

疾病和失能对老年人口健康预期寿命的影响*

——兼论卫生资源在老年人口健康分类投资的方向

郑晓瑛

【提要】 本文根据 1998 年第二次国家卫生服务调查分析数据和常规卫生统计资料,采用 Sullivan 方法分析了三种在人群中仍有较高发病率的病毒性肝炎、疟疾、结核等传染性疾病及慢性病和失能对中国围老龄期和老龄期人口健康预期寿命的影响,目的是了解不同的非健康状态对老年人口健康水平影响的程度,为中国有限的卫生资源流向提供一些参考信息。

【作者】 郑晓瑛 北京大学人口研究所,教授。

一、问题提出的背景

经过近 30 年的努力,中国人口迅速增长的情况逐渐得到控制。但老年人口正在以较快的速度增长。有研究表明,1999 年底,中国 60 岁及以上老年人口的比例已达 10.1%,已提前进入人口老龄化国家行列(肖振禹,1999)。根据国际上的统计和预测,与世界其他欠发达国家和地区相比,中国是 65 岁以上老年人口增加较快的国家之一。从表 1 可见,中国的总人口平均增长率低于全球的平均水平,并居中下,学龄人口将出现负增长,就业人口数的增长也非常缓慢,但老年人口的增长却居世界各国的前位。对于中国这样一个发展中国家来说,解决老龄化社会的种种问题,的确不是一件容易的事情。

中国老年人口的迅速增长意味着越来越多的人需要社会支持系统提供优质服务以提高老年人口的生活质量,这也向社会养老保障和医疗卫生保健提出了严峻的挑战。在卫生管理体制中,对社会支持系统中提高健康水平的投入占有相当大的份额。随着目标人群的年龄增高,这部分的投入也不断加大。然而,老龄化速度往往与社会经济发展的速度不是均衡发展的,特别是发展中国家,资源和需求间有很大缺口。

在中国,当前正面临着卫生经济体制的改革,资源调配能否为老年人口提供适宜有效的社会卫生保障系统,对改善老年人口生存质量是一个至关重要的方面。在人口与健康领域中,人们正致力于研究国家及社区的老年人口健康投资方向,试图回答一系列问题,例如,如何利用国家有限资源的投入,最大限度地解决老年人口急需解决的问题?哪些健康问题是影响老年人口健康水平的重要因素?各类健康问题在老年人口中所占的比例以及与对健康影响的程度如何等等。并希望根据这些研究分析,为各类健康投资提出导向性意见。本文根据国内现有的数据,对失能、传染病及慢性病对老年人口健康水平的影响进行了综合分析,目的是研究不同比例的某些非健康状态对老年人健康影响的差异及影响程度,期望能为卫生投资的投入方向和社会养老保障的决策过程提供参考信息。

* 本研究得到国家杰出青年基金、北京大学 985 项目的共同资助。

表1 世界分类人口平均增长率 %

国家及地区	总的 增长	学龄人口 (5~14)	就业人口 (15~64)	老年人口 (65+)
世界	1.1	0.3	1.4	2.6
撒哈拉地区	2.3	1.9	2.6	2.8
远东及北非	2.1	1.2	2.5	3.7
中国	0.6	-0.9	0.8	3.4
亚洲其他地区	1.4	0.2	1.8	3.4
拉丁美洲	1.1	-0.1	1.5	3.3
东欧和中欧	0.3	-0.5	0.3	1.0
世界其他地区	0.4	-0.2	0.2	1.7

资料来源:US Bureau of the Census-World Population Profile, 1996.

