

新中国成立以来的人口政策与人口转变

杨 舸

(中国社会科学院 人口与劳动经济研究所, 北京 100028)

摘要: 中国人口政策的形成与变革伴随着人口转变的进程, 为社会经济的快速发展创造了有利条件。文章梳理了新中国成立以来的人口政策和人口转变历程。计划生育政策经历了萌芽、批判和停滞的初始阶段; 文化大革命之后得以恢复; 改革开放后的计划生育政策进一步确立、稳定; 21世纪以后顺应人口形势进行微调和大调整。人口转变主要表现在2个方面: 生育水平快速下降, 并稳定在低位, 生育年龄不断推迟, 生育模式已经明显改变; 人口预期寿命不断延长, 婴儿死亡率、孕产妇死亡率等显著下降, 死因模式和死亡模式均向老年型转变, 国民健康水平走在发展中国家前列。然而, 后人口转变时代考验着中国经济和社会发展体制, 需要做好准备。

关键词: 新中国; 人口政策; 人口转变; 生育率; 生育模式; 人口老龄化

中图分类号: C924.21

文献标志码: A

文章编号: 1671-0398(2019)01-0037-13

新中国成立以来, 我国由一穷二白的国家成长为全球第二大经济体, 在经济、文化、社会领域均取得了举世瞩目的成就。作为世界第一人口大国, 我国的社会经济发展伴随着人口政策的变革和人口转变, 人口作为最重要的生产要素, 参与和推动了经济起飞, 也促进了社会体制的健全和完善。一方面, 我国生育水平迅速下降, 带来整个社会抚养负担的下降, 为经济增长创造了有利条件; 另一方面, 人们的健康水平不断提高, 儿童、孕产妇死亡率不断下降, 人口平均预期寿命不断延长。当前, 人口形势和人口结构都发生了巨大变化, 人口政策也在逐步调整以适应这些变化。本文将梳理新中国成立70年来的人口政策变化, 并利用历史数据分析我国人口转变的发生过程, 为今后的人口政策提供参考。

一、中国人口政策的变动

虽然我国的计划生育政策开始于20世纪70年代, 但限制生育的思想萌芽却是在新中国成立之初。依据人口思想的变迁和计划生育政策的变革, 我国人口政策发展变化可以分为4个阶段。

第1阶段: 新中国成立到1969年, 人口政策从鼓励生育到限制生育思想萌芽, 再到批判和停滞。1949年之后迎来了生育高峰, 国民生产和生活从战争中恢复过来, 总和生育率超过6, 人口快速增长,

1953年第1次人口普查显示全国总人口已经从1949年之前的4.5亿增长到6亿, 这引起了政府的关注, 节制生育的思想开始萌芽。1955年, 卫生部党组在关于节制生育问题报告上指示“为了国家、家庭和新生一代的利益, 我们党是赞成适当地节制生育的。”此后, 党中央的许多政策文件或国家领导人讲话都提及要节制生育。国务院于1962年出台了《关于提倡计划生育的指示》, 1963年中央决定成立国家到地方的各级计划生育机构, 1964年国家计划生育委员会正式成立^[1]。然而, 受政治运动的影响, 这一时期的政策实施基本停滞。而且, 由于马寅初的《新人口论》被批判, 学术界几乎无人敢提人口问题。尽管如此, 这一时期的人口政策和机构均打下了良好的基础。

第2阶段: 1970—1980年, 随着“文化大革命”的结束, 计划生育政策的执行逐渐回到正轨, 限制生育的政策正在逐渐发挥效用。从1949—1969年, 我国人口仅用短短20年的时间翻了一番, 这也促使了计划生育政策的快速推进。1971年, 国务院发布了《关于做好计划生育工作的报告》, 并于1973年正式提出“晚、稀、少”政策, 即晚婚(女性23周岁以上, 男性25周岁以上)、稀生(生育间隔3年以上)和少生(最好1个最多2个)。这一时期的计划生育工作取得了良好的效果, 生育率前所未有地快速下降。

收稿日期: 2018-09-10

作者简介: 杨 舸(1984—), 女, 江西九江人, 中国社会科学院人口与劳动经济研究所副研究员, 博士

第3阶段:1980—2000年,计划生育政策进一步得到贯彻执行,政策、机构都逐步稳定下来。受政策影响,人们的生育观念发生了显著变化,生育率下降到更替水平,并继续下降。1980年,中共中央发表《关于控制我国人口增长致全体共产党员共青团员的公开信》^[2],“独生子女政策”基本成型,计划生育政策成为国家大刀阔斧改革的重要一环被提升到基本国策的高度。但是,一孩政策的实行在农村地区遭遇到前所未有的阻力,考虑到农民的生育需求,国家做出了相应的调整。1984年,国家计生委《关于计划生育工作情况的汇报》做出了“开小口、堵大口、煞歪口”的调整,主要包含2个方面:一是农村地区适当放开2胎,二是一千万人口以下的少数民族可以依习俗放宽2胎,甚至3胎。到1990年代初,各省、市、自治区均制定了计划生育条例,并开始稳定执行。大部分农村地区实行“一孩半”政策,即第1胎生育女孩的家庭被允许再生育1胎,少数民族地区也依照规定实行二孩或三孩政策。这一阶段的生育率下降不止有政策的影响,随着社会经济的发展和城镇化的进程,城市现代化的生活方式使得年轻人的生育观念发生了巨大变化,20世纪末总和生育率下降到1.5左右,是国际标准中的“很低生育率”。

第4阶段:2000年至今,人们注意到人口快速转变可能带来的负面效应,限制生育的政策得到反思,计划生育政策再次进入调整通道。从20世纪90年代开始,随着生育率下降到更替水平以下,人口转变完成,人口结构开始发生显著变化,2000年的老龄化系数超过7%,成为国际标准的老龄化国家,劳动力供给2011年达到峰值。为了适应人口形势的新变化,完善和调整生育政策成为必然选择。事实上,早在20世纪末就开始了生育政策的微调,山东、四川等27个省、市、区在2000年之前就完成了由独生子女政策向“双独二孩”的转变,《河南省人口与计划生育条例》在2011年修订完成,这是最后一个实施“双独二孩”的省份。2013年开始,我国启动计划生育政策改革进程,为了规避可能出现的生育堆积问题,放宽限制生育是循序渐进的,2013年3月,国务院将卫生部与计划生育委员会职能合并,组建国家卫生和计划生育委员会,同年11月,十八届三中全会通过的《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》中提出“坚持计划生育的基本国策,启动实施一方是独生子女的夫妇可生育两个孩子的政策。”2015年12月第十二届全国人民代

表大会常务委员会第十八次会议表决通过《人口与计划生育法修正案(草案)》,“全面二孩”政策于2016年1月1日起施行。2018年3月,国务院组建国家卫生健康委员会,承担原国家卫生和计划生育委员会、国家老龄委等相关部门的职能,计划生育政策的执行机构正式成为历史。辽宁、陕西、湖北等地甚至将鼓励生育的条文写入了政府文件,计划生育政策终将成为历史。

二、中国人口转变历程

人口转变是指人口发展由传统模式向现代模式的转变历程。经典人口转变理论将这一历程分成3个阶段:原始阶段表现出高死亡率、高出生率和低自然增长率的特征,人们的生育不受任何限制,由于生活资料的限制、卫生医疗条件的低下以及战争、瘟疫的盛行,人口通常也保持较高的死亡率。中期阶段则表现出死亡率和生育率的双双下降,随着工业化和现代化的推进,农业的进步、交通运输和制造业的发达带来了食物的丰富和生活水平的提高,医疗卫生条件的改善提高了健康水平,死亡率首先出现下降。工业化和城市化改变了人们的生产、生活方式,个人主义和消费主义兴起,家庭功能弱化,养育子女的成本不断提高,生育率也不断下降。由于生育率晚于死亡率的下降,中期阶段出现较高的人口自然增长率。到现代阶段,生育率和死亡率均下降到较低水平,自然增长率较低,人口不仅出现老龄化趋势,也出现新的均衡。影响人口转变的两大基本要素是生育和死亡。下文从这两个方面阐述新中国成立以来的人口转变历程。

