

人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 上海市托幼人口的总量、分布及公共服务的布局需求
- * 上海女性避孕方法、分娩方式及生育养育服务享有情况分析
——基于2017年全国生育状况调查上海市数据
- * 上海市深化医药卫生体制改革“十三五”规划中期评估报告
- * 上海社会保险制度发展现状、问题与改革建议(论坛)

上海市卫生和健康发展研究中心

人口信息

(双月刊)

2019年第2期(总第223期)

名誉主编：黄红

孙常敏

肖泽萍

主编：金春林

副主编：黄玉捷

执行副主编：李冬梅

目次

• 人口与发展 •

上海市托幼人口的总量、分布及公共服务的布局需求…………… 陈晓华 刘惠芬 (1)

“一带一路”下跨境商贸的发展和国际人口迁移…………… 任远 (7)

• 本期关注 •

上海社会保险制度发展现状、问题与改革建议…………… 本刊编辑部 (11)

(主持人：周海旺，参与讨论：周海旺、宋英杰、刘佼、戴睿)

• 调研与分析 •

上海女性避孕方法、分娩方式及生育养育服务享有情况分析

——基于2017年全国生育状况调查上海市数据…………… 陈蓉 (29)

• 卫生与健康 •

上海市深化医药卫生体制改革“十三五”规划中期评估报告…………… 陈霆 柯林等 (35)

健康中国战略背景下健康家庭的理念及其辨析…………… 胡琪 (40)

• 全球视野 •

智能老龄化策略的欧盟联合倡议…………… 胡苏云 (44)

◀ 人口与发展 ▶

上海市托幼人口的总量、分布及公共服务的布局需求

陈晓华 刘惠芬

(复旦大学人口与发展政策研究中心, 上海 200433)

在国家实施全面二孩生育政策的新形势下, 发展托幼公共服务、满足婴幼儿入托入园需求被视为落实生育政策的重要配套措施。从托幼公共服务的发展现状看, 上海市的托育服务经历了 2010 年以来幼儿园普遍取消托班、正规托育服务整体缺席的阶段, 目前各区县的幼儿托育服务都在起步萌芽之中, 市场存量与实际需求之间存在较大的缺口, 距离实现政策目标有较大的差距, 而幼儿园学前教育也面临着优质教育资源紧缺、局部区域和个别年份入园难等问题。因此在巨大的供需缺口面前, 精准布局有突出托育需求矛盾的街镇区域, 有效

配置学前教育优质资源, 就成为当前找准工作抓手解决难点痛点问题, 切实推动二孩生育政策落地的重要一环。

一、托幼人口近七成为户籍人口

根据 2017 年上海市实有人口数据统计显示, 0-5 岁组实有人口总数为 92.8 万人, 其中户籍人口 64.1 万人, 来沪人口 28.7 万人, 户籍人口占实有人口比例为 69.0%。从单岁组的情况看, 呈现出随着年龄上升户籍人口占实有人口比例逐渐下降的态势。

表1 上海市0-5岁托幼人口情况 单位: 万人

	户籍人口	外来人口	实有人口总数	户籍人口占实有人口比例
0 岁	11.3	0.6	11.9	94.7%
1 岁	9.3	1.9	11.3	82.8%
2 岁	11.9	4.2	16.1	73.8%
0-2 岁	32.5	6.8	39.3	82.8%
3 岁	10.2	6.2	16.4	62.5%
4 岁	11.5	8.2	19.6	58.4%
5 岁	9.9	7.6	17.5	56.4%
3-5 岁	31.6	22.0	53.5	59.0%
总计	64.1	28.7	92.8	69.0%

二、托育服务以户籍人口为主, 学前教育需重视外来人口

根据入托、入园两种公共服务需求对象

不同, 将 0-5 岁人口细分为托育人口和学前人口, 托育服务主要针对的是 0-2 岁组人口, 幼儿园学前教育主要针对的是 3-5 岁组人口。

目前上海 0-2 岁组实有托育人口总数为 39.3

万人,其中户籍托育人口 32.5 万人,来沪托育人口 6.8 万人,户籍托育人口占实有托育人口比例为 82.8%。3-5 岁组实有学前人口总数为 53.5 万人,其中户籍学前人口 31.6 万人,来沪学前人口 22.0 万人,户籍学前人口占实有人口比例为 59.0%。整体来看,户籍托育人口数量和户籍学前人口数量基本持平,但户籍学前人口在实有学前人口中占的比例远小于户籍托育人口在实有托育人口中的比例,这是由于外来学前人口数量高于外来托育人口数量,实有学前人口增量主要来自于外来学前人口的增加。因此,发展学前教育既要关注户籍人口也不能忽视外来人口,各区县尤其是远郊区应做好学前教育产业的发展规划,积极应对外来幼儿在学前阶段大量迁入带来的新增学前教育需求。

三、近郊区幼儿人口数量最多,远郊区幼儿人口迁移效应明显

上海市各区县中,幼儿人口数量最多的 5 个区县分别是浦东新区(22.3 万人)、闵行区(9.4 万人)、宝山区(8.4 万人)、松江区(6.3 万人)、嘉定区(5.9 万人),以近郊区最为突出。其中,0-2 岁托育人口数量最多的五个区县分别是浦东新区(9.3 万人)、闵行区(3.8 万人)、宝山区(3.3 万人)、松江区(2.4 万人)、杨浦区(2.4 万人),3-5 岁学前人口数量最多的五个区县分别是浦东新区(13.0 万人)、闵行区(5.6 万人)、宝山区(5.1 万人)、松江区(3.9 万人)、嘉定区(3.7 万人)。

学前人口数量比托育人口数量超出比例最高的 5 个区县分别是奉贤区、嘉定区、松江区、青浦区、宝山区,以外来人口聚集较多的远郊区最为突出,这主要是受外来幼儿人口的迁移效应影响,导致学前人口数量相比托育人

口出现大幅增长。而学前人口数量和托育人口数量最为接近的 5 个区县分别是黄浦区、虹口区、静安区、杨浦区、长宁区,都是户籍人口聚集较多、外来人口占比例较小的市区。

四、幼儿人口密度从中心向边缘递减

上海市 0-2 岁幼儿人口密度、3-5 岁幼儿人口密度、0-5 岁幼儿人口密度分别为 62 人/平方公里、84 人/平方公里、146 人/平方公里。

从整体看来,幼儿人口密度在各区县分布呈现极不均衡的格局。可以将区县按照幼儿人口密度从高到低分为 4 个梯队。1000 人/平方公里以上的区县为第一梯队,500-999 人/平方公里之间的区县为第二梯队,100-499 人/平方公里之间的区县为第三梯队,0-99 人/平方公里之间的区县为第四梯队。

第一梯队包括黄浦区、虹口区、静安区,第一梯队区县平均的 0-2 岁幼儿人口密度、3-5 岁幼儿人口密度、0-5 岁幼儿人口密度分别为 593 人/平方公里、587 人/平方公里、1180 人/平方公里。

第二梯队包括杨浦区、普陀区、徐汇区、长宁区,第二梯队区县平均的 0-2 岁幼儿人口密度、3-5 岁幼儿人口密度、0-5 岁幼儿人口密度分别为 379 人/平方公里、434 人/平方公里、813 人/平方公里。

第三梯队包括宝山区、闵行区、浦东区、嘉定区、松江区,第三梯队区县平均的 0-2 岁幼儿人口密度、3-5 岁幼儿人口密度、0-5 岁幼儿人口密度分别为 72 人/平方公里、107 人/平方公里、179 人/平方公里。

第四梯队包括青浦区、金山区、奉贤区、崇明区,第四梯队区县平均的 0-2 岁幼儿人口密度、3-5 岁幼儿人口密度、0-5 岁幼儿人

口密度分别为 18 人/平方公里、27 人/平方公里、44 人/平方公里。

可以看出,各区县的幼儿人口密度基本呈现从城市中心向边缘递减的规律。第一梯队和第二梯队都是中心城区,第三梯队和第四梯队都是近郊区或远郊区。各区县的幼儿人口密度分布极不均衡,空间分布断层明显。其中,第二梯队区县的平均 0-5 岁幼儿人口密度为 813 人/平方公里,而到了第三梯队则锐减至

179 人/平方公里,缺口很大。而幼儿人口密度最高的第一梯队区县平均 0-5 岁幼儿人口密度为 1180 人/平方公里,是幼儿人口密度最高的第四梯队区县的 27 倍。究其原因,主要在于上海市人口空间分布不均衡,中心城区以狭小的土地面积承载了大量人口和较好的教育资源,如第一梯队的三个区县以仅占上海市 1.3% 的土地面积承载了 10.3% 的幼儿人口。

表2 上海市各区县托幼人口密度 单位:人/平方公里

区县名称	0-2 岁幼儿人口密度	3-5 岁幼儿人口密度	总计
黄浦	704	611	1315
虹口	572	574	1146
静安	544	583	1127
第一梯队	593	587	1180
杨浦	394	424	818
普陀	389	498	887
徐汇	386	433	819
长宁	329	361	690
第二梯队	379	434	813
宝山	122	189	311
闵行	101	152	253
浦东	76	108	184
嘉定	49	79	128
松江	40	64	105
第三梯队	72	107	179
青浦	26	41	67
金山	24	30	54
奉贤	23	40	63
崇明	7	9	16
第四梯队	18	27	44
总计	62	84	146

在落实发展托幼公共服务的过程中,除了要根据幼儿人口数量合理在各区县中配置资源,更要根据幼儿人口密度对各区县托幼服务发展的轻重缓急进行具体而细微的调控。具

体而言,第一梯队区县的幼儿人口密度极高,区县内各个区域都具备单独开设社区幼儿托管点的条件,应尽快从制度、人员、资源上落实配套,促进区县内广泛开设社区幼儿托管

点,同时密切关注学前教育资源的使用情况;第二梯队区县的各个区域多数符合、仅有少数不符合开设社区幼儿托管点的条件;第三梯队区县的各个区域多数不符合、仅有少数符合开设社区幼儿托管点的条件,应在实际操作中进行具体细致的分析论证;第四梯队区县基本上都不符合开设社区幼儿托管点的条件,可以采取幼儿园增设托班的方式解决托幼问题。

五、部分街镇的学前人口数量多或密度高,需重点关注

上海市 3-5 岁学前人口数量最多的 20 个街镇是大场镇(9602 人)、南桥镇(8135 人)、

顾村镇(8112 人)、莘庄镇(8038 人)、浦江镇(7678 人)、三林镇(7663 人)、川沙镇(7122 人)、花木街道(6934 人)、梅陇镇(6896 人)、七宝镇(6876 人)、康桥镇(6857 人)、方松街道(6846 人)、北蔡镇(6818 人)、周浦镇(6526 人)、惠南镇(6428 人)、九亭镇(6305 人)、杨行镇(6139 人)、江桥镇(5830 人)、颛桥镇(5681 人)、华新镇(5489 人),这些街道需要配置较多的学前公共服务资源。从街道所属区县看,学前人口数量排名前列的街道主要来自宝山区、闵行区、浦东新区等区县,说明这些区县的街道总体学前公共服务资源需求较高。

表3 上海市学前人口数量最多的20个街镇

序号	街道	所属区县	学前人口数量(人)
1	大场镇	宝山区	9602
2	南桥镇	奉贤区	8135
3	顾村镇	宝山区	8112
4	莘庄镇	闵行区	8038
5	浦江镇	闵行区	7678
6	三林镇	浦东新区	7663
7	川沙镇	浦东新区	7122
8	花木街道	浦东新区	6934
9	梅陇镇	闵行区	6896
10	七宝镇	闵行区	6876
11	康桥镇	浦东新区	6857
12	方松街道	松江区	6846
13	北蔡镇	浦东新区	6818
14	周浦镇	浦东新区	6526
15	惠南镇	浦东新区	6428
16	九亭镇	松江区	6305
17	杨行镇	宝山区	6139
18	江桥镇	嘉定区	5830
19	颛桥镇	闵行区	5681
20	华新镇	青浦区	5489

六、建议托育人口最多或密度最高的街镇 增设社区幼儿托管点

对上海市各区县的街道 0-2 岁托育人口数量进行统计, 列出各区县内 0-2 岁托育人口数量最多的街道, 分别为: 黄浦区半淞园路街道 (1834 人)、徐汇区长桥街道 (2561 人)、长宁区新泾镇 (2585 人)、静安区彭浦镇 (2611 人)、普陀区长征镇 (2973 人)、虹口区嘉兴路街道 (2128 人)、杨浦区五角场镇 (2977 人)、

闵行区莘庄镇 (5143 人)、宝山区大场镇 (6453 人)、嘉定区安亭镇 (3694 人)、浦东新区三林镇 (5082 人)、金山区山阳镇 (3085 人)、松江区方松街道 (5027 人)、青浦区华新镇 (2881 人)、奉贤区南桥镇 (4066 人)、崇明区城桥镇 (1719 人)。各区县可以重点关注这些托育人口数量最多的街道, 在区县内将托育公共服务资源向这些街道重点调配。

表4 上海市各区县0-2岁托育人口数量和密度最高街镇一览表

区县名称	区县内托育人口数量最多街道		区县内托育人口密度最高街道	
	街道名称	托育人口数量 (人)	街道名称	托育人口密度 (人 / 平方公里)
黄浦区	半淞园路街道	1834	豫园街道	1374
徐汇区	长桥街道	2561	枫林路街道	701
长宁区	新泾镇	2585	江苏路街道	752
静安区	彭浦镇	2611	曹家渡街道	1134
普陀区	长征镇	2973	曹杨新村街道	882
虹口区	嘉兴路街道	2128	嘉兴路街道	815
杨浦区	五角场镇	2977	四平路街道	952
闵行区	莘庄镇	5143	古美街道	520
宝山区	大场镇	6453	张庙街道	504
嘉定区	安亭镇	3694	嘉定镇街道	326
浦东新区	三林镇	5082	潍坊新村街道	702
金山区	山阳镇	3085	山阳镇	73
松江区	方松街道	5027	方松街道	340
青浦区	华新镇	2881	盈浦街道	133
奉贤区	南桥镇	4066	南桥镇	35
崇明区	城桥镇	1719	城桥镇	30

七、小结

上海市各区县的幼儿人口数据和幼儿人口密度都呈现极不均衡的空间分布格局。幼儿人口数量最多的前 3 个区县都是近郊区, 幼儿

人口密度最高的前 3 个区县都位于市中心, 幼儿人口密度整体上体现出从城市中心向边缘递减的规律, 并且市区和郊区之间的幼儿人口密度落差巨大。在落实二胎生育政策和发展托

幼公共服务的过程中,一方面要根据幼儿人口数量合理在各区县中配置资源,重点关注近郊区外来幼儿人口数量的增长趋势。另一方面要根据幼儿人口密度对各区县托幼服务发展的模式进行匹配,在幼儿人口密度高的区域尽快开展社区幼儿托管点推广工作,在幼儿人口数量多但幼儿人口密度低的区域采取托幼一体化的方式解决托幼问题。

由于各街道(镇)的地域面积不等、人口聚集程度各不相同,上海市街道幼儿人口数量呈现出不均衡的状态,并且街道幼儿人口的户籍人口比例也各不相同,街道平均实有幼儿数量最多的区县与最低的区县相差 6 倍。在配置托幼公共服务资源时,既要依托街道(镇)为基本行政单位开展工作,又要根据各街道(镇)的实有幼儿人口情况分配相应的人力物

力财力,而在开展托幼公共服务的形式上,也应该根据各街道的实有幼儿人口情况,选择符合人口情况和实际需求的公共服务产品形式。上海市 0-2 岁托育人口数量最多的 20 个街镇的托育人口数量在 3500 ~ 6500 人之间,0-2 岁托育人口密度最高的 20 个街镇的托育人口密度在 700 ~ 1400 人/平方公里之间,这些街道托幼人口数量较多的街道可以加大推广托幼一体化模式,而街道托幼人口密度较大的街镇可以采用推广社区幼儿托管点的模式。上海市 3-5 岁学前人口数量最多的 20 个街镇的学前人口数量在 5500 ~ 9600 人之间,3-5 岁学前人口密度最高的 20 个街镇的学前人口密度在 700 ~ 1400 人/平方公里之间,可重点关注满足这些街道的学前公共服务资源需求。

(上接第 48 页)

欧洲创新伙伴关系积极健康老龄化的 6 个专题行动小组之一就聚焦于防跌倒,中国应该积极研发防跌倒监测技术,并连接研究和采购流程,推动成熟产品早日进入市场,并努力支持各地区、各研发机构、医疗机构和企业联合开展跌倒的早期诊断和预防项目。

(四) 增加监测维度和流程,辅助老年独立生活

欧盟的辅助生活联合计划定位于提高生活质量,关注健康监测、软件开发和社会平台的建立,以及非正式护理人员在其中的作用发挥。就监测而言随着技术进步和服务能力的提高,未来需要从“点状信息记录”向“连续监测管理”转变,从“短流程管理”向“长

流程管理”转变,其中不仅需要软件开发等技术应用手段,开发可互操作的独立生活解决方案,包括商业模式指南,还需要有社会平台建设,来共同辅助老年人独立生活。同时通过建立非正式照护的有效管理系统,降低医疗服务成本。

(五) 智能老龄是公共产品,开发要高瞻远瞩,立足建设更长寿、更美好生活

1. 智能老龄是种公共产品

要更好地利用现有的公共研发资源,包括医疗卫生部门和机构、民政部门和机构、信息部门和机构、通讯部门和机构的公共资金和研发经费,来共同开发或引入适合我国本土的

(下转第 39 页)

“一带一路”下跨境商贸的发展和国际人口迁移

任远

(复旦大学人口研究所, 上海 200433)

“一带一路”是新时期我国拓展全球化发展的重要支撑计划, 作为一个欧亚地区的发展倡议, 不断促进全球化的深化。“一带一路”促进欧亚经济体和中东、亚非地区的经贸联系, 从而来引导中国对外投资和市场扩展; 另一方面, “一带一路”也努力对接发达国家, 促进从发达国家到发展中国家的全球化产业链条能够更好地建立, 并使我国在全球化中充当枢纽的地位。在“一带一路”的影响下, 国家间的跨地区商贸联系增强, 并因此对我国与亚非和“一带一路”关联地区的国际人口迁移产生影响。

