

2017年第4期

人口信息

POPULATION INFORMATION

《人口信息》

(双月刊)

2017年第4期

(总第213期)

2017年8月28日出版



- * 发展和谐共享：积极应对人口老龄化的战略思考
- * 支援子女型移居老年人社会适应状况调查
- * 上海市医学科技创新基本发展思路研究
- * 上海老年人口异地养老情况研究(论坛)

主管单位：上海市卫生和计划生育委员会
主办单位：上海市人口与发展研究中心
编辑出版：《人口信息》编辑部
地址：上海市陕西南路122号705室
邮政编码：200040
编辑部：021-54031529
发行：021-54363197
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

上海市人口与发展研究中心

内部资料 免费交流

人口信息

(双月刊)

2017年第4期(总第213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 •

发展和谐共享：积极应对人口老龄化的战略思考..... 穆光宗 (1)

支援子女型移居老年人社会适应状况调查 张苹 (5)

• 本期关注 •

上海老年人口异地养老情况研究《人口信息》编辑部 (13)

(主持人：周海旺，参与讨论：杨昕，高慧，于宁)

• 调研与分析 •

本市“职住分离”普遍，结构差异明显..... 钟华 (27)

• 卫生发展 •

上海市医学科技创新基本发展思路研究..... 黄红等 (38)

• 全球视野 •

上海与加拿大毕业后医学教育比较及启示..... 王力男等 (44)

◀ 人口与发展 ▶

发展和谐共享：积极应对人口老龄化的战略思考**——读《全面建成小康社会积极应对人口老龄化》一书有感**

穆光宗

由我国人口学和老年学的重要开拓者郭沧萍教授主编、中青年学者杜鹏教授和李晶博士副主编的《全面建成小康社会积极应对人口老龄化》一书由中国人口出版社于 2016 年 3 月正式出版。全书分三篇共二十六章，60 万字，是近年罕见的有关我国老龄问题的宏著大论，是一部讨论广泛、内容丰富、百科全书式的本土社会老年学力作，观点纷呈，可喜可贺，提出的“发展和谐共享”的三点主张尤其可圈可点，内涵丰富，高度概括了我国积极应对人口老龄化的战略思考和政策取向。正如该书指出的：“在发展层面上，要奠定好发展、和谐、共享的三块基石；在养老层面有树立起老年人健康、参与、保障三根支柱；在责任层面上，包括政府、企业、市场、社会组织、社区、家庭以及包括老年人在内的各年龄人群都有各自责任。”

迄今为止，国际社会在应对人口老龄化问题达成两大共识：即健康老龄化和积极老龄化。本书则认为：积极老龄化是健康老龄化的升级版，因为积极老龄化有三根支柱，即健康、参与和保障。积极老龄化已经成为当今国际社会的共识。本书进一步将积极应对人口老龄化的三根支柱理解为发展、和谐和共享，具有重

大的战略意义。2012 年 12 月，《中华人民共和国老年人权益保障法》第四条提出：“积极应对人口老龄化是我国一项长期战略任务”，十八大报告重申“积极应对人口老龄化，大力发展老年服务事业和老龄产业”。弱水三千，只取一瓢。笔者仅就三点展开，谈谈拜读该书之后的感悟：

一、老龄问题的本质也是发展问题

国际上已有共识，老龄问题包括了人口老龄化问题和老年人问题，也包括了发展问题和人道主义问题。人口问题本质上是发展问题，对此我们耳熟能详。老龄问题是 21 世纪最大的人口问题，其本质同样是发展问题。这里的发展是多重的、立体的概念，具有多维性、多面性和循环性。我的感悟是发展不仅仅是指经济发展，而且包括了社会发展、文化发展、人口发展和老年发展几个方面。只有在五大发展的协同和促进下，老龄问题才能得到较好解决。该书立论高远，提出：“全面建成小康社会就是把五位一体建成好即社会主义政治建设、社会主义经济建设、社会主义文化建设、社会主义社会建设、社会主义生态文明建设做好。五位一体是积极应对人口老龄化的根本保

¹ 郭沧萍主编、杜鹏和李晶副主编：《全面建成小康社会积极应对人口老龄化》，中国人口出版社，2016 年 3 月，第 15 页。

障,积极应对人口老龄化是全面建成小康社会的一项具体内容。”

如何解读“老龄问题的本质是发展问题”?经济发展、社会发展、文化发展、人口发展和老年发展可以互相促进(正循环)也可能相互障碍(负循环)。在发达国家,由于劳动力短缺,老年劳动力大量重返就业岗位,说明了健康的老年人不是老龄化社会可有可无而是必然是越来越举足轻重的经济力量。老年人退而不休、不退不休很可能成为发达国家人口老龄化进程中一道亮丽的风景线。比较来看,我国老年人力资源、老年人才资源被闲置被浪费的情况似乎还没有引起足够的关注和重视。我以为,年龄包括了符号的含义,也包括了功能的含义,为此可以划分出“符号年龄”(日历年龄)和“功能年龄”(状况年龄)。我国老年人口规模巨大,在一定程度上与老年的“初始年龄”偏低有关。如果和国际接轨,统一用 65 岁及以上定义老年人,我国就少了很多 60~64 岁的老年人,而是相应地多出了一些准老年人。提高初始年龄和退休年龄,可以减少老年人口的存量。区分“符号年龄”和“功能年龄”的意义在于,可以摆脱老年同质性的表面认识,深入把握老年异质性的变化规律。区分不同功能状况的老年人,可以发现健康老龄化和积极老龄化的方向和强度。老年人力资源、老年人才资源是积极应对人口老龄化的内生力量。

“未富先老”四个字概括了“经济发展”与“人口老龄化”的关系,后来又提出了“边富边老”和“未备先老”的命题,丰富了对我国人口老龄化特点的认识,也说明了我国人口老龄化形

势的严峻。正如该书明确提出的:“人口老龄化是一条客观趋势,积极应对人口老龄化是国家一项长期战略任务,发展生产力和提高劳动生产率是应对人口老龄化的必要物质基础。”

有时不是有无健康两分类这么简单,而是有多少健康功能和健康储量的问题,这样在健康老龄化和不健康老龄化之间还大量存在着亚健康老龄化现象,我们不仅希望的是持续健康的老龄化,而且希望看到健康老龄化的内部升级和转变,就是从不健康老龄化向亚健康老龄化和健康老龄化的转变。经验表明,科学积极的生活方式和返璞归真的心性修炼具有不可思议的促进健康老龄化甚至老年年轻化的作用。

该书强调要从社会功能方面来研究老年人的健康。社会功能的健康是指一个人适应社会、协调社会关系、参与社会生活的能力(第 70 页)。“社会健康就是一种社会生活的协调或完满状态,其中也包括一个人生活方式的科学与完善状态。”

该书对“健康老龄化”重新进行了定义,即“健康老龄化是指大多数老年人进入老年期后,生理、心理和社会功能继续保持比较完满的状态,保持独立性和自主性,非感染性的疾病得到有效的控制(推迟、延缓和缓解),生活基本能够自理,有较高的生活质量,大多数老年人不需要长期生活在医疗护理中,不需要昂贵的医疗和药物费用支出;老年人根据社会、社区、家庭的需要和个人自愿、能力和喜好参与社会、经济、文化活动(有偿或无偿的参与),即或有病致残,老年人仍然是社会的

² 郭沧萍主编、杜鹏和李晶副主编:《全面建成小康社会积极应对人口老龄化》,中国人口出版社,2016 年 3 月,第 16 页。

³ 郭沧萍主编,杜鹏、李晶副主编:《全面建成小康社会积极应对人口老龄化》,中国人口出版社,2016 年 3 月第一版,第 13 页。

一种资源。”(第 93 页)并且指出:1、健康老龄化重视生命的质量,延长中年期。2、健康长寿要建筑在预防的基础上,把完全不能自理的时间压缩到最短。3、健康老龄化不仅重视生理健康,而且重视心理健康和社会功能健康。4、衰老是可以延缓、推迟甚至逆转,健康的行为和生活方式具有决定性的影响。长寿不一定衰老,也不一定丧失社会功能(第 98 页,第 104 页)。5、健康老龄化必须建筑在终身健康和全民健康的基础上。6、健康长寿不是人类的终极目标(第 115 页)。该书明确提出自己的价值取向是以人为本、人的全面发展和人类社会的全面进步。

该书对“积极老龄化”进行了新的探讨。作者认为“‘积极’一词不单是指积极地获得健康,也包括能持续参与社会、积极、精神和文化生活。老年人即便是有病或伤残,仍可以积极地对家庭、社区甚至国家有所贡献”(第 112 页)。强调指出,积极老龄化的保障不是狭义的,而是广义的。“积极应对人口老龄化”是“积极老龄化”中国化升级版(第 141-144 页)。我国应对人口老龄化在微观层面健康、保障、参与三根支柱下,还要再加宏观层面的三块基石:发展、和谐、共享(第 145 页),是高屋建瓴的创新之见。

该书认为发展与养老是一对矛盾。该书提出广义发展和优先发展两个概念:“广义的发展除了经济发展以外,还有政治、文化、社会发展,但在应对人口老龄化中,经济发展是最优先的,否则,应对人口老龄化就成无源之水,不可持续”(第 145 页)。我以为,“发展”概念谱系中还应当包括人口自身的可持续发

展以及对人口发展代际均衡的追求,“适度老龄化”是解决老龄问题不可或缺的重要视角和战略选择。

二、社会和谐是应对老龄化挑战的重要保障

2012 年,邬先生和杜鹏就曾经主编过《老龄社会与和谐社会》一书(中国人口出版社)。2007 年 4 月,笔者曾经在《光明日报》撰文“论‘和谐老龄化’”,认为成功的老龄化需要处理好老年人自身的身心和谐、老年人与其他人口的关系和谐、老年人和社会的关系和谐以及老年人与环境的关系和谐。国际社会提出的积极老龄化主张中包括了对家庭内外代际关系的重视。某种意义上,养老问题就是一个人际关系问题。在现实生活中,有不少老年人虽然有儿女却生活在老年失养、老年失依、老年失爱的困境中,这是亲子关系、代际关系恶化的伦理学后果。在现代化进程中,亲子关系缘何会疏远?人际关系缘何会疏淡?在居住安排上,空巢老人的比例为何上升?例如,进入老龄化社会以来,我国老年空巢家庭户数和比例不断上升,到 2010 年有 48.5% 的老年人生活在空巢状态,城市高达 53.8%(第 465 页)。在情感交流上,孤独老人的比例为何提高?在代际支持上,失助老人的人数为何增加?

如何加强代际团结、代际互助和代际支持?该书提出:“我国应对人口老龄化,就需要构建一个和谐社会,从根本上来解决社会养老和助老,特别是要保障老年人不能独立、不能自理自立时,能够得到社会的帮助、国家的帮助、年轻一代的帮助以及家庭成员的帮助”(第 147 页)。该书鲜明提出:代际关系的融洽

⁴ 穆光宗等:“适度老龄化:应对老龄危机的第一战略”,《广西民族大学学报(哲学社会科学版)》2014 年第 1 期。

程度极大影响老年人的幸福感,构建和谐平等相互尊重的代际关系,是打造“不分年龄、人人共享”理想社会的题中应有之义(第 609 页)。

三、老年共享是提高老年福祉的根本途径

1999 年,笔者曾经提出国际老年人年主题“不分年龄、人人共享”的中国化表达,即共建、共融、共享。老年共享包括了发展资源、发展机会和发展成果的共享。社会发展最终是通过老年共享机制来增进老年福祉的。该书认为:“应对人口老龄化最有效的办法就是发展生产,提高劳动生产率和完善社会保障,健全分配制度,保证社会用更少的人力生产出更多的财富,并使低收入老年群体的生活得到有效的保障”(第 269 页)。我国老年人社会保障面临的主要问题有:1、老年人收入来源少,结构单一,社会保障和经济自养能力不足;2、老年人收入来源的群体差异大,弱势群体的社会保障明显不足;3、家庭资源减少;4、社会养老保障水平偏低(第 278-283 页)。并提出了对策建议:1、加大财政转移支付;2、实现对老年人社会救助的全覆盖;3、建立以公共财政资源为主体,以社会资源为补充的老年社会救助及服务体系;4、培育和建立多支柱的养老保障格局。

我国不仅要完善养老保障,而且要加强养老服务,让老年人能公正共享广义的养老资

源,包括养老的经济资源、照护资源和医疗资源。我国老年人不仅面临着老无所养问题,而且面临着严峻的老无所依和老无所医问题。在我国老年人的主要生活来源中,2010 年依靠退休金的占 24.1%,比 1994 年仅仅增加了 8.5 个百分点;依靠劳动收入的占 29.1%,同期增加了 4.1 个百分点;依靠家庭其他成员供养的占 40.7%,同期下降了 16.4 个百分点(第 272 页)。另一组数据则显示有照料风险的老人增加,2000-2010 年,存在自理困难的老年人口增加了 4.1 个百分点,同期农村上升了 5.2 个百分点,城市则上升了 51.4 个百分点(第 464 页)。2000 年、2006 年、2010 年 80 岁及以上的高龄老人超过 50% 存在不能自理或者自理困难的情况。2010 年全国约有 340 万自报需要照料而得不到照料的老年人(第 465 页)。“看病难、看病贵”仍然是老年人普遍担心的问题。

该书提出基本养老服务应强调公共负担性,资金来源以政府财政为基础,社会资本为支撑(第 324 页)。由此提出了基本养老服务均等化的理想以及养老服务体系多元化的构想,一方面国家要健全以居家为基础、社区为依托、机构为支撑的养老服务体系,另一方面养老服务需要政府主导、多方参与,提出多元养老主体协同创新的重要观点(第 341 页)。

(作者单位:北京大学人口研究所)

⁵ 穆光宗:“论‘和谐老龄化’”,《光明日报》学术理论版,2007 年 4 月 3 日。

⁶ 穆光宗(主持):“构建中国特色的‘不分年龄、人人共享’的社会”(人口与发展论坛),《人口研究》1999 年第 1 期。

支援子女型移居老年人社会适应状况调查

——以上海市为例

张莘

移居指的是更换居住地后的长期居住行为。移居老人指的是在年老或退休后，迁离其工作生活过的原居地，搬迁到其他城市或地区居住的老年人。随着我国城市化和社会流动性的增强，老年人口的移居也已成为一种显著的社会现象，成为一个不容忽视的社会问题。支援子女型移居老人群体的出现，是劳动力转移的伴生现象，也是城市人口流动的组成部分。在人口红利不再，“用工荒”已经凸现的情况下，加强对支援子女型移居老人的关爱，提高移居老人的幸福指数，让他们融入新的城市快乐地安度晚年，不仅考验着城市的智慧和包容性，更是考验能否留得住人才，给城市的长期发展提供稳定而持续的人力支撑。

一、相关理论及研究对象界定

（一）相关理论与研究

现有的研究表明，美国在 1995–2000 年之间老年人的移居已达到 22.8%，日本 2000–2005 年之间为 11.7%，英国 1981–1991 年之间老年人的移居率为 35.4%。国外学术界对于老年人的移居一般归纳为三个阶段：第一阶段是退休以后追求自然舒适的生活环境而发生的主动型移居；第二阶段是当配偶死亡后

为了接受子女的照顾而产生的移居；第三阶段是当老年人需要日常的护理时，居住到养老设施的移居。

相对于国外学术界开展的大量移居老人研究，我国针对移居老年人群体社会问题的研究相对较少。移居老人作为流动的老年人口在中国的流动人口大军中所占比例较低，因此常常成为被忽略的对象。孟向京认为，这是由于流动老年人口在总的流动人口中所占比例低，而且已经完成生命过程中的教育、就业等重要阶段，相对于流动儿童而言，他们往往被视为没有特殊问题的一类人，因而往往容易被忽视。在移居老人的相关研究中，涉及在流入地的适应状况、生活状况、遇到的问题、影响因素及对策建议等方面，但是相对于大量农民工等青年劳动力流动人口的研究，这类文献的数量并不多。移居老人在流入地遇到的困难是学者们较为关心的问题，包括生活适应困难、社会交往缺失、社会保障的流失（李珊，2010；王婷婷，2011；孟向京，2004）等问题。学者们从不同的角度探析影响移居老人社会适应的要素，包括老年人自身层面、家庭关系层面、社会网络层面、客观环境方面、制度层面（牛菲，2011；李珊，2011）。

¹【基金项目】本文系上海市人口与发展研究中心2015年专项课题的阶段研究成果，项目编号：201531500181-10002

(二) 研究对象界定

国内学者根据老年人口移居的缘由将移居老人分为四大类,包括投靠子女型、支援子女型、追求生活品质型和落叶归根型(李珊,2010)。本研究所指的移居老人特指支援子女型的移居老人(下文简称移居老人),具体指那些不以从事经济活动为目的、为帮助子女照顾孙辈而远离家乡,来到上海居住半年以上的父母。具体为:非上海户籍;来沪居住时间半年及以上;年龄设定为男 60 岁及以上、女 50 岁及以上,这是比较符合中国实际的划分。除此之外,并不限定研究对象的城乡户籍、性别、职业等因素。

同时,对移居老人子女也明确要求为上海“青年新移民”。所谓“青年新移民”,需要满足“安家”或“落户”的条件之一。“安家”是指已婚且购买产权房;“落户”是指已婚且户籍地由外省市迁入上海。夫妻双方有一方符合上述条件的,即可以看作是“青年新移民”。之所以设定这样的条件,是因为满足安家或落户条件的,子女最有可能在上海永久居住,父母移居上海的时间会较长,甚至永久定居上海,更需要关注。

(三) 研究方法

调查于 2015 年 5-7 月实施,采用问卷调查和个案访谈两种方法收集资料。其中,问卷调查考虑到调查对象选取的可操作性,通过非概率抽样中的“滚雪球”抽样,以移居老人的“青年新移民”子女作为调查对象,间接了解移居老人的现状及其在沪家庭生活状况;个案访谈以移居老人本人作为访谈对象。

问卷调查共采集 517 名青年新移民样本信息,其中男性 229 名(44.1%),女性 290 名(55.9%);平均年龄 32.94 岁,年龄标准差

3.85 岁。其中,最近半年家中有移居老人的有 310 名(60.0%)。从这部分移居老人中随机选择 15 名进行个案访谈,其中女性 10 名,男性 5 名。女性年龄在 50~66 岁之间,男性年龄在 54~64 岁之间。有 1 名丧偶;7 名与老伴分居,独自来沪;6 名与老伴共同来沪。6 名来自城镇;9 名来自农村。10 名与儿子儿媳共同居住;4 名与女儿女婿共同居住;1 名由于子女同在上海,在儿子和女儿家都住过。6 名的子女为独生子女;8 名有 2 个子女;1 名有 3 个子女。为遵守保密原则,文中将 15 名访谈对象以 A1-A15 代称。

二、移居老人的社会适应状况

将移居老人的社会适应分为四个维度:心理适应、关系适应、生活方式适应、社会环境适应。这四个维度并不呈现线性发展,而是盘根错节,相互依赖相互影响的。同时,这四个维度并不是唯一的、固定的,会根据研究对象的回答进行完善与调整。

(一) 移居老人心理适应状况

心理适应包括移居老人在情绪方面的心理感受及角色变化。中华医学会精神病学分会提到,不得不搬到新城市照顾孙辈的移居老人,已日渐成为精神卫生门诊的常客,社会应高度关注他们的心理健康。

1. 心理感受:想家、孤独

初到上海,老人们面对生活环境与人际关系的变化,在心理上的第一反应就是想家。一是想念家乡熟悉的事物、人际关系以及风土人情。相对于男性来说,女性思乡的程度更深。二是挂念家中独居的老伴。调查显示,只有不到半数的移居老人是双方同时在子女家(47.5%),其他父母都处于老夫妻两地分居的

