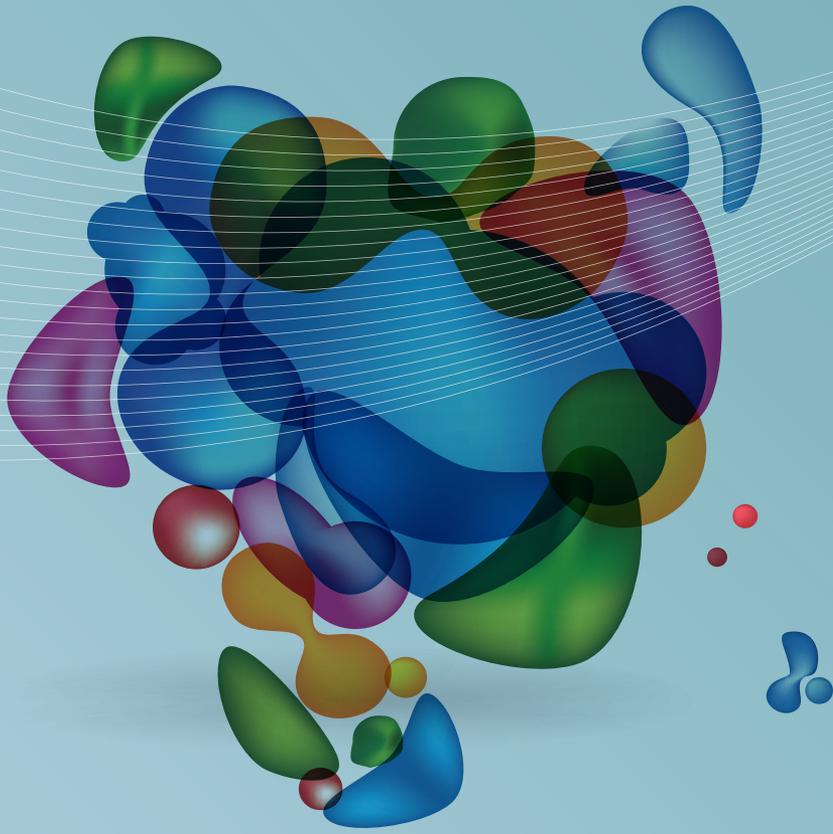


人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 优化生育政策的理论思考
- * 完善养老待遇充分性 破解老年贫困难题
- * 家庭支持对大城市女性二孩生育决策的影响及政策支持研究
- * 中国的托育服务：问题、借鉴与走向(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)

2020年第3期(总第230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 •

优化生育政策的理论思考..... 穆光宗 (1)

完善养老待遇充分性 破解老年贫困难题 李萌 张力 (3)

老龄友好社区的内涵、要素和策略..... 曹显云 胡苏云 (10)

• 本期关注 •

中国的托育服务：问题、借鉴与走向..... 本刊编辑部 (15)

(主持人：杨菊华，参与讨论：潘鸿雁、杨雪燕、高琛卓、井文、陈偲、张本波、魏义方等)

• 调研与分析 •

家庭支持对大城市女性二孩生育决策的影响及政策支持研究..... 张 莘 (34)

• 卫生与健康 •

国内外健康家庭行动的发展历程与趋势展望..... 胡 琪 (44)

优化生育政策的理论思考

穆光宗

(北京大学人口所, 北京 100871)

2019 年 11 月 5 日, 中共中央发布了十九届四中全会公报, 即《关于坚持和完善中国特色社会主义制度 推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》, 提出“优化生育政策, 提高人口质量”。“优化生育”这一新提法具有重大而深远的意义, 意味着计划生育和人口控制的旧时代即将落幕, 优化生育和人口优化的新时代即将开启。

优化生育的内涵至少包含了生育决策的优化、生育过程的优化和生育结果的优化。为此, 需要相互融合、相得益彰、系统完整的政策支持和制度保障。

首先是生育决策的优化。在严格控制生育的时代, 国家和政府扮演了强制代理生育决策的社会角色, “一刀切”地推行以一孩化为中心的计划生育政策, 单纯盲目地追求人口增量一味减少的社会控制目标, 为此付出了高昂的社会代价和行政成本, 带来了巨大的人口风险和社会问题。难以遏制的严重少子化态势表明 2016 年 1 月 1 日全面二孩新政实施以来已全面“遇冷”: 2017 年新出生人口比 2016 年减少 63 万, 2018 年出生人口比 2017 年减少 200 万。这一无可辩驳的事实终于让我们幡然醒悟: 中国人口的确已掉入“低生育陷阱”, 少生就是一切的人口治理模式不仅破坏了人口发展的持续性和均衡性, 而且威胁到经济社

会的可持续发展, 伴随少子化而来的将是未富先老、未备先老和孤独终老的多重挑战。就人口与国家的关系而言, 人口是社会生活的主体, 是社会生存的基础, 是社会发展的动力。

中国世无其匹的迅疾人口转变其经验和教训表明, 曾几何时我们梦寐以求的低生育目标的实现, 丝毫不意味着人口问题的终结, 相反的倒是如影随形地伴随着人口问题的转型, 这就是以低生育为源头和核心的新人口问题的产生。在不同的经济体制和形态下, 社会对人口增长的反馈机制和承受力很不相同。如果说计划生育的僵化机制多少带有计划经济和短缺经济的痕迹, 那么优化生育的活泼机制恰恰是自由的市场经济所需要的, 也是国家政策需要关注的。事实上, 从 1990 年代初开始, 我国人口就慢慢滑入负能量十分隐蔽的低生育陷阱。在社会各界对低生育逐渐达成共识的今天, 严格的生育控制政策显然已完全不合时宜, 而是应该结合新的情势迅速实现历史性的大转向, 这就是生育的优化。

生育决策的优化包括了: 其一, 恢复生育决策的本来面目和基本逻辑。生育具有双重属性, 即工具性(如养儿防老、传宗接代)和人文性(如天伦之乐、人类偏好), 我们既要重视生育之用, 也要重视生育之好。将生育决策权回归人民和家庭, 就是尊重了生育的基本

规律,即生育的主体性、自主性和分散性。因此,现行生育政策完善的方向是,从国家决策、代理决策和集中决策转向家庭决策、自主决策和分散决策。

具体来说,路线图是先取消生育的限制,紧跟着就是适时从惩罚多生转向鼓励多生,政府拿出真金白银以降低家庭难以负担的生育成本,以改良我国生育率持续低迷的状况。可以预期,取消生育的行政限制,将完整的自主生育权利还给人民,让生育决策回归常态和家庭计划的本义,国家和政府主动承担起促进性与生殖健康、生育服务和社会保障的责任和义务,是优化生育政策的核心取向。

其二,生育不等于生殖,生育归根到底是关乎人类自身生存与发展的理性社会行为,在低生育时代需要强大的政策支持和正确的社会引导。生育决策的优化要与生育条件、生育环境和生育文化的优化和引导相得益彰,才能降低决策的风险,有利于微观生育优化。现实地看,全面二孩政策要真正奏效、充分释放政策红利须有生育服务与保障政策、产假制度、生育津贴制度、入托入学政策等一系列的配套支持。完善生育配套政策、实现家庭生育成本的部分社会化是当下生育优化的侧重点和突破点。构建生育友好、孩子友好、家庭友好的社会经济文化环境,应该是优化生育政策的题中应有之义。

其三,优化生育决策包含了引导和帮助国人科学、理性决策适度生育的含义,即社会要倡导和支持适龄、适时、适量的生育。“适龄”是说理论上存在一个适合优孕优生的年龄

区间,譬如从我国女性合法的结婚年龄 20 岁算起到生殖医学上一般认为的高龄产妇 35 岁为止,最佳生育年龄大概是 25-30 岁左右。“适时”是指生育的各项主要条件是否可以满足以及生育间隔是否合适,包括身体条件、时间精力、经济状况以及后续的职业安排和婴儿照顾的人力支持等方方面面的情况,需要综合考量。“适量”是指生育孩子的数量,即生育水平要适当;人口学理论认为,有两个孩子的家庭可称之为“合适之家”,这也是可以维持人口再生产的更替水平生育率。孩子是财富和幸福的源泉,也是希望和未来,有条件的家庭还是应该选择生育两个甚至三孩。毋庸讳言,独生子女生育和不生育、零生育(所谓丁克现象)都是一种风险型决策;从风险发生的概率来看,前者的风险是指唯一性(可能遭遇失独、独子伤残和老年空巢的风险),后者的风险是老无所依、老无所养。

其次,生育过程的优化是指,从结婚成家到生儿育女的生命历程中要努力确保优婚优孕。这方面政策优化的诉求是提高婚姻质量,包括婚姻的稳定性、抗压性、凝聚力以及和谐度,降低离婚率。保护妇女儿童权益,加强优孕指导,确保孕妇健康。

再次,生育结果的优化一般是指优生优育,在大生育框架里还包括全生命历程的优成优才。确保母婴健康、生殖健康和出生质量,降低高龄产妇分娩率、出生缺陷发生率,从优生优育到优成优才,关注人口发展的生命全周期、健康全过程,提高每一轮出生人口的成材率,强化生育优化完整的政策和制度保障体系。

完善养老待遇充分性 破解老年贫困难题*

李 萌¹ 张 力²

(1. 上海海事大学, 上海 201306)

(2. 复旦大学社会发展与公共政策学院, 上海 200433)

随着预期寿命提高和生育率降低, 人口老龄化不可避免。在中国, 同样的趋势正以前所未有的广度、强度展开, 应对这一趋势的主要障碍是“未富已老”和“未备已老”。按世界银行划分, 我国目前人均收入水平属中等偏下, 但老年人口的比例已与多个发达国家相若。由于老龄化程度超前于社会经济发展水平, 我国尚未能在财力和制度上做好应对准备。

老年贫困是“未富已老”和“未备已老”的表征, 其自身的特殊性使得治理任务艰巨。一是致贫风险高。没有人会否认, 老年期是生命历程中贫困风险最高的阶段。二是脱贫难度大。由于自我发展能力衰退, 多数老年贫困难以从根本上逆转。

目前绝大部分的老年贫困人口, 是养老保险制度缺失或保障能力偏低的产物。^①城镇职工的养老待遇主要与就业时期的收入水平有关, “制度化”的养老金个人替代率(基本养老保险给付的养老金与个人收入的比率, 或称预期收益)平均不足 40%, 远低于经济合作与发展组织成员国 65% 的平均水平^②; 城乡居民的基础养老待遇是一个起点很低、相对固定的统一数字(现行国家下限标准为每月 88 元)。^③当前政府解决老年贫困的一个思路是

推广社会基本养老保险。习近平总书记在十九大报告中提出要全面建成覆盖全民、保障适度的多层次社会保障体系, 昭示对养老待遇的充分性提出了新要求。

本文考察近年老年贫困(60 岁及以上贫困人口)的特征、变化及其与养老待遇充分性的关联。对老年贫困的分析, 本文重点关注收入和物质层面, 因为经济贫困是其它贫困之源。经济贫困呈现多元状态, 收入、消费和资产的组合结构形成老年贫困的不同类型。所谓养老待遇充分性, 本文意指养老保险不但全员覆盖目标人群, 而且养老待遇水平足以防止目标人群陷入绝对老年贫困。本文基于中国健康与养老追踪调查(CHARLS)跟踪调查数据, 多维纵向地认识老年贫困的广度和结构性特征。通过对不同类型(持续贫困、新增贫困、脱贫、返贫和带贫死亡)老年贫困人口的变化进行分解, 揭示老年贫困的演变动态; 并且以生命周期理论为讨论切入点, 分析因老致贫和养老待遇充分性不足之间的理论和现实关联, 探讨以预防为主的老年贫困治理思路。

一、我国老年贫困特征和挑战

我国老年贫困程度不可小觑。定期公布的有关老年贫困的官方统计数据不多, 但利

用全球老龄观察指数 (Global AgeWatch Index) 的数据可观端倪。在 2015 年接受全球老龄观察指数调查的 96 个国家中, 中国在收入保障方面的排名最后, 原因是与调查的平均水平相比, 中国老年人的贫困率较高, 相对福利水平较低。

根据 CHARLS 数据测算, 以收入衡量, 按国家现行贫困标准 (2330 元/人/年), 2015 年老年贫困发生率为 45.4%, 按世界银行绝对贫困标准 (3.1 美元/人/日) 达 53.7%。^④ 相比于 2011 年, 两者分别提升了 7.7 和 5.3 个百分点。老年收入贫困面广且持续, 原因有二。一是老年致贫风险点多, 老年人口贫困率整体上高于总人口的贫困率, 且老年贫困因缺乏自我修复机制而衍化成为长期贫困。更主要的是, 现有老人中, 有相当数量其就业阶段处于计划经济时代和改革初期, 受低工资、低福利、以企业养老为主、城乡社会养老保障体系尚未建立或很不完善的影响, 很多人实际享受的养老待遇水平低, 无法对冲贫困风险。

老年贫困具有结构性特征。老年经济地位是晚年之前的生命历程的收入、消费和资产长期积淀的综合体现。基于不同维度的贫困测量, 互补而非替代, 彼此结合不仅能反映贫困状况, 还能精确反映反贫困的指向和难度。老年贫困人口中, 有些属于极端贫困 (收入、消费和资产均不能满足最低需求); 有些属于相对贫困 (收入不贫困, 但消费和资产贫困; 或收入贫困, 但消费和资产水平处于贫困线以上); 有些属于随机贫困 (受短期特殊因素影响较大的收入和消费贫困, 但需要通过较长时间积累形成的资产水平并不贫困)。相对贫困中, 消费不贫困并不等于贫困不严重, 因为 CHARLS 调查中消费水平以现金支出衡量, 在

农村地区, 很多老人的基本生活依赖自我维持的小农经济, 其现金消费支出中, 不包含对自产食物的开支。同时, 他们很少发生跨期消费 (借贷消费)。因此, 从贫困结构特征看, 老年贫困与晚年收入水平高度相关。

我国老年贫困波动性大, 脱贫人口返贫率高一直是我国反贫困战略中的一个难题。基于 CHARLS 数据的可追踪样本 (样本总量 49446 个) 观察, 2011-2015 年间, 老年极端贫困占比从 9% 下降到 2%, 随机贫困从 24.5% 下降到 8.5%, 但相对贫困却从 66.5% 上升到 89.5%。这种现象反映出老年贫困的波动, 表现为持续贫困人口、脱贫人口和新增贫困人口的交互变动, 长期贫困和短期贫困相互交织。相对贫困的上升反映出, 受收入低或无常的影响, 老年贫困具有相当的顽健性, 现行的一些扶贫措施, 并未能建立起稳定脱贫长效机制阻断贫困的反复, 从而实现阶段性脱贫老人的彻底脱贫。

对比名义脱贫率和实际脱贫率, 可以进一步科学地说明贫困状况的变化。基于追踪样本对 2011 年、2013 年和 2015 年三期老年贫困人口进行分解, 发现每期新增的贫困人口中, 约 25% 的人口是由非贫困落入贫困, 约 30% 的人口带着贫困进入老年。与 2011 年相比, 2015 年收入贫困的名义脱贫率约 60% (即 2015 年的收入贫困人口比 2011 年减少了六成), 但扣除了在此期间死亡的贫困老年人口, 实际脱贫率只有 16%。因此, 极端贫困人口和随机贫困人口的减少, 就数量而言, 既可能是脱贫、返贫与新增贫困人口在数量上相互抵消, 也可能是现有贫困人口死亡而导致。

老年贫困将阻碍新人口红利的开发。从人口结构优势的角度看, 传统人口红利的概念

假设,经济体系的生产能力主要体现在年轻和中年劳动力身上,人口抚养比低使得社会可以获得较强的经济发展动力。新人口红利的概念认为,在人口年龄结构老化不可逆转的前提下,仍然可以通过收入和消费在生命周期内的效用最大化增加社会总积累,促进经济增长。在人口转变的最后阶段,由年轻的年龄结构所导致的数量型的人口红利逐渐终结,新人口红利的开发在很大程度上取决于有效消费者(特别是已经退出劳动力市场的老年人口)是否有足够的财富积累影响社会的产出水平和经济增长。如果有相当数量的老年人口的持久积蓄加上现期收入都无法维持当下的基本刚性消费支出时,将意味着老年人口需要吸纳更多的社会和家庭资源而非释放出更多的经济余热和老龄消费动力。

老年贫困还将阻碍成功老龄化战略的落实。成功老龄化战略聚焦提升老年人生活质量和摆脱人口老龄化困境,最初提出于上世纪 50 年代,经过几十年的发展,该战略的重要性在国际上已达成共识,其后还派生出诸如生产性老龄化、积极老龄化、健康老龄化等含义类似的概念。^⑤在中国,该战略也成为了《“健康中国”2030 规划纲要》的重要组成部分。虽然最初提出者强调成功老龄化战略的核心标志是身心健康,但其后该战略的推广者认为,成功标志应该包括老有所养、老有所保、老有所为、老有所用、老有所成、老有所乐等多个向度。这些向度都有其重要性,但首先要以脱离经济性贫困为基本要义,物质财富匮乏很难“连线”健康、自强、贡献和快乐的老年生活。当大部分老年人口都是贫困人口时,预示经济发展质量和社会政策的再分配效应仍然存在一些深层次问题。不解决这些问题,成

功老龄化无从谈起。由此观之,养老待遇充分性的政策设计应该内嵌于成功老龄化战略。

二、老年贫困与养老待遇充分性的关联

与老年贫困相关的因素很多,人口迁移、居住方式、人力资本、健康状况、社会保障等都可能与老年贫困有统计上的对应关系。因果辨析上,已有研究习惯依赖包罗多个自变量的回归模型,相关性和因果关系往往在研究过程中被混淆。一些自获得后长期稳定的变量(即非连续渐变的变量,例如性别、户籍状态、受教育程度等)可能并不真正触及老年贫困成因的根本所在,至少这些变量的影响力并不是逐步积累、单调上升的。同时,多变量的混沌式考察也容易陷入对现实把握的混迷。因此在考察老年致贫因素时,有必要去“伪”、去“杂”以辨“真”,重点探讨因果关系更为根本、政策意义更加直接的养老待遇充分性的影响,避免成因分析时无所不包、“靶向”效应差。

延伸生命周期理论的学理意义,老年贫困的成因可以看作是一个社会成员在经济上活跃与不活跃的生命历程之间、或一个在经济上活跃与已不活跃的社会成员之间财富分配的政治经济问题。生命周期理论在家庭消费决策的微观经济分析中已有广泛应用,也有学者把该理论拓展到分析新人口红利开发,但应用该理论研究老年贫困目前还不多见。

生命周期理论有多种科学表达,例如朗屈(S. Rowntree)的贫困生命周期理论、莫迪利安尼(F. Modiglianli)、布伦贝格(R. Brumberg)和安东(A. Ando)消费与储蓄的生命周期函数,霍尔(R. Hall)理性预期生命周期假说等,不同表达包含的具体变量不尽相同,但学理本质大同小异,可用以下预算约束

模型归纳：

$$C_{1t} + \frac{C_{2t+1}}{1+r_{t+1}} + \frac{(1+r_{t+1}-\tau_t)d_t}{1+r_{t+1}} = \omega_t$$

式中左边为个体在整个生命周期中的预算约束，右边 ω_t 年轻期工作收入， C_{1t} 为个体年轻期消费， C_{2t+1} 为老年期的预算约束， d_t 为养老保险的增值（包含政府补贴和利率增长），为养老保险缴费， r_{t+1} 为 $t+1$ 期的利率。生命周期预算约束模型认为，个人消费水平受不同生命周期阶段的收入来源、支付能力、支付意愿、预防动机等因素影响，涉及跨期消费与储蓄之间的配置。社会成员的一生可以分为工作和退休两个阶段，储蓄和消费的基本规律是，工作时收入大于消费，形成储蓄（养老保险加个人积存），这些储蓄为退休后的消费提供资金。退休后收入减少，要保持消费水平不下降，按“理性经济人”的逻辑，生命周期账户中一生的全部消费要等于一生中所得到的劳动收入与财产之和。生命周期理论内蕴的因老致贫的病理逻辑是，工作时期未能积累足够的、可以为未来退休后提供消费支持的预防性储蓄。为避免老年贫困，老年期望消费支出的现值要匹配工作时可形成的积累。

养老待遇的充分性是衡量全生命周期中老年期望消费支出能否与经济活跃期形成的积累平衡的一个重要指标。对于大多数人而言，养老金是退出劳动力市场后满足基本生活需求的最主要生活来源。养老待遇的充分性可以通过覆盖范围和待遇水平两个方面考察，覆盖范围指目标人群中养老保险的参保人或收益人的比例，待遇水平指以货币形式支付的个人可以获得的保障力度。制度设计、制度可信度、贫困、就业类型（例如受雇或自雇）、以

