

试论卫生资源与老年人口增长之间的协调发展

郑晓瑛, 陈功, 庞丽华

(北京大学人口研究所/世界卫生组织合作中心, 北京 100871)

摘要: 本文根据国家卫生资源和利用的一些指标, 结合老年人口生存期的残障状态, 分析了卫生资源配置和利用与老年人口增长之间的缺口, 研究了在目前社会发展水平下中国卫生资源向老年人口群体倾斜的可能性和合理性, 同时探讨了以北京为代表的相对发达地区的卫生资源的合理流向和利用问题, 从而对城市老年人口的社会支持系统提出了一些对策建议。

关键词: 老年人口; 残障; 卫生资源;

中图分类号: C913.6; C924.24; 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2003)05-0008-07

Health Resources and the Growth of the Old Population

ZHENG Xiaoying, CHEN Gong, PANG Lihua

(Population Research Institute, Peking University, Beijing 100871)

Abstract: According to the data and information from national health resources and ageing population disability investigation, the gap between health services and finances for ageing population was discussed. What the paper would like to be addressed is how to make the health resource using in ageing needs and how to maintain the social support strategies in ageing society in city firstly. The aim is to face the challenges in society development of ageing population growth fast.

Keywords: the elderly; disability; health resources

社会公共支持系统是维系人口健康发展的基础之一, 对于相对脆弱的人群尤为重要。老年人群是一个高风险的人群, 老年人生存年的生活质量和生命质量在很大程度上取决于社会与家庭的支持能力和支持强度, 特别是医疗保障的支持。20世纪80年代以来, 中国老龄化速度开始加快, 截至第五次人口普查, 我国65岁以上人口为8811万人, 占总人口的6.97%, 同1990年第四次人口普查相比, 65岁以上人口的比重上升了1.39个百分点^①。根据联合国1999年预测, 我国2030年与2050年65岁及以上的老人分别为2.35亿与3.34亿, 而且80岁以上高龄老人的数量和所占比例都将快速增长。老年人口是健康风险最高的群体, 老年人口规模的不断增长和我国人口老龄化、高龄化发展的现状与趋势, 给社会公共支持系统尤其是卫生保障系统提出了严峻的挑战。因此, 分析国家卫生资源的现状与分布, 探讨城乡卫生资源向老年人口群体倾斜的可能性和

收稿日期: 2003-06-11

作者简介: 郑晓瑛(1956-), 女, 河北昌黎人, 历史学(医学人类学)博士, 北京大学人口研究所/世界卫生组织合作中心教授, 博士生导师。主要研究方向: 人口健康。

^① 中华人民共和国国家统计局, 2001, 2000年第五次人口普查主要数据公报, 第一号。

合理性具有十分重要的理论意义和现实意义。

一、老年卫生保障水平受到卫生总经费的制约

卫生资源是指用于人民群众健康的医疗、设备、公共卫生等一切资源。在卫生资源中，常常有许多分类以用于某个专项健康内容。作为对卫生资源需求最迫切的人群，老年人能够享受到的卫生服务质量受到卫生总经费的制约。卫生总经费服务于整个人群，在人民健康保障体系中，不但起到医疗保健的作用，还有相当的份额用于公共支持系统中，如与健康有关的公共设施和设备。经费数量的大小和增长的水平直接决定着卫生保障水平和服务能力的高低。从 80 年代开始，国家生产总值提高较快，卫生总费用也提高非常快，但卫生费用增长占 GDP 的百分比增长极为缓慢（见图 1）。

