

西部大开发与人口健康之间的双向关系

宋新明

(北京大学人口研究所, 北京 100871)

摘要: 本文分析了东西部人口健康水平的差异及造成这种差异的因素, 探讨了西部大开发与提高人口健康水平之间的双向关系。主要结果如下: (1) 东西部人口健康水平存在显著的差异; (2) 西部大开发对增进西部人口健康将产生巨大的影响; (3) 提高人口健康水平可以提高“生存资本”和人力资本存量; (4) 应充分发挥人口健康在西部大开发中的作用, 打破西部地区贫困和疾病之间的恶性循环, 不断培育西部地区可持续发展的能力。

关键词: 人口健康; 社会经济发展; 西部开发

中图分类号: C924.24; R1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2000)05-0018-10

Interrelations between Development of the Western China and Improvement of Health Level

SONG Xin-ming

(Institute of Population Research, Peking University, Beijing 100871)

Abstract This paper analyses difference of health level between the eastern and western China and probes into the causes interrelations between development of western China and improvement of health level. The findings show that: 1) There is a wide difference of health level between the eastern and western China; 2) Development of the western China will greatly help to improve health level; 3) Improvement of health level will increase “survival capital” and human capital reservation; 4) Improvement of health level will help to break away poverty and disease, and increase ability of sustainable development.

Keywords: health level; socioeconomic development; development of the western China

过去二十年我国对外开放的经验教训使得许多有识之士在重新认识和思考发展经济的目的到底是为什么? 结论是以人为本, 经济要按以人为本的精神进行调整和变革。以人为本的可持续发展战略已成为全球的共识, 而人口问题在可持续发展中占有相当重要的位置, 不论人口的数量问题还是质量问题都会直接影响到资源、环境、社会、经济与人的协调发展。健康又是人口质量的重要组成要素, 健康本身不仅仅是社会经济发展的一个重要目标, 而且越来越被认为是社会经济发展的重要手段, 如果不是先决条件, 至少也是不可缺少的组成部分。本文采用有关人口和卫生统计资料, 分析了东西部人口健康水平的差异及造成这种差异的因素, 探讨

收稿日期: 2000-05-12

作者简介: 宋新明(1962-), 男, 江苏南通人, 北京大学人口研究所博士后。

了西部大开发与提高人口健康水平之间的双向关系。西部大开发在制定开发战略和策略时应该充分考虑这种发展与健康之间的双向关系,将人口健康列为西部开发计划中的一个组成部分。

一、东西部人口健康状况的差异及其影响因素

1. 东西部人口健康状况的差异

衡量人口健康状况的指标有很多,本文仅采用平均预期寿命、婴儿死亡率、死因别死亡率和死因构成模式来反映西部地区的人口健康状况及与东部地区的差异。本文所讨论的西部地区为西部大开发战略中的12个省、市、自治区,包括四川、云南、贵州、西藏、陕西、甘肃、宁夏、青海、新疆、重庆、广西和内蒙古;东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东和海南11个省市。

(1)平均预期寿命和婴儿死亡率。平均预期寿命是反映一个地区人口健康状况的综合指标,同时也反映一个地区社会经济水平及医疗卫生条件。由于社会经济水平的提高和科学医学的不断发达,通过实施儿童计划免疫、妇幼保健、计划生育、改善人民营养水平、改进饮水和环境卫生等各种措施,我国所有地区的平均预期寿命都有了显著的提高。但是这种发展很不平衡,1990年第四次人口普查资料显示东西部地区平均预期寿命存在较大的差距。东部地区除福建省外1990年的平均预期寿命都在70岁以上,最高的达到75岁(上海),已达到发达国家的平均水平,而西部地区除广西外都低于全国平均水平的68.6岁,其中有5个省区低于65岁,西藏和青海最低,仅为60岁左右^[1]。回顾有关资料还可以发现,西部地区1990年的平均预期寿命仍未达到东部地区70年代初期的水平,仅与美国、英格兰和威尔士40年代的水平相当^{①[2,3]}。

与平均预期寿命相比,婴儿死亡率可以更敏感地反映社会经济状况和人群的文化特征,东西部的差距更明显。东部各省市1990年的婴儿死亡率介于8.8‰~29.2‰之间,而西部各省市区除陕西为22.0‰,内蒙古为29.0‰,甘肃为31.0‰外,其余介于37.3‰~96.2‰之间,接近或超过60‰的有4个省区^[4]。