(一) 生育的转变

1. 经历3次出生高峰后,出生率降至低位

新中国成立以来,我国一共经历了3次人口出生高峰。第1次在新中国成立之初,随着多年的国内战争结束,人民的生产和生活逐渐恢复,社会环境安定,人口出生率在1950—1954年一直维持在37‰以上的高位,人口自然增长率也一路攀升,1949—1957年,总人口增长了1个亿。然后国内政治环境开始动荡,特别是1959—1961年的3年自然灾害期间,人口出生率迅速下滑,自然增长率甚至降为负数。紧接着迎来第2个人口出生高峰,补偿性生育使得出生率直接从1961年的18.13‰反弹至1962年的37.22‰,1962—1969年的这次出生高峰使得中国人口增加了1.5亿。1970年代,中国政府开始鼓励人们节制生育,出生率有了明显的下降,

1979 年降至 20‰ 以下。改革开放之后,由于第 2 次出生高峰时生育的孩子进入育龄期,中国迎来第 3 次出生高峰,但峰值比前 2 次明显减弱,人口出生率

由 1980 年的 18.2‰ 上升至 1987 年 23.3‰ 的峰值。从 1981—1990 年,总人口增长了 1.4 亿。此后,出生率一直稳定在低水平的 12‰ 左右^①(见图 1)。

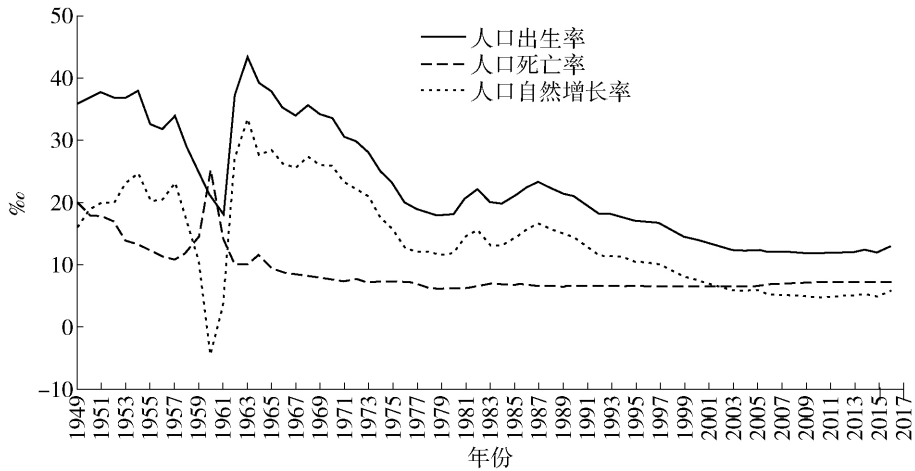


图 1 1949—2016 年中国人口出生率、死亡率和自然增长率

数据来源: 同脚注^①

2. 总和生育率迅速下降到更替水平以下,并继续下降

出生率受年龄结构的影响不能准确反映人们的生育水平变动,总和生育率则可以避免这一缺陷。总和生育率(TFR)是假定妇女同批人按照某一时期的分年龄生育率度过育龄期,最终平均每个妇女生育的子女数。但是,我国自 1990 年以来的真实生育率究竟是多少一直存在争议,由国家统计局人口普查或人口抽样调查所得到的总和生

育率明显偏低,偏低多少不同专家则有不同解答。人口普查或人口抽样调查均属于回顾性的调查,对出生的登记本来就存在漏洞,再加上严格的计划生育政策使得超生家庭故意隐瞒出生人口登记,真实的生育率便不得而知。为了保持数据的连续性,这里引用联合国对于中国历史生育率的估计来看生育率的变动(见图 2)。

按照人口转变理论,我国生育率经历了 2 次转变。第 1 次转变发生在新中国成立之初,从 20 世纪

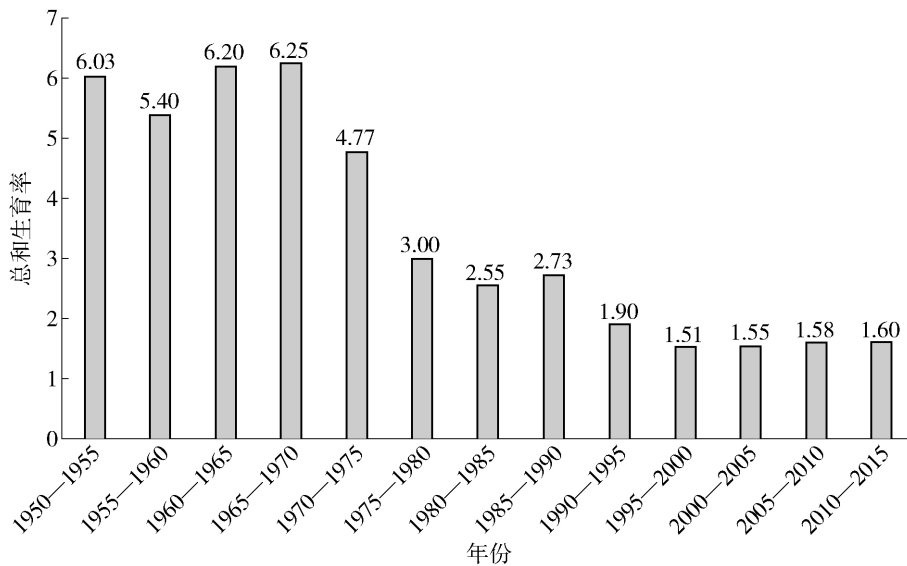


图 2 1950—2015 年中国妇女总和生育率

数据来源: 联合国经济和社会事务部发布的《世界人口前景: 2017 修订版》

^① 数据来自《新中国 60 年统计资料汇编》和《2017 年中国统计年鉴》

60年代中期开始,从6.0以上的高位迅速下降,到90年代初,已经下降到更替水平以下(一般将总和生育率 $TFR=2.1$ 界定为世代更替水平);第2次转变发生在改革开放后,总和生育率由更替水平继续下降到2000年1.5左右的“很低生育率”,此后十多年,中国的总和生育率一直维持在1.5~1.6。生育率的下降存在2个特点:从下降的速度看,中国大约是世界上人口转变最快的国家之一;生育率的下降不仅有政策因素的影响,也有社会经济因素的影响。

国际组织大多把中国近期生育率设定为1.5~1.6的水平并非偶然,这也是绝大多数人口学家的估计结果,但与国家统计局公布的数据却相差甚远,2000年和2010年人口普查数据得到的总和生育率(TER)分别仅为1.22和1.18,2015年1%人口抽样调查数据得到的总和生育率再刷新低,仅为1.047。尽管许多学者对数据进行调整,主要有两类调整方法:一类是对普查数据本身进行调整估计,如利用人口普查的年龄结构数据回推普查前历年的出生人口,从而得到生育率数据;将母亲的曾生子女信息与子女信息进行匹配,得到过去的生育率或分孩次生育率。另一类是利用其他来源的数据(如公安部门的户籍人口数据,卫生部门的住院分娩数据,教育部门的学龄儿童数据)来推测实际的出生人口,从而计算总和生育率。