及参保成本是阻碍覆盖面扩大的因素。^⑥现行制度下，个人待遇水平受当地生活水平、缴费年限、缴费额度、替代率等因素影响。

我国基本养老保险体系的理念是“广覆盖，保基本”。^⑦根据人力资源和社会保障部统计的数字，截至 2018 年底，我国城镇职工基本养老保险（以下简称“职保”）和城乡居民基本养老保险（以下简称“居保”）各自覆盖了 41902 万人和 52392 万人，分别占全国 13.9 亿人口的 30% 和 37.5%。去除 24860 万 16 岁以下人口（我国社会保险法未要求未成年人参加制度化的养老保险），基本养老保险体系已经覆盖了 82.2% 具备参保资格的成年人口。在“职保”覆盖人口中，28.2% 享受着基本养老待遇；领取“居保”待遇的人口占参保人口 30.3%。全国享受“职保”待遇和“居保”待遇的总人数占全国 50 岁以上人口 75%。^⑧在 CHARLS 2011-2015 的调查样本中，超过 95% 的老人享有某种类型的养老保障待遇。与此同时，全国 60 岁以上享受“居保”待遇的贫困老人达到 2195 万人（人力资源和社会保障部，2019）。这些数字从不同的侧面显示，整体上我国基本养老保险体系已经实现了比较全面的覆盖。

另一方面，在基本养老保险体系广泛覆盖的同时存在大量的贫困老人，说明“保基本”下养老待遇充分性不足，保障质量不高。养老待遇充分性不足可以通过几个方面理解。一是大部分养老保险的受益人口只能享受较低水平的养老待遇。根据 2015 年 CHARLS 的样本数据推算，60 周岁以上的老人享受“职保”待遇占同类参保总人数的比例为 41.2%，享受“居保”待遇的比例为 66.7%。从缴费义务和待遇水平看，这两类基本保险存在较大差别。

“职保”的参保资格是城镇受雇人口(包括农民工),由个人和单位按照政府划定的当地平均工资水平的一定比例按月缴费,其中单位缴费率是个人缴费率的 2 倍多。“居保”的参保资格是自雇人士和非就业人口,缴费标准从低到高,设立 10 个档次,个人自由选择缴费档次按年缴费。政府对个人缴费给予补贴,补贴标准与缴费档次挂钩,补贴比(政府补贴占个人缴费的比例)从 22% 至 40% 到不等,缴费档次越低,政府补贴比例则越高。待遇享受上,单位缴费产生的“职保”受益人个人账户的增值超过 250%,而政府补贴产生的“居保”受益人个人账户的增值最高只有 40%。根据 CHARLS 资料测算,2015 年享受“居保”待遇的群体中有 90% 属于贫困,而享受“职保”待遇的人口中,只有 14% 是贫困。这反映了基本养老保险的保障困境:目前待遇水平差距下,参加“职保”能够有效避免老年贫困,但即使参加了“居保”,仍然存在很高的老年贫困的风险。

通过将养老待遇与一些收入和消费相关的指标比较,可以发现,绝大多数省份的“居保”养老待遇均难以维持基本生活消费。2018 年全国 31 个省级区域中,只有上海“居保”养老金水平(12584 元/年)与食品支出的比值超过 1,其余省(区)的比值从 0.28(安徽)到 0.93(北京)不等,全国均值为 0.45。“居保”养老金待遇占人均可支配收入水平比重方面,上海的占比最高(45%);其余省(区)均低于 30%,其中超过 20% 的只有青海(25%)和天津(21%),有 11 个省区更低于 10%),全国平均只有 11%。除上海外,各省(区)“居保”养老金待遇甚至低于最低生活保障标准,“居保”养老金待遇占最低生活保障标准的比重从 71% 到 24% 不等,一些经济较为发达的

城市和省份(例如北京、天津、广东、江苏和浙江)的占比甚至低于相对落后的西部省(区)(例如宁夏、西藏、新疆)。

造成“居保”养老待遇不充分的主要原因是缴费负担重,这可以通过缴费档次和缴费周期体现。以三个有一定代表意义的省(区)海南(基础养老金水平处于全国平均水平)、广西(基础养老金水平位于全国中位数)和贵州(基础养老金水平全国最低)作为分析样本,根据现行基本养老缴费的政府补贴和待遇计发的政策,先不考虑缴费周期这个因素,要满足“居保”待遇水平不低于当地最低生活保障标准的要求,最低缴费率(缴费额占当地平均工资的百分比)分别应达到 11.6%(海南)、13.20%(广西)和 16.9%(贵州),这些最低缴费率均高于“职保”个人缴费率 8% 的水平。“居保”和“职保”个人缴费率之间的差别,将随着“居保”缴费档次的提升而拉大,即如果选择“居保”中越高的缴费档次,与“职保”个人缴费率之间的差距就越大。考虑到“居保”的覆盖对象主要是没有工作或缺乏稳定收入、在就业市场上不具备竞争优势的人口,如果要充分发挥“居保”的保障功能,个人缴费负担需要远远高于“职保”的个人缴费负担。

养老待遇资格与缴费年限挂钩。按规定,领取终生养老待遇的前提条件是累计缴费不能少于 15 年。“门槛效应”考察缴费水平和缴费年限设定在哪一个门槛值时,将对保证基本生活水平产生敏感性影响。如果设定养老金待遇的门槛值为,根据养老金水平 X_i 的区间范围设定贫困指标 P 的分段函数为:

$$\begin{cases} P=\alpha_1+\beta_1 \cdot X_i+e & (X_i < \gamma) \\ P=\alpha_2+\beta_2 \cdot X_i+e & (X_i \geq \gamma) \end{cases}$$

上述函数中, β_1 表示当养老金待遇小于门槛值 γ 时, 每增加 1 个单位的养老金待遇, 可以使脱贫概率提高到 β_1 。 β_2 表示当养老金待遇小于门槛值 γ 时, 每增加 1 个单位的养老金待遇, 可以使脱贫概率提高到 $\hat{\beta}_1$ 。如果 $\hat{\beta}_1 < \hat{\beta}_2$, 且 $\hat{\beta}_2$ 在统计上显著和处于财政可负担范围, 则把养老金待遇提高到门槛值上, 可以最大限度地提高脱贫概率。

“门槛效应”分析显示, 即使目前“居保”的个人缴费负担已经相对较重, 但从缴费周期的角度看, 要满足“居保”养老待遇水平不低于当地贫困线, 还需要“被迫”延迟退休。假定各地贫困线标准会按 CPI 的增幅相应调整, “居保”参保人未退休时按最低档次缴费, 加上政府补贴后, 若要退休时的养老待遇水平不低于届时的贫困标准, 则最短缴费周期分别需要 63 年(海南)、43 年(广西)和 64 年(贵州), 比法定的 15 年最低缴费年限分别多出 48 年、28 年和 49 年。按照目前年满 16 周岁的法定就业年龄、男 60 岁女 55 岁的法定退休年龄推算, 绝大部分的“居保”参保人很难实现如此漫长的缴费周期。

三、老年贫困治策：养老待遇充分性的理论和实践涵义

按照生命周期理论的逻辑, 一生的收入与消费失衡是导致老年致贫的主因。对于特定的社会成员而言, 如果其一生创造的总财富超过一生的总消费, 只要理性消费, 理论上不会出现贫困。老年贫困反映出, 社会成员在经济活跃期所获得的财富与资本的积累, 加上家庭和社会的财富转移, 均不足以维持其因年老退出劳动力市场后的基本生活。把老年贫困置于生命周期的收入与消费平衡和养老待遇充分

性的框架内理解, 将为老年贫困治理的政策制定提供学理基础。

老年经济支持的广度和强度是影响老年贫困的重要因素。老年经济支持有几个主要来源, 涉及私人领域和公共领域: 一是劳动(包括自雇或受雇)收入, 二是家庭成员供养, 三是社会兜底(例如最低收入保障), 四是个人养老待遇。其中第一、第四来源体现老年人的自养能力, 第二、三来源反映正式和非正式制度提供的承诺。第一个来源意味延迟法定退休年龄或终身就业(相当于延迟享受养老待遇), 伴随个体衰老, 对于高龄老人而言, 持久就业的观点将流于形式而不足以付诸实践。^⑨第二个来源是家庭成员世代间取予的非正式制度, 受文化传统影响。随着家庭规模和结构的变化, 作为代际非正式契约的家庭本位的养老功能逐渐弱化。^⑩第三个来源属于制度性的济贫帮困工具, 体现对“灾难”群体的基本生存底线的公共保护, 属于“反哺”式的财富传递, 但对于老年贫困, 依赖贫困救助制度的帮扶只能治标, 难于治本。第四个来源是个人生命周期账户的概念, 核心理念是通过社会养老保障制度实现一生收入和消费的效用最大化, 让老年时期的稳定性收入有更高的起点和制度保障。如果对老年经济支持的所有选项作一个整全的思考, 要长效防止老年贫困, 完善养老待遇充分性至关重要, 也最具有实践价值。

从我国人口年龄结构变化趋势所带来的抚养比的变化看, 养老待遇不充分将会增加实际收入再分配危机的风险。根据王广州(2019)的推算, 1949 年至 2019 年, 0-14 岁少儿人口比例从 35.79% 下降到 16.41%, 65 岁及以上人口从 4.15% 上升到 12.63%; 老年抚养比从 1980 年前不足 13% 上升到目前的 28%; 未

来 40 年,预计 65 岁及以上的老年人口将由 1.8 亿(2019 年)上升到 4 亿的峰值(2059 年)。^[1]21 世纪中叶后,我国 65 岁以上人口占比可能高达 30%—40%。^[2]在人口老龄化加速与少子高龄化现象并存的条件下,按照现行的让资源从下一代向上一代转移的“现收现付”基本养老待遇模式,工作的一代人需负担的退休一代人的数量必然会越来越多,负担的时间也越来越长,代际之间负担越来越不公平,养老保障体系的财政压力也越来越大。现在工作的一代人,很可能无法期望在老年时得到他们现在所提供老人的养老待遇水平,如果无法有效平衡代际之间的负担,不但引发代际之间供养的公平问题,现行养老保障制度更有一日会面临收不抵支、无法为继的局面。

养老待遇的充分性通过将一生可得资本在整个生命周期内合理配置,培育预防“因老致贫”的内生动力,解决代际之间负担不平衡的问题。当社会上由于养老待遇不充分产生大量贫困老人时,依赖社会福利制度的外部救助只能令贫困老人被动脱贫,并不能从根源上消除老年贫困。防止老年贫困,在很大程度上取决于已经退出劳动力市场的老年人口是否有足够的财富积累(持久工作积蓄加上现期社会保障收入)维持其基本刚性消费支出。如果社会保障政策得当和资本市场完善,具有经济理性的经济主体在生产效率较高的壮年阶段,收入中用于储蓄的比例将明显高于其他阶段,从

而为老年消费奠定厚实基础。有效的财富积累和社会保障制度不但会把储蓄转化为老龄消费动力,而且降低了老年人口在退出劳动力市场后维系和提高生活质量时对年轻一代的经济依赖性。因此,养老待遇不仅仅是财富再分配,也是财富积累、资本积累与社会存续的基本动力。当然,预防为主并不意味着放弃扶贫政策,“防贫”和“扶贫”是“反贫”的一体两面,两者虽非替代关系,但前者的作用可能更为有效。

总体而言,我国老年贫困是应对人口老龄化的一大挑战,构建社会养老保险制度的首要目标是防止老年贫困。过去 20 多年,我国基本养老保险制度发展,完成了从无到有的转变,但养老待遇不充分已经成为我国基本养老保险制度的短板。依靠基本养老保险预防老年贫困,相对于覆盖面,待遇水平的充足性更为关键。基本养老保险制度未来发展中,需要强调从有到优的转变。当前中国正面临着改革养老保险制度以实现党的十八大提出的两个“百年愿景”的历史任务,全面建成小康社会不能撇开老年贫困人口。政策指向上,老年贫困治理的政策思路需要从当前的“救济”为主的模式向以“预防”为主的模式转化。完善养老待遇充分性,预防就业时期与退休时期之间的经济断裂而落入老年贫困陷阱,应当成为破解老年贫困问题的突破口。

* 本文是国家社科基金项目“老年贫困与养老待遇充分性保障研究”(19BRK019)的阶段性成果。感谢陆蒙华对数据整理和分析提供的帮助。

老龄友好社区的内涵、要素和策略

曹显云 胡苏云¹

(上海社会科学院城市与人口发展研究所, 上海 200020)

世界范围内正在发生两大社会变化, 并正在重塑社区: 人们的寿命越来越长, 全球人口越来越集中在城市。这些老龄化和城市化的大趋势, 意味着全球的城市正在成为更大、更老的人口的家园, 因此城市的设计必须适应这种不断变化的环境, 老龄化社区的设计就需要有根据老年人的独特需求, 提出策略并适应城市环境的行动。2019 年, ARUP 组织发布的《活力城市: 设计老龄友好社区》提出未来需要为这些老年人提供良好的社区环境, 构建老龄友好社区成为必然趋势。²

一、城市老龄友好社区的核心内涵

2007 年世界卫生组织提出“年龄友好城市”, 并于 2007 年 11 月颁布《全球老龄友好城市建设指南》, 提出建设包含社区与公众参与、住房、公共空间与交通、健康与社会服务等全方位的老年宜居环境体系, 报告中确立了老龄化规划框架。政府和机构依据报告来探寻他们老龄化的方法, 包括昆士兰政府的 2016 行动计划和西雅图的 2018 时代友好行动计划, 西雅图在美国以 AARP 的资源库为特色, 在其全球友好的城市和社区网络中被广泛使用³。

“老龄友好社区”吸收了老龄友好城市的理念, 其本质是老龄宜居型社区, 是适合老年人居住和生活的社区, 既能满足老年人的物质需求又能满足老年人的精神追求。世卫组织将其浓缩为三个广泛领域: 社会和公民参与、服务提供和建筑环境⁴。社会和公民参与是指确保老年人拥有牢固关系并感受到公民生活一部分的战略; 服务提供包括老年人从政府或非政府部门接收的服务和特别援助; 社区的户外环境, 交通和活动, 公共空间和居家养老。

二、构建城市老龄友好社区的原因和要素

(一) 形成有利于老人独立自主生活的社区环境

世卫组织侧重于建筑环境部分的框架, 确定城市和建筑环境专业人员如何更好地规划和设计他们的社区, 以满足老人独立自主生活。一个适合老年人居住的社区是多种设计选择的结合体, 具备可步行的社区、健全的医疗保健系统和可靠的交通网络。

日本富山的住宅鼓励区通过开发靠近公共交通服务的可步行住宅区, 增加了老年人的出行无障碍性。这些区域包括市中心、有轨电

¹ 上海社会科学院城市与人口发展研究所研究员 胡苏云, 研究生 曹显云

² Michael Amabile et al, 2019, Cities Alive: Designing Aging Communities, ageingcommunities@arup.com

³ “The 8 Domains of Livability: Case Studies,” AARP, accessed March 27, 2019, <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/info-2015/8-domains-of-livability-resources.html>.

车和铁路线 500 米以内的区域以及高频公交线路 300 米以内的区域。加上扩大的交通选择,新建的交通服务有助于创造一个包容、有利于老年人的城市环境。

(二) 提升老人身心健康, 幸福美满的生活

户外环境对身体健康的影响、对脆弱性的自我认知以及对娱乐和身体活动的渴望影响身体健康、心理健康和生活质量。老龄化的过程对应于依赖家庭、邻里和社区, 增加对周围环境的依赖。社区建筑环境的设计对老年人的身心健康和幸福生活起着关键作用: 良好的户外环境可以促进老年人加强锻炼, 如散步、游泳、跳舞和参加其他户外社区计划, 减少孤独感, 益于心理健康。

(三) 减少老年人的社会孤立感, 促进公民参与

社区中年轻人和老年人之间缺乏接触会导致老龄层之间的沟通匮乏, 降低老年人的社会联系和凝聚力。

城市老年人的住房不仅受到居住环境局限, 同时受到经济影响。一方面稳定的经济适用房是许多城市居民迫切关注的问题, 另一方面城市老年人的社会联系感受到环境的限制, 很多社区规划过程不包括老年人的专业知识和观点, 需要有正确的规划和设计方法, 来解决这些挑战, 培养一种对老年人的支持和归属感。曼彻斯特老年友好型社区是曼彻斯特建筑学院与南威分校的合作伙伴, 通过采取适当的行动, 来推动解决老年人的社会隔离问题。

(四) 有利于老年人的安全和社会服务

对于老年人来说, 由于身体的脆弱性和逃避危险情况的能力降低, 面临的危险性在升高。

极端天气对老年人来说尤其危险, 城市密集的环境可能使情况更严峻。在 2005 年新奥尔良的卡特里娜飓风中, 大约 1000 名遇难者中有一半人的年龄在 75 岁及以上。2012 在超级风暴桑迪中, 洪水淹没了许多住在城市高楼里的老年纽约人。

户外跌倒风险是一个对老年人特别严重的问题, 超过一半的老年人跌倒发生在户外, 如跌倒占加拿大老年人受伤相关住院的 85%⁵。但是目前大部分的预防集中在室内环境和个人风险因素上, 而缺乏对城市设计和规划的关注⁶, 预防性措施对于老年人来说是至关重要的, 这与城市基础设施和城市设计有着密切的联系。

三、城市老龄友好社区发展策略和行动

(一) 为老年人独立自主的生活搭建创造性的步行条件、能动性的居住环境

首先, 无障碍的公共交通是创造一个独立能动性社区的先决条件。公共交通良好的社区可以支持老年人独立自主生活。便利的交通为老年人工作、医疗、家庭和生活中其他重要方面提供良好条件。

其次, 具备专门为老年人设计的住房。如伯明翰市住房信托基金提供一种新的住房类型, 两居室平房被设计成具有完全的功能的房子, 居住者在一楼便可使用所有必要的便利设施, 无需爬楼梯或承受高房租; 楼上有第二个卧室和浴室, 这是灵活的, 可以让客人、家人或照顾者居住, 由此进一步促进了一个老龄友好的居住空间。

再者, 老龄化过程要求生活环境适应老

⁴ Buffel, Tine and Chris Phillipson, "Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations," *Cities* 55, (June 2016): 94-100.

人。一个人的身体需要随着时间的推移而改变。曾经被认为是便利的设施往往必须作出具体的调整,使人们能够继续适应和维护他们多年来享受的家园。

最后,通过数字、音频和视频信息可以在公共领域支持老人独立和安全的移动,也可以帮助老人定位自己。AccessMap.io 是华盛顿州西雅图市的一个在线地图工具⁷,用户通过时间和距离、访问性标准来识别路线,以避免出现诸如缺少路缘石坡道、施工便道和陡坡等障碍。负责该项目的华盛顿大学研究人员还启动了一个开放式人行道⁸。

(二) 为老人身心健康,幸福美满的生活提供良好医疗服务的保证,提供锻炼场所,建立与社会的连接

首先,高质量的医疗服务必须包括广泛的护理,从日常卫生管理到紧急服务和预防方案。传统上,这些功能往往是护理设施内提供的,但一些社区将老年人的保健服务纳入城市的公共生活。如新加坡住房发展委员会为超过 80% 的新加坡人提供住房⁹,积极参与建立住房储备,将其纳入社区生活,为老年人量身定制,并纳入卫生设施。

其次,易于使用的设备使老年人能够根据自己的能力安全地进行锻炼,创造受欢迎的空间,促进老年人锻炼和利于老人身体健康。如中国是老年人积极生活的早期创新者,制定了一部《健康法》。1995 年的健身计划,带动

了整个公园户外健身设施的建设。北京现在拥有 4000 多个户外健身房,促进健康的优先发展,增加公众使用健身器材的机会。

再者,改造和维护公共场所,以确保它们安全、无障碍。2016 年,伦敦金融城实施了一个“安静道路”网络,即在交通有限的街上,引导非机动车和行人沿着绿树成荫的街道、公园和水道行驶,以此鼓励老年人步行和骑自行车¹⁰。同样,哥本哈根的桑德大道和纽约及旧金山的公园计划重新设计重要道路,优先考虑骑自行车和行人,改变了道路,在繁忙的城市中心创造了安全、活跃的出行路径¹¹。同时,在密集的城市环境中增加绿地,有助于解决道路上的局部空气污染,同时提高生活质量,提供更健康的城市环境。

(三) 加强老年人与社会的联系,帮助其战胜孤独,促进包容和公民参与,创造代际空间,为老年人留在社区养老创造良好的社区条件

首先,随着年龄的增长,人们的流动性降低,失去伴侣和朋友,面临健康问题,需要其他交流方式来与其他人、服务、场所及其社区保持联系¹²。设计良好的环境可以促进互动,社区花园、图书馆等场所,公共公园和市民广场提供了与他人联系和结识新人的空间。

U-City 总部位于澳大利亚阿德莱德市中心,于 2019 年开业,这是一个集零售、无障碍住宿、退休公寓、老年护理、一系列社会和

⁷ Chippendale, Tracy, "The neighborhood environment: Perceived fall risk, resources, and strategies for fall prevention," *The Gerontologist* 55, no. 4 (August 2015): 575-583.

