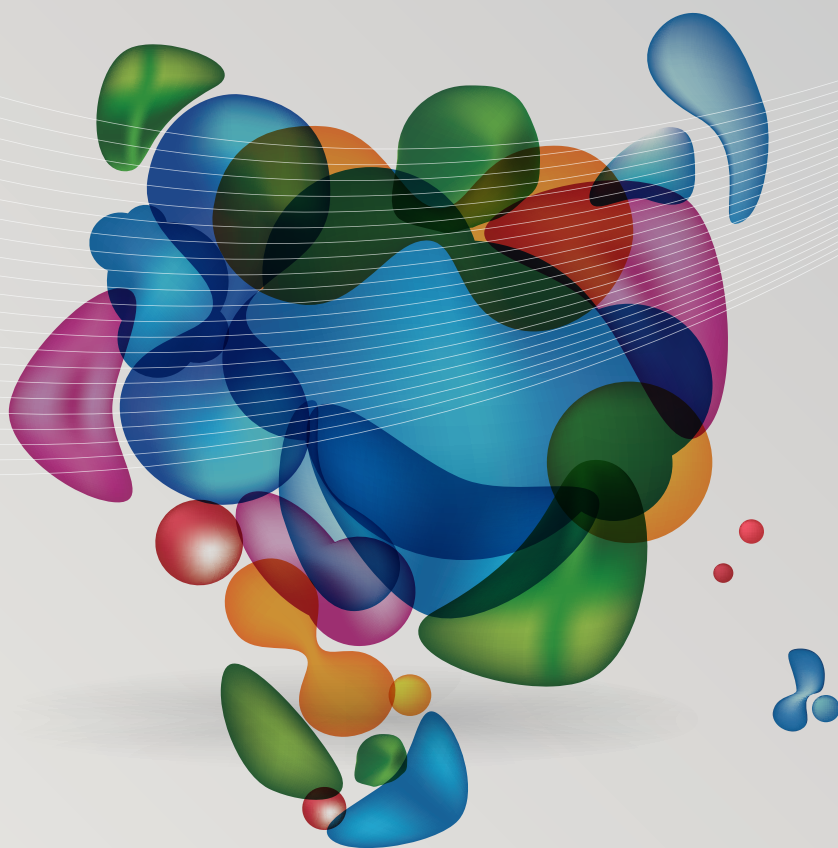


人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 新时代中国人口增长缓慢因素分析和对策研究
- * 上海育龄妇女的生育意愿及其与生育水平的关系研究
——基于2017年全国生育状况调查上海市数据的分析
- * 长三角异地医保和医疗服务一体化问题分析与对策建议
- * 健康中国背景下的人口健康(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6期(总第227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 •

新时代中国人口增长缓慢因素分析和对策研究..... 陈新光 陈翠萍 (1)

• 本期关注 •

健康中国背景下的人口健康..... 本刊编辑部 (7)

(主持人:黄玉捷, 参与讨论:黄玉捷、胡琪、王瑾等)

• 调研与分析 •

上海育龄妇女的生育意愿及其与生育水平的关系研究

——基于2017年全国生育状况调查上海市数据的分析 陈蓉 (31)

• 卫生与健康 •

长三角异地医保和医疗服务一体化问题分析与对策建议..... 周海旺 张茜 刘佼 (41)

《人口信息》2019年总目录..... (45)

◀ 人口与发展 ▶

新时代中国人口增长缓慢因素分析和对策研究

陈新光¹ 陈翠萍²

(上海大学经济学院, 上海 200044)

一、中国人口现状简析

截止 2018 年末, 中国大陆总人口约 13.95 亿 (不包括香港、澳门特别行政区和台湾省以及海外华侨人数), 较上年增长 530 万人。人口自然增长率为 3.81‰。从年龄结构上看,

2009–2018 年间, 15–64 岁年龄段人口整体呈小幅下降, 0–14 岁人口、65 岁以上人口虽然呈上升趋势, 但近四年, 65 岁以上人口增长趋势明显高于 0–14 岁人口增长趋势, 反映人口老龄化速度加快。(见图 1)

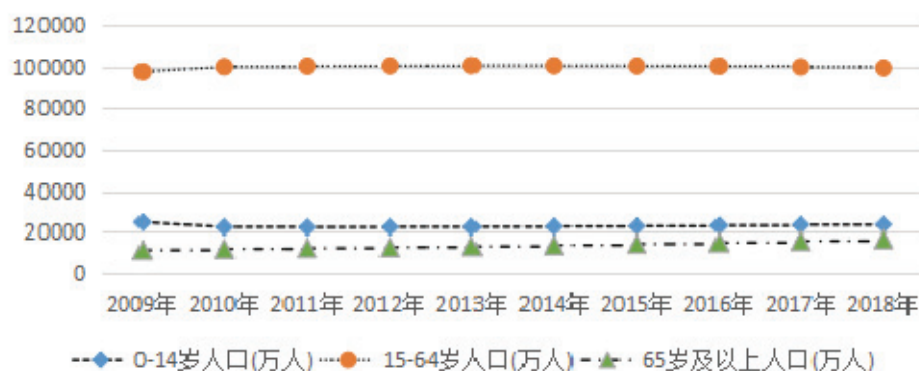


图1 2009–2018年人口年龄结构

数据来源: 国家统计局

从人口性别来看, 2009–2018 年间, 男性人口一直多于女性人口, 但男女人口比呈下降趋势, 逐渐趋于 1, 反映男女比例趋于均衡, 人口性别结构逐渐趋于合理。(见图 2)

从城乡结构看, 2018 年中国大陆城镇常

住人口 8.3137 亿人, 比上年末增加 1790 万人; 乡村常住人口 5.6401 亿人, 减少 1260 万人。城镇化率为 59.58%, 比 2017 年末提高 1.06 个百分点。

¹ 陈新光博士 上海统计学会副会长、上海大学经济学院兼职教授 (硕士生导师) 主要研究方向: 政府统计与经济分析; 手机号: 13916378632

² 陈翠萍 上海大学经济学院2018级金融专业硕士研究生 研究方向: 金融管理

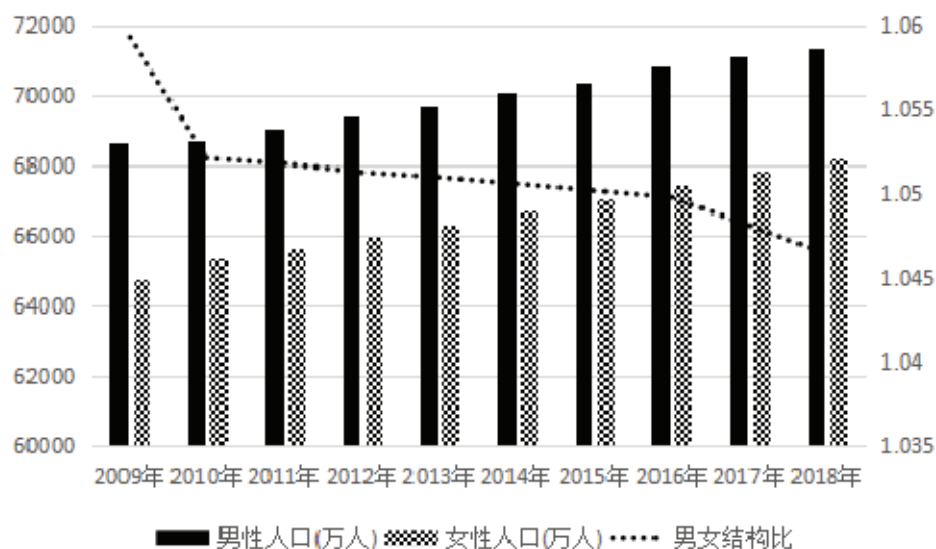


图2 2009-2018年男女人口比

数据来源：国家统计局

二、二胎政策实施后中国人口发展情况简析

2015年10月党的十八届五中全会决定在全国实行普遍二孩政策，政策规定：坚持计划生育的基本国策，完善人口发展战略，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策，积极开展应对人口老龄化行动。全面二孩定于2016年1月1日起正式实施。

（一）二胎放开后，人口自然增长率不升反降

从1949年到2016年，中国总人口从5.4亿变成了13.8亿，近70年时间里，人口总数增加了8亿多人，增长了一倍多。人口主要的增长时期是在上个世纪六七十年代，六十年代的人口自然增长率高达25‰左右，七十年代的人口自然增长率也达到了15‰左右。随后在计划生育政策下，人口自然增长率不断下滑。进入21世纪后，中国人口自然增长率甚

至跌破5‰关口。具体数据显示，2010-2015年间，除了2014年短暂地超过5‰外，其余年份均在5‰以下，最低的只有4.79‰。自2016年国家实行二胎政策后，多年积压的生育需求释放，人口自然增长率冲高至5.86‰，达到了2005年的水平。但是这种生育堆积不可能长期保持，短暂释放完毕后，2017年人口自然增长率明显回落，达到5.32‰，2018年进一步下挫。人口自然增长率逐年递减（见图3）。

人口自然增长率的走低，与出生人口有着直接联系。2010年以来，中国出生人口规模有限，从未超过1800万人，人口出生率也在13‰以下。2016年因为二胎放开，全年出生人口增至1786万人，人口出生率达到12.95‰。但2017年迅速回落，出生人口1723万人，人口出生率为12.43‰。2018年继续回落，全年出生人口1523万人，出生率为10.94‰。（见图4）

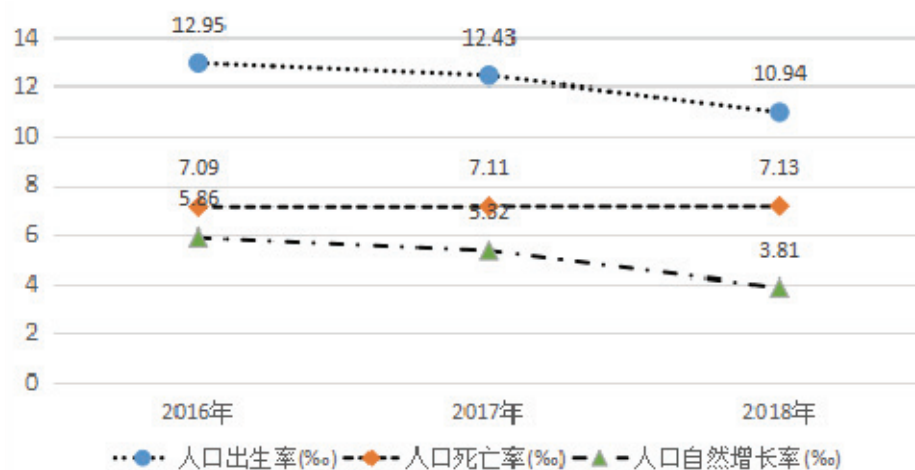


图3 2016-2018年中国人口出生率、死亡率及自然增长率

数据来源：国家统计局

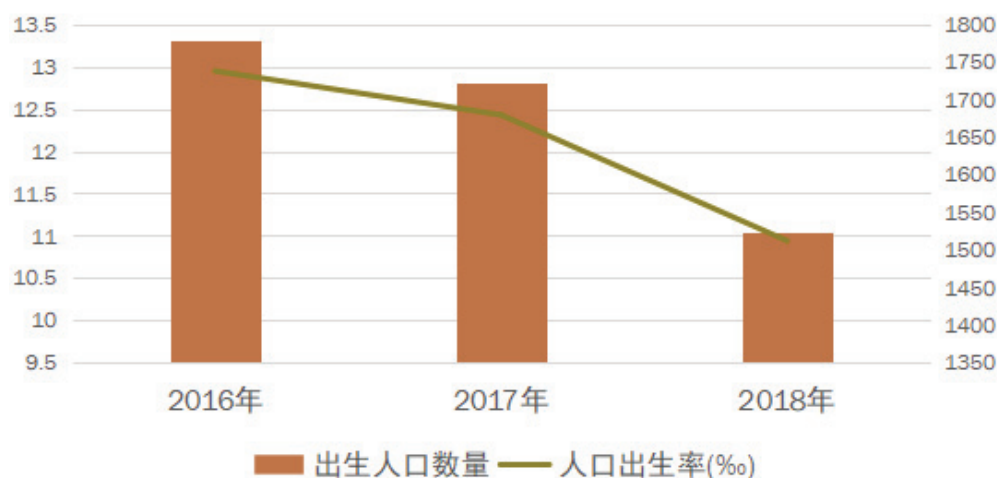


图4 2016-2018年中国出生人口数量及增速

数据来源：国家统计局

（二）出生人口继续减少，未来人口增长不容乐观

一个国家的出生人口，从孩次结构来说，可以分为三种类型：一孩、二孩、三孩及以上。在正常情况下，一孩出生人数应该多于二孩出生人数。原因很简单，任何一个育龄妇女肯定是先生一孩才能再生二孩，而且有些育龄妇女只生一孩不生二孩。以此类推总人口中，一孩的人数比二孩多，二孩的人数比三孩多。

由于我国在 2016 年之前，许多非独夫妇

虽然想生二孩，但政策不允许，在全面二孩政策放开后，这些夫妇才补生二孩，从而带来二孩生育堆积。但这种生育堆积不可能长期保持，当其几年内释放完毕之后，一孩出生人数一定会多于二孩出生人数。由于在 2016 年至 2018 年，育龄夫妇多年来累积的二孩生育意愿已经大部分释放出来，剩下的主要是常规的二孩生育意愿。因此，未来几年内如果国家不出台鼓励生育政策，人口增长不容乐观。（见图 5）

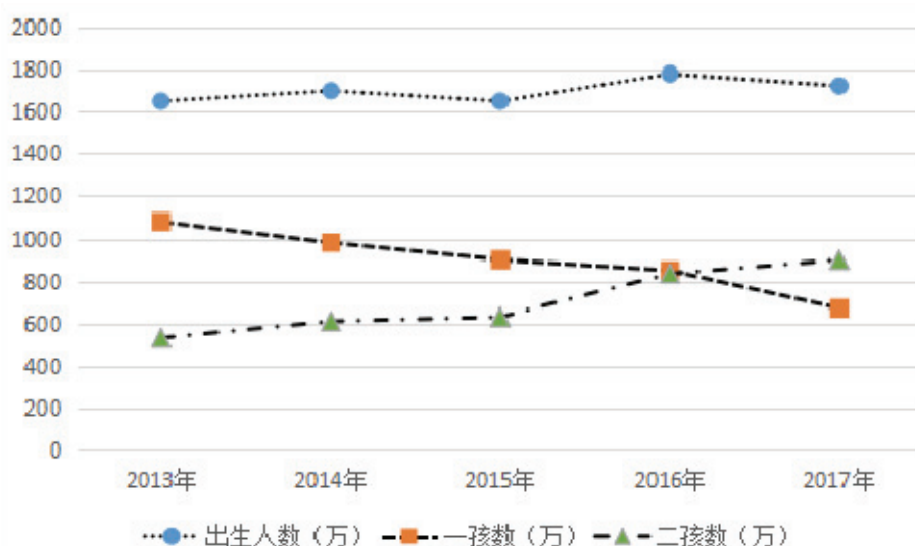


图5 2013年—2017年中国一孩、二孩出生数量

数据来源：国家统计局

(三) 实行二胎政策三年来人口增长下滑成因

从目前情况看,我国 2016 年实行二胎政策后,三年人口出生呈下滑趋势,原因有多方面:

1. 育龄高峰期的女性数量在持续减少。从“十三五”起,我国育龄妇女总量每年减少 500 万人左右,而且我国结婚登记人数也逐年减少,意味着育龄妇女在总量上呈减少趋势;

2. 新进入育龄高峰期的女性生育意愿在降低。在现代开放的社会里,育龄妇女平均初婚年龄和受教育水平提高,出现了大龄未婚族、不婚族和丁克家庭,从而导致一孩生育数量减少,这就是人口学上的人口负惯性。这在大城市更加明显;

3. 抚养孩子的成本越来越高。现代化过程中,增加养育孩子的实际成本与养育孩子的机会成本大大提升,养育孩子是一种以自己的艰辛付出来给社会提供公共产品的利他行为,无法用金钱计算。以上海为例,生一个孩子,至少得准备一间房间,就按最小的面积 7 m²

计算,7 m²+ 房产交易税,大约几十万,如果房间稍微大一点,就是 100 万以上,而且是税后价格。再加上奶粉、尿布、教育医疗、学费杂费、生活费,基本上就是 100 万。但如果不换房,孩子生活质量得不到保障。这种情况下,很多人便取消生二孩的想法。另外,养育孩子是需要付出大量精力的,这也是无法用金钱计算的。为此,生育率下降是普遍现象。

三、中国未来人口发展预测

联合国人口署最新发布的《世界人口展望》2017 年修订版,预计本世纪末中国人口将出现倒“V”型反转,即在低生育率状态下加速下滑跌破 10 亿至 6.13 亿。在不到百年时间里,从人口大爆炸反转为人口大坍塌。中国人口即使全面放开并大力鼓励生育,本世纪末也难以超过 8 亿。联合国人口署对中国人口的低预测值(6.13 亿)比较合理。

一直以生育率低为代表的瑞典生育率就是 1.7,因为生育率低人口已经连续 45 年负增长的德国,总和生育率也有 1.5,而要维持一

个国家的长久正常的发展,总和生育率必须超过 2.1,也就是俗称的人口世代更替水平。按照 2016 年人口普查的结果,我国育龄妇女总和生育率也只有 1.7,远远不到人口世代更替水平的 2.1。这还是在全面两孩政策开放以后的结果。