状态。三是担心家中年迈的父母。支援子女型的移居老人大多属于相对年轻的低龄老人,他们中的很多人家中还有年老多病的父母或公婆。对于这些老人来说,并非单纯的想家,更多的是对家里人的担心与挂念。四是由于与子女和周围的人缺乏沟通导致的强烈的孤独感。

A9:有时候也想回老家,一方面太累了,但更多的是跟周围人接触太少了,说话都听不懂,很孤单,过得不随便。在老家出门就是左邻右舍,还有亲戚朋友,经常拉拉家常,比在这儿好。

2. 内心纠结:想撂挑子,却又不忍

学界常用推拉理论来解释流动人口和移民的原因及原理,该理论认为,“在市场经济和人口自由流动的情况下,人口迁移和移民搬迁的原因是人们可以通过搬迁改善生活条件。虽然移居老人和劳动力迁移有所不同,但同样可以用推拉理论的原理分析其来上海的原因。移居老人作为退休老人,可以为子女做较多的事情,这种推力促使老人来到上海。同时,上海儿孙绕膝的天伦之乐作为流入地的拉力牵引着老人。当然,流出地也会有一部分拉力,那就是老人的老伴、亲友,熟悉的环境与风土人情。在这种推力与拉力的相互作用下,不难理解移居老人内心纠结的矛盾心理。

3. 家庭中自我角色转变:由权威的父母到照顾人的“保姆”

来到子女家中,移居老人的角色由曾经权威的父母变为照顾人的“保姆”。调查发现,多数家庭(60.0%)的事情由“小夫妻决定”,少数家庭(39.0%)由“夫妻双方与父母商量决定”,而由“父母决定”的仅占1.0%。访谈中,当被问到来到上海之后,在家庭中的定位与角色时,访谈对象的回答几乎是一致的。支援子女型的移居老人都认为自己来上海的任务就

是做好子女的后勤保障工作,照顾好自己的孙辈人,甚至有的访谈对象调侃地将自己看成是“不花钱的保姆”。他们面对自己权威的失落和角色的转变,都会表现出一定的消极情绪。

A6:家里的事情都孩子们说了算,我也不多参言。孩子大了,都有自己的主意,我说了他们也不听,咱给他们做好后勤看好孩子就行了。想开了就能适应了,人家不是说嘛,“要想好,老做小”,不管那么多,给他们带好孩子,他们能好好工作就行了。

(二) 移居老人关系适应状况

关系适应包括家庭内部关系、社会交往以及社区参与等。随着移居老人逐渐退出社会及其生活范围的缩小,家庭作为其活动的核心区域对他们来说越来越重要。另外,除了家庭关系,社会关系的变化也在潜移默化地影响着移居老人的上海生活。

1. 亲子关系

由于家庭生活占据了移居老人生活的绝大部分,所以对于家庭关系的适应是非常重要的一个方面。移居老人来到子女家中,家庭关系的主轴由“亲子”转为“夫妻”(小夫妻),移居老人与子女间的关系与过去相比疏远了很多。大部分老人表示,子女与自己的沟通交流逐渐减少。调查发现,大部分子女(51.8%)只是“有时”跟移居老人父母聊聊天,18.3%“很少”跟父母聊天,“经常”或“总是”跟父母聊天的分别占16.7%和13.2%。访谈中的总体感受是,那些作为爷爷奶奶身份的移居老人,与儿子儿媳生活在一起,相较于外公外婆身份的移居老人来说,似乎与孩子的关系更为疏远,也更难适应家庭关系的转变。

2. 夫妻关系

面对已经成家的子女,老伴是移居老人

最大的精神支柱。无论是双方一起在上海,还是独自来沪承受两地分居的移居老人,他们的夫妻关系相较来沪以前更加和睦、对对方更加依赖。同老伴一起来沪的老人,可以共同面对环境的变化与最初的不适,夫妻之间的关系也会升温;独自来沪的老人由于两地分居,反而增加了对对方的关心与挂念。不管是前者还是后者,夫妻关系的和睦可以帮助老人缓解在上海生活的不适状态。

A15: 我和我老伴儿一起在这儿, 孩子们白天去上班, 我俩在家也有个照应, 我腿不好, 老伴负责出去买菜, 我做饭的时候他帮着看孩子, 搭配得还挺好的。现在他也帮着做做家务, 以前在家他是从来不做家务的。来了上海也不认识什么人, 我们俩的交流反而多了。

3. 人际关系

移居老人的人际关系经历了从不愿意走出家门, 到逐渐尝试寻找新朋友的过程。最初来到人生地不熟的新环境, 对于移居老人建立新的人际关系并非易事, 很多移居老人并不愿意走出家庭建立新的人际关系。这主要是由于语言不通, 导致移居老人不愿意与他人多接触。人是社会的人, 是需要沟通交流的, 因此语言不通给他们造成的不适应, 似乎是所有不适应中最为严重的一个因素, 也是影响他们人际关系的关键障碍。而那些来自同一个省“老乡”, 成为他们人际关系中发展最快、最重要的关系。另外, 由于看孩子是支援子女型移居老人的主要生活内容, 因此带孩子出去玩的时候, 也容易较为自然和顺畅地接触到其他的老人, 从而寻找新的朋友。但是, 这种“朋友”关系较为表面化, 尤其是面对突发事件时, 人际关系的匮乏暴露了移居老人知心朋友和社会资本的缺失。

A2: 前两年我老伴生病住院的时候, 感受最深的就是这里认识的人太少, 太不方便了。我没文化, 什么也不懂, 只能夜里陪陪夜, 做手术什么的就我儿子一个人跑上跑下, 他是个孝顺孩子, 但是上班很忙, 住了一个多月医院, 每天下班还要过来看。天天我一个人陪夜也累, 心情特别烦躁焦虑。当时真是觉得如果在老家多好, 亲戚朋友还能帮衬着。

(三) 移居老人生活适应状况

移居老人从老家来到上海, 他们要告别的不仅仅是熟悉的家乡, 更是告别原本熟悉的生活方式。变化了的生活方式, 会导致移居老人产生各种不适用。

1. 子女带养

移居老人与子女发生代际矛盾最主要的原因是“子女带养”, 占 58.2%, 这与支援子女型移居老人来上海主要是帮忙照顾第三代有关。访谈对象 A9 提到, 以前在喂孩子吃饭喝奶的时候争执过一次, 挺不开心的。他们嫌我用我自己的筷子、汤勺给孩子吃不卫生, 还有奶瓶没洗干净什么的! 结果我妥协了, 还是听他们的吧, 我们老观念现在也不能用了, 年轻人总是对的。

2. 生活习惯

与子女生活习惯的差异是每个移居老人都面临的问题, 两代人常常由于“生活习惯和生活琐事”发生矛盾(55.9%)。移居老人作为老年人, 已形成的生活习惯必然与其子女有所不同, 大部分移居老人提到, 他们与子女的生活习惯差异主要是饮食与作息习惯。面对这个问题, 最初的阶段, 他们可能会不认同子女, 向子女提出自己的意见, 但是并不奏效。经过一段时间, 很多老人都会选择顺从子女。

A13: 儿媳是南方的, 跟我们北方人不一

样。吃饭她喜欢吃带汤的,我就迎合她做饭。我们年纪大了,有时候看不清,不卫生,她也会说。不过她说了就算了,也不记仇。我心里不痛快了,过两天就没事了。

3. 消费观念

两代人消费观念的不同,也是产生矛盾冲突的重要原因之一,占 24.9%。移居老人基本都经历过艰苦的岁月,一般生活都比较节俭。对于子女的消费习惯,大部分移居老人表示并不十分认同。在他们看来,子女铺张浪费,很多钱花在不该花的地方。有的老人表示,孩子爱去饭店吃饭,在外面吃一顿好几百块钱,都可以在家里吃好多天了。

A5:跟儿媳妇主要是一些消费观念的不同,毕竟不是一代人。不过我觉得我儿媳妇花钱太大手大脚了,整天买衣服、鞋,买那么多我看她都穿不过来。为这事我说了好几次,说得她也不开心我也生气。我们一辈子省吃俭用的,她一点也不体谅我们。

(四) 移居老人社会环境适应状况

社会环境适应包括对该城市的居住环境、社会风俗、社会福利等方面的适应。

大部分移居老人通常认为上海的居住环境相对于老家来说较为“狭小”,对于来自农村习惯于住平房的老人,这种感受更为明显,他们更加怀念曾经宽敞的、相对开放的居住环境。有些老人对于上海的气候、交通以及城市环境也会感到不适,甚至会引发一些身体方面的疾病。

对于社区居住环境,移居老人几乎无一例外持肯定态度。通常情况下,居住环境给移居老人的生活带来的负面影响并不明显,而且都表示上海房价贵,可以理解。因此,在移居老人看来,尽管会遇到上述这些情况,但是这

些作为客观的因素似乎都可以忍受。

社会福利作为社会支持环境的一种正式制度性支持,是一种环境中介因素,具有缓冲应激压力、维持良好情绪体验、改善老年人生活质量的作用。这主要包括国家的各种社会保障制度以及社区组织的帮助。目前,上海尚未出台针对移居老人的相关福利政策,很多上海本地老人能够享受的政策对于移居老人来说却可望而不可及。移居老人虽然人在上海,但由于受到户籍与社会政策的限制,既流失了原居住地的一些福利,又无法享受与上海老人同等的福利。这种社会支持的缺失在一定程度上影响了移居老人的社会适应与归属感。比如,

(1) 大部分移居老人都提出了医保问题,人在上海发生疾病返回原居住地治疗非常不便,而在上海看病回到户口所在地报销的手续又非常繁琐。(2) 体检问题是许多来自城市的移居老人所关注的。在原籍,他们都可以享受到一年一度的体检,但到上海后此待遇也就自然失去了。许多人希望居住社区能够组织类似的体检。(3) 在上海,户籍老人看病、公园门票、看电影、乘车都相应有一定的优惠政策,而移居老人却无法享受这些优惠。以上种种,都会让移居老人有一定的客居感,影响老人对社会环境的适应。

三、移居老人社会适应的影响因素

本部分在调查问卷结果分析的基础上,同时通过与访谈对象直观的、面对面访谈中的观察和体会,提炼、总结移居老人在沪社会适应的影响因素。

(一) 个体层面的影响因素分析

从个体层面上来看,个人的身体健康状况、心理状况和社会经济地位等都会对移居老

人的社会适应产生影响。

1. 个人健康状况对移居老人社会适应的影响分析

个人健康状况对于移居老人的社会适应性的影响程度不仅直接,程度也较深。虽然大部分移居老人都是比较年轻的老人,但随着年龄的增长其身体机能已经在下降,通常会出现各类慢性疾病。访谈发现,个人健康状况较好的移居老人,能够更好地承担家中事务,开展较多的休闲娱乐活动,在社会适应性程度和对生活的满意程度两方面都表现出了良好的趋势。但是对于身体状况较差、承受着慢性疾病折磨的老人来说,在身体上受的折磨严重损害了老人的心理状况,并且随着患病之后自己给家庭造成的困难和负担,使得这部分老人不仅要承担来沪后的心理不适,还要承担在精神上的内疚感和无助感。

A6:我本来是给他们帮忙来的,结果刚来几天就犯了脑供血不足的老毛病突然晕倒,住院好几天,没过多久腿又摔骨折了。孩子们还得轮流请假照顾我,一边照顾我和孩子,一边忙手里的工作。我也特别内疚,觉得我来了一家人的生活节奏没有因为我的到来变得顺畅,反而更加磕磕绊绊。有一段时间,我除了吃饭上厕所都不怎么出房间,话也很少,觉得自己很没用。

2. 心理因素对移居老人社会适应的影响分析

老年人自身的心理因素,包括其性格特点与心态也影响着其适应状况。心态好的老人通常对生活拥有积极乐观的看法,因此也就更容易接受突如其来的变化而适应生活。心态不好的老人则较为悲观,经常用曾经的快乐和现在的劳累相比,在一定程度上会把当前的困难

扩大化。访谈对象 A7 来自江苏淮安,曾经是一名后勤部主任,她独自来沪后最初面临产后抑郁的儿媳很手足无措,但是她能够非常乐观地看待自己的生活,并且坚强的克服家庭困难,最终家庭关系较刚开始好了许多。

3. 社会经济地位对移居老人社会适应的影响分析

社会经济地位对于移居老人社会适应的影响是非常重要的。因为老年人的生存需求随着年龄的增长在不断地增加,但是随着来沪后生活成本的增加和经济收入的减少,使得经济需求对于移居老人生活的各个层面都起着至关重要的作用。

经济上的全依赖性降低了移居老人社会适应的程度。访谈发现,部分来自农村、没有经济来源的移居老人,在经济上对子女的全依赖性,使得移居老人的生活支出、医疗支出等完全由子女承担,这无疑增加了移居老人的心理负担,降低了移居老人社会适应的程度。

经济上的半独立性有利于移居老人社会适应的顺利实现。移居老人在经济上的半独立性主要是指通过退休工资和原有存款等,在经济来源上并不完全依赖于子女。经济上的半独立性,使得老人不必在生活成本上向子女“伸手要钱”,可以继续保持在家庭中原有的自我尊严和家长的地位以及精神上的独立性,这都使得移居老人在家庭生活中依然保有话语权,依然享有家庭成员的尊重。这样的状况有助于避免移居老人出现自卑消极的情绪问题,同时在物质供养方面也更加具有稳定性。通过访谈,我们也印证了这一点,在经济上不完全依靠子女的移居老人在来沪后生活中的适应性都是基本良好的,在家庭中和子女的关系比较和谐融洽,自己对于来沪后的生活也基本满意。

（二）家庭关系层面的影响因素分析

家庭是人们社会化的重要场所，在人们社会化或再社会化的过程中都占据着不可或缺的重要地位。尤其对于移居老人而言，由一个熟悉的环境进入另一个陌生的环境生活，并且需要慢慢地融入到这个新的环境中去，在这一过渡的过程中，家庭显然充当着重要的角色。

1. 亲子关系

谈到亲子关系不得不提的就是代沟，代沟是指社会的不同世代之间在价值观念和行为习惯方面出现的差异、隔阂，甚至冲突。任何一对亲子关系之间都存在代沟，移居老人与子女的代沟更深。究其原因，移居老人从家乡来到上海，仍然会保留家乡的生活习惯与生活方式；而他们的子女作为来到上海打拼，立志扎根于上海的第一代移民，已经习惯了上海的生活与节奏。面对代沟产生的种种差异，双方之间的分歧必然会增多。代沟通常与社会适应成正相关的状态，这种差异越大，老人的社会适应难度就越大。

2. 婆媳关系

婆媳关系是中国家庭内部关系的一个传统难题，是最微妙、最难相处的一种关系，几乎每一个中国家庭都或多或少存在这方面的问题。在 15 位移居老人访谈对象中，大部分移居老人都是在儿子家住，也有少数老人在女儿家住过一段时间。访谈发现，大部分同儿子儿媳共同生活的女性移居老人表示都会或多或少出现婆媳问题。其中一位奶奶身份的移居老人较为典型，谈到了自己与媳妇的几次冲突，她不禁落泪，表示一旦与儿媳出现争吵，就特别想回老家。

3. 夫妻关系

面对已经成家的子女，老伴是移居老人最大的精神支柱。“少年夫妻老来伴”这句俗语，在移居老人夫妻面前体现的更加透彻。因此，夫妻双方同时在沪的移居老人，他们的社会适应状况相比一方在沪的移居老人要更好一些。这是因为双方同时在沪的移居老人在共同面对环境的变化与最初的不适时，夫妻之间的关系也会升温，这种和睦的夫妻关系反过来可以帮助老人缓解在上海生活的不适状态。

总之，良好的家庭关系，不仅可以帮助移居老人更好地融入子女家庭，同时也有助于他们更好更快地融入新的环境。反之，不良的家庭关系，会使得移居老人在社会适应的过程中出现适应障碍，从而影响其融入社会的心理状态。同时还可能会造成移居老人不良的人际互动，影响他们适应新环境的信心，增加社会适应的难度。

（三）社会资本层面的影响因素分析

如果说个人与代际关系分别属于微观与中观层面的影响因素，那么社会资本可以看作影响移居老人社会适应的宏观因素。桑德斯（Sanders）等研究者发现社会资本在移民过程中扮演着相当重要的角色，发现移民在迁入地所建立起来的社会资本对于他们是迁入目的地后新生活的适应和经济地位获得等都起着至关重要的影响。尽管移居老人与该研究中的移民不能完全等同，中国与西方的国情也不能等同，但同样都可以反映社会资本对社会适应的影响。

微观层面的社会资本，指人所拥有的人际关系网络及嵌入其中的社会资源，可以称之为关系型社会资本。来沪后移居老人的关系型社会资本不断减弱，尤其是以前因地理生活范围、从事职业所建立的人际关系网都

会因地域的变化而呈现中断或半中断的状态,再加上新的关系型社会资本无法短期内建立,社会资本的阶段性缺失给移居老人的社会适应带来不良的影响。

宏观层面的社会资本是指既定的社会制度,即制度型的社会资本。制度型社会资本主要指一定的组织、制度和规范。制度型社会资本也会给移居老人的社会适应带来影响,分析访谈资料发现,目前移居老人们通常无法享受到上海的一些福利支持,不仅在一定程度上造成客居感,也会给他们的生活带来不便。在前文的文献综述中,也有不少学者指出中国独特的户籍制度、养老保险政策的不完善也影响着老年流动人口在流入地的生活。

四、促进移居老人社会适应的对策建议

由于社会政策的缺位,移居老人虽然生活在城市之中,但他们游离在城市社会保障制度体系之外,这使得他们难以在城市社会“扎根”。在城市生活的“孤岛化”使他们并没有在社会、心理层面被完全“嵌入”,没有融入城市的社会、制度、文化系统中,在心理上自然会产生一种疏远甚至不被认同的感受。社会政策作为正式的制度性支持可以为移居老人的晚年生活提供政策保障。目前上海市还没有专门针对移居老人的社会福利政策,与上海本地老人的福利落差会导致移居老人的客居感。尽管有些移居老人希望自己能够回家养老,在上海也仅是几年时间,但制度与政策的缺位仍然会给他们的生活带来不便。目前上海市对于外来流动人口在就业及其子女教育等方面有倾向性的政策,但是对于被学界和社会忽视的移居老人,仍需要给予更多的关注和支持。实现异地报销、增大报销额度、简化报销手续,

降低出行费用,如乘车免费、公园免费等都是移居老人们所希望的。相关部门可以针对这些问题制定相应的政策,让长期居住在上海的移居老人能够享受到与上海老人同等或类似的福利待遇,使其能够更好地适应上海的生活。

社区是移居老人最主要的甚至是唯一的生活区域,他们的生活基本局限于社区之中,社区对于移居老人社会适应的影响巨大。为了移居老人更快更好地融入新地区的社会生活,解决情绪困扰及排解孤单等问题,应当在社区层面,促进移居老人社会组织建设。由负责老龄问题的社区专干牵头,社区提供便利的条件,由移居老人自发组成各类休闲娱乐信息交流的社会团体。同时,在社区层面建构移居老人的社会支持网络。通过社会支持网络的建设,发扬邻里间互帮互助的精神,创建社区邻里文化,保障移居老人尽快适应社会。