⁸ "Open Sidewalks," Open Sidewalks, accessed March 7, 2019, <https://www.opensidewalks.com/>.

⁹ "Public Housing - A Singapore Icon," Housing and Development Board, accessed March 27, 2019, <https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/about-us/our-role/public-housing—a Singapore icon>.

¹⁰ Morris, Karin, *Making cities better for aging: lessons from U.K. age-friendly cities* (2016), 25.

¹¹ London Mayor's Design Advisory Group, *Ageing London*.

¹² Tamosiunas, Abdonas et al., "Accessibility and use of urban green spaces, and cardiovascular health: findings from a Kaunas cohort study," *Environmental Health* 13, no. 20 (March 2014), 1-11.

医疗服务以及支持和鼓励自行车使用的开发项目,其目标在于包容性和多样性,其主要目的是通过适合老年人的混合使用空间和住房选择,实现居民跨代的社会联系。

其次,新建社区在规划、设计和其他决策过程中纳入老年人。通过老年人的生活经验来获得其对居住的社区的建议,确保城市环境满足他们需求。如澳大利亚梅尔维尔的访问咨询小组利用了当地轮椅使用者、老年人、聋人、失智痴患者、自闭症患者以及失明或部分失明者的生活,通过采取参与和协作的方式,来共同设计社区,以利于老年人的发展,并创造有意义、清晰、安全、吸引人和多功能的社区。

再者,公共区域适合年轻人和老年人的代际空间可以促进相互理解。在伦敦的一项服务学习项目中,对年轻人和老年人之间的互动进行了一项研究,观察到不同年龄段的人聚在一起的好处,即可以减少陈规观念,改善彼此看法,尤其是能改善老年项目参与者的精神状态。香港对代际生活的相似需求只是刚刚开始。和谐广场由香港房屋协会建造,具有和父母同住的功能,包括共享的健身和活动设施¹³。

(四) 准备好应对极端恶劣的气候、设计盲道和公共安全、促进失智者安全

首先,对老年人的许多威胁,包括高温、海浪、暴风雪、洪水和其他恶劣天气事件,源于自然环境,老龄友好社区建设应做好应对恶劣气候的预防措施。

其次,老年人在生命后期丧失智商可能导致安全挑战,失智症患者建筑环境需要采取安全和安保方面的行动。英国沃特福德的布雷

创新公园正在开发一个老年失智示范之家,提供能适应正在经历失智症发作和发展的老年人不断变化的需求的住房。这是一个由健康和大学机构联合体与失智症组织共同完成的研究成果,于 2016 年出版了《失智症之家的设计》一书¹⁴。

(五) 创建有利于老年人的社区的 28 项行动

主要包括:促进紧凑型、多用途开发;为所有用户重新设计公共空间;沿着交通路线安置住房、工作和便利设施;为行动不便的人提供交通保障;支持家庭装修和翻新;建设适应性强的老年住房;应用通用设计,通过对公共领域小干预提升不同能力的人受益度,以确保他们能够轻松安全地四处走动;提供无障碍寻路设施;将医疗设施设在交通附近;将医疗保健与日常需求放在一起;建设成人娱乐中心;设计活动娱乐网络;在城市里创造更多的绿地;在新建筑中应用生物热学原理;使老年人有能力规划社区活动;定义老年人在规划建筑环境中的角色;建设和推广代际合租住房;鼓励和帮助老年人与(或接近)家庭一起生活;年轻人共用一些老年人的高级设施和场所;使附属住房和其他住房类型合法化并加以推广;使正在搬家(裁员等)的老年人能够留在他们的社区;帮助老年人负担住房费用;减轻高温热浪的影响;改造现有建筑物以应对气候变化的影响;安装支持可行走性的物理基础设施;改善危险交叉口;创建失智友好社区;创建失智村等。

¹³ "Humanitas: Not just a ground-breaking 'healthcare model' but a whole new approach to community design," Medium Meaning, accessed March 27, 2019, <https://medium.com/meaning-conference/humanitas-not-just-a-ground-breaking-healthcare-model-but-a-whole-new-approach-to-community-21a8dea0d0b1>.

¹⁴ "Design for Dementia," BRE, accessed March 27, 2019, <https://www.bre.co.uk/dementia>.

四、中国城市老龄友好社区的发展愿景

(一) 中国城市社区适老性问题显现

中国老龄化发展进程加速, 预计 2020 年, 全国 60 岁以上老年人口将增加到 2.55 亿, 到 2050 年, 老年人将占我国总人口的 1/3。数据显示, 城市老人中 44.7% 的老年人认为交通设施或建筑设计不合理, 60.6% 的老年人认为社区为老服务设施不完善, 城市老年友好型社区建设已刻不容缓。

目前, 城市老年宜居环境基础设施薄弱, 养老设施建设缓慢, 中国老旧社区住宅设施普遍缺乏适老设计, 没有电梯, 老年人出行极为不便; 户外空间和社区活动场地与休憩设施匮乏; 交通设施及道路规划不成熟, 无障碍通道缺乏, 在家庭养老功能削弱的背景下, 城市化养老服务供给不足、结构不合理, 医养结合服务模式仍在探索, 难以满足规模庞大的老年群体的多样化养老需求。

(二) 城市老龄友好社区经验借鉴

首先, 为响应世界卫生组织提出的创建“全球老年友好城市网络”, 中国选取了经济较发达、老龄工作基础较好的城市开展试点。推进宜居环境建设为老年人提供安全、便利和舒适的生活环境。城市社区住宅、交通、公共服务设施以及建成环境的规划设计与改造, 以《关于推进老年宜居环境建设的指导意见》为指南, 遵循适老性原则和老年友好策略。

其次, 鼓励拓展老年人社会参与渠道, 提高自我效能和获得感。政府、社会、社区为老年人提供更多的社会参与机会和途径, 满足其社会参与需求, 同时使其社会价值得到最大程度的发挥。包括鼓励并引导老年人参与社区治理解决社区事务, 提高其自我价值认可; 开

展适合老年人的公益志愿者活动, 使其在奉献中提高获得感; 完善老年人社会参与的相关法律法规, 保障老年人社会参与的合法权益。

再者, 在“老年友好型城市”试点的基础上, 逐步将老年友好型发展模式向全国推广, 实现从城市到农村, 从经济发达地区到经济欠发达地区的全覆盖。在这一过程中不仅要借鉴试点城市的经验与成果, 同时也要准确把握经济、文化差异, 探索出一条适合当地的老年友好型社区建设, 同时努力提高自身、缩小差距, 实现老年友好型社会的均衡发展。

(三) 中国城市老龄友好社区建设的建议

1. 加强户外活动系统建设

城市老龄友好社区的户外公共交通建设使得老年人能够无障碍出行。道路两旁应设有基本座椅和辅助座椅, 方便老年人休息。社区内车行道与人行道应该分开设置, 保证老年人有独立的人行道, 同时提供了散步空间。老年医疗设施等要设置在路站交通沿线。

城市提供的环境有利于老年人健康和交流。社区是城市环境的一部分, 社区花园和公园提供了与自然交流、锻炼, 与邻居互动或呼吸新鲜空气的场所。增加社区内绿化范围, 完善社区内适宜老年人锻炼的健身设施, 吸引老年人走出家门呼吸新鲜空气、晒太阳、锻炼身体, 增加社交活动。

2. 提升养老服务建设

随着老年人口比重增加, 以前依赖机构养老已经转向社区居家养老为主, 加大对社区居家养老的公共服务建设。中国城市长期护理保险制度应该扩大推广范围, 方便老人享受医疗服务, 增加对高龄老人、失智失能老人的照护; 长者照护之家和社区小型照护应该增设站

(下转第 50 页)

◀ 本期关注 ▶

中国的托育服务：问题、借鉴与走向

《人口信息》编辑部

特邀主持人：中央民族大学社会学系教授 杨菊华

主持人语

中国自古就形成了“家国同构”的政体格局；家庭总是国家实现社会目标的重要抓手与依托。在过去 40 多年中，中国的人口政策与经济社会发展政策同步推进。先是推行具有严格限制性的生育政策，旨在通过控制人口增长速度而将更多资源用于社会再生产；继而又在生育率已然降至很低、被认为对人口与经济社会协调和长期可持续性发展带来威胁时，于 2013 年放开单独两孩政策、2015 年放开全面两孩政策。然而，生育政策的放宽，并不意味着人们必然生育二孩。从过去约 30 年的“不让生”到现在鼓励二孩生育，透视出的不仅仅是生育行为、更是生育意愿的变化。在生育率长期低位已然成为客观现实、且多数人的生育意愿已然降至两个孩子以下的社会情景下，对于是否生育二孩、是否将该意愿转化为实际行为的拷问，就需多方反复权衡和理性决策。而影响这一决定的一个重要因素是，与婴幼儿照护相关的家庭支持政策。

自十九大报告明确提出要大力推动“幼有所育”等基本民生问题的发展这一思路以来，年度性的中央经济工作会议和政府工作报告都要求，要解决好婴幼儿照护和儿童早

期教育服务问题；2019 年 5 月，国务院办公厅下发的《关于促进 3 岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》，是近 40 年我国 0-3 岁托育服务事业和行业发展的第一部指导性、方向性和纲领性文件，把托育服务作为补齐民生短板的重要工作，置于国家民生发展的重要位置；稍后，多个与此配套的管理服务政策、对普惠性托育机构的补贴政策相继出台，开创了托育服务发展的新局面。

当然，政策的出台是一回事，政策的落地又是一回事。不是说有了相关政策的出台，人们就会马上生孩子；生育行为背后的因素十分复杂。中国宏观经济研究院张本波和魏义方研究员的研究都发现，在影响二孩生育的诸多要素中，排在第一位的“是否有时间养”孩子，“是否能养好”、“是否养得起”、“是不是能兼顾”工作与家庭之间的关系等，都是二孩生育抉择的重要考量。也就是说，提供有质量的托育服务、减轻育儿的时间压力和经济压力，缓解生育主体工作与家庭之间的冲突，就可能成为助力全面两孩政策落地的重要因素。

上海行政学院的潘鸿雁教授和张本波、魏义方研究员的研究，分别基于上海市和江苏、湖南和山东等地的调查与访谈资料，描

述了各自地区(普惠性)托育服务发展现状。两个研究一致发现,无论是在上海还是在其他地区,供需的数量、结构都存在很大的错位与脱节,可持续运营和合规运营等方面都存在诸多亟待解决的问题。比如,托育服务供给总量不能满足家庭的需求,“入托无门”的问题依旧突出;照料服务严重不足,重“早教”轻“照料”,所提供的服务与所需求的服务之间很不匹配;托育机构监管缺位,重“准入”轻“全程”,托育服务质量良莠不齐;资金不足和人才队伍不稳定等,这些都是当前托育服务面临的主要短板,也是3岁以下婴幼儿“幼有所育”这一民生事业亟需解决的问题。

然而,作为全面两孩政策最重要的配套措施,我国的托育服务发展才刚刚起步,未来如何发展尚处于探索之中。OECD国家与婴幼儿照护相关的家庭支持政策起步较早,经验丰富,对中国相关政策的形成具有借鉴意义。为此,西安交通大学的杨雪燕教授及高琛卓、井文博士和国家行政学院的陈偲博士,或对欧美多个国家、或聚焦于单个国家托育服务方面的经验。前者对欧美托育服务理念、项目、方式、规范、机制、配套政策及其效果等方面进行了简明但系统的梳理;在法国,如同陈偲博士所言,政府对家庭的定位是,“家庭在表面看来属于一个私领域的范畴。然而,家庭同时也是一个公共领域的概念,因为家庭状况的演变将对社会产生多重影响,”而这样的定位,就驱动法国政府十分重视婴幼儿照护,在财政支持、服务供给、师资质量等方面大量投入;通过保教一体化的模式,给3岁前的婴幼儿提供照护服务。

四位作者的落脚点都在于未来中国托育服务的发展方向。几位作者都强调了政府在托育服务发展方面的职能定位。在发展思路上,首先必须强化顶层设计,明确公共托育服务政策的发展方向;借鉴欧美国家的经验,我国需要树立“兜底补缺”再“适度普惠”的托育服务理念。多元参与也是几位作者共识,通过多方的共同参与、扩宽渠道,发展多样化、多层次的服务;同时,探索本土化的公共托育服务发展,以合理分担、多元共治等手段,补强服务短板。为此,必须加强政府的监管、建立有效的管理服务机制;必须对从业人员教育背景、技能要求、工作经验等方面做出明确规定,为有意愿从事托育服务行业的人员提供专业培训;必须加强政府对公共托育服务的财政支持,建立合理分担成本的机制;而推进保教一体化改革,也是未来托育服务的一条发展之路。

总之,本期的四位学者,或基于调查和访谈数据,讨论了我国托育服务当前面临的困境;或聚焦于单一国家的深度分析或多个国家的比较研究,分析了他国的攻玉之石;而且,他们都对未来中国托育服务发展的政策走向提出了独到的见解,为进一步细化且可落地的公共政策出台与完善提供了有价值的参考。

当然,新时代的托育服务和服务体系建构任重而道远,很多问题都还需要进一步科学、严谨和深入的分析。比如,政府在托育服务发展过程中究竟应该起到怎样的作用?什么是普惠性托育服务、怎样的机构属于普惠性服务机构、什么是普惠性托育服务的关键点?政府应该如何补贴(普惠性)的托育

服务机构?是否需要、如何对家庭自我养育者(如:隔代照料者)提供补贴?如何制定示范性托育机构的评选标准?如何制定托育机构从业人员的学历教育和职业技能两类专业人才标准?如何基于国际经验、结合中国实际情况,制订托育机构监管工作规范,明确各级政府所承担的职责、牵头部门及其他各部门分工、工作机制、流程等?如何针对婴幼儿不同养育模式,开展婴幼儿及其养育者测评,评估科学育儿指导、托育等不同养育模式对婴幼儿发展水平及养育者能力的影响?各地如何结合自身特点,明确婴幼儿照护服务设施的配置指标与建筑、用地等相关配置标准?如此等等,都是未来相关领域的学理研究与公共政策需要加以重点关注的议题。只有这些问题都真正得到落实,方可更好地推动全面两孩政策的落地。

我国普惠性托育服务的发展与思考： 基于上海市普惠性托育点的调查

潘鸿雁(上海行政学院 社会学教研部教授)

一、问题的提出

十九大报告首次将“幼有所育”作为保障和改善民生的重要内容,2019年5月国务院办公厅下发的《关于促进3岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》(下文简称《意见》),首次为0-3岁托育服务行业提供了国家级的的发展指导意见。作为补齐民生短板的重要内容,托育服务已经被国家放在了重要位置。

面对我国托育服务总供给不足的现状,《意见》提出优先支持普惠性婴幼儿照护服务

机构,而在此之前,国家发改委已在全国范围内开展城企联动增加普惠性托育服务有效供给试点工作。普惠性托育服务是托育公共服务的重要形式,而社区托育点是普惠性托育服务的重要载体。《意见》强调,在社区方面,要加大对社区婴幼儿照护服务的支持力度。鼓励通过市场化方式,采取公办民营、民办公助等多种方式,在就业人群密集的产业聚集区域和用人单位完善婴幼儿照护服务设施。从国际层面看,国际上通行的做法是:在社区建立公立或政府支持的综合性养育服务机构。

从国内层面看,0-3岁托育公共服务正处于起步探索阶段,南京、上海、四川、湖北、广东等地区陆续发布托育政策,区域差异很大,托育公共服务的载体形式多样:有的依托儿童福利院,如四川在全省依托12个市级儿童福利院试点,充分利用儿童福利机构丰富的婴幼儿养育经验、完备的基础设施、完善的管理制度提供托育公共服务;有的依托妇幼保健院开办社区儿童之家,如湖北咸宁;还有的依托现有幼儿园资源,开设托育机构,为婴幼儿提供照护服务,如安徽合肥、淮北等城市。越来越多的城市优先选择依托社区探索建立托幼一体化专业服务机构,承载托育公共服务,提供日间照护及教育、儿童临时看护、指导家长进行亲子教育等全方位服务。托幼服务中心设在社区,既方便家庭、易辐射到家庭,有利于社区资源的整合和不同背景的家庭更好地融入社区,也有利于幼儿的健康与安全以及儿童保育与早期教育的衔接。如南京市推出《南京市0-3岁婴幼儿早期发展工作提升行动计划(2017-2020年)》,探索推广“1+1+N”普惠型、社区化服务,即:1个区级指导中心、1个街道指导站(社区中心站)和若干个社区

亲子室组团,实现集团化、优质化运作。起步较早的香港和台湾分别探索实践了邻里支援幼儿照顾计划与社区公共托育家园服务,亦有着丰富的经验。上海作为内地较早探索试点的城市之一,在探索 0-3 岁婴幼儿普惠性托育服务方面也积累了一些经验,其依托普惠性托育点提供普惠性托育服务的做法值得总结、推广和借鉴。

二、上海市普惠性托育点托育服务中存在的主要问题

(一) 供需不匹配

这主要体现为:托育需求规模与招生规模、托育内容需求与供给方面。

1. 托育招生数量供需不匹配

目前社会现存的托育点所能满足的婴幼儿人数在 2 万名,而这个数量是目前整个社会需求的十分之一。普惠性托育点实项目的出台旨在一定程度上缓解这个供需矛盾突出的问题。但由于普惠性托育点普遍招生规模较小,一部分托育点存在“幼儿等待排队”入园的情况,同时,部分托育点由于整改、延后运营时间,存在一个班都未招满的情况。而招生规模的大小主要是受制于托育点的运营性质及软硬件条件,如场地选择面临重重困难,符合条件的场地十分有限。由于普惠性托育点少、招生规模小,无法辐射到更多有需求的家庭,因而带来供需不匹配。

2. 托育内容供需不匹配

在托育内容上,政府与家长之间有着明显的供需落差。如前所述,普惠性托育点的托育内容主要以生活照料为主,这与政府对他们的要求基本是一致的,教委关于普惠性托育点的六本书,其实是以游戏为主,然后大部分还

都是生活习惯方面。但是家长对于托育内容的期待却不仅限于日常生活照料,而是对托育服务内容有着更高的期待。这实际上反映了两者对普惠性托育点的定位存在分歧,有可能会影响普惠性托育机构未来发展。

(二) 可持续运营问题

1. 资金不足引发的可持续运营问题

政府对普惠性托育点建设的高标准、严要求意味着其前期建设资金投入非常大,通常前期资金投入的主体是街道。政府自前期投入资金之后,后续再没有拨付相关的专项资金,而且对普惠性托育点的收费做了严格限制,即不能超过 3000 元/月/人。现有的多数托育点在现行收费标准下基本上是在勉强或亏本运营,难以提供更高的人员薪酬以及除了照料和养育之外的额外的个性化托育服务。这对普惠性托育机构的可持续发展带来了压力。

2. 人才队伍不稳定引发的可持续运营问题

托育行业整体薪资水平偏低,其中又以普惠性托育点最为突出。普惠性托育点的保育人员尚不属于严格的教育系统人员,因而没有教师编制,工资得不到政府的财政支持。受制于收费要求,普惠性托育点从业人员的薪资水平普遍低于那些没有严格收费上线的非普惠性托育点,特别是营利性托育机构。这在一定程度上会削弱普惠性托育点从业人员的工作积极性。此外,对于整体保育人员群体来说,缺乏职业晋升通道,不能够参与职称评定,职业发展前景缺乏预期等。这些都会导致普惠性托育点的从业人员离职率、流动率提高,从而造成普惠性托育点托育服务人员队伍不稳定,制约托育点后续的可持续发展。

(三) “无证运营”问题

按照“1+2”文件的规定,符合运营要求

的托育机构可以获得上海市社区托育服务管理机构发放的《依法开展托育服务告知书》，这是托育机构达到运营要求的标志。但在现实中，部分托育机构未获得告知书便已招生运营，实际上是在“无证运营”、“违规运营”。一方面，这是由于政策调整造成的，即上海市 2017 年和 2018 年对此做出了不同的政策要求。一些普惠性托育点以边运营边整改的方式落实最新政策要求、回应社会需求，相关主管部门对此也采取了默许的态度。另一方面，托育点的“无证运营”也是基于自身成本收益的考虑。由于新的标准刚刚出台，而托育点前期投入很大，后期需要支出维护成本，不运营就意味着要亏损。因此，在监管不是特别严苛的情况下，部分运营方选择“无证运营”，边试运行、边等待办证。“无证经营”的存在会导致家长对托育点资质的担忧，也会对政府是否实施有效监督提出质疑。而且，一旦真的有情况发生，普惠性托育点的整体声誉将会受到影响。

