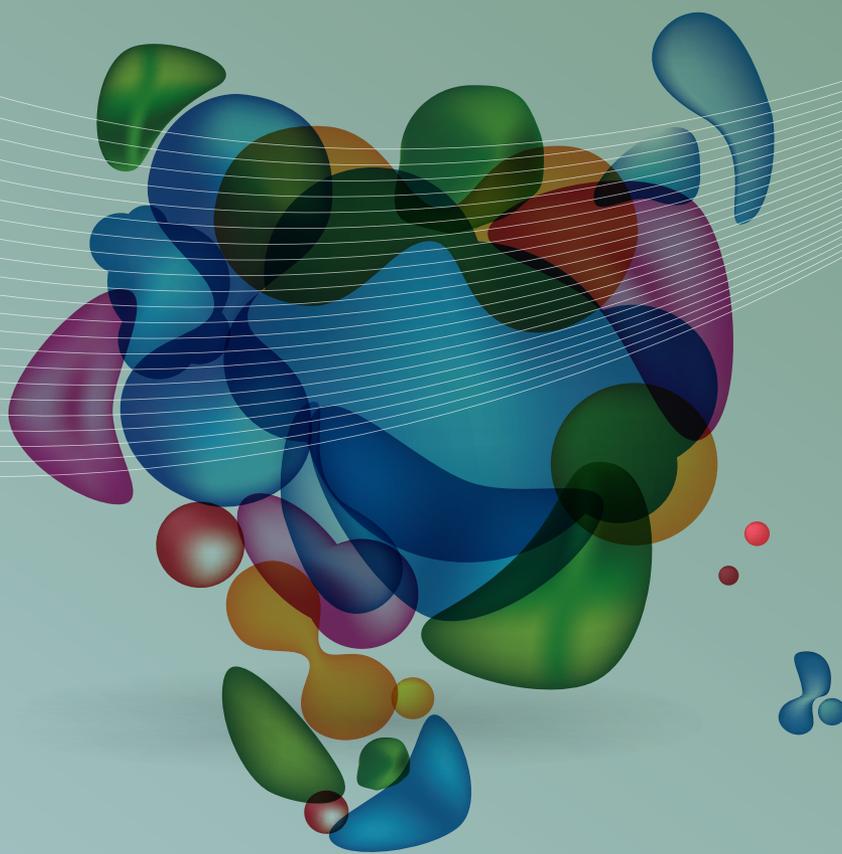


2020年第一期

人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 疫情防控中的特大城市人口流动性管制和人口数据应用
- * 中国总和生育率为何如此低？推延和补偿的博弈
- * 上海公共场所母婴设施建设的调查研究
- * 构建积极老龄化社会的实践探索(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1期(总第228期)

名誉主编：黄红

孙常敏

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 •

疫情防控中的特大城市人口流动性管制和人口数据应用..... 任远 (1)

中国总和生育率为何如此低? 推延和补偿的博弈..... 顾宝昌 侯佳伟等 (6)

• 本期关注 •

构建积极老龄化社会的实践探索..... 本刊编辑部 (18)

(主持人: 杨昕, 参与讨论: 杨昕、王美凤、高晚晴、高慧等)

• 调研与分析 •

上海公共场所母婴设施建设的调查研究..... 蒋泓 马晓英 陆益妹 (43)

• 卫生与健康 •

上海健康云构建协同高效的整合型健康服务模式..... 宋琼芳 杨海燕 (49)

疫情防控中的特大城市人口流动性管制和人口数据应用

任远

(复旦大学社会发展与公共政策学院人口研究所, 上海 200433)

去年年底出现的武汉新型肺炎, 已经从一个城市内部的传染性疾病, 扩散成为了全国性和全球性的公共卫生危机事件。武汉肺炎这一公共卫生事件所暴露出的危机及在此过程中的风险应对和管控, 其关联着一个突出问题是特大城市如何实现有效治理。当然其直接表现为特大城市疫情防治的应急管理, 内在则关联着特大城市发展和管理的体制和机制建设。

武汉肺炎这个突出事件产生了丰富的教训以及经验, 将会使其成为特大城市治理的典型案例。在此事件尚未充分展开的现在, 无论是进行问责性的批评, 还是开展理论性的总结, 显然还为时过早。但针对武汉肺炎的疫情防控, 对特大城市的发展和管理开展一些思考和探讨也是必要和有益的。基于从 SARS 以来的特大城市公共卫生管理取得的进步和经验以及基于我们已知的对城市治理基本问题的理解, 开展这样的思考和探讨, 对于正确看待和正确实施疫情的应急管控以及以此为着眼点讨论进一步加强和完善特大城市的城市治理, 会具有积极的应用和借鉴。

一、正确认识特大城市人口集聚和风险集聚的关系

特大城市是人口巨大规模、高度密集和高度流动性的城市, 因此存在着包括传染性疾

病在内的各种复杂风险的集聚。高密度城市中的人口集聚, 使得疾病蔓延的速度和规模都比人口疏散的乡村更为严重。武汉肺炎事件正说明高密度的特大城市蕴含着巨大风险。对于像武汉肺炎这样的传染性疾病预防来说, 特大城市对公共健康管理具有压力是毋庸置疑的。

另外的问题是人口的流动性。特大城市内部人口高度密集, 具有空间上的紧密联系和多样性的城市生活, 带来城市内部的高度流动性。特大城市同时具有密集的经济生产、商业商务、旅游娱乐和教育文化活动, 这些扩展了城市的外部流动性, 使特大城市成为城市体系中人口流动性的枢纽地区。特大城市的人口高流动性, 一定程度上加剧了病毒的蔓延。特别是, 将人口流动性叠加在春节期间的人口流动上, 其问题就更加严重。根据网络数据, 在春节期间武汉的流出人口达到 500 万, 其中三分之二是在湖北省内, 另有三分之一在湖北省外。在这个时期, 湖北还有数百万人口的年节期间返乡流动, 上百万大学生在寒假假期返乡和将在节后返校流动。高密度城市的人口流动性, 使城市风险的内在强化和外部传递更加明显。特大城市所具有的人口高度流动性, 很大程度上会恶化传染性疾病的蔓延。

因此, 特大城市巨大的人口规模、人口高度密集和人口高流动性, 意味着特大城市面

面临着风险的复杂化和风险集聚。特大城市需要应对复杂风险的巨大挑战,其中包括疾病风险的挑战。特大城市本身是高风险社会。在特大城市这样的高风险社会中,稍有不慎,就会酿成灾难性的事件,武汉肺炎的疫情蔓延也显著地证明了这一点。

虽然我们看到特大城市的人口密集和高流动性构成城市公共安全的巨大压力,但却应该认识到,人口数量和人口密集却并不是传染病事件的原因。城市人口的集聚和流动性只是构成城市健康风险的外部条件,加剧了传染病毒的传播和扩散。我从来就认为,特大城市的各种问题是人口增长和城市管理服务能力不相对称的结果,在人口增长过程中的管理服务能力不足,因此产生出城市的问题。城市发展中的诸多问题,包括武汉肺炎的疫情扩散,也应如此来加以判断,不能将疫情扩散归因于特大城市的人口数量过多,而其根本上是由于城市卫生防疫体系管理和服务不足的结果。因此,应对特大城市公共安全风险的挑战,根本上还是要加强和完善城市治理,要以提高城市管理和服务能力作为对策,也就是需要提高特大城市的人口承载力和风险处置能力,提高城市治理的能力。

城市问题不仅不是由于特大城市人口集聚造成的,而且客观来看,城市人口增长扩大了各种风险压力的同时,同时对城市风险的应对和解决提供了积极支持。人口集聚过程中的财富效应支持了对风险的应对能力,人口集聚过程中的知识外溢效应、公共服务的规模效应以及现代城市具有的规范化、制度化、管理,本身对于风险管控具有积极作用。某种意义上看,特大城市传染性疾病的死亡率是显著低于非特大城市地区的,优秀的特大城市的健康安

全是高于其他地区的,特大城市对于传染性疾病的处置能力、医疗服务供给能力和社会经济生活的配套能力也是显著高于非特大城市地区的。

因此,武汉肺炎的疫情似乎会形成一种对大城市和特大城市的恐惧印象,觉得是因为人口集聚带来了风险集聚,这不利于对中国城镇化发展和相关的风险管理形成正确的认知。在特大城市的人口集聚和风险集聚的相互关系中,不能简单认为特大城市是人口高度集聚和高流动性的城市,因此就将城市人口和城市问题简单关联,并因此强化了将人口管控作为城市管理的政策考虑。将人口集聚和城市问题的简单关联,是一种非常马尔萨斯主义的看法,认为城市人口增长总是会快于城市管理服务能力的提高。与其说这是一种理论判断,不如说这其实是对城市管理服务能力不足的借口。实际上,从世界城市的发展历史看,城市管理服务能力是不断提高的,城市总体上是在人口增长中提供安全、繁荣和实现生活质量的提高。而且恰恰是城市发展能力的竞争性和城市管理能力的高质量,带来了人口向城市的集中;也恰恰是城市管理服务能力的提高、城市治理能力的提高,才在根本上得以应对现代社会复杂风险的挑战。如果将疾病蔓延简单归因为特大城市的超大人口规模,会扭曲问题的实质,并会忽略特大城市实际上才提供了更强的风险管控的真实情况,并会偏离于在城镇化过程中完善城市管理服务、加强城市治理现代化、提高城市承载力的迫切要求。

二、疫情防控中人口流动性管控的必要性和局限性

特大城市不是传染性疾病的蔓延的原因,

但是大规模人口集聚和人口高度流动性作为外部条件，客观上构成病毒传播的外在环境，会加剧疾病蔓延，带来防疫难度的加大。因此从应急性的疫情防控角度看，在病毒快速蔓延时期控制人口流动性对于控制疫情传播是有一定作用的。通过人口流动性管控，使城市运行能够慢下来，能够放缓传染性病毒的扩散。因此，在疾病蔓延过程中的武汉封城和交通管制，包括一些重点城市对公共客运的暂停，是当下在传染病迅速扩散状态下临时性的应对策略，而且在春运期间存在巨大人口流动性的背景下，这些人口流动性管制措施是可以理解的应对方案。通过舆论宣传引导人口居家休息减少外出，延长春节假期的时间和推迟复工的时间，都是通过空间换时间，通过在空间上放缓流动性，减缓病毒扩散的速度，并争取对疫情控制的时间。

但是，管控人口流动性只是疫情防控的治标办法，是对疾病传播外部条件的处置。实现疫情防治的根本对策，仍然是要寻找和确定传染源及彻底消灭传染源；加快检测试剂的研发和使用，这样才能够对将人口流动性的管控转变为对病毒流动性的管控；加强疫苗研制，才能够根本实现对疾病的治疗，并能够将未知的新型传染性病毒转变成为已知的和可管控的病毒，才可以将疫情防控转变为常规性的疾病管理。

就当下武汉肺炎的危机应对，由于疫情防治的速度跟不上病毒蔓延的速度，所以，在应急性的防疫管控中实施人口流动性管控，是一个具有必要性的应对。甚至，某种情况下我们还担心这种应对策略是否应该更早地实施。但是，我们仍然应该认识到，简单靠“封城”和号召减少走亲访友、号召大家待在家里进行

自我隔离，让城市流动性放慢下来，实际上不是疾病管理的根本办法。

我们还应该意识到，特大城市的人口流动性管控是和特大城市运行的本质并不相容的。城市人口流动性和城市运行的流动性放缓也会带来一定的副作用，会降低城市运行的效率，会损害特大城市发展的其他目标。

人口流动性管制和城市流动性放缓带来城市运行失速，会对国民经济带来不利影响。物流网络服务效率下降可能会造成物资供应不足，削弱供给，并带来价格上涨，进而因此妨碍民生。而物质供应不足会引发计划性安排和配给制，例如在网上我们看到一些地区已经出现口罩销售的购买许可券，令人不免产生重回票证经济的联想。因此，流动性放缓从长期来看，对城市运行是非常不利的，甚至其对于疫情防治也未必是有效的。如武汉在城市缺乏流动性的时候，出现人们即使生病了也难以及时地去医院寻求救助。

人口流动性管制和城市流动性放缓，也不利于有效的社会组织和社会动员。城市的居民都呆在家庭中睡觉和看电视，缺乏强大的社会组织和社会参与，这样的一盘散沙的城市生活，对于疾病的防疫和应对也未必是有利的。

因此，对于疫情防控来说的人口流动性管控，固然是不得已而为之的临时安排，但却不应作为疫情防治和城市卫生管理的积极策略。流动性是城市运行的血脉，控制人口流动性和城市生活的流动性会损害城市的稳健运行。即使不考虑城市运行的其他方面，单单从疫情防治来说，也需要及时地放松流动性和鼓励城市卫生管理系统和物资服务系统有效运转起来。

当然，科技进步会在一定程度上抵消流

动性丧失的不利影响。经济社会生活的相当内容可以通过电子通信技术和远程工作得到解决。但是流动性仍然是城市运行的本质。微弱的人口流动性和缓慢流动性的城市运行可以适应假期的时光,但是不能支持巨大规模的特大城市的正常运行,不能支持一个庞大国家的运转,这是一个显然的道理。

在疫情防控中的人口流动性管控,还需要考虑人口管控存在的道德风险,避免将人口流动性管控变形为对湖北人口群体的地域歧视。在网络上看到一些消息很令人失望,一些城市因为担心疾病蔓延,对来自武汉和湖北省的人口阻挠入住、阻挠乘坐飞机、对其进行强制封闭和隔离,等等,出现了“以鄂为壑”的排斥性自保情绪。流动性管控的根本目的是管控病毒,如果偏离这一基本目的,出现流动性管控过度,则将其变为管控人口,出现针对特定人群的社会排斥。这种流动性排斥,则违反了人口自由流动的法律基础。在国家面临巨大灾疫的情况下以邻为壑,缺乏同胞手足之谊,也缺乏社会的道德,这甚至对于在国内建设人类命运共同体都是不利的。而且实际上,相较于投入力量开展控制人口流动性的疫情防控,对武汉肺炎危机的应对和解决对策,还是应该更加重视和加大投入对传染性疾病的疫情防治。在这方面,传染病防治医院建设、社区医疗和转诊体系建设、病毒疫苗的研发和临床实验等等的每一点增强和进步,都会增强城市应对疾病风险的能力。

三、人口数据的技术应用扩展城市疫情防控 and 应急管理的能力

本次武汉肺炎的疫情防控出现的和以往的传染病防疫管理不同的特点,是大数据、包

括人口大数据展现出的能力和作用。一些大数据公司已经能够很快地判断出武汉流出人口的流动方向,一些城市也很快通过大数据信息知道了到过疫区人口的信息并实施相关防疫管控,这些信息对于疫情管控和公共卫生的风险管理是非常有价值的。

技术创新和大数据发展能够极大地增强疫情防控 and 应急管理的能力,例如通过大数据技术能够描绘出人口的空间变化,模拟人口状况。通过人口大数据可以知道人口集聚的风险点,可以通过精致的数据分析掌握人口的行为轨迹及计算产生的风险暴露机会,并通过感染概率筛选出风险人口。通过确诊、疑似、治愈和死亡等人口数据,我们能够发现疾病分布和病毒扩散情况,这些可以精准化地确定疫区,通过发病率和感染率确定疫情,预测疾病蔓延和采取针对性对策。可见,人口大数据将会为疫情防控和卫生管理提供新的工具,提供更有效的管理和服务,以及提供更为精细化的城市治理。

人口数据和相关的大数据应用对于特大城市卫生防疫 and 应急管理的能力开始表现出来,但以我所知和观察所见,到目前为止的人口数据分析应用还处于非常初步的水平。由于学术界知识服务素养的薄弱和知识响应渠道的缺乏,其作用并没有充分地表现出来。反而是一些企业的大数据技术服务响应很快,但是其缺乏知识服务能力,发挥的作用则很薄弱。所以到目前为止,人口数据应用对疫情防控和防治的服务能力,并没有表现得很显著。但是我们仍然有理由相信,大数据将构成特大城市未来的卫生防疫 and 健康管理的重要支撑。

基于大数据技术应用提高城市治理能力,

能够提供更加及时的精细化管理和服务,这也再一次说明特大城市反而具有更强的疾病控制和公共卫生管理服务的能力。未来的特大城市提升治理能力的重要对策之一是引入技术进步,技术进步将极大地提高城市治理现代化的能力,实现精细化管理。在这个方面,国内一些特大城市已经开始在进步,但是显然还需要有更大的进步,才能真正将技术革命应用到城市治理现代化的实践运行中。

人口数据开发应用与城市疫情防控结合起来的另一个问题是,在此过程中需要充分平衡个人隐私信息和公共防疫的需求。即使是出于防疫的目的,在一些公共网络上过度暴露人口信息,无论是由公共部门还是由企业所发布,这实际上是造成了对个人信息的滥用和不当披露。大数据时代的人口信息调用和隐私保护将日益成为现代城市技术治理的突出问题,既要有助于实现效率和有针对性的城市管理,也需要在公共安全管理中避免损害个人的合法权利,二者需要实现一个良好的平衡。这是另外一个复杂的问题,在此我并不打算充分展开。但显然,在疾病防治和公共健康管理过程中需要明确个人的法律义务和法律责任以及确定在城市管理中应急管理的公共部门的合法强制权力和其权力的限度。通过基于法治的建设,才能实现高效率及合乎法律、合乎道德的城市管理。

人类的发展历史就是不断和病毒、和传

染性疾病共同存在的历史。病毒确实很可怕,但其将必然存在、永不消失。在一次又一次的疾病蔓延中,才促进了人类社会发展进步,促进医学进步,也促进城市公共卫生管理和服务能力的提高。在城市化的过程中,积极应对传染性疾病预防、增强城市管理体系和能力的建设,仍然要靠精细化管理来提高应对风险和抵御灾害的能力。包括上海在内的特大城市在积极应对各种风险挑战的过程中,已经积累起了相当丰富的经验。而且随着科学技术的迅速发展,对于提高特大城市管理能力和风险应对也提供了更加有效的工具。

一个基本的人生经验是,对于孩童的感冒,是对其免疫系统的锻炼。对于超大城市的疾病传播和卫生防疫,也是对城市免疫系统的锻炼。我们需要随时对特大城市作为高风险社会所面临的挑战具有充分警惕,也应该有理由对现代化的城市治理充满信心。并可以认为,在此过程中付出的巨大代价,是城市成长过程中应对挑战的锻炼。但关键是,对于特大城市管理的各种经验和教训,要真正能系统总结,而且能彻底吸收,并应用在城市管理和服务能力的提高,建设出更加安全、繁荣和生活幸福的城市。就是说要“吃一堑,长一智”,不能“吃一堑,仍然再吃一堑”,否则城市的进步遥遥无期,也总是会在应急挑战到来的时候一次又一次的惊慌失措和仍然付出不必要的代价。

(本文首发于《探索与争鸣》电子刊 1 月 30 日)

中国总和生育率为何如此低? 推延和补偿的博弈

顾宝昌¹ 侯佳伟² 吴楠²

(1. 中国人民大学人口与发展研究中心, 北京 100872 ;

2. 中央财经大学社会与心理学院人口研究所, 北京 100081)

一、引言

进入 21 世纪以来的几次全国人口普查 / 小普查连续报出了不断走低的总和生育率。2000 年普查为 1.22, 2010 年普查为 1.18, 最近的 2015 年的小普查 (1% 全国抽样调查) 为 1.05。全国人口调查所接连报出的越来越走低的生育水平引起了对数据质量的严重质疑和对“真实生育水平”的无穷争论。一种观点从统计核实的角度认为, 所报告的普查结果并不反映中国实际的生育水平而是由于大量的出生漏报和统计误差造成的^[1-6]; 另一种观点从发展水平的角度认为, 相对于其他低生育率的发达国家, 中国不可能达到这样低的生育水平^[7-8]; 也有的观点从进度效应的角度认为, 时期生育率不仅没有反映而且扭曲了实际 (终身) 的生育水平^[9-10]。

为此, 人们借助了各种可能获得的数据来源, 运用了各种可能应用的统计方法对普查数据进行调整, 力图求得能够尽量反映真实生育水平的估计^[1,4-5,7-8,10-35]。这些调整工作的结

果并不尽一致, 但大体来说认为, 2000 年的生育水平在 1.8 左右, 2010 年的生育水平在 1.7 左右, 2015 年的生育水平在 1.6 左右。

2000 年、2010 年和 2015 年历次普查公布的总和生育率和经过调整的总和生育率的比较如图 1 所示。从图 1 可以看出: 1) 这些经过调整的生育水平的估计都明显地大大高于普查所报告的结果, 使生育水平升高了 40-50% 左右; 2) 但同时我们也看到, 即便是经过调整而大大调高了的生育水平仍然是远远低于实现世代交替所需的 2.1 的更替水平; 3)

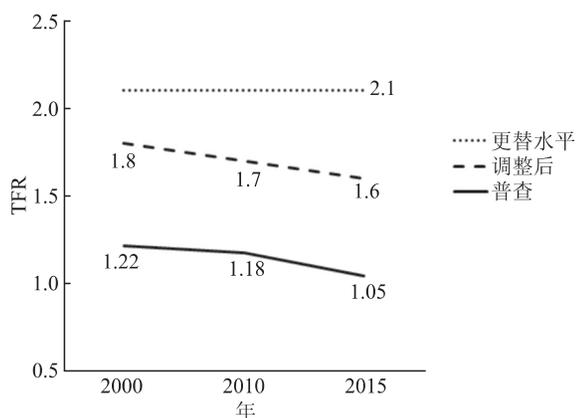


图1 国家统计局公布的和调整后的总和生育率比较

基金项目: 国家社会科学基金“生育意愿和生育行为不一致现象的原因及其影响机制研究”(15CRK008); 国家社科基金重大项目“我国生育政策调整带来的新社会问题研究”的阶段成果(14ZDB150)。

