# 福寿延年: 东亚太平洋地区的人口老龄化

# 报告概要

人口老龄化这一课题引发了很多研究预测老龄化对东亚太平洋地区未来经济发展的影响,但关于这个问题的争论往往过于简单化。媒体及大众的言论中充斥着可怕的警告,将老龄化描述成"定时炸弹"或"银色海啸"。诚然,这一地区正在老龄化,但据此提出的"老龄马尔萨斯人口论"往往基于对证据的选择性解读和不当的假设--人口结构在变化,而公共政策、社会行为及个体行为不变。

本报告旨在具体阐述东亚太平洋各国人口结构的迅速变化及其多样性。报告还会描述有关老龄化的政策框架并探讨各种改革方案的影响。其目的不只是为该地区的老龄化进程及相关应对政策提供协调、全面的指导,还希望能够通过比较地区内各国的政策机制促进政策讨论。报告采取折中的立场,既不认同"谈老龄化色变"的末日论,也不乐观的认为合理的政策和行为转变会自然而尔地及时到位。

**应该将迅速老龄化视为成功发展的一个表现,把老年人口视作丰富的社会资源。**但不能因此就想当然的认为东亚太平洋地区会从中受益,老年人的潜力能够充分实现。

老龄化带来了很多挑战和风险。但是,如果能够制定明智的政策,促成家庭及雇主适当的行为变化,东亚太平洋地区具有许多有效应对这一挑战的优势。与其他地区相比,该地区人口的工作寿命较长,各年龄人口的储蓄率较高,社会保障体系也极少做出不可持续的承诺,因此更容易实现健康、繁荣的老龄化。然而,该地区正处在十字路口。在保持经济发展活力的同时应对迅速老龄化的趋势,需要做出政治上极具挑战性的政策选择,加强领导力,并达成社会共识。

#### 影响东亚太平洋地区老龄化的后果及应对政策的7大主要问题:

- 1. 该地区的许多发展中国家**人口统计学和疾病流行特征迅速发生变化**,迫切需要政策调整。与此同时,社会经济的方方面面也都处于快速转型期,包括快速的城镇化进程和人口流动以及随之而来的家族的流动和分散;社会价值观也迅速变化,改变了人们对代际供养的期待;收入迅速增加创造了新的可能性,公民因此也有了新的期待。这些都会对家庭和社会福利以及国家管理人口结构变化的能力产生巨大影响。上述所有因素的变化速度至关重要。
- 2. **东亚太平洋地区正在未富先老。**大部分经合组织国家是在富裕起来的过程中逐渐老龄化的, 而东亚太平洋地区多数国家正在或者将会在未来几十年内,在人均收入仍处于低水平的情况 下,加速变老。这对老年人福利以及管理老龄化进程的公共政策和制度都会产生重大影响。
- 3. **该地区各国的情况大相径庭,应对政策也呈现出多样性(和共性)。**一些国家老龄化程度已经很高了,而有些国家未来几十年还可以享有潜在的人口红利。但是,无论老龄化已经成为现实,还是刚刚开始,抑或是未来才会出现,该地区几乎所有的社会都需要认识到快速老龄化终有一天会到来,需要为此制定相应的公共政策。
- 4. 人口统计学变化很大程度上(至少在可见的未来)已是不争的事实,但政府和公民可以控制 应对政策,调整自身行为。行为改变常常涉及到性别、代际之间的义务等社会文化信念的核 心问题,因此个人、雇主、社会不会在一夜之间就改变自身行为。应对老龄化、实现老龄人口潜力的政策变革具有挑战性,而且常常不受欢迎。

- 5. **很多东亚太平洋国家中,国家与公民之间的社会契约在发生变化,老龄化正是在这样一个大背景下发生的。**与其他地区相比,该地区国家提供的直接供养一直比较有限。"亚洲"(或者亚太)价值观更强调家庭成员和其他社会关系之间的供养。虽然这些价值观仍有很大的影响力,但公民越来越希望国家提供更多的供养支持。在快速老龄化的国家,国民将老龄化视作重大挑战(2013 Pew 全球全民意调查显示,约 80%的韩国人和 2/3 的中国人认为老龄化是他们国家面临的"主要问题")。
- 6. **应对老龄化不是只关注老年人。**有效应对这一挑战,需要关注"从胎儿到坟墓"的各种政策和行为,做出方方面面的改变,包括生育政策、儿童抚养政策、教育和技能开发系统、税收、社保和转移支付体系、整个生命周期的劳动力市场政策,以及直接针对老年人的政策措施。有证据愈发清晰的表明,儿童早期健康及营养水平对长大后的健康状况有很大影响。早期健康及营养水平不佳会为年老之后的健康状况埋下隐患。
- 7. **老龄化涉及多个维度,需要新的政策协调模式。**老龄化涉及到人们生活及公共政策的各个维度,而政府各机构往往是独立运行的。如何使各部门形成合力共同应对,成了新的挑战。正因如此,该地区各国也扩展了其老龄化应对政策,建立了一些跨部门协调机制。

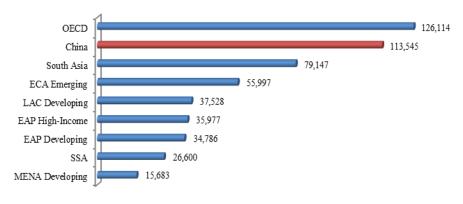
本报告其他部分结构如下。下一节对东亚太平洋地区人口结构及疾病流行特征的变化进行综述。 第二节描述该地区老年人的生活水平和其他福利指标,如生活来源、生活安排等。第三节讨论老 龄化对经济增长的影响以及应对方式。第四节探讨怎样减轻老龄化对劳动力和预算的影响。第五 节分析养老金制度、卫生体系、长期照护系统所面临的挑战。第六节关注交叉性挑战。最后一节 论述一些结论性观点。

# 东亚太平洋地区人口结构及疾病流行特征的变化

近几十年来东亚太平洋地区经历了史上最为剧烈的人口结构转型,未来这种趋势还将持续下去。由于生育率骤降、预期寿命增加,该地区以前所未有的速度和规模迈向老龄化。虽然总体而言该地区的人口还比较年轻,但各国之间差异较大。日本、韩国已是"超级老龄"社会,一些中等收入国家正在迅速老龄化,而像太平洋岛国、菲律宾等国家的人口还很年轻。这种多样性为如何应对迅速老龄化提供了丰富的经验教训。

虽然各国老年人口的比例有高有低,但就绝对数而言,东亚太平洋地区无疑是 65 岁以上人口数量最多的地区,仅中国的 65 岁以上人口数量就高于任何一个发展中地区。2010 年,东亚太平洋地区共有 65 岁以上老人约 1.85 亿,占全球该年龄段人口的 36% (图 A1)。仅中国就有 1.14 亿 65 岁及以上老人。

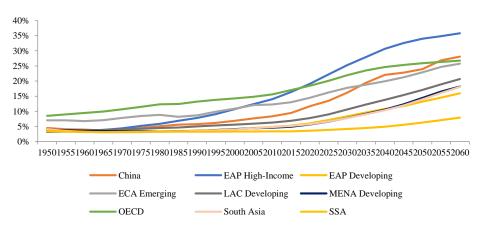
图 A1: 东亚老年人口数量高于其他地区,中国尤为突出 (2010年65岁及以上老年人口数量,单位:千人)



来源:世界银行工作人员根据《世界人口展望 2012 版》预测。

**东亚太平洋地区的老龄化速度值得关注。**其速度之快历史上前所未有。在短短二、三十年内,65岁及以上人口在该地区总人口中占比从 7%上升到 14%。 '增速高于将 1955-2055 这 100 年内每 20年经合组织和东欧与中亚国家老龄人口增长速度。从 2015 年到 2034 年,东亚地区 65岁以上人口5年平均增速将为 22%,仅次于中东和北非地区。到 2060 年,东亚 65岁以上人口比重(22%)将接近经合组织及东欧与中亚国家;而在东亚太平洋地区的高收入国家和中国,这一比重将超过经合组织和 ECA(图 A2)。2010 年,全球 65岁以上人口比例最高的 25个国家中,东亚仅占 1 席,而到 2060 年,将增加至 5 个。

图 A2: 到 2060 年东亚 65 岁以上人口占比将与经合组织国家相当 (65 岁及以上人口在该地区总人口中占比)



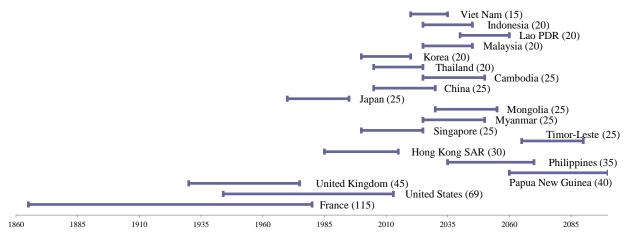
来源:世界银行工作人员根据《世界人口展望 2012 版》预测。

虽然东亚太平洋地区大都在迅速变老,但各国老龄化的起始点不同,一些国家的老龄化速度尤为突出。图 A3 显示了各国从开始老龄化到成为老龄社会的起止时间点和速度。如图所示,越南、泰国、韩国、印尼的人口结构变化尤为迅速。同样值得注意的是,除菲律宾和巴布亚新几内亚外,该地区几乎所有的国家,一旦达到老龄化门槛值,都会在相对较短的时间内就完成从老龄化到老龄社会的转变。2010 年到 2060 年,该地区 80 岁以上高龄人口占比将增长 6 个百分点,增速高于其他地区。

<sup>1</sup>联合国为"老龄化"社会和"老龄"社会定义的门槛值分别是7%和14%。

# 图 A3: 东亚各国的老龄化速度史无前例

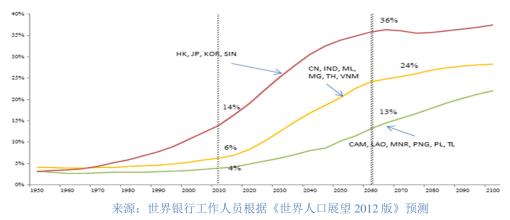
(65 岁以上人口比重从 7%上升到 14%的起止年份)



来源: 世界银行工作人员根据《世界人口展望 2012 版》 预测及 Kinsella 和 He (2009)。

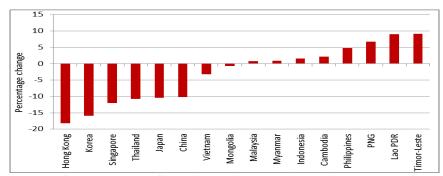
根据老龄化趋势东亚太平洋国家可分为三组。鉴于该地区各国人口结构呈现多样性,本报告将其分为三组。日本、韩国、新加坡、香港最为富裕,图中用红线表示。这些地方早已进入老龄社会,2010年65岁以上老人在总人口中平均占比14%(图 A5)。中国、印尼、马来西亚、蒙古、泰国、越南是中间梯队,正经历着十分迅速的老龄化。第三梯队包括柬埔寨、老挝、缅甸、巴布亚新几内亚、菲律宾和东帝汶,用绿色表示。这些国家还很年轻,2010年65岁以上人口平均占比4%,但几十年后他们也会进入老龄化的快车道。按80岁以上人口的比例划分,依然是这样的分类结果。

图 A5: 东亚太平洋地区呈现出三种不同的老龄化态势 (1950-2100 年间 65 岁及以上老人占比)



**鉴于上述人口结构的变化趋势,未来东亚太平洋各国的劳动年龄人口也呈现出不同的趋势。有几个国家劳动力会急剧下降**(图 A6)。预计,2010-2040 年很多国家劳动年龄人口比例会大幅下降,韩国降幅超过 15%,泰国、日本、中国的降幅也在 10%或以上。相比之下,中国面临的挑战尤为严峻,预计 2010-2040 年其劳动年龄人口将减少 9000 万。相反,图中绿色国家和一些橙色国家,劳动年龄人口占比在 2040 年之后才会出现下降。就绝对值而言,整个地区新增劳动力中很大一部分来自菲律宾和印尼。

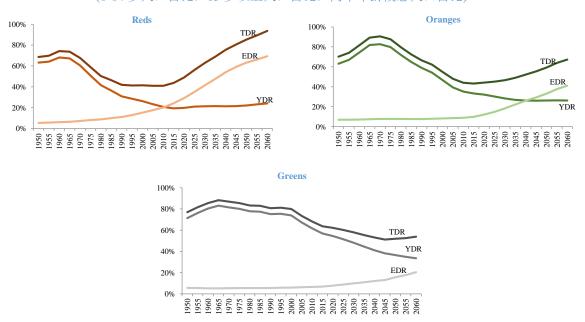
图 A6: 东亚太平洋地区富裕国家的劳动年龄人口减少 (预计 2010-2040 年 15-64 岁劳动年龄人口的变化幅度)



来源:世界银行工作人员根据《世界人口展望 2012 版》预测。

按抚养比的变化形态划分,依然会呈现出前文谈到的三种类型。如图 A7 所示,东亚太平洋地区富裕的中等收入国家由于老年抚养比上升,总抚养比会大幅上升。在人口相对年轻的国家,老年抚养比上升,未成年人抚养比下降,预计 2045 年之前总抚养比还会继续呈下降趋势。而红色国家的总抚养比自 2010 年起就开始急剧上升,到 2060 年会达到每 100 名工作年龄人口需要赡养 94 人。橙色国家总抚养比到 2060 年会达到每 100 名工作年龄人口赡养 67 人。东亚太平洋地区总抚养比的变化幅度远远高于 OECD 国家和新兴东欧与中亚国家国家。但这里需要注意的是,总抚养比严格定义了"劳动年龄",对非劳动年龄人口没有区分 65 岁以上老人和 15 岁以下人口,因此具有一定局限性。

图 A7: 总抚养比不能反映未成年人口占比和老年人口占比各自的变化趋势 (0-14 岁人口占比,65 岁以上人口占比,两个年龄段总人口占比)



来源:世界银行工作人员根据《世界人口展望 2012 版》预测注: EDR 是老年抚养比, YDR 是未成年人抚养比, TDR=老年抚养比+未成年人抚养比

**与此同时,该地区的流行病学特征也在迅速发生变化,人口老龄化正是其中的一个原因。**好消息是,1990-2010年东亚太平洋地区健康预期寿命(HALE)上升,不过其增幅略低于总体预期寿命(图 A8)。出生预期寿命每增加一年,出生健康预期寿命增加 11 个月。低收入国家健康预期寿命增幅最高,中等收入国家增幅最低。

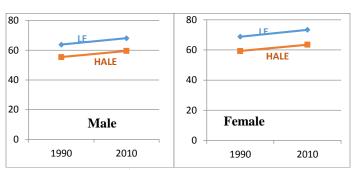


图 A8: 1990-2010 年预期寿命和健康预期寿命双双增加

来源: IHME, 2013。

近几十年来,慢病日益成为东亚太平洋地区死亡及失能的主要原因,其中一个因素是人口寿命大大增加。慢病引起的疾病负担迅速增加,越来越多的病例首次发病时间是在中年。2010年,60岁以上老人中,大部分失能调整生命年(DALY)都是由心血管疾病、癌症和糖尿病(图 A9)造成的。然而,该地区的很多低收入国家,传染病在过早死亡和患病中仍然占有较大比重,因此这些国家承担着双重疾病负担。

