农村养老服务体系的整合与多元建构

王 维,刘燕丽

(中国农业大学 人文与发展学院,北京 100193)

摘 要: 通过对河南、江西等4省8村的实地调查,发现我国农村的家庭养老、社区养老、社会保险养老和机构养老等不同养老模式都面临着不同程度的发展困境,且各模式之间彼此独立甚至互相排斥。现阶段,我国农村养老服务体系呈现出明显的"断裂"特征,无法有效应对日益严峻的农村养老危机。研究认为,在结合不同地域的政治、经济、文化条件和老人个体化需求差异的基础上,推动家庭、社区、机构和社会养老保险等不同养老模式有机融合,取长补短,同时有效整合农村医疗资源,充分发挥农村老人的主体性、能动性和传承性,建构一个多主体、多层次、多阶段的综合型养老服务体系,是我国农村养老危机的主要出路。

关键词: 养老模式; 农村养老服务体系; 养老困境; 医疗保险

中图分类号: F326.11 **文献标识码:** A **文章编号:** 1672-0202(2019)06-0103-14

一、问题的提出

改革开放后,随着社会经济结构的全面转型,我国的人口结构也发生了重大变化。根据联合国"凡65岁以上的老年人口占总人口的比例达7%以上或60岁以上老年人口在总人口比重中超过10%就属老年型国家或地区"的标准,我国已于1999年进入老龄化社会。二十一世纪后,我国更是进入了人口老龄化加速发展时期。据国家统计局数据,截至2018年底,我国60周岁及以上人口达2.49亿,占总人口17.9%①;预计到2050年前后将达到4.87亿,约占总人口的三分之一②。同时,随着城镇化和商品化的快速发展,中国农村千百年来与土地紧密联结的生产方式逐渐贬值,为了追求更好的生活,越来越多的农村劳动力远离乡土,进城务工。这一方面改变了农村人口结构,加剧了农村老龄化的程度(在过去30年里,我国农村老年化程度远高于城市)[1-2],另一方面深刻地改变了乡村社会的生产与再生产模式,使得农村传统的家庭养老资源被抽离,动摇了农村传统的养老制度和文化基础,引起了农村养老结构的变迁[3-4]。数以万计的农村老人,尤其是农村留守老人深陷生活困顿、赡养缺失、病痛难忍、精神孤寂等养老危机之中,有的甚至通过自杀的方式来寻求解脱[5]。在此背景下,如何妥善解决农村养老问题、让所有农村老人老有所养,是政府目前急需解决的问题之一,也是学术研究的重要内容之一。

收稿日期: 2019-09-11 **DOI:** 10.7671/j.issn.1672-0202.2020.01.010

基金项目: 国家社会科学基金青年项目(13CSH108)

作者简介: 王 维(1990—),女,湖南邵阳人,中国农业大学人文与发展学院博士研究生,主要研究方向为农村社会变迁与农民分化。E-mail: wangwei901115@163.com

①王瑞芳. 国新办就2018年国民经济运行情况举行发布会[EB/OL]. (2019-01-21)[2019-09-29]. http://www.china.com.cn/zhibo/content_74385255.htm.

②田晓航. 到2050年老年人将占我国总人口约三分之一[EB/OL]. (2018-07-20)[2019-09-29]. http://www.xinhuanet.com/health/2018-07/20/c_1123151851.htm.

"银发时代"的中国农村养老何去何从,学术界对此主要有三种观点。第一种观点主张继续以家庭养老模式为主,其他养老模式作为补充。这种观点认为目前农村社会的变迁和人口流动对家庭养老模式的冲击是结构性而非功能性的,只是削弱了家庭养老的传统方式,并未动摇家庭养老的主体角色与核心功能,农民养老主要依靠的依然是以两性和血亲关系为基础的家庭[6]。而且,在人口流动、教育竞争和市场经济使新一代农民的前途充满不确定性的今天,家庭养老模式不仅在生活照料与精神慰藉方面依然具有不可替代的优势,还能够低成本、高效率地满足老人"差异化""精准化"的个性需求[7]。所以,尽管社会养老的风潮正在农村地区兴起,家庭养老仍具有不可替代的重要作用[8-10]。第二种观点认为中国农村社会养老保障的时机已经到来,应大力发展以政府为主体的社会化养老模式。这类学者认为,随着家庭养老模式受到越来越严重的挑战,农村养老模式必将由家庭养老向社会养老转变[11-13]。社会养老对家庭养老具有较高的替代性,特别是"新农保"的推行降低了农村老人对"养儿防老"的依赖,也缓解了子女赡养老人的压力[14-15]。社会养老将政府定位为养老服务的第一责任主体,同时也积极引导民间和社会力量进入养老服务市场,鼓励发展各种性质、各种形态的养老服务机构,形成多元开放、层次多样的社会化养老服务格局[16]。第三种观点主张多元养老模式的建构,认为单一的养老模式难以应付"银发时代"的养老挑战,养老模式的组合拳才是最优选择[17]。如周跃锋、刘敏[18]认为,中国农村养老应该是一种以"土地养老"为经济基础,以"家庭养老"提供居住环境,以"社区服务"提供看护照料三者相结合的综合性养老模式;赵强社[19]提出了以家庭养老为基础、社区养老为依托、制度养老为支撑、机构养老为补充的多元化养老模式;李俏、刘培、顾昱等[20]主张探索一条适合本地农村地区的以家庭养老为主,邻里互助式居家养老、社区机构养老、民间机构养老、自我养老为辅的多元养老模式。如上关于农村养老服务的讨论中,尽管不同的研究者各有侧重,但无一不承认,在农村劳动力外流、结构分化和多样化的背景下,延续千年的传统家庭养老模式已独木难支,探索新型农村养老模式和建立健全农村养老服务体系迫在眉睫。

在现实需求和政府推动等多重因素的影响下,一个包含家庭养老、社区养老、社会保险养老、机构养老等多种模式的农村养老服务体系在我国农村地区逐渐形成。但不同的养老模式面临着不同程度的发展困境,在农村社会经济转型的夹缝中艰难求生;加之各种养老模式又各自为政甚至互相排斥,多元养老资源无法得到有效整合和利用。整个养老服务体系呈现出明显的"断裂"特征,未能有效弥合原有养老平衡被打破后带来的"养老断层"①,难以有效应对日益严峻的农村养老危机。本研究基于研究团队自2016年以来在河南、江西、贵州和四川4省8村展开的关于农村留守老人社会保障状况的实地调查材料,系统分析了家庭养老、社区养老、社会保险养老和机构养老这四种最为常见养老模式的发展现状与困境,并结合农村实际,探讨了我国农村养老服务体系走出困境,缓解养老危机的可能出路。

二、断裂:农村养老服务体系的现实与困境

(一)家庭养老模式:被动转型

家庭养老模式是指以家庭为单位,由家庭成员为老人提供经济支持、生活照料和精神慰藉的养老方式,是我国最古老也是最基本的养老模式。在经济全球化和农村社会转型的背景下,我国农村家庭的养老功能受到了极大的挑战:计划生育政策约束下的农村家庭趋于少子化,赡养负担

① 刘祎辰. 中国农村出现养老断层 高龄老人被迫务农自养[EB/OL]. (2015-10-20)[2019-09-29]. http://china.cnr.cn/NewsFeeds/20151020/t20151020_520212729.shtml.