作者简介: 顾宝昌, 社会学博士, 中国人民大学人口与发展研究中心教授; 侯佳伟 (通讯作者), 人口、资源与环境经济学博士, 中央财经大学社会与心理学院教授, 人口研究所所长; 吴楠, 中央财经大学社会与心理学院人口学硕士研究生。

更值得注意的是, 这些经过调整而大大调高的生育水平仍然表现出与普查所报告的生育水平相类似的不断下滑的生育趋势。

很有意思的是, 尽管对于普查所报告的总和生育率的讨论已经开展得那么多, 大多关注于什么是中国“真实的”生育水平, 却很少讨论为什么中国的生育水平即便经过各种调整仍然是很低, 而且是越来越低^[36-37]。换言之, 这些研究力图回答中国的生育水平并没有(或不可能)像普查所报告的那么低, 但却没有回答中国的生育水平为什么会那么低。计迎春和郑真真(2018)最近发表的文章认为, “有必要从中国社会的制度和情景出发”, “从社会性别和发展的视角审视中国的低生育率现象”, 力图对中国的低生育水平作出一个社会学的解释^[38]。而本文的目的则是试图从“推延和补偿”互相博弈的视角对我国的总和生育率为什么这么低作出一个人口学的分析。

我们认为, 对于普查所报告的总和生育率所反映的生育水平还是要回到总和生育率的本来意义来加以审视。总和生育率(Total Fertility Rate, 简称 TFR)是根据某个时期如某一年的 15-49 岁的妇女的分年龄生育率(Age-specific fertility rates, 简称 ASFRs)的加总而得出的。总和生育率作为一个时期指标, 是各个年龄组的妇女在这个时期的生育行为的集中展现, 是各年龄组妇女在这个时期的生育行为的真实写照。而总和生育率的任何变化必然是分年龄生育率的变化结果, 我们可以通过考察分年龄生育率的变化来了解总和生育率变化的缘由。换言之, 总和生育率所反映的一个人口的生育水平的变化必然是由于各年龄组的妇女的生育行为的变化所带来的结果, 我们可以通过各年龄组妇女的生育行为的

变化来理解一个人口的生育水平的变化。既然总和生育率是分年龄生育率的总和, 那么为了回答总和生育率为何不断走低, 就必须从考察分年龄生育率的变化入手。

有关欧洲低生育率的研究表明, 低生育水平下的人口总和生育率的波动往往是生育行为中的推延效应(postponement)和补偿效应(recuperation)互相博弈的结果^[39-41]。生育行为的推延效应可以对作为时期生育率反映的总和生育率产生压低作用, 生育行为的补偿效应则可以对作为时期生育率反映的总和生育率产生抬高作用。在某个时期内, 推延效应的强弱和补偿效应的强弱造成的它们之间的博弈的结果最终决定了这个时期的总和生育率的走向。因此, 我们可以通过对各年龄组的生育率的变化来考察推延效应和补偿效应在生育行为中的体现及其对一个人口的时期生育水平的影响。

具体而言, 生育行为的推延主要发生在年轻人群之中, 即更多地体现在生育高峰期比如 20-29 岁妇女生育行为的推延中, 因此会在年轻年龄组生育率(20-29 岁的分年龄生育率)的下降中反映出来, 并对反映时期生育水平的总和生育率产生压低作用。生育行为的补偿主要发生在年长人群之中, 即更多地体现在晚育人群比如 30-39 岁的生育行为的补偿上, 因此会在年长年龄组生育率(30-39 岁的分年龄生育率)的上升中反映出来, 并对反映时期生育水平的总和生育率产生抬高作用。如果在一个人口的某个时期, 低年龄组的生育率下降幅度大, 即反映推延效应强劲, 而高年龄组的生育率抬高幅度小, 也即补偿效应乏力, 而不足以抵消推延效应, 那么就会促使反映时期生育水平的总和生育率的下滑。反言之, 如果在

一个人口的某个时期,低年龄组的生育率下降幅度小,即反映推延效应微弱,而高年龄组的生育率抬高幅度大,也即推延效应不足以抵消补偿效应,那么就会促使反映时期生育水平的总和生育率的上抬。简言之,推延效应和补偿效应之间的博弈导致生育水平或升或降,推延效应大于补偿效应时,总和生育率呈现下降趋势,反之,推延效应小于补偿效应时,总和生育率呈现上升趋势。

2013 年,实施“单独两孩”政策,允许夫妇双方一方为独生子女的家庭生育两个孩子。2015 年,“全面两孩”政策推行,标志着执行了 35 年的独生子女为主的生育政策正式宣告终止。因此,2015 年的小普查也为我们从分年龄生育率的变化考察 2013 年单独两孩政策实施对生育水平的影响提供了机会。

二、数据和方法

本研究使用国家统计局公布的 2000 年和 2010 年人口普查以及 2015 年 1% 人口抽样调查,并辅以国家统计局的年度人口调查数据进行分析。

根据《2000 年全国人口普查资料》、《2010 年全国人口普查资料》和《2015 年全国 1% 人口抽样调查资料》和历年《中国人口和就业统计年鉴》上关于生育的资料计算 15-49 岁妇女的分年龄生育率,并以分年龄生育率的加总计算总和生育率。

同时,我们计算了每个年龄组的生育率 ($ASFR$) 占总和生育率 (TFR) 的比例,得出每个年龄组生育率的构成比 (P_i),以便考察不同年龄组的生育率对生育水平的总体结果的影响。

$$P_i = \frac{ASFR_i \times 5}{TFR} \times 100$$

比如,2000 年 20-24 岁组的生育率为 114.5%,其在当年的生育率中的构成比 P_{20-24} 为, $(114.5 \times 5) / 1218.5 = 47.0$,也就是说,20-24 岁组的生育占了 2000 年全年生育的 47%。

我们也计算了分年龄生育率的时期变化 (T_i),即每个年龄组的生育率在二次调查中的差异乘以 5,以显示各个年龄组的变化是怎样在影响总和生育率的变化。

$$T_i = (ASFR_2 - ASFR_1) \times 5$$

比如,2000-2010 年的 20-24 岁组的生育率的时期变化 T_{20-24} 为, $(69.5 - 114.5) \times 5 = -225.0$,即表明在 2000-2010 年的 10 年中,20-24 岁组的生育率减少了 0.225。

分年龄生育率的变动包括了水平和结构两种变动,计算分年龄生育率占总和生育率的比例,可获得控制水平变动的分年龄生育率结构变动,由此推断生育推延效应和补偿效应是否存在及其强度,试图从分年龄生育率的变化考察推延效应和补偿效应的博弈,以期对“中国生育水平为何如此之低”作出回答。

三、分析结果

1.2000 年以来我国生育率变化

表 1 是根据普查资料计算的 2000 年、2010 年、2015 年中国 15-49 岁妇女的分年龄生育率和总和生育率,各年龄组的构成比和时期变化。2000 年和 2010 年人口普查结果显示,生育高峰期的 20-24 岁生育率从 2000 年的 114.5‰ 下降到 2010 年的 69.5‰,减少了近一半,而 30-34 岁生育率从 28.6‰ 上升到 45.8‰,几乎翻了一倍。20-24 岁生育率占总和生育率的比例从 47.0% 下降到

29.4%，而 30-34 岁的比例则从 11.7% 提高至 19.4%。2010 年的 20-24 岁生育率与十年前的 2000 年相比减少了 225.0‰ ((69.5‰ - 114.5‰) × 5)，25-29 岁生育率也减少了 10.5‰，20-29 岁生育率的大幅下降表现出明显的推延效应。30-34 岁生育率增加了 86.0‰，35-39 岁、40-44 岁和 45-49 岁的生育率也呈现出不同程度的增加，30-49 岁生育率的抬高则反映了补偿效应。但是，两相比较，推延效应远大于补偿效应，推延效应和补偿效应相互抵消后，生育率减少 37.5‰。可见，正是 20-29 年龄组的生育率下降了 0.24 (0.225+0.0105) 和 30-49 年龄组生育上升了 0.20 (0.086+0.0625+0.030+0.020) 从而使总和生育率从 2000 年的 1.22 降至 2010 年的 1.18。更确切地说，正是 20-29 年龄组生育率从 2000 年的 200.7‰ (114.5‰ + 86.2‰) 下降到 2010 年的 153.6‰ (69.5‰ + 84.1‰)，下降了 47.1‰，抵消了 30-39 岁年龄组的生育率从 2000 年的 34.8‰ (28.6‰ + 6.2‰) 上升到 2010 年的 64.5‰ (45.8‰ + 18.7‰)，上升了 29.7‰，这就形成了 17.4‰ 的下降，这是总和生育率下降的主要致因。

从 2010 年到 2015 年，20-24 岁组生育率继续下降到不足 2000 年的一半 (55‰)，其构成比则从近乎一半下降到只占 1/4 (26.1%)。与此同时，30-34 岁生育率及其占比则在此期间没有什么变化。更值得注意的是，从 30-34 岁到 45-49 岁组的生育率在 2000-2010 年期间曾出现过上升趋势 (即补偿效应)，却在 2010-2015 年期间无一例外地均呈现出减少的态势，反映了补偿效应的乏力，即便是 2013 年的单独二孩政策的实施也无助于事。在 2010 到 2015 年的 5 年间生育率减少了 126.5‰，导致了总和生育率从 1.18 下降到 1.05，其下降幅度是 2000-2010 年下降幅度的 3 倍之多。

图 2 展示了 2000、2010 和 2015 年的分年龄生育率。如果以 30 岁为界，图 2 可分为左右 (30 岁上下) 两部分。左侧 (30 岁以下) 表现出明显的推延效应：(1) 20-24 岁生育率直线下落，从 2000 年的 114.5‰ 降到 2010 年的 69.5‰，再降至 2015 年的 55.0‰，减少了一半还多。(2) 生育高峰向右推延了一个 5 岁组，从 2000 年的 20-24 岁推延到 2010 年的 25-29 岁，2015 年生育高峰尚保持在 25-29 岁。

表1 2000、2010和2015年中国分年龄生育率和总和生育率 (原始数据)

	分年龄生育率 (‰)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (‰)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	6.0	5.9	9.2	2.5	2.5	4.4	-0.5	16.5	16.0
20-24	114.5	69.5	55.0	47.0	29.4	26.1	-225.0	-72.5	-297.5
25-29	86.2	84.1	74.3	35.4	35.6	35.2	-10.5	-49.0	-59.5
30-34	28.6	45.8	45.3	11.7	19.4	21.5	86.0	-2.5	83.5
35-39	6.2	18.7	18.6	2.5	7.9	8.8	62.5	-0.5	62.0
40-44	1.5	7.5	5.4	0.6	3.2	2.5	30.0	-10.5	19.5
45-49	0.7	4.7	3.1	0.3	2.0	1.5	20.0	-8.0	12.0
Total	1218.5	1181.0	1054.5	100.0	100.0	100.0	-37.5	-126.5	-164.0
TFR	1.22	1.18	1.05						

(3) 生育峰值大幅下降, 从 2000 年的 114.5‰ 降至 2010 年的 84.1‰, 到 2015 年进一步降至 74.3‰。25-29 岁生育率在 2010 年和 2015 年为生育高峰期, 但是其值已低于 2000 年同年年龄组的生育率。

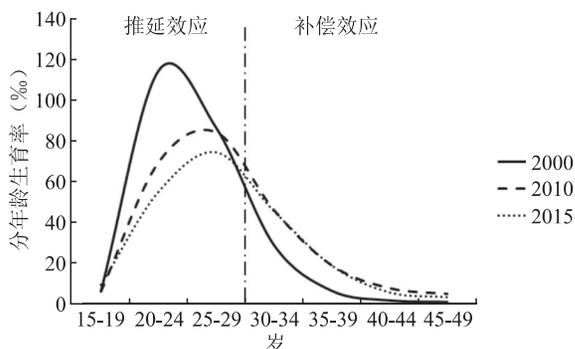


图2 分年龄生育率

右侧 (30 岁及以上) 显示, (1) 生育率呈现单调递减态势, 随着年龄增加, 分年龄生育率下降。2000 年下降相对迅速, 而 2010 年和 2015 年下降相对迟缓。(2) 从 2000 年到 2010 年存在明显的补偿效应, 30 岁及以上各年龄组生育率均有提升, 特别是 30-34 岁生育率提升幅度最大, 从 28.6‰ 提高到 45.8‰。(3) 从 2010 年到 2015 年未出现补偿效应, 30 岁及以上各年龄组生育率均有小幅下降, 40-44 岁生育率下降幅度最大, 从 7.5‰ 下降到 5.4‰。这反映了补偿效应的乏力, 即便是 2013 年的单独二孩政策的实施也无济于事。

图 3 为分年龄生育率占总和生育率的比例。如图 3 所示, (1) 20-24 岁生育率占总和生育率的比例持续下降, 从 2000 年的 47.0% 下降到 2010 年的 29.4%, 2015 年降至 26.1%。20-24 岁生育率对总和生育率的影响从主导转变为次要。这个比例转换成关于现实情况的表述是, 女性在 20-24 岁生孩子情况越来越少见, 2000 年时, 每 2 个生孩子的女性就

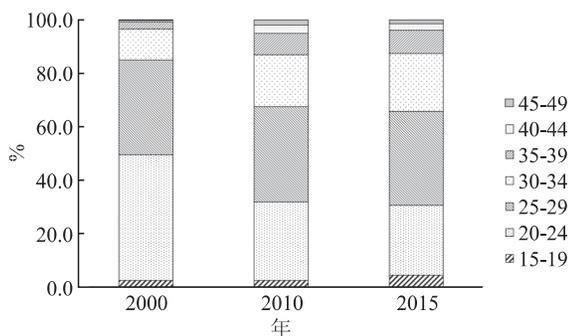


图3 分年龄生育率占总和生育率的比例

有 1 人年龄在 20-24 岁, 而到 2015 年时, 每 4 个生孩子的女性里仅有 1 人是 20-24 岁。(2) 25-29 岁生育率所占比例稳定在 35%。此年龄组在 2000 年时对总和生育率的影响作用位居于 20-24 岁之后, 与之相差 11.6%。在 2010 年时, 25-29 岁生育率所占比例则超过 20-24 岁, 比之多出 6.2%, 成为对总和生育率影响最大的年龄组。到 2015 年, 25-29 岁比例与 20-24 岁比例差距愈大, 扩大到 9.1%。25-29 岁生育率所占比例数值不变, 而对总和生育率影响位次发生改变, 这反映出生育时间在推延。(3) 30 岁及以上的比例不断升高。30-34 岁比例从 2000 年的 11.7% 增加到 2010 年的 19.4%, 再增长到 2015 年的 21.5%, 几乎翻了一倍。2015 年的 35-39 岁、40-44 岁和 45-49 岁的比例是 2000 年的 4 倍以上。30-49 岁在 2000 年时累计比例为 15.1%, 与 20-29 岁比例 82.4% 相比, 其对总和生育率影响相对较小。然而, 到 2010 年时, 30-49 岁比例增至 32.5%, 2015 年再增至 34.3%, 仅次于 25-29 岁比例, 其对总和生育率的影响已经不可小窥。现实中, 30-39 岁生孩子的女性越来越多见, 2000 年时, 每 10 个生孩子女性里只有 1 人是 30-39 岁, 到 2015 年时几乎每 3 个生孩子女性里就有 1 人年龄在 30-39 岁。

2. 假设没有补偿效应

上面讨论表明, 2000 年到 2010 年和 2015 年的生育率的下降是由于低年龄组的生育率的下降和高年龄组的生育率的上升, 即推延效应和补偿效应互相博弈的结果, 并且由于推延效应强而补偿效应弱而造成总和生育率的下降。

但是, 从另一方面我们也可以看到, 2000-2010 年的生育率变化也是由于年长年龄组的生育率有所上升而带来的补偿效应在一定程度上抵消了由于年轻年龄组的生育率下降而带来的推延效应对时期生育率的影响。因此, 我们不妨设想如下的情景: 如果这个时期的生育行为中只有推延效应而没有补偿效应, 那么总和生育率作为时期生育率又会出现什么样的情况?

如果假定 2010-2015 年期间未出现补偿效应, 即 2010 年和 2015 年这两个年份的 30-49 岁分年龄生育率等同于 2000 年的 30-49 岁的分年龄生育率, 15-29 岁分年龄生育率为调查所得结果, 那么时期生育水平会出现什么样的变化? 在表 2, 我们把 2010 年和 2015 年的 30-49 岁的年龄组生育率设在与 2000 年一致的水平上, 即假定总和生育率的变化全部由于 20-29 岁年龄组生育率的下降而不存在 30-49

岁年龄组生育率的上升, 换言之, 只有推延效应而没有补偿效应, 那么 2010 年的总和生育率将会更低, 不是下降 0.04 (1.22-1.18) 而是下降 0.24, 使生育水平达到低于 1 (0.98) 的水平, 并且使 2015 年的总和生育率从小普查报告的 1.05 下降到 0.88 的水平。也就是说, 如果没有补偿效应只有推延效应, 那么生育水平将会下降得更低, 甚至低于 1 的水平。

有意思的是, 我们注意到如表 1 所示, 在 2010-2015 年间, 不仅 20-29 岁的生育率继续下降, 并且年长年龄组的生育率也都转而向下。正是由于年轻年龄组和年长年龄组的生育率同时都出现了下滑的趋势, 使总和生育率从 2010 年的 1.18 下降到 2015 年的 1.05, 即下降了 0.13, 是 2000-2010 年期间生育率下降幅度的三倍, 铸成了所谓“世界上最低的生育率”(Guo, Basten and Gu, 2018)。更值得注意的是, 这种生育率的大幅下滑趋势发生在 2013 年的单独二孩政策之后, 原本预期年长年龄组的生育行为会出现一些甚至强烈的补偿效应, 从而促使生育率反弹, 但该预测却并没有发生。

3. 2000 年以来分城乡生育率变化

为了进一步考察推延效应和补偿效应在生育率变动中的作用, 我们下面从分城乡、分

表2 2000、2010和2015年中国分年龄生育率和总和生育率 (假设无补偿效应)

	分年龄生育率 (%)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (%)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	6.0	5.9	9.2	2.5	3.0	5.2	-0.5	16.5	16.0
20-24	114.5	69.5	55.0	47.0	35.4	31.3	-225.0	-72.5	-297.5
25-29	86.2	84.1	74.3	35.4	42.8	42.4	-10.5	-49.0	-59.5
30-34	28.6	28.6	28.6	11.7	14.6	16.3	0	0	0
35-39	6.2	6.2	6.2	2.5	3.2	3.5	0	0	0
40-44	1.5	1.5	1.5	0.6	0.7	0.9	0	0	0
45-49	0.7	0.7	0.7	0.3	0.3	0.4	0	0	0
Total	1218.5	982.5	877.5	100.0	100.0	100.0	-236.0	-105.0	-341.0
TFR	1.22	0.98	0.88						

孩次地展开讨论。表 3 为根据普查资料计算的我国城市地区 2000 年、2010 年和 2015 年 15-49 岁妇女的分年龄生育率和总和生育率。在城市地区,从 2000 年到 2015 年总和生育率一直处于 1 以下。20-24 岁生育率从 2000 年的 76.6‰ 下降到 2010 年的 44.7‰,到 2015 年进一步下降至 39.2‰,其占总和生育率的比例依次是 40.9%、23.6% 和 21.4%,从 2000 年到 2015 年占比几乎减少了一半,表现出明显的推延现象。30-39 岁生育率及其占比在不断增加,表现出补偿效应。从 2000 年到 2010 年,补偿效应略强于推延效应,总和生育率略有上升,从 0.94 上升到 0.95。但 2010 年到 2015 年,几乎各年龄组生育率都呈现下降趋势,仅有 30-39 岁生育率上升了,从 2010 年的 56.8‰ (40.2‰+16.6‰) 上升到 2015 年的 63.1‰ (44.4‰+18.7‰);其占比也提高了,从 2010 年的 30.1% (21.3%+8.8%) 提高到 2015 年的 34.4% (24.2%+10.2%),30-34 岁组在 2015 年的占比 (24.2%) 甚至高于 20-24 岁组在当年的占比 (21.4%)。这可以视为 2013 年的生育政策调整产生的效应,但是,30-39 岁年龄组的生育率的上升幅度实在太小,补偿效应远不足以抵消推延效应的影响,总和生育率还是从

2010 年的 0.95 降到 2015 年的 0.92。

表 4 为根据普查资料计算的我国乡村地区 2000 年、2010 年和 2015 年 15-49 岁妇女的分年龄生育率和总和生育率。尽管农村的生育水平还是比城市要高些,但是值得注意的是,推延效应不仅在城市出现,而且在乡村也出现了。20-24 岁生育率从 2000 年的 143.8‰ 降到 2010 年的 92.6‰,再降到 2015 年的 81.4‰,几乎下降了一半。其占比从 2000 年的 50.4% 下降到 2010 年 33.5%,再降至 2015 年的 31.9%,也就是说生育高峰期农村妇女的生育从 2000 年占当年全部生育的一半,在 15 年里下降到占比不足 1/3,推延效应十分明显。如同城市一样,从 2000 年到 2010 年,乡村也有补偿效应,但是从 2010 年到 2015 年并未出现补偿效应,20-44 岁生育率及其占比均出现减少。30-39 岁年龄组的生育率甚至从 2010 年的 71.5‰ 下降到 2015 年的 65.4‰,说明 2013 年的生育政策调整在农村基本没有反应。2000-2015 年期间,乡村的生育形势经历了从推延效应强于补偿效应到有推延效应无补偿效应的过程,总和生育率从 1.43 下降到 1.38,再大幅下降到 1.27。

