

学部活动

我国人口老龄化的若干问题和建议^{*}

“中国人口老龄化问题与对策”咨询组

(中国科学院 北京 100864)

关键词 中国, 人口老龄化, 问题, 建议

2001 年, 我国 65 岁以上老年人已占总人口的 7.1% (老年人口达到 9 062 万), 人口年龄结构进入老年型。21 世纪上半叶, 我国人口老龄化程度将随着经济发展而不断加强, 构成对当前及未来较长时期的影响。如何迎接未来人口进一步老龄化的挑战, 成为国民经济和社会发展中一个带全局性和战略性的问题。目前, 我国老龄对策研究工作相对滞后, 难以适应形势发展的要求, 亟待加强。

1 严峻挑战

我国人口老龄化形势严峻, 其特点为基数大, 速度快, 底子薄, 负担重, “未富先老”, 被称为是“跑步进入老龄化”。这种状况应当引起我们的严重关切。

从 1982 年开始, 在不到 20 年的时间内, 我国就完成了发达国家用了几十年, 甚至上百年才完成的人口年龄结构从成年型向老年型的转变, 说明我国人口老龄化来势很猛, 发展很快。根据预测, 以 65 岁以上老年人口从 7% 上升到 14% 所需时间作比

较, 中国 28 年, 与日本相似; 法国 115 年, 瑞典 85 年, 英国和德国均为 45 年。在向老龄化冲刺的大潮中, 我国仍处于领先地位。特别需要指出的是, 80 岁以上高龄老年人口增长率快于老年人口增长率。2050 年, 80 岁以上高龄老人占老年人口的比重将从现在的 10% 上升到 20%, 现在我国 60 岁以上老年人口为全球老年人口的 1/5, 亚洲老年人口的 1/2; 预计到 2050 年, 我国 60 岁以上老年人口仍将占全球老年人口的 1/5。老年以及高龄老年人增加所带来的养老、医疗和照料的负担, 将会使我们真正感到老龄问题的压力。

由 20 世纪五六十年代出生高峰造就的庞大人群, 使我国老年人口的发展规模同总人口一样, 都是世界之“最”。2000 年, 世界 60 岁以上老年人口为 6.08 亿, 中国 1.3 亿; 2025 年和 2050 年, 世界分别为 11.7 亿和 20 亿, 中国为 2.8 亿和 4.1 亿, 始终占世界老年人口的 1/5。最高增长年份 (2023—2031 年) 的老年人口年增长量都将在 1 000 万人以上。在老年人口增长的同时, 长期低生育政策促成的人口出生率的迅速下降, 使我国 14 岁以下少儿人口

^{*} 该文为中国科学院生物学部组织的“中国人口老龄化问题与对策”咨询组向国务院提交的咨询报告。咨询组成员有: 中国科学院院士陈可冀, 中国工程院院士秦伯益, 中国科学院院士翟中和、韩启德, 中国工程院院士王士雯, 教授郭沧萍, 研究员陈孝曙、洪国栋, 教授童坦君、张宗玉, 主任医师洪昭光, 教授邱仁宗, 研究员吴振云、薛安娜、熊必俊, 主任医师李春生, 研究员王珣, 教授杜鹏、张岱, 副研究员董之鹰, 副教授林殷, 副研究员刘峰松, 业务主管孙卫国, 副主任医师宋军, 副研究员王红漫, 副研究员唐振兴
收稿日期: 2002 年 7 月 17 日

在总人口中的比重迅速下降。据 2000 年第五次人口普查,我国少儿人口占总人口比重为 22.8%,比高峰时期(1964 年)的 40.7% 下降了 18 个百分点,比 2000 年少儿人口预测值下降了 4.28 个百分点。2025 年,老年人口将超过少儿人口,2050 年将超过少儿人口的 1 倍。人口金字塔形的倒置,对未来经济和社会的影响,现在还难以预料。

与发达国家不同,我国人口老龄化是在经济不发达的情况下到来的。根据美国人口咨询局 1999 年的资料,世界上已有 70 个国家人口年龄结构进入老年型,其中只有中国、格鲁吉亚、亚美尼亚和摩尔多瓦四国,人均国民产值不足 1 000 美元,而日本为 35 567 美元,美国为 34 047 美元。据世界银行 1998/1999 年公布的材料,我国人均国民产值仅为美国的 1/40,为高收入国家的 1/30。在一个经济不发达的国度里,老龄问题与人口问题狭路相逢,使我国处于两难境地,需要认真探讨,才能找到出路。

人口老龄化的发展,老年人口的增加和寿命延长,给我国社会经济和人民生活带来广泛而深刻的影响:劳动年龄人口对老年人的赡养负担加重;社会养老和医疗保障费用增长显著;养老和照料服务等社会问题日益突出。老龄问题将成为不容忽视的重大社会问题。

