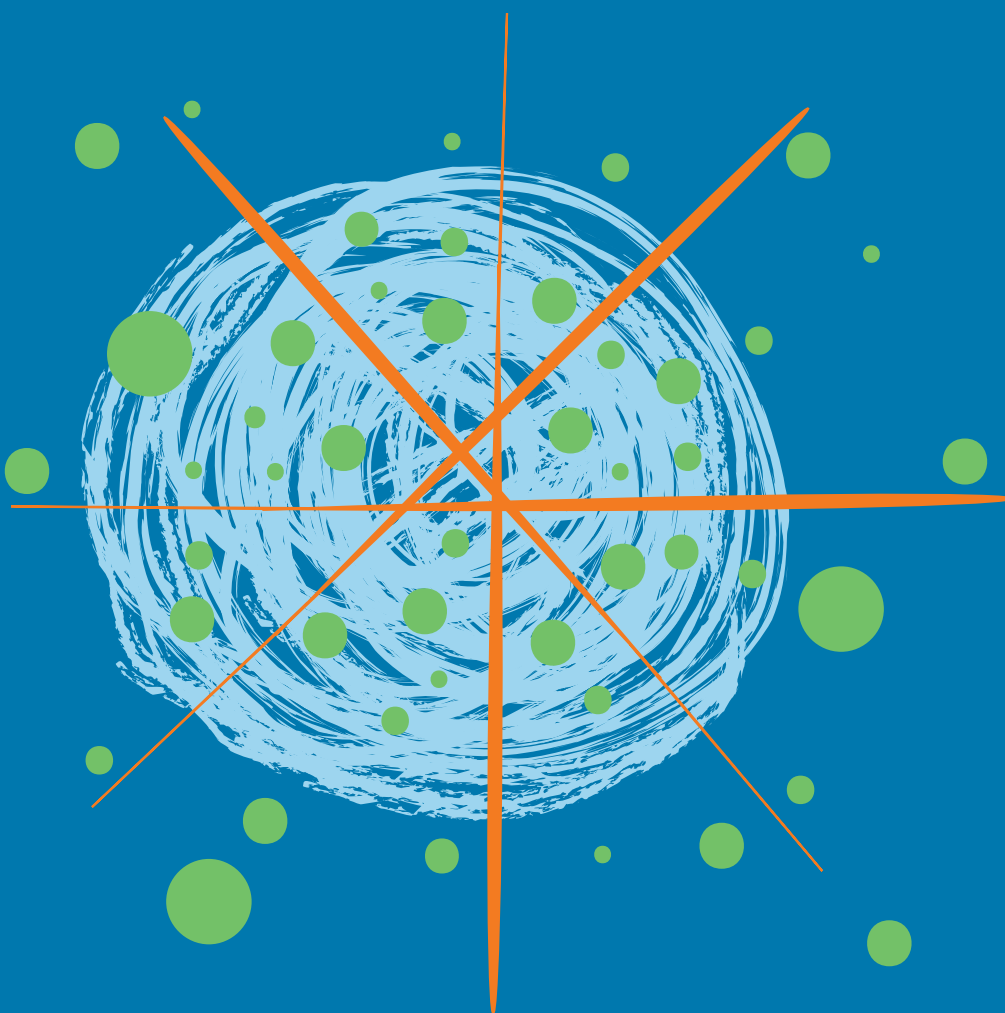


经济和社会  
事务

2007年世界经济与社会概览

# 老龄化世界的发展



联合国

60

周年版

1948年-2007年

经济和社会事务部

# 老龄化世界的发展

2007年世界经济和  
社会概览



联合国  
纽约，2008年

## 经济和社会事务部

联合国秘书处经济和社会事务部是经济、社会和环境领域全球政策与国家行动间一个至关重要的结合部。该部从事三个主要相互关联领域的工作：（一）汇编、产生和分析范围广泛的经济、社会和环境数据和资料，联合国会员国依靠它们来审查共同的问题和评估各种政策选择；（二）便利会员国在许多政府间机构中谈判各种联合行动方针以应对正面临或新出现的全球挑战；和（三）对有关政府采用何种方式方法将在联合国各次会议和首脑会议上形成的政策纲要转变为国家一级的方案提出建议并通过技术援助帮助建设国家能力。

## 说 明

本出版物所采用的名称及材料编写方式，并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、或其当局的法律地位，或对其边界或界线的划分，表示任何意见。

本报告文内使用的“国家”一词适当时也指领土或地区。

采用“发达”和“发展中”是为了方便统计工作，不一定表示对某一国家或地区达到的发展过程阶段做出判断。

联合国文件都用英文大写字母加数字编号。

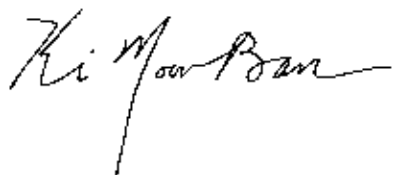
## 序 言

世界人口老龄化是现代社会发展的主要成就之一。跟一个世纪以前相比较，现在人的寿命大大延长，这体现了医学、营养和技术上的进步。但是老龄化也提出了重大挑战，它将成为二十一世纪的一个主要发展议题。到2050年，几乎有20亿的人口将达到60岁或60岁以上，其中80%的人生活在发展中国家。

2007年《世界经济和社会概览》在发行其第六十版之际，分析了人口老龄化对全世界社会和经济发展的影响。人的寿命延长，身体更健康，给经济和社会发展以及个人成就带来巨大潜力。但是，要想实现这种潜力，每个社会必须确保不分年龄、人人享有合宜的生活水准所需的手段和支助。

占人口比例越来越小的劳动力不得不供养越来越多的老龄人口，这一前景构成了一项重大挑战。家庭的小型化趋势和持续存在的贫困状况可能会影响对老年人的照料及收入保障，尤其在发展中国家，家庭成员是老年人的主要照料者。与此同时，我们还必须学会更好地利用老年人在经济、社会和政治上所能给社会做出的贡献。

在2002年举行的第二次老龄问题世界大会上，各国政府基于对人口老龄化的复杂挑战达成的共识，通过了《马德里老龄问题国际行动计划》。履行所做出的承诺，对于建设不分年龄人人共享的社会具有根本意义。联合国谨以此出版物庆祝达成以上共识。



秘书长  
潘基文



## 概 览

人口老龄化将对社会产生深刻影响，因此需要二十一世纪的决策者对此给予更加密切的关注。在发达世界和许多发展中国家，老年人口的比例迅速增大。人口老龄化是人类发展进程成功的显示，因为这是降低死亡率（以及降低生育率）和延年益寿的结果。老龄化为老年人积极参与整个经济和社会提供了新的机会。在那些依然有着青少年人口增长优势的国家，尤其是发展中国家，存在着促进经济发展的机会窗口。人口老龄化问题也提出了严峻挑战，尤其是养恤金制度的财政维持能力、医疗保健制度的成本，以及老年人作为社会发展的积极作用者全面融入社会等方面的挑战。

《2007年世界经济和社会概览》分析了与老龄化人口有关的挑战和机遇，目的在于促进关于推动第二次老龄问题世界大会2002年4月12日协商一致通过的《马德里老龄问题国际行动计划》的讨论。《马德里计划》提供了一个框架，将有关人口老龄化问题的讨论纳入国际发展问题辩论和国家政策的实施，以应对建设不分年龄人人共享社会提出的各项挑战。为此，该计划确定的优先事项是：确保将老龄化问题纳入国际发展议程；促进老年健康和福祉；以及创造帮助和周济老年人的环境。

### 世界人口的老龄化

世界人口的年龄分布正在发生深刻的变化。由于死亡率和生育率下降，年龄分布正在朝着老龄化的方向偏移。全世界所有地区都在经历这一变化。

预期寿命的延长和生命期内生育率的降低，是驱动“人口结构的转型”的关键因素。在全球一级，预期寿命已从1950-1955年的47岁延长到2000-2005年的65岁，预计在2045-2050年期间还将达到75岁。1950-1955年至2000-2005年期间，总生育率从每一妇女生育5.0个子女降至2.6个，预计在2045-2050年期间会进一步降至每一妇女生育2.0个子女。世界上有些地区，不止是发达国家，也包括不少发展中国家，生命期内生育率目前是每一妇女还不到两个子女，因而低于长期人口更替所需要的水平。

人口结构转型分为三个阶段。在第一阶段，由于低龄期存活率提高，儿童比例上升，因而年龄分布趋于年轻化。在第二阶段，由于生育率降低，儿童比例开始下降，与此同时，劳动适龄成年人比例开始上升。第三阶段往往出现在生育率

和死亡率长期下降之后，这一阶段的儿童和劳动适龄成年人口均呈下降趋势，只有老年人的比例在上升。

在人口结构转型的第二阶段，劳动适龄人口多数的优势是短暂的（一般持续50年左右）。但这一时段足以对有关国家产生重大影响。理论上讲，这种人口红利为加速经济发展提供了机会窗口。可是能否收获它的潜在惠益，则有赖于创造生产性就业和投资机会，最终则取决于是否有提供促进可持续增长与发展的环境所必要的社会和政治条件。

在第三阶段，人口迅速老龄化，可能对公共政策提出特定的挑战，因为必须对各个领域做出重大调整，才能在劳动力人口减少的情况下，满足保健及老年赡养方面日益增长的需求。

### 发展中国家人口老龄化加速

总的来说，发达经济体目前正处在人口结构转型的第三阶段，其年龄结构的老龄化程度大大高于发展中国家。在转型经济体国家，其年龄结构一般比发达国家年轻，但是与发展中国家相比仍过于老龄化。

大多数发展中国家正处于人口结构转型的第二阶段。然而，全世界大多数老年人生活在发展中国家，并且到2050年，将有79%的60岁或以上的人口——约计16亿老年人——生活在发展中国家（见图O.1）。另外，那些生育率快速下降的国家，尤其是东亚和太平洋及拉丁美洲和加勒比地区的国家，其人口老龄化过程的速度将快于今天发达国家以往所经历的老龄化过程。相比之下，大多数非洲国家直到最近才进入人口结构转型第二阶段，而该地区预计将在二十一世纪相当长的一个时期内保持相对比较年轻的人口结构。

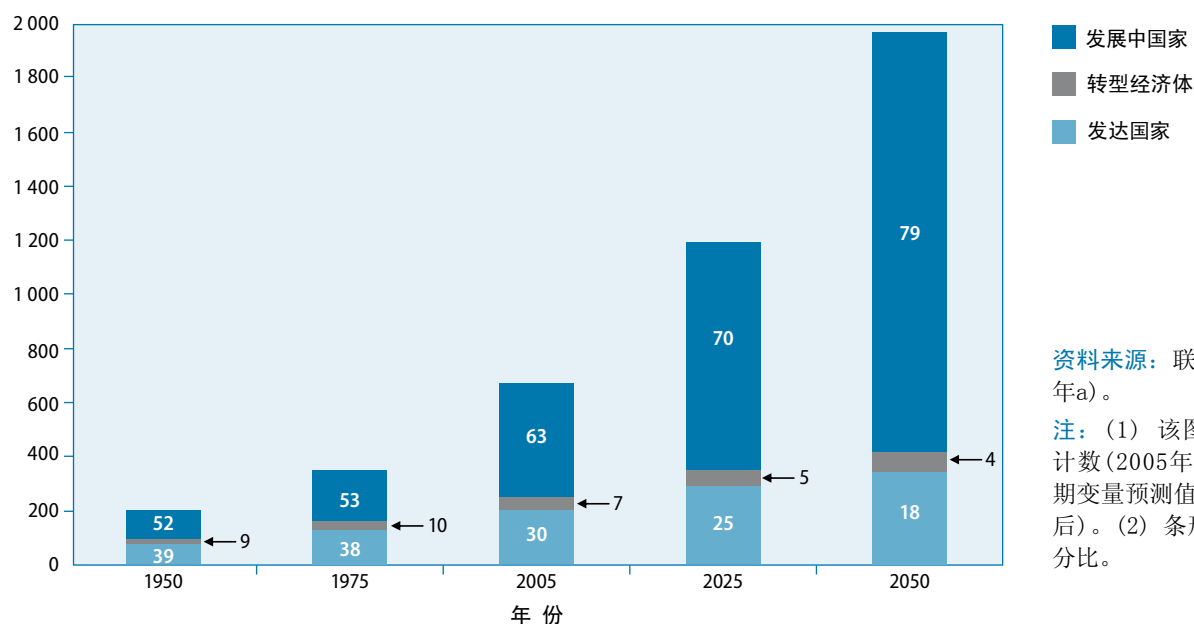
### 老年人的性别差异

由于妇女通常比男子长寿，因而老年妇女的人数大大超过老年男子。于是，随着年龄的增长，老龄人口中的妇女比率一般增幅较大。2005年，在全世界65岁或以上的老年人当中，妇女人数对男子人数之比将近4比3；80岁或以上的老人当中，妇女人数对男子人数之比将近2比1。不过，部分是因为预料发达国家妇女人数优势的减弱，预计到2050年在发达国家老年人当中，男女人数上的差别将多少有所缩小。相比之下，在发展中国家，老年男子和老年妇女之间在人数比例上将更加不均衡，因为男女预期寿命的差距仍在不断拉大。

### 受抚养人比率在上升

老龄化给大多数社会带来的一个后果，就是相对于不劳动而依靠他人收入生活的人来说，靠劳动谋生者的人数不断减少。“受抚养人比率”系指人口当中被视为

图O.1  
1950年、1975年、2005年、2025年和2050年按国家组别分列的  
全世界60岁或以上人口的规模与分布(百万)



资料来源：联合国(2005年a)。

注：(1) 该图显示了估计数(2005年以前)和中期变量预测值(2005年以后)。(2) 条形内显示百分比。

经济上依赖他人的部分群体(一般指15岁以下的儿童和65岁以上的老年人)与被视为从事经济活动的另一群体之间的比率。由于资料所限，一般只根据年龄段来计算受抚养人比率。

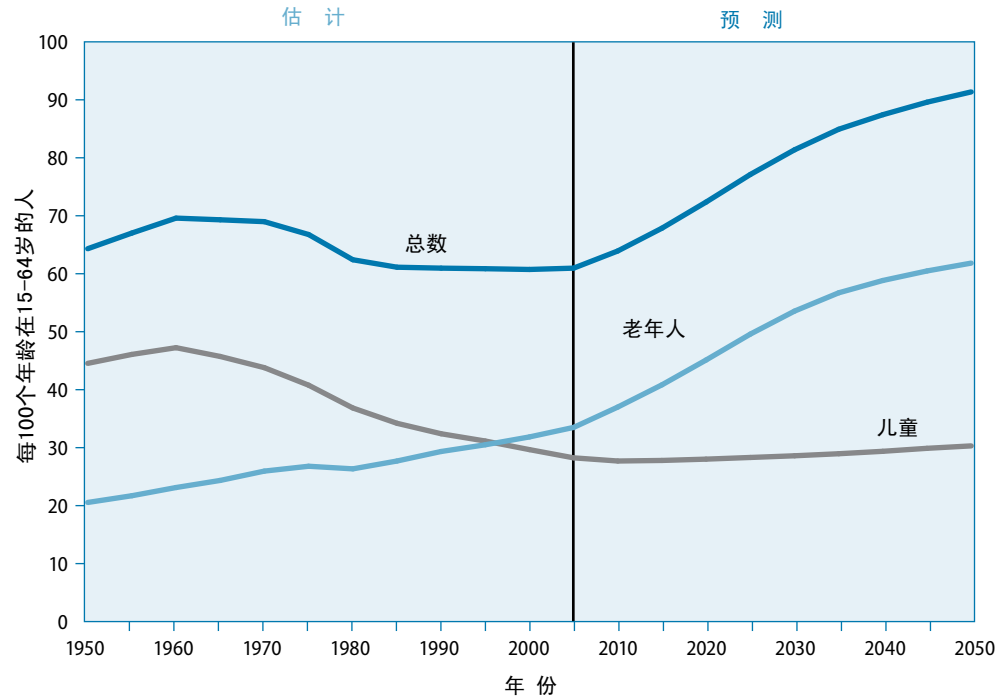
1975至2005年期间，由于儿童受抚养人大幅减少，全世界受抚养人总比率从占劳动适龄人口的74%下降到55%。预计这一下降趋势将在下个十年内停止并进而发生逆转。据预测，2025年受抚养人总比率为占劳动适龄人口的53%，到2050年将上升到57%，这完全是因为老年受抚养人比率上升所致。

在发达国家，估计2005年受抚养人总比率达到了历史上的最低点；但是据预测，由于老年受抚养人比率不断上升，发达国家作为一个国家组别受抚养人总比率将呈稳步上升趋势(见图O.2a)。转型经济体的受抚养人比率趋势与发达国家相似。

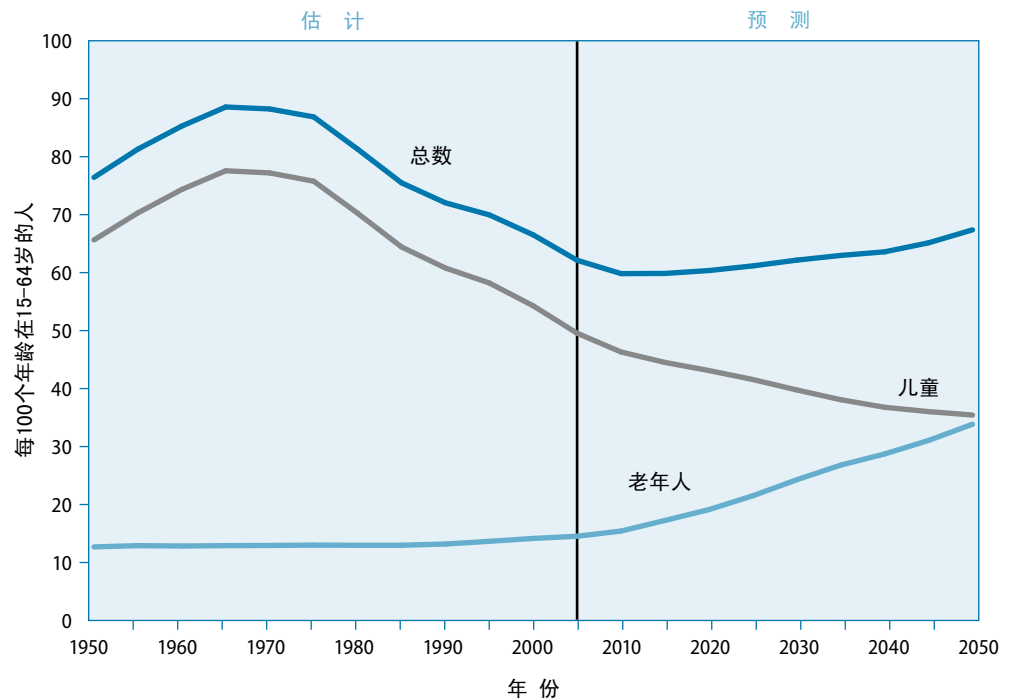
就发展中国家而言，无论其历史经验还是未来预测前景均与发达国家有很大不同。1950年至1975年期间，发展中国家受抚养人总比率大大高于发达国家组别，大多因为儿童受抚养率极高的缘故(图O.2b)。然而，自1975年前后以来，发展中国家儿童受抚养人比率和受抚养人总比率均呈下降趋势，而且预计到2025年以前受抚养人总比率将持续下降；此后若预测的老年受抚养人比率迅速上升，也将带动受抚养人总比率上升。



图O.2a  
1950-2050年发达国家儿童和老年受抚养人比率



图O.2b  
1950-2050年发展中国家儿童和老年受抚养人比率



资料来源：联合国/经社部。

注：儿童和老年受抚养人比率是指0-14岁和65岁或以上两个年龄段的人分别在15-64岁的劳动适龄人口中所占的比率。受抚养人总比率是这两种比率之和。

## 人口老龄化不可避免

预计今后数十年内全世界所有地区都将经历严重的人口老龄化过程。在生育率低的国家，试图鼓励生育的政策干预即便奏效，也不大可能从根本上改变这一前景。另外，虽然国际移民人数大增有可能改变工业化国家的劳动适龄人口趋势，但是没有任何设想中的似乎可信的国际移徙水平能对这些国家的预期人口老龄化程度产生多大的影响。

既然已经对行将发生的人口年龄结构变化有了透彻的了解，那么这些变化大半是可以预见的。理想的做法是，提前准备好对策，以便应对这些长期的人口变化。即便人口老龄化是不可避免的，其后果如何还要取决于针对这方面的挑战所采取的应对措施。

不过，要确保使日渐增多的老年人在老年阶段能得到适当的支助，在其需要或想要继续参与经济活动的时候能有正当职业，并且享有适当的保健，事实很可能证明这是极具挑战性的任务。除非能够以可持续的方式加速发展经济，否则人口老龄化势必要通过加重劳动适龄人口的负担（高赋税和其他形式的摊派），才有可能保持平稳地向老年人群体转让资源。

## 老龄化与变化中的生活环境

人们生活的社会环境正在迅速变化。家庭规模趋于缩小，大家庭的作用日渐萎缩，有晚辈赡养和照顾老人的观念正在迅速改变。

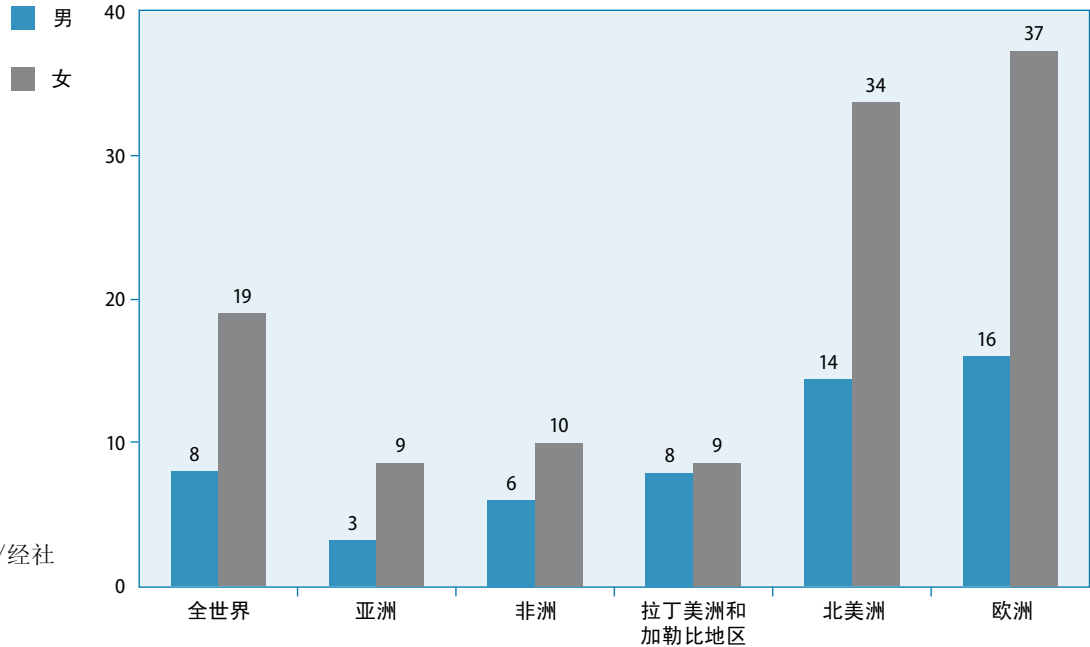
### 生活安排的改变

全世界有七分之一（大约9 000万）的老年人在过着独居生活，过去10年来在大多数国家这个比率都在上升。虽然平均变化率相当有限，但这一趋势可能要持续下去，并将造成重大社会后果，尤其是对独居可能性更大的老年妇女（见图O.3）。独居生活可能会加剧老年人的孤独状态，使家人更加难以安排对他们的照料；由于老人独居，还可能有必要寻求家庭以外的照料服务，以便让老年人能够在自己家里养老。发展中国家在提供这种服务方面可能比较困难。

在发展中国家，大多数老年人与自己的成年子女一起生活。这种情况在亚洲和非洲占60岁或以上老年人的四分之三，在拉丁美洲占60岁或以上老年人的三分之二。老年人独居的比率相对来说还比较低，不到10%，但在大多数（尽管不是所有）发展中国家这个比例正在逐渐增长。

家庭构成情况以及在赡养和照料老年人方面生活安排上的这些变化会产生何种影响，这要取决于不同的环境背景。在老年人基本上没有机会享受正规社会保护机制的国家，他们需要依赖家庭和当地社区的帮助。可是，由于明显的人口趋势和

图O.3  
2005年按区域和性别分列的60岁或以上的独居人口比例（百分比）



资料来源：联合国/经社部。

越来越多的妇女参与劳动力市场等方面的因素，还因为人们对照料父母和老年人的一般观念发生了转变，使得这些非正规的保护机制近来受到愈来愈大的压力。

无论在发展中国家还是在发达国家，老年人生活安排上的变化都对政策具有重要的影响。发达国家需要扩大提供包括养老院生活在内的老年人长期正规护理，同时发展替代型服务，以便让老年人能够在家中养老——如果他们有此愿望的话(另见下文)。发展中国家面临着甚至更大的挑战，因为它们不但需要提供更多的长期正规护理和开发新型非正规护理，而且还需要为老年人提供各种基础设施(供水、公共卫生等)和社会服务。

### 老年人参政和赋予老年人权力

老年人在总人口构成中所占比重愈来愈大，因而他们有可能在社会上发挥更大的影响力。各国在赋予老年人权力和支持老年人参政方面差别很大：在一些国家，老年人享有举足轻重的社会和政治地位，这种地位大多与重要经济资源集中程度和参政传统有关联；而在其他许多国家，老年人还没有组织起来，因而很难表达他们所关切的问题，并将其纳入公开辩论和政策议程。

国际上和各国的非政府组织一直在积极推动老年人的组织工作，以便借助相关机制对关乎老年人切身利益的政策制订和实施过程施加影响。鉴于包括人权信息在内的识字和继续教育活动是增强能力的重要组成部分，应在致力于把老年人

组织起来的同时，扩大包含这些宣传教育成分的方案。

### 与忽视和虐待现象作斗争

虽然虐待行为难以具体衡量，但是有关对老年人忽视和虐待的现有报告应该足以引起人们的关注。虐待老年人问题，在家庭内部，在社区环境，以及在养老院等护理中心，都时有发生，无论发达国家还是发展中国家，情况相差无几。与此有关的各种风险因素通常包括：缺乏护理资源；护理人员未经适当培训和教育；机构护理设施中的工作压力较大；社会上存在着对老年人不利的定型观念；以及总体贫困状况等。

《世界人权宣言》(联合国大会第217A(III)号决议)中有关保障和保护人权的規定，是减少虐待老年人现象并增强老年人能力的重要手段。有些国家可能需要颁布辅助性立法，以强化法律体制，保护老年人的权益，预防虐待和忽视，并增进老年人参与一切社会生活领域的机会。然而，光靠完善法律体制是不够的。社会还需要建立适当的机制，以预防劳动力市场上的年龄歧视，通过适当的老龄收入保障制度确保代际和谐，并且动员所需的各种资源，为老年人提供适当的保健和长期护理。

针对忽视和虐待现象采取的政策应对应当确保处在这种处境下的老年人有机会获得可靠的信息，并且使用举报此类案件的有效机制。此外，政府还应推行国家相关培训和教育举措，以宣传老年人的积极形象，并且培养照料老年人的个人技能。

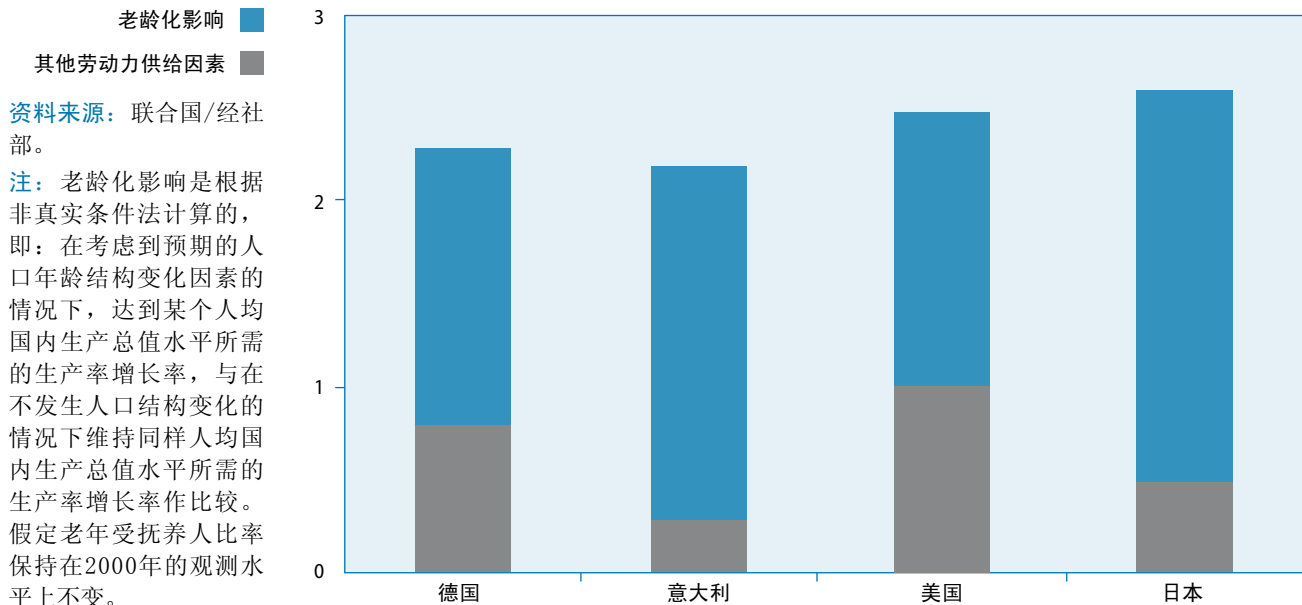
### 老龄化、劳动力供给和生产率增长

随着人口日趋老化，劳动适龄人口比例势必萎缩，而劳动力本身也会变老。对于那些生育率低的国家(多为发达国家)来说尤其如此。相比之下，生育率相对较高的国家(主要是低收入国家)到2050年以前仍将处于劳动力强劲增长的阶段，这将为加速其经济增长开启机会窗口。

### 人口加速老龄化对增长的影响

人口老龄化有可能成为阻碍经济增长的制约因素，除非能够抑制劳动力增长的下滑趋势，或者以更大的努力提高劳动生产率。大多数情况下，都需要把提高劳动生产率作为遏制劳动力供给滑坡的辅助手段。例如，在所有其他方面对等的情况下，日本为了抵消其劳动力减少的不利影响，就必须在今后50年内确保其劳动生产率每年增长2.6%，才能维持人均收入年增2%的水平。劳动生产率的增长率必须达到80%以上，才能克服人口老龄化对增长造成的影响(见图O.4)。其他也存在人口老龄化问题的国家，比如意大利和德国，以及美利坚合众国，虽然程度可能略

图O.4  
2000-2050年德国、意大利、美国和日本的人口老龄化  
对其年均劳动生产率必要增长的影响(百分比)



低一点，全都同样如此。不过，按照历史标准，在所有这些情况下必须达到的生产率增长目标看来都是能够达到的。

《经社概览》的结论是，旨在促进生产率增长的举措，势必在克服人口老龄化可能对经济增长造成的不利后果方面发挥主要作用。不过，它也提出了直接影响劳动力供给的其他措施，其中一些措施似乎比其他措施更为切实有效。

人们往往将国际移徙说成是确保发达国家有足够劳动力供给的一种可能的手段，但是不要指望任何国家会为了抑制人口老龄化趋势而大量接纳移民。比如，为了抵消老年受抚养人比率的增长，欧洲联盟在今后50年内需要每年有1300万移民的净流入量，而日本和美国将每年各自吸纳1000万移民。所有这些数字都比目前实际移民水平高出许多倍。

另外一种可能就是离岸外包，但是这个办法也解决不了老年受抚养人比率持续上升的问题。虽然离岸外包可以通过把生产转移给外国工人而缓解劳动力短缺的问题，但是这并不能减轻对养恤金系统的压力，因为就业基础，亦即养恤金系统的缴款基础不会随之扩大。

《经社概览》的分析结果表明，应对预测的劳动力增长变化的最大潜力就在于提高妇女和老年员工的劳动参与率。实际上，许多国家仍有相当大的潜力采取措施，尽可能让实际退休年龄接近于法定退休年龄，以提高老年劳动者(多为55-64岁)的参与率。

在消除对延长就业的不利因素方面也有一系列选项，比如改变工作场所的做法，使之更加适合年龄逐渐变老的劳动者的需要；改善工作条件以维持生命期内的工作能力；消除基于年龄的歧视；以及树立老年员工的积极形象。如果让老年劳动者有机会参加终身学习和在职培训的话，他们也将能够延长其工作寿命。

这些措施应当能够促进老龄化国家的经济增长，虽然影响也许不会太大。

《经社概览》的分析表明，比如就德国来说，如果55-64岁的劳动者参与率能够达到15岁至54岁工作适龄劳动者的水平，那么在2000至2050年这一时期，该国的人均产值年增长率就会从1.7%提高到1.8%。在人口老龄化进程加速的其他国家也会产生类似的效果。

不过，就一般情况而言，关于人口和劳动力老龄化会导致经济增长急剧下降的担心，基本上站不住脚的。据联合国预测，如能按预期继续提高生产率的话，因人口老龄化而提出的就业方面的挑战似乎就不是不可战胜的。

### 人口机会窗口？

拥有相对比较年轻的成长中劳动力大军的国家，或许能够加速其经济增长。然而，要想收获这一人口红利，这些国家的政府就需要处理好各种不同系列的问题。既然它们没有迫在眉睫的劳动力短缺的忧虑，那就应该继续着重于创造正当的就业机会，尤其是为愈来愈多准备加入劳动大军的年轻人创造就业机会。提高正规经济部门的就业率有助于增加税收，并且为扩大目前还不够完善的社会保障计划打下基础，从而使老年劳动者在退休时有经济保障。

当然，在有剩余劳动力和较大的非正规劳动力市场的发展中经济体，提高劳动生产率也具有重要意义，因为这不但有助于支撑愈益扩大的老龄人口，而且有利于提高总体生活水准和减少贫困。

### 老龄化、消费与增长

根据多方面的看法，预计人口老龄化将对消费、投资和储蓄模式产生影响。了解人口老龄化是否会影响到这几个方面的总量，以及若有影响，又将如何影响，这对预期未来经济如何增长和发展十分重要。虽然在经济理论上关于这种关系已有一些明确的概念，但在实际当中，若想预测老龄化将如何影响未来消费和增长模式，则是相当困难的。

### 变化中的消费模式

经济理论中有一个众所周知的概念，那就是：在人的一生当中，消费和储蓄模式会发生变化。一种看法是，人的需要和偏好在整个生命周期都在变。实际上人们普遍认为，相对于较年轻的人口组群而言，老年人一般将其收入的大部分花在住

房和社会服务方面。根据发达国家65岁或以上居民的当前消费趋势可以预言，保健和长期护理方面的需求可能会上升，而由于退休人口在家中呆的时间较多，就会相应增加住房和能源方面的开支。相反，娱乐和交通运输方面的费用可能会下降，而衣、食等基本商品的消费份额仍将保持相对稳定。可见，人口老龄化可能会导致在货物和服务需求的构成上发生实质性的变化。

不过，通过更仔细地观察现有趋势可以看出，人口老龄化所引起的消费模式变化在国与国之间不尽相同，而在一个时期内这种变化相当缓慢。另外，消费水平主要与收入而不是与人口结构有关联。这种复杂的现实，使得关于未来消费趋势的预测十分困难，因为很难预测未来数十年内老年人的收入增长情况。

### 储蓄与老龄化

生命周期内的储蓄模式说明了第二个理论概念。这个概念假定：在个人从事劳动的年份，他们的收入多于消费，由此产生的盈余可用于抚养子女和/或存入银行以保证退休后的收入来源。从这一观点出发，预料儿童受抚养人比率高的经济体，其国民储蓄率就会相对较低。对比之下，劳动适龄人口比率高的经济体就有可能获得较快的增长，一来是因为这种人口结构会产生较大的生命周期收入盈余总量，二来是因为个人预先为退休存款而致使预期国民储蓄率较高。另外，如果人们预见到自己的预期寿命在延长，他们就可能会在工作期间增加存款，以便为较长的退休岁月准备资金。

同样，虽然老龄化有一定的影响，但是在决定人们的储蓄行为以及经济体的储蓄水平方面还有其他许多因素。这些因素包括：经济体内的收入水平与分配情况；人们持有的资产价值及其分配情况；对未来的看法；税率；现行养恤金制度；以及对长期患病的老年人的照料。此外，生命周期假说也适用于养恤金制度设计对家庭或个人储蓄的影响；但是相对于养恤金办法可能对政府和企业储蓄模式的影响来说，这种对家庭和个人的影响就比较小了。

不过有一点是清楚的，那就是：家庭储蓄在养恤基金和其他退休金理财计划中所占的份额越来越大。一般负责管理这类储蓄的机构投资者已经成为金融市场的主要经营者。这些投资者不但管理来自发达国家的大量家庭存款，而且也越来越多地管理来自发展中国家的存款，在这些发展中国家由私人管理的资本化的养恤金体系变得愈来愈重要(见下文)。机构投资者可以在深化金融市场和为长期投资项目提供附加清偿力方面发挥重要作用。不过，与此同时，机构投资者大多在主要适用于银行系统的金融市场监管机制以外运作。在这种情况下，养恤基金在金融市场上的运作若不加以约束，就可能成为一个金融不稳定的因素。另外，由于越来越多的金融投资在银行系统以外居中运作，所以金融当局对信贷增长的控制可能会削弱货币政策的效能。有必要通过改进(可能是国际性的)管理措施，来防止主要养恤基金的经营可能带来的破坏金融市场稳定的不良作用，同时预防老年人的收入保障受到损害。

## 确保老年收入保障

人到老年，往往生活水平会下降。随着人们步入老年，他们的经济机会减少了，健康状况逐渐恶化，因而越发容易陷入穷困境地。不过，对于不同的背景环境和老年群体来说，上述情况会有很大差别，谋生的办法也会相应地有所不同。在发达经济体，养老金是老年人的主要生活来源和保障，而在发展中国家有养老金的老年人很少，因此必须依靠其他收入来源。实际上，全世界有80%的人口在老年阶段得不到适当保护，以抵御疾病、无能力和收入风险。这就是说，仅在发展中国家目前就有3.42亿老年人没有适当的收入保障。如果不扩大旨在提供老年收入保障的现行机制的覆盖面，预计到2050年这个数字将会增加到12亿。不论发达国家还是发展中国家，在确保养恤金和其他相关制度的确立及其可持续性以便为越来越多的老年人提供经济保障方面，人口结构转型提出了巨大挑战。《经社概览》的结论是，若做法正确，这一挑战就完全不是难以逾越的。

## 贫困与老年

经验证据表明，在拥有全面的正规养恤金制度和公共资金转移计划的国家，老年人较人口中较年轻组群变穷的可能性要小。在养恤金制度覆盖面有限的国家，老年贫困率一般与全国平均数平行。

当然，老年贫困几率并非仅仅取决于养恤金办法的覆盖面。一般来说，老年人的贫困程度因教育程度、性别和生活安排的不同而异。受过良好教育能够降低老年陷入贫困的可能性。老年妇女的贫困几率往往高于老年男子。

在没有正规养恤金制度的情况下，发展中国家的大多数人到老年就会面临相当大的收入无保障的风险。对于那些通常得不到保护的小土地经营者、农村劳工和非正规部门劳动者来说，不存在退休的概念。他们由于没有正式工作，也就没有资格享受养恤金；如果他们未能积攒下足够的资产，他们就必须继续自食其力。对于耄耋之年(80岁或以上)的老人来说，生活会变得极其不安定，因为他们也许不像年纪较轻的人那样适合工作了。尤其是那些在黄金劳动年龄就处于贫困状态的人，很可能老来依然穷困。那些虽然处在贫困线以上、但是却没有能力积攒防老存款的人，在其步入老年的时候也会面临贫困风险。

老年人往往依靠家人和社区的扶助来满足或补贴其生活来源的需要。就此而言，鳏寡孤独或无儿无女的老年人(尤其是老年妇女)面临着更大的贫困风险。依赖家庭网络也许不能充分保护老年人免受贫困，因为这些网络自身也是收入拮据。在普遍贫穷的情况下，自然会在提供适当老年收入保障方面遭遇更大的挑战。

## 通过广泛和多层次的做法提供较可靠的收入保障

私营或公共管理的养恤金制度是用以解决老年贫困和易受伤害问题的主要政策工



具。理论上讲，这些养恤金制度应当确保所有老年人的收入保障，并且需要向受益人提供福利，使其得以享有高于社会可接受的最低限度生活水准。

可是，大多数发展中国家的养恤金覆盖面都还十分有限。在发达国家，有了管理得当的劳动力市场就有可能使基于就业的共同分担式养恤金办法基本上覆盖整个人口。对那些没有资格享受共同分担式养恤金的人，一般可以通过非分担式老年支助计划为其提供帮助。

然而，不论在发展中国家还是在发达国家，都对现有养恤金制度的可持续性提出了质疑。寿命的延长，有瑕疵的方案设计，管理不当，经济增长疲软，以及不能产生足够的就业机会——所有这些因素都在特定背景下破坏了养恤金的财源基础。如果不能加速并维持经济增长(同时创造正当就业机会)，那么日益升高的老年受抚养人比率就会给正规和非正规辅助系统造成更大的压力。

享受机会的问题、经济承受能力的问题以及可持续性的问题，这些是老年养恤金制度设计与改革的核心所在。说到底，老年收入保障体系的设计要符合国情，必须体现社会选择和偏好。根据许多国家的现行惯例，采取多层次的方式发展养恤金体系，看来对于实现经济上能够承受的、资金上可持续的、实行机会均等的老年收入保障体系是可取的。

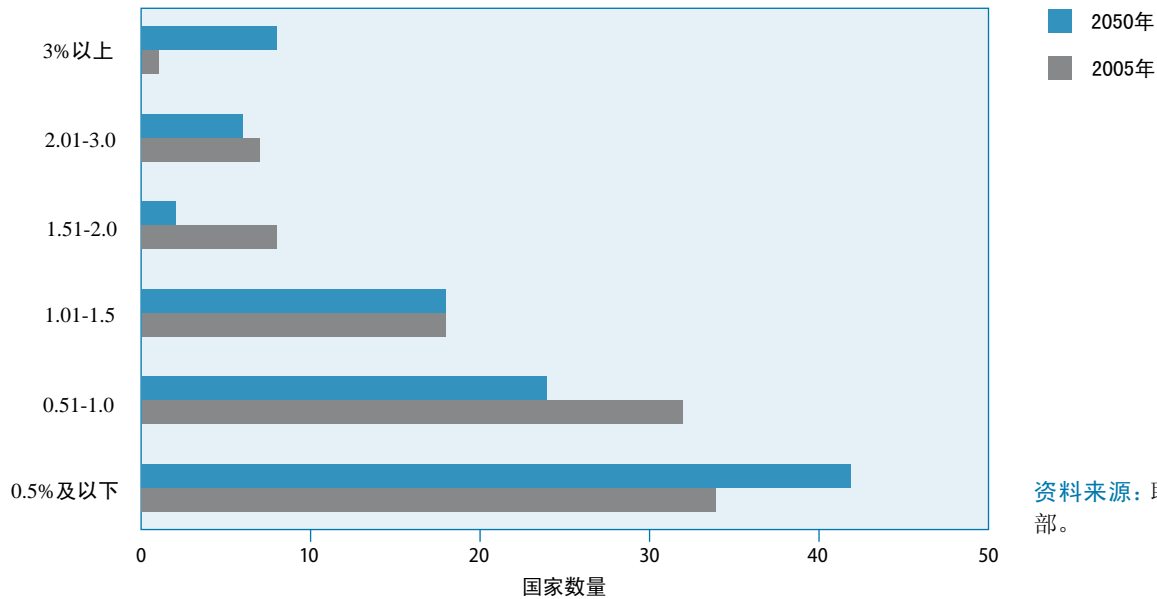
### 确保普遍享有老年养恤金

任何养恤金制度均应以至少向所有老年人提供某种形式的基本收入保障为宗旨，这是一项支配一切的首要原则。这个目标可以通过建立、或者在原有基础上扩大提供某种最低限度养恤金福利的基础支撑架构来实现。这样一种普遍的社会保险机制可以基于缴款，也可以不以缴款为基础，视具体情况而定。在以正规就业为主的国家，依靠单一的基础支柱就足以提供老年收入保障，它的资金来源可以基于与收入挂钩的缴款，大多数发达国家采取的就是这一做法。在以非正规部门为主的国家或者既有正规又有非正规劳动力市场的国家，社会基本养恤金办法由两部分组成：一部分是基本上非分担式办法，通过税收产生的资金以及在可行的条件下有能力缴款的人缴纳的共同责任缴款提供最低限度社会福利；另一部分是完全共同分担式养恤金办法。

在大多数环境背景下，甚至低收入的国家似乎也负担得起基本非分担式养恤金办法。按照合理的假设条件，通过简单算法即可表明，在100个发展中国家当中有66个国家(见图O.5)，每天向所有60岁以上的老年人提供1美元——相当于不到国内生产总值的1%——的全民基本养恤金，即可消除老年人的极端贫穷状态。尽管人口在迅速老龄化，但是据预测，到2050年以前基本养恤金办法的费用并不太高。

然而，是否有能力负担这种养恤金办法，不仅取决于经济增长步伐，而且也取决于在确保老年最低收入保障方面赋予的政治优先权。另外，特别在低收入国家，围绕紧缺的政府财政资源可能存在着需求竞争：例如在喀麦隆、危地马拉、

图O.5  
2005年和2050年发展中国家旨在避免老年人极端贫穷的  
全民社会养恤金模拟成本(占国内生产总值百分比)



资料来源：联合国/经社部。

印度、尼泊尔和巴基斯坦，上面讲的全民基本养恤金办法成本占到国家税收总额的10%。在孟加拉国、布隆迪、科特迪瓦和缅甸，它相当于整个公共健康预算额。因此可能需要紧密配合其他社会方案的资源分配过程(包括发展援助的使用分配)来确定如何为基本养恤金办法筹措资金。

### 维持养恤金制度

关于养恤金制度的辩论大多集中在各种备选办法的资金可持续性方面，尤其集中在两类筹资机制问题上。一类叫做“现收现付”(PAYG)计划，即现在这一代的劳动者缴纳的缴款用于支付退休者的福利费。另一类机制是资金全部到位的养恤金办法，在这一制度下，福利资金来自缴款本金以及以往缴款投资后获取的收益。在关于养恤金改革的辩论中，现收现付办法能否持久往往受到质疑，因为受抚养人比率越高，就意味着相对于受益人来说缴款的劳动者人数越少。

共同分担式养恤金制度的改革有两个发展方向：一是通过改变基本参数来强化现行制度(即“参数”改革)；二是从根本上改变制度的设计(即“结构”改革)。

基本上每一个现收现付计划都实行过参数改革，因此参数改革远比结构改革普遍得多。各国在收入和支出两方面都采取了措施，以确保这种计划负担得起并且可持续发展。尤其是所采取的措施越来越注重提高有效退休年龄。在美国，拟于2027年将有效退休年龄提高到67岁；在法国，从2009年开始，缴款年数将参照延长的预期寿命而增加。此外，各国还正在考虑撤销养恤金制度中体现的鼓励提

前退休的财政措施。这些措施的目的在于解决因延年益寿和工作寿命缩短而造成增加退休年数的问题。在大多数国家，通过推迟退休年龄和延长在职工作年限来维持行之有效的现收现付制度，这种举措能起很大作用。

其他国家则致力于养恤金制度的结构改革。在1980和1990年代，一些国家对其基本养恤金制度实行了结构改革，从固定福利的现收现付制转变为资金全部到位的固定养恤金制度。例如，大不列颠及北爱尔兰联合王国在1980年就部分地采取了这种做法。智利采取了更极端的做法：用一个法定私营管理的资金全部到位的养恤金办法取代了提供固定福利的、公共管理的现收现付养恤金制度，并且有几个拉丁美洲国家也照此办理。按照资金全部到位的养恤金办法，到老年时养恤金的给付额取决于退休以前的缴款额和这些缴款用于投资的收益回报率。由于养恤金缴款的资本化，据信这个制度可以刺激国民存款，并由此拉动整个经济增长。

据称，资金全部到位的养恤金办法比较可靠并且可能起到了深化金融市场的作用，可是还没有证据表明这种计划的实施确已导致存款额和经济增长率上升。虽然实行个体资本化的备足资金制度在原则上具有资金可持续性，但是将现收现付制度转变为资金全部到位的制度会给公共财政带来负面影响，因为在旧制度下签订的养恤金债务合同还须予以兑现，而与此同时，养恤金缴款却划拨给了新制度。尽管以养恤基金有价证券的形式认购的国库债券有很大一部分支付了这些财政费用，但是就宏观经济而言其影响却不是中性的，因为公债的增多可能会影响到利率，反过来会增加转型期的财政成本，并对私人投资产生影响。另外，作为单一支柱的养恤金制度引进的资金全部到位计划，把经济风险完全转移到养恤金领取人方面；鉴于它取决于养恤金投资回报率，因而并不能充分保障老年阶段的收入安全。同样重要的是，这些养恤金办法并不能幸免于受到非职业人口比例增长造成的压力。

事实上，许多改革措施忽略了这样一个事实，即：不管采取哪种融资机制，所有养恤金办法都要面临类似的可持续性问題。现今的职业人口所获取的任何与养恤金有关的“资产”——不论是譬如资金全部到位制的金融资产，还是公共部门通过现收现付办法所作的承诺——都构成对未来产出的一种权利要求。因此，这两种养恤金办法无论采取哪一种，都必须在退休人口和职业人口之间进行收入再分配。随着老年受抚养人比率的升高，这就意味着，若想提供等量的老年收入保障，就必须要么提高职业人口的缴费标准，要么提高产出增长率。

不过，总体来说，人口动态并没有构成对老年养恤金办法来说无法解决的难题。养恤金制度应当根据具体国情来制定，但是根据一系列广泛原则来进行积累和改革，财政稳定只不过是其中的一项原则。其他指导原则还应包括维护世代间的团结，同时养恤金福利要足以为全民提供充分的收入保障。实际上，近年来养恤金改革进程不断扩大着眼点，不再仅以资金全部到位的养恤金办法为国家收入保障制度的中心。最近的改革承认有必要采取多层次办法，即以某种社会养恤金办法为基础，确保全面普及，并直接解决老年贫困问题。

## 促进老年人的健康和长期护理

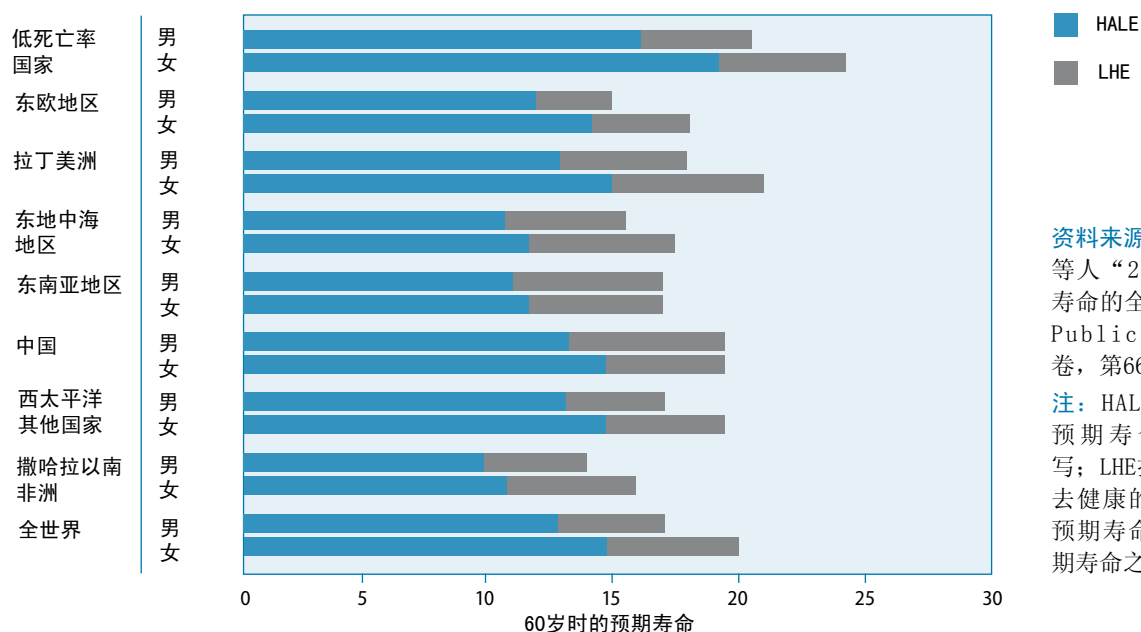
### 老龄化与流行病转化

随着人口的老龄化，也出现了流行病转化情况，由主要为传染病发病及孕妇和儿童死亡率高转向主要为非传染性疾病，特别是慢性病发病。人口变化和流行病转化密切相关。由于生育率和导致死亡的传染病发病率下降，人口的平均年龄增加。与此同时，幼年患病但生存下来的人，随着时间的推移，其生命期继续延长。因此，到头来人口中容易患慢性病的老年人比较年轻的人更多。随着老年人数目的增加，非传染性疾病发病率也可能增加。因此，老龄化加快了流行病的转化。

发达国家早就经历了上述两种转变，现在发展中国家也在发生同样的转变。延年益寿，是营养、公共卫生和保健条件的改善、健康状况知识的普及、以及医学知识及其在健康护理实践中应用的迅速发展等诸方面的综合结果。在发达国家，伴随长寿而来的是“发病率的压缩”，就是说，虽然人们的寿命延长了，但是他们健康状况不佳的岁月并没有增加。在发展中国家，人口转化和流行病转化的进程要比发达国家快得多，而且这种转化是在收入水平相对较低、而社会福利到位的程度也小得多的情况下发生的。这就解释了为什么在发展中国家尚未观察到发病率压缩的现象。结果，发展中国家的人口与发达国家的人口相比而言，一般预期寿命比较短，其生命期内更可能有较长的阶段处于健康不佳状态(见图O.6)。

图O.6

2002年按区域和性别分列60岁时的预期寿命：健康年数和健康不佳年数



资料来源：C. D. Mathers 等人“2002年健康预期寿命的全球趋势”。BMC Public Health, 第4卷, 第66期。

注：HALE是“健康调整预期寿命”的英文缩写；LHE指的是“预期失去健康的年数”，即总预期寿命与健康调整预期寿命之差。

### 多数情况下老龄化并非致使保健费用上涨的主要因素

人口老龄化向国家保健制度提出了挑战。对发达国家来说，人们忧虑的是如何在保健费用上涨的情况下维持老龄化人口的适当保健和长期护理的水平与品质。对众多发展中国家来说，它们面临的挑战更大，因为它们有可能不得不承受双重保健费用的负担。一方面，这些国家依然有待解决许多影响到其主要人口群体基本健康的问题，包括缺乏安全饮用水和卫生设施，营养不良，生殖健康教育和保健服务有限，以及免疫方案覆盖面不足，等等。另一方面，人口快速老龄化及与此相关的对保健服务需求的增长给现有的保健资源增加了新的压力。

让现有的保健和长期护理体系适应当前人口结构和流行病的转变，这一挑战是巨大的，但也决不是不可征服的。本报告的分析表明，人口老龄化对保健费用上涨起到一定的促动作用，但在大多数情况下，似乎它并不是最重要的“成本驱动器”。

很难对保健费用作长期预测。一种通用的做法(精算法)是测算人口变化对当前保健成本趋势的影响。另一种做法(流行病学方法)还把预期的疾病类型变化考虑在内，但因资料所限，这种方法不太常用。尽管在做法上有所不同，但是这两种方法都断定，在大多数情况下老龄化本身并不是保健费用上涨的主要驱动因素：预料今后50年左右，人口因素对保健费用的影响仅占国内生产总值的几个百分点。

这些研究在得出上述结论之后还一致表明，保健支出在国内生产总值中所占的份额很可能还会继续增长。事实证明，其他因素在促使保健费用上涨方面起到更重要的作用，比如个人追求健康的行为变化，医疗人员薪资成本的提高，在提供保健服务方面缺乏效率，新型医疗技术的引进，以及医药价格和健康保险的保费提价，等等。

### 保健和长期护理制度面临的挑战

人口老龄化极有可能以另外两种方式影响健康护理制度。首先，慢性病例总数的上升和残疾人数增多，将需要健康护理专业人员和工作掌握新的技能。这对人口迅速老龄化的发展中国家是一大挑战。目前，发展中国家老年人的人均保健支出一般都相对较低(当然是与发达国家相比)，而且与当地社会其他年龄组的人在平均支出上没有什么差别(在发达国家就不是这样)。这种局面部分地反映了在发达国家缺乏为老年人普遍提供的医务护理、姑息疗法和强化医疗处理。

影响保健制度的另一方面就是在如何为健康状况已不可逆转的人提供长期护理的问题上产生了忧虑。难就难在如何通过让需要照顾的老年人留在他们比较熟悉的环境，来维护其人格尊严和独立性。在世界上大多数地区，传统的家庭结构和妇女作用(通常扮演非正规照料老年人的角色)正在发生变化，每个家庭的子女

人数也在减少。因此，许多发展中国家越来越难以维持现有形式的非正规长期护理安排。

### 调整保健政策

人口老龄化势必影响到保健支出，但是将来未必需要消耗多到无法承受的大量国民收入。可能需要对保健支出的构成作实质性的改变，向医疗和长期护理服务倾斜。但除此之外，发达国家和发展中国家都应当考虑在预防性的健康护理和教育方面集中采取干预措施，比如劝诫吸烟酗酒和鼓励通过体育锻炼减肥。这些措施有助于减少日后罹患癌症、糖尿病和心血管疾病等慢性病的风险。另一个政策重点领域就是对慢性病的康复治疗。可以通过上述干预措施来抑制与人口老龄化有关的保健护理费用的上扬，因为这些措施有助于推延朝着疾病和残疾方向的进展。

### 配备足够的医护人员

不论发展中国家还是发达国家，其所面临的最紧迫问题之一，就是缺少合格的医务人员。在发展中国家，尤其是低收入国家，医务人员匮乏的问题本已十分突出，由于承受双重保健压力，会使情况变得更加糟糕。这些国家还需要有更多慢性病方面的保健工作者。发达国家也是如此，由于老年人口日渐增多，医院和长期护理设施都需要越来越多的专业人员。

这种情况已然导致发展中国家有技能的医务工作者人才大量外流。例如，在加勒比地区培训的许多护士已经从该地区移居加拿大、美国和英国。结果导致在有资料可查的8个加勒比国家，医护人员的平均空缺率高达42.4%。要想满足承受着双重保健压力的国家需要，就需要根据人口老龄化产生的需求，制定旨在增加医务人员培训资源的政策，并且采取相应的激励措施，以吸引更多的人参加保健和长期护理方面的专业工作。

### 基于家庭的长期护理需求增长

在发达国家，主要因为人口老龄化才导致对长期护理的需要。现在则更加侧重于家庭护理服务，作为《马德里老龄问题国际行动计划》所要求的各种不同类别和不同水平护理工作连续统一体的组成部分。目前正在通过提供几种财务激励措施和各种保健护理及福利服务，来促进基于家庭的保健护理。

对比之下，在发展中国家，人口老龄化只不过是造成长期护理需求增长的诸多因素之一。在许多发展中国家，大家庭的重要性日渐衰退，因而使得这种唯一依赖的非正规家庭护理方式变得越来越困难。这种变化过程的快慢因国家而异，但在许多国家，政府需要考虑制定适当的政策，推动创建较正规的护理安排，以扩大现有的家庭或社区老年人护理。

## 走向明天

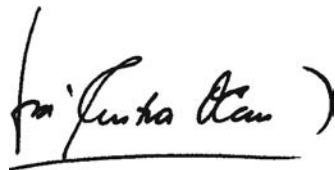
本卷《经社概览》讨论了人口快速老化和生活安排的变化在促进经济增长、确保所有老年人的收入保障和促进老年人健康与福祉方面提出的诸多挑战。此次调查结果强调，这些挑战虽然重大，但是通过采取重点突出的政策是可以克服的，而不会过多地占用现有资源。相关政策的一项基本原则，就是要充分承认老年人可为社会做出的潜在贡献。

《马德里老龄问题国际行动计划》提供了一个框架，有助于将人口老龄化问题的讨论纳入国际发展辩论和实施旨在促进不分年龄人人共享社会发展的国家政策，但是各国政府和国际社会仍需加倍努力，争取将老龄问题纳入国际发展议程主流。

在尚未建立基本养恤金制度的国家，老年人当中的贫困率一般要高于其他年龄组，因此旨在增强老年收入保障的各项政策应体现减贫战略特征。就业政策应更多地注意改善老年劳动者的工作条件和就业机会，这不仅是为了扩大老年人充分参与社会的机会，而且也是为了增强养恤金制度的可持续发展能力。保健政策要更加明确地致力于减轻许多发展中国家的双重负担：这些国家在应对降低产妇和儿童死亡率的《千年发展目标》挑战的同时，还要重新调整其保健制度，以满足日渐增多的老年人口的需要。

许多国家存在虐待老年人和基于年龄的歧视问题。要采取行动纠正这些不良趋势，并促进增强老年人能力，这对于确保《马德里行动计划》所确认的老年人充分参与社会至关重要。

将老龄问题纳入全球发展议程主流，是实现《马德里行动计划》确定的各项目标的关键所在。创建一个理想的“不分年龄人人共享的社会”，不仅需要结成强有力的全球伙伴关系，以推动履行经全球发展议程认可的各项承诺，而且需要在各级政府、民间社会、私营部门和各种老年人组织之间结成强有力的国内伙伴关系，将《马德里行动计划》转化为实际行动。



主管经济和社会事务副秘书长

何塞·安东尼奥·奥坎波

2007年5月

# 目 录

	页码
序言 .....	iii
概览 .....	v
目录 .....	xxiii
解释性说明 .....	xxiv
<b>第一章  导言</b>	
多大岁数算老龄? .....	1
《马德里老龄问题国际行动计划》 .....	2
老龄化世界的发展 .....	3
走向明天 .....	5
<b>第二章  日趋老化的世界人口</b>	
变化中的人口年龄分布 .....	7
年龄分布变化的基本原因 .....	7
年龄分布变化的历史阶段 .....	8
人口老龄化的地区差异 .....	10
老年人口本身的老龄化 .....	13
人口老龄化不可避免吗? .....	14
历史性的生育率和死亡率下降 .....	14
基于不同预测设想的未来趋势 .....	14
生育政策的潜在影响 .....	17
移民的潜在影响 .....	17
劳动适龄人口年龄组和受抚养人年龄组的趋势 .....	20
受抚养人比率：定义和解释 .....	20
与年龄有关的受抚养人比率全球趋势 .....	20
与年龄有关的受抚养人比率的区域差异 .....	22
劳动适龄人口内部的老化 .....	24
老年阶段的性别差异 .....	25
男女人数差异 .....	25
出生时和老年阶段预期寿命的性别差距 .....	26
结论 .....	28



### 第三章 社会变迁中的老年人

导言 .....	31
变化中的生活安排和住房需求 .....	32
生活安排和住房需求 .....	33
对照料和代际扶助的影响 .....	39
老年人的社会、文化和家庭贡献 .....	40
养育孙辈：对家庭世代团结的贡献 .....	41
老年人参与社会 .....	41
参与政治 .....	43
增强老年社会成员的能力 .....	45
与对老年人的忽视、虐待和暴力行为作斗争 .....	46
老年人受虐待的风险因素和应对机制 .....	48
促进老年人人权 .....	49
改善老年人的形象 .....	50
结论 .....	51

### 第四章 人口老龄化的经济后果

导言 .....	53
老龄化、劳动力供应和生产率增长 .....	54
劳动力供应增长中的不对称 .....	54
抵消劳动力增长缓慢 .....	56
劳动力老龄化会降低生产率？ .....	66
老龄化和消费模式 .....	69
收入和消费的生命周期模式 .....	69
消费模式随年龄变化吗？ .....	71
人口老龄化与储蓄动态 .....	73
老龄化与金融市场的结构和稳定性 .....	77
机构投资者：使金融市场发生转变 .....	78
结论 .....	83
附录：按生育率、移民率和劳动参与率划分国家和地区组别 .....	85

	页码
<b>第五章 老年收入保障</b>	
导言 .....	87
老年与收入贫困 .....	88
向老年人提供经济扶助和谋生手段的来源 .....	94
正规养恤金制度：确保老年收入保障 .....	96
维持和扩大养恤金制度 .....	101
改革养恤金制度之一：制度设计调整 .....	103
改革养恤金制度之二：采用名义账户 .....	105
改革养恤金制度之三：转向资金全部到位的制度 .....	106
团结、可享有性和可负担性：争取实现普遍覆盖 .....	109
结论 .....	111
<b>第六章 老龄化社会的保健和长期护理制度</b>	
导言 .....	115
流行病学转变和人口老龄化 .....	117
死亡率下降和流行病学转变 .....	117
老年人口的健康和残疾 .....	119
健康差别及其对未来趋势的影响 .....	121
卫生保健系统为人口老龄化做好准备了吗？ .....	123
卫生资源和开支 .....	123
老龄化和卫生保健系统改革的需要 .....	125
对卫生政策的挑战 .....	131
提供长期护理 .....	132
对未来保健费用的影响 .....	137
关于老龄化对卫生开支影响的预测 .....	137
用于澳大利亚的流行病学方法 .....	142
关于老龄化对长期护理未来开支影响的预测 .....	143
结论 .....	144
<b>统计附件</b> .....	149
A. 图 .....	152
B. 表 .....	155

## 参考书目 ..... 165

### 方 框

方框四.1	人口结构转型：第三年龄的第一次和第二次红利？ .....	57
方框四.2	养恤基金：国际资本流动和“本土偏好” .....	80
方框五.1	养恤金制度：多种安排 .....	89
方框五.2	老年收入保障简史 .....	97
方框五.3	印度扩大社会保障的努力 .....	99
方框五.4	从现收现付制转向资金全部到位的办法： 一个漫长而代价高昂的转型过程 .....	107
方框六.1	“原地终老”运动：家庭保健日趋重要 .....	134
方框六.2	预测未来的医疗保健开支 .....	139

### 图

图二.1.	1950年、2005年和2050年按全世界和国家组别分列的人口 金字塔图 .....	12
图二.2.	选定国家65岁或以上人口比例从7%上升到14%、再从14% 上升到21%所需经历的时期 .....	13
图二.3.	1950年、1975年、2005年、2025年和2050年按国家组别分 列的全世界60岁或以上人口的规模与分布 .....	15
图二.4.	1950-2050年全世界和不同国家组别的三种类型受抚养人 比率的趋势 .....	21
图二.5.	1950-2050年期间全世界和国家组别按年龄组分列的劳动 适龄人口分布情况 .....	24
图三.1.	1960年、1980年和2003年选定国家离婚率变化情况 .....	32
图三.2.	发达区域和发展中区域老年人的生活安排 .....	33
图三.3.	各主要地区在两个时间点上按性别分列的独居老年人比例 平均值 .....	34
图三.4.	非洲、亚洲、拉丁美洲和加勒比地区老年人的生活安排 .....	35
图四.1.	1998-2000年和2000-2020年劳动力增长 .....	57
图四.2.	2005年按年龄组分列的全球男性和女性劳动参与率 .....	60
图四.3.	2005年65岁或以上老年劳动者的劳动参与率和人均国内生 产总值之间的关系 .....	63

	页码
图四. 4. 老年劳动者的劳动参与率提高：对2000-2050年选定国家人均国内生产总值年均增长率的影响 .....	66
图四. 5. 人口老龄化对2000-2050年德国、意大利、日本和美利坚合众国所需要的年均劳动生产率增长的影响 .....	68
图四. 6. 发展中国家的经济生命周期概览图 .....	69
图四. 7. 2006年美国和1999年欧盟按年龄组分列的消费开支结构 .....	71
图四. 8. 1970年、1975年、1980年、1985年、1990年和1995年选定国家的居民消费结构 .....	72
图四. 9. 1985年、1990年、1995年和2002年按主要国家组别和地区分列的全球人均储蓄和投资 .....	75
图四. 10. 1960-2005年日本和美国居民总储蓄在国民总储蓄中的比重 .....	76
图五. 1a 2000年左右选定发达经济体的全国贫困人数与老年贫困人数的比率 .....	91
图五. 1b 1997-2005年选定发展中经济体的全国贫困人数与老年贫困人数的比率 .....	91
图五. 2 按人均收入显示的公共养恤金办法缴款人在劳动力中所占比例 .....	98
图五. 3 2005年和2050年发展中国家旨在保护老年人免遭赤贫的普遍社会养恤金办法的模拟成本 .....	110
图六. 1. 2005年世卫组织各区域按主要原因组分列的死亡分布图 .....	118
图六. 2. 2002年按区域和性别分列的出生和60岁时总预期寿命和健康调整预期寿命 .....	120
图六. 3a. 2003年选定经合组织国家老年人占总人口的比重与卫生开支占国内生产总值的比重 .....	127
图六. 3b. 1970 - 2002年选定发达国家老年人口的平均年增长率与人均卫生开支的年均增长率 .....	127
图六. 3c. 1970-2002年选定发达国家老年人口占总人口比重的变化与人均卫生开支的年增长率 .....	128
图六. 4. 1950-2004年日本在照料老年人方面50岁以下已婚妇女的标准和预期趋势 .....	133
图六. 5. 2025和2101年斯里兰卡的主要成本驱动因素在三种不同设想方案下对国家医疗保健开支的影响范围 .....	141
图六. 6. 澳大利亚：2002-2003年和2012-2013年，2022-2023和2032-2033年基准年期间所有预测疾病模式的卫生开支预期变化分解 ..	143

## 表

表二. 1.	1950-1955年、2000-2005年和2045-2050年期间选定国家和国家组别的出生时预期寿命和总生育率 .....	8
表二. 2.	1950年、1975年、2005年、2025年和2050年按全世界和国家组别分列的各年龄组人口情况 .....	10
表二. 3.	1950年、2005年和2050年选定国家和国家组别80岁或以上人口的情况 .....	15
表二. 4.	全世界和国家组别2005年的年龄分布估计数和基于2050年不同预测变量的年龄分布情况 .....	16
表二. 5.	根据中位和零移徙变量预测的2050年发达国家人口年龄结构 ....	18
表二. 6.	选定国家和区域为在1995-2050年期间实现不同人口设想目标所需的净移民人数 .....	19
表二. 7.	1950年、2005年和2050年全世界和国家组别选定年龄组的人口性别比率 .....	26
表二. 8.	1950-2050年全世界和国家组别按性别分列的60岁、65岁和80岁时的预期寿命 .....	27
表三. 1.	拉丁美洲按年龄组分列的住房状况 .....	37
表三. 2.	拉丁美洲按年龄组分列的享有基本住房服务的情况 .....	38
表四. 1.	1980-2000年和2000-2020年按区域和性别分列的劳动力变化 ....	55
表四. 2.	2005年按区域、性别和年龄组分列的劳动参与率 .....	62
表四. 3.	1989年、1995年、2000年、2003年和2007年选定经合组织国家的居民储蓄率和老年受抚养人比率 .....	73
表四. 4.	1990-2004年发达经济体中机构投资者的资产管理规模 .....	78
表五. 1.	2001-2005年选定拉丁美洲国家按全国和城/乡地区分列的60岁或以上老年人领取养恤金的比率与贫困人数比率 .....	92
表五. 2.	1996年选定发达国家65岁或以上的人和65岁或以上的独居者按性别分列的贫困率 .....	93
表五. 3.	选定国家和中国台湾省在选定年份老年人的主要收入来源在其总收入中所占比例 .....	95
表六. 1.	1997-2004年按区域分列的医生和病床数 .....	123
表六. 2.	2000-2003年按区域分列的卫生总开支 .....	125
表六. 3.	2000-2003年按区域分列的公共开支在卫生总开支中所占份额 ...	125
表六. 4.	选定国家按年龄组分列的医疗保健总开支分配情况表 .....	129

## 解释性说明

报告全文的表格用到了下列符号：

- .. 两点表示没有或未单独报告数据。
- 破折号表示数量为零或可忽略不计。
- 短线 (-) 表示该项不适用。
- 负号 (-) 表示赤字或减少, 另有说明的除外。
- . 句号 (.) 表示小数。
- / 斜线 (/) 用于年份之间, 表示一个收获年度或财政年度, 如1990/1991年。
- 连字符用于年份之间, 如1990-1991, 表示所涉全部时期, 包括首年和末年。  
“美元” (\$) 指美国美元, 另有规定的除外。  
“十亿”指10亿, “吨”指公吨, 另有规定的除外。  
年增长或变化率指年复利率, 另有规定的除外。

由于四舍五入, 表格中的小数和百分数不一定会被加入总数中。

文中用到了下列缩略语：

AARP	(前)美国退休人员协会
BIS	国际清算银行
CASMU	乌拉圭医生工会医疗救助中心
CCRC	提供持续照顾的退休社区
CIS	独立国家联合体(独联体)
DB	固定福利(养恤金办法)
DC	固定缴款(养恤金办法)
EBRI	就业福利研究所
ESCAP	亚洲及太平洋经济社会委员会(亚太经社会)
ESCWA	西亚经济社会委员会(西亚经社会)
EU	欧洲联盟(欧盟)
EURAG	欧洲老年人联合会
FDI	外国直接投资
FF	资金全部到位的(养恤金办法)
FIAPA	国际老年人协会联合会(老年协联)
GDP	国内生产总值
GNP	国民生产总值
GSEs	政府资助企业
HALE	健康调整预期寿命

IAGG	国际老年学和老年病学协会
ICT	信息和通信技术
IFA	国际老龄问题联合会(老联)
ILO	国际劳工组织(劳工组织)
IMF	国际货币基金组织(基金组织)
NBER	国家经济研究局(马萨诸塞州堪布里奇)
NDC	名义账户制(养恤金办法)
NORC	自发形成的退休社区
OECD	经济合作与发展组织(经合组织)
PAYG	现收现付(养恤金办法)
PBGC	退休基金保险公司
PPP	购买力平价
PRED	人口、资源、环境与发展
R&D	研究和开发(研发)
REITs	房地产投资信托基金
UN/DESA	联合国秘书处经济和社会事务部(经社部)
WHO	世界卫生组织(世卫组织)

本出版物使用的名称和材料的编排方式不代表联合国秘书处对于任何国家、领土、城市、地区或其当局的法律地位或其边界或界线的划分发表任何意见。

本报告中的“国家”一词有时也指领土或地区。

为便于分析，本文使用了下列国家分组和小组，另有具体说明者除外：

#### 发达经济体（发达市场经济体）

欧洲联盟、冰岛、挪威、瑞士、日本、美利坚合众国、加拿大、澳大利亚、新西兰。

#### 欧洲发达经济体小组

- 欧洲联盟（欧盟）：奥地利、比利时、保加利亚、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马耳他、荷兰、波兰、葡萄牙、罗马尼亚、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、大不列颠及北爱尔兰联合王国。
  - 欧盟二十五国：欧盟所有国家，不包括保加利亚和罗马尼亚。
  - 欧盟十五国：欧盟十二国以及丹麦、瑞典和大不列颠及北爱尔兰联合王国。
  - 欧盟十二国（欧元区）：奥地利、比利时、芬兰、法国、德国、希腊、爱尔兰、意大利、卢森堡、荷兰、葡萄牙、西班牙。

- 欧盟十国：除欧盟十五国之外的欧盟二十五国成员国。

- 其他欧洲国家：冰岛、挪威、瑞士。

### 转型期经济体

- 东南欧：阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、克罗地亚、黑山、罗马尼亚、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国。
- 独立国家联合体（独联体）：亚美尼亚、阿塞拜疆、白俄罗斯、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、摩尔多瓦、俄罗斯联邦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦、乌克兰、乌兹别克斯坦。

### 发展中经济体

- 拉丁美洲和加勒比、非洲、亚洲和太平洋（不包括日本、澳大利亚、新西兰和亚洲的独联体成员国）。

#### 拉丁美洲和加勒比小组

- 南美洲和墨西哥：阿根廷、巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔、圭亚那、墨西哥、巴拉圭、秘鲁、乌拉圭、委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）。
- 中美洲和加勒比：拉丁美洲和加勒比的所有其他国家。

#### 非洲小组

- 北非：阿尔及利亚、埃及、阿拉伯利比亚民众国、摩洛哥、突尼斯。
- 撒哈拉以南非洲：所有其他非洲国家。

#### 亚洲和太平洋小组

- 西亚：巴林、伊拉克、以色列、约旦、科威特、黎巴嫩、被占领巴勒斯坦领土、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国、土耳其、阿拉伯联合酋长国、也门。
- 东亚和南亚：亚洲和太平洋地区的所有其他发展中经济体（除另有说明外，包括中国）。这个小组还可以进一步细分为：
  - 南亚：孟加拉国、不丹、印度、伊朗（伊斯兰共和国）、马尔代夫、尼泊尔、巴基斯坦、斯里兰卡。
  - 东亚和太平洋：
    - 东亚：  
中国。  
新兴工业化经济体：中国香港特别行政区、大韩民国、新加坡、中国台湾省。  
东亚其他国家：朝鲜民主主义人民共和国、蒙古。



– 东南亚：文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、东帝汶、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马来西亚、缅甸、菲律宾、新加坡、泰国、越南。

- 大洋洲：斐济、基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚(联邦)、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、汤加、图瓦卢、瓦努阿图。

### 最不发达国家

阿富汗、安哥拉、孟加拉国、贝宁、不丹、布基纳法索、布隆迪、柬埔寨、佛得角、中非共和国、乍得、科摩罗、刚果民主共和国、吉布提、赤道几内亚、厄立特里亚、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、海地、基里巴斯、老挝人民民主共和国、莱索托、利比里亚、马达加斯加、马拉维、马尔代夫、马里、毛里塔尼亚、莫桑比克、缅甸、尼泊尔、尼日尔、卢旺达、萨摩亚、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂、所罗门群岛、索马里、苏丹、东帝汶、多哥、图瓦卢、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、瓦努阿图、也门、赞比亚。

