

养老服务利用对老年人自评健康的影响

——基于CHARLS的实证分析

张 莉

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2023年6月25日; 录用日期: 2023年8月4日; 发布日期: 2023年8月10日

摘 要

目的: 探究养老服务利用对老年人自评健康的影响, 为优化养老服务、改善老年人健康状况提供依据。
方法: 基于CHARLS 2018年调查数据, 利用二元logistic回归分析不同养老服务利用对老年人自评健康的影响。结果: 老年人以居家养老为主, 但社区居家养老服务利用严重不足、物质保障养老服务和医疗保障养老服务偏基本, 79.7%的老年人自评不为健康。其中, 医疗服务与自评健康显著负相关, 养老保险、补充养老金、医疗保险和家庭医生签约服务与自评健康为负相关, 社区居家养老服务、养老金和长护险与自评健康为正相关; 性别、受教育水平、婚姻状态、民族、生活方式和抑郁与自评健康显著相关, 年龄、政治面貌、住宅地址与自评健康正相关。建议: 积极发展普惠型社区居家养老服务, 鼓励机构养老; 继续扩大养老保险和医疗保险覆盖面, 落实家庭医生签约服务并积极推广长期护理保险; 关注老年人心理健康和差异化需求; 对残疾、失能、高龄等老年群体进行能力评估。

关键词

养老服务, 自评健康, Logistic回归

The Influence of the Utilization of Old-Age Care Services on the Self-Rated Health of the Elderly

—An Empirical Analysis Based on CHARLS

Li Zhang

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Jun. 25th, 2023; accepted: Aug. 4th, 2023; published: Aug. 10th, 2023

Abstract

Objective: To explore the influence of the utilization of old-age care services on the self-rated health of the elderly, and to provide a basis for optimizing old-age care services and improving their health status. **Methods:** Based on the survey data of CHARLS in 2018, the effects of different utilization of old-age care services on the self-rated health of the elderly were analyzed by binary logistic regression. **Results:** The elderly mainly care for the elderly at home, but the community home care service is seriously underused, and the material security service and health security service are basic. 79.7% of the elderly rated themselves as unhealthy. Among them, medical service is negatively correlated with self-rated health, old-age insurance, supplementary pension, medical insurance and family doctor contract service are negatively correlated with self-rated health, and community home care service, pension and long-term care insurance are positively correlated with self-rated health; Gender, education level, marital status, nationality, lifestyle and depression are significantly related to self-rated health, while age, political outlook and residential address are positively related to self-rated health. **Suggestions:** Actively developing home-based care services in inclusive communities and encouraging institutional care for the elderly; Continuing to expand the coverage of old-age insurance and medical insurance, implementing family doctor contract service and actively promoting long-term care insurance; Paying attention to the mental health and differentiated needs of the elderly; Evaluating the ability of the disabled, elderly and other elderly groups.

Keywords

Pension Services, Self-Rated Health, Logistic Regression

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

人口老龄化形势日益严峻，养老的问题也一直备受关注。关于养老服务，2013年《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》、2016年《关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的若干意见》、2019年《关于推进养老服务发展的意见》、2021年《关于印发“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划的通知》、2023年《关于推进基本养老服务体系建设的意见》等，一系列扶持和规范政策要求对接老年人实际需求提供更加普惠、优质、专业化的养老服务。

但除了养老服务的供给和需求，对养老服务的利用情况也面临巨大的差异和挑战。养老服务利用是一个广义的概念，旨在协助老年人更好地解决日常生活中的困难，提高生活质量和健康水平，涉及到老年人的不同层面需求，通常指老年人主动或被动地获得医疗护理、饮食调理、心理支持、安全监督、社交活动、技能培训、法律援助和其他相关服务的情况。自评健康作为一种主观评价，在通往健康和积极老龄化的道路上，探究养老服务利用对老年人自评健康的影响能够提高他们对自身健康状况的认知和重视程度，进一步优化养老服务的内容和模式，以满足老年人的日益增长的健康需求和个性化养老需求。

2. 文献回顾

2.1. 养老服务

王羽指应进一步明确养老服务发展的目标，秉持兜底、普惠、共享的发展理念，提供全覆盖、高质

量、多层次的养老服务，满提升老年人的获得感、幸福感、安全感[1]。李凯归纳演绎出当前我国养老服务发展面临的传统家庭养老保障功能弱化、供给缺位与多元主体协同供给格局尚未形成并存、养老资金来源单一，子代及老人自我养老负担过重、养老服务供给与需要不平衡问题四大困境[2]。仲朝发现老年人需求涵盖生活照护、医疗服务、社会功能维持、心理与精神、价值与尊严、机构物理环境与社会性环境等多方面[3]。李长远指出养老服务质量欠佳的突出问题是忽视不同状况老人服务需求的差异性[4]。凌文豪发现老年人的养老责任认知显著影响其对养老服务的购买意愿，倾向于认同社会化多元养老责任的老年人有更强的养老服务购买意愿；身体状况欠佳、受教育水平较高、参加基本社会养老保险制度、收入较高、使用互联网和居住在城市的老年人更有可能购买养老服务[5]。顾严、何佳洁指出农村养老服务的政策取向与城市有所不同，农村在经济发展阶段、老龄化程度以及二者关系上也与城市有着较大差异，与城市相比较，农村地区的养老服务需求更加迫切[6] [7]。Penning 提出老年人对医疗、医院和家庭护理服务的使用主要与健康需求有关，社会支持也是一个需要考虑的因素[8]。

