



社会发展委员会

第五十二届会议

2014年2月11日至21日

临时议程* 项目3(b)(四)

社会发展问题世界首脑会议和大会第二十四届
特别会议的后续行动：审查与社会群体状况有关的
联合国行动计划和行动纲领

进一步执行《2002年马德里老龄问题国际行动计划》

秘书长的报告

摘要

本报告根据经济及社会理事会第2013/29号决议的要求编写。报告叙述了自《马德里行动计划》通过以来联合国在老龄问题上的政策分析及办法演变概况，并着重介绍了目前处于老龄问题讨论前沿的四组问题。接着，报告又提出被视为《马德里行动计划》执行障碍的若干问题，以及一些新兴的观点和办法。

* E/CN.5/2013/L.2。



一. 引言

1. 在其第 2013/29 号决议中，经济及社会理事会对“在实现第二次老龄问题世界大会商定目标方面缺乏进展”表示关注，并请秘书长向社会发展委员会第五十二届会议提交一份报告，对《马德里行动计划》第二次审查和评价的成果进行后续，尤其是在发展、社会政策与老年人人权的关系问题方面进行后续，旨在为未来联合国有关实体和机构，包括老龄问题不限成员名额工作组的工作提供更好的依据。本报告即是根据这一要求编写的。

2. 本报告的第一部分叙述了自《马德里行动计划》通过以来联合国在老龄问题上的政策分析及办法演变概况。第二部分着重介绍了自老龄问题不限成员名额工作组第二次审查和评价之后处于老龄问题讨论前沿的四组问题：即收入保障、在提供保健方面的新挑战、虐待和暴力、以及年龄歧视。接着，报告又提出被视为《马德里行动计划》执行障碍的若干问题，以及一些新兴的观点和办法。

二. 《马德里行动计划》的执行方向和成效评估

3. 继《马德里行动计划》通过后，秘书长提出了执行《马德里老龄问题国际行动计划》的行进图(见 A/58/160)。该行进图旨在在老龄问题领域协助会员国制定国家优先事项和促进国际合作。行进图的核心原则是，《马德里行动计划》的成功执行取决于两个方面：国家能力建设和将老龄问题纳入国家发展议程的主流，这一办法与提高妇女地位和性别平等问题主流化所采取的办法类似。

4. 该行进图从《马德里行动计划》的前身即《维也纳老龄问题国际行动计划》(1982-2002 年)执行工作缺陷中汲取了教训。在绝大多数国家，特别是发展中国家和转型期经济国家，旨在改善老年人处境的各项方案和项目总是难以吸引捐助方提供重大资源，也难以引起决策人士或发展机构的注意。

5. 在执行《马德里行动计划》五年之后，第一次审查和评价显示，这方面的变化甚微(见 E/CN.5/2007/7)。只有少数会员国报告它们使用主流化作为政策工具。由于缺乏资金和人力资源，许多低收入国家在执行《马德里行动计划》方面的国家能力也没有得到长足的发展。在把老龄问题纳入国际政策进程主流方面的进展即便有，也很有限。

6. 鉴于所取得的有限进展情况，会员国请秘书长为在至 2012 年的期间执行《马德里行动计划》提出一个战略框架。提出的框架鼓励政策制定者依据审查和评价的结果确定未来的优先领域，并建议在国家政策行动上采取三个主要办法：赋予老年人权能和促进他们的权利、提高对老龄问题的认识、以及发展国家在老龄问题上的能力(见 E/CN.5/2009/5)。

