

2020年第5期

人口信息

POPULATION INFORMATION



- * 女性家庭内议价能力提高与中国的低生育率
- * 全面两孩政策对女性职业发展的影响
- * 老年认知障碍友好社区建设内容、途径及问题对策
- * 低生育率水平和人口负增长讨论(论坛)

上海市卫生和健康发展研究中心

内部资料 免费交流

上海市连续性内部资料准印证(K)字第0296号

人口信息

(双月刊)

2020年第5期(总第232期)

名誉主编：黄红

孙常敏

肖泽萍

主编：金春林

副主编：黄玉捷

执行副主编：李冬梅

目次

• 人口与发展 •

女性家庭内议价能力提高与中国的低生育率..... 袁益 张力 (1)

• 本期关注 •

低生育率水平和人口负增长讨论..... 本刊编辑部 (6)

(主持人：原新，参与讨论：原新、高瑗、陈友华、苗国、金牛、刘厚莲、李竞博)

• 调研与分析 •

全面两孩政策对女性职业发展的影响..... 张苹 (31)

• 卫生与健康 •

老年认知障碍友好社区建设内容、途径及问题对策..... 黄玉捷 石瑛 (39)

• 全球视野 •

瑞典的生育变动及家庭政策对其影响和启示..... 蔚志新 (51)

◀ 人口与发展 ▶

女性家庭内议价能力提高与中国的低生育率

袁益 张力

(复旦大学人口研究所, 上海 200433)

一、问题的提出

中国的第二次人口转变大致在 20 世纪 90 年代初完成, 之后的生育率不断下降并维持在较低水平。生育率下降的过程伴随着我国计划生育实施并上升到宪法高度以及社会经济快速发展的时期。不难发现, 计划生育政策和社会经济因素有可能共同作用着中国的生育率。学界的共识是, 1970 年代计划生育的作用是主导, 1980 年代计划生育与社会经济发展二者的作用基本达到平衡, 1990 年代社会经济发展的作用成为主导, “发展 - 计划生育 - 生育率”关系呈现出一种动态平衡(陈卫, 2005)。

限制性的生育政策一直是中国等东亚国家生育率变动的重要原因, 依靠国家机器和政府强制力推行的计划生育政策在降低生育率方面效果显著, 但也造成了人口老龄化、性别比失衡等严重的社会问题。随着生育政策的逐步放开, 低生育形势却没有从根本上得到逆转。有学者基于经济学的成本 - 效用框架探讨了生育成本对生育率的影响, 研究表明, 经济社会的发展显著提高了生育的直接成本和机会成本。然而, 经济发展的同时是中国女性地位的提高, 诸多研究从教育、就业等不同维度表明, 女性地位改善会推动生育率的下降, 但以何种机制, 尚没有给出“中国答案”。本文基于家庭决策理论, 研究了女性赋权所带来的女性家庭内议

价能力提高对家庭实际生育行为的影响, 以期从另一个角度给出中国低生育率的答案。

二、女性赋权与生育

战后欧洲的生育下降伴随着轰轰烈烈的女权解放运动。区别于 19 世纪主张性别平等的女权运动, 这次运动要求女性摆脱从属于男性的家庭和社会地位, 在政治、教育、婚姻、家庭和劳动分工等方面实现男女平权, 保障女性从家庭等私人领域走向社会等公共领域的权利(Epstein, 2002)。如果说西方自由主义所主张的契约论是反对西方封建社会的神权和君权, 那当代女权运动则进一步地反对父权和夫权以及所有基于性别差异的歧视性对待(王莉, 1988)。多数女权主义经济学家主张必须将家庭劳动者看成是劳动参与者, 也应当享有劳动报酬(蔡秀玲, 2005)。然而, 20 世纪 60 年代开始的女性解放并不仅限于家庭内部的男女平等, 更认为女性作为抽象意义上的人, 具有和男性同样的参与劳动分工和社会事务并追求自由的自我发展的权力, 这一权利应当被同等对待。由此, 生育便不是屈服于传统家庭伦理和夫权之下的必然选择, 而是诸多选择中的一种。

女性赋权包含四个方面, 分别是教育、就业、政治和家庭内议价能力, 当前的研究主要在教育、就业和家庭内议价能力三个维度展开。教育对生育的影响机制首先表现为增加了

在校时间,初婚年龄的延迟,进而缩短了女性的生育周期(王鹏、吴愈晓,2013)。基于中国的研究表明,1999 年以来实施的高校扩招政策是推动育龄妇女生育模式从 20 世纪末的“少生、早育”向“少生、晚育”转变的重要动因之一(梁秋生等,2013)。其次,教育影响生育的经济学机制是增加了生育成本,特别是女性的生育成本。受教育程度高意味着在就业市场上有更高的职业发展前景、劳动收入以及预期收入,生育则意味着职业生涯的中断,前述的经济收益会成为生育的机会成本,使得女性生育意愿变低(刘章生等,2018);抚养还涉及到直接的生育成本,特别是当妇女要在竞争性的高压环境下继续职业生涯,因抚养产生的精力和时间的消耗成为阻碍生育的直接原因(Khraif,2017)。最后,教育会通过改变认知和生育观念,影响实际的生育水平。就业对生育有间接作用,主要表现为女性参与劳动力市场,经济地位提高,而个人收入的提高被认为会增加家庭内的议价能力。就女性而言,家庭内议价能力的提高对生育水平的影响取决于和其丈夫议价能力的对比,只有当妻子的议价能力大于丈夫时,就业才能通过对女性家庭内的赋权实现对生育的影响。

家庭决策是家庭成员基于自己家庭地位讨价还价的结果(Brown and Manser,1980; Horney and McElroy 1981)。家庭内议价能力(Intra-household Bargaining Power)对生育行为的影响研究,突出特点是放松了 Becker 的家庭一致决策共同体的前提假设,而把生育看作家庭成员相互博弈的结果,最终的生育决策由家庭成员的议价能力决定(Doepke 和 Tertilt,

2018)。利用这种方法,Hener(2015)发现议价能力对生育行为的影响有两条路径,一是直接影响,二是通过夫妻的相对成本路径决定生育数量。Ashraf(2014)基于赞比亚的一项自然实验研究了家庭内议价能力和过度生育之间的关系,发现当妻子具有较强的议价能力时,避孕会是家庭帕累托有效的途径,即妻子因不要孩子产生的净收益增加等于丈夫因不要孩子的净收益的减少。

因此,有两点值得关注。一是女性赋权对生育行为转变有较强的解释力,但针对中国的女性赋权与生育的关系的研究还较少。相关的研究为 1993 年针对中国部分农村地区的一项调查表明,农村女性的意愿生育水平明显低于男性,由于没有生育决策权,家庭的实际生育水平主要反映了男性一方及其家庭成员(父母等)的生育意愿(金和辉,1995)。二是不难看出,教育通过人力资本的经济效用以及就业带来的收入增加都可以传导到家庭中,实现女性家庭内议价能力的提高,结合已有研究,我们可以认为,女性家庭内议价能力的提高对家庭的实际生育数量有显著的负向影响。

三、数据来源与变量选择

(一) 数据来源

本文使用数据来自中山大学社会科学调查中心 2014 年开展的“中国劳动力动态调查”(下文简称 CLDS2014)^①。2014 年共计调查了 14214 户家庭,包含 15-64 岁的个人样本 23594 个。考虑到婚姻状态对生育水平的影响,本文进一步选择初婚女性作为样本。最终得到 52 岁及以下的初婚女性样本,共计 6909 人。CLDS2014 问卷中的生育相关问题只询问了 52

^①本文使用数据来自中山大学社会科学调查中心开展的“中国劳动力动态调查”(CLDS)。本文的观点和内容由作者自负。如需了解有关此数据的更多信息,请登录<http://css.sysu.edu.cn>。

岁以下的女性。

(二) 变量选择

家庭内议价能力具有难以测量的特点 (Bertocchi et.al, 2014), 很多研究采用了代理变量的方法, 这些代理变量可以分为三类, 分别是相对收入、资产所有权和人力资本 (Doss, 2013), 但这三类代理变量在实证中会产生对议价能力的测量误差, 从而影响估计结果的准确性。对议价能力的测量, 首先, “主事人”反映的是家庭事务决策权主要归属, 尽管决策权限有日常家庭事务和生育相关事务的区别, 但有研究表明, 日常家庭事务的决策权越大,

生育决策中的议价能力也越大, 两者高度相关 (Phan, 2013)。其次, 夫妻的年龄差和受教育水平的差异在以往的研究中被认为是议价能力的良好代理。最后, 中国特殊的户籍二元体系决定了户籍差异也会影响家庭决策中的议价能力。所以, 本文对议价能力的衡量不再采用单一代理指标, 而是将夫妻双方的年龄、教育和户籍差距与“是否家庭主事人”作为议价能力的基础指标, 以熵值法计算出四个基础指标的权重, 分别是 0.252, 0.244, 0.229 和 0.274, 四个基础指标正向标准化后加权得到议价能力的“合成数值”。

表 1 变量选择与赋值

变量		变量赋值
被解释变量		
实际生育数量	您现在有几个孩子	样本回答数
核心解释变量		
议价能力		熵值法
控制变量		
年龄	您的出生日期?	2014- 出生年份
配偶年龄	他 / 她的出生日期	2014- 出生年份
受教育程度	您的最高学历是?	未上过学赋值为 1, 初中及以下 (小学、私塾、初中) 赋值为 2, 高中 (普高、职高、技校和中专) 赋值为 3, 大专和本科赋值为 4; 硕士及以上赋值为 5
配偶受教育程度	请问 *** 的教育程度是?	未上过学赋值为 1, 初中及以下 (小学、私塾、初中) 赋值为 2, 高中 (普高、职高、技校和中专) 赋值为 3, 大专和本科赋值为 4; 硕士及以上赋值为 5
民族	您的民族是?	汉族赋值为 1, 否则为 0
配偶民族	请问 *** 的民族是?	汉族赋值为 1, 否则为 0
政治面貌	您的政治面貌	中共党员赋值为 1, 否则为 0
配偶政治面貌	请问 *** 的政治面貌	中共党员赋值为 1, 否则为 0
户口性质	您的户口类型是?	农业户口或居民户口 (之前是农业户口)
配偶户口性质	请问 *** 的户口类型是?	非农户口或居民户口 (之前是非农户口)

三、描述性统计

表 2 是对表 1 变量的描述性统计。52 岁以下年龄的女性所在家庭的实际生育水平只有 1.591, 远低于更替水平, 议价能力的均值为 0.23。控制变量方面, 女性与配偶的民族、

政治面貌、户口性质均为虚拟变量, 最小值和最大值分别为 0 和 1, 均值表明受访女性以汉族、非中共党员和农业户口或以前是农业现在是居民户口的居多。年龄方面, 被访女性最大为 52 岁, 最小 15 岁, 均值大约 40 岁, 说明

研究对象的年龄总体上没有偏大也没有偏小。被访女性的受教育程度最大为硕士及以上,最小为未上过学,均值 2.28 意为被访女性受教育程度接近高中水平,没有偏高或偏低。男性

的年龄均值为 42 岁,受教育程度均值比女性稍高,接近高中水平。总体上,本文选择的样本内部没有出现明显的变异,保证了实证结果的代表性和可靠性。

表 2 描述性统计

变量名	均值	标准误	最小值	最大值
生育数量	1.591	0.96	0	12
议价能力	0.23	0.171	0	1
年龄	39.929	8.564	15	52
配偶年龄	42.443	8.896	17	76
受教育水平	2.28	0.833	1	5
配偶受教育水平	2.421	0.777	1	5
民族	0.88	0.325	0	1
配偶民族	0.831	0.374	0	1
政治面貌	0.044	0.204	0	1
配偶政治面貌	0.114	0.318	0	1
户籍	0.228	0.42	0	1
配偶户籍	0.243	0.429	0	1

四、实证分析

表 3 为女性议价能力与家庭实际生育数量的泊松回归结果。其中,第(1)列为核心解释变量——女性议价能力对实际生育数量的回归结果,第(2)列为加入控制变量后的回归结果,第(3)列是在第(2)列基础上进一步加入省份虚拟变量作为控制变量的回归结果。随着回归模型中不断加入新的控制变量,议价能力对实际生育数量的系数始终为负,并且系数的绝对值越来越小,说明女性议价能力越大,家庭的实际生育数量越小。以第(3)列稳健估计的结果为准,女性议价能力提高 1 单位,家庭实际生育数量会减少 6.2%,这与已有的研究结论是一致的。一般研究认为男性相对于女性有更多的生育孩子数量的偏好,当女性的议价能力提高,在家庭生育决策

中就有能力使得最终生育孩子数量更多地体现自己的低生育意愿。

控制变量中,被访女性和配偶年龄越大,家庭实际生育数量越大,体现了生育周期的作用。处在生育周期末尾的人比生育周期初期的人有更多的孩子。夫妻双方的受教育水平对家庭实际生育数量有显著的负面影响,说明受教育程度越高,实际生育数量越低,这与已有关于教育和生育的研究是一致的。其他控制变量中,夫妻双方的户籍对家庭实际生育数量有显著的负面影响,说明城市家庭的孩子数量要明显少于农村家庭,导致这种情况的最大限制性原因是中国计划生育政策在城乡间的差异化实施,即城市实施“一孩政策”,农村地区实施“一孩半”政策。

表 3 泊松回归结果

	(1)	(2)	(3)
议价能力	-0.152*** (0.040)	-0.046 (0.040)	-0.064* (0.038)
年龄		0.010*** (0.002)	0.013*** (0.002)
配偶年龄		0.008*** (0.002)	0.005** (0.002)
受教育水平		-0.124*** (0.013)	-0.115*** (0.013)
配偶受教育水平		-0.024* (0.013)	-0.043*** (0.013)
民族		-0.073** (0.035)	-0.054 (0.034)
配偶年龄		-0.040 (0.036)	-0.039 (0.036)
政治面貌		-0.019 (0.038)	-0.035 (0.037)
配偶政治面貌		0.014 (0.020)	0.013 (0.020)
户口性质		-0.198*** (0.028)	-0.164*** (0.027)
配偶户口性质		-0.197*** (0.027)	-0.182*** (0.025)
省份虚拟变量	NO	NO	YES
常数项	0.499*** (0.011)	0.266*** (0.056)	0.053 (0.109)
样本量	6861	6224	6224

注：*** 表示 $p<0.01$, **表示 $p<0.05$, * 表示 $p<0.1$, 括号内为稳健标准误

五、结论

本文基于家庭生育决策理论探讨了中国女性议价能力对家庭实际生育数量的影响, 利用 CLDS2014 的数据进行泊松回归的实证结果表明: 女性家庭内议价能力的提高会降低家庭的实际生育数量。结合已有对意愿生育水平的性别差异的研究, 对中国低生育率的新的解释是: 恰恰因为女性生育意愿的下降并同时因社会经济发展增强了女性在家庭决策中的议价能力, 推动了中国的实际生育水平不断走低。然而, 一项仍有待解决的政策性议题是, 如果女性意愿生育水平低和议价能力提高是中国当前的社会现实和发展趋势, 那以何种手段来提高实际生育水平来应对中国的老龄化和可能存在的劳动力不足? 已有基于性别平等的研究表明, 女性的家庭-工作冲突会降低其生育意愿, 因此, 促进男女在家庭中的性别平等, 从而更多的男性参与家庭家务劳动和子女抚育, 一定程度上可以改善女性的生育意愿。未来研究需要继续在家庭决策和性别不平等的框架下研究改善生育现状的具体路径和措施。

参考文献(略)

◀ 本期关注 ▶

低生育率水平和人口负增长讨论¹

《人口信息》编辑部

特邀主持人:南开大学经济学院教授 原新

主持人语

2019 年底,中国人口总量为 14 亿人,是全球第一人口大国。在百年未有之大变局中,中国人口即将迎来重大转折:未来 5 年内,世界人口数量第一大国将让位于印度,结束数以千年的世界第一人口大国记录,退居世界第二人口大国;未来 10 年内,中国人口规模将达到峰值 14.5 亿人左右,从人口正增长走向人口负增长,结束人口数量持续增加的历史;未来 50 年,中国将保持老年人口规模世界第一,步入全球人口老龄化程度最高的国家方阵之中。这些看似简单的人口数据表达,背后却隐含着巨大经济社会挑战和机遇,因为人口虽然不是经济社会发展的决定性因素,却是经济社会发展的基础性、全局性、长期性和战略性要素。

置身于全球人口转变的大局中考察中国的人口转变,既有人口发展规律的必然,又有人口发展的个性和特色。2020 年 7 月,华盛顿大学对全球人口发展的预测展望,改写了 2019 年联合国预测的世界人口大趋势,使全球人口数量将在本世纪内持续增加且看不到尽头的基本判断戛然而止,提出世界人口

将在 2064 年达到峰值 97 亿人,从 2065 年启动全球人口负增长,世纪末的全球人口数量将降至 88 亿人,比联合国预期的世纪末 109 亿人少了 21 亿人,缩减近 1/5。当然,这些都是人口发展的超长周期预判,谁更接近于未来的真实,只能留待时间去检验。但是,未来人口发展趋势的预判却揭示了一些基本规律和现象。

第一,未来全球人口的变动趋势将由生育率主导。在科学技术水平不断创新,生活质量不断改善,尤其是医疗卫生和健康条件不断进步且日益公平普及的条件下,很多死亡因素变得越来越可控,未来死亡率水平和潜在模式相对稳定。所以,世界未来人口变动将与生育模式及其生育水平高低如影相随。而全球生育率从高水平趋同——下降中的分化——低生育再趋同的变动过程似乎是不可改变的定律,高收入国家已经完成了低生育率的再趋同,中等收入国家正走在低生育率再趋同的路上,低收入国家也在不断缩小生育率分化的程度,生育率呈现下降大势。总之,生育率在更替水平附近聚合是世界大同,只是不同区域有先来后到的时间差异和快慢不

¹基金项目:本文系国家社会科学基金重大项目“实现积极老龄化的公共政策及其机制研究”(17ZDA120)的阶段性研究成果。

均的速度差异而已。千万不要小觑生育率的微小差别,目前全球总和生育率水平相差 0.1 的细微差距,在 2100 年就将转化为地球上大约 5 亿人的差异。

第二,低生育现象是工业化、城市化社会的重要人口特征。世界范围内,无论是人口膨胀还是人口收缩的国家与地区,在经济规律驱使下,人口向城市集中、向大城市集中是普遍趋势。城市化具有抑制生育水平的能力,城市化与低生育率不仅导致人口负增长,而且还有促使人口空间极化的作用。中国已经是长期保持稳定低生育率水平的国家,生育率的前景,既受到长限制生育的历史影响,又受到城市化水平继续上升的极化影响,叠加当下极低的生育意愿与生育水平,未来人口加速负增长效应会更加明显。

第三,人口负增长与人口老龄化伴生是人口基本规律。人口数量负增长的背后是预期寿命的不断延长以及出生人口的不断减少,这恰恰是导致人口老龄化的直接因素。人口老龄化与人口负增长相伴,将带来劳动年龄人口减少、少年儿童人口补充有限、老年人口规模和比重快速增加的人口年龄结构变化,攸关全龄人口。同时,人口老龄化将直接影响生产与消费、医疗保险、养老保障、长期照料以及健康服务等社会保障的财政可持续性,进一步影响实体经济增长和投资,增加重大金融系统风险,且影响代际关系。所以,人口老龄化将全方位的影响经济决策、公共政策、城乡发展等经济社会发展的所有领域。在我国,老年人口数量和老龄化水平将从目前的 2.5 亿人和 18.1% 倍增至本世纪中叶的 5 亿人和 36% 左右,迈入全球人口老龄化第一

方阵,在“两个百年”新时代现代化建设途中,中国的老龄社会将有望逐步实现即老即富、边备边老、城乡共老和健康中国。

第四,做大“经济蛋糕”是应对和适应人口负增长和老龄社会的根本。面对未来的人口负增长和老龄社会时代,短期看,从劳动力供给、提高劳动生产率、人力资本积累、科技创新等应对人口负增长和人口老龄化对经济增长带来的挑战。长期看,改革完善相适应的人口政策制度,充分挖掘人口大国区域人口发展差异的腾挪空间和大国优势,重视低生育率、人口老龄化、人口空间分布和人口素质等问题,构建适宜人口发展的制度环境,促进人口长期均衡发展。

第五,重视上海应对人口负增长的经验教训。上海户籍人口自 1993 年步入人口负增长时代,迄今已有 27 年之久,但是上海的常住人口却一直保持持续扩张,迁移人口和流动人口为上海的经济社会持续强劲发展提供了源源不断的活力,以至于上海劳动年龄人口的一半以上均为外来人口。外来人口进入城市既带来了人力资源和人力资本的优化配置,也提高城市消费水平,改变城市消费结构,提升资本投资率,激活了城市发展活力,增强了城市发展动力。但是,长远看,移民并非取之不尽用之不竭,一旦几乎所有地区或国家的人口都在减少的时候,移民就不再是解决问题的办法。

中国生育率自 1992 年降至更替水平之后,就一直在更替水平之下缓慢下降,换言之,中国人口发展自 1992 年之后就开始孕育负增长的能量,人口负增长将是人口规律的必然结果,尽管如此,人口负增长对于中国的经

济社会发展依然是新生事物,需要深入研究,提高认识,积极主动的适应和应对。

全球人口负增长时间可能提前至 2065 年 原新(南开大学经济学院)

2020 年 7 月 14 日,华盛顿大学健康指标与评估研究所(IHME)在《柳叶刀》杂志发表研究报告“195 个国家和地区从 2017 年到 2100 年的生育率、死亡率、迁移和人口全景:全球疾病负担研究的预测分析”,²根据该报告的参考方案(reference scenario)预测结果,全球人口将在 2018 年 77.2 亿的基础上持续增加,2050 年达到 95.5 亿,2064 年达到峰值 97.3 亿,2065 年进入人口负增长阶段,2100 年降至 87.9 亿。这与联合国经济社会事务部和人口司《世界人口展望 2019 版》中方案(medium variant)人口预测结果大相径庭,根据联合国中方案人口预测,本世纪内全球人口将一直持续增加,2018 年为 76.3 亿,2050 年增至 97.4 亿,2057 年超过 100 亿,2100 年达到 108.7 亿。显然,华盛顿大学预测的全球人口负增长将在 45 年后到来,时间似乎还很漫长,但在人口发展的历史长河中只是弹指一瞬,到本世纪末世界人口将比联合国预测少约 21 亿。两个人口预测为什么会产生如此大的差别?根据华盛顿大学的最新预测,全球人口又有哪些新变化和新特征?由此引发怎样的思考?这是本文分析的要点。

