

人口健康素质¹

第一节 引言

科学发展观要求重视人的全面发展和经济、社会、环境的协调发展。其中，人的健康应当是全面发展的内容之一，也是人的全面发展的重要条件。全面建设小康社会应该包含的必有之义是人们活得更加健康。在联合国制定的千年发展目标中，有三项目标是直接有关健康的目标，即降低儿童死亡率、改善孕产保健和遏制艾滋病等疾病。因此，人口健康是中国人口与可持续发展的重要内容之一。

从个体的角度看，健康是衡量其生活质量的重要指标，是其最重要的财富，是其他财富得以依存的条件和前提。一个人健康素质的高低一方面直接影响其生产效率和劳动参与力，另一方面还影响其生活质量及经济状况。在个体和家庭层面，伤残疾病是个人和家庭生活质量下降的主要原因之一；健康的身体更有利于获得非农就业机会；农村家庭中的因病致贫和因病返贫现象是脱贫的难点。

从宏观层面上看，人口健康素质与文化素质共同构成人力资本的主要内容，是决定劳动年龄人口的劳动参与能力和劳动力市场表现的关键因素，也是经济可持续增长的重要保障。另一方面，较差的健康会占用更多的社会资源，老年人的健康状况更与社会支出密切相关。有较高健康水平的人口无疑有利于社会经济的发展。

因此，人口健康素质的改善和提高不仅是发展的目的，也是发展的手段和影响发展进程的关键因素。

由于自 70 年代以来的生育率急剧下降和对人口增长势头的有效控制，致使我国在今后一段时期内将处在比较有利的人口发展形势下，即抚养比最低、劳动年龄人口比例最高的“人口视窗”阶段。与此同时，50 年代以来死亡率的急剧下降和随后的生育率急剧下降又共同形成了我国未来一段时期内的加速老龄化现象，老龄人口比重越来越大。为了充分利用人口发展形势提供的机遇，增强和发挥巨大的人力资源优势，同时应对老龄化的挑战，改善劳动年龄人口素质和提高老年人口的健康水平应当是人口发展战略的重要组成部分。

在不同年龄的人群中主要健康问题有所差别，解决问题的优先排序也不相同，如老年人面对的是退行性病变和某些疾病，少年儿童的主要问题是营养和成长发育，青壮年的健康风险则与他们从事的工作和活动密切相关。本章将集中介绍几组特定人群的健康问题，即儿童与青少年、劳动年龄人口、妇女和老年人口，并就提高人口健康素质需要优先解决的问题进行讨论。

人口健康素质具有丰富的内涵，根据世界卫生组织的定义，“健康”这个概念应当从生理、心理和社会适应三个维度衡量，而对人口健康水平的测量也有多种指标。例如世界卫生组织推荐的基本健康指标包括营养状况及社会心理发育指标、婴儿死亡率、幼儿死亡率、5 岁以下儿童死亡率、平均预期寿命、孕产妇死亡率、死因别死亡率、发病率及患病率、残疾以及其他反应社会及经济幸福状态的指标。本章的着眼点是在我国有限的资源下，采取何种战略能够对普遍改善人口健康水平进行有效的干预并得到较高的回报，因此没有试图对健康问题进行全面的讨论，而是针对人口的身体素质、营养状况以及某些群体特有且比较普遍的

¹ 本文见：蔡昉主编：《中国人口与可持续发展》，科学出版社，2007 年。执笔人：郑真真；林宝、张妍、连鹏灵参与了撰写。

健康问题进行研究，并将这些问题与人口和社会变动结合起来。

本章将根据研究对象分为几个部分，分别讨论青少年体质和营养、劳动年龄人口的健康问题、妇女生殖健康以及老年人口的健康问题。本章的主要资料来源是已经发表的比较可靠和具有权威性的研究成果、文献和资料。在介绍不同人口群体的健康状况之前，先简要介绍我国目前总体的人口健康状况。

我国人口健康简况—人口转变与健康转型

人口转变是指人口从高出生率和高死亡率的再生产类型，经过死亡率降低和出生率降低，最后达到低出生、低死亡、低增长的变化过程。我国人口经历了 20 世纪 50、60 年代的快速增长，50 年代的死亡率急速下降，70 年代的生育水平迅速下降，到 90 年代后期大部分地区已经进入了低出生、低死亡、低增长的阶段，东部地区和一些大城市的老年人口逐渐增长，老龄化趋势已经显现。根据 2003 年国家第三次卫生服务调查，慢性非传染性疾病已经成为我国城乡居民的主要疾病，尤其在老龄化进程较快的城市地区，高血压、糖尿病和脑血管病已经成为常见病和多发病，调查结果显示，年龄每增加 1 岁，慢性病患病率增加 50% 以上²。我国很多地区的人口已经从年轻型向老年型人口转变，人口年龄结构的变化必然会影响到人口总体的健康状况和疾病流行模式。

根据联合国驻华机构的评估，我国各省/区在 2002 年的人类发展状况均处于中等或高等水平。在几项有关健康的指标方面，5 岁以下低体重儿童的比例为 10%，5 岁以下儿童死亡率为 36‰，孕产妇死亡率为 53/10 万³。根据估算，我国人口预期寿命逐渐提高，1999-2000 年的男性人口预期寿命达到 68.82 岁，女性预期寿命达到 71.95，高于世界平均水平，与发达国家的差距逐渐缩小⁴。由于婴儿死亡率的进一步降低，中国人口的死亡模式已从 U 型转变为 J 型（见图 5-1）。

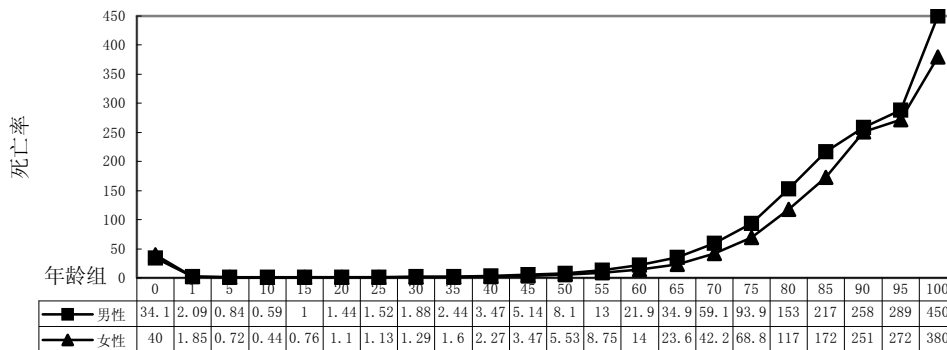


图 5-1 20 世纪 90 年代中国人口死亡水平

资料来源：黄荣清. 20 世纪 90 年代中国人口死亡水平. 中国人口科学, 2005 年第 3 期, 11-20 页。

在过去的 20 年间，我国的疾病死亡结构和疾病患病结构都发生了改变，慢性非传染性疾病（如脑血管疾病、恶性肿瘤、心脏病等）的死亡率迅速上升，取代了过去的一些传染性和感染性疾病（见表 5-1），居民患病结构也出现了与此相一致的变化。这种变化除了与人口年龄结构变化有关外，我国的社会经济发展也使得不同疾病的危险因素发生改变，国家在

² 卫生部：《第三次国家卫生服务调查主要结果》(www.moh.gov.cn)

³ 联合国驻华机构评估报告：中国实施千年发展目标进展情况. 2004.

⁴ 黄荣清、庄亚儿：《人口死亡水平的国际比较》，《人口学刊》，2004 年第 6 期，3-7 页。

50年代和60年代采取一系列措施基本控制了传染性疾病,而城市化与人口流动、环境恶化、不良生活方式与行为等,又向我国的公共卫生政策和疾病控制提出了新的挑战。一些慢性疾病的发病年龄明显提前,也与体质、营养、个人的健康行为和生活方式相关。在不同年龄的人群中新出现了不同的健康问题,如婴幼儿的意外伤害问题,学龄儿童的意外伤害和青少年肥胖问题,青年当中的性传播疾病、艾滋病、意外伤害、酒精、毒品、精神疾患和高血压问题,中年人群中的恶性肿瘤、心脏病、脑血管病、糖尿病等,以及老年人群中的白内障、抑郁症、糖尿病和老年性痴呆,都是在社会经济发展和健康转型过程中出现的新问题⁵。与此同时,我国人口健康问题的地区差别已经成为一个重要的问题,根据有关分析,我国的疾病流行模式呈现越来越严重的不同地区或相同地区不同人群之间的两极分化趋势,造成我国同时存在疾病流行模式转变前后的各种问题,尤其是农村,更面临感染性疾病和慢性疾病的双重威胁⁶。此外,虽然传染病已经从前10位死因中退居次要地位,但是对新出现传染病的控制和进一步降低老传染病的发病方面仍然需要更多的关注⁷。例如对死亡率较高的狂犬病和新生儿破伤风问题,一直没有能够得到有效的解决。

表 5-1 2003 年部分市县前十位疾病死亡专率及死亡原因构成 (合计)

顺位	市			县		
	死亡原因	死亡专率 1/100000	构成 %	死亡原因	死亡专率 1/100000	构成 %
1	恶性肿瘤	134.54	25.47	恶性肿瘤	95.68	25.28
2	脑血管病	105.40	19.95	脑血管病	89.89	23.75
3	呼吸系统病	77.29	14.63	呼吸系统病	70.86	18.72
4	心脏病	76.23	14.43	心脏病	45.53	12.03
5	损伤及中毒	32.55	6.16	损伤及中毒	21.54	5.69
6	消化系病	19.31	3.66	内分泌、营养和代谢疾病	14.53	3.56
7	内分泌、营养和代谢疾病	14.05	2.66	消化系病	10.52	2.78
8	泌尿生殖系病	7.08	1.34	泌尿生殖系统	7.17	1.89
9	神经系病	4.81	0.91	围生期病(1/10 万活产)	372.17	1.11
10	围生期病(1/10 万活产)	162.14	0.89	肺结核	4.17	1.10

资料来源:卫生部《2004年中国卫生统计提要》(www.moh.gov.cn)

根据1993年、1998年和2003年三次国家卫生服务调查结果分析,我国城乡居民的慢性病患病率呈现缓慢下降的趋势,从1993年的169.8%下降到2003年的151.1%⁸,显示了总体健康水平的改善。表5-2是经过年龄标准化处理后的城乡居民慢性病患病率,无论城乡都可以观察到患病率下降的趋势。不过,由于该调查的患病率为调查对象自我报告,表中所显示的农村居民患病率低于城市,应当是由于农村居民的低报造成,不宜理解为农村居民较城市居民更为健康⁹。

⁵ 饶克勤、尹力、刘远力:《中国居民健康转型、卫生服务需求变化及其对经济、社会发展的影响(之一)》,《中国卫生经济》,2000年第9期,5-11页。

⁶ 卫生部:《第三次国家卫生服务调查主要结果》(www.moh.gov.cn)

⁷ 姜素椿:《我国传染病的现状与思考》,《中华内科杂志》,2004年第7期,481-482页。

⁸ 蔡敏等:《3次国家卫生服务调查居民主要疾病患病情况变化与分析》,《中国医院统计》,2005年第2期,107-111页。

⁹ 该调查中对慢性病的定义是在半年内由医生明确诊断的慢性病或半年前诊断并在半年内有发作的慢性病。

表 5-2 我国城乡慢性病患者率* (%)

年份	全国			城市			农村		
	合计	男	女	合计	男	女	合计	男	女
1993	166.5	150.5	182.6	217.5	196.2	237.5	141.1	128.5	153.9
1998	162.0	148.2	176.1	209.3	195.9	222.3	137.0	124.2	150.3
2003	124.5	112.0	137.0	153.7	139.8	166.8	108.7	97.4	120.0

*考虑到城乡老龄化程度的不同，表中数据以2000年普查人口为标准人口做了标准化调整。

资料来源：蔡敏、饶克勤、钱军程等：《3次国家卫生服务调查居民主要疾病患病情况变化与分析》，《中国医院统计》，2005年第2期，107-111页。

慢性病患者是以老年人为主体，两周患病率则体现了一般人群的健康情况。根据 2003 年国家卫生服务调查结果，调查地区居民的两周患病率为 143.0‰，其中城市为 153.2‰，农村为 139.5‰；城市居民患病的病种依次是高血压、急性上呼吸道感染、急性鼻咽炎、急慢性胃肠炎、脑血管病、糖尿病；农村依次是急性上呼吸道感染、急性鼻咽炎、急慢性胃肠炎、高血压、流行性感、类风湿性关节炎¹⁰。

