

民生托底政策能使农村失能老人 家庭照护投入增加吗？*

——对中国农村三项主要民生保障政策效应的考察

杨 晶¹ 刘振杰² 邓 悦³ 刘姜涛⁴

摘要：本文使用民政部“托底性民生保障政策支持系统建设”项目专项调查数据，实证分析中国农村三项主要民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响。研究表明：第一，不同筹资模式的民生托底政策（高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险）均能使农村失能老人家庭照护投入增加。这一结论在采用工具变量方法、倾向得分匹配方法检验后仍然是稳健的。第二，所有类型民生托底政策对农村重度失能老人家庭、经济困难失能老人家庭和经济不困难失能老人家庭的照护投入均产生了显著的促进作用，养老服务补贴和医疗保险政策还有助于增加非重度失能老人家庭照护投入，而高龄津贴政策对非重度失能老人家庭照护投入的影响不显著。第三，医疗保险政策与高龄津贴政策、养老服务补贴政策在影响农村失能老人家庭照护投入方面具有明显的替代关系。第四，津贴型和补贴型民生托底政策（高龄津贴和养老服务补贴）通过提高老人收入，促进农村失能老人家庭照护投入的增加。改善农村失能老人照护效果，应从改进民生托底政策以及完善居家照护支持性政策等方面着手。

关键词：农村失能老人 民生托底政策 家庭照护投入 政策效应 家庭支持政策

中图分类号：F323.8；D669.6 **文献标识码：**A

一、引言

中国人口老龄化具有规模大、发展快、城乡差异大等鲜明特征，根据《国务院关于加强和推进老龄工作进展情况的报告》，“十四五”时期60岁及以上老年人口总量将突破3亿，占总人口的比重将

*本文是国家社会科学基金青年项目“积极老龄化视角下农村老年人健康不平等消解机制及政策优化研究”（编号：21CSH011）、国家社会科学基金重大项目“积极老龄化的公共政策与法治问题研究”（编号：19ZDA158）、国家社会科学基金重大项目“数字技术赋能公共服务高质量发展研究”（编号：21&ZD125）的阶段性研究成果。感谢湖南大学阳义南教授、武汉大学杨华教授、重庆大学王辉副教授、四川农业大学申云副教授以及匿名审稿专家提出的修改意见。文责自负。本文通讯作者：刘振杰。

超过 20%，预计到 2035 年占比将达到 30%。在农村地区，高龄、失能和半失能老人数量明显增加，与城市老人相比，农村老人的空巢化速度更快、失能程度更高、家庭照料负担更重、家庭养老经济支持能力更弱（陈欣欣等，2021）。老年人失能可能会加剧家庭内部资源挤压和社会照护压力。在失能老人照护需求上升、照护成本快速上涨但家庭照护功能日趋下降的背景下，部分农村家庭可能因照护失能老人而濒临困境（胡宏伟和李延宇，2021）。农村失能老人是现阶段兜底性民生保障政策的重要目标群体之一，迫切需要通过公共政策干预补齐农村失能老人长期照护短板。

中国早在“十三五”规划中就提出“居家为基础、社区为依托”的养老服务发展定位。党的十九大、十九届四中全会和十九届六中全会多次强调，加强普惠性、基础性、兜底性民生建设，保障群众基本生活。习近平在党的二十大报告中指出：“实施积极应对人口老龄化国家战略，发展养老事业和养老产业，优化孤寡老人服务，推动实现全体老年人享有基本养老服务。”^①长期以来，中国农村医疗卫生服务资源相对不足且分布不均，医疗服务的可及性和质量不高，现有照护政策不完善，难以满足农村失能老人的刚性照护需求。在老人丧失日常生活活动能力后，大量农村老年家庭因支付能力不足而难以购买有偿照护服务（朱玲等，2020）。大多数经济困难的农村失能老人居住分散，进一步增加了社会照护服务有效供给的难度。在中国，家庭成员是农村失能老人居家养老服务的主要供给主体，政府和社会的作用极为有限。农村失能老人居家照护服务供给主体缺乏活力、供需错位、照护服务需求的满足程度较低（杨晶等，2022），折射出“一人失能，全家失衡”的中国式农村失能老人照护困局。妥善破解农村失能老人照护服务供给问题，已经成为中国农村养老服务体系建设的重要组成部分。

本文利用民政部政策研究中心“托底性民生保障政策支持系统建设”项目的专项调查数据，尝试揭示农村失能老人的家庭照护投入现状及其影响因素，并分析增加农村失能老人家庭照护投入的政策驱动机理，提出可参考的托底性民生保障政策优化措施。本文主要关注如下问题：从照护提供者角度看，现阶段中国农村失能老人照护投入状况如何？农村失能老人家庭照护投入受什么因素影响？在大部分农村失能老人更愿意接受居家照料、农村失能老人家庭照护质量参差不齐的现实下，如何确保农村失能老人老有所养与家庭代际平衡？与以往文献相比，本文研究的边际贡献主要体现在：一是聚焦 80 岁以上农村失能老人这一特殊群体，借助成熟量表，从照护提供者成本负担或要素投入视角建构失能老人家庭照护投入指标体系，基于身心健康、社会活动、经济保障等维度，研究农村失能老人家庭照护投入问题，为相关研究提供一个新的分析视角；二是以安德森的医疗服务利用模型为指导构建分析框架，将农村三项主要民生托底政策嵌入农村失能老人家庭照护投入影响因素模型，从微观层面考察民生托底政策实施对农村失能老人家庭照护投入的影响及其作用机制；三是深入验证不同筹资模式的民生托底政策的替代关系与政策受益差异，提出改善农村失能老人照护效果的政策启示。

^①《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——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告》，http://www.gov.cn/xinwen/2022-10/25/content_5721685.htm。

二、文献综述与分析框架

（一）相关文献综述

目前，失能老人照护问题在学界已经引起了广泛讨论，大量文献聚焦于失能老人长期照护现状、供需矛盾及其影响因素（例如彭希哲等，2017；曹杨和杜鹃，2021；申喜连和罗丹，2022；牛畅等，2022），但这些研究大多没有深入分析民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响以及相应的作用机制。居家照护服务在满足老年人照护需求方面的地位和作用已经得到大量实证文献的支持（例如刘二鹏和张奇林，2018；朱玲等，2020）。但是，也有文献认为中国缺乏完善的失能老人照护服务体系，家庭的照护功能逐渐弱化，使得农村失能老人照护问题显得十分突出（例如龙玉其，2021）。

部分学者关注到了人口老龄化背景下失能老人居家照护困境及其衍生问题，既有相关研究主要分为两类。一类文献参考 Zarit et al.（2010）的研究，利用量表来研究失能老人照护负担问题（例如 Han et al.，2014；沙莎和周蕾，2017；戈艳霞和李强，2018）。现实中，失能老人的居家照顾需求强烈与家庭照料资源匮乏并存、失能老人生活质量较差等问题非常突出，由于公共或私人照料服务提供不足，长期照顾失能老人使得家庭照料者承受着较大压力（Schulz et al.，2020；Lu et al.，2021；李青原，2021；Gagliardi et al.，2022）。另一类文献从“角色冲突”视角探讨了农村失能老人家庭照护给照料者生计行为造成的影响（例如余央央等，2017；勒系琳和李秉强，2019）。失能老人家庭照护者呈现女性偏多、压力多元化、责任分工差序化、照护内容互补化的特征，面临价值冲突、资源贫困等困境（闫萍，2019）。龙玉其（2021）发现：子女照护是农村失能老人照护的重要方式；在现实中，子女照护面临着孝道与生计的冲突，主要包括经济冲突、时间冲突、技能冲突、情绪冲突和支援冲突。家庭照料功能的弱化，使得传统社会的子女为照料主体的照护模式显得难以为继（张永奇和庄天慧，2022）。失能老人的家庭照料者的照护服务专业支持和保健技术应用需求未得到满足（Glomsås et al.，2022）。