三、启示与思考

上海依托普惠性托育点提供托育公共服务的做法值得总结、借鉴和推广：首先，普惠性托育点以社区为依托，但其载体可以灵活设置，其参与主体可以多元化，参与的形式可以多样化；其次，政府在普惠性托育服务中主要是发挥引导作用；再次，普惠性托育服务强调公平，注重一般人群和重点人群相结合，既面向大众，同时向重点人群倾斜。但普惠性托育点存在的问题也引发了对完善托育公共服务的一些思考：

地方政府在定位普惠性托育点时，应进行总体设计，既要考虑到本市或本地区出生人口的增长情况及增长趋势，也要考虑到社区居

民的现实需求，在构建多层次的托育服务体系中找准普惠性托育点的定位：家庭照护为主，托育补充；根据不同需求，构建不同层次的托育服务体系；充分调动社会力量的积极性，开展多形式的托育服务（社区公办民营、民办公助等、营利托育服务机构及非营利托育服务机构、单位举办托育、幼儿园办托班等）；根据对象年龄，引导普惠性托育服务错位发展（如幼儿园延伸托育服务，主要面对 2-3 周岁的幼儿；社区托育点主要针对 1-2 岁的幼儿）。具体为：

（一）准确定位普惠性托育点，界定政府职责

按照《国务院办公厅关于促进 3 岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》，婴幼儿照料服务秉持家庭为主、托育为辅的原则，家庭对婴幼儿照护负有主体责任，发展婴幼儿照护服务的重点是为家庭提供科学养育指导，并对确有照护困难的家庭或婴幼儿提供必要的服务。普惠性托育服务面对的对象优先为有照护困难的家庭，其次是有照护需求的家庭。照护困难的家庭通常是指家中无人照看婴幼儿，家庭又没有能力去社会上请专门的保姆来照看的家庭。这些家庭对普惠性托育点的托育内容并不太在意；有照护需求的家庭大多属于中低收入家庭，但对托育点的需求却是有差异的：有的家庭家中有老人照看婴幼儿，但年轻的父母希望孩子可以在普惠性托育机构中获得更好的照看和教育，因而对托育机构的托育内容有更高的期望；有的家庭照顾婴幼儿的人员是不稳定的，因而寄希望于普惠性托育点，离家近、便利，又比较安全稳定，至于托育内容则不太关注。对于这种差异化的需求，政府很难完全满足，尤其是在婴幼儿照护资源还比较紧

缺的情况下。因此,政府应准确定位普惠性托育点,界定政府职责:

首先,在政府与家庭的关系方面,开办普惠性托育点提供普惠性托育服务的重点之一是对确有照护困难的家庭或婴幼儿以及有照护需求的家庭提供必要的服务,因此,普惠性托育点具有社会福利的性质,要向弱势家庭倾斜,设置相关的费用减免机制以及收托排序机制。重点之二是为区域内家庭提供科学养育指导,因此,政府应加强同普惠性托育点的沟通交流、引导培训,通过政府购买服务的形式,甚至是以奖代补的形式,提高普惠性托育点的积极性,促使其完成上门指导家庭隔代育儿的任务。

其次,在市场与政府的关系方面,充分发挥市场在资源配置中的决定性作用:梳理社会力量进入的堵点和难点,采取多种方式鼓励和支持社会力量举办婴幼儿照护服务机构;实行托育收费政府指导价,具体价格则依照市场来定;实行托育服务内容由政府设置底线,但不设上线,由托育机构根据市场需求来增加托育内容,等等。

政府作用主要体现为:总体规划、政策引导、制定规则、加强监管、人才培养等方面。如针对普惠性托育点后续资金不足,其一是适当放开收费标准,把社区家庭收入水平纳入托育点收费标准的指标体系,探索更科学的收费体系;其二是鼓励国有银行向其贷款或采用 PPP 模式;其三是引导公益机构,如社区基金会、宋庆龄基金会等,多渠道、多形式参与婴幼儿照护服务;其四是政府安排专项工作经费,明确奖补标准和奖补办法,在资金投入上给予大力支持和保障。针对托育人才不足及不稳定,其一是将托育人才纳入积分制体系,提

升该职业的吸引力,其二是通过高校、开放大学以及社区学校等阵地,通过理论学习、实践观摩、讨论交流等形式,加强托育人才培养,提高早教指导教师的指导水平和工作质量。由此,在普惠性托育服务方面,将政府的政策引导作用与市场调节和配置资源的作用有机结合起来。

最后,在普惠性托育服务要求上,坚持普惠性托育点首要的是确保婴幼儿的安全和健康,其次是遵循婴幼儿成长特点和规律,促进婴幼儿在身体发育、动作、语言、认知、情感与社会性等方面的全面发展。为此,政府需要向有照护需求的家庭做好宣传引导,不要让后者形成过高的期望。同时,随着社会上托育资源的丰富,及时调整和丰富普惠性托育点的托育内容标准和要求,回应大众需求。

(二) 建立有效的管理服务机制

由于托育服务行政管理牵涉到卫生健康、教育、妇联、民政、工商等多部门的利益和权限,需要建构托育服务行政管理职责体系,建立有效的管理服务机制。全国试点城市在探索实践的过程中涌现出了不同的做法,如南京在 2012 年发布的《关于推进南京市 0-3 岁婴幼儿早期发展工作的意见》中,明确原来的人口计生部门是 0-3 岁婴幼儿托育机构的业务主管单位;上海则经历了两段:2017 年由妇联作为牵头管理部门,介入较多,包括托育点的资质审查。2018 年印发的《关于促进和加强本市 3 岁以下幼儿托育服务工作的指导意见》,则明确托育服务工作由市区两级政府分级管理,对托育机构实施市、区、街镇三级联动,教育部门牵头、相关部门分工合作的综合监管机制。由于牵头部门的调整转换,间接造成了一些托育点一定程度上的经济、人力成本

损失,也延长了社区居民的期盼,从而影响了政府的公信力。目前,国家卫生健康委员会是托育服务的牵头部门,而上海作为首个制定托育政策的试点城市,后续可能需要跟国家对接、保持一致,这为全国其他城市探索托育管理服务体制提供了经验借鉴。

由于牵头部门调整转换带来的问题其实也是对政府部门的合力管理监督提出了质疑:普惠性托育点从设立、审核到运营,涉及到多个政府部门,这些部门既要各司其职,又要做到信息共享、工作流程整合、合力监管。因此,为了减少牵头部门变化、政策变动而对托育点和相关家庭可能带来的不利影响,保证政策的连贯性,政府应该建立“1+X”的托育管理服务机制,具体包括:定期协商机制(包括成立横向的相关部门之间的联席会议制度或相关部门人员组成的协调小组,以及纵向的市-区-街镇的三级联动机制)、信息共享机制(包括建立托育信息管理服务平台和事中事后监管信息平台)、定期督查机制(包括实行“看+走访+电话”相结合的日常监管督查机制,即定时定点查看托育点监控;定期随机走访托育点,现场发现问题和帮助解决问题;电话收集家长反馈)等,形成政府统筹领导、牵头部门统筹协调、各方分工合作的有效联动格局,提高普惠性托育服务的质量。

(三) 强化政府监管

普惠性托育机构已经享受了政府在用地、房租、税收上的优惠等,在运作的过程中就需要严格地遵守政策文件,即规范化运作。但如前所述,在普惠性托育机构的运作过程中,存在因前期准入监管不严而无证经营的情况,影响了政府形象。

无论是营利机构办托育还是非营利机构

办托育,政府的监管应该是一视同仁,不能因为是政府前期投入而放松资质和门槛审核。后续政府需要强化监管、创新监管方式、提高监管水平,具体包括:其一,做到全过程监管,不仅要监督托育政策的落实情况,还要监管托育服务从启动到运行的全过程,落实到每一个环节;其二,创新监管方式,不仅要运用行政手段,还要引入社会力量以及市场竞争机制,通过家访等方式把家长、行业协会等纳入监督主体,促进行业内良性竞争;其三,提升监管水平,通过构建视频监管平台和日常监管平台,采用智能化手段,确保监管全天候、全覆盖、无死角;其四,通过定期以及不定期考核及奖惩机制,强化监督效果。把考核结果作为奖惩的评估标准之一,并及时反馈给托育机构。对于考核结果优秀的托育机构,不仅要给予精神奖励,同时考虑专项资金的适当倾斜,用于进一步完善托育服务;对于考核结果不理想、出现问题的托育机构,要责令整改,督促解决问题,多次警告的,责令退出普惠性托育服务市场。

典型福利类型下 0-3 岁婴幼儿托育服务的国际比较与借鉴

杨雪燕(西安交通大学公共政策与管理学院教授)
高琛卓,井文(西安交通大学公共政策与管理学院
博士研究生)

“全面二孩”政策自 2016 年实施以来面临着巨大的挑战,具体表现为人们的二孩生育意愿持续低迷。公共服务体系的不完善成为人们放弃生育二孩的主因,其中,0-3 岁婴幼儿托育服务的可及性成为影响人们是否生育二

孩的关键。目前我国的托育服务供求关系呈现失衡状态,全面二孩政策的实施,进一步加剧了托育服务供不应求的矛盾。西方发达国家经过长期探索与实践,已形成各具特色的 0-3 岁婴幼儿托育服务模式。本研究基于安德森对于西方发达国家的社会福利制度划分,以新公共服务七要素理论分析框架为指导,对典型福利类型国家的 0-3 岁婴幼儿托育服务模式进行总结与对比,预期为我国的 0-3 岁婴幼儿托育服务体系构建提供借鉴和启示。

一、国际托育服务经验介绍

北欧国家(丹麦、瑞典、挪威等)倡导将家庭抚养成本社会化,政府提供普惠的公共托育服务,强调社会性别平等,鼓励父亲承担抚育儿童的责任,也鼓励母亲参加工作;面向低龄婴幼儿提供一体化的托管与早教项目是其一大特色,托育服务主要以公立幼儿园的方式进行供给,政府以较高财政投入确保托育行业较高的薪酬水平与良好的工作环境;在标准化的托育课程体系指导下,训练有素的从业者提供高质量的托育服务;中央政府是最主要的托育政策制定者,日托与早教由统一部门进行管理;政策给予父亲较长的带薪陪产假或者带薪育儿假,财政补贴对家庭给予更多支持。在日渐完善的公共托育服务体系与相关配套政策的实施下,北欧国家的总和生育率虽有波动,但 20 世纪末以来基本保持在低生育率临界点(1.5)之上,0-3 岁婴幼儿入托率与平均每周托育时长均高于经济合作与发展组织(OECD)国家平均水平,育有 0-3 岁婴幼儿的妇女就业率也保持在较高水平。

欧陆国家(德国、意大利、奥地利等)重视保护传统的家庭关系,抚育儿童被视作母亲

的职责,当家庭无力承担儿童照料的责任时,政府才需要发挥补缺的功能,公共托育与市场托育发展不充分,众多幼儿较难获得托育机会;不同年龄段的婴幼儿接受的托育服务项目侧重不同,0-2 岁婴幼儿主要接受日托服务,3 岁及以上幼儿才开始接受早教服务,公立与私立性质的托育服务机构在市场上并存;托育服务规范主要由地方政府自主制定,由于经费投入有限,各地师资建设进展缓慢;地区/州政府普遍在托育服务供给中承担重要职责;政策给予母亲较长时间、较高工资替代率的带薪产假或者带薪育儿假,公共财政对家庭的补贴力度较大。由于公共托育服务体系尚不完善,加之家庭政策侧重于增强母亲抚育幼儿的能力,欧陆国家的总和生育率长期以来低于低生育率临界点(1.5),0-3 岁婴幼儿入托率低于 OECD 国家平均水平,育有 0-3 岁婴幼儿的妇女就业率相对较低。

英美国家注重推行市场化的 0-3 岁婴幼儿托育服务,仅为困境儿童及其家庭提供必要的救助;面向婴幼儿提供一体化的托管与早教项目,其构建有庞大的市场化托育服务体系,育龄家庭可依据自身需求获得个性化的托育服务;不同地区在托育从业规范与课程规范方面严格程度不同;在中央与地方分担托育服务政策责任、托管与早教管理机构设置方面存在较多差异;普遍实行时间较短、工资替代率较低的父母带薪休假政策,但是英国通过较为慷慨的财政政策来提升家庭的福利水平。受惠于多元化的市场托育服务体系以及开放包容的移民文化,英美国家拥有较高的总和生育率及育有 0-3 岁婴幼儿的妇女就业率,但是 0-3 岁婴幼儿入托率并不高。

二、国际托育服务经验对比分析

新公共服务理论在价值层面强调公共利益、公民精神与民主治理, 在实践层面主张政府扮演负责任的参与者与推动者的角色, 认为政府不但应该提供回应公民需求的公共服务, 同时也应该创新公共服务供给方式, 构建有效的规范与机制, 鼓励并支持多元社会主体加强合作, 使其参与到公共服务供给过程中来, 最终提升公共服务质量。以新公共服务理论为指导, 本文提出了新公共服务七要素理论分析框架, 包括理念、项目、方式、规范、机制、政策和效果, 将从这七个方面对典型福利类型国家的托育服务模式进行对比分析。

(一) 托育服务理念

西方发达国家的托育服务理念深受各国社会福利类型的影响: 北欧国家的托育服务理念是社会民主主义福利类型的具体反映, 从国家责任角度看, 其奉行“普惠-发展”的价值取向, 从家庭责任角度看, 其奉行“再家庭化”与“去家庭化”并举的价值取向; 欧陆国家的托育服务理念是保守社团主义福利类型的具体反映, 从国家责任角度看, 其奉行“补缺-生存”的价值取向, 从家庭责任角度看, 其奉行“再家庭化”的价值取向; 英美国家的托育服务理念是自由主义福利类型的具体反映, 从国家责任角度看, 其奉行“补缺-生存”的价值取向, 从家庭责任角度看, 其奉行“去家庭化”的价值取向。托育服务理念的不同反映出各国在儿童照料问题上对政府、市场与家庭责任的认知存在差异, 但“政府应在托育服务供给中承担责任”是这些国家的普遍共识。

(二) 托育服务项目

典型福利类型国家在托育服务项目供给

思路分为两大类, 一类强调“托管”与“早教”分年龄段有所侧重, 另一类强调不分年龄段实现“托管”与“早教”一体化。这反映了各国对于婴幼儿“养”与“教”重要性的认识差异: 一方面, 依据马斯洛需要层次理论, 对于 0-3 岁婴幼儿而言, 其生理需要与安全需要应该首先被满足, 随着年龄的增长, 其社交情感需要、尊重需要与自我实现需要的重要性也逐渐增强, 因而可以针对不同年龄段婴幼儿提供侧重点不同的托育服务项目; 另一方面, 0-3 岁婴幼儿阶段是人大脑发育、语言习得、智力发展、习惯养成的关键期, 是今后智力、情感、运动、社会交往等各方面能力发展的基础, 因而为 3 岁以前婴幼儿提供托育一体化的服务项目也具有科学性。具体选择何种服务项目供给思路, 各国需要充分考虑婴幼儿家庭的实际需求, 不能“一刀切”只追求形式主义。

(三) 托育服务方式

典型福利类型国家提供较为丰富的托育服务方式可供婴幼儿家庭选择。作为一种准公共产品, 托育服务的供给具有复杂性, 纯粹的政府或市场供给都无法达到帕累托最优, 因而需要抛开以往单一的政府供给模式, 采取多中心的供给方式, 使市场、社区、家庭都参与到服务供给的行列中, 多元主体优势互补, 才能充分提升托育服务的供给效率。在不同的托育服务理念指导下, 各国可以自由选择由哪一方成为托育服务的主要供给力量。

(四) 托育服务规范

典型福利类型国家的托育服务发展经验表明, 明确化、系统化的托育服务规范有助于净化托育服务市场环境, 有助于具备资质的主体更好地参与托育服务供给。研究显示, 托育服务质量与托育服务规范之间存在高度相关

性,严格的托育服务规范有利于提高托育服务的结构质量与过程质量。而婴幼儿托育服务规范中最重要的是有关师资与课程的规范,高素质的托育从业者与科学的婴幼儿智能开发课程体系,对于婴幼儿的社交能力与认知学习发展具有提升作用。

(五) 托育服务机制

明确各层级政府的托育服务责任,实现托育服务整合管理,是典型福利类型国家托育服务机制发展的趋势。托育服务责任的合理分工取决于中央与地方政府间良性互动,中央政府在标准制定与课程设置上承担绝对责任,在财政支持与监督管理方面中央与地方政府责任共担。由统一部门负责对“日托”与“早教”服务的监督与管理,有助于贯彻“托育一体化”的发展思路,避免多头管理出现的责任推诿现象。

(六) 托育配套政策

托育配套政策反映了典型福利类型国家在家庭责任方面的价值取向,在其带薪休假政策中,育儿假制度是对产假制度的一大创新发展,该假期专门为父母抚育婴幼儿而设立,对于提高婴幼儿福祉、减轻母亲工作家庭冲突、鼓励父亲参与儿童照料有着非常积极的意义。此外,三种典型福利类型国家在儿童津贴、育儿假津贴与托育支持方面均有较大力度的财政支持,虽然家庭支持政策与生育率回升之间的关系尚存争议,但是多数研究指出,父母带薪休假政策与育儿补贴政策对提升生育率水平具有积极影响。

(七) 服务效果

不同托育服务模式取得的政策效果存在较大差异。社会民主主义福利类型国家的政策收效最为明显,这得益于其施行的普惠性质的

托育服务模式、性别平等意识强烈的家庭支持政策;保守社团主义福利类型国家重视保护传统的家庭关系,政府只在家庭有困难时,才发挥“兜底”作用,托育服务供给较为有限,因而政策收效不明显;自由主义福利类型国家强调运用市场力量分担家庭的幼儿抚育负担,政府只扮演“补缺者”的角色,因而托育服务依赖市场供给,普惠性质的公共托育服务供给不足,使得政策效果不及北欧国家明显。

三、国际托育服务经验的政策启示

通过对典型福利类型国家的婴幼儿托育服务模式进行梳理与分析,提出以下几点建议,以期对中国的婴幼儿托育服务体系建设有所启示:

一是树立先“兜底补缺”再“适度普惠”的托育服务理念。政府应率先承担起托育服务供给的“兜底补缺”责任,加快公办性质托育服务机构的建设,率先满足急需婴幼儿照料的家庭对托育服务的需求,以较高的服务质量重拾育龄家庭对于托育服务的信心,向市场发挥引领示范作用。随着经济社会进一步发展,中国的托育服务理念可以向“适度普惠”转变,政府通过加大财政投入,鼓励市场、社区与社会组织形成合力,打造高质量、高可及性的托育服务供给网,将全体婴幼儿家庭覆盖在其中。

二是补齐婴幼儿托育服务项目短板。中国可以借鉴发达国家经验,依据婴幼儿年龄提供侧重点不同的托育服务项目。对于0-2岁的婴幼儿,托育服务的侧重点应放在托管服务上,由具有专业资质的育婴师、育婴员提供日常照料与卫生保健服务,辅以科学的身体机能开发训练。对于2-3岁的婴幼儿,托育服务的侧重点可以逐步由托管向早教转移,贯彻

“保教融合”的托育服务思路,由专业的早教老师重点对幼儿的运动、语言、交往能力进行开发训练。

三是鼓励多元主体参与婴幼儿托育服务。在托育服务供给中,政府应扮演好引导者与参与者的角色,可以通过购买公共服务的方式,提供充分的资金支持、场地配套、行政协作以及质量监管,引入专业的社会组织、民营企业来提供公办民营、民办公助等性质的托育服务;可以鼓励有条件的公办、民办幼儿园开设托班,接收低龄幼儿入园,充分利用幼儿园的人、财、物力资源;也可以通过财政补贴、税收优惠,激励有条件的企事业单位开办托管点;此外,还应鼓励有资质的社会组织、民营企业独立提供托育服务,在监管方面应将其与公办性质托育机构一视同仁。

四是加快婴幼儿托育服务规范出台。未来中国可以借鉴发达国家经验,对从业人员教育背景、技能要求、工作经验等方面做出明确规定,为有意愿从事托育服务行业的人员提供专业培训;对托育服务的行业类别、行业代码进行明确规定,对不同主体开办的托育服务机构进行科学分类,尽快出台行业准入规范,明确托育服务工作流程规范,让有意愿开办托育服务机构的主体有章可循;研究制定中国 0-3 岁婴幼儿保育教育课程规范,科学开展婴幼儿早期保育与教育工作。