(2)死因别死亡率和死因构成模式。一个人群的死因构成与该人群所处的生存条件是密切相关的,在不同社会经济条件和不同文化背景下,死因结构有很大的不同。死因构成大体可分为两种模式,一类是发达国家死亡模式,另一类是发展中国家死亡模式。两者的主要区别是发达国家的主要死因基本上都是病因复杂目前尚无满意防治方法的疾病,主要为恶性肿瘤、心脏病、脑血管疾病和糖尿病等,而发展中国家的主要死因中仍有病因明确、防治有效、与贫穷和感染性因素有关的疾病。根据对疾病性质的了解和所用资料,本文将与贫穷和感染性因素有关的疾病(以下简称贫穷和感染疾病)粗略地定义为包括传染病及与孕产和新生儿有关疾病、风湿性心脏病、支气管炎/肺气肿/哮喘以及慢性肝病/肝硬化。如肺结核、支气管炎、肺气肿与贫穷落后、营养不良、生活条件差如室内空气污染和环境污染等密切相关;肝硬化和风湿性心脏病的发生与乙型肝炎病毒、链球菌等的感染有关。

本文东西部死因别死亡率和死因构成分析采用来自国家卫生部1993年87个县的居民病伤死因登记报告资料。卫生部卫生统计信息中心将农村地区分为四类,在死因登记报告系统

① 根据 Preston, Keyfitz and Schoen的研究,美国1940年男女性平均寿命分别为61.0岁和65.4岁,1950年分别为65.5岁和71.0岁,英格兰和威尔士1940年男女性平均寿命分别为59.4岁和63.9岁,1951年男女性分别为65.9岁和71.0岁。

中, 归入 I 类农村地区的县全部来自北京、天津、上海、江苏等东部省市, 归入 II 类农村地区的县主要来自湖南、湖北、江西等中部省份, 归入 III 类农村地区的县主要来自于贵州、甘肃等西部省份, IV 类农村为最贫困农村地区, 列入居民死因登记的 87 个县中无 IV 类地区^[5]。因此, 前三类地区死因资料的分析结果可大致反映东、中、西部农村地区的死因别死亡水平和死因构成及其差异, 但应注意用 III 类农村地区代表西部地区偏好, 实际的差异可能更大。为了保持叙述前后的一致, 以下叙述 I、II、III 类地区分别改用东、中、西部农村地区。

表 1 显示了三类农村地区主要死因的标准化死因别死亡率(以下简称死亡率), 死因按国际疾病分类标准 ICD-9 分类。结果表明西部地区传染病及孕产妇和新生儿死亡率、风湿性心脏病、支气管炎/肺气肿/哮喘、消化系统疾病等所导致的死亡率明显高于东部地区。如西部地区男性肺结核和肺炎的死亡率分别为 43.3/10 万和 128.0/10 万, 分别是东部的 3.9 倍和 4.8 倍; 西部男性支气管炎/肺气肿/哮喘死亡率为 333.5/10 万, 是东部的 1.8 倍; 西部风湿性心脏病死亡率和慢性肝病/肝硬化死亡率分别是东部地区的 5.1 和 2.0 倍。女性资料的分析呈现同样的结果。这些数据表明东西部农村地区贫穷和感染疾病的死亡水平存在显著差异。进一步的分析显示贫穷和感染疾病是造成总死亡率东西部地区差异的主要死因(见表 2)。东部农村男女性总死亡率分别比西部农村高 581.7/10 万和 437.1/10 万, 其中由于贫穷和感染疾病导致的差值分别为 412.0/10 万和 344.0/10 万, 贡献率分别为 70.8% 和 78.7%。

表 1 1993 年三类农村地区标准化死因别死亡率(/10 万)

死亡原因	男性			女性		
	I 类	II 类	III 类	I 类	II 类	III 类
	农村	农村	农村	农村	农村	农村
传染病及孕产和新生儿死亡	94.5	169.6	318.9	78.6	164.0	287.4
其中: 肺结核	11.2	33.0	43.3	3.9	19.8	28.0
肺炎	26.7	57.6	128.0	25.5	65.9	132.1
恶性肿瘤	222.6	160.8	164.5	111.0	98.7	82.6
糖尿病	4.5	2.9	3.2	5.1	3.5	3.0
心脏病	84.1	82.3	87.7	64.7	78.5	86.4
其中: 风湿性心脏病	4.5	12.2	23.0	6.4	18.9	27.4
冠心病	43.5	27.2	30.2	30.9	21.6	22.6
脑血管疾病	154.6	161.2	183.1	112.7	121.0	96.8
支气管炎、肺气肿和哮喘	186.7	248.2	333.5	115.4	201.9	221.1
消化系统疾病	39.0	65.6	137.3	22.9	43.7	93.9
其中: 慢性肝病和肝硬化	21.3	22.6	43.6	10.1	11.3	18.7
损伤和中毒	99.6	138.8	174.8	63.7	114.8	98.9
其他	83.3	120.3	147.6	76.6	100.9	117.8
合计	968.9	1149.7	1550.6	650.8	927.0	1087.9