与大量实证文献关注失能老人照护对照料者的负面影响及其影响因素相比，针对失能老人照护的家庭支持政策及其评价的研究相对较少。有学者认为，国外在失能老人家庭照顾者干预方面的研究开展较早且发展相对成熟（Li and Dai, 2019）。国外失能老人家庭照顾者干预政策包括“以被照顾者和照顾者为中心”的综合干预、照顾者赋能支持、照顾者信息服务平台建设和政府购买照护服务等，但国内失能老人家庭照顾者干预政策尚未成形，干预措施非常缺乏（张萌等，2022）。王莉和王冬（2019）提出兼顾照料和有偿工作的政策安排是关键；而宋全成和孙敬华（2020）认为建立老人长期照护制度是关键。胡宏伟和李延宇（2021）认为，短期内利用自筹式保险方案来应对农村失能照护风险的难度较大。柴化敏等（2021）发现，养老基础设施和养老公共服务作为家庭照料的可替代资源，能够减轻家庭照料负担，但效果有限。赵锐等（2022）基于微观数据研究发现，在以居家照料为主的养老模式下，社会保障能够提升失能老人的经济福利水平，但难以改善居家照护服务提供者的精神健康。

既有文献为本文提供了重要的研究基础，但尚存在如下改进空间：第一，大多数文献从老年人角度研究基本照护服务供需问题或社会照护服务成本问题，对农村失能老人这一特殊群体面临的家庭照护投入困局与应对措施的研究仍不充分；第二，从影响机制看，基于家庭生计视角对居家失能老人照

护服务供给问题的研究已渐趋成熟，但民生托底政策影响农村失能老人家庭照护投入的研究还不够深入，缺乏科学、严谨的测度指标和分析框架；第三，较少有研究分析不同筹资模式的民生托底政策影响农村失能老人家庭照护投入的作用机理。

（二）分析框架

安德森的医疗服务利用模型（the behavioral model of health services use，以下简称为“安德森模型”）为本文分析农村失能老人的家庭照护投入影响因素提供了理论指导。安德森模型是国际医学社会学和卫生服务领域研究个人医疗服务利用行为影响因素及可及性的主流模型，自被创建以来历经多次调整与修正（李月娥和卢珊，2017）。在对安德森模型进行本土化改造后，许多学者应用这一模型分析了中国失能老人照护服务行为（例如彭希哲等，2017；陈娜和王长青，2020）。安德森模型将使能因素、前置因素、需求因素以及情景特征视为影响个体医疗服务利用行为的关键要素。其中：使能因素是指与个人获得医疗卫生服务相关的可获得性因素，前置因素是疾病发生前倾向于利用医疗卫生服务的个体特征因素，需求因素是指个人感受到的对医疗服务的需要。情景特征是和个人特征并列的影响医疗服务利用行为的环境因素。情景特征变量主要涉及影响医疗服务利用行为的社会政策、社区资源等外在环境。在本研究中，农村失能老人家庭照护投入与医疗服务都具有服务的共性特征，均为老年人照护行为的载体。对此，本文借鉴安德森模型，把多项可能影响农村失能老人家庭照护投入的相关因素归入统一分析框架（具体见图1）。

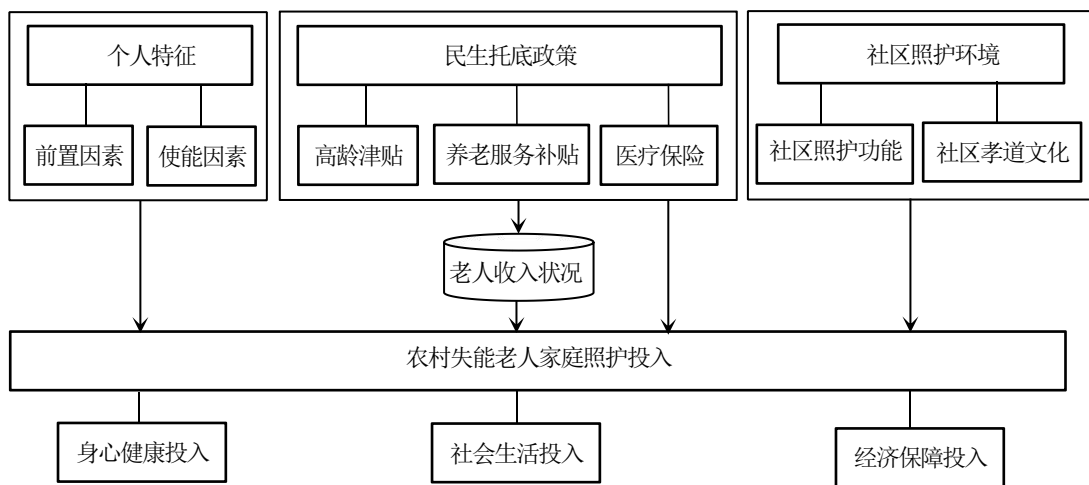


图1 农村失能老人的家庭照护投入影响因素分析框架

根据安德森模型，家庭对农村失能老人的照护投入是情景特征、个人特征（包括使能因素、前置因素、需求因素）等多个因素综合影响的结果。笔者调查发现：大部分农村失能老人（尤其是重度失能老人）对精神慰藉、生活照护、医疗护理和用餐类服务具有较高的需求，且其失能照护需求表现出层次性、混合性和迫切性等特征。考虑到农村失能老人这一照护依赖程度高的特殊群体具有明显的照护服务需求刚性特征，以及本文重点考察民生托底政策如何影响农村失能老人家庭照护投入，本文对安德森模型中的需求因素进行适当修正。

根据图 1，农村失能老人家庭照护投入受到个人特征（包括使能因素、前置因素）、情景特征（包括民生托底政策、社区照护环境）等因素的影响。作为情境特征的关键要素，民生托底政策对农村失能老人的家庭照护投入是否产生促进作用，在很大程度上取决于政策对农村失能老人家庭的作用模式以及个体的政策受益情况。现阶段，政府在农村地区实施了一系列针对特殊困难（经济困难、高龄、失能）老人的民生托底政策，主要包括高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险三项公共政策。其中：高龄津贴是普惠性质的非缴费型老人收入保障政策，依靠财政筹资，政府主要向 80 岁以上老人发放津贴，以保障困难老年群体的基本生活为主要目标^①。养老服务补贴是补缺性质的、由财政筹资的政策，主要针对经济困难的失能老人，以帮助其解决自理问题为目标。政府会对低收入老人进行严格的能力评估，养老服务补贴领取资格认定以经济困难为首要条件，年龄和健康条件为次要条件。对符合条件的经济困难的高龄、失能老人，政府以安排养老服务、发放货币或电子消费券的形式给予养老服务补贴。医疗保险政策是一种由财政、个人共同筹资的缴费型全民保险政策，主要目的是通过补偿基本医疗费用给予患病参保者经济上的支持，满足其基本医疗需求。医疗保险的保障待遇往往与农村失能老人的缴费状况、医疗费用挂钩，对纳入参保范围的低收入群体具有一定的托底保障功能。不同民生托底政策尽管制度定位、财务模式和偿付机制存在差异，但都能推动农村失能老人得到长期照护：养老服务补贴和医疗保险可以通过减少农村失能老人因失能和疾病而给家庭带来的经济损失，促进家庭对农村失能老人的照护投入；高龄津贴则能增加农村失能老人的基本收入或给予其基本生活保障，提高家庭照护投入。

