

中国的健康转变、人口老龄化与医疗和照料需求

郑真真

中国社会科学院人口与劳动经济研究所

21 世纪上半叶将是中国人口老龄化快速发展的阶段, 人口、健康、社会经济等诸因素的共同变化将带来老年患者规模的增长、照料需求的增长和供需差距的加大, 以及医疗服务需求和费用的增长。中国的疾病流行模式已经处于慢性病流行阶段, 尽管卫生部门已经意识到慢性病是中国健康的最大挑战, 但是还应当认识到, 与此同时发生的人口老龄化, 更进一步提升了患慢性病的人数, 因而使得挑战更为严峻。在人口快速老龄化和健康转变的双重作用下, 国家的应对策略至关重要。中国需要从可干预因素入手, 从生命起点入手, 及早制定应对措施, 有效应对人口老龄化和健康转变的双重挑战。中国健康转变的历史轨迹明显地反映出国家政策对转变进程的干预, 未来中国人口健康的发展方向显然也会在很大程度上取决于国家政策取向。

一、中国人口健康: 现状与发展趋势

描述一个人口的健康状况可以有不同的方式。例如, 可以从非常健康到非常不健康分层次评价健康状态 (重要应用于主观评价); 可以从不同方面测量健康, 如没有疾病、患病后能够康复、自己感觉健康、日常活动没有困难、能够应对压力、有良好的卫生习惯等; 更多使用的健康状况是从疾病方面描述, 隐含着健康就是没有疾病、而患病则导致不健康的观点, 如患病率以及综合了死亡和患病信息的健康预期寿命; 近年来学界提出了用连续变量衡量多维健康状况的脆弱指数 (frailty index), 或称健康累计亏损指数 (cumulative health deficit index), 是一个可以反映个体在躯体、功能、心理、营养和社会适应多个维度的综合指标。不过, 这些健康状况的描述大多需要专项调查获得数据。国家定期发布的群体指标如发病率、患病率, 还有根据人口普查获得的分年龄死亡状况综合估计的平均预期寿命, 仍是最为常用的人口健康指标。

20 世纪 50-70 年代中国成功地在大部分地区控制了传染病的流行、摆脱了饥荒的困扰, 在不到 30 年的时间有效地降低了死亡率, 完成了从瘟疫饥荒到传染疾病下降的两个阶段的转变, 将人均预期寿命从不到 40 岁迅速提高到 65 岁。根据最近一次人口抽样调查结果估计, 中国人口 2005 年的出生预期寿命为 73 岁 (男性 71 岁, 女性 74 岁)¹, 在国际上处于中上等水平, 介于全球平均水平和较发达国家水平之间。

在死亡率下降的同时, 死因构成也发生了同样迅速的转变, 因感染性疾病及母婴疾病而死亡的比例逐年下降, 慢性病占死亡原因的比例则相应上升, 自 20 世纪 80 年代以后成为城乡地区的最主要死因, 占有所有死亡原因的 80% 左右, 这种构成已经与发达国家相似。2009 年恶性肿瘤、脑血管病和心脏病占城市死亡原因的 68.14%, 占农村死亡原因的 64.66%²。

根据中国卫生服务调查, 2008 年中国人口的慢性病患者率为 18.9% (城市为 28.3%, 农

¹数据来源: 中国卫生部: 《2010 中国卫生统计提要》

² 同上。

村为 17.1%)。中国城乡居民慢性病患病率最高的前 5 位依次是高血压 (54.9%)、胃肠炎 (10.7%)、糖尿病 (10.7%)、类风湿性关节炎 (10.2%) 和脑血管病 (9.7%)；不过城市的高血压、糖尿病和脑血管病患病率相对更高，分别为 100.8%、27.5% 和 13.6% (卫生部统计信息中心，2010)。尽管中国人口疾病构成模式与发达国家相似，但根据世界卫生组织统计，中国的慢性病死亡率远远高于发达国家，例如中国的心血管病和中风的死亡率是日本的 3 倍左右，慢阻肺死亡率是日本的 30 倍，说明中国在慢性病治疗和控制方面的能力与发达国家相比仍有很大差距。