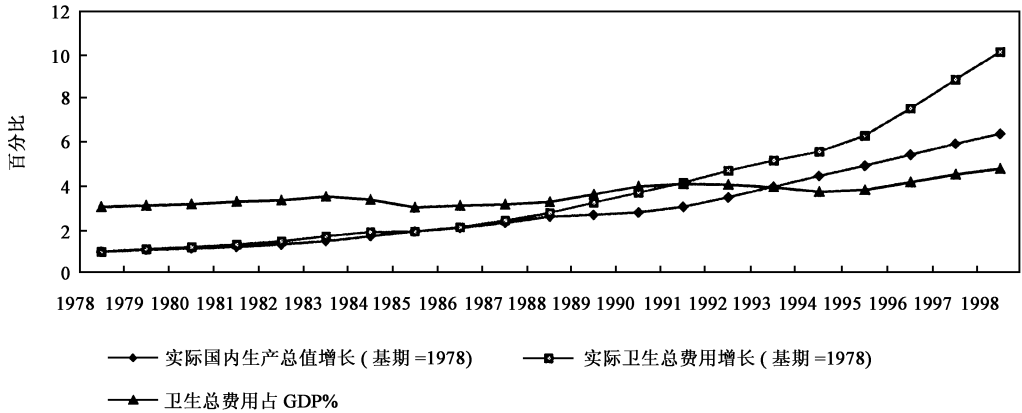


图 1 中国卫生总费用与国内生产总值增长状况

资料来源：作者根据卫生部 1998 年卫生服务能力调查数据^①和中国卫生经济研究所“中国卫生总费用核算小组”的《中国农村卫生费用测算资料摘编 1990-1998》) 计算得出^②。

尽管改革开放以来中国的经济不断增长，而且速度较快，与 1978 年相比，1998 年的国内生产总值增长了 5 倍，卫生总费用也增长了 9 倍，但是卫生总费用占国民总产值的比例增长速度依然较慢。中国卫生总费用在 80 年代开始占 GDP 的 3.17%，到 1998 年增至 4.82%，20 年中仅仅增长了 1.7 个百分点。而且在这 20 年中，尽管总体上处于上升趋势，但是若干年份的比例与前一年相比还处于下降水平，这在 1983~1985 年和 1993~1995 年表现十分明显。目前，4.82% 的水平与一些发达国家的卫生总费用占 GDP 的 10% 相比，还相差甚远。与人口日益增长的健康需求相比，可以说我国的卫生投入严重不足。在这种医疗总费用占国民生产总值比例没有显著增高的情况下，用于老年人口的医疗费用的增长也会受到较大的影响。目前的卫生经费很难支撑国内卫生保健的需求，卫生资源将会出现不可持续的发展。在卫生资源中，公共卫生资源对群体健康水平的影响更大，而且老年人口的医疗卫生保障在很大程度上依赖公共卫生支出。目前，我国公共卫生资源的严重匮乏使人感到忧虑。90 年代的政府卫生经费投入和公共卫生经费投入可以很明显地证明这一点^③。

二、卫生费用和支出的城乡差异

近十几年来，人民群众的人均卫生总费用增多，增长速度加快，全国居民人均卫生费用已从

^① 中华人民共和国卫生部，1998 年卫生服务能力调查数据，北京。

^② 中国卫生经济研究所中国卫生总费用核算小组，中国农村卫生费用测算资料摘编，1990-1998，见《中国农村卫生改革与发展国际研讨会专辑》2000。

^③ 参见郑晓瑛，黄成理等：《中国卫生“三项基本建设”十年效果评估报告》，国家计划委员会，2001。

1990年的64.99元，上升到1998年的302.58元，其中城市居民的人均卫生费用已从158.82元上升至595.27元，增长了近3倍。虽然中国卫生总费用增长速度持续加快，但由于实际卫生费用的投入不足，享有的卫生资源与需求间的距离不断加大，首先表现在城乡间人均卫生总费用的差距（见图2），严重影响城乡居民的健康服务利用。从表1可以看到，城乡卫生总费用的差异也体现在城乡居民人均保健支出上。

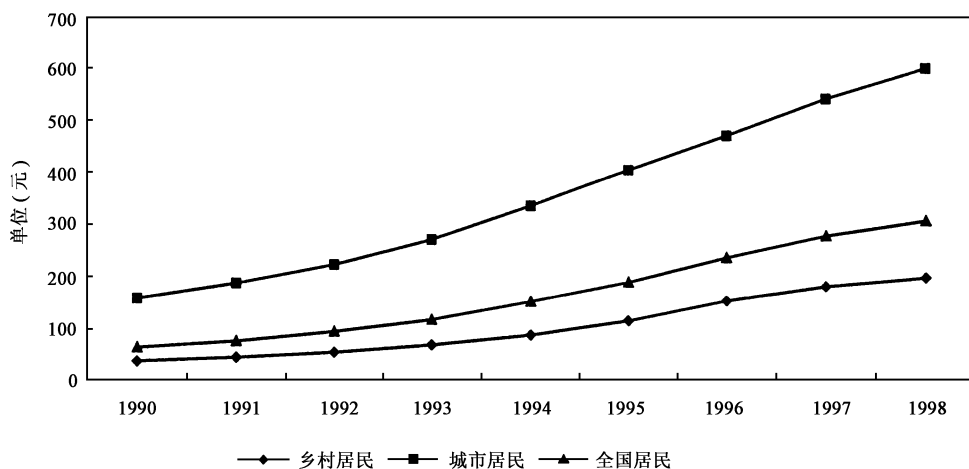


图2 中国城乡居民人均卫生总费用 (1990~1998)