在政策实践中，由于个人特征（例如经济状况和失能状况）的结构性差异，民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的作用，会因老年人家庭经济状况和失能程度不同而存在差异。例如，对经济困难家庭而言，现行的高龄津贴政策待遇水平低，可能难以使经济困难农村失能老人家庭照护投入大幅度增加。医疗保险政策是典型的支出挂钩型民生托底政策，在参保者达到一定条件后，根据报销资格和一定的医疗报销比例对参保者进行医疗费用偿付。在现行报销偿付机制下，医疗保险政策对不同收入水平家庭照护投入的影响可能存在差异。由于农村医疗服务可及性不足和家庭支付能力约束，医疗保险政策对经济困难家庭照护投入的促进作用可能相对较弱。对照护依赖程度高的重度失能老人家庭而言，不同类型民生托底政策均在一定程度上化解重度失能老人享受照护服务的资金瓶颈和家庭照护能力不足的困境，增加农村失能老人家庭照护投入。但是，与重度失能老人相比，非重度失能老人的照护依赖程度相对较低，高龄津贴这一普惠型补贴政策待遇偏低，对非重度失能老人家庭照护投入产生的促进作用往往十分有限。

农村失能老人往往收入来源单一且收入水平低，是典型的农村“双困”群体（经济困难和自理困难）。高龄津贴和养老服务补贴属于政策性补助，构成了农村失能老人的转移性收入来源，对农村失能老人收入维持具有重要的兜底作用。理论上，享受津贴型和补贴型民生托底政策的农村失能老人有稳

^①各地高龄津贴发放的门槛有所不同，年龄因素通常是高龄津贴发放的首要标准，低保、特困、失能等因素为次要标准，且随年龄段的上升，补贴发放档次有所提高。由于主体资格限制和财政资金约束，高龄津贴尚未覆盖所有农村失能老人。

定收入，这有助于提高失能老人地位，进而影响照护者实际发生或预计的照护投入，即民生托底政策可能通过老人收入状况这一中介变量对农村失能老人家庭照护投入产生影响。基于上述分析框架，本文提出以下研究假说。

研究假说 1：高龄津贴、医疗保险、养老服务补贴等民生托底政策均能够增加农村失能老人家庭照护投入。

研究假说 2：由于不同老人失能程度和家庭经济状况的差异，民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响存在群组异质性。

研究假说 3：民生托底政策通过改善老人收入状况对农村失能老人家庭照护投入产生影响。

三、数据来源、变量设计与估计策略

（一）数据来源

本研究数据来源于 2020 年 8~9 月民政部政策研究中心“托底性民生保障政策支持系统建设”项目组织的农村照护依赖老年人调查。此项调查涵盖多个省份，聚焦照护服务需求和供给情况、照护投入以及老年人生活质量。调查对象是经过失能和失智量表测量、筛选，并被识别为失能、失智人员的老年人。调查问卷包括基本信息、家庭或社区照护情况、主要家庭照料者情况等内容，既涉及失能老人，也涉及家庭照护者。调查由民政部政策研究中心统一培训的调查员进行面访调查，并根据受访者的回答如实记录。基于农村社区推荐的失能失智老人名单，调查员根据民政部发布的《老年人能力评估》行业标准逐一筛选中度、重度失能失智老人。本文样本主要涉及浙江省（衢州市常山县、杭州市桐庐县）以及山东省（青岛市即墨区、胶州市、莱西市和平度市）。这些地区是中国较早开展老年人长期照护政策实践和医养结合养老服务试点的城市。经过多年政策试点，样本地区在探索解决长期失能人员长期护理问题方面取得了一定的政策经验和成效，因此，研究地区选择具有代表性。

本次调查获得有效问卷 4605 份，剔除年龄低于 80 岁和机构养老的老年人样本后，最终获得 1495 个样本，均为 80 岁以上农村失能老人。不同区域样本数如下所示：常山县 397 个，桐庐县 259 个，即墨区 220 个，胶州市 225 个，莱西市 191 个，平度市 203 个。根据民政部发布的《老年人能力评估》行业标准，1042 个老年人精神状态指标分级为中度或重度受损，733 个老人被认定为日常生活活动能力中度或重度受损，846 个老人被认定为感知觉与沟通能力中度或重度受损，821 个老人被认定为社会参与能力中度或重度受损。配偶为主要照护人的样本数为 299（占 20%），子女及其配偶为主要照护人的样本数为 957（占 64.01%），自我照护的样本数为 122（占 8.16%），主要由保姆（包括家政公司服务人员等）提供照护服务的样本数为 36（占 2.41%），主要由养老或护理机构工作人员提供照护的样本数为 11（占 0.74%），主要由其他亲戚、朋友或邻居提供照护的样本数为 70（占比 4.68%）。年龄为 80~90 岁的高龄老人有 975 人（占 65.22%），90 岁以上超高龄老人有 520 人（占 34.78%）。家庭主要照护者的年龄范围为 32~94 岁，家庭经济困难的样本数为 870（占 58.19%）。以上特征基本符合中国农村失能老人及其家庭照护者的基本状况，本文数据适合用于分析农村失能老人家庭照护投入问题。

(二) 变量定义和描述性统计

1.被解释变量：家庭照护投入。在农村失能老人居家照护过程中，家庭对农村失能老人的照护投入往往表现为家庭资金支出和提供照料服务的混合形式。家庭通过牺牲部分成员的时间，甚至以家庭成员健康损耗为代价为失能老人提供照护，是一种间接筹资形式或服务替代性质的照护筹资形式，本质上是家庭为照护而筹资、支付的“成本”（胡宏伟和蒋浩琛，2021）。鉴于此，本文参考 Zarit et al. (2010) 的 Zarit 照顾者负担量表，基于照护提供者视角，从身心健康投入、社会生活投入、经济保障投入三个维度考察农村失能老人家庭照护投入，具体指标如表 1 所示。笔者参考 Zarit 照顾者负担量表的赋值方法，并参照国际学界的一般做法，以等权重加总计算对应三级指标的得分，得到家庭照护投入综合得分以及不同维度照护投入得分。分值越大，家庭照护投入越多。

表 1 农村失能老人家庭照护投入指标体系与具体赋值

二级指标	三级指标题项	三级指标赋值
身心健康投入	您是否认为照料家人影响了您的健康？ 在平衡照料家人和努力工作之间，您会感到有压力吗？ 被照料者的行为是否让您为难？ 您是否因无法自理的家人在身边而感到烦恼？ 您担心被照护者的将来吗？ 您觉得被照护者依赖您吗？ 当被照护者在您身边时，您感到紧张吗？ 您对被照护者有不知如何是好的情形吗？	没有=1，偶尔=2， 有时=3，总是=4
社会生活投入	您是否认为，被照护者会向您提出过多的照护要求？ 照料家人使您自己的时间不够吗？ 照料家人影响到了您与朋友间的关系吗？ 照料家人使您没时间办自己的私事吗？ 照料家人使您的社交受到影响吗？ 您有没有因为家里有需要照料的人而放弃请朋友来家的想法？ 您是否认为被照护者只期盼您的照料，您好像是他/她唯一可依赖的人？ 您是否认为您有可能花更多的时间护理被照护者？ 您是否认为，开始护理家人以来，按照自己的意愿生活已经不可能了？ 您是否希望能把被照护者留给别人来照料？ 您认为应该为被照护者做更多的事情吗？ 您认为在护理被照护者上您能做得更好吗？	没有=1，偶尔=2， 有时=3，总是=4
经济保障投入	您是否认为，您没有多余的钱来照料不能自理的家人？ 您怎么评价自己在照护上的负担？	没有=1，偶尔=2， 有时=3，总是=4 无=1，轻=2， 中等=3，重=4

2.核心解释变量：民生托底政策。笔者根据调查问卷题项“2019年您享受了以下哪些救助或民生保障项目？”来识别相关民生托底政策的整体受益和个体参与状况^①。本文选择高龄津贴、养老服务补贴、医疗保险三个变量作为核心解释变量。三个变量均为虚拟变量：若老年人在2019年享受了该政策，变量赋值为1；否则，变量赋值为0。

3.中介变量：老人收入状况。笔者用农村失能老人及其配偶（不包括其他人）全年总收入的对数来反映老年人收入状况，全年总收入包括来自政府的转移性收入，例如低保金、其他专项救助、临时救助、慰问金、老年津贴、计划生育扶助金、各种贫困补贴等。老人收入状况变量取对数，变量值若为0，则加1取对数。剔除存在缺失值的样本，最终纳入分析的样本数为1483个。