### 世界卫生组织国家及地区分类

- 非洲：所有非洲国家，不包括埃及、阿拉伯利比亚民众国、摩洛哥、索马里、苏丹和突尼斯。
- 美洲：中美洲、北美洲、南美洲和加勒比所有国家。
- 东地中海：阿富汗、巴林、吉布提、埃及、伊朗(伊斯兰共和国)、伊拉克、约旦、科威特、黎巴嫩、阿拉伯利比亚民众国、摩洛哥、阿曼、巴基斯坦、卡塔尔、沙特阿拉伯、索马里、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、突尼斯、阿拉伯联合酋长国、也门。
- 欧洲：独立国家联合体(独联体)的所有成员国、欧洲各国(不包括土耳其)和以色列。
- 东南亚：孟加拉国、不丹、朝鲜民主主义人民共和国、印度、印度尼西亚、马尔代夫、缅甸、尼泊尔、斯里兰卡、泰国、东帝汶。
- 西太平洋：澳大利亚、文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、中国香港特别行政区、日本、老挝人民民主共和国、中国澳门特别行政区、马来西亚、蒙古、新西兰、巴布亚新几内亚、菲律宾、大韩民国、新加坡、越南以及太平洋诸岛。

# 第一章

## 导言

老龄问题将是二十一世纪的一个主要议题。人口老龄化大概是现代社会的重大成就之一。由于在营养、公共卫生、医学、保健、教育、知识和一般经济福利等方面的重要改进，人们有可能延长寿命。生育率和死亡率都在下降。这些因素正在促使发达国家总人口中的老年人比例不断增长，而在许多发展中国家，老年人比例甚至增长得更快。

2005年，发达国家中60岁或以上的人约占总人口的21%，预计到2050年这一比例将升至32%。在发展中国家，2005年60岁或以上的人口仅占8%，但是预计到2050年这一比例将接近20%。这就是说，2005至2050年间，发展中国家的老龄人口几乎要翻两番。这个增长幅度将会大大超过发达国家和转型经济体，预计到2050年将有80%（将近16亿）的老年人生活在现在的发展中国家。

人口老龄化提出了一些重大挑战，尤其是关系到养恤金系统的财政可行性、提供适当保健和长期护理，以及老年人作为社会发展的积极作用者的充分融入等方面的挑战。人口老龄化还为老年人积极参与广泛经济和社会活动提供了新的机遇。在拥有仍在成长中的较年轻劳动力的国家（主要在发展中世界），可能会开启加速经济发展的机会窗口。《2007年世界经济和社会概览》分析了这些挑战和机遇。

人口老龄化提供了机遇，同时也向日趋老龄化的社会提出了挑战

### 多大岁数算老龄？

在人口统计分析中，通常把60岁取作区分人口中的老年组群和年轻组群的分界线。另一方面，也有不少人（尤其在发达国家）认为，65岁才是取决点，因为许多人在这个年龄开始有资格享受老年人全额社会保障津贴；但是此种取决点并非也适用于其他地方。可见，没办法确切地界定何谓“老年”，因为这个概念并非在所有社会都有相同的含义。而且，随着预期寿命不断延长，它也不能对应于特定的时间跨度。

往往有些人被认为“老了”，并不仅仅因为据认为他们正在接近预期寿命的终点，而且还因为他们的社会角色和活动正在经历某些变化。老年人可能成为祖父母，可能工作量减少了或不再工作，或者从事不同的活动；而且他们还比其他

成年人容易得病或丧失体能。然而所有这些变化都随着时间推移而演进，并且不同社会对之有不同的理解。

随着预期寿命延长，老龄的概念也在变

譬如讲，人的平均生命期在不断延长。在1900年前后，当时的工业化国家人口预期寿命为45岁至50岁，并且开始增长，其他地区也是如此。一个世纪以后，全世界的平均预期寿命为65岁，预计到2050年将延长至75岁。在发达国家，现在的平均预期寿命为78岁，到2050年将增至85岁；在发展中国家，预计2005年至2050年间平均预期寿命将从63岁延长至74岁。另外还观察到，至少在发达国家，虽然人们的寿命延长了，但在60岁以后健康不良时期似乎并没有相应延长。

一些工业化国家根据本国人口寿命延长的情况，改变了关于退休年龄的规定，以期减轻人口转化对养恤金和社会保障制度构成的压力。例如，在美国，个人有资格享受全额社会保障津贴的年龄逐渐提高，直到2027年提高到67岁为止。法国则根据预期寿命的变化来确定强制性缴纳养恤金缴款的年限。但是除了考虑预期寿命对养恤金制度的可行性的影响之外，事实上，健康长寿也有利于老年人恢复活力，并增加其对社会的贡献。

不过，其他国家也许还没有达到这个阶段。譬如在非洲，目前的平均预期寿命为49岁，在该地区的某些国家平均寿命甚至更低。而且，大多数发展中国家都还没有建立适当的养恤金制度。因此，对于在这些国家中占相当大比例的辛苦劳碌大半生的老年人来说，关于人们可以在某个特定年龄退休并领取适当养恤金的设想并不适用。此外，相对于发达国家来说，在许多发展中国家60岁或以上的人处于健康不良状况的时段比较长，这也限制了老年人可以做出的贡献。

必须针对具体情况采取适当对策

所有上述观察结果都说明，需要一个较有弹性的“老年人”概念——一个与时俱进(比如随着预期寿命而有变化)和适应不同社会环境而变化的概念。了解每个国家老年人的具体情况及其对社会的贡献，对于确定对老龄化这一必然趋势的适当对策至关重要。

### 《马德里老龄问题国际行动计划》

2002年4月12日，第二次老龄问题世界大会以协商一致方式通过了《马德里老龄问题国际行动计划》(联合国，2002年a)，其中充分承认了人口老龄化提出的复杂挑战。《马德里行动计划》的总目标是“确保全世界所有人都能够有保障、有尊严地步入老年，并作为享有充分权利的公民持续参与其社会”(第10段)。与此同时，该计划还明确承认，必须从推动实现包括《千年发展目标》在内的国际发展议程各项目标的背景环境下来看待老年人的具体贡献和关切事项。

《马德里行动计划》提出了应对人口老龄化挑战的框架

老龄化作为逐渐妨碍人们发挥社会功能的生理退化过程，构成了一个连续的统一体，需要采取多重发展应对举措。《马德里行动计划》为将人口老龄问题的讨论纳入国际发展辩论提供了一个框架，以实施相关国家政策，应对建设不分年龄人人共享社会所提出的种种挑战。《马德里行动计划》规定的保护老年人权益

和促进其积极参与社会的各项具体目标，均以增长与发展福利公平分配的原则为基础。《马德里行动计划》确定的三套优先方向——即老年人与发展；促进老年人的健康和福利；以及确保对老年人有利和支持的环境——详尽涵盖了关系到老年人福利的各种具体问题以及为满足其发展需要、保健需要和充分参与社会的需要所必要的专项行动。

## 老龄化世界的发展

《2007年世界经济和社会概览》分析了与人口日趋老龄化有关的挑战和机遇，意在促进讨论，以推动《马德里行动计划》的实施。其中第二章综合考察了世界各主要地区人口结构转型的主要趋势和促成因素，并且把预期寿命的延长和生育率的降低视为驱动自二十世纪开始并延续至今的人口迅速老化进程的关键因素，进行了分析。在大多数发展中国家，这个进程正在加速。

人口老龄化被视为一个基本上不可避免的进程。在生育率低的国家采取的旨在鼓励生育的政策干预措施，预料不会从根本上改变人口老龄化进程。国际移民人数的增长或许可能扭转发达国家相对于劳动适龄人口的老年人数愈益增多的趋势。然而，如本章所阐述，只有移民人数达到了非常大的——也是不可达到的——规模，才有可能防止老年受抚养人比率继续上升。由此来看，人口结构变化可能是不可避免的，但通过对它的充分了解，变化又是可以预见的。

第三章讨论了随着人口老龄化和社会现代化(包括城镇化)，人们成长的社会环境相应发生的变化。家庭规模正在缩小，代际扶持与照料的理念发生了转变。越来越多的老年人独居生活，这种状况给长期护理和收入补贴方面的正规制度增加了压力，也使得非正规机制(主要基于家庭照料)愈加困难。另外，社会上存在许多对老年人的消极定型观念，比如说他们增加了保健和养恤金制度的成本负担，而且“必定没有生产能力”。这些因素都增加了老年人被忽视、遭虐待的风险。这一章结合各种不同的背景环境分析了上述诸多挑战，并且提出了应对这些挑战和增强老年人能力以促进其参与社会的各种办法。

第四章的分析结论是：除非能够遏制预期的劳动力衰减趋势或者提高劳动生产率，否则人口老龄化的问题就会成为经济增长的阻碍。如前所述，之所以不把国际移民视为缓解压力的主要解决办法，是因为在人们看来，任何一个生育率低的国家都不会通过大规模接纳外国移民来抑制国内受抚养人比率上升的趋势。在这些国家，旨在鼓励提高妇女和老年人劳动参与率的措施会有较大的潜力。但这种做法又引起如下问题，即：如何通过改善劳动力市场条件为妇女和老年劳动者提供更多的就业机会；而在这方面，如何消除雇用办法中基于性别和年龄的歧视性规定，以及如何调整相关培训方案以满足老年劳动者的需要。实际上，要想维持现有的福利水平，并且克服由于劳动力萎缩而对经济增长造成的负面影响，所需要的可能就是提高劳动生产率。

人口老龄化是不可避免的

家庭结构的变化在确保老年人福利方面提出了新的挑战

必须提高劳动生产率，以抵消老龄化对经济增长的影响

对于拥有仍在成长中的较年轻劳动力的国家来说，可能会开启加速增长的机会窗口。不过，正如《2006年世界经济和社会概览》（联合国，2006年a）中分析的那样，收获这笔人口红利却未必是轻而易举的事情，尤其是如果发展中国家在经济增长上还存在结构性障碍的话。

消费和储蓄行为可能受老龄化的影响

人口老龄化还可能通过消费与储蓄模式的改变影响到经济增长。通常可以预料，儿童或老年受抚养人比率高的经济体，其国民储蓄率就相对较低；而劳动年龄人口占较大比例的经济体储蓄率就比较高。这就可能会减少全球投资的可用资金量，因为全世界的存款额大部分是由人口老龄化比较超前的那些国家产生的。不过，正如第四章论证的那样，这方面的发展动态很难预测，因为有许多非人口的因素会对消费和储蓄行为产生更重要的影响。

即便低收入国家也负担得起基本的老年社会养恤金办法

可以较为肯定地说，人口老龄化会增加对老年收入保障制度的压力。正如第五章所分析的，老年人由于参加劳动少，身体状况退化，从而越发容易陷入贫困状态。在发展中国家情况尤其如此，因为大多数老年人都没有健康保险，或者无权享受正规老年收入保障制度。可以通过一种民间社会保险机制，提供最低限度的养老津贴，来应对老年贫困风险。对于在社会保障方面不过刚刚起步的许多发展中国家来说，这一建议所提出的目标似乎颇具挑战性。不过，本章的分析表明，即便是对大多数低收入国家而言，并且也考虑到本世纪后半叶人口进一步老化的情况，基本社会养恤金办法也是负担得起的。

老年收入保障制度必须由多个层次组成，每一层次的重要性取决于不同社会阶层的需要。近年来在发达国家和发展中国家进行的养恤金制度改革，目的在于使这些制度具备并保持财政可持续性。在某些情况下，这一工作重心不适于实现扩大所有老年收入保障覆盖面并确保其最低收入水平的其他一些重要目标。

人口老龄化会增加保健和长期护理需求

人口老龄化会增加保健和长期护理需求。不断变化的疾病类型要求保健体系做出适应性调整。正如第六章所分析的，随着全世界预期寿命的普遍延长，也经历了一个从传染病高发病率和产妇及婴幼儿高死亡率占主导地位到非传染病，尤其是慢性病占主导地位的流行病学转变。这一转变对保健制度提出了挑战。对发达国家来说，主要关心的是在总体保健费用上涨的背景下维持老龄化人口的适当保健护理水平和质量。发展中国家面临的挑战要大得多，因为其中有许多国家已承受了双重保健负担：在大部分人口当中传染病发病率仍然高居不下时，人口迅速老化又给本已匮乏的保健资源增加了压力。

但是人口老龄化并不是预期保健费用上涨的主要驱动因素

不论在发达国家还是在发展中国家，预料保健费用都在上涨。第六章对人口老龄化是不是保健费用上涨的主要驱动因素提出了疑问。几乎所有国家——不管在人口结构转型方面进展如何，其保健费用作为产出的一部分都在随时间推移而上扬。除人口老龄化以外，诸如医药费涨价、随着对保健工作人员的资格要求不断提高其成本也不断提升、各种新疗法的出现，以及一般公众对更优质保健护理的需求等其他因素，也许具有更重要的作用。如果能够抑制这些驱动费用上涨的

因素的话，那么，预期国民收入水平会随着时间推移而提高的国家，无论如何应该有能力满足因为人口老龄化而增加的保健需求。

提供长期护理，涉及到一系列问题。在一些发达国家，这种服务一般是在全民保健制度框架内提供的，通过增加税收来为其提供资金。在其他国家，则主要依靠家庭和个人用自己的收入来提供这种照料。可是，社会规范的迅速转变，国内移民，女性劳动参与率提高，以及传统大家庭的解体等因素，使得许多国家越来越难以继续提供这样的照料。这就需要制订相应的政策，以便为老年人提供“像家一样的”环境，便利对他们的长期护理安排，以拓展现有基于家庭和社区的支助。

## 走向明天

《马德里老龄问题国际行动计划》为处理人口老龄化所带来的上述种种挑战和机遇提供了框架。然而，要想实现《马德里行动计划》确定的综合发展目标，就需要加强伙伴关系。各国政府和国际社会必须加倍努力，将老龄问题纳入国际发展议程主流。必须加强国际伙伴关系，以促进全球发展议程就实现经济增长、消除贫困和可持续发展等目标做出的各项承诺。在国家一级，不分年龄人人共享社会的发展需要增强各级政府、民间社会、私营部门和老年人组织之间的全国伙伴关系，以便将《马德里行动计划》付诸实际行动。

必须加强全国和国际伙伴关系，以实施《马德里行动计划》



## 第二章

### 日趋老化的世界人口

#### 变化中的人口年龄分布

世界人口的年龄分布正在经历史无前例的深刻转变。随着全世界许多地方的死亡率和生育率降低到人类历史上从未达到的水平，一直以来人口的年龄分布正在向老龄化偏移，即所谓“人口老龄化”进程。向老龄化的偏移表现在：中年人口增多，老年人比例加大，儿童比例缩小。世界所有地区都在经历这一转变过程，而在此过程中走在前面的那些地区已经面临如何满足老年人口增长需求的挑战了。

世界所有地区的人口年龄分布都在朝着老龄化的方向偏移

儿童和年轻人口比例的下降可能对日趋老龄化的社会产生影响，因为这就意味着年轻人在非生产年龄中的相对权重减轻了。尽管如此，由于年龄分布正在向上偏移，社会必须重新定向，以确保不同年龄的人，包括日益增多的老年人在内，人人享有维持体面的生活水准所需的手段或支助。本章阐述与人口老龄化有关的人口基本原则，为讨论人口老龄化带来的社会经济影响打下基础。<sup>1</sup>

#### 年龄分布变化的基本原因

预期寿命的历史性延长，是人类的重大成就之一。在人类历史的早期，平均寿命大概是20岁到35岁，这说明整个生命期、尤其是婴幼儿时期的死亡率非常高。到1900年，当时的工业化国家的预期寿命已经延长到45岁到50岁，其他地区的预期寿命也开始延长。一个世纪以后，全世界的总体预期寿命约为65岁，而在几个先进国家，预期寿命已经超过80岁。可见，人类预期寿命的历史性延长，大多发生在二十世纪。

预期寿命的不断延长及其所体现的死亡风险的大幅下降，构成“人口结构转型”的关键要素之一。这一人口转化过程的另一主要成分，就是出生率或总生育率(即每一妇女生育子女的平均数)的历史性下降。在十九世纪和二十世纪，生育率大幅降低，过去每一妇女生育6-8个子女，2000-2005年期间全世界的生育率

二十世纪的一个显著特点，就是全世界几乎所有国家的生育率和死亡率都已大幅下降

<sup>1</sup> 本章的分析系基于联合国关于世界人口趋势与前景正式评估的2004年订正本(联合国, 2005年a)。虽然现已发布了一套最近的人口估计和预测资料(2006年订正本)，但因出版时间的限制，编写本报告时未能使用其中的修订数。跟以往的评估一样，2006年订正本确认，按照当前的发展轨迹，预计到2050年世界人口将超过90亿，并且预见到届时全世界各主要地区的人口都将显著老化。即便根据这套修订的数据进行本次分析，载入本报告的任何趋势或论据也不会有实质性的改变。



平均约为每一妇女生育2.6个子女。到这时，世界上有些地区(包括许多发展中国家)的生育率已经降低到每一妇女生育不到两个子女的水平。虽然在某些地区生育率的变化幅度不太大，但是现在世界上所有地区的生育率都低于当地半个世纪以前的水平。

表二.1大体上归纳了死亡率和生育率(出生时的预期寿命和总生育率)这两种概括性质量的历史趋势，其中包括2005年以前的估计水平和2050年以前的预测值。全世界的预期寿命从1950-1955年的47岁上升到2000-2005年的65岁，预计在2045-2050年期间将继续攀升到75岁。同期总生育率从每一妇女生育5.0个子女降至2.6个子女，预计在2045-2050年内将继续降至2.0个子女。

在过去的几个世纪内，这种从高生育率和高死亡率向低生育率和低死亡率的转化所产生的一个重大后果，就是世界人口的巨大增长，因为在大多数国家，死亡率的降低比生育率的降低要早几十年，因而出现了一个每年出生人数大大多于当年死亡人数的持续期。人口转化的另一重大后果，就是世界人口的年龄分布逐渐从比较年轻向比较年老偏移。

### 年龄分布变化的历史阶段

从长期来看，死亡率和生育率的持续下降会导致人口年龄分布老化，而从短期来看，则导致儿童和青年人口比例上升。如前所述，人口转化一般先从降低死亡率

表二.1  
1950-1955年、2000-2005年和2045-2050年期间选定国家和  
国家组别的出生时预期寿命和总生育率

	预期寿命(岁)			总生育率 (每一妇女生育子女数) <sup>a</sup>		
	1950-1955	2000-2005	2045-2050	1950-1955	2000-2005	2045-2050
<b>全世界</b>	47	65	75	5.0	2.6	2.0
<b>发达国家</b>	67	78	84	2.8	1.6	1.8
欧洲	66	78	83	2.5	1.4	1.8
日本	64	82	88	2.8	1.3	1.9
美国	69	77	82	3.4	2.0	1.9
加拿大/澳大利亚/新西兰	69	80	85	3.5	1.6	1.9
<b>转型经济体</b>	63	65	74	3.1	1.6	1.8
转型经济体	63	65	74	3.1	1.6	1.8
东南欧	57	74	80	3.7	1.6	1.8
<b>发展中国家</b>	41	63	74	6.2	2.9	2.1
拉丁美洲和加勒比	51	72	79	5.9	2.5	1.9
东亚和太平洋	41	70	78	6.1	1.9	1.9
南亚	39	63	75	6.1	3.2	1.9
西亚	43	68	78	7.0	3.5	2.0
非洲	38	49	65	6.7	5.0	2.5

资料来源：联合国(2005年a)。

注：(1) “出生时预期寿命”是指在假定按年龄确定的死亡率终身不变的情况下，特定时期出生的儿童存活的年数；“总生育率”是指每一妇女生育子女人数，假定条件是：在育龄期没有女性死亡，而且是指特定地区在参照时期按年龄确定的生育率。(2) 本表列出的是估计数(2005年以前)和中位变量预测值(2005年以后)。

<sup>a</sup> 指15-49岁的妇女。

开始，导致存活期(尤其是儿童存活期)延长。结果，人口增长加速，人口中的儿童比例升高，从而导致人口年龄结构开始年轻化。

部分地由于上述死亡率方面的变化，生育率开始下降，因为父母意识到生孩子也同样可以保证所希望的子女存活数。还有其他一些因素也导致了出生率的降低，包括伴随经济体工业化程度的提高致使生产活动发生改变；妇女外出工作的机会增多；以及有了越来越多切实可行的节育方法。由于生育率持续下降，致使人口增长放缓，最终导致儿童人口比例变小。因此，虽然初期死亡率的降低(经由儿童存活率的增加)导致了人口年轻化，但是通常接踵而来的生育率下降却引发了人口老龄化的长期过程。

随着时间的推移，生育率持续下降不仅导致儿童比例下降，而且青年比例也下降，并最终导致劳动适龄成年人比例缩减。寿命的不断延长进一步强化了这一进程，其通常的结果是加快老年人口的增长速度。

因此，可将人口结构转型对人口年龄结构的影响分为三个不同阶段。在第一阶段，由于低龄期存活率提高，儿童比例上升，致使年龄分布趋于年轻化。第二阶段，生育率下降导致儿童比例开始下降，同时劳动适龄成年人比例上升。第三阶段，由于生育率和死亡率长期下降，导致儿童和劳动适龄成年人比例都下降，只有老年人比例上升。

在人口结构转型的第二阶段，虽然劳动适龄人口的多数优势是短暂的(一般延续50年左右)，但这一时期足以对经济增长和社会的其他许多方面产生重大影响。关于人口结构转型的这一共同特征，人们有各种不同的说法：有叫“人口股息”的，有叫“人口红利”的，还有叫“人口机会窗口”的，但每一种说法都暗指有可能因此而提高人均经济增长率并从而提高相关人口的生活水准(见第四章)。

在人口结构转型的这一阶段，人口中儿童受抚养人的比例(通常还有绝对数量)下降会减少提供与这个年龄段有关的教育和其他需要所涉及的成本，这会导致在经济上增加生产性投资可用的资源，从而促进国民经济增长。从理论上讲，这一人口红利提供了加速经济发展的机会窗口。可是其潜在惠益的实际收获还有赖于创造生产就业岗位和投资机会，而归根到底，取决于是否存在能够提供持续增长与发展环境的社会和政治条件。许多发展中国家在兑现人口红利方面的经历不太幸运，二十世纪后二十年发生的诸多增长失利的情况就是有力的证明(见联合国, 2006年a)。

在人口结构转型第三阶段发生的人口快速老化，对公共政策提出了各种特定的挑战，因为在各个领域、尤其在保健和老年支助领域都需要做出重大调整(见第五章和第六章)。这些调整不可避免地会在满足不同生命阶段的人的需要方面引发代际平等的问题，以及国家、私人投资和家庭在对受抚养人口提供支助方面分别起到什么作用的问题。解决这些问题的不同做法可能会影响到财富分配以及与年龄、性别和其他社会类别有关联的机会和负担的分配与类型。

初期儿童和青年死亡率降低导致人口年轻化，而后的生育率下降却引发了人口老龄化的长期过程

能否实际收获人口红利的潜在惠益，还有赖于创造生产就业岗位和投资机会

表二.2

1950年、1975年、2005年、2025年和2050年按全世界和国家组别分列的各年龄组人口情况

年 龄 组	人 口 (百 万)					百 分 比				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
<b>全世界</b>										
0-14岁	864	1 498	1 821	1 909	1 833	34.3	36.8	28.2	24.2	20.2
15-24岁	459	757	1 159	1 211	1 225	18.2	18.6	17.9	15.3	13.5
25-59岁	991	1 469	2 812	3 593	4 051	39.3	36.1	43.5	45.4	44.6
60岁以上	205	350	672	1 193	1 968	8.2	8.6	10.4	15.1	21.7
总 计	2 519	4 074	6 465	7 905	9 076	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65岁以上	131	232	476	832	1 465	5.2	5.7	7.4	10.5	16.1
80岁以上	14	31	87	160	394	0.5	0.8	1.3	2.0	4.3
<b>发达国家</b>										
0-14岁	175	202	170	165	167	27.0	24.3	17.3	15.8	15.6
15-24岁	105	137	128	118	116	16.2	16.5	13.0	11.2	10.8
25-59岁	289	360	483	472	440	44.6	43.3	49.1	45.1	41.2
60岁以上	79	131	203	293	345	12.2	15.8	20.6	28.0	32.3
总 计	647	830	984	1 047	1 067	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65岁以上	53	93	153	224	280	8.2	11.2	15.5	21.4	26.2
80岁以上	7	16	39	61	105	1.1	1.9	4.0	5.8	9.8
<b>转型经济体</b>										
0-14岁	56	71	57	51	43	29.0	26.6	19.0	17.7	16.5
15-24岁	39	49	53	36	29	20.4	18.4	17.6	12.3	11.0
25-59岁	78	113	144	141	113	40.6	42.2	47.8	48.6	43.2
60岁以上	19	34	47	62	76	10.0	12.8	15.7	21.5	29.3
总 计	191	268	302	289	261	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65岁以上	13	23	37	44	0 056	6.7	8.5	12.4	15.3	21.4
80岁以上	2	3	6	8	14	1.0	1.2	1.9	2.7	5.4
<b>发展中国家</b>										
0-14岁	634	1 224	1 593	1 693	1 623	37.7	41.1	30.8	25.8	20.9
15-24岁	316	571	0 978	1 058	1 080	18.8	19.2	18.9	16.1	13.9
25-59岁	624	996	2 186	2 980	3 498	37.1	33.5	42.2	45.4	45.1
60岁以上	107	184	422	838	1 547	6.4	6.2	8.1	12.8	20.0
总 计	1 681	2 975	5 179	6 569	7 748	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65岁以上	65	116	286	564	1 129	3.9	3.9	5.5	8.6	14.6
80岁以上	5	13	41	91	275	0.3	0.4	0.8	1.4	3.5

资料来源：联合国（2005年a）。

注：本表列出的是估计数（2005年以前）和中位变量预测值（2005年以后）。

### 人口老龄化的地区差异

目前发达国家人口中老年人比例普遍大大高于发展中国家……

目前，发达国家的年龄结构总的来说老化程度大大高于发展中国家。在转型经济体国家，年龄结构一般比发达国家年轻，但是仍然要比发展中国家老许多。预期在未来数十年内所有国家组别的人口结构都会存在严重的老化问题（见表二.2）。

……但是全世界的老年人口将越来越多地集中在发展中国家

据联合国估计，2005年发达国家有21%的人口年龄在60岁或以上。预计这个比例将在2025年提高到28%，在2050年则提高到32%。在转型经济体国家，预计60岁或以上人口的平均比例将从2005年的16%上升到2025年的22%和2050年的29%。在发展中国家，据估计2005年60岁或以上的人口比例仅为8%，但是预计到2025年

将上升到13%，到2050年将接近20%。因此，从2005年到2025年期间，发展中国家的老年人数有可能增加一倍以上。这个增长幅度要比发达国家和转型经济体的增长幅度大许多，后者的老年人数将在同期分别增长约44%和32%。

图二. 1利用人口金字塔图显示了不同国家组别之间的老龄化进程差异，这些图示描绘了男女按年龄分列的人口分布情况。这样，该图便分别显示出全世界、发达国家、转型经济体和发展中国家在1950年(估计数)、2005年(估计数)和2050年(预测值)的人口年龄分布状况。

这三大国家组别处于人口结构转型的不同阶段，而它们目前的人口年龄分布差异体现了它们历史上发生人口转化的不同时机。发达国家一般早就进入了人口转化的第三阶段，它们的人口已经相对老化，预计在可预见的将来还会迅速老化。以2005年为例，欧洲人口中15岁以下的人仅占16%，而60岁或以上的人则占到22%(附件表A. 1)。预计到2050年欧洲60岁或以上的人将占总人口的35%。

日本的老龄化进程尤其迅速，预计到本世纪中叶日本人口的老龄化程度在全世界位居首位。2005年日本60岁或以上的人口比例为26%，预计到2050年这个比例将升至42%。预计美国、加拿大、澳大利亚和新西兰的老龄化进程相对缓慢，这几个国家的生育率下降程度没有欧洲或日本的低。在美国，60岁或以上的人口比例预计将从2005年的17%上升到2050年的26%；在加拿大、澳大利亚和新西兰，预计这一合并比例将在同期从18%升至31%。

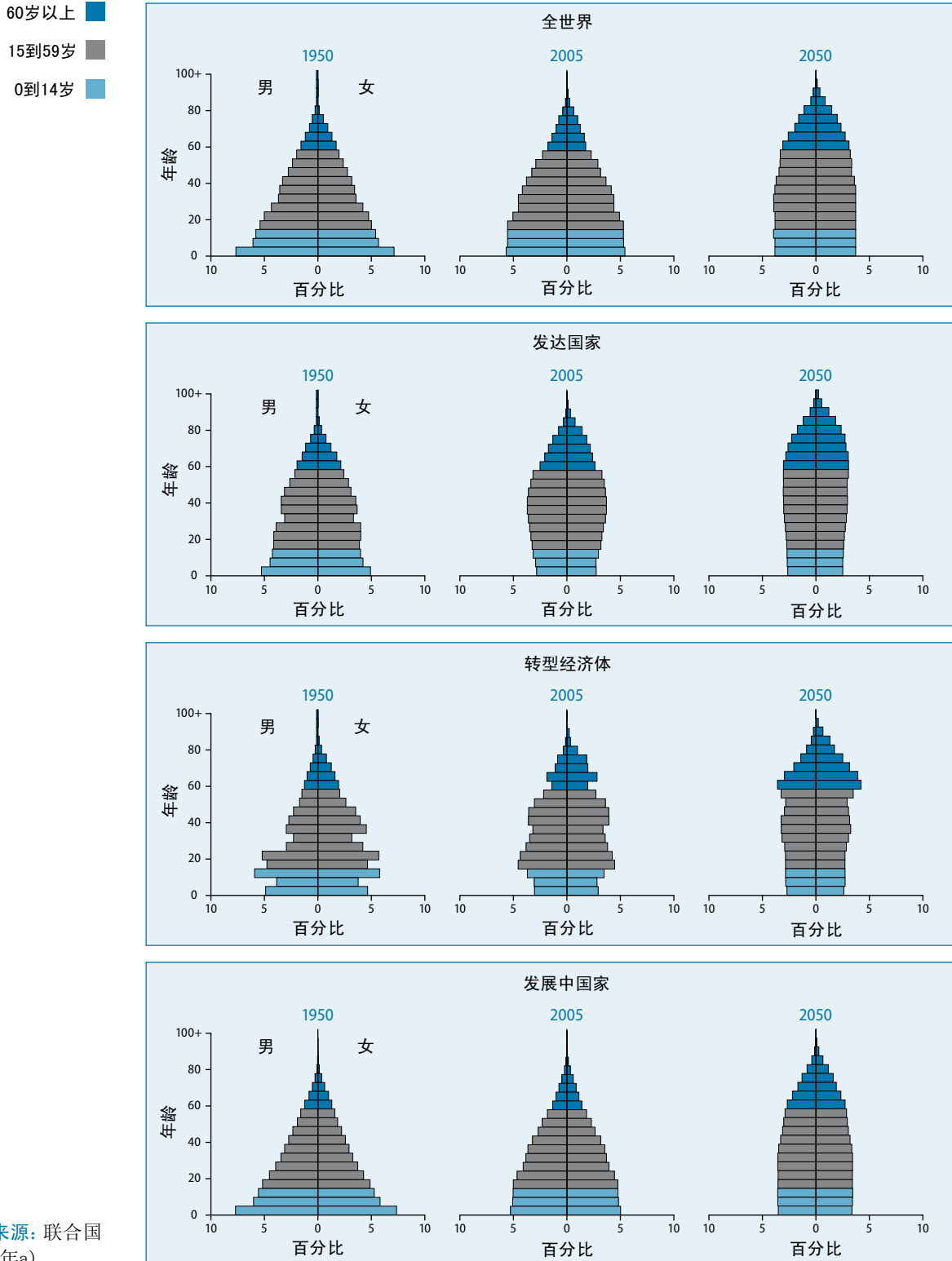
转型经济体国家也进入了生育率和死亡率降低以及人口年龄结构老化的第三阶段。2005年，60岁或以上的人在独立国家联合体(独联体)占总人口的16%，在东南欧占总人口的18%。预计到2050年，这两个比例将分别上升到29%和32%。

大多数发展中国家目前处于人口结构转型的第二阶段。但是，由于这些国家普遍经历了生育率急剧降低时期(尤其是东亚和太平洋以及拉丁美洲和加勒比地区)，因而预计它们的人口老龄化进程比欧洲和其他发达国家以往的进程还要快。在东亚和太平洋地区，60岁或以上的人口比例预计将从2005年的10%增长到2050年的28%；同期，拉丁美洲和加勒比地区同期相对应的份额将从9%增长到24%。

在西亚和南亚，老龄化进程可能要缓慢一些。在西亚，预计60岁或以上的人口比例将从2005年的6%上升到2050年的17%；在南亚，预计同期这一比例将从7%上升到19%。对比之下，非洲刚刚步入人口结构转型的第二阶段，人口还非常年轻。2005年，非洲人口有42%年龄在15岁以下，60岁或以上的人口比例仅为5%。由于非洲人口受到艾滋病毒/艾滋病的严重影响，该区域向低死亡率的转化现已中止。此外，一些非洲国家刚开始不久的生育率下降是否还会继续下去，这一点也是不明确的。即便生育率有所下降，预计非洲人口也会在二十一世纪的相当长一个时期内继续保持相对比较年轻。

与其他发展中地区不同，预计非洲在二十一世纪相当长一个时期内还会继续保持相对比较年轻

图二.1  
1950年、2005年和2050年按全世界和国家组别分列的人口金字塔图



资料来源: 联合国 (2005年a)。

一般来说，发展中国家的人口老龄化进程将会快于发达国家。计量人口老龄化进程快慢的一个通用指标，就看65岁或以上的人口比例从7%上升到14%，又从14%上升到21%总共经历了多长时间。图二.2使用这一指标来说明世界上发展中区域和发达区域的选定国家的老龄化步幅。在许多发达国家，历史上的老龄化步幅并不大。以法国为例，它的65岁或以上人口比例从7%上升到14%花了一百多年的时间，预计这个比例要达到21%还得再花40年的时间。对比之下，预计日本只需40年的时间即可完成这一转化过程(即65岁或以上人口比例从7%上升到21%)。在包括中国、大韩民国和突尼斯在内的一些发展中国家，老龄化的步幅甚至更快，因为这些国家全都经历过生育率快速下降过程。

今后数十年内，发展中国家的人口老龄化进程要快于发达国家

虽然总体来说发达区域的人口老龄化程度较高，但是全世界大多数老年人生活在发展中国家(图二.3)。2005年，全世界60岁或以上的人口有63%生活在发展中国家。到2050年，全世界的老年人口将有79%(将近16亿老年人)生活在发展中国家。

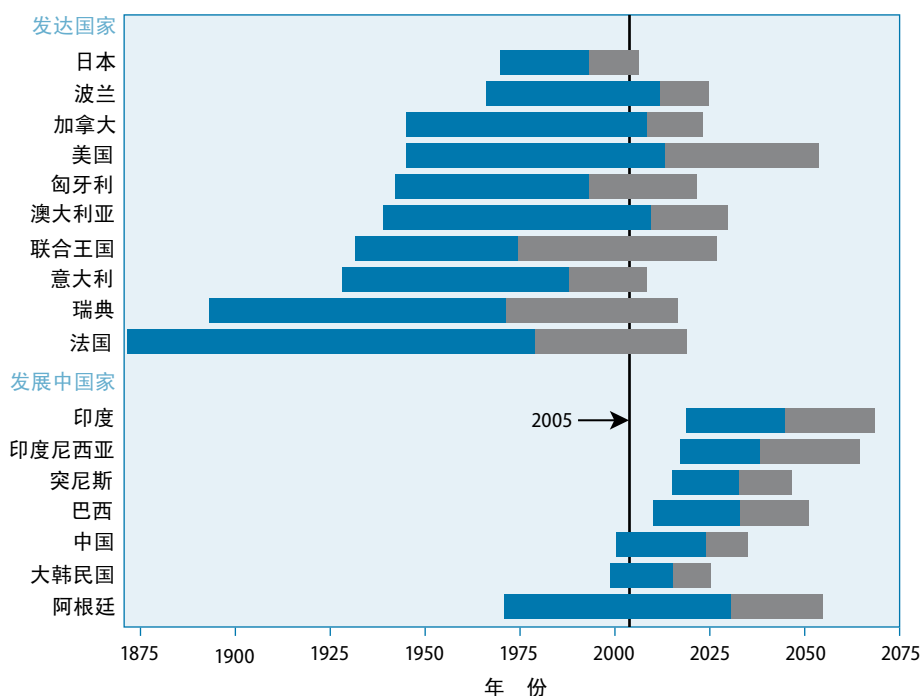
### 老年人口本身的老龄化

全球老龄化进程的一个突出方面，就是老年人口本身的人口结构逐渐老化。在大多数国家，80岁或以上的人口增长比老年人口的其他年龄段要快。2005年到2050

最大年龄组人口增长最快

图二.2

选定国家65岁或以上人口比例从7%上升到14%、再从14%上升到21%所需经历的时期



65岁或以上人口比率  
 ■ 从7%上升到14%所需经历的时期  
 ■ 从14%上升到21%所需经历的时期

资料来源: 联合国(2005年a); 联合国(2004年a); 尚未发表的表格; 美国人口普查局(1992年)。

年，预计全世界60岁或以上的人口将成三倍增长，而同期80岁或以上的人口预计将成4.5倍增长(表二.3)。发展中区域的这两类老年人口比例增长幅度甚至更大：预计60岁或以上的人口几乎成四倍增长，预计80岁或以上人口成6.7倍增长。

全世界80岁或以上的人口比例预计将从2005年的1.3%上升到2050年的4.3%。同期，预计发达国家的相应人口比例将从4.0%提升到9.8%；转型经济体的相应比例从1.9%提升到5.4%；而发展中国家的相应比例则从0.8%提升到3.5%。各国和各区域的最大年龄组在总人口中所占比例依然会在本世纪中叶出现重要变化。例如，预计到2050年日本80岁或以上的老年人将占其总人口的15%以上；而在非洲，预计这个年龄组的老人将仅占总人口的1%。

### 人口老龄化不可避免吗？

对人口迅速老化的关切引发了激烈的政策辩论，尤其较早进入人口老龄化的历史性转变阶段的发达国家。重要的问题是，能否通过政策干预来扭转这种根本性的人口结构转变，或者，人口老龄化是否从根本上就是不可避免的(就是说，政策反应应该重在适应而不是减缓老化进程)。要解决这一问题，最好是较详细地审视以往和将来在人口年龄分布方面的人口趋势，并且考虑实施生育政策和国际移民政策干预可能带来的潜在影响。

### 历史性的生育率和死亡率下降

人口的年龄分布主要取决于既往的生育率和死亡率，其次取决于移民史。虽然预期寿命延长也起到一定作用，但不论发达国家还是发展中国家，历史性的生育率降低则是导致人口年龄分布逐渐向上偏移的主要因素。

预计世界人口的未来老化进程将在很大程度上取决于当前人口状况的演变，它反映了既往生育率和死亡率变化以及既往国际移民的累积影响。虽然影响人口变化的这三个主要因素的未来趋势将对本世纪中叶的年龄分布起到一定的决定作用，但是以往的人口趋势已经造成了人口老龄化的强劲势头。这就是说，即使特定年龄的生育率、死亡率和移民率维持在目前水平不变，大多数人口的年龄分布仍将继续大幅度向上偏移。

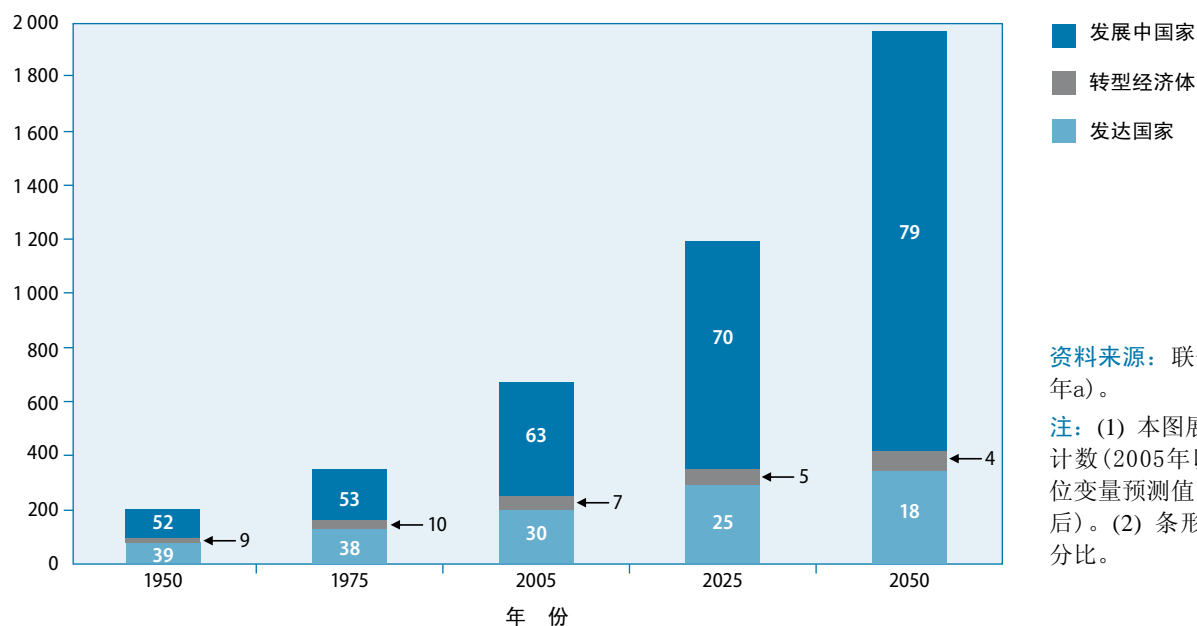
### 基于不同预测设想的未来趋势

通过对联合国人口预测值的高位、中位和低位生育率变量进行比较，即可评估不同路径的生育率变化对未来世界人口规模和年龄分布的影响，据信这些预测值涵盖了从现在到2050年之间所可能发生的生育率变化范围。对于每个国家或地区，低位变量和高位变量假定：从2005年到2050年的生育率平均水平将分别为假定的中位变量上下不超过半个子女。

预计未来数十年内的人口老龄化大多是既往生育率、死亡率和移民率变化的结果

图二.3

1950年、1975年、2005年、2025年和2050年按国家组别分列的  
全世界60岁或以上人口的规模与分布(按百万计)



资料来源：联合国(2005年a)。

注：(1) 本图展示的是估计数(2005年以前)和中位变量预测值(2005年以后)。(2) 条形内标注百分比。

表二.3

1950年、2005年和2050年选定国家和国家组别80岁或以上人口的情况

	80岁或以上人数 (单位：1000人)			80岁或以上的人在 总人口中的比例 (百分比)			80岁或以上的人在60岁 或以上人口中的比例 (百分比)		
	1950	2005	2050	1950	2005	2050	1950	2005	2050
全世界	13 780	86 648	394 224	0.5	1.3	4.3	6.7	12.9	20.0
发达国家	6 815	39 309	105 082	1.1	4.0	9.8	8.6	19.3	30.5
欧洲	4 374	20 568	52 059	1.1	4.1	10.7	8.7	18.7	30.6
日本	376	6 187	17 159	0.4	4.8	15.3	5.8	18.3	36.7
美国	1 801	10 605	28 725	1.1	3.6	7.3	9.1	21.3	27.5
加拿大/澳大利亚/ 新西兰	264	1 949	7 138	1.1	3.5	9.4	9.3	19.6	30.5
转型经济体	1 914	5 852	14 113	1.0	1.9	5.4	10.0	12.4	18.5
独立国家联合体	1 745	5 365	12 631	1.0	1.9	5.3	10.0	12.5	18.2
东南欧	169	487	1 481	1.1	2.0	6.9	10.4	11.1	21.5
发展中国家	5 051	41 487	275 030	0.3	0.8	3.5	4.7	9.8	17.8
拉丁美洲和加勒比	656	6 700	40 348	0.4	1.2	5.2	6.6	13.6	21.4
东亚和太平洋	2 269	19 659	136 814	0.3	1.0	6.1	4.2	9.9	21.5
南亚	1 403	10 602	68 994	0.3	0.7	2.9	4.9	9.3	14.8
西亚	126	994	8 804	0.3	0.5	2.4	4.8	8.3	13.9
非洲	597	3 532	20 069	0.3	0.4	1.0	5.0	7.4	10.4

资料来源：联合国(2005年a)。

注：本表列出的是估计数(2005年以前)和中位变量预测值(2005年以后)。



基本假定中的这些似乎很小的变化却关系到2050年世界人口规模预测中的很大差异：人口规模小到低位变量的77亿；大到高位变量的106亿(表二.4)。关于未来生育率水平的假定还影响到预期的世界人口增长幅度。按照高位变量，到2050年，世界人口将年增9 000多万——大大高于目前的年增长率；可是，若按照低位变量，到那个时候以前世界人口将缓慢下降。

相反，相对于人口年龄分布的预期变化而言，未来生育率的不确定性就不那么重要了。从全世界来看，低位变量就意味着到2050年60岁或以上的老年人将占总人口的26%；按照高位变量，同一年的老年人比例则是18%。虽然这两种结局差距很大，但与2005年的情况相比较，按照这两种设想老年人的比例都大大增加了：实际上2005年60岁或以上的人仅占总人口的10%。可见，即便世界仍保持相对较高的生育率且人口继续快速增长，二十一世纪前半叶的人口大大老化看来也是不可避免的(见附件表A.2)。

同样的结果也适用于不同的国家组别。即便今后数十年内维持相对较高的生育率，预计到2050年发达国家60岁或以上的人口比例也将高达28%，转型经济体

表二.4  
全世界和国家组别2005年的年龄分布估计数和基于2050年  
不同预测变量的年龄分布情况(%)

年 龄 组	年估计数	2050		
		低位变量	中位变量	高位变量
<b>全世界</b>				
0-14岁	28	15	20	25
15-59岁	61	59	58	57
60岁以上	10	26	22	18
总 计	100	100	100	100
总人数(按百万计)	6 465	7 680	9 076	10 646
<b>发达国家</b>				
0-14岁	17	11	16	20
15-59岁	62	51	52	52
60岁以上	21	38	32	28
总 计	100	100	100	100
总人数(按百万计)	984	918	1 067	1 236
<b>转型经济体</b>				
0-14岁	19	11	16	22
15-59岁	65	53	54	54
60岁以上	16	35	29	24
总 计	100	100	100	100
总人数(按百万计)	302	215	261	314
<b>发展中国家</b>				
0-14岁	31	16	21	26
15-59岁	61	60	59	57
60岁以上	8	24	20	17
总 计	100	100	100	100
总人数(按百万计)	5 179	6 546	7 748	9 096

资料来源：联合国(2005年a)。

的这个比例亦将达到24%；这两个比例都大大高于2005年对应的21%和16%。在发展中国家，高生育率变量意味着，预计到2050年老年人的比例(17%)将比2005年的估计数(8%)增长一倍以上；按照低生育率变量，预计的老年人比例(24%)将相当于2005年估计数的三倍。

### 生育政策的潜在影响

鉴于生育率趋势与人口年龄分布密切相关，因此有必要思考旨在促进生育的政策是否能够有效减缓人口老龄化进程。虽然看起来这种政策能够在特定环境下减缓生育率的降低速度，但事实证明政府很难按照提高生育率的方向改变个人行为(联合国, 2004年b)。可是没有确凿的证据表明以往的干预措施在提高生育率方面产生的影响，因为很难脱离广泛的社会、政治和经济影响来单独考虑具体政策措施的影响(Demeny, 2000年；RAND, 2005年)。

同样，事实也证明如何设计行之有效的干预措施也极具挑战性，因为旨在提高生育率的政策可能会因为实施政策的政治、经济和社会环境不同而产生不同的效果。对于旨在扭转生育率下降趋势的政策实施起阻碍作用的另一个因素，涉及到政策结果的长期性。这些政策至少需要经过一代人的时期，才能显现出补充劳动力成员的最终效果。由于这种长期性，一般很少有决策者愿意倡导此类政策，因为这种政策通常缺乏对公众的号召力，因此不能吸引政治上的支持者(RAND, 2005年)。

似乎没有任何单一的政策干预能够有效扭转低生育率趋势。一些国家政府倒是运用了旨在直接或间接提高生育率的配套政策和方案，但成效不大。比如在法国，政府实行了鼓励生育的优厚津贴制度，以便使人们兼顾家庭生活与工作，并且对养育三个以上子女的家庭予以奖励。在瑞典，有几项有关育儿的政策，比如弹性工作时间、优质儿童保育、有适当经济保障条件的育儿假，等等，这些政策使得许多妇女在抚养子女的同时亦可不退出劳动大军(RAND, 2005年)。看来只有在那些强力推行这些措施的国家，相关政策才对提高生育率起到些许积极作用。但是不要忘记，由于以往人口趋势所产生的冲力，起码在25至30年内，即便出现生育率大幅度回升，也不会对年龄结构产生重大影响(联合国, 2004年b)。

似乎没有任何单一的政策干预能够有效扭转低生育率趋势

### 移民的潜在影响

虽然国际移民对全球人口规模或特征没有直接的影响，但是它可能对某些国家或区域人口的年龄分布有影响，因为移民过多集中在年轻成人年龄段，并且其生育率往往高于本地出生的人口。在当今世界上，一般来说发达国家是国际移民的净接纳国，而发展中国家则是移民的净输出国。联合国人口预测值的中位变量设想，今后几十年内国际移民流动的大方向不会改变，因而它体现了预计的国际移民对发达国家人口的年轻化效应。

预计国际移徙只会使发达国家的老龄化进程略微有减缓

为了评估上述影响的规模，又计算了假定没有国际移徙的另外一套预测值。通过比较2050年发达国家的这两套预测值可以看出，到本预测期末，在有和无国际移徙之间人口规模将相差1.42亿(表二.5)。另外，按照中位变量预测的2005–2050年期间的国际移民人数所形成的影响，将使得2050年60岁或以上的人口比例下降2.7个百分点；与此同时，将使得儿童和劳动适龄人口比例分别增加0.7个百分点和2.0个百分点。由此可见，预计国际移徙只会使发达国家的老龄化进程略微有减缓。这一结论与其他研究结论是一致的：这些研究发现，一般来说国际移徙对发达国家人口规模和年龄结构的影响都相当小(联合国, 1998年；2001年；2004年b)。

尤其是联合国关于所谓“更替移徙”的研究(联合国, 2001年)侧重于国际移徙可能对生育率低于人口更替水平的一类国家的人口规模和年龄结构带来的影响，包括法国、德国、意大利、日本、俄罗斯联邦、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美国。对欧洲和欧洲联盟(欧盟)采用同样的方法，即从1995年以来将其各自作为单一的国家来对待。研究所涉期间为1995–2050年，这项计算基于《联合国人口估计与预测》(1998年订正本)(联合国, 1999年)。

这项研究考虑了为实现特定人口目标或结果所需的多种移民流量设想方案。这些设想方案基于三种结果变量：(a) 总人口规模；(b) 劳动适龄人口(15–64岁)规模；以及(c) 65岁或以上人口对劳动适龄人口的比率。在假定1995年以后就没有国际移徙的条件下，分析家们计算了上述每一种情况下为将既定的结局变量保持在所能达到的(总人口或劳动适龄人口规模的)最高水平或者(老年受抚养人比率的)最低水平所需的国际移徙水平。

在进行必要的计算过程中假定，所有国家和区域的生育率都朝着每一妇女生育1.7或1.9个子女的目标水平(多数情况下向上)移动，一旦达到这一目标就维持不变，直至预测期末的2050年。为了简便起见，假定所有国家的移民年龄和性别结构是一样的，并且基于在美国、加拿大和澳大利亚(均为传统上最重要的移民国家)观察到的历史模式。此外，预测方法论假定移民的生育率和死亡率水平立即趋同于接纳人口的水平。

表二.5  
根据中位和零移徙变量预测的2050年发达国家人口年龄结构(%)

年龄组(岁)	预测变量		
	A. 中位变量	B. 零移徙	差异(A-B之间)
0-14	15.6	14.9	0.7
15-59	52.1	50.1	2.0
60以上	32.3	35.0	-2.7
总计	100.0	100.0	0.0
人数(按百万计)	1 067	925	142

资料来源：联合国(2005年a)。

此项研究成果(表二.6)表明,若想通过国际移徙来抵消预测的譬如意大利和日本及整个欧洲的总人口下降趋势(第一种设想方案),国际移徙水平就必须大大高于近年来的水平。譬如讲,为了抵消预测的欧洲人口下降,2000-2050年国际移徙的平均每年净流入量(约为180万人)就须两倍于1995-2000年的流入量(大约950 000人,未列入该表)。为抵消预测的劳动适龄人口下降,所需要的国际移徙水平(第二种设想方案)甚至更高:在欧洲情况下,1995-2050年期间需要平均每年净流入量高达290万人。

然而,就连这些较高的移徙水平都不能抑制人口老龄化的进程。为了抑制预期的65岁或以上人口对劳动适龄人口的比率上升(第三种设想方案),上述同一组国家确实需要大大增加移民流入量。1995-2050年期间所必需的平均每年移民净流入量,少则像流入联合王国的110万人和流入法国的170万人,多则像流入日本或者美国的1 000万人。

如此大量的国际移民人数是否处在可供各国政府选择的范围之内,这在很大程度上取决于每个国家或区域的社会、经济和政治环境。提出这些设想方案主要是强调一点,即目前人口年龄结构的转变呈现出强劲的势头;如果以为任何有关国际移民的政策可能对大多数发达国家的年龄结构有重大影响的话,那是不切实际的想法。

表二.6

选定国家和地区为在1995-2050年期间实现不同人口设想目标所需的净移民人数

国家或区域	中位变量	设想方案		
		方案一: 总人口 不变	方案二: 15-64岁 年龄组不变	方案三: 65岁以上对15-64岁 年龄组的比率不变
<b>A. 总人数(以千人计)</b>				
法国	525	1 473	5 459	93 794
德国	11 400	17 838	25 209	188 497
意大利	41 800	6 384	17 967	592 757
日本	7 417	27 952	35 756	257 110
俄罗斯联邦	660	12 944	19 610	119 684
联合王国	0	17 141	33 487	553 495
美国	1 200	2 634	6 247	59 775
欧洲	23 530	100 137	161 346	1 386 151
欧洲联盟	16 361	47 456	79 605	700 506
<b>B. 年平均人数(以千人计)</b>				
法国	10	27	99	1 705
德国	207	324	458	3 427
意大利	12	235	357	2 176
日本	0	312	609	10 064
俄罗斯联邦	135	508	650	4 675
联合王国	22	48	114	1 087
美国	760	116	327	10 777
欧洲	428	1 821	2 934	25 203
欧洲联盟	297	863	1 447	12 736

为了抑制预期的发达国家老年受抚养人比率上升,将需要极大的移民流量

资料来源:联合国(2004年)。

## 劳动适龄人口年龄组和受抚养人年龄组的趋势

### 受抚养人比率：定义和解释

通常使用所谓受抚养人比率来评估老龄化给社会 and 经济发展带来的潜在的影响。受抚养人比率是将人口中看作在经济上依赖他人的某个群体的规模与看作从事经济活动的另一群体的规模作比较。一般来说不大可能准确地确定生产者(即从事经济活动者)的人数和纯粹消费者(即不从事经济活动者)的人数，因此往往只是基于年龄范围来计算受抚养人比率。

一般认为，15岁以下的儿童属于受抚养人之类，而老年人大多处于以消费为主的生命期。鉴于传统上把65岁当作老年受抚养人的临界点，所以这里就用65岁来计算受抚养人比率。不过值得一提的是，如果使用15-59岁的人口作分母来计算受抚养人比率并采用60岁或以上的老年人定义的话，也可以得出大体差不多的趋势走向。但如果把60岁用作临界点，受抚养人总比率和老年受抚养人比率都会偏高(见附件表A.3)。

本文将分析三种类型的比率：(a) 儿童受抚养人比率，即0-14岁的人数对15-64岁的人数之比；(b) 老年受抚养人比率，即65岁或以上的人数对15-64岁的人数之比；以及(c) 受抚养人总比率，亦即儿童受抚养人比率加上老年受抚养人比率之和。所有受抚养人比率都用每100个15-64岁的人所抚养的人数(儿童或老年人、或二者兼有)来表示。

显而易见，这种“受抚养人”的公式化概念过分简化了人们的现实生活。在大多数人口当中，并不是一到65岁就停止经济活动，而15-64岁的人也不是全都在从事经济活动。虽然65岁或以上的人往往需要得到他人的经济支持，但是在许多社会中，老年人也对其成年子女提供支助(Morgan, Schuster和Butler, 1991年; Saad, 2001年)。另外，并不是所有15-64岁的人都对儿童或老年人提供直接或间接的支助(Taeuber, 1992年)。尤其是在经济发展过程中，随着生产生活的培训期延长，大多数青少年和年轻成年人在校读书和脱离劳动的时间延长了，因而把儿童受抚养阶段有效地延长到15岁以后。

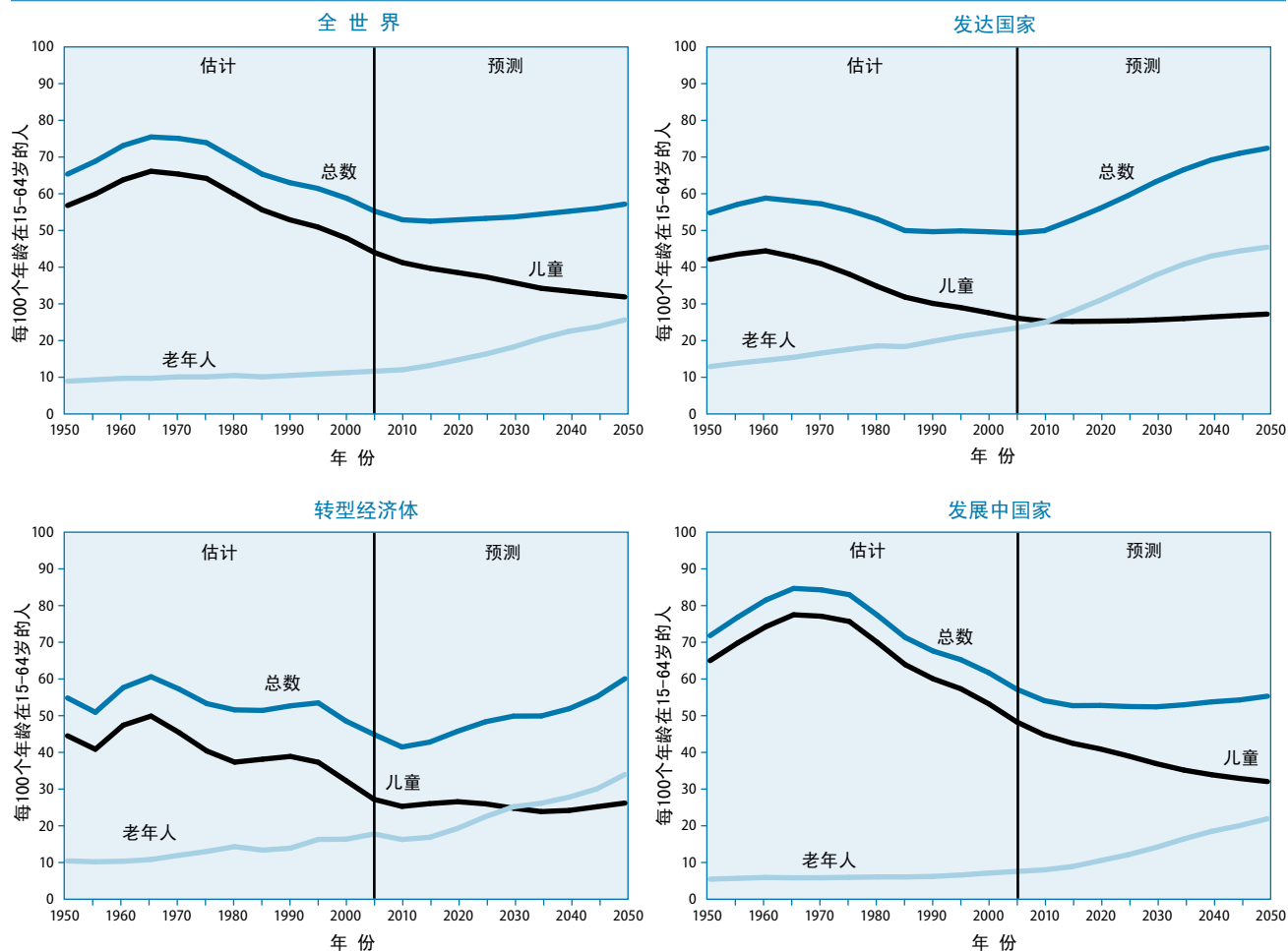
以上这些观察结果说明，这里所分析的受抚养人比率方面的趋势不过表明，当人口日趋老化并且主要年龄组的规模发生了空前变化的时候，社会可能面临何种制约因素。要估计这种趋势可能对经济产生的影响，就需要根据有关特定人口中劳动者和消费者人数的信息，把它作为一个年龄函数进行较为适当的度量。

### 与年龄有关的受抚养人比率全球趋势

图二.4分别展示了1950年到2050年全世界、发达国家、发展中国家和转型经济体国家的三种受抚养人比率。全世界受抚养人总比率已从1950年的每100个15-64岁的人有65个受抚养人(100比65)增加到1975年的100比74。在受抚养人总比率方面

图二.4

1950-2050年全世界和不同国家组别的三种类型受抚养人比率的趋势



资料来源: 联合国(2005年a)。

注: (1) 本图展示的是估计(2005年以前)和中位变量预测(2005年以后)。(2) 受抚养人总比率  
的定义是: 0-14岁人口与65岁或以上人口之和对15-64岁人口之比。儿童受抚养人比率是0-14岁人  
口对15-64岁人口之比。老年受抚养人比率是65岁或以上人口对15-64岁人口之比。

的这一增长主要是因为相对于劳动适龄人口的儿童人数增加了, 这反映在儿童受抚养人比率的提升上。在1975年至2005年期间, 由于儿童受抚养人比率大幅降低, 受抚养人总比率从每100名劳动适龄者有74名受抚养人下降到每100名劳动适龄者有55名受抚养人。

预计今后数十年内这种下降趋势行将中止, 然后自行逆转, 因此预期受抚养人比率可在2025年达到100比53, 在2050年则达到100比57。预测这一受抚养人总比率的上升完全是因为老年受抚养人比率升高所致, 因为预期儿童受抚养人比率仍将保持下降趋势。<sup>2</sup>

自1950年以来全世界“受抚养人”与劳动适龄人口的比率已经下降, 但预计将来还会上升

<sup>2</sup> 即便全世界的人口将像高位变量预测值所指的那样经历相对较高的生育率水平(关于不同

### 与年龄有关的受抚养人比率的区域差异

整个发达国家的受抚养人总比率在2005年创历史新低

在发达国家，1950年至1975年期间受抚养人总比率大体上相当稳定，维持在每100个15-64岁的人有54或55个受抚养人的水平上，但是此后开始下降，到2005年已降至100比49的水平。预计2005年观测的水平将是一个历史低点，这是因为，由于老年受抚养人比率持续上升，预期这些区域的受抚养人总比率亦将稳步上升。实际上，预计到2050年发达国家的老年受抚养人比率将达到100比45，接近于2005年的受抚养人总比率估计数。加上儿童受抚养人比率，预计2050年的受抚养人总比率将达到100比72，这个水平比1950年至2005年发达国家的这个比率平均值高37%。

预计转型经济体的受抚养人总比率上升将完全是因老年受抚养人比率稳定增长所带动

转型经济体国家的受抚养人比率趋势跟发达国家差不多：从1950年的每100个15-64岁的人有56个受抚养人降到1975年的100比54，略有变化；预计到2010年降至100比42，创历史低点；预计2025年受抚养人总比率将增至100比49，2050年则达到100比61。跟发达国家一样，预计转型经济体的受抚养人比率上升也完全是因为老年受抚养人比率稳定增长所致。

对于发展中国家，无论历史经验还是未来预测都有很大的不同。首先，它们在1950年的受抚养人总比率为每100个15-64岁的人有71个受抚养人，与发达国家或目前处于经济转型期的国家相比这个水平是相当高的，主要因为当时发展中国家的儿童受抚养人比率非常高(每100个15-64岁的人有65个受抚养儿童)。1950年至1975年期间，由于儿童死亡率降低，发展中国家人口中的儿童比例进一步提升，导致儿童受抚养人比率和受抚养人总比率分别猛增到100比75和100比82。可是，后来由于生育率下降导致儿童人口减少，加之15-64岁人口比例上升，致使1975年以后儿童受抚养人比率和受抚养人总比率大幅缩减。

预计未来数十年内发展中国家受抚养人年龄组的相对人口规模将发生深刻转变，因为这一期间儿童人口将不再增加，老年人口则继续增多

到2005年，发展中国家受抚养人总比率为100比57，预计还将继续下降到2025年的100比52。此后，预期会趋于缓慢回升。2025年以后的增长会很缓慢，因为预期儿童受抚养人比率的持续下降可能会抵消老年受抚养人比率的快速上升。到2050年，预计整个发展中地区的受抚养人总比率将达到100比55，略低于2005年的水平。不过，这一比率的构成将来会有相当大的变化，因为预计2050年老年人将占到整个受抚养人负担的42%，对比之下，1950年这一比例为10%，2005年这一比例为16%。

这里分析的发展中国家所有年龄组中，受抚养人总比率(1950年即已达到很高的水平)在1950年至1975年期间进一步上升到极高的水平。非洲和西亚的情况尤为如此：这两个地区1975年的受抚养人总比率高达每100个15-64岁的人有90个以上的受抚养人(附件图A. 1)。同年，拉丁美洲和加勒比地区的受抚养人总比率

预测设想模式的解释，见上文题为“人口老龄化不可避免吗？”一节)，儿童受抚养人比率仍将在2005年至2050年期间下降，这就意味着，受抚养人总比率的上升完全是因为老年受抚养人比率升高所致(见附件表A. 2)。另外，对所有国家组别来说，按照高位变量预测值得出的2050年的老年受抚养人比率都大大高于2005年的估计数。

为100比84，在南亚和东亚及太平洋地区为100比80。1975至2005年期间，除了非洲以外，所有发展中区域的受抚养人总比率都显著下降了。特别是在东亚和太平洋地区，由于该区域儿童人口大幅减少，这种下降幅度更加突出，其2005年每100个15-64岁的人仅有44个受抚养人，这一总比率已同发达国家和转型经济体的水平不相上下。在南亚和西亚，2005年的受抚养人比率已降至1960年代较低的水平；在拉丁美洲和加勒比地区，则降至1950年代中期的水平。对比之下，非洲2005年的受抚养人总比率依然很高，维持在每100个15-64岁的人有81个受抚养人的水平上。

在未来几十年内，非洲的受抚养人总比率有望稳步下降，预计到2050年达到100比55。而在拉丁美洲和加勒比地区，预计这一地区到2025年前后的受抚养人总比率将停止下滑，然后开始上升，到2050年将达到100比57。这一回升的主要原因是老年人口的权重不断增加。预计到2050年，拉丁美洲和加勒比地区的老年受抚养人比率将与儿童受抚养人比率大致持平。在南亚和西亚，预计受抚养人总比率将进一步下滑，到2025年降至大约100比50的水平，在其后的25年内则会保持稳定。

东亚和太平洋地区受抚养人比率的未来前景与转型经济体相似，即在2005至2025年期间将缓慢提升，2025至2050年期间增长步伐将会加快。预计该区域的老年受抚养人比率在2030年前后将超过儿童受抚养人比率。

在发达国家中，日本是一个特例，其1950年的受抚养人总比率相对来说比较高。不过，在1950至1975年期间，这一比率从每100个15-64岁的人有68个受抚养人骤然降到100比47，主要原因是儿童受抚养人比率大幅降低。在日本，1995至2000年期间的老年受抚养人比率超过了儿童受抚养人比率(附件图A. 2)。于是，2005年老年人口几乎占到受抚养人总比率的60%，达到每100个15-64岁的人有51个受抚养人的水平。预计到2050年日本的老年受抚养人比率将达到可观的水平，即每100个15-64岁的人抚养70个65岁或以上的人，而受抚养人总比率预计将达到几乎每个劳动适龄者有一个受抚养人的水平。

欧洲也经历了儿童受抚养人比率和老年受抚养人比率的转换(在2000至2005年期间)。不过，这两种比率之间的差异程度一直大大低于日本的水平。最近发生的这次转换预示着未来的受抚养人总比率将会急剧上升，预计将伴随老年比率同步增长。到2050年，预计欧洲受抚养人总比率将达到100比77，这一数值接近于大多数发展中国家1960年代的水平，但主要是由老年人的高比率而不是儿童高比率决定的。

在东南欧和独联体国家，受抚养人总比率演变的历史路径大致相同。1950至2005年期间，这两个国家组别的受抚养人比率都在下降，但预计今后十年内会开始回升，到2050年在东南欧达到100比66、在独联体达到100比61的水平。这两个国家组别跟大多数发达国家一样，预期受抚养人总比率提升都是主要由老年人口权重增长拉动的。预计到2020年前后，东南欧的受抚养人总比率中的老年人所占比例将超过儿童比例；独联体的老年人所占比例在2030年将超过儿童比例。到

非洲受抚养人比率依然很高，但今后有望稳步下降

在发达国家中，日本是一个特例



2050年，预计独联体中65岁或以上的人将占受抚养人总比率的56%；在东南欧将占62%。

### 劳动适龄人口内部的老化

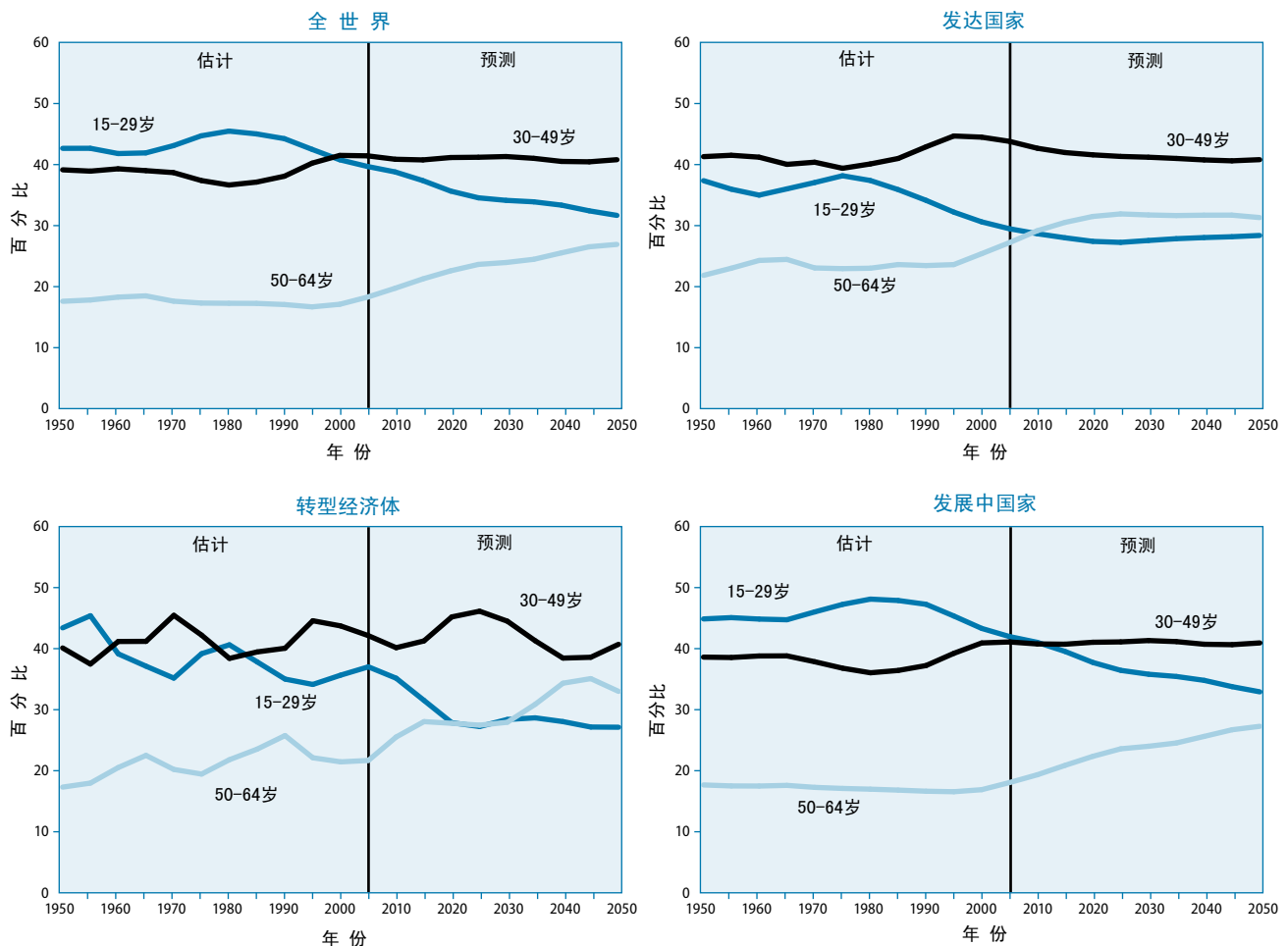
劳动力本身也在老化。近几十年来，全世界50岁或以上的人在15-64岁的人口中所占的比例一直保持稳定，1975至2005年期间维持在大约17%的水平上(图二.5)。预计这个年龄组的权重将快速增长，到2050年这个比例将上升到27.1%。

在发达国家，预计到2050年几乎三分之一的劳动适龄人口年龄都将在50岁以上

在发达国家，劳动适龄人口中最小年龄段(15-29岁)和最大年龄段(50-64岁)的规模在2005年非常接近。不过，预计从2010年开始，最大年龄段的劳动力人口

图二.5

1950-2050年期间全世界和国家组别按年龄组分列的劳动适龄人口分布情况



资料来源：联合国（2005年a）。

注：本图列出的是估计（2005年以前）和中位变量预测（2005年以后）。

就要超过最小年龄段的劳动力构成。在发达国家，预计到2050年50岁或以上的人几乎将占到劳动适龄人口的三分之一(31.2%)。

在转型经济体国家，预计将在2020年到2025年期间发生劳动适龄人口中最小和最大年龄段的转换。预计转型经济体最大年龄段的劳动力比例将在2045年达到34.8%的峰值，然后缓慢下滑，到2025年降至32.7%。

在发展中国家，虽然最年轻和最年老劳动力人口规模在1990年代趋同，但是预测直到本世纪中叶以前，最小年龄段的劳动力仍将占主导地位。不过，在发展中国家当中也有重要差别。比如在非洲，2050年以前劳动力将一直保持相当年轻；而在东亚和太平洋地区，预计2050年以前最大年龄段的劳动力人口规模将超过最小年龄段（附件图A.3）。

## 老年阶段的性别差异

### 男女人数差异

妇女通常比男子长寿，因而在老年阶段妇女人数会大大超过男子。2005年世界人口中的男女比率是101比100；而在60岁或以上的老年人当中，男女比率则是82比100(表二.7)。

在世界老年人口中妇女占多一半，她们在总人口中的比例随年龄增长而加大

妇女不但比男子更有可能活到60岁，而且一旦到了这个年龄，她们有望比年龄相仿的男子活得更长久。因此在老年人口中，年龄越大，妇女的比例增长幅度越大。2005年，全世界65岁或以上的人口当中，妇女人数超过男子，比率将近4比3；在80岁及以上的人口当中，妇女对男子的比率将近2比1。

各国在老年人口的性别比率上差别很大。从历史上看，发达国家和转型经济体国家的女性存活率一向高于发展中国家。因此，就老年阶段的男女性别比而言，一般来说发达国家和转型经济体的平均值要低于发展中国家。目前，发达国家和转型经济体的老年性别比率较低有两方面的原因：一是预期寿命方面的性别差异大，二是第二次世界大战期间因为大量丧失青年男子所造成的长期影响。

在转型经济体国家中的老年性别比率特别低。2005年，这些国家60岁或以上的人当中妇女对男子的比率是100比57；在80岁或以上的人当中，妇女对男子的比率只是100比29。而在发展中国家，老年妇女人数超过男子的幅度不太大，因为这些地区在预期寿命方面的性别差异一般比较小。因而，目前在发展中国家60岁或以上的人当中妇女对男子的比率是100比88；80岁或以上妇女对男子的比率是100比67。发达国家的老年性别比介于在转型经济体和发展中国家的老年性别比之间。

不过，部分地由于在发达国家和转型经济体的预期寿命方面预期的女性优势的减弱，预测在这些地区60岁或以上的人口当中女性对男性的比率在2005至2050年

表二.7  
1950年、2005年和2050年全世界和国家组别选定年龄组的人口性别比率

年龄组	性别比率 (男性/100名女性)		
	1950	2005	2050
<b>全世界</b>			
总计	100	101	99
0-14岁	104	105	105
15-59岁	99	102	103
60岁以上	80	82	85
65岁以上	75	77	80
80岁以上	61	55	61
<b>发达国家</b>			
总计	95	96	96
0-14岁	104	105	105
15-59岁	93	100	102
60岁以上	80	76	81
65岁以上	78	71	77
80岁以上	65	49	59
<b>转型经济体</b>			
总计	79	89	89
0-14岁	101	105	105
15-59岁	73	93	97
60岁以上	54	57	65
65岁以上	49	53	59
80岁以上	36	29	38
<b>发展中国家</b>			
总计	104	103	100
0-14岁	105	105	105
15-59岁	105	103	103
60岁以上	86	88	86
65岁以上	80	85	82
80岁以上	68	67	64

资料来源：联合国(2005年a)。

注：本表列出的是估计数(2005年以前)和中位变量预测值(2005年以后)。

期间将有所提升：在发达国家从100比76上升到100比81；在转型经济体从100比57上升到100比65。同样，预计在发达国家和转型经济体80岁或以上人口的性别比也会增长。

