

中国死亡模式转变与国家卫生服务利用效率的关系

郑晓瑛

【摘要】 文章利用历次人口普查资料和国家 1993、1998 年卫生服务利用调查数据, 分析了中国人死亡水平变化及与卫生资源利用的关系。研究表明, 新中国成立以来, 人口死亡率呈较稳定下降趋势; 性别、年龄别和地区别的人口死亡率、死因构成间存在着明显的差异。目前, 中国人口死亡率的继续下降已经不能单靠生活和卫生基本条件改善所发挥的粗放式作用, 必须合理利用卫生资源, 使那些沿用多年的社会支持系统和医疗卫生系统能够有效地适应新的人口转变形势, 并能应对不同原因所致的慢性病和公共卫生问题, 这也是降低人口死亡水平的潜在动力。

【关键词】 死亡模式 疾病构成 卫生服务利用

【作者】 郑晓瑛 北京大学人口研究所所长, 教授。

在社会、经济、文化发展和生育调节政策的共同作用下, 中国人口在 20 世纪末期加速了向低出生、低死亡和低增长的转变, 其中死亡率的变化具有明显的特点。众所周知, 死亡率是死亡模式的重要内容之一, 也是衡量人口健康水平的重要指标之一。人口死亡率的下降和人口健康水平的提高应该是互为因果的两个因素, 健康水平的提高也应是人口转变后的理想发展趋势。然而, 死亡率不是一个被游离于其他因素之外的独立指标。从死亡水平的变化中, 我们也会看到死因构成、疾病构成和国家的卫生服务利用之间的整体互动作用及其对人口健康水平的影响。因此, 只有将死亡模式和与之共存的指标置于一体进行共同分析, 才能真正反映出死亡模式的内涵, 并揭示死亡模式在人口转变中对理想的健康转变的制衡作用。据此, 本文拟根据中国 2000 年第五次人口普查数据和收集到的一些其他人口与健康数据, 对中国人口死亡率变动趋势和具有不同特征的人口群体的死亡特点做初步的分析, 进而探讨死亡率下降过程中的疾病构成和死因构成的变动, 检视国家卫生资源现状及可能发掘的卫生服务利用潜力, 以应对人口的死亡模式和健康模式转化后的新问题。

一、1949~2000 年中国人口死亡水平变化的概况

新中国成立以来, 中国人口死亡率基本呈较稳定的下降趋势, 这无疑归功于中国社会、经济、文化的发展和医疗保障体系的建立。20 世纪 80 年代以来, 随着生育率的下降, 人口死亡率一直稳定在一个较低水平。中国历次人口普查和抽样调查数据表明, 80 年代以来, 中国人口的死亡率是在 5.52‰~6.36‰之间波动, 女性明显低于男性。各年龄组男女两性平均预期寿命随着年代的增加而呈增加趋势, 女性平均预期寿命的平均增长量在各年龄组都高于男性, 但男女两性平均预期寿命的增长量在不同年代都表现出随年龄的增长而降低(见表 1)。中国城乡人口死亡率基本上与全国人口死亡率的变动趋势相同, 城市下降的幅度大于农村。各省市自治区的人口死亡率均呈逐年下降趋势, 但下降的

表1 年龄别平均预期寿命及其平均增长量

年龄(岁)	年龄别平均预期寿命(岁)						平均预期寿命的年平均增长量(%)			
	男性			女性			男性		女性	
	1981	1989	2000	1981	1989	2000	80年代	90年代	80年代	90年代
0	66.56	67.94	70.00	68.76	71.07	73.50	0.17	0.19	0.29	0.22
15	55.86	56.57	58.01	58.31	59.74	61.56	0.09	0.13	0.18	0.17
30	41.85	42.56	43.97	44.26	45.57	47.10	0.09	0.13	0.16	0.14
45	28.12	28.80	30.18	30.48	31.52	32.85	0.09	0.13	0.13	0.12
60	16.14	16.64	17.65	17.90	18.64	19.62	0.06	0.09	0.09	0.09

资料来源:北京大学人口与健康研究组,2003。

幅度和水平则有较大的差异。经济发达地区的死亡水平较低,而欠发达地区的死亡水平较高。近10年来,许多欠发达地区死亡率下降幅度已大于许多发达地区。从1957年到2001年,全国人口死亡率从10.80‰下降到6.43‰,下降幅度为40.46%。下降幅度较大的省区有山西(53.21%)、内蒙古(45.84%)、贵州(41.17%)、云南(52.86%)、新疆(59.53%)和河北(46.72%)等。尽管如此,这些地区的死亡率在全国仍居较高的水平,如云南(7.57‰)、贵州(7.23‰)两省的死亡率仍高于全国的平均水平。