在空巢化越来越严重,养老形式也日趋严峻的环境下,支援子女型移居老人解决了工作与养老两难的难题,让亲人分离变成了亲人相聚,让晚景孤独的凄凉不再,让子女休长假途奔波为看一眼父母的烦恼不再。老年人有了儿孙绕膝之欢,儿孙尽孝也能“做在当前”,可以说这是一种双赢,也是未来上海引进人才解决父母空巢的一种出路。“老吾老以及人之老”,是我们中华民族历来的优良传统。移居老人是一个等待关爱的群体,加强对移居老人的精神关爱,提高移居老人的幸福指数,让他们快乐地安度晚年,是全社会的共同责任,也是我们构建和谐社会的应有之义。

参考文献(略)

(作者单位:上海市人口与发展研究中心)

◀ 本期关注 ▶

上海老年人口异地养老情况研究

《人口信息》编辑部

特邀主持人：上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长，研究员 周海旺

主持人语

上海早在 1979 年就进入人口老龄化阶段，最近 10 年来，人口老龄化加速发展，2015 年底上海 60 岁及以上的户籍老年人口达到 435.95 万人，65 岁及以上达到 283.38 万人，80 岁及以上老人 78.05 万人。如何积极应对人口老龄化，在提高广大老年人口生活质量的同时，降低老年人口的生活成本，缓解上海常住人口年龄结构的过度老龄化，提高城市人口活力，是需要深入研究的问题。

在应对人口老龄化挑战中，异地养老是一个可以考虑的选择。美国南部的佛罗里达成为大量老年人异地养老的地区。我国异地养老现象也越来越多，海南成为东北地区老年人重要的冬季养老地。其实，上海户籍老人也越来越多地自发离开上海，到山清水秀、生活成本低、适合养老的长三角地区和广西、海南、山东等地区养老。但是由于缺少深入的实证研究和政策研究，上海市尚没有出台支持老年人异地养老的各项政策，老年人异地养老还存在很多障碍。

为了深入了解上海老年人异地养老的现状和问题，上海社会科学院人口发展与公共政策创新团队和上海市老龄科研中心组成联合调查组，从 2016 年 7 月开始，先后赴浙江嘉兴、江

苏昆山、山东威海、广西巴马和北海等地考察当地的养老设施并与在当地养老的上海户籍老人代表进行座谈，还对上海浦东新区老年协会进行了深度访谈，通过这些考察和交流调查了解上海市户籍老人的异地养老现状和存在的主要问题，并探讨了解决的对策。

调查发现，异地养老主要有三种类型：旅游养老、候鸟式养老、长期居住养老。适合异地养老的地区具有一些共同特征：一是气候宜人，环境优美；二是地理距离不远，或者交通便利；三是养老机构内设施配套完备，公建功能齐全；四是生活成本低廉，且能享有一定优惠；五是养老机构服务到位，让老人感到被尊重和关爱；六是已经形成集聚效应，沪籍老人融入社区没有障碍。

通过对异地养老的老人的座谈发现，这些养老具有几个主要特征：一是经济条件较好；二是身体比较健康；三是思想观念开放，对生活品质有较高追求；四是没有家务负担与牵挂。

异地养老对于老年人口有积极的影响：一是缓解疾病，延长健康期望寿命；二是降低养老成本；三是实现人口导入和导出区经济发展的双赢；四是增强未来高龄老人入住养老机构适应性。

¹参与本项目调研的有：周海旺、殷志刚、杨昕、高慧、于宁、袁楠。

当然,上海异地养老中还存在不少问题,主要表现在:一是异地就诊和医保的报销转续;二是不能享受户籍地的养老补贴;三是缺乏适合异地养老地区和养老机构的权威有效的信息平台;四是因挤占导入区的自然资源和公共服务资源而带来与原住民的冲突;五是缺乏各地有关养老法规的支持;六是缺乏有关保险保障。

由于异地养老还存在一些障碍,影响了上海老年人口“异地养老”的意愿。2016 年的上海市老年人口养老意愿调查显示,68.4% 的老年人表示“不会选择异地养老”;29.4% 的老年人表示“会短期异地养老”,只有 2.2% 的受访者选择“会终身异地养老”。短期旅居养老最受上海老年人欢迎。近七成老年人愿意和亲朋好友“结伴养老”。

对于异地养老中存在的问题,我们建议:一是加强各地政府的沟通合作,特别是养老福利政策的共享,便利老人异地养老;二是养老补贴从补供方转向补需方;三是加快医疗保险和医疗服务的异地衔接进程;四是鼓励市场参与异地养老服务,增加中等养老机构的资源供给;五是完善养老信息网络建设,搭建异地养老的权威信息交流平台。

上海异地养老情况调查之一:浙江 嘉兴异地养老情况调研报告

杨昕(上海社会科学院城市与人口发展研究所
副研究员)

随着社会经济水平的发展、人民生活水平的提高、人们健康水平的改善以及老年人思想观念的开放,异地养老逐渐成为一种时尚的养老方式。老年人不再固守在自己家中或是入住本地养老院,而是选择去环境更好、服务更

周到、价格更便宜的外地渡过时光。这其中又分为异地疗养、候鸟式安居、旅游观光、休闲度假、探亲交友等多种模式。这种养老模式在上海方兴未艾,但因为是人们的自发行为,所以具体情况并不为大家所知。上海目前有多少老年人选择异地养老?他们为什么选择异地养老?接纳异地养老的地方是如何看待这种养老模式的?在异地养老过程中,主要存在哪些问题和障碍?上海老年人异地养老对上海的养老服务事业带来了怎样的影响?面对新生事物,上海的政府、社会、居民应该做出怎样的反应?带着这些问题我们走访了浙江省嘉兴市的逸和源颐养中心,希望能够从调查中获得一些以上问题的答案。

一、嘉兴市老龄化及老龄工作基本情况

嘉兴市是浙江省地级市,与上海相距不足百公里,且位于沪杭交通干线中枢,交通便利,是上海老年人异地养老的热门地区之一。嘉兴市户籍人口的老龄化程度在浙江省排第一位,2014 年底时为 23.4%,2015 年底全市 60 岁及上老人规模达到 84.94 万人,占全部户籍人口的 24.3%,其中 80 岁及以上的高龄老人占全部老人的比例超过 15%。不仅如此,嘉兴市的纯老家庭人口较多,统计数据显示,全市纯老家庭人口有 13.2 万,占老年人口的 15.54%;全市共有失能、半失能老人 5.86 万,占老年人口的 6.9%。鉴于家庭养老服务功能的弱化,嘉兴市户籍老人的社会养老需求随着老年人口群体的增长而有所增加。嘉兴市政府高度重视社会养老服务体系建设工作,按照国家提出的居家为基础、社区为补充、机构为托底的方针,不断加强城乡社区居家照料中心的建设。截止 2015 年

底,社区居家照料中心已经实现市区全覆盖、乡村覆盖率 92%,2016 年将实现城乡覆盖率 100%。除此之外,嘉兴市的养老机构床位数不断增长,2015 年底,百人床位数达到 3.35 张,2016 年还申报了国家级医养结合试点单位,成为全国 50 家试点单位之一。嘉兴市在加强养老服务基础设施建设的同时,还注重提高设施的利用率,以及加大与养老相关的医疗、文化娱乐及送餐服务等。

二、调研基本情况

本次调研我们走访了嘉兴市逸和源颐养中心,嘉兴市民政局领导、颐养中心管理层和颐养中心入住上海老人代表参加了座谈会。

(一) 嘉兴市政府促进异地养老的相关举措

在座谈会上,嘉兴市民政局领导表示对嘉兴市来讲,异地养老同样是个新兴事物,目前在政策对接等方面还处于积极探索的过程中。

1. 省内医保结算联网工作

根据国务院提出的推进医保全国联网的精神,浙江省的医保将在 2016 年底实现全省结算联网,2017 年实现地级市级的联网,而对于更加基层的结算联网工作将在未来几年内完成。但异地养老更多的是在经济发达的大城市向经济水平相对较低的中小城市之间发生,而跨省的医保结算联网目前还没有实现。

2. 公积金异地使用政策制订

对于嘉兴市而言,与异地养老相联系的另一项政策是关于公积金异地购房的使用问题。由于上海房价高企,很多上海人在嘉兴买房,2016 年 1-6 月嘉兴市商品房销售共 5533 套,同比增加 196%,而二季度的新房成交量

达到 4298 套。其中上海人购买了 3300 套以上,占比较高,目前嘉兴市高铁周边的商品房单价已经超过 8000 元。而根据嘉兴市的相关调查数据,在嘉兴买房的非户籍人口中,有 65% 以上是为了将来在嘉兴养老。随着在嘉兴购房的人群规模越来越大,嘉兴市积极与上海政府沟通,希望设计出公积金异地使用的制度,相关实施细则最快有望在 2016 年底出台。

(二) 逸和源颐养中心的基本情况

逸和源颐养中心是浙江省天声集团企业投资管理有限公司打造的集托老养老、休闲养老、全国异地候鸟旅游养老服务为一体的养老机构,属民建民营性质。总投资为 3 亿元,总床位最终将达到 3000 张,目前床位在 1080 张。该养老中心分为健康老人居住区(康乐楼)、生活基本不能自理老人居住区(颐乐楼)、计时养老度假区(老人会所)和综合服务楼四大块。目前在健康区的床位大约有四百多张,其中来自上海的老人有 200 多人,占比达到 51.2%。在生活不能自理的老人区域有五百多张床位,入住的全部为嘉兴市户籍老人。该颐养中心是天声集团的厂房改建而成,2010 年正式挂牌营业,2013 年时建立了内设护理院,且能使用嘉兴市医保。该护理院名义上承担了整个社区的服务,但由于地理位置较偏,且周围有其他医院,所以实际上主要为颐养中心内的老人服务。该颐养中心健康区域的床位定价是按照嘉兴市全市退休职工退休金的 80% 来定价,其中包含床位费和护理服务费,基本上一个月的费用在 2500~3000 元/人,因而对于上海的老人具有较大吸引力。

²数据来源:十二五区间全市户籍人口老龄化加剧,嘉兴市统计局,嘉兴市统计信息网, http://www.jiaxing.gov.cn/stjj/tjxx_6433/tjsj_6435/201602/t20160201_569713.html。

按照现行定价,该颐养中心的入住率必须达到或超过 50% 才能实现收支平衡。2010 年开始营业以来长期处于亏本经营的状态,只能由集团其他业务营利来补充和支持。2015 年时,随着入住率的不断攀升,终于实现了收支平衡,但目前也只是不亏本而已。由于养老机构的房产设施都是集团自有资产,所以成本压力还不算很大。嘉兴市对于该颐养中心入住的户籍老人有一定的补贴,但对于非户籍老人没有任何补贴。

对于异地养老的老年人就医,颐养中心提供代办报销医保的业务,但报销周期很长,有时要超过半年。

(三) 异地养老的上海老人基本情况

目前入住逸和源颐养中心的老人全部居住在健康区域,平均年龄在 78.4 岁。他们大多数是通过朋友圈得到该颐养中心的信息,少部分老人或者其家人在嘉兴购买了商品房。

对于这些老人而言,颐养中心的吸引力表现如下方面:

1. 价格低廉

每月支出仅 2500~3000 元左右,上海一般退休人员的工资都可以负担。

2. 服务质量较好

从管理层到普通员工都受过较好的业务培训,对于入住的老年人有发自内心的尊重和爱护,服务到位而及时,尽可能满足老人的各种需求,让老人能够感受到温暖和幸福。

3. 自然环境较好

与上海相比,嘉兴的自然环境有明显的优势,空气质量比上海好,居住空间比上海大。

4. 靠近上海且交通便利

逸和源颐养中心靠近高铁站,且位于高速公路下口附近,上海老人自行往来非常方

便。另外,中心还定期向上海市中心发出班车,给没有私家车或者不愿意乘坐高铁的老人以交通的便捷,而上海和嘉兴已经交通卡通用,也为老人的通行带来便利。

5. 嘉兴的吴语文化圈位置,没有漂泊感

嘉兴也在吴语文化圈范围内,从语言文化到饮食习惯等都与上海接近,上海老年人在这里能够很快地融入,没有漂泊感。

三、调查发现

(一) 异地养老人群特征

从这家颐养中心的老年人代表我们不难总结出在嘉兴这家养老机构入住的老人的群体特征:第一,身体健康水平较好完全能够生活自理,或者身体曾经患病但已经康复仅需要少量帮助;第二,追求高质量为老服务,希望融入集体生活排遣寂寞的晚年时光;第三,具有稳定的、在上海属于中等或以上水平的退休金,愿意将退休金用于自身的养老服务;第四,独居孤寡老人或空巢老人更倾向于入住养老机构。

(二) 异地养老的兴起折射出上海市养老服务的不足

从访谈中我们发现,异地养老的兴起一方面是由于在经济性价比、自然环境质量等方面有上海无法达到的优势,但另一方面也折射出上海养老服务存在不足。

1. 价格合适、服务质量有保证的养老机构缺乏

上海有条件优越、价格低廉的公办养老机构,但数量较少,且由于种种原因床位流转率很低,申请排队时间非常长,往往是那些经济条件优越而社会网络发达的老人才能进入;上海有条件优越、服务优质的民办养老机构,但价格收费水平过高,对于普通工

薪阶层而言无法负担；上海也有价格不高且床位充裕的民办养老机构，但服务质量堪忧，从业人员基本没有受过专业培训，服务也缺乏人情味。

2. 上海的社区养老服务开展不到位，对于低龄老人而言尤其如此

以助餐服务为例。助餐服务是上海社区养老服务中开展最早也是布点最多的服务项目，但从访谈结果来看并不令人满意，一是布点以街道为单位，有些社区离助餐点很远，老人就餐不便；二是订餐僵化不能根据老人的实际需求变动；三是提供的伙食质量不能完全保证。另外，不少服务上门的提供都仅限于高龄老人，对于低龄老人而言存在门槛无法纳入。

3. 养老服务的人情味不够，暖心工程有待加强

有老人表示，自己身体健康状况尚可，社区养老服务项目也挺齐全，但服务享有的过程并没有感到温暖，总感觉很孤单和寂寞。这表明，我们的养老服务仍停留在工作定位，而没有更多的从心出发。

（三）异地养老存在的主要障碍

调研中我们发现异地养老作为方兴未艾的新兴事物，其发展还存在不少障碍需要克服，其中最主要的两个问题是：

1. 异地医保转接难题

绝大部分的老人都有一种甚至几种慢性病，需要持续吃药，由于医保的相关规定，他们只能开出比较少的药；而在地就医目前无法直接异地报销，而且很多时候只能急诊的费用才可以报销。可以说这是异地养老面临的最大问题。

2. 异地养老补贴难题

养老机构的运营是一项微利的事业，而且投资回收期很长。虽然逸和源颐养中心可以得

到天声集团其他营利项目的支援，但对于企业来讲，还是不希望亏本局面长期存在。而这对于所有的民营机构来讲都是一样的。天声集团的主席坦承，嘉兴市对于户籍老人入住有运营补贴，虽然少，但也能缓解机构运营的困境。目前，由于嘉兴市健康老人入住机构的意愿不强，尚有资源可以分给上海的老人，一旦嘉兴市户籍老人的需求增加了，颐养中心肯定是优先考虑户籍老人的需求。因而希望上海政府也能对异地养老的老人有一些运营补贴。

四、政策思考

（一）异地养老的定位

我们在访谈中特意问及年龄更大些或者健康状况恶化后，大家会怎样选择，大多数人表示会回到上海。也就是说，异地养老只是多数老人人生旅程中的一个阶段性行为，主要起到在身体条件和经济收入允许的情况下提升晚年生活品质的作用。一旦老人健康状况恶化，老人还是会回到上海，毕竟上海的医疗资源是嘉兴这样的地级市无法比拟的。这或许说明了，异地养老会减少年轻老年人或健康老年人在上海的居住时间，也有助于延长上海老年人的健康寿命，但对于高龄、健康状况较差的老人的医疗照护需求而言，异地养老能起到的减负作用有限。当然，从全部人口发展的角度来看，异地养老的模式有可能有助于腾出一些人口指标以引入更多的劳动力人口。而对周边地区来讲，可能能够给养老产业提供一定的机会，最终实现共赢的目标。

（二）促进异地养老需要调整相关政策

1. 学习北京等先进地区，改补供方为改补需方，让养老服务补贴跟人走，鼓励外地接纳上海老人去养老

北京除了对入住本地养老机构的老人给予机构运营补贴,也对入住河北养老机构的北京户籍老年人予以补贴,鼓励了河北养老机构接收北京籍老年人的积极性。上海也可以按照相关标准对老年人的养老服务需求进行评估,并根据评估等级给予老人补贴,这样在上海籍老人入住外地养老机构时,可以将补贴带到外地机构。而且,这种做法不仅是有利于上海籍到外地养老,也有利于在上海市内跨区的养老。

2. 在医保使用方面给予方便

在异地医保结算联网无法实现之前,允许老人凭相关证明开出足够的药量。而在进行异地政策接续时,充分考虑药品报销目录、报销水平等方面的差异,尽可能地实现便捷的医保报销流程。

上海异地养老情况调查之二:江苏昆山花桥绿地 21 城养老社区调研报告

高慧(上海社会科学院城市与人口发展研究所助理研究员)

江苏省昆山市花桥镇的绿地 21 城,占地面积 270 万平米,总建筑面积约 630 万平米,总投资近 300 亿元。已建成度假社区、国际社区、尊老社区、青年社区四个主题社区,而孝贤坊就是其中的尊老社区,占地面积 4000 余亩,建筑面积约占整个社区的 1/3,是业内规模最大的老年社区之一,预计入住 5000~10000 户老人。孝贤坊尊老社区主要用于出售,前来居住的大都是长三角区域大城市的离退休老人。

一、绿地 21 城区对上海老人异地养老有巨大的吸引力

(一) 交通条件便利,自然环境优美

作为“长三角老年颐养基地”的绿地 21 城位于江苏昆山花桥镇最东端,毗邻上海嘉定区和青浦区,地理位置靠近上海。花桥镇距上海市中心 34 公里,离上海人民广场 40 公里,距虹桥机场 25 公里,距上海安亭汽车城约 6 公里,距昆山市区 16 公里,距苏州市 50 公里。依托沪宁高速公路、312 国道、沪宁铁路和同三国道、上海郊区环线及拟建中的京沪高速铁路、轨道交通,组成了花桥镇四通八达、便捷高效的交通网络。2013 年 10 月 16 日,上海地铁 11 号线花桥段开通试运营,从苏州昆山花桥搭乘地铁 1 小时即可到达上海市中心,开始步入“地铁同城”时代。住在孝贤坊的老人走路 20 几分钟就可以达到花桥地铁站。另外,绿地 21 城每天有 52 趟班车往返上海轨交中山公园站。这极大方便了老人返回上海与子女团聚,也方便了子女到花桥探望父母。

昆山是国家卫生城市、国家环保模范城市。花桥镇是国家卫生镇和全国环境优美乡镇,环境优美,景色怡人,素有“江苏东大门、上海后花园”之称。

(二) 配套设施完备,公建功能齐全

1. 配套设施完备

① 医疗设施:绿地集团联合上海同济医院,共同打造全国老年特色服务三级综合医院——绿地昆山医院,开创性地设立了针对老人的营养处方、运动处方、病理处方等特色处方,并特设了专门的老年病科及专家门诊等,更好地为老人服务。② 孝贤坊食堂:聘请营养师配制食谱,提供适合老年人食用且营养均衡的菜肴。③ 老年文化中心:联合上海市老年大学,创立上海老年大学绿地 21 城分校,开设茶艺、音乐、养生等丰富多彩的课程。④ 老年休闲娱乐中心:有门球、羽毛球、乒

乓球、台球等运动场地,拥有评书、京戏、越剧等小型舞台,设有垂钓台、百鸟园、养生步道以及活动广场。另外,与上海老城隍庙旅行社合作,专设针对老年人出游的夕阳红特色旅游线路等。