加重,从经济上弱化了家庭养老的保障能力[18];农村大部分青壮年劳动力在城市化的浪潮中纷纷进城务工,打破了传统社会“四世同堂”的居住格局,重构了老人与子女之间的代际居住空间[21];随着农村社会生产生活方式的改变和新自由主义引导下个体意识的苏醒,子代逐渐掌握了家庭资源的配置权和话语权,挑战了以父权为基础的孝文化,动摇了家庭养老的思想基础。在“四面楚歌”的社会背景下,作为“自然选择”结果的家庭养老不得不走向调整与转型:一方面,农村老人通过加强自身的资源积累以弥补传统方式衰退产生的养老供给缺口,即“自我养老”;另一方面,家庭在与环境的相互作用中调整、变化出了新的养老方式,如通过市场交换购买商品化的家庭养老服务。

1. 被动的自我养老

自我养老是指老人在整个养老时段上的经济供养、生活照料和精神慰藉都主要依靠自己[22],是一种以个人终身劳动为基础的自我保障方式,是老人对家庭再生产责任的自我承担。当前,大部分学者将自我养老视为家庭养老之外的一种实现了养老主体和客体统一的独立养老模式[23],但考虑到自我养老过程中的养老资源依旧来源于家庭内部,而且老人自养与配偶之间彼此照顾、互相养老实难区分,所以本研究将自我养老视为家庭养老模式的一种特殊形式。自我养老一方面有助于提高老年人在家庭中的地位和尊严;另一方面也能在一定程度上减轻家庭养老和社会养老的负担[24]。但我国现阶段的自我养老形式并非农村养老的理想状态,更多的是农村老人在家庭养老功能弱化而社会养老服务尚未健全背景下的一种无奈选择,是以压缩老年人自己的生活所需、降低生活标准、牺牲养老生活质量为前提的一种“被动的自养”[25-26]。

HHQ,男,江西省三阳县龙宝村人,69 岁,老伴 70 岁。在日常生活中,HHQ 和老伴一直都是自我照顾。由于身体仍算硬朗,老两口目前还耕种了 13 亩田,一年种植两季水稻。除了在“双抢”期间由于赶时间需要顾工之外,其余的农活都是老两口自己干。为了节省犁田开支,家里养了一大一小两头黄牛。在农闲季节,HHQ 还会就近打零工赚取现金收入。最近连续三年,每年开春的一个多月里,他都会去给邻居上山栽树,工资 80 元/天。HHQ 唯一的儿子在本市另一个县打工,儿媳带着 4 岁的小孙子住在县城。儿子一个人养三个人,他一年到头挣的钱根本不够花。为此,HHQ 老两口每年还要拿出一万多块钱来补贴儿子一家的生活。

XZF,女,河南省廖原县平楼村人,79 岁,老伴去世多年。三儿三女(二儿子 2015 年病逝)常年在外务工。XZF 患有严重的风湿病,腰椎间盘突出,还有胆结石,已丧失劳动能力。XZF 目前主要的生活来源就是家里 7 亩田的租金(400 元/亩或 400 斤稻谷/亩)。儿子们一年到头偶尔回来一两次,也只会给她买些水果和蔬菜,没有额外给过赡养费。常年空巢独居的 XZF,日常生活过得异常清苦:炒菜做饭一锅炖,“反正人老了,吃得也不多,将就一下得了”;家里有洗衣机但是不会用,“手没力气搓不动衣服,只能放在水里泡一阵子,再直接拎出来晾干”;家里的水泵坏了,也不知道找谁来修,又没有电话,通知不了子女,以致好长一段时间都是靠下雨时接的雨水为生。

实地调查发现,自我养老已逐渐成为农村社会相当一部分老人的养老现实,特别是在农村低龄老人和空巢老人群体中尤为常见——前者是出于对子女生活不易的体恤,不想向子女伸手而继续通过劳动换取收入以自养;后者是因为子女悉数外出营生,遭遇照料赤字和赡养脱离而被迫自养。上述案例中,HHQ 夫妇年近古稀,却并没有退出劳动力市场。空巢老人 XZF 子女的长期缺位和赡养脱离使其在日常生活中遭遇严重的照料赤字,同时由于经济来源有限,她不得不把物质生活需求降至最低,艰难度日。所以说,虽然自我养老在一定程度上减少了老人对子代赡养的依赖,为老人创造了更多自主性和独立性空间,但这个过程却极为艰辛。而且随着年龄的增长和身体状

况的恶化,自我养老的老人会越来越依赖他人的照料,最终还是需要回归家庭赡养。

2. 家庭养老商业化

当农村老人逐渐丧失自养能力、完全需要依赖他人的赡养照料时,老人的子女不得不承担起照料父母的责任。在此情况下,当常年在外生活的子女不愿意放弃自己在城市的工作,而父辈又不愿意或不方便去城市与其一起生活时,子女便采取了一种付费购买居家照料服务的方式——他们或付费给自己常年留在农村的兄弟姐妹或亲戚,或直接聘请居家保姆,为老年父母提供家庭养老服务。本研究将这种老年人居住在自己家中,子女或自己花钱购买养老服务的现象称为"家庭养老商业化"。这种方式通过市场购买服务有效弥补了子女缺位后家庭养老中生活照料的缺口,保留了家庭养老的独特优势。老年人在获得全面、及时且个性化的生活照料服务的同时也无需脱离原有的生活环境和社会网络。但这种养老方式需要以足够的经济条件为基础,普通的农村家庭根本无力承担,所以在农村地区并不常见也难以普及。

CDF,男,江西省三阳县龙宝村人,84 岁,老伴 82 岁,生有 5 个女儿 6 个儿子。除了三儿子夫妻俩和大儿媳常年留在农村生活之外,其余的子女都在城市谋生,三个小儿子还合资开办了一家五金厂。多年来老两口相互扶持,彼此照料。2013 年,老伴因风湿病恶化生活完全不能自理,CDF 无力照料。由于担心外人照顾不周,儿女们最终决定请原本在城市打工的二儿媳回来照顾二老,工资 3000 元/月。CDF 老两口的这种养老方式被村中老人视为目前最好的养老模式,老两口自己也很满意。只是一年后,二儿媳觉得在家里生活没意思不愿意干了,原本就在家生活的三儿媳被找来照顾两位老人。又一年后,三儿媳因为需要照顾自己新出生的孙子也不干了。最后几经劝说,大儿媳应下了临时照顾两位老人的责任。

WJL,男,河南省廖原县平楼村人,83 岁,老伴与之同岁,空巢留守。三儿三女举家在外,日子过得都不错。两位老人的身体状况都不好,WJL 曾患有膀胱癌,为此动过四次手术,同时还有高血压和高血糖;老伴患有冠心病,肝硬化,一直靠药养着。2015 年 7 月,WJL 老伴的肝硬化突然发病且加重,生活不能自理了。三个儿子都没有时间回家照料,最终决定从邻村找来了一个居家保姆(女,60 岁)来照料两位老人。给保姆的工资是 2000 元/月,由三个儿子均摊。有了保姆后,WJL 夫妻俩过上了"衣来伸手,饭来张口"的日子。WJL 表示,虽然子女亲自照顾和出钱请人照顾是不一样的,但总体上,他对自己目前的生活现状是满意的。但 WJL 躺在病榻上的老伴却哭诉,"我现在生病了,活不久了,他们也不回来看我。"