死亡率和人口预期寿命表示一个群体的健康,就难以发现具有较高人口预期寿命的人群中具有不同人口特征的群体健康水平的影响因素,使合理配置卫生资源的研究工作无从下手。这就需要人们对老年群体的未能被临床医学检出的亚健康状态、能被临床医学检出的疾病状态和失能、残疾状态等对老年人口健康水平的影响程度,做出一个客观的评价,从而找出提高老龄人口健康程度的可行性对策。

新的健康评价思路应该在原有的卫生评价基础上,进一步衡量老年人口客观健康状态与健康间的关系,构建群体健康水平分析框架。其中心思想是在衡量生存时间的长短的同时,更多地关注生存质量。如果能将非健康状态、疾病、失能、残疾对老年人口的健康水平的影响定量地标示出来,并将其在老龄生存期间对健康损失的度较客观地反映出来,就可以弥补传统的健康衡量方法。20世纪末,根据这种新的老年人口健康评价思路,尝试了许多评价方法。但由于受信息资料的限制,许多期望的评价内容难以成行。如亚健康状态的评价,我们很难找到评价亚健康状态的体征指标,以及其他一些相关的客观分析信息。根据实际情况,我们常常将疾病和失能作为群体健康研究的重点,使亚健康状态对健康的影响程度间接地体现在疾病和失能中。毕竟研究疾病和失能对健康的影响,可以找到许多对策。只要措施得当,疾病和失能都有希望向健康方向转化。所以,研究疾病和失能对老年人口健康的影响成为一个新的研究热点。

目前,国际上较为常用的方法有无残疾预期寿命分析法和日常生活活动能力评价方法。这两种方法各有特点,可从不同的角度反映老年人口的健康状态及影响因素的贡献。无残疾预期寿命(Disability free life expectancy, 简称 DFLE)是综合人口的死亡信息和患病信息所表达的健康状况的指标(Sullivan, 1971)。这种方法可用时点的患病率、失能率、残疾率表达群体的健康预期寿命(Health Life Expectancy, 简称 HLE)。健康预期寿命的判定终点是患病、活动受限、残疾等,而不是死亡,所以有很多横断面调查材料可以用于健康预期寿命的分析。尽管这种方法不如 Katz 等(1983)提出的用日常生活活动能力(Activity of daily Living, 简称 ADL)的信息和死亡信息评价健康预期寿命的结果具有更强的解释性,但比日常生活活动能力的信息更容易收集,也是目前较常用的评价老年人口健康预期寿命的方法之一。目前,国家水平的数据中,可用于无残疾预期寿命分析的资料和信息比日常生活活动能力的也多。所以,我们也经常采用这种方法,进行宏观的群体比较,为政府决策提供依据。

三、疾病和失能对老年人口健康预期寿命的影响的分析

在健康状况的评价过程中,如何把各类非健康状况通过定量的方法较为客观地表达,关键在于

二、失能和疾病对老年人口健康水平影响的分析方法和思路

老年人口的健康水平受许多因素的制约。在社会经济水平、生活背景和条件、个人的先天素质、生理生育过程等因素的长期共同作用下,构成了老年群体健康和非健康状态,进而表现为老年人口的综合健康水平。许多研究都表明,慢性疾病对老年人口的健康影响比较大。由于急性传染病造成的死亡大大减少,人口的粗死亡率已降至一个比较稳定的水平,在年龄别死亡率的基础上得到的平均预期寿命也趋于稳定。如果使用死

方法的选择、指标的确定、结果的解释等方面的科学性。健康预期寿命作为衡量老年人口质量的指标,已被学术界公认为是一个较为合理的方法之一。健康预期寿命的估计结果是由一系列的指标构成的,如无传染病的预期寿命,无慢性病的预期寿命,无失能或残疾的预期寿命等。在每个健康状态分类中,又有许多亚型的分类。这些非健康状态的综合情况,将会对人口的健康预期寿命产生影响。

(一) 资料和方法

本研究中的急性传染病资料采用 1999 年中国卫生统计资料中乙型传染性肝炎、疟疾、结核的数据,失能和慢性病引自 1998 年第二次国家卫生服务调查分析数据。第二次国家卫生服务调查由两部分组成,即家庭健康询问调查和卫生机构调查,内容包括卫生资源、服务利用、自然条件、人口状况、社会经济发展状况等。