如果将死亡率影响因素分解为“人口因素”和“非人口因素”两类，可以看到中国的疾病流行模式和死亡率变化在不同时期的主要影响因素不同 (杨功焕，2007)。人口因素是指由于人口学特征构成 (如年龄和性别结构) 的变化导致的总人口患病率与死亡率的变化，大部分疾病的患病与死亡具有明显的年龄相关模式。尽管人口结构变化是可预测的，但是难以改变。非人口因素的影响则更为复杂多样，包括个人的日常生活方式和行为方式、就业和经济收入、居住环境和社会支持状况，政府的卫生医疗政策、制度和保健服务，医疗技术的发展等，但这些因素大多都是可改变或可控制的。在 1950-1975 年的死亡率下降过程中，中国政府在改善环境卫生和控制传染病方面的努力起到了主要作用。1975-1990 年间死亡率下降的显著趋缓，虽然反映了人口老化对健康状况改善的部分抵消作用，但也说明控制传染病的作用之局限。这段时期正是中国从流行病学转变的第二阶段向第三阶段过渡时期，但同时包括农村合作医疗在内的中国城乡医疗卫生保障系统逐渐削弱甚至完全缺失，国家无法有效应对疾病模式转变带来的医疗卫生服务新需求。而在 20 世纪的最后 10 年，人口老龄化的作用几乎完全抵消了健康状况改善的作用，说明中国缺乏应对人口老龄化的健康策略。一项对中国县区级人口长寿水平 (以 80 岁以上高龄老人占老年人口比例测量) 影响因素的研究发现，自然环境因素 (如气候、土壤、主要粮食作物等) 与长寿水平显著相关，而医疗水平 (平均医院病床数) 和城市化水平则与人口长寿水平之间没有显著相关性 (陆杰华等，2004)，反映了中国医疗卫生体系在延长人类寿命方面的作用极为有限。

国际经验表明，尽管人口因素对疾病流行模式和死亡率变化有不可避免的影响，但国家的医疗卫生和社会保障政策可以在应对变化中起到关键作用。图 1 为部分地区和国家在 1950 年至 2005 年间出生预期寿命的变化。与同是发展中国家的墨西哥相比，中国曾经在 20 世纪 70 年代赶上墨西哥的健康水平并在一段时期内与之并驾齐驱，但在 90 年代以后进展明显放慢，与墨西哥拉开了距离。泰国也在 80 年代赶上并超过了中国。

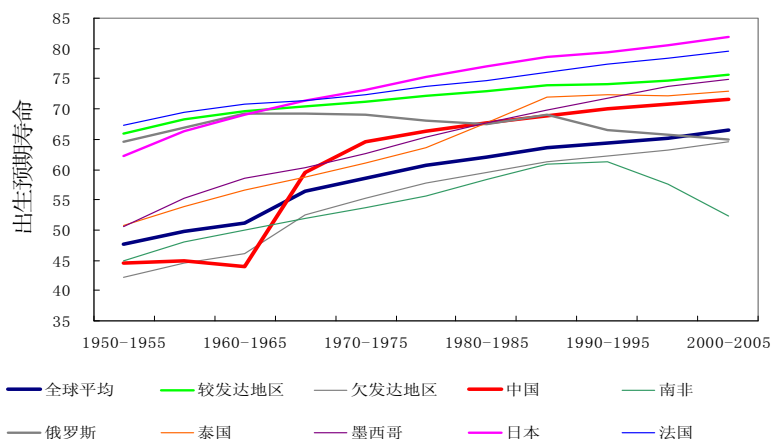


图 1 全球及部分地区和国家的出生预期寿命，1950-2005

资料来源：联合国：《世界人口展望，2010 年版》，<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/mortality.htm>。

回顾最近半个世纪的各国状况，与此前的疾病模式转变不同，人口健康的变化和发展呈现出发散的多种模式。俄罗斯的健康水平从 60 年代开始就距离发达国家越来越远，在苏联解体之后更是显著下滑，显然与社会经济转型期出现的医疗卫生体系和社会保障问题相关。南非因未能有效控制和应对艾滋病的流行，在 90 年代以后健康形势急转直下，抵消了近 30 年的努力，走上了与全球发展相悖的道路。日本则因为较成功地应对了疾病模式转变和人口老龄化带来的变化，预期寿命在 70 年代超过所有发达国家，并还有持续提高的可能。