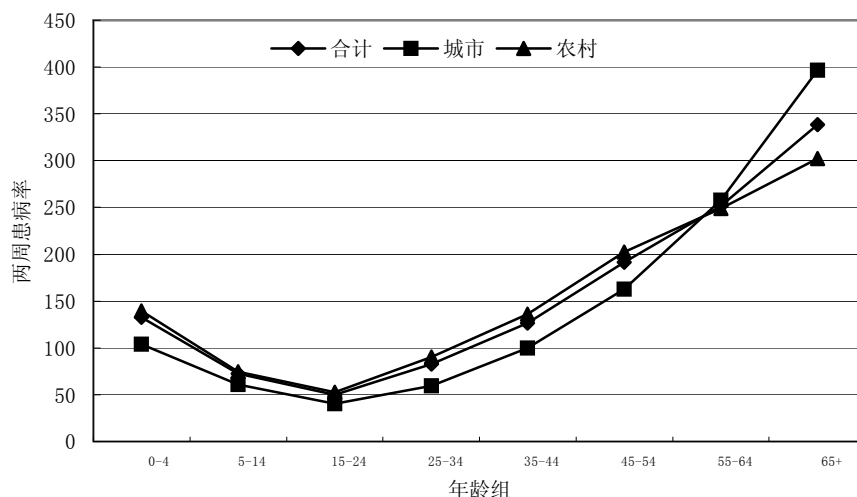


图 5-2 2003 年居民两周患病率 (%)

资料来源：卫生部《2004 年中国卫生统计提要》(www.moh.gov.cn)

从 2003 年卫生部统计的居民两周患病率来看，25 岁组以上的人群患病率呈直线上升的趋势（见图 5-2）。如果从假想队列的视角来分析，这一趋势实际上是个人一生健康存量的倒置，即在儿童时代健康存量处于积累阶段，然后开始磨损和消耗，尽管各阶段的健康投入可以或多或少地恢复健康存量，但是少年儿童时代对人的一生健康有决定性的影响。

第二节 儿童与青少年的健康

根据 2000 年第五次全国人口普查数据计算，中国 0-18 岁人口近 3.7 亿人，接近总人口的 30%。这个人群的身体素质直接决定着 21 世纪社会主义现代化建设的力量。在增进儿童与青少年的健康方面，我国已经付出了极大的努力，但是在缩小地区差异和城乡差异方面依然面临巨大挑战。

¹⁰卫生部：《第三次国家卫生服务调查主要结果》(www.moh.gov.cn)

（一）现状及存在问题

死亡水平

死亡水平是衡量健康的主要指标。我国在 20 世纪 90 年代期间婴儿死亡率稳步下降，至 2002 年我国婴儿死亡率已经降至 29.2‰，与 1990 年相比下降了 41.8%¹¹。5 岁以下儿童死亡率由 61‰降至 36‰¹²。但是，依然存在巨大的城乡差距（见图 5-3）；在西部的 7 个省区和江西，婴儿死亡率仍然高达 40‰以上，而在比较发达的城市如北京和上海已经降到 10‰以下。尤其是贫困地区的婴儿及 5 岁以下儿童死亡率要比全国水平高出近一倍，在城市和发达地区已经基本控制的传染性疾病和腹泻以及在城市基本消灭的新生儿破伤风等问题，依然困扰贫困农村地区，成为这些地区降低婴儿死亡率的主要障碍¹³。

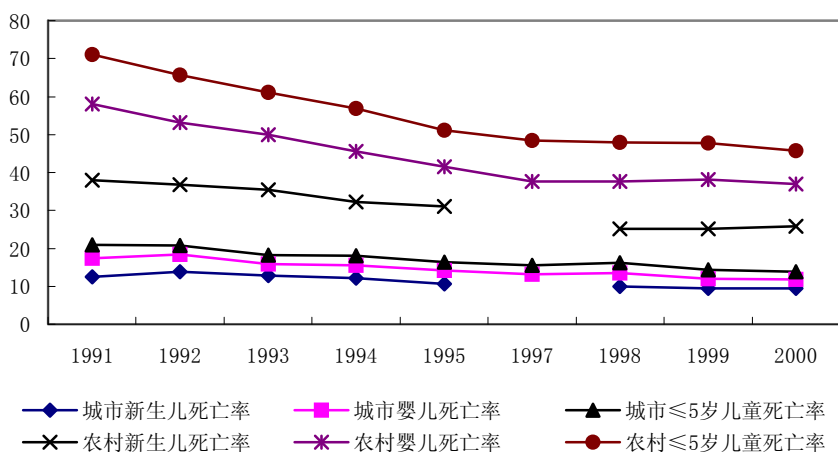


图 5-3 1991-2000 年监测地区城乡儿童死亡率 (‰)

资料来源：《中国卫生年鉴 2002》，第 496 页，人民卫生出版社

分析中国儿童健康的总体状况在国际中的位置，我国婴幼儿死亡平均水平在国际上要好于发展中国家平均水平，但与发达国家还有很大差距，甚至与一些发展中国家相比也有差距。例如，我国婴儿死亡率和 5 岁以下儿童死亡率分别是美国的 4.6 和 4.9 倍，是日本的 10.7 和 8.8 倍。即使与泰国相比，我国这两个指标还要分别高出 11 和 14 个千分点。

尽管我国婴儿死亡率在持续下降，但男女两性的受益却有所不同，女婴死亡率异常偏高的现象一直存在。现有资料表明，我国在历史上就存在偏高的女婴和女童死亡率，尤其在社会环境恶劣的时期更为严重¹⁴。我国 1953 年第一次人口普查中 0-10 岁人口的性别比显示了当时正常的出生性别比和偏高的女童死亡率，表现在随着年龄的增长性别比上升的趋势；1964 年第二次人口普查时虽然这种状况有所改善，但是仍然没有彻底消除¹⁵。80 年代以来人口普查和全国抽样调查的结果显示，女婴死亡率高于男婴的问题依然存在¹⁶。这种异常的婴儿死亡性别差异已经引起了有关方面的高度重视。

2002 年我国 6~14 岁各年龄的死亡率均降到 0.65‰以下¹⁷，且意外事故取代了重要脏器

¹¹国家统计局. 中国社会中的女人和男人. 2004.

¹²联合国驻华机构评估报告：中国实施千年发展目标进展情况. 2004.

¹³林良明. 要十分关注贫困地区儿童健康. www.nwccw.gov.cn

¹⁴李树苗、朱楚珠：中国儿童生存性别差异的研究和实践. 中国人口出版社, 2001, 68 页.

¹⁵马瀛通. 科学认识出生性别比及其失调导致的新人口问题. 中国人口与发展研究中心研究报告, 2003.

¹⁶国家统计局人口和社会科技统计司. 中国社会中的女人和男人. 2004.

¹⁷国家统计局人口和社会科技统计司编：《中国人口统计年鉴 2003》，第 56 页，中国统计出版社，2003.

疾病，成为 1-14 岁儿童的首位死因，1 岁以内儿童的第 2-4 位死因；南方以溺水、窒息和车祸多见，北方儿童意外伤害的前三位死因为窒息、中毒和车祸。城市儿童的首位意外死因为车祸，农村则为溺水¹⁸。意外事故已成为严重危害儿童健康和生命的危险因素，卫生部门针对少年儿童意外伤害问题已经加强了相关研究和有关预防及应对的健康教育。

此外，有几种可以预防的主要导致儿童死亡的传染性疾病：麻疹、肺炎、白喉、疟疾、腹泻、百日咳和脊髓灰质炎等，自中国实施计划免疫工作以来，这几种凶险的传染病被消灭或得到基本控制。根据最近的调查，计划免疫服务已经覆盖了绝大多数儿童，调查地区儿童的计划免疫情况为，卡介苗接种率 95.9%（城市 97.7%，农村 95.4%）、百白破疫苗接种率 88.4%（城市为 93.3%，农村为 87.0%）、脊髓灰质炎疫苗接种率 89.8%（城市 93.9%，农村 88.6%）、麻疹疫苗接种率 94.3%（城市 96.7%，农村 93.7%），乙肝疫苗接种率 80.2%（城市 93.0%，农村 76.7%）¹⁹。

身体素质 and 营养

体质和营养是衡量少年儿童生长发育的主要方面。根据生命历程的分析方法，关注人口的体质和营养应当从一个人的出生前后开始，少年儿童时期是积累健康存量的关键时期，生命最初 20 年的生长发育对其一生都有重要影响，青年与成年人死亡和失能的许多主要原因始于其少年时期²⁰，良好的营养状况会保证强有力的免疫系统因此少患疾病，在少年儿童时期形成的良好健康行为也会使人一生受益。而根据流行病学的观点，对慢性病的一级预防为增进健康和特殊保护，增进健康的主要措施包括合理营养和良好生活方式²¹。因此，体质和营养问题是健康的基础，而这一问题的主要关注点在少年儿童。营养不良也是导致儿童死亡的主要原因之一。据估计，2001 年发展中国家 5 岁以下儿童每年为数 1080 万的死亡中，由于营养不良直接或间接造成的占 54%（见图 5-4），而中国每年也有 32 万婴儿及 5 岁以下儿童的死亡与营养因素有关。此外，国际上研究证实²²：早期儿童生长迟缓和营养不良可使智力发育受损，学龄时期学习能力不足，成年后劳动生产率下降以及成年后发生冠心病、高血压、慢性病的危险增大。

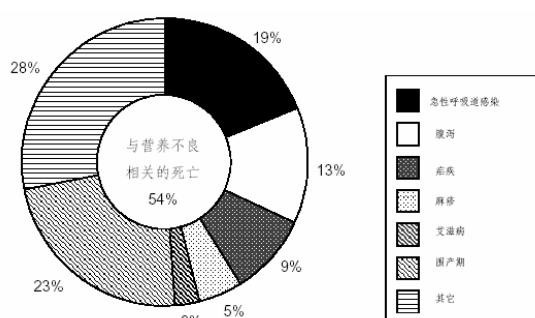


图 5-4 发展中国家 5 岁以下儿童每年为数 1080 万死亡分布情况 (2001 年)

资料来源：世界卫生组织执行委员会第 113 届会议临时议程项目 8.7，2004 年 1 月 19 日。

¹⁸ 蒋竞雄、丁宗一：《中国儿童意外伤害研究现状分析》，《中国儿童保健杂志》，2000 年第 1 期，53-55 页。

¹⁹ 卫生部：《第三次国家卫生服务调查主要结果》(www.moh.gov.cn)

²⁰ 世界卫生组织：促进儿童与青少年健康与发育的战略方向，2002。

²¹ 慢性病的预防措施可分为三级，第一级为病因预防，即控制病因、避免暴露于患病风险之中；第二级为早发现、早诊断、早治疗；第三级为对症治疗、防治伤残和加强康复工作。（耿贯一主编：流行病学，人民卫生出版社，1993，119 页）

²² Harold Alderman, Jere R. Behrman, 1997. “Child nutrition, child health, and school enrollment.” World Bank Policy Research Working Paper 1700.

目前世界卫生组织用以衡量儿童生长发育与营养状况的指标主要有：(1) Z评分评价指标：这是根据年龄、体重和身高 3 个变量综合估计生长发育的指标，即根据按年龄身高 (HAZ)、按年龄体重 (WAZ) 和按身高体重 (WHZ) 估算的Z值，低于标准即为营养不良²³；(2) 膳食营养状况的指标：通过各种食物摄入比例来反映儿童青少年的营养健康状况。主要是指人体每日热能和蛋白质的摄入量、脂肪的摄入量占总热能摄入的百分数和每日微量元素摄入量与推荐供给量之比。

据联合国儿童基金会估计，发展中国家 5 岁以下儿童中有 1/3 以上表现为生长迟缓，30% 的儿童低体重，10% 的儿童消瘦²⁴。我国儿童（无论城市还是农村）在生长迟缓和低体重患病率上远远低于发展中国家的平均水平。我国的 5 岁以下儿童低体重率和生长迟缓率在 20 世纪 90 年代中基本上呈现下降趋势，1995~1998 年间的下降最为显著（见表 5-3）。

表 5-3 不同年份我国 5 岁以下儿童生长发育状况

年份		低体重患病率 (%)	生长迟缓患病率 (%)
1990		23.13	34.29
1993		21.31	32.37
1995		17.19	28.02
1998	全国	9.60	16.70
	城市	2.70	4.10
	农村	12.60	22.60
2000	全国	10.13	14.38
	城市	3.00	2.90
	农村	13.90	20.50

注：1990、1993、1995 年数据为中国政府和联合国儿童基金会合作在全国 21 个省共 64 个县调查的 5 岁以下儿童数据，调查数分别为 46950、46060 和 46373 名；1998、2000 年数据为“国家食物与营养监测项目组”在全国 40 个营养监测点（分布在全国 26 个省市，城市 14 个监测点，一般农村 17 个监测点，贫困农村 9 个监测点）的 16636 名 5 岁以下儿童调查数据。

资料来源：1. 韩彦彬、翟凤英、林海等：《中国较贫困地区学龄前儿童营养状况的变化趋势》，《广西预防科学》2002 年第 8 期。

2. 陈春明：《1998 年度食物营养监测总报告与政策建议》，《卫生研究》2000 年第 5 期。

3. 陈明霞、何武、富振英等：《2000 年中国不同地区 5 岁以下儿童营养不良的影响因素分析》，《卫生研究》2003 年第 3 期。

儿童的生长迟缓（身高不足）是长期、慢性营养不良的结果，2000 年这一指标城市比农村低 20 个百分点，显然城市地区儿童营养状况远远好于农村。同时，城市 5 岁以下儿童各年龄组低体重患病率在 3% 以下，说明儿童低体重问题在城市已经基本解决。但是农村地区和城市的差距依然较大。

