



北京大学国家发展研究院  
National School of Development

# 中国人口老龄化的挑战

中国健康与养老追踪调查 (CHARLS)  
全国基线报告



北京大学朗润园165号国家发展研究院 邮政编码：100871  
T: +8610-62753072 F: +8610-62750030  
W: [www.nsd.edu.cn](http://www.nsd.edu.cn)

CHARLS研究团队  
2013年5月

谨将此报告献给在CHARLS基线调查 (2011-12)  
期间敞开大门迎接访员入户的17,708个  
遍布全国的受访者

本报告的作者为：赵耀辉（北京大学国家发展研究院），Albert Park（香港科技大学），John Strauss（美国南加州大学），John Giles（世界银行），毛尚熠（厦门大学），Eileen Crimmins（美国南加州大学），Peifeng Hu（美国加州大学洛杉矶分校），胡以松（北京大学中国社会科学调查中心），雷晓燕（北京大学国家发展研究院），沈艳（北京大学国家发展研究院），施新政（清华大学），James P. Smith（美国兰德公司），王亚峰（北京大学中国社会科学调查中心），吴晓瑜（中央财经大学），杨功焕（中国医学科学院，北京协和医学院），尹香君（中国疾病预防控制中心）。

## 目录

- 02 介绍
- 04 中国健康与养老追踪调查 ( CHARLS )
- 10 老年人的健康状况
- 16 满足老年人的医疗服务需求
- 20 老年人的经济状况
- 25 家庭对于老年人的支持
- 28 工作与退休
- 31 人口老龄化的挑战

# 介绍

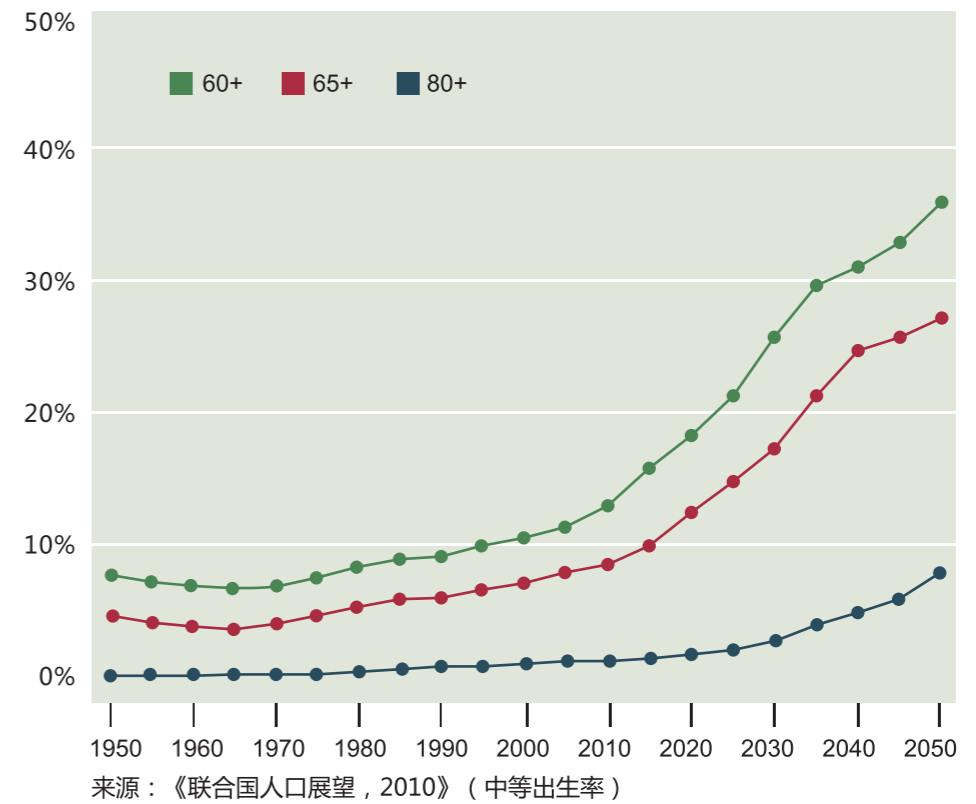
中国拥有世界上最大的老年人群体，同时也是世界上老龄化最严重的国家之一，老龄化将对经济和可持续发展的影响。根据国家统计局的统计，到2011年底，中国约有1.85亿60岁及以上的老年人<sup>I</sup>。如图1.1所示，60岁及以上人口（在本报告中我们定义为老年人）占总人口的比重，将从2010年的约12%，快速上升到2050年的34%<sup>II</sup>。由于中国实行了严格的计划生育政策，以及人们寿命的不断延长，导致中国在经济发展的早期就面临了严重的人口老龄化问题，这使得可以供养老年人的财力十分有限。未来，生育率大幅下降将导致老年人的子女数量急剧减少，同时子女越来越多外出寻找就业机会，维持老年人生活福利将变得愈发富于挑战。

**为了应对这一挑战，中国政府已采取了很多切实的措施为老年人提供社会保障。**

近年来，中国政府大幅度地扩大了社会养老及医疗保险的覆盖范围，加强了最低生活保障等项目的社会福利体系，扩大了许多针对老年人的保障和服务项目，提升了全社会对于老年人给予关怀和帮助的意识。为了评估这些政策措施的效果，及时发现新问题并对政策提出改进意见，研究家庭在养老中的作用以及家庭养老功能与政府保障之间的相互作用，我们需要高质量、多维度、持续追踪的中老年人口数据。



图1.1. 中国老年人口占比变化



尽管很多人担心人口老龄化会对经济发展产生负面影响，但两者之间的关系绝非一目了然。老龄化的结果如何，在很大程度上取决于是否能够实现健康的老龄化，以及经济政策是否能够对老龄化社会的形势进行调整。比如，如果老年人能够健康地生活，那么他们的护理需求将减少，同时还可以保持较高的生产力而为社会做贡献。再如，如果政策能够实现调整，帮助老年人搬到子女工作的地方居住，那么子女就能在不影响工作的同时照顾父母。为了了解老年人的健康状况、老年人及其子女劳动力市场的参与状况，以及评估现有关于退休、人口流动等方面的政策的影响，有必要开展数据调查。

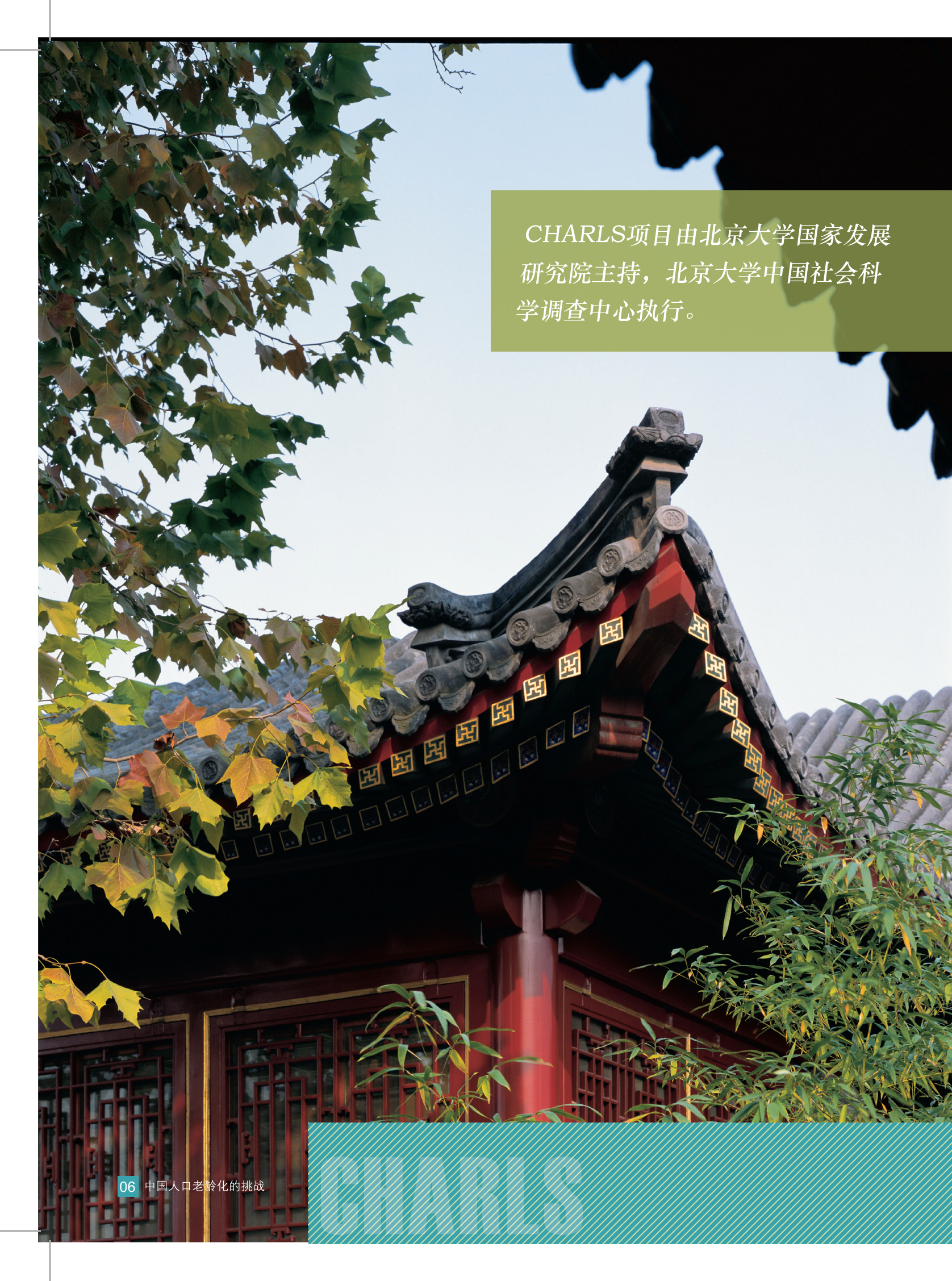
中国健康与养老追踪调查（CHARLS）旨在提供研究人口老龄化问题的基础数据。本文将报告对中国健康与养老追踪调查2011-12年全国基线调查的主要发现。第二部分我们将对中国健康与养老追踪调查及其数据情况进行简要介绍。后面几个部分将分别对健康状况、医疗服务、经济状况、家庭支持、工作与退休等方面的主要发现进行报告。在这些方面，CHARLS数据的详尽程度是前所未有的，而且数据具有全国代表性。我们希望这套数据可以帮助政策制定者、研究者以及公众更加了解中国老年人口的状况，并帮助各方制定更好的政策方案以提升中国老年人口的生活状况。

## 中国健康与养老追踪调查 ( CHARLS )

中国健康与养老追踪调查 (CHARLS) 为科学研究中国老龄化问题提供了一个独特的、高质量的数据库。

该调查参考了很多享有盛誉的国际老龄化问题调查的经验，包括美国健康与退休调查 (HRS)、英国老年追踪调查 (ELSA) 以及欧洲的健康、老年与退休调查 (SHARE) 等。这些调查有以下共同点：第一，将详细的社会经济数据与高质量的身体、心理健康状况（包括认知）数据结合起来；第二，对所有被访者都长期追踪访问，观察其生命历程的变化，而且访问对象包括退休前的中年人群；第三，配套提供完整的数据指南，去掉受访者隐私信息的数据可供所有研究者无偿使用。正是这些特点使得这些调查成为世界上最具影响力的研究老龄化问题的数据。亚洲国家如印度、印尼、日本、韩国、泰国，都已经或着手开始类似的调查，这将使得泛亚地区的比较研究成为可能。





