

低生育率背景下的中国人口发展问题

Population Development in the Low Fertility

穆光宗

(中国人民大学人口所, 副教授 北京 100872)

目前,随着我国人口的急骤转变和生育率迅速降至更替水平,有关低生育率问题的研究正方兴未艾。人们认识到,首先,低生育率的实现并不标志一个社会人口问题的终结,相反地却伴随着人口问题的转型;其次,在外力干预下的生育率迅速下降是要支付代价的,对于由此带来的一些新的人口问题和社会问题,我们无法漠视,对生育率下降的后果也不能仅作正面评价。过去的以数量问题为关注中心的人口问题观和人口治理观受到了显而易见的挑战。而“人口现代化”命题恰好为我们深入讨论这一问题提供了宝贵的启迪和思路。

一、关于“人口问题”的若干判断

如所周知,目前中国正面临着“低生育率、高增长量”现象的困扰。90年代我国人口出生率已降到20%以下的低水平,而我国妇女的总和生育率也已达到更替水平,但是每年的出生量可达2 000万之多,而人口净增量可达1 400~1 600万。90年代需要确认的一个基本事实是,中国人口问题正日趋泛化。一则人口问题不再是单纯的人口增长问题,人口素质问题、人口结构问题以及人口分布问题正日趋突出;二则人口问题不再是单纯的控制问题,而且是复杂的配置问题、开发问题、管理问题、保障问题、发展问题,等等。显然,越是在人口问题层出不穷的时候,越是需要人口理论的综合研究和科学指导。

这里,试将“人口问题”界定如下,即主要因为人口变量的变化所引致的人口变量和社会经济发展过程及其环境变迁过程的失衡、矛盾和冲突现象。在理论上,大致可以划分出四类人口问题,即人口增长问题、人口素质问题、人口结构问题以及人口分布问题。在更多的时候,人口问题不是单一的,而是综合的。

人口无疑是中国现代化进程中极为重要的一个变量群,对现代化进程的预期和把握的确离不开

对人口变量及人口条件的分析。这样,为了更深刻地认识现代化过程中的中国人口问题,就引伸出了一个“人口现代化”的话题。

二、什么是“人口现代化”

目前,对“人口现代化”的理解并不是没有分歧的。笔者认为,所谓人口现代化,简单说就是人口类型的现代化,亦即人口类型从传统向现代的转变过程。在某种意义上也可称之为“人口转型”过程。人口类型可以分为:人口的再生产类型,比如,是“高、高、低”的传统类型,还是“高、低、高”的过渡类型,还是“低、低、低”的现代类型,它可以从一个侧面清晰地反映出人口现代化的发展阶段;人口的社会类型,比如,是乡村人口还是城镇人口,是农民阶层还是非农民阶层,是蓝领阶层还是白领阶层,是残疾人口还是健康人口,等等;人口的经济类型,比如,是农业劳动者还是非农业劳动者,是低收入人口还是高收入人口,等等;人口的文化类型,比如,是文盲人口还是非文盲人口,等等;人口的政治类型,比如,是没有民主参政意识的人口还是有民主参政意识的人口,等等。这样,至少在理论上,人口现代化也就可以具体理解为上述五个方面人口类型从传统向现代的转变过程,但这五个方面并不是完全独立,而是相辅相成的。甚至可以说,这五种具体人口类型的现代化具有一定程度的同步性、趋同性和对应性。一般而言,人口现代化程度越高,则五个方面的转变表现出的同步性、趋同性和对应性也越显著。

“人口现代化”包括两层含义:一是人口现象或人口过程自身从传统转向现代的过程,直言之,就是人口再生产类型的现代化,或者说是人口转变的现代化,对此我们不妨称之为“人口的内现代化”(Population Modernization from Within)。二是人口变动与社会经济发展的循环关系从低级转向高级的过程,直言之,就是人口素质和人口结构的现代

化。这里的人口结构系指人口的城乡结构、阶层结构和就业结构,而不是指人口的性别年龄结构。对此,我们不妨称之为“人口的外现代化”(Population Modernization from Without)。

