

健康中国背景下老龄健康及其公共政策应对(专题讨论)

主持人:陆杰华

[主持人语]开启中国特色社会主义新时代之后,加速度的人口老龄化正成为实施健康中国战略和实现新时代中国特色社会主义伟大目标必须始终把握的一项新的基本国情。因此,构建积极应对人口老龄化顶层设计,特别是推进健康老龄化战略,不仅成为全社会的共识,也成为学术界关注的热点。本期刊发的三篇文章重点聚焦新时代人口老龄化背景下老龄健康专题。在老龄化背景下,中老年人口健康转变模式已经从以往传染与急性为主转为慢性疾病为主,因此实施健康中国战略的重点需要加强全人群慢性疾病的健康指导和综合干预,进一步强化健康管理。面对持续增长的失智老年人长期照护服务需求与不充分、不平衡的长期照护服务供给之间的新矛盾,中国需要借鉴其他国家的成功经验,积极推进老龄健康照护产业发展,这不仅有利于丰富经济社会“包容性增长”的内涵,也有利于健康老龄化目标的实现。为了改变中国城乡死亡质量较差的社会环境,基于生命全周期的视角全面促进和发展临终关怀、进一步提高死亡质量在健康老龄化背景下则更具有重要的战略意义。

[关键词]健康老龄化;死亡质量;长期照护;公共政策应对

[中图分类号]C913.6 [文献标识码]A [文章编号]1003-7071(2018)03-0161-15 [收稿日期]2018-01-20

健康老龄化背景下中国老年人死亡质量现状及其对策思考*

陆杰华 张 韵

(北京大学社会学系 北京 100871)

引言

实施健康中国战略是积极应对人口老龄化的必然要求,同时也是中国决胜全面建成小康社会的一项重要战略安排,更是开启新时代中国特色社会主义的前提保障。中共十九大报告中明确指出,要完善国民健康政策,为人民群众提供全方位全周期健康服务。其中,全方位全周期的健康服务,意味着实现对生命全程的健康服务和健康保障。所谓“生命全程”,即指从人出生到死亡的整个过程。过去,社会主要关注的是如何提高医疗技术水平,延长国民平均预期寿命。但随着经济社会的发展以及人口老龄化的不断加深,提高死亡质量,成为中国人日益迫切的现实需求。

人口老龄化及高龄化意味着人口年龄结构、国民疾病谱以及死亡模式的转变。老年人与高龄老人的人口比重不断上升,慢性疾病替代以往的传染和急性疾

病成为中国居民当下死亡的主要原因。由于慢性疾病的特点是不可逆与难以治愈,发展到后期将逐渐导致死亡,因此当晚期患者进入可以预见的临终期,常规治疗方案不再具有明显的治疗意涵,临终关怀成为临终者的最佳选择。随着老年人尤其是高龄老人数量不断上升,社会上对临终关怀的客观需求必将迅速增加。

人口老龄化与高龄化并存同时也给中国公共卫生事业的发展提出了新的挑战。自2000年中国进入老龄型社会之后,党和国家大力推行改善民生、发展医疗卫生的政策,并取得阶段性成效。正在实施的“十三五”规划则进一步明确地提出推进健康中国建设的战略目标,并将完善医疗服务体系作为“十三五”期间的要务之一。临终关怀是医疗体系中的一个重要组成部分,同时也是目前中国医疗体系中的最薄弱环节。因此,进一步完善医疗服务体系,急需关注和促进临终关怀事业健康发展。

* 本文系2016年度教育部人文社会科学重点基地重大项目《实现人口经济社会健康老龄化的对策研究》(16JJD840004)和2014年度国家自然科学基金项目《健康老龄化——老年人口健康影响因素及有效干预的基础科学问题研究》(71490732)的阶段性成果。

人口老龄化背景下的健康战略,也是健康老龄化战略。中共十九大报告指出了实施健康老龄化工程的主要内容,其中包括健全医疗卫生机构与养老机构合作机制,支持社会力量兴办医养结合机构,提供康复、护理、安宁疗护等多种形式的健康养老服务^[1]。由此可见,发展临终关怀事业,提高死亡质量,在实施健康老龄化工程背景下具有重要的战略意义。基于这一问题的重要性,本文将侧重介绍死亡质量的内涵与意义,并分析当前中国老年人死亡质量的基本现状,对如何提高中国老年人死亡质量提出政策性框架。