对比之下，预期2005至2050年期间在发展中国家预期寿命方面的性别差异则会扩大。因此预期老年性别比会有所下降，从而加剧整个发展中国家老年男子人数和老年妇女人数之间的不平衡。但是预期发展中国家的老年性别比不会维持在2005年在转型经济体和发达国家观测到的极低的水平上。

### 出生时和老年阶段预期寿命的性别差距

在大多数国家，女性死亡率的下降幅度大于男性

死亡率水平自1950年以来显著下降。在1950-1955年和2000-2005年期间，全世界人口的出生时预期寿命延长了19年，但是这种寿命的延长并不是在男女之间平等

表二.8

1950-2050年全世界和国家组别按性别分列的60岁、65岁和80岁时的预期寿命

	1950-1955年				2000-2005年				2045-2050年			
	男女	女	男	差异	男女	女	男	差异	男女	女	男	差异
<b>出生时预期寿命(岁)</b>												
全世界	46.6	48.0	45.3	2.8	65.4	67.7	63.2	4.5	75.1	77.5	72.8	4.7
发达国家	66.6	69.0	64.3	4.7	78.3	81.3	75.2	6.1	83.7	86.6	80.8	5.8
转型经济体	62.7	65.8	58.8	7.0	65.5	71.2	60.0	11.2	74.1	77.5	70.5	7.0
发展中国家	41.0	41.8	40.2	1.6	63.4	65.1	61.7	3.4	74.0	76.2	71.8	4.3
<b>60岁时的预期寿命(岁)</b>												
全世界	14.8	15.5	13.9	1.6	19.2	20.7	17.5	3.2	22.4	24.3	20.5	3.8
发达国家	17.7	19.3	16.0	3.3	22.2	24.3	19.8	4.5	25.9	28.3	23.4	4.9
转型经济体	17.9	19.8	15.4	4.4	17.1	19.1	14.4	4.7	20.6	22.9	17.8	5.1
发展中国家	13.0	13.2	12.7	0.5	18.0	19.3	16.8	2.5	21.8	23.5	20.1	3.4
<b>65岁时的预期寿命(岁)</b>												
全世界	12.0	12.5	11.3	1.2	15.7	17.0	14.2	2.8	18.5	20.2	16.8	3.4
发达国家	14.3	15.6	12.9	2.7	18.3	20.1	16.1	4.0	21.7	23.8	19.3	4.5
转型经济体	14.8	16.3	12.6	3.7	14.0	15.4	11.8	3.6	17.0	18.8	14.6	4.2
发展中国家	10.4	10.5	10.2	0.3	14.6	15.6	13.5	2.1	17.9	19.4	16.3	3.1
<b>80岁时的预期寿命(岁)</b>												
全世界	5.7	5.7	5.4	0.3	7.5	8.1	6.7	1.4	9.0	9.9	7.9	2.0
发达国家	6.4	6.9	6.0	0.9	8.6	9.4	7.4	2.0	10.8	12.0	9.1	2.9
转型经济体	7.4	7.9	6.4	1.5	6.6	6.9	5.8	1.1	8.2	8.9	6.9	2.0
发展中国家	4.9	4.8	4.9	-0.1	6.8	7.2	6.2	1.0	8.5	9.3	7.5	1.8

资料来源: 联合国(2005年a)。

注: 本表列出的是估计数(2005年以前)和中位变量预测值(2005年以后)。

分享的(表二.8)。在大多数国家,女性死亡率的降低幅度都大于男性,这就加强了女性在老年存活率方面的优势。在全球,自1950-1955年以来,在出生时预期寿命方面的女性优势已从2.8岁提升到4.5岁,预计到2045-2050年还会略微增长到4.7岁。不过,近几十年来发达国家在出生时预期寿命方面的性别差距已经稳定,甚至或多或少还有所缩小。

转型经济体在出生时预期寿命方面的女性优势特别大,这些国家由于成年男性死亡率上升而拉大了出生时预期寿命方面的男女差距:从1950-1955年的7.0岁拉大到2000-2005年的11.2岁。目前,转型经济体的男性出生时预期寿命低于发展中国家,而转型经济体的女性出生时预期寿命比发展中国家高6岁。

女性相对于男性的优势,不但在出生时的预期寿命方面有进步,而且在老年存活率方面也有进步。在1950-1955年和2000-2005年期间,60岁时的预期寿命方面的女性优势从1.6岁提高到3.2岁;在80岁时的预期寿命方面,女性优势从0.3岁提高到1.4岁。这些趋势在世界不同地区都相差无几,因此在全世界观察到的老年人口当中的性别比率也很低。

## 结 论

到二十一世纪初期，世界上大多数国家都在经历或者业已经历过生育率和死亡率从高水平转变为低水平的人口结构转型。发达国家已经进入人口结构转型第三阶段，表现为人口老龄化进程普遍而迅速。大多数发展中国家和整个世界人口正处在人口结构转型第二阶段，其有利的年龄分布可能带来潜在的人口红利。不过，依然有些国家刚刚开始向低生育率过渡，并且有极少数国家尚未开始生育率下降的进程。

在大多数国家，女性死亡率的下降幅度大于男性

由人口结构转型启动的这些变化导致了目前正在持续的人口年龄结构的转变，从而给发展带来了挑战和机遇。在人口结构转型的初期阶段，各国面临着大量的、日益增长的儿童和年轻人受教育的挑战。随后，在人口结构转型第二阶段，劳动适龄人口的增长造就了一个有利的年龄结构，开启了促进经济发展的机会窗口。然而，若想通过这种人口红利创造的机遇实际获利，各国则需要促进生产投资和创造就业机会。

同样重要的是，迎接人口红利的终结和人口老龄化加速时期的到来，必须做到未雨绸缪，及早启动规划工作。在发达经济体，人口迅速老化的进程已经要求社会和经济有所调整，以适应新的现实。不过，这里也同样存在挑战与机遇的问题，因为发达国家的老年人能够空前长久地保持良好健康状况，因此有可能继续发挥生产潜力。

虽然目前发达国家中的老年人所占比例最大，但是在发展中国家这一年龄组也在快速增长。其结果，全世界的老年人口将愈来愈集中在发展中国家。现在，虽然发展中国家的人口还相对比较年轻，但是已占到全球60岁或以上人口的64%。今后20年内，全世界71%的老年人将生活在发展中国家。

如第四章分析的那样，确保日益增长的老年人口能在其老年阶段获得足够的支助，在其需要或想要继续从事经济活动时有机会获得体面的工作以及适当的医疗保健，这很可能证明是一项极具挑战性的任务。应对人口老龄化的政策措施还要考虑到这样一个事实，即在大多数国家老年妇女的人数大大超过老年男子，在其耄耋之年尤为如此。

全世界老年受抚养人比率的普遍提升，反映了这样一种现状，即在许多国家，人数上日益增多的公共资助保健和养恤金方案的受益者(主要是65岁以上的老年人)需要由人数相对较少的潜在缴款者(即年龄介于15岁至64岁之间的从事经济活动的人)来供养。如第四章和第五章所述，除非以可持续方式加快经济增长，否则这种趋势将会继续加重劳动适龄人口的经济负担(通过增加赋税和其他摊派方式)，以便持续向老年群体提供稳定的福利。年轻人口规模下降，只能部分抵消愈益加重的抚养老年人的负担。

对于处在不同发展阶段的世界各国来说，未来数十年的人口老龄化进程基本上是不可避免的。虽然未来的年龄分布将会部分地取决于当前生育率、死亡率和

国际移徙方面的变化，但是既往的人口趋势已经形成了人口老龄化的强劲势头。预计在今后数十年内，在各种有关未来生育率水平的似乎可能的设想模式下，世界上所有区域的人口老龄化程度都会大大加深，低生育率国家旨在鼓励生育的政策干预也不大可能从根本上改变这一前景。同样，虽然国际移民人数的大幅增加有可能改变劳动适龄人口趋势，但是有关国际移徙水平的任何似乎可能的假定都不大可能对预期世界各国在今后几十年内都将经历的人口老龄化程度产生较强的影响。

总之，对即将发生的人口年龄结构变化有了足够的认识，也就可以预先做好应变的准备。各种政策反应最好要提前到位，以便从容应对这些长期人口变化。即便人口老龄化是不可避免的，它的后果如何也还取决于为应对人口老龄化的挑战而制定的各项举措。本报告以下各章将分别讨论这些挑战。

政策反应应当提前到位，以便从容应对不可避免的长期人口老龄化



## 第三章

### 社会变迁中的老年人

#### 导言

人们在其中生长变老的社会环境正在迅速发生变化。家庭规模趋于缩小，大家庭的功能日渐萎缩，代际抚养和照料老年人的观念正在快速转变。

在家庭构成和赡养及照料老年人的生活安排方面，上述变化所产生的实际影响因不同的背景环境而异。在发展中国家，由于老年人享有正规社会保护机制的机会很有限，他们不得不依靠家庭和社区照料。然而，近年来这些非正规保护机制受到愈来愈大的制约，一来是因为人口老龄化进程本身所产生的压力与日俱增，二来是因为有些情况下越来越多的妇女加入劳动力大军，同时人们对照料父母和一般老年人的观念也发生了转变。发达国家则可能需要扩大对老年人的正规长期护理服务范围，包括养老院生活，同时发展各种替代服务，使老年人可以按照自己的意愿在家里养老。

《马德里老龄问题国际行动计划》（联合国，2002年a）十分重视确保建立有利和支持的环境，将保障老年人福祉的政策和方案作为一个关键行动领域。该议程不仅关系到确保可持续的正规和非正规老年护理制度的重要地位，而且关系到老年人是否有适当的生活安排和住房；以及他们是否有可能参与当地社会的政治、社会、经济和文化生活。老年人的数量增多及其生活安排上的变化也增加了老年人遭虐待、受忽视的风险。确有迹象表明，许多国家都存在着虐待老年人和基于年龄的歧视问题。为了扭转这种不良趋势，需要采取具体的行动。而这些行动——正如本章所论述的那样——均应体现这样一个广泛共识，即更充分地承认并且更有效地利用老年人可能为社会做出的贡献。这些措施要确保老年人更多地参与经济活动并建立适当的保障机制，以保护老年人的人权及赋予他们的政治权利。

本章分析了需要恰当做出政策反应的三个领域：老年人的住房状况和生活安排；增强老年人能力及其参政问题；以及切实保障老年人人权的法律体制和社会意识。与此有关的另一个问题是如何促进老年人参加劳动，这个问题将在第四章探讨。

《马德里老龄问题国际行动计划》提供了利用老年人对社会所做贡献的框架



## 变化中的生活安排和住房需求

在世界许多地区，核心家庭的规模和构成发生了深刻变化

第二章述及的生育率和死亡率下降的趋势，有助于说明核心家庭在规模与构成方面的变化，这种变化在世界许多地区与大家庭的作用日渐减弱有关联。主要因为工业化进程引发的从农村向城市的快速迁徙，是促使大家庭功能减弱的一个因素。近年来国际移民流量加大，进一步加剧了大家庭的退化趋势。此外还发现，学历的增长对生育率水平和家庭构成产生了重要影响：随着学历的提升，家庭愈来愈趋向于小型化(Oppong, 2006年; Bongaarts和Zimmer, 2001年; 联合国, 2005年b; 第三章)。

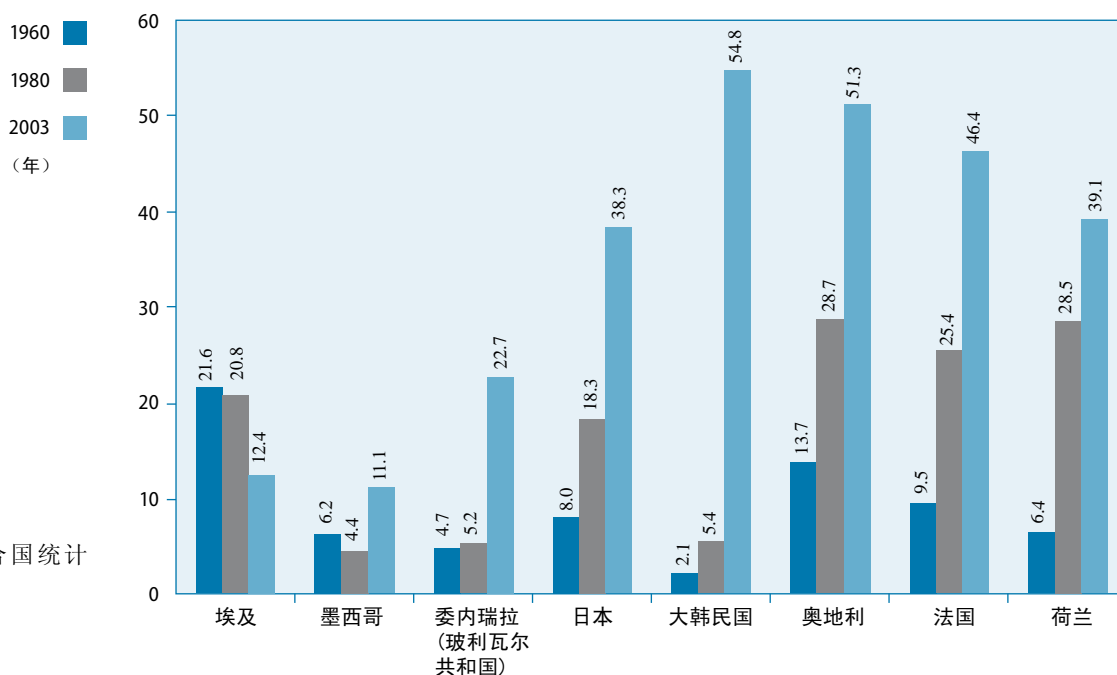
其他文化和社会因素，诸如晚婚、单身率和离婚率增长等，也对家庭规模和结构有影响。这些因素反映了世界各国在价值观和生活方式上的变化。在过去30年中，世界所有地区的初次结婚年龄都提升了(联合国, 2000年)，大多数国家的离婚率也在大幅上升(见图三.1)。

妇女解放，包括她们更积极地参与劳动力市场和通过现代避孕方法增强对生殖行为的控制，是降低生育率的重要因素。在发达国家，无子女家庭现已成为一种普遍现象。例如，在德国西部，1960年以后出生的男女预期有三分之一的人决定终身不育(Dorbritz和Schwarz, 1996年)。

家庭规模缩小和独居生活影响到老年人的福祉

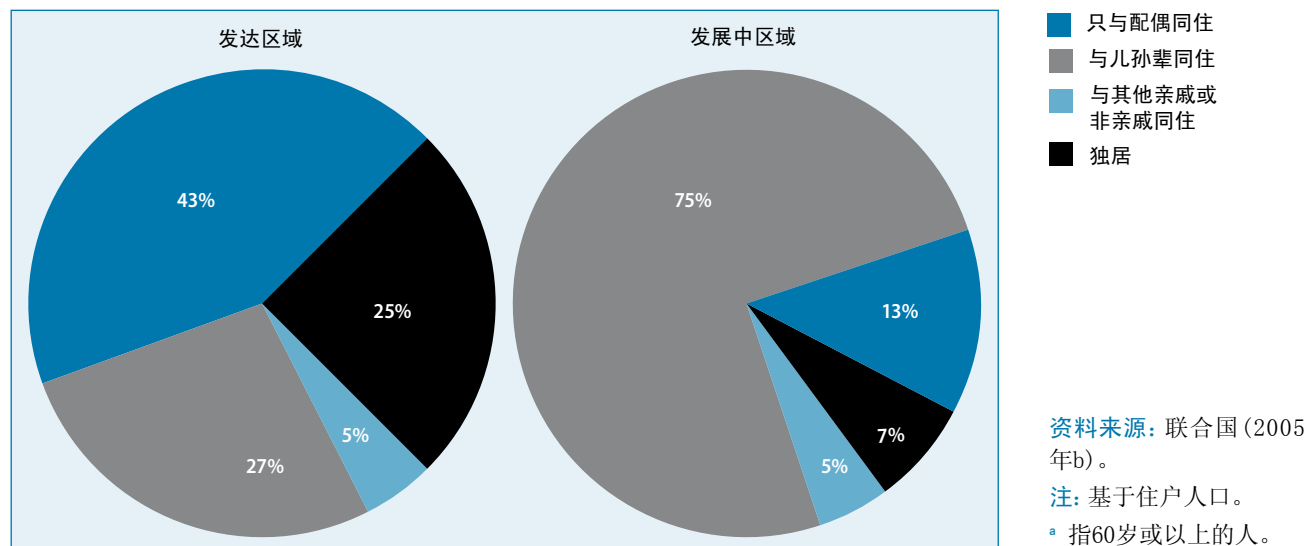
所有这些因素都导致家庭规模和结构发生了迅速变化。家庭平均人口现已减少，东亚现为3.7人，东南亚为4.9人，加勒比地区为4.1人，北非为5.7人，发达

图三.1  
1960年、1980年和2003年选定国家离婚率变化情况（每100个婚姻的离婚数量）



资料来源：联合国统计局。

图 3.2  
发达区域和发展中区域老年人的生活安排<sup>a</sup>



国家为2.8人(联合国，2003年)。此外大家庭也在向小家庭转变，包括一口之家的家庭数量日渐增多。这些变化对老年人的福利和生活安排带来了重要后果。

### 生活安排和住房需求<sup>1</sup>

在所有国家，大多数老年人依旧住在本社区自己家里，这种现象有时叫做“原地终老”。<sup>2</sup>在发展中世界，绝大多数老年人生活在数世同堂的大家庭里，而且多半跟儿孙辈同住，有的还同其他成年人一起生活。与配偶一起生活的老年人仅占13%；独居的比例也很小(7%) (见图三. 2)。对比之下，在发达世界，与配偶生活在单一世代家庭的老年人比例最大(43%)，独居老年人占25%。发达国家的老年人生活在非家庭居住环境的可能性比较大，但总的来说，所有国家都只有很小一部分老年人生活在各种机构护理中心。

无论在国与国之间还是在一国范围内，老年人的生活安排都有很大差异，尽管如此，大多数国家都存在着一种缓慢但有增无减的独居趋势。1994年，发达国家独居老年人的比例差异极大，少则像西班牙的14%，多则像丹麦的40%。在发展中国家，这个比例就小多了(联合国，2005年b，表二. 3)。全世界约有七分之一(或者9 000万)老年人独居。近几十年来，大多数地区和国家的这一比率都在上升(图三. 3)。虽然变化的平均速率还不太高，不过这一趋势可能还将持续下去并产

而在发展中国家，绝大多数老年人依旧生活在数世同堂的大家庭

发达世界独居老年人增多，加大了对额外支持的需要

<sup>1</sup> 本节提供的统计证据遵循国际公约界定的“老年人”定义，即60岁或以上的人为老年人(另见第一章)。

<sup>2</sup> 可查阅：<http://www.tsaofoundation.org>。

生重大社会后果，尤其是老年妇女独居的可能性更大，因为一般来说她们比配偶要长寿。独居的结果可能会加剧老年人的与世隔绝状态，使家人更加难以安排对他们的照料。对老年人还需要提供更多的支助服务，使这些老年人有可能在自己家里养老(联合国，2005年b)。

### 发展中世界的老年人生活安排

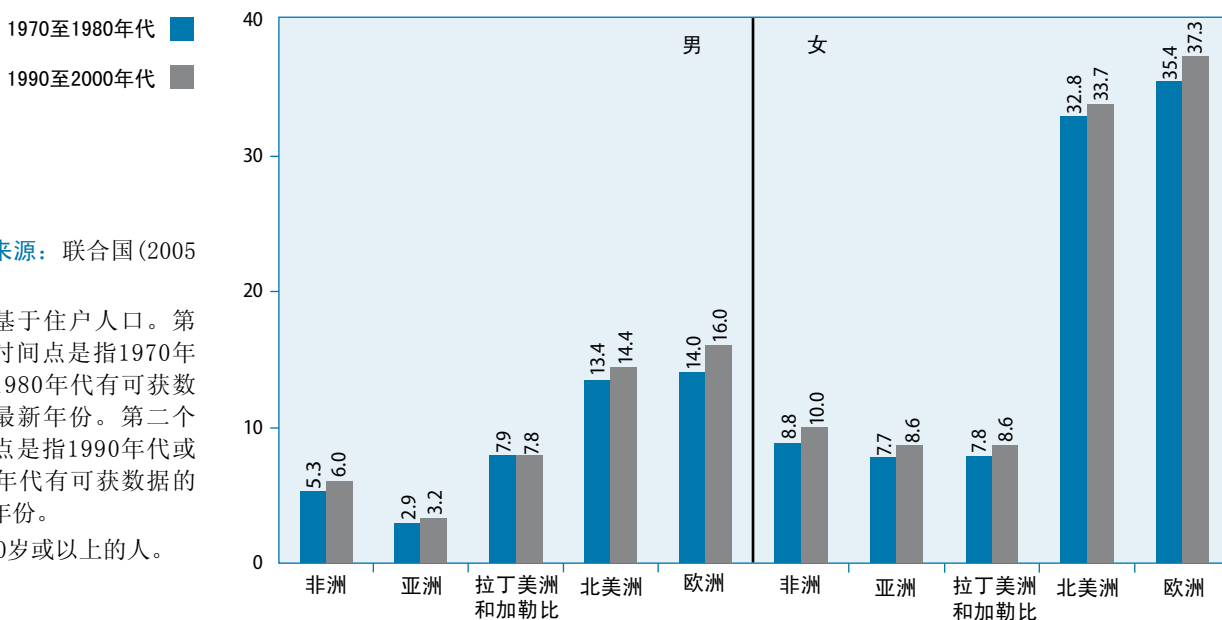
在发展中国家，大多数老年人与其成年子女一起生活。在非洲和亚洲，大约平均有四分之三的60岁或以上的老年人与其成年子女一起生活。在拉丁美洲和加勒比，相应的比例约为三分之二(图三. 4)。发展中国家独居老年人的比例不到10%。在一些国家这个比例有所下降，但在大多数发展中国家则在缓慢上升。加纳属于例外，该国独居老年人的比例显著上升，在1980-1998年期间从12%升至22%，几乎翻了一番(联合国，2005年b，表二. 3)。

在发展中国家，一般来说对老年人的社会支助方案很有限，因而独居生活的问题尤其难以解决(联合国，2005年b)。此外，由于缺乏资金和人力资源，也限制了发展中国家提供机构护理的能力，这个问题将在第六章详细讨论。例如，在拉丁美洲和加勒比地区，只有1%到2%的老年人生活在机构护理设施(Pelaez，2006年)。

人口日益城镇化是发展中世界现代化的一个重要方面。大多数发展中国家都在相对较短的时期内同时经历了人口老龄化和城镇化。预测到2050年，发展中国家60岁或以上的老年人人数将接近于目前水平的四倍之多，而居住在城市地

发展中国家的快速城镇化进程也影响到老年人的福祉

图三.3  
各主要地区在两个时间点上按性别分列的独居老年人比例平均值<sup>a</sup>

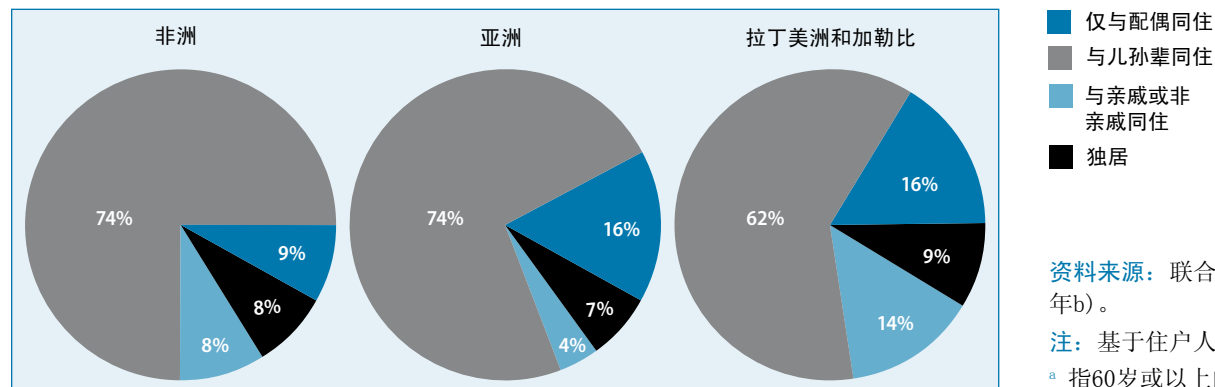


资料来源：联合国(2005年b)。

注：基于住户人口。第一个时间点是指1970年代或1980年代有可获数据的最新年份。第二个时间点是指1990年代或2000年代有可获数据的最新年份。

<sup>a</sup> 指60岁或以上的人。

图 3.4  
非洲、亚洲、拉丁美洲和加勒比地区老年人的生活安排<sup>a</sup>



资料来源：联合国(2005年b)。

注：基于住户人口。

<sup>a</sup> 指60岁或以上的人。

区的老年人人数将从1998年的5.60亿增加到2050年的9.08亿(联合国人类住区中心(人居中心), 1999年)。<sup>3</sup>由于城乡收入普遍存在很大差距,加之大量年轻家庭成员从农村迁徙到城市,就使得农村的老年人更加有可能在社会上和经济上易受伤害。

从农村迁居城市的老年人一般都会遇到各种不同的问题。除了经济上有困难以及缺少稳定的收入来源之外(见第五章),他们还往往面临失去社交网络,以及城市地区缺乏支助的基础结构等问题。由于交通不便,又没有适当机会使自己融入城市环境,这些来自农村的老年人面临着更大的孤立无援和边缘化的风险,尤其在体弱和/或残疾限制了他们的活动能力的情况下。

### 发达世界老年人的生活安排

在发达国家,有三分之二以上的老年人要么独居要么只与配偶一起生活(见上面图3.2)。与儿孙辈或其他人一起生活者占老年人的三分之一。虽然还缺乏对生活在机构护理中心(比如养老院和生活助理设施)的老年人人数的综合统计数据,但现有的信息的确表明,发达国家只有很小一部分老年人口生活在长期护理设施中。接受这种护理的老年人一般都是因为体弱多病或者因为残疾而难以生活自理,或者需要特别医疗服务。在欧洲和北美洲,机构护理曾经在数十年内处于增长趋势,但是由于提供这种长期护理所需的成本不断上涨,加之许多老年人愿意留在自己家里养老,致使近年来养老院和生活助理设施的增长趋于放缓。因此,人们开始倾向于基于家庭和社区的护理制度,这种护理使老年人能够在家养老。巨大的成本差额是主要考量因素。例如,在美国南卡罗来纳州,使老年人能够在家养老的一系列服务,包括家里自供饭食、个人服务和成人日常服务在

<sup>3</sup> 该中心报告中的计算值假定,城乡地区的年龄结构(指60岁或以上人口比例)是一样的。但实际情况并不一定如此:农村地区的人口年龄结构往往比较老。

在发达国家，帮助老年人留在自己家里养老的替代方案正在日益兴起

内，每人每年大约只需822美元。对比之下，一个人要是住养老院，每年则需要花费25 000到37 000美元。<sup>4</sup>如果人口老龄化需要扩大机构护理的话，第六章所提供的未来公共保健费用估计数可能还会高得多。

在发达国家，对老年人的替代型生活和照料安排变得越来越重要。“原地终老”运动<sup>5</sup>对这一趋势产生了一定的影响，表现在提倡主要通过支持社区巡回护理来帮助老年人留在自己家里养老的政策和方案。老年人可在自己家里获得各种各样的服务，包括个人服务、饭食、室内清洁、料理家务、保健护理，以及健康问题的处理。社区的服务包括日护理，集体伙食，以及社交活动中心。通过提供这些社区服务，以上这些方案及其他方案使得越来越多的老年人口推迟甚至避免了机构护理。

在国家承诺向老年人提供广泛的健康和社会服务，以便于他们在自己家中养老方面，瑞典提供了一个范例。提供的服务包括个人护理和照料，基本任务包括清洁卫生、购物和做饭。由市政当局提供的这些家庭帮助服务，所有65岁或以上的瑞典人都可以享受。2004年，有9%的老年人获得了某种形式的家庭服务(瑞典卫生与社会事务部，2005年)。

澳大利亚哈蒙德社区护理服务提供了另一范例，他们的服务使得患有痴呆症的老年人能够在自己家里获得原地终老方案的支助。这种一揽子护理的服务范围包括从个人护理和家庭帮助到医疗协助等一系列支助(哈蒙德护理团体，2003年)。在美国，新近出现了各种不同类型的计划退休社区，其中包括“自发形成的退休社区”(NORC)和“提供持续照顾的退休社区”(CCRC)，分别侧重于向社区居民提供支助性服务的不同类型生活安排。自发形成的退休社区是随着社区居民生长变老而长期发展起来的，提供一系列协调的保健护理、社会服务，以及教育/邻里间娱乐活动。在开展自然退休社区运动的纽约市，地方政府和慈善组织为运动提供了启动资金(Vladeck，2004年)。

### 住房状况和辅助技术手段

在发展中国家，老年人的住房状况因其收入水平不同而差别悬殊。表三.1和表三.2载有拉丁美洲国家住房状况的统计数据。大多数老年人都不是承租者，也不大可能住在“贫民”区(亦即棚户区)。只有在海地，住在贫民区的老年人比例大大高于25-49岁成年人口中的这一比例。在许多拉丁美洲国家，老

<sup>4</sup> 这个成本差额假设提供同等的服务。接受机构护理的老年人通常在做日常杂活儿方面需要更多的帮助，并且需要给予更多的医务护理。如果把提供服务的类型和质量考虑在内的话，上文的成本比较可能过高估计了实际成本差额。关于成本比较，可查阅：[http://www.aarp.org/states/sc/sc-news/what\\_are\\_home\\_and\\_community\\_based\\_services.html](http://www.aarp.org/states/sc/sc-news/what_are_home_and_community_based_services.html)。

<sup>5</sup> “原地终老是一个老年学概念，它强调支持老年人尽可能长久地留在自己家里和本社区的重要意义以及这样做的各种办法”(http://www.tsaofoundation.org)。这个概念促进了许多旨在帮助老年人留在自己家里养老的政策和方案。

表三.1

拉丁美洲按年龄组分列的住房状况

	作为房主的百分比				在贫民区有住处的百分比				用低劣材料搭建住所者的百分比			
	所有年龄组 (i)	60岁以上 (ii)	50-59岁 (iii)	25-49岁 (iv)	所有年龄组 (i)	60岁以上 (ii)	50-59岁 (iii)	25-49岁 (iv)	所有年龄组 (i)	60岁以上 (ii)	50-59岁 (iii)	25-49岁 (iv)
玻利维亚	64	86	80	58	21	11	16	23	55	66	59	51
巴西	70	82	78	65	1	0	0	1	3	3	2	2
智利	65	84	76	54	3	2	1	3	10	13	9	9
哥伦比亚	59	82	64	48	1	0	1	1	20	21	20	19
哥斯达黎加	74	85	85	70	1	1	1	1	5	4	4	5
厄瓜多尔	70	85	81	61	..	..	..	..	..	..	..	..
萨尔瓦多	69	80	79	65	6	3	4	6	27	31	25	25
危地马拉	78	87	86	74	..	..	..	..	30	34	29	29
海地	67	84	78	58	20	24	20	18	26	32	28	24
洪都拉斯	71	85	83	66	6	2	2	7	10	14	10	9
墨西哥	73	86	84	67	..	..	..	..	32	36	30	31
尼加拉瓜	77	87	88	73	8	6	5	9	22	20	20	23
巴拉圭	81	89	89	78	16	16	14	16	2	4	3	2
秘鲁	76	89	85	68	9	6	7	11	18	11	12	22
多米尼加共和国	67	86	79	57	45	42	42	45	8	10	8	7
乌拉圭	64	76	71	50	2	2	2	1	..	..	..	..
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)	76	91	84	69	8	5	5	9	10	8	7	11

资料来源：Gasparini等人(2007年)。

年人比其他年龄组的人更有可能住在用低劣材料搭建的住所里。玻利维亚、智利、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、墨西哥、巴拉圭、多米尼加共和国和海地就是如此。

在玻利维亚、巴拉圭和智利等国，老年人在家里有饮用水供应的可能性较小，但是在尼加拉瓜、哥伦比亚和委内瑞拉玻利瓦尔共和国情况就好一些。在玻利维亚、巴西、智利、厄瓜多尔、萨尔瓦多、洪都拉斯和多米尼加共和国，老年人还更有可能住在没有卫生间的住所。在不享有生活污水排放条件方面，智利、厄瓜多尔、萨尔瓦多、洪都拉斯和墨西哥的老年人情况较糟糕。

联合国人类住区中心(人居中心)(1999年)报告所载的对埃及老年人的采访结果，揭示了当地老年人的穷苦生活状况。目前还缺乏对老年人与其他年龄组成年人做比较的系统化证据，但是在开罗周边不同地方受访的老年人确实住房十分拥挤，缺乏适当的通风，并且公共卫生条件很差，自来水管线和废物处理网点覆盖面都很不充分。垃圾收集和处理系统不健全。虽然大多数住所室内都有自来水供应和私人洗浴条件，但是有三分之二的受访者报告说他们不得使用公共厕所，还有少数人只能在户外淋浴。

在许多发展中国家，老年人依然无法享有适足住房和获得饮用水和卫生设施的机会

表三.2  
拉丁美洲按年龄组分列的享有基本住房服务的情况(%)

	饮用水入户				卧室有卫生间				有下水道			
	所有年龄组 (i)	60岁以上 (ii)	50-59岁 (iii)	25-49岁 (iv)	所有年龄组 (i)	60岁以上 (ii)	50-59岁 (iii)	25-49岁 (iv)	所有年龄组 (i)	60岁以上 (ii)	50-59岁 (iii)	25-49岁 (iv)
玻利维亚	77	73	77	78	66	59	67	69	46	52	52	44
巴西	96	96	97	97	69	69	71	69	56	58	59	56
智利	95	94	95	96	87	87	90	87	80	78	82	81
哥伦比亚	76	81	76	74	79	80	78	78	57	55	57	58
哥斯达黎加	96	95	96	96	95	94	95	95	28	34	32	25
厄瓜多尔	73	73	73	73	79	75	79	80	45	42	46	46
萨尔瓦多	59	61	66	58	35	31	41	37	32	28	37	34
危地马拉	66	67	71	67	46	46	50	44	38	39	40	37
海地	14	15	12	15	4	3	4	4	..	..	..	..
洪都拉斯	35	33	39	35	44	39	47	44	34	29	35	36
墨西哥	88	89	90	88	65	64	69	65	71	71	74	71
尼加拉瓜	61	65	62	61	23	26	25	21	17	20	19	15
巴拉圭	70	67	69	72	61	60	62	62	8	10	8	7
秘鲁	61	64	69	57	58	57	65	56	48	52	58	44
多米尼加共和国	71	72	73	71	60	57	62	62	23	24	25	22
乌拉圭	99	99	99	99	94	96	95	93	64	71	68	64
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)	94	95	95	94	89	91	92	89	72	76	77	70

资料来源: Gasparini等人(2007年)。

老年人的福祉和继续在家里独立生活的能力, 可以通过以下途径来实现: 一是在住户家里提供基本服务; 二是改变住房设计和提供辅助技术手段。辅助技术手段是个通用术语, 它包括各种辅助性的、适应调整性和康复性器具, 老年人和残疾人可以借助这些器具完成以往办不到的或者费很大劲才能办到的事情, 从而增强他们独立生活的能力。

为老年人提供住房所要考虑的重要因素包括行动方便和安全。在日本, 为了对快速老龄化的社会做好准备, 建设省提出了关于住房设计准则的建议(Novelli, 2005年)。在其他国家, 则比较侧重于改造房屋以便更好地满足老年人的需要。(美国)马里兰州的服务提供商联合会启动了一项叫做“霍华德县房屋联合改造”的方案, 对住房改建提供支持(Horizon Foundation, 2005年)。作为一项大规模原地终老倡议的一部分, 老年人可以获得对自家房屋的评估, 并在必要时为其进行维修或改造, 使住房更安全, 更便于老年人活动。

辅助技术和改进住房设计可以提高老年人的独立生活能力, 但是有可能费用昂贵

近年来学术界和产业界都在开发辅助技术。在过去几年里, 在生活安排中应用了更多的现代信息和通讯技术(ICT)和家庭智能型技术(Meyer和Mollenkopf, 2003年)。这些项目大多集中于发展辅助性技术以增强老年人的身体机能, 以及适应性技术以便老年人有更多的机会使用信息和通讯技术。这些技术包括老年护

理机器人，以老年人为主要受众的互联网站、通讯器具，以及帮助行走和用餐的智能器具(Hirsch等人，2000年)。在意大利，国家住房方案最近拨款资助包括“邻里协议”在内的倡议，一些市政厅借此促进以新技术为基础的住房创新计划(Novelli, 2005年)。

目前在推广改善住房设计方案和辅助技术以满足老年人特殊需要方面的工作仍局限于发达国家的少数几个城市。1994年，亚洲及太平洋经济社会委员会(亚太经社会)在日本政府支持下发起了一项“无障碍环境”方案，在亚太地区的发展中国家推广实施。具体来讲，亚太经社委发布了对建筑师、城市规划者和工程师设计无障碍物质环境的指导方针，并且正在支持曼谷、北京和新德里的试点项目。这三个城市现已成为发展中世界促进有利于残疾人和老年人的无障碍环境的示范现场。中国、印度和泰国都制定了本国关于促进改善住房设计的技术准则。<sup>6</sup>推广这些创新的工作才刚刚起步，目前还不清楚是否能够以一般可负担得起的成本向发展中国家日益增多的老年人口提供此类技术。

### 对照料和代际扶助的影响

家庭结构的变化对世代之间提供照料和互惠的方式产生了重要影响。一家老少同居曾经是终身互惠安排的中心要素，这种互惠就是成年子女赡养其年迈的父母以报答在其人生早期阶段父母对自己的养育之恩。然而，家庭结构发生变化，加之人口老龄化，向世代间的扶助提出了巨大挑战。这种现象虽然在所有国家都很明显，但是少数几个发展中国家表现尤为突出，它们在相对较短的时期内，在实现现代化的同时经历了人口结构老化。在正规社会支助制度依然有限的情况下，家庭抚养已经在面临愈来愈多的障碍(Cowgill, 1972年；联合国，2005年b)。

随着妇女在正规劳动力市场所占比例的增长，作为老年人个人护理者最大群体的成年女儿需要比以往更频繁地权衡工作责任和照料责任。因离异和再婚而组成的二婚家庭，产生了复杂的代际关系。在这种情况下，发达国家就出现了越来越少的成年子女抚养越来越多的老年人的现象。

家庭构成的这些变化对老年人的生活安排和扶助机制的实际影响，取决于具体环境背景。在大多数老年人都不享有正规社会保障机制的国家，老年人依靠家庭和社区之类的非正规扶助机制；但是这些非正规保护机制近来受到越来越大的冲击，这在很大程度上是因为人口结构转型速度加快，家庭经济风险增长，子女赡养和互惠的规范发生了转变(Aboderin, 2004年；Gomes da Conceição和Montes de Oca Zavala, 2004年)。经济上无保障迫使年轻力壮的家庭成员走出家门，更多地参与挣工资的活动，包括(国内外)移徙打工。年轻劳动者走出当前居所就业，可能会对传统上老年人从子女那里获得生活手段上的扶助产生不利影响，即以做饭、洗衣、家务和购物等形式提供帮助的扶助。

家庭结构发生变化和人口老龄化，向世代间扶助提出了巨大挑战

移徙导致老年人获得子女支助的机会减少

<sup>6</sup> 可查阅：<http://www.unescap.org/jecf/p04barrier.htm>。



目前，并不是所有国家或地区都在经历重大社会变迁。Hermalin(2002年)对菲律宾、新加坡、中国台湾省和泰国进行的一项研究发现，老年人的生活安排没有明显的变化。至少在三分之二的研究案例中老年人依旧和子女一起生活。在泰国，人口中子女住在父母住处附近的比例有所增加，这似乎对老少同住情况的略减是一种补偿。不过，将来的情况还有可能发生重大变化。对中国台湾省20-39岁的妇女进行的调查表明，预期老了以后同已婚儿子一起生活的人的比例已从1973年的56%下降到1986年的45%。同样，在泰国的重点组讨论中，成年子女预见到自己老了之后子女对他们的照料很可能不像他们眼下对父母的照料那么多。

不论在发展中国家还是在发达国家，老年人的生活安排都涉及到相当大的政策问题。在因为缺乏足够的正规的公立和私立支助方案而使老年人更易受伤害的情况下，许多发展中国家依然面临向老年人提供基本社会服务和基础设施的挑战。因此，在采用新形式的非正规和较正规护理办法的同时，还必须完成基本服务和基础设施的扩展。在发达国家，机构护理比较普遍，但是预料不久的将来很可能必须增加投资来扩充所需长期护理设施的数量，以满足对这些服务的日益增长的需求(见第六章)。在人口快速老化的背景下，发达国家面临的另一挑战就是提供替代型(即非机构性的)支助服务，使老年人能够尽可能长久地留在自己家里养老。

在这一点上尚不太清楚的是，未来的社会和机构安排将采取何种形式来提供老年护理。满足老年人的需求并确保尊重他们的人权，就需要实施各种不同的方案和生活安排，以便提供持续性护理，家庭、社区和公共部门则发挥互补的作用。

家庭、社区和公共部门应在为老年人提供持续护理方面发挥互补的作用

### 老年人的社会、文化和家庭贡献

老年人在其所处的社会中向来是社会和文化发展的积极贡献者。某些文化——尤其是土著社区文化——早就承认他们的老者在保持和丰富本社会的社会和文化特征方面做出的宝贵贡献。古代文化规范、信仰和习惯往往通过某种适合当地文化和环境的非正规代际传承制度来保持其活力。传统知识一般是口耳相传，并采取故事、歌曲、艺术形象、文化集会活动、礼仪活动、语言和农作实践等表现形式(联合国，2005年c)。在缺少文字说明的情况下，老年人往往是保持本地社区历史记载所需信息的唯一来源。例如，上一世纪后半叶发生在柬埔寨的种种悲惨事件，就是通过柬埔寨的一个口述历史项目而记载下来，该项目详细描述了柬埔寨老年人在那些动荡年代的经历(联合国，1997年a；国际助老会，2001年)。

其他社会却不那么善于接受并尊重老年社会成员所做的贡献。例如在东中欧，老年人往往被视为给当前面临的困难“雪上加霜”，因为他们与旧政权有牵连(国际助老会，2002年)。有几个国家，比如波斯尼亚和黑塞哥维那、摩尔多瓦和罗马尼亚，公民社会组织正在通过创建社会俱乐部，让老年人有机会参与互助组的志愿活动和向被边缘化的人群提供援助，来帮助抵制对老年人的消极观念。

### 养育孙辈：对家庭世代团结的贡献

随着人口老龄化，应像《马德里老龄问题国际行动计划》所要求的那样，更多地关注加强代际团结。在年轻人和老年人的不同年龄组之间，往往在相互竞争政府资源和政策注意力方面发生冲突。要以更大的努力强调世代之间的协同增效和相互依存关系，而不是利益差别的关系。

由于家庭结构发生变化，祖父母的角色概念也有了新的含义。在大多数国家，老年人在家庭中发挥重要作用。当父母亲都参与劳动市场时，或者在他们双双移徙打工的情况下，老年人(主要是老年妇女)就成了家中儿童和其他亲属的主要照料人。美国人口普查局(2005年)报告揭示，有21%的学龄前儿童在其父母工作时是由祖父母照料，有十二分之一的儿童生活在以祖父母为户主的家庭。Hermalin(2002年)指出，在菲律宾、中国台湾省和泰国，目前由祖父母向同住的和非同住的孙儿孙女提供儿童照料，是这些国家提供支助(物质的和其他方面的)的重要来源。在几辈人同住的穷人家庭，老年人往往通过兼职就业对家庭收入做出重要贡献。例如，在巴西和南非，从老年人的养老金和工作得到的收入是这些家庭的重要收入来源(Lloyd-Sherlock, 2004年b; 另见第五章)。

在艾滋病病毒/艾滋病流行猖獗的国家，尤其是撒哈拉以南非洲国家以及亚洲和加勒比地区部分国家，老年妇女作为家里孩子的主要照料者占有越来越重要的地位。在撒哈拉以南非洲，30%的户主年龄在55岁以上，其中有三分之二的家庭至少有一名15岁以下的儿童。因为暴力、监禁和精神药物滥用等其他许多因素致使父母不在家中，这一状况也迫使老一代人承担起照料孩子的责任。

由于祖父母更多地参与照料孩子并承担其他家庭责任，他们为大家庭的福祉做出了重要贡献。不过要注意的是，这种参与不要损害老年人自身的福利。以损害老年人自身健康为代价迫使祖父母承担更多的家庭责任，可能会增加老年人的负担。在家里缺少年轻成人——即通常所指的“隔代家庭”——的情况下，当老年人不得不照料孙儿孙女的时候，就其收入权利而言便给他们增加了负担，结果会恶化其生活条件。针对促进世代间的团结和维护老年人福利方面的挑战，在设计敏感政策反应的时候需要仔细地评估每一种特定状况。

### 老年人参与社会

鉴于老年人在总人口中的比重日趋增长，他们有可能在政治上、经济上和社会上发挥更大的影响力。实现这一潜能与《马德里老龄问题国际行动计划》的总目标是一致的，即确保人人都能够有保障、有尊严地步入老年，并作为享有充分权利的公民充分参与其社会。要使老年人有可能更积极地参与发展进程，以便将其技能、经验、智慧和知识应用于社会，造福所有人。

在大多数国家，老年人的社会地位及其得以积极参与社会生活的机会往往与其所拥有的经济和政治权力有关联。一个不断增长的老年人组群，尤其是高收

老年人往往补贴大家庭的收入并对家庭成员提供照料

在发展中世界某些地区，老年妇女愈益成为家中孩子的主要照料者

在发展中世界某些地区，老年妇女愈益成为家中孩子的主要照料者

入发达国家的老年人，承载着举足轻重的经济分量，并且往往持有不可忽视的财富份额。由于经济权与政治权联系紧密，被认为在市场上行使相当重要权力的老年人可能会把这种权力转化为重要的政治权力和参政。以德国为例，该国50岁以上的人拥有一半国民财富，且其年消费能力高达900亿欧元(欧洲改善生活和工作条件基金会，2006年a；世界银行，2006年a)。许多公司企业针对这一消费者市场的增长做出了反应，设计专门以老年群体为对象的产品和服务。新兴市场的出现，正在通过创造面向老年人的新产品、新服务以及新的合作和网络，逐渐拓展“银色经济”的就业增长潜力。

在发展中国家，随着人们逐渐变老，陷入贫困、健康不佳和丧失影响力状态的可能性就愈来愈大

而另一极端局面则是，随着人们逐渐变老，越来越容易遭受贫困、健康不佳、缺乏教育、残疾和丧失影响力等诸多因素之苦。这些因素合在一起，限制和约束了老年人充分参与社会生活的能力。譬如，学历低和文盲状态是参与社会和政治活动的主要障碍。2000年，在马耳他70岁或以上的人口当中文盲占23%；在葡萄牙同一年龄组中文盲占25%。虽然这些文盲率在大多数发达国家不具有代表性，但也的确说明，甚至在高收入国家中，文盲状况也是老年人的一大关切问题(联合国，2002年b)。

虽然过去20年来世界上所有地区的文盲率普遍下降，但是总的来说发展中国家的文盲率依然很高。在发展中国家，60岁或以上的人文盲率已从1980年的75%降至2000年的56%，并且预计还将继续下降，到2010年将会降至43%。但是各国在扫盲成就方面还存在着巨大差距。在非洲一些最不发达国家，文盲率依然在90%以上，而在阿根廷、塔吉克斯坦和乌拉圭等国，老年人文盲率则已降到10%以下。

不过，由于识字率的降低主要发生在男性方面，因而拉大了识字率的性别差距。1980年，60岁或以上的妇女和男子在识字率方面相差22个百分点。而到2000年，这个差距已经拉大到28个百分点。例如，在西亚经济社会委员会(西亚经社会)所覆盖地区，老年妇女当中的文盲率较高，因为“在其生活主要受传统控制的年代里，她们没有受教育的机会，致使其与社会隔绝，从而也否定了她们受教育的权利”(El-Safty，2006年，第22页)。

教育和识字是增强老年人能力进程的重要组成部分

这些数字突出说明了老年人口(尤其在发展中国家)在获取和处理与其直接有关的信息方面遇到的困难。不识字的老年人往往不了解自身的权利和应享的福利，包括社会保障津贴。例如，2002年在泰国进行的一项调查表明，60岁或以上的老年人只有半数知道可以领到老年社会保障金，而实际领到这种津贴的人仅占总人数的5%(Cheng, Chan和Phillips, 2006年)。在增强老年人能力和扩大其继续为社会及其发展做贡献的机会的进程中，教育和识字是重要的组成部分。参加社会、经济、文化、体育、娱乐和志愿活动，也有利于增加和维持老年人及整个人口的福利。

近年来，大多数发展中国家都在普及初等教育和缩小教育程度的性别差距方面取得了长足进展。因此可以预料，今后50年内，随着当今一代儿童进入老年期，缺乏教育对增强能力的这种消极影响将会大大减弱。

### 参与政治

老年人通过各种不同层次积极参政——即在个人层面(投票选举)、在团体层面(参加老年人组织)和在政府层面(成立老年人咨询机构)——可以最有效地表达他们的意见。人口结构转型本身已经引起了决策者对关乎老年人的问题的注意；与此同时，老年人在更大程度上的参政已成为吸引对其需求注意力的一个重要因素。

### 投票权

在许多国家，老年个人与其他年龄组的人相比在行使其民主投票权利方面表现出较大的积极倾向。例如，在哈萨克斯坦，老年人是一个积极的选民群体，在最近的几次选举中，65岁或以上选民的投票率高达72%，相比之下35-40岁选民的投票率只有50%(联合国开发计划署和联合国人口基金，2005年)。同样，在大不列颠及北爱尔兰联合王国，目前在总人口中老年人投票率最高，远远高于较年轻的其他年龄组；以2005年的议会选举为例，65岁或以上有投票意向的选民人数相当于18-24岁有此意向选民人数的两倍，这两个年龄组的投票率分别为75%和37%(国际民主和选举援助学会，2006年a)。

老年人可以通过积极参与来表达自己的意见

在美国也是如此，虽然过去20年来较年轻年龄组的投票率一直在下降，但65岁或以上的美国人的投票率却一直保持稳定或者略有上升；实际上，现在老年人是最积极的选民群体(美国人口普查局，2005年)。不过，没有证据说明老年人形成了一个统一的投票集团：他们的政治主张各不相同，并且投票支持多个不同的候选人。可是他们正在成为一股有影响的势力，在涉及到对他们最有影响的问题和政策时，比如在当前围绕社会保障改革和长期护理保险问题展开的辩论中，不可不加以考虑。2003年美国医疗护理方案扩大到包括处方药物使用范围，就是老年人政治影响力增长的一个结果。

并不是所有国家都有老年人享有高度参政权利和影响力的类似传统。2005年利比里亚总统大选第一轮选举数据表明有两个投票率最低的群体：一是68岁或以上的老年人；二是18-22岁的年轻人(国际民主和选举援助学会，2006年b)。在其他国家——主要是在撒哈拉以南非洲，老年人仅占总人口的5%，而15岁以下的儿童则占41%，因而有关老年人的政策优先地位就相对较低。老年人的能力也不大可能得以大大增强，足以引起人们对他们所关切事项的注意。

老年人组织有助于引导和利用他们的政治影响力

### 老年人组织

各种老年人组织——尤其是往往没有发言权的老年妇女的组织——通过提倡和促进几代人之间的互动作用，为促成老年人的参与提供了重要途径。另外，这些团体还有助于引导和利用老年人的政治影响力，并确保他们有效参与辩论和各级政府的决策过程。

在老年人组织方面现有好几个成功且有影响力的实例，包括拥有3 600万会员的(前)美国退休人员协会(AARP)，以及瑞典半数老年人所属的养老金领取者组织。工会组织也为老年人提供了重要代表途径，尤其在欧洲，大多数退休劳动者依然是活跃的工会会员(Peterson, 2002年)。这些组织向老年人提供信息、宣传鼓动、资源、活动和支持，并对经济和社会决策过程施加相当大的影响力。

国际助老会是一个出色的全球非政府组织网络，其宗旨是改善处境不利的老年人的生活。该网络由分布在大约50个国家的下属组织组成，这些国家都承诺支持该组织的实际方案，让失去权力的老年人有表达意见的机会，并且能够影响地方、国家和国际层面的决策过程(国际助老会，2006年a)。行动的目标在于鼓励政府和社区承认处境不利老年人的需求、价值和权利，并将这些方面纳入其方案。近年来，国际助老会在撒哈拉以南非洲倡导社会养老金办法以帮助穷困老年人方面特别具有影响力。

还有其他许多出色的国际非政府组织也代表老年人的利益。<sup>7</sup>它们包括国际老龄问题联合会(IFA)、国际老年人协会联合会(FIAPA)和欧洲老年人联合会(EURAG)。这些组织通过开展各种活动影响政策，参与草根民众活动，加强公私伙伴关系，从而改善了老年人的生活质量。此外，它们还通过挑战老年问题上的陈腐定型观念努力改进老年人的形象，突显老年人的社会贡献，以抵消人口老龄化造成的经济挑战侧重点的不平衡(全球老龄行动，2006年)。另一个实例就是国际老年学和老年病学协会(IAGG)，这是在老龄问题方面研究和专业人员的一个国际组织。它的会员组织分布在64个国家，致力于在全球范围内促进老年学研究和培训取得最高水准的成就。

### 咨询和顾问委员会

已经成立咨询委员会的几个国家意在吸纳老年人参与政策监督

有几个国家还在制订和评估政府相关方案方面与老年人协商并吸收他们共同参与。在这方面走在最前面的国家已经设立了主管老龄问题的部一级或类似级别的政府办公室，比如卫生和老龄部(澳大利亚)，公共卫生局老龄问题和老年人司(加拿大)，老龄问题全国委员会(中国)，联邦家庭事务、老年公民、妇女和青年部(德国)，以及老龄问题管理局(美国)。

<sup>7</sup> 有关致力于这些老龄问题的国际非政府组织的更多信息，可查阅：<http://www.ifa-fiv.org/en/accueil.aspx>；<http://www.thematuremarket.com/SeniorStrategic/fiapa.php>；和<http://www.eurag-europe.org/>。

许多国家成立了由学术界、私人部门和非政府组织的代表组成的独立咨询机构，来处理老龄问题和老年人所关切的事项。这些咨询机构的一般任务是就制订和实施相关政策向政府提供咨询，它们可以充当政府决策的监督机构。咨询机构可以构成一个重要机制，借以在地方和社区级广泛征求意见并对政策实施过程进行经常性的密切监督。它们还可以在评估新方案的影响和改进方案成果方面发挥作用。

目前，奥地利、智利、危地马拉、印度和墨西哥等许多国家都有这种咨询机构。例如，奥地利成立了一个独立的老年公民理事会，其权责类似于商会，该机构现已成为有关老龄问题国家政策讨论的主要谏言者。智利成立了国家老年人服务局，包括一个由老年人组织、学术界和与老年人打交道的机构代表组成的顾问委员会。危地马拉有一个保护老年人全国委员会，负责与公民社会和老年人组织进行协商。在印度，由政府代表(占25%)和学术界及城乡社区的退休人员(占75%)代表组成的老年人全国委员会被中央政府认定为负责监督老龄政策的监督机构。在墨西哥，国家老年人研究所要求在相关问题的咨询机构中应该包括老年公民代表。许多这类咨询机构的共同特点在于其享有的独立性，凭借这种独立性，这些咨询机构就能在监督实施《马德里行动计划》方面发挥应有的作用。

还有一个挑战，就是如何确保这些咨询机构作为有效机制，在关乎老年人福利的各种问题上进行广泛协商并且具有代表性，同时适当考虑到城乡地区在老年人可以享受的服务和福利方面存在的基于收入水平、族群和性别的重大差异。在那些传统上存在的不平等向来把人口中很大一部分群体排除在政治辩论之外的国家，上述挑战尤其关系重大。那些还没有老年人参与政策辩论的正规机制的国家，则面临着双重挑战：既要增加创建老年人组织的机会，又要扩大政府内为让老年人积极参与政策制订与监督所需政策空间。

如何在不分种族、族群、收入水平或性别的前提下确保与老年人进行广泛协商，这对于存在着高度不平等的国家依然是一个挑战

### 增强老年社会成员的能力

根据国际老龄问题联合会提出的定义，“增强能力”是指增强老年人的“做出知情选择的能力，施加影响的能力，为社会持续做贡献的能力，以及利用服务的能力”（Thursz、Nusberg和Prater，1995年）。在这个意义上，增强能力与积极参与密切相关。

有若干因素妨碍着老年人更积极地参与社会，其中包括生活贫困、健康不佳、受教育程度低、交通不便、享受不到服务机会、社会上对老年人的消极定型观念、以及或明或暗的年龄歧视(同上)。增强老年人能力的目的就在于克服这些障碍，最大限度地利用老年人的潜在社会贡献，并提高其生活满意度。

贫困、健康不佳和消极定型观念妨碍老年人积极参与社会

在增强能力过程中的一个重要要素，就是要加大执法力度，以保障国家宪法和国际人权公约规定的老年人权益。最近的实例包括2000年11月27日欧洲联盟理事会第2000/78/EC号指令，该指令确立了关于就业和职业平等待遇的总体框架，

要求各成员国在2006年底以前制定国内立法(第18条),将就业和职业培训中的年龄歧视规定为非法(见第四章)。另外,有些国家通过立法将虐待老人定为犯罪,并且对某些加害于老年人的犯罪加重处罚。例如在拉丁美洲和加勒比地区,约有80%的国家制定了保护老年人权益的立法或政策,其中包括有关机构中虐待和忽视问题的培训和监控措施(Pelaez, 2006年)。不过,这方面往往缺少执法机制。

有效地执行保护公民人权的法律制度,对于增强老年人能力至关重要

增强老年人能力的首要步骤就是保证维护公民人权的法律和司法制度能够得到有效的执行,以便在公共机构、社区和家庭等各种环境中消除老年人被边缘化和受虐待的风险。在有些国家,文化和传统可能对老年人在主流社会、经济、政治和社区生活中受歧视的程度有影响。在大多数极端情况下,否定老年人的人权或者在这方面执行不力都会导致对老年人的忽视、虐待和暴力行为。

### 与对老年人的忽视、虐待和暴力行为作斗争

人们承认对老年人的虐待、忽视和暴力行为是严重的问题

虐待和忽视老年人并不是新鲜事。一些证据表明,自古以来家庭和社会中就有虐待老年人的行为。近几十年来,由于人口老龄化和人们提高了保障老年人福祉的意识,这些问题已引起人们的关注。通常人们承认对老年人的虐待、忽视和暴力行为是严重的问题,但这个问题在不同国家达到何种严重程度以及它的演变情况如何,对其评估手段的发展却重视不够。

人们对如何界定“老年”和“虐待”意见不一,因而缺乏有关虐待老年人的系统性数据

就方法而言,至少有三重障碍可以解释为什么缺少关于虐待老年人的系统数据。第一个障碍关系到“老年”本身的定义:一些国家使用的鉴别老年人的基准尺度各不相同。在大多数国家,老年都与退休年龄相关联,而各国的退休年龄不尽相同。在其他一些国家,老龄概念则与体能下降和没有能力继续履行家庭和/或社会责任有关联(见第一章)。第二个困难在于虐待的定义。预防老人受虐国际网络组织建议,“在任何有托付期待的关系中因为发生一次或重复多次的行为,或缺少适当的行动,而给一位老年人造成了伤害或痛苦,即为虐待老年人”;并且列举了几类虐待行为,诸如:肉体虐待;心理或情感虐待;经济或物质虐待;性虐待;以及忽视(见世界卫生组织,2002年a,第126-127页)。第三个问题是缺少度量上述定义的每一种虐待方式的确切指标,并且缺少举报机制来收集和适当记载虐待行为所需要的信息。在度量虐待行为方面牵涉的其他复杂因素与各国之间甚至一国之内的文化差异有关联。在有些文化中,亦可将老年人的家庭责任负担过重视为虐待老年人,而在别的文化中则把这种情况视为传统的一部分。

然而,缺乏系统性证据并不意味着不能鉴别虐待问题。用以评估这个问题的各种不同的手段表明,虐待老年人的行为在老年人的家庭成员当中、在社区以及在服务提供者当中很普遍。但另一方面,又很难在缺乏信息的情况下准确地估计问题的严重程度及其在一定时期的演变情况。<sup>8</sup>

<sup>8</sup> 在评估其他年龄组受虐待问题时,也遇到了缺乏适当定义和数据的类似问题。这些问题妨碍对不同年龄组受虐待的证据进行任何有意义的比较。

加拿大、芬兰、荷兰、美国和联合王国都曾进行过关于家庭虐待的专项调查。通观所有形式的虐待证据——肉体的、心理的和经济上的虐待加上种种忽视的情况——可以看出，这些国家住在家里的老年人约有4%到6%受到过某种形式的虐待(世界卫生组织, 2002年a)。<sup>9</sup>

不过，从更大范围的研究来看，虐待老年人事件的发生率一般来说差别很大，其部分原因就在于上面讨论的缺少一个统一的定义。加拿大的一项全国调查发现，有4%的老年人在65岁以后不同程度地遭受过肉体虐待、心理虐待、忽视或经济上的虐待(Podnieks, 1992年)。丹麦和瑞典采用较宽泛的虐待老年人定义(其中最常见的方式是偷窃)通过电话采访进行了一项全国调查，结果显示虐待发生率为8%(Tornstam, 1989年)。在联合王国，发现老年人当中有5%受过口头虐待，2%受过肉体虐待，2%受过忽视(Ogg, 1993年)。调研结果表明，澳大利亚的虐待老人发生率为0.58%(Boldy等人, 2005年)，哥斯达黎加为2.2%(统计和普查总局, 1994年)，芬兰为5.7%(Kivela等人, 1992年)，大韩民国则为8.2%(Cho, Kim和Kim, 2000年)。可是，由于这些研究在做法、参考时期和定义上各不相同，也就不可能相互比较并得出关于老年人受虐待范围的结论。

住在长期护理设施里的老年人也有可能遭受虐待和忽视。政府报告和个人经历都在一定程度上反映了在小范围的地方层面发生的虐待行为。遗憾的是，在国家一级还没有关于在住户或机构长期护理设施的虐待行为发生率及其在一定时期演变情况的资料。然而，关于在机构环境下确实存在的虐待行为发生率的数字高得令人吃惊。世卫组织(2002年a, 第130页)援引了出自美国某州一家养老院的数据。在这个养老院，有36%的工作人员在上一年见证过至少一名工作人员对老年人施加肉体虐待的事件；有10%的工作人员承认至少有过一次肉体虐待行为；另有40%的工作人员承认至少有过一次心理虐待行为。在德国对养老院工作人员进行的一次小样本调查中，79%的人承认在此前两个月内对住院老人至少有过一次虐待或忽视行为；有66%的人见证了他人的类似行为，而其中最常见的方式是忽视和心理虐待(Goergen, 2001年)。

对于一个似乎比普遍承认的要大的问题来说，实施相关对策的一个严重制约因素就是缺少可靠的数据。以保护老年人人权为目的实施《马德里老龄问题国际行动计划》，应包括采取具体行动，为收集评估虐待老年人行为的发生范围、监测一定时期的趋势和便于国与国之间进行比较所需的可靠数据提供方法框架。这些工作必须包括采取行动，克服制约发展可靠统计数据的下述三个障碍，即：(a) 缺少一个关于老龄的统一定义；(b) 缺少关于“虐待”的通用定义和分类方法；以及(c) 需要开发相应的手段以便于度量和报告虐待老年人的行为案例。

各国的虐待老年人行为发生率不尽相同

实施《马德里老龄问题国际行动计划》，应包括采取适当行动，以产生关于虐待老年人的可靠数据

<sup>9</sup> 应当注意到，各国的调查结果不具有可比性，因为每个国家在登记虐待案例时所采用的参考时期是不同的。



### 老年人受虐待的风险因素和应对机制

有许多风险因素可能会促使形成导致老年人在家庭、机构和社会上遭受虐待和忽视的客观条件，其中包括：资源匮乏；在公共事业性机构设施内的培训不足和与岗位有关的压力；社会上的负面定型观念；以及贫困和破坏性的社会行为，等等。关于虐待的新研究方法包括了解个体相互作用的各种不同层次——个人、社区和社会层次——以及被每个层次存在的触发因素(世界卫生组织，2002年a)。在所有情况下都发现，与世隔绝加剧了虐待和苛待风险(Phillips, 1983年；Grafstrom, Nordberg和Winblad, 1993年；Compton, Flanagan和Gregg, 1997年)。

通过研究断定，在有下述风险因素的情况下比较有可能在家庭发生虐待老年人的事件，主要包括：酗酒、药物滥用和精神失常(可能与老年人本人有关，也可能与护理者有关)；身体损害；经济依存性；住户过分拥挤；生活压力大，无暇照料老年人(世界卫生组织，2002年a；Wolf, Godkin和Pillemer, 1984年；Anetzberger, 1987年；和Paveza等人, 1992年)。<sup>10</sup>然而，这些风险因素本身并不足以说明虐待行为的起因。至今尚未明确鉴定家庭虐待的动机和触发虐待行为的因素。为了更深入了解虐待的起因，就需要改进举报制度；而了解到虐待的起因之后，也会据此做出更好的政策反应。

在住院护理的环境中，如果培训不足并且/或者工作人员劳动强度过大，而护理标准低且缺乏监控，就非常容易发生虐待事件。上文所述机构环境中存在的令人吃惊的虐待证据需要予以紧急考虑，并且更好地了解各种风险因素。在社区层面，总体社会关系紧张，高贫困率、高犯罪率和社会混乱，以及代际联系纽带的消蚀等，都是一般虐待和针对老年人虐待的高发生率的助长因素。

各国一直在以各种不同的方式与虐待和忽视老年人的行为作斗争。有些国家(比如阿根廷、加拿大、瑞典、土耳其、联合王国和美国)已将虐待老年人行为纳入其法规适用范围，并且建立了举报和处理虐待案件的制度；但是其他许多国家还没有旨在保护老年人免遭虐待的专项方案(Podnieks, Anetzberger和Teaster, 2006年)。

全世界现已涌现出各种致力于承认存在虐待老年人的问题并就此做出反应的非政府组织，其中包括防止虐待老年人国际网络，这些组织遍及全世界六大地区。现有几个国家一级组织，比如日本防止虐待老年人协会，加拿大防止虐待老年人网络，以及韩国防止虐待老年人信息网络。美国已在州和社区层级确立了地方网络。

虽然针对虐待和忽视案件制定的国家立法和方案在保护老年人方面发挥了作用，但是仍然需要在三个层面采取综合性做法来预防此类案件的发生，并提供

长期护理设施中的虐待行为往往是在工作人员缺乏培训而且对护理标准监控不力的情况下发生的

防止虐待的工作需要创建监测系统，加强司法审判，并改进培训工作

<sup>10</sup> 关于导致虐待老年人的风险因素的更多讨论，可查阅：Homer和Gilleard(1990年)；Pillemer和Suitor(1992年)；Coyne, Reichman和Berbig(1993年)；Anetzberger, Korbin和Austin(1994年)；Reis和Nahmiash(1998年)；以及Reay和Browne(2001年)。

充分的应对措施，包括：(a) 创建监测系统，以便向人们提供一个获取可靠信息的窗口和举报虐待与忽视案件的有效机制，并将此类问题公诸于世；(b) 加强司法审判系统，有效执行国家人权立法并适当惩治虐待加害者；以及(c) 制定和实施国家培训和教育倡议，以提高对这个问题的公众意识，树立更积极的老年人形象，并培养个人照料老年人的适当技能。

在实施这些防止虐待倡议的同时，显然还应辅以向遭受虐待、忽视和剥削的老年人提供适当的服务。在大多数国家，一般通过现有保健和社会服务网来提供这些服务，其中可以包括医疗服务、心理服务和财务服务，以及针对受虐待和忽视的老年受害者的紧急庇护所和支助团体。

### 促进老年人人权

依照《世界人权宣言》(大会第217 A(III)号决议)保障和维护老年人人权，是减少老年人受虐风险和增强老年人能力的一个重要途径。这种人权做法还突出强调《马德里老龄问题国际行动计划》的各项原则。实际上，当1982年老龄问题世界大会通过《维也纳老龄问题国际行动计划》(联合国，1982年)的时候，联合国就在促进老年人权利方面采取了一个重大步骤。该计划详细描述了各会员国在《国际人权盟约》(大会第2200A(XXI)号决议，附件)所宣布的权的背景下维护老年人权益方面所应采取的措施。随后，1991年联合国大会又通过了《老年人原则》(1991年12月16日第46/91号决议，附件)。<sup>11</sup>这些原则至今依然是在“独立”、“参与”、“照料”、“自我充实”和“尊严”这五个方面促进老年人权利的最重要的国际文件。

第二次老龄问题国际大会将人权做法贯彻于2002年《马德里老龄问题国际行动计划》。《马德里行动计划》的目的在于“确保人人都能够有保障、有尊严地步入老年，并作为享有充分权利的公民参与其社会”(第10段)。《马德里行动计划》还申明，“促进和保护包括发展权在内的所有人权和基本自由，对于建立一个能包容所有年龄者并使老年人能充分、不受歧视而平等地参与的社会来说，是必不可少的”(第13段)。

许多社会在寻求贯彻落实代际“互惠”、“独立”和“平等”原则的有效机制方面依然面对重大政策挑战。有些国家可能需要通过辅助立法来改进法律体制，以维护老年人的权益，防止他们遭到虐待和忽视，并且扩大老年人从各个方面参与社会生活的机会。然而，光靠改进法律体制本身是不够的。除此之外，各社会还需要找到适当机制，以预防劳动力市场上的年龄歧视，通过适当的老年收入保障制度确保世代间的团结，同时调动资源以满足适当保健和长期护理的需要。

各个社会都需要预防劳动力市场的年龄歧视，确保世代间的团结，并且调动资源以提供保健和长期护理服务

<sup>11</sup> 可查阅：<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppop.htm>。

## 改善老年人的形象

负面定型观念往往抹杀老年人对社会所做出的实际贡献，这些定型观念集中表现在人口老龄化所可能带来的各种问题上，其中把老年人的形象描绘成社会的累赘，只会消耗政府和家庭资源。老年人的负面形象可能会不断引发各种歧视和虐待事件。为了增强老年人的自尊，也为了使老年人能为发展做出更大贡献，有必要采取较为均衡的观点——亦即重视源于终身经验的权威、智慧、尊严和节制能力的观点——来看待老龄问题。

对老年人的定型观念所产生的最严重影响，就是将其排除在社会活动和/或社会团体之外。老年人自己接受定型观念，可能导致他们不去寻求医疗帮助，或者不去要求福利津贴(因为按照定型观点老龄就等于贫穷)，甚或自动退出社会关系，宁愿承受孤僻、迟钝的污名(Victor, 1994年)。

定型观念既有社会根源又有个人根源。在社会上，定型观念主要是因为缺乏适当的信息所致。个人担忧变老，则可能是因为他们预见到自己终归摆脱不了记忆力衰退、活动能力减弱的刻板模式，并且开始照例增添与年龄有关的种种疾病(美国国际长寿中心，2006年)。由于对体质退化、老年痴呆和依赖他人生活过分担忧，可能会妨碍人们对自己老年生活做出规划。

人生老化的负面形象还可能对自我印象产生不良影响，现已发现这是影响老年人幸福的一个至关重要的因素。对自我形象持积极态度的人一般血压和胆固醇水平较低，并保持健康体重。对老年男女进行的一次纵向研究表明，抱持较积极自我印象组的受访者平均要比保持较负面自我印象组的受访者多活7.6岁(Levy等人，2002年)。

按照《马德里老龄问题国际行动计划》创造一个老龄化的新形象有待时日。必须集中围绕促进世代间的凝聚力和相互依存采取专项行动。政府和非政府组织发起了越来越多的方案和运动，以消除对老年人的负面定型观念，同时促进较积极的老年形象。例如，澳大利亚政府卫生和老龄部下属的澳大利亚老年人办公室建立了一个“积极形象画廊”，其中分别描绘了作为劳动者、志愿者和从事休闲活动的三组澳大利亚老人形象(澳大利亚老龄办公室，2004年)。在美国，哈佛公共卫生研究生院和大都会基金会发动全国媒体开展了一场“重塑老年”运动。这次运动利用新闻采访、广告宣传和黄金时段娱乐节目，通过展现老年人在社会上发挥的积极向上、富有生产力的作用，促进健康老年生活。阿根廷发起了比森特·洛佩斯老龄化问题议会和“老年——成长在先”运动，目的在于树立健康老年形象，从而促进消除对老年人的偏见(全球老龄行动，2006年a)。

各种各样的努力都集中在一点上，就是说明老年人是一种往往被忽视的资源，他们可以为加强社会的社会经济结构做出重要贡献。较为均衡的观点是要求人们不要把老年人的经历看成是单方面的，而应将其看成是流动的、复杂的和异质的(Lloyd-Sherlock, 2004年a)。总的来说，老年人积蓄了较多人类能力与经

老年人的积极形象对他们的自我印象有影响，并且有助于改善他们的福祉

世界，他们对社会的贡献应该得到承认。消除结构上的障碍，终止负面定型观念，促进对老年人的积极看法，对进一步提升老年人的生产能力和福利将会发挥重要作用。

## 结 论

世界上大多数国家正在经历人口快速老化，这将对社会发展产生深远影响。《马德里老龄问题国际行动计划》表达了在适应老龄化世界和改善老年人生活质量并承认其对社会发展的贡献方面的挑战所引起的国际关切。

除其他因素之外，伴随工业化进程、愈来愈多的妇女加入劳动力、家庭规模缩小、大家庭重要功能的萎缩，以及日趋增多的国内外移徙而发生的种种社会变迁，都给老年人的福祉带来重要影响。这些快速变迁正在挑战通过世代间团结确保赡养和照料老年人的传统观念。因此需要更加一体化的政策反应，来满足日趋老化人口的需要，促进尊重老年人的人权，并且为老年人继续给社会发展做贡献提供方便。

本章明确了需要做出更有效政策反应的三个方面，即：改善老年人住房状况和生活安排；促进增强老年人能力和老年人参政；改进法律体制，提高社会意识，以保护老年人人权。

在发达国家，家庭构成的快速变化正在导致老年人独居或仅与配偶同住的人数不断增加，这一趋势对维系代际团结和家庭凝聚力有影响。针对没有家庭赡养而其日常活动需要他人帮助的老年人状况做出反应的传统做法，就是建立和扩大长期护理设施。第六章将提供对未来保健费用的成本估算；如果按照适应快速老龄化社会需求所需的速度扩大长期护理的话，上述保健费用就会远高于目前估算的水平。在几个国家新近出现的替代机构化长期护理的备选方案表明，通过综合利用家庭、社区和公共部门几方面的资源，有可能在不降低生活质量的前提下，为留在家里养老的老年人提供抚养和协助。将有更多的老年人需要获得帮助，使其能够在自己家里独自生活；因此有必要就此做出明确的政策反应，这对于回应此类倡议、满足这些老年人的支助需求是必不可少的。

在发展中国家，在满足日趋老化人口的特定需要方面的新要求与拓展大部分基本服务和基础设施的覆盖面所需资源的要求之间发生竞争。还有为数众多的老年人享受不到适当的饮水供给、公共卫生设施和质量合格的住房。旨在改善老年人生活条件的方案必须作为一项平等目标明确规定，凡是老年人——不论其收入水平高低或居住地区，均应享有最低限度生活水准。

旨在方便老年人起居活动的辅助技术和住房重新设计，是可能证明公私伙伴关系行之有效的另一个发展领域。在发展中国家，这项目标也在其他方面提出了新的挑战，即如何以需要协助的老年人可负担得起的费用标准提供技术解决方案。

老龄化社会所面对的主要挑战是：改进生活安排，促进增强能力，提高社会意识，以保护老年人人权

增强老年人能力和老年人参政在各国之间有很大差别。有些国家，老年人组织得比较好，并且有参政传统。而在其他许多国家，老年人还没有组织起来，并且在表达他们的关切事项和把他们的要求纳入公开辩论及政策议程方面还面临巨大困难。国际和各国非政府组织一直把老年人组织当作影响制定和实施老龄政策的一个手段予以积极促进。老年人的组织工作应当与包括老年人权在内的扫盲和继续教育方案结合在一起，因为这些方案是增强能力过程的重要组成要素。

建设对老年人支持和有利的环境，既要注意老年人人权需要和权利，又要注意通过社会参与来发展这些权益。老年人对发展做贡献的一个重要组成部分，包括他们参与劳动力市场，这个问题将在第四章讨论。本章明确了在确保老年人的适当生活条件和维护老年人权方面仍需应对的政策挑战，应对措施包括强制执行促进老年人权的立法；保障老年人免遭忽视、虐待和暴力；并且为其参与社会生活并为社会做贡献提供方便。

需要付出更大的努力，将《马德里老龄问题国际行动计划》的目标纳入国家行动计划，并取得国内和国际利益相关者的支持

还应该进一步承认并尊重老年人的权威、智慧和生产力，以及他们对当地社区和整个社会的贡献。老年人积极参与和从事社会、经济和政治活动可以确保一个比较充满活力的、健康而富有意义的老年进程。一个人进入老年阶段不应等同于其生产力寿命的终结，而应视为利用新的可能性和新机遇的开始。《马德里老龄问题国际行动计划》提出了一个实现这些目标的框架，但是在许多国家还需要付出较以往大得多的努力，将这些目标纳入其老龄问题国家行动计划，并取得国内各利益相关者和国际捐助者的积极支持，以便有效实施这些行动计划。

## 第四章

### 人口老龄化的经济后果

#### 导 言

人口老龄化将影响劳动力的规模和构成，并且对经济增长和老年人参与社会活动产生重要影响。生育率低并呈下降趋势的国家——主要是发达经济体和转型经济体，也有越来越多的发展中国家——将面临劳动力供应增长减慢甚至下降的趋势。劳动力数量的减少会对产量增长和保证全体人民的福祉产生不利影响。产量增长下降意味着满足更多受抚养老年人口的需要将成为一项更加艰巨的任务。此外，预计劳动力将逐渐“衰老”，因为老年劳动者在全球范围内从事经济活动人口中所占的比例增加(见第二章)以及老年劳动者开始从事商品和服务的比例越来越高。这一转变可能会对商品和服务提供的方式以及经济的总体效率产生影响。

