的不仅是健康的结局,而且是健康的因果。

其五,抗衰老医学技术的进步有助于弥合长寿与健康的差距,实现人类的健康老龄化。在现实生活中,“长寿不等于健康”是司空见惯的现象。健康老龄化的反面是病苦老龄化或者不健康老龄化,如果说健康老龄化是人人向往的理想,那么病苦老龄化就是多数老年人不同程度要遭遇的冷峻现实。据世界卫生组织统计,全球 49 个高收入国家人均健康寿命为 70 岁,而中国只有 66 岁;发达国家 60 岁以上老年人口中身体健康的比例超过 60%,而中国只有 43% 左右。换言之,发达国家是 60% 的老年人口基本实现了健康老龄化,而我国情形恰好相反,60% 的老年人口处在病苦老龄化的过程中<sup>5</sup>。毫无疑问,改变病苦老

龄化是实现健康老龄化的重要途径。

其六,老年健康的核心是保持功能健康,即认知能力和自理能力,这是实现健康老龄化、避免辱寿困境的两个着力点。在可预见的将来,不健康老龄化带来的挑战相当严峻,比较之下,作为人口老龄化理想状态的健康老龄化就显得弥足珍贵了。例如,目前全球有约 3650 万人患有老年痴呆症,每 7 秒就有一个人患上此病,平均生存期只有 5.9 年;中国作为世界上老年痴呆症患者最多的国家,2011 年中国老年痴呆症患者数为 800 万,2040 年将达到 2200 万,是所有发达国家老年痴呆症患者数的总和<sup>6</sup>。

人口老龄化背后的深刻挑战来自智力和生活自理能力的双重丧失。巴金先生曾说:“长寿对我是一种惩罚。”这是因为老人陷入了“辱寿”<sup>7</sup>的困境。在自古就有长寿之美誉的日本<sup>8</sup>,也有很多老人感叹“寿则多辱”<sup>9</sup>,譬如,备受瞩目的“孤独死”“无缘死”现象。日本正在悄悄步入一个“无缘社会”<sup>10</sup>,中国也初露端倪。质言之,健康老龄化捍卫的是人类生命最后的尊严,意义不可小觑。可以说,健康老龄化保障了老年人的生命质量和生活质量,健康长寿,乐老享老,无疑是建设健康中国的基础性、长期性的国家战略。

<sup>5</sup> 北京大学国家发展研究院“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 1/4 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”在中国实现程度很低,对很多人来说是可望不可及的梦想。

<sup>6</sup> 周围围:“2020 年中国老年痴呆症患者将超 2000 万”,中国青年网 2015-05-07, [http://news.youth.cn/gn/201505/t20150507\\_6620622.htm](http://news.youth.cn/gn/201505/t20150507_6620622.htm)

<sup>7</sup> 穆光宗:“论辱寿与老年自杀”,《老龄科学研究》,2013 年第 4 期。

<sup>8</sup> 【日本】堀之内秀久:《长寿的日本》,中央编译出版社,2007 年 7 月第一版。

<sup>9</sup> 日本厚生劳动一项调查结果表明,2008 年度内接到咨询或报告并经过地方政府确认的 65 岁以上老年人遭亲属虐待的事件,总共发生了 14,889 起,比 2007 年增加 12.2%。在这些遭受虐待的老人中,有 45.1% 是需要看护的认知症患者。在施虐者中,有四成是老人的儿子。此外,老人在看护机构遭受员工虐待的事件大约有 70 起,同比上升了 12.9%。在看护过程中被亲属虐待致死的共有 24 人。这些数据揭示了老年人被虐待问题加剧的残酷现实。

<sup>10</sup> 《无缘社会》(上海译文出版社,高培明翻译,2014 年 3 月中文版)一书系日本 NHK 电视台资深采访记者作品合集。采访主题是“现代人的孤独老死”。日本社会正在个体化,逐渐从“有缘社会”转向“无缘社会”。日本每年有 32000 人走上“无缘死”的道路。高龄、少子、失业、不婚、城市化,造就了这样一批人,他们活着,没有人和他们联系;他们死了,没有人知道,他们被称为“无缘死者”。

# 上海女性婚姻移民的健康促进研究

胡琪<sup>1</sup> 高苑敏<sup>2</sup>

(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. 上海市人口学会, 上海 200040)

婚姻迁移是指以婚姻为目的的人口迁移。在上海, 随着时代的发展本地人和外地人结婚的现象越来越多。上海的两地婚姻有两种类型即“沪男外女”和“沪女外男”, 上海“沪男外女”的“两地婚姻”中的一方, 就是女性婚姻移民, 是为了结婚实现迁移的女性人口, 也就是俗称的“外来媳”或“外来嫂”。根据民政部门的统计, 从 2010 年到 2016 年的 7 年来, 上海市平均每年有 4.5 万对左右的两地婚姻新婚登记对象, 其中女性婚姻迁入者 (外来媳) 和男性婚姻迁入者 (外来女婿) 约为 2:1。与技术移民、投资移民不同, 上海的女性婚姻移民及其家庭基本上是比较弱势的群体, 男方大多数是在本地婚姻市场上由于个人条件和家庭条件较差而被挤出的群体, 她们的健康促进值得关注。本文通过问卷调查、深入访谈等手段, 分析现阶段上海女性婚姻移民及其家庭的基本面貌与健康促进相关问题, 提出促进上海女性婚姻移民及其家庭健康水平提高的对策建议。

## 一、女性婚姻移民的基本情况

2018 年 1-5 月我们在上海市人口办的支持下, 在静安区、奉贤区、松江区、徐汇区、宝山区、浦东新区开展了“上海市两地婚姻的家庭发展与公共服务需求”问卷调查, 调查预设样本总数为 1000 份, 调查对象为两地婚姻中的外省市户籍的育龄妇女, 按分段分层的随机抽样方法获得调查对象。最终回收的有效问卷 996 份。调查内容包括外来媳的基本情况、医疗保障、健康与卫生服务现状、健康促进需求等方面。

### 1. 外来媳及其丈夫的年龄

全部的 996 份有效回答显示, 外来媳的平均年龄 31.81 岁, 最小的 21.92 岁, 最大的 48.92 岁, 跨度 27 岁。标准差 5.02869, 方差 25.288。具体的年龄分布详见表 1。外来媳的丈夫 (男方) 年龄最小的 23.17 岁, 最大的 62.92 岁, 平均 34.96 岁, 跨度 39.75 岁。标准差 6.50503, 方差 42.315。

表1 外来媳及其丈夫的年龄比较

	N	全距	极小值	极大值	均值	标准差	方差
女方年龄	996	27.00	21.92	48.92	31.8100	5.02869	25.288
男方年龄	996	39.75	23.17	62.92	34.9675	6.50503	42.315
男女年龄差	996	34.08	-8.25	25.83	3.1575	4.19928	17.634

从男女双方的年龄差距来看，平均男大于女 3.16 岁，比较合理。年龄差异最大的夫妇：男大于女 25.83 岁，女大于男 8.25 岁。从男女年龄差距组合看，“男大女小”为大多数，占 70.4%，“男女年龄相当”（年龄差距在 1 岁之内）占 17.9%，“女大男小”占 11.7%。详见表 2。

表2 调查对象男女年龄差异的组合

选项	男大女小	男女年龄相当	女大男小	合计
有效数	701	178	117	996
百分比	70.4	17.9	11.7	100.0

2. 外来媳和丈夫的婚配状况

在 995 份有效回答中，女方初婚的比例高，占女方人群的 92.1%；男方初婚的比例稍低，占男方人群的 86.8%。交叉来看，男方和

女方同为初婚的有 835 对，占 83.9%；女方初婚、男方再婚的有 81 对，占 8.1%；女方再婚、男方初婚的 29 对，占 2.9%；男方和女方都为再婚的 50 对，占 5.0%。详见表 3。

表3 外来媳夫妇中男方和女方的本次婚姻状况交叉制表

选项	男方			
	初婚	再婚	合计	
女方	初婚	835	81	916
	再婚	29	50	79
	合计	864	131	995

3. 外来媳和丈夫的就业状况

大部分外来媳在正规企业打工，占 67.3%，做临时工、零工的有 11.2%，自我雇佣（家政、小商贩等）比想象得要少很多，仅

占 3.0%；还有 16.6% 的外来媳处于无业状态。和女方相比，男方的就业状态更为稳定，在正规企业打工（指签订劳动合同）占 82.5%。详见表 4。

表4 外来媳和丈夫的就业状况

	女方		男方	
	有效频率	百分比	有效频率	百分比
在正规企业打工（指签订劳动合同）	668	67.3	821	82.5
自己开公司	18	1.8	30	3.0
临时工、零工	111	11.2	77	7.7
自我雇佣（家政、小商贩等）	30	3.0	26	2.6
无业	165	16.6	41	4.1
合计	992	100.0	995	100.0

4. 文化程度

985 份有效回答中，绝大多数外来媳的文

化程度在初中以上，小学及以下的仅占 1.5%，大学本科以上学历的占了 15.6%。详见表 5。

表5 外来媳的文化程度

选项	小学及以下	初中	高中 / 中专 / 技校	大专 / 高职	大学本科及以上	合计
有效数	15	298	275	243	154	985
百分比	1.5	30.3	27.9	24.7	15.6	100

## 5. 户籍所在省份

外来媳来自于除了台湾、香港和西藏外的全国各省（自治区、直辖市），其中以江苏省为最多，占 22.4%，其次是安徽省，占

19.8%；排在第三至第八位的分别是浙江省、四川省、湖北省、河南省、江西省、山东省。这 8 个省份的外来媳合计占 73.8%。详见表 6。

表6 外来媳目前的户籍所在省份

省份	江苏	安徽	浙江	四川	湖北	河南	江西	山东
有效数	223	197	76	60	52	47	46	35
百分比	22.4	19.8	7.6	6	5.2	4.7	4.6	3.5

## 6. 户口性质

在 994 份有效回答中，农业户口 571 人，占 57.4%；非农业户口 420 人，占 42.3%；其他 3 人，占 0.3%。

## 7. 在沪办理的居住证类型

大部分外来媳妇办理了长期居住证，占 85.7%；还有 10.1% 的人办理的是临时居住证；未办证的情况很少。详见表 7。

表7 外来媳在沪办理居住证的类型

选项	临时居住证	长期居住证	未办证	合计
有效数	97	825	41	963
百分比	10.1	85.7	4.3	100.0

## 8. 婚前是否在沪生活或工作

在 981 份有效回答中，回答“是”的 877 人，占 89.4%，回答“否”的 104 人，占 10.6%。这说明绝大多数的外来媳在结婚前就在上海生活或工作，而结婚后才来到上海的婚嫁女仅一成多。

上的占 10.3%。在沪居住时间最短的 1.08 年，最长的 28.92 年，平均 9.29 年。详见表 8。

## 9. 累计在沪生活时间

由于大部分外来媳婚前已经来到了上海，因此，外来媳实际在沪的居住时间比结婚时间要长，在沪居住 10 年以上的超过了四成。不足 3 年的占近 3.9%，3-7 年的占 26.2%，7-10 年的占 27.5%，10-15 年的占 32.2%，15 年以

## 10. 家庭成员构成

在外来媳的家庭成员中，大多数人（61.2%）和男方父母一起居住，这可能是外来媳家庭的特征之一，这类家庭一般属于非富裕的传统家庭，家庭成员代际之间的经济互助常见。此外，98.6% 的外来媳与丈夫同住，85.8% 的外来媳与婚后生育的子女同住；61.2% 的外来媳与男方父母同住；有个别的外来媳与婚前子女、自己父母、其他家庭成员等同住。详见表 9。

表8 外来媳累计在沪生活了多长时间

选项	不足 3 年	3-7 年	7-10 年	10-15 年	15 年以上	合计
有效数	36	244	256	300	96	932
百分比	3.9	26.2	27.5	32.2	10.3	100

表9 外来媳的家庭同住成员 ( 多选 ) n=993

选项	响应		相对百分比
	N	百分比	
1. 丈夫	979	98.6%	38.4%
2. 婚后生育的子女	852	85.8%	33.4%
3. 婚前有的子女 (适用于再婚夫妇)	43	4.3%	1.7%
4. 男方父母	608	61.2%	23.8%
5. 女方父母	33	3.3%	1.3%
6. 其他家庭成员 (请注明)	37	3.7%	1.4%
合计	2552	257.0%	100.0%

## 二、女性婚姻移民的健康促进现状

近年来, 政府和社会组织通过完善医疗保障制度、开展公益性的外来媳的健康服务项目等举措, 使得女性婚姻移民的健康促进不断取得进步。

### 1. 外来媳健康状况良好

本次调查外来媳原来绝大多数的外来媳的健康状况良好, 问卷调查中回答“很好”的占 42.8%, 回答“较好”的占 44.9%, 个别人回答“较差”“很差”。

表10 外来媳自认为健康状况

选项	很好	较好	一般	较差	很差	合计
有效数	425	446	112	10	1	994
百分比	42.8	44.9	11.3	1	0.1	100

### 2. 外来媳医疗保障覆盖率迅速提高

987 份有效回答中, 外来媳参加上海城镇医保的有 64.4%, 参加上海农村合作医疗的有 12.8%, 其余的有参加“自己购买商业保险”“女

性安康保险”“老家有医保”“外来媳居民医疗保险”; 有 11.1% 的人表示“什么都没有参加”。详见表 11。

表11 外来媳参加的医疗保险 ( 多选 ) n=987

选项	响应		相对百分比
	N	百分比	
1. 上海城镇医保	636	64.4%	57.8%
2. 上海农村合作医疗	126	12.8%	11.5%
3. 外来媳居民医疗保险	20	2.0%	1.8%
4. 女性安康保险	68	6.9%	6.2%
5. 老家有医保	52	5.3%	4.7%
6. 自己购买商业保险	88	8.9%	8.0%
7. 以上都没有	110	11.1%	10.0%
合计	1100	111.4%	100.0%

除了参加本市城镇职工基本医疗保险、小城镇医疗保险和新型农村合作医疗外, 从

2008 年 1 月 1 日起, 上海还推出了无业外来媳适用的城镇居民基本医疗保险 ( 简称“居民

医保”)。有 2.0% 的外来媳享受的此项保险。其余 11.1% 外来媳参加原籍地医疗保险或者商业保险。总体看,目前上海的外来媳,在医疗保障方面可以说基本是全覆盖的。2004 年上海市妇联妇女研究中心组织的外来媳调查中,外来媳参加本市和外地城镇职工基本医疗保险、农村合作医疗保险的比例仅 30% 左右。

### 3. 外来媳已经纳入了政府免费妇科普查项目

2007 年修正的《上海市实施〈中华人民共和国妇女权益保障法〉办法》规定,各单位应当每两年安排本单位女职工进行一次妇科病、乳腺病的筛查。市和区县人民政府应当至少每两年安排退休妇女和生活困难的妇女进行一次妇科病、乳腺病的筛查。在本市户籍女性的“两病筛查”基本实现全覆盖的基础上,各区县逐渐将外来媳以及常住的流动人口妇

女也纳入了两病筛查项目。

### 4. 少生优生蔚然成风

多年的计划生育实践,使得外来媳和本市市民一样,少生优生蔚然成风。问卷调查本人共生育的子女数,在 978 份有效回答中,生育了 1 个孩子的 839 人,占 85.8%,生育了 2 个孩子的 79 人,占 8.1%,生育了 3 个及以上孩子 58 人,占 6.1%。有 12.9% 的外来媳有再生育的打算,另外 87.1% 的不再打算生育。在打算再生育的妇女中,希望生男孩的 13.3%,希望生女孩的 31.3%,无所谓孩子性别的 55.5%。

### 5. 夫妻目前主要采用的避孕方法

除了 9.9% 的夫妇未采取避孕措施外,在已有避孕措施中,使用避孕套的最多,占 48.0%,其余为宫内节育器,占 30.8%。详见表 12。

表 12 夫妻目前主要采用的避孕方法

选项	男性 绝育	女性 绝育	宫内 节育器	皮下 埋植	避孕针	服避 孕药	避孕套	外用 避孕药	其他	未避孕	合计
有效数	2	10	305	1	1	31	476	29	38	98	991
百分比	0.2	1	30.8	0.1	0.1	3.1	48	2.9	3.8	9.9	100

## 三、女性婚姻移民及其家庭健康促进中问题与需求

在沪女性婚姻移民在社会融合和家庭发展中仍面临着进一步的健康促进问题,她们对健康家庭建设的需求迫切,关怀外来媳家庭,更好地完善公共管理和社会服务,是政府的职责所在。

### 1. 外来媳的健康状况存在短板

外来媳在健康促进方面,问卷调查和座谈走访,反映主要存在两个问题:

(1) 外来媳参加妇科普查的情况不容乐观。

问卷调查表明,外来媳参加妇科普查的情况不容乐观,29.6% 的人一年一次,24.6% 的人两年一次,30.2% 的人不定期检查,还有 15.5% 的人从不参加。详见表 13。

从未参加妇科检查的原因,从 151 名从未参加过妇科体检的外来媳的回答看,反映“没人组织”的近四成,还有三分之一的人认为没有必要,有 27.2% 的人认为没有时间。详见表 14。

表13 外来媳参加妇科检查的情况

选项	一年一次	两年一次	不定期检查	从未检查	合计
有效数	290	241	296	152	979
百分比	29.6	24.6	30.2	15.5	100

表14 外来媳未参加过妇科体检的原因 ( 多选 ) n=151

选项	响应		相对百分比
	N	百分比	
1. 没人组织	59	39.1	36.0
2. 没有时间	41	27.2	25.0
3. 没有必要	51	33.8	31.1
4. 经济问题	8	5.3	4.9
5. 其他 ( 请注明 )	5	3.3	3.0
合计	164	108.6	100.0