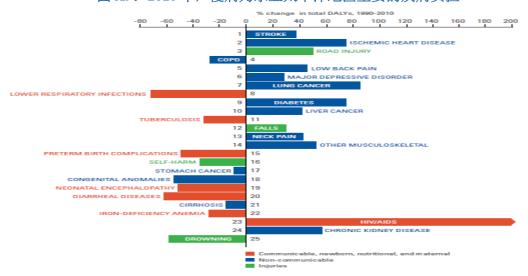


图 A9: 2010年,慢病为东亚太平洋地区主要的疾病负担

来源: IHME 和世界银行, 2013。

**随着年龄的增加及慢病病情的不断发展,同时患有几种疾病的可能性也会增加**。东亚太平洋地区 也的确如此。共患病之间相互作用,使治疗更为复杂。以韩国为例,一半的老年女性和三分之一 老年男性同时患有三种或三种以上慢病。 慢病负担的变化趋势表明风险因素的暴露水平不断上升。这一问题在东亚太平洋区十分突出。风险因素包括高吸烟率以及高血压、肥胖、糖尿病等因素性疾病。1990-2010年间,全球由饮食、血压、血脂、高血糖及高 BMI 等慢病风险因素造成的过早死亡和失能在增加,但在东亚太平洋区尤为严重。例如,全球由高 BMI 所导致的失能调整生命年上升了 82%,而东亚太平洋地区增加了198%。全世界来看,太平洋岛国肥胖和超重的发病率都处于高位。到本世纪 30 年代,这群人将成为老年人口的主体,如果不能解决这些迫切的问题,他们会比现在的老人身体差,更容易受到疾病的威胁。因此,通过防治措施识别、管理风险因素对于实现健康老龄化至关重要。

# 东亚太平洋地区老年人的福祉和劳动力市场行为

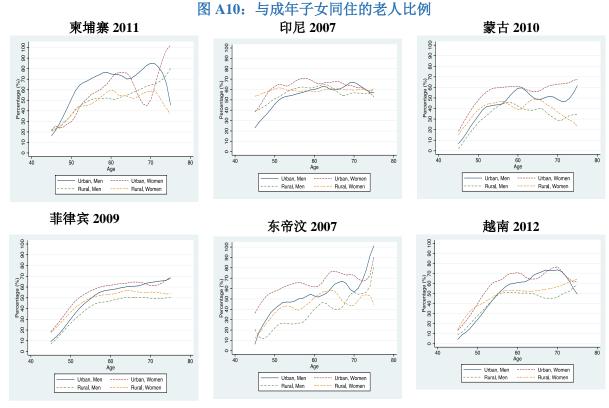
**2006-2012年间,东亚各国老年人口贫困率下降。**农村老年人口贫困率也出现迅速下降。蒙古、泰国的老年人口贫困率非常低(2-3%);而中国、印尼和越南的老年人口贫困率也明显处于适中水平。几乎在所有地方,农村老年人口贫困率高于城市,这与大家预期一致。

**总体而言,在东亚太平洋地区,45 岁以后随着年龄的增长贫困率逐渐增加,年纪再大一些之后贫困率又有所下降**。在中国、印尼和越南,贫困率随着年龄的增长而大大增加。而在泰国、菲律宾和蒙古,贫困率曲线则较为平稳。东亚太平洋地区老年人陷入贫困的相关因素包括:

- 拥有高中及以上教育程度的老年人,不容易陷入贫困。
- 除了自身的受教育程度,子女多、子女受教育程度高的老年人不容易陷入贫困。家庭人口数量减少可能会减少了老年人的经济供养来源,但也增加了子女受教育的可能性,从而缓解人口结构变化带来的影响。
- **无论在城市还是在农村,发放养老金为大幅减贫做出了重要贡献,**特别对减少农村地区的收入贫困,作用尤为突出。
- **老年人口有别于普通人群,其就业状况和贫困之间不是简单的正相关或者负相关。**以中国及印尼的城市地区为例,60 岁以上还在工作的家庭成员数越多的家庭,在某种程度上贫困概率升高。但另一方面,就业之后,工作时间越长陷入贫困的概率就越低。
- 生理功能障碍会增加收入贫困的概率。

功能障碍随着年龄的增长而增加,而且在贫困、受教育程度低和女性老年人口中更为严重。随着年龄的增加,日常生活活动(ADL)和工具性日常生活活动(IADL)的难度加大。75岁以上人群中,同时有多种日常生活能力障碍的人数激增。在中国、日本、新加坡、泰国、越南、中国台湾等地,低收入、受教育水平低,生活在偏远地区的老年人功能障碍的发生率更高。据称,女性的功能障碍一直比男性严重。随着年龄的增加,精神健康疾病也会增多。在东亚太平洋地区,精神疾病,特别是抑郁,更容易影响到贫困和受教育程度低的老年人以及女性。

关于老人与成年子女同住的问题,虽然东亚太平洋各国差异较大,有几个国家与子女同住的情况还大幅减少,但总体而言与子女同住还是比较普遍的现象。东亚太平洋地区老人与子女同住的比例还是很高的,而且一般是从中年到65岁左右这段时间同住比例上升(图A10)。60岁以上人口中,与子女同住的老人所占比例各国差异很大,与性别及居住地(城市/农村)也有很大关系。低收入国家老人与子女同住的比例特别高,全球的情况也是如此,人均收入水平较高的地方,往往同住比例较低。中国、韩国、泰国老人与子女同住的比例迅速下降。中国65-70岁老人与子女同住的比例从八十年代初的2/3降到了2011年的43%左右。韩国65岁以上老人与子女同住的比例从1980年的80%降到2010年的远不足30%。



注:成年子女定义为 24 岁以上子女。 来源: 东亚太平洋地区标化家庭调查, IFLS 和 VHLSS 2012。

几乎在所有东亚太平洋国家,劳动收入依然是 60 岁以上老人的主要收入来源,多数国家的农村地区更是如此(图 A11)。除蒙古及中国城市外,劳动仍然是老年人的主要收入来源。而在大部分地方(包括中国农村),公共转移支付在老年人收入中占比较小。公共和私人转移支付对于养老保障的重要性差别较大。人们往往认为,在东亚太平洋地区家庭成员的经济资助是老年人的主要收入来源,但现实中并没有发现这方面的证据,不过家庭成员给老人提供了很多非经济性支持。

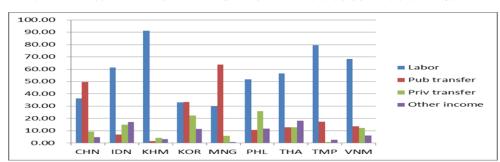
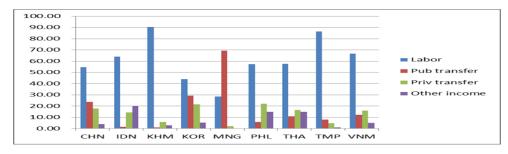
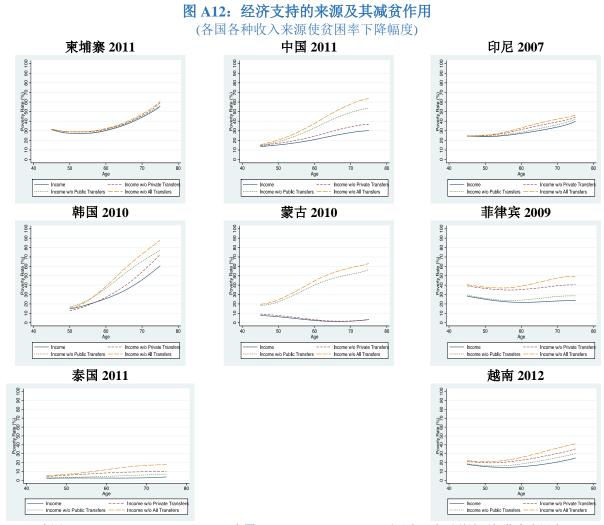


图 A11: 各国 60-85 岁老人的收入来源(上图为城市,下图为农村)



来源: Giles 等 (2015)

私人及公共转移支付在老年人减贫方面的作用也大相径庭(图 A12)。中国、韩国、蒙古的公共转移支付在减贫方面发挥的作用更为显著。以中国为例,如果取消公共转移支付,70 岁老人的贫困率将上升近20个百分点(上升70%);如果没有私人转移支付,贫困率会上升5个百分点。而在菲律宾、泰国、越南,私人转移支付在老年人减贫方面发挥的作用更大,虽然泰国和越南的公共转移支付也发挥着重要作用。但不是所有的老年人都受益于大量的私人及公共转移支付。柬埔寨和印尼,私人及公共转移支付在减贫方面的作用都不显著。



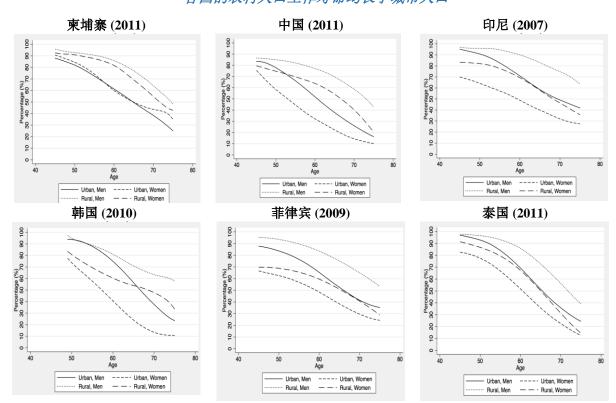
来源: CHARLS2011, KLoSA 2010, 泰国 SES 2011, VHLSS 2012, 以及东亚太平洋地区标化家庭调查。

**地区内有证据表明公共转移支付对私营转移的挤出效应不大。**对私人转移支付的研究表明: (i)对中国和印尼的低收入老人而言,私人转移支付一般不足以使他们摆脱贫困; (ii) 如果成年子女在外地务工,给父母的转移支付往往会多一些; (iii)成年子女多,老人从儿女处得到的私人转移支付就多一些; 子女受教育程度高,给老的转移支付也会多一些; (iv)大部分情况下,增加非家庭来源的转移支付(包括政府转移支付)对成年子女给父母的转移支付影响不大。

**在东亚太平洋地区,公共转移支付在老年人的生活来源中占比并不高,但关于国家、家庭和退休 人员自身在退休后的供养中各自发挥多大的作用,社会预期正迅速的发生变化。**虽然家庭供养一 直发挥着很重要的作用,但舆论调查表明,人们的预期正在迅速发生变化,认为应以自我供养和 国家供养为主,而不是依靠成年子女及家人。

虽然东亚太平洋地区的老年人往往年纪很大了还在工作,但城乡之间和性别之间存在较大差别。 如图 A13 所示,城乡老年就业市场有明显差异。虽然一般情况下人们年纪很大了还在工作,但城市地区的很多老年人很早就不工作了。比如中国城市地区的女性退休较早,只有 1/3 左右的人 60 岁还在工作。几乎在所有地方,城市女性年纪大了还坚持工作的概率最低。男性和女性的劳动参与度也有较大差异。

图 A13: 东亚太平洋各国城乡地区、男性女性劳动力参与率 各国的农村人口工作寿命均长于城市人口



来源: 东亚与太平洋地区以下经过标化处理的入户调查数据: CHARLS 2011, IFLS 2007, KLoSA 2010 和 ThaiSES 2011。

**继续工作的老年人主要采取自雇的劳动形式,而且工作时间较长。**在东亚太平洋地区,农村老年人口自雇率达到 90%是很常见的。他们大部分从事农业及其相关活动。城市 60 岁左右的老人自雇

率也有所上升,表明虽然正规就业部门的工作人员在这个年龄已经退休了,但城市自雇老年人仍然留在劳动力队伍中。65 岁以上继续工作的男性平均每周工作 40 小时以上,女性平均每周工作 30-45 小时。农村地区这种情况更为突出, 甚至 75 岁的男性老人平均每周工作时间达到 30-40 小时,女性为 20-35 小时。

**有养老金(且养老金丰厚)也是劳动力参与率低的一个主要原因。**例如,在控制了年龄、教育程度、健康状况、财富水平及家庭人口特征等因素的情况下,有正规就业部门的退休金会使中国城市地区男性、女性继续工作的概率分别降低 52%和 54%。

**健康状况(通过 ADL和 IADL 衡量)不佳会大大降低就业水平。**在中国城市地区,每增加一项失能,男性和女性的就业概率就会分别下降 5% 和 6%。在中国农村地区,每增加一项失能,工作的概率减少 4%。印尼的情况与之相近,但在韩国这种关联性不那么突出。在中国农村和印尼城市地区继续工作的老人中,如果健康状况差,工作时间就会短一些。

**需要照顾老人或者孩子似乎也会影响东亚太平洋地区女性的退休行为。**一些研究表明,照顾家人会减少工作时间,增加退出劳动力队伍的概率。在中国,如果家里有一个 6 岁以下的孩子,城市和农村女性的就业概率会分别下降 17.6%和 3%。对于照顾孩子的老人来说,看孩子相当于全职工作。在印尼,有 6-12 岁的孩子,会使城市和农村女性的就业概率分别减少 12%和 10%。

老年人是否工作与配偶的就业状况息息相关,也就是说,老年夫妇更喜欢一起退休。这在中国城市地区非常突出,配偶工作会使男性、女性工作的概率分别增加 40%和 58%。日本更是如此,配偶就业状况对日本女性的就业概率影响更大。在印尼和韩国,这种关联性也十分显著。工作时间方面,对中国农村、印尼、韩国的老人以及日本的男性而言,如果配偶工作,他们自身的工作时间也会更长。

# 老龄化,宏观经济和财政

人们普遍担心,快速老龄化会影响到经济增长和政府预算。很多研究预测老龄化会导致经济和财政崩溃,称之为"老龄化海啸"、"老龄化危机"、"银色定时炸弹"。在重视这一问题的同时,更要考虑老龄化产生的影响通过什么渠道发生作用,规模有多大,处于人口结构转型不同时期的各国会分别在什么时候受到影响。本报告的结论是: (i)由于劳动力数量减少及其他方面的变化,东亚太平洋地区正在经历快速老龄化的国家确实有理由担忧老龄化所带来的影响; (ii)然而,这些国家仍然有很大的空间缓解老龄化可能给劳动力和经济增长带来的负面影响; (iii)为此,有时需要进行艰难的政策改革; (iv)而人口结构较为年轻的国家还有很长的窗口期,但现在的政策选择会影响到未来这些国家进入老龄化的快车道后管理老龄化问题的能力; (v) 老龄化会给财政带来较大的风险,正在经历老龄化的国家迫切需要在政策上予以关注。

与富裕的邻国相比,东亚太平洋地区的发展中国家在收入水平还不高的情况下就开始了老龄化,多数国家无疑会未富先老(图 A14)。橙色组国家和绿色组国家已经开始了老龄化进程,而且有些地方老龄化的速度还很快。但是他们的人均 GDP,与红色组国家和 OECD 国家老年抚养比处于相同水平的时候相比,却低得多。显然,即使他们保持稳健的增长,也无法达到红色组国家在人口结构转型相同节点时的收入水平。

**几十年来,有利的人口结构对于促进东亚太平洋地区经济发展做出了重大贡献。**有文献表示,上世纪六十年代到九十年代,东亚地区人均收入高速增长,其中 1/3 都归功于人口红利。还有文章估计,六十年代到九十年代,人口结构转型对人均收入增长的贡献率高达 44%。有这么显著的作

用,其中一个原因是生育率快速下降,使得人口中劳动年龄人口比重增加,未成年人占比减小。 加之受教育程度提高、资本投资增加等其他因素,人口结构的优势在多数东亚国家充分显现。



图 A14: 东亚太平洋地区的发展中国家未富先老

来源: 1980-2010 年 GDP 以 2005 年的购买力平价计算以美元计价,数据来自 WDI。老年抚养比为 65 岁以上人口与 15-64 岁人口的比值,数据来自《2012 年联合国世界人口展望》。

诚然,几十年来人口结构优势促进了东亚太平洋地区的经济增长(这种情况在低收入国家还将持续一段时间),但人口结构只是一个方面。人口老龄化对于人均 GDP 的影响还有赖于劳动力参与度和劳动生产率,而反过来这两者也会受到人口结构的影响。劳动生产率与老龄化通过几种方式相互作用。人口老龄化对人均 GDP 的净影响取决于各个年龄的劳动生产率。有证据表明,年龄和个体的劳动生产率具有相关性,但是其中的关系非常复杂,取决于人类禀赋和实物资本。东亚太平洋地区,现在的老年人比以往任何年龄人口的生产力率都要高。低生育率以及寿命延长是老龄化的主要原因,也影响着各年龄的劳动参与率和劳动生产率。从公共政策角度出发,人口结构是既定的,但劳动参与率和劳动生产率不是既定的。人口老龄化会对经济产生多大的影响,取决于政策如何影响劳动力参与度、储蓄、人力资本积累以及全要素生产率。

