

高龄老人的经济和医疗保障 现状、问题与对策思考

柳玉芝, 张纯元

(北京大学人口研究所、北京大学老龄健康与家庭研究中心, 北京 100871)

摘要: 我国高龄老年人口中享有社会保障和医疗保障的比例非常低, 且城乡差异显著。医疗费用支出给老人及其家庭带来极大压力, 构成了高龄老人生活质量下降的重要原因。本文提出建立多层次的养老保障制度, 逐步实行社会养老保障、企业补充养老保障、家庭养老保障、商业养老保险、储蓄养老保障、自我养老保障相结合的养老保障体系等政策建议。

关键词: 经济保障; 医疗保障; 高龄老人

中图分类号: C913.7; C913.6 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2003)01-0012-05

Current Situation, Problems and Countermeasures of Economic and Medical Security of the Oldest-Old

LIU Yuzhi, ZHANG Chunyuan

(Institute of Population Research, Center for Healthy Aging and
Family Studies, Peking University, Beijing 100871)

Abstract: Medical expenses have brought heavy pressures both on the oldest-old and on their families, and come to be an important cause of the lower life quality. This paper suggests to build up gradually a multi-level pension security system which is composed of social pension plan, supplementary pension plan by enterprise, commercial pension plan, saving pension plan, and old self-care plan.

Keywords: economic security; medical security, the oldest-old

在老年人的问题中, 老年的经济保障、医疗保障是首当其冲的。“老有所养”和“老有所医”是六个“老有所”的基础条件, 尤其是在高龄老人中表现得更加突出, 我们应该给予特别的关注。

一、高龄老人的经济、医疗保障现状

经济保障是影响老年人的生活质量、生命质量的决定性因素, 是制约老年人能否安度晚

年的基础条件。党和国家一直十分关心我国的“老有所养”问题, 通过发放离退休金制度、养老保险制度、社会福利制度、最低生活保障制度、社会互助制度和家庭养老制度在不同层次和水平上解决了相当数量老年人口的经济保障问题。2000年有3790.7万人领取了离退休金^[1], 2001年有3381万人领取了养老保险金^[2], 2001年城乡共有养老福利机构37264个, 收养老人62.8万人。约占60岁以上老年

收稿日期: 2002-08-28

作者简介: 柳玉芝(1947-), 女, 北京大学人口研究所副教授。

人口总量 65.8% 的老年人口的经济来源主要靠子女或孙子女提供，所以，家庭养老在现阶段特别是农村还起着主要作用。农村养老保险还处在试验阶段，截止到 1997 年虽在 2005 个县市搞了试点，有 7400 万农民投保，人均投保金额只有 186 元^[3]，根本起不到养老保障作用，目前已停止。高龄老人（80 岁以上）的经济保障条件要比中龄老人（70~79 岁）和低龄老人（60~69 岁）差许多。2000 年的数据表明，农村高龄老人依靠离退休金和自己劳动提供经济来源的男性为 13.1%，女性为 2.2%；城镇男性为 50.9%，女性为 11.7%。依靠社会福利提供经济来源的高龄老人较少，农村只有 6.3%，城镇也只有 7.2%。依靠家庭提供经济保障的高龄老人的比重相当大，农村女性为 90.2%，男性为 79.5%；城镇女性为 77.5%，男性为 41.6%。从高龄老人总体而言，依靠离退休金和自己劳动所得的仅占 20%，依靠社会福利作为自己经济来源的只有 7.2%，而依靠家庭保障经济来源的占到 76.4%，其中城镇占到 62.2%，农村则高达 85.9%。依靠离退休金作为经济保障的高龄老人的比重，随着年龄的升高而呈迅速下降趋势，依靠家庭作为经济保障的高龄老人随着年龄的升高而呈飞快上升趋势，从中揭示了这样一个客观现实：高龄老人的经济自主能力是最脆弱的，随着年龄的增长越来越依赖家庭，经济保障力越来越差。

“老有所医”是老年人口不可或缺的，是保障老年人身体健康的必备条件，直接影响制约着老年人的生活质量和生命质量。人老体衰，功能退化，多病，是老年人的常态。60 岁以上老年人口年患病率高达 39.2%，是年轻人的 6.5 倍，因而他们对“医疗保障”的需求急切而量大，尤以高龄老人为甚。在医疗保障方面城乡差异很大，因国家经济能力有限，较多顾及城镇。由于此保障制度弊端较多，现改革为社会统筹与个人账户相结合模式的基本医疗保险制度，所有用人单位及职工本人都要缴纳基本医疗保险费用，分别记入社会统筹基金和个人账户，按照费用支出标准和程序进行运转。现已有 7629 万职工参加了这一基本医