因此，生育率呈下降趋势的经济体所面临的一个特殊挑战是在其劳动力逐渐变老且规模最终缩小时保持其物质福祉水平。这一挑战产生许多经济政策问题，不仅仅是怎样提高劳动生产率，而且是采取何种措施扭转劳动参与率的下降趋势并调整退休年龄。

与此同时，那些生育率仍然偏高或高于更替水平的国家(主要是撒哈拉以南非洲和南亚、中亚国家，也有发达经济体，如美利坚合众国和新西兰)将继续得到日益扩大的劳动力供应，但随后也必须解决较高的老年受抚养人比率所产生的问题。发展中国家面临更多的挑战，例如须提供更多的有偿工作。

人口老龄化将通过劳动力市场以及其他途径影响经济活动和经济增长业绩。经济增长与消费、投资和储蓄密切相关。消费模式随年龄而产生变化。例如，与年轻人群相比，老年人往往将收入中更多的部分花在住房和社会服务上。根据目前发达国家显示的65岁或以上老人的消费趋势，可以预计，除了别的以外，人们对健康、长期护理、住房和能源开支的需求很可能会增加。不过，人口老龄化所带来的消费模式的改变仅仅是一个非常缓慢的过程。更重要的是，其他因素(尤其是收入增长)往往对于决定老年人和年轻人消费支出的水平和成分更有影响力。劳动收入是个人收入的一个主要成分，但在整个生命周期中是有变化的，往往是人到中年进入工作全盛时期时收入达到巅峰。如果随着年龄增长而收入下降，消费水平也可能在老年阶段下降。那么随着越来越多的消费者步入老年，经济增长就会受到负面影响。

老龄化将影响劳动力的规模，进而影响经济增长

老龄化还将影响消费模式……

……而且可能是未来产生储蓄的一个因素

同样，储蓄能力会随着年龄的增长而降低，随着步入老年的人数增多，这一点会影响储蓄的产生。尤其是因为人口老龄化国家在世界经济中的重要性，这也可能会影响全球储蓄的水平和投资资金的可供量。另外，老龄化只是影响储蓄行为的一个因素，使未来的预测可能有极大的不确定性。另一方面，对金融市场的影响可能会更加明显。随着越来越多的家庭储蓄流入养恤基金和其他退休财政投资计划，人口老龄化已经对金融市场产生影响。机构投资者能够在深化金融市场、为长期投资项目提供额外的流动资金方面发挥重要作用。但是，与此同时，机构投资者大多在更普遍适用于银行系统的金融市场调控和监督机制之外运作。如果不加制止，养恤基金的金融市场运作可能因此成为金融不稳定的一个根源，影响货币政策的有效性。

## 老龄化、劳动力供应和生产率增长

### 劳动力供应增长中的不对称

全球劳动力将继续增长……

如第二章所示，全球劳动力在未来50年将持续增长。然而，世界某些地区的生育率水平相对偏高，而另外一些地区的生育率则呈下降趋势，这就产生了各个经济体之间劳动力增长不对称现象。已经出现大量剩余劳动力的低收入国家劳动力的增长将呈相对强势，而大多中高收入的国家预计劳动力的增长有限(或甚至减少)。

表四.1显示自1980年以来和预测到2020年按区域分列的劳动力的绝对变化情况。根据第二章的分析，这些预测考虑到国家一级因劳动参与率的性别趋同以及人口构成的预期变化。<sup>1</sup>

……但是是一些国家的劳动力将会下降

到2020年，全球劳动力约为8.33亿人，超出2000年的劳动力水平，其中大部分增长发生在发展中国家。从整个发达国家来看，同一时期劳动力将增加不到1 400万人，这在很大程度上是归结于妇女参与率的增长。国际劳工组织(劳工组织)的预测表明：欧洲，特别是俄罗斯联邦的劳动力，到2020年将低于目前的水平。此外，东亚(中国、日本和新加坡)的劳动力增长将大幅度放缓，主要原因是该地区国家的生育率大幅下降，南部非洲是因为艾滋病大流行(国际劳工局，2004年a)。在亚洲其他次区域，劳动力将继续增长，最大的增长预计出现在中南亚和西亚。

在拉丁美洲和加勒比以及北美洲，劳动力在2000-2020年期间将继续呈增长势头，不过速度将会放慢。在这两个十年期间，拉丁美洲的生育率虽然下降但仍相对偏高，这种状况将支撑劳动力持续增长。不过，在过去几年该区域的生育水平迅速下降将引起劳动力增长放慢，尤其是在2020年以后。在北美洲(加拿大和美国)，支撑劳动力增长的主要因素是国际移民和较高的劳动参与率。同时，在大多数非洲国家(除了南部非洲，如上所示)，由于该地区许多国家持续的高生育率水平，劳动力增长非常快。

<sup>1</sup> 估计和预测方法的进一步讨论，见<http://laborsta.ilo.org/>。

表四.1

1980-2000年和 2000-2020年按区域和性别分列的劳动力变化 (百万)

区域	1980至2000年的绝对变化			2000至2020年的绝对变化		
	男	女	男	女	男	女
世界	888.9	510.8	378.1	832.8	480.5	352.3
发达国家 <sup>a</sup>	66.5	22.5	44.0	13.8	-4.6	18.5
欠发达国家 <sup>b</sup>	822.4	488.3	334.1	819.0	485.1	333.9
非洲	139.1	83.9	55.2	202.8	122.0	80.8
东非	50.3	26.9	23.4	78.4	42.8	35.6
中非	16.6	9.6	7.0	28.3	16.6	11.8
南部非洲	8.7	5.8	2.9	1.2	1.5	-0.4
北非	24.9	17.8	7.1	32.4	22.1	10.4
西非	38.6	23.8	14.8	62.5	39.1	23.4
拉丁美洲和加勒比	105.0	52.5	52.5	100.7	43.9	56.9
南美洲	74.4	34.3	40.0	70.6	29.4	41.2
中美洲 <sup>c</sup>	25.4	15.3	10.1	25.7	12.4	13.3
加勒比地区	5.3	2.9	2.4	4.4	2.1	2.4
北美洲 <sup>d</sup>	38.8	15.2	23.6	28.0	12.7	15.3
亚洲	588.3	356.9	231.4	505.4	311.5	193.8
东南亚	99.3	57.2	42.2	105.8	55.5	50.2
中南亚 <sup>e</sup>	205.8	144.4	61.3	285.5	179.8	105.7
东亚 <sup>f</sup>	256.5	133.8	122.7	71.3	47.9	23.4
西亚 <sup>g</sup>	26.7	21.5	5.2	42.8	28.3	14.5
欧洲	13.2	0.4	12.7	-8.9	-11.8	3.0
东欧 <sup>h</sup>	-10.8	-4.6	-6.2	-15.2	-9.0	-6.1
北欧	3.2	0.3	2.9	2.9	0.9	2.1
南欧 <sup>i</sup>	8.9	2.0	6.9	3.0	-1.1	4.2
西欧	11.9	2.8	9.1	0.3	-2.5	2.9
大洋洲 <sup>j</sup>	4.5	1.9	2.6	4.7	2.2	2.5
澳大利亚-新西兰	3.2	1.2	2.0	2.7	1.1	1.6

图四.1提供了有关国家一级劳动力增长的信息,显示了与1980-2000年时期相比,192个国家在2000-2020年时期的预测年均增长率。图中大多数经济体聚集在45度线以上,说明了劳动力增长速度的减慢。劳动力增长速度加快的经济体主要是非洲、亚洲和拉丁美洲的高生育率经济体。

虽然劳动力逐步增加可能意味着有经济增长的潜力,从而提高所有人的生活水平(见方框四.1),但劳动力增长的下降趋势却可能会产生相反的结果,导致产量缓慢增长。例如,据估计到2010年欧盟15国的就业增长将几乎占产出增长的一半。2010年之后,就业对经济增长不产生影响,但在2030年后因为劳动力缩减就转为不利影响(欧洲委员会,2005年)。预计日本到2020年其劳动力将下降大约800万(国际劳工局,2005年a),对于这类国家可能会出现类似的情况。这并不是说这些国家的经济就不增长,而是说就业将会拖累经济增长,除非劳动力下降能够被充分缓解或能够提高劳动生产率。

资料来源:国际劳工局,《劳工统计数据数据库:对从事经济活动人口的估计和预测》,可查阅:<http://laborsta.ilo.org>(2007年4月24日上网)。

<sup>a</sup> 包括欧洲、北美洲、澳大利亚、日本和新西兰的所有地区。

<sup>b</sup> 包括非洲、亚洲(日本除外)、拉丁美洲和加勒比及大洋洲(澳大利亚和新西兰除外)。

<sup>c</sup> 包括墨西哥。

<sup>d</sup> 指加拿大和美利坚合众国。

<sup>e</sup> 包括哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦和乌兹别克斯坦。

<sup>f</sup> 包括日本。

<sup>g</sup> 包括亚美尼亚、阿塞拜疆、塞浦路斯和格鲁吉亚。

<sup>h</sup> 包括白俄罗斯、摩尔多瓦、俄罗斯联邦和乌克兰。

<sup>i</sup> 包括阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、克罗地亚、前南斯拉夫的马其顿共和国和前塞尔维亚和黑山。

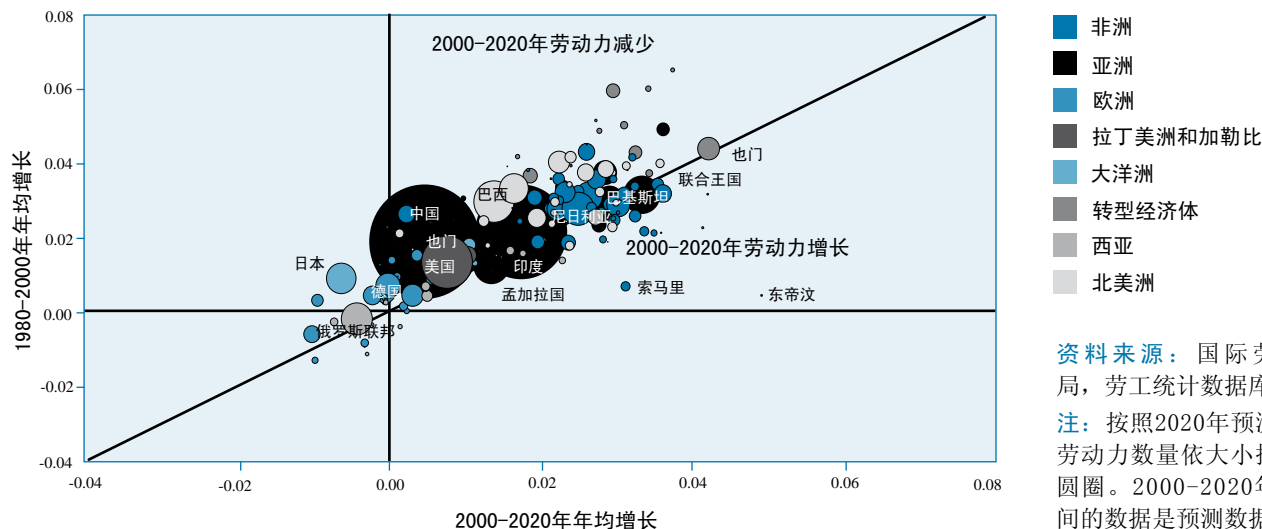
<sup>j</sup> 包括澳大利亚和新西兰。

劳动力增长缓慢可能意味着经济增长缓慢



图四.1

## 1980-2000年和2000-2020年劳动力增长



## 抵消劳动力增长缓慢

政策干预能够抵消劳动力下降对经济增长的消极影响

我们可以采用一系列的政策方案来抵消预计的劳动力下降及其消极后果。人们经常提到的政策选择有：移徙、外包、提高生育率、加强妇女和老年劳动力的参与。此外，提高劳动生产率也能够减轻劳动力增长缓慢对经济增长的消极影响。然而，对各国来说并没有任何单一的劳动力市场政策或万灵药；相反，国家必须考虑自身的人口结构变化的前景及劳动力市场的特性，以决定适合其特殊情况的一揽子政策。

政策反应应当与促使劳动力供应增长的相对重要性相吻合

本章附录根据劳动力供应增长的三大决定性因素即：生育率、移民和劳动参与率，列出了164个国家和地区的类型。这些决定因素说明决策者可能会考虑采取一系列干预措施以缓解预计的劳动力下降。例如，在低生育率和高移民流量国家，增加移民的数量可能不是一种可行的选择方案。对于这些国家，例如奥地利、德国和西班牙，增加老年劳动力的参与率可能为抵消劳动力增长缓慢提供了一种方法。对于其他国家，例如加拿大和瑞士，其移民和劳动参与率已经很高，可能就需要集中力量提高劳动生产率。

如第二章所讨论的那样，提高生育率的政策余地有限。经验表明政策可能促使生育率下降，但似乎又很难通过公共干预来扭转低生育率趋势。因此，在中期可能需要采取其他干预政策，如减少失业，促进提高劳动生产率和增加总体劳动参与率。<sup>2</sup>下文分析了这些选择方案。

<sup>2</sup> 例如，就意大利而言，联合国/经社部的预测表明，失业率将从1999年的11%逐步下降到2025年的4%，这将意味着人均国内生产总值的年均增长率在2000-2050年期间为2%，而没有出现失业率下降时为1.8%（见下文注7）。

## 方框四.1

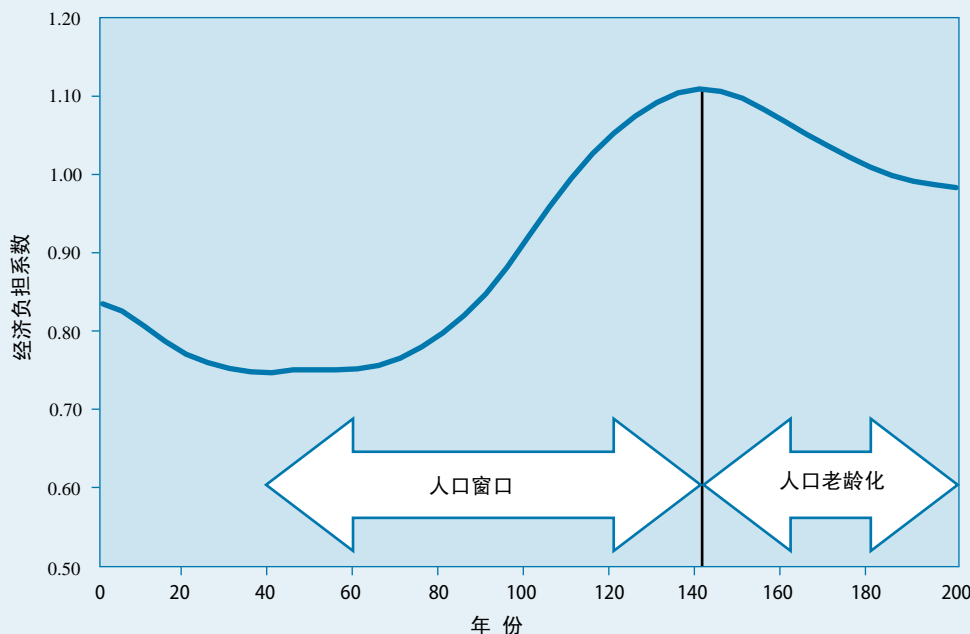
## 人口结构转型: 第三年龄的第一次和第二次红利?

人口年龄结构的变化有可能影响宏观经济。在人口结构转型的第二个阶段,即在生育率开始下降但老年人口数量开始长期增长之前,劳动适龄人口比例相对于年轻和受抚养老年人口比率有所增长。如果这一相对扩大的劳动力从事有价值的工作,就会大大提高人均收入增长率。这种人均收入猛增的潜在可能即为“第一次人口红利”,其发生的阶段被称为“人口机会窗口”(见图)。这一红利是生产者有效数量与消费者有效数量之间比率变化的结果,这种比率被称为“负担系数”。人口的进一步老化将导致每个有效消费者的收入随着负担系数的下降而进一步减少。

负担系数的提高有可能转化为人均产出的增长,这意味着在不影响消费的情况下可将较大一部分国民产出转为投资。如果将第一次红利部分或全部投资于人力资本和物资资本,可能会带来永久性的较高经济增长。此外,第一次红利可能会引发第二次红利,而第二次红利在人口窗口关闭后还将持续相当一段时间,但这取决于个人的选择和政府所实行的政策。

理论上讲,第二次人口红利的前景是相对有希望的(Lee和Mason, 2007年)。出于多种原因,人口老龄化导致维持老年阶段消费水平所需的财富需求增加。首先,老年人在其工作时期进行了积蓄,平均而言比年轻的成年人拥有更多的财富。因此,老年人口比例的增长造成人口中人均财富的增长。第二,对长寿

## 人口结构转型和经济负担系数: 前200年



资料来源: Lee 和 Mason (2007年)。

方框四.1 (续)

### 人口结构转型: 第三年龄的第一次和第二次红利?

的期望促使个人在有生之年储蓄更多的钱和积累更多的财富, 这又加强了这种效应。第三, 少生育使个人能够将其一生收入更多地用于自身的消费, 包括在老年阶段的消费, 这又促使他们在其工作时期储蓄更多的钱, 积累更多的财富。由于这种种原因, 在人口结构转型时期, 人均财富有可能潜在地增长。

人均财富的这种增长潜力及由此带来的收入和消费的增长, 为第二次人口红利创造了可能性。根据Lee和Mason的研究, 在理论上存在这样一种可能性, 即由于第二次红利, 每个等价消费者的收入可能“永久地”提高25%至30%。然而, 只有将第一次红利产生的财富增长部分或全部投资于资产, 而不是仅仅从一个群组转移到另一群组, 第二次红利才会实现。不同的老年收入保障计划对促进增长以及即将退休人员的收入保障将会产生不同的影响(见第五章)。

与其他任何模拟方法一样, 在解释上述推测时应当谨慎行事, 因为这一推测对暗指的有关消费分布、资产回报率和经济增长可能如何形成的假定十分敏感。在本方法中, 假定生产率由于外在技术变化而以每年1.5%的速度恒定增长。另一个重要的假定是, 老年人消费的一半资金来自其工作时期积累的资产。这种假设可能是不现实的, 尤其是对于低收入国家而言, 因为此类国家多数处于金融市场发展的初期阶段。最后, 第二次红利带来的预期收益的自然增长的前提条件是: 假定累计资产的无风险回报率为3%和乐观估计的国际实际回报率为6%, 预期实际回报率在2300年将直线下降至4.4%。

### 迁徙和离岸外包能够抵消劳动力减少吗?

利用发展中国家现有大量熟练和非熟练工人, 劳动力移民似乎有可能满足老龄化国家劳动力不足的需要。此外, 外国直接投资通过生产工序外包, 可部分地抵消劳动力减少对生产能力所造成的制约(Freeman, 2006年)。

但是, 国际迁徙是否能够足以抵消预计的受抚养人比率上升, 这一点仍令人怀疑。如第二章所讨论的那样, 要保持劳动力的稳定或在很大程度上影响受抚养人比率的趋势, 需要有非常大的净移民流入。例如, 如表二.6所示, 在1995-2050年期间, 欧洲需要抵消劳动适龄人口下降的净移民流入估计每年为290万人, 这一数字几乎是1995-2000年期间年均水平的三倍(约95万人)。如刚才所说的大量的移民流入由于种种原因未必可行, 接收国要接纳如此多的移民可能会遇到政治和社会方面的种种问题, 输出国则会出现不愿看到的人才外流现象。

劳务外包, 通过把生产设备转移到境外地点, 而不是让工人来到生产场地, 为解决全球劳动力供应不对称提供了另一个选择方案。由于信息和通信技术的传播使制造和服务工作转到境外的可能性越来越大, 全球生产网络在拥有剩余劳动力的发展中经济体中将继续扩大。此外, 随着其劳动力受教育水平和技能水平不

国际迁徙不可能抵消人口老龄化的影响……

断提高，这些拥有剩余劳动力的经济体将可能吸引更多的境外工作，从而增进其在工资方面的竞争力。例如，美国的预测情况表明，在利用信息和通信技术最多的产业，“到2015年预计约有330万份工作将转移到境外”（费雷斯特市场研究公司，2002年）。与此同时，美国大公司有一半目前已开始进行某种形式的外包，还有一些公司预计在未来几年也将效仿这一做法（Sperling，2004年）。

尽管如此，离岸外包也不大可能解决人口老龄化国家受抚养人比率上升和劳动力减少所带来的所有挑战。把生产转移给国外工人确实缓解了劳动力短缺状况，但外包并不能减轻目前国内养恤金系统所面临的压力，产生此种压力的原因在于退休人口在不断增加而缴费基数却未扩大（见第五章）。与此同时，由于受冲击产业中的成本竞争，离岸外包还可能导致破坏贸易平衡，造成失业率增长。这些短期（和中期）影响可通过“工资与投资”补偿机制来缓解。例如，离岸外包所产生的工资成本节余将会在国内配套活动方面刺激公司投资增长和资本深化，从而导致生产率提高并使国内经济呈现高经济增长势头（Mahoney等人，2006年；Mann，2003年）。不过，没有确凿的证据显示确实可能会产生这种远期效益。

……对其他国家进行劳务外包也不可能解决

### 促进女性劳动力的参与

各区域妇女参与劳动力市场的状况有很大差异。在大多数国家，女性劳动参与率日益提高，已成为过去40年来促使劳动力结构发生变化的最重要的因素之一。然而，尽管这方面成绩斐然，女性劳动参与率在每一年龄组仍然低于男子（见图四.2）。首先，妇女仍有相当一部分人是从事无报酬的家务和照料性事务。其次，由于妇女有了接受高等教育的机会而推迟进入劳动力市场，25岁以下妇女的参与率有所下降（国际劳工局，2006年）。但是，女性劳动参与率的提升归因于受教育程度的提高（在25岁或以上的妇女中）：

女性劳动参与率提高……

受过高等教育的妇女的劳动参与率高于完成高中学业的妇女。同样，完成高中学业的妇女的劳动参与率高于受教育非常有限的妇女（Fitzgerald，2005年）。<sup>3</sup>

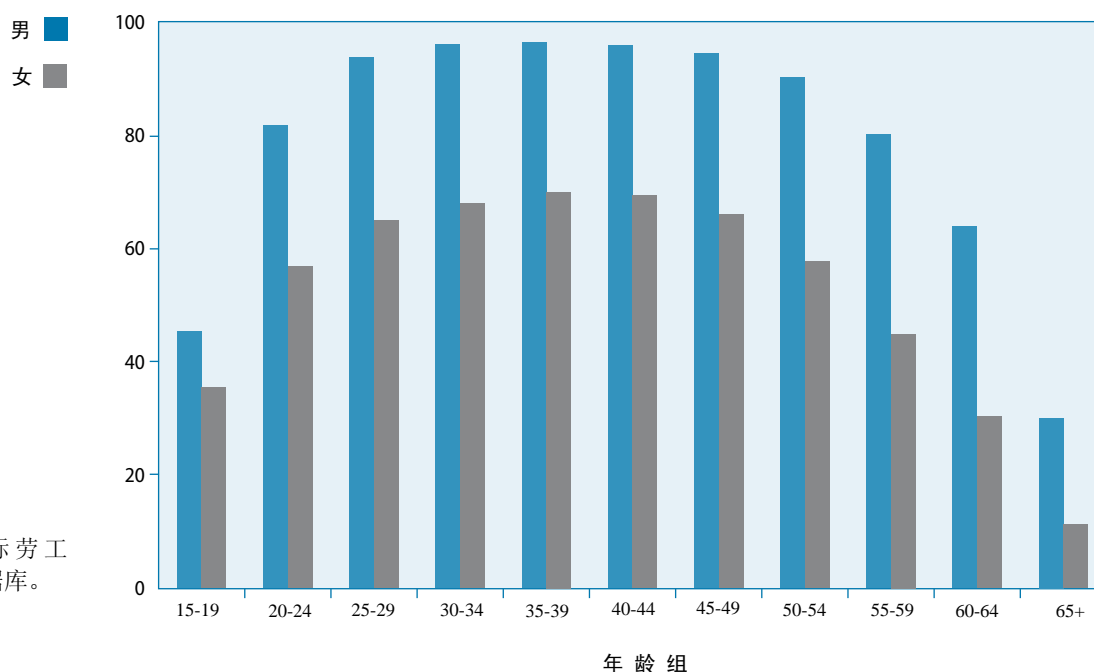
发达国家的证据说明了妇女需要在工作和生育之间做出权衡：妇女参与劳动力市场人数增加的同时，晚育率和生育率则会下降（国际劳工局，2004年b）。因此，政策干预的挑战就是适当注意必须协调因女性劳动参与率的上升可能产生的家庭和职场的矛盾性需求。在这一方面，就业和社会政策必须着眼于降低有子女的妇女的机会成本，使她们能够继续留在劳动力市场，继续其职业生涯。<sup>4</sup>

……但需要提供更多的支持，帮助父母兼顾家庭与工作

<sup>3</sup> 不过，美国也有证据显示一种逆向趋势，越来越多的有高学历和专业的已婚妇女离开劳动岗位照顾其年幼的子女，要么是短期脱岗，要么至少等到其子女入学（Mosisa和Hipple，2006年）。

<sup>4</sup> 例如，在大不列颠及北爱尔兰联合王国，需要高技能劳动力的公司向休完产假的女职员提供一项新的服务，叫做“产妇辅导”。这项服务的目的是要挽留住中高层妇女，公司认为她们可能会因既要在高压环境下工作，又要抚养新生儿而离开岗位（Maitland，2007年）。

图四.2  
2005年按年龄组分列的全球男性和女性劳动参与率(15-64岁人口的百分比)



资料来源：国际劳工局，劳工统计数据库。

### 老年劳动者参与劳动力市场

抵消劳动力供应下降的另一个政策选择方案是提高老年劳动者的劳动参与率。较为理想的是，老年人只要还愿意工作并且能够从事有价值的工作，就应当让他们继续工作。为此，可以制定新的工作安排以及创新的职场做法，以使老年人保持工作能力，同时适应员工逐步变老时的需要。与此同时，必须树立对老年劳动者在职场中技能和能力的积极认识，以消除对老年人不利的定型观念(见第三章)。特别需要强调提高老年劳动者的劳动参与率，以便实际退休年龄更加接近法定退休年龄(见第五章)。除此之外，在可行的情况下，已经达到法定退休年龄的人应该有选择继续从事有偿劳动的权利。

“老年劳动者”的定义如同“老年人”一样不够确定(见第一章)。不过，一般来说，55至64岁的员工可被看作“老年劳动者”。55至64岁这部分人的劳动参与率明显低于在工作的黄金年龄即25至54岁的人的劳动参与率(见表四.2)。在转型经济体中，男性这一下降趋势非常明显，下降幅度为38个百分点，但是这种情况在非洲非常不明显，只下降了大约10个百分点。

### 老年劳动者参与率下降

在所有组别的国家中，妇女的劳动参与率下降幅度更为显著。尤其是转型经济体的妇女，进入55到64岁年龄范围后，劳动参与率便急剧下降，平均参与率从81%下降到31%。在发达国家，以及亚洲、拉丁美洲和加勒比等发展中国家，女性55岁后的劳动参与率下降约30个百分点。这种现象部分反应了一个事实，那就是在许多国家妇女的退休年龄仍然偏低，尽管她们的预期寿命相对较高(见第二章)。

表四.2

2005年按区域、性别和年龄组分列的劳动参与率（劳动适龄人口百分比）

区 域	年 龄 组					
	25-54岁		55-64岁		65岁或以上	
	男	女	男	女	男	女
发达国家	91.9	75.3	63.9	44.9	13.4	6.3
转型经济体	90.7	81.3	52.6	31.2	14.2	7.8
非洲	96.2	61.0	86.5	48.3	57.4	25.8
亚洲	96.3	64.2	77.6	35.4	38.0	13.2
拉丁美洲和加勒比	94.3	64.3	76.1	37.2	37.2	13.7
大洋洲	87.4	73.3	76.0	60.6	51.4	33.4
世界	95.1	66.7	73.5	38.7	30.2	11.3

资料来源：联合国/经社部的估计，基于联合国秘书处人口司和国际劳工局(2005年b)。

老年劳动者参与率下降有几方面的因素。恶劣的工作条件，健康不佳或是工作满意度不高，都可能影响劳动力过早离开。个人偏好也有一定的影响。例如，在欧盟12个国家中，男性首选的退休年龄是58岁，相比之下，许多国家采用的提早退休年龄是62岁(Howse, 2006年)。

养恤金系统方面的制度安排也同样是一个重要的因素(见第五章)。在转型经济体中，法定退休年龄较低，男性为60岁，女性为55岁。在发达国家，特别是几个西欧国家，劳动者通常选择在正式退休年龄(通常是65岁)之前离开工作岗位，因为财政奖励使工作重于休闲的选择越来越缺乏吸引力。在一些发达国家通常使用的“80法则”，将一个人的年龄和他或她的工龄结合起来，以决定享有全额养恤金的标准，这也使得一名劳动者连续工作满30年后可在55岁退休。在有些情况下，发达国家(丹麦和德国最为明显)还提供“提前退休”公共津贴，以填补提前退出工作岗位的年限和有资格领取公共养恤金年限之间的缺口(Howse, 2006年)。

提前退休的可能性导致老年劳动者参与率下降

文化规范和对老年劳动者的歧视是另一个因素。事实上，发达国家越来越多的研究机构(McKay和Middleton, 1998年; Jensen, 2005年)指出了基于年龄的歧视做法，特别是在招聘、留任以及再培训员工等方面，都促使不到退休年龄的员工劳动参与率下降(Leeson, 2006年)。

对老年劳动者持消极观念也是一个因素

然而，各国特别是老年人积极参与政治的国家也在努力消除那些消极观念，鼓励雇主雇佣老年劳动者。例如，一项重要的举措是《2000年欧洲联盟(欧盟)指令》，它确定了关于就业和职业平等待遇的总框架，包括禁止基于年龄的歧视(欧洲委员会, 2000年)。为此，欧盟成员国承诺于在2006年之前颁布立法，规定就业和职业培训中的年龄歧视为非法。在亚洲和太平洋地区，澳大利亚、日本和新西兰已制定了反年龄歧视法，以保护老年人的就业权利。韩国颁布了平等权利行动法律以促使老年人参与就业市场，其中规定企业确保其雇用的55岁或以上的员工至少占员工总数的3%。此外，韩国《老年人就业促进法》确认了77种职

业，从停车场服务员到公共汽车售票员等职业，要优先雇用老年人(Cheng、Chan和Phillips, 2006年)。

#### 消除工作障碍，改善工作条件

除了实行禁止歧视老年劳动者的立法以外，还采取了各种提高年届退休年龄的员工劳动参与率(主要是年龄介于55至64岁的员工)的措施，这些措施着重于提供奖励以延长人们的工作年限。这些考虑因素适用于所有国家，特别是与发达国家和转型经济体具有相关性。在发展中国家，老年劳动者的参与率相对较高(见表四.2)，主要是因为正规养恤金系统覆盖范围有限(见第五章)。

改善工作条件可有助于提高老年劳动者的参与率

为鼓励人们延长工作年限还可采取的一项重要举措是，改善工作条件并从总体上提供更多令人满意的和有适当报酬的工作。对工作环境可能也需要做出适当调整，以确保老年劳动者在步入晚年时依然拥有技能、健康和能力来继续工作。

在有氧、心血管和肌肉骨骼功能方面与年龄相关的变化有可能导致肺活量下降，从事需氧的艰巨性工作的能力减弱，以及最大程度地降低了肌力(哈珀和马库斯，2006年)。例如，欧盟的数据显示，由于健康原因提前脱离工作的员工比例要高于被解雇或被裁员的比例(欧洲委员会，2004年)。

要降低老年劳动者晚年中在工作中受伤的风险，可能需要提供不同的工作岗位，既利用他们的才能和经验，又不会使他们受到伤害。1975年6月23日通过的《国际劳工组织人力资源开发建议书》(国际劳工组织，1975年)建议，应当采取措施制定工作方法、提供工具和设备以适应老年劳动者的特殊需求。有时对工作站稍加调整或其他人体工程学方面的改变就足以满足老年劳动者的需求(Benjamin和Wilson, 2005年)。对于那些从事体力劳动的员工而言，适当的改进可以包括使用升降设备，限制提举的数量或是体力工作任务的数量，以及增加休息时间(Harper和Marcus, 2006年)。总之，为了控制老年劳动者提前退休的趋势，工作重心需要转移——使工作来适应员工而不是让员工来适应工作。

最后，推迟工作到退休的转变也是实现积极老龄化的一个重要因素。它使老年劳动者能够继续从事生产性活动，从而保持社会地位和自尊并充实自己的生活。如果离开工作岗位后不再继续享有这些好处，老年人就会感到自己现在处于这样一种状态：“喜欢被动地利用时间……剩余的生产能力未得到充分使用并日益与社会脱节”(Hinrichs和Aleksandrowicz, 2005年，第3页)。

#### 达到退休年龄后继续工作

实行强制性退休年龄意味着一个人在达到规定年龄，通常是在60岁或65岁后就必须离开其有酬工作岗位。在许多低收入发展中国家，强制性退休年龄仅仅影响一小部分劳动者。因此，必须有所区分的是，在发达国家允许人们想干多久就干多久，在发展中国家则给予老年人选择退休的权利。

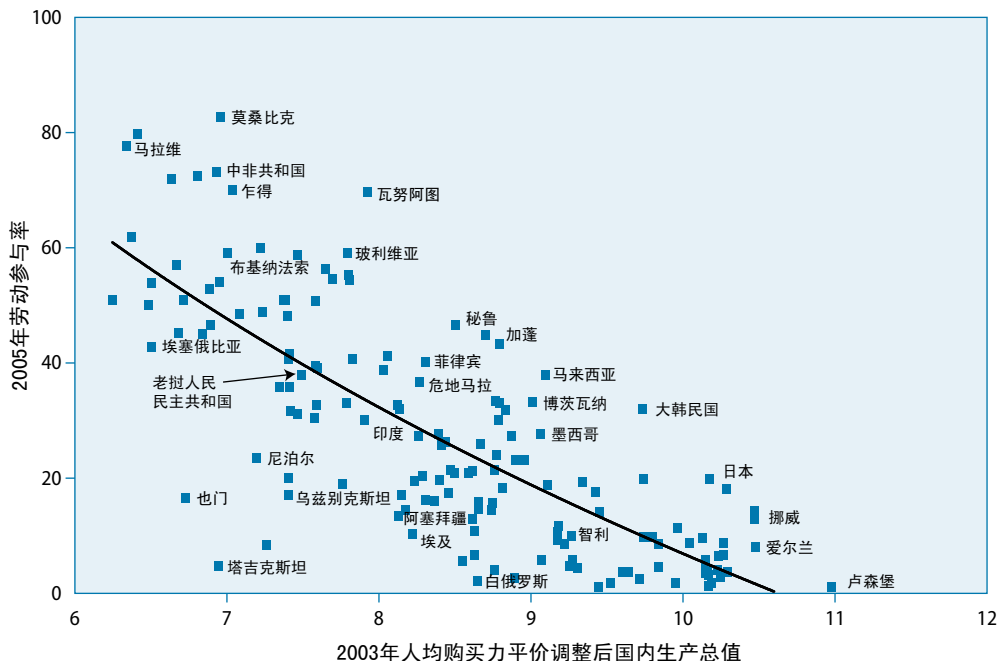
在若干国家，65岁左右的劳动者的劳动参与率显著下降，这与强制性退休年龄是一致的(见表四.2)。然而，不同区域和不同性别间存在着极大差异。在发达国家和转型经济体，男性劳动参与率大约为13%至14%，女性为6%至8%。而在非洲和大洋洲的发展中国家，特别是65岁以上的男性仍然保持着较高的劳动参与率。例如，在37个低收入非洲国家中，有36个国家年龄在65岁或以上的男性劳动参与率高于50%。其中12个国家的劳动参与率超过了80%。刚果就是一个很好的例子，该国老年人劳动参与率达到了89%。除了上面提到的养恤金覆盖率低之外，该地区普遍贫穷状况也导致了劳动力参与期延长。与之相反，在所分析的33个发达国家中，只有冰岛、日本和葡萄牙年龄在65岁或以上的男性劳动参与率为20%，其原因主要是文化规范方面的因素而非养恤金覆盖率不充分。而其中有18个国家劳动参与率低于10%。

在规定强制性退休年龄以及养恤金覆盖面广的国家，65岁左右的劳动者的劳动参与率显著下降

总体而言，人均国内生产总值水平与老年人的劳动参与率成明显的反比(见图四.3)，这表明不同国家的老年人之间存在着不平等。高收入国家的公民由于有养恤金的保障和医疗保险，不仅有可能更加长寿、更加健康，而且还有机会退出劳动并享受许多年的闲暇时光。社会保障方案的巨大差距加剧了劳动市场存在的不平等现象，使得达到退休年龄后是否继续工作成为发达国家中老年劳动者的一种选择(如允许的话)，而对低收入国家的老年劳动者而言，继续工作则是一种生活的需要。

在低收入国家，65岁或以上的劳动者的劳动参与率依然较高

图四.3  
2005年65岁或以上老年劳动者的劳动参与率和人均国内生产总值之间的关系



资料来源：国际劳工局，劳工统计数据库。  
注：人均国内生产总值是指2003年，最初以2000年定值国际美元(购买力平价)计算。



### 获得知识、教育和培训的权利

终身学习对于老年人和社会都是有益的……

终身学习对老年人和社会都是有益的：它促进了劳动力市场上对老年人的征聘和留用，也有助于提高老年人在社会上的整体参与率。世界各国最近所进行的研究显示，增加受教育年限与延年益寿和改善老年阶段的健康有紧密的关联(Lieras-Muney, 2007年)。

《马德里老龄问题国际行动计划》(联合国, 2002年a)明确提出终身学习的重要价值和意义。明确地说, 该计划提出在一生中, 应该享有平等机会接受继续教育、培训和再培训以及职业指导和工作安排服务。此外, 《马德里老龄问题国际行动计划》还强调需要充分利用各个年龄层次公民的潜能和专门知识, 从而认可随着年龄增长而加深的阅历所带来的益处。这包括承认和欣赏代际传递的风俗、知识和传统的价值。

……但是需要制定针对老年劳动者的明确战略

《欧洲就业战略》还承认终身学习是延长工作年限的一个重要前提。在欧盟25国中, 10.8%的劳动者参与终身学习活动, 妇女的比例略高于男子(分别为11.7%和10%)。但是, 参与率往往随着年龄的增长呈下降趋势, 主要是因为大多数国家的终身学习战略没有充分地体现老年劳动者的需求(欧洲改善生活与工作条件基金会, 2006年b)。此外, 政策制定者未能认识到投资老年人的教育和技能开发的重要性。例如, 在亚洲和太平洋地区, 终身学习的观念只是在少数几个国家里为人们所接受, 例如澳大利亚、中国、日本和新西兰, 在这些国家里, 老年大学的观念已经深入人心(Leung, Lui和Chi, 2005年; Purdi和Boulton-Lewis, 2003年)。

提高老年劳动者的劳动参与率可加速国内生产总值的增长……

在上述劳工组织《人力资源开发建议书》中, 也反映出为老年劳动者提供有效、充分的职业指导和培训的重要性。《建议书》承认, 培训诸如老年劳动者这样的特殊群体, 可以加强就业平等, 促进其融入社会和经济中。虽然如此, 老年劳动者参加培训的机会仍然有限。在许多情况下, 考虑到可能实现投资回报的期限有限, 雇主似乎不愿意为接近退休年龄的员工继续培训和提高技能进行投资(经济合作与发展组织, 2006年a)。例如在欧洲, 获得训练机会的劳动者数量在1995至2005年期间有所上升, 但是雇主为老年劳动者提供的培训机会依然不多。最近一项调查显示: “在此前的12个月中, 五名年龄在55岁或以上的人中, 仅有一人参加过雇主付费或提供的培训(而所有劳动者的比例为27%)。在其他类型的培训中, 例如在职培训, 老年劳动者同样不如年轻同事的机会多”(欧洲改善生活与工作条件基金会, 2006年a, 第6页)。

终身学习使得老年人能够提高自身技能并在劳动力市场中保持竞争力

但是也有一些例外,<sup>5</sup>大部分已过退休年龄的老年劳动者从事的是非技术或半技术职业, 这主要是因为人们认为老年劳动者的技能已经过时, 而且他们特别缺

<sup>5</sup> 例如, 在一些西亚国家, 例如, 通过提高和获得计算机技能等领域的特别方案, 为老年劳动者提供了教育和培训机会, 目的是为他们从事生产性工作做好准备(西亚经济社会委员会, 2002年)。欧洲许多公司已经制定了年龄管理政策以处理其劳动力老龄化问题。奥地利就有一良好做法的实例, 其全球钢铁公司Voestalpine采用了一项方案, 旨在应对其劳动力老龄

乏信息技术技能(Chan, Phillips和Fong, 2003年)。事实上,老年劳动者运用新技术,例如计算机和互联网的可能性比年轻员工小。尽管这一差距在过去十年中不断缩小,<sup>6</sup>但还需要做出进一步的努力以使老年人以及现在的中年人能够提高自身技能并在劳动力市场中保持竞争力。最后,必须要承认老年人本身可能会拒绝培训,特别是当他们已经在某一行业从事同一工作多年。这可能源于一种不得不学习新东西的恐惧。男人尤其常常抵触学习新技能。针对老年劳动者的方案应该将这些因素考虑在内,制定适于他们的措施和奖励办法。

### 提高劳动参与率对于经济增长的潜在影响

提高老年劳动者的劳动参与率对于劳动力规模和人均产量增长会产生什么样的影响呢?运用分解分析可了解提高55至64岁劳动参与率所涉增长问题。这项分析应用于五个经济体,它们分别处于人口结构转型的不同阶段,显示了老年劳动者参与率的不同特征:德国、意大利和日本人口老龄化迅速,印度和美国则人口老龄化适度。<sup>7</sup>

就模拟来说,假定从2005年开始,将55至64岁老年劳动者的劳动参与率与15至54岁劳动者的劳动参与率汇合起来。然后将这些结果与那些劳动参与率没有变化的“基线”设想方案相比较(参看图四.4)。

该图显示,将55至64岁劳动参与率提升至劳动力较年轻群组的水平将有助于提高国内生产总值的年增长率,但幅度很小。对德国的影响最大,其人均国内生产总值增长率上升了0.13个百分点。对于那些老年劳动者与年轻员工参与比率差距相对不大的国家,提高老年劳动者的劳动参与率对于预计的人均国内生产总值增长率的影响可以忽略不计。虽然如此,这种参与率的提高可能确实有利于这些国家养恤金制度的财政可持续性(见第五章)。

另外还模拟了老年劳动者可能产生的较低生产率对国内生产总值增长的影响(见下面的讨论)。假定(相当武断地说)老年劳动者的平均生产率增长为1.5%,其

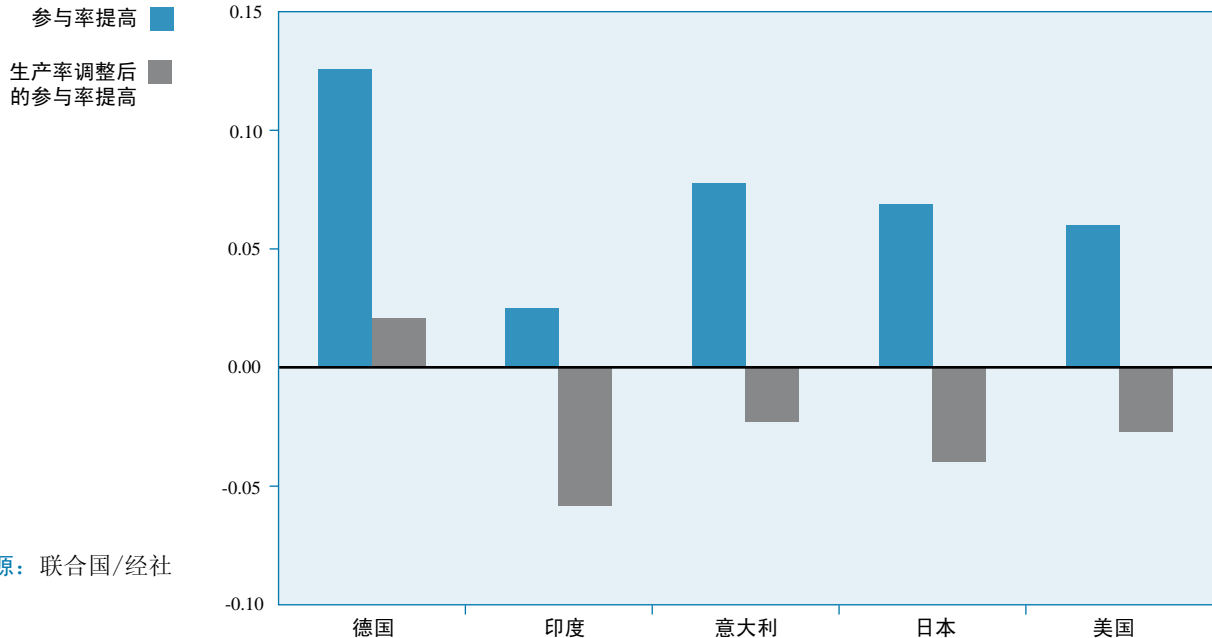
……当辅之以提高其生产率的策略时

化所带来的挑战。该方案称为LIFE(轻松、创新、健康、高效),目的是保留老年劳动者,吸纳新员工,促进员工专门技能的代际传递,并通过改进工效设计来改善安全。培训也是该方案重要的一部分,每名员工每年可获得至少33小时用于项目和培训(欧洲改善生活和工作条件基金会,2006年a)。

<sup>6</sup> 就计算机而言,预计差距会随着时间进一步降低。当然,新技术的出现可能会产生相同的现象。

<sup>7</sup> 这种分解法基于会计恒等式,它说明了国内生产总值的总产量等于劳动者数量的产品(L)与个人生产率( $\epsilon$ )相乘。用数学公式表示,即为:国内生产总值=L $\epsilon$ 。因此,人均国内生产总值的增长率约等于就业增长率和劳动生产率增长率之和减去人口增长率,也就是说,(国内生产总值/N)= $\hat{L}+\hat{\epsilon}-\hat{N}$ 。由于就业增长基于预计的参加劳动力的人数和假定每年2%的劳动生产率增长,就可以得出人均产量年增长率。相反,通过假定人均国内生产总值恒定增长,即可估计必要的劳动生产率增长。劳动力的预测基于《世界人口前景:2004年订正本》,人口数据库,关于劳动适龄人口(15-64岁)的预测。2000-2020年期间的劳动参与率来自劳工组织劳工统计数据库,可查阅:<http://laborsta.ilo.org/>,并假定分析所涉期其余阶段维持在2020年水平上。

图四.4  
老年劳动者的劳动参与率提高：对2000-2050年选定国家人均国内生产总值  
年均增长率的影响(人均国内生产总值增长提高的百分比)



资料来源：联合国/经社部。

他劳动者为年均2%。根据这一假设，除德国以外，提高老年劳动者的参与率，相对于参与率不变的基线设想方案，实际将会导致人均国内生产总值增长率下降。因此，如果老年劳动者的生产率下降了，旨在提高其劳动参与率的政策在提高人均产量方面就不会有效，除非如上面讨论的那样，在采取这些政策的同时辅之以旨在提高老年劳动者生产率的措施。

### 劳动力老龄化会降低生产率？

尽管一些国家通过采用前面章节讨论的多种政策有可能部分地抵消劳动力下降的趋势，但是随着社会持续老龄化，劳动力的年龄结构发生变化是不可避免的。因此，必须考虑以下因素：(a) 劳动力年龄变化特征可能对劳动生产率产生的影响；(b) 提高总体生产率的可能性；以及(c) 明确能够提高生产率的政策干预。

### 老龄化对于劳动生产率的影响

如果生产率增长的速度不足以抵消迫在眉睫的劳动力供应的变化，那么既要维持和改善生活水准，又要帮助日益增多的受抚养老年人口，这一负担会变得越来越沉重。

在宏观经济层面，除了别的以外，知识的进步也可以提高生产率，采取创新的形式，例如新的工作方法，开发新技术和新产品。因为创新意味着一定程度的创造力，而社会中年轻人的创造力往往较高(见下文)，创新通常与年轻劳动者紧

密相关。因此人们认为，年轻劳动者在劳动力市场中的比例缩小可能会导致科技发展速度放慢，从而对生产率增长产生不利影响。

在公司一级，老龄化对生产率的影响比在宏观经济层面更易察觉。在该领域有关“年龄和学习”的一项开创性研究(Lehman, 1953年)揭示了一种创造性的“年龄曲线”，该曲线显示在“创造性职业”中，例如自然科学、艺术以及运动，生产率从20岁左右开始上升，在30岁末期到40岁中期达到顶峰，随后开始下降。<sup>8</sup>

随后的研究支持了这个论点并且指出，任何与年龄相关的生产率下降都是逐步发生，并且因职业而异(见Skirbekk所著《综合研究综述》(2003年))。例如，在认知能力降低有可能对工作绩效产生影响的职业中，例如科学研究，老年劳动者的生产率可能会下降。另外，在管理岗位上，例如，在经验是工作绩效的一个比较重要的因素的行业中，老年劳动者的工作，如果不是更加有效的话，至少也和其年轻同事的工作一样有效。<sup>9</sup>

经验因素能够帮助抵消与年龄相关的生产率下降，而组织结构的变化，在具体职业中信息和通信技术的更有效的利用，以及确保在整个工作阶段更好地获得知识、教育和培训，也被确认为保持和提高生产率的方法(欧洲委员会，2006年；Black和Lynch，2004年)。因此，年龄生产率的特征将随着时间而改变，随着科技的进步以及经济体内结构的调整，一些与特定职业相关的技能在国内劳动力市场变得或多或少地过时了(欧洲委员会，2006年；Nishimura等人，2002年)。

基于这些文献资料，可以指出的是，随着许多中等收入和高收入经济体中的劳动者持续老化，劳动力的年龄特征将不再是“高峰生产率”劳动者占较高比例。这种设想方案说明，这些经济体将需要促进其劳动生产率增长，这就需要大幅度增加一般资本投资，也就是说，增加人力资本、无形资产(研究与开发)和有形资本的投资。反之，在年轻人占较高比例的低收入经济体，劳动力的年龄结构将逐渐展示出更高的生产率潜能。但是，非人口因素也会阻碍这些国家获取其人口红利的好处。

#### 劳动生产率增长能抵消与年龄有关的产量变化吗？

劳动生产率的提高能够抵消人口老龄化对经济增长的影响，这就提出了如下问题：即需要多高的生产率来克服老龄化的影响，以及需要提高多少生产率才能维持一定水平的福利。例如，就日本的情况而言，假设其他所有条件都相同，在未来50年内要保持每年人均收入增长2%，劳动生产率就需要每年增长2.6%。要克服人口老龄化对增长的影响，所需劳动生产率增长必须在80%以上(见图四.5)。对于其他老龄化

劳动力老龄化可能对生产率增长产生影响……

……但是这是逐步发生的，并且因职业而异

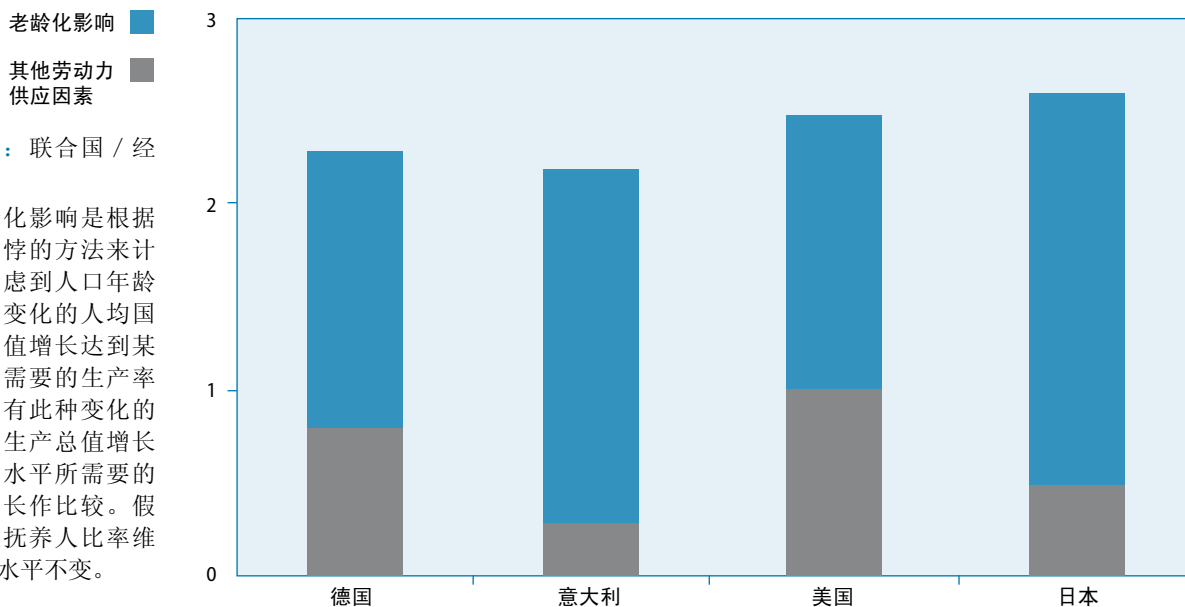
各国必须利用本国的年龄特征来制定提高生产率的战略

提高劳动生产率对维持经济增长很重要

<sup>8</sup> 具体来讲，Lehman发现化学家在26至30岁之间达到劳动生产率的高峰。在数学、物理、植物学、电子学和实用发明中，在30至34岁之间达到劳动生产率高峰。

<sup>9</sup> 目前在这些调查中有关如何测量相关变量可能存在一些偏见。例如，认知能力的测量忽视经验和管理能力，这两者往往随年龄的增长而增加，而依赖于主管评价的调查是主观的，可能对老年劳动者存在偏见(Börsch-Supan, 2004年)。

图四.5  
人口老龄化对2000-2050年德国、意大利、日本和美利坚合众国所需要的  
年均劳动生产率增长的影响(百分比)



资料来源：联合国 / 经社部。

注：老龄化影响是根据与事实相悖的方法来计算：将考虑到人口年龄结构预期变化的人均国内生产总值增长达到某一水平所需要的生产率增长与没有此种变化的人均国内生产总值增长维持同一水平所需要的生产率增长作比较。假设老年受抚养人比率维持2000年水平不变。

国家，比如意大利和德国以及美国，尽管程度上略轻，情况也大致相同。但是，所有这些个案中所需达到的生产率增长按历史标准来看似乎都能实现。然而，同样需要注意的是，人均国内生产总值2%的年增长率低于这些经济体以往平均达到的水平。最后，要使生产率年增长率在2-2.5%左右的水平上保持五十年并不是一件容易的事，这可能需要有持续的政策环境，鼓励技术进步和创新。

必须对研发、人力和有形资本进行投资以提高生产率

一般资本形式的投资，即有形资本，研究与开发和人力资本投资，一直被视为促进生产率增长的重要因素。<sup>10</sup>欧洲委员会已制定了有针对性的政策，旨在加强研发、基础设施和人力资本方面的投资质量，并在经济体内促进科技协同增效，以达到必要的更高的生产率(欧洲共同体委员会，2006年)。例如，除了呼吁将欧盟研究预算翻番的倡议外，还有设立地区“创新中心”和“欧洲技术研究院”的倡议。这些研究中心应当吸引全世界的研究人员并在研究与产业之间建立更好的联系，以促进创新。在发展中经济体，技术和创新政策的目标往往是那些对生产率增长具有特殊战略意义的特定产业和部门。与此同时，许多发展中国家还面临着另一项挑战，就是在传统上雇用大量工人的低技能非正规经济中如何通过提高生产率来提高整个经济的生产率。在这方面，增加对基础设施和人力资本的投资对于提高生产率也具有同等重要的意义(联合国，2006年a)。此外，促进

<sup>10</sup> 例如，见早期研究，如Romer(1986年)，Mankiw, Romer和Weil(1992年)；Coe和Helpman(1995年)；以及Lichtenberg(1992年)。

利用技术和设立正规和非正规部门之间供应链的前后关联也能够提高劳动者的技能，最终导致总体生产率增长速度加快(国际劳工局，2004年c)。在这方面，虽然发展中国家处于机会窗口仍然开启的人口结构转型阶段(见方框四.1)，但只有采取必要的政策，以充分利用劳动适龄人口的生产潜力，才能实现这种人口结构转型带来的好处。

### 老龄化和消费模式

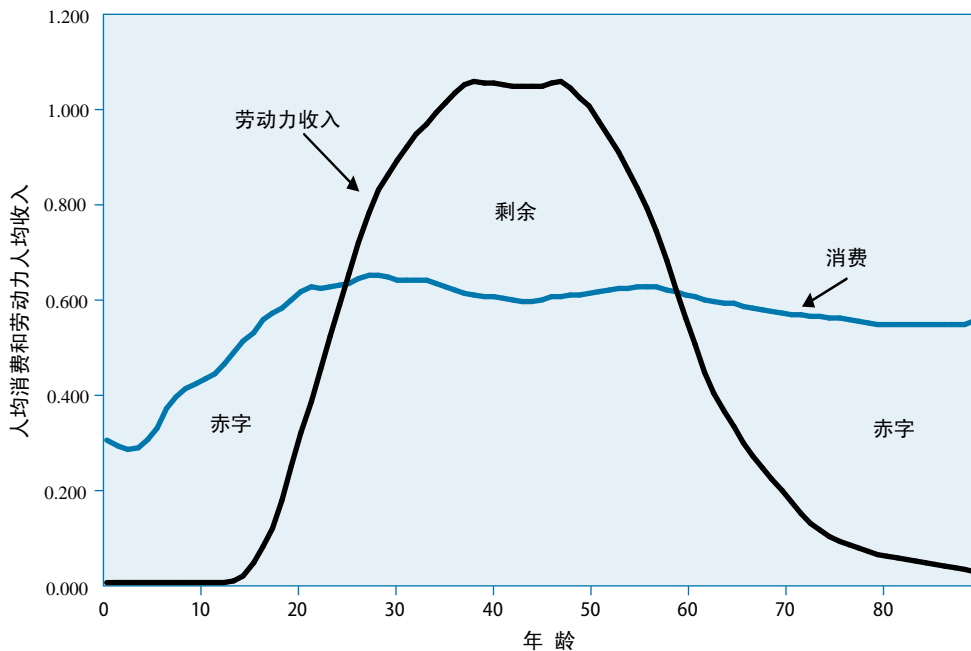
如上所述，人口老龄化因其对劳动力供应的冲击将影响到经济增长。然而，这并不是人们将感受到人口老龄化对经济影响的唯一渠道。经济增长与消费、投资和储蓄模式也有密切的联系。消费模式可随着人们年龄的增长而发生变化。在宏观经济层面，这种变化可对商品和服务的需求并因此对投资机会产生影响，从而影响人口老龄化的经济体的投资模式和劳动力分配。此外，老年人的总体消费水平也可能发生变化，而且如果需求下降，将对经济增长产生不利影响。

消费模式可随着人们年龄的增长而发生变化

### 收入和消费的生命周期模式

经济理论关于消费(和储蓄模式)及消费与老龄化关系的理解来自生命周期模式并基于消费平滑假说(Friedman, 1957年; Modigliani和Brumberg, 1954年; Ando

图四.6  
发展中国家的经济生命周期概览图



资料来源：Lee和Mason (2007年)。

注：以多个发展中国家的具体估测值为基准，再除以30至49岁主要劳动力的平均劳动生产力。

和Modigliani, 1963年)。该模式显示恒定的消费轨迹和“驼峰”储蓄模式。由积蓄或代际转移所支撑的消费即使在没有劳动收入时也会发生(见图四.6)。

该图的基本道理很简单：人人都需要消费；但年幼者和老年人不太可能参与劳动力市场或赚取收入。子女的消费依靠的是父母的财富转移。老年人通过动用储蓄花自己积累的财富，以及(或)在他们离开劳动力市场后接受代际财富转移。个人在其参加工作期间往往所挣收入高于消费水平。剩余的钱可用来供养家中受抚养的子女和老年人，并为老年收入保障积累储蓄。

消费水平可能随生命周期而变化

不过，现有证据并不总是支持该模式的假设，即整个生命周期的消费水平是相对稳定的。实证研究表明，退休后消费可能降低到一个较低的水平，这一点不能用消费平滑模式来解释(Banks, Blundell和Tanner, 1998年；Bernheim, Skinner和Weinberg, 2001年)。这一研究结果产生了术语“退休消费之谜”。举例来说，在大不列颠及北爱尔兰联合王国所看到的消费下降幅度很明显，但在美国就没有这一现象。在意大利这类国家，一旦将休闲因素考虑进去，就不存在消费水平急剧下降的问题(Miniaci, Monfardini和Weber, 2003年)。在美国，老年人的消费水平明显高于劳动适龄者的平均消费水平，因为公共品供应，更具体地说，是医疗保健服务的消费增加了。(Lee和Mason, 2007年)。在考虑到公共品供应和服务时，在其他发达国家，例如日本和瑞典，也可以看到老年阶段消费水平的提高。发展中国家和地区的趋势也各不相同：在中国的台湾省，老年阶段的消费水平保持相对恒定，但在印度尼西亚和泰国往往呈下降趋势。在哥斯达黎加，老年时最初的下降趋势在高龄时会出现逆转。<sup>11</sup>

由于没有与工作有关的开支和休闲时间增加，退休后消费可能下降

人们为解释在发达国家最为明显的“退休消费之谜”现象提出了种种论点，包括与工作相关的开支的作用，这些工作开支在人们一旦退休后将会降低。此外，休闲时间增加使家庭在购买商品时能够更加讲究经济效益，并且(或)有可能从事某些产品的家庭生产。另外，当退休比预期时间早的情况下，或对未来需求不确定的情况下，个人可能降低消费以对可用资源进行精打细算。因此，Smith(2004年)得出的结论是，若将休闲时间的增加或退休时间的不确定性这些问题考虑在内，也就谈不到“退休消费之谜”了。

即使一个人退休后消费水平可能不会下降，但退休人口的消费水平不会像劳动者的消费水平增长得那么快，因为退休金收入——一般来说是享受退休金制度的老年人的主要收入来源——比工资增长缓慢，尤其是退休金福利不与工资挂钩的话(见第五章，Schaffnit-Chatterjee, 2007年)。

<sup>11</sup> 全国转让账户数据库(主要机构：人口和健康研究方案，东西方研究中心和老龄化经济学和人口学研究中心，加利福尼亚大学伯克利分校)可从<http://www.schemarts.com/proj/nta/web>中获取信息。

### 消费模式随年龄变化吗？

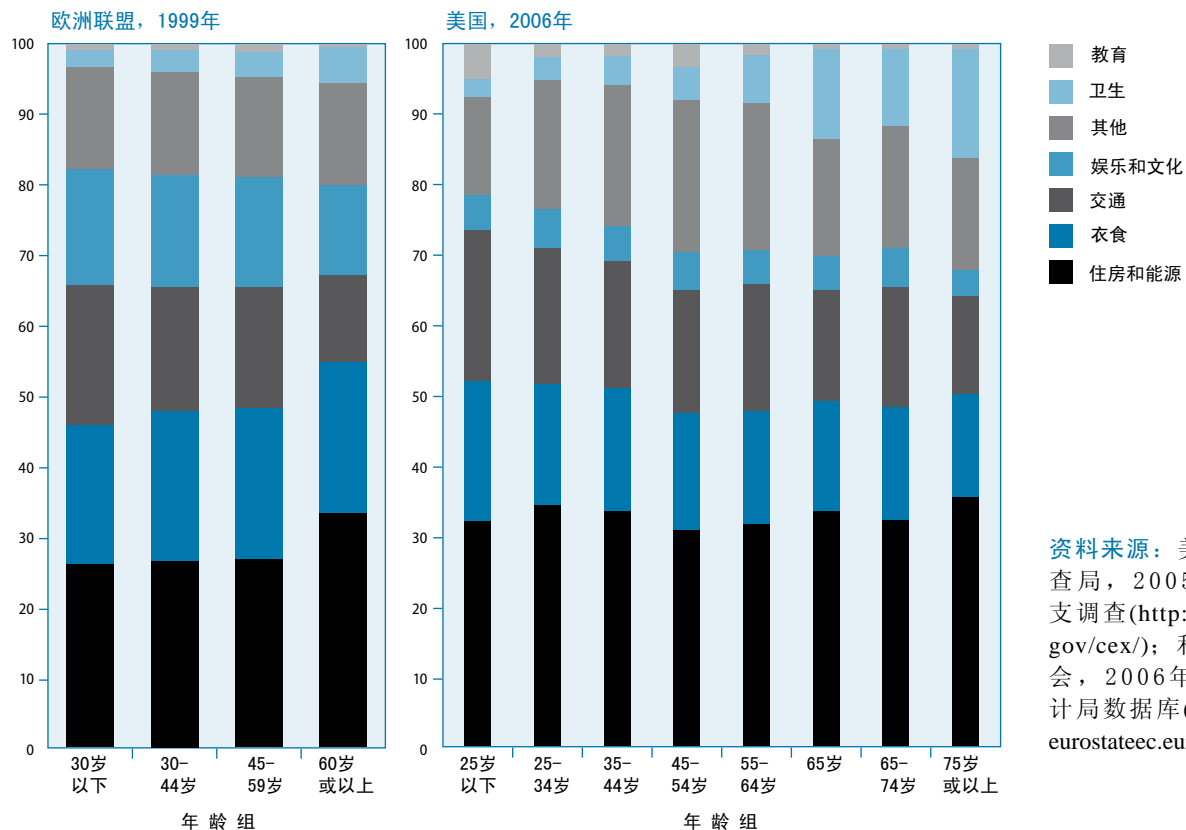
需求和品味随生命周期而变化。老年人用于住房和社会服务的收入比例往往高于较年轻的人口群体(Lührmann, 2005年; Lee和Mason, 2007年)。图四.7以家庭收入和开支调查数据为基础,它显示在美国和欧盟,与住房相关的服务、能源和医疗等项开支在家庭开支中所占份额似乎在稳步上升。根据发达国家65岁或以上的老年人所显示的目前消费趋势的考量,可以预测医疗保健和长期护理开支将可能上升(见第六章),而住房和能源开支将因退休人口在家时间更多而增加。另一方面,娱乐和交通开支可能下降,而食物和衣物等基本生活必需品的消费比例将保持相对恒定。

在整体水平上,家庭消费模式的长期趋势似乎反映上述的结论。在选定国家中,自1970年以来医疗保健和能源支出显著增加,而衣食上的支出比例则在下降。预计这种趋势今后还会继续下去;不过,仔细审视目前趋势就不难看出:因老龄化造成的消费模式的变化非常缓慢,对整个经济来说影响有限(Lührmann, 2005年; Schaffnit-Chatterjee, 2007年)。此外,变化也是平缓渐进的。

老年人用于住房和社会服务的收入比例往往较高

相对于整个经济而言,年龄导致的消费模式的改变是渐进和适度的

图四.7  
2006年美国 and 1999年欧盟按年龄组分列的消费开支结构(开支百分比)



资料来源: 美国人口普查局, 2005年消费开支调查(<http://www.bls.gov/cex/>); 和欧洲委员会, 2006年欧共体统计局数据库(<http://epp.eurostateec.europa.eu/>)。

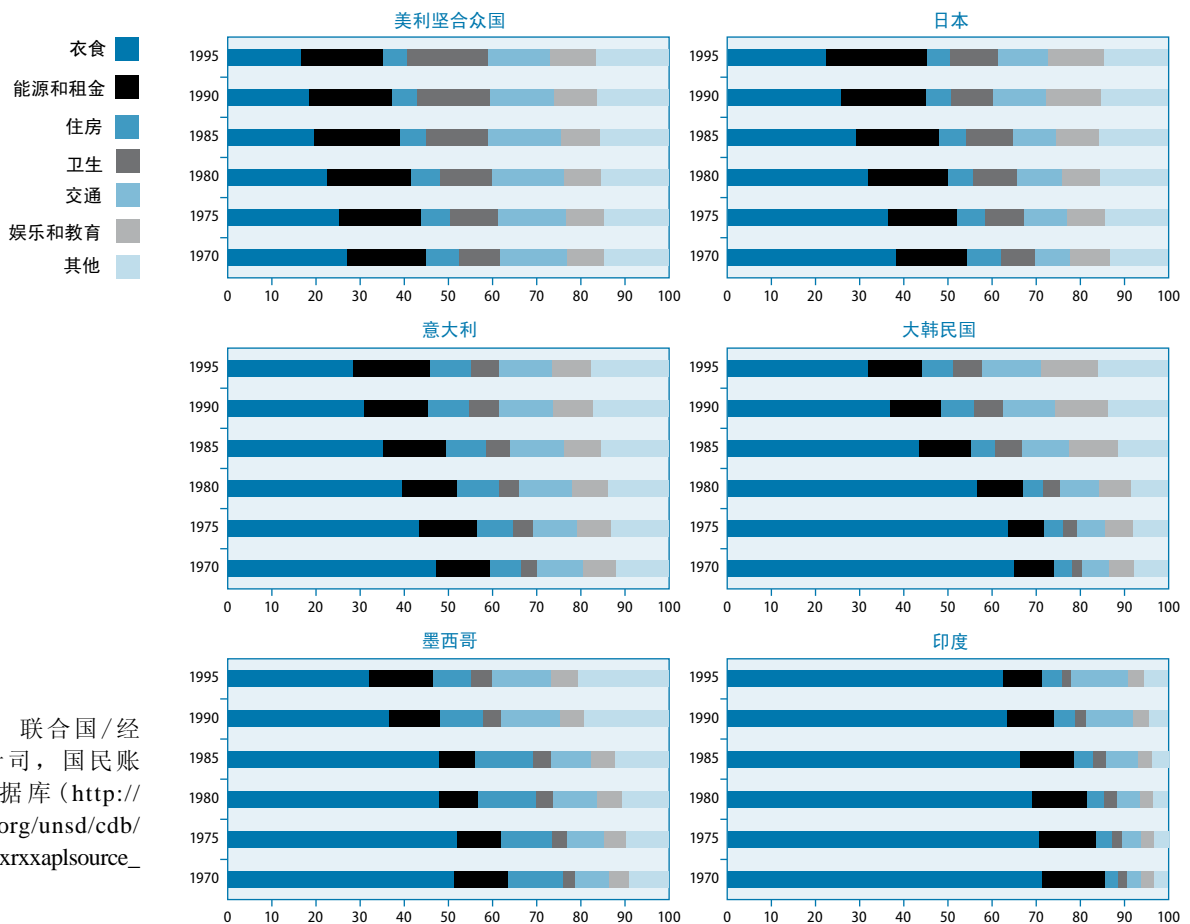


值得注意的是：无论是在人口相对老化的国家，还是在相对年轻的国家，与服务相关的开支，尤其是医疗保健开支，以及能源支出在总开支中所占比例都在逐渐加大(见图4.8)。无疑，收入仍将是决定经济结构和经济需求水平的最重要的因素。因此，分析人口结构转型对消费模式的影响时，人们必须考虑年龄和收入之间的关系。如第五章所讨论的那样，如果收入随年龄变化以及老龄可能意味着某种情况下收入的下降，那么老年人口日益增多将会影响需求结构，不仅仅是因为老龄化本身带来影响(品味和需求有所不同)，也还因为老龄化导致收入发生变化。越来越多的老年人收入降低，将会导致消费水平降低和消费需求转向基本商品。因此，预测未来的需求结构时，人们还必须考虑(或假设)老年人的购买力可能发生变化。

收入仍是决定经济结构和经济需求水平的最重要的因素

如上所述，从图4.8所列国家的消费模式来看，人均收入的提高是其变化的主要原因。随着人均收入的上升，消费从衣食等必需品转到服务上。医疗开支比

图四.8  
1970年、1975年、1980年、1985年、1990年和1995年选定国家的居民消费结构(占总开支的百分比)



资料来源：联合国/经社部/统计司，国民账户年鉴数据库 ([http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb\\_source\\_xrxxaplsources\\_code=3](http://unstats.un.org/unsd/cdb/cdb_source_xrxxaplsources_code=3))。

例的增加在美国尤其明显，其原因很可能是医疗保健的价格上涨比其他商品和服务的价格上涨快(见第六章)。总而言之，需求结构的变化不仅仅是因为品味和喜好的变化(可能取决于年龄)，还因为收入水平也发生了变化。

### 人口老龄化与储蓄动态

人口年龄结构的变化会对储蓄的生成产生重要的影响。基于对生命周期模式中个人行为的描述，我们可以假设，儿童受抚养人比率高的经济体其储蓄率相对偏低。人口年龄结构中劳动适龄人口占主导的国家，经济增长速度可能较快，而且会因个人的养老储蓄的推动而提高储蓄率。同时，老年受抚养人比率高的经济结构，其储蓄率将呈下降趋势(见方框四.1)。

表四.3列出了选定发达国家的居民储蓄在可支配收入中所占比率以及老年受抚养人比率。在过去的二十年里，大多数国家的居民净储蓄率呈下降趋势；同时，老年受抚养人比率却呈上升趋势。这表明，至少在总体上人口结构变化可能确实与储蓄率有密切关系，但不同国家的这种影响程度是不一样的。

例如，法国的老年受抚养人比率较高，但其居民储蓄率却保持相对平稳。与德国的情况相反，在澳大利亚，1989至2007年期间老年受抚养人比率变化不大，但居民储蓄率却急剧下降。受抚养人比率最高的国家(日本和意大利)的储蓄率却

老年受抚养人比率高的经济体其储蓄率呈下降趋势……

……但各国老龄化对储蓄率的影响也是不一样的

表四.3  
1989年、1995年、2000年、2003年和2007年选定经合组织国家的居民储蓄率和老年受抚养人比率

		1989	1995	2000	2003	2007 <sup>a</sup>
德国	老年受抚养人比率	21.5	22.2	23.3	25.5	29.5
	居民储蓄率	12.7	11.0	9.2	10.3	10.2
澳大利亚	老年受抚养人比率	16.4	17.6	18.3	18.5	19.1
	居民储蓄率	7.9	6.7	2.8	-3.1	-1.2
加拿大	老年受抚养人比率	16.2	17.9	18.5	18.6	19.3
	居民储蓄率	13.0	9.2	4.7	2.8	1.1
美国	老年受抚养人比率	18.6	19.2	19.2	18.6	18.5
	居民储蓄率	7.1	4.6	2.3	2.1	0.5
法国	老年受抚养人比率	20.9	23.2	24.7	24.7	25.4
	居民储蓄率	8.8	12.9	12.0	12.8	11.5
意大利	老年受抚养人比率	21.6	23.3	26.9	28.4	31.1
	居民储蓄率	24.5	19.4	10.4	11.5	10.0
日本	老年受抚养人比率	16.8	21.0	25.2	27.6	31.7
	居民储蓄率	13.6	11.9	8.3	4.0	2.4
荷兰	老年受抚养人比率	18.4	19.4	20.0	20.6	21.2
	居民储蓄率	15.5	14.6	7.0	8.5	5.5
联合王国	老年受抚养人比率	23.9	24.3	24.6	24.4	24.1
	居民储蓄率	6.7	10.2	5.1	4.9	5.6

资料来源：《世界人口前景：2006订正本》，人口数据库(在线版)(<http://esa.un.org/unpp/>)；世界银行，2005年世界发展指标数据库；经合组织《经济展望》第80期，数据库(<http://www.oecd.org/ataoecd/5/48/2483858.xls>)。

注：老年受抚养人比率系指每100名15至64岁的人中65岁或以上的老年人人数。居民储蓄率用可支配居民收入的百分比来表示。

<sup>a</sup> 预测值。

老龄化不是影响储蓄的唯一因素

不是最低。事实上，澳大利亚和美国的储蓄率最低，两国2007年的老年受抚养人比率也是最低。在某些国家(澳大利亚、加拿大、新西兰和美国)，居民储蓄率的下降要比老年受抚养人比率的增长快得多。

这些经济体之间的差异可能与其他因素有关联。例如，在美国，高度发达的金融市场与金融自由化结合在一起，使得经济代理人以及公司和家庭更加容易地以投资人或借贷人的身份进入金融市场。由于对借贷的限制放宽，以及投资基金会可能带来资本收益，生命周期模式所假设的老龄化与基于工资的储蓄行为之间的联系减弱了。

例如，由资本市场资产价格的波动而引发的财富存量的重新估价对居民储蓄也有很大的影响。资产价格的有利波动带动了净资产的增长，与没有此种有利波动的情况相比，个人会因此减少储蓄，这就意味着消费的增加和储蓄的减少。美国就曾出现过这样的情况，1990年代中期股市和近期房地产业投资的收益产生了财富效应，结果导致居民储蓄率下降。事实上，如评论所说，美国私人储蓄下滑不能归因于人口结构的变化，因为所有年龄组的储蓄率都在下降(Deaton, 2005年)。

尽管老龄化不是影响储蓄行为的唯一因素，而且它对储蓄的影响程度也无法确定，但可以肯定的是，老龄化以及由此产生的退休人口的增长，将势必导致非从事经济活动人口的扩大，而他们的消费需求又必须得到满足。因此，可以预测，从事经济活动人口所创造的收入将有越来越多的部分被转移给非从事经济活动人口。如果收入增长速度不快，将会对储蓄造成影响(不然的话，就需要重新考虑劳动者和退休人口之间的消费比重，或者两类人口的消费量都需要下降)。以美国为例，联合国秘书处经济和社会事务部的计算结果显示，根据从事经济活动人口和非从事经济活动人口目前的消费水平，美国的消费总额在国内生产总值中的比重将从2000年的71%增长到2050年的75%。这是一个重要但并不显著的增长。然而，它说明美国的家庭储蓄率到2050年将会降低4个百分点。当然，非从事经济活动消费人口规模日渐扩大，其所产生的影响在程度和时间上因国家具体情况而有所不同。结果不仅取决于人口动态，还取决于各个年龄组消费水平的差异、消费水平的预期增长率以及国内生产总值的总体增长率。<sup>12</sup>

