

分类号\_\_\_\_\_

密级\_\_\_\_\_

U D C \_\_\_\_\_

编号\_\_\_\_\_

# 中南财经政法大学

硕士学位论文

## 养老金待遇对长期照护方式选择的影响 研究——基于 CLHLS 四期失能老人样本 的实证研究

研究生姓名：杨 一 威

指导教师姓名、职称：邓 汉 慧 教 授

申请者类别：非 专 项 计 划

申请者学习方式：全 日 制

专业学位类别：管 理 学

专业名称：社 会 保 障

研究方向：养 老 服 务

入学时间：二〇二〇年九月

二〇二三年六月

养老金待遇对长期照护方式选择的影响研究——基于 CLHLS 四期失能老人  
样本的实证研究

*Research on the Influence of Pension Treatment on the  
Choice of Long-term Care Mode —— An Empirical  
Study Based on the Four Samples of the Disabled Elderly  
in CLHLS*

杨一威

Yang Yiwei

2023.06

## 摘要

在人口老龄化、高龄化加速发展的趋势下，我国失能老人数量剧增，失能老人对长期照护服务的需求不断增加。一方面，家庭结构小型化、核心化让单纯依靠非正式家庭照护的照护模式难以为继；另一方面，带病、带残生存时间的延长也让失能老人对正式社会化照护提供的专业护理需求迅速增加。然而，由于养老金待遇低、差异大、购买力不足，失能老人对正式社会化照护服务利用不足。研究失能老人选择何种长期照护方式、养老金待遇是否影响失能老人长期照护方式选择及其影响机制，对促进失能老人利用正式社会化照护服务，提升老年人晚年生存质量，实现健康老龄化具有重要意义。

本文选取中国老年健康影响因素追踪调查 2008-2009 年、2011-2012 年、2014 年、2018 年四期的截面数据，获得 3632 个失能老人样本。基于安德森健康行为理论选取倾向因素、需求因素、使能因素作为控制变量，通过构建 IV-Heckman 模型，研究养老金待遇对失能老人是否获取长期照护服务、长期照护方式选择的影响。选取工具变量解决可能存在的内生性问题，并从失能程度、居住地区、子女数量三个角度进行异质性分析。

实证结果表明：（1）长期照护服务覆盖面广，但正式社会化照护服务利用不足；（2）养老金待遇对失能老人获取长期照护服务的影响并不显著；（3）养老金待遇显著影响失能老人的长期照护方式选择，在其他条件不变的情况下，失能老人的养老金待遇对数每增加一个单位，失能老人选取正式社会化照护的概率增加 3.5 个百分点；（4）养老金待遇对失能老人选择正式社会化照护的影响存在差异，对失能老人选择保姆/护工照护的影响大于选择照护机构；（5）养老金待遇对失能老人长期照护方式的影响存在异质性，对居住在乡镇、子女数量不超过 4 个、中重度的失能老人群体影响更大。

基于研究中发现的问题，本文提出以下对策建议：（1）政府主导，兜底收入低、重度失能等特困群体；（2）制度保障，全国推广长期照护保险制度；（3）依托社区，推动长期照护服务分级供给；（4）服务整合，扩大覆盖人群；（5）丰富资源，消除城乡差异。

**关键词：**失能老人照护方式；养老金待遇；IV-Heckman 模型

## Abstract

Under the trend of aging population and accelerated aging, the number of disabled elderly in China has increased sharply, and the demand for long-term care services for disabled elderly people is increasing. On the one hand, the miniaturization and centralization of family structures make it difficult to sustain the care model that relies solely on informal family care. On the other hand, the prolongation of the survival time of sick and disabled people has also rapidly increased the demand for professional care provided by formal socialized care for the disabled elderly. However, due to low pension benefits, large disparities and insufficient purchasing power, disabled elderly people are underutilized of formal socialized care services. It is of great significance to study the choice of long-term care methods for the disabled elderly and whether pension benefits affect the choice of long-term care methods and their impact mechanisms for the disabled elderly to promote the use of formal socialized care services for the disabled elderly, improve the quality of life of the elderly in their later years, and achieve healthy aging.

In this thesis, 3632 samples of disabled elderly people were obtained from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey from 2008 to 2009, 2011-2012, 2014 and 2018. Based on Anderson's health behavior theory, predisposition factors, demand factors and enabling factors were selected as control variables, and the influence of pension benefits on whether disabled elderly people received long-term care services and long-term care options were studied by constructing IV-Heckman model. Tool variables were selected to solve possible endogenous problems, and heterogeneity analysis was carried out from three perspectives: degree of disability, area of residence, and number of children.

The empirical results show that: (1) long-term care services cover a wide range, but formal socialized care services are underutilized; (2) the impact of pension benefits on the access of long-term care services to the disabled elderly is not significant; (3) Pension benefits significantly affect the choice of long-term care methods for the disabled elderly, and under other conditions remaining unchanged, the probability of disabled elderly people choosing formal socialized care increases by 3.5 percentage points for each unit increase in the number of pension benefits for disabled elderly; (4) There are differences in the impact of pension benefits on the choice of formal socialized care for the disabled elderly, and the impact on the choice of nanny/caregiver care for the disabled elderly is greater than that of choosing a care institution; (5) The impact of pension treatment on the long-term care of

the disabled elderly is heterogeneous, and the impact on the group of disabled elderly living in townships and towns with no more than 4 children and moderate to severe disabilities is greater.

Based on the problems found in the study, this thesis puts forward the following countermeasures and suggestions: (1) The government takes the lead, and targets special hardship groups such as low income and severe disability; (2) Institutional guarantee, national promotion of long-term care insurance system; (3) Relying on the community to promote the graded supply of long-term care services; (4) Service integration to expand coverage of the population; (5) Enrich resources and eliminate the difference between urban and rural areas.

**Key Words:** ways of caring for the disabled elderly; pension benefits; IV-Heckman model

## 目 录

绪论.....	1
一、研究背景与意义.....	1
二、国内外研究综述.....	3
(一)失能评估指标.....	4
(二)长期照护方式.....	5
(三)长期照护方式选择的影响因素.....	8
(四)研究述评.....	10
三、研究思路、内容与方法.....	11
(一)研究思路与内容.....	11
(二)研究方法和技术路线图.....	12
四、创新之处与不足.....	14
(一)创新之处.....	14
(二)不足之处.....	14
第一章 概念界定、理论基础与研究假设.....	15
第一节 概念界定.....	15
一、失能老人.....	15
二、长期照护.....	17
三、养老金待遇.....	18
第二节 理论基础.....	19
一、消费行为理论.....	19
二、安德森健康行为理论.....	20
三、影响机制.....	21
第三节 研究假设.....	25
第二章 数据来源、变量选取和模型构建.....	28
第一节 数据来源与变量选取.....	28
一、数据来源.....	28
二、变量选取.....	29
第二节 模型构建.....	31
一、模型设定.....	31
二、内生性问题及工具变量选取.....	32
第三章 实证分析.....	34
第一节 描述性统计分析.....	34
一、失能老人长期照护方式选择描述性分析.....	34
二、失能老人养老金待遇描述性分析.....	35

三、控制变量描述性分析.....	36
第二节 模型结果.....	37
一、是否获得照护服务.....	37
二、照护方式选择.....	37
三、内生性检验.....	39
第三节 异质性分析.....	41
一、不同失能程度老人所受影响异质性.....	41
二、不同居住地区失能老人所受影响异质性 .....	42
三、不同子女数量失能老人所受影响异质性 .....	43
第四节 稳健性检验.....	45
一、养老金待遇差异.....	45
二、多元 Logit 模型 .....	46
第四章 研究结论与政策建议 .....	48
第一节 研究结论.....	48
一、长期照护服务覆盖面广,但正式社会化照护服务利用不足 ...	48
二、养老金待遇水平越高的失能老人越倾向选择正式社会化照护 .....	48
三、养老金待遇对机构照护和保姆/护工照护选择的影响存在差异 .....	49
四、养老金待遇对不同失能群体照护方式选择的影响存在异质性 .....	49
第二节 政策建议.....	50
一、政府主导,兜底收入低、重度失能等特困群体 .....	50
二、制度保障,全国推广长期照护保险制度 .....	51
三、依托社区,推动长期照护服务分级供给 .....	52
四、服务整合,扩大覆盖人群.....	53
五、丰富资源,消除城乡差异.....	54
参考文献.....	56

## 绪论

### 一、研究背景与意义

我国人口老龄化进一步加速、失能人口不断增多，如何满足巨大的长期照护需求成为政府和学界关注的重大问题。预计 2035 年，中国 60 岁及以上老年人口将突破 4 亿，在总人口的占比将超过 30%，进入重度老龄化阶段<sup>①</sup>。年龄增加将导致老人生理功能下降，慢性病发生率增加，并伴随不同程度失能（苏群等，2015）。预测显示我国失能老人总量将从 2020 年的 4375 万人迅速增长到 2050 年的 9140 万人（张文良等，2021），长期照护服务财务总需求由 2020 年的 5380 亿元上升至 2050 年的 85308 亿元，增长约 16 倍（董惠玲，等 2022）。“一人失能，全家失衡”，家庭承担巨大的养老压力。随着我国社会高速发展、现代化进程加速以及市场化竞争的加剧，城市职工面临的就业和家庭照护的矛盾更加尖锐；伴随着工业化和城镇化的加速，越来越多的农村劳动力向城市转移，农村家庭照护的机会成本也不断增加。同时，随着子女数量减少，家庭规模逐渐小型化，由家庭提供非正式照护的传统模式显然难以为继（杨团，2015）。因此，单纯依靠家庭提供照护服务已经难以适应我国当前经济社会的需要，长期照护变成整个社会共同的责任，更多的社会化照护服务支持变成必然的要求（葛延风等，2020）。“十四五”规划明确提出：支持家庭承担养老功能，构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。然而 9 成以上失能老人主要依靠家庭照料，社会化照料形式较少（苏群等，2015）。社会养老功能尚不完善，社区和机构养老发展尚不充分，存在资源错配的问题，无法精确满足当前的照护需求（胡宏伟等，2022），而有需求未满足的失能老人的死亡风险比照料需求完全满足的失能老人高出约 7.8 个百分点（陈宁，2020），如何妥善处理失能老人的长期照护问题成为亟需解决的社会问题。

非正式家庭照护是长期照护的主要模式，在当前乃至今后很长一段时间内仍占据主导地位。这一方面是因为中国传统孝道文化和“养儿防老”观念让老人更愿意和子女住在一起（左东梅等，2011）。自新石器时代起，人们就形成以血缘关系为纽带的氏族公社，公社内成员共同承担赡养老人的义务。随着古代“家庭”概念的产生，养老模式由集体养老向家庭养老转化，家庭成员承担养老责任。此后，孝道文化的广泛传播形成了尊老、敬老的社会风气和价值取向，根深蒂固的“养老敬老”文化核心历

<sup>①</sup> 国家卫生健康委老龄司司长王海东在国家卫生健康委员会 2022 年 9 月 20 日新闻发布会上答记者问。



经千年而不变，家庭和子女成为老人晚年老有所养、老有所乐的支柱所在<sup>②</sup>。因此，老人倾向于让子女照护，而父母由他人照护或安置在养老院也被子女视为不孝行为。另一方面是长期照护成本激增，正式社会化照护费用高。“未富先老”、无法支付专业照护服务所需的高昂费用导致失能老人正式照护服务利用不足（周春山，2015）。尽管非正式家庭照护仍是多数家庭首选，但对于身体机能较差的老年人而言，其社会照护服务需求是一种客观的、刚性的、不可逆的需求（田北海等，2014），需求无法满足将会严重降低老人的晚年生活质量。

购买力不足是失能老人较少选择正式社会化照护服务的主要原因。从目前正式社会化照护服务的实施方式来看，除特困人员和“五保”户外，正式社会化照护服务主要以商业、半商业的模式提供。2020年实际领取城镇职工社会养老保险的1.3亿人年均养老金为39465.61元，而领取城乡居民社会养老保险的1.6亿人年均养老金仅2088.04元<sup>③</sup>，多数失能老人无法依靠养老金购买正式社会化照护服务。虽然自2005年开始，我国企业职工养老金待遇水平连续上调，为失能老人选择正式社会化照护服务提供更多的可能性。但总体来看老年人养老金待遇仍然偏低，且不同群体间差异明显。随着老龄人口总量和比例快速增加，公共养老金替代率仍呈下降趋势。

失能老人养老金待遇水平低、差异明显以及长期照护服务利用不足严重影响健康老龄化社会的构建。二十大指出：要在病有所医、老有所养、住有所居、弱有所扶上持续用力，建成世界上规模最大的社会保障体系、医疗卫生体系；健全社会保障体系，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系，扩大社会保险覆盖面<sup>④</sup>。《人力资源和社会保障事业发展“十四五”规划》指出：要推进社会保险待遇水平与经济社会发展的联动调整<sup>⑤</sup>。相关学者也指出：照护服务体系面临着资源不足且分布不均、有效需求不足与正式照护服务有效供给不足的双重困境（张瑞利等，2022），城乡间和地区间养老金待遇存在明显差异（张宁等，2022），基本养老金收入不足以支撑老年人购买机构养老服务（阳义南，2021）。因此，本文通过研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响，了解可能选择正式社会化照护服务的老年群体，是坚持在发展中保障民生的具体体现，也是相关部门制定合理长效的长期照护政策、健全社会保障体系的重要依据之一。

本文具有以下的理论意义：一是丰富了长期照护研究内容。目前学者主要聚焦长期照护方式之间的关系及照护方式对照护主体的影响研究，针对长期照护方式选择的

<sup>②</sup> 朱海龙,欧阳盼. 中国人养老观念的转变与思考[J]. 湖南师范大学社会科学学报,2015,44(01):88-97.

<sup>③</sup> 根据国家统计局2020年度城乡居民养老保险年支出总额和实际领取城市居民养老保险人数计算得出。

<sup>④</sup> 习近平. 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗[N]. 人民日报,2022-10-26(001).

<sup>⑤</sup> 人力资源与社会保障部. 人力资源和社会保障部关于印发人力资源和社会保障事业发展“十四五”规划的通知[EB/OL]. [http://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgnr/ghtj/fzgh/202107/t20210702\\_417552.html](http://www.mohrss.gov.cn/xxgk2020/fdzdgnr/ghtj/fzgh/202107/t20210702_417552.html). 2021-06-29.

研究较少。本文研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响，为养老和长期照护两个重大课题提供微观基础，做出边际贡献。二是拓宽了研究视角。现有研究多从人口学、社会学考察长期照护方式选择的影响，本文从经济学视角出发，基于消费行为理论构建新古典家庭决策模型，研究养老金对失能老人长期照护方式选择的影响，进一步丰富现有研究。

本文具有以下的现实意义：一是为推动长期照护保险全面实施贡献力量。当前我国长期照护保险仍处于试点阶段，不同试点地区在服务供给方式、内容上存在差异。长期照护保险是解决失能老人长期照护问题的根本保障制度，确保长期照护保险顺利实施并推广全国至关重要。本文从养老金待遇出发，研究其对失能老人长期照护方式选择的影响，为长期照护保险的缴费、支付方式提供了参考，有利于推动长期照护保险落地。二是更好促进失能老人对长期照护服务的利用，实现健康老龄化。目前我国失能老人长期照护以非正式家庭照护为主，选择正式社会化照护服务的较少。人口老龄化、高龄化、家庭结构小型化、少子化等现实情况导致失能老人对正式社会化照护的需求不断增加。因此，研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响，有利于针对性采取措施提升长期照护服务利用率，更好地满足失能老人照护需求。

## 二、国内外研究综述

长期照护体系是二战后西方发达国家在社会保障体系建设过程中探索出来的，集日常照料与专业照护为一体的保障体系。其目的是使那些不具备自我照护能力的失能、失智者能够继续获得需求满足、尽可能的独立、自主及自尊。国内外文献对长期照护服务的研究起源于失能老人。首先，在失能对象的评估方式上，国内外有多种测量量表，如常用的 Barthel、Lawton 和 Brody 工具性日常生活活动量表、Katz 量表，以及在 OECD 国家中较多使用的国际功能/残疾和健康分类 ICF、InterRAI 评估系统。其次，界定为失能、失智者提供的照护服务为长期照护服务，由此开启长期照护的系列研究。

学者对长期照护的研究主要包含以下几个部分：一是老年人健康状况的动态演化。通过数据模拟预测老年人的失能概率及其转移（刘欢等，2021）、失能老人的需求及其发展趋势（尹尚菁等，2012），包括失能老人数量与结构（景跃军等，2017）、照护时间的预测（黄枫等，2012）以及长期照护服务费用的预测（李新平等，2019；胡宏伟等，2021）。二是探讨不同照护方式对失能老人照护需求的满足情况及照护主体的影响（余央央、封进，2018；刘雯薇，2021），包括照料者的身体健康（刘岚等，2010）、心理健康（黄国桂等，2017）、就业状况（陈璐等，2016；吴燕华等，2017）

以及被照料者的健康状况（顾大男等，2006）等。三是照护方式之间的关系。学者们通过研究发现正式家庭照护和非正式社会化照护之间存在替代或互补效应（黄枫等，2017；张瑞利，2018）。最后是失能老人长期照护方式选择的影响因素（姜向群等，2014；刘妮娜等，2016；彭希哲，2017）。基于现有文献的研究脉络，本文就失能评估指标、长期照护方式及其选择影响因素三个方面展开分析。

## （一）失能评估指标

目前国内外学者多采用单一维度量表对失能程度进行评估，主要有以 ADL（Activity of Daily Life）和 IADL（Instrumental Activities of Daily Living）为代表的日常生活活动能力量表（海龙等，2018；孙敬华，2019）和以国际功能/残疾和健康分类 ICF、InterRAI 评估系统为代表的国际通行指标体系（YANG M et al., 2014；彭希哲等，2018）。

日常生活自理能力 ADL 最早由 Katz 等人于 20 世纪 50 年代提出，主要从人体功能发育学的角度设置洗澡、穿衣、上厕所、移动、控制大小便和吃饭 6 个指标。ADL 被广泛运用于老年人基本生活能力和活动能力的测量，是反映老年人失能程度的重要指标之一，也是反映老年人健康状况的重要指标。然而，也有一部分学者认为 ADL 的测量指标过于单一，限制条件严苛。M.P.Lawton 和 E.M.Brody（1969）借助统计等科学方法引入了工具性日常生活自理能力 IADL 的概念。IADL 量表包括自己乘车、购物、做家务、洗衣、做饭、打电话、理财、服药等内容，以上功能受损虽然不会严重影响老年人的日常生活，但是会限制失能老人参与社交，进而严重影响老年人的生活质量。目前关于日常生活活动能力的测量主要采用 ADL 和 IADL 量表，代表失能老人进行日常活动和社交行为的能力。然而，基于老人汇报的日常生活、活动能力数据收集受被调查者主观因素的影响较大，结果往往有偏，导致该量表的评估信度受人诟病。因此，采用客观操作方式收集的数据得到广泛应用，如通过让失能老人原地转圈、下蹲站立等方式来判断老人在从事某项活动时的受限情况。

《国际功能，残疾和健康分类》（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）是世界卫生组织在 2001 年 5 月 22 日第 54 届世界卫生大会上正式命名并在国际上使用的分类标准。ICF 为从生理、心理、社会角度研究失能老人所受到损伤的影响研究提供了支持，它从身体健康状况、活动能力和社交能力等多角度对失能老人的功能进行探索。ICF 主要由两个部分组成，第一部分用身体功能和身体结构代表功能和残疾，分别用字母“b”和字母“s”表示，第二部分用环境代表背景性因素，用字母“e”表示。ICF 采用了标准的数字字母编码系统，对收集到的广泛信息如诊断、功能和残疾状况进行编码，以一种统计、标准的语言和框架来描述

老人健康相关信息。同时，这种标准化的语言使得数据可以在全世界的不同学科和领域进行有效交流。国际化居民评估工具（International Resident Assessment Instruments, InterRAI）是一套国际间协作的无缝综合评估系统网络<sup>®</sup>，包括职能独立性衡量（FIM）以及内部/最小数据集（MDS）（Glenny C et al, 2009）。其中职能独立性衡量（FIM）由 13 项运动量表和 5 项认知量表构成，前者包括运动、转移和活动能力，后者则测量交流和社会认知能力。内部/最小数据集（MDS）由 300 多个项目组成，包含大量患者特征：功能状态、入院史、医疗状况和其他信息。InterRAI 将上述两部分内容进行整合，在问卷中形成规范的定义和编码，甚至在一些机构中强制使用。InterRAI 的规范性也使其得以在国际中流通，并被欧美等发达国家广泛使用。但该方法的数据资料比较庞杂，对信息化技术水平要求较高，数据的收集和整理所需的高昂费用限制了发展中国家的使用。

也有学者认为目前单一维度量表存在局限，应构建多维度指标体系（刘欢等，2021）。刘欢等以 ICF《国际功能，残疾和健康分类》理论框架的交互影响理念为依据，从多维度视角构建失能测度指标体系，包括活动受限、身体功能与结构损害、参与受限及健康四个维度。但国内多数学者仍采用的是曾毅等人的测量方法，即基于日常生活活动功能及工具性日常生活活动功能进行测定（曾毅等，2010；尹尚菁，2012；黄枫，2017）。本文依据日常生活活动能力量表，结合 CLHLS 中关于吃饭、洗澡、穿衣、如厕、室内活动、大小便六项指标来判定老人是否失能及失能程度。

## （二）长期照护方式

总的来说，我国长期照护具有方式多样化、内容碎片化的特点，学术界因研究视角不同生成了多种长期照护方式分类标准。有学者根据照护主体和照护地点将长期照护分为家庭照护、社区照护和机构照护（唐咏，2012），或分为家庭照护、居家照护和机构照护（陶涛等，2014；李强等，2015；苏群等，2015）。其中家庭照护是家庭成员在家提供照护，居家照护是专业照护人员在家提供的照护服务，机构照护是老人入住机构接受照护。而更多学者是将长期照护划分为正式照护和非正式照护（曹艳春等，2013；林莞娟等，2014；贾仓仓，2021）。学者认为这种分类方式的划分依据是“是否付费”，如果付费就是正式照护，不付费就是非正式照护（刘妮娜等，2016）。但正式照护并不是都需要个人付费，非正式照护也存在个人收费的可能。因此，更多学者认为是根据照护主体的不同进行划分（K. Bolin et al., 2010；林莞娟等，2014；黄枫等，2017）。

### 1. 正式照护

<sup>®</sup> InterRAI 官网， <https://interrai.org/>.