经过访谈调查, 发现问题的原因一方面外来媳的自我保健意识还有待提升, 另一方面不可否认的是, 目前社区组织的免费妇科检查的发动组织工作不够深入。另外社会上的免费妇科检查鱼目混珠, 尤其是与民营医院挂钩的妇科检查, 其利益动机对政府免费检查的信誉也产生不良影响。

(2) 外来媳心理压力较大, 身心健康值得关注。

根据调查, 外来媳容易出现的心理问题主要有三个方面: 一是孤独感。由于远离家乡和亲人, 外来媳或多或少在沪有孤单感, 思念

亲人, 在发生家庭矛盾、家庭困难时容易产生孤独无助的境况。二是焦虑感。由于家庭经济基础和男方个人身体和职业状况一般不佳, 在竞争社会中, 女性婚姻移民通常会为住房、工作收入、子女教育等而烦恼和焦虑。三是自卑感。由于外来媳大多来自于外地农村, 没有良好的家庭背景与受教育程度, 很多人内心会有自卑心理。问卷调查显示, 外来媳自评的心理压力中, “经常” 和 “有时” 有孤独感、焦虑感和自卑感的人数合计分别占调查对象的 54.1%、56.7%、36%。

表15 外来媳自评的自我心理压力 n=986

选项	经常		有时		很少		没有	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
孤独感	212	21.5	321	32.6	296	30.0	157	15.9
焦虑感	192	19.5	367	37.2	226	22.9	201	20.4
自卑感	74	7.5	281	28.5	269	27.3	362	36.7

## 2. 外来媳高度关注健康问题

虽然外来媳自身素质有了长足的进步, 但是她们身上具有较强的忧患意识, 非常关注自身与家庭的发展。

(1) 自己及家人健康成为生活中的三大

烦恼之一

子女教育、自己及家人健康和家庭收入是烦恼外来媳的三大问题。问卷问及 “除了户口因素外, 哪些事情会让您感到烦恼呢 ( 可多选, 最多选三项 )”, 结果显示外来媳多为 “孩

子教育上的问题”“家庭成员健康问题”“家庭健康问题”“缺乏亲友，感觉很孤单”“缺少闲暇和娱乐生活”等。详见表 16。

家庭成员间不和睦”“找不到合适的工作”“个人

表16 外来媳生活中的主要烦恼（多选，最多选三项）*n*=986

选项	响应		相对百分比
	N	百分比	
1. 家庭成员间不和睦	179	18.1	8.9
2. 家庭成员健康问题	388	39.3	19.3
3. 个人健康问题	152	15.4	7.5
4. 找不到合适的工作	169	17.1	8.4
5. 孩子教育上的烦恼	489	49.5	24.3
6. 家庭收入不高，谋生压力大	324	32.8	16.1
7. 邻里或工作中人际关系不好	32	3.2	1.6
8. 缺少闲暇和娱乐生活	103	10.4	5.1
9. 缺乏亲友，感觉很孤单	133	13.5	6.6
10. 不习惯上海的生活方式	14	1.4	0.7
11. 外地人被上海人欺负或歧视	21	2.1	1.0
12. 其他	10	1.0	0.5
合计	2014	203.8	100.0

（2）外来媳对政府诉求中除了及时落户外，最多的是组织健康检查和更多解决医疗保障

活。调查问及需要基层政府帮助的 7 项主要事项时，外来媳们最突出的需要是“及时报入上海户口”，有 88.3%；其次就是“定期组织健康检查”，占 37.4%，“更多解决医疗保障”占 30.6%，超过了就业、经济收入等方面的诉求。

表17 需要基层政府提供的帮助（多选）*n*=995

选项	响应		相对百分比
	N	百分比	
1. 及时报入上海户口	879	88.3	37.6
2. 定期组织健康检查	372	37.4	15.9
3. 提供就业信息和就业培训	323	32.5	13.8
4. 更多解决医疗保障	304	30.6	13.0
5. 家庭经济困难希望政府经济补贴	139	14.0	6.0
6. 帮助家庭抓好子女教育	300	30.2	12.8
7. 消除周围人的歧视	18	1.8	0.8
8. 其他（请注明）	1	0.1	0.0
合计	2336	234.8	100.0

3. 外来媳对家庭健康服务内容的需求 34.2%；再次是“肿瘤防治知识”和“日常保健与养生指导”，“灾害与急救知识”“助老知识和帮助”“心理保健”也超过了 10%，传统的女性生殖健康和计划生育服务中的“避孕节育服务”“性病艾滋病防治”“妇科病防治”诉求率并不高。详见表 18。

问卷问及调查对象“您希望获得健康服务的内容（可多选）”，我们罗列了 11 个方面的内容，诉求最高的是结果“慢性病（如三高）防治”和“定期健康检查”都超过了 50%；其次是“科学育儿和青春期教育”，有

表18 外来媳希望获得健康服务的内容(多选) n=995

选项	响应		相对百分比
	N	百分比	
1. 科学育儿和青春期教育	340	34.2	13.5
2. 妇科病防治	95	9.5	3.8
3. 慢性病(如三高)防治	591	59.4	23.5
4. 定期健康检查	534	53.7	21.2
5. 心理保健	103	10.4	4.1
6. 肿瘤防治知识	262	26.3	10.4
7. 性病艾滋病防治	43	4.3	1.7
8. 日常保健与养生指导	253	25.4	10.0
9. 灾害与急救知识	116	11.7	4.6
10. 助老知识和帮助	109	11.0	4.3
11. 避孕节育服务	72	7.2	2.9
合计	2518	253.1	100.0

#### 四、提升女性婚姻移民及其家庭健康水平的建议

上海市平均每年新增两地婚姻家庭 4.5 万个左右,其中女性婚姻移民家庭 3 万个左右。外来媳家庭总体上还是弱势家庭,基于课题的调查和分析讨论,上海女性婚姻移民的健康促进与医疗服务等方面,期待公共政策与社会服务的进一步完善。通过多元化的项目服务,提升女性婚姻移民及其家庭的健康水平。

##### 1. 重视推广对外来媳的公益健康项目的服务

过去几年,上海市妇联联合市慈善基金会等部门还为患病困难妇女的后续治疗及生活帮扶提供了一定的救助,及时挽回了患病妇女的生命、保障了她们的健康,履行了政府对妇女健康的承诺。2013 年,由社会慈善机构和志愿者群体及有关医疗单位共同发起的“‘爱在上海’健康工程——外来媳妇关爱行动”项目,上海外来媳妇首家医疗援助基地在南浦妇科医院正式挂牌,并开通了上海外来媳妇健康援助热线,为满足条件的“外来媳”免费提供心理健康帮助、建立健康档案、给出个性化诊疗方案、普及妇科病知识、对疑难病

例进行专家会诊以及定期健康检查等公益服务项目。近几年,在民政部门的大力倡导下,社会公益组织在本市开展各项公益服务,然而遗憾的是,对外来媳的公益健康项目的服务却出现了弱化的趋势,需要重视和积极推广。

##### 2. 积极推行女性婚姻移民的健康家庭宣传和建设

健康家庭建设是健康中国、健康上海建设的有机组成部分,对于相对弱势的外来媳家庭,需要积极推行健康家庭的理念和行为建设。通过健康咨询、健康教育等方式培养家庭成员健康的生活习惯,消除健康隐患,提高自我保健的意识和能力:(1) 针对家庭健康责任人和主要家庭成员开展合理饮食和三种主要的慢性非传染性疾病(高血压、糖尿病、血脂异常)预防的健康教育。(2) 针对青少年开展性和生殖健康的健康教育和健康咨询。(3) 针对家庭健康责任人和家庭成员开展个人卫生生活习惯(如刷牙、洗澡和不随地吐痰等)的健康教育。(4) 开展心肺复苏专题讲座及培训,现场发放材料,提高家庭成员人工呼吸和心脏按摩的急救技能。(5) 开展灾害逃生等相关技能

(下转第 27 页)

## ◀ 本期关注 ▶

## 人口迁移流动过程中的儿童福利

《人口信息》编辑部

特邀主持人：复旦大学人口所教授 任远

## 主持人语

在城镇化过程中，迁移者中的儿童数量和规模日益增长，无论流动儿童，还是留守儿童都有较大规模，也面临突出的社会问题。近年来一些特大城市的流动儿童教育和发展问题受到更加显著的挑战，不少儿童因为教育制度等公共服务的排斥，影响了他们的发展能力，或者不得不返回农村地区成为留守的儿童。迁移者中的儿童作为一个已经在数量达到 1 亿人口以上的群体，在进入新世纪以后已经日益成为受到迁移影响的“迁移者的第二代”，他们的个人生活、家庭生活，与社区和国家发展呈现出密切的相关影响，并在这一代人口身上烙印下特殊的痕迹，产生出丰富的特点，将对未来产生深远的影响。

在 2018 年 11 月 12 日，我们在复旦大学组织了一场以“人口迁移流动过程中的儿童福利”为主题的圆桌讨论会，致力于基于学术的发现，讨论如何认识迁移过程中的儿童问题和增加儿童及家庭的福利，并从公共政策建议的角度，对更好地在城市化过程中实现儿童的发展和福利提出可行的建议方案。

在当日的圆桌论坛中，我们也对近期由我和美国华盛顿大学地理系陈金永教授共同主编的以“本世纪以来我国移民过程中的儿童”的论文专辑做了发布。本专辑已经在《欧亚地理学和经济学》(Eurasian Geography and Economics) 杂志上得到发表。从 2016 年以来，来自不同学术机构对此问题开展研究的学者共同参与了这个计

划，这一论文专辑中包括 7 篇学术论文和 1 篇主编对此议题加以介绍陈述的短文。在这一论文专辑中，学者们讨论了本世纪以来我国儿童迁移的新动态、迁移中儿童留守的不利影响、迁移者儿童健康的影响因素、越轨行为、中国城镇化的劳动力再生产特征、西部地区少数民族儿童在迁移过程中的文化认同等问题。由于这一论文专辑的出版工作和本期圆桌论坛的主题是紧密关联，我想值得加以介绍和推荐。这一论文专辑可以通过杂志社的网站下载，有兴趣的同仁在阅读了本期圆桌论坛后，如果继续阅读这一论文专辑的有关学术论文，可能会有一些另外的启发。

本次圆桌讨论会的讨论是热烈和富有见解的，参与讨论的人员中有长期致力于本领域的学者，也有一些国际和国内致力于流动儿童权益保护和教育促进的非政府组织的项目官员。在讨论会后，部分参会者将其发言继续扩展成篇幅长短不一的文章，因此共同组成了本期笔谈性的讨论。其中复旦大学经济学院的章元教授讨论了城镇化过程中解决农村留守儿童的挑战和推测建议；上海财经大学陈媛媛教授利用最近的研究说明了城市严格控制人口规模的政策对于儿童的教育福利有不利的影响；西安交通大学的刘朔副教授提出农村流动儿童和留守儿童分析的一些新的视角；美国加州大学河滨分校的王清芳教授讨论了鼓励儿童的参与和增进自主能动性的成长过程；我在本期论坛中，提供了一篇文章讨论本世纪以来特别是 2010 年以来迁移流动动态的变化对流

动儿童和留守儿童态势变动的的影响。

这次圆桌讨论活动是我主持的国家社科基金重点项目“家庭为中心的迁移和福利政策研究”(项目号:17ARK002)的组成部分,活动也得到了复旦大学社会发展与公共政策学院的一些资助。特别要感谢《人口信息》杂志社李冬梅编辑对我们的一贯支持。我们注意到,最近一段时期以来,对于迁移流动过程中的儿童一代的学术关注和社会关注都在增强,我想我们的讨论和争鸣,可能会对相关的学术交流 and 政策讨论有所参与和有所贡献吧。

## 关于如何降低留守儿童问题 严重性的一些思考

章元(复旦大学经济学院教授)

我这几天一直在思考,我们能否基于自己的研究和基于对社会经济发展的理解,找出更有效的方法帮助这几千万的留守儿童实现更加健康的成长?我想,作为研究者,如果能够帮助政策制定者认识到问题的严重性,或者帮助政策制定者认识到忽视这些问题将来可能会引发的巨大后果,并且基于自己的研究找到解决问题的更好办法,会为社会做出更多贡献。下面我谈谈对这一问题的若干粗浅想法。

第一,根据我们对中国经济的刘易斯拐点的研究,近几年来农村的剩余劳动力已经基本消耗完毕。国家统计局对农民工数量的监测数据显示,农民工的增长速度最近几年已经降低到 1% 左右,这表明农民工的总量基本稳定,不可能大幅度上升了。所以,从现在的城市化的进程来说,未来中国的城市化率的提升速度不会像以前那么快,所以流动儿童和留守儿童的总量也就不会快速上升了。但是,中国经济

将会继续走城市集中的道路,就是经济集聚导致劳动力从小城市到大城市、大城市到特大城市迁移。上述趋势构成未来中国流动儿童和留守儿童将要面临的问题和挑战。

第二,如果从经济学的角度来说,我们赞成继续鼓励农民工进城,因为工业化、城市化是经济发展的两个最主要动力,也是历史趋势。民工进城就业对于他们脱贫有很大的好处,但是同时因为户籍制度的限制,导致了不能让民工的老人和小孩进入到城市,这是巨大的矛盾。

中国经济由于特殊原因而采取了重工业优先发展战略和城市倾向政策,并颁布户籍制度限制人口自由流动,从而产生了民工的孩子、老人不能跟着他们一起来城市里。在此背景下,中国面临的困境很多,其中一点是因为我们的经济增长点集聚主要在大城市,中小城市、地级市和县城能够吸收的农民工很少。民工到了家庭附近的地级市或者县城,很多时候往返照顾家庭也相对容易。所以我们面临的真正问题在一线城市、二线城市、东部沿海地区的农民工的子女,他们的父母在这里工作,但是他们要么和父母一起,成为流动儿童,要么还在中西部地区成为留守儿童。在此背景下,放开户籍制度是很难的,因为经济增长点在大城市,不在小城市,他们就业、看病就医、培养子女、赡养老人的需求大都集中大城市,而不会是小城市。

中国解决流动儿童和留守儿童面临的第二困境是大城市和中小城市公共品供给的差距太大,一线城市有一流的教育资源,以及交通、医疗等资源,但是这些公共品和公共服务很难一下子全部对民工放开,例如 2003 年郑州市曾尝试放开落户政策,然后导致大量随迁

子女到郑州市接受教育，然后政府只好立即将敞开的大门重新关闭。因此，放开户籍制度对于省会城市和一线城市而言的挑战是他们短期内难以提供那么多公共品和公共服务；当然，民工来就业贡献 GDP，地方政府欢迎，但是为他们提供公共服务，城市地方政府却没有积极性。甚至还有地方政府直接改变控人策略，不直接控制农民工，就是通过控制流动儿童接受教育来控制人口流入，这是中国几十年的城市化和工业化面临巨大的矛盾。

流动儿童和留守儿童问题面临的另一个挑战就是大城市就业结构的演变，我们的研究发现中国的特大城市的集中会带来服务业的增长，一方面是我们经济增长模式在转变，2007 年中国政府提出经济增长要转变为服务业驱动和消费引领，原来是投资驱动和出口导向，然后从 2008 年开始，城市的低端服务业比重在上升。同时，大城市的人口集中导致居民对服务业需求上升，比如快递、家政、幼托等，大城市多服务的需求，会吸引更多的农村女性进入大城市，因为她是提供服务的主力，原来是制造业吸引更多的男性劳动力，特别是建筑业。而我们的研究发现，母亲进城打工对于留守儿童的心理健康有着更大更显著的负面影响。

我们到底要怎么做才能更有效地缓解留守儿童和流动儿童面临的困境？我个人觉得我们学者任务有两点，第一是通过呼吁让更多的政策制定者和公众认识到问题的严重性；第二是呼吁更多的政策制定者和公众清醒地认识到流动儿童和留守儿童问题可能带来的潜在危害。比如留守儿童的心理健康问题，他们现在的心理健康出了问题可能会提高他们未来的犯罪率，现在的心理不健康对社会的危害并不明显，但等他们长大之后，却更容易走向

犯罪，这就是我们到时候必须承受的巨大社会代价。

在寻求解决方案方面，我认为很多局部政策的努力只能解决一小部分的问题，比如说 NGO，中国有几千万流动和留守儿童，NGO 在短时间内不能解决几千万留守儿童的问题，当然，也不要希望一线城市政府来解决几千万农民工子弟的教育问题，上海教育系统只有 100 多个农民工子弟学校，能解决的民工子弟教育只是杯水车薪。

所以，从宏观的角度来说，我认为中国应该尽快普及 12 年义务教育并扩大高等教育招生。如果普及了 12 年义务教育，让他待在学校继续接受 3 年教育，我们讲的很多农民工子女问题可以得到很大程度的化解，比如在学校里有老师管教，还有学校里面有同学陪伴玩耍，如果初中毕业就步入社会，容易导致没有人管教，在农村里面出现上网、吸烟、酗酒等各种各样倾向。就中国而言，我们需要提高人力资本，提高人的质量，如果让他们再接受 3 年教育，他们的心理会更加成熟了，在学校里面多待 3 年，知识提高了，技能提高了，然后进入社会，对于制造业和社会经济发展也是有利的；同时，还必须提高高等学校的招生规模，如果不扩招，他们觉得考大学没有希望，所以会导致很多人不愿意上高中，这样，12 年义务教育也在对应程度上失去了意义。