未来几十年,红色组国家和一些橙色国家的劳动年龄人口占比将大幅下降,但可以通过不同途径增加这些国家的劳动力。有人在预测老龄化对东亚太平洋国家经济增长的影响时,假设老龄化过程中劳动力参与度、退休行为、人口健康状况、流动方式均保持不变,(运用增长核算模型)得出的结论非常悲观。然而,影响上述各因素的行为可能会发生变化,或者说在有利的政策环境下可能会发生变化,从而缓解因劳动年龄人口减少而产生的影响。有些研究与悲观的论调恰恰相反,对老龄化对地区经济增长的影响持乐观态度。到底影响几何,还是取决于行为改变和政策改变的程度。

面对快速的老龄化进程,一个可以缓解问题的途径是提高女性劳动力参与度。截止 2010 年,很多东亚太平洋国家的女性劳动参与度与男性仍然存在较大差距。这也表明女性参与率还有提升空间。此外,多年来男性和女性参与率也一直在改变。地区内多数国家的男性劳动参与率大幅下降,但女性参与率即使在老龄化背景下仍有所上升。因此,在韩国、马来西亚、新加坡等国,劳动参与率已经稀释了部分人口结构变化对女性劳动力供给产生的影响。但中国和日本还没有出现这样的情况。

另一个可以增加劳动力的途径是延长老年劳动者的生产工作年限。这种提高劳动力参与度的方式在其他地区似乎会受到诸多限制。但是,某些国家,特别是中国和越南,在延长城市人口生产工作寿命缓解老龄化影响方面,拥有巨大的潜力。然而,随着经济增长、城镇化进程以及社会保障体系的扩大,东亚太平洋地区发展中国家的农村劳动者会日益效仿城市劳动者的退休行为。如果不进一步改革养老体系,这一下行风险会很大。

**健康的老龄化有助于增加老年人口的劳动力参与度。**理论上来讲,更为健康的预期寿命可以延长工作寿命。但是,由于收入效应,后者的增幅往往低于前者。劳动参与率的发展趋势和健康调整生命年的增加为延长东亚地区,特别是女性人口的工作寿命,创造了更大的空间。

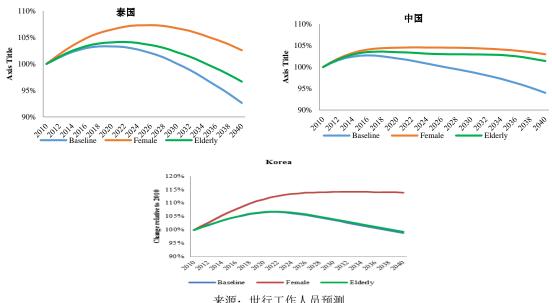
**东亚太平洋地区人口受教育程度提高不仅能影响到劳动力素质,还可以通过两个途径促进各年龄 男性女性的劳动力参与度。**第一,受教育程度高,有更大的动力在薪水较为丰厚的岗位工作。第二,研究发现,受教育程度高的人,健康状况较好,死亡率更低,年老时工作的能力和愿望也更强。

青年劳动力流动到正在老龄化的国家也有助于提高劳动力参与度。东亚太平洋地区具有两个显著特征,第一,各国人口结构转型的时间点大相径庭,因此,劳动力从拥有年轻劳动力的国家流动到老龄化国家,可以使后者受益(时间套利)。第二,一些严重老龄化国家移民率非常低(如韩国和日本只有1-2%)。如果新流入的移民能够增加到25-35岁劳动力的10%(与美国和几个西欧国家的水平大致相当),低基数效应会带来巨大的机会。相比之下,香港特别行政区和新加坡的移民存量较高,达到40%左右。

增加女性劳动力供给是上中等收入国家提高劳动力参与度的最大影响因素,而中国和泰国在增加 老年人劳动参与度方面也有巨大的潜力。特别是中国,有很大的空间,可以通过增加老年人及女 性劳动力参与度,削弱劳动力减少产生的影响。泰国在这两个方面也大有可为。富裕国家可以通过永久性移民和暂时性移民缓解本土工作年龄人口下降的问题。增加女性参与度会继续对劳动力输入国产生长期的重要影响,但两种移民方式都是在短期内增加劳动力的效果更为明显。

**调整政策实现劳动力供给潜力具有挑战性。**政策变革会遇到政治上的阻力,还需要劳动者、雇主和社会都做出重大的行为改变。提升老年人劳动参与度需要改革社会保障体系以及劳动和移民政策。最近,一些东亚太平洋国家在这方面的改革进展令人欢欣鼓舞,但很多国家在改革过程中都面临政治上的挑战。

图 A15: 各老龄化国家采取不同方式提高劳动参与度 (以2010年为基准年,不同情况下的劳动力状况预测)



来源: 世行工作人员预测

除了积极缓解劳动力*数量*下降,还要努力提高劳动者*素质*。东亚太平洋地区在这方面有很好的起 点,近几十年来一直在大规模的扩大中等教育和高等教育,这些学生会陆续进入劳动力大军。地 区内各个收入水平的国家未来每一代的劳动者都比他们上一代劳动者受教育程度高。另一个趋势 是,地区内中等收入国家的老年劳动力和年轻劳动力之间的教育差距大大缩小。在韩国等地,这 种代际之间的教育差距甚至已经消失了。然而, 劳动力质量也可能会随着老龄化进程发展而下降, 比如,全球及东亚太平洋地区都有证据表明随着年龄的增加,创业精神下降。

老龄化对劳动生产率的净影响,在某种程度上取决于在人口老龄化过程中资本积累如何变化。老 龄化可能会影响到家庭储蓄以及公司储蓄,也会影响与老年人相关的公共支出,因此也大多会影 响到政府储蓄。1960-2000年间,东亚各国平均个人储蓄率为25%,超过世界上大部分地区。当然 地区内各国的家庭储蓄情况有很大差异。1966-2007年间,新加坡、中国、马来西亚的家庭储蓄率 在30%以上,而越南、菲律宾的家庭储蓄率不到20%。虽然家庭储蓄率有波动,但2001年以来公 司储蓄率呈稳定上升态势。

**人口结构对储蓄率的影响难以预测,因为人口结构向老龄化转型有双重效应。**两者相互抵消,共 同决定长寿对于总储蓄的净影响: (1) 合成效应,由于老年人口在成年人口中的比重增加了,因 此总储蓄率减少; (2) 行为效应,比如人们预计自己退休后的消费期更长了,因此增加个人储蓄。

关于东亚地区老龄化对于家庭储蓄率的影响,各种预测众说纷纭,但总的来说这方面的影响其实 **并不像世界上其他地区那么严重。**根据生命周期假说,人们年轻时储蓄,用于退休之后的消费活 动。也就是说,老龄化经济体的国民储蓄率是下降的。大量全球证据,包括日本的数据,都支持 了这一判断。但东亚地区的储蓄率却不降反升,这与生命周期理论不一致。东亚储蓄率上升的一 个显著特点是各年龄储蓄率都增加了,这也跟牛命周期理论相悖。1952-1992年间,16个亚洲国 家的总储蓄率并没有因为人口结构转向老龄化而受到显著影响。有研究运用中国、泰国、韩国、 越南的国家转移支付账户分析生命周期内的收入和消费,发现20岁左右之后消费水平基本处于平 稳状态,而年纪大了以后劳动收入仍然是正的。东亚太平洋地区储蓄率增加似乎与赠与动机增强、 政府养老制度没有实现全覆盖,以及医疗保险的经济保护能力不强等因素有关。总而言之,该地区老龄化对于家庭储蓄的合成效应似乎没有其他地区显著。

**东亚太平洋地区总储蓄率的最大风险在于政府储蓄会因为养老金、医疗卫生及长期照护支出增加而受到影响。**发展中国家财政空间有限,因此尤为担心这一问题。即使老龄化对经济增长的影响相对温和,但由其带来的财政风险仍然不可小觑。目前,这一问题在一些地方已有所显现,需要通过政策引导降低风险。此外,许多国家还在迅速扩大医疗保险和养老制度的覆盖面,探索公共财政负担长期照护,这使得财政风险雪上加霜。

对东亚太平洋地区的养老金支出预测表明,未来几十年不断增加的养老金支出会带来巨大的财政 压力。虽然各国受影响的程度不同,但所有预测都显示养老金制度会带来财政风险(图 A16)。

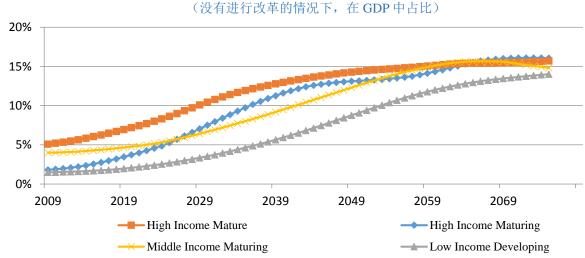
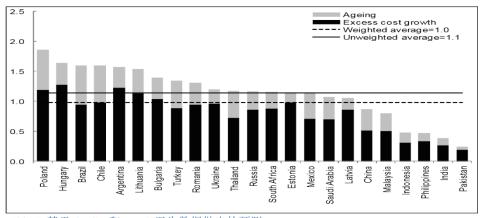


图 A16: 2010-2070 年 APEC 国家各组养老金状况预测

来源: Hinz 和 Zviniene (2012)

据预测,医疗卫生支出呈现出两大趋势: (i)政府卫生医疗支出增加; (ii) 老龄化是促使政府医疗卫生支出增加的重要原因,但不是最主要原因。IMF 预测指出,虽然医疗卫生公共支出的增长水平不及养老金支出,但增幅也非常显著,尤其是与当前支出水平相比增幅还是很高的(图 17)。在几个东亚太平洋国家,医疗卫生支出三分之一的增长是由老龄化本身造成的,在中国这一比例更高一些。韩国和日本医疗卫生支出的可比增量分别为 GDP 的 3%以上(其中约 1/4 是由老龄化本身而造成的)和近 1%。

图 A17: 2010-2030 年各国医疗卫生公共支出增长预测

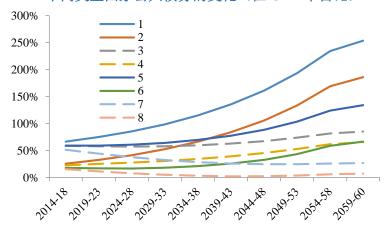


来源: IMF(2011) 基于 OECD 和 WHO 卫生数据做出的预测。

注:额外成本增长率是控制了老龄化因素后政府卫生支出的增长率。加权平均值基于以购买力评价计算的 GDP。

**如果在财政预测中考虑负债情况,老龄化带来的财政压力就更为复杂了(不确定性更大)。**上述 财政预测有利于理解与老龄相关的支出压力,但没有考虑国家可能会举债增加公共支出。然而, 标准的债务可持续性(DSA)模型没有考虑人口结构。如果关注短期宏观财政形势,不考虑人口 因素情有可原。但如果分析长期债务可持续性,人口是一个很重要的因素。

图\*: 2013-2060 年东亚太平洋地区各类国家的债务情况和人口结构 不同类型国家公共债务的变化(在 GDP 中占比)



来源: Pradelli 和 Van Doom (2015)。 图例: 情况 1 老龄化, 高支出、高负债; 情况 2: 老龄化、高支出、低负债; 情况 3: 年轻、高支出、高负债; 情况 4: 年轻、高支出、低负债; 情况 5: 老龄化、低支出、高负债; 情况 6: 老龄化、低支出、低负债; 情况 7: 年轻、低支出、高负债; 情况 8: 年轻、低支出、低负债

#### 东亚太平洋地区在老龄化过程中的劳动力市场

一些东亚太平洋国家的人口老龄化引发了人们对于劳动力减少、产出下降的担忧。为此,一些富裕国家已经推行了许多政策计划,可以为正在经历迅速老龄化的中等收入国家提供经验教训。地区内各国的经验表明,应对这一挑战需要关注以下几个主要问题:

- 第一,应对老龄化问题,有效的劳动力市场政策需要政策行动覆盖整个生命周期,包括促进老龄国家的生育水平,增加女性劳动力参与度,探索引进更多的移民,扩大老年劳动者的工作寿命。
- 第二,要缓解老龄化对劳动力市场的负面影响,政策协调和政策平衡非常重要。老龄化过程中的东亚太平洋各国采取多种措施计划增加劳动力数量,但是,劳动力市场、社会保障和其他政策之间的协调仍然是一个挑战。
- 第三个主题是成本效益。旨在促进劳动力参与度的制度有很多,但尚不了解这些制度的成本效益及其对就业的影响。
- 第四个主题是适当平衡(对雇主和雇员的)强制性命令和激励机制。单独使用其中任何一种方法都无法达到预期效果。

近几十年来,东亚太平洋地区的老龄国家采取了很多措施,扭转非常低的生育率,提升女性劳动力参与度。虽然总体来说该地区女性劳动力参与度较高,但日本、韩国、马来西亚、斐济等国家面临的主要挑战是如何使女性在生育后重新回到劳动力队伍。为此,韩国、日本等国实施了许多鼓励生育、方便就业劳动力照顾家庭的行动计划,旨在促进女性产后回到工作岗位。

**东亚太平洋地区的证据表明,鼓励生育更多孩子的直接激励机制不是特别有效或者不具有成本效益。**促进生育率的直接措施包括,直接向有孩子的家庭提供资金(如新加坡、蒙古、越南),优先安排政策性住房,发放儿童津贴,有多个小孩或者人口多的家庭可以享受税收减免和退税。但有时生育政策和劳动政策不一致。有的东亚国家在实施这类政策之前,生育率已经降至替代率以下,反映出之前计划生育政策遗留的影响。对这些鼓励生育的政策进行评估,结果表明只是单独使用这方面的措施对于生育行为的影响十分有限。对日本上世纪九十年代以来的鼓励生育计划进行评估,发现这些政策对于鼓励家庭要第二个孩子和第三个孩子没有任何效果。因此,可能还需要更广泛的政策和社会态度的转变。中国城市地区的调查表明,符合生二胎标准的家庭中,只有少数希望生二胎(北京符合生二胎标准的家庭中,只有18-24%的家庭想要二胎)。

**东亚太平洋地区的发展中国家普遍有带薪产假及育儿假制度,但大都仅限于正规就业部门。**地区内越来越多的国家允许休产假或育儿假,资金来自社会保障制度和/或政府一般性收入。一项关于地区内 13 个国家的研究表明,这些国家都有产假(包括男性的陪产假)制度,资金通常来自雇主。该地区的发展中国家,一般只有正规社会保障制度覆盖的人群才有带薪产假,通常是 3-6 个月。虽然对此类措施的评估有限,但有证据表明在日本此举对鼓励女性回去上班的作用大于美国和英国。

为了鼓励生育后回归劳动力队伍,各国采取了不同的方式对育儿进行补贴。韩国、新加坡、中国台湾和日本提供日托补助,具体金额根据家庭收入状况而定。而马来西亚则采用税收激励的方式,但到目前为止此举的效果有限。越南,针对非正规就业部门女性,延长孩子在校时间。中国也采取了类似的方式,努力扩大"儿童早期发展"项目。总而言之,东亚太平洋各国往往运用补贴和激励,而不是颁布针对雇主的强制性命令。对于非正规经济部门,其他的方式可能更有效。

**那些发放大量政府育儿补贴的东亚太平洋国家在激励女性就业方面已经取得了一些成功。**分析红色国家发现,日本和韩国的育儿费政策收到了积极效果。而中国和蒙古在国有企业改革过程中大幅减少育儿费和补助,城市女性劳动力参与度随之下降,其中一个原因就是育儿成本增加了。