资料来源：同图1。

城乡居民人均医疗保健的支出也是处于不断增长的趋势，从变动幅度比较而言，城市明显高于农村。由于城市经济水平高于农村，城市居民人均医疗保健支出要高于农村居民，而且差距不断增大。从纵向比较来看，1999年农村居民人均医疗保健支出是1990年的3.68倍；而城市居民支出变动是9.57倍，城市远远高于农村。而且这些都是在农村起点极低（19.02元）和城市较高起点（25.67元）的基础上进行增长的。尽管有相当一部分城市居民享有公费医疗或部分公费医疗，城镇居民的医疗保健支出占人均纯收入份额仍呈上升趋势，由1990年1.70%上升到1999年的4.20%，上升了2.5个百分点；乡村居民基本不享有公费医疗，医疗保健支出基本由个人负担，1990年医疗支出占农民人均纯收入的2.77%，到1999年上升到了3.17%，仅上升了0.4个百分点。农民的人均医疗保健支出占人均纯收入份额的增长呈缓慢趋势，并有不稳定的波动情况，如：1994年和1995年都比前年度下降，之后又有缓慢回升（见图3）。从图4可以看出，城乡居民人均医疗保健支出增长率也呈起伏不定的趋势，这与90年代政府努力控制医疗费用暴涨，以及其他一些医疗卫生体制政策不无关系，同时也与人们的收入提高，生活水平提高，保健意识和投资能力提高等因素都有关系。

表1 中国城乡居民人均医疗保健支出 (元)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
乡村居民	19.02	22.34	24.14	27.17	32.07	42.48	58.26	62.45	68.13	70.02
城镇居民	25.67	32.10	41.51	56.89	82.89	110.11	143.28	179.68	205.16	245.59

资料来源：同图1。

值得注意的是，在1997年以前，农村居民人均医疗保健支出占人均纯收入的份额一直高于城市居民。这是由于城市居民拥有相对完好的医疗保障制度，而农村居民不具备这个条件造成的。由于医疗制度的改革，我们可以看到城市居民个人负担医疗保健支出的比例在不断增大。

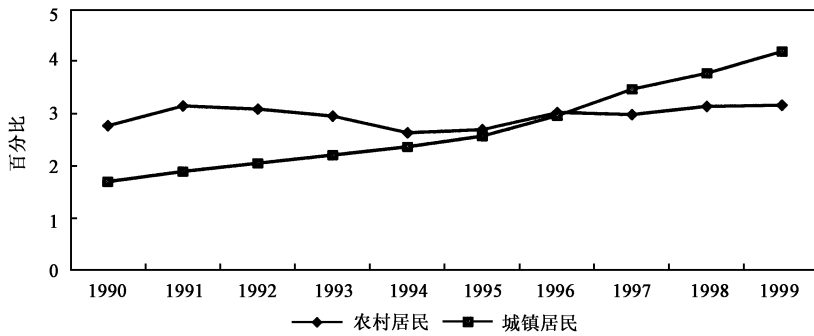


图3 中国城乡居民人均医疗保健支出占人均纯收入份额

资料来源：同图1。

从图3可以看出，城乡居民人均医疗保健支出增长率尽管是增长状态，但是在90年代中期达到最高，农村在1996年，城市在1994年以后呈现急剧下降的趋势。城乡人均医疗保健支出的增长可能是因为城乡居民对健康的需求增加，但是更多的可能是由于医疗保健费用的上涨造成的。尤其是在90年代中期表现为医疗保健投入的不断下降。城市居民增长的幅度高于农村，一方面可能是因为城市的经济状况好于农村，另一方面可能是由于医疗体制的改革造成的个人医疗保健负担增加造成的。