根据专家估计，中国未来疾病流行模式的发展趋势将有几个特点（杨功焕，2007）：（1）如果能够有效控制新发传染病，感染性疾病和母婴疾病死亡将进一步下降；（2）心脑血管疾病和糖尿病等慢性病的死亡率还会上升，尤其是冠心病上升速度最快；（3）不同的癌症死亡率会有不同发展，如果仍然缺乏有效的烟草控制，肺癌死亡率还会进一步上升；而由于自 1992 年以来开始接种乙肝疫苗，预期肝癌死亡率会在 20-30 年后下降。根据世界银行最近的估计，中国在 2010 年-2030 年间，主要影响健康的疾病负担（心血管疾病和糖尿病、慢阻肺）将增长近 50%，而心血管疾病在慢性病负担中的比重将超过 50%；慢性病患病将会构成疾病总体负担的 90% 以上（世界银行，2011）。

从人口因素来看，随着人口老龄化的快速发展，不仅老年人口比例上升，80 岁以上高龄老人的比例也将上升，一些老年人特有疾病的患病率将会升高，如老年痴呆症，这种疾病可能不会明显影响死亡率变化，但其导致的认知功能障碍将会极大降低老年人生活质量和自理能力，产生更高的医疗服务和照料需求，从而会对健康服务和费用产生显著影响。因此，在人口老龄化和以退行性及慢性病为主的疾病流行模式双重作用下，老年人口的健康将对未来的医疗和照料需求产生重要影响。从疾病负担的角度，在慢性病流行阶段，患病的疾病负担上升将快于患病导致死亡的负担增长。

过去 30 年的世界死亡水平呈现出分化的趋势，在健康转变到一个较为稳定的状态后，世界趋势则又朝更高的预期寿命集中。根据联合国估计，2050 年世界平均预期寿命将达到 75.6 岁，中国有可能达到 79.2 岁（United Nations, 2011）。日本由于长期低生育率和严格控制国际移民迁入，已经是人口老龄化最为严重的国家之一，即便如此，日本人口的预期寿命还是有提高的余地，预计 2050 年可高达 87.4 岁，这无疑在很大程度上受益于日本在居民个人生活和行为方式、家庭安排和社会保障以及医疗技术发展等方面能够采取一系列措施，成功应对人口老龄化和健康转变。法国则是另一个与日本在健康方面发展轨迹相似的国家，这些国家之所以能够在婴儿死亡率已经很低、疾病流行以慢性病为主、且人口仍在持续变老的背景下，仍能较为成功地提高预期寿命，除了治疗技术发展的贡献，还有其他多种因素共同起作用，包括改变个人饮食和行为方式，改善医疗服务系统等，例如减少酗酒和吸烟、高胆固醇和高血压筛查、子宫癌和乳腺癌早期筛查、发展急救护理系统等。在这方面，中国需要学习他们的经验。

二、中国老年人口健康及地区差别

在疾病模式转变和人口老龄化的双重作用之下，中国人口健康的主要问题聚焦到慢性病问题，大约 50% 的慢性病患者在 65 岁及以上老年人口中，显然随着老年人口规模的增加，患慢性病人数也会相应增多。而老年人当中不仅患慢性病的比例高，还有很多老人患有多种慢性病。因而在疾病模式转变和人口转变的背景下，老年人的健康状况成为决策和研究的焦点之一。了解老年人口的健康状况及地区差别，对于未来应对人口老龄化背景之下的健康转变及应对策略，包括估计医疗服务和照料需求，都是必要的基础信息。