比较图 4 和图 5,不难看出,乡村和城

表 3 城市地区 2000、2010 和 2015 年分年龄生育率和总和生育率

	分年龄生育率 (‰)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (‰)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	2.4	3.1	4.1	1.3	1.6	2.2	3.5	5.0	8.5
20-24	76.6	44.7	39.2	40.9	23.6	21.4	-159.5	-27.5	-187.0
25-29	80.1	74.2	69.2	42.7	39.2	37.8	-29.5	-25.0	-54.5
30-34	21.5	40.2	44.4	11.5	21.3	24.2	93.5	21.0	114.5
35-39	5.1	16.6	18.7	2.7	8.8	10.2	57.5	10.5	68.0
40-44	1.1	6.4	5.0	0.6	3.4	2.7	26.5	-7.0	19.5
45-49	0.5	3.9	2.7	0.3	2.1	1.5	17.0	-6.0	11.0
Total	936.5	945.5	916.5	100	100	100	9.0	-29.0	-20.0
TFR	0.94	0.95	0.92						

表4 乡村地区2000、2010和2015年分年龄生育率和总和生育率

	分年龄生育率 (%)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (%)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	8.7	9.6	15.4	3.0	3.5	6.1	4.5	29.0	33.5
20-24	143.8	92.6	81.4	50.4	33.5	31.9	-256.0	-56.0	-312.0
25-29	90.5	92.4	83.2	31.7	33.4	32.6	9.5	-46.0	-36.5
30-34	33.1	51.3	46.9	11.6	18.5	18.4	91.0	-22.0	69.0
35-39	7.0	20.2	18.5	2.4	7.3	7.3	66.0	-8.5	57.5
40-44	1.7	6.9	5.9	0.6	2.5	2.3	26.0	-5.0	21.0
45-49	0.8	3.6	3.6	0.3	1.3	1.4	14.0	0.0	14.0
Total	1428.0	1383.0	1274.5	100	100	100	-45.0	-108.5	-153.5
TFR	1.43	1.38	1.27						

市发生了相似的推延效应,但是乡村比城市变动更为剧烈。与2000年相比,2010年和2015年城市和乡村都呈现出补偿效应,但是从2010年到2015年,城市存在补偿效应(30-39岁的生育率曲线,2015年略高于2010年),而乡村则无补偿效应(20岁及以上的生育率曲线,2015年始终低于2010年)。

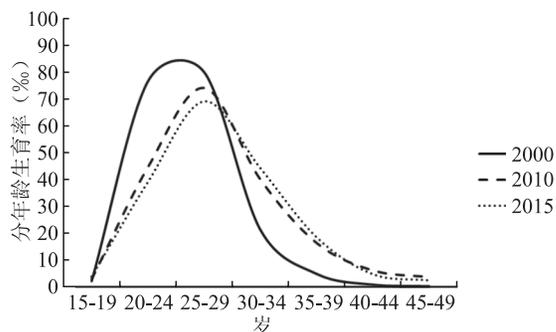


图4 城市分年龄生育率

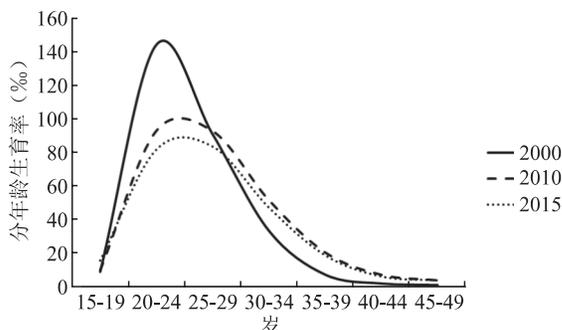


图5 乡村分年龄生育率

4.2000 年以来分孩次的生育率变化

下面我们进一步分孩次地来考察推延效应和补偿效应对时期生育水平的影响。表5为根据普查资料计算的2000年、2010年和2015年15-49岁妇女的一孩生育的分年龄生育率和总和生育率。在2000年几乎全部一孩出生(91.9%)都发生在20-29岁的妇女中,但到2015年已下降到只有七成(72.7%)。20-24岁的推延效应更为明显,其一孩生育率占比从2000年的59.7%下降到2015年的35.7%,几乎下降一半。但与此同时,更多的一孩出生在30-39岁的妇女人群中,从2000年只占4.5%(3.8%+0.7%)上升到2015年的17.4%(13.3%+4.1%),增长了三倍。但是,30-34岁的一孩生育率的增加量(42.0‰)远小于20-24岁的减少量(312.0‰)。一孩生育表现出推延效应远强于补偿效应,一孩总和生育率从2000年的0.86下降到2010年的0.67,再降到2015年的0.56。

2013年和2015年的生育政策调整主要是针对两孩生育开展。表6为根据普查资料计算的2000年、2010年和2015年15-49岁妇女的二孩生育的分年龄生育率和总和生育

表5 2000、2010和2015年一孩分年龄生育率和总和生育率

	分年龄生育率 (‰)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (‰)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	5.6	5.8	8.0	3.3	4.1	7.1	1.0	11.0	12.0
20-24	102.6	56.7	40.2	59.7	40.8	35.7	-229.5	-82.5	-312.0
25-29	55.4	51.3	41.6	32.2	36.9	37.0	-20.5	-48.5	-69.0
30-34	6.6	16.7	15.0	3.8	12.0	13.3	50.5	-8.5	42.0
35-39	1.2	5.0	4.6	0.7	3.6	4.1	19.0	-2.0	17.0
40-44	0.3	2.1	1.9	0.2	1.5	1.7	9.0	-1.0	8.0
45-49	0.1	1.5	1.3	0.1	1.1	1.1	7.0	-1.0	6.0
Total	859.0	695.5	563.0	100	100	100	-163.5	-132.5	-296.0
TFR	0.86	0.67	0.56						

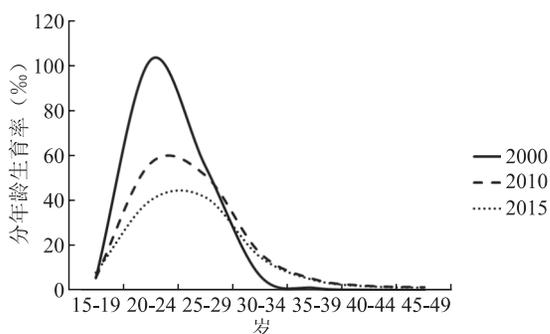


图6 一孩分年龄生育率

率。对于二孩生育,最大的变化发生在30-39岁的妇女群体中,其二孩生育率从2000年的21.1‰上升到2015年的36.4‰,但令人关注的受2013年生育政策调整影响的2010-2015年的30-39岁的生育率,其从2010年的33.4‰(23.3‰+10.1‰)升高至2015年的

36.4‰(25.4‰+11.0‰),却竟然没有什么大的变化。从2010年到2015年,二孩生育行为既无推延效应也无补偿效应,20-39岁生育率均有所上升,但是,仅有20-24岁生育率占比从2010年的12.2%略为上升到2015年的16.1%,25-49岁生育率占比却都减少了。这意味着,2013年的生育政策调整可能缓解了20-24岁的生育推延。二孩总和生育率也略微上升,从2000年的0.29提高到2010年的0.37,再提高到2015年的0.42,但仍处于不到0.5的水平。

表7为根据普查资料计算的2000年、2010年和2015年15-49岁妇女的三孩及以上生育的分年龄生育率和总和生育率。三孩总和

表6 2000、2010和2015年二孩分年龄生育率和总和生育率

	分年龄生育率 (‰)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (‰)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	0.4	0.4	1.1	0.7	0.6	1.3	0	3.5	3.5
20-24	10.4	9.0	13.4	17.8	12.2	16.1	-7.0	22.0	15.0
25-29	25.8	26.7	28.8	44.2	36.0	34.5	4.5	10.5	15.0
30-34	17.9	23.3	25.4	30.6	31.4	30.5	27.0	10.5	37.5
35-39	3.2	10.1	11.0	5.5	13.6	13.2	34.5	4.5	39.0
40-44	0.5	3.1	2.5	0.9	4.2	3.0	13.0	-3.0	10.0
45-49	0.2	1.5	1.2	0.3	2.0	1.4	6.5	-1.5	5.0
Total	292.0	370.5	417.0	100	100	100	78.5	46.5	125.0
TFR	0.29	0.37	0.42						

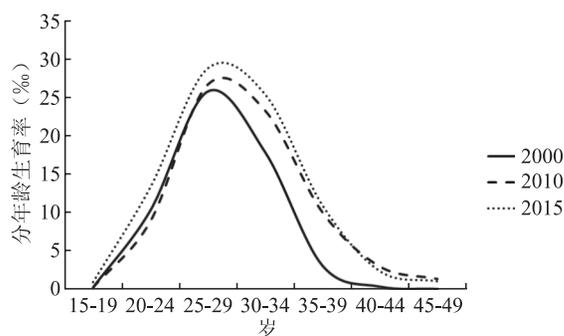


图7 二孩分年龄生育率

生育率在 0.07-0.08, 占总和生育率比例实在太小, 这表明生育三孩的人很少, 因而对总和生育率影响也微乎其微。2010 年和 2000 年相比, 20-29 岁推延效应略弱于 30-49 岁补偿效应, 总和生育率从 0.07 上升到 0.08。2015 年和 2010 年相比, 分年龄生育率及其占比几乎相近, 总和生育率均为 0.08。

5.2000 年以来年度生育率变化

以上的讨论是基于 2000 年以来三次人口普查的数据, 以 2000 年、2010 年、2015 年三个普查时点的生育率数据分析了分年龄生育率的变化以考察生育行为的推延和补偿之间的博弈对时期生育率的影响。那么, 这是不是仅反映的普查时点的一时的、偶然的现象呢? 普查资料反映的生育率变化是不是具有趋势性意义呢? 为此, 我们又运用 2000 年到 2017 年国

家统计局每年开展的年度人口抽样调查资料考察了分年龄生育率的变化。图 8 显示的 2000-2017 年分年龄生育率变化可见, 在这 17 年间, 20-24 岁的生育率一直处于不断下降之中, 从 2000 年的 114.5‰ 一路下降到 2017 年的 71.1‰。在这 17 年中这种下降几乎是直线的, 在 2003 年左右有过一度上升, 而在 2013 年生育政策开始调整后居然出现了新一波的下跌, 尽管 2016 年和 2017 年有所上升, 但是仍然低于政策调整前的水平, 典型地反映了推延效应的强劲性。与此同时, 30-34 岁年龄组的生育率则有所上升, 从 2000 年的 28.6‰ 提升到 2017 年的 79.4‰, 反映了高龄妇女生育的增多。

图 9 显示的 2000-2017 年间的分年龄生育率在当年的总和生育率中的占比分布。20-24 岁的生育率从 2000 年占到当年生育率的几乎一半 (47%) 到 2017 年只有不到四分之一 (22.4%), 并且在 2013 年生育政策调整后反而进一步下跌了。而 30-34 岁生育率的占比在这 17 年间则是一路攀升, 从 2000 年 11.7% 到 2017 年的 25.0%, 翻了一番还多。特别是 35-39 岁生育率的占比在这 17 年间一直在上升, 从 2000 年的 2.6% 上升到 2017 年的 11.9%, 可以说, 高龄生育已经成为不容忽

表7 三孩及以上2000、2010和2015年分年龄生育率和总和生育率

	分年龄生育率 (%)			比例 (%)			分年龄生育率变化 (%)		
	2000	2010	2015	2000	2010	2015	2000-2010	2010-2015	2000-2015
15-19	0.0	0.0	0.1	0	0	0.6	0.0	0.5	0.5
20-24	1.5	0.9	1.4	11.4	6.0	9.3	-3.0	2.5	-0.5
25-29	4.9	4.0	4.0	37.1	26.5	26.5	-4.5	0.0	-4.5
30-34	4.1	4.9	4.9	31.1	32.4	32.4	4.0	0.0	4.0
35-39	1.8	3.1	3.0	13.6	20.5	19.9	6.5	-0.5	6.0
40-44	0.6	1.4	1.1	4.5	9.3	7.3	4.0	-1.5	2.5
45-49	0.3	0.8	0.6	2.3	5.3	4.0	2.5	-1.0	1.5
Total	66.0	75.5	75.5	100.0	100.0	100.0	9.5	0.0	9.5
TFR	0.07	0.08	0.08						

视的生育现象。

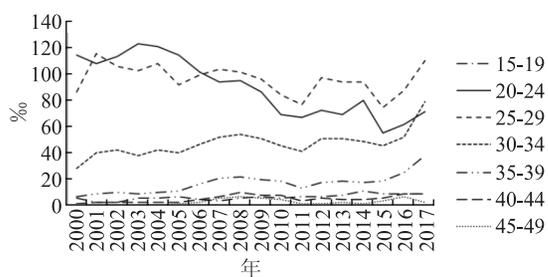


图8 2000-2017年分年龄生育率变化

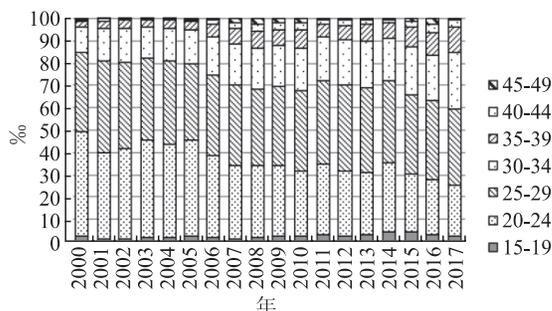


图9 2000-2017年分年龄生育率占总和生育率的比例

从年度统计资料来看, 2013 年宣布实施“单独两孩”政策, 允许夫妻双方一方为独生子女就可生育两个孩子。与 2013 年相比, 2014 年 20-24 岁生育率从 69.5‰ 提高到

79.8‰, 提高了 51.2‰, 其占全年生育的比例从 28.1% 提升至 31.2%, 提升了 3.1%, 但 25 岁及以上年龄组的分年龄生育率均呈现下降趋势, 增减相抵, 总和生育率仅上升了 0.04, 达到 1.28。与 2014 年相比, 2015 年 30 岁以前生育率及其占比均减少, 20-24 岁生育率减少最多, 减少了 124.1‰, 30-34 岁生育率减少 18.6‰, 占全年生育比例增加了 2.3%, 35 岁及以后生育率及其占比均有所增加。总的说, 推延强劲, 补偿乏力, 因而总和生育率从 2014 年的 1.28 下降到 2015 年的 1.05, 下降了 22%。

2015 年宣布实施“全面两孩”政策, 无论城乡, 无论民族, 无论地区, 任何夫妇均可生育两个孩子。与 2015 年相比, 2017 年 20 岁及以上年龄组的分年龄生育率均有所增加, 增长幅度最大的是 25-29 岁, 增加了 176.8‰, 其次是 30-34 岁, 增长了 170.6‰, 再次是 35-39 岁, 增长了 96.2‰。总和生育率由 2015 年的 1.05 增长到 2017 年的 1.59, 增加了 54%, 但仍然远低于更替水平 2.1。如表 8 所示。

表8 2010年至2017年中国分年龄生育率和总和生育率

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2014-2013	2015-2014	2017-2015
分年龄生育率 (‰)											
15-19	5.9	6.2	6.7	7.8	11.2	9.2	8.3	8.5	16.8	-10.0	-3.5
20-24	69.5	66.5	72.8	69.5	79.8	55.0	61.1	71.1	51.2	-124.1	80.9
25-29	84.1	77.2	96.8	94.0	93.6	74.3	88.1	109.7	-1.7	-96.6	176.8
30-34	45.8	40.9	50.8	50.8	49.0	45.3	52.3	79.4	-9.1	-18.6	170.6
35-39	18.7	12.6	17.2	18.7	17.0	18.6	25.0	37.8	-8.2	7.8	96.2
40-44	7.5	3.4	5.5	4.7	4.0	5.4	9.1	8.9	-3.5	7.0	17.8
45-49	4.7	1.3	1.6	1.8	1.1	3.1	6.1	2.2	-3.4	10.2	-4.5
比例 (%)											
15-19	2.5	3.0	2.7	3.2	4.4	4.4	3.3	2.7	1.2	0.0	-1.7
20-24	29.4	32.0	29.0	28.1	31.2	26.1	24.5	22.4	3.1	-5.1	-3.7
25-29	35.6	37.1	38.5	38.0	36.6	35.2	35.2	34.5	-1.4	-1.4	-0.7
30-34	19.4	19.6	20.2	20.6	19.2	21.5	20.9	25.0	-1.4	2.3	3.5
35-39	7.9	6.0	6.8	7.6	6.7	8.8	10.0	11.9	-0.9	2.2	3.1
40-44	3.2	1.6	2.2	1.9	1.6	2.5	3.6	2.8	-0.3	1.0	0.3
45-49	2.0	0.6	0.6	0.7	0.4	1.5	2.4	0.7	-0.3	1.1	-0.8
TFR	1.18	1.04	1.26	1.24	1.28	1.05	1.25	1.59	0.04	-0.22	0.54

对年度生育率数据分析显示,在 2000-2017 年长达 17 年的期间,我国生育水平的变化中,由年轻年龄组生育率下降反映的推延效应的强劲和由年长年龄组生育率的有所上升反映的补偿效应的微弱,与运用 2000 年以来三次普查数据的分析所反映的生育趋势是一致的。这也进一步佐证了普查数据反映的生育率的变化并不是一时的、偶然的,而带有明显的趋势性。

四、结论与讨论

中国的生育水平从 1990 年代初就已经降到 2.1 的更替水平以下,而在 2000 年以后继续下降,即便考虑了出生漏报因素和统计误差,还是远低于更替水平。目前关于我国生育水平的讨论主要集中于如何对普查报告的生育水平进行调整以求出“真实”的生育水平。但是,即便是经过种种调整后的生育水平仍呈现出不断下滑的趋势。本文企图通过考察推延和补偿博弈的视角回答为什么中国的以总和生育率为标志的生育水平不断走低的问题。

对 2000 年、2010 年和 2015 年的普查数据计算的分年龄生育率和总和生育率显示,在 2000-2015 年期间 20-29 岁生育率及其占比明显下降,表现出强劲的推延效应,30-39 岁生

育率及其占比有所上升,存在一定的补偿效应。从 2000 年到 2010 年,推延效应和补偿效应相互抵消,总和生育率略有下降,从 1.22 降至 1.18。从 2010 年到 2015 年,推延强劲,补偿乏力,总和生育率下降幅度更大,进一步降至 1.05。如果 30 岁及以后年龄组的生育率未出现补偿,那么 2010 年和 2015 年总和生育率将可能不足 1。2013 年“单独两孩”和 2015 年“全面两孩”政策均对生育率有所提升,但是总和生育率仍然未超过 1.6。

为了进一步验证普查数据反映的是不是仅仅是一时的、偶然的,我们又运用了 2000-2017 年的年度调查数据,反映了年轻生育率的下降和年长生育率的上升是 2000 年以来一以贯之的生育趋势,即便是 2013 年以来的生育政策的调整也没有能从根本上扭转这样一个大趋势。

总的来看,2000 年以来我国生育趋势的分析表明,我国妇女生育行为中,年轻人群的推延效应十分强劲而年长人群中的补偿效应却很微弱。如果这种趋势得不到改变并有继续发展之势,那么,可以预见的是,我国的生育水平将不可避免地长期处于远低于更替水平,并继续走低。

参考文献(略)

(上接第 48 页)

施的场所申请;商场等公共场所,可通过引入品牌投入资金解决母婴设施的财政来源问题。

(四) 逐渐完成上海市母婴设施建设指南与标准的制定

建议 2020 年底出台适合上海本地的母婴设施的具体建设指南与标准,完成各公共场所

母婴设施的配置。建设指南与标准的制定周期较长,宜尽早邀请上海市住房和城乡建设管理委员会、上海技术质量监督局、上海市建筑建材业市场管理总站等立项、协调和承办与归口部门一起研讨。

参考文献(略)

◀ 本期关注 ▶

构建积极老龄化社会的实践探索

《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研究员 杨昕

主持人语

随着社会经济的发展和科学技术水平的提高,人类寿命的记录在不断被刷新,世界平均预期寿命从上世纪 50 年代的 50 岁以下,延长至现在的超过 70 岁,而同期我国的平均预期寿命从不到 45 岁延长至 76 岁以上。如果没有大灾难、大战争,人类寿命延长的趋势必会持续下去。当老年的定义不变时,人口结构的老龄化也就无可避免。现有的研究大多担心人口老龄化会带来经济增长停滞、社会生活缺乏活力等后果,因而希望通过种种政策应对来避免不良后果的发生。

1997 年西方七国首脑会议首次提出“积极老龄化”的主张,2002 年世界卫生组织的专家会议对此主张进行了深入讨论并出版《积极老龄化——从论证到行动》一书,对积极老龄化的内涵进行了明确定义。同年,联合国第二届世界老龄大会接受了这一主张,并正式写进大会文件,进而成为国际组织和一些国家应对老龄化的方案的一部分。

在我国,首次提出积极应对人口老龄化是 2006 年出台的“十一五”规划。在这一文件中,我国政府将积极老龄化的主张进行了深化,融入发展、和谐等理念,提出要“营造老有所养、老有所乐、老有所为的社会氛围”,同时“增强全社会的养老服务功能,提高老年

人生活质量,保障老年人权益”,并“加强养老服务、医疗救助、家庭病床等面向老年人的服务设施建设”。在这以后,“积极应对人口老龄化”先后被写入 2007 年《政府工作报告》、2018 年《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》和十九大报告等党和国家的重要文件之中,成为我国一项基础性、全局性和长期性的发展战略。