一、未来生育率预期和假设是决定人口发展的 主导变量

对于一个封闭性人口,生育和死亡是决定未来人口变化的两个变量,对于开放性人

口,还要加入迁移变量。

第一,死亡率假设。以平均预期寿命作为死亡率指标,比较联合国人口预测中方案和华盛顿大学人口预测参考方案所假设的男/女性平均预期寿命,二者动态变化的差距很小,基本一致。2015-2020 年分别为 70 岁和 75 岁上下,2050 年分别达到 75 岁和 80 岁左右,2100 年为 79 岁和 83 岁上下。

第二,生育率假设。以总和生育率作为生育率指标,华盛顿大学和联合国的生育率假设差距显著,且 2018-2100 年整个预测周期内,华盛顿大学的生育率水平假设都比联合国低且差距不断扩大,从预测基年相差 0.11(4.7%),逐渐扩大差距,2050 年相差 0.34(18.2%),2075 年扩大到 0.36(21.3%),之后差距略有缩小,2100 年相差 0.28(16.9%)。同时,联合国预测世界实现生育率更替水平的时间为 2065-2070 年之间,华盛顿大学团队认为在 2034 年,比联合国早 30-35 年。联合国人口预测包含的 201 个国家和地区中,预计 2045-2050 年将有 133 个国家和地区的总和生育率低于更替水平(≤ 2.10),2095-2100 年增加到 180 个;华盛顿大学的人口预测包含 195 个国家和地区,2050 年生育率低于更替水平的国家和地区为 151 个,2100 年增加至 183 个。

失之毫厘,差之千里,正是由于对未来生育率水平的预期不同,生育率水平假设存在巨大差异,导致联合国和华盛顿大学对全球人口规模变化预测的显著差异。

二、全球人口发展大趋势与特征

比较华盛顿人口预测参考方案和联合国人口预测中方案的预测结果,二者存在鲜明的

² Stein Emil Vollset, Emily Goren, etc. (2020), *Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study*, The Lancet, online 14 July 2020

差别。

(一) 全球总人口将在本世纪下半叶达到峰值并转为负增长

按照华盛顿大学研究团队的参考方案预测结果,全球人口将在 21 世纪下半叶转增为减,达到地球人口的最大峰值。全球人口将在 2018 年 77.2 亿人的基础上不断增加,2050 年达到 95.5 亿人,2064 年达到峰值人口 97.3 亿人,比 2018 年净增加 20.1 亿人,增幅为 26.0%;自 2065 年开始,全球人口转入负增长阶段,2100 降至 87.9 亿人,相当于 2033 年的人口总量。按照联合国的中方案预测结果,21 世纪的全球人口将一直保持不断增长的大趋势,从 2018 年 76.3 亿人,增加到 2050 年 97.4 亿,净增加 21.1 亿人,增幅为 27.6%;2057 年超过 100 亿人,2100 年达到 108.7 亿人,比 2018 年净增加 32.4 亿人,增幅为 42.5%。

(二) 全球人口年龄结构将发生巨大变化

按照华盛顿大学研究团队的参考方案预测结果,全球人口的平均年龄将从 2017 年的 32.6 岁增加到 2100 年的 46.2 岁,人口年龄结构老化明显。

1.0-14 岁少年儿童人口规模持续缩减。0-14 岁人口数量 2018 年为 18.6 亿人,2050 年缩减至 17.0 亿人,2100 年进一步减少至 10.2 亿人,与 2018 年相比减幅为 45.2%,这是生育率水平持续下降的直接结果。相应地,少年儿童人口占总人口比重也在不断下降,从 24.1% 降至 17.8%,最终为 11.6%。

2. 劳动年龄人口规模先增后减。15-59 岁劳动年龄人口规模 2018 年为 48.7 亿人,2057 年增至峰值 57.3 亿人,然后开始缩减,2100 年跌落到 48.6 亿人,回降到目前的规模。占总人口的比重始终维持在一半以上,2018 年为 63.0%,劳动年龄人口达到峰值时占总人口

的 59.2%,2100 年为 55.3%。就全球而言,劳动年龄人口规模在本世纪内始终供给旺盛,但是区域差别巨大。

3. 人口老龄化程度不断深化。60 岁及以上老年人口将从 2018 年 10.0 亿人的基础上,到 2050 年倍增至 21.3 亿人,2100 年进一步增加到 29.1 亿人,老年人口规模在本世纪内将扩大 1.9 倍。相应的老龄化水平从 12.9% 增至 22.3%,最终达到 33.01%,在 2043 年从老龄化社会跨入深度老龄社会,2083 年步入重度老龄社会。老年人群从社会边缘群体逐渐成为社会主流群体,社会重构势在必行。

(三) 人口区域发展和经济特征

1. 在区域层面,撒哈拉以南非洲是人口增长最快的地区,欧洲和中亚是人口负增长最早的地区。除中欧、东欧和中亚一些区域的人口在 1992 年就达到峰值外,其余各区域的人口规模预计本世纪末之前都将陆续达到峰值,但是,撒哈拉以南非洲除外,其峰值时间或晚于 2100 年。与之相反,除撒哈拉以南非洲外的所有其他区域的人口数量都将在未来 80 年内实现负增长,其中,南亚、东南亚、东亚和大洋洲以及中欧、东欧和中亚的人口缩减最为严重。

2. 在国家和地区层面,人口增减差别巨大。第一,人口大国不断增加,人口总数超过 1 亿人的人口大国从 2018 年 13 个增加到 2100 年 21 个。到 2100 年,世界前 10 位人口大国分别是:印度、尼日利亚、中国、美国、巴基斯坦、民主刚果、印度尼西亚,埃塞俄比亚、埃及和坦桑尼亚,人口合计占届时全球人口的 48.7%。第二,国别人口增减差距巨大,从 2018 年到 2100 年期间,88 个国家和地区的人口呈现减少态势,其中,总人口降幅超过 50% 以上的国家和地区有 23 个,包括日本、

泰国、西班牙、阿联酋、保加利亚、古巴、波兰、罗马尼亚、葡萄牙、中国台湾等；总人口降幅在 40%–50% 之间的国家有 16 个,包括中国、孟加拉国、韩国、朝鲜、意大利、希腊、匈牙利、白俄罗斯、中非等,其中,中国人口预测将下降 48.0%。总人口增加的国家 and 地区有 107 个,其中,升幅在 50% 以上的国家有 61 个,绝大多数分布在非洲和亚洲。

3. 人口是影响地区经济发展的重要因素。

第一,全球劳动年龄人口规模最大的前 10 个国家中,中国和印度的劳动年龄人口数量将大幅下降,尼日利亚的劳动年龄人口数量将稳步增加。预计到 2100 年,印度将拥有世界上最大的劳动适龄人口,其次是尼日利亚、中国和美国。其中,移民维持了美国劳动年龄人口的数量。第二,中国经济发展表现突出,预计将于 2035 年成为世界第一大经济体,美国将退居第二大经济体,但是,美国预计将在 2098 年再次成为第一大经济体。第三,国别 GDP 排序相对稳定。世界 GDP 排名前五位的国家,2017 年依次为美国、中国、日本、德国、法国;2030 年依次为美国、中国、日本、印度、德国;2050 年分别为中国、美国、印度、日本、德国。第四,人口下降的国家 and 地区基本处在经济状况较好的阵营,相反,人口增长强势的国家 and 地区基本处在经济状况较差的阵营,国际上促进人口增长和控制人口增长的两种需求长期并存。

三、进一步思考和讨论的问题

1. 世界人口负增长可能有利于人口与资源环境可持续发展。2065 年之后世界人口开始减少,地球承载人口数量相对减少,将缓解人口总量对资源环境的压力,减少碳排放量,减轻全球粮食生产和供应的压力,减少国际移民的可能性。换个角度,伴随着人们生活质量

的不断改善,人均资源、能源和环境的需求量和消费量不断提升,尽管全球人口减少,除非采取积极的预防行动和缓解措施,否则环境变差、气候变化以及粮食危机在未来仍可能产生严重后果。如何把控全球人口减少对资源环境减压的机会,对任何国家和地区都是挑战。

2. 人口负增长与人口老龄化伴生。伴随人口数量负增长加剧,人口老龄化形势不断加深。一是,人口老龄化与人口负增长相伴,人口老龄化可能产生其他深刻的、消极的后果。如,在其他条件不变情况下,仅劳动适龄人口数量缩减就会降低 GDP 增长率,同时,还可能减少经济中的创新能力和机会,人口减少还将缩小消费市场。二是,在经济增长较慢、抚养比持续升高的国家和地区,医疗保险、养老保险、长期照料保险以及健康服务等社会保障的财政可持续性将受到严重挑战,维持社会保障所需的税收和财力将不断扩大,相对而言,将进一步减少实体经济增长和投资,增加重大金融系统风险。

3. 国家和区域层面的人口增长态势千差万别。全球人口负增长只是全球人口发展趋势的平均状态,国家和区域层面的人口增长态势天壤之别,人口增长与人口减少两股力量的博弈长期存在,人口增长趋势的分化严重。例如,2018–2100 年期间,人口减少幅度超过 30% 的国家 and 地区 50 个,人口增幅超过 30% 的国家 and 地区 73 个。拉动人口降势的主要力量来自发达经济体和新兴经济体中的人口大国,如日本(跌 53.3%)、中国(跌 48.4%)等;推动人口升势的主要力量来自经济发展相对落后的非洲和亚洲的人口大国,如尼日利亚(升 272.3%)、阿富汗(升 282.3%)、坦桑尼亚(升 234.3%)等,这些国家在 2100 年均跨入人口过亿的大国。

4. 要特别关注生育率水平的变化。对于低生育率水平的国家和地区,特别是超低生育率水平的国家和地区,要始终警惕过低的生育率水平和过低生育率水平的长期趋势,因为生育率水平过低且持续的周期过长就是人类人口数量的快速减少。正如华盛顿大学在研究报告指出“生育率水平细微的差异(全球 TFR 的 0.1 差异)在 2100 年转化为地球上大约 5 亿人的差异”。相反,高生育率的国家和地区,因为人口增长过快,人口数量膨胀,对国家和地区经济社会、资源环境协调也造成巨大压力。

5. 充分认识低生育率的挑战和人口收缩的负面影响。部分国家已经意识到并着手应对低生育率和人口负增长的挑战,提出了刺激生育率的选择性方案:如为改进女性生育与就业的平衡关系创造有利环境;采取综合性措施努力提高生育率;限制获得生殖保健服务的机会(禁止堕胎)或者提高获得避孕节育技术的成本;增加劳动力的参与,特别是老年劳动力的参与,同时促进移民。

6. 设法增加劳动力的参与。一是通过增加女性受教育机会和就业机会,增加女性劳动力资源供给;二是采用延迟退休、灵活就业、半时就业等多种形式开发和利用老年人力资源;三是自由移民政策,这是选择性吸纳本国所需要的劳动力且补充人口增加的低成本方式。

全球人口很可能在本世纪末之前达到高峰并转为人口负增长,这似乎是大势已定。联合国的人口预测和华盛顿大学的人口预测,谁更接近于真实,只能留待时间检验。对任何国家或地区来说,人口发展的未来并非一成不变。各国和地区今天采取的政策和行动可以改变明天的生育率、死亡率和人口迁移轨迹。人口规模及其构成不是各国和地区在制定经济社会发展规划的外在要素,而是内生要素,是

经济社会发展规划的基础性要素。

全球生育率正在从分化走向趋同

高瑗(首都经济贸易大学劳动经济学院)

纵观世界各地生育率变动的规律,经历或必将经历从高水平趋同,途径分化,最终走向低水平趋同的大趋势,如同马拉松赛跑,起点一致——高生育率,中途分化——各国或地区生育率下降时间、速度、水平不一,终点相同——最终走向低生育率水平。在这个过程中,发达国家领跑全球生育率下降,发展中国家决定生育率下降的轨迹。

一、异途同归的低生育率水平

(一) 生育率下降是世界大势

比较 1950~2020 年的世界所有国家和地区的总和生育率变化,生育率下降是大势所趋(表 1)。20 世纪 50 年代,196 个国家和地区的生育率水平在更替水平以上,到世纪之交减少至 129 个,目前进一步缩减至 108 个,占全球国家或地区的比重从 97.5% 缩减至 53.7%;相反,更替水平之下的国家和地区从 5 个增加到 72 个,目前为 93 个,占全球国家或地区的比重向欧盟 2.5% 升至 46.3%。

(二) 不同收入水平国家组间生育率水平存在差异

按照世界银行根据人均国民总收入的划分标准,将各国划分为三个不同的等级:高收入国家、中等收入国家(包括中等偏上收入国家和中等偏下收入国家)和低收入国家(图 1)。不同收入水平下,世界总和生育率的现状及未来发展趋势不尽相同。总体上,各收入水平等级间生育率变化的起始时间不同、变化速度也各不相同,高收入国家生育率变化于 1960 年代初期开始,其起始时间早于中等收入国家,中等收入国家又明显早于低收入国家;而生育

率转变速度,低收入国家和中等收入国家普遍快于高收入国家。三个收入分类国家在生育率变化的时间差,表现为不同收入等级的国家之

间生育率差距经历了先扩大、后缩小历程,即从分化到趋同。

表 1 全球生育率水平的国家或地区构成随时间的变化

总和生育率	国家或地区数 (个)				国家或地区数占比 (%)			
	1950-55	1970-75	2000-05	2015-20	1950-55	1970-75	2000-05	2015-20
≥ 8.00	1	3	0	0	0.50	1.49	0.00	0.00
7.00-7.99	28	30	4	0	13.93	14.93	1.99	0.00
6.00-6.99	75	49	12	2	37.31	24.38	5.97	1.00
5.00-5.99	35	31	24	9	17.41	15.42	11.94	4.48
4.00-4.99	16	22	16	29	7.96	10.95	7.96	14.43
3.00-3.99	18	15	23	23	8.96	7.46	11.44	11.44
2.11-2.99	23	31	50	45	11.44	15.42	24.88	22.39
1.50-2.10	5	20	41	69	2.49	9.95	20.40	34.33
≤ 1.49	0	0	31	24	0.00	0.00	15.42	11.94
2.11 以上	196	181	129	108	97.51	90.05	64.18	53.73
2.10 以下	5	20	72	93	2.49	9.95	35.82	46.27

资料来源: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition

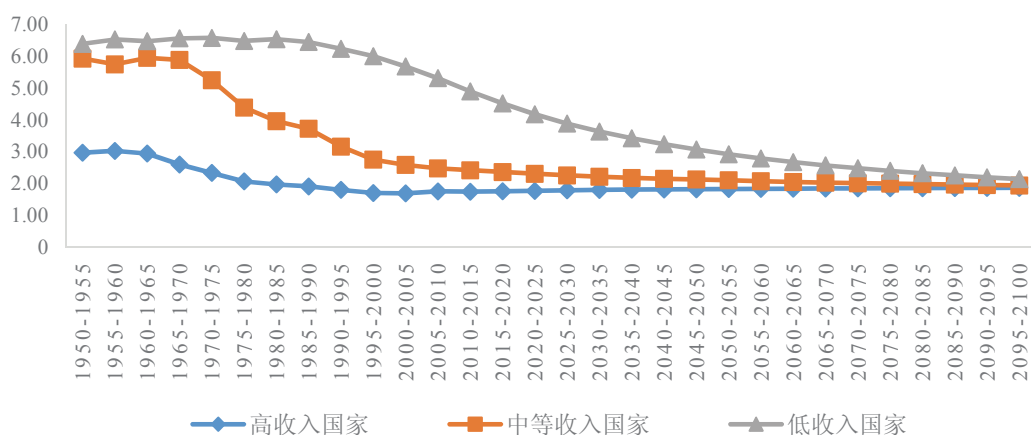


图 1 不同收入水平下的总和生育率的发展及未来趋势

资料来源: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition.

(三) 不同收入水平国家和地区生育率变动³

1. 高收入水平国家和地区提前完成“趋同-分化-再趋同”全过程,再趋同是完成时。生育率的转变首先发生在欧洲、北美等高收入国家中。生育率的第一次下降发生在芬兰(1750年)、法国(1760年)、捷克(1785年)

和美国(1800年)⁴。随后,1875年之后,大部分高收入国家生育率开始下降。高收入国家间由于生育率变化的时间,速率不同,呈现出了由分化到趋同的趋势,英国、德国、美国、加拿大等欧美国家快于东亚国家,提前达到低生育率;委内瑞拉、智利等少数达到高收入水

平的南美洲国家和阿联酋、沙特阿拉伯等西亚国家,虽然在 20 世纪 50 年代仍处于高生育率,但随后生育率转变速度和时间出现分化,最终慢慢步入低生育率水平,又一次达到趋同。

2. 中等收入水平国家正在经历“趋同—分化—再趋同”的第三阶段,再趋同是正在进行时。中等收入水平国家生育率“趋同—分化—再趋同”的趋势较为明显,除了白俄罗斯一直持续超低生育率水平外,其余中等收入国家都在经历了高生育率后,在 20 世纪 70 年代左右先后开始生育率转变,进入 2000 年后,半数国家的生育率达到替代水平,生育率水平并无明显的分化趋势,目前正在向更替水平上下趋同,多数国家的生育率水平在 1.8~3.0 之间,如世界人口最多的国家,中国为 1.6,印度为 2.2,还有巴西为 1.7,菲律宾为 2.7。

3. 低收入水平国家正在经历“从趋同走向分化”,再趋同是未来时。低收入水平国家目前正处于生育率的“趋同—分化”阶段。埃塞俄比亚、坦桑尼亚等非洲国家以及柬埔寨等亚洲国家在 20 世纪中期还处于高生育率阶段,并且很多国家在该时段内生育率水平并无显著的波动。20 世纪后期,总和生育率出现了转变,其中柬埔寨、尼泊尔及朝鲜变化速度快于其他国家。相比中等收入国家,低收入国家生育率转变速度较慢,分化时间较长。根据联合国人口预测中方案假设,在经历大约半个世纪生育率的分化后,低收入国家的生育率最终会在本世纪末慢慢趋同于更替水平附近。

纵观不同区域国家和地区的生育率变动过程,都从高生育率的趋同,经历或即将经历生育率下降过程中时间和速度的分化,最终又

在低生育率水平附近实现趋同。相同的是过程,相差的是不同收入水平国家实现“趋同—分化—趋同”的时间和构成存在差异,且生育率变动速度有所不同。

二、不同收入水平下实现低生育率水平的原因 异曲同工

通常,当一个国家或地区经济开始起飞时,生育率必然开始下降。每个国家与地区迟早也会因为社会经济发展所引发的内生性因素及外生性因素而进入生育率转变过程,并最终完成生育率转变。由于不同收入水平下各个国家生育率转变所面临的内部和外部环境的不同质性,由此造成生育率转变时间和速度的分化,这其中内生性因素起到了主导作用。

(一) 生育率变迁的决定因素——内生性因素

1. 女性受教育水平。女性的受教育程度和其家庭对于生育行为的选择是相互依存的。过去几十年间全球女性的受教育水平不断提高,主要表现在高收入国家高等教育入学率的增加和中低收入国家初等及中等教育入学率的提高。由于各阶段妇女受教育水平上升的时间和速度有所差异,与之相伴的生育率下降幅度并不相同。通过分析不同收入水平国家接受中等教育水平的女性比例和总和生育率的变动规律可以发现,随着女性受教育比例的增加,总和生育率呈下降的趋势。高收入水平国家的女性受教育水平较高且小幅上升,总和生育率一直保持低位;中等收入水平国家和低收入水平国家女性受教育水平近几十年一直呈现缓慢上升势态,其生育率水平逐渐走低。

2. 女性初婚年龄。社会经济水平较高的

³ 该部分只列举了各收入水平的代表性国家,具有普遍性,并不影响对于群体之间生育率的比较。

⁴ Chesnais, J.-C. (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns, and Economic Implications*. Oxford Press.