2 问题突出

解决老龄问题的关键在于从我国实际出发,正确认识我国老龄问题的特殊性,找准问题,抓住机遇,探求解决问题的出路。

老龄化对社会发展影响重大。随着老年人口的不断增加,社会负担日趋加重。据计算,2000 年我国每 100 个劳动年龄人口只需负担 15.6 个老年人,而到 2050 年则要负担 48.5 个老年人。显然,每个劳动者肩上的担子在加重。研究认为,未来 50 年中的前 20 年,我国存在一个低抚养比时期,这期间少儿人口在总人口中的比重已经下降,老年人口在总人口中的比重刚刚上升,总抚养比处在从下降到上升的低谷,呈 V 字形,应引起关注。

社会保障问题突出。占我国老年人口 2/3 的农村老年人的保障状况亟待改善。农村老年人口是

经济上的最弱势群体之一。随着集体经济的解体,农村养老主要通过家庭赡养自行解决,农村老年人口缺乏养老、医疗、照料服务等基本社会保障,存在“因病致贫”和“因病返贫”的问题。老人赡养纠纷和因赡养引起的自杀事件时有发生。上述现象在我国中西部及贫困地区尤为突出,应引起有关部门的高度重视,否则有可能影响社会的安定和发展。我国存在二元经济结构,社会保障的重点在城镇。城镇职工社会保障基本框架虽已初步形成,但正经历着未来人口老龄化的考验。工业化和城镇化的发展,将使大批农业人口转为非农业人口,农村人口转为城镇人口。2001 年我国城镇人口为 48 064 万人,占总人口的 37.7%。根据建设部对城市住房需求的预测,到 2020 年城市人口将增加 2.6 亿,到 2050 年将再增 3.3 亿,届时,城镇化水平将达到 70%。在城镇化进程中,结合小城镇实际状况和承受能力的养老保险办法亟待研究对策。

医疗保障面临挑战。随着老年期的延长,因疾病、伤残、衰老而失去生活能力的老年人显著增加,给国家、社会和家庭都带来了沉重负担。卫生部 1993 年调查表明,老年人群中 60%—70% 有慢性病史,人均患有 2—3 种疾病。60 岁以上老年人慢性病患病率是全部人口的 3.2 倍,伤残率是全部人口的 3.6 倍。根据中国老龄科研中心 1992 年调查,60 岁以上老年人在余寿中有 2/3 的时间处于带病生存。老年病多为肿瘤、心脑血管病、糖尿病、骨质疏松症、老年抑郁症和精神病等慢性病,花费大,消耗卫生资源多。据北京市调查,占公费医疗对象 18.39% 的离退休人员,占用了医疗费用的 45.2%,为在职人员的 3 倍。据 1993 年调查,从两周患病率指标看,老年人消耗的卫生资源是全部人口的 1.9 倍。随着老年人增多,各项费用将进一步上升,对社会经济将带来更大的负担。临终关怀和“安乐死”问题尚未引起关注。

老年人生活质量问题应当重视。随着经济的发展,我国人民的生活水平有所提高,老年人的物质和文化需求也得到了明显改善。身体健康状况下降是影响老年人生活质量的重要因素之一,与此相关的心理、膳食和社会因素也不可忽视。研究表明,有 1/3 左右的老年人存在失落、孤独、抑郁、焦虑

等心理问题需要调适。随着年龄增高,大脑功能减弱,心智功能需要改善。膳食结构不合理也亟需调整,在对某研究所老年人的调查中发现,老年人能量摄入偏高,是标准值的 121%,其脂肪摄入量占能量的 34%,而微量营养素摄入则不足。部分城市老年人体重超重,部分农村老年人存在营养不良。不合理的膳食还导致了冠心病、高血压及糖尿病的发生。忽视个体在体力和智力上的差异,“一刀切”的退休制度,在一定程度上也造成老年人才的浪费。再就业困难,社会参与率低,使老年人过早地被“养”起来。庞大的老年人群,漫长的老年期,单调的闲散生活,应引起全社会的关注,以促进老年人身心健康,利于社会安定。

老龄伦理问题越来越突出。老年人口绝对量的增加和在总人口中比重的上升,引发的社会伦理问题十分突出。老年人口增加导致资源在社会和家庭不同代际之间的分配和转移,需要在观念上获得认同,使各代人都受到伤害,都能得到公正对待,以实现联合国提出的“不分年龄人人共享”和代际和谐。在观念上没有得到认同的情况下,基本伦理原则便不能得到有效的遵循。例如,法律规定老年人有获得支持的权利,这里“支持”包括赡养;法律也规定了国家和家庭子女的责任。但是,近年来涉老案件增多,江苏省在《老人法》公布一年多的时间里,受理涉老案件达 4 752 起,其中赡养案件 1 821 件,占 38.3%、继承、房屋等案件 1 094 件,占 23.0%,这些案件既同法律有关,也同社会伦理有关,都涉及到不同人群的利益问题。

