

2019年第5期

人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 中国养老服务业的改革方向和政策展望
- * 上海市老龄化进展和老年人口健康变化分析
- * 国家免费孕前优生健康检查项目的效果评估——以浦东新区为例
- * 上海人口70年(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)

2019年第5期(总第226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 •

中国养老服务业的改革方向和政策展望..... 穆光宗 (1)

• 本期关注 •

上海人口70年..... 本刊编辑部 (12)

(主持人：陈蓉，参与讨论：梁同贵、陈蓉、王美凤、高慧)

• 调研与分析 •

上海市老龄化进展和老年人口健康变化分析..... 虞慧婷 王春芳 (34)

• 卫生与健康 •

国家免费孕前优生健康检查项目的效果评估——以浦东新区为例..... 胡琪 张莘 (40)

◀ 人口与发展 ▶

中国养老服务业的改革方向和政策展望

穆光宗

(北京大学人口研究所, 北京 100871)

养老服务业主要是指为老年人提供生活辅助、照顾和护理, 满足老年人群的生活生存需求和精神文化需求的养老产品和服务的行业, 包括生活辅助、日常照料、失能护理、家政服务、信息报送、精神慰藉和文娱活动甚至临终关怀等一系列涉老事宜。“养老服务业”是老龄化社会一种新的业态和产业集群, 是老龄产业的重要组成部分, 也是中国第三产业快速发展的新增长点。与发达国家服务业增加值占 GDP 比重普遍在 70% 以上相比, 中国服务业的发展空间还很大。加快发展养老服务业, 不仅有利于快速提升第三产业在国民经济发展中的比重, 而且有利于产业结构的优化升级和经济转型, 对于促进经济社会持续健康发展具有重要意义。

2012 年之后, 中国的养老服务业进入了新的发展阶段。党的十八届三中全会明确指出, 要“使市场在资源配置中起决定性作用”, “加快建立社会养老服务体系和发展老年服务产业”。2013 年, 国务院连续出台《关于加快发展养老服务业的若干意见》、《关于促进健康服务业的若干意见》等一系列政策文件。党的十八大提出了“大力发展老龄服务事业和产业”, 《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》指出, 积极应对人口老龄化, 加快发展养老服务业, 不断满足老年人持续增长的养老服务需求, 是全面建成小康社会的一项紧迫任

务, 有利于保障老年人权益, 共享改革发展成果, 有利于拉动消费、扩大就业, 有利于保障和改善民生, 促进社会和谐, 推进经济社会持续健康发展。

当前, 我国已经进入人口老龄化快速发展阶段, 2017 年底我国 60 周岁以上老年人口已达 2.4 亿, 2050 年将接近 5 亿, 其中: 目前 60-65 岁低年龄组老年人约占老年人口总体的三分之一, 规模庞大。新一代老年人收入更高, 观念更新, 有追求高品质养老的愿望与能力, 是拉动老龄产业和养老服务业发展的主力军。中国老年人口的高龄化、失能化趋势日趋严峻, 预计到 2050 年, 80 岁以上高龄人口将突破 1 亿, 约占老年人口总量的 1/4, 此后将长期保持在 1 亿左右。失能和半失能人口也将从 2017 年约 3900 万上升至 2050 年约 8200 万。研究发现, 我国独居老人比例明显增加, 1990 年、2006 年、2010 年独居老人比例分别达到 8.2%、9.1%、12.46%。独居空巢老人的困难集中表现在经济支持、生活照料和精神慰藉等方面来自于家庭的支持减弱。社会化养老服务需求呈刚性增长, 但社会化养老服务供给严重不足。在巨大的养老服务需求的驱动下, 近年来我国养老服务业快速发展, 以居家为基础、社区为依托、机构为补充 (或者支撑) 的养老服务体系初步建立。目前养老服务业发展的最大短板在于社区居家养老服务, 存在着基础薄

弱、供给不足、结构失衡、满意度较低等问题。

目前的养老服务业主要包括居家养老服务、社区养老服务和机构养老服务等, 本文将对我国养老服务业的发展现状、存在问题、发展趋势和未来愿景作出分析。

一、中国特色的养老服务体系

为了满足老年人养老服务需求, 中国已经完成体系化的顶层设计, 正在形成以居家为基础、社区为依托、机构为补充 (或者支撑)、医养相结合的养老服务体系。由此形成了居家养老服务、社区养老服务和机构养老服务三分天下的大格局。如果细致区分, 那么居家养老服务是指在私人空间提供的上门服务, 包括家政类的生活服务、保姆类的生活照料以及精神慰藉类的公益服务 (如陪聊); 社区养老服务是指在公共空间提供的各种养老服务, 包括入住养老社区、入住小型养老院、社区日间照料中心、托老所, 参与和分享社区活动中心、社区俱乐部、社区食堂、社区广场舞及各类老年文化活动; 机构养老服务则是从养老院到护理院再到临终关怀医院各类养老机构所提供的一系列养老服务。

关于居家养老和社区养老的定义, 在 2011 年 12 月 6 日国务院办公厅印发的《社会养老服务体系规划建设 (2011 - 2015 年)》这一行业指导性文件中, 对居家养老服务和社区养老服务有如下表述: 居家养老服务涵盖生活照料、家政服务、康复护理、医疗保健、精神慰藉等, 以上门服务为主要形式; 社区养老服务是居家养老服务的重要支撑, 具有社区日间照料和居家养老支持两类功能, 主要面向家庭日间暂时无人或者无力照护的社区老年人提供服务。真正的社区养老应该是入住社区小

型或者微型养老院, 正如吴玉韶博士所说: “真正的日间照料是小机构, 是昂贵和专业的, 不是休息一刻钟一块钱, 而是一个月应该两三千块钱, 还应当包括接送。这样的社区养老在国内, 在统计意义上几乎是很少的, 只有个别的点。”

国际上将 “社区养老” 作为一种专门的养老方式, 是指老年人生活在专业的养老社区, 或者在社区小型养老院接受专门照料。譬如, 美国的辅助生活机构和老年之家。在美国, 社区具备了强大的助老功能, 使得美国老人能内安其心、外安其身, 实现 “安养—乐活—善终” 的老年生活目标, 所以多数美国老人选择社区养老模式。

全球社会对 “社区养老” 逐渐达成共识, 打造 “养老社区” 成为趋势。美国的社区居家养老是 “品质养老” 的典范, 其优质服务和品质生活让人产生快点老的感觉。入托老年人根据自己的收入情况交费, 差额部分由联邦政府的财政补贴和社会捐赠弥补, 从中体现了政府的养老责任和社会的人道关怀。

一般而言, 社区养老的专业性强, 而我国目前各地建设的日间照料中心大部分是 “一间房、几张床”, 功能上与午间休息室类似, 缺乏专业服务能力, 社区养老照料能力低下。目前, 我国专业性社区养老的比重很低, 居家养老实际占比大于 90%。日本是全世界人口老龄化程度最高的国家, 养老服务业高度发达。即便如此, 居家养老仍占 96%, 社区养老占 1.08%, 机构养老占 2.92%。我国台湾地区人口老龄化程度高于内地, 养老服务业也比内地发达, 居家养老比例居然高达 98.25%, 社区养老占 0.12%, 机构养老占 1.63%。

通常, “居家养老” 和 “家庭养老” 是两

个容易被混同的重要概念。二者存在着什么关系?简单说,二者关系密切但不是一回事。分类一下的话,居家养老是和社区养老、机构养老归属在一起的概念组合,家庭养老是和自我养老、社会养老匹配一起的概念组合。

首先,居家养老和家庭养老是两个相对独立的概念。前者说的是养老地点,换言之,是指在家养老;后者说的是养老支持,是指老人能够得到来自家庭成员的养老支持,包括经济支持、情感支持和照料支持。传统的家庭养老是代际共居和代际互助整合在一起的模式,所以在形式上也就是居家养老。现代的家庭养老出现在代际分居和养老保障社会化等的背景下,居家养老已经不一定等于家庭养老。居家养老的提出实际上是要实现从传统的家庭照料到现代的社区照料,以及老年人的生活单位从家庭向社区的转变。

多数老人为什么选择居家养老?家有独有的归属感、亲切感、熟悉感和自由感,而且养老成本低。而之所以抗拒机构养老,是因为机构一般是被管理的统一的生活方式,入住者无法摆脱受控制和监督,缺乏尊贵的自由和自主,也因为老人扎堆而暮气沉沉。美国学者葛文德在力作《最好的告别》中曾经直言不讳:厌倦感、孤独感和无助感是老年疗养院的三大“瘟疫”。所以国际上主张机构养老要“去机构化”,要让老人有宾至如归的在“家”自如生活的感觉。

其次,居家养老和家庭养老的关系还要结合家庭的人口结构和老人的居住安排来判断。只有少数老人能够幸运地与成年子女合住,其乐融融地安享晚年的幸福。然而,一个简单的事实是空巢老人增多,而且高龄空巢、独居空巢比例增大,居家养老内部的家庭养老

支持逐步退隐逐步丧失,居家养老不可控的内在风险骤然放大。所以,居家养老不一定能够获得家庭内部的养老照料,存在着许多看不见的潜在养老风险,如孤独容易得精神和心理的疾病,如不慎摔倒导致倒地不起,如突然发病空巢孤独死的风险。在安土重迁的过往,传统的居家养老几乎就是家庭养老,因为养老局限在家庭的范围里。坦率讲,居家养老要抵御风险需要更多地依靠社区助老体系,而不是依靠子女,这就是当今社会须重点发展“社区居家养老”的深意。因为越来越多的家庭养老已经名存实亡,不堪重负,独生子女更是力不从心。

空巢居家养老存在着诸多内在的难以克服的养老风险。这些风险包括突发疾病的风险,突然摔倒的风险和孤独死亡的风险等等,这些风险具有内在的关联性。为降低空巢(尤其是独居)居家养老的风险,有如下多重路径:

其一、加强家庭内部的养老支持。家庭包含了最亲密、最基本、最可靠的社会关系,是人类血缘共同体和生活共同体。首先是亲子之间的支持,譬如,鼓励子女就近居住,经常联络,常回家看看,或者雇人照料。社会的变迁和孝道的式微,使得老少共居模式越来越不合时宜。两代人有不同的世界观、人生观和价值观,有不同的生活方式和自由诉求,容易存在“代沟”和产生代际冲突,所以即便住房宽敞,两代人一般也愿意分开居住、独自生活,除非老人严重失能甚至失智需要家人近身照料。其次是配偶之间的支持。譬如,丧偶老人再婚,或者搭伴养老,婚姻或者同居归根结底还得看缘分。搭伴养老得不得一纸婚书的约束也得不得婚姻法的保护,属于有缘则聚,缘尽则散,靠的是感情和道德,来去自由,与双方的期望、能力、生活方式、养老规划和同居满

意度相关。搭伴养老介于婚与不婚之间,属于同居关系,虽然不受法律保护,属于你情我愿的事,老年来日无多,因此是可以理解和应该包容的。少年夫妻老来伴,空巢独居,无人陪伴,孤独凄凉,无论如何是值得同情的。

其二、加强居家内部的养老互助。譬如,抱团养老就是一种探索。但这种集聚式居家养老需要住房空间大,合住的人投缘,关系要和谐包容,既需要契约的约束,厘清权利和义务的关系,也需要缘份的配合,缘份之深浅决定了抱团养老究竟能走多远。根据人际关系的刺猬理论,人需要保持适当距离才会彼此感到舒服,太近容易产生矛盾,太远容易导致疏远。所以,考虑到诸多条件的约束,抱团养老模式只能是小众老人对养老方式的一种尝试和探索,不太可能成为大众化的养老方式。

其三、加强居家养老的环境支持,优化居住环境,使之适老宜老亲老。首先,老年人自己要重视健康,加强康复锻炼,尽量控制住失能化轨迹,尽量保持自身独立生活的能力和心智,开启适应个体老化和生命衰弱的生活模式。其次,要改良居住环境,使之具备防摔倒功能和助力要素,保证其一定的生活品质。

其四、加强居家养老的社区助老功能建设。现在的社区缺乏情感互动的功能,面孔熟悉却情感生疏,社区的缘体现在地缘和事缘,有公共活动空间的还好,没有公共活动空间是基本上“以邻为壑”,生活在貌似熟悉实则生疏的环境共同体中。在我国,大多数社区缺乏助老养老功能,同时居家养老服务的严重匮乏也导致老龄化过程中的空巢养老风险放大。

居家养老到底需要什么样的社区助老服务?可以说需求繁多甚至细微到难以穷尽,但不可能都有供给都能获得。市场化、商业化、

社会化的社区助老项目要可持续,需要盈利来获取动力,这就涉及可能享受服务的老年人口规模有多大和提供服务的价格有多高、服务的频次是多少,且不说供方有没有充足的人力资源和服务技能可以保障专业、有品质的、令人满意的居家养老服务。但一旦进入操作层面,光有良好的愿望就远远不够了,北京等地一度叫好的“老年饭桌”无疾而终就是例证,因为养老服务不能进入建立在规模经济基础之上的盈利模式就必然不可持续。在理论上,社区助老服务体系越是健全越是细致,通过现代技术为安养提供服务,空巢居家养老的风险相对小一些。

谈到养老服务体系,一个著名的说法是“9073”或者“9064”,所谓的“90”是指90%归属居家养老,“7”或者“6”是指7%或者6%归属社区养老,“3”或者“4”是指3%或者4%归属机构养老。各地的发展应该具有很大差异性,这种差异性根源于各地不同的老年人口结构和老年人实际养老意愿的差别,而这些都是变动不居的。北京就提出过“9064”构想,根据《北京市老龄事业和养老服务发展报告(2016年—2017年)》,截至2016年底,全市60岁及以上户籍老年人口约329.2万人,占全市户籍总人数的比例超过24%,位居全国第二。无论如何,养老服务体系建设不应模式化、静态化和机械化。各地的养老格局在性质上包括了居家养老、社区养老和机构养老,这一点具有同质性;但具体的比例大小却有异质性。

第一,无论是居家养老、社区养老还是机构养老,其实主要是从提供照料支持的角度来谈的,而不是从养老支持力角度来划分的。这种分类着眼于养老服务地点。

我国提出“居家为基础、社区为依托、

机构为补充(或者说支撑)、医养相结合”的养老服务模式。新修订的老年法把“老年人养老主要依靠家庭”修改为“老年人养老以居家为基础”。现代的居家养老是家庭照料、自我照料和雇人照料+社区的养老服务,家庭提供的生活照料、精神慰藉、亲情关爱等是其他养老方式难以替代的。

第二,社区养老和居家养老结合是我国主导的养老模式,大多数老年人选择社区居家养老“就地老化”。现在的居家养老大多是空巢养老甚至独居养老,潜伏着很多风险,且容易患上“空巢综合症”。因此,如何防止空巢养老风险——生活无助风险、精神苦闷风险和孤独死亡风险等就成为社区居家养老的干预重点。

二、养老社会化乃大势所趋

老年空巢化、老年高龄化和老年失能化交织在一起,已经成为长寿时代的大趋势。在少子老龄化时代,要维系捉襟见肘的家庭养老功能,就要促进“养老在地化”和“养老就近化”的结合。

“养老在地化”是指健康活跃的老年人最好能在熟悉的、有归属感的地方养老。老年固化现象告诉我们,老年人不适宜长期异地养老,容易“水土不服”,产生矛盾和烦恼,所以居家养老模式从情感上是适合老年人特点的,这也是绝大多数老年人首选的养老模式。客观上,异地医保难以结算也是一个重要原因。当然,如果是居住处在空巢状态,居家养老也存在着很多风险。对高龄老人、独居老人、脆弱老人和失能老人而言,困守孤城的居家养老未必是最好的选择,恰恰可能有很多无奈和风险。

针对居家养老的风险,应对的策略至少有二:一是未雨绸缪,选择护理型的养老机构,完成养老方式的转型。二是完善社区助老服务,以社区助老之长济居家养老之短。

“养老就近化”是指亲子关系在居住方式上最好保持有距离的亲密,代际分开居住模式契合“端过一碗汤去不凉”的亲情距离,老人通过迁徙投靠儿女或者相反,老人和儿女可以也最好同在一个地方生活,但各有各的生活方式和生活圈子,保持距离以示彼此尊重;同时距离还不能太远,否则影响亲密度。回望过去,家庭养老不仅是制度化的传统,而且是人性化的安排,作为最贴近人类情感、最能满足老人心愿的养老模式可惜如今已经渐行渐远。

“养老社会化”是一个必然的趋势,对应于不同类型的老人,需要提供具有不同功能的养老院和养老服务。“养老社会化”反映了养老在家庭和社会之间分工的变化,就是在养老市场的分工体系中,家庭并没有放弃养老的责任,但向社会转移了养老的职能,所以是“社会化养老”而非“社会养老”。

对应于不同类型的老人,需要提供具有不同功能的养老院和养老服务。对活跃老人而言,老年公寓或许是合适的选择,关起门是小家,打开门是大家。对失能老人而言,老年护理院则是必然的选择,老年人在这里可以获得专业的护理,过有品质的失能生活。对一般老人而言,生活在不同档次的养老院或者福利院,只要一日三餐无忧,日常生活有人照料,也有一起闲话的朋友,不至于太孤独寂寞,就基本可以安养、乐活和善终了。

考虑到中国老年人口规模巨大,养老任务极其繁重,是一个人类社会史无前例的人道主义问题。我国是社会主义国家,所以要坚持

“共享”:一方面追求“养老的适度福利”,体现养老的国家支持和社会反哺责任;另一方面要追求“养老的公平共享”,维护老年人安全,避免老无所养和老无所依。

“智慧养老”是今后的一个方向,智慧养老已然成为破解社区空巢养老服务难题的必由之路,成为构建中国特色养老服务体系的重要一环。一方面,借助互联网与大数据技术等科技手段,及时了解和掌握老年人的需求,根据老年人的需求开展针对性服务,促进为养老服务向现代化、信息化、规范化、标准化、专业化方向发展。另一方面,未来我国 90% 以上的老年人将选择居家养老,居家养老点多面广,传统养老服务方式效率不高。借助互联网与大数据技术,打造“没有围墙的养老院”,解决服务供给与需求的错位和断裂,提高服务的效率和质量。据初步统计,全国各地建立了 840 个大小不等的信息服务平台。

发展互联网+养老也符合国家政策导向。2015 年 7 月,国务院下发《关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》,其中就包括养老等内容的“互联网+”益民服务。2017 年 2 月,工信部、民政部、原卫计委三部委联合发布《智慧健康养老产业发展行动计划(2017-2020 年)》,明确提出充分发挥信息技术对智慧健康养老产业的提质增效支撑作用。到 2020 年,基本形成覆盖全生命周期的智慧健康养老产业体系。

智慧养老是面向居家老人、社区及养老机构的传感网系统与信息平台,并在此基础上提供实时、快捷、高效、低成本的、物联化、互联化、智能化的养老服务。不论是意外摔倒还是煤气忘了关,这样的事情不仅独居空巢老人会碰上,即使和子女生活在一起的日间空巢

老人,也可能有潜在的养老风险。智慧养老项目就是利用物联网技术,通过各类传感器告知家人,使老人的日常生活处于远程监控状态。

社区居家养老符合多数老年人的养老偏好和养老意愿,“就地老化”和“就近养老”是我国未来养老的重要方向。为居家养老提供周密到位的社区助老服务,打造“没有围墙的养老院”是新时代的新趋势。

养老服务体现养老文化,社区养老服务加居家助老服务构成“就地老化”的两个方面。“就地老化”的三根支柱是社区活动平台、社区养老服务和居家助老服务。

老年人就地老化的主要问题是能否从社区获得养老服务供给。当前,供给缺位、供给不足和供给错位是供给方面的主要问题;养老机构对老年人的潜在需求缺乏了解,需求信息不明和有效需求不足(支付能力不足)是需求方面的问题。

社区养老服务提供三种养老产品,即公共品、准公共品和非公共品。政府和社会提供的老年福利和老年慈善都可归属养老公共品,商家提供的是准公共品和非公共品。无偿服务是政府买单或者政府和社会慈善组织直接提供,低偿服务是政府补贴,有偿服务则由企业和市场提供。

市场化、商业化社区居家养老服务(居家养老服务商)要取得成功,赢得可持续发展,需要“三个结合”,即与政府的老龄工作结合,与社区的老人需求结合,与服务的市场规律结合。

我国社区养老模式大约包括了居家式社区养老、公寓式社区养老和医护型社区养老三种。多数长者的养老模式属于居家式社区养老,生活在传统社区中,养老的照料和情感支

持主要来自家人和朋友;公寓式社区养老就是专门的老年公寓,有完备的养老设施和养老服务,可以为完全健康和没有丧失自理能力的老年人提供专业的、个性化的养老服务;护理型社区养老属于高龄社会发展阶段会出现的养老社区,主要针对失能不能自理的老年群体,采取的是长期医养护理模式,满足的是老有善终的最后需求。

北京太阳城、上海亲和源是我国养老住区建设涌现出的典范,也是养老产业的翘楚,是公寓式、会员制社区养老模式探索的先驱。譬如,太阳城是民政部推动的爱心护理工程 300 个基地中的示范基地。2011 年,北京太阳城荣获绿色养老住区先锋奖,其老年住区宜老化、智能化、细节化的设计理念得到肯定。北京太阳城医护型全程化(CCRC)养老住区对不同健康状况的老年人采取了不同的养老策略:低龄健康老人大多以居家养老为主,半自理(介助)老人和不能自理(介护)老人以租赁式、医养式的养老方式为主。太阳城医院邀请专家医生定期出诊治疗,使得银龄公寓的老年人在家门口享受三甲医院最好的医疗服务。高品质服务的前提是高收费,这种高端的医养模式只适合于经济条件较好的老人。

无论古今中外,“安养-乐活-善终”是养老理想的三步曲,这也是老年生活的三个核心追求。目前,我国已经提出建设老年友好型城市和老年宜居型社区的目标,还应该朝老年友好型社会、老年安养型社区和老年乐活型家庭目标做出努力,以提升居家养老的社区支持能力、增加居家养老的社区资源供给为着力点。我国更需要在传统的社区中改善助老养老的功能,提高普通老年人居家养老的生活质量和生命质量,重视建设社区的医养护理功能和