## 人口控制政策对流动儿童 返乡留守的影响

陈媛媛（上海财经大学经济学院教授）

我们最近做的一项对儿童留守的研究，

基本的发现可以一定程度上印证陈金永和任远在研究中提到的 2010–2015 年流动人口的子女留守率提高的结论。2013 年我国提出了对于超过 500 万人口规模的超大城市要严格控制人口规模。因此，我们用卫计委的数据，以人口超过 500 万作为界限，来分析在 2014 年实行大城市人口控制以后，是如何影响了在大城市打工流动人口子女留守的概率。我们发现了非常显著的影响。我们比较了北京、上海和其他的城市，也得到相同的结果。同时，我们以城市 2013 年的人口密度作为衡量指标，或者用不同的留守儿童的定义来看，结果都是一致的。也就是说 2014 年以后，在大城市打工的流动人口，其子女留守概率是提高了，而且对于入学年龄的孩子留守概率的影响最大。该结果说明，大城市在 2014 年提高了中小学入学的门槛，确实导致了留守儿童增加。

在上海流动儿童跟踪调研的数据中，我们跟踪了第三批孩子。第一批孩子是 2012 年小学毕业的，我们从四年级开始跟踪，现在这批孩子达到了高一年级的年龄。第二批孩子是 2017 年小学毕业的孩子，第三批孩子是 2018 年小学毕业的孩子。我们比较从五年级 2012 年毕业的学生和 2017 年毕业的学生，他们正好在人口控制之前和之后毕业的。在上海 9 个农民工学校里，在 2012 年小学毕业的时候，有 30% 的孩子回老家，而 2017 年小学毕业的孩子里面，有 53% 的孩子回老家，可以发现，在小升初时流动儿童返乡的比例显著提高了。在 10 个公办学校的样本中，2012 年小升初毕业的孩子中有 7% 回老家，2017 年这个比例达到 21%，孩子回老家的比例上升得更高，上升了 3 倍。

与此同时，在返乡的儿童中，单独留守

的比率非常大，有 60% 的孩子是自己回去的，有 25% 的孩子是跟着一方父母回去的，只有 15% 的孩子和父母一起回去的，一方面孩子回去的概率变大了，另一方面他们成为没有父母陪伴的留守儿童的概率也变大了。

从上海流动儿童跟踪调研的数据中各个样本学校、各个年级的学生数量上看，9 个民办农民工学校几乎每年减少一个班级的招生数量，同时，在读期间学生的流失率也上升了，特别是在四年级升五年级的阶段回老家的概率增加了非常多。我们跟踪四年级和五年级，在 2010–2012 年的时候，没有一个学校发现四年级升五年级的时候班级数量变少了，而 2016 到 2018 年这 3 年期间，四年级升五年级几乎每个民办农民工学校都缩了一个班。民办农民工学校招生数量的降低，有一部分是因为孩子转入公办学校，另一部分则是因为不能在上海上初中。因为 2014 年以后入学门槛的提高。并且，不同区之间的招生政策也有差异，比如闵行和浦东的政策，浦东采用老生老政策，新生新政策的办法，如果进小学的时间早于 2014 年，则升初中可以按照老的规定升学；闵行没有这种政策，只要是 2014 年入学的学生，不管幼升小还是小升初，都必须符合现有的条件，因此闵行的学校四年级升五年级的流失率特别明显。

人口控制政策带来的另一个后果是民办农民工学校的教学质量出现下降的情况。通过跟踪调查，每个学生在四年级和五年级都进行统一的数学测试，我们发现在 2010 年、2012 年期间，民办农民工学校学生的成绩与公办学校相比，明显成绩变好。但是，我们比较 2016 年和 2017 年的数据，民办农民工学校和公办学校相比，他们的差距变大了。其主要

原因是因为民办学校的收入来源主要是生均经费，学生数量的减少降低了整个学校的收入水平，很多学校不得不将老师劝退，或者降低老师的工资。这严重影响了教师队伍的稳定性和工作积极性。

此外，我们也发现人口控制政策也影响学生的情绪与学习积极性。由于是否缴纳社保直接决定了其父母能否取得上海居住证，在 2014 年以后居住证决定了其子女是否有资格继续在上海上初中。我们比较父母缴纳社保和没有缴纳社保的流动儿童，也就是比较能否继续在上海上初中的学生，发现不管在公办学校还是民办学校，如果学生预期无法在上海就读，并且很可能必须自己一个人离开上海，那么他会在四五年级的时候出现情绪不稳定，学习成绩明显下降的情况。

留守儿童增加的现象恰恰说明了教育控人并不是一种有效的控制人口的办法。因为教育控人是为人口政策和行业政策服务，假设教育控人有效的话，那么我不应该看到留守儿童的数量增加。因为如果教育控人有效，那么因为孩子不能上学，父母就被逼离开上海，这是教育控人想达到的结果。但是结果是很多流动人口最后选择自己留在上海，把孩子送回老家或者其他城市受教育，从而导致留守儿童的增加。这里的主要原因包括两个方面，第一，人口控制政策是技能偏向的，当低端人口被驱赶以后，低端的劳动力价格上升，使得在大城市的相对工资变得更高，这样他们更不愿意放弃大城市的工作机会。第二，对于低技能的流动人口来说，他们更容易为了获得更高的收入放弃陪伴子女。因此教育控人并不能有效的控制人口，反而导致留守儿童数量的增加。

## 基于动态的视角研究流动与留守儿童

刘朔（西安交通大学公共政策和管理学院副教授）

这一期 EGE 专辑主要关注的是农村流动儿童和留守儿童的生活状况，这些论文从不同的角度探讨了农村流动儿童和留守儿童的规模变化、居住需求、多元文化教育、越轨行为等，极大丰富了人口流动和儿童发展的理论和实践研究。农村流动儿童是户籍为农业户籍，但随父母离开户籍所在地而在城市学习和生活的儿童。我们在深圳做过流动儿童的调研，近两年主要关注的是留守儿童，所以，我想谈谈我们在留守儿童研究中的一些发现，希望对大家的研究有些许补充，同时回应一些老师的发现。

### 1. 留守儿童和流动儿童是两个不同的群体吗

目前，学者们多根据调研时学生的身份状态，分为流动、留守和普通儿童进行研究。陈金永和任远的研究指出流动和留守儿童是相互转换的。我们对深圳、河南叶县和陕西汉中近 6000 个中学生调研发现，将近 20% 的学生既有过流动经历也有过留守经历，12% 的学生在流动、留守和普通儿童三种身份中转换过。也证明了留守儿童和流动儿童是动态变换的，他们并不是两个的独立群体，有的时候就是同一个群体。因此，现有对流动儿童和留守儿童的静态研究方法值得商榷，留守儿童或流动儿童出现的学习、心理和行为问题，可能是目前状态的影响，也可能是之前经历造成的，还可能是不同身份转换的结果，所以，对于流动儿童和留守儿童的研究更应该从动态的视角来分析。

## 2. 不要给留守儿童标签化

目前,一些媒体和自媒体对留守儿童的报道有失偏颇,甚至存在“污名化”现象。我们对留守儿童的研究相对比较乐观,主要表现为:首先,留守儿童的生活满意度和普通儿童相比,没有显著差异;流动儿童的满意度和本地儿童相比也没有显著性差异。说明留守儿童和流动儿童的生活满意度都不太低,虽然他们面临一些物质和情感缺乏,但并不影响他们对生活的满意度。其次,留守儿童存在一定的心理和问题行为,表现为留守学生更容易产生焦虑感和退缩行为,容易紧张,害怕社交。但我们也发现留守儿童的心理韧性也比较高,普通儿童的心理韧性得分最高,其次是留守儿童,流动儿童最低。从积极心理学的角度看,心理韧性是非常重要的保护性因素,能够保护留守儿童面对困境的时候进行自我心理调试和建设,健康地成长。最后,留守儿童的本质是亲子分离,我们在研究亲子分离对留守儿童问题行为的影响时发现,当下的亲子分离和早期的亲子分离,对孩子存在一定的影响,但影响是有限的。而和谐的亲子关系,师生关系和同学关系对留守儿童的问题行为有显著的抑制作用,是他们成长的重要保护因素。所以,从前面的研究结果,我们相信留守儿童确实面临亲子分离等风险因素,但他们的心理韧性和重要他人给予的支持和爱成为他们的重要保护性因素,能促使他们健康茁壮成长,他们中的绝大多数人不会出现重大心理疾病,不会成为危险分子和犯罪分子,他们是所有儿童中的重要组成部分,不应该被带着有色眼镜看待。

## 3. 不仅要关注留守儿童规模变化,更应该关注其类型分化

目前我国提出两个重要的宏观政策,一

个就是新型城镇化的建设,鼓励在中小城市就地就近城镇化过程,还有就是乡村振兴计划。这两个政策势必会影响流动与留守儿童的规模,如果这两个政策实施效果好,更多地人回到家乡和就地就近工作,那么流动与留守儿童一定会减少。在关注流动与留守儿童规模变化的同时,我们更应该关注留守儿童和流动儿童群体内部的分化。流动儿童主要表现为经济分化,流动儿童中家庭条件好的,可能已经在城里买房,并在城里相对稳定地生活,而家庭经济条件不太好的,可能还在四处迁移。留守儿童主要表现为留守类型的变化,目前单留守儿童主要是跟母亲留守,但我们在紫阳县调研时,发现一个镇上的留守儿童基本都是跟父亲留守,母亲出去打工,跟别的地域情况很不一样。询问后得知当年经济形势不太好,镇上很多在广州打工的男人返乡了,家里没有经济来源的情况下,妈妈就到县城去打工了,妈妈们很容易能找到家政和服务类工作,这个镇上留守儿童的妈妈几乎都是在镇上的洗脚店里打工,工资比较高,还不太累。所以,尽管这些儿童是单留守,但是他们主要是跟爸爸留守,留守类型发生了变化。

## 4. 从生命历程的视角看父亲对留守儿童的影响

沈可和章元的论文讨论了父亲外出打工对留守儿童的幸福感和健康没有影响。我们对初中生的调查,也发现父亲对留守儿童问题行为的影响是负面的,或者不起作用,比如其中一个发现是父亲离家时间越长,孩子自杀的可能性越小。我们曾经对这个结果非常困惑,跟很多老师讨论过后,认为最可能的原因是我们调查的是中学生,他们正处于叛逆期,跟父亲很容易产生矛盾和冲突,因此,父亲的适度

远离能降低农村留守儿童问题行为的发生率。但我们能不能就得出结论，说父亲不重要呢？当然不能，如果我们调查的是大学生或者成年人呢，也许结果就又不一样了。所以，完整的家庭结构对农村留守儿童的影响，父亲对农村留守儿童的影响，也应该放在一个动态的生命历程视角下去研究。

## 发挥儿童和青少年的自主能动性

王清芳（美国加州大学河滨分校公共政策学院教授）

对中国留守和流动儿童的研究，应该考虑儿童和青少年作为社会行为者的主观能动性，理解他们所处的社会结构以及代际之间的变化动态。儿童和青少年不仅仅是未来的主人翁。即使是现在，虽然他们年纪尚小，但每时每刻他们也在积极建构和在很大程度上决定他们自己的生活，影响他们周围的人以及所在社会的生活。目前很多留守儿童和流动儿童的研究，往往只把孩童本身作为一个家庭的附属品和受照顾者。贫困和弱势儿童大多被视为不达标的父母养育以及较低的社会期望下的被拯救者。在这些研究和社会实践中，追求整个社会的经济增长和稳定是主要目标，而很少从孩童本身的角度去真正理解他们的日常生活、他们怎样认知社会、怎样积累并有效地利用各种形式的资源和社会资本以及他们以怎样的自己的方式通过教育或者其他手段达到经济和社会地位的上升。

事实上，孩童不仅是被动地依赖于私人家庭，不仅是社会结构和过程的被动主体，

而且还是社会行为者和权利持有者（Qvortrup 1994, Mayall 2002 ; Moran-Ellis 2013）。留守儿童、流动儿童或者同时拥有多重身份的儿童和青少年，尽管受到特定条件的限制，他们当中很多人是在努力工作、刻苦学习、照顾年幼的兄弟姐妹、扩展父母的社交网络。很多时候，他们不仅仅是（有限的）家族资本的受体，而且有可能通过他们在家庭和学校的定位积极创造属于自己的社会资本。他们不仅是贫穷、资源困乏以及不平等体制的牺牲品，而且也会是整个家庭应对困境的策略的积极贡献者。所以，正如大量的国际文献所提出的那样，现在迫切需要把儿童作为单个个体所进行的社会参与放到我们理论研究、政策制定和社会实践的框架中来（Devine 2009; Horgan et al. 2017; Konstantoni 2012）。这意味着至少以下几个方面的考虑：

第一，通过一种“儿童观”而建立参与式的研究和实践。

在儿童自己的世界里，他们已经作为活跃的公民参与他们的日常生活。他们的社交网络和社会参与在学校和社区的日常生活里随处可见。那么，需要以他们的身份去看待和解决问题。通过参与他们所面临的世界，他们可以了解自己的观点会被考虑，并逐渐学会通过自己的投入去塑造解决的过程与结果（Percy-Smith 2015）。当良好的孩童参与的机制形成以后，我们可以不仅能够更全面深刻地了解儿童的世界，而且能够把他们的经验结合到塑造他们的自身生活的实践当中来。也就是说，他们当下的计划和行动会影响和改善他们的未来、甚至整个社会的生活条件。这样做的挑战可能在于如何认识儿童的参与，并在此基础上设计出比较灵活的实践。比如，在中国传统的文化

以及流动和留守儿童的特定环境下，成年人对儿童的态度应该有怎样文化上的转变；在农民工父母儿童照料时间有限的情况下，如何增加成年人和与儿童一起工作的参与培训以及更多的日常空间；应该怎样创造更多的儿童和青少年项目，以促进他们积极参与并从中受益于自己的公民身份，以逐步承担更多的责任和积极的角色。

第二，注重多层次的社区观念和涵纳多个利益相关者。

儿童和青少年以他们特有的方式生活于各种多层次的空间和社区。教室、学校、家庭、所在社区、村落等，都给他们提供了特定的资源和限制环境。这些空间和社区既相互区别又有所交叉；并且有可能随着时间的变化而变化。随着网络和电话的普及，虚拟社区更是增加了他们行为和活动空间的复杂性。他们在身体力行中不断自我定位和调整，对学校进行战略定位，建立自己社区内的联盟，并不断和同龄人学习和交流，形成自己的世界观以及在社会中的归属感。抛开儿童在他们特定年龄下丰富的想像力，单单是在这些不同空间和社区形成自己的身份定位并应对不同问题本身就已经是非常有挑战性和创造性的经历。那么，我们所对应的研究和实践也需要这种时空上的多层次和多标量的框架。

在中国的现实环境下，基于大量的非盈利组织正在积极参与到儿童救助计划以及留守和流动儿童的教育实践当中，这些组织应该被正式纳入到参与式的研究设计里来。这些组织应该和儿童一起，共同设计和参与到儿童的社会行动，成为研究计划的主导者之一，而不是像在传统的研究中，只有研究者是研究计划的主导者。他们的实践应该为孩子的切身利益

考虑，并通过儿童的参与达到介入、防治和解决问题的实践效果。这样，研究、救助、实践和预防相结合就可以形成一个长期的良性循环。

第三，嵌入到正式和非正式的现实制度环境中。

留守和流动儿童所面临的问题，总是和贫困、城乡差距和社会经济发展密切相关。所以关于这些儿童所面临的问题研究应该融合到这些比较宏观的层面和正式的制度体系上。比如，除了户籍制度，其它还包括扶贫和农村振兴相关的政策制定与实践，甚至是城市在解决所谓“低端人口”问题方面的发展策略。这样就可以从本质上理解形成这些问题的体制性原因，更重要的是，有助于在实践上为解决儿童迁移问题争取尽可能多的资源。

与此同时，我们也应该更多地重视一些非正式的现实制度。比如，迄今为止，许多研究都集中在正规体制和渠道为儿童和青少年提供参与的机会。相比之下，把儿童的参与作为一种更加多样化的社会过程植根于日常环境和互动中，尤其是非常规的非正式机会，非常缺乏（Pells 2010；Davey et al. 2010）。特别是在中国乡村的现实环境下，多层次的社区和村落内部关系、育儿文化、女性在家庭中的地位、家庭或者当地文化对待教育的态度等，这些有着深厚历史传统的非正式制度性因素对于儿童的日常生活以及参与有着非常重要的影响。从儿童的角度出发，理解这些正式和非正式的制度环境的相互作用和儿童在其中多重身份的转变，会大大丰富有关留守和流动儿童的研究、干预措施以及政策制定。

第四，应建立跨学科交叉研究的理论框架和方法。

以上这些想法鼓励更多跨学科合作研究人口迁移尤其是留守和流动儿童问题。从理论框架和研究方法上也号召创新,比如,时间和空间上的多层次多角度的大数据采集和参与行为研究( Participatory Action Research)方法的交叉使用( Cahill 2004; Fox et al. 2010; Langhout and Thomas 2010)。我们从大家在多个学科和多个角度的讨论中可以看出在这个问题上跨学科交叉研究的优势和可能性。

参考文献(略)

## 大迁移背景下的流动儿童和 留守儿童

任远(复旦大学人口研究所教授)

