

老龄疾病与健康老龄社会建设

——老龄化程度进一步加深过程中需要注意的问题

张 翼(中国社会科学院社会学所研究员)

2011年4月26日中央政治局就“世界人口发展和全面做好新形势下我国人口工作”进行了集体学习。胡锦涛总书记在随后的讲话中指出,要“完善社会保障和养老服务体系,切实应对人口老龄化,制定实施应对人口老龄化战略和政策体系……”

2011年4月28日,国家统计局又发布了“第六次全国人口普查主要数据公报”,称65岁及以上老年人总数已经达到118831709人,使其占总人口的比重上升到了8.87%。这预示自2000年人口普查以来,我国人口年平均增长率仅仅为0.57%,比1990~2000年年平均增长率的1.07%下降了0.5个百分点。

数据所展示的趋势让我们毋庸置疑:作为最大的发展中国家,中国已经进入到非常低的“低生育水平”时期。如果现行计划生育政策不变的话,可以肯定地说:中国的人口峰值会低于原已预测的水平;峰值来临的时间会比原已预期的提前;由人口金字塔底部与顶部所形成的双重老龄化会使65岁及以上老年人口占总人口的比重更高。这些数字的逐步明朗,以及普查数据的进一步公报,将进一步为世人凸现未来的老年问题。

为应对人口老龄化,为在人口红利的逐步消退中减轻人口负债的压力,国家加速了医疗保险体制改革,建立了新农村医疗保险,完善了新农村养老保险制度并成功地将覆盖面扩大到约60%。在2011年7月又实施了城镇居民养老保险,预计到明年会覆盖到全部城镇地区。有关研究,也对中国未来的劳动力供给趋势,老年人口的家庭结构、老年人口生活的来源及构成,老龄化与经济发展的关系等,进行了比较详细的预测与描绘。

但在如何加强老年健康服务,在如何具有针对性地开展健康老龄化社会建设方面,尚需要进一步细化研究。为此,了解中国老年人口的患病状况、分析老年人口疾病死亡率变化趋势、讨论老年人口自杀率居高不下的原因等,对有关社会政策的制定与实施,就具有非同小可的理论意义与现实意义。

1 老年人口两周患病率在逐步提高

在人口老龄化过程中,整个社会与家庭所面临的主要问题,除老有所养与老有所医之外,就应该是健康老龄化。这一指标可以用整个老年人口或者不同年龄段老年人口的健康水平来估计。在医学调查中,也往往用“居民的两周患病率”来估计不同年龄段人口的健康程度,即以调查前两周调查到的患病人数除以调查总人口数之比乘以1000‰来表示。

从表1可以看出,就全部国民而言,15~24岁的“两周患病率”在历次调查中都是最低的。比这个年龄段更低的少儿人口稍高一些。比这个年龄段更高的劳动力人口与老年人口所表现的趋势是:伴随年龄段的提高,“两周患病率”也越来越高。在所有调查年度,这个趋势都未曾改变。

当然,从表1还可以看出的是:从1993~2008年,65岁及以上年龄段的“两周患病率”表现出了迅速攀升的态势:在1993年是250.0‰,在1998年是294.1‰,在2003年是338.3‰,在2008年是465.9‰。为什么这个数字突然上涨了呢?

第一,中国的老龄化水平越来越高。这会使65岁及以上年龄段人口中,85岁及以上年龄段的所谓“老老人”所占比重会趋于上升,从而导致老年人口中“慢性病患者率”一并上升。

第二,伴随人们收入水平和生活水平的提升,人们尤其是老年人的健康意识也会随之提升。这

样,很多原来没有定义为“患病”的症状,现在会被归类为“患病”而要求“医治”——这会拉动整个社会医疗费用的上升。

表 1 历次国家卫生服务调查居民两周患病率 ‰

Table 1 The Two-week Prevalence Rates of Citizens in All Previous China's National Health Services Surveys (‰)