**东亚太平洋地区的富裕国家采取了一揽子措施,提高女性特别是生育后女性的劳动力参与度。** 2007 年,新加坡实施了一系列措施,包括培训计划、灵活的工作安排、有针对性的积极劳动计划、 招聘会等等。2008 年,中国台湾把产假福利、育儿补贴和儿童早期发展项目打捆实施。日本也采 取了一系列的政策倡议,上世纪九十年代的天使计划和 2004 年的支持计划都结合了多种政策。同样,韩国 2010Saeromaji 计划也提供了相似的福利包,包括降低家庭税率等。

一些东亚太平洋国家应该避免阻碍女性就业的措施。该地区各国的劳动法以前有一个共同特点,即在行业、工作类型和工作时间方面对女性有特殊限制。这些规定已不再被视为保护女性权益的措施,在快速老龄化国家似乎也不合时宜。具体来说,税收体系中的一些安排可能会鼓励女性不再进入劳动力队伍。这与其他激励女性生育之后回到工作岗位的政策背道而驰。日本的税收及养老政策就存在这样问题,不过现在人们也在重新审视相关政策。

东亚太平洋地区的富裕国家已经实施了一系列针对雇主的经济激励措施,以期延长劳动力的工作寿命。这也可以为正在经历快速老龄化的发展中国家提供经验教训。第一,在日本、韩国、新加坡和澳大利亚等地,如果雇主能够招聘、留用、再次任用老年劳动者,就可以得到政府的拨款。2011年以来,韩国针对某些职业,用新的补助制度来代替之前的老年就业补助金。在新加坡,2011年以来,如果雇佣了50岁上的劳动力,新加坡政府给雇主的补贴可以高达该员工工资的8%,同时另有一笔拨款促进企业雇用、留用、再次聘用成熟劳动者。

相关的一个重要问题是,鼓励雇主雇用老年劳动者的经济激励是只根据年龄确定目标人群,还是在关注失业、低收入等特征的综合制度中涵盖年龄因素。欧洲的这类措施中,有一半以上只是针对老年劳动者,而其他的是将老年人视为弱势群体的一部分,为雇用老年人的雇主提供工资补贴。有证据表明,如果只是根据年龄来给予工资补贴,政策效果不如针对长期失业老年劳动者或者低收入老年劳动者进行补贴。

**主要针对老年劳动者的工资补贴制度有很多成本效益方面的问题。**可能会造成较大的无谓损失、替代/替换效应及污名化。韩国评估之前的措施,发现无谓损失较大,因此于 2011 年改革了鼓励雇用老年劳动者的经济激励制度。目前,东亚太平洋地区常见的做法是,有政策瞄准某个年龄以上的所有人口,同时对其中的特殊群体还辅之以有针对性的补充性安排。政府在努力改变关于老年人口生产价值的观念时,这种做法似乎情有可原,但随着老年劳动者存量的增加还需要对这样的政策安排进行评估。

**东亚太平洋地区富裕国家越发加强经济激励,鼓励通过开展针对老年劳动者的就业服务延长工作寿命。**日本、韩国、新加坡都有一系列专门针对中年以上人口的措施。通常对这些制度的影响和有效性缺乏评估,但日本有证据表明实施针对老年人的就业服务后,60-64 岁劳动者的工作安置状况有小幅改善。

除上述措施外,还有些激励措施鼓励雇主调整工作场所,以适应老年劳动者的需要,提高他们的生产率。许多国家都通过拨款、贷款及其他工具鼓励企业改变实际工作环境。企业也认识到这种改造投资不大,但经济上有所回报,因此越来越多的自发进行改造。红色国家的政府向企业提供资金和贴息贷款改造工作环境。2011 年以来,韩国提供贴息贷款,用于安装老年人便利设施。新加坡也为企业提供资金进行此类升级改造。

另一类常用的促进老年人工作的政策工具就是税收和社会保障制度。这在东亚太平洋地区也很普遍。全球总体而言,老年劳动者比青年劳动力对经济激励和税后工资水平更为敏感。OECD 国家和东亚太平洋地区的富裕国家常使用以下机制:

• *税收和社保缴费制度中的激励机制*,包括老年劳动者收入税抵免、社保缴费减免以及老年人在目标人群中占比较大的一般性税收优惠(如韩国)。

• 减少社保制度中抑制就业的因素。过去在 OECD 国家和转型国家,老年人如果工作养老金就会减少。现在已经废除了这一做法。对于中国、越南、菲律宾等发展中国家来说,很早就可以退休拿退休金是较大的负向激励,抑制老年人口就业。

处于各不同收入水平的东亚太平洋各国都可以吸取 OECD 国家(和本地区)的经验:尽量减小"税收强制退休"效应(某个年龄以上还继续工作就会承担隐性税)非常重要。虽然日本的做法可圈可点,但在地区内一些发展中国家的正规就业部门,这种"税收强制退休"的负面影响已经有所显现(如中国和越南)。发展中国家在改革养老金体系的过程中应避免这种情况。

**尽管有很多延长工作寿命的激励机制,但还有些做法会抑制对老年劳动者的需求:其中比较重要一项安排就是东亚太平洋地区历史上根深蒂固的论资排辈的工资制度。**很多东亚太平洋国家都有论资排辈确定工资的传统,即涨工资是根据年龄而不是绩效。韩国、新加坡最近对该制度进行了改革,显示出一定的潜力。发展中国家也在努力增强绩效工资的作用,如中国近年来在教师工资制度中增加了绩效工资部分。

**东亚太平洋地区正规就业部门还有一个重要的政策因素--退休年龄政策。该地区近期的改革也显示出其独特之处。**包括该地区发展中国家和发达国家在内的全球证据表明,退休年龄对退出劳动力队伍有很重要的影响。东亚太平洋地区由于退休年龄早且有丰厚的退休待遇,这种作用更加明显。地区内富裕国家在退休年龄问题上采取了创造性的方式,鼓励延长劳动寿命。日本、韩国、新加坡等国虽然有最低法定退休年龄(和公共部门法定退休年龄)的要求,但公司可以在设定退休年龄上发挥较大作用。印度尼西亚也是如此。公司拥有一定的灵活性,可以决定*怎样*在劳动者达到最低退休年龄之后延长其劳动寿命。一般情况下,续聘似乎更受青睐,而不是提高公司层面的强制退休年龄。

**这一发展中地区的终身学习体系尚待建立。**尽管许多东亚和太平洋国家的发展中国家的受教育程度取得了显著提高,有经验的工人的存量严重不足,因为在这一地区许多发展中国家当前年纪较大的工人在孩童阶段由于战乱或持续的内乱而中断教育。除了这一转型难题,另一个更为广泛的挑战是为工人建立终身学习体系使其能够一生持续提升技能。从全球来说,教育、技能和劳动制度正在从传统的学习、工作、然后退休的模式,向技能升级与职业生活无缝融合并且工作和退休的界限日趋模糊转变。

**东亚与太平洋国家的高收入国家、欧洲和澳大利亚,已经采用各种措施资助终身学习,来提高年老工人的生产率。**全球各国都面临年老工人培训的挑战,经验表明东亚与太平洋国家的挑战更加急迫。这使得针对年老工人的培训项目日趋增多。富裕的东亚和太平洋国家将年老工人的培训制度化,既有专门针对年老工人的也有一般性的培训项目。不过,针对年老工人的培训项目对其生产率的影响究竟如何,全球在这方面的证据非常有限,且毁誉参半。

近几年东亚与太平洋国家延长工作年限的政策最显著的特征是采取多元化战略来促进富有成效的老龄化进程。韩国采取了一揽子的激励措施,鼓励提高年老工人的生产率、对保留年老工人的雇主提供补助、努力让失业的年老工人或接近退休或遭解雇的工人重新就业。新加坡采取了类似的一系列方案,包括WorkPro 计划(由新加坡人力资源部和劳动力开发署共同实施,鼓励单位招聘重回工作岗位的或是年纪较大的职工),特殊就业补贴计划Special Employment Credit(鼓励单位聘用年长职工),工作福利收入补助Workfare Income Supplement(为年纪较大的低收入工人提供

补贴,鼓励就业)。日本有几套措施,包括工资津贴、雇主财务资助、专用的培训中心和就业服务。这些活跃的劳动力项目将激励机制与义务结合起来,赋予企业很大的执行自主权。

移民可能是所有东亚和太平洋国家减轻老龄化对劳动力供给影响的一个有效途径,并能实现派遣国和东道国的"双赢"。和世界其他地区一样,移民政策是个敏感话题,需要认真促使各方达成共识。然而,快速老龄化有可能促进对于派遣国和东道国都有利的移民政策。这是一种经济现象,中国在国内的年轻农民工移居到生产力更高的大城市工作过程中,已经享受到了利益。将鼓励移民的政策给东道国和派遣国带来的利益最大化,需要在多个领域采取政策措施,区域内一些国家在这方面已经积累了一些经验。关于挑战、市场失灵以及东亚与太平洋国家刺激移民的政策选择,世界银行已经做了详细的分析,世行最近的一个报告第七章对此有所归纳总结。

# 老龄化的东亚与太平洋国家的养老金制度

**在养老金制度设计方面,东亚与太平洋国家呈现出最大的异质性,不同群体国家所面临的政策挑战也印证了这一点。**养老金制度所面临的挑战不仅仅决定于他们不同的人口统计学特征,同样受到他们既往政策选择以及各自劳动力市场和资本市场的性质的影响。总体而言,东亚与太平洋国家是世界各国情况的一个缩影,有些最近才开始建立国家养老金制度,还有些绿色组国家尚未建立。

总体来说,东亚与太平洋国家的养老金制度在待遇水平的慷慨程度、再分配程度及公民与国家之间各自所应承担的风险方面的设计理念差别迥异(表 A1)。具体如下:

- **东亚与太平洋国家的正式养老金制度的核心特征呈现极大的差别。**在针对私营部门职工实施强制性养老金制度的国家中,有七个国家实行待遇确定型模式(DB),四个国家实行缴费确定型模式(DC),中国实行 DB/DC 混合模式(尽管本质上是记账式的运行)。印度尼西亚将马上从缴费确定型模式(DC)转变成混合模式。待遇确定型模式(DB)成为强制退休金制度的主体或一部分也反应了世界各国的普遍做法。
- 除了少数例外,与全球标准相比,东亚与太平洋国家正规就业部门的养老金制度的目标待遇水平较低。与世界其他国家制度的比较分析表明,在东亚与太平洋的 13 个国家中,只有 3 个国家的制度参数显示较高的目标待遇水平。
- 社会养老津贴逐渐发展,但在大多数国家,社会养老津贴待遇水平较低,而且针对特定人群, 目前并不构成一个主要的财政负担或风险。只有东帝汶是个例外,测算表明在可预见的未来 此类支出会构成一个巨大的财政负担。
- 大部分国家对公务员有特殊的养老金制度,待遇明显比其他劳动者的养老计划优越,不过现在有将公务员养老金制度与其他劳动者的养老金制度合并的趋势(例如韩国、印度尼西亚、中国)。在中国,二者存在巨大的差别。
- 最后,柬埔寨、缅甸和东帝汶与世界上十几个其他国家一样,不在私营正规就业部门实施强制性缴款型养老保险制度。柬埔寨和缅甸已有计划或已经颁布立法(缅甸),因此正处于养老金政策的历史十字路口。柬埔寨和缅甸同样没有社会养老津贴制度,因此,有效的社会救助制度将有助于应对老年贫困。

表 A1: 东亚与太平洋国家养老金制度的设计特点

| 国家           | 收益目标 | 再分配程度    | 养老人员的风险                      | 政府的风险           |
|--------------|------|----------|------------------------------|-----------------|
| 中国           | 高    | 大        | 缴费确定型的收益低                    | 很大的空账风险,        |
|              |      |          |                              | 基金很大程度上是        |
|              |      |          |                              | 记账式的            |
| 香港特别行政       | 低    | 小        | DC 的收益低,长寿风                  | 无               |
| 区            |      | <u> </u> | 险                            |                 |
| 印度尼西亚        | 低    | 小        | DC 的收益低,长寿风                  | 无               |
|              | ,    |          | 险                            | /m 1 // m m     |
| 日本           | 中    | 中        | 发起方风险/违约                     | 很大的空账风险,        |
|              |      |          |                              | 基金很大程度上是        |
| -h-k-1==     |      | 1        | 11) des 2 : E # 24 : 11      | 记账式的            |
| 韩国           | 中    | 大        | 发起方风险/违约                     | 由记账式而非完全        |
|              |      |          |                              | 做实所引起的风险        |
| - t          |      | <u> </u> |                              | 为中等             |
| 马来西亚         | 低    | 小        | DC 的收益低,长寿风                  | 无               |
|              | ,    |          | 险                            | /m 1 // N m m m |
| 蒙古           | 中    | 大        | 通胀风险,发起方风                    | 很大的空账风险,        |
|              |      |          | 险/违约                         | 基金很大程度上是        |
| M. A.L N     |      |          |                              | 记账式的            |
| 菲律宾          | 高    | 大        | 通胀风险,发起方风                    | 很大的空账风险,        |
|              |      |          | 险/违约                         | 基金很大程度上是        |
| along to the |      |          | 161 Hank () will II () 1.2.5 | 记账式的            |
| 新加坡          | 低    | 无        | 缴费确定型的收益低                    | 无               |
| 泰国           | 中    | 中        | 通胀风险,发起方风                    | 由记账式而非完全        |
|              |      |          | 险/违约                         | 做实所引起的风险        |
|              |      |          |                              | 为中等             |
| 越南           | 高    | 小        | 发起方风险/违约                     | 很大的空账风险,        |
|              |      |          |                              | 基金很大程度上是        |
|              |      |          |                              | 记账式的            |

来源: 世行职员汇编

在覆盖范围、充足性和可持续性方面,东亚与太平洋国家的养老金制度面临的挑战不尽相同。除了两个国家,考虑到人口统计学方面的特征(见图 A16),东亚与太平洋国家在养老方面的开支低于其他国家。主要是由于以下三个原因:

- 首先,香港特别行政区、印度尼西亚、马来西亚和新加坡实行缴费确定型的养老金模式来限制其养老金支出,至少对于预算支出而言。
- 其次,对于最近才开始实施待遇确定型(DB)制度的韩国、老挝和泰国,制度发展的阶段是个影响因素。测算显示他们的支出会在未来几十年上涨,向拟合线靠近。
- 至于柬埔寨和缅甸,由于没有在私营部门实行强制缴费型养老金制度,也没有社会养老津, 其养老支出的水平很低。
- 第四个原因可能是文化。许多东亚与太平洋国家传统上强烈依赖家庭养老和民间支持网络养老。

20 18 公共养老支出GDP占比% 16 = 0.4362x - 1.0813 14  $R^2 = 0.6867$ 12 10 菲律宾 8 日本 6 2 0 - 韩国 香港特别行政 15 20区 30 35 25 -2 0 10 柬埔寨 60岁以上人口比例 老窝 缅甸 印度尼西亚

图 A16: 公共养老支出, 东亚与世界

来源: 世界银行养老金数据库和联合国人口数据

虽然上图并不完整,仍然可以用来评估东亚和太平洋国家养老金制度的可持续性,可以看出许多 **国家的养老金制度存在很大的财政风险。**根据相关预测,今后几十年中,这一地区实行待遇确定 型(DB)模式养老制度的国家,大部分都会出现现金流短缺的问题,到 2040年,现金流短缺程度为 GDP的 1.4%至 4.5%之间。

就缴费型养老保险制度的参保率而言,除了几个覆盖率最低的低收入国家(图 A17),东亚和太 平洋地区仅达到或低于全球平均水平。总体来说,发展中的东亚和太平洋地区如果依赖于传统的 缴费型养老制度,极有可能输掉覆盖率竞赛。在这一地区,除了几个显著例外,有老人的收入最 低的 40%的家庭,老年人领域缴费型养老金待遇的家庭比例勉强到达 20%以上,这充分凸显出单 纯靠缴费型养老模式扩大覆盖面所面临的挑战。例如,在印度尼西亚、越南和菲律宾,需要经过 大约 50 年的发展,才能达到实现全覆盖所需的收入水平,至于这一地区最穷的那些国家,则需要 更长的时间。