“一带一路”影响下的我国人口国际迁移

对于中国来说, 当前仍然主要是一个国内迁移为主的国家, 改革开放以来的乡城迁移和乡城转移的人口超过 3.5 亿, 而六普数据表明包括港澳台的国际迁移人口的数量才只有 100 万, 几乎可以忽略不计。中国目前的海外移民存量是 876 万人。所以中国总体上是一个移民净迁出的国家。

改革开放以来, 中国经济社会的开放性和对接全球化, 使中国的国际人口迁移也有相应增长。国际迁移增加包括国际迁出和国际迁入。改革开放以后世界对中国的国际商贸投资

和更丰富的世界商贸联系, 推动了中国经济发展, 在此过程中也带动了中国移民的对外迁移。在国际商贸中的人口迁移, 往往是向投资来源国家的人口迁移。国际投资和跨国企业带来了向中国的国际派遣迁移增加。

虽然对“一带一路”所造成的国际迁移变化还缺乏足够的的数据, 但是可以预见, 跨境商贸的发展带来全球化的深化, 将会加快带动中国和周边国家间的国际迁移。对外的投资推动, 往往形成项目带动的人口向外迁移。同时, 从国际经验看, 跨境投资和商贸往往会带来向投资来源地和产业服务链的上端迁移, 所以, 受到“一带一路”的影响, 由于中国对外投资和经贸联系的加深, 来自其他国家向我国的迁入移民也会有所增加。

跨境商贸活动对人口国际迁移影响的特点在于, 通过塑造和沟通跨国的产业链条, 带来产业链不同环节间的国际迁移。国际迁移往往集中在商贸网络的节点地区。世界商贸网络的集中地区往往是大城市, 特别是一些具有世界功能的全球城市, 因此商贸投资服务的集聚效应比较突出。同时商贸网络的集中地区也可能是在接近生产地的中小城市, 例如广州地区和黑人集聚已经引起了较多关注, 另外在温州

和浙江的柯桥,我们都看到跨境商贸活动促进的国际人口迁移的显著增长。跨境商贸活动也往往在枢纽型边境城市的集中,形成一些地方性商贸中心城市。跨境商贸活动除了带来我国国际迁移人口数量的快速增长。同时,也带来国际迁移人口结构的变化。我国的国际移民目前还是高端国际企业商务人口为主,也就是国际人才,而未来劳工群体的国际迁移将会显著增加。跨境商贸引发的国际人口迁移还包括跨境商贸引发的文化旅游和教育性迁移人口。中国对外商贸发展增加了对中国的兴趣,向中国的学习教育迁移也有显著的增长。在人口迁移过程的后续迁移中,家庭迁移也会随之增加,这些都是其他国家国际人口迁移表现出的普遍规律。这些不同目的的向中国的国际迁移,本身有利于对接跨境商贸网络的推进。因此,“一带一路”对我国国际迁移的影响表现在,我国的国际人口迁出和迁入都会随之增长,而国际迁入的移民增长会更快。随着跨境商贸活动发展带动的向中国的国际迁移显著增加,正成为新时期中国国际迁移的一个重要特点。

国际人口迁移中的挑战和治理

无论是人口的国际迁出和国际迁入,都存在着迁移人口的社会融合及与当地社会整合的问题。欧洲和美国在国际移民后社会融合所表现出的具体困境,提醒我们需要重视,国际移民发展带来的跨境族群社会融合将会成为未来国家和移民城市发展面临的挑战。

原来非常少数量的国际迁移人口并不突出成为社会整合的压力,但是随着国际迁移数量的增加,其对社会整合所造成的压力就会更加明显。特别是原来我国的国际移民主要是技

术移民和国际跨国企业的派遣性迁移,随着普通劳务和商贸移民的增加,移民的社会融合问题将表现出更大的难度。例如在广州,非洲移民社区中已经出现了一些类似美国城市黑人社区的移民融合和族群冲突问题。考虑到非洲的人口继续增长和中国劳动力开始短缺,“一带一路”过程中中国的国际劳工移民和社会整合的问题将会逐步严重。

国际移民带来社会融合和社会整合问题的挑战还在于,当其是移民和民族问题、宗教问题结合在一起,将增加跨境族群社会整合和族群冲突。这些族群冲突、社会基层的冲突甚至会和国家分裂问题结合在一起,成为“一带一路”实施推进过程中的国家安全的隐患,需要未雨绸缪地加以预防和应对。

因此,“一带一路”和国家全球化进一步深化以后国际人口迁移将有所增长,要求中国在国际移民政策上也需要实施类似美国的中国版的“大熔炉”计划和多元文化融合性的发展,才能积极应对移民国家的成长,避免日益增长的跨界族群和人口迁移对国家认同和社会发展所带来的危机。

而应对“一带一路”过程中国际人口迁移更紧迫的挑战,在于我国相对极少的国际人口迁移使得对于国际移民和出入境管理、国际迁移的社会公共事务管理体系还显著不足。目前我国国际迁移和出入境管理还是非常薄弱的,日益表现出不能适应国际迁移人口增长的具体需求。例如上海现在实施人才居住证,是按照海外人才居住证来实施。但是随着国际一般劳务人口的增加,普通劳动和就业迁移增加,相关的出入境管理及工作签证、非工作

签证和工作签证的转换,需要进一步规范化。中国也将会逐步产生出非法移民和非法居留的问题,国际移民的长期居留和永久居留的管理制度需要改革,这些都给国际移民管理带来新的工作内容和管理的压力,当前我国已经开始讨论对移民和出入境的有关立法开展研究和制定,相关的工作任务还是非常必要和紧迫的。

实际上,当前我国的国内移民的公共事务管理还有相当多需要完善的方面。而随着国际移民开始出现,国内和国际移民管理的两重压力将开始体现。国际移民的就业和社会保障、教育和健康服务、社区服务和管理等社会服务需求也日益增长。由于国际移民和国内移民性质上和制度管理的框架上有所不同,进一步带来移民管理的复杂化。例如为了适应国际移民子女的教育,可能增加了对国际学校的需求;他们的健康服务,可能更需要和世界健康和卫生体系的相互衔接;他们的社会治安和犯罪问题,也需要和跨国的法律和警务体系有所沟通。这些都要求与国际移民相关的社会管理和公共事务管理制度需要逐步建立和不断完善。

国际人口迁移对全球化发展的积极机遇

“一带一路”下的国际人口迁移,对于公共事务管理和各类社会风险管理,具有挑战性的一面,而全球化过程中的国际人口迁移,也构成了全球化发展的资源和机遇。

外出的国际迁移人口具有的作用,正如同马西(Massey)所提出的累积性的因果作用,对于后续的人口迁移产生支持,能够支持中国的跨境商贸的推进,这特别表现在“一带一路”

发展过程中应该特别重视发挥当地华人华侨的作用。同样,向中国迁移的国际人口迁移也具有这样的累积性社会资本的作用,移民集聚所形成的人力资本和社会网络,会支持促进跨国经贸联系和帮助“一带一路”计划的实施。而且实际上,正是由于这种经贸联系的目的性,驱动构成着“一带一路”跨境商贸过程中向中国迁移的经济动力。在中国推动“一带一路”的过程中,对于周边地区当地社会其实仍然是缺乏了解的,因此中国和周边地区的国际迁移网络,构成了我国了解当地社会、政治、文化、宗教等区域发展的重要资源。充分利用“一带一路”相关地区的国际移民,能够有助于扩展对于流出地社会的全面理解,培养一批未来和世界各国打交道的专业人才。国际迁移一方面受到跨境商贸发展的结果的影响,另一方面与迁移相关的累积性的人力资本网络和社会资本也构成了发展的工具。迁移所构成的促进发展的作用,将成为中国全球化发展中的重要资源。因此,国际迁移对于发展的巨大机遇在于,应该依靠中国日益增长的国际迁移网络,来促进中国的世界网络建设和全球化,来带动经贸和社会政治关系。

国际迁移也是沟通全球化过程中多元文明的工具。如在人口迁移和移民整合过程中的文化交流和文明共存,在通过具有多样性和整合性的文明体的形成。从这个意义上看移民所带来的社会冲突实际上正是文明交流和沟通构造新的文明体的发展路径,或者说是必须支付的代价。回想中华文明发展的历史,正是在人口迁移、通婚和文化交流学习中,才形成了中华民族的多元一体。全球化文明演进的根本

出路,将不是亨廷顿所说的文明的冲突,也只能是文明体间的更深的相互了解、交流和共同塑造,才会带来全球文明的不断共生共存和共同发展。在这个过程中,国际迁移实际上同时构成了文明演进的工具。

在“一带一路”和中国日益全球化的时代中,更好地进行国际迁移管理,更好地发挥国际移民对中国全球化发展的作用,需要将国际移民发展和管理作为一种“软基础设施”,也纳入“一带一路”计划中去。在某种意义上,对于移民的迁移和出入境管理、社会融合、社

会管理相关的法律体系和制度设置,与交通道路建设同样重要。通过良好的移民发展和管理基础设施建设,能够有效地支持和推动“一带一路”建设中的国际迁移,将会使中国的全球化战略能够更加扎实有效,更加基于人的交往活动,以及构建人类生存和发展命运的共同体。

* 本文是作者在复旦大学社会科学高等研究院主办的“逆全球化与新全球化?”学术论坛上的发言。经作者授权发表。

(上接第 34 页)

机构。提倡在工作场所单独或联合举办单位内部托育服务机构,为职工提供福利性的托育服务,有条件的可向附近居民适当开发。

提供多样化、多层次的托育服务。各类托育机构可根据家庭的实际需求,提供日托、半日托、计时托、临时托等多样化的托育服务;根据家庭的消费水平,提供多层次的托育服务。

(四) 构建友好的生育养育环境

营造支持生育的友好社会文化环境。长期以来,社会的各个领域都不同程度地存在着一种“妇女生孩子即是给单位增添负担”的看法,因此,社会各方都应广泛动员起来,努力消除这种歧见,树立“生育不仅是家庭的事情,更是社会与国家的事情”的观念,并以正面心态给予她们充分的理解和必要的关怀。

构建有利于学龄前儿童居住和生活的社区环境。要求各居民社区在进行社区规划时,适当增加供儿童玩耍的社区公共的游乐设施、社区公共儿童图书馆等,优化社会利于儿童生活、成长的环境。

倡导支持生育养育的工作场所环境和有利于女性发展的职场环境。倡导用人单位为职工平衡工作和家庭创造有利条件,提倡“和谐的工作单位以和谐的家庭为基础,和谐的家庭可以创造更高效性的产出”的管理观念。首先,要求用人单位给予孕后的职业女性公平的待遇,比如严格落实产假制度、生育津贴制度、杜绝职场上的性别歧视等;其次,可以倡导有条件的用人单位推行弹性工作制度,灵活职工的上下班时间,提倡更为科学高效的管理方式,以提高单位时间内的工作效率为目标。

◀ 本期关注 ▶

上海社会保险制度发展现状、问题与改革建议

《人口信息》编辑部

特邀主持人：上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长、研究员 周海旺

主持人语

社会保障制度是社会经济发展到一定阶段的产物，它由政府部门制订各项保障制度并强制推行，它是促进社会经济可持续发展的重要社会制度，既能保障在职职工在医疗、失业、生育、工伤等方面的福利，也能保障退休职工的生活，让他们能够安度晚年，还能保障企业的正常运行。上海现在实行的各项社会保障制度是从 20 世纪 90 年代以来陆续出台的，并且在发展中根据社会经济发展形势进行了不断的调整完善。

2010 年以来，上海市城镇职工的各项社会保障水平持续提高，让广大市民享受到了更多的社会发展成果，社会保险制度的可持续性也得到了加强。近年来，按照国家部署，根据上海的实际情况，上海市对社会保障制度进行了持续改革，主要目的—是提高社会保障的可持续性；二是阶段性降低企业的社会保险缴费负担，增强企业发展活力；三是提高保障待遇水平，让参保人员有更多的获得感。在此我们主要对上海城镇职工基本养老保险、医疗保险、失业保险的发展情况进行分析总结。

上海现行的城镇职工社会养老保险制度始于 1993 年，比全国建立城镇职工养老保险制度早了两年。城镇职工社会养老保险制度的建立，对于推动国有和集体企业改革，对于平

衡不同企业的养老负担，对于保障退休职工能够按时足额领取养老金并保持退休金水平的持续增长，对于促进上海社会经济稳定发展都发挥了重要作用。但是，随着人口老龄化的发展，上海的城镇养老保险基金面临巨大的支付压力，在 2010 年左右，每年市政府要投入 100 亿元左右的资金用于养老金的发放，2011 年下半年开始，上海的社会保障制度进行了重大改革，把外省市农村来沪从业人员也纳入了上海城镇职工社会保险，增加了 300 多万的缴费人数，极大地改善了上海城镇职工养老保险基金的发展形势，最近几年不仅不用巨额财政资金投入，每年还有 100 多亿~200 多亿的盈余，阶段性地改变了上海养老保险的收支平衡状况。最近两年，在宏观经济增速下行形势下，上海市按照国家部署，一方面降低了企业缴费水平，另一方面降低了养老金的增长速度，目的是阶段性降低企业养老保险缴费压力，支持企业发展，稳定就业，增强养老保险基金的可持续性。

上海现行的城镇职工医疗保险制度的基本框架形成于 2001 年，随着人口老龄化的发展和市民对医疗保障需求的不断增加，上海的城镇职工医疗保险制度也在不断调整完善过程中。最近 20 年来，上海城镇职工医疗保险改革的主要内容包括：对医疗机构进行总量控

制从而控制了医保总费用的增长,实现了医保资金连续多年的年度盈余;把外来从业人员纳入上海城镇职工基本医疗保险,扩大了医疗保险的覆盖面,增强了医疗保险的抗风险能力,提高了外来从业人员的医疗保障水平,方便了他们在上海就医;降低企业的缴费负担,2013年开始将企业的医保缴费比例由10%降至9%,2015年降至8%,2017年再次下降0.5个百分点至7.5%,阶段性降低企业医疗保障支付压力;提高大病报销的比例减轻个人的医保负担,2011年对最高支付限额从7万元调整为28万元,从2012年起,平均每年将最高支付限额向上调整3万元,至2017年调整为46万元;拉开不同等级医疗机构的门诊报销比例,鼓励参保人员到基层医疗机构就医;2018年在全市各区全面推开长护险试点,积极探索老年人口的护理保障体系建设。

失业保险的主要功能是预防失业、促进就业和保障失业人员的基本生活。1995年上海建立了覆盖所有企事业单位劳动者的失业保险制度,至今已有20多年。上海的失业保险在最初的20年内主要覆盖人群是本市户籍的从业人员,2016年起扩大了覆盖面,把外来从业人员也纳入上海的失业保险制度。上海的失业保险费率随着经济发展形势和就业形势变化进行了多次调整,调整方向是降低缴费比例,1995-1999年为3%,2011年调整为2.7%,2013年调整为2%,2016年调整为1.5%,2017年调整为1%,降低企业的失业保险缴费比例,也是为了降低企业用工成本,稳定企业就业。上海的失业保险基金在促进就业方面发挥了积极作用,开展了职业技能培训、岗位补贴、社保缴费补贴、见习期补贴、创业指导和孵化等活动,提高了劳动人口的就业和创业能力。在保障生活方面,失业人员的待遇水平也在逐

步提高,但是与发达国家相比,失业保险特别是失业第二年的失业保险待遇水平仍然偏低。未来需要随着社会经济的发展逐步提高失业保险的待遇水平,更好地发挥失业保险基金促进就业的作用。

本期我们组织了四篇文章,分别对“十二五”以来上海城镇职工基本社会养老保险、医疗保险、失业保险三大社会保险的发展形势、制度演变、存在问题进行分析,并提出发展对策。

“十二五”以来上海市城镇职工社会保险发展形势

周海旺(上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长,研究员)

孙小宁(上海社会科学院经济研究所研究生)

“十二五”以来上海社会保险的总体发展情况良好,表现在八个方面:

一是城镇职工参加社会保险的缴费人数持续增加。养老保险缴费人数从2010年末的542.87万人上升至2015年末的933.59万人,涨幅71.97%;“十三五”以来,养老保险缴费人数小幅上升,从2015年末的933.59万人上升至2017年末的995.65万人,涨幅6.65%。医疗保险缴费人数从2010年末的513.56万人增长到2015年末的962.08万人,涨幅87.34%;“十三五”以来,从2015年末的962.08万人上升至2017年末的1005.40万人,涨幅4.50%。失业保险缴费人数2010年末为556.20万人,2017年末达到961.84万人,增加405.64万人,涨幅72.93%;“十三五”期间,由于上海市政策调整,把外来农民工从

业人员纳入上海失业保险覆盖范围, 2016 年失业保险参保人数增加明显, 由 2015 年末的 641.77 万人, 增至 2016 年末 947.32 万人, 增加 305.55 万人。

二是城镇职工社会保险覆盖率在波动中有所提高。覆盖率是用当年的社保缴费人数除以全市的从业人数计算, 企业职工养老保险覆盖率最高为 2012 年的 84.98%, 最低为 2010 年的 49.77%, 2017 年为 72.53%。职工基本医疗保险覆盖率 2012 年最高为 82.51%, 最低为 2010 年 47.08%, 2017 年为 73.25%。失业保险覆盖率在“十二五”期间有所降低, 由 2010 年的 50.99% 下降到 2015 年的 47.14%; 2013 年以来持续回升, 2017 年为 70.07%。