上述两个案例中老人的子女堪属当地的富庶之家,有足够的经济能力为老人购买商品化的养老服务。同时,两位老人都子女众多,也能在一定程度上分散赡养老人的经济压力。这种养老方式下的生活质量相对较高,他人细致周到的照料会减轻子女对老人的担忧与牵挂,但容易忽视老人在精神慰藉方面的需求,如案例中 WJL 的老伴哭诉儿女没有回来看她。虽然 CDF 老两口活成了村里老人最羡慕的样子,但三年更换了三个照料者的事实也说明了这一方式的不稳定性,因为有着足够经济实力的子女会更愿意成为服务的购买者而非提供者,最后极有可能退而求其次,变成 WJL 老人的养老方式。在此需要警惕的是,"家"不是一个简单的物理空间概念,而是社会学意义上的家庭[27],家庭养老不能被物化为单纯的商品服务,因为家庭养老所传递的亲情关怀、天伦之乐和承载的"养老、尊老、送老"的文化内涵是市场交换获得的商品服务无法替代和实现的。

(二)新型农村社区养老模式:艰难起步

农村社区养老模式是指以村委会或社区居民委员会为组织依托,以村落或社区为载体,充分利用政府、社区、家庭、个人等各方资源,为农村老年人提供衣食住行上的方便,以及生活照料、文化教育、体育娱乐、法律咨询等养老服务[19]的养老模式,其本质是对村域网络资源的整合与运用,

核心是村民的集体参与和合作[28]。农村社区是典型的熟人社会,人和人之间有着世世代代比邻而居的地缘和血缘关系,有着更大程度上的相互信任。所以,在发展成熟的社区养老中,老年人不仅可以获得日常生活方面的照料,还能在熟悉的人文环境中得到心理和精神方面的支持[29]。而且,社区养老的服务内容可以充分融合地域文化特性,灵活性大,容易满足老人的个性化需求。2011 年,国务院印发《社会养老服务体系建设规划(2011 - 2015 年)》,将社区养老视为我国社会养老服务体系的有机组成部分,并强调要重点建设老年人日间照料中心。在此背景下,农村社区老年人日间照料中心迅速发展,各种新型农村社区养老服务模式、社区照料中心等在全国各地相继出现,如河北肥乡互助幸福院养老[30],山西平陆县的"老年灶"[31],吉林省的居家养老服务大院[32]等。

但农村社区养老模式需要强大的社区经济实力和公共基础设施做后盾,同时需要完善的制度和组织保障才可持续。显然,这两个条件在现阶段的大部分农村地区并不具备,要普遍建设具有生活居住功能的集体养老组织尚不符合目前的农村实际[29]。加之目前的社区养老服务队伍素质不高,社会参与力量不足[33],我国农村社区养老模式目前大都停留在提供简单的休闲健身设备这一基本的服务层面,或依旧处于艰难的起步、探索阶段。

> 江西省三阳县高桥村是一个典型的单姓村庄(分为 5 房),村中有一座已有 100 多年历史的家族大祠堂,可容纳 120 多人同时活动。祠堂过节时用于祭祖,平时开放为老年人服务中心。2011 年,一房的房长动用自己的关系,从县民政局申请到了 2 万元的扶贫款,并用这笔资金为服务中心购买了桌椅、空调、电视、当地戏曲光碟、象棋、麻将等设备。目前,服务中心有专人负责管理,每天大概有七八十人前来活动,大都是 70 岁以上的老人。女性老人来后喜欢坐在电视机前听戏,男性老人则喜欢坐在一起玩扑克、打麻将或是下象棋。一些老人表示,"自己在家太闷了,到这儿大家凑在一起,可以聊天、看戏,容易消磨时间","这里人多热闹,而且有空调,冬天暖和,夏天凉快"。尽管服务中心在老人群体中很受欢迎,但由于特殊原因一直没有得到现任村委会的支持,对外募集的捐款也没法直接入账。为此,管理者一直在担忧,可能不久之后,服务中心就会因为制度保障和经济来源的双重缺位而关闭。

在笔者调查的 8 个村庄中,高桥村是唯一一个能为老年人提供组织化的社区养老服务的村庄,另外 7 个村庄的社区养老服务组织要么尚未落实,要么名存实亡。尽管不论是在硬件配备还是在服务供给上,高桥村的老年人服务中心都达不到国家规定的"日间照料中心"的标准,但其至少为村庄老人提供了一个聚在一起休闲的公共场所,丰富了他们的老年生活,特别是其服务内容完全依据当地老人的生活喜好和文化背景而设计,故而深受老年人的欢迎和好评。同时,该服务中心的顺利运行也得益于高桥村强大的家族纽带的带动和支持,这充分体现了社区养老模式机动灵活、可以充分融合地域文化和优势资源的特性。高桥村地势平坦,住户相对集中,这也为吸引老年人参与社区活动提供了空间上的便利。虽然高桥村老年人服务中心几乎具备了"天时地利人和"的优质条件,但缺少相应的制度保障和稳定的经济来源,仍旧是该服务中心可持续发展最大的隐忧。

(三)农村社会保险养老模式:低水平保障

社会保险养老是指国家通过立法,采用个人、集体、国家共同出资的方式筹集资金为符合相应条件的老人提供养老保障的一项制度[18]。我国农村社会的基本养老保险制度先后经历了 1992 年的"老农保"、2009 年的"新农保"和 2014 年以来的"城乡居民基本养老保险"阶段。农村社会养老保险制度的建立与发展,对改善农村老年人的养老福利有着积极的促进作用,在一定程度上缓解了家庭养老危机,降低了老人对子女养老的依赖;同时也有利于提高农村居民的生活水平,破解城乡二元的经济和社会结构,维护农村社会的稳定和谐[15, 34]。实地研究也证实,农村社会养老保险

制度的普及,确实在一定程度上改善了农村老人的晚年生活福利,受到了农村老年人群体的积极认可和好评。特别是对那些遭遇赡养脱离或是经济贫困的困境老人而言,农村社会养老保险为他们提供了一定的经济支持,尽管微薄但至关重要,俨然成了他们养老生活最后的"救命稻草"。

WZC,男,78岁,老伴76岁,家住贵州古江县同村。WZC患有严重的胃病和腰椎间盘突出,并诱发了骨质增生,老伴肾脏、肝、胆上都有结石。由于身体状况太差,夫妻俩几乎完全丧失了劳动能力只能勉强生活自理。WZC说,"管不了田,种不了菜,养不了牲口,一天到晚什么也干不了,只能坐着吃。"他们唯一的儿子三年前离婚,目前一边在外打工一边独自抚养3岁的儿子,日子也特别困难。老两口目前唯一的收入来源就是新农保的养老金。夫妻两人每月共140元,除去每次去乡镇取钱往返16块钱的车费,剩下的124元就是两位老人一个月全部的生活费。WZC说,"还好现在有了养老金,要不然我们这种人可真就没有活路了。"