注: 采用 1985 年世界标准人口作为标准人口。本表由作者分析计算。

表 2 贫穷和感染疾病死亡水平的 I、III 类地区之间的差别对总死亡率地区差别的贡献(1993)

	男 性	女 性
I 类地区贫穷和感染疾病死亡率(1/10 万)	307.0	210.6
III 类地区贫穷和感染疾病死亡率(1/10 万)	719.0	554.6
两地区贫穷和感染疾病死亡率的差值(1/10 万)	412.0	344.0
两地区总死亡率的差值(1/10 万)	581.7	437.1
贡献率(%)	70.8	78.7

注: 本表由作者分析计算。

表 3 1993 年三类农村地区死因构成(%)

死亡原因	男性			女性		
	I 类	II 类	III类	I 类	II 类	III类
	农村	农村	农村	农村	农村	农村
贫穷和感染疾病	31.7	39.4	46.4	32.4	42.7	51.0
恶性肿瘤和心脑血管疾病	47.6	34.4	26.8	44.1	30.5	22.2
损伤和中毒	10.3	12.1	11.3	9.8	12.4	9.1
其他	10.4	14.2	15.6	13.7	14.4	17.7
合计	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注: 本表由作者分析计算。

表 3 呈现了三类农村地区的死因构成。该表将死亡原因简单地分为四组, 第一组为贫穷和感染疾病; 第二组为恶性肿瘤和心脑血管疾病, 该组疾病还包括了糖尿病但不包括风湿性心脏病; 第三组为损伤和中毒, 包括意外死亡、自杀和中毒等; 第四组为其他死因。结果清楚地显示东部地区以恶性肿瘤和心脑血管疾病为最主要的死因而西部地区以贫穷和感染疾病为最主要的死因。西部第一组死因的构成比男性为 46.4%, 比东部高 15 个百分点; 女性超过 50%, 比东部高 19 个百分点。相反, 东部第二组死因的构成比男性接近 50%, 比西部高 20 个百分点; 女性为 44.1%, 比西部高 22 个百分点。这表明, 尽管所有地区的死因模式均处于转型过程中, 但西部地区仍主要呈现发展中国家死因模式的特征。

2. 影响东西部地区人口健康状况差异的因素

1974 年美国学者布卢姆(Blum)在《卫生计划——社会理论的改变及应用》一书中提出了环境健康医学模式, 见图 1。该模式认为影响人口健康的因素可分为环境、生物遗传、行为生活方式和保健服务四大类, 强调环境因素, 特别是社会环境因素是最主要的因素。人口健康不