教育和科学的支持力度明显不足。迎接人口老龄化的挑战,迫切需要大力发展老年科学和教育。与国外相比,我国在这方面严重滞后。美国从 20 世纪 30 年代开展老年学研究,40 年代国际老年学学会成立,说明老年学很早就引起他们的重视。目前,我国老年学教育基本是空白,高等学校不设老年学课程,没有老年学专业,也没有设置老年学硕士和博士学位点。作为占世界 1/5 老年人口的大国,没有一所正规的老年病医疗研究机构。人口老龄化需要的护理和照料人员严重不足。2000 年我国护理人员与实际需求相比,尚缺 336 万人。1998 年医护人员比为 1:1.1,远低于 1952 年的 1:2.26,也

未达到卫生部规定的 1:2。全科/家庭医生奇缺,康复医学发展缓慢,衰老机理研究投入严重不足。应该说,我们还没有切实做好应对老龄化的准备。

3 建议

从我国经济相对不发达,老年人口数量庞大的实际出发,应当采取少投入、易实施、见成效的对策措施。为此,我们建议:

第一,要在全社会树立正确的老龄观。对人口老龄化带来的问题,只要思想重视,积极应对,措施得当,是可以逐步解决的。老龄化是当今社会的产物,是人类社会发展和文明进步的一种象征。对老龄化持悲观的态度,过份强调老年人口增加给社会带来“负担”的观点,容易造成老龄化的消极形象,不仅片面,还会使老年人精神上受到压抑,不利于他们身心健康地安度晚年。此外,还要充分发挥老年人的作用。引导教育老年人在心理卫生、精神文明方面能够适应现实社会的要求。通过宣传,辩证地看待老龄问题,关怀老年人,树立老龄化的新理念。建议适当采取灵活的退休与返聘制度,以提高老年人才的社会参与率。

第二,切实采取措施,逐步解决农村老年人口的社会保障和医疗保障问题。加强卫生宣传和健康教育;对农村孤寡老人实行保吃、保穿、保住、保医、保葬等“五保”供养制度,提高供养水平;建立特困医疗救济基金和农民生活最低保障线;在一定时期内减免农业税/农业特产税,并将其转变为农民的养老基金和医疗保障基金,同时,在此基础上可以逐步建立、健全农村的养老保险和社会医疗保险制度。建立社会互助制度,使农村老人得到全社会的关注。

第三,要尽快建立小城镇职工养老保险制度。小城镇职工具有亦工亦农的特点,有土地保障,也有工资收入,具有缴纳保险金的能力。考虑到小城镇企业发展的不稳定性,难以做到连续缴费 15 年以上,所以,应实行低缴费率、低待遇水平、工龄可以累计计算的小城镇企业职工养老保险办法。当前,需要在认真总结我国沿海省市小城镇企业养老保险做法的基础上,制定统一政策,加以规范,逐步

扩大覆盖面。

第四, 要努力做到把健康人群带入人口老年型社会。把健康人群带入人口老年型社会, 不仅关系到国家和社会负担问题, 而且也直接关系到未来我国人口老龄化的整体形象问题。延长健康期, 缩短带病期和伤残期, 尽可能提高老年人的自理能力是长期的奋斗目标。为此, (1) 要把促进人群健康作为一项系统工程。从人们的日常生活方式和行为方式入手, 加强健康教育和健康干预; 开展重点人群预防和疾病的监测, 对 40 岁以上人群定期体检; 加强老年期健康教育, 重视老年病预防、康复, 提高老年人自我保健能力, 减少伤残和依赖。(2) 要整合现有卫生资源。调整预防和医疗投入比例, 重视城市社区和农村基层医疗卫生投入, 在农村贫困地区开展医疗救助工作, 加大老年医学基础研究投入, 减少疾病发生率。(3) 要加强对老年期健康生活的指导。推进各项有益老年期健康的文体活动, 发展适合老年人特点的体育运动项目; 关注老年人心理健康, 开展心理咨询, 帮助老年人确立合理的心理期望值, 增强自我心理调适能力, 提倡老年人要自强、自立; 国家要引导社会有关部门重视对老年人膳食结构的指导, 发展老年健康食品和保健品。发展为老服务的产业, 满足老年人对设施、产

品和服务的需求。

第五, 重视老年学教育和科学研究。在高等医药院校设置老年医学、老年药学专业和老年护理专业, 在综合性大学设置社会老年学专业。加强老年基础医学理论的研究。建立跨学科的老年科学研究中心, 特别是老年生物科学研究中心, 建立国家老年病医疗研究中心。高新科学技术要为老龄化服务, 包括老年医疗生物用品, 以提高老年人的生活质量。

第六, 构筑符合老年人生存的社会伦理环境。为了使老年人不受到伤害, 能受到有益公正的对待和尊重, 需要建立适合老年人生存的社会伦理准则。在社会各成员权益得到兼顾的前提下, 要弘扬尊老、敬老的传统文化, 加强伦理道德建设, 使全社会成员确认: 老年人过去为国家、社会和家庭做出了贡献, 作为公正回报, 社会应向他们提供支持; 老年人作为脆弱群体, 应当得到社会更多的帮助; 老年人不应受年龄歧视, 有参与社会发展的权利; 老年人的事情, 要有老年人参与决策。老龄化基本伦理原则应是不伤害、有益于人、尊重人和对人公平, 应努力从人文角度创造一个适合老年人生活的社会环境。