年龄组	1993 年	1998 年	2003 年	2008 年
0~4	200.3	201.6	133.0	174.2
5~14	118.7	100.6	72.2	76.9
15~24	74.2	64.7	49.8	49.7
25~34	82.2	106.8	82.5	74.9
35~44	128.5	154.3	126.2	136.0
45~54	164.5	196.0	191.5	227.2
55~64	218.3	259.1	251.8	322.7
65 岁及以上	250.0	294.1	338.3	465.9

数据来源:2009 年《中国卫生统计年鉴》第 215~218 页。

“两周患病率”上升的主要原因,可以为老年人口慢性病患者率所解释。事实上,在 1993 年,65 岁及以上老年人口的慢性病患者率是 540.3‰,在 1998 年是 517.9‰,在 2003 年是 538.8‰,在 2008 年就飙升到 645.4‰。因为城市户籍老年人口的预期寿命比农村户籍老年人口长,故城市户籍人口的慢性病患者率也高于农村地区。比如说,在 2008 年,城市 65 岁及以上老年人口的慢性病患者率是 851.8‰,而农村 65 岁及以上老年人口的慢性病患者率是 523.9‰。

如果寿命的延长,不是增加老年人生活的福祉而是在医疗的辅助下使其不得不忍受病痛,那么,这样的老龄化,是与健康老龄化目标相去甚远的老龄化。如果延长的生命不得不躺在床上度过,那么,老年人不但没有享受到改革开放与社会发展的成果,反倒增加了他们的痛苦。因此,在老龄社会来临的过程中,老年人的健康问题必须引起社会的高度关注,这既是一个医疗保险与养老保险问题,也是一个减少社会成本与增加社会福利的问题。

在生命历程(Life Course)理论看来,每一个人的早期生命疾病事件,都对其未来的健康状况具有显著影响。因此,只有在青年与成人时期保持较为健康的体质,才能减少老年生活时期的患病率。所以,在中国老龄化水平逐步趋高的过程中,我们不仅要根据老年人口的健康状况设计健康老龄化服务,而且要从青年与成人的健康状况上设计健康老龄化政策。

另外,老年人口的两周患病率与慢性病患者率越高,老年人口中生活不能自理的比率也会越来越高。这就对老年护理社区服务与跨社区服务提出了更高的要求。但这些问题,恰恰是城市化中的薄弱环节。

2 老年人口疾病死亡率正在发生重大变化

改革开放以来,伴随人均收入的提高与生活水平的逐步改善,中国人口疾病死亡率构成发生了重大变化,开始由传统社会的呼吸系统疾病转变到肿瘤与心脑血管疾病。比如说,1990 年农村居民主要疾病死亡率排序前五位为:呼吸系统为十万分之 159.7,恶性肿瘤为十万分之 112.4,脑血管病为十万分之 103.9,心脏病为十万分之 69.6,损伤和中毒为十万分之 68.5。在 2008 年的前五位依次为:恶性肿瘤是十万分之 156.7,脑血管病是十万分之 134.2,呼吸系统疾病为十万分之 104.2,心脏病为十万分之 87.1,损伤和中毒为十万分之 53.1。而城市居民的疾病死亡率很早就使恶性肿瘤高居第一位,1990 年是十万分之 128.0,2000 年是十万分之 146.6,2008 年是十万分之 166.9。

在整个中国人口疾病别死亡率构成中,59 岁及以下年龄段人口的死亡率都是比较低的。所

以 60 岁或者 65 岁及以上老年人口疾病别死亡率的变化,才比较显著地影响着整个人口的疾病别死亡率构成。因此,考察老年人口的年龄别疾病死亡率的变化,或者对比城市与农村年龄别死亡率的不同,会得到更为明确的认识。

表 2 为我们列出了前五位疾病别死亡率的年龄别变化趋势。可以看出,在呼吸系统疾病中,农村老年人口的病死率要大大高于城市。比如说,在 60~64 岁年龄段,城市的病死率为十万分之 47.4,但在农村则是十万分之 118.5;在 70~74 岁年龄段,城市是十万分之 254.7,但在农村则是十万分之 570.6;在 85 岁及以上年龄段,城市是十万分之 2724.2,但在农村则是十万分之 5228.7。