二、特征人群的死亡率变动与死因构成

中国人口总死亡率下降到较低水平的事实,往往让我们过于乐观。死亡率的下降是人口健康水平提高的标志之一,但我们不能忽视,中国从“高出生、高死亡、高增长”转向“低出生、低死亡、低增长”的人口转变过程具有转变时间短、人口规模大、人为干预多、区域差异明显、稳定性差等特点。在这些特点作用下所实现的死亡率下降,其所标示的人口健康含义也就更多的带有这些特点的印记。因此,我们不能盲目乐观地认为中国人口死亡率的下降速度与水平已与西方发达国家的水平接近或持平了。另外,根据中国现阶段的人口年龄结构、性别特征、婚姻状况、生育水平和社会经济发展状况,死亡水平与以前相比可能会有一些新的变化,制约因素也会发生变化。如地区间仍存在着差异,发达地区和欠发达地区的死亡率和控制措施不同,变动趋势将受到社会因素的影响;死亡率在一定时间后,将开始缓缓地呈一个上升趋势,并稳定在一个与老龄化社会相适应的水平。在人口死亡率下降的总体情况下,城乡之间仍存在着差异,如果不能公平有效地改善公共卫生保健、服务和利用,种种差异还会加大。这不仅仅取决于婴儿和高龄人口,各个年龄组死亡率总和都将对这种差异的改变做出贡献。人口年龄别死亡率伴随总人口死亡率下降的同时,也存在死亡水平和死因的不同程度的差异。正是这些差异给我们提供了更为广泛和充分的提示,究竟死亡率继续下降的潜力何在和减小种种差异的动力源何在,使有限卫生资源能够通过卫生服务利用“滴灌”到最需要的地区和人群。

(一) 婴幼儿死亡水平变动及成因排序

新中国成立以来,婴儿死亡率以较快速度下降,从1949年的203.60‰下降到1999年的33.3‰,其中下降最快的时期是20世纪70年代以前,70年代以后,则呈现出平稳下降的趋势。90年代初,中国政府制定了中远期儿童发展纲要,降低婴儿死亡率和5岁以下儿童死亡率是重要内容之一。经过10年的努力,各个地区婴儿和儿童死亡率都又程度不同但趋势相同地下降,从中可以看出3个明显级差(见图1)。第一级以北京、天津、上海等发达城市为代表,婴儿死亡率为5.1‰~9.3‰,5岁以下儿童死亡率为6.8‰~10.2‰,这个水平与发达国家的婴儿死亡率已非常接近。第二级是国内的中等发达至欠发达的地区,如浙江、江苏、广东、吉林、辽宁、河北、山东、山西等省,婴儿死亡率在11.2‰~19.9‰之间,5岁以下儿童死亡率在14.6‰~24.1‰之间。第三级是其他仍保持了较高死亡水平的地区,如青海(41.04‰)、四川(43.00‰)、贵州(38.8‰)、西藏(35.3‰)等省区,最高的为新疆,婴儿死亡

率达 55.5%，5 岁以下儿童死亡率为 65.4%，在此区间的死亡率差异最为显著。有些地区的婴儿和儿童死亡率水平依然很高，这与它们的基础水平有关，另一个关键问题是用婴儿和儿童死亡率下降幅度评价死亡水平。下降幅度是对死亡水平下降的更客观评价，也是对区域间社会经济发展的不平衡性和卫生资源配置情况及死亡率的基础差异的综合反映。

从 1990~2000 年的下降幅度来看，有两类地区降幅较大，一是社会经济发展水平较高的地区，如北京、上海、广东、江苏等省市，二是社会、经济发展基础较差，医疗水平较低的地区，但得到国际社会和中国政府的大力支持。5 岁以下儿童死亡率的情况也大致如此。值得一提的是，有些地区各方面情况相近，但死亡率的下降幅度却大不相同，如吉林、黑龙江、广州等。这说明，继续下降婴儿和儿童死亡率不仅要加强干预原有的影响因素，还需要进一步分析低死亡水平的影响因素。

在新中国成立初期，婴儿死亡状况保持着落后国家原始的感染、分娩、新生儿疾病和传染病等死因构成。随着一些有效措施的采用和推广，许多致死原因得到了控制，死亡率迅速下降，死亡构成也发生了较大的变化。早产低体重、出生缺陷已成为婴儿死亡率的主要原因。先天异常原因在婴儿死亡率中所占的比重从 1995 年的 22.9% 上升到 1999 年的 30.6%。世界卫生组织曾指出，当一个国家的婴儿死亡率下降至 40‰ 以下，预防出生缺陷和先天异常疾病，就成为降低婴儿死亡率的主要措施之一。而在一些欠发达地区，婴儿死亡率依然较高。对吉林、新疆、贵州、湖南、海南 5 省区的 114 个县进行的婴儿死亡调查表明，5 省区项目地区的婴儿死亡率为 67.88‰，其范围为 44.66‰~115.39‰。死因构成的第一位是肺炎，其余依次是新生儿窒息、早产、腹泻等，这前四位死亡原因所导致的死亡数占总死亡数的 61.42% (郭素芳等, 2001)。死因构成既表现出较强的原始性，也并存有出生质量的问题。这就是说，中国婴儿的健康仍面临着传染病和遗传病的双重危险，这也是婴儿死亡率在这些地区居高不下的原因。传染性、感染性疾病和先天遗传疾病都需要基础医疗和公共卫生共同干预环境与基因等致病因素来加以控制。所以，婴儿死亡率的下降有赖于能兼顾医疗和公共卫生预防保健体制各方面的完善。