一、死亡质量的内涵及其社会意义

(一) 死亡质量的内涵

从个体层面来看,所谓“死亡质量”系指临终者的需求在多大程度上能够被满足^[2]。然而,死亡在大多数社会文化习俗中都是十分忌讳的话题,人们不愿意公开谈论死亡,因此对临终者的需求知之甚少,造成临终者的需求往往被忽略或者没有引起足够的重视。实际上,临终者通常具有一些共性特征,其中最普遍的一点是痛苦。研究发现,大多数临终者在基本的行动、呼吸、进食、认知能力等方面都会出现不同程度的困难,同时还会伴随着明显的疼痛症状^[3]。而且,临终者的痛苦程度不仅受其病理性因素影响,还受到社会、心理等诸多层面因素的影响。譬如,是否与家人保持良好的情感联系,是否对死亡具有理解与接纳的态度,是否产生拖累家人的负罪感,等等,在一定程度上将影响临终者的状态^[4]。临终者的痛苦程度,是评估其死亡质量的主要依据。可以说,高质量的死亡包含两个最基本的要素:一是疼痛症状被控制在最低程度;二是临终者及其家人的偏好得到尊重与支持^[5]。

从社会层面来看,死亡质量则是关乎整个社会公共卫生与医疗系统的议题^[6]。成熟完善的社会医疗政策,不仅关注如何治愈疾病,还应具备临终关怀的相关措施。在死亡质量整体水平较高的发达国家,在国家医疗服务体系中已涵盖临终关怀服务项目。而在其他国家和地区,仍主要是通过志愿者与慈善组织来促进临终关怀事业的发展。因此,相关政策环境、社会环境是决定一个社会死亡质量整体水平的重要因素。世界卫生组织(World Health Organization)与世界临终关怀联盟(Worldwide Hospice Palliative Care Alliance)将政策环境、死亡教育、临终医疗药物的可得性、临终关怀的社会推广程度作为评估社会死亡质量的四个维度^[7]。欧洲临终关怀协会(European Association for Palliative Care)在评估欧洲各国死亡质量时,主要考察死亡教育、止痛药物(鸦片类药物)的使用、相关政策支

持、社会文化环境及公众态度等方面^[8]。《经济学人》智库(The Economist Intelligence Unit, EIU)则认为,死亡质量的整体水平主要体现在临终关怀的公共政策环境、临终关怀人才资源、临终关怀服务的可负担性、临终关怀服务的质量、临终关怀的社会参与等方面。综合以上观点来看,死亡质量的内涵可以被归纳为三个层面:一是政策环境,即该国家或地区是否出台了支持和促进临终关怀发展的相关政策;二是社会环境,即在社会文化环境中人们对于死亡的认识与态度,这在很大程度上取决于公民死亡教育普及程度;三是临终关怀质量,其中包括止疼类药物的可及性、提供临终照顾人员的专业性以及服务的可负担性等。

(二) 死亡质量的社会意义

从个体层面而言,死亡质量所体现的是老年人生命最后阶段的尊严;而就社会层面而言,死亡质量所反映的是一个社会的医疗政策是否系统和完善,以及公民对于死亡是否具有理解和接纳的态度。由此可见,提高死亡质量具有十分重要的社会意义和文明价值。进一步来说,提高死亡质量的社会意义和文明价值主要体现在“保障老年人权”、“完善医疗系统”以及“应对社会需求”三个方面。

第一,提高老年人死亡质量、发展临终关怀是保障老年人权的具体体现。联合国经济、社会、文化权利委员会第十三届会议(1995年)提出“治疗和照看患慢性病和不治之症的人,帮助他们免除可以避免的痛苦,使他们能够体面的去世,是实现老年人健康权的基本措施之一。”^[9]然而,目前中国老年人在临终阶段十分缺乏专业护理、疼痛控制、心灵关怀,同时高额的医疗费用更加重了临终者及其家庭的经济负担,最终往往导致众多老年人陷入“临终贫困”境地^[10],其健康权及人权也因此受到威胁。事实上,提高死亡质量是实现老年人健康权与人权的重要措施。因此,提高老年人死亡质量具有保障老年人健康权与人权的重要意义。