老年人口的健康状况可以从生理、心理和社会适应三个维度来衡量。不过更为方便容易获得信息的是生理健康状况，心理健康和社会适应这两方面的信息需要通过专项调查获得。国际上多使用根据生理健康状况估计的健康预期寿命（healthy life expectancy），计算时可以用老年人是否有生活自理能力为依据。老年人在失去自理能力之后的存活时期，显然不仅需要医疗服务，还需要来自家庭和社会的照料。当前众多发达国家的努力，就是设法不仅延长人的寿命，还要延长“健康”的寿命。如果预期寿命和健康预期寿命同时以同样的速度延长，被视为动态均衡的平行发展；如果寿命延长主要是延长了不“健康”者的存活时期，老人生活不能自理的时期占存活时期的比重就会提高，则被视为残障期扩张；第三种情况是随着寿命延长，老年人生活自理时期有相应更多的延长，不能自理时期占存活时期的比重缩短，被称为残障期压缩。从提高老年人生活质量的角度考虑，当然最希望看到的是残障期压缩。在欧洲和美洲的一些国家，可以分别看到这三种不同的现象。而中国地区差距和城乡差距大，在同时期的不同人群中也会存在不同现象。

心理健康可以从情绪和认知等多方面衡量。对于老年人群来说，认知功能与老年人的自理能力和照料需求最为密切，而且有认知功能障碍的老人更有可能发展为老年性痴呆，所以认知功能是描述老年健康的另一个重要指标，也有与生活自理预期寿命相似的测量，以老年人存活期间无认知障碍期为健康指标。还有人口学者提出使用预期识字寿命（literate life expectancy, 简称为LLE）将预期寿命与识字率结合，可以同时反映一个社会的健康和教育发展水平³：对欠发达国家来说，只有在健康和教育两个方面都得到改善，该指标才会有显著改善；对发达国家来说，如果老年的读写能力随着认知能力的衰退而下降，将会对预期识字寿命有负面影响

健康预期寿命。中国人口的出生预期寿命已经接近 74 岁，但是健康预期寿命只有 66 岁，与发达国家差距甚远。在中国 80 岁以上的高龄老人中，大部分长寿的老人生活质量并不高，81%患有各种不同程度的疾病；他们极少有人享受任何社会保障，很多带病老人缺乏相应的医疗卫生服务，在日常照料方面主要依靠家人（曾毅等，2004）。杜鹏等根据全国人口变动抽样调查资料，计算了 60 岁以上老年人群的生活自理预期寿命。根据国家统计局 2004 年调查，全国 60 岁及以上老人中不能自理的比例为 8.9%。2004 年健康预期余寿最高的是东部女性老人，在 60 岁时约为 22 年；最低的是西部男性老人，不到 16 年。除东部女性老人以外，大部分地区的老年人虽然能够存活更长时间，但延长的生命中将会有更长时期处于生活不能自理的状况，需要家庭和社会提供照料。他们的研究还发现，与 1994 年相比，2004 年中国老年人群的总体随着预期寿命延长呈现出残障期扩张的现象。这意味着随着更多的老年人能够存活更长时期，他们所需要照料的时间也 longer。不过，老年人群内部已经出现明显的分化，与中西部老年人相比，东部老年人不仅存活时间 longer，而且生活自理状况也相对较好，反映了他们在身体健康方面的差异，也反映了东部地区对老人较为有利的外部环境。此外，东部老人之间也存在明显的性别差异，东部女性老年人口在寿命延长的同时，生活自理时期占比也在增长，呈现出在一些发达国家观察到的残障期压缩现象（张文娟、杜鹏，2009；曾毅等，2010）。

慢性病患者情况。根据 2008 年中国卫生服务调查，中国 65 岁及以上的老年人患慢性病

³该指标用生命表方法，使用年龄别死亡率和年龄别识字率结合估算得到。指标的含义为，在当前的死亡水平和识字水平下，一个人一生有读写能力的存活平均年数。在读写能力方面，该指标兼顾了青少年文盲的问题和老年认知功能丧失的问题。详见：Wolfgang Lutz and Anne Goujun. Literate life expectancy: Charting the progress in human development. In: Lutz, Sanderson, Scherbov edits. *The End of World Population Growth in the 21st Century: new challenges for human capital formation and sustainable development*. Earthscan, 2004.