我国著名人口学者姚美雄判断,长期生育限制、生育成本高、生育观念改变导致的民众整体生育意愿走低短时间里很难得到逆转,中国未来人口将呈现严重少子化叠加快速老龄化、适婚人口性别比失衡的扭曲结构。可想而知,中国未来将面临养老压力、劳动力短缺压力以及经济发展动力不足问题。经济活力不足,反过来也进一步抑制生育水平。即使按照 1.8 的总和生育率来推算,中国人口也将在 2030 年开始负增长。人口负增长叠加快速的人口老龄化,这种“双杀”的人口结构,对于经济增长就是噩梦。

四、我国人口可持续发展的建议和举措

当前为促进我国人口出生率波动趋势更为平稳、未来人口结构更加合理,减少人口波动的幅度及对社会经济产生的震荡性影响,在重点对我国人口出生波动规律统计分析的基础上,为实现我国生育政策调整的成功“软着陆”,提出积极性建议和举措:

(一) 加速完善生育政策体系,逐步过渡到自主生育

主要从国家人口战略出发,出台鼓励自主生育的政策,使国家人口增长与经济增长和社会发展相同步。调整完善生育政策顺应群众期盼,有利于社会和谐稳定发展。随着人民生活水平提高,我国城乡居民生育意愿发生明显变化,“多子多福”的传统观念正逐步淡化。

要通过调整完善生育政策,逐步实现国家意志和群众意愿的统一,缩小城乡、地区、民族之间生育政策的差别,促进城乡统筹发展,促进出生人口性别比恢复正常水平。逐步调整完善生育政策,将改善家庭人口结构,显著增强家庭抵御风险能力和养老照料功能。同时,调整完善生育政策有利于稳定适度低生育水平,促进人口长期均衡发展和经济持续健康发展。

具体来说,在实施生育政策的前期,以往行之有效的计生管控措施,可以应用于二胎以上情形。在调整完成并稳定之后,政策着眼于提倡节制生育,完善相关服务体系。随后逐渐过渡到生育自主的政策取向上。在总人口达到峰值之后,政策目标则应转向鼓励生育。其次,通过政策调整把生育率提高到更加接近于更替水平(如 1.77 至 1.94),这是一种最为乐观的状态。根据许多其他亚洲经济体的经验,很可能政策放开也不能逆转生育率下降趋势。因此鼓励生育的政策越早实施越有效。同时注重人口自身均衡发展。推动人口发展从控制人口数量为主向调控总量、优化结构和提升素质多措并举转变。充分发挥全面两孩政策效应,平缓人口总量变动态势,防止人口规模效应快速减退。

(二) 完善政策执行监测及效果评估后续机制

通过将各地区进行合理分类,因地制宜选取政策效应评估指标及标准,通过精准测定政策效果为后续规划调节提供可靠依据,及时发现配套制度中可能存在的不足并予以改进,提高政策的执行力和目标的实现度。注重立足省情。坚持总体规划和分类指导相结合,充分考虑不同地区社会发展状况、资源环境承载能力和人口发展阶段性特征,实施差异化的区域

人口政策,同时完善贫困人口标准动态调整机制,整体推进人口长期均衡发展和全面小康社会建设。注重人口与资源环境和谐发展。健全与不同主体功能区对接的差别化人口政策,多措并举引导人口向优化开发和重点开发区域适度集聚,支持鼓励限制开发和禁止开发区域的人口自愿迁出。严格控制超大、特大城市人口规模。加大环境治理与保护力度,可持续开发利用自然资源,推动形成绿色发展方式和生活方式,着力增强人口承载能力和人口发展动力。

(三) 围绕主要矛盾,解决发展不平衡不充分问题

围绕我国主要矛盾变化,加强对欠发达地区的资金支持。如建立地区专项开发促进基金,引导欠发达地区利用当地优势资源发展特色经济,积极培育潜力大、效应好的经济增长点,加强与发达地区之间的经济技术联合和协作,通过提供政策优惠促进招商引资,支持本地基础产业结构转型优化。注重人口与经济互动发展。充分发挥人口能动作用,为经济增长提供有效人力资本支撑和内需支撑。实施积极的人口老龄化政策,防范和化解人口对经济增长的不利影响。统筹城乡区域协调发展,引导人口与经济布局有效对接,实现人口与技术、产业、公共服务、社会就业良性互动。如推动科学技术进步,减少劳动力在经济增长中的作用。通过技术进步,特别是通过节约劳动型的技术进步,改变生产中各生产要素的组合方式和比例,可在减少劳动投入的条件下增加产量,实现经济增长。通过采用可以替代人力的先进技术设备,可弥补未来劳动力短缺和因年老、体力减弱、动作迟缓对劳动效率的影响。

另外,人口老龄化速度的加快,老年消

费者比重增加,将会带动老年人需求类产品生产供给的扩大,而老年消费需求与老年生产供给的扩大,必然会引起老年经济市场的发展壮大。市场的引致性作用,引导资源向老年市场的倾斜分配,重点是向生产满足老年消费者群体的物质及精神需求的产品方面流动。表现是新型的老年产业,如教育养老产业、旅游养老产业、智慧养老产业、健康养老产业、养老设备及设施产业等适应老年消费者市场需求的产业的兴起。这些新型的产业将伴随我国老年人口比重的增大和需求的增加而兴起和发展。

(四) 加快城镇化进程,全面提升人口素质

推行乡村振兴战略,大力发展农村多元化经济,形成辐射效应强、市场前景广的优势产业,带动人口集聚和就业增长,改革户籍管理制度,完善公共服务设施建设,改善医疗卫生、交通环境、文化娱乐等方面,不断完善基本公共服务制度体系和工作机制,推动基本公共服务常住人口全覆盖,有序推进农业转移人口市民化,不断提升以人为核心的城镇化水平。着力补齐重点人群发展短板,构建多层次养老服务体系,保障妇女儿童、残疾人合法权益,实施贫困人口精准脱贫,促进社会公平正义。注重人口自身均衡发展。推动人口发展从控制人口数量为主向调控总量、优化结构和提升素质多措施并举转变。加大农村教育培训投资,全面提升我国人口素质,深化与体能健康素质、智能科教素质、精神文明素质相关的体制改革,加速将人口规模优势转化为人力资本优势,为农村经济发展提供优质人力资源,注重人口与社会协调发展。

参考文献:(略)

◀ 本期关注 ▶

健康中国背景下的人口健康

《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)研究员 黄玉捷

主持人语

2019 年 7 月 20 日,上海市卫生和健康发展研究中心在中国人口学会 2019 年年会举办了《“健康中国”背景下人口健康发展论坛》,该论坛受到了年会参会学者的广泛关注,浙江大学、上海财经大学、南京邮电大学和上海疾病预防控制中心等单位多名知名教授参与论坛研讨,现场讨论热烈。《本期关注》选取论坛其中三篇论文结集刊出。

健康中国建设面临的最大问题,就是健康水平地区差距问题。《“健康中国”指标背景下全国健康水平及地区差距》一文按照《“健康中国”2030 规划纲要》健康水平五项指标,对我国 31 个省市自治区的健康水平进行了重新测定,并且对照《“健康中国”2030 规划纲要》规划指标,将全国 31 个省市自治区聚类成六类健康水平地区,该文就如何缩小六类地区之间的健康水平差距提出了对策建议。健康中国建设重点在于健康细胞建设。健康细胞涉及社区、机构和家庭,其区域广泛、条线多,内容复杂,考核评估非常困难。《健康中国战略背景下健康家庭的评估指标探讨》一文根据《“健康中国”2030 规划纲要》建立了一套符合中国家庭实际的具有科学性、多层次性、多维度的“健康家庭”评估指标体系,为我

国健康家庭建设提供了有效的评估工具。流动人口是健康中国健康建设的重点人群。《上海市政府购买流动人口健康教育和促进服务研究》一文为流动人口健康教育和促进工作提供了一份上海案例,该文指出,完善政府购买服务政策体系,深入开展流动人口需求调查,建立购买服务专业评估机制,将有利于提高流动人口健康素养及依从性,有利流动人口健康水平提高。

“健康中国”指标背景下全国健康水平及地区差距

黄玉捷(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)研究员)

习近平总书记指出:“没有全民健康,就没有全面小康”。党的十八届五中全会把建设“健康中国”上升为国家战略。2016 年 10 月 25 日中共中央国务院颁布了《“健康中国”2030 规划纲要》,《纲要》提出:要“加快转变健康领域发展方式,全方位、全周期维护和保障人民健康,大幅提高健康水平,显著改善健康公平,为实‘两个一百’奋斗目标和中华民族伟大复兴的中国梦提供坚实健康基础”。为此,《纲要》提出了“健康中国”建设主要指标。

它包括健康水平、健康生活、健康服务与保障、健康环境和健康产业等五大类 13 个指标,其中,健康水平包括人均预期寿命、婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率和城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例等五项指标。

《纲要》指标不仅明确了健康中国 2020 年和 2030 年主要指标任务,而且也第一次提出了符合我国健康绩效评价指标体系,改变了我国缺乏健康绩效评价科学手段和数据现状。

2016 年以前,中国科学院等相关研究机构开展了一些健康绩效评价研究,并提出了我国相关健康绩效评价指标,但这些指标仅存在于研究成果阶段,尚未得到相关政府部门公开认可。健康绩效指标体系建设滞后,影响了健康绩效指标数据收集和统计。在健康水平评价方面,我国大部分公开出版的统计年鉴仅仅收入了婴儿死亡率和孕产妇死亡率两项指标,只有《中国卫生和计划生育年鉴》和《中国统计年鉴》等极少数统计年鉴收入了 5 岁以下儿童死亡率和人均预期寿命等两项指标数据,且大多为全国数据。受限于统计数据,健康绩效评价研究进展不快。在健康水平研究方面,大多数研究采用了根据数据选择研究指标的研究方法。比如,李立清等采用了人均预期寿命、死亡率两项指标研究居民健康水平区域差异^[1],杨振等采取了人口粗死亡率、孕产妇死亡率、围产儿死亡率、精神科急诊率、登记离婚率、刑事犯罪率等指标探讨了国民健康水平的多维测度与时空差异特征^[2],赵雪雁等采用了围产儿死亡率、孕产妇死亡率、传染病发病率等指标研究了 2003–2013 年中国居民健康水平

的区域差异^[3]。由于健康水平评价指标不一,研究成果之间难以形成比较和对照,影响了研究成果的决策影响力。2016 年《纲要》编制工作推动了我国健康绩效评价体系建设。《纲要》以主要指标形式确定了全国健康绩效测评指标体系。全国 31 个省市自治区也明确将婴儿死亡率、孕产妇死亡率和人均预期寿命等三项指标作为本地区健康水平常用评价指标,部分省市将 5 岁以下儿童死亡率指标纳入了健康水平常用评价指标体系。《纲要》和《“健康上海”2030 规划纲要》将“城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例”指标也纳入了规划纲要当中。

《纲要》指标还提出了世界健康绩效评价的中国标准。迄今为止,世界范围内并没有一套通用的健康绩效评价指标体系。世界主要国家以及 WHO、联合国等国际组织均有自己的指标体系,且侧重点不同。在健康水平评价方面,世界各国虽然对 WHO 提出的健康标准达成了共识,但在健康水平指标选择方面仍然各行其是。2000 年 WHO 对会员国 1997 年健康系统成就和绩效评估框架中采用的是经残疾调整的预期寿命单一指标^[4];2015 年联合国提出的全球可持续发展目标 (Sustainable Development Goals, SDG) (升级并替代了联合国千年发展目标 (Millennium Development Goals, MDG)) 采用的是孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率、新生儿死亡率等三项指标^[5];2015 年 OECD 国家《健康概览 2016》采用的是人均预期寿命、婴儿死亡率、低出生体重、心血管疾病死亡率、癌症死亡率、交通事故死亡率、自杀率、癌症发生率等指标^[4]。《纲要》健康水平五项指标 (人均预期寿命、婴儿死亡

率、5 岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率和城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例等) 不仅综合了 WHO、联合国和以往研究采用的常用指标, 还增加了“城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例”指标。同时根据我国疾病谱改变, 传染病影响式微的特点, 去除了传染病发病率这一传统指标, 使得《纲要》健康水平五项评价指标具有较强的科学性和说服力。

本研究根据《纲要》健康水平五项指标对我国健康水平进行分析评价, 提出缩小我国健康水平地区差距、提升全国健康水平、实现《纲要》指标任务的对策建议。

一、指标

婴儿死亡率: 指婴儿出生后不满周岁死亡人数同出生人数的比率。

5 岁以下儿童死亡率: 指规定年份出生的儿童在年满 5 岁前死亡的概率, 表示每 1000 名活产的比率。

孕产妇死亡率: 指每十万例活产中孕产妇的死亡数。包括从妊娠开始到产后 42 天内, 因各种原因(除意外事故外)造成的孕产妇死亡。

人均预期寿命: 指在一定的年龄别死亡率水平下, 活到确切年龄 X 岁以后, 平均还能继续生存的年数。

城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例: 《国民体质测定标准》是 2003 年由国家体育总局制定的。它的测评对象为 3 - 69 岁人群。测评内容为形态、机能和素质等三大部分, 包括各年龄段人群身高体重, 以及其它单项指标和综合指标。

二、数据来源

数据来源于《2017 年中国统计年鉴》、《2017 年中国卫生和计划生育年鉴》、《“健康中国”规划纲要》, 以及全国各省市自治区“十三五”规划和省区《“健康中国”规划纲要》, 数据时点为 2015 年。

三、方法

聚类方法是社会科学研究常用的分类方法。但它与传统分类方法不同。传统分类方法, 按先有“类”, 后“类”的原则分类, 聚类分析则以某个特定标准(相似统计量)自然聚类。同一类样本相似性大, 不同类样本差异性大。系统聚类方法是聚类分析方法中的一种。它先将参与聚类的样本看成一群, 确定类与类间的相似统计量, 选择最接近的两类或若干个类合并成一个新类, 之后再计算新类与其他各类的相似性, 再选择最接近的两群或若干群合并成一个新类, 直到所有的样本或变量都合并成一类为止。

本研究采取聚类分析最常用的组间联接方式, 即将类与类之间距离作为相似统计量(用平方欧式距离和表示)。将 2015 年全国 31 个省市自治区的人均预期寿命、婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率和城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例等五项指标数据经过“Z 得分”无量纲化处理, 进行系统聚类分析。并且, 运用方差分析对聚类结果可靠性进行检验, 剔除掉对聚类结果没有贡献的指标变量, 最终获得全国健康水平地区分类结果。

整项研究采用 SPSS 22 统计软件进行数据处理和分析。

四、结果

(一) 全国健康水平状况

1. 全国健康水平居于世界中等收入国家之列

2015 年全国婴儿死亡率为 8.1‰, 孕产妇死亡率为 20.1 (1/10 万), 人均预期寿命为 76.3 岁, 5 岁以下儿童死亡率为 10.7‰, 城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上的人数比例为 89.6%。分析表明, 我国婴儿死亡率和人均预期寿命等两项指标水平居世界中等收入 (人均国民收入均值为 5086 美元) 国家水平之列, 且高于中等收入国家平均水平 (中等收入国家平均值: 婴儿死亡率 31‰, 人均预期寿命 71 岁)。(见表 3)

对标《纲要》指标任务, 2015 年全国健康水平与 2020 年《纲要》指标任务相比, 婴儿

死亡率相差 0.6 个百分点, 孕产妇死亡率相差 2.1 (1/10 万), 人均预期寿命相差 1 岁, 5 岁以下儿童死亡率相差 1.2 个百分点, 达到《国民体质测定标准》合格以上比例相差 1 个百分点, 全国实现 2020 年《纲要》指标任务前景比较乐观。婴儿死亡率、孕产妇死亡率等两项指标分别以年均 1.5% 和 2.2% 速度下降即可, 而这两个速度均大大低于 2010–2015 年两项指标的下降速度。人均预期寿命指标上升任务相对较重, 它将以 0.3% 的速度增长, 这个速度也稍低于 2010–2015 年年均增长速度。

但是, 2020–2030 年全国将全面加大健康水平提升速度。婴儿死亡率年均下降速度将由 2015–2020 年的 1.5% 提升到 3.9%, 孕产妇死亡率由 2.2% 提升到 3.9%, 5 岁以下儿童死亡率由 2.4% 提升到 4.5%。

表1 全国健康水平年均增长速度 (%)

年份	婴儿死亡率	孕产妇死亡率	人均预期寿命	5 岁以下儿童死亡率	达到《国民体质测定标准》合格以上比例
2010-2015 年	-9.2	-7.8	0.4		
2015-2020 年	-1.5	-2.2	0.3	-2.4	0.2
2020-2030 年	-3.9	-3.9	0.2	-4.5	0.2

2. 全国存在较为严重的健康水平地区差距

尽管全国实现《纲要》2020 年指标任务前景乐观, 但 2020–2030 年仍然将面临着健康水平全面提升任务。全国经济社会发展不均衡现象在健康水平上也有充分的体现, 地区间健康水平发展不均衡将是 2020–2030 年全面提升健康水平的最大障碍。

根据《纲要》健康水平五项指标, 运用 SPSS 22 对 2015 年全国 31 个省市自治区数据进行聚类分析, 获得了可以展示全部聚类过程的树状图。树状图表明, 全国可分为六类健康水平地区。