精神赡养功能。

没有围墙的“虚拟养老院”是传统家庭养老的变形,即“在家养老+助老服务”。实践证明,这是符合中国文化和人口国情的现代养老方式,值得推广和深耕。但“虚拟养老院”作为一个市场化经营的家政服务商要生存和发展,必然在商言商,有利润诉求,所以如何在政府帮助下进入稳定的盈利模式是关键所在。在微利模式下,员工必然是低工资状况,要求高、收入低导致人心不稳,人员流失,虚拟养老院因此遭遇缺工瓶颈,服务队伍不稳定等问题。对此可以考虑从以下四个方面进行改进:

第一,政府要整合各种养老资源,提高老年人共享社会福利的水平,建立公共财政社会福利长效分配机制,形成“公共财政+社会资本+慈善捐助”的资金筹措机制,确保“造血机制”的健康运作。

第二,在服务社会化、市场化、规模化的前提下,政府要培植现代家庭服务业的品牌企业和龙头企业,扶持众多的家庭服务业小企业,依托旗舰企业走上产业化、集团化和连锁化的发展轨道,实现规模经济和利润成长。像上海万科等社会资本正大举进入养老产业。

第三,对高龄独居老人和失能老人而言,由于缺乏自我照料和家庭照顾能力,养老有潜在风险或者实际困难,虚拟养老院未必能够提供有效的 24 小时服务,那么去实体的老年护理院终老也许是更现实的选择。

第四,没有社区服务依托的居家养老是“中国式养老困境”的痛点和盲区。一种情况是老社区,养老设施不全,条件差,匮乏的社区服务构成了养老的短板,这就要引进社区服务,对接外部输入的服务,延长服务链。另一

种情况是农村社区居民居住分散,服务成本太高、规模不经济以至于服务不可及,可能的路径是推动人口集聚,或者利用时机提供集中服务。

各种“互助养老”也是潜力无限。譬如,探索低龄健康老人帮助高龄患病或者残障或者失能老人的公益慈善模式,或者空巢老人陪伴养老、抱团养老,或者国际上流行的自利利他的“时间银行”等可持续做法。互助养老对低收入农村老人来说是比较适宜的养老方式。

老年人不只是被动地接受服务、被照顾,也可以是养老服务的提供者。物以类聚人以群分,老年人之间在提供精神关爱,非常规的、临时性的帮助与服务方面具有独特的优势,可以通过建立“时间银行”,开展互助养老服务,鼓励低龄老年人、健康老年人帮助高龄、失能老年人,同时在客观上,也可以缓解养老服务用工难的问题,降低养老服务成本。目前,我国老年人群结构仍处于低龄期,老年人老有所为的空间更加广阔。到 2017 年底,我国 60 岁以上老年人口 2.41 亿,占 17.3%,其中 60-65 岁 8253 万,占 34%,60-69 岁低龄老人占 56.1%,70-79 岁中龄老人占 32.9%,80 岁以上高龄老人 2600 万只占 11%。研究表明,60-69 岁低龄老人,思维能力保持着普通人智力高峰期的 80-90%,部分人智力和创新力甚至会进入一个新的高峰期。老年人社会参与和自我的身心健康之间存在着正相关关系,参与越活跃,身心健康状况越好。

三、养老服务业发展的若干理论和政策问题

党的十九大提出,要按照兜底线、织密网、建机制的要求,全面建成覆盖全民、城乡统筹、

权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系,使人民获得感、幸福感、安全感更加充实,更有保障,更可持续。新时代养老服务要更有保障、更可持续,必须立足普世价值和国情民意,走有特色、有效率、有关怀的养老服务业发展之路。

一方面,养老服务业首先是社会福利事业,有福利性、公益性、公共性三大特征,必须更好地坚持政府责任和公益主导。在新时代,政府有责任提供更加公平和充分的养老服务,包括提供基础性养老服务设施,养老保障的保基本、兜底线,总之把政府该管的事管好。譬如,对现在的居住环境、生活环境和社会环境中的不适老不宜居之处,进行适老化改造,打造“养老生活共同体”,为老年人营造安全、便利、舒适的支持性宜居环境,最大限度地保障老年人生活独立能力和社会融入能力,这是养老服务业发展的公共领域,属于政府责任范畴。再如,通过促进资源和设施的适老化转型实现资源和设施的共享。城市里的机关企事业单位、社区、物业、商业等资源和设施都可以转型用来开展养老服务。

另一方面,有一部分市场化的养老服务业属于新兴产业,市场机制要在养老产业化中起决定性作用。市场化的养老服务业是发展潜力巨大的朝阳产业。主要表现在两个方面:一是不断增长的老年人口提出了更多的社会化养老需求,为养老服务产业的发展提供了规模惊人的客户群体。二是新一代老年人正在逐步抛弃传统观念,追求更高品质的老年生活,消费能力也更强。

第一,要为社区居家养老提供强有力的政策支持和制度环境,制定实施家庭友好的养老支持政策。譬如,鼓励子女与父母就近居住,

在购房政策上给予优惠，实施家庭护理假、老人照料喘息制度和家庭成员护理技能培训等，这些都是积极有效的养老服务政策和制度。将独生子女护理假确立为国家层面的制度安排就很有必要。

第二，养老服务业不应完全归属于“养老产业”，也有“养老福利”的属性。养老服务产业的发展不能完全以利润为导向，政府要秉承“养老福利化高于养老产业化”的理念加以引导和规范，养老服务业主体也要为老年人创造市场化“社会福利”。

政府应该牢牢把握住“养老福利化高于养老产业化”的战略取向，社会主义养老要追求社会效益和社会福利，绝不能陷入以经济效益为主导的误区。中国需要警惕老龄产业的无序发展甚至畸形扩张，养老的市场化固然是养老的重要途径，但也容易使得一些低收入的老年人被边缘化。中国社会需要明确一个大原则：以养老福利化为“养老中国梦”的初心和目标，需要高度关注老年人共享社会福利机制的有效性和水平的公平性，避免“大河有水小河不满”这种“福利缺水”现象的发生。无疑，不断提高老年人人口社会福利的共享水平，理所当然地应当成为社会发展的长远目标。

随着时间的推延，老年人的养老需求会更加多样化，老年人获得养老服务的状况会出现巨大的分化。即，出现富者富养、贫者贫养的“马太效应”。在养老服务业发展过程中有三根支柱，一个是政府兜底的基本公共服务，福利性的公共服务，如基本养老设施的配备、对低收入贫困阶层的政府福利救助；再一个是慈善性的公益服务，如爱心人士提供的社会福利，特别是开展互助养老模式和老年的精神关怀；还有一个是营利性的商业服务，就是方心

未艾的养老产业。中国未富先老而且贫富分化，低收入老年人群体非常庞大，为了保障他们的基本权益，我们必须强调一个原则：就是养老服务的福利化要高于养老服务的产业化。

随着中国人口老龄化的发展以及政府职能的转变，养老服务业将走上产业化、市场化和社会化发展的道路。然而，需要提醒和注意的是，将“养老服务业”等同于“养老产业化”，完全推向市场是危险的，将产生养老服务中的“社会不公”。贫困的没有依靠的老年人怎么办？机构养老越来越凸显支撑作用，但老人不一定有购买机构养老服务的能力，即“刚性需求”不等于“有效需求”。这是考验老龄化社会人道主义情怀的有效尺度。为此，中国需要重视福利导向的养老服务业，应该大力鼓励志愿服务、无偿服务和互助服务，开展义工活动，提升养老服务的人文温度。政府应该把养老服务的福利化，满足老年人的基本福利需求作为努力方向。

第三，今后相当长时间内，估计养老服务业会形成“卖方市场”，所以要加强供给侧改革，以缓解供求矛盾；为避免价格和服务垄断，就要加强政府的宏观调控。养老服务市场真正需要关注的是“有效需求”和“需求档次”，服务赢利模式就在养老需求满足之中。

养老服务业在扩充服务供给、提升服务质量方面将呈现五大发展趋势：精准化养老服务将更多依托老年人需求及能力评估；全国统一的养老服务质量标准和评价体系将逐步建立；企业进入市场将更加注重市场细分及专业化服务；智慧养老将成为养老服务业发展的重点；公益力量将逐渐成为养老服务的重要力量。政府要强化对国民的养老责任，提高和完善自身的老龄问题治理能力及机制。

第四, 市场导向的养老服务业需要兼顾不同老年亚群体的养老服务需求, 分层发展, 形成优良的养老服务生态。随着老年人群体不断扩大, 基础养老服务体系逐渐完善, 老年消费能力和对生活质量的要求逐渐提高。面向老年人的服务和产品需要更加精准对接养老服务需求, 才能真正满足老年人日益多样化、多层次的对美好生活的向往。

2013 年养老服务业开始市场化以来, 包括地产、保险在内的各类企业纷纷涉足养老领域, 国有大型企业、民营企业集团及跨国企业以不同方式进入养老产业各个领域。2017 年, 中央大力推动全面放开养老服务市场, 降低各类服务主体准入门槛, 社会力量在养老服务中的主体作用正进一步发挥。市场细分势在必行, 精准投资成为方向, 康复、护理等养老服务的专业技术能力将成为支撑养老企业发展的核心内生力量, 专业深耕、服务升级、建立品牌才是抢占大势制高点的关键。

老年群体的异质性、需求的多样性和能力的差异性提醒政府, 要高度重视机构养老多模式特别是公建民营福利化养老模式的发展。价格廉服务好的中低端养老机构供不应求, 而高端养老机构供过于求。应重点进行结构调整, 大力发展城区中小型和小微型养老机构, 新建城区要把养老机构作为配套设施进行建设, 旧城区要通过新建、租赁、资源整合等举措重点发展养护型养老机构。政府投资建设的养老机构, 应当以养护型为主, 同时加大政策扶持和引导力度, 鼓励社会力量投资建设。农村敬老院, 要向农村养老护理服务中心转型发展。

为了弥补公办养老院的不足, 满足快速增长的社会化、机构化养老需求, 国家先后出台了优惠政策, 鼓励民间资本进入养老服务业

领域, 例如对民办非营利组织兴办养老院实行减免税费、床位补贴等。但是, 目前的政策力度还不够。要降低门槛, 简化手续, 在贷款融资方面需要放宽条件; 对企业兴办养老服务业应给予一定的盈利空间。同时, 养老院自身也要提升质量, 建立老年用户体验和评价机制, 不断提高入住老年人的幸福感。

第五, “护理型养老院” 应该成为机构养老服务业发展的主要方向。养老机构是指为老年人提供集中居住、生活照料、康复护理、精神慰藉、文化娱乐等服务的老年人服务组织, 主要服务对象应为高龄体弱、空巢独居、失能半失能老年人, 这些最脆弱老人普遍存在着巨大的“养老风险”和“照料困难”, 对“护理型养老院”有着紧迫的刚性需求, 逐渐出现了越来越多有子女的老人也进养老院的趋势。随着老年高龄化或者独子老龄化时代的到来, 机构养老的作用也将从“补充”上升为“支撑”, 日趋重要。

家庭养老是中华民族的优良传统, 其亲情养老的功能是独特的, 发挥了其他养老模式没有的“亲情滋养”、“精神赡养”的功能。2010 年全国城乡老年人需求调查数据显示, 只有 11%—13% 的城乡老年人愿意入住养老机构, 愿意与子女同住的比例为 47%。然而, 执行多年的独生子女政策极大改变了家庭结构和功能, 伴随家庭规模的小型化和结构的核心化, 大规模的独生子女父母陆续步入老年, 而家庭养老功能却捉襟见肘, 专业化的机构养老必然会在养老方式中发挥日趋重要的支撑作用。伴随持续的低生育率和平均预期寿命延长, 家庭代际结构变为“倒三角形”, 养老加育幼将不堪重负。选择机构养老, 是被逼的亦是理性的养老决策。对于生活在空巢状态、部分失能或丧偶的老年人来说, 他们对机构养老

存在着共通性、依赖性的刚性需求。

养老机构的发展需要注意的几个方面有：一要扩大老年人对各种档次和类型养老院的选择余地，二要降低入院门槛，三要规范和提高养老服务质量。为此，政府要设计好养老院的结构层次、地区布局，主导机构养老事业的发展方向，从财政上加大对特殊脆弱老年人群的养老福利补贴，以老年人的需求和满意为中心，建设养老服务设施，培育养老服务人才，改善养老服务的质量，提高入住老人的生活满意度。

第六，养老机构要努力提升老人的满意度和幸福度，打造人性化居家式养老院是今后“去机构化”的重点和核心所在。理想的养老院要有家的氛围、感觉和方便，譬如，一些养老机构规定，工作人员遇到老人时必须叫“爷爷”、“奶奶”、“爸爸”、“妈妈”，一切服务都必须亲切，让老人有家的感觉。同时要反歧视、防虐待。

提高机构养老服务质量的 key 在于“去机构化”。简单讲，就是要尽量淡化机构的管理色彩和痕迹，融管理于服务之中，避免老人生活的模式化、程式化与消极化，让机构生活接近于往日的居家生活，既有社区的热闹与方便，也有家庭生活的自由不羁，在服务上彰显人性化、个性化。例如，鼓励老人们发挥所长，老有所用；尊重老年人的话语权、参与权和自由权；周末、节假日送老人回家，鼓励子女不定期探望老人，双向互动；提供心理护理与治疗、临终关怀等精神层面的服务等。

2017 年年底出台《养老机构服务质量基本规范》将作为养老机构服务质量专项行动的重要依据。下一步将会出台养老机构的具体标准或规范，包括分类与编码、机构服务满意度的测评、机构等级评定、质量认证、老年人健

康档案技术规范、康复服务规范、生活照料服务规范、社会工作服务规范等一系列的标准。通过这些标准的制定、宣贯、实施，健全养老机构质量标准体系，为进一步规范养老机构服务质量提供了指引。

眼下，社会化为老服务方兴未艾，“老吾老，以及人之老”成为时代的大趋势。机构养老和社区养老替儿女尽孝、为老人分忧，大有可为。总览各种为老服务，理想境界莫过于不是亲人却胜似亲人的亲情式服务和家庭式照顾，其基本元素就是爱心、包容和责任。可以从称谓、态度、专业、价格四个维度来看待和成就亲情式养老服务，亲情式服务也是“精神赡养”的可靠路径。

第七，智慧养老将成为养老服务业发展的生长点。随着互联网在老年人生活领域的渗透和发展，老人的养老需求和支出结构在慢慢发生新的变化，政府、企业等对于养老服务的创新也越来越活跃，一方面以“虚拟养老院”为代表的“养老+互联网”的服务创新仍在继续，养老机器人等智能化养老产品不断创新和迭代，另一方面，养老服务信息呈爆炸式增长，且多数为非结构化数据，实现对健康养老数据整合、管理势在必行。通过运用互联网、物联网、大数据等信息技术手段，对接各级医疗机构及养老服务资源，建立起老年健康动态监测机制；通过发展健康养老数据管理和智能分析系统，实现健康养老大数据的智能判读、分析和处理，提供便捷、精准、高效的健康养老服务。2018 年，《智慧健康养老产业发展行动计划（2017-2020 年）》将进一步落实，不断丰富智能健康养老服务产品供给，发展健康养老数据管理与服务系统外，可持续、可复制的成熟智慧养老商业模式将逐步形成，有望成为养老服务创新及产业经济升级的新引擎。

◀ 本期关注 ▶

上海人口 70 年

《人口信息》编辑部

特邀主持人: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) 副研究员 陈蓉

主持人语

7月初时,李冬梅老师跟我讨论说,今年的《人口信息》第3期和第4期的“本期关注”栏目分两期刊登了由复旦大学人口研究所教授任远老师主持的《新中国人口发展的历史经验》论坛,邀请了学界多位大家围绕这一主题展开了研讨,反响很好,希望在第5期的“本期关注”栏目集聚“上海人口70年”再组织一次专题讨论。我当即认同这个主题非常好。上海是我国的首位城市,又是国际化大都市,无论是社会经济发展还是人口转变都领先于全国,对其人口变动的70年历程进行分析、回顾和总结,无疑对我们更好的认识上海人口变动状况及规律提炼具有重要意义,也对全国其他大城市的人口变动具有比较意义,更在许多方面对全国人口整体变动的未来趋势具有前瞻参考价值。

没想到的是,李老师竟然问我是否愿意做这一期专栏的主持人。我的第一反应和反馈是谢绝李老师。因为我了解《人口信息》的“本期关注”栏目品质很高,每期专栏都经过编辑部的精心策划,邀请的主持人都是学界的知名学者和前辈老师们。我认为自己太年轻,资历太浅,不能胜任主持人。李老师一再鼓励我,并建议我可以邀请上海人口学界的青年学者

参与讨论。她向来认为青年学者之间的交流和碰撞往往可以产生许多思维的火花。于是,我在忐忑中答应了李老师,并开始着手邀请学界的青年学者。最后,我邀请到了华东政法大学社会发展学院讲师梁同贵、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)助理研究员王美凤和上海社科院城市与人口发展研究所助理研究员高慧三位青年学者与我共同参与讨论。非常感谢三位接受我的邀请,鼎力相助、贡献智慧,使我的首次“主持人”之旅得以顺利成行。

梁同贵的文章对新中国成立70周年以来的上海人口变动历程进行了总体性回顾和描述,他分别分析了户籍人口变动总量变动历程及每一个阶段中自然变动与迁移变动状况,家庭户规模变动及“人户分离”状况,总人口性别比的变化情况,常住人口总量变动历程,人口老龄化和高龄化态势,少数民族人口及其族别的变化以及上海市居民的受教育程度变动状况。

生育研究是人口学及人口研究的核心内容之一,生育状况变化也是当下社会各界较为关注的热点,故这期专栏也对特大型城市上海的生育状况变迁进行了分析,主要是我自己基于近年来对上海人口生育状况的研究形成的

文章。我的文章回顾了 1950 年以来以户籍人口口径统计的上海市出生人口总数及孩次率的变动历程,并对近年来生育政策陆续调整放宽的效应进行了初步的评估。

新中国成立以后,随着医疗水平的提升和生活条件的改善,上海居民的死亡率显著下降,人均寿命逐步延长。随着时代的发展,人们不止注重“活得久”,更加关注“活得好”。王美凤的文章对 1978 年以来上海市户籍居民预期寿命纵向变动状况进行了分析并与日本进行了横向比较,同时,她还运用沙利文法(Sullivan)对上海市老年人口的健康预期寿命进行了测算,并进行了分性别和分年龄组的比较分析。

人口老龄化是生育水平下降和寿命延长的结果,在时间上存在延后性,在过程上存在必然性。高慧的文章以“新中国 70 年上海人口老龄化进程及其养老服务应对”为题,首先分析了上海人口老龄化进程及其阶段性特征;其后,从养老服务的对象扩大、内容扩展、格局构建及机制完善四个角度回顾总结了上海应对人口老龄化挑战的养老服务对策;最后,指出了上海养老服务发展面临的主要挑战,并提出了有针对性的对策建议。

感谢李冬梅老师给我提供的“挑战”,再次感谢三位青年才俊愿意接受邀请,共同回顾新中国成立 70 年来的上海人口变动历程。回顾过去,可以更好的认识现在和展望未来。经过了 70 年的快速发展,当前我国正处于经济转轨、社会转型和人口转变相互交织的关键时期,作为人口研究的青年学者,我们有幸见证这前所未有的社会大变迁;身处国际化大都市的上海,我们又有幸提前观察到许多人口新现

象,并投身于其中开展研究,去探索这些新的现象、新的问题究竟是“上海特色”,还是全国甚至是全球的共有规律。

新中国 70 年上海市人口发展变动态势分析

梁同贵(华东政法大学社会发展学院讲师)

新中国成立以来,上海市人口数量与人口结构都发生了很大的变化。本文分析了新中国成立以来上海市户籍人口、常住人口、老年人口数量以及人口民族结构、教育结构等的发展变动趋势。未标注资料来源的地方数据出自历年上海统计年鉴。

一、户籍人口数量增加,户籍人口净迁移量为正数

1952 年-1959 年户籍人口增速较快,从 1952 年的 572.63 万人增至 1959 年的 1028.39 万人,增加了 455.76 万人,增速为 79.6%。从 1960 年开始,上海市户籍人口进入了缓慢增加的阶段,2017 年增至 1455.13 万人。上海市户籍人的增加,在改革开放前主要归咎于户籍人口的自然变动,从 1978 年-1993 年是自然变动与迁移变动共同作用的结果,但 1994 年以来主要归咎于迁移变动。

改革开放以来,上海市户籍人口的自然变动大致可以分为三个阶段。第一阶段是改革开放初期到 1987 年间,户籍人口自然变动呈现一直上升趋势,1987 年增长至 10.75 万人。从 1988 年到 2003 年,户籍人口自然变动呈现下降趋势,在 1993 年,户籍人口自然变动由正增长转变负增长,且前期下降的较快,后期

下降的较慢。2004 年到 2017 年户籍人口自然变动略有增长, 年增长人数在 -2 万人到 1 万人之间浮动, 但仍以负增长为主。户籍人口的自然增长率变动趋势与人口数变动趋势基本一致。

上海市户籍人口迁移变动基本上也经历了三个阶段, 改革开放初期到 1990 年户籍人口迁移增长基本呈现波动下降的趋势, 1990

年下降至 1.46 万人。从 1991 年到 2010 年, 户籍人口迁移增长开始波动增加, 2008 年增加至 12.99 万, 2010 年增加至 12.25 万人。2011 年开始, 户籍人口迁移增长开始下降, 年增长人数在 6 万人、7 万人上下浮动。户籍人口迁移增长率的变动趋势与迁移人口数变动趋势基本一致。