2. 公建功能齐全

绿地 21 城规划有约 19 万平方米的公建配套设施,主要包括:四星级绿地豪生国际会议大酒店,可满足商务宴请与家庭团圆的双重需要;近 11 万平方米的香榭丽大道,沿街分布着咖啡店、手工艺店、西餐厅、顶级品牌店等特色商家,洋溢异域风情;2.9 万平方米的社区生活广场,汇集了餐饮、娱乐、银行、邮政、图书馆、文化馆、宠物医院等设施,可 24 小时满足一切生活需求。还有中福会绿地幼儿园、绿地家世界(一期)建材 MALL、超级果蔬供给中心等,将为社区居民提供全方位的服务。离小区约 1.5 公里处,有在建的易初莲花购物中心。

(三) 生活成本较低,享有多种优惠

首先,房价低。花桥一套 180 平方米的别墅,2005-2006 年只有 80 万,2008-2009 年涨到 230~250 万,目前涨到 350 万。整体房价比昆山市楼盘的价格高出 10%左右,昆山本地人很少购买,但仍比上海市区便宜很多,且购房贷款可以采用上海的按揭,还款也无须跨省手续费,所以吸引了大量的上海人到这里买房。调研中的杨女士,在上海杨浦区的房子以 3500 元/月的租金租出去了,在儿子的帮助下在绿地 21 城买了两套房子,其中一套两房一厅的简装房子以 2000 元/月的租金也租出去了。

其次,优惠多。上海公交车半价优惠是晚上 10 点到次日早上 6 点,花桥是晚上 9 点至次日早上 8 点。一些楼盘固话、手机是“上

海标准”,打手机也不收漫游费。乘公交车刷上海交通卡,打六折,最便宜仅六角。

(四) 沪籍老人集聚,社区参与积极

绿地 21 城社区有 3.7 万居民,其中 45% 是上海户籍。老人大多都是来自上海,在语言交流、生活习惯、文化习俗等方面差异相对较小,老人的孤独感和被剥离感会相对较弱,有利于融入社区。调研中的三位老人都积极参与社区活动,其中:叶女士是社区阅览室的志愿者;杨女士是社区文体会长,是社区文体活动的指导员;果女士是社区楼组长,结对帮扶高龄老人。

借用调研中叶女士的一句话“绿地 21 城社区天蓝、地绿、人和、景美”。很多上海老年人在这里居住生活,已经成为“新花桥人”、“新绿地人”。

二、上海老人在花桥异地养老存在的突出问题

(一) 老年人异地就医问题

最突出的是医保卡不联通。目前绿地昆山医院还不能刷上海医保卡。住在这里的老年人有点小毛小病,只能到安亭的医院去,也有人坐 11 号线到嘉定新城的瑞金医院分院。如果需要叫救护车,则会出现昆山的救护车不去上海,上海救护车到不了花桥的情况。另外还存在上海报销不方便、上海配药受限等问题。

调研中叶女士提及,如果医保打不通,自己 70~80 岁肯定要回上海了;但如果医保打通的话,会考虑长期住下去。调研中也了解到,有些老人因为看病问题不能解决,已经卖掉房子回上海了。

(二) 老年人养老补贴问题

在上海的老年人经过评估可以享有不同

等级的养老补贴,但这些补贴以服务券的形式用于在上海享有社区居家养老服务或者以现金的形式用于在上海养老机构的护理费用,且这些补贴不随老人走。因此上海老人异地养老,则就享受不到这些养老补贴。同时上海政府对上海养老机构有床位建设补贴、运作补贴等,但这些补贴也都是直接补给机构,不是补给老人。

(三) 花桥政府利益冲突问题

花桥政府一方面欢迎上海人到花桥买房子,另一面方面又担心太多上海老人来会挤占本地公共资源,增加养老负担。

三、促进上海老人在花桥异地养老的对策建议

(一) 打通医保互通的瓶颈

国家计划在未来两年内实现全国医保联网,这对解决老人异地养老从制度上提供了保证。但制度要落地需要上海、昆山医保部门的联动和紧密合作,协商解决,尽快形成异地就医结算的机制。

(二) 养老补贴随老人走

现在上海社区和养老机构入驻的老人,符合条件的可以获得相应的养老补贴,但是到外地老人即使按照上海的评估办法需要获得补贴的老人,也得不到相应的补贴。因此,我们建议要改进上海的有关养老补贴办法,养老补贴跟人走,经过评估后符合享有养老补贴的老人,不论到哪里养老,补贴都可以跟人走。

(三) 两地政府沟通合作

发展异地养老,可以提高部分老年人的生活品质,改善本市常住人口年龄结构,促进养老产业的发展。当前在异地养老中存在的一些问题,需要上海市和其他地区的有关部门

之间加强沟通和合作,尽快给予解决。比如,在医保互通之前,可以探索实行一些简便的方法,经过异地老龄部门的审批,在异地养老的老人可以在上海的医院多配一些需要长期服用的药品,免除老年人经常配药的麻烦;老年补贴的支付,也需要本市老龄部门与异地老龄部门的沟通合作。

上海异地养老情况调查之三:山东威海市异地养老调研报告

于宁(上海社会科学院城市与人口发展研究所副研究员)

一、威海市接纳异地养老老人的养老机构基本情况

(一) 威海市基本情况

威海是我国山东省地级市,位于山东半岛东端,北、东、南三面濒临黄海,北与辽东半岛相对,东与朝鲜半岛隔海相望,西与山东烟台接壤,总面积 5797 平方公里,其中市区面积 777 平方公里。海岸线长 985.9 公里。下辖两区两市,分别为环翠区、文登区、荣成市、乳山市。

就气候特征而言,威海市属于北温带季风型大陆性气候,四季变化和季风进退都较明显。与同纬度的内陆地区相比,具有雨水丰富、年温适中、气候温和的特点。威海市由于濒临黄海,受海洋的调节作用,表现出春冷、夏凉、秋暖、冬温,昼夜温差小、无霜期长、大风多和湿度大等海洋性气候特点。

就城市环境而言,1984 年,威海成为第一批中国沿海开放城市。1990 年被评为中国第一个国家卫生城市。1996 年被建设部命名为国家园林城市。2009 年 5 月 7 日被评选为

国家森林城市。2015 年成为中韩自贸区先行示范城市。2016 年 6 月 14 日,中科院对外发布《中国宜居城市研究报告》显示,威海宜居指数在全国 40 个城市中排名第五。

就人口规模而言,根据山东省统计局数据显示,2015 年威海市城镇化水平为 63.16%,全市常住人口 280.53 万人,其中城镇常住人口 177.18 万人。第六次人口普查数据显示,威海市常住人口中,0~14 岁的人口为 28.28 万人,占 10.08%;15~64 岁的人口为 218.36 万人,占 77.85%;65 岁及以上的人口为 33.84 万人,占 12.07%。同第五次全国人口普查相比,0~14 岁人口的比重下降了 6.26 个百分点,15~64 岁和 65 岁及以上人口的比重分别上升了 3.92 个百分点、2.34 个百分点。

就交通设施而言,威海国际机场(威海大水泊国际机场)位于文登区大水泊镇,距市区 40 公里,已开通至北京、上海、哈尔滨、广州、太原等全国乃至海外首尔、釜山多条航线。威海市同时拥有威海站、威海北站、文登东站、文登站、乳山站、荣成站六大铁路客运站,交通设施十分便利。

以上这些特征使威海具备了吸引旅居养老、发展异地养老的优越条件,因此成为全国各地老人进行候鸟式养老的上佳选择。

(二) 接纳异地养老老人的养老机构情况

1. 荣成市万福苑老年公寓

荣成市万福苑养老机构以“精神养老、文化养老、健康养老、绿色养老”为核心宗旨,以“万福苑老年公寓”为核心基地,以社区为载体,成立万福苑日间照料中心和居家养老服务中心,失能和半失能老人照料中心、医疗保健中心、老年大学、护理师培训中心、营养配餐中心、老人活动中心(包括多功能厅,心理

疏导室、棋牌室、书画室、球室、电脑室、阅览室、阳光房、舞蹈室、健身房等设施),开展符合老年人身心发展的各项服务。

万福苑老年公寓地处荣成市岭西街 21 号,规划占地 200 余亩,建筑面积 100000 多平方米,设置床位 3000 余张。公寓内全套设施完全是按照老年人的生活起居习惯和活动特点设计与建造的。室内外装有大型电子安全监控系统。院内环境清幽,绿草如茵,栽种几十种果树及观赏树种,另建修建观鱼池、休闲凉亭与回廊,公寓内房间布置温馨,老年人居住房间冬暖夏凉,生活设施完备齐全,分为单人间、标准间,豪华套房、豪华夫妻间,各类房间价格在每月 2000~3000 元之间。房内均配备了配套家具、独立卫生间、24 小时热水、液晶电视、空调、地暖、热水机、紧急呼叫、GPS 定位、电子巡更系统等生活设施。全天候服务的呼叫系统,工作人员随喊随到,对不方便行走的老人实行送饭到床头。

万福苑养老机构拥有自己的绿色蔬菜大棚,根据老人体质特点和饮食习惯,有专业营养师进行用餐营养搭配,对特殊要求老人实行点餐制。

万福苑护理院为威海地区首家护理院,以其专业的医护队伍,良好的职业修养,先进的设施、设备,专注的护理态度,为入住老人筑起坚固的健康屏障。

综上所述,万福苑老年公寓环境幽雅,设备齐全,管理科学,服务到位,是集吃、喝、玩、乐、住、洗、医疗保健、衣食住行为一体的大型养老机构。

2. 光大汇晨荣成老年公寓

北京光大汇晨养老服务有限公司于 2007 年成立,致力于建设以养老机构为体系支柱、

以老年医疗为区域核心、以社区服务为实施基础的,集养老、护理、医疗、康复四位一体的老年健康服务产业集团公司,养老服务分为三大板块:机构养老服务、社区养老服务和候鸟养老服务,各个板块既独立运营又相互渗透,为老年人提供多样化的养老服务。光大汇晨是集老年公寓、康复医疗、护理服务、老年文娱功能为一体的综合性养老设施,同时,光大汇晨专注于失智、失能老人的照护,让这部分老人老有所依、老有所养提供专业化护理及康复服务机构。

光大汇晨以北京为起点,在全国发展直营连锁机构养老服务,布局覆盖北京、山东等地区,作为汇晨养老旗下直营连锁的养老服务机构在北京已开业运营的有 6 家,在 2016 年筹备运营有 1 家,服务的长者超过千人,管理运营床位达 3100 张,从业人员近 500 人。光大汇晨作为国内最早实现医养融合、养老金融创新的社会化实践型的养老品牌,用家的氛围、个性化的服务和专业有爱心的团队,致力于让每位住户有尊严的享受健康及丰富多彩的生活,光大汇晨让“老人安心,让子女放心”的生活理想成为现实。

光大汇晨荣成老年公寓、荣成市社会福利中心,是荣成市政府投资建设,由光大汇晨养老管理机构有限公司专业化运营托管的福利性大型综合养老服务社区。该公寓是一所集养老、饮食、医疗、保健、康复、生活照料、专业护理、娱乐于一体的多元化综合型老年人社会福利机构,也是威海地区规模较大、全国规模名列前茅的医养结合型养老社区。园区规划占地面积 150 亩,建筑面积 7 万多平方米,园区设有 1 栋医疗康复中心,1 栋护理中心,1 栋保健中心,4 栋养老养生区,共设立 607

个房间,总计 1238 张养、医疗床位。

公寓坐落于长寿宝地荣成市的古塔路上,紧挨 S908 省道,离大水泊机场 25 公里,离高铁站 10 公里,离荣乌高速较东端入口 3 公里,离海岸线仅两公里,社区大门口设有两站公交车“社会福利中心”站。荣成三面环海,森林覆盖率达 41.2%,100% 空气质量优良天数,是中国较适宜老人居住和养生地之一。公寓紧邻荣成较著名的滨海生态公园,有沙滩、碧海、雕塑更有清新海风,是老人们赶海、散心、健步的绝好去处。

该公寓自 2015 年 9 月建成以来,由于养老机构成本回收的长期性特征,仅 2016 年 6-8 月有所盈利,之前都为亏损状态。公寓住宿费标准为双人间每月 2800 元,第二个月享受优惠为 2600 元,房间内设有卫生间,配有电视机、电冰箱,夏有空调、冬有地暖。入住期间伙食费另算,根据调研访谈所知,一般而言,夫妇两人每月伙食为 700 元左右,再加各类生活杂费与零花,4000 元的成本即可使一对老年夫妇在此享受为期一个月的优质养老服务与优美自然环境。

此外,值得一提的是,荣成市为老人发放的免费乘车老年卡,外地来此旅居养老的老年人也能享受,这毫无疑问体现出其欢迎异地养老的态度,也成为吸引异地老人来此养老的一大惠民政策。

二、调研发现与思考

通过调研,我们初步总结了异地养老的老人的一些基本特征,以及异地养老的一些积极作用、发展异地养老亟待解决的问题、上海市推进养老服务提高老年人生活质量的思考。

(一) 异地旅居养老的老人的主要特征

1. 经济条件较好

异地养老需要较多的来回交通费,在当地旅居参观的各项费用,入住当地养老机构的床位费、服务费等,购买当地特产的费用,等等。虽然在当地养老机构的床位费用等比上海便宜,但是综合的总体消费支出还是比较多的,选择异地养老的老年人的经济条件比较好才能承担相应的支出。

2. 身体相对比较健康

异地养老需要来回的长途舟车劳顿,异地养老医疗报销不便,因此只有身体比较健康的老人比较适合异地养老,特别是离开上海比较远的地方。

3. 学历较高, 观念较开放, 对生活品质有较高追求

选择异地养老的老人,相对来说学历比较高,思想观念比较开放,兴趣比较广泛,对生活质量有比较高的追求。

4. 没有家务负担与牵挂, 不必长期帮助子女照顾第三代

如果家里有第三代需要照顾的话,老年人很难走出家门到异地旅居养老,因此没有家务负担的老人才有条件走出去。

(二) 异地养老的积极作用

1. 延长健康期望寿命

异地养老丰富了老年人的晚年生活,提高其生活品质,使老人们在享受优美环境、优质服务以及集体活动乐趣的过程中延年益寿,身心健康得到很好的维护与改善,这样有助于延长老年人口的健康期望寿命,也就相对缩短了不健康期望寿命,降低全社会对老年人口的医护与照料成本,减轻医疗负担。

2. 优化本市人口年龄结构

对于老年人口导出城市而言,以上海为

例,部分老年人群季节性、阶段性地前往异地养老,相应减少了常住人口中的老年人口数量与比例,阶段性地降低了城市人口老龄化程度,使全社会人口年龄结构得到优化。

3. 提升本市人口活力

对于老年人口导出城市而言,由于老年人口季节性、阶段性地前往异地养老,人口年龄结构相应优化,城市活力得到提升;对于老年人口导入城市而言,由于异地养老的老人子女会不定期前来探望父母,因此有助于繁荣当地经济,活跃旅游业产业链。

4. 促进老龄产业发展

由于异地养老行为的推动,在老年人口导入地区的老龄产业将得到蓬勃发展,老年商品、老年护理、老年教育、老年旅游、老年金融、老年医疗等各方面都将获得更充分的发展机会,老龄产业链将更为健全。

5. 增强未来高龄老人入住养老机构适应性

异地养老、旅居养老的经历培育了当前低龄老人入住机构的思路与准备,对于机构照护、集体生活已有非常直观的感受与体验,这有助于其步入高龄后需要入住养老机构能很快适应机构生活,获得较好的生活满意度。

(三) 发展异地养老亟待解决的主要问题

通过调研与访谈,我们发现,发展异地养老亟待解决的问题主要集中在医保方面。由于上海对医保使用的限制,每人每次挂号只能配很少剂量的药品,老人们的慢性病、老年病往往需要长期服药、终身服药,因此,为了能前往异地养老一到两个月,通常都需要提前准备,多次前往医院配药,才能配齐外出较长时间所需的药品,这一过程不仅消耗了很多时间与精力,而且也成为老人们思想上的负担,使

旅居养老的愉悦度受到影响。

此外，异地就诊也是老人们面临的一大难题，这里所指通常是就急诊而言，由于异地养老的老人在外地生活时间较长，有时会遇到需要紧急就诊的突发情况，但由于上海医保对于异地就诊的报销流程十分繁琐，往往耗时半年才能完成报销手续，所以有的老人便会拖到回上海后再去就诊，而这样拖延病情对老人健康是很不利的。

同时，医疗机构与资源的配置不足也是异地养老的老人们心中的一大顾虑。因为有些养老机构虽然各方面服务条件与生活设施等很完备，但是医疗机构与资源却尚未引入，加之地处相对偏远的区位，城市公共医疗机构也不能就近覆盖，这样就不仅是异地就诊报销垫付的问题了，而是无从及时就诊、延误病情的隐患了。

（四）上海市推进养老服务工作的思考

1. 加大市场参与力度

政府在推进养老服务的过程中充分发挥引导作用，为市场参与养老服务创造条件，可借鉴兄弟省市经验，如：荣成市社会福利中心、广大汇晨荣成老年公寓两块牌子，便是公建民营的典型范例。

2. 居家养老、社区养老服务的布点更人性化，同时通过多种方式提高服务知晓度

上海为老服务要提高两个“率”，即惠及率与覆盖率，而不应只起托底作用、只为贫困老人提供服务。同时，广大老人也应转变观念，对于自费购买养老服务形成合理的心理预期，例如：在老年助餐点吃饭不是为了便宜，而是为了方便与营养，对由于原料成本上升引起的饭菜价格上调可以接受，这样才能有助于助老食堂长期可持续地运行，为

老人们提供更多、更好的服务。

3. 大力发展中档养老机构，满足多数老年人口的入住需求

上海目前的中档养老机构缺口很大，需要大力发展。占比最高的中间人群如何购买到自己满意的服务，这是一个值得深思的问题，以上海的收入与物价水平衡量，大力发展收费在 4000~5000 元/人/月的中端养老机构，这是符合上海社会经济发展水平，符合市场规律的，能满足多数人的需求，应成为今后发展养老机构的重点。

4. 在异地医保上要有所突破

应允许上海医疗机构认可异地养老机构盖章或相关证明，使老人能一次多配一定剂量的常用药，满足其异地养老期间所需。同时缩短异地就诊费用报销周期，简化手续，及时到账。

5. 完善信息网络建设

由政府经过评估提供可靠信息给老年人，而不是仅依靠异地养老。群体之间的口口相传，在不同季节选择不同地区进行旅居养老、异地养老，向老人介绍各地风土人情，提醒相关注意事项，帮助老人们安全出行，快乐养生。

上海异地养老情况调查之四：浦东新区老人异地养老情况调研报告

周海旺（上海社会科学院城市与人口发展研究所副所长，研究员）

一、浦东新区老人异地养老的基本情况

浦东新区老人异地养老已经初具规模，主要有旅游养老、“候鸟式”养老、长期异地

养老等形式。

(一) 旅游养老

浦东新区老年协会组织了多次老人旅游养生活动,与旅行社合作,开出专列,组织老人到外地去旅游。第一次去了新疆,还去过泰国,去年去了云贵川,今年去了东北,今年有 460 多人参加,看了科尔沁草原,中朝边境地区。16 个卧铺车厢,一次半个月左右,一天一个人费用 500~1000 元,包括吃、住、行、景点门票等。还有完备的应急预案,新区为老人购买了平安保险公司的平安添福保险,今年有 22 万人参加,每年每人保费 20 元,包含人身意外保险。作为浦东地方政府的实事项目,每年投入 560 万元。参加旅游的老人一般年龄 70 岁左右。

