

[劳动关系研究]

推动构建“健康优先”的中国特色和谐劳动关系*

袁廿一^{1,2}

(1. 海南省中国特色社会主义理论体系研究中心, 海南 海口 570203;

2. 海南医学院 管理学院, 海南 海口 571199)

【摘要】新时代推动构建中国特色和谐劳动关系,需要在坚守“就业优先”理念的同时,承担起“健康优先”治理的使命,有效预防和化解劳动关系中的卫生健康矛盾,这在实践进路上有其逻辑必然性。我国当前人口结构的老龄化在加速现代化的进程中与经济和健康交融后所呈现出的未富先老、寿而不康、未老先衰等典型人口学特征,要求将“健康优先”嵌入劳动关系的构建中。与此同时,多发性疾病引致的各种经济社会负担、日益增长的健康需要和不平衡不充分的卫生健康服务的矛盾,则为以“健康优先”突破健康困境,助力开创新时代中国特色和谐劳动关系的新局面,提供了直接依据和现实指向。研究认为,为构建“健康优先”的中国特色和谐劳动关系,应以“健康优先”的战略设计减缓与日俱增的疾病负担,以“健康优先”的价值取向呼应日益强劲的健康需要,以“健康优先”的指导原则引领健康服务的供给侧结构性改革。

【关键词】中国特色和谐劳动关系;健康优先;全生命周期健康

【中图分类号】F246 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1673-2375(2021)05-0057-11

一、引言

劳动关系是生产关系的重要组成部分,是最基本、最重要的社会关系之一。努力构建中国特色和谐劳动关系,是加强和创新社会管理、保障和改善民生的重要内容,是经济持续健康发展的重要保证,是增强党的执政基础、巩固党的执政地位的必然要求^[1]。伴随着新时代劳动关系理论和实践的深化与发展,中国特色和谐劳动关系的构建也呈现出要求恪守“健康优先”原则的规律性。实际上,秉持大健康理念,在生理、心理、社会等多维度健康的考量下,健康的影响因素越来越多元化,其中社会因素日益成为决定性因素。不但劳动者享有的职业安全卫生保护权、休息休假权与健康直接相关,其劳动报酬、社会保险、职业培训等其他方面的基本权益也与健康有着千丝万缕的联系,因而健康维护理应成为构建和谐劳动关系的主要出发点和落脚点之一。在新时代劳动关系的建设和发展中应优先保障和促进劳动者的健康权益,“健康优先”的理念亦成为构建中国特色和谐劳动关系的题中之义。近年来,作为劳动关系的重要主体,我国劳动者的健康利益诉求越来越迫切化、多样化、个性化,劳动者在与雇佣劳动相关的更加广泛的社会关系中对卫生、安全、休息等健康元素更为重视和敏感。健康问题已经发展为广大职工最关心、最直接、最现实的利益问题和全社会焦点,尤其是当前各种非正规的新型雇佣关系也在发展,加之国民健康呈现

* [收稿日期] 2021-01-03

[基金项目] 本文系国家社会科学基金青年项目“新时代‘健康优先’的逻辑与治理研究”(项目编号:18CGL001)的阶段性研究成果。

[作者简介] 袁廿一(1984—),男,河南虞城人,经济学博士,海南省中国特色社会主义理论体系研究中心特约研究员,海南医学院管理学院副研究员,研究方向为健康治理、人力资本。

出未富先老、寿而不康与未老先衰等典型的人口学特征，劳动者的健康权益保障面临着前所未有的严峻挑战，将“健康优先”嵌入劳动关系构建的时代命题势在必行。

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》在强调强化就业优先政策，“千方百计稳定和扩大就业，坚持经济发展就业导向，扩大就业容量，提升就业质量，促进充分就业，保障劳动者待遇和权益”的同时，提出要“把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持预防为主方针，深入实施健康中国行动，完善国民健康促进政策，织牢国家公共卫生防护网，为人民提供全方位全周期健康服务”^[2]。放眼与雇佣劳动相关的更加广泛的社会关系范畴，可见在全体人民美好生活需要日益增长尤其是对健康特别向往的当下，中国特色和谐劳动关系的构建在强化就业优先政策的同时，开始呈现出融合“健康优先”治理的新特征。当然，“健康优先”理念的逐步确立合乎个人珍爱生命的理性抉择和公民维护健康权益的法理逻辑，亦遵循了“以人民健康为中心”的价值逻辑和提升健康人力资本的生产逻辑。不过，总体而言，无论是公民个体还是国家集体，对于“健康优先”的认知和抉择都似乎不可避免地经历了较为漫长的历程。未来我国将推动有效预防和化解劳动关系中的卫生健康矛盾，展现出新形势下加快构建中国特色和谐劳动关系的新作为。

如图1所示，面向我国当前与雇佣劳动相关的更加广泛的社会关系，着眼全方位全生命周期地保障劳动者卫生健康相关的权益，可以发现人口结构的老龄化特征在加速现代化的进程中与经济和健康因素交融后，又呈现出诸多健康人口学意义上的鲜明特点，比如未富先老、寿而不康与未老先衰。多发性疾病引致的各种经济社会负担，更加凸显了人们的健康需要，然而供给侧呈现的却是不平衡不充分的卫生健康服务。以上这些产生于长期社会实践的重大现实问题，都为提出新时代构建中国特色和谐劳动关系，在强化就业优先政策的同时融合“健康优先”治理的新命题提供了明确的逻辑依据和现实指向。因此，近年来健康中国建设上升为国家战略，相关规划和行动也在全国各地纷纷施行，《“健康中国2030”规划纲要》将“健康优先”确定为建设健康中国必须遵循的首要原则。习近平总书记在抗击新冠肺炎疫情期间就多次强调“人民至上、生命至上”“要把人民健康放在优先发展的战略地位”“始终把人民群众生命安全和身体健康放在第一位”，这当然同样适用于劳动关系领域。在大健康理念下，根据金登聚焦政策变迁条件的多源流理论^[3]，