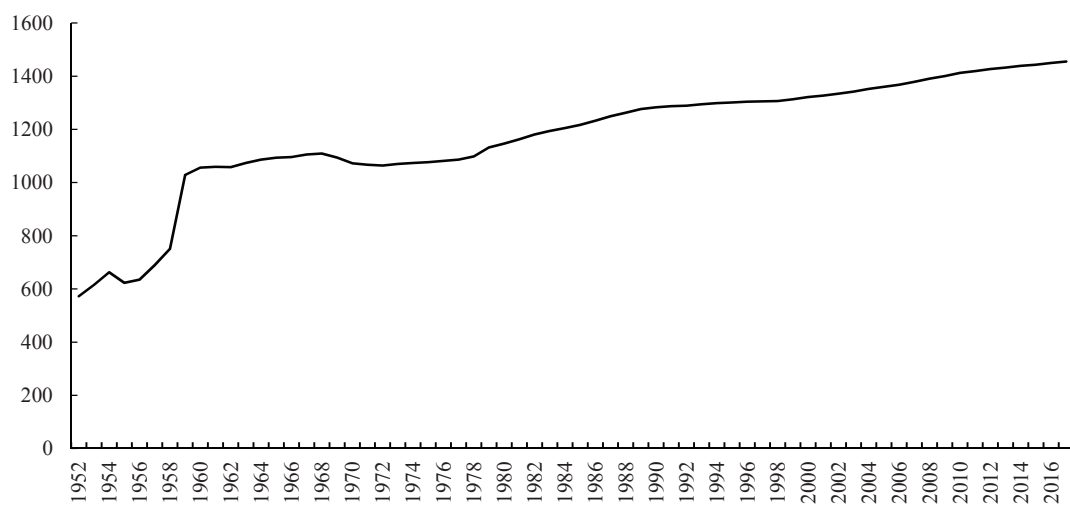


图1 1952-2017年上海市户籍人口数量变动趋势 (万人)

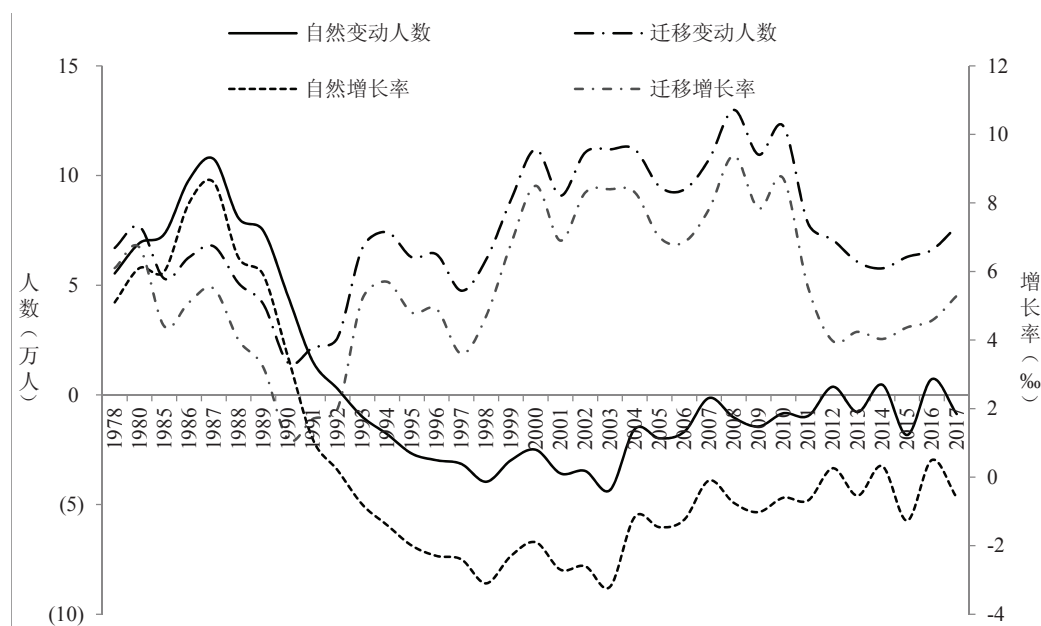


图2 1978年-2017年户籍人口自然变动与迁移变动

二、家庭户规模逐渐缩小, 人户分离人口增加

建国以来, 上海市家庭户规模从 1952 年的 124.92 万户增长至 2017 年 546.13 万户, 年均增长率 2.33%, 增长了 2.37 倍。平均每户人口数由 1952 年的 4.6 人下降到 2017 年的 2.66 人。表明三人户与二人户的家庭规模已经成为本市家庭户的主体, 这与上海市实施的计划生

育政策密不可分, 也反映了人民生活质量的进一步提高。

另外, 随着上海市城市改造步伐的加快, 上海市人户分离的现象也比较普遍, 不少居民为了孩子就近上学, 老人养老, 就近上班等原因, 使居住地与户籍地分开。2000 年第五次人口普查时, 上海人户分离人口 224.97 万, 2010 年第六次人口普查时, 这一数据增长至 370.83 万。

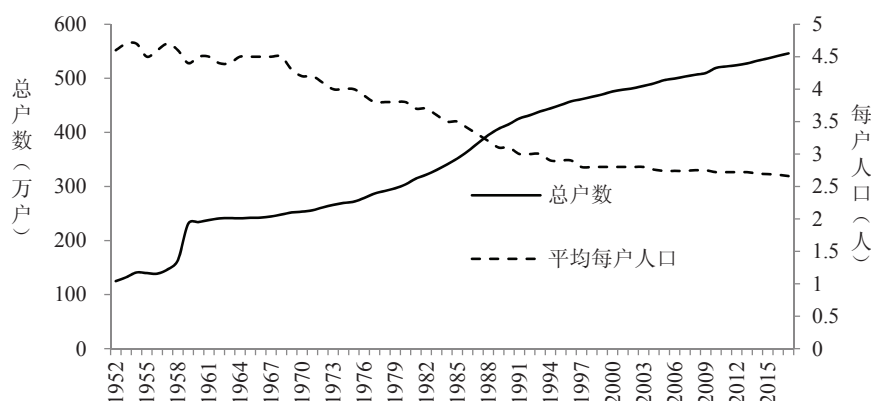


图3 1952-2016年上海市户籍人口总户数与平均每户人口数变动趋势

三、总人口性别比略有波动、趋近于正常范围

人口性别构成通常用性别比来表示, 即以女性人口数为 100 来计算男女人口的比例。人口性别构成直接影响人口的再生产速度和强度, 同时对社会、经济发展以及就业安排也有着十分密切的关系。

上海市总人口性别构成的演变, 大体上可分为四个阶段: 第一阶段为 1952 年-1960 年, 在这一阶段内总人口性别比由 1952 年的 118.64 下降到 102.11, 下降速度最快, 下降幅度也最大。建国初期的性别比之所以较高, 这主要是由于上海这个大工商业都市吸引了大批农村破产而又无力携带妻儿的单身男劳动

力流入上海谋生所造成的¹。建国后随着社会主义制度的建立和社会经济政治的发展, 上海市总人口的性别构成发生了巨大的变化, 不仅迅速改变了旧上海人口性别比严重失调现象, 男女性比例从极不均衡状态迅速地转变为较为均衡的状况。全市人口性别构成亦迅速转变为较为正常的性比例范围。第二个阶段是 1961 年至 1983 年的 23 年时间, 上海市人口性别比一直低于 100 但趋近于 100。第三个阶段是 1984 年到 2008 年, 性别比在 101 上下浮动, 但都高于 100。第四个阶段是 2009 年-2017 年, 性别比又开始下降到 100 以下但接近 100 的水平, 上海市总人口性别趋近于标准的性别比范围。

¹ 见邹依仁《旧上海人口变迁的研究》

四、常住人口总量增幅较大, 近年增速趋于稳定

改革开放以前, 中国人口的迁移流动情况很少, 常住人口基本上与户籍人口没有太大差别。改革开放以来, 上海市常住人口数量获得了大幅增加。常住人口数量由 1978 年的 1104 万增长至 2017 年的 2418.33 万, 增长了 1.19 倍, 年均增长率为 2.08%。进入 2010 年以来, 常住人口数趋于稳定, 常住人口数量由 2010 年的 2302.66 万增至 2017 年的 2418.33 万, 年均增长率为 0.82%, 年均增长率大幅降低。1994 年到 2009 年, 是常住人口增幅较大的年份, 常住人口数量由 1398 万增长至 2210.28 万, 增幅 51.80%, 年均增长率 3.33%。上海

市常住人口数量扩张的主要原因是外来流动人口规模的不断扩大。自十一届三中全会以来, 随着改革开放的深化和商品经济的发展, 由于上海市雄厚的工业基础, 区位优势 and 比较优势, 上海市外来流动人口逐年增长。上海市 1982 年由市外流入并在上海居住一天以上的人口约 53.8 万; 1988 年 10 月 20 日进行的全市流动人口调查数据显示外省市流入上海的为 105.8 万, 2000 年第五次人口普查数据显示户口登记地在省外的 313.5 万, 2010 年第六次人口普查数据显示来自省外的 897.7 万。外来人口对上海市的经济发展和市场繁荣起了一定的积极作用。

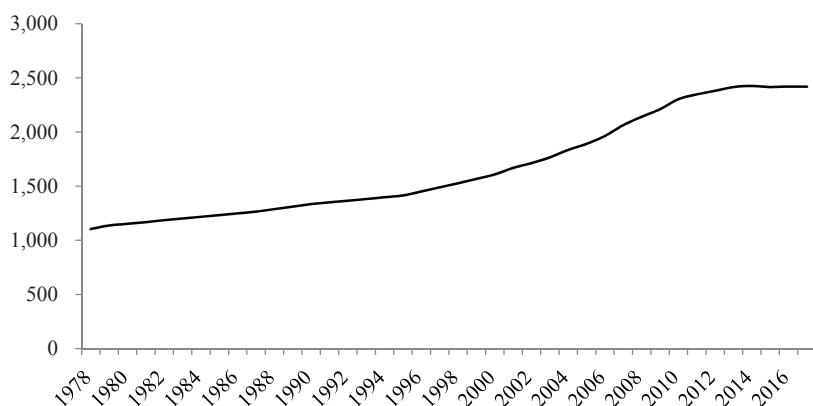


图4 1978年-2017年上海市常住人口数量变动趋势 (万人)

五、老龄化率增加明显, 高龄老人比重增加

2010 年上海市第六次全国人口普查 (以下简称“六普”) 数据显示, 60 岁及以上老年人口占全市总人口的 15.07%, 与 2000 年、1990 年数据相比略有提高, 但比 1982 年的 11.51%, 1964 年的 6.08%, 1953 年的 3.68% 分别增加了 3.56、8.99 与 11.39 个百分点。2015 年 1% 人口抽样调查数据显示, 上海市 60 岁及以上老年人口占全市总人口的比重增至 19.85%。从绝对数观察, 2010 年 60 岁及以上老年人口已达 346.97 万, 比 2000 年的 245.76 万, 1990 年的 189.11 万, 1982 年

的 136.53 万, 1964 年的 65.72 万, 1953 年的 22.82 万分别增加了 101.21 万, 157.86, 210.44 万, 281.24 万和 324.14 万。2015 年 1% 人口抽样调查数据显示, 上海市 60 岁及以上老年人口数量增至 449.98 万。全市老年人口的增长速度大大快于全市总人口的增长速度, 从 1953 年第一次的人口普查到 2010 年第六次人口普查的 57 年时间里, 上海总人口由 6204417 人增加到 23019196 人, 增加了 2.71 倍, 年均增长率仅为 2.37%。而 60 岁及其以上老年人口则从 228212 人猛增到 3469655 人, 增加了 14.20 倍, 平均年增长率高达 4.89%。在

老年人口中，80 岁及其以上高龄老人的增长速度又快于老年人口的增长速度。在 1953 年到 2010 年的 57 年里，80 岁及其以上老年人从 6994 人增加到 587804 人，增加了 83.04 倍，年平均增长率为 8.23%。它表明老年人口自身

结构趋于高龄化。因此，进一步巩固和完善养老保险制度，发展医疗卫生事业，改善护理服务设施等将成为政府和全社会所面临的一项重大任务。

表1 建国以来上海市老年人口构成的演变（人、%）

年份	60 岁及以上人口		65 岁及以上人口		80 岁及以上高龄人口		
	总人数	占全市总人口比重	总人数	占全市总人口比重	总人数	占 60 岁以上人口比重	占 65 岁以上人口比重
1953	228212	3.68	122512	1.97	6994	3.06	5.71
1964	657235	6.08	389907	3.61	29163	4.44	7.48
1982	1365291	11.51	880741	7.43	108057	7.91	12.27
1990	1891100	14.17	1251418	9.38	171970	9.09	13.74
2000	2457577	14.98	1880316	11.46	298779	12.16	15.89
2010	3469655	15.07	2331313	10.13	587804	16.94	25.21
2015	4499767	19.85	2905467	12.82	782267	17.38	26.92

资料来源：根据上海市历次人口普查资料与2015年1%人口抽样调查资料计算。

六、少数民族族别增多，少数民族人口增长较快

从建国后上海历次人口普查来看，1953 年第一次人口普查时，上海市少数民族类别为 21 个，1964 年第二次人口普查时为 31 个，1982 第三次人口普查时为 39 个，1990 年第四次人口普查时则增加到 44 个，2000 年第五次人口普查时为 53 个（缺阿昌族、德昂族）。2010 年第六次人口普查时则涵盖了全部 55 个少数民族。这种变动表明，上海的文化正变得越来越宽容，正在趋向于更为成熟、完善和多元化，它能容纳来自不同地区、不同民族、不同文化

的人们相济一堂，共同为上海的繁荣贡献自己的才智和力量。

另外，新中国成立后随着党关于民族平等团结互助政策的贯彻落实，以及上海与各民族地区交往的日益频繁，上海市少数民族的人口逐年增加（详见表 2）。1953 年第一次人口普查时，少数民族人口数量为 31471 人，到 2010 年增长至 276163 人，占总人口比重由 0.51% 增长至 1.20%。年均增加 4293 人，年均增长率 3.95%。到 2015 年少数民族人口数量仍在增长，为 307733 人，所占人口比重也增至 1.36%。少数民族人口中以回族、满族、苗族、蒙古族与朝鲜族居多。

表2 建国以来上海市少数民族总人数及构成变动趋势（人）

民族类型	普查年份						
	1953	1964	1982	1990	2000	2010	2015
少数民族总人数	31471	43710	49806	62171	103872	276163	307733
占全市总人口比重	0.51%	0.40%	0.42%	0.47%	0.63%	1.20%	1.36%
其中：							
蒙古族	682	1184	1277	1939	6468	11238	15100
回族	29644	39510	44329	50392	57514	78163	73000
苗族	69	82	128	422	4808	31351	35033
朝鲜族	35	245	462	742	5120	22257	17867
满族	895	1856	2171	4236	9087	25165	29400
其它	146	833	1439	4440	20875	107989	137333

资料来源：根据上海市历次人口普查资料与2015年1%人口抽样调查资料计算。

七、人口文化素质进一步提高,大学学历人口数量明显增加

上海第六次人口普查中,6岁及以上人口22085668人,2000年第五次人口普查中为15806710人。第六次人口普查中,上海市未上过学的人口占3.1%,比2000年普查的6.9%下降了3.8%;小学学历的人口占14.1%,比2000年普查19.7%下降了5.6%;初中、高中或中专学历的人口变动不大,但大专、本科与

研究生三者加在一起一共占22.8%,恰好高出2000年普查11.4%一倍。具有大专以上学历人数也从2000年五普的179.5万增加到2010年六普的504.0万。上海市人口文化素质提高的速度是建国以来少有的,尤其是大专及以上学历人口增长速度很快,这充分反映了上海市普及九年义务教育和大力发展高等教育等方面取得了显著成效。

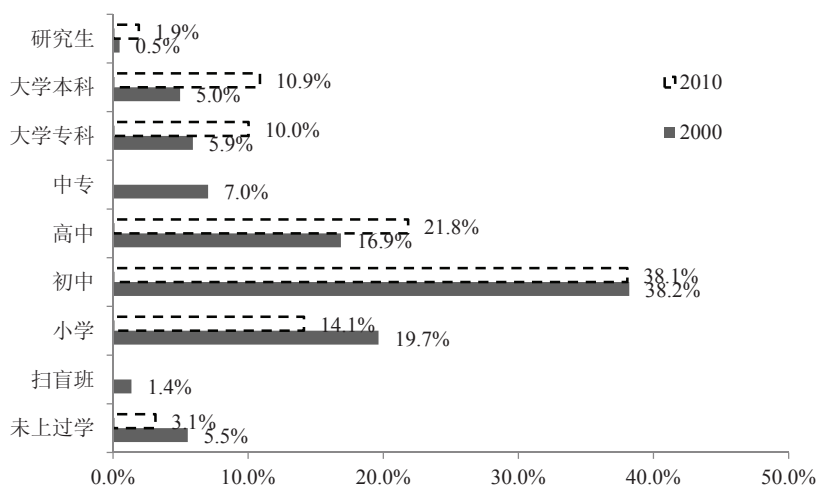


图5 上海市2000年与2010年6岁及以上人口文化构成

新中国 70 年上海人口生育状况变动历程

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) 副研究员)

本文基于1950年以来的生育统计数据,分析1950-2018年的近70年间上海市户籍人口生育状况变动历程。文章首先探寻70年来上海市出生人口数的变动规律,其后探析户籍育龄妇女当年生育的孩次率变动情况,最后探讨“双独两孩”、“单独两孩”及“全面两孩”政策的陆续调整对上海市出生人口数变动的影响效应。需要指出的是,本文仅讨论户籍口径的出生人口数,未考虑外来常住人口在沪出生数。

一、1950年以来上海市出生人口数变动历程

图1展示的是1950-2018年间上海市出生人口数变动历程。从中可以看出,受人口年龄结构周期性变动的影响,1950年以来,上海市出生人口数一直处于峰谷交替的波动状态,经历了三次出生高峰。第一次出生高峰是1951-1963年,平均年出生人口27.39万人,最高年份是1954年(33.70万人),年出生率最高的年份也是1954年(52.7‰)。第二次出生高峰是1981年-1989年,每年出生人口在15万人以上,最高年份为1982年(21.68万人),年出生率最高的年份也是1982年(18.5‰)。由于生育水平的不断下降,第二次出生高峰已是明显小于第一次出生高峰。

1990 年后的 10 多年间, 上海户籍人口的出生数量处于一个明显的下降通道之中, 2003 年户籍人口出生数达到了 1950 年以来的历史最低点, 年出生量仅有 5.73 万人。2004 年以后, 户籍人口生育水平处于缓慢小幅上升通道中, 加之人口年龄结构的惯性影响, 户籍人口出生数呈现出逐步增多的趋势, 特别是 2012 年以后, 相对来说也形成了一个非常小的出生高峰。具体而言, 2006–2007 年户籍人口出生数有了一个大的跳跃, 由 8.12 万人增至 10.08 万人, 年出生数上升到了 10 万这一台阶; 2007 年之后, 除了个别年份的出生人数略低于 10 万人以外 (2008 年和 2009 年分别为 9.67 万和 9.23 万), 历年出生人数都在 10 万以上, 回到了上个世纪 90 年代初的出生水平; 不过, 2012 年以后出生人数波动非常明显, 2012 年出生数为 12.11 万, 2013 年下降到 10.89 万, 2014 年 (“单独两孩” 政策放开的第一年) 又上升至 12.41 万, 2015 年又下降到 10.59 万, 2016 年 (“全面两孩” 政策放开的第一年) 又回升至 13.07 万, 2017 年又下降至 11.77 万。2018 年, 上海户籍常住人口出生 9.6 万人。

上海户籍人口第一次出生高峰的产生机制是, 人口年龄结构年轻 (生育旺盛期的育龄妇女人数多) 和生育水平高这两个因素的叠加效用。第二次出生高峰期间, 上一出生高峰期间出生的女性正好进入育龄期, 因而, 这一出生高峰间生育旺盛期的育龄妇女人数相对较多。但是, 第二次出生高峰期间育龄妇女的生育水平并不高, 所以, 这一个高峰相对于第一次出生高峰而言已明显是一个 “小高峰”, 主要产生机制是年龄结构的周期性变动。故严格来看, “第一次出生高峰” 也是 “第一次生育高峰”, 而 “第二次出生高峰” 则不可称作是 “第二次生育高峰”。2004 年以后的出生人数逐渐增多、至最近几年间形成的出生小高峰, 既有育龄妇女数周期性变动的影响, 也有生育政策陆续调整放宽的效应。但是, 第三次出生小高峰仅可谓是非常低的一个峰值, 甚至峰值年间的生育数量仅与 “第二次出生高峰” 时的谷底年间相当。总体来看, 1950 年以来上海市出生人口数变动, 经历了峰谷交替历程, 呈现出的三次出生高峰表现出峰值层层递减、谷底也越来越低的规律性。

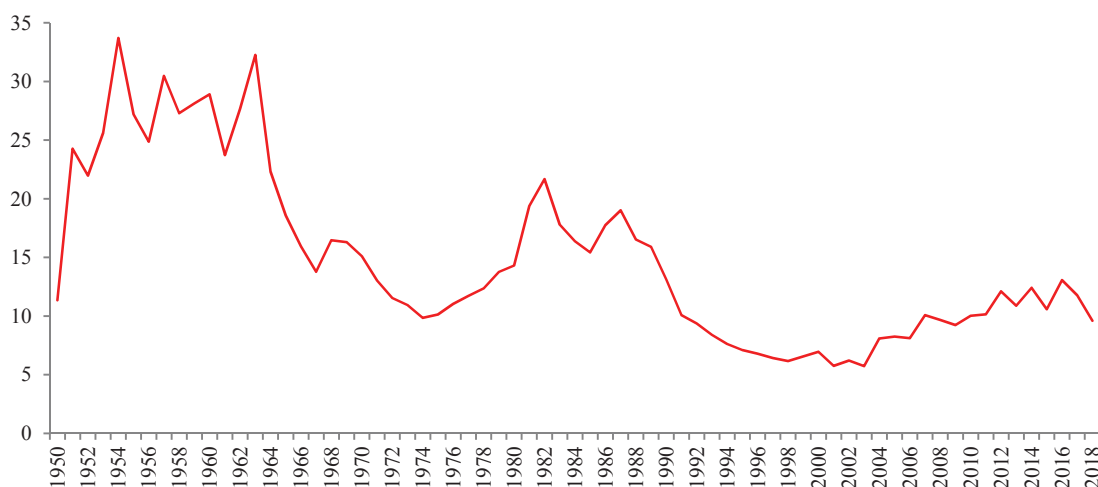


图1 上海市出生人口数变动历程 (1950–2018年) : 万人

数据来源: 1950–2000年户籍人口出生数来源于《上海市人口与计划生育统计资料汇编 (1949–2000)》, 上海市人口和计划生育委员会编; 2001–2016年户籍人口出生数来源于《上海统计年鉴2017》; 2017年户籍人口出生数来源于《上海统计年鉴2018》; 2018年户籍人口出生数来源于《2018年上海市国民经济和社会发展统计公报》, 查询于上海市统计局官方网站<http://www.stats-sh.gov.cn/html/sjfb/201903/1003219.html>, 统计口径为户籍常住人口。