这里选取了2位学者的估计结果与国家统计局公布的结果进行比较^[3]。从图3可知,自2005年开始,调整后的总和生育率大约为1.5~1.6,高于国家统计局的数据,但趋势上有走低的迹象。2013年之后,随着我国不断放宽生育限制,总和生育率又有提升的趋势,2017年达到1.7左右。随着生育势能的释放,总和生育率仍然会下降。

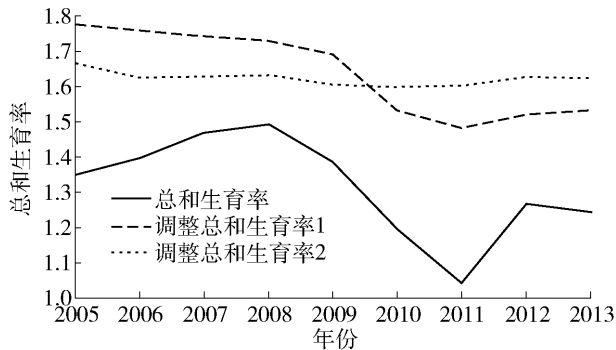


图3 2005—2013年中国妇女总和生育率

注:总和生育率是依据国家统计局公布的人口普查或人口抽样调查资料计算得出;调整总和生育率1为陈卫计算结果;调整总和生育率2为乔晓春计算结果。

数据来源:文献^[3]

3. 生育年龄推迟,生育模式发生改变

生育转变的真正完成,并非只有生育率下降,也包含生育模式的完全转变。由于女性接受教育的年限延长,在职场中发挥越来越重要的作用,人们的婚姻、家庭观念发生转变,生育模式随之变动。

首先是生育年龄的变动。新中国成立以来,中国妇女的初育年龄总体呈现波动上升趋势。1970年代之前,初育年龄比较稳定,大约为22岁左右。1970年代的计划生育政策主要是提倡晚婚晚育,政策促使初育年龄快速提升,平均初育年龄上升到1980年的24.44岁,10年间推迟了2.44岁。1980年后修订的《婚姻法》第六条规定“结婚年龄,男不得早于二十二周岁,女不得早于二十周岁。”这一规定使得“晚、稀、少”的计生政策失去了法律依据,平均初育年龄开始下降,1987年下降为23.04岁^[4]。由此可见,改革开放之前的初育年龄的推迟很大程度上受政策影响。但改革开放之后,人们的婚育观念开始发生变化,导致初育年龄再次推迟,到2008年,平均初育年龄达到26.71岁^[5]。总体说,从1960—2012年,平均初育年龄年均推迟0.08岁,即大约每12年推迟1岁(见图4)。

其次是生育率年龄模式的变化。以20~29岁作为适龄生育年龄组的话,我国女性仍然以适龄生育为主,但随着初育年龄推迟,适龄生育的比例正在减少。1995年20~29岁的适龄妇女生育子女数占全年出生人口的83.68%,30~39岁妇女生育子女数占全年出生人口的11.75%,40岁以上的仅占0.81%;到2005年,20~29岁的适龄妇女生育子女数占全年出生人口的比例下降为77.66%,30~39岁妇女生育子女数占全年出生人口的比例上升到18.84%,40岁以上的妇女生育子女数上升为1.11%;到2015年,晚育的趋势更加突出,20~29岁、30~39岁、40岁以上年龄组妇女的生育贡献率分别为61.58%、30.15%和3.96%。而这主要是1孩的生育模式改变造成的。20~29岁年龄组妇女对1孩的生育贡献率由1995年的91.38%下降到72.62%,而30~39岁年龄组妇女对1孩的生育贡献率由1995年的3.23%上升到2015年的17.54%^[6](见图5)。

中国女性生育年龄的推迟并不是单调的,而是在一些年份存在波动,最近几年来,不仅生育政策处在调整的过程中,而且对于违规生育的处罚执行力度也远不如以前,这种政策因素也使得妇女生育年龄又有提前之势。同时,20岁之前就生

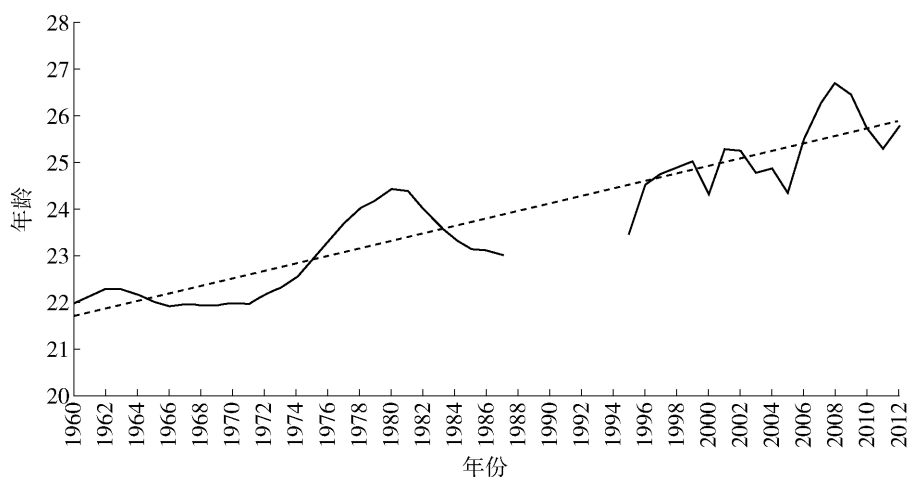


图4 1960—2012年中国妇女初育年龄

资料来源: 1982年全国1‰人口生育率抽样调查, 1988年全国生育节育抽样调查和历年人口变动抽样调查。其中1962—1987年数据来自文献[4]; 1995—2012年数据来自文献[5]

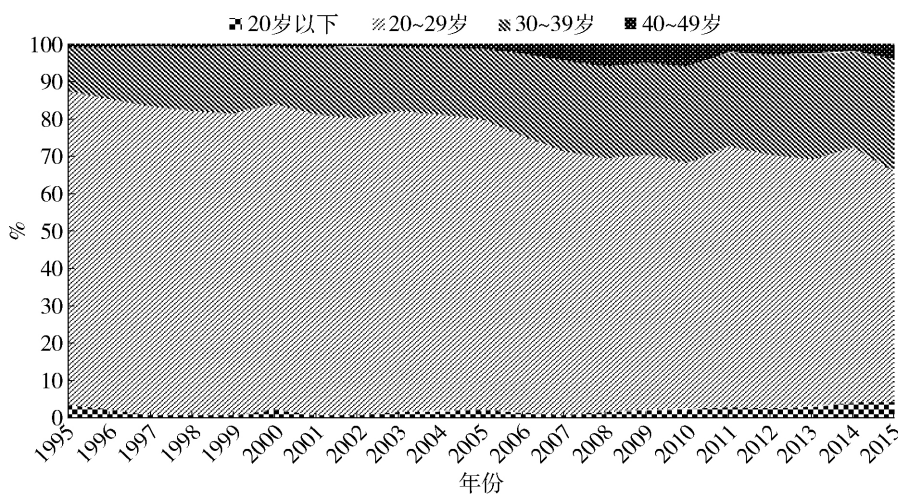


图5 中国生育率年龄模式的变化: 1995—2015年

数据来源: 文献[6]

育子女的妇女比例不是在减少,而是在增加。这也反映出社会的包容度在升高,致使生育观念的离散程度在增加。

(二) 死亡的转变

人口转变中死亡转变与生育转变有很大不同,通常死亡转变早于生育转变,生育转变一般伴随着工业化发生,是生产、生活方式转变的结果;但死亡转变是持续的,延长寿命是人类最天然的追求,不受文化、宗教、种族、社会制度的限制,除非遇到战争、瘟疫、自然灾害等不可抗因素的干扰,死亡率都是下降的,只是速度不同。