CHARLS项目由北京大学国家发展研究院主持，北京大学中国社会科学调查中心执行。

项目的研究团队由国际一流的经济学、流行病学学者组成，得到由国内、国际老龄化问题顶尖学者组成的顾问委员会的指导。北京大学、中国国家自然科学基金委员会、美国国家老龄化研究所、世界银行为本项目提供关键的资助。在2008年，我们成功地在甘肃、浙江两省进行了包括1,570户家庭中2,685人的基线预调查，并且在2012年成功地进行了追踪访问。

CHARLS全国基线调查在2011-12年间进行。这是具有全国代表性的随机抽样调查，覆盖了不包括西藏在内的中国大陆所有县级单位。样本包括150个县级单位（散布在全国28个省区），450个村级单位，10,257户适龄家户中的一个至少年满45岁的人，包括其配偶，共17,708人（如表2.1）。图2.1展示了CHARLS抽样县区的地理分布。调查应答率超过80%（农村地区94%，城镇地区69%）。调查在抽样、实地调查、数据检查和质量监控方面都遵守了十分严格的标准（见框图以及CHARLS用户手册<sup>III</sup>）。

表2.1. CHARLS 样本数

个人	17,708
家户	10,257
村级单位	450
县级单位	150
省区	28

框图. CHARLS数据质量

CHARLS调查在各个阶段（抽样、访员培训和实地入户等）都进行了严格的质量控制。CHARLS数据采用多阶段（县/区-村/社区-家户），分层（依据区县的人均GDP），按照人口规模分配比例的随机概率抽样(PPS)。在每个阶段的抽样过程中，为了避免人为操纵，抽样都是由项目人员利用计算机程序进行的，不允许替换样本。由于中国人口发生了大规模流动，村庄/社区掌握的家户名单已经过时。为了得到准确的家户样本抽样框，CHARLS项目设计并开发了专用的绘图软件（简称CHARLS-GIS）以进行实地绘图并搜集住户信息。该软件以谷歌地图的图像为基础，由绘图员标出所有建筑物，并且对建筑物内的所有居住单元进行列表，以制作抽样框。在访员培训时，我们通过使用DVD规范化培训内容，对访员进行系统的训练。在访员入户调查过程中，我们采取了一系列措施来监控访员的工作质量。事后我们根据抽样程序计算了样本权重，加权后的CHARLS人口特征与2010年人口普查非常接近，表明该数据对中国有很好的代表性。

图2.1. CHARLS县区样本分布

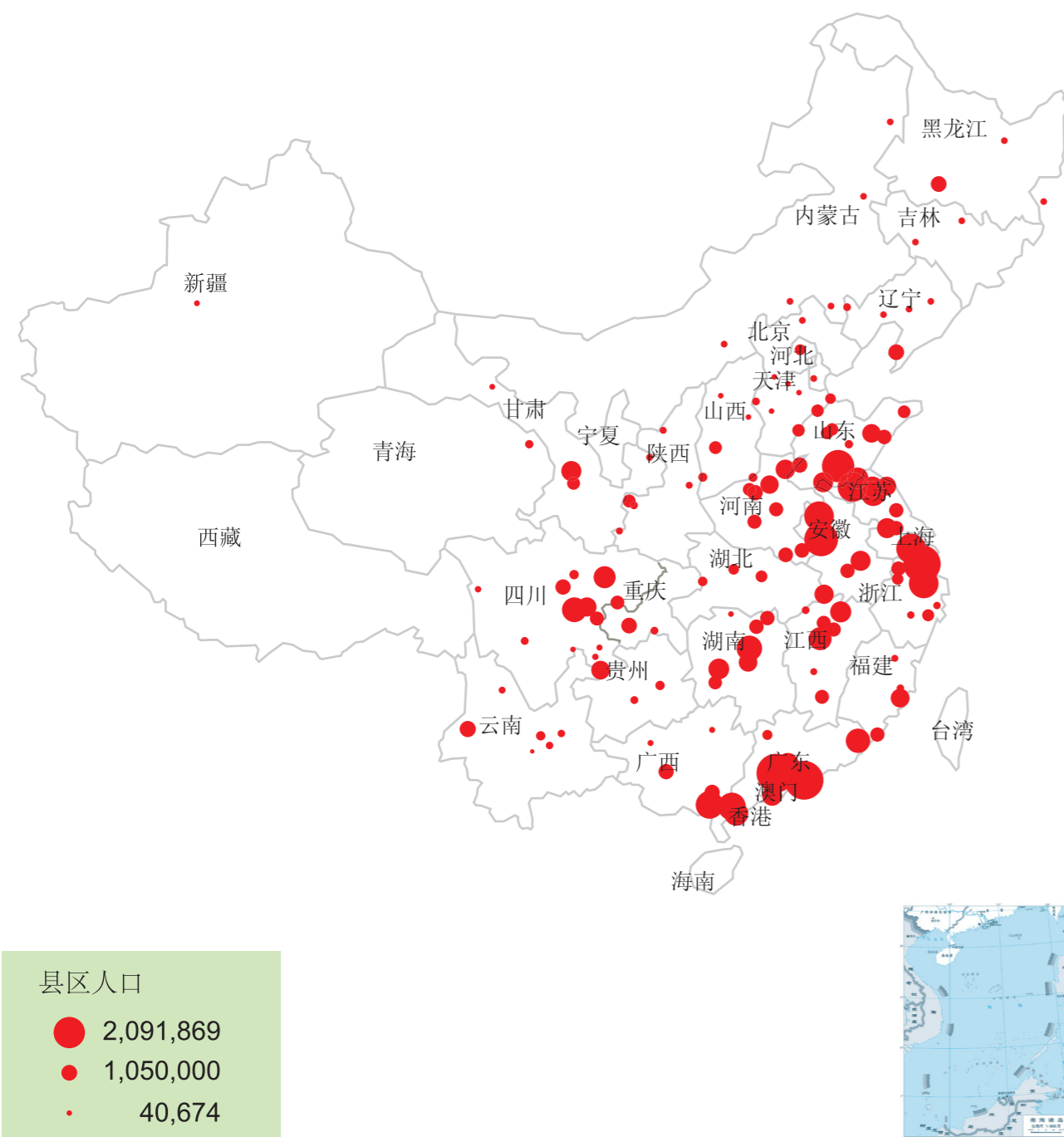


表2.2提供了按年龄、性别、户口、居住地细分的样本描述。将近45%的样本是老年人(60岁及以上), 47.6%为男性, 28.7%拥有城镇户籍, 50.1%居住在

城镇地区(按照国家统计局定义, 该定义以人口密度为标准)。所有的图表都做了加权, 保证报告中的所有数据都反映了中国大陆(不包括西藏)的总体情况。

表2.2. CHARLS 样本描述 (单位: %)

年龄组	总计	性别		户口		居住地	
		男	女	城镇	农村	城镇	农村
-49	23.3	21.1	25.2	21.8	23.9	24.6	21.9
50-54	14.5	14.5	14.5	12.8	15.1	14.5	14.5
55-59	19.2	19.9	18.6	19.3	19.1	19.2	19.2
60-64	15.0	15.6	14.4	14.3	15.2	14.2	15.8
65-69	9.7	10.5	9.0	9.9	9.7	8.7	10.7
70-74	7.9	8.5	7.3	9.9	7.1	8.1	7.6
75-79	5.5	5.6	5.3	6.7	4.9	5.6	5.3
80+	5.1	4.4	5.8	5.3	5.0	5.0	5.2
全样本	100.0	47.6	52.4	28.7	71.3	50.1	49.9

表2.3提供了按年龄、性别、户口类型细分的教育程度描述。可见, 不同群组间的差别十分显著: 60岁及以上的老年人中, 仅有44.7%的人完成了小学, 9.4%完成了高中。教育程度在45-59岁的人群中显著提高: 67.1%的人完成了小学, 19.9%完成了高中。性别间以及农村与城镇户籍人口间的差别也十分明

显。45岁及以上的女性从未上学的比例是39.1%, 而男性仅有11.8%。在45岁及以上农村户口人群中, 有47.6%完成了小学, 6.0%完成了高中, 仅0.2%的人完成了大学及以上教育。与此对应的是, 在城镇户籍人口中, 81.0%的人完成了小学, 37.8%的人完成了高中, 11.0%的人完成了大学及以上教育。

表2.3. 中老年人口的教育水平 (单位: %)

	年龄		性别		户口	
	45-59	60+	男	女	城镇	农村
从未上学	17.9	36.5	11.8	39.1	9.4	32.8
未完成小学	15.0	18.8	17.0	16.3	9.6	19.6
完成小学	19.2	23.3	25.0	17.3	17.6	22.4
完成初中	28.0	12.0	26.3	16.1	25.6	19.2
完成高中	15.9	6.8	15.4	8.8	26.8	5.8
完成大学及以上	4.0	2.6	4.5	2.4	11.0	0.2