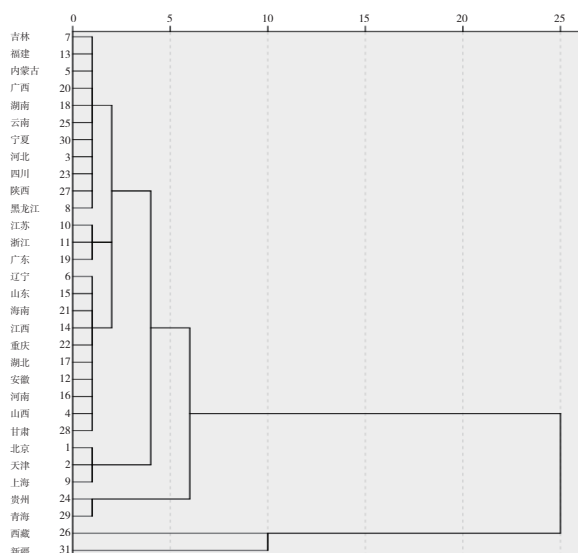


图1 树状图 (采取组间联接)

第一类地区包括北京、天津和上海等 3 个直辖市，占全国的 9.7%；第二类地区包括山西、辽宁、江苏、浙江、安徽、江西、山东、河南、湖北、广东、海南、重庆和甘肃等 13 个省市，占全国的 41.9%；第三类地区包括河北、内蒙古、吉林、黑龙江、福建、湖南、广西、四川、云南、陕西和宁夏等 11 个省自治区，占全国的 35.5%；第四类地区包括贵州和青海 2 个省，占全国的 6.5%；第五类地区包

括西藏 1 个自治区，占全国的 3.2%；第六类地区包括新疆 1 个自治区，占全国的 3.2%。

运用方差分析对聚类结果进行检验，结果表明，人均预期寿命、婴儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、孕产妇死亡率和城乡居民达到《国民体质测定标准》合格以上人数比例等五项指标变量的 p 值均为 0，显著性极强，五项指标变量对聚类结果均有贡献，聚类结果是可靠的。

表2 方差分析

指标	距离	平方和	Df	平均值平方	F	显著性
婴儿死亡率（%）	群组之间	381.306	5	76.261	29.836	0.000
	群组内部	63.899	25	2.556		
	总计	445.205	30			
孕产妇死亡率（1/10 万）	群组之间	8480.797	5	1696.200	138.621	0.000
	群组内部	305.899	25	12.236		
	总计	8786.697	30			
人均预期寿命（岁）	群组之间	218.085	5	43.617	24.936	0.000
	群组内部	43.729	25	1.749		
	总计	261.814	30			
5 岁以下儿童死亡率（%）	群组之间	625.034	5	125.010	28.077	0.000
	群组内部	111.307	25	4.452		
	总计	736.341	30			
达到《国民体质测定标准》合格以上比例（%）	群组之间	531.352	5	106.270	30.107	0.000
	群组内部	88.245	25	3.530		
	总计	619.597	30			

采用《纲要》2020 年指标数据、2030 年指标数据，以及中等收入国家平均值（2014 年）和 21 个 OECD 高收入国家平均值（2014 年）等指标数据对全国六类地区进行对比分析。结果表明，六类地区可分为高、较高、中等、较低、低 1 和低 2 六类健康水平地区。

第一类地区（高健康水平地区），其五项指标水平均大大高于 2015 年全国水平，且已

超过《纲要》2020 年和 2030 年指标水平。其婴儿死亡率、人均预期寿命和 5 岁以下儿童死亡率等三项指标水平均高于 21 个 OECD 高收入国家平均水平。（见表 3）

第二类地区（较高健康水平地区），其五项指标水平高于 2015 年全国健康水平。除平均预期寿命之外，其婴儿死亡率、孕产妇死亡率、5 岁以下儿童死亡率和达到《国民体质测

定标准》合格以上比例等四项指标水平高于《纲要》2020 年指标水平,且略高于或接近《纲要》2030 年指标水平。其婴儿死亡率指标水平接近 21 个 OECD 高收入国家平均水平。(见表 3)

第三类地区(中等健康水平地区),其婴儿死亡率、孕产妇死亡率、人均预期寿命和 5 岁以下儿童死亡率等四项指标超过 2015 年全国水平,但达到《国民体质测定标准》合格以上比例指标低于全国水平 2.9 个百分点。其婴儿死亡率、孕产妇死亡率和 5 岁以下儿童死亡率等三项指标提前实现《纲要》2020 年指标水平。(见表 3)

第四类地区(较低健康水平地区),其五项指标均低于 2015 年全国健康水平,离《纲要》2020 年指标水平更有一定的距离。与《纲要》2020 年指标水平相比,其婴儿死亡率相差 2 个百分点,孕产妇死亡率相差 10.3 (1/10 万),人均预期寿命相差 5.2 岁,5 岁以下儿童死亡率相差 3 个百分点,达到《国民体质测定标准》合格以上比例相差 7.6 个百分点。(见表 3)

第五类地区(低 1 健康水平地区),其五项指标均在 2015 年全国水平之下,且差距比

较大。婴儿死亡率、孕产妇死亡率和 5 岁以下儿童死亡率等三项指标高于 2015 年全国水平 2 倍以上,孕产妇死亡率指标是全国的 5 倍。并且,人均预期寿命低于全国 8.1 岁,达到《国民体质测定标准》合格以上比例也低于全国 13.2 个百分点。(见表 3)

第六类地区(低 2 健康水平地区),与低 1 地区情况类似,低 2 地区五项指标均低于 2015 年全国健康水平,且差距比较大。婴儿死亡率、孕产妇死亡率和 5 岁以下儿童死亡率等三项指标低于 2015 年全国水平的 2 倍或接近 2 倍。(见表 3)

其中,低 1 和低 2 地区均为低健康水平地区,但这两个地区指标相差较大,且各有特点。低 1 地区孕产妇死亡率畸高,而婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率均大大优于低 2 地区。

低 2 地区人均预期寿命大大优于低 1 地区,高 4.2 岁,其达到《国民体质测定标准》合格以上比例到《国民体质测定标准》合格以上比例也大大优于低 1 地区,高出 6.1 个百分点。(见表 3)

表3 六类地区指标水平比较

指标水平	婴儿死亡率 (‰)	孕产妇 死亡率 (1/10 万)	人均预期 寿命(岁)	5 岁以下 儿童死亡率 (‰)	达到《国民体质测定 标准》合格以上 比例(%)
第一类地区	3.9	7.8	82.0	4.1	93.9
第二类地区	5.0	11.2	76.7	6.8	92.1
第三类地区	6.4	17.7	75.9	7.9	86.7
第四类地区	9.5	28.3	72.1	12.5	83.0
第五类地区	16.0	100.9	68.2	21.1	76.4
第六类地区	21.5	39.7	72.4	26.8	82.5
2015 年(全国)	8.1	20.1	76.3	10.7	89.6
2020 年(《纲要》)	7.5	18.0	77.3	9.5	90.6
2030 年(《纲要》)	5.0	12.0	79.0	6.0	92.2

表3 六类地区指标水平比较 (续)

指标水平	婴儿死亡率 (‰)	孕产妇 死亡率 (1/10 万)	人均预期 寿命 (岁)	5 岁以下 儿童死亡率 (‰)	达到《国民体质测定 标准》合格以上 比例 (%)
中等收入国家平均值 (2014 年)	31.0		71.0		
21 个 OECD 高收入国家平均值 (2014 年)	4.6	5.1	80.6	5.5	

3. 全国健康水平地区差距表现为健康水平从高到低依地区类别递低, 差距逐渐扩大

均值分析表明, 各类地区从高到低地区健康水平递低, 且差距逐渐扩大。婴儿死亡率均值差由第一类和第二类地区之间的 1.1 逐渐扩大到第四类和第五类之间的 6.5。

孕产妇死亡率均值差由第一类和第二类地区之间的 3.3, 扩大到第四类和第五类之间的 72.6。人均预期寿命均值差由第一类和第二类之间的 5.4, 逐渐缩小到第四类和第五类之间的 3.9。5 岁以下儿童死亡率均值差由第一类和第二类之间的 2.7, 逐渐扩大到第四类和第五类之间的 8.6。达到《国民体质测定标准》

合格以上比例均值差由第一类和第二类之间的 1.8, 逐渐扩大到第四类和第五类之间的 6.6。

高健康水平地区与低健康水平地区之间的差距大大超过其他地区之间的差距。第一类与第五类相比, 婴儿死亡率均值差达到 12.1, 孕产妇死亡率均值差达到 93.1, 人均预期寿命均值差达到 13.8, 5 岁以下儿童死亡率均值差达到 17.0, 达到《国民体质测定标准》合格以上比例均值差达到 17.5。第一类与第六类相比, 婴儿死亡率均值差达到 17.5, 孕产妇死亡率均值差达到 31.9, 人均预期寿命均值差达到 9.7, 5 岁以下儿童死亡率均值差达到 22.7, 达到《国民体质测定标准》合格以上比例 (%) 均值差达到 11.4。

表4 五项指标均值比较

指标变量	C1-C2	C2-C3	C3-C4	C4-C5	C5-C6	C1-C5	C1-C6
婴儿死亡率 (‰)	-1.1	-1.4	-3.1	-6.5	-5.5	-12.1	-17.5
孕产妇死亡率 (1/10 万)	-3.3	-6.5	-10.7	-72.6	61.2	-93.1	-31.9
人均预期寿命 (岁)	5.4	0.7	3.9	3.9	4.2	13.8	9.7
5 岁以下儿童死亡率 (‰)	-2.7	-1.2	-4.5	-8.6	-5.7	-17.0	-22.7
达到《国民体质测定标准》合格以上比例 (%)	1.8	5.5	3.7	6.6	-6.1	17.5	11.4

注: c1为第一类均值, c2为第二类均值, c3为第三类均值, c4为第四类均值, c5为第五类均值, c6为第六类均值。

4. 同类地区内部均存在差异, 以第二类和第三类地区最为严重

除第五、第六地区之外 (第五、第六类均只包含为一个自治区), 全国其他四类地区均存在内部差异, 且第二类和第三类内部差

异情况最为严重。第二类和第三类地区分别包括 13 个和 11 个省市自治区, 分别占全国的 41.9% 和 35.5%。在第二类地区中, 五项指标的极差 (最大值与最小值之差, 表示相对差异) 分别达到 4.9、9.7、4.2、6.1、5.0, 极差率 (最

大值与最小值之比,表示相对差异的极端情况)分别达到 2.3、1.7、1.1、2.1、1.1。12.7、5.7、7.2、6.2,极差率分别达到 2.6、3.7、1.1、3.1、1.1。由此表明,第三类地区内部差在第三类地区,五项指标的极差分别达到 4.3、异比第二类的情况还要严重。

表5 六类地区内部差异情况

类别	指数	婴儿死亡率 (‰)	孕产妇死亡率 (1/10 万)	人均预期 寿命(岁)	5 岁以下儿童 死亡率(‰)	达到《国民体质测 定标准》合格 以上比例(%)
第一类地区	极差	2.3	2.0	1.4	2.9	5.5
	极差率	2.0	1.3	1.0	2.0	1.1
	均值	3.9	7.8	82.0	4.1	93.9
	标准差	1.3	1.0	0.7	1.6	2.9
	变异系数	0.3	0.1	0.0	0.4	0.0
第二类地区	极差	4.9	9.7	4.2	6.1	5.0
	极差率	2.3	1.7	1.1	2.1	1.1
	均值	6.4	17.7	75.9	7.9	86.7
	标准差	1.8	3.2	1.2	2.1	1.8
	变异系数	0.3	0.2	0.0	0.3	0.0
第三类地区	极差	4.3	12.7	5.7	7.2	6.2
	极差率	2.6	3.7	1.1	3.1	1.1
	均值	5.0	11.2	76.7	6.8	92.1
	标准差	1.5	3.8	1.6	2.2	1.7
	变异系数	0.3	0.3	0.0	0.3	0.0
第四类地区	极差	1.6	7.3	0.7	0.5	3.0
	极差率	1.2	1.3	1.0	1.0	1.0
	均值	9.5	28.3	72.1	12.5	83.0
	标准差	1.2	5.2	0.5	0.4	2.1
	变异系数	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0
第五类	均值	16.0	100.9	68.2	21.1	76.4
第六类	均值	21.5	39.7	72.4	26.8	82.5

注:变异系数表示均值的代表性或稳定性。尽管不同类别地区内部存在较大差异,但由于每一类地区变异系数较小(同类地区五项指标的变异系数均小于0.4),说明均值的离散程度较小,各项指标均值代表性较好,反映了该类地区平均健康水平。

(二) 全国健康水平地区差距的影响因素

1. 孕产妇死亡率是影响地区差距的重要指标之一

六类地区孕产妇死亡率均值分析表明,孕产妇死亡率指标水平起伏很大,形成的孕产

妇死亡率地区差距也非常大。其均值从第一类的 7.8(1/10 万)跃升到第二类的 11.2(1/10 万)、第三类的 17.7(1/10 万)、第四类的 28.3(1/10 万),第五类的 100.9(1/10 万)和第六类的 39.7(1/10 万),起伏程度居五项指标数据之首。

方差分析表明,孕产妇死亡率指标数据在不同类型地区之间的距离(欧式距离平方和)以及在同类地区不同省区之间的距离(欧式距离平方和)均居五项指标之首,其群组之间欧式距离平方和为 8480.797,群组内部欧式距离平方和为 305.899,表明孕产妇死亡率是形成不同类别地区差异的主要因素,同时也是形成同类别地区内部差异的主要因素,是《纲要》指标任务实现过程中需要重点关注的指标之一。

2. 人均预期寿命是影响地区差距的重要指标之二

与孕产妇死亡率指标不同,人均预期寿命群组之间欧式距离平方和为 218.085,群组内部欧式距离平方和为 43.729,居五项指标之末,它表明人均预期寿命对不同类地区差异和同类地区内部差异影响均不大。但是,六类地区人均预期寿命均值分析表明,尽管它在第二、三、四、五、六类地区变化不大,特别是占全国 77.4% 的第二类地区和第三类地区人均预期寿命水平非常接近,但它在第一类地区的均值与第二、三、四、五、六类地区的均值差距非常大,分别为 5.3 岁、6.1 岁、9.9 岁、13.8 岁和 9.6 岁。人均预期寿命既是衡量人口健康状况的重要指标之一,也是衡量一个国家或地区经济社会发展水平的综合指标。相对其他四项指标而言,人均预期寿命指标水平提升缓慢。在过去的十五年中,全国婴儿死亡率年平均下降速度为 8.9%,孕产妇死亡率年平均下降速度为 6.3%,而人均预期寿命年平均增长速度仅为 0.5%。如果不尽快提升第二、三、四、五和六类地区的人均预期寿命指标水平,第一类地区与其他类地区的差距还要继续拉大。

3. 改善卫生总费用投入规模、结构和效率

对缩小地区差距有积极意义

在过去的十五年中,全国卫生总费用高速增长。2001—2015 年全国卫生总费用由 5025.9 亿元上升到 46344.9 亿元,年均增长率为 16.2%,人均卫生总费用由 393.8 元增长到 2980.8 元,年均增长率为 15.6%。与此同时,健康指标水平也迅速提升。2001—2015 年全国婴儿死亡率由 30‰ 下降为 8.1‰,孕产妇死亡率由 50.2 (1/10 万) 下降到 20.1 (1/10 万),人均预期寿命由 71.7 岁上升到 76.3 岁。回归模型分析表明,全国卫生总费用与婴儿死亡率、孕产妇死亡率和人均预期寿命等三个指标高度相关^{[注][7]}。

(注:本研究运用 2001—2016 年全国卫生总费用、婴儿死亡率、孕产妇死亡率和人均预期寿命等指标数据,通过 SPSS 22 进行回归模型分析,结果表明,全国卫生总费用与婴儿死亡率、孕产妇死亡率和人均预期寿命等高度相关, P 值均小于 0.05。)

从六类地区卫生总费用投入分析,二、三、四、五、六类地区均存在投入规模、结构和效率等一系列问题,这些问题在一定程度影响或阻碍了地区健康水平的提升,固化了地区间差距。

一是第二类和第三类地区卫生总费用投入规模和结构不均衡。2015 年全国人均卫生总费用为 3318.4 元,但是处于较高健康水平的第二类地区和处于中等健康水平的第三类地区人均卫生总费用(均值)分别低于全国 403 元和 528 元。而且,第二类和第三类地区个人卫生支出比例均高于全国水平(29.1%),分别达到 30.2% 和 33.5%。卫生总费用投入低且群众就医负担重,必然使得这两类地区在追赶更高健康水平过程中后劲不足。相反,在卫生总费用投入充足的第一类地区,其人均卫生总费用 2 倍于第二、三类地区,社会卫生支出

达到 52.6%，且个人卫生支出为 23.4%，群众就医负担低。第一类在运用充足的财力支撑医疗机构和人员维持费用的同时，可以追求更高的护理和治疗水平，同时还可以集中精力开展健康科技创新，把本地区健康水平始终保持在先进之列。