三、“人口现代化”的利弊分析

人口发展的历史规律告诉我们,现代人口转变实现之时(这时的人口再生产类型就是前述的“低—低—低”模式),人口年龄结构的老化问题也必然会突兀而起。也就是说,在人口现代化的过程中,人口问题也要悄悄转型,人口问题的主要矛盾将从数量方面转向结构方面。

这里,首先要注意区别人口老龄化问题和老年人口问题。二者虽有密切的联系,但却有着重要的区别。从人口学角度看,人口老龄化可能使老年人口问题更严重,但不是老年人口问题产生的根源。常识告诉我们,只要有老年人口存在,就会有老年人口问题。所以老年人口问题并不是因为人口老龄化社会的到来才产生的(国际上通常将 65 岁及以上老年人口占总人口比例超过 7% 或 60 岁及以上老年人口占总人口比例超过 10% 视为老龄化社会或老年型人口到来的标志)。但是人口老龄化的发展的确在客观上极可能使老年人口问题更加严重,因为伴随人口的老龄化和老年人口的高龄化,老年人口从比例到总量都有增加趋势。

所以人口老龄化问题和老年人口问题不能简单地划等号:一方面,老年人口问题的产生要早于人口老龄化问题;另一方面,人口老龄化问题要多于老年人口问题。这是因为:所谓老年人口问题,简单说来,就是人老了是否有所养、有所医、有所为等问题。只要有老年人口这些问题就会存在。

所谓人口老龄化问题则至少包括:首当其冲的当然是老年人增多,特别是老老人增多,所带来的诸多老年人口问题,这已如上述。其次是劳力短缺问题,以及由此波及开去的劳力价格变动,从而影响到生产规模的扩大和劳动生产率的提高等问题,这已为发达国家的经历所证实。三是生源、兵源减少问题,对教育发展和国防建设都会带来影响。四是社会负担加重问题,抚养比、老少比以及家庭结构的变化会影响到代际交换关系,由于老年退休人口的增加,社会福利保障支出随之增加,社会财政负担有增无减,继而影响到资本的积累和投资的规模。五是社会活力减弱问题,伴随着人口老龄化特别是老年人口高龄化的进程,可以开发的高质量的人力资本存量会有减少趋势,从而损及一国或一地区的竞争力和生产力。应当看到,人口老龄化是人口再生产类型现代化的必然结果。这样,如果把人口的城市化、非农化、知识化和健康化看作是人口

现代化的正面,那么人口老龄化就其带来的问题和挑战来看可以说就是人口现代化十分突出的负面。

如此看来,人口现代化的实现并不意味着人口问题一劳永逸地解决了。

人口现代化是一个复合的发展过程,为便于测度和操作,可将上述人口类型的现代化再细化为以下三个方面:

1. 人口再生产类型的现代化,亦即人口转变的现代化。可以通过出生率、死亡率、自然增长率的组合类型判定。

2. 人口的知识化和健康化,亦即人口素质的现代化。可以通过人口的文化构成和健康构成来反映,如每万人拥有的大学文化程度人口、人均受教育年限、体育人口比例、健康人口比例等单项指标或我们熟知的 PQLI(生命素质指数)这样的综合指标。

3. 乡村人口城市化和农业人口非农化,亦即人口结构的现代化。当然,这里的人口结构不是指人口的自然结构(即性别、年龄结构),而是指人口的社会经济结构(即人口的城乡结构和人口的产业结构)。人口现代化的这一侧面最简单的可以由城市化率和非农化率来测度。