国家其女性初婚年龄较晚,而其生育率相对较低。初婚年龄对生育率的影响表现在初婚年龄的推迟导致持续推迟生育行为,压缩生育空间,最终导致总和生育率降低。不同收入水平的国家其女性初婚年龄差异明显,高等收入国家女性初婚年龄远远高于其他国家。加拿大、德国等国已经达到平均 30 岁以上,相应的,生育率一直处于低水平或者超低水平。中等收入国家中,除印度尼西亚及印度其女性初婚年龄持续偏低且低于部分低收入国家之外,其他国家女性初婚年龄都高于低收入国家,且低于高收入国家,介于 25-30 岁之间。低收入水平国家女性初婚年龄维持在 20 岁左右。

3. 城市化进程。城市化是一个涉及人口、产业与经济的多维指标,从人口学角度来看,可以简化为农村人口向城市集中的过程。城市

化速度和程度在一定程度上显示了一国社会经济的发展程度。通过拟合不同收入水平国家的城镇化水平与总和生育率看到,随着城市化进程的加快,总和生育率随之下降。高收入水平国家在 1960-2014 年期间,城市化发展已经处于相对成熟阶段,城市人口达到 60%—80%,相对应的生育率也维持在较低水平。中等收入国家城市化变迁时间比高收入国家要晚,实现低生育的时间比高收入国家晚 30 年左右,但是其变化速度快于高收入国家群体。低收入国家在经历了超低城镇化发展阶段后,在 1982 年加快了城市化的进程,城市化水平突破 20%,此间的生育率开始转变,向低生育率迈进。从高收入国家和中等收入国家城市化与生育率转变的经验来看,低收入国家实现低生育率的趋同还需要相对较久的时间。

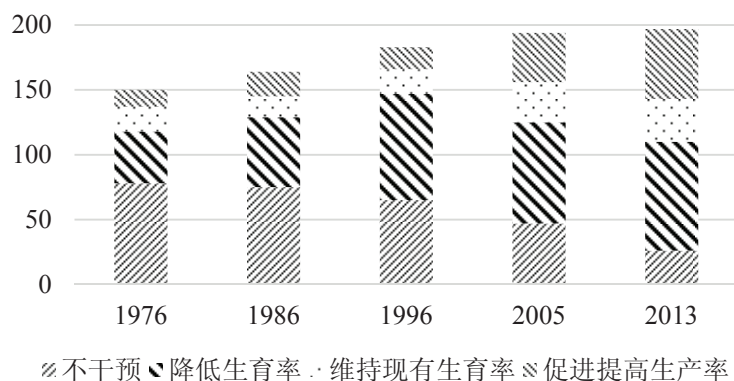


图2 不同时期生育政策的分布 (以国家个数为单位)

资料来源: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Policies: The 2013 Revision*

(二) 生育率变迁的决定因素——外生性因素

外生性因素最主要的是生育政策的影响,根据联合国发布的世界人口政策报告(2013),不同时期相对应的影响生育率的政策也不尽相同,中国亦是如此。联合国在 1976、1986、1996、2005 和 2013 年对全球各国进行了人口政策调查显示(图2),鼓励生育国家的比重显著增加,到 2013 年,超过 1/4 的国家出台

相应的激励措施来提高生育率。在欧洲,促进提高生育率的政府个数从 1976 的 7 个上升到 2013 年 32 个,亚洲则由 2 个国家上升至 15 个。与此同时,1976 年至 1996 年出台降低生育率政策国家的比重也在上升,从 40 个国家上升至 82 个,之后在一定的波动范围内维持相对稳定。纵观多数国家和地区的人口发展历程,当人口增长较快时期,多有抑制人口快速增长

的宣传及政策,而部分率先进入超低生育水平的国家,如俄罗斯、澳大利亚、韩国、日本、德国、法国等国家均出台鼓励生育的政策,以期以政策奖赏的鼓励效应提高生育率。

综上所述,无论高收入水平国家,亦或中等收入水平国家和低收入水平国家,世界范围内总和生育率总体呈现“趋同-分化-再趋同”的大趋势。但由于各收入水平内生性因素的不同以及外生性因素的影响,生育率分化与趋同的时间和速度不同。高收入国家已经于上个世纪 70 年代提前完成了生育率的转变,率先达到更替水平。中等收入国家也已经实现总和生育率从 5.9 向 2.4 的转变,预计 2050 年前降至更替水平,达到与高收入国家的趋同。低收入水平国家达到低生育率的趋同还需要相当长的时间,但由于内生性因素的转变,多数在此收入水平下的国家生育率已经开始分化。

城市化、低生育率与人口负增长

陈友华(南京大学社会学院)

苗国(江苏省社会科学院)

低生育现象是工业化、城市化社会的重要人口特征。世界范围内,无论是人口膨胀还是人口收缩的国家与地区,在经济规律驱使下,人口向城市集中、向大城市集中是普遍趋势。城市化具有抑制生育水平的能力,城市化与低生育率不仅导致人口负增长,而且还有促使人口空间极化。

一、人口聚集趋势:大城市化势不可挡

中国过去 40 年的高速增长,与其快速的工业化和城市化进程密不可分。在工业化和城市化进程之中,人口聚集带来的规模经济效益非常重要。规模经济不仅有利于市场成长,也有利于劳动生产率提高,城市化发展一方面可以提高人均收入水平,另一方面也起

到了扩大内需的作用(陆铭、向宽虎、陈钊,2011)。散落式的城镇分散发展模式难以形成区域的经济中心、市场中心、信息中心,中小城镇无法获得工业、服务业发展所需的人口聚集效益和规模效益,无法形成统一大市场与集聚服务功能,因而不利于劳动分工的细化与生产效率的提高。而大城市的整体运行效率要高于、甚至远远高于中小城市的整体运行效率。因此,全球经济活力中心主要集中在大城市及其周边,突出表现为人口与经济资源在空间上的极化。

(一) 美国的经验

以美国为例,美国人口总量约为 3.3 亿人,2016 年人口密度 35 人/平方千米,略低于世界平均人口密度。美国人力资源配置市场化程度更高,对人口流动的限制极少,是一个城市化水平极高的国家,超过八成的人口居住在都市及其都会区郊区,以东西海岸以及中心五大湖等核心产业区域最为典型。

美国是一个大城市主导的国家:一半的城市人口集中于 37 座主要大城市,城市化水平超过 80%,世界同期城市化水平约为 49%。截止 2019 年,全美共有 251 个超过十万人的都市,其中有 9 个超过百万人的大都市,若将市中心外的都会区域也算进去的话,美国有 50 个超过百万人的大都会,这其中包括了许多重要的全球城市(中国在 2011 年城市化水平刚过半)。美国东北部大西洋沿岸是美国乃至全世界大都市最为密集的区域,以纽约为中心,包括波士顿、费城、巴尔的摩、华盛顿等主要城市,区域总面积约 13.8 万平方公里,仅占美国总面积的 1.5%,但汇聚了约 5345 万人、占美国总人口的 17%(2015 年),2016 年 GDP 达到 4 万亿美元,占全美 GDP 的比重

超过 20% (CIA, 2018)。

大都市形态塑造了美国文化、传统和经济主流形态。人口统计数据看,美国是西方发达国家中生育水平最高的国家之一,但美国表面上维持生育率缓慢下降的部分原因是国际移民抵消了部分影响,以及部分少数族裔保持旺盛的生育水平。

(二) 日本北海道与俄罗斯远东地区

日本的人口与经济集中分布在东京、大阪、名古屋三大城市,这三大都市圈集中了日本 50% 以上的人口,其中东京都人口 1300 万左右,约占日本总人口的十分之一,而其面积仅占日本面积的 0.6%。据日本厚生劳动省统计,2018 年日本出生婴儿 91.8 万人,连续 3 年低于百万,65 岁及以上人口占比增长 0.4 个百分点,达 28.06%,15-64 岁劳动年龄人口减少 0.28 个百分点,为 59.49%,日本的少子老龄化程度不断加深。在少子老龄化的同时,日本国内人口向东京都市圈集中的“单极化”趋势日趋严峻。除东京都市圈和冲绳县外,其他地方的人口均在下降。其中,名古屋都市圈以及关西都市圈人口减少最多。

类似的国家还包括俄罗斯,目前俄罗斯人口约为 1.46 亿,在世界排名第八位。作为世界影响力大国,自 20 世纪初至今,因为战争、饥荒、超低生育率,俄罗斯先后爆发过四次数量急剧萎缩的人口危机。事实上,2013-2015 年是苏联解体后俄罗斯历史上人口微弱恢复性增长的时期,增长率约为 0.2%-0.3%。由于出生率持续走低,死亡率居高不下,俄罗斯人口于 2017 年再次下降,降幅为 0.9%,且有持续之势。与此同时,俄罗斯人口密度稀疏、分布极不均衡是其人口危机的另一特点。据 2010 年俄罗斯人口普查,人口密度为每平方公里 8.3 人,不到世界平均水平的四分之一;

且人口地域分布极不平衡,人口最稠密的莫斯科市和莫斯科州的人口密度是每平方公里近 400 人,而在人口最稀疏的楚克奇自治专区人口密度仅为每平方公里 0.01 人。人口空间分布极化,较低的人口数量和广阔的土地面积极不相适应,以远东地区为例,俄罗斯远东地区面积为 621.59 万平方公里,占俄罗斯土地面积的 36.4%,幅员辽阔,石油、天然气、海洋等自然资源丰富,但人口仅 700 万,占俄罗斯人口的 5.3%,自 1991 年开始的近 30 年间,远东地区人口还下降了 25%。由于位于北极圈及周边,且资金、人力匮乏、基础设施不完善,致使人口分布出现严重极化现象,发展远远落后于俄罗斯西部地区。然而,这种人口极化恰恰是市场经济规律作用的结果,俄罗斯中央政府投入大量经济资源来挽回偏远地区的发展颓势,但收效甚微。

长期的低生育率会导致没有足够的年轻人来替代劳动力,对地域经济发展极为不利,只是日本与俄罗斯推行积极的鼓励生育以及人口区域调控政策都无法撼动市场经济规律作用,人口加速负增长使得偏远地区“空心化”、甚至部分地区重新演变成“无人区”,对国家安全构成严重威胁。

(三) 欧洲的德国

与其他欧洲地区相比,德国呈现出均衡发展的多中心城市化布局,一方面,密集型结构的大城市较少,另一方面,德国区域经济均衡发展程度也是全球首屈一指。目前德国人口超过百万的城市仅有柏林、汉堡、慕尼黑和科隆,其中柏林人口约 350 万人,其余三个城市人口均未超过 200 万。德国多中心的均衡发展形态与德国的历史以及联邦各州较大的自主权和相对独立的产业布局密切相关,各地结合区域自身资源禀赋发展优势产业,使得其产业

资源布局相对均衡,同时,联邦政府通过对重点领域和产业进行财政援助,帮助地方政府应对城市人口和产业结构变化,即便如此,德国主要大城市和周边地区普遍出现人口增长态势,与欧洲其他国家类似,德国小城镇老龄化加剧,由于缺少人口规模效应,中小城市不具备发展现代服务业的可能,产业补贴与就业扶持政策未能挽留大部分年轻人,大量年轻人涌入就业更从容的大城市,远离大城市的地区遭遇持续的人口流失。

二、城市化:低生育行为趋同的重要因素

(一)现代化与高生育率难以兼容

世界发达国家和地区的人口危机主要表现为低生育率危机,欧洲发达国家之外,东亚的日本、韩国、新加坡与中国的台湾、香港地区为典型代表,这些低生育率国家和地区无一例外都是城市化水平较高的工业化社会形态。

半个世纪前,全球只有 6 个国家生育率略低于更替水平,最近 10 年,除非洲外,世界多数地区的生育率都降至较低水平。目前,世界上超过一半的国家生活在低生育社会,占全球总人口的一半以上(UNDP, 2015)。由农业社会转向工业社会与城市社会,生产的高度组织性与纪律性代替了以往的自由散漫,丰富多彩的现代生活部分替代了人类繁衍的欲望,避孕节育技术的推广又使得生育完全置于人为控制之下,“性”与“生育”发生分离成为可能,而这一切又与消费主义和享乐主义思潮相契合,现代福利制度同时又解除了个人的后顾之忧,为人们挣脱“养儿防老”束缚,追求个性解放,摆脱家庭束缚与免除生育负担提供了制度环境。低生育率便随工业化与城市化而至,虽然附着于家庭的人口再生产功能并未消失,现代化转型带来的“外部性”冲击,

教育、医疗与社会保障等复杂组织架构,在制度层面让人类繁衍的危机从“马尔萨斯陷阱”逐步让位于“低生育率陷阱”(苗国、陈友华, 2019)。

(二)城市化与低生育水平叠加的负反馈效应

进入工业社会,社会生产力极大提高,制约人口规模的物质被彻底打破,但是人口大爆炸并未在过去 30 年成为主流趋势,恰恰相反,现代消费主义的生产与生活方式让几乎所有发达国家与地区都陷入少子老龄化的困扰之中。这使得我们对于人类的现代性对生育的抑制能力有了全新的认知:首先,几乎所有的发达国家都是工业化强国,并且拥有很高的城市化水平,城市化以及教育水平的提高是这些国家与地区生育率下降最重要的内生性因素。其次,世界范围内鲜有单纯依靠农业成为发达国家的案例,发达国家普遍对人口自由迁移流动不加限制,国家工业化成功的关键在于人口流动、特别是城乡人口流动。人口从乡村到城市,从中小城市再向大城市聚集是市场机制作用的结果。因此,世界各国都先后被卷入城市化洪流中,中国的现代化进程亦不例外。

随着城市化进程的不断推进,人口出现空间上的再分布,一方面,城市化明显提高了国民受教育水平,城市女性就业等因为育儿致使其机会成本很高,两性受教育水平差异在不断缩小,现代女性的独立性增强,多育子女的社会基础已不复存在;另一方面,科技与城市化发展使得多数人会搬到城市里面,养育成本、住房成本不断攀升,抚养小孩的经济负担会显著增高,在中国即使是低收入人群,对孩子的期望也很高,“质量替代数量”驱使下的高成本教育投入,使得现代家庭的生育欲望大

幅度降低(陈友华、苗国, 2019)。所有这一切, 均造成了城市的低生育率及由此导致的恶性循环。

世界上存在一种普遍情况: 农村生育率高于城市生育率。未来随着城市化的进一步发展, 中国的生育率可能更低。根据国际经验, 城市化进程一般都会经历“起步—加速发展—高位趋缓”三个阶段。城市化水平在 30% 以下为起步发展阶段; 30%—70% 为加速发展阶段, 在此期间, 人口和经济活动迅速向城市聚集, 城市化水平以每年 1% 左右的速度迅速提高。而到了 70% 以上为高位趋缓阶段。中国目前正处在城市化的爬坡阶段, 随着城市化进程的加快, 生育率将越来越低, 这是发达国家走过的道路。中国城市化水平继续上升, 叠加当下极低的生育意愿与生育水平, 未来人口加速负增长的效应将会与近邻如出一辙。

三、结论与反思

人口聚集构成的城市化是人类文明进步的高级载体, 就人口发展而言, 人类文明史就是一部城乡人口空间演进史, 人类社会发展的历程就是一个人类在“效率”推动之下, 人口由点到面, 又由面到点, 人口密度不断加大, 最终趋于停滞的过程(陈友华、张钊, 2019)。效率驱使下的城市战胜乡村、大城市战胜中小城市是一种必然的历史趋势, 不以人的意志而转移。城市化与经济发展必然要求产业的转型升级, 现代社会第二、第三产业对从业人员素质要求更高, 特别是文化素质。这必然驱动家庭由投入孩子的数量成本向质量成本转移, 市场经济促进人口城市化进程, 遂使生育率大幅度下降, 衍生出大城市长期的低生育率和人口老龄化等结构性问题。新生人口无法填补老龄化和劳动力人口流失, 造成非核心区域的乡村与城市人口收缩。大城市对青年人口的“虹吸

效应”导致乡村与落后地区遭受更严重的老龄化挑战, 这是周边国家的现实案例, 也是我国正在经历的现实。

无论是家庭还是国家都应明白人类的后代才是最宝贵的资源。人口迁移在人口增长时代是正和博弈, 在人口减少时代演变成为负和博弈。尽管未来中国会维持较为庞大的人口规模, 但少子老龄化不可逆转, 中国无法像其他国家通过外来移民来改善人口结构, 大城市会像其他发达国家一样成为“低生育陷阱”的重灾区, 通过国家内部的人口迁徙一定程度上会缓解少子老龄化的冲击。只是世界各国政府努力鼓励生育、调控人口合理布局的尝试普遍都以失败而告终, 俄罗斯远东以及日本北海道地区的经验显示, 更低的生育率与人口加速负增长相互促进, 形成恶性循环, 进而陷入一种“人口负增长陷阱”。

与人口负增长相伴的中国老龄社会

金牛(南开大学经济学院)

原新(南开大学经济学院)

根据联合国《世界人口展望 2019》中方案预测数据, 中国总人口将在 2031 年达到 14.64 亿人峰值, 2032 年步入人口负增长时代, 预计本世纪中叶降至 14 亿人, 世纪末仍在 10 亿人以上。从当下到人口负增长时代到来之际, 以及人口负增长时代之后, 中国将长期处于老年型人口结构形态, 老龄社会是中国人口负增长时代不可避免的重大议题。

一、基本形态

(一) 老年人口规模大且比重高

中国总人口在 2031 年达到峰值后转降, 但老年人口规模却在不断扩大, 中国于世纪之交进入老龄化社会, 人口老龄化持续加速, 在 2032 年进入人口负增长时代之时老年人口

规模增至 2.68 亿人,在 2057 年达到 4.01 亿人峰值时已进入超级老龄社会二十余年,此后平缓下降,至本世纪末仍维持在 3.40 亿人左右。老年人口规模在 2058 年步入下行期,但由于总人口规模也在下降,在本世纪末之前,老年人口占总人口比重仍呈现上升趋势,到 2075 年超过 30%。

(二) 老龄化和高龄化双压并举

老龄化方面,2013 年前后中国人口老龄化进入加速上升期,2013~2040 年老年人口年均增长率高达 3.93%,老龄化水平年均增加 0.55 个百分点,最高时年增加 0.79 个百分点。在 2032 年进入人口负增长时代之时,老龄化水平达到 18.34%,已超过世界平均水平长达三十年;2053 年老龄化水平为 27.88%,首次超过发达地区平均水平,2083 年之后二者差额基本保持在 2 个百分点。高龄化方面,2032 年进入人口负增长时代之时,中国高龄化起步压力相对较小,80 岁及以上高龄老年人口占老年人口的比重为 18.48%,低于世界平均水平和发达地区平均水平;但此后开始加速,2046 年为 26.74%,首次超过世界平均水平,2067 年二者差距越过 5 个百分点,本世纪末超出 8 个百分点以上,并直追发达地区平均水平。

(三) 老年人口性别比升高趋势明显

性别比随年龄增大而下降是普遍规律,人口负增长时代中国老年人口性别比却呈现明显上升趋势。进入人口负增长时代之时,中国老年人口性别比为 87.11 (女性老年人口=100),高龄老年人口性别比为 67.49,均高于世界平均水平和发达地区平均水平。进入人口负增长时代之后的近二十年间,中国老年人口性别比稳定在 87.20 左右,本世纪中叶开始加速,2088 年达到 102.37 高点,此后转降,但

世纪末仍在 100 以上。2065 年高龄老年人口性别比加速升高,2097 年达到 95.42 高点,此后开始下降,本世纪末仍高达 95 左右。老年人口性别比的加速升高趋势,源于上世纪 80 年代初开始的持续 30 多年的出生人口性别比偏高现象;达峰值后的下降趋势,是 21 世纪早期出生性别比治理的结果。

(四) 老年抚养负担居高不下

中国老年人口抚养负担不断加重,拉动总抚养负担上升。中国老年人口抚养比于 2014 年首次超过世界平均水平;在 2032 年进入人口负增长时代之时,老年人口抚养比已达 27.65 (15~64 岁劳动年龄人口=100),高于世界平均水平近 9 个比点;2053 年升至 48.09,超过发达地区平均水平;然后继续攀升,本世纪末平稳增长至 58 以上,超出世界平均水平 20 个比点以上,超出发达地区平均水平 5 个比点左右;与之相对应,人口负增长时代的少儿人口抚养比基本稳定在 23~25,老年人口抚养比成为拉动中国总人口抚养负担不断升高的主要缘由。总人口抚养比于 2032 年超过 50,第一次人口机会窗口关闭;2036 年达 56.28,超过世界平均水平;2054 年为 74.31,超过发达地区平均水平;本世纪末增至 83 以上。

二、挑战

(一) 经济领域“未富先老”

人口负增长时代来临之前,中国经济快速发展,但相较发达国家,仍处于“未富先老”状态,国家和个体应对老龄社会的经济能力亟待提高。中国进入老龄化社会时,GDP 总量突破 1 万亿美元,实现基本小康,人均 GDP 尚不足 1000 美元,约为世界平均水平的 1/5。日本进入老龄化社会时,GDP 总量超过 4.8 万亿美元,人均 GDP 接近 4 万美元。2010

年中国 GDP 总量为 6.09 万亿美元, 跃居世界第二大经济体, 2018 年高达 13.61 万亿美元; 但中国仍是发展中国家, 2018 年人均 GDP 尚不足 1 万美元, 低于世界平均水平, 约为日本的 1/4。经济是社会发展的基础, 刚进入老龄化社会时, 中国人类发展指数不足 0.6, 稍低于世界平均水平; 2018 年升至 0.752, 是世界人类发展指数进步最快的国家之一, 但世界排名仅为 86, 与发达国家差距较大, 仍处于中等收入国家行列。

(二) 社会领域“未备先老”

改革开放以来, 中国社会保障事业持续推进, 织就了世界最大的社会保障安全网。2017 年末, 全国参加城镇职工基本养老保险人数 40293 万人, 比 1989 年末增加 34583 万人; 参加失业保险人数 18784 万人, 比 1992 年末增加 11341 万人; 参加工伤保险人数 22724 万人, 比 1993 年末增加 21621 万人; 基本养老保险覆盖超过 9 亿人, 医疗保险覆盖超过 13 亿人, 基本实现全民医保。但城乡二元结构下的养老和医疗差距等保障问题依然凸显, 农村老年人的社会保障制度严重滞后, 事关社会整体的长期照护保险仍未出台, 而多数发达国家在进入老龄化社会时已经做好长期照护保险制度安排, 中国老龄社会的“未备先老”特征明显。

(三) 健康领域“未康先老”

新中国成立以来, 人口健康状况大幅改善, 平均预期寿命从 35 岁升至 2018 年的 77.0 岁; 孕产妇死亡率和婴儿死亡率从 1500/10 万和 200‰降低到 18.3/10 万和 6.1‰, 基本接近发达国家水平。但“活得久”不意味“活得好”, 世界卫生组织数据显示, 2018 年中国平均健康预期寿命为 68.7 岁, 老年人带病生存期超过 8 年; 中国老年人的慢性患病和失能形势也

相当严峻, 目前患有一种以上慢性病的老年人比例高达 75%, 失能和部分失能老年人超过 4000 万人, 预计本世纪中叶接近 1 亿人。老年人的健康状况和精神状态是全生命周期健康行为、生活和生产方式综合塑造的结果, 根据出生队列推算, 中国进入人口负增长时代的首批高龄老年人出生于 1952 年左右, 经历过三年困难时期、文化大革命等特殊历史时期, 曾长期处于物资匮乏、医疗卫生保障不足、家庭规模较大的年代, 老年期的健康状况和精神状态带有历史烙印, 人口负增长时代到来之后的高龄老人健康问题是人口负增长时代到来之前“未康先老”的结果。

(四) 城乡视域“农村先老”

改革开放以来, 人口流动机制和政策环境得以改善, 在城镇大量就业机会、优质教育和医疗服务等民生资源的信号激励下, 农村青壮年人口大批流入, 加剧了农村老龄化程度。2000 年中国进入老龄化社会时, 农村 65 岁及以上老年人口数量达 0.59 亿人, 近乎城镇老年人口的两倍; 农村老龄化率为 7.5%, 城镇为 6.4%, “农村先老”已然形成。随着城镇化速度加快, 在中国进入人口负增长时代前后, 恰逢城乡老年人口数量转折期, 城镇老年人口数量逐渐超过农村, 但城乡老龄化率差距愈发扩大。预测数据显示, 2030 年城镇老年人口数量为 1.39 亿人, 超出农村 0.23 亿人; 城镇老龄化率为 14.4%, 农村为 23.1%。2040 年城乡老龄化率差额最大, 届时城镇老龄化率为 20.6%, 农村为 32%。