五是确立婴幼儿托育服务统筹管理机制。由于托育服务是一项综合性的工作,涉及的管理部门众多,因而需要多部门协作。中国需要探索适合自己的托育服务机制,可以由全国妇联或者国务院妇儿工委牵头,教育部、国家卫生健康委、民政部等职能部门共同参与,建立起联席会议机制,尽快明确中央与地方在财政

支持、标准制定、课程设置与监督管理方面的责任分担。

六是实现婴幼儿托育配套政策落地。现阶段,中国婴幼儿照料依然需要采用家庭为主、社会补充的模式,因而增强家庭的照料能力应该是中国人口与发展政策的重要目标之一。未来中国应在国家层面明确产假奖励假期期间的生育津贴支付办法,各省市应考虑对托育服务机构予以财政补贴、税收优惠支持,使更多婴幼儿家庭能够享受到公共托育服务。

参考文献(略)

法国公共托育服务发展经验及其启示

陈偲(中共中央党校/国家行政学院)

公共托育服务是儿童早期照顾政策中的重要组成部分,在减轻家庭压力、增强生育意愿、提高女性劳动参与率、促进性别平等以及提升人力资本、促进社会公平等方面具有积极作用。当前,针对 3 岁以下儿童的公共托育服务问题越来越受到世界各国的广泛关注,许多发达国家已逐步采取多样化的政策措施,不断推进 3 岁以下儿童公共托育服务的发展。法国拥有较为完善的家庭政策体系,并在公共托育服务的发展方面取得了一定成效,根据 2017 年 6 月 OECD《强势开端 2017:早期教育发展关键指标》的数据显示,2014 年 OECD 国家所有儿童基本享受至少一年的早期教育和机构照看机会,0~3 岁儿童在正式托幼机构的照看比例为 34%,法国 3 岁以下儿童接受托育服务的比例为 52%,处于国际较为领先的水平。

在我国,儿童早期照顾和公共托育服务

的发展逐步得到重视,党的十九大报告首次增加了“幼有所育”,同年 12 月的中央经济工作会议明确指出“解决好婴幼儿照护和儿童早期教育服务问题”,2019 年国务院办公厅出台了《关于促进 3 岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》。近年来,从指导思想的提出到具体的行动方案,我国儿童早期照顾政策体系建设不断向前推进,并对公共托育服务的发展给予重视。在实践中,我国公共托育服务的发展仍然不够充分,在服务供给数量、质量等方面还存在诸多难题。本文将对法国 3 岁以下儿童的公共托育服务发展状况进行梳理分析,以期对我国托育服务的发展提供参考和借鉴。

一、法国托育服务发展经验

(一) 家庭政策是重要支撑

法国具有重视家庭政策的传统,自 20 世纪 30 年代开始,法国基本确定了真正意义上的家庭政策。法国政府关于家庭的定位为:“家庭在表面看来属于一个私领域的范畴。然而,家庭同时也是一个公共领域的概念,因为家庭状况的演变将对社会产生多重影响。”关于儿童早期照顾责任在家庭与国家之间的分配,法国政府认为帮助父母平衡工作与家庭生活是其重要目标。同时,按照和建花等学者选取的法国家庭政策定义,“家庭政策通过为父母提供既适合其收入来源又适宜于儿童发展的儿童照看机构以及支持父母在工作和看管孩子之间做出自己的选择,以推动就业中男女两性间的平等,并使家庭生活和职业生活的冲突得到一定程度的调和。”公共托育服务的发展是法国家庭政策的重要内容,政府在其中承担着重要责任,通过健全儿童照看机制等方式缓解父母在家庭事务和劳动参与中的矛盾,促进父

母尤其是母亲的劳动参与率,推动性别平等。

法国家庭政策的运转依赖于其独特的组织机制。首先,在政府机构设置方面,法国家庭政策的制定和执行由专门的机构——法国社会团结和卫生部负责,统筹协调各项工作。同时,法国设立国家家庭补助局,主要负责家庭补贴、集体机构财政补贴等服务的提供,进一步提升财政转移的效率。为更好地发挥整合效应,法国还成立了跨部门家庭问题委员会和跨部门代表团,协调不同机构在家庭政策领域的行动,参与全国统一的家庭政策的制定和执行,促进各种类型儿童托育服务的发展。其次,国家家庭问题讨论会是推动家庭政策和公共托育服务发展的重要平台。自 1981 年起,法国开始建立定期召开国家家庭问题讨论会的制度,并且,这一制度在 1994 年以法律形式得以确立,要求政府每年组织一次全国家庭问题会议,为相关政府部门、各类经济社会组织提供商议和出台家庭公共政策的平台,其中大部分政策都与协调家庭事务与职业发展的矛盾、发展公共托育服务等内容相关。例如,先后提出强化儿童早期照看的整体部署、尝试新的照看方式,以法律形式规定建立儿童早期照看事业专项基金,发展父母和儿童共同参与的儿童照看机构,扩充公共托育机构、增加托育机构供给等。第三,鼓励社会组织参与。家庭社团协会全国联合会(UNAF)是有关家庭政策参与的规模最大的社会组织,包括 100 个省级的联合会和 66 个不同类型的活动团体或群众组织,约有 2.5 万个家庭代表出席国家和地方的各级家庭会议。在政府的鼓励下,联合会不仅发挥着表达家庭利益的作用,还提供大量的服务和资金支持,比如监控家庭保障措施、家庭津贴的实施等。

(二) 加强对公共托育服务的财政支持

近年来,法国政府对于公共托育服务的财政支持力度不断增加,有效地增强家庭在托育服务中的可负担性。政府对多种类型的托育服务方式进行财政资助,每年的资金投入大约为 0.5 亿欧元,选择日托中心(包括托儿所、微小托儿所、街区临时照看处、多重照看机构等)、家庭托管(母职助理)、家庭日托中心、非全日制的日间护理机构、家长—儿童中心等多种类型托育机构的家庭均可获得财政补贴,资金主要来源于国家和地方政府部门、国家家庭补助基金等。另外,法国在资金投入上强调成本的合理分担,政府财政支持为家庭享受托育服务提供基础,同时,家庭也需承担部分费用,在一定程度上可以减轻政府负担,有助于公共托育服务体系的可持续发展。除上述付费托育方式外,约有 11% 的 3 岁以下儿童在免费的幼儿园被照看,主要源于法国的幼儿园已普及 3 岁以上儿童免费学前教育,部分幼儿园将接受儿童的年龄延伸到 2 岁以上。

(三) 扩大公共托育服务供给

为扩大托育服务供给、增强家庭的托育服务可获取性,法国政府建立公共照看幼儿机构发展专项基金,并于 2004 年开始执行“托儿所计划”,增设托育服务名额。并且,政府通过免税优惠等方式,积极鼓励企业兴办托育机构,比如,7 岁以下儿童的托育费用均可以从应缴税基数中扣除,企业托育机构的成本可以进行税前抵扣。一方面,企业托儿所可以使员工托育需求得到更好的满足,另一方面,部分企业托儿所也向当地社区开放,为更多家庭提供获取托育服务的机会。尽管法国的托育服务发展取得一定成效,但由于儿童照看责任主体的争论等多种因素,2010 年代初期,家庭

使用公共托育服务的比例跌入低谷。在此背景下,法国政府于 2013 年提出将 0—3 岁幼儿入园率恢复到 30% 的目标,并在 2015 年以后的 3 年内增加 27.5 万个公共托育服务名额,分布在托儿所、母职助理、幼儿园中。

(四) 重视保教一体化发展,提升托育服务师资质量

自 20 世纪 80 年代以来,“保教一体化”、促进“幼儿园”与“托儿所”的功能融合成为世界各国托幼服务发展的方向。2000 年起,法国积极推动儿童保育与早期教育的融合,提出 3 岁前儿童的托育服务更倾向于提供看护性内容,先后在政府法令中要求制定幼儿护理服务的教育计划,更加注重护理服务的包容性,提倡提高幼儿看护服务法规、引进新类型看护服务的灵活性等。对保教一体化发展的重视,不仅有利于推动儿童保育与早期教育资源的整合,而且使托育服务的发展更符合儿童成长规律,提升托育服务的整体质量。

同时,法国注重托育服务师资队伍的建设,拥有较为完善的幼儿早期教育与看护专业人员教育体系,例如,婴幼儿教师至少需接受 5 年大学层次的专业教育,儿童托管者必须在入职前或在职期间接受 120 小时的培训,儿科护士在中学毕业后接受 4 年的职前培训等。完善的师资人员教育体系有效地提升了人力资源的质量,有助于提供更优质的托育服务。

二、对我国的启示

通过总结分析法国在公共托育服务中的经验和做法,对我国托育服务的发展具有启示作用。

(一) 家庭政策是托育服务发展的有效支撑
首先,应进一步明确公共托育服务政策

的发展方向。2019 年,我国出台了多项托育服务发展有关政策,均对儿童早期照顾中的托育服务问题进行重点阐述。尽管如此,在公共托育服务领域,无论在政策支持还是政策实施所依赖的组织机制方面,还存在着许多不足。目前,我国的托育服务还处于努力实现兜底服务的阶段,属于非基本公共服务,下一步,应进一步强调托育服务的公共性,继续加强国家的政策支持与资源投入,优先发展普惠型公共托育服务,使不同家庭背景的儿童能有同等机会获取托育服务的机会。其次,以家庭政策为基础,加强儿童早期照顾支持框架中服务支持、时间支持、物质支持等方面的协同发展。在发展公共托育服务的同时,需重视家庭功能的发挥,加强对家庭的时间支持与物质支持,如进一步研究生育假和配偶陪产假制度、完善就业保障制度、家庭育儿个税抵扣等。再次,在家庭政策中,需进一步重视政府的主导作用,加强对托育服务发展的整体规范和统筹管理,确定责任主体和责任清单。促进多元主体参与,进一步放权,降低市场力量与社会组织进入这一服务领域的门槛,同时也需更加注重事中事后监管。

(二) 加强政府对公共托育服务的财政支持,建立合理分担成本的机制

目前,我国托育服务以市场化发展为主,存在着价格较高、供给数量不足等问题,部分家庭由于经济因素难以获取合适的托育服务。未来可进一步增加政府财政投入,通过家庭津贴、税收减免、财政补贴、提供公租房等多种形式分担托育服务机构的儿童照顾成本,减轻家庭在获取托育服务中的经济压力。与此同时,我国经济社会发展水平还较为有限,为避免给政府带来过重负担,绕过“福利陷阱”,应建立政府、家庭、市场、社会合理分担托育

服务成本的机制。

(三) 发展多样化、多层次的服务,探索本土化的公共托育服务发展

法国拥有多种类型的托育服务机构,相比之下,我国托育机构的数量和类型都较为有限。未来,需鼓励各类社会力量参与托育服务,发展各类营利性机构、非营利性机构,加大对社区托育服务机构的支持,支持用人单位、有条件的幼儿园提供全日制、半日制及灵活托管、入户指导等多种形式的服务,满足不同类型家庭的需求。其中,尤其应充分发挥社区共同体的优势,建设社区化服务网络,包括建立社区托育服务中心、儿童活动中心。德国社会学家滕尼斯认为社区内涵人文精神、地域空间、集体认同等要素。对于家庭而言,“熟人社会”中的托育服务机构具有人文社会环境、熟人资源等方面的优势,使儿童在熟悉的环境中接受照顾,这种服务方式与中国家庭的心理需求和生活习惯更为契合。同时,社区托育服务机构具有成本低、覆盖面广、服务方式灵活、便利性等特点,并可以依托社区已有的正式或非正式资源服务,满足不同家庭需求。另外,可进一步支持用人单位在工作场所为职工提供福利性托育服务。在计划经济时期和改革开放初期,以“单位制”为依托的婴幼儿照顾服务机构曾极大地扩充了服务供给。当下,用人单位可利用已有的用地资源提供与职工工作需要相适应的服务,如寒暑期托管、弹性工作时间托管服务等,为职工解除后顾之忧、提升工作积极性。同时,在有条件的情况下,还向附近居民开放单位托育服务资源,缓解社会需求压力。

(四) 推进保教一体化改革

目前,我国面向 0~3 岁儿童的托育服务和 3~6 岁儿童的学前教育服务仍处于分割状态。

其中,主要面向 3~6 岁儿童的学前教育体系已被纳入基本公共服务范围,而 0~3 岁儿童的托育服务体系仍处于建设和发展中。自 20 世纪 80 年代以来,“保教一体化”、促进“幼儿园”与“托儿所”的机构融合和教育与照顾的功能融合成为世界各国托幼服务发展的方向。有研究认为,整合的儿童照顾服务体系在儿童发展、服务供给质量和师资服务质量都显著优于二元的托幼服务体系。未来,应继续加强科学规划,促进保教一体化改革,形成完善的儿童照顾管理体制、办园体制和政策保障体制,实现儿童发展、服务供给质量的提升。

(五) 专业化托育服务人才队伍的建设

目前,我国面临着托育服务人力资源储备缺乏、专业化程度不高等问题。未来的发展中,应进一步重视人才队伍的建设,设立进入托育服务行业的专业素质门槛,加强职业教育和培训,制定托育服务师资队伍的管理规范和监管标准。一方面,需通过正规教育机构和渠道,鼓励高校开设和发展相关专业,培养专业化、知识化的婴幼儿照护服务人才队伍。另一方面,明确婴幼儿照护服务从业标准,确保婴幼儿照护服务人员的服务质量和服务水平,逐步严格规范婴幼儿照护服务职业资格,推行持职业资格证书上岗制度、综合考核聘用制度等。健全托育服务人才培养和激励制度,将服务人员的专业技能等与其薪酬待遇直接挂钩,保证从业人员劳动报酬的合理增长,并维持在社会平均工资水平上。

人口政策与托育服务资源配置： 进展、问题与建议

张本波(中国宏观经济研究院研究员)

魏义方(中国宏观经济研究院副研究员)

当前,我国托育服务体系正处于重建的起步阶段。党的十九大报告在保障和改善民生需要不断取得“新进展”的重点目标中新加入了“幼有所育”和“弱有所扶”,在原“五有”目标基础上拓展为“七有”目标。加快完善托育服务资源配置,将是今后一段时期我国落实“幼有所育”的主要任务。

一、完善托育服务体系是释放生育政策效果的关键因素

我国总和生育率在 2010 年前后降到 1.6 左右,已经进入低生育率国家行列,此后呈现进一步下降趋势。实施全面两孩政策以来,生育率的提升并不显著,促进生育水平回归到合理区间是我国面临的一项长期任务。托育服务缺失是当前影响我国家庭生育意愿的主要因素,同时也是进一步释放生育政策潜力的主要突破口。

(一) 托育服务是生育支持政策的重要内容

0~3 岁婴幼儿是托育服务的主要目标人群。国际上通常认为托育服务是对义务教育阶段之前的儿童提供的来自家庭以外的教育和照料服务。考虑到我国 3~6 岁儿童学前教育体系相对较为完善,而为 0~3 岁婴幼儿提供的服务严重滞后的基本情况,我们倾向于将托育服务的内涵进一步界定为“面向 0~3 岁婴幼儿及其家庭照料者所提供的,相对于家庭抚育而言的社会托幼服务,包括儿童照料和看护服务以及认知能力提升等早期教育服务”。

托育服务是对家庭婴幼儿抚育的重要补充。家庭抚育是古今中外最主要的婴幼儿抚育方式。上世纪 50 年代起,随着工业化、城市化快速推进,西方发达国家传统的家庭结构和功能发生了变化,婴幼儿家庭抚育出现了

社会化的趋势，社会托幼机构迅速发展起来。到 80 年代，家庭抚育责任重新得到重视，各国政府倾向于制定相关支持政策、发展托育服务，促进婴幼儿在家庭中获得更加全面的照顾。目前，越来越多的国家将儿童早期教育照料服务 (Early Childhood Education and Care, ECEC) 纳入社会政策重要内容，世界银行、联合国儿童基金会、经合组织等国际组织也积极倡导和推行有质量的托育服务。

高质量托育服务对提升生育水平具有显著作用。20 世纪末开始，大多数低生育率国家都采取了支持和鼓励生育的政策。研究表明，0~3 岁儿童托育服务对于满足家庭托育服务需求、提振育龄人群生育意愿、帮助父母回归就业、促进就业和家庭领域的性别平等，都具有积极的促进作用。因而，发展托育服务成

为低生育率国家普遍的政策选择，并取得了一定的成效。

(二) 家庭照料需求是当前制约生育意愿的首要因素

托育政策支持已成为影响我国家庭生育意愿的重要因素。在是否生育二孩的问题上，不同家庭和个人考虑的因素并不完全相对。为此，国家发展改革委社会发展所课题组在江苏、湖南和山东三地，共选择了 58 位育龄妇女为进行了访谈，请被访者列出三项优先考虑的因素。调查结果显示 (见图 1)，对于是否生育二孩，多数被访者首先考虑的是“谁来照顾”的问题，即家庭照料是被提及最多的因素，在 58 位被访者中被 49 人提及 (占比 84.5%)；其他因素依次母婴健康顾虑、家庭成员支持、子女教育

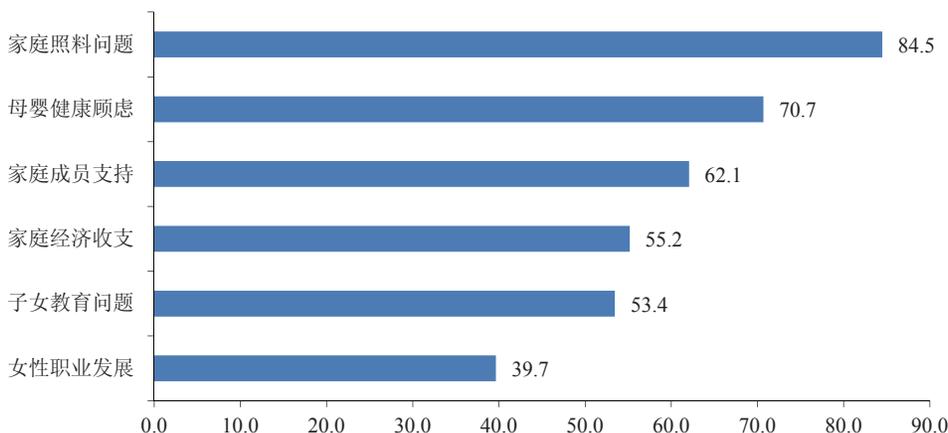


图1 生育二孩优先考虑的因素提及率 (%)

数据来源：国家发展改革委社会发展所课题组调研访谈。

问题、家庭经济负担、女性职业发展等。

调查结果也反应了不同群体在生育决策中的关注点和社会需求，而完善的托育服务政策支持可在很大程度上缓解这些生育顾虑：

第一位：“是否有时间养”的问题。独生子女家庭、大龄夫妇往往在时间和精力方面面临更大的压力。他们一方面要考虑到对新生儿

女的照料，另一方面也要同时兼顾对年老父母的照料，因而也对更为便捷的托幼、养老服务提出了更多的社会服务需求。

第二位：“能不能生”的问题。能不能生育、能否健康生育，是多数高龄孕产妇和生育困难夫妇不得不面对的问题。只有强化生育支持技术、提供更完善的孕产妇和婴儿健康服务，才

能推动更多家庭实现生育二孩的意愿。

第三位：“想不想生”的问题。生不生二孩，往往是家庭集体决策的结果，不仅要获得配偶的支持，还要征求一孩、父母等家庭成员的支持。这种支持不仅仅是态度上的赞成，有时候还需要得到家庭成员在后续子女照料等方面的时间甚至经济上的支持。完善的托幼服务、产假和护理假制度以及生育保险和补贴支持，能在很大程度上缓解她们的生育顾虑。

第四位：“是否能养好”的问题。一旦决定生育二孩，此后家庭的考虑则不仅是把孩子养大，而是要让孩子成才。因而在考虑子女教育问题时，更多家庭关注的是能否享有优质教育资源。

第五位：“是否养得起”。从调查结果来看，在生育决策中家庭收入水平并不是一个显著的影响因素。提及这一问题的主要是经济困难家庭，另外则是部分家庭对能否负担优质公共服务资源的担忧。

第六位：“是不是能兼顾”。生育对女性职业生涯的影响是客观存在的现实，特别是在企业任职的女性有更多的担忧，她们希望能得到更完善的就业保护和社会保险支持。

（三）托育服务缺失是公共服务供给的主要短板

从我国托育服务的发展历史来看，新中国成立初期，福利性托幼机构的逐步发展；20世纪90年代后期，随着经济体制的市场化改革，单位福利性托幼机构逐渐解体转向托育服务社会化，政府对托幼服务的投入基本终止，3岁以下公共托幼机构近乎绝迹；进入新世纪以来，托育服务重心转向早期教育而照料服务缺失。与之相对应的，生育对女性就业的负面影响则呈扩大趋势，受生育和家庭照料等因素的影响，不少女性中断就业或提前退出就业市