但在现有条件下,农村基本养老保险的保障水平低也是学界共识[35]。当前,城乡居民基本养老保险在农村社会基本全面覆盖,其保障的有效性越来越体现在养老金的最终发放水平上[36]。由于不同地区的经济能力和财力程度各不一样,各省市、地区的城乡居民养老金数额也相差甚远。相关统计数据显示,除北京、上海等个别城市外,2019年,我国大部分省市的基础养老金依旧徘徊在100元/人/月左右,其中贵州省为93元/人/月,四川省为100元/人/月,河南省为103元/人/月,江西省为105元/人/月。由于现阶段大部分60周岁以上的农村老人没有历史养老保险缴费积累,他们每月只能领取基础养老金。但以当前基础养老金的额度,连农村最低生活保障的标准也达不到,根本不能有效满足农村老人的基本生活需求。此外,农村社会养老保险存在的"公平性差""缺乏社会共济性""资金的保值增值困难"[37-38]等问题也直接制约了其保障能力的改善。

(四)机构养老模式:低效率运行

机构养老是以养老院、敬老院、老年公寓等养老机构为载体,为老年人提供集中式生活照料和服务的社会化养老服务模式。相较于其他养老模式,机构养老有着良好的居住环境,可以为老人提供全面的、专业化的照料和护理,集体生活也有助于老人排解孤独,还能减轻子女的照料负担[39]。二十一世纪后,国家先后出台了《关于加快实现社会福利社会化的意见》(2000年)、《关于加快发展养老服务业意见的通知》(2006年)等政策意见,促进了民间资本进入养老服务市场。随着"机构养老为补充"地位的官方认定和养老服务社会化的不断推进,我国机构养老服务快速发展,出现了"公助民办""公建民营""公私合办"或是"民办民营"等多样化的养老机构,养老机构床位数每年以超过10%的速度增长[40]。但相较于城市地区,我国农村地区的机构养老服务起步晚、发展慢。现阶段,在广大农村地区,不论是公立还是私营,整个农村机构养老模式都陷入了一个低水平运行的发展陷阱之中,急需找到发展的突破点。

在服务供给上,我国农村机构养老面临床位缺口巨大却又资源利用率不高的两难困境。2015年,全国可提供住宿服务的乡村养老服务机构仅为15587个,床位177.1万张。按照"每百名老人5张养老床位"的国际标准,我国农村养老机构的床位缺口达400多万张,且越是在经济发展相对落后的农村地区,缺口越大。同时,农村养老机构供给呈现出两头大、中间小的"哑铃形",即市场上装饰豪华的高端养老机构和设施简陋的低端养老机构较多,而需求最大的中档养老机构却较少[19]。结果是高端机构收费贵,农村老人住不起;低端机构服务差,农村老人不愿住;中等机构可接受,却又供给不足。为此,现有农村养老机构资源利用率低,空床率较高,有些养老机构只有五六成的入住率,有的甚至才二三成[41]。极低的入住率极大地压缩了养老机构的利润空间,以致其既不可能降低目前的收费标准,又没资本改善院内的设施环境和老人的生活条件,可费用的居高不下和服务质量的有限性又进一步限制了农村老人的入住意愿。农村养老机构就此陷入一个低

水平运行的发展循环之中,难以脱身。与此同时,作为公办养老福利机构的农村敬老院,状况同样不容乐观。随着农村敬老院三大经济支柱中的“农村集体经济力量”和“受供养者土地收益”双双衰落,地方财政拨款成了农村敬老院最后的依靠。但由于地方财政的支持经费有限,农村敬老院的发展也困难重重。案例中的 GLT 敬老院只能为入住老人提供吃、穿、住等基本的生存型服务,甚至因为没有护理员而把那些最需敬老院提供养老支持的失能五保老人拒之门外。

河南省廖原县 XZC 幸福院是由一所废弃的小学改造而来,共有 30 个房间,100 张床位,当前只入住了 30 人,除了 2 个 40 多岁的残疾人以外,其他大多是 70 岁以上的老人。住院费按老人的自理程度从 1180 ~ 1880 元/月之间分了八个等级。全院共有 4 位护理员,每个护理员都有自己固定的服务对象,主要的工作内容包括为老人换洗衣服、整理床铺、打扫房间卫生,为失能和不能自理的老人喂食喂药、清洁身体等。XZC 的经理表示,尽管幸福院的收费标准相较于城市同类机构已经是很低了,但依旧超出了当地农村老人和家庭的承受能力。所以幸福院目前最大的发展困境是入住率太低而运营成本高,微薄的利润仅能维持幸福院的基本运行。

江西省三阳县 GLT 敬老院始建于 1987 年,由乡镇以前的知青大院改建而成。敬老院当前共有 40 个床位,但仅入住了 10 个生活均能自理的五保老人(全镇有 585 位五保老人)。敬老院主要的经费来源是县民政局下拨的 3800 元/年/人的集中养老费。敬老院有一个自己的菜园子,还有 20 多亩稻田,菜园子由入住老人负责耕种管理,稻田则出租给了他人耕种,每年的粮租刚好可以满足全院老人一年的口粮。GLT 敬老院没有护理员,所以“生活能自理”是敬老院接收五保老人的首要要求。当一个老人因病或因老而逐渐不能自理时,院长就会要求老人的亲人将其接回家。实在没有亲人者,就只能继续留在敬老院,由其他的老人轮班照料。

(五)断裂:农村养老服务体系的发展之困

随着新型农村社区的创建、农村社会养老保险制度的实施以及农村养老机构的逐步兴起,一个包括家庭、社区、社会等多主体在内的多元养老服务体系在广大农村地区正逐步形成。但整个养老服务体系机制并不完善,呈现出明显的“断裂”特征,难以有效应对目前的农村养老危机。

一方面,不同养老模式的发展现状都不容乐观,各自面临着不同程度的发展困境:传统的家庭养老正被动转型,农村老人或是通过强化自我剥削而实现自我养老,或是通过高昂的经济成本购买商品化的家庭养老服务;新兴的农村社区养老无力全面铺开,在很多经济水平较低的农村地区要么形同虚设,要么正艰难起步;普惠性的农村社会养老保险保障力度低,并不能从根本上缓解农村老人的养老危机;补充性的农村机构养老床位缺口大却又资源利用率低,只能低效率运行。

不利的发展处境极大地削弱了各种养老模式的服务供给能力和供给质量,整个养老服务体系中,服务内容和服务对象都存在缺口,不能有效满足农村老年人多样性的养老需求。在服务内容上,作为农村养老主力的家庭养老模式在生活照料、经济支持和精神慰藉三个层面的服务能力都明显萎缩;具有提供多重服务潜质的社区养老模式在缺少强有力经济保障和制度支持的前提下,也只是一纸空文,服务能力较弱;新兴的农村养老保险仅能提供薄弱的经济支持;集中供养式的机构养老能为老年人提供比较好的生活照料和日常护理,但在精神慰藉方面仍需强化。在服务对象上,现阶段养老服务体系尚未有效覆盖到所有的农村老人:机构养老主要针对的是高龄、失能老人,家庭养老在一定程度上也是重点关照高龄/失能老人,而社区养老和农村养老保险现阶段都只是一种补充性的养老资源,并不能提供综合性的养老服务。