三、机遇

(一) 劳动力供给规模依然丰盈

根据国家统计局数据, 中国在 1950~1958 年、1962~1975 年、1981~1997 年经历了三次

人口生育高峰, 年均出生人口分别为 2077 万人、2583 万人和 2206 万人。依据退休政策进行年龄划分, 第一次生育高峰形成的第一次老龄化冲击波发生在 2010~2018 年, 60 岁及以上老年人口由 1.8 亿人增至 2.5 亿人, 自 2012 年以来 15~59 岁劳动年龄人口数量和比重连续双降, 虽然劳动年龄人口所表征的劳动力资源蓄水池释放收紧信号, 但整体供给依然丰沛, 2018 年 15~59 岁劳动年龄人口数量仍保持在 9.11 亿人。第二次冲击波发生在 2022~2035 年, 60 岁及以上老年人口由 2.7 亿人增至 4.2 亿人, 15~59 岁劳动年龄人口基本保持在 8.3~9.1 亿人的范围, 中国于 2032 年正式进入人口负增长时代之时, 劳动力资源依然充足。第三次冲击波发生在 2041~2057 年, 60 岁及以上老年人口由 4.4 亿人增至峰值 4.9 亿人, 15~59 岁劳动年龄人口由 8.0 亿人减至 6.8 亿人, 劳动力资源蓄水池迅速收缩, 但如果渐进式延迟退休方案顺利完成, 以 65 岁为老年节点, 相应老年人口规模减量和劳动年龄人口增量为 1.1 亿人。

(二) 综合人力资本水平大幅改善

2018 年新生儿、婴儿、5 岁以下儿童死亡率分别降至 3.9‰、6.1‰、8.4‰, 孕产妇死亡率降至 18.3/10 万, 人口平均预期寿命升至 77 岁, 均趋近发达国家平均水平。在人口负增长时代来临前, 中国极富预见性地以健康中国战略为谋划, 推动健康人力资本水平进一步提升, 提前夯实老龄社会的健康基石。2018 年学前教育毛入学率、九年义务教育巩固率、高中教育毛入学率分别升至 81.7%、94.2%、88.8%, 均已达到中高收入国家平均水平, 高等教育毛入学率达到 48.1%, 在学规模达到 3833 万人, 稳居世界第一; 2017 年 6 岁及以上人口、劳动年龄人口和新增劳动力的平均受教育年限分别达到 9.3 年、10.5 年和 13.5 年,

大学文化程度人口规模增至 1.93 亿人, 预计 2020 年突破 2 亿人, 2030 年过 3 亿人, 约为美国劳动力总量的 2 倍。综合人力资本的提升为人口负增长时代注入了质量活力, 缓解了数量下行压力。

(三) 人口红利潜在机会依然存续

改革开放以来, 中国经济高速增长, 1978~2018 年 GDP 年均增速为 9.6%, GDP 总量从 3678.70 亿元增至 90.03 万亿元。这种辉煌的经济奇迹, 是中国计划经济体制向社会主义市场经济体制改革, 坚持积极就业政策, 放宽劳动力流动限制, 实行科教兴国战略, 实施男女平等基本国策, 维护社会稳定, 开放国门吸引外资, 以及积极融入经济全球化等一系列持续的改革开放政策创新, 最终成功收获人口红利的硕果。人口机会窗口是判断人口红利消失与否的关键, 依据总人口抚养比低于 50 的标准, 中国人口机会窗口期为 1996 ~ 2032 年, 第一次人口机会窗口关闭的时间恰好与人口负增长时代的来临时间擦肩。但随着综合人力资本水平提升, 创新型国家发展战略强化, 基于劳动力素质、政治制度、社会公共环境等而触发的第二次人口红利机会窗口已然开启, 人口红利潜在机会仍旧存续。

(四) 国家制度优势的保障和支撑

新中国成立以来, 基本政治制度不断完善, 为国家长治久安奠定政治制度基石; “公有制为主体、多种所有制共同发展, 按劳分配为主体、多种分配方式并存, 社会主义市场经济体制”等社会主义基本经济制度为国家繁荣发展奠定经济制度基石。改革开放以来, 基于国家制度优势, 中国缔造了举世称赞的经济奇迹。在人口负增长时代来临之际, 人口老龄化程度加深, 经济奇迹的人口年龄结构基础发生变化, 经济增长动力快速转换。十九大作出中国经济

已由高速增长阶段转向高质量发展阶段的重大判断,十九届四中全会作出“坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化”的重大指引,新时代国家制度优势不断增强,为延续经济奇迹注入新动力。

四、应对

(一) 经济维度:合力开源,做大“蛋糕”

老龄社会问题的本质是经济问题,化解之道在于合力开源,做大“经济蛋糕”。一方面,依托健康中国和科教兴国战略,提升全民健康素质和教育水平,通过延迟退休和提高女性劳动参与率,强化已有人力资源和人力资本开发,优化生育政策和吸纳人才移民,拓宽新生及外来人力资源和人力资本开发,多维度开发人口红利,促进更充分更高质量就业。另一方面,依托新型城镇化建设和乡村振兴战略,重塑人力资源和人力资本型人口红利的孵化空间,从全产业空间合力开源,做大“经济蛋糕”。

(二) 民生维度:多维保障,分好“蛋糕”

纾解老年民生问题,需要做好多维保障,分好“经济蛋糕”。第一,优化政府职责体系和组织结构,推进政府治理体系和治理能力现代化,是做好民生保障的基础。第二,以养老、医疗和长期照护保险制度为三大支柱,完善涵盖老年人关爱服务体系的全民社会保障体系,强化提升健康水平的公平制度保障,是做好民生保障的关键。第三,以健康中国战略为依托,加快建设居家社区机构相协调、医养康养相结合的健康养老服务体系,是做好民生保障的重点。

人口负增长时代的经济增长问题探讨

刘厚莲(中国人口与发展研究中心)

原新(南开大学经济学院)

长期以来,人口规模与经济增长之间的关系受到经济学家、人口学家的广泛关注和思

考,并形成了丰富的人口经济思想和理论。从经济学鼻祖亚当·斯密(Adam Smith)的人口规模大能带来经济繁荣发展的思想,到适度人口理论、最优人口规模理论,马尔萨斯人口与经济增长不可持续关系理论,经济增长理论,以及人口与可持续发展理论,再到本世纪我国学者提出的人口均衡发展理论等,人口规模、人口增长与经济增长的研究成果颇丰。这些理论的提出都是伴随着人口增长的时代背景,但是随着人口转变的完成,日本等部分国家人口规模已经出现了持续的负增长态势。以往人口经济理论较少地讨论了人口负增长与经济增长的关系,还没有很好地回答人口负增长时代经济是否还能实现持续增长,以及如何实现持续增长的问题。显然,探讨这一问题对认识人口负增长与经济增长的关系、丰富人口经济理论具有积极意义,对把握人口负增长时代的机遇挑战和促进人口与经济协调发展具有重要现实意义。

一、人口负增长与经济增长的国际事实

纵观全世界,目前少部分国家已经进入了人口负增长时代。基于世界银行数据库中的人口与经济数据,我们观察了 20 多年来 13 个国家人口负增长和经济增长的发展状况⁵。

(一) 人口负增长的事实

这 13 个国家既有人口过亿的人口大国,如日本;也有中等人口规模的国家,如意大利、德国等;还有人口 1000 万左右的国家。目前,这些国家正在经历不同程度的人口负增长态势,其中部分国家已经形成了稳定的人口负增长态势。比如,乌克兰自 20 世纪 90 年代中期以来人口增长率均为负,表明 20 多年来人口规模一直处于减少。再如,日本 2011-2015 年人口增长率为 -0.11%,2016-2018 年为 -0.12%,表明近年来人口负增长态势更明显。

观察发现,这些国家人口负增长原因主要有两种情形。一是长期处于低生育水平而形成的人口负增长。如日本,1990 年开始总和生育率就低于 1.6,近十年来一直处于 1.4 上下波动,再加上国际迁入较少,导致近 10 年来形成了稳定的人口负增长态势。二是长期处于低生育水平,且人口表现为迁出。如希腊,总和生育率自 1990 年开始就处于 1.5 以下,近年来更是在 1.4 以下,并且自 2005 年以来,国际迁移由净迁入转为净迁出,人口规模相应也表现出负增长。因此,生育水平长期偏低和迁移是形成人口负增长的两个重要原因,并且两者可能同时出现,共同导致人口负增长。

(二) 人口负增长与经济增长的事实

那么,这些国家人口在经历负增长时,其经济增长状况如何?人口负增长与经济增长能够并存吗?由图 3,发现两个散点图中第二象限的散点是明显多于其他象限,说明多数国家在经历人口负增长时,多数年份的 GDP、人均 GDP 仍然在增长,仅有少数年份表现为经济衰退。具体观察发现,经济衰退主要发生在 2008–2009 年、2013–2014 年两个时期。究其原因,2008 年遭遇金融危机后,这 13 个国家多数在此期间经历了不同程度的经济衰退。

从经济发展程度来看,这些国家在经历人口负增长时,GDP 增长率、人均 GDP 增长率存在明显差异,总体表现出经济发展水平高而经济增长率低的特征。对于高收入国家的日本、意大利,2018 年 GDP 增长率和人均 GDP 增长率均为 1% 左右,处于经济低增长时代;低收入国家的乌克兰、波黑等,2018 年 GDP 增长率和人均 GDP 增长率均超过 3%,处于经

济中低速增长时代。部分国家在进入高收入行列后,尽管正在经历人口负增长,但仍实现了中速的经济增长,比如匈牙利、罗马尼亚,达到 5% 左右。总的来看,在经历人口负增长的过程中,即使在经济发展到较高水平阶段,经济仍有可能实现较快增长,即人口负增长并非经济衰退的决定性因素,人口负增长与经济增长是能够并存的。

二、人口负增长对经济增长的影响机制

人口负增长与经济增长并存的事实并未说明两者之间到底存在什么关系,只是表明了人口负增长时代经济仍然能够实现增长。需要说明的是,本文讨论的人口负增长时代经济持续增长问题,主要探讨人口规模负增长对经济增长的影响,并未考虑人口结构变化、人口质量对经济增长的影响。

(一) 人口负增长对经济增长影响的文献梳理

关于人口负增长对经济增长影响的文献可以归纳为三个方面。一是人口负增长对经济增长产生不利影响。学者们基于有效需求理论,分析认为人口减少将导致有效需求下降,储蓄和资本积累将减少,进而导致失业率提高,不利于经济稳定增长。人口减少带来劳动力减少和结构老化,带来长期的经济增速下降、消费支出减少、企业利润减少等。二是人口负增长对经济增长有利,人口负增长仍能带来经济增长。当人口负增长时,劳动力投入减少,存在一种劳动密集型技术向人力资本密集型技术转变的内生效率提升机制,进而促进经济增长,意味着人口负增长有利于促进经济增长方式转型,经济仍然可以实现持续增长。三

⁵ 保加利亚、希腊、克罗地亚、匈牙利、意大利、日本、葡萄牙、罗马尼亚、波黑、拉脱维亚、乌克兰、德国和白俄罗斯。

是人口负增长对经济增长影响不明显,两者能够并存,且目前并存已是事实。一个国家的国内生产总值会因为人口负增长而下降,因为一个国家的生产基础不会消失,经济增长仍可以

保持一定水平。通过梳理发现,目前对人口负增长的经济增长影响认识并不一致。接下来,通过分析人口负增长对经济增长的影响机制,促进认识人口负增长对经济增长的影响。

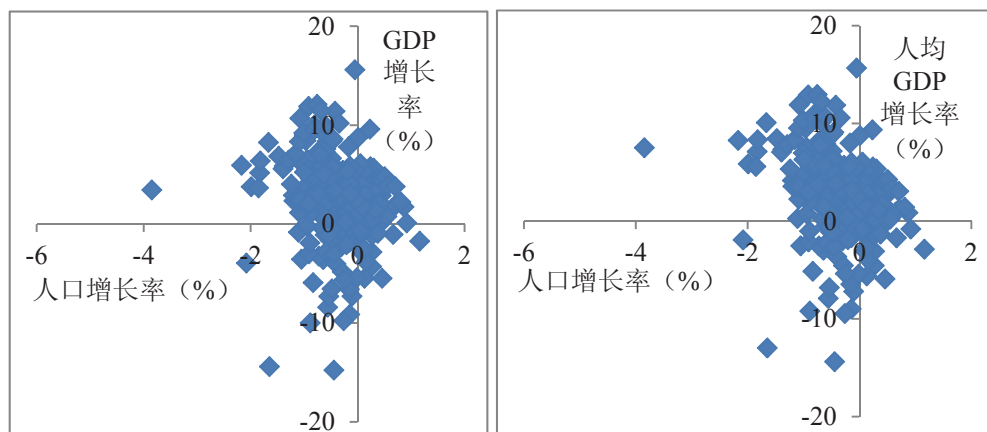


图3 1996-2018年13个国家人口增长与GDP、人均GDP增长的散点图

(二) 人口负增长对经济增长的影响机制

人口作为经济社会发展最基础的要素,对经济增长的影响是系统的、复杂的、动态变化的。人口既是消费的主体,又是生产的主体,通过消费、生产共同作用于经济增长。由此,从消费、生产两条路径分析人口负增长对经济增长的影响机制。

首先,人口负增长对经济增长的消费影响机制。一方面,人口负增长带来消费需求规模下降,如食物、住房需求等,将可能带来消费规模下降。但另一方面,随着经济发展,人们的消费结构发生变化而可能带来消费规模增长。这意味着总消费规模增长或减少取决于人口负增长而引起负向效应、消费结构升级而带来的正向效应的大小。当消费结构升级带来的正向效应超过人口规模减少的负向效应,此时总消费规模并不会下降。进入人口负增长时代,短期来看,总消费规模将会继续提高;长远来看,人口负增长持续足够长时间,人口规

模减少幅度足够大,总消费规模将可能下降。

其次,人口负增长对经济增长的生产影响机制。人口负增长并不直接作用于经济产出,而是通过劳动力供给,以及劳动力与资本投入、技术进步等其他要素相互作用来影响经济产出。人口负增长将导致劳动力供给减少,对经济产出带来负向效应。与此同时,当劳动力供给减少,有利于资本深化,引发技术进步,即存在促使增加其他要素替代劳动力投入的机制,如诱使或倒逼人力资本积累、推动技术进步,进而带来经济产出的正向效应。短期内,两者效应的大小难以确定,但从人口进入负增长后经济仍实现增长的事实来看,经济仍然保持增长,人力资本积累、推动技术进步形成的正向效应超过劳动力减少所带来的负向效应。从长远来看,由于科技进步等对人口负增长难以无限替代,人口负增长对经济产出能力的不利影响将逐渐显现。当然,这种不利影响的显现受到人口负增长的幅度和速度的影响。

综合来看,短期内,人口负增长时总消费需求和经济产出能力提高,依然能够保持经济增长。人口负增长的经济影响是温和的,同时也具有挑战性,前提是技术进步、人力资本积累和劳动生产效率能够有效提升,进而替代劳动力数量减少的不利影响。长远来看,人口负增长对总消费需求和经济产出能力产生不利影响,对经济增长的影响将是消极的。

(三) 不同人口负增长情形的分析

在一个开放的人口系统中,人口规模变化受到生育、死亡和迁移流动的共同影响。人口负增长对经济增长影响,还将随着人口负增长的成因不同而产生差异化的结果。我们将人口负增长归纳为两种情形,并分析两种情形下的人口负增长对经济增长的影响。

一是生育下降并长期维持在更替水平以下。在人口进入负增长的一定时期内,人口负增长对经济增长的影响是温和的,经济仍可继续增长,长期来看,人口负增长到一定时期时,经济中的生产、消费均受到影响,不利影响逐渐显现。

二是人口大量流出而形成的人口负增长。这种情形通常是劳动力大量流出,直接带来了劳动力减少。短期内,经济难以较好地做出适应,人口负增长对经济增长将形成明显不利的影响。

当然,还有部分地区是两种情形的叠加,生育水平长期偏低和人口大量流出共同导致人口负增长。这种情形下,人口负增长对经济增长的不利影响将快速显现。比如,我国东北地区人口长期处于较低生育水平,再加上人口持续大规模外流,人口负增长被认为是导致东北经济下行的重要原因之一。

三、人口负增长对经济增长挑战的应对

未来将有越来越多的国家或地区出现人

口负增长。那么,对于一个人口负增长的国家或城市而言,如何应对人口负增长带来的经济增长挑战?从人口负增长对经济增长影响机制来看,人口负增长对经济增长带来挑战的同时,也带来了较多的发展机遇。短期来看,从劳动力供给、提高劳动生产率、人力资本积累、科技创新等应对人口负增长对经济增长带来的挑战。长期来看,改革完善相适应的人口政策制度,促进人口长期均衡发展。

一是提高劳动参与率,吸引劳动力流入,稳定劳动力供给和就业市场。通过推行弹性实施延迟退休政策,挖掘老年人力资源。消除就业歧视和促进妇女就业、减少主动失业人口等,挖掘潜在劳动力资源。制定人口人才和宽松移民的政策吸引劳动力流入,加强技能型劳动力的培训、提升雇主利用技能型劳动力的能力等,促进劳动力更充分更高质量的就业和技能劳动市场的供求平衡。

二是提高要素配置效率,推动人力资本积累和科技创新。加快转变经济发展方式,持续推动劳动力自由迁移流动、金融资本、土地、科技、产业、贸易等制度改革,提高劳动生产率和要素配置效率。重视科学研究、科技创新和人力资本积累,从健康、教育等多维度开发人口红利,实现新动能转换,促进经济可持续发展。

三是把握人口负增长时代地区人口发展差异的机遇以及人口规模优势。受生育水平和迁移的影响,一个国家人口规模正在经历负增长,但有些城市人口规模仍在增长,而有些则为负增长。这种差异化的人口发展态势造就了发展的互补性,可以通过加强城市间的科技、产业等合作,促使不同的城市因地制宜、相互借鉴,从而为应对人口负增长挑战创造空间和

机遇。同时,不同人口规模对经济增长的作用存在差异,需要积极利用好人口规模庞大优势。

四是积极利用国际国内市场,促进经济系统中的消费与生产均衡发展。在人口负增长时代,经济系统中国内生产供给能力可能会超过国内消费能力,未来需要重视生产与消费之间的均衡发展。需要通过挖掘国内消费市场、推动消费市场升级,加强国际经济贸易合作,依靠国际市场消化国内生产剩余,以促进经济总体平衡。

五是构建综合的人口配套政策,打造相适应的人口发展环境。从长期来看,应对人口负增长在于转变人口发展理念,重视低生育率、人口老龄化、人口分布和人口素质等问题,构建适宜人口发展的制度环境,促进人口长期均衡发展。

外来人口逆转上海人口负增长

李竞博(首都经济贸易大学劳动经济学院)

从 20 世纪 90 年代开始,我国人口内在自然增长率转为负值,形成人口负增长惯性,虽然我国人口外在表现仍为正增长态势,但是主要由于 20 世纪下半叶人口内在自然增长率为正值所累积的正增长惯性仍在发挥作用,因此,人口增长被认为是人口惯性导致的惯性增长(王丰等,2008;翟振武,2008)。根据预测,我国将于 2030 年前后正式进入人口负增长时代。由于人口发展的区域性差异,我国部分区域已经进入人口负增长,事实上,上海市是首个进入人口负增长的地区,户籍人口早在 1993 年就开始了人口负增长历程,但净流入和净迁入人口很大程度上缓解了地区人口负

增长趋势,同时在一定程度上改变了城市人口的空间布局。区域间的人口迁移流动有益于人力资源和人力资本的优化配置,为进一步的经济发展创造有利的能动资源。

一、上海市已进入人口负增长⁶

大城市是计划生育政策规定最严厉和执行效果最好的区域,也是经济发展较好的区域,上海市作为超大城市之一,妇女生育观念和生育行为转变超前,在计划生育政策和经济社会发展的综合作用下,自发性少生持续稳定,超低生育率成为城市人口发展的基础。

上海自上世纪九十年代开始,自然增长率已呈负增长趋势。改革开放后,上海市的死亡率基本稳定维持在 6.1‰-8.7‰之间;从改革开放到上世纪八十年代,上海的出生率波动性较大,1982 年达到峰值 18.5‰,随后快速下降,1987 年达到第二个峰值 15.3‰,上世纪八十年代末期开始,上海市的出生率下降幅度较大,2003 年后有所回升,但仍未高过前期高点;在出生率和死亡率的双重作用下,自然增长率的变动趋势与出生率相近,1987 年前保持波动,1982 年达到峰值 12.2‰,1987 年达到第二个峰值 8.6‰,1993 年开始,自然增长率小于 0,正式进入人口负增长阶段。除进入 2010 年后,在部分年份自然增长率反弹至正值之外,从 1993 年开始,上海市的自然增长率始终维持在负增长阶段。

与此相对应,自然增长人口进入下降通道,年均减少人口接近 1 万人口左右;2006-2018 年,受人口惯性规律和计划生育政策调整影响,自然增长人口有所回升,但仍不改变负增长的趋势。整体看,改革开放以来人口自然增长缓

⁶ 以下部分数据主要来源于 1978-2018 年《上海统计年鉴》,1982、1990、2000、2010 年上海市人口普查资料,2015 年上海市 1% 人口抽样调查资料。

慢,出生队列累积,自 20 世纪 90 年代开始进入负增长。按照寇尔对人口转变的数量型判断,上海市已经进入现代静止阶段。

二、迁移流动人口主导上海人口规模扩张

从上世纪 90 年代,上海市已经进入人口

负增长阶段,但上海市由于在经济发展、社会发展方面的绝对优势,吸引更多的外来人口大幅迁入、流入,从而导致上海市人口整体呈现规模扩张的趋势。

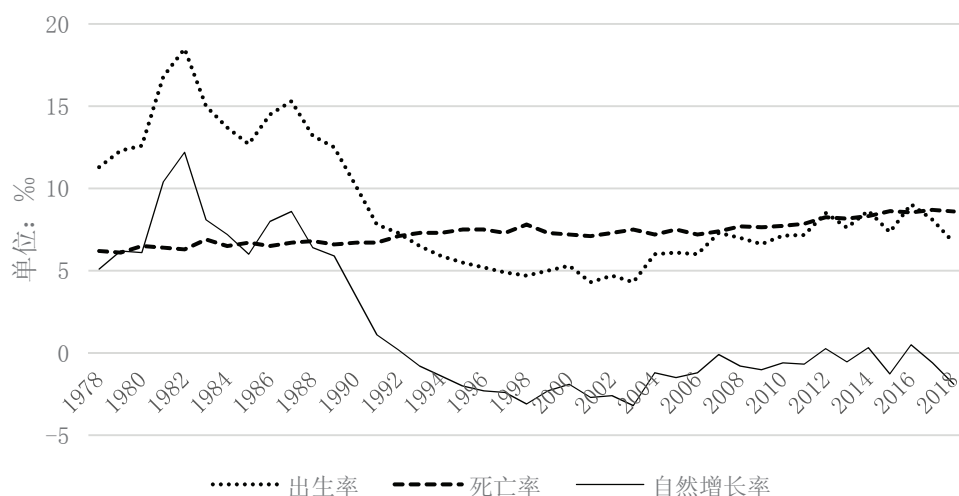


图 4 上海市人口自然变动 (单位: ‰)