可见，已有文献对养老服务的研究多侧重于养老服务的高质量供给与多样化需求，对养老服务的利用研究很少。例如曾起艳发现身体健康状况差、经济收入高、家庭养老支持弱、社区养老服务供给水平较高和拥有居家养老服务补贴的老年人更可能成为全方位养老服务的积极利用型；独居及身体健康状况较好的高龄老年人更可能成为偏重陪伴服务的中度利用型；而年龄较小、家庭养老支持强、社区养老服务供给水平较低和缺乏居家养老服务补贴的非独居老年人更可能成为消极利用型[9]。因此，本文提出假设 1。

H1：养老服务利用对老年人自评健康有显著的负向影响。

2.2. 自评健康

Maddox 等发现随着时间的推移，自我和医生对健康的评价之间存在着积极的关系，健康自评是研究人类发展，特别是晚年生活的一个重要的、有用的变量[10]。Jylhar 提出自评健康反映了人体和心理的状态，虽然会受到年龄或文化的修正，但仍然是健康状况的有效测量[11]。Kaplan 等发现自评健康与死亡率之间存在显著的相关性[12] [13]。Damian 发现年龄、慢性病和功能状况是西班牙老年人自评健康的主要决定因素[14]。Jindrová 发现性别、年龄、文化程度、收入、就业、居住地等特征被认为是自评健康状况的决定因素[15]。Kraja 等发现自我感知的健康状况反映了人们对其健康的总体感知，包括两者生理和心理方面，其差异包括年龄、性别、教育、收入和心理社会特性[16]。Petraiki 发现地区、居住类型、性别、年龄组、与伴侣同住、有无抑郁症状、食物不安全、饮酒与自感健康状况有关[17]。Alarcão 提出自感健康随年龄增长而下降，因性别而异，是死亡率、发病率、生理和心理功能的预测因[18]。邓大松发现指出老年人生理健康脆弱性比心理健康脆弱性程度更加明显，而农村老年人心理健康脆弱性相对更严重，而社区养老服务既可以直接缓解老年人健康脆弱[19]。李桐瑶指出情感支持、生活行为方式、慢性病患病情况、居住环境等因素对独居老人的自评健康状况有影响[20]。黄乾，方守林发现参加机关事业单位养老保险和城镇企业职工养老保险的老年人比参加城镇居民养老保险的老年人有更高的自评健康和更低的抑郁倾向[21]。刘昌平，汪连杰发现医疗保险对老年人自评健康和生理健康有显著影响，而养老保险对老年人心理健康和生理健康有显著影响[22]。李芬，高向东发现家庭经济水平可以有效提高自评健康率和减少 ADL、IADL 受损率，而对降低慢性病发病率方面的效应相对较小[23]。阙霜发现人际信任水平、社会参与水平、社会支持水平高的老年人的自评健康状况更好[24]。和红等发现子女支持显著影响老年人的心理健康，但对其身体健康无显著影响，城乡老年人对子女支持的需求有差异[25]。

已有研究发现自评健康受到不同养老模式、养老保险、医疗保险、经济支持、情感支持、生活行为

方式、生活自理能力、慢性病患病情、日常生活照料、医疗护理服务使用、精神文化娱乐服务、受教育程度、社交网络等因素的影响,而且存在城乡、性别和年龄、居住方式等差异。因此,本文提出假设2、假设3。

H2: 社交和收入对老年人自评健康有显著的正向影响。

H3: 生活行为方式对老年人自评健康有显著的影响。

3. 研究设计

3.1. 数据来源

本文研究数据来源于2018年中国老年人健康与养老动态追踪调查(CHARLS),共有19,816个45岁及以上的中老年人被访样本。在2018年CHARLS数据库的14个数据中,根据研究目的选取其中10个数据进行合并,经过清洗,最终得到5667个有效样本。

3.2. 变量选取

3.2.1. 因变量

老年人自评健康。作为一个综合性的健康评价指标,可以在相当程度上反映个体实际的身心健康状况。选取CHARLS问卷中DA002您认为您的健康状况怎样?这一问题进行衡量,并将其简化为二分类变量。

3.2.2. 自变量

养老服务利用。根据文献分析、政策分析,并结合CHARLS问卷内容,笔者将自变量归纳为社区居家养老服务、物质保障服务和健康保障服务。

其中,社区居家养老服务选取问卷中EH005_W4您是否享受了以下居家和社区养老服务?(可多选:日间照料中心、托老所、老年餐桌等养老服务中心、定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理、健康管理、娱乐活动、其他)进行衡量。物质保障服务选取以下几个问题进行衡量:①养老保险FN058_W4您是否正在领取,或预计将来可以领取或正在缴费以下居民养老保险,居民养老保险包括城乡居民养老保险、新型农村养老保险以及城镇居民养老保险;②养老金FN002_W4您是否正在领取,预计将来可以领取或目前正在缴费政府机关退休金、事业单位退休金或是职工基本养老保险?③补充养老金FN030_W4您是否正在领取,或预计将来可以领取或正在缴费机关事业单位补充养老保险(年金)或者企业补充养老保险(企业年金)。健康保障服务选取以下几个问题进行衡量:①医疗保险EA001_W4您本人目前是否参加了以下医疗保险?②医疗服务ED001过去一个月里,您是否去医疗机构看过门诊或者接受过上门医疗服务(不包括做体检)?③长护险EH001_W4您是否享受过长期护理保险的待遇?④签约服务EH008_W4您是否享受了有偿的家庭医生签约服务?