1. 粗死亡率快速下降且持续低位,特殊人群死亡率显著下降

新中国成立以后,我国的粗死亡率快速下降,20

世纪70年代就已经下降至低位,此后持续处于低位。1949年,粗死亡率为20‰,8年后的1957年下降到了10‰。在1959—1961年的3年自然灾害期间,粗死亡率经历了短暂的回升,随后继续下降到最低点(1979年的6.21‰)。由于人口老龄化,人口年龄结构的变动使得粗死亡率略有回升,但也始终处于6‰~7‰的低位水平。

由于粗死亡率易受年龄结构的影响,国际上常用的衡量健康水平的死亡率指标还有婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率和孕产妇死亡率。1949年之前,婴儿死亡率高达200‰,新中国用大约20年时间,将婴儿死亡率降到50‰以下^①。1982年第3次人口普查数据显示,1981年婴儿死亡率继续下降到34.7‰。但由于回顾性调查的死亡漏报比较严重,

① 数据来自2016年《中国卫生统计年鉴》,全国3年肿瘤死亡回顾调查的数据计算,1973~1976年婴儿死亡率为47‰。

以上数据可能存在低估。1991年后,我国官方公布的婴儿死亡率以妇幼卫生监测数据为准,大大提高了准确度。不论是在城市还是在农村,婴儿死亡率都在持续下降,特别是农村地区的下降速度更快。城市的婴儿死亡率由1991年的17.3‰下降到2016年的4.2‰;农村的婴儿死亡率由1991年的58‰下降到2016年的9‰(见图6)。这一指标已经接近世

界发达国家的水平,根据世界银行的数据,2016年美国的婴儿死亡率为6‰,俄罗斯为7‰,德国、意大利、韩国均为3‰,日本、新加坡为2‰,而印度则高达35‰,印尼为22‰,土耳其为11‰,反映出新中国在卫生医疗领域取得的巨大成就,特别是在农村基层卫生机构的建设和基层医务人员的培养方面成绩更为显著。

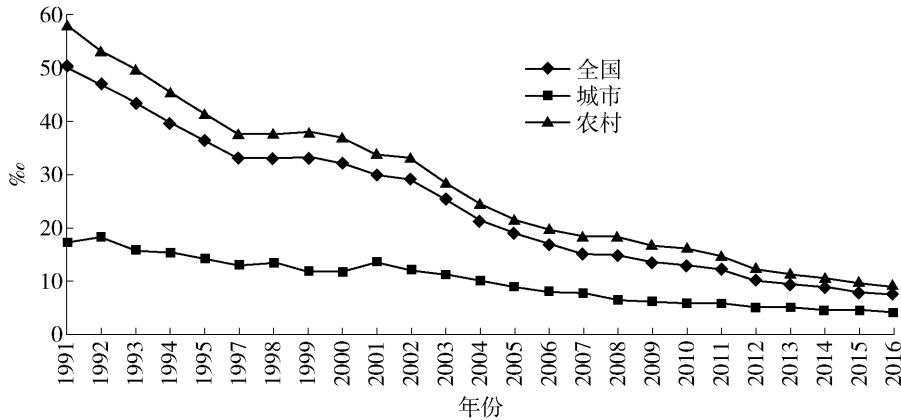


图6 中国婴儿死亡率的变化: 1991—2015年

数据来源《2016年中国卫生与计划生育统计年鉴》

我国5岁以下儿童死亡率也呈现持续下降的趋势。城市的5岁以下儿童死亡率由1991年的20.9‰下降到2016年的5.2‰,农村的5岁以下儿童死亡率下降得更快,由71.1‰下降到2016年的

12.4‰(图7)。从国际比较看,世界银行的数据显示,2016年美国、俄罗斯的5岁以下儿童死亡率分别为7‰和8‰,德国、法国、英国均为4‰,日本、韩国均为3‰,印度为42‰,泰国为12‰。

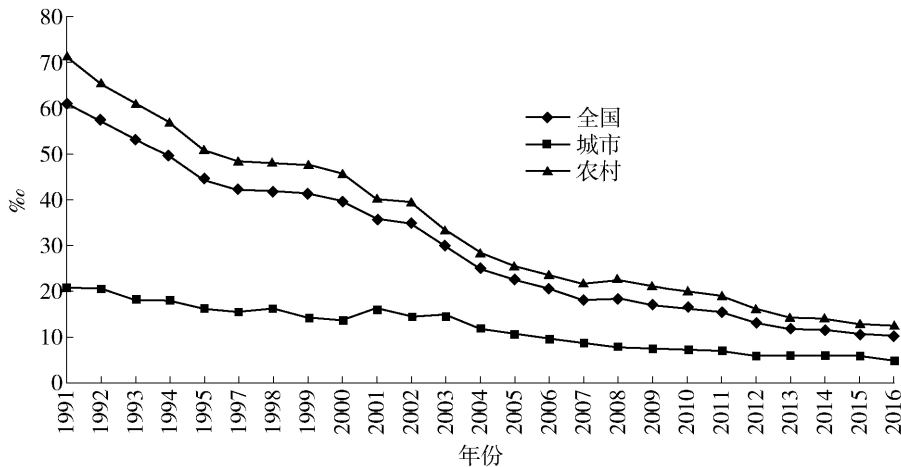


图7 中国5岁以下儿童死亡率的变化: 1991—2015年

数据来源《2016年中国卫生与计划生育统计年鉴》

我国孕产妇死亡率呈现波动下降的趋势。城市的孕产妇死亡率由1991年的46.3/10万(即每10万人有46.3个死亡案例)下降到2015年的19.5/10万,而农村的孕产妇死亡率由1991年的100/10万下降到2015年的20/10万,城乡差距缩小至几乎为零(见图8)。从国际比较看,世界银行的数据显示,

2016年美国、俄罗斯的孕产妇死亡率分别为14/10万和25/10万,德国、法国、英国分别为6/10万、8/10万和9/10万,日本、新加坡分别为5/10万和10/10万,印度为174/10万,泰国为20/10万。总之,我国的妇幼保健卫生水平已经走在发展中国家的前列,接近发达国家的水平。

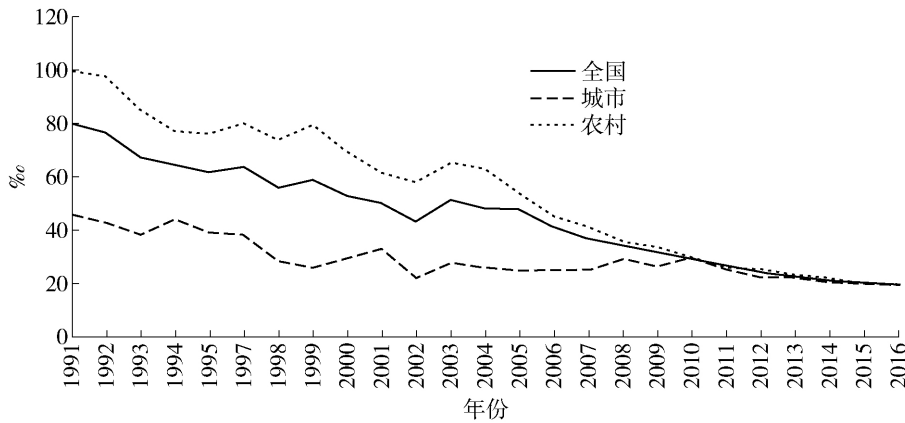


图 8 中国孕产妇死亡率的变化: 1991—2015 年

数据来源:《2016 年中国卫生与计划生育统计年鉴》

2. 平均预期寿命不断延长

延长寿命一直是全人类共同的愿望,然而在人类漫长的历史长河中,平均寿命的延长十分缓慢,直到近 100~200 年,医疗技术突飞猛进,公共卫生水平不断提高,人类延长寿命的成果大约比之前几万年加起来的成果还高。新中国成立前,人口平均预期寿命大约仅为 35 岁,随着国内战争的结束,1950—1954 年的人均预期寿命很快上升到 48 岁。1970—1974 年,预期寿命几乎提高 1 倍,男性达到 63.6 岁,女性达到 66.3 岁^[7](见图 9)。从 1981—2015 年,我国人口平均预期寿命由 67.9 岁延长至 76.3 岁,年均延长 0.25 岁,即每 4 年延长 1 岁。预期寿命是联合国人类发展指数中的重要指标之一,它不仅反映人口健康水平的改善,也是社会、经济共同进步的体现。我国人口平均预期寿命的延长得益