数据来源:《2019 年上海统计年鉴》

1. 户籍人口规模增长缓慢。1978–2018 年,上海市户籍人口规模从 1098.23 万人增加至 1462.39 万人,年均增加 8.89 万人,年均增长率为 0.7%。1978–1995 年间,户籍人口年均增长率均在 1% 以上,年均人口增长率为 1.05%;1995–2018 年,户籍人口年均增长率开始持续低于 1%。受人口惯性规律和计划生育政策调整,上海市的户籍人口规模持续上涨,但整体看,改革开放以来户籍人口规模增长缓慢,1989 年后,户籍人口净增长率开始小于 1%。虽然 1998–2008 年之间,户籍人口规模的净增长趋势有所回升,但随后又快速进入下降阶段。

2. 常住人口规模增势明显。1978–2018 年,上海市常住人口规模从 1104.00 万人增加至 2423.78 万人,年均增加 32.99 万人,年均增长率为 1.9%。从上海市常住人口的绝对规模

变动趋势来看,1978–2014 年,上海市常住人口规模呈持续增加的趋势,2014 年,常住人口规模增长趋缓,基本稳定在 2420 万人左右;从常住人口规模的增长速度来看,上海市的常住人口变动呈现出“下降–上升–下降”的趋势,1978–1996 年、1997–2010 年、2011–2018 年三个阶段的常住人口年均增速分别为 1.5%、3.41%、0.46%,2007 年的常住人口净增长率最快,达到 5.06%。

3. 迁移流动人口快速增长。净迁移人口变动与户籍制度、人口调控等政策密切相关,20 世纪 90 年代初,在严格的户籍制度约束下,净迁移人口基本保持有限的平稳增长,90 年代中后期,进入持续增长阶段,1990–1995 年间,净迁移人口增加了 5.19 万人;进入新千年,特别是市场经济体制改革不断深化,上海市户籍政策适度松动,符合人才落户和随迁落户政

策的人口可以申请落户, 2000–2010 年, 净迁移人口进入较快增长阶段, 年均增长 10.74 万人; 2011–2018 年, 净迁移人口增速减缓, 年均增长 7.14 万人, 其中, 2014–2018 年, 虽然《国家新型城镇化规划 (2014–2020)》规定, 严格控制 500 万以上特大城市人口规模, 但上海市净迁移人口规模有小幅上涨, 2018 年, 上海市净迁移人口 9.83 万人。净流入人口的变动波动性较大, 但是在近十几年间, 整体呈现上涨的趋势, 并且净流动人口相较于净迁移人口和自然增长人口而言, 规模巨大。

4. 迁移流动人口主导城市人口变化。依据 1990–2018 年的常住总人口、户籍总人口和户籍人口自然变动统计数据, 按照人口平衡公式计算, 1990 年, 上海市常住人口 1334.0 万人, 其中迁移流动人口总计 50.7 万人, 迁移流动人口占常住人口的 3.8%。1990–1995 年, 常住人口、户籍人口和迁移流动人口均保持平稳增长趋势, 年均迁移流动人口在 100 万人左右, 常住人口增长缓慢; 1995 年, 迁移流动人口规模突破百万, 占总人口比重达到 8.0%, 常住人口总量为 1414.0 万人; 1995–2018 年是市场经济体制不断巩固深化的阶段, 迁移流动人口规模急速扩大, 从 112.6 万人增至 961.4 万人, 增幅近 7.54 倍, 相应的常住人口规模从 1414.0 万人增加到 2423.8 万人。迁移流动人口占常住人口的比重从 1990 年仅 3.8%, 激增至 2018 年 39.7%; 与此同时, 户籍人口总量从 1283.4 万增加至 1462.4 万人, 增幅 13.9%, 年均增长率 0.5%; 常住人口增幅 81.7%, 年均增长率 2.2%; 迁移流动人口增加了 18.0 倍, 年均增长为 11.1%。迁移流动人口年均增速是户籍人口的 4.4 倍, 常住人口的年均增速是户籍人口的 22.2 倍, 迁移流动人口主导了上海

市常住人口规模的扩大。

虽然上海市在上世纪 90 年代已经进入了人口负增长阶段, 自然增长人口呈负增长趋势, 但由于大规模的人口迁移流动, 上海市常住人口增速较快。1990–2018 年, 迁移流动人口增加 910.7 万人, 常住人口增加 1089.8 万人, 迁移流动人口增量是常住人口增量的 83.6%。换言之, 改革开放以来, 上海市人口增量中至少 85% 左右是由迁移人口和流动人口贡献, 所以说至少, 是因为迁移人口落户上海市后的自然变动被统计计入户籍人口自然变动范围。显然, 迁移流动人口已经成为决定上海人口发展的主要力量, 是上海人口活力的主要来源。

三、外来人口优化上海人口年龄结构

比较 1990 年上海市第四次人口普查和 2019 年统计数据, 1990–2018 年间, 常住人口中 0–14 岁少年儿童人口净减少 4.77 万人, 增幅为 -8.49%, 年均增长率 -0.07%; 15–64 岁劳动年龄人口净增加 857.31 万人, 增长了 88.76%, 年均增长率 2.29%; 65 岁及以上老年人口净增加 237.30 万人, 年均增长率 3.87%。劳动年龄人口是城市人口增长的主要群体, 净增量占同期常住人口净增加的 78.67%。依据 2010 年上海市第六次人口普查资料分析:

1. 外来人口缓解了人口老龄化程度。2010 年户籍人口年龄结构呈“枣核型”(图 5), 少年儿童、劳动年龄和老年人口的比例分别为 11.80%、73.44%、14.76%, 属于典型的老年人口结构, 户籍人口老龄化严重, 如果继续延续目前户籍人口的超低生育率和人口负增长, 户籍人口的老龄化程度将进一步加深且不可逆转。按照常住人口计算, 人口年龄结构表现

为“伞型”，少年儿童、劳动年龄和老年人口的比例分比为 8.62%、81.26%、10.12%，虽然人口老龄化指标超过了判断老龄社会 7% 的标准，但是依然处在成年型人口结构。显然，迁移流动人口优化了城市常住人口的年龄结构，迁移流动人口以劳动年龄人口为主，老年人口仅占 1.27%，最终改变了常住人口的劳动年龄人口规模和年龄结构，虽然略微增加了老年人口规模，但是降低了老年人口比重。综上，以劳动年龄人口为主的迁移流动人口流入城市，优化了城市人口的年龄结构，提高了常住人口的生产能力，缓解了人口老龄化程度，延长了人口机会窗口的开启期。

2. 外来人口补充了城市劳动力供给。外来人口的主体是劳动年龄人口，其中，15-64 岁

人口占比达到 90.20%，常住劳动年龄人口中，66.91% 是外来人口，户籍人口只占 33.09%，外来人口扩大了上海市劳动力的有效供给。

3. 外来人口提高未来人口活力。外来人口中的少年儿童人口占 8.53%，占常住少年儿童人口的 38.63%。即使未来迁移流动儿童回流可能会对劳动力资源供给带来一定程度的折损，但是随家庭化迁移流动越来越普及，较大规模的少年儿童会增添未来的劳动力资源和年轻人口，提高上海市未来的人口活力。

四、迁移流动人口改变上海人口空间分布

外部看，迁移流动人口维持了上海常住人口的持续增加，内部看，迁移流动人口也改变了上海市内部的人口分布格局。

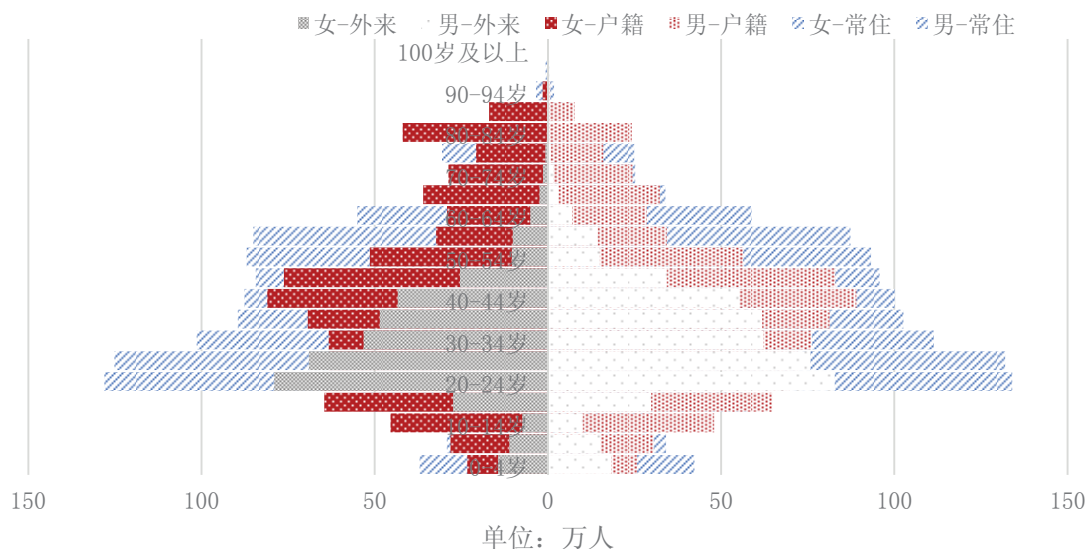


图 1 2010年上海市人口年龄结构状况

数据来源：2010年上海市第六次人口普查资料

1. 户籍人口主要分布在近郊区及中心城区，人口规模处于增长趋势。2000-2018 年，中心城区的户籍人口规模从 517.00 万人增至 595.73 万人，增加了 78.73 万人，年均增加 4.37 万人，人口占比从 39.35% 增至 40.74%。中心

城区内黄浦区、徐汇区、静安区的户籍人口呈增加趋势，普陀区、虹口区、杨浦区的户籍人口规模稳定；近郊区人口主要集中在浦东新区、闵行区和宝山区，其中，浦东新区和闵行区的户籍人口增速最快，分别增加了 84.61%、

70.92%。

2. 常住人口在中心城区处于减少态势,在近郊区则规模大幅增长。2000–2018 年,中心城区的常住人口规模从 580.4 万增至 688.7 万,年均增加 6.02 万人;近郊区常住人口规模从 869.1 万增至 1730.1 万,年均增加 47.83 万人,人口占比从 52.97% 增至 71.38%。其中,黄浦区常住人口规模由 90.35 万人下降至 65.4 万人,长宁区、静安区、虹口区均呈小幅下降态势;浦东新区和宝山区的常住人口规模增长幅度最大,分别从 200.24 万人、75.31 万人增至 550.0 万人、204.2 万人,分别增加了 1.75 倍、1.71 倍。上海市中心城区的人口疏解态势明显,逐渐向近郊区集聚。

3. 以行政区为单位分析,浦东新区、闵行区和杨浦区是户籍人口的核心聚集区,且三个区域的人口分布呈逐年集聚的趋势。从 2000 年的 336.0 万人增加至 2018 年的 523.8 万人,年均增加 10.43 万人,年均增长率 2.50%,占上海市人口规模大的比重从 25.57% 增加到 2018 年 35.82%。其中,浦东新区的人口规模最大,户籍人口增速最快,从 2000 年的 12.5% 增加至 20.7%;杨浦区的户籍人口规模变动最大。松江区、青浦区、奉贤区和崇明区

的户籍人口规模占比较为稳定;静安区的户籍人口规模增速较快。

常住人口集中在浦东新区、闵行区和宝山区,2000–2018 年,总人口规模从 484.7 万人增至 1008.6 万,占常住总人口的 29.5% 增至 41.6%。其中,浦东新区、闵行区、宝山区和松江区的常住人口规模与户籍人口规模差距最大,相对而言,这三个区对迁移流动人口的吸引力最大。受区域功能单位和产业布局的影响,黄浦区的常住人口规模少于户籍人口。

总之,自由择业和自由流动是常住人口和户籍人口在城市区域中分布差异的制度基础。人口随产业布局和就业机会而定,个人效用最大化的驱动力促使外来人口在特定区域聚集,同时人口流动带动了劳动力和资本要素从边际生产率低的部门向边际生产率高的部门流动,实现生产资源的重新配置,使之尽可能地达到帕累托最优,提高综合生产效率。外来人口受教育水平的普遍提高能够产生技术外部性,形成产业集聚,进一步降低生产成本,扩大经济增幅。从经济增长的“三驾马车”入手,外来人口进入城市也会提高城市消费水平,改变城市消费结构,提高资本投资率,从而激活了城市发展活力,促进了城市经济发展。

◀ 调研与分析 ▶

全面两孩政策对女性职业发展影响

张苹

(上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031)

一、引言

(一) 研究背景

2012 年以来, 我国社会老龄化速度加快, 劳动力人口逐年减少, 为此, 2013 年中共十八届三中全会决定实施单独二孩政策, 即允许一方是独生子女的夫妇生育两个孩子, 并于 2014 年在全国范围内逐步实施。据原国家计生委和相关专家预测, 该政策实施后, 2015 年全年出生人数可能会达到甚至超过 1800 万。但是据统计, 2015 年全年出生人口仅为 1655 万, 比 2014 年减少了 32 万^[1]。生育小高峰并未如期而至, 单独二孩政策对新生人口数量的增加效应并不明显, 而育龄妇女人数的减少以及对生肖的选择或成为造成该局面的重要原因。鉴于此, 2015 年 10 月, 中共十八届中央委员会第五次全体会议公报指出: 促进人口均衡发展, 坚持计划生育的基本国策, 完善人口发展战略, 全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策, 积极开展应对人口老龄化行动。至此, “全面两孩” 政策开始在全国范围内实施。

随着现代人思想观念的转变, 许多女性不再拘泥于家庭的束缚, 希望拥有同男性一样在职场拼搏的权利, 但生育仍然是现代女性无法回避的社会责任。尤其在中国, 由于受到传统观念的束缚, 生育成为了几乎所有女性必然会选择的结果。同时随着时代的发展, 女性的

角色不仅仅局限于家庭, 女性劳动力在人力资本市场中发挥了越来越大的作用, 女性同时承担了重要的职业角色。生育和职业发展是育龄妇女生命历程中两大重要的事件, 对大多数女性来说, 二者之间存在时间博弈。生育不只是一个简单行为, 它还包括了抚育子女这一重大责任, 这一过程是一个漫长而重要的时期, 但在这一时期内生育角色和职业角色往往会产生冲突, 生育这一行为往往会对女性的职业发展产生影响。女权主义理论家朱丽叶·米切尔 (1997) 就曾提出“女性为了人类的再生产做出了特殊贡献, 承担了生育的巨大艰辛, 付出了难以用经济指标衡量的心血。然而, 她们会因为这样而在职业生涯中处于不利地位, 并进而决定了她们在社会生活中的不利地位。”而根据诸多报道和调查研究显示许多育龄女性在就业时存在就业困难; 一般职业女性在生育前都会产生忧虑, 担心由于生育而造成职位不保或者职位的变动; 有些女性即使在生育后也会担心生育会对职业晋升产生阻碍, 种种现象不一而足。而有些人则认为生育对女性职业发展没有影响, 甚至有些人认为生育有利于促进女性职业发展, 众说纷纭。

生育政策的调整将职业女性生育与职业发展之间的矛盾进一步凸现出来, 对育龄女性的职业发展产生影响。对于刚工作几年已经生

育一个孩子的职业女性而言,“全面两孩”政策使得她们再次面临生育决策的选择。随着全面两孩政策的放开和生育二孩的职业女性群体日益增多,对职业女性来说,生育必然面临与职业发展机会成本之间的博弈。那么生育二孩与女性职业发展是否具有相关关系,生育二孩又是否会对女性职业发展产生更大的阻碍影响,如何降低职业女性因生育二孩而失去的职业发展机会成本风险,促使女性实现生育和职业发展的平衡,是我国实施全面两孩政策必然要思考和解决的重要问题。

(二) 研究目的和意义

对于同时承担了生育角色和职业角色的女性而言,生育角色和职业角色之间的矛盾是不可避免的,但是人的精力是有限的,所以生育必然会影响女性的职业发展,生育数量的多少也会对职业发展产生不同程度的影响。本文旨在验证生育数量对女性职业发展是否有影响以及子女数量又是如何影响女性职业发展的,意在把职业晋升中的子女数量这一隐性的问题显性化,增强人们对女性职业晋升中子女数量影响因素重要性的认识,更有针对性的推进“全面两孩”政策的实施。

生育是大多女性必然会面临的人生经历,生育和职业发展之间必然会产生交集,研究子女数量对女性职业发展的影响具有极大的现实意义。女性问题一直以来都是世界各国共同关注的话题,在中国也不例外,而正视女性在人类繁衍中的重要角色,正视女性在承担社会角色和家庭角色所做出的付出,对于女性而言是社会公平的体现。同时挖掘生育对女性职业发展的影响原因更加有利于女性自主进行职业规划,有利于女性的职业发展和个人价值的实现。同时也有利于社会和家庭为女性职业发展提供具有针对性的有力的支持。

就理论意义来说,“生育”和“职业发展”对于女性而言是两个必须面临的重大问题,而目前对于这两个问题的研究大多是分别进行的,直接联系在一起进行专门研究的还相对较少。生育作为影响女性职业发展一个重要考量因素,验证两者之间的关系并说明生育是如何影响女性职业发展的,对于改善女性职业发展现状和促进男女职业发展公平具有极大的现实意义,对于补充人力资源管理理论而言都具有重大意义。

二、数据来源与方法

(一) 研究对象与数据来源

本文在文献研究和访谈的基础上,设计《上海已婚已育女性职业发展与社会支持调查》问卷,通过预调查对问卷进行检验和修正,最终进行问卷的正式发放并回收。本次调查使用目的抽样方法,在上海市选取 4 个街道,由调查员进行面对面问答。调查于 2018 年 6 月至 8 月实施。调查对象需满足 4 项条件:第一,2018 年 6 月 1 日年满 18 ~ 49 岁的女性(即 1969 年 6 月 1 日 ~ 2000 年 5 月 31 日出生的女性);第二,已生育(包括现孕)2 个及以上子女;第三上海常住人口;第四,职业女性。

本研究的职业女性为题项“您目前是否从事有收入的工作”的回答中选择“是”的调查对象,占全部样本的 92.9%(其中,考虑到工作变动,将“暂时离职,打算重新找工作”的也归为职业女性,占 3.3%)。职业女性中 85.7%为每天 8 小时及以上的固定工作方式,6.8%上班时间相对灵活,0.5%是打零工的方式。

(二) 变量说明

要研究子女数量对职业女性职业晋升的影响,需要在控制不同的影响因素的情况下,来比较具有相同特征的个体,其子女数量的差异是否造成其职业晋升的差异。

1. 因变量

本研究的因变量为是否得到晋升。在调查问卷中有这样一个问题：在过去的 3 年内，您是否获得过技术等级或职务上的晋升？备选答案为“1=‘是’、2=‘否’”，为了研究便利，将晋升情况处理为虚拟变量，并重新编码为：“0=‘无’、1=‘有’”。

2. 自变量和控制变量

根据理论支持、文献回顾及单变量 Wald 检验，将“子女数量”“受教育程度”“年龄”“岗位级别”“性别观念”“家庭年收入”“老人支持”“单位类型”等变量纳入回归模型。其中，子女数量为本研究的核心变量，并将子女数量处理为虚拟变量。其他变量主要为本研究的控制变量，包括：(1) 受教育程度，包括高中/中专及以下、大专、大学本科、研究生及以上 4 个等级；(2) 年龄，分为 25 ~ 29 岁、30 ~ 34 岁、35 ~ 39 岁和 40 岁及以上 4 个类别；(3) 岗位级别，分为普通职工、中层管理者（中级技术职称）和高层管理者（高级技术职称）3 类；(4) 性别观念—挣钱是男人的事，分为完全同意、比较同意、中立、不太同意和完全不同意；(5) 家庭年收入，分为 10 万及以下、10 ~ 19 万、20 ~ 29 万、30 ~ 49 万、50 ~ 99 万和 100 万及以上；(6) 老人支持，分为能提供照料支持和不能提供照料支持；(7) 单位类型：分为“党政机关、事业单位、国有/集体企业、外资/合资企业、私营/个体经营、其他”6 类。以上均为序次变量，在模型中均处理为虚拟变量。

(三) 研究方法

由于本研究所考查的因变量为二分类变量，因而采用二元的 logistic 回归模型分析养育不同子女数对女性职业晋升的影响并检验调节变量的作用，对不同子女数量的女性个体在晋升过程中的机会公平性进行探讨。

鉴于以往研究多采用工具变量方法以解决生育和职业变量的内生性问题，且常用的工具变量有初育时双胞胎的发生率^[2,3]（发生率太低，需要大样本支持）、家庭中孩子的性别构成^[4]（一般用于多子女的国家）、第 1 个孩子的性别^[5-7]（一般用于有性别偏好的地区或国家）等，结合数据可得性，我们在研究子女数量对女性职业晋升的影响中，也将“第 1 个孩子的性别”作为工具变量，以检验生育变量是否具有内生性^[8]。我们采用 Durbin-Wu-Hausman 方法^[9]对生育变量可能存在的内生性问题进行检验。首先将子女数量作为因变量，将选定的工具变量（第 1 个孩子的性别）和其他控制变量放入 logistic 模型进行回归，得到回归残差；其次将残差和自变量及控制变量（不包含拟选的工具变量）放入主回归方程进行回归，若残差项的回归系数显著，则说明自变量子女数量具有内生性，反之则不具有内生性。结果显示残差项在 5% 的显著性水平上不显著（sig.=0.161），说明子女数量在本文中不存在内生性，不需要使用工具变量法。

因变量与自变量的相关分析发现，孩子的数量、岗位级别、单位类型、受教育程度、单位类型和家庭年收入与因变量之间存在相关关系，年龄、老人提供照料支持和性别观念与因变量不存在相关关系（见表 1）。

值得注意的是，通过以上交互分析，虽然我们可以发现晋升机会在养育不同子女数的两组女性之间的分配并不平衡，但是单从简单的统计分析难以直观地发现各影响因素与子女数量和晋升之间的数量差别。此外，上述结果只是在没有控制其他变量的条件下得出的初步结果，而这些结果是否在总体中真实存在，则需要进行下一步的统计验证。