但总体来说,恶性肿瘤的发病年龄较早。而且,其在低年龄段的病死率也是相对最高的。比如说,在 60~64 岁年龄段,恶性肿瘤的病死率在城市为十万分之 344.9,在农村是十万分之 497.4;在 65~69 岁年龄段,其在城市的病死率为十万分之 499.5,在农村是十万分之 645.5;在 70~74 岁年龄段,其在城市的病死率为十万分之 794.3,在农村是十万分之 946.1;在 75~79 岁年龄段,其在城市的病死率是十万分之 1161.5,在农村的病死率是十万分之 1278.8。在老年人口中,因为低年龄段的人口数量远远大于高年龄段的人口数量,所以,恶性肿瘤比较早的夺取了很多老年人的生命。但在 80 岁及以上年龄段,无论是城市还是农村,心脑血管疾病的病死率都开始超过恶性肿瘤。大约得了恶性肿瘤的老年人口,已经在低年龄段死亡了。而没有得恶性肿瘤的老年人口,在高年龄段得恶性肿瘤的几率会降低,故呼吸系统疾病和心脑血管疾病是高年龄段老年人口的主要致死性疾病。

表 2 2008 年中国城市与农村年龄别疾病死亡率 1/10 万

Table 2 The Age-specific and Cause-specific Mortality Rates in China's Urban and Rural Areas in 2008 (1/100 000)

	心脏病	脑血管病	呼吸系统疾病	恶性肿瘤	损伤和中毒
城市 60~64	122.8	134.3	47.4	334.9	34.2
65~69	231.3	241.9	100.2	499.5	38.9
70~74	479.4	508.3	254.7	794.3	53
75~79	911.3	981.9	578.7	1161.5	94.1
80~84	1718.4	1824.3	1251.1	1489.8	180.8
85 及以上	3635.4	3057.7	2724.2	1622.8	545.3
农村 60~64	126.9	209.8	118.5	497.4	88.1
65~69	218.9	361.9	225.1	645.5	86.3
70~74	443.9	759.6	570.6	946.1	127.1
75~79	818.9	1436.4	1150.7	1278.8	183
80~84	1758.6	2864.9	2548.3	1501.2	301.2
85 及以上	4091.9	5236.5	5228.7	1557.1	646.1

数据来源:2009 年《中国卫生年鉴》第 304~314 页。

不过农村与城市之间的差距是极其明显的。即使是在心脑血管疾病和呼吸系统疾病中,农村 80 岁及以上老年人口的病死率都远远高出城市。比如说,在 85 岁及以上年龄段,农村心脏病的病死率为十万分之 4091.9,脑血管病的病死率为十万分之 5236.5,呼吸系统疾病的病死率为 5228.7。但在城市,心脏病的病死率为十万分之 3635.4,脑血管病的病死率为十万分之 3057.7,呼吸系统疾病的病死率为 2724.2。从这里可以看出,到现在为止,呼吸系统疾病仍然是高年龄段农村老年人口的主要致死性疾病。

中国是第一人口大国。由此也决定了中国是第一老年人口大国。只要新农村合作医疗的住院报销额度有所提高,呼吸系统疾病的致死率就会下降。因此,未来中国老年人口致死性疾病也会迅

速转型——呼吸系统疾病的死亡率会继续降低。但恶性肿瘤和心脑血管疾病的死亡率,却会长期在高位徘徊。这些疾病的高医疗费态势,会增加老年人口每多活一年的平均医疗支出。

在这种情况下,建设健康老龄化社会的根本任务,就应该是防治结合,以防为主。我们必须更加关注食品安全与环境保护,在老年人口的健身投资中缩减老年人口心脑血管疾病和恶性肿瘤的发病率。