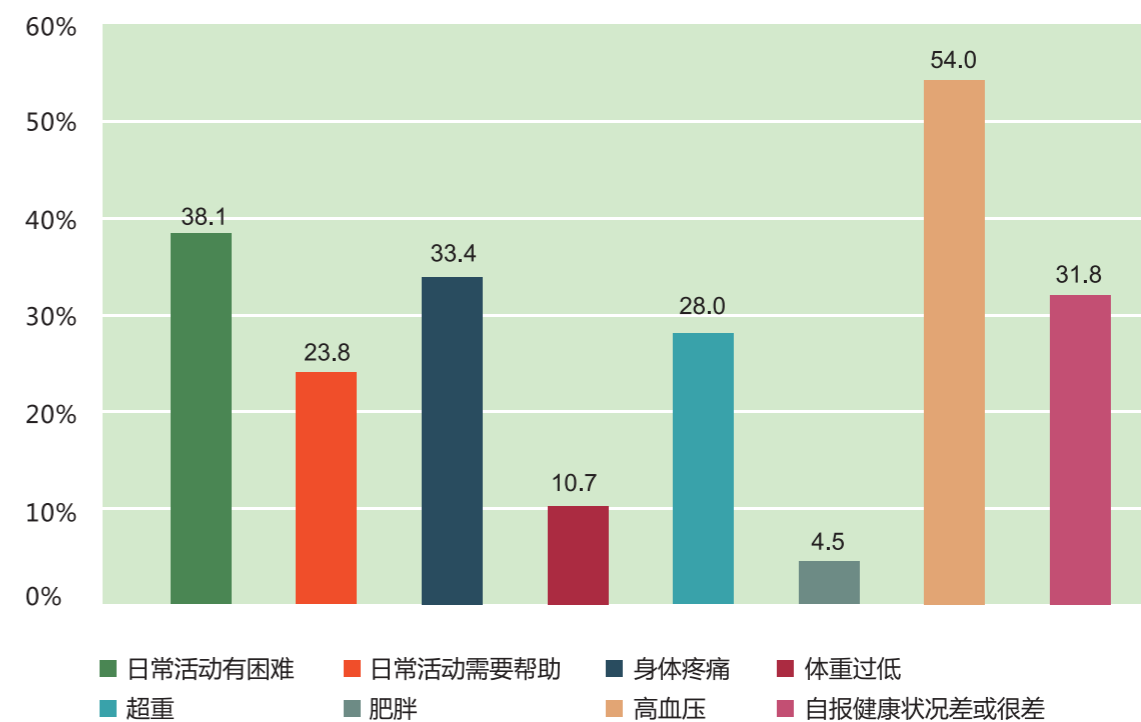
## 老年人的健康状况

CHARLS

本节介绍CHARLS全国基线调查（2011-12）在身体和心理健康方面的主要发现。

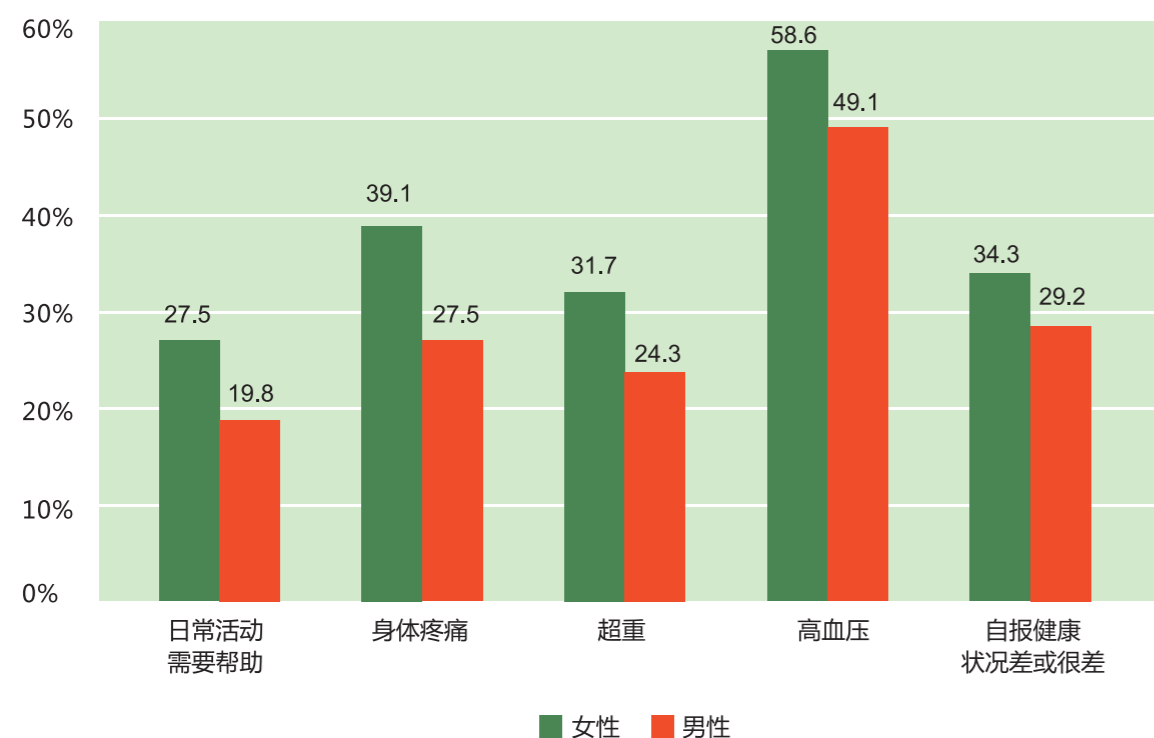
**大部分的老年人面临身体健康问题。**图3.1.1展示了老年人的身体健康状况的一些指标。根据CHARLS调查，31.8%的老年人自报的健康状况为差或者很差<sup>IV</sup>，38.1%身体有残疾（定义为自行完成基本日常活动有困难）<sup>V</sup>，23.8%在基本日常活动中需要帮助，33.4%报告有身体疼痛。体检显示，10.7%的老年人体重过低，28.0%超重（包括肥胖），4.5%肥胖（基于世界卫生组织的标准）<sup>VI</sup>，54.0%患有高血压。这表明总体而言，4,400万的60岁及以上的老年人在基本日常活动中需要帮助，6,180万经受身体疼痛，还有9,990万老年人患有高血压。因此，经受身体健康问题折磨的老年人数目庞大。这反映出在老年人的医疗服务和提供日常基本活动帮助方面存在着巨大需求。

图3.1.1. 60岁及以上老年人的身体健康状况



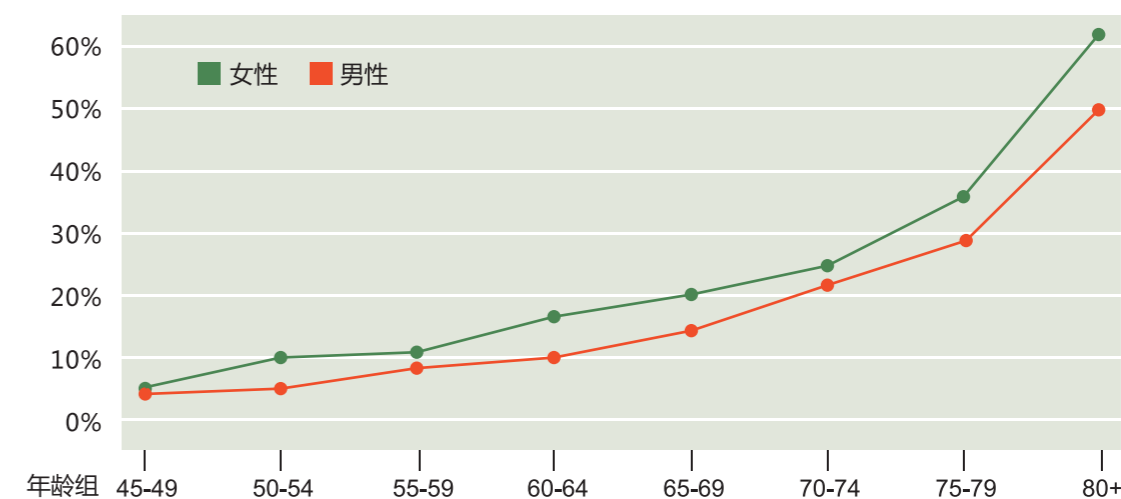
**女性**在各项指标中均显示出**比男性健康状况更差**。如图3.1.2所示，男女间最显著的差异表现在对日常活动帮助的需求（女性27.5%，男性19.8%），身体疼痛（女性39.1%，男性27.5%），超重或肥胖（女性31.7%，男性24.3%），高血压（女性58.6%，男性49.1%）。女性健康状况差于男性的情况，在世界上普遍存在，但是在发展中国家差异更加明显。另一个有趣的现象是，虽然女性健康状况比较差，但是她们的预期寿命却普遍高于男性。CHARLS及其全球范围的姊妹数据库都将有助于解释这些现象。

图3.1.2. 60岁及以上老年人的身体健康状况



**老年人的健康状况随着年龄的增长急剧变差**。如图3.2所示，四、五十岁的中年人，日常活动需要帮助的不到10%，七十多岁的老年人中这一比例迅速上升至25%以上，而在80岁以上的老年人中这一比例超过了50%。这一现状表明，如果未来老年人健康状况没有显著改善，那么随着中国快速老龄化的发生，为老年人提供照料和医疗保障可能会成为一个重大挑战。在发达国家，伴随着人口老龄化的进程，健康生命年限有所延长，残障生命年限有所减少，这都有助于缓解与老龄化相关的医疗和护理成本的上涨。

图3.2. 日常活动需要帮助的人口占比



**健康问题更常见于经济贫困的老年人，独居老年人中很多人有健康问题**。图3.3显示，健康与财产之间存在明显的正向相关；家庭财产少的中老年人健康状况明显要差。图3.4显示，在日常活动中需要帮助的比例，贫困的老年人（定义见下）比非贫困的更高（前者26.2%，后者22.7%）。健康与经济状况之间的正向关系可能来自两个方面，一方面，由于医疗保障水平的不平等或对医疗服务需求的不同可能导致健康的差异，另一方面，也可能是由于健康状况差而导致贫困。近年来医疗卫生体制改革的目标正是通过提供更加机会均等化的医疗服务、减少大病医疗自付比例以降低二者之间的正向关联。CHARLS数据还表明，一些家庭会因为老年人患病需要照料而调整居住安排，因此独居的老年人身体残障需要照料的比例比非独居的老年人更低（前者19.0%，后者23.9%）。然而，依然有相当数量（大约为323万人）的独居老人需要照料。

图3.3. 45岁及以上人口的财产和自报健康状况

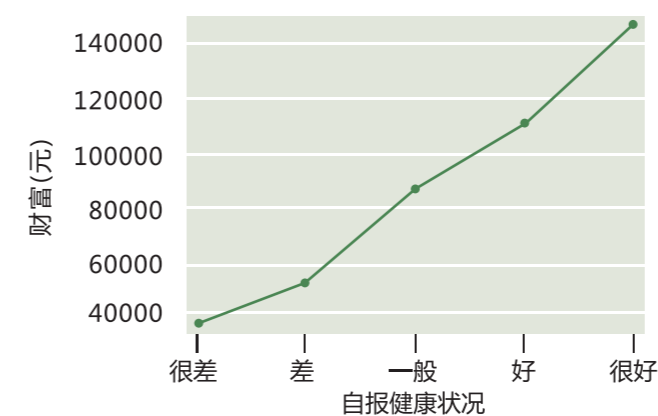
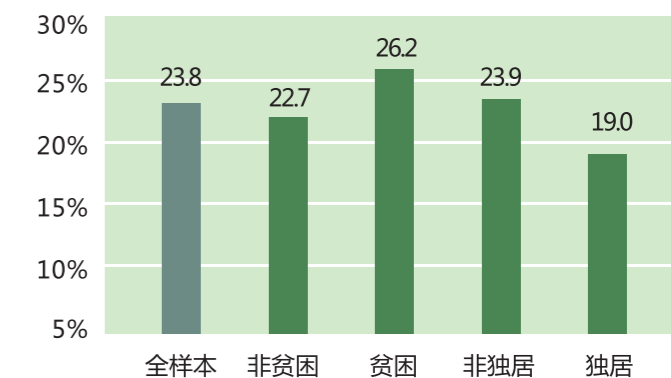