无论是积极老龄化,还是积极应对人口老龄化,最终目的都是不断改善老年人的健康水平、提高老年人的生活质量,使他们按照自己的需要、意愿和能力,积极参与社会、经济、文化和公共事务,同时得到充分的社会保护。这个概念不是单纯强调医疗服务、养老服务的被动式养老,而是体现了健康、保障、社会参与三位一体的老年生活状态。一方面,政府要通过各种公共服务和社会保障让老年人的健康寿命得以延长,另一方面还需要充分发挥老年人在社会事务中的积极作用。需要注意的是,积极老龄化所适用的人群,不仅仅是老龄专业技术人员或老干部,也包括其他普通老年人;积极老龄化所指的健康不仅仅是身体健康,也包括精神健康以及社会适应能力良好;积极老龄化所指的社会参与不仅仅是生产劳动,也包括从事家务劳动、志愿者服务等其他无报酬但也创造社会价值的劳动提供;积极老

龄化所包含的社会保护不仅仅是经济、医疗保障,还涵盖了人身安全、食品安全、居住安全,甚至是人格尊严等各个方面。

截止 2018 年年底,我国人口平均预期寿命达到 77.0 岁,60 岁及以上老年人口达到 2.49 亿人,占比达到 17.92%。与 2010 年相比,八年间我国平均预期寿命延长了 2.17 岁,60 岁及以上老年人口增长了 7100 多万,占比上升了 5.08 个百分点。与世界其他地区相比,我国的老龄化速度和程度都已经达到了较高水平。但国家卫生与健康委员会老龄健康司的数据表明,截止 2018 年底,我国人均健康预期寿命仅为 68.7 岁,患有一种以上慢性病的老年人比例高达 75%,失能和部分失能老年人超过 4000 万。即使在上海这样社会经济水平相对较高、包括医疗卫生在内的各项社会资源相对丰富的超大城市,老年人健康水平的改善没有人们想象中那么明显。现有的一些研究结果表明,上海户籍人口的健康改善落后于寿命的延长,这意味着上海户籍人口带病存活年数占总寿命的比例可能在扩大;而心脑血管疾病、糖尿病等慢性病对老年人的健康有着非常严重的负面影响。在这样的人口基础条件下,积极老龄化的确是任重而道远。

但是,人口老龄化程度高、速度快、人口健康水平有待提高,这些问题并没有阻碍我国在构建积极老龄化社会方面做出探索。本次论坛的四篇稿件分别从康复医疗服务、医养结合、长期照护服务以及老年人力资源开发等角度出发,对全国或者上海地区的实践探索进行了梳理,总结了这些实践探索的现状特征,提出了面临的问题与挑战,并做出了政策思考,

以期今后的发展提供参考。

上海康复医疗服务的发展现状 及面临的挑战

杨昕(上海社会科学院城市与人口发展研究所副研究员)

因疾病或者意外而导致的身体功能受限或丧失是威胁人们健康水平的重要原因。在我国,由于“中风”而导致的残疾比例达 75% 以上,远高于发达国家。究其原因,我国与发达国家对康复医疗服务重视程度的巨大差异可以看作一个解释。世界卫生组织曾指出许多疾病带来的残疾并不是不可控制的,现有的医学技术已经可以使一半以上的功能障碍得到控制或者延迟发生。积极的康复医疗能使相当一部分患者避免出现功能障碍的问题,也能使部分已经出现功能障碍问题的患者恢复正常生活的能力¹。

与发达国家相比,我国的康复医学发展起步较晚,康复医疗服务的水平也有待进一步提高,但自上世纪 80 年代以来,我国在康复医学和医疗服务方面的进展有目共睹。随着我国人口老龄化程度的不断加深,康复医疗服务对于提升全民健康水平的重要性也不断提升。

上海是我国康复医学的学科发展重镇,具有较强的康复医疗服务供给能力,作为国家康复医疗服务体系建设的试点城市之一,自 2011 年起上海就相继出台了多项政策文件,从机构设置、人才队伍建设、转诊规范等方面推进这一工作。另一方面,上海也是我国经济最发达、户籍老龄化程度最高的地区之一,康

¹ 资料来源:“继续康复的中国”,申银万国正确康复医疗行业深度报告 2017 年,搜狐网https://www.sohu.com/a/141634950_785118。

复医疗服务的需求规模较大。以上海为例谈人口、健康水平和康复医疗服务之间的关系具有典型意义。本文将着重从上海人口(特别是老年人口)的健康变动趋势出发,对上海康复医疗服务的发展进行梳理,在分析存在问题的基础上,提出一些可供参考的意见建议。

一、上海人口的健康变化趋势

影响康复医疗服务需求的因素多种多样,从人口学的角度来看,人口规模、人口年龄结构和人群健康水平是主要的三个因素。其中,健康水平除了可以用预期寿命这一指标表征外,还可以从疾病谱变化、慢性病发病率等指标的变化来观察。

(一) 平均预期寿命处于世界前列,但健康预期寿命没有同步延长

在评价一个国家或地区人口健康水平时,平均预期寿命是最常用到的一个综合性指标。自 1990 年以来,上海户籍人口的平均预期寿命从 75.46 岁延长到 2018 年的 83.63 岁,其中男性从 73.16 岁延长到 81.25 岁,女性从 77.74 岁延长到 86.08 岁。这一水平超过世界发达国家的平均水平,仅次于中国香港、日本、澳大利亚等少数长寿地区和国家。通过比较不同时期的数据变化,我们可以看到上海市平均预期寿命的延长速度随时间推移逐渐放慢的趋势。

由于平均预期寿命是根据分年龄死亡率来计算的,因而这一指标虽然能够反映寿命长短,但并不能准确反映健康水平。因而,学界用健康预期寿命来更加准确的刻画人们的健康情况。关于平均预期寿命和健康预期寿命两个指标间的关系,实证研究的结果支持三种观点——疾病期扩张假说、疾病期压缩假说及动态均衡假说,即人们的健康存活时间的延长

会慢于平均预期寿命的延长、快于平均预期寿命的延长以及两者保持同步。

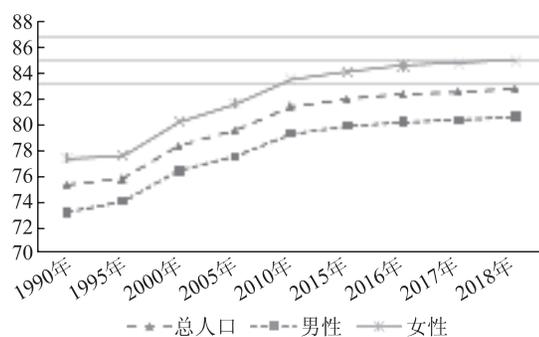


图1 1990年以来主要年份上海户籍人口的平均预期寿命 单位: 岁

数据来源: 1.《上海统计年鉴》(2018),上海统计局主编,中国统计出版社2018年出版。
2.《上海市老年人口和老龄事业监测统计信息2018》,上海市民政局、上海市老龄办、上海市统计局。

表1 1990年以来主要年份的上海和部分发达国家平均预期寿命 单位: 岁

	上海	发达国家	日本	中国香港	澳大利亚
1990年	75.46	74.16	79.42	78.04	77.69
1995年	76.03	74.80	80.51	79.98	78.84
2000年	78.77	75.60	81.80	81.41	80.34
2005年	80.13	76.93	82.65	82.43	81.48
2010年	82.13	78.43	83.32	83.40	82.36
2015年	82.75	79.24	84.43	84.63	83.20

数据来源: 1、上海数据来自《上海统计年鉴》(2018),上海统计局主编,中国统计出版社2018年出版。

2、发达国家数据来自联合国2019年《世界人口展望》,United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2019 Revision, DVD。

上海户籍人口抽样调查的数据支持疾病期扩张假说,也就是说虽然分年龄的死亡率下降了,但这种下降是由于医疗技术的提高带来的非自理时间的延长(鉴于该研究以能否自理作为是否健康的标准,因而是自理健康预期寿命)。在 2008-2013 年期间,随着平均预期寿命的延长,健康预期余寿在各个年龄组都有

所缩短，且女性比男性缩短的时间更长。而比较不同年龄组的结果，则可以看到健康余命缩短的长度随年龄的上升而下降，但缩短的幅度随年龄的上升而上升。

（二）循环系病和内分泌营养代谢病等慢性病对健康预期寿命影响明显

康复医疗服务并不能对所有因病造成的功能性障碍发挥作用，因而在研究康复医疗服务时，人们的患病种类也是需要考察的方面。

自上世纪 90 年代以来循环系统疾病、肿瘤和呼吸系统疾病就一直是上海疾病死亡专率最高的三类疾病。1990 年上海循环系统疾病死亡专率为 194.82 人 /10 万，占死亡总数的 29.0%；2000 年时上升到 234.21 人 /10 万，占死亡总数的 32.7%；2005 年时上升到 258.14 人 /10 万，占死亡总数的 34.26%；2010 年时达到 272.12 人 /10 万，占死亡总数的 35.28%；2015 年时达到 338.69 人 /10 万，占死亡总数的 39.32%；2017 年时达到 350.85 人 /10 万，占死亡总数的 40.40%。1990-2000 年的十年

间死亡专率上升了约 40 人 /10 万，而 2010-2017 年的七年间死亡率专率上升了近 80 人 /10 万，占死亡总数的比例超过 40%。这些数据表明，近十年来包括高血压、心脑血管疾病、脑中风等在内的循环系统疾病是上海人口健康的最大威胁。

除此之外，内分泌营养代谢疾病是近十年来死亡专率和占死亡总数比例都快速上升的疾病。2005 年时该类疾病的死亡专率为 30.28 人 /10 万，占比 4.02%，是当时死亡原因的第五位。2010 年时上升到 32.69 人 /10 万，占比 4.24%，2015 年时上升到 43.29% 人 /10 万和 5.03%，是当时死亡原因的第四位。2017 年时其死亡专率和占死亡总数比例已经达到 45.96% 和 5.29%。

如果将慢性病患者情况与健康预期寿命结合起来，可以看出不同疾病对于老年人健康预期寿命的影响。有研究者用上海市静安区 2011 年的抽样调查数据计算出分年龄分病种的健康预期寿命损失率。（见表 3）

表2 2008、2013年上海市60岁及以上分性别的健康预期余寿 单位：岁

	男性			女性		
	2008 年	2013 年	差 值	2008 年	2013 年	差 值
60-64 岁	20.77	19.45	-1.32	23.04	20.53	-2.51
65-69 岁	16.66	15.34	-1.32	18.55	16.16	-2.39
70-74 岁	12.83	11.66	-1.17	14.26	12.01	-2.25
75-79 岁	9.25	8.09	-1.16	10.3	8.19	-2.11
80-84 岁	6.25	5.24	-1.01	6.84	4.75	-2.09
85 岁及以上	3.99	3.35	-0.64	4.2	2.55	-1.65

数据来源：王美凤，上海市居民预期寿命变动及健康预期寿命测算分析，人口信息，2019年第5期，第28页。

表3 2011年分年龄组分病种的健康预期寿命损失率 单位：%

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	平均
高血压	29.5	33.6	39.4	46.9	53.0	57.6	43.3
心脑血管病	49.5	51.3	55.5	61.3	70.7	76.9	60.9
糖尿病	31.1	35.0	38.8	47.5	49.8	56.8	43.2
支气管炎、气肿、哮喘、肺炎	36.6	40.5	45.2	53.5	64.1	78.3	53.0
心脏病	35.5	39.7	46.7	55.7	63.2	73.8	52.4

数据来源：彭伟霞，上海市静安区老年人健康预期寿命及其对策研究，复旦大学公共卫生学院博士论文，2013年4月，第24-25页。

数据显示对于 60 岁及以上老年人而言,心脑血管疾病、高血压、心脏病、糖尿病及呼吸系统疾病是对人口健康水平影响最大的慢性病,其中心脑血管疾病导致的健康期望寿命平均损失率高达 60.9%,呼吸系统疾病和心脏病的损失率也超过 50%。如果分年龄来看,这些疾病对健康的影响随年龄的上升而上升。

总体而言,虽然上海人口的平均预期寿命在以较快速度延长,但健康水平的改善并没有同步发生,自理能力障碍在老年人口中发生率很高,这使得根据自理能力比例计算的健康余寿在 2008-2013 年不仅没有增加反而减少。慢性病对于老年人的健康影响非常明显,特别是心脑血管疾病、心脏病、高血压、糖尿病等。

二、上海康复医疗服务的发展

自 1989 年卫生部首次将康复医疗机构建设纳入医院分级管理的轨道,康复医疗服务发展已经走过了 30 年。但康复医疗服务真正获得重视和大力推广却是近 10 年的事。在这个过程中,上海始终走在全国前列,呈现出以下特征:

(一) 分层级分阶段的康复医疗服务体系雏形初现

2011 年卫生部颁布《建立完善康复医疗服务体系试点工作方案》,明确提出在试点地区统筹区域内康复医疗资源,逐步构建分层级、分阶段的康复医疗服务体系²,上海作为试点地区之一立即着手推进此项工作。

卫生部颁布《工作方案》的同一年,上海市卫生局就制定了市级试点工作方案,在全市选取徐汇、静安、宝山和松江四个区作为试

点工作区域。根据《上海市建立完善康复医疗服务体系试点工作方案》的要求,各试点区需结合自身实际情况,合理确定辖区内各级各类医疗机构的功能定位。三级医院主要提供疾病急性期的早期康复服务,改善患者预后、预防残疾发生、减轻残疾程度,同时承担区域内康复医疗工作的业务指导、人才培养、科研、教学指导等工作;二级医院及社会办康复医院主要提供疾病稳定期的系统化康复治疗服务,同时承担三级和一级医院向下、向上转诊的患者治疗工作;社区卫生服务中心则以区域内的居民为服务对象,主要负责疾病恢复期患者的康复医疗服务。二、三级医院提供的康复医疗服务以住院服务为主,而社区卫生服务中心提供的康复医疗服务以门诊为主。

上海的分层级、分阶段康复医疗服务体系以医联体为主要形式,被称为是“3+2+1”模式。这种模式都是以一家三甲医院为核心,向下整合若干二级医院和社区卫生服务中心,不同层级医疗机构之间可以双向转诊,通过转诊提高三级医院优质资源的辐射范围,同时提升基层医疗机构的服务水平。而根据三级医院的专科特点,可以形成各具特色的康复医疗服务。以徐汇区为例。徐汇区是上海优质医疗资源最为集中的区域,辖区内的三甲医院占比全市最高且优势专科门类较多。徐汇区的特殊康复医疗服务联合体包括:以市第六人民医院、第八人民医院骨科和龙华医院中医科为基础的骨科康复;以中山医院、龙华医院和徐汇区中心医院脑血管康复医疗为基础的神疾病康复;以上海市精神卫生中心为支撑的精神疾病康复;以国际和平妇幼保健院为依托的婴幼

² 资料来源:何成奇,解读《卫生部建立完善康复医疗服务体系试点工作方案》的基本思路,中国康复医学杂志,2012年27(6):494-496。

儿康复。

除了构建医联体,上海市还鼓励部分二级医院转型为康复、老年医疗护理机构,通过这种方式实现康复床位的较快增长。其中华山医院康复医学科杨浦区分中心是全国范围内第一家整体转型成立的康复专科医院,核定床位数达到 440 张,实际开放床位 500 张。

(二) 康复医疗服务资源快速增加

政府的大力推进让上海康复医疗服务资源规模快速增加。虽然目前并没有发布过全市数据,但根据 2011 年、2014 年高校研究团队对上海市卫生系统、残联系统和民政系统的康复医疗资源的抽样调查,仍能够看出短期内,无论是康复医学科设置、康复床位还是康复专业技术人员都有了明显的增加。

2014 年的抽样调查在全市范围内抽取了 219 家医疗机构作为调查样本,其中包括 116 家区级、市级综合医院、5 家康复医院和 98 家社区卫生服务中心。此次调查结果,在有效回收的 96 家综合医院中,设立康复医疗门诊或开设康复病房的医院有 91 家,占比达到 94.79%,编制床位数达到 2199 张,实际开放 2573 张。在这次调查的医疗机构中康复医师和康复治疗师有 1181 人,另有康复护士 666 人,在 2011-2014 年 8 月间三类专业人员增长分别达到 8.46、12.31 和 10.76 个百分点³。

2014 年还开展了对全市社区卫生服务中心的康复医疗服务的调查。该调查对上海全市 17 个区的 237 家社区卫生服务中心进行了问卷填写。结果显示,有 83 家社区卫生服务中心设置了康复医学科,占比 35.02%,有 133 家没有独立设置科室但提供康复医疗服务,占

比 56.12%。社区卫生服务中心有资质的康复执业医师有 26 人,康复从业治疗师 291 人,无资质的康复医师和康复治疗师分别有 689 人和 138 人。

到 2019 年 11 月底,从上海市卫健委网站上可以查到各级各类设有康复医学科的机构(包括二、三级综合医院及其分院、护理院、康复医院、社区卫生服务中心)已经有 481 家。

(三) 借助高科技手段实现优质康复医疗资源的广覆盖

上海构建康复医疗服务的医联体,很重要的一点是希望让优质医疗资源能够覆盖更广泛的人群。而随着高科技手段越来越多的运用到医疗服务里,这一愿望能够更加彻底的实现。2019 年 12 月上观新闻报道黄浦区康复三级网络建设签约仪式举行。根据该协议,瑞金康复医院与半淞园路街道社区卫生服务中心结对,双方能够利用物联网、移动互联网搭建康复远程健康教育、健康干预、网上诊疗等功能的远程医疗服务协同平台。而这一平台的搭建意味着从高一级医院向下转诊到社区内进行康复治疗的患者在社区卫生服务中心也能享有高水平专家的服务。这一平台还能够同时对社区康复医师、全科医师给予康复医学理论和实践指导。

三、上海康复医疗服务发展存在的瓶颈问题

(一) 社会保险对康复医疗服务的保障水平仍然较低,患者康复医疗负担较重。虽然近年来我国在社会保障体系完善方面做了大量工作取得明显进步,但总体而言,

³ 数据来源:陈刚等,上海市康复医疗资源与服务开展现状调查,中国康复理论与实践,2015年12月第21卷第12期,第1475-1478页。

保障水平仍然较低,特别是农村居民的保障水平非常低。与全国其他地方相比,上海的社会保障体系无论在保障范围还是保障水平上都处于先进行列,但对于需要康复医疗服务的患者而言,可能仍存在不足。

有康复需求的劳动年龄人员基本无法正常获得劳动报酬,而有康复需求的退休人员,其退休金又大大低于在职职工工资,因此,康复患者相对其他居民处于经济弱势地位。但康复医疗服务需求往往是长期的、花费高昂的,因而有康复需求的人群容易因病致贫、因病返贫。从这个角度讲,社会保险应当为此提供支持。但失能失智或者能力受限人群一般占全部人群的比例仅在 15% 左右,对这部分人群的高额支持可能会有悖于社会福利的普惠原则,因而政府在进行相关政策改革时会特别慎重。这也是康复医疗项目进入医保报销名单推进缓慢的原因。

2017 年上海市人力资源和社会保障局、上海市医疗保险办公室、上海市卫健委、上海市民政局和上海市残疾人联合会联合发布了《上海市基本医疗保险医疗康复项目医保支付规范》,列出了 43 项可以纳入医保的康复医疗项目,高于国家标准。但总体而言,对于长期患者来讲仍显不足。

(二) 康复医疗服务的资源相对其他医疗服务仍较为缺乏、服务项目较为单一

根据上海市卫健委网站的查询结果,上海全市各级各类的医疗机构约有 5548 家,但其中设有康复医学科的有 481 家,占比仅为 8.67%,即使考虑到有部分社区卫生服务中心的康复医疗服务挂在其他科室名下,能够提

供这类服务的机构占比仍然很低。而从空间占比等角度来看康复医疗服务资源仍然缺乏也是事实。2014 年的抽样调查数据显示,有 64.98% 的社区卫生服务中心缺乏应有的康复治疗场所和设备。

而从服务项目上看,社区卫生服务中心开展的康复服务项目主要是物理因子治疗,占所有康复服务提供的 88.94%,开展运动疗法治疗的占服务量的 9.45%,而能够开展作业治疗、言语治疗、认知功能训练、吞咽训练等治疗的社区卫生服务中心非常有限,服务量仅有 1.61%。考虑到上海的高血压、心脑血管、糖尿病、脑卒中等疾病的发病率较高,而高龄人群的发病率又是其他人群的数倍,作业治疗、言语治疗、认知功能训练、吞咽训练等服务需求显然无法得到满足。

(三) 康复医疗专业技术人员队伍建设速度仍不能满足需求,专业人员缺口较大

康复医疗服务是一项专业技术含量较高的工作,需要经过专业训练的人员才能胜任。由于我国的康复医学发展年限较短,而且培养渠道也较为单一,康复医学人才的培养速度比较慢。这种教育培养方面的不足,造成我国康复医疗专业技术人员缺口较大的现实。上海虽然有着众多的医学高等院校和三甲医院,也无法很好的解决这一问题。

与发达国家相比,上海的康复医师数量仍显得不足,数次的抽样调查显示康复医师人数每 10 万人口不到 10 人;而欧美、日本等发达国家康复治疗师人数一般为每 10 万人口 30 - 70 人⁴。从质量上看,上海康复医疗专

⁴ 方国恩,中国康复医学会 2015 康复医学创新与发展论坛专题报告 [EB/OL], 2017-08-29, http://news.xinhuanet.com/health/2015-12/17/c_128539474.htm.

