

人口高速老龄化的理论应对

——从健康老龄化到积极老龄化

宋全成 崔瑞宁

(山东大学哲学与社会发展学院,山东 济南 250100;济南市统计局,山东 济南 250099)

[摘要] 20世纪80年代、特别是90年代以来,人口快速老龄化不再单纯是西方发达国家、而且也是部分发展中国家如中国所面临的严峻现实问题。基于老年人的需求学说,国际人口学界于90年代提出了应对人口老龄化问题的健康老龄化理论。2002年,基于老年人的社会权利学说又提出了积极老龄化理论。该理论不仅拥有丰富的理论内容、政策框架和行动计划,具有远比健康老龄化理论更丰富的内涵,而且实现了从以需要为基础转变为以权利为基础的根本性跨越,是人口老龄化理论发展史上的一个重要里程碑。

[关键词] 人口老龄化; 老龄化问题; 健康老龄化; 需要; 积极老龄化; 社会权利

[中图分类号] C913.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4145 [2013]04-0036-06

联合国的人口预测表明,进入21世纪以后,人口老龄化不再单纯是西方发达国家、而且也是部分发展中国家如中国所面临的严峻现实问题。为此,从20世纪90年代起,国际人口学界、社会学界针对日益严重的快速老龄化问题,进行了理论上的建构,并于20世纪90年代末和21世纪初,先后提出了健康老龄化和积极老龄化理论。尽管学界已有不少文章论及老龄化理论问题,但对从健康老龄化到积极老龄化理论的发展进程、特别是对积极老龄化理论内容的全面论述的研究尚不多见。本文拟就上述问题及积极老龄化理论的积极意义,进行初步探索。

一、人口老龄化:老龄化理论产生的现实背景

人口老龄化是国际社会共同面对的严峻的现实问题。但从历史发生学的国际社会视角来看,人口老龄化最早出现在西方发达国家。20世纪70年代以后,伴随着医学科学技术的进步和经济社会的发展,西方发达国家的死亡率、特别是婴儿死亡率大幅下降,而生育率由于人们生育意愿的降低,在经历了50~60年代的“婴儿潮”以后持续萎缩,于是,一些西欧国家迅速完成了由低死亡率、高生育率和高自然增长率到低死亡率、低生育率和低自然增长率的人口转变。由此,进入了人口零增长的发展时期,这也标志着这些国家率先开始了人口老龄化的进程。“1969年民主德国、1974年联邦德国、以及随后的意大利、瑞士、挪威等国家相继出现了人口零增长。到1987年,世界上有14个国家开始人口零增长,少数国家进入负增长。发达国家的人口老龄化已成为不可逆转的事实。”^①到21世纪初,发达国家的人口老龄化已相当严重,人口学家普遍认为,如果人们的生育意愿没有显著提高,那么,人口老龄化的程度将在西方发达国家中进一步加深。

收稿日期:2012-11-21

作者简介:宋全成,法学博士,山东大学哲学与社会发展学院副院长、社会学系人口学研究室主任、教授、博士生导师、山东大学移民研究所所长。主要研究方向为人口学、社会学、人口迁移与社会融合、老龄化与社会保障;

崔瑞宁,济南市统计局副局长、济南市第六次人口普查办公室常务副主任、高级统计师。主要研究方向为人口学、人口统计与分析、人口管理。

基金项目:本文系全国统计科学研究计划项目“人口老龄化与养老社会保障问题研究”(项目号:2012LY131)、山东省社科规划重点研究项目“山东人口老龄化与养老社会保障问题研究”(项目号:12BSHJ02)、济南市第六次人口普查办公室研究项目“济南人口老龄化趋势与养老社会保障问题研究”(项目号:2012JNS007)的阶段性成果。

^①佟新《人口社会学》,北京大学出版社2006年版,第164页。

主要发达国家 65 岁及以上人口比重一览表

国家	1950 年	1985 年	2000 年	2020 年
日本	4.9	10.3	16.9	25.2
美国	8.1	11.9	12.8	17.3
英国	10.7	15.1	15.4	18.7
德国	9.4	14.7	16.8	22.3
法国	11.4	13.0	15.3	19.1
瑞典	10.3	17.9	17.6	22.8