在计算分析健康预期寿命中,使用了 Sullivan 方法,这是在简略生命表的基础上,增加了选定的几种传染病在 60 岁及以上年龄组别的发病率、55~64 岁组及 65 岁及以上组的失能率和慢性病率。还增加了年龄组别的去病伤残人年数和年龄组别去伤残累积生存人年数,以此作为评价老年人口健康预期寿命的基本定量指标。

首先采用简略生命表,推算出人口预期寿命(LE)。然后根据老年人口的传染性疾病发病率、慢性疾病的发病率和失能率,进一步推算健康预期寿命或无某种残疾(或疾病、失能)预期寿命(DFLE)。通过分析无某种残疾(或疾病、失能)预期寿命对人口预期寿命(DFLE/LE)的贡献,可以初步判断疾病和失能对健康寿命的损失程度。而通过人口预期寿命和无某种残疾(或疾病、失能)预期寿命之差,反映出疾病和失能对健康预期寿命的损失年。

(二) 结果与讨论

1. 传染性疾病对老年人口健康预期寿命的影响

从 60 年代后期始,中国大城市人口的疾病发生模式和死亡模式开始发生变化。首先是大城市的人口慢性非传染性疾病发生率逐渐升高,并在以后的 30 年中,逐步取代了以传染性、感染性疾病为主导死因的疾病发病、死亡模式。在老年人口中,也已经表现出这种特征。以往有关传染性疾病对老年人口健康影响的研究,大多是集中在死亡率方面,研究传染性疾病对老年人口生存期间的健康状态的影响程度如何?是我们需要探讨的一个问题。

中国 1999 年卫生统计资料表明,病毒性肝炎、疟疾、结核等三种传染性疾病在中国人群具有较高的发病率。据此,在 60 岁及以上人口中也选取了病毒性肝炎、疟疾、结核病的发病率,分析这三类在中国人群传染病中发病率较高并对健康有一定影响的三种疾病对老年人口健康水平影响的情况。

表 2 1999 年几种传染疾病年龄别健康预期寿命比较

年龄 (岁)	预期寿命	病毒性肝炎		疟 疾		结 核	
		DFLE	DFLE /LE(%)	DFLE	DFLE /LE(%)	DFLE	DFLE /LE(%)
60~64	16.90	16.90	99.94	16.90	100	16.88	99.88
	(19.64)	(19.64)	(99.97)	(19.64)	(100)	(19.37)	(99.96)
65~69	13.23	13.23	99.95	13.23	100	13.22	99.87
	(15.71)	(15.71)	(99.98)	(15.71)	(100)	(15.71)	(99.96)
70~74	10.12	10.12	99.95	10.12	100	10.11	99.85
	(12.02)	(12.01)	(99.98)	(12.02)	(100)	(12.01)	(99.96)
75~79	7.37	7.37	99.96	7.37	100	7.36	99.87
	(8.72)	(8.71)	(99.99)	(8.72)	(100)	(8.71)	(99.97)
80~84	4.91	4.91	99.97	4.91	100	4.90	99.89
	(5.70)	(5.70)	(99.99)	(5.70)	(100)	(5.70)	(99.98)
85~89	2.50	2.50	99.99	2.50	99.99	2.50	99.96
	(2.50)	(2.50)	(100)	(2.50)	(100)	(2.50)	(99.99)

注:括号内为女性组数据,未加括号的为男性组数据。

从表 2 可以发现,在男性组中,三种传染病对 60 岁及以上人口健康预期寿命的影响是非常小的,几乎各年龄组中由于某种传染疾病而导致的无传染病预期寿命的损失都趋于零。女性组的情况基本与男性组相同。女性的人口预期寿命高于男性同年龄组,但三种传染性疾病对健康预期寿命的损失程度也都接近零。