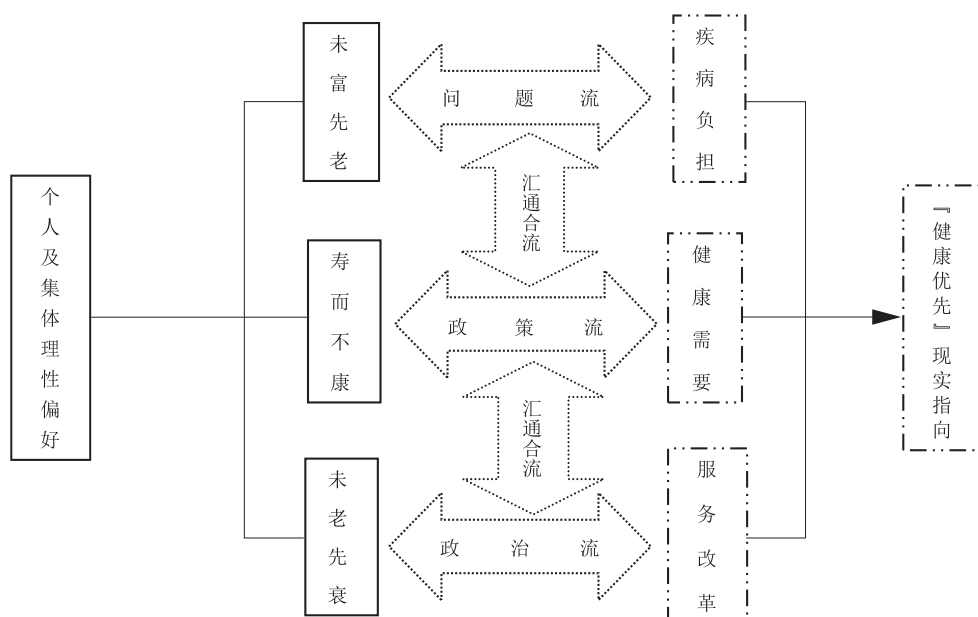


图1 新时代中国特色和谐劳动关系融合“健康优先”的实践逻辑分析框架

我国卫生健康政策由“以治病为中心”变迁至“以健康为中心”的问题流、政策流和政治流业已具备，并且三者正在相互作用、汇通合流，影响着包括劳动关系在内的社会关系，新时代中国特色和谐劳动关系的构建在坚持“就业优先”理念的同时开始融合“健康优先”治理可谓顺理成章。需要指出的是，图1中问题流、政策流、政治流所示的虚箭头并非仅仅指向各自所连接的实框和虚框内容，而是汇通合流，共同映射着大健康理念下体现在与雇佣劳动相关的更加广泛的社会关系中的重大现实问题。

二、适应中国特色和谐劳动关系新形势：全社会“健康优先”的理性偏好

中国从近代的积贫积弱，经过艰苦奋斗实现“站起来”“富起来”，再到“强起来”的转变过程中，由于长时间的贫困，国民对于物质财富的追求有着强劲的原动力，时至今日依然留存惯性。而当前转向健康的偏好，则是从贫困走向富裕后的认知觉醒。可以判定今后一个时期，优先维护和增进健康必将成为每一个理性公民的理想情境和决策偏好，国家的集体抉择也开始由“关注经济增长”转到“以人民健康为中心”，接下来自然应将“健康优先”嵌入劳动关系的构建，这是满足新时代人民美好生活所盼的应然之举，也是经济社会发展规律使然，更是构建中国特色和谐劳动关系面临的新形势。

（一）个人偏好转移：由追求财富到注重健康的历程和逻辑

中国近代史上闭关锁国、落后挨打的苦难经历，给中华民族留下了积贫积弱的深深烙印，也激发了中国人民奋勇拼搏、追赶超越的精神动力。新中国成立后，中国人民虽然实现独立自主，“站起来”了，但长期计划经济安排下的“大锅饭”的制度设计使得人民群众在较长一段时期内依然不得不面对生活物资短缺的局面，以至于其间商品流通必须使用“粮票”“肉票”“油票”“布票”等票证。自1978年国家实施改革开放政策以来，市场化改革激发了人们劳动致富的积极性，使得个人财富的创造和积累成为可能，而物资短缺的历史记忆激发了人们追求财富的动机。在追求财富的过程中，也形成了对健康的追求与对财富的渴望之间的矛盾：人们往往为了追求物质财富而忽视甚至牺牲了个人健康，等到健康受损乃至健康失去时，又悔之莫及。

人们对健康的认知和应对之所以会发生根本性的转变，在于人自身理性的有限性以及不同生命阶段对风险的偏好不同。根据经济学中人的行为选择遵循理性人的假设，个人本来应该作出最为理性、符合个体利益最大化的抉择，因此敬畏生命、珍惜健康并把自身健康放在第一位似乎理所当然。然而，囿于个人种种条件的限制，现实生活中人的理性往往存在局限性，更多时候表现出来的是有限理性甚至非理性，导致其做出不利于健康甚至严重有害健康的行为。

时间跨度太长而造成的有限理性或非理性，可结合健康资本存量在个体全生命周期中的动态变化来分析。一个公民在完整的生命历程中，出生伊始即被母体赋予了生命初期的健康资本存量，一般而言其健康资本存量随着年龄的增加而不断提高，直到青壮年时期，健康资本存量在人生中达到峰值，之后随着岁月的流逝而发生损耗，进入中老年期健康资本存量则趋于下降，健康资本“账户”逐渐由“资产”变为“负债”。换言之，人在成长为成人的过程中，总体上其健康资本存量是递增的，尤其在年富力强的时候达到巅峰，此时有着年轻和健康的资本加持，健康的损耗或疾病的侵袭不易立刻呈现，健康也往往被作为纯粹的消费品进行消耗，所以年轻人往往对于熬夜、酗酒等显而易见的有害健康行为表现得毫不在意。