第二,提高老年人死亡质量、发展临终关怀有利于减少医疗资源浪费。发展临终关怀并非意味着社会医疗总费用的增加,与之相反,研究表明临终关怀或缓和医疗比其他的治疗方案花费的更少,并且这一差异十分显著^[11]。国家统计局公布的年度数据显示,2015年中国卫生总费用支出为40975亿元,相比2011年的24346亿元,五年内卫生总费用支出涨幅接近70%^[12]。尽管如此,中国人口死亡率并没有明显下降,反而在人口老龄化的影响下有所反弹。同时,中国主要疾病的种类由感染导致的急性疾病转为由衰老造成的慢性疾病,慢性疾病的特点是不可逆转与治愈。因此,若依然将绝大部分的医疗资源集中在治愈疾病上,不仅收效

甚微,还会造成医疗资源的极大浪费。此外,中国目前能够提供临终关怀的医疗机构和公共卫生服务机构很少,根本无法满足整个社会的需求。由此可见,为了更有效地利用医疗资源,避免过度医疗和医疗资源的浪费,发展临终关怀及缓和医疗是十分必要的。

第三,提高老年人死亡质量、发展临终关怀是适应中国老龄社会的内在需求。诸多研究发现,癌症、阿尔茨海默病等需要临终关怀介入的疾病发病率、老年抚养比与老龄化的速度这三个方面主要决定了社会对临终关怀的需求程度^[13]。根据国家统计局公布的数据,近年来,癌症已“稳居”中国居民疾病之首^[12],而阿尔茨海默病的发病率也会随着中国老龄化程度的加深而不断上升。同时,中国人口基数及老龄化程度决定了中国将成为世界上老龄人口最多的国家。换言之,这也意味着中国所面临的临终关怀需求将大大超过一般国家。由此可见,目前中国临终关怀的供给与需求之间存在巨大缺口,这一矛盾伴随老龄化程度的加深将日益凸显。因此,大力发展临终关怀,以应对老龄社会的实际需求,刻不容缓!

二、现阶段中国老年人死亡质量现状

(一) 社会层面的死亡质量探讨

与世界各国相比,中国老年人死亡质量目前还处于较低水平。《经济学人》智库发布的2015年全球死亡质量指数报告,对包括中国在内的世界上80个国家或地区的临终关怀发展情况所作评估结果显示,中国死亡质量指数得分仅列第71位,排名首位的是英国。报告指出,英国不仅在其国民医疗保健制度中广泛纳入临终关怀项目,具有完善与全面的国家政策作为支持,同时公民对临终关怀的关注度普遍较高,社会运动促进临终关怀事业的发展。除了专门从事临终关怀服务的人员外,普通医疗行业工作者也被要求进行临终关怀的专业培训,因此英国临终关怀服务质量很高。相比之下,中国目前的死亡质量无论是在政策环境、社会环境还是临终关怀的服务种类和质量上,与世界平均水平均存在着较大的差距。总体上,中国相关政府部门已经初步具有发展临终关怀服务的意识,但明确的目标和推动开展实际的行动仍较为有限。

从政策环境来看,近年来,中国一些较发达的城市正在逐渐通过地方公共政策促进临终关怀事业的发展。譬如,上海市卫生和计划生育委员会在2014年发布实施“新增1000张肿瘤晚期患者和临终老人舒缓疗护(临终关怀)床位”项目,并联合各区县卫生计生委、财政局、人力资源社会保障局(医保办)、民政局、红十字会公布了详细的项目实施计划^[14]。天津市民政局公

布的《2015年天津市政府向社会力量购买服务指导性目录》中,临终关怀首次作为涉及的养老服务被纳入政府购买服务项目中。然而,尽管一些地方政府主导出台了一些促进临终关怀事业发展的政策性声明,但内容大多较为空泛,并未包括发展临终关怀事业的步骤、目标与具体方案。