四、从人口现代化看中国人口问题的转型

可以断言,卓有成效的改革开放和人口控制推进了中国人口现代化的进程。但如上所述,人口现代化是多侧面的,而人口现代化不同侧面的实现程度是不同的。

首先,从人口转变类型看,中国在总体上正进入“低出生、低死亡、低自然增长”的现代人口增长阶段。中国人口出生率已从 1970 年的 33.43‰ 下降到 1994 年的 17.7‰,同期人口自然增长率从 25.83‰ 下降到 11.2‰,总和生育率从 5.81 降到 2.1 左右。国际间的比较似乎更能说明一些问题。据新近出版的由美国人口咨询局编辑的《1994 年世界人口数据表》,中国的出生率为 18‰,低于含中国的不发达地区的平均水平 28‰,更低于不含中国的不发达地区水平 32‰,也低于世界平均水平 25‰,却相对接近发达地区的平均水平 12‰;中国的自然增长率水平(11‰)也介于发达地区(3‰)和不发达地区(含中国为 19‰,不含中国为 22‰)之间,低于世界人口的自然增长率(16‰);从总和生育率(TFR)看,则中国的成就更为突出,中国的总和生育率已降至 2.0,十分接近发达地区的平均水平(1.7),却明显低于不发达地区(含中国为 3.6,不含中国为 4.2)和世界的平均水平(3.2)。有理由认为,中国已初步实现了现代人口转变。但人口转变的现代化进程存在着不容忽视的城乡差别和地区差别。比较而

言,我国城市人口已基本实现向低出生、低死亡、低增长的现代人口再生产类型的转变,而农村人口还处在这个转变的过程中。当然,农村也存在着显著的差别,比如,在我国农村工业化的发祥地之一的苏南这样的发达地区,农村人口已经实现了现代人口转变,现在正处于不断巩固和趋于完成的阶段,从而成为我国农村人口转变现代化的急先锋。

其次,比较之下,人口素质的现代化就表现得不是那么清晰。由于缺乏时序数据的比较,难以全面准确地刻画出人口的知识化和健康化的动态过程。不过还是可以选用几个有关的指标来描述一下。

有理由认为,中国人口的知识化在80年代已经有了较为显著的进展。据对“四普”和“三普”资料的推算,1990年全国的人口文化教育水平综合均值为6.40,比1982年的5.20高出1.2个度量单位。这表明,1990年全国人均受教育水平已超过小学毕业的水平,处于初中一年级的阶段。与此同时,每10万人中拥有的各种文化程度人口数均有不同程度的增长,大学、高中、初中、小学文化程度人数8年间依次增长131.22%、18.59%、30.47%、5.17%;而15岁及以上的文盲、半文盲人口减少了21.71%,成人文盲率降低了6.93个百分点。然而,数量惊人的贫困地区少年失学、辍学现象需尽快扼制。

现代的健康概念不仅是指没有疾病,而且也指能保持生理及心理的完好状态,并能较好地适应社会。这样,反映人口健康化进程的指标就应包括两个方面:一是反映人口自然属性的指标(反映生理和身体健康),二是反映人口社会心理属性的指标(反映心理和精神健康)。比如,婴儿死亡率、平均预期寿命、体育人口比例、残疾人口比例,等等。因为数据的关系,这里仅以能较好反映人口健康水平的重要指标婴儿死亡和平均预期寿命两个指标稍作说明。1989年的调查表明,城市的婴儿死亡率已降至13.8‰,农村则降为21.7‰。虽然城乡之间还存在着明显的差距,但从世界范围看,中国的婴儿死亡率已降到较低水平,特别是城市地区已接近世界发达地区水平。1990年世界发达地区婴儿死亡率为16‰,1994年则为10‰。据《1994年世界人口数据表》,中国的婴儿死亡率为31‰,已远远低于世界平均水平63‰,更低于不发达地区平均水平69‰(含中国,若不含中国则高达77‰)。

中国人口的平均预期寿命自1949年以后迅速提高。解放前,我国人口的平均预期寿命只有35岁,属于世界上平均预期寿命最低的国家之一,而现在已达到70岁,高于世界平均水平和不发达地区平均水平,而逼近发达地区平均水平。