4.控制变量。本文在模型中纳入前置因素、使能因素等个体特征变量和社区照护环境层面的情景特征变量。前置因素包括老人是否在婚、老人患慢性病数、照护者年龄、照护者性别等个体特征因素，使能因素包括医疗机构距离和社会支持变量，社区照护环境层面的变量包括社区照护功能和社区孝道文化。其中，笔者参考肖水源（1994）的社会支持评定量表的计分方法，并结合农村失能老人居家照护实际情况，从客观支持分、主观支持分和对支持的利用度三个方面构建社会支持变量。具体而言，客观支持分用问卷题项“关系密切且可以得到支持和帮助的朋友数”来反映，具体的赋值方法如下：一个也没有=1，1~2个=2，3~5个=3，6个或6个以上=4。主观支持分用问卷题项“急难情况得到的经济支持或解决实际问题的帮助来源数”来反映，具体的赋值方法如下：无任何来源=0，有任何来自配偶、其他家人、朋友、亲戚、同事、工作单位、党团工会等官方或半官方组织、宗教、社会团体的支持=1。对支持的利用度用问卷题项“遇到烦恼时的求助方式”来衡量，具体的赋值方法如下：只靠自己而不接受别人帮助=1，很少请求别人帮助=2，有时请求别人帮助=3，有困难时经常向家人、亲友、组织求援=4。笔者将以上三级指标得分等权重加总得到一级指标得分，即为社会支持变量的得分。分数越高，农村失能老人获得的社会支持水平越高。

变量释义和描述性统计如表2所示。

表2 变量释义与描述性统计结果

变量名称		定义	均值	标准差
被解释变量：家庭照护投入	综合照护投入	根据农村失能老人家庭照护投入指标体系得分等权重加总得到的综合得分	50.755	15.086
	身心健康投入	身心健康投入三级指标得分等权重加总得到的得分	18.270	5.681
	社会生活投入	社会生活投入三级指标得分等权重加总得到的得分	27.880	8.679
	经济保障投入	经济保障投入三级指标得分等权重加总得到的得分	4.605	1.580
核心解释变量：民生托底政策	高龄津贴	老人在2019年享受了高龄津贴=1，老人未享受高龄津贴=0	0.237	0.425

^①纳入调查的救助或民生保障项目包括：长期护理保险、高龄津贴、失能护理补贴、养老服务补贴、医疗保险和医疗救助。由于享受长期护理保险、失能护理补贴、医疗救助等政策的农村失能老人样本占比非常低，本文主要针对高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险等三项不同筹资模式的民生托底政策展开分析。

(续表 2)

	养老服务补贴	老人在 2019 年享受了养老服务补贴=1，老人未享受养老服务补贴=0	0.245	0.430
	医疗保险	老人在 2019 年享受了医疗保险=1，老人未享受医疗保险=0	0.540	0.499
	中介变量: 老人收入状况	老人及其配偶全年总收入（元）取对数	4.803	4.548
控制变量	老人是否在婚	在婚（已婚有配偶、同居）=1，非在婚（丧偶、离婚或分居、从未结婚等）=0	0.443	0.497
	老人患慢性病数	老人患慢性病的数量，慢性病包括高血压、糖尿病、心脑血管疾病、胃病、骨关节病、慢性肺部疾病、阿尔茨海默病、帕金森病、白内障或青光眼、癌症或恶性肿瘤、生殖系统疾病等	1.918	1.142
	照护者年龄	调查年份照护者实际年龄（岁）	64.363	12.426
	照护者性别	男性=1，女性=0	0.509	0.287
	社会支持	根据客观支持分、主观支持分和对支持的利用度 3 个指标得分等权重加总得到失能老人获得的社会支持水平	4.973	2.086
	医疗机构距离	到距家最近的医疗机构所需时间（分钟）	13.642	4.364
	社区照护功能	社区内或周边能够为社区居民提供任何一项生活类服务（包括助餐服务、助浴服务、家政服务、托老服务、日间照料、便民服务、理财服务、社工服务、法律维权服务等）=1，社区内或周边无法为社区居民提供任何一项生活类服务=0	0.262	0.440
	社区孝道文化	主要照料者对当前所在村或社区孝道文化基本状况的评价：很好=1，比较好=2，一般=3，比较差=4，很差=5	3.557	0.743

(三) 主要估计策略

本文构建以下计量模型来考察民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响：

$$LTC_i = \alpha_1 + \beta_1 AAI_i + \gamma_1 Individual_i + \phi_1 Resource_i + \zeta_1 Community_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

(1) 式中： LTC_i 表示农村失能老人家庭照护投入，包括综合照护投入、身心健康投入、经济保障投入、社会生活投入 4 个变量； AAI_i 表示民生托底政策变量，包括高龄津贴、养老服务补贴、医疗保险三项不同筹资模式的政策； α 是常数项； β 为待估计的核心参数，表示民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响； $Individual_i$ 表示农村失能老人及其照护者的个体特征变量，包括老人是否在婚、老人患慢性病数、照护者性别、照护者年龄及其平方项； $Resource_i$ 表示使能因素，包括社会支持和医疗机构距离； $Community_i$ 是社区照护环境变量，包括社区照护功能和社区孝道文化； γ 、 ϕ 、 ζ 分别表示个体特征、使能因素、社区照护环境对家庭照护投入的影响； ε_i 表示随机扰动项。

若将农村三项主要民生托底政策（高龄津贴、养老服务补贴、医疗保险）直接纳入农村失能老人

家庭照护投入影响因素模型，容易造成内生性问题。例如年龄越大、丧偶、健康状况越差的农村失能老人，更可能被民生托底政策覆盖；可能存在同时影响家庭照护投入和民生托底政策覆盖的遗漏变量，导致内生性偏差。为克服模型可能存在的内生性问题，本文选择地区层面的政策享受率作为民生托底政策变量的工具变量。本文参考周钦等（2015）、于新亮等（2022）的做法，按照被调查样本所在的6个县级单位和老年人年龄段（90岁以下、90岁及以上）将样本划分为不同群组，在此基础上计算各个群组享受民生托底政策的农村失能老人占各群组老年人总数的比例，得到政策享受率变量数据。政策享受率包含高龄津贴政策享受率、养老服务补贴政策享受率、医疗保险政策享受率3个变量。理论上，政策享受率与家庭是否享受民生托底政策存在高度相关性，同时与被解释变量不直接相关。政策享受率在一定程度上反映了民生托底政策的普及程度，该变量会影响到个体的政策享受，但是不会直接对农村失能老人家庭照护投入产生影响。

笔者采用工具变量两阶段最小二乘法对基准模型进行估计。第一阶段回归模型表示如下：

$$AAI_i = \alpha_2 + \beta_2 Z_i + \gamma_2 Individual_i + \phi_2 Resource_i + \zeta_2 Community_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

(2)式中： Z_i 表示工具变量， AAI_i 表示民生托底政策变量，其他变量的含义同(1)式。

为进一步考察民生托底政策之间的协同作用，并避免工具变量数量增加和弱工具变量导致的估计偏差问题，本文参考Caetano and Escanciano（2021）的做法，使用多重边际效应工具变量估计方法（multiple marginal effects IV estimation, MMEIV）进行效应检验。MMEIV方法适用于内生变量个数超过工具变量个数的情形，使用工具变量与控制变量的交互项来构建新的工具变量，以满足秩条件要求，并且这种方法识别有效性显著高于普通最小二乘法。相对于寻找一个好的工具变量，MMEIV方法扩展了N个内生变量但只有1个工具变量情形下的估计方法，大大降低了识别难度^①。假定个体特征、使能因素和社区照护环境层面的控制变量用 W 表示。将民生托底政策变量和相应的工具变量 Z 纳入回归方程，生成工具变量 Z 与控制变量 W 的交互项 $Z \times W$ ，则第一阶段回归模型表示如下：

$$AAI_1 = \delta_{01} + \delta_{11}Z + \delta_{21}W + \delta_{31}Z \times W + \varpi_1 \quad (3)$$

$$AAI_2 = \delta_{02} + \delta_{12}Z + \delta_{22}W + \delta_{32}Z \times W + \varpi_2 \quad (4)$$