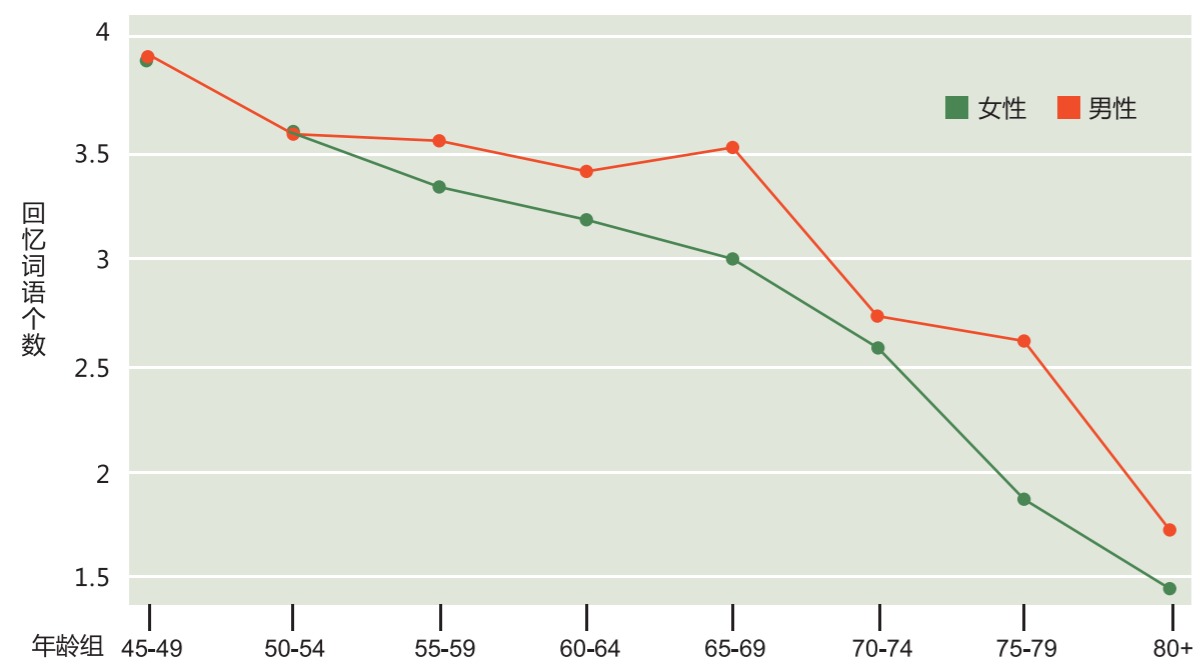
图3.4. 60岁及以上老年人中日常活动需要帮助的人口比例





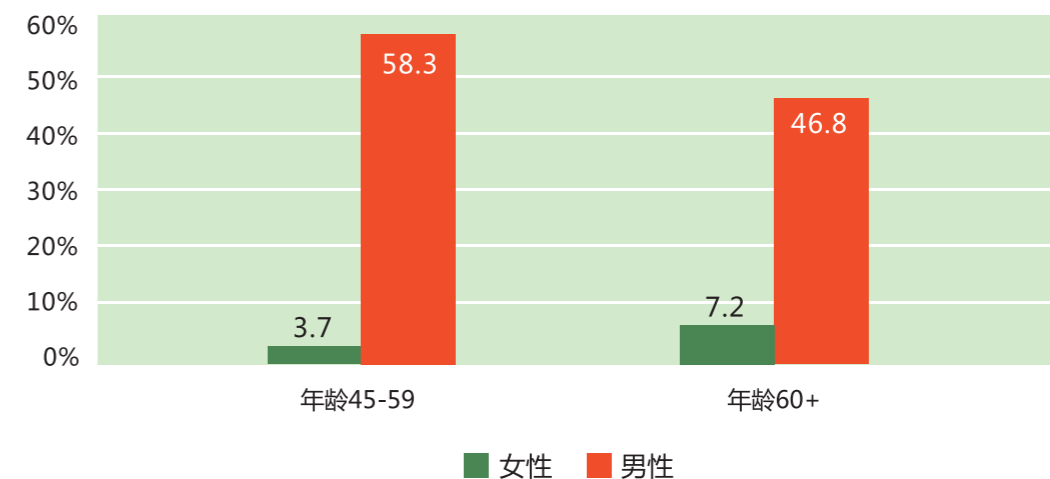
在中国，老年人的认知能力存在显著的性别差异，而且随着年龄的增长迅速下降。当被要求重复十个词时，男性老年人平均记得3.09个，女性平均只记得2.73个，这与男女老年人受教育情况的巨大差异有关。图3.5提供了分男女的年龄分布，可以看到，平均而言，45—49岁的人能记住近4个，70—74岁的人能记住不到2.75个，80岁及以上的人只能记住不到1.75个。由于认知能力对于延长工作年限，慢性病的自我管理能力和维系社会关系和避免财务欺诈的能力都很重要，因此需要研究如何保护老年人的认知能力。

图3.5. 认知能力



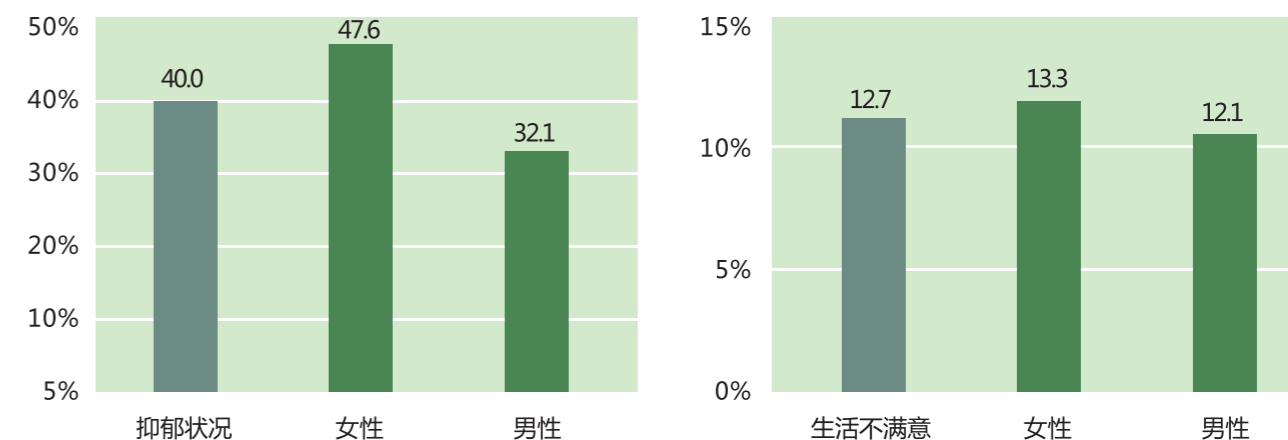
吸烟仍然是一个男性特有的问题。如图3.6所示，近一半（46.8%）的男性老年人目前吸烟，该比例在45—59岁的男性中甚至更高（58.3%）。虽然很多老年人出于健康或生活方式的原因而戒烟，因此降低了老年人目前吸烟的比例，但是从吸烟史来看，60岁以下曾经吸烟的比例也更高，这表明男性的吸烟问题不会很快消失。相比而言，女性老年人中吸烟者较少（7.2%），较年轻的女性（45—59岁）吸烟率更低（3.7%）。

图3.6. 吸烟率



中国有40%的老年人（7,400万）有程度较高的抑郁症状<sup>vii</sup>。如图3.7所示，12.7%的老年人对其生活现状表示不满意。除了身体问题以外，许多老年人还经受着心理问题困扰。与身体问题一样，女性相对的心理健康状况更糟糕——32.1%的男性老年人具有程度较高的抑郁症状，而女性中该比例高达47.6%。

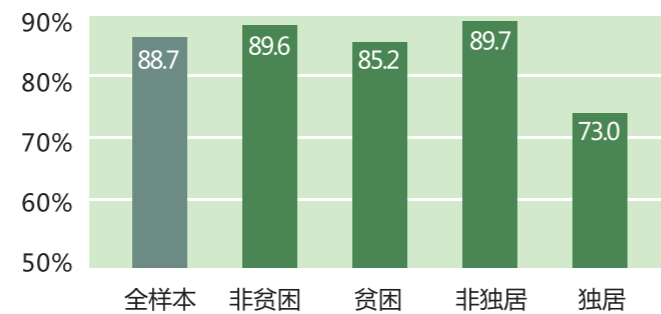
图3.7. 60岁及以上老年人的心理状况



## 满足老年人的医疗服务需求

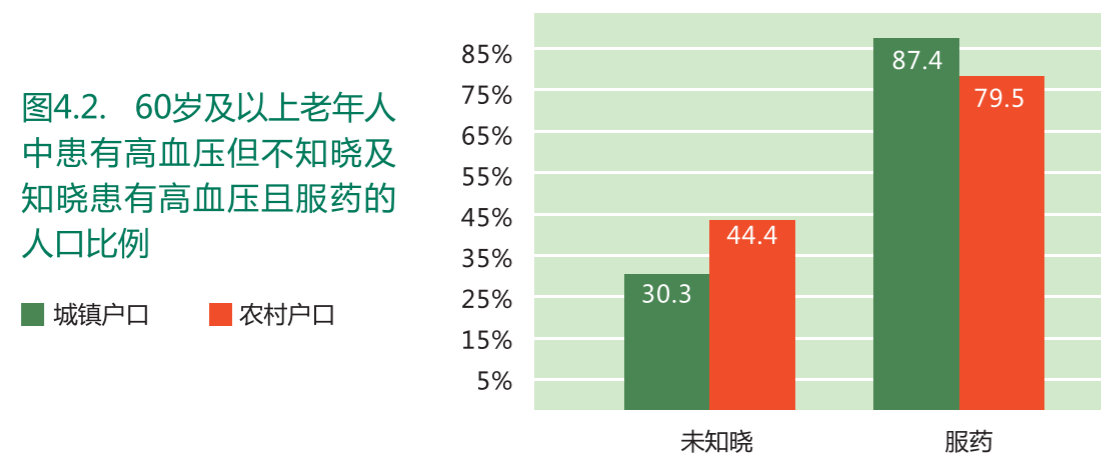
绝大多数在日常活动中需要帮助的老年人得到了来自家庭成员的帮助（88.7%），但是仍有11.3%的老年人（近500万）未得到任何帮助，这其中有27.0%的老年人独自居住。以上数字见图4.1。大部分需要帮助的老年人得到了家庭帮助，这反映了我国家庭在老年人照料方面起到了重要的作用。然而，还是有许多身患残疾的老年人没有得到任何帮助，在贫困老人中这一比例高于非贫困老人（前者14.8%，后者10.4%），在独居的老年人中这一比例尤其高（27.0%）。未来，随着子女数量的下降和子女外迁比例的上升，独居老人的数量很有可能上升，这将在老年人照料方面带来挑战。

图4.1. 60岁及以上老年人中日常活动需要帮助且获得帮助的人口比例



现有的医疗服务体系在提高慢性病诊断能力上面临重大挑战，这表现在患高血压的老年人中39.9%未得到诊断。推断到全国，未诊断出的老年人高血压患者人数约有4,000万人。如图4.2所示，农村户籍人口中患有高血压但不知晓的比例（44.4%）远高于城镇户籍人口（30.3%）。此处高血压的界定是结合了现场血压测量以及受访者自报的医生曾经诊断的高血压患病情况。调查还发现，在患有高血压并且知晓的人中，79.5%的农村户籍居民和87.4%的城镇户籍居民接受了药物治疗，这表明在治疗以及诊断方面还有一定的提升空间。

图4.2. 60岁及以上老年人中患有高血压但不知晓及知晓患有高血压且服药的人口比例



中国在老年人医疗保险方面取得了巨大成就，医疗保险接近了全覆盖。如图4.3所示，截止调查时点（2011年夏天或者稍后），92.1%的城镇户籍老年人和94.0%的农村户籍老年人至少有一种医疗保险。这反映出，近十年来随着农村和城镇地区新型医疗保险的普及，医疗服务可得性比早些时期大大提升。45—59岁人群的医疗保险覆盖率也很高（城镇户籍为89.0%，农村户籍为93.8%）。表4.1展示了中国主要医疗保险种类的覆盖率和保费的中位数。新型农村合作医疗保险覆盖了65.9%的老年人，城镇职工医疗保险覆盖了16.3%，城镇居民医疗保险6.3%，政府医疗保险3.9%，商业医疗保险1.3%。

图4.3. 医疗保险覆盖率

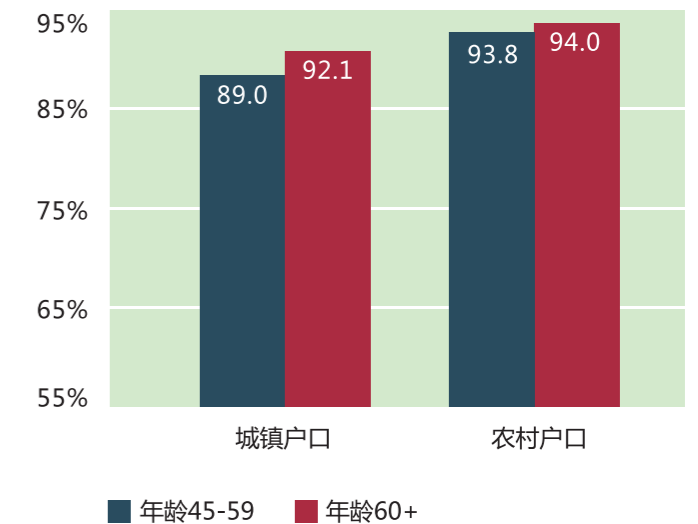


表4.1. 医疗保险覆盖率以及基于保险计划的保费（60岁及以上）

医疗保险项目	人口覆盖率 (%)	保费中位数 (元)
政府和事业单位医疗保险	3.9	0
城镇职工医疗保险	16.3	0
城镇居民医疗保险	6.3	120
新型农村合作医疗保险	65.9	30
商业医疗保险	1.3	138
其他医疗保险	0.9	120