3 老年人口的自杀率有所下降但仍居高不下

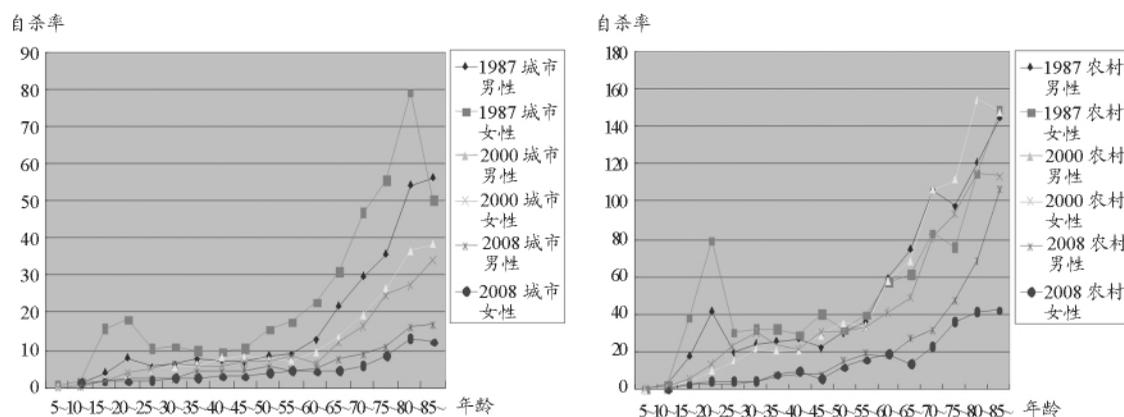
在世界各国,老年人口的自杀率都高于劳动力人口。不管是在美国,还是在北欧福利国家,65岁及以上年龄段人口自杀率所表现的基本趋势是:年龄越大,自杀率越高。不过,在有些国家,比如美国,伴随年龄的增加,男性老年人口的自杀率上升较快,但对于女性人口而言,其有所上升,但上升幅度比较平缓。

在年龄段上来说,中国人口的自杀率趋势,也基本与世界其他国家相同。从图1可以看出,65岁及以上老年人口的自杀率,无论女性还是男性,都比劳动力人口要高出很多。但仔细比较中国人口自杀率变化可以发现:

第一,与工业化后期国家或后工业化国家所不同的是,中国农村人口的自杀率,大大高出城市人口。不管是在1987年,还是在2000年和2008年,农村人口自杀率都无一例外地高于城市。

图1 中国农村与城市不同年龄段人口自杀率历史向度比较 (1/10万)

Figure 1 The Historical Comparison of Suicide Rates of Different Age Groups in China's Urban and Rural Areas (1/100,000)



第二,伴随中国社会的进步与人民群众生活状况的改善,不管是在农村还是在城市,各个年龄段人口的自杀率都趋于下降。2008年自杀率曲线,要比1987年的自杀率曲线低很多。当然,自杀率下降速度最快的年龄段是65岁及以上人口。正因为如此,2008年人口自杀率曲线要比1987年自杀率曲线平缓很多。

第三,在最近二十多年,中国女性的自杀率有了长足的下降。在1987年,城市女性的自杀率高出于男性,但在2008年,城市女性的自杀率却低于男性。而在65岁及以上年龄段,农村男性的自杀率却一直高于女性。因此,伴随城市化速度的提升,中国也会与成熟的市场经济国家一样,表现出男性高于女性的态势。

但不管如何变化,在老年阶段,老年人口的自杀率都会高于劳动力人口。而且,老年男性的自杀率会大大高出女性——年龄越大,男女两性之间自杀率差也会越大。

为什么进入老年阶段,男性与女性自杀率的差距会更为拉大呢?

