

事实上,关于生育新政启动后出现“婴儿潮”的担忧被一些专家当成笑谈,因为我国的总和生育率在1.5~1.6之间,几乎已经达到超低生育率的水平,更何况百姓的生育意愿已经发生明显转变。

据统计,全国符合条件的家庭约有1100万户,但上半年申请再生育比例未达3%。

## “二胎”难舍难求?

■本报记者 张楠 见习记者 郭爽

“你家还打算生个孩子吗?”自我国单独两孩政策全面放开后,这一话题成了许多人茶余饭后聊天的必备话题。对于符合条件的家庭,生与不生不再是政策问题,而是个人意愿问题。

随着5月29日河南省单独两孩政策落地,全国除西藏、新疆外的29个省(区、市)均已启动实施单独两孩政策。

7月10日,关于我国单独两孩政策推进实施落实情况,国家卫生计生委召开新闻发布会。记者从会上获悉,截至5月31日,全国提出再生育申请的单独夫妇共有27.16万对,已批准的有24.13万对。

关于各地医院妇产科“一床难求”、社会抚养费收支挂钩的新闻也开始屡见报端。

### “婴儿潮”没出现

预测中可能因单独两孩政策启动引发的“婴儿潮”,并未出现。

以1月17日在全国率先启动新政的浙江省为例,到5月底,该省单独夫妇再生育申请受理4.73万例,已审批4.31万例;单独夫妇已再生育2444人,预计全年单独夫妇再生育的出生人数约为2万。

对此,浙江省卫生计生委副主任王国敬表示:“今年实际出生人口数要比我们预计的少很多。”浙江省曾预测,新政实施第一年,该省出生数增量约8万人。

而在全国范围,符合条件的家庭约有1100万户,上半年申请再生育比例未达3%。

但各大医院妇产科“一床难求”的现象确实存在,为拆解难题,北京市卫计委甚至在今年4月提出新规:对于没有高危因素的孕妇,须在二级及以下助产机构建档分娩。

“在单独两孩政策落地前,大家已经反映‘一床难求’了。”卫生计生委计划生育基层指导司司长杨文庄分析认为,1985~1991年出生的人口正引领我国第四次人口生育高峰,其累积的生育需求,对妇幼保健资源提出了严重挑战。

“并且‘一床难求’主要指的是三甲医院、儿童医院等。事实上,像北京,各个区县医院包括乡镇医院,条件都还不错。”杨文庄认为,“总的看,妇幼资源还是能够满足目前政策实施后新增人口需求的。”

事实上,在我国首个“人口特区”山西翼城,两孩政策从1985年便开始实施,但全县人口保持着稳定的发展水平,甚至曾经出现人口负增长。

一直以来,全国低生育水平也都处于长期稳定中。你时时会听到身边朋友说:“我只想全心全意爱一个孩子。”或者“生得起,养不起”。

北京大学人口研究所教授穆光宗认为,“更不用说在生育过程中很多非经济的成本,比如谁来带孩子、在养育过程中可能损失的机会成本。”

### 信息化、承诺制应对“一证难求”

在单独两孩政策落地前,我国生育政策主要有几种类型:“一孩政策”;“一孩半政策”,部分省区的农村夫妇,如第一个孩子为女孩,可再生育一个孩子;“双独两孩政策”;部分地区少数民族农牧民可执行“三孩政策”。

不论哪种类型的生育政策,“一证难求”都曾广泛存在。计划生育服务证在民间仍被“尊称”为“准生证”,为之“跑断腿”、盖了十几个大红章还是办不下来的报道不鲜见。

许多人担心,一孩尚且如此,二胎岂不更让人“跑断肠”?