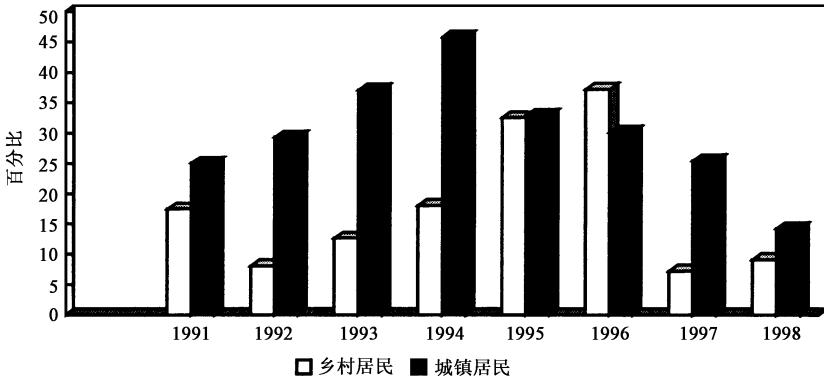


图4 中国城乡居民人均医疗保健支出增长率 (上一年为100)

三、老年人口健康状况及医疗费用需要

在卫生投资中，各个国家的政府都不会将老年人口的卫生费用单项列出来，除非在一些公共政策中限定的部分，中国也是如此。老年人的卫生需求和卫生服务利用的范围与各年龄人群基本相同，很难满足老年人口对健康保障的需求。从表2可以看到，不同年龄组仅在住院一项费用上的需求就有很大差异。城市居民住院费用随年龄增加而上升，大中小城市略有差异。对住院费用需求最大的是60岁以上及40岁~49岁的居民，大城市尤为明显。农村的情况则不同，尽管也有随年龄增加而上升的趋势，但波动性强。一二类地区的儿童医疗住院费用明显高于三四类地区。除三类地区外，农村地区60岁以上老年人口的住院费用低于其他年龄组。这是否说明农村老年人口不需要健康费用呢？表3可以较好地回答这个问题。情况恰恰相反，65岁以上老人的慢性病率明显高于围老年期(55~64岁)老人。

表 2 不同类型地区分性别和年龄人均住院费用 (元)

	城乡合计	城市合计	其中			农村合计	其中			
			大城市	中城市	小城市		一类农村	二类农村	三类农村	四类农村
算术平均	2384	4037	5458	3646	2565	1532	1885	1547	1460	1013
中位数	1100	2500	3541	2100	1400	700	930	735	680	500
对数均数	1048	2322	3455	2133	1514	698	827	755	678	487
分性别										
男性	2778	4521	6050	4329	2757	1855	2325	1858	1812	1202
女性	2045	3606	4944	3041	2387	1259	1558	1319	1146	854
分年龄组										
0~ 4	737	817	803	665	930	724	689	997	661	433
5~ 9	1184	1632	1943	1455	1550	1091	1299	1441	944	671
10~ 19	1493	2244	3444	2681	1241	1331	1730	1162	1368	972
20~ 29	1645	2842	4368	2271	2137	1212	1311	1122	1192	1242
30~ 39	2348	2670	4786	3088	2869	1768	1967	1683	1854	1368
40~ 49	2834	4577	6358	4204	2677	1966	2533	2339	1725	993
50~ 59	3236	4510	5175	4677	3288	2156	3002	2409	1694	1163
> = 60	3733	5069	6338	4376	3071	1801	2226	1580	2016	848

资料来源: 同图 1。

表 3 家庭询问调查—调查地区围老年期失能率、慢性病患率以及残障流行率

	城乡合计		城市合计		农村合计	
	55~ 64 岁	65+ 岁	55~ 64 岁	65+ 岁	55~ 64 岁	65+ 岁
失能率 (%)	82.13	195.45	68.13	198.3	89.68	193.72
慢性病患率 (%)	422.9	518	619.8	791.7	316.8	351.2
残障流行率 (%)	—	12.46	—	16.79	—	10.99
(所有年龄)						
其中: 男性	—	11.45	—	15.47	—	10.14
女性	—	13.48	—	18.04	—	11.87