人口预期寿命存在着性别差异,但从现有的数据分析结果来看,并未发现传染病对群体健康水平的影响存在着性别差异。这些都是数据分析反映的情况,事实上,传染病对健康寿命的损失不仅仅是疾病本身,它还可以通过其他方式,如疾病传播、疾病迁延甚至死亡等损失人群的健康预期寿命。所以,单纯用无残疾预期寿命的分析方法来评价传染病对健康预期寿命影响的程度会有一些不足之处。所以,应该在考虑传染性疾病对健康水平影响时,注重其与慢性疾病、失能等非健康状态的关系。在资料允许的情况下,可分为慢性疾病和急性住院疾病来分析,这样可能更合理,评价的结果更符合实际情况。否则,严重致死的传染病的发病率极低,在影响群体健康水平中,难以用定量的方式表达出来,而其他传染病又被放在慢性病中,这就使一部分严重影响老年人口健康预期寿命的急性传染病与转入慢性疾病的传染病对健康预期寿命的影响都混杂在一起,甚至会造成一些假象,从而忽视了老年人口传染病的防治工作。

2. 慢性疾病患病率对老年人口的健康预期寿命的影响

慢性疾病患病率是反映人口健康状况、疾病负担和卫生服务需求量的重要指标之一。同时,对老年人口的生活质量的影响占有较大的比重。在健康筹资规划中,加强围老年期(60 岁左右)卫生服务投资,降低老年人口慢性病发病率,对改善老年人口生活质量有事半功倍的效果。

患有慢性疾病的老年人口往往在进入老龄期前,即有程度不同的疾病或处在亚健康状态,有时还同时患有两种或两种以上的疾病。一旦围老龄期的老年人患有慢性疾病,个体和群体的健康储量便开始呈持续性和进行性的衰减。近年来,人们越来越关注老年人口慢性疾病发病率与群体健康水平关系的研究,目的是更准确地了解围老龄期人口的慢性病发展趋势,探讨降低慢性病发展为失能和残疾的健康投资的有效途径,扩大老龄期健康生存区间。

由于中国的经济发展呈现严重的区域不平衡性,在健康筹资的过程中,关注区域的差异显得更为重要。所以,我们在比较 55 岁以上人口慢性疾病对健康的影响是以城乡地区划分来做宏观分析的。我们采用调查前半年内调查的病例数(个体未超过三种疾病)与调查总人数之比表示慢性疾病患病率。根据卫生服务研究所的定义,慢性病患者需满足以下至少一个条件。第一,调查的前半年内,经过医务人员诊断明确有慢性病;第二,半年以前,经医生诊断有慢性病,在调查的前半年内时有发作,并采取了治疗措施或理疗。

由于数据所限,我们将 55~64 岁间的人口慢性发病率合成一组,这样的合并可能是合理的。因为,慢性病的形成是一个长期的过程,在研究老年人口的状况时,用一个较宽泛的群体年龄区间的

表 3 55 岁以上人口慢性疾病地区别健康预期寿命的比较

年龄 (岁)	地区	LE	DFLE	LE - DFLE	DFLE / LE (%)
55~64	全国	14.74	8.00	6.74	54.27
	农村	14.29	9.59	4.69	67.11
	城市	16.44	5.06	11.37	30.78
65+	全国	5.95	2.87	3.08	48.24
	农村	5.53	3.59	1.94	64.92
	城市	7.56	1.58	5.99	20.90

健康状态的信息,不一定比一个时点健康状态信息表达得差,我们将这样构建的健康信息称为围老年期慢性病发病率。表 3 的结果表明,由于慢性疾病的影响,中国围老龄期人口的无慢性疾病预期寿命(DFLE),仅占人口预期寿命的 54.27%,从城乡老年人口由慢性疾病造成的健康寿命年损失的比较中,我们可以发现,城市围老龄期人口的无慢性疾病预期寿命远低于农村。在农村,该组人口的无慢性疾病预期寿命占人口预期寿命的 67.11%,而城市仅占 30.78%。城乡