正式照护是指由政府、社会卫生机构、专业护工等主体提供的具有组织化、市场化特点的照护服务，一般需要付费。政府多以直接购买的形式免费或低价为符合条件的人群提供照护服务；社区照护中心、养老院、康复中心等社会卫生机构以商业/半商业的模式提供有偿服务；专业护工提供的照护服务一般视为市场行为。

不同正式照护主体提供的内容有所差异，但基本涵盖以下几点：一是医疗护理服务，包括疾病预防、及时就医、创伤敷裹、疼痛管理、正确用药、康复训练、以及其它必要的护理内容；二是个人卫生服务，包括帮助失能老人梳头、刮胡子、刷牙、更换清洗生活用品等；三是饮食服务，包括准备食物、帮助失能老人就餐等；四是日常活动服务，包括帮助老人穿衣、脱衣、起床、上床、上下楼、闲逛等；五是家务服务，包括扫地、拖地、清洁等。六是社会服务，协助失能老人参加一些社会活动等。七是精神慰藉活动，包括陪老人聊天、谈心等。

照护内容不同，收费也不同。政府提供的照护服务主要针对特殊群体且免费或低费，失能老人及其家庭需要负担的成本较低，如汪连杰（2021）将国家贫困线、国家贫困线的 1.5-2.5 倍作为测算农村“双困”老人长期照护成本的标准；社会卫生机构提供长期照护服务的成本因运营模式不同而有所不同。社区日间照护中心以半商业的模式运营，享受国家补贴，费用较低，家庭经济压力较小。而纯商业性质的护理机构或养老院，每月费用因服务内容和质量不同几百到上万元不等，如李新平等（2019）通过天津市 431 家养老机构网上报价计算得到人均照护成本范围在 1001.14 元/人/月—2481.71 元/人/月；专业护工的费用则受当地经济水平、照护周期、照护等级等因素的影响，但普遍呈上升趋势，如失能老人在广东省三级医院接受“一对一”的生活照料平均每天支付护工费 132-160 元，接受“一对多”的生活照料平均每天支付 45-65 元<sup>⑦</sup>。而本文 CLHLS 样本中失能老人月平均养老金为 1382.12 元，单纯依靠养老金绝大多数失能老人无力购买正式社会化照护服务。

## 2. 非正式照护

非正式照护是指由家庭成员（主要包括配偶、父母和子女）、亲戚、朋友等主体提供的非组织化、非市场化的无偿服务（贾仓仓，2021）。《中国家庭发展报告 2015》数据显示，我国城乡老年人家庭照护者由老年人配偶、儿子儿媳、女儿女婿、其他亲属和雇佣保姆构成。我国自古以来就有家庭观念，家庭成员之间互相照护、互相扶持。数千年的传统养家文化让老年人在日常照料方面对家庭成员产生高度依赖。城市失能老人大多数有养老金或福利金，在照护方式选择上尚有余地。经济条件差的老人选择少，更多的依赖家庭照料（陈欣欣，2011）。由此可见，家庭是长期照护的重要主体，在长期照护中发挥重要作用。余央央（2018）通过数据发现家庭照料能释放老年人医

<sup>⑦</sup> 史瑞芬,刘银燕,张振路.广东省 110 所三级医院护工收费情况的调查[J].护理学杂志,2015,30(23):43-45.

疗服务需求、增强医疗服务可及性。但子女上学、外出务工使家庭照护的功能有所弱化。其次是亲戚、朋友提供的照护服务，由亲戚、朋友提供的长期照护服务与家庭成员提供的长期照护服务类似，但稳定性、充分性、持久性都相对较弱。

研究表明，目前我国的非正式照护主要由女性提供（吕利丹，2016）。虽然我国传统“养儿防老”孝道文化认为儿子在父母养老中承担更大的责任，现实中照护责任却转嫁到儿媳身上，儿媳提供的照护支持高于儿女，在农村甚至高于配偶（张友琴，2001）。西方国家的研究也发现女性在家庭照护中承担着重要角色，美国家庭照护提供者中 50%是妻子，40%是女儿和儿媳（Baldwin, 1990），其中女儿提供 ADL 帮助的可能性是儿子的 3.22 倍，提供 IADL 帮助的可能性是儿子的 2.56 倍<sup>⑧</sup>。提供长期照护不仅会影响到女性的劳动供给（黄枫，2012；范红丽等，2015），降低女性的工作收入（田文泽等，2020），甚至会对女性的心理健康产生不同程度的影响（陈璐等，2016；吴燕华等，2017）。由此可见，相对于正式照护，以家庭照护为主的非正式照护方式不仅在专业性上存在短板，而且可能对照护者尤其是女性照护者的劳动力供给、心理健康产生不良影响。

从服务内容看，非正式照护服务仍然涉及到正式照护服务的七个模块，即医疗护理服务、个人卫生服务、饮食服务、日常活动服务、家政服务、社会服务。不足的是，非正式照护提供的医疗护理服务仅包含就医、正确用药等内容，缺乏专业性的护理内容。

从成本角度看，非正式照护无需付费，但这并不意味着非正式照护“零成本”（胡宏伟等，2022）。非正式照护产生的照护成本往往难以直接用具体货币数值衡量，但其以隐性成本的方式间接存在。一方面是照护者在时间、工作机会和收入水平等方面的隐性损失。如李新平等（2019）以天津市发布的 2014 年居家服务等行业在岗职工人均工资水平 34012 元/年作为测算依据。另一方面是照护者可能面临的精神压力、身心健康压力，以及由于社会参与不足而带来的潜在社会隔离等问题（胡宏伟等，2021）。由此可见，非正式照护产生的隐性成本同样会对家庭成员产生压力。

表 1 两种照护方式服务内容和成本的差异

照护方式	医疗护理服务差异	照护成本差异
非正式照护	基础喂药、送医等服务	隐形成本
正式照护	专业医疗护理服务	护工：X 百元/天；养老院：1814.47 元/月 <sup>⑨</sup>

<sup>⑧</sup> Dwyer J W and Coward R T. A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired parents[J]. Journal of gerontology, 1991, 46(5) : S259-S269.

<sup>⑨</sup> 护工收费根据地区、照护对象和照护时间而不同，几百元/天不等；养老院费用根据《北京养老机构市场研究报告 2020》中 2019 年北京市养老院平均价格及国家统计局中 2019 年北京和全国居民人均消费支出计算得出。

### 3.正式照护和非正式照护的关系

关于正式照护和非正式照护之间的关系，Sergi 和 Cristina（2011）认为正式照护和非正式照护之间存在四种关系：替代、补偿、互补以及具体任务差异。替代模式是指当一种照护方式存在时，可以替代另一种替代方式的作用。如 Van Houtven et al.（2004）发现，美国家庭照料和专业照料之间存在较强的替代作用，即家庭照料不仅可以减少护理院和居家护理服务的使用，也可以减少医疗服务的使用，降低医疗支出。王学义等（2013）基于中国老年人健康长寿影响因素调查（CLHLS），通过多层线性模型发现，社会化照料可以在一定程度上减少家庭照料时间，但健康状况作为有效的调节变量，随着老年人失能程度的加深，其影响作用减弱，最终不能代替家庭照料；补偿模式可以理解为替代模式的一种，但是补偿模式认为只有当非正式照护无法满足长期照护需求时，正式照护才发挥作用。刘雯薇（2021）基于 CLHLS 调研数据运用服务利用决策的两阶段模型对我国老年人子女非正式照护和养老机构正式照护利用之间的关系进行分析，发现子女非正式照护的可及性和机构正式照护在决定是否接受正式照护时存在补偿效应，而在选择正式照护负担水平时，两者之间则存在替代效应；互补模式认为仅依靠一种服务无法满足失能老人的长期照护需求，长期照护需求增加时正式照护需求和非正式照护需求同步增加（Bremer P et al., 2017）；具体任务差异模式可视为特殊的互补模式，该模式认为两种模式的任务分工不同，非正式照护满足监护等需求，正式照护满足专业护理需求（Penning M J et al., 1990）。

根据上述分析，正式照护和非正式照护在照护内容和费用上存在一定的差异，而费用是影响消费选择的主要因素。因此，本文参考主流的长期照护划分方式，将长期照护分为非正式家庭照护和正式社会化照护（彭希哲，2017），其中非正式家庭照护包括配偶照护、子女照护及其他，正式社会化照护包括机构和保姆/护工照护。

### （三）长期照护方式选择的影响因素

养老院、照护中心等正式社会化照护机构为失能老人提供了完善的设施、专业的照护、同龄人环境，但存在成本高、质量参差不齐、子女探望不便、老人自由度低等问题。非正式家庭照护让失能老人享受到熟悉的生活环境、低经济成本、高自由度、隐私保护等，却存在“拖累”家人、产生家庭矛盾、照护不专业、老人身体状况越来越差等问题。因此，正式社会化照护和非正式家庭照护各有所长，选择受到多方面因素的影响。目前国内外学者对失能老人长期照护方式选择影响因素的研究可以归为安德森模型中的三个因素：需求因素、倾向因素、使能因素。

#### 1.需求因素

需求因素是指影响失能老人长期照护服务需求的因素，主要是身体健康状况。身

体健康状况（失能、失智程度、患慢性病状况等）是影响失能老人长期照护方式选择的重要因素（彭希哲等，2017）。Wallace S. P. et al. (1998) 认为失能程度高、健康状况恶化的老年人对正式社会化长期照料服务的需求更大。李强等（2015）通过山东省农村失能老人的调查数据发现患慢性病数量越多和日常生活自理能力越差的农村失能老人对机构照护持越高的认可度。高龄、身体健康状况较差、生活自理能力较弱的老年人有更高的社会养老服务需求总体水平（田北海等，2014）。也有学者发现失能程度高的老人选择正式照护的概率存在差异，苏群等（2015）通过 2011—2012 年中国健康长寿调查数据（CLHLS）实证研究发现，相比于轻度失能老人，重度失能老人选择正式照护的概率更低，而中度失能老人选择正式照护的概率更高。出现这种现象是因为重度失能老人接近临终，而子女对临终老人的支持与陪伴有助于缓解老年人临终痛苦，提高其临终阶段的生命质量，故而老人倾向将临终地点选择在家中（张韵等，2017；张文娟等，2021）。总的来说，学者们普遍认为身体健康状况越差的失能老人越倾向于选择正式社会化照护，临终老人倾向居家照护。

## 2. 倾向因素

倾向因素先于行为，是产生某种行为的动机或愿望，或是诱发产生某种行为的因素。失能老人的教育程度、照料者的主观态度（即安德森模型中的倾向因素）也是影响失能老人长期照护方式选择的重要因素（王莉莉，2014）。教育通过老年人提高服务认知直接提高老年人对养老服务的利用<sup>⑩</sup>，也可以通过影响老年人的经济收入、对服务的理解和认知及向有关部门申请服务的能力间接提高正式照护服务的利用<sup>⑪</sup>。彭希哲等（2017）通过研究家庭首要照料者为老年人提供照料的意愿，发现主要照料者照料意愿越消极，失能老人越倾向于选择社会化养老服务。但目前对照料者主观态度的研究较少，缺乏系统的定量分析。

## 3. 使能因素

使能因素是促使某种动机或愿望能够达成的因素，主要指达成某一行为所需要的条件和资源，包括个人、家庭和社会多个层面。个人或家庭的经济状况是影响失能老人长期照护方式选择的重要因素（曹杨等，2021；张文娟等，2014）。学者们普遍认为个人收入、家庭收入、转移支付等经济因素和失能老人选择正式社会化照护成正相关关系。正式社会化照护一般是付费的，所以经济状况好的失能老人选择正式社会化照护的概率更高。McGarry & Schoeni（2000）通过美国 1940-1990 年人口普查中孤寡老人样本发现：收入增长，特别是社会保障福利的增加，会增加老人独居或者入住

<sup>⑩</sup> Yeatts D E and Crow T and Folts E. Service use among low-income minority elderly: strategies for overcoming barriers[J]. The Gerontologist, 1992, 32(1) : 24-32.

<sup>⑪</sup> Wallace S P et al. The persistence of race and ethnicity in the use of long-term care[J]. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 1998, 53(2) : S104-12.



养老院的概率。姜向群等（2014）认为老年人经济状况越好，选择机构照料的可能性越高。张文娟等（2014）发现较高的收入水平提高了老年人对于机构养老服务的购买力，也会增强他们选择机构养老的偏好。曹杨等（2021）通过对 2005—2018 年中国老年人健康长寿影响因素调查数据的分析发现：家庭人均年收入越高，老年人使用社会照料的比例明显越高。但也有学者发现经济状况与失能老人长期照护方式选择之间并不是完全的正相关关系，经济状况低于一定标准将享受政府的兜底服务。如墨西哥老年人当中低收入老年人比高收入老年人更有可能使用较多的正式服务，两者之间呈负相关关系<sup>⑩</sup>。彭希哲等（2017）发现经济收入对老年人正式长期照护方式的选择具有明显“U 型”效应。

作为失能老人主要收入来源的养老金会对其长期照护方式选择产生影响。领取养老金降低了代际联系，降低了老人与子女同住的可能性（余靖雯等，2023），进行照护失能老人的照护选择。郑超等（2023）基于 CHARLS 数据使用断点回归设计方法发现参加新农保会显著提升老人和子女分开居住和依靠养老金收入养老的概率。程令国等（2013）通过对中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）2008—2011 年两期面板数据进行差分内差分分析发现：老年人参保后依赖子女照护的可能性下降，购买市场服务的可能性上升。张川川等（2014）发现农村养老金收入会降低老人获得代际支持的概率，“社会养老”对“家庭养老”有一定的替代作用。参加基本社会养老保险同样会正向影响老年人的照护服务购买意愿（凌文豪、郝一潼，2023），王增文（2017）发现老人社会保障收入增加会提高社会护理服务利用率，降低家庭照护服务的利用率。

其他使能因素如是否长期照护保险也会对老年人的长期照护方式产生影响（张文娟等，2014）。舒展等（2022）通过对 CLHLS2014 年和 2018 年数据的实证分析发现城市失能老人参加长期护理保险后选择机构照护的概率更高。朱铭来等（2021）通过 2011~2018 年 CHARLS 数据实证分析发现长期护理保险会挤出家庭照护。长护险政策的实施可以减轻家庭经济负担，为失能老人的照护模式提供更多选择（蔡伟贤等，2021）。

#### （四）研究述评

本文从失能测量指标、长期照护方式分类、长期照护方式选择的影响因素对已有文献进行分析。从现有文献的分析结果来看，学者们普遍认为身体健康状况、教育程度、经济状况等因素会对失能老人长期照护方式选择产生影响。现有文献多数都肯定社会保障收入对失能老人利用正式社会化照护服务的促进作用，为研究养老金待遇对

<sup>⑩</sup> Myunghan Choi et al. Predictors of Home Health Care Service Use by Anglo American, Mexican American and South Korean Elders[J]. International Journal of Research in Nursing, 2010, 1(1): 8-16.

失能老人长期照护方式选择提供了基础。同时，长期照护保险也会促进失能老人对长期照护服务的利用。但目前我国长期照护保险政策仍处于试点阶段，尚未形成可推广全国的模式。因此，鉴于长期护理保险的“缺位”以及养老和长期照护的紧密关系，本文从养老金视角研究失能老人长期照护方式选择，为推动长期照护保险的实施提供参考。

以往文献的研究仍有局限。一是现有研究多集中于对一般老年人照护方式的选择影响因素进行分析，专门针对失能老年群体的研究较少（张争艳、王化波，2016；焦亚波，2010）。二是现有研究多使用小型区域、因项目需要而涉及的问卷进行研究，使用大型公开数据的研究较少（张文娟、魏蒙，2014；张国平，2014；李敏，2014）。即使使用大型公开数据，研究也集中于对某种照护方式的影响，缺乏对多种照护方式选择的影响因素研究。三是研究方法多用社会人口学的方法（苏群，2015；姜向群、刘妮娜等，2014），而忽视了安德森健康行为模型在公共卫生、卫生医疗领域的广泛应用同样适用于长期照护研究。

那么，如何解决失能老人的照护困境？养老金作为失能老人的主要收入来源是否会对其照护方式选择产生影响？会产生何种影响？本文利用“中国健康与养老追踪调查”大型公开数据，考察失能老人长期照护服务利用现状，基于本土化修正的安德森健康行为模型研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响，并从失能程度、居住地区、子女数量三个方面进行异质性分析，最后提出政策建议引导失能老人更好地利用长期照护服务资源，促进老年社会的健康发展。

### 三、研究思路、内容与方法

#### （一）研究思路与内容

本文以 65 岁-105 岁失能老人为研究对象，在消费行为理论和安德森健康行为理论的基础上，利用中国老人健康影响因素调查（CLHLS）2008-2009 年、2011-2012 年、2014 年、2018 年四期的截面数据，构建 IV-Heckman 模型研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响。选取合适的工具变量解决可能存在的内生性问题，并从失能程度、居住地区、子女数量三个方面进行异质性分析。将养老金待遇按照三分位点分为高中低三等、长期照护方式分为五类结合多元 Logit 模型进行稳健性检验。通过研究养老金待遇对失能老人长期照护方式的影响，提出针对性的政策建议引导失能老人更好地利用长期照护服务资源，促进老年社会的健康发展。具体的研究内容框架如下：

绪论。首先分析本文的研究背景，指出我国人口老龄化加速背景下失能老人数量增加、长期照护需求增加。但家庭小型化使传统家庭照护模式难以为继，养老金待遇低、差异明显又制约了失能老人购买正式社会化照护服务，导致失能老人长期照护服务利用存在阻碍的现实问题。根据现有文献分析养老金待遇与失能老人长期照护方式选择的关系，明确本文的理论意义和现实意义。

第一章，概念界定、理论基础与研究假设。首先，对本文的关键概念进行界定。其次，通过消费行为理论、安德森健康行为理论理清养老金待遇和失能老人长期照护方式选择的关系，为变量的选取提供依据。最后，根据理论分析提出研究假设。

第二章，数据来源、变量选取和模型构建。首先，对本文选取的数据进行简要说明并介绍选取该数据的原因。其次，确定研究对象，选取关键变量，包括根据工具性日常生活能力量表（IADL）和日常生活活动能力量表（ADL）筛选研究对象失能老人，从数据中提取出需要研究的自变量、因变量和控制变量，说明选取原因和标准，最后根据研究内容建立理论模型。

第三章，实证分析。本章首先通过描述性统计分析对失能老人的养老金待遇、长期照护方式选择、控制变量进行分析。其次，基于大型公开数据构建 IVHeckman 模型进行实证分析，研究养老金待遇对失能老人是否获得长期照护、长期照护方式选择的影响，对结果进行解释说明。接着从失能程度、居住地区、子女数量三个方面进行异质性分析，并将自变量养老金待遇分为高、中、低三等，照护方式分为配偶照护、子女照护、其他、保姆照护以及机构照护五类，利用多元 Logit 模型检验实证结果，确保结果的稳健性。

第四章，研究结论与政策建议。在理论分析、实证分析的基础上，本章将养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响进行全面总结，并根据养老金待遇对不同失能老人长期照护方式选择影响的差异针对性地提出政策建议，旨在促进失能老人长期照护服务利用，实现健康老龄化。

## （二）研究方法和技术路线图

本文的主要研究方法包括文献分析法、理论分析法和定量分析法。

一是文献研究法。基于传统家庭照护方式难以为继、失能老人正式照护服务利用不足的现实问题，对失能老人长期照护的相关文献进行分析，理清失能老人界定标准、长期照护的分类方式以及可能影响失能老人长期照护方式选择的因素。以此为基础确定本文的研究内容和思路。

二是理论分析法。通过消费行为理论构建新古典家庭决策模型，发现养老金待遇会对失能老人长期照护方式选择产生影响；长期照护涉及医疗服务，通过安德森健康

行为理论确定本文的控制变量。通过理论分析，确定本文的研究变量为后续研究提供支撑。

三是定量分析法。基于中国老年健康影响因素调查（CLHLS）2008-2009年、2011-2012年、2014年、2018年四期的截面数据，构建IV-Heckman模型，选取合适的工具变量解决可能存在的内生性问题，并进行异质性分析和稳健性检验，得出养老金待遇对失能老人长期照护方式选择影响的结论并提出相应的政策建议。