业技术人员的学历水平也有待提高。2014 年的抽样调查表明, 康复医疗从业人员中有相当多的无资质人员, 其中康复从业医师中这一情况较为严重, 社区卫生服务中心中这一情况相对严重。

(四) 民众对于康复医疗服务本身的认知有待提升, 康复医疗服务市场活力不足

我国康复医学相对发达国家起步较晚, 且相关知识和理念的宣传不足, 这使得公众对康复医疗服务的必要性和重要性认识较发达国家落后。上海在推进康复医疗服务体系建设的过程中, 对于康复医疗知识的推广和宣传还有待加强, 康复知识不仅在普通民众中普及不足, 甚至部分医疗机构的医务工作者都不甚了了。知识和理念的不足对未来康复事业的发展带来了一定的阻碍。

四、政策建议

(一) 鼓励社会力量参与康复医疗服务的提供, 将康复服务与养老服务相结合, 促进康复服务的社区化、家庭化

老龄化的趋势无法逆转, 因而健康老龄化成为未来人口发展的关注点。近年来, 国家大政方针已经指明了清晰的方向。上海作为人口高龄化速度不断加快、程度日益加深的地区, 采取措施改善老年人的健康水平, 降低因病造成功能受限的比例刻不容缓。在这样的发展形势下, 将康养服务与养老服务相结合, 将康复医疗服务融入到老年人的日常照料活动中去, 显然有利于提高老年人特别是高龄老人的健康水平。目前来看, 康复医疗服务与日常生活照料相结合在机构中已经实现, 但进入机构养老的老人毕竟只占全部老人的极少数。因

而有必要让这种新型的服务模式更多的在社区和家庭实现。而要实现康养服务的社区化、家庭化, 就必须鼓励社会力量的积极参与, 以增加服务供给, 而由此产生的费用应由服务享有人与社会保险共同承担。

(二) 进一步加强康复医学教育的规范化, 同时拓展康复医疗专业从业者的培养渠道

康复医疗专业从业者队伍与其他专业从业者队伍一样是有结构的, 既需要专业要求高的康复医师, 也需要专业要求相对较低的护理人员。从上海的康复医疗服务资源的现状来看, 康复医师的缺口相对护理人员更大。而提高康复医疗服务的水平恰恰有赖于高水平的专业技术人员队伍。因而, 必须进一步加强相关人才的培养。对于康复治疗师的培养, 我国已经仿照发达国家设立了康复医学本科专业, 上海拥有多所全国知名的医学院校, 在这方面相对具有优势。在这一类专业人才的培养过程中, 需加强专业技术和专业职业道德等方面的教育, 同时要注重学科的交叉培养和融合, 不仅是康复医学专业与其他西医专业, 还有康复医学专业与中医学, 特别是针灸、推拿、火罐等传统医学内容和手法。除了全日制教育外, 还要重视“干中学”的培养方式, 充分发挥三级医院的人才培养功能, 通过短期培训、轮岗学习等方式提高基层医疗机构从业人员的技术水平。

(三) 逐步扩大医疗保险覆盖范围, 完善支付方式改革, 通过政策设计鼓励康复医疗需求的下沉

为了有效减少康复医疗服务需求者因病致贫和因病返贫, 逐步扩大社会保险对康复医疗服务的覆盖范围是政府的努力方向。政府应

通过对不同康复医疗服务提供的保障水平的差别性设计,鼓励康复医疗服务需求向社区和家庭倾斜,以便与分级康复医疗服务体系相契合。首先,逐步将更多康复医疗服务项目纳入基本医疗保险,或者结合长期护理保险的实行纳入长期照护保险。其次,在设计报销比例时,对在社区和家庭中完成康复医疗的患者的报销比例予以不同程度的倾斜。第三,充分发挥商业保险在康复医疗提供中的作用,鼓励商业保险公司开发相应的商业保险项目。

(四) 重视康复医学知识的宣传教育,提高市民对康复医疗重要性的认识,营造良好的社会氛围

营造良好的社会氛围是推动康复医疗服务发展的重要条件,而康复医学相关知识的科学普及是营造良好社会氛围的有效手段。上海的市民素质较高,对医疗卫生相关知识的关注度较高,具有推广康复医学知识普及的社会基础。应当依托社区卫生服务中心、为老服务点等机构和场所,加大康复医学知识的宣传力度,让市民充分了解康复医疗对于健康的重要性,提升人们对于康复医疗服务的接纳程度。要宣传与普及康复医学对提高国民健康水平的重要性,将相关内容与心脑血管疾病、糖尿病等慢病的防治与管理结合起来,强化居民,特别是潜在风险人群对康复医疗服务的认知。除此之外,还要加强对于普通基层医务工作者或者相关行业从业者的宣传和教育,鼓励他们积极参与宣传教育活动,也提高自身素养。

我国发展社区居家养老医养结合服务体系的机遇与挑战

王美凤(上海市卫生和健康发展研究中心助理研究员)

随着人口老龄化进程的加快,“老有所养、老有所医”问题成为当今我国及世界多国亟待解决的两大重要问题。为应对人口老龄化趋势下的“医”“养”问题,自 2013 年起,我国陆续出台了多个有关医养结合的政策文件。如 2015 年,卫计委等多部门联合印发的《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》(国办发〔2015〕)中明确提出发展推进医疗卫生服务与养老服务结合对健康养老的重要性;2017 年,党的十九大报告中进一步指出“积极应对人口老龄化,构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境,推进医养结合,加快老龄事业和产业发展”。可见,在大健康战略背景下,大力发展医养结合是我国应对人口老龄化的长久之计。而居家养老又是我国多数老年人首选的养老方式,所以大力发展社区居家养老医养结合服务体系,不仅能满足老年人养老与医疗多方面需求,也是老年人倾向于就地养老的必然选择。

一、我国发展社区居家养老医养结合服务体系的必然性

(一) 老年人规模持续扩大,高龄化趋势日益凸显

在生育政策、经济发展与生育观念及医疗水平等多重因素共同作用下,我国老年人规模持续扩增,老龄化程度日益加重(图 1),高龄特征也逐渐凸显(图 2)。2001 年,我国 65 岁及以上人口为 0.91 亿人,占总人口的比重 7.10%,步入老龄化社会;截至 2018 年,65 岁及以上人口增至 1.67 亿人,占总人口的比重增至 11.94%,17 年近翻倍,同时上升 4.84 个百分点;预计到 2022 年与 2032 年,我国 65 岁以上人口将分别进一步增至 2.00 亿人与

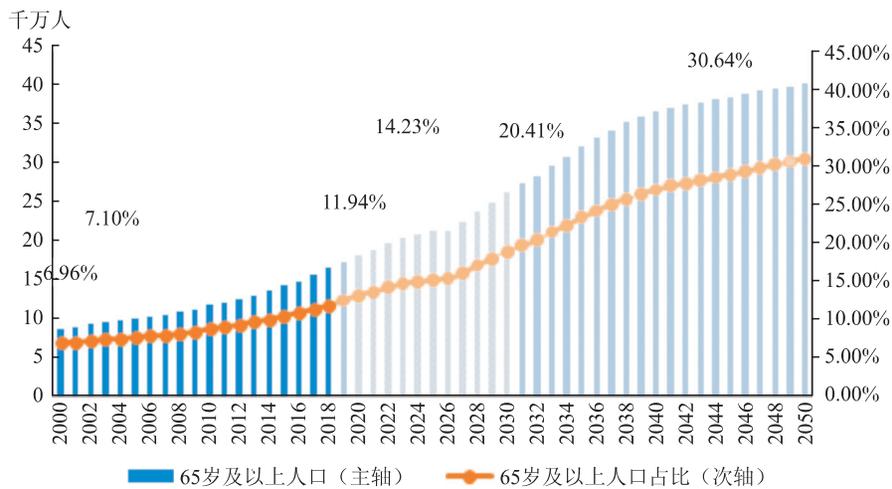


图1 1990-2050年我国老年人（65岁+）及老年人占比的变动趋势

数据来源：1990-2018年笔者主要源于国家统计局，2019-2050年数据主要源于国家自然科学基金重大项目“公平、活力与可持续——老龄社会的经济特征及支持体系研究”课题组预测结果。

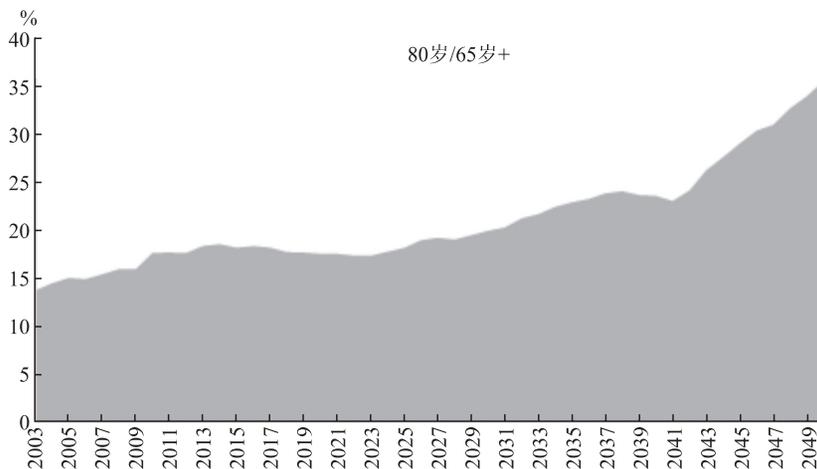


图2 2003-2050年我国高龄老人（85岁+）占老年人（65岁+）的比重变化趋势

数据来源：同上。

2.87 亿人，占总人口的比重分别为 14.23% 与 20.41%，届时将分别步入“老龄社会”与“超老龄社会”⁵，10 年时间增加 6.18%，增速明显加快；2050 年，65 岁及以上人口规模达 4.08 亿人，占总人口比重为 31.03%，届时每 3 个人中就有一个老年人。与此同时，我国高龄老人（80 岁及以上）在老年人（65 岁及以上）中的比例也呈现出逐年上涨趋势，从 2003 年

13.75% 增至 2018 年 17.74%，到 2050 年将进一步增至 35.50%，届时每 3 个老年人中就有一个高龄老人。

（二）老年人健康状况欠佳，高龄老人健康状况更差

在生命的整个时期，个体在老年时期呈现出一系列生理、心理等方面的功能性衰退，其患病率与发病率均相对较高。从居民年龄别住

⁵ 当一个地区65岁及以上人口占总人口的比重达到7%，称“老龄化社会 (aging society)”；如果65岁及以上人口占总人口的比重达到了14%，称老龄社会 (aged society)；如果65岁及以上人口占总人口的比重达到20%，就称超老龄社会 (Hyper-aged society)。

院率来看，相比于其他年龄段人群，中年人与老年人的住院率相对较高，老年人尤为明显，同时老年人住院率的上升幅度也最大（图 3）。从医院出院病人年龄别疾病构成来看，疾病特征呈现出从青年人向中年人与老年人流动的趋势，且老年人增速较快。据统计，出院病人中中年人与老年人的比重从 2010 年 50.8% 增至 2017 年 60%，这 7 年间出院病人中老年人比重的增幅（7.2%）远高于总人口中老年人比重的增幅（4.0%），而且老年人占中老年人（中年人与老年人）的比重从 60% 增至 62.8%（图 4）。以上均表明相比于其他年龄段人群，老年人健康状况总体欠佳。

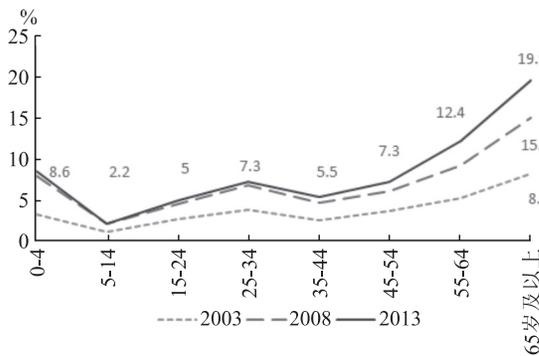


图3 历年调查地区居民年龄别住院率变动

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》。

若进一步细分老年群体，高龄老人患病率死亡率最高，同时高龄老人中不健康或生活

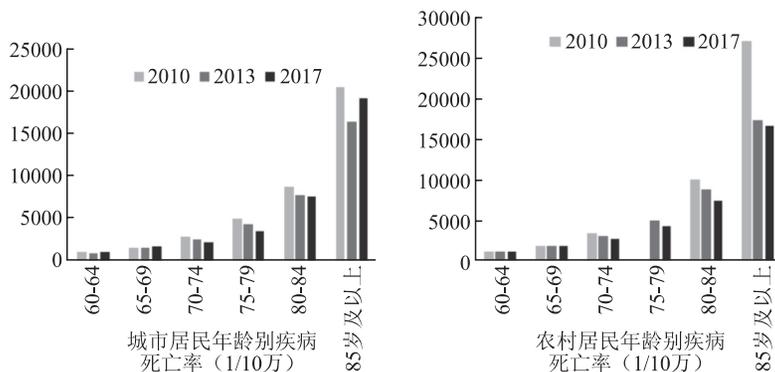


图5 历年城乡居民老年人年龄别疾病死亡率变动

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》。

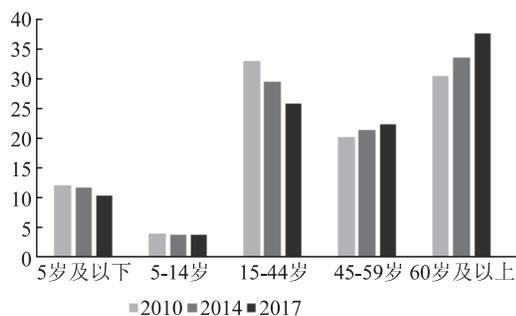


图4 历年我国医院出院病人年龄别构成变化

数据来源：《中国卫生和计划生育统计年鉴》。

不能自理的占比也属最高。据统计，我国城乡居民老年人疾病死亡率随年龄增高均呈现出逐渐增加趋势，80岁及以上老年人尤为突出（图 5）。我国不健康或生活不能自理老年人占同年龄段老年人的比例从低龄组（60-64岁）的 13.82% 逐渐增至高龄组（80岁及以上）的 39.78%。这表明高龄老人患病率最高，符合高龄老人发病高规律特点，同时高龄老人在患病高的特征下，其处于不健康或生活不能自理状态更多，高龄老人健康状况更差。

（三）养老形式仍以居家为主，“空巢”居住形式居多

受传统文化与生活习惯及经济负担等多种因素影响，居家养老仍是目前我国老年人首选的养老方式。为保障老年人就地更好养老，近年来，中央和地方政府等相继出台多项政策

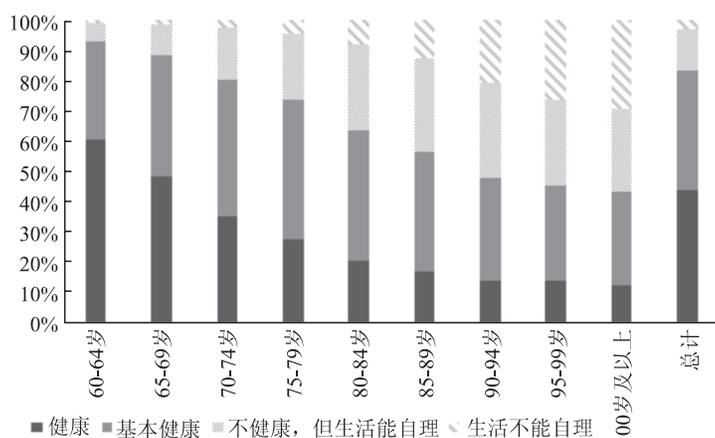


图6 2010年全国60岁及以上老年人口分年龄健康状况分布

数据来源：《第六次人口普查数据》。

法规法律等，大力推动与支持居家养老。党的十八届五中全会就明确提出“建设以居家为基础、社区为依托、机构为补充的多层次养老服务体系”，及上海、北京等地确立的“9073”或“9064”养老模式的目标体系，这均表明在我国多数老年人选择居家养老的大形势下，保障老年人就地养老的重要性。

21世纪已是小家庭模式，老年人不与子女同住，老人选择夫妇同住或独居形式居多，其比例增长迅猛。由于平均家庭规模仍在缩小，未来几十年家庭规模将继续缩小，有学者预计到2030年和2050年，全国居住在无子女同住的“空巢”家庭的65岁及以上老年人占总人口的比例将分别是2000年的2.9倍和4.6倍，80岁及以上高龄老人居住在“空巢”家庭的比例增速更快，到2030年和2050年将分别是2000年的3.4倍和11.1倍（曾毅等，2010）⁶。

（四）老年人医疗服务需求最高

有研究表明，65岁及以上人口比65岁

以下人口的人均医疗费用高3-5倍（Gertler, P., 1990）⁷。而且老年人年龄越大，医疗费用支出也越高，相关调查显示：若家庭医疗支出为6000元时，65-75岁年龄组占16%，76-85岁年龄组占18%，86-95岁年龄组达28%（杨清红，2013）⁸。这从侧面均反映了老年人的医疗服务需求明显高于其他年龄组，且年龄越高医疗服务需求越多。另外，与家人同住的老人相比，独居的老人对医疗服务需求也更强烈（吴炳义，2018）⁹。

二、我国发展社区居家养老医养结合服务体系面临挑战

面向21世纪人口老龄化、高龄化及家庭规模持续缩小发展的局势，我国多数老年人又会选择居住在各自家庭中养老，其养老再不仅局限于传统的生活照料，更多的是医疗服务需求问题的解决。为此，发展社区居家养老医养结合服务模式已势在必行。

⁶ 曾毅等. 老年人口家庭、健康与照料需求成本研究[M]. 北京: 科学出版社, 2010.

⁷ Gertler, P., G.J.Vander. The Willingness to Pay for Medical Care[M]. Baltimore: The World Bank, Johns Hopkins University Press, 1990.

⁸ 杨清红. 医疗保障对老年人家庭医疗服务的经济效应——关于医疗保障与老年人医疗服务需求[J]. 人口与经济, 2013, (6): 93-100.

⁹ 吴炳义, 李娟丽, 王媛媛. 老年人对社区上门医疗服务的需求分析[J]. 中国卫生事业管理, 2018, (2): 89-93.

目前多数研究主要是基于机构层面的医养结合视角,集中在其内涵、经验模式与对策建议等方面探讨,较少会从居家养老社区层面视角存在困境问题进行系统研究。笔者在理清我国养老面临现况的基础上,试图从筹资模式、政策法制、监督评估、人才队伍方面进一步系统探究我国发展社区居家养老医养结合服务体系将会面临挑战。

(一) 筹资渠道不畅,可持续发展动力不足

医疗与养老相结合的服务模式,不仅需要医疗设备等硬件设施投入,还需要专业梯队服务人员等软件设施的配套,这些均需要大量资金的支持。对于单一的医疗服务模式和单一的养老服务模式目前均已形成各自较为稳定的筹资渠道,但对医疗与养老相结合服务模式则处于刚起步阶段,其筹资渠道仍不明朗,是归入各自筹资渠道,还是另辟筹资新道,因为筹资模式关系到医养结合服务的支付范围与支付内容等,也是防范“小病大治”、“以养补医”等造成医疗资源浪费与保障水平低等诸多问题。随着人口老龄化日益深化,政府财政与企业财务压力增大,从当前社保基金这种主要靠财政补贴与企业交金的制度化与常规化渠道,本就负担较重的政府或企业的常规化筹资模式会导致基金可承受性存在一定风险,促使医养结合服务模式缺乏可持续发展内在动力。若缺乏长期合适融资机制,医养结合模式将面临设施老化、配置不全、人员短缺等落后局面,可能难以维持长久正常运行,最终以失败而告终。因此,适宜的筹资渠道仍是一个值得商榷的问题。

(二) 相关政策不够完善,缺乏健全制度法律体系

近些年,相关部门都陆续出台了多项鼓励“医养结合发展”的政策文件,但这些政策多是指导性文件,缺乏对医养结合权责主体、筹资模式、评估体系、支付层级等细则的统一界定,政策的不完善直接导致指导工作实施落地较难等问题。同时缺乏真正融合的制度体系建设,由于社区居家养老医养结合服务体系是原有的多部门交叉重叠组合体系,所以社区医养结合服务体系面临多头管理局面,部门间权责不清晰与协作机制欠缺,出现责任互相推诿与管理效率低下及审批流程繁琐等局面,一定程度上阻碍社区层面居家养老医养结合服务模式体系的发展。此外,我国还缺乏像欧美与日本等发达国家健全的相关法律制度体系,一方面,救济权责与救济范围不明确使得老年人权益没有得到及时有效保护;同时普法宣传不够、执法不规范等使得老年人对法律知识理解不强,在需要帮助时并没有得到及时救助。另一方面,也缺乏对医护、管理等人员的合理权益保障。

(三) 欠缺监督管理与统一的评估体系

我国医养结合服务模式仍处于发展与试运行阶段,尚未建立部门责任明确的医疗服务监督管理体系,尚未有专业主管部门负责统一管理及规范医养结合中老年人的服务时长与服务质量及日常管理事宜等工作,同时负责定期或不定期对责任机构进行监督检查工作。需要指出的是,由于医养结合专业部门对管理人员提出更高要求,如何统筹分配资源与完善医护人员管理制度及推动医养结合工作有序平稳运行,对这类管理人员提出了新的挑战。此外,我国也缺乏对老年人服务需求内容、照护质量等统一的专业评估体系,欠缺专业人士对老年人居家养老需求进行精准评估,根据老年

人身体健康状况的需求内容、需求程度及结合主观需求意愿为其制定精细化的服务计划, 尊重老年人本身需求的同时避免医疗资源浪费。

(四) 服务人员资源紧张, 队伍梯队建设差

我国医疗服务与养老服务体系普遍呈现出医护人员供不应求现象, 社区居家养老医养结合服务体系也不例外。社区卫生服务中心医护人员由于存在工资待遇低与职称晋升难及高平台锻炼机会少等问题, 医护人员会首选在二三级医疗机构就业工作, 社区对留住人才与吸引人才的力度不够, 使得医护人员数量不足, 造成岗位工作繁忙, 进而促使其服务态度差, 同时加上医护人员队伍专业水平有限, 无法承担医疗职责及硬件配置不到位等诸多因素, 所以就医体验与就医环境差使得老年人产生不信任感, 他们只会在社区做基本初步检查, 仍会舍近求远涌向二三级医院看病, 造成医疗资源浪费, 恶性循环结果, 无法真正实现老年人就地医养结合的便利性。此外, 除医护人员外, 社区医养结合体系中还缺乏复合型管理人才、营养师、健康教育咨询人员与其他相关人员也必不可少, 同时队伍专业性梯队建设也非常必要, 目前社区层面医养结合体系存在服务内容单一僵化, 服务层次低, 无法满足老年人多样化与个性化服务需求差异。