疗保险^[4]。已离退休的老年人口按个人负担一定比例后报销医药费的办法实行，享受这种医疗保障的城镇老年人口约占 37.7%，尚有 60% 以上的城镇老年人口与此无缘。农村，过去比较普遍实行的“合作医疗”制度，现保留的农村单位约为 1%，其余广大农村人口的医疗费用由个人或家庭自理，实际上没有社会或集体互助性的医疗保障。村民如此，农村老年人也是如此。

有否医疗保障对不同年龄段的人会有不同的感受，高龄老人更为敏感，因他们对医疗的需求最大。在城镇女性高龄老人中，能享受公费医疗的只占 9.1%；男性高龄老人享受公费医疗的比例也不高，只有 34.6%，其余的高龄老人只能依靠自己和家庭子女支付。至于农村高龄老人则更差，农村女性高龄老人享受公费医疗的仅有 2.6%，男性高龄老人也只有 6.4% 的人享受公费医疗，其余 90% 以上的高龄老人则依靠自己和子女支付医疗费用。在医疗保障问题上，高龄老人随着年龄的提高享受公费医疗者比重下降，而依靠家庭者的比重提高^[5]。这就意味着高龄老人随着年龄的增长，高额的医疗费用越来越多的由自己和家庭来承担。

二、高龄老人经济、医疗保障方面存在的主要问题

从上面对高龄老人经济、医疗保障现状的分析，我们可以看到，我国高龄老人的经济、医疗社会保障水平很低，严重影响着他们的生活质量和生命质量，家庭养老在新时期又遇到了来自各方面的挑战，给高龄老人经济、医疗保障的困境雪上加霜，致使高龄老人成为老年人口群体中最为脆弱的部分。我们认为高龄老人在经济、医疗保障方面至少存在以下一些主要问题。

1. 高龄老人的经济保障和医疗保障的覆盖面太窄，人均保障水平太低。高龄老人享有离退休金的人不足 20%，靠社会救济的也只有 7% 左右，其余 71.4% 的老人要靠家庭子女和孙子女提供经济来源，社会经济保障率比一般老人低 17 个百分点。人均月保障水平不足

500元，刚够维持本人的基本生活。医疗保障的覆盖面更窄，享有公费医疗的只有13.8%，余者都要靠自己和家庭自筹。在农村这种情况更加严重，享有公费医疗的高龄老人只有4.1%，其余的95.5%的老人都要靠自己 and 子女来筹集^[6]。所以，问及高龄老人最怕什么时，绝大部分人都说最怕的就是生病。因为一旦生病，高额的医药费就会导致家庭贫困，也会造成代际之间的关系紧张。

2. 高龄老人经济、医疗保障的家庭功能日益弱化。在农村，女性高龄老人由家庭提供经济、医疗保障的占到90%以上。但在新时期家庭这个中国传统的养老单位受到了众多的挑战，也逐渐地成为不稳定或越来越靠不住的最后防线。家庭规模在不断缩小，1982年为4.43人，1990年为3.96人，2000年为3.44人^[7]。这种发展趋势不利于家庭养老功能的发挥；城镇中下岗、待业、失业者增长，按现有高龄老人总量来分每个高龄老人均摊到1.6个未就业的人口，家庭收入受到很大影响，很自然地波及到对老人的经济支持；农村地少人多，投入收益率很低，一些边远地区的人们处在温饱线上，也很难给予高龄老人以必要的经济支持；家庭成员之间关系不稳定，高龄老人的子女和孙子女离婚率上升，完全家庭比例下降，在一些子女的心目中反哺式养老方式位置下移，尊老、敬老、养老意识淡薄，特别是在高龄老人的生存环境中表现突出，老人的子女有些已先他而去，靠孙子女的隔代养老虽有习俗支持，但没有法律保障，纠纷时有发生，给高龄老人依靠家庭提供经济和医疗方面的支持造成诸多困难。随着改革开放的深入发展，流动人口迅猛增加，不仅城镇间流动，而且乡城间流动更甚，上亿流动大军离家经商打工，其对家庭养老的利弊虽尚须进一步深入分析，但其在精神和心理上给高龄老人的失重感是十分强烈的，于老人的健康长寿极其不利。家庭养老在中国虽有悠久的历史和优良传统，但它受到了前所未有的挑战，已经成为不很稳定和不甚可靠的防线。

3. 老龄社会福利事业太不发达，老龄救助系统、老龄慈善事业和专为高龄老人捐赠机

构太少，功能发挥也不够。一个老年人口上亿的国家，需要拥有发达的老年性社会福利机构，但我们城镇仅有11000多个，农村只有25000多个，数量太少，而且规模都很小，城镇平均每个老年福利机构只有21名老人，农村只有15人，与未来中国人口老龄化趋势极不相称，矛盾会越来越大、越来越尖锐，对此我们必须有明晰的认识。在国外，老年人获得经济支持的渠道是较多的，除正规的不同层次的养老保险以外，还有非正规的甚至民间的慈善机构、社会的老龄救助系统和专为百岁老人捐赠的不定期的经济支持活动。而我们这些非正规的，民间的为老年人经济支持服务的机构很少，甚至根本没有类似机构和活动，所以我国的老年人口特别是高龄老年人口就无法获得其他经济方面的支持，而这种辅助性、救急性的支持，对老年人口来说，真正是雪中送炭，其作用和意义是不可低估的。