三是养老保险和医疗保险等社会保险的享受人数呈现增加趋势。“十二五”期间享受城镇职工养老保险的离退休人数增长较慢, 从 2010 年末的 352.02 万人增加到 2015 年末的 365.83 万人, 只增加 13.81 万人, 增长了 3.92%。最近两年增长较多, 2017 年增长到 437.32 万人。2011 年以来, 城镇职工基本医疗保险享受医疗服务总人次整体上呈现上升态势, 2017 年末达到最高 19533.02 万人次, 比 2011 年的 12133.43 万人次增加了 61%; “十二五”期间领取失业保险金的人数略有降低, 2010 年末领取人数为 11.61 万人, 2015 年末为 9.54 万人, “十三五”以来领取人数有所增加 2017 年 11.13 万人。

四是养老保险缴费人数与享受人数之比呈下降趋势, 在职人员的社会保险负担在加重。2011 年上海政府将农民工纳入养老保险, 导致企业职工养老保险缴费人数与享受人数

之比增长较多, 随后 2011-2014 年该比例逐年降低, 由 2011 年末的 2.55 : 1 下降到 2014 年末的 2.40 : 1, 2015 和 2016 年有所回升, 均为 2.55 : 1, 2017 年发生较大幅度下跌, 离退休人员增长速度明显快于职工增长速度, 缴费人数与享受人数之比降至 2.28 : 1。医保因为缺少享受人数数据不能计算缴费与享受人数之比。失业保险基金缴费人数与享受人数之比呈上升态势, 该比例 2010 年末为 47.91 : 1, 2017 年末为 86.42 : 1, 整体压力较轻。

五是社保基金年度收入总体上在增长。“十二五”期间, 城镇职工养老保险基金总收入从 2010 年的 815.36 亿元上升至 2015 年的 1654.20 亿元, 增加 838.84 亿元, 涨幅 102.88%, 年均增长率为 15.20%; “十三五”以来, 养老保险总收入快速增长, 2017 年为 2658.86 亿元, 较 2015 年增加 1004.66 亿元, 增幅 60.73%。2011 年以后, 因为外来农民工纳入城镇养老保险体系, 财政补贴大幅度减少。“十二五”期间, 城镇职工基本医疗保险基金收入从 2010 年的 329.77 亿元上升至 2015 年的 750.15 亿元, 涨幅 127.48%。“十三五”以来继续稳步增长, 2017 年收入为 1358.03 亿元, 较 2015 年增加 607.88 亿元, “十三五”以来收入增长幅度为 81.03%。财政对医疗保险几乎没有什么补贴。“十二五”期间, 失业保险基金收入持续增加, 2010 年为 71.67 亿元, 2015 年为 98.70 亿元, 失业保险基金收入增加 27.03 亿元, 增幅 37.71%。因为失业保险费率降低, 2017 年收入有所下降, 为 87.17 亿元。

六是社保资金年度支出逐年增加。2010 年城镇职工养老基金支出规模为 811.47 亿元,

2015 年为 1480.80 亿元, 支出增加 669.33 亿元, 涨幅 82.48%。“十三五”以来, 养老保险基金支出继续增长, 2017 年支出 1906.48 亿元, 较 2015 年增加 425.68 亿元, 涨幅 28.75%。职工基本医疗保险基金支出的规模从 2010 年 300.08 亿元上升至 2017 年的 681.38 亿元, 支出增加 381.30 亿元, 增幅 127.07%, 年平均增长率为 12.43%。七年时间内, 失业保险基金支出规模也不断增大, 从 2010 年的 60.72 亿元上升到 2017 年的 98.48 亿元, 增加 37.76 亿元, 增幅 62.19%, 年平均增长率为 7.15%。

七是社保基金年度结存规模增加较快。由于从 2011 年下半年开始外来从业人员大规模纳入养老保险基金, 2011 年上海城镇职工社会养老保险基金年度结存 81.09 亿元, 2012 年进一步增加到 263.61 亿元, 这是在财政补贴收入大幅度减少的情况下产生的, 后面几年由于领取养老金的退休人员快速持续增加和退休金水平的提高, 当年结存数量逐步减少, 2016 年减少到 173.09 亿元, 2017 年因为小城镇养老保险的纳入, 年度结余增幅高达 752.38 亿元, 这是一次性的, 预计未来年度结余可能会逐步减少。医疗保险基金年度结余数字呈现持续增加的态势, “十二五”期间, 医疗保险基金年度结余从 2010 年的 29.69 亿元增加到 2015 年的 231.21 亿元, 增加 201.52 亿元; 2017 年年度结余达到 676.65 亿元, 这一年的数字里面同样包含了小城镇保险中纳入的一些结余资金。失业保险基金年度结余波动比较大, 最多的年份是 2012 年, 为 22.07 亿元, 最少的年份是 2017 年, 因为失业保险的缴费比例降低, 当年出现了 11.31 亿元的赤字。

八是社会保险基金的累计结存规模持续增加。企业职工养老保险基金累计结存逐年增高, 2010 年末为 156.25 亿元, 2017 年末为 2029.34 元, 累计结存增加 1873.09 亿元; 职工基本医疗保险基金累计结存规模从 2010 年末的 203.43 亿元上升至 2017 年末的 2079.63 亿元, 增加结存 1876.20 亿元。“十二五”期间, 失业保险基金累计结存稳步增加, 2010 年末累计结存 87.35 亿元, 2015 年末达到 170.09 亿元, 增加 82.74 亿元。“十三五”以来, 失业保险基金累计结存有所波动, 2017 年末为 169.87 亿元。三大社会保险总体累计结余从 2010 年的 447.03 亿元增加到 2017 年的 4278.84 亿元。社会保险累计结余的增加, 为阶段性降低企业缴费比例, 减轻企业社保压力提供了可能; 同时, 养老保险和医疗保险等长期社会保险了累计结余的增加, 也为养老保险基金的投资运营提供了可能性, 通过投资运营提高社会保险基金的保值增值能力, 可以为应对人口老龄化的长期社会保险支出压力提供支撑。

上海养老保险发展状况与改革建议

宋英杰 (上海社会科学院经济研究所研究生)
周海旺 (上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长)

一、上海社会养老保险制度发展情况

1. 养老金待遇及政策变化

2011 年, 城镇职工离退休人员人均月养老金 2026 元, 城镇居民养老保险人均月养老金

490 元,新型农村养老保险人均月养老金 424 元。

2012 年,城镇职工人均提高到 2341 元,城镇居民 480 元,新农村 499 元。

2013 年,城镇职工提高到 2656 元,增加了按规办理养老金的城镇居民和新农村人员基础养老金,标准相应调整。城镇居民 545 元,新农村 583 元。

2014 年,城镇职工人均增加到 2964 元。7 月 1 日起,参保城镇职工和城乡居民达法定退休年龄后,可办理城乡养老保险制度衔接。5 月 1 日起,新实施《上海市城乡居民基本养老保险办法》,将城镇居民和新型农村养老保险合并。对 2013 年底已按新农村或城镇居民规定办理手续的人员,分别增加了基础养老金,标准统一调整为每人每月 540 元,实际 688 元。自 7 月 1 日起,城镇职工和城乡居民参保人员,达法定退休年龄后,职工缴费年限不足 15 年的,可申请转入城乡居民养老保险,

待达到规定条件,按城乡居民养老保险办法计发待遇¹。

2015 年,企业职工(原城镇职工)人均月养老金达 3315 元。2015 年 1 月 1 日起,对 2014 年底已按规定办理手续的城乡居民,增加了基础养老金。调整后,城乡居民标准统一为每人每月 660 元,实际 823 元。

2016 年,降低了企业职工缴费比例,继续增加基本养老金、发放一次性补助。企业退休人员人均提高到 3558 元。继续增加城乡居民基本养老保险基础养老金,调整后统一为每人每月 750 元,实际 906 元。

2017 年,自 4 月 1 日起,将原小城镇社保人员统一纳入职工基本养老保险,继续增加基本养老金、发放一次性补助。另对 2017 年办理申领手续的人员按补充规定增发基本养老金,企业退休人员人均提高为 3691 元。城乡居民标准新统一为每人每月 850 元,实际 1019 元。



图1 上海市基本养老保险参保人数变化

¹ 资料来源:《上海市城乡居民基本养老保险办法》(沪府发(2014)30号)

2015 年是上海养老保险宏观数据转折点, 当年职工基本养老保险参保人数增长趋势扭转, 主要是参保职工和离退休职工两者人数明显下滑, 农民工参保人数基本稳定。

同时职工养老保险待遇大幅提高, 年均增长率达 10.5%, 2015 年前增速高达 13%, 领先平均水平。市政府建立了城乡居民基础养老金的正常调整机制, 城乡居民养老保险基础养老金根据情况适时调整。

2014-2017 年度本市城乡居民养老保险基础养老金分别为每人每月 540 元、660 元、750 元、850 元, 一直居全国各省市之首; 2015-2017 年度基础养老金同比增长比例分别为 22.2%、13.6%、13.3%, 增长比例都高于同年度职工保险平均养老金增长比例。此外, 城乡居民养老保险还建立了一次性节日补助机制, 2018 年标准为每人每年 300 元。

然而自 2016 年以来, 宏观经济发展放缓, 金融市场融资困难, 职工和城乡居民养老保险待遇水平的增幅显著下降, 呈现明显的边际递减效应, 预期未来职工基本养老金待遇短时间内不会突破每月 4500 元大关, 城乡居民基本养老金待遇不会突破每月 1500 元大关。

2. 养老保险缴费基数调整

上海市政府每年根据社会平均月工资调整社会保险的缴费基数², 2011 年基数为 2338-11688 元, 至 2012 年变化为 2599-12993 元, 至 2013 年变化为 2815-14076 元, 2014

年又变为 3022-15108 元, 2015 年为 3271-16353 元, 最近的 2018 年基数为 4279-21396 元, 年平均增长率为 9%, 领先于年 GDP 增幅。

3. 阶段性调低企业缴费率

2011 年以来上海城镇职工养老保险个人缴费比例一直维持在 8% 的水平。但企业缴费比例有一定的调整。2013 年降低了养老保险中单位的缴费比例, 从 22% 降低到了 21%。2016 年 1 月 1 日起, 单位缴费比例进一步下降至 20%。最新的 2018 年度上海市职工社会保险缴费标准仍旧维持单位缴费比例 20% 不变。

4. 养老金征缴机构变化

2019 年以前, 根据《上海市社会保险费征缴实施办法》, 上海市人力资源和社会保障局负责本市社会保险费征缴的管理和监督工作, 具体由上海市社会保险事业管理中心负责征收和账户管理。2018 年初, 党的十九届三中全会做出了关于社会保险费征收体制改革的决定, 中央印发的《深化党和国家机构改革方案》明确将基本养老保险费、基本医疗保险费、失业保险费等各项社会保险费交由税务部门统一征收、从 2019 年 1 月 1 日起上海的社会保险将由税务部门征收³。

二、上海社会养老保险制度发展中面临的问题

1. 养老金增速、增幅问题

上海人口老龄化程度的加深导致在职员

² 数据来源: <http://www.12333sh.gov.cn/201712333/xxgk/zdly/02/>

³ 资料来源: 中共中央印发《深化党和国家机构改革方案》(新华社 2018.3.21)

工负担的老龄人口的赡养率持续攀升，养老金收支形势不容乐观。养老金调整存在“棘轮效应”，即养老金易于向上调整，而难于向下调整，离退休人员对养老金上涨的预期一旦形成很难改变，使养老金给付压力不断增加。为保持养老保险基金的可持续运行，2015 年以来，上海已按中央部署，逐步降低养老金增幅。见图 2。

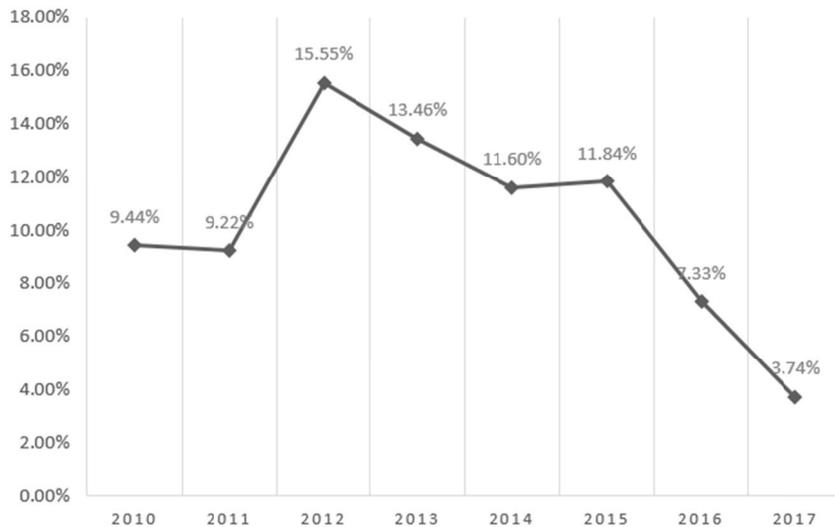


图2 2010-2017年上海市城镇职工养老金增幅变动趋势（相比上年）

2. 不同人群养老金待遇问题

离退休城镇职工和城乡居民养老金待遇差别仍存在，但比例呈下降趋势。城乡居民养

老金增幅高于同期职工养老金增幅，缓解了两者差距。见图 3。

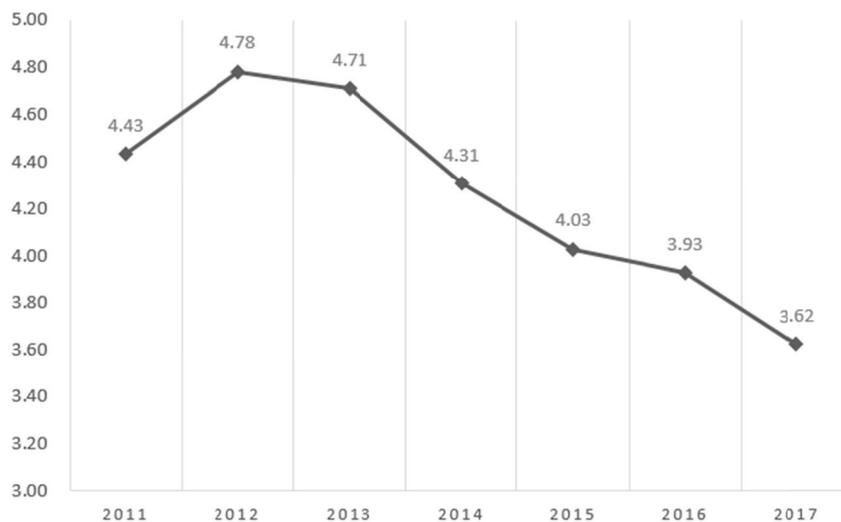


图3 2011-2017年城镇职工与城乡居民养老金待遇水平比（职工/居民）⁴

⁴ 数据来源: <http://www.12333sh.gov.cn/201712333/xxgk/zdly/01/>

3. 缴费人数和领取人数比持续下降问题

与此同时,据市政府公开的上海市参保职工和离退休职工人数比,企业基本养老保

险职工养老保险抚养比七年整体呈现下降趋势,从 2011 年的 2.55 下降到了 2017 年的 2.28,约两个人就要养一个退休人员。见图 4。

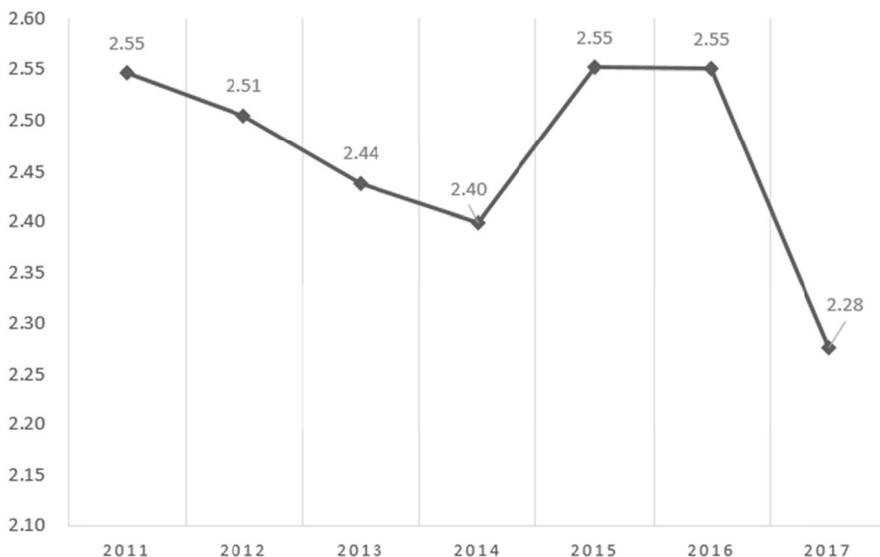


图 4 2011-2017 年企业基本养老保险职工与退休人员抚养比 (职工/退休)

4. 养老金替代率问题

以社会平均月工资为基准,2010-2017 年上海市养老金替代率先上升再回落,在 46%-56% 之间波动,2017 年因养老金增幅回落,

替代率下降明显。未来养老金增幅若继续回落,替代率可能进一步回落到 50% 以下,如何让退休人员分享社会经济发展成果面临挑战。见表 1。

表 1 2010-2017 年上海养老金调整幅度变化情况

年份	养老金水平(元)	调整水平(元)	调整幅度(%)	社会月平均工资(元)	养老金替代率(%)
2010	1855	160	9.44%	3896	47.61%
2011	2026	171	9.22%	4331	46.78%
2012	2341	315	15.55%	4692	49.89%
2013	2656	315	13.46%	5036	52.74%
2014	2964	308	11.60%	5451	54.38%
2015	3315	351	11.84%	5939	55.82%
2016	3558	243	7.33%	6504	54.70%
2017	3691	133	3.74%	7132	51.75%

5. 费改税企业负担增加问题

养老保险费改由税务部门征收,缴费基数更为真实,可能增加企业社保负担。李克强

总理在国务院常务会议上明确要求,“在社保征收机构改革到位前,各地要一律保持现有征收政策不变”“严禁自行对企业历史欠费进行

集中清缴”⁵。当前各地征收体制改革工作处于准备阶段,社保经办机构和税务部门应着力做好衔接工作,积极建立数据共享平台。在改革工作中坚持只变更征收主体,原有政策继续保持不变的基本原则。