本文的技术路线图如下：

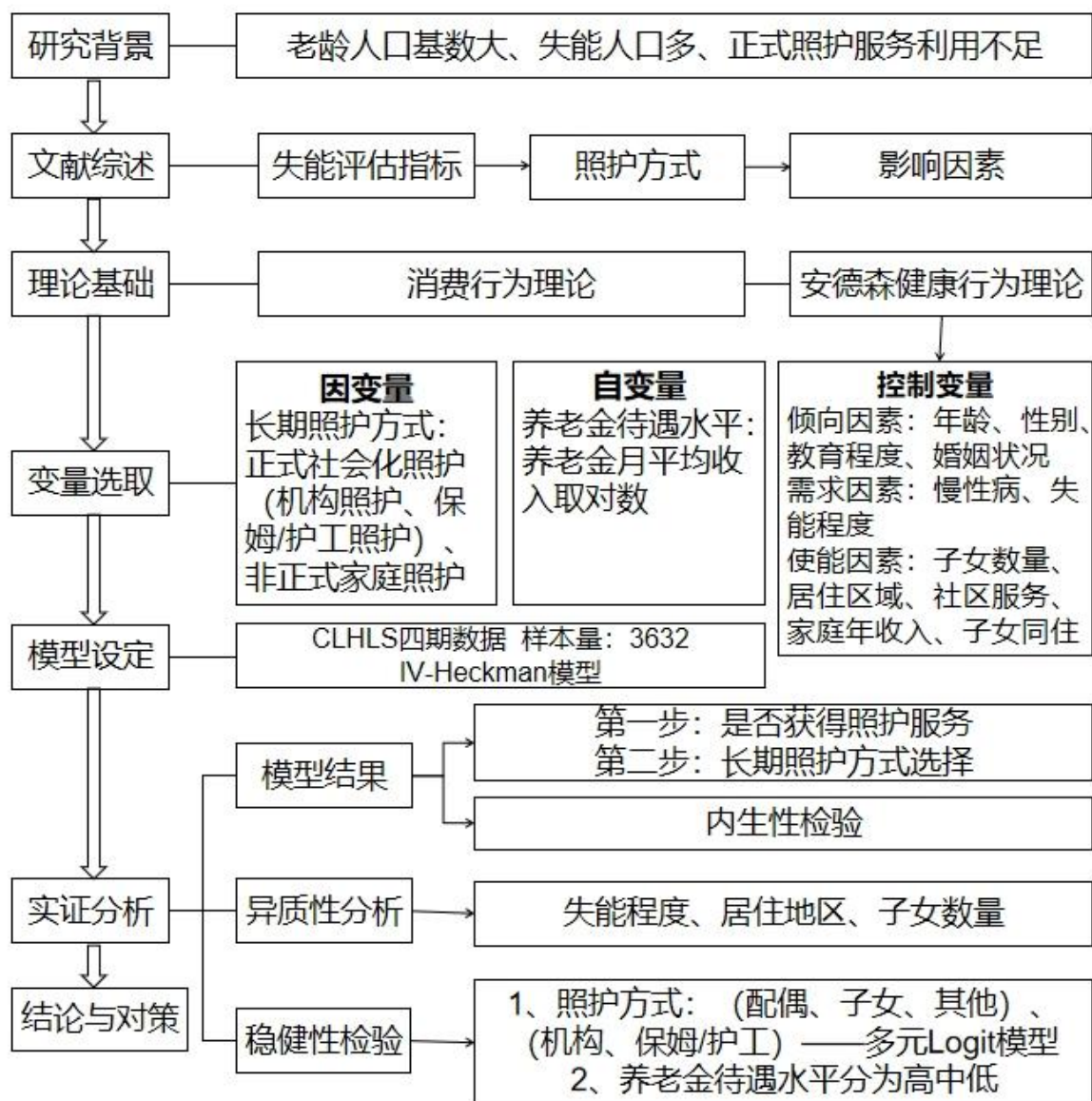


图 0-1 技术路线图

## 四、创新之处与不足

### （一）创新之处

本文的边际贡献可能有以下两个方面：

第一，本文聚焦失能老人，在消费行为理论的基础上构建新古典家庭决策模型，以家庭为决策主体研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响研究，拓宽了研究视角。

第二，在研究方法上，本文选取了有效的工具变量，对模型中存在的内生性问题进行了检验；此外，现有研究多基于安德森健康行为理论，研究个体特征对失能老人照护方式选择的影响，却忽视了家庭关系和家庭互动的影响。而行为科学往往将一个人的行为放在个体自身的行为特点和他所生活的环境及个体与社会之间互动的关系当中去理解。因此，本文引入消费行为理论，以家庭为决策单位研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响。结合安德森健康行为理论，添加个人特征失能程度、家庭特征子女数量、社会特征居住地区作为控制变量，并从三个方面进行异质性分析，使结论更加可信。

### （二）不足之处

本文主要研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响，虽然尽可能保证研究的科学性，但由于数据限制以及个人能力有限仍存在不足之处，主要体现在以下几个方面：

一是存在遗漏变量。长期照护保险会降低家庭经济压力，增加失能老人选择正式社会化照护的概率。但受数据限制，本文未能引入是否参加长期照护保险作为控制变量。因此，实证模型可能存在遗漏变量，导致实证结果存在误差。

二是失能老人的测量维度单一。尽管目前学术界已经对多维度失能测量指标展开研究，但尚未就失能测量的具体指标达成共识。考虑到尚未建立广泛使用的失能测量指标体系以及数据的局限性，本文仍使用日常生活活动能力单一量表对失能老人进行界定，维度单一。未来应尝试构建多维失能指标量表对失能老人进行精细化分类，进而探索不同类型失能老人所需的长期照护服务类别。

三是长期照护方式的分类有局限性。长期照护方式的分类方式多样，尽管本文在稳健性分析中将正式社会化照护分为机构照护和保姆照护进行进一步分析，但缺乏对社区照护的研究。未来应进一步探索失能老人更为细致的长期照护方式分类方式，探究每一种照护方式的影响差异。

# 第一章 概念界定、理论基础与研究假设

## 第一节 概念界定

### 一、失能老人

失能老人主要指因年迈虚弱、残疾、疾病、智力障碍等原因失去生活自理能力的老人（彭希哲等，2018）。2021年8月我国医保局、民政部出台长期护理失能等级评估标准，该标准包括日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力三个一级指标以及细分的17个二级指标。该指标将老人分为基本正常、轻度失能、中度失能、重度失能一级、重度失能二级、重度失能三级共六个等级<sup>③</sup>。国外针对失能老人的界定有标准、规范的评估指标体系，如ADL和IADL、ICF以及InterRAI评估系统，其中依据ICF以及InterRAI评估系统得出的信息在国际调查研究中具备广泛适用性。

随着老年人口不断增加、老龄化程度不断加重，我国失能人口增加且失能率随年龄增加而上升。表1-1显示了最近四次人口普查的总人数和各年龄化人口占比，由表可知1990年到2020年60岁以上老年人口占比翻倍，在2020年高达18.70%。表1-2、图1-1汇报了第六次、第七次人口普查10%抽样数据60岁以上人口及生活不能自理人口数量。由表1-2可知，在人口普查口径仅统计完全失能老人的条件下，2020年相较于2010年老年人口失能率有所下降但是总量仍在增加。2020年60岁以上生活不能自理老人598118人，占比2.66%。由图1-1可知老年人口生活不能自理比例随年龄增加而迅速攀升。此外，由于疾病以及年龄增加导致的身体机能退化等原因，老年人自65岁进入老年期开始，前10年基本能够自理，此后普遍存在由轻度到重度的失能状态，其中预期轻度、中度、重度失能时间分别为4.42年、0.88年、0.63年（张立龙、张翼，2017）。而女性老人的预期寿命长于男性，相应的带残存活时间也长于男性。60岁男性老人平均预期照料时间为3.6年，女性为5.37年（郭秀云等，2019），且女性老年人口失能率高于男性群体（董惠玲等，2022）。

中国有关失能老人的政策词汇中，多采用“半失能”、“全失能”等较为笼统的概念。这一方面是因为各长期照护保险试点地区的评估指标存有差异，未形成统一、规范的失能评估指标体系，在国际交流和国情对比上存在困难。多数地区不仅将失智老人排除在外，不完善的评估指标也导致长期照护服务分级供给难以推动。另一方面

<sup>③</sup> 国家医保局办公室 民政部办公厅关于印发《长期护理失能等级评估标准（试行）》的通知 [EB/OL].[http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/3/art\\_53\\_5759.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/3/art_53_5759.html).2021-08-03.

是失能老人往往和国家政策扶持对象相联系，将重度失能老人列为政府兜底对象<sup>④</sup>，却忽视了更广泛的轻度、中度失能老人的照护需求。

表 1-1 人口普查各年龄段人口比重

普查年份	总人口（万人）	各年龄段人口比重（%）			
		0-14	15-59	60+	65+
1990	113368	27.69	63.74	8.57	5.57
2000	126583	22.89	66.78	10.33	6.96
2010	133972	16.60	70.14	13.26	8.87
2020	141178	17.95	63.35	18.70	13.50

表 1-2 2010、2020 年 60 岁以上人口及失能人口数量

人群	性别	2020		2010	
		人数	比例（%）	人数	比例（%）
60 岁以上人口	总计	22523103	100	17658702	100
	男	12132008	53.86	8607680	48.74
	女	13211093	58.66	9051022	105.15
生活不能自理	总计	598118	2.66	520221	2.95
	男	261474	2.16	216596	2.52
	女	336644	2.55	303625	3.35

数据来源：第六次、第七次人口普查 10% 抽样数据

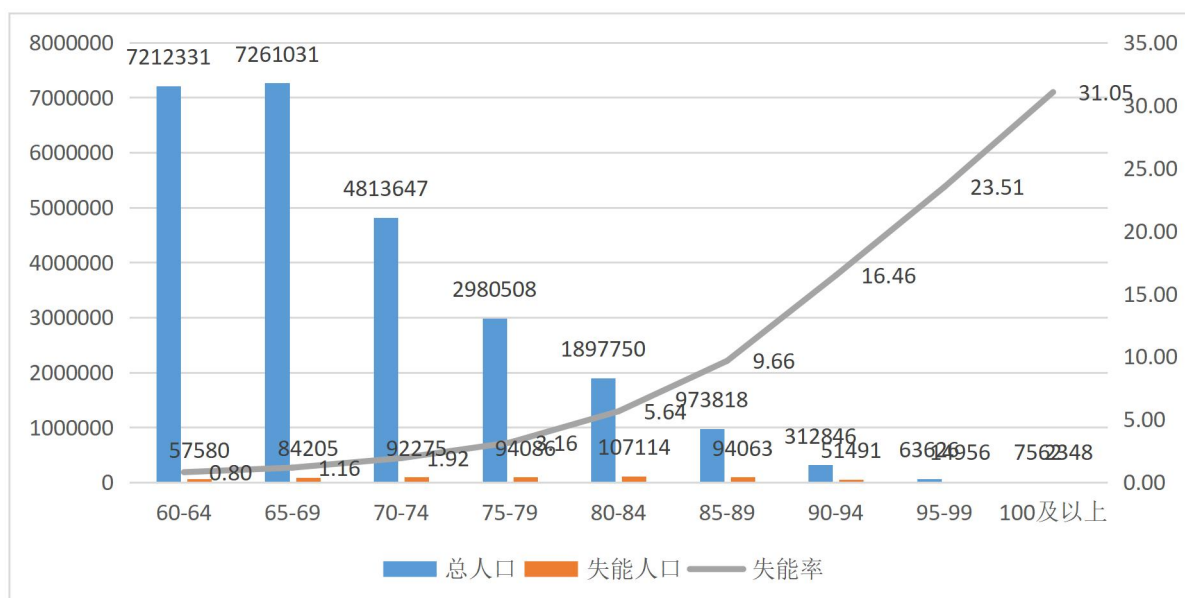


图 1-1 2020 年老龄人口及失能人口按年龄统计

<sup>④</sup> 人力资源社会保障部办公厅《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》指出：长期护理保险制度以长期处于失能状态的参保人群为保障对象，重点解决重度失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等所需费用。

## 二、长期照护

长期照护在国际上通称为 Long-Term Care, 简称 LTC。关于长期照护, 不同国家和学者有不同的称呼, 如“长期照顾”、“长期护理”、“长期照料”、“长期养护”、“养老护理”等, 各种称呼因其研究视角不同而有所侧重。就长期照护的“长期”而言, 不同学者就有不同的观点。如美国健康保险协会 (HIAA, 1997) 把长期护理定义为: 在较长的时期内, 持续地为患有慢性疾病 (如老年痴呆等认知障碍) 或处于伤残状态下 (即功能性损伤) 的人提供的照护。由此可以看出美国健康协会认为长期照护是有时间限定的, 其发生在较长的时期内。也有学者对长期照护的时间做出了明确的时间界定, 如 Manton (2006) 认为, 生活不能自理且照料时间在 90 天以上的为长期照料。部分学者认为长期照护并无时间长短之分, 持续时间长未必就是长期, 持续时间短未必就是短期<sup>⑤</sup>。

长期照护与养老、医疗以及传统意义上的家庭照料有所不同, 是一种针对失能老人提供的集日常照料、医疗护理等服务与一体的系统安排。国际卫生组织 (WHO) 曾将长期照护定义为: 由非正规照护提供者 (家人、朋友或邻居)、正规照护提供者 (卫生、社会及其他专业人士) 以及志愿者提供的护理照料活动体系, 以保证那些不具备完全自我照料能力的人, 能继续得到其个人喜欢的、较高的生活质量, 获得最大可能的独立、自主、参与、个人满足及人格尊严。Morris Robert、Kane Rosalie A 在 1988 年就对长期照护这一概念进行界定, 认为长期照护是在持续一段时期内给丧失活动能力或从未有过某种程度活动能力的人提供的系列护理、照料服务, 目的在于维持或促进身体功能, 增强其自主生活能力<sup>⑥</sup>。杨团 (2015) 认为长期照护是指满足因各种原因持续性丧失活动能力者对保健和日常生活的需求, 包括从饮食起居照料到急诊或康复治疗等一系列长期的综合性服务。综上所述, 本文将长期照护定义为: 为因失能、失智等原因在持续一段时间内丧失自我照顾能力的老年人提供连续、无固定期限的日常照料和专业照护服务, 使其保有自尊、自主及独立性或享受有品质的生活。

参考彭希哲等 (2017), 本文倾向将长期照护分为非正式家庭照护和正式社会化照护, 前者包括配偶照护、子女照护、其他, 后者包括机构照护和保姆/护工照护。此种划分方式基于两方面原因: 一是两种方式的照护主体不同, 前者主要是失能老人的家庭成员, 后者则是“陌生”的照护人员; 二是是两种方式在是否付费上存在差异, 前者一般不需要付费, 而后者则需要付费。

<sup>⑤</sup> 吕国营,周万里.长期照护,何为长期?[J].中国民政,2016(17):28-30.

<sup>⑥</sup> Morris Robert and Kane Rosalie A. and Kane Robert L.. Long Term Ca-re: Principles, Programs, and Policie s[J]. Journal of Public Health Policy, 1988, 9(4) : 568-568.



### 三、养老金待遇

养老金待遇也称退休金、退休费，是一种最主要的养老保险待遇。其设立目的是为了保障老年人的基本生活需求，为其提供稳定可靠的生活来源。我国养老三支柱分别是基本养老保险、职业年金/企业年金以及个人储蓄型养老保险和商业养老保险，其中基本养老保险覆盖面最广，是我国退休老年人的主要收入来源。本文养老金待遇以失能老人退休后领取的城镇职工/城乡居民月平均基本养老保险金衡量。

养老金待遇差异一方面体现在参加城镇职工养老保险和城乡居民养老保险领取养老金差异。自2012年以来，企业退休人员月人均养老金从1686元增长到2987元，城乡居民月人均养老金从82元增长到179元<sup>①</sup>。从图1-2也可以看出，从2016年到2020年，尽管城镇职工年均养老金与城乡居民年均养老金的倍速关系从22.39倍下降到19.25倍，但两者之间的差额仍在不断扩大<sup>②</sup>。另一方面体现在企业退休群体与机关事业单位退休群体的差异，即养老金双轨制。养老金双轨制从制度上决定了企业职工和机关事业单位工作人员养老金存在差异，尽管养老金双轨制已经全面取消，养老金差异却仍然存在。

可以从养老金替代率变化趋势看养老金待遇差异。养老金替代率（RR<sub>t</sub>）是指养老金给付与工资的比率<sup>③</sup>，是反映退休人员生活水平的经济指标。我国养老金制度设立至今，虽然政府多次提升退休人员养老金待遇，但是受到养老金待遇差异较大、货币贬值及物价上涨的影响，养老金实际替代率呈下降趋势。自1997年我国全面实施养老保险制度以来，养老金替代率就一度从76.3%下降到2011年的43.3%（袁中美，2013）。2010年—2015年，中国城镇企业职工养老保险替代率在40%—45%之间。面对20年来我国经济的飞速发展，养老金收益率的上升速度远不及社会平均工资水平的增长率，养老金替代率下降直接降低了退休人员的购买力。虽然多年改革使机关事业单位养老金的替代率逐年下降，但2018年高出企业13个百分点<sup>④</sup>。因此，养老金替代率低、待遇差距明显已经对失能老人的购买力产生重要影响，成为其利用正式社会化服务的严重阻碍。

<sup>①</sup> 敖蓉. 社会保障体系建设进入快车道[N]. 经济日报,2022-09-09(009).

<sup>②</sup> 根据国家统计局数据计算得出，计算公式为：城镇职工年均养老金=城镇职工养老保险基金支出/离退休人员参加养老保险人数；城乡居民年均养老金=城镇居民社会养老保险基金支出/城乡居民社会养老保险实际领取待遇人数

<sup>③</sup> 袁志刚.中国养老保险体系选择的经济学分析[J].经济研究,2001(05):13-19.

<sup>④</sup> 高程玉,王亚柯. 我国城镇职工的养老保障水平及变化[J]. 保险研究,2022,(08):100-111.