资料来源《人口老化冲击全球经济》，《中国经济导报》1998年6月5日。转引自佟新《人口社会学》，北京大学出版社2006年版，第164页。

从全球化的视角来看，人口老龄化不仅是西方发达国家面对的社会问题，而且也是整个人类需要面对的严峻问题。据联合国的人口预测，“21世纪上半叶人口的迅速增长，意味着60岁以上的人口将从2000年的大约6亿增加到2050年的将近20亿，预计全球划定为老年的人口所占的比率将从1998年的10%增加到2025年的15%。”“就全球而言，2000年至2050年期间，60岁以上的人所占的比例预计要增加1倍，由10%增加到21%。”^①

进入21世纪以后，发展中国家的人口老龄化也呈现出日益加速的趋势。依据世界卫生组织的报告，“2002年，大约有4亿60岁及以上老年人生活在发展中国家。到2025年就发展到8.4亿，相当于全球老年人的70%。与发达国家相比，发展中国家的社会经济发展速度，往往赶不上人口老龄化发展的速度。”^②中国的人口老龄化进程验证了世界卫生组织报告上述观点的正确性。中国作为最大的发展中国家，改革开放以来，由于经济社会的发展和人口控制政策的严格实施，人口总量急剧膨胀的势头得到有效遏制，成为发展中国家控制人口总量的典范。但人口老龄化猝不及防、接踵而至。客观而论，人口老龄化既是我国改革开放所取得的最重要成就之一，也是我国在21世纪所面临的重大挑战。但与西方发达国家不同的是，中国以少子型为特征的人口老龄化来势凶猛。美国的有关人口统计表明，65岁及以上人口比例从7%上升到14%需要的时间是：法国为115年、瑞典为85年、美国为66年、英国为45年。而中国大约只需要25年^③。2010年中国第六次人口普查的数据也旁证了上述结论。截止到2010年11月1日，我国60岁及以上人口为177648705人，占全国总人口的13.26%，比2000年人口普查上升2.93个百分点；其中65岁及以上人口为118831709人，占总人口的8.87%，比2000年人口普查上升1.91个百分点^④。毫无疑问，中国已进入人口老龄化的快速发展时期，人口预测显示，到2020年，我国60岁及以上老年人口比重超过17%，人口总量达到2.48亿，其中80岁以上高龄老人超过3000万。2020年后，进入加速和重度老龄化发展阶段。到2050年，老年人口总量将超过4亿，高龄老人规模达到9500万。高龄老人占老年人比重将从目前的1/8增长到2050年的约1/4^⑤。联合国最新的关于中国人口预测也显示，2011年以后的30年里，中国人口老龄化将呈现加速发展态势，60岁及以上人口占比将年均增长16.55%，到2040年，60岁及以上人口占比将达28%左右。到2050年，60岁及以上老人比重将超过30%^⑥。快速的人口老龄化正成为我国必须面对的重大挑战。

二、理论应对：从健康老龄化到积极老龄化

面对20世纪80年代以后的、世界范围内的、日益严重的人口老龄化问题，国际社会给予了理论和政策上的回应，并不断更新和发展。

（一）基于老年人的需求理论而建构的健康老龄化理论

“健康老龄化”概念在国外最早出现于1987年5月召开的世界卫生大会，当时大会把“健康老龄化的决定因素”列为老龄研究项目的主要研究课题。1990年世界卫生组织在哥本哈根世界老龄大会上把“健康老

①联合国《老龄化问题概况》<http://www.un.org/chinese/esa/ageing/introduction.htm>。

②世界卫生组织《积极老龄化政策框架》，华龄出版社2003年版。

③佟新《人口社会学》，北京大学出版社2006年版，第165页。

④马建堂《第六次全国人口普查主要数据发布》http://www.stats.gov.cn/zgrkpc/dlc/yw/t20110428_402722384.htm。