上海市长期照护服务实践及问题对策研究

高晚晴 (上海社会科学院城市与人口发展研究所)

进入 21 世纪后, 我国人口老龄化程度不断加深, 老年人口迅速增加, 随之而来的是失

能、失智老人数量的不断攀升。全国第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查结果显示, 我国失能半失能老年群体数量达到 4063 万, 占老年群体比重的 18.3%。生活自理能力有障碍的人口规模持续扩大, 对长期照护服务的需求愈加突出, 与此同时, 家庭结构小型化使得传统的家庭照护功能在弱化, 两者的反差表明老年人的长期照护需求将越来越多的通过社会服务来实现。为积极应对人口老龄化, 我国于 2016 年 6 月 27 日发布了《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》, 提出在上海等全国 15 个城市进行长期护理保险制度试点工作, 这促进了长期照护服务制度化规范化的发展。

长期照护服务 (Long-term Care) 概念产生于西方发达国家, 不同于传统的养老服务和医疗服务, 是主要向失能失智老人提供了一种独立的社会服务, 包括两个方面: 基本日常生活照料和非治疗性的护理、康复服务。长期照护服务的目标不是为了“治愈”, 而是为了延缓老年人罹患的慢性病病情发展, 并尽可能地维持老人生理机能和精神健康 (唐钧, 2016), 保持老人最高可能的生活质量, 并享有最大可能的独立、自主、参与, 获得个人充实和人类尊严 (世界卫生组织, 2000)。

上海是全国老龄化起步最早、程度最高的地区之一, 老龄人口基数大, 老龄化速度快程度深, 失能失智人口数量多, 对长期照护服务诉求明显。截止 2018 年底, 上海户籍人口中 60 岁及以上人口 503.28 万, 占户籍总人口的 34.4%, “纯老家庭” 人数有 133 万, 占全部老人的比例超过 25%。在全部的户籍老人中, 80 岁及以上的高龄老人 81.67 万人, 占全部老年人口的 16.2%, 占总人口的 5.6%, 来自“纯老家庭”的高龄老人有 36.95 万人, 占全部高

龄老人的 45.24%。而全市老年人中还有 31.01 万人处于独居状态。随着上世纪 50-60 年代出生的人口步入老年,上海户籍老年人口的规模将进入快速增长的时期,而“纯老家庭”人口(特别是高龄“纯老家庭”人口)的规模也将持续上升。在疾病、伤残和功能衰退等因素影响下,不能自理老年人口数量持续增长将是可预见的。

值得庆幸的是,上海是我国较早开展长期照护服务的地区,十多年前就开始了这项工作的实践探索,为应对即将到来的长期照护需求激增打下了基础。

一、上海长期照护服务实践发展的现状

(一) 长期护理保险制度建设初见成效

上海的长期照护服务是在养老事业不断推进、养老服务体系不断完善的过程中逐渐发展的,但一直未能与养老服务和医疗服务有效地区分开来。对于需要长期照护服务的老人而言,护理成本高昂是抑制需求的重要原因,也是他们的沉重负担。日本、德国等发达国家在 21 世纪初就通过推行长期护理保险来减轻老年人的经济压力,而我国对这项保险的尝试则要晚了 10 年左右。

2016 年 12 月 29 日,根据国家人力资源和社会保障部的要求,上海市政府制定并印发了《上海市长期护理保险试点办法》,2017 年 1 月 1 日起开始在徐汇、普陀、金山 3 个区试行长期护理保险制度(以下称“长护险”),试点期限为 1 年。同时上海市人社局、民政局、卫计委等部门也相继出台了一系列配套文件,包括“实施细则”、“护理服务规程”、“需求评估办法”等,试点一年后,2018 年 1 月 1 日开始在全市各区试点实施。

现行的《长护险》覆盖了本市户籍 60 周岁及以上、参加了本市基本医疗保险,且经过第三方评估确定护理等级为 2-6 级的老人,这其中包括参加职工基本医疗保险的退休人员,也包括参加城乡居民基本医疗保险的老人。

符合长护险条件的本市户籍老人可以享有社区居家、养老机构和住院三类护理服务,提供的服务内容包括基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务,具体包括 27 项基本生活照料服务和 15 项常用临床护理服务。提供长期照护服务的人员必须是执业护士(主要提供住院护理服务)、参加过养老护理员、健康照护执业培训并考核合格的人员。

在上海,长期照护保险的资金主要来自于基本医疗保险基金,但参与不同医疗保险的人群缴费机制有所不同。参加职工基本医疗保险的人群,单位按照本单位职工医保缴费基数之和 1% 的比例和职工本人医保费基数 0.1% 的比例,缴纳长期护理保险费,试点阶段个人部分暂予减免。退休人员个人不缴费。参加城乡居民基本医疗保险的人群,按照略低于另一类人员的人均筹资水平确定其人均筹资标准,个人缴费部分占总筹资额的 15% 左右,其余部分,由市、区财政按照 1:1 比例分担。

自 2018 年 1 月 1 日全市推广以来,截止 2019 年 7 月末,全市长护险试点的各街镇社区事务受理服务中心累计受理申请共计 50.8 万人次,完成评估 45.5 万人次,其中符合待遇享受条件的 39.1 万人次。目前已接受服务的对象有 41.6 万人次,其中接受社区居家护理服务的为 30.5 万人,接受养老机构服务的老人为 11.1 万人。这一制度有效减轻了家庭照护负担,获得了民众的欢迎。

(二) 长期照护服务设施建设较为迅速

相比较长期照护的制度建设,服务设施建设具有起步较早、投入较多、建设速度较快等特点。2009年,上海首个为失智老人打造的照料中心在市第三社会福利院正式揭牌。2012年,上海市政府把筹建社区日间托老机构作为实项目,要求每个区县都有一家以收住失能、失智老年人的机构。2016年《上海市老龄事业发展“十三五规划”》显示:全市共有养老机构699家,189家养老机构设置了医疗机构,老年护理床位达到2.6万张,为满足长期照护需求提供了一定基础。

鉴于社区居家照护是长期照护服务的基础和发展方向,上海在此方面也进行了大力建设。2013年上海开展了“高龄老人居家医疗护理试点”项目工作,这是居家长期照护服务制度化的尝试,截止到2016年6月,该项工作累计服务人次约15.5万。上海“十二五”末,全市累计建成社区老年人日间照料中心442家,期间持续进行老年宜居社区建设试点,同时开展了“老伙伴计划”、“护老者培训”等家庭养老支持项目,并且着力推进“家庭医生”与老年人签约服务,家庭病床达5.27万张。“十三五”期间不断推进社区为老服务设施均衡布局项目,覆盖城乡,逐步打造街道(乡镇)服务圈、社区托养圈、居村活动圈、邻里互动圈和居家生活圈“五圈”一站多点式设施网络。

(三) 长期照护服务队伍建设初具规模

长期照护服务是一项具有一定专业性的工作,服务队伍的质量和数量直接关系到服务的质量和数量。目前,上海长期照护服务人员可以分为正式照料者和非正式照料者两类。正式照料者即为专业的照护人员,比如护士、养老护理员等,一般来自照护服务机构;非正式照料者即为家人、朋友、邻居等。正式照料人

需要持证上岗,目前人员数量比较紧缺。为扩大护理人员队伍,提高护理人员服务质量,2017年12月上海市人社局开展了对养老护理服务人员的技能培训工作。2019年7月,对参加养老护理服务岗位培训合格并参与工作的对象进行80%的培训费补贴,鼓励更多人加入到长期照护工作中来。上海市医保局的数据显示:截止2019年7月末,各类护理人员约5万人,其中居家的护理人员约3.5万,机构护理人员约1.5万,全市已扶持和培育养老护理培训机构和职业院校90多家。在非正式照料人员方面,上海市也予以了一定的关注,比如继续开展家庭照料者培训,打造邻里互助圈,推动老人互助式养老等。但目前对家人等非正式照料人员的支持力度仍然较小,需要进一步提高对其的重视程度,开发和激励这一部分人群的长期照护功能。

二、上海长期照护服务面临的问题挑战

(一) 长期照护服务层次较低,服务体系尚未建立

一方面,上海目前的长期照护服务以社区居家照护为主,医疗护理资源相对缺乏,照护的专业性较低,而政策对家庭照护支持力度较小,因此大部分失能老人未能享受较高水平的照护服务。另一方面,上海长期护理保险制度是普及型和惠民型制度,只能满足基本的照料需求,保障水平较低,但是失能老人个性化需求较强,目前的服务水平无法满足他们的多样性需求。中国保险行业协会发布的《2016中国长期护理调研报告》显示:随着收入的增长,老人对服务方式的偏好呈现更个性化的趋势,经济条件越好的老人,越倾向于得到能同时满足他们接近家人、在熟悉的环境中养老和

接受更为专业服务。长护险制度只能作为基础的护理服务保障,而暂时无法为一些有着较高需求的失能对象提供更好的服务。因此上海长期照护服务在实际服务提供方面仍然存在水平较低的问题,需要逐渐建立起高水平、多层次的长期照护服务体系。

1. 长期照护服务人员队伍建设有待加强

(1) 服务人员数量短缺

长期照护服务的关键之一在于服务人员的队伍建设。从整体来看,上海市的长期照护服务人员供给不足,尤其在长期护理保险实施后,进一步释放了照护需求,长期照护队伍建设的压力增大。政策规定进行长期照护的人员需持证上岗,有资格提供照护服务的包括执业护士,养老护理员以及其他取得相应资格的人员。然而此前大部分照护机构对员工的资格证书要求不严格,而且疏于组织员工报考资格考试,因此较多的从业人员暂时无法上岗,护理人员的考证速度也不及照护需求的增加速度。此外,各照护机构的护士资源一直都比较缺乏,难以满足专业护理需求。

(2) 服务人员质量较低

目前长期照护人员队伍中较为缺乏管理人才和专业人才,而一线照护人员呈现出年龄偏大、学历偏低,流动率和流失率较高的问题,并且大部分人员缺少相应的岗前培训、绩效考核和业务培训,这导致提供的服务质量参差不齐。

2. 长期护理保险制度设计需要完善

(1) 资金筹措渠道有限,医保基金和财政压力较大

上海长护险筹资责任由政府、企业和个人共同承担,但就目前实践情况而言,资金来源的可持续性不容乐观。第一类参保对象的个

人缴费部分在试点期间暂不缴纳,企业需缴纳 1% 保险费,但因为医保政策调整,企业缴纳比例下调了 1 个点,所以实际上企业也并未增加缴纳比例,因而目前第一类参保对象的全部筹资均来自于医保基金。第二类参保对象规定个人出资总额占比 15%,其余则由财政资金投入,占到 75%。可以看出上海长护险制度的筹资渠道较为单一,筹资来源过于依赖医保基金和财政拨款,具有较强的限制性、脆弱性和不可持续性。随着享受服务对象的数量进一步增加,长护险可能会面临资金不足的风险。

(2) 服务项目与照护需求存在不匹配现象

首先,根据上海长护险提供的服务清单可以看到,生活护理内容有 27 项,占总服务项目数量的比率达 64%,而医疗护理内容 15 项,只占 36% 左右,两者差距较大,这与大众的以较低支出享受较为专业的护理服务预期有所出入。其次,评估等级与其相应的服务也存在不匹配现象,需求较大的服务可能未被满足,而需求度较低的服务则存在资源浪费现象。比如评级为 2-3 级的老人及其家属最需要的是“助洁”和“助医”等服务,但长护险现有的项目中没有涉及到此类服务,该类老人的满意度可能就不是很高(胡苏云, 2018)。此外,服务时长和服务频率也不能够满足照护等级较高老人的实际照护需求。

(3) 老人照护等级评估与等级设置不够科学

① 评估准确性有待提升。上海长护险规定的老人照护等级是由评估人员上门评估,通过询问家属和老人关于老人的身体情况和既往病史,然后经由手机的评估系统传至评估中心,由电脑系统自动得分,最后由评估中心和家属达成评定等级,但这样的评估过程可能会

导致一些问题。首先,由于上门评估方式的限制,评估人员只能通过口头沟通来了解情况并进行反馈,这其中可能会产生较大误差。其次,老人的家人或者被评估者可能会主观上夸大失能情况以获得较高照护等级,导致评估等级不准确(江文超,2019)。最后,负责老人等级评估的人员和后面提供服务的人员缺少沟通和交流,可能导致后续制定的服务计划出现偏颇现象。

②等级差异较小,复评率较高。长护险规定的照护等级分为1-6级,但只有2-6级可以享受服务。根据胡苏云等学者的研究发现,1级和2级评估时差别较小,因此被评为1级的老人为了享受服务大多数会要求重新评级,复评率较高。此外,5级和6级老人享受的服务内容和补贴没有拉开差距,也导致复评率较高。复评率较高会导致各方面成本的上升和资源的浪费,也不利于老人及时获得有效的照护服务。

(4) 长护险信息管理系统不完善

根据定点照护机构工作人员反映上海市长期护理保险信息管理系统使用体验感一般,比如记入服务记录的录入时间较长,录入内容重复、繁杂。其次,服务申请、计划制定、提供服务、服务记录等各环节时间记录单位不统一,比如信息系统中按照“分钟”来计算每次提供的服务时长,而服务计划中则是按照“周”计算,这导致后期换算成本较高,浪费人力财力。此外,服务方式的变更尚不能在定点照护机构的系统中直接完成,服务人员的调整在系统中也受到限制,在实际操作过程中带来了许多麻烦和不必要的成本。

(5) 对家庭照护支持力度小

目前家庭结构越来越趋向于小型化,家

庭长期照护功能弱化。而且目前子女与老人分开居住的情况也较为普遍,“空巢老人”、“独居老人”以及“失独老人”数量越来越多,传统的家庭照护模式已不能够满足这些老人的照护需求。上海更是全国的“排头兵”,老龄化程度深,独生子女家庭占比高,家庭照护压力较大,需要社会和政府的支持。老人习惯于居家养老且目前大部分老人也选择了这种照护方式,但上海长护险制度对家庭内部提供的照护服务关注和支持力度不足。虽然在一定程度上体现了对居家养老的鼓励,但采取的方式是为选择居家养老且达到一定照护等级的老人增加上门服务的时长或者发放补贴,其他支付方式仅针对特定的有相关资格证书的上门照护人员,而忽略了对家庭成员照护服务本身的关注,对家庭照护者的支持仍然缺乏。

三、对上海市长期照护服务的政策建议

(一) 关注家庭照护服务,加强政策支持力度

无论从国外经验还是上海长护险实施情况来看,家庭照护是绝大多数老人选择的照护方式,在长期照护中都有着广泛的基础,加强对家庭长期照护服务的支持有利于提高大部分失能老人的照护水平,是完善长期照护服务体系的关键步骤。因此需要及时制定相应政策支持家庭照护,尤其对家庭照护者本身的激励是非常必要的。政府在制定具体政策时可以在上海实际情况的基础上,借鉴国外的经验,比如德国采用各项措施鼓励和帮助家庭长期照护,包括对家庭照护者的免费培训、提供照护咨询以及为他们参加工伤和事故保险,提供养老保险的缴费补贴以及每年的休假福利等(王震,2018)。我们可以在现有相关政策中加入

更多的对家庭照护服务的支持措施,然后慢慢过渡建立起家庭照护的补贴制度。

(二) 健全人才供给市场,健全保障和监督机制

上海长期照护服务供给市场面临人才缺乏,服务人员质量较低的情况。如何扩大供给,提高服务人员技能是亟待解决的问题。从短期来说,可以经由卫生部门组织集体培训,加快上岗速度,减少供给压力。从长期来说,需要打通人才培养渠道,完善人才供给途径。我们可以借鉴德国经验,逐步建立起完整的中专、大专、本科的护理教育体系,进行专业的可持续的人才培养。同时,也要加强护理人员的社会保障,提高其薪资水平和社会地位,规划完整的职业通道,以增强护理岗位的吸引力,留住人才。最后要落实对护理人员的监督和激励机制,建立起有效的考核方式,完善老人反馈渠道,进一步提升长期照护服务质量。

(三) 着力完善长护险制度,发挥其支柱作用

1. 开辟多元筹资渠道,保障长护险基金持续运行

上海长护险的筹资主要来源是医保基金划拨和财政投入,筹资渠道单一,筹资水平也较低,而长护险享受对象在增加迅速,这将给基金带来巨大压力,因此需要探索更多元的筹资渠道。我们可以将目光投向其他长护险试点城市和其他建立起长护险制度的国家以获取经验和建议。宁波市不仅采用政府、企业、个人共同承担的筹资渠道,还将社会筹资也纳入了筹资范围中,接受和鼓励企业、单位、慈善机构等社会团体和个人的捐助,创新了筹资方式。日本采取财政和护理保险费各自承担一半的筹资标准,其中财政方面投入由各级政府分

层次承担,中央政府负担 25%,都道府县和市町村各负担 12.5%,将财政负担分散,减少了风险和压力。德国则规定退休人员也需要缴纳一定保险费。

在大力减税降费背景下,上海长护险可以鼓励社会资本和商业保险公司积极参与筹资,同时在筹资标准方面应体现个人权力与义务对等的原则,比如可以适当考虑让 60 岁以上老年人个人每月缴纳少量费用。只有个人的参与和发挥作用,才能保证长护险基金的持续运行。

2. 加强评估员培训,优化长护险评估方式

老年照护需求评估是长护险实施的入口关,科学准确的进行照护等级评估是后续一系列措施顺利进行的保障。上海长护险的老年照护等级评估工作已经经历了不断的调整,评估标准从“1.0”版本升级到“1.5 版本”,目前已再次修订形成“2.0”版本,优化了对认知症评估的内容与维度,增加了疾病病种,合理调整了疾病权重,评估标准和评估指标方面有了较大的改善。在评估方面需要提升的是评估实施过程的准确性和科学性,而提升的关键在于评估员和评估方式。首先要加强对评估机构的建设和评估员的培训,提升评估员业务水平,提高评估的科学性。其次,需要加强对失能老人及其家人的政策宣传,帮助他们树立正确的评估意识,减少因老人、家属带来的主观因素影响,提高评估的准确性。对于较为复杂的失能情况,也可以在必要的时候采取“2 人 2 次评估方法”,通过两人共同评估来提高评估的精确性。最后,长护险需要明确不同等级老人享受服务的差异,或者通过合并等级数以拉开等级间的差距以减少复评率。

3. 明确失能老人需求,完善长护险服务内

容体系

目前存在长护险服务供给与需求不匹配问题,是因为未能充分了解失能老人与家人的实际需求。首先,政策制定者可以通过服务反馈、抽样调查、座谈会等方式与老人和家人沟通,明确各级老人真正的需求,以此来调整服务清单项目。比如可以通过政府购买的方式与家政公司合作,为失能老人提供“助洁”等需求较高的家政服务,补充长护险目前未涉及到的服务项目,实现服务体系从低层次到高层次的广泛覆盖。其次,长护险实施过程中,可以充分发挥“互联网+护理服务”的作用,通过移动 APP 帮助老人和家人自主选择服务内容,这样既可以精准满足失能老人需求,又可以减少资源浪费,还能够通过电子档案的记录内容总结和筛选出大部分老人所喜欢和常需要的服务,据此完善长护险服务内容。最后,要按照不同等级老人的实际需求安排服务频次和服务时长,提高服务的灵活度和适应度,增强老人对服务的满意度。

4. 升级长护险信息管理系统,降低办公办事繁琐程度

目前上海长护险的信息管理系统网络较慢、录入时间内容重复、复杂以及变更服务方式受限等问题影响了工作人员的办公效率和老人的办事便捷性。因此,政府需要根据实际操作的反馈,升级现在的信息管理系统。首先,需要提高其网络速度;其次,通过规范和优化服务的记录标准和系统录入要求,改良信息系统的操作方式,以此减少系统使用的复杂性;最后,需要逐步放开定点照护机构的权限,可以让老人在附近的定点照护机构即可完成更多的信息管理服务,降低老人及其家人办事的难度,比如变更服务方式和更换服务人员等。

(四) 建立多种类、多层次长期照护服务体系

首先,需要明确长护险与养老保险、医疗保险的功能划分,厘清长护险与社会救助、社会福利的关系,以减少保障内容和保障人群的交叉与重复,促进长护险与其他政策的良好互动和互相衔接,构建一个完整且有层次的社会服务体系。其次,从长期照护服务的实际需求出发并且考虑未来发展趋势,要做到大力支持家庭照护,提高社区养老和医疗设施利用率、合理引导照护机构建设和布局机构照护资源,使得三类服务能够互相补充互相支撑,形成横向的长期照护服务覆盖面。最后,由于目前的长护险保障水平不足以满足失能老人的个性化需求,因此在社会保险逐渐发展的情况下,上海可以鼓励发展商业长期护理保险,以满足更高层次的长期照护服务需求,形成以社会保险为主体,商业保险作为补充的长护险模式,建立起纵向的多层次长期照护服务体系。

上海市老年人力资源与开发

高慧(上海社科院城市与人口发展研究所助理研究员)