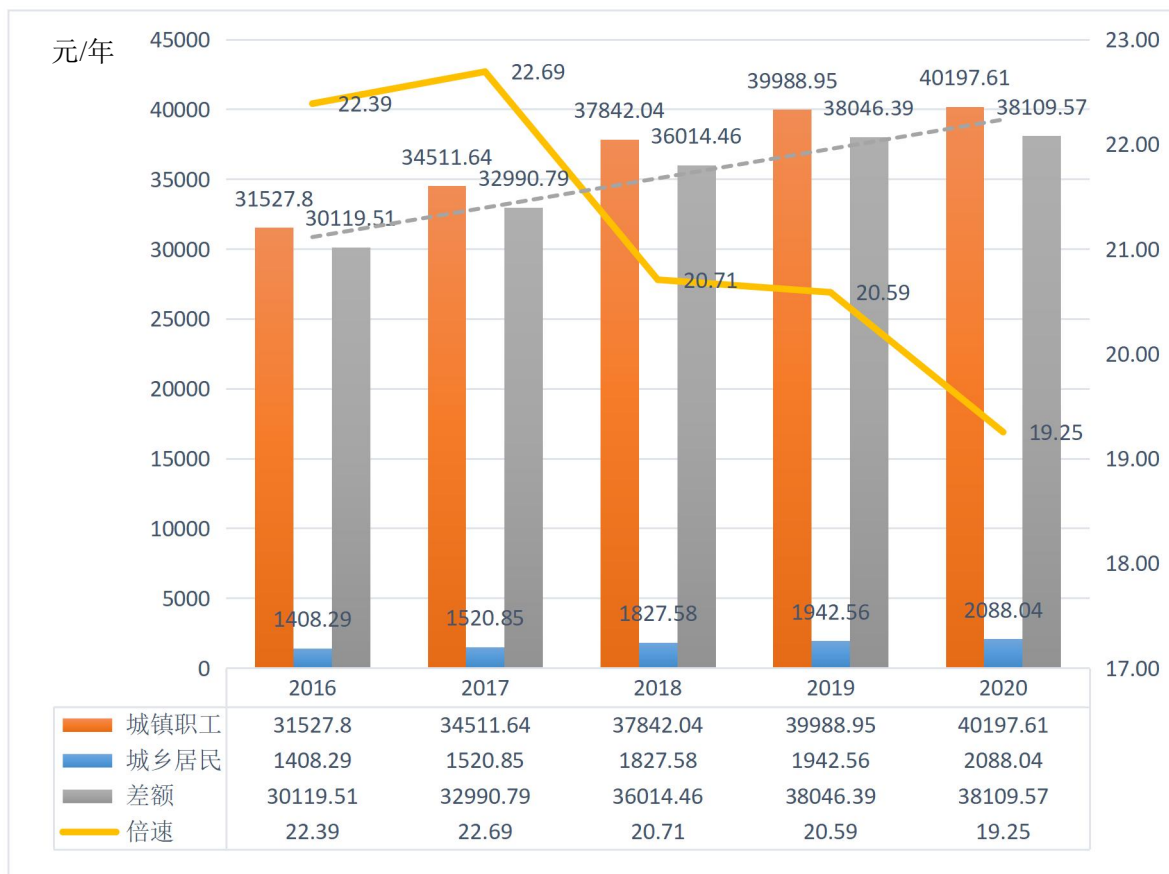


图 1-2 2016-2020 年城镇职工和城乡居民年养老金变化趋势图

## 第二节 理论基础

### 一、消费行为理论

消费行为理论又称效用理论，主要研究如何在消费和收入之间进行合理分配，从而达到效用最大化。正式社会化照护服务需要付费使用，失能老人选择长期照护方式是消费行为，适用于消费行为理论。

假设失能老人为理性人，在作出长期照护方式选择决策时会综合考虑，即权衡非正式家庭照护带来的隐形成本以及正式社会化照护的经济成本。根据综合考量作出最优决策，以实现家庭效用的最大化。这符合共同偏好模型中 Becker（1981）构建的利他主义模型，即新古典家庭决策模型。尽管失能老人是长期照护服务的主要使用者，但在选择长期照护服务时仍然要和家庭进行沟通、协商，仅当失能老人无法表达意愿时由子女、家人做出决策。参考 Becker（1981）的做法，本文构建一个新古典家庭决策模型。家庭的决策由父母和子女共同做出，决策将实现家庭总效用的最大化。

按照消费行为理论，在既定的预算约束下，父母和子女共同决定长期照护的方式，从而使家庭效用最大化。家庭存在两种照护方式选择：非正式家庭照护和正式社会化

照护。不同的照护方式代表不同的消费选择，也具有不同的效用水平。具体来看，第  $i(j, t, s)$  种照护方式下的效用函数为：

$$U^{LTC}(F, H, C^M, C^N; \alpha, \varepsilon) \quad (1)$$

其中， $F$  是指正式社会化照护，包括入住机构、居家护工/保姆； $H$  是指非正式家庭照护，主要指配偶、子女提供的家庭照护； $C^M$  是指父母除照护外的其它消费； $C^N$  是指子女的消费； $\alpha$  是指反映家庭成员对家庭照护偏好的参数； $\varepsilon$  是指环境因素，即做出决策时家庭老人的健康状况，其在一定程度上决定了老人的照护需求以及照护选择。需要指出的是，不同照护方式选择下效用水平不必相同，如在相同条件下，家庭成员对家庭照护偏好不同（即  $\alpha$  存在差异）就可能选择不同的照护方式。因此，给定消费集  $X_0$ ， $U^j(X_0, \alpha, \varepsilon) \geq U^t(X_0, \alpha, \varepsilon)$ 。

第  $i$  种照护方式下家庭面临的预算约束为：

$$P^F F + P^H H + C^M + C^N = Y^M + Y^N(H, W) + Pension \quad (2)$$

其中， $P^F$  是正式社会化照护的市场价格； $P^H$  是子女提供的非正式家庭照护的机会成本，不同照护模式下子女提供照料的时间和成本不相同。如选择正式社会化照护后，子女提供非正式家庭照护的时间将大幅缩减甚至几乎为零； $C^M$  是父母除照料以外的消费， $C^N$  是子女消费，其价格标准化为 1； $Y^M$  是父母退休前收入， $Y^N$  是子女的收入，其受到子女提供的非正式家庭照护  $H$  以及工资率  $W$  的影响，且可简单认为子女收入是关于子女提供非正式照护  $H$  的减函数，关于工资率  $W$  的增函数。 $S$  代表父母的养老金待遇。

关于家庭的最优选择，首先在既定的照护方式  $i$  下选择最优的消费集  $(F^*, H^*, C^{M*}, C^{N*})_i$ ，从而得到该照护方式下的效用最大化选择：

$$\tau_i = \tau_i(P^F, P^H, W, S; \alpha, \varepsilon) = U_i(F^*, H^*, C^{M*}, C^{N*}; \alpha, \varepsilon) \quad (3)$$

其中  $\tau_i$  是第  $i$  中照护方式下家庭的间接效用函数。

其次，家庭通过比较不同照护方式带来的效用水平，选择效用水平最高的照护方式，即

$$i^* = \operatorname{argmax}\{\tau_i(P^F, P^H, W, S; \alpha, \varepsilon)\}, i \in (j, t, s) \quad (4)$$

由此对应着不同的照护方式  $i^*$  下相应的消费组合  $(F^*, H^*, C^{M*}, C^{N*})_{i^*}$ 。

由 (4) 式可知，失能老人退休后获得的养老金待遇  $S$  会对其照护方式选择产生影响。

## 二、安德森健康行为理论

安德森于 1968 年在其博士论文中创建了医疗卫生服务利用行为模型(Behavioral

Model of Health Services Use, BMHSU), 简称“安德森模型”。该模型初始以“家庭”为基本分析单位, 研究不同家庭医疗服务利用的影响因素, 以倾向特征 (Predisposing Characteristics)、促进资源 (Enabling Resources) 和需要 (Need) 作为影响家庭医疗卫生服务利用的因素, 构成了安德森模型的初始结构。在医疗卫生领域学者大量实证研究的检验下, 安德森模型历经五次填补和修正, 日臻完善。分析单位从“家庭”转向“个人”, 分析视角从“个人”扩展到外部环境, 并广泛应用于美国及欧洲等医疗卫生服务研究领域 (李月娥等, 2017)。

本文研究失能老人长期照护方式选择的影响因素, 长期照护服务包含医疗卫生服务, 在公共卫生健康领域广泛应用的安德森健康行为理论同样适用于长期照护服务研究。此外, 目前长期照护保险在中国处于试点阶段, 未形成系统的长期照护保险体系, 个人偏好、经济实力仍是影响失能老人长期照护方式选择的主要因素, 使用安德森模型符合中国情境。

然而, 安德森健康行为理论是在西方产生、发展的一种理论, 直接在中国情境下使用可能存在一定的争议。因此, 本文参考彭希哲等 (2017) 的做法, 将安德森健康行为模型进行修正, 综合考虑中国传统居住文化 (如子女同住)、家庭文化 (子女数量、同住) 等因素可能产生的影响。依托现有数据并结合前人研究选取本文的控制变量, 如表 1-3。其中倾向因素主要是失能老人个人特征, 包括性别、年龄、受教育程度、婚姻状况四个变量; 需求因素包括直接影响失能老人长期照护服务需求的是否患慢性病和失能程度两个变量; 使能因素包括居住区域、子女数量、社区服务、家庭年收入和子女同住, 囿于数据的可获得性, 本文未能选择是否参加长期照护保险作为控制变量。

表 1-3 控制变量

控制变量										
倾向因素				需求因素			使能因素			
性 别	年 龄	受教育 程度	婚姻 状况	是否患 慢性病	失能 程度	居住 区域	子女 数量	社区 服务	家庭 年收 入	子女 同住

### 三、影响机制

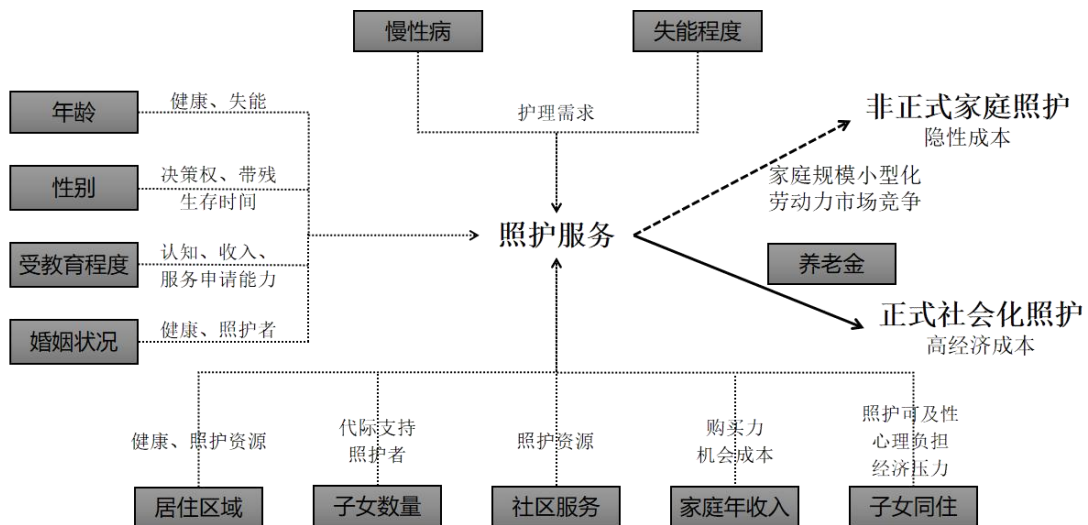
可以从不同的研究视角看待失能老人长期照护困境。一是在资源视角下, 失能老人所占有的社会资源相对匮乏, 在社会资源利用上存在困难。二是在社会发展视角下, 随着家庭逐渐小型化、核心化以及人们对“养儿防老”等传统观念的新认识, 依靠传统非正式家庭照护方式已经难以为继。三是在价值视角下, 代际伦理责任偏移、传统孝道文化遭受挑战, 老年人家庭权威转移, 传统养老模式受到前所未有的挑战 (候藹,

2023)。基于以上分析，并结合现有文献，养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响可能存在以下影响路径：

一是养老金待遇会导致失能老人产生不同的长期照护服务需求，从而影响长期照护方式选择。养老金待遇较低时，失能老人对长期照护的需求局限与日常起居照护，如衣食住行等，此类日常照护需求可以通过家庭成员的帮助进行满足，失能老人不愿额外给家庭成员增加经济负担。而养老金待遇较高时，失能老人的长期照护需求更加多元，除日常照护外还包括医疗服务、护理服务、康复训练等。专业化照护需求的增加使失能老人更倾向于选择专业的正式社会化照护。

二是养老金待遇会对家庭预算约束产生影响，在家庭作出消费决策时影响长期照护方式选择。根据消费行为理论，正式社会化照护服务费用较高，失能老人选择正式社会化照护是一种消费行为。而养老金待遇是失能老人的主要收入来源，也是家庭预算约束的一部分，会对家庭购买力产生影响。当失能老人养老金待遇较低时，购买正式社会化照护服务会给家庭增加经济负担，家庭在长期照护方式选择时倾向于让未工作者或者收入低的家庭成员承担照护责任，以避免额外支出。当失能老人养老金待遇较高时，家庭成员无须额外支出或仅需较少支出就足够使失能老人购买正式社会化照护服务，此时家庭决策倾向于选择正式社会化照护。

三是养老金待遇会提高失能老人的家庭地位，增加家庭权威。收入较少时，失能老人多接受代际转移以支撑自己购买照护服务，此时话语权相对较少，做出家庭决策时家庭成员的需求为主，失能老人被动接受家庭成员的长期照护安排。养老金较高时，失能老人在家庭中地位增加，可以更自由的做出长期照护方式选择。



长期照护服务包含医疗卫生服务。根据安德森健康行为模型，倾向因素、需求因素、使能因素会对失能老人长期照护方式选择产生影响。从倾向因素来看，高龄老年人由于年岁较高、生理机能退化、生活自理能力下降，产生较高的照料护理需求（黄国桂等，2017）。因此，年龄越高，失能老人选择正式社会化照护服务的概率也就更高；男性老人的健康状况一般不如女性，且男性对养老院的接受度显著更高（陶涛等，2014），因此选择正式社会化照护的概率更高。此外，与老年女性相比，老年男性更可能接受子女的照料，这可能与传统家庭文化中男性拥有较大的话语权有关（陈欣欣等，2011）。而随着社会的发展，女性的“生存优势法则越显著”，女性的平均预期寿命更长，相应的带残生存时间就越长，且女性的失能率一直高于男性（景跃军等，2017）。较长的带残生存时间和相对较高的失能率让女性选择正式社会化照护的概率更高；受教育程度越高老人越倾向选择机构养老（焦亚波，2010）。可以从两个角度分析教育程度对失能老人长期照护方式选择的影响，一是受教育程度高的老人对正式社会化照护的认知更清晰，更容易“脱离”传统的养老文化而选择正式社会化照护，展示出对自身未来生活积极安排。而受教育程度低的老人一方面更容易对传统家庭养老模式产生路径依赖，倾向选择非正式家庭照护，另一方面由于缺乏对正式社会化照护服务的了解，对选择正式社会化照护产生畏难情绪。二是教育程度通过影响失能老人的经济收入、向有关部门申请服务的能力，间接影响照护方式选择；有配偶的老年人的健康程度高于未婚者、离婚者和丧偶者（张翼，2013），且有配偶的老年人接受机构照料的意愿是单身老年人的16.7%（张文娟等，2014）。配偶在失能老人的晚年生活中发挥着重要作用，作为一种“资源”也会对失能老人长期照护方式选择产生影响。即使倾向家庭照护，无配偶的失能老人也有可能“被迫”接受正式社会化照护。

从需求因素来看，我国老人慢性病患者率很高且仍在迅速攀升，共病情况严重（葛延凤等，2020）。患慢性病增加了失能老人对医疗服务和正式社会化照护服务的需求，患慢性病所致的护理需求是老年人愿意入住养老院的是动机之一（左冬梅等，2021）。失能程度是影响失能老人长期照护方式选择的又一因素。失能程度不同，需要的长期照护服务内容也不同，不同失能程度老人所需要的照护内容如图1-4。轻度失能老人仅需要基础的长期照护服务，且照护时间短、频率低，家庭成员可以充当照护者的角色。而中度、重度失能的老人对专业化健康照护服务的需求更加迫切，且所需要基础长期照护服务的时间更长、更频繁，家庭成员一方面不能具备提供照护服务的时间，另一方面也不具备提供专业化健康照护服务的技能。此时，照护机构和具备照护技能的保姆/护工成为满足失能老人长期照护需求的主要提供者。中度、重度失能老人主要由保姆照料的比例是轻度失能老人的2倍（曹杨等，2021）。

从使能因素来看，东部发达地区的正式社会化照护资源更加丰富，中西部地区的

资源相对匮乏，西部基层地区甚至存在交通不便的情况，导致中西部地区老人的居家照护需求明显大于东部地区（丁志宏等，2019）。此外，东部发达地区失能老人的健康状况普遍较好，而中西部大多数地区健康老人的比例较低（杜鹃，2013）；一般认为子女数量多失能老人获得更高代际支持的概率就更高，失能老人选择正式社会化照护的概率就更高，但是也有学者通过研究发现子女给老人的金钱数量多也没有增加老年选择机构长期照护的发生比（姜向群等，2013）；社区提供服务说明失能老人居住地的资源更加丰富，社区便捷的医疗卫生服务会降低他们入住养老机构的可能性（张文娟等，2014），却为失能老人购买保姆/机构照护提供了更多的可能；年轻劳动力是家庭总收入的主要贡献者，他们一方面要劳动赚取收入，另一方面又要承担照护老人的责任。家庭总收入高的家庭，更有可能以“金钱”换“时间”和“精力”，让失能老人接受正式社会化照护（刘西国等，2018）。相反，对于家庭总收入低的家庭，家庭成员照护失能老人的机会成本较低，选择非正式家庭照护的概率更高；与子女同住降低了失能老人获得长期照护服务的门槛，提高了照护服务的可及性，子女“反哺式”养老会降低失能老人的心理负担。相反，同住的子女担心为父母购买正式社会化照护会让父母产生被“抛弃”的感觉，也担心自己被贴上“不孝”的标签。同时，同住的失能老人也不愿额外增加子女的经济压力，与子女同住显著增加了失能老人选择非正式家庭照护的可能性，正式社会化照护仅在子女无时间、无照护能力时作为备选。

表 1-4 不同失能程度老人主要长期照护服务需求

失能程度	生活照料	健康照料	精神慰藉
轻度失能	睡眠照料：布置睡眠环境 清洁照料：更换衣物 活动照料：拄拐助行	测量呼吸脉搏	陪同/陪伴：散步聊天
中度失能	饮食照料：摆放食物和水；整理用物；喂食喂水 清洁照料：整理用物；更换衣服；洗澡 排泄照料：协助去厕所 活动照料：整理用物；搀扶助行；拄拐助行 睡眠照料：观察睡眠	测量血压；测量体温；协助服药；测量呼吸脉搏；陪同就医；物品准备	陪同/陪伴：看书报、读书报、聊天、散步 心理疏导：协助疏导不良情绪；宣讲知识

重度 失能	饮食照料：摆放食物和水；整理用物； 准备体位；喂食喂水	陪同就医；测 量血压；测量 呼吸脉搏；测 量体温；物品 准备；协助服 药	陪同/陪伴：其 他 心理疏导：协 助疏导不良情 绪
	清洁照料：洗头；更换衣服；更换被服；洗 澡；修剪指甲；洗脸；刷牙；梳 头		
	排泄照料：准备用物；协助去厕所；放置便 器；清理用物		
	活动照料：搀扶助行；使用轮椅助行		
	睡眠照料：观察睡眠		

### 第三节 研究假设

不同照护方式不仅有不同的服务内容和成本，带给失能老人的社会参与感也不同。长期照护方式的选择会对失能老人的社会参与度产生重要影响，进而影响失能老人的晚年生活质量，研究失能老人长期照护方式选择确有必要。而养老保险作为我国的主要社会保险之一，对失能老人的购买力、生活质量同样会产生影响。根据消费行为理论，作为失能老人预算约束重要组成部分的养老金待遇会影响其长期照护方式的选择。因此，养老金待遇不同的失能老人对不同长期照护方式的需求、接受度和选择倾向有所区别。丁煜等（2001）根据“厦门区城区老年人生活及供养情况”抽样调查的资料发现享受退休待遇的老年人拥有稳定的收入来源，经济上较强的独立性让该群体对非家庭养老方式呈更高的认可态度。程令国等（2013）通过中国老年健康影响因素跟踪调查（CLHLS）2008—2011年两期面板数据发现新农保提高了参保老人的经济独立性，降低了老人在经济来源和照料方面对子女的依赖，参保老人对社会正式照料的需求有所增加。王增文（2017）通过中国老年健康影响因素跟踪调查数据考察老年人护理服务利用率的变动趋势，发现随着退休收入的增加，老年人更倾向选择社会护理服务而非子女提供的家庭护理服务。彭希哲等（2017）通过对2014年中国老人健康长寿跟踪调查数据的分析发现，收入水平对老年群体照护方式选择存在“U”型效应，相比于低、高收入群体，中等收入群体选择正式照料的概率更低。由此可见，学者们普遍认为收入会影响老人长期照护方式的选择，经济状况越好选择机构照料的可能性越高（姜向群等，2014）。文献综述中已论述，正式社会化照料相对于非正式家庭照料在服务内容上具有优势，能够提供专业的医疗照护服务，但服务的费用相对昂贵。相反，虽然非正式家庭照料无法提供专业医疗照护服务，但却不需要“额外支出”，其成本以占用家庭成员人力等隐形成本呈现。因此，从理论上讲，无论其它条



件如何,较好的经济状况总是可以为失能老人选择正式社会化照护提供更高的自由度。那么,作为失能老人退休后主要收入来源的养老金待遇,是否会影响失能老人长期照护方式的选择?会产生何种影响?因此,本文提出第一个假设:

假设一:养老金待遇越高,失能老人越倾向选择正式社会化照护。

正式社会化照护分为机构照护和保姆/护工照护,两种方式又存在明显的区别。一是失能老人的居住安排不同。选择机构照护的老人一般居住在养老院、康复中心等机构,而选择保姆/护工照护的老人则大多数在家中居住。受我国传统文化的影响,失能老人更倾向在家中居住。失能老人及其家人一方面担心在养老院遭受“虐待”,另一方面也担心居住在养老院会给双方的情感交流带来不便,部分限制老人的活动自由。从这个角度出发失能老人更倾向于居家护工/保姆的照护方式。二是服务的内容不同。机构照护相对于保姆/护工照护能够提供更全面的服务项目,具备更多资源上的优势。但养老院的质量参差不齐,失能老人的家庭成员不易检测服务的质量,而保姆/护工提供照护服务的质量可以随时监测。三是服务费用不同。机构的失能老人较多,规模经济导致人均成本相对较低,相应的照护费用也就更低。而同等照护水平下,居家护工/保姆常见的一对一、一对二照护模式会产生更高的费用,在现实生活中往往也是如此。此外,选择保姆/护工照护模式既有随时更换服务提供方的便利,也面临着保姆/护工随时可走的尴尬境遇。而养老院多采取年/半年/季度的缴费模式,不具备随时退换的便利性。鉴于机构照护和保姆/护工在居住安排、服务内容、服务费用上存在的差异,养老金待遇对失能老人两种正式社会化照护方式选择的影响可能存在差异。因此,本文提出第二个假设:

假设二:养老金待遇对机构照护和保姆/护工照护选择的影响存在差异。

一是失能程度。失能老人可以简单分为轻度、中度和重度失能老人。在上节中讲到失能程度不同的老人所需要的长期照护服务内容存在差异,中度、重度失能老人对专业化医疗、护理项目的需求有更高的需求,而这些专业化照护服务多数由正式社会化照护提供。因此,不能自理程度越高,老人入住养老机构的发生比越大(姜向群等,2014)。对于不同失能程度的老年人,养老金待遇对其照护方式选择的影响可能存在差异。二是居住地区。本文将居住地区分为城市和乡镇。一方面,和城市老年人相比,城镇或者乡村的老年人更希望自己居住(张争艳、王化波,2016),从居留意愿角度不同居住地区的失能老人有不同的长期照护方式选择倾向。此外,农村老年人的收入和长期照护服务可及性低于城市地区,在机构利用上的劣势更加明显(罗艳等,2020)。因此,在失能老人照料模式的影响因素中,经济状况对于城市群体的影响大于农村(苏群等,2015)。由此可见,对于不同居住地区的失能老人,养老金待遇对其照护方式选择的影响也可能存在差异。三是子女数量。子女的情感支持是失能老人获取精神慰