资料来源: 同图 1。

不同的健康状况对卫生资源的需求是很不相同的。目前,我国老年人口健康状况存在着较大的城乡差异。从表 3 可以看出,无论城乡,随着年龄的升高,老年人的失能率和慢性病患率都处于上升趋势。分城乡看,55~ 64 岁组老年人的失能率农村比城市高 21.55%,65 岁及以上组城市反而高于农村 5% 左右;城市地区慢性病患率也远远高于农村,是农村的两倍左右;城市残障流行率也高于农村 5.8%。分性别看,女性老年人残障流行率要高于男性,而且城市男女之间的差异要大于农村。这表明我们尤其要关注农村老年人和女性老年人的健康问题。

由于地区发展的不平衡,许多老年人需要的住院条件存在区域差异。我们可以看到城市和农村在平均住院费用上具有较大的差异,平均住院费用基本上与社会经济发展水平和医院级别呈同向变动规律。越是相对发达的地区和级别高的医院平均住院费用越高。

从表 2 可以看到,不同类型地区不同性别的平均住院费用不同,男性普遍高于女性,一方面可能反映的是男性的经济水平高于女性,对医疗服务的使用水平高于女性,另外一方面可能也反映出不同性别的健康差异,男性急性就医多于女性。

从年龄别平均住院费用来看,城市突出分布峰值的年龄组是 40 岁组和 60 岁及以上组,而农村在 10 岁组和 50 岁组。值得注意的是除大城市和三类农村地区外,60 岁及以上年龄组的平均住院费用反而下降。这反映出老年人随着年龄的提高对卫生服务利用的能力在下降。这与老年对卫生服务需求增加是极不对应的,值得引起我们的高度重视,需要提高老年人卫生保障能力和水

平。需要强调的是这些统计的费用，不能代表老年人口的实际需求，只是反映了现状。目前，农村老年人口占全国老年人口的 70%，农村老年人的健康状况不如城市，但卫生费用和资源的投入却远低于城市，这种现状极不利于农村老年人口的防残康复的工作和我国老年人口健康水平的提高。

目前我国老年人口人均医疗总消费水平也是农村远远低于城市，城市人均医疗消费水平是农村的 3.10 倍。这与城市老年人的医疗保障制度、农村地区老年人的经济收入水平和当地的卫生服务质量是密切相关的。

四、卫生资源倾向老年人口健康需求的重要性

卫生资源明确地划分到老年人口的设想是不切合实际的，但我们可以通过区域化的规划将卫生资源合理地用于老年人口，使总资源中应用于老年人口的部分不受侵害。以北京为例，其人口老化程度高的特点是公认的。

北京市老年人口增长状况也具有大城市的特点，人口老化速度快，高龄老年人口数量大，所需的卫生资源的负担较大，特别是在一个高人口密度的城区，老龄人口承受的健康不利的负担更大。对大城市老年人口医疗费用的投入，要改变过去的一些看法，认为城市老年人口大多有医疗保险，而不需要有卫生资源倾斜。事实上，城市老年人口的失能和残疾状况也同样是不容乐观的，需要加大社区医疗服务费用，用于社区卫生保健系统。对这样一类大城市卫生资源与老年人口增长之间的协调发展更大程度取决于提高社会化程度实现。然而对其他地区和城市则应该有不同对策，但无论如何，卫生资源都应该采取不同的措施进行分类倾斜。尽管卫生资源是有限的，而且变化幅度不大，如果不能在老年人口的卫生资源享有上想出新的对策，恐怕未来的欠账会更大。所以，能够寻求一种卫生资源与人口增长协调发展的对策，对可持续发展也有深远的意义。

五、我们应该开始做些什么

尽管卫生资源的分配和卫生总费用的现状根本限制了独立划分固定额度用于老年人口的健康，但我们能够在现有的情况下，为老年人口健康做合理的时间和区域的规划，以保障老年人口的健康和生活质量。

医疗费用向老年人口倾斜要通过总费用增长和流向控制两部分实现，总费用的增长对分散人口疾病经济风险，消除社会两极分化，促进人民健康水平有非常重要的作用。但由于社会经济体制的变革，新的医疗保障体制利益格局出现矛盾，使原有医疗保障的城市居民和没有医疗保障的农民都受到了程度不一、内容不同的冲击。所以，需要有一系列不同地区和不同特征人口的配套卫生资源享有和利用的政策，在国家总卫生资源费用比例增长缓慢的情况下合理利用卫生资源，促进人民健康水平。