⑤穆光宗、张团《我国人口老龄化的发展趋势及其战略应对》，《华中师范大学学报》（人文社会科学版）2011年第5期。

⑥中国社会科学院财政与贸易经济研究所《中国财政政策报告》（2010/2011）。

龄化”作为应对人口老龄化的一项发展战略。1993年第15届国际老年学学会布达佩斯大会把“科学要为健康的老龄化服务”作为会议的主题。我国著名人口学家、老年人口学会会长邬沧萍教授带领中国老年学学会代表团参会,并在1993年在北京举行的“健康老龄化”学术研讨会和2007年举行的“中国老年健康论坛暨抗衰老药物研讨会”上,诠释了健康老龄化的理论。认为健康老龄化包含如下内容:“第一,健康老龄化是国家针对人口老龄化提出的战略对策,它的目标是整体提高老年群体的生命长度和生活质量。第二,健康老龄化提出了‘健康预期寿命’的概念,不仅关注平均预期寿命,而且更加关注生命的质量。第三,健康老龄化旨在使绝大多数老年人都按正常衰老发展,以求在活着时身体是健康的,功能是正常的,生活是能自理的。第四,健康老龄化把预防保健、治疗康复结合起来,把卫生保健如饮食营养、体育锻炼、心理保健、环境保护、公共卫生、个人卫生、健康的行为方式等,都作为实现健康老龄化的一个组成部分,通过多学科、多方式来解决。第五,健康老龄化是全民族、全社会共同的愿望,更是大家共同的责任。”^①而有的学者则提出了新的观点。认为,“健康老龄化是指老年人在晚年保持躯体、心理和社会功能的健康状态,将疾病和生活不能自理的时间推迟到生命的最后阶段。”^②健康老龄化具体包括如下三个方面的内容:一是让老年人自身维持良好的生理、心理和社会适应功能,拥有较高的生活质量;二是让老年群体中健康、幸福、长寿的老年人口占大多数,且比例不断增加;三是进入老年化的社会能够克服人口老龄化所产生的不利影响,保持社会持续、健康和稳定的发展,为生活于其中的所有人的健康、富足、幸福的生活提供物质基础和保证^③。

由此可见,尽管学者们对健康老龄化理论的解释是众说纷纭、莫衷一是,但健康老龄化理论基础是一致的。即主要是基于老年人自身的身心需求,而非老年人社会权利视角,来构建健康老龄化理论的。在一定的意义上,健康老龄化理论对于维护老年人口的基本健康和提高其生活质量,具有积极的社会意义,但是,该理论暗含着两个消极观点:一是将老年人视为社会的负担,而非社会的宝贵财富;二是从老年人需要的视角,而非老年人口的社会权利视角,来看待老年人口的健康。

(二) 基于老年人的社会权利理论而构建的积极老龄化的理论与政策

1. 积极老龄化及其政策的提出

进入世纪之交的90年代末,国际社会基于社会权利的理论,提出了比“健康老龄化”更全面、更概括的积极老龄化的概念和理论。1997年,在西方七国丹佛会议上,首次提出了“积极老龄化”的概念。1999年,在人口老龄化最为严重的欧洲,欧洲联盟召开了会议主题为“积极老龄化”的国际会议,学者们首先从理论上探讨了积极老龄化问题及其解决的现实可能性。2002年1月,世界卫生组织健康发展中心正式出版了《积极老龄化:从论证到行动》一书。2002年4月,联合国召开第二届世界老龄大会,大会接纳了世界卫生组织提交的一份“积极老龄化”的书面建议书^④。会后,世界卫生组织正式公布了一份报告《积极老龄化:政策框架》。从此,积极老龄化理论日渐成为应对21世纪人口老龄化问题的新的理论、政策和发展战略。