二、户籍育龄夫妻当年生育的孩次率变动

(一) 上海市户籍的城乡居民当年生育的孩次率逐步趋同

从笔者能够检索到的户籍人口当年生育的孩次率的统计资料来看,最早的统计始于 1973 年。2000 年之前的生育统计资料中不仅统计总的户籍人口当年生育的孩次率,还分市区和

郊区居民进行统计。1970 年代,郊区户籍人口生育的一孩率低于市区户籍人口,至 1980 年代中期时,二者已经比较接近,1990 年代中期至 2000 年,二者基本相同(见图 2)。一方面,非农业户籍人口比重不断减少,另一方面,农业人口与非农业人口的生育水平已比较接近,故此后的统计资料不再区分郊区和市区。

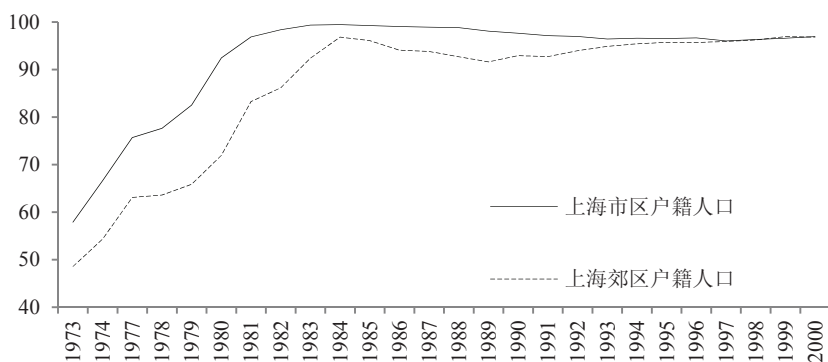


图2 上海市分城乡户籍人口当年生育的一孩率 (1973-2000年) : %

数据来源: 1973-2000年数据来源于《上海市人口与计划生育统计资料汇编 (1949-2000)》, 上海市人口和计划生育委员会编。

(二) 1970 年代以来上海户籍人口当年生育的孩次率变动历程

图 3 展示的是 1973 年以来的上海户籍女性当年生育的孩次率的变动历程。1973 年时,上海市户籍女性当年生育的一孩率为 53.04%,然后逐年上升,1978 年时一孩率为 68.46%,1980 年时为 80.14%,1981 年时为 88.92%,1982 年时为 92.19%,此后至 2012 年的 31 年间历年户籍人口当年生育的一孩率均在 90% 以上,且其中 1993-2008 年的 26 年间历年一孩率均在 95% 以上。2007 年以后,户籍人口当年生育的一孩率开始逐年下降,2007 年一孩率为 95.76%,2013 年开始降至 90%,为 89.39%,2014 年“单独两孩”政策实施,该年的一孩率为 84.86%,2015 年一孩率为 77.09%,已降到 80% 以下,2016 年一孩率继

续下降,降至 71.9%,相当于 1979 年前后的水平(一孩率为 71.6%)。2018 年,上海市户籍人口当年生育的一孩率为 68.03%。

1973 年时,上海市户籍人口当年生育的二孩率为 37.45%,此后一直在下降,至 1980 年时,二孩率为 19.59%,1981 年时,二孩率又大幅度下降至 10.92%,1982 年至 2012 年的 31 年间,上海市户籍人口当年生育的二孩率一直低于 10%,且其中绝大部分年份都在 3%、4% 的水平。2004 年上海取消了生育第二个孩子的夫妻应当有 4 年生育间隔的规定之后,户籍人口当年生育的二孩数占比逐步提高:2004 年为 2.80%,2012 年为 8.39%,2013 年突破 10% 升为 10.45%;2014 年“单独两孩”实施,当年的二孩率为 14.96%,2015 年突破 20% 升至 22.64%;2016 年“全面两孩”政策实施,

上海户籍人口出生的一孩率下降至 71.9%，二孩率上升至 27.40%，几乎回到了 1979 年时的水平（一孩率为 71.6%、二孩率为 27.3%）。2017 年和 2018 年的二孩率都超过了 30%，其中，2017 年为 32.54%，2018 年略微降至 30.88%，也即近两年生育的孩子中，二孩的占比达到了 30% 以上。

多孩（三孩及以上）率在 1973 年时为 9.51%，1979 年下降到 1.1%，此后的年份多孩率一直在 1% 以下，甚至绝大部分年份都在 0.1% 以下，2018 年，上海市户籍人口当年生育的三孩及以上占比为 1.08%。可以说，1980 年以后上海市户籍人口生育三孩及以上的比例已是微乎其微。

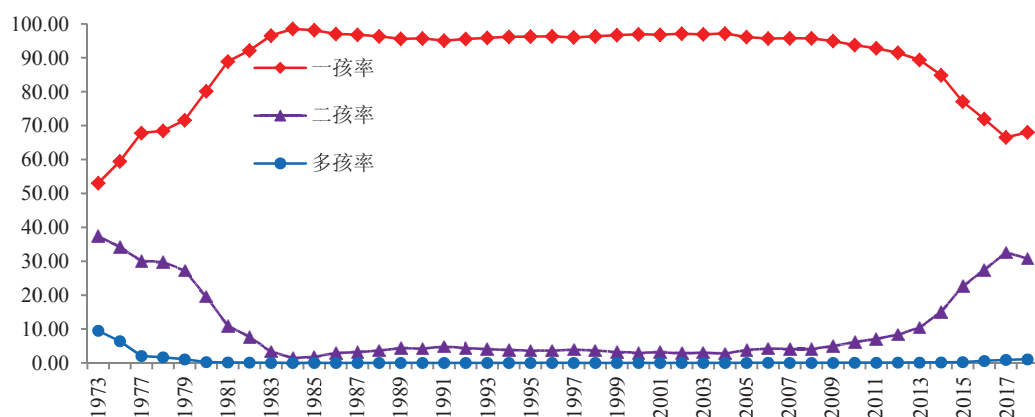


图3 上海户籍人口当年生育的孩次率（1973-2018年）：%

数据来源：1973-2000年数据来源于《上海市人口与计划生育统计资料汇编（1949-2000）》，上海市人口和计划生育委员会编；2001-2014年数据来源于相应年份的上海市计划生育统计报表，2015-2018年数据来源于上海市卫生计生数据和上海市卫生健康统计数据，2019年7月9日查询于上海市卫健委官方网站<http://www.wsjsw.gov.cn/tjsj2/20180525/27793.html>。

三、生育政策陆续调整放宽的效应评估

2004年起上海市取消了双方均为独生子女夫妻须隔4年才能生育第二个子女的规定，此后生育政策陆续调整为“单独两孩”和“全面两孩”政策，我们将2004年看作是时间节点，此前为“一孩政策时期”，此后为“二孩政策时期”。此处基于对“二孩政策时期”上海户籍育龄妇女的生育水平、出生人口总数、二孩生育数及占比、人口自然变动等内容的分析，评估生育政策陆续调整放宽的效应。

（一）“二孩政策时期”的二孩生育状况

上一节的分析显示，自2004年以来的“二孩政策时期”，上海市户籍人口当年出生

的二孩占比逐步提高。从实际再生育情况看，2004-2018年间户籍人口历年二孩生育数量呈现递增趋势，2012年二孩出生数突破1万人，为1.02万人，2013年增加至1.14万人，2014年为1.86万人，2015年增加至2.40万人，2016年增加至3.54万人，2017年继续增至3.83万人，2018年略微下降至2.96万人（见图4）。2004-2018年间，平均每年出生1.35万个二孩，合计出生了20.29万个二孩，占这期间户籍人口出生总数的13.17%。二孩率和生育二孩数量的提高反映出生育政策的陆续调整一定程度上释放了二孩生育潜能。

进一步地，政策的响应程度如何还需要结合符合政策的育龄人数总量来进行综合评价。

2013 年 12 月,原上海市卫计委曾组织全市范围内的育龄夫妻开展计划生育信息核查工作。此次信息核查工作共采集到 1978424 对女方出生年月介于 1964 年 8 月 1 日至 1994 年 8 月 1 之间的(2013 年 12 月时年龄为 20-49 周岁)、在婚的、夫妻双方至少有一方是上海市户籍的育龄夫妻的信息。尽管 2013 年信息核查时的

育龄夫妻数是一个时点数,其一直处于变动之中,这里我们姑且认为这个变动是一个动态平衡状态,仍将 198 万对育龄夫妻这个大数作为参考,并以此为分母粗略计算育龄人群的再生育比例,则从时期累计数据来看,2004-2018 年间上海市户籍育龄妇女共生育了 20.29 万个二孩,占 198 万对育龄妇女总数的 10.17%。

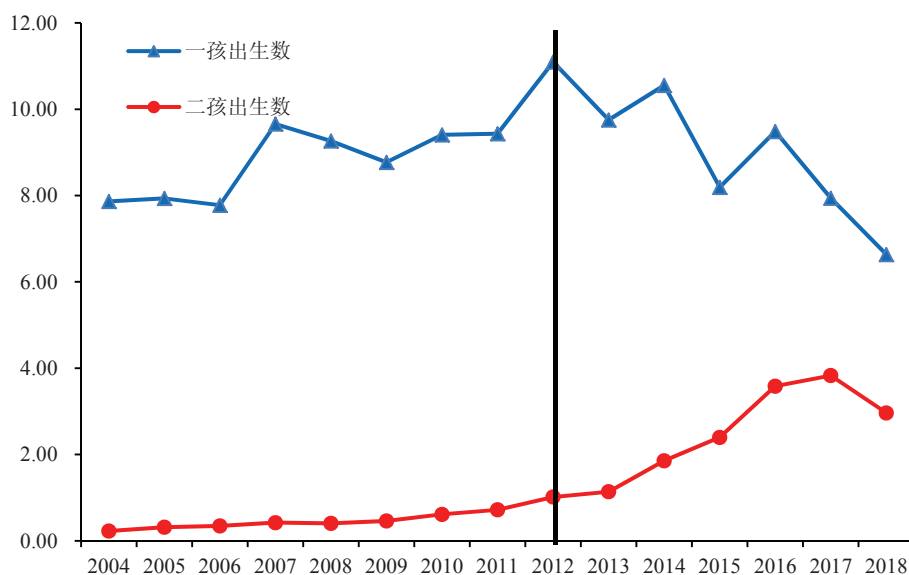


图4 “二孩政策时期”户籍人口历年生育的二孩数

数据来源:根据图1中的出生人口数和图3中孩次率计算而得。

此外,从时点数据来看,2013 年的信息核查结果显示,已有 2 个及以上孩子(含已有 1 个孩子且现孕)的夫妻仅占有所有育龄夫妻的 4.66%。更值得一提的是,从 2004 年取消了双方均为独生子女夫妻须隔 4 年才能生育第二个子女的规定至 2013 年核查时点上有近 10 年的时间,换言之双独夫妻中有许多早已是符合生育二孩政策的。但这 10 年间,双独夫妻中也仅有 5.27% 的夫妻生育了 2 个及以上孩子,并未明显高于单独夫妻(5.08%)和双非独夫妻(4.16%)的这一比例,可见这期间,双独夫妻对政策的响应程度非常冷淡。

综上所述“双独两孩”、“单独两孩”和“全面两孩”政策的实施确实是释放了一部分生育潜能,让一些有意愿生育两个孩子的家庭的愿望得以实现,但总体上上海市户籍居民生育二孩的比例较低。

(二)“二孩政策时期”的生育水平、生育数量及人口自然变动

上海市户籍育龄妇女的总和生育率自 2003 年达到历史最低点之后开始了缓慢小幅提高历程,2012 年之后一直在 1 上下波动,2014 年“单独两孩”实施后总和生育率回升至 1.14,2015 年又回到 1 以下(0.97),2016

年“全面两孩”政策实施后的第一年,总和生育率水平回升至 1.1,2017 年下降至 1,2018 年又降至 0.9。生育水平的微幅上升叠加年龄结构效应使得上海市户籍人口近几年出生人口数有所上升。出生人数的增多也对上海市户籍人口形势产生了一定的积极影响,户籍人口自然变动从负增长转变为正增长和相对的零增长状态。2012 年,上海户籍人口自然变动结束了长达 19 年的负增长,首次由负变正。2012 年之后,上海户籍人口自然增长率一直围绕着零点波动。

(三)“二孩政策时期”的一孩生育状况

二孩率上升的另一面即是一孩率的下降。同时,从一孩出生的绝对规模来看,2004—2012 年间,户籍育龄妇女历年生育的一孩数总体上呈递增趋势;而 2012 年以后,一孩生育数量呈递减趋势,已从 2012 年的 11.08 万人,降至 2018 年的 6.64 万人,期间虽有波动但总体上递减趋势明显(见图 4)。一孩生育数量的减少,归根结底是由于育龄妇女、尤其是生育旺盛期育龄妇女数量的减少。随着时间的推移,当出生在 1980 年代出生高峰的育龄妇女逐步退出生育旺盛期,未来 10 年上海户籍女性的人数将会持续减少。也正是因为如此,尽管 2017 年的二孩率比 2016 年继续有所上升,但是出生总量已比 2016 年有所下降。因此,我们不能只看到二孩率的上升和二孩生育数量的增多,更应引起关注的是户籍育龄妇女一孩出生数、一孩率的递减趋势。

(四)生育政策实施的效应评估总结

综上可得,2004 年以来的生育政策的陆续调整放宽,对上海市户籍人口的生育水平、出生人口数量和人口形势产生了一定的积极影响。尤其是 2014 年“单独两孩”、2016 年“全面两孩”政策实施以后,上海户籍育龄妇

女生育水平、二孩比重均有所升高,累积生育势能得到一定程度的释放。从整个时期数估计来看,2004—2018 年间,上海户籍家庭中约有 10% 的人实际生育了二孩,这个结果虽不太精确,但也足以反映户籍育龄家庭再生育的比重不高。更为重要的是,生育政策放宽带来的积极效应并不能够抵消婚育年龄推迟、育龄妇女绝对规模减少、年龄构成老化等因素所导致的出生人数下行的效应。这与全国育龄妇女规模下行、年龄老化带动出生人口数下行的趋势一致。在育龄妇女人数、尤其是生育旺盛期育龄妇女人数必将减少的客观形势下,尽可能地提高生育意愿和生育水平成了缓和出生人数下行趋势的必然选择,实现习近平总书记在关于十三五规划的说明中提出的“进一步释放生育潜力”就成为了当务之急。

上海市居民预期寿命变动及健康预期寿命测算分析

王美凤(上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所)助理研究员)

医疗水平的提升与生活条件的改善使得居民疾病死亡率与发病率得到有效控制,疾病预防诊治工作取得显著成效,人均预期寿命呈现逐渐延长态势。在我国人口老龄化新常态形势下,人们不再单纯关注寿命长度,寿命质量也成其追求的主要目标。健康预期寿命作为世界各国通用的衡量一个国家或地区寿命长短与健康状况的指标,正好可以融合两者,在关注生命长度的同时又能兼顾生命质量(健康状况),真实反映人们在健康状况下生命长度。

在寿命延长与人口老龄化日益严峻趋势下,老年人群体逐渐壮大。老年人本身生理机能衰退,患病与伤残等现象频发,致使整个生命周期中老年阶段的生活自理障碍概率增加。

第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查显示,我国失能半失能老年人口占老年人口的比重达 18.3% (吴炳义,董惠玲等,2019)。在人口老龄化加速推进的情势下,面临庞大老年群体与老年疾病重的双重挑战,测算老年人健康状况下的预期寿命更有现实意义。

上海作为我国优质医疗资源分布多、医疗技术能力与质量水平双提升的大都市之一,其人均预期寿命更是位居全国榜首。2018 年,上海市户籍人口平均期望寿命达 83.63 岁²,不仅领先于同期全国水平 (77 岁)³,而且仅略低于同期全球人均预期寿命最高的中国香港 (84.63 岁)、日本 (84.43 岁) 与中国澳门 (84.04 岁) 水平,与较高的新加坡 (83.39 岁)、澳大利亚 (83.20 岁)、瑞士 (83.56 岁) 等国水平几乎相当⁴。同时,上海是我国户籍人口老龄化最严峻的地区,对其居民预期寿命变动历程及老年人健康预期寿命测算研究,不仅有助于及时了解本市老年人生存期延长情况下不同

年龄人群健康的状况及发展趋势,而且可以为我国及他省甚至世界部分国家的老年相关发展与规划等方面起到先行示范作用,同时也为上海老龄社会的人口健康、疾病防控、老年服务需求等工作提供理论参考依据。

一、户籍人口预期寿命变动

自上世纪 70 年代末起,上海市户籍人口预期寿命呈现线性增长趋势,用线性函数拟合其随时间推移的变动轨迹,拟合度高达 97%。据统计数据,人均预期寿命从 1978 年 73.35 岁线性增至 2018 年的 83.63 岁,年均增长 0.257 岁。若进一步分性别来看,男性、女性人均预期寿命也从 1978 年 70.69 岁、74.78 岁分别增至 2018 年的 81.25 岁、86.08 岁,年均增长分别为 0.264 岁与 0.283 岁,且女性增长步伐要快于男性,目前女性的平均预期寿命高于男性 4.83 岁 (见图 1)。

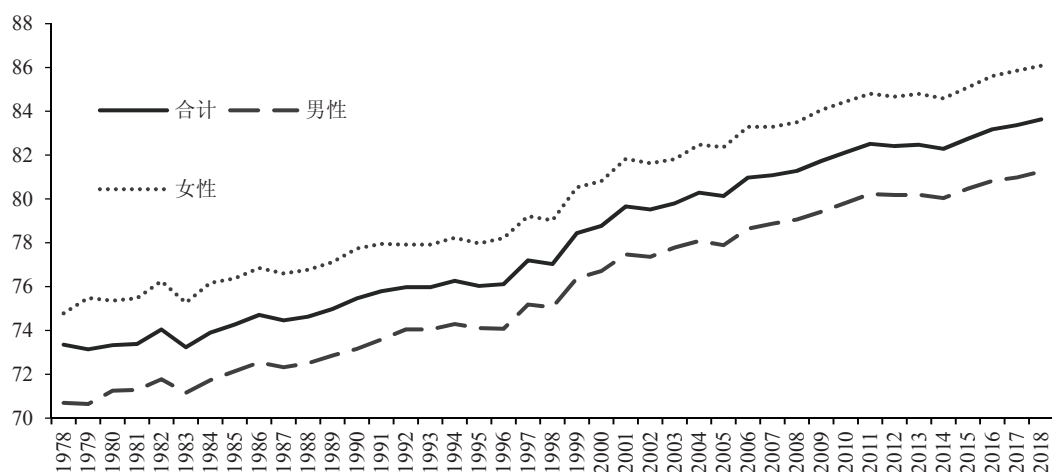


图1 1978-2018年上海市户籍人口预期寿命变动趋势 (岁)

数据来源: 1978-2017年数据摘自《2018年上海市统计年鉴》, 2018年数据摘自《2018年上海市国民经济和社会发展统计公报》。

² 2019年9月7日查询于<http://www.stats-sh.gov.cn/html/sjfb/201903/1003219.html> (2018年上海市国民经济和社会发展统计公报)。

³ 2019年9月7日查询于<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201905/9b8d52727cf346049de8acce25ffcb0.shtml> (2018年我国卫生健康事业发展统计公报)。

⁴ 2019年9月7日查询于<https://population.un.org/wpp/> (2019年世界人口展望)。

上海市户籍人口人均预期寿命整体要低于同期日本水平，但随着时间推移，两者之间差距呈现逐渐缩小趋势。1980 年，上海市人均预期寿命 73.33 岁，比日本水平（75.40 岁）低 2.07 岁，到 2015 年，两者差距缩小到 0.57 岁（上海，82.75 岁；日本，83.32 岁）。若进一步分性别来看，女性人均预期寿命差

距从 1980 年的 2.6 岁（上海，75.36 岁；日本，77.96 岁）减至 2015 年的 1.38 岁（上海，85.09 岁；日本，86.47 岁），男性人均预期寿命差距从 1980 年的 1.48 岁（上海，71.25 岁；日本，72.73 岁）减至 2015 年的 -0.42 岁（上海，80.47 岁；日本，80.05 岁），后期男性人均预期寿命呈现上海反超日本现象（见图 2）。

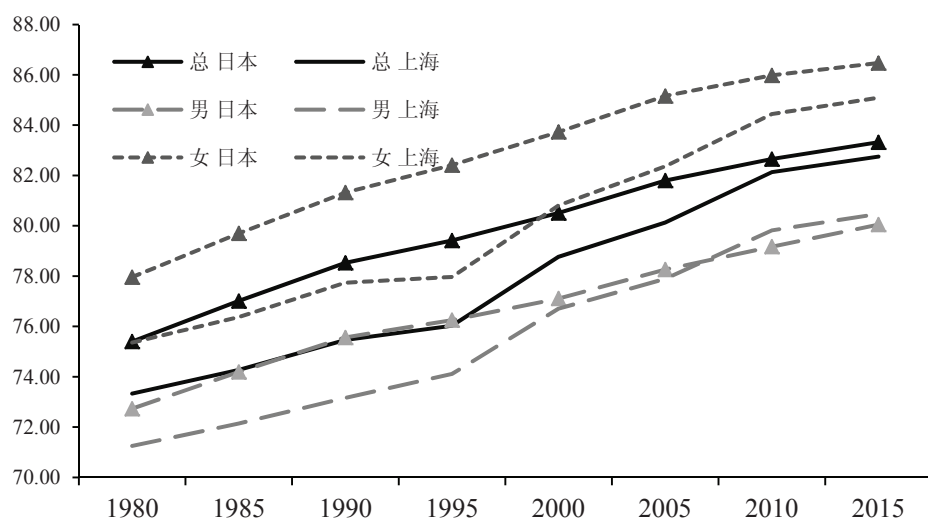


图2 1980-2015年上海市户籍人口与日本人口预期寿命变动比较 (岁)