藉的主要渠道之一，多子女老人拥有多项选择的家庭养老资源，可能对家庭养老的方式有更多的依赖和留恋（丁煜、叶文振，2001），有更高的概率从子女处获得的经济支持和照护支持（李强等，2015）。而子女的照护支持对老年人使用家政服务、养老院服务有显著的替代效用（林莞娟等，2014）。女儿数量的增加能显著降低老年人选择养老院的意愿（左冬梅等 2011）。但如果子女和老人在情感上相互独立，那么失能老人更容易选择机构照料（姜向群等，2014）。因此，对于子女数量不同的失能老人群体，养老金待遇对其长期照护方式选择的影响可能存在差异，本文提出第三个假设：

假设三：不同失能程度、居住地区、子女数量的失能老人群体，养老金待遇对其长期照护方式选择的影响存在异质性。

## 第二章 数据来源、变量选取和模型构建

### 第一节 数据来源与变量选取

#### 一、数据来源

本文使用的是中国老年健康影响因素追踪调查（简称“中国老年健康调查”，英文缩写 CLHLS）2008-2009 年、2011-2012 年、2014 年、2018 年四期的截面数据。中国老年健康影响因素跟踪调查在 1998 年进行基线调查后分别于 2000 年、2002 年、2005 年、2008-2009 年、2011-2012 年、2014 年和 2017-2018 年进行了跟踪调查，是国内开始时间最早、坚持时间最长的社会科学调查之一，具备真实性、权威性。此外，该数据覆盖全国 23 个省市自治区，调查对象为 65 岁及以上老年人和 35-64 岁成年子女，调查内容涉及老人及家庭基本状况、社会经济背景及家庭结构、经济来源和经济状况、健康和自评为、认知功能、性格心理特征、日常活动能力、生活方式、生活照料、疾病治疗和医疗费。本文的研究对象是失能老人，研究内容是养老金待遇对失能老人照护方式选择的影响，该数据内容足以匹配本文所需，对本文具有较强的适用性。

根据本文的研究目标，按照以下步骤对样本进行筛选。首先，筛选年龄在 65-105 之间的样本<sup>21</sup>。其次，本文的研究对象为失能老人，删除非失能老人样本。最后，使用 Stata 软件进行模型分析时，会自动剔除关键变量存在缺失值的样本。因此本文将不参与模型分析的样本剔除，最终得到 3632 个有效样本。具体筛选流程如图 2-1。

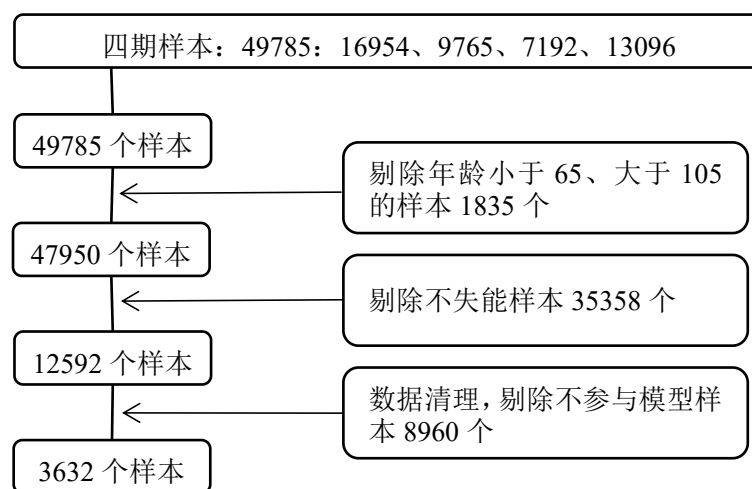


图 2-1 样本筛选流程图

<sup>21</sup> 本文主要研究失能老人，因此剔除 CLHLS 中 35-64 岁成年子女样本；考虑到 105 岁以上老人样本质量较差，无法独立完成问卷调查，因此这部分数据也予以剔除。

## 二、变量选取

### （一）因变量

本文的因变量是失能老人是否获得照护服务以及失能老人长期照护方式选择,其中失能老人是否获得照护服务参考问卷中的 E6-1“您目前在六项日常活动中需要帮助时,谁是主要帮助者”这一问题,回答“无人照顾”则视为未获得照护服务,赋值为“0”,回答其他照护者选项则视为有人照顾,赋值为“1”。失能老人长期照护方式选择分为“非正式家庭照护”和“正式社会化照护”,对应问卷中的 E6-1“您目前在六项日常活动中需要帮助时,谁是主要帮助者”以及 A5-1“您现在与谁住在一起”两个问题,其中 E6-1 选择 10-社会服务、11-保姆以及 A5-1 选择 3-养老机构视为选择正式化社会照料,并赋值为“1”,E6-1 选择 1-9 朋友亲属等照料则视为非正式家庭照料,并赋值为“0”。

### （二）自变量

本文自变量是失能老人的养老金待遇,对应问卷中 F2-6“现在每月领取养老金”。首先将养老金待遇按照 2008 年的可比价格进行转化<sup>22</sup>,其次为缩小数据间的绝对差异,将数据加取自然对数,由此消除数据可能存在的异方差影响<sup>23</sup>。

### （三）控制变量

根据修正后的安德森健康行为模型,本文从倾向因素、需求因素、使能因素三个方面设置控制变量。

#### 1.倾向因素

倾向因素表示失能老人倾向于选择正式化社会照料的因素,本文选取年龄、性别、受教育程度、婚姻状况四个变量,定义如下:

年龄,连续变量;

性别,分类变量,包括男和女,男性赋值为“1”,女性赋值为“0”;

受教育程度,分类变量,分为文盲、小学、初中、高中/高职、大学及以上四类。对应 F1“您一共上过几年学”这一问题,回答“0”代表文盲,赋值为“0”;回答“1”-“6”代表接受小学教育,赋值为“1”;回答“7”-“9”及以上代表接受初中教育,赋值为“2”;回答“10”-“12”代表接受高中/高职教育,赋值为“3”;回答“12”及以上代表接受过大学及以上的教育,赋值为“4”;

婚姻状况,分类变量。问卷中婚姻状况存在已婚、未婚、丧偶多个选项,但考虑到有无配偶直接对失能老人的照护方式选择产生影响,本文将其分为有配偶和无配偶。对应问卷中 F4-1“您现在的婚姻状况是”这一问题,将回答为“1”、“2”已婚的

<sup>22</sup> 根据国家统计局数据公布 2008-2018 居民消费价格指数 (CPI) 年度同比变化情况进行折算,本文养老金待遇及家庭年均总收入均转化为 2008 年的可比价格。

<sup>23</sup> 本文养老金待遇最小值大于 0,因此可以直接取对数。

定义为有配偶，赋值为“1”，将回答为“3” - “离婚”、“4” - “丧偶”、“5” - “从未结过婚”的定义为无配偶，赋值为“0”。

## 2.需求因素

需求因素指直接影响失能老人长期照护方式选择的因素，本文选取是否患有慢性病以及失能程度两个变量（其中第三个变量“活动能力自评”为影响失能老人是否获得照护服务的变量），定义如下：

是否患有慢性病，分类变量。对应问卷中 G14 “您是否患有以下慢性疾病？”这一问题，该问题在问卷中包含 24 种疾病，其中患病率最高的分别为“高血压”、“心脏病”、“中风及脑血管疾病”。考虑到此三种疾病的高发性以及对身体健康的危害性，本文将三种疾病纳入模型，患一种疾病及以上赋值为“1”，三种疾病均不患则赋值为“0”；

失能程度，分类变量。对应问卷中 E1-E6 “在最近 6 个月中，您 XX 时是否需要他人帮助？”这一问题，包含“洗澡”、“穿衣”、“如厕”、“室内活动”、“控制大小便”、“吃饭”六项基本活动。将其中 1-2 项无法自理的老人定义为“轻度失能老人”，赋值为“1”；3-4 项无法自理的老人定义为“中度失能老人”，赋值为“2”；5-6 项无法自理的老人定义为“重度失能老人”，赋值为“3”。本文样本筛选时已经限定研究对象为失能老人，因此并不存在“完全自理老人”；

活动能力自评，分类变量。对应问卷中“在最近 6 个月中，您是否因为健康方面的问题，而在日常生活活动中受到限制？”，如认为没有受到限制，赋值为“0”，否则赋值为“1”。

## 3.使能因素

使能因素是指影响失能老人长期照护方式选择的各种条件和资源。本文选用居住区域、子女数量、社区是否提供服务、家庭总收入和子女同住五个变量，定义如下：

居住区域，分类变量。对应问卷中“被访老人现住址”这一问题，按照老人现居住省份分为西部、中部和东部<sup>24</sup>，其中西部赋值为“0”，中部赋值为“1”，东部赋值为“2”；

子女数量，连续变量。对应问卷中 F10 “请问您一生共生过几个孩子”这一问题；

社区是否提供服务，分类变量。对应问卷中 F14 “您所在社区中有哪些为老年人提供的社会服务？”这一问题，其中包含 8 项服务，内容涉及日常照料和医疗服务。将“上门看病、送药”、“提供保健知识”视为医疗服务，满足其中一项及以上赋值为“1”，一项不满足则赋值为“0”。其它服务视为日常照料，同样将满足一项及以上赋值为“1”，一项不满足赋值为“0”；

<sup>24</sup> 根据国家统计局中统计制度及其分类标准划分

家庭总收入，连续变量。对应问卷中“您们家庭去年全年总收入是多少”这一问题，将收入按照 2008 年可比价格转换后作对数处理；

子女同住，分类变量。子女包含子女配偶，对应“请列出与您一起居住的住户成员的一些有关情况”这一问题，与子女同住赋值为“1”，不与子女同住赋值为“0”。

所有变量的定义及属性如表 2-1 所示：

表 2-1 变量的定义及属性

变量		变量定义	变量属性	
因变量	是否获得照护	0=未获得照护服务；1=获得照护服务	分类变量	
	照护方式	0=非正式家庭照护；1=正式社会化照护	分类变量	
自变量	养老金待遇	月领取养老金取自然对数	连续变量	
控制变量	性别	0=男；1=女	分类变量	
	年龄	年龄	连续变量	
	倾向因素	受教育程度	0=文盲；1=小学；2=初中；3=高中/中专；4=大学及以上	分类变量
		婚姻状况	0=无配偶；1=有配偶	分类变量
		是否患慢性病	0=不患病；1=患病	分类变量
	需求因素	失能程度	1=轻度失能；2=中度失能；3=重度失能	分类变量
	使能因素	居住区域	0=西部；1=中部；2=东部	分类变量
		子女数量	子女数量	连续变量
		社区服务	0=不提供；1=提供	分类变量
		家庭年收入	家庭年收入取自然对数	连续变量
子女同住		0=不同住；1=同住	分类变量	

注：慢性病包括患病率最高的“高血压”、“糖尿病”以及“中风及心血管疾病”，下同

## 第二节 模型构建

### 一、模型设定

本文采用 Heckman 模型，Heckman 模型分为两个部分，第一部分研究失能老人

获得长期照护服务的概率,即养老金待遇与失能老人是否获得长期照护服务之间的关系。本文将失能老人获得长期照护服务赋值为“1”,未获得长期照护服务赋值为“0”;第二部分是针对获得长期照护服务的失能老人,研究养老金待遇对失能老人照护方式选择的影响。本文将失能老人的长期照护方式分类为非正式家庭照护和正式社会化照护两种,前者赋值为“0”,后者赋值为“1”,为0-1变量。两个部分都是二分类变量,因此采用 Probit 模型进行实证分析。在 Heckman 模型中,两部分均是 Probit 模型,虽然不被推荐但是仍然可行。

$$\text{Heckman 模型的一般形式为 } G_i^* = X_i\rho + \mu_i \begin{cases} G_i = 1 & G_i^* > k \\ G_i = 0 & G_i^* \leq k \end{cases} \quad (1)$$

$$Y_i^* = \alpha + \beta_1[\ln(Pension)] + \beta_2X_1 + \beta_3X_2 + \beta_4X_3 + \varepsilon_i \quad (2)$$

在(1)式中, $G_i^*$ 表示失能老人是否获得照护服务; $k$ 为临界值,当 $G_i^* > k$ 时,失能老人获得照护,即 $G_i^* = 1$ ;当 $G_i^* \leq k$ 时,失能老人未获得照护,即 $G_i^* = 0$ ;  $X_i$ 为影响失能老人获得照护服务的变量集合。(2)式中, $Y_i^*$ 表示失能老人的照护方式选择; $Pension$ 表示失能老人的养老金待遇; $\beta_1$ 表示失能老人养老金待遇的估计系数, $\beta_2 \sim \beta_4$ 分别表示控制变量中倾向因素、需求因素、使能因素的估计系数; $\varepsilon_i$ 为误差项。

使用 Heckman 模型需要注意一个问题,第二步模型的解释变量应该是第一步模型解释变量的真子集,即第一步的解释变量要在第二步解释变量的基础上至少再多一个解释变量,同时要求该解释变量为外生变量,本文添加活动能力自评作为该解释变量,失能老人对自己日常活动能力的评价会影响其是否获得照护服务:如果认为自己不需要帮助,则不会主动获得照护服务,认为自己需要照护的失能老人才会主动获得照护服务。活动能力自评仅影响其是否接受照护服务,却不会影响其长期照护方式的选择。而失能老人的自评日常活动能力并不会对其长期照护方式产生影响,在现有学者的研究中可以得到支撑(姜向群等,2014)。因此,该变量选取符合模型要求。

在 Heckman 模型中,第一步计算出加入逆米尔斯比率(inverse Mill's ratio, IMR),并作为控制变量加入第二步回归中,如下式:

$$Y_i = E(Y_i|G_i = 1) + \mu_i = \alpha + \beta_1[\ln(Pension)] + \beta_2X_i + \beta_\delta\delta_i + \mu_i \quad (3)$$

(3)式中 $\delta_i = \rho(X_i\rho)/\sigma(X_i\rho)$ ,其中 $\rho(X_i\rho)$ 为标准分布的密度函数, $\sigma(X_i\rho)$ 为相应的累积分布函数。

为确保结果的稳健性,本文将自变量养老金按照三分位数分为高中低收入三等后再次进行模型分析,将因变量正式社会化照护和非正式照护进一步拆分,使用多元 logit 模型进行稳健性检验。

## 二、内生性问题及工具变量选取

本文选取的自变量养老金待遇可能存在潜在的内生性问题,原因如下:

养老保险和消费（储蓄）行为之间的关系一直备受争议，一部分学者认为领取养老金以前期社保缴费为前提，而前期缴费会挤占个人储蓄，其与财富的积累呈现负相关关系（Beach 等，1984；何立新等，2008；Tsai，2015），表现为抑制效应。如果家庭中老年人拥有的财富信息无法获得，那么养老金待遇对其长期照护方式选择的影响会产生偏差：选择正式社会化照护的概率被低估，选择非正式家庭照护的概率被高估。因此收入来源更丰富的失能老人更有可能选择正式社会化照护，而收入来源单一的失能老人更有可能选择非正式家庭照护。也有学者认为养老金缴费并不会挤占储蓄，养老保险缴费水平对居民储蓄的影响显著为正（杨继军等，2013），表现为促进效应。此时，养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响会产生相反的偏差：选择正式社会化照护的概率被高估，选择非正式家庭照护的概率被低估。因此，养老金待遇可能存在的内生性问题会导致结果产生偏差。

在处理养老金待遇可能存在的内生性问题中，学者们根据研究内容和所选数据选取了不同的工具变量：有根据数据选取地区是否开展新农保试点工作作为新农保参保缴费或缴费比例的工具变量（马光荣、周广肃等，2014；郑晓冬、方向明，2018；周广肃等，2020）、以各个城市在各个年份平均缴费率作为养老保险缴费的工具变量（白重恩等，2012）或以其他家庭养老金领取率作为农村养老保险缴费率的工具变量（于新亮等，2022）。也有学者以年龄、性别、生活地区、教育程度为分组变量构建工具变量，以确保工具变量受单个观测影响相对有限，拥有较好的外生性（赵明、王晓军、李子文，2022）。现有学者选取的工具变量均适应研究内容且数据足以支撑。而本文养老金待遇并未单独研究新农保，且受数据限制无法选取其他家庭养老金领取情况作为工具变量。因此，鉴于研究内容的差异以及数据的可获得性，本文参考王增文（2017）选取养老金领取类型作为工具变量，采用工具变量以解决可能存在的内生性问题。城镇职工和城乡居民养老保险金存在明显差异，因此养老金领取类型与失能老人的养老金待遇高度相关，而养老金领取类型与其他控制变量、随机误差项之前不存在相关性。因此，可以认为养老金领取类型是外生变量，符合工具变量选取的条件。

养老金领取类型根据失能老人 60 岁以前主要从事的工作进行判断，对应问卷中“您 60 岁以前从事什么工作？”这一问题。如果失能老人 60 岁前是农民、无业人员，或者从事家务活动，视失能老人领取城乡居民养老金，视从事其他职业的失能老人领取城镇职工养老金。工具变量  $K_i$  取值如下：如果失能老人领取职工养老金，则取值为 1；如果领取城乡居民养老金，则取值为 0。

$$\ln(\text{pension}) = \gamma_0 + \gamma_1 K_i + \gamma_2 Z_i + \mu_i$$

其中， $K_i$  为工具变量， $Z_i$  为控制变量。 $K_i$  仅通过影响养老金待遇影响失能长期照护方式选择的影响。



## 第三章 实证分析

### 第一节 描述性统计分析

#### 一、失能老人长期照护方式选择描述性分析

通过对中国老年健康影响因素追踪调查四期数据的筛选得到 3632 个样本。在 3632 位失能老人中，有 3587 位失能老人享有长期照护服务，占比 98.75%；未获得长期照护服务的失能老人 45 位，占比 1.25%。由此可见，仅有极少部分失能老人未获得长期照护服务。在未获得长期照护服务的 45 位失能老人中 43 位轻度失能，1 位中度失能，1 位重度失能。此外，鉴于未获得长期照护服务的 45 位失能老人中其他控制变量的统计数据 and 总体样本的差异不大，因此可以判断失能程度较轻是未获取长期照护服务的主要原因。

在获得长期照护服务的 3587 位失能老人中，有 3046 位老人选择非正式家庭照护，占比 84.92%；仅 541 位老人选择正式社会化照护，占比 15.08%，可见确实存在正式社会化照护服务利用较少的现象。将老人按失能程度分类后分析发现，其中 1884 位轻度失能老人中有 183 位选择正式社会化照护，占比 9.71%；726 位中度失能老人中有 134 位选择正式社会化照护，占比 18.46%；1022 位重度失能老人中有 224 位选择正式社会化照护，占比 21.92%，具体的描述性统计结果见表 3-1。由此可见，随着失能程度加重，失能老人选择正式社会化照护的比例上升。而重度失能老人基本完全丧失生活自理能力，理应是选择正式社会化照护的重点人群，但选择正式社会化服务的比例仍然较低，5 人中约 1 人选择正式社会化照护服务。

表 3-1 失能老人长期照护方式选择统计分析

总计	3632	获得照护服务：N=3587（98.76%）		未获得服务 45 （1.24%）
		非正式家庭照护 3046 （84.92%）	正式社会化照护 541 （15.08%）	
轻度失能	1884	1658（88.00%）	183（9.71%）	43（2.28%）
中度失能	726	591（81.40%）	134（18.46%）	1（0.14%）
重度失能	1022	797（77.98%）	224（21.92%）	1（0.10%）

## 二、失能老人养老金待遇描述性分析

全样本养老金待遇的统计特征如表 3-2 所示,3632 位失能老人的养老金平均水平为 1657.86 元/月,取对数后的平均值为 6.31,未达到城镇职工平均养老金水平<sup>25</sup>。其中养老金待遇超过平均值的失能老人有 1381 人,占比 36.58%,大多数失能老人养老金待遇低于平均值。总体来看,按照 2008 年可比价格转化后,养老金待遇最小值为 16.06,说明样本中失能老人中均能获得养老金,但养老金待遇最大值超过 1 万<sup>26</sup>,标准差为 2137.61,说明失能老人群体的养老金待遇存在一定差异。按失能程度分类后,不同失能老人群体的养老金待遇水平如表 3-2 所示。轻度、中度、重度老人失能群体平均养老金待遇分别为 1233.82、1451.12、1606.49 元/月,养老金待遇随失能程度加重而增加,但和全样本的差异不大,组内标准差也和全样本基本相同。

表 3-2 养老金待遇统计分析

样本		观测值	平均值	标准差	最小值	最大值
全样本	养老金待遇	3632	1382.12	1743.61	16.06	9999.00
	养老金待遇 (取自然对数)	3632	6.20	1.64	2.78	9.21
分样本	轻度失能	1,884	1233.82	1621.23	17.23	9999.00
	中度失能	726	1451.12	1820.25	16.06	8613.34
	重度失能	1,022	1606.49	1875.46	17.23	9248.40