在大迁移过程中出现的流动儿童和留守儿童已经引起越来越广泛的关注。2015年的小普查数据表明,我国流动儿童达到3426万,留守儿童数量6877万。其总量达到1.03亿,已经占到了我国儿童总量的38%(国家统计局等,2017)。流动儿童和留守儿童的数量增长对国家发展和对他们家庭福利产生深远影响,是一个显而易见的重要议题。

区别于不少研究将流动儿童和留守儿童分开来分析,我们提出应该将流动儿童和留守儿童作为一个整体进行考虑。

流动儿童和留守儿童是同一个人口迁移流动过程的不同结果。由于人口流动中的子女随迁,所以产生了流动儿童;由于人口流动中的家庭分离,所以产生了儿童留守。因此留守和流动是一个问题的两个侧面。

同时,这两个群体本身是可转化的。在迁移者家庭的多期动态迁移过程中,留守儿童

转变成流动儿童;一些留守儿童也是流动儿童在人生某些阶段的返回流出地地区。特别是由于流入地教育制度的排斥,流动儿童难以对接流入地的公立高中教育和参加高等教育入学考试,增加了流动儿童在初中阶段的回流迁移成为留守儿童。

有一些流动儿童本身是留守儿童,例如在县城和一些小城镇中学习的儿童,他们是居住在城镇中,但是他们的父母或者父母中的一方在更远的外地打工,所以他们实际上是流动的留守儿童或者是统计为流动儿童的留守儿童。流动人口中的一些人口在乡村周边的小城镇或者县城购置住房,以获得城镇中更好的公共服务,而他们仍然在流入地城镇就业,而将子女留守在城镇部门。在中西部一些贫困农村,扶贫改造也促进人口向小城镇集中,但是由于城镇中没有就业,年轻劳动力往往选择外出就业,未成年子女和祖父母在城镇居住,他们中不少也构成流动的留守儿童。流动儿童中的这些实际上是留守的儿童实际上并不是可以忽略不计的,因为根据流动儿童的居住安排来看,2015年流动儿童不和父母共同居住的达到55.0%,其中有17.9%是和父母中的一方居住,36.4%是不和父母的任何一方而与其他成员共同居住,也仍然有0.7%流动儿童是自己独立居住(国家统计局等,2017),可以认为流动的留守儿童有相当的数量。

有些流动儿童是不动的流动儿童。数据表明所有的流动儿童中实际上有近1/4(23.78%)实际上是出生在城镇中的(陈静,2017),在这个意义上他们实际上非常的本地化,不应该被作为流动儿童,他们客观上是城市本地儿童,但是由于城市的户籍制度,他们却不得不被统计为流动儿童,或者转而成为留守儿童。

同样,在农村地区一些被认为并不是流动儿童、也不是留守儿童的农村本地儿童,实际上他们可能曾经是留守儿童,或者是流动儿童,也就是他们的父母曾经外出务工经商而后返回家乡。当前我国农村劳动力中有接近 70% 都有过曾经外出务工经商的经历(任远和施闻,2017),因此不少我们认为的农村本地儿童,他们可能曾经是流动儿童或者留守儿童、或者曾经同时是流动儿童和留守儿童。

将流动儿童和留守儿童进一步分解为流动儿童、留守转为流动的儿童、不动的流动儿童、流动的留守儿童;留守儿童、流动转为留守的儿童,以及考虑那些曾经是流动或者留守儿童的本地儿童是有必要的,因为有理由相信这些不同群体之间有着不同的人生历程和群体特点。这也说明迁移过程中作为“迁移者的第二代”的流动儿童和留守儿童,其总量实际上比当前的 1.03 亿人口更加庞大。当然,实际上 1.03 亿的流动儿童和留守儿童总量,也已经构成了极大规模的人口世代。据此看来,大迁移背景下的“迁移者的第二代”的流动儿童和儿童留守,其引发问题的严峻性无论怎么估计都是不过分的。

作为迁移者子女的流动儿童和留守儿童,是内生在迁移过程中的家庭安排。因此,把握其相关的状况和态势,很大程度上是需要从我国人口迁移和流动的整体过程中来加以理解。我们最近作了研究,归纳了本世纪以来我国流动儿童和留守儿童的数量、结构和空间变动的态势(Chan and Ren, 2018)。我国人口迁移流动的整体状况和迁移流动过程中的制度安排,在很大程度上影响我国流动儿童和留守儿童的家庭安排。例如由于户籍制度和基于户籍制度的福利制度的约束,特别是教育制度的排斥

性,使得迁移者儿童的留守情况表现得更加突出。而本世纪第二个 10 年以后,我国的人口迁移流动过程出现了新的变动,也在流动儿童和留守儿童上表现出来。

第一,国家整体的人口迁移流动态势的增强或者钝化,会相应影响流动儿童或者留守儿童的数量和变动。

我国的流动人口从 1980 年的 600 万左右增加到 2017 年的 2.44 亿。总体上流动人口数量不断增长。在此背景下,作为流动人口子女的儿童,包括留守儿童和流动儿童的总量也随之快速增长,迁移者的儿童占我国儿童总量的比重在不断提高。流动儿童占我国儿童总量的比重,即儿童的迁移参与率,从 2000 年的 5.7%,增长到 2015 年的 12.6%。在迁移儿童中,留守儿童从 2000 年的 3009 万人增长到 2015 年的 6877 万,增加了 1.29 倍;流动儿童从 2000 年的 1982 万增长到 2015 年的 3426 万,增加了 0.73 倍。由于人口迁移流动的速度总体上在加快,而迁移者的子女中选择留守的比重更高,所以留守儿童总量增长得更快一些。

从宏观的人口流动态势上看,2010 年以后流动人口增长的速度有所下降,流动人口总量在 2014 年左右达到高位稳定,并在近年来表现出略微的下降,似乎人口迁移流动有所钝化。所以,流动儿童和留守儿童总量在 2010 年以后也表现出稳定甚至略有下降。流动儿童占儿童总量比重的迁移参与率,从 2010 年的 12.8% 略微下降到 2015 年的 12.7%,表现出稳定和略有下降的态势。流动儿童和留守儿童增长态势出现稳定和略有下降,另一个原因在于在低生育率背景下我国的儿童数量总量在下降,我国儿童总量已经从 2000 年的 3.45 亿持续下降到 2015 年的 2.71 亿。因此,从 2010

年以后我国人口迁移流动出现的钝化,以及我国儿童总量的持续下降,使得迁移者的儿童数量改变了持续增长的态势,出现稳定和略有下降。但是迁移者的儿童数量占我国儿童的比重,仍然是保持提高。

第二,随着我国从工业化发展后期向后工业社会转变,迁移过程出现从乡城迁移为主到城城迁移为主,使流动儿童和留守儿童的城乡结构上出现结构转变。

如泽林斯基对迁移转变的阐述(Zelinsky, 1971),在工业化过程中,迁移流动人口主要是从农村迁移到城市的人口,而随着工业化发展进入后期,农村剩余劳动力基本吸纳干净,乡城迁移人口比重下降,而城市到城市的迁移流动增加。迁移模式的转变带来流动儿童和留守儿童的态势发生变化。伴随着农村人口向城镇部门转移的大迁移过程,留守儿童主要居住在农村地区,例如在 2000 年我国 89.7% 的留守儿童居住在农村地区,在 2010 年这一比例仍然高达 79.9%,留守儿童主要是农村留守儿童。而到了 2015 年只有 58.9% 的留守儿童是居住在农村地区,而另外 41.1% 的人口居住在城镇地区。这部分的原因是由于城镇化的发展,使一些农村地区转变成为了城镇地区。同时,城市和城市之间人口迁移率的提高,使得留守儿童中有越来越多地来自城镇地区。需要同时重视,城镇中特别是小城镇中的流动儿童中还有相当比重的流动的留守儿童。这些都说明,留守儿童不再主要是农村留守儿童的问题,在迁移过程中,城镇部门有越来越大的责任和义务,采取相关的计划和政策来促进流动儿童和留守儿童的社会保护和福利促进。而且农村留守儿童问题的应对,本身也应通过城镇化过程中的对迁移者及其儿童的吸纳来加以解决。

第三,迁移过程的空间方向影响儿童流动和留守儿童的分布。流动儿童的分布主要是和人口流动的流向相联系的,留守儿童的分布则是和流动人口的来源地分布相联系的。

我国的人口迁移流动主要是从中西部地区向东南沿海地区转移,因此主要的流动儿童是集聚在广东、山东、浙江、福建等省份;而留守儿童则主要集中在河南、四川、湖南等中西部地区。

在 2010 年以后,我国的人口空间迁移流动态势也出现一些新的现象。由于向中西部地区的产业转移,中西部地区的就业增长更快,中西部地区向东部地区的人口省际迁移下降,中西部地区的省内人口迁移率增加。中西部地区的人口回流迁移的数量有显著增长。向东部地区人口迁移的态势减弱,甚至一些省份和城市的流动人口总量还出现了下降。因此,在 2010-2015 年期间,东部地区的流动人口总量占总流动人口的比重、以及东部地区流动儿童总量占总流动儿童的比重有所下降,而中西部地区则有所上升。包括北京、上海、辽宁、浙江、江苏的流动儿童占总流动儿童的比重下降得尤其显著。中西部地区包括湖南、湖北、河北、四川、云南、贵州等地区的流动儿童比重提高相对更快。流动儿童和留守儿童空间分布的变化,也在一定程度折射出自 2010 年以来,我国人口迁移流动的方向上发生了一些变化。

第四,迁移过程中的儿童流动和儿童留守是可转化的。家庭迁移带动儿童的随迁成为流动儿童,而迁移过程中儿童也会出现回流和返回,使流动儿童成为留守儿童。

多数的研究表明从 1990 年代到本世纪初,家庭化迁居的态势是增强的(盛亦男, 2013)。流动儿童数量的增长一定程度上折射出迁移过  
(下转第 40 页)

## 社区老年人日常生活能力情况及影响因素分析

杨晓娟<sup>1</sup> 曹宜璠<sup>1</sup> 王常颖<sup>1</sup> 杨逸彤<sup>2</sup> 丁汉升<sup>1</sup>

(1. 上海市卫生和发展研究中心 (上海市医学科学技术研究所), 上海 200031)

(2. 上海财经大学, 上海 200083)

随着老年人口比例的不断增加, 中国已进入人口快速老龄化社会。上海是我国人口最多的城市之一, 也是老龄化程度较高的地区。统计数据显示, 至 2014 年底, 上海市 60 岁以上户籍人口占比已达 28.8%, 预计至 2020 年将达到 531 万, 2045 年至 2050 年间此数值将达到峰值<sup>[1, 2]</sup>。

随着年龄的增加, 衰老和疾病对身机能的影响不断增大, 老年人日常生活能力 (Activities of Daily Living, ADL) 出现不同程度的降低, 部分老人甚至完全丧失独立生活能力<sup>[3]</sup>。2010 年全国性的调查显示, 部分失能和完全失能老年人约 3300 万, 占老年人口的 19.0%<sup>[4]</sup>。开展老年人失能情况以及影响因素的研究, 有助于预估养老照护服务需求, 探索防止老年失能发生的方法, 为制定养老服务政策以及有效的老年失能预防策略提供依据。

2013 年上海市进行了“上海市老年长期照护需求调查”。调查对象为居住于社区和养老护理机构中 60 岁及以上的上海户籍老年人。该调查为面对面的问卷调查, 调查内容包括人口社会学情况、日常生活能力情况、慢性病患情况、认知情绪情况、家居设施情况等。我们选取该调查中静安区江宁街道社区居民的

数据进行分析, 旨在:(1) 了解社区居住老年人日常生活能力情况;(2) 分析影响老年人日常生活能力的因素。

### 一、研究方法

#### (一) 样本

2013 年,“上海市老年长期照护需求调查”在静安区江宁街道对下属的部分居委 60 岁及以上的常住居民采用整群抽样的方法抽取 8525 人作为调查对象, 由经过培训的调查员实施入户问卷调查。实际完成问卷数 8399 份, 去除无效问卷后有效问卷数为 8389 份, 我们选取了这部分调查对象的数据进行分析。

#### (二) 研究变量

1. 人口社会学情况: 本研究选取了年龄、性别、居住模式 3 个变量。居住模式按照与谁一起居住分为 4 种: 独居、与配偶一起、与子女一起和与其他人一起。

2. 慢性病患病情况及健康状况: 调查共纳入了 12 种慢性疾病: 糖尿病、高血压、肿瘤、慢性阻塞性肺病 (COPD)、中风 (脑出血或脑梗塞)、冠心病、老年痴呆、帕金森氏病、慢性肾衰、甲亢或甲减、肝硬化、类风湿性关节炎。是否患病的判断由调查人员根据被调查

人门诊和住院病历记录确定。健康状况是调查对象的自我评估。

3. 家庭居住设施情况：本研究中选取了房屋是否有电梯及室内是否安装扶手 2 项。

4. 获得照护的情况：由调查人员根据调查对象的情况判断“与需要照护的程度相比是否获得足够照护”，结果为是或否。

5. 日常生活能力的评估：对研究对象日常生活能力的评估采用了巴特尔日常生活能力指数（Barthel Activities of Daily Living Index）进行评分，满分为 20 分，结果分为 5 个等级，0-4 分为完全依赖，5-8 分为重度依赖，9-12 分为中度依赖，13-19 分为轻度依赖，20 分为正常<sup>[5, 6]</sup>。是否失能的判断以 12 分为分界，0-12 分为失能，> 12 分为未失能。

### （三）统计方法

在研究中采用描述性统计和卡方检验的方法对研究对象的 ADL 分布情况进行分析，检验水准取  $\alpha = 0.05$ 。采用 LOGSIC 回归的方法分析与失能相关的风险因素，计算调整年龄和性别后的 OR 值。以上分析均采用 SAS9.3 软件完成。

## 二、研究结果

### （一）研究对象 ADL 情况

表 1 显示了研究对象的基本情况及其 ADL 分布。研究对象的年龄为  $72.13 \pm 9.17$  岁，53.2% 为女性。约 16% 存在 ADL 损害，失能者（中度及以上依赖）约为 4%。ADL 依赖者比例随年龄增加而增加。ADL 损害者中女性比例高于男性。独居者和与配偶一起居住者 ADL 依赖比例低于另外 2 种居住方式者。

约 1/3 的研究对象未报告患有本次调查的

慢性病中的任一种，约 1/3 患有 1 种慢性病，同时，约 8% 患有 3 种以上慢性病。随着慢性病患者数的增加，ADL 受损的各个等级依赖者比例均依次增加，当疾病数  $\geq 3$  时，依赖者比例明显增加。

从家庭设施来看，房屋有电梯以及家中已安装扶手者的比例各为 20% 左右。房屋有电梯者 ADL 损害的比例低于房屋无电梯者，仅在重度依赖级除外。而是否安装扶手者的 ADL 分布情况并无差别。

与所需要的照护需求相比，约 3.9% 的研究对象未得到充足的照护。随着 ADL 依赖等级增高，未得到充足照护者的比例也随之升高，在重度及完全依赖者中，未得到充足照护者均超过 30%。表 2。

### （二）ADL 的影响因素

表 3 显示了多因素 logisical 回归的结果。随着年龄增加，失能的风险逐步增加，80+ 以上的高龄老人失能的风险明显增加。从居住模式的影响来看，独居者失能风险最小，其次为与配偶或与子女一起居住者，与独居者相比，与其他人一起居住者失能的风险明显升高。慢性病患者数与失能相关，随着患病数增加，失能的风险逐步增加，当患病数  $\geq 3$  时，失能的风险明显增加。健康状况也是失能的影响因素，与自我评估为非常健康者相比，评估为一般者失能风险增加，而评估为差者失能风险极高。是否得到充足的照护是失能的相关因素，与得到充足照护者相比，未得到者失能风险明显升高。

性别、房屋电梯及室内扶手是否安装未显示与失能相关。

表1 研究对象的基本情况ADL分布

	占比 (%)	ADL 分布 (%)					P 值
		正常	轻度依赖	中度依赖	重度依赖	完全依赖	
总数 (N=8 389)	100.0	84.4	11.7	1.9	1.0	1.0	
年龄 (N=8 389)							<.0001
60+	48.0	93.0	6.3	0.4	0.2	0.2	
70+	26.7	86.1	11.2	1.5	0.8	0.4	
80+	21.7	71.4	20.0	4.0	2.5	2.1	
90+	3.6	35.6	37.5	11.6	5.6	9.6	
性别 (N=8 389)							=0.0001
女	53.2	82.7	12.8	2.1	1.2	1.2	
男		86.4	10.4	1.6	0.8	0.8	
居住模式 (N=8 239)							<.0001
独居	13.9	86.9	10.4	1.6	0.4	0.7	
配偶	60.1	87.9	9.6	1.3	0.6	0.5	
子女	23.2	75.2	17.7	2.9	2.1	2.0	
其他人	2.8	71.7	13.9	7.0	3.9	3.5	
患慢性病数量 (N=8 389)							<.0001
0	35.7	92.2	6.5	0.5	0.4	0.5	
1	35.4	87.8	9.6	1.3	0.6	0.6	
2	21.4	75.3	18.4	3.7	1.3	1.3	
≥ 3	7.6	57.7	26.8	5.8	5.2	4.6	
健康自评 (N=8 256)							<.0001
非常好	56.7	93.7	5.5	0.4	0.3	0.1	
好	21.6	88.2	10.1	1.1	0.4	0.2	
一般	19.1	61.6	29.2	5.6	1.8	1.8	
差	2.5	26.8	29.8	13.2	13.2	17.1	
家居设施							
电梯 (N=8 267)							0.033
无	78.9	84.0	12.0	2.0	1.0	1.1	
有	21.1	86.6	10.4	1.3	1.1	0.6	
室内扶手 (N=8 105)							0.1256
无	82.4	84.9	11.5	1.8	1.0	0.9	
有	17.6	82.5	12.7	2.4	1.1	1.3	