第一,男性的孤独感强于女性。老年男性遇到生活问题,很难对自己的朋友或家人倾诉,但老年女性却易于向亲人敞开心扉,说出自己的郁闷。

第二,老年男性在退出职业生涯之后,自己会降低自己生活的意义。但女性却可以相对比较顺利地将退休与家庭生活结合在一起。

第三,老年男性在经受病痛折磨时,易于借助于自杀解除痛苦。但老年女性却更易于积极地应对病痛带来的困难。

第四,男性更易于采取烈性自杀方式,这会增加自杀致死的几率。一般而言,老年男性自杀时,往往采取上吊、跳楼或跳崖等手段,即使被他人发现,也难以救活。但女性往往使用安眠药、杀虫剂等手段,这使女性自杀者的救活率会相对较高。

另外一个具有人口学意义的变量是:伴随老龄化程度的加深,伴随老年男性丧偶或离异比率率的增加,老年男性人口的自杀率会随之而增加。但老年女性在丧偶或离异之后,却能够比较快地适应新的环境,给生命注入新的意义。

但不管怎么说,老年人在自杀之前,都会多多少少地释放出厌世的蛛丝马迹。从感觉到“无家可归”(homelessness)到“无助”(helplessness)再到“绝望”(hopelessness)会表现为一个过程。正因为如此,只要加强对老年人的照料或管理,增强老年人的那种集体或家庭归属感,或者赋予老年生活以意义,则老年人的自杀行为会得到防治。

4 基本结论

对每一个人来说,变老是一个过程。体质的老化将必然降低抵抗力并引发疾病的来临。对于整个人口而言,老龄化程度的加深,或者从老龄化社会向老龄社会的过渡,也会必然带来老年人口中患病人口所占比重的增加。正因为如此,加强社会建设的一个重要方面,就是对健康老龄化的强调。如果说全民皆保险只是在较低层次上解决了一定程度的社会保护问题的话,那么,健康老龄化社会的建设,才是保险体系逐步完善过程中我们继续需要追求的目标。

健康老龄化建设的首要目的,是降低老年人口的“两周患病率”与“慢性病患病率”。而要达到这一目的唯一可行的社会政策,则是针对劳动力人口设计健康指标体系。只有劳动力人口的健康,才能为未来老年人口的健康打下良好基础。在医疗技术水平不断提升与医疗保险体系逐步完善的背景下,老年人口预期寿命的延长,不能完全寄希望于病床护理时期的延长,而应该使老年人口在相对健康的体质与心理支持下分享社会发展的成果。在加强对劳动力人口劳动环境保护的同时,也需要迫切关注老年人口健身场所的建设。在韩国的首尔,所有小学的操场,都会在放学后向全民开放。但在中国的北京、上海、以及绝大多数其他城市,中小学校在放学之后都是大门紧闭,不得而入,操场空置。要知道,健身场所的开放会极大地降低全民的医疗费用,会极大地延长老年人口的自理生活期限,由此也会极大地支持子女全身心地投入于工作。只有认识到这个层次,政府部门才会将学校操场这个公共资源向全民开放并增加其利用率。

伴随生活水平的提升与营养条件的改善,中国老年人口的疾病别死亡率也在快速转型。在传统社会中夺取老年人口生命的呼吸系统疾病的病死率会迅速降低,但那种所谓的富贵病即心脑血管疾病的病死率却会居高不下。如何防止心脑血管疾病的发生,就应该成为老年大学或老年学校的必学内容,不仅应该在老年人口中普及健康的饮食观念,而且应该将这种教育延展到劳动力人口那里。

老龄化程度的加深,高龄老人数量的增加,丧偶与离婚比例的提升,老年空巢期的延长,子女因

为觅职而不得不发生的迁徙流动,都会促发老年人口因为脱离亲人而萌生孤独感,并在某种程度上削弱社会整合力量。这就会使老年人口的自杀率长期居高不下。现在,我们不能完全消除社会的自杀现象。但我们完全可以降低自杀率。中国社会最近几十年的大发展,已经成功降低了总人口的自杀率,并将65岁及以上老年人口的自杀率控制到了较低比率。但中国是第一人口大国和第一老年人口大国。即使老年人口的自杀率较低,但与1.2亿这样的老年人口总数相对比,则每年死于自杀的老年人口的绝对数量也会很大。如何在社会建设中加强社区的工作能力,将老年人口组织起来增强其集体归属感,或者强化老年人口之间的邻里情怀与相互依靠习惯,是少子化影响下我们为降低自杀发生比而不得着力思考并需要尽快履行的社会政策内容。