另一方面,由于几种养老服务模式的具体机制和逻辑各不相同,以致在实际运行中往往各自为政,甚至互相排斥,其中最明显的是家庭养老支持与其他各种养老服务之间的“你进我退”。现

有诸多研究表明,公共养老保险制度的实施会对家庭的代际经济转移产生一定的“挤出效应”。Cox and Jimenez 对秘鲁的研究发现,领取社会养老保险的家庭获得代际转移支付的可能性较低,仅有 11%;在没有社会养老保障的情况下,老年人获得的家庭代际转移数额将增加 20%[42]。Fan 的研究发现,台湾的农民养老金制度在一定程度上影响了子代对父辈的经济支持,1 美元的养老金挤出了 30~39 美分的家庭代际转移[43]。也有研究证实,我国“新农保”与其他的养老支持呈现出一种“此消彼长”的关系[44]。笔者的实地调查也发现“新农保”对家庭代际支持或其他生活来源存在一定的“挤出效应”。下述案例中,GLZ 老人的儿子就因为养老金的存在而退出了对父母的经济支持,而且退出得心安理得。然而,在子女代际支持弱化的情况下,微薄的养老金根本无法应付持续上涨的物价和不断扩大的生活开支,老人的福利状况依然处于恶化趋势。

GLZ,男,河南省廖原县平楼村人,78 岁,老伴今年 76 岁。GLZ 患有浅表性胃炎,经常腰疼;老伴患有严重的风湿关节炎,左手手指严重变形。老两口目前已无力从事农业生产,仅在家养殖了少量的鸡鸭。鸡鸭长成后,可以拿到集市上卖。此外,GLZ 夫妻俩最重要的经济来源就是“新农保”了。新农保刚开始实施时,采用“家庭捆绑”机制,GLZ 为了能领到养老金,不得不自己出钱给 3 个儿子和 1 个儿媳缴纳保险费,“我们老两口领到的养老金加起来才 1400 多块钱,给他们 4 人一人交 300,就要 1200,我们一年就得到了国家 200 多块钱的好处。”现在,三个儿子都自己缴费了,GLZ 夫妻俩的养老金可以全额自己支配,但儿子们也因此不再提供经济支持了,理由是,“自己挣点,国家给点,够你们老两口平时花了。”

此外,另有研究指出,在个别社区养老服务发展较好的地区,一些子女开始依赖村集体,不再对老人给予物质或精神上的关心,甚至直接将照顾老人的义务扔给了村集体,既严重影响了老年人的生活质量也造成了集体养老的超负荷[45]。有些老人在进入养老机构后,其子女因为看到养老机构的周到服务而安心,故而减少或是缩短对老人的探视时间,有的甚至长期不过问[46]。家庭养老支持在社区养老或机构养老场域中的这种退场和缺席,在一定程度上强化了后者的养老压力,也弱化了整个养老服务体系的服务能力和服务效果。

三、融合:农村养老服务体系的出路

人口老龄化是经济社会发展的产物,是 21 世纪人类社会共同面临的重大课题。1969 年,马耳他在向联合国提交的一份名为《年长与年老问题》的说贴中指出了老龄化问题的现实性与复杂性,并建议将其纳入联合国会议的议题中,人类应对老龄化这场“无声的革命”由此拉开了序幕[47]。1997 年,西方七国在丹佛会议上,首次提出了“积极老龄化”的概念,以应对人口老龄化危机。2002 年,世界卫生组织形成的《积极老龄化——政策框架》(Active Ageing:A Policy Framework)的报告提出了积极老龄化的三个主要方向——健康、参与、保障[48],为积极老龄化行动提供了政策框架,也为我国应对老龄化问题提供了重要引导。本研究认为,要想摆脱农村养老服务体系目前这种“断裂”的发展困境,有效缓解农村养老危机,需要从“保障”“健康”“参与”三个层面,实现农村养老资源的多重融合。在保障层面,要从整体上规划布局,促进现有不同养老模式之间的优势互补,构建一个多主体、多层次、多阶段的综合养老服务体系,让所有农村老人都能“老有所养”;在健康层面,积极协调农村医疗资源与养老资源的相互结合,全面重视“养”“医”“护”,促进整个养老服务体系的功能优化和机制完善,让每一位农村老人都能“老有所医”;在参与层面,应该把老年人个体融入到整个养老服务体系中来,充分尊重老年人的主体性,发挥老年人的能动性,重视老年人的传承能力,让农村老年人有机会发挥自我价值,实现“老有所为”。

(一)多种养老模式优势互补

家庭、社区、农村养老保险和机构四种养老模式的服务内容各有侧重,只要能实现多种养老模式相互融合,做到优势互补,完全可以弥补各自的服务缺口,形成一个多主体的综合养老服务体系。从学理层面讲,农村养老保险可以强化家庭养老的经济支持,社区养老可以助力家庭养老的精神慰藉,机构养老可以分担家庭养老的照料压力。所以,只要各种养老模式都能有效运行,取长补短,即可以织就一张在经济供养、生活照料和精神慰藉三个方面都完整、有效的养老服务网。具体社会实践也证实,多种养老模式的融合、互补是可行且有效的。陕西榆林的老年协会组织街坊邻里为村中的“三无”、智障等困境老人群体提供“定人、定时、定点”的居家养老免费照料服务[20]——这种模式通过对社区养老和家庭养老的结合,让老人在拥有家庭精神与情感支持的同时,获得了社区提供的生活照料服务。在广东东莞,村委会动用集体经济收益为村民支付农村养老保险费用,同时,老人还拥有股权,可以参与村集体的经济分红[45]——这种模式将家庭、社区和农村养老保险都结合了起来,强化了农村养老的经济保障。

当然,多种养老模式的相互融合并不是家庭、社区、农村养老保险和机构养老等多种模式的简单并存。这种融合既需要不同的养老模式在服务内容上互为补充,彼此促进,还需结合不同的地域政治经济文化背景和不同老人的个体需求差异,分层次和分阶段逐步推进。

首先,多种养老模式的融合必需结合农村经济文化背景,分层次推进。由于我国地域间政治、经济、文化的不平衡发展,各养老模式在不同农村地区的发展状况差异明显。在经济发展程度较高的东部地区,农村家庭收入较高,人们的社会养老保险意识强,老人自养程度较高;同时,地方政府财力雄厚,农村基础设施条件完善,社区养老服务发展空间大。因此,这些地区的农村养老模式发展可以强化自我养老和社区养老模式的建设,形成“个人 + 集体”养老为主,国家养老保险和机构养老为辅的养老服务体系。在那些经济发展相对比较落后、政府财力较弱的农村地区,社区养老模式的服务基础较差,传统的家庭养老模式依旧是整个农村养老服务体系的关注重点。这些地区应努力提高社会养老保险的保障水平,为贫困人口提供兜底的养老保障,最后辅之以社区养老和机构养老模式,满足老人多样化的养老需求。

其次,多元养老模式的融合还需综合考虑老人的个体差异,分阶段进行。不同老人的健康状况、自理能力、经济承受能力和个人喜好等不同,对养老服务的需求也不同。身体状况较好的中低龄老人对生活照料的需求程度不高,他们在一定程度上可以自我养老,只需辅之以农村养老保险提供经济支持,家庭和社区提供情感支持即可。对于那些身体状况不好、失能和高龄的老人来说,生活照料和日常护理是他们最主要的养老需求,他们应该是社区养老服务和机构养老服务的重点关注对象,同时社会养老保险也应该向他们偏斜以减轻其经济负担。