(二) “候鸟式”或长期异地养老

浦东老人季节性养老已经有一定规模。冬天去三亚,在三亚购房的浦东老人就有 300 多户。浦东老年协会在三亚设立了接待站,有站长负责接待和处理有关工作,天涯有个浦东睦邻点,开展了在三亚过除夕活动。夏天老人去北方的威海、乳山银滩、龙城等地。春秋去江西宜春温汤镇。11 月去三亚,3 月底回来,老年人常见的气管炎、关节炎等都好了。

浦东老人异地养老人数最多的是江西省宜春市温汤镇,在那里既有季节性的候鸟式养老老人,也有常年居住在那里养老的老人。温汤镇距离上海约 930 公里,高铁到宜春 4 个小时,动车 8 个小时,飞机 1 个多小时,开车去需要 14 个小时。公交车从宜春市区出发,约半个小时抵达温汤镇。小镇风景优美,四周小山环绕,郁郁葱葱。2005 年,宜春市设立明月山温泉风景名胜区,后被评为国家 4A 级景区,温汤镇是其下辖的一个镇。当地水土和植

物里富含硒,有温泉,山泉水也多,可直接饮用,比广西巴马的水还好。由于良好的环境条件和水土条件,当地人没有肥胖症,没有近视眼,癌症病人也很少,俗称“三无”。2003 年前后,南汇统计局一个姓查的办公室主任到宜春印刷统计表。需要等一个星期,工厂就建议,与其在宜春市区等,不如去 15 公里外的温汤镇等。他去了之后发现当地水好、空气也好,回上海后便动员南汇老板去开发。大团镇几个老板动了心,前往温汤镇考察后,决定大力开发房地产,龙泉小区和国际公馆就是那时建的。上海人到温汤置房养老,就是从 2003 年开始的,随后越来越多。休闲公寓、国际公馆、龙泉小区等多个小区中,上海业主占 60% 至 70%。现在在江西宜春温汤镇有 1 万多上海老人在那里季节性居住养老,其中 80% 是浦东新区的老人。有 2800 多户人家已经在那里买了房子,常年在那里居住的老人有 500 人左右。浦东新区在那里也建了异地养老工作站,与当地政府部门之间建立了密切联系,服务上海在那里的老人。盖上工作站的图章以后,老年人去当地的景点旅游,一年只需要 60 元,而正常的门票一次就要 130 多元。大量上海老人去了以后,房屋多了,街道也拓宽了,房价也涨了。开始是 5 万元就可以买一套房子,现在到了 8000 元 1 平方米,别墅 2 万元 1 平方米,还开了家五星级的酒店。拉动了当地的社会经济发展。现在租房居住的,一间房一月 2000~3000 元房租。

浙江长兴水口镇也有不少上海老人去那里养老,有个康乐中心,以农家乐的形式,几十元一天,包吃住,景点参观费用另计。

二、异地养老的特点

（一）参加异地养老的老人经济状况有好有差

参与异地养老的老人情况复杂，各种类型老人都有参加异地养老的。经济条件较好，比较年轻的，以旅游养老为主，各地方住的时间不长。有些经济条件好的还在外地买了房子，每年都去那里住住。有些老年人收入也不高，也可以异地养老，长时间在当地居住，生活成本低。

（二）异地养老对身体好和身体差的老人都有帮助

身体好的可以去放松身心，延年益寿；身体不好的，可以去疗休养，改善体质。浦东周浦镇原党委书记，有脑垂体瘤，去宜春温汤了就不头疼了，回来就头疼。医保限制还没有全国联网，对于一些需要经常去医院看病或配药的老人异地养老带来了麻烦。

（三）异地养老的距离可远可近

异地养老的距离远近都有，近的如长兴县，半天就到了；远的像三亚。

（四）异地养老时间可长可短

旅游养老的时间比较短，一般 1 周到半月，而异地养老的时间一般较长，有 3-4 个月。

（五）异地养老的老人年龄总体上比较大

子女都成家立业了，孙辈也上学了不需要牵挂子孙了。自己在外地，子孙过年时也可以过去看望老人，顺便也能到当地旅游。

（六）异地养老的老人一般是群体式抱团过去

以亲戚、同学、朋友、邻居、同事等关系，互通信息，一起过去，互相照应，一起游玩。

三、异地养老的影响

（一）异地养老有益于老年人身心健康

我国一些地方优美的自然环境，独特的气候条件，诱人的风土人情，可以使老年人身心得到很好的放松，有益于健康长寿，过一段幸福的晚年生活。

（二）异地养老可以降低养老费用

上海老人的收入相对来说比较高，如果身体还比较健康，拿上海的退休金长期在一些小地方生活，可以以较低的付出获得更高的生活品质。有些老年人把上海的房子出租，这样的话，异地养老还能存下来一笔钱，老年生活更加宽裕。

（三）异地养老促进了当地社会经济发展

比如去江西宜春温汤的人多了，买房的多了，促进了当地的经济建设，形成了一个崭新的现代化小镇，当地人可以开饭店、宾馆、商店，发展旅游业，增加了收入机会。温汤的温泉水里有微量硫磺、砒霜成分，浦东南汇支持他们建设了一个加工流水线，提供安全的饮用水。上海人帮助当地提高了社区管理水平，促进了文化交流，把当地的一口古井保护了起来，防止对资源的掠夺式使用，达到永续利用的目的。

（四）异地养老对当地老百姓生活也带来了一些困扰

大量外地人口过去后，物价也高了，生活成本高了，环境也可能造成一些危害。比如三亚东北人多，有些人素质不是很高，当然上海人在那里的口碑还是比较好的。人口多了会造成物价上涨影响当地居民生活，春节时三亚一斤蔬菜价格涨到 20 多元，当地老百姓有意见，政府进行物价补贴，当地人每月每人补贴 70 元。

◀ 调研与分析 ▶

本市“职住分离”普遍 结构差异明显

——2015 年上海市人口抽样调查系列报告之四

钟华

随着城市建设的发展和产业布局的调整，大城市面临着越来越多的就业人口的工作地和居住地在空间上的分离，作为特大城市的上海也不例外。就业人口的工作地与居住地在空间上的分离，被称之为职住分离。本文所指职住分离是指就业人口的工作地所在区县与居住地所在区县的不一致，即跨区县职住分离（不包括跨市流动）。

对于各区县来说，就业人口的职住分离存在两种情况：一种是居住在本区县、工作在外区县的职住分离人口，即就业人口的流出；另一种是工作在本区县、居住在外区县的职住分离人口，即就业人口的流入。比如，某人在 A 区县居住、在 B 区县工作，那么，对 A 区县来讲，属于就业人口的流出；对 B 区县而言，则属于就业人口的流入。

本文主要从本市“职住分离”的总体情况以及就业人口的流入和流出分别分析其主要特征，并且提出若干建议。

一、职住分离比重近三成

1. 中心城区 就业人口的职住分离比重超半数

2015 年上海市 1% 人口抽样调查结果显示，本市就业人口的职住分离比重（即跨区县职住分离的就业人口占全部就业人口的比重）达 27.1%。从不同区域就业人口的流出看，居住在中心城区的就业人口流出到外区县的比重为 54.5%；居住在近郊区的就业人口流出到外区县的比重为 24.0%；居住在远郊区的就业人口流出到外区县的比重为 11.4%。从不同区域就业人口的流入看，工作在中心城区的就业人口中从其他区县流入到本区县工作的比重为 58.4%，工作在近郊区的就业人口中从其他区县流入到本区县工作的比重为 25.3%，工作在远郊区的就业人口中从其他区县流入到本区县工作的比重为 5.7%（见图 1）。受人口密度高、区域面积小、就业机会多以及交通便捷等影响，中心城区职住分离比重最高，并伴随区域外扩逐渐降低。

2. 中心城区跨区县就业人口多数在中心城区内互相流动

从就业人口的流出看，居住在中心城区的流出到外区县工作的就业人口中，有 62.3% 的人到中心城区其他区工作，34.1% 的人到近

¹2015 年，居住在本市、工作在外省市的就业人口占全市就业人口的比重为 1.2%。

²中心城区：为 8 个市中心区，包括黄浦区、徐汇区、长宁区、静安区、普陀区、闸北区、虹口区、杨浦区。近郊区：为 4 个区，包括闵行区、宝山区、嘉定区、浦东新区。远郊区：为 5 个郊区、县，包括金山区、松江区、青浦区、奉贤区、崇明县。

郊区工作，仅有 3.6% 的人到远郊区工作。居住在近郊区的流出到外区县工作的就业人口中，有 69.4% 的人到中心城区工作。居住在远郊区的流出到外区工作的就业人口中，有 53.7% 的人到近郊区工作（见表 1）。

从就业人口的流入看，工作在中心城

区的从其他区县流入到本区县工作的就业人口中，55.1% 的人来自中心城区其他区县，37.0% 的人来自近郊区，仅有 7.9% 来自远郊区（见表 2）。就业人口的流出与流入二者相比，中心城区承接了更多本地区以外就业人口的流入。

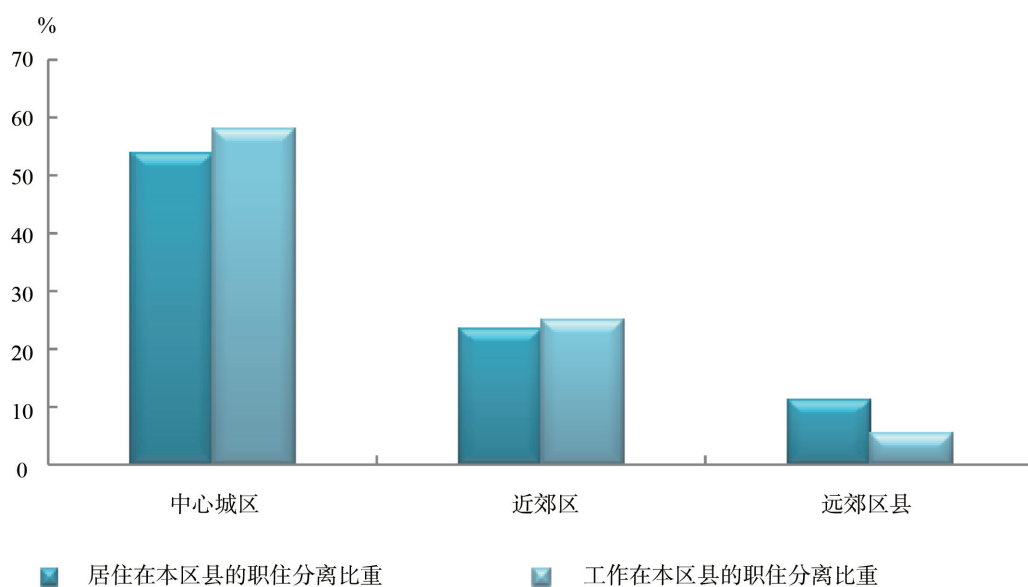


图1 2015年本市分区域的职住分离比重情况

表1 不同区域跨区县职住分离人口的流出比重

单位：%				
居住地 \ 工作地	合计	中心城区	近郊区	远郊区
总计	100.0	59.3	33.2	7.5
中心城区	100.0	62.3	34.1	3.6
近郊区	100.0	69.4	21.4	9.2
远郊区	100.0	29.2	53.7	17.1

表2 不同区域跨区县职住分离人口的流入比重

单位：%				
居住地 \ 工作地	合计	中心城区	近郊区	远郊区
总计	100.0	52.4	31.5	16.1
中心城区	100.0	55.1	37.0	7.9
近郊区	100.0	53.7	20.3	26.0
远郊区	100.0	25.3	38.4	36.3

二、人口密度越高，跨区县职住分离越频繁

1. 职住分离比重与人口密度存在正相关性

通过分析发现，职住分离比重与人口密度存在较高的正相关关系。数据显示，各区县流出的就业人口的职住分离比重与其人口密度的相关系数达 0.9081，流入的就业人口职住分离比重与其人口密度的相关系数达 0.9127。

人口密度高的区县，职住分离比重相对也较高。

从全市看，虹口区人口密度最高，居住在虹口区、工作在外区县的职住分离比重也为各区县之首，达 61.7%；黄浦区人口密度排第二位，工作在该区、居住在其他区县的职住分离比重达 69.8%（见表 3）。

表3 2015年本市各区县人口密度与职住分离比重的情况

区 县	人口密度		流出本区县		流入本区县	
	人口密度 (人/平方公里)	次序	就业人口的职住分 离比重 (%)	次序	就业人口的职住分 离比重 (%)	次序
黄浦区	32 190	2	41.6	8	69.8	1
徐汇区	19 889	7	49.0	7	66.0	2
长宁区	18 044	8	54.5	5	58.4	4
静安区	31 089	3	56.4	4	64.9	3
普陀区	23 491	5	57.7	3	51.6	7
闸北区	28 609	4	59.1	2	56.3	5
虹口区	34 472	1	61.7	1	53.8	6
杨浦区	21 657	6	53.5	6	37.4	8
闵行区	6 845	10	33.0	10	29.1	10
宝山区	7 465	9	36.2	9	30.2	9
嘉定区	3 378	12	16.0	13	13.3	12
浦东新区	4 523	11	17.8	12	26.8	11
金山区	1 362	16	8.3	17	3.2	17
松江区	2 906	13	18.8	11	11.5	13
青浦区	1 804	14	9.6	16	4.8	15
奉贤区	1 687	15	9.9	15	5.1	14
崇明县	587	17	10.1	14	3.4	16

2. 职住分离人口向黄浦等五区流动集聚

黄浦、徐汇、长宁、静安以及浦东新区的内环部分,是本市经济最为繁荣的地区。调查显示,黄浦、徐汇、长宁、静安和浦东新区等区流入的职住分离人口占全部职住分离人口的比重合计为 53.7%,比上述五区流出的职住分离人口所占的比重高 22.9 个百分点,这说明了这五个区是职住分离人口净流入的地区,其他地区则为职住分离人口净流出地区(见图 2)。这五个区集中了本市近 80% 的中高档办公楼宇,分布在三条轴线上:浦东陆家嘴经延安路越江隧道、沿延安路高架由东向西至虹桥开发区,绵延近 10 公里的写字楼带;淮海路沿线;南京路沿线。这些中高档办公楼宇集聚了大量的以金融、信息为代表的现代服务业经济,产生了大量的就业机会。同时,这些地区的住房日益稀缺、住房价格高企,使得

部分就业人口选择在住房成本相对便宜的其他区县居住。

3. 职住分离人口易在相邻区县间流动

出于对出行时间和出行成本的考虑,职住分离人口在选择住房或寻找工作时优先考虑邻近区县。在各区县职住分离人口流向地排名前三位的区县中,82.4% 的工作地所在区县与居住地所在区县相邻。

浦东新区经济体量大、就业岗位多,区域面积也大、与较多区县接壤,吸纳了大量居住在外区县的就业人口前往该区工作。在各区县职住分离人口流向地前三位区县中,浦东新区在 16 个外区县中的 12 个区县榜上有名。这说明大多数区县的流出就业人口中选择在浦东新区工作。

闵行区是除了浦东新区外拥有国家级开发区最多的区,也吸引了不少居住在其他区县

的就业人口前往该区工作，特别是来自于远郊区、奉贤区等四个远郊区的跨区县职住分离人口赴闵行区工作的最多（见表 4）。

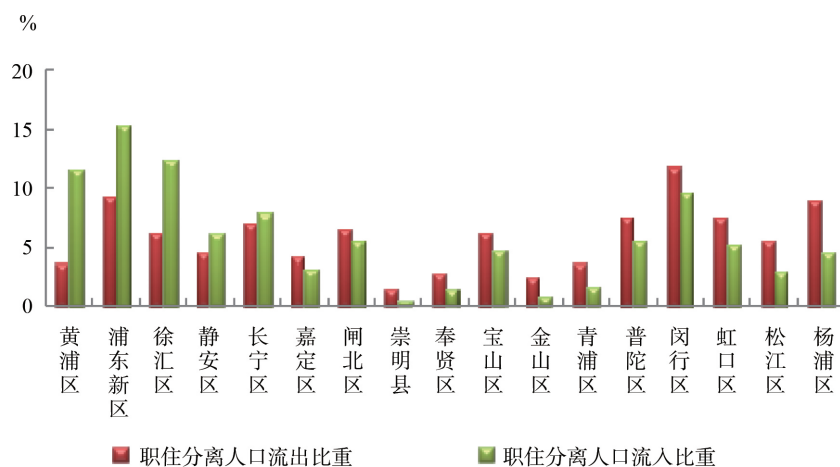


图2 2015年本市各区县职住分离人口流出和流入所占比重情况

表4 2015年各区县职住分离人口流向前三位区县及比重

居住地	工作地		
	第一位	第二位	第三位
黄浦区	浦东新区（24.8%）	徐汇区（19.6%）	静安区（11.8%）
徐汇区	浦东新区（20.5%）	黄浦区（17.4%）	闵行区（17.0%）
长宁区	徐汇区（19.0%）	浦东新区（16.4%）	黄浦区（13.3%）
静安区	浦区（20.6%）	浦东新区（18.6%）	徐汇区（13.7%）
普陀区	浦东新区（14.1%）	长宁区（13.3%）	静安区（12.0%）
闸北区	黄浦区（17.0%）	浦东新区（15.6%）	宝山区（11.1%）
虹口区	浦东新区（19.5%）	黄浦区（15.2%）	杨浦区（15.0%）
杨浦区	浦东新区（25.1%）	虹口区（16.8%）	黄浦区（14.3%）
闵行区	徐汇区（26.7%）	浦东新区（16.8%）	长宁区（14.3%）
宝山区	闸北区（18.1%）	浦东新区（14.6%）	虹口区（10.1%）
嘉定区	普陀区（24.3%）	长宁区（11.3%）	浦东新区（11.0%）
浦东新区	黄浦区（20.9%）	徐汇区（15.6%）	闵行区（9.5%）
金山区	闵行区（21.0%）	松江区（17.8%）	奉贤区（13.3%）
松江区	闵行区（38.6%）	徐汇区（15.4%）	青浦区（9.4%）
青浦区	闵行区（23.2%）	松江区（20.8%）	嘉定区（17.2%）
奉贤区	闵行区（44.9%）	浦东新区（23.2%）	徐汇区（6.6%）
崇明县	宝山区（34.8%）	浦东新区（18.3%）	闵行区（8.5%）

三、不同特征人群差异显著

1. 职住分离性别总体差异不明显，年龄结构差异显著

本市分性别的职住分离情况差别不明显，

调查显示，男性职住分离比重为 27.0%，女性为 27.2%，二者基本一致。

分年龄看，35 岁之前，随着年龄的增长，职住分离比重逐步趋高，其中，30~34 岁年龄

组最高,达 35.1%。35 岁之后,随着年龄的增长, 一致,而女性随着年龄增长呈现出直线下降的
职住分离比重呈波浪式下降态势,其中,男性 趋势(见图 3)。
职住分离比重与总体职住分离比重走向基本

