

人口信息

POPULATION INFORMATION

2023年第1期

总 246 期（双月刊）

编者按 作为老龄化程度较高的国家，我国的老年人口数目逐年增加，老龄健康问题日益凸显，成为当前亟待解决的重要议题。本期主要通过研究我国老龄人口健康受损进展，以跨学科视角对老龄健康研究进行梳理，分析实现健康老龄化到积极老龄化所面临的挑战及策略。未来，我们需要从社区养老视角对老龄健康展开深入探讨，通过这些研究以期能够更好地促进老年人口健康水平的提升，为老年人口的生活质量和幸福感提供坚实的基础。



上海市卫生健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

人口信息

(双月刊)

2023年第1期(总第246期)

名誉主编:黄红

孙常敏

肖泽萍

主编:金春林

副主编:许明飞

执行副主编:信虹云

目次

• 人口与发展 •

中国老龄人口健康受损进展与持续时间研究

..... 董明英, 王晓军 (1)

跨学科视角下老龄健康研究的主要框架、核心议题及其展望

..... 陆杰华, 韦晓丹 (16)

健康老龄化到积极老龄化面临的挑战及策略研究

..... 晏月平, 李雅琳 (26)

• 人口与健康 •

健全养老服务体系: 社区养老支持与老龄健康

..... 陈飞, 陈琳 (39)

中国老龄人口健康受损进展与持续时间研究

董明英 王晓军

（中国人民大学，北京，100872）

一、引言

维护老年人的健康功能，提高老年人的健康水平是健康中国行动的重要任务。依据世界卫生组织发布的最新数据，2019 年我国 60 岁男性和女性的平均余寿分别为 19.2 岁和 23.1 岁，平均健康余寿分别为 15.0 岁和 16.9 岁，即 60 岁男女老人平均有超过 1/5 和 1/4 的生存时间处于不健康状态。而随着人口快速老龄化和高龄化，老龄健康问题愈发突出，未来失能老年人口规模将不断扩大。依据王金营和李天然（2020）的预测，到 2050 年我国 65 岁以上失能老年人口规模将达到 5205 万，占老年人口比例为 13.68%。除失能老人外，更多的老年人正经历着不同程度的健康损失，这不仅降低了老年人的生活质量，还会提高死亡风险，缩短预期寿命（Yaffe et al., 2016）。

那么，老年人不同程度的健康损失如何分级？如何测度？不同级别的健康损失是否存在逐步递进的关系？不同级别的健康损失和健康恢复又有怎样的关系？回答这些问题对我国健康老龄化建设具有实际的意义。

梳理已有相关文献可以发现，国外学者 Nagi（1965）较早提出了四个核心概念：疾病（Pathology）、损伤（Impairment）、功能限制（Functional Limitation）和残疾（Disability），辨析了残疾的概念和健康受损的过程。1980 年世界卫生组织在《缺陷、残疾和障碍国际分类》（International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps，简称 ICIDH）中提出了疾病或伤害的三个后果，损伤（Impairment）、残疾（Disability）和身体障碍（Handicap），认为损伤、残疾和身体障碍之间存在线性和因果关系，残疾描述为由损伤引起的，而身体障碍则是由损伤或残疾引起的（WTO, 1980）；ICIDH 残疾的概念与 Nagi 功能限制和残疾的概念基本相同，身体障碍主要描述了社会经济角色的局限性，由于缺陷或残疾限制或阻止了正常社会角色的履行。Verbrugge 和 Jette（1994）以 Nagi 的构想为基础，借鉴 ICIDH 的概念范畴，提出了一个连接疾病、损伤、功能限制和残疾的主要途径，即从健康到患病到损伤，再到功能受限、残疾和死亡的健康受损过程。之后，学者们的研究主要集中在两个方面：一些研究支持了健康受损的

发生顺序,不少学者(Guralnik,1995; Lawrence,1996; Hardy,2005; Kaare,2009)论证并支持了损伤、功能限制和残疾之间关系的因果方向性,即损伤是导致功能受限的重要因素,功能受限又是导致残疾的重要因素,这些研究为如何减少和预防残疾提供了证据。另一些研究分析了风险因素和个体因素对健康受损的影响,风险因素主要包括年龄、性别、教育程度、婚姻状况等因素。如 Mitnitski(2010)研究了性别等因素、Camacho(1993)和 Fiscella(2000)研究了婚姻和种族等因素对健康受损的影响;个体因素主要包括个人生活方式或行为方面的因素,如吸烟、酗酒、运动等因素, Lawrence(1996)指出,适当的身体活动会显著影响老年人健康受损的进展,推迟进入更严重健康受损状态的时间;另外, Smits(1997)研究了认知能力等因素、Camacho(1993)和 Mendes(1999)研究了社会网络和社会支持等因素对健康受损的影响。

国内学者对老年人健康受损过程的研究较少,更多关注的是失能和长期护理问题。对失能问题的探讨,主要是对我国老年人失能水平、失能规模及其变化趋势的研究。顾大男和曾毅(2006)通过对比 1992 年和 2002 年的中国健康长寿影响因素调查(CLHLS)数据,认为十年间中国老年人生活自理能力失能率平均每年下降 1%。杜鹏和武超(2006)通过对比分析 1994、2004 年全国抽样调查数据发现,中国老年人生活不能自理的比例明显提高。中国老龄科学研究中心课题组(2011)借助三次全国城乡老年人口调查的数据,证实我国失能老年人口的规模和发展趋势不断扩大。唐钧(2014)、丁华和严洁(2018)、朱大伟和于保荣(2019)的研究也支持了我国老年人失能水平和失能规模逐渐扩大的观点。对长期护理问题的探讨,主要是对失能人口规模和长期护理保险保费测算的研究。黄枫和吴纯杰(2012)运用连续时间齐性 Markov 过程建立转移概率矩阵模型,预测得到了需要护理的老年人口规模和老人处于护理状态的时间长度。胡晓宁、陈秉正和祝伟(2016)研究了不同保障期限的长期护理保险的定价问题,分别给出两种失能定义下初始状态为健康和初始状态为失能的人群的长期护理保险的定价。胡宏伟等(2015)、崔晓东(2017)、王新军和王佳宁(2018)、张琳和汤薇(2020)等应用微观数据构建了相应的健康转移概率矩阵,预测了未来我国老年人口中失能人口的规模及长期护理保险的保费。这些文献大多关注健康受损中的失能状态,包括失能的水平、规模和变化趋势,或是从建立长期护理制度的角度探讨如何应对失能带来的问题,较少关注老年人群整体的健康受损过程。

本文在前人研究的基础上,将构建我国老年人健康受损的一般框架,分析我国老年人健康受损过程和在各个健康状态的持续时间,分析不同类型人群健康受损过程的差异。为政府制定预防和减少老年失能的积极健康政策、成功应对老龄化挑战提供参考。

二、数据、模型与方法

(一) 数据基本情况

本研究使用来自北京大学健康老龄与发展研究中心的“中国老年健康影响因素跟踪调查”(CLHLS)项目抽样调查的数据。该调查始于 1998 年,并于 2000 年、2002 年、2005 年、2008

年、2011 年、2014 年和 2018 年进行了 8 次跟踪调查, 调查对象主要为 65 岁及以上老年人, 调查范围覆盖全国 23 个省、直辖市和自治区, 调查区域总人口占全国总人口的 85%。本研究以 2014 年调查数据为基期, 对健康状态进行分类, 并跟踪基年人群至 2018 年, 观察队列健康状态转移情况, 删除 2018 年的失访数据和关键变量缺失数据, 剩余 4543 个样本, 其中死亡样本 1898 人, 存活样本 2645 人。样本人群的年龄范围为 65 岁~117 岁, 年龄中位数为 85 岁, 其中男性占比 47%, 乡村人口占比 56%, 平均受教育年限为 2.29 年, 与配偶共同居住人群占比 39%。

(二) 健康受损进展框架

Verbrugge 和 Jette(1994) 提出的健康受损过程是①健康—②患病—③损伤—④功能受限—⑤残疾—⑥死亡。考虑到从患病到脏器系统损伤在健康报告中很难区分, 我国的 CLHLS 数据亦不能支持这一分类, 本文不专门考虑脏器系统损伤状态; Lawrence(1996) 的研究也支持患病和脏器系统损伤两个状态的合并。另外, 考虑到国内外文献一般将失能区分为器械辅助日常生活不能自理状态即 IADL 受损和基本日常生活不能自理状态即 ADL 受损, 其中 IADL 受损主要表明社会生活能力的丧失, ADL 受损主要表明基本生活能力的丧失, 因此, 我们对失能状态做了进一步区分。基于此, 本文构建的适用我国老年人健康受损过程的一般框架为: ①健康—②患病—③功能受限—④器械辅助日常生活不能自理—⑤基本日常生活不能自理—⑥死亡。

相关健康状态定义如下, 简略定义见表 1。

表1 老年人健康状态定义

序号	状态	定义
1	健康	无疾病, 无功能受限, 生活可自理
2	患病	患有 1 种及以上疾病, 无功能受限, 生活可自理, G15 中的 24 种疾病至少患有 1 种疾病
3	功能受限	身体功能受限, 生活可自理, E11-E13 至少有一个问题回答不能独立完成或需要帮助
4	器械辅助日常生活不能自理	基本日常生活可自理, 器械辅助日常生活不能自理, E7-E10、E14 至少有一个问题回答不能自理或需要帮助
5	基本日常生活不能自理	基本日常生活不能自理, E1-E6 至少有一个问题回答不能自理或需要帮助
6	死亡	身故

(1) 状态 1——健康

根据 CLHLS 调查中问题 G15 中的 24 种疾病的患病情况, 若受访者未患有任何 1 种疾病, 同时无功能受限、无器械辅助日常生活自理能力受损、无基本日常生活自理能力受损, 则定义为健康。

(2) 状态 2——患病

根据 CLHLS 调查中问题 G15 中的 24 种疾病的患病情况, 若受访者至少患有 1 种疾病, 同时无功能受限、无器械辅助日常生活自理能力受损、无基本日常生活自理能力受损, 则定义为患病。

(3) 状态 3——功能受限

根据 CLHLS 调查中问题 E11-E13, 即连续走 1 公里、提 5 公斤的重物、连续蹲起 3 次, 若受访者至少有一个回答不能独立完成或需要帮助, 同时无器械辅助日常生活自理能力受损、无基本日常生活自理能力受损, 则定义为功能受限。

(4) 状态 4——器械辅助日常生活不能自理

根据 CLHLS 调查中问题 E7-E10、E14 对个人处理日常事务能力的调查, 即做饭、洗衣服、走访邻居、购物、搭乘公共交通, 若受访者至少有一个回答不能自理或需要帮助, 同时无基本日常生活自理能力受损, 则定义为器械辅助日常生活不能自理。

(5) 状态 5——基本日常生活不能自理

根据 CLHLS 调查中问题 E1-E6 对个人基本日常生活自理能力的调查, 即吃饭、穿衣、洗澡、如厕、床椅间移动、控制大小便, 若受访者至少有一个问题回答不能自理或需要帮助, 则定义为基本日常生活不能自理。

(6) 状态 6——死亡

即被调查人身故。

(三) 健康状态转移模型

利用连续时间齐性 Markov 过程刻画老年人健康状态的变化, 即假设老年人健康状态的转变符合连续时间齐性 Markov 过程。根据前面给出的我国老年人健康受损过程的一般框架, 可以构建健康状态转移路径, 其中死亡是一个吸收状态。除死亡外, 这里假设其他健康状态之间的转移都是可逆的, 转移路径如图 1 所示:

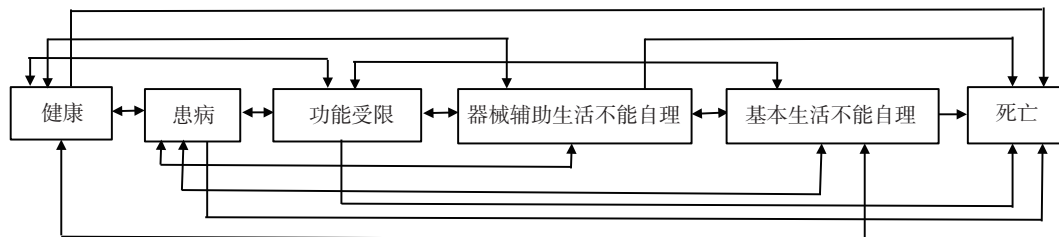


图1 健康状态转移路径

(四) 转移概率矩阵计算方法

设 $P_{ij}(t)$ 为老年人从初始状态 i 经过时间 t 转移至状态 j 的概率, 表示经过时间长度 t 的转移概率矩阵。本研究使用的调查数据间隔时间为 4 年, 即 $t=4$ 。考虑到死亡状态是吸收态, 不存在向其他状态的转移, 这里采用二元 Logit 模型刻画向死亡的转移概率, 其他转移概率采用有序 Logit 模型刻画。在模型中, 性别、城乡、婚姻状况、教育程度等均为控制变量。

老年人在 t 时刻的健康状态用 S_{it} 表示, 对于不同年龄段的老年人, 期末死亡概率为:

$$P(S_{6t}, X) = G(B_0 + \sum_{i=1}^5 \beta_i S_{it-1} + \sum \beta_j X_j)$$

$$i = 1, 2, 3, 4, 5; t - 1 = 2014; t = 2018$$

其中, $G(\bullet)$ 表示 logistic 累计概率分布函数, X_i 表示控制变量。

本文的参照组为 2014 年调查时处于健康状态的老年人。控制变量取值如下: 男性 =1, 女性 =0; 已婚且与配偶同住 =1, 否则为 0; 居住在乡村 =1, 居住在城镇 =0; 教育程度用受教育年限表示, 取值范围为 0 ~ 20 年。

本研究运用多元有序 Logit 模型计算不同健康状况之间的转移概率为:

$$P(S_{1t} = 1 | S_{it-1}, X, S_{6t} = 0) = G(\alpha_1 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta);$$

$$P(S_{2t} = 1 | S_{it-1}, X, S_{6t} = 0) = G(\alpha_2 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta) - G(\alpha_1 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta);$$

$$P(S_{3t} = 1 | S_{it-1}, X, S_{6t} = 0) = G(\alpha_3 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta) - G(\alpha_2 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta);$$

$$P(S_{4t} = 1 | S_{it-1}, X, S_{6t} = 0) = G(\alpha_4 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta) - G(\alpha_3 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta);$$

$$P(S_{5t} = 1 | S_{it-1}, X, S_{6t} = 0) = 1 - G(\alpha_4 - \sum_{i=2}^5 \beta_i S_{it-1} - X\beta)$$

其中, $\alpha_1, \alpha_2, \alpha_3, \alpha_4$ 表示模型的门限参数, 将健康状态潜变量根据等级分为 5 类, 采用极大似然法对门限参数进行估计, β 为回归系数。

使用多元有序 Logit 模型计算的健康转移概率是以老年人期末状态为生存的条件概率, 在构造健康状态转移矩阵时, 要把其转化为无条件概率, 转换公式为:

$$P(S_{it} = 1 | S_{jt-1}, X) = P(S_{it} = 1 | S_{jt-1}, X, S_{6t} = 0) [1 - P(S_{6t} = 1 | S_{jt-1}, X)]$$

$$i = 1, 2, 3, 4, 5; t - 1 = 2014; t = 2018$$

在计算出各健康状态的 4 年转移概率 $P_{ij}(4)$ 后, 可以得到 4 年转移概率矩阵 $P(4)$, 该矩阵每个元素 $P_{ij}(4)$ 都大于等于 0 并小于等于 1, 并且每行元素之和为 1。

在得出健康转移概率矩阵后, 运用多状态生命表方法可以计算不同年龄段的老年人在健康受损过程中在各健康状态的持续时间。

三、实证结果

在实际测算中, 受数据的限制, 本文计算了从 2014 年到 2018 年的四年健康转移概率, 无法考虑在 2014-2018 年之间每年的健康状态转移。同时, 年龄组选取了从 65 岁开始的 10 岁组, 无法细分为单岁年龄组。本文采用的 CLHLS 微观数据, 经过信度和效度分析, 数据质量良好(陆华杰, 郭冉 2019)。

(一) 健康状态转移概率矩阵

1. 死亡概率

表 2 给出了 Logit 死亡概率模型的估计结果, 展示了不同变量的边际效应及其显著性水平。对于不同年龄段的老年人, 性别和初始健康状态对老年人死亡概率有显著影响。

表2 2014-2018年我国Logit死亡概率模型估计结果

解释变量	65 ~ 74 岁	75 ~ 84 岁	85 ~ 94 岁	95 岁及以上
男性	0.871***	0.626***	0.624***	0.321
已婚且与配偶同住	-0.231	-0.106	-0.322**	-0.545*
乡村	0.080	0.042	0.167	-0.028
教育程度	-0.005	-0.008	-0.012	0.014
患病	0.650**	0.306	0.166	0.263
功能受限	1.087***	0.967***	0.447*	-0.001
器械辅助日常生活不能自理	1.959***	1.375***	1.136***	1.280***
基本日常生活不能自理	2.766***	2.283***	2.098***	2.412***
样本数	787	1432	1343	981

注: 根据CLHLS2014-2018年数据计算得到, 样本数4543人。括号内为标准差; **、*和*分别代表1%、5%和10%的显著性水平(同表3)。

随着年龄增长, 性别对死亡概率的影响逐渐降低, 两性之间的死亡概率差距缩小, 这种变化可以用“选择性死亡”假说来解释, 即在较低年龄段, 男性的死亡概率始终高于女性, 使有健康禀赋的男性存活下来, 随着年龄增长, 两性之间的死亡概率差距缩小。

随着初始健康受损程度不断恶化, 其对老年人死亡概率的影响显著增强。患病状态只对 65 ~ 74 岁老年人死亡概率有显著的正向影响, 功能受限状态对 95 岁以下老年人死亡概率有显著的正向影响, 而生活不能自理状态(包括器械辅助日常生活不能自理和基本日常生活不能自理)对 65 岁及以上老年人的死亡概率均有显著的正向影响。

此外, 是否与配偶共同居住对 85 岁及以上老年人死亡概率有显著的负向影响, 即与配偶共同居住的老年人死亡概率更低; 城乡因素和教育因素对老年人死亡概率的影响不显著。

2. 不同健康状态的转移概率

依据本文提出的描述人群健康受损过程的一般框架, 健康受损程度存在顺序关系, 因此本研究选用有序 Logit 回归模型来估计健康状态转移概率, 表 3 给出了估计结果。

表3 2014-2018年我国有序Logit健康状态转移概率模型的估计结果

解释变量	65 ~ 74 岁	75 ~ 84 岁	85 ~ 94 岁	95 岁及以上
男性	-0.377***	-0.413***	-0.194	0.384
已婚且与配偶同住	-0.066	0.070	-0.304**	-0.587*
乡村	-0.188*	-0.012	-0.259**	-0.584**
教育程度	-0.026***	-0.018**	0.013	-0.012
患病	1.124***	0.833***	0.261	0.603
功能受限	2.040***	1.284***	1.003***	1.943***
器械辅助日常生活不能自理	3.126***	2.311***	1.810***	2.683***
基本日常生活不能自理	3.018***	2.838***	2.407***	3.437***
门限参数 1	-1.014***	-1.444***	-2.455***	-2.375***
门限参数 2	1.063***	-0.002	-1.431***	-1.509**
门限参数 3	2.702***	1.493***	0.057	0.036
门限参数 4	3.762***	2.677***	1.758***	1.904***
样本数	692	1085	641	227

注：根据CLHLS2014-2018年数据计算得到，样本数2645人。

性别和初始健康状态依然是影响老年人健康状态转移的重要变量。与死亡概率模型的结果不同，男性虽然在生存上具有劣势，但存活下来的男性健康禀赋较好，其由较好健康状态向较差健康状态转移的概率明显低于女性。患病、功能受限、不能自理等初始健康状态的系数都为正，表明相比于初始状态为健康的老年人，健康受损的老年人在 4 年后健康进一步受损的可能性更大。4 个门限参数有显著的统计学差异，表明健康状态潜变量的划分合理。

与配偶共同居住的老年人在 85 岁以上年龄段由较好健康状态向较差健康状态转移的概率更低，与死亡概率模型相结合，表明其不仅享有更长的预期寿命，健康状态也更好。虽然城乡因素对死亡概率模型结果的影响不显著，但对健康转移概率模型结果却有较为显著的影响，估计结果为负，表明乡村老年人由较好健康状态向较差健康状态转移的概率更低。教育程度对 65 ~ 84 岁老年人的健康状态转移有显著影响，系数为负，表明受教育程度高的老年人由较好健康状态向较差健康状态转移的概率更低。

3. 健康状态转移概率矩阵

根据死亡概率模型和健康状态转移概率模型的估计结果，以死亡为吸收态，其他健康状态为转移态，计算出不同年龄、性别和初始健康状态的老年人四年间的健康状态转移概率矩阵 $P(4)$ ，考虑篇幅限制，将其列入附表中。

可见，在同一年龄，随着初始健康受损程度恶化，老年人的死亡概率不断上升。以 65 ~ 74 岁男性为例，健康老年人的死亡概率为 7.2%，患病老年人的死亡概率是健康老年人的 1.82 倍，功能受限老年人的死亡概率是健康老年人的 2.61 倍，有超过 1/3 的器械辅助日常生活不能自理的老人和超过 1/2 的基本日常生活不能自理的老人会在 4 年内死去。