考虑到失能老人群体中存在的养老金待遇差异,本文将养老金待遇按照三分位数分为高、中、低三等后再次进行描述性统计分析,分位点分别为 160.58 元、1639.51 元。分类后高、中、低待遇的失能老人数量均约占总数的三分之一,其中低待遇水平的失能老人平均养老金待遇为 85.99 元/月,高待遇水平失能老人平均养老金待遇为 3319.20 元/月,养老金待遇水平组间差异明显,且养老金待遇越高,组内养老金待遇水平的差异越大,具体的分样本统计分析结果见表 3-3。

表 3-3 养老金待遇分样本统计分析

养老金待遇	样本量	占比	平均数	标准差
低待遇水平	1224	33.70%	85.99	40.96
中待遇水平	1182	32.54%	715.12	507.76
高待遇水平	1226	33.76%	3319.20	1702.32

<sup>25</sup> 以 2012 年合并城乡居民社会保险为例,2012 年城镇职工养老金平均约 2.09 万元/年,城乡居民养老金 859 元/年,根据国家统计局整理。

<sup>26</sup> CLHLS 数据库中,将养老金待遇超过 1 万的均设置为 9999,文中三个样本均为 2008 年,因此最高值为 9999。

### 三、控制变量描述性分析

表 3-4 给出了样本的描述性统计结果，共 3632 个样本，按照失能老人现区域划分，城市样本 1391 个，乡镇样本 2241 个。从变量均值来看，城市样本、乡镇样本和全样本的差距不大，其中城市样本的教育程度、家庭总收入的均值略大于乡镇样本，而子女数量、是否同住的均值略低于乡镇样本。全样本的描述性统计分析如下：

在倾向因素中，约 44.3% 的老年人是男性，女性占比高于男性，符合实际情况；失能老人的平均年龄超 91 岁，样本整体呈现出高龄化的特征，符合失能老人群体的年龄特征；受教育程度平均 2.625；约 25.5% 的人拥有配偶，绝大多数老人没有配偶，也就不具备靠配偶提供照护的条件，正式社会化照护的重要性不言而喻。

在需求因素中，患“高血压”、“心脏病”、“中风及脑血管疾病”三种慢性病中一种及以上的失能老人占比 12.6%，与未患慢性病的失能老人相比，患慢性病尤其是患多种慢性病的失能老人生活质量更低，死亡率和致残率更高，更多的医疗服务需求也带来更重的经济负担；失能程度平均值为 1.763，已经接近中度失能，失能制约了老人的日常行为能力，长期照护已然成为刚需；失能老人对自己活动能力的评价均值达 0.8，即 80% 的失能老人认为自己确实处于日常活动能力受限的状况。

从使能因素看，区域均值 1.419，标准差较小，样本在东部、中部、西部分布较为均匀；子女数量均值为 4.317，平均每个失能老人约有 4-5 个子女；社区服务均值 0.556，半数以上失能老人居住的社区提供一项及以上的服务，但仍有相当一部分失能老人无法从所在社区获得任何服务；家庭年收入取自然对数后均值为 10.074，标准差为 1.317，可见家庭总收入在失能老人中存在一定差异；63.8% 的失能老人和子女同住，多数失能老人仍选择传统多代同堂的居住方式。

表 3-4 描述性统计结果

变量		全样本 (N=3632)		城市 (N=1391)		乡镇 (N=2241)	
		均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
因变量	是否获得照护	0.988	0.111	0.988	0.107	0.987	0.113
	照护方式	0.151	0.358	0.266	0.442	0.079	0.270
自变量	养老金待遇 (取自然对数)	6.199	1.638	7.329	1.286	5.498	1.428
控制变量	倾向因素						
	性别	0.443	0.497	0.492	0.500	0.413	0.493
	年龄	91.573	9.067	91.742	8.740	91.468	9.264
	受教育程度	2.625	1.697	2.827	1.477	2.500	1.809
	婚姻状况	0.255	0.436	0.265	0.441	0.249	0.432

续表 3-4

变量	全样本 (N=3632)		城市 (N=1391)		乡镇 (N=2241)		
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差	
需求因素	是否患慢性病	0.126	0.332	0.162	0.369	0.103	0.304
	失能程度	1.763	0.863	1.795	0.878	1.743	0.852
	活动能力自评	0.800	0.400	0.820	0.384	0.788	0.409
控制变量	区域	1.419	0.712	1.507	0.717	1.365	0.703
	子女数量	4.317	2.057	4.011	1.926	4.508	2.112
	社区服务	0.566	0.496	0.567	0.496	0.564	0.496
	家庭年收入 (取自然对数)	10.074	1.317	10.669	0.947	9.705	1.378
使能因素	子女同住	0.638	0.481	0.582	0.493	0.672	0.469
	养老金类型	0.459	0.498	0.817	0.387	0.237	0.426

注：N 为样本数量，其中照护方式全样本、城市、乡镇分别为 3587、1375、2212

## 第二节 模型结果

### 一、是否获得照护服务

表 3-5 (3) 列汇报了 Heckman 模型第一步的回归结果，即养老金待遇对失能老人获得长期照护服务的影响。结果显示，养老金待遇对失能老人获得长期照护服务的影响并不显著。原因如下：一方面养老金待遇低的失能老人同样可以选择经济成本相对较低的家庭照护。即使失能老人的养老金待遇低，出于孝道、道德考量，家庭成员往往也会为失能老人提供照护服务；另一方面，即使失能老人养老金待遇低且不具备家庭照护的条件，我国社会救助制度也会为失能老人提供相应的照护服务。因此，养老金待遇并不会显著影响失能老人对长期照护服务的获取。

### 二、照护方式选择

表 3-5 (2) 列汇报了基础 Probit 模型的回归结果，即养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响。结果显示养老金越高的失能老人选择正式社会化照护的概率更高，而此时估计系数较大，可能存在误差。表 3-5 (4) 列汇报了 Heckman 模型的回归结果，结果显示，养老金待遇与失能老人照护方式选择呈显著的正相关关系，养老金待遇高的失能老人选择正式社会化服务的概率更高，验证了假设一。根据消费行为

理论，选择正式社会化照护可以视为消费行为，养老金待遇作为家庭预算约束的一部分，将会对照护方式选择决策产生影响。而养老金待遇更高的失能老人，其家庭预算约束曲线上移动，选择正式社会化照护服务的概率就更高。

再看控制变量对失能老人照护方式选择的影响。从倾向因素看，男性比女性接受正式社会化照护的概率更低。可能的原因是，与女性相比，男性更难接受非家庭成员的照护服务；年龄越大，接受正式社会化照护的概率越高，但并不显著；受教育程度更高的失能老人选择正式社会化照护服务的概率更高。受家庭观念的影响，老人一般更愿意接受来自家庭成员的照护，而教育程度高的失能老人可能观念更加开放，更愿意接受正式社会化照护的观念；与没有配偶的失能老人相比，有配偶的失能老人选择正式社会化照护的概率更低，且在 1% 的统计水平上显著。有配偶的失能老人往往可以和配偶相互扶持，互相视配偶为自己的照护者。

从需求因素来看，失能程度更重的失能老人选择正式社会化照护的概率更高，且在 1% 的统计水平上显著。失能程度严重的失能老人在时间上需要 24 小时不间断地照护或监护，在内容需要专业化医护服务。因此，当需求无法通过非正式家庭照护满足时，正式社会化照护成为首选。

从使能因素来看，与居住在中、西部地区的失能老人相比，居住在东部发达地区的失能老人接受正式社会化照护的概率更高。一方面发达地区的正式照护服务更加丰富，失能老人的选择更多，另一方面发达地区的社会保障制度更加完善，制度的保障也为选择正式社会化照护提供了支持；子女数量对失能老人长期照护方式选择的影响反而并不显著，这一点本文与陶涛（2014）的研究结论一致；接受社区服务的失能老人选择正式社会化照护服务的概率更高。社区提供服务，失能老人获得正式社会化照护的资源就更多，选择正式社会化照护的概率也就更高；家庭年收入高的失能老人，其选择正式社会化照护服务的概率越高。成本是失能老人选择照护服务不可避免要考虑的因素之一，家庭经济状况好的家庭更可能为失能老人选择正式社会化照护；与子女同住的失能老人选择正式社会化照护的概率降低，一方面子女与老人同住方便非正式家庭照护的提供，另一方面与子女同住的老人往往也不愿额外支出寻求正式社会化照护。

表 3-5 Probit、Heckman 模型结果

自变量和控制变量	Probit	Heckman	
	照护方式选择	是否获得长期照护服务	照护方式选择
养老金待遇	0.321*** (0.000)	0.048 (0.370)	0.314*** (0.000)
<b>倾向因素</b>			
性别	-0.232** (0.002)	-0.213 (0.175)	-0.212** (0.005)

续表 3-5

自变量和控制变量	Probit	Heckman	
	照护方式选择	是否获得长期照护服务	照护方式选择
年龄	0.011** (0.008)	0.051*** (0.000)	0.004 (0.363)
受教育程度	0.310*** (0.000)	0.398*** (0.000)	0.239*** (0.000)
婚姻状况	-0.901*** (0.000)	0.064 (0.742)	-0.903*** (0.000)
<b>需求因素</b>			
是否患慢性病	-0.031 (0.767)	0.073 (0.762)	-0.043 (0.667)
失能程度	0.303*** (0.000)	0.792*** (0.000)	0.234*** (0.000)
活动能力自评		0.004 (0.981)	
<b>使能因素</b>			
区域	0.159** (0.003)	-0.082 (0.437)	0.168** (0.001)
子女数量	-0.023 (0.196)	0.016 (0.672)	-0.027* (0.127)
社区服务	0.207** (0.003)	0.438** (0.004)	0.153* (0.033)
家庭年收入	0.092** (0.005)	-0.015 (0.824)	0.096** (0.001)
子女同住	-1.798*** (0.000)	-0.036 (0.836)	-1.808*** (0.000)
Imr			-9.114** (0.002)
常数项	-5.775*** (0.000)	-4.183*** (0.000)	-4.673*** (0.000)
样本量	3587	3632	3587
Wald chi2(12)	661.12***		1348.65***

注：\*\*\*代表在 1% 的统计水平下显著，\*\*代表在 5% 的统计水平下显著，\*代表在 10% 的统计水平下显著，下同。

### 三、内生性检验

本段讨论模型可能存在的内生性问题，养老金早期缴费可能会挤出或促进个人的储蓄，而收入来源更丰富的失能老人更有可能选择正式社会化照护，收入来源单一的失能老人更有可能选择非正式家庭照护。如果失能老人的财富信息无法获得就会产生内生性问题，忽略内生性问题会导致结果产生偏差。本文选择职业作为养老金领取类型这一工具变量的代理变量，以期解决可能存在的内生性问题，模型结果如表 3-6 所示。

表 3-6 (2) 列首先汇报了 Heckman 模型第二步的回归结果，(3) 列汇报了 IV-Heckman 模型第二步的回归结果，均为边际效应。表格末尾两行汇报了使用弱工

具变量检验的结果，结果显示 AR、Wald 的 p 值均在 1% 的统计水平上显著，据此可认为该变量并非弱工具变量。

从 IV-Heckman 模型的结果来看，自变量养老金待遇的边际效应为 0.035 且在 1% 的统计水平上显著，与 Heckman 模型（0.042）相比有所下降。给定其他变量<sup>27</sup>，失能老人的养老金待遇对数增加一个单位，失能老人选取正式社会化照护的概率增加 3.5 个百分点。由此可见，在解决模型可能存在的内生性问题后，养老金待遇仍对失能老人长期照护方式选择产生影响。控制变量的边际效应变化不大，具体来看，失能老人中男性选取正式社会化照护的概率比女性低 3.6 个百分点；受教育程度每提升一个等级，失能老人选择正式社会化照护的概率增加 3.4 个百分点；有配偶的失能老人选择正式照护的概率约比无配偶的失能老人低 12 个百分点；失能程度提升一个等级，失能老人选择正式社会化照护的概率提升 3.4 个百分点；社区提供服务的失能老人选择正式照护服务的概率提升 2.4 个百分点；家庭收入对数每增加一个单位，失能老人选择正式社会化照护的概率提升 1.0 个百分点；与子女同住让失能老人选择正式社会化照护的概率降低了 23.7 个百分点。

表 3-6 IV-Heckman 模型结果

自变量和控制变量	Heckman	IVHeckman
养老金待遇	0.042*** (0.000)	0.035*** (0.000)
<b>倾向因素</b>		
性别	-0.028** (0.005)	-0.036** (0.001)
年龄	0.001 (0.363)	0.001 (0.119)
受教育程度	0.032*** (0.000)	0.034*** (0.000)
婚姻状况	-0.120*** (0.000)	-0.119*** (0.000)
<b>需求因素</b>		
是否患慢性病	-0.006 (0.667)	-0.006 (0.656)
失能程度	0.031*** (0.000)	0.034*** (0.000)
<b>使能因素</b>		
居住地区	0.022** (0.001)	0.023** (0.001)
子女数量	-0.004 (0.126)	-0.003 (0.164)
社区服务	0.020* (0.033)	0.024* (0.013)
家庭年收入	0.013** (0.001)	0.010* (0.014)
子女同住	-0.240*** (0.000)	-0.237*** (0.000)

<sup>27</sup> 后文均在“给定其他变量不变”的前提下分析。

续表 3-6

自变量和控制变量	Heckman	IVHeckman
Imr	-1.208** (0.002)	-0.572** (0.020)
职业工具变量		0.045*** (0.000)
样本量	3587	3587
AR		103.40***
Wald		104.40***

### 第三节 异质性分析

根据研究假设可知,养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响在失能程度、居住地区以及子女数量三个方面可能存在异质性。鉴于分类后各组未获得长期照护服务的样本量较少,下面将从三个方面分别使用 IV-Probit 模型进行分析,模型仅汇报第二步回归结果,即养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响。

#### 一、不同失能程度老人所受影响异质性

轻度失能老人仅在日常行为活动能力的某一项或两项存在问题,如洗澡不便而其他功能完好。如果配偶或子女能够在提供照护的同时不耽误自己的工作,轻度失能老人更倾向选择非正式家庭家庭照护。而对于中度甚至重度失能的老人,其生活基本不能自理或完全不能自理,迫切需要正式社会化照料的介入。因此,对于不同失能程度的老年人,养老金待遇对其照护方式选择的影响可能存在异质性。下文将失能老人分为轻度、中度和重度失能进行异质性分析。

表 3-7 汇报了不同失能程度老人养老金待遇对长期照护方式选择影响的边际效应。结果显示,养老金待遇对不同失能程度失能老人长期照护方式选择均存在显著影响,在 1% 的统计水平上显著。轻度失能老人养老金待遇对数每提高一个单位,其选择正式社会化照护的概率增加 40.7 个百分点;中度失能老人养老金待遇对数每提高一个单位,其选择正式社会化照护的概率增加 51.5 个百分点;重度失能老人养老金待遇对数每增加一个单位,其选择正式社会化照护的概率增加 43.5 个百分点。与轻度失能老人相比,养老金待遇对中度、重度失能老人长期照护方式选择的影响更大,验证了假设三。



表 3-7 不同失能程度老人所受影响异质性

自变量和控制变量	轻度失能	中度失能	重度失能
养老金待遇	0.407*** (0.000)	0.515*** (0.000)	0.435*** (0.000)
<b>倾向因素</b>			
性别	-0.272* (0.021)	-0.154* (0.365)	-0.568* (0.000)
年龄	0.018** (0.008)	0.000** (0.980)	0.005** (0.574)
受教育程度	0.307*** (0.000)	0.363*** (0.000)	0.312*** (0.000)
婚姻状况	-0.766*** (0.000)	-1.331*** (0.000)	-0.855*** (0.000)
<b>需求因素</b>			
是否患慢性病	0.109 (0.521)	0.044 (0.850)	-0.281 (0.078)
<b>使能因素</b>			
居住地区	0.054 (0.456)	0.127 (0.251)	0.370 (0.000)
子女数量	-0.005 (0.860)	0.027 (0.499)	-0.055 (0.093)
社区服务	0.270* (0.010)	0.334* (0.026)	0.050* (0.709)
家庭年收入	0.077 (0.159)	0.062 (0.345)	-0.032 (0.564)
子女同住	-1.587*** (0.000)	-1.630*** (0.000)	-2.175*** (0.000)
AR	40.95***	30.26***	31.34***
Wald	40.86***	30.77***	32.09***
N	1841	725	1021

## 二、不同居住地区失能老人所受影响异质性

居住地区不同的失能老人享有的照护资源不同。与居住在乡镇的失能老人相比，居住在城市的失能老人拥有更完善的长期照护服务体系和更充分的长期照护资源。因此，不同居住地区资源的可获得性不同，最终体现在失能老人养老金待遇对其长期照护方式选择的影响存在异质性。

表 3-8 汇报了居住在城市、乡镇的失能老人养老金待遇对失能老人长期照护方式选择影响的边际效应。结果显示，对于居住在城市的失能老人，养老金待遇对数每增加一个单位，其选择正式社会化照护的概率增加 19.9 个百分点，并在 10% 的统计水平上显著；对于居住在乡镇的失能老人，养老金待遇每增加一个单位，其选择正式社会化照护的概率增加 46.1 个百分点，并在 1% 的统计水平上显著。由此可见，居住地区不同的失能老人，其养老金待遇对长期照护方式选择的影响确实存在异质性，对居乡镇失能老人长期照护方式选择的影响更显著，验证了假设一。

表 3-8 城市、乡镇失能老人养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响

自变量和控制变量	城市	乡镇
养老金待遇	0.199* (0.045)	0.461*** (0.000)
<b>倾向因素</b>		
性别	-0.236* (0.034)	-0.291* (0.025)
年龄	0.024*** (0.000)	-0.005 (0.446)
受教育程度	0.320*** (0.000)	0.289*** (0.000)
婚姻状况	-0.804*** (0.000)	-1.023*** (0.000)
<b>需求因素</b>		
是否患慢性病	0.094 (0.466)	-0.278 (0.111)
失能程度	0.292*** (0.000)	0.316*** (0.000)
<b>使能因素</b>		
居住区域	0.187** (0.008)	0.121 (0.130)
子女数量	-0.043 (0.105)	0.004 (0.881)
社区服务	0.164* (0.087)	0.286** (0.009)
家庭年收入	0.116* (0.056)	-0.004 (0.913)
子女同住	-1.895*** (0.000)	-1.633*** (0.000)
AR	3.96*	46.48***
Wald	4.01*	46.45***
N	1375	2212

### 三、不同子女数量失能老人所受影响异质性

子女数量多的老人有更高的概率从子女处获得的经济支持和照护支持。而子女数量少的老人，从子女处获得经济支持、非正式家庭照护的概率更低。因此，在非正式照护方式选择上，养老金待遇对子女数量不同老人的照护方式选择产生的影响可能存在异质性。由上述描述性分析可知，失能老人子女数量的中位数为 4，平均数为 4.32，因此按照子女数量 4 个及以下、子女数量 4 个以上两组进行异质性分析。

表 3-9 汇报了子女数量不同失能老人养老金待遇对长期照护方式选择影响的边际效应。结果显示，对于子女数 4 个及以下的失能老人，养老金待遇对数每增加一个单位，其选择正式社会化照护的概率增加 44.6 个百分点，并在 1% 的统计水平上显著；对于子女数量在 4 个以上的失能老人，养老金待遇对数每增加一个单位，其选择正式社会化照护的概率增加 38.5 个百分点，并在 1% 的统计水平上显著。因此，养老金待遇对子女数量少的失能老人的长期照护方式选择影响更大，验证了假设三。

表 3-9 不同子女数量失能老人养老金待遇对长期照护方式选择的影响

自变量和控制变量	子女数 4 个及以下	子女数超过 4 个
养老金待遇	0.446*** (0.000)	0.385*** (0.000)
<b>倾向因素</b>		
性别	-0.226* (0.022)	-0.449** (0.001)
年龄	0.004 (0.428)	0.026** (0.003)
受教育程度	0.335*** (0.000)	0.303*** (0.000)
婚姻状况	-0.926*** (0.000)	-0.881*** (0.000)
<b>需求因素</b>		
是否患慢性病	-0.166 (0.194)	0.205 (0.226)
失能程度	0.355*** (0.000)	0.162* (0.021)
<b>使能因素</b>		
居住地区	0.220** (0.001)	0.042 (0.616)
社区服务	0.202* (0.023)	0.220* (0.068)
家庭年收入	-0.002 (0.969)	0.171** (0.006)
是否同住	-1.744*** (0.000)	-1.866*** (0.000)
AR	71.34***	27.81***
Wald	73.13***	27.49***
N	2044	1543

## 第四节 稳健性检验

### 一、养老金待遇差异

考虑到养老金待遇普遍存在差异的现实情况,本节将养老金待遇按照三分位数点150.58元、1630.51元分为低待遇水平、中待遇水平、高待遇水平三组以验证上述结果的稳健性。分组后得到低待遇水平样本1093个,中待遇水平样本1313个,高待遇水平样本1226个。此时将养老金待遇小于等于150.58元/月的视为低待遇水平,并赋值为“1”;将养老金待遇在150.58元/月-1630.51元/月之间的视为中待遇水平,并赋值为“2”;将养老金待遇超过1630.51元/月的视为高待遇水平,并赋值为“3”。