表2 ADL不同等级获得照护情况(N=7578)

ADL 分级	人数	照护是否充足 (%)	
		是	否
正常	7 081	97.9	2.1
轻度依赖	981	90.0	10.0
中度依赖	156	84.5	15.5
重度依赖	86	68.4	31.6
完全依赖	85	64.1	35.9
总计	7 578	96.1	3.9

表3 ADL的影响因素

项目	OR*	95%CI
年龄		
60+	参照组	
70+	3.65	2.35-5.68
80+	12.34	8.31-18.32
90+	47.86	30.78-74.41
性别		
男	参照组	
女	1.20	0.95-1.52

表3 续

项目	OR*	95%CI
与谁一起居住		
独居	参照组	
配偶	2.00	1.31-3.06
子女	2.61	1.72-3.95
其他	11.47	6.51-20.22
慢性病患病数		
0	参照组	
1	1.69	1.14-2.51
2	3.03	2.07-4.43
≥ 3	7.50	5.04-11.17
自评健康状况		
非常好	参照组	
好	1.94	1.20-3.14
一般	7.93	5.47-11.49
差	65.95	42.19-103.09
居住设施		
电梯		
无	参照组	
有	0.93	0.68-1.26
扶手		
无	参照组	
有	1.36	1.03-1.82
得到的照护是否充足		
是	参照组	
否	9.09	6.54-12.62

\*调整年龄性别后的OR

### 三、讨论

对上海市社区老年人日常生活能力及相关因素的分析显示, 15.6% 的老年人存在 ADL 损害, 失能者为 3.9%; 同时, 3.9% 的老年人未得到充足的照护, 随着 ADL 依赖级别增高未得到充足照护者的比例增高。年龄、居住模式、健康状况、慢性疾病以及是否得到充足照护是老年人失能的影响因素。

ADL 评估的是日常生活中的基本活动能力和生活自理能力, ADL 受损者在日常生活中需要他人不同程度的照顾。我们的研究发现, 社区中约 4% 的老年人是 ADL 中度及以上依赖者, 他们在日常生活中需要他人给予较

多的帮助, 甚至完全依赖他人照顾。同时也发现, 近 4% 的老年人被认为没有得到足够的照护, 而且照顾不足者主要集中于依赖等级高的人群中。目前, 我国的养老照护服务还处于发展阶段, 服务供给与需求之间还存在差距。调查显示, 机构养老服务供需矛盾突出。一方面机构床位不足<sup>[7]</sup>, 另一方面存在“服务对象错位”的现状, 即不需要住院者长期占用大量床位, 真正需要住院者则无法入住<sup>[8]</sup>。此外, 出于我国的传统习惯, 许多失能老年人及其家庭不想入住养老机构而更愿意居家养老<sup>[9]</sup>, 但是目前我国的居家养老服务提供的数量和质量均不充足, 还无法满足这种需求<sup>[10]</sup>。因而, 要改善目前失能老人的养老照护状况, 一方面需要增加机构养老床位, 加强养老护理机构的出入院管理; 另一方面, 依托社区, 提供包含医疗、护理、康复、生活照护等全方位的养老照护服务也是重要的发展方向。

与以往的研究<sup>[11-13]</sup>结果相似, 我们的研究提示, 高龄、罹患多种慢性病以及健康状况差使失能的风险明显增加。随着医学技术的发展, 卫生保健状况的改善, 人们的预期寿命不断增加, 与以往相比, 人们活的时间更长, 因而也带来了更高的失能的风险。因此, 预防慢性疾病的发生, 尤其是多种慢性病的同时存在, 保持健康的生活方式, 改善全身健康状况, 包括躯体、精神和社会适应的健康状况将有助于防止老年失能的发生。

研究中也探讨了一些外部因素对失能的影响。居住模式是 ADL 受损的相关因素, 以前一些研究的结果提示与配偶居住失能风险较低<sup>[12, 13]</sup>, 但是我们的研究显示独居者失能的风险最低, 推测原因可能为独居者缺少家庭中其他成员的照顾, 会更加注重自身的健康状

况,这也支持了良好的健康状况有助于预防失能的发生。我们的研究中,居住房屋是否安装电梯和家中是否安装扶手这些家庭设施的改善未显示出对失能的影响。我们推测,这些改善对老年人基本活动能力和自理能力的影响

较小,可能其影响主要在于日常生活中的其他方面,比如上街购物、外出活动等社会性活动能力。

参考文献(略)

(上接第 11 页)

的培训与演习,如烟雾逃生、火灾逃生、地震逃生等,增强家庭成员应急逃生能力,掌握正确的逃生技巧。

### 3. 以社区计生协会为纽带促进女性婚姻移民的身心健康

计划生育协会是一个以倡导人民群众计划生育/生殖健康为目标的群众团体,在中国计划生育协会的领导下,各地基层计生协会一度红红火火,上海市高峰时有外来流动人口计生协会 300 多家,成为计划生育领域的群众自我教育、自我管理、自我服务的有力组织。目前,计划生育的行政工作已经实现了从生育控制到家庭发展的转型,计生协会作为一个原计生系统的群众组织,在促进妇女发展和幸福家庭方面应该是大有可为的<sup>1</sup>。在外来媳比较

多的社区,可以以计生协会作为平台和纽带,有组织地把她们吸纳到协会中,团结和凝聚她们,建立乐于奉献的志愿者骨干队伍。指导其进行自我管理、自我教育、自我约束和自我服务,增进她们的家庭健康、优生优育、生产和生活技能,加快社会融合。在健康促进领域,主要开展:(1)心理咨询和情感交流。针对外来媳在处理家庭内部的夫妻关系、婆媳关系、家庭和周围关系、外来媳和家乡人关系等等容易出现情感困惑和心理障碍的情况,积极开展心理咨询和心理疏导。(2)健康生活方式倡导。提高外来媳自我保健意识,开展生殖健康咨询、女性六期卫生、优生优育育儿知识、科普讲座。丰富外来媳闲暇生活,陶冶情操,开展旅游、舞蹈、健身等文娱活动。

<sup>1</sup>中国计划生育协会章程。(2016年5月20日中国计划生育协会第八次全国会员代表大会修改通过)

## ◀ 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(下)

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)

( 接续上一期 )

### 三、小结

上海市的处方药费用近十年平均增速为 12.5%，约六年翻一番。2017 年全市人均处方药药品费用为 315 美元，加上零售药房的销售，再刨除外地来沪就医人群消费，2017 年上海市人均药品费用约为 350 美元。如保持目前的增速，五年内即可接近或者超过 OECD 国家人均药品费用的水平。

从处方药的消费结构来看，上海市的中成药占处方药费用总额的约四分之一。而肿瘤药和免疫抑制剂只占 10%，低于 OECD 国家约 30% 的水平。抗菌药占比在 2011 年发生了显著的下降，从占 18% 降至 10%，并保持稳定。心脑血管药物和消化系统用药各占略高于 10%，神经系统用药略高于 5%。

社区卫生服务中心的中成药占处方药费用的比例高达 40% 以上。近十年可见以高血压药和糖尿病药向基层医疗机构转移的趋势。

上海市“辅助用药”的水平以九省市共性的 55 种“辅助用药目录”来衡量，在 2015 年达到处方药费用总量的 8.6%，此后呈现下

降趋势。主要构成以前十名为例，含质子泵抑制剂注射剂(1)、神经血管营养药(3)和中成药注射剂(6)。

进一步解剖可发现，上海市的处方药费用在各大类中均与 OECD 国家存在较大的结构性差异。这些差异提示了药品消费结构升级的趋势和必要性。

#### (一) 消化和代谢用药

“消化代谢用药”在 ATC 编码中为“A 大类”，分析其构成发现：占主体部分的是 A02 类“制酸剂”和 A10 类“糖尿病用药”以及 A11 类“维生素”，A05 类“肝胆用药”。四者合计占 A 大类的近八成。

上海市的 A 类药在总处方药销售中的比例呈现增高的趋势，四分之三销售发生在二三级医院，四分之一发生在社区卫生服务机构。

上海市与 24 个 OECD 样本国家相比，PPI 为主的制酸剂的使用占比在 2009 年以后高于 OECD 国家 4-5 个百分点，糖尿病药的金额占比近年与 OECD 国家近似。差异提示了未来市场可能发生较快扩张或者受到政策抑制的品种。PPI 有四个品种，尤其是注射剂的临床应用往往对适应证控制较差。我国药师对此已有相当数量的文献报道。

表1 上海市“消化和代谢药”主要构成(单位:亿元)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A02 制酸剂	4.4	5.8	6.6	7.3	8.4	9.9	8.7	7.9	14.1	14.7
其中 PPI	3.6	4.9	5.8	6.3	7.4	8.8	7.8	7.2	12.8	13.2
A05 肝胆用药	1.9	2.3	2.6	3.3	3.5	4.3	3.5	3.0	5.6	6.8
A10 糖尿病药	5.5	7.0	7.0	9.3	8.3	10.8	11.3	8.7	16.3	18.4
其中胰岛素类	1.4	1.6	2.1	2.5	2.9	2.7	3.6	2.9	5.2	5.6
其他降糖药	4.1	5.4	4.9	6.8	5.4	8.1	7.7	5.9	11.1	12.8
A11 维生素	1.9	2.4	2.5	2.3	2.4	2.8	2.5	1.9	5.8	7.1
其余 A 类合计	3.5	4.1	4.6	5.8	7.5	9.5	8.8	7.9	13.2	13.1
A 大类合计	17.2	21.5	23.2	28.0	30.0	37.3	34.8	29.5	54.9	60.0

说明:按每年销售额排前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。PPI为质子泵抑制剂的缩写,ATC编码为A02BC。

表2 上海市A类“消化和代谢类药”的消费构成(单位:金额%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A02A-Antacids	2.8%	2.0%	1.9%	1.8%	1.8%	1.4%	1.1%	0.8%	0.9%	0.9%
A02B-Drugs for peptic ulcer and GORD	23.1%	25.0%	26.6%	24.2%	26.1%	25.2%	24.0%	26.0%	24.7%	23.4%
A10-Drugs used in diabetes	32.1%	32.5%	30.2%	33.1%	27.6%	28.9%	32.4%	29.6%	29.7%	30.6%
A-Alimentary tract and metabolism	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

说明:GORD是指gastro-oesophageal reflux diseases,即胃和食管反流疾病。

表3 OECD国家A类“消化和代谢类药”的消费构成(单位:金额%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
A02A-Antacids	0.9%	1.2%	1.1%	1.2%	0.9%	1.0%	0.9%	1.0%	0.9%	1.0%
A02B-Drugs for peptic ulcer and GORD	27.0%	26.6%	24.6%	22.9%	17.8%	20.4%	18.8%	18.1%	17.8%	19.8%
A10-Drugs used in diabetes	21.9%	23.9%	24.5%	25.9%	24.5%	29.3%	30.4%	29.3%	31.4%	28.5%
A-Alimentary tract and metabolism	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

说明:GORD是指gastro-oesophageal reflux diseases胃和食管反流疾病。OECD公布了这一时段24个国家的数据。

国内外多有文献报道,质子泵抑制剂在临床上的不合理使用问题较为突出。突出表现在临床诊断与适应证不匹配,不合理地联合用药,使用时间过长,过多使用注射剂型四个方面<sup>[1-3]</sup>。从上海市的用药数据来看,PPI国产注射剂型的不合理使用可能是比较普遍的问题。多个省市将其纳入“辅助用药目录”,政

策效应有待进一步观察。

我国的糖尿病疾病负担随人口老龄化增加。上海市的糖尿病药的销售总额一直呈现拉升趋势,十年的年均增长率为12.8%,略低于处方药总体增速,在2017年全市采购总额为18.4亿元。其中胰岛素类占销售额的比例从2008年占25.1%升至2017年占30.2%,呈上

升趋势。但是化学药仍为本市降糖药市场的主体，占近七成。国际市场畅销的甘精胰岛素在上海市场的销售额 2016 年尚不到 1 亿元。

在国际市场中，中长效胰岛素是明星产品。长效胰岛素（甘精胰岛素）从 2011 年开始进入本市市场，但比例还较小。2016 年长效胰岛素仅占胰岛素市场份额的 16.7%。国产胰岛素近年仅吉林通化东宝、甘李药业、上海第一生化三家进入上海市场，市场份额由 2% 上升至 5%。主导市场的是诺和诺德、赛诺菲、礼来等跨国企业。尽管国内企业在胰岛素及其类似物产品布局的消息有所耳闻，但是从上海市场来看，目前还缺乏可以与跨国企业抗衡的国内企业。

小分子化药降糖药十年的年均增长率为 13.1%，略低于胰岛素类的增速。全市降糖药销售 2008 年为 4.14 亿，2016 年增至 11.11 亿元，包括了三大明星降糖药：阿卡波糖、格列美脲、

二甲双胍。原研药分别对应拜尔的拜糖平、赛诺菲的亚诺尔、施贵宝的格华止。目前国内仿制药均已替代了半数以上的市场份额。

## （二）心脑血管药

心脑血管疾病是发达国家的第一大死因。我国城市的疾病谱接近发达国家，心脑血管疾病和肿瘤是前两位死因顺位 [4]。C 大类“心脑血管药”总销售额十年的年均增速为 15.3%，略高于总体水平，因此也是驱动药品总费用的主要大类之一。在主要构成中，尤其以 C10 类“血脂调节药”的增速最快，十年平均为 26.0%。两类高血压药中，肾素-血管紧张素抑制剂（ACEI）的增速为 15.7%，稍高于钙通道阻滞剂类的 11.4%。2009 年“新医改”以后，出现了基层医疗机构使用“心脑血管药”的比例上升的趋势，反映了慢性病诊治下沉社区的改革成果。

表4 上海市处方药市场中的“心脑血管药物”的主要构成（单位：亿元）

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
C01 心脏用药	3.6	4.3	5.1	6.1	7.8	8.3	7.3	6.7	12.5	11.0
C08 钙通道阻滞剂	5.0	6.5	7.9	8.5	8.5	9.9	10.0	6.3	12.0	13.2
C09 肾素 - 血管紧张素抑制剂	5.3	7.4	9.5	10.2	11.1	13.7	12.8	9.3	17.9	19.7
C10 血脂调节药	1.5	2.2	2.7	3.1	4.4	6.0	6.4	5.4	10.1	11.6
其他 C 类合计	2.5	2.7	3.2	3.8	4.4	5.4	4.9	4.8	8.8	8.5
总计	17.8	23.1	28.4	31.7	36.2	43.3	41.5	32.6	61.3	64.1

说明：2014年12月-2015年6月，因SMPA信息系统更新缺失7个月数据。

比对上海市心脑血管药物与 OECD 国家的消费结构可见：上海市的高血压药物主要销售使用的是“肾素-血管紧张素抑制剂”和“钙通道拮抗剂”，OECD 国家主要是“肾素-血管紧张素抑制剂”和“ $\beta$ 受体阻滞剂”。从血脂调节药物的比例来看，上海市要比 OECD 国家低 11-18 个百分点。近十年血脂调节药

在上海市场已呈现销售快速拉升的态势，主要是由阿托伐他汀拉动的。

心脑血管病药中的十年销售合计的前十名中有一个血脂调节药，一个前列腺素类，其他八个都是高血压药。销售相对上升的三种为阿托伐他汀、前列地尔、厄贝沙坦噻氯噻嗪，年均增长率分别为 32.6%，19.5%，33.0%。

阿托伐他汀是全球畅销的调节胆固醇类代谢的药物, 2004 年成为全球销售首个过百亿美元的药品。在十年监测期内一路从 2008 年排第 23 名, 2013 年开始进入上海市处方药销售第三名, 此后一直维持在前十名的位置。仿制药在监测期内可见逐渐占据了市场大部分份额, 成功替代了原研药, 2017 年仿制药达到市场销售总额的 46%, 用量 (volume) 的 53%。仿制药价格相当于原研药的七至八成。拉升阿托伐他汀销售的主要是仿制药, 十年的销售年均增速为 66.8%, 高于原研药年均 24.6% 的增速。

氨氯地平十年的销售上升幅度较小, 年均增长率仅为 6.4%, 低于总体水平。但是总销售额近四年超过每年四亿元人民币。仿制药的市场份额呈下降趋势, 从近六成降至五成以下。但用量稳定在接近八成。近年氨氯地平仿制药受到严厉的降价, 十年降六成, 原研药仅降 22%, 二者比价关系从 1:2 降至 1:4。氨氯地平主要是在社区卫生服务中心销售, 仿制药的比例高于原研药, 比例呈上升趋势。

相对于在基层医疗机构仿制药正在成功地替代原研药, 在二三级医院, 原研药仍占了一半以上的市场份额。在严厉地控制仿制药价格以及“以药补医”仍发生作用的背景下, 每年氨氯地平在上海市四个亿的销售额仍留了一半给原研药。未来通过“一致性评价”的仿制药品种增多, 新医保局如何继续推进“仿制药替代”, 值得关注。