在同一年龄，随着初始健康受损程度的恶化，转向基本日常生活不能自理的概率变大。以

75 ~ 84 岁男性为例, 健康老年人四年后基本日常生活不能自理的概率为 3.2%, 而患病、功能受限、器械辅助日常生活不能自理的老年人四年后转向基本日常生活不能自理的概率分别为健康老年人转移概率的 2.09 倍、2.69 倍和 5.34 倍。

健康状态转移具有明显的性别差异。图 2 显示了男女性在不同年龄段从不同初始健康状态转向死亡的概率。可见, 在相同年龄、相同初始健康状态下, 女性由各个初始健康状态转向死亡的概率均低于男性, 具有明显的生存优势。以 65 ~ 74 岁年龄组为例, 女性从健康、患病、功能受限、器械辅助日常生活不能自理、基本日常生活不能自理状态转向死亡的概率分别为 3.3%、6.2%、9.2%、19.6%、35.7%, 仅为男性死亡概率的 1/2 左右。但对于 95 岁及以上老年人, 男女老年人由各初始健康状态转向死亡的概率接近, 表明随着年龄增长, 女性的生存优势减弱。

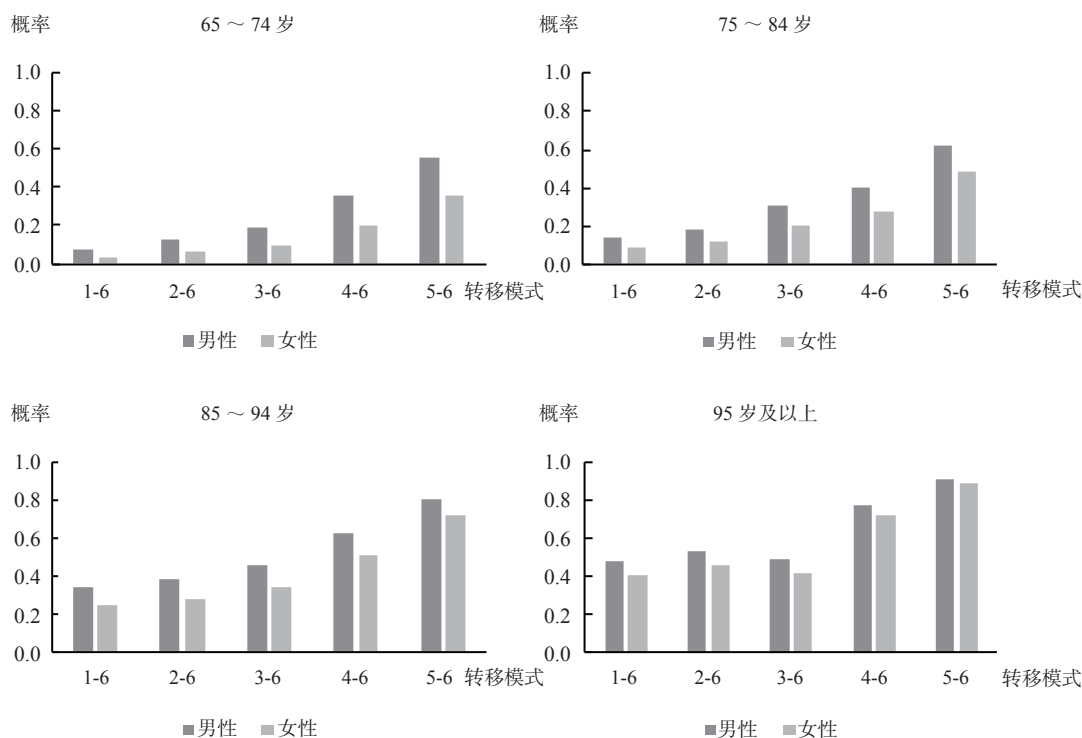


图2 2014-2018年我国各年龄各初始健康状态转向死亡的转移概率

注: 图中1-6表示由状态1转向状态6的转移概率, 以下类同。

与女性相比, 男性具有明显的健康优势。考虑到基本日常生活不能自理状态一般是失能护理的触发条件, 这里以各初始健康状态转向基本日常生活不能自理状态的转移概率为例进行说明。图 3 展示了在相同年龄、相同初始健康状态下, 男性由各个初始健康状态转向基本日常生活不能自理的概率均低于女性, 具有健康优势。在 65 ~ 74 岁年龄组, 男性从健康、患病、功能受限、器械辅助日常生活不能自理、基本日常生活不能自理状态转向基本日常生活不能自理的概率分别为 0.9%、2.6%、5.8%、12.1%、7.7%, 其仅为对应女性基本日常生活不能自理概率的 1/2 左右。但随着年龄的增加, 男性相比女性的健康优势逐渐消失, 在 95 岁及以上年龄组, 男女老年人由各初始健康状态转向基本日常生活不能自理的概率基本接近。

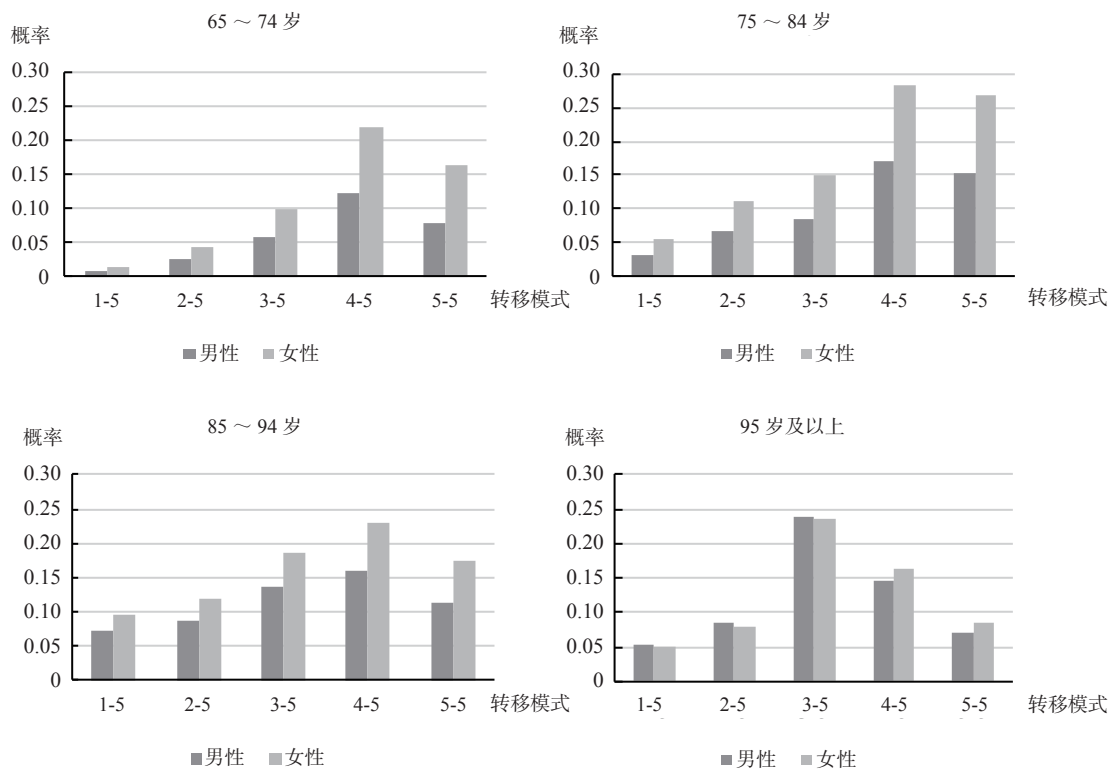


图3 2014-2018年我国各年龄各初始健康状态到基本生活不能自理的转移概率

图 4 显示了各年龄段老年人不同健康状况恢复健康的概率。可见，在 85 岁之前男性老年人的健康恢复概率始终高于女性老年人，表现为男性老年人的康复能力较强。随着年龄增长，男女老年人的健康恢复情况均变差，超过 85 岁以后，老年人的健康恢复概率几乎都小于 5%，表明高龄老年人健康恢复能力几近丧失，这个年龄段身体状况依旧良好的老年人主要是前期健康的积累，而非由健康恢复得来。

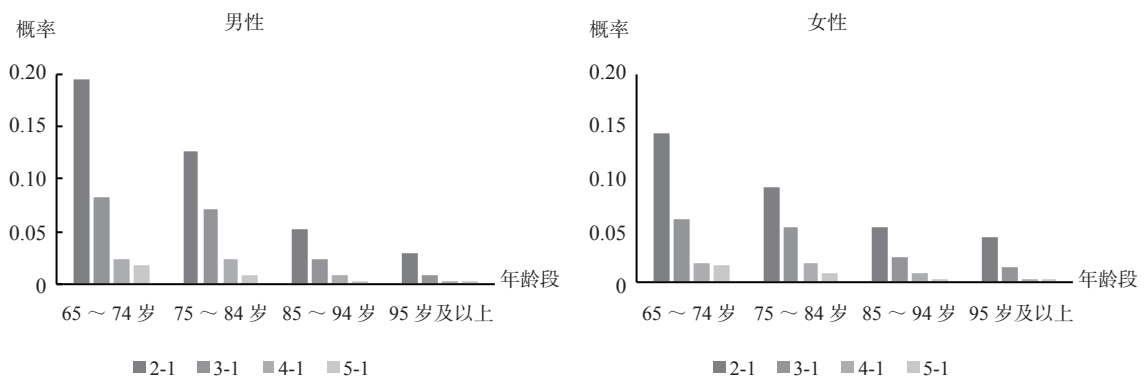


图4 2014-2018年我国各年龄段不同健康状况恢复健康的概率

(二) 在各健康状态的持续时间及其人群差异

1. 在各健康状态的持续时间

根据健康状态转移概率矩阵, 可以估算出不同年龄、性别老年人在健康受损过程中在各健康状态的持续时间, 列入表 4 中, 同时图 5 展示了各健康状态持续时间占预期寿命的比例。可见, 男性老年人的健康情况明显优于女性老年人。以 65 ~ 74 岁年龄段为例, 男性老年人在健康状态的持续时间为 3.79 年, 占预期寿命的 27.5%, 在基本日常生活不能自理状态的持续时间为 0.91 年, 占预期寿命的 6.6%; 相比而言, 65 ~ 74 岁女性老年人在健康状态和基本日常生活不能自理状态的持续时间分别占预期寿命的 16% 和 11.4%。同时, 在各个年龄段, 男性在功能不受限状态 (即健康状态和患病状态的持续时间之和) 持续时间都比女性长, 而在功能受限、器械辅助日常生活不能自理、基本日常生活不能自理的持续时间都比女性短, 表明男性老年人的健康状况始终优于女性老年人。

表4 2014-2018年我国各健康状态的持续时间: 按性别和年龄分

性别	年龄段 (岁)	各状态持续时间 (年)					预期寿命 (岁)
		状态 1	状态 2	状态 3	状态 4	状态 5	
男性	65 ~ 74	3.79	5.62	2.41	1.11	0.91	13.84
	75 ~ 84	1.68	3.17	2.29	1.43	1.27	9.83
	85 ~ 94	0.71	0.94	1.61	2.21	1.92	7.39
	95 及以上	0.30	0.15	0.56	1.36	2.02	4.39
女性	65 ~ 74	2.45	5.11	4.13	1.91	1.75	15.35
	75 ~ 84	1.08	2.11	3.34	2.17	1.99	10.68
	85 ~ 94	0.37	0.63	1.94	2.39	2.50	7.83
	95 及以上	0.10	0.12	0.38	1.40	2.32	4.32

可以看出, 在各个健康状态的持续时间上, 只有在患病状态上, 男性的持续时间一直高于女性。这可能与男性普遍有着不良的生活习惯, 如吸烟、酗酒等有关。医学上认为, 男性疾病发病率明显高于女性, 且男性所患疾病多偏向于死亡概率较高的疾病, 而女性所患疾病多偏向于导致自理能力下降的疾病, 这也使得男性功能受限和生活不能自理状态的持续时间比女性短 (Oksuzyan, 2008)。

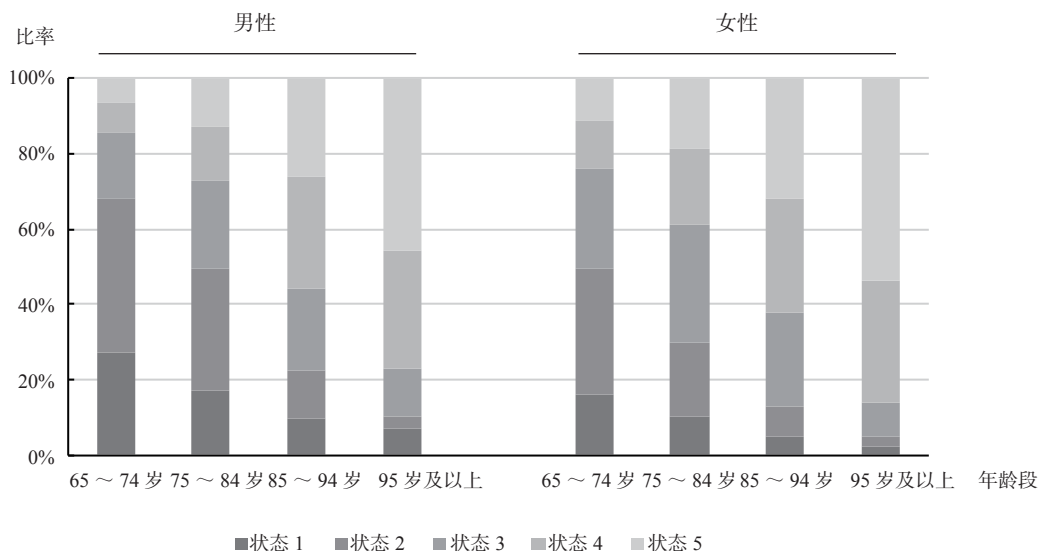


图5 2014-2018年我国分性别各健康状态持续时间占比

2. 城乡老年人在各健康状态持续时间的差异

表 5 列出了按城乡划分的老年人预期寿命和在各健康状态的持续时间。图 6 展示了城乡老年人在各健康状态的持续时间占预期寿命的比例。可以看出，我国老年人的预期寿命和健康预期寿命依然存在一定的城乡差异。城镇老年人的预期寿命更长，但基本日常生活自理能力较乡村老年人更差。城镇老年人基本日常生活不能自理状态占比高于乡村老年人，乡村老年人器械辅助日常生活不能自理状态占比高于城镇老年人。以 65 ~ 74 岁男性为例，城市老年人的预期寿命为 14.14 岁，比乡村老年人高 0.37 岁，但其健康状态的持续时间仅为 3.16 年，比乡村老年人短 1.07 年。考虑到农村老年人存在更多的疾病漏报情况，我们把前两种状态合并考虑，即功能不受限状态的持续时间，城镇老年人为 8.92 年，乡村老年人为 9.8 年，两者相差 0.88 年，农村老年人由于从事更多的体力劳动生产活动，身体活动能力较强，在功能不受限状态的持续时间更长。随着年龄增长，城镇老年人和农村老年人在健康、患病和功能受限状态持续时间的差异逐渐变小，而在器械辅助日常生活不能自理状态上农村老年人的持续时间更长，在基本日常生活不能自理状态上城镇老年人的持续时间更长。这一方面可能是由于农村的生活便利条件较差，如购物、搭乘公共交通等不方便，使得农村老年人更容易陷入器械辅助日常生活不能自理状态；另一方面也可能是由于城市的医疗条件、生活居住环境等较农村更优，使得陷入基本日常生活不能自理状态的老年人存活时间更长。

表5 2014-2018年我国各健康状态的持续时间：按性别、年龄和城乡分

类别	年龄段 (岁)	各状态持续时间 (年)					预期寿命 (岁)
		状态 1	状态 2	状态 3	状态 4	状态 5	
城镇男性	65 ~ 74	3.16	5.76	2.80	1.25	1.17	14.14
	75 ~ 84	1.48	3.27	2.33	1.38	1.38	9.84
	85 ~ 94	0.73	1.01	1.59	1.99	2.21	7.53
	95 及以上	0.27	0.14	0.57	1.22	2.28	4.48
乡村男性	65 ~ 74	4.23	5.57	2.18	1.03	0.75	13.76
	75 ~ 84	1.83	3.08	2.26	1.47	1.17	9.82
	85 ~ 94	0.68	0.89	1.63	2.40	1.69	7.29
	95 及以上	0.34	0.17	0.57	1.57	1.90	4.56
城镇女性	65 ~ 74	2.34	5.30	4.26	1.75	1.76	15.40
	75 ~ 84	1.15	2.05	3.39	1.97	2.14	10.71
	85 ~ 94	0.34	0.64	1.75	2.12	3.00	7.85
	95 及以上	0.11	0.13	0.31	1.16	2.56	4.26
乡村女性	65 ~ 74	2.56	4.93	4.00	2.06	1.75	15.29
	75 ~ 84	1.01	2.16	3.28	2.35	1.87	10.67
	85 ~ 94	0.40	0.62	2.07	2.58	2.17	7.83
	95 及以上	0.10	0.12	0.45	1.61	2.28	4.55

总体来说，城镇老年人的预期寿命虽然更长，但其健康状况却比农村老年人差，尤其是基本日常生活不能自理状态的持续时间约为农村老年人的 1.2 倍。因而未来城镇老年人对长期护理有更大的需求。

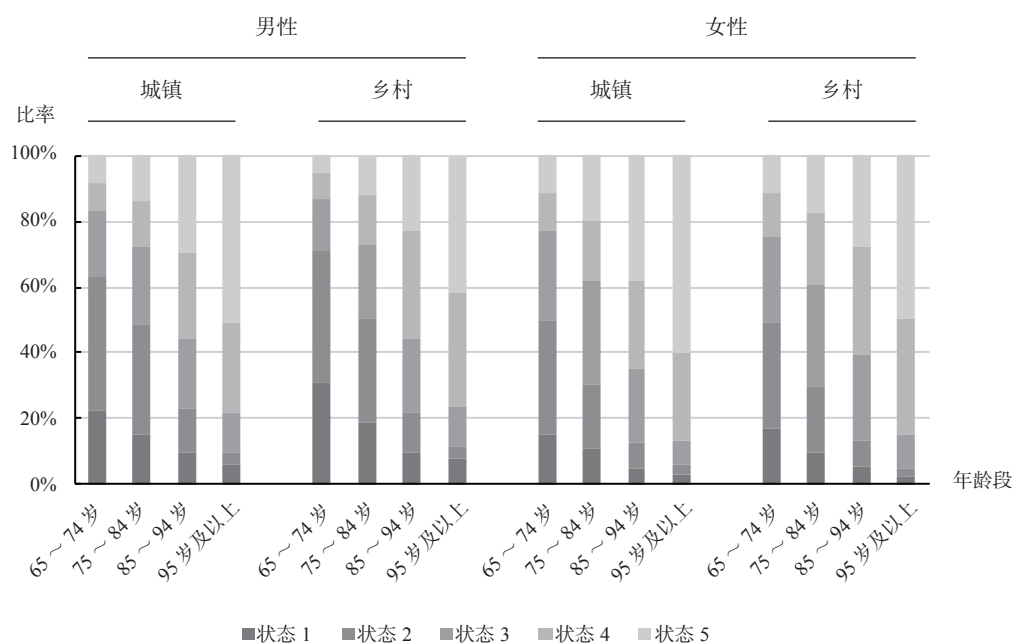


图6 2014-2018年我国分性别分城乡各健康状态持续时间占比

3. 不同婚姻状况老年人在各健康状态持续时间的差异

表 6 列出了按婚姻状态划分的各健康状态持续时间。可以看出，我国不同婚姻状态老年人的预期寿命和健康预期寿命的差异，根据人群健康受损的一般规律，不同婚姻状态老年人的健康受损过程存在一定差异。从表中数据可见，不论年龄、性别，与配偶同住的老年人的预期寿命都比未与配偶同住的老年人更高，且在健康受损过程中享有更多的健康。以 65 ~ 74 岁男性为例，与配偶同住的老年人在健康、患病、功能受限、器械辅助日常生活不能自理、基本日常生活不能自理状态的持续时间分别为 3.93、5.61、2.39、1.10、0.89 年，比未与配偶同住的老年人在健康状态的持续时间长 0.68 年，在患病状态的持续时间短 0.14 年，在功能受限状态的持续时间短 0.07 年，在器械辅助日常生活不能自理的持续时间短 0.03 年，在基本日常生活不能自理状态的持续时间短 0.14 年。因此，与配偶同住的老年人存在一定的生存优势和健康优势，他们不仅活得更长且享有更多的健康。