7. 要赋予老年人权能，使之成为社会的全面和积极参与者，就要求采取措施，保证他们的基本权利，如平等享有保健和基本经济安全的权利，并防止他们遭受暴力和虐待。还需要确保老年人参与影响到其生活的重要决策。
8. 鉴于政策制定者、利益攸关方和一般公众仍缺乏对老龄问题的认识，特别是对《马德里行动计划》内容的认识，战略执行框架作为一份宣传倡导的文件，其设计意在重新重视《马德里行动计划》的关键要素。
9. 在五年前的原行进图中确定的一个优先事项是加强国家在老龄问题上的能力，包括建立基本体制、投资于人力资源和调动财政资源。战略执行框架则进一步强调要采取循证、具有参与性且促进主流化的政策办法。对监测和评估所取得的进展也给予了同等重视。
10. 马德里行动计划第二次审查和评价(E/CN.5/2013/6)则表明，执行工作依然不力。政策与实践之间存在差距，在动员和(或)建设充足人力和财政能力方面也存在不足，这仍是一大主要制约因素。通过十年之后，在将《马德里行动计划》纳入国家发展计划方面，仍进展有限。无论如何衡量，老龄问题的主流化均进展甚微。此外，虽然发达国家会员国继续制定一些个别政策，但由于金融危机，一些方案被削减和重组，对老年人的生活造成直接影响。
11. 在至2012年期间战略执行框架中提出的行动建议对老年人的状况影响有限。在许多发展中国家，人们对《马德里行动计划》的认识仍很不足，老年人目前的生活状况也仍较差。联合国系统和捐助者为提高国家代老年人行动的能力而采取举措，由秘书处经济和社会事务部、联合国人口基金(人口基金)和一些区域委员会负责执行，但其资金和范围均有限。
12. 第二次审查和评价着重指出了老年人面临的一些挑战，这些挑战是所有或大部分区域共有的，它们妨碍了老年人的社会、经济和文化参与度。这些挑战在于以下方面：收入保障、获得与其年龄相称的保健服务、进入劳动力市场和社会保护，免受虐待和暴力、以及年龄歧视。

三. 贫穷、社会保护和工作

13. 老年人的经济安全依赖于工作机会、以及养老金的提供和获取。虽然《马德里行动计划》第二次审查和评价以及最近的一些报告证明，老年人的经济状况在过去10年，特别是在发达国家和一些发展中国家有所改善，但经济不安全仍是世界各地老年人面临的最关键问题。
14. 在发达国家和发展中国家均有许多老年人生活在贫穷中。在经济合作与发展组织(经合组织)2008年调查的30个国家中的20个国家，老年人的贫穷率高于整

体人口的贫穷率。¹ 平均而言,13.5%的65岁以上的人收入贫穷,而总人口的10.6%收入贫穷,其中老年妇女的比例大于老年男性的比例。

15. 在发展中国家,绝大多数老年人生活在贫穷之中,但是,国家发展计划和减贫战略仍很少提到老年人。² 鉴于全世界欠发达区域的老年人口的巨大增幅,且预计在2030年前将达到10亿,需要把解决老年人收入无保障的问题置于更核心的位置,以消除贫穷。

16. 虽然越来越多的欠发达国家政府表示关注并纷纷推出惠及老年人的社会保护措施,但是,绝大多数国家缺乏充分持续执行这些方案的资源。在可动用资金与公共养老金需求之间存在着明显的差距。2010年,国际劳工局估计,撒哈拉以南非洲仅有约15%的老年人领取退休金,而在亚洲,这一数字为30%,在拉丁美洲和加勒比则为50%左右。³

17. 过去,老年人预期靠家庭成员养老,但如今他们日益需要向政府寻求帮助。人们现在的观念也发生了明显转变,越来越不能接受子女应负责父母养老的观念,因而也进一步加重了上述问题。⁴

18. 最近的数据明确显示,老年人,特别是发达国家老年男性的劳动力参与率正稳步提高。⁵ 第二次审查和评价表明,许多发达国家都通过了旨在支持和扩大老年人劳动力参与率的措施。良好的做法包括提高法定退休年龄以及提供一些逐步过渡的选择,如分阶段退休和兼职等。

19. 然而,在东欧国家和一些新兴经济体中,却出现了与此相反且消极的趋势和态度。在东欧,55至64岁男性的劳动力参与率明显下降,其原因是,因经济结构调整,导致了很多人非自愿提前退休的情况。⁶

20. 全球化加速了多个经济体系前进的步伐,但同时,在工业和制造业中的就业机会也正迅速被技术上先进且要求苛刻的职业取代。因新技术使人们有可能降低

¹ OECD, *Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries* (Paris, 2011)。

² UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-first Century: A Celebration and a Challenge* (New York, 2012)。

³ International Labour Office, *World Social Security Report 2010/11: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond* (Geneva, 2010)。

⁴ 经济和社会事务部/人道主义事务协调厅,“世界各地老人社会境况、福利、参与发展和权利现状”(2011)。可查阅 un.org/esa/socdev/ageing/documents/publications/current-status-older-persons.pdf。