缬沙坦是 ACEI 类的高血压药, 近十年在本市的销售额的年均增长率为 15.0%。仿制药的销售增速为 17.6%, 高于原研药的增速。仿制药的市场销售从 2008 年占 44%, 增至 2017 年占 54%; 换言之, 仿制药在上海市缬沙坦

每年超过 3 亿元人民币的销售总量中, 占到一半以上的份额。仿制药的价格近年约为原研药的 45%。缬沙坦近十年也发生了销售“下沉”社区的趋势, 反映了高血压等慢性病“下沉”社区的改革成果。

前列地尔, 又称前列腺素 E1, 具有“改善心脑血管微循环障碍”的药理作用, 适应症为“心肌梗塞, 血栓性脉管炎、闭塞性动脉硬化等症”(药品说明书)。同时有一定的治疗男性勃起功能障碍的作用, 因此 ATC 有两个编码: C01EA01 和 G04BE01。本研究遵循“一药一码”的原则, 按照注册的适应症将其纳入 C 类。“前列地尔注射剂”被部分省市纳入了辅助用药目录。

在上海市, 前列地尔注射液的销售高峰可能出现在 2016 年, 2017 年全市销售下降了 6600 万元, 2016 年销售超过四亿元。2008–2016 年九年全市销售额的年均增长率为 12.7%, 接近药品总体采购费用的增速。销售主要集中在二三级医院, 社区的销售一般小于 1%, 2016、2017 年增至 2.3%、4.9%。早先该药主要在三级医院使用, 二级医院的增速更高, 十年平均为 17.1%, 三级医院为 12.2%。2016 年以后全市一半的销售发生在二级医院。供应商全部为国内药企。

据了解, 前列地尔由于其“改善血管微循环障碍”的药理作用, 在医院里往往被扩大适应症使用, 广泛应用于慢性肝炎病人、肿瘤化疗病人、术后恢复和新生儿。由于其适应症宽泛, 缺乏管控不必要使用的手段, 使之成为“神药”。

丹参酮 II A 注射液为我国自主研发的化学药, 目前尚没有 ATC 编码。本研究按照国家卫生发展研究中心研制的国内药物编码将

其归入“C01EB”小类。2011年以后在全市的销售额超过了一亿元。主要在社区卫生服务机构销售,平均占六至七成。其适应症为“用于冠心病,心绞痛,心肌梗死的辅助治疗”(药品说明书)。目前,丹参酮ⅡA注射液的有效性证据尚在积累过程中。

### (三) 系统使用的抗感染药

抗感染药是上海市处方药市场中唯一相对份额下降的大类。销售额从2008-2010年在

18%上下波动,到2011年开始降至15.3%,随后下降并稳定在12.5%以下。抗感染药大类中主要是抗菌药。2011年卫生部启动了“抗菌药合理使用的专项整治”活动,上海市在国家要求的基础上,采取了更为严厉的控制抗菌药临床使用和广泛的“合理使用抗菌药”的大众宣教活动,抗菌药用量的降幅主要发生在2011年的前三个季度<sup>[5]</sup>。2014年以后进入了抗菌药合理用药常态化管理。

表5 上海市处方药市场“系统使用的抗感染药”主要构成(单位:亿元)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
J01 抗菌药	28.3	34.8	37.5	33.9	37.9	36.3	32.8	25.7	46.0	48.6
J02 抗真菌药	0.6	0.7	0.7	0.7	0.9	1.0	1.0	1.1	2.0	2.4
J04 抗结核药	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1
J05 抗病毒药	1.2	1.7	1.9	2.9	3.1	3.5	3.0	2.9	4.6	4.7
J06 疫苗	0.2	0.3	0.4	0.6	0.6	0.8	0.7	1.1	2.0	2.2
合计	30.4	37.5	40.5	38.1	42.5	41.6	37.5	30.8	54.7	57.9

说明:2014年12月-2015年6月,因信息系统更新有7个月的数据缺失。按排销售量前90%的品种提取数据。

2008-2011年,抗菌药占上海市处方药市场的份额约为18%,2011年以后降至约10%,并保持稳定。尽管近年的“控抗”行动取得了显著的成就,但比较发现:大部分OECD国家抗菌药在总药品费用中的比例都在5%以下,仅意大利(2011年以前)、韩国和土耳其高于5%。上海“控抗”仍有空间,主要是某些不必要的、昂贵的注射剂的使用。

上海市的“抗感染药”的销售总额中,九成来自于抗菌药。2011年以后呈下降趋势。OECD国家一般在四至五成,近年降至约四分之一。因为治疗艾滋病的抗病毒药物在我国实行的政府管制价格和免费供应,主要销售是价格低廉的仿制药。而发达国家的抗病毒药中,消费结构可能与我国存在较大差异性,专利药所占比例较大。如2013年开始陆续在欧美国

家上市的抗丙肝病毒新药,2016年就已经迅速上榜全球畅销药品前十名;2017年开始出现在上海市场,但是销售较小。

十年总销售额排前十名除了恩替卡韦一个抗病毒药,其他都是抗菌药;五个是二代头孢菌素:头孢替安、头孢呋辛、头孢西丁、头孢克洛、头孢美唑;两个喹诺酮类:左氧氟沙星、莫西沙星;一个大环内酯类:阿奇霉素;一个碳青霉烯类:美罗培南。

进一步分析2016年抗感染药销售前十名的品种,发现:恩替卡韦是抗乙型肝炎病毒药,2009年进入上海市场,当年进入医保目录。2009-2012年只有施贵宝的产品,2013年国产仿制药进入上海市场后就与施贵宝平分市场,显示了强劲的势头。

莫西沙星近年主要是注射剂型拉动了销

售，而本身其口服剂效果是比较好的。但注射剂定价较高，有不合理使用的风险。

头孢替安和头孢呋辛都属于二代头孢菌素类。前者只有注射剂型，且在欧洲市场不属于主流用药，未见文献报道<sup>[6]</sup>。头孢呋辛在上海市的注射剂型发生了从国产仿制药到原研药为主的切换，受到我国药品价格控制体系的影响。另外，头孢西丁也属于以注射剂型为主，且定价与同类产品相比偏高的品种。在欧洲市场使用较少<sup>[6]</sup>。头孢西丁和头孢美唑属于“头霉素”类，定价偏高，注射剂型使用较多。

经过 2011 年启动的系列干预，上海市抗菌药市场发生了“大洗牌”。消费结构发生了较大变化。但是并没有导致最终的结构优化，尤其是近年作为“最后一道防线”的碳青霉烯类抗菌药的销售开始拉升。碳青霉烯类主要用于多重耐药的革兰阴性菌，临床上的难治性细菌感染七成是革兰阴性菌。

主要面对革兰阳性菌的抗菌药是糖肽类（以万古霉素为主）和达托霉素、利奈唑胺和替加环素。2012 年替加环素进入我国医疗市

场，目前对大部分耐药菌仍敏感，临床抱有很高期望。2012-2017 年六年间的增速迅猛，呈现指数增长的态势。全市销售额年均增长率为 76.1%。几乎每年翻一番。尤其是 2017 年医保目录调整后将其纳入乙类医保药，有可能将进一步推动其临床应用。2017 年 3 月《国家卫生计生委办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知》（国卫办医发[2017]10 号），特别要求加强碳青霉烯类和替加环素的临床应用管理。

在碳青霉烯类中主要临床使用的品种是美罗培南和亚胺培南，两者合计占销售额的 90% 以上。比阿培南从 2009 年进入上海市场，从 2015 年开始销售量大幅上升，最近接近碳青霉烯类销售额的 15%。厄他培南和帕尼培南倍他米隆的销售量较低，前者几乎退出了市场，后者有一定波动性，但没有表现拉升态势。碳青霉烯类的销售额拉升主要来自于美罗培南、亚胺培南和比阿培南三个品种。三者在销售额中近两年的比例约 6 : 2 : 1.5 。

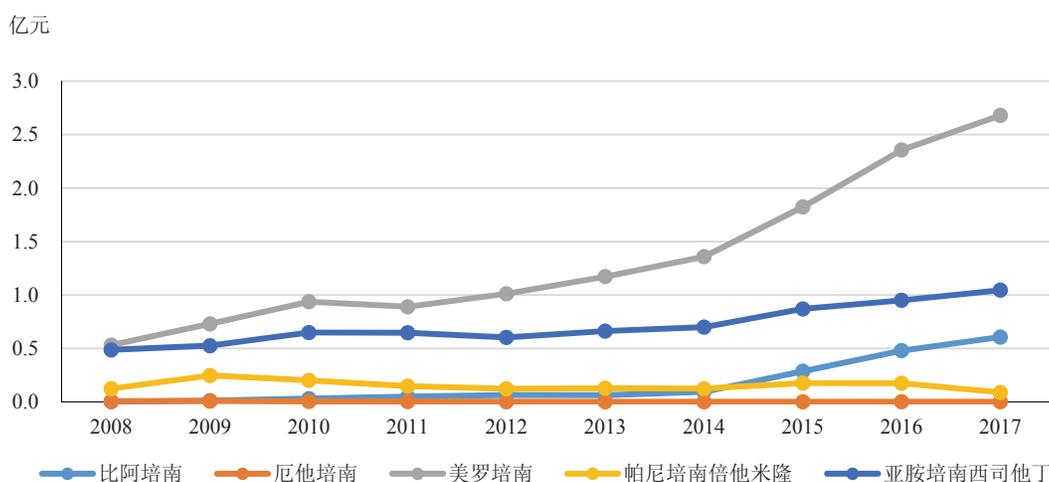


图1 上海市碳青霉烯类的销售构成

说明：2014年、2015年含估算数据。

从使用量（DDDs）来看，拉动增幅的品种主要是美罗培南和比阿培南。亚胺培南的

量增幅较小。

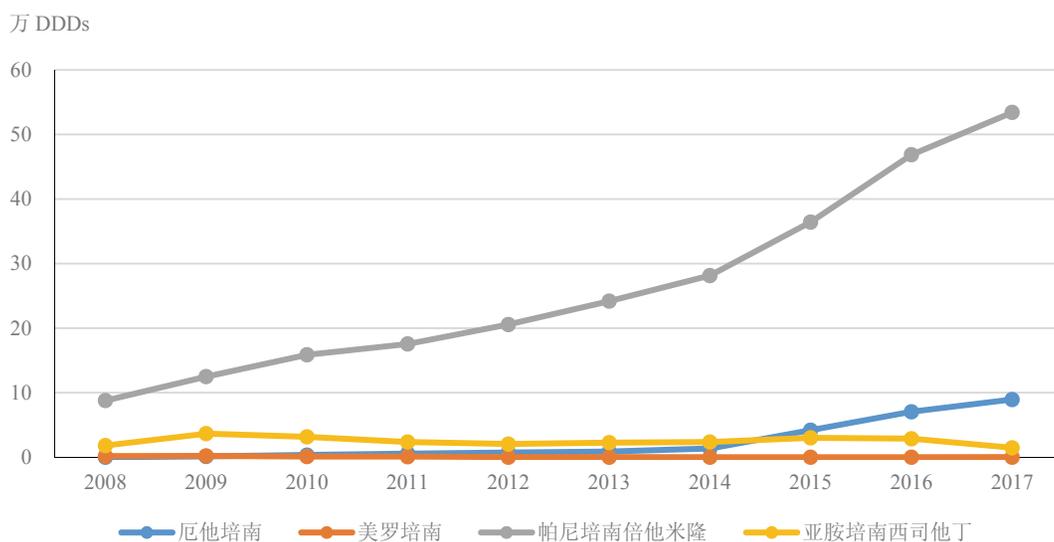


图2 上海市碳青霉烯类临床处方 (DDD) 的变动趋势

说明：2014年、2015年含估算数据。

#### (四) 肿瘤和免疫调节药

本大类十年销售额的年均增长率为14.5%，稍高于总体水平。2008年占药品消费结构的9.5%，2017年升至11.3%。主要发生在二三级医院，社区卫生服务机构只占总销售

额的1%–3%。ATC第二级分类中，L01类占了总量的近六成，年均增长率为17.2%；L02年均增长率为18.8%；其他两个亚类，L03和L04的年均增长率均低于总体水平。

表6 上海市处方药市场“肿瘤和免疫调节药”的销售额分布 (单位：亿元)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
L01 抗肿瘤药	8.2	9.2	13.1	13.5	18.9	19.7	15.0	14.5	26.0	34.2
L02 内分泌药	1.1	1.3	1.8	1.8	3.0	2.6	2.6	2.6	4.7	5.1
L03 免疫刺激剂	3.3	4.2	5.0	5.2	7.4	8.1	7.0	6.7	9.8	8.4
L04 免疫抑制剂	2.6	2.6	2.8	3.4	3.2	2.8	2.5	2.5	3.6	3.8
L类总计	15.2	17.3	22.6	24.0	32.5	33.2	27.2	26.4	44.1	51.5

说明：2014年12月-2015年6月，因SMPA信息系统更新缺失7个月数据。

分析本大类畅销药可见几个趋势：第一，以“胸腺肽”为主的免疫刺激剂近十年大多数处于L大类的销售排名第一的亚类，2017年的销售开始出现拐点；第二，2017年单克隆抗体类药物上升为第一亚类，其中主要的品种就是曲妥珠单抗和利妥昔单抗，带动了2017年的拉升；第三，嘧啶类、叶酸类和紫杉烷类

化疗药是主要的肿瘤化疗药品种；第四，蛋白激酶抑制剂类近年的销售存在一定的波动性，进一步分析发现主要是有厄洛替尼的销售波动引起的。

国际药品市场的畅销药大多数出现在这一大类。除了治疗肿瘤的单克隆抗体，还包括治疗风湿免疫类疾病的免疫调节剂，如治疗

类风湿病和强直性脊柱炎的阿达木单抗、英夫利昔单抗。在上海市，由于可负担性和仿制药替代等原因，这些著名品种销售额一直没有进入本地前十名。

表7 上海市“肿瘤和免疫抑制剂”销售的主要亚类和品种

亚类	药品名称
L01XC 单克隆抗体	贝伐珠单抗、利妥昔单抗、尼妥珠单抗、曲妥珠单抗、西妥昔单抗
L03AX 免疫刺激剂	薄芝糖肽、草分枝杆菌、甘露聚糖肽、卡介菌多糖核酸、利可君(利血生)、脾氨肽、脾多肽、匹多莫德、胎盘多肽、铜绿假单胞菌制剂、乌苯美司、香菇多糖、小牛脾提取物、胸腺肽、胸腺法新、胸腺五肽
L01BC 嘧啶类似物	阿糖胞苷、地西他滨、氟尿苷、氟尿嘧啶、吉西他滨、卡培他滨、去氧氟尿苷(脱氧氟尿苷)、替吉奥
L01BA 叶酸类似物	甲氨蝶呤、雷替曲塞、培美曲塞
L01CD 紫杉烷类化合物	多西他赛、紫杉醇
L01XE 蛋白激酶抑制剂	阿帕替尼、埃克替尼、厄洛替尼、吉非替尼、伊马替尼、克唑替尼、拉帕替尼、舒尼替尼、索拉非尼
L01XX 其他抗肿瘤药	培门冬酶、硼替佐米、塞来昔布、拓扑替康、伊立替康、重组改构人肿瘤坏死因子、重组人血管内皮抑制素、注射用三氧化二砷

截止到 2017 年，上海市处方药市场进入销售前 90% 的单抗类药物一共有九种。五个是治疗肿瘤的（贝伐珠单抗、利妥昔单抗、尼妥珠单抗、曲妥珠单抗、西妥昔单抗），三个治疗类风湿免疫类疾病（巴利昔单抗、英夫利西单抗、依那西普），一个治疗眼科的湿性黄斑变性（雷珠单抗）。依那西普属抗体融合蛋白。本案集中分析五个治疗肿瘤的单抗。

除了尼妥珠单抗由中国古巴合资的佰泰生物生产外，其他的四个单抗药全部为进口药或者合作企业生产，罗氏制药占了七成以上的市场份额。尤其是 2017 年销售量的拉升明显，唯一例外的是国产的尼妥珠单抗。这五个单抗中，国家谈判药品有四个，仅西妥昔单抗在 2018 年成功完成价格谈判但也发生了销售量的拉升。再看销售拉升是由用量还是价格因素引起的。

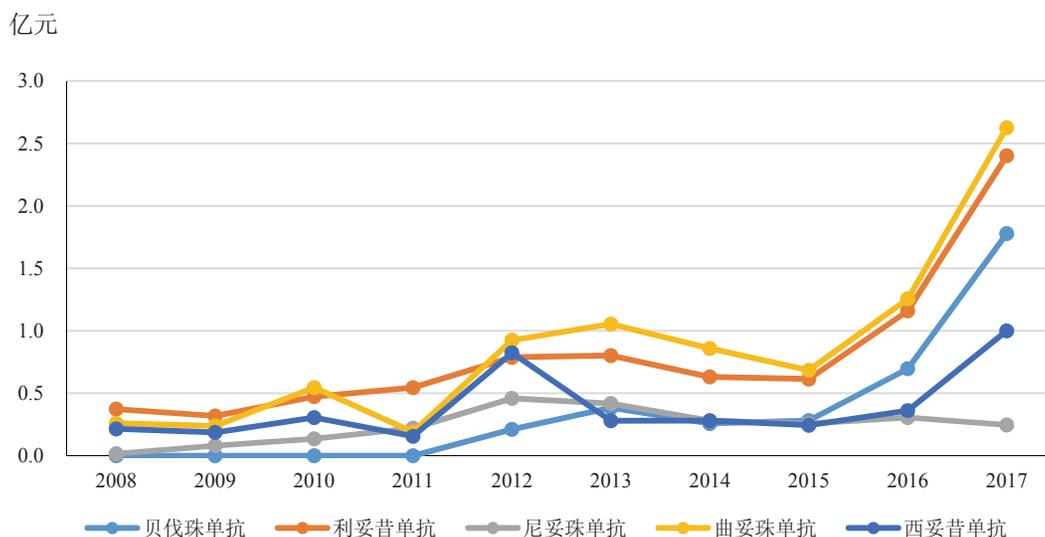


图3 单抗类肿瘤药在上海市的销售

说明：2014年12月-2015年6月因信息系统更新，缺失七个月数据。

下表可见，2017 年四个单抗药物的销售增量的原因是用量的拉动，单价（表观单价：总采购金额除以当年总用量）存在一定降幅。

表8 上海市肿瘤单抗药2017年销售变化的原因分解

	销售环比增加	用量环比增加	单价环比变化
贝伐珠单抗	155.2%	240.3%	-25.0%
利妥昔单抗	107.1%	155.3%	-18.9%
尼妥珠单抗	-19.5%	-10.5%	-10.0%
曲妥珠单抗	109.1%	214.3%	-33.5%
西妥昔单抗	176.7%	227.2%	-15.4%