120 揪 劳动年龄人口的覆盖  $= 4.2633x^2 - 56.792x + 192.16$ 100  $R^2 = 0.8735$ 80 韩国 60 香港特别 行政区 40 马来西亚 柬埔寨 20 越南 老挝 0 印度尼西亚 5 6 7 Q 9 11 12 对人均GDP进行过调整的购买力平价对数

图 A17: 最近几年劳动年龄人口的覆盖率和人均收入

来源: 世行养老数据库; www.worldbank.org/pensions

与全球标准相比,就待遇水平的充足性而言,东亚和太平洋国家处于较低水平,但是原因不尽相同。在东亚和太平洋国家实行待遇确定型养老制度的国家中,除了越南,其他国家的实际替代率都较低。在这一地区实行缴费确定型养老制度的国家面临明显的退休收入水平较低的问题,不过各国原因不尽相同。在依赖缴费确定型养老制度的大多数国家,退休收入不足是多种原因造成的,即退休前提前支取养老金的控制制度过松、投资回报率不高、低报缴费基数等。在东亚和太平洋地区的许多国家,社会养老津贴是总的养老金待遇充足性的一个主要决定因素,且待遇水平通常较低(图 A18)。

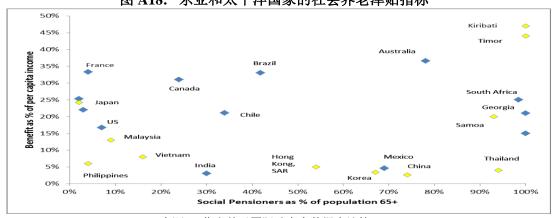


图 A18: 东亚和太平洋国家的社会养老津贴指标

来源: 作者基于国际助老会数据库计算

养老保险的缴费率及其对于正规就业和企业竞争力的影响在全球和东亚和太平洋地区差别都很大(图 A19)。缴费率区间在东亚和太平洋地区乃至全世界都差别迥异,从 6%到 28%(柬埔寨和缅甸不实行强制缴费,缴费率为零)。东亚和太平洋国家大致可以分为两组。第一组的缴费率较低,在 5.7%至 10.3%之间,处于世界制度缴费率最低的 1/3 的国家。这一组国家包括印度尼西亚、泰

国、香港特别行政区、韩国、老挝和菲律宾。第二组的养老保险缴费率在 18%至 28%之间,包括 日本、蒙古、马来西亚、新加坡、越南和中国。

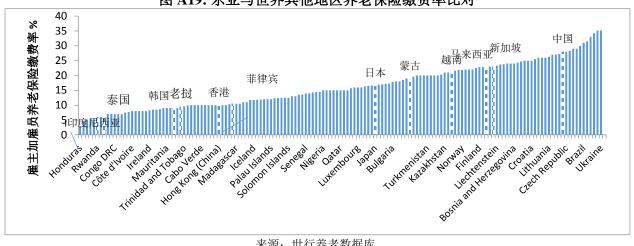


图 A19: 东亚与世界其他地区养老保险缴费率比对

来源: 世行养老数据库.

与退休时的预期寿命相比,发展中的东亚和太平洋地区的国家养老政策的退休年龄比较低,甚至 **还有一些强烈的提前退休的诱因。**大多数东亚和东南亚国家退休时的平均预期寿命高于经合组织 国家的平均预期寿命,除了韩国和菲律宾,正式退休年龄时的预期寿命超过25年。妇女退休时的 预期寿命更长。此外,在越南和菲律宾,提前退休每年分别增加养老金财富 15%和 18%,而且, 菲律宾惩罚延迟退休。在中国,延迟退休意味着养老金财富会逐年减少。与此相反,韩国和日本 重罚提前退休,奖励延迟退休。结果很明显,中国和越南的正式城镇职工的平均退休年龄比公务 员低3到4年。

考虑经济、人口统计学以及养老保险制度的差异,整个东亚和太平洋地区国家的养老保险制度所 面临的挑战各不相同(表 2)。更为富裕的经济体(红色组)已实现了养老金制度的广覆盖,且 制度的财务可持续好于其他较为富裕的国家,不过他们面临的挑战是养老金待遇的充足性。中等 收入国家正努力应对双重挑战,即要改善现有制度的可持续性还需全力扩大对大量的尚未覆盖的 非正规就业部门的覆盖面。对于绿色组国家,面临的主要问题是选择一个能够逐渐实现广覆盖的 合适制度模式,并且避免过度依赖缴费型的养老金制度, 这种模式已经在世界其他地区被证明对 于持续扩大覆盖率是无效的。

|         | 74 74 |      |     | 1/2 (A) — 110 (A)   | H A IH            |             |
|---------|-------|------|-----|---------------------|-------------------|-------------|
| 国家      |       | 制度表现 |     |                     | 间接影响              |             |
|         | 可持续性  | 覆盖面  | 充足性 | 正规劳动就<br>业者的参保<br>率 | 60 岁以上劳<br>动力的参与率 | 储蓄/资本市<br>场 |
| 柬埔寨     |       |      |     |                     |                   |             |
| 中国      |       |      |     |                     |                   |             |
| 香港特别行政区 |       |      |     |                     |                   |             |
| 印度尼西亚   |       |      |     |                     |                   |             |
| 日本      |       |      |     |                     |                   |             |

表 A2: 东亚和太平洋地区养老金制度改革需求的估

| 韩国   |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 老挝   |  |  |  |
| 马来西亚 |  |  |  |
| 蒙古   |  |  |  |
| 缅甸   |  |  |  |
| 菲律宾  |  |  |  |
| 新加坡  |  |  |  |
| 泰国   |  |  |  |
| 东帝汶  |  |  |  |
| 越南   |  |  |  |

来源: 本文作者阐述

色标显示的是如果要提高制度表现该指标所需进行的改革的程度:

小幅 较大 重大

过去 15 年来,东亚和太平洋地区各国养老保险制度改革在覆盖率、充足性及可持续性方面的侧重点在不断调整。已经取得了显著的进步,但仍面临许多挑战。最近 15 年来,养老制度改革的重点是可持续性,引进新的筹资方式,以及通过降低待遇水平来减少债务。与此相对,近 10 年更加强调扩大覆盖面和提高待遇的充足性,至少着力于缓解老年贫困问题(表 A3)。

表 A3:东亚和太平洋地区自上世纪 90 年代末开始的养老改革

| 上世纪 90 年代末-2005   | 2006-2010  | 2011-迄今   |
|---|--|---|
| 中国 - 引进新的个人账户;建立全国社会保障基金;香港特别行政区 - 引进个人缴费确定型养老保险;印度尼西亚 - 通过社会保障法日本 (2000) - 提高退休年龄;得上,提行指数,并有,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以实现。由于,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对,以对, | 中国 - 实行新农保<br>韩国 - 逐渐减少国家养老制度的替代率(2009-2028)<br>引进社会养老津贴。<br>新加坡 - 为低收入工人引进"工作福利收入补助"<br>秦国 - 社会养老津贴制度<br>第一次扩面<br>东帝汶 - 引进社会养老津贴制度<br>越南 - 引进社会养老津贴制度 | 中国 - 大力扩大新农保;引进城市居民养老制度。 日本 - 增加低收入养老金领取者的福利性支出。 韩国 - 降低公务员养老金的替代率。 马来西亚 - 增加低收入工人雇主的缴费率;建立一开始提供缴费补贴的自愿性缴费。 至 - 通过社会保障法 |

来源: 世行职员文章

整个东亚和太平洋地区都需要对现存的缴费型制度进步一深化改革,使其具有可持续性,并创造养老保险制度扩大覆盖面的财政空间。在每个国家,待遇确定型养老保险所要求的缴费率明显高于实际缴费率,只有日本除外。关于养老保险制度的参数改革,已经形成一些共识,有些参数改革是橙色组国家目前的调整重点。下面所列的措施已在经合组织国家和东欧与中亚国家实施了20多年,但在东亚和太平洋地区很少实施:

- 从关注最终工资转向关注一生,重新估算平均工资作为计算替代率的基础工资
- 线性应计待遇的计算方式
- 养老金待遇与物价挂钩,进行指数化调整
- 尽可能减少参保人员领取养老金待遇的限制条件
- 将退休年龄的调整与预期寿命结合起来
- 统一男女职工的退休年龄
- 对提前退休或延迟退休精算公平(中立)的激励机制

**合理的有效退休年龄可能是许多东亚和太平洋国家养老制度改革最重要的内容。**尤其是对于女性,如果退休年龄与男士保持一致,也能改善其养老金待遇的充足性。在东亚和太平洋地区,退休年龄的改革已经推荐了许多年,只有韩国、日本和新加坡取得一些进展。相比之下,过去 15 年来,经合组织国家的平均退休年龄已逐步提高,并将继续延迟。

就劳动力市场、公平性和成本效益而言,推动公务员养老制度与养老保险制度的并轨,也是东亚和太平洋地区的一个改革重点。这个举措有助于建立财政空间,将养老金制度覆盖到非正规就业的劳动者。目前,在中国和泰国,公共部门和私营部门的养老制度存在巨大差别,公务员养老制度与养老保险制度的一体化面临更多挑战。可以采取在韩国(最近在越南)实施的一个过度做法,逐步让公务员养老待遇水平向养老保险制度的待遇水平看齐。作为将公务员养老制度与养老保险制度并轨的一个补充,可以提供公务员职业养老年金,以避免与并轨前的公务员相比,新制度下的公务员的养老待遇发生巨大落差。

对于目前尚未建立国民养老制度的国家,应当避免建立公共部门和私营部门并行的制度。柬埔寨和缅甸正在考虑为私营部门职工建立一个并行的养老保险制度,但该养老保险制度可能的缴费职工人数不到一百万。老挝的缴费人数则远远少于十万。在东帝汶,正在实施公务员养老计划,不过政府正在考虑实施全民的养老计划。鉴于这些国家财政资源和行政能力都有限,建立并行的养老制度是不可取的。

面对扩大养老保险制度覆盖面的种种挫折,在这一地区乃至全球,政府通常采取了两种对策。第一种是引进或扩大社会养老津贴。再辅以扩大社会救助项目,仅有此类项目可以在短期内解决老年贫困问题,并实现高水平的养老待遇覆盖率。在高覆盖-低待遇的国家,待遇水平可能需要提高,而资格要求更为严格的国家,可能需要放松资格要求,从而使制度覆盖更多的老人。不过这意味着面临两项重大挑战:成本和激励机制。

在柬埔寨或缅甸等收入更低的国家,既没有社会养老体系也没有有效的社会救助项目,最好的办法可能是扩大针对特定人群的社会救助项目。考虑到这个国家老年人与子女同住率很高,有良好瞄准机制的转移支付能够让老年贫困者享受到养老待遇,这与社会养老津贴有异曲同工之妙。与此同时,由于在这些国家缴费型养老保险制度对劳动力的覆盖率不超过 10%,且为贫困人口提供的转移支付的待遇水平也较低,不会对正规就业部门的行为构成影响。

在中国和泰国等社会养老保险制度已覆盖大部分老年人的国家,有可能以较低的成本逐步提高待遇水平。例如,在泰国将社会养老的待遇水平提高一倍,仅大约花费 GDP 的 0.4%。一开始以较高的待遇水平解决绝对贫困问题,但养老金待遇与物价挂钩,进行指数化调整,有助于长期控制成本。中国已经按照这种办法在调整,最近谨慎地提高了非正规就业者的基本养老金。菲律宾和越南也可以通过类似的做法扩大社会养老津贴的覆盖面。不过这些国家的另一个解决方案是随着对预算资金需求的增加,合并社会养老津贴与社会救助制度,采用共同的瞄准机制和提供体系。

**第二种扩大覆盖率的办法是对低收入劳动者和非正规就业劳动者的缴费进行补贴。**国际经验表明缴费补贴对扩大覆盖面有一定程度的贡献。在韩国,对渔民和农民补贴一半的缴费,能将参保率提高 10 个百分点。中国的经验则显示了缴费补贴在扩大覆盖面方面的潜力和局限性。大量的参保人数证明了在非正规就业劳动者中小额缴费的可行性,但是没有更好的收益和更高的缴费补贴,待遇水平的充足性不够。另外,补贴个人账户也有机会成本。在东亚和太平洋地区最穷的国家,出于几方面的原因,缴费补贴不太可能是稀缺财政资源的最佳使用方式。

**东亚和太平洋地区最近 10 多年来解决养老制度覆盖缺口的举措符合全球的普遍规律,即养老政策从依赖工资税转向财政资助。**通过财政预算资金扩大社会养老津贴的覆盖面并为非正规就业劳动者提供缴费补贴,主要是鉴于长期以来缴费型养老保险制度在弥补覆盖缺口方面收效胜微。养老保险改革取得进展的前提是通过政府一般收入实现养老金制度的再分配职能,并且必须与其具有保险和储蓄职能的内容分开。后者理想而言应该由个人在精算公平的基础上来筹资。最简单的做法是完全避开强制性的制度,建立一个广覆盖的社会养老金津贴制度(普惠的或是进行家计调查),再辅以一个自愿性退休储蓄制度。

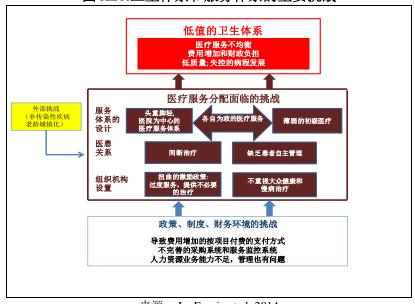
**第二种办法是政府对每个成年公民的个人账户提供少量财政资助。**政府财政资助水平的设计应该使得账户积累额能够支付相当与社会养老津贴的年金,这个政策可以分步推进。社会养老津贴和社会救助能够为当前的老年人和过渡人群提供支持,直到养老制度成熟。日本通过消费税为基本养老金筹资,就是采取了类似的设计。然而,在一些东亚和太平洋国家,由于面临财政和治理的挑战,预先筹资不切实际。

**有两种预先筹资的方案。**一种是记账式缴费确定型,账户记录了缴费形成的累积待遇,但是并不做实。第二种方案是政府发行政府债券存放在个人账户中。这是特殊的非交易债券,与 GDP 或人均收入的增长挂钩。第二种方案对国民储蓄的影响取决于总体财政调整政策,此类调整政策可以是完全通过税收融资或是完全借助债务融资。中国的制度设计已包含了一些此类内容。

# 卫生系统和老龄化

**东亚和太平洋地区的卫生服务体系面临许多挑战,日益增长的慢病(NCD)负担和老龄化人口将加重这些挑战。**图 A20 说明卫生服务体系在三个方面的主要薄弱点:提供体系的设计、医患关系和组织机构设置。这些弱点带来了低价值的卫生体系,使得控费需求日渐迫切,快速老龄化和慢病(NCD)负担的上升使得这些问题更加恶化。

图 A20:卫生体系和服务体系的主要挑战



来源: La Forgia et al, 2014

**东亚和太平洋地区的医疗体系是以医院为中心。**在大部分国家医院占整个卫生支出的 40%-70%。 在整个东亚和太平洋地区,像高血压和糖尿病等相对简单的疾病都要住院治疗。例如在中国,据 估计 30%至 50%的住院病人实际上可以进行门诊治疗,越南等国家也是这种模式。日本、韩国、 中国和蒙古的平均住院日高于经合组织国家,使得医院占整个卫生支出的比例进一步提高。