杨文庄在回答记者提问时表示,卫计委非常重视生育证办理问题,正在启动婚育证明的电子化试点,推行网上办证。并且,针对流动人口信息难

核实、独生子女身份界定等特殊问题,卫计委将推进办证承诺制。

在湖北省,网上办证已经基本实现全部覆盖。湖北省卫生计生委主任杨云彦介绍,该省上半年网上受理一孩生育服务证26.57万件,受理生育证办理5.28万件。同时,该省已取消一孩生育服务证申请领取制度,取消省内流动人口纸质婚育证明。

浙江省已在条件成熟的地方开展网上审批服务,一般10天左右即可办完再生育审批程序。

而关于同样广受关注的社会抚养费收支挂钩现象,杨文庄表示,根据国家审计署的相关报告,问题确实存在。“卫计委态度非常明确,要求严格执行收支两条线,防止坐收坐支,对社会抚养费出现的一些挪用、贪污的行为严格依法处理。”

### 人口结构性矛盾待解

进入本世纪以来,我国人口形势发生了重大的转折性变化,低生育水平长期稳定,人口结构性问题日益突出,劳动年龄人口开始减少,人口老龄化速度加快,出生人口性别比长期偏高,家庭规模持续缩减,发展能力有所弱化等问题,是调整生育政策的重要驱动。

事实上,关于生育新政启动后出现“婴儿潮”的担忧被一些专家当成笑谈,因为我国的总和生育率在1.5~1.6,几乎已经达到超低生育率的水平,更何况百姓的生育意愿已经发生明显转变。他们认为,人口红利加速消失才是更应该担忧的问题。

人口红利,是指一个国家的劳动年龄人口占总人口比重较大,抚养率比较低,为经济发展创造了有利的人口条件,整个国家的经济呈高储蓄、高投资和高增长局面。

2011年,我国15岁~59岁劳动年龄人口规模达到峰值9.4亿人,2012、2013年劳动年龄人口总量分别下降了345万、244万,预计2023年后将年均减少800万人左右。

计划生育一头连着发展,一头连着民生。穆光宗认为,“令人怀念的人口转变带动经济增长的局势”

很难复现了。

“性别比失调同样是社会健康发展的潜在威胁。”杨云彦认为。

我国2013年出生性别比高达117.6,是全球最高的国家。婚育新风进万家活动专家组组长原新表示,我国已累计多出生2400万~3400万男孩:“这样导致先天性、原发性的性别结构失衡,必然会影响到未来整个中国人口的婚配、就业方面的性别结构。”

杨云彦指出,在“治标”上,我国正加大对“两非”(非医学需要的胎儿性别鉴定、非医学需要的人工终止妊娠)的打击力度,但到目前为止的效果不是很理想。

而“治本”就更是个长期过程。原新表示:“出生人口性别比偏高从文化基础上来说就是男孩偏好。”杨文庄提出,一方面要提高妇女地位,一方面应妥善解决养老问题,进一步消除“养儿防老”的社会基础、经济基础,才能逐步减弱这一现象。

对于被认为能有效缓解人口结构性矛盾的“全面二孩”政策何时放开,国家人口计生委专家委员会委员翟振武和杨文庄等纷纷表示,时机未到。



- 2014年7月11日 第25个世界人口日,我国主题为“弘扬婚育新风,共创健康幸福生活”,引导年轻人树立正确的婚育风尚。
- 2014年5月29日 河南单独两孩政策落地。
- 2014年2月27日 全国计划生育工作电视电话会议举行,关于单独两孩政策,李克强作批示,刘延东作讲话。
- 2014年2月22日 北京单独两孩政策启动。
- 2014年1月17日 浙江单独两孩政策生效。
- 2013年11月15日 全国人口计生委(卫生计生委)主任座谈会举行,卫生计生委主任李斌、副主任王培安等关于单独两孩政策讲话。
- 2013年11月12日 十八届三中全会通过启动实施单独两孩政策。



制图郭刚 台禹微

### 悦图



### 全神贯注

基础医学研究能够揭示疾病发生发展的分子机制,能够为疾病的早期诊断和治疗提供重要帮助,如筛选疾病诊断的早期标记物、筛选药物靶标等。基础医学研究对现代医学的发展有很大的指导作用。

图为中国医学科学院基础医学研究所的科研人员和研究生在全神贯注地进行科研工作。



- ①实验室王老师正在指导研究生做实验。
- ②研究生正在配制试剂,为后续实验作准备。
- ③研究生正在进行基因扩增(PCR)实验操作。

(成洁供图)