二是第四类地区卫生总费用投入规模不足。第四类地区为青海和贵州等两个经济落后地区，其人均卫生总费用为 2902.3 元，不仅低于全国平均水平，而且大大低于同为经济落后地区的西藏和新疆。第四类地区卫生总费用投入不足主要表现在社会卫生支出比例偏低。社会卫生支出是指政府预算外社会各界对卫生事业的资金投入，主要表现为社会医疗保险，包括行政事业单位负担的职工公费医疗超支部分，企业职工医疗卫生费，企事业单位对本单位举办的卫生机构的设施和建设费，乡村集体经济单位用于乡村卫生机构建设、防疫保健补助和合作医疗经费补助，私人办医新增值，以及国际组织、社会团体和个人捐赠等。第四类地区社会卫生支出仅占 26.9%，为全国较低水平。由于社会医疗保险和企事业单位对健康的支持不足，在一定程度上影响了第四类地区健康水平的提升。

三是第五类地区卫生总费用投入规模仍然偏低。尽管第五类地区（西藏）人均卫生总

费用达到 3208.7 元（接近全国水平），但是它的医疗机构和人员等基础卫生设施仍然不足。其每千人医疗机构病床数只有 4.4 张，低于全国 1 张；每千人卫生技术人员只有 4.5 人，低于全国 1.7 人。而且，其卫生总费用投入来源主要为政府公共财政，社会卫生支出偏低，只占 24.7%，为全国最低。

四是第六类地区卫生总费用投入规模和效率还有待于完善。第六类地区（新疆）卫生总费用投入指标均达到较高水平。其人均卫生总费用达到 3691 元，高于全国 372.6 元；千人医疗机构病床数 6.5 张，高于全国 1.1 张；每千人卫生技术人员 7.1 人，高于全国 0.9 人。卫生总费用支出结构也比较合理。政府卫生支出为 30.2%，社会卫生支出为 44.9%，个人卫生支出为 24.9%。但是，第六类地区较低的健康水平表明，其现行卫生总费用投入可能存在两大问题：一是投入效率问题。由于卫生事业基础长期薄弱，在一定程度上它存在医疗卫生设施到位、人员到位，但技术和管理水平不到位的现象。二是投入规模问题。新疆地域辽阔，人口集聚分散，医疗卫生机构和人员维持费用必然高于全国其他地区。因此，因地制宜提高卫生总费用投入规模和效率对新疆提升健康水平将是有积极意义的。

表6 六类地区卫生总费用（均值）

地区类别	2015 年 (元)	卫生总费用占 GDP 比例 (%)	政府卫生 支出 (%)	社会卫生 支出 (%)	个人卫生 支出 (%)	每千人医疗机 构病床数 (张)	每千人卫生技 术人员 (人)
第一类	6560.5	6.2	24.0	52.6	23.4	5.0	8.1
第二类	2915.4	6.0	31.2	38.6	30.2	5.3	6.0
第三类	2790.0	6.3	32.4	35.1	33.5	5.5	6.1
第四类	2902.3	8.1	49.5	26.9	23.6	5.9	6.0
第五类	3208.7	10.1	69.6	24.7	5.7	4.4	4.5
第六类	3691.0	9.3	30.2	44.9	24.9	6.5	7.1
全国	3318.4	6.5	33.0	38.2	29.1	5.4	6.2

五、对策建议

(一) 坚持《纲要》指标体系的权威性, 积极

推动《纲要》指标体系在全国范围的运用

《纲要》指标体系是落实《纲要》的重要抓手。坚持《纲要》指标体系的权威性, 在全国积极推广《纲要》健康水平指标体系, 逐步改变全国大多数地区部分采用《纲要》健康水平指标的现状。坚持以《纲要》指标指导和评估全国健康水平和健康绩效状况, 在全国形成遵循《纲要》指标体系落实《纲要》任务的社会风气和氛围。坚持《纲要》指标体系的科学性和工具性, 积极长期开展全国健康水平动态评估, 建立全国《纲要》指标体系数据库。积极跟踪和把握全国各类地区健康水平变动情况, 分类施策, 积极缩小地区差距, 提倡健康精准扶贫, 实现健康公平。

(二) 加大母婴保护政策力度, 努力降低孕产妇死亡率

针对地区间不同程度的母婴保护薄弱, 以及全面两孩政策实施后生育风险频发等问题, 坚持在国家卫计委《关于加强生育全程基本医疗保健服务的若干意见》和《关于加强母婴安全保障工作的通知》等系列文件的指导下, 积极开展妊娠风险筛查与评估, 认真落实国家卫计委《孕产妇妊娠风险评估与管理工作规范》, 实施重点人群高危专案管理, 建立危急重症孕产妇救治中心, 强化孕产妇个案报告机制, 建立孕产妇个案数据库, 加强生育全程管理。同时建立督查机制强化母婴安全责任落实, 建立约谈通报机制。对连续发生孕产妇死亡, 发生产科、儿科重大医疗质量安全事件或存在严重医疗质量安全隐患的医疗机构及地区负责人进行约谈, 对造成严重后果的予以通

报并严肃处理。

(三) 将健康融入万策, 不断提高人均预期寿命

在全国积极提倡和宣传“健康中国”理念, 以人民健康为核心, 将健康融入所有政策, 动员社会各界关注健康, 关注生命质量。积极建设健康环境, 改善人居环境。构建健康社会, 保障职业生命安全、食品药品安全和道路交通安全。优化健康服务, 加强疾病防治支持体系建设, 推进基本公共卫生服务均等化, 完善老年健康服务体系。积极推进全民健康生活方式行动, 增强群众健康责任意识, 提升群众健康行动能力。加强健康管理, 努力控制慢性病的高发态势, 不断提高人口生命质量。

(四) 优化卫生总费用投入, 推动全国健康水平地区差距的缩小

以优化卫生总费用投入为抓手, 不断缩小地区间健康水平差距。积极加大第二、三、四、五、六类地区的卫生总费用投入。其中, 提高第二、三类地区政府卫生支出和社会卫生支出比例, 增强这两类地区的发展后劲。同时降低第二、三类地区个人卫生支出比例, 减轻群众就医负担。重点提高第四类地区社会卫生支出比例, 增加社会和市场因素对其健康保障体系的支持力度。全面加强第五、六类地区的卫生总费用投入。强化第五类地区医疗机构和卫生人才队伍建设, 不断提高每千人医疗机构病床数和每千人卫生技术人员数等指标水平。加强对第六类地区的情况调查和工作指导, 不断提高其医疗机构医疗和管理水平。同时, 加强对少数民族边远地区医疗机构和卫生人才队伍建设, 不断提高群众健康水平。

参考文献 (略)

¹ 中共中央、国务院. “健康中国2030”规划纲要. 2016年10月25日.

健康中国战略背景下健康家庭的评估指标探讨

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) 副教授)

2016 年中共中央、国务院印发的《“健康中国 2030”规划纲要》明确要求“广泛开展健康社区、健康村镇、健康单位、健康家庭等建设,提高社会参与度”¹,这标志着从国家层面确立了健康家庭的行动战略。健康家庭行动是健康中国战略的“细胞工程”²。近年来全国各地纷纷开展健康家庭的创建活动,对家庭的外部环境、家庭内部氛围、家庭成员的行为方式、家庭的对外形象等方面做出了相应的要求,取得了不错的宣传和实际效果³。然而这些活动大多呈现出群众性活动的特点,一是缺乏持久的推进和明确的工作目标,二是各地创建健康家庭的工作模式和具体内容不一样,对“健康家庭”并没有一个统一明确的评价标准与体系。《健康中国“2030”规划纲要》提出“要全面建立健康影响评价评估制度”。健康家庭评估就是立足于家庭层面,通过设立量化指标,对影响家庭成员及其家庭整体的健康状况的因素予以客观、科学的评价和具体考量,总结有利或不利的方面,从而开展家庭健康管理⁴。因此,研究健康家庭的内涵与评判标准,对于推进健康家庭建设的规范运行和持久发展是非常重要的。

一、健康家庭的科学内涵与衡量维度

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”的实际行动。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⁵。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⁶;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⁷;还有的是从家庭关系的角度提出“健康家庭”⁸。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,我们必须重新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。

² “健康中国2030”展望之六:计生服务管理改革让群众生活更美好.中国人口报.2016-11-16.

³ 李滔,王秀峰.健康中国的内涵与实现路径[J].卫生经济研究,2016(1): 4-9.

⁴ 周建芳,汝小美,梁颖.以家庭为单位的健康促进服务提供与建议[J].中国农村卫生事业管理,2014, 34(9): 1047-1051.

⁵ Dwivedi S, Pathak R, Agarwalla R, et al. In—tergenerational transmission of tobacco habit: Role of parents and the family[J]. J Family Med Prim Care, 2016, 5(2): 373-377.

⁶ 李红文.论健康责任[J].中国医学伦理学, 2015, 28(05): 748-751.

⁷ 朱兰,黄逸敏,顾丹,李家葳,章慧,傅华.“基于家庭医生制服务的家庭健康评估指标体系”的实证研究[J].上海预防医学, 2017, 29(11): 889-893, 897.

⁸ 李红文.论健康责任[J].中国医学伦理学, 2015, 28(05): 748-751.

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。”⁹ 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, 是因为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¹⁰。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%

⁹ WHO. 阿拉木图宣言[EB/OL]. [2013-11-29]. <http://www.who.int/topics/primaryhealthcare/almaatadeclaration/zh>

¹⁰ 吕繁, 顾媛. 家庭APGAR问卷及其临床应用[J]. 国外医学医院管理分册, 1995, 12(2): 56-59.

生活方式 + 15% 遗传因素 + 10% 社会因素 + 8% 医疗因素 + 7% 气候因素¹¹。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¹²。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¹³。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^{14,15}。当家庭成员发生疾病要求医治病, 尤其重病大病时候, 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¹⁶; 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、态度和价值观念等。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¹⁷, 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¹⁸, 那么其家庭成员容易达到健康的状态。

6. 家庭环境

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。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。

¹¹ 许湘岳, 吴强. 自我管理教程. 北京: 人民出版社, 2011: 279

¹² Kim Y, Carver C S. Recognizing the value and needs of the caregiver in oncology[J]. *Curt OpinSupport Palliat Care*, 2012, 6(2): 280-288.

¹³ 高润霖, 尹岭, 王正国等. 健康中国2020: 临床医学研究面临的问题与对策[J]. *中国卫生政策研究*, 2009, 2(7): 10-15.

¹⁴ 秦震新, 刘秀花, 苑杰. 帕金森患者家属生活质量的调查研究[J]. *中国健康心理学杂志* 2012(06): 843-844.

¹⁵ Mausbach B T, Patterson T L, Von Kanel R, et al. The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: a five-year longitudinal analysis[J]. *Aging Ment Health*, 2007, 11(6): 637-644.

¹⁶ 沈德蕾, 郭菲娜, 贺宇红等. 医护合作模式下社区高血压患者的健康管理[J]. *上海预防医学*, 2015, 27 (4): 204-206.

¹⁷ 李文玉. 家庭临终关怀对晚期癌症患者生活质量及心理状况的影响[J]. *护士进修杂志*, 2015(6): 564-566.

¹⁸ 高润霖, 尹岭, 王正国等. 健康中国2020: 临床医学研究面临的问题与对策[J]. *中国卫生政策研究*, 2009, 2(7): 10-15.

二、健康家庭评估指标的构建原则和参考依据

(一) 科学构建健康家庭评估指标的原则

所谓评估指标 (evaluation index) 是指对评估对象某一方面的具体规定,是把抽象、原则的评估目标具体化。建立科学的评估指标体系是开展评估活动的必要前提¹⁹。健康家庭评估指标的的选择及其体系的构成要科学、真实客观的反映出不同家庭的健康状况和特点:

1. 完整性

健康家庭的评估不限于个体更重要的是整个家庭系统,要完整地考量家庭成员健康状况、家庭功能(关系)、家庭环境、家庭行为和家庭文化等方面。指标要全面、完整,各维度指标间彼此联系,共同构成了一个有机的统一体。同时指标分一定的层次,从大到小,同一层次上的各指标相互独立、不存在任何包含或被包含的关系。

2. 针对性

影响家庭健康的因素是非常复杂的,评估指标不可能包罗万象,既要有完整性,又要有很强的针对性,突出重点,围绕家庭健康的核心问题。健康家庭的评估指标必须要有一定的边界,有一些外围因素,如家庭财产、经济收入、工作背景等等不适宜作为评估指标来考量。指标具有可比性,可以反映不同类型家庭在家庭健康上的共同属性特征。

3. 可操作性

评估指标充分反映工作目标,用可操作化的语言加以定义,可通过实际观察加以直接测量,从而获得明确的结论²⁰。健康家庭评估

指标要通俗易懂,方便操作,可以实际运用到健康家庭评估的实际工作。在保证指标科学性的基础上,指标要方便计算和采集,且评估程序尽量简化。

4. 实践性

评估指标应尽可能从实际出发,尽可能地采纳全国各地创建“健康家庭”的实践经验,从中选取更多的“接地气”的评估指标。

5. 导向性

健康家庭评估指标体系,要能反映新时代下国际健康领域的先进理念,反映健康中国战略要求下的我国健康家庭建设目标要求,因此在长时期内对本市健康家庭建设具有导向作用。通过“健康家庭”评估指标开展相关评估工作,要充分体现健康中国的时代要求与战略方向。

(二) 健康家庭评估指标参考依据

我们构建健康家庭评估指标,是在充分吸收国内外已有的相关研究成果的基础上进行的。收集、提炼、归纳、借鉴了以往权威的 and 居民家庭健康有关的文件、标准和工作要求,主要有:《全国健康城市评价指标体系(2018版)》、家庭功能 APGAR 量表²¹、欧洲五维健康量表(EQ-5D-5L)²²、世界卫生组织健康 10 条标准、《中国公民健康素养——基本知识及技能(2015 年版)》、2015 年上海市健康促进委员会发布的《上海市健康家庭创建与评选指导标准》、上海市流动人口健康家庭评价标准(沪卫计流管〔2016〕4 号)、《国民体质测量标准》(2000 年国家体育总局)、《心理健康六项标准》(2012 年中国心理卫生协会)、《中

¹⁹ 顾明远. 教育大辞典: 上海教育出版社, 1998 年。

²⁰ 顾明远. 教育大辞典: 上海教育出版社, 1998 年。

²¹ 吕繁, 顾媛. 家庭 APGAR 问卷及其临床应用[J]. 国外医学医院管理分册, 1995, 12(2): 56-59.

²² 李明晖, 罗南. 欧洲五维健康量表 (EQ-5D 中文版) 应用介绍[J]. 中国药物经济学, 2009 年第 1 期。

国居民膳食指南(2016)》(国家卫生计生委疾控局)、国家标准《住宅设计规范》(1999 年国家建设部),等等。

三、“健康家庭”的评估指标体系的初步构建

遵循前文所述“健康家庭”的评估指标建立的原则和参考依据,我们尝试将“健康家庭”指标体系分为 6 个一级指标、23 个二级指标、53 个三级指标。

(一) 家庭成员健康

运用家庭成员生命质量评价(欧洲多维健康量表 EQ-5D)可以方便、综合地评估每一个家庭成员的生命质量(健康状况)。EQ-5D 量表中健康描述系统的五维度(行动能力、自己照顾自己能力、日常活动能力、疼痛或不舒服、焦虑或抑郁)三水平(没有任何困难、有些困难、有极度困难)测量方便、简明易懂,各项指标反映了个体在躯体、心理以及社会和情感方面的健康状况,不仅考虑到疾病本身对健康直接的损伤作用,还考虑到疾病所带来对心理、社会功能方面的影响。EQ-5D 中的五项指标、三水平定序值测量,由被调查者在每个维度选出最符合自己当天健康状况的一项予以打分,简易方便²³。需要指出的是,EQ-5D 量表是通过日常生活来反映个体健康状况的,并不能判别人体的疾病状况,家庭成员健康状况的评估,还需要评估常见病的发病情况。

1. 行动能力 (Mobility)

评估方法:主观回答代表三水平的三个问题:(1)我可以四处走动,没有任何困难;(2)我行动有些不方便;(3)我不能下床活动。

2. 自己照顾自己能力 (Self—Care)

评估方法:主观回答代表三水平的三个问题:(1)我能自己照顾自己,没有任何困难;(2)我在洗脸、刷牙、洗澡或穿衣方面有些困难;(3)我无法自己洗脸、刷牙、洗澡或穿衣。

3. 日常活动能力 (Usual Activities)

评估方法:主观回答代表三水平的三个问题:(1)我能进行日常活动,没有任何困难;(2)我在进行日常活动方面有些困难;(3)我无法进行日常活动。

4. 疼痛或不舒服 (Pain / Discomfort)

评估方法:主观回答代表三水平的三个问题:(1)我没有任何疼痛或不舒服;(2)我觉得中度疼痛或不舒服;(3)我觉得极度疼痛或不舒服。

5. 焦虑或抑郁 (Anxiety / Depression)

评估方法:主观回答代表三水平的三个问题:(1)我不觉得焦虑或抑郁;(2)我觉得中度焦虑或抑郁;(3)我觉得极度焦虑或抑郁。

6. 家庭成员常见慢性疾病情况

由本人、家庭其他成员或社区医生对家庭及其成员通过体检或者既往病史了解家庭各成员罹患常见慢性疾病情况。(1)高血压;(2)糖尿病;(3)脑血管病;(4)冠心病;(5)高脂血症;(6)恶性肿瘤;(7)骨质疏松。

评估方法:每个问题分“是”、“否”和“不明”三种程度。

(二) 家庭功能

运用家庭关怀度指数测评表又称家庭功能评估表(简称 APGAR 问卷),由家庭成员自己来评估家庭功能,反映了家庭成员对家庭功能的五个方面(1)适应度;(2)合作度;(3)成熟度;(4)情感度;(5)亲密度。

²³ 诸葛毅等.农村社区老年居民生活质量EQ-5D量表评价分析【J】.中华物理医学与康复杂志.2015年4月.