⁵ OECD, *Labour force statistics*, OECD.StatExtracts。可查阅 stats.oecd.org。

⁶ International Labour Office, “*Employment and social protection in the new demographic context*” (Geneva, 2013)。可查阅 ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_209717.pdf。

成本，新成立的企业、扩大的企业和经济体往往把重点放在具体技能上，将之作为一个决定性因素。因为老年人会被视为适应缓慢，所以大多数工作培训侧重于年轻工人。在这样的背景下，许多年纪较大的工人，特别是那些教育水平较低的工人未能跟上技术转变的快速步伐，并被排除在就业之外。

21. 在大多数新兴经济体中，以及在发展中国家的正规部门中，年长工人的劳动力参与率之所以低，也是因为雇主对招聘或培训老员工持有偏见，以及因为一些体制政策，如在相对年轻的年龄强制退休。

22. 在老年妇女的劳动力参与率方面已取得可衡量的进展。然而，各区域间存在较大差异。拉丁美洲老年妇女的劳动力参与率已有显著提高，东南亚和非洲次之；但是，在其他区域，老年妇女的工作机会相对较少，这引起了关切。中东和北非的这种情况特别严重，可归因于在三个层面上互动的若干结构性障碍：现有的政策框架、性别社会化的具体情况、以及管理和组织上的障碍，如缺乏生育保障措施或反歧视法律。⁷

23. 综上所述，由于面临的就业挑战和所设立的种种优先事项，因此没有给考虑老年人的状况留下什么空间，在发展中国家尤为如此。当前，从金融危机和经济放缓中复苏缓慢，青年失业率大幅上升且尚未出现好转迹象，在这种情况下，政府无法优先重视老年人的工作和社会保护问题。迄今为止，发达国家的政策目标的驱动力基本在于，在人口迅速老龄化趋势下需要提高其养老金制度的财务可持续性，而发展中国家则继续把注意力集中在青年失业和就业不足危机以及居高不下的贫穷率上，因而使得国家就业优先事项忽视或忽略了老年人。

24. 老年工作者日益表达其对自己被边缘化和被忽视的关切。⁸ 为解决今天老年工作者所面临挑战的根源问题，有必要从原先仅承认老年人对经济发展的积极贡献转为促进和保护老年人与其他人工作平等工作的权利。

四. 在提供保健方面的新挑战

25. 鉴于新出现的疾病发生类型以及预期寿命的提高，一些国家政府正开始重新审查其关于老年人保健的战略办法和政策选择。

26. 特别是，老年人心理健康和缓和疗护的需要在过去五年中得到越来越多的关注。民间社会组织往往大力推动了这一议程。例如，国际阿兹海默症协会的年度

⁷ Economic and Social Commission for Western Asia, Addressing Barriers to Women's Economic Participation in the Arab Region (New York, 2012)。可查阅 escwa.un.org/information/publications/edit/upload/E_ESCWA_ECW_12_1_E.pdf。

⁸ 民间社会向 2013 年 8 月 12 日至 15 日于纽约举行的老龄问题不限成员名额工作组第四届工作会议提交的发言稿。可查阅 <http://social.un.org/ageing-working-group/csostatementfourth.shtml>。

报告在提高对各种问题的认识方面发挥了作用，而人权监察站则强调了缺乏获得缓和疗护的机会是一项人权问题。秘书长提交大会和社会发展委员会的报告以及老龄问题不限成员名额工作组会议上专门小组成员的发言也提请注意这些新的优先事项。

痴呆症和阿尔茨海默氏病

27. 研究表明，目前大多数痴呆症患者没有得到正式诊断。⁹ 这导致出现“治疗差距”，在低收入和中等收入国家中这一差距要大得多。在这些国家中，即使患有痴呆症的老年人能够得到正式诊断，但是，他们一般没有获得负担得起的长期护理的机会，对他们进行照顾的亲属往往无法获得公共资金的支助。国际阿兹海默症协会根据在印度进行的一项研究的统计结果推断，世界各地 3 560 万痴呆症患者中约有 2 800 万人没有得到正式诊断，因此无法在疾病的早期阶段获得有效的干预和治疗。