所有医疗保险保费的中位数都非常低（0-138元/年），这是新型医疗保险计划得以快速扩大覆盖面的一个重要因素。然而，医疗保险在各个人群中存在高度分割性，反映在保险的福利依保险类型和地区不同而存在巨大差别。快速的城市化和劳动力流动性需要在不同的保险类型和地区之间灵活转换，但是保险设计的巨大差异为整合各项保险带来了挑战。在子女数量减少、子女外出就业的形势下，老年人的流动对于他们获得子女照料愈发重要，但是医疗保险计划的地域分割将抑制这种可能性。

贫困人口医疗保险覆盖率较低，尤其是城镇贫困人口以及独居的老年人。虽然医疗保险（包括医疗救助）的总体覆盖率很高，但是，如表4.2所示，城镇户籍人口中贫困老年人的保险覆盖率比非贫困者低6.0个百分点，独居老年人比非独居者

低5.3个百分点；农村户籍人口中，贫困老年人的医疗保险覆盖率比非贫困者低2.6个百分点，独居老年人比非独居者低6.1个百分点。因此，经济社会地位处于弱势的老年群体在面临健康冲击时更脆弱。

表4.2. 基于贫困状况和居住安排的医疗保险覆盖率（60岁及以上）

	城镇户口 (%)	农村户口 (%)
全样本	92.1	94.0
基于贫困状况		
非贫困	93.0	94.7
贫困	87.0	92.1
基于生活安排		
非独居	92.9	94.5
独居	87.6	88.4

尽管医疗保险已实现广泛覆盖，但是医疗费用尤其是住院费用对家庭而言仍是非常沉重的负担。9.2%的受访者在过去一年中至少住院过一次，19.6%的受访者在过去的一个月中至少看过一次门诊。表4.3报告了住院和门诊病人自付费用的中位数以及占家庭人均支出比例的中位数。在覆盖人数最大的医疗保险——新型农村合作医疗中，过去一年所有住院花费里自付费用的中位数是2,400元，自付医疗花费占家庭人均消费支出比例的中位数是39.7%，39%的住院病人住院花费超过其家庭人均消费支出的50%。在两项主要的城市医疗保险中，自付住院费用的中位数相差不大（城镇职工医疗保险为2,400元，城镇居民医疗保险为3,000元），这笔费

用占家庭人均消费支出比重的中位数比农村低很多（城镇职工医疗保险为22.2%、城镇居民医疗保险为29.7%）。在所有保险中，自付住院费用占家庭人均消费支出比重超过50%的比例的病人在15%—39%之间，这表明去医院看病对患者是巨大的财务负担。门诊的自付医疗费用的中位数相对较低，三大医疗保险中，过去一个月内所有患者自付门诊医疗费用的中位数在100元—170元间。过去一个月门诊病人中医疗费用占家庭人均消费支出的比例，在新型农村合作医疗中是25.0%，城镇职工医疗保险中是11.2%，城镇居民医疗保险中是22.3%。

表4.3. 去年住院治疗以及上个月门诊治疗的自付费用（45岁及以上）

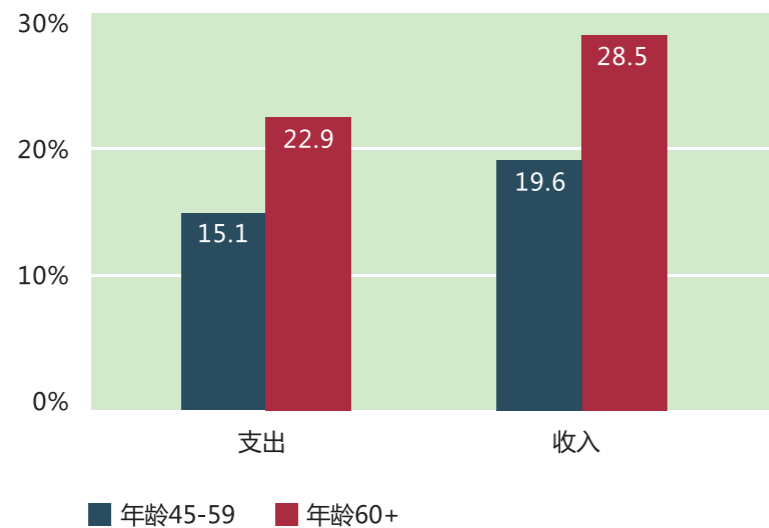
医疗保险种类	住院治疗			门诊	
	年自付费 用中位数 (元)	自付费用占家庭 人均支出的比 例中位数 (%)	人均支出占 比 ≥ 50 % (%)	月自付费 用中位数 (元)	自付费用占家庭月 人均支出的比例中 位数 (%)
政府和事业单位医疗保险	1,800	11.4	17.7	90	9.1
城镇职工医疗保险	2,400	22.2	23.8	170	11.2
城镇居民医疗保险	3,000	29.7	34.4	100	22.3
新型农村合作医疗保险	2,400	39.7	39.0	100	25.0
商业医疗保险	3,700	36.5	15.0	50	4.7
其他医疗保险	1,700	22.9	18.1	120	22.3
无保险	4,000	41.6	40.0	198	43.6



# 老年人的经济状况

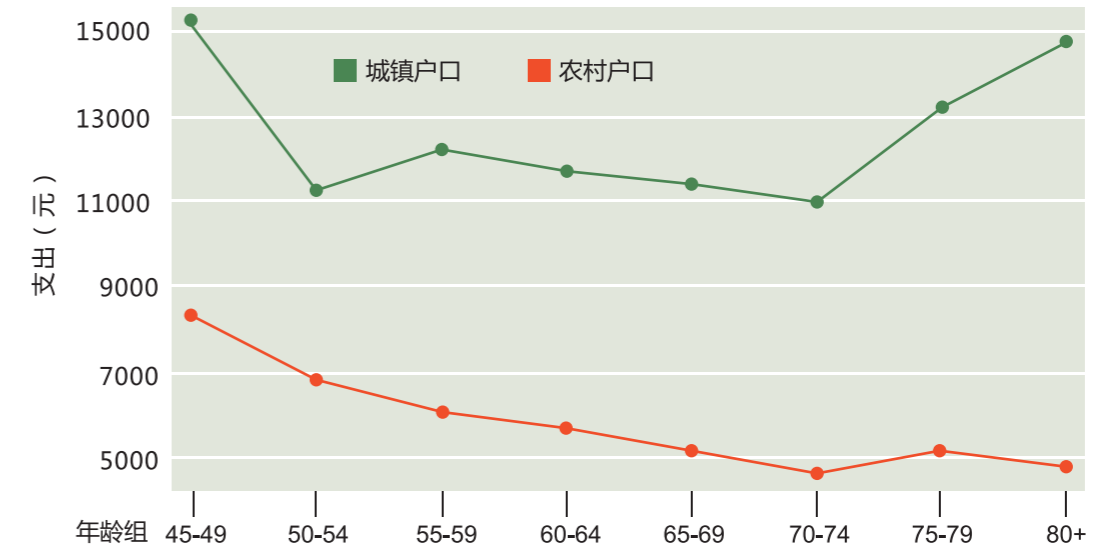
中国22.9%的老年人（全国4,240万人）的消费水平位于贫困线以下，45-59岁人群的消费贫困率远低于老年人（60岁及以上）。图5.1展示了45-59岁及老年人的消费贫困率和收入贫困率。经济学家更喜欢用人均消费来计算贫困率，因为这一指标能很好地反映人们的生活水准，而且随时间变化比较小，尤其是度量老年人的贫困时更有价值，因为他们大部分人已经不再工作，收入水平不能反映其一生的收入水平或者财产状况。我们使用中国政府于2011年新定的贫困线来计算贫困率，即农村2,433元/年。参照世界银行的做法，由于城镇生活费用较高，我们在城镇使用更高的标准——3,200元/年<sup>Ⅷ</sup>。如图5.1所示，45-59岁人群的消费贫困率是15.1%，老年人相应的数字是22.9%。该图还显示，同年龄组别内收入贫困率远高于消费贫困率。老年人的收入贫困率是28.5%，45-59岁的是19.6%。这些数字均高于官方公布的基于全体农村人口计算的贫困率（13.4%，基于人均收入和消费水平计算）。由于城镇贫困人口相对较少，中国未将城镇地区纳入贫困统计。

图5.1. 基于支出和收入的贫困率



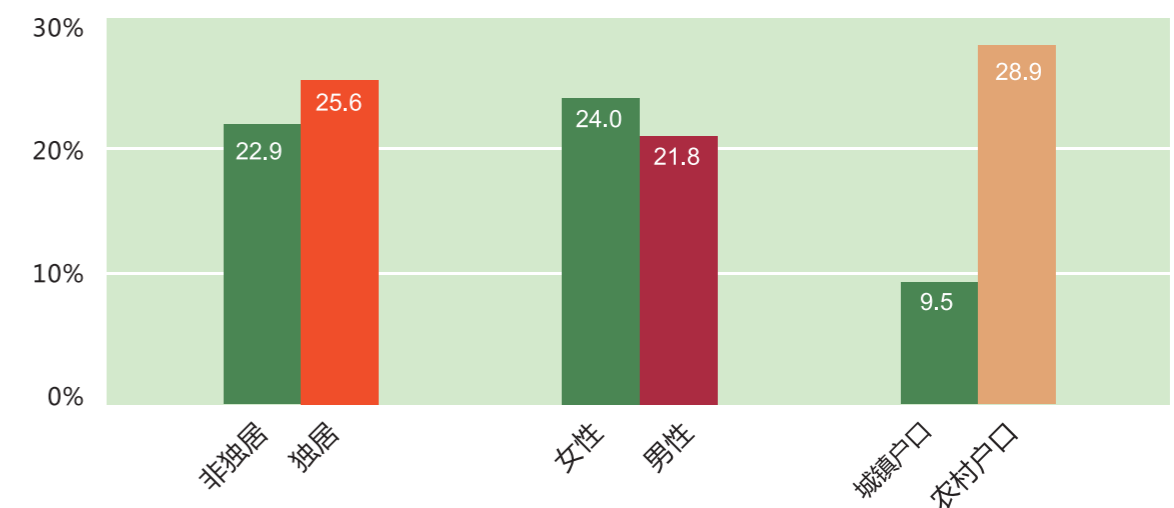
中国老年人消费贫困率较高的一个重要背景是农村人均消费随年龄增加而递减。但是如图5.2所示，这一特征不适用于城镇人口，因为在城镇，人均消费与年龄的关系是“U”型。这一城乡差异背后的主要原因是城镇人口医疗花费在老年阶段会随着年龄上升而增加，而农村人口并不是这样。

图5.2. 家庭人均消费支出



在老年人中，农村人口的消费贫困率（28.9%）远高于城镇人口（9.5%），独居者（23.6%）高于非独居者（22.9%），女性（24.0%）高于男性（21.8%）。这些脆弱性的指标可见图5.3。