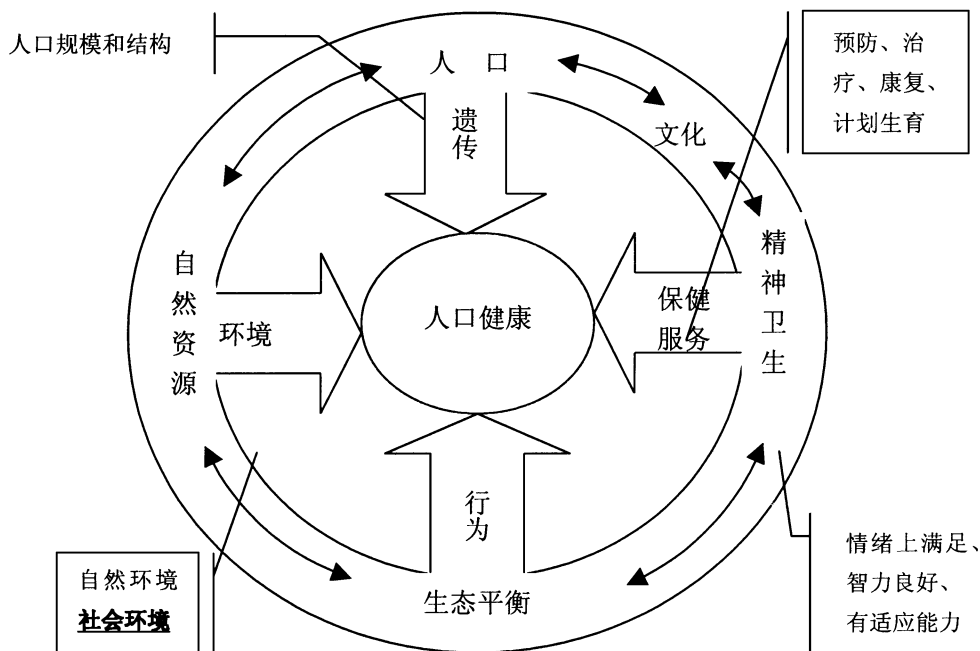


图 1 环境健康医学模式

仅受到自然和生态因素的影响,还受到社会经济因素(如社会政治制度、经济水平、文化程度、就业等)、人口状况、社会卫生条件(如居住条件和劳动条件)、保健服务等的影响^[6]。

根据这一模式,东西部地区人口健康水平的显著差异在很大程度上可以从以下因素中得到解释,与东部地区相比,西部地区:

(1) 社会经济发展水平低下。从表 4 中可以看出,东西部社会经济水平存在非常显著的差异,1998 年西部地区的非加权人均 GDP 为 4228 元,仅为东部地区的 1/3 左右,农村年人均收入仅为东部的 1/2。贫困县的比例西部地区为 34%,为东部地区的 4 倍多。在西部地区,差不多 1/4 的 15 岁以上的人口为文盲与半文盲,是东部地区的 2 倍。

表 4 东西部社会经济水平的差异

	东部	西部
经济水平		
人均 GDP(元)	12245	4228
农村年人均收入(元)	3261	1580
贫困县比例(%)	8.2	34.1
文化水平		
文盲与半文盲率(%)	13.4	25.0

资料来源:国家统计局《1999 年中国统计年鉴》,国务院扶贫开发领导小组办公室。

注:表中各项指标分别为东部 11 省市和西部 12 省市区的非加权均数。

(2) 人口发展与社会经济发展不协调。西部地区的社会经济发展水平远低于东部地区而人口增长率却远高于东部,为东部的 2 倍。第二次国家卫生服务研究结果显示西部地区最不发达农村地区的多孩率高达 24.3%,是东部农村地区的 6 倍左右^{[7]①},见表 5。

表 5 1996~1997 年四类农村地区有孩子家庭孩子数构成(%)

孩子数目	I 类地区	II 类地区	III 类地区	IV 类地区
1	73.8	70.0	67.5	50.5
2	22.4	25.8	28.6	25.2
3	2.4	5.4	3.0	11.8
4+	1.4	0.8	0.9	12.5

资料来源:卫生部 1998 年第二次国家卫生服务调查分析报告。

(3) 社会卫生条件较差。从表 6 可知,西部农村住户自来水和卫生厕所的普及率、入住楼房的比例远低于东部农村。位于西部地区的最不发达农村地区几乎没有卫生厕所,还有 15% 的住户根本就没有厕所,高达 72% 的住房为木棚土坯房。

(4) 保健服务能力薄弱。1997 年数据显示西部农村地区每千人医疗床位、每千人医师数以及大专及以上卫技人员比例仅为东部地区的 50%~60% 左右,而无医疗点村的比例为东部 2 倍多。反映在财政卫生拨款上差距更大,西部地区平均每个县的财政卫生拨款仅为东部的 1/4 至 1/2。

(5) 自然环境相对恶劣,生态环境相对脆弱。随着社会的发展,自然环境和生态因素对健康的直接作用逐渐减弱,社会因素的作用逐渐增强。但对于西部地区,自然环境和生态因素仍然是影响人口健康的主要因素之一。西部地区地形地貌主要以山区、高原和盆地为主,缺水少土。西部地区资源相对丰富,但由于长期以来对资源的掠夺式利用和人口的急剧增长,西部地

① 1998 年卫生部开展了第二次国家卫生服务研究,在该研究中, I 类农村县 16 个,63% 来自于东部地区; II 类农村县 21 个, III 类农村县 22 个,55% 来自于西部地区; IV 类农村县 8 个,全部来自于西部,因此 I 类农村可以在一定程度上反映东部情况,而 III 和 IV 类地区可反映西部情况。