在每一类别服务中,如果利用过任一服务项目即为“利用服务”,赋值为1;反之,如果未利用过任何一项服务即为“未利用服务”,赋值为0。据此,将自变量处理为养老服务利用的二分类变量。

3.2.3. 控制变量

主要归纳为个体、家庭、社会经济和健康相关变量,其中,个体变量选取:①性别BA000_W2_3受访者性别;②年龄BA004_W3_1身份证或户口本上登记的出生年份;③教育水平BD001_W2_4您现在获得的最高教育水平是什么(不包括成人教育);④婚姻状态BE001您目前的婚姻状态;⑤民族BG001_W4您是汉族还是少数民族?⑥政治面貌BG004_W4您是不是共产党员?几个问题进行衡量。

家户变量选取：① 住宅地址类型 BB000_W3_1；② 住宅地址 BB000_W3_2 在居住地址居住时主要生活中农村还是城市？社会经济变量选取：① 社交 DA05 您过去一个月是否进行了下列社交活动？② 收入 GA001 过去一年，您有没有领工资，包括奖金、各种补贴，不包括退休工资？几个问题进行衡量。健康相关变量选取：① 残疾 DA00 躯体/智力/失明/耳聋/口吃；② 慢性病 DA007；③ 锻炼 DA051 您通常每周有没有至少持续做体力活动十分钟？(强度、中度、轻度每次超过十分钟)；④ 吸烟 DA059 您吸过烟吗？⑤ 喝酒 DA067 在过去的一年，您喝酒吗？喝酒频率如何？⑥ 抑郁(使用抑郁量表中) DC011 我感到情绪低落；DC017 我感到孤独两个问题进行衡量。这些变量能够反映利用养老服务的可能性，同时也能够影响自评健康。

3.3. 研究方法

多重共线性检验结果显示 VIF 均值为 1.25，说明自变量之间没有非常严重的多重共线性问题，而因变量被简化为二分类变量，依据变量特征，本文利用 Stata17.0 进行描述性分析、二元 Logistic 回归分析和稳健性检验。

4. 实证结果分析

4.1. 描述性分析

本文定义 60 岁及以上为老年人，在 5667 位老年人中，最低为 61 岁，最高为 103 岁，平均年龄为 73.693 岁(见表 1)。在样本中，大约 20.3% 的老年人自评为健康，而不健康的比例则相应较高。在养老服务利用中，20.5% 的老年人至少利用过一项社区居家养老服务，一项养老服务都没用过的老年人占比较高；67.1% 的老年人有养老保险，但只有 19.6% 的老年人拥有养老金，0.3% 的老年人有补充养老金；97% 的老年人至少有一项医疗保险，覆盖率大于养老保险；但只有 16.6% 的老年人利用过医疗服务，仅 0.1% 的老年人有长期护理保险，利用家庭医生签约服务的老年人仅有 4.1%。可见，在 2018 年，老年人对养老服务的利用除医疗保险和养老保险外严重不足。

Table 1. Basic characteristics of variables

表 1. 变量基本特征

	变量	变量描述及赋值	样本量(N = 5667)		
			均值	标准差	
因变量	老年人自评健康	健康 = 1, 不健康 = 0	0.203	0.402	
自变量	社区居家养老服务	至少有一项 = 1, 一项都没有 = 0	0.205	0.404	
	养老保险	有 = 1, 无 = 0	0.671	0.470	
	物质保障服务	养老金	有 = 1, 无 = 0	0.196	0.397
	补充养老金	有 = 1, 无 = 0	0.003	0.051	
	医疗保险	至少有一项 = 1, 一项都没有 = 0	0.970	0.172	
	医疗服务	有 = 1, 无 = 0	0.166	0.372	
	健康保障服务	长护险	有 = 1, 无 = 0	0.001	0.023
	签约服务	有 = 1, 无 = 0	0.041	0.198	

Continued

控制变量	个体	性别	男 = 1, 女 = 0	0.207	0.405
		年龄	≥60 (min = 61, max = 103)	73.693	6.624
		受教育水平	文盲 = 0, 文盲以上小学及以下 = 1, 中学及职业学校 = 2, 本科及以上 = 3	0.832	0.763
		婚姻状态	在婚 = 1, 非在婚 = 0	0.764	0.425
		民族	汉族 = 1, 非汉族 = 0	0.924	0.265
		政治面貌	党员 = 1, 非党员 = 0	0.076	0.265
		住宅地址	城镇 = 1, 农村和特殊区域 = 0	0.265	0.441
	家户	住宅地址类型	家庭住宅 = 1, 其他 = 0	0.986	0.119
		社交	至少有一项 = 1, 一项都没有 = 0	0.491	0.500
	社会经济	收入	有 = 1, 无 = 0	0.099	0.298
		疾病	一项都没有 = 1, 有一项及以上 = 0	0.572	0.495
	生活方式	慢性病	一项都没有 = 1, 有一项及以上 = 0	0.131	0.337
		锻炼	无 = 0, 轻度 = 1, 中高度 = 2	1.441	0.692
		吸烟	有 = 0, 无 = 1	0.933	0.250
抑郁	喝酒	有 = 0, 无 = 1	0.808	0.394	
	情绪低落	少 = 0, 很少或根本没有 = 1, 经常 = 2	1.087	0.730	
	孤独感	少 = 0, 很少或根本没有 = 1, 经常 = 2	1.083	0.600	