(二)医疗资源养老资源互相结合

医疗保障(Medical)一直被视为养老服务的三大基本要求之一①,因为随着年龄的增加,人体的各项生理机能逐渐弱化,抵抗力下降,老年人成为疾病的高发人群。《2014 中国农村养老现状国情报告》称,近四成农村老人患高血压,两成老人患颈椎、腰椎病,近五成老人每天都需要吃药。但在医疗体系尚不完善的农村地区,老人“小病拖,大病扛”有病不治的情况屡见不鲜,甚至还有 20% 的农村留守老人在身体严重不适的情况下都没有就医。“医疗护理”已成为除“经济供养”“生活照料”和“精神慰藉”三大基本需求之外的第四大养老服务需求。甚至有研究表明,在主观需求意愿

① 在国外,养老需求主要被界定为“3M”,即 Money(钱)、Medical(医疗保障)、Mental(精神需求)。参见:邬沧萍.社会老年学[M].北京:中国人民大学出版社,1999:264.

中,农村老年人对医疗的需求要强于经济供养、精神慰藉和生活照料需求[49]。

"医养结合"是指医疗资源与养老资源的相互结合,应包含"养""医""护"三个层次——"养"指老年人的日常生活照料服务,"医"指老年人的生病就医服务,"护"是指老年人的慢性病或康复期间的护理服务[50],即日常"养",病时"医",治疗"护",实现"医养一体化"无缝衔接。医养结合需强调服务的连续性[51],将"养""医""护"全套服务贯穿至老年人的整个养老过程,既要为患有病症的老年人提供持续性的医疗救助和康复护理服务,也应当为其他老人提供持续性的健康管理和日常保健服务。所以,医养结合并不简单地等于"养老机构+医院",也并非是入住养老机构或医疗机构的老年人的专利[52],而是所有老年人都可享有的公共服务和健康权利。医养结合应将医疗卫生资源融入整个社会养老服务体系中,在推动医疗服务与机构养老结合的同时,还应促进医疗卫生资源有效进入家庭和社区,将每一位农村老人都纳入医疗服务的保障之中。

2015年,国务院办公厅发布了《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015-2020年)》,提出要重点推进"医养结合"型养老模式。2017年,国务院印发《"十三五"国家老龄事业发展和养老体系建设规划》,明确提出应"完善医养结合机制,支持养老机构开展医疗服务",要求推进医疗服务与机构养老结合,建立养老机构与医疗机构间的双向转诊绿色通道;将养老机构设置的医疗机构按规定纳入基本医疗保险定点范围。具体而言,要真正实现"农村养老服务资源和医疗卫生资源"的有效结合,首先在制度层面要打破相关主管部门间的壁垒,促进养老资源在民政、医保、社保等部门间的有效整合,健全农村医疗保障体系,逐步提高重大疾病的报销比例,简化报销程序,提高服务效率;其次要加强农村社区的医疗服务建设,完善医疗服务网络,改进医疗设备,培育医护人才,提高基层医疗组织的服务能力和服务质量;最后要积极推进乡镇医疗中心和农村社区、农村养老机构和农村家庭建立合作关系,定期开展养老保健知识普及,定期为农村老人免费体检,为每一位农村社区老人建立健康档案,持续性地记录农村老人的健康状况的变动情况,争取做到早预防、早发现、早治疗,防止小病因得不到及时医治而使病情恶化[53]。

(三)农村老人个体积极融入

生命价值贯穿着个体的一生,只不过在人生的不同阶段,生命价值的表现不同而已。随着年龄的增长,人的重要生物机能会逐渐衰退,但知识和阅历则在不断丰厚,个体的创造力和智慧在晚年依旧可以焕发生机[54]。早在二十世纪80年代初,美国著名老年学家Robert Butler[55]就提出了"生产性老龄化(Productive Aging)"的概念,倡导学界重新思考和定义老年人的生产能力,改变全社会对老年人"依赖性"的传统社会角色定位。所以,老年人不能被视为一个单向的需要被照料的对象,特别是对于那些处于"第三年龄期"的老人(在我国指60~75周岁的老年活动年龄人口),他们完全有能力按照自己的意愿,发挥自己的潜力,达到自我实现的境界[56]。在现实生活中,农村老人也绝非不被需要的"废弃的生命"[57],他们不仅通过参与劳动生产、照料家庭、看护孙辈、志愿服务等活动直接或间接为社会发展贡献力量,而且承担着文化和精神传承的重担[58]24,是乡村社会的重要根基[59]。农村老人不仅为自身和家庭再生产做出了重要贡献,也在中国乡村发展乃至全球经济体系中扮演着重要角色[60-62]。所以,我们应该鼓励农村老年人融入到养老服务体系的建设中,充分发挥老年人的主体性、能动性和传承性,树立一种积极、健康的老年价值观,创造一种"尊老""爱老"的社会文化风尚,实现老人个体发展、养老服务体系建设和社会发展的多方共赢。

首先,充分尊重和重视老年人的主体性,让他们在安享晚年的同时,释放生命最后的能量和光芒,让老年之爱温暖他人[63]。尽管老年人面临着身体机能、劳动能力的日渐衰微,但他们储备了历史的知识和生活的阅历[64],对社会发展和下一代的成长具有重要的指导作用[65]。在荷兰,一家名

叫 Huamnitia Home 的养老院将空余的宿舍免费租给当地大学生,只要求入住者每个月至少要花 30 个小时陪伴住在这里的老年人[66]。在美国西雅图,一家养老机构和幼儿园开在了一起,并合作成立了“代际学习中心”。在这里,孩子跟老人一起吃饭,一起做游戏,一起唱歌、跳舞、画画[67]……在上述两个例子中,养老机构与教育机构的合作,成功地把一群充满青春活力的年轻生命带进了老人的养老生活,达成了良性的互动。在此过程中,老人有机会感受到承欢膝下的天伦之乐,极大地缓解内心的孤寂和压抑;年轻人也可以从老人那里获得生活的经验和智慧。

其次,充分调动老年人的主观能动性,鼓励老人主动参与养老服务活动,为自己的养老生活与保障也为农村养老服务体系的建设和发展出谋划策、添砖加瓦。在此,各级政府和社会组织可以引导和推动“农村互助养老”的发展,促进老年群体内部在生活上互相帮助,精神上互相陪伴。如鼓励低龄的、身体较好的老人日常帮扶高龄的、身体较弱的、生活中遇到困难的老人;或是定期组织有意愿、有能力的老年志愿者为村庄不能自理的、失能的老年人提供上门照料服务。这种建立在血缘和地缘基础上的养老互助,在为农村老年人提供生活照料的同时,还能满足其精神与情感需求;在提升农村养老服务的层次与质量的同时降低了家庭和社会的养老压力。