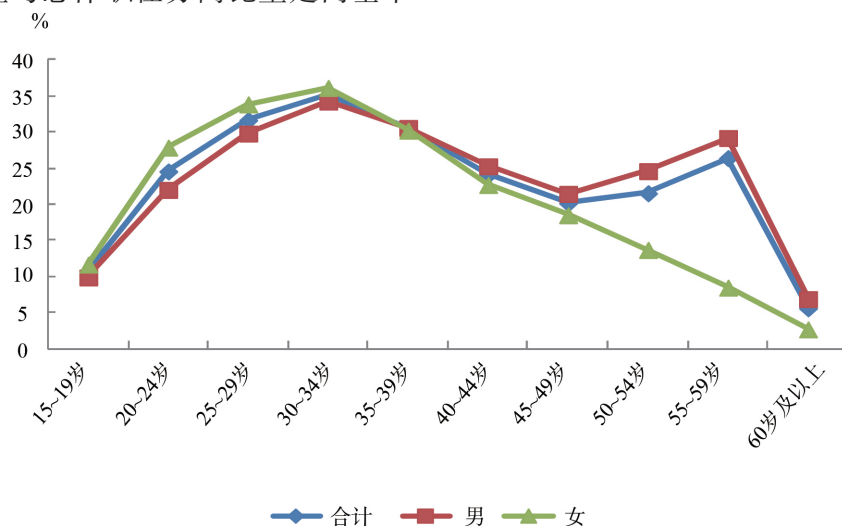


图3 2015年本市分年龄组、性别的职住分离比重情况

2. 本市户籍人口职住分离比重明显高于外来常住人口

调查显示,2015年,本市户籍就业人口的职住分离比重为 38.4%,比外来常住就业人口高 22.6 个百分点(见图 4)。相对于外来常住人口,本市户籍人口居住在中心城区的较

多,学历层次较高且从事收入较高的第三产业为主,因而本市户籍就业人口出现职住分离的情况相对较多;而外来常住人口学历层次较低,以从事收入较低的第二产业为主,居住在近郊区和远郊区的厂区宿舍或附近出租房较多,因此,职住分离的比重较低。

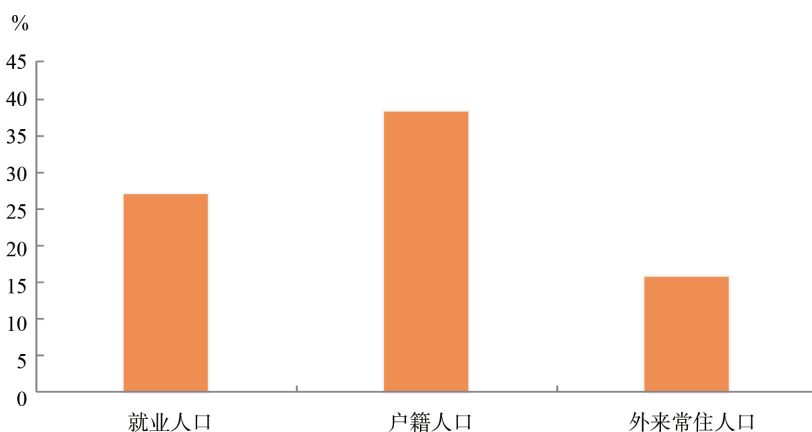


图4 2015年本市分户籍的职住分离比重情况

3. 未婚人士职住分离比重最高

不同婚姻状态的职住分离情况显示出明显的差异。其中,处于未婚状态的就业人口的

职住分离比重最高,达 37.2%,因职住分离人口中 35 岁以下的人口居多,年轻人中未婚的人比重较高,使得未婚人士职住分离比重高

于其他人士；因成家后需要照顾家庭，有配偶人士的职住分离比重相对较低，为 24.9%；丧

偶人士以中老年为主，职住分离比重最低，仅 14.3%（见图 5）。

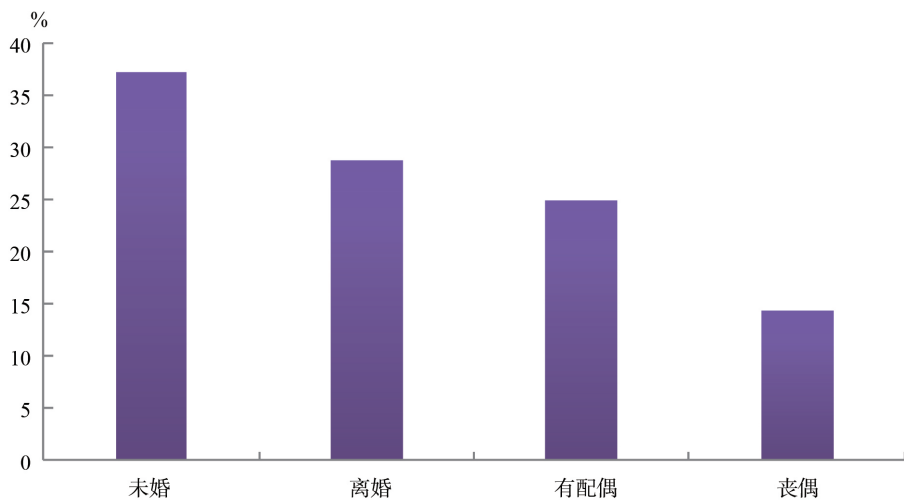


图5 2015年本市分婚姻状况的职住分离比重情况

四、学历越高，职住分离比重越大

调查显示，2015 年，本市具有研究生及以上学历的就业人口职住分离比重为 57.8%，比重最高；具有大学本科和大学专科的就业人口职住分离比重次之，分别为 52.4% 和 41.9%；具有高中、中职学历的就业人口职住分离比重为 26.5%；具有初中及以下学历的就业人口职住分离情况相对较少，合计为

18.7%。从另一个角度看，具有大专及以上学历职住分离人口占全部职住分离人口的比重为 66.4%，比大专及以上学历就业人口高 29.5 个百分点（见表 5）。这都表明，学历越高的人群居住地与就业地在空间上分离的可能性越大，其主要原因是高学历人员可选择的就业面广、空间较大，且对自身的工作期望值高，使得他们出现职住分离的情况相对较多。

表5 2015年本市分学历的职住分离比重情况

单位：%

	不同学历就业人口占就业人口的比重	不同学历职住分离人口占职住分离人口的比重	职住分离比重
全市	100.0	100.0	27.1
研究生及以上	3.7	7.8	57.8
大学本科	18.7	36.2	52.4
大学专科	14.4	22.3	41.9
高中、中职	19.6	19.2	26.5
初中	35.1	12.9	9.9
小学	7.6	1.5	5.3
未上过学	0.9	0.1	3.5

五、不同行业间的职住分离特征差异显著

1. 第三产业职住分离比重最高

调查显示，从事第一产业的就业人口职

住分离比重为 1.7%；第二产业为 18.4%，其中，制造业为 17.7%；从事第三产业的就业人口的职住分离比重最高，达 34.0%，分别比第一产业和第二产业高 32.3 个和 16.3 个百分点，其

中, 职住分离比重较高的三个行业分别是信息传输、软件和信息技术服务业 (56.0%)、金融业 (54.1%)、科学研究和技术服务业 (51.2%) (见表 6)。第三产业职住分离比重高的原因主要是第三产业中的现代服务业往往集中在人

口密集、资金密集、信息密集的城市中心地带, 城市中心地带的区县面积小、住房稀缺且房价远高于其他地区, 导致较多从事现代服务业的就业人口选择在住房成本相对低廉的邻近区县安家。

表6 2015年本市分行业职住分离比重情况

单位: %

行 业	职住分离比重
合计	27.1
第一产业	1.7
第二产业	18.4
电力、热力、燃气及水生产和供应业	33.5
建筑业	19.9
制造业	17.7
第三产业	34.0
信息传输、软件和信息技术服务业	56.0
金融业	54.1
科学研究和技术服务业	51.2
租赁和商务服务业	46.4
文化、体育和娱乐业	42.9
交通运输、仓储和邮政业	34.1
卫生和社会工作	33.9
教育	32.7
房地产业	31.5
批发和零售业	31.1
公共管理、社会保障和社会组织	23.4
住宿和餐饮业	21.7
水利、环境和公共设施管理业	15.7
居民服务、修理和其他服务业	13.4

2. 从事第二产业的职住分离人口向近郊区流动集聚

本市在近郊建设了大量的各类工业园区, 工业产业郊区化使得从事第二产业的职住分离人口向近郊区流动集聚。调查显示, 从事第二产业的职住分离人口中工作地在近郊区所占比重为 45.2%, 比居住地在近郊区的比重高 14.2 个百分点, 表明近郊区为从事第二产业的职住分离人口的净流入地和聚集地 (见图 6)。

3. 从事第三产业的职住分离人口向中心城区流动集聚

以金融、信息为代表的现代服务业在中心城区集聚, 致使从事第三产业的职住分离人口向中心城区流动集聚。调查显示, 从事第三产业的职住分离人口中工作地在中心城区的所占比重为 67.0%, 比居住地在中心城区的比重高 10.6 个百分点, 这表明中心城区为从事第三产业的职住分离人口的净流入地和聚集地 (见图 7)。

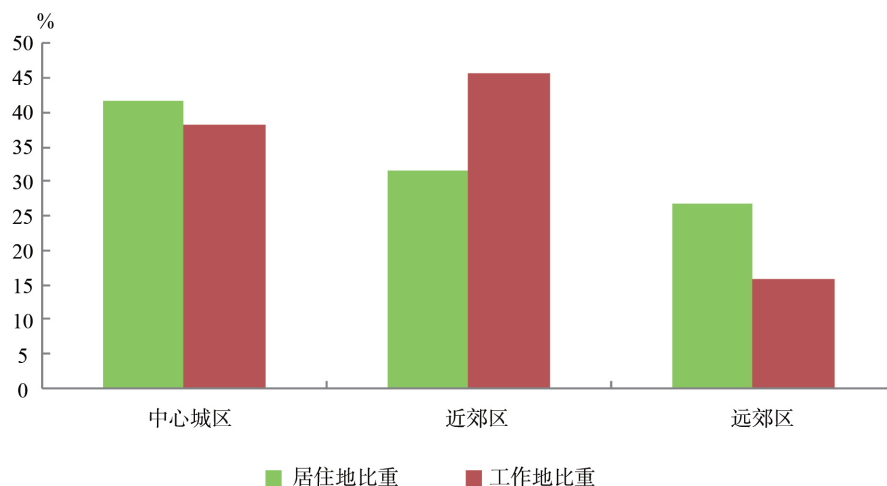


图6 2015年本市分区域居住地和在地从事第二产业的职住分离人口所占比重的情况

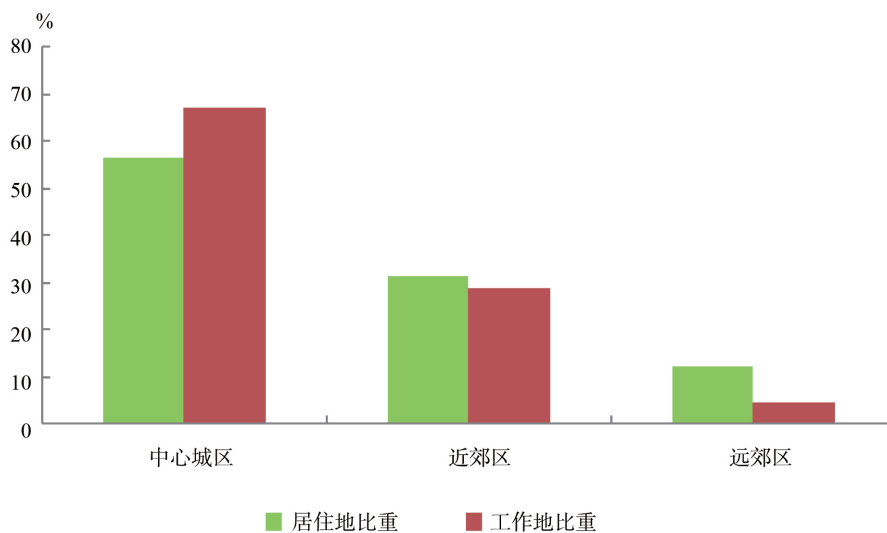


图7 2015年本市分区域居住地和在地从事第三产业的职住分离人口所占比重情况

4. 专业技术人员职住分离比重最高

分职业的职住分离情况与学历水平相一致。调查结果显示，2015年，本市专业技术人员的职住分离人口占该职业就业人口的比重最高，为44.3%；办事人员和有关人员位居其次，比重为39.1%；党的机关、国家机关、群团和社会组织、企事业单位负责人排第三位，比重为38.6%；社会生产服务和生活服务人员、生产制造及有关人员等职业的职住分离比重分别为27.2%、10.9%；农、林、牧、

渔业生产及辅助人员职住分离比重最低，仅1.1%。（见图8）。

六、上班交通出行特征

1. 职住分离人口上班出行优先选择轨道交通

调查显示，职住分离人口中选择轨道交通上班出行的占比为38.3%，比重最高；其次为小轿车和公共汽车，选择这两种交通工具上班出行的职住分离人口的占比分别为23.8%和17.3%；选择摩托车上班出行的比重最低，

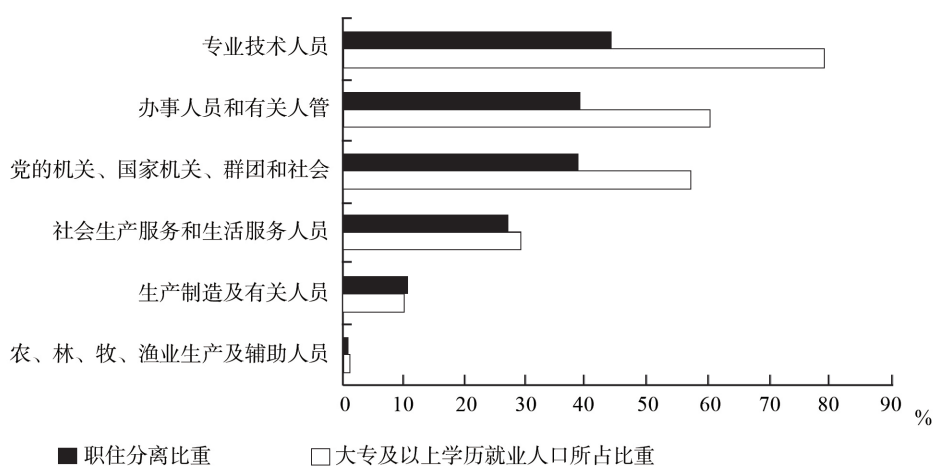


图8 2015年本市各职业的职住分离比重、大专及以上学历就业人口所占比重情况

仅为 0.6%（见图 9）。职住分离人口中选择轨道交通上班出行的比重最高，主要原因在于轨道交通的舒适性、便捷性和准时性，拉近了城郊间的时空距离，部分就业人口在选择住房时优先考虑以时间换空间，在住房成本相对低廉的近远郊购买或租赁住房坐地铁上下班。

2. 职住分离人口上班人均耗时 51 分钟

调查显示，本市职住分离人口前往工作地所需的平均时间为 51 分钟。其中，选择轨道交通、公共汽车、其他交通工具（包括单位班车、轮渡等）等出行的职住分离人口上班平均耗时超过平均水平，分别为 58 分钟、59 分钟和 63 分钟（见图 10）。

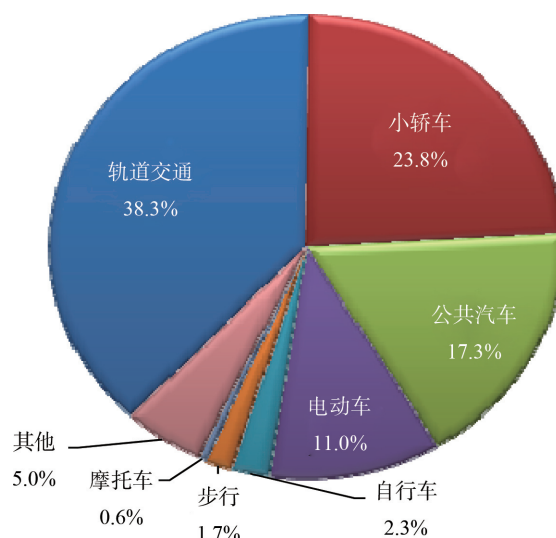


图9 2015年本市职住分离人口上班出行所使用交通工具的比重情况

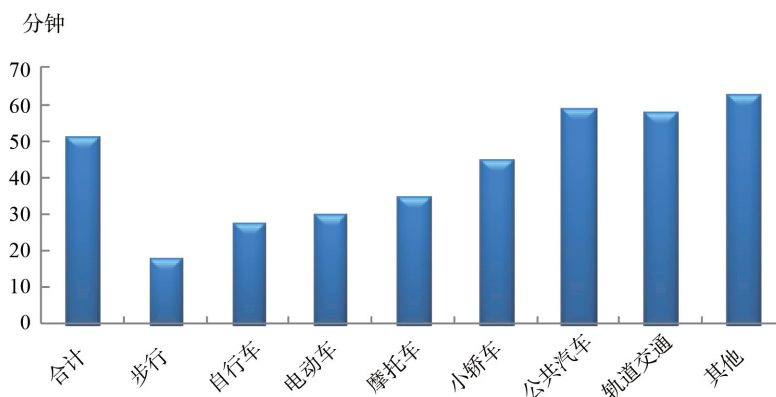


图10 2015年本市职住分离人口上班出行所使用交通工具的平均耗时情况

七、家庭财产拥有量越多，职住分离比重越高

1. 有房一族职住分离比重较高

由于置换住房的成本较高，拥有住房的就业人口容易出现职住分离现象，其中购买原公有住房和经济适用房的就业人口职住分离更加明显。调查显示，本市家庭户中购买住房的就业人口的职住分离比重为 45.5%，比租赁住房的就业人口的比重高 28.3 个百分点。其中，购买原公有住房的就业人口职住分离比重最高，达 55.6%；其次是购买经济适用房的就业人口职住分离比重为 49.0%；购买二手房和购买新建商品房的就业人口职住分离比重分别为 46.4% 和 40.2%。购买原公有住房的就业人口集中于外环线以内，购买经济适用房的就业人口集中在外环线附近，这两类人群收入不高且工作地以中心城区为主，使得他们购买工作地附近住房较为困难，出现职住分离现象的情况较多。

与耗费大量资金购买住房相比，花费少量的资金租赁住房使得将居住住房搬到工作地附近变得相对容易。2015 年，本市家庭户中租赁住房的就业人口职住分离现象相对较少，

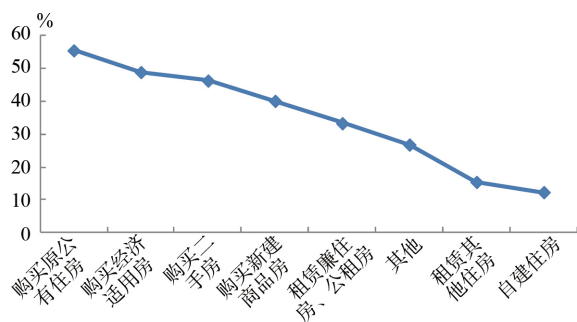


图11 2015年本市分住房来源的职住分离比重情况

空间布局、优化交通网络建设、推进公共服务均等化等方式，有效减轻职住分离对交通压力的影响，提升城市交通运行效率。

租赁住房的就业人口的比重为 17.2%。其中，租赁廉租房或公租房、租赁其他住房的就业人口的职住分离比重分别为 33.4% 和 15.5%。

此外，住房来源为工棚宿舍、寄宿、同居等其他方式的就业人口的职住分离比重为 26.9%；自建住房的就业人口主要是农民，其职住分离比重最低，仅为 12.4%（见图 11）。

2. 有车族职住分离比重高于无车族

由于需要长距离的上班出行，职住分离的就业人口购买小汽车数量较多，导致有车族的职住分离比重相对较高。调查显示，2015 年，本市家庭户中拥有汽车的就业人口的职住分离比重为 33.0%，比没有汽车的高 6.1 个百分点，其中，拥有 20~30 万元的汽车的就业人口职住分离比重最高，达 46.4%（见图 12）。拥有汽车在给人们拓宽活动范围的同时，也给就业人口的职住分离带来了便捷。

