

2024 年中国居民的人均预期寿命达 79 岁,比 2023 年提高 0.4 岁

读懂人均预期寿命延长背后的民生福祉

近日,记者从国家卫生健康委员会主任雷海潮处获悉,2024 年中国居民的人均预期寿命达到 79 岁,比 2023 年提高了 0.4 岁,提前实现了“十四五”规划的目标要求。

人均预期寿命指的是什么?其提高有什么意义?各方是否做好了充足的准备应对人均预期寿命的提高?带着这些问题,记者进行了采访。

人均预期寿命是什么

华中科技大学人口与政策研究所所长石人炳介绍,人均预期寿命是一个假定值,指在某一时期各个年龄段死亡率不变的前提下,这一时期出生的人,预期能继续生存的平均年数。

“通俗地讲,人均预期寿命是当年的新生儿,按照当年的各个年龄段死亡率生存下去,预计平均能活多少岁。随着社会的发展,各个年龄段的人死亡率会逐步降低,人的实际寿命就会延长。当前我们的人均预期寿命是 79 岁,但 2024 年的新生儿实际的平均寿命可能会更长。”石人炳说。

“预期寿命和平均寿命不同。前者可以理解为一个刚出生,按照当前的社会医疗条件、死亡率水平,一生平均能活多少岁,是一个预测值,根据现在的数据估算。”郑州大学公共卫生学院党委书记吴建介绍,如果医疗技术进步使死亡率下降,预期寿命会相应上升。

在不同性别方面,女性的人均预期寿命普遍比男性的人均预期寿命要长,并且越是发达的国家和地区,这一差距越大。石人炳介绍,造成这种差别的因素有很多,例如社会保障、科技发展水平、基因等。

“生物学优势方面,雌激素能够保护心血管,女性免疫系统更强;行为差异方面,男性更多吸烟、酗酒、高危作业等;社会角色方面,一些男性不愿表达心理问题,这也使得男性的抑郁症死亡率更高。”吴建解释。

人均预期寿命提高,代表了什么

“人均预期寿命是衡量一个地区人口健康水平的重要指标。”吴建认为,人均预期寿命代表社会整体健康水平,人均预期寿命越高,说明医疗条件、环境卫生、生活质量越好。计算人均预期寿命可以帮助政府做决策,比如养老金要准备多少年、医院该重点防治哪些疾病等。

雷海潮介绍,在对 53 个中高收入国家人均预期寿命的统计中,中国排名第四;在 G20 国家中,中国排在第十;即使与高收入国家相比,中国居民的人均预期寿命仍然超过 21 个高收入国家的人均预期寿命。这说明中国人的优秀传统文化、良好生活方式,对于改善健康所产生的效果是直接的。

北京、天津、上海 3 个直辖市和山东、江苏、浙江、广东、海南 5 个省,上述

8 个省份的人均预期寿命超过了 80 岁。“中国居民人均预期寿命提高的潜力是明显的。我们在健康水平改善的同时,也认识到老百姓追求健康改善的愿望越来越强,我们的努力也需要持之以恒。”雷海潮说。

郑州大学第一附属医院主任医师张水军认为,人均预期寿命的提高,是我国社会进步与医疗卫生水平提高的结果,体现了国家医保政策与健康中国战略在全民健康中发挥了重要作用。另一方面,人均预期寿命的提高,也预示着老龄人口的增加。

人均预期寿命提高,各方要做好哪些准备

人均预期寿命的提高,带来人口结构的变化。截至 2024 年末,我国 60 岁及以上老年人口已超 3.1 亿人。

如何应对老龄化带来的问题?石人炳认为,长期来看,需要制定并落实好促进生育政策,发放育儿补贴,提高生育水平,从而降低老年人口的比重。“同时,相关部门要提前预测和规划如养老金赤字、护理短缺、老年人就医难等问题,也要加强研发和投入‘人工智能+养老’‘人工智能+就医’等新科技和新模式,解决老年人在陪护、紧急救助、基本生活方面的需求。”石人炳说。

张水军建议,可以通过增设养老机构,加强社区养老服务,加快人工智能在

养老服务中的应用,普及防病知识,使老年人既延年益寿又活得幸福有尊严。

我国在深化养老服务改革方面有哪些举措?民政部部长陆治原介绍,去年 12 月,中共中央、国务院印发《关于深化养老服务改革发展的意见》,对加快建设适合我国国情的养老服务体系、更好保障老有所养作出顶层设计。

在深化养老服务改革方面,加快健全城乡三级养老服务网络,在已有的养老服务设施基础上,推进在县区一级健全综合养老服务平台,在乡镇、街道一级健全区域养老服务中心,在村、社区建立健全养老服务站点,构建县—乡—村三级养老服务网络,形成“一刻钟养老服务圈”。贯通协调居家、社区、机构三类服务形态,以老年人需求为导向,优化居家为基础、社区为依托、机构为专业支撑,医养结合的养老服务供给格局,大力发展助餐、助医、助洁、助急等上门服务,让老年人享有更好的“家门口”养老服务。按照兜底、普惠、市场分类推进养老机构改革,发展兜底保障型、普惠支持型、完全市场型三类养老机构,满足老年人多样化的养老服务需求。