场，中国女性劳动参与率自20世纪90年代以来显著下降，不利于人力资本提升和经济持续稳定增长。

随着公共服务理念的转变，对托育服务的认知有所转变，人们更多的认识到儿童不仅是家庭的，也是国家的，托育服务是公共服务的重要内容而且也是当前最大的短板领域之一。从可行性来看，随着我国综合国力的持续提升，公共财政收入的稳定增长，当前国家有能力适当承担托育服务建设并实现“幼有所育”。2019年1月，国家发改委等18部门联合发布《加大力度推动社会领域公共服务补短板强弱项提质量 促进形成强大国内市场的行动方案》（以下简称《行动方案》），明确提出要“增加托育服务有效供给”，并将其列为补强非基本公共服务弱项、着力增强人民群众公共服务供给方面的11项行动任务中的第一位。

（四）托育服务是促进家庭与工作平衡的重要渠道

加强托育服务体系建设是促进家庭与工作平衡、提高家庭生育意愿的重要公共政策。随着家庭小型化、居住分散化，传统家庭抚育方式愈加力不从心。中国家庭发展追踪调查数据显示，当前我国家庭规模小型化已成为主流，家庭户代数以1代人为主，且随着人口迁移流动的日渐频繁，家庭成员呈分散化居住趋势。全面放开二孩政策下，传统的由女性承担婴幼儿主要照料责任的家庭抚育方式，对妇女兼顾育儿与就业带来巨大挑战和压力，而通过祖辈帮助照料的家庭支持援助方式，受家庭居住分散化、延迟退休、隔代抚育理念差异等诸多因素影响难以为继。

随着生育年龄推迟和预期寿命的延长，越来越多的家庭同时承担着抚幼和养老的双重责任。独生子女家庭、大龄夫妇在时间、精

力和支出等方面往往面临更大的压力,一方面需要照料新生子女,另一方面需要照料同步进入老年的父母,迫切需要来自家庭之外的社会政策支持。

二、托育服务资源配置失衡问题日益突出

当前,我国托育服务远远不能满足大量家庭的婴幼儿照料和教育需求,其中既有总量不足的问题,也面临供给结构失衡的挑战,还存在监管缺位的难题。

(一) 托育服务供给总量短缺,“入托无门”问题日渐突出

随着生育政策的调整,0~3岁幼儿托育服务需求逐渐增加,而公共托育机构发展滞后,普惠性托幼服务供给明显不足,女性产假结束后到子女入学前教育体系前的两年半时间内,只能由家庭来承担婴幼儿的看护照料,“托育难、托育贵”等问题不断凸显。国家卫健委(原国家卫计委)2016年开展的“城市家庭3岁以下婴幼儿托育服务需求调查”结果显示,城市中超过1/3比例的0~3岁幼儿家庭表示存在托育需求,其中没有祖辈参与照料的家庭中需求更高,达到43.1%,而实际进入各类托育机构的婴幼儿比例则仅为4.1%。从世界范围来看,目前,不同国家幼儿入托率差别较大,但低生育率国家一般都提供普惠性的托育支持政策。如OECD国家整体上约有25%的3岁以下婴幼儿接受托育服务,个别国家如丹麦、冰岛等这个比例则超过了50%。

(二) 托育服务供给结构失衡,重“早教”轻“照料”,照料服务严重不足

除了总量供给不足外,在供给结构上,我国托育服务还存在明显的过度强调智力开发等早期教育而忽视婴幼儿照料保育的现象。当前托育服务机构的类型主要包括教育部门

办幼儿园开设的托班、早教亲子班,人口计生部门牵头推进的0~3岁科学育儿示范基地,医疗机构附属设立的早教基地以及社会办早教机构等,所提供的服务内容主要以婴幼儿早期教育为主,照料保健服务几近空白。托育服务本身就包含了教育和照料的综合服务概念,重早教而轻照料的发展模式下,早教机构泛滥,造成“想要的服务难找到,不想要的推不开”的困局,不仅无法缓解家庭的婴幼儿照料负担,反而大大增加了家庭的经济成本和时间成本。

(三) 托育机构监管缺位,重“准入”轻“全程”,托育服务质量良莠不齐

首先,0~3岁婴幼儿托育服务发展相关的法律法规缺失,在机构设立、运营服务、从业人员、监督管理等诸多方面缺乏相关标准和管理办法,托育行业发展规范缺失。

其次,监管责任主体不明,托育服务监管缺位。托育服务为婴幼儿提供健康营养、科学照护、安全保障、早期学习等多项服务,涉及到教育、卫生、食药、消防、公安等多个监管部门,但现有政策尚未明确部门监管主体以及具体监管方式,监管主体不明、部门职责分工不清。

最后,政府投入不足,民办托育机构高门槛、低监管,经营风险较高。随着公共部门在托育服务市场的退出,公办福利性托儿机构的逐渐消失,当前托育服务机构绝大多数为民办性质,而相关调查显示,有76.8%的婴幼儿家长更希望进入公办托育机构。民办托育机构在举办标准方面,则参照幼儿园的相关标准,使得多数机构难以在场地、人员、设施设备等方面达到准入门槛,一些机构存在无照经营情况等,加大了托育服务的安全风险。

三、完善托育服务资源配置的对策建议

(一) 主要思路：强化顶层设计

完善我国 0~3 岁儿童托育服务体系建设, 亟待立足服务体系发展的可持续性, 系统谋划顶层设计, 以托育服务的有效供给支撑家庭发展并促进女性工作与家庭平衡。

一是更新托育服务发展理念, 强化政府主导责任。厘清托育服务的发展定位和政策取向, 明确托育服务的公共服务属性, 划分政府、家庭、企业、社会在托育服务发展中的功能职责, 积极发挥好政府部门在托育服务政策制定、引导发展、监督规范等方面的主导职责, 将公共托育服务纳入到公共服务范畴。

二是明确相关部门职责, 统筹托育服务发展。一方面, 加强教育、卫生、妇联、工商、食药监等多部门联动协作, 设立托育工作联席会议制度, 统筹相关部门分工合作。另一方面, 积极培育托育服务行业协会、商会推进托育服务行业自律。

三是完善有关法律法规, 制定托育行业发展规范。加快推进托育服务法律法规制定, 对托育服务设施标准、设备标准、从业人员标准、服务内容、服务标准、服务收费等加以明确, 促进托育服务市场法制化、规范化健康发展。

四是编制托育服务发展规划, 重构托育服务体系。以发展规划统筹托育服务体系建设, 以群众托育服务需求为导向, 科学合理进行预测分析, 对托育服务发展方向、框架内容、主体格局进行合理安排。结合国家基本公共服务发展规划, 编制基本托育服务清单。

(二) 重点任务：补强服务短板

加快托育服务体系建设, 迫切需要从当前面临的突出问题着手, 重点破解如何扩大托育服务供给、如何保障资金投入、怎样培育服务队伍以及如何跟进有效监管这四大服务短板。

一是多方参与, 增加托育服务资源供给。充分考虑城市、农村、地区间差别, 积极挖掘和利用社区服务资源, 拓展延伸幼儿园服务范围, 鼓励引导企事业单位提供全日制、半日制、计时制、临时性托育服务, 满足不同类型婴幼儿家庭的多层次、多样化托育服务需求。

二是合理分担, 搭建托育服务财力保障机制。把握托育服务需求的差异性, 合理区分由政府兜底的基本托育服务, 政府部门和家庭个人共同分担的准公共服务, 以及完全由家庭个人承担的市场化托育服务, 形成政府、家庭、社会的合理分担机制。发挥财政资金在托育服务中的托底和引导功能, 对低收入困难家庭给予补贴以支持家庭发展, 通过税收减免、机构补贴、政府购买服务等方式鼓励社会力量参与托育服务供给。

三是拓宽渠道, 加快托育服务人才队伍建设。加强托育服务专业人才培养, 扩大保育、托幼等相关专业人才培养规模, 增强托育服务人员岗前培训。充分挖掘婴幼儿家长、幼儿园退休人员等人力资源, 积极发展托育服务志愿者队伍。培育专业的育儿指导师资队伍, 定期开展社区培训交流, 加大对婴幼儿家庭成员的科学育儿培训。

四是多元共治, 建立健全托育服务全过程有效监管体制。今年政府工作报告中明确提出要“加强对儿童托育全过程监管”, “让家长放心安心”。健全托育服务的监管体系, 要求加快制定有针对性的托育准入机制, 明确托育行业的相关标准规范。定期开展托育机构和服务人员的工作规范评估和服务质量监测, 通过互联网等信息技术强化托育机构的运营监测。建立托育服务行业信用评价制度, 充分发挥行业协会、新闻媒体、家长等社会监督作用。

参考文献 (略)

◀ 调研与分析 ▶

家庭支持对大城市女性二孩生育决策的影响及政策支持研究

张 莘

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

“全面两孩”政策于 2016 年正式实施, 实行了 30 多年的独生子女政策成为历史, 新政的实施对中国未来人口和社会经济与环境资源的长期均衡发展将发挥重要作用。以往在“双独”和“单独二孩”政策实施的过程中, 有大量家庭符合政策条件却选择了不生育二孩, 究其原因主要在于经济压力、照料子女的压力和女性自身事业发展的压力^[1]。职业女性所面临的工作—家庭平衡困境被公认为是阻碍其生育或继续生育的重要原因^[2]。社会支持理论认为, 个体可以通过从他人或团体等社会关系网络中获得资源, 来缓解源于工作和生活的压力与冲突, 个体面临不同生活压力来源时需要不同类型的支持^[3]。从支持来源看, 社会支持可以分为单位支持、家庭支持等, 家庭支持又可分为原生家庭支持和核心家庭支持; 从性质来看, 家庭支持主要包括情感支持和精神支持、经济支持和信息支持等^[4]。可以说, 生育决策(尤其是二孩生育决策)是育龄女性根据自身情况和来自单位、家庭的各种支持综合考量的结果(本文仅关注家庭支持)。因此, 除了自身情况外, 家庭支持的现状及其预期可获得性势必成为影响大城市女性二孩生育决策的重要依据。那么, 当前生活在大城市中的女性, 由家庭提供的经济支持、照料支持、精神

支持现状及预期可获得性如何? 这些因素会对大城市女性的二孩生育决策产生怎样的影响? 哪种家庭支持对女性二孩生育决策的影响更大? 本文将带着这些疑问展开探讨, 以期为进一步推动“全面两孩”政策的实施提供政策依据。

一、研究对象、数据来源与方法

(一) 研究对象

本文在“全面两孩”生育政策实施背景下, 分析家庭支持对大城市女性二孩生育决策的影响。因此, 调查在上海市实施, 了解上海市常住青年女性的家庭支持情况, 了解其二孩生育决策以及与家庭支持的关系。

基于生育决策的真实性和客观性, 考虑到相对所有育龄女性而言, 只有已经育有一孩的已婚育龄女性的二孩生育决策更加真实、客观, 能够更有针对性地评估“全面两孩”生育政策的落实情况。所以, 本文将研究对象界定为 15~49 岁上海常住人口中已育一孩的已婚育龄女性(以下简称“育龄女性”)。

(二) 数据来源

本文综合应用多种研究方法。其中, 主要的研究方法为问卷法和访谈法, 并以问卷法为主, 访谈法为辅。在文献研究和访谈的基础

上总结家庭支持对大城市女性二孩生育决策影响的主要维度，以及各维度下所考量的因素，设计问卷《上海育龄女性家庭支持与二孩生育决策调查》，通过预调查对问卷进行检验和修正，最终进行问卷的正式发放并回收。调查于 2019 年 5~7 月实施。此次调查采用分层抽样，涉及上海市徐汇区、浦东新区、宝山区三个区，每个区抽取 2 个街道，每个街道抽取 1~2 个居委，每个居委访问 50 人。全市共抽取 6 个街道，11 个居委，共发放调查问卷 550

份，有效问卷 528 份，有效率 96.00%。

样本概况，从人口学特征来看，受访者年龄以 30~39 岁为主；受教育程度以大学本科和研究生及以上为主；大部分受访者身体健康。从家庭婚姻状况来看，双方都是新上海人的家庭占大多数，家庭年收入 50 万及以上的家庭接近一半。性别偏好方面，半数以上家庭倾向于儿女双全；第一个孩子为女孩的较多，年龄大部分在 10 岁以下。九成左右的受访者为职业女性（见表 1）。

表1 自变量及控制变量的描述统计

变量值	数量 (人)	比重 (%)	变量值	数量 (人)	比重 (%)
性别偏好			年龄		
男孩	6	1.14	25~29 岁	24	4.55
女孩	108	20.45	30~34 岁	198	37.50
儿女双全	282	53.44	35~39 岁	222	42.05
无所谓，以上都可以	132	25.00	40 岁及以上	84	15.91
户籍			是否为独生子女		
双方都是上海本地人	204	38.64	双方都是独生子女	210	39.77
双方都是新上海人（至少一方已落户上海）	192	36.36	一方是独生子女	150	28.41
双方都是新上海人（双方均尚未落户上海）	78	14.77	双方都不是独生子女	168	31.82
一方是上海本地人，一方是新上海人	54	10.23	第一个孩子的性别		
生育二孩，双方父母是否能够提供照料支持			男孩	240	45.45
肯定能	186	35.23	女孩	288	54.54
有可能	150	28.41	第一个孩子年龄		
不可能	114	21.59	1~4 岁	204	38.64
不确定	78	14.77	5~9 岁	228	43.18
家庭收入以谁为主			10~14 岁	84	15.91
男方	258	48.86	15 岁及以上	18	2.27
女方	12	2.27	身体健康状况		
双方差不多	246	46.59	健康	420	79.55
各种生产经营性收入、分红、房租等	12	2.27	一般	96	18.18
工作强度			不健康	12	2.27
工作日固定 8 小时（基本不用加班）	360	68.18	受教育程度		
工作日固定 8 小时（需要经常加班）	48	9.09	高中 / 中专	30	5.68
上班时间相对较为灵活 / 自己掌握	60	11.36	大专	72	13.64

续表 1

变量值	数量 (人)	比重 (%)	变量值	数量 (人)	比重 (%)
没有稳定工作(临时做些事或打零工)	12	2.27	大学本科	300	56.82
无工作	48	9.10	研究生及以上	126	23.86
单位性质			是否从事有收入的工作		
党政机关 / 人民团体	36	6.82	是	480	90.91
国有事业单位	72	13.64	否	48	9.09
国有企业 / 集体企业	96	18.18	生育二孩对职业发展的影响		
外资 / 合资企业	132	25.00	有很大影响	126	23.86
私营企业	132	25.00	有一定的影响	234	44.32
社会组织或基层自治组织	12	2.28	基本没影响	168	31.82
无工作	48	9.10	家庭年收入		
工作岗位			10 万元及以下	24	4.55
普通职工	282	53.41	10~19 万元	66	12.50
中层管理人员	144	27.27	20~29 万元	96	18.18
高层管理人员	42	7.95	30~49 万元	84	15.91
单位负责人	12	2.27	50~99 万元	186	35.23
无工作	48	9.10	100 万元及以上	72	13.64

注：所有变量统计分布计算的有效样本量为 528 人。

(三) 研究方法

本文使用 SPSS 统计分析软件对收回数据进行统计分析。根据所得数据验证家庭支持与二孩生育决策之间的相关关系，通过数据分析探析家庭支持对大城市女性二孩生育决策的影响，并说明家庭支持是如何影响二孩生育决策的。分析结果是结论的主要依据，从而为本文进行实证分析提供了科学的量化分析支持。

二、家庭支持与女性二孩生育决策的相关分析

家庭支持包含两个层面的含义。一方面是分别来自夫妻双方各自原生家庭的支持，即原生家庭支持；另一方面是指夫妻双方组成的核心家庭的支持，即核心家庭支持，对于女方来说，核心家庭支持主要是指来自配偶的支持。不论原生家庭支持还是核心家庭支持，家

庭支持的类型主要包括经济支持、工具性支持和情感支持三方面。

(一) 家庭支持情况

1. 来自原生家庭的支持情况

家族血缘文化与社会发展现状使我国婚姻家庭关系呈现出不同于西方家庭的特点。首先，原生家庭并不因成年子女结婚成家与其分离，而是始终参与到个体的婚姻家庭生活中^[5]。其次，计划生育政策下我国家庭规模减小，年轻一代受到原生家庭的关注极高。再次，在生育第三代后，夫妻对父母的劳力需求更强，为满足抚幼需求，夫妻与父母同住的比例也进一步提高^[6]。可见，原生家庭参与到夫妻婚后生活中已成为我国社会的重要特点。

从研究角度来看，原生家庭在婚后对夫妻的影响主要包括支持和干涉两类行为^[7]。本文使用袁晓娇等编制的“原生家庭支持量表”

进行调查,探讨我国文化下原生家庭支持的形式与具体表现,并通过量化研究进行相关分析,从而全面了解当前家庭支持情况。要求受访者分别评估题目中描述的婚后双方父母可能的一些行为发生的频率,每个题目均包括来自本人和配偶两个原生家庭来源的支持。量表采取 4 点计分,从 1 “从未”到 4 “经常”,分数越高代表原生家庭对夫妻支持的程度越高。原生家庭支持量表共 16 题,涵盖经济支持(5 题)、工具性支持(7 题)、情感支持(4 题)三个维度^①。

总体来看,女方原生家庭的支持力度高

于男方原生家庭。在经济支持、工具性支持(照料支持)和情感支持三者中,无论是男方原生家庭还是女方原生家庭,均为情感支持的平均分^②最高,其次为工具性支持(照料支持),再次为经济支持。从双方的差距来看,双方情感支持平均分的差距最大,其次是工具性支持,再次为经济支持(见表 2)。对于原生家庭对生育二孩的支持,女方认为最重要的是帮忙抚养照料孩子(65.91%),非常明显地高于经济支持(12.50%)、帮忙料理家务(12.50%)和情感支持(7.95%)等其他选项。

表2 男女双方原生家庭支持情况

支持类型	支持内容	女方平均分	男方平均分	女方 - 男方
经济支持	出钱买房(建房)	2.41	2.55	-0.14
	出钱装修	2.32	2.36	-0.04
	日常经济帮助	2.19	2.17	0.02
工具性支持(照料支持)	照料夫妻日常生活	2.84	2.58	0.26
	在特殊状况时帮忙	3.28	2.92	0.36
	出力建房、装修、搬家等	2.48	2.34	0.14
	抚养孩子	2.93	2.80	0.13
情感支持	宽容理解	3.45	3.02	0.43
	倾听谈心	3.33	2.64	0.69
	温暖关怀	3.43	2.80	0.63
	肯定鼓励	3.42	2.72	0.70
小计		2.92	2.63	0.29

2. 来自丈夫的支持情况

来自丈夫的支持包括提供经济保障、帮忙照顾孩子、帮忙分担家务、从态度上支持生育二孩、情感支持(包括宽容理解、温暖关怀

等)等。总体来看,丈夫对于生育二孩的支持以经济支持为主,提供经济保障的平均分为 3.44 分,在所有支持中得分最高;其次是情感支持(包括宽容理解、温暖关怀等),得分为 3.25

^① 访谈研究发现原生家庭支持包括经济支持、工具性支持、信息支持、情感支持四个维度,但量化研究中信息支持的项目并不能单独聚合为一个维度,只呈现出工具性支持、情感支持、经济支持的三维度结构。

^② 矩阵量表题中的行平均分=(第一个选项的分数*第一个选项被选次数+第二个选项的分数*第二个选项被选次数+第三个选项的分数*第三个选项被选次数+第四个选项分数*第四个选项被选次数)/该题有效答卷份数。其中,第一个选项的分数为1,第二个选项的分数为2,第三个选项的分数3,第四个选项的分数4。

分;再次是从态度上支持生育二孩,得分为 3.11 分。而对于生育二孩而言,更加具体和实际的帮忙照顾孩子和分担家务的得分最低,分别为 2.77 分和 2.75 分。

关于丈夫对生育二孩的支持,女方认为提供经济保障最重要,占比最多(47.73%),这与上文配偶的实际支持情况相一致。然而女方认为第二重要的,并不是上文实际支持情况中的情感支持方面,而是帮忙照顾孩子(29.55%)。对于帮忙分担家务,女方的期待最低(6.82%)。

(二) 女性二孩生育决策的相关分析

女性二孩生育决策与第一孩性别和年龄有显著关联。第一孩性别为女孩的家庭,已生育或已决定生育二孩的比重明显高于第一孩性别为男孩的家庭。第一孩年龄为 5~9 年龄组的家庭已生育或已决定生育二孩的比重最高,明显高于 0~4 岁和 10 岁及以上年龄组。女性二孩生育决策与第一孩性别和年龄的相关系数分别为 -0.095 ($P < 0.05$)、 -0.126 ($P < 0.01$)。