问卷每个题目(指标)回答经常得 2 分,回答有时得 1 分,回答几乎从不得 0 分;五个题目合计得分为 0-3 分为家庭功能严重障碍,4-6 分为家庭功能中度障碍;7-10 分家庭功能良好。

1. 适应度 (Adaptation)

——家庭危机处理能力:家庭遭遇危机时,利用家庭内、外部资源解决问题的能力。

评估方法:回答——当我遇到困难时,可以从家人得到满意的帮助。①经常;②有时;③几乎从不。

2. 合作度 (Partnership)

——家庭成员合作程度:家庭成员分担责任和共同做出决定的程度。

评估方法:回答——我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式。①经常;②有时;③几乎从不。

3. 成熟度 (Growth)

——家庭成员身心成熟度:家庭成员通过相互支持所达到的身心成熟程度和自我实现的程度。

评估方法:回答——当我希望从事新的活动或发展时,家人都能接受且给予支持。①经常;②有时;③几乎从不。

4. 情感度 (Affection)

——家庭成员相爱的程度。

评估方法:回答——我很满意家人对我表达情感的方式及对我情绪的反映。①经常;②有时;③几乎从不。

5. 亲密度 (Resolve)

——家庭成员亲密度程度:家庭成员间共享相聚时光、金钱和空间的程度。

评估方法:回答——我很满意家人与我共度时光的方式。①经常;②有时;③几乎从不。

(三) 家庭生活方式

由本人、家庭其他成员或社区医生对家庭及其成员从个人卫生、饮食和营养、锻炼身体、生活规律四方面进行评估。

评估方法:每个问题分“好”“中”和“差”三种程度。

1. 个人卫生

——养好良好的家庭和个人卫生习惯。

(1)每天早晚刷牙。(2)饭前便后洗手、常洗澡。(3)讲究饮水、食品卫生,注意饮水安全。(4)不共用毛巾和洗漱用具。

2. 饮食和营养

——保证人体营养和饮食安全卫生。(1)均衡膳食:合理搭配膳食结构,食物多样,谷类为主,规律用餐。(2)少盐少油,控糖。(3)戒烟、限酒。

3. 锻炼身体

——坚持适当运动,注重锻炼,保持健康的体魄。(1)学生在校期间每天至少参加 1 小时的中等强度体育锻炼活动。(2)成人每周参加体育锻炼活动不少于 3 次,每次不少于 30 分钟、锻炼强度中等以上。(3)70 岁以下老年人每天运动 1 小时左右,轻微出汗。

4. 生活规律

——起居生活保持规律,劳逸结合。(1)按时作息,劳逸结合。(2)保证睡眠(成人每天保证 7-8 小时睡眠,孕产妇 8 小时)。(3)应急长时间加班后必须保证充分的休息恢复时间。

(四) 家庭健康管理

由本人、家庭其他成员或社区医生对家庭及其成员从正确就医、家庭健康监测、家庭保健三方面进行评估。

评估方法:每个问题分“好”“中”和“差”

三种程度。

1. 正确就医

——当家庭成员健康状况发生问题的时
候,积极、合理的寻求社会医疗服务,治病防
病。(1)家庭成员发生身体健康问题时及时去
正规医院就医。(2)在医生指导下合理使用药
物,不擅自服用处方药。(3)家庭成员中有人
掌握网络在线就医。

2. 健康监测

——家庭成员都能够针对自己的健康问
题和需求,有意识地采取适宜的健康自我管理
措施。(1)适龄家庭成员定期注射疫苗。(2)
家庭成员都能够定期体检(及做相关疾病筛
查)。(3)经常监测健康基本指标(体温、脉搏、
血压、血糖)。(4)高血压等慢性病要按时服药。
(5)家庭宠物注射疫苗。

3. 家庭保健

(1)家庭与当地社区卫生服务机构实行
签约服务。(2)家庭有医药准备:家中备有急
救箱、常用药物医药箱,有体温计、血压计、
体重计等基本身体检测仪器。(3)家庭成员中
有健康的倡导者和带头人。

(五) 家庭文化

由本人、家庭其他成员或社区医生对家
庭及其成员从家庭健康的理念、家庭健康知
识、健康家庭文化三方面进行评估。

评估方法:每个问题分“好”“中”和“差”
三种程度。

1. 家庭健康的理念

(1)树立健康意识、珍惜健康身体。(2)
预防为主,重视养生。(3)保持有利于健康的
乐观积极的心理状态。

2. 家庭健康知识

(1)家庭成员具备掌握必要的健康素养

和健康常识。(2)急救常识:熟悉有关急救电
话和急救知识。(3)家庭及成员经常关注健康
信息。

3. 健康家庭文化

(1)优生优育:掌握优生优育基本知识。
(2)敬老文化:家庭有尊重老人、孝敬老人、
关注老人的家庭氛围。(3)爱幼文化:注重孩
子的德智体全面培养,帮助孩子成长。(4)扶
弱助困:家庭其他成员对于弱者、残疾人、病
人、孕妇、老人、行动不便者,予以特别帮助。

(六) 家庭环境

由本人、家庭其他成员或社区医生对整个
家庭从居室环境、家庭设施两方面进行评估。

评估方法:每个问题分“好”“中”和“差”
三种程度。

1. 居室环境

——家庭的内外物理环境有利于人体健
康和人的发展。(1)空间及布局:每套住宅至
少应设卧室、起居室、厨房和卫生间等 4 个基
本空间。(2)采光:至少有一个房间冬至日日
照确保 2 小时以上。(3)通风:室外附近杜绝
污染源异味,在适宜的天气条件下,保持室内
保持空气流通。(4)噪声:不会由于噪声原因
影响夜间休息,有采取防噪措施。(5)室内建
筑、装饰材料符合环保。(6)室内无卫生(病
媒)死角和安全隐患。

2. 家居设施

——家庭的内部具备的设施和直接关系
健康的用具安全、卫生,没有安全隐患。(1)水、
电、煤安全:安全用水用电用煤气,管线正确、
合理。(2)排气、换气正常:厨房油烟排放、
换气设备清洁、完好。(3)卫生间、沐浴设施
完好、清洁。(4)电器安全:各种家用电器、
电线、插座无破损、漏电;空调尘网定期清洗;

饮水机定期消毒。(5) 危险物品妥善保管: 家庭锐器 (刀、剪、针等)、药品、消毒、清洁剂等安全保管, 窗口安装防护网, 地面防滑, 防止儿童、老人意外伤害。(6) 灭火器常备: 有家庭灭火器并会正确使用。(7) 家用交通工具及时保养: 家用交通工具及时保养维修, 确保安全。

参考文献 (略)

上海市政府购买流动人口健康教育和促进服务研究

王瑾 金春林 陈蓉 陈珉愷 方欣叶 康琦
(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))

在建康中国背景下, 在城镇化建设中, 流动人口与常住人口相比, 面临更多的健康和医疗卫生问题, 具有不同的健康需求。为了缓解流动人口健康需求众多和服务供给不足之间的矛盾, 通过政府购买方式为其提供健康服务的意义则更为重大。本研究梳理了国家和上海有关政府购买服务的政策, 分析了上海有关政府购买流动人口健康教育和促进服务的现状, 并对其特征进行总结, 发现其中存在的问题, 并提出相应的政策建议。

一、相关概念界定

(一) 政府购买服务内涵

政府购买公共服务体现了三方面的内涵: 一是政府公共服务领域的市场化定位。在“市

场运作”上, 政府由传统的公共服务提供主体, 向公共服务购买主体转变, 而社会公共力量、社会团体等则作为一支新的力量, 参与到公共服务运作, 成为公共服务的承接主体, 体现了政府在公共服务方面的市场化定位²⁴。二是政府与社会多元化合作机制。传统的政府单一型服务模式, 不可避免的存在服务成本高、资源配置不协调、服务效率低下等问题。而政府购买服务则是公私合作的有益探索, 通过政府与社会多元化合作机制的建立, 反映了政府在公共服务方面的开放性和模式的创新。三是社会组织力量的广泛参与。在长期政府提供服务模式的影响下, 政府在公共服务方面的协调能力无法适应日益增长的社会需求。而社会组织力量的融入, 是公共服务方面的新生力量, 意味着社会组织在政府的公共服务建设中得到广泛参与²⁵。

(二) 流动人口

流动人口指的是离开户籍所在地的县、市或者市辖区, 以工作、生活为目的异地居住的成年育龄人员。具体来看, 某一特定地区的流动人口包括流入和流出两大部分, 即流入某一地区但不具有当地常住户口的各类移动人口以及具有该地常住户口但因种种原因流出在外的各类移动人口。上海市卫生计生委于 2015 年发布了《关于做好本市流动人口基本公共卫生计生服务的实施意见》(沪卫计生管〔2015〕005 号) 文件中指出流动人口主要是指以工作生活为目的居住在本市的外省、自治区、直辖市户籍人员, 本研究所指流动人口主要聚焦文件所述人员中的重点人群, 主要包

²⁴ 麻青青. 政府职能转变视角下我国公共服务市场化研究[D]. 山东师范大学, 2014.

²⁵ Dmitrii Novikov, , Do social networks help to organize a community around e-participation portals in Russia? [J]. 2017, 62-69.

括孕妇、育龄妇女、低收入家庭和青少年等,流出人口不作为研究对象。

(三) 健康教育和促进服务

健康教育和促进服务是一项极为重要的社会公共福利服务²⁶。其中健康教育指的是利用专业医疗力量或具备相应的医疗技术能力的专业医师为社会公共或个体进行的有关健康、职业防护等方面的教育行为²⁷;而健康促进服务是协助和帮助社会公共和个体进行医疗保健的公益性服务²⁸。无论社会生活还是个体生存,健康都是一个非常重要的工作,而影响人身健康的因素可以分为遗传生物因素(主要以父母等直系遗传为主)、行为生活方式因素(如吸烟喝酒等不良嗜好、错误的习惯等等)²⁹、环境因素(社会环境因素和自然环境因素等等)、卫生服务因素(社区医疗服务等)四个类别,其中遗传生物因素是先天形成,无法预防和避免,只能根据实际情况进行日常控制,而环境因素、卫生服务的改变难度太大,因而对于社会个体而言最为有效的健康保障手段就是个人行为生活因素的控制。而对于很多社会个体而言,在未得到充分培训和告知的情况下,由于缺乏相应的卫生健康知识,很难透过典型的病症联系到个人不良的生活习惯,由此导致各类慢性病的发生,这就充分体现了社会公共健康教育的重要性³⁰。

二、上海市流动人口及卫生和健康服务体系概况

项目组于 2017 年 7 月邀请上海市卫生计生委流动人口工作管理人员、典型区卫生计生

委流动人口工作负责人、社会组织代表,对区内流动人口政府购买服务开展座谈讨论,了解区内流动人口概况、卫生计生委服务组织和购买情况以及社会组织承接服务等情况。

(一) 上海市流动人口概况

始于上世纪 80 年代中期以后的上海流动人口大规模的增长,直至“十二五”期间,在人口宏观调控政策及上海周边地区及全国其他区域经济快速发展的双重作用下,其数量增速才开始放缓。2015 年末,流动人口总量达到 981.66 万人,比 2014 年减少了 14.76 万人,是多年以来的首次减少。2016 年末流动人口 980.20 万,已成为上海人口的重要组成部分(图 1)。

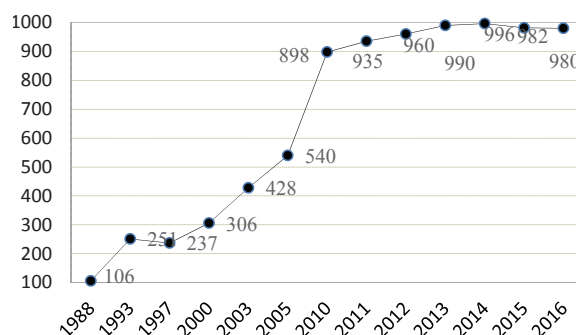


图1 上海市外来常住人口规模
(1988-2016): 万人

注: 数据来源于上海市卫生和计划生育委员会流动人口计划生育服务管理处

2010-2016 年历次流动人口动态监测调查显示,流动人口“举家迁移”的趋势日益明显,体现出流动人口从早期的流动就业向融入上海的生活转变,反映出流动人口在沪沉淀定居之势明显,流动人口不再流动,已成为事实上

²⁶ 曾光.中国公共卫生与健康新思维[M].人民出版社, 2006.

²⁷ 杨可.中国高层次卫生人才资源开发改进研究[D]. 山东: 山东大学, 2011.

²⁸ Managing and Ensuring Accountability in Workforce Development Systems. Elwood F Holton III, Robert L Zehner. Advances in Developing Human Resources. 2002.

²⁹ 万川. 流动人口概念之我见[J]. 山东公安专科学校学报, 2001(03): 84-87.

³⁰ "The ROI Human Capital: Measuring the Economic Value of Employee Performance". Fitz-enz, J. . 2000.

的“常住”人口、实际上的“上海人”。尤其是，流动大军中的流动育龄妇女、新生代流动人口、流动儿童等已经成为城市公共服务的重要对象。

未来，上海的流动人口数量不会出现大幅度变动，但在沪长期居住的流动人口体量巨大，对公共卫生和健康教育的需求服务将持续强烈，需要政府部门不断探索和创新更为精准、高效的服务提供方式，以促进流动人口基本公共卫生服务和健康教育服务的均等化。这

不仅事关个人和家庭的发展，也是健康上海建设的题中应有之义，对促进城乡统筹和谐发展 also 具有重要意义。

（二）上海市流动人口卫生和健康服务体系

从服务组织方、服务提供方、服务类型、服务内容、服务对象等方面梳理上海市有关流动人口卫生和健康服务的整体情况，为研究府购买流动人口健康教育和促进服务提供整体背景，具体见图 2。

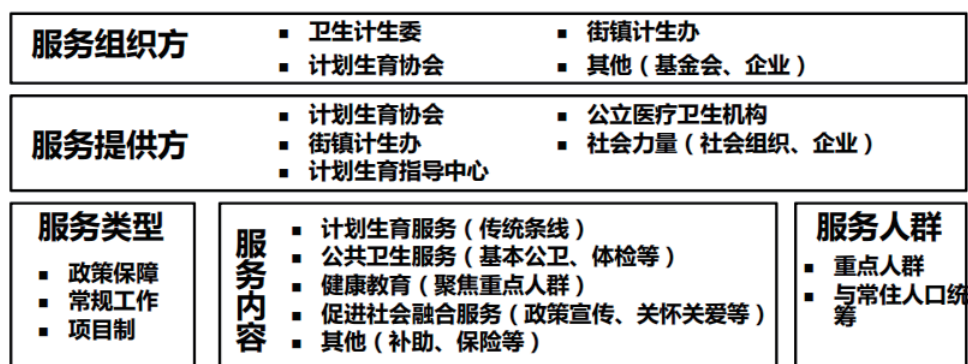


图2 流动人口卫生计生服务体系

注：资料来源于调研上海市各区卫生和计划生育委员会流动人口计划生育服务管理处

三、上海市政府购买流动人口健康教育和促进服务情况

（一）整体特征

1. 购买主体多元

近年来，上海在流动人口卫生和健康服务工作方面，积极推进政府购买服务。作为流动人口卫生计生服务的主要管理者，区级卫生计生委是目前政府购买服务的主要力量。上海市卫生计生委也已和相关社会组织建立合作关系，于 2018 年启动相关政府购买服务。上海市计划生育协会则于 2017 年开始采用购买服务方式向流动人口提供相关健康教育和促进服务。此外，一些非政府部门，如慈善协会、

企业等，也非常关注流动人口健康，已委托相关社会组织向流动人口提供健康教育等服务。

2. 购买比重大

近年来，上海市流动人口区级主管部门加快政府职能转变，区卫生计生委流动人口工作主要以决策和管理为主，具体服务工作则逐步采取政府购买服务方式委托相关组织提供。近三年，全市区级卫生计生部门流动人口政府购买服务经费占流动人口服务总经费比重达到了 50% 以上，2017 年更是达到了 68.50% 以上。向社会力量购买服务比重也逐年上升，2017 年达到了 19.75%。

3. 承接方优质稳定

随着流动人口购买服务多年的开展，目

前购买服务承接方相对稳定。公立机构方面,以辖区社区卫生服务中心为主。社会力量方面,目前承担流动人口政府购买服务的社会组织资质较优、实力较强:上海新途社区健康促进社为 5A,上海杨浦区优韵社工师事务所为 4A、上海阳光微爱社工师事务所为 4A,在《上海市承接政府购买服务社会组织推荐目录(2017 版)》中,他们往往经常与购买方合作。

4. 制度日趋规范

卫生计生部门虽然没有指定本系统专门的政府购买服务政策,但目前上海整体上有关政府购买服务的政策体系已非常完善。早在 2003 年,青浦区就下发了《关于向实行计划生育的育龄夫妻免费提供基本项目的计划生育技术服务的实施办法》,对免费享有基本项目计划生育技术服务的对象、服务程序、收费标准、承担机构的选择方式及其职责、监督管理等方面做出了明确的规定。2010 年,崇明县也以政府购买形式为 7500 户计划生育家庭赠送独生子女保险,并在此后将该项工作所需经费列入每年的年初预算,且将为部分计划生育家庭赠送独生子女保险形成计划生育利益导向长效机制。这些政策已为卫生计生系统开展政府购买服务提供了具体的路径依据。