根据 1979、1985、1991、1995、2000 年的全国学生体质与健康调查结果，我国 7~18 岁男女学生生长发育状况不断改善，身高、体重明显增加，尤其城市学生营养状况大幅度改善。在营养不良和低体重问题上，存在显著的性别差距，即女生中发生营养不良和低体重的比例无论城乡都高于男生（见表 5-4）。

营养不良还存在着地区上的差异性。根据一项调查，营养不良导致的低体重发生率，北京、上海、辽宁和天津不到 10%，而海南和广西超过 30%。总体上看，东北、华北地区的发生率最低，西南、西北和一些东南省区的发生率最高²⁵。西南、西北各省小学生营养不良检出率、大中学生低体重检出率都比沿海地区高 2~3 倍；西南乡村学生的中度营养不良检

²³陈明霞等：《2000 年中国不同地区 5 岁以下儿童营养不良的影响因素分析》，《卫生研究》2003 年第 3 期，249-253 页。

²⁴ 联合国儿童基金会：《2001 年世界儿童状况》

²⁵营养与发展 (RETA) 课题组：《中国营养状况及其对社会经济发展的影响》，2004 年 6 月 19 日下载，中国公众营养网 www.pndc.gov.cn。

出率,比京、津、沪三大城市高 4.4 倍²⁶。1998 年至 2000 年间, 东部儿童生长迟缓率下降了 2.7%, 西部则基本没变, 低体重率反而上升了 2.6%。

表 5-4 1995 年和 2000 年在校中小学生学习营养不良和较低体重状况 (%)

	中度以上营养不良		轻度营养不良		较低体重	
	2000 年	1995 年	2000 年	1995 年	2000 年	1995 年
城市男生	0.13	0.15	2.88	3.99	20.69	30.72
城市女生	0.35	0.28	5.80	7.94	28.06	36.91
农村男生	0.15	0.15	2.45	2.75	24.45	30.06
农村女生	0.29	0.26	5.30	5.41	29.82	33.39

资料来源: 中国学生体质健康研究组:《1991-2000 年间中国汉族学生营养问题变化趋势和干预建议》,《2000 年中国学生体质与健康调研报告》, 第 145~146 页, 高等教育出版社, 2002。

中国青少年青春期生长趋势的一个特点是成年身高增长潜力明显不足。通过中日学生比较,发现我国青少年在生长期趋势上存在差距。伴随日本 1955~1985 年期间经济的高速增长,日本青少年的生长曾出现持续 30 余年迅猛增长,不仅表现在生长突增上,且成年身高增加显著。根据 2000 年中国学生体质与健康调查数据,中国 7-18 岁儿童青少年,无论城乡、男女,身高、体重都明显低于日本同年龄、同性别儿童青少年²⁷。

儿童与青少年当中存在的体质和发育问题主要在于他们的膳食摄入不合理。相关调查发现,我国儿童青少年在膳食摄入方面的主要问题是豆类食品摄入少,而动物性食物摄入过多,同时微量元素(如:铁、钙、锌)的摄入不足。我国中小学生热能摄入量比较充足,蛋白质摄入量基本满足需要,但优质蛋白质偏低。膳食摄入中存在维生素 A 和核黄素摄入不足,钙的摄入量普遍不足等问题,需要增加豆类及其制品、谷类、蛋类和海产品的摄入量,同时控制油脂和脂肪摄入量。

青少年的铁摄入量虽然满足标准,但由于学生摄入植物性食品较多,铁的吸收率低,缺铁性贫血仍是常见的营养缺乏病。缺铁性贫血是各年龄人群中普遍存在的营养缺乏病。青少年学生处于旺盛生长发育期,容易因铁摄入不足或各种原因引起的铁储备不足,导致缺铁性贫血。中小学生营养摄入不足的问题主要发生在西部地区和贫困地区。2000 年中国学生体质与健康状况调研分析结果表明,男女学生的贫血患病率都在 20%左右,农村学生的贫血患病率明显高于城市,主要表现在 7 岁、9 岁等小学低、中年龄组。

目前另一个值得关注的问题是超重的趋势,调查发现,我国营养过剩上升的速度明显快于营养不良下降的速度,而且营养过剩的问题在城乡都存在。如按身高别体重衡量,1998 年我国儿童超重的比例为 5.4%,而 1992 年全国儿童抽样调查所得的结果是 3.9%。2000 年在校青少年肥胖检出率城男、城女、乡男、乡女分别达 8.1%、4.1%、3.4%和 2.3%。肥胖、超重成为大城市青少年最突出的营养问题,北京市男小学生的肥胖检出率更高达 1/5。肥胖、超重会导致高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病等成年疾病的发生呈明显低龄化趋势,并会导致部分肿瘤发病年龄提前²⁸。因此,会影响整个中青年人群的健康水平,而这些问题还会进一步影响将来的老年人患病。

除了儿童与青少年之外,还需要提到成年人的营养和体质问题。1997 年的全国体质监

²⁶季成叶:《中国青少年生长与营养状况变化和改善策略》,《北京大学学报(医学版)》,2002 年第 5 期,525-529 页。

²⁷季成叶:《中国青少年生长长期变化和干预建议》,《中国公共卫生》2002 年第 6 期。

²⁸季成叶:《中国青少年生长与营养状况变化和改善策略》,《北京大学学报(医学版)》,2002 年第 5 期,525-529 页。

测结果表明,我国成年人体重明显增加、有逐渐增肥的趋势,体重与身高指数比日本同龄者高,可能与我国成年人体育活动不足和膳食结构不合理等因素有关。35岁至45岁年龄段参加体育锻炼的人数较少。这个年龄段属于工作的黄金时期,工作负担和家庭负担最重,而且也是身体最容易发胖和患病率升高较快的时期。

育龄妇女的健康和营养状况直接影响到新生儿和婴儿的健康,营养良好和健康的母亲更有可能生出健康的婴儿,而育龄妇女的营养不良和维生素缺乏则更有可能导致低体重儿和出生缺陷问题发生。例如研究发现神经管畸形的发生与当地育龄妇女对富含叶酸食物的摄入量不足有关²⁹。此外,对婴儿的喂养习惯(包括母乳喂养)和疾病预防主要由母亲承担,所以婴幼儿的健康和营养问题关键在母亲;同时,一般家庭都是由妇女负责食物的准备和分配,她们的健康知识和行为会影响所有家庭成员的营养状况。

(二) 影响因素分析和现有对策

上述现状说明,进一步降低婴幼儿死亡率、缩小婴幼儿死亡的城乡/地区差异和性别差异、预防儿童意外伤亡以及提高少年儿童身体素质和改善营养等都是重要的儿童和青少年健康问题。其中,儿童和青少年的营养问题涉及面最广,如果采取干预措施的话受益人口最多,因此,本文将集中讨论这个问题。

根据学者分析,导致我国婴幼儿和青少年生长发育和营养健康问题的主要原因是不合理的膳食摄入和不良的饮食行为。如母乳喂养率下降,婴儿辅食添加不合理,儿童日常食品品种单调。尽管众多研究表明,贫困是导致营养缺乏的重要原因。但是也有研究发现,在我国经济状况改善、收入增加的贫困农村地区,食物消费的增加并没有必然带来营养状况的同等改善³⁰。有学者认为营养过剩上升较快的主要原因是膳食变化和体力活动方式的改变以及缺乏营养知识³¹,在一些经济比较发达的地区,虽然居民收入提高,但饮食结构不合理。国际经验也显示,营养状况得到改善的大多数国家在相当长的一段时期内确实经历了经济的快速增长;但也有一些经济快速发展的国家,因为缺乏政府的政策干预,公众营养状况并未得到明显改善。反而在一些经济增长幅度不大的拉丁美洲国家,由于提倡良好的卫生习惯、改善基础卫生保健服务、改善供水与环境卫生服务设施以及妇女地位的提高,营养状况得到普遍改善³²。

营养不良对人的健康危害极大,但其危害尚未被充分认识。营养不良不仅意味着抗病能力差、骨骼不能正常发育,肌肉不强壮,感觉不灵敏,而且还意味着将终身阻碍人的智力水平和健康状况,使劳动力素质大幅度下降。据研究,碘缺乏病降低智商10~12分;蛋白能量(低体重、身高不足)缺乏降低智商10~15分;缺铁性贫血降低智商5~8分。美国一大学对5400名儿童进行研究,发现铁缺乏导致理解力低下。国际上研究证实³³:早期儿童生长迟缓和营养不良可使智力发育受损,学龄时期学习能力不足,成年后劳动生产率下降以及成年后发生冠心病、高血压、慢性病的危险增大,从而影响社会经济发展。相关研究发现,1995年中国9.2%的冠心病、33.9%的糖尿病和11.3%的脑卒中归因于儿童时期的低体重和生长迟缓。儿童时期体格发育会影响成年体格,而在这样的成年人群中身高对体能的影响是身高每增高1%,劳动生产力增加1.38%。由于儿童时期中度生长迟缓,成年后劳动生产力可

²⁹ 李竹:《我国出生缺陷研究的进展》,《中国计划生育年鉴》,1997年。

³⁰ 张车伟、蔡昉:《中国贫困农村的食物需求与营养弹性》,《经济学(季刊)》,2002年第1期,199-216页。

³¹ 杜树发等:“国民营养与体质状况总结报告”

³² 周海春:《公众营养状况:一个事关发展的战略性问题》“公众营养与发展系列报告之一”,
www.nutritionchina.com

³³ Harold Alderman, Jere R. Behrman, 1997. “Child nutrition, child health, and school enrollment.” World Bank Policy Research Working Paper 1700.

减少 2%~6%，重度生长迟缓，成年劳动生产力减少 2%~9%。儿童时期蛋白质、热能营养不良，可使智商降低 15 分，导致成年收入及劳动生产率下降 10%，铁缺乏可造成成年劳动生产率减少 5%~17%，碘缺乏造成成年后劳动能力 10% 的损失³⁴。

营养不良带给国民经济与社会发展的影响是巨大的，现时的营养不良，将产生无法估算的远期损失。欠发达地区的劳动年龄人口在健康素质方面较差，而这些地区又是生育水平持续较高、出生人口相对较多、年轻人口比重较大的地区，是将来向劳动市场输送劳动力的主要地区；这个地区的少年儿童和成人健康状况不仅影响到本地区的发展，也影响劳动力输入地区的劳动力素质。此外，母亲的营养不良会影响胎儿的成长和婴儿的健康，甚至发生出生缺陷。

我国有 2.5 亿儿童青少年生活在农村，他们是未来我国主要劳动力的后备军，然而，在我国农村尤其是贫困农村，短期内无法实现依靠经济来改善营养状况，可以通过合理搭配食品，提高膳食的质量，来以有限的投入达到最好的收益。改善营养的关键之一是合理配备有能力的营养咨询人员，这一点在农村地区尤为重要。有研究显示，如果母亲具备婴儿喂养的科学知识可大大改善婴儿的健康。对我国 101 个贫困县营养改善结果发现，通过营养指导，农民可以充分利用当地自然资源，发展庭院和校园经济，促进食物生产和营养改善，有效降低营养不良发病率。

从国际的经验来看，营养干预是各国普遍采用的措施。如美国就实行对孕产妇和 5 岁以下儿童进行营养干预的项目。该项目最初的宗旨是：通过营养干预来保证孕妇孕期有足够的营养以有效地降低早产和低体重儿的出生率，从而降低婴儿死亡率和为抢救这些低质量新生儿的医疗费用，并提高群体的身体素质。具体内容是向目标人群（贫困线以下的孕妇及 5 岁以下的儿童）提供免费的食物和健康教育。首先是由地方卫生部门根据当地的生活情况确定目标人群并建立档案；然后每月向目标人群发给 2 张支票，持票人可以到指定的商店购买一定数量和质量的食品，支出由政府承担。此外，目标人群每两个月至少接受一次健康教育和身体检查。营养干预项目至今已实施了 20 多年，它的目标人群也由原来的只为孕妇和 5 岁以下儿童提供免费食品发展到给幼儿园和学校的儿童提供科学的营养午餐。从实施情况看，项目取得了比较好的效果，大大地提高了儿童和孕产妇的身体素质。如印度也实施儿童营养干预计划。在努力发展国内粮食生产，提高人民收入水平的同时，印度政府在国际组织的支持下实施了改善儿童营养的项目。这些项目有一部分得到了世界银行、亚洲开发银行、联合国粮农组织、儿童基金会等国际机构的援助。项目的内容主要是开展和实施学校午餐计划、儿童照顾食品计划以及其他营养补助计划等。由于这些项目具有很强的针对性，而且又是在国际组织的监督下运行的。因此收到了立竿见影的效果。毛里求斯政府的营养干预计划中比较典型的有向孕妇和产妇提供免费牛奶及向在校儿童提供午餐等³⁵。中国目前实行的国家学生饮用奶计划也属于一种营养干预计划，但这一计划的实施范围仍然十分有限，大多局限在城市地区。国家应该采取更为积极的营养干预计划，并扩大其范围。

此外，健康宣传和教育、儿童保健项目等也是国际上采用较多的改善营养不良的措施。各国一般都采用包含多种措施的综合政策体系来解决本国的营养不良。

我国为了改善国民营养状况，已经制定了《中国食物与营养发展纲要(2001—2010 年)》，确定中国食物与营养发展的重点领域为奶类产业、大豆产业和食品加工业，并以农村地区特别是西部农村地区为重点地区，以少年儿童、妇女和老年人为重点人群。同时国家在补充微