短期内由于诱惑或压力而造成的损害健康的有限理性甚至非理性行为，最为典型的莫过于因为超时工作而透支健康。超负荷工作一方面大多数可能是迫于生计的无奈之举，另一方面也跟处于不同年龄的劳动者的风险偏好有关。按照Rosen提出的“享乐主义工资(Hedonic Wage)”理论，劳动力市场中均衡工资水平和健康风险偏好之间有着内在逻辑：市场均衡状态下的高工资对死亡

风险具有一定的补偿性,通常而言劳动者年轻时更加偏好高收入,忽视了死亡风险,而到了中老年则转变为风险厌恶型^[4],这在一项测算中国健康资本的实证性研究中也得到了证实。疾病死亡风险率对于65岁以下群体的收入均具有显著效应,不同年龄段的劳动者的健康风险偏好存在明显差异:年轻时(40岁之前)疾病发生率较低,人们倾向于努力工作以获取更高收入,比较能够“吃苦耐劳”,工资收入增加可看作对死亡风险的补偿;中年以后(40岁之后)各种疾病发生率显著上升,人们在追求收入的同时“开始享乐”,更注重预防疾病对身体的伤害^[5]。

不可否认,必要的经济基础是满足人的基本生存和高层次发展的基本保障,甚至是接受医疗服务、挽救生命的前提条件,然而一旦因为挣钱而损害了健康甚至丧失了生命,就得不偿失了。伴随物质财富的丰裕,金钱带来的边际效用开始递减,尤其是随着人生历程“进入后半场”,慢性病的高额负担终将使“年轻时拿命换钱”的非理性行为付出不菲的代价,导致“年老时拿钱换命”甚至钱再多也无力回天、无命可换。所以理性待之,健康越来越排在靠前的偏好序列。与此同时,一味追求物质财富而忽视健康无异于舍本逐末已成为社会共识。

(二) 集体抉择变迁:由“关注经济增长”到“以人民健康为中心”

当前国家层面对“健康优先”的重视可以视为对公民偏好转变的回应,当然这种集体抉择的诞生同样也经历了一个深化、转变的过程,毕竟战略安排是随着经济社会发展阶段的变迁应运而生的。新中国成立伊始,基于当时国外对华封锁和国内一穷二白的状况,党和政府作出了优先发展重工业的战略抉择,而与老百姓生活密切相关的轻工业和农业发展受到忽视,在一定程度上人民群众的身心健康并没有得到充分的物质层面上的保障。改革开放以来,在以经济建设为中心的发展理念指导下,我国经济保持了多年的快速增长,1979—2019年平均增长速度高达9.4%,近年来更是已经跃居为世界第二大经济体,2020年GDP总量101.6万亿元,首次跨过100万亿元大关,经济建设取得了举世瞩目的伟大成就,人民群众的获得感也大大增强^①。

然而,经济的快速增长并不必然带来国民健康水平的提升。我国多年来的粗放式发展使得经济社会发展不平衡、不协调、不充分,社会民生领域的建设亦没有及时跟进,尤其是卫生健康领域问题比较突出,例如:市场化改革大潮中医疗卫生机构的公益性受到侵蚀,公共卫生力量较为薄弱,“重医疗、轻预防”的偏向严重,食品质量安全问题一定程度上存在,生态环境污染治理任务较重,等等。因而人民健康的维护还存在突出短板。尽管新中国成立以来人均预期寿命获得了长足提高,但相对而言,能够反映人的健康程度的人均健康预期寿命指标仍有较大提升空间。以2016年为例,我国人均预期寿命和人均健康预期寿命分别为76.4岁、68.7岁^[6],两者之间7.7年的差值意味着国人平均有近8年的时间在带病生存,虽然在一定程度上可以说长寿了,但健康年限远远低于长寿年限,这也正反映了我国健康维护的短板和有待提高的空间。

我国经济建设取得的辉煌成就,充分利用了我国长期以来劳动力资源相对丰富的比较优势,抓住了人口红利机会,不可否认在劳动者保护方面也造成了一些问题。例如,多年来就业人口尤其是农民工的劳动保护措施不到位、社会保障覆盖面和力度不足、生活工作环境污染严重,导致具有隐匿性、迟发性特点的尘肺病等高发性传统职业病问题逐渐显现。在导致传统职业病的有害因素尚未得到有效控制的同时,经济转型升级,工作场所和组织变革,全球化迅速发展以及新工艺、新技术、新设备、新材料的广泛应用,又给劳动者的身体健康和心理健康等方面带来了新的风险和挑战^[7]。总体来看,我国职业病居高不下,分布广泛,涉及企业及人数众多。数据显示,截至2018年年底,全国累计报告职业病97.5万例,存在职业病危害的企业有1200万家左右,接触各类职业病危害的劳动者数量超过2亿,其中最为严重的尘肺病约占全部报告病例总数的90%,主

① 1979—2019年平均增长速度数据源于《中国统计年鉴2020》,2020年GDP数据源于国家统计局公布数据。

要分布在采矿业，并呈现年轻化趋势^①。由此看来，我国长期以来高速增长 GDP 的健康含量并不十分乐观。

令人欣慰的是，近年来我国正努力从“注重经济增长”转向“以人民健康为中心”，相应的治理改革突出表现在以下几个方面：召开高规格的全国卫生与健康大会^②，组建卫生健康委员会；明确要求树立大健康理念，努力推进经济高质量发展，积极促进体面就业和环境治理，把健康中国建设上升为国家战略；我国《基本医疗卫生与健康促进法》《职业病防治法》《职业病诊断与鉴定管理办法》等法律法规和技术标准不断建立健全；将健康融入其他领域的协同性正在强化，《健康中国行动（2019—2030）》将职业健康保护行动、健康环境促进行动、心脑血管疾病防治行动等 15 项重大专项行动予以协同推进等。与此同时，随着国民经济和人均收入的增加，目前全社会已更有经济基础和消费能力追求并享用医疗健康服务，从而有助于将健康保障落到实处。此外，老一辈对于“健康优先”的认知也促使他们对年青一代不厌其烦地进行健康方面的教导、督促，无形中使“健康优先”的认知产生了代际传递效应，从而为推动我国实现人口红利向健康红利的转变奠定了坚实的民意基础。