统一社保费征收主体,将提高社保费征收效率,有利于促进各类企业职工参保缴费,更好地维护职工权益。上述改革将为降低社会保险费率、促进企业公平竞争、减轻企业及职工缴费负担创造有利条件⁶。

三、改进上海社会养老保险制度的政策建议

1. 进一步扩大养老保险制度覆盖面

2017 年上海城镇职工养老保险制度的覆盖面只有 72.53%, 300 多万从业人员未纳入城镇职工养老保险制度。这削弱了养老保险缴费能力,不利于保护该人群未来待遇。当前未纳入养老保险制度的主要是外省市在上海从事个体职业的人群,要改革养老保险制度,应创造条件把这些人群纳入上海城镇职工养老保险体系中。

2. 增加养老保险投资规模和投资方向

上海应着力于提高养老保险投资收益,改善当前收益低的现状。2017 年底上海城镇职工基本养老保险制度的累计结余已经超过 2000 亿元,可拿出更多资金用于各项投资,保持保险基金的保值增值,为应对未来几十年长期的养老保险基金支付压力做好准备。

3. 适当阶段性降低上海养老保险缴费率

养老保险改由税务局征收,可能导致养

老保险缴费基数增加。上海市多年执行 8% 个人养老金缴费比例,近几年单位缴费比例也降低到了 20%。中美贸易战导致经济下行压力巨大,国内企业经营遭遇瓶颈。养老金费变税增加了国家强制力,社保缴费基数一旦做实,将减少企业灵活变通空间。当今许多企业采用社会平均工资的 60% 最低标准作为社保基数,而非员工实际月工资数,新政策将实际增加企业资金运营难度。立足国家宏观发展大局,有必要在当前经济不景气下进一步阶段性降低社保缴费比例,确保总体上不增加企业负担。

4. 综合考量政府企业和宏观经济态势,改革养老金机制

要对上海现行的养老保险制度进行改革,努力确保收支平衡略有结余。养老金调整机制需常态化,养老金调整方向需偏向保基本而非保增幅,养老金调整需保证制度可持续性和平衡代际公平性。

上海医疗保险发展成就、 问题与对策建议

刘佼(上海社会科学院城市人口所研究生)

周海旺(上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长)

一、上海社会医疗保险制度持续完善

上海医疗保险主要分为城镇职工基本医疗保险(下称“职工医保”)和城镇居民基本

⁵ 资料来源:《李克强:各地一律保持现有社保政策不变》(中国政府网2018.9.18)

⁶ 资料来源:《人社部、财政部、税务总局、国家医保局相关负责人表示改革社会保险费征收体制总体上不增加企业负担》(人民日报2018.9.21)

医疗保险(后改为城乡居民基本医疗保险,下称“居民医保”)。在“十二五”期间,二者政策变化方向较为明晰,城镇职工基本医疗保险的发展主线是降负担和增保障,城镇居民基本医疗保险的主要趋势则是拓宽覆盖范围和医疗分流。在“十三五”期间,上海市政府则开始探索新型保险,如大病险、长护险等,同时也开始了对医养结合等制度的探索。

1. 降低职工和企业的医保负担

在降负担方面有两大主线,一是拓宽城镇职工基本医疗保险的保障人群,二是调整参保单位基本医保的缴纳比例。

扩大医疗保障的覆盖面。上海市在 2010 年就开始将自由职业者和个体经济组织业主纳入职工医保中,并在 2011 年将与上海市用

人单位建立了劳动关系的外来从业人员以及拥有上海市户籍的从业人员(含领取失业保险金人员)也一同纳入职工医保体系内,在 2013 年则将灵活就业人群纳入了职工医保体系。

降低医疗报销的缴费比例。上海市多次调整职工医保的缴费比例,主要是降低单位缴纳基本医疗费比例,单位缴纳地方附加医疗保险费的比例及个人缴纳比例保持原状。

2013 年开始将上海市职工的缴费比例由 14% 降至 13%, 2015 年又降至 12%, 而在 2017 年又再次下降 0.5 个百分点至 11.5%, 而在失业人员领取失业保险金期间,由失业保险基金为其支付的本市职工基本医疗保险的缴费比例,也由原来的 12% 调整为 11.5%。

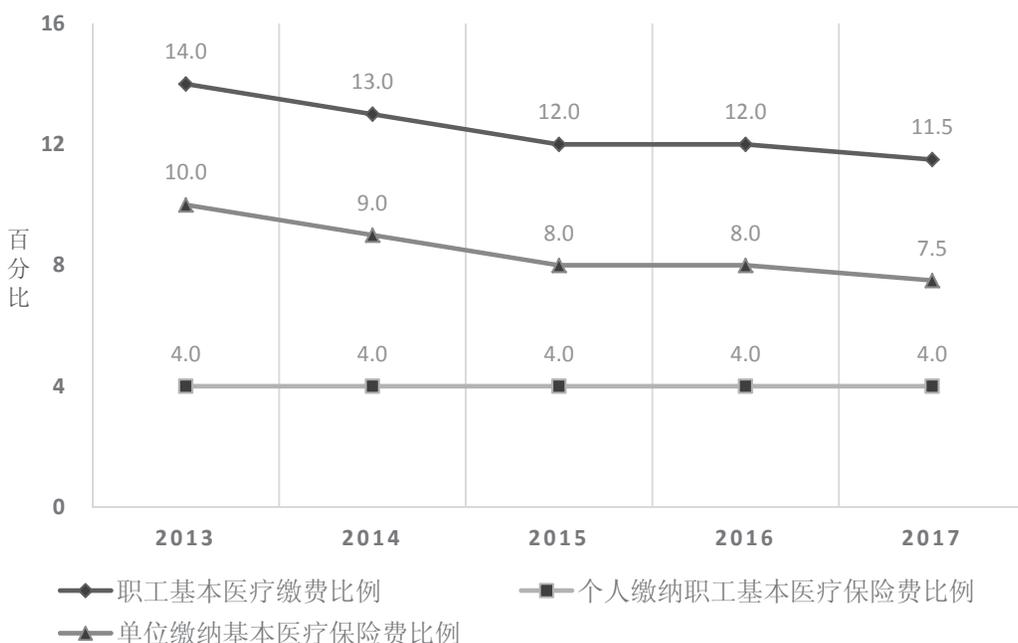


图1 城镇职工基本医疗保险缴费比例变化

2. 提高职工医疗保障待遇水平

在提高保障水平方面,上海市政府在 2011 年对最高支付限额进行了大改,将 7 万

元调整为 28 万元,从 2012 年起,平均每年将最高支付限额向上调整 3 万元,至 2017 年调整为 46 万元。最高支付限额是指在一个医疗

年度内,基本医疗保险基金支付参保人医疗费用的最高数额,因此最高限额的提高有助于提高参保人应对重大意外疾病的能力。不仅如此,在 2012 年上海市政府依据“强基层,保基本,建机制”的要求,按照年龄和身体状况确定了门诊医保的报销比例,并全面拉开不同级别医疗机构的门诊报销比例,使参保人员到基层医疗机构就医报销比例最高。

3. 拓宽城镇居民基本保险范围

在拓宽覆盖范围方面,将上海市各类高等院校、科研院所(以下简称“院校”)中接受普通高等学历教育的全日制本科学学生、高职高专学生以及非在职研究生(以下统称“大学生”)纳入本市居民医保覆盖范围,并规定大学生实行个人缴费。在 2012 年上海市出台政策使居民医保惠及拥有本市户籍留学人员及其持他国护照的子女。值得注意的是,上海市在 2016 年将新型农村合作医疗与城镇居民医疗保险合并,全面实施城乡居民基本医疗保险。

4. 探索新型保险

不仅如此,上海市在 2014 年开始试点实施城镇居民大病保险(下称“居民大病险”),并于 2015 年将大学生纳入居民大病险范围。《上海市城乡居民大病保险办法》于 2017 年修订后正式实施,新修订的《办法》着力提高城乡居民大病保障水平,进一步减轻大病患者医疗费用负担。此外,本市高等院校在校学生因患血友病、再生障碍性贫血所发生的医疗费用,也一并纳入了城乡居民大病保险范围。居民医疗保险不仅拓宽了参保群体,同时也在努力拓宽医保覆盖范围,通过大病保险减轻大病患者医疗费用负担。

另一方面,上海市于 2016 年开始试点长期护理保险(下称“长护险”),长护险制度是指以社会互助共济方式筹集资金,对经评估达到一定护理需求等级的长期失能人员,为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。长期护理险以“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则确定不同人员的缴费比例,同时安排专业人员对每位参保长护险人群进行评估认定,并为其提供社区居家照护、养老机构照护和住院医疗照护。

5. 医疗体制调整

上海市从 2011 年开始探索医疗分流,最初上海市将一二三级医院的报销比例进行区分,并增设门急诊的 200 元起付线,以促使参保人员合理利用公共医疗资源。在 2012 年再进一步,增设了分级医疗机构的起付标准。在 2014 年调整了住院医疗的待遇标准,强化了不同级别的医疗机构的报销区别。

在另一方面,提出了医养结合政策,上海市于 2017 年提出养老机构可以自愿申请医保联网结算,方便养老机构中的住养老人就医,除此之外,上海为解决职工医保中参保人员自负医疗费的特殊困难,从上海市地方附加医疗保险基金中列支医保综合减负资金,惠及参加上海市职工医保的参保人员。并对参保人员的年自负医疗费累计超过其年收入一定比例的部分,实行医保综合减负。

综上所述,医疗保险体系在“十二五”期间一直处于不断调整,不断完善的过程,几次大型的调整,如参保群体范围的调整和报销比例结构的调整都发生于“十二五”期间;而

在十三五期间,上海市开始探究在职工基本医保和居民基本医保外的医保制度改革,如医养结合制度、重疾险和长护险试点等。简而言之,政府在“十二五”期间更多地关注于医保的普惠性,而“十三五”以来则开始关注重点特殊人群的特殊需求。

二、上海社会医疗保险制度发展中面临的问题分析

1. 医保费用的支出结构不合理

医疗保险作为由政府主导的、具有普惠性质的保险制度,不仅要尽量覆盖所有常住人口,同时还应尽量惠及各类医疗情形。但医疗保险的实质是未雨绸缪,通过向健康劳动群体收取部分医疗保险金,使得其未来的医疗支出得以控制,从而降低个人财产配比中的医疗预存占比。因此,在政府的医保体系中很容易出现公共绿地问题,由于使用医保时消耗的是“他人的未来医疗预存”,参保人员会出现消耗超过实际所需医疗资源这一“搭便车”现象,如不对该现象加以控制,则会导致医疗保险的支出结构问题。

在医疗保险的支出结构问题中,需要解决两类问题,一是解决在门诊住院等方面的构成问题,二是解决医保人群的构成问题。

在门诊和住院的构成问题上,主要是大医院和社区基层医院就医人数失衡问题。上海医保政策强化了不同级别医疗机构的报销比例以及起付标准的差异,增加“搭便车”的成本,从而引导民众多去基层医院看小病。但是医疗问题也并不完全是经济问题,该问题的内因也

有参保人员对于中小医院及其医师的不信任所产生的不理性。这类结构问题导致了大医院供不应求,但社区基层医院里却门可罗雀的现象。

在参保人群的构成问题上,主要是不同人群的缴费和享受失衡问题。在城镇基本医疗保险制度中,在职人员缴纳医疗保险费,而退休人员无需缴纳,但是在医保费用的使用方面,则是退休人员使用的医疗资源远多于在职人员。

2. 医保资金的可持续存在问题

在城镇职工基本医疗保险制度中,我国统一采用在职人员缴费赡养离退休人员的模式,因老年时期的医疗需求和医疗频次远高于青壮年时期,故老龄化将加大职工医保基金的开支,从而对医保基金的可持续有非常重要的影响。^[2]在上海职工基本医疗保险的参保人数中,在职人员从 2010 年至 2017 年增长了 195.77%,离退休人员增长了 139.87%,职退比(在职人员 / 离退休人员)从 2.47 降至 2.05⁷,这表明随着老龄化,在职人员的赡养压力在逐渐增加,医保基金的收入和开支的平衡比例将有被打破的趋势。

目前,从 2011 年至 2017 年上海职工医保基金累计余额皆有盈余,但是随着国家经济发展步速的放缓,企业对劳动力需求下降,再加之对外来人口的限制,老龄人口比重的增大,上海职工医保基金收入势必会有所下降,据估计在 2033 年之后医疗保险统筹基金余额开始呈下降趋势,2050 年可能会为赤字状态。^[1]虽然在中短期内,医保基金还有较为稳定的盈余,但是我们亦需要重视未来可能出现的赤字趋势,并解决医保资金的可持续问题。

⁷ 数据来源:上海市人力资源和社会保障局,《度本市社会保险基本情况》(2010—2017 年)

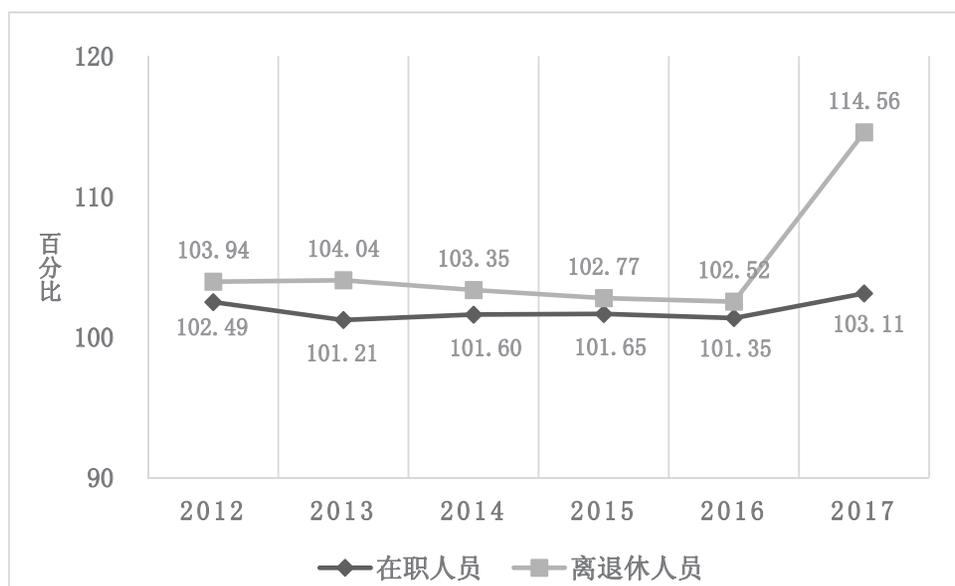


图2 在职人员与离退休人员增长速率

3. 长三角一体化中医保的异地结算问题

随着经济发展和交通网络的建设,人口的流动愈发频繁,尤其是在长三角区域中,上海与其他地区之间异地就医的需求日益突出,截至2017年末,上海市共为合作省市的异地就医对象代办医疗报销326980人次,金额达86962.4万元,而截至2018年4月,上海作为参保地,接待异地就医直接结算人次为8908人次,医保基金实际支付率为78.9%;上海作为就医地,接待异地就医直接结算人次为74167人次,医保基金实际支付率为60.5%。^[4]可见上海面临着更大异地就医结算需求,且医保基金的实际支付率仍有待提高。在长三角区域中,主要采用省与省、市与市之间相互结算的预付金方式,流程复杂繁琐,材料需经转各机构和各地区,导致结算周期长,清算工程量较大,经常出现拒付和资金拨付不到位的情况。^[3]如果在长三角一体化中全面推广直接异地结算,将会对两方面提出高要求:一方面是对管

理平台的高要求,由于各地医保政策制度的不同,当地的就医管理体系需要纳入其他地区的医管理理制度体系,且需直接结算,这要求各地医保信息系统有更好的兼容性,以提高信息和资金流转的顺畅度,并需要加强监督管理,避免资金挪用、损耗等现象;另一方面是对就医机构能力的高要求,随着异地就医业务量的增加,可能会超出部分本地医院的承载能力,如何协调本地就医业务和异地就医业务、如何提高就医地机构的管理能力是值得关注的重点。

三、改进上海社会医疗保险制度的政策建议

1. 医养结合,完善高龄老人护理保险制度

要加强养老服务和医疗服务的融合发展,在社区、机构普遍开展医养结合工作。如果老年人在其小病阶段即可确诊,对于医保资金的消耗会远远小于在大病阶段才确诊的消耗,因

此要重点关注高龄老人和健康状况较差老人的生活照料和医疗护理的结合工作,通过专业的康养医护一体化的服务,更好地服务老人,降低医疗费用。此外,可借鉴泰国、菲律宾、印度尼西亚等国家成熟发达的护理产业经验,提高护理人员的专业能力,改善其工作环境和工资水平,以解决该行业人员短缺和服务质量不足的问题。

2. 推进医疗卫生体制改革中的医生异地执业

为了让医疗资源得以合理分布,应开放执业地点和人才流动限制,鼓励医务人员的合理流动,促进不同医疗机构人才的纵向和横向交流。上海市可借鉴北京市鼓励有资质的人员在社区开办诊所或个体行医的政策,鼓励医师们利用空闲时段在社区药店或社区卫生服务中心坐堂行医,以及退休后可去社区开诊所,这既能让医师们通过自己的技能赚得报酬,又可缓解医疗分配不均的问题,一举双赢。同时为了避免医生为追求经济利益影响本职工作,可对医生的医疗技术分级,并将薪酬考核体系与医疗质量、患者满意度直接挂钩。

3. 理顺医疗价格体系,提高医疗服务价格

由于目前医疗价格体系的不合理,资源浪费的情况时有发生。根据统计学中的“二八定律”,80%的疾病都是常见且治疗简单费用平价,而20%的疾病则治疗复杂且费用昂贵。因而上海市政府尝试将两类病症进行区分,并推出了大病保险以覆盖重大疾病。基于“二八定律”,可以通过适当提高部分医疗服务价格,以帮助参保人在就医时恢复经济理性。具体如下:政策补贴应当倾向于补贴常见疾病,如感冒发热咳嗽等,并且保证参保人在基层医院能