2002 年世界卫生组织提出“积极老龄化”理念。老有所为是积极老龄化的体现,开发和利用老年人力资源是积极老龄化一项非常重要的举措。

上海 1979 年进入老龄化社会,比全国早 20 年,2000 年又在全国率先进入深度老龄化社会。目前上海市是全国人口老龄化、高龄化程度最高的特大型城市,与国际大城市相比,也处于高水平。2018 年上海 60 岁及以上户籍老年人口规模达到 503.28 万,占总户籍人口

的 34.4%。在上海深度老龄化加快发展和劳动力资源短缺的背景下,开发利用老年人力资源对于上海促进积极老龄化具有重大现实意义。

本文在分析上海老年人力资源基本情况的基础上,研究老年人力资源开发的现状、问题及成因,并提出针对性对策。

一、上海老年人力资源的基本情况

上海低龄老年人不仅规模大、增长快,而且身体健康、文化程度高,是老年人群中最为活跃的群体,为上海提供了丰富的老年人力资源。

(一) 低龄老年人增长快,占全市老年人的比例上升也快

2010 年以来随着人口深度老龄化的加快发展,上海老年人规模快速增加,但主要增加的是低龄老年人。上海 60-69 岁低龄老年人由 2010 年 166.69 万增加到 2018 年的 295.03 万,增加了 128.34 万,占全市老年人增加总数的 74.5%; 8 年间增长了 77%,增长速度远远快于 70-79 岁中老年人的 21.1% 和 80 岁及以上高龄老人的 36.5%; 占全市老年人的比例由

2010 年的 50.4% 上升到 2018 年的 58.6%, 上升了 8.3 个百分点,而 70-79 岁中老年人、80 岁及以上高龄老年人的比例则分别下降了 6.4 个、1.9 个百分点。(见表 1)

(二) 老年人文化程度不断提高,低龄老年人文化程度更高

随着教育事业的蓬勃发展和居民文化程度的普遍提高,上海老年人的文化程度也不断提高。《上海市老年人口状况与意愿发展报告 1998-2013》的数据显示,被调查老年人的文化程度上升明显,其中高中中专的比例由 1998 年的 8.3% 上升到 2013 年的 19.6%,大专及以上的比例由 1998 年的 6.2% 上升到 2013 年的 14.2%,其中 60-69 岁低龄老年人大专及以上学历的比例为 15.6%,高于 80 岁及以上高龄老年人的 7.2%¹⁰。

(三) 老年人自评健康状况改善,低龄老年人更加健康

随着物质文化生活水平和医疗卫生水平的提高,加之低龄老年人比例的上升,上海老年人身体健康状况不断改善,自我健康评价也越来越高。《上海市老年人口状况与意愿

表1 2010年以来上海户籍老年人的年龄构成变化

年份	规模(万人)				比例(%)			
	60-69岁	70-79岁	80岁及以上	合计	60-69岁	70-79岁	80岁及以上	合计
2010	166.69	104.50	59.83	331.02	50.4	31.6	18.1	100.0
2011	180.40	104.44	62.92	347.76	51.9	30.0	18.1	100.0
2012	198.19	102.10	67.03	367.32	54.0	27.8	18.2	100.0
2013	215.69	100.38	71.55	387.62	55.6	25.9	18.5	100.0
2014	236.95	101.71	75.32	413.98	57.2	24.6	18.2	100.0
2015	254.86	103.04	78.05	435.95	58.5	23.6	17.9	100.0
2016	269.17	108.96	79.66	457.79	58.8	23.8	17.4	100.0
2017	285.89	117.13	80.58	483.60	59.1	24.2	16.7	100.0
2018	295.03	126.58	81.67	503.28	58.6	25.2	16.2	100.0

资料来源:根据上海市老龄研究中心各年份《上海市老年人口和老龄事业发展信息统计》整理。

¹⁰ 殷志刚、周海旺主编,《上海市老年人口状况与意愿发展报告1998-2013》(M),上海社会科学院出版社,2014年。

发展报告 1998-2013》的数据显示,被调查老年人健康自评较好或很好的比例由 2005 年的 20.1% 上升到 2013 年的 34.8%,相反自评不好或不太好的比例由 2005 年的 31.1% 下降到 2013 年的 13.5%,其中 60-69 岁低龄老年人、70-79 岁中龄老年人、80 岁及以上高龄老年人健康自评较好或好的比例依次下降,分别为 41.8%、31.6% 和 20.9%,而自评不好或不太好的比例依次上升,分别为 7.5%、14.8% 和 27.3%。2015 年上海市 1% 人口抽样调查数据显示,老年人自评健康、基本健康、不健康的比例分别为 50%、40% 和 10%。

二、上海老年人人力资源开发的现状

上海老年人人力资源的开发主要体现在两个方面:一是老年人就业;二是老年人参与志愿活动,包括上海市内和上海市外的志愿活动。

(一) 老年人就业

1. 就业规模大幅度增加。根据 2010 年上海市人口普查的 10% 长表调查数据推算,2010 年上海 60 岁及以上老年就业人口 18.83 万人,占同期 331.02 万总老年人的 5.7%。根据 2015 年上海市 1% 人口抽样调查数据推算,2015 年上海 60 岁及以上老年就业人口 61.5 万人,比 2010 年增加 42.67 万人;占同期 435.95 万总老年人的 14.1%,比 2010 年上升了 8.4 个百分点。

2. 低龄老年人占绝大多数。2010 年上海 18.83 万老年就业人口中,60-64 岁、65-69 岁老年人分别占 67.6%、22.3%,低龄老年人合计 89.9%;70-74 岁、75-79 岁老年人分别

占 6.9%、2.7%,中龄老年人合计 9.6%;80 岁及以上高龄老年人仅占 0.5%。

3. 行业主要集中在农林牧渔业和制造业。无论是 2010 年还是 2015 年,上海老年人就业的第一大行业都是农林牧渔业,分别高达 31.8%、27.8%;第二大行业都是制造业,分别占 21.8%、21.4%;建筑业也占了一定的比例,分别为 8.3%、11.4%;另外批发零售业分别占 3.3%、10%;其他行业的比例相对都很低。与全市从业人员的行业构成相比,老年人就业起到了一定的拾遗补缺作用,在一定程度上缓解了上海人力资源结构性短缺的矛盾。

老年人就业有工资低、不交金、工时的优势,在用人成本居高不下的情况下,上海一些行业出现用工老龄化的趋势。

(二) 老年人上海市内志愿活动

上海志愿服务工作在全国处于领跑地位。老年人尤其是低龄老年人一直是上海志愿者队伍中的重要组成部分,上海志愿服务离不开老年人尤其是低龄老年人的无私奉献。据上海市民政局统计,2016 年全市老年志愿者团队共计 8895 个,参加人数共计 33.26 万人。这些老年志愿者大多刚刚步入老年行列,身体健康,文化程度高,老有所为的积极性很高,参与志愿服务的愿望很强烈。

上海市质协用户评价中心《2017 年上海市老年人参加志愿服务现状调研报告》显示,在被调查的 2880 名老年人中,38.6% 参加过志愿服务活动,其中:60-65 岁、66-70 岁、71-75 岁、76 岁及以上老年人参加过志愿服务活动的比例分别为 45.8%、35.5%、32.4% 和 18.5%;80.8% 志愿服务时间已超 1 年,其中:

¹¹ 殷志刚、周海旺主编,《上海市老年人口状况与意愿发展报告1998-2013》(M),上海社会科学院出版社,2014年。

2-3 年、3-5 年、5-10 年、10 年以上的比例分别为 28.4%、22%、17.4% 和 12.9%¹²。

“老伙伴计划”项目是上海低龄老年人参与的一项重要志愿服务项目。自 2012 年起“老伙伴计划”项目列入上海市政府实事项目，当年全市有 2 万名低龄老年志愿者为 10 万名高龄独居老人提供互助关爱服务。2015 年全市低龄老年志愿者增加到 3 万名，接受服务的高龄独居老年人规模也扩大到 15 万名。2018 年全市低龄老年志愿者进一步增加到 4 万名，接受服务的高龄独居老年人规模也进一步扩大到 20 万名，其中浦东新区低龄老年志愿者 8340 人，服务 41700 名高龄老年人，两者占全市的比例都高达 20.9%。这些低龄志愿者定期为高龄独居老人提供包括上门聊天、电话问候、心理关爱、风险防范、应急救助等一系列互助服务活动。上海以老助老的志愿服务为我国养老服务事业提供了一条行之有效的途径。

(三) 老年人上海市外智力援建活动

新疆、云南和贵州是上海对东西部扶贫协作与对口支援地区，这些地区尤其是贫困地区人才资源极度匮乏。为了发挥退休老年知识分子的余热，践行更高层次的“老有所为”，上海依托老年智力资源优势，先后发起了沪疆“银龄行动”、沪滇“云海银晖”、沪黔“银智红情”等志愿服务活动，组织上海医疗、教育、农业、社会工作、心理咨询等十几个专业领域的退休老年知识分子到这些受援地区开展短期的智力援助活动。沪疆“银龄行动”是上海智力援疆的品牌项目，2003 年以来已经连续开展了 17 年，参加志愿服务的上海老年知识分

子近 400 人次，其中 2019 年第 17 期有 21 名老年知识分子，平均年龄 64 岁，有的志愿者已援疆 8 次。上海老年知识分子以扎实的专业知识、精湛的专业技术、丰富的工作经验和无私的奉献精神，通过“传、帮、带、教”等多种形式，帮助受援地区提高医疗卫生、教育等公共服务水平，助力促进受援地区的经济社会事业发展，受到了当地人民的普遍欢迎和广泛好评。

三、上海老年人人力资源开发面临的突出问题及成因

上海老年人人力资源得到了一定程度地开发，但因为种种原因导致老年人就业率偏低、老年人志愿服务可持续性受阻等突出问题，进而导致了老年人人力资源开发程度还较低。

(一) 老年人就业率偏低

尽管上海老年人就业规模有了大幅度增加，就业率也有了大幅度上升，但与发达国家相比，上海老年人就业率仍然偏低。2015 年上海 60 岁及以上老年就业人口仅占全市老年人口的 14.1%。根据《2018 年新加坡劳动力报告》数据显示，2018 年 65 岁及以上老年人就业率已经达到了 26.8%。2018 年日本 65 岁以上老年人就业率达到 24.3%，其中男性老年人就业率 33.2%、65-69 岁低龄老年人就业率为 46.6%¹³。上海老年人就业率偏低，其原因主要有三个。

一是老年人获取就业信息的渠道不畅。缺乏专门针对老年人就业的信息平台和招聘市场，老年人寻找就业的途径少，获得就业的机会少。

¹² 超四成上海老人参与过志愿服务 其中八成服务时间已超1年, 东方网, 2017-12-5; <http://sh.eastday.com/m/20171205/ula13480478.html>。

¹³ 张珍, 日本老年人就业现状分析; <http://www.fx361.com/page/2019/0430/5115122.shtml>。

二是老年人寻找工作受到年龄歧视。用人单位通常认为老年人的年龄大了, 体力、智力、精神状况都不如年轻人, 因此在招聘时往往设有年龄的限制, 很少招 60 岁及以上的老年人。

三是老年人就业缺乏劳动权益保障。绝大多数老年人就业没有与用人单位签订劳动合同, 因而缺乏劳动权益保障, 在就业岗位上时常遇到劳动权益受损风险, 如受伤难获赔偿、欠薪维权难、无加班费、无带薪年假等。

(二) 老年人志愿服务可持续性受到制约

上海老年人热衷参与志愿服务活动, 希望参与志愿服务活动的意愿强, 但存在以下两大障碍, 降低了他们参与志愿服务活动的积极性, 不利于上海老年人志愿服务活动的可持续性发展。

一是老年人参加志愿服务得到的保障少。上海市质协用户评价中心《2017 年上海市老年人参加志愿服务现状调研报告》显示, 在老年志愿者中, 仅 15.2% 得到了基本补贴, 9.8% 得到了服务培训, 7.4% 得到了人身保险, 4.6% 得到安全保障, 4.4% 得到了表彰奖励。在对家庭成员的调查中, 他们对老年人外出参与志愿活动的担心, 集中在是否有人身、安全方面的保障。另外, 老年人志愿者获得的基本补贴也很少。2018 年上海“老伙伴计划”中, 一个低龄老年人服务 5 个高龄老年人一年获得的基本补贴仅 900 元 (直接服务高龄老年人的费用补贴标准为每人每年 180 元)。

二是“时间银行”无法通存通兑。上海“时间银行”互助养老处于探索、试点阶段, 现在还没有形成规模, 不同区域的“时间银行”

发展情况存在差异, 大都各自为政, 无法“通存通兑”。一方面, 志愿者服务时间的存储途径不统一, 有的通过上海志愿者服务网, 有的通过微信小程序, 有的通过社区综合为老服务中心网站, 有的通过居委会的台账记录, 等等。其中通过台账记录尤其是没有电子存档的信息很容易丢失掉。另一方面, 志愿者服务的兑换问题。如提供志愿服务的低龄老年人需要的养老服务项目与“时间银行”规定的服务项目不符合, 跨区域的低龄老年人无法兑换, 等等。

四、促进上海老年人力资源进一步开发的对策建议

上海老年人尤其低龄老年人是重要的人力资源, 亟需充分利用开发。针对人力资源开发面临的突出问题, 借鉴发达国家及地区的经验, 本文提出进一步开发上海老年人力资源的对策建议。

(一) 多措并举, 扩宽老年人就业渠道

一是搭建就业信息平台。一方面, 搭建“老年人才中心”信息平台, 建立老年人才数据库, 及时发布用人单位招聘的岗位、工资、报酬等就业信息。另一方面在市级、区级人力资源市场开设老年职业咨询和职业介绍专门窗口。另外定期召开老年招聘专场。

二是鼓励用人单位雇佣老年人。雇佣老年人较多的用人单位加大表彰和奖励力度, 同时按照雇佣老年人的规模对用人单位进行减免税费。

三是鼓励老年人创业。为老年人创业给予部分启动资金的补贴, 提供贷款优惠, 减免税费, 另外对老年人创业雇佣的本市就业困难

¹⁴ 超四成上海老人参与过志愿服务 其中八成服务时间已超1年, 东方网, 2017-12-5; <http://sh.eastday.com/m/20171205/u1a13480478.html>。

人员进行社保、交通和岗位补贴。

(二) 完善相关法律政策服务, 保障老年人就业权益

一是上海应先行先试, 完善相关法律政策和相应实施细则, 禁止用人单位歧视老年人, 将老年就业、收入、待遇、社会保障等方面纳入法律范围。

二是加大法律法规执行力度, 针对老年人的就业法律纠纷, 设立特别调解机构、仲裁机构和法庭, 配备专门公益律师为老年就业者提供法律援助。

(三) 加大宣传保障力度, 促进老年志愿服务项目可持续发展

一是加大品牌项目的宣传力度。上海“老伙伴”计划、老年智力援助项目已经形成一定的规模和品牌, 也产生了一定的影响力。要充分借助上海 14 家区级志愿服务指导中心、220 家街(镇)社区志愿服务中心、微信 APP、上海志愿服务网等多种平台, 向公众宣传、推广

这些品牌项目。二是加大对老年志愿者的保障力度。适度扩大志愿服务的基本补贴范围并适度提高基本补贴标准, 为老年志愿者购买人身意外保险。从而吸引更多的低龄老年人、更多的企事业单位、更多的公益性组织参与到志愿者服务项目中来。

(四) 加强市级顶层设计, 促进“时间银行”全市通存通兑

“银行时间”通存通兑会激励更多低龄健康的老年人去照顾需要关爱的高龄老年人。2019 年 4 月上海开始在虹口、长宁两区开展“时间银行”项目试点。以此为契机, 及时总结两区试点中的问题, 完善试点方案。在此基础上, 加强全市顶层设计, 以市民社保卡为载体, 并借助科技手段, 利用信息化方式, 对志愿者的服务时间定期录入并及时更新, 从而开设全市统一的、专门的志愿者“时间银行”账户, 并在全市全面推广“时间银行”项目, 实现全市“时间银行”的通存通兑。

(上接第 50 页)

生经济学统计, 通过早发现、社区管理和健康云服务, 每年可节省 9 亿元医疗费用支出。

坚持公益性、调动积极性、保障可持续, 上海健康云作为“互联网+医疗健康”专业结合创新的应用产品, 打通生产系统到应用管理端的通路, 实现从政府自建项目向市场购买服务方式转变, 同时实现“互联网+健康服务”有机结合。2014 年以来, 上海健康云已荣获 2019 世界人工智能大赛医疗方向第一名、国家发展改革委“互联网+”行动典型案例、第 20 届国际软件博览会金奖、长三角医疗卫生治理最佳实践案例“卓越奖”等, 并入选 2018 年上海医改十大创新举措。

一朵“健康云”, 守护万千上海市民。《健康上海行动(2019-2035)》明确, 将持续实现医疗卫生机构健康服务信息互联互通互认, 促进医疗人工智能技术应用。上海健康云将加速推广, 持续让上海市民人人享有一站式、精准化的健康教育、健康管理和健康服务, 同时为全国提供更多经验与借鉴, 共同探索建立覆盖全生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务业体系, 满足广大人民群众健康服务需求, 打造高品质健康生活, 助力健康上海建设, 为建设具有世界影响力的社会主义现代化国际大都市奠定健康之基, 为“健康中国梦”贡献更多力量!

上海公共场所母婴设施建设的调查研究

蒋泓¹ 马晓英² 陆益妹³

- (1. 复旦大学公共卫生学院, 上海 200032 ;
2. 上海市疾病预防控制中心, 上海 200336 ;
3. 上海市卫生健康委员会, 上海 200125)

一、研究背景

公共场所建设母婴设施, 为母乳喂养带来便利, 是全社会对母乳喂养倡导与支持的体现; 公共场所建设母婴设施也为母婴出行带来便利, 是保障母婴基本权益、维护性别平等的体现; 公共场所建设母婴设施, 完善公共服务, 更是一个城市精神文明的象征。

2016 年 11 月, 国家卫生健康委员会 (原卫计委)、国家发展改革委等十部门联合颁布《关于加快推进母婴设施建设的指导意见》(以下简称《意见》), 提出“经常有母婴逗留且建筑面积超过 1 万平方米或日客流量超过 1 万人的交通枢纽、商业中心、医院、旅游景区及游览娱乐等公共场所, 应当建立使用面积一般不少于 10 平方米的独立母婴室, 并配备基本设施, 并于 2018 年底及 2020 年底配置率分别达到 80% 及 100%”^[1]。

上海作为有影响力的国际性大都市, 在城市建筑建设及社会文明发展的进程中一直发挥着模范引领的标杆作用, 母乳喂养、母婴权益的保障, 既是上海城市文明程度的进一步体现, 也促进着长江三角洲城市群文明程度的提高。

目前上海各类公共场所母婴设施建设现状缺乏基本信息, 母婴设施建设程度不一, 母婴设施发展与建设存在的困难与需要的资源也有待探索。为了推进上海公共场所母婴设施的建设, 开展本研究以了解上海公共场所母婴设施建设的现状, 了解母婴设施建设存在的问题与困难以及需要的资源, 为上海公共场所母婴设施建设提供政策建议。

二、研究内容与方法

本研究于 2017 年 11 月 -2018 年 6 月采用定性与定量结合的方法。定性方法包括文献回顾法、非参与式观察法、个人深入访谈和焦点小组讨论; 定量方法包括机构调查法。

(一) 文献回顾法

文献回顾法主要通过检索 web of science、知网、北大法宝数据库、百度、谷歌等搜索引擎上关于母婴设施 / 母婴室 / 哺乳室的相关文献和报道, 了解国内外部分国家和地区关于公共场所母婴设施的建设指南与标准, 包括颁布标准的部门、颁布时间、具体建设与配置标准, 总结公共场所母婴设施建设的经验, 为上海进

第一作者: 蒋泓, 女, 副教授

作者单位: 复旦大学公共卫生学院 (蒋泓)、上海市疾病预防控制中心 (马晓英)、上海市卫生健康委 (陆益妹)

一步落实各类公共场所母婴设施建设与配置提供经验。

(二) 机构调查法

通过多阶段分层随机抽样, 在上海 16 个区抽取 249 所建筑面积较大、日人流量较多、母婴出行率高的 5 类公共场所, 这些场所包括 26 所交通枢纽、9 个商业中心的 40 个商场、80 所医疗机构、70 所旅游景区及游览娱乐场所和 33 个工作场所。通过问卷调查了解截止 2018 年 2 月该场所的建筑面积、日人流量、母婴设施数量, 了解上海公共场所母婴设施的配置情况。

在卫生体系内开展普查, 通过问卷调查了解截止 2018 年 3 月卫生体系所属机构内母婴设施的建设情况, 本次调查共包括 1106 所卫生体系所属医疗机构, 其中公立医疗机构 400 所, 民营医疗机构 630 所, 非医疗机构 76 所。公立医疗机构中有三级综合医院 23 所, 三级妇幼 / 儿科专科医院 3 所, 二级综合医院 58 所, 二级妇幼 / 儿科专科医院 18 所, 社区卫生服务中心 244 所, 其他医院 (除综合医院、妇幼专科医院以外的其他医院) 54 所; 民营医疗机构中有综合医院 80 所, 妇幼 / 儿科专科医院 19 所, 其他医院 531 所。

(三) 非参与式观察法

使用非参与式观察法, 了解目前上海市公共场所母婴设施的建设现状。具体实施如下: ①通过多阶段分层随机抽样, 在上海 16 个区抽取 252 所建筑面积较大、日均人流量较多、母婴出行率高的 5 类公共场所, 包括 27 所交通枢纽、9 个商业中心的 41 个商场、81 所医疗机构、70 所旅游景区及游览娱乐场所和 33 个工作场所, 于 2017 年 11 月至 2018 年 4 月对抽到的场所进行观察了解该场所是否建