三、把握中国特色和谐劳动关系新常态：典型的人口学特征呼唤“健康优先”

作为世界上第一人口大国，我国 14 亿多人的整体年龄结构及健康状况无疑是考量包括人口政策、卫生政策在内的宏观政策取向的重要因素。特别是人口老龄化所带来的经济问题和健康问题并非独立或并立，而是存在若干互构关系^③。以经济和健康耦合的健康人口学视角来探究中国当前人口老龄化所延伸呈现出来的未富先老、寿而不康、未老先衰等主要特征，可以发现这些特征无疑将给中国特色和谐劳动关系的建设和发展带来挑战，更为把握好“健康优先”治理的新常态提供了强有力的证据指向。

（一）未富先老对健康的经济挑战

众所周知，人口老龄化和高龄化已经成为我国人口的新常态^④。这是我国的基本国情，我国当前正在经历着加速老龄化也成为不争的事实。遵循国际上的通行标准，一般某个国家或地区 60 周岁以上的人口占比达到 10% 以上或者 65 周岁以上的人口占比达到 7% 以上，就可以认定其进入老龄化社会^⑤。

我国其实早在 21 世纪伊始就进入了老龄化社会，65 周岁及以上人口占总人口比重在 2001 年达到 7.1%，2020 年则上升到了 13.5%，接近深度老龄社会，未来老龄化形势会更加严峻^⑥。按照联合国 2019 年的预测，我国老龄化还将继续呈现加速态势，2035 年 65 岁以上老年人口比例预期高达 20.68%^⑦，届时我国将进入超级老龄社会。我国目前的人口老龄化是 20 世纪 70 年代后半期以来经济社会发展过程中展现出来的以低死亡率、低生育率为主要特征的人口发展惯性规律的结

① 一方面，我国是世界上劳动人口最多的国家，2019 年全国就业人口达 7.75 亿人，多数劳动者职业生涯超过其生命周期的一半；另一方面，由于职业健康检查覆盖率低和用工制度不完善等原因，我国职业病实际发病人数远高于报告病例数。参见：防治职业病须建立长效机制——国家卫健委、人社部有关负责人详解职业病防治工作 [N]. 光明日报, 2019-05-14(16). 国家卫健委职业健康司. 统筹做好疫情防控与职业健康工作 [EB/OL]. (2020-04-23) [2021-01-21]. <http://health.people.cn/n1/2020/0423/c14739-31685530.html>.

② 2016 年 8 月 19—20 日，全国卫生与健康大会在京召开。这是自 1996 年 12 月召开全国卫生工作会议后，时隔 20 年再次召开全国性卫生工作会议，此次会议名称中将“健康”与“卫生”相提并论，并且中共中央政治局 7 位常委悉数出席。

③ 根据 1956 年联合国《人口老龄化及其经济后果》确定的标准，当一个国家或者地区 65 岁及以上人口数量占总人口的比重超过 7% 时，该国家或地区进入老龄化社会（Aging Society），当 65 岁及以上人口占比超过 14% 时进入深度老龄社会（Aged Society），超过 20% 时则为超级老龄社会（Hyper-aged Society）；而 1982 年维也纳老龄问题世界大会又将 60 岁及以上的人口占总人口比例超过 10% 作为进入老龄化社会的标准。

④ 65 周岁及以上人口占总人口比重，2001 年的数据源于《中国统计年鉴 2020》，2020 年的数据源于第七次全国人口普查数据。

果,具有不可逆转性,并且新时代社会主义现代化强国建设周期适逢人口快速老龄化时期,未来将会出现超大规模的老年人口、超快速度的老龄化进程、超高水平的老龄化程度和超级稳定的老龄化形态,这给经济社会发展,尤其是人口健康带来的影响不容忽视^[11]。对进入老龄阶段的生命个体而言其健康水平和总体功能一般呈现下降趋势,所以加速的人口老龄化总体上也意味着将会有更多数量的健康欠佳乃至失能失智的老年人,对于医疗、护理等健康维护的需求更加迫切,这就使得国家建立完善相关制度以及进行相应政策调整的窗口期大大缩减。

作为我国人口老龄化的典型特征,未富先老无疑大大加剧了健康的经济挑战,而我国在经济上还没有为老龄化做好充分准备。有研究表明,我国仅用了短短18年便由成年型社会进入到老龄化社会,而完成这一历程的发达国家往往要用几十年甚至上百年的时间,并且发达国家在进入老龄化社会时人均收入一般在5000至1万美元的高位,而我国20世纪末进入老龄化社会时人均收入只有1000美元,相差甚大^[12]。21世纪以来,我国人均收入水平的提高速度仍相对滞后于老龄化速度,近年来更面临着中等收入陷阱的挑战。尽管我国人均GDP在2019年开始超过1万美元大关,稳居世界上中等收入国家行列^①,但距离发达国家的高收入水平仍相差甚远,而且我国又即将进入深度老龄社会,收入分配在地区、城乡和行业等分布的不平等,使得我国未富先老的特征更对老年人的医疗支付能力等构成挑战,高企的老年人口抚养比也进一步加大了劳动人口的负担以及经济可持续发展的压力。

未富先老的宏观特征所带来的挑战在家庭及个人层面亦有深刻反映。当前我国家庭结构少子化、小型化加速,只有两人的核心家庭比重不断增加,由家庭提供非正式养老照护的传统模式已经难以为继,而老年人退休保障和正式照护欠缺等现实状况,更加折射出微观层面未富先老的困境^[13]。随着老龄化程度的加深,医疗和护理的支出也会增加,根据经济合作与发展组织(OECD)的估计,65岁以上人口的人均医疗费用是65岁以下人口的2—8倍^[14]。随着年龄增长老年人健康资本存量锐减,在慢性病缠身的窘况下对医疗卫生服务的需要更加强烈,然而没有经济收入保障的老年人对医疗卫生服务的支付能力就无从谈起。未来我国老年人就医费用将快速增加,2011年我国60岁及以上老年人口总的疾病经济负担(中间值)为8935亿元,预计到2050年将为247,638亿元,增加27倍^[15]。未富先老本来就意味着经济地位相对低下的老年人在社会资源动员方面处于不利地位,相对不足的医疗资源对老年人而言可及性和可利用率更低,这就进一步导致老年人的健康水平下降^{[16][57]}。所以,未富先老无疑成为健康命题下老龄社会的难题和老年群体的苦恼。