区的生态处于失衡状态。森林资源不断减少,水土流失,沙漠化程度严重,生态环境和生存条件日趋恶化。

表6 1997年四类农村地区社会卫生条件和卫生服务能力

	I类地区	II类地区	III类地区	IV类地区
社会卫生条件				
自来水普及率(%)	39.1	24.4	20.4	23.6
水冲厕所普及率(%)	14.0	4.4	2.6	0.2
无厕所比例(%)	2.7	5.9	7.3	14.6
入住楼房比例(%)	32.0	20.6	14.6	14.7
保健服务能力				
财政卫生拨款(万元/每个县)	906	465	453	228
每千人医疗床位	2.6	1.7	1.5	1.2
每千人医师数	2.0	1.0	1.1	1.0
大专及以上学历卫技人员比例(%)	30.2	29.6	25.6	15.8
无医疗点村的比例%	5.0	4.3	10.6	11.7

资料来源:卫生部1998年第二次国家卫生服务调查分析报告。

二、大开发对西部地区人口健康的作用

1. 大开发对西部人口健康的正向作用

二十年的改革开放发展了东部沿海地区的经济,但却扩大了东西部之间的差距。西部大开发无疑对缩小这种差距具有重要意义。对于西部大开发,国家各部委已陆续作出承诺,内容涉及到交通、造林、水利、科技、税收、投资、教育、人才等诸多方面,并把加快基础设施建设和改善生态平衡放在突出的位置。如国家资源部承诺国家将加大西部地区找水的工作力度;交通部承诺拿出7000亿加大西部的公路建设,并大力支持贫困地区道路与国道和省主干线的连接;国家林业部承诺将在今后十年投资1000亿用于西部生态建设,主要为造林护林和防沙治沙;教育部将采取扶持西部贫困地区和少数民族地区的基础教育等十项措施;等等。因此,西部开发不仅对我国的经济发展具有特别重要的意义,经济的发展、缺水问题的缓解、扶贫解困、生态环境的改善、教育水平的提高等对增进西部乃至全国人口的健康将产生巨大的影响。图2显示了我国30个省市区1990年平均预期寿命与人均国民收入之间的关系,表明经济发展对于提高人口的健康水平具有重要的作用。

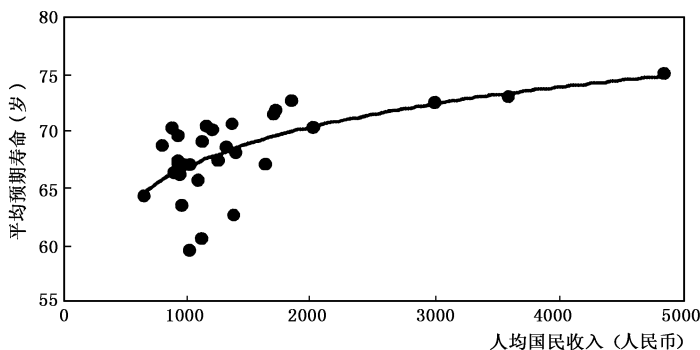


图2 1990年30个省市区平均预期寿命与人均国民收入之间的关系
资料来源:平均预期寿命来源于参考文献[1];人均国民收入来源于姚新武和尹华编写的《中国常用人口数据集》,中国人口出版社出版,1994。

大量的研究表明,随着社会经济的发展,传染病、支气管炎和肺气肿等疾病的发病率和死亡率将有显著的下降^[8,9],表2已显示贫穷和感染疾病是造成东西部地区死亡水平差异的主要死因。因此,西部大开发对人口健康的影响将首先表现在贫穷和感染疾病发病和死亡水平的下降上。对于本文讨论的贫穷和感染疾病,如果Ⅱ类农村地区1993年这些疾病的死亡率降到Ⅰ类农村地区1993年的水平,Ⅱ类农村地区男女性的平均预期寿命将分别增加5.18岁和5.56岁(见表7)。

表7 Ⅲ类农村地区贫穷和感染疾病死亡率的下降对平均预期寿命的影响

死 因	Ⅲ类农村地区各死因别死亡率降到Ⅰ类农村地区的水平 Ⅲ类农村地区平均寿命的增加(岁)	
	男性	女性
传染病、孕产和新生儿死亡	3.47	3.46
支气管炎、肺气肿和哮喘	1.33	1.64
慢性风湿性心脏病	0.17	0.36
慢性肝病和肝硬化	0.21	0.10
合计	5.18	5.56