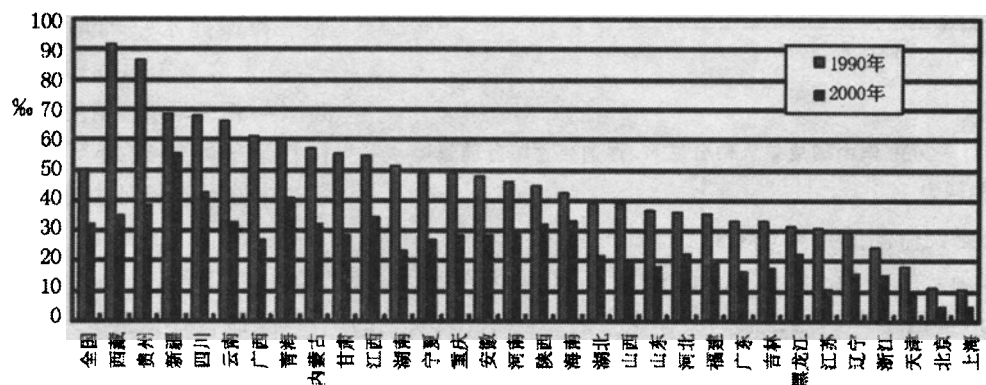


图 1 全国各省、自治区及直辖市 1990 年和 2000 年婴儿死亡率对照

资料来源：国务院妇女儿童工作委员会《儿童纲要》监测评估组，2001。

(二) 成年人口的死亡水平及成因分析

人口死亡率是重要的社会发展和人口健康指标，尤其是成年人的死亡水平，是影响人口疾病谱、人口老龄化、人口健康储量分流及人口健康变动规律的重要因素。因此，成年人口的死亡水平及变化趋势、死亡原因、死亡水平变化趋势的专门研究也逐渐得到了关注。由于成年人死亡概念的定义还不统一，国内外大部分成年人死亡的数据都未被单独作为一个明确的人口特征收集，因而不能支持现有的一些统计方法的应用，使对成年人死亡的研究受到限制。近年来，人们开始探索死亡研究的方法，以适应那些不完整、不连续或欠可靠的数据，如普查间存活法、粗平衡法、特定代间法等，并对数据收集

和处理等操作方法提出了可行性的意见和要求。但是,无论方法学有多大的改进,对数据的要求仍然比较苛刻,大量现有的数据仍难以直接用于成年人口死亡的系统分析。在这种情况下,只能立足现有条件,对成年人口死亡进行最大限度的分析。

1. 中国 15~49 岁年龄组人口的死亡水平和变化

对于成年人死亡,我们以往较多地致力于研究 15~49 岁之间的人口,其中一个重要的原因是因为女性的育龄期与此年龄段吻合,否则,很难进行性别间的比较,从而影响人口总死亡率和专率的比较研究。根据中国历次人口普查数据可知,从 20 世纪 80 年代至今,15~49 岁人口的死亡水平总体上呈下降趋势,但又有不稳定的波动。其中较难解释的是 1995 年死亡率的较大反弹,达到 80 年代初的水平。这有两种可能,一是普查的死亡数据漏报,二是死亡水平真正偏高。城市和农村的男女两性的死亡水平呈现出不同的变化趋势。城市和农村的男性死亡率均高于女性,但农村女性的死亡率在 80 年代呈上升趋势,在 80 年代中期甚至高出男性,直到末期才开始下降,并低于男性。与农村相反,城市男性死亡率在 80 年末期呈较低水平,随后开始升高,到 90 年代中期达到顶峰,其后开始下降。城市女性死亡率在 80 年代平稳并低于男性,在 90 年代有大幅度下降的趋势(见图 2)。在这样一个变动过程中,成年人口死因构成的变化是一个非常重要的分析内容。遗憾的是,有关这方面的资料较为缺乏,只能从少量特征人口中找到一些基本信息。

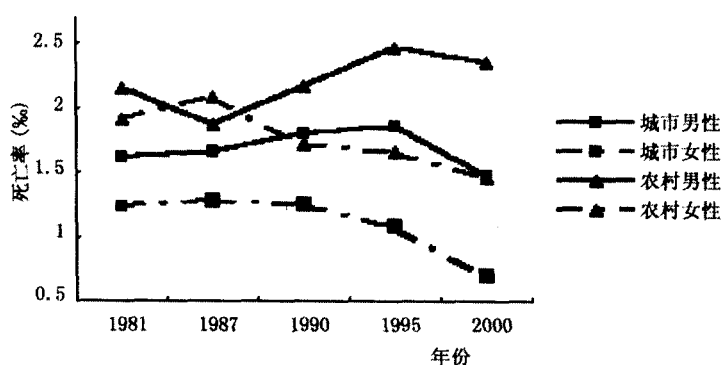


图 2 1981~2000 年中国成年人口分城乡、性别死亡率变动趋势

资料来源:同表 1。

2. 育龄妇女的死亡状况分析

育龄期妇女处于一个非常特殊的时期,由于生育行为带来的生理和心理的高危因素,使育龄期妇女的死亡也呈现出较为特殊的情况。

(1) 孕产妇死亡率的变动。孕产妇死亡率是标志着一个国家医疗水平和保健水平的最重要指标之一,因为这是关系到两代人的生命健康与相关政策、制度、技术、服务和管理等水平的最集中的一个指标。中国孕产妇死亡率逐年下降。