(二) 存在问题

通过访谈流动人口卫生计生工作管理人员,健康教育与促进管理者,健康教育与促进服务提供者,相关专家学者,以及流动人口代表,收集到以下问题。

1. 经费保障不足

由于计划生育政策的改变,近年来流动人口项目经费出现了较大下降,而目前流动人口卫生和健康服务主要由计生条线负责组织,因此相关服务经费也受到一定影响。而且,近

年来上海严格控制人口规模,并将作为未来长期的一项基本政策。因此,相比过去,上海各区卫生计生系统有关流动人口卫生和健康服务的总经费出现了较大下滑,部分区经费出现明显下降。

2. 服务内容仍显简单

虽然上海向流动人口提供的卫生和健康服务较多,但目前这些服务主要还是健康体检、健康教育等传统服务,服务内容仍显简单。目前这些服务项目主要还是由行政主管部门基于以往经验制定,虽然近年来有些区已经开始增加流动人口相关需求调查,但整体看这类调查还非常不足且不够精细,这就影响了对流动人口相关卫生和健康需求的知晓,影响了相关服务的设计和提供。

3. 购买方式较为单一

目前绝大多数的流动人口卫生和健康服务项目仍然采取单一来源方式采购,极少采取公开招标和竞争性谈判。总结上海阳光微爱社工师事务所、上海优韵社工师事务所和上海健康促进社等机构建议,主要有几方面原因,一是目前项目大多体量较小,涉及经费规模不大,按要求不需进行公开招标;二是许多项目已开展多年,已经和服务承接方形成较为稳定的长期合作关系,如公立医疗卫生机构和一些优质的社会组织;三是目前参与流动人口卫生和健康服务提供的组织仍然较少,尤其是缺乏相关社会组织,仅有的优质社会组织也有服务提供上限,部分区相关负责人坦言“没有多少可供真正选择”。

4. 服务评价效果不足

认为目前对购买服务的考核还比较简单,不通过政府招标平台采购的服务项目仅仅由购买主体对服务数量进行考核,缺乏对经费使

用的审计和服务质量及效果的考核。通过政府招标采购平台采购的服务项目虽然有专门、严格的财务审计,也有对服务数量的考核,但也缺乏对服务质量、服务效果方面的考核。整体也反映出目前流动人口卫生和健康服务还处于扩大覆盖面的初级阶段。

5. 社会组织发展滞后

虽然近年来上海已大力培育社会组织,目前社会组织的规模和能级在全国已处于领先水平,但社会组织的发展整体仍处于早期培育阶段。目前承担流动人口卫生和健康服务的社会组织都隶属于大型优质的综合性社会组织,都有一定的制度和资金保障。由于流动人口卫生和健康服务整体规模不大,购买服务较少,且没有针对性的社会组织支持政策,因此很难依赖市场自发形成提供流动人口卫生和健康服务的社会组织。

四、上海市政府购买健康教育与促进服务相关政策建议

(一) 完善政府购买服务政策体系

首先需要地区建立并完善有关政府购买服务的制度体系,完善基本公共服务、政府购买服务、社会组织发展的相关政策。其次统筹制定政府购买服务政策为各部门开展政府购买服务提供了框架和主要依据,但由于各行业还存在较大差异。因此仍有必要在基础上,结合各部门实际情况,制定更有利于本系统操作的政府购买服务相关政策。卫生计生部门应该建立本系统有关政府购买服务的专门政策,进一步明确购买主体、承接主体、目录清单、预算经费、服务内容和标准、验收考核评估机制等。

(二) 明确政府购买服务主体

由于区级卫生行政部门更了解辖区内流

动人口特征和需求,并与流动人口基层组织直接对接,因此,政府购买流动人口健康教育和促进服务仍应该是以区级卫生计生行政部门为主。虽然市级卫生计生行政部门主要以流动人口相关决策为主,但在政府购买服务方面也可以发挥重大作用。除了制定有关政府购买服务的政策以外,还可以利用市级部门的层级资源,为区级部门对接更为优质的社会组织。市级卫生计生行政部门也可以采用购买服务方式开展一些重大项目或具有较大试验试点价值的项目。针对重大项目还可以尝试多区联合、市区联合的形式进行购买,以进一步降低费用和组织成本,提高规模效益。除了政府购买以外,还应该鼓励非政府部门,如相关群团组织、基金会、企业等为流动人口购买服务。

(三) 合理保障流动人口服务经费

上海和北京这类面临着超大城市严控人口规模的地区,需要精细化对接流动人口的服务需求,从服务质量、预期效果以及公共服务支持城市未来定位目标等方面编制流动人口服务经费。而随着国家鼓励发展城市群、多中心城市等战略的推进,那些正在或将要大量导入人口的地区更应抓住重大战略机遇,编制申请流动人口配套服务经费,这同时也为计生部门合理转型、升级提供了重要支持。此外,加大流动人口需求调查力度,分析流动人口需求,发现目前服务问题,也是合理争取经费的重要基础。

(四) 培育流动人口服务社会组织

虽然上海在培育社会组织方面已经处于全国较为领先水平,但仍然面临着社会组织力量不足的严峻形势,尤其是能够为流动人口提供卫生和健康服务的社会组织更为稀缺。因此,一方面应该在社会组织的整体培育方面进

一步改革登记制度、税收优惠减免制度等,提高其社会地位,鼓励民间资本进入公共服务供给领域,广泛发展社会组织;另一方面,卫生计生系统应该对相关社会组织开展培训,鼓励其拓展服务领域,指导其开展流动人口卫生和健康相关业务工作,并在人、财、物等方面给予扶持,孵化、培育一批可以承接流动人口卫生和健康服务的社会组织。

(五) 科学制定购买服务内容

要摸清区域流动人口的卫生和健康需求,就应该定期开展流动人口需求研究和调查。购买服务的推广也为需求研究和调查提供了契机,卫生计生行政部门可以采用购买服务形式委托专业研究机构开展流动人口需求研究、委托专业市场调查公司开展流动人口需求调查。进而以问题为导向,明确需要优先干预的流动人口人群和开展的流动人口健康教育与促进服务。并开展服务项目可行性论证,尤其需要论证项目是否适合采用政府购买服务形式。为保障购买服务的长效运行,卫生计生行政部门应制定区域流动人口卫生计生服务清单或健康教育和促进服务清单,并配套制定购买服务目录,实施相关行动计划。通过以上举措,科学制定政府购买流动人口服务内容,实现服务的精准购买、高效购买、长效购买。

(六) 建立购买服务专业评估机制

目前有许多项目仍然是由购买方进行绩效评估,而即使委托第三方,也普遍存在专业性不足的问题。提高绩效评估专业化水平,关键还在于绩效评估的内容。制定标准化的评估标准体系,明确评估的原则与程序,保证评估结果的公正性与公开性,不仅要考核服务数量产出,还要评估服务质量和效果,如果健康效果改善较难短期评估,则可以关注服务对象的

满意度和获得感等。此外,还应该将过程监督与结果评估相结合,并及时公开评估结果,从而建立购买服务的专业评估机制。

(七) 规范政府购买服务行为

首先逐步扩大购买服务方式。可以进一步扩大政府购买服务方式,如竞争性谈判、公开招标等形式。在社会办医疗卫生机构较为成熟地区,尤其是有较为权威连锁的健康体检机构所在地区,可以采取公开招标形式为流动人口购买健康体检等服务,通过社会办医疗机构和公立医疗机构的公平竞争,进一步提高流动人口服务的质量或降低相关费用支出。其次需要签订规范的服务委托协议。即使双方合作多年,也应签订规范的服务委托协议。委托协议使服务要求有法可依、有据可循,并规范协议双方行为,保障服务效果。并且在不同的阶段,如社会服务需求与可行性评估、协议的订立、服务外包政策执行中的合同监管、购买后的绩效评估等环节,政府还需要不断提升自身的治理能力与治理技术,保障服务效果。

五、结论

上海市以往流动人口管理和服务的财政预算往往基于流动人口的规模和数量,但在政府严控人口规模的大背景下,相应财政预算申请和管理模式也需要转变。如何了解流动人口的 actual 健康需求,如何基于需求设计服务内容,如何遴选政府优先购买服务,如何挖掘服务内涵就显得更为重要。本研究将为有关部门制定政策提供有力的决策依据,对其他城市开展流动人口健康教育具有的重要参考和借鉴意义,更为顺应健康中国战略、经济社会协调可持续发展提供基础支撑。

◀ 调研与分析 ▶

上海育龄妇女的生育意愿及其与生育水平的关系研究

——基于 2017 年全国生育状况调查上海市数据的分析

陈 蓉

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

过去几十年间,全球大部分区域的人们的生育行为和生育水平都发生了巨大的变化。很多发展中国家都经历了生育水平显著、快速下降的过程,这其中不乏生育率下降之后长期保持在低水平的国家。大量的亚洲国家和地区(尤其是东亚和东南亚)已经完成了生育转变,甚至有些国家和地区育龄妇女(如,日本、韩国、中国台湾等)的总和生育率已达到并长期保持在远低于更替水平之下的水平。大量数据表明,中国育龄妇女的总和生育率已经从 1970 年代末的 2.8 不断下降,至 1990 年代初期时已低于更替水平。2000 年和 2010 年第五次和第六次全国人口普查数据显示,中国育龄妇女的总和生育率分别为 1.22 和 1.18,这个结果是否偏低、偏低多少在学界和政府部门间是存在争议的(梁中堂,2003;郭志刚,2015;陈卫,2016)。对中国育龄妇女的总和生育率各种估计和调整在 1.2 至 1.8 之间,但即便是调整后的最高结果,也仍然显示中国已经进入低生育率国家行列,且生育水平保持在更替水平之下已有 20 余年。

在当前的低生育率态势下,人口变动态势的科学预判及生育政策的未来走向都离不

开对生育水平变化趋势的准确把握。一个国家或地区人口的整体生育水平是由个体的生育行为集合而成的,个体的生育行为主要由其生育意愿决定,生育意愿可以通过社会调查了解。此外,我们正处于日益多元化的时代,原有的社会群体(比如城市居民与农民)内部出现了分化,且社会群体之间的差异性日趋扩大,故有必要开展细分人群的研究,以摸清不同社会经济特征人群的生育意愿存在的差异性。基于此,本文拟采用 2017 年全国生育状况调查上海市数据,分析上海市居民的生育意愿,并进行分人群的探讨,同时探讨生育意愿与实际生育行为直接的关系。

2017 年 5-9 月原上海市卫生计生委按照国家的要求组织开展了第七次全国生育状况抽样调查。此次调查采用一对一面访的方式,由调查员携带电子调查设备入户调查,共计采集了覆盖了全市 16 个区的 300 个社区的 6000 名 15-60 岁(即 1956 年 7 月 1 日~2002 年 6 月 30 日出生)的女性的信息,经加权处理后,其中,户籍女性 3255 例,流动女性 2745 例。对于生育意愿的调查,填答者是 15~49 岁(即 1967 年 7 月~2002 年 6 月出生)育龄妇女,

共计有 4497 例。

一、生育意愿概念厘清及常用操作化指标

在分析生育意愿之前,有必要首先厘清生育意愿的概念及相应的操作化指标。文献检索发现,对于生育意愿这一概念不管是在英文还是中文中都是有许多相关、类似但有所差别的解释。生育意愿在英文中对应的翻译 fertility desire,是一种追求、愿望、观念、态度或看法,反映的是人们认为的最理想的、期望的或是符合自己家庭实际情况的生育子女的数量、子女的性别构成、生育时间安排等(杨菊华,2011;郑真真,2014)。可见,首先生育意愿有数量、时间和性别三个维度,这符合生育的三维性,即生育数量、生育时间(包括开始生育时间、生育间隔、结束生育时间)和生育性别(顾宝昌、罗伊,1996)。其二,生育意愿有如下几个不同的层面的区分(杨菊华,2011;郑真真,2014;李玉柱,2013)。

第一个层面,生育意愿有时候是一种理想或者说是观念,即理想子女数(ideal number of children)或理想家庭规模(ideal family size)以及理想的子女性别构成或者说是生育偏好(fertility preferences)¹,反映的更多是普遍可接受的社会价值和生育观念,是人们心目中完美的家庭成员构成。2017 年全国生育状况调查问卷的询问方式是“您认为一个家庭有几个孩子最理想”。

第二个层面反映的是对生育的期望(fertility expectation)或者要求,这不属于社会规范的范畴,而是人们自身家庭的现实生育需求或个人期望的表达,是人们出于个人或家

庭对子女的偏好、考虑到各种限制条件后的生育愿望表达,包括期望生育的子女数量、性别、生育时间和间隔,等等。生育期望虽然也是属于主观意愿层面的,与理想子女数高度相关,但并不完全相同。不同国家的调查研究发现,理想子女数比较稳定,其变化滞后于生育率的变化;生育期望则更为接近现实,与个人可能会发生的生育行为更为接近,且更容易受到社会经济因素和制度的影响,会根据本人或家庭的经历和条件调整。完成了第一次人口转变的地区,具有期望的子女数低于理想子女数的共同特征。

第三个层面是人们在生育这件事情上的打算、安排,即生育打算或生育意向(childbearing intention、intended family size),这与生育预期(fertility expectation)非常接近,甚至有时难以区分,有时也常常模糊二者的差别,仅可以辨别的微妙差别可能在于,实际调查中用“打算生几个”这样的问法比“希望生几个”或者“想生几个”更会令被访者觉得是在问其近期的生育安排。在中国,生育政策对人们的生育意愿或多或少都会产生影响,故而社会调查中常常会询问假定没有政策限制下的生育打算,或者是在现行政策限制下的生育打算,常用作预判生育政策限制强度减弱之后人们的生育行为和生育水平会发生怎么样的变化的依据。2017 年全国生育状况调查问卷的询问方式是“您打算生几个孩子”。

第四个层面是具体的生育计划(fertility plan)或者生育决定(fertility decision),指的是人们在生育打算的基础上做出的生育决定。生育计划具有更强的行动指向性,是人们对当

¹ 事实上,生育偏好(fertility preferences)不仅反映人们对生育子女性别构成也包含对生育子女数量的一种喜好、偏爱、态度或愿望,但其更多的是针对子女性别偏好而言的。

前和未来生育行为的设计,更接近真实的生育行为。因此,询问调查对象的生育计划对其实际将发生的生育行为更具有预见性。2017 年全国生育状况调查问卷的询问方式是“您打算什么时候(再)生育”。

一般而言,在后生育转变时代,从生育意愿的数量维度来看,这几组因素之间的关系可以表示为如下的梯级递减关系:

理想子女数 $\geq$ 期望生育的子女数 $\geq$ 打算生育的子女数 $\geq$ 计划生育的子女数

从个体层面上来看,人们一生实际生育的子女数可能是实现了自己的生育期望,也符合社会规范范畴上的理想生育观念,故在上述梯级递减关系每两者之间都可能存在“=”。从群体平均的生育意愿来看,理想子女数一般是大于期望生育的子女数的;期望生育的子女数有可能与打算生育的子女数相等,二者也常常会模糊区别等同使用;打算生育的子女数大部分可能性是大于计划生育的子女数的,二者也可能会相等;最后,计划生育的子女数尽管最接近真实的生育行为,但也还有可能会不等于实际生育的子女数。

二、上海育龄妇女的生育意愿和生育打算分析

(一) 理想子女数

2017 年全国生育状况调查结果显示,4497 名 15-49 岁育龄妇女平均理想子女数为 1.78 个²,其中,理想子女数为 2 个的受访者占绝大多数,比重为 72.8%,理想子女数为 1 个的受访者占 22.1%,理想子女数为 3 个及以上的受访者占 2.9%,不想要孩子的受访者占

1.6%,回答至少要 1 个孩子和无所谓要几个孩子的比重分别为 0.1% 和 0.4%。

表 1 展示的是分户籍和流动、不同受教育程度、出生世代、不同现有子女数的 15-49 岁育龄妇女的理想子女数分布及平均理想子女数。首先,分户籍与流动来看,流动女性的理想子女数为 2 个的比重明显高于户籍女性,流动女性的平均理想子女数为 1.89 个高于户籍女性(1.64 个),户籍女性和流动女性的理想子女数分布存在显著性差异($\chi^2=244.779$, $P=0.000$)。

不同受教育程度的受访者的理想子女数分布也存在显著性差异($\chi^2=139.952$, $P=0.000$),大致表现为随着受教育程度的升高,理想子女数呈递减趋势(见表 1)。但是,将不同受教育程度的受访者再区分户籍女性和流动女性来比较得出了不一样的结论:不同受教育程度的户籍女性的理想子女数差异不大,都是 1.6 个理想子女数;而不同受教育程度的流动女性的理想子女数存在差异,小学及以下文化程度的流动女性的平均理想子女数明显高于其他文化程度的流动女性(见表 2)。

出生于不同世代的育龄女性的理想子女数也存在显著性差异($\chi^2=49.739$, $P=0.000$),生于 1960 年代(“60”后)的育龄妇女的理想子女数为 1.83 个,高于生于 1970 年代(“70 后”)的育龄妇女的 1.81 个,也高于生育 1980 年代(“80 后”)的育龄妇女的 1.79 个,以及生育 1990 年代、2000 年、2001 年和 2002 年(“90 后”+“00 后”)的育龄妇女的 1.70 个;总的来看,表现为出生世代越晚的育龄妇女的理想子女数越低(见表 1)。