28. 罹患痴呆症和阿尔茨海默氏病等心理健康疾病的老年人由于心智能力缺失和无法做出符合其自身最佳利益的决定，其人权可能受到侵犯。这使他们很容易受到身体、心理、性和经济方面的虐待、忽视或疏忽，所有这些往往未被注意，也未被报告。由于错误认为“记忆力问题”是老年的正常现象而对之加以污名化，痴呆症患者还在获得资源和适当照顾方面遭受歧视。这妨碍了对这些疾病及其可能的治疗选择进行公开的讨论。老年人普遍面临的一系列社会经济因素，如独居、低收入和交通不方便，使这些障碍变得更加严重。老年妇女尤其受到影响，因为她们本已遭受性别歧视。在一些社区中，患有痴呆症的老年妇女被视为女巫，因而可能受到虐待、身体侵害，有时甚至被烧死。¹⁰

29. 欧洲阿尔茨海默症运动在其 2006 年巴黎会议通过政治优先事项宣言之后，比利时、丹麦、芬兰、法国、卢森堡、荷兰、挪威和大不列颠及北爱尔兰联合王国八个来自欧洲的会员国通过了国家和(或)国家以下各级的痴呆症战略和计划。澳大利亚、加拿大魁北克省、瑞士沃州和美利坚合众国也通过了类似计划。¹¹ 2013 年 12 月 10 日和 11 日，联合王国政府主办了第一次痴呆症问题八国集团首脑会议。首脑会议的目标是确定和商定一项通过国际合作开展痴呆症研究的国际新举措，以便比各国单独采取行动更加迅速地实现共同目标。

⁹ Alzheimer's Disease International, World Alzheimer's Report 2011: The Benefits of Early Diagnosis and Intervention (London, 2011). 可查阅 alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf。

¹⁰ World Health Organization, Dementia: A Public Health Priority (Geneva, 2012)。

¹¹ Alzheimer Europe, "Switzerland adopts national dementia plan", 21 November 2013; and Alzheimer's Disease International, "Government Alzheimer plans". 可分别查阅 alzheimer-europe.org 和 alz.co.uk/alzheimer-plans。

缓和疗护

30. 在十多年前,《马德里行动计划》讨论了提供缓和疗护并将其纳入综合保健体系的问题。最近这一问题已引起更大的关注。会员国参加了老龄问题不限成员名额工作组第三届和第四届会议互动式专家小组讨论,以审查现有关于缓和疗护的政策规定和做法是否充分顾及老年人的人权。

31. 这些事态发展在很大程度上是患严重和慢性疾病老年人越来越多的结果。2008年,心脏病、癌症和糖尿病等非传染性疾病占高收入国家疾病负担的86%、中等收入国家的65%和低收入国家的37%。¹²到2030年,这些疾病在中等收入国家疾病负担中所占比例预计将增至75%,在低收入国家疾病总负担中估计将占一半。在60岁及以上的人群中,非传染性疾病已占低收入、中等收入和高收入国家负担的87%以上。¹³缓和疗护是一直保持最快增长趋势的保健领域之一。例如,在过去十年中,美国开设缓和疗护的50张病床或以上的医院增加了157%,从2000年的658家医院增加到2011年的1692家。¹⁴

32. 在这一背景下,关于缓和疗护的讨论正从“临终”护理和“死得有尊严”的狭隘观点逐步转变为获得缓和疗护是一项基本人权的理念。

33. 联合国经济、社会及文化权利委员会在其2010年通过的第14号一般性意见中指出,会员国“有义务尊重健康权,特别是不能剥夺或限制所有人得到预防、治疗和减轻痛苦的卫生服务的平等机会,包括囚犯和被拘留者、少数群体、寻求庇护者和非法移民”。世界卫生组织最近在其《必需药品行动纲领》中增加了14种缓和疗护药品,该《纲领》概述了能达到的最高健康标准享有权利所必需的最低核心内容。酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员2013年提交了一份报告(A/HRC/22/53和Add. 1-5),呼吁所有国家确保充分获得缓和疗护并克服在获得必要缓和疗护药品方面的障碍。

34. 提供心理健康服务需要可观的费用,相比之下,社区缓和疗护证明是经济的。然而,在大多数发展中国家中缓和疗护还不是一个政策重点。特别报告员的报告提到不必要地妨碍获得缓和疗护药品的各种障碍,包括过度限制性的药物管制条例和更常见的对原本适当条例的曲解、药物供应管理方面的缺陷、基础设施不足、缓和疗护缺乏优先顺序、对医疗上使用阿片类药物根深蒂固的偏见以及从业人员无疼痛管理政策或准则可循。

¹² 疾病负担是根据详细的流行病信息,通过估算由特定原因引起的健康寿命年损失而计算的。

¹³ World Health Organization and the National Institute on Aging of the National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services, Global Health and Aging (New York, 2011)。

¹⁴ Center to Advance Palliative Care, “Growth of palliative care in U.S. hospitals, 2013 snapshot”。可查阅 capc.org/capc-growth-analysis-snapshot-2013.pdf。

35. 提供心理健康护理和缓和疗护对许多老年人的生活质量和尊严至关重要。当前鼓励采取多学科办法开展缓和疗护并确保将其纳入综合保健的各种努力是向前迈进的重要一步。但是，最重要的是此类努力应遵循具体的法律和道德标准。这些标准将促进一贯和高质量的缓和疗护，鼓励在各种环境下建立伙伴关系和维持医疗连续性。这些标准将考虑到老年人独特而复杂的需求，并解决提供的服务与病人及其照顾者的需要之间脱节的问题。

五. 虐待和暴力

36. 首次关注虐待和暴力侵害老年人问题是在筹备第二次老龄问题世界大会期间。社会发展委员会作为第二次老龄问题世界大会筹备委员会在其第 2001/PC/1 号决定中，曾请秘书长提交一份关于虐待老年人问题的现有研究、资料和文件的报告。该报告(E/CN.5/2002/PC/2)呼吁需要建立一个更好的知识库，以便制定国家及地方政策。在该报告的基础上，会员国决定将消除一切形式——身体、心理、情感和经济上——对老人的忽视、虐待和暴力侵害行为以及建立处理虐待老年人问题的支助服务列为《马德里行动计划》的目标之一。

37. 《马德里行动计划》通过之后，欧洲经济委员会和拉丁美洲和加勒比经济委员会的成员国提出将这个问题列为少数几个优先行动事项之一。自那时起，正如秘书长在若干份报告中指出，非洲经济委员会和亚洲及太平洋经济社会委员会的成员国也对这一问题表示了关切(A/64/127、A/65/157、A/65/158 和 E/CN.5/2013/6)。

38. 暴力侵害和虐待老年人问题也在更广泛的人权框架内获得关注。人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员在其根据人权理事会第 15/22 号决议编写的关于实现老年人健康权利的专题报告中，对保健设施和家庭环境中针对老年人而施行的已报告和未报告暴力行为表示关切，并呼吁提高医疗专业人员和更广泛的社区对虐待老年人问题的认识(见 A/HRC/18/37)。特别报告员提出的建议有一半是针对如何保护老年人不受虐待和暴力侵害的。

39. 大会在其第 66/127 号决议中也同样提请注意忽视、虐待和暴力侵害行为，并吁请会员国“制定并实施更有效的预防战略，加强法律和政策”，以解决这一问题。此外，在同一决议中，大会将 6 月 15 日定为“认识虐待老年人问题世界日”，这是民间社会组织、特别是防止虐待老年人国际网努力的结果。同样，民间社会积极宣传和庆祝认识虐待老年人问题世界日，开展各种活动和信息传播。

40. 秘书长提交大会的最新报告(A/68/167)概述了《马德里行动计划》通过以来在处理虐待和暴力侵害老年人行为方面取得进展，或者说缺乏进展的情况。最近一系列调查让人们更好地了解一些发达国家中虐待老年人现象的范围，而在大多数发展中国家有关数据仍然很少。现有的研究还指出，对于什么构成虐待老年人的行为，除了认识上存在重大的文化差别之外，还没有一致的定义。

41. 因此，会员国已采取各种立法、政策和方案办法，处理或部分处理各种虐待和暴力侵害行为。在许多国家中，虐待老年人的行为属于家庭暴力法的范畴，而该法仅涉及家庭内的虐待行为。但是，家庭暴力方案主要针对青年和成年妇女，在实践中并不包括虐待老年人行为。虽然一些国家已采取步骤扩大现有旨在保护免受暴力侵害的方案和立法的范围，以明确处理家庭环境中的虐待行为，但在保护老年人在保健设施中免受忽视、虐待和暴力方面取得的进展令人沮丧。这些努力很大程度上取决于对服务和(或)照料老年人的专业工作人员的培训。总的来说，这些保健设施在质量标准和老年病人权利方面不受监督，或所受监督有限。

42. 随着老年人或高龄老人增加，发达国家和发展中国家中报告的经济虐待等其他形式的虐待日益增多。经济虐待出现了各种形式，从强迫消费商品和服务，到挪用、转移或盗窃资金和其他资产。实施虐待的有亲属、照顾者、蛮横的销售员或骗子。身体和心理上的脆弱、依赖和孤立都是导致风险的因素。

43. 过去 10 年来，对虐待、忽视和暴力侵害老年人问题的认识和讨论有所增加，同时为解决这些问题而制定的各种政策和方案也有所增加。秘书长 2002 年的报告呼吁建立一个知识库和全球指导方针，但实际上除少数发达国家之外没有取得什么进展。与 10 年前一样，扩大现有知识库并采取步骤推动考虑全球指导方针仍然是至关重要的。

六. 年龄歧视

44. 老年人由于年龄而遭受的种种歧视，以及因此剥夺老年人权能的情况最初是在秘书长为《马德里行动计划》后第一次五年审查和评价编写的报告(E/CN.5/2007/7)中探讨的问题。第一次审查和评价的结论指出，依据年龄施行的歧视是几乎所有社会中都长期存在的问题，老年人在诸如保健、就业和获取服务及教育等关键的发展领域内均受到歧视。

45. 少量但越来越多的文献资料佐证了涉及基于年龄的不同种类歧视的实例，而对老年人看法的意见普查也与这些实证相符，这些情况在秘书长先前的一份报告(A/65/157)中得到了着重指出。

46. 在发达国家，针对年龄歧视的国家立法行动主要局限于并注重工作场所，这一行动涉及的问题包括招聘惯例、培训、晋升和留用机会。处理就业方面年龄歧视的先驱性行动是美国的 1997 年《就业中年龄歧视问题法》。在区域层面，欧洲理事会关于制订就业和工作平等待遇总框架的第 2000/78/EC 号指令是这方面的另一实例，该指令目前已经转化为欧洲联盟几乎所有成员国的国内法律。

47. 健康护理中的年龄歧视实例主要包括由于病人的年龄而拒不提供治疗或不提供某些类型的治疗。尽管《经济、社会、文化权利国际公约》规定了人人享有能达到的最高身心健康标准的权利，《残疾人权利公约》也提及了有关老年残疾

人的某些问题，但是在各层面均没有针对与老年人有关的健康权问题的特定法律、以及适用于保健服务的禁止年龄歧视的条款。

48. 世界许多地区的金融业和保险业服务提供商对老年人的歧视性做法十分普遍。根据秘书长提交大会第六十七届会议的报告(A/67/188)中记载的情况，保险计划对超过一定年龄的客户所提供的保险范围有限，保费也较高，有时高得令人却步，都是很通常的情况，而在一些国家里，保险公司干脆拒绝提供某些保险计划。同样，在多数国家，银行对超过一定年龄的人限制提供长期贷款和按揭。仅有几个国家制定了明确禁止这种做法的法律，如马耳他在贷款方面、瑞典在信用卡、贷款和按揭方面均是如此。

49. 除了把年龄作为歧视唯一依据的情况之外，人们越来越认识到，对于那些生活中历来遭受歧视的群体，例如妇女、移民、少数民族和男女同性恋、双性恋和变性者，老龄也是使歧视更加严重的因素。¹⁵

50. 目前，对于年龄歧视的讨论已经从原来仅仅指出工作场所年龄歧视做法以及在获得福利和物品以及服务方面的歧视，扩大到解决导致这类歧视及使之持续的根源。秘书长提交大会第六十七届会议的报告所作的结论是，“老龄歧视”是一普遍存在的歧视态度，其根源在于一种假定，即认为忽视和歧视老年人是可以接受的正常现象。这种歧视态度是导致年龄歧视的常见根源和理由依据。正是基于这一点，有人认为，只要不认识到和解决老龄歧视问题，在制止某些部门的年龄歧视方面就难以取得很大进展。¹⁶

七. 障碍

51. 在 2013 年 8 月举行的老龄问题不限成员名额工作组第四届会议的对话中，会员国重申需要更加注重执行《马德里行动计划》。但是执行的途径和方式依然没有找到。

52. 经年来已经在地方、国家和国际层面发现了阻碍执行《计划》的障碍。许多发展中国家表示缺乏财政和人力资源来为老人政策及方案供资并加以执行。在许多(尽管并非所有)发展中国家，人口结构预测表明，在今后 15 至 20 年、甚至更

¹⁵ Emma Cain, “Voices of the marginalized: persons with disabilities, older people, people with mental health issues”, paper prepared for the global thematic consultation on Addressing Inequalities: the Heart of the Post-2015 Development Agenda and the Future We Want for All. 可查阅 worldwewant2015.org/node/283344。

¹⁶ European Network of Equality Bodies, *Tackling Ageism and Discrimination: An Equinet Perspective in the Context of the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations, 2012*(Brussels, 2012); and Israel Doron, “A judicial Rashomon: on ageism and narrative justice”, *Journal of Cross Cultural Gerontology*, vol. 27 (2012), pp. 17-27.

久的阶段里，老年人绝对人数不会大幅增加。这些国家眼下最直接的政策要务是促进本国占大多数的年轻人口的社会和经济融合。因此，并没有政治聚焦和意愿去顾及在人口中比例相对小得多的老年人群。

53. 与其他民间行动领域相比，在国家一级和国际一级由老年人领导或专门关注老年人发展的民间社会组织数量很少，多数情况下，这些组织与政府交往和代表其服务对象群体对政策施加影响的能力很弱。在发展中国家里，在国家层面确实存在的这些组织多数侧重于向老年人提供福利形式的服务。

54. 2002年，《马德里行动计划》呼吁将老龄问题纳入国家和全球发展议程的主流，《计划》执行十年以来，事实上老龄问题很少被纳入国家事务的主流，而且肯定没有纳入全球范围的主流。因此，对老龄问题和老年人问题，仍是在诸如保健、养恤金和社会护理等政策框架内加以看待和采取行动，而基于福利的办法所赖以长期持续的那种话语也没有改变。

55. 尽管达成了马德里共识，但是各国和各区域对于老龄问题依然存在非常不同的观念，而且用于解决这些问题的政策办法也千差万别，且日益如此。总体而言，在发达国家里，老龄、老年人以及老人问题依然是基于医疗/社会福利模式来解决的，而且是在各自为政的部门性政策框架领域内处理的，如就业、保健、养恤金和住房等政策框架。

56. 在其他国家和地区，对政策与方案采取基于权利的办法正日益得到青睐和推崇，而在另一些国家和地区，对老年人问题和家庭的作用则采用宗教、哲学或文化的办法，作为有关办法和决策的依据。除缺乏资源和对《马德里行动计划》重视程度因素外，各区域间的不同观念及办法导致各国在执行中薄此厚彼、各不相同。

八. 新兴的观点和办法

57. 在老龄问题不限成员名额工作组内进行的讨论正逐渐使人们进一步认识到影响老年人经济和社会融合的社会、经济、文化和法律障碍，从而深入了解如何才能更全面地执行《马德里行动计划》。

58. 在老龄问题不限成员名额工作组第四届工作会议框架内与民间社会举行的第一次对话提供了大量的证据表明，由老年人领导并促进老年人发展的组织能够极大地帮助我们更多地了解老龄歧视态度对老年人日常生活产生的实际冲击。

59. 从人权视角讨论老年问题有助于利用一套始终一贯的价值观念和原则来评断各种情况和政策对策。这种方式也能帮助决策者摆脱长期主宰这一领域的医疗和福利/援助框架，并摆脱在老龄问题上的种种陋见。

60. 前文着重指出，从事老龄问题工作的民间社会组织正开始扩大在国家、区域和国际各级的覆盖面。这些组织对老龄问题不限成员名额工作组工作的参与和贡

献持续增长。但是，要使得各级在老龄领域的讨论和政策制定工作能以老年人的经验和知识为依据，需要开展的外联和能力建设则还远远不止这些。

61. 各个社会的人口结构发展趋势正变得非常不同，这种的变化是二十一世纪的一个主要特点，但人口老化和/或老年人问题有可能依然处于核心发展议程的边缘，而且有可能由于社会一方面只顾短期经济和社会要务，另一方面又有长期的环境考量，而被忽视。在这种情形下，要实现人口老化问题主流化并加强对老年人权利的促进和保护，其希望仍将十分渺茫。