³⁴陈春明，王玉英：《从营养在经济发展中的作用看西部开发》，《中国食物与营养》2000 年第 4 期。

³⁵营养与发展（RETA）课题组：各国改善公众营养的做法及几点启示，www.nutritionchina.com

量元素方面采取了全国性的行动（如补碘等措施），并收到了良好的效果，证明国家对营养干预的有效性。针对农村是疾病预防和健康教育的薄弱点，政府还发动了农民健康教育运动。

我国已经认识到青少年健康问题的重要性，将把青少年健康纳入专项治理工作中，对青少年的体质健康问题进行全面系统干预。一项由团中央、教育部、国家体育总局联合实施的、涉及 2.3 亿学生的“干预工程”，已于 2004 年启动。

（三）对策建议

根据世界卫生组织的报告，改善营养是解决营养不良的切入点，营养的改善意味着更健康、有更好的免疫系统，因此可以减少生病几率；一个健康的人更强有力，能够更好地工作，因此有更多的就业机会，从而使其摆脱贫困和营养不良。从某种意义上说，营养改善的潜在后果是一个更为健康和具有更高生产力的社会³⁶。图 5-5 为营养作用的示意图。

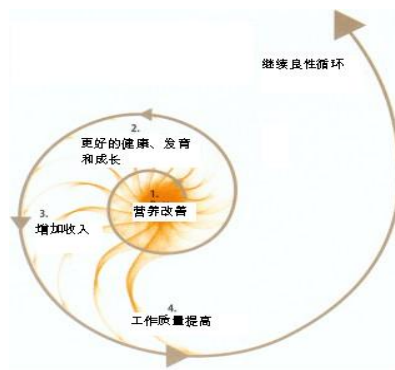


图 5-5 改善营养的良性循环示意图

资料来源：World Health Organization: Nutrition. 2004. <http://www.who.int/nut/>

我国在未来 10 年内应当把增进国民健康和改变居民营养摄入行为作为首要任务。改善国民营养状况、尤其是少年儿童的营养状况，也就是改善当前和未来劳动力的健康素质，将具有较高的经济回报。而促进健康和营养摄入行为的宣传教育活动成本相对医疗卫生投入来说微不足道，养成健康的饮食习惯、注意营养摄入合理则主要是由居民个人负担经济成本，因此从国家来说对于干预活动的投入应当是非常合算的。而且只有政府的强大干预（主要是宣传教育），才能加速营养状况的改善从而提高国民身体素质。

早有学者提出，饮食和锻炼对改善广大居民的健康和降低死亡率比追加医疗卫生投入更重要³⁷。英国和西欧将近 200 年来经济发展所取得成就的一半归功于营养和体质的改善，北欧工业革命极盛时期的长期经济增长有一半以上归功于其体格发育的增长。相反，营养状况不好，将直接阻碍经济的发展，粗略估计几个亚洲国家由于营养不良造成劳动生产力损失为国内生产总值的 2-3%。

中国是发展中国家，必须在有限的资源和条件下，优先考虑投入相对较低、收益相对较大的健康干预措施，健康干预的目标是提高总体人口的整体健康水平。侧重于引导城乡居民食物消费、营养摄入和饮食习惯更加科学合理的健康教育，是适合优先考虑的战略。

总之，通过健康干预改变健康行为和饮食习惯是有效提升国民总体健康水平、大多数人能够获益、对国民健康有重大影响的举措。为此，我们建议国家在考虑人口发展战略时，从

³⁶ World Health Organization: Nutrition. 2004. <http://www.who.int/nut/>

³⁷ Fuchs VR: 《谁将生存？健康、经济学和社会选择》，上海人民出版社，2000 年。

改善全民的健康水平出发,采取综合措施,解决营养不良问题。尽管我国已经出台了一些措施和行动,但还需要具有更强大的影响力度和更有针对性的覆盖范围。

我国地区之间存在较大的差异,东中西三个地区形成了发展上的三个层次。从人口变动和分布的角度来看,健康状况最好的东部地区是生育率最低、人口增长较慢甚至负增长、老龄化速度较快的地区,部分中部地区和广大西部地区正处在人口转变时期,生育率相对较高、人口增长仍将持续一段时期,这些地区的人口健康问题对人口发展会有更大的影响、应当特别受到重视。

鉴于在体质和营养方面存在的巨大城乡差距和贫困地区的突出问题,在策划健康干预项目时应当把贫困人口作为重点干预对象。营养不良往往是与贫困联系在一起的,所以改善贫困人口的经济状况将有利于营养不良问题的解决。但是,营养不良的解决并不必然依赖于经济状况的改善,公共政策在解决营养不良方面可以起到主导作用。

对于农村贫困地区来说,基本温饱和以有限的财力保证营养需要不仅是健康问题,也是社会经济发展基本建设问题,是关系当前劳动大军生产效率和未来劳动者智力及体能是否能充分发育的问题,是不可忽视的人力资源质量问题。因此,重视健康及营养问题并将之纳入扶贫计划是农村及贫困地区长远发展的关键之一。

近年来,我国的扶贫方法基本是经济扶贫,帮助贫困人口增加收入,提高他们的人力资源素质,加强人力资本建设。但提高人口素质很重要的一个切入点是要从儿童营养健康着手,进行营养扶贫,以有限的财力保证营养需求。因此,在坚持从经济开发入手开展扶贫工作的同时,重视健康及营养问题并将之纳入扶贫计划是农村及贫困地区长远发展的关键之一,干预的目标人群应当是贫困地区的所有居民,重点人群为青少年和妇女。同时,在确定评价脱贫效果时,制定一个包括儿童营养不良患病率、母乳喂养率、安全饮水率等在内的综合健康卫生指标,以促进扶贫工作对当地居民营养状况的重视。

第三节 劳动年龄人口的健康

劳动年龄人口一般包括 15-64 岁人口。根据 2000 年人口普查数据,我国劳动年龄人口占总人口的 68%。这个年龄段人口的死亡率相对较低,但是存在与少年和老年不同的健康问题,这个阶段的主要健康问题是事故与伤害以及精神疾病。例如对某些职业来说,劳动从业人口的主要健康问题是劳动安全问题,如男性矿工和在化工业就业的女工有显著低于其他工种人员的期望寿命,说明这些行业具有更高的健康风险³⁸。因此,劳动年龄人口健康的改善在很大程度上依赖于劳动保护和相应的保障措施。

此外,劳动年龄人群是一个相对活跃的人群,且具有较高的流动性,接触传染性疾病的的机会也更多些,更容易受到突发性传染病的侵害,例如在 2003 年春非典型肺炎流行时,中青年成为受感染者的主体。

我国当前农村向城市的劳动力流动规模是空前的,农村到城市的劳动力已经超过城镇全部就业人数的 1/3。农村劳动力大多在城市的非正规部门或正规部门中的非正规岗位就业,根据第五次人口普查,总数约为 7600 万的农村流动劳动力主要集中在商业、服务业和生产

³⁸ 劳动部信息中心.1994.中国从业人口生命表.中国统计出版社. 转引自:黄荣清.中国死亡问题研究 <http://www.cpirc.org.cn/paper2.htm>

设备操作岗位上，占其人数的 83.3%，是城镇劳动力同样职业类型比例数的 1.6 倍以上³⁹。由于各种法规和制度已经不适应目前劳动力大规模流动的形式，使流动人口在为各地经济发展做出贡献的同时，也外出打工付出了较高的健康成本并面临较高的健康风险。流动人口的健康问题，构成了劳动年龄人口问题的主要部分。

（一）存在问题

劳动安全问题

许多职业危害问题比较突出的企业没有在工作场所采取措施保护劳动者的安全，直接威胁到劳动者的身体健康和人身安全，这一问题在外资、乡镇和民营私营企业显得尤为突出。在这方面缺乏比较系统的统计数字，但是从零星的报告中可以看到这个问题的严重性。

2001 年，卫生部开展的全国职业卫生检查计划对职业危害问题比较突出的粉尘、有机溶剂行业进行检查，抽查了 5795 家企业。未经卫生行政部门预防性审核的企业占 42.62%，外资、乡镇和民营私营企业的漏审率均高于国企；职业危害程度合格率为 64.40%，国企的合格率高于其它企业，乡镇企业和民营私营企业的合格率不到 50%。调查结果表明，合同工（流动人口）职业卫生保障问题日益突出，急性职业中毒和职业病比例有逐渐升高趋势。

中国截至 2002 年共有乡镇企业 2133 万个，从业人员 1.3 亿多，以来自农村的剩余劳动力为主。83% 的乡镇企业存在不同程度的职业危害，60% 的乡企没有配备必要的防护用品，90% 的乡企粉尘超标，乡企业职工中的 30% 接触有毒有害物质，乡企职工的职业病发病率高达 15.8%⁴⁰。

截至 1999 年底，中国共有外商及港澳台商投资企业 6.23 万个左右，其中约 37.2% 具有严重的职业危害作业，外商及港澳台商投资企业从业人员约为 612 万人，其中 34.7% 左右从事有毒有害的作业。1998 年全国报告的慢性职业中毒病例中，发生在各类外商投资企业的中毒占 1.6%，1999 年该比例上升为 14.1%。仅在深圳市就有 9 万多人从事有毒有害作业，95% 的涉外企业都有职业中毒事故发生，正乙烷、三氯乙烯、笨中毒等职业病正严重危害当地打工者的健康。早在 20 多年前的马来西亚已有此类问题产生，许多从事电子产品加工的年轻女性因为职业中毒和有害金属辐射造成许多人无法生育⁴¹。

国家安全生产监督管理局透露，2003 年全国死于工伤人员高达 13.6 万人，其中大部分是农民工，特别是在矿山开采、建筑施工、危险化学品 3 个农民工集中的行业，农民工死亡人数占总死亡人数的 80% 以上⁴²。

在劳动安全问题频出的同时，并非所有的工人都能在工伤后能够获得医疗救治和经济补偿。工伤保险是工人伤后的主要依靠。根据工伤保险政策法规，用人单位应该为所有职工或者雇工缴纳工伤保险费，但事实并非如此，很多工厂企业没有向工人提供工伤保险。珠江三角洲工伤研究项目小组对 2001-2003 年广东医院在院工伤者的探访，70% 以上的企业没有为职工购买工伤保险⁴³。

传染病问题

在全国流动人口比较集中的地区，传染病问题正在引起关注。流动人口的流动特性使得

³⁹ 蔡昉、王美艳. 非正规就业与劳动力市场发育. 经济学动态, 2004 年第 2 期.

⁴⁰ 彭嘉陵: “农民工职业安全健康状况堪忧”, 人民日报, 2004 年 6 月 19 日第五版.

⁴¹ 李真: “社会写真: 他们的命--被漠视的卑微职业病患者”, 中国青年报, 2004 年 6 月 23 日

⁴² 2004 年 6 月 19 日, 中国青年报消息.

⁴³ 谢泽宪: “工伤事故六问”, 上海社会科学院网站, www.sass.org.cn

传染病不但对该人群形成重要威胁，也影响到流入地和流出地的居民健康和医疗卫生工作。

流动人口的流动造成传染病的传播与扩散。我国幅员辽阔，传染病地区分布不平衡。由于人口的流动使得病菌从疫区进入非疫区。造成传染病在两个不同地区流行的原因可能有两个。一是流动人口将流出地的疾病带入流入地。如浙江省原已基本消灭疟疾，目前发病者多以外省流入人口为主⁴⁴。二是流动人口在流入地发病，在流入地传播或者带回流出地。我国的流动人口大多进行周期性流动，每年在节日等特定时期要返家居住一段时间；此外患者可能在生病时回家探亲，这些情况都可能造成疫情扩散。

易感人群的积累与聚集是传染病产生的源头。许多城市都有流动人口的集中居住区。这些地方生活设施简陋，卫生条件差，成为蚊虫鼠类滋生的温床，因而在流动人口中疟疾、出血热等自然疫源类传染病的发病率要远高于当地居民。

在流动人口密集的地区肠道传染病的发病率较高。根据浙江、广东等地医疗系统的数据，流动人口的肠道传染病发病率高于当地常住人口。病毒性肝炎、伤寒等病种尤其严重⁴⁵。流动人口的生活条件恶劣是导致该人群的肠道传染病发病率高的主要原因。流动人口的饮食和饮用水卫生无法保障，是肠道传染病发作的隐患。此外，流动人口大多集中居住在城乡结合部，这里的市政设施不完备，水电供应不足，排水排污系统简陋。

流动人口也是呼吸道传染病的多发人群，主要以麻疹、肺结核等类疾病为主。我国大约80%的结核病人住在农村。流动人口多来自农村，且在城市居住集中、饮食不卫生，为相互传染创造了条件。麻疹多发生在外来人口子女中，严重的会导致成年人的暴发。广东中山市曾有过外来人口暴发麻疹引发本地人群暴发流行的事例⁴⁶。

性病/艾滋病问题

性病/艾滋病问题已经是我国的一个重要的流行病问题，联合国驻华机构对我国实现千年发展目标的评价中，对遏制艾滋病蔓延显示出特别的担忧，尤其指出针对某些不易覆盖的人群（包括流动人口）的工作还需要在政策法规方面有进一步的改进⁴⁷。

艾滋病主要在青壮年人群中蔓延，我国艾滋病病毒携带者中劳动年龄人口占90%以上（见图5-6）。近年来，艾滋病/性病在流动人口中的发病率迅速上升，感染人数日益增多。艾滋病/性病正在逐渐成为流动人口的主要传染病之一。广东、四川等地的医疗系统资料显示，艾滋病的感染者多为农民和无业人员，其中部分人进行过省际流动⁴⁸。在我国的沿海地区，一些外来人口从事性工作，增加了感染并传播性病的可能性。萧山市1998年的传染病报告表明，与外来女性的性接触是当地男性性病发生的主因⁴⁹。

目前，我国艾滋病的传播风险已从高危人群延伸到一般人群，在青壮年当中预防艾滋病显得更为重要。

⁴⁴ 谢淑云，1997-1998年浙江省流动人口传染病流行特征分析。浙江预防医学，2000，12（6）：11-13

⁴⁵ 蔡衍珊等，1997-1999年广州市外来人口传染病发病特点分析。广州医药，2000，31(6):55-56.