图5.3. 基于支出的60岁及以上老年人贫困率



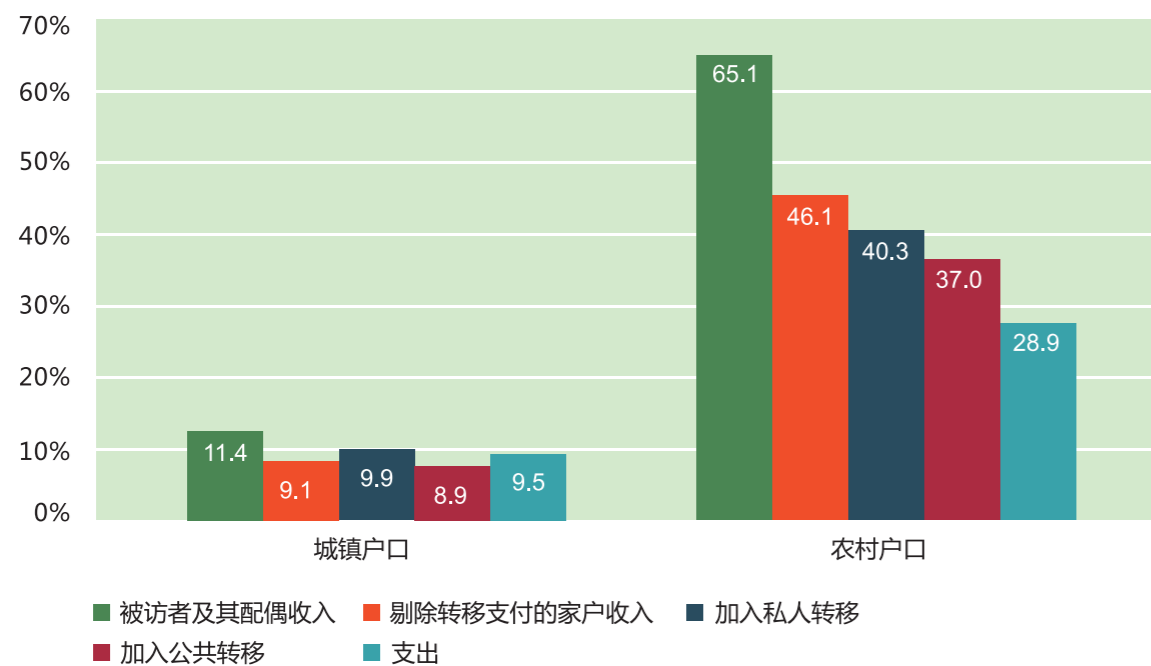
对于农村户口的老年人而言，同住的家户其他成员的财务帮助和私人转移支付（主要来自子女）对于降低消费贫困起到了关键作用。如图5.4所示，基于受访者及其配偶的收入（包括养老金）计算的贫困率为65.1%，如果根据转移支付前的家户人均收入（即与其他同住的家户成员的收入加总后）计算，则贫困率降到46.1%，加入私人转移支付后，贫困率降到40.3%。加入来自政府的公共转移支付后，收入贫困率下降3.3个百分点，降到37.0%，最后，加入个人储蓄，使贫困率从转移支付后的收入贫困率37%下降到28.9%的消费贫困率。

新型农村养老保险的推广对于解决老年人的贫困问题可以大有作为。截止到调查时点，有25.6%的农村户口老年人拥有新型农村社会养老保险。这部分老年人的贫困率为29.6%（基于包括转移支付的收入计算），假定其他收入不变，如果没有得到养

老保险，他们的贫困率将提高到37.0%。然而，如果当老年人获得农村养老保险时，子女相应减少给父母的帮助，那么新农保的政策效果就会被抵消。真实的情况如何，需要进一步研究，而CHARLS数据提供了研究该问题的数据基础。

城镇户口老年人的消费贫困率低于农村户口老年人，只有共同居住有效降低了城镇老年人贫困率。如图5.4所示，城镇户籍人口中基于受访者及其配偶收入计算的贫困率为11.4%，基于家庭年人均消费支出计算的贫困率为9.5%，两者间的差距大大小于在农村的差别。与家人共同居住已经使得贫困率降为9.1%（基于转移支付之前的家庭人均收入）。有趣的是，与农村相反，家庭转移支付增加了受访者的贫困率，这表明城镇户口老年人更多的是转移支付的给予方。公共转移支付和个人储蓄对于降低贫困率的正面作用都比较小。

图5.4.基于不同人均收入及支出的老年人贫困率



45岁以上人群的人均财产中位数为33,340元，人均支出的中位数为5,720元，人均收入的中位数为8,680元。这些数据表明，总财产（不考虑未来养老金的折现值）的中位数约等于5.5年的支出。表5.1展示了这些指标的中位数，但是根据年龄（45-59岁、60岁及以上）和户口类型做了细分。从表中我们可以发现：第一，城镇户口老年人的人均消费中位数是农村户口老年人的2倍，城镇与农村户口老年人的人均财产比值和人均收入比值更大，分别是3.7和3.8。45-59岁组也存在城乡差别，但远

不如老年组的差别大。第二，在不同维度的衡量上，45-59岁组的经济指标的中位数都高过60岁及以上的。第三，从第25、50和75百分位数的对比可以看出，人均支出，尤其是人均财产存在严重的不平等，老年人人均支出的第75百分位数与第25百分位数之比在城镇户籍中是2.5，农村户籍是2.7；人均财产之比在城镇户籍中是6.0，在农村户籍中是5.7。45-59岁组也存在差异，但幅度相对小一些。因此，相比于45-59岁的人而言，老年人经济状况更差，城乡之间、城乡各自内部经济状况的不平等性更严重。

表 5.1. 人均支出、收入和财产（单位：元）

	45-59岁						60岁及以上					
	农村户口			城镇户口			农村户口			城镇户口		
	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%	25%	50%	75%
人均支出	3,204	5,317	8,750	5,868	9,930	16,603	2,374	4,005	6,428	5,467	8,690	13,493
人均收入	2,780	7,975	16,100	8,843	16,773	27,753	1,379	4,400	9,935	9,600	16,320	27,160
人均财产	11,510	30,379	64,359	34,407	82,500	211,350	7,314	18,395	41,617	26,050	70,760	156,650



在45岁及以上人口中，财产的主体是房产(对于人均财产处于中间20%的人群，房产占全部财产的比例为72.9%)。图5.5展示了财产的构成(不包括未来养老保险的折现)。对于处于人均财产中间20%的人而言，财产构成中仅次于房产的为土地(16.4%)<sup>IX</sup>，然后依序为耐用消费品(5.0%)，流动性(主要是金融)资产(3.9%)以及生产性固定资产(1.8%)。相比于农村户口的人，房产对于城镇户口的人来说更为重要：财产水平位于中间20%的人中，房产占86.5%，流动性资产占7.3%，耐用消费品4.3%，生产性固定资产1.1%，土地0.9%。在农村

户籍人口中，类似的数字为：房产68.5%，土地22%，耐用消费品5.2%，流动性资产2.2%，固定生产资产2.1%。80.3%的老年人居住在他们自己或者其他家户成员拥有的房产中，6.2%的家户拥有两套及以上房产。考虑到老年人大部分的资产都是不动产，以及44.7%的老年人没有养老保险(农村户口56.9%，城镇户口16.4%)，要想让资产成为能够支持老年消费的养老资源，需要新的金融工具，比如反向抵押贷款。另外，如果土地能够成为农村家庭可转让的资产，农村老年人的财产水平可以进一步提升，成为增加老年人消费水平的一个来源。

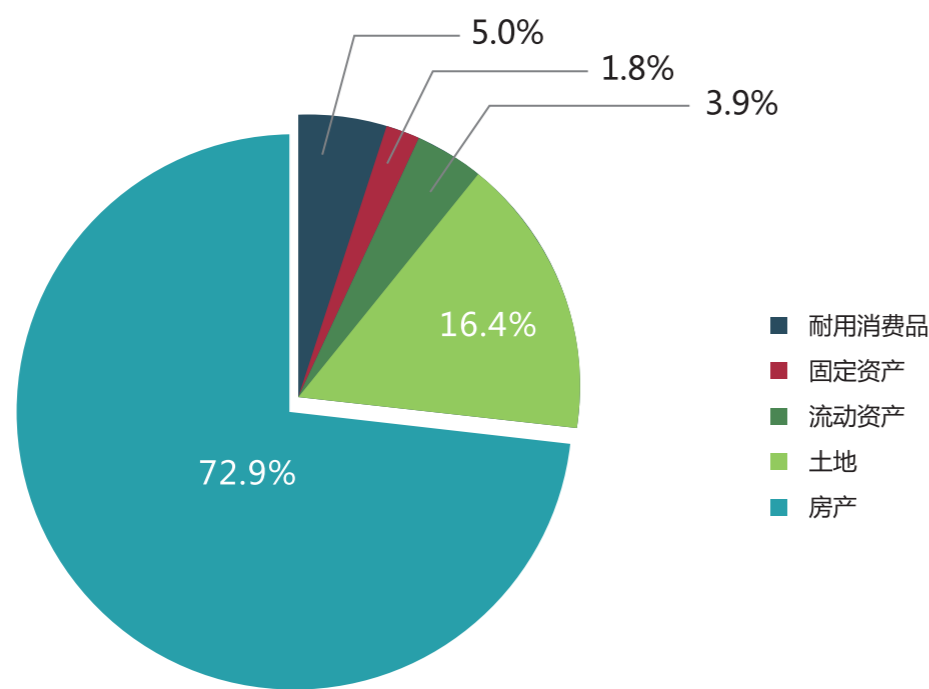


图5.5. 45岁及以上人口的财产构成

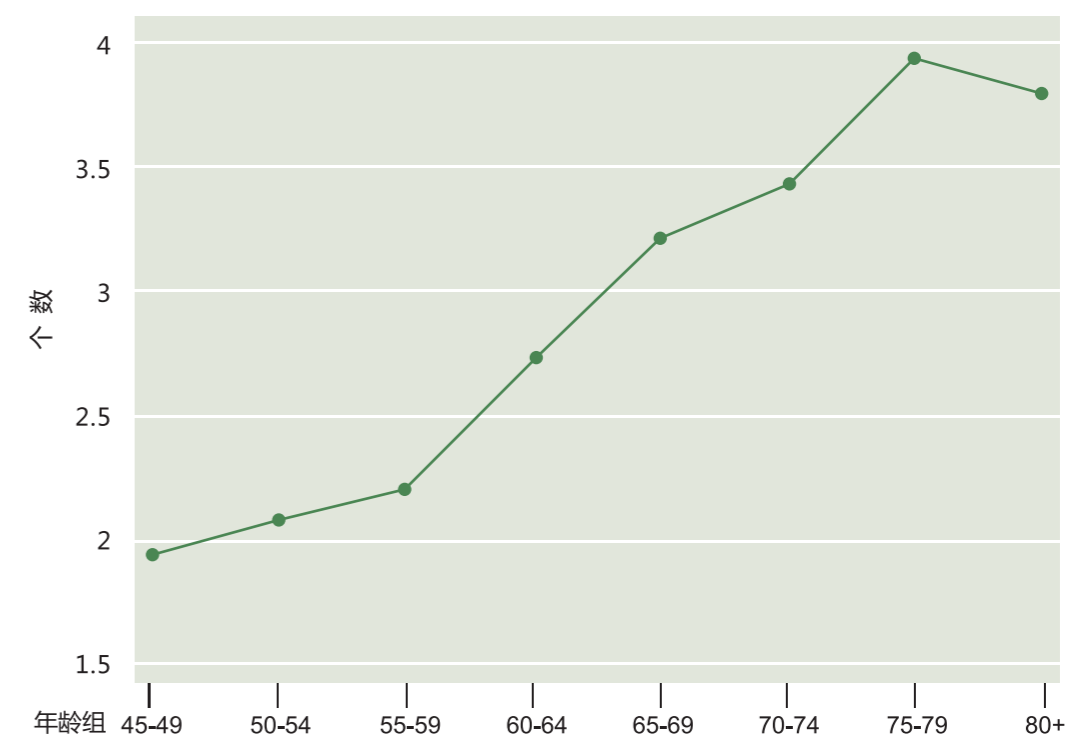
注解：这里描述的是个人财富在人均财产第40百分位数至第60百分位数之间的财产构成