表6 2014-2018年我国各健康状态的持续时间：按性别、年龄和婚姻状况分

类别	年龄段（岁）	各状态持续时间（年）					预期寿命（岁）
		状态 1	状态 2	状态 3	状态 4	状态 5	
已婚且与配偶同住男性	65 ~ 74	3.93	5.61	2.39	1.10	0.89	13.92
	75 ~ 84	1.65	3.30	2.23	1.42	1.29	9.90
	85 ~ 94	0.90	0.95	1.52	2.30	1.95	7.62
	95 及以上	0.42	0.30	0.50	1.50	2.02	4.74
其他情况男性	65 ~ 74	3.25	5.75	2.46	1.13	1.03	13.61
	75 ~ 84	1.79	2.84	2.41	1.47	1.21	9.72
	85 ~ 94	0.59	0.93	1.66	2.17	1.90	7.26
	95 及以上	0.27	0.11	0.59	1.35	2.06	4.39
已婚且与配偶同住女性	65 ~ 74	2.63	5.33	3.99	1.80	1.73	15.48
	75 ~ 84	1.12	2.31	3.34	2.01	2.06	10.84
	85 ~ 94	0.61	0.98	2.19	2.33	2.21	8.32
	95 及以上	0.58	1.02	0.86	1.65	1.08	5.20
其他情况女性	65 ~ 74	2.15	4.86	4.41	1.98	1.83	15.23
	75 ~ 84	1.08	2.03	3.37	2.26	1.92	10.65
	85 ~ 94	0.34	0.58	1.91	2.41	2.54	7.78
	95 及以上	0.09	0.10	0.39	1.44	2.44	4.46

总的来说，与配偶同住的老年人在健康状态的持续时间平均为未与配偶同住老年人的 1.23 倍，其在基本日常生活不能自理状态的持续时间仅为未与配偶同住老年人的 88.6%。王晶等（2015）认为良好的婚姻状况有利于老年人的身心健康，李成福等（2018）认为有配偶的老年人的预期寿命和健康预期寿命都更高。因而，与配偶同住的老年人不仅预期寿命更长，且在健康受损过程中享有更多的健康。

四、结论

本文在 Verbrugge 和 jette(1994) 提出的健康受损过程的基础上, 构建我国老年人健康受损过程的一般框架为: ①健康—②患病—③功能受限—④器械辅助日常生活不能自理—⑤基本日常生活不能自理—⑥死亡。利用 2014-2018 年中国老年健康影响因素跟踪调查 (CLHLS) 数据, 运用连续时间 Markov 过程和多状态生命表的方法刻画了我国老年人健康受损的过程和不同人群健康受损的差异, 得出以下结论。

第一, 不同性别老年人的健康受损过程具有明显的差异。女性从各初始健康状态转向死亡的概率均低于男性, 具有明显的生存优势。男性从各初始健康状态转向基本日常生活不能自理的概率均低于女性, 具有明显的健康优势。同时男性在功能不受限状态的持续时间较女性更长, 在功能受限、器械辅助日常生活不能自理、基本日常生活不能自理的持续时间较女性更短, 即男性老年人的健康情况始终优于女性老年人。国外学者对荷兰、西班牙、芬兰等欧洲国家的研究也支持了这一观点 (Sagardui,2005; Sulander,2006; Deeg,2008)。“选择性死亡”假说也解释了这一现象, 即男性的死亡概率更高, 不健康的个体更容易被淘汰, 剩下的个体健康禀赋较高; 另一方面, 医学上也认为男性所患疾病多偏向于死亡概率较高的疾病, 而女性所患疾病多偏向于导致自理能力下降的疾病 (Oksuzyan,2008), 这可能是导致女性群体的健康状况相对较差的原因。

第二, 城乡老年人的健康受损过程具有一定的差异。城镇老年人的预期寿命高于农村老年人, 具有一定的生存优势 (郭未等, 2013)。但两者的健康受损持续时间不同, 乡村老年人在器械辅助日常生活不能自理状态停留的时间较长, 而城镇老年人在基本日常生活不能自理状态停留的时间较长, 表明未来城镇老年人群体有更多的健康护理需求。

第三, 不同婚姻状况老年人的健康受损过程具有明显的差异。与配偶同住的老年人预期寿命高于未与配偶同住的老年人, 具有一定的生存优势。同时, 与配偶同住的老年人由较好健康状态转向较差健康状态的概率几乎一直低于未与配偶同住的老年人, 在健康状态持续时间更长, 在各个不健康状态持续时间更短, 表明与配偶同住有助于提高老年人的健康水平, 与配偶同住的老年人在健康受损过程中享有更多的健康。

第四, 随着年龄增长, 男女老年人的健康恢复情况均变差。85 岁之前, 男性老年人的健康恢复能力好于女性老年人, 85 岁之后, 男女老年人均几乎丧失了健康恢复的能力。

基于以上分析结果, 本文认为应更多关注城镇未与配偶同住女性高龄老人的失能照护问题, 根据 2010 年中国城乡老年人口状况追踪调查的数据显示, 仅有约 1/5 的 85 岁及以上老年人有配偶 (李成福等, 2018), 关注这部分老年人的失能护理, 鼓励子女加强对老年父母的生活照护和陪伴。另外, 基于老年人健康受损的一般规律, 应积极宣传卫生保健知识, 鼓励老年人适量运动、合理饮食、避免静态生活方式等, 加强低龄老年人的健康积累, 避免其过早陷入生活不能自理状态。

随着人口的快速老龄化, 老年人失能照护的需求迅速增加, 传统养老观念的弱化, 使得老

年人失能照护的供给不足（Lu et al.2015），失能照护的供需矛盾日益突出，这必将影响人们生活的幸福感，产生社会焦虑。如何缓解老年人失能照护的压力已成为能否实现积极应对老龄化的关键。本文的研究有助于理解和认识我国老年人健康受损过程的一般规律和人群的健康差异，为政府制定预防和减少失能的积极健康策略提供依据。但是本文也只是从健康受损过程的脉络出发，研究了各健康状态的转移概率和持续时间，并未具体分析影响健康受损过程发展的风险因素、个体内和个体外因素等，这些问题需要进一步专门的研究。

跨学科视角下老龄健康研究的主要框架、 核心议题及其展望

陆杰华, 韦晓丹

(北京大学, 北京, 100871)

一、引言

人口老龄化是 21 世纪全球社会经济发展必须面对的基本环境, 也是中国进入 21 世纪以来必须始终把握的基本国情。随着人口老龄化进程不断深入, 老龄健康问题日益成为学术界及政策制定者关注的重要议题。早期老年健康问题更多地被单纯当作医学问题来研究, 主要表现在对老年人易患的各种疾病的研究(向运华等, 2019)。自 1990 年世界卫生组织提出健康老龄化概念, 明确了健康老龄化与宏观社会因素之间的密切关联, 老龄健康的经济学、社会学、人口学、心理学、行为科学研究逐渐丰富起来, 学科之间的交叉与渗透逐渐成为老龄健康研究发展的新趋势和学术创新的新增长点。

跨学科研究老龄健康的必要性首先来自老龄健康作为研究对象自身固有的双重属性: 生物属性和社会属性。相应地, 老龄健康研究范式同样应包含两个层面: 一是老龄健康涉及个体在细胞或生物酶层面与衰老相关的一系列自然变化(朱荟等, 2020); 二是老龄健康是国家/社会人口素质的重要组成要素, 不仅自身受到宏观社会因素的深刻影响, 其发展状况也会直接影响到社会、经济、资源、环境与人的可持续发展。在实证研究层面, 个体寿命与健康不仅是纯粹的生物医学问题, 而且受到微观与宏观层面多种因素的综合影响, 已经通过大量科学检验而成为学界的基本共识。既往研究表明, 个体健康大约仅有 25% 左右与遗传等生物学因素有关, 更主要地受到社会经济环境、行为方式与自然环境等非生物学因素及各种因素之间交互作用的影响(曾毅, 2012)。因此, 必须经由自然科学和社会科学通力合作, 才能科学、全面、深刻地理解老龄健康的作用机制。

老龄社会中老龄健康问题的复杂性和新变化同样呼唤着跨学科交叉研究的发展。在中国老龄化进程加剧的大背景下, 老龄健康与人口老龄化发展迅速、地区差异、城乡倒置、未富先老等突出特征密切交织, 形成了许多重大且复杂的老龄健康问题, 老龄健康正面临着全新变化: 人口健康模式发生根本性转变, 慢性非传染性疾病取代传染性疾病, 正成为影响国民健康和经济社会发展的重大公共卫生问题; 老年精神健康问题日益突出, 痴呆、卒中、抑郁等神经性疾病成为导致老年人残疾的主要原因; 失能老人照护问题带来巨大的国民经济负担和家庭照料负担, 等等。面对这些紧迫、复杂、严峻的现实难题, 单一学科的研究视角、理论和解决方案显

然难以给出圆满回答和妥善应对。因此，老龄健康研究的进一步发展必须引入更丰富的跨学科视角和方法，以国家的重大现实问题和需求为导向，为新时代实施积极应对人口老龄化国家战略和实现“两个一百年”奋斗目标提供有效助力。

国际学术界较早认识到跨学科研究老龄健康问题在深化老龄健康科学研究、提高健康改善干预方案效益等方面的重大意义。美国科学院于 2004 年成立了包含社会科学家和自然科学家的国家老龄研究院，欧盟于 2008 年启动了社会、自然科学跨学科研究健康长寿的项目，力图从社会科学、行为科学与遗传学角度对健康长寿的影响因素进行深入探究（CHRISTENSEN K 等，2009）。与此同时，以美国为首的发达国家尤其重视老龄健康跨学科数据建设，充分整合被访者相关基因分型数据与已有老龄健康跟踪调查数据库，以解决社会科学领域长期视为“黑箱”的遗传异质性问题，通过遗传学和社会科学的融合极大地推动了老龄健康跨学科研究的发展。中国关于老龄健康的跨学科研究尽管起步较晚，但发展较为迅速，各大学术机构牵头开展了“中国老龄健康影响因素跟踪调查”（CLHLS）、“中国健康与养老追踪调查”（CHARLS）和“中国老年社会追踪调查”（CLASS）等一系列全国性综合调查，学者们应用丰富的数据资源不断拓展老龄健康研究思路和研究范围，从多元视角定量分析老龄健康的影响因素，进一步讨论老龄健康相关的社会政策。不过，国内目前的跨学科老龄健康研究仍存在一定欠缺，老龄健康的跨学科融合受到诸多因素制约。为深入研究中国老龄健康问题，本文详细梳理和概括跨学科视角下老龄健康的分析框架及其主要特点，重点探讨中国特色跨学科老龄健康研究的主要议题，深入剖析跨学科老龄健康研究的主要制约因素，并对中国跨学科老龄健康研究的未来走向做前瞻性的展望。

二、跨学科视角下老龄健康的分析框架及其主要特点

跨学科视角下老龄健康的分析框架主要从社会、行为、心理、环境、遗传等五个方面展开（图 1），其中，社会因素主要包括社会政治经济状况、人口社会学因素；行为因素主要指老年人的行为方式和生活习惯，如吸烟、饮酒、锻炼、饮食习惯等；心理因素主要指老年人的心理状况；环境因素主要指自然地理环境和社区环境因素，前者包括气候、湿度、水文、土壤等，后者包括社区的地理位置、生态环境、住房条件、基础卫生设施等；遗传因素主要指微观水平的生物遗传基因因素。据此分析框架，从跨学科视角下对老龄健康进行研究，主要有两条路径：一方面，探究各种因素与老龄健康之间的相互关联，包括社会、行为、心理、环境、遗传因素本身的直接作用及彼此间的交互作用对老龄健康影响的方向、程度和作用机制；另一方面，探究老龄健康对各层面因素的反向影响，即老龄健康状况及其变化对宏观层面社会经济发展和对微观、微观层面家庭和个体发展的影响，包括老龄健康影响个体和家庭迁移决策、照料决策等（即老龄健康影响老年人个体及其家庭对地理环境和社区环境的选择），以及老龄健康影响个体行为方式和生活习惯选择。

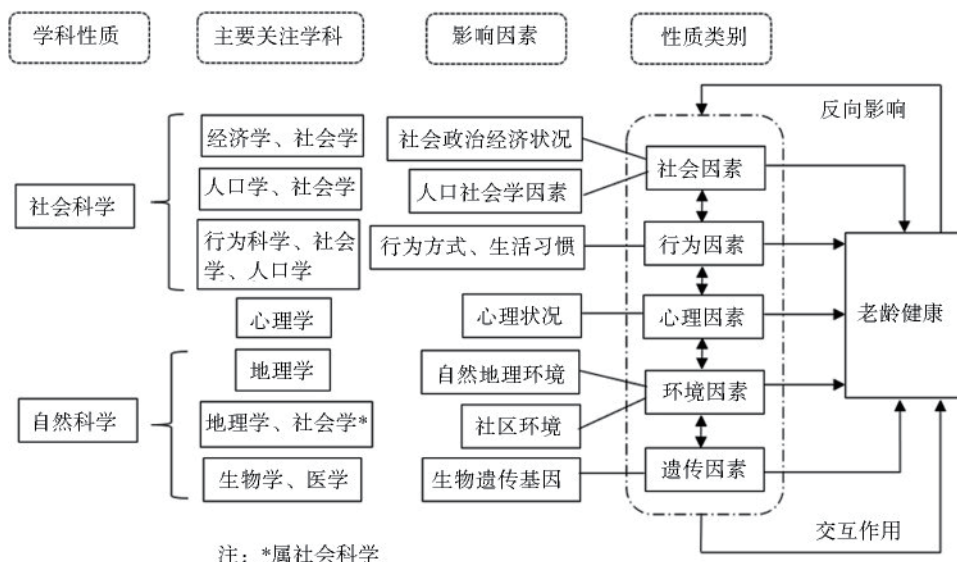


图 1 跨学科视角下老龄健康分析框架

综合来看，跨学科视角下的老龄健康分析框架呈现出如下三个特点。

一是影响因素的交互作用性。任何一个性质与层面的影响因素都不是完全独立的，对老龄健康的影响也不是完全独立的。各因素既能对老龄健康产生直接作用，同时其自身也受到其他性质、层面因素的影响，彼此相互交织、相互叠加，通过交互作用对老龄健康产生影响。以遗传因素为例，尽管基因是老龄健康的基础内在因素，但很多相关基因在遇到特定环境时表达作用会被启动、加强或弱化，从而导致或抑制疾病，进而影响健康。老年人的行为习惯和生活方式也会通过与社会经济因素的交互作用对老龄健康产生影响。有研究表明，中国不同社会经济地位的老年人生活方式并没有显著差异，但休闲活动对于社会经济地位较低的老年人边际效用更大，而社会经济地位较高的老年人更多受益于体育锻炼，直接体现出生活方式对老龄健康的影响受到了社会经济地位因素的调节作用（张韵，2018）。

二是老龄健康的双向影响性。不仅社会、行为、心理、环境和遗传因素会影响老龄健康，老龄健康也会反过来对各种因素产生影响。老龄健康与社会经济和行为因素的双向作用一直都是学界讨论的热点和重点。在个体微观层面上，老年人健康状况变化会直接引发其生活方式变化，身体健康严重恶化还可能会降低老年人社会经济地位，改变其家庭养老照料模式；在宏观层面上，老年群体整体健康状况变化直接影响社会医疗保障体系构建方案和实际承受负担，进而对国家经济社会发展造成重要影响。

三是学科层面的广泛涉及性。跨学科视角下老龄健康的分析框架涉及了包括生物学、医学、社会学、人口学、经济学、行为科学、心理学、地理学在内的多个学科。自然科学类学科的关注点比较集中，如地理学主要聚焦于自然地理环境和社区环境对老龄健康的影响；社会科学类学科的研究范围相对更加广泛，并且与内部其他学科在研究内容上有大量交叉，如社会学、人口学在社会经济状况、人口社会学因素、老年人的生活方式和行为习惯等老龄健康相关影响因素的研究内容上均有涉及。虽然不同学科之间的研究内容有所交叉，但是针对同一内容进行

研究时,不同学科各有侧重。跨学科视角下的老龄健康分析,不仅强调社会科学或自然科学学科内部不同学科之间研究视角的相互补充,更强调自然科学与社会科学之间的交叉融合,以修正、弥补已有理论和模型中由于研究视角单一而产生的问题与不足。

三、跨学科视角下老龄健康研究的核心议题

跨学科视角下老龄健康研究的核心议题主要集中于老龄健康影响因素、老龄健康资源配置、老龄健康公平、老龄健康与劳动力市场等四个方面。

(一) 老龄健康影响因素

跨学科老龄健康研究重点关注老年人口健康影响因素分析。对老龄健康影响因素及其机理的研究有助于加强老年人健康管理、指导老年人规避健康风险,对国家科学制定和调整老龄健康相关公共政策有着重要意义。综合而言,老年人的健康状况基本符合社会—心理—生物医学模式,学界从宏观水平的社会与自然因素,中观水平的社区与家庭因素,以及微观水平的生物遗传因素入手,分析不同层次和类型的因素对老年群体主观自评健康、日常生活自理能力、认知能力、心理健康等各种指标以及特定疾病患病状况的影响。在宏观和中观层次上,由于慢性疾病、退行性疾病逐渐成为中国老年人的主要健康问题,影响老龄健康的主导因素逐渐从生物学因素向社会经济因素转变,学者们对老龄健康影响因素的研究重点也转向社会层面的老年健康医疗服务供给(白晨,2020)、社会保险(许明等,2016),以及个人与家庭层面的社会经济地位、生活方式、社会参与(李月等,2020;陆杰华等,2017)和家庭照料、代际支持(王萍等,2012)等。目前已有研究中关于心理因素对老年人口生理健康影响的探究相对较少,多数研究把心理状况作为独立的一项因变量加以考察(姜向群等,2015)。环境因素对老龄健康的作用也逐步受到研究者重视,重点关注老年群体疾病和健康状况的地理分布规律、中国环境变化下的老年健康风险(王五一等,2007),并对区域长寿现象的自然环境机制进行探索(王五一等,2015)。微观层次上的研究则集中于健康长寿候选基因方面,有研究指出百岁老人的基因组可能存在和健康与长寿相关的基因变异(ZENG Y 等,2016),着力于筛选和明确特定基因与老年人生活方式、社会环境和自然环境的交互作用与老年长寿之间的相关性(ZENG Y 等,2010;覃健等,2011)。而基于老年亚人口显著的群体异质性,学界还关注女性老年人、农村老年人、流动老年人、高龄老人等特殊老年人群在健康风险因素上的不同特征。近年来,健康老龄化理念在老年人内在能力和功能发挥维度上的新定义,横向上拓宽了老龄健康影响因素的研究视域;全生命周期理论在实证研究应用上的新进展,纵向上延伸了老龄健康影响机制分析的时空范围。这些新理论和新视角不仅为既往的老龄健康影响因素研究提供了全新的整合思路,也为老龄健康“从生命早期预防”的理念和老龄健康管理整体策略的实践指明了方向。总体来看,老龄健康影响因素在跨学科视角下的研究方兴未艾,具有很大的发展潜力和增长空间。

(二) 老龄健康资源配置

老龄社会中,迅速扩大的老龄人口规模和老龄健康模式转变带来健康保障需求的激增,在缺乏充分的经济积累和完善的社会保障制度的背景下,加剧了资源配置的矛盾与冲突。因此,面对老龄健康状况的新变化,政府、家庭和老年人个体如何配置老龄健康的各种资源成为老龄健康研究的又一重要论题。首先,准确把握中国老年人健康转移模式,对失能老年人的规模及分布进行精确测算,是评估老年人医疗需求,尤其是长期照料需求的基础和出发点。据测算,随着平均预期寿命的延长和人口高龄化趋势加剧,中国失能老年人口规模将不断扩大,65岁及以上失能老年人口规模将由2020年的1867万人迅速上升至2050年的5205万人(王金营等,2020)。未来中国老年人的身体机能损伤主要以轻度失能为主,重度失能老年人规模相对较少,但重度失能老人健康转差或死亡的概率更高(高瑗等,2020)。综合已有研究,未来中国老龄健康转移模式将处于病态压缩抑或病态扩张尚未有一致定论,依据不同统计口径、不同测量指标,在不同年龄、队列和老年亚群体间进行测算时得到的结论存在较大差异(张文娟等,2009;吴炳义等,2019;陆杰华等,2019;宋靓璐等,2020),因此有必要对老龄健康状况转移作进一步探讨和分析。其次,学界还特别关注老龄人口健康状况转移对公共领域、私人领域资源配置的影响及相关政策应对措施。失能老年人规模增长不仅给国家医疗和养老服务体系造成巨大压力,对社会经济的可持续发展产生潜在风险,也为家庭及个体带来了沉重负担。家庭层面上,老年人健康状况变化直接影响着家庭照料模式的变化,增加了家庭照料的直接成本和间接时间成本(朱雅丽等,2019)。国家层面上,学者们聚焦于建立更为完善、高效的长期照护制度和老年医疗保障体系(陆杰华等,2018;张思锋等,2016),加快推进医养结合,强调政府、市场、家庭多元主体参与,辅之以构建长期护理保险制度等一系列配套措施,建设以需求为导向的中国老年健康服务模式,以满足老年人日益增长的长期照护需求,减轻失能老年人的家庭照料负担。需要指出的是,由于老龄健康资源配置问题的长期性、综合性和复杂性,其中涉及的诸多矛盾和难题短期内难以得到彻底解决,尤其是同时还涉及代际公平、可持续发展等深层社会问题,可能引发潜在的社会代际矛盾和利益冲突,因此未来仍需跨学科对此给予共同关注和深入探究。