⁴⁶ 李桂娇等，1988-2001年中山市流动人口传染病流行现状及防制对策分析。华南预防医学，2002，28（5）：18-20

⁴⁷ 联合国驻华机构评估报告：中国实施千年发展目标进展情况。2004.

⁴⁸ 梁莉等，四川省2001年传染病流行状况分析，预防医学情报杂志，2003，19（2）：105-109.

⁴⁹ 汪永良，马德高，方坚。萧山市流动人口带来的防疫问题及对策，中国农村卫生事业管理，2000，20（3）：41-42

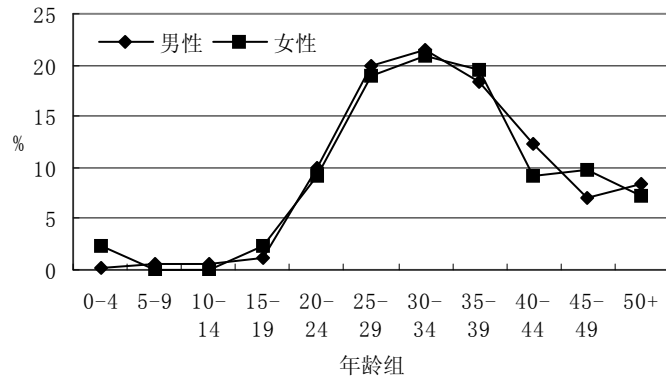


图 5-6 中国统计的艾滋病感染者年龄结构

资料来源：UNAIDS. Epidemiological fact sheets by country. 2003.

（二）影响因素分析

法律执行力度不够

在我国《职业病防治法》《使用有毒物品作业场所劳动保护条例》等法律法规中都明确要求用人单位要为劳动者提供符合卫生标准的工作环境和条件，却没有明确指出如果执行不力，或者不执行的处罚程度。没有强制的规范就难以保证规则的有力施行。例如 2001 年进行的全国职业卫生检查抽查了 5795 家企业，存在的问题众多，但最终仅处罚了 906 家，罚款 35 万元，部分省市未开出一张罚单。这种状况下，无法确保工人有安全的生产环境。

而对于用工单位必须提供的各种社会保障，就更缺乏社会监督。许多单位拒绝与工人签订劳动合同，而面对供大于求的劳动力市场，打工农民即使有签约的想法也不敢提出，因为担心失去工作。没有劳动合同，工伤保险等社会保障更是无从谈起。按国家规定，没有工伤保险的工人受伤后由用人单位来支付全部救治费用和经济补偿。不少用人单位拒绝为工人支付保险费用。有些高风险行业的老板甚至与工人签订“生死契约”。由于没有合同，无法通过法律手段保护伤者。

总之，主要问题在于各种不同的用工单位和个人在用工方式上具有典型的短期意识，无视工人的健康和相应权益。同时，政府的执法力度不够，社会对用工单位的监督几乎没有，而工人自身的维权意识和维权能力也不足。

部分法规不利于维护流动人口权益

工伤与职业病的认定过程复杂，周期长，对于流动人口而言可实施性差。工伤和职业病的认定可能需要几个月或者几年时间。许多雇主极力推脱自己的责任，不承担或只承担部分医疗费用和工伤赔偿，甚至将伤者解雇并赶出工厂，因此需要通过打官司等法律途径来解决。对于一个经济上并不宽裕的外来打工者来说，没有收入，没有住所，想要在城市生活并非易事。在这种情况下坚持半年、一年或许几年以等待法律判决并不现实。

工伤保险、职业病的赔付金额低，伤者难以维持生计。我国的伤残补助金、伤残津贴等类赔偿金是以伤者工资为基本单位。长期以来一般民工的劳动力低廉，一个工人的月收入仅为几百元，千元以上的并不多。在这个基础上形成的伤残赔偿金金额大致在几万元左右。这笔费用并不足以支付伤者日后的医疗康复、护理费用、劳动能力丧失的经济损失以及伤者家庭的损失。进城务工者大多是家庭的主要经济支柱，一旦伤残或死亡，对贫困的农村家庭无

疑是雪上加霜，很多家庭可能因病返贫。

公共服务机制的缺陷

我国城市大部分公共服务的机制都是在计划经济条件下设计的，服务人群的定位是户籍人口，无法适应当前大规模人口流动的现状，现有的健康公共政策和医疗卫生服务体系更是不能满足流动人口的需求。与健康相关的公共服务包括住房、交通、医疗卫生、疾病控制和防疫、计划生育等，在流动人口集中的地区暴露出各种缺陷。

例如，计划生育和生殖健康以现居住地管理为主的原则由于机制的约束难以落实，结果是流动人口在两地的服务都没有保障；城市医疗费用的昂贵和社区医疗卫生设施建设相对欠缺抑制了外来人口的医疗服务需求；由于在医院分娩的费用高，部分流动人口选择在家分娩，造成新生儿破伤风患病率高；为了节约费用，流动人口患病时大多拖延治疗时间，可能造成传染病的蔓延。此外，虽然国家对流动儿童的免疫问题已经有了规定，但由于流动人口缺乏相关知识和考虑费用问题依然有流动儿童的计划免疫空白；等等。

城乡过渡带和城市近郊的民居是低收入流动人口聚集的地区，房租低廉是吸引他们的主要原因。在这类流动人口聚居区，人员混杂，居住密集，违章建筑多，水电供应和排水排污系统都存在问题。聚居区内原有的居民多已搬迁，区内的街道卫生保洁、治安管理等问题少人问津。这些因素导致居住区内拥挤、缺乏基本的卫生设施、外部环境污染严重，因此肠道传染病和自然疫源（如蚊虫、鼠）的传染病发病率高于本地人口。

针对流动人口的维权问题，我国目前已制定了一些法规政策。如2003年1月，国务院办公厅于发布了《关于做好农民进城务工就业管理和服务工作的通知》，规定各级政府要做好将农民工纳入工伤保险范围的工作。2004年重点推进建筑、矿山等工伤风险较大、职业危害较重行业的农民工参加工伤保险。此前，部分地区也在尝试为农民工提供社会保障。早在1997年，上海市一些单位就为持有《务工许可证》的本单位农民工办理了工伤保险。2004年底，北京将出台保护建筑工人权益的文件，除了明确规定民工宿舍的最低标准外，还要求在工地上建设图书馆、阅览室、卫生所和浴室。

尽管各级政府针对流动人口问题制定了各种条例和管理办法，从流动人口的欠薪问题直至流动人口子女的教育和免疫问题，几乎覆盖了各个方面。然而，不仅执行单位或相关责任方有法不依，流动人口本身似乎也缺乏维护自己权益的能力。在健康方面，由于流动人口的选择性，有能力外出打工的人多是较年轻且健康状况较好的，个人的保健意识也相对淡薄。加之我国人口流动的季节性和临时性，构成了流动群体与当地常住居民在多方面的差异。实际上，当前存在的各种健康问题都是与打工者的流动性相关的。无论是用人单位、公共服务和管理机构，还是打工者本人，潜意识中都有临时的思想，因此对现存问题缺乏认真的态度，对解决问题缺乏动力和压力。

（三）对策建议

从可持续发展的角度考虑，我国大部分城市和东部较发达地区的生育率长期持续在一个相当低的水平上，这些地区的劳动年龄人口将逐渐萎缩，中西部农村的劳动年龄人口必然会在非农就业中占据越来越多的比重。因此，农村劳动年龄人口的健康问题应当引起足够的重视。当前流动人口中存在的健康问题暴露在对待和使用农村转移劳动力方面的不可持续性。用人单位和流入地之所以长期无视流动人口的健康问题或少有作为，主要是因为这些问题不会影响劳动力的供给，因为这些伤病的农民工会被源源不断新流出的劳动力替代，而伤病负担实际上是由农村来承受。这种做法一是损害了农民工的健康、有些甚至是终身的健康；

二是更增加了农村的负担或加剧了农村的贫困现象；三是从长期和人口发展的角度看，这种对外来劳动力“掠夺式”的使用方式是不可持续的。目前这种状况是依靠充足的劳动力数量来维持的，而在人口视窗关闭（即人口红利消失）后将不再有如此充分的劳动力供给，因此会造成有限劳动年龄人口的身体素质下降和能胜任的劳动力资源短缺。此外，未来一段时期随着城市化速度的加快，流动人口的规模可能还将会持续而且保持增长的势头，未来一些城市面临快速的人口老龄化，主要的劳动力来源要依靠外来人口。因此，无论从短期和中长期的发展观点看、从人口健康和经济发展的视角考虑，都不能再拖延解决流动人口的健康问题。

面对现有的庞大流动人口，包括公共卫生和计划生育在内的公共服务体系应当进行重新调整和建设，把流动人口作为直接服务对象，制定相应的劳动保障和公共政策。

建立和健全适合流动人口的社会保障和医疗保障体系。调整和改善公共卫生服务，使之适应流动人口的特点和需求，尤其应当重视基层卫生设施的作用，如社区医院和工厂企业的诊所等。同时还应加强面向流动人口的公共卫生和疾病预防宣传教育与咨询。

改善工作环境，加强安全保障。我国法律规定用人单位有责任提供符合卫生标准的工作场所，包括安全的生产设备和环境。但是我国现行的工伤保险制度仍然停留在事故发生后的赔付处理上，工伤预防的工作做得不充分。为了保护广大的工人能够安全生产，企业需要尽早完善工伤预防。同时，各行业可以通过工伤费率的调整，把被动的工伤赔付变成用人单位的积极预防。在职业危害严重的行业，由用人单位开展面向工人的安全生产培训。

改善流动人口的居住生活环境有助于疾病的控制和预防。越来越多的农村剩余劳动力在城市中找到了适合自己的生存方式，并希望可以长期居留和城市。在我国城市化进程不断发展的今天，为流动人口提供良好的生活环境可以帮助他们在流入地更加舒适的工作和生活。在流动人口聚居区开展环境治理工作，能够减弱流动人口聚居区成为传染病源头的可能性。要将改善水电、排污系统等工作纳入城市规划中。

第四节 妇女的生殖健康

在健康问题上，由于生理的原因，妇女具有自身的特殊性，因此有必要特别讨论育龄妇女的生殖健康问题。根据 1994 年国际人口与发展大会行动纲领的定义，生殖健康指“生殖系统及其功能和过程所涉及的生理、心理及社会诸方面的完好状态，而不仅仅是没有疾病或不适”。生殖健康涉及到满意和安全的性生活，具有生育能力和决定生育的能力，能够知道、获得和选择安全、有效、价格合理和可接受的生育调节方法，并拥有获得相应保健服务的权利，妇女能够安全怀孕、分娩并生育健康的婴儿。90 年代以来，由于国家和各种机构组织的重视，我国育龄妇女的生殖健康状况和生殖保健服务得到了很大的改善，但是还存在不少有待解决的问题，社会、经济和人口变动也带来新的挑战。

妇女的生殖健康问题，不仅仅是卫生和计划生育问题，还涉及到权益问题和社会经济问题。妇女的生殖健康问题不仅影响妇女本人的健康和生活质量，也会影响妇女的社会参与和经济参与，并影响到婴幼儿的健康问题。同时，导致妇女生殖健康问题的原因也是多方面的。本报告并不试图涵盖所有内容，而主要关注避孕节育、人工流产、孕产安全中有关身体健康的方面。

（一）现状及存在问题

避孕节育

我国是世界上避孕现用率最高的国家，育龄妇女为稳定持续多年的低生育水平承担了避

孕节育的主要负担。由于生育数量减少和生育时间比较集中，避孕时间可长达 20 多年。因此，提供更高效、副作用更小的避孕方法，减少可以避免的非意愿妊娠和人工流产，会对改善育龄妇女的健康有直接作用，对提高妇女的劳动参与率和参与能力有积极影响。

根据 2001 年全国计划生育和生殖健康调查，我国有偶育龄妇女的总避孕率为 86.9%，达到有统计数据以来的最高值。避孕模式呈现出首次避孕时间提前的趋势，即低龄组的避孕率显著上升（见图 5-7），这一变化在城市中尤为突出⁵⁰。