于 4 个方面: (1) 经济快速发展解决了人们的温饱问题。(2) 公共卫生支出的增长提高了医疗卫生服务的可及性。(3) 计划生育政策执行中的优生优育服务促进了妇幼保健知识的传播和住院分娩率的提高。(4) 人们受教育程度的提高和信息技术的发展促进了卫生健康知识的获得。

3. 中国死因模式向老年型转变

死亡转变还表现在死因结构的转变方面,死因结构的转变是完成人口转变的重要特征之一。根据流行病转变的理论,在人口转变的过程中,死因结构的转变会经历 3 个阶段(Abdel R Omran, 1971)^[8]: 第 1 个阶段被称为大流行与饥荒时期,人们对待传染病毫无招架之力和破除之法,瘟疫、战争和饥荒使得这一阶段的人口死亡率非常高,这也对应着人口转变的初始阶段,平均预期寿命为 20~40 岁;第 2

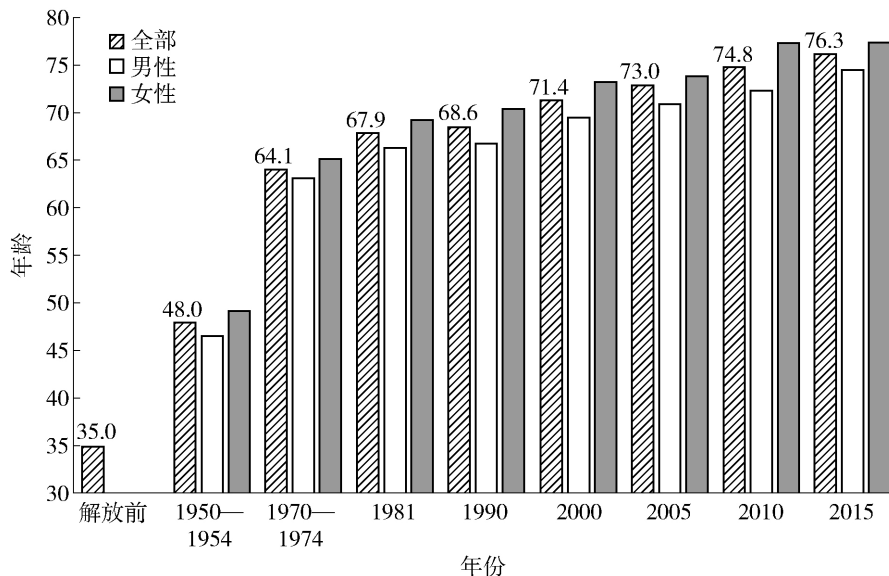


图 9 中国人口平均预期寿命的变化

数据来源:文献[7]和《2016 年中国卫生与计划生育统计年鉴》

个阶段是流行减退期,人类逐渐掌握了一些传染病的治疗和预防方法,公共卫生管理体制也开始建立起来,传染病的死亡率逐渐下降,平均预期寿命延长至30~50岁;第3个阶段是退化及人为疾病期,随着抗生素和疫苗的发明,传染病得到有效控制,人口老化带来的退化性疾病成为死亡的主因^[9]。

由于我国人口转变中的死亡率下降开始于新中国成立之前,我们很难获得那时的死因构成数据。1957—1975年城市地区的数据显示,死因第1位的呼吸系统疾病已经从1957年的16.7%(即当年16.7%的死亡人口死于呼吸系统疾病)下降到1975年的10.8%,死因第2位的传染病(含呼吸道结核)由1957年的15.4%下降到1975年的5.8%。退行性疾病的比例显著提升,城市地区恶性肿瘤的比例

由1957年的5.2%上升到1975年的18.8%;脑血管病的比例由1957年的5.5%上升到1975年的21.6%;心脏病的比例由1957年的6.6%上升到1975年的19.5%,以上三类疾病占全部死因的一半以上。从这些数据可知,我国在1975年已经进入了流行病转变的第3阶段。

改革开放之后,我国人口死因结构进一步发生变化,从1990—2016年,城市地区的死亡人口向主要死因集中,恶性肿瘤、心脏病的死因比例分别由21.88%和15.81%上升到26.06%和22.58%,这两类疾病与脑血管病一起占全部死因的7成。而由传染病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、妊娠、分娩产褥期并发症、围生期疾病、先天畸形、变形和染色体异常等造成死亡的比例均明显下降(见表1)。

表1 中国城市、农村居民死因构成:1990年、2000年、2010年、2016年

疾病类别	1990年		2000年		2010年		2016年	
	城市	农村	城市	农村	城市	农村	城市	农村
传染病(不含呼吸道结核)	2.3	3.61	0.67	0.83	0.72	0.66	1.05*	1.14*
呼吸道结核	1.2	1.85	0.48	1.19	0.38	0.34		
寄生虫病	0.07	0.2	0.1	0.09	0.02	0.00	0.01	0.01
恶性肿瘤	21.88	17.47	24.38	18.3	26.33	23.11	26.06	22.92
血液、造血器官及免疫疾病	0.25	0.84	0.23	1.11	0.24	0.14	0.22	0.17
内分泌、营养和代谢疾病	1.74	0.2	2.99	0.14	2.93	1.66	3.33	2.31
精神障碍	1.08	0.84	1.11	0.67	0.47	0.48	0.44	0.42
神经系统疾病	0.85	0.56	0.92	0.46	0.94	0.62	1.22	1.11
心脏病	15.81	10.82	17.74	11.94	20.88	17.86	22.58	22.24
脑血管病	20.83	16.16	21.28	18.73	20.23	23.37	20.58	23.26
呼吸系统疾病	15.76	24.82	13.29	23.11	11.04	14.15	11.24	12.02
消化系统疾病	4.02	5.01	3.06	3.88	2.74	2.37	2.29	2.11
肌肉骨骼和结缔组织疾病					0.26	0.14	0.37	0.25
泌尿生殖系统疾病	1.58	1.48	1.5	1.51	1.16	1.01	1.07	1.09
妊娠、分娩产褥期并发症	0.05	0.16	0.02	0.09	0.02	0.02	0.02	0.02
围生期疾病	1.51	2.51	0.52	1.14	0.33	0.40	0.30	0.31
先天畸形、变形和染色体异常	0.93	0.94	0.52	0.47	0.33	0.34	0.25	0.26
损伤和中毒外部原因	6.91	10.65	5.91	10.55	6.16	8.49	6.08	8.01
诊断不明					0.67	0.73	0.36	0.31
其他疾病	1.29	0.71	0.64	0.47	1.55	2.03	0.99	0.91

注: * 2016年数据的“呼吸道结核”归入“传染病”类别

数据来源:1990年、2000年、2010年《中国卫生统计年鉴》和2016年《中国卫生与计划生育统计年鉴》

农村地区的死因结构变化与城市地区类似,而且死因结构与城市越来越接近。农村地区恶性肿瘤、心脏病、脑血管病的死因比例分别由1990年的17.47%、10.82%和16.16%上升到2016年的