全国孕产妇死亡监测的结果表明:孕产妇死亡率 90 年代 7 年间的平均水平为 77.4/10 万,其中城市为 45.5/10 万,农村为 95.4/10 万,全国不同地区孕产妇死亡率的差异范围为 26.0/10 万~308.0/10 万(全国孕产妇死亡监测协作组,1999)。经济欠发达的广西、陕西、四川(重庆)、云南、甘肃、青海、江西、内蒙古等 8 个省区中的 299 个贫困县的孕产妇死亡率平均为 104.1/10 万(王燕等,1999)。尽管在这些边远贫困地区孕产妇死亡率总的水平也在不同程度地下降,但下降后的水平仍高于同时期国内其他地区。与国家 2000 年妇女发展纲要和执行计划中的要求仍有较大的差距。2000 年孕产妇死亡率为 53/10 万,比 1985 年减少 41.7 个十万分点,比 1995 年减少 8.9 个十万分点,距国家目标的差距为 5.5 个十万分点(国务院妇女儿童工作委员会《妇女纲要》监测评估组,2001)。

令人担忧的是,中国孕产妇死亡率下降幅度较大,但死因构成的排序依然是产科出血、内科合并症和妊高症,而这些死因的大部分是可以通过不同的医疗保健和社会支持系统而避免的。统计数据表明,仅产科出血和妊高症就占孕产妇死亡数的 60% 以上。说明针对孕产妇的妇幼卫生服务利用及可及性仍存在着较大的欠缺。20 世纪 80 年代以来,中国的妇幼保健水平有了一定的提高,表现为保健服务的可及性提高,这可以从“妊高症”、“感染”及“其他不明原因”死因构成下降体现出来。“产科出血”与“内科合并症”等死因构成的降低对妇幼保健可及性的要求更高,这是妇女保健尚可以进一步改

善和提高的有效空间。

(2) 育龄妇女死因构成分析。育龄妇女人口特征的特殊性决定了其死因与其他人群有所不同。研究者往往较多地关注育龄妇女中的孕产妇死亡率,而忽视了对孕产状态以外的育龄妇女死亡水平和死因结构之间关系的分析。前面谈到成年人口的总死亡水平,无论城乡,育龄妇女的死亡水平都低于男性。我们基本认可女性死亡水平低的原因是由于女性的死亡风险低,女性除了生育风险外,工作、生活的风险都低于男性。然而,这些认识是不够的,调查数据表明,居育龄女性死亡原因首位的是损伤中毒,占死亡构成的 34.43%,其次是肿瘤,占 19.84%,循环系统疾病占 13.43%,孕产致死排在第四位,占 6.09%。在这一监测数据中的损伤中毒包括自杀(53.69%)、交通事故(14.74%)、意外中毒(10.59%)和其他原因(20.98%)。农村的自杀死因(61.12%)远高于城市(39.10%),但城市的交通事故(23.28%)高于农村(10.40%)(武明辉等,2000)。通过对育龄妇女死因构成的分析可以看出,降低损伤和中毒的危险后,育龄妇女死亡水平会大大下降。

(三) 老年人口死亡与健康

20 世纪 80 年代以来,老龄人口的绝对数和比例都不断增加。随着中国老龄化速度的加快,老年人口中低年龄组(60~80 岁)的死亡率下降,对人口总死亡率的下降贡献较大,而高年龄组(80+)的死亡率呈上升趋势。60 岁以上人口的死亡水平降低对人口平均预期寿命增加的贡献不断加大。到 90 年代时,其贡献以微弱的优势超过了 15 岁以下的低年龄人口,其中男性增加的幅度大于女性。与此同时,还应该看到,45~59 岁组死亡水平下降的贡献率也呈现上升趋势(见表 2、表 3)。这部分走向老龄人口的“后备军”的健康状况的提高,实际上为降低老年人口的死亡水平奠定了基础。根据人口结构变化规律,随着高龄老人的增加和老年人口绝对数的增加,老年人口的死亡率将呈上升趋势。虽然上升的时间和幅度受到很多因素的影响,但在很大程度上取决于高龄老人和即将进入老年期的 45~59 岁人口的健康状况。根据全国人口健康横断面调查数据,人口失能率从 45~54 岁组开始上升,55~64 岁组加速上升,65 岁以上的人口失能率几乎占到 20%。老年人口死亡率与人口失能率有着密切的关系,如果各年龄组的失能率降低,同年组或高年龄组死亡率仍会有一定幅度的下降。老年人口死因的改变是老年人口死亡率下降的主要原因之一。90 年代以来,肿瘤、循环系统疾病和呼吸系统疾病是老年人口死亡的主要原因,循环系统疾病和肿瘤的死因比例略呈上升趋势,城乡老年人口死亡原因基本相同,只是比例略有差异。农村呼吸系统死因比例远远高于城市。