目前我国处方药市场中的肿瘤单抗药仍以进口品种为主，国产药仅占 5%。2017 年的销售大幅拉动仍以进口品种为主。

蛋白激酶抑制剂是当前国际、国内药品市场发展最快的肿瘤新药类型。第一个获得美国 FDA 批准（2001 年）的药品就是商品名为“格列卫”（Gleevac）。此后蛋白激酶抑制剂类抗肿瘤药成为各国制药企业和科研机构的研究热点。目前在国内的处方药市场主要有下列七个品种，可见厄洛替尼的销售近十年出现了

较大波动性。

厄洛替尼被批准用于治疗“既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移的非小细胞肺癌”（药品说明书），并且限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。2012 年 EGFR 基因突变检测已普遍作为临床使用厄洛替尼的前置条件。2010-2011 年的厄洛替尼销售额大幅拉升至 1.5 亿和 1.7 亿，且集中在一家三级医院，有不规范应用的嫌疑。

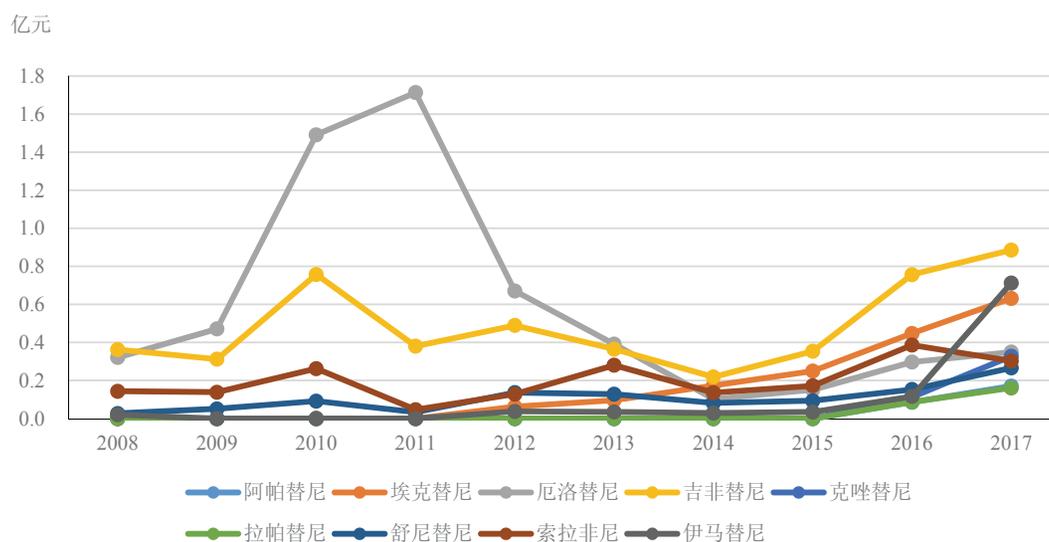


图4 上海市处方药市场的蛋白激酶抑制剂类的肿瘤药销售

说明：2014年12月-2015年6月因信息系统更新，缺失七个月数据。



表11 OECD27国“神经系统用药”的构成(单位:金额%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N02-Analgesics	23.0%	23.0%	23.5%	21.2%	18.4%	22.5%	22.9%	23.1%	23.8%	23.2%
N05B-Anxiolytics	4.3%	4.1%	3.8%	4.2%	3.6%	4.0%	4.1%	4.1%	4.2%	6.6%
N05C-Hypnotics and sedatives	2.8%	2.7%	2.4%	2.7%	2.3%	2.9%	3.0%	3.0%	3.1%	5.1%
N06A-Antidepressants	17.3%	17.7%	16.3%	17.1%	13.8%	17.6%	17.5%	17.1%	16.4%	17.3%
N-Nervous system	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

另外, OECD 未公布的品类, 上海市所占比例较高的还有, 以 2017 年为例: N06B 用于促性腺激素和促性腺激素的精神刺激剂(17.3%, 主要是奥拉西坦和长春西汀); N07X 其他类型(14.3%, 主要是单唾液酸四己糖神经节苷脂和鼠神经生长因子); N01A 一般麻醉剂(12.9%, 主要是丙泊酚和七氟烷); N05A 抗精神病药(10.9%, 主要是奥氮平)。

N 大类十年合计排名销售前十名的品种如下表所示。两个是营养类/辅助类的(单唾液酸四己糖神经节苷脂、鼠神经生长因子); 两个(奥拉西坦、长春西汀); 两个麻醉剂(丙泊酚、七氟烷); 一个抗抑郁药(奥氮平); 一个镇痛药(地佐辛)。

被至少两个省市纳入辅助用药目录的是: 单唾液酸四己糖神经节苷脂、鼠神经生长因子、奥拉西坦、长春西汀。

#### (六) 中成药

中成药是东亚地区的特色的药品消费大类, 日本、韩国、新加坡、港澳台地区也都存在类似的药品消费[7-10]。监测上海市近十年的处方药销售可见, 2016 年中成药的销售达到了一个相对的高点, 全市采购总额超过了 100 亿元人民币。2017 年略有下降。2008-2016 年的中成药销售的年均增长率为 12.1%, 略低于处方药总体销售额的增速。另一个增长的高点出现在 2012 年, 也就是“控抗”行动

的第二年。

中成药也是近两年我国各省市监控“辅助用药”的重灾区。在上海市占中成药总销售额中近十分之一的品种被归入“辅助用药”, 高于总体药品消费约 6% 的的销售额被归入“辅助用药”的范畴。辅助用药目录内的中成药 2008-2016 年的年均增长率为 17.7%, 其他品种合计的年均增长率为 11.2%。

中成药销售前二十名中十个是中药注射剂。“银杏叶”包括口服和注射剂型。排名靠前的除了麝香保心丸、复方丹参滴丸等少数口服品种有效性具有证据以外, 其他的品种的特点是: 适应症较宽泛、营养性药品、或者是声称可提高免疫力的辅助性药品。

至少被三个省市纳入“辅助用药目录”的中成药即有八个品种: 银杏叶注射液、丹参多酚酸盐注射液、丹红注射液、康艾注射液、参芪扶正注射液、疏血通注射液、参麦注射液、艾迪注射液。醒脑静注射液被两个省市(福建、苏州)纳入了“辅助用药目录”。

上海市社区卫生机构的中成药畅销品种以口服剂型为主。前十名只有一个是注射剂型, 2017 年受到了严控, 销售大幅下降。畅销品种前十名中有九个个是心脑血管疾病用药, 一个是增强免疫力的药品, 有效性有待考证。个别品种近十年的销售上升幅度较快, 值得引起重视。

#### 四、政策建议：药品生产和医疗服务协同发展的策略

结合 OECD 国家药品消费水平和结构的差异性，以及从我国目前的经济和社会发展水平来看，协调药品产业的发展和满足就以用药的需求是重要的课题。一方面，即使是经济发展水平类似的国家，人均药品消费水平也存在巨大的差异性。国家药品政策体系的作用至关重要。另一方面，即使是上海这样的发达地区，也面临医疗资源不足的问题，控制资源利用当中的浪费，精准用药将提上议事日程。药品产业的发展，不可以医疗资源的浪费为代价。这是药品产业与医疗服务业协同发展的重要基石。

研究和制定产业政策的秘诀的核心当然是如何使供需相匹配。协调药品供需的难点就是消费者并不直接与产品生产者打交道，完成买卖，而是要通过其代理人，即医生，根据其病情的判断，根据专业知识做出用药的决策。而代理人是很容易被不合理的激励因素所裹挟，做出损害委托人的行为的，如使用不必要的药物，或者不必要的昂贵药物以牟利。制药产业也获得了扭曲的激励和不正确的信息，产业的发展会推动更不合理的用药。产业和医疗作为供给方，在错误的道路上将会越走越远。

医疗服务的另一个特殊性，就在于病人并不需要完全自己支付药品费用，而是由医疗保险管理机构作为第三方支付主要部分。需方在求医问药过程中，也容易顺应医生，扩大用药的需求。即医保支付条件下的“道德损害”。

国内对这一过程的干预，一直强调行政的力量。而且行政的力量看起来是那么高效有力，曾经取得了成功。如 2011 年启动的规范抗菌药临床使用的系列干预措施，三个季度就使人群的抗菌药用药水平降低了 30%，并至

今维持恒定。

但医疗的特殊性决定了必须“专业人管专业事”，药物政策的研究和制定，必须依赖专业人员。靠行政部门的处罚和监管，往往难以为继。如哈佛大学萧庆伦教授在文献中指出，有三个根本原因：第一，卫生政策的研究制定本质上离不开医学专业知识；第二，医学专业人员在临床服务的一线，与病人和家属的互动形成的每一个具体的决策，决定了每个政策是如何执行的；第三，医学专业人员会通过与决策者的互动和相互之间形成的共识，影响决策，这样的模式是非常有力量的<sup>[40]</sup>。

在发达国家，卫生政策研究的主体除了专业的政策分析人员以外，还包括医学专业人员。医学专业人员参与决策，有制度化的途径。如卫生技术评估机构，不但具有自己的研究人员，还会以资助项目的形式，吸引医学专业人员参与卫生政策研究，如英国的 NICE 和瑞典的 SBU。政策的监测与评价，由于有了医学专业人员的参与，具有极高的专业化程度和透明化程度。

目前我国临床医生参与药物利用研究的程度还较低，如英国医学杂志（BMJ）2018 年刊登了兰州大学循证医学中心 Chen Yaolong 等的研究评价了中华医学会制定的指南，认为中国的指南制定者较少采用系统评价证据去支持推荐意见，对控制利益冲突缺乏办法，对指南的实施和依从性缺乏研究<sup>[18]</sup>。国外药物利用研究的主要都是由临床医生完成的，提示应在提高宏观药品治理水平的基础上，微观层面应倡导临床医生的同行管理，自我管理。这是提高合理用药水平的普遍规律。

本研究的贡献在于，证明了使用政府日益积累的行政数据，加上大数据技术的发展，去监测和评价药物利用，并对药品消费的水平

和结构作出评价，在技术上是可行的。这必将是社会治理的一大趋势。

药物利用研究给了医生、公众、药品产业、和政府部门的支付者提供了以下信号：1. 目前的药品资源的总体水平和配置分布的情况。2. 主要的销售品种与国外有何区别。3. 哪些药品的消费正在或将来将受到抑制。4. 未来哪些药品的市场将有望扩张，且不会引发伦理和政策冲突。

最后，我国的药品管理体系正在发生重大调整。准入管理将在保障用药安全的基础上提速，强化一致性评价；定价上将鼓励和推动高品质仿制药的发展；报销体系将在国家药品价格谈判和减进口税的基础上，控制创新药价格，分步骤纳入社会医保报销目录；进一步地规范药品的临床应用。上述措施需要有力的政策研究给以证据支持，药品产业和医疗服务才能走向协调发展。

改革的初始信号往往都是价格信号。药品市场的价格信号扭曲是明显的，有可能导致了注射剂型的过多使用，某些非主流品种的过多销售。对此，国际上早已有经验可循，即内部参考定价体系。同种类型的药品的定价应该是趋同的，如同为二代头孢菌素的注射剂应该形成更为统一的价格，这将弱化某些品种对临床医生的不合理的激励。

国目前支持仿制药产业发展，以保障药品供应的战略是明确的。并且在 2018 年的《国务院办公厅关于改革完善仿制药供应保障及使用政策的意见》提出“加快制定医保药品支付标准，与原研药质量和疗效一致的仿制药、原研药按相同标准支付。”实际开始建立仿制药与原研药价格趋同的定价体系，这可能是未来对我国仿制药产业发展影响最为深远的一步。

参考文献（略）

（上接第 22 页）

程中存在更明显的家庭化迁居态势。但是从 2010 到 2015 年，流动人口子女的随迁率实际上是下降的，而儿童的留守率总体上是提高了。在 2010 到 2015 年间，东部地区的儿童随迁率下降，特别是一些超大城市的儿童随迁率下降得更加明显，在北京、上海等超大城市的迁移者子女中，儿童的留守率都达到了 80% 以上。这进一步说明随着东部地区对流动人口吸收能力的下降，首先会带来儿童随迁率的下降和造成儿童率先回流，进而造成儿童留守率的提高。在迁移者的儿童随迁或者留守中，特别表现在一些特大城市由于严格限制人口的增长，通过限制移民和限制儿童，不仅流动儿童的数量有显著下降，也进一步带来儿童留守率的提高。

总之，迁移流动过程对于流动儿童和留守儿童问题产生出关联性的影响，人口流动的态势影响儿童的流动和留守的规模，迁移模式的转变影响在城乡之间的流动和留守，迁移的空间模式影响在不同省份的流动和留守，以及迁移空间模式的变化影响流动者子女的随迁或者留守。在我国的大迁移时代，“迁移者的第二代”出现了复杂的流动和留守的人口过程，而在本世纪第二个 10 年以后，人口迁移流动出现一些新的变化，使流动儿童和留守儿童进一步表现出一些新的趋势和新的特点，我们对此需要加以重视。

参考文献（略）

## 荷兰、英国、芬兰、日本的城市智能老龄化计划

胡苏云

（上海市社科院城市与人口发展研究所研究员，上海 200020）

### 一、智能老龄化平台和战略概述<sup>1</sup>

欧盟各城市有三大智能老龄化平台，即环境辅助生活（AAL）联合计划、长寿生活（MYBL）联合计划以及欧洲创新活动和健康老龄化（AHA）合作伙伴。这几个智能老龄化平台倡议不仅在运营技术前沿，为各方提供学习机会和潜在合作机遇，还提供了对潜在市场趋势和未来监管环境变化的了解。

一些国家城市也实施新的政策，侧重老龄化人口和促进老年人的福祉。虽然大多数国家没有制定国家级的“智能老龄化”战略，具体的倡议和政策却与智能老龄化密切相关。

荷兰卫生、护理和福利部通过“荷兰多元化计划”为城市服务式公寓提供补贴，以推行其倡导的主流化的老年人独立生活技术，使人们能够独立地生活更长时间。该计划刺激了大量的实验性活动，在荷兰城市超过 5,000 个老年人家庭中引入智能家居解决方案，提供信息通讯技术服务。

创新英国（Innovate UK）创建的城市老人

辅助生活创新平台（ALIP），旨在使老龄化人群（以及那些有长期健康状况的人群）能够拥有更大的独立性。辅助生活创新平台 ALIP 在开发这些信息通讯新技术的护理新模式过程中，努力克服市场失灵问题，因为这样的新模式需要跨越商界、社会领域和既有的公共医疗保健系统，实现相互互联网，并需要争取获得不同的投资组合。创新英国（Innovate UK）正在运行多个示范点，通过信息化布局和市场研究，来寻求解决方案，突破既有的机构障碍，实现系统和服务相互可操作性，面对法律和监管的挑战，提升老年人对辅助生活创新平台解决方案的认识水平和接受热情。

芬兰老年智能网络（SANF），专注于为城市老人提供安全和积极的生活解决方案。日本则已经建立了专门的智能老龄化国际研究中心（SAIRC），2014 年启动了一个新计划，通过与“创造性创新”相关的战略恢复日本的全球竞争力。

<sup>1</sup> 主要根据以下报告进行撰稿，Peter Varnai, Paul Simmonds, Kristine Farla Tammy-Ann Sharp, A Mapping of Smart Ageing Activity in Ireland and An Assessment of the Potential Smart Ageing Opportunity Areas, techopolis group, www.techopolis-group.com, April, 2015。（Peter Varnai, Paul Simmonds, Kristine Farla Tammy-Ann Sharp, , 爱尔兰智能老龄化和潜在机会的评估-英国科技城集团（Technopolis）向爱尔兰共和国工作、企业和创新部的报告，2015年4月）。