女性二孩生育决策与家庭收入主要来源方也有显著关联。当家庭收入主要来源方是男方时,女性已生育或已决定生育二孩的比重明显较高(55.81%);反之,当夫妻双方收入差不多时,女性已生育或已决定生育二孩的比重明显较低(26.83%)。女性二孩生育决策与家庭收入主要来源方的相关系数为 0.265 ($P < 0.01$)。可见,当女性对家庭经济的贡献较大时,她们生二孩的可能性会比较低。但是,家庭年收入的多少与女性的二孩生育决策没有显著关联。

母亲人口学特征(主要包括年龄、身体状况、受教育程度、户籍地等)与二孩生育决策有显著关联。年龄在 35~39 岁的女性,已

生育或已决定生育二孩的比重最高(56.76%),二者的相关系数为 -0.272 ($P < 0.01$)。身体健康的女性,已生育或已决定生育二孩的比重(47.14%)高于身体健康状况一般的女性(18.75%),二者的相关系数为 0.125 ($P < 0.01$)。学历为高中/中专的女性,已生育或已决定生育二孩的比重(80.00%)高于大学本科(40.00%)和研究生及以上(42.86%)的女性,二者的相关系数为 0.106 ($P < 0.01$)。夫妻双方都是新上海人(至少一方已落户上海)的已生育或已决定生育二孩的比重最高(46.88%),高于夫妻双方都是上海本地人的家庭(23.53%),二者的相关系数为 -0.209 ($P < 0.01$)。

各种家庭支持情况与二孩生育决策具有高度显著的关联。从女方家庭支持来看,女方家庭支持得分越高的女性,已生育或决定生育二孩的比例越高;二者的相关系数为 -0.283 ($P < 0.01$)。具体来看,家庭经济支持、工具性支持和情感支持与二孩生育决策的相关系数分别为 -0.308 ($P < 0.01$)、 -0.220 ($P < 0.01$)、 -0.172 ($P < 0.01$)。可见,女性获得经济支持、工具性支持和情感支持的可能性越大,她们的二孩生育行动的可能性也就越大。而从男方家庭支持来看,总体上,男方家庭提供家庭支持与二孩生育决策没有显著关系。但是,细分开来,男方家庭能提供工具性支持和情感支持的女性已生育或决定生育二孩的比例明显高于不能获得这种支持的女性。男方家庭的工具性支持和情感支持与女性的二孩生育决策显著相关,相关系数分别为 -0.220 ($P < 0.01$)、 0.098 ($P < 0.05$)。可见,男方家庭的工具性支持和情感支持越大,女性二孩生育行动的可能性也就越大。男方家庭经济支持与女性的二孩生育决策也没有显著关系。

通过以上相关分析,虽然我们可以发现二孩生育决策与诸多因素显著相关,但是单从简单的统计分析难以直观地发现各影响因素与二孩生育决策之间的关系。此外,上述结果只是在没有控制其他变量的条件下得出的初步结果,而这些结果是否在总体中真实存在,则需要进行下一步的统计验证。

三、家庭支持对二孩生育决策影响的模型分析

(一) 变量说明及描述统计

要研究家庭支持对二孩生育决策的影响,

需要在控制不同影响因素的情况下,来比较具有相同特征的个体,其家庭支持的差异是否造成二孩生育决策的差异。

1. 统计方法与研究框架

由于本研究所考查的因变量为二分类变量,因而采用二元逻辑斯蒂回归模型(binary logistic regression)分析家庭支持对二孩生育决策的影响并检验调节变量的作用。在构建模型时,首先分析家庭支持中的现实基础变量对女性二孩生育决策的影响;然后加入各种家庭支持变量,综合分析各种家庭支持对女性二孩生育决策的影响情况。研究框架见图 1。

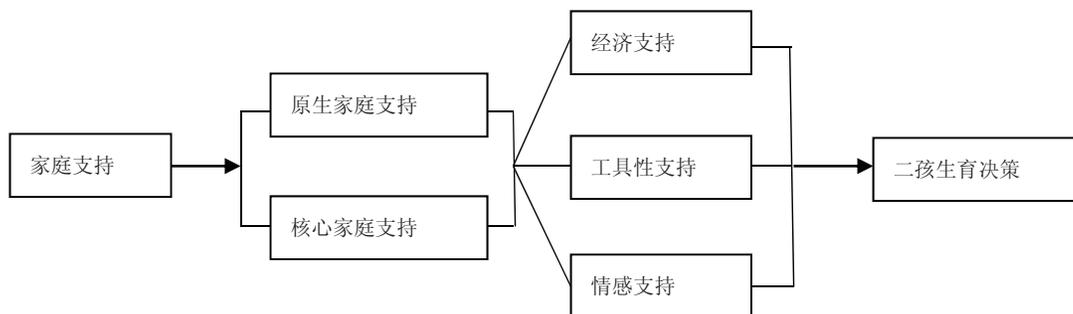


图1 家庭支持对女性二孩生育决策影响的研究框架

2. 因变量

本文的因变量是上海市女性的二孩生育决策。二孩生育决策合并为三类,包括“已生育或已决定生育二孩”(占 42.05%)^①、“决定

不生育二孩”(占 31.82%)以及“不确定/没想好/随缘”(占 26.145)(见表 3)。因变量为“已生育或已决定生育二孩”,已生育或已决定生育二孩的为 1,决定不生育和不确定的为 0。

表3 受访者的二孩生育决策

二孩生育决策	数量(人)	比重(%)
已生育或已决定生育二孩	222	42.05
决定不生育二孩	168	31.82
不确定/没想好/随缘	138	26.14
合计	528	100.00

3. 自变量

家庭支持分为原生家庭支持和核心家庭支持,其中工具性支持、经济支持和情感支持

代表原生家庭的支持情况,丈夫支持和家庭年收入代表核心家庭的支持情况。

^① 由于“决定生育二孩但尚未怀孕者”样本量较小,同时为了数据分析的便利性,将此项选择与“已付诸生育行动的生育(或怀孕)二孩者”合并为同一项,新的选项名为“已生育或已决定生育二孩者”。

4. 控制变量

本文的控制变量包括人口学特征(年龄、受教育程度、身体健康状况)、家庭婚姻情况(双方户籍、双方是否为独生子女、家庭年收入、家庭收入以谁为主)、性别偏好与第一孩情况(第一孩年龄、第一孩性别)、工作以及工作与生育的冲突情况(是否从事有收入的工作、单位性质、工作岗位、工作时间、生育二孩对职业发展的影响)等。

(二) 家庭支持对女性二孩生育决策影响的模型分析

在二孩生育决策的个体差异测量中,差异的总量区分为两个部分,模型中一部分是由于家庭支持因素所导致的二孩生育决策的差异,另一部分是由于其他因素(如人力资本等)所导致的二孩生育决策的差异。去除其他因素

所解释的方差,剩余的未能解释的部分则被认为是家庭支持所导致的结果^[8]。因此,在进行回归分析的过程中,在模型 1 中,我们只纳入控制变量,作为基准模型,用以测量控制变量对女性二孩生育决策的影响(见表 3)。模型 2 在模型 1 的基础上,加入原生家庭工具性支持、经济支持和情感支持(见表 4)。模型 3 在模型 2 的基础上,又加入核心家庭的支持,包括丈夫的支持和家庭年收入(见表 4)。这样做的目的是要与家庭支持进入模型后所解释掉的因变量做比较。如果对控制变量进行控制之后,家庭支持仍然显著存在,那可能意味着家庭支持是导致二孩生育决策差异的主要根源。综合各因素的模型分析结果显示,家庭支持对女性的二孩生育决策有显著影响。

表4 控制变量对女性二孩生育决策影响的二元Logistic模型回归分析

变量类别	变量名称	模型 1 ^①		
		系数 ^②	标准误	发生比
女方年龄 ^③	35~39 岁	1.926***	0.303	6.859
	40 岁及以上	2.417***	0.472	11.210
女方身体状况 ^④	健康	1.950***	0.351	7.030
受教育程度 ^⑤	大学本科及以上	-1.318**	0.385	0.268
第一孩性别 ^⑥	女孩	1.604***	0.292	4.973
第一孩年龄 ^⑦	5~9 岁	0.099	0.318	1.104
	10 岁及以上	-1.121*	0.466	0.326
双方是否为独生子女 ^⑧	一方是	-1.291***	0.335	0.275
	双方都不是	-1.876***	0.410	0.153
户籍地 ^⑨	双方都是新上海人	3.066***	0.422	21.446
	两地婚姻	3.116***	0.462	22.564
单位性质 ^⑩	外资合资	-0.794**	0.333	0.452
	私营	1.132***	0.305	3.101
	其他	2.870***	0.530	17.639
生育二孩对职业发展的影响 ^⑪	一般	0.349	0.373	0.452
	很少	-0.125	0.376	3.101
-2LL		475.923 ^⑫		

注: ①模型1的因变量为已生育(已决定生育)二孩; ②* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$; ③女方年龄以“34岁及以下”为参照; ④女方身体健康状况以“不健康或一般”为参照; ⑤受教育程度以“大专及以下”为参照; ⑥第一孩性别以“男孩”为参照; ⑦第一孩年龄以“1~4岁”为参照; ⑧双方独生子女情况以“双方都是独生子女”为参照; ⑨双方户籍情况以“双方都是本地人”为参照; ⑩单位性质以“党政机关/事业单位”为参照; ⑪生育二孩对职业发展的影响以“很大”为参照(以上因素的参照组下同); ⑫因为参数估计的更改范围小于0.001, 所以估计在迭代次数5处终止。

首先可以确定的是,个人特征、第一孩特征、家庭特征和从业特征等控制变量对女性二孩生育决策有显著影响(见表4模型1)。个人特征方面,相对于年龄在34岁以下的女性,35岁及以上的女性更倾向于生育二孩;相对于身体健康状况一般或者不健康的女性,健康的女性更倾向于生育二孩;相对于受教育程度为大学专科及以下的女性,大学本科及以上的女性更不倾向于生育二孩。第一孩特征方面,相对于一孩性别为男孩的女性,一孩性别为女孩的女性更倾向于生育二孩;相对于一孩年龄为1~4岁的女性,一孩年龄为5~9岁的女性更倾向于生育二孩,一孩年龄为10岁及以上的女性更不倾向于生育二孩。家庭特征方面,相对于夫妻双方都是独生子女的女性,一方是独生子女和双方都不是独生子女的女性更倾向于生育二孩;相对于夫妻双方都是本地人的女性,双方都是新上海人和两地婚姻的女性更倾向于生育二孩。从业特征方面,相对于单位性质为党政机关/事业单位的女性,外资/合资企业的女性更不倾向于生育二孩;相对于生育二孩对职业发展影响很大的女性,影响一般的女性更倾向于生育二孩。

在控制了控制变量的影响后,与原生家

庭支持较低的女性相比,原生家庭支持较高的女性显著地更倾向于生育二孩(见表5模型2)。具体来说,原生家庭能提供经济支持的女性高度显著地更倾向于生育二孩,能帮忙分担家务、照看孩子的女性显著地更倾向于生育二孩,能提供精神支持的女性也更倾向于生育二孩。可见,原生家庭的支持力度越高,女性越倾向于生育二孩;反之,原生家庭支持力度越低,女性越倾向于不生育二孩。

在控制了控制变量及原生家庭支持等影响因素后,与丈夫支持较低的女性相比,来自丈夫的支持较高的女性显著地更倾向于生育二孩(见表5模型3)。可见,当丈夫对女性生育二孩的支持更高时,女性更倾向于生育二孩;反之,当丈夫对女性生育二孩的支持越低时,女性更不倾向于生育二孩。同时,与家庭年收入为20万元及以下的女性相比,家庭年收入越高的女性越不倾向于生育二孩。

综上所述,在相同的个人特征、家庭特征、第一孩特征及从业特征下,原生家庭和核心家庭的工具性支持、经济支持和情感支持等家庭支持,显著影响女性的二孩生育决策。能够获得家庭支持越高的女性,越倾向于生育二孩。

表5 家庭支持对女性二孩生育决策影响的二元Logistic模型回归分析

变量类别	变量名称	模型 2 ^①			模型 3 ^①		
		系数 ^②	标准误	发生比	系数 ^②	标准误	发生比
女方年龄	35~39 岁	2.372 ^{***}	0.384	10.717	2.828 ^{***}	0.423	16.913
	40 岁及以上	3.927 ^{***}	0.625	50.769	4.007 ^{***}	0.652	54.973
女方身体状况	健康	3.285 ^{***}	0.577	26.707	3.873 ^{***}	0.660	48.108
受教育程度	大学本科及以上	-1.878 ^{***}	0.462	0.153	-1.172 [*]	0.530	0.310
第一孩性别	女孩	2.060 ^{***}	0.352	7.848	2.676 ^{***}	0.438	14.524
第一孩年龄	5~9 岁	1.186 ^{**}	0.419	3.275	1.184 ^{**}	0.432	3.267
	10 岁及以上	-1.223 [*]	0.571	0.294	-0.513	0.624	0.599
是否为独生子女	一方是	-1.556 ^{***}	0.425	0.211	-1.124 [*]	0.499	0.325
	双方都不是	-1.957 ^{***}	0.535	0.141	-1.410 [*]	0.624	0.244

续表5

变量类别	变量名称	模型 2 ^①			模型 3 ^①		
		系数 ^②	标准误	发生比	系数 ^②	标准误	发生比
双方户籍	双方都是新上海人	4.584***	0.639	97.912	4.247***	0.693	69.921
	两地婚姻	3.903***	0.595	49.543	4.088***	0.623	59.620
单位性质	外资合资	-1.144*	0.441	0.318	-0.958*	0.455	0.384
	私营	1.850***	0.383	6.362	2.135***	0.433	8.453
	其他	6.198***	0.813	491.866	6.114***	0.883	452.019
生育二孩对职业发展的影响	一般	1.531**	0.509	4.624	1.310*	0.541	3.707
	很少	0.753	0.518	2.123	0.262	0.566	1.299
原生家庭支持 ^③	工具性支持(高)	0.860*	0.383	2.364	0.951*	0.403	2.589
	经济支持(高)	2.991***	0.461	19.905	2.853**	0.467	17.340
	情感支持(高)	.821*	0.407	2.273	0.463	0.440	1.590
丈夫支持 ^③	较高	—	—	—	1.100**	0.323	3.003
家庭年收入 ^④	21-49 万元	—	—	—	-1.199*	0.590	0.302
	50 万元及以上	—	—	—	-1.470*	0.615	0.230
-2LL		350.308		344.370			

注：①模型2和模型3的因变量为已生育（已决定生育）二孩；②* $P<0.05$ ；** $P<0.01$ ；*** $P<0.001$ ；③原生家庭工具性支持、经济支持、情感支持以及丈夫支持均以“较低”支持组为参照；④家庭年收入以“20万元及以下”为参照（下同）。

四、讨论与总结

从生育意愿来看，如果不考虑生育政策和客观条件，77.27%的受访者认为一对夫妇生育2个孩子比较理想，14.77%的受访者认为一对夫妇生育1个孩子比较理想，7.95%的受访者认为一对夫妇生育3个及以上孩子比较理想。然而实际上，生育决策与生育意愿存在明显的事实差异。本次调查的受访者中，将二孩生育决策付诸行为即已怀孕（或生育）二孩和决定生育二孩但目前尚未怀孕的比例合计为42.05%，明显低于生育意愿调查中理想子女为2个的比重（77.27%）。

对此，本文进行了进一步调查，对于决定不生育二孩和对生育二孩持“不确定/没想好/随缘”态度的受访者，追问其主要原因并按重要程度进行排序。调查结果显示，在所有列举的主客观原因中，排名前三位的原因依次为没人带孩子、经济负担重和年龄太大/身体原

因。其中，没人带孩子是最重要的原因，得分为5.27分，遥遥领先于其他各种原因；经济负担重也是一个重要的原因，得分为4.20分；其次是年龄太大/身体原因，是年龄或身体方面的客观条件所限，得分为1.55分。值得注意的是，受访者中认为“主观不想生，一个孩子挺好的”的得分最低，仅为0.86分，可见，“不想生”只是受各种原因所限，并非真的“不想生”。只是由于当前社会支持的不足以及对社会支持预期可获得性的不确定，才导致家庭支持对女性二孩生育决策的显著影响，女性只能更现实地依赖来自于家庭的支持。由此可见，“全面两孩”生育政策的落实最重要的不是改变育龄群众的生育观念，而是完善生育政策的社会支持，重点解决“孩子没人带”的困境。

子女照料的支持，当前主要来源于三个层面，即社会支持、原生家庭支持和核心家庭支持。

社会支持方面,我们可以看到政府已经有所行动,2019年5月《国务院办公厅关于促进3岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》(国办发〔2019〕15号)(以下简称“《指导意见》”)提出,到2020年,婴幼儿照护服务的政策法规体系和标准规范体系初步建立,建成一批具有示范效应的婴幼儿照护服务机构,婴幼儿照护服务水平有所提升,人民群众的婴幼儿照护服务需求得到初步满足。但是,仍然强调:3岁以下婴幼儿照护的基本原则是“家庭为主,托育补充”,因为人的社会化进程始于家庭,儿童监护抚养是父母的法定责任和义务,家庭对婴幼儿照护负主体责任。

原生家庭支持方面,正是由于针对0~3岁的幼儿照顾服务与资源短缺以及上述人的社会化进程始于家庭的考虑,因此原生家庭中的祖父母成为照顾新生婴儿的主力军。祖辈代养现象目前来看是无法改变的现实,至少在近一代两代甚至三代过程中,都是很难改变的现实^[13]。因此,还需要加强对祖辈带养的政策支持,一是通过社区活动和宣传帮助隔代带养的祖辈树立正确的育儿理念,二是对于相当一部分外地来沪帮忙照料婴幼儿的祖辈,通过完

善地区间的社会医疗保障的转换制度,在社区内建构移居老人的社会支持网络等,有助于帮助移居老人更好的适应新的环境,促进祖辈照料支持^[14]。

核心家庭支持方面,女性作为生育和抚育的主体,这种支持主要是指来自于丈夫的支持。传统规范将女性限定为家庭照顾者的角色,而且在现实生活中育儿责任也大多由母亲来承担,然而这种生育和抚养角色却常常让已育女性在劳动力市场中处于劣势,陷入“收入惩罚”、劳动力市场的性别隔离、职业发展的“玻璃天花板”等多重“生育陷阱”。因此,家庭政策中应尽快设立“父母假”并设定“父亲配额”(即在父母假中直接规定一段时间仅为父亲使用),强调男性照顾家庭的责任和义务,并参照国际标准规定父母假每年休假时间、具体的带薪标准和实施细则等。另外,这种支持还包括对经济支持的需求,家庭抚养孩子的经济负担重也是影响二孩生育决策的因素之一。因此,通过完善生育保险,增加生育津贴和生育医疗费补贴等措施,减轻家庭养育幼儿的负担,增强家庭抚养孩子的经济能力。

参考文献(略)

国内外健康家庭行动的发展历程与趋势展望

胡 琪

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

2016年10月,国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》,提出把健康摆在优先发展的战略地位。推进健康中国建设,是全面建成小康社会、基本实现社会主义现代化的重要基础,是全面提升中华民族健康素质、实现人民健康与经济社会协调发展的国家战略,是积极参与全球健康治理、履行2030年可持续发展议程国际承诺的重大举措¹。家庭是连接群体和个体之间的自然纽带,家庭的健康是整个社会健康有序运行的微观基础。健康家庭建设是健康中国战略的一个组成部分,也是健康中国的基石²。本文通过回顾国内外健康家庭行动的发展历程,展望健康中国的战略背景下我国“健康家庭”行动的发展趋势,以期更好发挥它在健康中国建设中的基石作用。

一、国内外“健康家庭”行动的发展历程

健康是人类永恒的主题,“健康细胞”工程是健康城市的重要支撑,是推动健康城市建设的途径和内生动力³。“健康家庭”行动来源于实践,在不同的历史条件下,健康家庭行动的理念和具体内容也大有不同。

(一) 国际“健康家庭”行动

西方国家的家庭福利政策与活动应该属于广义的家庭健康领域,19世纪末家庭发展政策就成为欧洲国家政策体系的有机组成部分,是国家实施政治管辖、经济管理与社会管制的常备工具,在稳定家庭功能、提高家庭福祉等方面积累了丰富的经验⁴。冷战以后,家庭成为为数不多的福利增长领域。欧洲国家借助综合或多样的方法执行家庭发展政策,其中老年人的照料,更加强调家庭责任。2010年欧洲“家庭和家庭政策回顾”国际会议认为,离开家庭长期照料的成本远比支持他们的亲属照顾来得高。韩国于2005年1月开始正式实施《健康家庭基本法》。《健康家庭基本法》第1条规定了立法目的,即“为营造健康家庭生活并发展家庭而明确国民权利义务和国家及地方政府的责任,谋求家庭问题的解决方案,强化增进家庭成员福利的支援政策,为实现健康家庭做出贡献。”⁵

从立足于狭义的卫生健康领域的家庭健康视角看,20世纪70年代以来,世界卫生组织(WHO)开始致力于推进家庭领域的健康

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

² 张新庆, 李闪闪. 健康家庭: “健康中国”之基石【J】. 中国医学伦理学. 2017年02期

³ 曹承建. 健康城市之细胞工程--健康单位建设指南【M】. 浙江大学出版社. 出版时间: 2016年09月

⁴ 王军平. 欧洲的家庭发展政策及其借鉴价值【J】. 经济与社会发展, 2012, (3): 98-100.