上面对不同特征人口的死亡率和死因构成的变化做了初步的分析,尽管因数据所限,不能系统地反映全面的信息,但从中能看出,中国人口死亡率继续下降的潜在动力还存在,只是难度有所增大。许多死亡原因是可以避免的,那些沿用多年的社会支持系统和医疗卫生系统在特定的时期,发挥了应有的作用,但已难以应对目前的人口健康现状。降低人口死亡率的唯一出路是根据特征人口的死亡特点寻找相应的对策,才能通过各年龄组死亡率的继续下降,达到降低人口死亡率的目的。

三、完善卫生资源合理配制对降低死亡率的潜力分析

中国人口死亡率水平从 20 世纪 50 年代迅速降低到目前的水平,其主要的动因是在生活和卫生水平极低的状况下,通过生活和卫生基本条件改善和科技发展的粗放作用后达到的。当我们面临着一些新的问题和挑战,生活和卫生基本条件改善所发挥的粗放式作用的能量已基本释放完,继续降低或维持低死亡水平就只能通过深挖潜力,加强集约化管理,合理利用卫生资源,建立更完备的促进人口健康的卫生体制来实现。

(一) 中国人口的疾病构成与卫生资源分配

不同特征的人群死因构成的差异与疾病谱是密切相关的,真正意义上的降低人口死亡率是要从疾病谱入手,干预和控制对不同特征人口危害较大的疾病。否则,人口疾病谱将会维持相当长的时间,其结

表 2 1981~2000 年人口普查和抽样调查的中央死亡率

年龄组	1981	1986	1989	1995	2000
男性					
0	0.03647	0.02232	0.02121	0.02805	0.02256
1~4	0.00403	0.00191	0.00214	0.00184	0.00148
5~9	0.00131	0.00082	0.00085	0.00073	0.00065
10~14	0.00079	0.00061	0.00067	0.00062	0.00051
15~19	0.00109	0.00104	0.00108	0.00110	0.00077
20~24	0.00142	0.00130	0.00141	0.00167	0.00121
25~29	0.00146	0.00124	0.00140	0.00178	0.00136
30~34	0.00177	0.00151	0.00172	0.00194	0.00166
35~39	0.00245	0.00194	0.00225	0.00235	0.00215
40~44	0.00352	0.00299	0.00329	0.00327	0.00305
45~49	0.00538	0.00472	0.00502	0.00491	0.00433
50~54	0.00881	0.00754	0.00804	0.00758	0.00671
55~59	0.01449	0.01252	0.01310	0.01248	0.01057
60~64	0.02474	0.02162	0.02238	0.02099	0.01792
65~69	0.03889	0.03351	0.03599	0.03374	0.02960
70~74	0.06434	0.05513	0.05919	0.05451	0.05103
75~79	0.09717	0.08389	0.08686	0.08161	0.07989
80~84	0.15488	0.12912	0.13652	0.12552	0.13328
85+	0.24518	0.19378	0.20302	0.19240	0.20426
女性					
0	0.03454	0.02192	0.02384	0.03743	0.03212
1~4	0.00449	0.00218	0.00218	0.00171	0.00149
5~9	0.00108	0.00066	0.00061	0.00058	0.00044
10~14	0.00066	0.00051	0.00050	0.00046	0.00033
15~19	0.00093	0.00095	0.00087	0.00078	0.00048
20~24	0.00134	0.00107	0.00117	0.00122	0.00072
25~29	0.00148	0.00107	0.00112	0.00117	0.00084
30~34	0.00169	0.00134	0.00129	0.00117	0.00098
35~39	0.00217	0.00176	0.00160	0.00146	0.00119
40~44	0.00291	0.00230	0.00230	0.00201	0.00170
45~49	0.00424	0.00344	0.00350	0.00305	0.00257
50~54	0.00664	0.00522	0.00552	0.00501	0.00419
55~59	0.01027	0.00890	0.00854	0.00781	0.00663
60~64	0.01729	0.01393	0.01437	0.01235	0.01143
65~69	0.02724	0.02190	0.02326	0.02140	0.01906
70~74	0.04632	0.03706	0.03975	0.03791	0.03411
75~79	0.07193	0.05898	0.06050	0.05882	0.05571
80~84	0.12226	0.09322	0.09920	0.09719	0.09748
85+	0.21281	0.16608	0.16178	0.15960	0.17004

资料来源:同表 1。

可以发现,疾病与死亡有一定的相关性。“意外损伤”、“消化系病”、“呼吸系病”、“传染病和寄生虫病”、“循环系病”等是中国人口的死亡构成主体(见图 3)。尽管这些局部的疾病构成信息不能代表真正意义上的疾病谱,但在某种程度上能够说明,中国部分人口疾病构成和人口的死亡构成的病种大多是既需要固定医院治疗的慢性病,也需要有特殊的和应急防治的公共卫生体系应对的传染病和中毒