表1 智能老龄化全球范围研究概述

国家 / 地区	智能老龄化战略及相关策略	智能老龄化主要项目
欧洲联盟	电子健康行动计划 欧洲 2020 战略 - 共同为了健康, 展望 2020- 健康的增长	电子信息技术让老人更好生活方案, 健康产品的电子信息技术, 提高健康老龄化, 预防跌倒, 预防功能下降和衰弱; 综合护理, 独立生活, 老年友好的环境, 电子健康, 福利
荷兰城市	提高退休年龄, 医疗保险体系改革	辅助生活: 家庭自动化项目
英国城市	“健康老龄化”计划作为全国服务体系 一部分, 2012 年健康和社会保健法, “关爱我们的未来, 充分工作生活 - 行动纲领”	生活辅助创新平台 (ALIP), 辅助生活提供, 规模化生活方式 (DALLAS)
芬兰城市	尊重老龄 (1990-1995), 芬兰老龄工作者国家计划 (1997-2002), 对各层面管理者的年龄管理培训, 培训或培训师和网络建设, 进展情况跟踪调查, 利用主流媒体的宣传, 社会事务和健康部 “社会可持续性 - 芬兰 2020 社会和健康政策”	劳动力市场的参与; 改善劳动力市场条件; 积极生活社区公司倡导的积极居家生活, (独立居住) 安全保障计划 (2007 年 -2013),
日本城市	私有化 / 监管改革, “支援者挑战”项目, 加强福利和保险, 翻倍我们的知识储备 - 人力资本发展计划, 生活方式革命, 原居独立生活和振兴财政改革	医疗服务; 医疗保险; 改善劳动力市场条件

资料来源: Peter Varnai, Paul Simmonds, Kristine Farla Tammy-Ann Sharp, A Mapping of Smart Ageing Activity in Ireland and An Assessment of the Potential Smart Ageing Opportunity Areas, techopolis group, www.techopolis-group.com, April, 2015

## 二、荷兰城市智能老龄化计划

荷兰没有形成智能老龄化的国家政策, 然而荷兰卫生保健和福利部提供对主流的老年公寓独立生活辅助技术有补贴, 称为“荷兰家庭自动化计划”。这一方案起因于 1990 年荷兰政策的变化, 鼓励老年人尽可能长地生活在自己家中, 而不是传统上入住养老院和托养机构。在此背景下, 住房、空间规划和环境部以及卫生福利和体育部在 2003–2006 年共同提供资金, 以“家庭自动化”技术, 激励人们居家

养老, 居家独立生活更长时间。

荷兰的家庭自动化计划实施后, 刺激了大量的智能家居解决方案和信息通讯方面服务的实验性使用。由于有资金资助, 许多参与者从中获益。随后荷兰又出台专门的政策, 对于有需要照护的老人居住的公寓, 若使用智能家居技术, 给予每间公寓 2000–3000 欧元的额外资助。但只有照护机构和住房协会发展的存量服务型公寓才能获得该资助<sup>2</sup>。专家估计, 2006 年有 350 个项目, 2008 年有 250 个项目

获得智慧居家和相关的电讯照护技术的资助，平均每个项目有 90 个单元受益。

继荷兰家庭自动化计划后，一些项目寻求通过各种渠道进一步获取额外资金，如辅助环境生活计划中由荷兰主导的 ROSETTA 项目。ROSETTA 是在荷兰、德国和比利时开展的专注于失智老人安全性的一个长期研究项目，项目主要是开发技术，来帮助失智和帕金森症老人更长地独立生活。项目进程中形成了荷兰自动化公司，这是由应用雷达技术公司，和正在将这一技术商业化的 TNO 公司组建的合资企业。

始建于 2011 年的研究卓越中心 SPRINT，是创新型医疗设备计划的组成部分，研究卓越中心 SPRINT 是通过实现智能的个性化康复和干预技术，确保老年人独立生活。除了这些国家级的举措，荷兰还参与国际资助项目，参与欧盟辅助生活联合方案中的 42 个项目，并在许多项目中起主导作用。

### 三、英国城市智能老龄化计划

英国也没有形成智能老龄化的国家政策。但是英国国家创新机构、创新英国已经建立了辅助生活创新平台，资助涉及面广、数量众多的计划，以使老年人口和受病痛困扰者尽可能独立生活。计划的投资主要是应对老年辅助生

活的挑战，其目标是解决医疗费用不可持续性，中期目标是展示新技术应用的可能性，以及通过商业和社会协同工作的模式实现服务规模化提供。

#### 1. 辅助生活创新平台 ALIP 方案内容

- 以家庭为基础的系统 and 以用户为中心的设计；
- 智能护理分布环境；
- 经济和商业模式及社会行为研究；
- 独立生活

#### 2. 英国创新的 DALLAS 辅助生活方式

除了辅助生活创新平台 ALIP，英国创新也推出了名为 DALLAS 的辅助生活方式项目，这是于 2011 年推出的总金额达 3730 万英镑的大规模项目，已在 2015 年投资了四个社区，改善了 169000 人的生活。项目起初由英国创新和国家卫生研究院投资 1960 万英镑，其后进一步由苏格兰政府、高地和岛屿企业以及苏格兰企业投入 540 万英镑，其余资金来自 DALLAS 项目本身。

项目的总体目标是展示独立生活技术、服务和系统，何以能用来增进人们的福祉、提供高品质一体化的医疗和护理服务，使人们能更长时间地独立生活。四个社区 DALLAS 计划下活动如下表所示。

表2 DALLAS城市老年辅助生活方式

社区	活动概况
基年	通过产品和服务联系在一起的个体的相互支持，管理自己的健康。 通过城市社区来让其他企业开发产品和服务。
Mi 利物浦	支持通过开放的零售市场，获得更多的独立生活技术， 提高利物浦地区老年人的独立性和自我保健的水平
Living it Up 享受它	利用城市社区平台，旨在建立一个可信赖的市场； 形成独立生活产品，使其有益于老人、适销对路； 通过中心、网络电视、电话线安装，让社区积极分子评估潜在的需求和提供咨询支持。

<sup>2</sup> European Commission (2009), ICT and Ageing: Users, Markets and Technologies

表2 续

社区	活动概况
i-Focus	
聚焦信息	聚焦无论在英国市场还是 DALLAS 本身，都能实现产品的“互操作性”。

资料来源：Final Report: Dallas baseline economic evaluation (2013) <https://connect.innovateuk.org/documents/3301954/3710069/REVISED%20FINAL%20report%20for%20publication%20-%20TSB%20dallas%20evaluation.pdf>

目前 DALLAS 老年辅助生活方式正在进行，进展和结果如何的信息有限。达拉斯预期结果是三个有利于：有利于个人，家庭和照顾者；有利于制度体系（包括公立和私立医疗服务系统）；有利于英国经济与企业。

如今最初阶段项目进展的基线评估已经完成，考察了项目的经济和商业利益，形成项目所能带来变化的初步认识。基线评估中确认现有社区参与者的市场失灵，个别辅助生活部分存在显著的进入障碍和成长性问题，诸如产品、系统和服务缺乏认识，互操作性和法律法规的障碍，以及投融资问题，而这些问题正是项目本身力求努力克服的。

除了辅助生活创新平台 ALIP，英国还参与了国际资助项目，并参加了欧盟环境辅助生活联合计划中的 37 项目，并在其中一些项目中居主导地位。

#### 四、芬兰城市智能老龄化计划

芬兰没有智能老龄化的国家政策，然而在其 2020 年社会和卫生政策策略中，让技术发挥杠杆作用、以扩大社会福利的潜力和医疗保健行业发展，被提到了重要议程。

芬兰国家创新资助机构 Tekes 公司下面 2011 年成立芬兰城市老年智能网络（SANF），专注于为老人提供安全和积极的生活解决方案。网络汇集和促进芬兰企业致力于居家老人和居家照护，其市场定位目标是全欧洲和中

国。这个网络特别值得注意的项目是由积极生活社区公司倡导的积极居家生活，项目汇集了网络中很多企业的参与，聚焦居家智慧养老技术的应用，来提供居家养老的福利。该项目表明，技术并非是要替代人文关怀服务，而是可以让家庭照护者更合理地分配时间，使日常琐碎的家务更简单，并帮助老人更主动地行使自己福祉的控制权。该技术提供可以帮助应对老年失智症、睡眠障碍、行动不便等老化引起的健康相关问题 28。

芬兰国家技术局运行了一个安全保障计划（2007–2013 年），项目是提供适应于城市老年人家庭环境的技术，以帮助老年人尽可能长久地、独立而安全地生活在家中，该项目不仅有利于老人个人，而且经济上也更实惠。该计划下开发的解决方案包括，出院病人的远程医疗服务系统和更便捷地使用信息通讯设施，这有助于老年人保持他们的社交网络。

芬兰还参与了欧盟的环境辅助生活联合方案，通过利用其强大的信息通信技术基础，芬兰在其中的 5 个项目处于领先地位：

- 1.AIB – 基于信息通讯技术预防老年跌倒；
- 2.AMSCOP – 通过提供通讯接口，为老年人减少社会隔离和减轻恐惧独立生活的发展；
- 3.HearMeFeelMe – 视障老年人方便获取数字服务的信息通讯技术解决方案；
- 4.Lily – 基于信息通讯技术的福祉服务；
- 5.SoMedAll – 高级用户的社交媒体解决方案。

## 五、日本城市智能老龄化计划

日本没有一个国家层面的智能老龄化的政策，但日本有设在东北大学的智能老龄化国际研究中心(SAIRC)。该中心成立于 2009 年，从脑科学角度，立足多样化和复杂的社会场景，设计开发出维护和改善大脑及心理健康的方法，旨在维持和改善大脑功能；从认知神经科学和心理学角度，旨在在每个老龄化阶段，都能让人保持健康的心理和宁静的状态；从哲学视角，如现象学和伦理学的角度，对脑力概念进行彻底重构<sup>20</sup>。

智能老龄概念的提出，在于倡导在生活中后期阶段正面接受关于老龄化是一系列心智成熟的发展阶段的观点。东北大学智能老龄化国际研究中心表明，智能老龄化是一个革命性的范式，让人走出抗拒老化的消极观念和拒绝接受人生的最后阶段的想法。希望随着智能老龄化国际研究中心的发展，其成就将有助于形成一个“智力网络社会”，人们的生活无疑地将伴随着老龄化而日益丰富，不同年龄组人群将相互连接、相互支持。

东北大学智能老龄化国际研究中心有两个部门，研发部和战略规划部，研发部主要是寻求研发技术来支持大脑良好功能的开发，并通过与业界及国际跨学科合作研究，以及随后的传播效应，达到让人们延缓老化的效果。战略规划部则通过联络活动，实现与国外先进研究机构和公司研究老年医学的合作，通过促进社会工作活动，开展智能老龄化教育发展方面的合作，以提供机会激发老年人支持青年科学

家活动方面的学习热情。

## 六、中国智能老龄化产业需要大力发展，成为新的支柱产业

### 1. 智能老龄化要有更广义的理解

在中国，通常提智能养老，其定义是运用智能控制技术提供养老服务，即以互联网、物联网为依托，集合运用现代通信与信息及时、计算机网络技术、老年服务行业技术和智能控制技术，为老年人提供安全便捷、健康舒适的先打养老服务模式<sup>3</sup>。根据欧盟的定义，智能老龄化是一个广义的概念，结合创新和技术生产的产品和服务，以改善生活为 50 岁以上的人的素质。中国的定义落脚点为服务模式，而欧盟的定义落脚点为老年人生活质量和素质，智能老龄化的定义更符合未来发展趋势。

### 2. 中国智能老龄化有待大力发展

全球老年用品有 6 万多种，国内老年用品用具目前仅有 2000 多种，国内市场每年提供的老年产品不足需求的 10%<sup>4</sup>。目前发展较快、成熟度较高的智能养老产业新业态有：智能老年社区，智能养老服务，智能健康服务（远程健康管理、康复护理、临终关怀等服务），智能家居服务（以自动化、多功能性、适用性、交互性和效率性提供为老年人生理监测、紧急情况探测反馈、安全监测和辅助等），老年智能用品（康复类、生活用品类、休闲娱乐类）和智能文化服务<sup>5</sup>。

美国智能老龄化创业公司中 57.1% 是针对行业的解决方案，其中 31.1% 是数据分析类方案，而中国创业公司 70%—80% 是针对个

<sup>3</sup> 朱勇主编，《中国智能养老产业发展报告2015》，社会科学文献出版社，2015:3-7。

<sup>4</sup> 朱勇主编，《中国智能养老产业发展报告2015》，社会科学文献出版社，2015:25。

<sup>5</sup> 朱勇主编，《中国智能养老产业发展报告2015》，社会科学文献出版社，2015:3-7。

人的解决方案，针对企业的服务大部分对养老机构的系统改造项目。显然，针对行业的解决方案具备不小的潜力。

从中国智能老龄化产品趋势看，提升失能半失能老人生活质量类、安全管理及预防类（防跌倒）、情感陪护和心理健康类、更细颗粒度的监测维度和流程，以及针对行业的相关服务<sup>6</sup>。

### 3. 智能老龄化产业要通过计划和项目涉及，成为新的支持产业

智能老龄化产业是运用信息通信、人工智能等新一代技术和产品，提供信息化、智能化养老服务 and 产品的各相关产业形态的总称，它将互联网、云计算、物联网等新一代信息技术与居家养老、社区养老、机构养老有结合，为老年人提供智能化、个性化、多样化的产品和服务。

通过智能老龄化的发展，可以实现现代科技与养老产品和服务的融合，而且可以引导人们改变对老年期生活方式的认识，引发积极应对人口老龄化、老龄社会治理和发展的思想变革。智能老龄化的发展还有利于降低企业成本、提升运行效能、创新管理模式、革新生产技术、提升企业竞争优势。智能老龄化的发展还有利于开拓老年消费市场、提高相关产品与服务效益、促进产业结构转型升级，更有利于形成产业集群效应、促进经济社会可持续发展，成为我国的新的支柱产业。

中国应该吸取发达国家的经验，制定智能老龄化战略，开发智能老龄化项目，并挖掘现有潜力，积极激励和引导社会和企业参与，推进智能老龄化项目的实验和应用，使其成为经济和社会发展的新的支柱行业和支撑体系。

参考文献（略）

<sup>6</sup> 刘涌，中国智能养老全景扫描：有关未来的5个预判，<http://36kr.com/p/5048430.html>，2016-06-21。

## 《人口信息》2018 年总目录

### • 人口与发展 •

- 中国应对人口老龄化必须要基于中国的基本国情, 必须有中国思考····· 彭希哲 (1.1)
- 加强养老服务体系提升养老服务的水平和质量····· 任远 (1.5)
- 中国人口的现状和未来····· 任远 (2.1)
- 中国进入了低生育新时代····· 穆光宗 (2.6)
- 我国未来人口长期变动情景····· 陈蓉 左学金 王美凤 (2.7)
- 社会组织对失独家庭支持现状、问题及其对策探讨····· 胡琪 张民安 (3.1)
- 从二胎生育意愿的性别差异看政策配套需求····· 刘成斌 (3.7)
- 人口模式变化下的中国老龄化····· 彭希哲 (4.1)
- 数字包容和智慧老龄社会····· 任远 (4.5)
- 关于出生与死亡的遐想····· 张懿 孙常敏 (4.8)
- 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 (5.1)
- 促进“全面健康老龄化”应成国家战略····· 穆光宗 (5.11)
- 不分年龄、人人健康: 增龄视角下的健康老龄化····· 穆光宗 (6.1)
- 上海女性婚姻移民的健康促进研究····· 胡琪 高苑敏 (6.4)

### • 本期关注 •

- 关于我国人口城镇化的研究····· 本刊编辑部 (1.7)
- 无烟上海 共筑健康策····· 本刊编辑部 (2.16)
- 新时期人口迁移流动的重要性和规律性····· 本刊编辑部 (3.9)
- 上海市流动人口发展新特点、新趋势及启示····· 本刊编辑部 (4.11)
- 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····· 本刊编辑部 (5.13)
- 人口迁移流动过程中的儿童福利····· 本刊编辑部 (6.12)

● 调研与分析 ●

- 来沪人口就业与收入状况分析····· 上海市人口数据研究中心课题组 (1.24)
- 全面两孩背景下孩子数量对母亲职业发展的影响····· 张 莘 (2.30)
- 退休对中国老年人口身体健康和心理健康的影响····· 刘生龙 郎晓娟 (3.31)
- 经济发展不平衡、人口迁移与人口老龄化区域差异····· 陈 蓉 (4.31)
- 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 (5.32)
- 社区老年人日常生活能力情况及影响因素分析····· 杨晓娟 曹宜璠 王常颖等 (6.23)

● 卫生与健康 ●

- 解决老百姓靶向药用药问题的策略····· 林 海 (1.32)
- 实现医养结合要解决好六个关键问题····· 齐海梅 (1.39)
- 浅谈分级诊疗制度建设的要素及抓手····· 金春林 (2.38)
- 发挥医保在“三医联动”中的引领性作用····· 贺小林 (3.44)
- 论心理疏导在疾病治疗中的作用····· 许亚丽 (4.41)
- 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 (5.36)
- 上海市处方药费用的十年时间序列：水平、趋势和结构（下）····· 林 海 (6.28)

● 全球视野 ●

- 英国临终关怀的实践和经验及其启示····· 陈 浩 (1.41)
- 老年人长期照护的日韩经验····· 田 杨 (1.45)
- 部分国家生育支持政策及其对中国的启示····· 杨菊华 杜声红 (2.40)
- 美国：建立医疗服务项目“相对价值”····· 王海银 金春林 (3.47)
- 爱尔兰实施智能老龄化发展新探索····· 胡苏云 (4.44)
- 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 (5.49)
- 荷兰、英国、芬兰、日本的城市智能老龄化计划····· 胡苏云 (6.41)

● 信息简讯 ●

- 首届上海医改十大创新举措评选揭晓····· 本刊辑 (1.47)

# 《人口信息》

(双月刊)

2018年第6期

(总第221期)

2018年12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 部：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