在样本中, 男性的比例为 20.7%, 远低于女性; 未受教育或文盲的比例约为 38.2%、小学及以下的比例约为 41.1%、中学及职业学校的比例约为 19.9%、本科及以上的比例约为 0.8%, 受教育水平总体较低; 有 76.4% 的老年人的婚姻状态为在婚, 92.4% 的老年人为汉族, 7.6% 的老年人的政治面貌为党员; 26.5% 的老年人居住在城镇, 98.6% 的老年人都住在家里; 49.1% 的老年人在过去的一个月至少有一项社交活动, 只有 9.9% 的老年人有除养老金以外的收入; 57.2% 老年人一项残疾都没有, 但只有 13.1% 的老年人没有慢性病; 每周有轻度体力活动的老年人占 32.7%、有中高度体力活动的占 55.7%、有 11.6% 的老年人每周没有体力活动; 93.3% 的老年人没有吸烟史, 80.8% 的老年人在过去一年中不喝酒, 生活方式整体上比较健康; 22.7% 的老年人有时感到情绪低落、31.3% 的老年人经常感到情绪低落、46% 的老年人很少或根本没有感觉情绪低落, 14.2% 的老年人有时觉得孤独、22.5% 的老年人经常觉得孤独、63.3% 的老年人很少或根本没有觉得孤独。

4.2. 回归分析

在二元 Logistic 回归中, 观测样本数量为 5667。Wald χ^2 统计量的值为 471.66, P 值为 0.000, 表示模型的自变量在整体上对因变量的影响是显著的, 即整体上具有统计显著性。Log 伪似然函数值为 -2605.8088, 表示模型拟合程度较好。伪 R^2 的值为 0.0889, 说明模型能够解释因变量的约 8.89% 的变异。使用鲁棒标准误考虑了数据的非独立性和异方差性, 相对于传统标准误的估计更具有稳健性。

医疗服务与自评健康显著负相关,说明有医疗服务利用的老年人自评为健康的几率与没有利用的老年人相比降低了 0.7719 倍,假设 1 部分得到验证;养老保险、补充养老金、医疗保险和家庭医生签约服务与自评健康为负相关,与没有的老年人相比,自评为健康的几率分别降低了 0.9194 倍、0.4879 倍、0.7719 倍和 0.9025 倍;社区居家养老服务、养老金和长护险与自评健康为正相关,与没有的老年人相比,自评为健康的几率分别增加了 1.0934 倍、1.1798 倍和 1.8137 倍(见表 2)。

Table 2. Binary logistic regression results with self rated health as the dependent variable
表 2. 以自评健康为因变量的二元 logistic 回归结果

自评健康	回归系数	鲁棒标准误	Z 值	P 值	OR (95%CI)
社区居家养老服务	0.089	0.0948	1.03	0.303	1.0934 (0.9225~1.2959)
养老保险	-0.084	0.0968	-0.80	0.425	0.9194 (0.7480~1.1301)
养老金	0.165	0.1648	1.18	0.236	1.1798 (0.8973~1.5513)
补充养老金	-0.718	0.3777	-0.93	0.354	0.4879 (0.1070~2.2243)
医疗保险	-0.259	0.1532	-1.30	0.192	0.7719 (0.5232~1.1389)
医疗服务	-0.612 ^{***}	0.0611	-5.43	0.000	0.5424 (0.4349~0.6765)
长护险	0.595	3.3631	0.32	0.748	1.8137 (0.0479~68.6927)
签约服务	-0.103	0.1671	-0.55	0.580	0.9025 (0.6279~1.2973)
性别	0.189 [*]	0.1226	1.86	0.063	1.2081 (0.9901~1.4740)
年龄	0.007	0.0063	1.08	0.280	1.0068 (0.9945~1.0191)
受教育水平	-0.104 [*]	0.0497	-1.88	0.060	0.9016 (0.8093~1.0044)
婚姻状态	0.162 [*]	0.1069	1.78	0.076	1.1754 (0.9835~1.4047)
民族	-0.210 [*]	0.1017	-1.67	0.094	0.8106 (0.6340~1.0365)
政治面貌	0.125	0.1539	0.92	0.359	1.1326 (0.8679~1.4782)
住宅地址类型	0.121	0.2990	0.46	0.647	1.1290 (0.6718~1.8974)
住宅地址	0.116	0.1137	1.14	0.253	1.1227 (0.9206~1.3692)
社交	0.199 ^{***}	0.0883	2.75	0.006	1.2198 (1.0585~1.4057)
收入	0.529 ^{***}	0.1853	4.85	0.000	1.6975 (1.3705~2.1025)
残疾	0.606 ^{***}	0.1397	7.96	0.000	1.8338 (1.5794~2.1291)
慢性病	1.216 ^{***}	0.2952	13.90	0.000	3.3749 (2.8431~4.0061)
锻炼	0.120 ^{**}	0.0613	2.22	0.027	1.1280 (1.0141~1.2547)
吸烟	0.352 ^{**}	0.2170	2.31	0.021	1.4224 (1.0549~1.9181)
喝酒	-0.325 ^{***}	0.0641	-3.66	0.000	0.7228 (0.6074~0.8601)
情绪低落	-0.139 ^{***}	0.0406	-2.97	0.003	0.8706 (0.7945~0.9539)
孤独感	-0.101 [*]	0.0524	-1.74	0.081	0.9038 (0.8067~1.0127)
常数项	-2.328 ^{***}	0.0637	-3.56	0.000	0.0975 (0.0271~0.3507)