² 平均理想子女数的计算中不包含理想子女数为“至少要 1 个孩子”和“无所谓要几个孩子”的 22 个受访者,以下的分不同特征人群计算平均理想子女数中也是如此操作。

此外,从现有子女数与理想子女数的关系来看,尚未生育、已生育一孩、已生育两个孩子的育龄妇女的理想子女数也存在显著差异 ($\chi^2=474.707$, $P=0.000$), 平均理想子女数依次递增,分别为 1.62 个、1.75 个和 2.05 个(见表 1)。

表1 不同特征的育龄妇女的理想子女数: %、个

	例数	0 个	1 个	2 个	3 个及以上	平均理想子女数
是否户籍						
户籍	2010	2.8	31.7	63.9	1.5	1.64
流动	2463	0.6	14.5	80.8	4.1	1.89
受教育程度						
小学及以下	413	0.0	12.1	78.9	9.0	1.98
初中	1126	0.6	18.6	78.6	2.2	1.82
高中、中专	735	2.0	22.0	74.7	1.2	1.76
大学专科	890	2.1	26.3	69.8	1.8	1.71
大学本科及以上	1309	2.4	26.1	68.1	3.4	1.73
出生世代						
“60 后”	334	0.3	23.4	72.2	4.2	1.83
“70 后”	1316	0.8	21.2	74.8	3.3	1.81
“80 后”	1900	1.4	22.0	73.3	3.3	1.79
“90 后 +00 后”	923	3.8	23.7	71.2	1.3	1.70
现有子女数						
未生育者	488	5.7	29.7	61.7	2.9	1.62
已有一孩者	2169	0.1	26.9	71.2	1.8	1.75
已有两个及以上孩子	959	0.1	2.2	90.7	7.0	2.05

注: 四组分类的统计学检验结果分别为: $\chi^2=244.779$, $P=0.000$; $\chi^2=139.952$, $P=0.000$; $\chi^2=49.739$, $P=0.000$; $\chi^2=474.707$, $P=0.000$ 。每个变量均根据 15-49 岁实际回答该问题的受访者情况进行分析, 其中是否户籍、受教育程度、出生世代三个变量的有效案例的数据不同于总计数的原因是已对单元格计数进行四舍五入, 对现有子女数的回答存在缺失, 下同。

表2 分户籍、受教育程度的育龄妇女生育意愿: 个

	平均理想子女数		平均打算生育的子女数	
	户籍女性 (N=2010)	流动女性 (N=2463)	户籍女性 (N=2009)	流动女性 (N=2463)
小学及以下	1.64	2.01	1.09	1.89
初中	1.64	1.89	1.07	1.66
高中、中专	1.62	1.88	1.08	1.59
大学专科	1.63	1.82	1.16	1.46
大学本科及以上	1.66	1.84	1.19	1.39

(二) 打算生育子女数

进一步地, 15-49 岁育龄妇女平均打算生育子女数为 1.40 个, 低于平均理想子女数, 其中, 打算生育子女数为 1 个的受访者最多, 比重为 54.9%, 打算生育子女数为 2 个的受访者占 37.6%, 不打算要孩子的受访者占 4.1%, 打算生育子女数为 3 个及以上的受访者占 2.7%, 回答打算至少要 1 个孩子和无所谓要几个孩子的比重分别为 0.2% 和 0.4%。

表 3 展示的是分户籍和流动、不同受教育程度、出生世代、不同现有子女数的 15-49 岁育龄妇女的打算生育子女数分布及平均打算生育子女数。分户籍与流动来看, 流动女性中打算生育 2 个孩子的比重大大高于户籍女性, 户籍女性中打算生育 1 个孩子的比重大大高于流动女性, 流动女性的平均打算生育子女数为 1.60 个, 大大高于户籍女性 (1.15 个), 户籍女性和流动女性的打算生育子女数分布存在显著性差异 ($\chi^2=622.480$, $P=0.000$)。并且, 户籍女性和流动女性的打算生育子女数均相应地低于其理想生育子女数。

不同受教育程度的受访者的打算生育子女数分布也存在显著性差异 ($\chi^2=491.847$, $P=0.000$), 大致表现为随着受教育程度的升高, 平均打算生育子女数呈递减趋势; 且不同受教育程度的育龄女性的打算生育子女数均相应地低于其理想子女数 (见表 3)。进一步地, 将不同受教育程度的受访者再区分户籍女性

和流动女性来看, 不同受教育程度的户籍女性的打算生育子女数表现出非常有意思的特征, 小学及以下、初中、高中 / 中专文化程度的户籍女性的平均打算生育子女数差不多, 大专和本科及以下文化程度的户籍女性的平均打算生育子女数相差不大, 但明显高于前面三者, 即高受教育程度的户籍女性打算生育子女数多于低受教育程度的户籍女性。而不同受教育程度的流动女性的打算生育子女数则呈现出随着受教育程度升高、平均打算生育子女数下降的趋势 (见表 2)。

出生于不同世代的育龄女性的打算生育子女数也存在显著性差异 ($\chi^2=295.406$, $P=0.000$), 表现为出生世代越晚的育龄妇女的打算生育子女数越高。与理想子女数不同, 打算生育子女数是受访者考虑自身实际情况的基础上做出的回答, 年龄是影响如何做出生育抉择的主要因素。因此, 此次调查发现的这一规律性与“60 后”和“70 后”已基本渡过生育期、不太可能生育或者再生育有关, 当然也与“80 后”和“90 后”大部分处于生育旺盛期有关 (见表 3)。

此外, 尚未生育、已生育一孩、已生育两个孩子的育龄妇女的打算生育的子女数也存在显著差异 ($\chi^2=474.707$, $P=0.000$), 平均打算生育子女数依次递增, 分别为 1.13 个、1.16 个和 2.10 个 (见表 3)。

表3 不同特征的育龄妇女的打算生育的子女数: %、个

	例数	0 个	1 个	2 个	3 个及以上	平均打算生育子女数
是否户籍						
户籍	2009	6.7	72.5	20.5	0.4	1.15
流动	2464	2.0	41.2	52.0	4.8	1.60
受教育程度						
小学及以下	413	0.7	33.2	49.2	16.9	1.82

续表3

	例数	0 个	1 个	2 个	3 个及以上	平均打算生育子女数
初中	1124	1.9	49.6	45.5	3.0	1.50
高中、中专	735	4.6	57.3	36.7	1.4	1.35
大学专科	890	5.6	60.6	33.1	0.7	1.29
大学本科及以上	1309	5.7	62.3	31.6	0.4	1.27
出生世代						
“60 后”	334	2.4	69.5	21.9	6.3	1.32
“70 后”	1319	3.3	66.0	25.4	5.3	1.33
“80 后”	1897	3.4	50.9	44.0	1.7	1.44
“90 后 +00 后”	922	7.3	43.7	48.8	0.2	1.42
现有子女数						
未生育者	487	20.7	45.8	33.3	0.2	1.13
已有一孩者	2172	0.2	84.1	15.4	0.3	1.16
已有两个及以上孩子	960	0.0	2.2	85.5	12.3	2.10

注：四组分类的统计学检验结果分别为： $\chi^2=622.480$ ， $P=0.000$ ； $\chi^2=491.847$ ， $P=0.000$ ； $\chi^2=295.406$ ， $P=0.000$ ； $\chi^2=2603.856$ ， $P=0.000$ 。

(三) 具体生育打算及打算生育子女的时间

表 4 展示的是 15-49 岁已婚育龄女性(不含现孕)的具体生育(再)生育打算、(再)生育时间。从中可以看出, 3387 名目前不在孕的 15-49 岁已婚育龄女性中有(再)生育打算的人数仅为 455 人, 占 13.43%, 不打算

(再)生育的占 86.57%; 可见有(再)生育打算的育龄妇女占比很低。在 455 名打算(再)生育的受访者中, 有 31.6% 的人打算在 2018 年(再)生育, 14.4% 的人打算在 2019 年(再)生育, 2.5% 的人打算在 2020 年(再)生育, 6.1% 打算在 2020 年以后(再)生育, 还有 45.4% 的人没想好何时(再)生育(见表 4)。

表4 15-49岁已婚育龄女性具体(再)生育打算

	人数	占 15-49 岁已婚、打算(再)生育的育龄妇女的百分比	占 15-49 岁已婚育龄妇女的百分比
打算什么时候(再)生育	455	100	13.43
2018 年	143	31.6	4.22
2019 年	65	14.4	1.92
2020 年	11	2.5	0.32
2020 年以后	28	6.1	0.83
没想好	206	45.4	6.08
不打算(再)生育	2932	—	86.57
合计	3387	—	100

³ 根据调查问卷的设置, 未婚者不回答生育打算的几道题目, 故此处将婚姻状况是未婚的人剔除。

已有一孩的育龄妇女的再生育意愿对于预判全面两孩政策效应非常重要。故笔者进一步分析了 15-49 岁已有一孩的已婚育龄女性（不含现孕）的再生育打算，如表 5 所示。从中可以看出，2180 名 15-49 岁已有一孩的已

婚女性中仅有 13.2% 的有再生育打算，86.8% 的人不打算再生育；在打算再生育的 289 名 15-49 岁已有一孩的已婚女性中仅有 7.2% 的人有明确的时间表，6% 的人尚未打算好何时再生育。

表5 15-49岁已有一孩的已婚育龄女性具体再生育打算

	人数	占已有一孩、15-49 岁已婚、打算再生育的育龄妇女的百分比	占已有一孩、15-49 岁已婚育龄妇女的百分比
打算什么时候再生育	289	100	13.2
2018 年	72	25.0	3.3
2019 年	49	16.9	2.2
2020 年	10	3.6	0.5
2020 年以后	26	8.9	1.2
没想好	132	45.7	6.0
不打算再生育	1891	—	86.8
合计	2180	—	100

（四）生育政策对生育打算的影响

对有（再）生育打算和目前现孕的 338 名 15-49 岁已婚育龄女性而言，全面两孩政策的实施对其中 13.1% 的人有很大影响，在政策实施之前她们不想生，政策实施以后打算（再）生育；对其中的 20.4% 的人有一定影响，在政策实施之前她们在犹豫是否再生育；而对其中的 66.5% 的人是没有影响的，因为在全面两孩政策实施之前，她们就已经有了（再）生育打算。进一步地，笔者针对全面两孩政策对 198 名已有一孩的、有再生育打算或者目前现孕的 198 名 15-49 岁已婚育龄女性的再生育打算的影响进行了分析，发现 59.2% 的人认为全面两孩政策对其再生育意愿没有影响，在政策放开前就想生；22.8% 的人表示有一定影响，全面两孩政策前犹豫是否再生育；18.0% 表示有很大影响，全面两孩政策前不想生。

（五）不打算（再）生育的原因

育龄妇女的生育意愿和实际生育行为受养育经济压力重、照料资源缺乏、年龄大的制约非常突出，在 35 岁以下不打算（再）生育的育龄妇女中分别有 73% 和 50.8% 的人选择由于“经济负担重”和“没人带孩子”这两个原因不打算（再）生育，“养育孩子太费心”是导致不打算（再）生育的第三位原因（40.9% 的人选择）；在 35 岁以上不打算（再）生育的育龄妇女中，“年龄太大”是第一位原因，65.3% 的人选择了该原因，另有 64.7% 和 33.5% 的人选择了“经济负担重”和“没人带孩子”这两个原因。从全体受访者来看，因经济负担重、没人带孩子、年龄太大、养育孩子太费心是最主要的不打算（再）生育的原因，比重分别为 68.1%、40.6%、45.6%、34.2%（见表 6）。

表6 不打算(再)生育的原因: %

	35 岁及以下受访者	35 岁及以上受访者	全体受访者
其他	5.90	5.70	5.80
经济负担重	73.00	64.70	68.10
没人带孩子	50.80	33.50	40.60
影响个人事业发展	14.50	6.70	9.90
年龄太大	16.90	65.30	45.60
丈夫不想生	3.70	3.00	3.30
夫妻身体原因	2.10	5.40	4.00
养育孩子太费心	40.90	29.60	34.20
自己还没想好	15.30	3.30	8.20
现有子女不愿意	4.90	3.10	3.80
总计	227.90	220.40	223.40

注: 本题为多选题, 故百分比合计不是100%。

三、低生育率社会生育意愿与生育行为的关系探讨

每一个个体的生育行为的集合构成某一国家或地区居民的生育水平, 这是非常好理解且无需争议的, 但生育意愿与生育行为之间的关系却是众说纷纭、莫衷一是的。归纳来看, 主要有 4 种论断: 意愿大于行为、意愿等于行为、意愿小于行为、行为与意愿无关, 即“大于论”、“小于论”、“无相关论”和“等同论”(顾宝昌, 2011)。持“无相关论”者认为, 影响生育行为的因素是多种多样的, 并且在中国存在限制生育数量的政策的情况下, 受访者报告的生育意愿往往是要受政策影响下的意愿, 不是其真实的意愿。持“等同论”者的直接体现即是, 在预测育龄群众未来生育行为和生育水平时, 直接将调查中受访者报告的意愿子女数作为未来实际生育数量, 进而预测未来的生育水平。这种预测参数的选择往往在事后会得到印证是不准确的。

事实上, 生育意愿确实是决定生育行为

和生育水平的核心因素, 国内外研究均认为, 在个体层面上, 个体生育意愿是预判其生育行为的关键变量; 在群体层面上, 理想家庭规模的变动趋势是决定未来生育水平的核心因素。但是, 生育意愿并不能完全决定或者说预测生育行为。国际上已有研究表明, 生育意愿与生育行为并不总是一致的, 而往往可能是相互背离的。这种背离表现为: 在一个高生育率的社会转入人口转变的初期时, 往往出现人们实际的生育行为高于人们报告的生育意愿的情况; 而在一个到达人口转变末期的低生育率社会中, 往往出现人们实际的生育行为低于人们报告的生育意愿的情况 (Bongaarts, 2001; 顾宝昌, 2006; 杨菊华, 2008; 《人口研究》编辑部, 2011)。对于欧洲各国、美国 (Hagewen and Morgan, 2003; 杨菊华, 2008)、泰国 (Knodel et al, 1996)、日本 (顾宝昌, 2006; 周云, 2011)、韩国 (Choe et al., 2004) 都发现了生育意愿与生育行为相互悖理的现象, 也都证实了上述判断。

侯佳伟、黄四林、辛自强等 (2014) 曾

运用横断历史元分析法，对 1980—2011 年间开展的 227 项关于中国人生育意愿的调查结果进行了汇总和统计分析，结果显示 1980 年代以来的我国人口生育意愿和生育水平也存在不一致现象，且大致可分为两个阶段。1980 年代间，中国的生育水平在更替水平之上，此时人们实际的生育水平高于报告的理想子女数。1990 年代初期，生育意愿与生育水平两条线相交，此后生育水平开始低于生育意愿，且二者之间差距越来越大。

那么，在上海这样一个超低生育率的地区生育意愿与生育行为二者间的关系是怎么样的，又是如何演变的呢？陈蓉（2018）曾将 1981—2015 年间上海市范围内开展的 16 次生育意愿调查中，上海户籍受访者报告的平均意愿子女数与其后一年户籍育龄妇女的总和生育率进行了比较，并绘制成如图 1 的两条线。从图 1 中可以清晰地看出，所有年份报告的平均意愿子女数均大于实际的生育水平。这与处于低生育率水平的日本、韩国、欧洲各国发现的规律是一致的。与全国相比，上海的生育水平下降的很早，大约比全国平均水平早了 20

多年，故同样以 1980 年代以后为研究期，观察不到如全国同时期所展示出来的生育意愿与生育行为关系的二阶段特征，二者也没有相交一说。总结而言，在低生育率社会，生育意愿的几个数量维度与生育行为之间存在以下层级递减的关系。

理想子女数 $\geq$ 期望生育的子女数 $\geq$ 打算生育的子女数 $\geq$ 计划生育的子女数 $\geq$ 实际生育的子女数

进一步地，1981—2016 年间的 16 个年份育龄人群报告的意愿子女数与实际的生育水平之间的差值的平均数为 0.4675。考虑到 2000 年之前的调查多是采用理想子女数作为生育意愿的测量指标，2000 年之后的调查多是采用意愿子女数来测量生育意愿，意愿子女数与实际生育行为更为接近，故笔者计算了 2000 年以后的 9 次调查意愿与行为的差值的平均值，结果为 0.3967。即育龄人群报告的平均意愿子女数与其实际的生育水平之间大约有 0.4 左右的差值，在未来的生育意愿调查中，若获得的是意愿子女数，应在预测实际生育行为时将这部分差值考虑进去。