2. 积极老龄化及其目标

“积极老龄化是指人到老年时,为了提高生活质量,使健康、参与和保障的机会尽可能发挥最大效应的过程。”“它容许人们在一生中能够发挥自己在物质、社会和精神方面的潜力,按照自己的需要、愿望和能力参与社会,在需要帮助时,能够获得充分的保护、安全和照料。‘积极’强调的是继续参与社会、经济、文化和公共事务,而不仅仅是体育活动的能力或参加劳动队伍。在工作中退休下来的老年人和那些患病或有残疾的人,能够仍然是他们亲属、亲友、社区和国家的积极贡献者。”“积极老龄化的目的在于使所有进入老年人,包括那些虚弱、残疾和需要照料的人,都能提高健康的预期寿命和生活质量。”^⑤由此可见,积极老龄化改变了以往人们的下列传统观点——即尽管老年人曾为社会进步做出了巨大的贡献,但进入老年后,他们就成为社会的负担,而是强调,老年人是被忽视的宝贵的社会资源,他们健康地参与社会、经济、文化与公共事务,将依然是社会财富的创造者和社会发展的积极贡献者。

3. 积极老龄化的政策和计划的意义

积极老龄化理论认为,“当健康、劳动力市场、就业、教育和生活政策支持老龄化时”^⑥,积极老龄化的政

^①王金芳《健康老龄化的科学内涵》,http://blog.sina.com.cn/s/blog_4c2af1df01000bsh.html.

^{②③}佟新《人口社会学》,北京大学出版社2006年版,第165页。

^④《积极老龄化:从战略到行动》,《科技智囊》2011年第10期。

^{⑤⑥}世界卫生组织《积极老年化政策框架》,华龄出版社2003年版。

策和计划就会在如下三个方面发挥积极作用:

第一 积极老龄化政策和计划,“具有应对个体和群体老龄化挑战的能力”^①。就个体而言,实施积极老龄化政策将带来“处于具有高生产能力的生命阶段的人中,早死者很少;在老年阶段因慢性病致残者很少;越来越多的人进入老年后,享有良好的生活质量”^②;就人类群体而言,将带来“越来越多的人进入老年后积极参与社会、文化、经济和政治生活”,成为社会财富的继续创造者和贡献者;老年人的健康也意味着医疗费用和社会照料支出的减少^③。就这个意义而言,积极老龄化政策的确是人类个体和群体应对老龄化挑战的重要社会政策。

第二 积极老龄化政策和计划,能够“鼓励和平衡个人责任(自我照料)、代际友好与团结”^④。该政策和计划认为,积极老龄化的老人,首先由于参与了更多的社会、经济、文化和政治生活,从而增加了收入,降低了因年老失去收入而贫困的可能性,从而具有更好的保证身心健康和自我照料的能力,“这既能预防慢性病导致残疾,又能节约个人和家庭用于健康照料方面的大量开支。”^⑤其次,在参与社会生活之外,越来越多的积极老龄化的老人在家庭中无偿从事着照料第二代、尤其是第三代的责任,享受着天伦之乐。这样,一方面让子代有更多的时间参与社会生活;另一方面,子代也愿意更多地承担起照料老人的家庭责任,从而有利于代际的友好、和谐与团结。

第三 积极老龄化政策和计划,“有助于缓解养老金、收入保障计划以及医疗和社会照料支出不断增加的压力”^⑥。该政策和计划认为,“现在工业国家鼓励提前退出劳动力队伍的公共政策造成了大量的劳动者提前退休”^⑦,而由于生育率的下降而导致的劳动适龄人口的减少,造成了社会抚养比的急剧上升。从而迫使政府从有限的财政收入中支付更多的养老金和社会福利,这样,就降低了社会的活力,再加上老年人的健康状况的逐渐恶化而导致的医疗和社会照料支出的不断增加,使社会和政府形成了巨大的压力。而实施积极老龄化,将使越来越多的“老当益壮胜任继续工作的人”参与社会公共生活。而老年人的健康和继续工作,有助于减少养老金、收入保障计划以及医疗和社会照料的支出,从而提高社会的活力。