(三) 老龄健康公平

老龄健康公平是社会公平的重要体现,实现老龄健康公平是健康老龄化中国方案的核心理念,也是保障全体人民共享改革发展成果的现实要求。目前中国老龄化进程中主要面临老龄健康的性别不平等、城乡不平等和地区不平等三大问题。在性别不平等方面,尽管女性老年人的预期寿命延长快于男性老年人,但健康预期寿命的增长却低于男性老年人,呈现出明显的“性别悖论”。在城乡不平等方面,城市老年人健康状况在整体上优于农村老年人,农村老年人虽然在日常生活自理能力方面表现更佳,但在认知功能、自评健康及生活满意度方面均不及城市老年人。随着人口老龄化和城镇化深入推进,一方面农村空巢化态势日趋严峻,本就处于健康弱势的农村老年人面临着家庭养老照护支持缺失、社会养老照护服务滞后的现实挑战;另一方面农村老年人大量流向城市,虽然流出老年人自带健康选择效应,但在流入地面临卫生资源可

及性差等问题，进一步加剧老龄健康城乡不平等问题的复杂性。在老龄健康不平等的深层机制上，学界的讨论集中于社会因果论和健康选择论，更强调社会经济地位、医疗卫生服务资源的条件和可及性在导致不同老年群体之间健康梯度扩大上的基础性、根本性和结构性作用（焦开山，2014；王富百慧，2017），社会经济地位对老龄健康的决定性作用几乎出现在所有疾病中和生命的各个阶段（宋新明，2018）。近年来，生命历程研究范式的引入拓展和深化了老龄健康不平等的研究进路。研究者们基于生命历程视角，将老龄期的健康不平等溯源至老年人童年期、成年期的社会经济地位（焦开山等，2020；蔡娇丽等，2020），以及童年逆境、早期重大健康事件的影响（李月等，2020；李晓宇，2020），充分建立起前老年期和老年期的生命因果和健康关联，并利用累积优势/劣势和累积不平等理论等进一步明确老龄健康不平等随年龄、时期和队列发展变化的模式和机制，为老龄健康研究增添了新亮点。

（四）老龄健康与劳动力市场

当前中国适龄劳动力规模逐步萎缩，数量型人口红利趋于下行，国家经济增长对人才的需求由“量增”向“质增”转变，人力资本成为新时代下国家和社会赖以发展的战略性资源。如何进一步挖掘现有老年人劳动力资源潜力，缓解深度老龄化对中国社会经济发展带来的巨大压力，成为学界面临的现实难题。老龄健康是老年人力资本的重要组成部分，是老年人参与经济活动的基础。因此，学界特别关注老龄健康对劳动力市场的影响，探索和思考老龄健康与第二次人口红利、老龄健康状况与劳动参与决策等方面的相互关联。一方面，在老年人预期寿命增长、老龄健康水平提升和人口总体受教育年限增长的背景下，学界提出充分利用中低龄健康老年人资源，延长人口红利窗口期，开发第二次人口红利，通过对退休年龄进行合理的制度安排，适度、弹性、渐进地延长劳动人口实际工作年龄，提高老年人劳动参与率，以积极应对型的老龄化战略取向使老龄人口健康红利成为促进经济增长的新动力（蔡昉，2020）。另一方面，老年人自身的健康状况是影响其劳动参与最为关键的因素之一。研究发现，健康不仅是老年人继续留在劳动力市场的决策要素，老年人口健康状况改善可以提高至少 10% 的劳动参与率（方涛等，2015）；健康也是劳动力市场选择老年人继续就业的决定性因素（周平梅等，2021），健康资本流失迅速的老年人早早地被劳动力市场排除在外。同时，健康对老年劳动参与的调节作用在不同老年群体间存在异质性，女性、低龄和城市老年人劳动参与决策受健康状况的影响低于男性、高龄和农村老年人口，而流动老年群体的流动选择和就业决策均受到老龄健康状况的正向影响，启示健康资源在不同老龄群体间的自由流动和灵活开放的退休制度具有十分重要的政策含义。总体而言，老年人在老龄期继续参与劳动不仅能够增加个体经济福利，对维持老年机体功能、增强老年人自我发展能力，以及构建新时代性别平等、实现健康老龄化和积极老龄化等都具有重要意义。

四、跨学科视角下老龄健康研究的主要制约性因素

近年来，老龄健康研究逐步突破单一学科的狭隘界限，无论是研究主题、研究范围还是研

究思路都有了较大拓展。但就现阶段而言,跨学科老龄健康研究实践仍存在很大不足,其主要制约因素体现在跨学科老龄健康理论体系尚未建立、研究实践深度广度欠缺、健康数据平台有待整合、跨学科人才培养较为薄弱、政产学研融合程度不足等五个方面。

第一,跨学科老龄健康理论体系尚未建立。中国晚于西方发达国家进入老龄化社会,在老龄健康领域的研究积累相对薄弱。因此,过去 20 年间的研究基本应用国外老龄健康理论和方法,尚未建立起适合中国国情的跨学科老龄健康理论体系。由于缺乏系统的理论体系指导,学科之间的交叉综合研究不够深入,仅将社会学、人口学、老年医学、心理学、经济学等不同学科知识简单地变成几个相对独立的板块,放在“老龄健康”的背景板下排列组合做成一个“拼盘”。一些研究看似跨学科研究,实际上还是分属各个学科,自成体系,研究广度和深度不足,缺乏对重大理论问题的探讨和对重大现实问题的回应。究其原因,主要可以归纳为以下两个方面:一是,老龄健康跨学科研究的一些基本概念、核心理念亟待厘清,在目前的相关研究中,对“老龄健康”“健康老龄化”“跨学科老龄健康研究”等基础概念的内涵和外延缺乏明确、清晰的界定,可能导致不同学科在概念认知和使用上存在偏差甚至混淆,进而使跨学科协同配合存在一定困难;二是,缺乏跨学科老龄健康研究的基本理论框架,尽管涉及老龄健康的众多学科各有其自身的理论体系,但从跨学科视角展开研究时并未形成综合容纳不同学科,尤其是自然科学与社会科学的老龄健康完整理论框架,学科之间自说自话,缺乏必要的理论对话,使得跨学科老龄健康理论研究趋于泛化,进一步放大了研究的局限性。

第二,跨学科老龄健康研究实践深度广度欠缺。尽管近年来涉及老龄健康的跨学科研究实践逐渐丰富,但内容较为散乱,质量参差不齐,能够采纳于国家政策的成果微乎其微,具有实践意义和实用效果的研究成果严重不足。根据 CNKI 中国知网数据库检索,截至 2020 年,全国以老龄健康为题的总文献量为 1217 篇^①,其中 CSSCI 来源期刊累计发文 134 篇^②,仅占发文总量的 11%,表明高质量的老龄健康研究仍然非常缺乏。从研究内容上看,学者们在选择研究主题时仍然过多地集中于老龄健康影响因素研究,关于老龄健康对经济、社会、政治、文化、家庭等方面的综合影响虽有涉及但深度不够,跨学科老龄健康研究主题总体上仍呈现出“单向性”的特征。从研究方法上看,囿于以数据为核心、奉量化研究为主旨的“高端”研究取向,跨学科老龄健康研究呈现出“唯数据化”的趋势(向运华等,2019),定量研究成为绝对主流。然而由于对量化分析技术方法的理解和使用不够深入,年龄—时期—队列混合深度模型的应用不足,多数研究往往仅停留在老龄健康与各因素表面的关联,缺乏对老龄健康相关影响机制的深入剖析。

第三,全国统一、开放、共享的老龄人口健康数据库有待构建。全面、完善的老龄健康数据库是开展跨学科老龄健康研究的前提和重要基础。近年来,各大科研机构在全国范围内开展

^①根据 CNKI 数据库获取样本文献数据,文献检索表达式为“TI=老年*健康 OR TI=老龄*健康”。借用向运华、王晓慧(2019)的筛选方案,本文筛选的老龄健康研究不同于医药卫生领域的老龄健康研究,不聚焦于医学意义上老年人的各类身体疾病,因此具体检索范围为社会科学 II 辑、经济与管理科学、信息科技,以及医药卫生科技中的医药卫生方针政策与法律法规研究、医学教育与医学边缘学科、预防医学与卫生学。检索时间范围为 1980 年 1 月 1 日—2022 年 12 月 31 日,共得到 1319 篇论文。剔除综述性文献、新闻性通知、期刊总目录、编辑寄语等无效文献后,最终分析样本文献量为 1217 篇。

^②根据南京大学 CSSCI 期刊目录(2019—2020),含扩展版。

了多项大规模老龄健康相关专项调查,但已有调查仍然存在一些缺陷。不同调查项目之间的资源统筹和整合利用不足,存在重复调查、分散调查的情况,资源和数据沟通共享困难。目前的数据库对全国老龄人口健康信息的覆盖面不够完善,缺乏细致的专项疾病调查,缺乏对老年人生物信息,尤其是基因信息数据的整合,使得融合遗传与社会、行为、环境等多要素的老龄健康影响因素及作用机制研究缺乏必要的数据支撑。

第四,跨学科基础人才培养、国际化的学术视野等跨学科老龄健康研究的创新要素有待进一步挖掘。中国在老龄健康跨学科人才培养上非常薄弱,缺乏具有多学科综合能力,尤其是既具备医学、心理学知识,又掌握社会学、老年学等知识的老龄健康研究者,相关跨学科研究的开展受到研究者学科专业知识结构单一的制约。例如,人口学和社会学学者在应用老年健康相关数据时往往忽视其临床症状和生化指标,而临床医学学者由于仅关注少量老年患者人群以及基础医学实验,其研究结果又难以应用到宏观社会层面。此外,中国学界对国外老龄健康跨学科交叉前沿研究的介绍和引进较少,因此有必要充分了解国际学术研究前沿问题和重大创新成果并加以借鉴,力争在本土理论和研究方法上有所创新。

第五,跨学科老龄健康政产学研融合程度不足。一直以来,中国老龄健康政产学研各主体之间交叉融合薄弱,条块分割突出,彼此间仍然以点对点的局部性、阶段性合作方式居多,未形成长期聚合发展态势,科研成果转化率不高,合作实效性不显著。一方面,学界老龄健康研究科研创新与实践应用结合不够紧密,既难采纳于国家宏观政策,又难服务于市场具体需求,而国家对老龄社会健康治理的迫切要求、老龄健康产业在快速发展机遇期的现实需求却找不到对应的解决方案。另一方面,由于缺乏专业机构和人才为高校、科研机构、企业之间牵线搭桥,老龄产业技术创新成果未能与老龄健康研究有效对接,目前已得到大力开发的老龄健康医疗智能设备、云端老年人健康档案、智慧养老医疗大数据平台等先进智能技术在老龄健康研究领域应用率不高,其收集的健康医疗大数据也很少有效应用于学术研究,跨学科老龄健康研究滞后于科学技术发展进程。

五、跨学科老龄健康研究的未来展望

作为世界上老龄人口最多的国家,中国的老龄化存在独一无二的鲜明特点,与此相交织而产生的老龄健康问题也是独特和复杂的,如健康压缩与老龄化加速同时并进形成巨大老年医疗负担,阶层分化与城乡、区域社会经济发展不平衡相互叠加扩大老龄健康的性别、城乡、地区不平等。这些现实图景对中国跨学科老龄健康研究的发展带来了挑战和机遇,挑战在于全新的时代背景和复杂问题需要以全新的观察视角、思维方式和话语体系来认识与应对,机遇在于广泛的实践领域和特殊的实践内涵为开辟新的研究方向和理论体系提供了肥沃的社会土壤和充足的生长空间。未来中国跨学科老龄健康研究应根植于中国人口老龄化的基本国情,以积极的姿态打破传统学科界限,密切结合、融合消化来自多个学科的理论与方法,通过构建具有中国特色的理论话语体系,确立符合中国国情的研究重点,搭建统一规范的数据资源共享平台,创新

跨学科人才培养模式,推动政产学研一体化建设,不断推进跨学科老龄健康研究理论创新、学科发展和学术繁荣。

第一,积极构建中国特色跨学科老龄健康理论体系。加强老龄健康理论研究,创新老龄健康理论体系,充分发挥老龄健康理论在统合和引领研究上的指导性作用。未来中国特色跨学科老龄健康理论体系的构建,既要立足于中国社会实践,也要积极借鉴和吸收国际老龄健康前沿理论的新思维和新维度,在深刻理解中国国情的前提下和深度洞悉老龄健康形成、发展的深层机理与变化规律的基础上,提出符合中国经济社会发展趋势的本土化跨学科老龄健康理论体系。在理论体系构建的层次上既要着力于老龄健康的一般性理论,同时也要关注老龄健康各分支学科基础理论,重点关注老年医学、老龄健康学、老龄社会学、老龄经济学、老龄心理学等支柱分支学科的基础理论研究,以系统化的理论体系来指导拓展实践应用研究的深度和广度。

第二,确立符合中国国情的跨学科老龄健康研究重点。紧密结合健康中国战略、健康老龄化战略和社会民生需求,努力发展服务于中国实践的老龄健康研究,提升研究的理论水平、现实意义与应用价值。下一步的中国跨学科老龄健康研究,首先要聚焦老龄社会健康治理,包括老龄社会新形态下老年人整体健康的发生机制、老龄健康不公平的形成机理、老年群体中重大普遍疾病特别是慢性非传染病的深层机理,以及全生命周期视角下老龄健康的预防干预问题(党俊武,2019)。其次要关注与老龄健康密切相连的经济社会问题,包括老龄健康资源配置、老龄健康公共服务、老龄健康对劳动力的影响、老龄健康与社会家庭照料负担等,提升研究的政策参考价值 and 实践应用价值。

第三,建立全国统一的老龄健康数据库和资源共享平台。成立跨学科老龄健康研究机构,进一步深入开展老龄健康现状和趋势调查与预测,充分利用现有资源,整合老龄健康不同数据平台,搭建规范的老龄健康研究数据库,推动不同研究部门和研究群体之间数据资源的有效沟通、高效管理、科学应用。同时,充实老龄健康数据库包含的信息维度,扩大老年人生理心理健康个体微观数据采集内容,细化老龄健康影响因素生物学指标数据,将老龄健康相关基因分型数据和老年社会经济及其健康变化、存活、死亡跟踪调查数据有机链接整合,为老龄健康的社会、行为、环境与遗传因素及其交互作用跨学科研究提供强有力数据支持,促进跨学科老龄健康研究在自然科学与社会科学研究视角交融下的潜能有效释放。

第四,改革教育教学体制,创新跨学科人才培养模式。跨学科老龄健康研究发展紧密依赖于高质量的人才培养。一方面,未来应以培养多层次复合型人才为目标,不断探索和创新跨学科人才培养体系,学科基础课程和交叉课程并举,学术性教育与实践型教育并重,促进人才专业综合素养提升。另一方面,基于发达国家在跨学科老龄健康研究领域的领先地位,提升老龄健康研究者国际化学术素养势在必行。加强与发达国家高校和科研机构在科学研究、师生互访、学生联合培养等方面的广泛合作,积极主办国际性老龄健康跨学科研究重大学术会议,充分了解老龄健康国际前沿知识,系统把握国际学术界的热点与分歧,以期不断创新理论和研究方法,进一步提升中国跨学科老龄健康研究的学术水平。

第五,持续推进政产学研一体化建设,提升科研成果转化率。跨学科老龄健康研究必须提

升学术成果应用于社会实践的数量与效率，在全面服务于国家宏观战略、切实助力于老龄健康产业发展、充分满足于老年群体实际需求的过程中实现研究的学术价值和社会价值。一方面密切学界与政府合作，构建连接中央和地方政府、普通高校、科研院所的多层次、宽领域、跨学科的老龄健康研究新型智库，保障高层政策决策科学性。另一方面加强学界与产业链接，共同搭建健康大数据共享服务平台以及其他科研合作共享平台，推动高校、科研院所与企业共同研究、联合攻关，提升跨学科老龄健康研究的创新效率和社会效益。

健康老龄化到积极老龄化面临的挑战及策略研究

晏月平¹, 李雅琳²

(1. 云南大学民族学与社会学学院, 云南昆明 650091;

2. 昆明医科大学人文与管理学院, 云南昆明 650500)

人口老龄化是世界各国普遍面临的重大现实问题, 第七次全国人口普查数据显示, 我国 60 岁及以上人口占总人口的 18.7%, 比 2000 年提高了 8.24 个百分点, 从 1.3 亿人扩大至 2.64 亿人, 我国老龄化进程正以全世界最大规模、最快速度加深。2006 年, 我国提出了积极应对人口老龄化战略思想。2020 年, 党的十九届五中全会上将“积极应对人口老龄化”上升为国家战略, 这是历次党的全会文献中的一次重大战略部署, 是提升老年人健康寿命方案的重要基石, 也是实现“健康中国 2030”战略目标的应有之义。2022 年 3 月, 国家卫生健康委员会等 15 个部门联合印发了《“十四五”健康老龄化规划》, 力图推动老年健康服务高质量发展。1990 年, 世界卫生组织提出了健康老龄化战略, 2002 年提出了积极老龄化战略, 并在 2015 年发布的《关于老龄化与健康的全球报告》中突出了健康之于老龄化的重要意义。本文试图探索健康老龄化与积极老龄化的内在逻辑联系, 并针对我国健康老龄化面临的现实挑战, 从积极老龄化视角提出促进健康老龄化的选择与策略。

一、全面理解健康老龄化到积极老龄化理念

2016 年 5 月 27 日, 习近平总书记在主持第十八届中央政治局第 32 次集体学习时曾强调, 要着力增强全社会积极应对人口老龄化的思想观念。中国领导人以全球视野、结合中国实际, 给“积极老龄观、健康老龄化”理念赋予了新时代的中国内涵, 随后又多次对贯彻积极老龄观、健康老龄化理念提出了新的要求。2021 年 10 月 13 日, 习近平总书记对老龄工作作出重要指示, 各级党委和政府要高度重视并切实做好老龄工作, 贯彻落实积极应对人口老龄化国家战略, 强调“把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程”。2021 年 11 月 24 日, 《中共中央国务院关于加强新时代老龄工作的意见》中将上述要求写入“指导思想”, 强调加强党对老龄工作的全面领导, 坚持以人民为中心, 将满足老年人需求和解决人口老龄化问题相结合, 实施积极应对人口老龄化国家战略, 把积极老龄观、健康老龄化理念融入经济社会发展全过程,

基金项目: 本文是国家社科基金后期资助“中国与‘一带一路’沿线国家人口问题、经济增长比较研究”(项目号: 21FRKB001)、云南省省级部门决策咨询研究课题“人口结构转型中的云南省人口老龄化研究”(项目号: ZD202114)、云南省教育厅科学研究基金项目“昆明市失能老人机构照护质量评估——基SERVQUAL模型”(项目号: 2021J0220)、云南大学创新团队建设项目(CY2262420230)的阶段性成果。

作者简介: 晏月平(1972—), 女, 云南大学民族学与社会学学院教授, 研究方向: 人口社会学; 李雅琳(1986—), 女, 昆明医科大学人文与管理学院讲师, 研究方向: 人口社会学。

本文转载自《东岳论丛(社会学研究)》2022年第43卷第7期

推动老龄事业高质量发展。新时代积极应对我国人口老龄化,首先应全面、准确、完整地理解“积极老龄观、健康老龄化”理念与内涵。

(一) 老龄化议题发展脉络

自 17 至 18 世纪,人类死亡率开始缓慢下降,19 世纪初起,出生率在法国率先下降,人口老龄化趋势逐渐显现,但这一过程缓慢而并未引起太多人的关注,有学者称其为“静悄悄的人口革命”。第二次世界大战后,伴随着社会保障和福利国家社会保障和福利国家制度的推行,人口老龄化和老年人问题在西方国家开始引起重视。1950 年国际老年学会成立,1956 年,联合国出版的第一本研究人口老龄化的著作《人口老龄化及其社会经济含义》中提出,65 岁及以上老年人占全部人口的 7% 界定为老年型人口。1982 年联合国在第一次老龄问题世界大会上指出:“二十世纪的主要挑战之一是自 1950 年以来的 20 年中,人类的平均寿命有了明显的增长”。1987 年,世界卫生组织在世界卫生大会上首次提出健康老龄化概念,并在 1990 年世界老龄大会上将健康老龄化作为应对人口老龄化的战略,从医疗保健和老龄化过程中的老年人健康问题着眼,将重点放在提高大多数老年人生命质量,缩短生命带病期,使老年人以正常的功能健康地存活到生命的终点。2002 年,“第二届世界老龄大会”上,世界卫生组织在健康老龄化基础上,增加了“保障”与“参与”两个新维度,正式公布了《积极老龄化:政策框架》并指出:“老龄化不是一个健康‘问题’,而是公共卫生和社会经济发展成功的结果,健康老龄化是一项推动社会进步的公益事业,也是我们每个人都可能实现的目标。”提出要阻止和降低因过重的残疾、慢性病和早死造成的负担;降低与主要疾病相关的风险因素,增强终身健康的保护因素;建立一套承担得起又可行的,高质量并适合老年人的健康和服务的统一体制,满足年老过程的需要和权利;为照料者提供教育和培训的政策建议。2015 年 10 月,世界卫生组织《关于老龄化与健康的全球报告》发布,意味着“健康老龄化”再次被提上日程,其中指出“促进健康老龄化应充分考虑老年人的内在能力、健康特征、自身需求、可支配资源、居住环境等因素,综合评价各因素之间动态交互形成的影响效果,积极增强和维护老年人内在能力,建立促进老年人功能发挥的良好环境,实现个人与环境的和谐契合,达到改善功能发挥的目标,使老年人有较高的健康水平”。这份报告可以视为对积极老龄化中精神照料的回应,并在此基础上对老年人的增权赋能,对老年人的健康状态也提出了更高要求。