(3)式和(4)式中： δ 为回归系数， ϖ 为随机扰动项。假设民生托底政策变量 AAI_1 、 AAI_2 和随机扰动项 ϖ 相关， Z 和 AAI_1 、 AAI_2 相关，满足内生性和工具变量有效性要求。并且， Z 和 ϖ 不相关，满足外生性要求。根据Caetano and Escanciano（2021）的研究，如果 $\delta_{11} \times \delta_{32} \neq \delta_{12} \times \delta_{31}$ ，即在不同的 W 下， Z 对 AAI_i 的回归系数有显著不同，且满足秩条件，这样就可以识别出回归系数。

此外，为进一步检验民生托底政策影响农村失能老人家庭照护投入的作用路径，本文参考阳义南（2021）的研究，将老人收入状况纳入路径分析模型，使用结构方程模型验证政策效应传导机制。

^①关于MMEIV方法的基本原理和命令操作，可参考《Stata：当工具变量小于内生变量时，该如何估计？——mmeiv》，<https://www.lianxh.cn/news/0ae09a74e477f.html>。

四、实证结果分析

(一) 民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响

1. 基准回归结果。表3以综合照护投入作为被解释变量，分别将高龄津贴、养老服务补贴、医疗保险3个变量纳入模型进行稳健OLS回归。表3方程1估计结果表明，高龄津贴变量在1%统计水平上显著，且回归系数为3.261，这意味着高龄津贴能够一定程度上促进家庭对农村失能老人的照护投入。根据方程2，养老服务补贴变量在1%统计水平上显著，且回归系数为6.284。根据方程3，医疗保险对农村失能老人家庭照护投入的影响在5%统计水平上显著，且变量回归系数为1.613。根据表3回归结果，研究假说1得到验证，不同筹资模式（津贴模式、补贴模式、保险模式）的民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的作用方向一致。

从个体特征因素看，在婚、患慢性病数量多的农村失能老人的家庭照护投入水平更高。相较于男性照护者，女性照护者的照护投入更高。照护者年龄与农村失能老人家庭照护投入水平呈现出“倒U型”关系。社会支持状况越好、家离医疗机构距离越近，家庭对农村失能老人的照护投入可能越低。此外，健全的社区照护功能和良好的社区孝道文化能够显著降低农村失能老人家庭照护负担。

表3 农村失能老人的家庭综合照护投入影响因素基准回归结果

解释变量	方程1		方程2		方程3	
	系数	稳健标准误	系数	稳健标准误	系数	稳健标准误
高龄津贴	3.261***	0.851				
养老服务补贴			6.284***	0.863		
医疗保险					1.613**	0.753
老人是否在婚	4.884***	0.778	4.300***	0.772	4.591***	0.784
老人患慢性病数	1.124***	0.306	1.194***	0.292	1.284***	0.302
照护者年龄	0.574*	0.293	0.559*	0.287	0.537*	0.294
照护者年龄平方	-0.006***	0.002	-0.006***	0.002	-0.006***	0.002
照护者性别	-2.853***	0.731	-3.222***	0.714	-3.064***	0.736
社会支持	-0.595***	0.202	-0.811***	0.213	-0.581***	0.203
医疗机构距离	0.050*	0.028	0.053*	0.029	0.056*	0.029
社区照护功能	-6.412***	0.989	-5.242***	0.965	-5.825***	1.000
社区孝道文化	-4.002***	0.533	-3.578***	0.538	-4.101***	0.531
常数项	54.503***	9.963	52.971***	9.757	55.398***	9.990
样本数	1495		1495		1495	
R ²	0.206		0.227		0.201	

注：***、**和*分别表示1%、5%和10%的显著性水平。

2. 多维影响分析。本文将农村失能老人家庭照护投入细分为身心健康投入、社会生活投入和经济保障投入三个维度，进一步使用稳健OLS方法分析民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的多维影响。根据表4方程1、方程4和方程7，高龄津贴对农村失能老人家庭的社会生活投入和经济保障

投入的影响均在 1%统计水平上显著，且回归系数分别为 2.125 和 0.355；高龄津贴对农村失能老人家庭的身心健康投入的影响在 5%统计水平上显著，回归系数为 0.781。方程 2、方程 5 和方程 8 的估计结果表明，养老服务补贴对农村失能老人家庭的身心健康投入、社会生活投入和经济保障投入等变量的影响均在 1%统计水平上显著，对应的回归系数分别为 2.592、3.127 和 0.564。以上数据意味着补贴型和津贴型民生托底政策在促进农村失能老人家庭照护投入增加方面具有重要的作用。根据方程 3、方程 6 和方程 9 的回归结果，医疗保险对农村失能老人家庭的社会生活投入和经济保障投入的影响在 5%统计水平上显著，且回归系数分别为 0.889 和 0.193；医疗保险对农村失能老人家庭的身心健康投入的影响在 10%统计水平上显著，且回归系数为 0.531。结合表 3 和表 4 的回归结果可知，在所有方程中，养老服务补贴对各类家庭照护投入的影响均大于高龄津贴和医疗保险的影响，这意味着养老服务补贴政策更能促进农村失能老人家庭照护投入的增加。

总体来看，不同筹资模式的民生托底政策（高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险）均对农村失能老人家庭照护投入产生了显著的促进作用，且促进了不同维度农村失能老人家庭照护投入的增加。因此，农村失能老人照护支持政策设计，不仅应重视民生托底政策的扩面提标，也要重视居家照护服务资源的统筹与供给保障，让更多农村失能老人受益。

表 4 民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的多维影响效应检验结果

变量或指标	被解释变量：身心健康投入			被解释变量：社会生活投入			被解释变量：经济保障投入		
	方程 1	方程 2	方程 3	方程 4	方程 5	方程 6	方程 7	方程 8	方程 9
高龄津贴	0.781** (0.322)			2.125*** (0.493)			0.355*** (0.092)		
养老服务补贴		2.592*** (0.330)			3.127*** (0.503)			0.564*** (0.088)	
医疗保险			0.531* (0.277)			0.889** (0.440)			0.193** (0.081)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制	控制
常数项	23.346*** (3.736)	22.547*** (3.671)	23.554*** (3.741)	26.609*** (6.177)	25.994*** (6.060)	27.198*** (6.196)	4.549** (0.994)	4.429** (0.979)	4.645*** (0.978)
样本数	1495	1495	1495	1495	1495	1495	1495	1495	1495
R ²	0.196	0.228	0.195	0.198	0.2102	0.1909	0.1223	0.1353	0.1174
F 值	34.00	38.97	33.07	41.93	41.14	38.89	19.72	22.72	18.77

注：①***、**和*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平；②括号内为稳健标准误；③控制变量同表 3。

（二）内生性处理和稳健性检验

考虑到基准模型可能存在的内生性问题，本文基于工具变量法和倾向得分匹配法进行稳健性检验。本文选取政策享受率作为工具变量，运用两阶段最小二乘法重新进行回归。表 5 为分别将高龄津贴政策享受率、养老服务补贴政策享受率、医疗保险政策享受率作为工具变量的估计结果。第一阶段工具变量检验结果显示：农村失能老人是否享受高龄津贴、养老服务补贴、医疗保险与对应的工具变量均

在 1%统计水平上显著正相关，证实了工具变量的合理性。根据表 5，高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险对农村失能老人家庭综合照护投入以及不同维度的照护投入均存在显著的正向影响。这说明，工具变量法估计结果与稳健 OLS 回归结果基本保持一致，再次验证本文研究假说 1，即民生托底政策对农村失能老人的家庭照护投入产生了显著的促进作用。