(二) 寿而不康与健康老龄化

随着经济社会发展,我国人口在加速老龄化的同时寿命也在不断延长,人均预期寿命已从新中国成立前的仅仅35.0岁提高到了2019年的77.3岁^{[17][233]}。然而,在老龄化社会中,人均预期寿命并不等同于健康寿命,生命质量期限若没有得到相应延长的话,可能会出现“寿而不康”的状况:虽然延长了生命长度,却并没有保证生命质量,甚至面临着晚年生命质量的下降。

随着年龄增长,老年人的身体各项机能不断退化,罹患慢性病的可能性随之加大。当前,我国老年人口超过半数患有慢性病,其中有许多甚至同时罹患两种以上慢性病,失能失智人口的发生率和绝对规模也相应增加。老年人的寿命增加,但并没有实现“活得好”的目标,正面临着“病痛老龄化”的现实窘况:伴随经济社会的发展和医疗卫生水平的提高,2002—2014年,尽管人均预期寿命由71岁延长到76岁,但老年人口的慢性病患者率一直在60%左右浮动,不仅没有降低

^① 2019年我国GDP的总量为99.1万亿元,按平均汇率折算,人均GDP为10,276美元。参见:人均GDP突破1万美元大关具有重要标志性意义[EB/OL]. (2020-01-17)[2021-01-21]. <http://www.scio.gov.cn/xwfbh/xwfbh/wqfbh/42311/42438/zy42442/Document/1672087/1672087.htm>.

反而有升高的趋势，尤其表现在高龄老年人的慢性患病率方面^[18]。这可谓是“胜利的成本”，即社会经济发展和医疗条件进步虽然达到了延长人均预期寿命的“胜利”，但也付出了老年人健康水平下降的“成本”^[19]。寿而不康固然受制于健康资本存量随成年人年龄增加而降低的自然规律，但也更说明了当前老年人生活质量下降这一普遍性的事实和挑战。

在人类进入长寿时代之后，与人均预期寿命相比较，纳入了健康考量的人均健康预期寿命指标可以更好地衡量寿命健康状况。目前我国人均健康预期寿命仍有较大提升空间。此外，结合了预期寿命及生活自理比重的自理预期寿命指标，可以更好地衡量老年人口生活自理能力等健康状况。杨胜慧和张刚利用生命表技术及 Sullivan 法，发现 2015 年老年人自理预期寿命占余寿的比重较 2010 年有所下降，且年龄越高下降幅度越大，显然老年人延长的预期寿命中有更大比重是处于不能自理的状态，并且该比重还呈现增长趋势^[20]。

总之，寿而不康已成为老龄化进程中的严峻问题。通常与老龄化伴生存在的“胜利的成本”，即病痛、孤独等问题给老年人的生命质量带来了诸多负面影响，老年个体及整个社会对老年人身心健康和良性社会交往需求的呼声越来越高，健康老龄化成为老年人的理想状态和社会政策的发展目标。需要指出的是，健康老龄化不再局限于少数长寿老人的增加，而更着眼于社会群体的健康长寿^{[16]60}。寿而不康的负面效应不仅仅局限于老年人自身的巨大病痛与折磨，同时也具有较强的负向外部性，毕竟它还意味着社会养老和公共医疗卫生事业的极大负担，进而危及社会福祉的提升，应对不好的话甚至会成为实现国家中长期发展战略目标的重大阻碍^[21]。所以健康老龄化作为国家战略予以提出和实施势在必行。其核心理念就是以生命历程的视角来看待健康，重视人生各个阶段包括劳动就业阶段中能够影响到老年期健康长寿和生活质量的各种因素，预防和减少危险因素，在提升老年人健康水平和生活质量的同时也有利于减轻国家和社会的医疗卫生、社会照护等方面的负担，从而促进经济社会发展的活力。因此，大力推进健康老龄化是低成本、高效益应对人口老龄化的战略举措^[22]。这虽然直接面向老龄人群和老龄化相关问题，但从全生命周期视角也对中国特色和谐劳动关系在坚守“就业优先”初心的同时融合“健康优先”治理的使命提出了直接诉求。

（三）未老先衰与全生命周期健康

如果说“寿而不康”受制于健康资本存量随年龄增加而降低的自然法则尚可理解的话，那么“未老先衰”，即自然年龄尚未进入老龄，但身体功能已经明显衰退，则更令人难以接受。在生老病死自然规律的支配下，老年人由于年龄的增长，发生不同程度的器官老化、功能消退以及一些退行性疾病实属难以避免，寿而不康似乎是难以违背客观规律的自然结果。中年人乃至年轻人的过早病衰则值得警醒和重视。当前，一些多见于老年人的慢性病，例如高血压、Ⅱ型糖尿病等，已经发现不少中年人和青少年的病例。近年来的统计数据也显示出慢性病开始呈现年轻化、低龄化的趋势，并大有不可收拾之态。经过与高收入国家对比发现，在低收入和中等收入国家中，不但中年人特别容易罹患慢性病，人们发病的年龄也更低，患病持续的时间更长，往往还伴生一些本来可以预防的并发症，并且更快地造成死亡^[23]。究其原因，很可能与青少年不健康的行为和生活方式，例如熬夜、过劳、缺乏运动、压力无处释放等有关，也可能是胎儿期没有被科学孕育、婴幼儿期营养不良等生命历程中更早期的阶段中的健康有害因素日积月累的结果。