(二) 积极老龄化理论内涵

“老龄化”是人的生理与心理的必然衰退,是自然化的生命历程。20 世纪 50 年代,基于当时物质资料生产主要依靠劳动力投入的时代背景,人们对老龄化社会的前景充满隐忧,早期的研究焦点偏重于与老龄相关的衰退和缺失,担心劳动力老化、老年抚养比增加,认为老年人对社会贡献度低,会成为社会的负担,最担心的莫过于随着老年人身体的每况愈下,社会和家庭对老年人的医疗负担,老年人卧床不起的照料负担等。20 世纪后期,研究衰老的生命科学获得发展并取得了许多重要成果,许多慢性病特别是心脑血管疾病、糖尿病、癌症等疾病的治疗都取得了突破性进展,活到 75 岁至 80 岁的老年人大大增多,同时与健康相关联的社会因素更多地受到人们的重视与讨论,比如积极心理学运动的兴起,就促使美国掀起了一场积极老龄化

(positiveaging) 的运动, 该运动的精神可以归纳为“老龄化”并非人的内在本质, 而是社会生活中人际互动的结果, 是话语建构的产物。也就是说, 应对人口老龄化不仅应看到“本质的老龄化”, 更应关注“关系的老龄化”, 积极老龄化寻求呈现更多的“可能世界”。

一是以肯定视角看待老年人。肯定老年人仍然具有主动性、积极性, 仍然可以通过社会参与创造人生价值和社会价值。

二是从多维视角看待老年人的健康。积极老龄化是一个多维概念, 健康是其中的一个重要支柱, 健康受多种社会因素的影响, 应当从全生命周期角度考虑老年健康问题, 政府和社会需要提供相应的保障。

(三) 从健康老龄化到积极老龄化的跨越

积极老龄化既包含了健康老龄化内涵, 又表达了比健康老龄化更为广泛的涵义。健康老龄化针对个人在步入老年后身心等各方面尽可能长久地保持良好的状态, 健康地走完人生。积极老龄化视角下的健康包含身体、精神和社会福利。积极老龄化以生命历程为视角, 强调老龄化是一个过程, 应让每一个人的健康、参与和获得保障的机会尽可能获得最佳状态。

一是研究视角的跨越。健康老龄化聚焦于个体的健康老化, 仍带有本质主义的取向特征, 老年人仍被视为社会的负担, 积极老龄化将老年人视为社会发展的财富和推动者。

二是主旨的跨越。健康老龄化强调提高老年人的生命质量, 缩短带病生存期并延长健康寿命, 保持较好的身体机能状态直到生命结束, 积极老龄化通过最大程度地优化老年人获取健康、参与和获得保障机会的过程, 来使其提高生活质量。

三是责任主体的跨越。健康老龄化突出对健康的管理, 以政府为责任主体; 积极老龄化强调调动社会全体成员的积极性, 老龄化不仅是个人责任, 更是社会的责任, 需要国家、政府和社会建立相应的保障, 强调老年人作为家庭和社会的重要资源, 要融入社会, 参与社会发展, 实现多部门与代际间的通力合作, 为老年人的健康和福祉建立一个支持性的“老年友好社会”。

四是衡量标准的跨越。积极老龄化以生命历程为视角, 对能够影响到老年期健康长寿和生活质量的有利因素和不利因素都要重视和采取措施干预, 比健康老龄化要实现的三个目标(生理健康、心理健康、适应社会的良好状态)出现了质的飞跃。

五是实现了“以需求为基础”转变为“以权利为基础”的根本性跨越, 也是人口老龄化理论发展的重要里程碑。

可以认为, 积极老龄化的第一支柱仍是健康老龄化, 但比健康老龄化有着更为丰富的理论内涵, 积极老龄化以更加主动、进取的姿态拥抱老龄社会, 从环境、经济、卫生资源、个人行为等全方位审视老年人健康促进策略, 保证老年人的保护、安全和尊严, 鼓励老年人在家庭和社会参与中继续实现人生价值。“我们不仅要给生命以岁月努力实现寿命的延长目标, 而且要给岁月以生命, 努力赋予长寿以质量与意义。”这正是积极老龄化的价值所在。

二、从健康老龄化到积极老龄化面临的挑战

人口老龄化是机遇与挑战并存的一个过程。基于人口学视角从健康老龄化到积极老龄化的战略就是要在人口老龄化的过程中设法扩大健康老人的规模和比例并使之仍能以有偿或无偿的方式在家庭和社会生活中做出贡献。老年人的身心健康受到多方社会因素的影响,需要多元的社会支持,健康促进是一项社会系统工程,离不开“参与”和“保障”。

(一) 老龄化增速快、老年人口数量多

全国人口普查结果显示,2020年年末我国总人口约为14.12亿,与2010年相比增加7205.39万人,增长5.38%,年平均增长率为0.53%,比2000年到2010年的年平均增长率0.57%下降0.04个百分点。尽管我国人口规模继续保持增长态势,但是增幅持续缩减、增速明显放缓,整体呈现出低速惯性增长的态势。人口极低速增长和即将人口负增长是我国当前及未来经济社会发展的基本情况。同时,中国人口老龄化呈加速态势,65岁及以上老年人口比重于2000年至2010年增长了1.82个百分点(表1),但在2010至2020年间增长了4.58个百分点,增速明显。据联合国《世界人口展望(2019)》预测,中国65岁及以上老年人占比将在2050年前后达到26.1%,超过世界平均水平10个百分点。在总人口增速放缓甚至负增长以及老年人口快速增长的双向作用下,中国将不可逆转地快速进入中度、重度和深度老龄社会。

表1 2010—2020年中国人口年龄结构变动

年龄结构	2000年		2010年		2020年	
	人口数(人)	比重(%)	人口数(人)	比重(%)	人口数(人)	比重(%)
总计	1242612226	100.00	1332810869	100.00	1411778724	100.00
0—14岁	284527594	22.89	221322621	16.61	253383938	17.95
15—59岁	828106762	66.64	933893808	70.07	894376020	63.35
60—64岁	41703848	3.36	58667282	4.40	73383486	5.20
65岁及以上	88274022	7.10	118927158	8.92	190635280	13.50

数据来源:国家统计局官网。http://www.stats.gov.

与世界银行最新发布的2020年全球人口老龄化程度排名前十位的国家相比(表2),虽然中国的人口老龄化程度不及这10个国家,但由于人口基数庞大,老化速度快,老年人口规模前所未有,老年人口数量远超过这10个国家老年人口总量之和。

(二) 健康素养水平低,患慢性病比例高,失能老人数量多

20世纪60年代,慢性非传染性疾病取代恶性传染性疾病,成为人类健康的主要威胁。我国在努力延长人均预期寿命,但老年人患慢性病比例高,进入老年后患病时间早,带病时间长,生活质量不是很高,有大量研究表明,老年人寿命的延长并不等于健康寿命的延长。截至2018年底,我国有超过1.8亿老年人患有慢性病,患有一种及以上慢性病的比例高达75%,人均预期寿命是77岁,但是健康预期寿命仅为68.7岁,居民大致有8年多的时间带病生存。高龄化也带来了失能老人数量的增多,2020年,我国60岁及以上失能老人已超4200万,占60

岁以上老年人口比例约 16.6%。预测显示, 2030 年我国失能半失能老年人将达到 7611 万人, 2050 年增至 1.2 亿人。同时, 居民的不健康生活方式仍然普遍存在, 老年人健康素养水平比较低, 呈城市高于农村、东部地区高于中西部的特征, 2017 年全国 60 至 69 岁老年人健康素养水平仅为 7.74%, 多数省份老年人健康素养水平低于《老龄化规划》提出的 2020 年达到 10% 的目标。

表2 2020年人口老龄化前十位国家老年人口比例及2018年医疗卫生支出

国家	65 岁以上人口占总人口比例 (%)	总人口 (人)	65 岁以上人口总数 (人)	人均政府卫生支出 (美元)	卫生总费用占 GDP (%)	政府卫生支出占卫生总费用构成 (%)	政府卫生支出占政府总支出 (%)
日本	28.40	125836021	35733999	3588.00	11.00	84.10	23.60
意大利	23.30	59554023	13877215	2209.00	8.70	73.90	13.20
葡萄牙	22.77	10305564	2346811	1361.00	9.40	61.50	13.40
芬兰	22.55	5530719	1247425	3547.00	9.00	78.60	13.30
希腊	22.28	10715549	2387895	813.70	7.70	51.90	8.50
德国	21.69	83240525	18052747	4251.00	11.40	77.70	20.00
保加利亚	21.47	6927288	1487145	397.60	7.40	57.60	11.60
马耳他	21.32	525285	112011	1748.00	9.00	63.50	15.60
克罗地亚	21.25	4047200	860120	843.90	6.80	83.20	12.30
法国	20.75	67391582	13983753	3441.00	11.30	73.40	14.80
中国	13.50	1411778724	190635280	282.70	5.40	56.40	8.90

数据来源: 人口数据来源于世界银行网. <https://www.Worldbank.org/en/home>. 医疗卫生支出数据来源于: 国家卫生健康委员会: 《2021 中国卫生健康统计年鉴》, 北京: 中国协和医科大学出版社, 2022 年版。

(三) 社会参与不足, 精神健康问题易被忽视

积极老龄化认为促进心理健康与社会参与的政策方案与改善身体健康状况的政策方案一样重要。多项研究表明, 信任、互惠性规范、积极的社会参与对心理健康和主观健康感有显著的促进作用。社会参与既有助于继续发挥人才资源的作用, 补充人力资源的不足, 又可以帮助老年人实现精神寄托和减少孤独感, 增进身心健康。老年人从工作岗位退休后, 生理、心理会逐渐出现退化的现象, 此时若无适当的活动来填补心灵上的空虚, 就容易加速身心的老化。有调查表明, 全国范围内未进行社会参与的老年人比例将近 40%, 老年人社会参与的比例较低; 娱乐性活动普遍受到我国大部分老年群体喜爱, 但对于那些更具发展性的活动, 老年人参与比例还很低, 例如上学或培训课程等教育类活动; 在经济活动参与中, 农村老年人参与比例较城镇高, 但在其他类型的社会参与中, 农村老年人相对城镇地区普遍不足。研究发现, 我国现阶段老年人虐待的总发生率为 2.70%, 其中以精神虐待和疏于照料为主, 可见我国老年人更多感受到的是精神上缺乏关爱及被忽视。2020 年 9 月, 国家卫健委办公厅发布《探索抑郁症防治特色服务工作方案》, 提醒全社会民众注意, 老年人是抑郁症高发的重点人群之一, 而老年人的抑郁症往往被慢性疾病等身体的病痛所掩盖, 尤其应引起重视。

(四) 缺乏家庭照护支持政策, 医养结合型养老服务体系尚未形成

“七普”数据显示, 全国共有家庭户 49416 万户, 平均每个家庭户的人口为 2.62 人, 比

2010 年的 3.10 人减少 0.48 人,家庭户规模继续缩小。家庭规模小型化、家庭空巢期提前并延长、流动家庭和留守家庭大量存在并呈持续增加等变迁趋势,削弱了家庭的责任承担能力和抗风险能力,使家庭功能变得更加脆弱。空巢、留守、独居老人及仅与配偶居住的老人养老服务需求更加突出。近 10 年来少儿人口与老年人口数量及占比双重上升,家庭负担不断加重,家庭对外部支持的需求越来越强烈,而家庭发展支持政策与制度安排基本处于缺位状态,面临潜在制度风险。

2005 年起,国家陆续出台了多项文件支持以发展养老服务业,医养结合养老模式应运而生,其宗旨在于消除老年人短期和长期护理,家庭、社区和机构护理之间的缝隙,整合卫生和社会服务,但目前尚未针对医养结合服务形成有效的多部门合作机制,一定程度上会影响政策的可行性和可操作性。居家、社区、机构间围绕“医”“养”“护”的整合与深度结合还未体现。此外,医保政策未涉及、医保报销范围窄使得医养结合养老服务模式面临瓶颈。2016 年,我国在全国 15 个城市试点长期护理保险,2020 年扩大到 49 个,该年长期护理保险参保人数 10835.3 万人,享受待遇人数 83.5 万人,享受待遇人数仅占 65 岁以上老年人口的 4.38%,制度的推进还需要加快建立健全医养结合养老服务体系。

(五) 边富边老, 政府卫生资源投入有限

改革开放以来,我国持续高速的经济增长有赖于人口红利,2020 年,我国国内生产总值达到 14.7 万亿美元左右,稳居世界第二位,占世界经济的比重达 17% 左右,位于中等偏上收入国家行列。但我国人口转变历程较发达国家快很多,美国、日本、韩国、中国人均 GDP 达 1 万美元分别在 1978、1981、1994、2019 年,当时上述国家 65 岁及以上人口占比分别为 11.20%、9.20%、5.80%、12.60%,由此可见,我国在实现经济发展的同时也经历着快速老龄化,边富边老的现实导致我国面临较大的老年人口抚养压力。

新医改以来,我国政府卫生支出从 2009 年的 4816.26 亿元增加到 2019 年的 18016.95 亿元,增长了 2.74 倍,政府卫生支出占财政支出的比重逐年上升,由 2009 年的 6.31% 上升至 2019 年的 7.54%,增长 1.23 个百分点。从人均政府卫生支出、卫生总费用占 GDP 的比值、政府卫生支出占卫生总费用构成、政府卫生支出占政府总支出的比值这四项指标看(表 2),中国的卫生投入与老龄化程度排名前十位的国家相比仍有差距。在经济新常态下各级政府财政收入增速有限,加上实施减税降费等措施,财政压力增大,政府卫生投入很难持续保持较高水平的增长,政府卫生投入增长空间有限。人口快速老龄化以及与此相伴的疾病谱系的转变,导致我国疾病诊疗的经济负担和医疗服务的利用需求急剧增长,怎样在经济新常态下,用有限的财政投入持续提升老年健康服务的水平和质量,触及到医疗卫生服务领域的供给侧结构性改革。

(六) 老龄人口抚养区域差异明显, 部分地区医疗卫生资源压力大

第七次人口普查数据显示,全国除了西藏外,其他 30 个省(自治区、直辖市)65 岁及以上老年人口比重均超过 7.00%,其中,12 个省(自治区、直辖市)65 岁及以上老年人口比重超过 14.00%,全国老龄化呈现出自西向东呈阶梯上升的分布特征。表 3 体现了各地老年人口抚养比、人均 GDP、医疗卫生资源供给以及医疗保险基金结余情况。

表3 2020年各省(自治区、直辖市)老年人口抚养与医疗资源供给情况

地区	老年人口抚养比 (%)	人均 GDP(元)	每千人口床位数 (张)	每千人口卫生技术人员(人)	每千人口执业(助理)医师(人)	每千人口护士(人)	医保基金结余(亿元)
北京市	17.80	164889	5.80	12.61	4.92	5.39	1085.90
天津市	20.50	101614	4.92	8.22	3.55	3.08	276.90
河北省	21.10	48564	5.92	6.96	3.21	2.70	820.90
山西省	18.20	50528	6.41	7.69	3.12	3.33	387.20
内蒙古自治区	17.90	72062	6.74	8.41	3.35	3.47	348.80
辽宁省	24.40	58872	7.38	7.42	2.96	3.35	500.60
吉林省	21.50	50800	7.19	8.81	3.53	3.96	326.20
黑龙江省	21.10	42635	7.95	7.61	3.02	3.21	432.00
上海市	22.00	155768	6.12	8.62	3.15	3.91	2920.40
江苏省	23.60	121231	6.31	7.85	3.16	3.47	1857.70
浙江省	18.10	100620	5.60	8.49	3.37	3.61	1941.10
安徽省	22.80	63426	6.68	6.75	2.69	3.08	502.40
福建省	16.00	105818	5.22	6.70	2.54	2.95	700.90
江西省	18.00	56871	6.33	6.33	2.32	2.86	343.40
山东省	22.90	72151	6.37	8.01	3.24	3.50	1158.40
河南省	21.30	55435	6.71	7.11	2.78	3.06	665.00
湖北省	21.10	74440	7.12	7.42	2.77	3.46	510.70
湖南省	22.60	62900	7.82	7.49	2.86	3.54	585.80
广东省	11.80	88210	4.48	6.58	2.43	2.97	2913.70
广西壮族自治区	19.00	44309	5.90	7.42	2.50	3.34	401.20
海南省	15.00	55131	5.80	7.38	2.69	3.49	159.80
重庆市	25.50	78170	7.35	7.42	2.77	3.41	280.90
四川省	25.30	58126	7.77	7.56	2.80	3.42	1267.20
贵州省	17.90	46267	7.17	7.46	2.53	3.41	259.50
云南省	15.40	51975	6.89	7.76	2.60	3.67	443.20
西藏自治区	8.10	52345	5.09	6.23	2.59	1.88	114.20
陕西省	19.20	66292	6.89	9.20	2.88	3.93	461.70
甘肃省	18.50	35995	6.87	7.24	2.54	3.25	168.30
青海省	12.30	50819	6.97	8.26	3.09	3.32	122.10
宁夏回族自治区	13.70	54528	5.73	8.14	3.09	3.61	102.60
新疆维吾尔自治区	11.10	53593	7.02	7.39	2.68	3.12	495.50

数据来源:国家卫生健康委员会:《2021中国卫生健康统计年鉴》,北京:中国协和医科大学出版社,2022年版。

利用 SPSS 软件,对表 3 中各项值进行 K-均值聚类后,通过组间链接法进行系统聚类发现,全国 31 个省(自治区、直辖市)为 5 个层级。第一梯队为北京,首都北京吸引了大量人才流入,人均 GDP 较高,老年抚养负担不重,所拥有的医疗卫生人员远超过全国平均水平,医疗床位紧张、医保基金压力适中。第二梯队为上海、天津和江苏,这 3 个省(直辖市)老年抚养负担

较高，经济发展水平也较高，医保资金较为充足，医疗卫生人员相对充足，医疗床位较为紧张；第三梯队为浙江、福建和广东，这 3 个省老年人抚养压力相对不高，经济发展水平较高，人口大量流入，医保基金结余较高，但医疗床位和医疗卫生人员相对紧张。第四梯队为宁夏、新疆、青海、西藏、陕西、甘肃、云南、贵州、海南、广西、江西、内蒙古、山西，这 13 个省（自治区）老年人抚养压力不高，经济发展水平也相对不高，医保基金结余较少，医疗床位和每千人口执业医师数相对紧张，需进一步发展经济，提升医疗卫生资源配置水平，迎接人口老龄化的挑战。第五梯队为重庆、四川、湖南、湖北、河南、山东、安徽、黑龙江、吉林、辽宁、河北，这 11 个省（直辖市）多为人口流出地，老年人抚养压力较大，除了重庆、湖北、山东人均 GDP 排名靠前外，其余省经济发展水平不高，医保基金结余相对不足，医疗床位相对充足，但医疗卫生人员相对匮乏，属于需要重点关注与干预的区域。