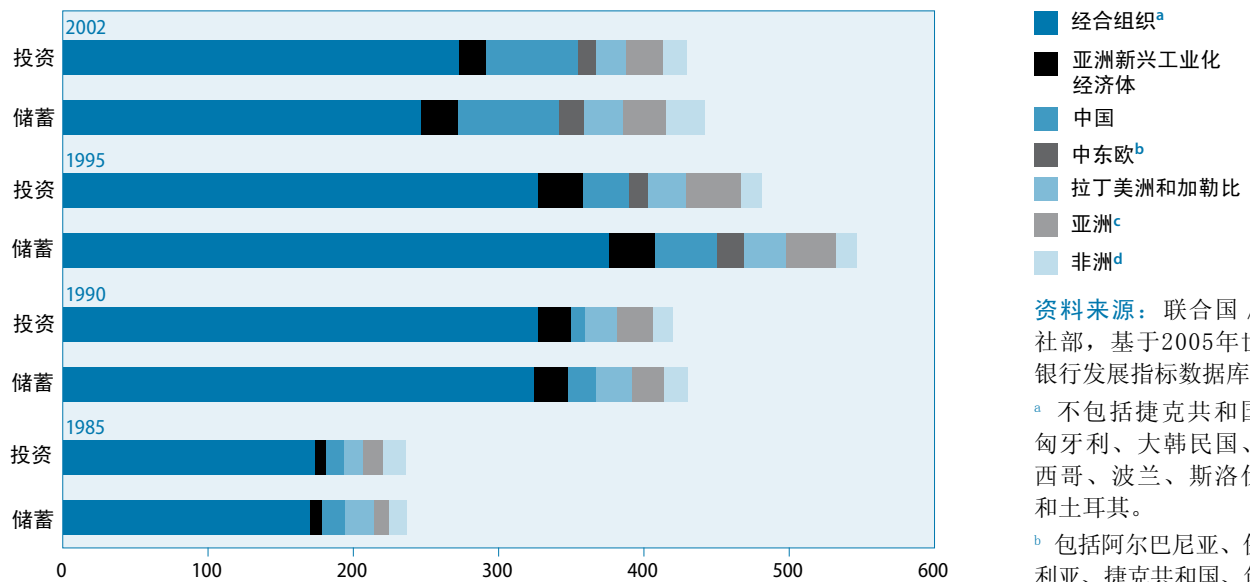
#### 对全球储蓄的影响

人口老龄化程度高的国家是全球储蓄的主要提供者

如前所述，退休人口的增长可能对储蓄造成某种压力，尤其是在经济不能快速增长的情况下。而老龄化区域的国家大多在全球经济中占有重要地位，因此可以预

<sup>12</sup> 假定2000-2050年期间人均国内生产总值年均增长2%。消费包括私人 and 公共消费，并且估计从事经济活动人口和非从事经济活动人口的人均年增长率为2%。关于不同年龄组(15岁以下，15-64岁和65岁或以上)消费水平的数据来自Lee和Mason(2007年)，人口数据则来自联合国经济和社会事务部人口司，《世界人口前景：2004年订正本》，人口数据库。

图四.9  
1985年、1990年、1995年和2002年按主要国家组别和地区  
分列的全球人均储蓄和投资(现值美元)



资料来源：联合国 / 经社部，基于2005年世界银行发展指标数据库。

<sup>a</sup> 不包括捷克共和国、匈牙利、大韩民国、墨西哥、波兰、斯洛伐克和土耳其。

<sup>b</sup> 包括阿尔巴尼亚、保加利亚、捷克共和国、匈牙利、波兰和斯洛伐克。

<sup>c</sup> 包括东亚、太平洋和南亚所有发展中经济体，中国除外。

<sup>d</sup> 包括撒哈拉以南非洲、北非和中东发展中国家。

测，这些区域所发生的变化将对全球储蓄和投资产生影响(见图四.9)。132002年，全球范围内人口老龄化程度较高的发达国家的储蓄额占世界总储蓄额的63%，而其投资额占世界总投资额的68%。这些发达国家尽管是全球储蓄的主要提供者，但它们也已进入人口老龄化阶段，预计其老年受抚养人比率在未来几十年里将呈增长趋势。中国也是全球储蓄的又一主要提供者，占全球储蓄的16%，而且预计将进入人口快速老化阶段，其老年受抚养人比率将会从2000年的10%急剧上升到2050年的39%。

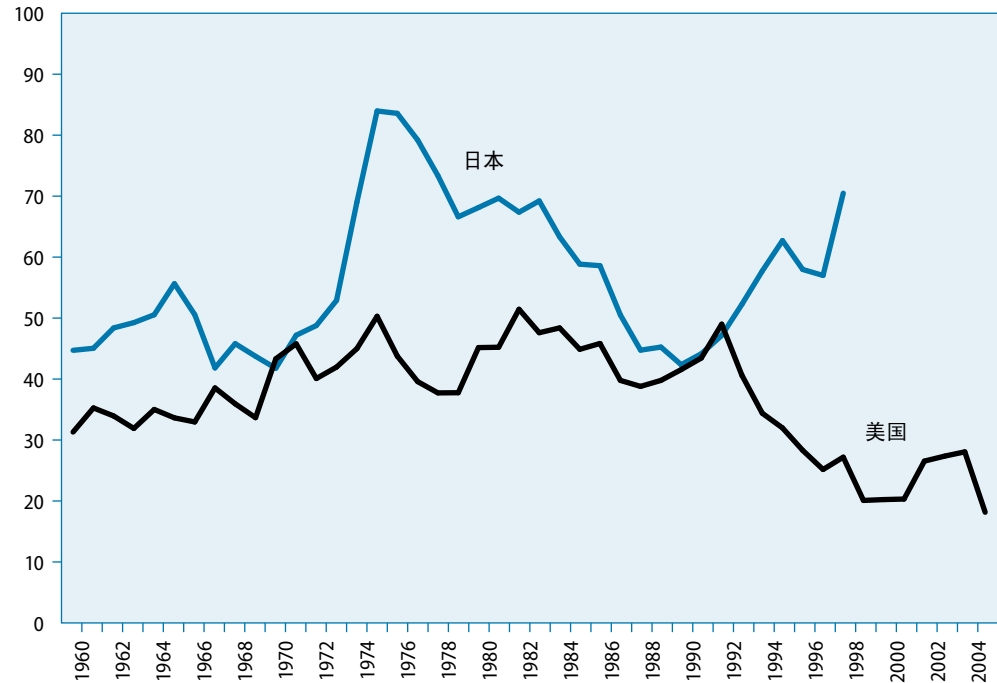
全球储蓄与经合组织国家储蓄之间的密切关系意味着，如果老龄化是储蓄生成的主要驱动因素，而世界其他地区的经济不能更快速地增长，那么全球储蓄将会下降。全球储蓄降低可能会导致用于金融投资的资源减少，从而给利率带来压力，但后者的发生将取决于全球一级投资需求的发展情况。

虽然年龄可能会影响到储蓄水平，但还有其他许多因素也有着重要的影响，而不仅仅是生命周期模式所提出的人口因素。其原因之一是，生命周期模式只适用于家庭或个人储蓄，而经济结构中的总体储蓄水平也还包括企业和政府部门的储蓄。另外，家庭或个人储蓄在国家储蓄生成中的重要程度对不同国家以及给定国家的不同时期也是不同的(见图四.10)。因此，不能轻易地断言，老龄化趋势对储蓄有显著影响。影响储蓄和消费行为的部分因素是：资本市场的存在和深

居民储蓄只是国内储蓄的一部分

<sup>13</sup> 从会计学角度看，在全球层面上投资等于储蓄。某些年份有差异是因为误差和遗漏，而且是因为并非将所有的国家都计算在内。

图四.10  
1960–2005年日本和美国居民总储蓄在国民总储蓄中的比重(百分比)



资料来源：美国商务部，《国民收入和生产账户》表格 (<http://www.bea.gov/national/nipaweb/index.asp>)，表5.1标题为“储蓄与投资”(2007年5月9日上网)；以及日本统计局和统计研究与培训研究所，国民账户 (<http://www.stat.go.jp/english/data/chouki/03.htm>)，表03-08和03-11-d(2007年5月9日上网)。

化、金融创新和自由化、实行强制性养恤金办法(该计划会降低人们为养老而储蓄的积极性，进而影响人们主动储蓄的努力，见第五章)、财产遗赠(可以支持老年阶段的储蓄努力)、收入水平和总体经济运行情况的波动，以及文化特性和确立的体制框架。

个人储蓄行为可能会与生命周期模式的假定不一致

个体行为也有很大差异，不一定与生命周期模式的假定相一致。一些个人可能十分看重为家人留下一笔遗产，因此会在退休后继续储蓄。也有人为了在身体健康的时候充分享受生活，会选择在刚退休时就使用储蓄，还有人则希望在较长的时间内使用其所积累的财富。此外，同龄群组效应和文化变迁也会对个人产生影响，并进而产生不同于理论预测的储蓄行为。因此，假设人们在工作期间积累财富而在退休后消耗积累(因此，劳动适龄人口在人口结构中占据多数的经济体会有高储蓄率，而老龄化国家则会有低储蓄率或负储蓄率)，这还需要放在更大的经济和体制背景下来评价。

储蓄与投资之间无法建立起因果关系

从适用于封闭型经济的会计学角度来看，全球储蓄必须等同于投资，而且，如图四.9所示，人均投资额必将与储蓄额以相同的速度下降。然而，在储蓄总额与投资总额之间还不能明确地建立一种因果关系。储蓄是否会带动投资并从而促进经济增长，这一点尚无法确定。例如，发展中国家的经验证据显示，高储蓄额往往是经济快速增长的结果，换言之，是经济的增长推动了储蓄的提升。

事实上，大多数发展中国家“国内储蓄率和投资率只是在刺激经济增长后的一段时间内才会有不连续的增长”（联合国，2005年d，概览，p. v）。而此种经济增长刺激又与各种外部和内部条件有关联，包括合理而稳定的政策干预。因此，经济的增长是以资本投资和生产率提高来支撑的。在许多发展中国家，资本形成的主体来自国内储蓄，在这方面，需要解决的是这些国家在国内储蓄调动方面存在的种种制约因素。

此外，在老龄化国家中，劳动力减少并不一定会导致投资需求的降低。如前所述，劳动力供应的降低和总需求的结构变化会给老龄化国家带来工资压力，因此，企业很可能会选择加大在节省劳动力技术方面的投资，而不会因劳动力缺乏或劳动力成本增加而减少投资。影响投资需求的重要因素还包括技术更新的速度、技术更新对生产率的影响，以及由此产生的现有机器和设备的陈旧过时。另外，今天的世界一体化程度越来越高，投资不仅会趋向于国内的市场机会，还会趋向于全球市场。因此，投资对劳动力规模和成本的变化以及需求水平和构成的预期变化的应对方式，以及必要的技术创新和其他提高生产力的调控措施，对于最终确定和维持未来经济增长具有至关重要的意义。

劳动力供应的降低可能会导致投资的增加

### 老龄化与金融市场的结构和稳定性

尽管无法特别确定将来人口老龄化是否一定会导致全球储蓄和国内储蓄下降，但人口老龄化对金融市场所产生的影响已经十分明显。越来越多的居民储蓄开始流向养恤基金和其他退休金融投资计划。在许多国家，人口结构变化的同时，金融工具日益完备，体制安排也发生变化，从而导致金融市场上养恤基金和共同基金规模扩大，由此产生许多潜在的影响。

机构投资者在发达经济体中的存在，以及其在许多新兴经济体中的快速增长，正在改变全世界金融体系的结构。1990至2003年底期间，发达经济体中机构投资者<sup>14</sup>的资产管理规模从14万亿美元上升到47万亿美元，其在国内生产总值总量中的比重从大约78%上升到160%。在这期间，作为居民退休储蓄的归口，三大机构投资群体（保险公司、养恤基金和投资公司）均呈现出迅猛的发展（见表四.4）。许多发展中经济体的机构投资者规模也在扩大。

机构投资者正在改变金融体系的结构

2004年，智利的养恤基金总资产至少占国内生产总值的65%，居各发展中国家之首，新加坡位居第二（63%）（经济合作与发展组织，2005年）。

各国引发储蓄流向机构投资者的因素各有不同，但共同之处是，由于政府提供的养恤金压力很大（见第五章），私人养恤金和退休金筹资现已成为关注的重点。实际上，在已经建立起资金完全到位的系统的新兴经济体中，养恤基金管理

养恤金制度私有化始终是导致储蓄向机构投资者转移的因素之一

<sup>14</sup> 机构投资者包括保险公司、养老基金、投资公司、对冲基金、房地产投资信托基金（REITs）、私募股权基金和风险投资基金。投资公司包括封闭式投资公司和投资管理公司、共同基金和单位投资信托公司。

表四.4

1990-2004年发达经济体中机构投资者的资产管理规模

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
<b>10亿美元</b>							
机构投资者	13.8	23.5	39.0	39.4	36.2	46.8	..
保险公司	4.9	9.1	10.1	11.5	10.2	13.5	14.5
养恤基金	3.8	6.7	13.5	12.7	11.4	15.0	15.3
投资公司	2.6	5.5	11.9	11.7	11.3	14.0	16.2
对冲基金	0.0	0.1	0.4	0.6	0.6	0.8	0.9
其他	2.4	2.2	3.1	3.0	2.7	3.4	..
<b>占国内生产总值的百分比</b>							
机构投资者	77.6	97.8	152.1	155.3	136.4	157.2	..
保险公司	27.8	37.8	39.4	45.3	38.4	45.4	44.0
养恤基金	21.2	27.8	52.6	50.1	42.9	50.4	46.4
投资公司	14.8	22.7	46.3	45.9	42.7	47.2	49.0
对冲基金	0.1	0.4	1.6	2.2	2.2	2.7	2.8
其他	13.6	9.1	12.4	11.7	10.1	11.5	..

资料来源：国际货币基金组织(2005年)，第三章，第67页，表3.1。

注：以上数据可能重复计算了一些属于确定缴费型养恤基金但由投资公司管理的资产。投资公司包括封闭式管理投资公司、共同基金和单位投资信托公司。其他机构投资者包括房地产投资信托基金和私募股权投资和风险投资基金。国内生产总值为经合组织国家的总量。

的资产总量在国内生产总值中的比重从1992年的6.3%上升至2002年的20.3%，这证明，与先前较发达经济体的情况一样，新兴经济体中储蓄向机构投资者的转移正在迅速而有效地改变金融体系。但是，还有其他的影响因素：财富增长、税率奖励、控股多元化的时机、流动性增加和技术创新、金融自由化和产品创新带来的增效作用(Davis, 2003年)。

### 机构投资者：使金融市场发生转变

机构投资者促进了金融市场的深化和发展

机构投资者作为居民储蓄的主要管理者的作用提高，为金融发展和经济增长带来了积极的外部条件。机构投资者的兴起和资金流动性供应的提高，实际上已导致金融市场朝着以下方向转变，即融资机制复杂性增强以及金融市场工具选择范围扩大，从而促进了发达经济体的金融市场创新的深化和发展，并支持新兴市场经济体的金融业发展。以美国为例，养恤基金和共同基金促使与住房有关的政府支持企业资产大幅增加，例如联邦国民抵押贷款协会、联邦住房抵押贷款公司、联邦住房抵押贷款组合，以及资产担保证券发行者群组。这一群组包括汽车制造商联营公司、信用卡发行公司、私营抵押贷款公司以及其他非银行贷款人(D'Arise, 2006年)。在新兴市场经济，由于养恤基金投资的长期性以及长期融资可供性的提高，养恤基金出现的同时还伴随着股市总市值的增加、企业债券市场的发展以及债务期限的延长。同时，因为养恤基金提供了防范潜在逆向冲击的缓冲带，由此增加的流动性供应也为市场增强了市场稳定性(Davis, 2005年)。

由于金融体系不稳定的危险性升高，货币和管理体制必须进行更新

另一方面，随着储蓄向机构投资者以及资金完全到位的养恤金办法转移(见第五章)，在过去三十年里出现了新的储蓄渠道，但就传统上控制国家金融体系的以银行为中心的货币和管理体制来说，对体制更新的需要却未给予足够的重

视。首先，应该注意到，机构投资者的规模不断扩大，也就意味着银行部门的竞争性加大。其结果，银行为了维持或扩大业务与利润，开始涉足风险较大的杠杆交易，也就给自己带来了更大的风险。另外，由于储蓄从银行向机构投资者转移，银行(尤其是总部设在美国的银行)愈来愈依靠非存款负债来进行融资。这些发展紧密了各种金融部门之间的联系，导致发生以下情况的可能性更大，即一个机构群出现问题，就会蔓延到其他机构群，进而加大了金融体系不稳定的危险。

再者，金融管理局(至少是在美国)已经失去其对信贷供给的大部分影响力，因为机构投资者的市场力量提高导致金融市场从以银行为基础的体系转变为以市场为基础的体系，<sup>15</sup>进而有助于金融市场亲经济周期效应的增强(D'Arista, 2006年)。对于亲经济周期效应的增强，主要有两种解释。一种解释是，机构投资者不受中央银行的货币定量控制，例如，储备金和流动资金的需求，使得金融管理局很难执行反周期政策。此外，机构投资者大多活跃于国内和国际的二级市场，这就使问题复杂化。这意味着金融管理局失去了许多利用现有货币工具干预和冲销资金流入的能力。另一种解释是，居民储蓄向债券和公司股票等信贷市场工具的转移，给家庭结存带来亲经济周期财富效应：在经济回升时期，资产价格会上升，并推动消费高涨；而在经济衰退时期，资产价格会下降，并导致消费下降，进而扩大经济周期的波动。

金融管理局对信贷供给的影响力大大降低

针对这些发展，国际清算银行提出了宏观谨慎稳定化体制，旨在归还金融管理局其应当掌握的部分控制权，尤其是对自由信贷增长的控制。不过，这一体制没有考虑到货币政策的重要功能，即那些涉及以非银行金融市场参与者为目标的功能，比如发挥极大的金融杠杆作用的机构投资者。

需要宏观谨慎稳定化体制

最后，随着全球金融市场自由化程度的提高，资本集中于机构投资者手中也会对国际资本流动的分配产生影响(见方框四.2)。尤其是，机构投资者可以导致资本流动的波动以及加大产生系统性风险的可能性，这些都给全球金融体系的稳定性和世界范围内机构与市场之间的联系带来挑战。为了保证国际金融市场免受资本流动过度波动的影响，应该对金融体系进行改革。因为大多数的资本流入是进入二级市场，尤其是在发展中国家，因此它们往往进一步加剧了波动，而不是有助于经济持续扩张；而资本流出则会引发货币和金融危机。实行资本控制可有助于抵消亲经济周期效应和资本流动，尤其是投资组合流动给发展中国家带来的波动，从而有助于增强这些经济体的宏观经济稳定性(Ocampo, 2005年，联合国, 2006年a)。

<sup>15</sup> 在以银行为基础的体系中，银行控制着信贷配给和金融中介活动；而在以市场为基础的体系中，银行与金融市场共同承担这些任务，金融市场通过股票和证券交易来提供信贷。



## 方框四.2

**养恤基金：国际资本流动和“本土偏好”**

人口老龄化和为退休预留资源的需要以及机构安排的变化，使发达国家和发展中国家中的养恤基金管理的资产规模得到了实质性的增长。这些发展对国际资本流动数量和方向可能产生的影响，取决于基金采取的投资策略和不同国家实行的法规和做法。

养恤基金利用资助人和受益人的缴款进行投资，以保障受益人未来的养恤金权益。在国际金融市场间的联系尚不完善的情况下，国际投资组合多样化通过提供向工业和经济活动进行投资的机会以及国内市场中未必存在的范围更广的金融工具，不仅能够降低风险，而且还能提供收益率更高的投资途径。国际投资组合多样化还为金融和股票市场相对于养恤金储量规模较小的国家提供出路，从而有助于防止出现泡沫。

尽管如此，发展中国家和发达国家的养恤基金都明显倾向于选择本国资产而不是外国资产。这种倾向一般被称为“本土偏好”。根据国际货币基金组织的数据(2005年)，2003年，作为经济合作与发展组织(经合组织)成员国的五大经济体(法国、德国、日本、联合王国和美国)的养恤基金投资于外国资产的投资组合仅占其总量的14%(5%投资于外国股票，9%投资于外国债券)。发展中国家的养恤基金也主要倾向于投资本国资产(见表1)。此外，投资组合分配似乎只针对具体国家。在发展中国家和欧洲国家运作的机构投资者——由于相对不完善的金融系统或更显著的福利国家——在投资活动中往往比较保守，其对公共基金、企业债券和储蓄存款的分配即可为证。股票和共同基金似乎是加拿大、荷兰、联合王国和美国的养恤基金所偏好的金融资产种类(经济合作与发展组织，2005年)。

“本土偏好”也可能由监管政策所导致。许多国家制定了严格的投资管理规定，对购买外国证券和股票实行严格的限制，以避免货币错配。一些国家经常对外资配置加以限制，或根本不允许外资配置。例如，匈牙利目前外国资产配置最高限额为5%，阿根廷、哥伦比亚和秘鲁为10%。在多米尼加共和国和乌拉圭，养恤基金不允许在境外投资，而墨西哥则于2005年10月取消了此种限制。各种限制随着时间推移而发展变化。就智利而言，尽管最初不允许境外投资，但后来也逐渐解除限制。2005年，智利养恤基金管理的资金大约30%用于境外投资，尽管如此，这也促使加强了资本流动的周期性。

## 方框四.2

## 养恤基金: 国际资本流动和“本土偏好”(续)

各种限制在发达国家中也很常见。最近, 挪威政府宣布, 政府养恤基金对全球股市的风险敞口将从目前的40%增加到60%(《金融时报》, 2007年4月14-15日, 第4页)。例如, 针对加拿大基金的税务条例将投资组合中的外国投资限定在30%以内。在意大利和德国, 这一限定为20%。另一方面, 在荷兰、联合王国和美国这样的国家, 养恤基金遵守“审慎人准则”, 该准则要求养恤基金管理者基于其他机构投资者的最佳实践做出明智的投资决策。

规章制定者认为这些投资限制是必要的, 能够避免养恤基金承担过多的风险, 由此保护退休金领取者的权利及未来权益。在许多情况下, 此类限制按照宏观经济目标而制定, 如促进本地资本市场的发展, 保留国内经济中的稀缺资源, 防止货币挤兑, 促进养恤金体制改革的资金筹措(在第五章内讨论)。在发展中国家, 实行投资限制主要关注的问题是如何防止基于兑换率期望值的货币错配和亲周期性流动。

表1

2005年拉丁美洲和欧洲选定国家的养恤基金作为总投资一部分的投资组合分配(百分比)

	国有部门	企业部门	金融部门	外国部门	其他资产
<b>拉丁美洲</b>					
阿根廷	55.7	13.0	19.8	10.1	1.4
玻利维亚	75.8	11.5	8.7	2.5	1.5
哥伦比亚	47.3	19.4	18.8	14.5	0.0
哥斯达黎加	74.5	2.7	18.9	3.9	0.0
智利	15.0	23.8	29.8	31.2	0.2
萨尔瓦多	77.7	0.3	15.2	6.8	0.0
墨西哥	73.9	12.0	2.0	8.1	4.0
秘鲁	21.0	52.2	18.8	8.0	0.0
乌拉圭 <sup>a</sup>	84.5	4.0	9.0	0.0	2.5
<b>欧洲</b>					
保加利亚	43.6	26.4	30.0	0.0	0.0
波兰	62.0	32.0	2.8	1.7	1.5

资料来源: 国际养恤基金管理者联合会。

<sup>a</sup> 未获准投资外国资产的养恤基金。

但是, 对投资配置的管理条例不足以解释外国资产在养恤基金投资组合中所占比例小的问题。表2显示, 许多国家都对国际资产配置实行限制, 平均而言, 这些国家的养恤基金持有的外国资产份额均大大低于所允许的最高限值。

许多其他因素也反映出养恤基金的策略和国际交易性质, 并造成对外国资产的风险敞口下降。养恤基金管理者不仅仅谋求获取最大的回报率, 而且还调整其资产控股组合, 使之与其负债结构相适应。尤其是, 成熟的养恤基金将规避需承担货币风险和潜在的资本损失的工具, 并会首选本国债券。此外, 国际

## 方框四.2

## 养恤基金：国际资本流动和“本土偏好”（续）

资产交易中的交易费用较高。获得外国市场准入资格可能由于注册和外国货币交易佣金而带来额外的花费。另外，外国市场信息的相对缺乏可能成为某些投资的重要障碍，尤其是那些披露标准与本国市场有很大差异的市场（见Ahearne、Griever和Warnock，2004年；以及Van Nieuwerburgh和Veldkamp，2006年）。最后，养恤基金管理者对于其投资组合配置往往有一种流动性倾向，国库券的高份额就反映出这一点。这种流动性倾向部分也可能是由于管理规定所造成。

表2

## 选定发达国家和发展中国家养恤基金的外国资产配置限制和实际外国资产配置（百分比）

	外国资产配置	
	限 制	实 际
<b>发达国家，2002年</b>		
联合王国	PMR <sup>a</sup>	22.9
美国	PMR <sup>a</sup>	11.0
德国	30.0 <sup>b</sup>	7.0
日本	30.0 <sup>c</sup>	22.9
加拿大	30.0	15.0
匈牙利	30.0	2.5
波兰	5.0	1.6
<b>发展中国家，2006年</b>		
阿根廷	10.0	10.0
秘鲁	8.0	8.0
墨西哥	10.0	8.1

资料来源：国际货币基金组织，《全球金融稳定报告》，2005年9月（哥伦比亚特区华盛顿，国际货币基金组织，2005年）；以及国际养恤金管理者联合会。

<sup>a</sup> 适用“审慎人准则”。

<sup>b</sup> 指在其他欧盟国家发行的股票。另一方面，对非欧盟国家发行的债券和股票的限制是10%。

<sup>c</sup> 对公共雇员基金没有投资限制。

展望未来，发展中国家的养恤基金资产吸纳量在今后5至10年内还将进一步增长，假若养恤金管理者认为就投资战略而言这些国家具有相当的吸引力的话。即使假定投资组合比例保持不变，“本土偏好”继续保持，随着居民储蓄更多地流入养恤基金，资源总量的增长将自然而然地转变为养恤基金国际投资量的增长。对发展中国家来说，这些发展代表着重要的财政来源和增长机遇，同时也可能因为许多新兴市场对变动资本流动的脆弱性而产生某些担忧。

## 结 论

随着人口的老化，劳动适龄人口的比例将下降，劳动力本身也将变老。在主要生育率低的发达国家情况尤其如此。相反，生育率相对较高的国家（主要是低收入国家）的劳动力在2050年之前将继续呈强劲增长的势头，这种情况尤可能为加快经济增长创造机会。

人口老龄化会成为经济增长的障碍，除非劳动力增长的下降趋势得到控制，或者加紧努力提高劳动力生产率。多数情况都需要提高劳动生产率，以补充有助于阻止劳动力供应减少的各项措施。

现提出了许多措施来减轻受抚养人比率升高带来的影响，包括国际移徙、离岸外包和提高劳动参与率。

人们常常提到国际移徙可能是让发达国家能够有充足劳动力供应的一种手段，但预计不会有任何国家会为了抵消人口老龄化的影响而大量移民。

离岸外包是另一种解决方法，但无法解决老年受抚养人比率增长的挑战。尽管离岸外包将生产转移到海外可以缓解劳动力不足的问题，但它不能减轻养恤金系统所面对的压力，因为养恤金系统的缴款基础没有扩大。

本章的分析表明，能够抵消预期的劳动力增长变化的最大潜力是提高妇女和老年劳动者的劳动参与率。在提高老年劳动者的劳动参与率方面，许多国家仍然有相当的余地，能够颁布措施提高老年劳动者（通常是55至64岁的劳动力）的劳动参与率，其办法是通过调整，使实际退休年龄更加接近法定退休年龄。但是，这些法令还需要辅之以适当的干预，这些干预的目的在于提高老年劳动者的生产率，如果生产率实际上往往随着年龄的增长而下降的话。

提高妇女和老年劳动者的劳动参与率可以在某种程度上抵消劳动力供应的下降

在消除阻碍延迟退休的因素方面，也存在一系列可选办法，例如，改变工作场所做法以更好地满足劳动者在年龄增长时出现的需求；改善工作条件以维持劳动者一生的工作能力；禁止年龄歧视；以及促进老年劳动者的积极形象。如果能够让老年劳动者有机会参与终身学习和在职培训活动，他们便更有可能延长工作寿命。预计这种措施将会促进老龄化国家的经济增长，尽管影响可能不会很大。

总之，人口和劳动力老化会导致经济增长急剧下降的担心看来基本上是没有根据的。本章的分析表明，与过去相比，目前的生产率增长对于维持所必需的一定水平的人均国内生产总值增长是有利的。但是，在较长时间内维持相对较高的生产率增长可能是一项重大挑战，它突显了不断努力提高技能和推动技术开发的重要性。

经济增长会急剧下降的担心看来是没有根据的

劳动力保持增长、但又相对年轻的国家有可能加快经济增长。但为了收获这种人口红利，这些国家需要处理一系列不同的问题。它们要关心的不是迫在眉睫的劳动力短缺问题，而是必须继续着眼于创造很好的就业机会，特别是为预计要

步入劳动力大军的越来越多的年轻人创造机会。要提高正规经济中的就业率，将有助于增加税收和为扩大目前还不够完善的社会保障计划奠定基础，从而使老年劳动者退休时经济上有保障。提高生产率对发展中经济体也十分重要，这不仅是为了支持人数日益增多的老年人口，也是为了提高整个生活水平和减少贫穷。

无论如何，人口老龄化预计将对消费、投资和储蓄模式产生影响。了解人口老龄化是否以及如何影响这些总体因素，对于预测未来经济增长和发展走势极其重要。尽管从经济学理论上对这一关系已有所了解，但实践中还是很难预测老龄化如何影响未来消费和增长模式。

消费需求和偏好会随着生命周期起变化。事实上已经证实，老年人花在住房和社会服务上的收入往往高于年纪轻的组群的花费。因此，人口老龄化可能导致物品与服务需求的构成发生重大变化。

然而，仔细研究当前趋势会发现，这些变化发生得很缓慢。此外，消费水平与收入的联系比其与人口结构的联系更为紧密。这种复杂的现实导致难以对未来消费趋势做出预测，原因是今后几十年老年人收入增长情况具有相对不确定性。

同样，也很难预测人口老龄化对储蓄方式的影响。通常的假定是，在儿童和老年受抚养人比率高的经济体中，国家储蓄率相对较低，而劳动适龄人口比例大的经济体则拥有高储蓄率。老龄化确实可能有影响，但对于经济中的储蓄行为和储蓄水平还有其他许多决定因素。

但很显然，流入养恤金和其他退休金财务投资计划的可利用(居民)储蓄比重日益加大。这部分储蓄通常是由机构投资者管理，而这些管理者现已成为金融市场的主要角色。他们不仅管理发达国家数目庞大的居民储蓄，同时也在管理着数额不断增长的发展中国家的居民储蓄，在这些国家里，私人管理的资本化的养恤金制度已经变得越来越重要。机构投资者有助于发达国家和新兴市场经济体金融市场的发展和深化，但机构投资者基本上是在金融市场管制和监督机制之外运作，这些机制更普遍地适用于银行体系。如果不加控制，养恤基金在金融市场上的运作就可能成为造成不稳定和市场投机加剧的因素。而且，由于越来越多的金融投资交易是在银行系统外进行，金融管理局在某种程度上正逐渐失去对信贷增长的控制，进而限制了货币政策的有效性。需要强化(国际)监管措施，避免大的养恤基金的运作可能给金融市场造成不稳定影响，并防止老年人的收入保障受到影响。

消费变化与收入的联系比其与年龄的联系更为紧密

机构投资者规模的扩大需要更新金融市场的监管措施

## 附 录

## 按生育率、移民率和劳动参与率划分国家和地区组别

生育率	移民率	劳动参与率	国家或地区					
高	高	高	约旦	沙特阿拉伯	卡塔尔			
		低至中	伯利兹 科特迪瓦	加蓬 冈比亚	阿曼 阿拉伯利比亚民众国	西岸		
	中	高	科摩罗	刚果	加纳	纳米比亚		
		低至中	布基纳法索	阿拉伯叙利亚共和国				
	低	高	高	孟加拉国 贝宁 玻利维亚 布隆迪 柬埔寨 佛得角 中非共和国 乍得 刚果民主共和国	吉布提 埃塞俄比亚 几内亚 几内亚比绍 肯尼亚 利比里亚 马拉维 毛里塔尼亚	莫桑比克 尼泊尔 尼日尔 巴基斯坦 巴拉圭 菲律宾 卢旺达 塞内加尔 塞拉利昂	索马里 苏丹 斯威士兰 塔吉克斯坦 多哥 乌干达 也门 赞比亚 津巴布韦	
			低至中	阿富汗 安哥拉 不丹 博茨瓦纳	厄立特里亚 危地马拉 海地	洪都拉斯 老挝人民民主共和国 莱索托	马达加斯加 马里 尼日利亚	
			中	高	哈萨克斯坦 科威特	新西兰	阿拉伯联合酋长国	美国
			低至中	巴林 文莱达鲁萨兰国 哥斯达黎加	法国 瓜德罗普岛 爱尔兰	以色列 黎巴嫩 马提尼克岛	留尼旺	
	中	中	高	巴哈马群岛	冰岛			
			低至中	吉尔吉斯斯坦	马来西亚			
低		高	阿塞拜疆 巴西 哥伦比亚 厄瓜多尔	印度尼西亚 蒙古 缅甸 巴拿马	秘鲁 泰国 土库曼斯坦 乌拉圭	委内瑞拉 (玻利瓦尔共和国) 越南		
		低至中	阿尔巴尼亚 阿尔及利亚 阿根廷 智利 朝鲜民主主义人民 共和国	多米尼加共和国 埃及 萨尔瓦多 圭亚那 印度	伊朗(伊斯兰共和国) 牙买加 墨西哥 摩洛哥 尼加拉瓜	南非 苏里南 突尼斯 土耳其 乌兹别克斯坦		

## 附 录

## 按生育率、移民率和劳动参与率划分国家和地区组别(续)

生育率	移民率	劳动参与率	国家或地区			
低	高	高	加拿大	中国澳门	瑞士	
		低至中	澳大利亚 奥地利 白俄罗斯 中国香港特别行政区	克罗地亚 塞浦路斯 爱沙尼亚 德国	拉脱维亚 卢森堡 荷兰 新加坡	西班牙 瑞典 乌克兰
	中	高	丹麦	挪威		
		低至中	亚美尼亚 比利时	希腊 葡萄牙	俄罗斯联邦 斯洛文尼亚	联合国
	低	高	中国			
		低至中	波斯尼亚和黑塞哥维那 保加利亚 古巴 捷克共和国 芬兰	格鲁吉亚 匈牙利 意大利 日本 立陶宛	马耳他 毛里求斯 波兰 大韩民国 罗马尼亚	前塞尔维亚和黑山 斯洛伐克 斯里兰卡 特立尼达和多巴哥

资料来源：联合国秘书处经济和社会事务部人口司，《迁徙总人数趋势：2005年订正本》：光盘版文件可查阅：[http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN\\_Migrant\\_Stock\\_Documentation\\_2005.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf)(2007年2月21日入网)；《人口、资源、环境和发展数据库：2005年订正本》；国际劳工局，《劳工统计数据库：对从事经济活动人口的估计和预测：1980-2020年》。

注：国家分类如下：

- (1) 总生育率(TFR)：高生育率=TFR $\geq$ 3.0；中生育率=1.80 $\leq$ TFR $<$ 3.0；低生育率=TFR $<$ 1.80
- (2) 国际移民占人口的比重(MIG)：高移民率=MIG $\geq$ 人口的10%；中移民率=5% $\leq$ MIG $<$ 10%；低移民率=MIG $<$ 5%。
- (3) 15岁或以上人口的劳动参与率(LFPR)：  
高劳动参与率=LFPR $\geq$ 65%；低至中劳动参与率=LFPR $<$ 65%。

## 第五章 老年收入保障

### 导言

人到老年，生活水平往往会下降。由于经济机会减少，加之健康状况日趋恶化，陷入贫困的风险常常随着年龄的增长而加大。不过，这种情况在不同的背景下和不同的老年人群体当中有很大差别，谋生办法也各式各样。在发达经济体，随着人们达到既定的退休年龄，其谋生和生活保障的主要来源便从就业转变为养恤金收入。在发展中国家则很少有人能够享受养恤金，大多数人不得不依靠其他收入来源。事实上，全世界有80%的人口在老年时得不到足够的保护，以应对健康、残疾和收入方面的种种风险(国际劳工组织，2002年)。这就是说，仅在发展中国家目前就有3.42亿老年人缺乏适当的收入保障。如果旨在提供老年收入保障的现行机制的覆盖面不加以扩大，到2050年这一数字还将增至12亿。无论对发达国家还是对发展中国家，人口结构转型在如何确保日益增多的老年人能够享受为其提供持久经济保障的养恤金及其他制度的问题上都提出了巨大挑战。

老年人的经济保障遭遇  
到世界范围的挑战

对于没有社会保障的人来说，不存在退休的概念；他们必须继续靠自己的劳动来维持生活，对于耄耋之年(80岁或以上)的老人来说，更是难上加难。为了生存，老年人还要依靠家庭和社区的支助；如果社区也受到财力制约的话，就无法提供可靠的社会保险。在这方面，单身、鳏寡或无儿无女(尤其是妇女)的老年人陷入贫困的风险就更大。然而，已建立正规养恤金制度的国家则在减少(如果不是消除的话)老年贫困方面取得了成功。

非正规支助机制不能提  
供可靠的社会保险。

然而，现行养恤金制度的可持续性越来越受到质疑。由于人们寿命的延长，方案设计有缺陷，管理不当，以及经济增长和就业率不足，使得许多这种养恤金制度的财务维持能力大打折扣。此外，如第二章所述，如果不能加快并保持经济增长(同时创造正当就业机会)的话，老年受抚养人比率上升也会对正规和非正规支助体系形成很大压力。与此同时，家庭规模缩小和大家庭的重要功能萎缩，也将会改变非正规支助的可利用性和模式(见第三章)。

养恤金制度应确保所有人步入老年时收入有保障，最起码需要向接受扶助的人提供津贴，使之生活达到贫困线以上或社会公认的任何其他最低生活标准。团结、可享有性、可负担性，以及可持续性，这些问题是老年养恤金制度设计和改革的核心所在。实际上，国家养恤金制度若以针对特定需要、相互补充和符合具体情况这几个支柱为基础，这些原则似乎就能得到最有效的贯彻。例如，对于一个非正规部门比重较大的国家来说，可以通过一个提供最低津贴的支柱来实现普



遍覆盖。这种最低津贴最好在普遍的基础上提供。本章的分析表明，采取普遍的社会养恤金办法提供相当于国际(极端)贫困线标准的津贴，对于大多数发展中国家，包括最低收入国家来说，还能够负担得起。可以采用另一支柱向社会中有正式工作的这部分人提供基本养恤金。在这个支柱中，养恤金可以以一个可接受的最低限度工资替代水平为目标。另外，这个支柱应当包括一些对坚持参加缴款者的必要奖励办法，同时建立以不太富裕的缴款人为目标的团结机制，以便增加他们的福利。最后，应该鼓励社会中较富裕的一部分人用自己的积蓄来补充公共养恤金，可有两种方式，一是通过私人养恤金或由雇主资助的养恤金办法，二是通过其他形式的资产积累，退休后即可取用这些积蓄。

#### 老年养恤金制度需要改革和扩展

养恤金系统可由私营部门管理，亦可由公共部门管理，但是最终由政府负责基本养恤金发放的保证、管理和监督。有几个国家对其养恤金办法实行了结构改革，从提供固定福利的“现收现付”(PAYG)养恤金办法转变为资金全部到位的固定缴款制度(定义见方框五.1)。但是，这些养恤金办法——尤其是后一种办法——最终都不能保证老年时享有收入保障。此外，各种养恤金系统仍有待调整，以应付预计会增加的人口压力：随着受抚养人口的不断增长，将需要有更多的资源使人均福利水平保持在一定的水平上，并且使劳动人口所承受的负担不至于过分沉重。然而这并不是说，目前的现收现付制度不需要改革。本章指出了应当做出的一些调整，此种调整可有助于确保现行制度的财政可持续性，同时在加强同代人及世代间团结的基础上提供最低限度的收入保障。

### 老年与收入贫困

#### 养恤金制度减少了老年贫困的可能性

有关老年人贫困率的信息十分零散，不易获取，而且由于数据收集工作采用不同的方法、概念和适用期，致使相关信息缺乏国家之间或区域之间的可比性。不过可以说，在那些广泛实行正规养恤金制度或者老年公共资金转移制度的国家，一般情况下，相对于其余人口而言，老年人遭受绝对贫困的可能性比较小。<sup>1</sup>在阿根廷、巴西、智利和乌拉圭等发展中国家是如此，在发达国家也是如此。例如，在美利坚合众国，2004年总人口贫困率(12.7%)高于65岁或以上老年人口贫困率(9.8%) (社会保障局，2006年；美国人口普查局，2006年)。实际上，美国老年人贫困率之所以能够从1960年的35%(Engelhardt和Gruber，2004年)下降到目前的不到10%，老年养恤金覆盖面的扩大和福利标准的提高是重要的因素。

在养恤金覆盖面较广的其他发达国家，老年人贫困率的估计数一般是在相对贫困概念的基础上得出的。相关的研究通常采用基于中等收入份额的贫困线定义。根据相对贫困概念的贫困，不一定意味着一个人或一个家庭负担不起最低限度的基本商品和服务。而是说，由于相对贫困所计量的是人们相对于分配平均数或中位数的经济地位，所以应该结合这一背景来看，更确切地说，将此概念视为

<sup>1</sup> “绝对贫困”系指一个人或一个家庭负担不起最低标准的一揽子商品和服务。

## 方框五.1

**养恤金制度：多种安排**

老年养恤金制度在设计上多种多样。在共同分担式制度中，要求受益人（某些情况下还有雇主）分担福利的筹资。这种缴款往往采取劳动所得税的形式。对未来养恤金福利的资格视一个人的最低缴款年限而定。政府为了补贴低收入职工、支付行政管理经费和/或弥补亏空的目的，亦可用出自一般税收的资金（或指定用途的专项税收）参与分担养恤金办法的融资。作为一个可供选择的办法，非分担式养恤金系统通常从一般税收收入获得资金，并且往往提供定额补贴。这些制度可以是普遍的（覆盖整个人口），也可以针对目标（只涵盖目标群体，譬如穷人）。目标定位机制可以基于家计调查，也就是说，有无资格享受福利，可能取决于养恤金领受人是否达到某些标准（比如，他们的收入必须低于规定的水准）。

养恤金福利可以在现收现付制（PAYG）的基础上筹资，在这个制度下，当前这代劳动者的养恤金缴款被用来向退休者支付福利，而不发生任何金融资产的积累。反之，福利资金可以预先到位，也就是说，用资金全部到位（FF）制度下积累的资源来支付福利。通过这种办法，每代人为自己的养恤金筹措资金。在资金全部到位的制度下，养恤金的准备金总值应等于对当前缴款人的养恤金负债总额的现值。

固定福利（DB）办法是指保证应用预先界定或规定的公式来确定——譬如讲——某个工资替代水平的养恤金计划。固定缴款（DC）办法规定了阶段性缴款，而未来福利取决于缴款水平以及这些缴款的投资收益。现收现付制度往往在固定福利的基础上运作。不过，近来有些国家正在改革其现收现付制度，采用了固定缴款办法，即用当前的缴款支付当前的福利；这样，此类办法就保留了现收现付制度的特征。然而，与传统的现收现付办法相反的是，此类办法中的缴款被记入“名义”个人账户贷方，这个账户根据预先确定的公式获得“名义收益”；换言之，资源并没有实际存入，这种做法不过就是一种会计操作。由于日后积累的名义本金和收益总额将决定一个人的养恤金福利，可将此类做法视为固定缴款办法。

一个不平等的指标。在这方面，现有数据表明，在一些发达国家，老年人在收入分配的底层所占比例过高。以丹麦为例，1996年65岁或以上的人有47%属于收入分配底层两个十分位数者；在希腊、葡萄牙和大不列颠及北爱尔兰联合王国，相对应的数字是30%（Heinrich, 2000年）。在图五.1a中所示的大多数发达国家，似乎老年人当中的相对贫困比例要高于其余人口当中的相对贫困比例。比如，就美国的情况来说，1980年代和1990年代的相对贫困率一直比较稳定，这就说明，老年人的生活水平并没有像其余人口那样有所提高（Engelhardt和Gruber, 2004年）。1990年代后期

在爱尔兰也可看到类似的趋势：老年人的收入增长没有达到相当于中等收入那样的增长幅度(Förster和d'Ercole, 2005年)。

对于未建立养恤金系统或者养恤金系统覆盖范围有限的国家来说，老年人当中的贫困率一般和全国的平均水平差不多(见图五. 1b)，但是往往高于劳动适龄人口当中的贫困率。在没有老年养恤金的情况下，老年时陷入贫困的风险较高，一般是因为工作机会有限和/或老年人工作能力降低的缘故。拉丁美洲的现有证据表明，(60岁或以上)老年人不一定比其他年龄组的劳动力更容易失业(Gasparini等人, 2007年)。不过是与较年轻的同事相比，老年劳动者往往工作时间短，工资收入低。

遭受贫困的风险也取决于受教育程度、就业机会和家庭规模

学历较高的人一般能找到报酬较好的工作。在发展中国家，老年人当中的文盲率依然相对偏高。由于老年人完成学校教育的年限也比较短，当他们在退休后继续工作的时候，从事技术要求较低的工作的可能性就比较大。例如，在巴西，在60岁或以上没上过学的老年人当中，1997年的贫困率为33%，而在受过8年以上学校教育的老年人当中，只有6.5%的人受到贫困的影响(Paes de Barros、Mendonça和Santos, 1999年)。老年陷入贫困的风险也与家庭规模有关联。拉丁美洲的老年人一般生活在较小的家庭，因此从分享家庭物资中获益的能力比较小，这就是说，他们在消费方面得不到较大家庭从规模经济中获取的那么多的实惠(Gasparini等人, 2007年)。

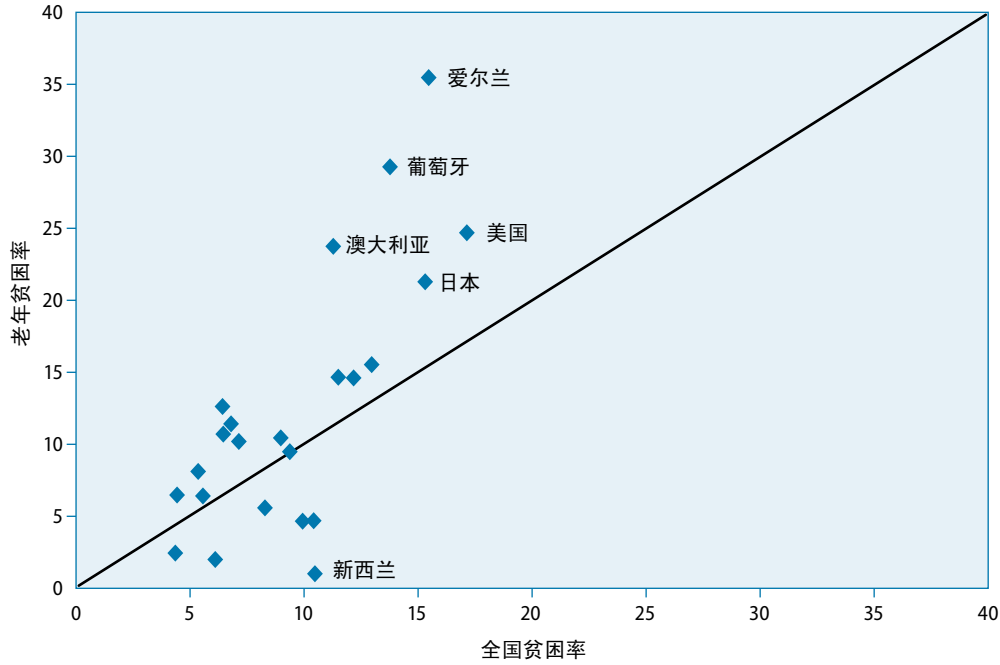
养恤金办法的受益人而非受益人在贫困率方面也存在很大差别。例如，在美国的情况下，2004年在养恤金受益人当中贫困率为7.7%，在非受益人当中对应的数字则高达25.4%(社会保障局, 2006年)。在其他背景环境下，老年养恤金也可能对减贫工作产生相当大的影响。在没有养恤金福利但所有其他条件都对等的情况下，老年人当中的贫困率就相当高。<sup>2</sup>表五. 1列举了一组拉丁美洲国家的证据。巴西的情况比较突出，该国85%居住在农村地区的60岁或以上老年人能够领取养恤金。这个群体的贫困率为3.5%(贫困线定为每天2美元购买力平价)；假如没有养恤金福利的话，其贫困率可能会高达51%(Gasparini等人, 2007年)。

即便福利水平低于贫困线的货币价值，老年养恤金也有助于减轻贫困的严重程度，并可通过加强生计策略和增加提供收入保障的其他扶助机制来减少家庭经济易受伤害的风险。例如，据报告巴西农村养恤金的许多受益人利用其部分养恤金购买种子和农具，以支持农业生产(Delgado和Cardoso, 2000年)。而且，养恤金收入往往与其他家庭成员共同分享。例如，在纳米比亚有70%以上的养恤金收入在家庭成员当中分享，用来购买食物以及供孙儿孙女上学(Palacios和Sluchynsky, 2006年)。在这方面，养恤金分享可能成为减轻整体贫困程度的一

<sup>2</sup> 通过的采用反事实的推演法得出结果，即在把养恤金排除在家庭收入以外后计算贫困率。该推演法内在的一个暗含(而强有力)的假定是：在没有养恤金制度的情况下，老年人的收入减少量等同于他们领取的养恤金数额，但实际情况也许并非如此。没有养恤金，老年人可能会得到来自亲属或社区的转移资金，或者继续留在劳动力市场以弥补收入的损失。

图五.1a

2000年左右选定发达经济体的全国贫困人数与老年贫困人数的比率

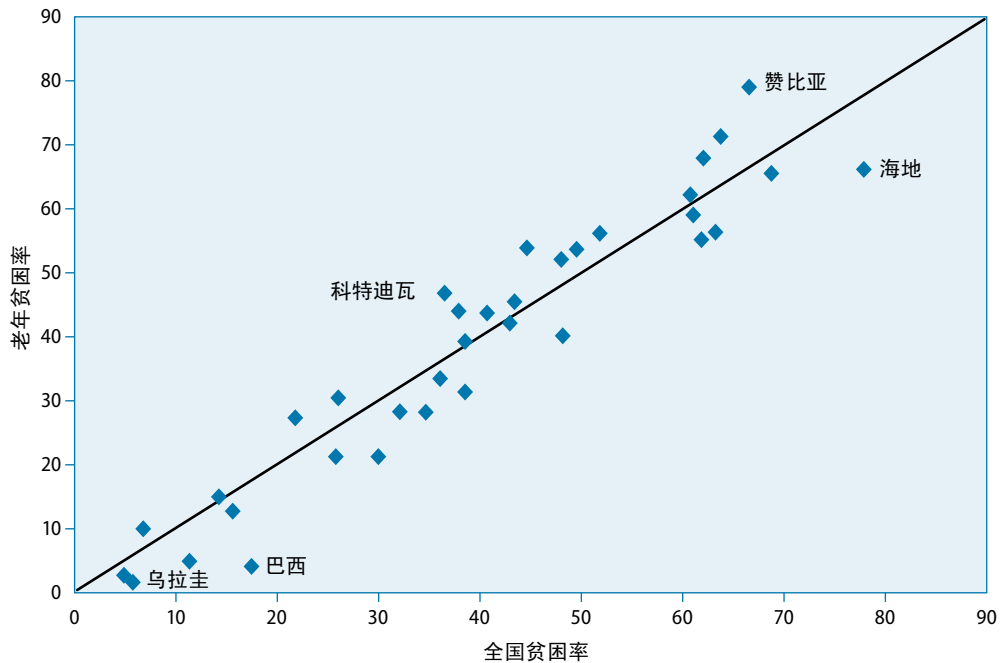


资料来源：Förster和d'Ercole (2005年)。

注：老年是指65岁或以上的人。贫困率是根据人均收入中位数的50%估计的。

图五.1b

1997-2005年选定发展中经济体的全国贫困人数与老年贫困人数的比率



资料来源：Gasparini等人(2007年)；Kakwani和Subbarao(2005年)。

注：老年贫困系指60岁或以上的人。

表五.1

2001-2005年选定拉丁美洲国家按全国和城/乡地区分列的60岁或以上老年人  
 领取养老金的比率与贫困人数比率<sup>a</sup>(百分比)

	全 国			城市地区			农村地区		
	领取养老金的比率	包括养老金收入	不包括养老金收入	领取养老金的比率	包括养老金收入	不包括养老金收入	领取养老金的比率	包括养老金收入	不包括养老金收入
阿根廷	56.4	4.5	39.5	56.4	4.5	39.5	..	..	..
玻利维亚	11.1	42.1	50.4	19.4	19.4	30.9	2.7	67.7	72.3
巴西	77.3	3.7	47.9	75.7	3.7	47.2	85.2	3.5	51.3
智利	54.5	1.8	22.7	57.9	1.6	21.4	37.9	2.9	29.1
厄瓜多尔	10.7	33.3	39.2	17.6	24.6	32.9	4.2	41.6	45.2
萨尔瓦多	14.1	31.2	35.6	20.0	21.4	27.4	4.2	47.6	49.2
危地马拉	10.6	28.0	30.6	15.1	20.6	25.0	5.9	35.8	36.5
海地	0.9	66.4	68.8	2.5	60.0	63.4	0.1	69.5	71.4
洪都拉斯	5.4	39.2	41.3	9.7	22.2	25.3	1.7	60.8	61.6
牙买加	14.0	54.0	60.6	17.3	56.4	65.2	11.9	52.0	56.8
墨西哥	20.1	27.1	40.4	25.4	20.4	35.4	7.3	44.0	53.0
尼加拉瓜	10.4	40.1	43.5	14.5	33.8	37.9	3.8	50.3	52.5
巴拿马	38.7	12.4	38.8	52.0	4.8	32.2	18.5	23.9	48.8
巴拉圭	12.2	21.0	27.2	17.7	14.5	23.2	5.0	29.6	32.4
多米尼加共和国	11.2	14.7	17.1	13.9	12.4	15.3	7.0	18.1	19.8
乌拉圭	77.9	0.8	20.2	77.9	0.8	20.2	..	..	..
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)	17.1	28.1	41.1	17.1	28.1	41.1	..	..	..

资料来源: Gasparini等人(2007年)。

注: 贫困线按每天2美元购买力平价(PPP)计算。

<sup>a</sup> 模拟推演的结果。

个因素。当然,对贫困的影响还将取决于养老金数额大小,并且没有抵消其他收入来源的扣除额。如果养老金数额太小,对家庭成员来说它的分享就意味着最低限度的人均受益。即便在这种情况下,如果津贴用来改善家庭成员的教育或营养状况,养老金也仍然有利于减少贫困。

#### 老年妇女一般比老年男子贫穷

老年养老金不一定能够消除贫困,养老金领取人在福利方面确实还存在着很大差别。一般在老年养老金领取人当中贫困率较高,因为养老金福利和较长的缴款历史对较年轻的组群有利。一般来说,女性养老金领取人比男性养老金领取人要贫穷,部分原因是:老年妇女往往不参与劳动力市场,养老金也往往不是自己挣来的。妇女的寿命一般比男子长,并且丈夫去世比她们早,而她们领取的是遗属抚恤金,低于正常的老年养老金。例如,在联合王国的情况下,遗属抚恤金一般是夫妇养老金的50%,而国家发给的其他津贴的收入也在孀居后减少(Whitehouse, 2000年)。另外,如前所述,家庭安排也可能对贫困产生复合效应;比如,独居的老年人不能像大家庭成员那样享受消费规模经济的实惠。因此

表五.2  
1996年选定发达国家65岁或以上的人和65岁或以上的独居者  
按性别分列的贫困率(百分比)

	男	女	独居女性	独居男性
德国	6.9	11.5	12.8	7.8
奥地利	9.2	12.6	17.9	12.0
比利时	11.5	15.1	20.2	6.2
丹麦	9.8	10.8	12.4	11.9
西班牙	4.1	5.4	3.6	3.7
法国	8.3	10.8	12.9	11.4
希腊	23.9	26.6	30.4	24.1
意大利	7.4	9.6	11.5	7.5
荷兰	4.0	4.3	5.6	4.6
联合国	11.7	18.1	25.6	16.9

资料来源：Heinrich (2000年)。

注：贫困率按人均收入中位数的50%确定。

人们经常会发现在领取养恤金的独居男子和妇女当中贫困率较高；而老年妇女一般比老年男子更穷困，因为她们老年独居的可能性更大(见表五.2和第三章)。

提高女性劳动参与率可以减少今后数十年内妇女在老年时陷入贫困的风险。然而，只要妇女的工作寿命依然短于男子而且报酬较低，其养恤金福利水平就可能比较低，并且到老年得不到充分的收入保障。另外，如果养恤金福利来源于资金全部到位的养恤金办法并且是按照固定缴款办法确定的(其定义见方框五.1)，妇女因其寿命较长，其养恤金年收入就会低于男子。总之，老年妇女的贫困率较高，而独居的老年妇女尤为如此。

这并不是说，与伴侣一起生活或者在数代同堂的大家庭里生活的老年人遭受贫困的可能性就肯定比较少。其他因素也可能会起作用。如果一起生活能说明什么的话，也很难说明收入从何而来，以及在家庭成员中间是如何进行消费分配的。在有的情况下，大家庭本身也许就是贫困的症候，而不是扶助和世代间团结的起源(Lloyd-Sherlock, 2006年)。

贫困的风险和易遭受贫困的可能性因人而异，也因国家而异；这不仅反映了老年养恤金能否得到和是否够用的差异，而且反映出传统社会保险机制和家庭应付贫困策略的不同模式和动态。不过，在撒哈拉以南非洲，老年人为户主的家庭贫困率高于全国平均贫困率，不论这些老年人是否独居，是否与其成年子女一起生活，或者与孙儿孙女相伴。<sup>3</sup>对撒哈拉以南非洲15国的一项研究表明，有8个国家老年人与子女(通常是孙儿孙女)一起生活的家庭贫困率明显偏高(Kakwani和Subbarao, 2005年)。实际上，研究证实，“在没有独居的老年人当中，一般来说

<sup>3</sup> 不过确实有例外情况：据调查，在马达加斯加、莫桑比克和尼日利亚，儿童状况要比年长者糟糕得多(Kakwani和Subbarao, 2005年，第2页)。

与孙儿孙女而不是儿女在一起生活者，其物质幸福指数比较低”（联合国，2005年b，第五章，第109页）。

艾滋病导致老年时遭受  
贫困的可能性加大

在这种通常叫做“隔代家庭”的生活安排中，之所以没有成年子女在身边，主要是因为他们被艾滋病毒/艾滋病夺去了生命，老年人成为唯一能养家糊口和照料幼儿的人。在南非和津巴布韦有60%以上的孤儿，在博茨瓦纳、马拉维和坦桑尼亚联合共和国有50%的孤儿同祖父母生活在一起。在纳米比亚，同祖父母一起生活的孤儿比例从1992年的44%上升到2000年的61%。这种现象不仅限于非洲：在泰国，有一半孤儿与祖父母一起生活（Zimmer和Dayton，2003年）。由于正规社会保障机制的覆盖面有限，加之对整个社区的灾难性冲击，这些老年人不得不继续工作，肩负起照料失去双亲的孙儿孙女的责任。

### 向老年人提供经济扶助和谋生手段的来源

各国老年人的谋生之道  
不尽相同

各国和各区域老年人的谋生之道有着千差万别，但发展中国家比发达经济体的情况可能更为复杂，形式更加多样化。在发达经济体，由于有可靠而广泛的养恤金供给和深化的资本市场，人们在达到既定退休年龄时，其生计和保障的主要来源便从就业收入转变为养恤金收入。

在发展中国家，有限的  
养恤金覆盖面意味着更  
大程度的经济无保障

在发展中国家，很少有人能够享受到养恤金福利，大多数人不得不依靠其他的、往往没有保障的收入来源。在黄金年龄段贫困的人，老来依然穷困的可能性极大。那些生活在贫困线以上、但是没有能力积蓄足够资金用以消费的人，在老年阶段仍然有贫困的风险。像家庭和社区这样的非正规扶助机制，通常不能提供稳定而可靠的收入来源，只能提供有限的保险。这些小规模经营的保险事业不可能像国家保险制度那样风险均摊，以提供较大的保护能力，防范收入方面的打击，并保障一定的福利水平。

在老年阶段，人们通常依靠四种主要收入来源：(a) 家庭和社会网络的私人转移；(b) 从养恤金和其他现金转移方案的公共转移；(c) 劳动所得；以及(d) 包括私人养恤金在内的金融资产和其他资产。

现有资料表明，各种收入来源的构成都是有特定背景环境的。随着平均收入水平的提高，私人转移的重要性往往会有所下降，比如，在日本、大韩民国和中国台湾省就是如此（见表五.3）。这种趋势可以说明，人口的平均收入水平越高，作为老年收入来源之一的私人转移的重要性就越小。

各种收入来源的相对重要性也因家庭户主的年龄和性别而异。例如，就2004年美国的情况来说，年龄介于65-69岁的人劳动所得在其收入中所占比重（约32%）大于年龄介于75-79岁的人（14%）。与此同时，相对于老年男子（35%）来说，公共养恤金对老年妇女来说是比较重要的收入来源（年收入的51%）（就业福利研究所，2006年）。

表五.3  
选定国家和中国台湾省在选定年份老年人的主要收入  
来源在其总收入中所占比例(百分比)

	年 份	劳动所得	私人转移	公共转移	资产和其他
美国	2000	15.2	7.2	36.8	40.9
日本	1981	31.3	15.6	39.9	10.5
	1988	24.5	9.0	56.4	9.7
	1999	19.0	2.6	65.0	13.4
中国台湾省	1986	29.8	67.8	1.2	1.2
	1993	42.8	53.2	1.6	2.4
大韩民国	1981	16.2	72.4	2.0	8.7
	1994	37.6	44.3	3.5	10.6
泰国	2002	39.3	35.4	7.3	18.0

资料来源：Barrientos (2007年)；Lee和Mason(2007年)；联合国人口基金(2006年)。

相对于发达国家来说，劳动所得对发展中国家的老年人是比较重要的收入来源。第四章讨论了老年人参与劳动力市场的机会问题和适宜受雇的条件问题，这里不再重复。不过，从普遍存在的贫困问题的角度来说，继续参与劳动力市场有可能会加剧老年贫困状况，因为一般劳动生产率会随年龄增长而下降。这并不是说老年人不应该按照个人意愿寻求继续留在劳动力市场上。事实是，对于那些在工作年龄靠劳动收入尚达不到贫困线以上生活水平的人来说，要在步入老年以后获得较高的劳动收入几乎是不可能的。在这种情况下，单靠继续参与劳动力市场将不足以保证老年人摆脱贫困。

在发展中国家，劳动所得是老年人的重要收入来源

在发达国家，共同筹资养恤金办法是确保老年收入保障和在老年阶段定期提供可靠收入转移的主要政策手段(Diamond, 1996年)。相对于发展中国家来说，在人们的工作寿命期间积蓄的金融资产和其他资产在发达国家是比较重要的收入来源。发达国家拥有较为深化的资本市场，为储蓄提供一系列广泛的金融工具，而较高的平均收入水平也为工作寿命期间提供了较大的储蓄余地。

这种情况在发展中国家比较受局限。资产积蓄是发展中国家的人们(包括穷人在内)所利用的谋生策略的一部分。不过，在遭受不利冲击的时期，比如收成不好，这些资产往往被当作某种缓冲器来使用，而不是用于在老年阶段提供收入保障。即便为在老年时提供财源而积蓄资产，这种资产在许多发展中国家的环境中也许被证明为无保障的来源。资产的收益和价值可能极为反复无常。比如在农村社会，牲畜可以算作重要资产，但是它们同其他动物一样可能在大旱中死去，或者销售收益可能低于预期，因为(受到同样打击的)其他人也试图卖掉他们的牲畜(Dercon, 1998年)。在许多新兴市场经济体，金融危机有时候会造成家庭持有的，包括老年人的储蓄在内的金融资产大幅度贬值。

在发达国家，资产作为老年阶段的一个收入来源发挥了较大的作用

在许多发展中国家，私人转移是老年收入的一个主要来源。这种资源流量可能采取的形式包括货币支助，资产转移，或以食品、衣物、住所和照料时间等形



式提供的实物支助。一般来说，子女是对老年人的私人转移的最大提供者。其他亲戚朋友、但主要是大家庭成员，有时也会分担一些帮助(Hermalin, 2002年)。在老年人与子女或其他亲属一起生活时，他们获得家庭扶助的可能性要大于自己独居生活时。就子女依然健在的情况而言，是否与他人在一起生活是决定老年人能否获得私人转移的更重要的因素(联合国, 2005年b)。

私人转移是重要的、但有时也是不可靠的收入来源

私人转移也有可能证明为不可靠的收入来源。首先，依靠家庭网络或许不能充分保护老年人免受贫困之苦，尤其在这些家庭本身就很容易遭到不利打击的情况下。其次，在大多数情况下，这种转移都是自愿的，并且基于随时会有改变的非正规安排。只有少数几个国家在宪法或其他立法中明文规定家庭有赡养老人的义务(Bongaarts和Zimmer, 2001年)。例如，中国和新加坡就有这样的立法。新加坡颁布的政策规定，家庭在赡养和照料老年人方面负有首要责任，为其主要收入来源；子女对年迈父母的经济赡养受法律管辖(Chan等人, 2003年)。

由于家庭规模缩小，独居老年人的人数增多，以及人们对照料老年人的观念发生变化，在许多情况下，私人转移在提供老年收入保障方面发挥的重要作用趋于衰减(见第三章讨论)，尽管这方面还没有任何系统性的经验证据。由此可见，发展中国家能否避免老年贫困，很大程度上还将取决于能否扩大正规养恤金办法的覆盖面并确保达到适当的福利水平。

### 正规养恤金制度：确保老年收入保障

需要有正规办法来确保老年人的经济保障

非正规机制不能提供适当和足够可靠的老年收入保障，这一事实突出说明了必须想方设法改进并扩大正规机制，以确保对所有老年人提供经济支助。大多数国家已经建立了这种或那种形式的正规机制。职业或与雇主有关的养恤金办法早已有之：最早由公共管理、基础广泛的养恤金系统正好是100年前在德国第一任首相奥托·冯·俾斯麦的领导下创建的(见方框五.2)。

公共养恤金办法往往也是在各个组群之间，尤其是面向低收入群体实施收入再分配的重要工具，其目的在于减少那些原本从事低工资职业、因而没有能力积蓄财富的人的贫困状况。然而，正规办法向老年人提供收入保障的程度有很大差异。在老年养恤金制度的覆盖范围、福利适当与否，以及缴款额等方面，各国之间以及国家内部都存在很大差距。

劳动力养恤金覆盖率随着收入水平的提高而提升

现有国家间证据表明，劳动力向正规养恤金办法缴款所占比重随着人均收入的增长而提升。另一方面，如图五.2中的数字显示，一些国家，包括亚美尼亚、白俄罗斯、格鲁吉亚、吉尔吉斯斯坦和乌克兰，就其人均国内生产总值水平而言，其养恤金覆盖率高于可能预期的水平。社会抚恤金在这些国家中所具有的重要性说明，是否致力于养恤金制度的普及，的确事关重大。

许多发展中国家的养恤金覆盖率较低，部分原因在于缴款的产生和收集途径问题。只有少数几个国家通过一般税收来为公共养恤金筹集资金(换句话说，只

## 方框五.2

## 老年收入保障简史

德国(于1889年)在西方工业化国家当中率先采用正规机制来实行老年和残疾公共养恤金方案。这是一个共同分担式养恤金办法,其中规定,劳动者一到70岁退休年龄就有资格定期领取养恤金。用当前在职劳动者的缴款为养恤金支付提供资金。因此,这种办法属于现收现付制。

德国的养恤金办法成为世界上许多养恤金制度的一个范例;在二十世纪期间,大多数发达经济体也通过这种或那种途径实行了正规公共养恤金方案。这些方案包括(仅举几例):联合王国于1911年通过《国家保险法》,其中特别就老年保险做出规定,并根据1942年威廉·贝弗里奇爵士提出的建议,在第二次世界大战后将该法令进一步扩大;法国于1928年通过强制性老年和疾病保险计划;美国于1935年颁布了《社会保障法》;此外,智利也在1926年建立了社会保障制度。

在国际劳工组织于1944年5月10日在美国宾夕法尼亚州费城通过的关于该组织的目标与宗旨的宣言中,社会保障作为一项权利得到确认,并成为实施《世界人权宣言》(1948年12月10日)的组成部分,<sup>a</sup>《人权宣言》申明,“每个人……有权享受社会保障,并有权享受他的个人尊严……所必需的经济、社会和文化方面各种权利的实现”(第二十二条);“人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准,包括……必要的社会服务;在遭到失业、疾病、残废、守寡、衰老或在其他不能控制的情况下丧失谋生能力时,有权享受保障”(第二十五条)。

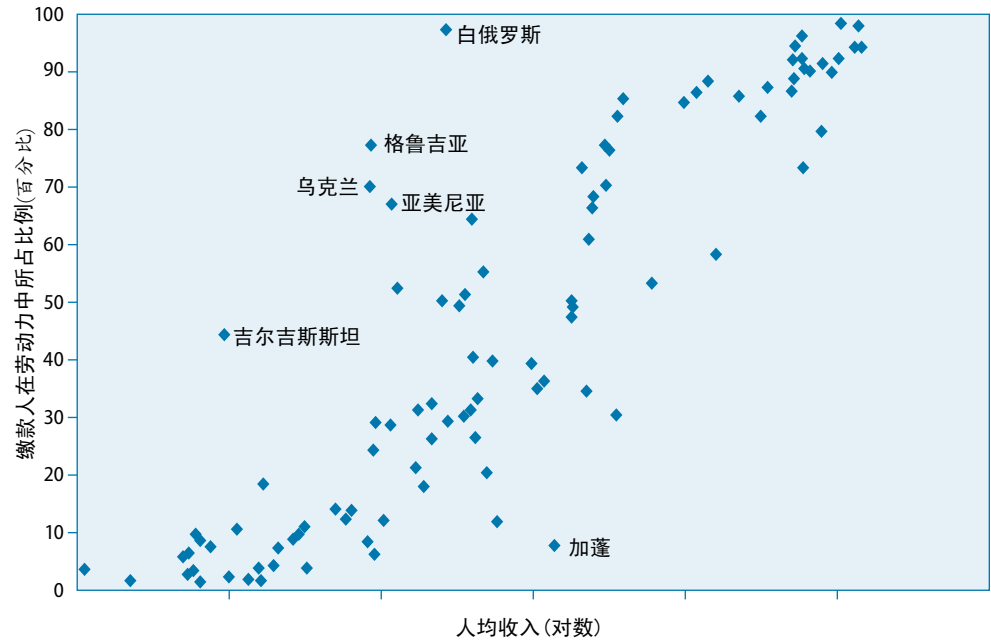
这些权利自那时以来已被多次重申,并且与许多公约条款和建议有着内在联系。如何保障这些权利免受侵犯,可能是对老龄化社会提出的一项挑战;这些社会则应当认识到自己有义务迎接这一挑战。

<sup>a</sup> 联合国大会第217A (III)号决议。

有少数几个国家实行非分担式养恤金办法)。多数情况下,公共养恤金办法是通过对与工资有关的收入征收缴款来筹集资金(共同分担式办法)。在这种情况下,享受养恤金福利的资格取决于事先加入。因此,共同分担式办法一般将自营职业者和非正规部门的其他劳动者排除在外,这部分人最多可能只是在自愿的基础上参加。不过,已有不少国家在对某些非正规部门劳动者实行老年养恤金办法方面取得了成功,并且正在考虑扩大此种养恤金覆盖面。印度的情况就是如此(见方框五.3)。

根据图五.2中观察到的各种关系,人们或许会预料到,随着经济增长和工业化进程,发展中国家的养恤金覆盖面亦将得以扩展。但是看来并没有出现这种情

图五.2  
按人均收入显示的公共养恤金办法缴款人在劳动力中所占比例<sup>a</sup>



资料来源：Palacios Pallarès-Miralles (2000年)；世界银行(2005年)。  
<sup>a</sup> 1988至1998年期间的最新观察资料。

况——甚至在比较先进的发展中国家也并非如此。在许多情况下，1980和1990年代出现的劳动力市场的开放限制了正规部门工薪就业的扩充，使得非正规部门成为主要雇主(Gill、Packard和Yermo, 2004年；Rofman, 2005年)。例如，在拉丁美洲，过去15年来养恤金覆盖面一直未见扩大，因为就业率增长大多是非正规部门创造的工作机会，而养恤金制度改革未能扩大覆盖面(拉丁美洲和加勒比经济委员会，2006年；以及见下文关于养恤金改革的分析)。

现有养恤金制度越来越受到质疑……

甚至在养恤金覆盖面很广的国家，老年收入保障也有可能处境维艰，因为现有养恤金制度的可持续性越来越受到质疑。那些较长时期以来增长疲软、就业绩效低下的国家，在试图维持其养恤金办法的财政生存能力时，自然会感到倍受制约。极其普遍的提前退休做法以及与福利指数挂钩的津贴费用不断增长，都可能进一步影响养恤金制度的可持续性。在某些情况下，管理不当、投资决策失误，以及养恤金系统本身的糟糕管理，使问题更加复杂化，从而导致养恤金系统破产或者领受人的福利大幅度减少。<sup>4</sup>

……因为人口老龄化可能会导致高成本低收益

据信，由于人口不断老龄化，现有的许多养恤金系统——不仅包括许多私人(即雇主提供的)办法，而且包括许多发展中国家和发达国家的公共计划——将随

<sup>4</sup> 例如，在美国，有23家以上、各家资产超过1亿美元的公司养恤金计划因管理不善而拖欠付款。最大的拖欠时间发生在2005年：联合航空公司留下了一个供资不足、大约价值98亿美元的养恤金计划，需要由退休基金保险公司(PBGC)来拯救。

## 方框五.3

## 印度扩大社会保障的努力

预计到2050年，印度65岁以上的人口比重将增至三倍，从2005年的大约5%上升到15%。通过传统的基于收入的安排提供收入保障的努力主要受到劳动力分散的制约。大约92%的劳动力(超过3.62亿人)由于从事非正规工作，在收入保障方面得不到任何保护。在这些劳动者当中，3.37亿人在非组织部门工作，2600万人在有组织但是小企业部门工作(包括所有雇员员工不足10人的非法人企业)。总共有2.35亿人从事农业部门的工作。

近年来，印度在养恤金方面进行了许多改革。但这些改革基本上局限于正规部门和公共部门的养恤金系统。例如，2004年颁布的“新养恤金办法”对新参加工作的政府公务员实行一种固定缴款办法。在正规私营部门，作为雇员公积金组织的一部分，实行“雇员公积金”和“雇员养恤金办法”。对于177个限定产业、职工人数超过20人的企业中月收入低于6500卢比(156美元)的劳动者，实行这些强制性养恤金办法。2004年参加这些养恤金办法的职工人数仅为1500万(Shah, 2005年)。

向非正规部门的绝大多数劳动者提供老年收入保障的工作还很有限，而且支离破碎。中央政府和邦政府实施了各种方案。1995年启动的国家社会援助方案就是其中一例。该方案通过《国家老年养恤金办法》向65岁以上既无收入来源又无家人赡养的贫苦老年人提供200卢比(5美元)(约合贫困线标准的一半)的老年养恤金。

尽管推出了种种类似的倡议，2000年非正规部门仍然只有6%的人(2100万)能有资格享受由中央政府和邦政府的相关计划提供的社会保障(主要是福利援助)：中央政府的养恤金办法覆盖约500万人，邦政府的办法覆盖1000万人，《国家老年养恤金办法》覆盖600万人。除了中央政府和邦政府之外，各种非政府组织也参与提供社会保障。由非政府组织主办的方案估计覆盖了500万非正规劳动者，并提供健康和人寿保险，相对来说，提供老年养恤金属于这些组织的辅助活动(全国无组织部门企业委员会，2006年)。

先后提出了好几项旨在为非正规劳动者提供社会保障的立法提案。2001年，全国农村劳工委员会建议，除其他外，在家计调查的基础上将低收入非正规劳动者列为老年养恤金福利的服务对象。2003年，全国劳工委员会提出几项建议，其中包括死亡和残疾保险、健康保险、孕产保险，以及老年福利等基本福利一揽子服务。

## 方框五.3

## 印度扩大社会保障的努力(续)

最近，全国无组织部门企业委员会提出一项综合提案，旨在把社会保障扩大到无组织部门劳动者。这项无组织劳动者社会保障法草案要求制定综合性的一揽子方案，向非正规就业劳动者提供国家最低社会保障，其中包括普遍健康和人寿保险福利以及老年保障(以老年社会养恤金或非分担式养恤金的形式发给贫穷劳动者，并为所有其他劳动者建立公积金)。虽然这个办法不包括月收入超过6 500卢比的工人和农民，但是它将覆盖无组织部门的大约3亿劳动者(83%)，并且向每个缴款人的不超过4位受抚养家属提供社会保险(通过健康和孕产保险成分提供)(Sengupta, 2007年)。