围老龄化期人口的人口预期寿命相差 2.15 年,但无慢性疾病预期寿命差距则为-4.53 年,城市围老龄化期人口的无慢性疾病预期寿命仅是农村的 52.76%。这个时期的健康水平对 65 岁及以上和高龄组的老年人口的健康是非常重要的。如果此期的人口健康水平不高的话,改善老龄人口健康水平工作的难度将增加。在 65 岁及以上的老年组中,健康预期寿命的总体水平明显下降,城市的下降比农村的更明显,这与其他学者的研究结果基本一致。如果单从数据结果看,似有农村老年人口健康质量高于城市的结果。但我们应该注意到,城市的就医条件和卫生服务利用都较好于农村,人群慢性疾病的诊出率和上报率要高于农村,所以,数据分析的结果不能完全肯定农村老年人口的健康生存质量好于城市。有相当一部分的农村老年人口的慢性疾病状态都被自认为健康状态,只有当疾病所造成的生理感受超出一定阈值时,才被认为是慢性病状态。所以,我们一方面应重视城市围老龄化期及老龄化期人口的患慢性病的危险度,同时也应该关注农村围老龄化期及老龄化期人口的慢性病对健康水平的影响。总之,慢性疾病对老年人口的健康影响是明显的,这种影响大多是从围老龄化期延续下来。要从根本上降低群体的慢性病发生危险,就需从围老龄化期,甚至更年轻的人群中入手,使慢性病的发病期推迟,病程缩短,程度减轻,最大限度地降低慢性病对健康存量的耗损,这对改善老年人口生存质量有非常重要的作用。同时,提出更多的分类慢性病对健康预期寿命的影响程度的标量,卫生资源的流向就会更为明确。

表 4 失能的衡量指标

评价内容	描述内容	重要性
行动起居	自己能否走动	基本问题
	自己能否上下床	基本问题
	自己能否坐椅子	基本问题
	自己能否穿衣服	基本问题
洗漱	自己能否洗脸手	基本问题
	自己能否吃东西	基本问题
就餐生活	自己能否上厕所	基本问题
	是否有过大小便失禁	基本问题
自制力	是否能与他人说话	基本问题
	认出一个熟人(可戴眼镜)	基本问题
听力	说话有无困难	选择问题
视力	能否弯腰放一只鞋到地上	选择问题
语音	或拾起一只鞋	选择问题

3. 失能对老年人口的健康预期寿命的影响

失能是由于各种原因导致生理功能丧失或受损、日常活动受限、生活自理困难的总称。失能老年人可能仅有一种失能状态或多种失能状态并存,其严重程度不一。世界卫生组织将失能定义为“日常生活中主要活动的长期受限”,并提出了 10 个基本问题和 3 个可选问题。本研究采用了 10 个基本问题和 2 个选择问题(见表 4)。这是指在过去半年内,由于各种原因导致的行动、起居等方面的失能状态。

中国有关失能的调查数据大多以地区性的项目为主。1998 年卫生部进行第二次国家卫生服务调查时,对中国城乡 216 101 人进行了失能状况的调查。调查结果显示,居民总体的失能率为 33.85%,但主要集中在 65 岁及以上的老年人。65 岁及以上的老年人占总人口的 8%,但失能者却占失能总数的 49%,失能率达 195.45%;城市老年人口的比例为 12.7%,失能者占失能总数的 60%,失能率达 198.3%;农村老年人口的比例为 7%,失能率达 193.72%。城乡老年人口失能情况大致相似。

表 5 1998 年老年人口失能的年龄别和地区别健康预期寿命的比较

年龄(岁)	地区	LE	DFLE	LE-DFLE	DFLE/LE(%)
55~64	全国	14.74	12.93	1.81	87.7
	农村	14.29	12.50	1.79	87.5
	城市	16.44	14.42	2.02	87.7
65+	全国	5.95	4.78	1.16	80.34
	农村	5.53	4.46	1.07	80.65
	城市	7.56	6.06	1.50	80.16

表 5 中比较了围老龄化期人口与老年人口的地区别无失能健康预期寿命的差异,从数据分析可见,中国老年人口失能对无失能健康预期寿命(DFLE)的影响不如慢性病那样明显,在围老龄化期无失能健康预期寿命占预期寿命的比重无明显的差异,大约为 87%左右。65 岁及以上组的老年人口由于失能造成的健康预期寿命的影响大于围老龄化期的,但城乡差异不明显。尽管老年人口慢性