## 家庭对于老年人的支持

如上所述，家庭成员通过共同居住和私人转移支付等途径对老年人给予了各种经济支持，对提高他们的消费水平至关重要，在农村尤其如此。同时，子女及其他家庭成员还为老年人提供身体和心理方面的照料和支持。未来，随着老年人的子女数量减少，加之更多的子女外出就业，如何照料父母将是中国人口老龄化社会面临的挑战。

**子女数目在年轻组别中显著下降。**图6.1展示了根据年龄组别细分的平均健在子女数。65岁及以上的老年人平均有3-4个子女，45岁至49岁的中年人只有平均不到2个子女。可见未来老年人的平均子女人数将降低，而无子女的老年人数量将上升(目前为3.3%)。因此，未来需要社会为缺乏子女照料的老年人提供更多的帮助。

图6.1. 健在子女个数



仅有37.8%的老年人与子女共同居住，36.8%与配偶单独居住，16.2%与其他人共同居住，9.2%的老年人独居。这些数字在图6.2中展示。在与其他人居住的老年人中，19%与子女的配偶（子女不在家）共同居住，59.8%与孙子女（子女或子女配偶都不在家）共同居住。这表明，大部分的老年人在其子女和配偶外出打工后承担了抚养孙子女的责任。

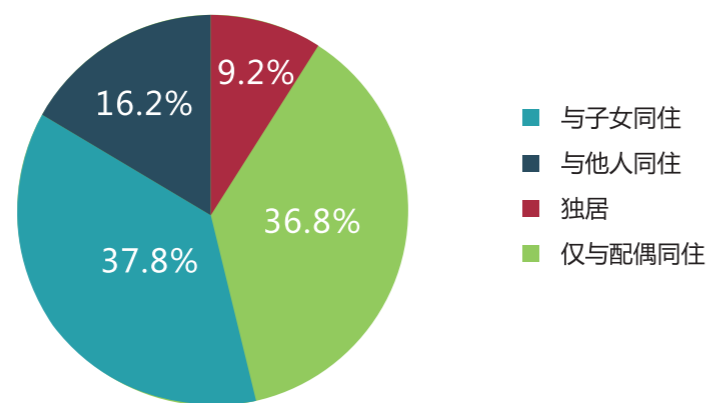


图6.2. 60岁及以上老年人的居住安排

然而，尽管很多老年人不与子女共同居住，但是大多数老年人至少有一个子女住在附近或同一县市。如图6.3所示，在62.2%的不与子女共同居住的老年人中，占总数37.4%的有子女住在附近，15.4%与子女住在同一县市。因而是是否与子女共同居住并不能准确反映是否老年人能够得到子女的帮助。

目前，只有6.1%的老年人虽然有子女但是没有与子女生活在同一县市，但是未来这一比例很可能会上升，这些老年人将难以获得来自家庭的足够的照料。这意味着，当老年人需要照料的时候，他们自己或者子女可能需要迁移。为了减少其中的障碍，我们需要对妨碍老年人迁移的因素进行研究。

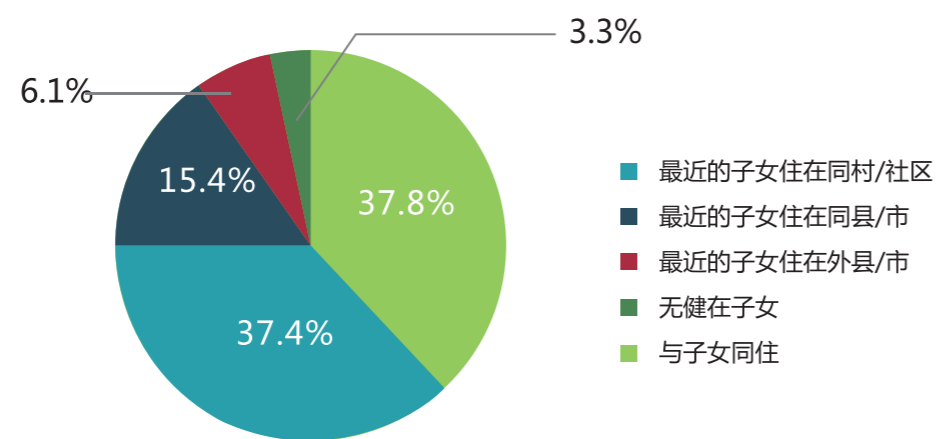


图6.3. 60岁及以上老年人与子女居住地的最近距离

在过去一年中，将近一半（46.9%）的老年人获得了非同住子女的转移支付。表6.1报告了老年人与非同住子女间的转移支付情况。只有19.0%的老年人给予子女转移支付。这说明，与美国和其它西方国家不同，在中国，转移支付的方向不是从老年人流向子女，而是从子女流向父母。这与大多数亚洲及发展中国家的状况类似，其根本原因是由于快速经济增长，导致了年轻一代的财产积累大大超出年老一代。有研究表明，子女给予父母的转移支付的数量与父母的需要有很强的关系，这一点从私人转移支付对农村贫困率的降低作用中也能看出来。对于那些从非同住子女处得到净转移支付的老年人，过去一年获得转移支付的中位数为1,700元，转移支付占支出比例的中位数为37.3%。对于那些没有获得非同住子女的转移支付的老年人，他们可能通过与子女同住的方式得到了经济支持。然而，在那些有子女却不与子女同住的老年人中，只有53.3%的人得到了子女的转移支付，这表明有很大比例的老年人没有从子女那儿获得任何经济支持。

表 6.1. 60岁及以上老年人和非同住子女之间的转移支付

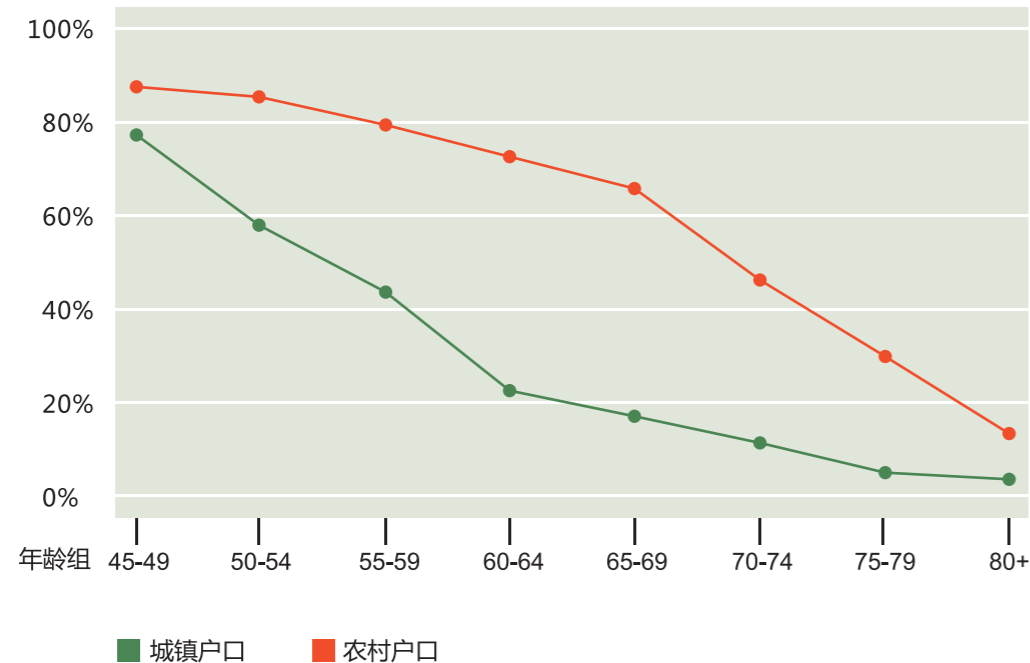
从不同住子女得到转移支付的比例 (%)	46.9
给子女转移支付的比例 (%)	19.0
有子女但是不跟子女同住的人中，从子女得到转移支付的比例 (%)	53.3
从非同住子女处得到正的净转移支付的人中，净转移支付数额的中位数 (元)	1,700
从非同住子女处得到正的净转移支付的人中，净转移支付占老年家庭人均支出的比例中位数 (%)	37.3

# 工作与退休

老年人的退休决策对其生活状况的方方面面都会产生重大影响。工作可以提供经济来源，同时从正面或者负面影响一个人的身心健康。

就业比例随着年龄变老而下降，这并不是奇怪的现象，但是最大的降幅发生的年龄段值得关注：城镇户籍人口发生的年龄段是50多岁和60岁出头，而农村户籍人口却要等到65岁以后才会出现。如图7.1中所示，在城镇户籍人口中，就业率在45-49岁人群中接近80%，在55-59岁人群中下降到约40%，在60-64岁人群中更是降到20%。与此形成鲜明对比的是，农村户籍人口中，大部分人在65-69岁时依旧工作，到80岁时就业率仍在20%以上。这些巨大的反差反映了城镇和农村居民所处的退休体制的显著不同。就退休行为而言，中国城镇地区与欧洲国家十分相像，而中国农村更像发展中国家。

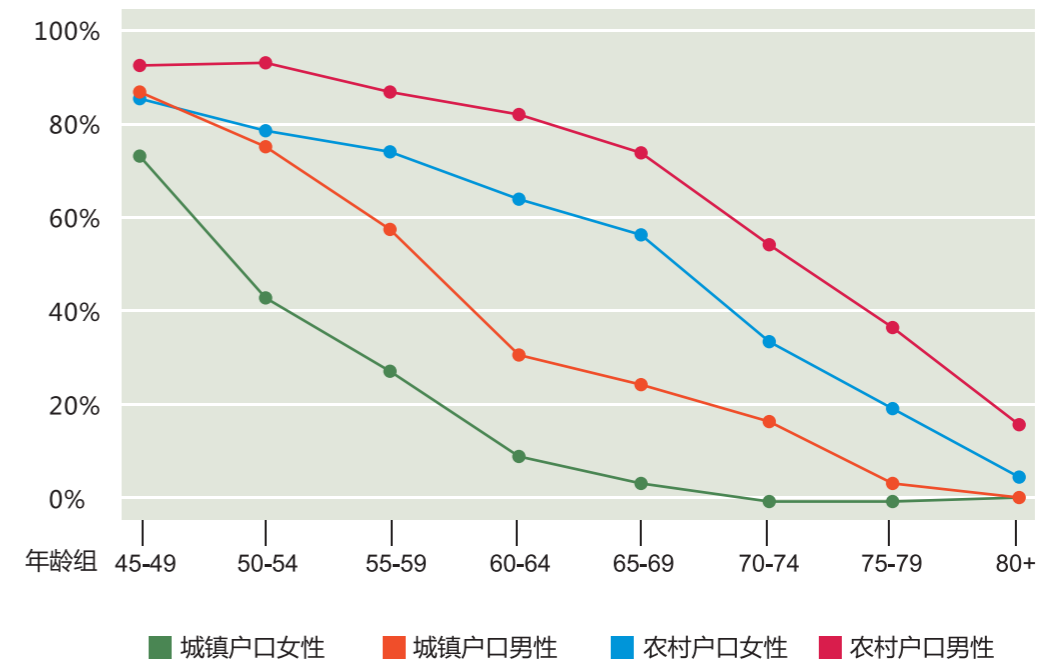
图7.1. 就业率



就业率的性别差异在城镇户籍人口中更加显著。图7.2显示，城镇户籍人口中，50-54岁的人群劳动参与率性别差异最大，在他们中间75%的男性参加工作，但是只有45%的女性参加工作。当年龄增长时，城镇女性继续大批离开劳动力市场，到了