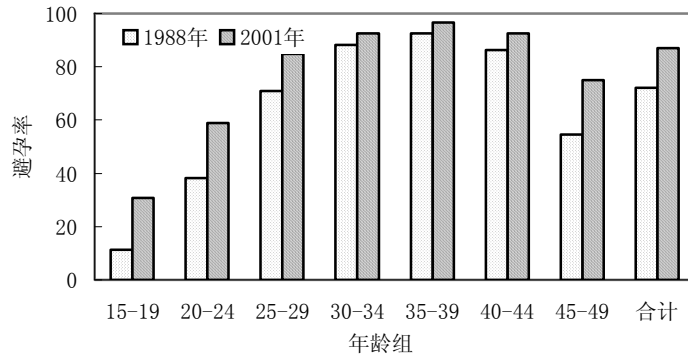


图 5-7 1988 年和 2001 年已婚育龄妇女的避孕率

资料来源：“人口动态”编辑部编. 中国生育节育抽样调查论文集. 1991 年. 潘贵玉主编. 2001 年全国计划生育/生殖健康调查数据集. 中国人口出版社, 2003 年。

在避孕率上升的同时，随着计划生育服务的完善和知情选择的推广，避孕措施的提供日趋多样化。2001 年的全国调查结果显示，有更多的年轻妇女选择使用短效避孕方法或可逆性避孕方法（见图 5-8），因此，使用合适、安全的避孕方法成为影响育龄妇女生育周期健康的至关重要的问题。

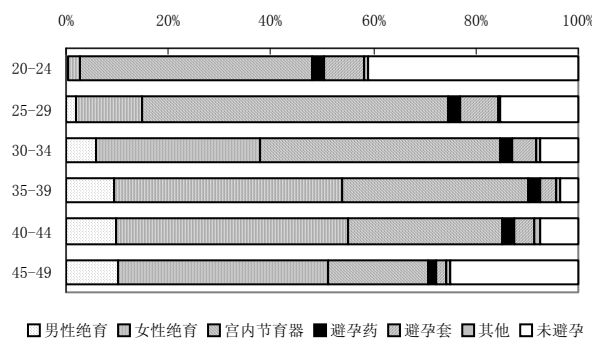


图 5-8 年龄别避孕方法使用构成，2001 年

资料来源：潘贵玉主编. 2001 年全国计划生育/生殖健康调查数据集. 中国人口出版社, 2003 年。

根据调查对象自己的报告，在目前使用现代避孕方法的 28043 对夫妇当中，副作用出现的比例约为 30%，其中皮下埋植出现副作用的比例最高，为 46.8%⁵¹。虽然这不是医学临床诊断而只是妇女本人的报告，但是这样高的比例应当引起重视。相比较而言，1988 年中国生育节育抽样调查的结果，妇女自己报告的综合节育避孕方法副作用发生率为 12.5%，其中

⁵⁰ 李伯华：《关于“生殖健康问题”的研究报告》，中国人口与发展研究中心研究报告，2004。

⁵¹ 李伯华：《关于“生殖健康问题”的研究报告》，中国人口与发展研究中心研究报告，2004。

宫内节育器的副作用发生率最高，为 15.7%⁵²。1988 年调查时，我国能够提供的避孕方法还比较单一；现在有更多的避孕方法可供选择，如皮下埋植和各种类型的宫内节育器，如果缺乏及时的相应服务（如随访和咨询），则容易出现使用者对正常的副反应产生恐惧或困惑，比较严重的副作用不能得到及时诊断、处理或治疗。如果不是非常严重，避孕方法副作用的问题容易被轻视，因为这些副作用一般不会对妇女的活动有很大影响，甚至妇女本人也会忽视这个问题而不及及时求助计划生育服务人员。其结果是可能给妇女带来本可以避免的遗留健康问题。

计划生育将会是我国长期的国策，而育龄妇女是避孕的主要承担者。因此，国家有责任向她们提供有效、安全、适宜的避孕方法和相应的避孕服务，及时诊治和处理避孕副作用的问题。

人工流产

我国的人工流产率在 90 年代以来呈逐渐下降趋势，90 年代后期基本稳定在 2 左右（即每 100 名育龄妇女对应的人工流产数）⁵³。根据联合国人口与社会发展司 1998 年的统计，我国的人工流产水平在世界上属于中等水平。

由于各种原因，人工流产案例不可能降低到没有，但是如果能够有较好的避孕措施和高质量的服务，可以避免一部分人工流产的发生，进一步降低人工流产率。图 5-9 显示了根据两种不同的数据来源所显示的 90 年代人工流产的变化，其中 2001 年全国计划生育/生殖健康调查的人工流产水平是根据调查对象自我报告的结果估计的，可能是一个低估的水平，但下降的趋势应当是不容置疑的，说明在降低人工流产率方面已经取得了一定的成效。同时，人工流产的另一个特点是城市的人工流产率始终高于农村，暗示着城市中计划生育服务仍然有极大的改善空间。

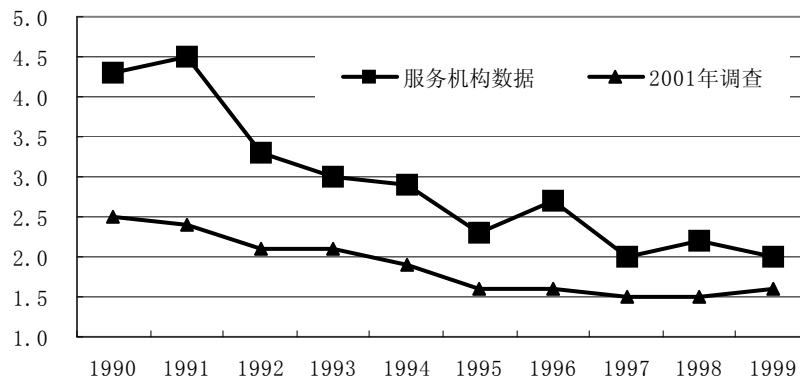


图 5-9 不同数据来源显示的人工流产变化趋势

资料来源：李伯华：《关于“生殖健康问题”的研究报告》，中国人口与发展研究中心研究报告，2004。

人工流产是多种原因造成：医学原因（本人或胎儿生理问题不适宜继续怀孕）、政策原因、本人或家庭计划原因、避孕失败等等。无论什么原因，人流无疑对妇女的身体健康是无益且有风险的，人流次数越多则风险越大。由于人工流产是对妊娠的不正常中止，还有可能对妇女产生精神上、心理上的副作用。因医学原因的人工流产从长远来看是对妇女本人的健康的一种保护（或者是对胎儿质量的控制），其结果不完全是负面的，但多项有关人工流产

⁵² 罗纯志、魏志纯：《中国妇女节育避孕方法的副作用》，见：常崇煊主编：《中国生育节育抽样调查论文集》，1991。

⁵³ 李伯华：《关于“生殖健康问题”的研究报告》，中国人口与发展研究中心研究报告，2004。

的调查证明，这种情况在各种人流原因中占比例很小。

在我国人工流产技术已经不是很大的问题，并发症和后遗症已得到控制，但不能排除风险，比如有发生术时并发症或术后并发症的可能，也可能影响妇女的下次妊娠或引起生殖道感染等⁵⁴。有研究显示，有人工流产史的妇女在初次分娩时出现分娩异常或分娩并发症的可能均高于没有做过人工流产的初产妇女⁵⁵，在当前未婚女青年人工流产呈上升趋势的情况下，其对妇女可能造成的危害不可低估。此外，在一些地区仍然存在非医学需要的大月份引产，给妇女的健康甚至生命带来极大的风险。目前我国还没有与人工流产相关的健康损失、经济损失和劳动参与损失的系统调查研究，但可以肯定的是人工流产会影响到妇女健康及其社会、经济活动和个人生活。

如果有优质和及时的孕前健康检查或避孕咨询和服务，相当一部分人工流产是可以避免的。有研究发现，人工流产经常被作为一种控制间隔的手段⁵⁶，暗示在控制两胎间隔过程中行政手段与避孕服务的不平衡（如果有及时的避孕服务和较宽松的两胎间隔规定，一部分人工流产应当是可以避免的）。同时，我国的计划生育服务在人工流产后服务方面比较欠缺，即使在推广优质服务的地区，术后随访率仍然难以提高。对有人工流产并发症或后遗症的妇女来说，术后服务的欠缺可能会导致严重的健康问题。此外，在不少工厂企业打工的女青年没有享受计划生育和孕产保健的福利，不仅要自己负担人工流产的费用，在术后也不能享受带薪休息，出于经济考虑不得不照常上班工作，严重影响了妇女的健康。

90年代中以来，我国人工流产的人群出现低龄化的趋势，一些城市中的调查发现未婚女青年在人工流产妇女中所占比例越来越高。在未婚女性和流动妇女中更有可能出现因意外妊娠导致的人工流产。而一些调查显示婚前有性行为的青年很少采取避孕措施，提出了向青少年开展青春期教育和发展针对青少年性与生殖健康服务的迫切需求。

孕产安全

孕产安全是2004年世界人口日的主题。我国在孕产安全方面投入了大量的资源，并取得了显著的效果。孕产妇死亡率显著下降，已经达到53/10万，接近发达国家的水平⁵⁷。

产前检查和住院分娩是保证孕产安全的主要条件，而农村在产前检查和住院分娩方面一直和城市有非常大的差距。

根据2003年国家卫生服务调查，调查地区产妇产前检查率为87.8%（城市为96.4%，农村为85.6%）。与1993、1998年调查相比，孕妇产前检查率有明显的提高。接受调查的产妇中，住院分娩率为68.3%（城市92.6%，农村62.0%），与1993年和1998年相比，农村地区有十分明显的增加（1993年为21.7%）。不过农村地区在家中分娩的比例仍比较高，为33.9%，农村在家分娩的妇女中由非专业人员接生的比例41.6%⁵⁸。

另一项全国范围的回顾性调查结果显示，20世纪90年代以来，农村妇女做产前检查的比例显著上升，逐渐向城市妇女的水平靠近；与此同时，非医疗机构分娩的比例逐年下降（见图5-10和图5-11）。

⁵⁴ 美国波士顿妇女健康写作集体：《美国妇女自我保健经典（中译本）》。知识出版社，1998年，244页。

⁵⁵ 赵盛等：《未产妇女人工流产对再妊娠分娩的安全性研究》。《中国计划生育杂志》，1998(8):366-7。

⁵⁶ 刘鸿雁：《中国人工流产现状及与性别偏好的关系》，见：潘贵玉主编：《2001年全国计划生育/生殖健康调查论文集》，中国人口出版社，2004年。

⁵⁷ 联合国驻华机构评估报告：中国实施千年发展目标进展情况。2004。

⁵⁸ 卫生部：《第三次国家卫生服务调查主要结果》（www.moh.gov.cn）

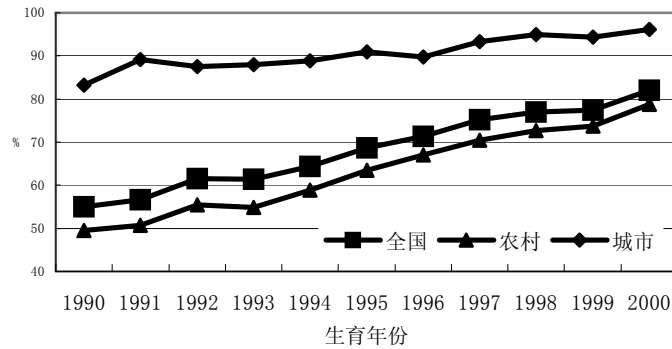


图 5-10 妇女做过产前检查的比例

资料来源：潘贵玉主编. 2001 年全国计划生育/生殖健康调查数据集. 中国人口出版社, 2003 年。

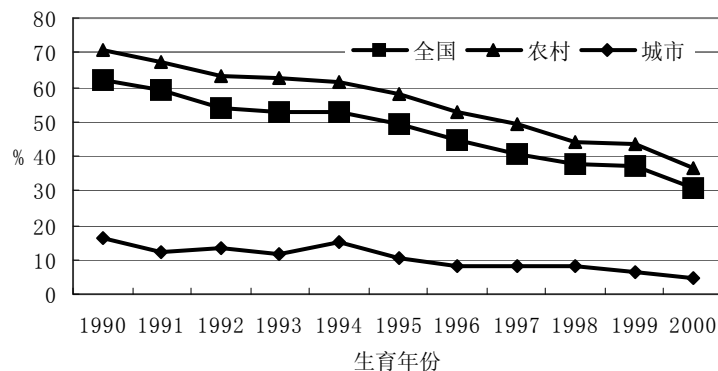


图 5-11 非医疗机构分娩的比例

资料来源：潘贵玉主编. 2001 年全国计划生育/生殖健康调查数据集. 中国人口出版社, 2003 年。

除了农村之外，女职工的劳动保护和孕产权益是在提高孕产安全方面另一个值得关注的问题。我国 1988 年 9 月开始施行的《女职工劳动保护规定》，对女职工在孕产期和哺乳期提出了明确的劳动保护要求；1990 年 1 月劳动部颁发了《女职工禁忌劳动范围的规定》，列举了已婚待孕、怀孕、哺乳女职工的禁忌劳动范围；1993 年 11 月，卫生部、劳动部、人事部、全国总工会、全国妇联共同颁发了《女职工保健工作规定》，提出了女职工保健的组织措施和保健措施，尤其对孕前、孕期和产后保健做出了比较具体的要求。然而对这些规定的实施情况如何，直到现在，我们都还没有一个全面和清楚的估计。根据一些调查和报告，在一些外资企业和民营企业中，存在对外来女工职业健康和生殖健康权益的侵犯⁵⁹。根据全国总工会的一项全国抽样调查，私营和个体企业在执行国家规定方面的情况比较差（见表 5-6）。