八、推进职住平衡的若干建议

展望未来，受城市规模扩大、住房建设郊区化、轨道交通建设等影响，本市职住分离比重或将进一步提高，这将进一步加剧本市城市交通拥堵。因此，本市应采取优化城市功能

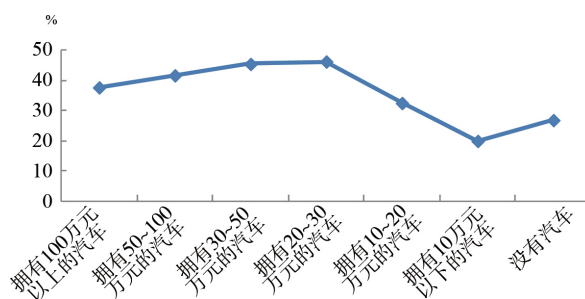


图12 2015年本市分拥有汽车的职住分离比重情况

1. 进一步优化城市功能空间布局，鼓励租赁住房

一是提升主城区发展能级。聚焦国际大

都市核心功能,大力提升主城区经济发展能级,促进现代服务业集群式发展,增强高端要素集聚和辐射能力,并保留一定的住房规模。二是大力推进郊区新城建设,积极承接从中心城区转移而来的产业。发挥郊区新城优化空间、集聚人口、带动发展的重要作用,按照控制规模、把握节奏、提升品质的原则,分类推进新城建设,促进郊区新城“产城融合”。三是培育和发展住房租赁市场。在房价高企的形势下,政府一方面应鼓励企业和个人出租住房,另一方面也应提倡个人租赁住房。

2. 进一步优化交通网络建设

优先发展公共交通,特别是要优先发展轨道交通网络建设。研究表明,一方面,轨道交通

的建设为人们在更大的空间范围中带来了更多的机会,使得企业和居民的收益都会增加;另一方面,轨道交通可达性的提高鼓励了居民的“绿色”出行,显著降低了居民私家车的拥有率,这直接减少了地面道路的车流量并缓解了交通拥堵。

3. 进一步推进公共服务均等化

研究显示,如果郊区附近缺乏学校和医院这类公共服务以及商业服务等,居民就会选择到中心城区居住,寻求更好的公共服务及其他服务。目前,本市多数优质的中小学、三甲医院大量的集中于中心城区,郊区县则相对缺乏,因此,本市应进一步推进学校、医院等公共服务的均等化。

(上接第 48 页)

训专家委员会负责对各培训医院该项工作的考核和全程监督指导。虽然有市级标准做参考,但考核多由培训医院自主完成,很难保证对住院医师的培训成效最大化及考核的公平性。建议进一步发挥第三方专业机构或社会团体的力量,对住院/专科医师的规范化培训进行全程的监督,并且按照统一的考核标准对考生进行考核评价,以确保培训质量。以行业协会为例,可组织医师资格考试、核发医师执照或者组织并监督注册医师;评价、认定或审议、批准住院医师教育项目或机构或培训职位;颁发专科/全科(家庭)医师证书或专科/全科(家庭)医师注册;确定各专科/全科(家庭)医师培训目标,制定专科/全科(家庭)医师培训计划、内容或标准;组织管理住院医师和专科/全科(家庭)医师的资格考试。

2. 做实学科认证保证培训质量

上海目前针对住院医师和专科医师培训

医院实施动态管理,定期抽查督导,每 3~5 年组织一次重新认定。为进一步提高培训质量和效果,建议借鉴加拿大的经验,对培训医院进行科学化认证,招募由经过住院医师培训教学的主治医师以自愿者及其他相关专家,根据行业协会设定的学科标准和岗位胜任力的各个角色进行综合评价,通过大量的访谈和同行评议,从组织架构、培养目标、资源投入、学科设置、培训内容和培训效果等多方面对培训医院进行认证。

3. 培养基于岗位胜任力的合格医师

在上海住院/专科医师培养中,虽然在临床实践能力基础上有关于卫生法律法规、循证医学、人际沟通等的科目设置,但与加拿大 CanMEDs 培养模式相比,对于医师的综合能力培养略显不足。在临床实践培养过程中带教医生和培养对象都应注重与其他 6 个角色的同步协调,从而培养出具备岗位胜任力的优秀医师。

参考文献(略)

◀ 卫生发展 ▶

上海市医学科技创新基本发展思路研究

黄红 肖泽萍 王剑萍 倪元峰 陆雯婷 张勤

“十三五”期间是全面建成小康社会的决胜阶段,是上海建设具有全球影响力的科技创新中心的关键时期。根据国家卫生计生委、科技部等五部门《关于全面推进卫生与健康科技创新的指导意见》(国卫科教发〔2016〕50号),为贯彻落实市委、市政府《关于加快建设具有全球影响力的科技创新中心的意见》(沪委发〔2015〕7号),上海市卫生计生委不断加快改革步伐,健全激励机制,完善政策环境,激发医学创新活力和转化能力,促进形成符合行业特点的可持续发展的上海医学科技创新体系。下一步,作为全市医学科技创新工作的指导性文件下发,进一步提升科技治理能力,服务国家卫生与健康科技发展战略,争取为建成亚洲医学中心城市,建设具有全球影响力的科创中心作出重要贡献。

一、发展目标和基本原则

(一) 发展目标

到 2020 年,基本形成与上海科创中心建设目标相匹配的医学研究与创新体系,巩固上海医学科技发展领先地位,医学科技影响力、辐射力显著增强,中医药国际化和标准化建设位居国内前列,为建设亚洲医学中心城市提供支撑。

1. 科技创新能力不断增强

建设具有国际影响力的医学科技创新平台和若干研究型医院,努力在精准医学、转化医学等重

点领域取得突破,主持和参与国际多中心临床研究,形成一批具有国际话语权的重大疾病诊治规范和标准,学科建设与临床研究接近国际先进水平,重大疑难疾病的诊治能力保持全国领先,国家科学技术奖项保持“十二五”高位水平。

2. 科技创新人才队伍不断发展

继续培养和引进高水平医学科技创新人才,培育健康相关专业青年人才,加快公共卫生等薄弱和紧缺领域人才的国际化培养,着力打造全球医学科技创新人才高地。“两院”院士、外籍院士以及在国际重要学术机构任职人数进一步增加,国际影响力进一步显现。

3. 科技创新机制体制不断完善

跨部门、跨领域的统筹联动与协同创新机制基本建立,科技成果转移转化制度不断健全,逐步形成高等院校和科研机构知识创新、企业技术创新、医疗卫生机构转化创新相结合的协同创新体系,产学研互为支撑、协同发展,科技成果转化率和贡献率不断提高。

第一作者:黄红,女,上海市卫生和计划生育委员会党委书记。

作者单位:上海市卫生和计划生育委员会(黄红、肖泽萍、王剑萍、倪元峰、陆雯婷、张勤)。

4. 中医药创新能力进一步提高

成为中医药防治重大疾病临床研究基地,建设中药复方现代创新研究基地,打造中医药国际化、国际标准化和中医药国际教育培训基地,巩固中医药文化传承和发展研究基地。

(二) 基本原则

1. 坚持科技引领

面向世界科技前沿,紧跟全球医学科技创新潮流,发挥上海医学科技资源集聚的优势,与全球医学科技创新主导者全面合作,成为我国重大疾病领域医学科技创新的领跑者、新型医学技术领域科技创新的全球合作者、临床诊疗规范与技术标准的全球制定者。

2. 坚持需求导向

面向国家重大需求,准确把握当前人民群众面临的主要健康问题,聚焦急需发展的关键技术,搭建医学科技创新重大关键技术研究系统集成平台和核心创新平台,在我国重大疾病的医学科技原始创新方面取得标志性突破,在提高重大疾病防治能力方面走在全国前列并挤入全球先进行列。

3. 坚持制度创新

加快医学科技制度创新和平台搭建,打破学科边界、机构限制和管理壁垒,推动医学科技创新资源整合,激发医学科技创新的活力,形成科技创新活动丰富活跃的氛围。加强知识产权保护,推动产学研深度合作,促进基础研究、应用研究、成果转化和产业化的紧密结合,大幅度提高科研成果转化应用效率。

4. 坚持开放协同

融入全球医学科技创新网络,服务国家医学科技重大战略,在与全球医学科技创新主导者的合作中,构建以著名医学科研机构为重点、辐射全球的医学科技创新体系,推动科研

数据、科技资源、实验设施的开放共享,促进医学科技资源的综合集成和高效利用。

二、促进完善制度和体系建设

(一) 推进科技创新平台建设,建立共享共赢机制

加强部门联动,推进医学科技创新管理平台建设,整合医学科技创新资源,促进临床与科研紧密对接,打造临床医学研究高地,推动重大科研成果产业化。坚持中西医并重,建设中医药国际化、国家标准化和传承发展研究基地,发挥中医药创新能力。建立研究型医院评价指标体系,推进研究型医院建设。聚焦一批重大医学科技创新工程和项目,强化“医研企协同”,力争在医学科技前沿领域有大的创新,在核心关键技术领域取得大的突破。支持医学技术、信息、人才等要素跨区域流动,进一步提升上海医学科技的辐射力、影响力。

(二) 积极融入全球化创新,提升开放协同水平

设立战略方向推进平台,集聚多个学科力量,共同凝练研究方向,协同推进创新研究;构筑前沿方向探索平台,鼓励研究人员以群体创新方式、从多角度进行攻关;搭建学科交叉促进平台,组织跨单位、跨领域科研人员深入交流,促成相互间合作;创新方式、多点着力,促进形成学科交叉、有机融合的群体创新局面。跨越原有学科界限和行政隶属关系,以某一骨干和带头学科为主体,整合新兴学科、交叉学科和边缘学科,包含医学基础研究、临床研究、转化应用、工程学、材料学等协同合作,打造体现新的学科生长点特色的创新研究学科群。重点加强各团队间的协同创新能力,争取在若干医学领域突破一批领先的关键技术,

实现重点领域跨越式发展,并带动健康产业发展,突显上海卫生在全国的引领作用。

(三) 加强全行业管理的统筹协调,形成良好创新氛围

加强卫生科技创新、学科和人才建设工作的全行业管理,强化顶层设计,制定配套政策。完善与政府相关部门的联动协作,形成有利于资源向卫生科技事业汇聚的工作机制。按照本市加强财政科技投入联动与统筹管理工作要求,健全以政府为主导,医院、学校、科研院所和社会机构等共同参与的本市卫生系统科技多元化投入机制。

营造鼓励创新、宽容失败的创新文化与环境,鼓励科研人员持续研究和长期积累;对从事基础前沿研究、临床应用研究、成果转化研究等人员建立分类评价制度,重点激励有重大科技贡献的领军人才、青年拔尖人才和优秀创新团队。健全鼓励创新的分配激励机制,医疗卫生机构可参照高校和科研院所享受科技成果转化收益分配政策;加大科研人员股权激励力度,提高医学科研人员薪酬水平,充分体现其创新与转化的价值。

三、促进关键领域取得重大突破

(一) 全面提高传染病防治水平

定位于“协同性、多中心、规模性流行病学与防控干预研究”,进行规模化队列研究,自主研发传染病诊断、预防和防护产品,制定适合我国国情的重大传染病临床治疗方案,建立与发达国家水平相当的防治技术平台,应用推广研究成果,为降低发病率、病死率(“两率”)提供科技支撑,带动相关产业发展,全面提高我国传染病的预防、诊断、治疗和控制水平。

(二) 新药创制带动上海医药产业跨越式发展

重点推进靶向抗肿瘤创新药物的产业化,加快发展治疗心脑血管疾病和糖尿病等的药物研发,加强新技术、新材料、新剂型在新药研发与生产中的应用。推动新型长效和偶联抗体药物、疫苗、基因药物、细胞及基因治疗等开发和应用。针对多成分、多靶点的创新中药和重要品种的二次开发,开展中药材和中药质量标准可控性、中药毒性物质微量检测、中药药效物质基础和安全性的评价等关键技术研究,推进中药的国际认可与注册。运用“仿创结合、系统集成”,研制重大疾病及突发疾病的急需药物,研制符合国际规范的化学药、中药和生物药,实现自主创新为主的战略转型,带动上海医药制造业的跨越发展。

(三) 精准医学与个性化医疗引领新业态

聚焦肿瘤、心脑血管疾病、内分泌代谢疾病、罕见病等疾病,加强精准医学技术研究,引导疾病诊疗从“通用型”向“个体化”“精准化”发展。加快分子诊断、生物治疗、干细胞与再生医学等精准医学领域发展,推进医学队列研究和科研信息数据共享。推进人类表型组研究。加快新型疾病特异性分子标志物和药物靶标研究。构建具有国际先进水平的创新药物和医疗器械临床试验平台,支持自主创新药物、新型生物医药材料和高端医疗技术装备的研发和应用,促进精准医学发展。

(四) 生物医药前沿领域形成新突破

在脑科学、类脑与人工智能方面,围绕认识脑、保护脑、模拟脑的主线,开展大脑工作机制、重大脑疾病智能诊断、类脑智能算法及硬件等研究,推动脑疾病诊疗方式和类脑人工智能产业发展,促进上海成为国际脑科学与

类脑人工智能研究中心。在国际人类表型组研究方面,围绕基因-环境-表型的互作机制等核心科学问题,开发具有自主知识产权的表型组测量分析技术系统及标准体系,建立标准统一的人类表型组大数据库,形成人类表型全面测量与系统遗传分析技术平台。在干细胞研究方面,围绕组织功能修复,在干细胞基础理论与应用方面取得具有国际影响的研究成果,实现干细胞在一些重大疾病治疗中的率先突破,发展具有自主知识产权的干细胞技术与产品,在上海形成一套完整的国内领先的再生医学产业链,推动以干细胞治疗为核心的再生医学成为继药物、手术治疗后的第三种治疗途径。

(五) 移动医疗到智慧医疗不断优化

加快推进数字与移动医疗技术创新,融合互联网、物联网、移动通讯技术与医学技术,研发新型智能可穿戴医疗设备、信息采集设备和医院物联网设备。建立基于数据分析的健康和疾病风险评估模型,发展医院-社区-家庭-个人之间实时信息共享技术,健康与疾病监测、追踪和干预技术以及远程医疗技术。在健康管理、疾病预警监测、疾病诊疗和护理、功能康复等应用领域,开发基于移动网络、具备智能感知和远程传输、控制功能的远程指导平台、应用终端及其相关软件,构建适合医院、个人、家庭、社区应用场景的移动诊疗系统,突破大规模应用的精度、安全性等产业化关键技术,推进相关产品和应用平台的技术标准体系建设。贯通院前、院中、院后信息化系统,实现数据共享,“实时结算、互联互动、及时响应”的高效医疗服务功能。在智慧医疗、健康管理、养老照护、妇婴保健等领域发展新业态、新模式,培育一批面向全国市场的移动医疗服务品牌。

(六) 学科建设和临床研究能力不断提升

以临床医学和公共卫生领域为重点,加强内涵建设,做大做强市级医疗机构临床医学中心和重点学科,做实做全区域医疗机构重点专科,坚持学科、人才、项目和成果“四位一体”联动发展,逐步强化临床护理学、老年医学、康复医学、全科医学、急诊和重症医学、儿科学、精神病与精神卫生学、临床麻醉学、临床检验与病理学、临床药学、临床营养学等重要薄弱学科,加快妇幼卫生与儿童保健学、传染病学、卫生检验学、输血医学、眼卫生学、健康教育与促进学、流行病学、环境卫生与职业卫生学、循证公共卫生与卫生经济学等学科发展,提升本市公共卫生服务和保障能力。

聚焦高发病率、高患病率、高致残率、高死亡率和高疾病负担的重大疾病,开展多中心临床研究,形成一批规范化可推广的临床指南和技术标准。对肺部肿瘤、胃肠肿瘤、肝胆胰肿瘤、女性肿瘤等常见恶性肿瘤开展防治关键技术研究,建立早期筛查体系和随访制度,形成临床综合治疗方案,提高患者的5年生存率。建立同一社区人群多种慢性病前瞻性队列,系统分析恶性肿瘤、心脑血管疾病、内分泌代谢性疾病等慢性非传染性疾病的致病因素、发病机制和影响因素。

四、促进国家级医学中心建设

(一) 国家临床医学研究中心建设

建设代谢性疾病、消化系统疾病、口腔疾病、老年疾病等国家临床医学研究中心。紧密结合临床需求导向,以规范化诊治为目标,建设协同创新研究网络,完善临床信息库和生物样本库,成为生物大数据研究中心;开展前瞻性临床协作研究,研发诊疗新技术、新方法、新药物,

制定诊治指南和专家共识,将成果转化应用到临床,惠及广大患者,打造临床医学和转化研究的高地,为建设国家创新体系做出贡献。

(二) 国家转化医学重大科技基础设施建设

作为我国首个综合性国家级转化医学中心,利用高等院校理工学科基础,联合医疗机构、科研机构和相关企业的生物医学优势力量,力求医理、医工多学科交叉融合。紧扣转化医学的核心,整合并建立开放协同的多学科研究力量和技术平台,开展从临床实践到基础研究、医药产品、技术开发及卫生政策,再回到临床实践的循环往复的转化型研究,提高基础研究成果的转化效率,促进新技术、新产品和新药开发。创新研发医疗技术与设备,实现如质子刀等重大新型医疗仪器与装备的国产化,同时转化出一批具有自主知识产权的适宜医疗仪器和装备。

(三) 国家肝癌科学中心建设

聚焦肝癌研究的重大科技关键问题,建成国家肝癌集成研究中心、国家肝癌研究优势资源共享平台、肝癌研究高层次人才培养基地、国际学术交流与合作中心,显著降低肝癌发病率、病死率。综合应用分子生物学和现代高通量技术,将肿瘤分子生物学、基因组学、蛋白质组学等基础研究与临床研究有机整合,开展肝癌生物治疗新途径和综合治疗新方案的探索,在肝癌预警、早期诊治、优化治疗、抗复发转移方面建立新技术、新方法、新体系。

(四) 国际热带病联合研究中心建设

以“资源共享、优势互补,合作共赢”为导向,建立国内防治科研基地与海外研究基地,建设国际热带病联合研究中心。开展重要热带病和寄生虫病生物学基础研究,在寄生虫疫苗候选抗原分子筛选、重要寄生虫及其媒介的群

体遗传结构方面开展研究;开展热带病诊断技术、药物和疫苗研发,构建新型的寄生虫病诊断技术,研发新型药物和诊断试剂;开展空间流行病学与监测预警技术研究,制定适用于现场防治工作的预警方案,提升防治研究水平。

(五) 国家儿童医学中心建设

建设以儿童重大疑难疾病诊治为核心的国家级儿科医疗机构,涵盖医疗、科研、教学、预防和管理功能,实现“五位一体”总体布局。承担全国或区域性疑难儿童危重疾病诊治,带动全国或区域内医疗服务能力的提升;协助制定我国儿童重大疑难疾病的诊疗指南和行业规范;确定儿童健康问题研究的学科发展方向,从国家层面组织国际顶尖水平的临床医疗与科学研究合作,推动研究成果向临床应用转化,从而引领我国儿童卫生事业的全面发展。

五、促进人才集聚与培养成长

(一) 优化人才集聚与培养的支撑体系

创新“医教协同”机制,实施“医学领军人才、优秀学科带头人和优秀青年医学人才”培养计划,对人才、项目和团队等进行多途径支持,造就一批科技创新领军人才,着力培养一批优秀学科带头人、首席科学家、临床研究领军人才;重点培养一批基础研究型、临床与公共卫生研究型、产业转化型的创新尖子人才,依托各类“医研企”创新基地,加快培养一批科技成果转移转化领军人才。加快形成与国际惯例接轨的人才制度和支撑体系,探索实施更加开放、灵活和柔性的人才引进和流动政策。完善人才的激励机制、竞争机制、导向机制、保障机制和培训机制,使高端医学科技人才“既能培养得出来,也能留得住”。