数据来源：上海数据来源于《2018年上海市统计年鉴》，日本数据来源于<https://population.un.org/wpp/>（2019年世界人口展望）。

平均预期寿命的上升即意味着人口死亡率的下降。图 3 展示的是 1978 年以来上海户籍人口死亡率变动状况，从中可以看出，上海市户籍人口死亡率整体呈上升变动趋势，除 1988 年之前部分年份外，其余均高于同期全国平均水平，且两者之间的差距呈增加态势。1978 年，上海市人口死亡率 6.2‰，低于全国水平（6.25‰）0.05‰；到 1988 年，上海开始反超全国，上海市人口死亡率 6.8‰，高于全国水平（6.64‰）0.16‰；到 2018 年，上海市人口死亡率增至 8.4‰，与全国（7.13‰）之间的差距进一步扩大到 1.27‰。死亡率的这种变动情势一定程度上与上海市较高的人口老龄化与高龄化趋势有很大关系。老年人作为未

来社会重点关注人群，同时基于预期寿命与人口死亡率关系考虑，相比于整个生命周期，测算老年人的健康预期寿命更具有现实意义。

二、老年人健康预期寿命测算

（一）资料来源

本研究采用的各年人口分性别年龄组的死亡率数据主要来源于上海市疾病预防控制中心；相关老年人健康状况数据主要来源于上海市老龄科研中心与上海社科院等单位联合追踪调查的《上海市老年人口状况与意愿跟踪调查问卷》中的数据。问卷中数据处理、统计分析工具主要是 SPSS、GAMS 软件及 EXCEL。

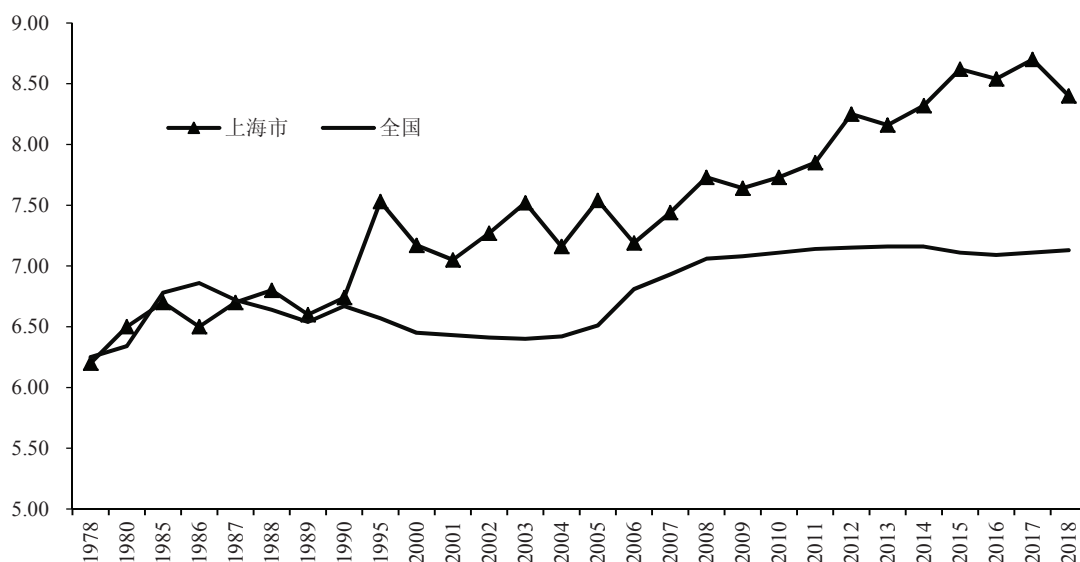


图3 1978-2018年上海市与全国人口死亡率变动趋势 (%)

数据来源：同图2。

(二) 概念界定与指标选择

健康测量作为计算健康预期寿命的核心环节，必须先明确界定健康定义维度。考虑到数据的可得性与解决问题需求，本研究主要采用“自评健康”维度的定义。

基于2008年与2013年“上海市老年人口状况与意愿跟踪调查问卷”，笔者选取相关健康状况的指标主要是在问卷F或D部分“照顾状况”中F1或D1问题“您目前生活自理能力如何？”，回答选项包括3个：完全能自理、部分能自理、完全不能自理。本研究将回答为“部分能自理”与“完全不能自理”选项定义为生活自理障碍，“完全能自理”选项定义为自理。

(三) 方法选取

目前计算健康预期寿命的方法包括沙利文法 (Sullivan)、多状况生命表法、双递减生命表法、微观仿真法、隶属等级模型法等。基于可获得数据类型及实际操作等方面考虑，本

研究选取沙利文法⁵。虽然Sullivan法也存在一定缺陷，未能考虑健康状态之间的转换，而这种状况转换在现实生活中时常发生，会对计算结果造成一定误差，但对于一个健康状况平稳的人群来说，当死亡率、发病率等成一定速度持续递减时，Sullivan法也可以很好地反映实际健康状况 (王梅华等，2002)。

(四) 研究结论

在各年龄组中女性老年人的预期寿命均高于男性，且随着年龄的增长其差距逐渐缩小。其中女性低年龄组 (60-79岁) 老年人的自理健康预期寿命也高于同一年龄组男性，且其差距也随年龄增长逐渐缩小；与之相反，女性高年龄组 (80岁及以上) 老年人的自理健康预期寿命则低于男性，且随着年龄增长两者差距扩大 (见表1)。具体来看，60-64岁年龄组女性老年人的预期寿命为26.33岁，高于男性3.53岁；在65-69岁、70-74岁、75-79

⁵ Sullivan法基于横截面数据与现时生命表估算某一代人健康状况下可能生存的平均年数。

岁、80-84 岁、 ≥ 85 岁年龄组女性分别比男性高 3.16 岁、2.66 岁、2.2 岁、1.67 岁与 1.21 岁。与之对应，60-64 岁、65-69 岁、70-74 岁、75-79 岁年龄组女性老年人自理健康预期寿命比男性分别高 1.08 岁、0.82 岁、0.35 岁、0.1 岁；而 80-84 岁、 ≥ 85 岁年龄组女性老年人自理健康预期寿命比男性分别低 0.49 岁、0.8 岁。

表1 2013年上海市老年人分年龄组男性与女性（健康）预期寿命比较（岁）

	预期寿命			自理健康预期寿命		
	男	女	差值 1	男	女	差值 2
60-64	22.8	26.33	-3.53	19.45	20.53	-1.08
65-69	18.68	21.84	-3.16	15.34	16.16	-0.82
70-74	14.91	17.57	-2.66	11.66	12.01	-0.35
75-79	11.33	13.53	-2.2	8.09	8.19	-0.1
80-84	8.16	9.83	-1.67	5.24	4.75	0.49
≥ 85	5.93	7.14	-1.21	3.35	2.55	0.8

注：差值1=男性预期寿命减去女性预期寿命；差值2=男性自理健康预期寿命减去女性自理健康预期寿命。

随着年龄增长，不同性别自理健康预期寿命占预期寿命的比重均呈下降趋势，且同龄组中女性要远小于男性，两者差距随年龄增长呈逐渐增加趋势；同时随年龄增长，不同性别自理健康预期寿命损失率均呈增加趋势，且女性远高于男性，两者差值随年龄增长也呈增加趋势（见表2）。据测算，男性自理健康预期寿命占预期寿命的比重从 60-64 岁年龄组的 85.31% 逐渐降至 ≥ 85 岁年龄组的 56.49%；与之对应，女性从 60-64 岁年龄组的 77.97% 逐渐降至 ≥ 85 岁年龄组的 35.71%；两者差值（男性减女性）从 60-64 岁年龄组 7.34% 逐渐增至 ≥ 85 岁年龄组 20.78%。相反，60-64 岁、65-69 岁、70-74 岁、75-79 岁、80-84 岁、 ≥ 85 岁年龄组女性自理健康预期寿命损失率分别为 22.02%、26.01%、31.63%、39.46%、51.72%、64.30%，比同龄组男性分别高 7.33%、8.09%、9.81%、10.87%、15.90%、20.80%。

表2 2013年上海市老年人分性别年龄组自理健康预期寿命（岁）

性别	年龄组	预期寿命（岁）	自理健康预期寿命（岁）	占比（%）	自理健康预期寿命损失率（%）
男	60-64	22.80	19.45	85.31	14.69
	65-69	18.68	15.34	82.12	17.92
	70-74	14.91	11.66	78.20	21.82
	75-79	11.33	8.09	71.40	28.59
	80-84	8.16	5.24	64.22	35.82
	≥ 85	5.93	3.35	56.49	43.50
女	60-64	26.33	20.53	77.97	22.02
	65-69	21.84	16.16	73.99	26.01
	70-74	17.57	12.01	68.36	31.63
	75-79	13.53	8.19	60.53	39.46
	80-84	9.83	4.75	48.32	51.72
	≥ 85	7.14	2.55	35.71	64.30

注：占比=自理健康预期/寿命预期；自理健康预期寿命损失率=[预期寿命-自理健康预期寿命]/预期寿命*100%。

从纵向变化来看, 2013 年不同年龄组老年人的健康预期寿命均低于同性别同龄组 2008 年的水平, 符合疾病扩张的理论假说⁶, 这与部分学者的研究结论也相吻合 (吴炳义, 董惠玲, 2019 等)。据测算, 2008 年, 60-64 岁、65-69 岁、70-74 岁、75-79 岁、80-84 岁、 ≥ 85 岁年龄组男性自理健康预期寿命分别为 20.77 岁、16.66 岁、12.83 岁、9.25 岁、6.25 岁、3.99 岁, 比 2013 年男性分别高 1.32 岁、1.32 岁、1.17 岁、1.16 岁、1.01 岁与 0.64 岁。同理, 2008 年, 60-64 岁、65-69 岁、70-74 岁、75-79 岁、80-84 岁、 ≥ 85 岁年龄组女性自理健康预期寿命分别比 2013 年女性高 2.51 岁、2.39 岁、2.25 岁、2.11 岁、2.09 岁、1.65 岁。而且两年间同一年龄组女性自理健康预期寿命的差值均高于男性 (见表 3)。

表3 2008年与2013年上海市老年人分性别年龄组自理健康预期寿命比较 (岁)

性别	年龄别	2008 年	2013 年	差值
男	60-64	20.77	19.45	-1.32
	65-69	16.66	15.34	-1.32
	70-74	12.83	11.66	-1.17
	75-79	9.25	8.09	-1.16
	80-84	6.25	5.24	-1.01
	≥ 85	3.99	3.35	-0.64
女	60-64	23.04	20.53	-2.51
	65-69	18.55	16.16	-2.39
	70-74	14.26	12.01	-2.25
	75-79	10.30	8.19	-2.11
	80-84	6.84	4.75	-2.09
	≥ 85	4.20	2.55	-1.65

注: 差值=2013年自理健康预期寿命减去2008年自理健康预期寿命。

三、结论建议

近 40 年来, 上海市居民预期寿命呈现出快速线性增长趋势, 虽然整体要低于同期日本水平, 但随着时间推移, 上海与日本之间的差距呈现出逐渐缩小趋势。与此同时, 在其预期寿命延长趋势下, 人口死亡率整体则呈上升变动趋势, 高于同期全国平均水平, 且两者之间的差距呈增加态势。这种变动一定程度上与上海市较高的人口老龄化与高龄化趋势有很大关系。在未来老龄社会前景下, 健康状况下生存期限更是人们追求的主要目标。相比于整生命周期人群, 老年人作为未来社会庞大群体,

测算老年人健康预期寿命更具有现实意义。

本研究基于人口统计与老年人健康状况调查数据, 采用 Sullivan 法测算发现: (1) 在各年龄组女性老年人的预期寿命均高于男性趋势下, 低年龄组 (60-79 岁) 女性老年人的自理健康预期寿命高于同一年龄组男性, 且两者差距随年龄增长逐渐缩小; 而高年龄组 (80 岁及以上) 女性老年人的自理健康预期寿命则低于男性, 且两者差距随年龄增长扩大。与此同时, 随年龄增长不同性别老年人自理健康预期寿命损失率均呈增加趋势, 且女性远高于男性, 两者差值随年龄增长也呈增加趋势。(2)

⁶ 随着老年群体扩大或年龄增长, 健康状况较差老年人群或最后到年龄非常高且健康状况较差的人群就会增多, 整个老年人群就有可能呈现一个疾病扩张现象。

纵向比较来看, 2013 年不同年龄组老年人的自理健康预期寿命均低于同性别同龄组 2008 年的水平, 符合疾病扩张的理论假说。

随着老年人数激增与老年人各项身体机能退化, 老年人健康问题已受社会各界重视与关注。未来老龄化与高龄化社会的发展趋势, 促使需要照护服务的老年群体规模不断扩大, 对养老服务供给提出新的需求。伴随“四口之家”、“三口之家”、“丁克之家”、“不婚者”为主家庭形式的常态发展, 积极重视发展老年人长期照护服务及构建完善老年人健康支持体系, 将有助于减轻当今或未来老年人居家养老与疾病伤残等给家庭带来的负担, 同时提高老年人长寿趋势下的生存质量。尤其要大力关注高龄女性老年人健康问题的诱因, 做好提前预防性医疗保障工作。此外, 做好本市公共卫生体系建设发展与养老资源储备工作, 应对未来激增的老年需求。

参考文献:(略)

新中国 70 年上海人口老龄化进程及其养老服务应对

高慧(上海社科院城市与人口发展研究所助理研究员)

人口老龄化是指一个国家或地区老年人口占总人口比例不断上升的过程。上海比全国

早 20 年进入老龄化社会, 目前是全国人口老龄化、高龄化程度最高的大城市, 与国际大城市相比, 也处于高水平。上海主动应对人口老龄化的挑战, 积极探索完善养老服务体系, 实现了多个“全国率先”, 不断满足老年人的养老服务需求。但面对扩大化、多样化和专业化的养老服务需求, 仍然面临诸多挑战, 亟需深化养老服务工作。

一、上海人口老龄化进程与特点

(一) 上海人口老龄化进程

新中国成立以来, 上海人口老龄化比例趋于上升, 尤其上世纪 60 年代以来随着上海户籍人口的总和生育率不断下降和期望寿命延长, 人口老龄化进程不断加快。根据国际通用标准, 一个国家或地区 65 岁及以上的人口超过 7% (或者 60 岁及以上人口超过 10%) 则进入老龄化社会; 65 岁及以上的人口超过 14%, 则进入深度老龄化社会。1979 年上海 60 岁及以上的人口占总户籍人口的 10.2%, 65 岁及以上的人口占总户籍人口的 7.2%, 在全国率先进入老龄化社会, 比全国早 20 年。2000 年上海 65 岁及以上的人口占总户籍人口的 14.1%, 进入深度老龄化社会。根据人口老龄化水平和上升速度, 新中国成立以来上海人口老龄化进程划分为三个阶段(表 1)。

表1 上海户籍人口老龄化发展进程

年份	规模(万人)			比例(%)		
	60岁+	65岁+	80岁+	60岁+/总人口	65岁+/总人口	80岁+/60岁+
1953	22.82	12.25	0.70	3.7	2.0	3.1
1964	65.72	38.99	2.92	6.1	3.6	4.4
1979	115.48	81.52		10.2	7.2	
1982	136.53	88.07	10.81	11.5	7.4	7.9
1990	189.11	125.14	17.20	14.2	9.4	13.7
2000	241.76	186.53	30.56	18.3	14.1	16.4
2001	246.61	192.52	32.91	18.6	14.5	17.1

表1 续

年份	规模 (万人)			比例 (%)		
	60 岁 +	65 岁 +	80 岁 +	60 岁 + / 总人口	65 岁 + / 总人口	80 岁 + / 60 岁 +
2002	249.49	195.70	35.28	18.7	14.7	18.0
2003	254.67	199.49	37.62	19	14.9	18.9
2004	260.78	201.06	40.70	19.3	14.9	20.2
2005	266.37	203.67	43.77	19.6	15.0	21.5
2006	275.62	207.58	46.78	20.1	15.2	22.5
2007	286.83	211.18	50.24	20.8	15.3	23.8
2008	300.57	214.50	53.44	21.6	15.4	24.9
2009	315.70	221.00	56.65	22.5	15.8	25.6
2010	331.02	226.49	59.83	23.4	16.0	26.4
2011	347.76	235.22	62.92	24.5	16.6	26.7
2012	367.32	245.27	67.03	25.7	17.2	27.3
2013	387.62	256.63	71.55	27.1	17.9	27.9
2014	413.98	270.06	75.32	28.8	18.8	27.9
2015	435.95	283.38	78.05	30.2	19.6	27.5
2016	457.79	299.03	79.66	31.6	20.6	26.6
2017	483.60	317.67	80.58	33.2	21.8	25.4
2018	503.28	336.90	81.67	34.4	23.0	24.2

资料来源: 1953年、1964年、1982年、1990年数据来源于上海人口普查数据; 1979年数据: 朱国宏. 上海人口老龄化趋势、问题及对策. 人口与计划生育. 1999(02); 2000年及以后数据来自上海市老龄科研中心各年份《上海市老年人口和老龄事业发展信息》。

1. 老龄化社会之前发展阶段 (1979 年之前)。1979 年 60 岁及以上人口 115.48 万, 是 1953 年的 5.1 倍, 26 年间年均增长 6.4%; 占总户籍人口的 10.2%, 比 1953 年上升 6.5 个百分点, 平均每年上升 0.3 个百分点。

2. 人口老龄化快速发展阶段 (1979—2000 年)。2000 年 60 岁及以上人口 241.76 万, 是 1979 年的 2.1 倍, 21 年间年均增长 3.6%; 占总户籍人口的 18.3%, 比 1979 年上升 8.1 个百分点, 平均每年上升 0.4 个百分点。

3. 深度人口老龄化加快发展阶段 (2000 年以来)。2018 年 60 岁及以上人口 503.28 万, 是 2000 年的 2.1 倍, 18 年间年均增长 4.2%; 占总户籍人口的 34.4%, 比 2000 年上升 16.1 个百分点, 平均每年上升 0.9 个百分点。从 2013 年起上海新增老年人口中的 80% 以上将

为独生子女父母, 呈现出独生子女父母老龄化的新趋势。

(二) 上海人口老龄化发展特点

1. 发展速度快。上海 65 岁及以上人口占总户籍人口的比例从 1979 年的 7.2% 上升到 2000 年的 14.1%, 只用了 21 年的时间。西方主要发达国家 65 岁以上人口占比从 7% 提高至 14% 的时间跨度通常在 40—100 年, 其中世界上最早进入老龄化国家的法国用了 115 年, 瑞典用了 85 年, 美国用了 66 年, 日本用了 25 年。

2. 伴随高龄化。2018 年上海 80 岁及以上人口 81.67 万, 是 1953 年的 116.7 倍, 65 年间年均增长 7.6%, 增速超过了同期 60 岁及以上人口 4.9% 的增长速度; 占 60 岁及以上人口的 23%, 比 1953 年上升了 19.9 个百分点,

平均每年上升 0.3 个百分点。

3. 未富先老。发达国家基本上人均 GDP 在 5000–10000 美元时自然进入老龄化国家。而上海 1979 年进入老龄化社会时人均 GDP 仅 2568 元。尽管上海在全国经济发展水平位居前列,但相对人口老龄化速度和程度而言,仍然表现出未富先老的特点。

二、上海应对人口老龄化挑战的养老服务对策

1979 年未进入老龄化社会之前,老年人对养老服务需求还比较少,上海提供的养老服务也很少。1979 年进入老龄化社会之后,随着人口老龄化的加快发展,庞大的老年群体对养老服务有着巨大需求。上海通过创新探索,不断构建“以居家为基础、社区为依托、机构为支撑、医养相结合”的养老服务格局,不断完善社会养老服务体系,有效地满足老年人日益增长的养老服务需求。

(一) 扩大养老服务对象

1. 养老机构服务对象扩大。起初上海养老机构服务的对象局限于城镇非农业人口中无生活来源、无劳动能力、无法定赡养义务人的“三无”人员和农村“五保”人员。1994 年《上海市社会福利院收养人员管理暂行办法》(沪民福[94]1号)的出台,标志着养老服务对象从“三无”、“五保”人员扩大到全体老人。1990 年上海市福利院收住“三无”、“五保”人员的比例高达 54.4%,1995 年则下降到 31.6%。2018 年上海 712 家养老机构入住的 84028 个老年人中,“三无”人员仅 591 人,占 0.7%，“五保”人员 1462 人,占 1.7%,两者合计仅占 2.4%。

2. 社区居家养老服务对象扩大。社区居

家养老服务最初的服务对象是经济、照料等有特殊困难的老人,随着社会力量的不断参与,服务对象也逐步扩大到有需求的全体老人。

(二) 扩展养老服务内容

1. 养老机构服务内容扩展。在 1997 年以前,上海养老机构的服务内容都以伙食、衣被、医药等生存性需要为主的“生存救济”,三者费用在总费用的占比自始至终在 80% 以上。1998 年以来上海养老机构的服务内容不断拓展,医疗康复、精神文化等服务内容也越来越多。

2. 社区居家养老服务内容扩展。起初社区居家养老服务内容以助餐、助浴、助洁、助行、助医、助急“六助”为主要内容,随着社区居家养老服务的发展,其内容不断延伸与拓展,增加了生活护理、康乐服务、家庭病床等形成“十助”的主要服务内容。