表3-10显示将养老金分类后的Probit模型和Heckman模型的回归结果,由表可知,Probit模型和Heckman模型都显示养老金待遇越高的失能老人选择正式社会化照护的概率更高,并在1%的统计水平上显著。此时控制变量的相关系数和显著水平与前文模型分析的结果基本相同。由此可见,养老金待遇确实会对失能老人长期照护方式选择产生影响,养老金待遇高的失能老人更倾向于选择正式社会化照护,模型的结果是稳健可信的。

表3-10 高、中、低养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响

自变量和控制变量	Probit	Heckman	
	照护方式选择	是否获得长期照护服务	照护方式选择
养老金待遇	0.495*** (0.000)	0.009 (0.932)	0.490*** (0.000)
<b>倾向因素</b>			
性别	-0.151* (0.034)	-0.201 (0.200)	-0.133* (0.070)
年龄	0.011** (0.007)	0.052*** (0.000)	0.005 (0.287)
受教育程度	0.295*** (0.000)	0.403*** (0.000)	0.230*** (0.000)
婚姻状况	-0.889*** (0.000)	0.063 (0.745)	-0.890*** (0.000)
<b>需求因素</b>			
是否患慢性病	-0.002 (0.988)	0.079 (0.742)	-0.012 (0.901)
失能程度	0.314*** (0.000)	0.782*** (0.000)	0.252*** (0.000)
活动能力自评		-0.071 (0.500)	
<b>使能因素</b>			
居住地区	0.170** (0.001)	0.013 (0.733)	0.178*** (0.000)
子女数量	-0.027 (0.117)	0.435** (0.004)	-0.031* (0.074)

续表 3-10

自变量和控制变量	Probit	Heckman	
	照护方式选择	是否获得长期照护服务	照护方式选择
社区服务	0.189** (0.006)	0.009 (0.892)	0.141* (0.045)
家庭年收入	0.132*** (0.000)	-0.047 (0.788)	0.133*** (0.000)
子女同住	-1.797*** (0.000)	0.020 (0.901)	-1.804*** (0.000)
Imr			-7.545** (0.003)
常数项	-5.161*** (0.000)	-4.246*** (0.000)	-4.154*** (0.000)
样本量	3587	3632	3587

## 二、多元 Logit 模型

为确保上述结果的稳健性，本节将失能老人的非正式家庭照护分为“配偶照护”、“子女照护”、“其他”，正式社会化照护分为“保姆/护工照护”、“机构照护”，分别对应“1”-“5”，进一步使用多元 Logit 模型进行稳健性检验，限于篇幅仅汇报保姆照护和机构照护对应的回归结果。

表 3-11 显示多元 Logit 模型的回归结果，表格中为相对风险比率。将非正式家庭照护分为 5 类后，其中选择“子女照护”的样本最多，因此模型以选择子女照护的样本作为参照对象。如表 3-11 所示，随着失能老人养老金待遇对数的增加，失能老人选择机构照护和保姆/护工照护的概率更高，且都在 1% 的统计水平显著。以选择子女照护为参考对象，失能老人养老金待遇对数每增加一个单位，选择保姆照护相对于子女照护的胜算比为 1.906，选择机构照护相对于子女照护的胜算比为 1.575。由此可见，养老金待遇确实会对失能老人的长期照护方式选择产生影响，而且对其选择保姆照护的影响程度大于机构照护，同时验证了假设二。

相比于机构照护，失能老人更倾向选择保姆/护工照护可能有以下原因：一方面多数失能老人并不了解照护机构的服务质量，而一旦选定照护机构又存在退出障碍，决策的灵活性上不如保姆/护工照护。另一方面入住机构意味着失能老人将改变居住模式并脱离原有的社会关系网络，且接受家庭成员和亲朋好友精神慰藉的频率降低，部分老人对此存在抵触情绪。对于家庭成员而言，老人选择机构照护会导致家人在监督照护质量上存在障碍，家人担心老人在机构受到虐待。此外，在我国传统孝道文化的影响下，仍有部分群体将入住机构视为不孝行为。因此，无论是从老人自身还是家庭成员的角度，选择保姆/护工照护的可能性都更大。

表 3-11 多元 Logit 模型回归结果

自变量和控制变量	保姆/护工照护	机构照护
养老金待遇	1.906*** (0.000)	1.575*** (0.000)
<b>倾向因素</b>		
性别	0.660** (0.008)	0.820 (0.323)
年龄	1.028** (0.005)	0.990** (0.377)
受教育程度	1.814*** (0.000)	1.687*** (0.000)
婚姻状况	0.626* (0.023)	0.376*** (0.000)
<b>需求因素</b>		
是否患慢性病	0.951 (0.815)	0.649 (0.134)
失能程度	1.810*** (0.000)	1.881*** (0.000)
<b>使能因素</b>		
居住地区	1.307* (0.019)	1.229 (0.169)
子女数量	0.885** (0.001)	0.854** (0.002)
社区服务	1.287* (0.091)	1.688** (0.008)
家庭年收入	1.188** (0.006)	1.225** (0.008)
子女同住	0.031*** (0.000)	0.004*** (0.000)
常数项	0.000*** (0.000)	0.001*** (0.000)
N	366	144

## 第四章 研究结论与政策建议

### 第一节 研究结论

本文主要研究养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响，基于 CLHLS 四期截面数据，利用 IV-Heckman 模型从失能老人是否获得照护以及照护方式选择两个方面进行分析，通过采用自变量、因变量不同分类方式对模型结果进行稳健性检验，并从失能程度、居住地区、子女数量三个方面进行异质性分析。本文的主要结论如下：

#### 一、长期照护服务覆盖面广，但正式社会化照护服务利用不足

总体上看，CLHLS 数据库中失能老人享受长期照护服务的比例较高，长期照护服务覆盖 98.76% 的失能老人，几乎全覆盖。3632 个失能老人样本中有 1738 中、重度失能老人，占比 48.13%，而选择正式社会化照护的老人仅 541 人，占比 15.08%，存在正式社会化照护服务利用不足的现象。

我国传统孝道文化和世界上规模最大的社会保障体系为失能老人提供了有力保障，长期照护服务覆盖面较广，但巨大的长期照护服务需求和不完善的长期照护服务供给之间的矛盾仍然存在。失能老人对正式社会化照护服务利用不足可能有以下原因：

长期照护服务市场供给不足、质量不一、价格昂贵是重要的外部因素。当前我国长期照护服务尚处于起步阶段，从国家层面上看长期照护保险制度尚未在全国开展，仍处于试点阶段，长期照护服务的对象、内容、费用标准尚未统一，长期照护服务的费用仍然高昂；从社会层面来看，高端智能照护产品价格昂贵，普惠性智能照护产品开发不足，人力仍然扮演者照护者的角色。而照护人员水平不一，照护质量难以辨别；从个体角度来看，长期照护行业社会认可度低，照护者较少。

失能老人的购买力是决定性因素。随着预期寿命增加，个体机能退化是必然结果，享受更专业的正式社会化照护成为提升失能老人生活质量的重要途径。购买力是影响其购买正式化照护服务的决定性因素，而作为失能老人主要收入来源的养老金却存在待遇较低、差异明显等问题，客观上制约了失能老人对正式社会化照护服务的利用。

#### 二、养老金待遇水平越高的失能老人越倾向选择正式社会化照护

由实证结果可知，养老金待遇对失能老人是否获得照护并没有显著影响。该结论很好解释，即使失能老人养老金待遇较低甚至不享受养老金待遇，一旦发生失能其仍能享受来自家庭成员处于亲情的照护服务或者政府提供的兜底照护服务。而养老金待遇会显著影响失能老人长期照护方式选择，失能老人的养老金待遇对数每增加一个

单位，失能老人选择正式社会化照护的概率增加 3.5 个百分点，且在 1% 的统计水平上显著。这也进一步验证了现有文献（程令国等，2013）的结论，老年人参保后接受家庭照护的概率降低，从外部市场购买服务的可能性增加。选择正式社会化照护服务本质上是一种消费行为，消费行为势必受到预算约束。养老金待遇作为失能老人预算约束的一部分，会对失能老人的照护方式选择产生影响，养老金待遇高的失能老人更有可能选择正式社会照护。从这个角度，拓宽失能老人收入渠道进而提升购买力是促进其更好地利用长期照护服务的有效手段。

### 三、养老金待遇对机构照护和保姆/护工照护选择的影响存在差异

以选择子女照护为参考对象，失能老人养老金待遇对数每增加一个单位，选择保姆/护工照护相对于子女照护的胜算比为 1.906，选择机构照护相对于子女照护的胜算比为 1.575，且都在 1% 的统计水平上显著。即养老金待遇对失能老人选择机构照护和保姆/护工照护都具有显著的正向影响，对选择保姆/护工照护的影响更大。这一点与现有学者（邓汉慧等，2022）的研究结果略有差异：失能老人的经济收入对正式照护服务有显著正向影响，但仅限于对保姆看护的选择。导致影响差异有多方面原因：一是居住安排不同。受我国传统文化观念影响，老人的家庭观念往往根深蒂固，受到专业照护的同时能和家人同住对老人而言往往是更好的选择。结论进一步说明居住方式对失能老人行为的重要影响，居住安排需要在长期照护服务供给中慎重考虑。二是费用不同。机构照护的周期收费模式降低了日均消费却增加了消费总量，而保姆/护工照护的服务价格尽管也十分高昂，但失能老人却具备选择上的灵活性，可以根据自己的身体状况随时调整服务时间。因此，养老金待遇对失能老人选择保姆/护工照护的概率大于机构照护。

### 四、养老金待遇对不同失能群体照护方式选择的影响存在异质性

养老金待遇对数每增加一个单位，轻度、中度和重度失能老人选择正式社会化照护的概率分别提升 40.7、51.5、43.5 个百分点。相对于轻度失能，养老金待遇对中、重度失能老人长期照护方式选择的影响程度更大，该结论与姜向群等（2014）利用 CLHLS（2008）数据的研究结果一致。从失能老人自身角度来看，一方面确实有专业照护的需求，另一方面中、重度失能后已经不具备健康状态下分担家庭责任的条件，反而成为家庭的“负担”。倘若其能依靠养老金为自己购买正式社会化照护，势必会减轻家人的压力。总之，失能程度越高，失能老人对专业化照护服务的需求越大，养老金待遇对失能老人选择正式社会化照护的促进作用越明显，失能老人入住养老机构的发生比越大。结果说明现实生活中失能程度不同的群体对长期照护服务的需求确实



存在差异，启示长期照护服务分级供给的重要性。

养老金待遇对数每增加一个单位，居住在城市、乡镇的失能老人选择正式社会化照护的概率分别增加 19.9、46.1 个百分点，分别在 10%、1% 的统计水平上显著。相对于城市失能老人，乡镇失能老人的收入更少，收入渠道更加单一，养老金的边际效应更加显著。乡镇老人失能后，多数要依靠家庭成员提供照护服务，家庭成员面临工作和照护之间的冲突。如果失能老人养老金较高，则可以通过经济补偿缓和冲突。

养老金待遇对数每增加一个单位，子女数 4 个及以下、4 个以上的失能老人选择正式社会化照护的概率分别增加 44.6、38.5 个百分点，在 10% 的统计水平上显著，验证了假设三。该结论与李强等（2015）的研究结果一致，子女数量少，失能老人从子女得到经济支持的可能性就低，依靠基于多子女条件下的传统家庭照护模式也难以为继。因此，子女数量越少的失能老人，其长期照护方式选择受养老金待遇的影响更大。

总之，失能老人的失能程度、居住地区、子女数量都是需要长期照护政策制定重点关注的内容，相关政策需要因人而异、因地制宜。

## 第二节 政策建议

由上述分析可知，我国长期照护服务基本覆盖全部失能老人，照护方式以非正式家庭照护为主，存在正式社会化照护服务利用不足的现象。作为失能老人的主要收入来源，养老金为失能老人选择正式社会化照护提供了更多可能，对失能老人选择正式社会化照护具有正向影响。此外，养老金待遇对失能老人长期照护方式选择的影响在失能程度、居住地区和子女数量上存在异质性。因此，探索长期照护需求评估指标，考虑不同群体的差异化需求确有必要。为促进失能老人更好地利用长期照护服务，提升晚年生活质量，提出以下建议：

### 一、政府主导，兜底收入低、重度失能等特困群体

适当提升特困群体的救助补贴水平。由上述结论可知，不同子女数量、失能程度失能老人的养老金待遇对其长期照护方式选择的影响不同，收入低、无子女、失能程度重的特困失能老人群体更具脆弱性，抗风险能力差。增加特困群体救助补贴可以提升购买力，促进其更好地利用长期照护服务。提升救助补贴而非养老金待遇源于以下原因：一是从根本上说失能老人的长期照护的需求由长期护理保险解决，直接提升养老金待遇势必会将成本转嫁到养老保险，增加养老基金的负担；二是即使通过提高养老金待遇解决，失能老人的衡量标准尚未统一的情况下也会引发道德风险，实际效果不尽人意；三是即使能依据标准区分失能老人、失能等级，失能老人对正式照护服务

的需求也不尽相同，提升养老金待遇并不可取。因此，提升养老金待遇仅适用于特困失能老人群体。

鼓励社会参与，建立多渠道助老体系是确保政府兜底特困失能老人群体照护责任的长效机制。一方面是成立专门基金会号召企业、社会组织捐赠物质或从中国红十字会、中国社会福利基金会等慈善组织抽取部分资金用以资助失能老人，满足失能老人物质需求；另一方面鼓励高校志愿者服务队等志愿者定期开展助老活动，满足失能老人精神需求。总之，政府层面鼓励社会力量投入助老服务、参与构建老龄友好型社会，共同为失能老人利用照护服务助力。

## 二、制度保障，全国推广长期照护保险制度

总结试点经验，全国推广长期照护保险制度。长期以来，我国老龄工作的指导思想、立法和政策都未将养老、医疗和长期照护分离。现实工作中往往长期照护服务等同于养老服务，导致政策靶向不准，无法满足日益增长的长期照护需求。失能老人长期占用医院床位也导致医疗资源紧缺，医保基金被过度消耗。而长护险尚处于试点状态，各试点地区不仅存在筹资主体单一、支付标准低、保障范围窄、标准认定不统一等问题，而且将长期照护服务和养老、医疗服务相交叉，产生政策错位、结构失衡等问题。二十大首次明确提出建立长期护理保险制度，充分体现了党和国家对长期照护保险事业的高度重视。因此，相关部门要根据各地现试行的长期照护保险制度进行经验分析，探索覆盖人群适度、筹资渠道多元、服务供给丰富、认定标准统一的长期照护保险制度，加快将长期照护保险推广全国。

制定推广全国的长期照护保险制度关键在于探索长期照护保险筹资及支付方式的改革。探索长期照护保险筹资及支付方式改革确保长期照护保险可持续性政策落地的前提。从筹资方式来看，国际上长期照护保险呈现多元化的特点，如德国沿用了社会保险常用的雇主雇员共同缴费，有效缓解了财政压力。我国试点城市也采取了多元化的筹资方式，如上海通过医保统筹基金按季调剂资金的方式筹集资金<sup>28</sup>；苏州第一阶段通过个人缴费、政府补助和职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统筹基金结余划转筹集资金<sup>29</sup>，第二阶段暂免个人缴费、财政补贴，通过调整职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统筹基金结余划转金额筹集资金<sup>30</sup>；吉林通过个人、单位、财政专项补助、社会资金资助等方式筹集基金<sup>31</sup>；成都长期护理保险与基本医疗

<sup>28</sup> 上海市人民政府办公厅.上海市人民政府办公厅关于印发《上海市长期护理保险试点办法》的通知[EB/OL].<https://www.shanghai.gov.cn/gwk/search/content/d433625980cf4b8d8a4256e44d18622a>.2021-12-20.

<sup>29</sup> 苏州市人民政府.苏州市人民政府印发关于开展长期护理保险试点的实施意见的通知[EB/OL].<https://www.suzhou.gov.cn/szsrnzf/gbzfjw/202207/d9c3536f4a26488d8dd17e9ac8ee7bae.shtml>.2017-6-28.

<sup>30</sup> 苏州市人民政府.苏州市人民政府印发关于开展长期护理保险试点第二阶段工作的实施意见的通知[EB/OL].<https://www.suzhou.gov.cn/szsrnzf/gbzfjw/202008/3c7bdda17f014ee8a60b5c9f799ebbb5.shtml>.2020-01-17.

<sup>31</sup> 吉林省医疗保障局.关于印发《吉林省深入推进长期护理保险制度试点工作实施方案》的通知[EB/OL].<http://xx>

保险合并征收,通过个人缴费、单位缴费、财政补助等方式筹资<sup>32</sup>。与单一的个人缴费相比,单位缴费、医保统筹基金和财政补贴相结合的方式无疑减轻了参保人的缴费负担,提升了老人失能后享受的服务待遇,但单位缴费势必会增加企业的成本,企业是否会将成本转嫁给员工尚未可知。此外,在当前疫情阶段性爆发、全球经济下行的现实背景下,我国政府积极实行强有力的减税降费政策,长期照护保险由单位缴费也可能存在政策冲突。划转医保基金的做法也并不符合社会保险法对医保基金专款专用的规定,同时也给医保基金的支付能力和可持续性带来了一定的挑战。上海、苏州等发达城市医保资金充沛的财政盈余支持其调剂医保基金,但多数本就承担巨大财政压力的地方政府却有心无力。因此,作为独立险种,长期照护保险制度要积极探索筹资方式改革,降低对医保基金高度依赖的同时要确保支付能力、可持续性强。

支付方式是实现长期照护保险预期效果的重要一环,也是长期照护保险研究的热点。目前长期照护服务支付方式有两种:一种是补需方,补需方的方式有政府直接出资兴办照护机构为符合条件的失能老人提供照护服务、为符合条件失能老人购买长期照护服务、提供补贴或长期照护服务代金券。如青岛长期照护保险不设置起付线,参保职工报销比例达90%,参保居民报销达80%,有效减轻了照护者的经济压力。另一种补供方,为符合条件的长期照护服务机构提供补贴、税收优惠等。补供方降低了长期照护服务的市场价格,同时避免了补需方可能产生的资金另作他用的风险。但补供方的方式同样会产生资源配给不公平的问题,照护资源在指定机构高度集中导致竞争不足最终影响到服务质量。因此,长期照护保险体系的构建需要探索支付方式的改革,加深对两种支付方式的认知,扬长避短,综合利用,从而更好地促进长期照护服务事业发展。

### 三、依托社区,推动长期照护服务分级供给

总体来看,我国长期照护需求大于供给,照护供给大于照护利用。供给不足和供给过剩之间的矛盾源于失能老人的识别不精准,政策靶向不准。因此,确保政策有效的前提是要精准识别失能老人类型,推动长期照护服务分级供给,其中发挥社区的养老功能是确保长期照护服务供给的关键环节。

精准识别是长期照护服务分级供给的必要前提。分级供给的前提是精准划分不同失能群体。因此,明确失能测量指标,精准识别老人失能等级十分重要。如德国在自2017年以来的长期照护鉴定、分级中大幅增加了对认知障碍、精神、心理及社会因素的考虑。明确失能测量指标不仅在于区分老人的失能等级,更重要的是要根据老人

gk.jl.gov.cn/zsjg/fgw/xxgkmlqy/202104/t20210413\_8024697.html.2012-04-13.

<sup>32</sup> 成都市人民政府.成都市人民政府关于开展新一轮长期护理保险改革的实施意见[EB/OL].http://gk.chengdu.gov.cn/govInfo/detail.action?id=138171&tn=6.2022-05-08.