最后,高度重视老年人群体在历史知识和社会文化传承中的作用,让他们在社会文化发展和精神文明建设中获得超越自我的意义和价值。作为时间的收集者和记忆的保存者,农村老人是记载乡风民俗和地方技艺的活化石,身上承担着文化传承的历史使命。所以,在发展老年文化娱乐活动的时候,不能仅将老年人视为单向的被动的接受对象,更应视其为乡土文化的承载者和传播者,引导其传承和发扬乡土文化和传统技艺。在贵州省黔东南的一个侗族村落,老人在侗族大歌、牛腿琴等侗族传统文化的发扬上发挥着不可替代的作用。每当村庄有重要客人到访或是需要文艺演出的时候,老人就是整个活动的主力军,他们载歌载舞,成为村庄的文化符号和文化使者。在此过程中,老人们也充分感受了到自己的价值,获得了精神上的满足感,真正实现了“老有所为”。

四、总结与讨论

在人类历史上这前所未有的“老龄化”难题中,我国不论是老龄化程度还是老年人口规模,都位居世界前列。而且,在城乡分布上,农村的老龄化程度始终高于城镇,据预计,2028 年农村人口老龄化水平将达到 30.5%,我国农村将进入重度人口老年化阶段[68]。积极完善养老服务体系,有效应对人口老龄化趋势,让每一位老年人“老有所养,老有所依,老有所乐,老有所安”①,对我国经济的持续发展、社会的和谐稳定、文化的发展传承具有重要意义。2017 年 2 月,国务院印发《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》,对“十三五”期间积极应对人口老龄化做出了重要决策部署,并特别指出要加强农村养老服务体系建设;2018 年 1 月发布的中央一号文件《中共中央国务院关于实施乡村振兴战略的意见》明确提出要“构建多层次农村养老保障体系,创新多元化照料服务模式”;2019 年的中央一号文件《中共中央国务院关于坚持农业农村优先发展做好“三农”工作的若干意见》再次提到要“支持多层次农村养老事业发展”。诸多政策文件先后出台,一方面说明了农村养老形势严峻、问题突出,另一方面也为进一步发展和完善现有农村养老服务体系提供了有利的契机。

---

① 2013 年 12 月 28 日,中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平深入北京市供热企业和敬老院,考察民生工作,慰问老年群众时,强调要完善制度、改进工作,推动养老事业多元化、多样化发展,并提出了“让所有老年人都能老有所养、老有所依、老有所乐、老有所安”的美好愿望。

总的来说,考虑到我国独特的社会、经济和文化特征,本研究认为,结合不同的地域条件和老人个体的差异,推动家庭、社区、机构和社会养老保险等不同养老模式的有机融合,取长补短,同时有效整合农村医疗资源,充分发挥农村老人个体的能动性、主体性和传承性,建构一个多层次、多阶段的综合型养老服务模式,是解决我国农村养老危机的主要出路。首先,不同养老模式各有侧重、各有欠缺的服务内容决定了我国农村养老体系必需实现多元服务主体的有机结合,取长补短才能有效弥合整个农村养老服务的断裂。同时,我国地域间的经济、政治文化的不平衡发展和老年人需求的个体化差异,决定了建立统一的、全国性的农村养老服务模式并不现实。所以,农村养老服务体系的建设,应以不同地区的社会经济条件和文化背景为基础,并结合老人群体的个体需求差异,多层次、多阶段逐步推进。其次,据国内外的调查,在可供选择的多种愿望中,四分之三的老年人将健康置于首位[58]246,健康养老已成为衡量老年人养老生活质量的重要指标。推进"医养结合",实现医疗资源和养老资源的有效连接和融合,为每一位农村老人提供便捷的、持续的医护服务是提高养老生活质量,实现健康养老的重要途径。最后也最重要的是,长期以来,中国的养老、尊老文化将老人单方面视为被关注、被照料的对象,却忽视了老年人所具有的能动性、积极性[56]。老年人虽然随着年龄的增长直接参与市场经济活动的劳动能力逐渐弱化,但他们储备了历史的知识和生活的阅历,承担着社会发展和文化传承的重要功能,是当今乡村的重要"根基"。他们的生存现状不仅影响着农村的少年一代,牵连着农村的青年一代,更预示着农村壮年一代的未来[59]。只有深刻认识到这一点,才能在整个农村养老服务模式的建设中树立"以老人为中心"的理念,让老年人融入到整个养老服务体系的建设中,有机会发挥自我价值,实现"老有所为"。

参考文献:

[1]杜鹏. 中国人口老龄化现状与变化[J]. 中国社会保障, 2013(11):13-15.
[2]邬沧萍, 邓春黎. 农村养老——迈向二十一世纪老龄问题中的一大难题[J]. 中国社会保险, 1998(3):4-6.
[3]贺聪志, 安苗. 发展话语下我国农村留守老人的福利之"痛"[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2011(3):120-126.
[4]唐灿, 马春华, 石金群. 农村家庭养老方式的资源危机[J]. 中国党政干部论坛, 2008(11):39-41.
[5]刘燕舞. 农村家庭养老之殇——农村老年人自杀的视角[J]. 武汉大学学报(人文科学版), 2016(4):13-16.
[6]张正军, 刘玮. 社会转型期的农村养老:家庭方式需要支持[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2012(3):60-67.
[7]郭德奎. 浅谈农村家庭养老模式的完善与重构[J]. 中共太原市委党校学报, 2012(1):47-49.
[8]郭庆旺, 贾俊雪, 赵志耘. 中国传统文化信念、人力资本积累与家庭养老保障机制[J]. 经济研究, 2007(8):58-72.
[9]戚晓明. "家庭养老"概念的重申与我国农村养老[J]. 重庆邮电学院学报(社会科学版), 2005(6):920-922.
[10]周俊, 罗华林. 矛盾抑或共融:农村家庭养老到社会养老——基于我国农村养老保障历史发展的分析与思考[J]. 党政干部学刊, 2009(12):41-43.
[11]安增龙, 董银果. 论中国农村养老模式选择[J]. 西北农林科技大学学报(社会科学版), 2002(4):59-63.
[12]李宏, 单学勇. 农村养老保障:从"家庭"到"社会"[J]. 经济与管理, 2004(9):10-14.
[13]钟建华, 潘剑锋. 农村养老模式比较及中国农村养老之思考[J]. 湖南社会科学, 2009(4):58-61.
[14]王海洋, 崔征. 家庭养老与社会养老的结合优势[J]. 法制博览, 2015(11):292-293.
[15]张川川, 陈斌开. "社会养老"能否替代"家庭养老"? ——来自中国新型农村社会养老保险的证据[J]. 经济研究, 2014(11):102-115.
[16]苏国. "十二五"期间大力推进养老服务体系建设的建议[J]. 宏观经济管理, 2011(2):18-19.
[17]郭文娟. 中国农村养老模式研究综述——基于CSSCI期刊(2000—2013)的研究[J]. 山西农业大学学报(社会科学版), 2013(11):1151-1156.