过度医院治疗在老年人群中更为明显。老年人对于医疗服务的使用率以住院治疗为主。在东亚的 许多国家,家庭平均年龄 50 岁起,男女的住院率开始上升,65 岁之后,急剧上升(图 A21).然 后开始下降。与之相比,老年人的门诊服务的使用率要低得多(日本除外),而且随年龄变化不 大。当医疗保险的报销政策更慷慨时,老年人甚至使用更多的住院治疗。在日本、韩国和中国等 国家,65 岁之后住院率急升,以及较高的平均住院日,表明提供急症治疗的医院还承担了护理机 构的职责。这种局势导致了低效的为老年人提供服务的模式,即本来其他机构能更高效提供的服 务,却由服务成本很高的治疗急症的医院越俎代庖。

Inpatient Rate (%) 유 印度尼西亚 中国 30(%) Inpatient Rate ( 47.80 127,50 Men, Rural Men, Urbar Women, Rural Women, Urban Inpatient Rate (%) 0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 日本 越南 (%) Inpatient Rate (\* 10 20 47,807 4,00

图 A21: 住院率随家庭平均年龄而增长

与此相对,力量薄弱且质量较低的初级医疗体系对于如何满足老年人的慢病管理需求却没有做好准备。初级卫生保健机构着眼于治疗,而不是健康促进和健康教育,后者对于慢病特别是老年人中的慢病管理至关重要。初级卫生保健机构尚不具备有效管理慢性慢病的能力。在印度尼西亚,基层医疗机构诊断并治疗三种主要慢病的能力仍然非常有限。与此类似,在越南只有2%的社区卫生院实施了高血压患者管理,97%的社区卫生服务中心不具备开展基本检测的能力。而在菲律宾,初级卫生保健机构缺乏足够的设备、胰岛素和其他药品,影响到糖尿病患者的服务与治疗。在整个地区,社区医院的临床医生缺乏培训和继续教育,常常不能提供有效地诊断和治疗。

医疗服务体系以医院为中心,再加上初级医疗机构力量薄弱且服务质量较低,造成整个地区卫生体系碎片化。东亚和太平洋地区几乎没有在医院和门诊机构之间建立正式的联动机制,这种联动机制包括有组织的转诊系统、病人出院和移交机制、以及主动为患者服务。转诊机制往往是纸上谈兵,没有落实。现行政策需要患者自己花更多的钱自我转诊,基本上没有效果。碎片化的医疗服务体系,还要面临如何将长期护理与医疗服务系统整合的挑战。在东亚和太平洋地区的大多数国家对老年人的医疗服务和非医疗医疗服务,由不同部门负责,各自的政策没有什么协调。

医疗服务系统的碎片化直接导致间断治疗和重复治疗,对于老年慢性患者尤其如此。在大多数东亚和太平洋国家,慢病与医疗服务体系有多个交汇点一诊断服务、专科治疗、急诊、门诊、药剂等。在中国和泰国等一些国家,政府通过医疗保险报销鼓励每年体检和门诊治疗。然而,在柬埔寨、印度尼西亚、越南和新加坡的初级医疗研究报告发现,那儿的人很少每年体检,老年人指出费用是他们不体检的主要原因。据报告,在柬埔寨、印度尼西亚和越南,贫困的老年人得了小病,一般找诸如私人执业的医生和民间医生以及地方药剂师治疗,而不去政府办的初级医疗保健中心,因为,他们感到此类机构不方便也不可靠。

**碎片化的医疗服务体系加剧了老年人得急症时才去就医的服务模式。**没有协作医疗的机制帮助老年人在其病程发展的不同阶段在卫生服务体系的合适层级的医疗机构就诊,得到持续的管理和随 访服务,,老年患者常常得不到有效或及时的治疗,导致出现急性并发症、重复治疗等,个人、保险公司和政府的卫生费用都过高。

在东亚和太平洋地区,较高的医疗保险覆盖率并不意味着老百姓看得起病,尤其对于老年人,医疗费用一直高于其他人群。在大部分国家,病人自付费用占医疗支出的比例很大,以及患者产生灾难性自付费用的发生率也很高,慢病更可能导致灾难性支出。与无老人家庭相比,老年人家庭(平均年龄 60 岁以上)看病自付费用占整个家庭消费的比例一直都更高(图 A22)。在中国、印度尼西亚和越南,看病自付费用占整个家庭开支的比例超过 25%的老年人家庭分别为 18%、6%和 5%,而泰国只有 1-2%,当只考虑非食物开支时,这些老年人家庭的比例分别上升到 32%、15%和 30%。老年人对卫生服务的使用具有贫富不均的特点。在中国、印度尼西亚、日本和越南的入户调查显示,最富裕的 20%人口的卫生服务的利用率是最贫困的 20%人口的两到三倍,日本除外。

图 A22: 老年人家庭看病自付费用占整个家庭开支的比例更高 (家庭平均年龄) 中国 印度尼西亚

|                   | Household Mean Age |              |            |            |
|-------------------|--------------------|--------------|------------|------------|
|                   | [25,49]<br>%       | [50,69]<br>% | [70+]<br>% | Total<br>% |
| Sector            |                    |              |            |            |
| Rural             | 9.36               | 12.48        | 18.57      | 11.23      |
| Urban             | 8.21               | 10.13        | 13.55      | 9.38       |
| Total             | 8.78               | 11.35        | 15.82      | 10.30      |
| Gender            |                    |              |            |            |
| Male              | 8.03               | 10.10        | 14.64      | 9.34       |
| Female            | 9.44               | 12.53        | 16.78      | 11.16      |
| Total             | 8.78               | 11.35        | 15.82      | 10.30      |
| Sector and Gender |                    |              |            |            |
| Rural Men         | 8.75               | 11.87        | 17.91      | 10.61      |
| Rural Women       | 9.91               | 13.08        | 19.13      | 11.80      |
| Urban Men         | 7.33               | 8.14         | 11.83      | 8.06       |
| Urban Women       | 8.99               | 11.96        | 14.90      | 10.54      |
| Total             | 8.78               | 11.35        | 15.82      | 10.30      |

|                   | AND THE PERSON NAMED IN PORT OF THE PERSON NAMED IN PORT O |         |       |       |
|-------------------|--|---------|-------|-------|
|                   | [25,49]  | [50,69] | [70+] | Total |
|                   | %  | %       | %     | %     |
| Sector            |  |         |       |       |
| Rural             | 1.60   | 2.86    | 3.56  | 1.85  |
| Urban             | 1.82   | 3.58    | 4.16  | 2.06  |
| Total             | 1.70   | 3.15    | 3.76  | 1.95  |
| Gender            |  |         |       |       |
| Men               | 1.60   | 3.15    | 3.98  | 1.84  |
| Women             | 1.80   | 3.15    | 3.65  | 2.04  |
| Total             | 1.70   | 3.15    | 3.76  | 1.95  |
| Sector and Gender |  |         |       |       |
| Rural Men         | 1.57   | 2.79    | 3.64  | 1.79  |
| Rural Women       | 1.63   | 2.92    | 3.53  | 1.91  |
| Urban Men         | 1.63   | 3.67    | 4.80  | 1.90  |
| Urban Women       | 1.98   | 3.51    | 3.90  | 2.20  |
| Total             | 1.70   | 3.15    | 3.76  | 1.95  |

Household Mean Age

| Sector | [25,49]<br>% | [50,69]<br>% | [70+]<br>% | Total<br>% |
|--------|--------------|--------------|------------|------------|
| Rural  | 1.48         | 2.52         | 3.68       | 1.88       |
| Urban  | 1.55         | 2.92         | 4.61       | 2.04       |
| Total  | 1.50         | 2.65         | 3.95       | 1.94       |

越南

| Household | Mean A | Lare |
|-----------|--------|------|

|                   | [25,49] | [50,69] | [70+] | Total |
|-------------------|---------|---------|-------|-------|
|                   | %       | %       | %     | %     |
| Sector            |         |         |       |       |
| Rural             | 1.84    | 4.16    | 5.88  | 2.37  |
| Urban             | 1.59    | 3.76    | 6.78  | 2.00  |
| Total             | 1.75    | 4.06    | 6.09  | 2.25  |
| Gender            |         |         |       |       |
| Men               | 1.64    | 4.10    | 6.22  | 2.10  |
| Women             | 1.90    | 4.02    | 5.97  | 2.43  |
| Total             | 1.75    | 4.06    | 6.09  | 2.25  |
| Sector and Gender |         |         |       |       |
| Rural Men         | 1.68    | 4.28    | 5.64  | 2.16  |
| Rural Women       | 2.05    | 4.04    | 6.08  | 2.63  |
| Urban Men         | 1.54    | 3.58    | 8.01  | 1.97  |
| Urban Women       | 1.64    | 3.94    | 5.60  | 2.03  |
| Total             | 1.75    | 4.06    | 6.09  | 2.25  |

来源:: CHARLS 2011; IFLS, 2007Thailand SES, 2011; VHLSS, 2012

无论是否发生人口老龄化,当前医疗服务的模式和卫生支出的发展态势不仅会提高家庭的医疗自付费用的负担,还会危及医疗服务公共筹资的可持续性。即使没有人口老龄化,政府致力于实现全民医疗保险,以及由此促使卫生服务覆盖面的扩大,将会引起对卫生服务需求的大幅增长。这将给本已供给能力不足的医疗服务体系带来额外的压力。慢病和老龄化给医疗服务体系带来了新的挑战,因为需要各种不同的服务模式。

**东亚和太平洋地区的卫生总费用 GDP 占比相对高于其他地区(表 A4)。在**这一地区,公共卫生支出的比例往往高于平均水平。在过去的 20 年中,随着收入的增加,卫生总费用和公共卫生支出的 GDP 占比都大幅上升。鉴于这个地区的多样性,支出水平及支出内容差别都很大。卫生支出占政府支出的份额,缅甸刚过 10%,所罗门群岛 95%,差别很大。公共卫生支出的卫生总费用占比差别很大,在缅甸为 10%多,在所罗门群岛几乎达到了 95%。

公共卫生支出是预测老龄化所产生的卫生费用增长的影响与其导致其他费用增长的影响分析的一个重要因素。无论是国家还是全球的统计数据都表明,人均卫生支出在老年阶段明显上升。人均卫生支出在很年轻时较高,到了壮年大多下降并保持稳定,男性到了 55 岁女性从 60 岁开始,再次上扬。因此,普遍认为老龄化增加人口中的老年人比例,从而使得卫生支出大幅增加。然而,大量的研究表明,老龄化对卫生支出的影响远远超过特定年份的人均卫生费用所反映的表面现象。对于老龄化与卫生支出的关系,需要考虑两个关键因素:一是大多数人一生的卫生支出集中在生命末期(临终支出);二是预期寿命可能会延长,健康状况可能也有所改善。

老龄化是推动卫生费用增长的一个主要因素的观点往往被称为是个转移注意力的"噱头",因为这种论调使大家忽略了更为重要的推动费用增长的根本因素。从历史观点来说,人口统计学的变化从来不是卫生支出增长的主要因素: 医疗保健支出的增长更多是受需方的影响(人均收入增加以及国民医疗保险制度覆盖面的扩大),以及更为重要的供方因素(技术进步、通货膨胀以及供方诱导需求)的驱动。诚然这并不是说老龄化不会推动卫生支出的增长,重要的是不要夸大其词。然而,在成本控制机制薄弱且控制技术更新能力有限的国家,技术进步与老龄化相结合,会引起成本的快速增加。

对东亚和太平洋地区的预测表明,老龄化会增加卫生支出,不过推动卫生支出增长的主要因素是技术和政策选择,这些对于政府都是可控的。在各种各样的预测中,有两个主要观点: (i) 即使在老龄化国家,卫生支出增长仅有三分之一或不到三分之一可以归结与老龄化,中国这一比例略高;(ii)技术进步和政策选择造成较快的费用增长,这是卫生支出增加的最关键因素。

慢病会增加疾病负担,加上医疗服务的筹资及提供模式效率都较低,意味着即使没有老龄化的影响,医疗费用都会持续上涨,难以为继;而东亚和太平洋地区的老龄化无疑会使问题雪上加霜。 东亚和太平洋地区的大部分国家没有做好准备,应对老龄化、慢病带来的负担以及孱弱和痴呆等 老年疾病的影响。

在应对老龄化方面,东亚和太平洋地区富裕国家以及经合组织国家在改革卫生体系方面已积累了一些有益经验值得借鉴考虑:

- 通过强化健康促进和公共卫生来减少所面临的慢病危险因素;
- 通过初级和二级预防更有效地管理风险因素
- 把卫生服务体系转变为以初级医疗保健服务为中心,且各级医疗机构分工协作的服务体系
- 通过改进服务采购和实施重点干预措施提高卫生投资的经济效益
- 建立可持续的医疗服务筹资模式并尽可能动员额外的资

**在年轻时就减少患慢病的风险是通过生命周期的管理减少老年人患病和致残的一个重要内容。**表 **A5** 总结了本报告所建议的减少全体居民慢病相关风险具有成本效益的一些主要干预策略。

## 表 A5:东亚和太平洋地区减少主要慢病相关风险的有效策略

| 需要干预的<br>邻域 | 推荐的策略  |
|-------------|--|
| 吸烟          | 依据烟草控制框架公约控制烟草的使用:  > 增加烟草制品的征税,  实行工作场所无烟化,通过大众宣传在烟草制品的包装和标签上增加危害健康的简明易懂的警示信息  > 全面禁止烟草广告、推广和赞助活动                     |
| 营养失调        | 鼓励体育锻炼和健康饮食,努力减少肥胖:  > 引进不健康食品税  > 提供健康食品补贴  > 促进分类标签  > 实施市场准入  > 在学校、工作场所等地开展社区体育运动 减少全民食盐摄入量:  > 自愿减少食品加工和食品添加剂的含盐量 |

▶ 持续宣传鼓励改变饮食习惯 减少营养不足和婴儿产重不足: ▶ 减少贫困人口的发育不良和消瘦的定向干预 ▶ 诸如食品强化等多部门干预 饮酒 减少全民的有害饮酒

- ▶ 增加酒精饮料的征税.
- 限制酒的零售
- > 全面禁止酒精饮料的广告、推广和赞助活动

接种疫苗 乙型肝炎和肝癌高风险国家全面接种乙型肝炎疫苗

有许多成本效应高的干预措施可以避免人们生病,或一旦生病,避免出现并发症尤其是脑血管疾 **病和癌症等。**早期发现诸如高血压和糖尿病等风险因素并进行有效管理对于控制未来医疗费用不 失为代价较低且成本效益高的方法。同样,如果能早期诊断并治疗,许多类型的癌症是可以预防 和治疗的。表 A6 总结了管理脑血管疾病和其他危险因素成本效益高的干预措施。

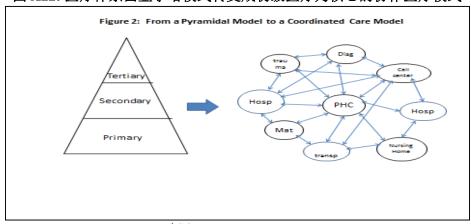
### 表 A6. 管理脑血管疾病和其他风险的有效策略

|           | 次 110. 自空周亚自从内外间的 [1] 从 110.         |
|-----------|--------------------------------------|
| 需要干预的领域   | 推荐策略                                 |
| 高血压和胆固醇的筛 | ▶ 提高高血压和胆固醇的诊断率                      |
| 查和管理      | > 四种现成的非专利基本治疗药物:阿司匹林、β受体阻滞剂、血管张力素   |
|           | 转化酶抑制剂或钙通道阻滞剂等抗高血压药物、他汀类药物           |
| 糖尿病的筛查和管理 | ▶ 提高人口中的糖尿病诊断率                       |
|           | 节食和锻炼等生活方式干预措施,包括小组干预                |
|           | ▶ 药物治疗                               |
| 癌症的筛查和早期治 | ▶ 为预防宫颈癌进行癌前病灶的筛查和治疗                 |
| 疗         | ▶ 提高妇女自我检查和乳腺 x 光造影检查的意识             |
| 自我管理      | ▶ 由健康专业人士提供小组健康教育                    |
|           | <ul><li>为改善饮食和体育运动实行同伴教育项目</li></ul> |
|           | ▶ 结构化电话咨询和远程监控服务                     |
|           | ▶ 在线自我管理项目和资源                        |
| 药物治疗      | ▶ 减少药物的病人自付费用                        |
|           | ▶ 引进服药提醒或服药计划包装和教育以及提醒策略等项目,用手机提醒服   |
|           | 药;新的药瓶。                              |