(二) 面向全球集聚高端医学创新人才

积极实施海外高层次人才引进计划,强化创新型人才引进导向。通过国家和上海“千人计划”、上海“浦江人才计划”等人才引进计划,积极引入一批海外高层次创新创业人才。吸引世界一流领军人才领衔上海重大医学科技研究任务,完善与国际一流团队合作机制。对高精尖人才、优秀人才、急需紧缺的特殊人才等不同类型的海外高层次人才,分类开辟专门渠道、实行特殊政策,实现海外高层次人才精准、快速引进,充分发挥医学科技人才的创新活力和主动性,使上海成为亚太地区对科技创新人才最具吸引力、人才发展环境最优越、人才创新贡献最突出的区域之一。

(三) 建立高效能的科研创新团队,优化人才队伍结构

现代医学技术具有高技术、高投入、高风险和高附加值的特点,这就要求有一批高素质的既懂技术创新又懂市场运作并具有国际视野的复合型人才队伍。探索以学科领军人才为中心,建立跨学科、跨部门、跨地域的开放式科技创新团队,构建学术管理与业务(行政)管理相协同的运行机制,实施科技创新团队的分类管理和科学的多层次目标系统管理。建设一支多学科交叉融合、跨领域、“产、学、研”一体化、海内外结合的人才队伍。

六、促进科技成果的转移转化

(一) 完善医学科技成果转移转化机制

积极贯彻国家有关要求,完善企业研发费用计核方法,调整目录管理方式,扩大研发费用加计扣除优惠政策适用范围。落实国家对包括天使投资在内的投向种子期、初创期等创新活动投资的相关税收支持政策。强化生物医药企业在应用研究、中试、技术开发、商品化、

产业化等科技创新各环节的作用。鼓励和支持企业以推进大健康产业发展为目标,围绕医疗产业和健康产业等方面开展科技成果转化。在互惠互利的基础上,加快推进产学研合作、医研企合作,鼓励企业与医疗机构采取联合建立研究开发平台、技术转移机构或者技术创新联盟等产学研合作方式,共同开展研究开发、成果应用与推广、标准研究与制定、适宜技术推广等活动。

(二) 建立健全科技成果监管、评价和准入制度

深入贯彻知识产权保护、生物安全等法律法规,建立健全卫生科技创新成果监管、评价、准入等制度体系。优化现行医疗服务新项目审批流程,鼓励和规范卫生科技创新成果的准入应用,加强对创新技术、产品及服务的临床研究和应用发展的监管。建立卫生技术及健康科技成果评估体系,制定卫生技术及科技成果评估实施意见,大力推进对医疗产品和技术评估工作,从源头提升健康科技成果质量。

(三) 建立健全科技成果转化激励制度

鼓励各类创新主体通过技术入股、股权激励、奖励、股票期权、项目收益分红、岗位分红等方式参与技术和成果转移转化活动。医疗机构以技术转让或者许可方式转化职务科技成果的,应当从技术转让或者许可所取得的净收入中提取不低于 70% 的比例用于奖励科研负责人、骨干技术人员等重要贡献人员和团队,转化收益用于人员激励的部分不计入绩效工资总额基数。完善医疗机构绩效工资和科研经费管理制度,给予基础科研稳定的财政拨款或财政补助,提高科研项目人员劳务支出比例。探索采用年薪工资、协议工资、项目工资等方式聘任高层次医学转化人才。

上海与加拿大毕业后医学教育比较及启示

王力男¹ 彭颖¹ 方吕³

毕业后医学教育 (PGME) 是在校教育的延续, 是医学毕业生从理论到实践的过渡和培训阶段, 包括住院医师培训和专科医师培训两个阶段。上海市自 2010 年起在全市推开住院医师规范化培训, 《上海市住院医师规范化培训实施办法 (试行)》^[1] 文件出台, 并在 2015 年修订发布《上海市住院医师规范化培训实施办法》^[2], 医学生完成 5~8 年医学院校教育后 (取得本科、硕士或博士学位) 可进入住院医师规范化培训项目, 接受 1~3 年的住院医师规范化培训;^[3,4] 2013 年, 《上海市专科医师规范化培训实施办法 (试行)》文件出台, 针对已经完成住院医师规范化培训、取得住院医师规范化培训合格证书、并且已在本市各级医疗机构就业的医师, 可进入专科医师规范化培训项目^[5]。加拿大的医学教育沿袭北美体系。医学院校的入学条件是完成 3~4 年的预科学习, 或称本科教育, 获得学士学位 (以化学、生物居多) 后可申请进入医学院。进入医学院后, 经过 3~4 年获得医学博士学位, 之后进入毕业后医学教育, 全科和专科分属两个体系, 不同专科培养体系和培养年限也有不同。

总体来看, 上海和加拿大毕业后医学教育体系组织管理体系、培训对象和年限、培训内容和方式、培训质量和考核上存在差异。

一、组织管理体系

为保证制度的推进和落实, 上海市建立了住院医师规范化培训工作联席会议制度, 由分管市领导牵头, 成员包括市发展改革委、市卫生计生委、市人力资源和社会保障局、市财政局、市教委、市政府法制办、市机构编制委员会办公室、上海申康医院发展中心等部门和单位的领导及专家, 负责全市住院医师规范化培训的领导、组织和协调工作。联席会议下设办公室, 负责住院医师规范化培训日常管理工作。市住院医师规范化培训事务中心作为常设机构, 受联席会议办公室委托, 和市医师协会一起组织各相关学科专家, 根据住院医师规范化培训医院和教学基地标准、培训大纲、培训考核的规定, 开展培训医院和教学基地的评估认定、培训标准细则制定、培训过程指导和考试考核等工作。同时, 市卫生计生委成立住院医师规范化培训专家委员会, 负责培训规划、培训质量监督与评估、规范化培训实施办法的修订, 指导、督促、协调各学科专家组的工作 (图 1)^[6,7]。针对专科医师, 主要由上海市毕业后教育委员会 (简称“市毕教委”) 全面负责领导和协调工作, 并提供政策支持和经费保障。市毕教委下设办公室, 负责培训工作的

基金项目: 美国中华医学基金会卫生体系研究与政策转化合作项目 (CMB-CP 14-190)。

第一作者: 王力男, 女, 助理研究员。

作者单位: 上海市医学科学技术情报研究所 (王力男、彭颖), 上海财经大学公共经济与管理学院 (王力男), 上海市卫生和计划生育委员会科教处 (方吕)。

具体组织管理。市卫生计生委另外成立上海市住院医师规范化培训专家委员会，保障培训质量。此外，上海医学院校和培训医院均成立了毕业后医学教育委员会，负责本校（院）住院医师和专科医师规范化培训管理和协调工作（图 2）^[8]。

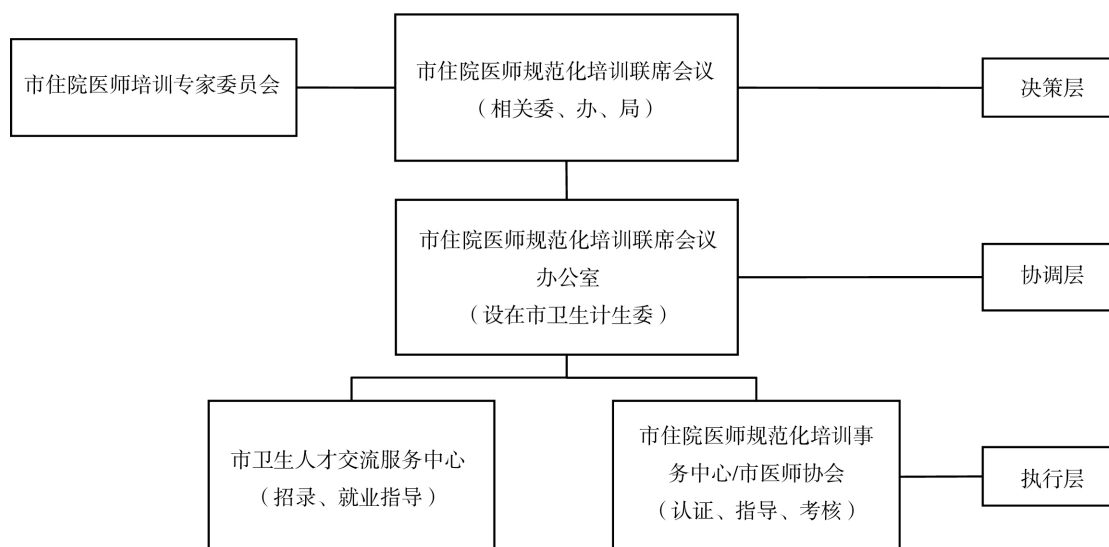


图1 住院医师规范化培训管理构架

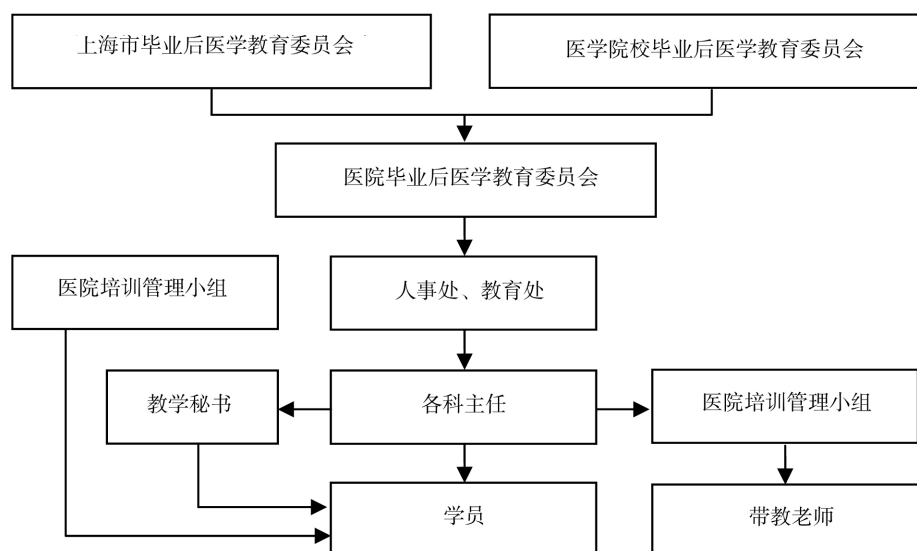


图2 毕业后医学教育委员会组织结构

加拿大 PGME 的管理构架中主要有医师协会、医学委员会、培训医院和政府部门等，包括针对专科医师培养的加拿大皇家内科和外科医师协会（Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, RCPSC）和针对全科医

师培养的加拿大全科医师协会（The College of Family Physicians Canada, CFPC）。两个协会分别制定专科医师和全科医师的培养标准，并负责对相关培养基地开展认证和对培训学员进行考核。加拿大医学委员会（Medical

Council of Canada, MCC) 则在医学院校教育结束后和住院医师培养第一年中介入毕业后医学教育体系中,负责考核医生的执业执照。^[9]加拿大毕业后医学教育依托 17 家医学院校及其附属医院开展,培养医院为 PGME 和参加 PGME 的学员提供必要的培训场地,并建立相

应的组织框架以保证培养的顺利进行。地方政府则为 PGME 提供财力支持,并保证住院医师项目的顺利运行,从地区层面根据卫生人力资源情况制定招录计划,并代表公众利益影响 PGME 的运行(表 1)。

表1 加拿大和上海PGME组织管理对比

	加拿大	上海
医学院校参与度	高	较少参与
课程设置	全科: CFPC 专科: RCPSC	公共科目: 市卫计委 专科计划: 市卫计委 & 医学会
学科认证	全科: CFPC 专科: RCPSC PG Office/ 院校: CFPC & RCPSC	市卫计委 & 市医师协会
学员评价、考核	资格考试: MCC 全科: CFPC 专科: RCPSC	资格考试: 国家卫生计生委 结业考试: 卫计委 过程考核: 培训医院
住院医师权利保障	地区层面: PHOs 全国层面: CAIR	市医师协会

PHO-Provincial Housestaff Associations

CAIR-Canadian Association of Interns and Residents

二、培训对象和年限

上海住院医师培训对象有两类,一类是高等院校医学类专业本科及以上学历毕业生,另一类是已从事临床医疗工作并取得执业医师资格证书需要提高临床诊疗水平和相关业务能力等的人员。主要包括单位委派人员、面向社会招收人员和研究生。专科医师培训对象则为已经完成住院医师规范化培训,取得合格证书,并且已在本市各级医疗机构就业的医师,培养对象来源局限于本市,主要为培训医院本单位人员和本市其他医院委托培训人员。总体来看,上海市采取“5+3+X”的 PGME 培

养模式,医学类专业本科毕业生需要接受 3 年的住院医师规范化培养,研究生根据其已有的临床经历和诊疗能力测评结果,可相应减少培训时间,专科医师培训则根据专科不同,培训年限不尽一致,一般为 3~4 年。

加拿大医学住院医师培养对象则为经过本科教育和医学院校教育,拿到医学博士学位的毕业生。毕业生首先要参加第一年的实习培训,实习期间可申请医师执照,选择专业后 1~2 年内需要完成全面培训。完成了规范化的住院医师培训和一定期限的临床实践,并已取得医师资格证书,才具备专科医师培训的申请资格。全科培训的年限为 1~2 年,专科培训

年限在 4~6 年不等, 另在完成专科培训的基础上, 可选择再进行 1~2 年的亚专科培训。^[10] 此外, 加拿大一直推行基于竞争力的医学教育 (Competency-based Medical Education, CBME) 模式, 并将 CBME 与现行的培养年限要求进行有机结合, 近年来在部分地区试点探索用胜任力评价的阶段性目标实现情况 (Milestones) 作为考核医师的岗位胜任力的重要指标, 从而弱化培养年限的硬性要求。^[11] 在 2015 年的岗位胜任力框架 CanMEDS 模型修订中正式引入 Milestones, 计划在全国范围内推开。^[12]

三、培养内容和方式

根据《上海市住院医师规范化培训实施办法》和《上海市专科医师规范化培训实施办法(试行)》, 住院医师培训在 19 个临床学科(包括全科医学科)和 2 个中医及中医全科开展, 市联席会议办公室可根据实际需要, 在报请国家卫生计生委同意后, 增设或调整部分住院医师培训学科, 培训内容以从事临床实践技能训练为主, 另包括政治思想和职业道德、公共科目、专业理论知识等。专科医师培训在 16 个内外科下的专科和 7 个其他专科开展, 市毕教委办公室根据实际需要, 增设或调整部分专科医师培训学科, 培训内容包括职业道德、病人照护能力、人际沟通技巧和专业精神, 扎实的专业知识和临床技能, 以及临床导向的学习与改善能力, 另对教学和科研能力有一定要求。住院医师培训对象在培训医院带教医师的指导下, 按照国家卫生计生委和国家中医药管理局培训大纲以及《上海市住院医师规范化培训标准细则》的要求, 接受以提高临床思维和实践能力为主的科室轮转培训。专科医师规范化培训对象在培训医院的带教医师指导下, 重点

加强从事专科相关临床实践技能训练, 各专科具体培训内容按照《上海市专科医师规范化培训标准细则》的规定执行, 培训时间依据专业不同, 按照国家卫生计生委有关规定执行。

加拿大 PGME 的培养主要依据基于 CanMEDS 的岗位胜任力框架, 以临床能力为核心, 从交流能力、合作能力、管理能力、健康促进、教育能力和专业能力等 7 个方面培养具备岗位胜任力的医师(图 3)^[13]。在培训方式中, 大量使用仿真模拟技术^[14], 注重病人安全, 并在培训课程和内容设计上引入 CanMEDs 框架, 注重在临床实践过程中综合能力的协调发展, 培养具备岗位胜任力的医师。此外, 随着信息技术的发展, 远程教学等在医师培养中愈加普遍^[15], 但随之带来教学方式的改变使得带教老师和学员某种程度上缺少面对面的交流, 值得引起注意。



图3 加拿大CanMEDS岗位胜任力框架

四、培训质量和考核

过程管理和考核管理是提高培训质量的两个重要抓手。总体来看, 培训考核工作由

专委会、联席会议办公室、医学院校毕教委、培训医院和培训基地分级管理。上海市在住院医师和专科医师规范化培训中,分别由住院医师和专科医师联席会议办公室制定培训考核计划,市医师协会具体负责组织各相关学科专家,对住院医师和专科医师规范化培训开展过程督导、质量控制和考试考核等工作。各专业委员会负责审定考核办法、培训质量监督与评估,对培训中涉及的重大问题提出咨询意见,实施质量控制,定期组织相关专家对培训医院进行现场督查指导,了解各医院培训计划落实情况、存在困难、意见建议等,及时沟通反馈。同时,各培训医院均建立了一系列内部教学管理制度,涉及培训师资、培训计划、学员考核等各个主要环节。为保证培训质量,培训医院均纳入动态管理,每 3~5 年组织一次重新认定^[16],住院医师规范化培训医院由市住院医师联席会议办公室定期抽查督导,专科医师规范化培训医院由市毕业教育委员会办公室组织各相关学科专家对培训医院进行评估认定。住院医师考核主要有出科考核、年度考核、公共科目考试和结业综合考核,公共科目考试和结业综合考试由全市统一组织,培训期间取得执业医师资格是培训考核合格的必备条件,结业综合考核结果则是取得住院医师规范化培训合格证书的依据之一。市医师协会成立后,制定专科医师规范化培训年度考核工作计划,将考核内容分为“医师职业道德考核和出勤情况”、“临床实践培训指标”、“临床综合能力测评”、“教学能力”、“临床科研能力”五大模块。其中,“临床实践培训指标”模块中“上交书面材料”由医学院毕教委组织专家评判,“临床综合能力测评”模块由各专科委员会负责命题,全市统一组织考试,其余模块内容均由

培训医院或专科基地自行组织。^[17]总体来说,考核方式以客观评价应考专科医师的临床核心能力为原则,结业考核结果作为取得专科医师规范化培训合格证的依据之一。

加拿大在培训质量中引入学科认证制度,由 RCPSC 或 CFPC 组织,对医学院的学科和培训基地进行认证。^[18]考核标准分为“A”、“B”两个版本,“A”标准主要适用于医学院和教学点,“B”标准适用于单个培训医院的学科认证。在培训基地评价和学员能力考核中,从形成性评价和总结性评价两个角度对 CanMEDs 的 7 个角色进行评价。形成性评价在培训期间进行,由带教老师将评估结果反馈给学员,使其主动分析这些信息,以促进自省,提高培训效果。总结性评价在培训结束后进行,衡量学员是否达到专科或阶段性培养目标,判断其是否具备在某医疗领域内开展工作的能力。^[19]同时,学员在培训期限结束前需要参加综合结业考核,全科和专科住院医师分别参加由 CFPC 或 RCPSC 组织的考试,引入标准化病人和仿真模拟等,对 CanMEDs 的七个角色进行全面考核,考试通过后得到由 CFPC 或 RCPSC 颁发的合格证书。^[20]在取得合格证书成为医师协会会员后,仍需取得地方政府的执业执照,之后才可行医。

五、对上海的启示

1. 充分发挥行业协会的力量

在上海,对于住院/专科医师的培训、考核工作基本都下放到各培训医院,主要由培训医院成立相应的学科管理小组对住院医师进行具体的培训和考核,近年来由市医师协会参与制定标准和原则,上海市住院医师规范化培

(下转第 37 页)