疾病对健康影响存在着明显的地区差异,但从失能与健康的关系看,并未发现明显的地区差异,这是否是客观事实,还有待于进一步研究,引起失能最重要的原因之一是慢性疾病,失能是个体在非健康状态上最客观的表达。慢性疾病需要医生的诊断和治疗,带有一定的主观性,同时也受条件的限制。失能则是个体对自己生活能力和生理功能的客观评价和反映。农村和城市老年人口的失能对无失能健康预期寿命影响的差异很小,体现了城市和农村老年人口慢性病转化为失能状态的概率是相似的。如前所述,农村慢性病对老年人口无慢性病健康预期寿命的影响小于城市,许多慢性病人都是到了较为严重状态后,在较短的时间内进入了失能状态,而城市老年人在较好的医疗条件下,很多慢性病又逆转为健康状态。本研究提示,目前农村的医疗卫生服务能力和利用仍处于较差的水平,从失能状态便可反映农村老龄人口的慢性疾病和失能对老年人口健康水平的影响。因为无论能否将农村老年人口慢性疾病准确反映在数据中,慢性疾病迁延和发展都会反映在失能状态上。

四、老年人口健康的卫生资源分类流向的差异

通过对老年人口的传染病、慢性病和失能对健康预期寿命的影响分析,我们能够从这些较为客观的数据中间接地了解到老年人口健康生存年的不同状态。在此,我们应该注意,数据所能反映出来的问题只是老年人口健康问题中的一部分,数据背后还有一些没能反映出的问题。数据分析的目的不仅仅是发现问题,而是要提出解决问题的办法。我们已根据数据和实际情况将老年人口的健康状态与疾病的影响程度做出比较清晰的分析,接下来的工作是如何为老年人口提供有效的社会支持。在社会支持系统中,用于老年人口健康的卫生资源的总量是一个非常重要的问题。从上述分析结果可知,城市和农村老年人口健康状况的影响因素是不同的。如果卫生资源十分充足,对农村和城市的卫生投入可以是一样的。但目前的情况是卫生资源极度短缺,这就需要将卫生资源分类流向准确的导向不同的目标地区和人群。可以说,这种卫生资源的“滴灌”流向方式,是成本效益最合理的投资模式之一。

老年人口抵御各类疾病发生风险的能力都很低,特别是传染性疾病。尽管人群传染病的发病率下降,但老年人传染病发病率有上升趋势。在实际工作部门,往往忽视了老年人口传染病预防工作。如果将老年人口的传染病防治纳入社区的儿童或青壮年预防工作系统中,只需要对服务利用进行部分卫生资源投入,其他部分的需求可与基础卫生资源共享,可能会有事半功倍的效果。目前,用于妇女和儿童的传染病防治的工作已融入许多卫生项目中,如果能有很少的基础卫生设施的投入,如用于社区防治传染性疾病的各类疫苗的保存、运输、使用的制冷设备的“冷链”建设等,就能使老年

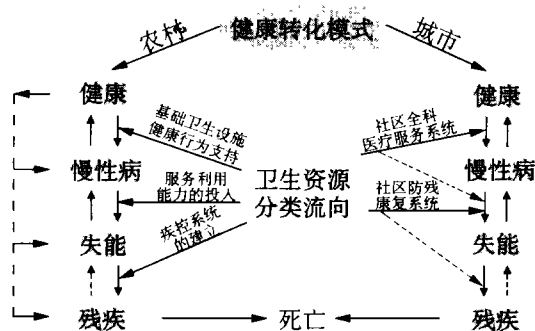


图 卫生资源用于农村和城市老年人口健康的分类流向示意

人与其他人群一样享有同样的外部抗病支持条件。在这个过程中,要对卫生服务系统和老年人进行必要和规范的健康教育,使卫生服务利用能力不断提高。在社会支持系统中,城市的侧重点应放在防和治的工作上。而农村则应重点加强基础健康服务设施的建设和以社区为基础的常见病多发病的普查、诊治工作,并采取各种措施加强农村人口的卫生服务利用。在城市提高初期卫生保健阶段的机制和资源,可以在不同的阶段,以不同的方式移入农村不同的地区。在资源充分利用的基础上,加强农村老年人口抵御慢性疾病转为失能状态的综合能力。