从社会环境来看,“中国生命关怀协会”在原国家卫生部的支持下于2006年正式成立,该协会目前已经帮助北京市的“德胜卫生服务中心”建立了临终关怀科,在促进社区临终关怀服务方面初见成效。虽然如此,目前积极宣传和促进临终关怀事业发展的社会组织相对比较匮乏,普通民众对于临终关怀服务的了解与认识十分有限,以至于近年来,国内屡有小区内拟建临终关怀服务中心,遭到小区居民强烈反对和抗议的事件发生^[15]。这反映出在中国社会文化环境中,有关公民死亡教育的缺失,人们囿于传统观念,不仅忌讳死亡,而且将死亡污名化,缺乏对死亡和死者的尊重。

从临终关怀服务质量来看,中国医疗资源与专业人才都相对有限,服务的可负担性也较差。首先,中国用于临终关怀的止痛药物(鸦片类药物)的可及性较差,仅在非常有限的条件下才能够被允许使用,并且能够提供临终关怀服务的医院与机构数量偏少,在地域上的分布也极不均衡,基本上只集中在北京、上海、深圳、天津等一、二线大城市^[13]。其次,从事临终关怀服务的专业人才短缺,医疗工作者普遍缺乏临终关怀方面的专业培训,因此临终关怀服务的质量难以得到提高。最后,政府所提供的临终关怀服务方案与补贴不仅十分有限,对于可获得补贴的资格也界定不清,因此,公众实际上难以获得临终关怀的医疗服务以及补贴。由于缺乏相关的财政补贴,临终关怀服务的开销往往成为临终病人及家属难以或不愿承受的负担。

(二) 个体层面的死亡质量考察

中国老年人健康长寿影响因素研究(以下简称“CLHLS”)在2005年、2008年、2011年和2014年的调查中收集了老年人临终状况的信息,访问员通过询问离世老人最近的血亲(next-of-kin)“老人去世时表情是否痛苦”这一问题来评估老年人的临终状态,回答的选项依据痛苦程度分为五类。为简洁起见,我们将“非常痛苦”与“比较痛苦”合并为“痛苦”,“很安详”与“比较安详”合并为“安详”,通过以下图示来直观地展现中国老年人临终状态。

下图1呈现了2005年、2008年、2011年和2014年中国老年人临终痛苦状况。首先,从整体上看,临终状态安详的老年人所占比例大于临终状态痛苦的老年人。临终状态痛苦的老年人所占比例约为13%左右;

临终状态一般的老年人所占比例约为 25%左右; 临终状态安详的老年人所占比例约为 61%左右。尽管相对而言, 临终状态痛苦的老年人比例较少, 但临终状态痛苦的老年人占了 10%以上的比例, 这意味着不到十个老年人中就有一个临终状态是痛苦的。其次, 通过比较不同年份的情况可以发现, 中国老年人临终状态的分布情况并没有表现出显著的变化趋势。对比 2005 年和 2014 年中国老年人临终状况的分布情况发现, 临终状态安详的老年人所占比例没有升高, 临终状态痛苦的老年人所占比例也未明显下降。换言之, 中国老年人的个体死亡质量在 2005—2014 年的十年间并未获得明显改善。

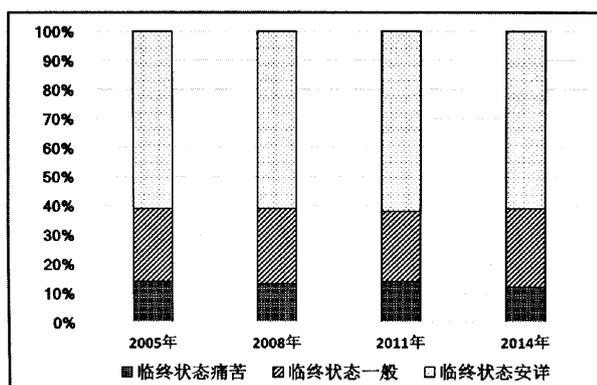


图1 中国老年人临终痛苦状况的变化情况 (数据来源: CLHLS)

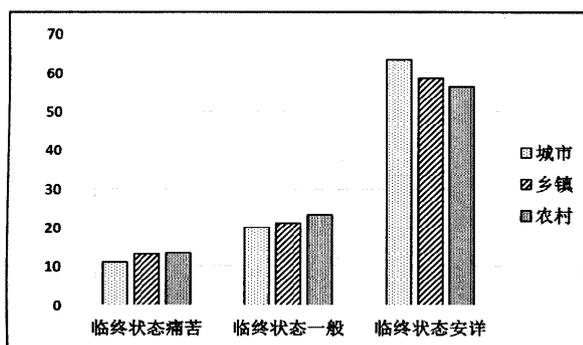


图2 中国城乡老年人临终痛苦状况的比较 (数据来源: CLHLS 2014)