具有重要意义的是，该提案在预见到缴款的劳动者有公积金并保证其10%的收益率的同时，还要求为60岁或以上低于贫困线的劳动者建立普遍老年养恤金系统，其福利相当于《国家老年养恤金办法》规定的标准。该办法设想从劳动者、雇主和政府为每个参与者提供的每天1卢比(0.025美元)的缴款中筹集资金。如果雇主没有参加(非正规部门的就业大多属于此种情况)，就由政府提供雇主的那一份缴款。每年1 095卢比的总缴款额(26美元)分别提供给疾病和孕产保险(380卢比)；人寿保险(150卢比)；和老年保障金(565卢比)(全国无组织部门企业委员会，2006年，第96页)。提供的福利将包括，例如，劳动者及其家属每年不超过15 000卢比的医疗费保险额，住院3天以上的疾病津贴，每个受益人15 000卢比(360美元)的人寿保险，以及不超过1 000卢比(24美元)的孕产津贴。

该委员会较为详细地说明了这一办法将如何运作(包括登记程序以及收集保费和报销费用的机制)，并且清楚地表明此种国家办法确实是负担得起的。预计该办法运行五年之后将覆盖所有3亿非正规劳动者，总成本约占每年国内生产总值的0.48%。中央政府将负责承担所有低于贫困线的劳动者的养恤金福利成本。

实施这样一个综合办法所面临的挑战包括：确保每个投保人持续缴款，同时确保雇主不推卸缴款义务。事实也许证明，监测是否有资格享受福利，是实际中要遇到另一项挑战。不过，只要有足够的政治意愿，这些障碍就能够克服，而这种办法的出现无疑将会有力地促进向非正规部门劳动者提供更大的老年收入保障。

着时间的推移而变得成本过高，难以为继。在发达经济体，总的看法是养恤金制度已经到了难以承受的地步，在奥地利、法国、德国、希腊、意大利、波兰和瑞典等国，2003年用于老年养恤金福利的公共支出已经超过国内生产总值的10%（经济合作与发展组织，2007年）。据预报，由于人口老龄化，本世纪上半叶塞浦路斯、葡萄牙和斯洛文尼亚等国的公共养恤金办法的费用还将增长，将占其国内生产总值的20%（欧洲委员会，2006年）。

人口老龄化对当前养恤金办法的财政可持续性的预期影响，使得改革的需要更加迫切。人们认为，现收现付的养恤金办法尤其脆弱，因为在这种制度下人数越来越少的劳动者要抚养日益增多的养恤金领受人。另外，在一些国家，艾滋病毒/艾滋病流行更加重了人口自然老化对现收现付制度的压力，使劳动适龄人口受到极大影响，从而消弱了养恤金制度的共同筹资基础。

因此，不论发达还是发展中国家和区域，养恤金制度的设计和改革，包括扩大覆盖面，都具有重要意义，因为养恤金办法必须要能够适时地提供和获取，具有经济可持续性，以及财政上可以承受，同时向所有人提供有实际意义的福利，以实现经济保障，防止发生老年贫困。

### 维持和扩大养恤金制度

养恤金该如何提供，这是个引起许多争议的问题。养恤金制度的经济学问题过于复杂，并且环境特定性极强，不是某个“万能”的框架即可解决问题的。养恤金制度还体现了社会对同代人之间和不同代人之间资源分配的优先选择。更重要的是，养恤金办法还表明谁应该参加。如前所述，任何养恤金制度都应建立在为全民提供收入保障的原则基础上。

凡有能力为其将来的养恤金福利提供资金的人都应该这么做，这不仅是为了确保公平，也是为了履行每个人作为国家公民的权利和义务（拉丁美洲和加勒比经济委员会，2000年）。由此看来，如果像世界银行（1994年）和Holzmann与Hinz（2005年）等项研究所建议、并且已被许多国家的实践所证实的那样，把养恤金制度当作包含多层次或多“支柱”的建筑工程来对待，或许是有益的。这种不同层次的制度应该合乎特定国情和社会偏爱。比如，在以正规劳动力市场为主的国家，单一的基本公共支柱可能就足以提供老年收入保障，这种养恤金办法的融资可以基于与劳动所得挂钩的缴款制。许多发达国家的大部分养恤金制度就是如此。在这种情况下，可以把福利水平当作劳动所得收入的一个函数来确定，以便达到某个替代工资水平。与此同时，这种养恤金制度应起到适当的激励作用，以确保在规定的时期内坚持参加养恤金缴款。另外，这种制度应当有一种内在的团结机制，以便收入较低和/或工龄不稳定或不够长的劳动者也能够享受最低养恤金。

对于养恤金制度的设计和改革必须采取兼收并蓄的做法

### 养恤金制度需要适合特定国家的背景环境

那些以非正式就业为主或存在双重劳动力市场的国家，或许可以考虑两种基本公共支柱：一种是非分担式办法，提供最低限度的定额补贴；另一种是共同筹资办法，依照上面所讲的方法。另外，在设计公共养恤金办法的时候，务必注意不要拉大现有的不平等差距。例如，共同筹资办法可能会产生把低收入和非正规部门劳动者拒之门外的效果，这样的做法应当避免。尤其是，低收入群体应当能够同时参加共同分担式和非分担式办法，非分担式部分相对于退休前收入逐渐减少(拉丁美洲和加勒比经济委员会，2006年)。最后，要鼓励有能力这么做的个人(通过私人或雇主承办的老年储蓄办法或其他资产积蓄)为自己的老年收入保障做准备，以补充来自公共养恤金的收入。

养恤金制度所采取的设计方式会影响到遭遇风险的几率和风险分布状况，从而影响到老年收入保障的程度。按照未备基金的现收现付制度，养恤金权利是对未来国内生产总值的权利要求，并且通过未来的缴款和/或税收予以强制执行。这一权利主张的直接风险是政治风险，间接风险是宏观经济和人口风险。就后者而言，宏观经济状况恶化或者不利的人口发展动态都会加重未来劳动者组群的负担，从而使得这种权利主张更加难以实现。在资金全部到位的制度下，养恤金福利将取决于累积资产的价值，在这种情况下，养恤金福利直接面对投资风险和此种资产收益的易变性(Turner, 2003年)。<sup>5</sup>在固定缴款(DC)办法中，养恤金受益人承担了大部分风险，包括不能系统地向养恤金系统缴款的风险。按其最纯粹的形式(没有最低养恤金保证)，固定缴款系统不提供任何保险。代际间分配和贫困救济的可能性也比较有限。在固定福利(DB)办法中，风险主要由养恤金保证人或福利提供者承担，条件是必须承诺退休金相当于退休者工资的某个分数(Barr, 2006年)。

无论如何，或许更重要的是，任何养恤金办法能否产生适当的福利并且始终可负担得起，归根到底取决于相关国家的持续增长能力。

### 产出增长对养恤金可持续性的核心作用

### 经济增长是加强老年人收入保障的关键……

在着重于正规养恤金制度改革的同时，也必须承认，一个经济体的经济增长对于其向退休人员提供收入保障是必不可少的。正如第二章和第四章所讨论的那样，不断发展中的人口结构转型意味着日趋减少的劳动者将要供养愈益增多非劳动消费者。从长远来说，扶养更多的受抚养人口——而不降低生活水准——主要在于能够加快经济增长的步幅。对发展中经济体来说尤其如此，因为它们的养恤金覆盖率很低，而且经济活动以非正规部门为主。正规部门就业率的增长可以通过加强共同筹资办法的参与率来扩大享受养恤金的机会，从而加强老年收入保障。另外，正规部门就业的相对扩展可以扩大共同筹资基础，进一步增强现收现付养恤金办法的可持续性，从而减轻老龄化对这种养恤金办法构成的压力。

<sup>5</sup> 第四章讨论了养恤基金的有价证券分配和投资策略。

然而，关于养恤金改革和养恤金系统设计的辩论，大多集中在两种主要养恤金办法的筹集资金方面，而没有适当注意产出增长的问题。今天的劳动人口获取的任何与养恤金有关的“资产”——无论是带有个人账户的预先融通资金办法中的金融资产，还是公共部门通过现收现付办法做出的承诺——都是对未来产出的一种权利主张。因此，对于养恤金制度的可持续性来说，经济增长至少如同这种制度本身的设计一样重要。

养恤金系统绩效与宏观经济的密切关系反过来可能会影响到经济增长前景。比如，公共养恤金系统赤字不断增加可能会提高公债水平，反过来可能增加利率压力并挤掉私人投资，从而对经济增长造成不利影响。居高不下的养恤金赤字也可能导致提高税收，反过来可能会增加劳动力成本并降低可支配家庭收入，同时相应地抑制就业和产出增长。这些可能涉及到的宏观经济问题突出说明了有必要力争实现财政平衡的养恤金制度。另一方面，养恤金融资机制——不管是资金全部到位办法还是现收现付办法——对储蓄的影响还不太清楚。虽然提高缴款费率可能会增加强制储蓄，但是自愿私人储蓄或经济体中其他方面储蓄的减少则可能抵消总体较高的强制储蓄率(见下文)。此外，标准的论据假定，较高的储蓄率总会导致较高的生产性投资，从而永久性地增加实际人均产出。<sup>6</sup>但在实际当中储蓄增长与投资增长之间的联系较为复杂，并不是所有储蓄额最终一定会产生导致快速增长的投资(Barr和Diamond, 2006年)。最后，也可能有这样的情况：积蓄金融资产以支持老年阶段消费的努力，结果导致这种资产储蓄阶段的有效需求减少，反而可能会不利于经济增长。

……养恤金系统业绩也可能会影响到经济增长

### 改革养恤金制度之一： 制度设计调整

现在进行的共同筹资养恤金制度改革有两种类型，即：(a) 通过改变基本参数加强现有制度(参数改革)和(b) 从根本上改变制度设计(结构改革)。几乎每一项现收现付办法都进行过参数改革，这种改革要比结构改革广泛得多。<sup>7</sup>这种改革之所以有吸引力，主要是政治方面的原因，因为这种改革比较容易实施，而且相对于那些带有较根本性变化的改革而言，更容易为公众所接受。

各国从收入和支出两方面采取了改革措施，以确保这些养恤金办法的可承受能力。一项共同的调整是增加社会保障系统的分摊保费。不过，由于高分摊率对劳

正在对现有各种养恤金办法进行调整，以增强其财政可持续性

<sup>6</sup> 坚持凯恩斯路线的另一种观点认为，驱动投资的是总需求量，而不是储蓄量。企业家投资决策的部分依据就是总需求的增长预期。总需求的既往变化可以用作预测未来变化的估计数。因此，为使经济加速增长，应该鼓励的主要是消费而不是储蓄。然后，增加投资带来的资本深化将促进生产率增长，同时降低单位成本，从而给职工实际工资的提高和公司利润的提高留有空间。反过来，这将会导致为增加投资筹集资金所需的储蓄率的提高。

<sup>7</sup> Schwarz和Demirguç-Kunt(1999年)发现在改革社会保障制度的82个国家当中，只有21个国家推出了涉及到实质性制度改变的“重大”改革举措。



动力市场劳动力的供求所产生的扭曲效应，这种选择有一定的限制。其他可能性包括：减少养恤金福利（比如希腊、匈牙利、意大利、大韩民国、葡萄牙和瑞士等国采取的措施）；严格参加养恤金的资格要求（德国、意大利和美国）；以及改变福利指数（德国、日本和瑞典）。事实上，欧洲联盟（欧盟二十五国）每个成员国都对界定其社会保障办法的参数进行过某种调整（Zaidi, 2006年）。在大多数情况下，一揽子改革的部分内容是修改有关退休年龄、养恤金计算公式和分摊费率的参数。

推迟退休是不可避免的……

越来越多的国家开始考虑提高退休年龄或者已经实行，尽管这种做法不受欢迎。例如，美国决定到2027年把退休年龄提高到67岁，而在法国，最新改革拟在2009年至2012年期间将领取全额养恤金所需的缴款年限增加1年，并且从2012年开始根据预期寿命的变化再进一步增加缴款年限。这些措施意在缩小预期寿命延长与退休年龄之间的差距，因为这种差距可能会相当大。<sup>8</sup>目前在发达国家，65岁退休时的预期寿命已经比其中许多国家通用的这个法定退休年龄高出18岁（见表二.8）。

由于平均工作寿命延长，提高退休年龄也有望增加税收。与此同时，老年养恤金开支将会下降，因为退休者从养恤金系统受益的阶段缩短了。实际上，这项措施的潜在功效非常大，就美国的情况来说，据估计，“如果到2030年正常退休年龄提高到70岁的话，目前在社会保障方面的长期赤字大约可消除一半”，而“如果同时将提前退休年龄从62岁提高到67岁的话，目前预计的赤字就会基本上消失”（Bosworth和Burtless, 1998年，第293页）。

……因为工作寿命缩短了

在提高法定退休年龄时，若同时也实行提高有效退休年龄的政策，将会有助于增强养恤金办法的生存能力。如第四章所述，这可能需要对老龄工作者的劳动力市场条件做些改变。在工业化国家当中，可以领取提前退休福利补偿的年龄标准不一，早到意大利的53岁，晚到美国的62岁；而多数工业化国家的正常退休年龄是65岁。不过，在大多数国家，人们一般都是不到65岁就退休。许多养恤金办法都鼓励提前退休：按照Gruber和Wise（2005年，第5页）的观点：“一旦到了可以领取福利金的时候，如果一个人继续多工作一年，他在寿命期内领取的社会保险福利就会少于其停止工作后马上在第一机会开始领取的福利。”

这就意味着，与没有提前退休的情况相比，养恤金领取人人数就会大增，须给付养恤金的时期也会更长，从而给养恤金制度增加了不必要的负担。因此，影响到许多现收现付制度的问题似乎主要源自这样一个事实，即：退休以后的年数增加，不仅仅是因为人的寿命延长，而且——或许更重要的是——也因为所涉及的工作寿命缩短了。实际上，欧洲委员会（2006年，第12页）认为，“成员国面对的是退休问题，而不是老龄化问题”。把有效退休年龄从60岁左右提高到法定退休年龄65岁，或许是欧洲联盟范围内可供选择的 strongest 的单项参数改革。按照某些估计，与不改变退休年龄的设想方案相比，这项改革可将未来福利筹资所需

<sup>8</sup> 例如，当德国在1889年初步实行养恤金制度的时候，出生时的平均预期寿命（44岁）比退休年龄70岁还低26岁。因此，只有一小部分劳动者（大约17%的男性和21%的女性）能够活到有资格退休的年龄。

的社会保险缴款增长额减少40%。<sup>9</sup>推迟劳动者的退休年龄，延长他们在劳动大军中的时间(见第四章的讨论)，这对维持现收现付制度大有好处，而劳动力市场则相应地能够留用这些劳动者。

### 改革养恤金制度之二： 采用名义账户

有不少国家对其现收现付制度进行了结构改革，而没有改成资金全部到位的养恤金办法。这些国家认识到，上面概述的对现收现付办法的参数改革只是部分地解决了养恤金制度在设计上的缺陷，因而采用个人固定缴款福利资本化的做法，同时保留本国公共养恤金办法的现收现付形式。另外，在许多现收现付固定福利办法中，缴款与福利之间的联系一般来说对参与者都不是很透明(尤其在福利基于不完整的收入情况时)。因此，一旦达到享受最低工龄福利的资格要求，对劳动力继续参与的激励措施就显得软弱无力，尤其是如果提前退休不会导致减少实际福利的话，这些激励措施就更缺乏吸引力。<sup>10</sup>

在现收现付固定缴款办法中，或者说，在所谓“名义账户制”(NDC)的制度下，个人缴款被记入“名义”个人账户，缴款余额连同名义年收益记入个人账户的贷方(见方框五.1)。福利多少取决于每个个人账户的累计(名义)资金余额，也就是说，基于一个完整的缴款历史，而不是像大多数固定福利制度那样，仅仅依据给定的缴款年数(拉丁美洲和加勒比经济委员会，2006年)。因此，没有必要规定一个退休年龄，因为每个人自己就能根据本人按年领取的福利决定什么时候退休。由此可见，这种办法是为解决提前退休问题而设计的。

原则上讲，现收现付固定缴款办法可以解决许多现收现付固定福利办法所面临的可持续性问题，因为按照这种制度将来不会发生固定福利债务问题。更正确地说，将来的福利债务取决于收益率。尤其是，贷记入个人账户的收益率可以跟——例如——生产率变化、当前和预计的人口变化、工资的增长等因素挂钩。可见福利是随着相关参数的变化而自动调整的。例如，在拉脱维亚，确定名义收益的公式系基于缴款总额的增长。在瑞典，收益率基于名义工资增长率；在意大利，则基于名义国内生产总值增长率。<sup>11</sup>

将缴款与福利更紧密挂钩，可以鼓励延长劳动力参与时间

虽然固定缴款办法增强了现收现付制度……

<sup>9</sup> 如果将有效退休年龄提高到65岁，到2050年社会保障缴款费率(在2000年大约16.1%的基础上)仍然需要提高到20.5%。然而，如果有效退休年龄保持不变的话，缴款费率就得提高到27%(欧洲委员会，2001年，第191页表5和第199页表8)。

<sup>10</sup> 这就解释了为什么美国的劳动参与率相对比较高：因为如果在美国提前退休，实际养恤金福利就会相应减少，譬如讲，一个人如果在62岁提前退休，其全额养恤金就会实际降低20%；到2027年，当法定退休年龄提高到67岁的时候，同样62岁退休的福利减幅就会进一步加大到30%(Munnell, 2006年)。

<sup>11</sup> 德国没有明确规定名义固定缴款制度，但是它的养恤金办法却有仿效这种制度的特征。德国的办法包括一个“可持续性因子”，借以调整养恤金福利，以便顾及到受抚养人比率的变化(Zaidi, 2006年)。

……限制了面向低收入  
劳动者的再分配

因此，通过调整缴款收益率并进而导致福利的相应调整，确保现收现付固定缴款办法的财政可持续性是不可能的。可见，此类改革有利于保持养恤金系统的财政可持续性，同时维护重要的世代间团结的成分。然而，这种办法同任何其他个人资本化制度一样，它并不能担保人人都能享有养恤金和至少最低水平的福利，因为这种福利系基于每个人的缴款。鉴于这种情况，名义固定缴款改革就需要辅之以其他措施，以确保养恤金的普遍覆盖率和最低水平的养恤金福利(见下文)。

### 改革养恤金制度之三： 转向资金全部到位的制度

经常有人辩称，资金全部到位的养恤金办法之所以能保持财政可持续性，是因为它的福利取决于投资量和这种投资的收益。联合王国是在1980年首先转向资金到位的养恤金提供办法的国家之一，但只是部分资金到位。智利于1981年采取了较为彻底的做法，用强制性私人管理的资金全部到位的固定福利办法取代了公共管理的现收现付固定福利养恤金办法(定义见方框五.1)。其他几个拉丁美洲国家也实行了类似的改革。<sup>12</sup>在中东欧地区以及在较小范围的南亚和东亚地区也实施了结构性改革。例如，哈萨克斯坦于1998年完全转向资金全部到位的办法。其他国家则在维持其现收现付办法的同时引进了一个资金全部到位的支柱。这些国家包括保加利亚(2002年)、匈牙利(1998年)、前南斯拉夫的马其顿共和国(2003年)和爱沙尼亚(2002年)。

转向资金全部到位办法  
的好处可能被过分夸大

带有个体资本化特征的资金全部到位的制度虽然原则上可能具有财政可持续性，但是把现收现付制改造成资金全部到位制会对公共财政产生负面影响，因为在将养恤金缴款划转到新制度项下的时候，仍须承兑原有制度下产生的养恤金债务(见方框五.4)。养恤基金大多用于财政成本筹资方面，因为在其有价证券投资中通常国库债券占较大比重。不过，它在宏观经济方面也有影响。公共部门相关债务的增长可能增加对利率的压力，从而进一步提高转型期的财政成本，并且可能影响到私人投资。公共部门债务的攀升可能影响利率，从而提高转型成本并对私人投资造成影响。

前面讨论的关于朝着资金全部到位的制度改革有利于增加储蓄的论断，在许多国家都不会得到证实。不过，来自拉丁美洲的证据的确表明，可能因为养恤金改革的效应而提高了储蓄率，但是确切的影响很难证实，因为养恤金改革往往是

<sup>12</sup> 完全废止公共管理的现收现付固定福利办法的有玻利维亚(1997年)、萨尔瓦多(1998年)、墨西哥(1997年)和多米尼加共和国(2003年)，现在这些国家要求职工加入强制性资金全部到位的固定缴款办法。与此相反的是，在哥伦比亚(1994年)和秘鲁(1993年)，职工可以任选一种现收现付固定福利办法或者资金全部到位的固定缴款办法。另一方面，在阿根廷(1994年)、乌拉圭(1996年)和哥斯达黎加(2000年)还实行混合制度，即：由基于现收现付原则的公共成分(哥斯达黎加实行资金部分到位制)给付固定福利基本养恤金，而由多种类型管理之下的资金全部到位的固定缴款办法给付辅助养恤金。

## 方框五.4

**从现收现付制转向资金全部到位的办法：一个漫长而代价高昂的转型过程**

养恤金结构改革中的一个重要问题，就是如何处理现有办法的转型并为此筹措资金。在一个资金全部到位制和现收现付制并存的多支柱的制度中，转型的负担往往直接落在缴款人的肩上，因为他们除了向现收现付办法缴款之外，还要向资金全部到位的办法缴纳一定的款额。

例如，在瑞典，劳动者在资金全部到位的固定缴款制度下缴纳的款额相当于工资的2.5%，而该制度与公共管理的现收现付制度并行运作。

然而，当资金全部到位制取代现收现付办法时，如果已在旧制度下缴款、但尚未退休的劳动者选择转入新制度，就需要对这些人给予补偿。当前退休者需要按照在旧制度下的约定继续领取其退休金，但是在这种情况下却没有来自当前劳动者的缴款，因为他们已经转入新的制度。在财政方面（且假定养恤金福利没有变化），政府可能有较大的财政赤字，因而必须通过以下途径为其筹资，即提高税收、削减公共支出或增加发行公债，从而使得暗含的养恤金债务明朗化。

阿根廷的经验表明，朝着资金全部到位方向的制度改革可能对公共财政产生重大经济影响。阿根廷在1994年进行的现收现付制度改革导致公债大幅增加，因为1994年以后，社会保障制度的财政状况显示出赤字不断增加。1993年，社会保障缴款与开支的差额为正数，占国内生产总值的0.6%；但是到2001年，差额就变成了占国内生产总值2.6%的赤字。它导致出现了不可持续的公债状况，在2001年全经济体危机期间达到最严重的地步。

就智利的情况来说，旧的养恤金系统的经营赤字的融资成本再加上“认可债券”（即为了补偿已转入新制度但拥有到期应付的养恤金权利的劳动者所发行的债券）的发行成本，在1981-2004年期间平均约占每年国内生产总值的3.9%，1984年最高达到占国内生产总值的7.1%（de Mesa和Mesa-Lago, 2006年）。这种成本一段时间后有所下降，但是预计会一直持续到2038年（就认可债券而言）和2050年（就经营赤字而言），这说明一个事实：养恤金制度转型是个长期的过程，在未分阶段逐步转入即“猛然”废止现收现付制度的时候，尤其要注意到这一问题。

以上诸案例说明了改革的代价有多大（当然，如果不对难以为继的制度加以改革，也会要付出不小的代价），同时也指明需要有一个强有力的财政框架来支持这种改革。

更广泛改革努力的一部分(Holzmann和Hinz, 2005年)。<sup>13</sup>此外,如果目标是增加储蓄的话,也不必放弃现收现付办法的改革。尤其是根据估计,在现收现付制度下提高退休年龄可以通过提高储蓄率而带动欧洲国内生产总值增长13%(欧洲委员会, 2006年)。

改革的结果是把风险转移到了退休者方面

资金全部到位的个体资本化带来了较高的收益率。可是往往忽视了较高的收益体现较大的风险这一事实。虽然明确的资本收益可能超过现收现付办法的内含收益,但是资本收益的不稳定性也大大高于后者。结果,因为参与者承担了投资风险——这在经济上可能是非常艰难的事,尤其对从事低工资工作的人来说更是如此——其在临近退休之前若有价证券遭遇重创,他们的收益就很有可能大大减少。

另外,由于福利与缴款(及其收益)挂钩,非自愿的中断支付缴款将意味着养恤金额降低,而老年经济保障的风险加大。再者,相对于收益而言,有必要调整管理成本和收费,因为这方面的费用可能会吸收相当多的收益。这些收费数额之大,可能占到缴款额的25%(相比之下,在美国的公共管理的现收现付固定福利办法中,管理费仅占缴款收入的0.5%)(Thompson, 2001年)。管理收费肯定会降低受益人的净收益。比如,在缴款人整个工作寿命期内对其课以1%的管理费,就意味着行将领取的养恤金价值会被扣减20%(Barr, 2006年援引自Diamond, 2004年)。

在资金全部到位的制度下,覆盖面没有扩大

智利的养恤金改革最初是用开立个人账户的资金全部到位办法取代现收现付的办法,至今已有25年的历史,就覆盖面而言,改革的结果不太令人满意。尽管在改革初期这种资金全部到位的办法比较受欢迎,但与改革前的年代相比,就业人口的养恤金总覆盖率从1975年的71%下降到2000年的64%左右(de Mesa等人, 2006年),其部分原因是自营职业者的参与率很低,因为对这部分人不要求强制参加。劳动力市场上的非正规演变也是一个因素。

此外,尽管缴款与福利之间有了比较密切的关联,但是私人资本化的制度未能增加参与者的缴款支付数量。据估计,在拉丁美洲,资金全部到位的固定福利制度参与者的较大份额分摊密度(即缴款支付数量对个人工龄月数之比)不足以确保他们能够领取退休金或产生足够的养恤金(拉丁美洲和加勒比经济委员会, 2006年)。

带有个体资本化特征的资金全部到位的办法往往缺乏团结特征

通过引进个人账户,减少了社会保障中的社会保险成分,因为这些账户限制了这种养恤金办法可作为同代人之间再分配的工具和扶贫工具发挥作用的范围。在没有个体资本化的养恤金系统中,可以根据福利计算方法进行再分配。比如,较低收入的个人可以领取(相对于其缴款的)较多的福利金,或者根据相对于较高收入退休者收到的调整来说较为有利的条件对其福利价值进行调整。

<sup>13</sup> 例如, De Mesa和Mesa-Lago(2006年,第154页)在智利的案例中强调了这一点,说明税收改革有利于公司方面大幅增加储蓄额。Acuña和Iglesias(2001年)简要评述了关于改革对储蓄影响的经验研究成果,其结论是“因此很明显,在智利的案例中,经验研究成果还不足以解决改革对储蓄影响的问题”(第40页)。

带有个体资本化的养恤金福利取决于缴款的价值及其收益。在这种情况下，从事低报酬工作的劳动者即便按时地向养恤金办法缴款，恐怕也没有能力积攒作为养恤金福利的最低限额的收入。此外，低收入群体与较富裕人群相比，其分摊密度低得多，妇女更是如此。与男子相比，妇女由于要生育和抚养子女，其就业经历经常是不连续的，而且工龄较短。收入较低的劳动者往往不大愿意为养恤金缴款，如果他们是自营职业者(因而也更倾向于无就业阶段)而缴款又不具强制性的话，就更是如此，智利就是这种情况。正如关于老年人收入来源的章节所述，养恤金与低收入劳动者的关系尤为密切，因为这部分人多半无力积蓄任何(实质性的)资产来补充其公共养恤金，因而最有可能受到贫困的威胁。因此，有必要在养恤金系统内或系统外进行再分配，以免拉大收入差距，并防止老年贫困。

实际上，就智利来说，由于现行养恤金制度不令人满意，正在考虑进一步改革。对于所积蓄的资金不够享受特定水平养恤金的参与者来说，他们可能享受不到由政府从一般税收中出资提供的最低养恤金。事实上许多参与者没办法达到享受最低养恤金资格所需要的缴费20年的最低要求；并且预计，目前45岁到50岁的妇女当中将有大约45%的人不合格。<sup>14</sup>无资格享受最低养恤金的人可以申请社会保险养恤金；不过，由于享受社保养恤金的人数受到年注资水平的限制，所以并不是每个合格的申请人都能得到社保福利。为此，拟议在智利进行的养恤金改革新措施，除其他外，包括一项基础广泛的团结养恤金，从一般税收中出资，并根据家计调查结果给付。这项改革可以确保对没有能力为退休而积蓄的工人按月提供养恤金。<sup>15</sup>

智利正在考虑对资金全部到位的养恤金制度进行新的改革

### 团结、可享有性和可负担性： 争取实现普遍覆盖

养恤金的可负担性问题因不同国家而异。随着创造正规就业机会的能力增强，经济增长的速度加快，以及低收入家庭资产基础的扩充，老年养恤金的缴款能力就会增强，非分担式养恤金的需求就会减少。不过，对生活贫穷的人来说，缴款能力即便不是不可能，也是能力非常有限，因此需要社会中其他阶层对这部分人的福利给予支持。

非分担式最低退休金可能是老年收入保障的一个重要组成部分

旨在确保老年收入保障的最简单的最低养恤金办法将是对一定年龄以上所有人发放的等同于贫困线补贴的普遍转移。这种养恤金办法可以是完全不分摊的，也就是说，受益人不直接参与福利筹资。可为福利提供资金的途径包括：一般税收(比如像毛里求斯那样)；对参加与收入有关的分摊性养恤金办法的人征收的某种“团结税”(比如在哥伦比亚)；或者某种指定用途的专项税收(比如在巴西)。

<sup>14</sup> 此外，按照相当于平均工资25%的标准，最低养恤金福利不足以确保老年时期的收入保障。

<sup>15</sup> 见<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=36003>。

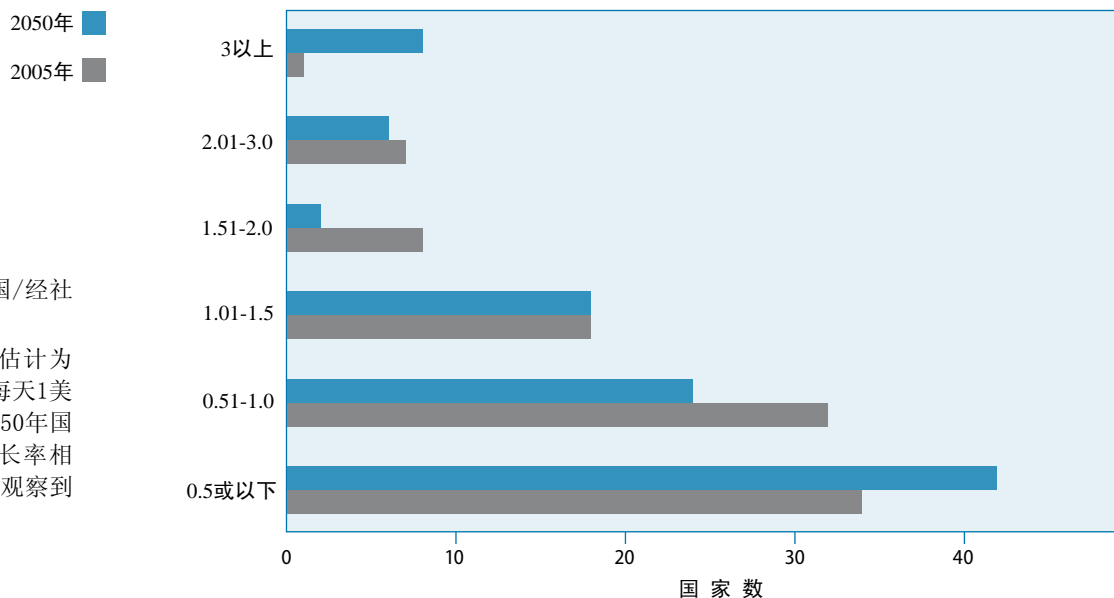
作为备选方案，也可以在分摊的基础上发放福利，但在这种情况下，对于那些没有能力缴款的人就需要予以补贴。

#### 普遍老年养恤金的成本不会很高

曾经采用一种简单推演方法，对适合于发展中国家和转型经济体的60岁或以上老年人的非分担式普遍养恤金的成本进行了评估。推演中假定基本养恤金额为每年365美元或每天1美元(用国际美元表示，亦即按购买力平价(PPP)计算)，这个标准对应于用以界定赤贫的国际临界点。要让所有60岁或以上的人都能享受到这种养恤金。推演还假定这项普遍养恤金可在2005-2050年的整个阶段每年365美元实际价值始终保持不变。另外还假定，国内生产总值增长一直保持在1990-2005年期间达到的平均水平上。但是对于增长率超过5%的国家，其增长率的假设值限定在5%的水平上。至于在1990-2005年期间经济业绩呈负增长的国家，推演中没有将其考虑在内。

推演结果见图五.3，从中可以看出，对于推演中所考虑的100个国家当中的大多数国家来说，按照相当于国际贫困线的福利标准提供普遍老年养恤金办法，成本似乎不会很高。对于66个国家来说，成本相当于2005年国内生产总值的1%以下；对于34个国家，成本还不到国内生产总值的0.5%。另外，在整个阶段成本都将保持在相对较低的水平上，因为大多数国家的国内生产总值增长率将接近于或者超过60岁或以上人口增长率。不过，对于许多最穷的国家来说，则负担较大(关于按国家分列的详细结果，见附件表A.4)。

图五.3  
2005年和2050年发展中国家旨在保护老年人免遭赤贫的普遍社会养恤金办法的模拟成本(占国民生产总值的百分比)



资料来源：联合国/经社部。

注：普遍养恤金估计为60岁或以上的人每天1美元。假定2005-2050年国内生产总值年增长率相当于1990-2005年观察到的增长率。

总的来看，能够提供相当于赤贫线补贴的普遍老年养恤金办法似乎目前只占到国内生产总值相对很小的份额。即使把这些方案的成本列为国内生产总值的一个相对较小的份额，低收入国家能否负担得起也还不是很清楚。除了前面讲的财政资源有限这方面的制约因素之外，还要面对这样的事实，即：社会养恤金支出可能不得不与通常值得摆在优先地位的教育和保健等方面的公共支出进行竞争，或者与国家往往分配巨额资源的国防和偿债方面的支出进行竞争。在像喀麦隆、危地马拉、印度、尼泊尔和巴基斯坦这样的国家，占国内生产总值1%的普遍老年养恤金办法成本会吸收大约10%的税收总额，并且相当于孟加拉国、布隆迪、科摩罗、科特迪瓦、赤道几内亚、缅甸……等国的医疗卫生预算规模。令人感兴趣的是，其中有些国家（孟加拉国、印度和尼泊尔）已经在提供非分担式养恤金福利，尽管不是全都建立在普及的基础上（见附件表A.5）。

竞争匮乏的资源是一项挑战

可以通过提高年龄资格要求降低成本。例如，在尼泊尔，只给75岁或以上的老年人支付养恤金，而没有采用本章所考虑的60岁或以上的年龄组作为资格标准。其他国家，比如毛里求斯，则在福利标准上按年龄区别对待，借以降低成本，譬如说，对“年纪最轻的老年人”适度给付养恤金，因为他们或许有能力继续参与劳动力市场以贴补收入；而对“年纪最大的老年人”则给予相对较高的养恤金（Willmore, 2006年）。还可以通过减少福利降低成本。比如，通过家计调查确定扶助对象是降低成本的另一种选项，在老年人当中贫困不是很普遍的情况下尤其更适合采取这种办法。反过来，在老年贫困状况非常普遍的国家，有针对性的养恤金办法就不会节省多少公共预算。

## 结 论

经验证据表明，在实行综合性正规养恤金制度和公共转移办法的国家，老年人与同一个人口中较年轻组群相比，陷入贫困的可能性较小。在养恤金制度覆盖面有限的国家，老年贫困率一般接近于国家平均水平。在发展中国家，由于正规养恤金覆盖面不足，大多数人到老年时收入无保障问题都相当严重。

正规养恤金覆盖面不足，加重了老年收入无保障问题

发展中国家的社会保障福利的覆盖面平均只占其人口的20%，因此在扩大正规保护以防老年贫困方面它们面临相当大的挑战。在这方面，低收入国家往往面对双重挑战。一方面，国家筹集岁入的能力有限，税收一般占国内生产总值的份额相对较小（平均约为10%）。<sup>16</sup>另一方面，由于多方竞争匮乏的资源，实现其他社会目标所需付出的成本可能会危及老年收入保障。

在发达国家，通过妥善管理劳动力市场有可能使基于就业的分摊养恤金办法几乎覆盖整个人口。因此，在有着综合性养恤金系统的国家，老年人陷入贫困的

<sup>16</sup> 世界发展指标在线数据库（WDI在线版），可查阅：<http://devdata.worldbank.org/dataonline/>（2007年3月20日入网）。



可能性就小得多，但是随着养恤金系统变得缺乏财政可持续性，老年人的经济保障也岌岌可危。

人口转型问题可以成功应对

虽然人口变化可能给老年养恤金办法带来问题，但是从经济学观点来看，这些问题也不是不能解决的(另见Barr, 2000年, 第34页)。尤其是, 现收现付制是否有可用的财政资源, 取决于工资和就业水平, 而不是取决于年轻人对老年人(或未退休者对退休者)的比率。由于同样的原因, 是否有可供老年人消费的资源(不论在资金全部到位制度下还是在现收现付制度下), 将取决于劳动适龄人口生产的商品和服务, 同时也取决于劳动者为了支助受抚养人口而愿意放弃自己的多少消费。

产出增长对于保障养恤金的可持续性至关重要, 尤其是如果不打算根本改变在业人口与非在业人口之间的收入分配并维持一定水平的总体福利的话。这并不是说现行养恤金制度无需改革, 也不是说财政失衡的养恤金制度不会给经济增长前景带来负面后果。正如本章和第四章讨论的, 应采取各种步骤, 诸如消除提前退休的反常动机和现行养恤金办法在设计上的其他瑕疵, 发掘包括非自愿退休者在内的大量蓄积的非在业劳动者, 以及提高劳动生产率等, 有可能对维护我们所知道的社会保障大有益处。这就是说, 需要维持一个足以分担风险的养恤金系统, 它能够保证所有老年人都能享有社会公认的福利水平, 并防止老年贫困。

养恤金办法必须适合特定国家的需要

因此, 养恤金制度的设计及其改革需要基于开放的做法。养恤金制度必须适合特定国情。在这方面, 可以把养恤金系统看作包含经过调整适应社会不同部分的主流特征和需要的多层次或多“支柱”的建筑工程来对待。

可持续性是一个重要目标, 而团结亦事关重大

在任何养恤金制度的设计中, 财政可持续性应当是一项重要的但不是唯一的指导原则。一个财政上可行但是却不能提供足够的福利、或者不能惠及所有老年人的养恤金系统, 是没有任何实际意义的。这里需要再次强调, 实行老年养恤金的目的是为了应付老年人的收入保障风险或贫困。如上所述, 在刚开始实行养恤金制度的国家, 老年人当中的贫困率比较高。社会保险是在人数足够多的个人当中优先选取的集体保险机制, 目的在于保护这些人到老年时免遭经济方面的伤害, 就如同在其工作寿命期间保护他们避免因为失业、伤残和疾病而蒙受经济打击一样。

在集中力量建设以个体资本化办法为中心的养恤金制度的改革过程中, 所缺少的一个重要成分恰恰是保障社会保险的工作。就更大范围而言, 从固定福利制转向固定缴款制(或曰资金预先到位的办法, 名义账户办法, 或其他办法)的行动, 把经济风险完全转移到养恤金领取人一边。在固定福利办法中, 风险主要由养恤金承办者或福利提供者承担。因此, 向资金全部到位的固定缴款制发展的大多数国家确实采用了保证最低限度退休金福利的办法。不过, 这种办法并没有解决确保人人享有适当收入保障的问题。其一, 覆盖面尚未扩大。此外, 并非所有参与者都有资格享受最低养恤金或者都有可能积累足够的资金以确保达到某一替

代工资水平。因此，在这些养恤金系统中必须加强针对低收入缴款人的团结机制。

事实上，如今已经不再把转向以资金全部到位的办法为主、设立个人账户并在固定缴款基础上给付津贴的制度视为养恤金改革的主要组成部分，而只是把它视为加强老年保护的一个组成部分。人们重新意识到，有必要在进行养恤金制度改革的同时保留现有的现收现付办法，借以切实保证社会保险和适当的工资替代水平。另外，人们现在越来越认识到，尤其在发展中国家，在解决非正规部门劳动者享受不到老年养恤金和老年持续贫困的问题上，围绕分摊养恤金支柱的改革是失败的。

无论在养恤金制度的设计还是改革中，可享有养恤金都是重要的指导原则问题。偏重基于收入的社会保障办法势必导致把人口的很大部分排除在外(尤其在发展中国家)，从而增加老年人遭受贫困的可能性。就此而言，非分担式养恤金办法是旨在增强老年人经济保障的分配机制。从巴西、毛里求斯、纳米比亚、尼泊尔和南非等发展中国家的经验可以明显看出，非分担式养恤金办法大大减少了老年人及其家庭陷入(极端)贫困的风险。

最后，应把人们对老年收入保障制度的可负担性视为一项指导原则。公共资源是有限的，而对于许多发展中国家来说，这些资源满足不了所有社会需求，因此可能不得不考虑如何搞好各项发展目标之间的平衡。国际发展援助也许在一定程度上帮助克服资源短缺问题，但是最终还要社会自身来决定如何解决资源分配中的利益冲突问题。不过，在许多情况下，分配上的些微偏移即可带来很大差别。同样的道理，有证据表明，对大多数发展中国家来说，向整个老年人口提供每天1美元的福利所需的成本，还占不到本国国内生产总值的1%。可见，即便对于非正规部门占很大比重的许多低收入国家来说，实行并维持一个非分担式社会养恤金基本层，似乎也是个负担得起的选择。就更大范围而言，大多数发展中国家都需要确保可持续的非分担式方案能够成为养恤金系统的组成部分，以便为所有人提供老年最低限度收入保障。

老年养恤金制度应该人人可以享有



## 第六章

### 老龄化社会的保健和长期护理制度

#### 导言

人口的健康状况与人口结构转型同时发生变化。传染病的重要性在降低，而非传染性疾病或慢性病的重要性则在增加。这种现象被称为流行病学转变。本章将对这种变化所产生的影响，尤其对为老年人提供保健和长期护理服务带来的影响加以考察。

在大多数发达国家，流行病学转变发生在十九世纪和二十世纪初。发展中国家虽然目前分别处于这种转变的不同阶段，但总体而言预期在二十一世纪初将会面临急剧的变化。其中一个重大转变是，死亡者将由以年幼人群为主变为以老年人群为主，死亡的主要原因将从传染性疾病或孕产或先天性疾病变为非传染性疾病。预测全球艾滋病毒/艾滋病死亡率将急剧上升；另一方面，预测非传染性疾病的死亡率将会从2002年的59%上升到2030年的69% (Mathers和Loncar, 2006年)。局部缺血性心脏病、中风、癌症、慢性肺病和糖尿病将成为全世界最主要的死亡原因。值得注意的是，这些死亡原因有着许多共同的重要风险因素：烟草使用、不健康饮食、缺乏身体锻炼和酒精滥用。

发达国家在人口结构转型和流行病学转变方面经历了一个漫长的时期。预期寿命的延长反映出营养的改善以及公共卫生干预在各个领域的成功，其中包括公共系统的改善，即提供清洁饮水，处理人畜粪便，通过巴氏杀菌法对牛奶消毒等措施确保食品质量，以及通过开展教育来推广在婴儿护理、个人卫生、合理营养、烟草、酒类和其他药物的使用、性生活习惯等方面的健康做法。

这些干预之所以可能实施，很多要归功于十九世纪中叶以来医学知识上的重大进步。二十世纪后半叶，对个人疾病的治疗出现了重大进步，尤其是在抗生素药物的开发和心血管病的有效治疗方面。大多数发达国家已经做好应对人口老龄化的准备，并且已经对老龄化可能带来的社会和经济影响进行假定情况分析，部分原因是这些国家担心将来其国家和财政的资源可能会出现不足，特别是在为养恤金系统和保健和长期护理制度筹措资金方面。

目前在发展中国家中出现的人口结构转型进程大大快于发达国家。因此，这些国家在所面临的卫生保健方面的挑战也要严峻得多，因为它们的卫生保健系统在解决严重威胁年轻人的疾病方面还有很多不足，而迅速老龄化的社会又在为

流行病学转变在发达国家中早已出现，在发展中国家也开始显露

公共卫生干预促使人口结构转型和流行病学转变进程开始

发展中国家承受着双重疾病负担

老年人提供保健方面提出了更高的要求。2005年估计全世界因各种原因死亡的人数约为5 800万人，其中，死于慢性病的人为3 500万(占60%)，而80%的慢性病死亡发生在中低收入发展中国家，主要原因是这些国家的人口占全世界人口的大多数，部分原因则是发展中世界正在进入快速老龄化阶段，需要解决更多的老年人的健康需要(世界卫生组织，2005年，第2页和第4页)。与此同时传染性疾病在许多发展中国家仍然是最主要的死亡原因。这样一来，许多发展中国家就承受着双重疾病负担：无论是传染性疾病还是非传染性疾病，都带来很高的死亡率和健康不佳问题。

发展中国家需要扩大和改革它们的卫生保健系统以便处理这种双重负担

发展中国家需要扩大和改革它们的卫生保健系统以便处理双重疾病负担。必须制订推迟发病期的预防计划，并建立正规体系来满足老年人的特殊需要，包括必要时提供长期护理。此外，这一切必须伴之以强有力的政治支持和承诺，以扩大卫生保健的覆盖范围，加强各级政府的行政管理能力。加强各级政府参与的另一个理由是，生育率下降，家庭规模缩小，老年人的寿命延长，照顾老年人的文化模式在发生变化，以家庭或社区为基础对老年人提供的非正规支持所承受的压力越来越大。这一点在第三章中已经讨论过。

老龄化是保健费用上升的一个因素，但不是主要因素

本章的论点是，尽管挑战是巨大的，但并非不可战胜。分析显示，人口老龄化是保健费用上升的一个因素，但并不总是主要因素。对老龄化人口未来保健费用的估计数各不相同，而且有很多的不确定因素，但是，正如下面将分析的那样，研究大多都认为，老龄化本身的影响是，在今后几十年内公共卫生支出在国内生产总值中所占比例将增加1-3个百分点。同样的数字也适用于发达国家今后用于长期护理的公共支出增长，尽管它很大程度上取决于卫生保健提供和卫生筹资系统的设计。

除了老龄化因素之外，其他因素也在推动卫生保健费用的上升趋势，而且在很大程度上还取决于保健服务和医药价格能否得到控制。各国面临的挑战各不相同，反映出不同国家在人口结构转型和流行病学转变方面所处的不同阶段。需要在各个层次采取行动，以便以可负担得起的方式为包括老年人在内的全体民众提供卫生保健所需。考虑到人口结构转型和流行病学转变的预期速度，各级政府部门应重新审视以下方面：为全体民众特别是为老年人提供保健服务的方式；最终的卫生保健系统由公共部门和私人部门提供资金的方式；以及社会为老年人提供特殊计划的能力会得以加强的方式。但是，毫无疑问的是，随着时间的推移，卫生部门在经济中所占的规模以及用于该部门的公共支出往往都会进一步扩大和增加，即使已经采取努力来控制费用的上升；不过，因为这种状况已在预料之中，而且是随着时间的推移而逐步增加，因此，对于人均收入稳定增长的国家来说，通常是可以解决的。由于这种规模扩大和支出增加大多被视为长期趋势的一种表现，各经济体在一段时间之后都能够通过调整来逐步适应。

## 流行病学转变和人口老龄化

### 死亡率下降和流行病学转变

在流行病学转变前、死亡率高的人口中，传染病和寄生虫病是疾病和死亡的主要原因，而且年轻人在死亡者中占很大比例。各个年龄段的死亡率都很高，婴幼儿则尤其脆弱。随着环境卫生、卫生、营养以及医疗水平的改善，传染病的风险降低，生存机会，尤其是儿童的生存机会提高了。由于越来越多的人活到成年甚至到老年，他们接触到与慢性病有关联的风险因素的机会日益加大。随着时间的推移，非传染性疾病、慢性病和退行性疾病成为最主要的发病和死亡原因，因而在已经完成流行病学转变的国家，现在绝大多数死亡发生在老龄阶段。

在发展中国家，这种转变比发达国家出现得晚，在二十世纪后半叶发展尤其迅速。不同地区流行病学转变的情况差异很大。图六.1将死亡原因的地区差异主要分为三类：(a) 传染性、孕产和围产期以及营养性疾病；(b) 非传染性慢性病；(c) 伤害。图中以及后面的讨论根据世界卫生组织(世卫组织)使用的分类框架将国家和其他地区列入不同的区域。

在非洲，<sup>1</sup>2005年70%的死亡可归因于第一组死因，23%归因于慢性病，这表明该区域仍处于流行病学转变的初级阶段。尤其是撒哈拉以南非洲，艾滋病/艾滋病感染现象非常严重，2006年估计有2470万人为艾滋病毒呈阳性患者，尽管在一些受影响国家中大流行速度要么已经放慢，要么死亡率呈下降趋势。此外，相关联的传染病，比如结核病，则继续呈上升趋势。现有数据表明，截至2006年，全世界有2500多万人死于艾滋病，另有3950万人是艾滋病毒携带者(艾滋病规划署2006年报告；艾滋病规划署和世界卫生组织，2006年)。

其他两个世卫组织区域，<sup>2</sup>即东南亚区域和东地中海区域，<sup>3</sup>也存在第一类原因造成的极大疾病负担，但目前这两个区域一半以上的死亡是因非传染性疾病所致。而在欧洲，绝大多数的死亡可归因于非传染性疾病。<sup>4</sup>

不同地区的流行病学概况反映了其在死亡率方面的不同年龄模式。整体而言，发展中国家于2000-2005年期间的死亡者在年龄段方面相对平均，29%的死亡者年龄在15岁以下，30%为15-59岁的成人，42%为60岁及以上的人。但在撒哈拉

流行病学转变意味着从以年轻人患传染病为主变成以老年人患非传染性疾病为主

发展中国家的流行病学转变在二十世纪后半叶加快了发展速度

在非洲，传染性疾病仍占主要地位

在其他发展中国家，非传染性疾病占主导地位

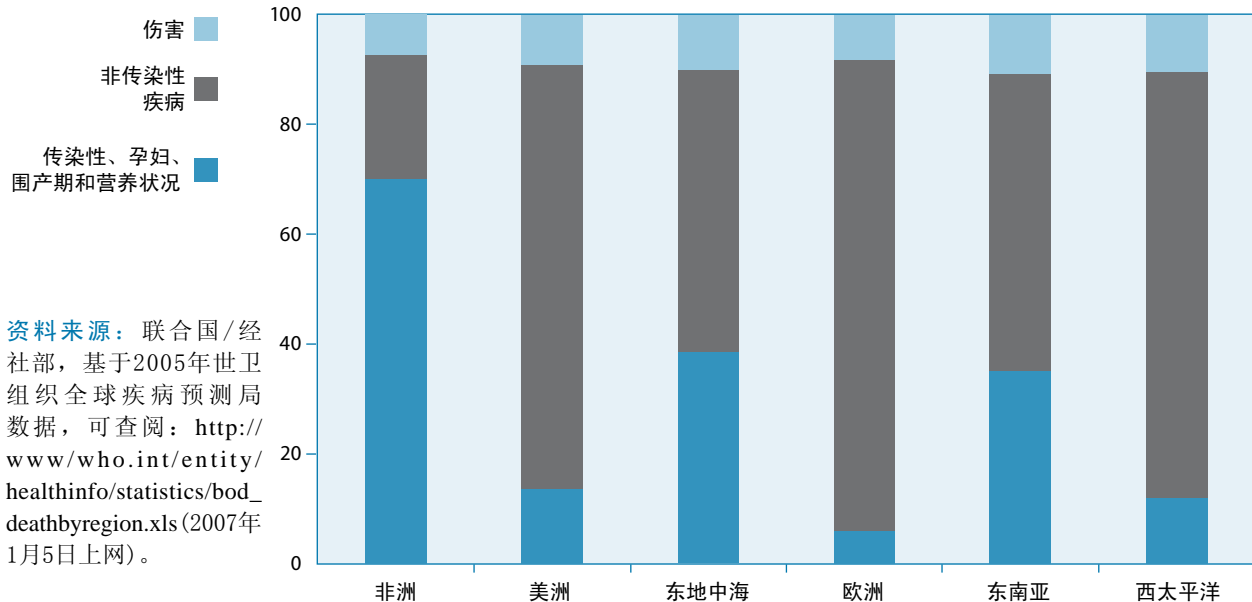
<sup>1</sup> 包括除埃及、阿拉伯利比亚民众国、摩洛哥、索马里、苏丹和突尼斯之外的所有非洲国家。

<sup>2</sup> 包括孟加拉国、不丹、朝鲜民主主义人民共和国、印度、印度尼西亚、马尔代夫、缅甸、尼泊尔、斯里兰卡、泰国和东帝汶。

<sup>3</sup> 包括阿富汗、巴林、吉布提、埃及、伊朗(伊斯兰共和国)、伊拉克、约旦、科威特、黎巴嫩、阿拉伯利比亚民众国、摩洛哥、阿曼、巴基斯坦、卡塔尔、沙特阿拉伯、索马里、苏丹、阿拉伯叙利亚共和国、突尼斯、阿拉伯联合酋长国和也门。

<sup>4</sup> 事实上，这个区域一半以上的死亡是因心血管疾病所致。区域包括独立国家联合体(独联体)、欧洲(包括土耳其)和以色列。

图六.1  
2005年世卫组织各区域按主要原因组分的死亡分布图(百分比)



以南非洲，15岁以下儿童的死亡率最高(估计占总死亡人数的47%)，反映出传染性、胎儿和营养方面的原因是一个沉重负担。还有38%的死亡发生在15-59岁的成人中，其中许多死亡是因艾滋病毒/艾滋病传染所致；产妇死亡率，伤害和慢性病也是导致过早死亡的重要原因。撒哈拉以南非洲的死亡者分布模式与发达国家形成强烈对比，在发达国家，死亡者主要是年龄在60岁及以上的人(80%)，15岁以下儿童死亡率只有1%。不过，在中低收入国家，非传染性疾病也日益成为重要的死亡原因；而且与高收入国家相比，它们的发病年龄更低(世界卫生组织，2006年b)。

随着寿命的延长，死亡多集中在老龄阶段

二十世纪下半叶，随着医学的不断进步，发达国家的死亡率不断下降，因为非传染性疾病，尤其是心血管病，大都发生在人生的后半段。法国是发达国家的典型代表之一，在1971年至2002年期间，法国人65岁时的平均预期寿命男性从16年增加到了21年，女性从21年增加到了26年(联合国，2006年b)。随着寿命的延长，死亡越来越多地发生在高龄人群：例如，2000-2005年，法国80%的死亡为年龄在65岁及以上的人，50%为80岁及以上的人。

在一些国家，由于社会、经济、行为等多种原因，包括事故、暴力、药物滥用等，即使已经出现流行病学转变，死亡率还在上升，它往往反映了社会经济状况发生深刻变化所带来的压力(Kinsella和Phillips，2005年)。在东欧国家，传染性疾病在1960年代之前就已基本得到了控制，但心血管病的死亡率仍在继续上升；在中央计划时代，这一区域没有像它的西欧邻邦那样出现卫生进步，反而有些国家的预期寿命开始降低(联合国，1997年b，第25页)。1990年代初期，在一

些前苏联国家，因心血管病和外部原因导致的死亡数量明显增多，尤其是男性。在俄罗斯联邦，近年来劳动适龄男性的死亡率尤其偏高。

## 老年人口的健康和残疾

传染性疾病可以造成残疾，而非传染性疾病，如心血管病和癌症，常常造成长期的健康恶化和功能减退。此外，一些非致命性(但常常是慢性的)疾病可能对老年人的生活质量和护理费用产生重要影响。此种病症包括失聪和失明，骨骼疾病如关节炎，认知障碍如阿尔茨海默病和其他痴呆症等。

随着发达国家以及某些发展中国家人口迅速老化，老年人健康状况的不断变化带来广泛的影响。预期寿命的延长通常被认为是社会经济发展带来的有利结果，但延长的寿命其健康状况如何呢？如果医疗只是推迟慢性病造成的死亡，却没有推迟病症的发病期或没有消除所造成的残疾后果，其结果可能只是使个人生命过程中的发病期或残疾期延长。那么，如果推迟死亡的力量同样也能推迟慢性病症的发病期，就可以将发病期和残疾期压缩至一个更短的时期(所谓的“发病的压缩”)。

对于慢性病的发病或流行以及发病率方面的长期趋势，目前可获得的信息很少。有一组数据提供了1861-1865年美国南北战争时期北方军队中的白人老兵的情况。这些老兵一直接受定期体检，在二十世纪初，他们的年龄应该在60-64岁之间。他们当中只有10%的人没有患上慢性病，与此相对照，1994年的调查数据显示，同一年龄组的白人男性有25%没有患上慢性病。相似的证据显示，心脏病的平均发病年龄从二十世纪初的56岁提高到二十世纪末的65岁；关节炎的平均发病年龄从54岁提高到65岁。也就是说，过去一个世纪以来慢性病的平均发病年龄推迟了10岁以上，同一时期美国50岁以上男性的预期寿命也比过去增加了6.6岁(Fogel, 2004年)。二十世纪期间慢性病减少的重要因素包括：儿童和青少年时期接触传染病的几率降低，职业变换使工作性质和环境发生了变化，以及平均身高增长。

近年来，人们提出了一些健康指标，用以考察在各种不同的人群中是否出现同样的发病的压缩和相关变化。这些方法中，在“健康预期寿命”一项中的一些变量可能是使用最多的。它们测量的是：在目前的死亡率、发病率和残疾率情况下，一个人可以预期健康生活多少年。因为就定义而言，健康预期寿命不可能比总体预期寿命更长，将这两项统计数字加以比较，即可看出相对于健康不佳状况的健康寿命的相对长度。关于“健康”有各种各样的定义——可以是没有疾病，也可以是没有严重残疾，还可以是没有轻度残疾——因此健康预期寿命可以有各种计算方法。这些计算方法各有不同的名称，有的称为“健康预期寿命”，有的称为“无残疾预期寿命”，有的称为“健康调整预期寿命”(HALE)。应该指出的是，运用这些方法来比较各国的健康预期寿命水平仍然有困难，主要是因为综合指标受到多种影响，其中包括：是基于诊断的疾病还是自评健康状态；是根据提

随着寿命的延长，死亡多集中在老龄阶段

老年健康状况的变化对卫生系统的影响

从长期来看慢性病的流行和发病率似乎下降或推迟了

就测量“健康预期寿命”提出了若干健康指标

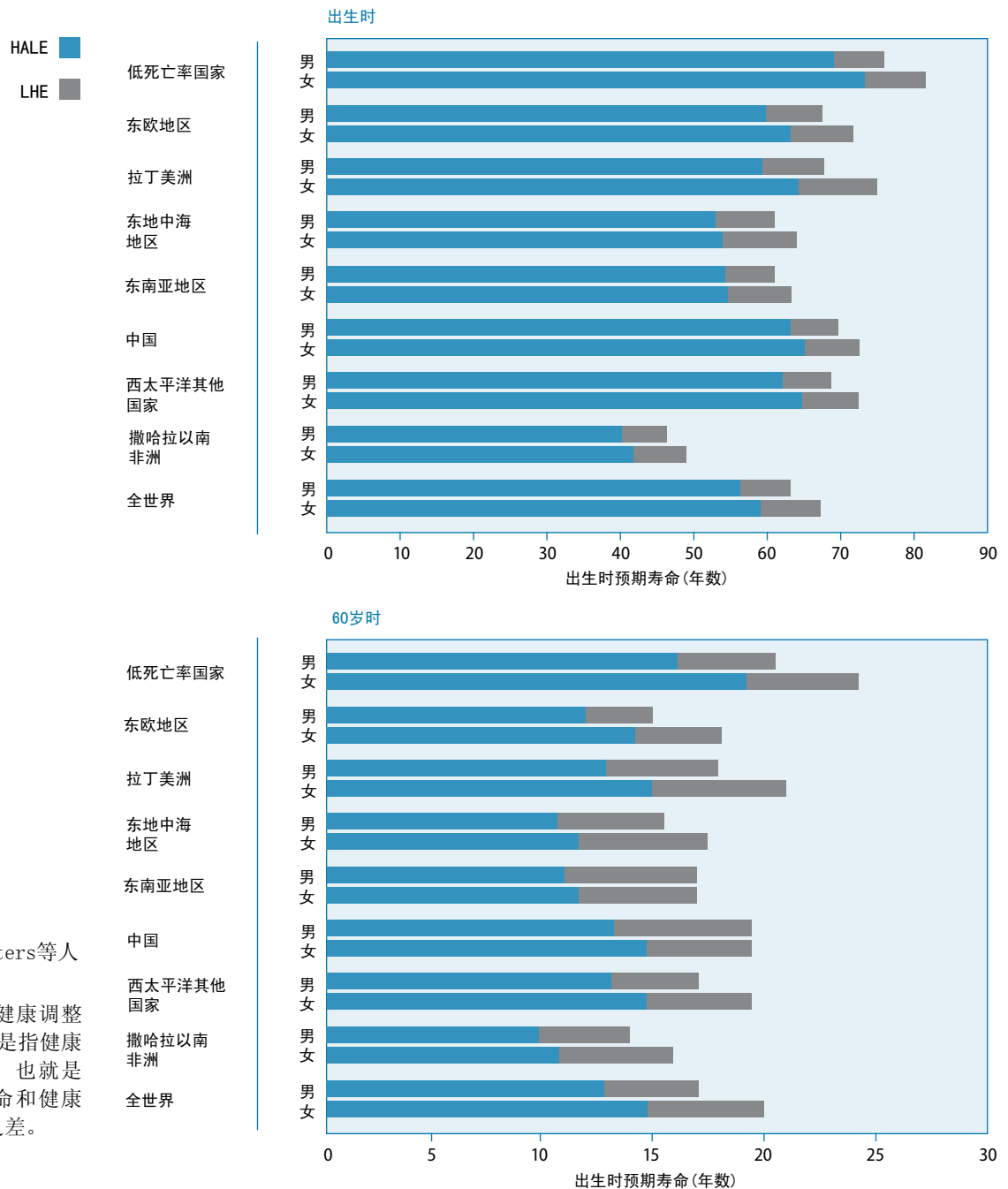


妇女(较长寿的)一生中处于健康不佳状态的时间一般较长,发展中国家人口一生中处于健康不佳状态的时间也较长

出的具体问题还是根据在调查中用来评价健康和残疾的定义;还有健康观念中的文化差异等等。

尽管存在这些可比性问题,但还是可以从已有的证据中得出一些一般性结论。大多数研究发现,女性的预期寿命比男性长,但女性一生处于健康不佳期的

图六.2  
2002年按区域和性别分列的出生和60岁时总预期寿命和健康调整预期寿命



资料来源: Mahters等人(2004年)。

注: HALE是指健康调整预期寿命, LHE是指健康不佳年数预期, 也就是说, 总预期寿命和健康调整预期寿命之差。

时间也更长(Romero、da Costa Leite和Landmann, 2005年)。这些研究得出的另一个共同结论是, 发展中国家人口一生中处于健康不佳状态的时间可能更长。在发展中国家, 致命和非致命性疾病的发病年龄往往比发达国家小。因此, 在世界卫生组织采用“健康调整预期寿命”来对发达国家和发展中国家做比较时, 两组国家中估计的生命期间残疾年数是相同的。图六. 2显示的是世卫组织按性别分列的发达区域和发展中区域出生时和60岁时总寿命和健康预期寿命估计数。在低死亡率国家, 妇女的寿命一般比男子长, 但在其生命后期处于健康不佳状况的时间为8. 1年, 男子则为6. 7年。

男子与妇女以及发达国家与发展中国家在健康预期寿命方面的差异, 很难超出这种宽泛的结论, 也很难在全球范围内就健康寿命的趋势和差异以及健康寿命和总预期寿命之间的关系得出一个令人信服的结论。比如, 在通常认为可比较数据最为完整的欧盟国家(欧洲健康寿命监测机构(EHEMU), 2005年)近期进行的研究中, 人们发现残疾水平估计有着巨大的差异, 而且趋势各异。尽管一些国家有证据表明其各个年龄段的发病期有所缩短, 但也有一些国家有发病期延长的证据。这项研究的结论是: 这些矛盾的结果或许表明, 尽管进行了数据调整和协调, 但这些估计数据仍然无法进行跨国比较。

解释此种信息很困难的另一个例证来自中国所进行的一项研究(Qiao, 2005年), 该项研究发现1992-2000年间老年人的健康预期寿命, 亦即无残疾的年数下降了。这种下降可能是因体制的转变所致: 原先由政府在中计划经济下提供普遍但最基本的医疗保健, 现在则越来越多地要患者自掏腰包, 而且许多医疗机构实行了私有化, 这一转变可能对穷人, 尤其是农村地区贫困者的基本医疗造成损害。但是, 这一结论只是对数据的一种可能的解释。由于种种调查对健康预期寿命的度量是以自评健康状况为基础, 所以很难确定调查期间以来的实际健康状况是否已经恶化, 还是因为人们对保健制度变化反应消极以及对医疗体制抱有新的期望, 从而有更多的人自评健康不佳。

### 健康差别及其对未来趋势的影响

对发达国家老年人口的研究发现, 社会经济状况与发病率和死亡率水平之间有稳定的相关关系。一般来说, 处于较优势地位的人群(包括收入较高、受教育水平较高、社会地位较高等)往往比处境略差的同龄人更健康, 更长寿。因此, 预计将对未来的健康和残疾水平产生影响的不仅仅是总体健康环境和医疗技术的变化, 还有老年人口的人均收入、受教育水平、早年的健康状况以及成年时期的行为。

各种研究已经显示, 受过更高教育的人群慢性病和残疾发病率偏低。但专家尚未对产生这种关联的确切机制形成统一的看法。可能的解释有: 不同类型的工作对个人心理的影响; 对健康知识和技术的不同运用; 教育和收入的高度相关性; 以及由此产生的医疗支付能力(Cutler, Deaton和Lleras-Muney, 2005年)。

收入较高、受教育水平较高、社会地位较高与更健康和更长寿有关联

在接受教育，包括高等教育方面，全世界大部分地区都有改善，这应该对扩大医疗保障范围，提高医疗质量形成额外的压力。而且，在未来的几十年里，将步入老年的人群受教育程度会越来越高，预示着可能对未来老年人的健康趋势和总体福祉产生更有利的影响，而且他们也会有更健康的活动追求。不过，应该强调的是，就目前所观察到的教育和健康之间的关系潜能来说，各国的情况并不一致(Kinsella和Velkoff, 2001年)。

早年生活条件较好可对后来的健康产生积极影响

有一点很清楚，那就是早年的生活条件，包括营养状况和接触传染性疾病的情况对后来的健康有重要影响。例如，感染过乙型肝炎病毒与后来的肝癌病变有关系，童年时期得过急性风湿热的人往往会得风湿性心脏病，而风湿性心脏病在发展中国家仍是成人健康的重要杀手(Elo和Preston, 1992年)。身材矮小是童年期营养不良和疾病所致的发育迟缓的结果，在发达国家，它们与老年人的较高死亡率，特别是心血管病造成的死亡有关系(Aboderin等人, 2002年; Elo和Preston, 1992年; Fogel, 2004年)。

……仍有许多未知因素影响后来的健康状况

不过，在早年生活条件与后来的健康状况之间的关系方面还有很多未知的东西。世界卫生组织一份报告的结论是，提出专为影响成年时的健康而对早期生活进行政策干预(比如采取措施增加出生时体重)这样的建议尚为时过早，特别是考虑到还没有证据说明这种关联在发展中国家也确实存在(Aboderin等人, 2002年)。

吸烟、运动和健康饮食对健康有重要影响

个人行为方面的趋势，如吸烟、运动和健康饮食，具有较强的政策相关性。例如，估计2000年全世界有480万成年人死于和吸烟有关的疾病(Ezzati和Lopez, 2004年)。与不吸烟者相比，吸烟者罹患多种疾病的风险极高。各种疾病包括但不限于肺癌、心血管病和慢性阻塞性肺病。一旦停止吸烟，这种高风险几乎立刻降低，而且随着戒烟时间的延长而不断下降。

尽管从历史上看发达国家的吸烟率较高，但目前一半以上因吸烟造成的死亡发生在发展中国家。近几十年来，这些国家开始感受到因吸烟人数增加而带来种种危害的影响。在北美、日本和一些西欧国家，最近几十年内男子的吸烟率有所下降。但同期这些区域的女性吸烟率要么继续上升，要么维持在高水平，要么只是略有下降。发展中国家的吸烟率差异很大，但总体而言是在不断上升或维持高水平。一般来说，这些国家中的男性吸烟者大大多于女性。

发展中国家与烟草相关的发病率和死亡率负担预计会继续加大

与发达国家相比，发展中国家因吸烟造成的死亡负担多集中在相对年轻的人群中，这反映出烟草使用更加普遍。不过，鉴于发展中国家的人口增长预测，与烟草相关的发病率和死亡率负担将会继续加大，除非尽快采取措施减少男性吸烟率，并防止女性吸烟者人数增加。

随着时间的推移，发展中国家的非传染性疾病发病率将会出现类似于发达国家的情况

在发展中国家，较高的社会经济地位有时与心血管病风险因素高流行率有关联，比如高血压(Aboderin等人, 2002年)，因为城市和其他强势人群更多地接受“西方”生活方式。不过，由于吸烟和暴饮暴食这种不健康的行为模式在人群中所占比例越来越大，风险因素中的社会经济梯度和非传染性疾病发病率就很有

可能会出现类似于发达国家的情况，而社会经济地位较低的人群的状况则会恶化。

非传染性疾病负担中的许多可预防成分都与可以通过个人行为加以改变的一系列风险因素有关。对慢性病有可量化的因果关系的风险因素包括高血压、高胆固醇、体重超重和肥胖、低水果和蔬菜摄入、体育锻炼少、吸烟和饮酒等(Ezzati等人, 2005年)。

## 卫生保健系统为人口老龄化做好准备了吗？

### 卫生资源和开支

在通过卫生保健系统为老年人提供健康保障和福利方面，发达国家与发展中国家之间差异很大。这种差异不仅反映在老年人可获得的人力资源和财政资源方面，同时也反映在社会价值和观念上，即公共部门应在保障一般公众健康方面发挥什么作用，担负何种责任。各国的收入支持和卫生保健总体社会福利计划有着不同的历史和结构，因此很难对发展中国家典型的卫生保健系统做出总体描述(Ofstedal和Natividad, 2002年)。

发展中国家，特别是低收入国家现有的卫生系统仍然主要致力于为急性和偶发性疾病提供医疗，而不是满足长期护理需求和针对老年人的护理需要。不过，如上所述，发展中国家提供的证据显示，吸烟、饮酒、饮食和体重等造成慢性病的风险因素的流行程度非常高。如果错过机会，未在生命之初及早预防或处理与年龄有关的非传染性疾病，这些疾病在今后还可能发生、流行并对以后的人生产生影响。

总体而言，发展中区域投入卫生部门的资源未达到发达世界所投入的水平(见表六.1)。例如，在1997-2004年期间有可获数据的最近几年中，非洲国家每千人拥有医生0.1人，而发达国家为2.7人，东欧和独立国家联合体(独联体为3.5人。此外，工作条件艰苦，比如工作时间长，工资收入低，医疗设备不足等，往往也是导致卫生工作者短缺的一个因素。虽然卫生保健投入方面的差异不一定等

各国的医疗保健系统差异很大

许多发展中国家的现有卫生保健体系难以承受双重疾病负担

表六.1.