3. 推进医养结合工作。(1) 鼓励一定规模的养老机构设置医疗机构。2018 年上海内设医疗机构的养老机构共有 299 家,比 2013 年增加了 164 家,平均每年增加 33 家;占全市养老机构的 42%,比 2013 年上升了 21.6 个百分点。(2) 促进社区卫生中心或者其他医疗机构通过签约形式提供医疗服务。2017 年上海无内设医疗机构的养老机构、社区托养机构,与社区卫生服务中心或者其他医疗机构实现签约服务基本覆盖。(3) 促进社区卫生服务中心通过建立家庭病床形式为社区老年人提供上门居家医疗护理服务。

(三) 构建养老服务格局

1. 全面启动养老机构服务。自 20 世纪 80 年代起,上海全面启动了养老机构建设,不断增加养老床位供给。2000 年养老机构床位数 28784 张,占户籍老年人口的 1.2%。

2. 率先发展社区居家养老服务。2000 年

上海在全国率先探索试点开展社区居家养老服务,并从 2004 年开始在全市推广。

3. 率先提出 9073 养老服务格局。为应对人口老龄化,经过长期探索实践,2005 年上海率先提出构建“9073”养老服务格局,即 90% 居家养老、7% 社区养老、3% 机构养老。截止 2015 年底,上海共有养老机构 699 家,养老机构床位数 12.6 万张,占 60 岁及以上老年人口的 2.9%;社区居家养老服务老年人 30.6 万人,占 60 岁及以上老年人口的 7%,基本形成了以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的“9073”社会化养老服务格局。

4. 进一步提出“五位一体”社会养老服务体系。随着人口深度老龄化,社会养老服务快速发展,2014 年上海进一步提出,到 2020 年要全面建成涵盖养老服务供给、服务保障、政策支撑、需求评估、行业监管“五位一体”的社会养老服务体系。

截止到 2018 年底,上海共有养老机构 712 家,养老机构床位数 14.42 万张,占 60 岁及以上老年人口的 2.9%;上海社区综合服务中心 180 家;社区老年人日间服务机构 641 家,月均为 2.5 万名老年人提供日间照料服务;共建运营社区老年人助餐服务点 815 家,为 8 万余名老年人提供助餐和送餐服务;有 266 家社区养老服务机构为有需求的老年人提供居家养老服务,其中 8.2 万余名经济困难的失能老年人享受养老服务补贴共计 5.7 亿元。

(四) 完善养老服务运行机制

起初上海养老服务主要是政府一手包办,逐步过渡到“政府主导,社会参与”的服务运行机制。

1. 政府主导。(1) 制定政策文件。自开展养老服务工作以来,上海制定出台了一系列政策,其中在 2010 年 2 月、2013 年 5 月实施上海地方标准《社区居家养老服务规范》和《老

年照护等级评估要求》。(2) 编制养老服务设施专项规划。2014 年上海率先制订出台了《上海市养老设施布局专项规划(2013-2020 年)》,规划到 2020 年上海共需建成约 16 万张养老床位,按照每千人 40 平方米的标准配置社区养老设施。(3) 纳入规划纲要。自“十一五”规划开始,上海将养老服务纳入《上海市国民经济与社会发展规划纲要》中,明确要实现“9073”的养老格局。(4) 纳入实事项目。上海自 1992 年起就将养老服务纳入了政府实事项目,基本涵盖了机构养老床位建设、老年人日间照料中心建设、老年人社区食堂建设等各个方面。

2. 社会参与。(1) 鼓励社会参与机构养老服务。自 1998 年《上海市养老机构管理办法》提出了“发展养老机构坚持政府投入和社会参与相结合”的发展原则以来,上海采取“民办公助”、“公建民营”等多种形式,出台了一系列社会办养老机构日常运营的补贴办法,加大在土地供应、财力投入等方面的扶持力度,调动社会力量创办养老机构的积极性,社会力量逐渐成为上海养老机构建设的重要力量。1997 年上海民办养老机构仅 20 家,2018 年增加到 352 家,占全市的 49.4%;2018 年民办养老床位数 6.31 万张,占全市的 43.8%。(2) 鼓励社会参与社区居家养老服务。自 2001 年上海市民政局印发《关于全面开展居家养老服务的意见》要求以来,至 2012 年底,以民办非企业性质运营的社区居家养老服务中心完全覆盖了上海市的所有街镇,为 21.2 万老年人提供上门服务或者日间照料。

三、上海养老服务发展面临的主要挑战及对策

(一) 上海养老服务发展面临的主要挑战

1. 社会化养老服务需求总量进一步扩大。

一方面,深度人口老龄化快速发展,高龄人口急剧增长。根据上海社科院城市与人口发展研究所周海旺研究员预测,从 2019 年至 2025 年上海人口深度老龄化进入快速发展阶段,而 2025 年至 2050 年,高龄人口将进入急剧增长阶段。另一方面,家庭人口结构变迁,养老功能进一步弱化。上海家庭结构独子化、小型化和空巢化将进一步加剧,家庭养老功能进一步弱化,空巢老年人尤其是高龄空巢老年人对社会化服务需求将更加迫切。

2. 医疗康复护理需求更加迫切。老年人对养老服务需求更加多样化、更加专业化、更加层次化,尤其是随着年龄的增加,老年人健康状况变差,失能失智老年人增加,医疗康复护理的需求也越来越多,但目前养老服务仍然是生活照料服务为主,医疗康复护理服务缺乏,社区居家养老服务尤其明显。

3. 养老服务队伍需要进一步加强。一是总量缺乏。上海市地方标准《养老机构设施与服务要求》(DB31/T685—2013)中规定护理人员与入住老年人的配比要求,目前养老机构普遍缺乏护理人员。二是养老护理人员素质偏低。因为社会地位低、收入待遇低、晋升机制少等原因,“招人难”、“留人难”的问题仍然存在。现有养老护理人员以 50 岁及以上、女性、初中及以下文化程度为主,专业知识和职业技能普遍缺乏,很难满足老年人多样化、专业化的养老服务需求。

(二) 上海养老服务深入发展的对策

1. 扩大医疗康复护理服务供给。一是推进养老机构的医养深度融合。将养老机构内设

医疗机构纳入公共卫生服务体系。内设医疗机构医护人员在资格认定、职称评定、技术准入等方面与其他医疗机构同等对待,强化养老机构医护人才保障机制,提升医疗服务水平。二是养老机构医疗康复护理服务辐射到社区居家养老服务。三是加大社区护理站的建设。

2. 深化养老服务社会化运作机制改革。

一是深化公建养老机构社会化运营改革。继续鼓励社会资本参与经营规模化、连锁化的养老机构。针对养老机构的的不同特点,明确不同机构的发展侧重点,引导养老机构形成完整的覆盖兜底线—保基本—市场化的服务网络。二是深化社区养老服务社会化运营机制。在现有养老服务企业和社会组织的基础上,打造一批连锁化、规模化的具有一定影响力和知名度的社区养老服务企业和社会组织,重点打造社区居家养老服务品牌。

3. 切实加强养老服务队伍建设。一是加大培养力度,充实专业人员。以上海市民政局、上海开放大学合作办“老年服务与管理”大专班为契机,开设认知症、老年护理、医疗服务等相关专业和课程,培养相关专业人才。二是加大培训力度,提升专业技能。加强养老护理、医疗康复、家政服务等相关职业工种的培训及补贴力度。三是加大政策激励,稳定从业人员。一方面建立合理的薪酬体制和动态调整机制。另一方面实行入职奖补。中(高)职以上毕业生到养老机构服务满 2 年,给予一定的入职奖补。另外建立养老护理人才优待政策,对优秀护理人才在申请公租房、申请子女入学加分。

◀ 调研与分析 ▶

上海市老龄化进展和老年人口健康变化分析

虞慧婷 王春芳

(上海市疾病预防控制中心信息所, 上海 200336)

随着生育率的下降, 人口期望寿命的快速上升, 人口老龄化已成为全球性的重大社会问题。2000 年第五次人口普查数据显示, 中国已进入老龄化社会, 到 2010 年第六次人口普查数据显示老龄化加重, 65 岁及以上人口占总人口的 8.87%, 比第五次普查上升了 1.91%^[1]。上海作为全国经济最发达的城市之一, 自上世纪 70 年代末已经进入老龄化社会, 比全国提早了 20 多年^[2]。随着老龄人口数量的增长、比重的上升, 人口老龄化带来的社会问题将越来越突出。从医疗卫生角度上看, 老年人是疾病的高发人群, 老龄化进程必将改变人群疾病模式, 老年人口健康问题凸显为一个严峻的社会课题。本文就上海市老龄化进展和老年人口的健康变化展开分析, 为其他逐步进入老龄社会的城市提早判断人群疾病模式的发展变化规律, 以制定疾病的预防和控制策略提供依据。

一、数据来源及指标定义

(一) 数据来源

死亡资料来源于上海市疾病预防控制中心的上海市居民死因登记系统中的居民病伤死亡原因个案登记信息, 内容包含死亡原因、出生和死亡时间、性别等。死亡原因编码采用《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(ICD-10) 标准, 死亡疾病分类参照《居民病伤死亡原因报表》。人口资料来源于上海市公安局。

(二) 统计指标

本文采用人口负担系数刻画人口年龄结构对人口经济活动的影响。人口负担系数分为总负担系数、少儿负担系数和老年负担系数^[3]。

$$\text{少儿负担系数} = \frac{P_{(0-14)}}{P_{(15-64)}} \times 100\%$$

$$\text{老年负担系数} = \frac{P_{(65+)}}{P_{(15-64)}} \times 100\%$$

总负担系数 = 少儿负担系数 + 老年负担系数

其中: $P_{(0-14)}$ 为 0 ~ 14 岁少年儿童人口数, $P_{(65+)}$ 为 65 岁及以上老年人口数, $P_{(15-64)}$ 为 15 ~ 64 岁劳动年龄人口数。

二、上海市人口老龄化的进展趋势

2002-2017 年, 上海市 60 岁以上的老年人口从 247 万人增长至 449 万人, 增加了 202 万人, 增长幅度达 82%。各年龄组人口数均呈上升趋势, 其中增长幅度最大的 2 个年龄组分别为 60-64 岁组和 85 岁及以上组, 人口数分别增加了 102 万和 23 万, 增长幅度分别达到 188% 和 199% (图 1)。据联合国预测, 世界老龄人口占总人口的比重从 1995 年的 6.6% 上升至 2020 年 9.3%, 而上海市自 1990 年 60 岁及以上老人已经达到总人口的 13.98%, 65 岁及以上老人占总人口的 9.26%, 至 2017 年两个指标分别达到 30.90% 和 20.14% (图 2), 依据联合国定义, 上海市 65 岁及以上人口超过 14%, 进入老年型社会。

从趋势上看,上海市老龄化呈加速发展。但是从 2014 至 2017 年,60 岁及以上和 65 岁及以上人口占比分别增加了 6.40 个百分点和 3.57 个百分点,上升幅度分别为 26.14% 和 21.53%,年均上升比率分别为 8.71% 和 7.18%,上海市人口老龄化程度加速加剧。

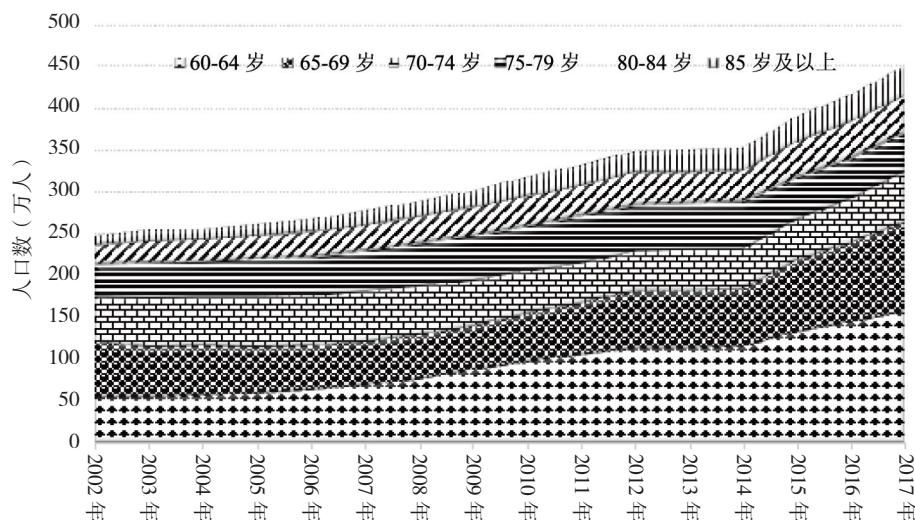


图1 2002-2017年上海市各年龄组老年人数变化趋势

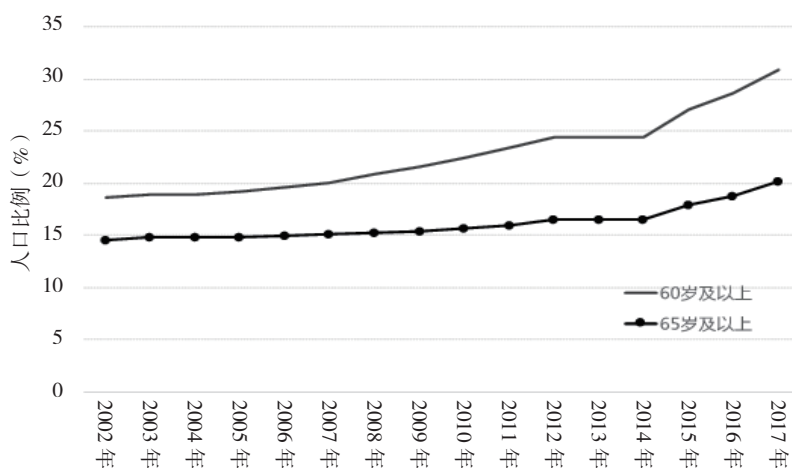


图2 2002-2017年上海市人口老龄化进展

从存量人口看,2017年60岁及以上人口已超过450万,占总人口的30.90%,老年负担系数高达28.76%,其中高龄老人(≥ 80 岁)79万,占比5.46%。50-60岁之间的人口也超过260万,占总人口的比例达到18%,可以预知在未来10年内,上海市人口的老龄化

程度将进一步加深(图3)。在老龄化进展加速的同时,上海人口还伴随着生育水平的降低,2017年0-14岁人口不到143万,占总人口的9.83%,其中0岁组人数为10.42万,少儿负担系数为14.04%,总的人口负担系数为42.80%。

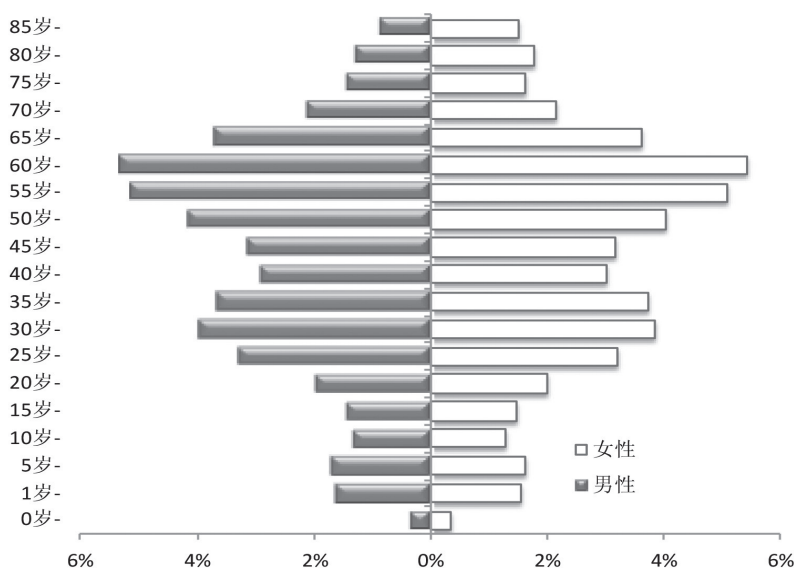


图3 2017年上海市户籍人口金字塔

三、老年人口健康状况及其变化趋势

2002-2017年,上海市60岁及以上老年人口的死亡率均呈下降趋势(图4)。2002年60岁及以上老年人口的粗死亡率为32.84‰,其中男性和女性分别为36.12‰和30.08‰;2017年粗死亡率下降为25.51‰,男性和女性分别为28.06‰和23.17‰,下降幅度分别为

22.32%、22.31%和22.98%。

为剔除不同年份和不同性别各年龄段人口结构的影响,本文采用2010年全国普查的60岁及以上人口的年龄结构进行标化,标化后男性和女性的死亡率都有所降低,男性仍高于女性,且差距扩大。标化后,2002-2017年男性和女性死亡率的下降幅度分别为26.51%和34.51%,女性健康状况的改善程度高于男性。

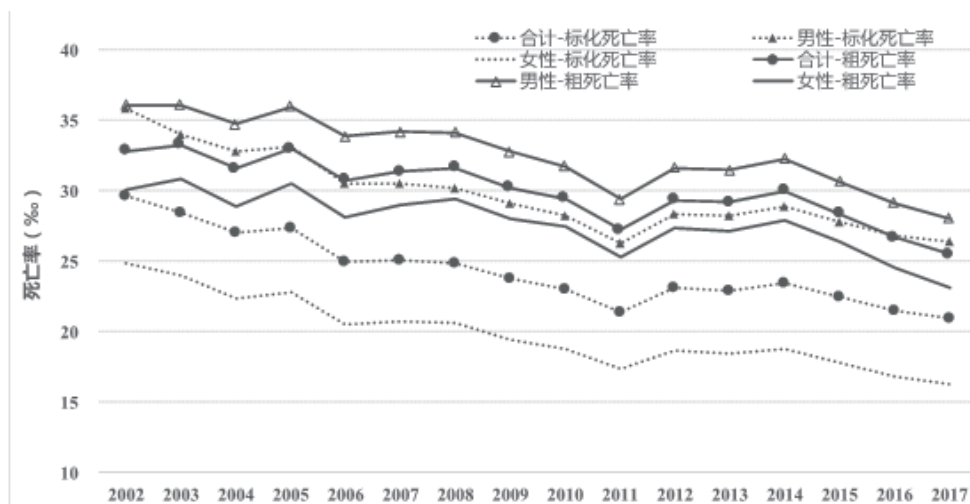


图4 2002-2017年上海市60岁及以上人口死亡率变化趋势

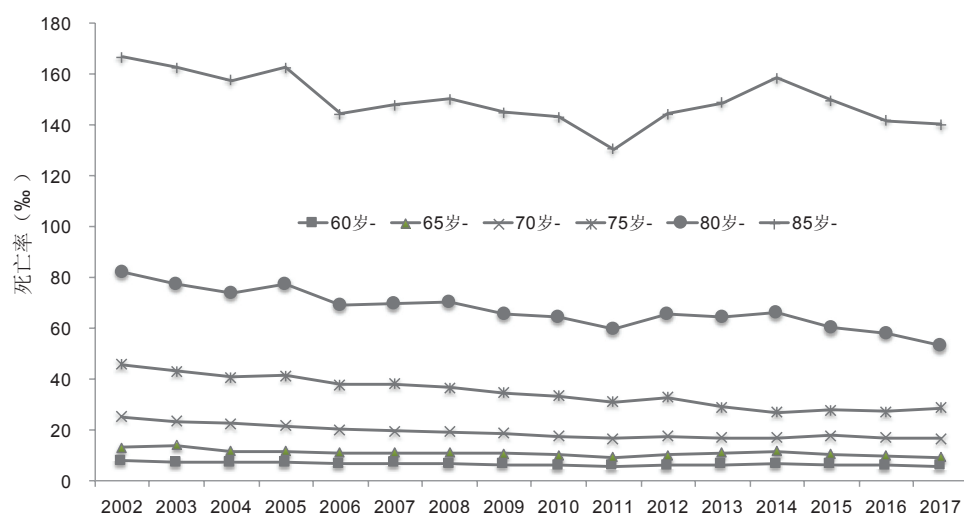


图5 2002-2017年上海市各年龄组老年人口死亡率变化趋势

2002-2017年，上海市老年人口死亡率下降幅度最大的为75-79岁和80-84岁组，死亡率分别下降了17.14‰（37.46%）和28.97‰（35.21%）。虽然老年人口死亡率显著下降，但是由于人口老龄化进展，2002-2017年上海市60岁及以上的死亡人数从8.12万，上升到11.45万，增加了3.33万人（12.01%）。

四、影响上海市老年人口健康的主要疾病

2017年影响上海市老年健康的疾病主要

有循环系统疾病，肿瘤，呼吸系统疾病，内分泌、营养和代谢性疾病和损伤中毒，且各类疾病的死亡率均随年龄的增长而上升，其中循环系统疾病上升速度最快（图6）。肿瘤和循环系统疾病危害最大，占老年人口死亡总数的71.39%。60-64岁组肿瘤和循环系统疾病的死亡率分别为299/10万和118/10万，75-79岁组时循环系统超过肿瘤，两类疾病死亡率均超过1000/10万，85岁以上时肿瘤和循环系统疾病死亡率分别增长到1890/10万和6819/10万。