上图2所呈现的是 2014 年中国老年人临终痛苦状况的城乡差异性。城市、乡镇与农村老年人临终状态为“痛苦”的所占比例分别为 10.89%、12.95% 和 13.42% 而临终状态为“安详”的所占比例则分别为 63.20%、58.40% 和 56.38%。城市老年人在“临终状态痛苦”中的比例低于乡镇、农村老年人, 而在“临终状态安详”中的比例高于乡镇、农村老年人。由此可见, 中国老年人死亡质量在城乡之间存在一定的差异性, 城市老年人的死亡质量要高于乡镇、农村。实际上, 中国社

会城乡发展不均衡的问题由来已久, 城乡老年人死亡质量的差距是公共卫生服务及医疗资源分配不平等的结果。因此, 在发展临终关怀的同时应当更加注重农村与乡镇地区的需求, 推动加快实现城乡公平。

总而言之, 通过对个体层面数据的分析发现, 中国老年人临终状态痛苦的比例在 10%以上, 并且 2005—2014 年的十年间老年人死亡质量并未得到改善与提高。此外, 中国老年人死亡质量还存在着城乡差异, 城市老年人死亡质量相对高于农村老年人的死亡质量。

三、进一步提高中国老年人死亡质量的应对策略

通常而言, 社会环境是影响老年人死亡质量的主要因素, 改善社会环境则是提高老年人死亡质量的主要应对策略。中国临终关怀事业的发展取决于社会的政策环境、舆论环境和专业环境。提高中国老年人死亡质量的主要策略, 在于通过制定及实施一系列战略措施来改善中国临终关怀在以下三个方面的发展环境。

首先, 制定全国性的战略目标与政策框架, 形成有利于临终关怀事业发展的政策环境。全面且有效的政策架构是发展临终关怀事业的首要条件。临终关怀发展情况通常与 GDP 呈正相关, 但也有例子表明, 一些通过制定行之有效的政策措施就能够获得明显的成效。譬如, 西班牙通过政策措施整合地区性的临终关怀资源, 使得临终关怀专业团队增加了 50%; 巴拿马在基本医疗服务体系中纳入了临终关怀项目; 蒙古国在临终关怀硬件设施与人才培养上增加了大量的投入; 乌干达规范了鸦片类止痛药物的使用范围, 提高了药物的可及性。上述国家均不在最富裕国家之列, 但居民死亡质量却都达到世界平均水平之上^[13]。由此可见, 促进临终关怀、提高国民死亡质量的首要措施在于制定全国性的战略目标与政策框架。譬如, 可将临终关怀纳入国家卫生医疗系统, 或通过立法形式加强对临终关怀的法律保障与规范化管理^[16]。

其次, 加强公民死亡教育, 普及“优逝”理念, 改善临终关怀发展的舆论环境。实行公民死亡教育的目的是帮助人正确、科学地认识死亡, 消除对死亡的恐惧, 树立现代文明健康的死亡观。公民死亡教育的缺失, 难免使得人们忌讳谈论死亡, 难以接受死亡, 因此产生对临终关怀的诸多误解与排斥。实际上, 发展临终关怀最大的挑战不在于技术方面的落后, 而在于如何让人们均能理解与接受。开展公民死亡教育, 加强“优逝”理念宣传, 既是为了提高公众对于死亡的认识水平, 也是为了改善社会舆论环境。只有在树立正确健

康死亡观的前提下,人们才会重视死亡质量,重视和关注临终关怀事业的健康发展。也正因此,中国临终关怀事业才能够得到长期有序发展。

最后,全面培养中国医疗工作者队伍临终关怀知识与素养,优化临终关怀发展的专业环境。随着中国临终关怀需求的大量增加,这也意味着需要有更多的医护工作者投入临终关怀事业。专业人才在行业的发展中起着举足轻重的作用,但专业人才并不完全意味着专门人才。具体来说,一是要设置与临终关怀相关的专业方向,培养专门从事临终关怀事业的人力资源。二是要提高所有医护工作者的人文临终关怀知识与素养。除临终关怀的专业工作者外,应要求或鼓励所有医护工作者学习基本的临终医疗知识,理解临终关怀的内涵。三是可以在一般医学类院校开设临终关怀的专业课程培训。总之,大力提高全体医护人员的临终关怀知识与素养,是优化临终关怀事业全面发展的专业环境的有效手段。