注:本表由作者分析计算。

2. 大开发对西部人口健康可能带来的负向作用

经济发展是一把双面刃。经济发展可以使传染病和呼吸系统疾病等一些与经济落后相关的健康问题得到解决,但经济发展同时也可能给人口健康带来新的问题。首先是环境污染。尽管西部开发战略已把不破坏生态环境作为一条重要的原则,但这是一项非常艰巨的任务,需要全社会的共同努力。西部开发过程中必然会产生大量的工业垃圾、建筑垃圾和生活垃圾,对生态已处于失衡状态的西部生态修复和治理也会增加新的压力。环境污染会引起急性中毒、慢性中毒、癌症、胎儿畸形等多种疾病。

大开发还将对西部人们的生活方式产生巨大的影响,人们生活方式的选择范围会越来越宽,所选择的生活方式将越来越符合个人的愿望和需要。这一方面是人们所期待的,但又使产生不健康生活方式的可能性不断增加,如吸烟、酗酒、不良饮食习惯、不良睡眠习惯、性淫乱等等。大开发将会使西部人们的生活环境发生深刻的变化,生活节奏加速,从而会增加人们的心理紧张度,造成心理性疾病增加。表1显示我国发达地区的恶性肿瘤、冠心病、糖尿病等疾病的死亡率显著地高于欠发达地区。这些疾病与不良生活方式和心理因素有密切的关系。可以预见,随着西部社会经济的发展,如果不采取适当的措施,恶性肿瘤、冠心病等疾病的发生率和死亡率将趋于上升。

三、提高人口健康水平对西部大开发的作用

健康是经济和发展的有机组成部分,提高人口的健康水平又是对社会经济发展的一种投资。许多国际组织如联合国开发署、人口基金会、儿童基金会、世界卫生组织、世界银行、欧洲共同体和经济合作发展组织等越来越重视人口健康在整个社会经济发展中的作用。人口健康可以通过两个“资本”作用于社会经济的发展。一是生存资本,人口健康水平的提高可以减轻社会医疗负担;二是人力资本,人口健康是人力资本的基本要素,人力资本积累的基本条件和发挥人力资本作用的基本保证。具体来讲,提高人口健康水平在西部开发中的作用可以体现在以下几个方面:

1. 提高人口健康水平可以促进人力资本的积累

西部有丰富的人力资源,但人力资源不等于人力资本。有学者对东西部 30 个县的考察后认为东西部的综合人才比为 10:1。要改变这种现状,需要大力提高西部人力资本存量,除了引进人才外,一方面要提高西部人口本身的素质,努力使西部人力资源转化为人力资本,另一方面要尽可能减少现有人力资本的丧失和充分发挥现有人力资本的效率。人力资本存量的提高通常被认为是教育的作用,但在进行智力投资的同时,必须注意健康投资。健康首先是人们接受教育的基础。根据 1987 年全国残疾人抽样调查,我国有残疾人数 5164 万人,占总人口 4.9%^[10]。其中,智力和精神病残疾占了 1/4 左右,其他残疾如视力残、听力残等也严重影响了他们的学习能力。健康也是发挥人力资本作用的基本保证和防止人力资本丧失的重要手段,再高的智力水平,如身体条件不合格,轻者不能很好地将聪明才智贡献给社会,重者英年早逝。

2. 提高人口健康水平可以缓解贫困

人口健康水平的提高对于贫困的缓解具有重要的作用。舒尔茨 (Schultz) 认为帮助贫困人口走向富裕道路的决定因素在于迅速提高他们的人口素质,这包括提高教育和健康服务等^[11]。陆杰华对四个县的研究结果表明健康人口与非健康人口的家庭经济收入有明显的差距,有成年人患病的家庭人均毛收入比没有成年人患病的家庭要低 30%~40%^[14]。根据 1998 年国家卫生服务调查,在我国农村地区贫困户中,疾病为最主要致贫原因的占了 22% 左右(见图 3)。这些数据清楚地表明了健康投资对缓解贫困的重要意义。