### 医事医评

## 院前急救难题谁来解

■张海涛

院前急救作为一种公共资源,是为当地公民提供的一种快速便捷的急救医疗服务。

无论是日常急救还是突发公共卫生事件救援,都是代表政府对公众的一种服务形式。尤其在日常急救中,其配置率与利用率直接关系到当地区域内每个人对急救资源可及的公平分配。

作为个体来讲,在日常急救紧急状态下,如因种种原因无法应用急救资源,可能会直接导致伤病人员因抢救不及时,出现伤残率和病死率增高,政府服务形象就会大打折扣。近来屡见此类负面报道。

院前急救成了公众眼里的“难题”,究其原因,个人分析不外乎两方面,其一急救资源(人力、物资、站点配置等)严重匮乏,另一方面是急救资源使用浪费过度,如公众随意拨打急救电话、空车率增加、非紧急疾病使用救护车等。

急救资源的匮乏有多方面原因。

其一是体制模式的构建。全世界最具代表意义的院前急救模式主要有两种,仍在不同的学术范围有所争议,并根据国家制度有所差异:法德模式,是将医院搬送到患者身边,配备医务人员和全方位的抢救治疗设备、药物等;英美模式,是将患者转运到医院,配备救护员和简单的抢救治疗设备、有限的药物等。

我国体制模式的构建尚缺乏一个统一规划,多种模式(独立型、依托型、指挥型等)建设急救中心有相当的随意性,经济好的城市就独立建急救中心,经济

差的城市就单纯建调度中心,或者委托别的医院来做。各种模式各有其优缺点,多数难与当地经济发展、人员配置等相适应。

其二是职业规划。院前急救风险高,劳动强度大,不被认可,没有发展,尤其独立型急救中心无法在医院进行锻炼,急救医生技术水平发展缓慢,没有技术成长。而且,地方经济对院前急救的不重视与管理人急救理念的陈旧,导致国外院前急救新型诊疗手段无法应用,比如床旁快速检测、旁超声等应用。

具备执业医师资格的院前急救医生,多数时间却在协助国外救护员抬患者、推担架车等,从事的是搬运工的工作,职业感差,且待遇低下,人才流失严重。

其三是缺乏系统管理。院前急救是一门集医学、通信学、指挥学、公共关系学、危机应急学、交通学、医学管理学等诸学科为一体的综合学科。

院前急救最不能忽视的专业是医学,因此一定要从医学角度进行管理。在国外,院前急救的领导一定是出自长期工作在一线、具有20年以上经验的实践家,而我国院前急救的管理层多数出自非急救专业,甚至少数管理层来自非医疗专业,着重点千差万别,因此服务内容也五花八门。

而造成急救资源过度使用、产生浪费,也有几大原因。

首先是急救电话的恶意骚扰。急救电话是百姓的“生命线”,但经常遭遇有人打急救电话进行恶意骚扰,对医疗资源

造成了极大浪费。造成真正需要急救的病人很可能因此被耽误。

其次是急救车量的滥用。目前多数地区院前急救收费相对偏低,甚至救护车收费等同于当地出租车费用,因此,感冒发烧也使用救护车,急救车被当成出租车使用,导致急救资源的进一步匮乏。

再次是盲目转运患者。在多数发达国家,院前急救人员会依据患者的病情和各家医院实际状况,通过信息互动将患者转运到合适的医疗机构。

我国院前急救转运患者是“救急、就近、救能力、就自愿”的“四就(救)”原则,但因院与院各自独立,没有有效的信息交流平台,急救人员并不了解医院的实时情况,往往是一厢情愿将患者就近,或者尊重患者或家属的意愿选择转运目的地医院,而后出现了反复转诊,或者无法及时将患者送入院内急诊科的尴尬状态。

如何破局,是一个复杂的系统工程。卫生行政部门应做好顶层设计,不能盲目跟风引进;人才确保是百年工程,院前急救不单是缺少人才,更重要的是缺人;救护员的引入……

短期内能不能解决这些问题,不仅要考虑到整个院前急救的执业规划,更要考虑到与法律层面的冲突。谁来监管救护员?谁对救护员进行医疗质控?经费如何确保?如何有一个合理的职称职务的晋升序列?如何对急救资源浪费进行宣教?一系列的难题摆在面前,不解决这些问题,单靠职业使命和习惯难以维系。