4. 决定积极老龄化政策的三个关键经济因素

积极老龄化政策的实施需要其他关键因素的支撑,特别是经济关键因素的支持。积极老龄化理论认为,“经济环境对积极老龄化产生影响的主要因素有三个,它们是收入、工作和社会保护。”^⑧

第一 收入。减少各年龄组的贫困,尤其是老年人的贫困,是决定能否实施积极老龄化政策的重要因素。“积极老龄化政策在减少各年龄组人口的贫困方面,需要与其他各项计划相互合作。当各年龄组人口都面临健康不佳或病残的危机时,老年人则是他们中间特殊的弱势群体。很多单身或生活在农村的老年人,特别是妇女,没有可靠或足够的收入。”而没有可靠或足够的收入,就无法获得“有营养的食物,足够的住房和健康的照料”^⑨,因而,也就无法实施积极老龄化。因此,要特别关注最脆弱的群体。“最脆弱的群体是那些没有财产、只有很少或没有储蓄、没有退休金或社会保障补贴、低收入或没有稳定收入的男女老年人。特别是那些没有儿女或家属、经常面对不可靠未来、无家可归和赤贫危机的老年人。”^⑩由此可见,老年人拥有足够的收入,既是实施老龄化政策的前提条件,也是积极老龄化政策的重要内容。

第二 工作。一方面,老年人是否有能力继续工作,不仅取决于老年人的当下状况,而且取决于在其生命的早期,是否拥有体面的、有尊严的工作。因为“就全世界来看,如果较多的人在其生命的早期就从事有尊严的工作(适当的酬金、足够的环境和有防护的措施),那么,当他们步入老年时,就有能力继续工作。”^⑪另一方面,应当鼓励、保护和支持那些有能力或正在继续工作的老年人。但现实状况是,老年人的工作往往受到排斥。在发达国家,“在失业率高时经常会看到用裁减老年工人的办法,来为年轻人腾出岗位。但是,经验表明:用提前退休为失业人员提供工作岗位并不是最有效的办法。”^⑫而在发展中国家,由于“工业化、采用新技术以及劳动力市场的流动性,威胁着老年人的许多传统工作,特别是在农业地区。”^⑬但是,面对着人口老龄化的严峻形势,“在世界的各个地区,人们越来越认识到,需要支持那些能够或正在从事正规、非正规工作,以及在无报酬的活动中,在家庭和在志愿工作岗位上做出积极贡献的老年人。”^⑭为此,在发达国家,应帮助实现“鼓励老年人工作时间长一些的愿望”;在发展中国家,“发展的项目要保证老年人的信贷计划和有充分参与提高收入的工作机会。”^⑮特别是应当鼓励世界上的老年人从事志愿工作。“所有国家,有技术和有经验的老年人在学校、社区、宗教机构,以及商业、卫生、政治机构做志愿工作。志愿工作在为社区和国家做贡

①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮世界卫生组织《积极老年化政策框架》,华龄出版社2003年版。

献的同时,也有利于增加老年人的社会交往和增进心理健康。”^①

第三,社会保护。传统社会中的“世界各国,家庭为需要帮助的老年人提供了多方面的支持。”但在当代社会中,“随着社会发展和传统多代家庭开始减少,国家号召发展为那些生活不能自理、独居和病弱的老年人提供社会保护的专门机构。”^②在这方面,发达国家有着成功的和成熟的社会保障政策、服务与机构。而在发展中国家,需要帮助的老年人“一般依靠家庭供养、非正规的服务交换和个人储蓄。”为此,发展中国家更应对需要帮助的老年人提供社会保护、特别是代际社会保障。“发展中国家代际社会保障包括养老金、职业养老金计划、自愿储蓄、强制储蓄基金,以及伤残、疾病、长期照料和失业保险计划。”^③对老年人进行社会保护,既是积极老龄化政策的内容之一,也是影响积极老龄化政策的重要因素。