60-64岁，只有不到10%的女性还参与就业。以国际标准而言，中国城镇中老年女性的劳动参与率非常低。农村户籍人口中，劳动参与率的性别差异比较稳定，女性比男性低大约10个百分点，但是大部分女性在65-69岁时仍然工作。

图7.2. 不同性别的就业率



应对城镇中老年人口的低劳动参与率的状况，中国可以通过为中老年人，特别是中老年女性提供工作激励的方式，延长他们的工作年限，以增加劳动力供给，提高产出，减少人口老龄化带来的财政负担。在女性50-55岁、男性60岁时强制退休并开始发放养老金，是造成城镇户籍人口就业率提早下降的主要原因。由于一些企业鼓励提前退休，很多人甚至在达到法定退休年龄之前就办理退休手续。办理退休手续后，少数的中老年人会做新的工作。要想延长城镇人群的工作年限，可以通过如下对养老

保险制度的改革实现：一方面，允许那些有工作能力、在法定退休年龄达到后仍愿意继续工作的人延迟退休、推迟领取退休金，保证他们在延迟退休后能够领到更高的退休金，而不至于在经济上受到惩罚，同时降低提前退休的养老金激励。若要提高法定退休年龄，则需要分情况进行调整。因为已经接近退休年龄的人很难短期做出调整，所以对年龄尚轻的人推行逐渐提高退休年龄的改革，但至少应该把女性的退休年龄提高到与男性一致，这是大多数经合组织国家采用的做法。

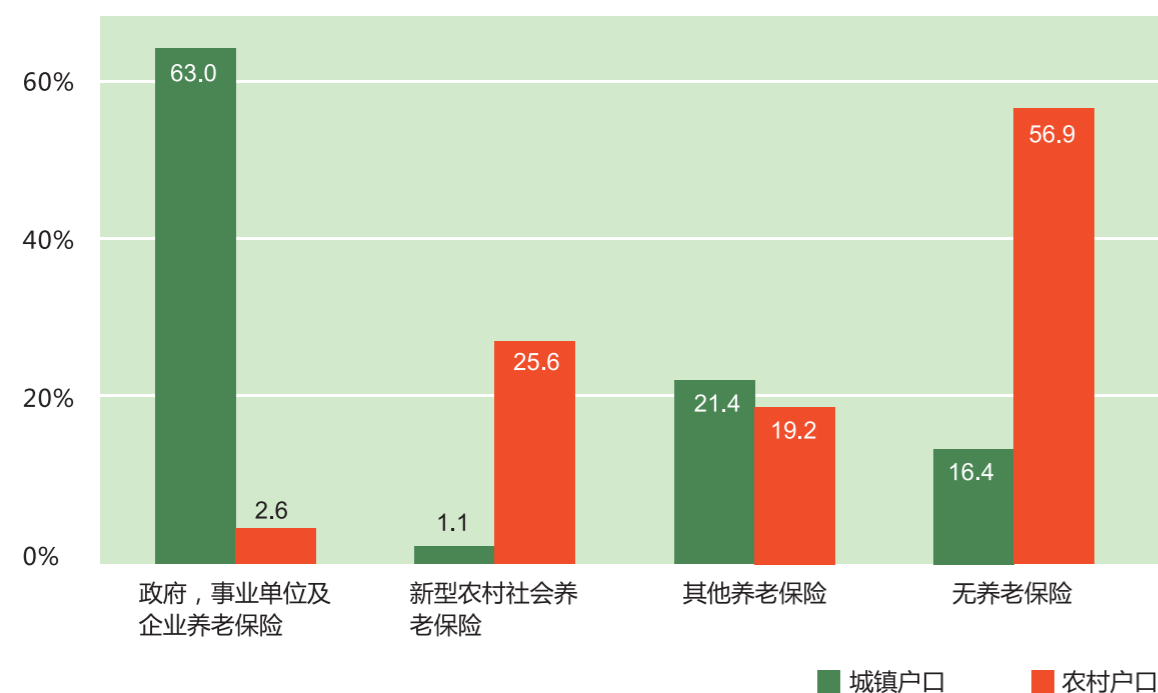




养老保险的覆盖率（定义为享受养老保险或参与养老保险项目的比率）在城镇户口中为83.6%，农村户口中为43.1%。由于认识到对老年人提供社会保障的必要性，中国政府已在扩大社会养老保障覆盖范围上取得了很大进展，将惠及尚未参与养老保险的城镇地区的老年居民和所有农村居民。如图7.3所示，在城镇户籍人口中，

60%有职工养老保险，21.4%有其他养老保险。在农村地区中，根据CHARLS的调查，截止调查时点，25.6%的农村户口已经拥有新型农村社会养老保险，另有19.2%有其他养老保险。在CHARLS调查结束之后，保险覆盖范围还在不断扩大。跟踪新型农村社会养老保险的进展及其效果，是CHARLS项目的重要任务之一。

图7.3. 60岁及以上老年人的养老保险覆盖率



新型农村社会养老保险发放的养老金很低，政府或企业提供的养老金非常高。表7.1展示了不同养老保险项目的养老金差距以及参与比例。新型农村社会养老保险、城镇（及其他）居民养老保险的养老金的中位数在每年720—1,200元间，政府或事业机构的养老金的中位数为24,000元，企业养老金的中位数为18,000元。新型农村养老保险所提供的养老金占家庭人均支出的比例为20%，而政府、事业机构和企业所提供的养老金分别占了人均支

出的244%和192%。表7.1还展示了老年人在不同养老保险项目下领取养老金的分布情况。在55.3%领取养老金的老年人中（注意有6.7%的老年人不只享受一项保险），21.6%享受城镇职工的两大养老保险之一，其中10.7%领取企业基本养老保险，另外10.9%享受政府机关或者事业单位工作人员养老保险。总之，与医疗保险类似，不同的养老保险项目提供的福利水平差异非常大，各个项目间高度分割，使得整合各个保险项目以推动劳动力流动变得十分困难。

表 7.1. 60岁及以上老年人领取养老金情况

养老保险种类	覆盖率 (%)	养老金中位数 (元)	养老金占人均支出的比例中位数 (%)
高龄老人养老补贴	3.6	720	19.1
新型农村社会养老保险	18.2	720	21.0
城镇及其他居民养老保险	14.4	1,200	38.7
企业职工基本养老保险	10.7	18,000	192.9
企业职工补充养老保险	1.2	13,200	169.7
政府或事业机构的养老保险	10.9	24,000	242.2
商业养老保险	0.3	14,400	106.1
其他养老保险	2.7	9,600	150.7

## 人口老龄化的挑战

中国如何在保障老年人生活状况方面受到严峻挑战。很大比例的老年人有身体健康问题，出现程度较高的抑郁症状（40%），或消费水平在贫困线以下（22.9%）。人口正在快速老化，随着时间推移，每代新进入老年的群体都面临可供自己的子女数目不断减少的问题。特别值得关注的是，贫穷、独居的老年人在其生活状况的各个方面看起来都更加脆弱。

为了应对这些挑战，中国政府近些年大力推广了新型社会保险项目以便更好地为老年人提供保障，取得了巨大的成就。特别是，对老年人十分重要的公共医疗保险项目，现在已经几乎实现了全覆盖，养老保险项目也正在全国范围内普及。然而，这些项目的保障力度还很低，还不足以支付大部分所需要的医疗费用或退休生活支出。当然在高收入地区，这些保险项目保障力度相对更大；随着未来收入的增加，保险金额也很有可能持续上升。但至少在目前，子女和其他家庭成员给老年人提供的身体健康护理和经济支持依旧十分重要。CHARLS的数据也证实了这一点。



## 致谢

CHARLS执行团队出色地完成了全国基线调查的实地工作。执行团队核心成员包括执行主任胡以松，助理主任刘嫚、丁华、袁畅和张媛，财务主管金海玉，IT部门主任吴云以及数据部主任王亚峰。超过300位访员参加了实地调查，他们的辛勤劳动使CHARLS成为一个高质量的数据库。我们同时感谢450个村/社区的协调人、150个县区的干部，尤其是国家疾病预防控制中心县区工作人员，以及全国各地许多朋友对我们的帮助。

CHARLS研究团队特此鸣谢北京大学、中国国家自然科学基金、美国国立老龄问题研究所（NIA）社会与行为科学部以及世界银行的大力支持。全国基线调查的资助来自北京大学985项目办公室，国家自然科学基金（项目名称“中国健康与养老追踪调查”，管理学部数据基础设施建设项目，资助号71130002；“中国社会经济地位与健康的关系研究”，国际合作部重大国际合作项目，资助号70910107022）；NIA（项目名称“中国健康与养老追踪调查”，资助号R01-AG037031-01），以及世界银行知识创新项目（项目名称“2011-2012 CHARLS全国基线调查”，资助号7159234）。



CHARLS的数据还表明，在为老年人提供足够的支持这一问题上，我们仍面临非常大的挑战。有一些在日常活动中需要帮助的老年人尚未得到所需的帮助，特别是那些独居的老人，他们有可能年纪更大，已经丧偶，因而更加脆弱。医疗服务体系在提高老年人常患的慢性病（如高血压）知晓率上还有很大的提升空间；医疗服务中的自付费用，尤其是住院费用，对很多家庭而言还是非常沉重的负担，即便他们有医疗保险也是这样。虽然社会和家庭都为老年人提供了很多经济帮助，但是农村老年人的消费水平仍随年龄上升而下降，老年人（特别是农村老年人）消费贫困率较高。这表明，政策应当对如何识别、帮助经济脆弱的老年人给予更多关注。与此同时，相比于农村、其他亚洲国家甚至是某些发达国家，城镇老年人（特别是

女性）比较早地停止工作，这使得社会和家庭承担了更大的养老压力，反过来也说明为延长工作年限而提供激励的改革将是有益的。与医疗保险同样，新型养老保险项目，包括新型农村养老保险，虽然扩大了覆盖范围，但是相比于现有的城镇职工养老保险而言，它们提供的养老金仍十分有限，保障水平仍然很低。

我们希望CHARLS全国基线调查的这些发现能够增进人们对当今老年人实际生活状况的认识，并为相关政策讨论提供依据，以更好地满足今天以及未来老年人的需求。这只是一个开端。随着对CHARLS数据分析的深入，将会有更多的发现，同时随着CHARLS对于受访者的持续追踪访问，我们将会对老年人的健康、养老状况的动态变化过程，以及相关政策改革的作用有更加深入的了解。

### 尾注:

- I 见 [http://www.stats.gov.cn/english/newsandcomingevents/t20120120\\_402780233.htm](http://www.stats.gov.cn/english/newsandcomingevents/t20120120_402780233.htm)
- II 《联合国世界人口展望，2010更新版》，见<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
- III <http://charls.ccer.edu.cn/en/page/documentation-2011-national-baseline>
- IV 基于自报健康的回答，选项为很好、好、一般、差、很差。
- V 基于日常活动（ADLs）的六个问题以及日常活动指标（IADLs）的五个问题。
- VI 世界卫生组织的标准：BMI<18.5为体重过低，BMI=25为超重，BMI>=30为肥胖。
- VII 抑郁症状是用美国流行病学研究中心开发并被广泛使用的10个问题测度的，每个问题以0-3分给分，总分不低于10分被认为呈现程度较高的抑郁症状。
- VIII 居住在城镇中多出的31.5%的生活成本基于国家统计局住户调查2002的数据，其中对农村、城镇消费者价格指数进行了调整，参见Martin Ravallion and Shaohua Chen, "China's (Uneven) Progress against Poverty", *Journal of Development Economics* 82, 1-42, 2007.
- IX 土地的价值使用农业净产出的折现值计算。