表 1 因变量与自变量的相关性检验

		是否获得 职业晋升			是否获得 职业晋升
孩子的数量	Pearson 相关性	-0.100**	年龄	Pearson 相关性	0.014
	显著性 (双侧)	0.003		显著性 (双侧)	0.673
	N	877		N	877
岗位级别	Pearson 相关性	0.417**	单位类型	Pearson 相关性	-0.178**
	显著性 (双侧)	0		显著性 (双侧)	0.000
	N	877		N	877
单位类型	Pearson 相关性	-0.178**	老人提供照料支持	Pearson 相关性	0.003
	显著性 (双侧)	0		显著性 (双侧)	0.927
	N	877		N	877
受教育程度	Pearson 相关性	0.177**	性别观念	Pearson 相关性	0.056
	显著性 (双侧)	0		显著性 (双侧)	0.099
	N	877		N	877
家庭年收入	Pearson 相关性	0.175**			
	显著性 (双侧)	0			
	N	877			

**在0.01水平 (双侧) 上显著相关

三、子女数量对职业女性发展影响

(一) 样本状况描述

本次调查总样本量为 980 份。鉴于我国长期实行的一孩生育政策和近几年才陆续实行的“单独二孩”和“全面两孩”政策,目前大多数城市已婚妇女生育 1 个孩子,少数生育 2 个孩子,生育 3 个及以上多孩的比例较少。为简化模型及更具有政策参考意义,研究剔除了没有生育过子女的女性和生育 3 个及以上的女性以及关键变量缺失的样本,仅保留已育一

孩和已育二孩的女性 (以下简称“两组女性”),实际纳入分析的有效样本 877 份。以常住地作为划分依据,调查样本覆盖上海市大部分区县,包括闵行区 (15.96%)、黄浦区 (14.71%)、长宁区 (11.29%)、徐汇区 (9.35%)、闸北区 (8.55%)、卢湾区 (8.32%)、杨浦区 (7.87%)、普陀区 (7.18%)、静安区 (5.59%)、浦东新区 (4.90%) 以及其他区县 (6.27%),能够较好地代表全上海的总体状况。主要变量的描述性统计见表 2。

表 2 主要变量的描述统计

变量	频率	百分比	变量	频率	百分比
晋升情况			受教育程度		
无 (=0) *	542	61.8	高中及以下 *	57	6.50
有 (=1)	335	38.2	大专	183	20.87
孩子数量			大学本科	530	60.43
1 个 *	684	77.99	研究生及以上	107	12.20
2 个	193	22.01	性别观念		
家庭年收入			完全同意 *	45	5.13
10 万元以下 *	111	12.66	比较同意	156	17.79
10 ~ 19 万元	334	38.08	中立	334	38.08

表 2 主要变量的描述统计（续）

变量	频率	百分比	变量	频率	百分比
20 ~ 29 万元	216	24.63	不太同意	243	27.71
30 ~ 49 万元	136	15.51	完全不同意	99	11.29
50 ~ 99 万元	58	6.61	岗位级别		
100 万元及以上	22	2.51	普通职工 *	601	68.53
祖辈提供照料支持			中层管理人员		
否 *	776	88.50	(中级技术职称)	234	26.68
是	101	11.50	高层管理人员		
单位类型			(高级技术职称)	42	4.79
党政机关 *	125	14.25	年龄分组		
事业单位	257	29.3	25 ~ 29 岁 *	94	10.72
国有 / 集体企业	130	14.82	30 ~ 34 岁	305	34.78
外资 / 合资企业	102	11.63	35 ~ 39 岁	293	33.41
私营 / 个体经营	201	22.92	40 岁及以上	185	21.09
其他	62	7.07			

注：*为分类变量的参照组。

（二）子女数量对职业女性发展影响的模型分析

在女性职业晋升的个体差异测量中，差距的总量区分为两个部分，模型中一部分是由于养育不同子女数因素所导致的晋升的差异，另一部分是由于其他因素（如人力资本等）所导致的晋升的差异。去除其他因素所解释的方差，剩余的未能解释的部分则被认为是养育不同子女数所导致的结果^[8]。因此，在进行回归分析的过程中，在基准模型（模型 1）中仅放入了核心自变量，目的是要与控制变量进入模型后所解释掉的因变量做比较。在所有自变量中，受教育程度和年龄主要代表的是个体人力资本的作用，岗位级别和单位类型代表了结构因素^[9]，挣钱是男人的事代表了女性的性别观念，家庭年收入和老人支持代表家庭经济支持和照料支持。如果对以上因素进行控制之后，晋升的子女数量差异仍然存在，那可能意味着子女数量是导致晋升差异的主要根源。

在模型 1 中，我们只纳入了核心自变量“子女数量”，作为基准模型，用以测量子女数量对女性职业晋升的总效应。回归结果显示，只放入了“子女数量”变量，此时“子女数量”

变量的系数为 -0.593，代表了子女数量对女性职业晋升的总效应，即以养育 1 个子女的女性为参照组，养育 2 个子女的女性得到晋升的发生比只是前者的 59.3%，且这种差异统计显著（ $P < 0.001$ ）（见表 3 模型 1）。

在模型 2 中，除了纳入核心自变量“子女数量”以外，还同时纳入了“受教育程度”“年龄”“岗位级别”“性别观念”和“单位类型”等变量，用以考察在控制了以上各个因素之后，子女数量因素对于女性职业晋升的净效应。如果这些因素对晋升有额外的解释力，那么子女数量变量的回归系数会相应发生变化，而此时的系数为排除模型中包含的个体人力资本因素、性别观念和结构性因素后，子女数量因素对女性职业晋升的净效应，如果此时子女数量变量的系数仍然显著，则说明子女数量因素是导致职业晋升差异的根源。回归结果显示，在控制了“受教育程度”“年龄”“岗位级别”“性别观念”和“单位类型”等变量之后，子女数量的系数为 -0.549，说明人力资本因素和结构因素对于两组女性在晋升中的差异具有解释能力。在控制了人力资本和结构因素之后，养育 2 个子女的女性职业晋升机会发生

比是养育 1 个子女的女性的 54.9% ($\text{OR}=0.204$), 前者晋升的可能性比后者少 45.1%, 且这种差异统计显著 ($P<0.001$)。因此, 我们认为两组女性在晋升过程中, 排除相关因素的影响之后, 子女数量仍然是影响女性职业晋升的原因之一。该模型中其他控制变量的情况, 以普通职工为参照, 目前岗位级别为中层和高层管理

岗位的, 职业晋升的机会更大, 这与目前岗位级别可能是近 3 年晋升的结果有关; 以“挣钱是男人的事”作为测量性别观念的依据, 持有反对意见越强烈的女性, 职业晋升的机会更大; 受教育程度、年龄和单位类型在统计上不显著 (见表 3 模型 2)。

表 3 子女数量对已婚职业女性影响的二元 Logistic 回归分析

变量		模型 1	模型 2
子女数量		0.593**	-0.600
受教育程度	大专		1.160
	大学本科		1.253
	研究生及以上		1.752
年龄分组	30 ~ 34 岁		0.761
	35 ~ 39 岁		0.788
	40 岁及以上		0.561
岗位级别	中层管理岗位		5.754***
	高层管理岗位		5.840***
性别观念	比较同意		2.324*
	中立		2.397**
	不太同意		1.928
	完全不同意		2.418*
单位类型	国有事业单位		1.407
	国有企业 / 集体企业		1.449
	外资 / 合资企业		0.926
	私营企业 / 个体工商户		0.852
	社会组织 / 基层自治组织		0.000
常量		0.689***	0.182***
		(-0.373)	(-1.704)
-2LL		1157.366	947.661

注: (1) 因变量为职业晋升情况。(2) * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$ 。(3) 子女数量以 1 个孩子为参照, 受教育程度以高中及以下为参照, 年龄以 25~29 岁为参照, 岗位级别以普通职工为参照, 性别观念(挣钱是男人的事)以完全同意为参照, 单位类型以党政机关为参照, 家庭年收入以 10 万以下为参照, 老人是否提供照料支持以“否”为参照。

根据上述分析可以得出结论, 养育 2 个孩子的女性, 由于随着子女数量的增加而承担了更多母亲角色的职能, 在家庭投入上明显多于养育 1 个孩子的女性, 由此会导致养育 2 个孩子的女性工作时间投入相对偏低, 随着养育子女数的增加, 加剧了养育 2 个孩子的女性工作—家庭角色的冲突。而女性受传统思想束缚, 生育后女性的家庭倾向性会加强, 尤其是

在家庭责任认知上会更加看重, 随着子女数的增加, 职业发展动力和目标会随之降低。工作投入和职业发展动力偏低会导致女性职业发展机会相对偏低和发展速度相对较慢, 其中工作投入对于职业发展机会和职业发展速度的影响相对较大。而工作投入和职业发展动力对职业发展机会的影响主要体现在职业机会成本的高低不同上, 生育 2 个孩子的女性的职业

机会成本明显高于生育 1 个孩子的女性。工作家庭的冲突随着养育子女数的增加而使得矛盾上升,导致她们职业发展举步维艰,这种困扰时刻侵扰着她们^[10]。

四、助力女性平衡生育与职业发展的政策建议

“全面两孩”政策实施后,育龄女性成为个人发展、家庭负担和生育责任三者冲突最为集中的群体,这种冲突直接影响育龄女性生育二孩的决策。“全面两孩”生育政策不仅涉及人口再生产的状况及趋势,也关系到家庭建设和妇女发展。为了更好地促进“全面两孩”政策的落实,我国还需要进一步完善相关配套政策。

(一) 完善生育女性的社会保障制度,减轻其对女性的负面影响

就目前的社会保障制度来看,女性生育权利得到了一定保障,但同时也体现出两面性,一方面女性在生育期间可以享受合理的福利待遇,但另一方面女性由于其生育特性和享受生育保险政策,相对男性而言也成为了高雇佣成本劳动力,所以女性在享受生育保险制度带来的权益的同时也受到了一定的负面影响^[11, 12]。虽然就生育保险制度实施的整体社会效益来看其带来的裨益是突出的,但为了保护女性职业发展权利,应该在消除其负面影响方面做出更多努力。必须正视和承认因女性生育或者再生育给企业带来的实际问题,制定相关政策减轻企业承担的女职工生育及其养育子女的成本。政府可制定相关政策,对企业形成较为合理的“补偿机制”。一方面,可通过评优、评先等手段,从提升企业社会形象的层面,引导企业履行社会责任,鼓励企业采取有利于平衡工作与家庭的措施,如建立育婴室,允许女职工特殊时段弹性上班、网络工作等。另一方面,可采取个人、单位、社会保险、政府多方分担的原则,提高生育保险的补助额

度,或给予适当的政策、税收优惠等,适当分担、补偿企业承担的女职工生育成本。此外,加大宣传和推进社会性别平等,提高整个社会对生育政策的认知和理解,增强全体国民的社会性别平等意识,消除针对女性的就业歧视。

(二) 从法律法规层面为生育女性创造平等的发展环境

对于政府或相关主管部门而言,应该正视已育一孩女性和已育二孩女性在职业晋升中的差异,完善相关的法律法规,对于年龄限制可以实行差别管理,从法律法规层面为生育二孩的女性创造平等的发展环境。繁衍后代是女性的社会责任,所以生育后尤其是二次生育后女性的职业发展应该得到社会的支持和关注。建议可以从人文关怀的角度,根据女性不同年龄段的特点制定相应的扶持政策,为她们的职业生涯发展提供良好的工作环境。例如对于 30 ~ 39 岁已生育的特别是已生育二胎的女性,在不影响工作的前提下,可以考虑工作时间弹性管理,以使她们有足够的时间育儿和照顾家庭。而对于 40 岁以上的女性,应该尽力消除“玻璃天花板”效应,制定较为公平的职称晋升机制,为其保证公平的晋升环境。另外,对于一些研究项目的申请,可以放宽年龄限制。

(三) 建立完善的儿童照料服务体系,减轻家庭照料压力

婴幼儿家庭在育儿方面所面临的最大困境并非经济压力,对子女的照料是更现实的压力,尤其是二孩家庭面临的其实是“育儿难、育两孩更难”的照料困境,众多婴幼儿家庭将“没人带”列为要二孩的最大困难。

导致照料困境的原因之一是育儿政策支持尤其是育儿假期不足。以上海为例,当前主要的父母假期包括三类:①基本产假 98 天;

②生育假 30 天和配偶陪产假 10 天；③哺乳假六个月（女职工生育后，若有困难且工作许可，由本人提出申请，经单位批准）。这样的假期制度，有两点显著不足：一是女性短暂的 4 个月左右的产假和生育假结束后，基本不享有父母假，即使母亲可申请哺乳假六个月，但由于单位性质和职业发展的因素，通常很难实现；二是缺乏父亲假期，制约父亲参与儿童养育。2019 年 5 月《国务院办公厅关于促进 3 岁以下婴幼儿照护服务发展的指导意见》（国办发〔2019〕15 号）（以下简称“《指导意见》”）提出，到 2020 年，婴幼儿照护服务的政策法规体系和标准规范体系初步建立，建成一批具有示范效应的婴幼儿照护服务机构，婴幼儿照护服务水平有所提升，人民群众的婴幼儿照护服务需求得到初步满足。但是，3 岁以下婴幼儿照护的基本原则的第一条强调“家庭为主，托育补充”，因为人的社会化进程始于家庭，儿童监护抚养是父母的法定责任和义务，家庭对婴幼儿照护负主体责任。

需要进一步加强对家庭婴幼儿照护的支持。一是要全面监督落实产假政策；二是参照发达国家的标准，适当地延长产假，方便职业女性更好地照顾婴儿，减少生育与职业女性工作之间的冲突；三是鼓励或者通过法律手段，确定弹性工作制度等积极措施，为婴幼儿照护创造便利条件；四是家庭政策中应尽快设立“父母假”并设定“父亲配额”（即在父母假中直接规定一段时间仅为父亲使用），强调男性照顾家庭的责任和义务，并参照国际标准规定父母假每年休假时间、具体的带薪标准和实施细则等。另外，目前许多年轻父母，特别是生活在城市中的父母，普遍存在需要祖辈帮助照料孩子的情况，祖辈代养现象目前来看是无法改变的现实，至少在近一代两代甚至三代过程

中，都是很难改变的现实^[13]。因此，还需要加强对祖辈带养的政策支持，一是通过社区活动和宣传帮助隔代带养的祖辈树立正确的育儿理念，二是对于相当一部分外地来沪帮忙照料婴幼儿的祖辈，通过完善地区间的社会医疗保障的转换制度，在社区内建构移居老人的社会支持网络等，有助于帮助移居老人更好的适应新的环境，促进祖辈照料支持^[14]。

（四）积极推进家政服务业的发展和规范，促进子女看护的市场化

积极推进家政服务业的创新发展和规范，促进子女看护和家务劳动的市场化，不仅有利于实现家政妇女的工作权和提升家政妇女的社会地位，还为职业女性提供了从子女看护和家庭事务中解放出来的途径，降低生育对女性职业发展所造成的负面影响，减轻女性职业与家庭的冲突。目前，我国家政服务业创新发展中还存在诸多问题，如用户需求的不断提高与服务人员技能贫乏的矛盾日益显现；供需双方的权益得不到有效保障；供求矛盾加剧；家政服务市场无序竞争，规范化亟待加强等^[15, 16]。为此，要积极推动家政服务行业的发展和规范。首先，要发挥政府在发展家政服务业中的主导作用，要把家政服务当成一个朝阳行业进行领导和规范化管理，以保证家政服务业的健康发展。其次，要加强家政服务业的规范化建设，进一步健全、完善相关管理制度，规范与健全家政服务行业准入标准、用工制度及服务质量要求，拟订、实施有关从业人员劳动报酬和管理费的指导价格标准。三是大力提高家政服务人员素质，既要有理论知识的培训，又要有实际操作技能的培训，更要有良好的职业道德培训，这些内容都应是家政服务人员从业人员的必修课程。

参考文献（略）

《卫生与健康》

老年认知障碍友好社区建设内容、途径及问题对策

黄玉捷 石璜

(上海市卫生和健康发展研究中心(上海市医学科学技术情报研究所), 上海 200031)

老年认知障碍症, 又名老年痴呆症、老年认知症, 认知症和失智症等, 是一种起病隐匿的进行性发展的神经系统退行性疾病。它以阿兹海默症为主(占 62%), 包括血管性痴呆症(占 17%)、混合性痴呆症(占 10%)、路易体痴呆症(占 4%)、额颞叶痴呆症(占 2%)、帕金森病痴呆(占 2%)和其他继发性痴呆(占 3%)。老年认知障碍症临床上以记忆障碍、失语、失用、失认、视空间技能损害、执行功能障碍以及人格和行为改变等全面性痴呆表现为特征, 严重损害老年健康。

目前为止, 老年认知障碍症起因不明, 无法治愈, 且呈进行性发展状态。一是个体病情随病程呈进行性发展, 病情控制窗口期很短。一般而言, 老年认知障碍症病程为 7-10 年, 早期为 3 年左右, 中期为 2 年左右, 晚期为 2-5 年。随病情发展, 老年人认知功能从失忆逐渐失语、失认、失用, 理解能力、判断能力、计算能力和思维能力严重受损; 行动能力由能力减弱直至完全丧失生活能力; 行为和精神状态由早期依赖他人、淡漠、自私、退缩和主动性丧失, 到晚期人格及精神活动衰退, 社会性特征消失, 情绪抑郁、焦虑和激越, 老年认知障碍患者人格改变发生率高达 70-90%。早期和中期是老年认知障碍病情控制重要窗口期。但大多数情况下, 许多老人确诊时已是中晚期,

错过干预时机, 无法用医学方法治疗。二是发病率随年龄增长呈进行性发展, 高龄认知障碍患者照护任务重。80% 的认知障碍症人群集中在老年人口。65 岁及以上老年人认知障碍发病率为 4-6% 左右; 75 岁以后, 老年人每增加 5 岁发病率递增一倍。80 岁及以上老年人发病率将达到 40%, 85 岁以上老年人中每 2 人中就有 1 人可能患有认知障碍。三是患者规模随人口老龄化呈进行性发展, 患病人群规模庞大, 国家经济社会负担快速加重。根据联合国预测, 到 21 世纪中叶之前, 我国人口老龄化不断加深, 老年人口规模处于持续扩张状态。2030 年, 我国 60 岁以上老年人口规模将超过 3 亿人, 2050 年, 我国 60 岁以上老年人口规模攀升至 4.7 亿人左右, 65 岁以上老年人口规模将从 2020 年的 1.7 亿人上升至 3.6 亿人。2019 年中国疾病预防控制中心指出, 目前我国有老年认知障碍症患者 900 多万, 预计到 2050 年将会超过 4000 万。

尽管如此, 进行性发展特点还是给我国留下了应对老年认知障碍的两个时间窗口期。一是老年认知障碍症早期干预时间窗口期。在这个窗口期, 我们通过加强宣传教育, 推进老年认知障碍早期筛查, 加强早期非药物干预和适宜的药物干预, 延缓老年认知障碍症由早期向中晚期发展进程, 提高老年认知障碍症患者

生活质量和生命尊严。到 2022 年和 2030 年,实现“65 岁及以上人群老年期痴呆患病率增速下降”(《健康中国行动(2019—2030 年)》,2019 年)目标。二是我国人口老龄化快速增长与深度老龄化之间的时间窗口期。在这个窗口期,我们应该未雨绸缪。加快老年健康服务、老年长期照护制度建设和基础设施建设,为即将到来的老年认知障碍浪潮作好制度和物质准备。

选择有效的应对方法是充分利用时间窗口期的前提。尽管我国人口老龄化水平不是全球最高,但老龄化增长速度却全球领先。我国应对老年认知障碍窗口期时间短,任务重,时间窗口一旦错过,后面的应对任务将更重。因此,将实际证明行之有效的国际经验运用到国内老年认知障碍应对战略中来是一个很好的选择。当前,在应对老年认知障碍全球公共卫生行动中有五条比较突出的国际经验。一是制定应对老年认知障碍的国家战略;二是建设老年认知障碍友好型社区;三是采用新型照护模式,满足痴呆患者及其家庭照护者的需求;四是建设老年认知障碍友好型健康体系,提供降低认知障碍风险、提高认知障碍早期诊断以及加强认知障碍急性照护服务;五是提供有关认知障碍照护结局以及政策影响等方面信息。相对而言,老年认知障碍友好社区建设是一条相对成熟的国际经验,日本、英国、德国、比利时和美国等国都开展了老年认知障碍友好社区建设,建立了各自老年认知障碍社区模式。世界卫生组织 WHO 极力支持和推崇老年认知障碍友好社区建设。WHO 在《应对认知症的全球行动计划》(WHO,2017)中指出,“提高对认知症的了解和善意,到 2025 年,全球的各个国家将至少有一项有效且针对提升公

众失智症认识的社会运动,全球 50% 的国家将至少有一项失智症友好倡议,以建立接纳失智症的社会。”在我国,上海市 2019 年开展了老年认知障碍友好社区建设试点,并鼓励未纳入试点的社区积极开展老年认知障碍社区建设实践探索。一年来,多个试点社区取得了相应的社区建设成果,展现了上述国际经验在我国运用的良好前景。

一、老年认知障碍友好社区起源及基本含义

(一) 老年认知障碍友好社区起源

老年认知障碍友好社区建设起源于日本。老年认知障碍友好社区概念是随着日本老年认知障碍应对进程不断深入而产生的。其产生路径为:宣传教育、加强专门照护和医疗专科服务(1980 年代)——日间照料、群居照护(1990 年代)——“痴呆症”转向“认知症”、友好社区建设(2000 年代)。

第一阶段(1980 年代):宣传教育、加强专门照护和医疗专科服务。上世纪 70 年代日本显现老年认知障碍问题,且进程迅速。1980 年日本居家养老认知障碍老人为 51 万人,1985 年达到 60 万人,1990 年达到 100 万人,2010 年达到 280 万人,2020 年达到 410 万人。1980 年 1 月日本成立“痴呆老人家属会”(现称:公益社团法人认知症患者和家属会),开展全国性网络活动及家属集会活动。活动内容包括:其一,老年认知障碍预防活动。组织举办保健讲座和体检活动,加强预防容易诱发认知障碍的脑血管性疾病,鼓励积极老年人参与社会活动。其二,老年认知障碍人群服务。在全国各个保健所开展老年精神病咨询业务,定期派保健师到认知障碍症老人家里提供认知障碍症相关知识培训,在日托中心开展面向认知障碍症老人家庭照护者讲座。规定“特