果将造成目前的人口死因构成不变,人口死亡率最终难有明显的下降。这就是为什么我们要提出,今天研究死亡问题,必须要结合人口的疾病谱分析和研究,以找到更多的促进死亡率下降的对策。通过对疾病构成、死因构成的分析,我们可以获知人口一些潜在的卫生需求。进而与卫生资源现有的利用效率比较,以找出更合理的资源分配方案,对不同人口特征的群体实施不同的健康促进措施,使人口健康的两个重要指标——疾病谱和死亡谱都能向理想的方向发展。

1. 中国人口住院疾病构成的初步信息

在中国,有关人口疾病谱的数据基本空缺,只能借助医院住院者的疾病构成反映人群疾病的变动情况。由于多种原因,大部分农村人口的就医信息未能被国家卫生统计系统常规收集,很难得到完整的人口疾病谱的数据。城市的情况较好,常规的卫生统计能够提供特定时期和特定区域的住院疾病构成。几十年来,占中国城市医院住院各类疾病 80% 的前十位病因,基本没有太大的变化,但病种的疾病排序和比重关系发生了变化。2000 年,“损伤中毒”跃升为首位,与“呼吸系病”和“消化系病”等并居于前三位,打破了“呼吸系病”和“消化系病”一直排在首位的局面。20 世纪 80 年代以来,尽管住院疾病在统计定义上稍有调整,但“传染病”始终居于前十位疾病种类之中,不论排序先后,其在疾病构成中保持在 4.5%~8.5% 左右,县级医院的住院疾病构成与大城市的情况总体构成基本相同,但“呼吸系病”成为目前的首位。90 年代以来,两个横断面调整的数据显示,1993 年,年慢性病患者率为 16.98%,年住院率为 3.56%,到 1998 年,年慢性病患者率为 15.75%,年住院率为 3.54%,患病率、就诊率、住院率等指标未见有大的变动(中华人民共和国卫生部,1999)。与人口死亡构成比较

表3 不同年龄组死亡水平变化对平均预期寿命变化的贡献

年 龄	1981~1989 年				1989~2000 年			
	男 性		女 性		男 性		女 性	
	预期寿命 差(岁)	百分比	预期寿命 差(岁)	百分比	预期寿命 差(岁)	百分比	预期寿命 差(岁)	百分比
总人口	1.38	100.0	2.31	100.0	2.06	100.0	2.43	100.0
15岁以下	0.70	51.1	0.96	41.6	0.69	33.4	0.70	28.7
15~29岁	0.01	1.0	0.13	5.8	0.06	2.7	0.30	12.1
30~44岁	0.05	3.7	0.28	12.0	0.07	3.5	0.22	8.9
45~59岁	0.22	16.0	0.33	14.4	0.44	21.3	0.41	16.8
60岁及以上	0.39	28.3	0.60	26.1	0.81	39.1	0.82	33.5