以低费用得以治疗;而对于较为常见但较为严重的疾病则保持现有水平,因仍需保证医疗保险的普惠性;但对于罕见的大病重疾等,则需要明确普通医保不能对此进行过多补贴,应引导参保人购买大病保险来进行保障。

4. 加强基层卫生服务体系建设

为了合理配置医疗资源,鼓励民众“小病小医院,大病大医院”,要通过政策引导和经济方法实现医疗分流。首先,要进一步拉大不同等级医疗机构的报销比例,引导民众多去小医院和基层医院看病;其次,要加强基层卫生服务,提高从医人员的水平和设施质量,营造良好的就医环境,提高就医的便利性,切实满足民众医疗需求,从而实现真正的医疗分流,以提高医疗资源的使用效率。

5. 加快长三角地区医疗服务一体化进程

为了推进长三角区域一体化进程,方便人员跨地区流动,要加快医疗服务的一体化。有几个问题需要迫切解决:一是异地门诊医疗费用的实时医保支付问题;二是高龄护理费用的异地结算问题;三是医疗机构的跨地区发展问题。

上海市失业保险政策演变情况、存在问题及相关建议

戴睿(上海社会科学院经济研究所研究生)

周海旺(上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长)

一、上海失业保险政策演变情况

2010-2017年,上海市失业保险政策的变

化主要体现在三个方面：

1. 扩大失业保险制度覆盖范围

随着失业保险制度的不断完善，上海市陆续把农村户籍人员、外来从业人员和在上海就业的港澳台居民纳入到失业保险覆盖范围内。

2015 年 4 月，上海市将农村户籍人员全面纳入本市失业保险制度。实现农村户籍人员与城镇户籍人员“同业同制度、同城同待遇”。

2016 年 3 月，上海市将外来从业人员全面纳入本市失业保险制度覆盖范围。

2016 年 10 月，上海市出台了《关于台湾香港澳门居民办理失业登记的通知》，将在上海就业的台港澳居民纳入了失业保险制度覆盖范围。

2. 增加就业补贴力度

2011 年 4 月，上海市取消协保人员实现市场化就业后享受就业补贴需满足“距法定退休年龄五年以内”的条件限制，政策覆盖到全部协保人员。

2014 年 3 月起，上海市提高了用人单位吸纳“就业困难人员”的一次性补贴标准。

2016 年 10 月，上海市将领取失业保险金人员纳入了临时价格补贴的保障对象范围，并启动社会救助和保障标准与物价上涨联动机制，发放价格临时补贴。

2017 年 4 月，上海市根据相关行业领域技能人才紧缺程度，调整了劳动者参加补贴培训的比例和补贴次数，在职从业人员补贴比例从补贴标准的 50% 提高到 60% 或 80%（紧缺急需的培训项目）；此外，上海市户籍残疾人和就业困难人员参加补贴目录内培训项目，按规定补贴标准享受 100% 培训补贴。劳动者参

加补贴培训，在上一个培训项目结束后，就可参加下一个培训项目，不受一年一次的限制。

2017 年 5 月，上海市对年龄在 16 ~ 35 岁、具有上海市户籍的未就业青年和本市应届离校未就业高等学校及中等职业学校毕业生参加见习的给予见习补贴。

3. 降低保险费率

2010-2017 年，上海市社会保险费率从 3% 降至 1%，其中个人保险费率于 2013 年 10 月 1 日从 1% 降至 0.5%，其余年份没有变化；单位保险费率则从 2% 逐渐下降，目前为 0.5%。

2011 年 7 月 1 日，上海市政府出台的《关于贯彻〈社会保险法〉调整本市现行有关失业保险政策的通知》，规定从 2011 年 7 月 1 日期，将用人单位缴纳的失业保险费率调整为 1.7%，个人缴纳的失业保险费率仍为 1%，将失业保险费率从 3% 调整至 2.7%。

2013 年 10 月 1 日起，上海市失业保险缴费比例由原来的 2.7% 调整为 2%。其中，单位缴费比例由原来的 1.7% 调整为 1.5%，个人缴费比例由原来的 1% 调整为 0.5%。

2016 年 1 月 1 日起，上海市失业保险缴费比例由原来的 2% 调整为 1.5%，其中单位缴费由 1.5% 下调至 1%。

2017 年 1 月 1 日起，上海市调整了失业保险缴费比例，由原来的 1.5% 阶段性调整为 1.0%。其中：单位缴费比例由原来的 1.0% 调整为 0.5%，个人缴费比例不作调整。同时，上海市出台了就业援助的相关规定，对用人单位吸纳“就业困难人员”“特定就业困难人员”可按规定申请补贴。

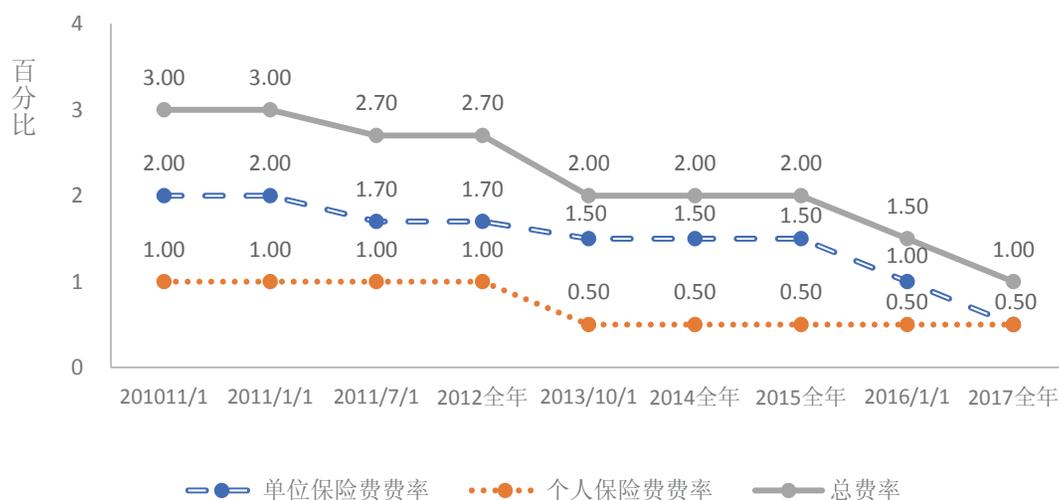


图1 2011-2017年上海市失业保险费率变化情况

二、上海失业保险面临的问题

1. 第 13-24 个月的保险金给付水平较低

以 2017 年为例, 2017 年上海市失业保险金实行“先归并, 再调整”的办法, “先归并”是将以前按照累计缴费年限和年龄分三档的设置的不同标准, 统一归并至最高档; “再调

整”是在 2016 年第一档 1-12 个月失业保险金最高标准 1520 元/月的基础上, 加上 140 元/月, 调整为 1660 元/月。第 13-24 个月保险金标准为 1-12 个月的 80%, 延长领取失业保险金的标准为第 13-24 个月的 80%, 最终结果如表 1 所示。

表1 2017年上海市失业保险金、最低工资和最低生活保障标准 元/月

	失业保险待遇标准	最低工资标准	最低生活保障标准
第 1-12 个月支付标准	1660		
第 13-24 个月支付标准	1328	2300	970
延长领取支付标准	1063		

数据来源: 上海市人力资源和社会保障局

按照国家《失业保险法》, 失业保险金标准应介于当地最低生活保障标准和最低工资标准之间。2017 年, 上海市最低工资标准为 2300 元/月, 最低生活保障为 970 元/月。失业第一年内每月能领取的失业保险金仅为最低工资标准的 72.17%, 并不算高, 第 13-24 个月能领取保险金占比就更低了。此外, 对于一个有一个孩子的三口之家来说, 若父母失

业一年, 家庭能领取的失业保险金为 3320 元/月, 然而一个领取最低生活保障的三口之家能领取的最低生活保障为 2910 元/月, 失业保险金比最低生活保障高 410 元/月, 不算太低。但若直接失业两年, 该三口之家第二年能领取的失业保险金为 2656 元/月, 比最低生活保障低 254 元/月。上述两方面表明, 上海失业保险金第 13-24 个月给付水平有待提高。

2. 失业保险基金促进就业的效果不明显, 使用方向有待优化

财社部 [2011]64 号文规定, 就业专项资金用于职业培训补贴 (含劳动预备制培训生活费补贴)、就业见习补贴、职业介绍补贴、职业技能鉴定补贴、社会保险补贴等, 但上海市却把很多职业培训补贴支出项目逐渐划入到财政专项基金拨款的项目中。

2010 年, 职业培训补贴主要包括 6 个支出项目, 其中职业见习补贴费用和创业见习补贴费用分别包含了 4 个细分支出项目。2012 年, 职业见习基地绩效评估费和创业见习基地绩效评估费转入财政专项基金。2013 年, 职业见习学员综合保险费用、题库开发和研究、创业见习学员综合保险费用、校企合作费用、公共实训基地建设和维护费用和培训信息 (账户) 卡制作费用均转为财政转型基金。至此, 职业培训补贴支出项目由 6 个支出项目缩减为 2 个支出项目, 同时职业见习补贴费用和创业见习补贴费用分别只包含 2 个细分支出项目。

从上世纪 80 年代以来, 国际失业保险的用途重点逐渐从保障生活转向促进就业, 但不难看出, 上海市失业保险政策在促进就业方面的引导不明显。此外, 一方面上海市把原来属于失业保险基金拨款的职业培训补贴支出的很多项目划给了财政专项基金拨款, 造成原来用于职业培训支出的资金用途出现空缺; 另一方面, 2010-2016 年上海市失业保险基金总量一直上升, 在 2017 年有所下降, 但是存余总量依然很可观 (见表 2), 由此可见, 上海市失业保险基金使用方向有待优化。

三、政策建议

2010-2017 年的 6 年间, 上海市失业保险政策逐步完善, 呈现出变中向好的态势, 但发展过程中也存在一些不足, 为充分发挥失业保险金在保障生活、促进就业和预防失业中发挥的作用, 本研究提出以下建议:

1. 提高第 13-24 个月的失业保险金的给付水平

在失业保险金面临的问题部分中的分析显示, 失业保险金的第 13-24 个月的给付水平较低, 这显然没有发挥好失业保险金保障生活的作用, 只有先保障了生活, 失业者才能考虑参加职业培训进而寻找工作。

2. 可以考虑把失业保险费率长期保持在 1%

上海市企业当前面临的税赋过重, 其要承担 25% 的企业所得税、17% 的增值税以及其他各种税收, 过高的商务成本使得很多中小企业迁移到上海市周边地区, 但不在上海市范围内; 此外, 上海社保缴费率领跑全国, 并高于美国、日本、德国等国。根据国际经验, 企业缴费超过 10% 就要亮黄牌, 超过 20% 就要亮红牌。一个城市的发展完善需要中小企业, 其可以增加就业岗位, 发挥促进就业的杠杆作用, 而过高的税赋不仅会减少中小企业, 而且对大企业的发展也不利, 故上海市需要降低企业面临的负担, 而维持或减少社保缴费率也是其中可行的一个方面。

上海市政府规定, 从 2017 年 1 月 1 日开始, 上海市阶段性地调整了失业保险费率为 1%,

即使说 1% 只是当前阶段暂行指标, 将来有可能增加也有可能降低, 建议市政府可以考虑把失业保险费率长期稳定在 1% 的水平。

3. 建议加大失业保险基金在促进就业方面的使用力度

其一, 2015 年以来, 领取失业保险金人数逐渐增加, 但是失业保险基金存余总量依然很可观。由于上海市把农村户籍人员、外来从业人员和在上海就业的港澳台居民纳入到失业保险覆盖范围内, 可以看到 2015-2017 年的 3 年里, 领取失业保险金的人数从 9.54 万增长到 11.13 万, 相应地在 2017 年, 年末基金累计结存首次出现了减少, 但总量依然很可观, 达 169.87 亿元。

其二, 失业保险基金用于保障就业和保障生活的部分呈下降趋势。2010-2017 年, 城镇登记失业率呈现下降趋势, 甚至在 2017 年下降到了 4% 以下, 而且城镇登记失业数也逐年下降, 这说明失业保险基金中用于预防失业和保障生活方面的资金将会逐渐减少。

其三, 随着国际社会对失业保险制度的改革, 失业保险基金用途的重点逐步从保障生活转向促进就业。

总之, 失业保险基金用途的重点应从保障生活转变到促进就业上, 上海市失业保险基金存余总量可观, 且在保障生活和预防失业方面资金压力不大, 因此可以考虑把更多的资金用于促进就业方面。

表2 上海市失业保险基金收支及失业情况

年份	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
基金收入 (亿元)	71.67	81.63	91.54	99.51	89.76	98.7	104.47	87.17
基金支出 (亿元)	60.72	61.83	69.47	77.87	83.59	85.64	93.38	98.48
年末累计结存 (亿元)	87.35	107.15	129.22	150.86	157.03	170.09	181.18	169.87
领取失业保险金人数 (万人)	11.61	11.22	10.88	9.93	9.81	9.54	10.54	11.13
城镇登记失业人数 (万人)	27.73	27.33	27.05	26.37	25.63	24.81	24.26	22.06
城镇登记失业率 (%)	4.20	4.20	4.20	4.20	4.20	4.10	4.10	3.90

³ 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

上海女性避孕方法、分娩方式及生育养育服务享有情况分析

——基于 2017 年全国生育状况调查上海市数据

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), 上海 200040)

为了了解近年生育水平变动态势,了解群众生育意愿、生育养育相关公共服务落实情况,为促进生育政策和相关经济社会政策配套衔接提供科学依据。2017年,原国家卫生计生委组织实施了全国生育状况抽样调查。此次生育状况调查的对象是2017年7月1日零时现住中国大陆的15~60岁(即1956年7月1日至2002年6月30日出生)中国籍女性人口,调查内容主要包括生育行为、生育意愿、避孕方法及生育养育服务等,调查采用分层、三阶段、概率比例抽样(PPS)方法抽取样本,最终成功调查了249946名女性。为了克服由于抽样框的缺陷所产生的样本结构偏性,在数据处理阶段根据相关数据对样本数据进行了事后加权。

2017年5~9月间,原上海市卫生计生委按照国家的统一部署组织开展了此次调查。调查共计采集到覆盖全市16个区的300个社区的6000名15~60岁的女性的信息,经加权处理后,其中,户籍女性3255名,流动女性2745名。本文主要基于上海市的数据,分析上海女性避孕方法使用、分娩方式选择以及生

育养育服务享有情况,并在此基础上提出相应的思考与建议。需要说明的是,此次生育状况调查中对于避孕方法、分娩方式和生育养育服务问题的询问并不是针对所有被访者的,且不同问题询问的被访者会有所差异,故在下文的分析中不同内容的回答样本量会有所差异。文中展示的百分比均为有效百分比。

一、避孕方法使用及免费避孕措施的获得情况

(一) 避孕率及避孕方法选择

通过对15~49岁有过怀孕史(不含现孕)和无怀孕史的受访者回答的避孕情况的综合分析得出,上海15~49岁已婚有偶育龄妇女避孕率为80.72%,其中,15~49岁户籍已婚有偶育龄妇女避孕率为78.21%;15~49岁流动已婚有偶育龄妇女避孕率为82.55%(见表1),后者高于前者。贺丹等(2018)的分析显示全国已婚有偶育龄妇女避孕率为84.7%,略高于上海。进一步地,在15~49岁已婚有偶育龄妇女中,采取避孕套的比例最高,为42.16%,使用宫内节育器的比例排第二位,为27.08%,

女性或男性绝育的比例为 8.24%，口服避孕药的比例为 2.08%，采用皮下埋植、外用避孕药等其他避孕方法的人均非常少。15~49 岁户籍已婚有偶育龄妇女采取避孕套的比例为 45.13%，宫内节育器的比例为 27.72%；15~49 岁流动已婚有偶育龄妇女采取避孕套的比例为 39.99%，宫内节育器的比例为 26.61%（见表 1）。

表1 15~49岁已婚有偶育龄妇女避孕方法构成(%)

	户籍女性	流动女性	全体受访者
使用避孕方法	78.21	82.55	80.72
宫内节育器	27.72	26.61	27.08
皮下埋植	0.07	0.00	0.03
口服避孕	2.61	1.70	2.08
外用避孕药	1.27	0.67	0.92
避孕套	45.13	39.99	42.16
男/女绝育	1.20	13.38	8.24
其他避孕方法	0.21	0.21	0.21
安全期	4.94	3.50	4.11
体外射精	1.41	1.34	1.37
绝经、闭经	0.78	0.77	0.77
子宫切除	0.56	0.21	0.36
未避孕	14.10	11.63	12.67
合计	100.00	100.00	100.00

（二）最近一次分娩/流产之后，避孕方法的使用与转换

15~49 岁有过怀孕史（不含现孕）的育龄女性在最近一次分娩/流产之后，使用避孕方法的占 84%，使用安全期和体外射精方法进行避孕的分别占 4.2% 和 1.4%，未避孕的占 9.5%，绝经、闭经和子宫切除的分别占 0.7% 和 0.2%。在所使用的避孕方法中，避孕套和宫内节育器是最主要的两种，分别占 48.9% 和 37%，女性绝育的占 9.8%，口服避孕药占 2.8%，男性绝育、皮下埋植、外用避孕药等其他避孕方法使用的人均非常少。这些使用避

孕方法的育龄女性中，43.6% 的人在分娩/流产之后的 3 个月内开始使用避孕方法，75.8% 在分娩/流产之后的 6 个月内开始使用避孕方法。进一步的分析发现，15~49 岁有过怀孕史（不含现孕）且未绝经/闭经、子宫未切除的育龄女性中，有 5.5% 的人在最近一次分娩/流产之后避孕方法发生了转换。

（三）免费避孕措施的获得情况

在 3215 名目前使用避孕方法的育龄妇女中，目前所使用的避孕方法免费获得率为 38.5%。据笔者在浦东新区的实地调研显示，避孕措施的免费获得率不高主要是由于服务