如果仅从婴儿死亡率和平均预期寿命两项指

标来看,中国人口的健康化进程还是显著的。

但是隐患也不少,比如,我们还有1800万文盲、半文盲人口,有5000多万残疾人口(1987年残疾人调查),尚有4.15亿人口生活在碘缺乏病区,占全国62%的县有碘缺乏病流行,损害着人民的健康。还有为数巨大的有心理障碍和疾患的人群,而精神卫生和心理健康问题还没有引起社会各界应有的关注。

第三,人口结构的现代化表现在80年代以来中国人口的城镇化获得了历史性启动,1980~1989年,城镇化水平从17.60%上升到25.63%,增加了8.03个百分点,而非农化水平(亦即非农产业劳动力比重)同期则从31.11%上升到39.84%,增加了8.73个百分点。但国际比较表明,中国的城镇化水平和非农化水平是滞后的。1950~1980年,发展中国家的城镇化水平从17.80%上升到29.2%,分别与我国80年代初期和末期的城镇化水平相当,同期发展中国家的非农化水平从19.25%上升到34.65%。

人口转变、人口素质及人口结构三方面的现代化是相辅相成的,比如,人口的知识化、非农化和城市化进程将推动婚育文化的现代化,亦即有助于婚育观念的转变,即婚育观念向晚婚晚育和少生优生转变,最终则必然反映在人口转变现代化的成就上。由此可见,人口现代化实际上是各子系统共生共变的过程。

伴随着人口现代化的进程,中国人口问题也在悄悄转型,面临着新的挑战。

首先,我们面临的是低生育水平下如何控制人口的挑战,而这一挑战恰恰是与人口转变现代化这一总的背景相伴随的。目前中国的总和生育率已降到2.0的低水平,亦即开始低于更替水平(TFR为2.1左右),人口增长过快的势头基本得到控制,但人口增长率趋于下降的同时,人口总量继续膨胀的势头却难以扼制。一方面,生育水平已较低,进一步下降的潜力已不大,而且发达工业国的人口转变历程也在证明,持续的低生育率也会带来一系列的负面影响,对此我们不可掉以轻心而要未雨绸缪;另一方面,我们并不需要一个比目前的人口总量更大的人口规模,何况农村生育率的下降机制还主要是一种强制力主导型的下降机制,由此也就暗含了一种可能性,这就是,一旦外部约束条件解除,生育率就可能马上出现反弹。

其次,老年人口问题正伴随老龄社会的到来而日趋严峻。1982年第三次人口普查时,我国60岁及以上老年人口达7663万,占总人口的7.64%。到1990年第四次人口普查时,老年人口数达9738万,老年人口占总人口比重上升为8.59%。到1991年末,老年人口总数首次突破1亿大关,成为世界

(下转第6页)

分配一个医生负责肠道疾病,他在医学院所学到的大部分知识,只好束诸高阁。医院里的医生级别、职位形成“定势定位”,实习、进修医生一般不能越雷池一步。单病单药单治已成传统习惯。中医教育虽然讲授《内经》、《伤寒论》、《金匱》,但进了医院,很快就进入单病单方单治的框框,重分工而轻合作;禁条繁多,而各尽所能少;定势定位多而探索研究少。教育和临床的阶段性和静滞性的趋势相当明显。

中国的基础医学研究和临床医学历来分家。时至 90 年代,这种“分家”变本加厉,基础医学研究人员不能临床,不能诊病;临床医生兼及研究并有成就者尚属凤毛麟角。当然也有例外,中国中医研究院就是基础与临床结合得较好的一家基础医学研究机构。

20 世纪中期以来,世界的科学技术已经渐渐改变狭窄的封闭型的专业分工方式。医学也不例外。因为分工可以永无止境,更因为狭小的分工的专,使分工自身离多元的、非线性的客观实际越来越远,迷雾越积越重,恐终将走上歧途,自我逆反。现代化的医学要求各学科相互交叉、渗透、转化、协作。落后或逆反的技术及体制,将对人类与未来利害参半,或害多利少,恐怕终将被历史所淘汰。