由于种种原因,过去人们对于临终关怀缺乏正确认识和足够重视。随着中国人口老龄化的不断加深,需要临终关怀的老年人数量将越来越多,大力发展临终关怀事业变得尤为迫切。事实上,发展临终关怀,提高老年人的死亡质量,无论对于个体还是社会,都是十分有利的。对于个体及其家庭而言,临终关怀可以大大减轻临终阶段的痛苦,同时减轻家人负担;对于社会及医疗系统而言,临终关怀反对过度医疗,节约了医疗资源,促使有限的医疗资源更加合理地分配与利用。总之,积极促进和发展临终关怀是实施健康中国战略、促进健康老龄化的一项重要举措。为此,需尽快采取相关措施改善中国临终关怀发展的政策环境、舆论环境与专业环境,以应对未来激增的老年人临终照料需求,全面提高老年人死亡质量。

[参考文献]

[1]李斌.实施健康中国战略[N].人民日报,2018-01-12.

(陆杰华(1960—)男,辽宁沈阳人,北京大学社会学系教授、博士生导师,主要从事人口学研究。

张韵(1989—)女,湖北黄石人,北京大学社会学系在读博士生,主攻人口社会学。)

- [2]Patrick, D. L., Engelberg, R. A., & Curtis, J. R.. Evaluating the quality of dying and death [J]. *Journal of Pain & Symptom Management*, 2001(3).
- [3]Brock, D. B., & Foley, D. J.. Demography and epidemiology of dying in the U.S. with emphasis on deaths of older persons [J]. *Hospice Journal*, 1998(1/2).
- [4]Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L.. The promise of a good death [J]. *Lancet*, 1998(2).
- [5]Webb, M.. The good death: the new American search to reshape the end of life [J]. *Jama the Journal of the American Medical Association*, 1998(13).
- [6]Singer, P. A., & Bowman, K. W.. Quality end-of-life care: A global perspective [J]. *Bmc Palliative Care*, 2002(1).
- [7]Connor, S. R., & Bermedo, M. C. S.. Global atlas of palliative care at the end of life [R]. World Health Organization. 2014.
- [8]Centeno, C., Lynch, C., Donea, O., Rocafort, J., & Clark, D.. EAPC Atlas of palliative care in Europe 2013 [R].
- [9]联合国经济、社会、文化权利委员会第十三届会议(1995年)第6号一般性意见[EB].
- [10]陈雷,江海霞. 临终贫困、生命质量与老年临终关怀发展策略 [J]. *国家行政学院学报*, 2013(4).
- [11]Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C.. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review [J]. *Palliative Medicine*, 2014(2).
- [12]国家统计局[EB/OL]. <http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01>.
- [13]Ruggiero, M. A. L. The Quality of Death: Ranking end-of-life care across the world [R]. *Equity Health & Human Development*. 2010.
- [14]上海市卫生和计划生育委员会. 关于实施2014年市政府实事新增1000张安宁舒缓疗护(临终关怀)床位项目的通知[EB/OL]. <http://www.wsjsw.gov.cn/wsj/n429/n432/n1487/n1512/u1ai132927.html>.
- [15]林衍.谁来关怀“临终关怀”[N]. *中国青年报*. 2014-05-21.
- [16]陆杰华,伍海诚. 老龄化背景下中国特色临终关怀体系建构的若干思考[J]. *新视野*, 2017(1).