注: ^{***} $p < 0.01$, ^{**} $p < 0.05$, ^{*} $p < 0.1$, 分别表示在 1%、5%、10%的水平上显著,下同。

个人变量中, 性别、受教育水平、婚姻状态与民族在 10% 的显著性水平上存在显著相关, 男性自评为健康的几率是女性的 1.2081 倍; 随着受教育水平的提高, 自评为健康的几率相对降低; 婚姻状态为在婚的老年人与非在婚的老年人相比, 自评为健康的几率增加了 1.1754 倍; 汉族老年人与非汉族老年人相比, 自评为健康的几率降低了 0.8106 倍; 年龄、政治面貌、住宅地址与自评健康正相关, 党员、城镇居家的老年人自评为健康的几率更高。有社交和收入、无残疾和慢性病在 1% 的显著性水平上与自评健康正相关, 假设 2 得到验证。生活方式和抑郁与自评健康显著相关, 有体力活动的老年人与缺乏锻炼的老年人相比, 自评为健康的几率增加了 1.128 倍; 不吸烟的老年人与吸烟的老年人相比, 自评为健康的几率增加了 1.4224 倍; 但不喝酒的老年人自评为健康的几率降低了 0.7228 倍, 可能老年人认为适量饮酒有益身体健康; 感到情绪低落和孤独的老年人自评为健康的几率更低, 假设 3 得到验证。

模型 1 为未加入控制变量的回归结果, 模型 2 到模型 7 分别在前一个模型的基础上增加了个体变量、家户变量、社会经济变量、疾病变量、生活方式变量, 加入了抑郁变量的模型 7 为纳入了所有控制变量的回归结果(见表 3)。由回归结果可知, 不同养老服务对老年人自评健康的影响不同。

Table 3. Binary logistic regression analysis of the impact of elderly care service utilization on the self-evaluation of health among the elderly

表 3. 养老服务利用对老年人自评健康影响的二元 logistic 回归

变量	模型 1	模型 2	模型 3	模型 4	模型 5	模型 6	模型 7
社区居家养老服务	0.057	0.098	0.100	0.077	0.123	0.096	0.089
养老保险	-0.082	-0.111	-0.092	-0.080	-0.097	-0.091	-0.084
养老金	0.312***	0.236*	0.161	0.182	0.163	0.168	0.165
补充养老金	-0.651	-0.699	-0.720	-0.767	-0.713	-0.765	-0.718
医疗保险	-0.108	-0.188	-0.194	-0.204	-0.215	-0.253	-0.259
医疗服务	-0.792***	-0.794***	-0.794***	-0.799***	-0.636***	-0.627***	-0.612***
长护险	0.834	0.623	0.586	0.779	0.481	0.580	0.595
签约服务	-0.208	-0.220	-0.217	-0.204	-0.128	-0.110	-0.103
性别		0.319***	0.334***	0.272***	0.207**	0.197*	0.189*
年龄		-0.0143**	-0.0145**	-0.007	0.005	0.008	0.007
受教育水平		-0.031	-0.047	-0.067	-0.082	-0.0940*	-0.104*
婚姻状态		0.150*	0.152*	0.177**	0.186**	0.177*	0.162*
民族		-0.119	-0.120	-0.158	-0.228*	-0.211*	-0.210*
政治面貌		0.156	0.157	0.130	0.139	0.122	0.125
住宅地址类型			0.028	0.168	0.182	0.133	0.121
住宅地址			0.153	0.146	0.110	0.123	0.116
社交				0.213***	0.237***	0.205***	0.199***
收入				0.648***	0.554***	0.533***	0.529***
残疾					0.621***	0.616***	0.606***
慢性病					1.258***	1.237***	1.216***

Continued

锻炼					0.126**	0.120**
吸烟					0.355**	0.352**
喝酒					-0.320***	-0.325***
情绪低落						-0.139***
孤独感						-0.101*
常数项	-0.080	-0.117	-0.950	-2.329***	-2.718***	-2.328***
N	5667	5667	5667	5667	5667	5667
伪 R ²	0.021	0.022	0.030	0.082	0.087	0.089