为更好地满足全体居民的需要,应该转变医疗服务的提供模式,建立以初级医疗机构为核心的医 **疗体系,加强各级医疗机构的分工协作。**改进方案应该考虑人口老龄化,慢病的快速增加等需求 的变化,切实加强社区医疗服务机构,医疗机构服务纵向和横向的整合从而确保患者能享受到一 体化的连续服务,以及首诊在基层医疗机构。这也意味着医疗机构应该建立与长期护理机构的正 式合作机制。

强大的初级医疗机构是高效的医疗服务提供体系的支柱以及各级医疗机构分工协作的平台。有清 晰的证据表明初级医疗机构有助于实现更好的健康结果、更高的质量和更适当的医疗服务、更高 的服务可及性、更佳的预防和疾病的早期管理乃至控费。如图 A22 所示,改进的医疗服务提供体 系强调医疗协作,初级医疗服务机构引导患者在不同类别的机构就诊。在经合组织国家,初级和 二级预防干预措施越来越多地由初级医疗服务机构实施。一些初级医疗服务机构已经发展了家庭 医学和全科医生的模式,以加强其在医疗协作过程中的核心作用。

图 A22: 医疗体系由金字塔模式转变成初级医疗为核心的协作医疗模式



来源: La Forgia et al (2014)

协作医疗要求各级医疗机构的专业人士和机构之间都建立联动机制,强调以患者为中心的综合服务模式,通过服务体系实现患者在各种机构间的转诊,促进患者随访以及提供连续长期的服务。 表7列出本文建议的改革后的医疗服务体系的关键设计要点。

表 A7: 高效的初级医疗为核心的协作医疗战略: 关键设计要点

| 需要干预的领<br>域   | 关键设计要点   |
|---------------|--|
| 参照人群          | ➤ 定义项目或干预措施覆盖的目标人群(如一个地区的所有糖尿病患者)。   |
| 医疗需求的优<br>先次序 | 干预设计是基于特定地区人群的健康需求,关注风险因素和当地的病理。   |
| 以初级医疗为<br>核心  | 初级医疗成为基本的服务提供平台,与其他医疗机构(例如专科医生、医院、<br>诊断、药事等)保持依据有关政策设计分工协作。   |
| 连续服务的战<br>略   | » 医疗服务提供体系整合或链接不同层级和不同医疗机构的服务,包括:健康促进、预防、治疗、康复及姑息疗法等。战略将包含跨学科的服务组织架构下医疗机构各自职责的界定,各服务机构都遵循以循证为基础的指南或临床路径。 |
| 组织决策支持 系统     | ▶ 患者记录的数据管理和信息传输,医患互动和医疗机构绩效及患者体验的监控。  |
| 病人/家庭参与       | ▶ 病人及其家庭成员参与医疗服务的规划和实施。  |
| 专门的筹资安排       | 专门的筹资安排:有些项目为参加的 医疗机构提供财务激励。   |

来源: La Forgia et al, 2014

**东亚和太平洋地区人口统计学的变化会导致许多老年退行性疾病,因此非常有必要及时实施有效的干预措施以延缓退行性疾病的发展并减轻其影响。**虽然退行性疾病不直接影响死亡率,但对于残疾水平、健康预期寿命和停止工作的年龄等有重要的影响。好消息是有一系列干预措施可以延缓老年人的功能衰退并节省费用(第五章)。

**上文所述的医疗服务提供模式的转变很可能需要大量的其他资源,尤其是卫生专业人员。在**东亚和太平洋地区,目前的初级医疗系统远远不能胜任上文所述的种种职能,需要彻底地改造。要培

育并保持协作医疗服务体系,必须加强初级医疗机构的能力并向其提供足够的资源。中国和越南等这一地区的许多国家已经设计了加强初级医疗的路线图并实施了试点。从业人员需要提高业务素质;在一些情况下,需要建立全科医师和老年病学专家等全新的从业队伍。

**卫生医疗的基础设施最终也需要改造。** 上文所阐述的服务提供模式更适合小型医院、中型医疗机构(门诊手术、日间医院和专科诊所)、大型的初级医疗中心、广泛地通过通信技术把服务延生到社区、长期照护机构和家庭。正如一些经合组织国家的经验所示,医院自身也需要更灵活的设计,以便响应需求变化和技术进步。所有这些变化都需要更高的开支。

**通过新资源的开发来满足医疗服务提供体系的改革需求是难以为继的,因此对于这一地区当务之急是增效从而提高当前卫生体系资金的使用效率。**虽然随着时间的推移改革后的卫生服务体系会通过增效节省较多的资金,初步所需的投资很可能还是较为可观的。

与此同时,对于区域内各国政府其他政策重点,如实现全民医保,仍然需要很大的卫生经费投入。 扩大医保覆盖面,人口老龄化再加上技术发展早已推高医疗费用。卫生体系的低效又进一步助推 了费用上涨,已经给税收和社会医疗保险收入带来压力。因此,医疗服务体系的改革对于确保老 龄化社会卫生体系的可持续发展至关重要,需要增加这方面的投入。

**在短期和中期有三个领域可以通过增效有较大的节流**: (i) 供方支付方式; (ii) 药品采购制度; (iii) 确定优先使用的现有的干预措施和技术。 更强的采购能力是个涉及多个部门的问题(表 A8)。

表 A8: 提高卫生体系投资效率的有效战略

| 农 A0: 使同工工件水汉贝及平的自从城市 |   |  |
|-----------------------|---|--|
| 需要实施干预措施的<br>领域       | 推荐战略  |  |
| 供方支付方式                | <ul><li>不再实施分项预算和按项目付费</li><li>对医生/初级卫生服务机构按人头付费,对医院进行总额付费和病例组合付费相结合的混合付费方式</li><li>对一些特定疾病如糖尿病打包付费</li></ul> |  |
| 药品采购                  | 改革药品采购政策,实施"智能"的战略采购:  > 对于高价药品风险共担,量价挂钩  > 单一来源招标,中标方在特定期限内为唯一供货方;  > 参考定价                                   |  |
| 优先使用的现有的干<br>预措施和技术   | <ul><li>有关新技术和药品,制定清楚、透明的决策过程;</li><li>在确定优先重点的过程中(实质上等同于卫生技术评估)参考成熟的卫生技术评估机构的研究结果</li></ul>                  |  |
| 战略采购能力                | <ul><li>逐渐打造一个大的采购方</li><li>培养战略采购能力</li><li>投资卫生管理信息系统</li></ul>   |  |

有一些正规卫生服务体系之外的干预措施能够帮助社会满足日益增长的老龄人口的需求 (表A9)。譬如,确保辅助器具与装置,及便于老年伤残人士使用的交通设施随处可及可以增加行动不便的老人的独立性。 更友好的环境设施(如轮椅坡道,便于轮椅使用的交通工具,家庭设施,办公室和大楼)同样使得行动不便的老人可以在社区里行动自如。最后,公共场所的改进鼓励大家行走和其他体育锻炼,不仅能减少患慢病的风险,同样通过强化生理系统和减少功能损害起到保护效应。

表 A9: 卫生体系之外的应对老年人功能和认知能力下降的战略

| 104 125 1 TT 11 MICH HATTING B 1 N 4 MIN BY A 1 1 1 HANNING |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| 需要实施干预措施<br>的领域   | 推荐战略                                 |  |
| 辅助器具与装置   | ▶ 可以通过价格补助确保辅助器具与装置的普及性              |  |
| 休闲设施与公共场  | ▶ 改善公共场所的设置: 轮椅坡道,偏于轮椅使用的交通工具,座位空间足够 |  |
| 所   | 大,提高人行道的安全性,便于行动不便人士使用的社区购物区和公园      |  |
| 工作场所  | ➤ 实行将健康收益和就业挂钩的健康促进项目,例如有辅导的健身项目,戒   |  |
|   | 烟,营养膳食改善以及重归工作岗位的项目                  |  |
|   | ▶ 针对年长员工的健康促进活动                      |  |
|   | ➤ 关注与职业需求相关的问题:工作与生活的平衡,灵活性及愉悦的环境    |  |

## 在东亚与太平洋地区建立可持续的长期照护模式

正规的长期照护体系在这一发展中地区仍处于萌芽阶段,不过越来越多的老龄化国家正在力图界定政府在这一传统上以家庭、社区和医疗体系为主导的领域所应扮演的适当角色。

快速的老龄化及社会变迁暴露了这一地区传统的非正规长期照护体系对于孱弱老人的局限性。这种非正规安排的部分原因是延迟对医疗卫生体系的依赖,不过这一做法代价很大而且会增加医改难度。因此主动构建长期照护政策具有重大意义。需要审慎规划此类政策与非正规的护理服务和正规的医疗与福利体系的相互作用。 这一发展中地区的大部分国家老年照护政策的空间还是很大的。

广义而言,有三种长期照护服务模式:居家、社区和机构,包括医疗及社会关怀服务。图 A23 介绍了长期照护服务的对象及可以提供的服务类型。主要是这一地区红色组国家、中国及泰国的情况。在其他国家,长期照护服务主要通过家庭成员来提供,往往由自己都年龄较大的女性老人来提供。

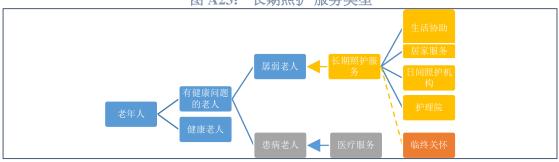


图 A23: 长期照护 服务类型

**鉴于这一地区有些国家的老年人口比例会翻一番,有些甚至会翻两番,未来对老年照护服务的需求会急剧上升**。伤残率会随着年龄的增长有所上升。在这一发展中地区,今后 20 年迈入 70 到 80 岁行列的人,与前几代人相比,中年时面临更多与慢病相关的风险 ,使得他们老年时更容易功能受损。贫困的农村女性老人很可能更需要长期照护服务。图 A24 显示了这一地区相对较贫困国家农村女性老人面临的服务不足更严重,尤其是贫困人口。 此外,这一地区长期照护服务大部分都是非正式的,这进步一步增加了测算未来服务需求的难度。即使有机构服务也是针对相比很小比例的人口,据分析未满足的需求量很大。

(a) Care Gaps by (b) Care Gaps by (c)Care Gaps by Gender Rural / Urban **Poverty Level** Brunei Cambodia Cambodia Cambodia China China China East Timor East Timor East Timor Indonesia Indonesia Indonesia Japan Japan Japan Korea Korea Korea Laos Laos Laos Malaysia Malaysia Malaysia Myanmar Myanmar Philippines Philippines Philippines Singapore Singapore Singapore Thailand Thailand Thailand Vietnam Vietnam Vietnam 50% 75% 100% 0% 75% 100% 50% 75% 100% 25% 50% Women Urban Living in multidimensional poverty

图 A24: 东南亚各国服务缺口的差别

Source: HelpAge, 2013

地区各国政策制定者的当务之急是(再)平衡各种服务的组合,在长期照护体系的发展中尽早避 **免过度发展机构服务。**地区各国应该致力于建立一个由三支柱构成的老年人社会服务体系,以居 家服务为主,辅以社区服务,机构服务兜底。 但是,当前的政策和资源分配模式往往鼓励机构服 务而不是居家和社区服务的发展。中国正在调整的养老和长期护理政策框架在这方面做出了理性 的选择,90%的老人应该居家养老,4%社区养老,仅有6%的时机构养老。应该尽可能在局限性 最小的环境里提供长期照护服务。日本和韩国长期照护服务体系的变革提供了这方面的有益经验。

在地区各国已经出现了多种社区养老模式,可以以此为基础平衡各种服务。新加坡老年一体化服 务中心提供一体化的服务,不过也会应邀提供家庭服务。泰国也开展了针对居家老人的包括健康 和社会服务的"居家医疗服务"试点,而国际助老会支持的韩国-东盟居家照护服务项目在这一地 区很普遍。 在越南、日本和泰国社区网络和老年人组织提供支持,健康信息宣传并组织健身活动。 中国一些城市所探索的依托社区的综合服务模式值得进一步研究。在所有这些尝试中,社区组织 的作用至关重要,在很多情况下老年协会还发挥了支持作用。

在这一发展中地区, 正规/付费长期照护服务仍然处在萌芽期。大部分国家传统上政府举办的为 孤寡老人、孤儿和精神病患者提供服务的社会福利机构很少。随着对长期照护服务需求的增加, 公立和和私营服务机构都快速发展。中国政策制定者已经意识到政府的力不从心,需要借力私营 部门,在过去 10 年颁布了一系列政策文件加速私营服务机构的发展。此类政策文件为民营机构提 供优惠待遇,如税收减免,为新床位和现有床位提供补贴,划拨或租赁土地,更优惠的水电等类 似公共服务价格。 国务院最近颁布的文件表明会对公办养老院实施重大改革,进一步引入民营机 构管理公办养老院。 与此同时,几乎中国所有民营的养老机构都注册为非营利、非企业实体。但 是在实际运行中,他们的行为往往却是趋利的。这种服务提供机构的逐利性会像经合组织成员国 一样逐渐带来对服务质量的担忧,需要政府发挥重要的管理引导作用。

就长期照护服务的提供而言, 政府在鼓励并支持自我照顾,居家养老,保护个人利益,保障服务 **质量和安全性,同时又控制费用增长方面可以发挥一个重要作用**。在这一市场力量不足以确保服 务质量和安全性的领域,仅仅制定基本消费标准往往是不够的,而老年人及其家庭成员是往往处 于劣势的消费者。因此,政府的作用非常关键,不仅需要颁布最低服务标准,同样需要披露信息 并建立申诉机制,专业标准,开展培训及制度的实施。日本在这方面树立了比较好的典范。

在世界各国,正规长期护理服务主要由民营机构提供,而政府则是此类服务的主要购买方。因此,私营部门的投资决策很大程度上取决于公共政策所提供的长期照护福利的稳定有效需求。几乎在所有发达国家,绝大部分或很大比例的长期照护费用往往由政府买单。正是由于这种情况,大部分国家的政策讨论仍然围绕长期照护服务的公共筹资。

而在东亚与太平洋发展中地区,长期照护服务的公共筹资微乎其微,政策制定者正在考虑引入各种筹资机制。一般而言,长期照护服务的公共筹资模式可从以下几个角度来设计:长期照护待遇的保障人群(普惠还是以家计调查为基础);中央地方的服务体系的分工;服务与待遇类型。经合组织成员国在这些方面的做法各异。

在那些通过一个制度安排实现全民覆盖的国家里,主要是通过一个体系来提供长期照护服务。这些国家非常重视社会统筹,认为和人人享有医疗服务的权利一样,也应该人人享有长期照护服务的权利。 长期照护服务体系的一个主要设计问题是应该由哪一级政府负责服务的筹资与提供。许多发展中国家,包括美国、英国、瑞典、荷兰和加拿大主要是依靠地方政府设计并管理长期照护体系,不过中央政府常常发挥重要的政策指导作用。

**鉴于两个原因,最好在全国层面建立一个统一的制度体系,不过可以有一些灵活性。** 首先,一个全国统一的体系有助于保障不同地区服务的公平性。与各地自己进行制度安排相比,全国统一的体系可以将各地服务可及性方面的差异最小化。其次,这样一个统一的体系可以减少行政费用因为只需要一次性的制定有关规章制度,各地方政府不需要再重复劳动。