1. 老年人口分级医疗保障的政策。目前，我国的医疗保障是以职称、职务等指标进行医疗保障内容，这可能有一些道理，但老年人口的生存年健康状况往往难以适应这个标准。为了体现社会的公平性，应采取以年龄分级的职工医疗保障制度。在考虑年龄、时间等度量的前提下，进行疾病负担的研究，从卫生经济学的角度，对疾病的负担所造成的经济社会的损失与卫生经费定向重点投入之前的关系进行分析，找出能够控制生命质量最重要的因素，使经费的投入向整个人群的疾病控制转向。

2. 确立供需双方制约机制，控制费用不合理上涨。要实行医疗机构与职工费用制约机制，以控制费用的过度增长，这是保护老年人健康利益的措施之一。因为大部分老年人 60 岁退休后，所能享受的经济资源和医疗保障是相对有限的。但他们的身体状况往往需要较大的医疗费用，如

果卫生费用不断上涨，这也是对老年人口卫生资源享有权利的侵害。

3. 对农村老年人口的社区化的支持。农村老年人口还不能享受国家的医疗保障，但国家的卫生资源向农村老年人口的倾斜可以通过社区化支持优先考虑老年人的健康保障问题。在乡级以上卫生院，不同年龄的老年人应享有国家的补贴，以降低卫生费用，从而提高农村老年人口的服务利用能力。这是目前农村无国家医疗保障条件下，尽快解决老年人口卫生费用不足的对策之一。

4. 形成过渡式的卫生费用纵向积累机制。许多学者都提出，为解决代际转移问题，要形成卫生费用的纵向积累机制，但是未来的年轻人的支付能力是否有能力足以支持所抚养的老年人的医疗费用仍需要有一个较客观的评价。我们不能无限制地增加目前进入积累机制的人们的负担，以适应卫生资源的需求，这就需要国家、集体和个人都要有程度不同的积累，逐步过渡到个人积累完全能适应这种积累制度。使初始的积累能够达到一个支持的平台，然后，使个人的积累机制正常运转。

5. 医疗保险的筹资中保障水平和费用控制合理协调发展。医疗资金的总量决定着适宜的保障水平，但筹资的额度和保障机制受到许多方面的因素的影响。特别是生产力发展水平和社会经济条件。所以，我国的筹资率较低，这就与保障的需求形成了强烈的冲突。所以，控制费用的上涨，成为缓解筹资率和保障水平之间矛盾的一个办法，在这个前提下，老年人口的最基本保障水平才受到最小的冲击。

[责任编辑 王树新]

(上接第 55 页) 规范和正确的引导，服务质量投诉和不规范的现象时有发生，因此规范中发展应是当前老年旅游消费市场发展的指导思想。

(4) 实施政策倾斜，鼓励更多的企业加入老龄产业。无疑，老龄产业要成为一个独立的产业，必须有众多的投资方参与，而政府在老龄产业发展初期，有必要制定某些促进老龄产业发展的经济政策，以鼓励更多的企业参与市场竞争^[4]。这类政策具体涉及财政、税收、信贷及价格等多个方面，如通过专项拨款、补贴等财政优惠，激发企业涉足老龄产业的积极性；通过税收优惠与减免，减少老龄产业的成本支出，提高市场竞争力；通过对老龄产业贷款的规模、期限、利率等方面加以优惠，鼓励其实施规模经营，做大做强；通过对老龄产业产品实施价格保护或限制，确保老龄产业的产品价格能够为老年消费群体所接受。此外，政府还可以通过发行社会福利彩票，发行老龄产业的股票和债券、接纳社会捐赠等方式，为老龄产业的发展筹措资金。对某些与老年福利和老年救助有关的老龄产业部门，还可根据具体情况采取一些特殊的支持政策。但必须指出的是，政府在政策的制定和实施过程中，要注意形成政策合力，避免政出多门可能导致的各项政策的相互抵触和冲突，以保证政策支持的有效性。

参考文献：

- [1] 段成荣. 用社会化、产业化机制推进老龄产业发展——第二次全国老龄产业研讨会综述. 人口研究, 2001, (3).
- [2] 穆光荣. 中国“老龄产业”发展的市场潜力和战略取向. 市场与人口分析, 2000, (4).
- [3] 本刊编辑部. 发展老龄产业: 应对人口老龄化的一项重要战略. 人口研究, 2001, (3).
- [4] 李健美. 以制度创新促老龄产业市场化. 经济参考报, 2000- 08- 22.

[责任编辑 王树新]