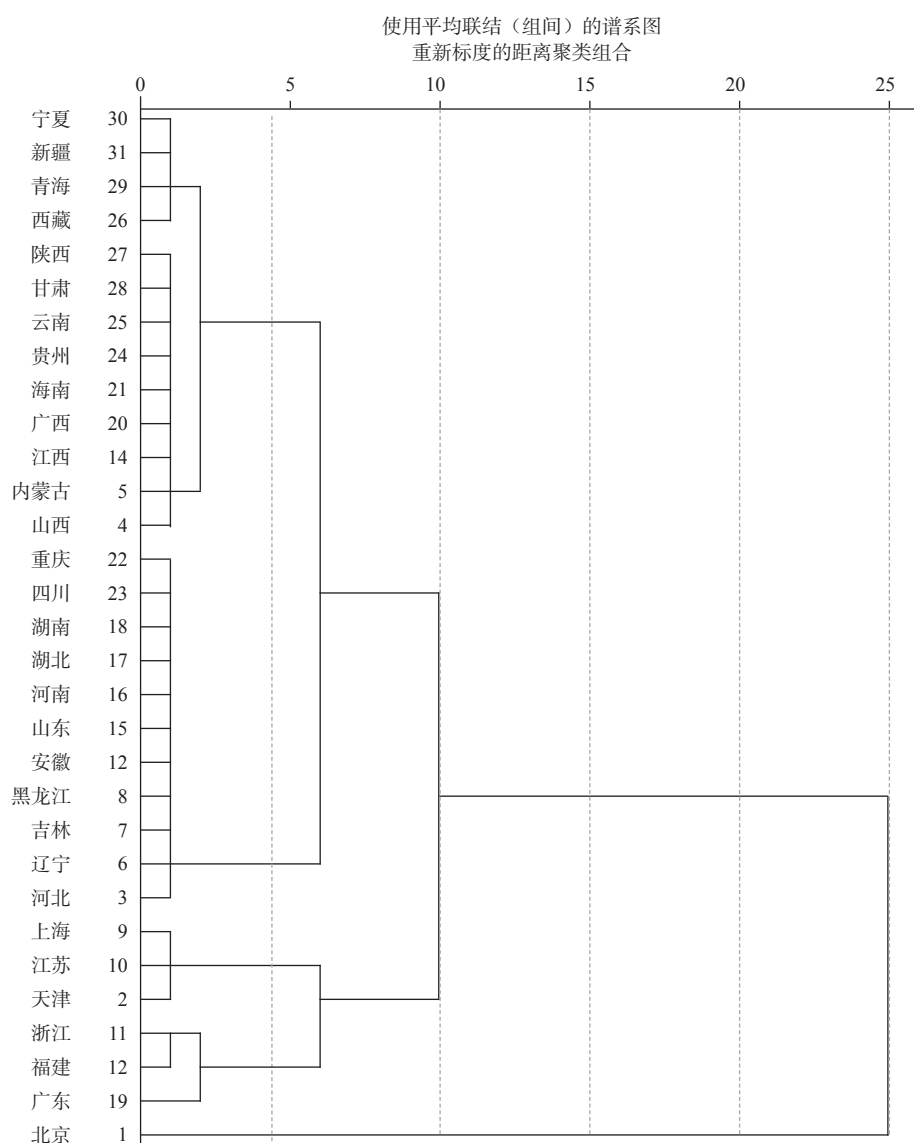


图1 老年抚养比与医疗卫生资源的聚类分析

(七) 医疗卫生资源区域、城乡差异大

据预测, 2030 年农村的老年抚养比将达到 79.9%, 我国农村年轻人口流失严重, 老龄化程度远高于城市地区, 但数据显示, 2019 年每千农村人口乡村医生和卫生人员数仅为 0.91 人。此外, 由表 4 数据可见, 东部地区每千农村人口村卫生室人员数、居民卫生资源使用情况 (平均就诊次数、健康检查人数占比) 都明显高于中部和西部地区, 社区卫生服务站 (中心) 服务人次和街道卫生院服务人次也呈现出明显的东中西差异。城市地区每千人口医疗卫生机构床位数、医疗卫生资源的可及性、到最近医疗点就医的便利性明显高于农村地区。此外, 老年健康服务机构多集中在中心城区, 郊区、农村以及城乡接合部设施和机构数量不能满足老年人“就近就便”获得服务的需要。

表4 2020年部分医疗资源的地区、城乡间差异

	东部	中部	西部
每千农村人口村卫生室人员数 (人)	1.68	1.56	1.43
社区卫生服务站 (中心) 服务人次 (人)	13372442.00	7911551.00	4987895.00
街道卫生院服务人次 (人)	174317.00	75443.00	41652.00
城市每千人口医疗卫生机构床位数 (张)	8.10	10.13	8.91
乡村每千人口医疗卫生机构床位数 (张)	4.76	4.77	5.36
居民平均就诊次数 (次)	6.30	4.76	5.01
城市居民到最近医疗点距离不足 1 千米 (%)	61.80	65.50	60.50
乡村居民到最近医疗点距离不足 1 千米 (%)	60.40	56.40	44.00
城市居民到最近医疗点所需时间在 15 分钟以内 (%)	94.60	91.60	89.00
乡村居民到最近医疗点所需时间在 15 分钟以内 (%)	93.30	88.10	82.60
健康检查人数 (人)	200370672.00	111550916.00	119016643.00

数据来源: 国家卫生健康委员会: 《2021中国卫生健康统计年鉴》, 北京: 中国协和医科大学出版社, 2022年版。注: 到最近医疗点就医便利性的数据来自于《2021中国卫生健康统计年鉴》公布的2018年数据。东部地区包括北京、天津、河北、辽宁、上海、江苏、浙江、福建、山东、广东、海南11个省、直辖市; 中部地区包括山西、吉林、黑龙江、安徽、江西、河南、湖北、湖南8个省; 西部地区包括内蒙古、重庆、广西、四川、贵州、云南、西藏、陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆12个省、自治区、直辖市。

老年人的经济条件对其身体健康的影响也是十分明显的 (表 5), 伴随着城乡居民人均年消费支出的增加, 人均医疗保健支出也在增加, 城镇居民的人均医疗保健支出是农村居民的 2 倍左右, 且由于农村居民所参与的新型农村合作医疗制度、城乡居民医疗保险与城镇居民所参与的职工医疗保险制度的保障水平是存在差距的, 农村居民看病治疗的压力高于城镇居民。

表5 2000—2019年城乡居民医疗保健支出情况

年份	城镇居民			农村居民		
	人均年消费支出 (元)	人均医疗保健支出 (元)	医疗保健支出占消 费性支出 (%)	人均年消费支出 (元)	人均医疗保健支出 (元)	医疗保健支出占消 费性支出 (%)
2000	4988.00	318.10	6.40	1670.10	87.60	5.20
2005	7942.90	600.90	7.60	2555.40	168.10	6.60
2010	13471.50	871.80	6.50	4381.80	326.00	7.40
2015	21392.40	1443.40	6.70	9222.60	846.00	9.20
2016	23078.90	1630.80	7.10	10129.80	929.20	9.20
2017	24445.00	1777.40	7.30	10954.50	1058.70	9.70
2018	26112.30	2045.70	7.80	12124.30	1240.10	10.20
2019	28063.40	2282.70	8.10	13327.70	1420.80	10.70

数据来源：国家卫生健康委员会：《2021中国卫生健康统计年鉴》，北京：中国协和医科大学出版社，2022

(八) 区域人口流动加速，医疗保障资金统筹能力弱

第七次人口普查数据显示，流动人口中跨省流动的人口为 124837153 人，省内流动人口为 250979606 人。与 2010 年第六次全国人口普查相比，人户分离人口增加 231376431 人，增长 88.52%；流动人口增加 154390107 人，增长 69.73%。2000 年以后，举家流动人口占比在不断升高，从 2010 年开始，部分或完整的家庭式流动已然成为当前中国人口流动的新常态，家庭化迁移持续扩张，新生代人口成为流动人口主体，随之而来的是，流动儿童入学、随迁老人异地养老就医等方面的市民化需求也更加迫切。而目前我国还未实现基本医疗保险省级统筹的全覆盖，异地就医结算和异地就医监管均不完善，在这一背景下，提高医疗保险基金的统筹层次、完善跨省异地就医及时结算，即考验着政府的社会治理能力，又关系到流动老人就医的便利性、健康保障权益的实现和制度的可持续发展。

(九) 针对老年群体预防性医疗服务水平不高

当前医疗卫生服务体系的一个突出特点是急性病诊疗体系强大，但疾病预防、健康管理、康复医疗体系发展滞后，而且医疗服务缺乏连续性。把健康完全交给医学——实际上常常是医疗——显然是有失偏颇的。我国目前的医学课程中老年学的教学和训练不足，也缺少对共患疾病和较差身体机能处理方法的培训和指导。虽然 2018 年以来全国各地都在开展为 65 岁以上老人提供免费体检的公共卫生服务，但部分老人存在“年龄大了，检不检查无所谓”“免费的检查不可靠”等意识，参与率不高。老年人自我管理健康意识弱，家庭医生签约服务未做实，重点慢性疾病防控、失能失智预防、心理健康促进等健康问题尚未解决，防跌倒、防走失等宜居环境建设均与标准存在差距。而且农村很少开展健康教育活动，农村老年人对慢性病管理和疾病预防不够重视，增加了患病几率和死亡率。

三、实现积极老龄化的健康促进策略

在积极老龄化视域下，健康不简单等同于不生病和寿命延长，而是应综合考虑社会、经济、

政治、环境等影响因素,“强调社会资源和个人资源以及身体能力”的积极概念,努力实现“个人身体的、精神的和社会的完好状态”,这也是全社会无论个体还是国家都应积极努力实现的目标。

(一) 全方位提供健康教育, 以高健康素养水平推进“主动健康”

积极老龄化以生命历程视角关注老年人健康,我国老年人的健康素养普遍不高,患慢性病的比例较大且精神健康易被忽视。因此,一是应通过媒体积极为老年人特别是农村老年人提供健康教育、提高他们对健康重要性的认识,培养他们对精神健康、康复保健、疾病预防和治疗的意识,对老年人吸烟、饮酒等健康风险行为进行干预。二要避免将健康老龄化仅仅理解为针对老年人群的健康水平提升,应贯彻《“健康中国 2030”规划纲要》,提升全民的精神卫生、生活卫生、营养与饮食卫生、老年常见疾病预防、失能失智预防、合理用药等方面的知识,增强体育健身理念的宣传力度,加强城乡居民自我保健意识,强化预防比后期救治更重要的理念。第三,要重视老年人的精神健康。积极老龄化呼吁精神卫生服务应成为长期综合护理的一部分,特别需要注意老年人的精神疾病(尤其是抑郁症等非专业人士难以识别的疾病)。

此外,对照《健康中国行动 2019—2030 年》可以看到,健康老龄化的指标体系还不明确,对健康老龄化的理念的认识仍然停留在“老龄健康”上,“老年健康产业”“医养结合”“老年长期照护”等基本概念的内涵和外延缺乏明确而清晰的界定,而概念不清可能导致政策在运行过程中,各级政府理解和执行标准不一致。需进一步细化健康老龄化的计量、完善核心指标体系建设、要求各地及时评估指标,把握老年人口的健康状况、需求及其满足情况,为采取更加有效推进健康老龄化的措施提供依据。

(二) 协调区域卫生资源配置, 增进健康公平

如前所述,我国卫生资源存在区域间、城乡间差异,卫生资源配置与老年抚养压力之间存在张力。特别需要注意的是随着政府对西部地区卫生支出的增加,西部地区人均医疗床位高于全国平均水平但医疗卫生人员相对匮乏,中部地区政府投入不及西部,经济发展水平不及东部,部分地区人口流出严重,老年人抚养压力较大,医疗床位和卫生人员均不足。因此,政府在进行卫生投入时,除考虑到经济发展水平外,还需考虑老年抚养比等因素;除考虑到卫生设施建设外,还需要吸引卫生人员到西部到基层服务。考虑到我国将面临财政收入增长下行的压力,应发挥财政资金投入撬动社会资本投入的作用,丰富供给主体,提高健康服务资源配置效率。

此外,健康政策应重点向弱势群体倾斜。农村地区的医疗卫生资源和医疗服务的可及性与城市相比还存在差距,特别是西部地区的农村。城市相对贫困老人的治疗压力也不容忽视,大量研究表明弱势群体存在健康脆弱性,存在贫困和健康之间的恶性循环。因此,健康政策以及政府购买的健康服务应向弱势群体倾斜。在乡村振兴战略中鼓励公益慈善组织将优质资源向贫困地区和农村延伸,鼓励社会资本投向弱势群体的健康风险评估、健康管理、防治服务等领域,为弱势群体创造更多的社会参与、自助服务平台,发挥其主体性,增进健康的公平性。

(三) 调动多方主体力量, 健全医疗康复服务体系

第一,应尽快出台家庭支持性政策。家庭养老仍是我国目前主要养老模式,家庭网络不仅

为老年人照料提供经济支持，也提供着不易替代的精神支持，能提高其心理韧性，增加生活的意义感和满意度。仍然要尽可能将尊老孝亲为主体的孝伦理作为国家层面的理念进行推广，营造良好的有利于孝文化传播和推广的氛围，突出“家有一老，似有一宝”的传统伦理观念。应从法律层面对家庭照护者的贡献在经济和社会价值方面给予充分肯定，通过长期护理保险给予家庭照护者合理的经济补偿。

第二，应培育社区对家庭的支持功能，完善社区居家养老服务，着力于老年友好型社会环境建设。通过社区照料中心的服务为家庭照料提供工作支持和喘息服务，进行社区适老化改造，建设家庭标准化照护床位。基层医疗卫生机构为居家的失能老年人提供以家庭病床、家庭巡诊、长期护理康复为重点的服务，康复护理机构等为行动不便的老年人提供居家上门服务。社区卫生服务机构将失能老人家庭照顾者纳入健康教育范围，向其提供失能老人照顾知识与技能、照顾者的自我照顾方法等教育内容，提升其专业能力和自我效能。

第三，吸引市场、社会组织多方力量参与到养老服务产业中以满足老年人的多样性、差异化需求。鼓励民间资本参与社区居家养老服务、机构养老服务，政府发挥监管功能，应当尽快将老年学及老年病学专业能力培训广泛纳入到卫生教学体系，满足养老服务产业对专业人才的需求，并提升服务的专业性。

（四）营造老年友好型社会环境，维护老年人健康权益

世界卫生组织表明“每个人都可以为拥有积极健康的老年生活做许多事情。正确的生活方式，参与家庭和社会，以及营造一个支持老年人的环境，都将使老年人的生活处于良好状态”。积极老龄化提醒人们，不要把老年人看成是社会发展的阻碍，老年人拥有丰富的人生经验，仍然可以为社会发展服务，老龄化的增速也要求全社会应积极正视并努力挖掘第二次人口红利。积极老龄化强调“所有的老年人，包括虚弱、残疾的老人都能得到基本的同质量的并且符合老年人特征的保健服务，得到健康的预期寿命和生活质量，要防止老年生活贫困对健康的不利影响”。1996年出台的《中华人民共和国老年人权益保障法》中明确提出，“逐步改善保障老年人生活、健康、安全以及参与社会发展的条件”。但如今老年健康服务资源仍然存在着区域之间、城乡之间的较大差异，老年妇女、农村老年人可能同时遭受性别、年龄和地域等多方面的歧视而使应享有的健康权处于不利地位。

基于积极老龄化的保障原则，老年人有权利要求国家以平等的方式提供可用、可及、可接受的健康服务以及适宜的卫生设施。为此，我国应持续推进基本公共服务均等化，构建以老年人为中心的健康保健体系，特别是应加强农村基础医疗卫生服务，提高城乡老年人医疗服务可及性，提升社区医疗卫生服务功能，扩展社区医护人员业务范围，为老年人提供便利的社区医疗卫生与家庭医生服务，逐步缩小健康领域的城乡差异、地区差异。此外，亟须在涉及老年人权利保护的立法中强调老年人健康权的规范内涵，明确老年人健康权在各类立法中的权利构成，并针对老年人侵权事件的特殊性设立特别保护制度。

四、结语

健康老龄化是积极老龄化的重要支柱，健康老龄化的实现离不开积极老龄化倡导的保障与参与，离不开全生命周期视角下个人、代际、社会组织和政府各部门间的统筹与通力合作。中国应在“十四五”时期好好把握应对人口老龄化的重要战略机遇期，在积极老龄化国家战略指引下，实现医疗卫生资源进一步优化配置、完善养老服务资源，应更多地考虑老年人的主体性与实际需求服务。把积极老龄化战略目标的践行与实现，作为我国积极实施健康促进、提升老龄社会治理体系和治理能力的重中之重。

健全养老服务体系：社区养老支持与老龄健康

陈 飞^{1,2}, 陈 琳²

(1. 东北财经大学 经济与社会发展研究院, 辽宁大连 116025 ;

2. 东北财经大学 经济学院, 辽宁大连 116025)

一、引言

社区作为社会治理的基本单元, 逐渐成为老年人享受社会化养老服务的重要依托。在健全我国养老服务体系的进程中, 如何推动就地养老破解老年照护难题, 发挥出社区对老年人健康养老生活的支持作用显得尤为重要。而老龄健康更是关乎个体、家庭及政府的资源配置与调整以及社会的运行发展与福利水平。现阶段, 我国老龄人口比重与老年抚养比呈现逐年加速上升趋势。截至 2020 年末, 我国 65 周岁及以上人口 19064 万人, 占总人口 13.50%, 老年人口抚养比 19.70%, 在面临养老负担不断加重的情形下, 发展居家和社区养老已成为我国应对人口老龄化的必然选择。居家和社区养老秉承“就地老化”理念, 强调老年人在获得家庭和社区支持的基础上, 可以优先选择在家庭和社区中养老, 避免因环境改变造成的身体不适和社交障碍 (WHO, 2015)。2021 年《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》中提出, 构建居家社区机构相协调、“医养和康养”相结合的养老服务体系, 是实施积极应对人口老龄化国家战略的重要环节, 这凸显了社区支持在健全养老服务体系中的重要作用。而近年来, 社区养老模式在满足老年人情感和生活需求、降低养老服务成本、增强养老服务便利性方面发挥着重要作用 (邱思纯等, 2018)。自 2014—2020 年, 我国社区养老机构和设施数量从 1.89 万个增加到 10.90 万个, 如见图 1 所示, 社区嵌入式养老设施被逐渐推广。社区养老机构和设施数量的快速增加, 不仅代表了国家在提升社区养老服务能力方面的宏观政策支持, 同时也体现了老龄人口对社区养老服务需求的大幅增加。

基金项目: 国家社会科学基金重大项目 (21ZDA099); 国家自然科学基金面上项目 (72273108); 教育部人文社会科学研究项目 (22YJA790005)

作者简介: 陈飞 (1973-), 男, 吉林长春人, 东北财经大学经济与社会发展研究院、经济学院教授、博士生导师; 陈琳 (1994-) (通讯作者), 女, 河北邯郸人, 东北财经大学经济学院博士研究生。

本文转载自《财经研究》2023年第49卷第2期

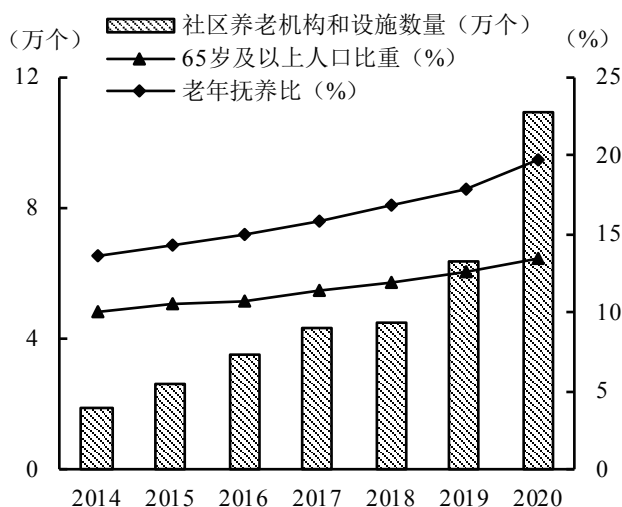


图1 我国人口老龄化程度与社区养老机构和设施数量的变化趋势图

世界卫生组织在 2002 年提出“积极老龄化”理念，旨在提高老年人的生活质量，创造健康、参与、保障的最佳机遇。值得关注的是，老龄化过程中老年人与社区、社会之间相互依存的关系，以及社区、社会环境条件的改善是提高老年人生活质量和推动积极老龄化发展的关键。在积极老龄化理念下，社区养老作为提供养老保障的方式之一，在发挥对传统家庭养老模式补充升级作用的同时，对老年人的养老生活将产生何种影响？已有学者对相关领域进行了探究，在早期研究中，一类文献从维护身心健康和保持生活独立性（Nolin 等，2006），满足社会和情感需求（Gierveld 等，2012；Davitt 等，2016）等方面讨论了社区提供养老支持的必要性。另一类文献讨论了社区养老的服务需求及影响因素，服务需求可细分为生活照料需求、医疗卫生服务需求以及精神服务需求（李伟，2012），影响因素包括老年人自身经济状况、社区管理能力、政府执行力（王武林和陈瑶，2016）以及崇尚节俭等传统文化因素（王琼，2016）。

在近期研究中，一部分学者从生活质量（程翔宇，2019；马文静等，2019；Rahman 和 Byles，2020）、社会参与（Siette 等，2020）等微观视角评估了社区养老对老年人的影响。另一部分学者使用健康状况作为结果变量。在身体健康方面，周红云等（2018）基于湖北省的调查数据，运用二元 Logistic 回归分析方法考察了社区居家养老服务对城市老年人健康的影响，发现除生活照料服务外，医疗健康服务、文体娱乐服务和精神慰藉服务对老年人身体健康均有显著正向影响。高鹏等（2022）运用双重差分法研究发现，社区居家医养结合服务提高了老年人的健康自评，优化了老年人医疗服务利用水平。在心理健康方面，陈谦谦和郝勇（2020）认为社区养老服务对老年人的心理健康具有积极影响，相较于精神性服务，起居照料、上门看病送药等基础性养老服务的作用更为显著。Kim 等（2020）基于韩国首尔的截面数据研究表明，社区基础设施和资源对于实现积极老龄化具有重要意义，可持续性高的社区服务项目有助于改善社区成员的健康状况及生活质量。国内外学者对于社区养老是否有助于改善老年群体健康状况、生活质量方面的研究结论基本一致。然而，现有文献对社区养老影响老龄健康的内在机制和异

质性分析方面的探讨相对较少。Siette 等 (2020) 研究表明,老年人在接受社区老年护理服务的过程中拓宽了自身社交网络,进而改善了认知健康,且该效应在男性群体中更为明显。在研究方法上,吕宣如和章晓懿 (2022) 运用双重差分倾向得分匹配法,考察了社区居家养老服务对老年人健康的影响。张冲和兰想 (2021) 使用是否参加有组织的社会活动作为社区支持的工具变量,研究社区支持对老年人健康的影响。