在未加入控制变量时,养老金在 1% 的显著性水平上与自评健康正相关,加入个人变量后降低为 10% 的显著水平,加入家户变量后不再显著,可见性别、年龄和婚姻状态等可能部分解释了养老金和自评健康之间的相关性;年龄的显著性水平在加入社会经济变量后降低、在加入疾病变量后由负相关转为正相关,说明经济条件好、有社交活动的老年人可能对健康更关注,随着年龄的增长面临的疾病风险较少;性别的显著性水平在加入疾病变量后降低;婚姻状态的显著性水平在加入社会经济和疾病变量后提升、在加入生活方式和抑郁变量后降低;民族因素在加入疾病变量后变得显著。可见,社交、收入、残疾和慢性病对自评健康有着重要影响。

4.3. 稳健性分析

自评健康和生活满意度彼此呈正相关,并且随着时间的推移,它们的相关性增加[26]。为了验证以上回归模型的稳健性,本文通过替换自变量进行估计,将问卷中 DC028 总体来看,您对自己的生活是否感到满意?(1. 极其满意、2. 非常满意 = 1, 3. 比较满意、4. 不太满意、5. 一点也不满意 = 0)进行赋值。

社区居家养老服务、养老金和长护险与生活满意度为正相关,与没有的老年人相比,对生活满意的几率分别增加了 1.222 倍、1.2290 倍和 3.6493 倍,与老年人自评健康正相关的结果一致;医疗服务与生活满意度显著负相关,有医疗服务利用的老年人对生活感到满意的几率与没有利用的老年人相比,降低了 0.7633 倍,与老年人自评健康显著负相关的结果一致;补充养老保险与医疗保险与生活满意度负相关,与老年人自评健康的结果一致;养老保险与生活满意度正相关,说明养老保险对老年人,尤其是自评健康较差的老年人帮助更大;家庭医生签约服务与生活满意度显著相关,说明使用签约服务的老年人自评健康更差,与前面养老保险和签约服务与自评健康负相关的结果一致(见表 4)。由以上自变量的检验结果发现,将因变量替换为生活满意度后的回归结果变化并不大,说明上述实证分析结果是稳健的。

Table 4. Binary logistic regression results with life satisfaction as the dependent variable

表 4. 以生活满意度为因变量的二元 logistic 回归结果

生活满意度	回归系数	鲁棒标准误	Z 值	P 值	OR (95%CI)
社区居家养老服务	0.201***	0.0858	2.86	0.004	1.2222 (1.0651~1.4025)
养老保险	0.229***	0.1080	2.66	0.008	1.2568 (1.0620~1.4873)
养老金	0.206*	0.1435	1.77	0.077	1.2290 (0.9777~1.5450)
补充养老金	-0.394	0.4079	-0.65	0.515	0.6746 (0.2062~2.2068)
医疗保险	-0.027	0.1586	-0.17	0.867	0.9731 (0.7071~1.3393)

Continued

医疗服务	-0.270 ^{***}	0.0597	-3.45	0.001	0.7633 (0.6547~0.8898)
长护险	1.295	4.9204	0.96	0.337	3.6493 (0.2597~51.2732)
签约服务	0.255 [*]	0.1807	1.82	0.068	1.2907 (0.9810~1.6982)
性别	-0.019	0.0846	-0.22	0.826	0.9812 (0.8286~1.1618)
年龄	0.0164 ^{***}	0.0049	3.40	0.001	1.0165 (1.0070~1.0262)
受教育水平	-0.264 ^{***}	0.0349	-5.80	0.000	0.7681 (0.7026~0.8397)
婚姻状态	0.138 [*]	0.0821	1.94	0.053	1.1484 (0.9982~1.3210)
民族	-0.190 [*]	0.0882	-1.78	0.075	0.8267 (0.6707~1.0191)
政治面貌	-0.056	0.1128	-0.47	0.638	0.9455 (0.7484~1.1945)
住宅地址类型	0.549 ^{**}	0.4480	2.12	0.034	1.7323 (1.0435~2.8758)
住宅地址	0.037	0.0862	0.45	0.654	1.0379 (0.8821~1.2213)
社交	-0.012	0.0577	-0.21	0.833	0.9878 (0.8810~1.1075)
收入	0.222 ^{**}	0.1204	2.31	0.021	1.2489 (1.0338~1.5086)
残疾	0.162 ^{***}	0.0691	2.76	0.006	1.1761 (1.0482~1.3196)
慢性病	0.193 ^{**}	0.1010	2.32	0.020	1.2133 (1.0306~1.4283)
锻炼	-0.013	0.0415	-0.30	0.766	0.9876 (0.9094~1.0724)
吸烟	0.192	0.1543	1.50	0.133	1.2112 (0.9435~1.5548)
喝酒	0.036	0.0800	0.46	0.646	1.0361 (0.8906~1.2054)
情绪低落	-0.182 ^{***}	0.0323	-4.69	0.000	0.8335 (0.7725~0.8994)
孤独感	-0.208 ^{***}	0.0384	-4.40	0.000	0.8123 (0.7405~0.8911)
常数项	-2.070 ^{***}	0.0680	-3.84	0.000	0.1262 (0.0439~0.3626)
N	5667				
伪 R ²	0.025				