22.92%、22.24%和23.26%。因呼吸系统疾病而死亡的比例显著下降,由24.82%下降到12.02%。另外,由于卫生条件的改善,因消化系统疾病和围生期疾病而死亡的比例也显著下降,分别由5.01%和

2.51% 下降到 2.11% 和 0.31% (见表 1)。

4. 中国死亡模式的 J 型转变

按照人口转变理论,在死亡模式转变的过程中,最典型的特征就是由 U 型向 J 型的转变。死亡模式是以年龄为横轴,将分年龄的死亡率用折线图描绘出来。传统社会的死亡模式呈 U 型,即低年龄段的婴儿死亡率最高,随着年龄的增长死亡率逐步下降,而到高年龄段,老年人口的死亡率随着年龄增长不断提高,中间年龄组的死亡率较低。现代社会的死

亡模式呈 J 型,即随着婴儿死亡率和儿童死亡率的不下降,传统 U 型的前半段被逐渐拉平,而随着人口寿命的延长,高年龄组的后半段也不再是随年龄增长死亡率急剧上升的状态,而是转变成随年龄增长死亡率缓慢上升的状态。由图 10 可知,1950—1970 年死亡模式处于 U 型向 J 型转变的过程中,到 2010 年 5 岁以下儿童死亡率大幅度下降,死亡人口越来越集中在高年龄组,真正完成了由 U 型向 J 型的转变。

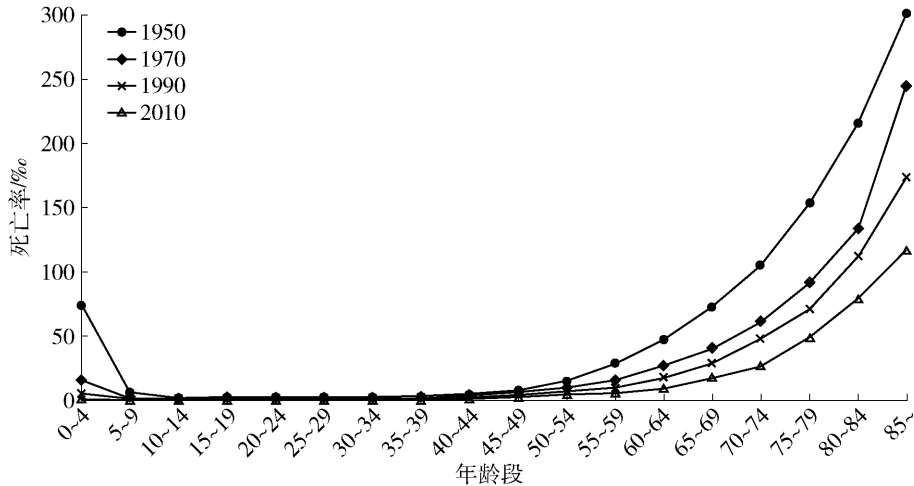


图 10 中国分年龄死亡率的变化

资料来源:文献[7]和 1990 年 2010 年人口普查资料

三、人口前景和挑战

新中国成立 70 年以来,我国已经完成了人口转变,进入了后人口转变时期。人口转变过程中产生的人口红利曾是我国经济发展的催化剂,据学者估算,人口红利对中国经济增长的贡献达到 15% ~ 25% (王丰^[10], 2006; 蔡昉等^[11], 1999)。随着人口转变的完成,人口结构开始朝着不利于经济增长的方向发展,中国人口变动趋势将对社会经济发展带来挑战。

(一) 生育率可能继续走低

生育意愿不足引起了广泛关注,我国生育率是否继续下行?

首先来看中国当前的真实生育率。世界银行和 OECD 对中国 2016 年总和生育率的估算结果为 1.624,据中国人口与发展研究中心推算,2016 年、2017 年总和生育率分别为 1.674 和 1.615。这个结果并不乐观,“全面二孩”政策实施的前两年总和生育率并没有反弹到期望的水平(1.8 或更高),即便生育政策还有进一步放宽的空间,总和生育率回调

到 1.8 以上的可能性很小。

但是生育率的趋势具有不确定性。许多发达国家都正在面临生育率过低的问题,“低生育率陷阱”是否存在是有争议的。根据世界银行的数据,一些国家在经历极低生育率之后,生育率开始明显回弹,最典型的是俄罗斯,1999 年的总和生育率仅为 1.16,2015 年上升到 1.78,这与俄罗斯国内经济形势好转,政府加大鼓励生育措施有着密切关系;瑞典的总和生育率也由最低 1.5 左右的水平回升到 1.8 以上。日本、德国在经历了极低生育率(TFR 小于 1.3)之后其总和生育率也开始回升(见图 11)。但并非所有发达国家都如此幸运,如韩国的生育率还没有回升迹象,意大利、希腊等南欧国家在经历了经济危机之后,生育率变动趋势调转往下。Myrskylä 等人的研究表明:当一国人类发展指数(HDI)超过 0.85 ~ 0.9,生育率就会开始回升^[12],然而 2016 年中国的人类发展指数仅为 0.727,全球排名第 90 位。

因此,我们虽然不必过分悲观,但中国生育率继续下行的风险仍然较大。一方面,人们的生育意愿长时间受到生育政策的压抑,若生育政策继续放宽,

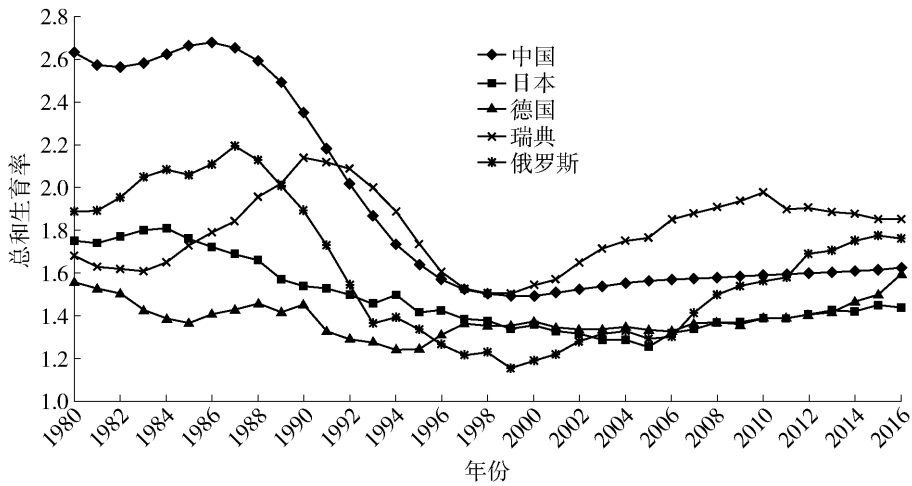


图 11 部分国家 1980—2016 年总和生育率

数据来源: OECD Database

生育率仍有一定回弹空间,但回到理想状态的可能性很低;另一方面,由于育龄期人口比例的下降以及结婚和生育的推迟等原因,一孩生育率明显下降,这也会进一步影响二孩及多孩的生育率,一旦政策红利释放完毕,生育率必将进一步走低,我们不得不未雨绸缪。

(二) 劳动力供给的转变挑战传统发展模式

我国劳动力资源的加速萎缩将倒逼产业结构升级。从 2012 年开始,中国劳动年龄人口绝对数量开始下降,15~59 岁劳动年龄人口为 93 727 万人,比 2011 年减少 345 万人,2013 年又比 2012 年减少 244 万。据联合国《世界人口前景:2017 修订版》的预测,到 2050 年,15~64 岁劳动年龄人口总量由高峰期的 10 亿下降到 8 亿,20~49 岁的青壮年劳动力将由高峰期的 5.7 亿下降到 3.9 亿(见图 12);劳动年龄人口占总人口的比例也开始下滑,15~64 岁劳