资料来源:同表1。

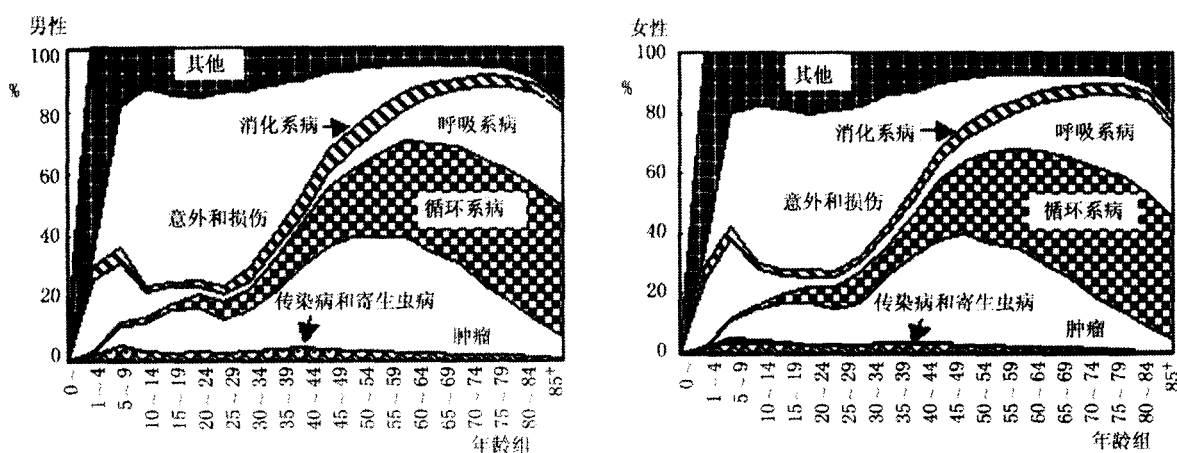


图3 2000年年龄别、性别、死因别死亡人数百分比

资料来源:世界卫生组织,2000;北京大学人口与健康研究组,2003。

损伤,某些需要医院治疗的慢性病种,可以通过提高公共卫生的预防水平,降低其发病率。

2. 中国卫生资源状况

一个国家用于保障人民健康的卫生资源不但要充分,而且要合理。虽然与发达国家相比,中国卫生资源仍然需要改善,但其增长势头很强。1990年的实际卫生总费占中国GDP的4.01%,到2000年,政府支出的卫生费用已占到GDP的5.33%。从国家公布的数据可知,卫生事业费逐年增长,从“一五”到“六五”期间,卫生事业费占国家财政支出和科教卫生事业费支出的比例呈持续上升趋势。“七五”以后开始缓慢降低。从政府卫生投资的强度上看,中华人民共和国成立以来,投资数额稳步上升。20世纪90年代以来,在政府预算中,卫生支出比重也在不断提高,2000年高达4764亿元,占全国卫生总费用的14.9%。在卫生费用中,社会 and 居民个人的卫生支出不断增加,总数已超过政府预算中的卫生费用支出,且差距越来越大(见表4)。这种情况对卫生事业的发展可谓喜忧参半。一方面,国家投资包揽医疗卫生费用的状况有所改善,有利于调动全社会的力量来发展卫生事业;另一方面,政府作为社会保障的公共卫生经费增长幅度不大,表明政府对卫生事业发展的重视程度尚待提高,同时,政府支出比例的降低也削弱了政府对卫生事业发展的引导作用。

国家支出的卫生费用或卫生事业费用的增长及稳定,是促进卫生事业发展,提高人民健康水平的重要保障。合理利用这些有限的资源,对于中国这样一个发展中国家显得尤为重要,中国政府已经注意到了这一点。在医疗机构数量、医院床位数、卫生人力资源方面充实力度较大,并使其稳步增加。20

表 4 全国卫生总费用构成

	1991 年	1995 年	1997 年	1998 年	1999 年	2000 年
政府预算卫生支出	22.8	17.0	16.4	15.6	15.3	14.9
社会卫生支出	38.4	32.7	27.7	26.6	25.5	24.5
居民个人卫生支出	38.8	50.3	56.9	57.8	59.2	60.6
卫生总费用占 GDP 比重	4.11	3.86	4.55	4.82	5.10	5.33
人均卫生总费用(元)	76.7	186.4	273.8	302.6	331.9	376.4

资料来源:《中国卫生年鉴》编辑委员会:《中国卫生年鉴(2002)》,人民卫生出版社,2002 年。

世纪 80 年代以来,医院的数目,尤其是高档医院的数目激增,与之配套的医院床位和医疗卫生人力资源也大幅度增加,但专科防治所、卫生防疫站、妇幼保健院及医学科研机构的建设和配套都有下降的趋势。从卫生人力资源来看,截止 2001 年,中国的医生已达到 124 万,护士(师)达 88 万,平均每千人医院床位数及专业技术人员数也呈逐年上升的趋势,某些指标已达到欧洲国家的水平。从这点上看,中国具有一定规模的医院是非常充足的。但从“医生覆盖人口数”这一指标来看,中国的医疗资源还是不足。中国每个医生覆盖的人口数是欧洲某些国家的 3 倍。从不同的资源分析,似乎存在着一些矛盾。正是这个矛盾的暴露,使我们发现了卫生资源使用率低的问题。我们的卫生资源有相当的比例是用于建置大医院和支撑与之相符合的人力和物力,某些床位、仪器等物力资源覆盖人口统计指标,这只表达了可利用医院资源的人口卫生服务利用情况。对于一部分人口,卫生资源过剩,而真正需要利用卫生资源的大部分人口仍是可望不可及。由于这个原因,医护人员服务的对象只能是利用医院的人口,这就是卫生资源分配不平衡性的最典型的体现。所以,这种类型的医院和卫生人力资源的扩增是一个低效率的方案。

(二) 人口特征变化中的卫生资源合理利用

上面我们谈到卫生资源的合理分配,这需要对许多相关政策进行评估和调整。而对现存资源的合理利用可能是更为现实,人口的收益也最及时。

第一,中国经济发展的状况造成了城镇化快速发展,人口流动大大增加,老龄人口的不断增长,大城市人口密度快速增高等社会现象。这些现象无疑对经济发展是有促进作用的,但同时也增加了传染性疾病、中毒损伤等突发公共卫生事件发生的危险性。人口特征改变后,即便所提示的总人口的统计信息是稳定不变的,不同人口特征的人群所担负的死亡和疾病的负担完全不同。中国还处在人口转变和健康转变的过程中,疾病构成和死因构成同时具备发达国家和发展中国家特点的二重性疾病负担给人口健康和经济发展都带来更重的社会压力。国际社会在对卫生资源进行总体研究后,提倡各国无须一个统一的标准来限定卫生投入的比例,而应以资源的合理分布为原则。疾病控制的好坏直接关系到人口健康质量与死亡水平,疾病的控制除了有赖于社会方方面面的重视和努力外,更重要的还在于卫生资源的合理布局。政府在缓解疾病二重性负担中的任务,是同时加强医疗卫生资源投入和公共卫生资源投入。此外,还应强力引导社会 and 个人的卫生费用用于公共卫生,对卫生机构、床位和配置进行必要的调整,加大防疫、保健机构与设施的投入和建设,以抵御人口必然会面对的公共健康突发事件。