“我国人口发展呈现出老龄化、高龄化、少子化等特点,传统的家庭养老功能在弱化,越来越多老年人对社会养老服务提出需求,这就需要推动养老服务向全体老年人拓展。”陆治原说。

(人民日报)

国家民政部、财政部近日专门印发通知

养老机构同时收住特困供养人员的不得降低服务水平和质量

近日,记者从民政部获悉,民政部、财政部近日专门印发通知,部署做好经济困难失能老年人等群体集中照护服务有关工作。通知要求,收住经济困难失能老年人等群体的养老机构,应满足《养老机构服务安全基本规范》强制性标准要求并具有收住中度失能及以上老年人的服务条件,不得采取分灶吃饭、分区隔离等做法区别对待收住的经济困难失能老年人等

群体。养老机构同时收住特困供养人员的,不得降低特困供养服务水平和质量。

通知明确集中照护服务对象范围,主要是纳入最低生活保障范围且自愿入住养老机构的失能老年人(经评估为中度失能、重度失能、完全失能的老年人)和高龄老年人(年龄在 80 周岁及以上的老年人)。实施长期护理保险政策地区参保人员已经通过基金支付基本

护理服务费用的,不纳入救助范围。

通知对集中照护服务标准和补助标准等方面作出规定。通知强调,各地应按照分层分类社会救助体系的总体要求,合理确定经济困难失能老年人等群体集中照护服务标准和补助标准。在原则上,经济困难失能老年人等群体集中照护服务标准不得超过当地特困人员基本生活标准和全护理照料标准的总额。对入住养老

机构的经济困难老年人的补助标准,按照集中照护服务标准与当地最低生活保障标准的差额确定,并相应扣除经济困难失能老年人等群体的老年人护理补贴、养老服务补贴和残疾人“两项补贴”。

通知还指出,有条件的地方可将“老年父母+残疾子女”家庭中纳入最低生活保障范围的重度残疾人纳入集中照护范围,参照本通知执行。(新华网)

三部门发文规范紧密型县域医共体信息化建设

据国家卫健委官网消息,为规范紧密型县域医共体信息化建设,充分发挥信息化手段提升紧密型县域医共体医疗服务效率和质量作用,近日,国家卫生健康委办公厅、国家中医药局综合司、国家疾控局综合司联合印发《关于印发紧密型县域医共体信息化功能指引的通知》(以下简称《通知》)。

《通知》总体考虑是坚持数字健康创新、绿色、科学发展理念,依托区域全民健康信息平台,规范紧密型县域医共体信息化建设,整合医共体内各项职能和资源,优化业务服务流程,强化紧密型县域医共体数据共享,推进人工智能

等新一代信息技术应用,全面提升紧密型县域医共体数字治理能力,充分发挥紧密型县域医共体的体制优势及信息化倍增效应。

《通知》分为两个部分。第一部分主要功能。包括紧密型县域医共体信息化 5 个方面 36 项功能。一是区域医疗服务协同应用,包括医学影像诊断、心电诊断、医学检验、病理诊断、远程会诊、消毒供应、医疗急救等 7 个资源共享中心的信息化功能。二是便民惠民服务协同应用,包括电子健康卡应用、“互联网+诊疗”服务、“互联网+慢病”协同管理、“互联网+家庭医生签约”服

务、预约诊疗服务、中医智能辅诊服务、中药智能药学服务、基层缺药登记服务、居民用药监测服务等 9 项信息化功能。三是医疗管理服务协同应用,包括检验检查结果互认服务、合理用药审核及药事管理协同服务、医保业务协同服务、远程医学教育、县域中医药适宜技术推广等 5 项信息化功能。四是公共卫生服务协同应用,包括慢性病、老年健康、妇幼保健、疫苗接种、突发公共卫生事件应急处置指挥、基层医疗卫生机构和公共卫生、其他卫生等业务协同服务的 7 项信息化功能。五是基层医疗卫生综合管理,包括综

合决策管理可视化展示和人力资源、财务、物资、药品耗材、行政、医共体绩效、医疗废弃物等统一协同管理的 8 项信息化功能。

第二部分建设模式。包括强化省市统筹集成部署、统一信创网络管理要求、优化系统信息协同共享、完善数据信息安全保障等 4 个方面,明确紧密型县域医共体信息化建设要基于省统筹全民健康信息平台,按照紧密型县域医共体业务需求,一体化推进紧密型县域医共体应用信息系统建设,建立业务整体协同服务体系,实现紧密型县域医共体业务功能应用。(人民网)