动年龄人口占总人口的比例由高峰期(2010 年)的 73.8% 下降到 59.7%,20~49 岁的青壮年劳动力占总人口的比例将由高峰期(2001 年)的 41.1% 下降到 28.6%(见图 13)。

改革开放以后,特别是 2001 年加入世界贸易组织以来,我国利用劳动力价格低廉的比较优势,深入参与国际贸易分工,并取得令其他发展中国家羡慕的成绩。但劳动力供给的转变,将带来劳动力价格的提升,使得原有的发展模式难以为继。要继续维持经济高速增长,必须提高资本投入和技术进步对经济增长的贡献率,这使得我国产业结构升级的需求愈发迫切。另外,劳动力数量下降还将造成储蓄率、投资率和消费率的下降,从而引起我国经济潜在增长率的下降。

令人欣喜的是,“十二五”时期以来,我国的产业结构升级取得了明显进展,中高端产品的竞争力

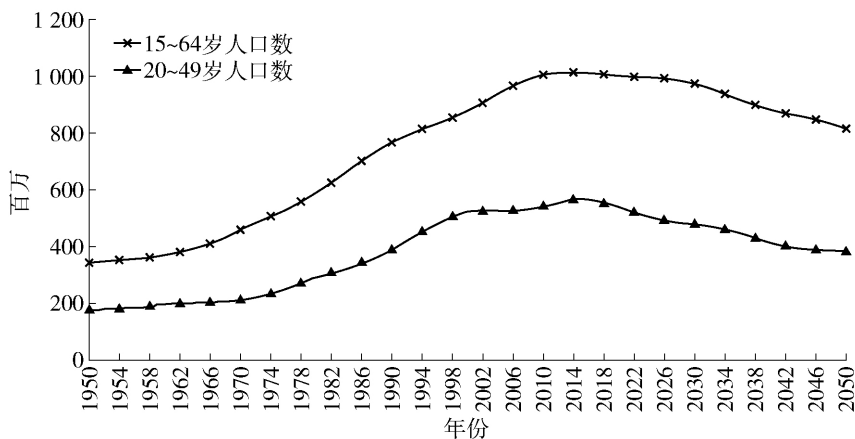


图 12 1950—2050 年劳动年龄人口数

数据来源:联合国经济和社会事务部发布的《世界人口前景:2017 修订版》

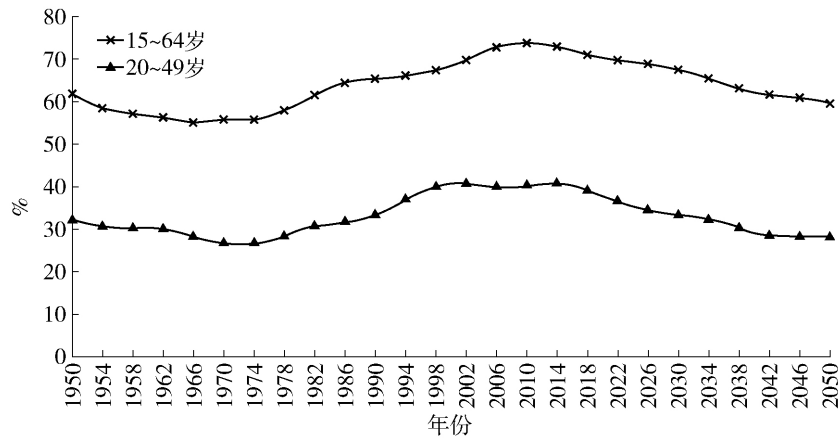


图 13 1950—2050 年劳动年龄人口占总人口的比例

数据来源: 联合国经济和社会事务部发布的《世界人口前景: 2017 修订版》

显著增强, 高端制造业在出口中的比例快速上升, 在部分新兴产业革命领域, 如 3D 打印、纳米技术和机器人技术等已经具备了领先的优势。然而在未来相当长时间内, 落后产业的淘汰和传统产业的调整带来的阵痛仍将持续, 科技追赶发达国家的步伐一刻也不能停歇。同时, 随着人工智能的发展, “机器换人”已经成为产业升级的大方向之一, 越来越多的劳动密集型企业引入工业机器人替代简单重复劳动或危险系数较高的人工岗位。一旦机器人技术成熟, 劳动密集型企业将逐渐转化成资本密集型企业, 可以彻底解决劳动力总量不足的问题, 但新的产业链条会产生新的就业岗位, 高素质技术技能人才的需求将极大提升, 引起结构性短缺。

(三) 老龄化加深引起抚养负担加重

我国未来人口将进一步老龄化, 越来越沉重的养老负担, 考验着公共财政和社会保障体系。我国老年人口规模大, 2015 年, 中国 65 岁及以上老年人

口比例达到了 10.5%, 是世界上唯一老年人口超过 1 亿的国家。同时, 中国是比肩日本的世界上老龄化速度最快的国家之一。根据联合国预测数据, 从 2001—2025 年的 24 年, 中国 65 岁及以上人口比例将由 7.1% 提升到 14.2%, 日本、英国、瑞士、美国、法国完成同样的老年比例提升幅度分别经历了 24 年、45 年、50 年、65 年和 115 年。但若生育率继续下降, 中国人口老龄化的速度甚至快过日本。

老年负担加重最明显的表现是养老金危机, 《中国社会保险发展年度报告 2016》显示: 中国社会保险基金的收入增长已经赶不上支出的增长, 黑龙江成为了全国首个养老金结余被花光的省份, 辽宁、河北、吉林、内蒙古、湖北、青海 7 个省份 2016 年的累计结余均入不敷出。然而 2016 年的老年抚养比为 14%, 是 1973 年的 2 倍(7%)。2033 年将再翻一番, 达到 29% (见图 14)。可想而知, 未来养老金将极度依赖公共财政的补贴, 这将是越来越沉重的负担。

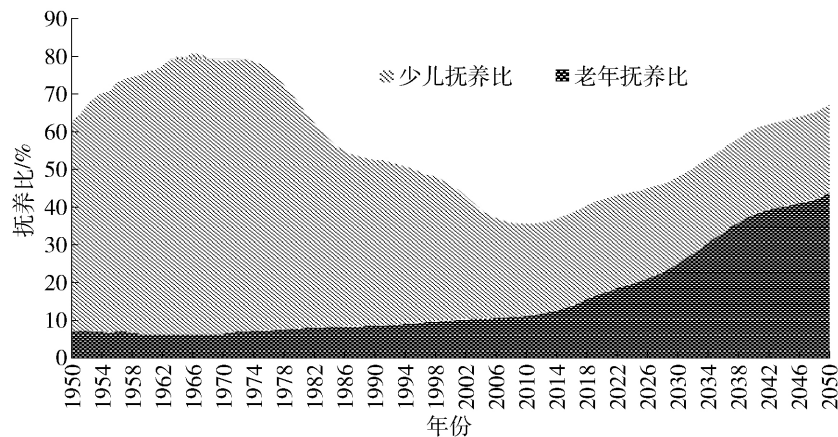


图 14 中国 1950—2050 年老年抚养比和少儿抚养比

数据来源: 联合国经济和社会事务部发布的《世界人口前景: 2017 修订版》

(四) 老龄化挑战社会福利体制

人口老龄化还会带来一系列养老、医疗和照料的社会问题。医疗卫生服务、养老产业、社区照料等方面都急需健全和完善。以养老服务为例,随着独生子女家庭的父母进入老龄阶段,家庭越来越无力承担养老责任,不得不求助社会养老服务,但养老服务供给严重不足。我国养老服务体系存在诸多问题:社区养老发展严重滞后,无法对居家养老形成有效支撑^[14]。养老机构功能紊乱,质量参差不齐,一些养老企业利润微薄,无法生存;另一些则价格过高,普通民众消费不起,无法起到机构养老的补充作用。我国当前的医疗卫生服务体系也不能满足老龄化社会的需求。我国的医疗卫生体系始终存在资源分布不均衡,优质资源过度集中的问题,大机构人满为患,小机构无人问津。老年群体的医疗需求大,病程时间长,慢性病种集中,自理能力差,但偏偏方便就医的社区医院医疗水平参差不齐,硬件设施不完善,软件条件差。人口老龄化是世界性的难题,考验着社会体制的方方面面,我国需要从更宏观的视角、更长远的眼光、更坚定的决心来应对人口老龄化的挑战。