的比例为 64.5%，患慢性病和因患病影响生活的老人比例随年龄的升高而增加。但是这个比例在农村有严重低估的可能。该调查显示大城市 65 岁及以上患慢性病的比例为 97.6%，最不发达农村的相应比例为 38.7%（卫生部统计信息中心，2010）。根据 2005 年中国老年健康影响因素跟踪调查结果，老年人慢性病患者情况存在年龄组和性别间的差距，如至少患有一种慢性病的女性低龄（65-79 岁）老人占 55.7%，女性高龄（80 岁及以上）老人占 54.6%；而在男性低龄老人和高龄老人中的相应比例分别为 56.9% 和 62.4%（曾毅等，2010）。

认知功能。中国老人的认知功能随年龄显著下降，并且具有明显的地区、城乡及不同社会经济状态的差别。根据对中国老年人口健康影响因素调查结果的分析，80 岁以下的老人认知功能健全的比例约 90%，80-89 岁约 71%，90-99 岁约 46%，百岁以上老人认知健全的比例仅 24%。认知功能水平还存在显著的性别、地区差异和城乡差异：男性老人优于女性老人，受教育年限高者优于受教育年限低者，有配偶者优于无配偶者，与独居或与家庭共同居住者相比，居住在养老院者认知功能水平相对较低。老年人的认知功能水平还与其他社会经济因素相关，例如出生于城市的老人相对于出生于农村的老人而言，认知能力相对较好；60 岁以前职业为专业技术人员、行政管理人员等老人的认知功能显著优于农民、家务劳动者等老人，老人的饮食和生活习惯也与认知能力相关，常锻炼身体的老人认知功能水平较高（曾毅等，2010）。

老年健康问题并不仅局限于老年人的健康状态，他们的健康基础始于生命起点，并与整个生命历程相关。从生命历程的视角看健康状况，健康是从胎儿和儿童期就开始积累的存量，而到了老年以后则主要是消耗健康存量，儿童期的成长环境和营养状况对老年健康有显著影响。例如早期儿童生长迟缓和营养不良不仅会导致智力发育受损，学龄时期学习能力不足，还影响到成年后发生冠心病、高血压等慢性病的危险增大。一项研究分析了 1998-2005 年中国老年人口健康影响因素调查的数据，发现在控制儿童时期的环境、成年时期社会经济状况与健康行为的条件下，儿童时期较好的营养状况有利于降低 80 岁及以上老人的死亡率；该研究还发现，兄弟姐妹性别构成对老年健康状况具有重要的影响，意味着家庭在儿童成长时期的资源分配对健康的作用：在只有女孩的家庭长大的女性健康状况相对较好，在既有女孩又有男孩的家庭中长大的男性健康状况相对较好（Huang and Elo, 2009）。

三、人口老龄化进程中的医疗与照料需求

医疗与照料需求既有联系，也有各自的特点。两者都与患病和功能障碍相关，不过医疗需求与医疗设施、费用、医务人员和医疗技术的关系更为密切，而照料需求则更多涉及到照料机构以及照料提供者的时间和费用。从人群健康指标的角度考虑，医疗需求与个体的发病、患病和康复相关，而照料需求与个人自理能力相关。以下将分别讨论在健康转变和人口老龄化进程中的两种需求。

医疗需求可以通过患病率、住院率和医疗费用等指标间接反映。根据已有国内外研究和 中国卫生服务调查等相关调查，可以看出医疗需求具有明确的“J”型年龄模式，即在 5 岁以下婴幼儿期有较高的需求，随着儿童的成长，健康风险逐渐下降，进入老龄阶段则随年龄迅速上升（见图 2）。

与 2003 年的相似调查比较，2008 年中国卫生服务调查结果发现，这 5 年间中国城乡居民无论是患病率、慢性病患者率还是住院率都大幅度上升。这一方面反映了医疗服务可及性的改善，另一方面也和人口老龄化有密切联系。以城市人口为例，在寿命延长的同时，65 岁及以上的老年人有 85.2% 报告自己患有慢性病。当然，患病率和住院率不仅与健康状况有

关，还与医疗服务的可及性和利用率相关。在医疗保险缺失的情况下，经济不富裕的居民会选择少看病、少住院，因此经医生诊断和调查对象自报的患病率会偏低。中国正处在医疗改革阶段，估计随着医疗服务均等化问题的改善，农村人口的患病率会进一步上升。