5. 积极老龄化政策框架的三个支柱行动

积极老龄化政策是应对人口老龄化这样全球性问题的社会政策,它“需要国际、国家、地区和地方共同采取行动。在一个联系日益密切的世界中,世界任何一个部分在处理人口问题上的失策,都会对所有地方产生不良的社会经济和政治后果。”而“一个应对人口老龄化和老年人问题的共同行动,将会决定我们的子孙后代如何度过自己的晚年生活。”为此,积极老龄化“政策框架要求在‘健康、参与和保障’三个基本方面采取行动。”^④

第一个支柱行动:健康。尽管当人们进入老年时,人体功能的衰退和慢性疾病的到来不可避免,但是,如果在人们进入老年之前,避免或减少有害于人体健康的消极因素,而增加健康的保护因素,就会大大推迟人体功能衰退和慢性疾病到来的时间。积极老龄化政策框架认为,“当慢性病和机能下降的风险因素(包括环境和行为)降低而保障因素提高时,人们将享受健康时间更长、生活质量更高的生活。这样他们在进入老年后,大部分老年人仍然能够保持健康和生活自理,只有较少的老年人需要昂贵的医疗和照料服务。”^⑤这就需要社会开展持续的健康教育,让人们养成健康的生活方式、建立医疗保险制度和提高医疗服务水平^⑥。同时,“那些现在需要照料的人,他们在步入老年时也必然得到全方位的医疗和照料服务。”^⑦

第二个支柱行动:参与。所谓参与,是指健康的、有能力工作的老年人继续参与社会、经济、政治、文化等方面的活动,有偿或无偿地提供服务,这样,就会使老年人继续生活在主流社会中。因此,积极老龄化政策框架需要下列行动:“当劳务市场、就业、教育、卫生及社会政策和项目根据个人的基本人权、能力、需要和喜好,支持老年人参与社会经济、文化和精神活动,通过收入性的和非收入性的活动,为社会继续做出建设性的贡献。”^⑧从而使老年人成为人口老龄化形势下,国家和社会可持续发展的宝贵资源。

第三个支柱行动:保障。所谓保障,是指政府“在政策和项目解决人们在年老过程中的社会、经济、人身安全上的保障需要和权利的同时,保障老年人在不能维持和保护自己的情况下受到保护、照料和有尊严。国家支持家庭和通过各种努力照料其老年成员。”^⑨政府、社区和家庭向老年人提供的保障,包括提供诸如供养、医疗、安全、权益等全方位的保障,从而提高其生命和生活质量,保障老年人的基本权利和尊严。

三、结论

通过上面的论述和分析,我们可以得出如下结论:

第一,健康老龄化和积极老龄化理论是人类面对日益严重的人口老龄化问题在不同历史时期的理论应对,反映了应对人口老龄化问题不同的理论水准。从历史发生学的视角来看,直到20世纪80年代,人口老龄化已成为西方发达国家严峻的人口问题和社会问题以后,健康老龄化才首先在世界卫生大会上被提及,随后在1990年,世界卫生组织才正式将其作为应对人口老龄化问题的发展战略。但进入90年代末,特别是21世纪以后,伴随着人口老龄化问题的加深,健康老龄化的理论和战略无法满足日益深重的人口老龄化问题的现实挑战。由此,在健康老龄化理论的基础上,人们于1997年提出了积极老龄化的概念,并于2002年形成了由世界卫生组织公布的积极老龄化的政策框架,至此,完整的积极老龄化的理论、政策与行动战略,日渐成熟。由此可见,健康老龄化和积极老龄化理论是人类在不同历史时期对人口老龄化问题的不同水准的理论应对。

第二,积极老龄化理论较之健康老龄化理论内容更加广泛。如果我们将健康老龄化与积极老龄化理论进行比较,那么,就会发现,健康老龄化理论,无论其让老年人保持健康,还是让健康的老年人的比例不断上