对象选择使用免费避孕药具的比重不高所致,许多以户籍人口居住为主的社区、尤其是高档社区内的居民对免费药具的需求非常小。进一步地,对目前使用的避孕方法的获取机构的分析显示,最主要是通过综合医院免费获得,比重为 50.3%,其次依次是妇幼保健机构(22.2%)、计划生育服务机构(20.9%)、妇幼保健计划生育服务机构(3.6%)、私营服务机构(2.6%)。

二、分娩方式

对全部 15~60 岁受访妇女历次分娩情况的综合分析发现,15~60 岁曾经分娩过的妇女中有过剖宫产经历的人占 34.1%,有过 1 次剖宫产经历的占 28.8%;有过 2 次剖宫产经历的占 5%;有过 3 次剖宫产经历的占 0.3%。其中,户籍女性和流动女性的剖宫产经历存在显著性差异(Pearson 卡方检验的结果是: $\chi^2=5.049$, $P=0.025$),曾经分娩过的户籍女性中有过剖宫产经历的比重为 35.6%,高于曾经分娩过的流动女性(32.4%)。

进一步分析 15~49 岁育龄妇女的分娩情况发现,其中有过剖宫产经历的人占 39.9%,有过 1 次剖宫产经历的占 32.7%,有过 2 次剖宫产经历的占 6.9%,有过 3 次剖宫产经历的占 0.4%。其中,户籍育龄女性和流动育龄女性的剖宫产经历存在显著性差异(Pearson 卡方检验的结果是: $\chi^2=42.867$, $P=0.000$),曾经分娩过的户籍育龄女性中有过剖宫产经历的比重为 46.7%,高于曾经分娩过的流动育龄

女性(35.2%)。需要说明的是,此处分析的是受访女性曾经的剖宫产经历,不是某一年份的剖宫产率。

一般来说,剖宫产手术是挽救存在胎儿窘迫、胎位异常、妊娠合并症等高危妊娠紧急情况的重要手段,但在当下混杂着许多社会经济因素,是否剖宫产似乎已不再是一个单纯的医学问题。世界卫生组织(WHO)曾根据剖宫产适应症的发病率建议,理想的剖宫产率应在 10%~15% 之间,当剖宫产增加到 10%,产妇和新生儿死亡率随之下降;当剖宫产超过 10% 以上,并没有继续降低死亡率。不过,随着现在高龄、病态肥胖孕产妇比例的增加,也有研究认为现在更合理的剖宫产率可能在 19%~24% 之间。

北京大学公共卫生学院刘建蒙等曾对 2008~2014 年全国妇幼年报资料的近 1 亿出生人口进行了系统分析,覆盖中国大陆 31 个省份的 2800 多个县。结果显示,中国剖宫产率从 2008 年的 28.8% 上升到 2014 年的 34.9%,年均升高 1.0 个百分点。该报告还显示,中国剖宫产率存在明显的地区性差异,经济相对发达地区的剖宫产率处于高位。2016 年全国妇幼卫生监测第六期报告显示,2015 年全国剖宫产率为 34.3%,其中城市为 39.2%,农村为 30.1%,东北三省、天津、江苏、湖北、上海的城市剖宫产率较高。近年来,上海在降低剖宫产率方面开展了大量的工作,取得一定的效果。上海市卫生计生数据¹显示,2009 年以来上海的顺产率逐步提高,已从 2009 年

¹ 数据查询于上海市卫生健康委官方网站: <http://www.wsjsw.gov.cn/tjsj2/20180815/58393.html>

的 43.35% 提高至 2017 年的 52.71%，但上海的剖宫产率仍处于高位。

三、生育养育服务

2017 年全国生育状况调查询问了在调查时点前一年内有生育行为的女性（主要是女职工）的产假情况及产假期间的待遇、生育这个孩子对工作和职业发展的影响、在怀这个孩子的孕前或孕期是否免费领取过叶酸、接受免费孕前优生检查服务的情况以及分娩费用的支持及报销情况等，还询问了受访者 6 周岁以下子女的入园 / 入托情况及主要的照料者等。

（一）调查时点前一年内生育女性的生育服务享有情况

1. 产假情况

2016 年 3 月起施行的新修订的《上海市人口与计划生育条例》中规定，符合法律法规规定生育的夫妻，女方除享受国家规定的产假外，还可以再享受生育假 30 天，即女方产假和生育假一共可以享受 128 天，男方享受配偶陪产假 10 天。此次调查结果显示，2016 年 7 月至 2017 年 6 月生育孩子的 162 名女职工中，实际休产假天数为 128 天的有 110 名（67.9%），多于 128 天的有 49 名，占 24.7%；低于 128 天的占 7.4%。在产假期间，162 名女职工的工资待遇（包括生育津贴）与生育这个孩子之前的工资待遇相比，24.7%（40 名）的工资待遇比生育前下降，66%（107 名）与之前持平，9.3%（15 名）比之前有所提高。生育津贴参照的是工作单位的平均工资，故而某一女职工产假期间的待遇与其收入在工作单位所处的

水平有关，对于高层职工而言产假待遇有可能会比正常上班时低，对于普通职工而言可能会比正常上班时高。

2. 生育对工作岗位和职业发展的影响

这 162 名女职工中，有 7 名（占 4.3%）工作岗位已经因生育而调整，有 9 名（占 5.6%）可能会调整，有 85.2% 的人没有调整或不会调整，还有 8 名说不清是否会调整。工作岗位已经调整或可能调整的 16 名中，11 名认为这种岗位调整对职业发展基本没有影响，5 名认为对职业发展有很大或较大的负面影响。

3. 产前检查情况和领取叶酸情况

对于 257 名在 2016 年 7 月至 2017 年 6 月间生育的女性的调查显示，免费领取过叶酸的占 18.7%，知道这项政策，没有免费领取过叶酸的人占 20.8%，不知道这项政策的占 60.4%；接受过免费孕前优生检查服务的占 23.4%，符合免费孕前优生检查服务政策，但是没接受过占 29.6%，不知道这项政策的占 47%。

4. 生育费用及报销情况

调查还询问了这 257 名生育女性的生育费用及报销情况，结果显示，分娩费用（包括产科住院费、检查治疗、医药费等，不包括部分孩子在儿科产生的费用，也不包括交通费、陪护人员的住宿费、产妇餐费等间接医疗费用）平均为 8898.7 元（标准差为 8162.14 元），中位数为 7000 元。其中，由家庭自己支付的费用（指扣除孕产妇住院分娩补助、报销以外的费用）的平均值为 5537.96 元（标准差为 8300.98 元），中位数为 3259.93 元。从家庭支付部分占总分娩费用的比重来看，有 10.5%

的家庭没有支付任何分娩费用,也有 23.5% 的家庭支付了全部的分娩费用,此外,35.4% 的家庭支付了一半以下的分娩费用,30.8% 的家庭支付了一半以上的分娩费用(不含全部支付)。此次生育的分娩费用使用社会医疗保险的情况是,使用城镇职工医疗报销的受访者占 35.6%,生育保险占 13.7%,城镇居民医疗保险占 12.9%,新型农村合作医疗保险占 12.8%,城乡居民医疗保险占 4.1%,未使用以上任何保险报销占 20.9%。

(二) 6 周及以下子女的入托 / 园及照料情况

1. 子女入托 / 园情况

1134 名调查对象回答了有 0~6 周岁的孩子²。这其中有 40.3% 的孩子已经入托 / 入园,具体来看,全天入托的占 6.8%,半天入托的占 0.5%,全天入园的占 32.2%,半天入园的占 0.8%。对于 678 名子女没有入托 / 入园的受访者的询问显示,没有入托儿所 / 幼儿园最主要的原因是孩子年龄太小,占了 83.5%,其次是有人看护(15.2%),因托儿所、幼儿园费用太高或距离太远或条件不好或满员及其他原因未入托 / 入园的仅占 1.4%。对于 456 名子女已经入托 / 入园的受访者而言,56.1% 的受访者子女在公立的幼儿园 / 托儿所,43.9% 的受访者子女在私立的幼儿园 / 托儿所;最近 3 个月平均每月入托儿所 / 幼儿园的费用均值为 1067.99 元(标准差为 1190.69 元),中位数为 600 元;其中,公立托儿所 / 幼儿园的费用

的均值为 585.65 元(标准差为 258.49 元),中位数为 500 元,私立托儿所 / 幼儿园的费用均值为 1684.17 元(标准差为 1572.32 元),中位数为 1000 元。

进一步细致的研究发现,0~3 周岁托育服务社会供给不足。受访者 0~3 周岁子女入托率仅为 10%,且 63% 在私立托儿所。上海的 0~3 周岁城乡入托率高于全国平均水平(4.7%),但仍远低于 2013 年 OECD 国家。2017 年 6 月,OECD 发布了《强势开端 2017: 早期教育发展关键指标》报告,报告显示,在 2005~2014 的 10 年间,接受正规托幼服务的 3 岁以下儿童占比从 26% 提高到 34%。从子女入托的费用来看,最近 3 个月平均每月入托儿所的费用均值为 1694.40 元(标准差为 1930.08 元),中位数为 400 元;其中,公立托儿所的费用均值为 555 元(标准差为 378.37 元),中位数为 500 元,私立托儿所 / 幼儿园的费用均值为 2364.51 元(标准差为 2155.12 元),中位数为 1436.78 元。没有入托儿所的主要原因是有人看护(15.1%)和孩子年龄太小(84%)。

2. 子女照料

许多调查发现,没人看孩子已经成为影响上海居民家庭生育 / 再生育的主要原因之一。此次全国生育状况调查也详细询问了受访者 0~6 岁子女的照料情况³。调查结果显示,6 岁以下未入托 / 园(半天入托 / 园)的子女主要由母亲或祖辈照料,比例分别为 43.7%

² 有 2 个及以上不满六周岁孩子的,养育服务方面的问题填写的是最小孩子情况

³ 问卷中询问的是半天入托儿所 / 幼儿园的孩子,白天离开托儿所 / 幼儿园后主要由谁看护;未入托儿所 / 幼儿园的孩子,白天主要由谁看护

和 53.5%，父亲照料的比例仅为 0.4%。与全国相比，上海的祖辈照料比例更高（全国为 24.8%）；母亲照料比例低于全国（64.4%），这可能与上海的双职工家庭的比重更高有关；父亲照料比例都非常低（全国为 0.8%）。在托育资源短缺的现状下，有无祖辈可以参与带养已成为上海许多双职工家庭是否生育第二个孩子的绝对短板因素。

四、思考与建议

（一）持续深入开展宣传引导，进一步推进优生优育服务

围绕优生优育和生殖健康，加强避孕节育、生育指导和科学知识普及，提供优生优育服务，进一步推进免费孕前优生健康检查项目，倡导备孕夫妇根据自身状况进行孕前保健；倡导产妇及其家庭选择合适的分娩方式。特别是在生育政策陆续调整和放宽之后，高龄孕产妇数量明显增加，发生孕产期合并症、并发症的风险增大，应进一步加大宣传、咨询和指导服务，增强广大孕产妇自我保健意识和保健能力，从源头上减少生育风险。

（二）继续推进 0~3 岁科学育儿工作

在 0~3 岁科学育儿工作中，应更加侧重对带养人的指导，向带养人提供科学的育儿知识和指导服务。鼓励父亲更多地参与子女的带养，分担母亲的照料压力，有利于孩子的性格塑造。

（三）发展多元化、多样化的机构托育服务

根据《关于促进和加强本市 3 岁以下幼儿托育服务工作的指导意见》（沪府发〔2018〕

19 号）、《上海市 3 岁以下幼儿托育机构管理暂行办法》和《上海市 3 岁以下幼儿托育机构设置标准（试行）》（沪教委基〔2018〕27 号）（下统称“‘1+2’文件”）等文件精神，发展多元化、多样化的托育服务。具体建议如下：

加强托育服务机构的规划建设。要将城镇居住小区配套托与服务机构建设作为公共服务项目统筹安排，根据城镇规划、常住人口规模和人口结构变化，规划建设非营利性托育服务机构。新建居住小区和旧城改造居住小区要按照有关标准和规范，同步规划、同步建设与常住人口相适应的托育服务机构，新建、扩建和改建一批托育服务机构。

鼓励先行先试推进托幼一体化工作。鼓励有条件的街镇、社区在新建配套幼儿园时落实托班的建设要求；通过改建、扩建幼儿园，增加托班的资源供给；鼓励民办幼儿园开设托班。据笔者在郊区（比如，金山区）的调研发现，目前区内一些非人口集中区域的幼儿园的校舍并不是非常紧张，可以辟出空间来做托班，建议鼓励这些区域先行先试推进托幼一体化。

鼓励和支持社会力量依法举办托育服务机构。采取公建民营、民办公助、政府购买服务等多种方式，鼓励和支持社会力量开展托育服务。据笔者调研显示，目前市场对于这个文件的响应度非常高，许多社会组织、企事业单位在排队申报举办托育机构。社会力量的积极参与对 0~3 岁托育这项工作极大的支持，教育等 16 家政府部门要做好监管和评估工作，以保证这项工作的顺利推行。

鼓励和支持工作场所依法举办托育服务

（下转第 10 页）

上海市深化医药卫生体制改革“十三五”规划 中期评估报告

陈霆¹ 赵益民¹ 张昀羿¹ 柯林¹ 刘元凤¹ 金春林² 李芬² 王月强²

(1. 上海市发展和改革委员会, 上海 200003)

(2. 上海市卫生和健康发展研究中心, 上海 200031)

总体来看,上海市深化医药卫生体制改革“十三五”规划实施成效初显,医疗保障体系建设稳步推进,医疗服务体系改革进一步深化,公共卫生服务体系进一步完善,药品供应保障体系更加健全,医药卫生监管体制综合改革逐步深入,相关领域改革有序推进,人民群众健康福祉有所改善。户籍人口人均预期寿命从 2015 年的 82.75 岁提高到 2017 年的 83.37 岁;全市孕产妇死亡率从 2015 年的 6.66/10 万下降到 2017 年的 3.01/10 万;全市婴儿死亡率从 2015 年的 4.58‰ 下降到 2017 年的 3.71‰。

一、“十三五”医改重点任务进展情况

(一) 医疗保障体系建设情况

1. 基本医疗保险制度进一步完善。2016 年 1 月 1 日起,上海市正式实施全面覆盖城镇居民和农村农民、公平统一的城乡居民基本医疗保险制度。自 2016 年 4 月 1 日起,外来农村户籍从业人员纳入本市职工社会保险。2017 年 4 月 1 日,被征地人员的医保待遇与面上人员的全面并轨。全面完成国家跨省异地就医

住院费用直接结算任务,截止 2018 年 6 月底,全市有 504 家医院开通跨省异地就医住院费用直接结算。2017 年 12 月,实施新版医保药品目录。

2. 医保支付方式改革进一步深化。完善医保预算管理,实行“预付结余按比例留用、预算超支按比例分担”办法,缓解局部预算结余和病人“配药难、住院难”之间的矛盾。确定 103 个试点病种,制定实施按病种付费试点办法。

3. 补充医疗保险得到积极发展。2017 年初,试行职工医保个人账户历年结余资金自愿购买“住院险”和“重疾险”两款商业医疗保险专属产品。实施新的上海市城乡居民大病保险办法,将大病保险报销比例从 50% 提高至 55%。

4. 城乡医疗救助制度进一步完善。制定实施《上海市城乡医疗救助资金管理办法》,将市级医疗救助资金纳入市对区专项转移支付。扩大对象范围,提高救助标准。全面开展“一站式”医疗救助。

¹ 第一作者:陈霆,女,上海市发展和改革委员会副处长(主持工作)

通讯作者:柯林,男,上海市发展和改革委员会主任科员

作者单位:上海市发展和改革委员会(陈霆、赵益民、张昀羿、柯林、刘元凤)、上海市卫生和健康发展研究中心(金春林、李芬、王月强)

5. 协同推进长期护理保险制度建设。制定出台《上海市长期护理保险试点办法》和长期护理保险评估、定点、服务、支付、结算等相关配套文件,探索建立长期护理保险制度。2018 年 1 月,长期护理保险试点在全市推开。

(二) 医疗服务体系建设情况

1. 科学合理布局医疗资源。制定出台《关于推进上海市分级诊疗制度建设的实施意见》等文件,完善以市级医学中心为支撑、区域医疗中心和区域专科医院为骨干、社区卫生服务中心为基础的三级医疗服务体系架构。

2. 破除“以药补医”机制。自 2015 年 12 月至 2017 年 2 月,分三轮取消所有公立医疗机构的药品加成。按照“控总量、腾空间、调结构、保衔接”的原则,从体现医疗服务价值角度,分四批调整 1397 项医疗服务项目价格,调价项目总体纳入医保支付。制定过渡期财政补助政策。

3. 建立适应卫生行业特点的公立医院薪酬制度。制定《上海市公立医院绩效评价办法(试行)》,分级分类设定绩效考核评价指标体系。开展公立医院薪酬制度改革试点工作,全面深化内部绩效分配制度改革,强化“两切断、一转变”的激励导向。

4. 强化政府评价监管责任。建立医疗服务评价体系,对公立医院服务效率、工作负荷、费用控制、资源配置、患者结构的合理性等开展量化评价,逐步实现对公立医院的差别化管理。制定实施《关于控制上海市公立医院医疗费用不合理增长的实施意见(试行)》,建立各级各类公立医院每病种组合指数对应的费用标准和费用结构标准,形成各公立医院医疗费用总额控制目标。

5. 深化社区卫生服务综合改革。制定实

施《本市家庭医生签约服务费实施方案》。建立社区卫生服务中心标化工作量核定与应用指导模型,实施社区卫生服务综合评价。

6. 稳步推进分级诊疗制度建设。有序推进“1+1+1”医疗机构组合签约,切实落实签约居民预约优先转诊、畅通双向转诊、慢性病长处方、延伸上级医院处方等优惠政策,逐步引导居民改变就医习惯,形成合理就医秩序。截止 2018 年 6 月底,“1+1+1”签约 447 万人,超过 7 成签约居民在组合内就诊。制定实施《关于本市推进医疗联合体建设和发展实施意见》。2018 年 1 月,以健康为中心的“2.0 版”新华-崇明紧密型区域医联体试点正式启动。