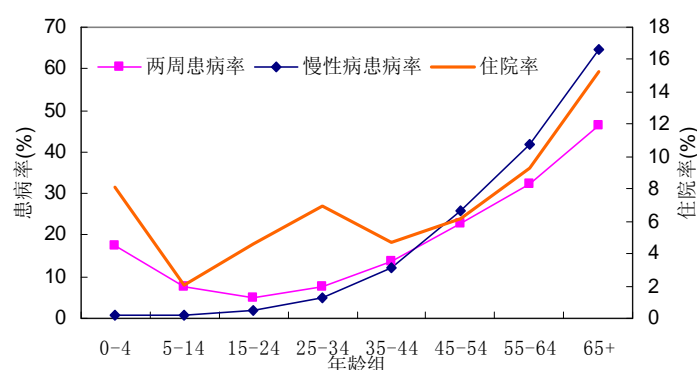


图 2 城乡居民年龄别两周患病率、慢性病患病率和住院率，2008 年

资料来源：卫生部统计信息中心编，2010 年。

与患病率和住院率的模式相似，医疗费用也随年龄呈“J”形变化。研究表明老年人口的人均医疗费用是年轻人的 3 至 5 倍，而且在医疗费用上涨时，老年人的医疗费用增速更快。医疗费用随年龄变化的模式不仅与老年人的医疗需求相关，也受到医疗保障制度的影响，如美国的医疗费用在 65 岁以后急剧上升，大大高于其他经合组织国家，与其 65 岁以上人口可以享受政府提供的老年医疗计划、而 65 岁以下人口中有相当一部分人没有享受任何医疗保障有关。而中国的数据则显示，城乡居民医疗费用支出存在显著差异。由于更多城市人口享有医疗保障，城市居民医疗消费约为农村居民的两倍。根据李玲等估算，2003 年中国城市居民人均医疗消费在老年以后急剧上升，70 岁以上老人的人均医疗消费约在 2 千元左右（曾毅等，2010）。

照料需求实际上涉及到费用和人员两方面。有研究根据老年人家属报告的日常生活照料费用和老人临终前照料费用，估算了 2005 年 65 岁城镇老人在余生中需要用于支付照料的总费用为 11600 元。日常照料费用根据不同年龄、性别、城乡、和老人自理能力而不同，大约在 70-75 岁达到峰值，例如一个 75 岁城镇不能自理老人的余生照料费用平均高达 21500 元（曾毅等，2010）。

有关照料人员需求的确切数字很难估算，而且在中国承担老人照料责任的大多为与老人同住的配偶或子女。调查显示，老年人当中有近 18% 需要别人照顾日常生活，年龄越大，需要照料的比例越高，而他们当中 90% 以上都靠家庭成员（主要是直系亲属）照料。也有少数依靠养老院或保姆照料的。国内外的实证研究都发现，照料老人会显著限制子女的劳动参与，尤其对女性影响更大。对 2005 年中国老年人口健康影响因素调查的子女配对数据分析发现，成年子女为了照料老人，往往不工作或减少工作时间。平均而言，照料父母减少了子女每周工作时间 1.4 小时，与父母同住的女性照料者则平均减少了 7 小时每周工作时间（曾毅等，2010），间接反映了照料老人所需要的时间和人员。

泰国的人口发展轨迹与中国相似，在生育率显著快速降低之后，当前人口老龄化加速。根据泰国的一项研究，为了应对人口老龄化和健康转变的挑战，泰国在未来 10 年需要更多数量的护士、康复师、社会工作者和心理师，也需要有更多的家庭成员和专职照料者为老年人提供照料；对照料人员的需求将不断增长，估计 2020 年以上 5 类人员的缺口将是 2010