从失能的分析结果可以推断,城乡老年人口慢性疾病发生率有一定的差异,但继续迁延并发展为失能状态的水平是相似的。城市的诊出率和服务利用能力都较高,发病率高,但逆转率也高。而农村恰恰相反,一旦发病,就较重,而且逆转率低。这就需要政府和卫生健康筹资系统针对城乡不同的情况进行投资,在农村应侧重于失能前的重点投资,特别是应提高农村老年人口的基本服务和利用能力,进一步加强基础投资,而城市则应重点投资失能后的防残保健方面的工作(见图)。

五、老年人口健康预期寿命分析中发现的问题和建议

本文通过分析传染病、慢性病、失能的国家水平的有限信息,以及对老年人口健康预期寿命的比较,从中可以看到以下几个方面的问题:

其一,定量研究结果表明,急性传染病和慢性传染病对老年人口的健康预期寿命的影响较小。这一方面说明老年人口传染病的患病率较低,另一方面,我们也应该注意,许多传染病的结局都以慢性病出现,特别是在目前医疗水平不断提高的情况下,许多致死急性传染病往往转归为慢性病,部分未转归为健康状态的人口进入慢性疾病状态。所以,单纯以调查时点的发病情况来判定传染病对健康水平的影响是比较片面的。传染性疾病对人口健康水平的影响,不能只用一种常规方法评价,应该深入探讨一种综合的衡量传染病对健康动态影响的方法。随着城市基础设施建设中污染的增加和自然条件的恶化,近年来,结核病在老年人口中的发生率逐渐提高,应该引起重视。

其二,慢性疾病对老年人口的健康预期寿命影响最大,而且城乡差别也很大。这不仅因为慢性病迁延不愈,易在人群中滞留非健康特征,更重要的是许多其他非健康状态都有可能转为慢性病。目前在考虑老年人口健康保障时,应该高度重视慢性疾病对健康水平的影响,并应根据区域规划,投入较多的卫生资源。从数据分析看,农村老年人口的慢性病发病情况低于城市,城市人口的慢性疾病对老年人口的健康预期寿命的影响大于农村。这也提出了另一种可能性,即农村老年人口的健康状况未必与城市老年人口的差距很大。因为农村就医条件差,老年人生活条件也较差,卫生服务的利用能力较低,按调查定义所收集的信息往往不准确,很可能只收集到农村较重的慢性病患者率,而这一部分能收集到的农村患慢性疾病的信息绝大部分转为失能。通过临床历史资料取证,发现在就诊的病人中,农村重病病人数较城市人口居多;农村人口的患病距死亡的时间也比城市短。这些都可以间接证明农村患慢性病的时期常隐含在健康时期中,当信息能够反映出来时,有相当一部分已进入失能状态。当农村基本卫生保健条件不能适应需要时,许多较轻的慢性疾病都被视为健康状态。只有当慢性疾病严重影响生活正常功能时才得到卫生服务,这势必扩大失能的群体。所以,在老年健康保健的基础设施建设以及提高卫生服务利用中,应着力做好两方面的工作。第一方面是加强对农村老年人口的卫生保健,加强强化项目的卫生筹资。一般来说,强化项目的卫生筹资能够影响工作的持续性,特别是在卫生经济体制改革中,国家、集体、个人的健康投资的利益角色越来越清晰,对没有能力参与医疗保障的农村老年人口,国家和政府只有通过各种渠道启动基础强化性的保健或保险机制,使各种非健康状态可能转归为失能前就能得到最基本的防治。第二方面是做好城市老年人口慢性病中高发病种的干预工作。因为城市人口的基础保健远比农村强,许多疾病在未形成慢性病前已转归为健康状态。一旦形成慢性病后,根据职业、居住地、环境等其他致病因素分析,人群患病的特点和病因的聚类性较明显。所以,开展社区干预对降低群体慢性病向失能状态转化具有非常积极的作用。政府对城镇的健康筹资也应该从基础设施的投入转向建立健康行为教育和培训的社区基地的建设。同时,应加强适用于居住在城市的老年人的社会救助及支持系统,这对城市老年人防治失能、残疾甚至死亡是非常重要的。