表 5 民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入影响的工具变量法估计结果

变量或指标	综合照护投入		身心健康投入		社会生活投入		经济保障投入	
	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
高龄津贴	13.063***	2.137	3.840***	0.799	8.109***	1.241	1.113***	0.231
控制变量	控制		控制		控制		控制	
养老服务补贴	42.008***	3.251	13.494***	1.103	24.623***	1.927	3.891***	0.330
控制变量	控制		控制		控制		控制	
医疗保险	65.259***	11.870	22.701***	4.195	36.451***	6.673	6.108***	1.140
控制变量	控制		控制		控制		控制	

注：①***表示 1%的显著性水平；②控制变量同表 3。

在本文中，农村失能老人是否享受民生托底政策，往往受到某些不可观测因素的影响，而这些不可观测因素又与结果变量相关，直接使用 OLS 方法进行估计可能造成估计结果的内生性偏差。因此，本文使用倾向得分匹配方法进行估计。倾向得分匹配方法可同时排除基于可观测因素和不可观测因素的样本选择性偏误，得到“干净”的政策处置平均效应(average treatment effect on the treated, 简称 ATT)。本文分别以高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险为处理变量，以老人及其照护者的个体特征、使能因素和社区照护环境等方面的控制变量为匹配变量，使用倾向得分匹配方法进行稳健性检验。平衡性检验结果显示：所有匹配变量 t 值均不显著，Mean Bias 值和 Med Bias 值均低于 5，意味着倾向得分匹配的结果具有可信度^①。表 6 列出的核匹配方法 ATT 估计结果显示：高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险对失能老人家庭的综合照护投入确实产生了显著的促进作用，且显著增加了不同维度的家庭照护投入。倾向得分匹配估计结果与稳健 OLS 估计结果一致，再次证实了民生托底政策能使农村失能老人家庭照护投入增加^②。

表 6 民生托底政策对家庭照护投入影响的倾向得分匹配估计结果（核匹配方法）

处理变量	结果变量：ATT 值							
	综合照护投入		身心健康投入		社会生活投入		经济保障投入	
	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
高龄津贴	3.896***	0.988	0.984***	0.371	2.542***	0.567	0.370***	0.101
养老服务补贴	5.894***	0.993	2.473***	0.382	2.850***	0.569	0.571***	0.100

^①因篇幅限制，本文未汇报平衡性检验结果，有兴趣的读者可向作者索要。

^②使用核匹配方法、卡尺匹配、一对一最近邻匹配等方法得到的估计结果基本一致，受篇幅限制，本文未汇报采用其他匹配方法得到的估计结果，有兴趣的读者可向作者索要。

(续表 6)

医疗保险	2.427***	0.868	0.832**	0.327	1.312***	0.501	0.284***	0.089
------	----------	-------	---------	-------	----------	-------	----------	-------

注：①***和**分别表示 1%和 5%的显著性水平；②控制变量同表 3。

(三) 基于失能程度和家庭经济状况的政策受益异质性分析

为考察不同个体特征样本的政策受益异质性，本文分别按老年人失能状况、老年人家庭经济状况进行分组回归。根据民政部发布的《老年人能力评估》行业标准，被调查样本符合如下任何一种情形则划入重度失能组，否则就划入非重度失能组：日常生活活动的分级为 3；日常生活活动、精神状态、感知觉与沟通、社会参与的分级均为 2；日常生活活动的分级为 2，且精神状态、感知觉与沟通、社会参与中至少有一项的分级为 3。家庭经济状况根据题项“过去 1 年，您家的收入是否能够维持日常开支？”来反映：老年人家庭的回答若为很宽裕、比较宽裕或大致够用，则划入经济不困难组；若回答为比较困难或非常困难，则划入经济困难组。运用工具变量法得到的估计结果如表 7 所示。结果显示：第一，高龄津贴对重度失能老人家庭综合照护投入的影响在 1%统计水平上显著，且系数为正，产生了“雪中送炭”的效果。高龄津贴对经济不困难家庭和经济困难家庭农村失能老人综合照护投入均存在显著的正向影响。但是，由于政策补贴力度偏低，高龄津贴对非重度失能家庭农村失能老人综合照护投入的影响不显著，政策受益存在不均衡的现象。第二，养老服务补贴对所有分组（重度失能组、非重度失能组、经济不困难组、经济困难组）农村失能老人家庭综合照护投入均存在非常显著的促进作用（养老服务补贴变量均在 1%统计水平上显著）。在中国，养老服务补贴的发放对象为户籍在本地区且享受低保或经济较为困难的失能老人，尽管各地政策不尽一致，但是养老服务补贴发放对象往往需要社区进行严格审核。能够获得养老服务补贴的家庭的照护需求往往非常强烈，因此，养老服务补贴能显著增加不同分组农村失能老人的家庭综合照护投入。第三，医疗保险对经济不困难家庭、重度失能老人和非重度失能老人家庭照护投入的影响均至少在 5%统计水平上显著，对经济困难家庭照护投入的影响相对较低，仅在 10%统计水平上显著^①。

除了高龄津贴对非重度失能老人家庭综合照护投入的影响不显著外，其他类型民生托底政策均能使农村重度失能老人家庭、经济困难失能老人家庭和经济不困难失能老人家庭的综合照护投入增加。因此，高龄津贴对家庭照护投入的影响因老人失能程度的不同而存在差异，研究假说 2 得到部分证实。

表 7 民生托底政策对家庭综合照护投入的影响异质性检验结果（工具变量方法）

变量或指标	重度失能组	非重度失能组	经济困难组	经济不困难组
	方程 1	方程 2	方程 3	方程 4
高龄津贴	16.537*** (2.229)	2.674 (6.588)	4.535* (2.702)	20.534*** (3.377)

^①虽然目前基本医疗保险制度的覆盖率超过 95%，但存在政策利用不充分的问题。受收入预算线和自付门槛约束，经济困难家庭农村失能老人难以从医疗保险政策中获取更多报销补偿，反映出有民生托底政策可及性不足和受益不均衡。

(续表 7)

高龄津贴工具变量第一阶段相关检验结果	0.990*** (0.056)	0.877*** (0.203)	0.902*** (0.069)	1.008*** (0.086)
样本数	1133	362	870	625
养老服务补贴	方程 5 38.650*** (3.128)	方程 6 63.014*** (18.052)	方程 7 37.997*** (3.424)	方程 8 36.874*** (5.776)
养老服务补贴工具变量第一阶段相关检验结果	0.901*** (0.058)	0.786*** (0.208)	0.937*** (0.071)	0.904*** (0.101)
样本数	1133	362	870	625
医疗保险	方程 9 79.316*** (19.607)	方程 10 38.921** (17.120)	方程 11 199.065* (107.638)	方程 12 17.191*** (5.727)
医疗保险工具变量第一阶段相关检验结果	0.543*** (0.129)	0.802*** (0.273)	0.268* (0.144)	1.105*** (0.195)
样本数	1133	362	870	625