年的 1.5 倍左右（UNFPA Country Office in Thailand, 2011）。

四、挑战与对策建议

21 世纪上半叶是中国人口老龄化快速发展的阶段，人口、健康、社会经济等诸因素的共同变化，将带来对人口健康的巨大挑战。与人口变动密切相关的挑战具体表现在：

老年患者规模的增长。老年患者规模的增长并不仅是人口原因，而是几个因素的共同作用，因此不可低估其增长，尤其是农村和欠发达地区的增长。（1）人口因素：20 世纪 50、60 和 70 年代出生高峰的人口自然进入老年，使老年人口达到前所未有的规模；（2）疾病模式转变的作用：由于传染性疾患和死亡的减少，使更多的人得以存活到老年，也就会有更多的人有患退行性疾病或其他慢性病的风险；（3）医疗技术发展的作用：医疗技术的发展有可能延长某些慢性病的存活期或降低死亡率，使更多老年人能够带病存活更长的时间；（4）经济因素：如果经济发展能够增加居民收入，会有更多老年患者因为看得起病而就医治疗，从而降低了一部分患病死亡率；（5）医疗改革的作用：随着医疗改革的深入，有可能实现“人人享有基本医疗保健”，会释放一直受到压抑的欠发达农村居民的卫生服务利用，使过去有病不看的农村居民看病就医，尤其会“提高”农村老年人的患病率（其实是“还原”），如果欠发达农村 65 岁及以上老人的患病率从 2008 年的 38.7% 提升到城市水平（85.2%），可以想见农村老年患者增长的幅度。

照料需求的增长和供需差距的加大。随着老年人寿命的延长和老年人口规模的增长，失去自理能力或有认知障碍的老年人必然增加，对照料的需求也会随人数增长。照料工作虽然与医疗服务不同，但也需要经过专业培训有资质的人员，更重要的是，照料服务是 24 小时全天候工作。在人口老龄化持续发展的前景下，如果按照联合国预测，到 2050 年中国 60 岁及以上人口占总人口的 38%（2010 年为 13%），约为 5.38 亿人，按 9% 的老人不能自理估算，需要别人照料的 60 岁及以上老人规模约为 0.48 亿人。与当前情况不同的是，现在的老人照料主要靠配偶子女，但 2050 年 60 岁及以上老年夫妇中至少 50% 只有一个孩子，仅依靠家庭成员不可能满足照料需求，必然需要更多的非家庭成员照料者。在目前劳动力相对充足的情况下，专职照料人员在农村几乎没有，城市已经出现短缺现象，尤其在经济发展较缓慢、老龄化进程较快的中小城市，缺乏有资质的老年照料服务人员问题更为严重。而未来的发展趋势则是一方面需要照料的老人增多，另一方面新增劳动力和劳动力总量都会下降，满足老年人照料需求的挑战将更为严峻。

医疗服务需求和费用的增长。随着患者规模的增长、基本医疗保健服务的普及和医疗保险覆盖面的扩大，对医疗服务的需求也会相应提升，尤其是慢性病和老年病的预防、治疗和康复服务需求增加，当前的医疗卫生设施布局和资源分配如果不改变，可能无法满足这些要求。同时，相关的医疗和服务费用也会提升，尤其是农村地区的成长空间更大。不过，农村的医疗服务是否能够满足成长的需求，现有医疗保险方案是否能够付得起费用，还取决于医疗卫生和社会保障相关政策。

以上提出三大挑战中，有些将会是难以更改的事实，但可以掌握和预测，如老年人口规模的增长和人口老龄化的发展趋势；有些可以通过有效的干预措施预防或缓解，如老年人的患病及对自理能力的影响；还有一些问题则需要及早研究制定对策、未雨绸缪，如卫生医疗保健资源的配置、人员的培养等。以下将分别从这三个方面提出对策建议。

对策建议之一：及时监测人口健康状况，准确把握健康需求和成长趋势

所有的计划、决策和预算都需要准确的基础信息。中国在疾病风险的监测、成年和老年

人口的健康状况、不同干预措施和政策实施的效果等方面的信息收集和发布、数据发掘和深入研究以及研究成果的应用等，都需要得到进一步加强，更需要改善和加强对健康风险较高人群和农村地区的信息收集。在估计和预测医疗和照料需求方面，由于中国地区差别很大、人口流动性强以及城市化进程速度快，小区域（如县/区级）的需求估计和预测对资源配置和应对决策更为重要，尤其需要人口数据和健康信息的综合分析，中国在这方面还需要向国际学习成功经验和做法。