4. 在有些农村地区，高龄老人的税赋也不堪重负。种地的，缴农业税；不种地的缴人头费，还要缴三留五统，宅基地费、自留地费、出义务工等名目繁多，一般农民都感到农村的费税负担太重，而老年人也不能减免，照缴不误。就是对老年人中脆弱群体的高龄老人，也毫无例外，每年照缴不误^[8]。高龄老人早已丧失劳动能力，整个经济来源全靠家庭成员提供，每年还要与青壮年一样缴纳各种税费，实在不堪重负，既不通情，也不达理，让人难于理解。

5. 农村缺乏医疗互助、互济基金医疗保障。过去常说，中国有10亿人口，其中8亿农民，现在城镇化水平提高了，但仍然是近13亿人口有8亿多农民。在这个以农民为主的国度里，老年人口占的比重较城镇高，城镇65岁以上老年人有2873万，占6.3%，而农村有5938万，占农村人口的7.35%，农村老年人口比城镇高出1.05个百分点，就绝对量来说，高出3000多万人^[9]。如前所述，老年人口的患病率比其他群体高出许多，特别是高龄老人对医疗费用的需求更加急切，有否外界的支持，对老年人本身及其整个家庭来说都极端重要。而正是在这样一个居民主体之中，在

占我国老年人口（高龄老年人口亦然）绝大多数的人群中基本没有医疗互助、互济基金等制度，应引起我们相关方面的高度重视。

三、改善高龄老人两保状况的对策与建议
高龄老人的经济保障和医疗保障问题虽然都涉及到经济问题，但各自的用途、功能、特点尚有许多不同之处，为了使所提对策、建议更有针对性和可操作性故分别阐述较为合适。

（一）改善高龄老人经济保障状况的对策与建议

1. 逐步扩大社会经济保障的覆盖面。要从社会经济发展和国家经济承受能力的实际出发，逐步推进覆盖面的扩大，不仅包括城镇中未涵盖的各类职工及其家属，而且包括全体农村人口。社会经济保障覆盖的面要全，但保障水平不要很高，只解决最基础的底线水准即可，即低水平，广覆盖，这是由我国的经济实力和社会公平原则而决定的。

2. 推行多层次的养老经济保障制度。在养老经济保障问题上，国家有不可推卸的责任，但不可能全部包起来。这个问题的解决必须依靠所有相关方面的合力才行。既要自力更生，也要社会互济。现在的青壮年，就是未来的老年，谁都有老的那一天，因此，建议从开始工作起就应参加社会养老保障、企业补充养老保障、自我养老保障、家庭养老保障、商业养老保险、储蓄养老保障等相结合的养老经济保障。只有这些保障共同交互的合力，才能解决经济保障问题，单靠那一种保障，不管是社会的、家庭的，还是个人的都无法解决这个问题。

3. 对离退休金实行保值制度。当年通货膨胀率为0时，按原有额度发放，通货膨胀率大于0时，按通货膨胀率调整后大于原有额度发放。离退休金是保命钱，国家应给予保值的优惠。以使老人心安，社会安定，以确保国家安定团结的大局。

4. 对农村高龄老人免除义务工、村提留、乡统筹等税费负担。高龄老人早已丧失劳动能力，不可能再出义务工，他们基本上已没有自己独立的经济来源，向他们征收税费是不合情

理的，他们本是社会最脆弱的群众，需要社会各个方面给予照顾、资助、救助，所以建议予以免除。

5. 建议对高龄老人实行补贴制度。对城镇和乡村的高龄老人实行最低生活保障制度，标准从各地实际情况出发，可以有所不同。对目前已实行最低生活保障制度的一些大、中城市来说，自然不在话下，但还有一些中等城市，小城镇尚没有实行，建议尽快在高龄老人中开始实行这一制度。此外建议对城乡百岁老人每月给予一定的百岁津贴，此项补贴费用在城镇可由市区、街道两级筹措，在农村由县、乡、村三级筹措。

6. 动员社会力量捐赠，建立高龄老人救助基金。低龄和中龄老人中，大部分人生活尚能自理，一部分人还有正常的劳动能力，正常生活困难不大，但高龄老人特别是90岁以上老人病痛缠身，生活自理能力越来越差，对社会各种资源的需求越来越大，但供给却越来越小，因而他们急切需要社会有能力的人们给以救助，故而建立高龄老人救助基金十分必要。基金筹集可通过国内外慈善机构、各种福利基金会的捐赠，国际友好人士、社会贤达人士的捐赠，以及企业家、艺术家义演捐赠等渠道。制定章程，按章行事，凡需要救助的高龄老人，不分城乡均可得到救助。