1997-2004年按区域分列的医生和病床数

	每1000居民拥有医生人数 (1997-2004年 <sup>a</sup> )	每1000居民拥有医院病床数 (2000-2003年 <sup>a</sup> )
发展中经济体	2.7	6.3
非洲	0.1	1.2 <sup>b</sup>
东亚太平洋	1.3	2.4
南亚	0.5	0.9
西亚	1.5	2.3
拉丁美洲和加勒比	1.8	1.9
转型经济体	3.5	8.5

资源来源：联合国/经社部，基于世界银行2006年世界发展指标(华盛顿，世界银行，2006年)，可查阅：[www.worldbank.org/data/online-databases/online-databases.html](http://www.worldbank.org/data/online-databases/online-databases.html)。

<sup>a</sup> 可获得最新年份的数据。

<sup>b</sup> 1990年。

同于人口总体健康状况的差异，但医生人数和医院床位不足毫无疑问会对卫生状况产生负面影响。世界卫生组织(2006年a)提出的证据证明，医疗工作者的数量和专业技能水平与免疫率和初级保健护理范围有积极的关联，而这又是婴儿、儿童和产妇存活率中的重要因素。

发展中国家的卫生专业人员(和家庭保健工作者)移居国外，使情况更趋恶化。这种移民是许多发达国家和一些中等收入国家护理人员短缺的一种结果。此外，收入相对较低，工作条件差，本国在卫生部门的教育和培训方面投资不足等因素也促使发展中国家的卫生工作者移居国外(世界卫生组织，2006年a)。

卫生专业人员人才外流限制了卫生系统应有的发展

医疗保健和医疗服务实际上更多地成为了一项全球产业，全世界的医生都可以学到那些拥有最先进医学研究设施的国家正在应用的最新技术。虽然这也许有利于发展中国家，但卫生专业人员人才大量外流，严重影响了其本国的卫生系统应有的发展。一项研究显示，美国的每5个医生中就有一个是外国培训的，而且据估计到2020年美国的护士人数缺口可能是80万，医生人数缺口是20万(Garrett, 2007年, 第15页)。该项研究还指出，除非发达国家拥有适当的国内培训设施，教师工资得到充分提高，能够满足本国人口对医务人员日益增多的需求，否则发展中国家的医务人员外流现象还会进一步加剧。非洲的人才外流现象最为严重：例如，1990年代期间津巴布韦培养了1200名医生，目前留在国内的只有360人(同上)。1980年，津巴布韦全国护理岗位在编人员达到90%，而今天在编人员却只有30%。在赞比亚，40年来培养了600名医生，目前只有50名留在国内。

与此同时，发达国家的患者开始前往较贫穷国家获取费用较低的医疗服务

另一方面，医疗行业变成了全球产业，发达国家的患者经常前往较贫穷国家，以便以较低的费用获得在国内本可获得的医疗服务。这种情形在可能不在保险或国内卫生系统范围之内的美容和选择性医疗行业尤其明显。同样，为了降低生活费用，包括医疗费用，以及患慢性病情况下的护理费用，或许还有可能为享受更好的气候条件，富裕一点的老年人常常选择到较贫穷国家定居。这可能会出现这种情况，即这种对较贫穷国家的医疗服务的特殊要求，将有助于留住这些国家的医护人员，并把医疗保障扩大到全体国民。

但从总体来说，发展中国家特别是低收入国家，其国民收入用于医疗保健的份额很小(见表六.2)。例如，撒哈拉以南非洲的人均医疗保健开支不到发达国家此项开支的1/50。<sup>5</sup>

在发展中国家，大多数人自掏腰包支付医疗费用

如果对卫生支出来源也加以考察的话，富裕国家与贫困国家在医疗保健服务方面的悬殊就更加明显(见表六.3)。很明显，卫生总支出的公共份额通常随着人均收入的增加而扩大，这意味着在发展中国家个人更多通过个人计划获得医疗保健。实际上，大多数人是自掏腰包来直接支付这些费用，因为发展中国家个人医疗保险的覆盖率很低。更重要的是，国家越穷，个人自费所占份额就越大。2003

<sup>5</sup> 其差异的计算方法是用市场汇率把费用转换成美元；如果使用购买力平价美元计算，撒哈拉以南非洲的人均卫生开支约为1/33(见世界银行(2006年b), 表A1.1)。

表六.2

2000-2003年按区域分列的卫生总开支

	卫生开支在GDP中 所占百分比				人均卫生开支 (美元现值)			
	2000年	2001年	2002年	2003年	2000年	2001年	2002年	2003年
发达国家	10.3	10.8	11.2	11.3	2 705	2 806	3 019	3 415
发展中区域								
非洲	5.4	5.5	5.6	5.6	41	43	48	54
南亚和东亚	4.3	4.5	4.6	4.6	38	38	38	43
西亚	6.3	6.9	6.6	6.6	257	242	251	288
拉丁美洲和加勒	6.9	7.0	6.6	6.6	268	260	215	221
转型经济体	5.7	5.7	5.9	5.8	76	87	102	124

资料来源：联合国/经社部，基于世界银行数据，世界发展指标在线数据库，可查阅：[www.worldbank.org/data/onlinedatabases/onlinedatabases.html](http://www.worldbank.org/data/onlinedatabases/onlinedatabases.html)。

表六.3

2000-2003年按区域分列的公共开支在卫生总开支中所占份额(百分比)

	2000年	2001年	2002年	2003年
发达国家	59.8	59.6	59.4	60.0
(不包括美国)	76.6	76.9	76.7	76.5
发展中国家地区				
非洲	44.3	44.3	43.4	42.8
南亚和东亚	37.9	38.0	37.4	38.3
西亚	63.0	65.3	65.7	67.3
拉丁美洲和加勒比	48.5	47.7	47.9	48.3
转型经济体 <sup>a</sup>	58.9	60.4	60.8	61.3
低收入国家	27.1 <sup>b</sup>	25.0	27.8	29.1
中低收入国家	49.4 <sup>b</sup>	46.6	45.5	43.7
中高收入国家	54.2 <sup>b</sup>	57.8	57.6	57.9

资料来源：世界发展指标在线数据库。

<sup>a</sup> 基于世界银行界定的国家分组。

<sup>b</sup> 基于2000年以前获得的最新数据。

年，在世界银行界定的低收入国家组中，公共支出在卫生总开支中所占的份额是29%，中低收入国家为44%，中高收入国家为58%。尤其是整个南亚地区，2003年公共支出在卫生总开支中所占份额为26.3%，在所有区域中处于最低水平。在发展中国家，最常见的情形是，贫困的人口在卫生保健方面比富裕家庭自掏腰包更多(见世界银行，2006年b)。公共支出份在卫生总支出中所占份额少，即意味着个人要承担更重的财政负担，同时也反映了贫困国家获得收入的能力相对较低，政府对保健和医疗保险市场的市场失败的卫生干预能力低(见Schieber和Maeda，1999年)。

### 老龄化和卫生保健系统改革的需要

为适应人口老龄化这一前所未有的趋势所带来的健康需求的变化，必须要对医疗保健系统各个方面做重大调整。所需要的保健服务类型，健康保险计划应达到的覆盖范围以及研究议程的方向，都需要有重大变化。慢性病日趋流行和对长期护理工作的需要，也有可能对老年人以及照料他们生活的亲属的生活安排产生影响。

在发展中国家，大多数人自掏腰包支付医疗费用

在发达国家，随着人口老龄化而来的还有医疗费用大幅增加的问题，这便形成一种普遍看法，认为尤其是人口老龄化才造成保健费用的增加，并且这些费用可能会难以承受。这种看法基于以下简单推理：老年人受疾病影响的风险较高，因而比年轻人需要更多的医疗照顾，如果他们在总人口中所占比例加大，自然就会造成医疗开支增加。尽管美国不同于其他大多数发达国家，它没有全民医疗保健制，但自1929年以来，美国人均医疗保健开支(扣除通货膨胀因素)一直高于人均国民生产总值(GNP)的增长，使它在国民生产总值中所占的份额从3.5%(Newhouse, 1992年, 表1)增加到目前的大约15%。这一趋势与经济合作与发展组织(经合组织)其他成员国相类似，尽管迄今还没有一个成员国的医疗保健支出水平在国民生产总值中所占比例或人均保健开支达到了美国的水平。现在的问题是：老龄化在这些不断提升的保健费用中起到多大的影响？发达国家的经验所提供的答案可以为发展中国家指明道路。

一些研究显示，人口老龄化与卫生开支之间的关系并非像人们想的那么密切相关。根据以年龄划分的保健支出，1940-1990年期间美国的人口结构变化造成的增加量只占全部支出增加量的15%(Lloyd-Sherlock, 2000年)。同样，在澳大利亚，从观察数字看，1985-1987年至1996-1999年期间的人口结构变化所产生的保健开支只占增加总量的6%，加拿大占14%(Gray, 2005年)。显然，在这些国家中，非人口因素对卫生开支增加量的绝大部分起到了影响。与此相对照，日本的同期可比数字为56%。与其他发达国家相比，日本的人口结构正在以更快的速度老化，其人口老龄化也就成为卫生开支增长中的一个较大的因素。

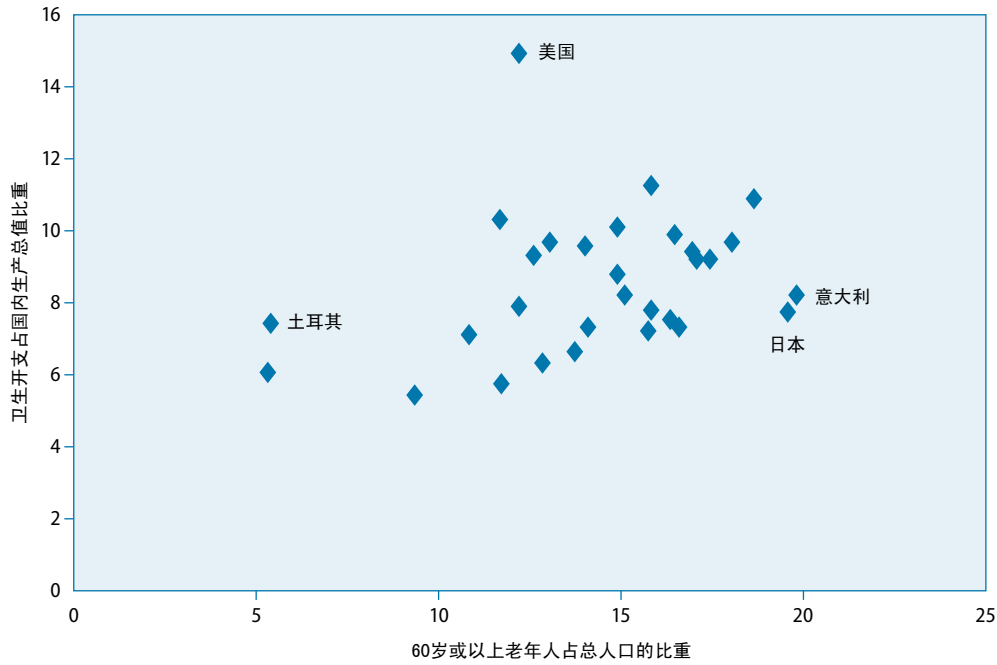
经合组织成员国之间的跨国比较也显示出卫生支出方面的巨大差异，并表明人口老龄化并不是保健支出增加的主要因素(见图六.3A)。尽管土耳其和联合王国(程度略低)的年龄结构比意大利和日本更年轻，但这4个国家的卫生保健支出在国内生产总值中所占比例相差无几。相反，德国的老年人口在总人口中所占比例与日本和意大利类似，但保健支出在国内生产总值中所占比例大约高出3个百分点。在发达国家，美国的人口结构相对较年轻，但到目前为止它的卫生支出比其他任何国家都多。从发达国家过去的人口结构变化来看，也很难看到人口老龄化和保健支出之间有任何密切的相关性(见图六.3B和C)。

在新西兰，有关1951-2000年期间卫生开支的一项研究(Bryant和Sonerson, 2006年)指出，有两种非人口机制影响着卫生开支：政府的总体收入水平和卫生工作者薪金和工资的压力。新西兰的人口结构从1950年起开始持续老化，与此同时，卫生开支亦出现很大的波动。这项研究显示，影响了卫生支出的是政府收入和卫生工作者的薪金和工资，而不是人口结构变化。

技术进步和卫生政策的变化是促使卫生支出增长的主要因素

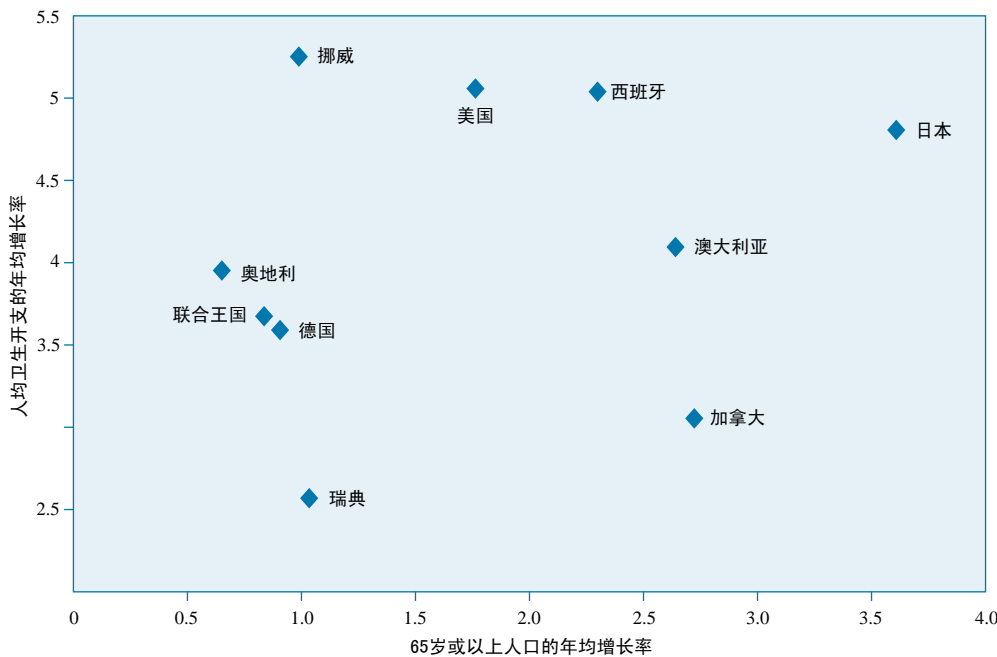
技术进步(新的科学发现和新药与新疗法)和卫生政策的变化也是卫生开支增加的重要原因。随着收入的增加和技术的进步，人们对于新型保健服务有新的需求，公立和私立医疗保险计划从类型和覆盖范围上做出了反应；技术进步改变了卫生保健体系，包括卫生服务的深度和广度。与此同时，技术进步、政策变化和

图六.3a  
2003年选定经合组织国家老年人占总人口的比重与卫生开支占国内生产总值的比重(百分比)



资料来源：联合国/经社部，基于世界发展指标在线数据库。

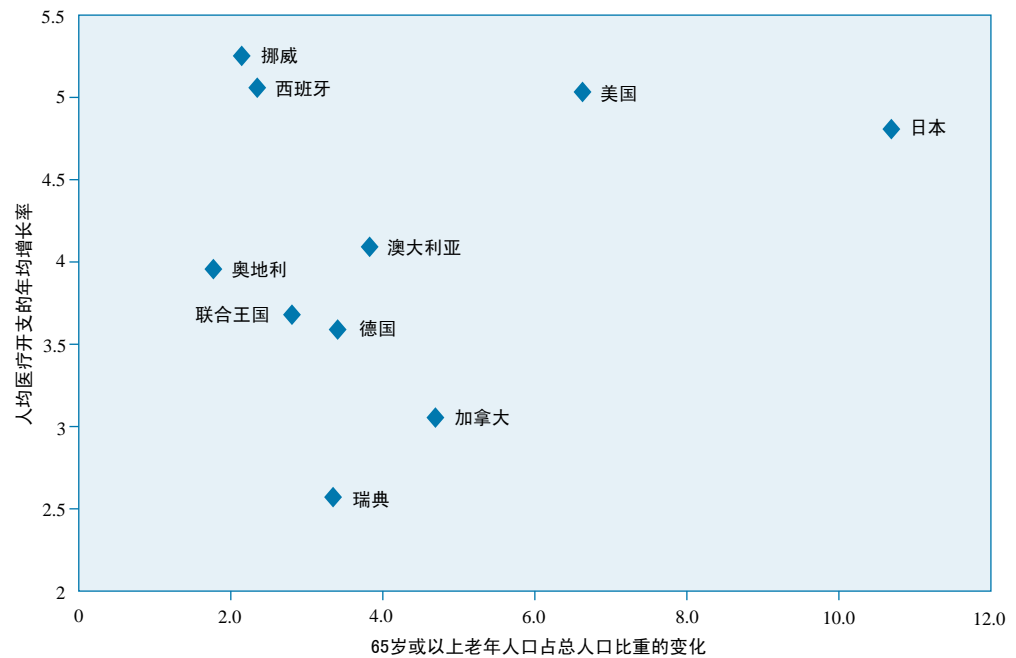
图六.3b  
1970-2002年选定发达国家老年人口的平均年增长率与人均卫生开支的年均增长率(百分比)



资料来源：联合国/经社部，基于世界发展指标在线数据库。



图六.3c  
1970-2002年选定发达国家老年人口占总人口比重的变化  
与人均卫生开支的年增长率(百分比)



资料来源：联合国/经社部，基于世界发展指标在线数据库。

对更加健康状态的要求，这三者之间的相互作用常常导致保健服务价格上升。衡量医疗技术进步的一个尺度是：今天的诊断能力、医疗程序、设备和医药品大多都是过去50年来开发的，而且能够有效治疗过去无法治愈的疾病。

技术进步和卫生政策密切相关(Weisbrod, 1991年)。对制药业而言，医学和药品研究与开发的速度和类型就是期待酬金函数。这些潜在回报的部分因素取决于人们寻求其治疗方法的疾病流行率，部分因素源于研究与开发以及产品开发的可能回报，它反过来又取决于公共和私人健康保险范围的覆盖程度和公众可以获得这种成果的情况。与此同时，新技术和新药品的出现总是对医疗保健服务价格并对公共和私人健康保险需要形成向上的压力。换句话说，医疗技术和保健开支至少在某种程度上与人口老龄化没有关系。

尽管人口老龄化不是保健费用上升的主要驱动因素，但预期它将会改变卫生总开支的结构

这项分析进而指出，人口老龄化并不是保健费用上升的主导因素。但这并不意味着发展中国家未来几十年内保健费用将维持在低水平，这种支出在各年龄组的分配维持稳定不变。人口老龄化将改变卫生总开支的构成，因为老年人——高额医疗费用的使用者——在人口中占有较大比例。此外，收入水平不断上升，公众对新的医疗技术和药物的可用性和有效性的意识日渐增强，这一切将形成更大的保健医疗服务需求，无论人口老龄化与否。

表六.4显示了老年人的医疗保健开支与年轻人的差异程度，提供了选定国家中若干年龄组的人均卫生开支信息。

表六.4

选定国家按年龄组分列的医疗保健总开支分配情况表<sup>a</sup>

国家	年龄组														
巴西	0-4	5-44	45-54	55-64	65-74	75+									
公共开支 <sup>b</sup>	165.7	55.2	129.0	193.1	292.0	415.5									
加拿大	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+						
总开支	45.3	59.0	59.4	61.1	79.0	114.1	208.7	394.9	854.9						
中国	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	64+	
总开支 <sup>c</sup>	35.0	17.9	11.8	51.4	12.6	7.2	8.6	164.8	127.6	89.9	104.9	323.9	212.1	250.4	
埃及	0-4	5-15	16-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-98							
总开支	73.0	61.6	78.1	123.5	167.5	203.7	209.1	177.7							
印度	0-59	60+													
安得拉邦, 总开支	97.3	138.1													
卡那希克邦, 总开支	89.7	237.7													
旁遮普邦, 总开支	89.9	374.0													
斯里兰卡	0-14	15-59	60-74	75+											
总开支	96.7	90.9	163.2	184.2											
乌拉圭 <sup>d</sup>	0-14	15-44	45-64	65-69	70-74	75-79	80+								
总开支	54.0	72.5	117.6	150.4	154.3	158.1	154.3								

资料来源：联合国/经社部，基于国家资料来源。

<sup>a</sup> 指数：所有年龄组的人均平均卫生总开支设定为100。<sup>b</sup> 只包括医院，不包括与出生相关的卫生开支。<sup>c</sup> 只包括药物治疗。<sup>d</sup> 以乌拉圭保健组织“乌拉圭医学联合会护理中心”（CASMU）所负担的乌拉圭人住院治疗费用为依据。

在这些选定国家中，不同年龄组的相对卫生支出差异极大。不过总体来看，旨在满足老年人需要的卫生支出往往较高。举例来说，加拿大这一点就很明显，其他经合组织国家的情况往往也与此类似。<sup>6</sup>在加拿大，高龄老年人(85岁或以上)的卫生开支特别高。同样，在发展中国家，老年人的医疗保健费用似乎相对高于其他年龄层。譬如，在巴西和印度旁遮普邦也可看到这一情况。但在其他国家和印度其他邦，用于老年人的人均相对卫生开支则明显低于加拿大。

发展中国家和发达国家不同的支出模式反映出在人生最后阶段提供的保健服务类型。尽管对发展中国家的生命后期的保健服务研究甚少，但仍然可以基于人口结构和社会学的情况做出一些推论。在发展中国家，60岁以上的独居者所占比例比发达国家少得多(前者约为7%，后者约为25%)，虽然随着时间的推移，不论是在发展中国家还是发达国家，这一比例都呈上升趋势。独居者的福利水平往往大大低于与他人共同生活者的福利水平，而且在最贫穷国家，独居老年人往往构成一个特别弱勢的群体。或许有一些令人意外的是，一旦对其他变量的控制到位，无论是居住在城市还是在农村，对老年人生活安排的影响并不显著。在发达

<sup>6</sup> 这些数据在表中未列出，但可参见经济合作与发展组织资料(2006年b，图2.1)。

国家，独居老年人进入长期护理机构的可能性日益加大，特别是那些没有子女、兄弟姐妹或其他亲属可提供非正规支持的老年人(联合国，2005年b)。

在加拿大，老年人的医疗支出高主要是使用了高科技医疗手段和新药物

在加拿大，用于85岁及以上老年人的大部分卫生开支(约75%)与长期住在护理设施(例如，疗养院)内和使用提供长期护理的医院的临终关怀病床有关联。在2000-2001年，85岁及以上老年人人均卫生开支为27 135加元，其中10 401加元用于医院护理，9 358加元用于其他机构提供的长期护理。<sup>7</sup>造成医疗保健费用高的部分原因是，当健康状况在一段较长的时间内因慢性病而恶化时使用了高科技医疗手段和新药物(Mathiason, 2003年)。

但从长远来说，医学进步可有助于控制保健费用

不过，随着时间的推移，医学进步可有助于控制成本。在加拿大，1980-1981年和2000-2001年期间65岁及以上老年人的卫生总开支增加了22%，同期这一年龄组的人口则增长了33%。通过用药物治疗代替手术治疗，广泛使用一天式手术，缩短住院时间，以及更广泛地利用社区和家庭护理服务，使得政府在1990年代中期减慢了保健费用上升速度(卫生政策与通讯部门，加拿大卫生组织，2001年)。

应当指出，一个人的“日历年龄”并不一定是卫生开支一个可靠的指标；相反，根据在一些发达国家进行的各种医疗分析，在某中程度上决定卫生需求和人均支出水平的因素是接近死亡的程度或(预计的)剩余寿命(Gray, 2005年)，这主要是因为许多人一生的医疗保健开支大多发生在生命的最后一年，无论其日历年龄多大；在许多情况下，患者临终之前使用高成本设施的时间长。临终前集中的医疗开支与日历年龄无关，这在心脏病和癌症一类疾病中表现得很明显。

美国的医疗经验是，医疗开支在生命的最后一年随着年龄下降，尤其是对于那些85岁及以上的老年人。<sup>8</sup>在不同地区(加利福尼亚州和马萨诸塞州)，不论性别、种族、共病水平，不论是济贫院还是医院，也不论死亡原因和地点，模式大都如此。此外，在生命最后一年中的医疗强度也随着年龄的增长而下降：<sup>9</sup>随着老年人住院期间医疗强度的降低，医院治疗开支也在下降。最近，在印度所调查的三个邦中，有两个邦，即卡纳塔克邦和旁遮普邦，都可看到类似的模式(见Mahal和Berman, 2006年)。

老龄化与卫生开支之间的关联比通常认为的要弱

总之，有证据表明，老龄化与卫生开支之间确实存在着某种关联，但这种关联比通常认为的要弱。在许多发展中国家，生命最后阶段的医疗开支模式似乎与发达国家有很大差别，因为它们缺乏获取护理和临终关怀的手段，并且医疗干预强度低。结果是生命结束时可能更痛苦，而且也更快。在许多发展中国家，由于公共卫生覆盖率低，而自掏腰包的开支较高，在发达国家那种可能会延长人生命的服务，对发展中国家的大多数人是无法企及的(Rannan-Eliya, Vidal和Nandakumar, 1998年)。

<sup>7</sup> 其余用于药品和卫生保健供应品。

<sup>8</sup> 例如，见Levinsky等人(2001年)。

<sup>9</sup> 这是以重症监护室收治率和呼吸器、肺动脉监视仪、心脏导管及透析使用率来计算的。

## 对卫生政策的挑战

健康状况的改善不完全取决于提供卫生或医疗服务。它们也是多种因素作用的结果，诸如，从幼年开始改善营养、改善教育和卫生状况、参加体育运动、减少烟草和酒精消费，以及降低感染传染病以及艾滋病毒/艾滋病的风险。2002年4月在马德里举行的第二次老龄问题世界大会上，世卫组织提出了走向健康老龄化的生命历程范式，建议各国政府解决那些会导致发生疾病和残疾的因素(世界卫生组织，2002年e)。这些因素将有助于确定流行病学转变的过程及费用。

通常认为有两种不同的转变设想，一种称为传统智慧或“成功的失败”，另一种称为“发病的压缩”。<sup>10</sup>决策者将面临不同的挑战，这要依未来的流行趋势而定。

第一种设想是，人一生有较长时间患慢性病，如心脏病、中风或痴呆症，或患有一种或多种功能障碍。上述各组因素每一组需要对保健投入做出很大的调整，并要求保健工作者掌握新的技能。国家将有越来越多病弱的人，并且由于启用新技术和对新的医疗设施的需求，卫生开支将会大幅上升。对老年人的照顾也将不断扩大。增加的费用将不得不由个人和政府承担。健康的社会成员——年轻人或年老老——将需要做出更大的贡献。这将需要实施保险计划，并通过普遍提高税收来获得适当的公共和私人融资，以及通过对照顾老年人的家庭减征税款来支持私人融资，因而必须对现有国家保健体系进行大规模重建。由于成功地实现延年益寿，对卫生系统会形成较大压力，因此这被称为“成功的失败”(Gnanasekaran, 2006年)。

第二种设想描绘了一幅美好的景象，即慢性病或残疾的发病年龄的增长大于预期寿命的增长，因此发病被压缩在个人生命的最后阶段。为了实现发病的压缩，政府、社区、家庭和个人，无论老幼，都必须有意识地采取协调一致的行动，包括采取各种措施，在年轻人群中促进健康和较健康的生活方式，即世卫组织所宣传的健康老龄化的各项因素——适当的营养、不吸烟、适量饮酒、定期运动和运动和教育。

两种设想对卫生政策的影响并不互相排斥。对于许多发展中国家来说，为急性发作疾病提供护理或预防传染病是卫生政策的重点；同时，健康教育以及促进健康的生活方式，可以看作是一项长期的卫生政策目标。另一方面，源自第一种设想情况的卫生政策，给许多国家政府乃至国际社会提出了警告：如果不显著扩大和完善现有的医疗保健体系，发展中国家在仍然相对贫穷的时候将面临卫生开支大幅增长的局面。

随着传染病的相对重要性下降，非传染性疾病和残疾的比重加大，将需要更多的老年病学和老年医学专家及卫生工作者。由于老年人往往患有多种疾

发展中国家可能面临不同的流行病学转变

第一种设想是悲观的，认为寿命的延长会伴随着慢性病患病期的延长

第二种设想认为可以延长生命，同时缩短生病期限

无论哪种设想成为现实，都将需要更多的老年病学和老年医学专家及卫生工作者

<sup>10</sup> 本分析主要以Fries(2005年)和Gnanasekaran(2006年)为基础。

病(共病),其症状往往不同于年轻人。与此同时,扩大医院设施和增加病床并采用现代创新办法也很有必要,在必要的医疗手段严重短缺的情况下,这即可满足老龄人口的需要,也可改善全民健康。

有一点并非不可想象,那就是残疾人数的增加也可能对“护理者”的生活质量产生负面影响,因为他们往往提供的是无偿服务。即使是在那些政府已制定了正规抚养照顾安排的国家,家庭和社区仍是老年人的主要护理提供者。不过,从历史经验看,人口结构转型通常发生在经济发展加速的时期,两个因素综合在一起,也会引起社会价值观方面意想不到的变化,因为它们涉及到对年迈父母和社区成员的照料问题。

家庭成员对子女照顾父母的观念可能迅速改变

例如,关于日本的保健状况的一项研究(Ogawa等人,2006年)显示,人们对照顾年迈父母的观念发生了很大变化。日本在全国范围内对1950年以来实行的计划生育进行了一系列调查,其中发现在1986年至1988年两年期间,50岁以下已婚女性受访者中持以下观点者的比例急剧下降,即认为照顾年老父母既是一个好习惯,也是子女的天职(见图六.4)。这从一个侧面反映了人们照顾年迈父母的意愿呈持续下降的趋势;但根据该项研究,在1986-1988年期间的这种突然下降“与政府把养老负担从国家转移到家庭的时期相一致”,对这种转变“中年妇女反应消极”(同上,第16页)。

正在发生的社会经济变迁,使维持目前传统形式的长期护理更加困难

传统的家庭结构和妇女的作用因此而发生变化,或者说将会改变,这种改变有时甚至是彻底的改变。很多国家将更加难以维持目前传统形式的长期护理安排。正如稍后将讨论的,每个社会都需要有一个正规的制度,它可以充当传统安排的一种补充而不是替代物。

### 提供长期护理

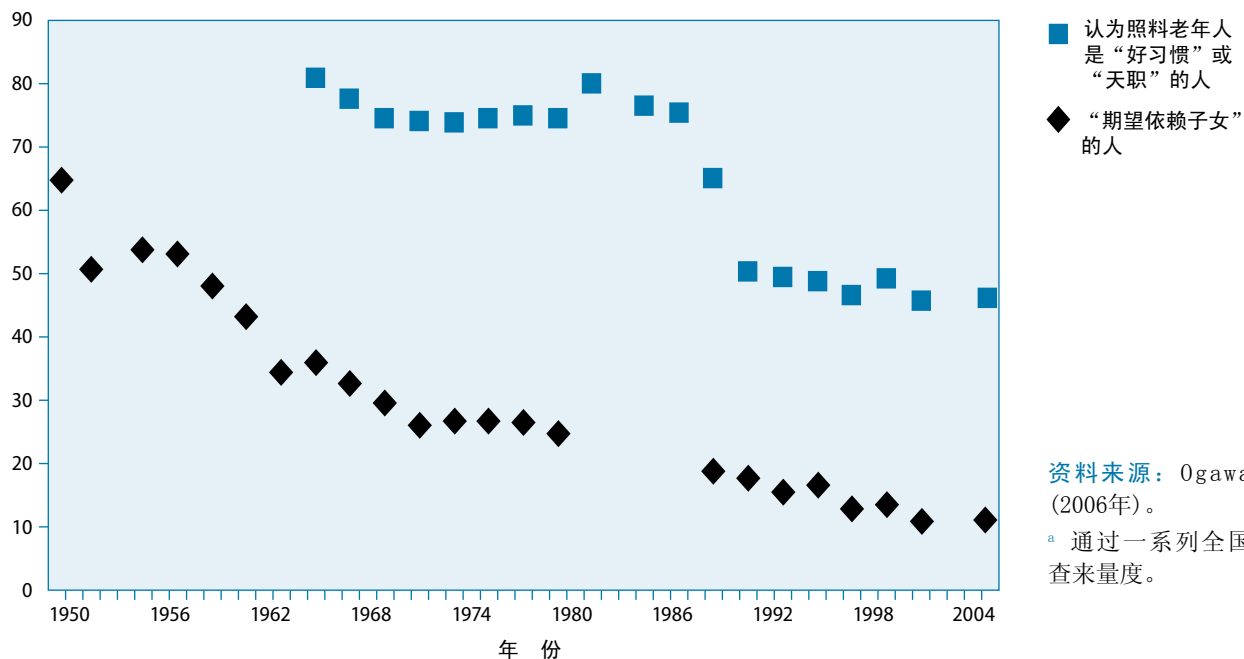
人们普遍关注的是如何给健康状况不可逆转者提供长期护理。虽然大多数老年人依然可以活动并且相对健康,但预计对长期护理的需求将会增加,特别是那些“日常生活中需要帮助的人”(世界卫生组织,2002年b)。对于这种需要,每个社会都应该能够以符合自己的传统和那些需要照顾者的最佳利益的方式做出反应。

总体来说,人们的日益关注反映了两种倾向,即人口中长期残疾流行率上升和提供支持的机构和非正规系统的接纳能力发生变化(世界卫生组织,2002年d)。日常生活需要帮助者的人数增长率和机构与非正规系统接纳能力的变化率,两者将形成一个国家的长期护理系统的整体框架。

发达国家正在尝试提供不同类型和不同层次的护理服务,更加重视家庭护理服务

在发达国家,长期护理需求主要是人口老龄化的结果,虽然服务需求水平和组成各不相同。整体而言,如同《马德里老龄问题国际行动计划》所呼吁的那样(联合国,2002年a),发达国家正努力把以家庭为基础的护理服务作为一个不同类型和不同层次护理连续统一体的一部分。其中许多国家正在考虑加大重视程度,把家庭护理服务提高到适当的水平,并支持和培养家庭护理者的技能。通过

图六.4

1950-2004年日本在照料老年人方面50岁以下已婚妇女的标准和预期趋势<sup>a</sup>(百分比)

资料来源：Ogawa等人(2006年)。

<sup>a</sup> 通过一系列全国性调查来量度。

提供财政奖励和各种保健和福利服务，鼓励开展以家庭为基础的保健服务(见方框六.1)。

不过，在发展中国家，人口老龄化只是形成长期护理需求的因素之一。而影响到各个年龄层的传染病和武装冲突及交通事故所造成的伤害，同样也需要护理。在这些国家，随着人口结构转型速度加快，因老龄化而引发的对长期护理需求也急剧加大。本节后面的内容将重点讨论为老年人提供长期护理问题。

在许多发展中国家，制度化的长期护理服务往往非常缺乏。大家庭和由亲戚、朋友和邻里构成的网络仍是提供支持和照顾的主要来源。即便在可提供某种正规支持的情况下，卫生当局通常关注的也主要是在提供医疗保健方面的家庭指导以及咨询和健康教育等。照顾本身则是在家中由家庭成员提供。<sup>11</sup>不过，如第三章中讨论的那样，在许多发展中国家，大家庭的重要性在下降，仅仅依靠这种形式的非正规护理将更加困难。

在发展中国家，家庭或亲戚、邻里网络是提供支持和照顾的主要来源

不过，由于国情的不同，很难对长期护理服务普及程度做一个总体描述。此外，在单一的机构或非正规支持系统中，长期护理服务往往既要提供给老年人，

<sup>11</sup> 由墨西哥最主要的社会保障机构——墨西哥社会保障研究所提出的“对慢性病的家庭护理”，就是这一战略的一个例子(见世界卫生组织, 2002年d)。

## 方框六.1

**“原地终老”运动：家庭保健日趋重要**

近年来，许多国家对老年人的家庭护理和有关方案给予了极大的政策性关注，因为它们意识到，尽管生活模式在改变，但世界各地的大多数家庭仍在继续提供某些照料。“原地终老”运动意在帮助老年人留在家中或在像家庭一样的环境里养老，它强调需要制定方案来支持家庭护理者，以实现这一目标。在已建立正规护理系统的发达国家，越来越强调的是把它作为非正规护理的一种补充而不是替代物。

在一些发达国家，专门支持家庭护理者的政策和方案发展迅速。例如，在瑞典，地方政府优先关注支持护理者的政策和方案(Herlitz, 1997年；Sundstrom, 1994年)。这些政策和方案可以分为三大类：工作支持、财政支持和社会服务。工作支持政策旨在帮助有工作的护理者。其中包括护理者保险计划，当工作人员因需要护理他人而无法上班时，可以带薪休假。作为一种探亲假政策，它提供了停薪留职和基于工作照顾老年人的保障，可以灵活安排工作，包括提供咨询和查询服务，使用工作场所或附近的成人日托设施以及其他雇员援助计划。

财政支持政策是鼓励家庭护理者在家中提供照料。它有三种方式：补贴、薪金和抵税。政府给老年人提供的补贴可用于支付在家里为老年人提供照料的家庭成员。薪金也可以由政府直接支付给家庭护理者，使之能够全职在家中“工作”。最后，家庭护理者可享有抵税或减免税待遇，以减轻税收负担，因为他们提供家庭护理时可能需要有支出。

社会服务的目的是帮助护理者，减轻他们的劳动，包括持家和料理家务，为老年人提供日托和看护等。最近，北欧各国政府开始为护理者提供服务，包括咨询、护理者支持团体，以及信息和查询服务等。培训方案旨在使护理者从护理的实际工作以及与家庭护理有关的身心压力各方面做好准备。这些政策与方案结合在一起，为家庭成员的护理工作提供了一个多维的支持框架(Hokenstad和Johansson, 1996年)。

挪威历来十分重视的一项方案是，为老年人和(或)残疾亲属提供家庭帮助的家庭成员——通常是女儿或儿媳——支付非全日制工作薪水。有些人对其他家庭的成员提供照料，成为全职家庭帮佣。在挪威，大约25%的家庭帮佣是被护理者的亲戚或邻居。从家庭的角度看，这种方案提供了额外的收入，同时又能让家庭成员起到主要护理者的作用。这种政府资助的家庭护理方式作为照看老年人的“消费者选择”运动的一部分，现逐步扩大到许多国家。“消费者选择”使得在家中接受长期护理的老年人可以在两种方案中有所选择：要么是接受政府或私人机构提供的家庭护理，要么是让家庭成员获得补贴来提供照料。

## 方框六.1

**“原地终老”运动：家庭保健日趋重要（续）**

在发展中国家，护理者缺少这方面的经济和服务支持，不过也有类似的方案不断出台。一些国家的社会发展方案为老年妇女提供了收入来源，她们中有很多人承担了初级护理责任。其中一个例证是在印度农村建立的Samridhi日托中心，该中心帮助老年妇女学习传统手工艺，以此谋生及补贴家用。Samridhi还为这些妇女提供原料和所需的基础设施，帮助她们通过工艺制作获得一份收入。

<sup>a</sup> 有关进一步的信息，可查阅：<http://www.helpageindia.org/daycarecentres.php>。

也要提供给穷人和残疾人，因而在许多情况下无法对这两者加以区分。<sup>12</sup>为更好地了解现存状况，并借鉴发展中国家和经济转型国家现有的护理服务模式，世卫组织选择了个案研究的方法(2002年b；2002年c；2002年d)。

世卫组织的个案研究表明，发达国家通常提供一套广泛的长期服务。<sup>13</sup>相比之下，在世卫组织所考察的10个国家中，大多数国家都没有提供政府供资的长期护理服务(2002年c)。<sup>14</sup>其中只有较富裕的国家，如韩国、立陶宛和乌克兰等，提供更广泛的长期护理服务。

在发展中世界许多地区，都没有提供由政府供资的长期护理服务

一般来说，人均收入水平较高的抽样国家，往往为那些日常生活需要帮助者，不论年龄大小，提供以家庭为基础的长期护理服务以及机构长期护理。在立陶宛和乌克兰提供的更广泛的一揽子服务包括机构护理、家庭保健、<sup>15</sup>家庭个人护理以及家政服务等。这些国家的家庭个人护理和家政服务的对象是各个年龄层的穷人和没有亲人的老年人。在这些国家，政府供资的个人护理服务不提供给非贫困人口，但家庭保健是基于健康状况和残疾程度来提供，无论其收入水平如何。

1998年，立陶宛共有90个机构护理设施，其中29个由非政府组织开办，包括红十字会和基于信仰的组织。直到1990年，该国的社会方案一直侧重于为老年人及残疾人和智障者提供机构护理服务。不过，自那时以来，公共机构的数量和种类有所增长，非政府组织更加积极地为老年人和年轻人提供长期护理，发展“非机构”（也称为“基于社区”）形式护理的重要性已不可低估(世界卫生组织

<sup>12</sup> 按照墨西哥社会保障研究所的统计，只有8%的使用者是65岁及以上的人(世界卫生组织, 2002年d)。

<sup>13</sup> 考察的国家有：奥地利、加拿大、德国、以色列、意大利、日本、荷兰、瑞典和美国(见世界卫生组织, 2000年；以及Brodsky等人, 2002年)。

<sup>14</sup> 考察的国家有：中国、哥斯达黎加、印度尼西亚、黎巴嫩、立陶宛、墨西哥、韩国、斯里兰卡、泰国和乌克兰。

<sup>15</sup> 家庭保健是指医生或护士上门巡诊病人的医疗方式。



织, 2002年d)。这些政府和非政府组织为残疾人(不论老少)提供的各种形式的护理, 包括个人护理(修饰、洗澡、并提供膳食); 家庭援助(清洁、洗涤和购物); 改造房屋结构以满足残疾人的需要; 提供用品、辅助器械、设备和药品; 临终关怀; 并为病人家属提供信息和指导。

1998年, 立陶宛的非政府组织所照料的机构住院人员约占总人数的14%, 在1995年的基础上翻了一番。根据以社区为基础的方案工作的保健工作者提供家庭式护理, 也提供其他服务, 比如上面所提到的购物和家政服务等。1997年, 2 200多名工作人员和志愿者参与了护理服务, 但世卫组织认为, 这一数目尚不足以满足目前的需求, 并告诫说, 同样的结论也适用于供资。

在大多数发展中国家, 长期护理服务范围很有限

所考察的其他国家为老年人提供的护理服务范围更小。不过, 即使有这些服务, 其覆盖人数也相对较少。例如在泰国, 公共福利部为老年人, 尤其是为孤寡老年人和病弱者提供服务, 包括防止无家可归、虐待和家庭忽视, 主要措施是住院照料、设立服务中心、派遣机动队, 以及提供紧急庇护所。私人部门和非政府组织也制定了针对老年人的方案, 包括提供月津贴和在寺庙中设立服务中心。此种公共和私人部门方案所覆盖的老年人人数尚不得而知。2000年, 在全国各地为遭到遗弃或被忽视的残疾人提供服务的机构中, 住院的老年人有2 807人, 从中可以看出, 所提供的公共服务尚不能令人满意(世界卫生组织, 2002年d)。

许多国家正考虑采取措施建立正规社区医疗保健。这种做法似乎与发展以家庭为基础的长期护理不矛盾。如前所述, 在长期护理已经制度化的立陶宛和乌克兰, 目前正努力把基于社区的护理纳入其正规的卫生保健系统。在韩国, 虽然其正规系统仍处于起步阶段, 它同样也强调必须在基于社区的护理框架下提供正规的长期护理, 以降低病人对较昂贵的医院服务的使用率。

与上面所述相对富裕的国家相比, 有大量贫困人口的国家, 如柬埔寨、海地、肯尼亚、南非和乌干达等, 在家庭护理和长期护理方面首要的挑战, 除了医疗服务之外, 是要提供充足的食物供应, 像样的住房, 安全饮水和废物处理, 廉价肥皂和其他基本用品和药物。

老年人也是他们的子女和孙子女的照料者

同时, 应强调老年人在照料他们的子女、孙子女以及社会大众中的作用; 如《马德里老龄问题国际行动计划》所呼吁的那样, 应当有所安排, 帮助老年人发挥其照料作用。对于因艾滋病毒/艾滋病和其他疾病失去父母并由祖父母提供支柱的家庭, 这一点尤其重要。更广泛地来看, 似乎在人口老龄化的同时, 健康老年人的数量也在增长, 他们愿意并能够充当专业护理人员或志愿者。在这方面, 在许多国家, 包括中国、印度尼西亚、斯里兰卡和乌克兰, 非政府组织和志愿人员在提供长期护理方面的重要性已经得到认可。

维持以家庭为基础的护理系统的努力可能会遇到困难, 因为家庭结构和妇女的作用在变化

那些试图维持其现有以家庭为基础的非正规护理系统的国家, 将来可能会遇到一些困难, 主要是因为传统家庭结构和妇女的作用正在发生变化, 如同在第三章所述, 这种变化有时会比预期来得更快。

墨西哥的情况说明，由家庭成员（通常是作为家庭妇女的女儿）提供家庭护理的传统系统正在解体（世界卫生组织，2002年c）。在过去几十年中，墨西哥的教育工作大有改进，入学率提高，平均入学年数增加，劳动适龄组中劳动参与率提升。这一时期该国陷入经济危机，可能这一因素也促使更多的劳动力参与，妇女、青年和儿童亦进入劳动力市场。这减少了家人用来照顾年幼子女、老年人和病人的时间（Knaut等人，2002年）。从总体上说，长期因素使传统的护理安排更加困难，包括女性劳动参与率提升——往往与迁徙有联系——以及城市地区核心家庭的重要性增加等。其中一些因素亦存在于其他国家，比如中国，由于大量的农民工从乡村来到城市，留下了老年人和残疾亲属，这些人过去是期待他们来照顾的（Hua和Di，2002年）。

但是，由国家提供的替代支持手段，如通过社会保障机构等，已不足以抵消大家庭作用弱化带来的影响。例如在墨西哥，约有45%的人口在65岁以上，还有许多人患有残疾或慢性病，但都没有享受社会保障福利。此外，社会保障系统入不敷出，限制了那些可以获得社会福利保障者的福利水平。

在许多发展中国家，残疾率和发病率数据并不完整，因此对长期护理服务的未来需要难以预料。此外，对长期护理制度——不论体制性还是非正规的——的研究尚刚刚起步。即使在已开展此种研究的地方，人们对各项长期护理措施对老年人福利的影响也没有明确的认识。因此，在发展中国家迫切需要对长期护理问题进行更多的研究，这可能有助于在国与国之间或国家内部进行更明智的对话。

在发展中国家迫切需要  
对长期护理问题进行更  
多的研究

### 对未来保健费用的影响

以上分析必须要放在计算未来人口老龄化的公共保健费用的背景之下。很多私人行动和公共行动的目的是要改善涉及个人医疗开支和生活方式的整体卫生状况，这些因素并没有包括在现有的未来保健费用预测中，但它们在决定卫生开支水平方面可能发挥重要作用。

在许多发展中国家，尤其是如果经济增长并不像预期的那样强劲的话，预期的保健及长期护理开支上升，虽然不一定是老龄化本身的结果，但也将对国民经济和政府预算形成压力。迫切的问题是，前面考察的各种因素影响保健及长期护理开支增长到何种程度，以及如果这种增长造成的财政负担对国民经济和政府预算的预期影响太大的话，如何对它加以控制。

### 关于老龄化对卫生开支影响的预测

人口老龄化对未来保健费用影响的预测大多只适用于发达国家，这不仅是因为发达国家的政策更加关注这一问题，而且也在于可获得更广泛的数据。发展中国家的卫生数据一般范围有限，研究人员难以对那些国家做出此种预测。

精算学和流行病学方法已用于预测未来的保健费用

精算学和流行病学方法已用于预测不同研究目的和政策/规划目标的对卫生开支的未来预测(见方框六.2)。如上文所分析的那样,人口老龄化和卫生开支之间的关系显示出复杂的模式,认识它需要确定所有影响卫生开支的因素,并建立一个能够捕捉其复杂的基本动态的框架。

在精算框架内,未来所需开支的计算以现有支出的年龄和性别情况为基础。预计人口变化及预计人均费用变化——这往往从观察到的趋势做出推断——可以对未来的卫生开支做出估算。假定预测人均费用隐含地包括所有增长因素,并可看成是上面讨论的非人口因素的综合效应。对斯里兰卡进行的一项研究(Rannan-Eliya, 2007年)为发展中国家提供了一个有洞察力的精算框架应用实例。

### 斯里兰卡的案例

斯里兰卡在卫生和人口结构特征方面与发达国家有许多类似之处

虽然斯里兰卡是一个低收入国家,但它的社会服务覆盖率较高,这一点也体现在人类发展指标执行情况相对良好。它的成人识字率为90%以上,按照2002-2006年的标准预测,出生时预期寿命男子为68.7岁,妇女为76.8岁。斯里兰卡的生育率处于更替水平,2002-2006年期间,斯里兰卡的低预测为1.86,高预测为2.1。该国拥有广泛的卫生机构网络,估计每不到1.4公里就有一个固定的卫生设施(Abeykoon, 2002年)。斯里兰卡具有很多发达国家的人口结构和流行病学特征。2005年的卫生总开支占国内生产总值的4.2%,分别由私人部门(占国内生产总值的2.0%)和公共部门(2.2%)来承担。

预计65岁以上的人口占总人口的比例将从2001年的6.3%增至2101年的23.5-29.7%,届时预期寿命预计将增加约9年。因为现有数据表明,斯里兰卡的发病率压缩还未发生,对斯里兰卡的这项研究假定,在未来几十年中,斯里兰卡人口在特定年龄和性别方面的健康状况不会有任何变化。如果发病率压缩真的发生的话,则会使预测数向上偏移。

追求健康的行为是确定未来卫生开支的一个重要因素。这种行为是指个人比以前更多地去问医生或前往卫生设施。在斯里兰卡,门诊率已经相对较高(在2005年为每年人均5.2/次每年),而且根据不同假设,以慢速估计,这一数字会缓慢增至2101年的8.4次,以快速预计,会快速增至13.5次(与之相比,例如,日本在1993年至1996年期间是每年人均16次)。预计在此期间住院利用率变化不大。除了行为变化之外,生产力和通货膨胀预计也将影响未来的保健服务支出。<sup>16</sup>

三种不同的设想方案的结果表明,老龄化是驱使斯里兰卡保健费用增长的一个重要因素……

在关于斯里兰卡的这项研究中,对有关2101年之前的预计保健支出的三种设想方案进行了分析。基线预测假定,成本驱动因素与历史趋势相同,在公私混合提供服务方面不会有任何改变。在这种情况下,国家卫生总开支将由2005年占国

<sup>16</sup> 生产力是以非质量调整单位成本来测算的,也就是说,设施层经常性开支按服务单位数量分成两部分,一部分是为门诊病人提供的服务,一部分是住院病人的收治人数。单位成本下降被视为生产率提高。

## 方框六.2

预测未来的医疗保健开支<sup>a</sup>

自二十世纪最后二十多年以及近年来，卫生开支的不断增长使人们越来越意识到人口老龄化对财政平衡和国民经济活力的潜在影响，从而使决策者和公众对于未来可能的卫生“负担”颇为担心。对未来的医疗保健开支做出预测，是帮助决策者了解影响开支的关键因素，从更广的视角来看待人口老龄化问题的非常有用的手段。在目前的预测方法中，精算法和流行病学方法最为突出。

精算法把人口细分为若干年龄性别组。个人卫生总开支(也就是说，为个人提供的卫生服务)的计算方法是，每个年龄性别组中的人数产品和同一组中人均使用的医疗保健开支之和。老年组可能比年轻的组使用更多的保健服务(虽然并不一定如此)，而且使用时也会需要更多的资源。同样，老年妇女也可能比同年龄的男性使用更多的保健服务。按照这一解释，人口老龄化导致卫生总开支上升。每个年龄组的人均卫生开支可以进一步按具体的年龄-性别的人均医疗服务使用情况(使用构成)和提供医疗服务或药品的单位成本或价格(价格构成)细分。用于预防性卫生和集体卫生的公共支出、行政费用和资本支出加入到为个人提供的服务的总费用中。

流行病学方法，顾名思义，是以流行病学趋势为基础。卫生服务的使用和支出与具体的疾病或发病率相联系。卫生总支出是以下几项之和：每个年龄-性别组的人数产品；每个组的发病率；每个年龄组中患某种疾病或病状的个人所使用的人均保健服务的平均数；以及服务的平均价格。为了进行预测，必须以当前趋势为基础对疾病或发病率模式进行预估，还必须对特定年龄-性别组的具体疾病或发病率的未来人均支出做出估算。这种预测方法和精算法的很大区别在于，它把疾病流行或发病率作为成本驱动因素列入在内。

流行病学方法可以预测患病或发病率及其相关支出情况。知道何种疾病或病状会在将来流行，卫生当局会就能够预先安排必要的卫生设施和服务(例如，给老年痴呆症或糖尿病患者提供的治疗和必要设施与给缺血性心脏病患者提供的治疗和设施有所不同)。宣传健康生活方式——包括不吸烟、健康饮食和适度饮酒——的公共运动，是一种性价比很高的方法，如果预测类似的非传染性疾病会较快增长的话，这种方法可以减少未来的费用。不过，采用此种流行病学方法对信息获取的要求会比精算法更高，而对于发展中国家来说，也就更加困难，花费会更高。尽管精算法在计算人均卫生支出方面似乎更能体现出所有主要的成本因素，但在疾病/发病率与具体年龄和性别的保健费用之间的关系上却付诸阙如。因为这一方法对信息获取方面的要求更低，它在发达国家和发展中国家中的使用都较为普遍。

<sup>a</sup> 基于Rannan-Eliya和Wijesinghe(2006年)及Mahal和Berman(2001年)。

内生产总值的4.2%增加到2101年的11.1%。低成本预测的设想是，政府加强它在卫生部门的作用。公共部门将会有高生产率获益，即病人从私人部门转向公共部门，以及对私人部门的价格上涨实施控制。在这种情况下，到2101年，支出将上升至占国内生产总值的6.7%。根据高成本预测，政府的政策是减少政府对卫生部门的介入，鼓励私人部门承担更大责任，不去主动控制私人部门的价格，以及在实现公共部门的生产率获益方面放慢步伐。根据这一设想方案，到2050年，国家卫生总开支将上升到占国内生产总值的13.2%，到2101年将达到26.4%。这一年，公共卫生支出将达到占国内生产总值的4.8%，私人支出占21.6%。图六.5显示，按照基线设想方案，有一些不同因素的影响将有助于增加2005至2101年期间卫生开支在国内生产总值中所占比重。从长远来说，在提高这一比例方面，门诊病人运转率将比人口因素发挥更加重要的作用。

……但不一定是主要驱动因素

按照不同的成本假设来预测卫生支出造成的这种差异，本身远远高于上述三种设想方案中的老龄化对未来保健费用的影响。事实上，到2101年，人口因素仅仅使卫生开支在国内生产总值中所占比例提高0.7%至0.9%。所以结论是，驱使费用增加的主要因素，其实不是人口结构的转变，而是不断变化的健康意识以及斯里兰卡人生病时越来越倾向于就医。据Rannan-Eliya(2007年，第33页)认为：“如果生产力的改进能够跟上老龄化步伐的话，则有可能维持目前的提供水平、获取程度和质量水平，而不需要大幅增加全国卫生支出在国内生产总值中的比例，也就是说，控制在占国内生产总值的5-7%的范围内。”

#### 其他精算的保健费用预测

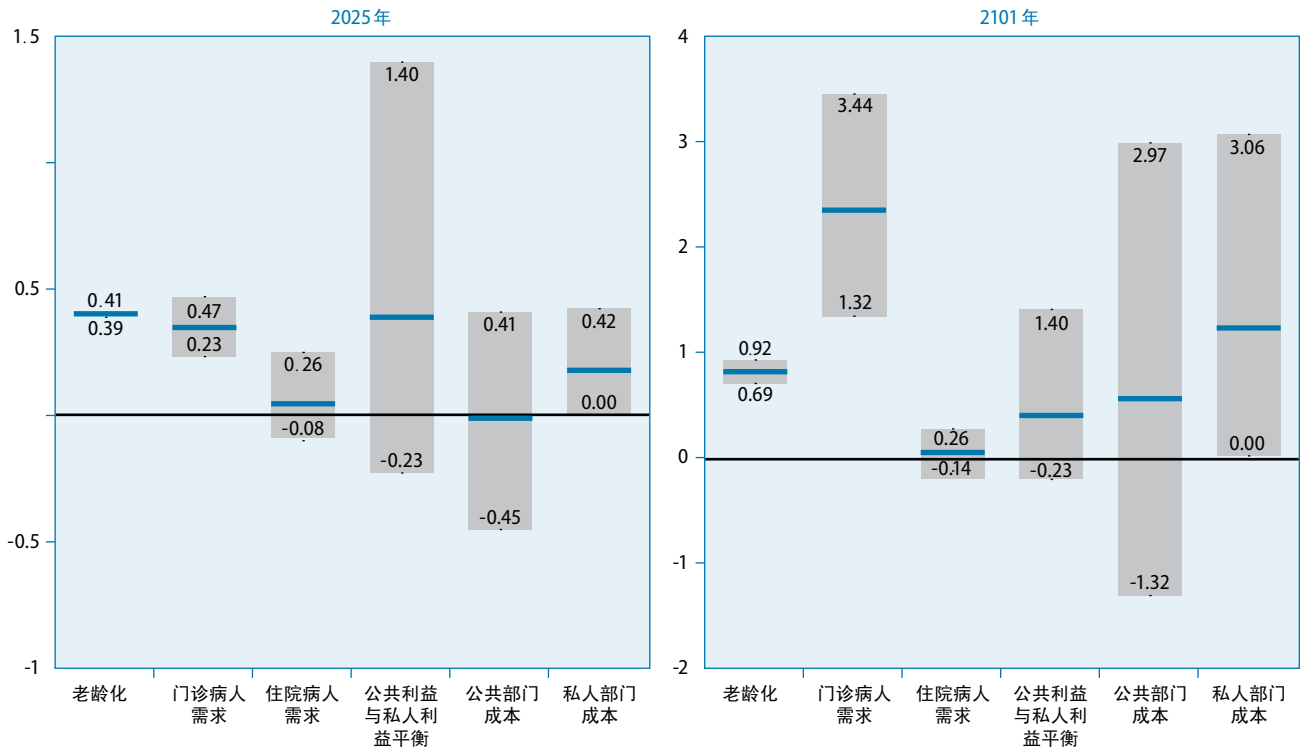
对香港特别行政区的一项研究表明，创新和提高服务质量将增加保健费用

对中国香港特别行政区进行的类似精算研究也发现，如果不考虑到尤其是困扰老年人的慢性病的相关技术革新，人口老龄化和增长本身对预测的未来保健费用影响相对较小。按照这项研究的给定假设，到2033年，卫生总支出预计将增加至接近国内生产总值的10%，而2001-2002年则为5.5%。根据这项预测，公共卫生支出比例将逐步下降，从2001-2002年占医疗总支出的57%降至2033年的46%-49%(Leung、Tin和Chan，2007年，第1页)。其结果对预期的未来保健提供单位成本的增长假设高度敏感。作者的结论是，采用新的医疗技术，是驱使成本长期增长的主要因素，并且认为，尽管开支控制措施或许可以减缓费用的增长，但在实践中，创新和提高服务质量的需要几乎总是胜过压缩开支的努力。

经合组织的一项研究强调，非人口因素是未来卫生开支增长的关键

经合组织的一项研究(2006年b)，同斯里兰卡的研究一样，强调卫生开支中的成本上涨因素。在这项研究中，决定保健和长期护理成本变化的因素是技术进步和提供保健服务的相对价格变动。按照“成本压力”设想方案，假定卫生开支增长率比平均收入的增长速度快1个百分点。在给定的人口结构变化趋势下，这一设想方案预测，整个经合组织国家的公共卫生和长期护理支出将几乎增加一倍，从2005年接近国内生产总值的7%上升到2050年的13%。按照“成本控制”设想方案，平均支出仍将达到国内生产总值的10%，增长3.5个百分点(经济合作与

图六.5  
2025和2101年斯里兰卡的主要成本驱动因素在三种不同设想方案下  
对国家医疗保健开支的影响范围<sup>a</sup>(占国内生产总值的百分比)



资料来源：联合国/经社部，基于Rannan-Eliya(2007年)。

注：最高和最低方框的值代表最大值和最小值；中间的条代表中间值。

<sup>a</sup> 按照从2005年水平起卫生支出占国内生产总值百分比的变化来量度。

发展组织，2006年b，第7页)。该项研究报告指出，非人口因素——技术和相对价格变化的影响——在决定长期护理支出的上升压力程度方面非常重要，实际上构成了驱使预测保健开支增长的最重要因素。

未来的老年人健康状况也影响到提供保健服务的成本估计预测。据欧洲委员会经济及财政事务总司推算(2006年)，在2004年5月1日之前的欧盟成员国(欧盟15国)中，公共保健支出将由2004年占国内生产总值的6.4%上升至2030年的7.5%，到2050年进一步上升至占国内生产总值的8.2%。近期加入欧盟的成员国(欧盟10国)，由于加入欧盟时较为贫困，卫生支出很少，其卫生支出将需从2004年占国内生产总值的4.9%增加到2030年占国内生产总值的5.7%，到2050年再增加到6.1%(同上，第9页)。上述数字是根据“纯老龄化”的设想方案推算而来，其中基准年与年龄有关的人均保健支出将保持不变。这是假定将不会有疾病的压缩。另一套预测假定存在疾病的压缩。在这一设想方案中，到2050年，一生中在健康不佳状态下度过

发病的压缩将减缓未来保健费用的上涨幅度

的年数将和2004年一样，即使人们的预期寿命可能延长。在这种情况下，到2050年，欧盟15国的公共卫生支出将需增加到占国内生产总值的7.4%，欧盟10国则将增加到5.5%。因此，这些预测表明，“如果健康预期寿命(发病率下降)的变化与特定年龄的预期寿命的变化大体一致的话……，那么由老龄化造成的预计保健支出增长额将大约减半”(同上，第16页)。

### 用于澳大利亚的流行病学方法

澳大利亚一起个案研究采用了流行病学方法来预测卫生开支

精算方法的一个缺点是，它没有考虑到一个国家的疾病概况和它未来的变化以及每一种疾病的治疗成本。即使是在发达国家，这方面所需的数据也很难获取，更不用说发展中国家。如果可获得此类数据，便可以采用另一种方法，即流行病学方法，也就是对未来的发病率和治疗费用做出预测。澳大利亚的一项研究(Vos等人，2007年)对每一种疾病推导出一套连贯的5项流行病学参数，这些参数是发病、流行、好转(即治愈)、平均持续时间和过高死亡率。研究发现，从2002-2003年到2032年至2033年，预计澳大利亚的卫生总开支的增幅将达到127%，即从710亿澳元增加到1 620亿澳元。澳大利亚财政部预测，同期国内生产总值的实际增幅是97%(或年均2.3%)；这样，卫生开支占国内生产总值的比例预计将从2002-2003年的9.4%增加到2032-2033年的10.8%。在910亿澳元的总增加额中，约177亿澳元将用于住院长期护理(费用增加了242%)，其中神经性疾病在2032年至2033年占长期保健开支的47%。

预测费用增长幅度最大的是糖尿病(401%)，主要是由于预计肥胖症流行，其次为神经紊乱症(280%)、骨骼肌肉疾病(164%)和牙科疾病(144%)。预防心血管病的降血压药物及降脂药物支出预计将增加96%，从而导致心血管病支出总变化为105%。癌症(84%)、伤害(67%)和孕产妇及新生儿服务(41%和42%)等项的支出增幅则会相对较低。

预计澳大利亚卫生开支增加的大约三分之一源于人口老龄化

该项研究估计，在910亿澳元卫生总开支增长中，290亿澳元(占增加额的32%)将源于人口老龄化，280亿澳元(31%)源于正常的总人口增长(预计澳大利亚人口将从2003年的1990万增加到2033年的2660万)(见图六.6)。物价上涨引发的通货膨胀(190亿澳元)、每一个病例所提供的卫生服务的数目的变化(140亿澳元)以及比重较小的治疗病例的比例(13亿澳元)，对总开支的增长将起到较小的作用。如果疾病趋势忽略不计，预测卫生开支将会再增加13亿澳元。同一时期，心血管病、慢性阻塞性肺病、癌症和伤害等疾病的发病率方面的有利趋势将会导致开支减少55亿澳元，但这会因预测的糖尿病和其他疾病的大幅增加而被抵消，估计它们将导致开支增加40亿澳元(见图六.6)。

但卫生技术和卫生服务利用方面的发展可能从根本上使情形改变

该项研究承认，“在多数情况下，对某种疾病未来变化的估计是依据它过去的情况，但未来不一定重复过去。例如，卫生技术和卫生服务利用方面的发展可大大改变人们对某些疾病的看法”(Vos等人，2007年，第35页)。正如前面提到的，医学研究和医疗技术进步(包括现在在干细胞方面的工作)的驱动力，极有可

能在未来30年取得重大的进展，而且对有些疾病的看法也可能完全不同。尽管如此，在2002-2003年至2032-2033年期间，卫生总开支占国内生产总值的比例将增加1.4个百分点(从9.4%增加到10.8%)，尤其是在预计同期经济规模将会扩大一倍的情况下，对于像澳大利亚这样一个富裕国家来说，这似乎颇为不成问题。

流行病学方法可以帮助确认国家可以在抗击疾病方面取得进展的领域。在澳大利亚，近几十年中，几乎所有与平均预期寿命增加有关的疾病获益都集中在两个方面：与烟草有关的疾病和心血管健康。因此，在发展中国家应大力采取措施阻止烟草的使用。对于心血管健康，发展中国家《疾病控制优先项目》(见贾米森等人，2006年)表明，在这些国家，“poly-pill”——作为一种通用药物廉价生产的阿司匹林和降压药物降脂药物化合物——是一种可负担得起的、具有成本效益的干预药物，将会对减少疾病负担产生极大的影响。

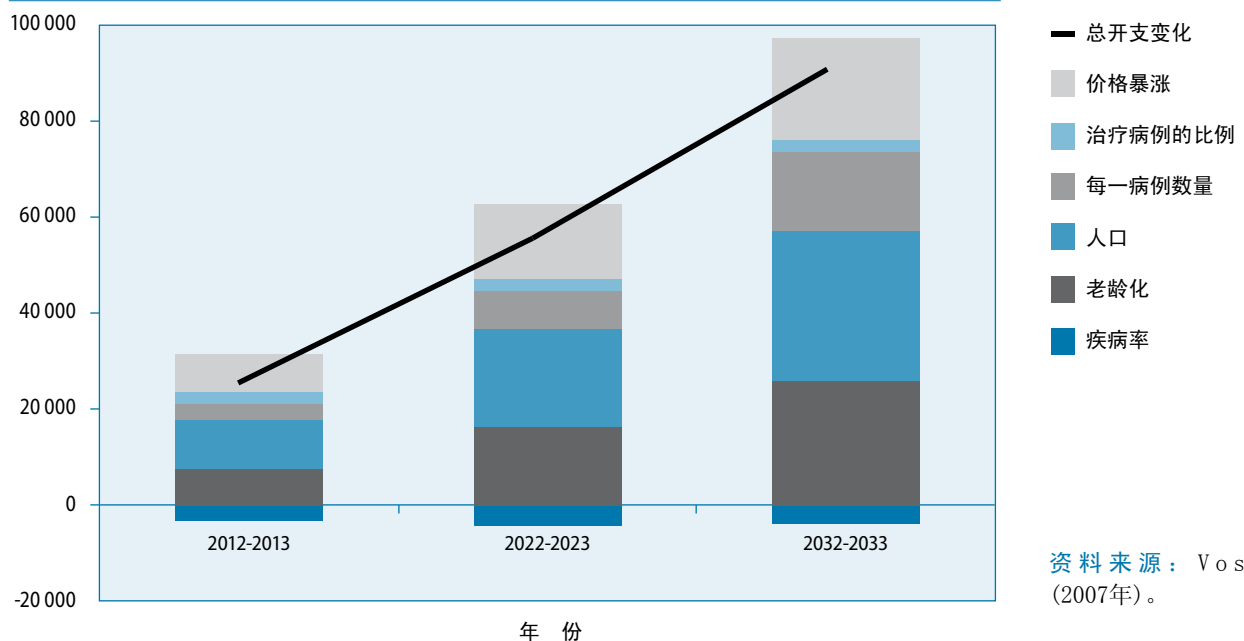
流行病学方法帮助各国明确可以在抗击疾病方面取得进展的领域

### 关于老龄化对长期护理未来开支影响的预测

在发达国家，政府对建立长期护理系统所承担的义务涉及预算问题；它们试图利用精算或流行病学方法来估计公共长期护理费用在未来国内生产总值中的比例。如前所述，以加拿大为例，在2000-2001年，人均卫生开支总额的大约35%用于住在护理机构而不是医院中的85岁及以上的老年人。医疗保健服务的目的是改变健康护理状况，而长期护理的目标则是使目前的不健康状况能够忍受，这两个问题分别来讨论。

图六.6

澳大利亚：2002-2003年和2012-2013年，2022-2023和2032-2033年基准年期间所有预测疾病模式的卫生开支预期变化分解(百万澳元)



资料来源：Vos 等人 (2007年)。



预测发展中国家的未来长期保健开支将大幅增长……

Vos等人(2007年)预测,在2002-2003年和2032年-2033年期间,澳大利亚的卫生开支(不含老年人长期护理)将增加114%,而同期对住院老年人的护理费用将增长242%。与痴呆症有关的神经系统疾病支出预计将是这一增长的主体。在欧盟15国,估计公共长期护理费用将从2004年占国内生产总值的0.9%增加到2050年的1.5%。在欧盟10国,同期费用预计将由占国内生产总值的0.2%上升至0.5%(欧洲委员会经济和财政事务总司,2006年,第10页)。据经合组织估计,在其各成员国,这些费用预计将从2005年占国内生产总值的1.1%平均增长到2050年占国内生产总值的1.9%-3.9%,它取决于所做的假定(经济合作与发展组织,2006年b,第65-72页)。纯老龄化影响估计占国内生产总值的1.7个百分点。

……但在很大程度上取决于各个国家现行的体制

不同国家在长期保健方面的公共支出差异很大。北欧各国政府在这方面的支出最高。以丹麦为例,2005年它在长期保健方面的公共开支占国内生产总值的2.6%,远高于经合组织1.1%(经济合作与发展组织,2006年b,第65页)的平均水平。这项公共支出重点是扩大的社会福利的一部分。这一制度依靠高税率和高劳动力参与(不论男女)来维持,与欧盟相比,60岁以上的人退休晚,就业率高。这些高活动水平维持着税基,但同时要求在服务方面有高的投资,如托儿服务、为老年人服务等。在某种程度上是“服务支持就业,就业支持服务”(联合王国,1999年,《研究》,卷一,第六章,第178页)。

健康老龄化以及预防和康复医学可以减少对长期护理的需要

应当指出,北欧国家的人口结构转型正在进一步深化,因此,预计2005年至2050年期间因老龄化产生的长期护理需求的增长将低于经合组织的平均水平(经济合作与发展组织,2006年b,第65页)。与此相反,在韩国,预测迅速老龄化会导致长期护理费用上升,将由2005年占国内生产总值的0.3%增长至2050年的4.7%。在墨西哥,2005年的支出为国内生产总值的0.1%,据推算,单纯老龄化影响造成公共长期护理费用在国内生产总值中的比例增加2.6%。这些数字说明了因老龄化而提供的长期护理给公共开支带来的巨大变化,但随着时间的推移,由于健康老龄化以及预防和康复医学的进步,对此种护理的需要会减少,这些费用即可得到弥补。

## 结 论

在人口结构向老龄化社会转化的同时,几乎也普遍出现了流行病学转变,即从以传染病为主转为以慢性病为主。这两种转化在发达国家已十分普遍,在发展中国家也正在出现。在发展中国家,寿命的延长是营养状况、环境卫生和个人卫生的改善、最近医学知识的迅速传播及其在医疗实践中的应用的结果。在发达国家,随着寿命的延长出现了健康预期寿命延长和发病的压缩。不过,在发展中国家,长寿和健康预期寿命之间的正相关性并不明显,人的一生中可能有较长(及较短)时间处于健康不佳状态。

人口老龄化对发展中国家的医疗系统构成挑战……

本章说明,人口老龄化对目前世界上许多地方的国家卫生系统构成挑战。发达国家所关注的是它对未来国家和国家预算资源可能形成的压力,因为人口老龄

化对保健和长期护理服务的需求加大。许多发展中国家面临的挑战更大：他们尚未充分解决公共卫生目标，比如，卫生、清洁饮水、增强营养、生殖健康教育和大规模接种疫苗等，最终取得的成果是降低婴儿和孕产妇死亡率和艾滋病毒/艾滋病及肺结核发病率。在应对这些在很大程度上影响年轻人口的挑战的同时，发展中国家也面临人口迅速老化问题，这导致对老年人的保健服务提出了更高的要求。

本章在审视这些事态发展后认为，这种挑战虽然巨大，但并非不可战胜。事实表明，人口老龄化固然会增加保健支出，但并不一定是费用上升的最重要的因素：其影响本身将不超过占国内生产总值的几个百分点。事实上，许多国家的经验表明，追求健康的行为，卫生部门的生产率、药品和医疗服务的价格以及医疗政策等方面的变化，都是费用上升的其他重要因素。过去，新药物和新疗法在整体上对保健服务价格构成上升的压力。公共和私人健康保险则更加全面地涵盖这些新项目，满足公众获得更好的保健和医疗服务的愿望。然而，保险范围的扩大又推动了保险费用的上扬，一些国家正在推行强制性保险以涵盖长期护理费用。1995-1996年，德国建立了新的法定长期护理保险制度(联合王国，1999年，《研究》，卷一，第六章，第182页)，新加坡在1983年制定了一项家庭储蓄账户计划，称为“医疗储蓄”(Phua和Teng，1998年)。香港特别行政区提议建立医疗储蓄账户计划，以便为65岁以上的老年人的紧急护理筹措资金(Leung，Tin和Chang，2006年，第3页)。

尽管面临种种挑战，但发达国家和发展中国家决策者发现，可以通过调整现行保健系统来解决人口老龄化问题。本章告诫说，与老龄化和残疾有关的慢性病病例数目日益增加，这就需要对整个医疗支出的构成和提供的服务范围做出重大调整。与此同时，收入的提高和公众对获取新疗法和新药物及其效力的意识日益增强，将会对保健服务产生更大的需求，尤其是在发展中国家，不论人口老龄化程度如何。这些因素很可能导致医疗费用上升。

在不考虑成本因素的情况下，本章认为人口老龄化很可能以两种方式影响保健制度。第一，慢性病病例日益增多以及残疾者人数不断增加，将需要在保健投入方面有较大的变化，并要求保健专业人员和医务工作者掌握新的技能。如本章所述，发展中国家对老年人的人均卫生支出大大低于发达国家，这部分反映了它们在护理、临终关怀和重症治疗方面的资源短缺，而在发达国家，老年人可以非常普遍地获得这些服务。因此，发展中国家需要扩大对老年人的这种保健服务，通过组合新税源和公共养恤金来扩大保健服务范围，涵盖老龄时期的高额医疗费用。

第二，人们关注如何对那些健康状况已经不可逆转的人提供长期护理的问题。问题是要找到适当的解决办法，既要维护需要护理者的尊严和独立性，又要让他们与其熟悉的环境保持接触，不惧怕进入长期护理后的结果，如失去住房或其他财产等。传统的家庭结构和妇女的作用(给老年人，尤其是为家庭成员提供非正规护理)正在发生变化，世界上许多地方的每个家庭的儿童人数也在减少。因此，对于发展中国家来说，要维持目前形式的非正规长期护理安排就变得日益

……但这种挑战本身并非不可战胜

必须通过调整保健系统来解决人口老龄化问题……

……预计需要长期护理的慢性病患者人数增多

在家庭结构发生变化的情况下，提供长期护理服务将更加困难

困难，因为这种安排主要是由老年人的家人、朋友或其所在社区来提供的。尽管每个社会都应当建立一种长期护理制度，既符合其自身的传统，也符合需要此种护理的人的最佳利益，但目前的趋势是要设法在人们自己的家里或社区内为其提供护理。如果家庭护理没有可能，则营造一个像家庭一样的环境也颇为可取，住院者人数不宜过多，以免削弱护理者与住院者之间的个人纽带。

非人口因素对未来保健费用的影响至少和人口老龄化因素一样重要

不过，决策者和公众非常希望了解上面分析的各种因素所造成保健费用和长期护理支出会增长到何种程度。其中一个预测依据是最近的流行病学趋势和以年龄和性别来计算的人均保健费用，以及保健费用上涨、预防性保健公共支出和集体卫生方面的信息。一些研究显示，非人口因素对未来卫生开支的影响至少和人口因素一样重要。非人口因素包括医疗价格上涨、整个卫生部门的生产率以及新技术和新药物。但也注意到这些非人口因素在所有预测中都是不确定因素的源头。

总体上看，这些预测以及许多国家的经验表明，虽然人口老龄化势必影响保健支出，但它在未来的国民收入中所占份额不会大到难以承受的地步。对未来的预测以及近期的发展趋势表明，人口老龄化将不仅改变按年龄计的保健支出的构成，而且还需要卫生系统引入或加强(如果已经存在的话)某些类型的医疗及长期护理服务，以应付慢性病和残疾病例日益增多的状况。发展中国家的决策者需要改善现有的保健系统，引入预防性措施，例如，减少吸烟和过度饮酒，鼓励运动，慢性病的康复养生，以及姑息疗法，同时改善全民有效基本卫生保健，提供增进健康、减少感染的公共服务。

卫生保健融资是另一项重大挑战

对于背负着双重疾病负担的发展中国家，人口结构转型和流行病学转变将在卫生保健筹资方面提出挑战，它们一方面要解决传染性疾病问题，另一方面还要满足与非传染性疾病和人口老龄化有关的不断加大的卫生需求。为了迎接这些挑战，发展中国家需要采用结构较为完善的计划，包括通过保险计划来共同承担因健康不佳或发病率有关的财政风险。在发展中国家，目前私人支付占医疗总支出的主要部分。因为许多发展中国家的私人保险计划覆盖范围有限，政府应该引入风险分担机制。在中等收入发展中国家，把社会健康保险和私人健康保险结合起来，为所有人，包括以前从未参加过保险的老年人提供基本保障，这方面可能会有更大的余地。但对于低收入发展中国家，卫生保健制度的扩大也需要把不同的私人机制和公共机制结合起来；但如果为扩大保健制度提供资金会危及到其他的社会目标，就可能需要通过外部融资来形成一种最终可自我维持的卫生保健制度。

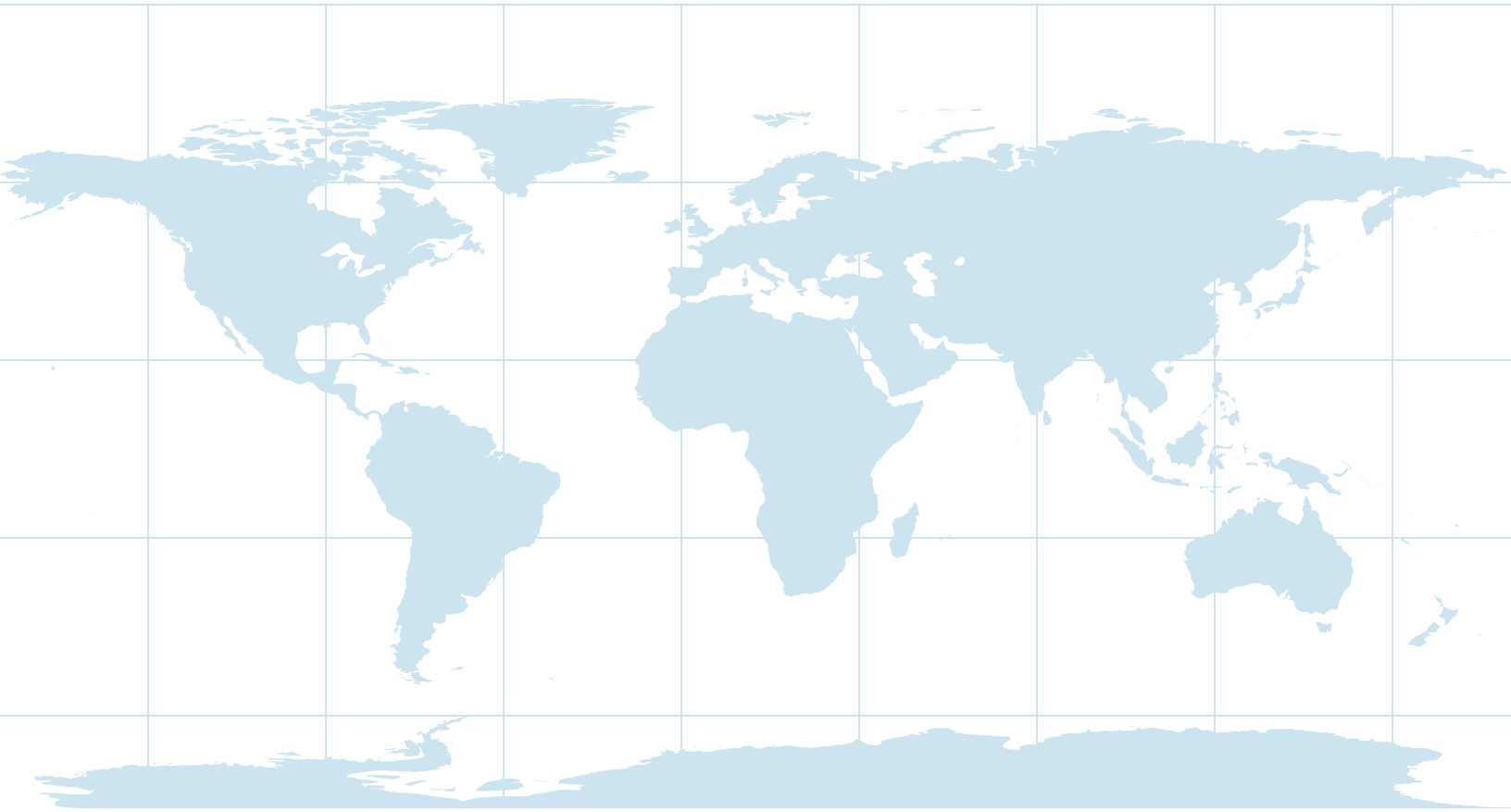
国际合作是确保开业医师人员数量得到必要增长的关键

随着人口老龄化，发达国家对开业医师的需求在上升。这种需求不能通过发展中国家有经验的医务人员人才流失来解决。发展中国家需要加强它们自身的卫生服务提供体系，包括有足够的合格医务人员后备力量。这就要求发达国家和发展中国家共同努力，增加可用资源，培训医务人员。发达国家应该扩大其教育设施，以便培训国内医科学生和来自发展中国家的学生。他们也可以采取类似于英国所采取的措施，该国通过《2002年英联邦卫生工作者招募国际业务守则》，

鼓励加强国内卫生保健培训，不经东道国政府批准，不在贫困国家招募医务人员 (Garrett, 2007年, 第31页)。发展中国家也需要扩大它们的医疗培训方案，以满足目前的需求缺口以及人口老龄化正在带来的新的、不断增加的需求。



## 统计附件





## 目 录

### A. 图

- A. 1. 1950年-2050年发展中区域三种类型受抚养人比率的趋势 ..... 152
- A. 2. 1950年-2050年发达国家和地区以及转型经济体三种类型受抚养人比率的趋势 ..... 153
- A. 3. 1950年-2050年发展中区域按年龄组分列的劳动适龄人口的分布情况 ..... 154