^{①②③④⑤⑦⑧⑨}世界卫生组织《积极老年化政策框架》,华龄出版社2003年版。

^⑥《积极老龄化:从战略到行动》,《科技智囊》2011年第10期。

升,都只是从老年人的自身健康需要出发来探讨人口老龄化带来的社会挑战。在一定的意义上,也是将老年人视为社会的负担、而非新的促进社会进步的宝贵资源来看待的。健康老龄化理论的缺陷在于,仅仅围绕老年人的健康这一根本要素而构建起理论体系的,而忽视了影响、甚至是决定老年人健康的社会因素。反观积极老龄化理论,则克服了健康老龄化理论这一缺陷,首先不再将老年人单纯视为社会的负担,而是将其视为社会财富的积极创造者和社会进步的积极贡献者;其次,从制约老年人的健康的社会因素出发,深入探讨了收入、参与和社会保护对老年人的健康的重要意义;再次,赋予了国家、政府和社会对保证老年人的健康与发展的责任和义务,从而使老年人获得健康、参与和保护成为老年人的一种社会权利;最后,积极老龄化理论不仅拥有理论内容,而且拥有政策框架和行动计划。正是在这个意义上,积极老龄化的理论内容具有远比健康老龄化理论更丰富的内涵。对此,世界卫生组织也认为“‘积极老龄化’是世界卫生组织在20世纪90年代后期采用的。它意味着传达一个比健康老龄化内涵更为广泛的启示,并且认识到健康照料之外的因素如何影响个体老年人和老年人群体。”^①

第三,积极老龄化理论实现了“从‘以需要为基础’转变为‘以权利为基础’”^②的根本性跨越。正如上文所述,健康老龄化的理论是建立在老年人口自身的“需要”基础上的。由于老年人生命机能的老化和逐渐淡出主流社会生活,因此,其自身的健康面临着严重的威胁。在这种背景下,老年人的健康更需要家庭、社区和国家的关照。基于此,健康老龄化理论的内容,无论是关于老年人预期寿命和生命质量的思想,还是关于将老年人生活自理和正常功能推迟到生命终期的观点,以及实现健康老龄化的具体途径等,都是从单一的老年人的“需要”出发的。可以说,老年人的需要既是健康老龄化理论的出发点,又是健康老龄化理论的基石。而积极老龄化理论则不同,它不是从单一的具体层面上的老年人的健康为出发点的,而是从更高的老年人的人权和联合国的原则为基础。正如积极老龄化政策所指出的那样“积极老龄化是以承认老年人的人权和联合国关于独立、参与、尊严、照料和自我实现的原则为基础的。”^③从社会权利的视角来看,伴随着人类社会的进步、科学技术的发展和社会保障能力的提高,老年人有权利要求国家、社区和家庭,在其基本健康的前提下,赋予其继续工作、参与社会事务和社会保障的权利,而不仅仅是老年人的需要。正因为如此,世界卫生组织认为,积极老龄化理论“把一个战略计划,从‘以需要为基础’转变为‘以权利为基础’,承认人们在增龄过程中,他们在生活的各个方面都享有机会平等的权利。”^④

第四,积极老龄化理论超出了一般理论体系的范畴,而发展成为包含从理论到政策计划、再到社会行动的系统集成,这是人口老龄化理论发展史上的一个重要里程碑。就一般意义上的理论而言,理论极少包含国家、政府应采取的政策计划和社会行动。但积极老龄化理论不同,它不仅包含着一般针对人口老龄化问题的理论所不可缺少的观点和思想,而且提出了这一理论的社会应用——解决人口老龄化问题——的具体政策框架、战略,在此基础上,又进一步提出了落实积极老龄化政策框架的三个支柱的社会行动。从而,使积极老龄化理论发展成为一个涵盖思想、理论、政策框架、战略和社会行动计划的系统集成。从人口老龄化理论发展的历史进程来看,无论是成功老龄化理论、还是健康老龄化理论,都没有包含政策框架、战略和社会行动计划,就这个意义而言,积极老龄化理论是人口老龄化理论发展史上的一个重要的里程碑。

(责任编辑:陆影 luyinga1203@163.com)

^{①②③④}世界卫生组织《积极老龄化政策框架》,华龄出版社2003年版。