的失能等级提供差异化、精细化的长期照护服务。失能等级评估是长期照护服务分级供给的依据，经过失能评估，才能对不同失能等级的老人提供不同的长期照护服务内容。当前我国长护险试点地区多采用 Barhel 量表作为长期照护保险的评估工具，过度关注了基本身体功能受损，而忽视了认知能力、社会参与功能、心理疾病等指标。同时，Barhel 作为国外引入量表，无法完全适应我国国情。目前我国失能老人的年龄普遍较大且受教育水平不高，很多问题由他人代答，在一定程度上也增加了道德风险。因此，长期照护服务供给的前提是要构建多维度失能测量体系，以认知能力、社会参与功能、心理健康、身体功能和结构损伤等指标为基础，准确定位失能群体。

发挥社区照护功能是长期照护服务分级供给的有效保障。在准确定位失能群体的基础上，要利用社区分项目免费或低费为不同失能程度的老人提供差异化的长期照护服务。社区提供服务可以减轻失能老人面对陌生环境的不适感，但社区照护服务具备公共服务的属性，需要政策认同，资金支持，设施建设和志愿者参与。首先，社区是和失能老人的直接接触主体，具备统计老人基本信息的便利条件。政府可以出台政策支持社区对每个老人的基本情况进行汇总以便精准分级，并进行实时跟踪和动态调整。其次，政府出资兴建或社区自行改建基础设施以提供照护服务。如利用社区日间照料中心以及社区化资源为轻度失能老人提供日常照料、助餐助浴等多样化长期照护服务；对相关公共区域进行适老化改造，为轻度失能老人提供日常出行、活动的便利；定期开展失能老人用电、用水、用气等设施的安全检测，排除安全隐患。非正式家庭照护模式下失能老人社会化程度较低、正式社会化失能老人社会化程度较高但需要建立新的社会关系网，需要一定的适应过程。因此，鼓励社区定期开展活动以维持维持失能老人原有社会关系网，同时鼓励社区自愿者定期入户寻访，与失能老人进行交流互动，为老人排忧解难。最后，对于中度、重度失能老人视情况提供康复训练、专业护理等服务。可以由社区卫生机构发挥作用，为失能老人提供日常健康检测、助医、康复设施租赁等服务。

总之，要在合理确定失能测量指标的基础上明确老人失能程度，依托社区进行长期照护服务分级供给，确保长期照护服务的精准化供给、长期照护服务资源的充分利用。

#### 四、服务整合，扩大覆盖人群

当下长期照护服务存在“碎片化”、“老龄化”的问题，严重制约了长期照护制度的发展，破解“碎片化”、“老龄化”难题迫在眉睫。

“碎片化”是指长期照护服务资源分散、配置效率低下、服务供给连续性差，进而导致长期照护服务成本消耗较大、利用率低。长期照护服务呈碎片化一方面是我国

长期照护服务未明确责任主体，资源管理处于无序状态，另一方面是因为长期照护涉及医疗、养老服务，内容庞杂。日前国家卫生健康委老龄健康司发布的《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》指出，要发展居家社区医养结合服务、推动机构深入开展医养结合服务<sup>33</sup>。由此可见，医养结合是国家政策导向，医养护一体化发展势在必行。政府可以通过以下方式推动医养护结合：一是明确责任主体。通过发挥政府主管部门的资源调动优势，提升服务资源利用率；二是构建医养护结合体系。建立医养护服务机构，明确该机构在医疗保险机构的准确定位，解决其中存在的医疗服务报销问题。

“老龄化”是指现有照护机构存在年龄歧视，不愿意接收高龄、临终失能老人。目前我国长期护理保险试点制度覆盖面窄，无法惠及4000万失能老人。“老龄化”的服务供给限制了享受服务的群体，高龄临终老人尤其不受社区、机构的“待见”，正式社会化照护更倾向与选择自理能力稍强的低龄老人，长期照护服务出现年龄分层现象。长期护理保险经办机构要对相关照护机构实行资格准入、协议管理，将长期照护去“老龄化”，确保不同年龄层次的失能老人都能享受到长期照护服务，对拒收高龄、临终老人的组织、个人采取市场禁入、除名等处罚，确保失能老人都能享受适宜的照护服务。此外，是否将因残疾、疾病、智力障碍等失去生活自理能力的失能年轻人纳入保障范围也是值得思考的问题。

## 五、丰富资源，消除城乡差异

长期照护服务资源充足是失能老人利用长期照护服务的前提。从产品角度来看，尽管在政策支持下长期护理床位数量迅速增加，但智能化护理发展存在明显短板。智能护理床等相关护理设备或者价格高昂，或者功能局限，难以满足广大失能群体的专业照护需求。从人力资源角度来看，我国专业护理人员多来源于医院护士和护工，缺乏统一、规范的专业护理人才市场，人员短缺现象普遍存在。因此，丰富长期照护服务资源一方面要支持企业机构研发功能齐全、价格适宜的智能化护理设置，提供多样化的长期照护职能产品，另一方面要进行人才培养，通过形成长期照护协会或政府部门组织的形式制定专业护理人才培训和技能认定准则解决当下专业护理人员不足和部分从业人员不具备执业资格的问题，并与相关学校合作开设护理专业，培养护理人才。

引导正式社会化照护资源流向农村。城市失能老人的收入较高，对长期照护服务需求除了基本生存需求可能还有自我实现需求和享受需求，但是农村失能老人在长期照护资源匮乏的情况下往往生存需求都无法满足。二十大报告指出：党和国家事业面

<sup>33</sup> 老龄健康司.《关于进一步推进医养结合发展的指导意见》[EB/OL]http://www.nhc.gov.cn/ljks/zcwj2/202207/f085f7815de241b48cfda0af7d49fae5.shtml.2022-07-21.

临不少困难和难题，发展不平衡不充分问题仍然突出；城乡区域发展和收入分配差距仍然较大。因此，政府需要多措并举引导长期照护资源流向农村，实现长期照护服务地理边界的有限延伸。一是营造尊敬、敬老、养老的氛围，宣传正式社会化照护。当下部分农村老人仍对养老院等机构存在误解，担心入住养老院不能得到很好的照顾。政府部门应该协同村委会积极宣传，普及有关正式社会化照的知识，提升失能老人接受度，为社会支持的介入提供基础。二是以村委会等集体组织为依托，改造农村闲置农房、学校为农村幸福院，支持志愿者提供上门送餐、购药等基础照护服务，鼓励社会福利组织提供医疗、照料等专业化照护。充分发挥志愿部门、福利组织在服务提供方面的灵活性和专业性，并对相关个人、组织提供的服务的形式和内容进行规范。三是鼓励并扶持个人和社会力量进入农村长期照护市场。采取民办公助的形式支持社会力量开展社会养老和照护服务，对符合条件的社会照护机构提供政策扶持。根据机构资质、服务人数、服务内容、服务质量进行补贴，或者以奖代补提供水、电、税、金融等方面的优惠，吸引更多的社会照护机构入住农村。四是以乡村医疗卫生机构为依托，支持大学生等医学相关人员以实习、助农等方式为失能老人提供医养康复服务。通过引导社会力量参与农村长期照护服务供给，能够扩大长期照护服务覆盖面，努力建成长久有效的长期照护服务供给系统。

## 参考文献

- [1] 白重恩,吴斌珍,金烨.中国养老保险缴费对消费和储蓄的影响[J].中国社会科学,2012(08):48-71+204.
- [2] 蔡伟贤,吕函桦,沈小源.长期护理保险、居民照护选择与代际支持——基于长护险首批试点城市的政策评估[J].经济学动态,2021(10):48-63.
- [3] 曹艳春,王建云.老年长期照护研究综述[J].社会保障研究,2013(03):56-65.
- [4] 曹杨,杜鹏.失能老人的照料需要满足状况及其影响因素分析[J].人口与发展,2021,27(01):96-104+85.
- [5] 陈璐,范红丽,赵娜,褚兰兰.家庭老年照料对女性劳动就业的影响研究[J].经济研究,2016,51(03):176-189.
- [6] 陈宁.长期照料未满足的需求对失能老年人死亡风险的影响——基于 CLHLS2008—2014 年 3 期追踪数据的分析[J].社会保障评论,2020,4(04):133-145.
- [7] 陈欣欣,董晓媛.社会经济地位、性别与中国老年人的家庭照料[J].世界经济,2011,34(06):147-160.
- [8] 程令国,张晔,刘志彪.“新农保”改变了中国农村居民的养老模式吗?[J].经济研究,2013,48(08):42-54.
- [9] 丁煜,叶文振.城市老人对非家庭养老方式的态度及其影响因素[J].人口学刊,2001(02):12-17.
- [10] 丁志宏,曲嘉瑶.中国社区居家养老服务均等化研究——基于有照料需求老年人的分析[J].人口学刊,2019,41(02):87-99.
- [11] 董惠玲,吴炳义,于奇.中国老年人口健康预期寿命婚姻状况差异的多状态分析[J].人口研究,2022,46(02):89-101.
- [12] 杜鹏.中国老年人口健康状况分析[J].人口与经济,2013(06):3-9.
- [13] 范红丽,陈璐.替代效应还是收入效应?——家庭老年照料对女性劳动参与率的影响[J].人口与经济,2015(01):91-98.
- [14] 葛延风,王列军,冯文猛,张冰子,刘胜兰,柯洋华.我国健康老龄化的挑战与策略选择[J].管理世界,2020,36(04):86-96.
- [15] 顾大男,柳玉芝.我国机构养老老人与居家养老老人健康状况和死亡风险比较研究[J].人口研究,2006(05):49-56.
- [16] 郭秀云.上海老年人口失能水平与平均照料时间研究——基于多个数据来源的考察[J].南方人口,2019,34(03):1-12.
- [17] 海龙,尹海燕,张晓囡.中国长期护理保险政策评析与优化[J].宏观经济研究,2018(1

- 2):114-122.
- [18]何立新,封进,佐藤宏.养老保险改革对家庭储蓄率的影响:中国的经验证据[J].经济研究,2008,43(10):117-130.
- [19]候蔺.农村老年人养老困境生成的关系域及优化策略研究[J].农村经济,2023,No.48 4(02):116-125.
- [20]胡宏伟,蒋浩琛,何浩天.家庭灾难性照护支出:概念、测量与价值的初步探讨[J].社会保障研究,2022(01):37-48.
- [21]胡宏伟,蒋浩琛.农村老年失能照护筹资侧改革:框架、评估与改进方向[J].社会保障研究,2021(01):24-34.
- [22]黄枫,傅伟.政府购买还是家庭照料?——基于家庭照料替代效应的实证分析[J].南开经济研究,2017(01):136-152.
- [23]黄枫.人口老龄化视角下家庭照料与城镇女性就业关系研究[J].财经研究,2012,38(09):16-26.
- [24]黄国桂,杜鹏,陈功.中国老年人照料父母的现状及相关心理问题研究[J].老龄科学研究,2017,5(05):15-25+78.
- [25]贾仓仓.替代还是互补:非正式照护对正式照护的影响——基于 CLHLS 数据的经验证据[J].人口与发展,2021,27(06):129-139.
- [26]姜向群,刘妮娜.老年人长期照料模式选择的影响因素研究[J].人口学刊,2014,36(01):16-23.
- [27]焦亚波.上海市老年人养老意愿及其影响因素[J].中国老年学杂志,2010,30(19):2816-2818.
- [28]景跃军,李涵,李元.我国失能老人数量及其结构的定量预测分析[J].人口学刊,2017,39(06):81-89.
- [29]李敏.社区居家养老意愿的影响因素研究——以北京为例[J].人口与发展,2014,20(02):102-106.
- [30]李强,岳书铭,毕红霞.农村失能老年人长期照护意愿及其影响因素分析——基于山东省农村失能老年人的问卷调查[J].农业经济问题,2015,36(05):30-41+110.
- [31]李新平,朱铭来.基于转移概率矩阵模型的失能老年人长期照护保险缴费率分析——以天津市为研究对象[J].人口与发展,2019,25(02):11-19.
- [32]李月娥,卢珊.医疗卫生领域安德森模型的发展、应用及启示[J].中国卫生政策研究,2017,10(11):77-82.
- [33]林莞娟,王辉,邹振鹏.中国老年护理的选择:非正式护理抑或正式护理——基于 CLHLS 和 CHARLS 数据的实证分析[J].上海财经大学学报,2014,16(03):54-62.



- [34]凌文豪,郝一潼.老年人的养老责任认知对养老服务购买意愿的影响——基于 CLASS 2018 的实证分析[J].社会保障研究,2023,No.86(01):14-24.
- [35]刘欢,胡天天.多维度失能测度指标体系构建及失能分级研究[J].人口与经济,2021(01):82-98.
- [36]刘岚,董晓媛,陈功,郑晓瑛.照料父母对我国农村已婚妇女劳动时间分配的影响[J].世界经济文汇,2010(05):1-15.
- [37]刘妮娜,郭月青.中国城乡老年人照料方式的变化及影响因素研究——以社会资本为视角[J].中国农业大学学报(社会科学版),2016,33(01):126-136.
- [38]刘雯薇.非正式照护对正式照护的补偿和替代效应及其政策启示——基于 CLHLS 的实证数据分析[J].西北人口,2021,42(02):117-126.
- [39]刘西国,刘晓慧.基于家庭禀赋的失能老人照护模式偏好研究[J].人口与经济,2018(03):56-66.
- [40]罗艳,丁建定.福利社会化背景下的机构养老利用差异[J].中国人口科学,2020(05):79-90+127-128.
- [41]吕利丹.新世纪以来家庭照料对女性劳动参与影响的研究综述[J].妇女研究论丛,2016(06):109-117.
- [42]马光荣,周广肃.新型农村养老保险对家庭储蓄的影响:基于 CFPS 数据的研究[J].经济研究,2014,49(11):116-129.
- [43]彭希哲,宋靓珺,黄剑焜.中国失能老人长期照护服务使用的影响因素分析——基于安德森健康行为模型的实证研究[J].人口研究,2017,41(04):46-59.
- [44]彭希哲,宋靓珺,茅泽希.中国失能老人问题探究——兼论失能评估工具在中国长期照护服务中的发展方向[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学版),2018,39(05):102-118+2.
- [45]舒展,韩昱.长期护理保险对失能老人家庭代际支持的影响研究[J].人口与发展,2022,28(04):143-154+117.
- [46]苏群,彭斌霞,陈杰.我国失能老人长期照料现状及影响因素——基于城乡差异的视角[J].人口与经济,2015(04):69-76.
- [47]孙敬华.中国长期护理保险制度的福利要素评析及优化策略[J].北京社会科学,2019(10):107-116.
- [48]唐咏.去碎片化:中国老年长期照护政策的整体化路径[J].深圳大学学报(人文社会科学版),2012,29(05):83-88.
- [49]陶涛,丛聪.老年人养老方式选择的影响因素分析——以北京市西城区为例[J].人口与经济,2014(03):15-22.

- [50]田北海,王彩云.城乡老年人社会养老服务需求特征及其影响因素——基于对家庭养老替代机制的分析[J].中国农村观察,2014(04):2-17+95.
- [51]田文泽,李杰.老年人非正式照护对子女工作收入的影响研究——基于PSM的实证分析[J].调研世界,2020(11):32-38.
- [52]汪连杰.农村“双困”老年人长期照护:需求评估、成本测算与保障机制[J].兰州学刊,2021(01):187-200.
- [53]王莉莉.居家养老服务利用研究进展[J].中国老年学杂志,2014,34(21):6240-6243.
- [54]王学义,张冲.农村独生子女父母养老意愿的实证分析——基于四川省绵阳市、德阳市的调研数据[J].农村经济,2013(03):75-78.
- [55]王增文.社会保障收入对老年人护理服务利用率的影响[J].中国人口科学,2017(03):70-80+127.
- [56]吴燕华,刘波,李金昌.家庭老年照料对女性就业影响的异质性[J].人口与经济,2017(05):12-22.
- [57]阳义南.社会保障支持衔接机构型医养结合服务及其“梗阻”破除[J].华中科技大学学报(社会科学版),2021,35(05):19-26.
- [58]杨继军,张二震.人口年龄结构、养老保险制度转轨对居民储蓄率的影响[J].中国社会科学,2013(08):47-66+205.
- [59]杨团.中国长期照护的政策选择[J].中国社会科学,2016(11):87-110+207.
- [60]尹尚菁,杜鹏.老年人长期照护需求现状及趋势研究[J].人口学刊,2012(02):49-56.
- [61]于新亮,严晓欢,上官熠文,于文广.农村社会养老保险与家庭相对贫困长效治理——基于隔代照顾的视角[J].中国农村观察,2022(01):146-165.
- [62]余靖雯,麦东仁,龚六堂.社会养老保险、家庭隔代抚养与老年人健康[J].经济学(季刊),2023,23(01):108-124.
- [63]余央央,封进.家庭照料对老年人医疗服务利用的影响[J].经济学(季刊),2018,17(03):923-948.
- [64]袁中美.延迟退休与养老金替代率的探讨[J].人口与经济,2013(01):101-106.
- [65]张川川,陈斌开.“社会养老”能否替代“家庭养老”?——来自中国新型农村社会养老保险的证据[J].经济研究,2014,49(11):102-115.
- [66]张国平.农村老年人居家养老服务的需求及其影响因素分析——基于江苏省的社会调查[J].人口与发展,2014,20(02):95-101.
- [67]张立龙,张翼.中国老年人失能时间研究[J].中国人口科学,2017(06):94-104+128.
- [68]张良文,方亚.2020-2050年我国城乡老年人失能规模及其照护成本的预测研究[J].中国卫生统计,2021,38(01):39-42.

- [69]张宁,李旷奇.养老金收入更公平了吗——基于城乡参保群众公平感受的测度分析[J].社会保障研究,2022(03):13-28.
- [70]张瑞利,祝建华.失能老人照护服务碎片化及其整体性治理研究[J].中州学刊,2022(02):80-86.
- [71]张文娟,付敏.长寿的挑战——对中国高龄老年人临终照料者的分析[J].人口学刊,2021,43(05):76-87.
- [72]张文娟,魏蒙.城市老年人的机构养老意愿及影响因素研究——以北京市西城区为例[J].人口与经济,2014(06):22-34.
- [73]张翼.中国老年人口的家庭居住、健康与照料安排——第六次人口普查数据分析[J].江苏社会科学,2013(01):57-65.
- [74]张友琴.老年人社会支持网的城乡比较研究——厦门市个案研究[J].社会学研究,2001(04):11-21.
- [75]曾毅,沈可.中国老年人口多维度健康状况分析[J].中华预防医学杂志,2010(02):108-114.
- [76]张韵,陆杰华.痛苦抑或安详:中国老年人临终状态及其影响因素的实证探究[J].人口与发展,2017,23(02):80-91.
- [77]张争艳,王化波.珠海市老年人口养老意愿及影响因素分析[J].人口学刊,2016,38(01):88-94.
- [78]赵明,王晓军,李子文.养老金水平对低龄老年人劳动参与的影响[J].人口研究,2022,46(04):69-83.
- [79]郑晓冬,方向明.社会养老保险与农村老年人主观福利[J].财经研究,2018,44(09):80-94.
- [80]周春山,李一璇.发达国家(地区)长期照护服务体系模式及对中国的启示[J].社会保障研究,2015(02):83-90.
- [81]周广肃,张玄逸,贾坤,张川川.新型农村社会养老保险对消费不平等的影响[J].经济学(季刊),2020,19(04):1467-1490.
- [82]朱铭来,何敏.长期护理保险会挤出家庭照护吗?——基于2011~2018年CHARLS数据的实证分析[J].保险研究,2021(12):21-38.
- [83]左冬梅,李树苗,宋璐.中国农村老年人养老院居住意愿的影响因素研究[J].人口学刊,2011(01):24-31.
- [84]Baldwin B A. Family caregiving: trends and forecasts[J]. Geriatric nursing (New York, N.Y.), 1990, 11(4) : 4-172.
- [85]Bolin, K., Lindgren, B. and Lundborg, P. (2008), Informal and formal care amo

- ng single-living elderly in Europe. *Health Econ.*, 17: 393-409.
- [86]CHARLES M. BEACH and ROBIN W. BOADWAY and JACK O. GIBBONS. SOCIAL SECURITY AND AGGREGATE CAPITAL ACCUMULATION REVISITED: DYNAMIC SIMULTANEOUS ESTIMATES IN A WEALTH - GENERATION MODEL[J]. *Economic Inquiry*, 1984, 22(1) : 68-79.
- [87]Courtney Harold Van Houtven and Edward C. Norton. Informal care and health care use of older adults[J]. *Journal of Health Economics*, 2004, 23(6) : 1159-1180.
- [88]Gary Becker.A Treatise on the Family[J].National Bureau of Economic Research, Inc,1981,
- [89]Glenny Christine and Stolee Paul. Comparing the Functional Independence Measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature[J]. *BMC Geriatrics*, 2009, 9(1) : 52.
- [90]Jiménez-Martín Sergi and Prieto Cristina Vilaplana. The trade-off between formal and informal care in Spain[J]. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 2012, 13(4) : 90-461.
- [91]Karl Polanyi.The great transformation[M].Beacon Press,1944.
- [92]Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living[J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1983, 31(12) : 7-721.
- [93]Lawton M P and Brody E M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living[J]. *The Gerontologist*, 1969, 9(3) : 86-179.
- [94]Manton Kenneth G and Gu XiLiang and Lamb Vicki L. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population[J]. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2006, 103(48) : 9-18374.
- [95]Margaret J. Penning and Neena L. Chappell. Self-Care in Relation to Informal and Formal Care \*[J]. *Ageing and Society*, 1990, 10(1) : 41-59.
- [96]Mark Granovetter. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness[J]. *American Journal of Sociology*, 1985, 91(3) : 481-510.
- [97]McGarry K and Schoeni R F. Social security, economic growth, and the rise in elderly widows' independence in the twentieth century[J]. *Demography*, 2000,

- 37(2) : 221-36.
- [98]Ming Yang and Xiang Ding and Birong Dong. The Measurement of Disability in the Elderly: A Systematic Review of Self-Reported Questionnaires[J]. Journal of the American Medical Directors Association, 2014, 15(2) : 150.e1-150.e9.
- [99]Patrick Bremer et al. Informal and formal care: Substitutes or complements in care for people with dementia? Empirical evidence for 8 European countries[J]. Health policy, 2017, 121(6) : 613-622.
- [100]Wallace S P and Levy-Storms L and Ferguson L R. Access to paid in-home assistance among disabled elderly people: do Latinos differ from non-Latino whites?[J]. American journal of public health, 1995, 85(7) : 5-970.
- [101]Yeatts, Dale E.. U North Texas, Ctr for Studies in Aging, Denton, US;Crow, Thomas;Folts, Edward.Service use among low-income minority elderly: Strategies for overcoming barriers[J].The Gerontologist,1992,Vol.32(1): 24-32
- [102]Yuping Tsai. Social security income and the utilization of home care: Evidence from the social security notch[J]. Journal of Health Economics, 2015, 43 : 45-55.