7. 推进医养结合和老年护理服务。制定老年医疗护理体系发展规划,在徐汇、普陀、松江等三个区建立国家省级医养结合试点区。稳步推进社区安宁疗护工作,全市共开设居家和机构安宁疗护床位 1700 余张。制定老年照护统一需求评估标准,统筹各类服务资源,完善梯度化保障制度。

8. 推进中医药事业发展。制定实施《上海市中医药事业发展“十三五”规划》和《上海市中医药发展战略规划纲要(2018-2035 年)》,积极开展第三轮中医药事业发展三年行动计划。

9. 大力发展非公立医疗机构。制定出台《关于推进健康服务业高质量发展加快建设一流医学中心城市的若干意见》等政策文件,进一步优化政策环境,积极发展有影响和品牌特色的社会医疗机构,满足市民多层次医疗服务需求。重点推进上海国际医学园区和新虹桥国际医学中心建设。

(三) 公共卫生服务体系建设情况

1. 推进健康城市建设。聚焦市民健康素

养提升和健康行为的养成,围绕科学健身、控制烟害、食品安全、正确就医和清洁环境 5 项市民行动,深入开展健康城市建设。

2. 加强公共卫生服务能力建设。积极贯彻落实《上海市急救医疗服务条例》和本市深化院前急救体系改革与发展“1+5”文件,完善分类救护服务模式。推进院前急救信息化建设,逐步实现院前、院内衔接智能化。全面实施第四轮公共卫生体系建设三年行动计划,巩固和提升疾病防控能力。

3. 进一步规范基本和重大公共卫生项目管理。完成年度各项国家和本市的基本和重大公共卫生项目任务。连续第八年实施健康礼包发放项目。

(四) 药品供应保障体系建设情况

1. 完善药物供应保障政策。加强社区药品供应保障,保持基本药物在社区卫生服务中心的主导地位。继续做好短缺药品,尤其是儿童短缺药品的监测预警和有效对接工作,满足临床一线的用药需求。

2. 健全药品采购机制。完善医药采购服务与监管“阳光平台”功能,启动中药饮片“阳光平台”上线试运行,有序推进医疗器械通过“阳光平台”集中采购。开展医疗机构药品采购第三方评价工作。全面构建药品采购新机制,实施药品分类采购。积极开展药品带量采购工作,逐步扩大带量采购品种范围。对未实施医保带量采购的药品,实行集团采购。自 2017 年 1 月 1 日起,将部分临床使用广、疗效确切的高价药品(含国家药品价格谈判药品),试行纳入医保支付范围,个人自付费用均有较大幅度下降。进一步加强本市医保定点医疗机构自费药品采购和使用管理,以“品种直接挂网,价格议定成交”为原则,进一步规

范操作流程。

3. 加强药品供应监管。利用“阳光平台”,实现医疗机构医药货款网上集中统一支付和“资金流”有效监管。建立健全涵盖药品采购供应全流程的信用管理机制,与市级公共信用信息服务平台对接,强化信息共享、联动奖惩机制。④推行药品购销“两票制”。大型流通企业率先将配送到公立医疗机构的药品达到“两票制”要求,其他流通企业逐步调整到位。

(五) 医药卫生监管体制综合改革情况

1. 加强医疗服务监管。制定实施《上海市卫生计生综合监督“十三五”发展规划》。建立医疗机构不良执业行为积分制度和医疗机构“一户一档”、医务人员“一人一档”信息系统,实施智能化监管。

2. 加强药品采购与质量安全监管。加强带量采购药品事中事后监管。推进质量不合格药品招标采购“一票否决制”。

3. 加强医保监管。将定点医疗机构违规使用自费问题纳入卫生医保联合投诉受理范围,规范医疗机构的医疗服务行为。全面推行医保医师约谈工作。

(六) 相关领域改革情况

1. 健全医药卫生管理体制。市级层面,深化市级医院“管办分开”改革,进一步落实政府部门的管理职责和申康医院发展中心的办医主体责任。区级层面,各区成立公立医院管理委员会,建立公立医院改革统筹协调机制。

2. 完善政府投入机制。制定实施《关于加强本市公立医院财务和预算管理的实施意见》,加强成本核算和控制。进一步深化公立医院综合预算管理试点。完善社区卫生服务中心投入机制,逐步建立与基本项目、标化工作量、服务质量、服务效率相匹配的财政补偿方

式。积极支持院前急救体系能力建设、儿科产科能力建设等重点项目,提高本市公共卫生服务综合能力与水平。

3. 理顺医疗服务价格。完善医疗服务价格动态调整机制,进一步提高手术、诊疗、护理等体现医务人员技术劳务价值的服务价格,降低大型医用设备检查治疗和常规检验价格。积极稳妥推进医疗服务价格改革,逐步缩小政府定价范围。

4. 加强医学学科和人才队伍建设。加大医学学科建设力度,截至 2017 年底,本市临床医学等 11 个一级学科排名位于全国前列。启动实施促进市级医院临床技能和临床创新计划,全面提升市级医院诊治疑难杂症临床服务水平和科技创新能力。不断完善“5+3+X”毕业后医学教育体系。全市每万人口全科医生数已经达到 3.3 人,提前实现国家提出的 2020 年目标。

5. 推进卫生信息化建设。构建基于电子病历系统、电子健康档案系统为基础、覆盖市域范围所有公立医疗卫生机构的健康信息网和健康大数据中心,实现全市各级各类医疗卫生机构互联互通、信息共享。加快医保智能信息化系统建设,减少重复就诊、开药和检查,确保医保基金合理支出。深化医联信息系统建设,建立以患者为核心的智能化临床数据中心,深化医疗信息跨机构、跨区域、跨专业的互认共享。

二、存在的主要问题及下一步工作的总体考虑

“十三五”医改各项重点任务顺利推进,取得了阶段性成效,但仍存在一些问题:医疗保障体系建设方面,基本医保支付制度仍需进一步完善,商业健康保险仍需进一步加快发

展;医疗服务体系建设方面,各级各类医疗机构的功能定位有待进一步落实,规范有序的就诊秩序尚需努力推进;公共卫生服务体系建设方面,卫生应急人才队伍建设尚显不足,部分基层卫生应急的业务能力和资源配置相对薄弱;药品供应保障体系建设方面,基本药物在二三级医院使用率较低、药品流通领域产业集中度低等问题仍需加快解决;医药卫生监管体制改革方面,医疗服务监管体制机制与法律依据有待进一步完善,医疗保险基金监管水平仍需进一步提升;相关改革方面,医药卫生体制改革各项政策的协同性有待加强,各级各类机构之间的信息化系统有待进一步互联互通互认。

下一阶段,重点在以下方面加大推进力度:

1. 进一步提高医保制度公平性,深化医保支付方式改革。建立与经济发展水平相适应的筹资机制,确保实现基本医保可持续,逐步缩小各类基本医疗保险制度之间的待遇差距。合理发展商业保险,建立健全多层次医疗保障体系。加大医保支付方式改革力度,积极探索按病种、按人头、按绩效等支付方式改革,增强医保对医疗行为的激励约束作用。完善医保梯度支付政策,协同促进建立分级诊疗制度。

2. 加强区域医疗资源的均衡性,进一步提升服务能力。强化区域卫生规划和医疗机构设置规划的引领约束作用,把落实规划情况作为医院建设、财政投入、绩效考核、人员配置、床位设置等的依据,合理布局医疗卫生资源。开展建立健全现代医院管理制度试点,提高各级各类医疗机构的服务能力,不断满足居民多样化、多层次医疗服务需求。

3. 加强疾病防控和急救能力,完善城市公共卫生服务体系。进一步加强紧急医学救援

管理和救援技术的专业教育、人才培养、培训演练、学科建设等,形成立体化应急救援体系。健全卫生应急工作的联动协调机制和社会动员机制,完善城市紧急医学救援的体系建设。加强传染病监测体系建设。

4. 进一步完善药品供应保障体系, 加强评价和监管。优化本市基层医疗机构药品配备,增强基层医疗机构医务人员的用药培训和指导。进一步完善“阳光平台”功能,全面支撑药械阳光采购。联合其他直辖市与副省级城市,逐步落实联合采购试点工作。完善药品采购政策,加强处方管理,控制不合理用药。

5. 加强监管法制建设, 完善医保、医疗

和药品的监管体系。加快医疗服务监管法律依据与体系建设,推进医师 CA 认证和信息自我管理,完善信息公示。推动对涉医违法犯罪行为开展联合惩戒。加强医保监管规范化建设,完善医保“行刑衔接”长效工作机制。

6. 进一步完善相关政策, 营造良好改革环境。进一步优化财政支出结构,加大政府卫生投入力度,落实各项卫生投入政策。动态调整医疗服务价格,逐步建立科学合理的价格体系。强化人才队伍建设,补足康复、儿科、老年护理、精神卫生等人才短板,提升全科医生的服务能力和水平。加强卫生信息化、智能化建设,加快推进互联互通。

(上接第 6 页)

智能老龄产品和服务模式。

2. 确立智能老龄发展战略

不能只将老龄化看出一个问题和麻烦,以应急性的短期手段来应对处理,更应将智能老龄提升到发展战略角度来思考。第一,如何提高生活质量和增加人们的健康和福利;第二,如何重新思考我们的经济生产和社会

组织方式,从而鼓励不同年龄者积极参与和投入经济和社会生活;第三,如何通过社会治理来实现前面两点;第四,在新形式新条件下如何考量和安排代际关系、实现代际公平,提供具有社会包容性、增加社会凝聚力的可持续的福利。

参考文献(略)

健康中国战略背景下健康家庭的理念及其辨析

胡琪

(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)

健康是人的基本权利,是人类永恒的主题。2016年10月,国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》,把健康摆在优先发展的战略地位。推进健康中国建设,是全面建成小康社会、基本实现社会主义现代化的重要基础,是全面提升中华民族健康素质、实现人民健康与经济社会协调发展的国家战略,是积极参与全球健康治理、履行2030年可持续发展议程国际承诺的重大举措。家庭作为人类赖以生产生活的最基本的社会单元,是构成社会的基本细胞,是个人健康活动的载体,具有满足家庭成员个人和社会基本需要的功能,即满足家庭成员在生理、心理、社会适应等各个方面的最基本的需要¹。只有更好地发挥家庭对健康的促进作用,才能更好地提升家庭层面与社会层面的健康水平²。因此,“健康家庭”是“健康中国”的基石,健康家庭行动是健康中国战略的“细胞工程”³。

虽然早在20世纪80年代,“健康家庭”的名词就已经引入到中国。但是迄今为止,对“健康家庭”的理念研究明显落后于“健康家庭”的实际行动。由于缺乏足够的理论研究,迄今为止国内外学者对“健康家庭”的内涵并没有统一的认识,因而也不能很好地指导实践活动。

一、国内外“健康家庭”理念的研究综述

(一) 国外学者对“健康家庭”理念的诠释

国外学者很早就开始研究健康与家庭之间的关系。早在1973年WHO在当年世界卫生日便确定了“健康从家庭中开始”的主题。⁴1978年美国亚特兰大会议上WHO制订的社会医学模式,家庭被视为初级卫生保健的基本要素之一⁵。Berkman和Breslow(1983)研究认为:在身体健康状况相同的情况下,已结婚的人更有可能找医生进行体检,及时发现疾病,婚姻可能会改善健康⁶。20世纪80年代初期前苏联学者M.C.贝德内依(M.C.Б е д н ы й)提出了“健康家庭”的概念,精辟地指出了“一个人的健康状况是在复杂的家庭环境中形成的。因此,应该而且必须借助家庭,通过家庭直接加强社会保健工作。只有保证每个家庭成员的身心健康,才能提高全民族的健康水平。”⁷Catherine E. Ross等(1990)构建了健康与家庭关系的一般模型,指出婚姻、父母、妻子或母亲的就业、家庭的社会地位会影响成员的健康⁸。美国教育家多洛斯·柯伦(1985年)从社会学角度的对丹佛市的500名社会工作者、律师和其它有

关专家就决定成功家庭的因素进行了民意测验。这些专家们认为一个健康的家庭往往具备如下特征:家庭成员之间相互合作、相互帮助,使每个人都维持一种既可靠又积极的自我形象。⁹ Sojung Lim 等(2018)使用 2006 年至 2013 年在韩国收集的具有全国代表性的纵向数据,评估非标准就业与各种健康结果之间的关联,重点关注了性别差异。¹⁰ Garris B R (2018)认为目前的健康研究多针对个体,他以家庭为分析单位,探索与健康有关的家庭理论,鼓励社会学家更多的参与卫生研究。¹¹

(二) 国内学者对“健康家庭”理念的探索

上世纪 80 年代我国公共卫生领域学界提出了家庭健康的名词,1987 年龚幼龙提出了家庭健康调查是建立卫生信息系统的重要组成部分,他结合联合国的综合性家庭调查计划项目,提出了家庭健康调查的具体内容。¹² 90 年代初,时任卫生部部长陈敏章多次强调健康教育要社会化、社区化、家庭化,提倡人人参与¹³。1994 年有学者论述了健康与家庭的关系,认为有些家庭能够依靠自己的力量与疾病抗争,而有些家庭则缺乏或没有能力与疾病抗争。在这种情况下,只有依靠外界的帮助,即依靠机敏医务人员的帮助,才能够找到适宜的解决办法¹⁴。1995 年,成都市健康教育所选择了城乡两个社区进行了“健康家庭模式”的研究,并进行了成本效益分析¹⁵。1996 年,杜玉开系统地论述了健康促进的概念、作用及意义,并对家庭健康促进与群体健康的关系进行了理论分析,在探讨家庭健康促进对群体健康作用的基础上,提出了家庭健康促进的主要内容。¹⁶ 1997 年,陈薇提出了健康的生活方式始于家庭的观点,认为每个人不管其社会经济来自哪一阶层都能通过简单活动获得较好

的健康,那就是健康的生活方式,它是来自家庭所养成的行为¹⁷。2014 年,张汉湘提出了政府实施健康家庭行动的重要性,指出要在政府引导推动下,从家庭开始,由健康出发,实施全民全社会参与的“健康家庭行动”,借以提升公民健康水平和家庭幸福感,建设健康社区、健康家庭,激发社会肌体的细胞活力,构建可持续的社会和谐与稳定繁荣。¹⁸ 2015 年,张新庆认为家庭成员往往实质性参与从诊断到治疗方案选择的全过程。家庭参与临床诊疗的好坏直接影响到患者的医疗质量和心理慰藉¹⁹。此外,倪洪兰(2015)从家庭社会化的视角,就健康家庭建设与未成年健康人格塑造的关系作了研究²⁰。张汉湘从社会保障、关注民生的社会政策框架,提出了增进家庭幸福、促进家庭发展、提高国民生活质量、提升国民素质的“健康家庭行动”²¹。也有的学者从社会学的角度,着眼家庭的功能,认为“健康家庭”是指家庭中每一个成员都能感受到家庭的凝聚力,能够提供足够支持身心的内部和外部资源的家庭,需要能够满足和承担个体的成长,维系个体面对生活中各种挑战的需要。²²

二、健康中国战略背景下健康家庭的科学内涵与维度

虽然早在 20 世纪 80 年代,“健康家庭”的名词就已经引入到中国,但是由于缺乏足够的理论研究,迄今为止学界对“健康家庭”的涵义并没有统一的认识,“健康家庭”的理念研究明显落后于“健康家庭”的实践行动。纵观“健康家庭”已有研究文献,大多基于特定工作需要或研究者偏好,从一个角度去诠释“健康家庭”概念的。较多的文献是发现家庭成员健康问题、从促进家庭自我保健的角度提

出健康家庭；有的是在医改背景下从家庭医生的角度理解健康家庭建设²³；还有的有的是从家庭关系的角度提出“健康家庭”。总之现有“健康家庭”理念的诠释相对陈旧，与新常态社会环境下国家“大健康、大卫生”的理念与发展期许存在一定的距离。在健康中国战略背景下，我们必须认真审视健康家庭的科学理念，以求将健康家庭行动真正作为健康中国战略的一个正确的关键点，从而指导“健康家庭”的实践活动走向持久、科学、规范。

(一) 健康家庭的涵义

在前人研究的基础上，本文认为，理解健康家庭的科学内涵应该把握以下三点：

第一，家庭是人类个体生活的基本单元，但又是一个复杂的综合体；因此“健康家庭”的概念，应当从家庭整体及其成员两个层面来理解，其核心仍然是家庭成员个体的健康。

第二，家庭成员个体的健康和家庭整体的状况，密不可分。1946年世界卫生组织(WHO)成立时在它的宪章中提到健康的定义：“健康乃是一种在身体上，心理上和社会上的完满状态，而不仅仅是没有疾病和虚弱的状态。”这一定义，把人的健康从生物学的意义，扩展到了精神和社会关系方面的健康状态，即把人的身心、家庭和社会生活的健康状态均包括在内。

第三，家庭之所以不同于人的其他生活共同体，这个共同体是特别的，家庭成员之间结成了特定的人际关系（婚姻关系与亲子关系）、他们相互依靠，家庭为个体的成长提供物质和精神的支持。家庭还有特定的生活环境、文化氛围、生活方式、行为准则等等，都会对个人健康产生深远的影响。

综上所述，本文对“健康家庭”的涵义

作如下表述：健康家庭是以婚姻关系与亲子关系的存续为前提，家庭成员结成良性互动的关系，各自以积极、合作的心态行使家庭角色，共同形成和维护健康的生活方式、行为准则、文化氛围和居住环境，利用家庭内部和外部的资源，支持家庭成员的身心发展，应对不同家庭生命周期可能遇到的问题与挑战，维护其健康状态。

(二) “健康家庭”的衡量维度

从家庭整体和个体两个层面来理解，我们把“健康家庭”衡量维度定为1个核心维度：即健康的家庭成员；5个支持维度，包括：健康的家庭功能（关系）、健康的家庭生活方式、家庭健康管理、健康的家庭文化、健康的家庭环境。