其三,失能对老年人口健康预期寿命的影响是不容置疑的,国内外都有很多论述。但应该注意,我们用的失能率往往是一种或两种以上失能的发生率,但没有把失能的程度考虑进去。所以,用失

能率来做老年人口的健康预期寿命分析的可靠性如何,是需要继续研究的。失能是影响老年群体健康的一个关键变量,失能是非健康状态尚能转归为健康状态的最后机会。如果由失能转为残疾状态后,再转归为健康状态的可能性就不大了。一个群体的失能率高,意味着疾病控制效果较差,卫生服务利用能力也比较低。目前,中国老年人口的失能率仍处于较高的水平,城乡情况大致相似。改善失能状况一要社会支持,二要靠家庭照料。我们建议,在加强对社区卫生筹资的同时,应加大国家强化基金投入。在农村建立以社区(集体)账户和个人账户结合为主的医疗保险机制,加强“广覆盖、低水平”的社区基础卫生保健网,对缓解社会压力和家庭压力都是有效的措施。同时,对防残康复,改善老年人口生存质量,为向“广覆盖、高水平”医疗卫生保健体制转轨奠定基础。

其四,健康预期寿命的研究方法是将人口分为健康与不健康状态进行分析。健康预期寿命指标既考虑了死亡对人口的寿命的损失,也反应了非健康状态(疾病、损伤、伤残等)对人口的寿命的影响。在一定程度上,可以作为人口健康水平的参考信息。如果采用的指标和定义不同,在分析的结果上,也会有很大的差异。所以,用健康预期寿命分析人口健康状况时,应该结合实际情况。因为许多时点的数据,很难将生存区间的健康变化全面反映出来,无疑,由于健康问题导致的健康损失数量和程度都被掩盖在这种变化之中。健康预期寿命测评方法仍存在着缺陷,我们就应该继续探讨更科学的方法去分析老年人口健康状况。事实上,老年人口的健康情况不像我们所需数据那样,或是健康,或是不健康的某种状态,而是健康与不健康相兼,或是几种不健康状态共存,这种复杂的现象是在多状态表达中共同影响老年人口的健康预期寿命和老年人口的生存质量。这就需要探讨一种方法,能够使老年人口多种非健康状态同时进入一个模型分析,以确定多状态下的不同非健康因素对健康预期寿命的不同贡献。这个思路,也正是我们今后的努力方向。

总之,利用死亡率、发病率、失能率、残疾率进行人口健康预期寿命的分析,是把人的一生中健康部分作为重点进行分析的。既然判定的终点是健康损失而不是死亡,就应该尽最大的社会力量和资源,将各种原因导致的健康损失降低到最低限度,并创造能逆转非健康状态的各种机会。在新的卫生经济体制改革中,应该根据老年人口各类健康状况的详细分析,制定出筹资和投资方向的规划,从而有的放矢,合理利用有限的卫生资源,使社会支持能力尽快适应社会老龄化的速度,从根本上提高老年人口的生存质量。

参考文献:

1. 中华人民共和国卫生部:《国家卫生服务研究——1998年第二次国家卫生服务调查分析报告》,1999年。
2. 萧振禹:《中国将提前进入老年型国家:面向21世纪的老龄化问题与对策》,首届全国中青年学者老龄问题学术研讨会论文,1999年。
3. Sullivan DF(1971), A single index of mortality and mobility. HSMHA Health Reports, 86:347-354.

(本文责任编辑:朱 犁)