综上所述,以往研究文献仍然存在可以进一步提升的空间。首先,现有研究文献在识别策略中,为社区养老支持寻找工具变量方面的讨论存在不足。其次,现有研究文献对社区养老支持如何影响老年人身体健康和心理健康的内在作用机制的深入探讨并不多见。而健康不仅是影响老年人继续从事劳动工作、参与社会的重要因素,而且还会间接影响家庭成员参与劳动力市场状况 (蒋承和赵晓军, 2009) 以及家庭整体生活质量 (Coe 和 Houtven, 2009)。因而,探寻社区养老支持对老年人健康的影响及其内在作用机制,不仅关系到老年人自身的健康福利,对于进一步提升社区养老模式的实践效果,探索社区提供养老支持的实践方向具有现实意义和研究价值。

本文使用 *CFPS2010*、*2014* 数据, *CHARLS2018* 数据实证检验社区养老支持与老年人身心健康的内在关联。结果表明:第一,采用 OLS 回归估计发现,若某社区提供社区养老支持,则该社区老年人的身心健康状况越好。考虑到基准模型可能存在遗漏变量和反向因果问题,本文使用“村/居委会成员数量”作为社区养老支持的工具变量处理内生性问题。第二,经过理论分析与实证检验,社区养老支持通过促进老年人参与体育锻炼、提高生活独立性的方式改善了身体健康,通过保护老年人认知功能、促进社会交往的方式改善了心理健康。第三,社区养老支持的健康效应呈现异质性特征,不同社区经济特征、个体年龄阶段和居住安排的老年群体从中受益不同。第四,在不同类型的社区养老支持中,定期体检、上门巡诊、社区护理、健康管理、娱乐活动的实际使用率更高,健康效应也更为显著。

本文可能的边际贡献为:第一,本文从经济学与社会学的交叉学科视角来解释社区养老支持与老龄健康之间的内在联系,以社会生产函数理论和社会支持理论为理论依据,分析并检验了社区养老支持影响老年人身体健康和心理健康的作用途径,以及机制渠道发挥作用的具体情形,在机制分析层面对现有研究文献进行了边际补充。第二,针对社区养老支持变量的测度,本文同时从社区层面和个体层面进行考察,由现有文献较为笼统单一的测度转向更加具体多维的测度,相对准确地分析社区养老支持对老年人健康的影响。第三,在识别方法上,尝试使用“村/居委会成员数量”作为工具变量来处理内生性问题,丰富了现有文献为社区养老寻找合适工具变量的讨论思路。第四,本文的政策建议具有一定现实意义,社区养老支持对老年人身心健康具有促进作用,但其覆盖率和实际使用率仍然较低,未来应探索社区在优化整合医养资源方面的多种模式,提高不同老年群体对社区养老服务及设施的利用水平。

文章结构安排如下:第二部分是制度背景与理论基础,提出了本文的研究假说;第三部分是研究设计与数据说明;第四部分是实证结果与分析;第五部分得出研究结论并提出政策建议。

二、制度背景与理论基础

(一) 制度背景

发展社区养老的概念曾在 1996 年通过的《中华人民共和国老年人权益保障法》中出现,该法案提出的发展适应老年人实际需要的社区服务理念,成为开展社区养老的最初构想。为推进老龄事业快速起步,中共中央、国务院在 2000 年和 2006 年出台了《关于加强老龄工作的决定》和《关于加快发展养老服务业的意见》,逐步明确了社区在构建中国特色养老服务体系中的地位和作用,“以社区为依托”成为社区养老服务发展的方向,这为后续出台相关政策提供了重要制度依据。“十二五”期间,为满足急剧增加的养老服务需求,2011 年国务院发布了《中国老龄事业发展“十二五”规划》和《社会养老服务体系规划(2011-2015 年)》。在原有“以社区为依托”的基础上,对社区养老服务的基础功能进行拓展,鼓励社区从提供基本日间照料服务向提供专业的精神慰藉、医疗健康、辅具配置、紧急救援、法律服务等领域延伸。

“十三五”期间,国务院于 2017 年发布《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》。2021 年《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》对社区在完善我国养老服务体系中的作用赋予了新的内涵,提出要大力发展普惠型养老服务,支持家庭承担养老功能,构建居家社区机构相协调、“医养和康养”相结合的养老服务体系。对于如何完善社区居家养老服务网络,进一步提出要推进公共设施适老化改造,推动专业机构服务向社区延伸,整合利用存量资源发展社区嵌入式养老。这意味着,未来居家、社区和机构三者的关系是相互融合的,社区在连接老年人与专业机构方面将充分发挥平台优势,将养老服务需求方与供给方在老年人熟悉的社区环境中进行对接,通过引导机构以连锁化运营、标准化管理的方式进入社区,满足老年群体的养老生活需求。

(二) 理论基础

1. 社区支持为改善老龄健康提供了重要载体

为积极应对人口老龄化,解决社会化老年服务公共支出负担重与健康服务独立运行效率低等问题,世界卫生组织提出“就地老化”与“整合照护”(WHO, 2015)。其中,“就地老化”强调老年人在获得家庭与社区支持的前提下,优先选择在家庭和社区中生活,避免因环境改变产生的身体不适和社交障碍。“整合照护”强调将专业医疗服务与照料服务在机构类型和服务种类方面进行整合重组,而社区可以作为对这些碎片化照料资源进行整合的载体。社区养老支持在“就地老化”和“整合照料”两种理念下,通过提供养老服务和建设养老设施两方面对老年人健康产生影响。第一,社区养老服务可以满足老年人日常生活需求和健康保健需求。March 等(2015)研究表明,社区通过提供专业的护理服务和健康干预措施,可以有效预防老年人跌倒,降低心血管疾病风险,强化对慢性病患者的健康管理。在心理功能方面,老年人的精神状况与幸福感也是社区养老服务关注的重点。社区养老服务通过有针对性地为那些没有获得家庭支持和子女未在身边的老年人提供帮助,有效地降低了他们的负面情绪(Muramatsu 和 Yin, 2010)。第二,社区养老设施对老龄健康的影响也至关重要。社区内医疗护理设施、养老

辅助设施和体育休闲设施的覆盖范围和多样性，将关系到老年人使用过程中的便利程度和体验感，对于提高老年人晚年生活质量具有保障作用。此外，Shen（2014）研究发现，通过建立以社区为基础的有形基础设施和项目，可以培养居民的社区意识和共同价值观，有利于改善中老年群体的身心健康。基于以上分析，本文提出研究假说 1：

假说 1：社区养老支持有利于改善老龄健康。

2. 社区养老支持影响老龄健康的微观机制

本文从社会生产函数理论和社会支持理论讨论其可能的传导路径。其中，社会生产函数理论综合了心理学理论、消费者理论以及家庭生产理论的优点，对于了解居住在社区的老年人如何增进自身福祉，以及老年人获得福祉的能力如何受到社区资源和个体特征的影响这两方面给出理论解答。社会支持理论最早起源于“社会病原学”，现有国内外学者已将其扩展为一种用于解释为弱势群体提供精神和物质资源，以帮助其摆脱生存和发展困境的社会行为的理论总和。图 2 绘制了社区养老支持影响老年人身体健康和心理健康的作用路径，本文将依次对每条作用路径进行解释说明。

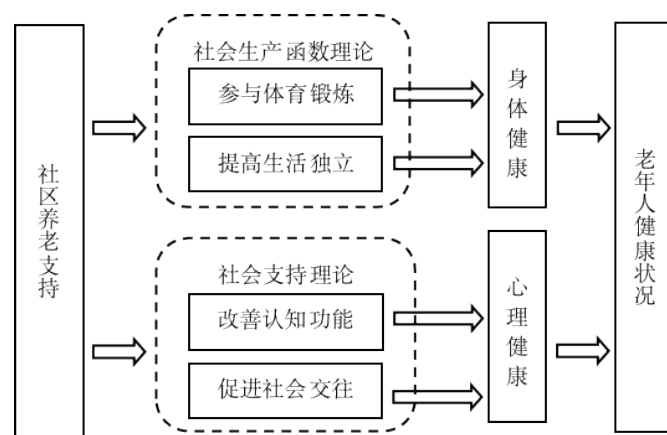


图2 社区养老支持影响老年人健康的机制分析

社会生产函数理论认为人们在面临限制条件下，通过实现身体健康和获取社会福利从而获得幸福感，其中身体健康通过刺激和舒适这两种方式实现（Lindenberg, 1996）。刺激指通过周围环境或特定活动对身体进行唤醒激活，主要包括激发性、精神和感官刺激以及身体活动。舒适指个体没有遭受有害的刺激，如恐惧、疼痛、饥饿和口渴。在社区养老支持中，活动设施的建立和养老服务的提供可能从两方面改善老年人身体健康状况。

第一，社区养老支持为老年人参与体育锻炼提供了引导。体育锻炼是老年人通过刺激活动实现身体健康的一个潜在途径（Nieboer 和 Cramm, 2018）。在社区养老支持中，老年活动场所的建立为老年人参与文体活动创建了平台，这不仅满足了老年人在社区内就近参与体育锻炼的现实需求，而且有助于培养健康的生活方式，促进老年人积极参与体育活动。而体育锻炼作为增强体质、保持活力的重要途径，与老年人健康有着密切联系（杨凡等，2021）。曲天敏和苏浩（2017）研究证实，长期参与适量体育锻炼有助于个体大脑皮质重量的增加，对老年人大脑

中枢神经系统功能的衰老具有延缓作用。Verdijk 等 (2010) 通过实验研究表明, 接受一定强度的运动训练可以改善老年人的体质, 其中非正式的体育锻炼活动可以补偿正式训练活动的效果, 对老年人身体健康具有积极影响。

第二, 社区养老支持为提高老年人生活独立性提供了环境保障。社区养老服务人员及设施的配备营造了良好的生活舒适感, 在帮助老年群体提高独立性和健康生活方面发挥重要作用(Ko 等, 2019)。研究表明, 舒适安全便捷的社区环境可以增加老年人对社区或邻里的信任和依赖, 通过优化住房政策或城市社区设计, 帮助老年人适应年龄增长带来的身体行动能力的变化, 在居家养老的过程中提高生活独立性 (Mackenzie 等, 2015)。具体而言, 在不同类型的社区养老服务项目中, 生活照料类服务和医疗健康类服务, 可以满足老年人在社区就近或居家解决日常生活困难和就医保健方面的实际需求。这不仅有助于延缓老年人生活自理能力的衰退, 而且间接提高了老年人的生活独立性, 使其保持良好的日常生活活动能力。而生活独立性的提高, 对于老年人进一步保持尽可能长期的自理能力, 促进身体健康具有重要价值。基于以上分析, 本文提出研究假说 2:

假说 2: 社区养老支持通过促进老年人参与体育锻炼、提高生活独立性的方式来改善身体健康。

社会支持理论认为个体可以通过获得来自家庭成员、亲友、同事、邻里、社区等在精神和物质上的支持与帮助, 从而减轻应急反应, 提高社会适应能力。陶裕春和申昱 (2014) 从获得渠道上将社会支持分为正式社会支持和非正式社会支持。正式社会支持的主体为各级政府、机构、企业和社区等正式组织, 提供诸如社会保障制度、助老敬老等政策支持。非正式社会支持的主体为家庭成员、朋友、邻里等, 提供情感、行为和信息等支持。在不同类型的社会支持中, 社区养老支持可能从两方面改善老年人心理健康状况。

第一, 社区养老支持为保护老年人的认知功能提供了契机。一方面, 现有研究表明, 正式社会支持是保护老年人认知功能的重要因素, 其中, 高水平的社会支持与老年人的活动速度和身体灵活性显著相关, 而低水平的社会支持则与老年人的认知损伤密切相关 (Zuelsdorff 等, 2013)。与认知功能较好的老年人相比, 认知损伤的老年人获得非家庭支持的比例较低 (Ficker 等, 2002), 而这种认知损伤主要体现在记忆力、语言表达和执行能力方面 (Dickinson 等, 2011)。在不同种类的社区养老服务中, 上门巡诊、定期体检和健康管理等服务在满足老年人基本健康养老需求的同时, 传播了健康理念与科学知识, 优化了老年人退休后信息相对孤立的生活环境, 在减缓认知功能衰退方面发挥重要作用。另一方面, 健全的认知功能对老年人心理健康具有保护作用 (吴振云等, 2001)。较高的认知能力和良好的认知素养能够使个体理解复杂治疗方案以及拥有更好的疾病自我管理能力 (Smith 和 Goldman, 2010), 这能帮助老年人在面临疾病威胁时建立有效的心理防御机制, 从而改善心理健康状况。

第二, 社区养老支持为促进老年人社会交往提供了平台。一方面, 体育及文化娱乐设施等老年活动场所的搭建, 间接促进了老年群体与社区工作人员、邻居或朋友之间的日常交流与社会交往。而这种非正式的聊天与倾诉, 可以作为一种情感支持, 从精神层面弥补老年个体社会

关系网络的缺失。相关研究表明，个体间相互的情感支持可以形成共同的社会认同感，使个体产生一种与陌生人的心理联系，进而促使个体与他人的社会交往变得更安全、更有益（Haslam 等，2014）。另一方面，社会交往是老年人寻求心理沟通的重要途径，活跃的社会交往可以使个体保持积极的情绪状态（Fratiglioni 等，2004）。相比家庭关系网络，朋友社交网络对老年人心理健康具有更强的保护作用（Singh 等，2016），拥有一个关系较好的朋友或邻居将有助于降低老年人产生抑郁情绪的概率。另外，较少参与社会交往活动会增加老年人面临社会隔离的风险，对心理健康造成负面影响（Dickens 等，2011）。基于以上分析，本文提出研究假说 3：

假说 3：社区养老支持通过保护老年人认知功能、促进社会交往的方式来改善心理健康。

三、研究设计、数据说明与描述统计

（一）研究设计

1. 基准回归模型

为研究社区养老支持对老年人身心健康的影响，构建线性回归模型：

$$Health_{ic} = \alpha + \beta Community_c + \eta X_{ic} + T_i + Z_p + \varepsilon_{ic} \quad (1)$$

其中， i 表示个体， c 表示社区， β 为重点关注的待估参数。 $Health_{ic}$ 为被解释变量，代表身体健康和心理健康，其中身体健康采用自评身体健康状况进行度量，1 表示不健康，2 表示一般，3 表示比较健康，4 表示很健康，5 表示非常健康。自评身体健康通常用作衡量老年人生理健康的重要指标，已被证实能有效预测老年人的死亡风险（Bath 和 Deeg，2005），在考虑客观健康状况的前提下依然可以较为稳定地代表老年人的健康状况。对于心理健康，基于已有研究文献（任国强等，2017；欧阳文静，2019），使用简化版抑郁量表（CES-D）6 题加总得分进行衡量。该抑郁量表由 Radloff（1977）编制，测量内容主要包括个体情绪低落、无价值感、注意力差等抑郁症状，不仅适用于成年人，也可以用于青少年和老年人群。 $Community_c$ 是核心解释变量，当社区有老年活动场所或老年社区服务机构时取值为 1，否则为 0。

此外，根据相关文献，本文控制了个体、家庭和社区特征变量，用 X_{ic} 表示。首先，个体特征变量包括年龄、性别、受教育年限、婚姻状况、是否有医保、是否患慢性病和个人总收入。年龄和性别是老年人身心健康的重要影响因素，随着年龄增长，个体身体机能逐渐衰退，而男性与女性的健康水平也会存在差异（Fichera 和 Gathergood，2016），因此需要控制年龄和性别。教育对老年人身心健康具有重要促进作用，教育优化了个体健康行为，通过提高健康投入效率对健康产生积极影响（程令国等，2015），因而本文控制了个体的受教育年限。李琴等（2022）研究发现，丧偶增加了农村老年人精神抑郁，婚姻状况是影响老年人身心健康的重要因素，本文根据个体当前婚姻状态，在婚赋值为 1，同居、未婚、离婚、丧偶赋值为 0，生成虚拟变量进行控制。患有慢性疾病会影响老年人对自身健康的评价（姜向群等，2015），慢性病通常因其长期性和难以治愈性使个体产生心理丧失感和挫败感，影响老年人的心理健康（王会光和阳方，2021），因此本文根据个体半年内是否有慢性疾病生成虚拟变量进行控制。其次，家庭特

征变量包括家庭人均收入、子女教育水平、子女婚姻状况、子女数量。研究表明,收入增加可以显著改善个体的健康状况 (Fichera 和 Gathergood, 2016),良好的经济基础会促进老年人对自身健康的关注,因而,本文控制了对数化后的家庭人均收入。在现实生活中,子辈生活质量和子辈赡养行为会对老年人身心健康带来重要影响,因此本文通过计算受访者所有子女的平均学历水平、所有子女婚姻状况得分作为对子辈生活质量的衡量进行控制,选择健在子女数量作为反映赡养父母行为的代理变量加以控制。最后,社区特征变量包括社区性质、社区规模、社区老龄化程度以及社区主要水源。考虑到社区提供养老支持的时变因素和地区文化差异,本文进一步控制了时间固定效应 T_i 和地区固定效应 Z_p ,具体设置为,按照调查年份和省份类别分别生成虚拟变量加入基准回归模型中。

2. 内生性讨论与工具变量选择

就本文的研究问题和模型设定而言,存在两种导致内生性问题的情况。其一,可能存在遗漏变量问题,社区养老支持可能与社区文化特征等无法被完全和准确观测到的社区特征相关,而这些社区特征又会影响结果变量。其二,可能存在反向因果问题,社区养老支持内生于社区居民的健康需求。现有研究文献中,为社区养老寻找合适工具变量的讨论并不多见。因而,为处理社区层面的内生性问题,本文选择“村/居委会成员数量”作为社区养老支持的工具变量。其中,村/居委会成员包括编制人员、临时聘用人员 and 专职社工等在内为村/居工作的人员。专职社工指具有“社工”专业职称如“社工师”、专门从事社区助贫、扶困、济弱的专业人员。

选择该工具变量的原因有三方面。第一,“村/居委会成员数量”作为体现社区行政管理特征的要素之一,通过影响社区提供养老服务的人力基础前提,从而影响社区养老支持的覆盖范围和执行力度。第二,我国绝大多数的社区养老支持,主要由地方政府推动建设,若某社区的村/居委会成员数量较多,那么政府可能会基于该社区工作人员的人力基础优势、可以更好更快地推进政策或服务落实等原因,将老年社区服务机构和老年活动场所建于该社区。因而,在以上两种情形下,村/居委会成员数量与社区养老支持基本满足工具变量的相关性假设。第三,村/居委会成员数量在短期内变化幅度较小,而决定村/居委会成员数量的因素主要为社区人口规模、社区行政区划面积等,这些因素通常不受社区居民健康需求的影响,也不会直接影响老年人健康。因此,本文基于 CFPS 社区层面的数据信息,选择村/居委会成员数量作为工具变量,最大程度地避免了其与扰动项相关,基本满足工具变量的外生性假设。

(二) 数据来源与变量说明

本文使用的样本主要来自于中国家庭追踪调查 (CFPS)。其中 CFPS2010、2014 提供了个体居住地的社区特征信息,这为从社区层面考察社区养老支持如何影响老龄健康提供了帮助。此外,本文使用 CHARLS2018 数据进行稳健性估计,该调查数据首次对年龄 60 岁以上的微观个体“是否享受居家和社区养老服务”进行提问,这使得本文可以观测到个体对社区养老支持的真实使用状态,进一步考察社区养老支持对老龄健康的影响。在数据处理中,剔除了年龄小于 60 岁的样本,并将成人数据库、家庭数据库及社区数据库进行合并,同时对关键信息缺失和异常值样本进行了剔除,最终得到 620 个社区的 11913 个个体的混合截面样本用于主要的实

证分析，CHARLS2018 数据处理过程与上述过程保持一致。

表 1 给出了主要变量的含义说明及描述性统计。其中，社区养老支持的均值为 0.50，说明有近 50% 个体所处社区提供了老年活动场所或老年社区服务机构。身体健康和心理健康的均值为 3.08 和 20.38，说明老年人的平均身体健康水平处于比较健康状态，平均心理健康水平较高。均值差 T 检验表明，有社区养老支持的老年个体身心健康状况更好，并且在参与体育锻炼、生活独立性、认知功能方面的水平更高，社会隔离程度更低。

表1 主要变量的含义说明及描述性统计

变量名称	变量含义（单位）	全样本	有社区养老支持	无社区养老支持	均值差异（T 检验）
社区养老支持	社区是否有老年活动场所 / 老年社区服务机构	0.4982	1.0000	0.0000	1.0000
身体健康	自评身体健康	3.0779	3.1109	3.0452	0.0657***
心理健康	抑郁量表 CES-D 得分	20.3770	20.9540	19.8041	1.1499***
年龄	年龄（岁）	68.2891	68.3845	68.1944	0.1901
性别	男性 =1，女性 =0	0.5088	0.5011	0.5164	-0.0153 [*]
受教育年限	受教育年限（年）	4.1638	4.9564	3.3769	1.5795***
婚姻状况	在婚 =1，其他 =0	0.7764	0.7904	0.7625	0.0279***
是否有医保	有医疗保险 =1，其他 =0	0.8885	0.8726	0.9043	-0.0317***
是否患慢性病	半年内是否有慢性疾病	0.2781	0.2932	0.2631	0.0300***
个人总收入	个人总收入（元）取对数	4.5640	5.0033	4.1278	0.8755***
家庭人均收入	家庭人均收入（元）取对数	8.7013	9.0744	8.3308	0.7436***
子女教育水平	所有子女的平均学历水平	3.0226	3.3604	2.6877	0.6727***
子女婚姻状况	所有子女婚姻状况得分	0.8823	0.8768	0.8877	-0.0108**
子女数量	健在子女数量（人）	1.9260	1.6954	2.1551	-0.4597***
社区性质	居委会 =1，村委会 =0	0.2841	0.4411	0.1283	0.3128***
社区规模	社区家庭户数（户）取对数	6.5499	6.9154	6.1871	0.7283***
社区老龄化程度	社区 60 岁以上常住人口占比	0.2026	0.2071	0.1981	0.0090***
社区主要水源	社区居民做饭所用最主要水源	3.1346	3.1210	3.1480	-0.0271
村 / 居委会成员数量	村 / 居委会成员数量（人）取对数	2.1971	2.3684	2.0271	0.3413***
参与体育锻炼	每周锻炼身体的频率（次）取对数	0.7333	0.9131	0.5549	0.3582***
生活独立性	日常生活活动能力（IADL）	0.8239	0.8551	0.7929	0.0622***
认知功能	数学测试和词组测试得分	14.8159	17.8763	11.7774	6.0990***
社会隔离程度	组织参与、婚姻关系和亲密关系得分	1.4618	1.3766	1.5465	-0.1699***
N		11913	5935	5978	