⁵ 高春兰, 金美英. 韩国家庭福利政策的范式转换: 健康家庭基本法. 社会政策研究. 2017.6.57

活动和健康支持。1971 年世界上规模最大、最活跃的,参与家庭健康公共事业的非营利性国际组织——“家庭健康国际”(Family Health International, 简称:FHI)正式成立。该组织通过开展家庭健康方面的研究、教育和服务,在全世界范围内提高人们的生活质量。“家庭健康国际”下设两个研究院——位于美国北卡罗来纳州的家庭健康研究院及位于阿林顿的艾滋病研究院。“家庭健康国际”总部位于美国,在全球 70 多个国家管理研究和实地活动,现在,家庭健康国际组织已经在全球 60 多个国家开展艾滋病项目,员工人数达到了 1200 多名。自 1998 年进入中国以来,家庭健康国际组织主要致力于中国艾滋病传播的预防工作,尤其是预防艾滋病病毒自高危人群和在高危人群中的传播,同时推动艾滋病治疗及关怀的进程。2003 年 10 月,家庭健康国际组织在北京正式成立了代表处,并于次年 6 月设立了昆明办公室,以实施、支持、协调和督导其在中国的项目。

另一方面,直接针对家庭健康服务的“世界家庭医生组织”(WONCA)——“全科医生/家庭医生国家级学院和学会的世界组织”,1972 年宣布成立。WONCA 的目标是通过提倡和保持高水平的家庭医学服务来改善世界人民的生活质量,其方法包括:(1)提供家庭医生会员组织之间交流知识和信息的论坛。(2)鼓励和支持家庭医生学术组织的发展。(3)在其它有关健康和医疗服务的世界组织和论坛面前,代表着家庭医生的教育、科研和提供服务活动。WONCA 按地区分为亚太、欧洲、北美、非洲等区域组织,各区域每年召开 1 次区域年会;总会每 3 年召开 1 次世界大会,为全科/家庭医生提供学术交流和知识更新的讲坛。中

国于 1994 年成为 WONCA 的正式成员国。

(二)我国“健康家庭”的实践发展

我国健康家庭是在实践中形成和发展的。改革开放 40 年来,人民群众的家庭规模、结构、形态与功能都发生了巨大的变化,同时,家庭关系的扭曲与断裂、家庭功能的弱化、家庭观念的淡化等家庭问题愈益凸显,并且和其他社会矛盾交织在一起。在卫生健康领域,家庭与家庭建设愈益受到社会各界的关注。国内政府层面发端的健康家庭实践探索,主要从三个方面分别展开的:

1. 从计划生育工作到家庭健康的拓展。

随着家庭的小型化、核心化、老龄化,进入 21 世纪后我国计生工作开始关注家庭发展,致力于促进家庭幸福。以上海市为代表的我国东部沿海地区的计生工作开始以促进家庭发展为工作的落脚点,积极构建以家庭为中心的人口计生公共服务体系,推动育龄群众的家庭发展能力的提升和幸福家庭的创建。如上海市在 2003 年起在全国率先提出了“新概念家庭计划”,转变了以往以生育限制为目标的计生工作,转向指导群众知情选择生育计划、避孕节育、优生优育,提供优质服务,保障生殖权利,促进家庭的发展、健康、和谐和幸福。2008 年辽宁省大连市计生部门推出“健康家庭促进计划”,通过“1+X”服务模式,将家庭生命周期细分为新婚期、计划怀孕期、怀孕期、婴幼儿期、青少年期、更年期、老年期 7 个阶段,针对每个阶段的具体问题,提供计生服务。

《中华人民共和国国民经济和社会发展第十二个五年规划纲要》明确将“提高家庭发展能力”作为计生工作的重要组成部分,强调了家庭在人口发展中的作用,要求把家庭作为促

进社会和谐稳定的着力点。2014 年国家卫生计生委决定在全国启动实施“新家庭计划——家庭发展能力建设”项目试点工作⁶，围绕家庭保健、科学育儿、养老照护和家庭文化等内容，通过开展培训和推广试点经验等方式，向广大计划生育家庭传播知识，培训技能，提高家庭发展能力。所谓家庭发展能力，“就是家庭促进自身功能不断优化升级，有效满足其成员合理需要，以及实现自身结构稳定与生命周期可持续演进的各种手段方式的总和。如儿童的抚养、教育，中青年的事业发展，老人的医疗、养老等都能有很好的保障，如此循环下去，进而确保家庭的稳定和谐与长久发展^[1]。

2017 年 1 月 25 日发布的《“十三五”全国计划生育事业发展规划》明确提出了建设“健康家庭”的行动目标。《上海市计划生育事业发展规划“十三五”规划》提出的本市“十三五”期间计生工作十大主要任务之一是：推进健康家庭建设。要求围绕健康中国、健康上海建设，大力推进健康家庭建设，让健康走进千家万户；提出了实施健康家庭行动。

2. 健康促进（爱卫）工作向健康家庭的覆盖。

爱国卫生中健康家庭的理念和行动的推广，源自于上世纪 90 年代以来开展的健康教育，尤其是全国性的健康城市创建活动。最早开展“健康家庭行动”的是深圳市，2000 年 11 月该市启动“健康家庭行动”示范项目，以社区为平台，家庭为单位，通过开展健康教育和健康促进行动，试图提高社区居民的健康素质和生活质量，为社区健康教育和健康促进行动探索经验。2002 年上海市以世界卫生组织倡导的健康促进理念为指导，在我国特大型

城市率先开展了建设健康城市行动，政府出台《上海市建设健康城市三年行动计划（2003—2005）》，全面开展了“五个人人”健康市民行动和健康场所建设等健康促进活动，倡导市民提高健康意识、养成健康生活方式。2007 年底，国家爱卫会在全国范围内正式启动了建设健康城市、区（镇）活动。在健康城市建设的倡导下，各地纷纷开展健康社区、健康学校、健康单位的行动。

为进一步提高家庭成员的健康意识和健康素质，让健康生活理念走进家庭，更好地推动健康城市和健康社区的创建，近五年内，全国各地的健康家庭的创建和评比活动也如雨后春笋纷纷涌现。这些评比活动有的是结合妇联工作，有的是结合了精神文明建设，有的由企业参与、甚至主导。如，河北省邯郸市自 2015 年在全市开展了“健康家庭、健康社区”创建活动（在县以下开展“健康家庭”创建，在城区开展“健康社区”创建）。2015 年上海市爱卫会出台了《上海市健康家庭创建与评选指导标准》，倡导在基层创建健康家庭。2016 年成都市双流区 12 个街道 134 个村社开展“双流区首届健康家庭”评选活动。

3. 基层卫生工作对家庭健康的延伸。

在健康中国和深化医疗卫生体制改革的战略部署下，借鉴国际理念，近年来我国基层卫生工作的家庭医生制度应运而生。上海从 2011 年起，在长宁、闸北等十个区域率先开展了家庭医生制度的试点。国务院医改办等七部门 2016 年 6 月 6 日印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》，要求 2016 年在 200 个公立医院综合改革试点城市开展家庭医

⁶ 国家卫生计生委办公厅关于开展“新家庭计划——家庭发展能力建设”项目试点工作的通知 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会 2014-05-12 国卫办家庭函（2014）388 号

生签约服务, 优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群, 以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等。到 2017 年, 家庭医生签约服务覆盖率达到 30% 以上, 重点人群签约服务覆盖率达到 60% 以上。到 2020 年, 力争将签约服务扩大到全人群, 形成长期稳定的契约服务关系, 基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

家庭医生制度是家庭健康理念在社区卫生服务中的体现。家庭医生制度促使家庭医生成为家庭的健康朋友, 不仅单纯治疗家庭成员的疾病, 还主动帮助家庭成员养成良好的生活习惯, 预防疾病的发生。《关于规范家庭医生签约服务管理的指导意见》(国卫基层发〔2018〕35 号) 规范了家庭医生团队对于居民家庭的健康服务内容。近年来, 围绕基层卫生服务改革和家庭医生制度的推广, 家庭健康的理念不断深入人心。2016 年在国家卫生计生委各司局的支持下, 中国卫生信息学会举办《中国家庭健康论坛》, 探讨如何通过互联网、大数据等新技术手段帮助建立健全家庭医生体系促进家庭健康。上海等地积极构建立足社区、面向家庭的健康服务体系, 传播家庭健康理念: 通过如免费发放“健康读本+实用健康工具”组合式礼包, 举办“健康大讲堂”; 推广实施“市民健康自我管理小组”项目, 推行“1+1+1”医疗机构组合签约(居民可自愿选择一名家庭医生、一家区级医院、一家市级医院签约); 开展“高龄孕妇生育宣传指导服务”项目, 加强生育指导服务。

二、健康中国的战略背景下我国“健康家庭”行动的发展趋势

健康家庭的理念与实践, 对健康中国战略与人民群众的健康促进有着重要意义。然而, 以往国内外的健康家庭行动还有明显的局限性, 或者是从家庭福利的角度出发, 或者是囿于某项具体的卫生保健工作。《“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”, 这标志着从国家层面确立了健康家庭的战略行动。《“健康中国 2030”规划纲要》是今后 15 年推进健康中国建设的行动纲领, 也是开展健康家庭建设的指路明灯。在健康中国的战略背景下, 未来我国健康家庭行动的发展前景广阔, 它将以提高人民健康水平为核心, 坚持健康优先、改革创新、科学发展、公平公正的原则建设健康家庭, 完善家庭健康政策, 全方位、全周期保障人民健康。

(一) “健康家庭”行动是全民健康的有效载体

全民健康是国富民强、长治久安的基本条件, 也是全体人民享受幸福生活的根本保障。从“人人享有卫生保健(health for all)⁷”到“全民健康覆盖(Universal Health Coverage)⁸”的概念的提出, 各国政府将全民健康覆盖作为奋斗目标⁹。“全民健康覆盖, 每一个人, 每一个地方”¹⁰体现了全人类的美好愿景, 但要在全世界范围内实现这一目标, 依然任重道远。习近平总书记 2016 年在全国卫生与健康大会

⁷ WHO. 阿拉木图宣言[EB/OL].[2013-11-29]. <http://www.who.int/topics/primaryhealthcare/almaatadeclaration/zh>

⁸ WHO. Achieving universal health coverage: developing the health financing system.(2005-05-25).<http://www.who.int/healthfinancing/documents/cov-pbe051-universalcov/en>

⁹ WHO. The World Health Report 2010:Health systems financing: the path to universal coverage [EB/OL].[2013-11-29].<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.

¹⁰ 相海泉. 第65届世界卫生大会聚焦医疗全面覆盖[J].中国信息界, 2012(6): 22-23.

会上强调指出,“把人民健康放在优先发展战略地位”,“努力全方位全周期保障人民健康,没有全民健康,就没有全面小康”¹¹。

立足全人群和全生命周期是全民健康的两个着力点,而家庭是这两个着力点最直接的管理单元。健康中国的基本路径是共建共享,健康家庭建设为全民健康构建了恰当的载体,它统筹家庭的经济、文化、生活方式,形成维护和促进个体健康的合力。健康行动需要调动家庭力量的积极性和创造性,强化家庭对于个人健康的责任,提高全民健康素养,引导形成自主自律、符合各个家庭特点的健康生活方式,有效控制影响健康的生活行为因素,形成热爱健康、追求健康、促进健康的家庭氛围,从而达到个体健康和全民健康的目的。

(二)“健康家庭”行动引领人民群众的健康生活

家庭是普及健康生活的基本场所,家庭可以发挥个体健康管理的强力纽带作用。“健康家庭”行动,将在家庭层面对家庭建立和发展的每个阶段的具体问题和健康需求,提供有针对性的健康管理和服务,从而引领人民群众的健康生活。

一是以家庭为单位的健康教育,提高全民健康素养。普及全民健康生活方式,强化家庭和高危个体健康生活方式指导及干预,开展家庭健康体重、健康口腔、健康骨骼等专项行动。建立健全家庭健康促进与教育体系,提高健康教育服务能力,从小抓起,普及健康科学知识。加强家庭精神文明建设,发展健康文化,移风易俗。

引导家庭合理膳食,实施营养计划,全面普及膳食营养知识,引导居民形成科学的家

庭膳食习惯,推进健康饮食文化建设。开展控烟限酒,积极推进无烟家庭建设,减少酗酒,控制人体的酒精摄入。

三是促进家庭心理健康支持。加强家庭心理健康服务体系建设和规范化管理。加大家庭心理健康科普宣传力度,提升家庭成员心理健康素养。加强对抑郁症、焦虑症等常见精神障碍和心理行为问题的家庭干预,尤其是重点人群心理问题早期发现和及时干预力度。加强对家庭严重精神障碍患者报告登记和康复服务。

四是强化减少不安全性行为和毒品危害的家庭责任与治理。针对家庭中的青少年、育龄妇女及流动人口,开展性道德、性健康和性安全宣传教育和干预。加强对性传播高危行为人群的综合干预,减少非意愿妊娠和性相关疾病传播。从家庭源头上杜绝毒品危害、早发现、早治疗成瘾者。

五是提高家庭成员的身体素质。制定实施家庭的全民健身计划,普及科学健身知识和健身方法,推动全民健身家庭生活化。

(三)“健康家庭”行动在人民群众疾病防治中发挥重要作用

减少疾病发生,强化早诊断、早治疗、早康复,是实现全民健康的要义。如果相当多的家庭因病致贫、因病返贫,或无法真正分享国家致力于改善基层医疗卫生服务系列举措带来的改革红利,则“健康中国”的战略目标就难以实现。家庭在疾病防治中作用是无可替代的,健康家庭行动在日常健康管理中充分体现家庭参与和人文关怀,可以促进个体对于健康管理和对疾病的预防、诊断、治疗和康复的正确认知和智慧选择¹²。

¹¹ 努力全方位、全周期保障人民健康——习近平总书记在全国卫生与健康大会上的讲话. 新华社. 2016年08月22日.

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.

一是以家庭为单位确立目标人群在重大疾病预防中大有可为。社会心理学研究表明：家庭成员的健康与家庭的类型、家庭的运作形式、家庭的作用及家庭的生活质量密切相关。家庭往往是健康与疾病问题的首发地，家庭是个人抵御重大疾病的第一道防线¹³。每个家庭特有的家族基因、公共生活方式、饮食习惯等，都使得某些重大疾病的发生带有很大的家庭共性，因此从家庭层面上做好提前预防、在心态和财力上有所准备，就会在一些重大疾病预防中取得主动。

二是家庭对病患和亚健康状态中的家庭成员给予无私的支持和帮助。当家庭成员患病，需要治疗、康复和照料时，家庭的作用也是必不可少的。兰尼说过：“一个美满的家庭，有如沙漠中的甘泉，涌出宁谧和安慰，使人洗心涤虑，怡情悦性。”¹⁴和医院一样，家庭也是患者不可或缺的康复基地，家庭通过经济支持、生活照料、精神慰藉等途径配合慢性病综合防控战略实施，推动慢性病筛查和早期发现，落实癌症、脑卒中、冠心病等慢性病的机会性筛查，实现高血压、糖尿病患者家庭管理干预。

三是家庭参与病患的治疗给患者带来更多的智慧选择。家庭参与到患者的疾病预防、诊断、治疗和康复过程中，甚至扮演着决策者的角色，决定了治疗效果，甚至决定了各项治疗的成败¹⁵。在保护健康和恢复健康中，病人、

家庭和卫生保健系统之间的关系已被形象地描述为“治疗三角”，这种表述方式清晰地反映了这三个方面的相互影响。在这个三角中，当家庭成员支持医生的治疗方案时，这种合作就能够促进健康；反之，则阻碍疾病的治疗。^{16 17 18}

(四)“健康家庭”行动要求社会提供更加优质的健康服务

将家庭作为基本单元，通过健康家庭建设让健康服务惠及全人群，使全体人民享有所需要的、有质量的、可负担的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务，使健康家庭成为建设健康社区、健康城市、健康中国的关键落脚点¹⁹。

一是通过健康家庭建设进一步完善分级诊疗和家庭医生服务制度。促使家庭医生成为居民健康的守护者，由家庭医生对签约服务对象提供全程的健康管理；通过定期的社区诊断来掌握服务地区家庭的健康状况，针对家庭不同需求来提供有针对性的健康管理服务。家庭医生还将成为医疗资源利用的守门人，完善以家庭医生为核心的分级梯度有序的诊疗机制。

二是通过健康家庭建设加强对家庭中所有生命周期成员的健康支持。针对生命不同阶段的主要健康问题及主要影响因素，实现从胎儿到生命终点的全程健康服务和健康保障，构建以生育支持、幼儿养育、青少年发展、老人赡养、病残照料为主题的家庭健康发展政策框架，引导群众负责任、有计划地生育。

¹³ 张新庆, 李闪闪. 健康家庭: “健康中国”之基石[J]. 中国医学伦理学, 2017(2).

¹⁴ 张新庆. 构筑“健康家庭”, 从容应对重大疾患[J]. 中国卫生, 2015(10):56-57.

¹⁵ Jackson S E, Steptoe A, Wardle J. The influence of partner's behavior on health behavior change: the English Longitudinal Study of Ageing[J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(3): 385—392.

¹⁶ 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.

¹⁷ 中国健康教育 10 (7) 1994

¹⁸ Royce T J, Hendrix L H, Stokes W A, et al. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies[J]. JAMA Intern Med, 2014, 174(10): 1558-1565.

¹⁹ 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.

三是通过健康家庭建设关爱好家庭重点人群的健康问题。妇女儿童、老年人、残疾人、低收入家庭成员是健康促进中的弱势人群，应予以重点关爱。健康家庭行动要积极倡导优生优育，实施母婴安全计划，提高妇幼健康水平。加强出生缺陷综合防治。实施健康儿童计划，加强儿童早期发展。维护低收入家庭和残疾人健康，加大救助力度。

(五)“健康家庭”行动有助于医疗卫生体制的深化改革

在健康中国、健康城市的大背景下，健康家庭的理念及其行动对医疗服务体系、健康保障、生育政策的走向等等都会产生重大的影响。

从医疗服务体系看，健康家庭的理念及其行动有助于完善医疗卫生服务体系，促进建立面向家庭和社区的公平可及、系统连续、优

质高效的医疗健康服务，并为之配套相应的公共卫生体系、医疗服务体系、医疗保障体系、药品供应体系，这是“健康中国”惠及广大民众的必经之路。健康家庭行动将积极倡导全方位、全周期、差异化的服务理念，促进建立多层次、多角度、多内容的整合型健康服务体系。重视康复、老年病、长期护理、慢性病管理、安宁疗护等与家庭照料有关的接续性医疗机构建设。

从健康保障来看，健康家庭的理念及其行动有助于完善全民医保体系。健全以基本医疗保障为主体、其他多种形式补充保险和商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系。推进基本公共卫生服务均等化，实施与家庭健康有关的国家基本公共卫生服务项目和重大公共卫生服务项目，使不同家庭居民享有均等化的基本公共卫生服务。

(上接第14页)

点。城市社区应设置专门的老年活动中心，丰富老年人的生活内容，为老年人搭建沟通交流的平台。

3. 关注老年人的精神需求

随着 70 后老年逐渐变老，老人的需求不仅仅停留在衣食住行的物质层面，更加追求精

神享受，城市老龄友好社区建设应该为老年人提供舒适的精神健康服务环境，如营造适宜老年人生活的和睦的邻社区邻里关系；鼓励老年人参与社区建设；帮助老年人回归社会，培养老年人的社区归属感。

参考文献 (略)

《人口信息》

(双月刊)

2020年第3期

(总第230期)

2020年6月28日出版

主管单位：上海市卫生健康委员会
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: rxxibjb@sohu.com
印 刷：上海欧阳印刷厂有限公司
上海市连续性内部资料准印证(K)字第0296号