对策建议之二：将健康战略重点落在预防，降低各年龄人群的健康风险

减少老年人患病和失能的比例，需要从生命起始入手、覆盖整个生命周期，从婴幼儿期加强营养到减少成年人的健康风险，都已证明是有效的干预措施。发达国家的经验证实，通过预防和疾病全程管理能够明显减少因患慢性病导致的过早死亡、健康状况恶化和失能，不少干预措施可以在短时期内收到明显效果。中国健康战略重点应当在预防疾病，具有针对性地降低各年龄男女人群的健康风险。最近世界银行针对中国慢性病流行趋势，根据国内外的经验教训，提出了一整套综合性应对建议，包括：（1）将健康问题纳入所有政策，除卫生部门之外，还需要其他部门和机构的共同行动，在整个人群中开展健康促进行动，其中包括国家经济政策、卫生部门的行动、企业和社区的行动，如图 3 所示；（2）落实有效的跨部门协调机制，各司其职，提升各方面对健康的关注度；（3）从心血管病、糖尿病、慢阻肺及肺癌四种主要慢性病入手进行全人群的预防及高风险人群的诊治，逐步涵盖所有慢性病；（4）将慢性病防治作为卫生部门中长期优先领域，促进卫生系统的改革和完善；（5）缩小信息差距，健全监督与评估制度（世界银行人类发展部，2011）。

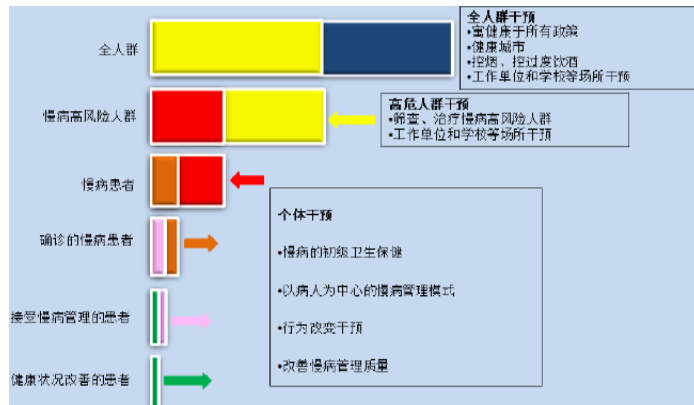


图 3 慢性病的预防与控制

资料来源：世界银行人类发展部，2011 年。

对策建议之三：建立关爱老年的公共卫生和医疗系统，有效应对人口老龄化和健康转变

人口老龄化和慢性病流行是我们从未遇到过的形势，中国卫生医疗系统的设计初衷是应对感染性疾病和疾病的治疗，如果不及时调整转型将无法应对未来的医疗和照料需求。中国城乡的公共卫生服务和医疗系统都需要根据人口老龄化的特征和发展，作出相应的调整 and 改革。需要特别提出的是，相对于医疗和照料设施的建设，相应医务人员和专业照料提供者的培训需要长远计划，足够的师资和专业人员培养也需要时间。总之，为了应对人口老龄化和疾病模式转变对中国的挑战，应及早做准备。

参考文献

- 陆杰华、汪洪波、潘漪：《中国县(区)人口长寿水平的影响因素分析》，《人口与经济》，

- 世界银行人类发展部:《创建健康和谐生活——遏制中国慢病流行》,世界银行报告,2011年。http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/07/25/000333037_20110725012227/Rendered/PDF/634260WP0Box3600use0only0900Chinese.pdf
- 卫生部统计信息中心编:《2008 中国卫生服务调查研究:第四次家庭健康询问调查分析报告》,2010年。
- 杨功焕:《中国人群死亡及其危险因素流行水平、趋势和分布》,中国协和医科大学出版社,2005年。
- 杨功焕:《中国医改进程中的慢性病预防控制》,《医学与哲学》,2010年第1期。
- 曾毅等著:《老年人口家庭、健康与照料需求成本研究》,科学出版社,2010年。
- 张文娟、杜鹏:《中国老年人健康预期寿命变化的地区差异:扩张还是压缩?》,《人口研究》,2009年第5期。
- Cheng Huang, Irma T. Elo. “Mortality of the oldest old Chinese: The role of early-life nutritional status, socio-economic conditions, and sibling sex-composition,” *Population Studies*, 2009, 63(1): 7–20.
- Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, World Population Prospects: The 2010 Revision. United Nations, 2011. <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/mortality.htm>.
- UNFPA Country Office in Thailand. Impact of Demographic Change in Thailand. UNFPA, 2011. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf