



经济及社会理事会

Distr.: General
3 November 2011
Chinese
Original: English

社会发展委员会

第五十届会议

2012 年 2 月 1 日至 10 日

临时议程* 项目 3(b)

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要

《2002 年马德里老龄问题国际行动计划》第二次审查和评价

秘书长的报告

摘要

本报告是根据经济及社会理事会第 2011/28 号决议的要求编写的，对《马德里老龄问题国际行动计划》第二次审查和评估进行初步评估，内载资料说明《马德里计划》第二次审查和评价的区域筹备工作，以及 2007-2009 年第一次审查和评估周期之后的区域和国家政策事态发展。

* 见 E/2011/26，第四章。



目录

	页次
一. 导言	3
二. 《2002 年马德里老龄问题国际行动计划》第二次审查和评价： 迄今的区域一级进程	3
三. 政策发展：区域概览和优先事项	4
四. 第一次审查和评价以来国家政策发展概述：老年人与发展	8
五. 促进健康：老年人的福祉的必要条件	12
六. 确保建立有利的支助性环境	15

一. 导言

1. 本报告是根据经济及社会理事会第 2011/28 号决议的要求编写的。理事会会在该决议中请秘书长向社会发展委员会第五十届会议提交一份报告，内载《2002 年马德里老龄问题国际行动计划》第二次审查和评价初步结果的分析。
2. 由于本报告是在向各区域委员会提交国家审查和评估报告之前编写的，其中的资料是初步性质的，决不能充分反映国家或区域层面的趋势。鉴于审查和评价过程是区域驱动的工作，本报告主要的依据是联合国区域委员会和组织及民间社会组织提交的文件，以及秘书处现有的其他资料，特别是预定在 2012 年发行的题为“世界老年人状况”的出版物初稿。这一出版物是联合国人口基金(人口基金)与国际助老会合作编写的，10 个联合国实体投了稿。初稿载有就老年人的生活质量和他们对《马德里行动计划》执行进展的看法进行的广泛协商的结果。
3. 报告旨在就实施《马德里行动计划》的优先事项和状况提供初步的区域概览，并就各区域委员会所报告的、其他利益攸关方提交支持性资料的未来区域工作重点提出初步想法。

二. 《2002 年马德里老龄问题国际行动计划》第二次审查和评价：迄今的区域一级进程

4. 非洲经济委员会(非洲经委会)在秘书处经济和社会事务部提供资金和合作的情况下，于 2011 年 11 月 30 日至 12 月 2 日在亚的斯亚贝巴举办了一个区域培训讲习班。来自该区域 20 个会员国的代表应邀在其国家报告的基础上讨论了国家和区域工作。讲习班还提供机会讨论了数据收集和参与性办法。委员会预期参与者将在 2012 年年初以前完成其国家报告。
5. 欧洲经济委员会(欧洲经委会)老龄问题工作组的设立是为了指导欧洲经委会区域执行战略的实施、审查和评估。第二次审查和评价的国家阶段已于 2011 年开始，英文和俄文的国家报告指导方针已经分发。国家审查结果将在 2011 年 10 月底以前提交给欧洲经委会秘书处。国家调查结果将在 2012 年 9 月举行的老龄问题部长级会议上介绍。
6. 拉丁美洲和加勒比经济委员会(拉加经委会)正在举行几次预备会议，为将于 2012 年 5 月 9 日至 11 日在哥斯达黎加举行的拉丁美洲和加勒比区域战略(2003 年)和《巴西利亚宣言》(2007 年)的审查和评估做准备。2011 年 11 月 9 日和 10 日，来自该区域 22 个会员国的代表以及来自民间社会和学术界的代表出席了关于《巴西利亚宣言》后续行动的国际会议。讨论的议题包括：公共机构安排与老龄问题；老年人人权、社会服务与社会保护以及研究与培训。2011 年 9 月 9 日和 10 日，在拉加经委会的技术支持下，由中美洲和加勒比立法机构主席论坛和尼加

拉瓜议会主办召开了关于老年人的议会间会议。此外，泛美老年学和老年病学大会这个学术论坛正在阿根廷政府的支持下，作为《巴西利亚宣言》的后续行动，组建两个工作组。

7. 亚洲及太平洋经济社会委员会(亚太经社会)正在对会员国进行一次区域调查，以评估自第一次审查和评估工作以来在政策和方案方面的新事态发展。亚太经社会鼓励该区域各国政府根据社会发展委员会的要求，利用自下而上的参与式办法开展国家审查和评估工作。在编写本报告时，亚美尼亚、中国、泰国和越南政府确认，它们采用了这种做法。

8. 亚太经社会于 2011 年 11 月 22 日至 24 日在北京举办了一次筹备会议，以查明该区域的关键优先事项，并确定将于 2012 年年初举行的亚太第二次审查和评估高级别政府间会议的议程。

9. 西亚经济和社会委员会(西亚经社会)将于 2011 年 12 月 7 日至 9 日在贝鲁特举行的一次会议上对《马德里行动计划》进行了第二次区域审查。会员国被要求(a) 为会议编写国家报告；(b) 查明《马德里行动计划》执行障碍；(c) 为进一步的区域执行议程提出建议。在本次会议的筹备过程中，西亚经社会发表了题为“加强社会公平：将老龄问题纳入西亚经社会区域发展规划过程的主流”的社会政策简介，并分发了关于该区域老年人人口概况的报告。

三. 政策发展：区域概览和优先事项¹

A. 非洲经济委员会

10. 非洲人口是世界所有主要区域中最年轻的，因为生育率和死亡率水平高居不下。但是，非洲老年人人数 2010 年为 5 600 万，占世界 60 岁以上人口的 8%，预计增加速度将超过任何其他主要区域，到 2050 年达到 2.15 亿，几乎增加四倍。² 结果，老年人的比例将增加一倍多，从 2010 年的 5%增至 2050 年的 11%。在非洲国家中，毛里求斯 2010 年的老年人比例最高(11%)，而布基纳法索是比例最低的国家(4%)。

11. 面对许多相互竞争的优先事项，对老年人重要的问题在非洲区域的国家发展议程上仍然排在后面。老年贫困和收入无保障继续是至关重要的问题。该区域绝大多数老年人不享有任何社会保护。但是，一些会员国包括博茨瓦纳、莱索托、

¹ 报告第三节提出的问题是区域委员会和经济及社会事务部作为其各自区域的主要优先事项着重指出的问题。但这并不排除这些问题是全世界所有区域的共有问题。

² 联合国(2011 年)，“世界人口前景，2010 年修订本”(见 <http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/index.htm>，2011 年 10 月 10 日查询)。

毛里求斯、纳米比亚、南非和斯威士兰³ 为老年人推出非缴费社会养老金。虽然这种养老金有助于减少领取养老金的老年人的贫困，并使其能够为家庭收入和稳定作出贡献，但总的领取者人数仍然相当少。

12. 在非洲，保健基础设施的限制特别给老年人日常生活增加负担。对于许多老年人来说，获取初级卫生保健既是经济挑战也是体力挑战。严重缺少接受过老年学和老年病学培训的保健人员使情况加剧了。

13. 此外，撒哈拉以南非洲各地的民间社会和媒体报道了无数寡妇被指控巫术和遭受暴力和杀戮的案件。

B. 欧洲经济委员会

14. 欧洲有 1.61 亿人年龄在 60 岁及以上，占世界老年人口的 23%，2010 年在所有区域中人口最老。欧洲老年人的绝对数量将继续上升，预计到 2050 年将达到 2.36 亿。欧洲人口将继续是世界上最老的，预计老年人的比例将从 2010 年的 22% 提高到 2050 年的 34%。在欧洲，芬兰 2010 年的老年人比例最高 (25%)，而摩尔多瓦共和国的比例最低 (16%)。

15. 最近与年龄有关的政策和优先事项都集中在改革养老金制度，改善保健和发展长期护理系统上。

16. 在第一次审查和评估周期，欧洲经委会区域的 12 个国家报告说，它们开始或完成了全面的养老金改革。⁴ 养老金改革仍然是最近政策调整的标志之一。已采取和(或)设想采取的主要措施包括：提高有资格领取养老金人的年龄，使退休更灵活和循序渐进；退休金福利与生活费用而不是与工资增加挂钩；减少提前退休福利；并鼓励自筹资金退休计划的私人储蓄。

17. 在一些欧洲经委会国家，在养老金改革的背景下推迟退休和退出劳动大军的企图受到高失业率的阻碍。增加老年工人的劳动力参与，还取决于处理工作场所的歧视——一个迄今得到有限注意的问题。

18. 改革保健和长期护理部门以满足老年人的需要，是欧洲经委会区域所有国家共有的另一个优先事项。它们越来越多地关注无论是在机构还是在家的护理质量。为此，欧洲经委会许多国家现在为照顾老年人、病人或残疾人家属的人提供福利。然而，国家和地方政府在目前的金融和经济危机背景下采取的紧缩措施，似乎转变成老年人为主要受益者的保健支出和方案的削减。

19. 新出现的研究表明，对老年人的虐待、忽视和暴力，无论是在家里还是在机构内，都比目前公认的更为普遍，预防这种案件应在政策议程的很高位置上。“就

³ 见 A/65/157, 第 46 页。

⁴ E/CN.5/2008/2, 第 12 页。

地养老”由于提供服务和改善现有的基础设施，是决策者越来越多考虑的另一项目标。研究还表明，应当通过减少早期生活中导致晚年肥胖症、糖尿病和心血管疾病的风险因素，更加重视对健康生活的长期预防办法。

C. 拉丁美洲和加勒比经济委员会

20. 在未来几十年，拉加经委会区域将经历 60 岁及以上人的比例和绝对数量稳步增加的情况。该区域的老年人人数 2010 年为 5 900 万，占世界老年人口的 8%。预计 2050 年将达到 1.88 亿。在 2010 年和 2050 年之间，60 岁及以上人的比例将增加一倍多，从 10%增至 25%。在该区域，加勒比国家包括古巴(17%)的老年人比例最高，而中美洲国家如危地马拉(6%)的比例最低。

21. 第一次审查和评价期间在拉加经委会国家查明的国家优先事项包括：发展非缴费养老金，扩大公共保健覆盖面，提供免费药品，发展或扩大以家庭为基础的保健。一些国家还报告了防止对老年人的虐待和暴力行为的倡议。

22. 自第一次审查和评价以来，该区域关于老龄问题的国家行动计划和举措日渐增加表明，在拉丁美洲和加勒比区域对老龄问题的兴趣获得了相当大的势头。近年来，老龄问题日趋成为国家发展战略和社会发展方案的主流。自 2008 年以来，几个国家还把促进和保护老年人的权利定为优先事项，在这方面通过立法并(或)作出宪法规定。一些国家还废除了助长年龄歧视的规定。

23. 该区域正慢慢迈向对老龄问题采取更加综合的办法，大多数国家有这方面的体制安排，形式是社会事务/发展部内的局、研究所和(或)理事会。因此，对老年人的暴力行为以及老年人的护理和参与等问题正在成为惠及老年人的所有方案的一部分。

24. 虽然成立了一些由老年人领导和注重老年人的组织，但促进老年人参与是收到资金有限的一个领域。此外，迄今紧急情况中老年人问题得不到重视，2010 年海地和智利地震后老年人经受的特别脆弱性说明了这一点。⁵ 需要更多注意的其他领域是老年移徙、在农村区域和城市环境中变老以及终身学习和获得生产技术。

25. 缺乏受过老年病培训的医务人员仍是该区域的一个大问题，尽管在几所大学扩大提供正规培训方案方面取得了进展。其他老年保健专业领域，如心理健康、艾滋病毒和艾滋病及老年妇女健康，也需要大力支持。为护理人员提供培训在加勒比国家常见，但在拉丁美洲不常见。长期护理机构监管的制度化也取得了进展，但法规往往薄弱，执行不力。最后，由于经济、实物和文化障碍，在提供服务和福利上继续存在着明显的不平等现象。

⁵ 见 <http://www.helppage.org>。

26. 数据和研究是在该区域得到特别注意的其他领域。几乎所有拉丁美洲国家都有专门研究老龄问题的机构，虽然它们在研究范围、人员编制和预算方面差异相当大。在某些情况下，这些研究中心较小，开展对国家议程影响有限的小规模研究。老年人数据的提供也有所改善，部分因为联合国的支持，尽管数据制作的频率和质量、研究的问题和是否可获取在不同国家有所不同。整个区域的家庭暴力、残疾、技术获取和投票模式等问题的研究仍是有限的。

D. 亚洲及太平洋经济和社会委员会

27. 在亚太经社会区域的几个国家，老年人人数以前所未有的速度上升，表明二十一世纪在区域和全球两级最重大的人口结构转变之一。据估计，亚太区域的老年人人数将在未来 40 年增加两倍，从 2010 年 4.14 亿——世界老人人口的 59%——增至 2050 年的 12.5 亿。60 岁及以上的人在总人口中的比例将在 2010 年和 2050 年之间增加一倍多，从 10% 到 24%。2010 年，日本是亚太经社会区域老年人比例最高的国家 (30%)，而老挝人民民主共和国是比例最低的国家之一 (5%)。

28. 与老年人有关的问题继续在该区域许多国家政策议程上占据较高位置，特别是在老年人人数较多的国家。当前的政策优先事项与第一次审查和评价期间的关注焦点类似。不过，强调重点有一些重大不同。

29. 第一次审查和评价时强调了实施保健部门改革，以确保保健覆盖面，并强调了对老年人的虐待和暴力水平的上升。对比之下，许多老年人缺乏社会保护以及满足日益增长的护理服务需求的能力有限，一直主导最近的区域论坛讨论。该区域的大多数国家传统上依赖家庭护理和几代共同生活的安排，面对过去十年传统支持系统崩溃的证据，迟迟没有采取行动。

30. 老龄化的性别层面在该区域得到更大关注，尤其是老年妇女所面临的健康问题、她们面对贫困、社会孤立和暴力的更大脆弱性，以及老年妇女承担的照顾负担。

31. 亚洲和太平洋区域一些国家更多关注的另一个议题，是建设年龄友好的环境，其中包括住房、基础设施和公共设施。

32. 在一些国家，民间社会组织一直积极参与组织协商和社区动员，使老年人的声音可以在审查和评价过程和老龄问题国家政策制定中听到。

E. 西亚经济社会委员会 (西亚经社会)

33. 西亚人口仍然年轻，但在快速老龄化。2010 年，60 岁以上人数估计为 1 600 万，占世界老年人口的 2%。然而，这组人口预计在未来 40 年增加四倍多，2050 年将达到 6 900 万。整个区域内年龄在 60 岁及以上的人的比例，2010 年估计为 7%，到 2050 年预计将增加到 19%。到目前为止，黎巴嫩年龄在 60 岁及以上的人的比例最高 (10%)，卡塔尔和阿联酋的比例最低 (低于 2%)。

34. 区域内几个国家最近才承认把老龄化问题纳入发展议程的重要性。第一次审查和评价期间，西亚国家的政策和方案的重点是改善老年人的健康服务，增加专门保健中心、日间护理中心、流动诊所、医务人员和医疗设备，以及提供药品。

35. 在西亚经社会区域，社会问题往往是从社会福利角度看待。因此，方案和政策一般针对某些社会弱势群体，如贫困老年人和残疾人。大多数西亚国家继续依靠家庭为老年人提供照顾和支持，直到最近，仍趋于把老龄问题政策同家庭支持联系起来。老年之家不普遍，如有，大多数老年人也难以利用。

36. 目前国家老龄政策，继续注重加强普及必要的服务，如卫生保健。不过，建立和/或加强社会保障计划，也日益受到考虑。西亚经社会表示，大部分卫生保健预算仍用于防治传染病，虽然慢性病很普遍。老年病学和老年医学培训，在区域内大部分地区很缺乏。

37. 在整个区域，从事老年工作的民间社会和/或宗教组织十分活跃，经常得到政府财政支持，与政府建立伙伴关系。一些组织由政府承包，直接提供社会服务，如在埃及。一些国家建立了全国老龄委员会，成员来自公共和私营部门，管理与民间社会的伙伴关系和监督协调。

四. 第一次审查和评价以来国家政策发展概述：老年人与发展

38. 《马德里老龄问题国际行动计划》第一条优先指令，涵盖了老年人作为贡献者和受益者加入和参与发展的有关问题。行动计划确定决策者需要特别注意的几个具体问题，确保在快速老龄化社会所经历的社会经济变化方面，继续接纳和赋予老人权利。

积极参与社会和发展

39. 行动计划的一项主要宗旨是，反对年龄歧视，鼓励态度、政策和实践的变革，建设一个不分年龄、人人共享的社会，包括让老年人有机会继续为社会做贡献。行动计划还强调老年人参与各级老龄问题决策过程的重要性。

40. 自 2007 年以来，一些国家已经通过新立法，解决年龄歧视和老年人的权利问题，包括废除造成年龄歧视的规定。一个范例是尼加拉瓜《老人法》2009 年生效，其中除其他外，成立了全国老年人理事会，确保老年人的需求和关注在决策中得到考虑。另一种举措是，开办方案，鼓励老年人参与政治、社会和经济生活，如沙特阿拉伯 2010-2015 年全国健康乐颐年战略计划。

41. 作为第二次审查和评估“马德里行动计划”的一部分，一些国家政府与民间社会组织磋商，确保老年人的声音得到听取。在亚洲和太平洋区域，斐济采纳了社会发展委员会通过社会服务理事会建议的自下而上的方法，导致了最近开展

“全国老龄和老人政策框架社区协商”，听取了社区领袖、非政府组织和老年公民的反馈。

工作与老龄化的劳动力

42. “马德里行动计划”另一个核心宗旨是，老年人只要愿意，只要有生产能力，就可参加劳动力市场。计划要求落实政策，增加老年人参与劳动力市场，特别减少老年受排斥和依赖他人的风险。

43. 越来越多的国家通过法律，消除对老工人的歧视；乌拉圭政府 2007 年推出“Monotributo 法”，让低收入的退休人员和养老金领取者继续工作。据最近的一项由国际劳工组织公布的审查，世界上大约 50 个国家的一些立法禁止就业年龄歧视。但是，很难评估这种立法打击年龄歧视的效应。需要有关法律规定的有效宣传手段，监测和强制遵守手段，如果法律要产生影响。一些国家开展宣传活动，消除雇主的负面刻板印象。

44. 雇用、晋升和获得工作相关培训方面⁶的歧视，仍然是年纪较大的工人所面临的重要挑战。老年工人若失去工作，失业时间往往比青年更长。一些国家，如匈牙利，已经开始解决这一挑战，自 2007 年起，开办 START EXTRA 计划，2008 年，发起“劣势人员就业下放方案”。这些方案力求协助老年失业人员就业。同样，塞尔维亚在其 2011-2020 年新的就业战略中，列入老年人就业目标，还豁免雇用老年人的雇主的社会保险缴纳金。经济和社会一体化中，应该注重让失业人员，尤其是老年人重新融入劳动力市场的倡议和努力。

农村发展、移民和城市化

45. 马德里行动计划要求各国政府采取行动，在设计执行粮食安全和农业生产时，考虑到农村人口统计。在许多发展中国家和经济转型国家，由于青壮年外流，农村人口显著老化。然而，很少有国家实施政策和方案，改善农村的生活条件和基础设施，减轻老年人的边缘化。⁷

46. 2009 年，印度尼西亚通过了“保护农田用于可持续粮食生产法”，这是把老年人特殊需求纳入主流的很好范例。另一个同样显著的例子是，2009 年，中国开始新的养老金制度，其目的是改善农村人口生活条件，防止老人在迅速发展的城市感到孤独。此外，中国政府 2011 年建立了城镇居民新养老保险制度。

⁶ 经济和社会事务部/人道主义事务协调厅(2010)。《世界各地老人社会境况、福利、参与发展和权利现状》，纽约(未编辑)(见 <http://www.un.org/ageing/>)。

⁷ 人口基金和国际助老会(2011)。“扶助老人现行政策、立法、数据和研究及机构安排概览——马德里之后的进展”——为编写《2012 年世界老年人状况》拟写的报告。草稿，未出版。

获得知识、教育和培训

47. 马德里行动计划呼吁各国政府支持和促进老年人获得知识、教育和培训机会。持续教育和培训是积极而充实的生活的重要组成部分，进一步确保个人和国家的生产力。终身教育和培训也是老年人参与劳动的关键。然而，60 岁及以上人士的教育水平仍然低于年轻人。因此，老年人面临着应对经济和技术变化的挑战。

48. 老年人的终身教育，通常采取“老年大学”形式，如阿根廷、加拿大、中国、印度尼西亚、匈牙利、俄罗斯联邦和塞尔维亚等。例如，阿根廷有一个具体方案，即“老年大学扩招”，在国立大学为老年提供课程。

49. 有地方举办小规模倡议，提供老年人信息和通信技术培训的报告，但无此类国家方案记载。然而，值得注意的是，匈牙利最近实施方案，改善大众的信息和通信技术技能，如“上网方案”（2007 年）和“匈牙利电子方案”（2004 年），都在老年人中成功。

世代之间的团结

50. 马德里行动计划表明，政府负有特殊的责任，共建一个不分年龄人人共享的社会，其根本是代际团结。

51. 南非提供了一个很好的例子，表明几代人能走到一起，分享他们的文化遗产。2006 年，国家档案馆口述历史计划，开始收集老年人参加最近历史重要事件的故事。最近，政府还通过南非 2009 年活文物全国政策草案及 2010 年代际对话方案，促进代际团结。

52. 在美利坚合众国，通过“美国老人法”提供资源，支持老年志愿者的代际社会及康乐活动。该法还支持开办服务，鼓励和促进学龄儿童和老年人之间的互动服务。欧洲委员会正在组织“2012 积极乐颐年和代际团结年”。每年 4 月 19 日，是欧洲代际团结日。

扶贫

53. 马德里行动计划的核心是消除老年人的贫困。然而，老年人贫困在很大程度上仍被忽略，尽管推出了全球和国家扶贫目标和政策。老年人之间的扶贫行动，旨在消除老年贫困的特定原因，以及个人和家庭层面的原因：营养不良和饥饿；获得基本服务，包括卫生、供水和卫生设施；及社会排斥。

54. 有些国家，如伯利兹、柬埔寨、莫桑比克和塞尔维亚都在国家减贫战略中纳入老年人的需求。在吉尔吉斯斯坦，2010 年国家减贫战略把老年称作特别容易陷入贫困的时期。

55. 若干讲英语的加勒比国家，着手减少老年贫困，包括提供实物粮食补贴，确保贫困老年人的营养。例如，在圣基茨和尼维斯，“老年人家庭护理方案”向老人提供热饭、食品包、医疗援助和社会交往。

收入保障、社会保护/社会保障和预防贫穷

56. 马德里行动计划认为，社会保障制度——无论是供款或非供款，正式或非正式——都是经济繁荣和社会凝聚力的基础，是解决老年贫困女性化的关键。

57. 虽然缺乏社会保障和收入安全，仍然是绝大多数老年人的首要问题，但最近非洲和拉丁美洲和加勒比地区几个国家提出一系列举措，发展某种形式的社会保障。

58. 在肯尼亚，全国社会保障战略草案(2009-2014 年)包括在农村发展社会养老金，协助老年人为主、并有 15 岁以下儿童的家庭。此外，为无任何养老金、并照顾孤儿和弱势儿童，包括残疾或患慢性病儿童的老年人实行了现金转移计划。在玻利维亚一个州，2008 年通过的 3791 号法推出了“尊严养老金”，建立了普遍性的非供款养老金制度。

59. 一些社会保障覆盖面低的拉美国家，最近扩大了老年人非供款退休金计划。2008 年，智利政府推出非供款、税收资助的团结养老金制度，扶助在智利生活至少 20 年、年龄 65 岁以上、私人养老金达不到团结养老金最低门槛的老人。2010 年 9 月，秘鲁推出看护试点方案，资助 75 岁以上、生活赤贫的人。巴哈马群岛和安圭拉也有类似计划。

60. 如上所述，在亚洲，中国 2009 年建立了农村养老保险计划，2011 年，建立了城市养老保险制度。泰国 2009 年设立了基本的全面社会养老保险，惠及 60 岁以上的人。在黎巴嫩，2007 年的社会行动计划规定扩大贫困老人的安全网。

61. 在发达国家，养老金改革一直在政策议程上。澳大利亚、芬兰、日本、新西兰和大不列颠及北爱尔兰联合王国最近都进行了养老金制度改革。欧洲经委会区域审查和评估进程将提供讨论和评估这些改革影响的机会。

紧急情况

62. 马德里行动计划呼吁各国政府重视老年人在自然灾害等紧急情况下的脆弱性。计划还强调，老年人可以给紧急救援工作，以及恢复和重建作出积极贡献。

63. 紧急情况下，通常忽略老年人的特殊需求。国际助老会在 2010 年进行的一项研究发现，调查中 1 912 个人道主义援助项目，只有 93 个具体把老年人作为一个弱势群体。⁸ 很少有这方面举措的报道。在肯尼亚，2009 年国家灾害管理政

⁸ 国际助老会(2010)，老人人道主义资助研究，伦敦。

策草案明确提到老年人。越南 13/2010/ND-CP 号法令，对老年人提供人道主义援助和救灾的方案，提出了更具体的规定。在美国，联邦紧急事务管理局 2011 年发布了“美国老人应急工具包”，作为其应急准备计划的一部分。联邦紧急事务管理局还设有老年人地方登记簿。

五. 促进健康：老年人的福祉的必要条件

64. 健康不仅是一项至关重要的个人财富，也对社会发展至关重要。有鉴于此，预防性和治疗性的照顾、人员培训以及使设施满足老年人的特殊需要都是关键的政策措施。鉴于人们普遍承认健康的重要性，扩大和改善老年人保健的具体工作已被确定为优先事项，但这主要是在发达国家。在最近举行的联合国非传染性疾病预防和控制高级别会议上，对非传染性疾病问题的认识不断提高，但会议成果文件并未明确非传染性疾病和老年人及人口老龄化之间的联系。

A. 毕生促进健康和福祉

65. 增进健康的生活方式以及老年人平等获得保健护理和服务，其中包括终生预防疾病，是老年健康的基石。因此，《马德里行动计划》强调三个具体目标：减少引发老年疾病从而可能导致丧失自理能力的种种因素所具有的累积影响；制定政策预防老年人健康不良；所有老年人都能得到食物和足够的营养。

66. 近年来，一些国家已实施有关老年健康的方案和(或)采取旨在长期预防慢性病的举措。南非于 2008 年推出了健康生活方式日，随后推出了“老有所事”方案(2009/2010 年)和《关于预防及管理老年有关的慢性病和老年人其他健康需求准则》。2009 年，芬兰建立了国家咨询和服务网，以促进老年人的福祉和健康。

67. 促进老年人的健康和福祉也被纳入更广泛的国家卫生政策。例如，莫桑比克 2007 年国家卫生政策认定老年人为特定的弱势群体。其他情况下，老年健康被纳入更广泛的国家发展计划主流，例如多民族玻利维亚国的“健康生活”国家发展计划(2006-2010 年)涉及促进健康和老年健康。同样，黎巴嫩 2007 年社会行动计划提出了旨在通过纳入老年慢性病患者来扩大医疗保险的具体方案。

68. 然而，大多数国家仅在老龄问题国家计划而非相应的方案和政策中提及老年健康。在营养和获得改善的水和环境卫生设施等领域通常就是这种情况。

B. 人人平等享有保健服务

69. 为老年人的保健和康复投资能延长老年人健康和活跃的岁月，增加老年人对经济增长和社会发展的贡献。遗憾的是，老年人在获得保健服务方面经常遇到经济、身体、心理和法律上的障碍。他们还可能遇到提供保健服务时的年龄歧视，因为有人可能认为给老年人治疗不如给年轻人治疗有价值。《马德里行动计划》

强调，老年人充分享有获得预防性和治疗性照顾的权利，呼吁政府制定保健标准并进行监测，同时为各年龄层次的人提供保健。

70. 最近，一些国家出台老年人保健领域政策或规定的重大改革措施。例如，在西亚，黎巴嫩 2007 年社会行动计划包括将医疗保险扩大至老年慢性病患者。在亚洲和太平洋，越南政府于 2009 年通过《老人法》，其中规定，90 岁及 90 岁以上的老年人即使没有医疗保险，也可获得价格优惠的保健服务。此外，第 13/2010/ND-CP 号法令规定，应优先为独居老人、贫困老人或残疾老人提供保健。莫桑比克 2007 年全国卫生政策给予老年人免费保健的资格。

71. 作为较发达的国家之一，芬兰于 2008 年推出《为老年人提供优质服务国家框架》，目标是让老年人享有更高质量的保健。

C. 老年人与艾滋病毒及艾滋病

72. 《马德里行动计划》强调在老年人中防治艾滋病毒和艾滋病的重要性。该计划还要求更好地认识并支持老年人在照顾感染艾滋病毒和艾滋病的儿童和成年人方面发挥的作用。公共宣传运动通常不涉及这种疾病对老年人的影响，老年人未能从如何保护自己以免感染艾滋病毒和艾滋病的教育中受益。

73. 老年人的艾滋病毒和艾滋病问题在很大程度上依然被忽视。近年来，很少有国家制订新政策或方案。但是，一些发展中国家已将老龄纳入国家防治艾滋病毒和艾滋病战略计划；泰国在其第十个全国防治艾滋病计划(2007-2011 年)中将老年人纳入特定目标群体，以便采取措施。某些情况下，目标仅为特定类别的老年人，例如肯尼亚国家艾滋病战略计划(2009/2010-2012/2013 年)仅关注 50 至 64 岁之间的人。但肯尼亚国家生殖健康战略(2009-2015 年)涉及促进各级保健对老年人性健康和生殖健康需求的认识。

74. 在发达国家，美国的一项新举措是，白宫国家艾滋病政策办公室于 2010 年召开了题为“关注美国老人的艾滋病毒问题”会议。政府代表和民间社会组织讨论了各种战略，以便实现总统倡导的建立适合老年人的国家防治艾滋病毒和艾滋病战略的愿景。

D. 培训护理人员和保健专业人员

75. 《马德里行动计划》强调，由于老年人口数量迅速增加，全世界更迫切地需要在全世界使保健专业人员、社会服务专业人员和非正规护理人员有更多的机会接受关于老年医学和老年学的教育。

76. 尽管取得了一些进展，缺乏专业机会和培训机会仍然是会员国，尤其是发展中国家主要关注的问题。在西亚，一些国家在老年医学领域为医生和护士开展培训方案，如沙特阿拉伯政府通过了老年健康国家战略计划(2010-2015 年)。一些拉丁

美洲和加勒比国家，包括阿根廷、古巴、智利、巴西、萨尔瓦多、伯利兹和荷属安的列斯群岛，现已为保健专业人员广泛提供老年医学和老年学方面的培训。

77. 一些国家在医学课程中新增了老年学专业学位，例如阿根廷于 2007 年推出了社区和机构老年学硕士学位。然而，如果依然缺乏获得医疗的设施，且没有更多学生对该领域感兴趣，那么仅仅扩大老年医学和老年学方面的专业教育不足以对人口健康产生影响。

E. 老年人的心理健康需求

78. 《马德里行动计划》呼吁国际社会关注在满足迅速老龄化人口的心理健康需求方面日益增长的挑战。心理健康问题是导致老年人残疾和生活素质下降的一个主要原因。及时、准确地诊断此类问题并进行适当治疗，除其他外，可避免不必要的住院治疗。应对心理健康疾病的战略包括药物治疗、心理支持、认知能力培训方案、对提供照顾的家庭成员和护理人员的培训，以及各种具体的住院治疗模式。

79. 包括阿尔茨海默氏病和痴呆在内的老年人心理健康失调受到越来越多的关注，原因是年龄最大的老年人，即 80 岁及 80 岁以上的老年人是许多社会中人数增长最快的人口。因此，受心理健康失调影响的人不断增加。但是，现有举措仍无法实现《马德里行动计划》关于发展综合精神保健服务的要求。

80. 澳大利亚的第四个全国心理健康计划(2009-2014 年)强调与老年护理机构开展协作的重要性，同时 2006-2010 年全国防治痴呆行动框架为教育和培训专业人员分配了资源。最近，还启动了扩大老年家庭护理——痴呆问题方案。法国通过了首个 2008-2012 年阿尔茨海默氏病计划，其目的是提高对该病的认识和早期检测，并改善对患者的照顾。2008 年以来，新加坡通过新加坡心理卫生学院提供老年精神病学服务。此外，卫生部健康促进委员会提供有关老年人心理健康的公众教育方案。

81. 在非正规照料领域，日本发起了全国车队，5 年内培训一百万人，为痴呆症患者及其家人提供支持。

F. 老年人与残疾

82. 机能缺陷和残疾的发生随着年龄而增长。老年妇女特别容易罹患残疾，其原因包括男女在预期寿命和易患疾病方面的差异以及她们一生遭受的性别不平等待遇。《马德里行动计划》强调，有利的干预手段和支助所有老年人的环境，对于促进残疾老年人的独立生活能力，增强其权能并使他们能够充分参与社会生活的各方面至关重要。

83. 据报道，一些发达国家有针对残疾老年人的政策和方案。其中一些倡议于《残疾人权利公约》批准后推出。澳大利亚《2009 年全国残疾协议》包括针对残疾老年人的规定，1985 年《家庭和社区护理法案》2007 年修正案也是如此。塞尔维

亚也于 2009 年设立一个新项目，以便改善地方一级的服务，包括为残疾老年人提供服务。

六. 确保建立有利的支助性环境

84. 为社会发展创造有利的支助性环境是 1995 年社会发展问题世界首脑会议商定的主要目标之一。《马德里行动计划》进一步推进了此目标，强调在制订和执行旨在创造此类有利环境的政策方面，各国政府必须起中心作用，同时还应鼓励民间社会和老年人自己的参与。该计划在此方面的主要目标是促进在社区内“就地养老”，同时适当考虑老年人的个人喜好和负担得起的住房选择。

A. 住房和生活环境

85. 住所及其周围环境以及方便和安全的交通系统对老年人的社会融合和参与至关重要。

86. 近期，一些发达国家实施便利就地养老的方案。例如，在澳大利亚，1985 年《家庭和社区护理法案》2007 年修正案包括一系列基本的抚养和支持机制的规定，以帮助老人在家里生活。加拿大为改善住房以适合老年人独立生活方案提供财政资源，一直到 2014 年；该方案为 65 岁或 65 岁以上的老年人提供小型住房改建方面的资金援助。2010-2011 年经济行动计划还拨出大笔预算，为低收入老年人建设住房单元。一些发展中国家也推出了类似的方案和政策。例如，越南的《老人法》(2010 年)规定了方便行动的建筑条例。乌拉圭 2001 年和 2008 年的第 18340 号法，规定为退休人员提供住房补助金。

B. 照顾和对照顾者的支助

87. 在世界各地，大多数是由家庭或社区照顾老年人，在发展中国家尤其如此。即使在有完善的正规保健政策的国家，非正规护理也发挥极其重要且被低估的作用。然而，家庭照顾者得不到援助或报酬，带来了新的经济和社会压力。家庭照顾者缺乏适当的支持，往往负担过重。

88. 许多国家正开展创新举措，改善老年人的护理质量，减轻家庭照顾者的护理负担。匈牙利政府实施了“前进一步”方案，为照顾者提供培训课程，并建立护理津贴制度。在发展中国家，哥斯达黎加的老年人综合护理先进护理网络值得强调。该网络力求整合从政府部门到社区、私营部门和家庭成员等所有为老年人提供护理的行为体，以便提供协调一体的服务和利益。

C. 忽略、虐待和暴力

89. 召开马德里会议时，世界卫生组织(世卫组织)估计全世界 4%至 6%的老年人遭受某种形式的虐待。最近的研究虽然不系统，但表明包括被忽略在内的老年受

虐待数字可能要高得多。⁹ 对老年人的忽略、虐待和暴力侵犯行为有多种形式，并且发生在每个社会、经济、族裔和地理区域。虐待老年人的一些风险因素包括社会孤立、社会对老年人的看法以及逐渐薄弱的世代间关系。许多社会中，老年丧偶妇女特别有被遗弃和其财产被拿走的风险。在院所环境中，最常出现虐待老年人事件的原因是：工作人员缺乏训练和(或)工作量过多，护理水准低或监管不足。

90. 然而，一些国家直到近期才在政策和立法方面关注此问题。特别是拉丁美洲，通过拟订具体协议，开展机构建设和特别方案，取得了很大进展。例如，墨西哥城实施了非常全面的系统，其中包括：(a) 与社会组织密切开展合作的预防、查明和处理暴力侵害老年人行为网络；(b) 2005 年启动的预防、查明和应对暴力侵害老年人行为机构间小组；该小组由 10 个机构组成，目前正在拟订处理协议；(c) 2010 年 4 月创建的、照顾遭受暴力行为侵害的老年人的专门机构。

91. 在其他国家，虐待老年人问题被纳入更广泛的部门政策或立法主流。在伯利兹，2008 年《家庭暴力法》处理暴力侵害老年妇女行为。莫桑比克 2010–2014 年国家五年计划规定开展打击对老年人的身体虐待和性虐待行动。其他举措包括提高公众对虐待老年人问题认识的方案，如 2009 年，加拿大联邦虐待老年人问题倡议组织了题为“虐待老年人——该面对现实了”的全国提高认识运动。

⁹ 例如，参见新西兰老龄问题有限协会(2008 年)，“虐待和忽略老年人”(见 <http://www.ageconcern.org.nz/files/>，2011 年 10 月 1 日查阅)。