据了解，有些较大规模的工厂有比较完善的劳动保护制度，女工在怀孕后可以调换工作岗位，工厂设有哺乳室并有规定的哺乳时间。但是根据一些调查研究和个案报道，多数中小型私营企业在妇女孕产保健方面没有执行这些规定，一般女工在得知怀孕后只有辞职，也就是说，所有孕产负担都由妇女本人及其家庭承担。

有些农村妇女为了外出打工，将需要哺乳的婴幼儿留给祖父母照管，根据最近劣质奶粉问题的报告，发现这些“留守”的婴幼儿中存在营养不良等健康问题。而农村妇女带到城市中的婴幼儿则往往会由于母亲对妇幼保健的无知而漏过了应该接种的疫苗。从而为这些外出

⁵⁹ 姜秀花执笔：《切实保护流动妇女的计划生育/生殖健康权益》，“中国现代化进程中的人口迁移流动与城市化学术研讨会”，北京，2004 年。

打工家庭的儿童健康留下了隐患。

表 5-5 1999 年企业执行女职工劳动保护情况 (%)

企业类型	建立妇科 病定期检 查制度	建立卫生 室/孕 妇 休息室	执行有关 劳动强度 规定	执行经期 劳动安排 规定	执行哺乳 期劳动安 排规定	执行 90 天产假 规定
国有企业	82.4	32.3	79.8	87.4	94.9	97.9
集体企业	66.9	22.9	72.2	80.7	91.6	95.2
内资股份合作企业	77.8	3.8	60.0	77.8	89.3	96.6
内资联营企业	66.7	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0
内资有限责任企业	91.9	45.5	89.7	89.7	100.0	100.0
内资股份有限企业	77.8	40.9	92.0	92.3	96.7	100.0
内资私营企业	28.6	50.0	71.4	42.9	62.5	50.0
内资其他企业	33.3	33.3	100.0	100.0	100.0	66.7
港澳台商投资企业	87.5	42.9	100.0	100.0	100.0	87.5
外商投资企业	50.0	38.5	100.0	100.0	100.0	100.0
事业	80.7	33.2	63.4	68.2	93.2	98.6
机关	100.0	31.2	-	-	100.0	100.0

资料来源：全国总工会 1999 年“女职工基本情况”统计抽样调查。转引自：国家统计局人口和社会科技统计司，中国社会中的女人和男人，2004。

（二）对策建议

妇女的生殖健康问题是综合问题，可以通过继续和加强现在已有的项目如计划生育优质服务和妇幼保健等逐步改善，但在提供服务时应当关注影响多数人健康的问题，如通过改善服务减少人工流产、降低计划生育手术的并发症、对影响妇女健康的避孕节育副作用及时治疗等；青少年问题则需要教育部门、卫生部门、计划生育部门等多部门合作解决，目前最需要的是在初中开设青春期健康教育和人生技能的培训。

流动妇女的健康问题尤其是生育健康问题，涉及到妇女的基本权益、也是妇女人权的一部分；这些问题直接影响妇女的身心健康以及她们的家人尤其是子女的健康，其影响不可低估。我们首先应当对问题的存在及其严重性有比较全面系统的调查和估计，其次是针对存在问题制定解决问题的策略并付诸行动。对这些问题的解决不仅需要政府有政策规定、企业承诺履行职责，还要有社会的监督和群众的广泛参与，包括妇女本身的参与和非政府组织的监督和参与。

由于计划生育和生殖健康服务是一种盈利较少或完全不盈利的公共服务，在当前市场经济条件下和各种改革浪潮的冲击下如何维持低价和高质量的服务是一个巨大挑战。这类服务是在控制人口增长的初衷下建立的，在计划生育工作要求基本实现“两个转变”、以人为本、以育龄群众权益为中心的新形势下，服务功能的转变和发展受到诸多限制，显然现行机制已经不能适应形势的发展和满足群众的需求。服务机构的生存问题和服务质量问题在贫困地区尤为突出。建议研究并试行新的计划生育/生殖健康服务机制，使之能够适应在稳定的低生育水平下计划生育工作的需求、适应人口、社会、经济变动带来的需求变化，适应不同服务对象的需求，以便进一步改善我国育龄妇女的生殖健康状况。对流动人口的计划生育/生殖健康服务机制需要得到特别的重视。

第五节 老年人口健康

老年人口是指 65 岁及以上的人口。由于生活安定和医疗卫生事业的发展, 人的寿命得以延长, 我国老年人口群体自 50 年代以来不断扩大, 1953 年第一次人口普查时, 老年人口占总人口的 4.41%, 至 2000 年第五次人口普查时已达到 6.96%, 预计在今后的数十年中会以更快的速度增长, 到 2010 年老年人口比重将会超过 8%, 人口规模超过 1 亿⁶⁰。我国老龄人口变动的另一个特征是, 高龄老人(即 80 岁及以上的老人)所占比例将会越来越大, 也就是人口的高龄化。老年人的健康问题是和退休与各种角色转变、生理衰老和患病、丧失生活自理能力、心理老化和丧失认知能力等一系列生理、心理和社会适应方面的变化紧密相连的, 与其他群体的健康相比, 具有其独特性。随着我国人口老龄化的加速, 老年人口的健康问题也引起了各方面的关注。

不同于少年儿童和中青年, 进入老年的人随着生理衰老, 大多数人都会患病。各种相关研究显示, 老年人、尤其是高龄老人, 都不同程度地存在健康方面的问题或日常活动需要别人的帮助。因此有观点认为, 仅仅用一成不变的健康人的标准来评价所有人的生活质量是不妥当的, 这种评价忽视了人群的多样性和异质性。例如, 有人虽然带病或有残疾, 但他已学会了如何带病生活, 具有良好的自我感觉, 而且还能在社会生活中发挥作用⁶¹。不少对老年人健康的评价都不仅仅是分析老年人的躯体患病情况, 还同时分析老年人的自理能力、认知功能、社会交往和社会支持等方面, 不仅注意对健康的客观评价, 还同时考察老年人对自身健康状况的主观评价, 从而产生对老年人健康水平的综合评价。在分析和讨论长寿问题时, 不仅关注寿命的延长, 更关注老年人的健康和生活质量。本章并不企图专门讨论老年人的健康问题, 以下仅根据两次全国性老年人口调查的结果⁶², 介绍我国老年人口的慢性病患病、自理能力、以及健康自我评价的状况, 并讨论目前我国在实现健康老龄化目标的进程中, 在老年人健康方面存在的主要问题。

(一) 老年人口健康状况

老年人的慢性病患病情况

根据调查发现, 各个年龄段的老年人, 无论男女, 都有超过半数患有不同的慢性疾病, 在这方面不同的调查结果相当一致。图 5-12 显示了 65 岁以上的老人没有慢性病的比例基本稳定在 40%-45%左右, 女性老人没有慢性病的比例在各个年龄组都高于男性老人; 另一项对高龄老人的调查结果显示, 虽然大部分老年人都患有慢性病, 但患病对生活有很大影响的比例并不高(见表 5-6), 同时患有影响生活慢性病老人的比例随年龄的升高而增加。

根据高龄老人调查结果, 老年人的患病主要是白内障、高血压、支气管炎和心脑血管病等, 这些慢性病并不一定会导致死亡。进一步的分析发现, 在我国城镇高龄老人中, 心脏病的患病率随年龄增加而减少, 死亡率随年龄增加而加大; 农村老人高血压和脑血管病的患病率随年龄增加而降低, 死亡率随年龄增加而升高。同时, 农村脑血管病的死亡率高于患病率, 说明因患高血压等其他病因救治不及时而死于脑血管的人比较多⁶³。与城市人口相比, 农村人口患病率低、死亡率高的现象一直存在, 说明我国农村医疗条件和农村人口利用医疗服务

⁶⁰ 王广州. 当前我国人口与计划生育发展状况研究. 中国人口与发展研究中心研究报告, 2004.

⁶¹ Koch T. Life Quality vs the 'Quality of Life': assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning. *Social Science and Medicine*, 2000(51): 419-427.

⁶² 1998 年中国高龄老人健康长寿调查和 2000 年中国城乡老年人口状况一次性抽样调查。

⁶³ 黄荣清. 高龄老人的健康、疾病与死亡. 中国高龄老人健康长寿研究专辑, 中国人口科学增刊, 2001 年。

都相对落后⁶⁴。

高龄老人调查还显示，随着年龄的增长，两年中患有重病导致住院或卧床不起的老人比例随年龄的增长而上升，而且农村中卧床不起的重病人比例高于城镇⁶⁵。

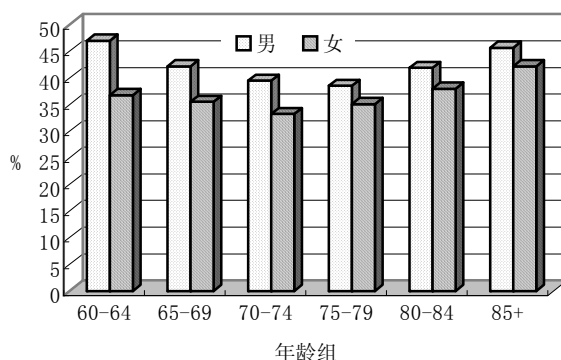


图 5-12 老年人明确回答无慢性疾病的比例

资料来源：中国老龄科学研究中心编著. 中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析. 中国标准出版社, 2003 年

表 5-6 高龄老人慢性病患病情况 (%)

年龄组	男				女			
	无	有但很少影响生活	有且影响生活	人数	无	有但很少影响生活	有且影响生活	人数
80-84	42.84	44.74	12.42	950	39.33	48.17	12.50	928
85-89	46.03	40.44	13.52	769	40.62	45.37	14.01	778
90-94	47.86	37.00	15.15	746	42.45	42.22	15.33	848
95-99	48.36	34.55	17.09	550	42.89	35.19	21.92	844
100-105	47.82	34.72	17.47	458	41.01	33.31	25.67	1780
106+	47.83	26.09	26.09	23	48.85	30.53	20.61	131

资料来源：中国高龄老人健康长寿研究课题组. 中国高龄老人健康长寿调查数据集 (1998). 北京大学出版社, 2000.

老年人的健康自我评价

在衡量老年人的健康和生活质量中，老年人对自己状况的主观评价占有重要地位，健康自评是主要的主观评价指标之一。老年人的健康自我评价具有多重含义，可以间接地从身体、心理和社会适应三个维度测量老人的健康状况。首先，老年人健康自我评价与本人的身体健康状况高度相关，可以认为是对健康状况的一个较有效的测量。一项利用 1998、2000、2002 年三次高龄老人调查数据的分析发现，高龄老人的健康自评相对稳定，而且健康自评的变化和实际健康状况的变化基本一致⁶⁶。其次，健康自评还表达了老年人的心理和性格特征，因为研究表明具有乐观性格的老人倾向于对自己的健康有较好的评价⁶⁷。同时，健康自评与老年人的社会适应状况密切相关，具有较强的社会支持和社会交往较多的老人会对自己的健康

⁶⁴ Chen YD, Rao KQ, Banister J. Changing Mortality and Morbidity in a Transitional Economy in China. Paper presented in 2000 Annual Meeting of Population Association of America, Los Angeles, March 2000.

⁶⁵ 中国高龄老人健康长寿研究课题组. 中国高龄老人健康长寿调查数据集 (1998). 北京大学出版社, 2000.

⁶⁶ 田丰、郑真真. 高龄老人健康自我评价的变化及影响因素分析. 中国人口科学: 老龄健康与社会经济发展研究专辑, 2004 年增刊.

⁶⁷ 郑真真. 高龄老人自我状况主观评价及其相关因素分析. 见: 赵宝华主编. 提高老年生活质量对策研究报告. 华龄出版社, 2002.