（二）改善高龄老人医疗保障状况的对策与建议

1. 在城镇逐步扩大公费医疗的覆盖面，解决老年人特别是高龄老人的燃眉之急。

现在城镇能享受公费医疗制度的（老人老办法，不适用于在职职工）仅占高龄老年人口的19.8%，覆盖面很小，应根据经济的发展和国家的承受能力逐步加以扩大，使其余高龄老年人口也能享受到国家在医疗方面给予的部分支持。

2. 在农村，尽快建立和实行新的合作医疗制度。中国是个发展中国家，农村居民又占绝大多数，国家拿出很多钱解决农民的医疗保障问题是不可能的，因此，实行农民自己创造出来的互助共济的合作医疗制度，共同抵御疾病风险给人们带来的灾害是最好的选择，国家

应给予大力的支持和推广。医疗基金可采取农民出大头，集体和政府适当扶持的办法。实行“四级筹资，两级管理”的运作模式，分设县市和乡镇两级合作医疗基金和管理，用于不同层次疾病和花费档次的适当补助。农民用集体合作的力量，解决疾病给个人带来的家破人亡的风险。

3. 对特困高龄老人实行医疗补助制度，作为临时的过渡办法。对城镇中生活在最低生活保障线上的高龄老人，每年给一定量的“医疗补助卷”，专人专用，年末有余，可转入下年继续使用；对农村特困高龄老人可实行医疗费减半制度，自理一半，另一半由县乡财政对半分摊。

4. 城乡分别筹建高龄老人医疗救助基金。由国内一些有收入的单位和个人，国际慈善事业、慈善家以及相关国际组织募捐，建立中国高龄老人医疗救助基金，用于无力承担医疗费用、特殊困难老人的救助。

5. 加强和完善老年医疗保健服务网络建设，以利健康老龄化的发展。2000 年高龄老人资料显示，因为路远不去看病的高龄老人，城镇为 7%，农村为 14.8%，由于行动不便未去看病的高龄老人，城镇为 27%，农村为 29.3%，说不清原因而没去看病的高龄老人，城镇为 43%，农村为 34.7%^[19]。这一组数字

说明，我们的老年医疗保健网络还很不完善，分布不均，医疗保健服务还很不到位。因此，我们建议要加强和完善老年医疗保健服务网络建设，地域分布要合理，有条件的建立老年病医院，现有的医院应普遍设立老年病科或老年门诊；也要加强医疗呼叫系统建设，社会上设医疗 110 系统，社区设医疗呼叫服务系统，给予有需求的老人特别是高龄老人提供各种方便条件。

参考文献：

- [1] 国家统计局．中国统计年鉴．北京：中国统计出版社，2001．
- [2] 劳动和社会保障部．中国的劳动和社会保障状况．光明日报，2002- 4- 30．
- [3] 中国社会科学院人口研究所．中国人口年鉴．北京：中国社会科学出版社，1998．
- [4] 同 [2] ．
- [5] 中国高龄老人健康长寿研究课题组．中国高龄老人健康长寿调查 2000 年数据光盘．
- [6] 同 [5] ．
- [7] 国务院人口普查办，国家统计局人口统计司编．中国 1982 年人口普查资料，中国 1990 年人口普查资料，中国 2000 年人口普查资料，北京：中国统计出版社．
- [8] 李昌平．一封写给朱总理的信．书摘，2002，(4) ．
- [9] 同 [1] ．
- [10] 同 [5] ．

[责任编辑 王树新]

(上接第 34 页)

监督。这种监督是依法行政的必要保障。

第六，目前计划生育村民自治还处在组织创新和制度创新的初级阶段。必须进一步考察组织创新和制度创新的效能问题。归根结底是要从始到终贯彻群众自愿、群众满意、群众欢迎这些基本原则。控制生育数量、提高生育质量只是我们的人口学目标，更重要的是发挥出计划生育的生产力效应和建设力效应，对广大农民群众的脱贫致富、文明进步有切实的帮助。

参考文献：

- [1] 田禾．群众的贴心人——山东省计划生育协会工作掠影．人民日报，2001- 5- 29 (10) ．
- [2] 吕慎亮．关于计划生育村民自治的法律思考．人口与经济，1999．
- [3] 杨立肪．对建立“以村为主、村民自治”计划生育工作机制的几点思考．人口与计划生育，1999．
- [4] 于爱善．探索村民自治之路．中国人口报，1999- 7- 12 (3) ．

[责任编辑 王树新]