别养护老人之家”(老人社会福利院)等养老机构要重点接收有显著行动或精神障碍的认知障碍症老人。在“特别养护之家”设立照护认知障碍症老人的收费奖励制度,鼓励照护机构接收认知障碍症老人。提高认知障碍症专科病房医疗收费标准,鼓励医院设立认知障碍症老人专科病房。在全国 59 所精神病医院设立“老年痴呆性疾病中心”,为认知障碍症老人提供咨询、诊断和治疗。尽管如此,在这一阶段,认知障碍老人所出现的各种症状仍然被社会看成是“行为问题”及“麻烦问题”,日本这个阶段应对认知障碍的工作主要是考虑如何解决认知障碍患者给周围人带来的“麻烦”,而非真正关怀老年认知障碍症患者。

第二阶段(1990 年代):日间照料、群居照护。1990 年代,日本先后推出“黄金计划”(“推进高龄者保健福利的 10 年计划”)和“新黄金计划”(重新修订的“黄金计划”),全面解决痴呆症老人照护问题。这一阶段日本的老年认知障碍应对政策视角已经逐渐转向老年认知障碍患者。在医疗方面,在老人保健疗养院增设认知障碍症专科病房,让需要接受机构照护的早期认知障碍症患者也能住进老人保健疗养院。同时,提高含照护服务的老人医疗费用中公费负担比例,将老人上门护理护理费、精神病医院住院费纳入老人公费医疗费用范围。在居家照护方面,进一步加强对居家认知障碍老人照护者的支持。将日托中心重新规划和调整为小规模认知障碍症老人专用的日间照料中心,使其起到推广认知障碍症老人居家养老的作用。推出“痴呆症高龄者群居公寓”(以集体生活为主,限制在 9 人以下规划的认知障碍症老人群居公寓),运营经费由国库补贴,满足老年认知障碍患者既有集体照护,又

有相对独立空间和自由的需求。

第三阶段(2000 年代):“痴呆症”转向“认知症”、友好社区建设。2000 年代,日本实施长期照护保险制度。通过长期照护评估认定,全国需要照护的老年人中有近 50% 的老年人有认知症症状,在照护保险指定的养老机构中有 80% 的老人有认知症症状。长期照护保险制度将“痴呆症高龄者群居公寓”确定为长期照护保险支付对象。在“特别养护老人之家”设立了单元式照护病房(单人房间集体照护),大多数认知障碍症老人得到基本照护。在长护险服务实施过程中,“痴呆症”名称的不利性逐渐显现。经过再三研讨,日本将“痴呆症”改为“认知症”,消除“痴呆症”带来的社会偏见和患者病耻感,推进老年长期照护服务和老年认知障碍早期筛查、诊疗和预防。以此为契机,2005 年日本推出了“认识认知症的社区建设 10 年计划”,并将 2005 年作为“认识认知症的第一年”。在社区全面普及认知症知识,消除社会对认知症的误解和偏见。以地方政府和各种有关团体为中心开展了“构建社区性的认知症支援体系”和“患了认知症也能安全生活的百人会议”、“认知症支持者的百万人游行队伍”和“患了认知症也没关系的社区建设”等宣传活动。成立了认知症患者“本人联络网”协助系统,促进认知症患者管理。至此,日本应对老年认知障碍的政策视角已完全转至老年认知障碍患者身上。

(二) 老年认知障碍友好社区基本含义

1. 日本老年认知障碍友好社区基本含义

日本老年认知障碍友好社区建设的基本含义是:加强社区居民对认知症的理解、对认知症患者的肯定和宽容,以利于对老年认知障碍预防、医疗、照护、生活帮助和居住等五个

方面的综合性照护体系在社区确立和运转, 建立一个让认知症患者真正安心的生活环境。

日本老年认知障碍友好社区建设有三个特点: 一是老年认知障碍患者视角。在老年认知障碍患者得到基本的社区综合性照护服务之后, 继续推进老年认知障碍社会理解、社会宽容, 增进社区居民对老年认知障碍社区综合性照护服务合理性和必要性的理解, 推动社区综合性照护服务有效运转, 提升老年认知障碍患者生活质量。二是为老年认知障碍患者创造更多社会联系和良好社会关系。由于文化背景原因, 在日本及亚洲其他国家, 对老年认知障碍患者带有偏见和否定性倾向的社会认知普遍存在, 人们常常误以为认知障碍是由衰老造成的, 而不是疾病造成的。在养老照护设施健全、照护水平较高的日本仍然会发生照护者与患者之间的冲突, 以致于护理员杀死被照护老人的事件经常发生。三是激发社区居民对老年认知障碍患者提供帮助的热情。2007 年起, 日本卫生劳动部向社区提供补助金鼓励社区健全和推进社区认知症协助体系建设。各地社区开展了各具特色社区宣传活动, 提高居民对老年认知障碍的社会认知, 鼓励居民主动为老年认知障碍患者提供力所能及的帮助, 形成关爱老年认知障碍的社区氛围。

2. 英国老年认知障碍友好社区基本含义

虽然英国老年认知障碍友好社区建设的社会行动始于日本, 但世界大多数国家仍然认为英国是老年认知障碍友好社区建设典范。其理由是, 日本老年认知障碍友好社区建设聚焦于老年认知障碍社区认知的提升, 社区本身为老年认知障碍社区综合照护服务做得并不多, 其工作只是社区综合照护服务体系 (由国家自上而下建立) 的“协助体系”。

英国老年认知障碍友好社区建设开展较晚。2009 年英国出台首个应对老年认知障碍的国家政策《与失智症和谐共存》, 开启了全国性老年认知障碍应对。在之后的三年时间, 英国在提高对老年认知障碍认识、老年认知障碍早期诊断及干预治疗等三个关键性领域努力改善老年认知障碍人群应当享受的服务质量, 并形成了由国家健康服务部 (NHS) 协同各地方政府的社会服务部门、私人企业及志愿组织共同提供健康及社会护理服务体系, 包括家庭护理、日间护理以及医护人员提供的服务。其中, 健康类服务包括急救护理、辅助住院护理、社交与心理健康服务; 护理类服务包括设备安装调试、送餐、家庭护理、喘息服务和日间护理等。基于三年来的成果, 2012 年英国卫生部发布《挑战失智症 2015》, 首次提出老年认知障碍友好社区概念, 提出到 2015 年希望英国能够建成更多的老年认知障碍友好社区及住宅。2015 年, 英国卫生部发布《挑战失智症 2020》, 希望到 2020 年全国老年认知障碍友好社区至少覆盖全国 85 万名患者中的一半。

英国老年认知障碍友好社区基本含义是: 能够理解、尊重老年认知障碍人群, 并为其提供有支持的城市及村镇社区; 居住在社区的老年认知障碍人群对自己抱有信心、能够积极参与社区活动并为社区做出贡献。社区其他居民对老年认知障碍症有足够的理解和认知, 不排斥老年认知障碍患者 (英国阿尔兹海默症协会, 2013)。英国老年认知障碍友好社区建设重点是改变社区物理和社会环境, 通过社区物理和社会环境的改变, 实现对老年认知障碍人群的支持、尊重和理解, 鼓励老年认知障碍人群在社区居住, 积极参与社区活动, 为社区做

出贡献。

英国老年认知障碍友好社区建设有四个特点：一是老年认知障碍患者视角。从老年认知障碍患者视角来审视社区公共设施、服务设施、街道和个人住所等物理空间环境，为其独立生活提供适宜的物理环境和社区环境。社区整体环境、住宅内部空间环境、室内与室外联系、花园和室外景观等都要从生理、心理、认知及社群等方面达到改善老年认知障碍患者健康状况的目的。在社区整体环境方面，英国失智服务发展中心 2013 年发表《为失智人群改进住宅设计》，对社区环境，从室外地面、楼栋和楼层区分、室外照明、走廊和公共区域地面、楼梯和台阶、栏杆扶手、门、标识、声环境、电梯等十个方面提出了设计导则，供房地产商参考。在住宅内部空间环境、室内与室外联系、花园和室外景观等方面，英国失智服务发展中心 2013 年发表《为失智人群居家环境设计的十个提示》，英国阿尔兹海默症协会 2015 年推出《让您的家更失智友好》，英国护理与康复协会和“银发联盟”2017 年联合发布《让您的家更适合失智人群居住》，为老年认知障碍患者的家人或护理者进行住宅改造提供指导。这些指导非常讲究细节，例如，由于失智者的记忆力与理解力受损而严重依赖视觉所见，因而要求住宅的平面布局应清晰并具有大量视线联系，以开放式设计为主，避免走廊和复杂流线，尽量保证在住宅内部大部分位置都能看到卫生间。住宅配备灵活的智能技术、步入式私人花园、最小化的交通空间，卧室门的位置安排保证居住者在床头能看到室内的所有区域，以增强方位感。从起居室透过玻璃门能够看到卫生间门，透过凸窗能看到室外花园和小径。厨房的橱柜均采用玻璃门以

提示柜内的物品放置情况，操作台面的高度可调节等。二是老年认知障碍友好社区建设采取政府主导、部门协作、社会参与的社会治理方式进行。英国卫生部、国家住房联合会、阿尔兹海默症协会、失智症行动联盟、英国护理与康复协会、失智服务发展中心、住宅学习与发展联盟等政府或民间组织一起参与老年认知障碍友好社区研究和建设工作，许多地区的基金会和企业提供了社区研究和建设经费。三是英国老年认知障碍友好社区建设强调规范性，提倡社区建设认证与评估。其一，老年认知障碍社区认证。2015 年，在英国，社区可根据其在老年认知障碍友好方面的相关工作成果，自主申报、注册老年认知障碍友好社区。阿尔兹海默症协会将依据 7 个标准对申请认证的社区进行审核，审核结果在“失智症之友”官方网站公布。社区在向阿尔兹海默症协会申请认证之前，对照英国标准协会的《英国失智友好社区认证准则》进行自查，确认没有问题之后再向申请认证。其二，老年认知障碍友好社区建设评估。皇家城市规划研究院推荐采用“场地标准”评估工具，引导社区居民表达自己对社区整体环境的感受，从而确定社区中需要改善的部分。阿尔兹海默症协会将应用于医院和健康中心环境评估的工具引入老年认知障碍友好社区建筑环境评估。失智服务发展中心为社区内的护理设施提供专业的失智设计评估服务，其开发并改良的“失智设计评估工具”可用于评估老年认知障碍患者生活的所有物理及社会环境。失智症创新协会提供了老年认知障碍友好建筑的基本评估工具，用以指出建筑空间中可能对老年认知障碍患者造成不利影响的建筑环境因素。四是英国老年认知障碍友好社区建设表达了一种新的理念：老年认

知障碍患者能够居住在自己家中并且是社区中所有环境、设施和活动的重要参与者。英国“让失智人群充满活力地生活在一直居住的社区中”这一理念,在一定程度上改变了老年认知障碍患者必须居住在医院、养老机构才能获得较高生活质量的传统观念。

二、老年认知障碍友好社区建设的基础因素

从日本和英国老年认知障碍友好社区建设实践中可以看出,老年认知障碍友好社区建设有以下几大基础因素。

第一,老年认知障碍医疗和照护服务体系。医疗和照护服务体系是老年认知障碍友好社区建设的基础,也是老年认知障碍患者及家庭最原始、最根本的需求。老年认知障碍的国家应对一般都是从建立老年认知障碍医疗和照护服务体系开始。伴随着老年认知障碍国家应对不断深入,医疗和照护服务体系仍在继续健全和完善之中,老年认知障碍患者的医疗和照护服务也从最初只能提供基本服务不断走向尊重患者人权、需求,让患者生活更安心、更安全。日本从 1980 年代举力应对老年认知障碍症开始,整个 1980 年代、1990 年代、2000 年代直至 2010 年代均在不断完善老年认知障碍医疗和照护服务体系。2000 年代开展的“提高老年认知障碍的社会认知,增进社会理解和支持”的老年认知障碍友好社区建设,在一定程度上是为了进一步和谐老年认知障碍患者的医患关系、照护和被照护关系以及社区人际互动关系,帮助提升老年认知障碍医疗和照护服务水平 and 质量。英国的情况也是如此。伴随着上世纪 70 年代欧美国家“社区复兴运动”浪潮,英国开展了大规模“社区复兴运动”,基层社区医疗和照护体系在“社区复兴运动”中得到了健全和完善,加之强有力的医疗保险体制改革,英国基层卫生系统基

础打得非常扎实和运转有效,为 2009 年英国应对老年认知障碍的行动打下了良好的基础。从 2009 年到 2012 年,英国只花了短短的 3 年时间就完成了老年认知障碍医疗和照护服务体系建设。自 2012 年开始,着手以社区物理空间和社区环境为主的老年认知障碍友好社区建设。英国开展老年认知障碍友好社区建设一个重要目的就是为了让老年认知障碍患者回到社区。回到社区一方面是为了给患者提供一个安心生活的地方,另一方面也是为了节约医疗和照护服务费用、提高医疗和照护服务效率。英国医疗机构住院病人和养老机构老人中一半为老年认知障碍患者。老年认知障碍人群生活在社区的花费(包括健康与社会护理服务、喘息服务、康复和药物治疗)为每年 24128 英镑,而生活在养护设施中的花费为每年 35424 英镑。如果按照全国 5% 的老年认知障碍人群计算,让老年认知障碍患者居住在家里,推迟 1 年入住养护设施,英国每年将节约 5500 万英镑。

第二,老年认知障碍的社会认知。老年认知障碍的社会认知是老年认知障碍友好社区建设的关键。老年认知障碍的社会认知影响了老年认知障碍应对的国家战略,造成了不同国家和地区之间健康公平差异。老年认知障碍的社会认知也影响了老年认知障碍医疗和照护服务,造成了不同老年认知障碍患者之间以及老年认知障碍患者与非老年认知障碍患者之间医疗和照护服务可获得性差异。老年认知障碍的社会认知还影响了老年认知障碍患者的社会参与,造成了老年认知障碍患者的社会排斥。正因为如此,老年认知障碍的社会认知情况催生了老年认知障碍友好社区建设需求。在老年认知障碍友好社区建设过程中,老年认知障碍社会认知影响了友好社区建设的方方

面面。如资源投入、社区设计、社区建设和社区服务。在日本案例中,社会认知低下,影响照护者与患者沟通,影响患者病情判断和医疗措施的采用,还会形成患者污名、社区对患者及家庭的排斥。在英国案例中,社会认知低下,影响社会组织特别是基金会在社区改造中的参与度,影响设计者的设计思路(到底是以患者为中心,还是以照护者照护便利为中心?)。

第三,社区社会治理状况。老年认知障碍友好社区建设是社区建设的一个重要方面。纵观社区建设发展历史,自上而下和自下而上两种社区建设模式各有优势。自上而下的社区建设模式就是指由国家行政系统自上而下开展社区建设,由国家确立社区建设目标、建设任务。自下而上的社区建设方式就是强调社会参与的社会治理模式。交易费用学派认为社会治理在政府和市场都无法单独解决的公共问题中具有一定的比较优势。从日本、英国经验来看,其老年认知障碍友好社区建设均采用的是社会治理方式。社会治理方式最大优点是可以集中一切社会资源和社会力量参与社区建设,但社会治理的弱点是如果治理不当,也会产生“治理困境”。一是治理能力困境。参与治理的主体均存在治理能力缺陷。如“政府失败”、“市场失灵”、“志愿失效”和个人“经济理性”等。在缺乏有效的整合机制和制度设计下,社会治理会使主体治理劣势叠加,出现更大的治理失败。二是治理行动困境。治理主体均有自己的利益和目标,他们即使认识到合作治理的好处,也不一定意味着合作是自发的和顺利的。围绕各自利益最大化,主体各方会陷入无休止的纷争中,难以达成各方认可的公共治理目标。三是治理责任困境。主体间领域的相互渗透很容易模糊主体之间的边界,造成治

理责任指向不明、责任归属难等问题。因此,老年认知障碍友好社区建设取决于社区社会治理水平,如果社区社会治理水平比较低,经常出现“治理困境”,那么,老年认知障碍友好社区建设很难建设好。在英国案例中,由于英国社会治理比较成熟,尽管老年认知障碍友好社区建设中治理主体很多,但是政府主导有力,各方职责清晰,协同合作,英国老年认知障碍友好社区建设得卓有成效。

三、我国老年认知障碍友好社区建设基础现状及友好社区建设策略选择

(一) 我国老年认知障碍友好社区建设基础现状

与日本、英国老年认知障碍友好社区建设基础相比,我国老年认知障碍友好社区建设基础相对薄弱。

1. 老年认知障碍医疗和照护服务体系比较薄弱

我国高度重视与人口老龄化共生的老年认知障碍问题。2019 年我国出台了《国家积极应对人口老龄化中长期规划》,提出了到本世纪中叶我国积极应对人口老龄化的战略性、综合性、指导性文件。2019 年,《健康中国行动(2019—2030 年)》提出“到 2022 年和 2030 年”实现“65 岁及以上人群老年期痴呆患病率增速下降”的应对老年认知障碍国家指标。一些人口老龄化较深、老年认知障碍问题凸显的省市开始着手老年认知障碍医疗和照护服务体系建设。以上海为例,上海市 2019 年人口老龄化水平为 35.2%,据上海市精神卫生中心估算,目前上海有老年认知障碍患者 20 万人。近几年来,上海主要做了四个方面应对老年认知障碍工作。首先,积极配置老年认知障碍服务资源。根据老年认知障碍人群

增长趋势,2019 年上海市政府将“增加 1000 张老年认知障碍病床”纳入市政府实事项目;上海市长期老年照护保险服务将老年认知障碍人群中的失能老人纳入长护险服务,并对家庭成员开放了“喘息服务”,以减轻家庭照护压力。《上海市深化养老服务实施方案(2010—2022 年)》提出“加强老年认知障碍照护服务”,指出“在本市老年照护统一需求评估体系框架中,探索形成老年认知障碍评估标准,建立基本情况数据库,构建分层分类的老年认知障碍干预和照护体系,研究制订相应照护设施建设、服务规范、人员培训等系列标准,培育各类从事老年认知障碍照护工作的专业组织和护理员队伍。通过新建、改扩建等方式,在养老服务机构中加快建设老年认知障碍照护专区及照护床位。试点开展老年认知障碍友好社区建设,普遍开展相关知识宣传,营造关爱老年认知障碍的社会环境。”其次,医疗机构积极开展老年认知障碍筛查,加强对确诊患者的早就治早干预。上海精神卫生中心、华山医院等医疗机构举办了多期老年认知障碍评估员培训,并开展小规模社区老年人认知障碍筛查。第三,部分养老机构积极开展老年认知障碍病人康复和心理关怀活动。他们打破养老机构不愿招收老年认知障碍患者的传统,不仅招收老年认知障碍患者,而且尝试用音乐疗法、电子游戏疗法和怀旧疗法等方法改善老年认知障碍病人的生活质量。第四,一些医疗机构积极开展老年认知障碍患者康复训练。开展了老年认知障碍病人吞咽康复和防压疮、防跌倒训练,一些社区卫生中心还开展了身体机能康复训练。尽管如此,到目前为止,上海尚未形成健全的老年认知障碍医疗和照护服务体系。全国大多数省市还停留在老年人口养老服务

体系建设阶段,医疗和养老分离的状况还比较明显。

2. 老年认知障碍的社会认知有待提升

2019 年底,本课题组在上海市杨浦、普陀、金山和奉贤等四区开展了居民老年认知障碍社会认知调查(样本量:2500 份,调查对象:20—70 岁上海市常住人口,调查方法:整群抽样)。调查结果表明:上海居民老年认知障碍知识水平较高,但对老年认知障碍患者肯定和理解的态度不明显,对老年认知障碍患者及照护者采取帮助的居民比例并不高;老年认知障碍患者病耻感比较强烈。第一,上海居民老年认知障碍知识水平较高。其一,上海居民对与老年认知障碍相关的词汇比较熟悉。听说过以下词汇的比例为:“认知障碍”(69.1%)、“老年痴呆”(92.6%)、“阿尔兹海默症”(80.2%)、“血管性痴呆”(25.8%)、“额颞叶痴呆”(10.4%)、“路易体痴呆”(10.4%)、“失智症”(44.2%)。其二,对老年认知障碍一般症状比较了解,但了解不深。居民对老年认知障碍早期症状知晓率达到 49.1%,对中晚期身体症状(如,健忘,多次重复语言动作,不能清晰表达自己的意愿,不认识回家的路等症状)比较了解,知晓率达到 65% 以上,但对中晚期精神症状(如,易怒,具攻击性,有幻觉和妄想,冷漠等症状)以及生活能力下降(如,需他人协助洗澡,无法独立上厕所、吞咽困难等症状)知晓率较低,只占 30% 左右。其三,对老年认知障碍目前治疗效果比较了解。56.5% 的居民知道目前老年认知障碍症不能治愈,只有延缓病情。其四,对老年认知障碍延缓措施比较了解。60% 以上的居民知道“管理好血压、多运动、多用脑、积极参与社会交往、均衡膳食”等做法可以延缓早期老年

认知障碍症病情发展。第二,居民对老年认知障碍患者肯定和理解的态度不明显。62.9%的居民认为“家里有认知障碍患者这件事会是家庭的负担”,25.9%居民认为“家里有认知障碍患者这件事会可能是家庭的负担”,69.6%的居民表示自己对有认知障碍患者的家庭是“关心”的。第三,对老年认知障碍患者及照护者采取帮助行动的居民比例不高。居民在户外公共场所遇到无人陪护的老年认知障碍患者,“主动上前询问是否需要帮助”的居民只占 17%，“叫公共场所工作人员帮助”的占 19.4%，“打电话叫警察帮助”的占 17%。第四,老年认知障碍患者病耻感比较强烈。被确诊为早期认知障碍患者后,61.5%的老人选择“对外隐瞒病情”,54.8%的老人选择“远离人群,不再社交”,27.3%的老人有“强烈的病耻感”。说明这些老年认并没有感受到环境的友好,而采取了自我社会排斥的态度。

3. 社区社会治理有待继续加强

2013 年,党的十八届三中全会提出了“完善和发展中国特色社会主义制度,推进国家治理体系和治理能力现代化”的全面深化改革的总目标。2017 年党的十九大强调加强和创新社会治理领域,提出要建立共建共治共享的社会治理格局,加强社会治理的制度建设、提高社会治理社会化、法治化、智能化和专业化水平,健全公共安全、社会治安防控、社会心理服务和社区治理四个体系建设。2019 年党的十九大四中全会审议通过了《中共中央关于坚持和完善中国特色社会主义制度、推进国家治理体系和治理能力现代化若干重大问题的决定》,提出“到二〇三五年,各方面制度更加完善,基本实现国家治理体系和治理能力现代化;到新中国成立一百年时,全面实现国家治