5. 结论与建议

5.1. 结论

样本中, 98.6%的老年人都住在家里, 但 79.5%的老年人没有用过社区居家养老服务, 对养老服务的利用仅限于基本的养老保险和医疗保险, 社区居家养老服务、养老金和长护险与自评健康为正相关, 但显然利用不足。虽然我国养老服务质量不断提升、形式不断优化, 但截至 2014 年, 我国城乡居家和社区养老服务覆盖率分别达到 70% 和 37% [27]。《国家人权行动计划(2016~2020 年)》提出到 2020 年, 养老服务设施覆盖 90% 以上城镇社区和 60% 以上农村社区[28]。可见, 在 2018 年, 社区居家养老服务供给明显不足可能导致养老服务利用不足, 进而与自评健康的显著度不高。对于 2016 年开始在 15 个城市试点的长期护理保险制度, 截至 2018 年 12 月底, 覆盖人数约 4647 万, 且主要在省会和一线城市落地。在 2020 年扩大试点后, 29 个试点城市中, 仅有 13 个试点城市将城乡居民医保参保人纳入长期护理保险覆盖范围, 相较于失能发生率更高的农村居民, 其护理需求与供给之间的缺口很大。

同时,有社交和收入、无残疾和慢性病与自评健康显著正相关,生活方式和抑郁与自评健康显著相关,但半数以上的老年人缺乏社交活动、不到10%的老年人有工资性收入、42.8%的老年人有残疾、86.9%的老年人有慢性病、54%的老年人感到情绪低落、36.7%的老年人感到孤独。另外,女性更倾向于自评不健康,在婚的老年人更倾向于自评健康,受教育程度高的人更关注健康问题,这些差异需要关注。需要指出的是,本研究采用的CHARLS 2018年数据距今已有5年,在这五年间,党中央把积极应对人口老龄化上升为国家战略并作出专门部署,居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系和健康支撑体系加快健全,相信新一轮调查数据的分析结果能够提供更积极的发展趋势和见解。

5.2. 建议

积极发展普惠型社区居家养老服务,鼓励机构养老。大多数老年人除了基本养老保险外,无其他收入。因此,一方面要在政策支持下推广普惠性和多样性的养老服务,另一方面可以鼓励社区和企业为老年人提供灵活就业岗位,在实现老年人价值的同时增加收入来源提高养老服务购买力;而且与居家相比,社区养老支持通过体育参与、社会交往来提高生活独立性、保护认知功能[29][30],相对于独居,住在养老机构能为老年人提供经济支持、情感支持和服务支持[31][32],可以通过宣传和优惠补贴鼓励老年人入住养老机构,并切实根据老年人需求来提高养老机构的服务质量和安全性。

继续扩大养老保险和医疗保险覆盖面,落实家庭医生签约服务并积极推广长期护理保险。要建立并不断完善覆盖全民的社会保障体系,鼓励灵活就业人员和农民参加养老保险和医疗保险来保障晚年的生活与健康水平;落实家庭医生签约服务,为老年人提供连续性、全方位的健康管理和医疗服务,更好实现慢性病防控;完善长期护理保险制度,为有需要的老年人提供长期护理服务,缓解家庭照料的压力,并提高老年人的生活质量。

关注老年人心理健康和差异化需求。老年人对为老服务的需求既包括低端的心理疏导、日常学习、娱乐活动等方面,也包括高端的集体旅游、智慧养老、自我实现等方面[33]。可探索建立专业的老年人心理健康服务团队,帮助老年人应对焦虑、抑郁或其他精神健康问题;以社区为单位组织各类社交活动,让老年人有机会结识新朋友、保持积极的社交联系;同时要注重老年人对养老服务需求的性别、城乡、受教育水平等方面的差异,尽量满足他们个性化的需求。

对残疾、失能、高龄等老年群体进行能力评估。针对老年人自理能力和生活能力需求方面提供生存和生活自立类服务[34]。可以在尊重老年人的意愿和隐私的情况下,通过医学评估、ADL和IADL功能评估、心理学评估和社会支持评估等,全面了解老年人的实际情况,为制定个性化的支持计划和服务提供依据,促进老年人的生活质量和福祉。同时关注独居老人的孤独感和无助感,建立关怀体系,提供定期走访和社区支持,确保他们得到必要的照顾和关注。

参考文献

- [1] 王羽. 共同富裕进程中养老服务的地位作用与发展任务[J]. 学术交流, 2022(5): 133-142.
- [2] 李凯, 董金权. 养老服务高质量发展视域下我国主要养老模式比较、困境与进路[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(9): 647-653+661.
- [3] 仲朝阳, 张凤英, 王磊, 等. 养老机构老年人养老服务需求的Meta整合[J]. 中国护理管理, 2023, 23(3): 438-443.
- [4] 李长远. 我国医养结合养老服务政策推进的基本经验与未来设想[J]. 宁夏社会科学, 2022(3): 170-176.
- [5] 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(1): 14-24.
- [6] 顾严. 基于城乡差异视角的农村养老服务支持政策研究[J]. 行政管理改革, 2023(2): 22-38.
- [7] 何佳洁, 鱼小兰, 张鲜鲜, 等. 共同富裕背景下农村养老服务的多中心治理路径探讨[J]. 农业经济, 2023(2):

90-93.