作为一个有机的整体，生命随着岁月流逝而不断变化，未老先衰恰恰说明衰老和病痛并非一定是进入老年才有的“专利”，病衰完全可以超越老年期和前老年期的界线，贯穿整个生命历程^[24]。尤其是当前一些慢性病的年轻化、低龄化特征，意味着自然人在全生命周期的比较靠前的阶段，相关身体器官就发生病变，生理机能过早衰退，导致在自然年龄还没有进入老年阶段，身体实际上已开始功能性的老龄化了。这给劳动生产和国家健康人力资本的储备也带来较大挑战。所以，基于全生命周期的视角，要更加注重人的“中上游”生命阶段健康的科学干预，即从胎儿期、婴

幼儿期以及青少年时期就要及时进行健康相关的综合性、系统性干预。综上,无论对于老龄人口还是对于老龄之前的人口而言,中国特色和谐劳动关系在强化就业优先的同时开始融合“健康优先”治理都势在必行。将健康干预着重面向劳动力人口以及老年人口、青少年、妇女、婴幼儿等重点人群,全人口和全生命周期地维护和增进健康,已成为具有普适性意义的时代命题。

四、开创中国特色和谐劳动关系新局面:以“健康优先”突破健康困境

长期以来,人们对健康、疾病、医疗及其相互间关系的理解已形成某种思维定式:认为“健康等于不生病”,将医疗视为寻求健康的唯一可以依赖的路径^[25]^[30]。我国当前疾病负担严重,全社会对于健康的需要越发迫切,医疗卫生领域服务的供给数量、结构与质量问题突出,这都要求接下来在坚守“就业优先”主阵地的同时,尽快融合“健康优先”的权益诉求和治理原则,有效预防和化解劳动关系中的卫生健康矛盾,从而助力中国特色和谐劳动关系展现新作为。

(一)以“健康优先”的战略设计减缓与日俱增的疾病负担

伴随快速老龄化,中国国民的疾病谱发生改变,逐渐从妇幼卫生问题和传染性疾患向慢性非传染性疾病转变^[26],甚至于高血压、糖尿病等慢性病发展成为重大疾病或引起一系列并发症,从而使得疾病负担愈发沉重。由疾病而导致的负担并不局限于病人及家属的生理或心理考量,还包括经济层面和社会层面、直接层面和间接层面乃至宏观层面的衡量,一言以蔽之,当今社会疾病负担影响广泛而深远。

在诸多疾病负担中,经济负担通常是除病痛之外给人带来的最直接、最主要的负面体验。对于大多数人而言,一旦遭遇大病、难治之病就意味着巨额的医疗费用,可能导致“因病致贫”“因病返贫”“贫困加剧”等连锁反应。疾病的经济负担在宏观层面表现为卫生费用占GDP的比重,近年来我国卫生总费用占当年国内生产总值的比重不断加大,由2010年的4.85%提高到2019年的6.64%^[17]^[93]。疾病不但会直接导致经济负担,也会通过看病导致的交通、误工等费用带来其他间接负担,尤其是引致劳动效率的降低和健康资本存量的减少,从而给家庭经济收入和社会经济发展带来不利影响。此外,疾病负担还可能引起心理恐惧、社会歧视、医疗纠纷、报复社会等事件的发生。难以承受的疾病负担,越发凸显健康的珍贵,更加说明了中国特色和谐劳动关系展现出“健康优先”治理新作为的重要性、必要性和紧迫性。

与日俱增的疾病负担仅仅从卫生系统内部解决是不够的,而应从“社会大系统、国家大战略”的层面,寻求“现代化、系统化”的解决方案,所以“健康优先”的战略设计应运而生^[27]。减轻疾病负担的根本性方式就是釜底抽薪,预防疾病。“一盎司的预防,胜过一磅的治疗。”^[28]达到同样健康标准所需要的预防投入与治疗费、抢救费比例为1:8.5:100,换言之,预防每多投入1元,便可减支治疗费8.5元、节约抢救费100元^[29]。从健康的各种影响因素占比来看:医疗服务仅占8%,遗传因素占15%,社会环境占10%,气候、地理因素占7%,而人的行为和生活方式占比可高达60%^[30]。公认的人类健康四大基石——合理膳食、科学运动、戒烟限酒和心理平衡——无一与医疗服务直接相关^①,悉数着力于疾病的预防。从实际影响我国居民健康的有害因素来看,抽烟、酗酒行为和高盐、高油、高糖等不健康饮食以及身体运动不足已经成为慢性病发生和发展的主要行为危险因素,并且这些不健康生活方式仍然比较普遍,至今尚未得到有效控制^[31]。所以,养成和保持健康生活方式被证明是一种最经济、最有效的健康风险应对策略,不仅能延长人的预期寿命,还有助于提高非疾病状态的生活质量,满足对美好生活的需要^[32]。因此,在推动构建中国特色和谐劳动关系的进程中,及时形成并筑牢“健康优先”的理念,着眼预防疾病和促进健康,做到“抓小”“抓早”“治未病”,有效预防和化解劳动关系中的卫生健康矛盾,才是减轻与日俱增的疾

① 1992年WHO发布的《维多利亚宣言》首次提出健康的四大基石,至今仍具有广泛的影响力。

病负担的根本之策。

（二）以“健康优先”的价值取向呼应日益强劲的健康需要

随着经济社会发展和收入水平提升，人们的需求层次开始由侧重低层级的物质生活产品消费，升级到侧重高层级的服务型消费，与卫生健康相关的需要尤其突出。2018年全国第六次卫生服务统计调查报告显示，反映着居民卫生服务需要的两周患病率自2003年以来持续提高，2003年、2013年、2018年我国居民两周患病率分别为13.7%、19.8%、32.2%，近5年的增长速度明显快于前10年，并且2018年各年龄段的两周患病率相对于2013年都有明显提升^[33]。随着人口老龄化所延伸呈现出来的未富先老、寿而不康、未老先衰等健康人口学特征越发凸显，预计我国居民卫生健康相关的服务需要量还会继续增加。尤其是当前在慢性病和急性传染病的威胁下，生命的脆弱与人生的无常进一步刺激了人民群众对于健康的认知“觉醒”，人们开始愿意关注并维护自身和家人的健康。总体而言，人们对于健康的需要也具备了一定的经济基础和支付能力，从经济学上讲不但具有“想要”的美好愿望，而且具备“能要”的支付能力，“健康需要”可以转换为“健康需求”。21世纪以来我国城乡居民的医疗保健支出占消费性支出的比重总体上不断加大，城镇居民医疗保健支出占消费性支出的比重从2000年的6.4%提高到2018年的7.8%，农村居民的这一指标则从2000年的5.2%提高到2018年的10.2%。