1. 家庭成员健康状况

家庭成员的健康状况是健康家庭的必要基础条件，没有健康的身体更谈不上家庭的健康发展，个人的健康状况可以影响家庭各个功能的作用。对家庭成员的健康状况的评估，可以遵从世界卫生组织的健康定义，主要从生理、心理和社会适应三方面来综合考量。所谓生理健康是指人体生理功能上的状态健康。所谓心理健康是指人自我认知、人际关系和环境适应良好。社会健康也称社会适应性，指个体与他人及社会环境相互作用并具有良好的人际关系和实现社会角色的能力，社会适应性归根结底取决于生理和心理的素质状况。

2. 家庭功能（关系）

家庭功能是衡量家庭系统运行状况的关键维度，也是影响家庭成员健康和发展的深层次变量。家庭结构和家庭功能与个人健康状况、疾病的发生及预后均紧密相关²⁴。但是家庭功能的含义比较复杂，涉及到家庭的人际结

构、家庭成员之间的相互作用和相互关系(表现为家庭中的权力结构、家庭角色、沟通类型和价值观四个方面)、家庭为其成员生理、心理、社会性等方面的发展提供支持的功效(满足情感、帮助社会化、养育、提供经济、健康照顾)、家庭的对外资源等等。从衡量健康家庭的维度来理解家庭功能,我们认为,家庭功能的核心还是家庭关系,健康的家庭功能应该保证生活在家庭中的个体和家庭其他成员的相互支撑,同时保证家庭和外界的协调。

3. 家庭生活方式

家庭生活方式是指家庭成员个人及其家庭的日常生活的活动方式,包括衣、食、住、行以及闲暇时间的利用等。世界卫生组织对影响健康的因素进行过如下总结:健康 = 60% 生活方式 + 15% 遗传因素 + 10% 社会因素 + 8% 医疗因素 + 7% 气候因素²⁵。由此可见健康的生活方式管理是家庭与个人健康管理中最重要的一个策略。健康的家庭生活方式包含个体与家庭整体两个方面。健康的生活方式是需要逐渐培养和建立的,主动性在人们自己,关键是养成良好的生活习惯。家庭生活方式管理包括两个方面:一是家庭对成员生活方式的引导、约束和控制,二是个体对自己的健康负责,即在生活方式上的自律。倡导积极的家庭行为需要从规范个体的认知和行为做起,可以制定家庭行为准则,将倡导的具体健康行为和科学生活方式及习惯的培养作为行为准则的重要内容。

4. 家庭健康管理

健康是需要管理的,家庭的健康管理是家庭及其成员调动家庭内外资源,帮助其成员维护健康的状况,或者从不健康、亚健康状态寻求恢复健康的过程。广义地讲,生活方式也是健康管理的一大部分,此处家庭健康管理仅作

狭义理解,也就是通常讲的家庭就医、健康监测和家庭保健。家庭健康管理对健康家庭非常重要。良好的家庭健康管理,能够在疾病预防、救治、康复中发挥医疗机构所起不到的作用²⁶。当家庭成员发生疾病需要求医治病,尤其其中重病大病时候,家庭组织病患积极、正确、合理地就医。对于处于亚健康或者罹患慢性病的家庭成员,健康的家庭管理可以监控、减少直至消除不利于健康的因素;对于健康的家庭成员,通过日常的保健行为,如定期体检、签约社区家庭医生、注射疫苗等,维护其健康状态。

5. 家庭文化

广义地讲健康的家庭文化是指家庭对于健康的价值观念及行为形态的总和。这里我们把健康的家庭文化作狭义讲,指家庭及其成员的有关健康的知识、技能、理念、态度和价值观等。健康的家庭文化是提供健康家庭充足的养料,直接左右家庭成员的健康行为、生活方式,进而到家庭成员的健康水平。如果家庭及其成员树立先进、积极的健康观、疾病观、生死观²⁷,拥有正确、科学的健康理念和知识水平,保持良好的心态,在疾病面前正确参与临床治疗与决策²⁸,那么其家庭成员容易达到健康的状态。

6. 家庭环境

环境一词,具有非常广泛的含义,人类生存的空间及其中可以直接或间接影响人类生活和发展的各种自然因素和社会因素都可称为环境。这里所称的家庭环境仅仅指家庭内部的物理环境,是家庭成员生存的基础条件,包括家庭的居室环境和家居设施两个部分。每个人从出生伊始就受到家庭环境的影响,这种影响往往是多方面的,深远的。

参考文献(略)

智能老龄化策略的欧盟联合倡议

胡苏云

(上海社会科学院城市与人口发展研究所, 上海 200020)

智能老龄化欧盟项目启动有赖于欧盟几个成员国的资助、伙伴关系和通力合作, 最终将惠及欧盟所有国家。项目包括以下 6 个部分内容: 环境辅助生活联合方案 (AAL-JP)、互联健康行动计划、欧洲创新伙伴关系积极健康老龄化、多年美好生活联合方案倡、欧洲 2020 战略——通力合作, 增进健康和展望 2020——健康的生长。本文介绍前面 4 个部分¹。

一、环境辅助生活联合计划

(一) 方案简介

环境辅助生活联合计划 (AAL-JP) 是由欧洲委员会资助, 从 2008—2013 年建立了 6 年。它有 6 亿欧元预算, 其中, 50% 的公共资助, 50% 由私人组织资助。总共运行 120 多个项目, 每个至少有 3 个成员参加, 其中至少有 1 家中小企业, 1 家知识型机构和 1 家用户。

环境辅助生活联合计划是应用研究的资助计划, 寻求以电子信息技术解决老年人能更多地自我生活 2—3 年的时间。项目的第一阶

段由来自 3 个国家 17 个成员地区组成, 落实相关计划的研究和技术发展。该项目还在竞争力和创新计划下, 审视下游创新和市场验证活动, 完成从基础研究到市场吸收的闭环, 这也是欧盟研究和创新政策的一个重要目标。

(二) 环境辅助生活联合计划的目标

1. 绘就智能老龄化潜在机会的评估图
2. 以更好的老年生活为目标, 培育和强化信息化为基础的产品、服务和体系方面的创新;
3. 以信息化社会技术服务于更好的老年生活为目标, 形成欧盟层面的研究、开发和创新的临界质量标准;
4. 通过提供欧盟统一框架下方法统一、适宜地方实践、实用性强的解决方案, 也是与整个欧盟不同国家和地区特有的社会偏好和法规条例兼容统一的方法, 以此来改善产业开发条件。

该计划的下一阶段运行是从 2014—2020, 提供资金 7 亿欧元。

¹ 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 辅助生活联合计划项目

项目	主题	总预算欧元	国家伙伴
BREATHE	提高生活质量， 非正式护理人员	2,051,361	西班牙（牵头伙伴），英国，意大利， 爱尔兰
eCAALYX	健康监测	4,118,002	西班牙（牵头伙伴），葡萄牙，英国， 爱尔兰，德国
灵感 INSPIRATION	软件开发	2,794,960	瑞士（牵头伙伴），比利时，爱尔兰
加入 joint in	社会平台创建	3,033,000	德国（牵头伙伴），爱尔兰，匈牙利， 挪威，荷兰，芬兰
SOPHIA	社会平台	1,000,420 欧元	塞浦路斯（牵头伙伴），西班牙，德 国，斯洛文尼亚，爱尔兰

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

（三）BREATHE 项目

该项目于 2013 年 5 月开始，旨在开发信息和通信技术为基础的解决方案，以减轻非正式照护人员面临的问题，如缺乏经验、正规教育和工具等，来应对非正式的照护者通常面临的管理压力和抑郁之间的恶性循环。该方案其他目标是 1. 通过收集居家老人的日常生活活动信息，提高老年人生活质量；2. 在地方和区域层面，使用不同的利益相关者，有效地管理非正式护理，并通过提供结构性和非结构性信息，为开启新的商业和就业模式创造机会。3. 通过建立非正式照护的有效管理系统，在欧洲范围内降低医疗服务成本。

二、电子健康行动计划 eHealth Action Plan

电子健康行动计划是利用信息通信技术在健康、服务和流程方面的产品，结合医疗系统组织变革和新技能，来改善公民健康，提高医疗服务提供的效率和生产率，并增进其经济和社会价值。

电子健康行动计划覆盖 3 个方面内容：

患者和医疗服务人员之间互动，机构之间数据传输，患者和医疗服务人员之间的对等交流沟通。其市场潜力巨大：

1. 全球远程医疗市场已经从 2010 年 98 亿美元，增长到 2011 年 116 亿美元 2016 年 273 亿美元（18.6% 的年复合增长率）。

2. 通过数字技术使安康市场如移动应用程序设备迅速增长。

3. 无线通信技术和医疗设备之间，以及健康和社会护理之间的融合，正在创造新的业务。

4. 重新设计健康提供和“银色经济”是非常有前景的市场。

欧盟成员国通过他们的大型试验项目，如欧洲智能患者开放服务（epSOS）参与并回应了电子健康行动计划政策议程。

1. 患者权益中跨境医疗保健的应用。

2. 确定了电子健康行动计划网络最大化，通过互操作性，实现计划系统的社会效益和经济效益。

电子健康行动计划 2012—2020 年寻求解决和消除障碍，概述了欧洲电子健康的视野和

明确的策略。欧洲 2020 战略和数字议程欧洲目标,提出并整合行动,以回应电子监控行动计划所带来的机遇,介绍了欧盟的作用,并鼓励各会员国和利益攸关方的共同努力。

三、欧洲积极健康老龄化创新伙伴关系

(一) 项目简介

欧洲创新伙伴关系(EIP)在欧洲 2020 战略中提出,并有创新联盟旗舰项目。创新联盟旨在解决各种各样,影响欧洲的创新生态系统的要素,并通过建设围绕着创新,调动利益相关者和关键欧洲国家和区域政策创新的主流。创新生态环境的总体目标是解决重大社会挑战的创新的障碍。

欧洲创新伙伴关系中推出的第一个项目是积极健康老龄化(AHA),项目内容如下 1. 提高欧洲公民的健康生活状态和质量(尤其专注于老年人); 2. 支持长期可持续发展和健康和社会保健系统的效率; 3. 通过改善商业环境,以提供新市场发展的基础,来加强欧盟产业竞争力。

欧洲创新联盟认为老龄化不是一种负担,要赋予老年人价值和対社会的贡献,寻求通过以用户为中心的创新和服务,赋权予老年人及其社区。

(二) 项目主要内容

积极健康老龄化的服务和产品的创新,不仅需要大量的投资,而且需要具备许多基础知识,并沿整个研究和创新周期整合供需环节。如果具备成本效果性良好、并循证为基础

的解决方案,那么积极健康老龄化可以实现经济效益,并具有经济乘数效应。其附加值体现在老人有更好的结果,健康医务人员工作满意度提高,非正式/家庭照护者有更好的生活质量和更高的收入保障,而健康照料服务系统有更高的工作效率。欧盟认为,创新能为老年人带来价值,并从长期看能节约预算,例如某个欧盟地区,因引入创新和综合远程照护 TELECARE 模型,显著减少了住院天数,使投资获得 4 倍的回报。

欧洲创新伙伴关系 EIP 的目标是到 2020 年使欧盟具备健康生命年的平均人数翻倍,这样做的结果,将改善健康状况和欧洲公民的生活质量,尤其是老年人的。支持健康和社会保健系统长期可持续性地富有效率,通过改善商业环境,提供新市场拓展的基础,提升欧盟产业的竞争力。伙伴关系指导小组表明,要实现这些目标,需要重点关注以下反映老人“生命阶段”中的护理过程的三大支柱:第一,预防,筛查和早期诊断;第二,护理和治疗;第三,积极老龄化和独立生活。

此外还有一些问题要解决,以帮助目标实现。这些措施包括规范和标准化的条件、有效的资金、以循证为基础、可借鉴的案例、信息库中老年友好的创新和足够的市场,以及促进各利益相关方之间的合作。

从三大支柱出发,重要的关键领域已经确定,6 个专题行动小组也已经成立,小组内的合作伙伴都能够实现共享和拓展创新解决方案,满足老龄人口的需求。

表2 欧洲创新伙伴关系积极健康老龄化的6个专题行动小组

行动组	目标	参与组织数量和类型
区域层面解决方案和持续行动	在至少 30 个欧盟区域为了改善慢性病老人的生活和健康结果，通过全面的方法，包括增强自我保健、个性化的服务、更好的充分治疗，和坚持安全，有效的护理计划	58 家大型企业、中小企业，宣传团体，研究机构，国家、区域和地方当局
预防跌倒	为了降低跌倒，确保新的防止跌倒监测技术进入市场，连接研究和采购流程，支持区域关于跌倒的早期诊断和预防项目	100 家大型企业，中小型企业，宣传团体，研究机构，医疗保健机构
防治功能下降和衰弱	了解脆弱的潜在因素，探索老年人衰弱和不良健康结果之间的关联，更好的预防和管理衰弱综合症及其后果	160 家大型企业，中小型企业，宣传团体，研究机构，欧盟或国际组织，医疗保健机构
综合护理	通过实施远程病人监护，管理和重新设计医疗方案，来减少慢性病老年人可避免的 / 不必要住院治疗	120 个国家、区域、地方和主管部门，研究机构，学术界，中小企业，大行业，倡导组织。
独立生活	开发可互操作的独立生活解决方案，包括商业模式指南	59 家大型企业，中小企业，宣传团体，研究机构，国家，区域和地方当局
老年友好环境	应对老年人口环境适应性问题，促进建立国际网络的创新	70 家区域和地方当局，欧洲非政府组织，技术供应商，科研机构，中小企业

来源：<https://webgate.ec.europa.eu/EIPaha/actiongroup>

四、更长寿更美好的生活——联合方案倡议

（一）项目简介

更长寿更美好的生活——联合方案倡议（JPIs）旨在更好地利用欧洲宝贵的公共研发资源，以解决欧洲在几个关键领域面临的挑战。

联合方案是一个新的进程，结合了战略框架、成员国自下而上的方法和高层承诺，是协调了各国现行计划经验的方案。一个高级别小组吸收利益相关方经验后确定联合方案，理事会根据委员会的提案建议，提出优先实行联合方案的几个领域。

目前有 10 个联合项目。联合项目健康生活的健康饮食（HDHL）以跨学科的协作方式调查饮食、运动和健康之间的关系。联合项目农业，粮食安全与气候变化（FACCE）则涉及，粮食安全和气候变化的影响研究，以支持可持续农业，并建立欧洲的生物经济。与智能老龄化直接相关的联合项目，“更长寿更美好的生活——人口变化的潜力和挑战”，旨在加强欧洲和国家科技攻关计划之间在人口变化方面的协调和合作，目前有 14 个欧盟国家和加拿大参加这个联合项目。有四个研究领域已经经由所有国家的专家参与而制定。

(二) 研究领域

1. 生活质量, 健康和福利。关键问题包括我们如何能正确理解衡量质量和幸福感? 什么是健康的在整个生命历程生活质量的作用? 我们如何明白生活质量的社会层面, 如社会包容? 有偿和无偿工作如何影响生活质量? 如何进行物理环境和社会环境设计, 以确保生活质量?

2. 经济和社会生产。关键问题包括我们如何了解和衡量有偿和无偿工作的不断变化及其社会和经济价值? 什么形式的劳动力市场组织、监管和立法支持, 可以有效利用个人的技能和经验, 横跨并延长至整个生命历程? 年龄管理惯例和政策, 如何更好地开发来适应年龄多样化的劳动力市场? 健康如何影响以后的生活就业? 如何能通过终身学习, 来最有效地促进整个生命历程保持生产力? 劳动力人群更多样性的含义是什么, 如何管理?

3. 治理和机构 (重点在电子政务)。关键问题包括我们如何整合政策和服务, 包括医疗服务和社会服务之间更好的融合? 是什么因素支撑终身参与社会、公民活动和经济活动? 我们怎样才能确保人们能够在生命过程中的各个阶段, 获得相关的学习机会? 信息技术传播和日常使用对老年人意味着什么?

4. 可持续的福利。关键问题包括我们能从对不同福利模式的相对充足性和可持续性的比较研究学到什么? 我们如何能开发找到在几代人之间分配资源、权利和责任的公平而可持续的方法? 我们如何确保迁移能提高生活质量, 而不至于危害人们的生活质量、影响社会凝聚力和社会包容性? 对临终人群而言,

什么样的护理模式是最合适、最有效的?

五、对我国智能老龄策略和产品开发的启示

(一) 智能养老产业在我国已经出具规模, 需要尝试建立联合平台

随着新技术在全球的快速发展, 特别是移动互联网的崛起, 智能养老几乎在各个国家同步兴起, 我国的智能养老已初见规模, 现有 80 多家智能养老领域的创业公司可以大致分成了护理类、健康类、接入类、家居类和交互类, 其中有如二毛照护、瑞泉护理、三开科技、大糖医、sleepace、健安华夏等²。但目前还缺乏如欧盟那样的联合平台, 整合有关标准和信息, 并更好地形成全国性市场。

(二) 要积极开发提升老年人生活质量和尊严的产品

2014 年, 我国有失能半失能老年人 4000 万, 占老年人总数的 19%, 其中完全失能达到 6.4%。2050 年我国 80 岁以上高龄老年人将超过 1 亿, 失能半失能老年人也将达到 1 亿左右。生活辅助性设施、外骨骼方面产品需求会较大, 如美国已经出现了创业公司, 我国在这个领域需要积极研发产品。

(三) 针对刚性需求, 开发防跌倒保护产品

有一组来自 WTO 的数据, 每年有 30% 的 65 岁以上老人发生跌倒, 15% 发生两次以上, 其中 30 余万人死亡。跌倒死亡是 65 岁以上及人群因伤害死亡的第一位死因, 老人跌倒死亡率是 45.72/10 万; 老年人因为跌倒, 期望寿命会缩短 5-10 年; 在跌倒的老人当中, 大约 40%~70% 有跌倒伤害³。

(下转第 6 页)

² 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》

(双月刊)

2019年第2期

(总第223期)

2019年4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