状况更为乐观；研究发现，社会经济地位越低的高龄老人，健康自我评价越差，高龄老人的性别、年龄、受教育程度、以前从事职业等个人特征和老年人的居住安排也对健康自评有一定影响⁶⁸。

2002年中国高龄老人健康长寿调查的内容中包括老人对自己健康的评价：“你觉得你现在的健康状况怎么样？”提供给老人亲自选择的回答有：很好、好、一般、不好、很不好5种评价。评价自己健康状况“很好”和“好”的老人占41.7%，认为不好的有14.4%，明确认为“很不好”的只有1.5%，还有11.2%的老人无法回答（见图5-12）。高龄老人的健康自评与年龄有密切相关，随着年龄的升高，健康自评中“无法回答”的比例逐渐上升，评价“很不好”的比例比较稳定，而其他几类的比例逐渐下降。

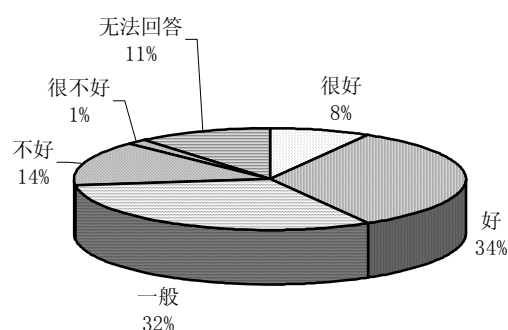


图 5-12 高龄老人的健康自评

资料来源：根据 2002 年中国高龄老人健康长寿调查结果计算

老年人的生活自理能力和照料需求

在分析老年人的健康状况时，由于多数老年人患有不同种类的疾病，有病的老人是否能够有比较正常的日常生活，在生活上是否具有自理能力，成为评价老年人健康和生活质量的重要内容之一。老年人的生活自理能力还直接关系到老年人对日常生活照料的需求。老年人的照料需求，无论是社会需求还是家庭需求，是制定老龄政策时必须要考虑的因素。在我国生育率快速下降并长期稳定在一个较低水平、社会保障和养老保障尚未完善的背景下，老年人的照料需求是否能够得到满足显得更为重要。

老年人日常生活自理能力（ADL）是国际通用的量表，用以衡量与老年人日常生活相关的功能是否完好，具体是询问老年人在吃饭、穿衣、上厕所、上下床、洗澡、在室内走动等活动方面是否有困难。2000年老年人口状况调查中，有14.6%的城市老人和22.4%的农村老人至少有一项活动有困难，其中自己洗澡有困难的老人比例最高。另一项操持家务力量量表（IADL）是了解老人在做饭、洗衣、扫地、步行3、4里路方面是否有困难，调查显示至少有一项活动有困难的城市老人为34.0%、农村老人为41.9%⁶⁹。

老年人到高龄以后，自理能力逐渐下降，日常生活能够完全自理的老人比例随年龄的增长而降低。老年人的患病也会影响他们的自理能力，对老年人日常生活妨碍程度最大的疾病依次是中风等心脑血管疾病、白内障、糖尿病、支气管炎等⁷⁰。

⁶⁸ 刘贵平、张震. 健康自评及其影响因素. 见：曾毅等主编. 健康长寿影响因素分析. 北京大学出版社, 2004.

⁶⁹ 陆杰华、王菊艳、麻凤利. 老年人的日常生活和社会服务状况. 见：中国老龄科学研究中心编著. 中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析. 中国标准出版社, 2003年

⁷⁰ 陶立群. 生活自理能力及其影响因素. 见：曾毅等主编. 健康长寿影响因素分析. 北京大学出版社, 2004年。

老年人的日常生活自理能力和操持家务能力直接关系到他们在生活中的独立性和照料需求,在某些方面活动有困难的老人,必然需要有人能够照料他们的日常生活,调查中回答自己的日常生活需要人照料的老人中,约 95%的城市老人和 97%的农村老人认为自己得到了照料,主要照料提供者是老人的家人,包括配偶、子女、儿媳和女婿等,能够从社会得到照料来源的老人比例极少⁷¹。

(二) 实现健康老龄化面临的挑战

健康老龄化是 20 世纪 90 年代针对人口老龄化社会提出的战略对策,其目标是使老年人群中大多数都能健康长寿,在延长预期寿命的同时能够使老人的预期健康寿命得到延长,最终目的是提高人类晚年的生活质量⁷²。预期健康寿命的延长,有赖于降低患病风险、减轻患病对老人生活能力的妨碍、延长老年人能够独立生活的时期。另一方面,老年人的健康是应当在进入老年之前、从青少年时就开始储备的。因此,健康老龄化的实现不仅要关注当前老年人的健康问题,今天少年儿童和中青年的健康也预示着将来老年人的健康。而当今儿童青少年和中青年人口中存在的健康问题,也必然会影响到未来健康老龄化的实现。

健康老龄化不仅意味着推迟老年人的患病和失能,还意味着如果老人有病或生活自理有困难,他们的医疗卫生服务和日常生活照料需求能够得到充分的满足。目前我国在这方面还有相当大的差距。各种调查显示,我国老年人的医疗保健状况差强人意,有相当一部分老年人生活相对贫困、缺乏医疗保障,虽然患病者多,但就医者少;对我国高龄老人调查结果的分析发现,在以县为单位的分析中,医疗卫生水平与人口长寿水平无关,说明医疗卫生在延长寿命方面的局限⁷³。同时,由于家庭居住安排的变化、丧偶和子女迁移等,老年人的照料资源出现短缺,仅仅依靠家庭成员提供日常照料已经不能满足需求,而社会所能提供的照料又极其有限。老年照料和老年保障的缺乏是我国健康老龄化所面临的另一个挑战。

我国在过去 50 年经历了快速的人口转变,总和生育率在 20 世纪 70 年代短短的 10 年中就从 6 左右下降到更替水平,自 90 年代以来一直稳定在相当低的水平上,这意味着将来的老年人不会再有众多子女向他们提供经济支持和生活照料,而需要政府和社会负责解决这些问题。我国现有的老年保障、医疗服务、社区服务和社会工作等尚未形成胜任这些工作的体制,这个问题在农村尤其突出。

第六节 提高健康素质的优先序

由于自 70 年代以来的生育率急剧下降和对人口增长势头的有效控制,致使我国在今后一段时期内将处在比较有利的人口发展形势下,即抚养比最低、劳动年龄人口比例最高的“人口视窗”阶段。与此同时,50 年代以来死亡率的急剧下降和随后的生育率急剧下降又共同形成了我国未来一段时期内的加速老龄化现象,老龄人口比重越来越大。为了充分利用人口发展形势提供的机遇,增强和发挥巨大的人力资源优势,同时应对老龄化的挑战,改善劳动年龄人口素质和提高老年人口的健康水平应当是人口与可持续发展的重要组成部分。

⁷¹陆杰华、王菊艳、麻凤利. 老年人的日常生活和社会服务状况. 见: 中国老龄科学研究中心编著. 中国城乡老年人口状况一次性抽样调查数据分析. 中国标准出版社, 2003 年

⁷² 郭沧萍主编. 社会老年学. 中国人民大学出版社, 1999 年, 402 页.

⁷³ 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, 2004 年第 5 期, 13-18 页.

儿童与青少年

青少年时期是成长发育和建立一生健康基础的关键时期，今天的青少年是明天的劳动者，因此他们的体质和营养问题对未来国民健康有决定性的作用。

我国儿童和青少年的生长发育状况已经有极大的改善，高于发展中国家的平均水平。但是营养不良状况存在显著的地区差异，西南、西北和一些东南省区还存在相对较高的营养不良发生率，西部地区的问题不但没有显著改善，甚至还有上升趋势。东中西三个地区形成了发展上的三个层次。从人口变动和分布的角度来看，健康状况最好的东部地区是生育率最低、人口增长较慢甚至负增长、老龄化速度较快的地区，部分中部地区和广大西部地区正处在人口转变时期，生育率相对较高、人口增长仍将持续一段时期，这些地区的人口健康问题对人口发展会有更大的影响、应当特别受到重视。

导致我国婴幼儿和青少年生长发育和营养健康问题的主要原因是不合理的膳食摄入和不良的饮食行为。如母乳喂养率下降，婴儿辅食添加不合理，儿童日常食物品种单调等。在经济状况改善、收入增加的贫困农村地区，食物消费的增加并没有必然带来营养状况的同等改善。而在一些经济比较发达的地区，虽然居民收入提高，但由于缺乏营养知识，饮食结构不合理，因此出现营养过剩的情况。

营养不良带给国民经济与社会发展的影响是巨大的，现时的营养不良，将产生无法估算的远期损失。欠发达地区的劳动年龄人口在健康素质方面较差，而这些地区又是生育水平持续较高、出生人口相对较多、年轻人口比重较大的地区，是将来向劳动市场输送劳动力的主要地区；这个地区的少年儿童和成人健康状况不仅影响到本地区的发展，也影响劳动力输入地区的劳动力素质。此外，母亲的营养不良会影响胎儿的成长和婴儿的健康，甚至发生出生缺陷。

中国是发展中国家，必须在有限的资源和条件下，优先考虑投入相对较低、收益相对较大的健康干预措施，健康干预的目标是提高总体人口的整体健康水平。侧重于引导城乡居民食物消费、营养摄入和饮食习惯更加科学合理的健康教育，是适合优先考虑的战略。通过健康干预改变健康行为和饮食习惯是有效提升国民总体健康水平、大多数人能够获益、对国民健康有重大影响的举措。

为此，我们建议国家在考虑人口发展战略时，从改善全民的健康水平出发，采取综合措施，解决营养不良问题。鉴于在体质和营养方面存在的巨大城乡差距和贫困地区的突出问题，在策划健康干预项目时应当把贫困人口作为重点干预对象，把健康和营养问题纳入扶贫计划。营养不良往往是与贫困联系在一起的，所以改善贫困人口的经济状况将有利于营养不良问题的解决。但是，营养不良的解决并不必然依赖于经济状况的改善，公共政策在解决营养不良方面可以起到主导作用。

流动人口

我国当前农村向城市的劳动力流动规模是空前的，农村剩余劳动力形成了目前我国大部分地区产业工人的主力。但是由于各种法规、制度和公共服务已经不适应目前劳动力大规模流动的形式，使流动人口在为各地经济发展做出贡献的同时，也外出打工付出了较高的健康成本并面临较高的健康风险。这些健康风险包括劳动安全问题，较高的传染病流行问题，以及性病/艾滋病问题。

造成这些问题的关键原因是我国缺乏专门针对流动人口的各种劳动保障和公共政策，现有公共系统无法向如此大规模的流动人群提供服务。

当前流动人口中存在的健康问题暴露了在对待和使用农村转移劳动力方面的不可持续性。用人单位和流入地之所以长期无视流动人口的健康问题或少有作为，主要是因为这些问题不会影响劳动力的供给，因为这些伤病的农民工会被源源不断新流入的劳动力替代，而伤病负担实际上是由农村来承受。这种做法一是损害了农民工的健康、有些甚至是终身的健康；二是更增加了农村的负担或加剧了农村的贫困现象；三是从长期和人口发展的角度看，这种对外来劳动力“掠夺式”的使用方式是不可持续的。目前这种状况是依靠充足的劳动力数量来维持的，而在人口视窗关闭（即人口红利消失）后将不再有如此充分的劳动力供给，因此会造成有限劳动年龄人口的身体素质下降和能胜任的劳动力资源短缺。此外，未来一段时期随着城市化速度的加快，流动人口的规模可能还将会持续而且保持增长的势头，未来一些城市面临快速的人口老龄化，主要的劳动力来源要依靠外来人口。因此，无论从短期和中长期的发展观点看、从人口健康和经济发展的视角考虑，都不能再拖延解决流动人口的健康问题。

面对现有的庞大流动人口，包括公共卫生和计划生育在内的公共服务体系应当进行重新调整和建设，把流动人口作为直接服务对象，制定相应的劳动保障和公共政策。因此，建议把制定和落实能够覆盖流动人口的劳动保障和公共政策体系作为与人口发展相关的重要工作内容之一。

妇女的生殖健康

妇女的生殖健康虽然已经在过去的 10 年中逐渐得到重视，但仍然应当作为一个工作重点考虑。目前存在的问题主要有避孕节育副作用和人工流产的并发症问题，进一步降低人工流产率、改善流产后服务的问题，以及孕产安全问题，特别是流动妇女的生殖健康权益问题需要引起重视。

妇女的生殖健康问题是综合问题，可以通过继续和加强现在已有的项目如计划生育优质服务和妇幼保健等逐步改善，但在提供服务时应当关注影响多数人健康的问题，如通过改善服务减少人工流产、降低计划生育手术的并发症、对影响妇女健康的避孕节育副作用及时治疗等；青少年问题则需要教育部门、卫生部门、计划生育部门等多部门合作解决，目前最需要的是在初中开设青春期健康教育和人生技能的培训。

由于计划生育和生殖健康服务是一种盈利较少或完全不盈利的公共服务，在当前市场经济条件下和各种改革浪潮的冲击下如何维持低价和高质量的服务是一个巨大挑战。这类服务是在控制人口增长的初衷下建立的，在计划生育工作要求基本实现“两个转变”、以人为本、以育龄群众权益为中心的新形势下，服务功能的转变和发展受到诸多限制，显然现行机制已经不能适应形势的发展和满足群众的需求。服务机构的生存问题和服务质量问题在贫困地区尤为突出。建议研究并试行新的计划生育/生殖健康服务机制，使之能够适应在稳定的低生育水平下计划生育工作的需求、适应人口、社会、经济变动带来的需求变化，适应不同服务对象的需求，以便进一步改善我国育龄妇女的生殖健康状况。

健康老龄化与老年保障

解决少年儿童和中青年的健康问题，会有利于未来实现健康老龄化的目标。但目前的当务之急是建立健全老年社会保障和医疗服务体系，使老年人的寿命不仅能够延长，而且能够度过有保障的、高质量的晚年。