在日益增长的健康需要中，医疗服务需要无疑是传统认识意义上的重要内容，并且由于个人收入水平的提升以及国家医疗保障的几近全人群覆盖，今天大部分中国人的医疗服务支付能力都有了一定保障。考虑到通常医疗服务需求的收入弹性大于1，可以预见在城乡居民收入今后持续增长的情况下，医疗服务需求将继续保持较高的增长态势。此外，随着中产阶级的崛起，健康需要也不仅仅局限在医疗卫生服务需要，其他凡是有益于维护和增进健康的影响因素的改善，例如营养美餐、运动健身、休闲娱乐、优美环境等，都将成为当前和今后一个时期人民健康需要的追求内容。所以生活水平的提高、健康意识的增强，使得人们对美好生活期盼的内容更加丰富，提出了层次更高、覆盖范围更广的健康需求^[34]。这无疑大大拓展了健康需要的内容空间，从疾病的治疗、康复与预防多个环节都可以找出“健康优先”的发力点，也为中国特色和谐劳动关系拓展新空间、展现新作为提供了具体的工作指向。

（三）以“健康优先”的指导原则引领健康服务的供给侧结构性改革

尽管人民群众的健康需要与日俱增，医疗改革也已进入深水区，但多年来“看病难”“看病贵”等供需失衡矛盾仍然难以化解。尤其是受到传统健康观的影响，层出不穷的医改措施使得医改这一“世界性难题”仍然走不出“按下葫芦浮起瓢”的怪圈，其成效离国人的期待尚有一定距离^{[25][31]}。遵循大健康理念，按照习近平总书记“把以治病为中心转变为以人民健康为中心”的要求，要以“健康优先”的指导原则引领健康服务供给侧结构性改革，以公平可及、系统连续的健康服务助力劳动关系中的卫生健康矛盾的有效预防和化解，为开创中国特色和谐劳动关系新局面提供基本的卫生健康服务保障。

建立健全全方位全生命周期的卫生健康服务体系。每个人从生到死都离不开卫生健康服务，且卫生健康服务内容包罗甚广。当今社会已处于“后医疗时代”，影响健康的主要是社会和环境因素，增进健康的方式不再像20世纪前60年的“医疗时代”主要依靠预防性疫苗、抗生素的使用和营养的改善，而关键在于积极预防疾病的发生，培养健康的生活方式^[35]。研究建议应持续推进健康服务供给侧结构性改革，协同构建医、养、护、防一体化的服务体系，尽快补短扩容，适配处在不同生命阶段人口的健康状况、家庭禀赋和经济能力等特征以针对性地提供服务，以健康管理、疾病预防等服务好健康人群，以中医药疗养等服务促进亚健康人群状况改善，以疾病治疗和康复护理服务促进疾病人群尽快恢复健康，打造形成涵盖健康、亚健康、疾病、死亡等多阶段、

全过程的健康服务供给体系^[36]。

不断优化提升卫生健康服务的结构和水平。长期以来我国卫生健康服务的空间布局不均衡,优质卫生健康资源集中在东部发达地区,中部地区和西部地区力量相对薄弱,农村相对于城市而言卫生健康服务也往往欠发达。以2019年为例,我国三级医院数在东中西部分别为1249、708、792所^{[17]14},每千人口执业(助理)医师数在东中西部分别为3.0人、2.5人、2.6人,每千人口执业(助理)医师数城市为农村的2.1倍(城市4.1人、农村2.0人),每千人口注册护士数城市为农村的2.6倍(城市5.2人、农村2.0人),每千人口卫生技术人员数城市为农村的2.2倍(城市11.1人、农村5.0人)^{[17]37}。在加大医疗卫生资源投入的同时,要推动区域间卫生健康协同发展和城乡医疗卫生一体化建设,注重优化医疗卫生资源的结构配置,加强基层医疗健康机构标准化建设,完善家庭医生签约制和基层首诊制,进一步提高卫生健康服务的水平和质量。

尽快充实提高卫生健康服务资源。我国卫生健康领域的人力、财力、物力等资源投入虽然有了较大进步,但仍然相对不足,无法满足人民日益增长的卫生健康需要。以护理人员队伍为例,尽管我国近年来采取了诸多措施使得护理人员的普遍短缺状况得到一定程度缓解,2019年我国每千人口的执业(助理)医师数、注册护士数分别达到2.8人、3.2人^{[17]37},医护比接近1:1.1,但距离西方发达国家的水平仍差之甚远。各地要进一步加强医疗和预防的协同整合,研究制订符合本地实际和未来发展的“十四五”卫生健康发展规划,合理布局老年病医院、老年护理院、康复疗养机构等各类卫生健康机构,加强卫生健康领域人才的培养、配置和激励,从而以卫生健康领域的劳动关系乃至社会关系的高质量发展,加快推动构建中国特色和谐劳动关系。

[参考文献]