美国哈佛医学院目前约有 600 名哲学博士生、600 名医学博士生的在校生。在基础医学与临床医学结合方面,哈佛医学院独有建树,影响了整个美国医学界。在美国,越来越多的教育科研与医疗单位都仿效哈佛医学院的模式。70% 以上的美国医院已实现基础与临床医学人员交叉配置和相互协作;此外,还鼓励和支持医学家或医生一身二任,直接从临床医学面临的各种重大问题中找到基础研究的方向和课题,进而提高医学教育质量。哈佛医学院实行可分离的双编制、双任命制,医学家的学术任命和工作任命可以分别在两个单位,从而取得了灵活兼职的可能性和条件。中国目前实行的传统体制则不允许学术编制与工作编制相分离。作法不同,效果迥异。

教育的目的,应该是尽快让受教育者创造价

值,为社会作贡献。中国目前的制度是:医学院毕业生念硕士、硕士毕业生念博士。脱离临床实践的知识灌输一贯制对国家与学生都是智力、时间、资金的浪费和消耗。这种教育方法是不经济的,是反系统的,理应引起政府的注意和重视。

中国的医学人员的才智素质不比美国同行差。可惜社会的、体制的、脑子里的框框条条、绳索锁链太多太多。生物化学教授决不可能去当内科医生的助理;门诊医生如果去过问住院病人的病况病程,也就成了“违反规定”的异端人物。有的基础医学研究人员偶有所得,便想出书卖钱,眼前私利为重,大有小农遗风。分工过细,专业封闭,老死不相往来,早已扼杀“会诊”制度的微弱优势,成为我国医疗事故、误诊误治的重要原因之一。庸医杀人,不单是因为医者低能、医德式微,也还因为有我国目前推行的兼有正负效应的、传统的医学教育和医疗、研究的三分离的体制。

系统医学理论的学习、研究和临床实践,当从医学教育始。救死扶伤,人命关天,学医从医者应该坚持终生教育、终生学习。而医学教育似宜增设哲学、博弈论等课程,中医学院则宜同时学习现代神经生物化学等知识,尤须终生补充和更新。对号入座、形而上学诊治方法,是对中医辩证法体系的腐蚀和破坏,恐须逐步予以抛弃。报刊上把某一种中药药丸说得神乎其神,恐怕多数已经抛掉了阴阳五行、经络传变,而误入反系统的思维与行为的领域。

科学技术的迅猛发展和实践需求的多样化、层次化,要求各学科相互交叉、渗透与协助,对医学也不例外。基础医学研究和临床相结合、相交叉配置,内、外、脑各科协作与合作,中西医结合,几代几个层次的医生协作动手术、会诊,住院治疗和家庭病床结合,医院、疗养院和养老院的适当沟通和协作结合,都是这种基本趋势的反映。

系统医学应该是未来的医学理论的一个重要的组成部分,有待于进一步的探讨和研究。

(责任编辑 蔡德诚 刘永培)

(上接第 43 页)

上老年人口最多并第一个突破 1 亿的国家。据预测,到 2000 年,老年人口将达到 1.31 亿,占总人口比重将突破 10%,从而跨入国际标准规范下的老龄化社会的行列。潜在问题的严峻性在于,中国是在经济尚不发达,老年人社会保障制度覆盖面较低的社会经济条件下进入人口老龄化加速发展时期的。国际比较似乎更能说明问题,法国 65 岁以上老年人口所占比重由 7% 到 14% 经历了 130 年,瑞典是 85 年,美国是 70 年,日本是 25 年,中国也仅需 25 年。然而,如何对付人口老龄化的挑战,无论在理论

上还是在实践中都还不能说有了充分的准备。

再次,人口压力开始从农村向城市,从不发达地区向发达地区蔓延。过剩的农村劳动力已不再局限于对土地的压力,在范围上也不再仅限于农村。农村地区人口向外扩散的压力目前很大,发达地区和都市地带已感受到了人口过分集中的诸多难题。显而易见,农村发展和农村人口控制问题将是中国发展进程中面临的最严峻的挑战之一。中国的“人口现代化”任重而道远。

(责任编辑 孙立明)