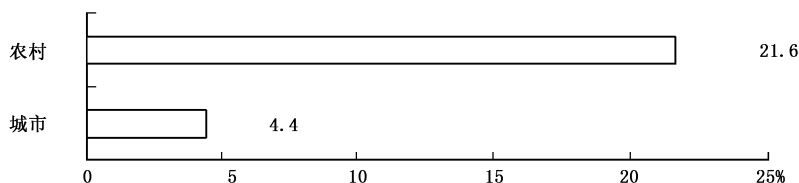


图 3 1998 年我国城市和农村贫困户因疾病导致贫困的比例

3. 提高人口健康水平可以减轻人口增长压力和人口老龄化压力

西部地区是我国人口增长最快的地区,人口快速增长是制约西部经济发展的一个重要因素。但应该认识到人口因素对经济的制约不仅仅来自于人口数量。张纯元教授在研究了我国 22 个省区 23 个贫困县的状况后指出,人口因素从多方面制约着贫困县的脱贫致富进程,但低素质人口对经济发展的制约作用比过多人口的制约作用更大^[13]。香港福幼基金会“助残扶贫”项目对云南省石屏县的考察结果显示,在该贫困县 27 万人口中,智力残、肢体残等残疾人高达 17171 人,占总人口的 6.3%^[14]。显然,人口健康状况低下是限制该县经济发展的一个非常重要的因素。

西部地区目前不仅要面对与贫穷落后相关疾病的挑战,随着人口的老龄化,还将面临着老年慢性病的挑战。曾毅教授等人的研究表明,尽管西部地区人口老化问题目前还不太严重,但由于在过去几十年中西部地区生育率水平大大高于全国平均水平,在今后 50 年中,西部地区将是我国老龄化速度最快、老龄化程度最高的地区(见表 8)。除四川外,1990 年西部各省市 65 岁及以上人口比例都低于全国平均水平,但到了 2050 年,这种情况将发生根本性的变化,除西藏和陕西外,西部各省市 65 岁及以上人口比例均高于全国平均水平。在 2050 年 65 岁及以上人口比例超过全国平均水平 20% 的 6 个省市中,西部有 5 个,广西和四川分别高于全国水平的 53% 和 43%。老年人的健康是决定老年人需求的一个非常重要的因素,老年人口

慢性病的患病率是总人口平均水平的 3~4 倍,而这些疾病又是引起老年人残疾和生活不能自理的主要原因,近年来老年人口对医疗、护理的需求成倍增长。因此,随着人口老龄化,西部地区慢性病患者人口会成倍增加,并且由于相对较快的老化速度,西部地区慢性病患者人口的增长速度将有很大可能超过东部。老龄化趋势已是不可改变的现实,关键是如何采取措施,提高人口健康水平,降低未来老年人口的患病率,实现健康老龄化,否则,西部开发所作出的努力会大大削弱。

表 8 1990 年和 2050 年我国各省市 65 岁及以上人口比例与全国平均水平比较

	1990 年	2050 年
高于全国水平 20%以上	上海、浙江、江苏	广西、四川、辽宁、贵州、内蒙古、云南、
高于全国水平 20%以内	天津、北京、山东、广东、河南、河北、四川、 辽宁、湖南、	浙江、江西、吉林、湖南、海南、宁夏、甘肃、 上海、新疆、青海、黑龙江、
低于全国水平 20%以内	湖北、广西、安徽、海南、山西、陕西、江西、 福建、云南、西藏、贵州、吉林、	天津、湖北、安徽、福建、陕西、江苏、山西、 北京、山东、河南、广东、
低于全国水平 20%以上	甘肃、内蒙古、新疆、黑龙江、宁夏、青海	西藏、河北

资料来源:北京大学人口研究所曾毅教授 2000 年讲座稿,表 8 根据讲座资料重新整理而成。

四、西部大开发中有关人口健康的政策性思考与建议

尽管提高人口健康水平对于西部大开发具有重要意义,但当进行有关政策性思考时,问题并不如此简单。人口、社会、经济、资源、环境、健康之间的关系非常复杂,相互影响、互为因果。在众多影响人口健康的因素中,经济因素是首要的,西部地区人口健康水平低下根源在于经济落后和贫困,但经济发展并非一朝一夕的事情,况且经济发展也不会自然而然地增进人口健康。因此,关键在于如何打破西部地区贫穷和人口健康水平低下之间的恶性循环,逐步走向社会经济发展和人口健康水平提高齐头并进的道路(见图 4)。