注：***、**、*分别表示两组子样本变量均值在1%、5%、10%显著性水平上具有显著差异。

四、实证结果与分析

（一）基准回归结果

基准回归结果见表 2。对身体健康和心理健康的 OLS 估计结果由第（1）、（2）列给出，工

具变量 2SLS 估计结果由第 (3)、(4) 列给出。在控制个体、家庭、社区异质性特征以及时间、地区固定效应后,系数在 1% 的显著性水平下显著为正,这说明社区养老支持与老年人身心健康状况具有显著的正向关系。从 OLS 系数估计值的大小来看,社区养老支持提高了身体健康水平和心理健康水平 0.08 和 0.41 个单位,这意味着将平均提高老年群体身体健康水平 2.66 个百分点,平均提高心理健康水平 2.01 个百分点。第一阶段结果显示,村或居委会成员数量对社区养老支持有显著正向影响。弱工具变量检验报告的 Kleibergen-Paap rk Wald F 统计量为 98.384,大于 10% 显著性水平上的临界值,说明村或居委会成员数量不是弱工具变量。DWH 内生性检验报告的 χ^2 统计量和 F 统计量均在 1% 的显著性水平上拒绝变量外生性原假设,说明需要使用工具变量进行 2SLS 估计。表 2 第 (3)、(4) 列显示,社区养老支持依然对老年人的身体健康和心理健康具有正向影响,2SLS 估计结果中社区养老支持的系数值有所增大,但符号方向与 OLS 估计结果保持一致,上述结果支持了假说 1。

表2 基准回归结果

变量	(1) 身体健康	(2) 心理健康	(3) 身体健康 (IV)	(4) 心理健康 (IV)
社区养老支持	0.0818*** (0.0247)	0.4098*** (0.0964)	0.9162*** (0.2780)	3.7973*** (1.1130)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间固定效应	控制	控制	控制	控制
地区固定效应	控制	控制	控制	控制
N	11913	11913	11913	11913
Adj-R ²	0.3242	0.1116	0.2605	0.0162
第一阶段回归结果				
村 / 居委会成员数量			0.0724*** (0.0073)	
弱工具变量检验 (F 值)			98.384{16.38}	
识别不足检验			98.885[0.0000]	
DWH 检验 (χ^2 统计量)			9.7193[0.0018]	9.7429[0.0018]
DWH 检验 (F 统计量)			9.7670[0.0018]	9.7204[0.0018]

注:***、**和*分别表示在1%、5%和10%的显著性水平上显著,括号内为稳健标准误,下表同。弱工具变量检验使用Kleibergen-Paap rk Wald F统计量,大括号内是Stock-Yogo (2005) 提供的10%水平上的临界值;识别不足检验使用Kleibergen-Paap rk LM统计量;DWH检验中括号内数值为相应统计量的P值。限于篇幅,省略控制变量的估计结果,读者若是感兴趣可向作者索取。

为检验工具变量的外生性,本文借鉴 Becker 和 Woessmann (2009) 的研究思路,依次使用工具变量对这些潜在社区特征渠道进行回归检验。若估计结果不显著,说明工具变量与这些特征变量不相关,不能通过这些渠道影响老年人健康。为此,本文使用新农合参保人数与户籍人数之比、最大医疗点面积衡量社区的社保及医疗水平;使用到最近集镇时间、到本县县城时间衡量社区地理交通条件;使用是否属于自然灾害频发区、商品房一般价或建房成本衡量社区区位条件;使用农业生产总值、非农业生产总值衡量社区经济发展水平进行验证。结果显示,工具变量与这些可能潜在影响老年人健康的社区特征因素是不相关的。然而,尽管本文找到了一部分社区特征因素进行了工具变量的外生性检验,但仍然存在一些无法观测到的影响老年人

健康的其他社区特征因素，由此导致内生性问题。在实证研究中，工具变量的排他性约束假设往往很难严格满足，本文根据 Conley 等（2012）提出的“近似外生工具变量”估计框架，通过放松工具变量外生性条件，检验基准回归结果的稳健性，给定方程：

$$Health_{ic} = \alpha + \beta Community_c + \gamma IV_c + \eta X_{ic} + T_t + Z_p + \varepsilon_{ic} \quad (2)$$

其中，系数 γ 反映了工具变量通过其他渠道影响结果变量 $Health_{ic}$ 的大小。在给定 γ 值的情况下，通过对修正方程式（3）进行工具变量 2SLS 估计，可以得到内生解释变量系数 β 的真实值：

$$Health'_{ic} = \alpha + \beta Community_c + \eta X_{ic} + T_t + Z_p + \varepsilon_{ic} \quad (3)$$

其中， $Health'_{ic} \equiv Health_{ic} \gamma IV_c$ 。如何确定系数 γ 值，Nunn 和 Wantchekon（2011）、Liu 和 Lu（2015）提出通过选取一组在理论层面上完全不受核心解释变量影响的样本，将结果变量直接对工具变量进行回归的方式，得到工具变量对结果变量的影响系数，该系数反映了工具变量通过其他渠道影响结果变量的大小。基于上述方法，本文借鉴李明和郑礼明（2021）的研究思路，选择 18 岁至 35 岁的青年样本，用 $Health_{ic}$ 对 IV_c 进行回归。该年龄段群体不是社区养老的服务对象，在理论上其身心健康状况不会受到社区养老支持的影响。回归不包含内生解释变量，控制变量与基准回归保持一致，结果如表 3 第（1）、（2）列所示， γ 估计值为 -0.0082 和 0.1266。接下来基于式（3），用减去 γIV_c 后的 $Health'_{ic}$ 对社区养老支持进行 2SLS 估计，结果见表 3 第（3）、（4）列。结果显示，虽然心理健康的系数显著性有所下降，但社区养老支持对老年人身心健康的影响仍然显著为正。这表明在工具变量外生性不是完全满足的情况下，本文基准回归结论是相对稳健的。

表3 放松工具变量外生性条件的检验结果

变量	18 岁至 35 岁青年样本		基准回归样本	
	(1) 身体健康	(2) 心理健康	(3) 身体健康 ($Health'_{ic}$)	(4) 心理健康 ($Health'_{ic}$)
村 / 居委会成员数量	-0.0082 (0.0131)	0.1266*** (0.0511)		
社区养老支持			1.0295*** (0.2814)	2.0482* (1.0864)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间、地区固定效应	控制	控制	控制	控制
N	12907	12907	11913	11913
Adj-R ²	0.2953	0.0462	0.2413	0.0871

注：第（3）、（4）列，工具变量一阶段的系数估计值为 0.0724，标准误为 0.0073，一阶段 F 值为 98.384。

（二）机制分析

本文使用以下变量进行机制分析：采用每周锻炼身体的频率反映参与体育锻炼；采用日常生活活动能力衡量生活独立性；采用数学测试和词组测试总得分衡量认知功能，以体现老年人的注意力、计算能力和语言能力；采用社会隔离程度作为社会交往的代理变量。社会隔离程度

②限于篇幅，本文未列出工具变量的外生性检验结果，如有需要可向作者索取。

会受到社会交往频率的影响,在指标度量上借鉴 Berkman 和 Syme (1979) 提出的社会隔离-社会网络指标 (Social isolation-Social network Index),从个体组织参与、婚姻关系和亲密关系 3 方面进行综合反映,数值越小代表社会隔离程度越小,社会交往越频繁。将机制变量分别对社区养老支持进行回归,表 4 显示,社区养老支持在 1% 显著性水平下促进了老年人参与体育锻炼,提高了生活独立性,也显著改善了老年人的认知功能,降低了社会隔离程度。

表4 社区养老支持对参与体育锻炼、生活独立性、认知功能和社会隔离程度的影响

变量	(1) 参与体育锻炼	(2) 生活独立性	(3) 认知功能	(4) 社会隔离程度
社区养老支持	0.0924*** (0.0194)	0.0255*** (0.0076)	0.7200*** (0.2095)	-0.0340*** (0.0131)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间、地区固定效应	控制	控制	控制	控制
<i>N</i>	11913	11913	11913	11913
<i>Adj-R</i> ²	0.1925	0.1295	0.6198	0.4656

本文通过构造核心解释变量与机制变量的交互项,结合分样本回归等方式,讨论社区养老支持影响老龄健康的作用渠道。在身体健康方面,第一,在基准模型中引入社区养老支持与参与体育锻炼的交互项,以村或居地界内有无体育运动场所为标准划分两类样本进行分组回归。表 5 第 (1)、(2) 列显示,交互项在地界内没有体育运动场所的样本中显著为正,在地界内有体育运动场所的样本中反而不显著。这说明,在社区养老支持中,建立老年活动场所一定程度上弥补了社区内没有体育运动场所的不足,通过促进老年人参与体育锻炼的方式改善了身体健康。第二,在基准模型中引入社区养老支持与生活独立性的交互项,并按照家庭中同灶吃饭人数划分家庭类型,家庭人口规模小于等于 2 人定义为小家庭、大于等于 5 人定义为大家庭,进行分组回归。家庭规模可以在一定程度上体现老年人的生活独立性,小型家庭中老年人的生活独立性往往更强,而在大型家庭中,老年人通常有更多可以选择依靠的对象对其进行帮扶,生活独立性往往较差。表 5 第 (3)、(4) 列显示,交互项系数在小家庭样本中不显著,在大家庭样本中显著为正。这间接证明社区养老支持可以为那些生活独立性较弱的老年群体提供帮助,延缓老年人生活自理能力的衰退,降低其在完成日常活动中对子女、配偶或他人的依赖,通过提高生活独立性的方式改善身体健康。表 4 第 (1)、(2) 列和表 5 支持了假说 2。

®日常生活活动包括去户外活动、进餐、厨房活动、使用公共交通、购物、清洁卫生、洗衣等活动,若可以独立完成这些活动赋值为1,否则赋值为0。

表5 社区养老支持对老年人身体健康的机制检验

被解释变量：身体健康	(1) 村/居地界内无体育运动场所	(2) 村/居地界内有体育运动场所	(3) 小家庭	(4) 大家庭
社区养老支持	0.0387 (0.0429)	0.0462 (0.0464)	0.1803** (0.0883)	-0.0966 (0.0855)
参与体育锻炼的交互项	0.0615** (0.0308)	0.0170 (0.0356)		
参与体育锻炼	0.0896*** (0.0211)	0.1068*** (0.0312)		
生活独立性的交互项			-0.1306 (0.0932)	0.1743* (0.0906)
生活独立性			0.7417*** (0.0695)	0.5279*** (0.0565)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间、地区固定效应	控制	控制	控制	控制
<i>N</i>	6473	5440	4471	4749
<i>Adj-R</i> ²	0.3151	0.3522	0.3763	0.3370

在心理健康方面，第一，本文根据半年内是否有慢性疾病和过去一年是否住过院划分两类样本，判断个体是否面临疾病威胁。在此基础上，在基准模型中引入社区养老支持与认知功能的交互项对心理健康进行回归。表 6 第 (1)、(2) 列显示，对于那些患有慢性疾病或者有过住院经历的老年人，社区养老支持通过保护认知功能的方式显著改善了心理健康，而那些没有面临疾病威胁的样本，交互项系数不显著。这表明，保护认知功能这一作用渠道，对不同情形下老年人心理健康的改善作用存在差异，当个体患病风险增加时，社区养老支持通过保护认知功能从而改善心理健康的作用更为重要。第二，按照自评与人相处能力得分的 25% 分位和 75% 分位为标准，划分两类群体，这两类样本体现了老年个体在长期社会交往中形成的性格特征，而这种性格特征由遗传因素和环境因素所决定，短期内较难发生改变。本文在基准模型中引入社区养老支持与社会隔离程度的交互项进行分组回归。表 6 第 (3)、(4) 列表明，交互项系数在“自评与人相处能力得分较低”样本中显著为负，在“自评与人相处能力得分较高”的样本中不显著。这说明，社区养老支持作为一种外界冲击，通过提供文体设施、组织社区活动，为不善社交的老年人提供了与他人情感交流的契机，进而改善了心理健康。表 4 第 (3)、(4) 列和表 6 结果支持了假说 3。

表6 社区养老支持对老年人心理健康的机制检验

被解释变量：心理健康	(1) 无慢性病且无住院经历	(2) 有慢性病或有住院经历	(3) 自评与人相处能力得分较低	(4) 自评与人相处能力得分较高
社区养老支持	0.2351 (0.1550)	1.3416*** (0.2414)	0.9964*** (0.3801)	0.3360 (0.2702)
认知功能的交互项	0.0059 (0.0060)	0.0346*** (0.0098)		
认知功能	0.0212*** (0.0057)	0.0549*** (0.0098)		
社会隔离程度的交互项			-0.3762* (0.2108)	0.1074 (0.1747)
社会隔离程度			-0.4358** (0.1747)	-0.1340 (0.1587)
控制变量	控制	控制	控制	控制
时间、地区固定效应	控制	控制	控制	控制
<i>N</i>	7613	4300	3729	3472
<i>Adj-R</i> ²	0.0883	0.1132	0.0843	0.1291

(三) 稳健性检验

第一，使用 CHARLS2018 数据。2018 年 CHARLS 调查问卷可以观测到个体对社区养老支

持的真实使用状态,而 CHARLS2015、2013 及早期数据未涉及相关信息,无法判断个体在前期的使用状态,因而仅使用了 CHARLS2018 一期截面数据。对于数据处理,同样选择自评身体健康和抑郁量表得分反映身体健康和心理健康,控制变量与前文保持一致。工具变量使用“同一社区其他老年人,是否享受居家和社区养老服务的均值”进行 2SLS 估计。对同一社区除受访者以外,其他受访者“是否享受居家和社区养老服务”变量求均值,取值范围 [0,1]。结果显示,享受居家和社区养老服务对老年人身体健康和心理健康均具有显著正向影响,工具变量系数符号与 OLS 估计结果保持一致。第二,替换因变量。用较一年前健康状况变化替换自评身体健康,“相比一年前健康状况变化:您觉得您的健康状况和一年前比较起来如何?”更差、没有变化、更好,分别赋值 0、1、2。从动态上反映老年人身体健康的变化情况,采用自评幸福感对抑郁量表得分进行替换。第三,替换核心解释变量。使用社区老年活动场所或老年社区服务机构的数量进行替换,相比于原有度量方式,该变量可以更加准确地测度社区养老支持对老年人健康的影响。第四,剔除未在本社区持续居住的样本。社区内提供的养老支持相比社区外提供的养老支持在可及性和可持续性方面具有优势。为排除社区外提供的养老支持对实证结论的干扰,本文剔除未在本社区持续居住的 2006 个样本对模型重新估计,未持续居住样本指离开调查问卷中登记的地址去别的地方连续居住 3 个月以上的个体。第五,安慰剂检验。社区养老支持的主要对象为老年人,应该仅对老年人健康产生影响。借鉴 Bailey 和 Goodman-Bacon (2015) 的研究思路,使用青年样本(年龄在 18 岁至 35 岁之间)重新回归后核心解释变量系数显著,说明社区养老支持对青年也产生了影响,以此判定基准回归结论不可信。反之,若估计系数不显著,说明社区养老支持只对老年群体产生健康效应。结果表明,上述 5 种方式的估计结果均通过了稳健性检验。

(四) 异质性分析

第一,社区贫困程度。本文根据社区人均纯收入是否小于 2011 年国家贫困线划分两类样本进行分组回归。结果表明,社区养老支持对贫困社区老年人的健康改善作用不显著,对经济状况较好社区老年人的健康改善作用显著为正。这说明,不同社区经济特征下社区养老支持的健康改善作用存在“马太效应”。第二,年龄阶段。本文根据年龄是否大于等于 80 岁划分两类样本。结果表明,社区养老支持对高龄老年人身体健康产生了显著影响,对心理健康的影响不显著。这一结论与现实预期相一致,高龄老年人由于身体机能逐渐衰退,不得不依靠来自子女、配偶及社会的帮助。第三,居住安排。本文根据是否有子女在家中居住划分两类样本进行分组回归。结果表明,社区养老支持对未与子女同住的老年群体的健康改善作用更显著。这说明,社区养老支持可以充分发挥对传统家庭子女养老模式的补充升级作用,为那些子女未在身边的老年人提供必要的养老支持,从而更好地维护和改善身心健康。

(五) 进一步分析:不同类型的社区养老支持

本文使用 CHARLS2018 作为本节研究的数据基础,通过计算每种类型服务使用人数占使用社区养老服务总人数的比例,得到每种类型服务的实际使用频率,以此反映老年人的使用偏好。根据分析结果,老年人对于预防性的定期体检需求非常高,对于专业化的巡诊、健康管理以及

娱乐活动的需求也相对较高。此外,本文分别用身体健康和心理健康对不同类型的社区养老支持进行回归。根据回归结果,日间照料中心等生活照料类服务对于改善身心健康的作用相对有限。在医疗健康类服务中,社区护理和健康管理对身体健康的影响显著,这说明专业化的护理服务和健康管理服务更有助于满足老年人对保持身体健康的需求。而对于心理健康,定期检查、上门巡诊和健康管理发挥的作用相对更强。

五、结论与政策建议

我国即将进入深度老龄化社会,探究社区养老支持对老年人健康的影响效应及其内在机制,对于健全我国养老服务体系,实施积极应对人口老龄化国家战略具有重要意义。本文使用 CFPS2010、2014 数据和 CHARLS2018 数据,以社会生产函数理论和社会支持理论为理论依据,采用工具变量法评估了社区养老支持对老年人的健康效应。研究发现,社区养老支持对老年人的身心健康具有显著的正向影响。在识别策略方面,本文选择“村/居委会成员数量”作为社区养老支持的工具变量,在一定程度上缓解了模型内生性问题。机制分析表明,社区养老支持通过促进老年人参与体育锻炼、提高生活独立性的方式改善了身体健康,通过保护老年人认知功能、促进社会交往的方式改善了心理健康。在异质性分析方面,社区养老支持对老年人的健康改善作用存在“马太效应”,贫困社区的老年人从中获得的健康福利较少。

本文的研究为健全我国养老服务体系提供了一些有益参考。目前,我国的社区养老支持在服务供给和设施配备上存在较大的地区差异,社区养老支持在全国范围内的覆盖率和实际使用率仍然较低。未来可以考虑从以下几个方面对社区养老模式进行优化。第一,应加快城乡社区养老服务的规划建设,充分考虑到社区养老支持对老年人健康的积极作用,畅通其影响传导路径。通过增设老年活动场所、推进公共设施适老化改造、宣传科普疾病预防与健康保健知识、组织社区活动等方式,促进老年人更好地参与体育锻炼、提高生活独立性、健全认知功能和参与社会交往。第二,面对家庭养老功能趋于弱化的现实,可以考虑加快社区养老对传统家庭养老功能的扩展延续,对于独居、高龄和患病老年群体,以老年人的实际需求为导向,制定个性化的养老支持方案。第三,扩大社区养老支持的实际覆盖范围,以政府为主导推动社区养老服务均等化,增加对贫困社区岗位人员和硬件资源的投入。同时,应加强相关部门对社区养老服务的监管,规范落实各主体机构组织的工作职责。第四,针对不同类型的社区养老支持,加大对日间照料和家庭病床类服务的落实监管,增加医疗健康类服务供给,提升医疗健康类服务的专业性和预防性,全面促进社区养老模式高质量发展,健全居家社区机构相协调、“医养和康养”相结合的养老服务体系。

本文存在一些不足之处。第一,仅使用了 CHARLS2018 一期截面数据进行分析,未能从个体层面考察社区养老支持对老年人健康的长期动态效应。第二,未能关注老年人对社区养老服务的消费意愿和购买能力,这对于探索社区养老服务的运营模式、完善监督管理是相对重要的。这些是未来需要进一步研究的内容。

主管单位：上海市卫生健康委员会
主办单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）
编辑刊发：《人口信息》编辑部
地 址：上海市肇嘉浜路789号11楼D座
邮政编码：200032
电 话：021-33262061
E - m a i l： phpr@shdrc.org
发送对象：上海市卫生和健康系统各单位
印刷数量：300本
印刷单位：上海欧阳印刷厂有限公司