在大部分国家,公共政策支持的长期照护服务主要是实物服务而不是现金,不过 越来越多的经合组织成员国开始提供现金福利。长期照护公共支出与补助往往都是给服务提供机构而不是直接发放给个人。以日本为例,仅提供实物服务。与此相对,为服务使用方提供现金补贴被认为有助于增加消费者选择和灵活性。可能也比直接提供服务的费用要低:譬如,在德国,服务的价值是现金补贴的两倍,但是大部分人都选择现金。然而,现金补贴可能弊大于利,尤其是对于中等收入国家。由于预算资金有限,发放的现金额待遇水平较低,不足以达到适当的收入水平,不过却又让提供照护服务的人(大部分都是女性)受制于此,又没有更好的前景。即使提供津贴的成本低些,节省的费用可能会被增加的用户数所抵消。

商业长期照护保险在任何一个国家都不是此类服务的一个主要筹资渠道。以美国为例,虽然从 20 世纪 80 年代中期以来美国的长期照护商业保险市场就是全球最为活跃的,65 岁以上老人仅有约 12%购买了此类商业保险, 仅占总支出的约 7%。简而言之,对于大部分人口商业医疗保险不是长期照护服务的一个可行筹资途径。

无论使用什么样的筹资机制,所有公办的长期照护服务也有个人自付的内容。 一般政府会要求个人承担"正常的生活费用",如食宿。即使是全民覆盖的体系,服务往往针对需求最大的人群。个人和家庭承担较大比例的长期照护费用也不在少数,如瑞士(60%)、韩国(机构养老的自付比为 20%,居家服务为 15%)。在美国,自付费用及个人购买服务占了 22%(15%的自付比,7%购买商业保险)。

公共长期照护服务的筹资模式对如何平衡机构养老、居家及社区服务的组合搭配,服务质量、供给、可及性以及控费具有重大影响。首先,如没有足够的资金支持,对长期照护服务的需求可能不会转化为有效需求。在中国这种情况在某种程度上已经发生,一些高端养老院床位空置率很高。 其次,缺乏可持续、可预测的充足筹资来源使得私营投资者对这一领域望而却步。

在这一地区大部分国家,政府对长期照护服务的资金支持微乎其微,但是随着老龄化进程的加剧,一个越来越大的挑战是如何在确保筹资可持续性的同时,又保障服务的广覆盖、公平性及可及性。 经合组织成员国的经验表明一个广覆盖、普惠的长期照护服务的筹资制度最有利于确保覆盖公平性。对于像中国、越南和泰国这样快速老龄化的国家,一个具有瞄准机制的普惠制度,即建立在全民覆盖的原则之上,又瞄准需求相对较高的人群可能是个更为合适的做法。而对于更为年轻的国家,像柬埔寨和缅甸所尝试的以社区养老为主的模式,通过充分利用社区和家庭的非财务支持来实现财务可行性,可能是个较有前景的做法。

**在东亚与太平洋地区,医疗与长期照护服务原则上完全彼此独立。** 以中国为例, 配有医疗或专业 护理人员的养老机构寥寥无几。在大部分养老院,用药和医疗服务都得居民自己想办法,如果参加了各种医保,可以通过保险支付。 如果是急诊,亲属送他们去医院, 在各种医疗机构的转换之间以及未能及时转换都会带来问题。

**架起医疗服务与长期照护服务间的桥梁有两个方面的潜在收益: 减少急症和医院治疗的费用以及通过让老人在社区养老而改善服务。**为老年人提供一体化服务意味着服务需涵盖预防保健、初级医疗、急症和长期照护,在社区服务中心或居民家中通过由跨学科的专业人员组成的团队来协调提供,从而推迟或避免把老人送到长期养老院。澳大利亚、日本和美国所尝试的协作医疗的模式为服务的供需双方提供一致的激励机制,鼓励服务效率与质量的改进。

在这一地区缺乏合格的长期照护专业队伍是一个迫在眉睫的问题。 在中国,在养老院直接提供服务的大部分人员都培训不足,待遇差,接受过专业培训的寥若星辰。 而对于正处于发展初期的居家和社区养老市场,所招聘人员的素质及培训情况甚至更差。不过,直接提供服务的人员专业训练不足不是高质量服务的唯一掣肘。同样需要专业的临床和管理人员来逐步建立起一个现代化,以信息为基础的长期照护服务提供体系。这一地区的政策制定者,尤其是对于中国、泰国和越南这样此类服务需求快速增长的国家,应该注重专业化长期照护职业队伍的教育与培训。 目前,涵盖老年医学护理,社会工作和其他与老年保健相关专业技能课程的教育项目很少。

在这一地区大部分国家,目前对正在蓬勃发展的民营养老服务市场的有效监管非常少。 部分原因是政府的关注点是快速建立服务能力弥补供需缺口。此外,现有的监管非常有限, 仅是注重结构,没有明确考虑服务质量。 信息通信技术给地区各国提供了一个对于初具雏形的长期照护服务领域快速改进监管制度和质量保证体系的机遇。随着政府作为服务购买方的能力加强,这一改进监管效果的进程会加速。

这一发展中地区的政府,应该尽早采取措施系统规划长期照护制度,最好是在脆弱的老年人群规格过大之前。 韩国在 2008 年当其 65 岁及以上人口仅为 9%时建立了大部分程度上以日本模式为基础的服务体系,因此成本较低。如果在问题的其他解决方案都未发生太大变化时建立一个综合制度,就能避免一些严重挑战。面对快速增长的孱弱老龄人口和逐渐下降的来自家庭的支持,地方政府、慈善机构和福利团体的普遍反应是建许多养老院。一旦机构养老成为常态,以及如果越来越多的公立或公办民营的养老机构或者甚至更糟,医院所有者都联手寻求对他们利益的政治保护,建立更为合理的制度就会面临巨大挑战。尽早投资建立一个正规的三级长期照护服务体系强调居

家养老和依托社区的服务有助于避免很多此类的挑战。在东亚与太平洋地区,这同样很可能文化 上更容易接受。

**尽早着手建立开一个良好的长期照护体系无论从财政还是政治角度而言,都是一个更为合理的选择,即使是对于那些仍然较年轻孱弱的老龄人口比例较小的国家。** 虽然是在老龄化的早期,老百姓已经深刻感受到照顾老人的压力,他们非常担心父母今后怎么办,自己老了又怎么办。长期照护服务体系建得越早,成本越低。当老年人口相对较低时,传统的家庭供养仍然发展着较好的作用,因此对公共服务的需求不会很高。 此外,在以前什么公共养老服务都没有的情况下,即使是较低的待遇百姓也会欢迎的。

**尽早建立一个好的长期照护系统同样是一种更为合理的公共政策安排。** 如果有一个专门的系统为羸弱老人提供服务,医疗系统则可以关注急症和预防保健服务, 而其他的社会制度可以专注更为迫切的需求。好的长期照护系统可以节省医疗费用。由于工资水平更低且提供的待遇不是无限制的,长期照护服务没有医疗服务费用高,此外,尽早着手可以边做边改进。最后,经合组织成员国的经验表明良好设计的长期照护系统可以以较低的成本产生较大的效益。

# 应对老龄化带来的跨领域挑战

**除了给各领域所带来的挑战,老龄化还要求在确立一些政策及社会应对措施时,各部门统筹协调。** 具体而言,这要求公共政策的制定和服务体系的建设要通盘考虑,并在一代人和各代人之间就更 广泛的社会需求构建共识。

## 老龄化其本质是跨部门的问题

制定应对老龄化的公共政策措施的重大挑战之一来自于这一问题涉及不同部门。和幼儿教育及其他类似领域一样,老龄化给许多政府的制度和政策安排带来了一些固有挑战, 因为其涉及不同部门,跨越生命周期不同阶段。 虽然东亚与太平洋地区一些国家已经意识到了这一挑战,建立了老龄委促进从观全局的政策设计,此类机构往往都是倡导性的,缺乏推动全政府内部统一做法的政治和官僚影响力。

一些更为富裕的国家力图超越部门政策,从一个更全面的角度制定应对策略。例如,澳大利亚的 生产率委员会为国库部门定期发布各代人研究报告,这有助于分析长期支出水平和确定与老龄化 相关的项目的政策重点。就制度安排而言,日本比其他国家处于应对老龄化的更为有利地位。日 本的医疗、劳动和福利部负责管理与老龄化相关的所有政策和项目。

#### 改革的政治经济学及行为变化

**许多促进健康和保持生产力的老龄化过程的改革都具有政治难度,且有可能挑战当前的社会规范。** 在世界很多地方,通过推迟退休年龄来延长工作年限都被证明充满政治挑战性。而提高女性劳动 者的参与率牵涉到根生地固的文化习俗以及在某些情况下需要进行取舍,例如在什么岗位上工作 到老(尤其是女性),女性退休晚就无法为照顾子女的孩子或是家中老人,而目前劳动年龄家庭 都依赖与此。 **这一地区以往从较为年轻的国家向老龄化的国家移民的情况可谓喜忧参半。**卫生体系改革的难度 是众所周知的,对于医疗机构和广大人群不是易事。要改变那些推动慢病发展的根生地固的生活 方式是世代的挑战。所有这些措施都需要耐心的构建社会共识。

**还有一个更广泛的涉及代际公平性和政治经济学的挑战。**在世界其他地区,老年人成功地为自己的利益游说,有时是以牺牲年轻一代的利益为代价。与此相比,东亚与太平洋地区红色组经济体似乎以更为公平的方式来平衡各代人间的利益,让他们共同分担老龄化的成本与收益。老龄化所引发的政治经济学局势的发展还有待于进一步观察。

### 公共政策与市场力量的作用

另一个宏观问题是对于如何促进合理应对老龄化,公共政策和市场力量各自的适当角色应该是什么。需要积极的公共政策,不必强求每个挑战都要找对解决方案。 不过需要努力实现应尽职责、激励机制和市场力量之间的平衡。这一地区红色组经济体延长劳动年限的经验表明当市场供需力量增加了老龄劳动者的吸引力时,鼓励老龄就业者的公共政策实施起来就容易的多。 ga 最有效的公共政策有时需要政府无为而治,因为有的政策(如僵化的工龄工资制度或不必要的限制女性就业)会制约鼓励老年人和女性就业的市场力量。

## 关于老龄化的知识缺

对于东亚与太平洋地区以及全球的老龄化仍有许多尚未认知的方面。分析长期的发展趋势及其政策影响往往具有主观臆测的色彩。这一专题的知识仍然非常不足,例如就业和储蓄市场行为及快速社会保障制度改革之间的相互影响;当面临快速增长、城镇化和家庭结构的变化时社会和个人的行为变化;如何逆转这一地区更为富裕的国家的超低生育率;老龄工作者的生产率及延长工作年限的政策的成本效果;老龄化对区域各国的人口移民、资本流及其他因素产生的影响;以及更为广泛的市场力量和公共政策在促进健康和富有成效的老龄化方面的作用。

**即使对像生育率和老龄化发展轨迹这些最基本问题的研究也有其不足之处。**鉴于这一地区史无前例的老龄化速度及其独特的文化和政治背景,预测未来发展趋势时要慎而又慎。

#### 结语

老龄化会从根本上重塑东亚与太平洋地区的社会和经济,但是政策制定者、社区和公民完全可以 把握创造什么样的未来。 人口统计学状况是影响发展的一个强大力量,但绝不是宿命。这一地区 的政策制定者有制定合适应对政策的潜力,实现健康而富有成效的老龄化,促进社会各代人之间 形成公平的社会契约,并且帮助各年龄人群实现其潜力。

在这一过程中,地区各国可以以史为鉴,学习其他发达国家及老龄化程度更高的国家的成功经验和失败教训,还可以彼此互相学习。制定适当地政策应对措施不可避免的需要进行试点和调整,同样需要当面临变革,踟蹰不前时,展现坚定的领导力。幸运的是,这一地区优良的经济和文化传统已为其奠定了为公民创造长寿昌盛环境的有利条件。

# 参考文献

- Bloom, David E., 和 Jeffery G. Williamson, 1998, "亚洲新兴经济体人口统计学转型及经济奇迹", 《世界银行经济评论》12 (3): 419-55。
- Bloom,David E., David Canning,Pia N. Malaney,2000,"亚洲人口动态及经济增长",《人口与发展评论》26(增刊): 257–90
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Sevilla, 2003, 《人口红利:人口变化经济影响新视角》, 兰德公司, 加利福尼亚州圣莫尼卡。
- CHARLS,《中国健康卫生与退休纵向研究》 2011, http://charls.ccer.edu.cn/en
- Flochel, Thomas, Yuki Ikeda, Harry Moroz 和 Nithin Umapathi, 2014, 《老龄化对宏观经济的影响:东亚地区人口统计学,劳动力市场与生产力》,未正式出版文献, 世界银行, 华盛顿哥伦比亚特区
- Giles, John 和 Yang Huang, 2015, "是否在快速人口统计学及经济变化的时代老年人被遗忘?东亚老年人贫困与福祉状况比较研究",未正式出版文献,世界银行,华盛顿哥伦比亚特区
- Giles, John, Yuqing Hu, 和 Yang Huang, 2015, 《老龄化东亚的正式与非正式退休》,世界银行发展研究院,华盛顿特区
- Hinz,Richard,Robert Holzmann,David Tuesta 和 Noriyuki Takayama, 2013,《提供缴费补贴的缴费确定型养老金:国际经验介绍》,世界银行劳动与社会保障实践局,华盛顿哥伦比亚特区
- Holzmann,Robert, David A. Robalino 和 Noriyuki Takayama, 2009,《缩小覆盖面缺口: 社会养老 津贴和其他转移支付养老金的作用》,世界银行劳动与社会保障实践局,华盛顿
- Hinz,Richard 和 Asta Zviniene,2011,《人口老龄化的潜在财政影响:不同经济发展阶段的 4 个典型国家累计养老与卫生支出模拟分析》,世界银行劳动与社会保障实践局,华盛顿哥伦比亚特区
- IFLS (印度尼西亚家庭生活调查), 2007, 兰德公司, 加利福尼亚州圣莫尼卡。

### http://www.rand.org/labor/FLS/IFLS.html.

- 卫生指标与评估研究所,2013,《全球疾病负担:证据研究,政策指南》西雅图,WA
- Jackson, Richard, Neil Howe 和 Tobias Peter, 2012, 《传统与现代的平衡:东亚退休政策前景》,战略与国际研究中心,华盛顿哥伦比亚特区
- Kelley, Allen C. 和 Richard M. Schmidt, 2005, "近期经济-人口统计学模拟分析变化综述" 《人口经济学期刊》 18 (2): 275–300。
- Kinsella,Kevin和WanHe,2009,《老龄化的世界:2008》,美国人口普查局,《国际人口报告》 P95/09-1,美国政府印刷局,华盛顿哥伦比亚特区
- KLoSA (韩国老龄化纵向研究), 2010,韩国劳动研究所,汉城, http://www.kli.re.kr/klosa/en/about/introduce.jsp.
- Ozden,Caglar 和 Mauro Testaverde, 2014, 《老龄化社会的国际人口迁移:对东亚与太平洋地区的影响与益处》,未正式出版文献, 世界银行, 华盛顿哥伦比亚特区
- 佩恩表, 2012, https://pwt.sas.upenn.edu/php site/pwt71/pwt71 form.php

皮尤全球民意调查 2013, <a href="http://www.pewglobal.org/search/global+attitudes+survey+2013/">http://www.pewglobal.org/search/global+attitudes+survey+2013/</a></a><br/>Somanathan, Aparnaa 2015

联合国, 2013, 《世界人口展望 2012 年 修订版》工作报告 ESA/P/WP228, 人口司经济社会事务处, 纽约

## 注释

- 1. 蒙古具有绿色组的一些人口统计学特点,不过鉴于其政策和制度安排,放在橙色组更合适。
- 2. 中国、泰国和几个太平洋岛国通过待遇水平较低的养老保险制度扩大了养老金待遇的覆盖面。在印度尼西亚、菲律宾和越南,个人自付占了卫生支出的约 60%,虽然在菲律宾和越南 60%以上的人都有医疗保险(Somanathan 2015)。