- [8] Penning, M.J. (1995) Health, Social Support, and the Utilization of Health Services among Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **50**, S330-S339. <https://doi.org/10.1093/geronb/50B.5.S330>
- [9] 曾起艳, 何志鹏, 曾寅初. 老年人居家养老服务的偏好模式与归因分析[J]. 西北人口, 2023(5): 1-12.
- [10] Maddox, G.L. and Douglass, E.B. (1973) Self-Assessment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects. *Journal of Health and Social Behavior*, **14**, 87-93. <https://doi.org/10.2307/2136940>
- [11] Jylhä, M. (2009) What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science & Medicine*, **69**, 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- [12] Kaplan, G.A. and Camacho, T. (1983) Perceived Health and Mortality: A Nine-Year Follow-Up of the Human Population Laboratory Cohort. *American Journal of Epidemiology*, **117**, 292-304. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113541>
- [13] Idler, E.L. and Benyamini, Y. (1997) Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, **38**, 21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- [14] Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., et al. (1999) Determinants of Self Assessed Health among Spanish Older People Living at Home. *Journal of Epidemiology & Community Health*, **53**, 412-416. <https://doi.org/10.1136/jech.53.7.412>
- [15] Jindrová, P. and Labudová, V. (2020) The Impact of Socio-Economic and Demographic Determinants on Self-Perceived Health. *E & M Ekonomie a Management*, **23**, 68-88. <https://doi.org/10.15240/tul/001/2020-4-005>
- [16] Kraja, F., Këlliçi, I. and Çakërri, L. (2013) Determinants of Self-Perceived Health Status in Population-Based Studies. *Albanian Medical Journal*, **2**, 106-108.
- [17] Petraki, I., Kalpourtzi, N., Terzidis, A., et al. (2021) Living in Roma Settlements in Greece: Self-Perceived Health Status, Chronic Diseases and Associated Social Determinants of Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **18**, Article No. 8403. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168403>
- [18] Alarcão, V., Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., et al. (2019) Gender Differences in Psychosocial Determinants of Self-Perceived Health among Portuguese Older Adults in Nursing Homes. *Aging & Mental Health*, **23**, 1049-1056. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471583>
- [19] 邓大松, 丰延东. 社区养老服务缓解了中国老年人健康脆弱性吗? [J]. 湖北大学学报(哲学社会科学版), 2021, 48(5): 150-159+169.
- [20] 李桐瑶, 邢婧莹, 李熹, 等. 我国独居老人自评健康状况及其影响因素研究[J]. 现代预防医学, 2021, 48(11): 2027-2031.
- [21] 黄乾, 方守林. 养老保险制度对老年人健康的影响: 来自中国城镇居民的证据[J]. 经济问题, 2022(8): 29-38.
- [22] 刘昌平, 汪连杰. 社会经济地位对老年人健康状况的影响研究[J]. 中国人口科学, 2017(5): 40-50+127.
- [23] 李芬, 高向东. 健康促进: 家庭经济水平对中老年健康的影响[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2020, 37(3): 124-132.
- [24] 阙霜, 曾雁冰, 方亚. 基于 logistic 回归与决策树模型的社会资本对老年人自评健康的影响研究[J]. 中国卫生统计, 2022, 39(2): 186-191.
- [25] 和红, 谈甜, 王和舒琦. 子女支持对城乡老年人身心健康的影响研究——基于中国老年社会追踪调查 2014 年数据的实证分析[J]. 人口与发展, 2020, 26(4): 35-42+13.
- [26] Su, Y., D'Arcy, C., Li, M., et al. (2022) Determinants of Life Satisfaction and Self-Perceived Health in Nationally Representative Population-Based Samples, Canada, 2009 to 2018. *Applied Research in Quality of Life*, **17**, 3285-3310. <https://doi.org/10.1007/s11482-022-10065-9>
- [27] 国务院. 坚持共享发展促进共同富裕[EB/OL]. https://www.gov.cn/guowuyuan/vom/2016-01/20/content_5034633.htm, 2023-07-01.
- [28] 中国政府网. 国家人权行动计划(2016-2020 年) [EB/OL]. https://www.gov.cn/xinwen/2016-09/29/content_5113376.htm, 2023-07-01.
- [29] 郑娟, 许建强, 卓朗, 等. 不同养老模式对老年人健康状况的影响研究[J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(9): 693-695.
- [30] 陈飞, 陈琳. 健全养老服务体系: 社区养老支持与老龄健康[J]. 财经研究, 2023, 49(2): 49-63.
- [31] 封铁英, 曹丽. 养老机构老年人社会支持、健康自评与养老服务使用实证研究[J]. 西安交通大学学报(社会科学版), 2018, 38(4): 64-71.

- [32] 胡琼玲, 姚强. 居住方式对老年人自评健康的影响研究——基于 2018 年 chhs 数据的实证分析[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(4): 46-49.
- [33] 白维军. 普惠型养老服务: 释义、短板与发展策略[J]. 中州学刊, 2023(4): 71-77.
- [34] 张静. 长期照护制度的三个世界——兼论中国特色基本养老服务制度创新发展[J]. 人口与发展, 2023, 29(2): 122-131.