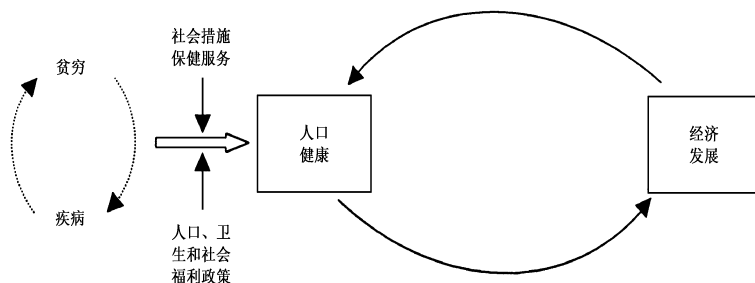


图 4 打破贫困和疾病恶性循环示意图

1. 在发展经济的同时,以相对低廉的适宜手段提高人口健康水平,打破西部地区贫困和疾病之间的恶性循环。经济因素是影响人口健康的主要因素,但并非唯一的因素,图 2 的结果已提示经济指标与人口健康指标之间并非呈现明显的线性关系。考德威尔(Caldwell)的研究表明,中国、斯里兰卡和哥斯达黎加的经济都不发达,但这些国家的人口健康水平与同等发展水平的国家相比要高得多,说明适当的健康水平不一定要等待富裕起来才能达到^[15]。针对西

部地区的具体情况,至少应该着眼以下几个方面:(1)坚持预防为主的方向,并把重点放在传染性和感染性疾病上。目前西部地区的健康问题仍以传染性和感染性疾病为主,预防和控制这些疾病已有有效的措施,已有的经验也证明只需不太多的投入就可以达到很好的效果,如通过健康教育改变人们的卫生习惯、实施儿童计划免疫等;(2)加强基层医疗卫生网络建设,发展初级卫生保健,以保证能提供基本的药物和基本的卫生服务;(3)努力改善社会卫生条件,包括改进饮水、改造厕所等,以保证有基本的饮用水和基本的卫生环境;(4)要严格控制人口数量,并有相应的政策保证人们尤其是贫困者的食物供应。

2 要有长期发展的观点,全面贯彻“控制人口数量,提高人口素质”的人口国策,不断提高未来人群的健康水平,培育西部地区可持续发展的能力。西部开发不是一二年的事,也不是一二十年的事,可能要经过几代人的努力,因此应该制定一个人口健康的长远发展计划并作为整个开发计划的一个重要组成部分。计划应着眼于最大限度地发挥每个人的健康潜能,在人的生命的各个阶段,包括生命的准备阶段、生命的保护阶段(中年阶段)和晚年阶段,根据各自阶段的健康需要实施健康保护和健康促进。西部在开发过程中要注意加强优生优育工作以提高出生人口质量(如目前国家计划生育委员会正在实施的“出生缺陷干预工程”),促进儿童和青少年健康成长,防止各种职业危害对人口健康的影响,并采取一些可行的方法来预防和控制慢性病。这对于降低西部地区残疾人口的数量、提高未来人口的健康以及健康老龄化具有重要的意义。

3. 西部大开发一定要确保开发以不牺牲资源和不破坏生态环境为基本原则。这必须靠社会行动和法律手段,采取各种社会措施。那种靠牺牲劳动保护和生态环境等而求得的经济指标上升的“增长第一”战略,其后果一定是令人失望的。从“经济指标增长第一”向“可持续发展第一”的转变是西部开发战略的当务之急。

参考文献:

- [1] 李希如.我国及各地区的婴儿死亡率与人口平均预期寿命(1990).市场与人口分析,1995,1(4):62-63.
- [2] 戎寿德等.我国1973~1975年居民平均期望寿命统计分析.人口与经济,1981(1):24-30.
- [3] Preston, S. H, Keyfitz N. and Schoen, R. Causes of Death; Life Tables for National Populations. New York; Seminar Press, 1972.
- [4] 同[1]
- [5] 卫生部.1993年全国卫生统计年报资料(内部资料).
- [6] 曾光.现代流行病学方法与应用.北京:北京医科大学和中国协和医科大学联合出版社,1994,383-392.
- [7] 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(内部资料).
- [8] 世界卫生组织.世界卫生状况第六次报告.1980.
- [9] Preston, S. H. Mortality Patterns in National Populations With Special Reference to Recorded Causes of Death. New York; Academic Press, 1976.
- [10] 全国残疾人抽样调查办公室.中国1987年残疾人抽样调查资料.1989(内部资料).
- [11] Schultz T. W. Investing in People; Economics of Population Quality. Berkeley and Los Angeles; University of California Press, 1982.
- [12] 陆杰华.人力资源开发与缓解贫困.北京:中国人口出版社,1999.
- [13] 张纯元.消除贫困的人口对策研究.北京:高等教育出版社,1996.
- [14] 福幼基金会(香港).助残扶贫爱心呈现.香港:福幼基金会出版,1995.
- [15] Caldwell J. C. Routes to low mortality in poor countries. Population and Development Review, 1986(12): 171-220.