设有母婴设施; ②根据《意见》推荐的母婴设施的配置标准设计非参与式观察清单, 清单包括: 母婴设施的位置、面积及设施内设备的配置情况。对建设有母婴设施的场所开展实地观察, 使用统一的清单记录该场所中母婴设施的设备配置。

(四) 个人深入访谈和焦点小组讨论

于 2017 年 11 月至 2018 年 5 月通过对公共场所 22 位使用母婴设施的 0-2 岁婴幼儿母亲进行面对面个人深入访谈, 了解其对母婴设施的需求及建议; 通过对 9 位母婴设施建设相关部门的管理者及 2 位专家 (建筑、疾病防控领域) 进行面对面个人深入访谈, 了解相关部门在推进母婴设施建设工作中承担的职责、可能遇到的困难、需要的资源及建议; 通过对母乳喂养专家及相关部门管理者的 3 组焦点小组讨论, 探究母乳喂养专家对母婴设施内设备配置的建议及相关部门在推进母婴设施建设工作中承担的职责和可能遇到的困难及需要的资源。

三、研究结果

(一) 国内外经验总结

检索结果发现, 国外部分发达国家如日本、美国、英国、澳大利亚等国家母婴设施建设相关的法律或规范比较完善, 这些国家的母婴设施配置率较高, 设施内设备较完善。

日本^[2]在 2006 年的《无障碍法》和少子化对策中开始关注母婴设施的建设, 之后在《城市建筑物无障碍化条例》中明确规定公共场所母婴设施的建筑标准及其相关内容。日本^[3]法律规定, 在婴儿逗留且建筑面积超过 5000 平方米的场地必须提供母婴室。美国^[4]于 2010 年 3 月颁布了《患者保护与评价医疗

法案》，要求雇主为哺乳母亲提供休息时间和私密空间来挤奶支持母乳喂养直到孩子 1 岁。美国^[4]各州也制定相应的法律来支持母乳喂养，这些法律规定：雇主不得歧视哺乳的员工、公开场合可以哺乳等。英国^[5]以规划指引方式规定：小规模公共建筑，例如图书馆、政府办公室、小型酒店餐馆，提供不少于 75 平方英尺（约 8.33 m²）的育婴间，大规模公共建筑，例如商场、体育馆、中央图书馆、会议展览馆，更要提供 120~250 平方英尺（约 13.33~27.78 m²）的独立育婴室。澳大利亚^[6]彭里斯市议会于 2005 年提出了公共场所母婴设施配置的基本要求：面积小于 300 m² 的社区公共建筑、占地面积小于 100 m² 的开发项目、座位数小于 30 个的饭馆应在卫生间设置尿布台（男卫生间、女卫生间及残疾人卫生间）；建筑面积在 300~1000 m² 的社区公共建筑需设置 10 m² 的母婴室；所有面积在 1001~2000 m² 的社区公共建筑应设置 20 m² 的母婴室；面积大于 2001 m² 的开发项目应设置 30 m² 的母婴室，除了独立的授乳空间、尿布更换处，还需要具备餐台、洗手台以及良好的通风设备。新加坡^[5]在 2002 年制订《建筑物无障碍通道指引》中，要求商场、休憩及文娱设施要在洗手间附近设置独立的育婴间。

检索发现，中国香港和台湾地区对母婴设施建设的关注较早，大陆地区各省市对母婴设施建设的关注较晚。中国不同省份或地区对公共场所母婴设施关注程度也不同，部分地区及城市如香港、台湾、苏州等已经制定母婴设施的建设指南，部分地区如陕西省、北京市、南京等印发母婴设施建设的相关文件或规范，但部分城市仍未颁布公共场所母婴设施建设的相关规定或意见。

中国台湾地区台北市于 1998 年制定了《台北市公共场所母乳哺育自治条例》，2010 年台湾^[7]制定并完善了《公共场所母乳喂养条例》，该条例不仅保护了妇女在公共场所哺乳的权利，并提出在公共场所设置母婴设施以支持妇女在公共场所哺乳的权利。关于母婴设施的建设指南，台湾行政院卫生署制定的《公共场所哺（集）乳室设置及管理标准》中做了具体要求。香港^[8]食物及卫生局等多个部门于 2008 年 8 月制定《育婴间设置指引》，明确育婴间的基本要求，以推动各政府部门设置育婴间。2009 年 2 月香港区政府发出有关《商业楼宇提供育婴间设施》的作业参考，以推动及指导私人商业楼宇设置育婴。

中国大陆地区在 2012 年国务院颁布的《女职工劳动保护特别条例》提出：女职工比较多的用人单位应当根据女职工的需要，建立女职工卫生室、孕妇休息室、哺乳室等设施。2016 年国家卫生健康委员会（原卫计委）联合其他九部委印发了《关于加快推进母婴设施建设的指导意见》。国家《意见》的出台，导致了 2017 年 3 月至 2018 年 6 月间，诸多省对于公共场所母婴建设的重视，广东省、湖北省、福建省、浙江省、陕西省、贵州省、重庆市、天津市、江苏省、江西省、北京市等 11 个省和直辖市^[9-19]相继发布了关于公共场所建设母婴设施的政策性文件。

相比于以上省和直辖市，部分地级市如深圳市、苏州市、广州市对公共场所母婴设施建设关注较早、较主动。苏州市于 2016 年 11 月 29 日通过《苏州市公共场所母乳哺育设施建设促进办法》，2017 年 3 月苏州市制定《苏州市公共场所母乳哺育设施建设指南》。广州市于 2016 年出台全市公共场所母婴室建设

《三年行动计划》，将母婴室建设纳入 2017 年市政府十件民生实事，之后广州市妇联制定《广州市公共场所母婴室建设指导手册》，指导公共场所母婴设施的建设。

(二) 上海公共场所母婴设施建设现状

1. 上海市各类公共场所中母婴设施建设现状

调查显示，截止 2018 年 2 月，上海 5 类 249 个公共场所中建有母婴设施的场所共 97 个，母婴设施覆盖率为 39.0% (97/249)，母婴设施总数达 322 个，其中独立母婴室有 115 个，面积在 10m² 以上的母婴室有 35 个。

各类公共场所母婴设施覆盖率由高到低依次为：医疗机构为 58.8% (47/80)、商业中心为 52.5% (21/40)、交通枢纽 46.2% (12/26)、旅游景区及游览娱乐场所为 18.6% (13/70)、公共办事机构为 12.1% (4/33)。医疗机构中，妇幼保健 / 儿科专科医院的母婴设施覆盖率高于综合医院。交通枢纽中，城际间交通枢纽(机场、火车 / 高铁站、长途客运站)的母婴设施覆盖率为 100.0%。市内交通枢纽(地铁站)的母婴设施覆盖率较低，仅为 12.5 (2/16) %。

2. 卫生体系所属机构母婴设施建设现状

截止 2018 年 3 月，调查的 1106 所卫生体系所属机构的母婴设施的总体配置率为 25.0% (277/1106)。

所有的公立医疗机构中，除二级综合医院和其他医院，其余医院的母婴设施配置率均大于 60.0%，其中三级妇幼或儿科专科医院的母婴设施配置率最高，为 100.0%，其次母婴设施覆盖率由高到低依次为：二级妇幼 / 儿科专科医院 77.8% (14/18)、三级综合医院 69.6% (16/23)、社区卫生服务中心 62.3% (152/244)、二级综合医院 37.9% (22/58)，其他医院的母

婴设施配置率最低，为 20.4% (11/54)。

民营医疗机构中妇幼 / 儿科专科医院的母婴设施配置率较高，为 63.2% (12/19)，综合医院的母婴设施配置率低，为 16.3% (13/80)，其他医院的母婴设施配置率最低，为 5.1% (27/531)。非医疗机构的母婴设施覆盖仅为 9.2% (7/76)。

调查显示 17 所机构已经在建母婴设施，62 所机构计划 2018 年增设母婴设施。预计公立医疗机构中除二级综合医院和其他医院外，其余医疗机构 2018 年底预期的母婴设施配置率均大于 70.0%，其中三级和二级妇幼 / 儿科专科医院 2018 年底预期的母婴设施配置率均大于 80.0%。调查结果也显示具备产儿科的医院的母婴设施覆盖率高于不具备产儿科的医院。

非参与式观察结果显示，截至 2018 年 4 月上海交通枢纽、商业中心、旅游景区及游览娱乐场所、工作场所及医疗卫生机构 5 类共 252 所公共场所中建设母婴设施的场所有 87 所，母婴设施配置率为 34.5% (87/252)，低于机构上报结果。建有母婴设施数量 318 个，独立母婴设施高于 103 个，面积大于 10m² 的母婴室多于 25 个。大型场所(面积不小于 1 万平方米或日客流量不小于 1 万人的场所)共有 133 个，其中建有母婴设施的场所有 56 个，母婴设施配置率为 42.1% (56/133)。母婴设施内设备配置不一，其中交通枢纽内的母婴设施配置较齐全，老旧的商业中心、部分社区卫生服务中心、公园等游览娱乐场所母婴设施内设备配置不完善。医疗机构中的母婴设施较缺乏尿布台和洗手台。部分医疗机构存在卫生条件不佳、面积狭窄的问题。

(二) 上海公共场所母婴设施建设存在的

问题

结合走访观察和访谈设施使用者及相关部门的管理者, 研究发现母婴设施存在以下问题: 建有母婴设施的医院、商场内母婴设施数量少、空间狭窄、不能及时满足使用需求, 部分老旧场所及地下公共场所建设母婴设施难度较大, 已建成的部分母婴设施由于缺乏管理与维护, 存在卫生条件不佳的情况, 部分母婴设施使用率较低等问题。

(三) 上海公共场所母婴设施建设需要的资源

访谈母婴设施建设相关部门的工作人员发现, 建设母婴设施需要资源支持, 如政策支持、财政投入、母婴设施建设指南/标准、管理与维护标准等。

大部分访谈对象提到目前一些公共场所缺乏母婴设施, 是因为在公共建筑规范或者行业管理规范中未要求或建议将母婴设施建设纳入其中, 因此该场所建设初期未考虑母婴设施的建设。部分访谈对象表示公共场所如商场、公园、地铁站等母婴设施的建设与维护缺乏财政来源, 如公园、老旧商场等在场所改建时或可申请费用建设母婴设施, 但是如果近期没有改建计划则没有财政来源支持母婴设施的建设, 因此母婴设施建设需要财政投入的支持, 如政府将母婴设施纳入城市发展规划、为母婴设施建设提供专项资金; 商场或可吸引社会资金的投入来建设母婴设施。很多访谈对象表示目前各类公共场所均根据自身的需求设置母婴设施, 母婴设施缺乏统一的建设标准。很多访谈对象提到, 目前公共场所的母婴设施缺乏管理与维护的标准, 卫生和消毒要求都不明确, 因此需制定公共场所母婴设施管理和维护标准。

(四) 上海公共场所母婴设施建设推进及设施设置

访谈结果显示: 母婴设施建设应由市政府负责推进。虽然现阶段上海可以通过多部门联合发文的形式制定母婴设施建设的实施意见, 但是部门发文耗时长、效力有限, 因此需要通过市政府发文扩大母婴设施的影响力, 推进各类场所建设母婴设施。访谈中很多访谈对象表示, 母婴设施建设工作涉及多个部门之间的合作, 因此需要明确各部门职责, 同时需要协调多部门工作的机构。访谈对象认为在母婴设施建设中妇儿工委、卫计委可承担协调工作, 住建委主要负责制定母婴设施的建设指南, 同时在建设项目审批过程中关注母婴设施的审核, 促进公共场所母婴设施的建设; 母婴设施的卫生标准可由卫生部门制定, 由卫计委监督实施; 发改委可负责将母婴设施建设纳入城市发展规划, 为母婴设施建设提供一定的财政投入; 除此之外, 访谈对象们认为各部门的职责之一是推进行业内母婴设施的建设、管理与维护。目前已建设母婴设施的场所均是根据自身场所需求建设母婴设施的, 母婴设施内设备配置不一, 因此访谈对象们认为需要制定母婴设施指南/标准统一指导公共场所设置母婴设施及设施内必备设备的配置。

四、结论或思考

研究发现, 上海公共场所母婴设施覆盖率总体较低, 不到 40%, 现有的母婴设施内设备配置不一, 且部分母婴设施存在卫生条件不佳、缺乏管理与维护标准等问题。国内外部分国家或地区如日本、美国、英国、澳大利亚及中国的台湾和香港地区, 母婴设施覆盖率均较高, 母婴设施内设备较完善, 这些国家或地

区关于母婴设施建设的政策或规范较完善,因此可以借鉴这些国家的经验,尽快完善上海公共场所母婴设施建设相关的政策规范。

公共场所母婴设施建设涉及较多部门,虽然现阶段上海可以通过多部门联合发文的形式制定母婴设施建设的实施意见,但是部门发文耗时长、效力有限,因此建议宜由市政府直接推进母婴设施建设,这样有利于较快推进各类场所建设母婴设施。对于建设公共场所母婴设施需要的财政资源,建议可由发改委负责将母婴设施建设纳入城市规划,为母婴设施建设提供一定的财政投入,同时吸引社会资金的投入。上海公共场所母婴设施存在设备配置不一、卫生条件不佳等问题,可能原因是缺乏母婴设施的建设指南、缺乏管理与维护标准,因此推进上海制定公共场所母婴设施建设指南,有利于完善母婴设施内设备配置和维护卫生条件等。

基于以上结果,本研究对上海公共场所母婴设施建设的建议如下:

(一) 上海公共场所母婴设施建设由卫计委、妇儿工委负责协调,邀请并纳入更多的相关职能部门

上海公共场所母婴设施建设宜由上海市政府负责主导,建议市卫计委负责指导督促上海市医疗服务机构的母婴设施建设以及上海市公共场所母婴设施卫生标准的制定与监督,会同相关部门推动本市母婴设施建设,组织做好母婴设施建设、推进、使用情况总结和评估;发改委负责对上海母婴设施建设拟定政府工作计划,将母婴设施建设纳入城市发展规划;妇儿工委、卫计委负责母婴设施建设相关部门的协调组织工作;妇联负责母婴设施建设、使用的宣传倡导,提高全社会对母婴设施建设

的重视程度;文明办负责将母婴设施纳入创建文明单位的考核指标中;住建部门负责将母婴设施建设纳入市政公用建设、公共服务建设配套设施中,联合上海质量技术监督局、上海市建筑建材业市场管理总站等部门共同制定、协调上海公共场所母婴设施建设标准和规范;交通委负责指导督促交通枢纽(包括地铁站、汽车站、高速公路服务区)等公共场所母婴设施的建设与实施;总工会负责指导督促用人单位建设女职工休息哺乳室,维护女职工权益;上海市机场集团负责落实机场以及移动空间(包括飞机)母婴设施的建设和管理、维护工作;上海铁路部门负责落实火车站、高铁站以及移动空间(包括火车、高铁、地铁)的母婴设施建设、管理和维护;市绿化市容局负责上海公园、绿地的母婴设施的建设、管理和维护工作;上海市旅游局负责景区、休闲游览场所的母婴设施的建设、管理和维护工作;上海市文广局负责博物馆、文化馆等场所母婴设施的建设、管理和维护工作;上海市商务委负责促进商业中心母婴设施的建设、管理和维护工作。

(二) 制定上海公共场所母婴设施建设的规范性文件,倡导公共场所母婴设施的建设

为提高上海公共场所母婴设施的配置率,达到《意见》中的目标,应尽快制定母婴设施的规范性文件,由市政府主导发文推进母婴设施建设的实施意见。

(三) 建设母婴设施的财政投入可考虑政府财政投入、社会组织投入

对于建设母婴设施缺乏财政来源的问题,可考虑政府投入财政来源,如发改委将母婴设施建设纳入上海市社会发展和城市规划,成立母婴设施建设的专项资金,由需要建设母婴设

(下转第17页)

◀ 卫生与健康 ▶

上海健康云构建协同高效的整合型健康服务模式

宋琼芳¹ 杨海燕²

- (1. 上海市健康促进中心, 上海 200040 ;
2. 万达信息股份有限公司, 上海 200040)

着眼于构建优质高效的整合型医疗卫生服务体系, 全方位持续支撑“四梁八柱”新医改方案的落地, 上海市以居民电子健康档案和电子病历为核心, 以为市民提供智能、便捷健康服务为主线, 率先探索建立上海健康云“总门户”, 面向全人群创新提供“预约挂号如约至”“健康档案随时查”“预约接种不用等”“亲情账户亲人管”“家庭医生在线签”“慢病管理医生帮”“体征指标智能测”7大核心应用, 建设数字化健康管理体系, 打造“医、药、防、养、康、护、健、保”融合的“八位一体”协同高效的新型健康保障综合服务模式, 推进以疾病为中心向以人民健康为中心转变。

一、树立“云思维”, 实施慢病防控“新战略”

在一二三级医疗机构医疗信息互联互通、业务协同基础上, 2014年以来, 上海市探索政府主导、社会参与、共同建设方式, 由市卫生健康委与万达信息股份有限公司战略合作建设上海健康云平台, 构筑“医防融合”新型慢性病全程健康管理体系, 提供综合性、全程有效的健康管理服务。

运用云计算、大数据、物联网和移动互联网技术, 上海健康云面向市民、家庭医生、临床医生和公共卫生业务管理等人员, 采用专

业公共卫生服务与辅助医疗服务相结合方式, 聚焦重点人群(如高危人群、新病人、难治性病人等)和适宜技术, 实现对以高血压、糖尿病、脑卒中等慢性病为主的疾病患者、并发症患者、高危人群的识别、筛选、推送, 通过有序分诊, 实现主要慢性病整合管理; 支持社区卫生服务中心、综合性医疗机构和公共卫生专业机构协同落实“三位一体”的全程健康管理, 有力支撑慢性病综合防治, 强化基本公共卫生服务。

二、创新“云管理”, 构建医防融合“新平台”

上海健康云平台管理系统和 APP 同步开发, 主要为市、区卫生健康委、各级医疗卫生机构、社区卫生服务中心、企业、居民个人, 提供包括物联网体征测量服务、居民健康服务、家庭医生服务等公共卫生服务内容以及第三方增值健康服务。健康云由数据资源管理、服务资源管理、应用服务支撑、综合管理及决策支持4个子平台和1个云知识库构成, 通过居民端 APP、医生端 APP 连接医生和居民的服务。云平台支撑在健康信息网数据中开展高危人群筛查, 促进慢性病高危人群和患者的自主登记、纳入规范管理等应用; 并由社区家庭医生团队实施精准筛查发现并发症风险, 再通

过“1+1+1”分级诊疗体系转诊至专科医生团队,实现签约居民享有的慢性病长处方、延伸处方、向上级医院预约优先转诊一系列优惠措施。

以个体健康风险评估为健康管理切入点,健康云充分发挥二、三级医疗机构对社区双向转诊、人员培训、技术指导等慢性病防治中的作用,确保慢性病患者按需转诊、逐级转诊实现全程管理,通过流程再造,大力助推分级诊疗,逐步实现了从居民被动看诊向自主选择互联网+健康服务的转变,切实提升群众对新医改的感受度和满意度。

三、畅通“云入口”,提升公共服务“新体验”

通过智能物联终端设备,上海健康云将健康管理下沉到社区站点,打通面向市民的“最后一公里”;根据健康人群、高危人群、患病人群及疾病恢复期人群分层分类需求,为上海市民提供统一的“互联网+医疗健康”公共服务的总入口,力求实现“健康一门入、预约一键通、服务一站式”。一是通过实名认证的注册用户和本人授权签约的家庭医生查询个人健康档案信息,让家庭医生提供个性化、精准化健康服务,并长期跟踪、预测预警。二是开展针对慢性病高危人群和确诊患者的体征指标数据的监测和管理,实施定制化的异常提醒、健康干预,及时了解在管病人的病情控制情况,及时干预潜在危险因素,并提供在线健康咨询轻问诊服务、预约诊疗和分级转诊服务,解决患者的实际需求。三是借助家庭医生签约服务实现居民自我健康管理和预防,并依托云端医疗资源整合,让居民在家门口享受预约二三级医院的优质专科服务资源。四是推进“分时预约+医疗后付费”的居民社区就医服

务模式,利用云端技术再造就诊流程,解决候诊和缴费时间长、频繁缴费等问题,最终实现用户需求流、信息流和业务流的整合,优化医疗资源配置,有效缓解看病难。

四、制订“云清单”,深化健康行动“新内涵”

上海健康云为公共健康服务注入全新内涵:面向社区内常住居民尤其是0~6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等重点人群,逐步实现参保居民全覆盖为服务对象,汇总形成基本公共健康服务目录清单;服务内容涉及基础服务、应用服务和嵌入服务3大类28项服务,提供涵盖公共卫生、医疗服务、免疫接种、儿童保健、妇女保健、家医签约、预约挂号、健康咨询、健康评估、慢病管理、专病管理等多方面的医疗健康服务,通过政府购买服务、社会资源引入等方式,整合社会健康管理机构的资源,增加公共健康服务项目,对居民提供多元的健康服务项目,以满足不同社区、不同居民的健康服务需求。通过健康云平台数据挖掘、建模,商业保险企业依法利用大数据资源开发住院险、重疾险、单病种恶性肿瘤等新型健康保险产品,丰富多元化医疗保障。

截至2019年11月,上海健康云线上服务的移动端应用APP在全市全面开展,已拓展至16个区246个社区及1200多个社区卫生服务点,注册居民账户达522.75万,注册家庭医生17528人;累计上传2140万人次体征电子数据、156.36万人异常人群信息用于临床参考和慢病随访依据。同时,提供糖尿病早发现 and 并发症筛查(包括糖网筛查)信息化服务,已查出糖尿病前期4.52万人、糖尿病患者3.97万人;筛查出并发症病变总15.96万人。按卫
(下转第42页)

《人口信息》

(双月刊)

2020年第1期

(总第228期)

2020年2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 部：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