### B. 表

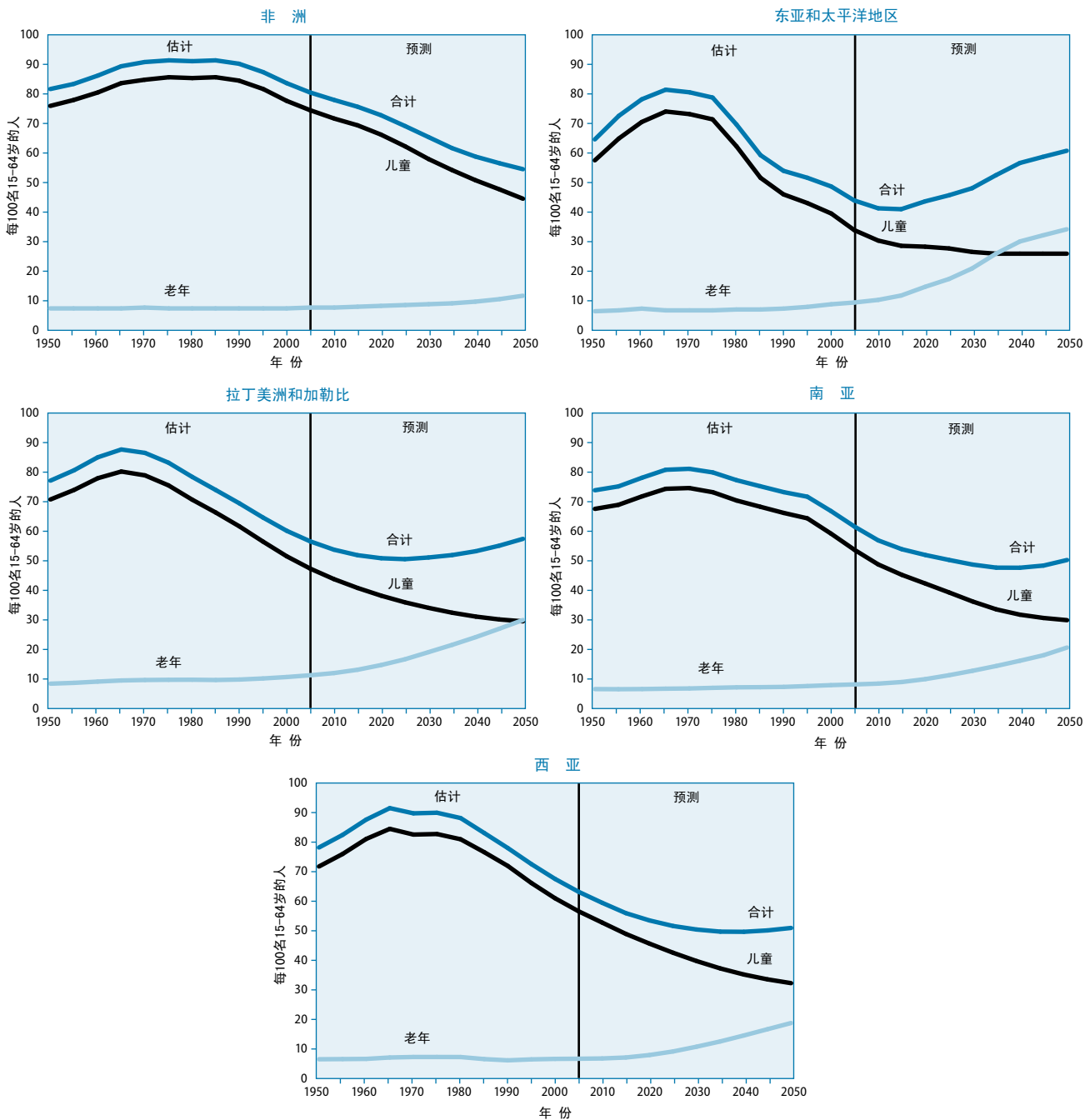
- A. 1. 1950年、1975年、2005年、2025年和2050年选定国家和国家组别按一般年龄组分列的人口 ..... 155
- A. 2. 2025和2050年世界和国家组别按不同预测变量计算的受抚养人比率 ..... 158
- A. 3. 1950年、1975年、2005年、2025年和2050年世界和国家组别按不同定义确定的受抚养人比率 ..... 159
- A. 4. 2005和2050年选定转型经济体和发展中国家：全民老年养恤金的成本概算 ..... 160
- A. 5. 选定国家非分担式社会养恤金的选定参数以及非分担式社会养恤金对贫困的影响 ..... 163



## A. 图

图A.1

1950年-2050年发展中区域三种类型受抚养人比率的趋势

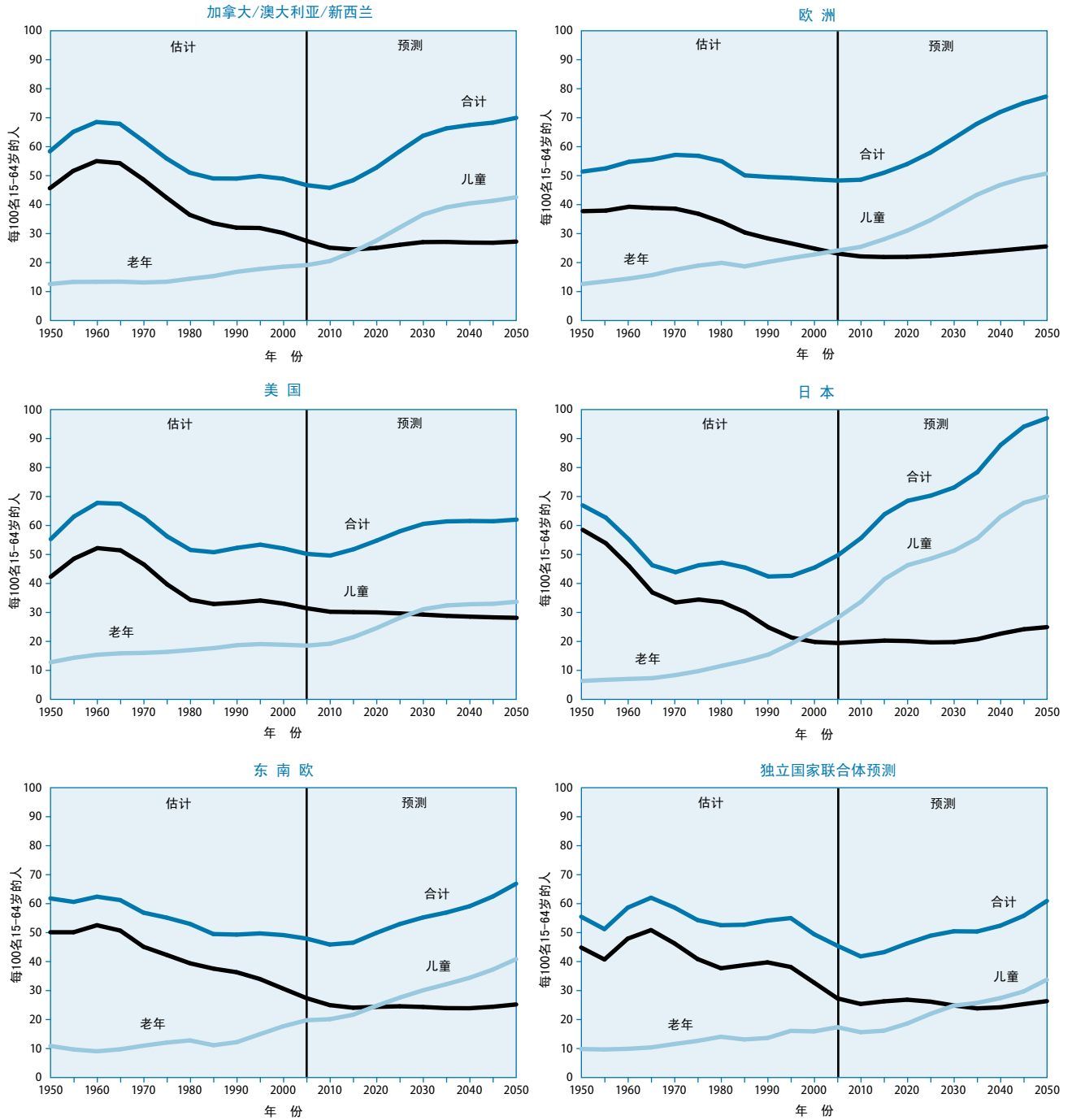


资料来源：联合国（2005年a）。

注：（1）曲线图显示估计（2005年以前）和中位变差预测（2005年以后）。（2）受抚养人总比率定义为0-14岁人口和65岁或以上人口之和与15-64岁人口之比。儿童受抚养人比率是0-14岁人口与15-64岁人口之比，老年受抚养人比率是65岁或以上人口与15-64岁人口之比。

图A.2

1950年-2050年发展中区域按年龄组分列的劳动适龄人口的分布情况

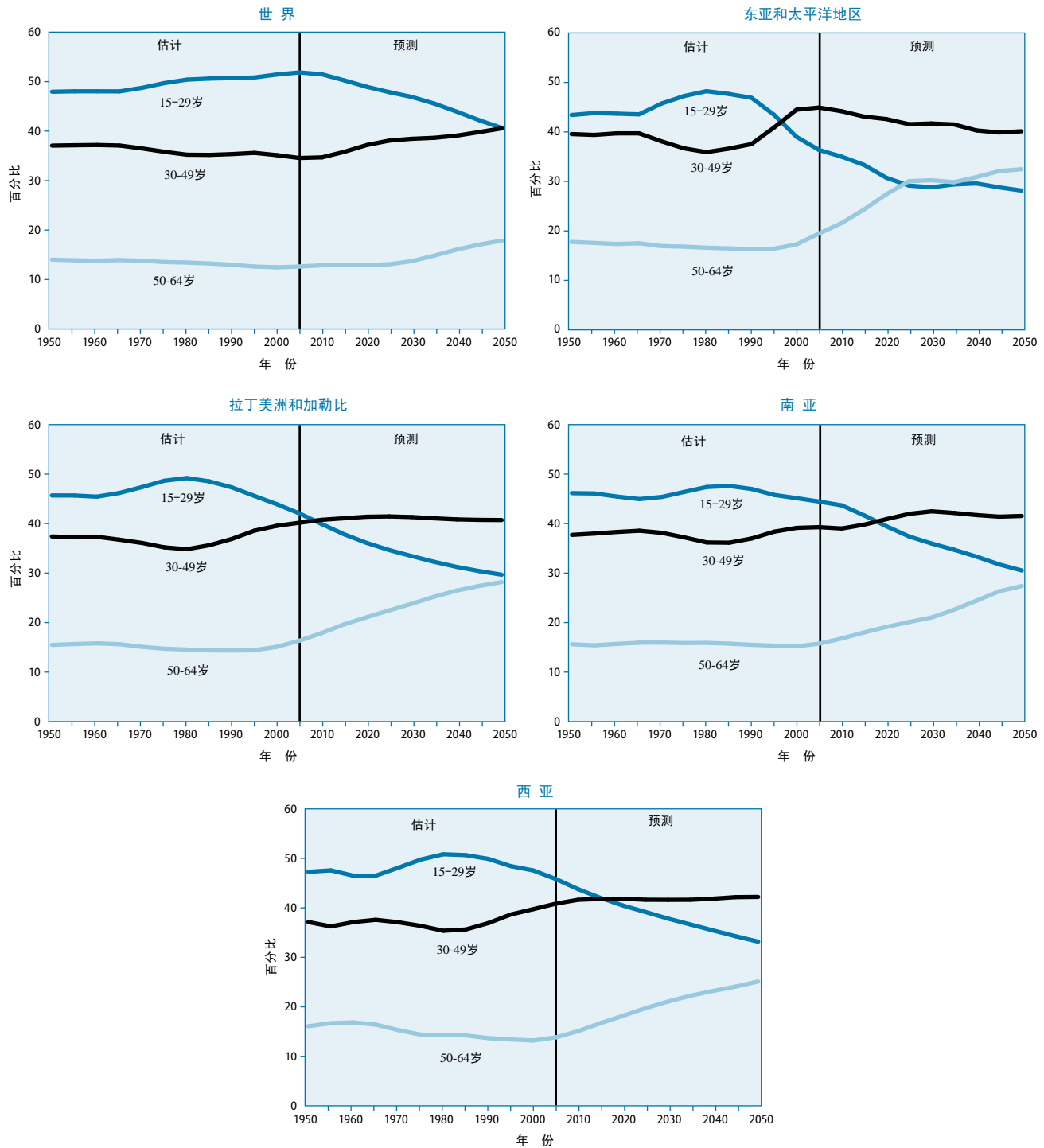


资料来源：联合国（2005年a）。

注：(1) 曲线图显示估计(2005年以前)和中位变差预测(2005年以后)。(2) 受抚养人总比率定义为0-14岁人口和65岁或以上人口之和与15-64岁人口之比。儿童受抚养人比率是0-14岁人口与15-64岁人口之比，老年受抚养人比率是65岁或以上人口与15-64岁人口之比。

图A.3

1950年-2050年发展中区域按年龄组分列的劳动适龄人口的分布情况



资料来源：联合国(2005年a)。

注：曲线图显示估计(2005年以前)和中位变差预测(2005年以后)。

## B. 表

表A.1

1950年、1975年、2005年、2025年和2050年选定国家和国家组别  
按一般年龄组分列的人口

年 龄 组	百 万					百 分 比				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
<b>发达国家</b>										
<b>欧 洲</b>										
0-14岁	96	109	80	73	72	25.1	23.7	16.0	14.5	14.8
15-24岁	61	71	63	53	49	16.0	15.6	12.7	10.4	10.2
25-59岁	175	198	248	232	193	45.8	43.1	49.5	45.9	39.9
60岁以上	50	81	110	148	170	13.1	17.6	21.9	29.2	35.1
<b>合 计</b>	<b>382</b>	<b>459</b>	<b>502</b>	<b>505</b>	<b>485</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	34	57	84	112	139	8.9	12.5	16.6	22.2	28.7
80岁以上	4	9	21	30	52	1.1	2.0	4.1	6.0	10.7
<b>日 本</b>										
0-14岁	30	27	18	16	15	35.4	24.3	14.0	12.5	13.4
15-24岁	16	17	14	12	10	19.6	15.4	11.0	9.4	9.1
25-59岁	31	54	62	54	40	37.2	48.6	48.6	42.9	35.8
60岁以上	6	13	34	44	47	7.7	11.7	26.3	35.2	41.7
<b>合 计</b>	<b>84</b>	<b>112</b>	<b>128</b>	<b>125</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	4	9	25	36	40	4.9	7.9	19.7	29.1	35.9
80岁以上	0.4	1	6	13	17	0.4	1.1	4.8	10.6	15.3
<b>美利坚合众国</b>										
0-14岁	43	55	62	65	68	27.0	25.2	20.8	18.6	17.3
15-24岁	23	41	42	46	48	14.9	18.7	14.2	13.1	12.1
25-59岁	72	91	144	156	175	45.6	41.3	48.3	44.5	44.2
60岁以上	20	33	50	83	104	12.5	14.8	16.7	23.8	26.4
<b>合 计</b>	<b>158</b>	<b>220</b>	<b>298</b>	<b>350</b>	<b>395</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	13	23	37	62	82	8.3	10.5	12.3	17.7	20.6
80岁以上	2	5	11	14	29	1.1	2.1	3.6	4.1	7.3
<b>加拿大、澳大利亚和新西兰</b>										
0-14岁	7	11	10	11	12	28.5	27.0	18.6	16.4	15.9
15-24岁	4	7	8	7	8	15.4	18.7	13.7	11.0	11.0
25-59岁	11	17	28	31	32	44.2	41.8	50.1	45.9	42.0
60岁以上	3	5	10	18	23	11.9	12.5	17.6	26.8	31.0
<b>合 计</b>	<b>24</b>	<b>40</b>	<b>56</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	2	3	7	13	19	7.9	8.6	12.9	20.1	24.8
80岁以上	0.3	0.6	2	3	7	1.1	1.6	3.5	4.9	9.4
<b>转型经济体</b>										
<b>独立国家联合体</b>										
0-14岁	51	66	53	47	40	28.9	26.5	19.0	17.8	16.6
15-24岁	36	45	49	33	26	20.4	18.4	17.8	12.4	11.0
25-59岁	71	104	133	129	104	40.8	42.1	47.7	48.6	43.3
60岁以上	17	32	43	56	70	10.0	12.9	15.5	21.2	29.1
<b>合 计</b>	<b>175</b>	<b>247</b>	<b>278</b>	<b>266</b>	<b>239</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	12	21	34	40	51	6.7	8.6	12.2	15.0	21.1
80岁以上	2	3	5	7	13	1.0	1.3	1.9	2.7	5.3

表A.1  
1950年、1975年、2005年、2025年和2050年选定国家和国家组别  
按一般年龄组分列的人口（续）

年 龄 组	百 万					百 分 比				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
<b>转型经济体（续）</b>										
<b>东南欧</b>										
0-14岁	5	6	5	4	3	31.0	27.3	18.7	16.3	15.3
15-24岁	3	4	4	3	2	20.2	18.3	15.0	11.2	10.6
25-59岁	6	9	12	11	9	38.7	42.8	48.1	48.0	42.2
60岁以上	2	2	4	6	7	10.2	11.6	18.2	24.5	31.8
<b>合 计</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	1	2	3	4	5	7.1	8.2	13.7	18.2	24.6
80岁以上	0.2	0.2	0.5	0.9	1	1.1	0.9	2.0	3.7	6.9
<b>发展中国家</b>										
<b>拉丁美洲和加勒比</b>										
0-14岁	67	133	168	163	141	40.0	41.3	30.0	23.3	18.1
15-24岁	31	63	106	110	99	18.6	19.6	18.8	15.8	12.6
25-59岁	59	105	238	323	354	35.4	32.6	42.4	46.4	45.2
60岁以上	10	21	49	101	189	6.0	6.5	8.8	14.5	24.1
<b>合 计</b>	<b>167</b>	<b>322</b>	<b>561</b>	<b>697</b>	<b>783</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	6	14	34	70	144	3.7	4.3	6.1	10.1	18.4
80岁以上	0.7	2	7	15	40	0.4	0.6	1.2	2.1	5.2
<b>东亚及太平洋地区</b>										
0-14岁	270	525	466	428	369	35.1	40.1	23.8	19.3	16.4
15-24岁	142	253	339	286	253	18.5	19.3	17.3	12.9	11.3
25-59岁	302	447	958	1 104	983	39.3	34.1	48.8	49.8	43.8
60岁以上	54	86	199	401	637	7.1	6.6	10.1	18.1	28.4
<b>合 计</b>	<b>768</b>	<b>1 311</b>	<b>1 961</b>	<b>2 217</b>	<b>2 242</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	33	55	137	271	482	4.3	4.2	7.0	12.2	21.5
80岁以上	2	6	20	43	137	0.3	0.5	1.0	2.0	6.1
<b>南亚</b>										
0-14岁	186	341	515	528	479	38.8	40.6	33.2	26.0	19.8
15-24岁	91	159	307	343	325	19.1	19.0	19.8	16.9	13.4
25-59岁	173	288	617	933	1 151	36.1	34.4	39.7	46.0	47.6
60岁以上	29	51	114	224	465	6.0	6.0	7.4	11.1	19.2
<b>合 计</b>	<b>479</b>	<b>839</b>	<b>1 553</b>	<b>2 029</b>	<b>2 419</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	17	31	76	149	329	3.6	3.7	4.9	7.3	13.6
80岁以上	1	3	11	23	69	0.3	0.3	0.7	1.1	2.9
<b>西亚</b>										
0-14岁	17	38	69	79	79	40.4	43.7	34.8	28.1	21.4
15-24岁	8	17	38	49	53	19.4	19.3	19.4	17.5	14.5
25-59岁	15	27	79	127	172	34.2	31.2	39.8	45.0	46.8
60岁以上	3	5	12	26	63	6.1	5.9	6.1	9.4	17.3
<b>合 计</b>	<b>43</b>	<b>87</b>	<b>198</b>	<b>282</b>	<b>367</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
65岁以上	2	3	8	17	46	3.6	3.8	4.1	6.0	12.4
80岁以上	0.1	0.3	1	2	9	0.3	0.3	0.5	0.8	2.4

表A.1

1950年、1975年、2005年、2025年和2050年选定国家和国家组别  
按一般年龄组分列的人口（续）

年 龄 组	百 万					百 分 比				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
发展中国家（续）										
非洲										
0-14岁	94	187	376	495	556	42.0	44.9	41.5	36.9	28.7
15-24岁	42	79	189	270	350	18.9	19.0	20.8	20.0	18.1
25-59岁	76	129	294	494	838	33.9	31.1	32.5	36.7	43.3
60岁以上	12	21	47	86	193	5.3	5.0	5.2	6.4	10.0
合 计	224	416	906	1 344	1 937	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65岁以上	7	13	31	57	129	3.2	3.1	3.4	4.2	6.7
80岁以上	0.6	1	4	7	20	0.3	0.3	0.4	0.6	1.0

资料来源：联合国(2005年a)。

注：本表显示估计(2005年以前)和中位变量预测(2005年以后)。

表A.2  
2025和2050年世界和国家组别按不同预测变量计算的受抚养人比率

	比率类型	2005年 估计数	2025年			2050年		
			低	中	高	低	中	高
世界	合计	55	46	53	60	52	57	63
	儿童	44	30	37	44	23	32	40
	老年人	11	16	16	16	29	25	22
发达国家	合计	49	53	59	65	71	72	75
	儿童	26	19	25	31	19	27	35
	老年人	23	34	34	34	52	45	40
转型经济体	合计	46	42	49	56	59	61	66
	儿童	28	19	26	33	18	27	36
	老年人	18	23	23	22	41	34	29
发展中国家	合计	57	46	52	59	50	55	61
	儿童	48	32	39	46	24	32	41
	老年人	9	13	13	13	26	23	20

资料来源：联合国(2005年a)。

注：受抚养人总比率定义为0-14岁人口和65岁或以上人口之和与15-64岁人口之比。儿童受抚养人比率是0-14岁人口与15-64岁人口之比。老年受抚养人比率是65岁或以上人口与15-64岁人口之比。表中所列比率乘以100。

表A.3

1950年、1975年、2005年、2025年和2050年世界和国家组别按不同定义确定的受抚养人比率

比率类型	老年受抚养人比率限值									
	65岁以上 <sup>a</sup>					60岁以上 <sup>b</sup>				
	1950	1975	2005	2025	2050	1950	1975	2005	2025	2050
<b>世界</b>										
合计	65	74	55	53	57	74	83	63	65	72
儿童	57	64	44	37	32	60	67	46	40	35
老年人	9	10	11	16	25	14	16	17	25	37
<b>发达国家</b>										
合计	54	55	49	59	72	65	67	67	78	92
儿童	42	38	26	25	27	45	41	41	28	30
老年人	13	17	23	34	45	20	26	26	50	62
<b>转型经济体</b>										
合计	56	54	46	49	61	64	65	53	64	84
儿童	45	41	28	26	27	48	44	29	29	30
老年人	11	13	18	23	34	16	21	24	35	54
<b>发展中国家</b>										
合计	71	82	57	52	55	79	90	64	63	69
儿童	65	75	48	39	32	67	78	50	42	35
老年人	7	7	9	13	23	11	12	13	21	34

资料来源：联合国(2005年a)。

注：(1) 表中所列比率乘以100。(2) 本表显示估计(2005年以前)和中位变量预测(2005年以后)。

<sup>a</sup> 受抚养人总比率定义为0-14岁人口和65岁或以上人口之和与15-64岁人口之比。儿童受抚养人比率是0-14岁人口与15-64岁人口之比。老年受抚养人比率是65岁或以上人口与15-64岁人口之比。

<sup>b</sup> 受抚养人总比率定义为0-14岁人口和60岁或以上人口之和与15-59岁人口之比。儿童受抚养人比率是0-14岁人口与15-59岁人口之比。老年受抚养人比率是60岁或以上人口与15-59岁人口之比。



表A.4

2005和2050年选定转型经济体和发展中国家：全民老年养恤金的成本概算（占GDP百分比）

国 家	全民养恤金成本——2005年 (占GDP百分比)	实验1：全民养恤金成本每天 1美元——2050年 (占GDP百分比)	2005年人均GDP (美元购买力平价)	全民养恤金 (每天1美元)—— 占2005年人均 GDP百分比	平均GDP购买力 平价增长， 1990-2005年 <sup>a</sup>
科威特	0.07	0.18	16 903	2.16	3.94
巴林	0.08	0.11	19 477	1.87	4.23
阿曼	0.10	0.16	14 541	2.51	3.98
沙特阿拉伯	0.13	0.22	12 874	2.84	3.30
新加坡	0.17	0.07	26 730	1.37	5.95
博茨瓦纳	0.20	0.03	9 472	3.85	4.85
以色列	0.23	0.12	3 981	9.17	3.90
南非	0.23	0.17	10 809	3.38	2.15
马来西亚	0.25	0.13	10 203	3.58	5.70
大韩民国	0.27	0.08	18 634	1.96	5.07
纳米比亚	0.28	0.13	7 029	5.19	3.93
巴巴多斯	0.30	0.39	16 066	2.27	1.52
特立尼达和多巴哥	0.31	0.15	12 632	2.89	4.02
哥斯达黎加	0.32	0.23	9 560	3.82	4.22
毛里求斯	0.32	0.15	11 029	3.31	4.39
墨西哥	0.32	0.48	8 952	4.08	2.46
多米尼加共和国	0.33	0.22	6 898	5.29	4.48
伊朗(伊斯兰共和国)	0.33	0.31	7 186	5.08	4.12
加蓬	0.36	0.45	6 255	5.83	1.96
阿尔及利亚	0.37	0.64	6 419	5.69	2.64
佛得角	0.38	0.25	5 287	6.90	5.57
智利	0.40	0.14	10 674	3.42	5.43
阿根廷	0.41	0.22	12 494	2.92	3.33
哥伦比亚	0.41	0.58	6 738	5.42	2.56
土耳其	0.41	0.33	7 108	5.14	3.60
约旦	0.42	0.40	4 381	8.33	4.42
哈萨克斯坦	0.42	0.49	9 809	3.72	1.39
巴西	0.43	0.54	7 494	4.87	2.53
突尼斯	0.43	0.27	7 362	4.96	4.36
巴拿马	0.47	0.27	6 775	5.39	4.52
菲律宾	0.49	0.75	4 487	8.14	2.71
巴拉圭	0.50	1.19	4 118	8.86	1.93
泰国	0.50	0.23	7 681	4.75	4.25
委内瑞拉(玻利瓦尔共和国)	0.50	0.96	5 507	6.63	1.99
阿拉伯叙利亚共和国	0.51	0.62	3 368	10.84	4.23
尼加拉瓜	0.52	0.93	3 443	10.60	2.93
秘鲁	0.53	0.4	5 375	6.79	3.90
危地马拉	0.55	0.58	4 044	9.02	3.25
安哥拉	0.56	0.82	2 549	14.32	2.42
白俄罗斯	0.61	0.43	11 089	3.29	1.49
中国	0.63	0.21	6 385	5.72	9.01
摩洛哥	0.64	1.00	3 881	9.41	2.49
巴布亚新几内亚	0.64	0.59	2 261	16.14	4.05

表A.4

2005和2050年选定转型经济体和发展中国家：全民老年养恤金的成本概算(占GDP百分比)(续)

国 家	全民养恤金成本——2005年 (占GDP百分比)	实验1：全民养恤金成本每天 1美元——2050年 (占GDP百分比)	2005年人均GDP (美元购买力平价)	全民养恤金 (每天1美元)—— 占2005年人均 GDP百分比	平均GDP购买力 平价增长, 1990-2005年 <sup>a</sup>
圭亚那	0.65	1.18	4 150	8.80	1.19
黎巴嫩	0.65	0.23	5 777	6.32	7.03
萨尔瓦多	0.68	0.61	4 099	8.90	3.57
埃及	0.71	0.60	3 684	9.91	3.77
乌拉圭	0.72	0.49	8 849	4.12	2.15
阿塞拜疆	0.74	0.27	4 572	7.98	5.87
洪都拉斯	0.75	1.42	2 704	13.5	2.45
厄瓜多尔	0.76	1.17	3 998	9.13	2.15
印度尼西亚	0.78	0.50	3 906	9.35	3.93
罗马尼亚	0.78	0.80	8 987	4.06	0.87
乌兹别克斯坦	0.78	1.22	2 887	12.64	2.61
克罗地亚	0.85	0.88	9 435	3.87	0.53
喀麦隆	0.87	1.21	2 357	15.49	1.91
阿尔巴尼亚	0.89	0.75	4 931	7.40	2.38
亚美尼亚	0.92	1.17	5 767	6.33	0.89
吉布提	0.93	3.25	1 853	19.69	0.54
加纳	0.93	0.66	2 230	16.37	4.16
巴基斯坦	0.93	0.71	2 286	15.97	4.29
牙买加	0.95	1.39	3 901	9.36	0.98
印度	0.96	0.40	3 029	12.05	5.37
玻利维亚	0.98	1.01	2 503	14.58	3.18
毛利塔尼亚	1.00	0.52	1 932	18.89	4.89
苏丹	1.00	0.47	2 060	17.72	5.44
越南	1.01	0.53	2 696	13.54	6.51
保加利亚	1.03	1.16	7 930	4.60	0.02
乌干达	1.03	0.66	1 356	26.91	5.75
斯里兰卡	1.04	0.49	3 732	9.78	4.28
孟加拉国	1.06	0.78	1 944	18.78	4.38
莱索托	1.09	0.14	2 490	14.66	4.82
波斯尼亚和黑塞哥维那	1.10	0.18	6 368	5.73	12.34
几内亚	1.14	1.10	1 795	20.33	3.12
塞内加尔	1.14	1.37	1 558	23.42	3.21
肯尼亚	1.17	3.10	1 282	28.48	1.77
卢旺达	1.17	2.62	1 228	29.72	1.73
科摩罗	1.21	4.06	1 292	28.26	1.47
冈比亚	1.21	1.42	1 797	20.31	2.89
乍得	1.23	0.48	1 399	26.09	6.61
多哥	1.36	2.65	1 301	28.06	2.10
布基纳法索	1.39	1.11	1 106	32.99	4.03
科特迪瓦	1.42	3.90	1 351	27.02	0.66
尼日利亚	1.46	1.15	1 193	30.61	3.49
莫桑比克	1.55	0.48	1 223	29.83	6.12
也门	1.59	1.21	840	43.44	5.73
马里	1.61	1.00	958	38.09	4.54
刚果	1.62	1.95	1 017	35.91	2.74

表A.4

2005和2050年选定转型经济体和发展中国家：全民老年养恤金的成本概算(占GDP百分比)(续)

国 家	全民养恤金成本——2005年 (占GDP百分比)	实验1：全民养恤金成本每天 1美元——2050年 (占GDP百分比)	2005 年人均GDP (美元购买力平价)	全民养恤金 (每天1美元)—— 占2005年人均 GDP百分比	平均GDP购买力 平价增长， 1990-2005年 <sup>a</sup>
尼泊尔	1.64	1.34	1 281	28.50	3.94
尼日尔	1.68	3.64	711	51.37	2.18
贝宁	1.69	1.62	933	39.12	4.08
厄立特里亚	1.78	1.48	813	44.91	4.26
赞比亚	2.05	2.41	829	44.05	1.86
中非共和国	2.14	3.34	1 035	35.26	0.70
马达加斯加	2.29	5.19	768	47.52	1.62
埃塞俄比亚	2.35	2.58	723	50.46	2.95
塞拉利昂	2.52	0.87	796	45.84	0.48
几内亚比绍	2.71	6.86	640	57.05	0.82
坦桑尼亚(联合共和国)	2.94	2.18	632	57.79	3.62
马拉维	3.08	2.43	552	66.10	2.92

资料来源：联合国/经社部。国家总数：100。

<sup>a</sup> 考虑到数据可获得性，以下国家的预测时期与其他国家的预测时期不同：

巴林	1990-2004年
巴巴多斯	1990-1999年
波斯尼亚和黑塞哥维那	1994-2005年
厄立特里亚	1992-2005年
科威特	1995-2004年
阿曼	1990-2004年
乌兹别克斯坦	1992-2005年

表 A.1.5  
选定国家非分担式社会养恤金的选定参数以及非分担式社会养恤金对贫困的影响

国家	年龄资格	全民(U)或家 计调查(M)	月支付额	领取养恤金 的60岁以上 人口百分比	年基本养恤金 占人均收入 百分比(数据 年份)	社会养恤金的 费用占GDP 百分比(2000— 2002年左右)	对贫困的影响, 2000—2006年左右
阿根廷	70+	M	88美元	273比索	6	22 (2000年)	0.23 领取税收融资养恤金的居民的贫困状况下降了31%, 赤字状况下降了67%(1997年数据)
孟加拉国	57+	M	2美元	165塔卡	16 <sup>a</sup>	7 (2003/2004年)	0.03 食品、健康和微观投资支出增加(国际助老会/亚太地 区发展中心(2006年))
玻利维亚 <sup>b</sup>	65+	U	18美元	150玻利 瓦诺	69	23 (2004年)	1.3 受益居民的食品消费增长了6.3%,对农村地区的食品 消费、产出增长和儿童教育产生了积极影响
博茨瓦纳	65+	U	27美元	166普拉	85	9 (1990/2000年)	0.4
巴西: 持续给 付福利	67+	M	140美元	300雷亚尔	5	33 (2003年)	0.2 家庭成员贫困概率率下降至18%,最贫困者的收入增长 了105%
巴西: 农村 保障	60+男 55+女	M	140美元	300雷亚尔	27	33 (2003年)	0.7 12-14岁女童入学率提高
哥斯达黎加	65+	M	26美元	13 800科朗	20	10 (2000年)	0.18
印度	65+	M	4美元	200卢比	13	10 (1999年) <sup>c</sup>	0.01
莱索托	70+	Ud	21美元	150马洛蒂	53	..	1.43 2004年建立,影响数据尚未获得;但最初证据表明65% 的养恤金收入用于由老年人照看的儿童(Samson, 2006 年)
毛里求斯	60+e	U	60美元	1 978卢比	100	18 (1990/2000年)	2 老年人贫困率(单身和夫妇)下降了40%以上
纳米比亚	60+	M	28美元	200纳元	87	17 (1990/2000年)	0.8 食品、健康、子孙教育、农业技术、家畜和微型企业 的支出增加
尼泊尔	75+	U	2美元	150卢比	12	10 (2001/2002年)	0.1
摩尔多瓦	62+男 57+女	M	5美元	63列伊	12	23.3 (1996年)	0.08

表A.5  
选定国家非担式社会养恤金的选定参数以及非担式社会养恤金对贫困的影响(续)

国家	年龄资格	全民(U)或家 计调查(M)	月支付额	领取养恤金 的60岁以上 人口百分比	年基本养恤金 占人均收入 百分比 (数据年份)	社会养恤金的 费用占GDP 百分比(2000— 2002年左右)	对贫困的影响, 2000—2006年左右
萨摩亚群岛	65+	U	33美元	100	22 (2003年)	1.4	
南非	65+男 60+女	M	109美元	60	32 (2003年)	1.4	家庭成员变穷的概率下降了12.5%; 5%最贫穷者的收入增长了50%; 儿童营养、健康、教育状况得到改善; 鼓励扩大微型企业; 以及促进代际生活安排
泰国	60+	M	8美元	16	15 <sup>f</sup>	1.3 <sup>f</sup>	
塔吉克斯坦	63+男 58+女	M	4美元	..	..		
乌拉圭	70+	M	100美元	10	24(2001年)	0.62	70岁以上老年人的贫困和赤贫状况维持在低水平, 这得益于该年龄组中75%的养恤金覆盖率
越南	60+	M	6美元	2	5(1998年)	0.02	
越南	90+	U	6美元	0.5	..	0.0005	

资料来源: 联合国/经社部评估; 国际助老会(2006年b); Willmore(2006年, 表2); Palacios和Sluchynsky(2006年, 表1); 国际助老会/亚太地区发展中心(2006年); 以及Johnson和Williamson(2006年)。

<sup>a</sup> 57岁以上领取养恤金人口百分比。

<sup>b</sup> 按年度给付。

<sup>c</sup> 引自Palacios和Sluchynsky(2006年); Willmore(2006年)显示2000年5%的数字。

<sup>d</sup> 全民保障, 但部分人除外, 即已领取足够政府养恤金者(占本应列为符合条件者的4%)。

<sup>e</sup> 最近将年龄资格调整为65岁以上。

<sup>f</sup> Palacios和Sluchynsky的估计(2006年)。

## 参考书目

- Abeykoon, Palitha (2002). Case study: Sri Lanka. In *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Aboderin, I., and others (2002). *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*. Geneva: World Health Organization.
- Aboderin, Isabella (2004). Intergenerational family support and older age economic security in Ghana. In *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books, part III, chap. 10.
- Acuña, R., and A. Iglesias (2001). Chile's pension reform after 20 years. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0129. December. Washington, D.C.: World Bank.
- Ahearne, Alan G., William L. Grier and Francis E. Warnock (2004). Information costs and home bias: an analysis of U.S. holdings of foreign equities. *Journal of International Economics*, vol. 62, pp. 313-336.
- Ando, Alberto, and Franco Modigliani (1963). The "life cycle" hypothesis of saving: aggregate implications and tests. *The American Economic Review*, vol. 53, No. 1, pp. 55-84.
- Anetzberger, G.J. (1987). *The Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- \_\_\_\_\_, J.E. Korbin and C. Austin (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 9, No. 2, pp. 184-193.
- Apt, Nana Araba (1999). Rapid urbanization and living arrangements of older persons in Africa. Centre for Social Policy Studies, University of Ghana, Legon. Available from [http://www.un.org/esa/population/publications/bulletin42\\_43/apt.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/bulletin42_43/apt.pdf).
- Bank for International Settlements (2006). *BIS Quarterly Review: International Banking and Financial Market Developments*. Basel, Switzerland: Bank for International Settlements. 14 March.
- Banks, James, Richard Blundell and Sarah Tanner (1998). Is there a retirement-savings puzzle? *American Economic Review*, vol. 88, No. 4, pp. 769-788.
- Barr, Nicholas (2000). Reforming pensions myths, truths and policy choices. IMF Working Paper, No. 00/139. Washington, D.C.: International Monetary Fund. 1 August.
- \_\_\_\_\_. (2006). Pensions: overview of the issues. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, pp. 1-14.

- \_\_\_\_\_, and Peter Diamond (2006). The economics of pensions. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, pp. 15-39.
- Barrientos, Armando (2007). Livelihood sources of older people and their households in developing countries. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Benjamin, Kirsten, and Sally Wilson (2005). Facts and misconceptions about age, health status and employability. Report No. HSL/2005/20. Buxton, United Kingdom: Health and Safety Laboratory.
- Bernheim, B. Douglas, Jonathan Skinner and Steven Weinberg (2001). What accounts for the variation in retirement wealth among U.S. households? *American Economic Review*, vol. 91, No. 4, pp. 832-857.
- Black, Sandra E., and Lisa M. Lynch (2004). Workplace practices and the new economy. *FRBSF Economic Letter*, No. 10 (16 April). San Francisco, California: Federal Reserve Bank of San Francisco.
- Boldy, D., and others (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, vol. 24, No. 1, pp. 3-8.
- Bongaarts, John, and Zachary Zimmer (2001). Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of DHS Household Surveys. Policy Research Division Working Paper, No. 148. New York: Population Council.
- Börsch-Supan, Axel (2004). Global aging: issue, answers, more questions. Michigan Retirement Research Center Working Paper, No. 2004-084. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan, Michigan Retirement Research Center. June.
- Bosworth, Barry, and Gary Burtless (1998). Population aging and economic performance. In *Private Markets for Public Goods: The Global Dimension*, Barry Bosworth and Gary Burtless, eds. Washington, D.C.: The Brookings Institution Press.
- Brodsky, Jenny, Jack Habib and Miriam J. Hirschfeld, eds. (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Geneva: World Health Organization.
- Brodsky, Jenny, and others (2002). Care of the frail elderly in developed and developing countries: the experience and challenges. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 14, No. 4, pp. 279-286.
- \_\_\_\_\_. (2003). Choosing overall LTC strategies: a conceptual framework for policy development. In *Key Policy Issues in Long-Term Care*, J. Brodsky, J. Habib and M. Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Bryant, John, and Audrey Sonerson (2006). Gauging the cost of aging. *Finance & Development*, vol. 43, No. 3 (September).
- Chan, A.C.M., D.R. Phillips and F.M.S. Fong (2003). An exploratory study of older persons' computer and internet usage in Hong Kong. Monograph Series, No. 3 (August). Hong Kong: Asia Pacific Institute of Ageing Studies, Lingnan University.
- Chan, Angelique, and others (2003). The relations between formal and familial support of the elderly in Singapore and Taiwan. Asian MetaCentre Research Paper, No. 9. Asian

- MetaCentre for Population and Sustainable Development Analysis, Asia Research Institute, National University of Singapore. January.
- Cheng, Sheung-Tak, Alfred C.M. Chan and David R. Phillips (2006). The aging situation in Asia and the Pacific: trends and priorities. Unpublished paper to be included in the World Ageing Situation Report 2007.
- Cho, A.J., S.K. Kim and Y.K. Kim (2000). Study on the prevalence of elder abuse in Korea. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Coe, D., and E. Helpman (1995). International R&D spillovers. *European Economic Review*, vol. 39, No. 5, pp. 859-887.
- Commission of the European Communities (2006). A year of delivery: The European Commission's 2006 annual progress report on growth and jobs. Available from [http://ec.europa.eu/growthandjobs/annual-report-1206\\_en.htm](http://ec.europa.eu/growthandjobs/annual-report-1206_en.htm) (accessed 9 May 2007).
- Compton, S.A., P. Flanagan and W. Gregg (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 12, No. 6, pp. 632-635.
- Council of the European Union (2000). Establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000. Official Journal of the European Communities, 303/16 (2 December), pp. 0016-0022.
- Cowgill, D.O. (1972). A theory of aging in cross-cultural perspective. In *Aging and Modernization*, D.O. Cowgill and L. D. Holmes, eds. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Coyne, A.C., W.E. Reichman and L.J. Berbig (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, No. 4, pp. 643-646.
- Cutler, David, Angus Deaton and Adriana Lleras-Muney (2005). The determinants of mortality. Center for Health and Wellbeing (Princeton University) Working Paper, No. 48. Available from [http://www.princeton.edu/~rpds/downloads/cutler\\_deaton\\_llerasmuney\\_determinants\\_mortality\\_nberdec05.pdf](http://www.princeton.edu/~rpds/downloads/cutler_deaton_llerasmuney_determinants_mortality_nberdec05.pdf) (accessed 22 January 2007).
- \_\_\_\_\_ (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, No. 3 (summer).
- D'Arista, Jane (2006). The implications of aging for the structure and stability of financial markets. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. December.
- Davis, E. Philip (2002). Pension fund management and international investment: a global perspective. *Pensions Institute Discussion Paper*, No. PI-026. London: The Pensions Institute, Birbeck College, University of London. May.
- \_\_\_\_\_ (2003). Institutional investors, financial market efficiency and financial stability. *Pensions Institute Discussion Paper*, No. PI-0303. London: The Pensions Institute, Birbeck College, University of London. January.



- \_\_\_\_\_ (2005). The role of pension funds as institutional investors in emerging markets. Paper presented at the Korean Development Institute conference “Population Aging in Korea: Economic Impacts and Policy Issues”, Seoul, March 2005. April. Available from <http://www.brunel.ac.uk/329/efwps/05-18.pdf> (accessed 9 May 2007).
- Deaton, Angus, S. (2005). Franco Modigliani and the life cycle theory of consumption. Paper presented at the Convegno Internazionale Franco Modigliani, Accademia Nazionale dei Lincei, Rome, 17 and 18 February. March.
- Delgado, G.C., and J.C. Cardoso (2000). Principais resultados da pesquisa domiciliar sobre a previdência rural na região sul do Brasil. *Texto para Discussão*, No. 734. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Demery, Paul (2000). Policy interventions in response to below-replacement fertility. In *Population Bulletin of the United Nations: Below Replacement Fertility*. Special Issue, Nos. 40/41 (1999), pp. 183-193. Sales No. E.99.XIII.13. New York: United Nations.
- de Mesa, Alberto Arenas, and Carmelo Mesa-Lago (2006). The structural pension reform in Chile: effects, comparisons with other Latin American reforms, and lessons. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, No. 1, pp. 149-167.
- de Mesa, Alberto Arenas, and others (2006). The Chilean pension reform turns 25: lessons from the Social Protection Survey. Pension Research Council Working Paper PRC WP 2006-9. Philadelphia, Pennsylvania: Pension Research Council, The Wharton School, University of Pennsylvania.
- Dercon, Stefan (1998). Wealth, risk and activity choice: cattle in Western Tanzania. *Journal of Development Economics*, vol. 55, No. 1 (February), pp. 1-42.
- Diamond, Peter (1996). Government provision and regulation of economic support in old age. In *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995*, Boris Pleskovic and Michael Bruno, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- \_\_\_\_\_ (2004). Social security. *American Economic Review*, vol. 94, No. 1, pp. 1-24.
- Dirección General de Estadística y Censos (1994). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. San José: Ministerio de Economía, Industria y Comercio.
- Dorbritz, J., and K. Schwarz (1996). Kinderlosigkeit in Deutschland: ein Massenphänomen? *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, vol. 21, No. 3, pp. 231-261.
- Ebrahim, Shah (2002). Ageing, health and society. *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, No. 4, pp. 715-718.
- Economic and Social Commission for Western Asia (2002). The Arab Plan of Action on Ageing to the Year 2012, p. 7. Available from <http://www.escwa.org.lb/divisions/sdd/activities/aging/poa.pdf> (accessed 15 January 2007).
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (2000). *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Sales No. S.00.II.G.81.
- \_\_\_\_\_ (2006). Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity. LC/ G.2294(SES.31/3). March.

- Economic Policy Committee (2003). Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on education. Brussels, 22 October. EPC/ECFIN/435/03 final. Available from [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/epc/documents/2003/awgeducation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2003/awgeducation_en.pdf) (accessed 5 March 2007).
- Elo, I., and S. Preston (1992). Effects of early-life conditions on adult mortality: a review. *Population Index*, vol. 58, No. 2 (summer), pp. 186-212.
- El-Safty, M. (2006). Economic and Social Commission for Western Asia regional contribution to the World Ageing Situation Report 2007. Unpublished paper.
- Employment Benefit Research Institute (EBRI) (2006). IRA and KEOGH assets and contributions, and income of the elderly population, age 65 and over, 2004. *EBRI Notes* (Washington, D.C.), vol. 27, No. 1. January.
- Engelhardt, Gary V., and Jonathan Gruber (2004). Social security and the evolution of elderly poverty. NBER Working Paper, No. 10466. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research. May.
- European Commission (2001). Reforms of pension systems in the EU: an analysis of the policy options. *European Economy*, No. 73, pp. 171-222.
- \_\_\_\_\_ (2004). Increasing the employment of older workers and delaying exit from the labour market. Communication from the Commission of 3 March. COM(2004) 146.
- \_\_\_\_\_ (2005). The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States. *Economic Paper*, No. 236. December. Available from [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_papers/2005/ecp236en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_papers/2005/ecp236en.pdf) (accessed 30 April 2007).
- \_\_\_\_\_, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2006). The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU 25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2005). *European Economy* (Brussels), special report No. 1/2006.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006a). *Foundation Focus: Age and Employment*, issue 2 (September). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- \_\_\_\_\_ (2006b). *Age and Employment* in the New Member States. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) (2005). Are we living longer, healthier lives in the EU? EHEMU Technical report 2. Montpellier, France. Available from <http://www.hs.le.ac.uk/reves/ehemutest/pdf/techrep20507.pdf> (accessed 14 August 2006).
- Ezzati, M., and A.D. Lopez (2004). Smoking and oral tobacco use. In *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, M. Ezzati and others, eds. Geneva: World Health Organization, pp. 883-956.

- Ezzati, Majid, and others (2005). Rethinking the “disease of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine*, vol. 2, No. 5 (May), e133. San Francisco, California: Public Library of Science.
- Fitzgerald, J. (2005). Progress on the Lisbon Agenda. Paper submitted to the Brussels Economic Forum. 21 April. Dublin: Economic and Social Research Institute.
- Fogel, Robert William (2004). Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the *Early Indicators project*. In *Aging, Health and Public Policy: Demographic and Economic Perspectives*, Linda J. Waite, ed. Supplement to *Population and Development Review* (Population Council, New York), vol. 30, pp. 19-47.
- Forrester Research (2002). 3.3 million US services jobs to go offshore. Forrester Research Brief. 11 November. Authors: John C. McCarthy and others.
- Förster, Michael, and Marco Mira d’Ercole (2005). Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s. OECD Social, Employment and Migration Working Paper, No. 22. DELSA/ELSA/ED/SEM (2005) 1. 10 March. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Freeman, Richard B. (2006). Is a great labor shortage coming? replacement demand in the global economy. NBER Working Paper, No. 12541. September. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research. Available from <http://www.nber.org/papers/w12541> (accessed on 27 April 2007).
- Friedman, Milton (1957). *A Theory of the Consumption Function*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Fries, James F. (2005). Compression of morbidity: in retrospect and in prospect. International Longevity Center-USA Issue Brief, vol. 2, No. 2. New York: Mount Sinai School of Medicine.
- Garrett, Laurie (2007). The challenge of global health. *Foreign Affairs*, vol. 86, No. 1 (January/February), pp. 14-38.
- Gasparini, Leonardo, and others (2007). Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Gill, Indermit S., Truman Packard and Juan Yermo (2004). *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*. Palo Alto, California, and Washington, D.C.: Stanford University Press and World Bank.
- Global Action on Aging (2006a). Argentina: launch of campaign that promotes healthy images of old age. 8 November. Newsletter (December). Article in Spanish. Available from <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2006/vejezpositiva.htm> (accessed 1 January 2007).
- \_\_\_\_\_ (2006b). Conference about the situation of older people in Europe: a bet and a change. The contribution of older people. 13 September. Newsletter (September). Available from <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2006/abetandachance.htm> (accessed 31 December 2006).

- Gnanasekaran, Kottai S. (2006). Population ageing in the twenty-first century and its implications for the health sector. Paper presented at the International Conference on Emerging Population Issues in the Asian Pacific Region: Challenges for the 21st Century, Mumbai, India, 10-13 December 2006.
- Goergen, Thomas (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: a pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 13, No. 1, pp. 1-26.
- Gomes da Conceição, Cristina, and Veronica Montes de Oca Zavala (2004). Ageing in Mexico: families, informal care and reciprocity. In *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*, Peter Lloyd-Sherlock, ed. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books, part III, chap. 11.
- Grafstrom, M., A. Nordberg and B. Winblad (1993). Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 21, No. 4, pp. 247-253.
- Gray, Alastair (2005). Population ageing and health care expenditure. *Ageing Horizons* (Oxford Institute of Ageing, Oxford, United Kingdom), No. 2 (spring-summer), pp. 15-20.
- Gruber, Jonathan, and David A. Wise (2005). Social security programs and retirement around the world: fiscal implications: introduction and summary. *NBER Working Paper*, No. 11290. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research. April.
- Hammond Care Group (2003). Community care. Available from <http://www.hammond.com.au/communitycare/index.html> (accessed 14 December 2006).
- Harper, Sarah, and Sue Marcus (2006). Age-related capacity decline: a review of some workplace implications. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, issue 5 (autumn-winter). Oxford, United Kingdom: Oxford Institute of Ageing.
- Health Policy and Communications Branch, Health Canada (2001). *Health Expenditures in Canada by Age and Sex, 1980-81 to 2000-01*. August. Ottawa: Health Canada. Available from <http://www.hc-sc.gc.ca>.
- Heinrich, Georges A. (2000). Affluence and poverty in old age: new evidence from the European Community Household Panel. September.
- HelpAge International (2001). Talking point: understanding older people's experience. *Ageing and Development*, issue 8 (May).
- \_\_\_\_\_ (2002). *A Generation in Transition: Older People's Situation and Civil Society's Response in East and Central Europe*. London: HelpAge International. May.
- \_\_\_\_\_ (2006a). Surviving with little support. *Ageing and Development*, issue 19 (February), p. 9.
- \_\_\_\_\_ (2006b). Why social pensions are needed now. October. London: HelpAge International. Available from <http://www.globalaging.org/pension/world/2007/needed.pdf> (accessed 15 January 2007).

- \_\_\_\_\_/Asia Pacific Regional Development Centre (2006). Working draft for discussion: an overview of social pensions in Asia. London. December.
- Herlitz, C. (1997). Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden. *The Gerontologist*, vol. 37, No. 1 (February), pp. 117-123.
- Hermalin, Albert I., ed. (2002). *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Hinrichs, Karl, and Paula Aleksandrowicz (2005). Active ageing and European pension systems: synthesis report. Bremen, Germany: University of Bremen Centre for Social Policy Research.
- Hirsch, Tad, and others (2000). The ELDER project: social, emotional, and environmental factors in the design of eldercare technologies. In *Proceedings on the 2000 Conference on Universal Usability*. Conference held in Arlington, Virginia, 16 and 17 November 2000. New York: ACM Press.
- Hirschfeld, Miriam J. (2007). Health and long-term care systems for ageing societies. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*.
- Hokenstad, M.C., and L. Johansson (1996). Eldercare in Sweden: issues in service provision and case management. *Journal of Case Study Management*, vol. 5, No. 4, pp. 137-141.
- Holzmann, Robert (2005). Demographic alternatives for aging industrial countries: increased total fertility rate, labor force participation, or immigration. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0540. December. Washington, D.C.: World Bank.
- \_\_\_\_\_, and Richard Hinz (2005). *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington, D.C.: World Bank.
- Homer, A.C., and C. Gilleard (1990). Abuse of elderly people by their caregivers. *British Medical Journal*, vol. 301, No. 6765, pp. 1359-1362.
- Horioka C.Y. (1989). Why is Japan's private saving rate so high? In *Developments in Japanese Economics*, R. Sato and T. Negishi, eds. Tokyo: Academic Press.
- Horizon Foundation (2005). Aging-in-place initiative. Available from <http://www.thehorizonfoundation.org/ht/d/sp/i/1398/pid/1398> (accessed 8 January 2007). Columbia, Maryland: Horizon Foundation.
- Howse, Kenneth (2006). Pension reform and age of retirement rules. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, issue 5 (autumn-winter). Oxford, United Kingdom: Oxford Institute of Ageing.
- Hua, Fu, and Xue Di (2002). Case study: China. In *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Iecovich, E., M. Lankri and D. Drori (2005). Elder abuse and neglect: a pilot incidence study in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 16, No. 3, pp. 45-63.

- International Institute for Democracy and Electoral Assistance (2006a). Voter turnout by age. Available from [http://www.idea.int/vt/by\\_age.cfm](http://www.idea.int/vt/by_age.cfm) (accessed 19 March 2007).
- (2006b). Voter turnout statistics by age from the National Elections Commission, Liberia. Available from [http://www.idea.int/vt/by\\_age.cfm](http://www.idea.int/vt/by_age.cfm) (accessed 19 March 2007).
- International Labour Office (2004a). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact and Response*. Geneva: International Labour Organization, ILO Programme on HIV/AIDS and the world of work.
- (2004b). Global employment trends for women 2004. March. Geneva.
- (2004c). *World Employment Report: Employment, Productivity and Poverty Reduction*. Geneva: International Labour Organization.
- (2005a). Global employment trends brief. February. Geneva.
- (2005b). *Key Indicators of the Labour Market*, 4th ed. Geneva.
- (2006). *Changing Patterns in the World of Work: Report of the Director-General*. International Labour Conference, 95th Session 2006: report I (c). Geneva.
- International Labour Organization (1975). Recommendation Concerning Vocational Guidance and Vocational Training in the Development of Human Resources. (Human Resources Development Recommendation), No. 150, adopted 23 June 1975. In *International Labour Conventions and Recommendations, 1952-1976* (vol. II). Geneva: International Labour Office, sect. II, pp. 572-602.
- (2002). Facts on social security. Geneva: International Labour Office. Available from <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/events/factsheet.pdf> (accessed 4 May 2007).
- International Longevity Center-USA (2006). Ageism in America. New York: Anti-Ageism Taskforce at the International Longevity Center.
- International Monetary Fund (2003). *Global Financial Stability Report: Market Developments and Issues*, March 2003. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- (2005). *Global Financial Stability Report: Market Developments and Issues*, September 2005. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Jamison, Dean T., and others (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2<sup>nd</sup> ed. Washington, D.C., and New York: World Bank and Oxford University Press. Also available from <http://www.dcp2.org/page/main/ViewPublications.html>.
- Jensen, Per H. (2005). Reversing the trend from “early” to “late” exit: push, pull and jump revisited in the Danish context. *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, vol. 30, No. 4 (October), pp.656-673.
- Johnson, Jessica K.M., and John B. Williamson (2006). Do universal non-contributory old-age pensions make sense for rural areas in low-income countries? *International Social Security Review*, vol. 59, No. 4, pp. 47-65.

- Kakwani, Nanak, and Kalanidhi Subbarao (2005). Ageing and poverty in Africa and the role of social pensions. *International Poverty Centre Working Paper*, No. 8. August. Brasília: United Nations Development Programme International Poverty Centre.
- Kinsella, Kevin, and David R. Phillips (2005). Global aging: the challenge of success. *Population Bulletin* (Population Reference Bureau, Washington, D.C.), vol. 60, No. 1 (March).
- \_\_\_\_\_, and Victoria A. Velkoff (2001). *An Aging World: 2001*. U.S. Census Bureau, Series p 95/01-1. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Kivela, S.L., and others (1992). Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 4, No. 3, pp. 1-18.
- Knaul, Felicia, and others (2002). Case study: Mexico. In *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodksy, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. Geneva: World Health Organization.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2007). Population aging, wealth, and economic growth: demographic dividends and public policy. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*.
- Leeson, George (2006). The employment equality age regulations and beyond. *Ageing Horizons: Policies for Ageing Societies*, issue 5 (autumn-winter). Oxford, United Kingdom: Oxford Institute of Ageing.
- Lehman, H. (1953). *Age and Achievement*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Leung, A., Y.H. Lui and I. Chi (2005). Later life learning experience among Chinese elderly in Hong Kong. *Gerontology and Geriatrics Education*, vol. 26, No. 2, pp.1-15.
- Leung, Gabriel, Keith Tin and Wai-Sum Chan (2007). Hong Kong's health spending projections through 2033. *Health Policy*, vol. 81, No. 1 (April), pp.93-101.
- Levinsky, Norman G., and others (2001). Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, No. 11 (September), pp. 1349-1355.
- Levy, B., and others (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 83, No. 2, pp. 261-270.
- Lichtenberg, F. (1992). R&D investment and international productivity differences. NBER Working Paper, No. 4161. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Lieras-Muney, A. (2007). A surprising secret to long life: stay in school. *The New York Times*, 3 January.
- Lloyd-Sherlock, Peter (2000). Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Social Science and Medicine*, vol. 51, No. 6 (15 September), pp. 887-895.
- \_\_\_\_\_. (2004a). Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*,

- Peter Lloyd-Sherlock, ed. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books.
- , ed. (2004b). *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection*. London: United Nations Research Institute for Social Development and Zed Books.
- (2006). Identifying vulnerable older people: insights from Thailand. *Ageing and Society*, vol. 26, No. 1, pp. 81-103.
- Lührmann, Melanie (2005). Population ageing and the demand for goods and services. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. Discussion Paper, No. 95-05. Mannheim, Germany: Department of Economics, Universität Mannheim.
- Mahal, Ajay, and Peter Berman (2001). Health expenditures and the elderly: a survey of issues in forecasting, methods used, and relevance for developing countries. Center for Population and Development Studies, Harvard Burden of Disease Unit, Cambridge, Massachusetts. December. Unpublished.
- (2006). Health expenditures on the elderly in India and their financing: future prospects. May. Unpublished.
- Mahoney, Melissa and others (2006). Spurring growth dynamics from services offshoring. Schwartz Center for Economic Policy and Analysis (SCEPA) policy note. February. New York: The New School. Available from <http://newschool.edu/cepa/publications/index.htm#Policy Notes> (accessed 24 April 2007).
- Maitland, Alison (2007). Make ready for the mother of all job changes. *Financial Times*, 2 April.
- Mankiw, N., D. Romer and D. Weil (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, No. 2, pp. 407-437.
- Mann, Catherine L. (2003). Globalization of IT services and white collar jobs: the next wave of productivity growth. International Economics Policy Briefs, No. PB03-11. December. Washington, D.C.: Peter G. Peterson Institute for International Economics, December.
- Mathers, Colin D., and Dejan Loncar (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, vol. 3, No. 11 (28 November). San Francisco, California: Public Library of Science.
- Mathers, C.D., and others (2004). Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002. *BMC Public Health*, vol. 4, No. 66.
- Mathiason, John R. (2003). An international perspective on aging and the end of life. *Home Health Care Management and Practice*, vol. 15, No. 2 (February), pp. 100-104.
- McKay, Stephen, and Sue Middleton (1998). *Characteristics of Older Workers: Secondary Analysis of the Family and Working Lives Survey*. Research Brief RB 45. Suffolk, United Kingdom: Department for Education and Employment.
- Meyer, S., and H. Mollenkopf (2003). Home technology, smart homes, and the aging user. In *Aging Independently: Living Arrangements and Mobility*, K. W. Schaie and others, eds. New York: Springer.



- Miniaci, Raffaele, Chiara Monfardini and Guglielmo Weber (2003). Is there a retirement consumption puzzle in Italy? *IFS Working Paper*, No. 03/14. July. London: Institute for Fiscal Studies.
- Modigliani, Franco, and Richard Brumberg (1954). Utility analysis and the consumption function: an interpretation of the cross-section data. In *Post-Keynesian Economics*, Kenneth K. Kurihara, ed. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, pp. 388-436.
- Morgan, D.L., T.L. Schuster and E.W. Butler (1991). Role reversals in the exchange of social support. *Journal of Gerontology* (Washington, D.C.), vol. 46, No. 5, pp. 5278-5287.
- Mosisa, Abraham, and Steven Hipple (2006). Trends in labor force participation in the United States. *Monthly Labor Review*, vol. 129, No. 6 (October).
- Munnell, Alicia H. (2006). Policies to promote labour force participation of older people. Work Opportunities for Older Americans Series Working Paper, No. 2. CRR WP 2006-2. January. Chestnut Hill, Massachusetts: Center for Retirement Research at Boston College.
- National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector (2006). Report on social security for unorganised workers presented to the Prime Minister. New Delhi: Government of India. Available from <http://nceus.gov.in/> (accessed 15 October 2006).
- Newhouse, Joseph P. (1992). Medical care cost: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, No. 3 (summer), pp. 3-21.
- Nishimura, Kiyohiko G., and others (2002). Effects of information technology and aging work force on labor demand and technological progress in Japanese industries: 1980-1998. Discussion paper CIRJE-F-145. January. Tokyo: Faculty of Economics, University of Tokyo.
- Novelli, William D. (2005). From the CEO: nurturing communities. In Global report on aging (summer). Available from [http://www.aarp.org/research/international/gra/gra\\_special\\_05/](http://www.aarp.org/research/international/gra/gra_special_05/). Washington, D.C.: AARP.
- Ocampo, José Antonio (2005). A broader view of macroeconomic stability. DESA Working Paper, No. 1. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. October. Available from [http://www.un.org/esa/desa/papers/2005/wpl\\_2005.pdf](http://www.un.org/esa/desa/papers/2005/wpl_2005.pdf) (accessed 14 May 2007).
- Office for an Ageing Australia (2004). Media resources: positive images gallery. Australian Government Department of Health and Ageing. Available from [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/ageing-foa-media\\_resources-gallery-index.htm](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/ageing-foa-media_resources-gallery-index.htm) (accessed 1 January 2007).
- Ofstedal, Mary Beth, and Josefina N. Natividad (2002). Patterns of health care utilization. In *The Well-Being of the Elderly in Asia: A Four-Country Comparative Study*, Albert I. Hermalin, ed. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press.
- Ogawa, Naohiro, and others (2006). Population aging and health care spending in Japan: public and private-sector responses. Mimeo. 12 December.

- Ogg, J. (1993). Researching elder abuse in Britain. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 5, No. 2, pp. 37-54.
- Oppong, Christine (2006). Familial roles and social transformations: older men and women in sub-Saharan Africa. *Research on Ageing*, vol. 28, No. 6 (November).
- Organization for Economic Cooperation and Development (2005). Pension Markets in Focus (Newsletter), issue 2 (December). Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- \_\_\_\_\_ (2006a). *Live Longer, Work Longer*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- \_\_\_\_\_ (2006b). Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Paper No. 477. ECO/WKP(2006)5. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- \_\_\_\_\_ (2007). Social Expenditure Database (SOCX). Available from <http://www.oecd.org/els/social/expenditure>.
- Paes de Barros, Ricardo, Rosane Mendonça and Daniel Santos (1999). Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. *IPEA Texto para Discussão*, No. 686 (Dezembro). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economica Aplicada.
- Palacios, Roberto, and Oleksiy Sluchnysky (2006). Social pensions part I: their role in the overall pension system. *World Bank Social Protection Discussion Paper*, No. 601. Washington, D.C.: World Bank.
- \_\_\_\_\_, and Montserrat Pallarès-Miralles (2000). International patterns of pension provision. *World Bank Social Protection Discussion Paper*, No. 9. Washington, D.C.: World Bank.
- Paveza, G.J., and others (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, vol. 32, No. 4, pp. 493-497.
- Pelaez, M. (2006). Well-being and health in Latin America and the Caribbean: policy priorities for the implementation of the International Plan of Action on Ageing. Unpublished paper.
- Peterson, Peter G. (2002). The challenge of global ageing. *Les Cahiers de la FIAPA: Action Research on Ageing*, No. 2 (December): Grey Power? vol. 1, Political Power and Influence, pp. 16-26.
- Phillips, L.R. (1983). Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 8, No. 5 (September), pp. 379-392.
- Phua, Kai Hong and Yap Mui Teng (1998). Financing health care in old age: a case study of Singapore. In *Choices in Financing Health Care and Old Age Security: Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, November 8, 1997*, Nicholas Prescott, ed. *World Bank Discussion Paper*, No. 392. Washington, D.C.: World Bank.
- Pillemer, K., and J.J. Suitor (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, vol. 47, No. 4 (July), pp. S165-S172.

- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 4 (1/2), pp. 5-58.
- \_\_\_\_\_, G. Anetzberger, and P. B. Teaster (2006). International Network for the Prevention of Elder Abuse: preliminary findings from a worldwide environment scan. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Dallas, Texas.
- Productivity Commission, Government of Australia (2005). *Economic Implications of an Ageing Australia*. Research Report. Canberra. 24 March.
- Prskawetz, A., T. Fent and R. Guest (2005). Workforce aging and labor productivity: the role of supply and demand for labor in the G7. 3 November.
- Purdie, Nola, and Gillian Boulton-Lewis (2003). The learning needs of older adults. *Educational Gerontology*, vol. 29, No. 2 (February), pp. 129-149.
- Qiao, X. (2005). Changes in the perceived health expectancy of the elderly in China, from 1992 to 2000. Paper presented at the seventeenth meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Beijing, 18-20 May 2005.
- RAND (2005). Population implosion? low fertility and policy responses in the European Union. RAND Corporation research brief series. Cambridge, United Kingdom: RAND Europe.
- Rannan-Eliya, Ravi P. (2007). Population ageing and health expenditure: Sri Lanka 2001-2101. Institute for Health Policy, Colombo. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. February.
- \_\_\_\_\_, Claudia Blanco-Vidal and A. K. Nandakumar (1998). The distribution of health care resources in Egypt: implications for equity: an analysis using a national health accounts framework. Available from <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-81.PDF> (accessed 3 November 2006).
- \_\_\_\_\_, and Ruki Wijesinghe (2006). Global review of projecting health expenditures for older persons in developing countries. Institute for Health Policy, Colombo. 25 August. Monograph prepared for WHO Kobe Centre, Kobe Japan.
- Reay, A.M., and K.D. Browne (2001). Risk factors for caregivers who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Aging and Mental Health*, vol. 5, No. 1, pp. 56-62.
- Reis, M., and D. Nahmiash, (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, vol. 38, No. 4 (August), pp. 471-480.
- Rofman, Rafael (2005). Social security coverage in Latin America. May. Washington, D.C.: World Bank, Social Protection Unit, Human Development Network.
- Romer, P. (1986). Increasing returns and long-run growth. *Journal of Political Economy*, vol. 94, No. 5, pp. 1002-1037.
- Romero, Dalia Elena, Iúri da Costa Leite and Céilia Landmann Szwarcwald (2005). Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivan method. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), vol. 21, Supplement 1, pp. S7-S18.
- Saad, Paulo M. (2001). Support transfers between elderly parents and adult children in two Brazilian settings (CD-ROM). Paper presented at the Twenty-fourth IUSSP

- General Population Conference, Salvador de Bahia, Brazil, 18-24 August 2001. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Samson, Michael (2006). Tackling poverty with social transfers to vulnerable groups: evidence from Africa. International Forum on the Eradication of Poverty: UNICEF session on “Children and poverty”, New York City, 15 and 16 November 2006.
- Schaffnit-Chatterjee, Claire (2007). How will senior Germans spend their money? the interplay of demography, growth and changing preference. *Deutsche Bank Research*. 27 March. Frankfurt am Main, Germany: Deutsche Bank AG.
- Schieber, George, and Akiko Maeda (1999). Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, vol. 18, No. 3 (May/June), pp. 193-205.
- Schwarz, Anita and Asli Demirgüç-Kunt (1999). Taking stock of pension reforms around the world. World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 9917. Washington, D.C.: World Bank.
- Sengupta, Arjun (2007). A socially secure unorganized worker. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Shah, Ajay (2005). A sustainable and scalable approach in Indian pension reform. Available from <http://www.mayin.org/ajayshah/pensions.html> (accessed 5 November 2006).
- Skirbekk, Vegard (2003). Age and individual productivity: a literature survey. MPIDR Working Paper WP 2003-028. August. Rostock, Germany: Max Planck Institute for Demographic Research.
- Smith, Sarah (2004). Can the retirement consumption puzzle be resolved? Evidence from UK panel data. *IFS Working Paper*, No. WP04/07. London: Institute for Fiscal Studies.
- Social Security Administration (2006). Income of the aged chartbook, 2004. SSA Publication No. 13-11727. Washington, D.C. September.
- Sperling, G. (2004). The effects of offshoring. *Progressive Politics*, vol. 3, No. 2. June. Available from <http://www.americanprogress.org/site/pp.asp?biprj8ovf&b=105690>.
- Sundstrom, G. (1994). Care by families: an overview of trends. In *Caring for Frail Elderly People*. Social Policy Studies, New Directions in Care, No. 14. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
- Sweden, Ministry of Health and Social Affairs (2005). Policy for the elderly. Fact sheet No. 14 (May). Stockholm.
- Taeuber, Cynthia. M. (1992). Sixty-five plus in America. Current Population Reports, Special Studies, P23-178. Washington, D.C.: United States Bureau of the Census.
- Thompson, L.H. (2001). Operation of pension systems: public or private? In *Social Protection in Asia and the Pacific*, Isabel D. Ortiz, ed. Manila: Asian Development Bank.
- Thursz, Daniel, Charlotte Nusberg and Johnnie Prater (1995). *Empowering Older People: An International Approach*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Tornstam, L. (1989). Abuse of the elderly in Denmark and Sweden: results from a population study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, vol. 1, No. 1, pp. 35-44.

- Turner, Adair (2003). The macro-economics of pensions. Lecture to the Actuarial Profession at Staple Inn Hall, London, on 2 September 2003.
- UNAIDS (2006). 2006 report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations programme on HIV/AIDS.
- \_\_\_\_\_, and World Health Organization (2006). *AIDS Epidemic Update: December 2006*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.
- United Kingdom (1999). *With Respect to Old Age: Long Term Care—Rights and Responsibilities*. A Report by the Royal Commission on Long Term Care, Chairman Professor Sir Stewart Sutherland. Cm 4192-I. March. London: The Stationery Office.
- United Nations (1982). *Report of the World Assembly on Ageing, Vienna, 26 July to 6 August 1982*. Sales No. E.82.I.16, chap. VI, sect. A. Also available from <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/ageing/ageipaa.htm>.
- \_\_\_\_\_. (1997a). *Older Persons in Countries with Economies in Transition: Designing a Policy Response. Guidelines for Practical Strategies*. Sales No. E.96.IV.12.
- \_\_\_\_\_. (1997b). *Report on the World Social Situation*. Sales No. E.97.IV.1 and corrigenda.
- \_\_\_\_\_. (1998). *World Population Monitoring 1997: International Migration and Development*. Sales No. E.98.XIII.4.
- \_\_\_\_\_. (1999). *World Population Prospects: The 1998 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*, and vol. II, *Sex and Age*. Sales Nos. E.99.XIII.9 and E.99.XIII.8.
- \_\_\_\_\_. (2000). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. Social Statistics and Indicators, No. 16. Sales No. E.00.XVII.14.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Replacement Migration: Is It a Solution to Declining and Ageing Populations?* Sales No. E.01.XIII.19.
- \_\_\_\_\_. (2002a). *Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002*. Sales No. E.02.IV.4, chap. I, resolution 1, annexes I and II.
- \_\_\_\_\_. (2002b). *World Population Ageing 1950-2050*. Sales No. E.02.XIII.3.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Major Trends Affecting Families: A Background Document*. Sales No. E.06. IV.4.
- \_\_\_\_\_. (2004a). *World Population to 2300*. Sales No. E.04.XIII.11.
- \_\_\_\_\_. (2004b). *Population Bulletin of the United Nations: Policy Responses to Population Decline and Ageing*. Special Issue, Nos. 44/45 (2002). Sales No. E.02.XIII.4.
- \_\_\_\_\_. (2005a). *World Population Prospects: The 2004 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables*, and vol. II, *Sex and Age Distribution of the World Population*. Sales Nos. E.05.XIII.5 and E.05.XIII.6.
- \_\_\_\_\_. (2005b). *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. Sales No. E.05.XIII.9.

- \_\_\_\_\_ (2005c). Background note for the International Technical Workshop on Indigenous Traditional Knowledge, Panama City, 21-23 September 2005, prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues, Division for Social Policy and Development, Department of Economic and Social Affairs. PFII/2005/WS/TK.
- \_\_\_\_\_ (2005d). *World Economic and Social Survey 2005: Financing for Development*. Sales No. E.05.II.C.1.
- \_\_\_\_\_ (2006a). *World Economic and Social Survey 2006: Diverging Growth and Development*. Sales No. E.06.II.C.1.
- \_\_\_\_\_ (2006b). *World Population Prospects: The 2004 Revision, vol. III, Analytical Report*. Sales No. E.05.XIII.7.
- United Nations Centre for Human Settlements (Habitat) (1999). *Living Conditions of Low-income Older Persons in Human Settlements*. HS/758/05E.
- United Nations Development Programme and United Nations Population Fund (2005). The great generation of Kazakhstan: insight into the future. National Human Development Report for 2005. Almaty.
- United Nations Population Fund (2006). Population ageing in Thailand: prognosis and policy response. October. Bangkok: UNFPA, Thailand.
- U.S. Census Bureau (1992). An aging world II. International Population Reports, P95/92-3. Washington, D.C.: United States Government Printing Office.
- \_\_\_\_\_ (2005). Current Population Survey 1968 to 2004. Table A.9: Reported voting rates in presidential election years, by selected characteristics: November 1964 to 2004. Available from <http://www.census.gov/population/socdemo/voting/tabA-9.xls> (accessed 19 March 2007). Internet release date 26 May 2005.
- \_\_\_\_\_ (2006). Current Population Reports, P60-231, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005*. Authors: Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor and Cheryl Hill Lee. August. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- van der Gaag, Jacques, and Alexander Preker (1998). Health care for aging populations: issues and options. In *Choices in Financing Health Care and Old Age Security: Proceedings of a Conference Sponsored by the Institute of Policy Studies, Singapore, and the World Bank, November 8, 1997*, Nicholas Prescott, ed. *World Bank Discussion Paper*, No. 392. Washington, D.C.: World Bank.
- Van Nieuwerburgh, Stijn, and Laura Veldkamp (2006). Inside information and the own company stock puzzle. *Journal of the European Economic Association*, vol. 4, Nos. 2-3 (April- May), pp. 623-633.
- Victor, C.R. (1994). *Old Age in Modern Society: A Textbook of Social Gerontology*. London: Chapman & Hall.
- Vittas, D. (1995). Pension funds and capital markets. Mimeo. Washington, D.C.: World Bank.

- Vladeck, Fredda (2004). *A Good Place to Grow Old: New York's Model for NORC Supportive Service Programs*. New York: United Hospital Fund.
- Vos, Theo, and others (2007). Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. Background paper prepared for *World Economic and Social Survey 2007*. January.
- Weil, David N. (1994). The saving of the elderly in micro and macro data. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 109, No. 1 (February), pp. 55-81.
- Weisbrod, Burton A. (1991). The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, vol. 29, No. 2 (June), pp. 523-552.
- Whitehouse, Edward (2000). How poor are the old? a survey of evidence from 44 countries. World Bank Social Protection Discussion Paper Series, No. 0017. June. Washington, D.C.: Social Protection Unit, Human Development Network, World Bank.
- Willmore, Larry, (2006). Universal pensions for developing countries. May. Laxenburg, Austria: International Institute for Applied Systems Analysis. Available from <http://www.geocities.com/larrywillmore/UniversalWD.pdf> (accessed 15 January 2007).
- Wolf, Rosalie S., Michael A. Godkin, and Karl A. Pillemer (1984). Elder abuse and neglect: final report from three model projects. Worcester, Massachusetts: University of Massachusetts Medical Center, University Center on Aging.
- World Bank (1994). *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. New York: Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_ (2005). *2005 World Development Indicators*. Washington, D.C.: World Bank.
- \_\_\_\_\_ (2006a). *2006 World Development Indicators*. Washington, D.C.: World Bank.
- \_\_\_\_\_ (2006b). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Authored by Pablo Gottret and George Schieber. Washington, D.C.: World Bank.
- World Health Organization (2000). Long-term care laws in five developed countries: a review. WHO/NMH/CCL/00.2. September.
- \_\_\_\_\_ (2002a). *World Report on Violence and Health*, Etienne G. Krug and others. Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2002b). Current and future long-term care needs: an analysis based on the 1990 WHO study the Global Burden of Disease and the International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO/NMH/CCL/02.2.
- \_\_\_\_\_ (2002c). *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies*, Jenny Brodsky, Jack Habib and Miriam Hirschfeld, eds. The World Health Organization Collection on Long-Term Care. Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2002d). *Community Home-based Care in Resource-Limited Settings: A Framework for Action*. Collaboration of the Cross Cluster Initiative on Home-Based Long-Term Care, Non-Communicable Diseases and Mental Health; and the

- Department of HIV/AIDS, Family and Community Health. Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2002e). Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment*. Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2006a). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2006b). Projections of mortality and burden of disease to 2030 (data file). Available from [http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod\\_deathbyincome.xls](http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bod_deathbyincome.xls) (accessed 5 January 2007).
- Zaidi, Asghar (2006). Pension policy in EU25 and its possible impact on elderly poverty. European Centre for Social Welfare Policy and Research Policy Brief. September. Vienna.
- Zimmer, Zachary, and Julia Dayton (2003). The living arrangements of older adults in sub-Saharan Africa in a time of HIV/AIDS. Policy Research Division Working Paper, No. 169. New York: Population Council.