四、结论

新中国成立70年来,人口政策的变革与人口转变的进程相互影响和促进。新中国成立之初,解决世界第一人口大国的温饱问题是头等大事,人口政策从鼓励生育到限制生育思想萌芽,再到批判和停滞;1970年后,计划生育工作逐渐恢复,“晚、稀、少”的限制生育政策开始发挥作用;1980年后,计划生育政策基本成型,并进一步得到贯彻执行,生育水平下降到更替水平;2000年以后,人口结构问题逐渐显现,限制生育的政策得到反思,计划生育政策开始调整,生育限制被放宽,计划生育政策逐步退出历史舞台。

参考文献:

- [1] 宋健. 中国生育政策的完善与“善后”[J]. 中国人民大学学报, 2015(4): 110-117.
- [2] 中共中央关于控制我国人口增长问题致全体共产党员、共青团员的公开信[EB/OL]. (2005-02-04) [2018-11-04]. http://news.xinhuanet.com/ziliao/2005-02/04/content_2547034.htm.
- [3] 陈卫, 张玲玲. 中国近期生育率的再估计[J]. 人口研究, 2015, 39(2): 32-39.
- [4] 陈友华. 中国女性初婚、初育年龄变动的基本情况及其分析[J]. 中国人口科学, 1991(5): 39-45.
- [5] 张银锋, 侯佳伟. 中国人口实际与理想的生育年龄: 1994—2012[J]. 人口与发展, 2016, 22(2): 2-11.
- [6] 宋健, 唐诗萌. 1995年以来中国妇女生育模式的特点及变化[J]. 中国人口科学, 2017(4): 15-27.
- [7] 阎瑞, 陈胜利. 四十年来中国人口年龄别死亡率与寿命研究[J]. 中国人口科学, 1991(2): 1-10.
- [8] OMRAN A R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change, the millbank quarterly. 2005 [J]. First published, 1971, 83(4): 731-57.

在人口政策和社会经济发展的双重推动下,我国人口发展由传统模式向现代模式转变。从生育指标方面来说,我国经历了3次人口出生高峰后,出生率降至低位,生育年龄大约每12年推迟1岁,生育率年龄模式发生明显变化,晚育的趋势更加突出。从死亡指标方面来说,粗死亡率快速下降且持续低位,儿童死亡率、孕产妇死亡率显著下降;平均预期寿命不断延长,大约每4年延长1岁;死因模式向老年型转变,退化性疾病成为死亡的主因,恶性肿瘤、心脏病、脑血管病占全部死因的7成;死亡年龄模式完成了由U型向J型的转变,死亡人口越来越集中在高年龄组。

随着人口转变的完成,我国将面临人口发展方面的诸多挑战。生育率的前景不容乐观,随着生育限制的放宽,政策红利逐渐释放,生育率还可能进一步下降;劳动力资源的加速萎缩将倒逼产业结构升级,劳动力供给的转变挑战传统经济发展模式;老龄化加深引起抚养负担加重,极度依赖公共财政补贴的养老金体系可能面临风险;人口老龄化带来的养老、医疗和照料等问题将挑战未来的社会福利体制。

因此,为了应对即将出现的人口问题,我国应及早进行政策调整:一方面,我国应该从产业规划、社会保障、公共服务、管理体制等方面出发,及早应对老龄化带来的冲击;另一方面,我国应该着力营造生育友好的社会环境,不仅从妇幼保健、托幼服务、儿童教育、产假保障、妇女劳动权益保护等角度支持家庭生育和抚育子女,还可以从住房、税收、生育津贴等方面鼓励年轻人结婚生子。虽然过去的人口转变为新中国的经济发展提供了丰富的劳动力资源和较轻的社会抚养负担,但后人口转变时期可能出现更多的问题和挑战,需要为此做好充分准备。

- [9] 李涌平, 韩丽媛. 流行病学转变视角下中国死亡水平及死因构成分析: 2009—2013 [J]. 人口与发展, 2016, 22(3): 36-42.
- [10] 王丰, 安德鲁·梅森. 中国经济转型过程中的人口因素 [J]. 中国人口科学, 2006(3): 2-18.
- [11] 蔡昉, 王德文. 中国经济增长可持续性与劳动贡献 [J]. 经济研究, 1999(10): 62-68.
- [12] MYRSKYLA M, KOHLER H P, BILLARI F C. Advances in development reverse fertility declines [J]. Nature, 2009, 460(7256): 741.
- [13] 穆光宗. 对人口安全大势的几点认识 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2016(4): 1-11.
- [14] 孟洁宁. 城市社区居家养老服务研究——基于供给侧结构性改革视角的分析 [J]. 创新科技, 2016(7): 55-57.

本刊相关文献链接:

- [1] 唐钧, 刘蔚玮. 中国老龄化发展的进程和认识误区 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2018, 18(4): 8-18.
- [2] 穆光宗. 应对老年群体脆弱化的思路 and 对策 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2017, 17(5): 11-18.
- [3] 王磊. 独生子女父母的家庭幸福感及其影响因素分析 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2017, 17(5): 27-34+42.
- [4] 王智勇. 东北人口为何外流: 一个工业化城镇化的视角——基于黑龙江省县域面板数据的分析 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2016, 16(5): 1-12.
- [5] 杨舸. “全面二孩”后的人口预期与政策展望 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2016, 16(4): 25-33.
- [6] 宋国恺. 论严格控制特大城市人口规模的根本出路——兼论陆学艺小城镇与新农村建设思想 [J]. 北京工业大学学报(社会科学版), 2014, 14(05): 1-6.

China's Demographic Transition and the Evolution of Population Policy since the Founding of New China

YANG Ge

(Institute of Population and Labor Economics, Chinese Academy of Social Sciences, Beijing 100028, China)

Abstract: The establishment and reform of China's population policy is accompanied by the process of demographic transition, which has created favorable conditions for the rapid development of social economy after the reform and opening up. This paper reviews the population policy and demographic transition since the founding of new China. The family planning policy underwent germination, criticism and stagnation; it was restored after the Cultural Revolution; since the reform and opening up, the family planning policy was further established and stabilized, it was fine-tuned and adjusted to the population situation since 2000. The demographic transition is mainly manifested in two aspects of birth and death. The fertility level has declined rapidly and stabilized at a low level, the reproductive age is delayed continuously, and the reproductive pattern has changed significantly; the life expectancy of the population is prolonged, the infant mortality rate and the maternal mortality rate are significantly reduced, the pattern of death cause and death structure are changing to the old-age type, and the national health has been at the forefront of the developing countries. However, the post-demographic transition era is a test of China's economic and social development system, and we need to be prepared

Key words: new China; population policy; demographic transition; fertility rate; mode of procreation; ageing of population

(责任编辑 刘 健)