注：①***、**和*分别表示 1%、5%和 10%的显著性水平；②括号内为标准误；③控制变量同表 3，工具变量同表 5。

五、拓展性分析

(一) 民生托底政策的协同效应

长期以来，各级政府出台了多项民生托底政策，但各项政策普遍缺乏衔接，政策割裂、冲突和替代的问题时有发生，相关政策组合对农村失能老人家庭照护投入的总体影响尚不确定。为分析民生托底政策之间是否存在协同关系，并考察潜在的政策割裂、冲突和替代问题对农村失能老人家庭照护投入的影响，本文以综合照护投入为被解释变量，将不同筹资模式的民生托底政策变量进行两两交乘，得到如下三个政策组合：高龄津贴和养老服务补贴、高龄津贴和医疗保险、养老服务补贴和医疗保险。在此基础上，本文使用 MMEIV 方法，将三个民生托底政策的工具变量的交互项纳入基准模型进行回归。交互项反映了两种民生托底政策的协同效应：交互项显著，且系数为正，表明民生托底政策效果存在叠加效应；交互项显著，且系数为负，表明政策之间存在效果替代效应；交互项不显著，意味着不同的民生托底政策之间可能存在政策割裂问题。根据表 8 估计结果，高龄津贴和养老服务补贴交互项不显著，意味着高龄津贴政策和养老服务补贴政策存在政策割裂问题；高龄津贴与医疗保险的交互项、养老服务补贴与医疗保险的交互项均显著，且系数为负，表明不同类型民生托底政策在影响家庭照护投入方面具有明显的替代关系。这意味着中国现阶段不同筹资模式的民生托底政策之间存在一定的政策协同不力或效果替代问题，致使民生托底政策在提高农村失能老人家庭照护投入方面的作用打了折扣。因此，需要合理规划不同政策实施路径，重视政策协同，形成权责清晰、分工明确、资源共享、目标统一的整体性政策框架，精准施策，以防止政策效应重叠和制度割裂问题。

表 8 民生托底政策的协同效应估计结果 (MMEIV 方法)

解释变量	方程 1		方程 2		方程 3	
	系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
高龄津贴	5.379	19.817	40.676***	8.488		
养老服务补贴	51.098**	15.746			62.082***	10.218
医疗保险			-5.687	8.084	30.909**	7.400
高龄津贴×养老服务补贴	-10.741	15.696				
高龄津贴×医疗保险			-35.582**	11.925		
养老服务补贴×医疗保险					-46.084***	12.800
控制变量	控制		控制		控制	
Wald chi2 值	235.95		262.32		250.58	
样本数	1495		1495		1495	

注：①***和**分别表示 1%和 5%的显著性水平；②控制变量同表 3。

(二) 基于农村失能老人收入状况的作用机制分析

为检验不同类型民生托底政策能否通过改善农村失能老人收入状况来影响家庭综合照护投入，本文将民生托底政策作为核心解释变量，以老人收入状况变量为中介变量，运用结构方程模型极大似然法进行路径分析（回归结果见表 9）。所有结构方程模型的拟合指标 RMSEA 均小于 0.05，说明总体拟合情况好。回归结果显示：老人收入状况对农村失能老人家庭照护投入产生了显著的正向影响；高龄津贴和养老服务补贴对农村失能老人收入状况均存在显著的正向影响，这意味着享受高龄津贴和养老服务补贴的农村失能老人的收入水平更高。由此可知，民生托底政策可以改善农村失能老人的收入状况，促进家庭照护投入增加。因此，老人收入状况是高龄津贴和养老服务补贴影响农村失能老人家庭照护投入的中介变量。此外，医疗保险对农村失能老人收入状况的影响不显著，说明老人收入状况不是医疗保险影响农村失能老人家庭照护投入的中介变量。

总体来看，普惠型津贴政策（高龄津贴）通过影响农村失能老人收入状况，对家庭照护投入产生显著促进效应，说明经济补贴有助于提升农村失能老人的收入，进而促进农村家庭增加对失能老人的照护。补缺性质的养老服务补贴政策也会通过提高老人收入来促进农村失能老人家庭照护投入增加。因此，研究假说 3 得到部分验证，津贴型和补贴型民生托底政策通过改善老人收入状况，促进了农村失能老人家庭照护投入增加。

表 9 “民生托底政策→老人收入状况→家庭照护投入”中介路径检验结果 (结构方程模型)

	解释变量	方程 1		方程 2		方程 3	
		系数	标准误	系数	标准误	系数	标准误
被解释变量：中介变量（老人收入状况）	高龄津贴	1.878***	0.266				
	养老服务补贴			1.223***	0.266		
	医疗保险					0.278	0.233

(续表 9)

被解释变量：综合照护投入	老人收入地位	0.898***	0.080	0.866***	0.079	0.922***	0.079
	高龄津贴	1.708**	0.837				
	养老服务补贴			5.399***	0.812		
	医疗保险					1.648**	0.709
	控制变量	控制		控制		控制	
	RMSEA	0.000		0.000		0.000	
	R ²	0.362		0.367		0.342	
	样本数	1483		1483		1483	

注：①***和**分别表示 1%和 5%的显著性水平；②控制变量同表 3。

六、研究结论及政策启示

本文从理论层面分析了民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响及其作用机理，并使用民政部政策研究中心“托底性民生保障政策支持系统建设”项目的农村照护依赖老年人调查数据，实证考察了三项主要的民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入的影响。研究表明：高龄津贴、养老服务补贴和医疗保险这三项民生托底政策对农村失能老人家庭照护投入均产生了显著的正向影响。不同筹资模式的民生托底政策均能增加农村失能老人家庭的身心健康投入、社会生活投入和经济保障投入。所有类型民生托底政策均能使重度失能、经济困难和经济不困难的农村失能老人家庭照护投入增加，养老服务补贴和医疗保险政策还有助于增加非重度失能老人家庭照护投入，但是，高龄津贴对非重度失能老人家庭照护投入的促进作用不显著。医疗保险政策与高龄津贴政策、养老服务补贴政策在影响农村失能老人家庭照护投入方面存在明显的替代。老人收入状况是高龄津贴政策和养老服务补贴政策影响农村失能老人家庭照护投入的中介因素。

人口老龄化背景下强化农村失能老人照护服务是一个系统工程，迫切需要统筹实施整体性改革举措，探索农村失能老人负担得起且可持续的照护模式，补齐该群体照护服务供给短板，提高照护服务质量和效率，破解该群体的现实照护困局。对此，应完善多层次的农村失能老人照护体系，实施非正式照护服务支持政策。

第一，持续完善“建制度”和“补短板”双轮驱动的农村失能老人照护政策。在加强“津贴+补贴+保险”组合式民生托底政策的基层落实力度的同时，要兼顾民生托底政策的协调推进、不同类型政策措施的组合使用，探索创新农村失能老人照护政策组合方式，并对民生托底政策体系进行结构性调整，减少不同类型民生托底政策之间政策重复、交叉和冲突的问题。在扩大养老服务补贴政策享受比例的基础上，合并高龄津贴和养老服务补贴。

第二，相关政府部门应在精准、动态把握农村失能老人照护需求的基础上，根据其家庭经济状况和老年人失能程度等情况，实施差异化扶持政策。针对重度失能老人，应以政府购买服务、照护补贴

等方式将其纳入优先保障范围；适当提高中度与轻度失能老人群体的高龄津贴发放水平；提升经济困难家庭的农村失能老人高龄津贴标准和医疗保险实际报销水平。

第三，建立健全“救助+补贴+帮扶+赋能”有机结合的农村失能老人家庭支持政策体系，最大程度地降低失能老人及其家庭照护者的脆弱性。一方面，以需求为导向，建构农村家庭对失能老人身心健康投入、社会生活投入和经济保障投入“三位一体”的照护服务支持政策体系，为农村失能老人居家照护者提供照料技能培训、喘息服务、康复指导、经济补贴、带薪照料假、养老服务信息、辅具推荐和使用指导服务等；另一方面，建构农村失能老人家庭照护筹资体系和“县—乡—村”一体化的照护服务资源协同共享网络，并扩展和规范非正式照护服务。积极引入企业、社会组织等主体，以慈善捐赠、邻里互助、时间银行、志愿服务等形式，化解农村失能老人享受可持续性照护服务的筹资难题。