老龄化背景下失智老年人的长期照护现状与政策应对*

杜鹏,董亭月

(中国人民大学老年学研究所,北京 100872)

截至2015年底,中国60岁及以上失智老年人口已达到950万^{[1] [P25]},其中绝大多数都居住在家

* 本文系2016年度教育部人文社会科学重点研究基地重大项目《面向全面小康社会的老年长期照护体系研究》(16JJD840012)和2017年度中国人民大学科学研究基金重大项目《健康老龄化视域下的中国老年照护体系研究》(17XNLG08)的阶段性成果。

该成为全社会重点关注的对象。为此,须树立社会性别主流化意识,即在经济社会生活的各个领域和各个层面的决策中,包括法律、政策、投资、教育、就业、健康、保障等,加强对女性和男性产生不同影响的分析,把社会性别作为社会发展战略的一个层面,纳入政治、经济、文化和社会各领域的决策设计、执行、跟踪、评估全过程,以使女性和男性平等受益,终止或减弱现存性别不平等现象,最终目标是实现社会性别平等。具体到老龄健康领域,就是要在健康中国建设规划、健康老龄化政策、全民健康素养促进行动等有关加强公民健康管理和服务、促进公民健康水平提升的政策、项目、行动中,体现社会性别主流化,关注女性,特别是关注和关爱女性老年人。

[参考文献]

- [1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision [EB/OL]. <https://esa.un.org/unpd/wpp>.
- [2] 世界卫生组织. 关于老龄化与健康的全球报告 [EB/OL]. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/zh/>.
- [3] 顾大男. 老年人健康变动趋势和预测方法国际研究动态 [J]. 中国人口科学, 2005(3).
- [4] 杜鹏. 中国老年人口健康状况分析 [J]. 人口与经济, 2013(6).
- [5] 李建新, 李毅. 性别视角下中国老年人健康差异分析 [J]. 人口研究, 2009(2).
- [6] 彭荣, 等. 我国老年人健康状态转移概率的估计及应用 (高 瑗(1990—)女, 内蒙古包头人, 南开大学经济学院在读博士生, 主攻人口与经济。原 新(1962—)男, 甘肃玉门人, 南开大学经济学院人口与发展研究所教授、博士生导师, 南开大学老龄发展战略研究中心主任, 主要从事人口老龄化、人口与经济、人口政策研究。)
- [7] 曾宪新. 我国老年人口健康状况的综合分析 [J]. 人口与经济, 2010(5).
- [8] 黄枫, 吴纯杰. 基于转移概率模型的老年人长期护理需求预测分析 [J]. 经济研究, 2012(2).
- [9] 国家统计局. 中国统计年鉴(2015) [M]. 北京: 中国统计出版社, 2016.
- [10] 郭平, 陈刚. 2006年中国城乡老年人口状况追踪调查数据分析 [M]. 北京: 中国社会科学出版社, 2009.
- [11] 民政部门户网站. 三部门发布第四次中国城乡老年人口生活状况抽样调查成果 [EB/OL]. <http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201610/20161000001974.shtml>, 2016-10-09.
- [12] 曾毅, 等. 健康期望寿命估算方法的拓展及其在中国高龄老人研究中的应用 [J]. 中国人口科学, 2007(6).
- [13] 蒋承, 等. 中国老年人照料成本研究——多状态生命表方法 [J]. 人口研究, 2009(3).
- [14] 宋新明, 齐钰. 新城区老年人慢性病对日常生活功能的影响研究 [J]. 人口研究, 2000(5).
- [15] Cheng, S. T., & Chan, A. C. Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life? [J]. *Social Science & Medicine*, 2006(1).
- [16] 崔娟, 等. 中国老年居民多种慢性病共存状况分析 [J]. 中国公共卫生, 2016(1).
- [17] Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., & Garmen, A., et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature [J]. *Ageing Research Reviews*, 2001(4).

Aging Health and Its Public Policy Responses in the Context of Healthy China (topic for a special discussion)

Chairman: LU Jie-hua

Chairman's words: Here are three papers that focus on the aging population health in the new era of population aging. Today the health transformation mode of the middle aged and elderly population has changed from past infection and acute to chronic diseases. We should strengthen health guidance and comprehensive intervention for chronic diseases in the whole population, and further strengthen health management. China needs to learn from other countries' successful experience and actively promote the development of health care industry for the elderly. In order to change the social environment of poor quality of urban and rural deaths in China, promote and develop hospice care based on the perspective of life cycle, further improving the quality of death is of great strategic importance in the context of healthy aging.

Key Words: healthy aging; quality of death; long term care; public policy response

[责任编辑、校对: 冯金忠]