第二,贫困地区的人口健康面临着严峻的挑战,从住院率、患病率、死亡率等健康指标来分析,农村劣于城市,贫困地区劣于发达地区。人们通常认为农村地区的医疗资源短缺,但事实上国家卫生资源对中国农村地区,特别是贫困地区和经济欠发达地区的倾斜力度非常大,如山西、青海、新疆等代表了中西部不同经济类型的地区其拥有的卫生人力资源的绝对数几乎都高于国家平均水平,也高于一些发达城市,但缺乏对其医疗资源利用质量的评价。在欠发达地区,医院建设速度较快,但真正用于提高贫困人口健康的防疫和保健专科治疗设施则因资金滚动、再生等问题而进展缓慢,这使得贫困人口抵御疾病风险,尤其是传染性疾病风险的能力大大下降。在贫困人口中,因疾病损伤致贫的人口达到 23.28%。农村病人未就诊率高达 32.31%;应住院未住院率达 35.54%,在最贫困的地区达 42.58%,其中未住院的主要原因是经济困难(72.75%)(中华人民共和国卫生部,1999)。所以,表现出农村人口

患病率较低,但老年人口的残障率、失能率和死亡率却高于城市,非老龄人口潜在的健康问题在老年人口中集中体现出来。农村地区,特别是贫困地区农村人口所需要的卫生资源有相当一部分是防治而不是医治。换言之,卫生职能部门应开展的工作是通过卫生防疫、保健等措施实现先期的卫生干预,而不是等疾病发生后再治疗,或因贫困而延误治疗,目的是减少带病人数,乃至致残、致死的数量。

第三,世界卫生组织对加强卫生干预的效益进行了比较研究,指出发展中国家主要致死原因的传染病、营养缺乏、孕产期疾患、呼吸系疾患和围产期疾患都已得到了有效的控制,而那些在发达国家和发展中国家都比较突出的问题,如恶性肿瘤、心血管疾病致死的人数也明显下降。为此,世界卫生组织提出建议,每个发展中国家应及时开始筹划实现普及基本卫生服务的途径,根据流行病学调查结果,经济区划分析及社区突出的重点健康问题,确保加强卫生干预的战略与整体宏观经济框架相一致等。所确定基本卫生服务的内容包括:确定卫生干预的重点领域及针对这些重点领域的筹资战略;在公共筹资的基础上确定拟在全民中普及的一整套措施;启动国家加强卫生系统长久规划,着重地方的服务,以实现基本卫生干预的全面覆盖;根据可靠的流行病学模型确定降低疾病负担的量化指标;确定卫生与教育等其他部门相互配合的领域(世界卫生组织,2002)。这样做不仅仅是为了提高人口健康水平,而且对国家的经济发展也有至关重要的作用,因为其可以避免大量公共卫生问题所导致的不必要的疾病经济损失和社会经济负担。这些正是我们现在应该做的。如果我们一味地追求扩大卫生资源,而忽视了对其合理有效的使用,那么进行卫生投入所要达到的防病治病,提高人口健康水平的初衷就难以实现。目前,中国卫生保健的资源相比较而言还是非常有限的,通过对资源整合以提高卫生资源利用水平成为一个重要的内容。如妇幼卫生系统和计划生育网络的整合,保健与医疗的整合,公共卫生与社区保健的整合等,其可发掘的潜力和提高利用率的空间都还很大,可以说是大有作为的。

以上对中国人口死亡率的总体水平及其发展变化,疾病发生状况及可用于抵御这些疾病发生风险的卫生资源的现状和利用潜力进行了讨论。目的是希望我们更好地理解人口死亡水平变动给我们提供的信息,不仅仅局限在其人口学方面的意义,而应更多地关注其对人口健康的影响价值,对经济的驱动价值。在现有资源成型的情况下,应该加强其利用率,使医疗资源的提升和转换功能的潜力发挥在最需要的地方,及时调整社保和卫生体系的应对方案和措施,才能使有限的卫生资源更有效地用于防治疾病,提高医疗水平,降低患病率和死亡率,及时有效应对公共卫生常态和突发问题,使人口健康水平真正得以提高。

参考文献:

1. 全国孕产妇死亡监测协作组(1999):《全国孕产妇死亡监测结果分析》,《中华妇产科杂志》,34卷11期。
2. 王燕等(1999):《卫VI项目地区孕产妇死亡状况分析》,《中国农村卫生事业管理》,第2期。
3. 武明辉等(2000):《全国部分地区育龄期妇女死因研究》,《中国公共卫生》,16卷10期。
4. 郭素芬等(2001):《中国贫困地区县级婴儿死亡率的多因素水平分析》,《中国公共卫生》,17卷6期。
5. 北京大学人口与健康研究组(2003):《中国人口的死亡与健康》(国家第五次人口普查研究报告)。
6. 国务院妇女儿童工作委员会《妇女纲要》监测评估组(2001):《中国妇女发展纲要(1995~2000年)》,(终期监测评估报告汇编)。
7. 中华人民共和国卫生部(1999):《国家卫生服务研究——1998年第二次国家卫生服务调查数据分析报告》。
8. 世界卫生组织(2002):《宏观经济与卫生——投资领域、促进经济发展》,人民卫生出版社。
9. 世界卫生组织(2000):《2000年世界卫生发展报告》。

(责任编辑: 朱 犁)