参考文献

- 1.曹杨、杜鹏，2021：《失能老人的照料需要满足状况及其影响因素分析》，《人口与发展》第1期，第96-104页、第85页。
- 2.柴化敏、蔡娇丽、李晶，2021：《老年照料需求增加会减少中年劳动人口的劳动时间吗？》，《人口与发展》第6期，第61-78页、第94页。
- 3.陈娜、王长青，2020：《独居失能老人未满足照料需求及影响因素分析》，《现代预防医学》第1期，第65-68页。
- 4.陈欣欣、陈燕凤、龚金泉、孟琴琴、王格玮、王亚峰、颜力、杨鹏、赵耀辉，2021：《我国农村养老面临的挑战和养老服务存在的突出问题》，《中国农业大学学报（社会科学版）》第4期，第64-77页。
- 5.戈艳霞、李强，2018：《疾病照料负担对困难家庭劳动力就业的影响》，《人口与经济》第1期，第79-89页。
- 6.胡宏伟、李延宇，2021：《中国农村失能老年人照护需求与成本压力研究》，《中国人口科学》第3期，第98-111页、第128页。
- 7.胡宏伟、蒋浩琛，2021：《农村老年失能照护筹资侧改革：框架、评估与改进方向》，《社会保障研究》第1期，第24-34页。
- 8.勒系琳、李秉强，2019：《农村失能老人照护模式的优化选择：基于资本配置的视角》，《福建行政学院学报》第1期，第90-97页。
- 9.李青原，2021：《家庭照料对城乡失能老人和照料者健康的影响》，《北京社会科学》第12期，第110-121页。
- 10.李月娥、卢珊，2017：《安德森模型的理论构建及分析路径演变评析》，《中国卫生事业管理》第5期，第324-327页、第334页。
- 11.刘二鹏、张奇林，2018：《失能老人子女照料的变动趋势与照料效果分析》，《经济学动态》第6期，第92-105页。
- 12.龙玉其，2021：《孝道与生计：农村失能老人子女照护需求、照护冲突与调适》，《云南民族大学学报（哲学社会科学版）》第3期，第71-81页。
- 13.牛畅、李红艳、张彩华，2022：《“照”“护”之间：失能老人长期照护的实践困境》，《兰州学刊》第5期，第150-160页。
- 14.彭希哲、宋靛璐、黄剑焜，2017：《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》，《人口研究》第4期，第46-59页。

- 15.申喜连、罗丹, 2022:《供需矛盾视域下失能老人长期照护问题研究——基于政府责任的反思与重构》,《湘潭大学学报(哲学社会科学版)》第1期,第58-63页。
- 16.宋全成、孙敬华, 2020:《我国建立老年人长期照护制度可行吗?》,《经济与管理评论》第5期,第65-75页。
- 17.沙莎、周蕾, 2017:《城乡失能老人照料成本研究——基于多状态生命表方法》,《人口与发展》第4期,第70-79页。
- 18.王莉、王冬, 2019:《老人非正式照护与支持政策——中国情境下的反思与重构》,《人口与经济》第5期,第66-77页。
- 19.肖水源, 1994:《《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用》,《临床精神医学杂志》第2期,第98-100页。
- 20.闫萍, 2019:《失能老人家庭照护者的社会支持研究——基于北京市的分析》,《北京行政学院学报》第3期,第73-81页。
- 21.杨晶、刘振杰、胡瑶琳, 2022:《农村失能老人居家照料服务供需匹配、满足程度及其对心理健康的影响——对山东和浙江调查数据的分析》,《人口与发展》第5期,第70-83页。
- 22.阳义南, 2021:《结构方程模型及 Stata 应用》,北京:北京大学出版社,第54-55页。
- 23.于新亮、严晓欢、上官熠文、于文广, 2022:《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》,《中国农村观察》第1期,第146-165页。
- 24.余央央、邹文玮、李华, 2017:《老年照料对家庭照料者医疗服务利用的影响——基于中国健康与养老追踪调查数据的经验研究》,《劳动经济研究》第6期,第13-35页。
- 25.张萌、马登慧、杜雯雯、李佳、王雪娜、余立平, 2022:《国内外失能老人家庭照顾者干预研究进展》,《中国公共卫生》第4期,第499-502页。
- 26.张永奇、庄天慧, 2022:《如何促进共同富裕:基于农村家庭老人照料承载力的对比研究》,《暨南学报(哲学社会科学版)》第5期,第10-24页。
- 27.赵锐、张琳、李琴, 2022:《失能老人居家照料与配偶的生活质量——基于精神健康的视角》,《宏观质量研究》第3期,第92-103页。
- 28.周钦、袁燕、臧文斌, 2015:《医疗保险对中国城市和农村家庭资产选择的影响研究》,《经济学(季刊)》第3期,第931-960页。
- 29.朱玲、何伟、金成武, 2020:《农村劳动力转移与养老照护变迁》,《经济学动态》第8期,第3-19页。
30. Caetano, C., and J. C. Escanciano, 2021, "Identifying Multiple Marginal Effects with A Single Instrument", *Econometric Theory*, 37(3): 464-494.
31. Han, E. J., J. M. Lee, J. H. Kwon, S. B. Shin, and J. S. Lee, 2014, "Factors Related to Family Caregivers' Burden with the Community-Dwelling Disabled Elderly under the Long-Term Care Insurance System", *Health Policy and Management*, 24(1): 71-84.
32. Glomsås, H. S., I. R. Knutsen, M. Fossum, K. Christiansen, and K. Halvorsen, 2022, "Family Caregivers' Involvement in Caring for Frail Older Family Members Using Welfare Technology: A Qualitative Study of Home Care in Transition", *BMC Geriatrics*, 22(1), <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>.
33. Li, M., and H. Dai, 2019, "Determining the Primary Caregiver for Disabled Older Adults in Mainland China: Spouse Priority and Living Arrangements", *Journal of Family Therapy*, 41(1): 126-141.
34. Lu, N., Q. Sun, N. Jiang, and V. W. Lou, 2021, "Does Wisdom Moderate the Relationship Between Burden and Depressive

Symptoms among Family Caregivers of Disabled Older Adults in China? A Multiple-group Path Analysis”, *Aging & Mental Health*, 26(8): 1572-1579.

35.Schulz, R., S. R. Beach, S.J. Czaja, L. M. Martire, and J. K. Monin, 2020, “Family Caregiving for Older Adults”, *Annual Review of Psychology*, 71(1): 635-659.

36.Zarit, S. H., E. E. Femia, K. Kim, and C. J. Whitlatch, 2010, “The Structure of Risk Factors and Outcomes for Family Caregivers: Implications for Assessment and Treatment”, *Aging & Mental Health*, 14(2): 220-231.

(作者单位：¹ 湖南大学公共管理学院；

² 民政部政策研究中心；

³ 武汉大学质量发展战略研究院；

⁴ 上海师范大学哲学与法政学院)

(责任编辑：光明)

Can Livelihood Support Policies Increase the Household Care Inputs for Rural Disabled Elderly People? An Investigation Based on the Effects of Threefold Major Policies for Livelihood Security in Rural China

YANG Jing LIU Zhenjie DENG Yue LIU Jiangtao

Abstract: Based on the data from the survey conducted by the Ministry of Civil Affairs, this article empirically analyzes the impacts of three major livelihood support policies in rural China on household care input for the disabled elderly in rural areas. The results show that, firstly, different funding models of livelihood support policies (old age allowance, elderly service subsidy and medical insurance) have significant incentive effects on household care inputs for the disabled elderly in rural areas. This conclusion remains robust after the result is retested by instrumental variables and propensity score matching methods. Secondly, all types of livelihood support policies can promote the household care inputs for the severely disabled elderly in rural areas and those under different economic situations. Elderly service subsidy policy and medical insurance policy help increase the care inputs for non-severely disabled elderly families, while old age allowance policy has no significant impact on the household care inputs for non-severely disabled elderly families. Thirdly, medical insurance policy, old age allowance policy and elderly service subsidy policy have obvious substitution relationship in influencing family care inputs for the disabled elderly in rural areas. Fourthly, old age allowance policy and elderly service subsidy policy can increase the household care inputs for the disabled elderly in rural areas by increasing their income status. In order to improve the quality of household care provision for the disabled elderly in rural areas, it is necessary to take multiple measures to improve livelihood support policies and home care support policies.

Key Words: Rural Disabled Elderly; Livelihood Support Policy; Household Care Input; Policy Effect; Family Support Policy