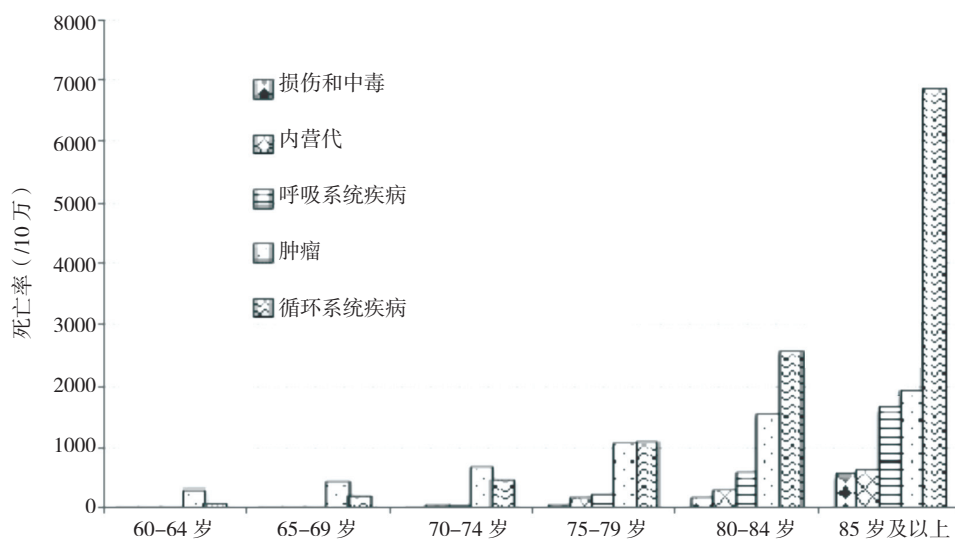


图6 2017年上海市老年人口主要疾病死亡率的年龄变化趋势

循环系统疾病中影响老年人口健康的病种主要有心血管疾病和脑血管疾病,两种疾病的死亡率随年龄的增长呈指数上升趋势(图7)。各年龄组男性脑血管疾病死亡率均高于女

性。85岁之前,脑血管疾病的死亡率高于心血管疾病,男性心血管疾病的死亡率高于女性。85岁之后,女性心血管疾病死亡率高于男性,且心血管疾病死亡率高于脑血管疾病。

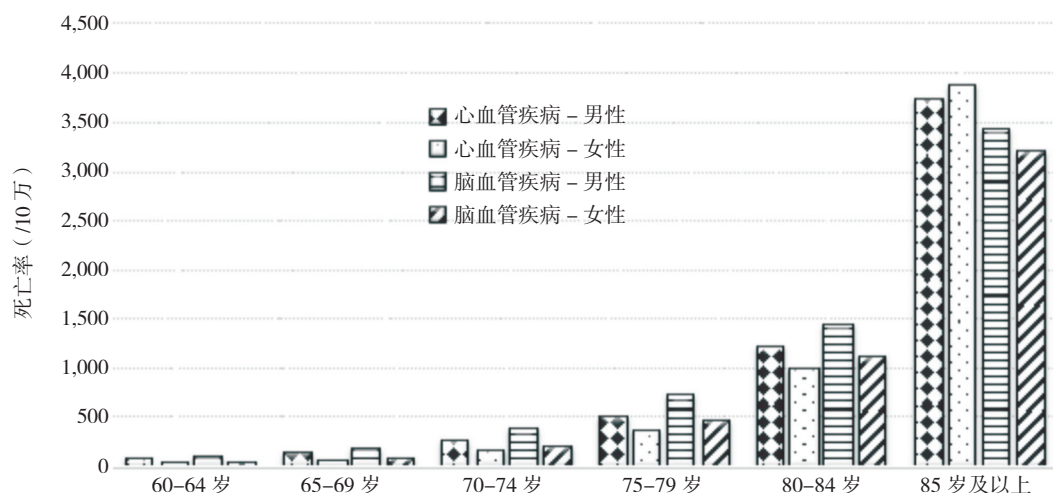


图7 2017年上海市老年人口循环系统主要病种死亡率的年龄变化趋势

2017年威胁60岁以上男性老年的前五位恶性肿瘤分别是,胰腺癌、肝癌、结直肠癌、胃癌和肺癌,死亡率分别为58.96/10

万、80.90/10万、107.87/10万、111.55/10万和288.34/10万,肺癌死亡率远高于其他恶性肿瘤,且各类肿瘤死亡率均随年龄的增长而上升。

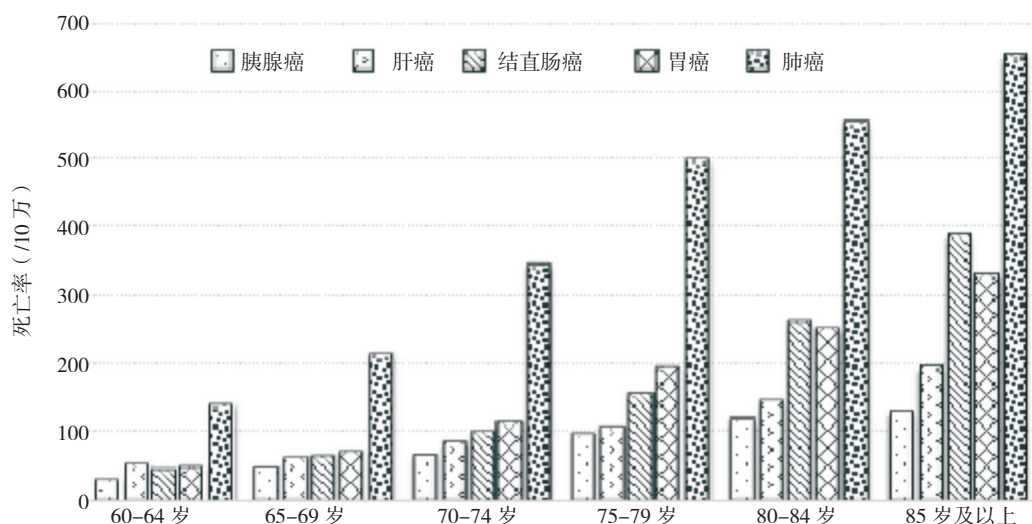


图8 2017年上海市男性老年人口前五位肿瘤死亡率的年龄变化趋势

威胁60岁以上女性老年人口的前五位恶性肿瘤和男性相同,但排序略有不同,分别是肝癌、胰腺癌、胃癌、结直肠癌和肺癌。各类肿瘤的死亡率均低于男性,分别为39.57/10

万、46.95/10万、46.96/10万、72.64/10万和103.15/10万。女性肺癌的死亡率与其他恶性肿瘤的差异较男性小,各位恶性肿瘤的死亡率也随年龄的增长而上升。

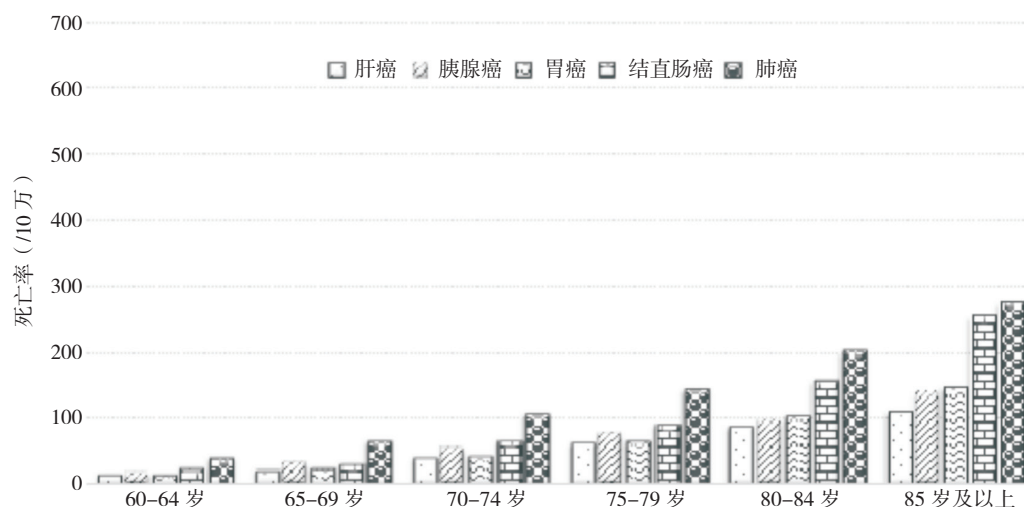


图9 2017年上海市女性老年人口前五位肿瘤死亡率的年龄变化趋势

五、小结

（一）上海老龄化进展加速，需积极部署有效应对

人口老龄化是寿命增长和生育率降低的综合结果。通过实施以一孩为主要特征的计划生育政策，上海迅速地完成了生育转变，解决了过高的生育率问题。同时上海卫生、经济高速发展，人口寿命增长迅速，两个因素的共同作用，使得上海市早于全国 20 年进入老龄化社会，并且发展迅速^[4]。积极应对老龄化，在全面二孩政策实施的过程中需重视人口健康服务和生育支持、提高家庭发展能力和福利，推进实现“自主生育”，逐步从行政性生育管制转向家庭计划^[5]。快速的老龄化也给养老保险制度和养老服务体系带来了巨大的挑战^[6]，积极应用政策规定和道德引导调动个人和社会赡养老人的积极性^[7]，通过政府、社会、个人等各方面建立全面的养老系统，为应对更严峻的老龄化打下坚实基础。

（二）老年人口健康改善，但慢性疾病负担仍重

本研究分析发现，近十五年上海市老年人口的健康状况得到较大改善，60 岁及以上人口的死亡率下降超过 20%，且标化死亡率

显示女性健康改善程度高于男性。人群寿命逐步延长，老年人口增多，从医疗卫生角度看，老年人是疾病的高发人群，老龄化进程必将改变人群疾病模式，医疗服务体系将面临巨大压力。因此，改善老年人口的生活质量和健康状况，是实现健康的老龄化的重要措施^[8]。

随着医疗水平的提高，人们生活方式的转变，上海市人口死亡模式发生了巨大变化。慢性病成为老年人口的主要死因，因循环系统疾病和肿瘤死亡者超过 60 岁及以上死亡人口的 7 成。心脑血管疾病对男性和女性的健康危害相近，85 岁前男性死亡率略高于女性。恶性肿瘤对男性的健康危害远高于女性，尤其是肺癌的死亡率是女性的 2 倍，有研究显示这与男性较高的吸烟率有关^[9]，上海市控烟条例的修订对控烟工作已发挥了重要作用，已经具备了良好的控烟执法基础，控烟成效逐渐显现，有望进一步改善居民健康状况。另外，《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》着力推进环境整治、烟草控制、体育健身、营养改善等工作，初步形成了慢性病防治工作机制和防治服务网络。慢性病防治工作已引起社会各界高度关注，健康支持性环境持续改善，群众健康素养逐步提升，为健康老龄奠定了重要基础。

参考文献（略）

《卫生与健康》

国家免费孕前优生健康检查项目的效果评估

——以浦东新区为例

胡 琪 张 革

(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)

孕前优生健康检查是出生缺陷一级预防的重要手段,可及早识别夫妇自身和周围环境中存在的可导致出生缺陷等不良妊娠结局的风险因素,提出针对这些风险因素的医学建议,采取干预措施,减少不良妊娠结局发生的机会。孕前优生健康检查是目前公认的低投入、高产出效应的公共卫生服务^{1,2}。上海市 2008 年在全国率先开始实行国家免费孕前优生健康检查项目。2010 年 4 月 28 日,原国家人口和计划生育委员会、财政部联合印发《国家免费孕前优生健康检查项目试点工作的通知》。浦东新区于 2010 年 8 月在全区推广国家免费孕前优生健康检查项目试点工作,形成以人口计生服务网络为基础、以医疗服务机构为依托的孕前优生健康检查分级服务管理体系,截至 2017 年年底,项目实施近 8 年来,已累计为 17218 对夫妇进行了免费孕前优生健康检查,从源头上为提高浦东新区出生人口素质起到了重要的作用。

一、评估内容与方法

(一) 评估内容

服务结果评估是相对于服务过程评估而

言,它是项目评估的核心所在。结果评估,又称影响评估,回答项目的结果和影响问题。整合多方观点,结果评估大致分为成果评估、影响评估及成本—效益评估三类。一般涉及评估项目是否获得了预期的结果,以及项目影响中是否包含意想不到的效果。结果评估的基本目标是对某项干预活动的净效果进行评估,也就是说,评估在没有其他过程和事件影响下干预的纯粹效果。评估指标主要是成果推广、覆盖范围、社会认知程度和满意度;直接经济效益的投入产出比、间接经济效益等。

针对国家免费孕前优生健康检查项目的特点,本文对近年浦东新区国家免费孕前优生健康检查项目实施的结果进行评估,从项目服务完成的数量和资金投入效率、服务对象对孕前优生健康检查的认知和需求、出生缺陷的风险控制和妊娠结局三方面进行。

(二) 评估方法

1. 查阅资料

(1) 文件类。国家、市、区有关国家免费孕前优生健康检查项目相关的政策文件、实施办法、工作规范等管理方面的文件。

(2) 工作总结类。2015—2017 年浦东新

¹ 吴建湘,董大辉. 孕前保健服务的重要性[M]. 北京: 中国卫生出版社, 2006, 146-250.

² Christianson A, Howson CP, Modell B. Global report on birth defects-The hidden toll of dying and disabled children[R]. March of Dimes Birth Defects Foundation. New York: White Plains. 2006.

区孕前优生检查工作进行梳理和总结。

(3) 服务信息档案。2015—2017 年参加浦东新区孕前优生健康检查服务的所有夫妇的服务信息, 包括全部 19 项服务项目的检查的情况。

(4) 质控报告。2017—2018 年浦东新区妇幼保健所对全部开展孕前优生健康检查服务的 5 家医疗结构的孕前优生健康检查项目质控结果反馈。

2. 问卷调查

我们选取了浦东新区花木街镇、川沙新

镇、宣桥镇、金杨新村街道、祝桥镇、塘桥镇 6 个街镇开展了服务对象的问卷调查。每个街镇由村(居)委干部调查 50 对 2015—2017 年参加浦东新区免费孕前优生健康检查的育龄夫妇(不论是否已经生育或怀孕), 一对夫妇填写一份问卷, 最后实际共获得 302 份有效问卷。调查内容包括: 服务对象的基本情况、接受孕前优生健康检查教育的情况和相关认知情况, 对孕前优生健康检查的需求, 对服务内容和服务方式的满意度, 检查结果, 风险干预, 妊娠结局等。

表1 调查样本基本情况(男方)(N=302)(单位: 人、%)

选项	人数	百分比	选项	人数	百分比
年龄			单位性质		
22 ~ 24 岁	4	1.32	国家机关及事业单位	31	10.26
25 ~ 29 岁	67	22.19	国有企业	74	24.50
30 ~ 34 岁	146	48.34	外资企业	77	25.50
35 ~ 39 岁	63	20.86	私营企业	91	30.13
40 ~ 44 岁	15	4.97	个人工作室 / 自由职业 / 个体户	16	5.30
45 ~ 49 岁	7	2.32	无业	0	0.00
婚姻状况			其他	13	4.31
初婚	297	98.35	户籍情况		
再婚	4	1.32	浦东新区户籍	181	59.93
复婚	1	0.33	上海市其他区县户籍	43	14.24
文化程度			持《上海市居住证》的外省市户籍	70	23.18
初中及以下	8	2.65	无《上海市居住证》的外省市户籍	8	2.65
高中 / 中专	32	10.60			
大专	65	21.52			
大学本科	146	48.34			
研究生及以上	51	16.89			

表2 调查样本基本情况(女方)(N=302)(单位: 人、%)

选项	人数	百分比	选项	人数	百分比
年龄			单位性质		
22 ~ 24 岁	8	2.65	国家机关及事业单位	45	14.90
25 ~ 29 岁	117	38.74	国有企业	44	14.57
30 ~ 34 岁	131	43.38	外资企业	70	23.18
35 ~ 39 岁	37	12.25	私营企业	90	29.80
40 ~ 44 岁	7	2.32	个人工作室 / 自由职业 / 个体户	7	2.32
45 ~ 49 岁	2	0.66	无业	12	3.97
婚姻状况			其他	34	11.26

续表2

选项	人数	百分比	选项	人数	百分比
初婚	295	97.68	户籍情况		
再婚	6	1.99	浦东新区户籍	182	60.27
复婚	1	0.33	上海市其他区县户籍	22	7.28
文化程度			持《上海市居住证》的外省市户籍	91	30.13
初中及以下	10	3.31	无《上海市居住证》的外省市户籍	7	2.32
高中 / 中专	26	8.61			
大专	78	25.83			
大学本科	135	44.70			
研究生及以上	53	17.55			

3. 人员访谈

课题组进行了 4 个层面的人员进行访谈。一是浦东新区卫生计生系统的领导干部,包括浦东新区卫生计生委的相关领导、新区计划生育指导中心的相关业务科室、新区妇幼保健所的工作人员。二是社区计生干部,提供社区优生健康检查服务的街镇计生干部和居委干部。三是开展孕前优生健康检查的医疗机构的医生和管理干部。四是接受过免费孕前检查的夫妇和一般公众。

访谈的形式有个人深入访谈、集中小组讨论、听取汇报、电话调查、拦截服务对象等。访谈内容包括:国家免费孕前优生健康检查项目实际开展情况、服务提供情况、资金运行、管理和使用情况;服务人员和设备配置情况、实验室质量控制;开展国家免费孕前优生健康检查服务的重点和难点问题;公众对医疗机构提供的孕前优生健康检查服务的评价、意愿、态度及服务利用情况等。

4. 现场观察

课题组成员现场观察医疗机构开展国家免费孕前优生健康检查服务的环境布置、服务流程指示与导向、检查室和实验室的布局及其室内医疗仪器和用具的配备;检查和观察国家

免费孕前优生健康检查项目的服务档案和信息系统的建设;现场考察街镇计生服务站、办事窗口、居委家庭计划指导室等场所、设备配置情况,查看相关资料;查验服务人员的资质、现场查看服务技巧和方式,现场考核服务人员相关知识。

二、评估结果

(一) 完成数量和资金投入

1. 任务完成数量

浦东新区自从启动国家免费优生健康检查项目以来,完成数量逐年递增,2013 年达到了 3 424 对夫妇,以后逐年有所下降,2017 年 1728 对,数量仅为 2013 年的一半。2010—2017 年的 8 年中,共完成免费孕检夫妇 17218 对。总体来看,2012—2014 这 3 年国家免费孕前优生项目纳入市实事项目中,完成检查数量比较多,3 年年均达到 3009 对。此后逐年递减,下降幅度较为明显(见图 1)。

2. 资金保障

(1) 中央财政资金投入

国家免费孕前优生健康检查项目中,浦东新区每年约有 540 对农村夫妇列入国家免费孕前优生健康检查项目专项资金补贴范围,国

家财政补贴金额为每对夫妇 240 元（其中男性 50 元，女性 190 元），每年约需补贴 2.59 万元。按照《国家免费孕前优生健康检查项目试点专项资金管理办法（试行）》（财教〔2010〕333 号）规定，专项资金预算按照“当年全额预拨、次

年考核结算、差额多抵少补”原则下达。从近 3 年的情况看，国家专项资金对浦东新区孕前优生健康检查项目的实际投入不到浦东新区地方财政投入的 1% 左右，仅仅具有象征意义（见表 3）。

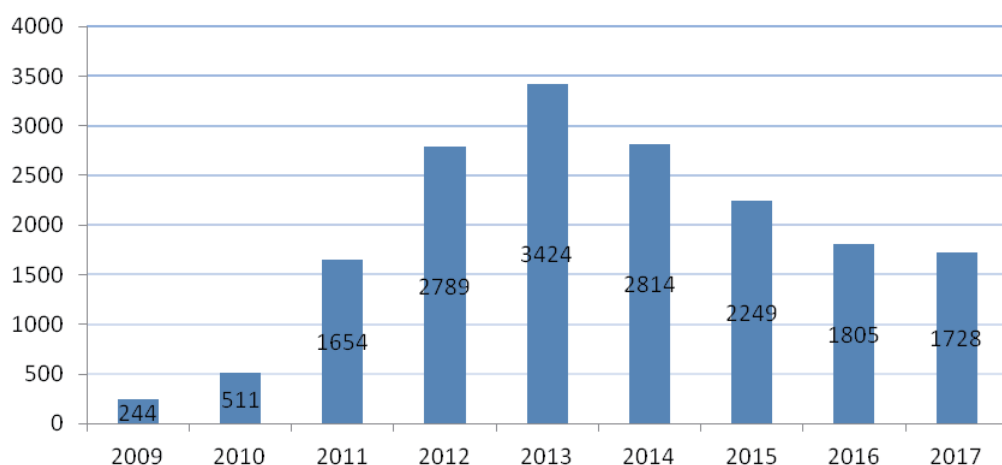


图1 2009—2017年浦东新参加免费孕前优生健康检查服务的夫妇（单位：对）

表3 浦东新区孕前优生健康检查项目财政经费投入情况（单位：万元）

年份	中央财政 专项	浦东新区区级财政资金				合计
		医疗检查	机构质控	社区教育	宣传资料	
2015 年	5.6	234.17	0	70	19.80	323.97
2016 年	2.2	196.99	10	81	24.80	312.79
2017 年	1.4	206.82	10	81	17.94	315.76
合计	9.2	637.98	20	232	62.54	952.52

（2）浦东新区区级财政资金投入

原浦东新区卫生和计划生育委员会每年向区财政申请浦东新区孕前优生健康检查项目专项经费，总额达到 300 多万，用于医疗机构每年约 2400 对夫妇的孕检费用（2017 年按 1160 元 / 对夫妇结算，2016 年前按 1060 元 / 对夫妇结算）、妇幼所对医疗机构的质控费用（2016 年起）、社会组织（乐家）的社区生殖健康优生优育教育费用、优生优育宣传品制作费用等几个部分。

2015—2017 年 3 年浦东新区合计共投入区级财政 952.52 万元。其中，医疗机构检查费用 637.98 万元，占 66.98%；医疗机构的质

控费用 20 万元，占 2.10%；社会组织（乐家）的社区生殖健康优生优育教育费用 232 万元，占 24.36%；制作优生优育宣传品费用 62.54 万元，占 6.56%。

（3）街镇层面的经费投入

各个街镇社区层面涉及到工作费用，有宣传倡导、服务站的环境布置、组织发动，都是从街镇计生工作事业经费中支出，没有专项的经费投入。

小结

目前浦东新区运用指标管理的方式，向各街镇分解服务指标，圆满完成了市分配的孕前优生检查服务的人数任务。浦东新区在

国家财政经费的许可条件下,开展国家免费优生健康检查项目,受益人群影响面广,社会影响广泛。

(二) 服务对象对孕前优生健康检查的认知和需求

1. 服务对象对项目服务的认知

从已经参加孕前优生健康检查对象的问卷调查结果来看,98.3%的人认为目前免费孕

前优生健康检查服务对生育一个健康的孩子“很有帮助”和“有一些帮助”。

2. 服务对象对服务内容的需求

国家免费优生健康检查项目总体上得到了广大受众的欢迎。针对服务项目的必要性,问卷问及“免费孕前优生健康检查是否必要”,调查对象基本认为各个项目都“有必要”(见图4)。