理体系和治理能力现代化,使中国特色社会主义制度更加巩固、优越性充分展现”。伴随着我国国家治理体系和治理能力现代化进程推进,基层社区治理改革推进迅速,党委领导、政府主导、社会协同、公众参与、法治保障的社会治理模式在基层社区工作中得到广泛运用,社区社会治理正在有序向前推进。但是,由于实践时间短,各地经济社会发展水平不一,全国 31 个省市自治区社区社会治理水平差异性较大。北京、上海、广州和深圳等经济发达地区社区社会治理比较成熟,政府职能转变比较迅速,部门之间协作较好,企事业单位、社会组织和社区居民参与社区事务的热情很高,特别是以党建引领开展各类社区项目对社会吸引力大、效果好。但大多数经济不发达省市很难做到这一点。同时,经济发达地区的社区社会治理也面临着一些问题:一是社会组织发育不成熟,缺乏有实力的社会组织参与社区事务。目前许多社会组织依靠政府购买项目参与社区事务,能引入大量社会资源参与社区建设的社会组织还不多见。二是社会治理手段运用还不够熟练。许多社区项目不注重社区需求调查,不注重社会参与各方职责划分、任务落实;项目运作过程不注重成本核算,项目结束不注重项目评估,导致项目缺乏可持续性发展。

(二) 我国老年认知障碍友好社区建设策略选择

基于我国老年认知障碍友好社区建设基础现状,我国必须设定自己的老年认知障碍友好社区建设目标,坚持有的放矢,有所为,有所不为。

首先,我国老年认知障碍友好社区建设必须以提升老年认知障碍社会认知为主要内

容。老年认知障碍的社会认知是老年认知障碍友好社区建设的关键。其一,我们要抓住老年认知障碍症早期干预时间窗口期和我国人口老龄化快速增长与深度老龄化之间的时间窗口期大力提升老年认知障碍社会认知水平,制定适合我国国情的应对老年认知障碍国家战略和社区战略,建立健全老年认知障碍医疗和照护服务体系,提高老年认知障碍患者及照护者的生活质量。当前,在我国存在老年认知障碍症三大突出问题:一是老年认知障碍知晓率低、就诊率低和治疗率低等“三低”问题非常突出。社区老年认知障碍筛查和教育工作依然困难重重,认知障碍污名化和侥幸心理是阻碍老年人参与认知障碍筛查和教育的主要原因。二是老年认知障碍患者机构养老困难重重。由于老年认知障碍污名化和老年认知障碍照护专业化、复杂化,大部分养老机构都不愿接收老年认知障碍患者,大部分医疗机构也没有设立老年认知障碍专门病床。三是老年认知障碍居家养老不堪重负。目前我国 90% 以上的老年认知障碍患者在家庭养老。大多数患者和家属病耻感强烈,自愿社会隔离倾向严重,而社区帮助非常缺乏。这些问题大多都与老年认知障碍的社会认知有关,必须得到有效解决。其二,《健康中国行动(2019—2030 年)》确保了老年认知障碍的宣传教育活动在社区顺利执行。《健康中国行动(2019—2030 年)》将“65 岁及以上人群老年期痴呆患病率增速下降”的老年认知障碍应对指标纳入老年健康促进行动,并规定了个人及社会倡导性指标。如,老年健康核心信息知晓率不断提高;提倡老年参加定期体检,经常监测呼吸、脉搏、血压和大小便情况,接受家庭医生团队的健康指导;鼓励和支持老年大学,老年活动中心、基层老年

协会、有资质的社会组织等为老年人组织开展健康活动;鼓励和支持社会力量参与兴办居家养老服务机构。

其次,我国老年认知障碍友好社区建设要将形成对老年认知障碍患者及照护者给予理解和帮助的社区氛围为主要内容。形成给予老年认知障碍患者及照护者理解和帮助的社区氛围就是要让对老年认知障碍患者和照护者“友好”、“友善”理念融入社区政策、社会事务、社区活动和社区设施等社区各个方面当中,在社区政策、事务、活动和设施中体现出对老年认知障碍患者及照护者的理解和关怀。当然,这是一种过渡性做法。因为在社区资源有限、社区居民对老年认知障碍社会认知水平不高的情况下,根据自己的利益,社区居民可能会对老年认知障碍专有政策和服务的实施施加不利影响。比如,许多居民反对社区使用老年认知障碍友好社区标识,认为这会其住房价格。还有的居民反对为老年认知障碍患者进行社区环境改造,认为这会占用社区维修基金,影响其住房日后修膳。还有的居民甚至认为社区老年认知障碍患者出来参加社区活动,影响社区观瞻,影响自己的心情。因此,在社区先行融入老年认知障碍“友好”、“友善”理念,形成老年认知障碍友好氛围,待社区治理水平提升,推动社区资源丰富了之后,同时居民社会认知水平也有提高的情况下,再推出老年认知障碍患者专有政策和服务(如,建立老年认知障碍日间照料中心等),社区居民的接受度会比以前提高很多。

第三,我国老年认知障碍友好社区建设要将适老化改造作为友好社区建设主要内容。英国案例已经表明了适老化改造对老年认知障碍患者及照护者生活质量提升的良好效果。

同时,适老化改造也是我国城市和农村所需。“老旧远”是许多城市或农村地区老年人生活的写照。“老”是指老年人口,“旧”是指旧城区或衰败的农村地区,“远”是指城市远郊或农村边远地区。党的十八大以来,关注民生问题已成为全党共识和全党努力的方向。“老”被推进为“老年人口”开展“养老服务体系建设和提供养老服务”,“旧”被推进为“旧区改造和历史风貌保护”,“远”被推进为“乡村振兴”。我国养老服务体系建设和旧区改造和历史风貌保护及乡村振兴等均有国家规划部署和落实措施。由此,为老年人口集聚的“旧”、“远”地区开展老年认知障碍患者“适老化”改造提供了良好的制度环境和物质条件。通过老年认知障碍友好社区适老化改造与养老服务体系建设和旧区改造和历史风貌保护和乡村振兴等战略相结合,可以实现资源共享,形成适老化改造合力。同时,根据老年认知障碍患者和照护者的需求设计居住环境和社区环境,不仅可以提升老年认知障碍患者的生活质量,更是可以解决我国照护机构不足,老年认知障碍患者入住难等问题。

第四,我国老年认知障碍友好社区建设要及时提出社区老年认知障碍医疗和照护服务整合需求,积极参与推动社区老年认知障碍医疗和照护服务整合。医疗和照护服务体系建设涉及到国家医疗制度和养老制度顶层设计和自上而下的资源配置,基层社区无法承担这一重任。但是,老年认知障碍医疗和照护服务最终落在社区。有什么样的服务需求?服务到不到位?有没有满足群众服务需求?只有社区才能真实地表现出来。因此,我国老年认知障碍友好社区建设必须将老年认知障碍社区信息系统建设作为主要内容。这个信息系统

包括社区老年认知障碍患者身体、精神、就医、照护状况及对医疗和照护需求信息,同时还应当包括其照护者身体、精神状况及其对喘息服务需求信息。同时,这个信息系统应当与社区卫生中心居民健康档案信息系统和社区长期护理保险服务信息系统对接,通过信息共享,及时向医疗和照护服务体系提出服务需求,推动医疗和照护体系整合,让老年认知障碍患者获得最适宜的医疗和照护服务。

四、我国老年认知障碍友好社区建设的主要内容

(一) 提升老年认知障碍社会认知

1. **老年认知障碍知识宣传教育。**利用社区宣传的各种载体和形式,全范围开展认知障碍的公共健康教育工作,提高社区居民对老年认知障碍疾病的认知,消除恐惧与歧视,加强对老年认知障碍患者的理解、肯定和宽容,为老年认知障碍患者及照护者提供力所能及的帮助和支持,帮助老年认知障碍患者及照护者积极参与社区活动,消除社会排斥。

2. **老年认知障碍预防教育。**通过多种形式的社区宣传教育,提高社区居民对老年认知障碍的正确认识,提升社区居民对于认知障碍患病风险因素的了解,做好预防管理工作。提升社区居民对于认知障碍的辨识能力,推动老年认知障碍早发现、早诊断、早干预。

3. **形成老年认知障碍社会支持氛围。**将对老年认知障碍患者和照护者“友好”、“友善”理念融入社区政策、社会事务、社区活动和社区设施等社区各个方面,在社区政策、事务、活动和设施建设中体现对老年认知障碍患者及照护者的理解和关怀。在老年认知障碍友好社区文化的框架下,构建社区认知障碍友好支持网络。拓展“认知障碍好朋友”,传播认知

障碍友好理念。建立认知障碍友好使者团队,通过邻里结伴等形式,帮助认知障碍老年人在社区安心生活、安全活动。拓展认知障碍友好单位,对企事业服务机构、窗口服务机构、商业服务机构开展认知障碍基础知识培训,建立认知障碍家庭服务绿色通道。定期组织社区支持网络联席会议,推进认知障碍友好社区的共同建设。

(二) 老年认知障碍预防与干预

1. 老年认知障碍风险测评。在社区内建立认知障碍筛查、评估、初诊和双向转诊的标准、路径与机制。开展跨部门、多渠道参与的认知障碍筛查工作,推动认知功能自评和他评。建立社区认知障碍评估团队,培训专业的认知功能评估员。引入社区医生团队,形成认知障碍初诊分层机制。通过社区老年认知障碍风险测评,掌握社区老年人认知障碍情况基础数据,建立记忆健康档案。

2. 老年认知障碍早期干预。为社区老年人提供类型多样、内容丰富的认知障碍健康促进活动,为社区内的早期认知功能障碍老年人提供非药物干预训练或专业疗法课程。针对干预训练做好相应跟踪及数据对比,提升干预效率和干预效果。

3. 老年认知障碍社会资源链接。与社区卫生服务中心、区精神卫生中心及医疗机构合作,为需医疗诊治人群提供医疗转介服务;为需持续照护人群提供社区托养机构或养老机构专业照护、医疗资源链接。

(三) 老年认知障碍患者及照护者支持

1. 患者支持。在社区日常生活、社区事务和社区活动中为老年认知障碍患者提供力所能及、及时的帮助和服务。定期开展主题沙龙、科普讲座等系列线上线下活动,为家庭照

护者提供认知障碍应对相关信息。

2. 家庭支持。建立基于需求、分级分层的认知障碍家庭支持功能性服务载体,提升社区认知障碍服务效能。开设认知障碍照护课堂,提升家庭照护者的专业照护能力。建立家属支持团体,促进家庭照护者之间相互分享照护经验,倾诉照护压力。着重关注家庭照护者认知障碍预防工作,降低家庭照护者患认知障碍的风险。为认知障碍家庭照护者提供必要的心理慰藉和喘息服务。

(四) 社区适老化改造

1. 社区环境改造。根据社区老年认知障碍人群状况,有针对性地对影响老年认知障碍患者及照护者生活质量的社区花园、社区公共空间和社区道路等社区环境进行改造。同时,利用城市微更新契机,开发更多具有社区历史意义、便于老年认知障碍患者社会交流的社区公共空间,强化老年认知障碍患者的社会交流,延缓老年认知障碍发展进程。在社区内统一认知障碍友好标识、友好色彩,帮助老年人认识周围环境,提升视空间辨识度。在社区公共服务设施(如居住、交通、公共空间)中加入认知障碍友好元素,方便认知障碍老年人使用。

2. 家庭环境改造。根据老年认知障碍患者身体和精神状况,结合其需求,组织社会力量为老年认知障碍患者居所进行适老化改造,增加其行走、活动和交流便利,提高其生活质量。

(五) 加强老年认知障碍信息交流

1. 建立老年认知障碍信息系统。掌握社区老年认知障碍患者与照护者身体、精神、医疗和照护信息,并及时更新信息。依托社区综合为老服务中心等设施,建立“社区老年认知障碍支持中心”,发挥平台作用,合理配置资

(下转第53页)

瑞典的生育变动及家庭政策对其影响和启示

蔚志新

（中国人口与发展研究中心，北京 200081）

一、瑞典自上世纪 70 年代以来生育变动

近几十年来，北欧国家的总和生育率呈现“W 型”起伏波动。上世纪 50-70 年代总和生育率出现下降，80 年代开始上升，接下来出

现下降，然后再上升，直到目前的 1.8。从国际比较来看，北欧国家目前的生育水平可以看作是“最高的低”，其意指总和生育率低于 2.1 的替代水平，但高于许多其他的发达国家。

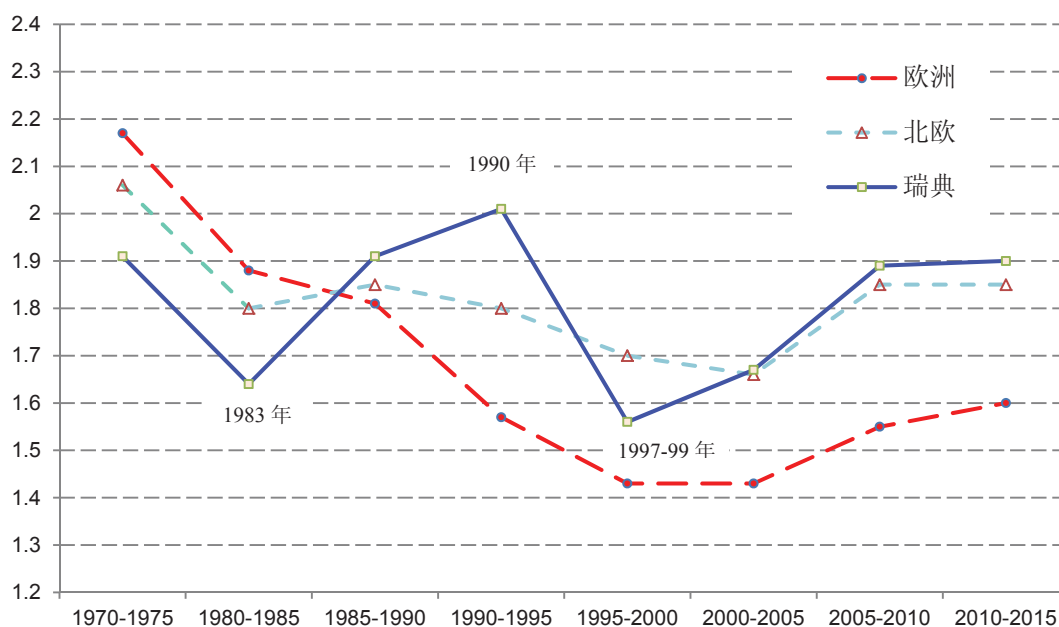


图 1 1970-2015 年瑞典的总和生育率趋势

数据来源：World Population Prospects, Volume I : Demographic Profiles, 2017 Revision

瑞典是北欧国家之一，其生育水平趋势与北欧国家相一致。瑞典近几十年来的“W 型”生育水平波动趋势显示，从上世纪 70 年代到 80 年代初生育率在下降，1983-1990 年期间出现上升，接着 1992-1997 年出现下降，1999 年左右出现恢复升高，直至目前的 1.9。此外，瑞典的生育水平高于北欧国家的平均水平，但低于冰岛和爱尔兰。

未育妇女和已育妇女的年度标化生育率显示，上世纪 80 年代中期，30 岁以下妇女第一孩的生育率呈显著下降趋势，伴随着这一下降 31 岁及以上妇女第一孩的生育率显现升高趋势。相较而言，90 年代出现了生育的剧烈下降，特别是妇女第一次、第三次和第四次的生育率，而在 1997 年之后出现反转。

二、瑞典家庭政策主要内容及演进

瑞典的育儿假和孩子照看体系是家庭政策的核心要素。1974 年,瑞典成为世界上首个用带薪育儿假取代产假的国家。瑞典的带薪育儿假从上世纪 70 年代到 90 年代经过了不断调整和完善,假期的时长不断增加,假期的薪金有所波动。目前,育儿假体系提供略多于一年的带薪假期,带薪育儿假以灵活方式可以在夫妇间转让,假期内支付 80% 的薪金,年度封顶为 3.2 万欧元(薪金计算为税前但包括社保)。此外,育儿假体系也涉及在假期结束后可以在家照看生病的孩子。所有长期居住在瑞典的父母都可以享有育儿假。父母一方可以通过全天、半天或 1/4 天的方式使用育儿假直到孩子 8 岁。

目前很多国家都没有陪产假,即使设置陪产假的国家男性使用的比例也很低。瑞典在这方面的突出特点是采用了育儿假的男性配额制度,也即,在带薪育儿假中,有一部分是爸爸的配额,通过这种政策强制男性参与抚育幼儿。1980 年,一项专门将父亲与生育相关联的十天额外假期被引入,即所谓的“爸爸日”。1995 年,在 12 个月的带薪 90% 的育儿假中,有 1 个月分配给爸爸和妈妈同时使用,这被称为“爸爸月”,旨在增加父亲使用育儿假。2002 年,爸爸和妈妈同时使用带薪育儿假从 1 个月延长至 2 个月,这使得带薪育儿假从 12 个月增加到 13 个月。

在瑞典,公共儿童日托服务被看作是整個福利体系的一个必要内容,其指向为双赢模式,推动性别平等和促进儿童享有无差异的同等机会。瑞典的公共儿童日托服务在可及性、质量和价格方面一度被视为典范。瑞典的公共日托服务在上世纪 70 年代到 90 年代之间得到

不断完善,服务的逐步扩展成为当时接受度较高的政策目标。目前,瑞典所有儿童都能获得高质量的补助性日托服务。在瑞典的机构化托育中,民间托育机构也扮演着相当重要的角色。这些民营托育机构同样接受政府补助,并以参与式民主方式营运。

三、瑞典家庭政策对生育变动的作用

对于瑞典在 80 年代和 90 年代,时期总和生育率先后显现出急剧上升和下降的趋势,许多研究围绕家庭政策对生育变动的作用进行了分析。

1. 家庭政策与相关因素的综合作用

有研究指出,瑞典上世纪 80 年代总和生育率的升高,很大程度上是两个发展因素的叠加而造成。其一,此时期的经济状况好转,这使得瑞典的家庭能够渐进性地、较为容易地负担生育一个孩子(或生育更多);其二,瑞典家庭政策的变化更为强烈地鼓励缩短生育间隔(即生育更快)。

在 90 年代,经济环境低迷和家庭收入下降,家庭感受到不能容易地负担(更多的)生育。同时,失业的增加和公共资金的紧缩,许多年轻人转向接受和延长继续教育(增加就业竞争力),女性较以往生育更少的孩子。甚至有的研究指出,90 年代的整体经济环境萧条对生育下降的影响较年轻人劳动力参与下降的作用更大。

2. 家庭政策中主要类别的单独作用

研究家庭政策对生育水平的可能影响,理想的情况是特定环境下的所有政策,但特定政策对个人生育行为的影响程度是真实存在的。

有些研究显示,瑞典的育儿假能够缩短妇女生育孩子的间隔。一项关于妇女生育时期

效应在瑞典、丹麦和挪威的跨国比较研究结果表明，政策干预与生育变动之间存在明显的因果效应。从欧盟成员国家的情况来看，育儿假对生育产生的效果是不清晰的。争议较小的是，长时的育儿假对女性就业产生负向影响。

对育儿假体系的父亲假，常见预期是增加父亲参与抚养孩子与较高生育存在关联。2006 年的一项研究表明，在瑞典，父亲对育儿假的利用与妇女再生育的意愿存在正相关，但并不是较为直接的关系。从欧盟成员国家的情况来看，有些证据显示，如果父亲们在生育第一孩时使用了育儿假，那么女性更有可能生育第二孩，但尚未有依据显示存在因果关系。

对于儿童日托服务，2007 年挪威的相关研究却显示，托育服务的可及性对生育存在正效应。从欧盟成员国家的情况来看，许多学术研究和欧盟统计结果显示，妇女生育率与正规托育提供和 / 或托育登记率存在较强的关联。托育机构较长的开放时间，有助于就业父母灵活安排。此外，可负担的起的托育服务也是重要的。

四、妇女友好的政治文化对我国的启示

从瑞典的情况来看，瑞典妇女友好的政

治文化对我国政府相关部门提前做好为满足夫妇实现意愿子女数的体系安排和政策制定及后续的举措推进具有启示和借鉴：

1. 瑞典性别平等和社会公正已成为家庭（及其他）政策改革的指导思想。家庭政策的改革，并没有明确指向鼓励生育，但涵盖着使每个人能实现想要孩子的意愿。

2. 瑞典具有一个可供成年人自主决定选择的、更加灵活的教育制度。在一个缺乏灵活的制度下，年轻女性也许会有生育造成学业中断乃至终止的担忧。

3. 瑞典的妇女友好制度体系带动了孩子友好。孩子友好制度强调的是“工作的女性也应有生育孩子的平等权利”，而不是“母亲应有就业的权利”。

4. 瑞典的制度体系将日托既看作是教育机会、又视为是公平机会，而并不是当母亲工作时的一种保护孩子的方式。

5. 瑞典的政策鼓励夫妻双方参与生育。例如，在十三个月的带薪育儿假中，夫妇双方需要共同使用两个月。目前，争论较多的是，瑞典的男性参与生育不够充分。

（上接第 50 页）

源，建立健全老年认知障碍友好支持网络，形成社区长效支持机制。

2. 加强与社区卫生服务中心信息系统信息共享。将社区老年认知障碍患者信息与社区卫生服务中心健康档案信息对接，方便家庭医生及时进行患者家庭走访和巡诊。同时，也方便家庭医生与区域医联体其他医疗机构报送患者信息，为患者获得会诊、转诊，以及调整

用药和护理方案的机会。

3. 加强与长期护理保险服务机构信息系统信息共享。将社区老年认知障碍患者信息与社区卫生服务中心健康档案信息对接，方便老年认知障碍照护者根据患者情况调整长期照护服务项目，满足老年认知障碍患者长期照护服务需求。

《人口信息》

(双月刊)

2020年第5期

(总第232期)

2020年10月28日出版

主管单位：上海市卫生健康委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心
编辑出版：《人口信息》编辑部
地 址：上海市建国西路602号C楼302室
邮政编码：200031
编 辑 部：021-33262065
发送对象：上海市卫生和健康系统各单位
E-mail: rkxibjb@sohu.com
印 刷：上海欧阳印刷厂