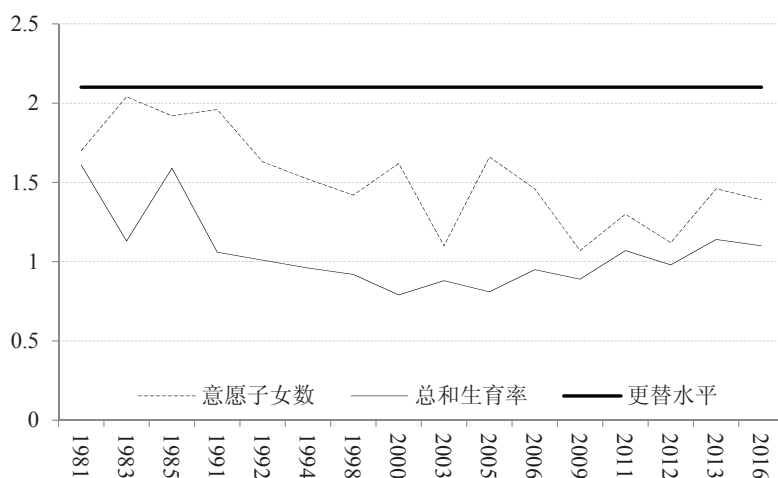


图1 上海的生育意愿与生育行为的关系（1981—2016年）

注：图中意愿子女数来自于1981-2015年间上海市范围内开展的16次生育意愿调查中受访者报告的生育意愿，总和生育率数据来自于上海市人口与计划生育年鉴、上海市计划生育统计报表。

四、结论与讨论

本文在厘清了生育意愿在数量维度上的几个概念及其常用的操作化方法的基础上,使用 2017 年全国生育状况调查上海市数据分析了不同特征的 15-49 岁育龄妇女的理想子女数、打算生育的子女数、生育计划、生育政策放宽对生育打算的影响及不打算(再)生育的原因等,并探讨了在低生育率社会育龄人群报告的生育意愿与其实际的生育行为之间的关系。本文的主要发现如下:

其一,各个人群的打算生育的子女数均低于其理想子女数,不同人群的生育意愿存在显著性差异,但是无论哪个人群的生育意愿均较低,从打算生育子女数来看,仅有现有子女数为 2 个及以上的育龄妇女回答的平均打算生育子女数略高于 2,其余所有子人群均低于 2。

其二,生育意愿的“内外之分”仍存在,流动育龄妇女的生育意愿强于户籍育龄妇女,但流动人口的生育意愿也不高:理想子女数为 1.89 已低于 2 个孩子,打算生育子女数更是大大低于 2 个孩子,仅为 1.60 个,户籍育龄妇女的生育意愿更低。不过,随着年轻一代的流

动人口在沪生活的经历越久、融入的越多,二者的生育意愿也可能会越趋同。

其三,不同受教育程度的育龄妇女的生育意愿有所差别,户籍育龄妇女的打算生育的子女数随着文化程度的提高有所增加,流动育龄妇女则相反。不同出生世代的育龄妇女的生育意愿也有所差别,从理想子女数来看,出生世代越早的育龄妇女理想子女数越多;但是,回答考虑到现实情况后的打算生育子女数时,“60 后”和“70 后”因已渡过了生育期,故打算生育子女数低于“80 后”和“90 后+00 后”。

其四,上海户籍育龄妇女总和生育率从上个世纪 70 年代初以来一直处于低于更替水平的状态,自上个世纪 90 年代初开始更是处于低于 1 的超低水平;2006 年以来,户籍育龄妇女的生育水平处于缓慢回升趋势中,总和生育率从低于 1 回升至在 1 上下波动。在上海这样的超低生育率社会,也发现了育龄人群报告的生育意愿高于其实际生育行为的规律,二者之间大约有 0.4 左右的差值,这与许多人因为生育养育成本过高、缺乏照料资源等原因不得不放弃实现自己的生育意愿有关。

◀ 卫生与健康 ▶

长三角异地医保和医疗服务一体化问题分析与对策建议

周海旺 张 茜 刘 佼¹

(上海社会科学院城市与人口发展研究所, 上海 200020)

一、长三角异地医保和医疗服务一体化需求强烈

2018 年 9 月, 长三角地区异地就医门诊直接结算试点启动, 江苏省、浙江省和安徽省的 8 个统筹地区和上海市成为首批试点地区, 这些地区的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员及异地转诊人员等四类参保人员在试点医院门诊就医时, 可以享受跨省就医门诊费用直接结算的便利。2019 年 4 月长三角异地就医门诊直接结算新增 9 个试点统筹区, 6 月新增 11 个试点统筹区, 9 月 13 个新试点统筹区纳入联网覆盖范围。目前, 长三角地区全部 41 个城市实现医保“一卡通”, 三省一市医疗机构覆盖已达 3500 余家²。截至 2019 年 9 月 15 日, 异地就医门诊直接结算总量已达 26.4 万人次, 涉及医疗总费用达 5900 余万元³, 享受异地就医门诊结算服务的民众越来越多。

早在 2017 年, 异地就医住院费用直接结算就已经在全国范围内启动。截至 2019 年 4 月, 异地到上海住院结算 27 万人次, 涉及约

60 亿元, 异地到上海门诊结算 3.3 万人次, 涉及 961.4 万元。⁴截至 2019 年 5 月, 上海参保人员在苏浙皖三省异地结算 2.5 万人次, 占三省一市异地结算总人次的 36.8%, 增长明显。⁵

长三角地区经济发展水平较高, 流动人口规模庞大。2017 年末, 上海市共有 976.21 万外来常住人口, 占全市常住人口总数的 40.28%, 其中来自长三角内部的安徽、江苏、浙江三省的外来人口接近 50%。⁶

流动人口中老年人口数量增长很快。据 2010 年第六次人口普查数据, 上海户籍老人离开上海长期在外地居住的人数为 7.46 万人, 根据我们的测算, 到 2018 年底, 这一数量已经达到 15 万人左右, 加上半年以内短期到外地旅居的养老人数, 到外地养老的上海户籍老人总数已经达到 25 万人以上。人口跨地区的大规模流动, 特别是大量老年人口异地养老, 对于异地就医和医保一体化服务需求越来越强烈。

2018 年 3 月和 2019 年 9 月, 笔者所在的团队在长三角三省一市进行了两次实地调研,

¹ 周海旺系上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长、研究员, 张茜和刘佼系上海社会科学院城市与人口发展研究所研究生。

² 中国青年报: <http://baijiahao.baidu.com/s?id=1645723822606827036&wfr=spider&for=pc>

³ <http://sjzy.huangshan.gov.cn/Content/show/JA103/35001/1/1074911.html>

⁴ <https://insurance.cngold.org/c/2019-04-25/c6336490.html>

⁵ <http://info.zjlib.cn/gzzhsj/128381.jhtml>

⁶ 2018 年上海国民经济和社会发展统计公报

发现在异地医保和医疗服务一体化服务中还存在一些需要进一步解决的问题。

二、长三角医保服务和医疗服务一体化面临众多问题

1. 各地医保报销目录不统一

长三角不同地区由于社会经济发展水平差异,各地基本医疗保险药品目录、诊疗目录、价格目录和服务设施项目范围皆有差异。就诊人员就医时参照就医地医保报销的药品目录和诊疗目录,而报销时则按照参保地的医保报销目录与政策,可能会出现就诊地医生使用的药品不在参保地医疗保险的药品目录中的情况。

2. 在定点医保机构就诊才能实行异地就医结算

即使在已经开通异地医保结算的试点城市,也只有目录内的定点医保机构就诊才能实行异地就医结算,一些患者不知道如何查询其他省市定点医疗机构的信息,特别是部分大型医疗机构集团的下属医院并非全部都是定点医疗机构,但其非定点和定点医疗机构开具的是相同的发票,这使得报销过程中可能会提交非医保定点医院开具的发票,违反了医保资金使用规定,使得异地就医结算更加困难。我们在苏州吴江区调研中,一些养老机构内设的医疗机构因为是一级医院,没有纳入异地医保报销范围,上海的第三代医保卡不能使用,上海老人只能到二三级医院看病才能直接使用上海的医保卡。

3. “一卡通模式”和“委托报销模式”两种结算模式都需完善

目前,长三角异地门诊医保采用两种结

算模式:“一卡通模式”和“委托报销模式”。

“一卡通模式”是依托独立的异地就医结算平台,参保人员通过网络申请或在医保经办机构进行备案后,即可在就医地使用统一的社保卡进行结算,方便快捷,且异地就医人员信息可共享。但该模式对结算平台要求高,不但前期投入成本大,后期维护和升级费用也相对较高;并且对医保机构的业务办理能力要求较高,因此该方式目前覆盖范围较窄。

“委托报销模式”是合作地政府签订委托代办协议,在双方医保经办部门设立专门服务窗口,参保地对就医地先预付一定的医保金额,之后再根据实际情况进行清算,即“预付金加清算金”,就医地则根据就诊者提供的票据按月定时报销,使得异地就医人员免于两地奔波进行报销,大大提高了异地结算的效率,并且有利于就医地对定点医疗机构的监督和医疗费用的审核,但是该模式信息共享性较差,不适用于异地就医不集中的地区,因此亦不适合大面积推广。

4. 投保地与就医地协调管理难

随着异地就医业务量的增加,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问题。据统计,很多上海医疗水平高的三级医院住院病人中,有超过半数来自上海市以外。据统计,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;上海作为就医地,接待异地就医直接结算人次为 74167 人次。截至 2019 年 9 月,上海与三省参保人员异地结算比例约为 1:1.6。⁷可以看出,上海收治的外来就医人数远远超过上海人到外地就

⁷ <http://sjzy.huangshan.gov.cn/Content/show/JA103/35001/1/1074911.html>

医的人数。

随着长三角交通一体化的不断推进,未来“同城化”效应会进一步加强。如果未来长三角全面实行异地门诊和住院医保服务的一体化,来上海看病的外省市病人会更多,势必会对上海的医疗卫生资源带来极大的冲击。

5.120 急救服务还未异地联网

苏州市昆山与上海嘉定毗邻。昆山的绿地 21 世纪城由上海绿地集团开发,其中 1/3 的住房是由上海人所购买,居住了大量上海老人。绿地 21 世纪城的养老条件优越,设有各种养老服务设施和老年活动场所,居住环境较好,房屋内皆安装了电梯。其中,孝贤坊是专门为老年人的居所设计,交通比较方便,距离地铁 11 号线只有 2-3 公里,深受上海老人青睐。在我们的调研中,老年人反映的一个主要养老问题是上海和当地的 120 没有联网,如果晚上有紧急医疗救助需要,昆山当地的 120 只送到苏州的医院,而上海的 120 服务则仅限于本市服务。虽然这看起来只是一个很小的跨区域公共服务问题,但在过去 7-8 年中一直没有得到解决。

6. 长护险不能跟随老人转移到异地

长护险作为老年医疗护理保险制度,在长三角各省已经开始全面试点,但是都没有考虑跨省使用问题。

(1) 长护险仅限于各地市范围内,不能在长三角其他省市使用。比如,2019 年 9 月在苏州吴江瑞阳悦心养老公寓的上海老人共有 60 人,其中被养老公寓评为二级以上护理等级的老人有 24 人,但因为不在上海养老,他们都不能享受上海长护险的待遇。同样地,江苏、浙江的长护险也不能在上海使用。

(2) 长护险的长三角一体化使用还没有

提上各地的议事日程。比如,2019 年上海长护险的几项重点工作分别是:标准不降低,把握评估标准,守好入口关;加强服务质量管理;探索让商业保险公司等第三方参与长护险试点;按照长护险运行社区化、基层化的特点,重心下移发挥居村委会等基层组织贴近服务对象、贴近服务现场的优势,打造共建共治共享的社会治理格局。但这几项工作都没有提到长护险的异地试点享受问题。

三、解决长三角异地医保服务一体化问题需要综合施策

1. 继续扩大长三角异地医保直接结算的覆盖范围,优化服务流程

要在总结试点经验基础上,进一步增加跨省异地就医直接结算城市的数量和定点医疗机构的数量,扩大覆盖范围,让更多人享受到异地医保服务,为推向长三角全境积累经验。异地医保的服务流程也需不断优化,方便异地就医病人。可以参考浙江的做法,精减异地医保备案材料、优化备案流程,参保人员或经办人员可通过手机、政务网、电话传真等方式完成备案,实现异地就医备案“多点受理、一站服务”。

要积极探索长护险在长三角范围内的互认共享,可以优先在长三角一体化示范区内开展试点,取得经验后再进一步推广。

2. 统筹各地医保政策,提高长三角区域医保一体化管理能力

异地就医结算难、异地医保转接难这类问题归根结底是因为各地医保政策不统一、医保统筹管理力量有限。因此要提高长三角医保服务一体化能力,需要统筹各地的医保报销目录、诊疗目录和服务设施项目范围,对于不一

致的地方需要明确折算方法和报销比例。要建设长三角区域医保信息网络,形成各地医保信息共通共享的机制,有效提高医疗保险基金的调度管理能力,方便患者在长三角的异地就医。

3. 深化医养结合,推进长三角优质养老机构建设,方便异地养老

在医保异地结算问题中,选择异地养护的老人是政策关注的重点人群。而医养结合一方面可以有效满足老年人及时的就医需求,另一方面通过对老年人的及时治疗可以降低其大病医保支出,从而节省医疗资源。因此,建议深化推进医养结合,让优质医疗资源进入养老机构,增加可使用医保卡(包括异地医保卡)的养老机构数量;允许有资质的药房成为医保跨省异地定点机构,以增加老人异地就医买药的便利性;推进享受长护险老人跨省异地医疗护理的费用结算;推进大城市优质医疗资源异地布局,就近为异地养老的老人以及当地广大居民提供优质医疗服务。

4. 加强监督,优化医疗资源空间配置

由于尚未建立长三角全面互通的医疗和医保信息网络,导致就诊地和参保地医疗信息

不对称,异地就医监管难度大,容易引发参保者异地就医时过度医疗的问题。因此,要优化结算模式,在条件允许的情况下推广类似“一卡通”的结算模式,或升级参保地与就医地的医疗和医保信息系统,提高两地系统信息互通的能力,降低信息不对称,加大监督力度,以规范异地就医行为。并做好与大病保险、医疗救助等工作的衔接。

此外,还需加大长三角基层医疗机构的投入力度,通过定点对口支援、人员培训、医联体统一管理等措施缩小不同等级医疗机构的差距,完善分级诊疗制度,拉开基层医疗机构与二、三级医疗机构的价格差距,引导民众“小病小院,大病大院”,有序就医,提高基层医疗资源利用效率,从而降低部分异地就医的需求。

5. 开通异地 120 急救服务

各地卫健委和应急指挥中心要讨论解决跨地区急救医疗服务问题,建立长三角统一的 120 急救指挥和服务体系,建立医院急救绿色通道,让老年人能够享受到便捷高效高水平的长三角跨地区医疗急救服务。

《人口信息》2019 年总目录

• 人口与发展 •

- 全面两孩背景下上海生育水平变化原因及对策探讨……………周海旺 高 慧 (1.1)
- 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 (2.1)
- “一带一路”下跨境商贸的发展和国际人口迁移……………任 远 (2.7)
- 低生育时代的养老风险……………穆光宗 (3.1)
- 全面两孩政策背景下女性就业与发展对策研究……………卿石松 (4.1)
- 中国养老服务业的改革方向和政策展望……………穆光宗 (5.1)
- 新时代中国人口增长缓慢因素分析和对策研究……………陈新光 陈翠萍 (6.1)

• 本期关注 •

- 智能医学 创领未来……………本刊编辑部 (1.17)
- (主持人：于观贞，参与讨论：时炜、刘西洋、高云姝、于观贞)
- 上海社会保险制度发展现状、问题与改革建议……………本刊编辑部 (2.11)
- (主持人：周海旺，参与讨论：周海旺、宋英杰、刘佼、戴睿)
- 新中国人口发展的历史经验 (上)……………本刊编辑部 (3.9)
- (主持人：任远，参与讨论：石智雷、童玉芬、陆杰华、孙常敏、杨菊华、吴瑞君)
- 新中国人口发展的历史经验 (下)……………本刊编辑部 (4.18)
- (主持人：任远，参与讨论：左学金、陈友华、朱宝树、原新、张力、任远)
- 上海人口 70 年……………本刊编辑部 (5.12)
- (主持人：陈蓉，参与讨论：梁同贵、陈蓉、王美凤、高慧)
- 健康中国背景下的人口健康……………本刊编辑部 (6.7)
- (主持人：黄玉捷，参与讨论：黄玉捷、胡琪、王瑾等)

• 调研与分析 •

2006~2016 年中国生育状况报告

- 基于 2017 年全国生育状况抽样调查数据分析……………贺 丹 张许颖 庄亚儿 (1.36)

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 (2.29)
- 全面二孩背景下上海女职工生育权益保障问题研究 周海旺 高 慧 (3.34)
- “全面两孩”政策对职业女性的影响及政策支持研究
- 基于生育和职业发展平衡的视角 张 苹 (4.44)
- 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 (5.34)
- 上海育龄妇女的生育意愿及其与生育水平的关系研究
- 基于 2017 年全国生育状况调查上海市数据的分析 陈 蓉 (6.31)

● 卫生与健康 ●

- “三医联动”下的上海家庭医生制度改革：实践经验与政策思考 贺小林 (1.46)
- 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 (2.35)
- 健康中国战略背景下健康家庭的理念及其辨析 胡 琪 (2.40)
- 上海市老年人口健康变化对期望寿命的影响分析 虞慧婷 王春芳 (3.49)
- 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 苹 (5.40)
- 长三角异地医保和医疗服务一体化问题分析与对策建议 周海旺 张 茜等 (6.41)

● 全球视野 ●

- 智能老龄化策略的欧盟联合倡议 胡苏云 (2.44)

《人口信息》

(双月刊)

2019年第6期

(总第227期)

2019年12月28日出版

主管单位：上海市卫生和计划生育委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心
编辑出版：《人口信息》编辑部
地 址：上海市建国西路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