表4 服务对象认为各项免费孕前优生健康检查是否必要

	有必要		没必要		不清楚		合计	
	人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比	人数	百分比
优生健康教育	297	98.70	2	0.70	2	0.70	301	100.0
病史询问	300	99.67	0	0	1	0.33	301	100.0
体格检查	297	98.67	1	0.33	3	1.00	301	100.0
实验室检查	299	99.34	0	0	2	0.66	301	100.0
妇科超声常规检查	300	99.67	0	0	1	0.33	301	100.0
风险评估和咨询指导	293	97.34	5	1.66	3	1.00	301	100.0
早孕和妊娠结局追踪随访	296	98.34	4	1.33	1	0.33	301	100.0

进一步的访谈和调查发现,服务对象对优生健康检查的项目内容有更深入的需求。由于服务对象的常规体检率高,78.15%的人每年进行一次体检(见表5、表6),因此他们对更在乎优生健康检查与普通体检的不同,“含金量”要高,要有普通体检没有、优生健康检查所特有的专项检查。

表5 服务对象自己常规体检频率

频率	男方		女方	
	人数	百分比	人数	百分比
每年一次	239	79.14	236	78.15
2~3年一次	14	4.64	17	5.63
偶然有	38	12.58	38	12.58
从来没有	11	3.64	11	3.64
合计	302	100.0	302	100.0

表6 服务对象常规体检组织方

	男方		女方	
	人数	百分比	人数	百分比
单位	251	83.67	237	79.00
居住的居(村)委	20	6.67	26	8.67
自己出钱	29	9.66	37	12.33
合计	300	100.0	300	100.0

调查中不少服务对象认为很多项目的针对性不强,肝肾功能等项目属于一般体检项目,而一些有针对性的项目如男性精液检查、女性激素水平和内分泌测定等相对缺乏。调查中发现群众对目前免费孕前优生健康检查内容的需求不满足,他们希望将孕检内容更丰富多样化,或者可以给接受检查者提供更多可以选择的检查项目(见表7)。

表7 服务对象认为可以增加哪些检查项目

(可多选)		
	人数	百分比
地中海贫血筛查	154	50.99
胸透	73	24.17
HIV检测	161	53.31
精液	175	57.95
检查多一些总是好的	199	65.89
其他	9	2.98

小结

经过基层社区干部的多年宣传,浦东新

区适龄对象的孕前优生意识大为提高，参加孕检的服务对象对孕前优生健康检查的意义多有正面的认知，这是项目得以生存和发展的最重要因素。

（三）出生缺陷风险控制和妊娠结局

免费孕前优生健康检查的最终目的是为了控制受检者出生缺陷的风险，避免不良妊娠结局的发生。

1. 孕前优生项目医疗检查结果的异常（阳性）情况

我们汇总了 2015—2017 这 3 年内 5 家医疗机构对所有免费孕前检查受检者的全部检查结果，19 项服务项目（除优生健康教育、风

险评估和咨询指导、早孕和妊娠结局跟踪随访）异常（阳性）结果包括：病史询问、体格检查、阴道分泌物检验（白带常规检查、淋球菌检测、沙眼衣原体检测）、血液常规检验（血红蛋白、红细胞、白细胞及分类、血小板）、尿液常规检验、血型（ABO 血型和 Rh 阳性 / 阴性）、血清葡萄糖测定、肝功能检测（谷丙转氨酶）、乙型肝炎血清学五项检测、肾功能检测（肌酐）、甲状腺功能检测（促甲状腺激素）、梅毒螺旋体筛查、风疹病毒 IgG 抗体测定、巨细胞病毒 IgM 抗体和 IgG 抗体测定、弓形体 IgM 和 IgG 抗体测定以及妇科超声常规检查（见表 8）。

表8 2015—2017年国家免费孕前优生项目各项检查异常（或阳性）率（单位：%）

项目		2015 年	2016 年	2017 年	合计
病史询问		8.09	5.18	3.04	5.65
体格检查	常规体格检	6.14	7.79	10.19	7.88
	生殖系统检查	10.93	11.93	12.85	11.82
阴道分泌物检查	白带常规检查	13.24	7.09	10.94	10.61
	淋球菌检测 *	0.00	0.00	0.00	0.00
	沙眼衣原体检测 *	0.50	1.22	1.16	0.92
血液常规检查		5.21	5.48	5.03	5.24
尿液常规检查		11.34	11.08	8.33	10.35
血型检查		0.25	0.25	0.17	0.23
血清葡萄糖测定		0.77	1.61	1.04	1.12
肝功能检测		9.70	8.89	8.70	9.15
乙型肝炎血清学五项检测		5.05	3.70	2.84	3.96
肾功能检测		1.04	1.44	0.52	1.01
甲状腺功能检测		9.16	6.93	4.22	6.97
梅毒螺旋体筛查 *		0.25	0.36	0.21	0.27
风疹病毒 IgG 抗体测定 *		72.94	75.90	85.88	77.77
巨型细胞抗体测定	IgM 抗体测定 *	0.77	3.38	3.47	2.40
	IgG 抗体测定 *	85.00	80.72	92.65	85.96
弓形细胞抗体测定	IgM 抗体测定 *	0.09	0.28	0.00	0.12
	IgG 抗体测定 *	0.77	5.32	0.93	2.25
妇科超声常规检查		16.91	18.56	24.28	19.64

注：有“*”为阳性率，余为异常率。

结果显示，有些项目异常（或阳性）率比例不低，如巨型细胞 IgG 抗体测定、风疹病毒 IgG 抗体测定、妇科超声常规检查、生殖系统检查、尿液常规检查、肝功能检测的异常率

都比较高。

2. 风险人群及其进一步采取的措施情况

课题组汇总了 2015—2017 年国家免费孕前优生检查结果的风险比例情况，分别为

10.49%、10.42%、6.08%，三年平均为 9.14%。14.78%，男性为 3.50%，女性的风险率是男性女性风险率远远高于男性，3 年合计，女性为 的 4 倍多（见表 9）。

表9 2015—2017年国家免费孕前优生检查结果的风险人数及其比例

年份	合 计			男性			女性		
	受检人数	风险人数	风险率 %	受检人数	风险人数	风险率 %	受检人数	风险人数	风险率 %
2017 年	3456	210	6.08	1728	55	3.18	1728	155	8.97
2016 年	3610	376	10.42	1805	76	4.21	1805	300	16.62
2015 年	4412	463	10.49	2206	70	3.17	2206	393	17.82
合计	11478	1049	9.14	5739	201	3.50	5739	848	14.78

数据来源：浦东新区国家免费孕前优生健康检查报表数据

从参加过孕检的受检者的问卷调查结果来看，89.40%（270 例）的夫妇都不属于风险对象，5.96%（18 例，其中女方 11 人，男方 7 人）的夫妇一方属于风险对象，2.32% 的夫妇双方都属于风险对象，2.32%（7 例）不清楚。

对于医院评估为有风险的夫妇后续进一步采取的措施。问卷调查结果显示，共有 25 例高风险人员，其中 17 例“根据检查结果自行进行治疗、调理”，11 例“去更有权威的医院进行检查和咨询”，8 例“去孕检的机构进行复查”，6 例“没有进一步的处理”。

3. 妊娠结局

参加孕检和怀孕时间之间并没有直接的因果关系。根据问卷调查，大多数孕检对象会在参加孕检以后的一年内怀孕，但是也有超过三分之一的对象由于各种原因，尚未怀孕（表 10）。

关于孕检后怀孕的妊娠结局，根据 2015—2017 年的报表统计，浦东新区 3 年合计分娩及终止妊娠总人数 1636 人。其中，正常活产婴儿 1553 人，占 94.93%；早产 7 人；

低出生体重 1 人；无出生缺陷儿；其他妊娠不良结局 75 人（其中自然流产 54 人、医学性人工流产 19 人、异位妊娠 2 人）。据原上海市卫生和计划生育委员会统计，2017 年全市出生缺陷人数 2157 人，出生缺陷率 10.08‰（见表 11）。浦东新区的出生缺陷率明显低于上海市总体水平。

另外我们对已经接受孕检并妊娠的 201 例对象做了分析，正常活产 152 人，占 75.62%；目前怀孕中 34 人，占 16.92%；早产 5 例，占 2.49%；自然流产 8 例，占 3.98%；人工流产 1 例，引产 1 例，各占 0.5%。

表10 孕前检查多久后怀孕（单位：人、%）

怀孕时间	人数	百分比
6 个月内	112	37.21
6 ~ 12 个月	59	19.60
1 ~ 2 年	24	8.97
2 年以上	4	1.33
尚未怀孕	102	33.89
合计	301	100.00

表11 2015—2017年浦东新区国家免费孕前优生项目妊娠结局汇总（单位：人）

妊娠结局			2015	2016	2017	合计
分娩及终止妊娠总人数			635	553	448	1636
妊娠结局 随访数	正常活产儿 人数	合计	611	519	423	1553
		男	291	256	221	768
		女	320	263	202	785
	新生儿早产		2	2	3	7
	新生儿低出生体重		0	1	0	1
	出生缺陷儿人数	合计	0	0	0	0
		男	0	0	0	0
		女	0	0	0	0
		两性畸形	0	0	0	0
		不详	0	0	0	0
	其他妊娠不良 结局数量	合计	22	31	22	75
		自然流产	15	23	16	54
		医学性人工流产	7	7	5	19
		治疗性引产	0	0	0	0
		异位妊娠	0	1	1	2
		死胎死产	0	0	0	0
		其他	0	0	0	0

数据来源：国家免费孕前优生项目上报国家服务对象的报表

小结

免费孕前优生健康检查的结果对于控制出生缺陷风险的积极意义无疑。从检查的结果看，发现了部分服务对象项目异常情况 3 年平均风险率男性为 3.50%，女性为 14.78%。他们或者去孕检机构进行复查，或者去更有权威的医院进行检查和咨询，或者根据检查结果进行治疗、调理。从妊娠结局看，2015—2017 年的 3 年中，浦东新区没有出现出生缺陷儿。

三、问题讨论

经过基层社区干部的多年宣传，浦东新区适龄对象的孕前优生意识大为提高，免费孕前优生健康检查对于控制出生缺陷的风险的积极意义无疑，但是在项目的操作过程中，通过评估，发现如下问题值得讨论。

（一）项目服务的投入成本较高

目前国家免费孕前优生健康检查项目的执行，指导思想还是以完成任务为项目目

标，对人力和资金投入缺乏绩效考核，项目运行的人力和资金成本较高。

1. 从机构和人力投入看

浦东新区国家免费孕前优生健康检查项目的运行方式是：原浦东新区卫生和计划生育委员会计生处及其直属事业单位“浦东新区计划生育指导中心”负责项目的统筹协调、组织实施、工作监管；社区计生公共服务机构（街镇和居村的计划生育服务阵地）承担项目在群众中的宣传和发动、信息登记、早孕和妊娠结局随访等工作；5 家定点医疗机构主要负责孕前医学检查和风险评估。这一运作机制需要不同机构相互配合、信息准确及时地传递、服务提供者和接受者要积极有效互动。

调查发现，从机构和人力投入看，项目实施过程中存在如下问题。其一，项目推行缺少有力的抓手，工作效率较低。孕前检查主要依靠婚姻登记和社区生育登记时机，针对目标人群进行宣传倡导。相比婚检以婚姻登记为抓手，

产检和新生儿疾病筛查以医院为抓手, 孕前检查的可控性较差, 缺乏主动抓手。其二, 计生条线在孕前优生检查工作的作用上, 存在技术上的局限性。一方面, 计划生育社区服务阵地正面临日益弱化的境地, 服务能力不足, 难以完美胜任免费孕检的预告登记、宣传组织、信息管理、随访咨询等工作; 另一方面, 计生条线和医疗机构之间的缺乏天然的协作机制。因此, 总体上看, 目前国家免费孕前优生健康检查项目依靠政府层层推动和投入, 占用政府工作人员的工作量较大, 工作效率有待进一步提高。

2. 从项目的受益人数和资金投入看

首先, 孕前优生健康检查项目服务的直接受益人群较少。孕前检查的服务对象是本区符合生育政策、计划怀孕的夫妇, 以及本区流动人口中符合生育政策、在现居住地居住半年以上计划怀孕的夫妇。《免费孕前优生健康检查项目实施方案》提出力争让每一对符合条件的计划怀孕夫妇都能享受到免费孕前优生健康检查服务, 与这一目标相比, 目前孕前优生检查服务的覆盖率还有显著的差距。浦东新区每年实际享受的免费孕检优生服务的夫妇数量, 2015—2017 年 3 年年均只有 1927 对夫妇, 仅占浦东新区每年新婚夫妇总数 (近三年年均 3 万对) 的 6.43%。相比较而言, 目前浦东新区的产检、新生儿疾病筛查的比例都在 90% 以上。根据胡淑怡等 2017 年在上海市 16 个区的调查, 上海市女性孕前优生健康检查率 (孕前检查过孕妇占全部建卡生产的孕妇的比重) 为 40.8%, 男性为 27.4%。岑舒远等 2011 年 4—6 月在上海市部分社区卫生服务中心的调查显示, 在接受调查的 993 名早孕妇女中, 曾经有 268 人在孕前接受过孕前保健服务, 孕前保健服务利用率为 27.0% (268/993)。

其次, 从财政投入和直接产出看, 2015—2017 年 3 年仅区级财政的项目投入资金 952.52 万元, 实际服务人数 5782 对 (夫妇)、11562 人, 平均每对夫妇占用资金 1647 元 (人均 824 元), 应该说投入不菲, 人均投入大, 直接受益面小。

(二) 服务对象对项目服务的响应不够积极

目前免费孕前优生健康检查项目的施行是以指标的方式分散到各个省市、区县和街道, 服务对象需经反复动员参加, 实际上是以一种半强制的方式执行。在干部群众的访谈中, 对于免费孕前优生健康检查服务项目, 群众参与的主动性较差, 服务的响应比较低, 很多新婚对象需要社区干部的反复动员才半推半就地参加检查。由于每个街镇都有区里下达的完成指标数, 不少街镇为完成指标而存在一定的工作压力, 存在服务对象“被检查”的现象。目前服务对象对项目服务的响应不够积极, 主动参与差。原因包括以下几个方面。

1. 项目的宣传发动工作还不够

部分服务对象对该检查的目的和意义不明, 群众的优生意识有待加强。还有些服务对象不知道国家免费检查的渠道。目前上海市的项目宣传模式是社区宣传与针对性动员相结合, 容易形成需求和动员的不对应, 一方面参加检查并非出自于自我需要, 另一方面真正有需要的人可能并未享受到项目服务。

2. 免费优生检查内容对于群众的吸引力还不够

目前的免费优生检查内容对于群众的吸引力还不够, 尤其是不能满足现代国际大都市群众的需求。孕前优生健康检查是一个全国范围内的出生缺陷干预项目, 其检查内容制定于 10 年前, 而且要考虑全国范围的普遍适用, 带有强烈的“保基本”的色彩。对于未参加孕检的夫妇来说, 相当一部分人认为花时间和精力

力做这样的检查,对优生的实际意义并不大。一些人认为身体健康,每年进行常规体检,没有必要检查。

3. 服务对象认为检查步骤繁琐,担心个人隐私泄露

孕前优生健康检查项目服务模式复杂,便捷性不够。受服务时间和交通的限制,不同地区比较,城区街道的新婚对象要比偏远农村的服务对象参与的主动性高。另外一些人认为通过社区干部的检查安排和信息来往,不利于保护其个人隐私。

(三) 项目优生检查服务和生育结局干预的关联性不强

目前国家免费优生健康检查项目的服务目的是即时发现风险人群,阻止风险生育的发生,或者控制风险生育者的生育过程,以尽量避免不良生育结局的发生。

1. 服务机构不能掌握全部检查对象的生育结局

由于信息统计的不完整,服务机构并不能掌握全部服务对象的最后生育结局,因此无法科学比较参加免费优生健康检查服务以后的生育结局和未参加对象的差异。另外由于参加服务的对象并不是从总体中随机抽样得到的,他们的优生健康基础很可能与总体人群不一致,因此,并不能和其他人群的妊娠结局做比较以反映孕前优生健康检查服务的效果。

2. 风险人群和异常人群的随访指导不力、后续干预不明

对于检查结果为异常人群和风险人群的指导和干预,应该是项目服务后期延续的内容,应该是孕前优生健康检查项目目的体现。目前对风险人群和项目异常人群的风险评估以及指导、生育评估都还比较粗糙,医院只是

尽到告知义务,对于后续进一步治疗、干预等具体指导不够,服务对象觉得“不解渴”。随访工作还由社区计生干部进行,专业性不够。

四、对策建议

预防出生缺陷、提高出生人口素质始终是我国经济社会发展的重大战略和重点任务。根据项目结果评估所反映的问题,针对项目的组织管理和项目的服务两个方面,课题特提出如下对策建议。

(一) 理顺部门职能,整合婚孕两检

在孕前优生检查工作的作用方面,计生条线的确存在技术上的局限性,而妇幼卫生条线在孕前健康服务上具有先天技术优势,妇幼基层工作中的婚检、叶酸的发放、孕产妇的建卡和保健管理、高危孕产妇的监控、产后访视和新生儿的产后访视、疫苗接种等,与孕前优生健康检查项目的工作关联较多。目前浦东新区妇幼的婚检率极低,远远低于全市平均水平,2017 年全市新婚人员的婚检率为 16.77%,而浦东新区婚检率仅为 0.9%。婚检和孕前检有很多的共性,有很多项目是重合的。针对婚检率低、孕前检查推行难的问题,妇幼部门可以考虑把婚检与孕前检查融合起来,整合与优化服务内容,合并为兼顾婚检和孕前检查功能的新项目。

(二) 强化服务意识,淡化指标管理,加强资金的绩效考核

首先,孕前优生健康检查应该在广泛宣传的前提下,取消以检查数量作为对计生机构和工作者的考核指标,代之以服务对象自行报名申请免费孕前优生健康项目服务,政府委托机构提供优质的全程服务的方向。

其次,加强管理成本和资金投入的绩效考核。一是更好地建立稳定的财政投入保障机制,地方财政部门负责做好专项资金的预算决算、资金的拨付等工作,确保资金及时足额到位,并对全部资金进行严格监管,确保资金的有效利用。二是收集免费孕前健康检查的成本数据,扎实做好成本效益分析,使政府对免费孕前健康检查的资助建立在有效的成本效益分析的基础上。

(三) 优化服务内容,提高服务效率

孕前优生健康检查是一个全国范围内的出生缺陷干预项目,其检查内容制定于 10 年前,而且要考虑全国范围的普遍适用,带有强烈的“保基本”的色彩。浦东新区是个国际化的现代化城市新区,而且“全面两孩”政策以后,备孕夫妇中高龄人群比例明显上升,考虑本区实际特点,可以对检查内容做适当调整,避免一刀切的免费检查方式,真正提高效率。

一是服务对象可以自主选择检查内容。可以分自选和必选项目,并详细注明每种检查的作用供调查对象自行选择。单位体检常做的、特异性一般的,作为自选内容,如体格检查、实验室检查 9 项、阴道分泌物 3 项;单位体检不常做且与优生关联的、特异性较高的,列入必选内容,如病毒筛查 4 项、影像 1 项。

二是提供免费和自费的菜单式服务。增加有针对性的检查项目,如精液常规(男性),检测精子性状、数量、成活率、活动力、细胞量等;性激素 6 项,检测 6 种性相关激素水平;PSA(前列腺特异抗原),早期发现男性前列腺肿瘤;CA125,早期发现如卵巢肿瘤和子宫内膜肿瘤等;CA153,早期发现如乳腺肿瘤、肺腺肿瘤及卵巢肿瘤等。

(四) 加强项目的公众宣传,提高公众对项目的认知度

一是要改变群众宣传的模式,变小众宣传为大众宣传。过去几年对免费孕前优生健康检查项目的宣传,主要是社区宣传,或者是口口宣传,影响力小,自觉自发参与项目的群众少,而且多由社区干部动员。建议改变宣传模式,建立起以电视、广播、微信公众号、APP 等多种媒体为渠道的宣传平台,积极争取政府、社会多方支持,通过妇联、民政、传媒多方联动,引起社会的广泛重视,提高全民认知度。二是宣传教育的内容要更加有针对性。不仅要宣传关于国家免费孕前优生健康检查项目的相关政策和项目的重大意义,还要从反面加以宣传引导,通过讲解我国出生人口缺陷发生的现状和危害、播放出生缺陷家庭的遭遇等视频资料,让更多的群众看到出生人口缺陷的问题与危害,以警示群众注重孕前预防。对于预约参加检查的服务对象,应向他们详细地讲解各项检查项目的内容,尤其是对梅毒螺旋体、风疹病毒 IgG 抗体等生物性环境因素的宣传教育,使群众提高认知水平。三是重点宣传,提高关键人群认知度。在免费孕前优生健康检查有了一定的基础,许多人接受并积极主动参与到该工作中来,优生优育的主观愿望和客观实践意识都提高了的基础上,可以考虑对服务对象进行筛查,更好地利用国家资源,利用有限的资源做更多的事情。可以考虑的筛查因素有年龄、准备生二胎的夫妇等。组织孕前检查和教育指导的活动,有针对性地对育龄人群进行优生优育知识宣传。可针对不良孕产史、疾病史、家族史、高龄夫妇、二胎夫妇等,分类别进行宣教,提高对象的知识接受率。

《人口信息》

(双月刊)

2019年第5期

(总第226期)

2019年10月28日出版

主管单位：上海市卫生和计划生育委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心
编辑出版：《人口信息》编辑部
地 址：上海市建国西路602号C楼302室
邮政编码：200031
编 辑 部：021-33262065
发 行：021-33262065
E-mail: rkxibjb@sohu.com
印 刷：上海欧阳印刷厂
上海市连续性内部资料准印证(K)字第0296号