- [1] 中共中央国务院关于构建和谐劳动关系的意见[N].人民日报,2015-04-09(01).
- [2] 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议[N].人民日报,2020-11-04(01).
- [3] 金登.议程、备选方案与公共政策[M].2版.北京:北京大学出版社,2006:2.
- [4] ROSEN S. Hedonic prices and implicit markets: Product differentiation in pure competition [J]. Journal of Political Economy, 1974, 82(1): 34.
- [5] 郝枫,张圆.“健康中国”视域下我国居民健康资本测度[J].人口与经济,2019(1): 23-24.
- [6] WHO. World health statistics 2020: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [M]. Geneva: WHO, 2020: 42.
- [7] 孙新.职业健康:挑战与展望[J].中国职业医学,2018(2): 134.
- [8] 胡湛.把握老龄化社会治理重要突破点[N].中国社会科学报,2019-08-09(05).
- [9] 吴炳义,董惠玲,王媛媛,等.我国老年人口失能判别及其对健康预期寿命影响分析[J].人口学刊,2019(1): 101.
- [10] 杨昕.健康老龄化进程中的综合社会政策响应[N].中国社会科学报,2019-08-09(04).
- [11] 原新.积极应对人口老龄化是新时代的国家战略[J].人口研究,2018(3): 4.
- [12] 侯云春.积极应对人口老龄化 加快发展养老服务业[J].社会治理,2019(11): 33.
- [13] 杨团.中国长期照护的政策选择[J].中国社会科学,2016(11): 89.
- [14] 国务院发展研究中心“经济转型期的风险防范与应对”课题组.打好防范化解重大风险攻坚战:思路与对策[J].管理世界,2018(1): 9.
- [15] 总报告起草组.国家应对人口老龄化战略研究总报告[J].老龄科学研究,2015(3): 21.
- [16] 邹沧萍,姜向群.“健康老龄化”战略刍议[J].中国社会科学,1996(5).
- [17] 国家卫生健康委员会.2020中国卫生健康统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2021.
- [18] 夏翠翠,李建新.健康老龄化还是病痛老龄化——健康中国战略视角下老年人口的慢性病问题[J].探索与争鸣,2018(10): 118.
- [19] 曾毅,冯秋石, HESKETH T, 等.中国高龄老人健康状况和死亡率变动趋势[J].人口研究,2017(4): 30.
- [20] 杨胜慧,张刚.自理预期寿命测量老年人口健康状况[N].中国社会科学报,2019-12-04(05).
- [21] 陆杰华,郭冉.病态状态压缩还是病态状态扩展?——1998—2014年老年人健康指标长期变化趋势探究[J].人口与发展,2019(6): 77.
- [22] 吴玉邵,伍小兰.健康老龄化:低成本应对人口老龄化的重要举措[N].中国社会科学报,2015-01-16(B01).

- [23] 张璐, 孔灵芝. 预防慢性病: 一项至关重要的投资——世界卫生组织报告 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2006(1): 2.
- [24] 穆光宗. 不分年龄、人人健康: 增龄视角下的健康老龄化 [J]. 人口与发展, 2018(1): 11.
- [25] 唐钧, 李军. 健康社会学视角下的整体健康观和健康管理 [J]. 中国社会科学, 2019(8).
- [26] 国家卫生和计划生育委员会, 世界卫生组织. 中国老龄化与健康国家评估报告 [R]. 日内瓦: 世界卫生组织, 2016.
- [27] 何传启. 中国健康现代化的路线图 [J]. 科学与现代化, 2018(3): 27.
- [28] BRYAN J L, FIELDS H F. An ounce of prevention is worth a pound of cure—shoring up the public health infrastructure to respond to bioterrorist attacks [J]. American Journal of Infection Control, 1999, 27(6): 465-467.
- [29] 李富荣. 抓好预防保健 促进事业发展 [J]. 中外医学研究, 2011(12): 111.
- [30] 王东进. 全民医保在健康中国战略中的制度性功能和基础性作用(下) [J]. 中国医疗保险, 2016(12): 10.
- [31] 中国居民营养与慢性病状况报告(2020年) [J]. 营养学报, 2020(6): 521.
- [32] 黄嘉文. 探索促进健康生活方式的政策干预新思路 [N]. 中国社会科学报, 2018-05-09(06).
- [33] 国家卫生健康委统计信息中心. 2018年全国第六次卫生服务统计调查报告 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021: 28-30.
- [34] 申曙光, 马颖颖. 新时代健康中国战略论纲 [J]. 改革, 2018(4): 17-28.
- [35] WHO. Life-styles and health [J]. Social Science and Medicine, 1986, 22(2): 117.
- [36] 陆杰华, 汪斌. 老龄化社会背景下全生命周期健康服务体系的再建构 [N]. 中国社会科学报, 2019-08-09(04).

Promoting the Construction of a 'Health First' Harmonious Labor Relations with Chinese Characteristics

YUAN Nianyi^{1,2}

(1. Research Center for Theoretical System of Socialism with Chinese Characteristics of Hainan Province, Haikou, Hainan 570203;
2. School of Management, Hainan Medical College, Haikou, Hainan 571199)

Abstract: To promote the construction of harmonious labor relations with Chinese characteristics in the new era, it is necessary to uphold the concept of 'employment first' and at the same time assume the mission of 'health first' governance, and effectively prevent and resolve health contradictions in labor relations. This has its logical inevitability in practice. The aging trend of our country's current population structure has been integrated with the economy and health in the process of accelerating modernization. The typical demographic characteristics such as getting old before getting rich, failing to live well, and declining before getting old, require 'health first' to be embedded in the construction of labor relations, whilst the various economic and social burdens caused by multiple diseases, the increasing health needs, and the unbalanced and inadequate health service contradictions provide a direct basis and realistic orientation for 'health first' to break through the health dilemma and help usher in a new era of harmony with Chinese characteristics. The study believes that in order to build a 'health first' harmonious labor relations with Chinese characteristics, the strategic design of 'health first' should be adopted to reduce the increasing burden of diseases, the value orientation of 'health first' should be used to respond to the growing health needs, and the guiding principles of 'health first' should be carried out to lead the supply-side reform of health services.

Key words: harmonious labor relations with Chinese characteristics; health first; health throughout the life cycle

[责任编辑: 张晋巧]