[18]周跃锋, 刘敏. 对我国农村养老模式的探讨[J]. 改革与战略, 2010(3):94 - 96.
[19]赵强社. 农村养老: 困境分析、模式选择与策略构想[J]. 农业经济问题, 2016(10):70 - 82.
[20]李俏, 刘培, 顾昱. 农村多元养老模式的现实解读:区域比较的视角[J]. 西北人口, 2014(1):97 - 102.
[21]李俏, 陈健. 变动中的养老空间与社会边界——基于农村养老方式转换的考察[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2017(2):128 - 136.
[22]陈赛权. 中国养老模式研究综述[J]. 人口学刊, 2000(3):30 - 36.
[23]陈芳, 陈建兰. 我国"自我养老"模式研究述评[J]. 学术论坛, 2013(1):90 - 95.
[24]丛春霞, 方群. 我国新型农村养老模式研究[J]. 中国发展观察, 2015(12):40 - 43.
[25]陈芳, 方长春. 家庭养老功能的弱化与出路:欠发达地区农村养老模式研究[J]. 人口与发展, 2014(1):99 - 106.
[26]赵志强. 当前农村自我养老困境及对策[J]. 合作经济与科技, 2012(11):71 - 72.
[27]杨宗传. 居家养老与中国养老模式[J]. 经济评论, 2000(3):59 - 60.
[28]叶军. 农村养老社区照顾模式探析[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2005(1):37 - 40.
[29]高灵芝. 农村社区养老服务设施定位和运营问题及对策[J]. 东岳论丛, 2015(12):159 - 163.
[30]周娟, 张玲玲. 幸福院是中国农村养老模式好的选择吗? ——基于陕西省榆林市 R 区实地调查的分析[J]. 中国农村观察, 2016(5):51 - 64.
[31]郭宏. 兴办"日间照料中心"破解农村社区养老难——平陆县探索农村社区养老新模式的调查[J]. 中国民政, 2013(12):42 - 43.
[32]许晓晖, 孙瑛彤, 佟鑫. 农村居家养老服务:老人走出门、服务送上门[J]. 中国社会工作, 2013(31):24 - 25.
[33]董金凤, 郑军. 我国农村社区养老问题研究综述[J]. 经济论坛, 2015(10):79 - 83.
[34]程令国, 张晔, 刘志彪. "新农保"改变了中国农村居民的养老模式吗? [J]. 经济研究, 2013(8):42 - 54.
[35]凌玲. 安徽省城乡居民基本养老保险保障水平研究[D]. 蚌埠:安徽财经大学, 2017:20.
[36]于建华, 薛兴利, 毕红霞. 农村基本养老保险保障水平及其差异性分析[J]. 农业经济问题, 2016(8):41 - 50.
[37]杨亚辉. 山西省农村社会养老保险水平评估及对策研究[D]. 太原:山西财经大学, 2017:39.
[38]林文彬. 我国农村养老保障的困境与出路试析[J]. 内蒙古农业大学学报(社会科学版), 2010(6):45 - 47.
[39]翟德华, 陶立群. 居家养老与机构养老选择决策模型理论研究[J]. 市场与人口分析, 2005(S1):62 - 64.
[40]董红亚. 我国社会养老服务体系的解析和重构[J]. 社会科学, 2012(3):68 - 75.
[41]穆光宗. 我国机构养老发展的困境与对策[J]. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 2012(2):31 - 38.
[42]COX D, JIMENEZ E. Private transfers and public policy in developing countries: a case study for peru[R]. Washington:The World Bank,1989:94.
[43]FAN E. Who benefits from public old age pensions? Evidence from a targeted program[J]. Economic Development & Cultural Change, 2010(2):297 - 322.
[44]陈华帅, 曾毅. "新农保"使谁受益:老人还是子女? [J]. 经济研究, 2013(8):55 - 67.
[45]杜园园, 苏柱华, 甘阳英. "集体供养":集体产权改革后的农村养老新次生模式——兼论农村传统养老模式[J]. 山西农业大学学报(社会科学版), 2017(12):9 - 17.
[46]蒋浩君. 何以"逃离"养老院——农村老年人对机构养老的排斥与抗拒[J]. 农村经济与科技, 2016(9):229 - 231.
[47]张倩. 当代中国"积极老龄化"的伦理探究[D]. 长沙:湖南师范大学, 2016:11.
[48]世界卫生组织. 积极老龄化——政策框架[M]. 北京:华龄出版社, 2003:7.
[49]邓文, 乔梦茹. 农村老年群体养老需求的影响因素分析——基于湖北省四市 760 位农村老人的调查[J]. 理论观察, 2017(1):94 - 96.
[50]王建云. "医养结合"养老服务模式下资源整合路径研究[J]. 老龄科学研究, 2015(12):48 - 57.
[51]耿爱生. 养老模式的变革取向:"医养结合"及其实现[J]. 贵州社会科学, 2015(9):101 - 107.
[52]高学成, 褚湜婧, 刘俊峰, 等. 关于"医养结合"的思考[J]. 人口与计划生育, 2017(5):16 - 18.
[53]王计军. 我国农村养老模式的发展与创新[J]. 人民论坛, 2014(11):232 - 234.

[54]LINDAUER M. Aging, creativity and art: a positive perspective on late-life development[M]. New York: Kluwer Academic and Plenum Publishers, 2003.
[55]BUTLER R N, GLEASON H P. Productive aging: enhancing vitality in later life[M]. New York: Springer Pub. Co., 1985.
[56]一海. 主动参与各显其能——美国"常青退休社区"让老年人的价值充分体现[J]. 金秋, 2016(5):11-12.
[57]齐格蒙·鲍曼. 废弃的生命[M]. 谷蕾, 胡欣, 译. 南京: 江苏人民出版社, 2006.
[58]邬沧萍. 社会老年学[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 1999.
[59]高瑞琴, 叶敬忠. 生命价值视角下农村留守老人的供养制度[J]. 人口研究, 2017(2):30-41.
[60]YE J, HE C, LIU J, et al. Left-behind elderly: shouldering a disproportionate share of production and reproduction in supporting China's industrial development[J]. The Journal of Peasant Studies, 2017(5):971-999.
[61]LLOYD-SHERLOCK P. Population ageing and international development: From generalisation to evidence[M]. Bristol: Policy Press, 2010.
[62]JACKA T. Migration, householding and the well-being of left-behind women in rural ningxia[J]. The China Journal, 2012(67):1-21.
[63]穆光宗. 老有所为的"第三年龄时期"[N]. 北京日报, 2014-10-28(19).
[64]ERIKSON E H, ERIKSON J M, KIVNICK H Q. Vital involvement in old age: the experience of old age in our time [M]. London: W. W. Norton, 1978: 352.
[65]曾小五, 朱尧耿. 老年人的价值及其价值实现[J]. 人口研究, 2008(2):87-90.
[66]德优划. 国外流行的养老院新模式(一)[J]. 山西老年, 2017(6):18-19.
[67]德优划. 国外流行的养老院新模式(二)[J]. 山西老年,2017(10): 24-25.
[68]国家应对人口老龄化战略研究总课题组. 国家应对人口老龄化战略研究总报告[M]. 北京: 华龄出版社, 2014.

Integration and Multi-construction of Service System of Elderly Care in Rural China

WANG Wei, LIU Yan-li
(*College of Humanities and Development Studies, China Agricultural University, Beijing* 100193, *China*)

Abstract: Based on the empirical survey conducted in 8 villages in 4 provinces, we found that the entire elderly care service system in rural China--including the models of family support, community care, rural social pension insurance and institutional care-- demonstrates an obvious fracture feature; all the models have respectively experienced plight in varying degrees and obvious fracture and even mutual exclusion can be found among different models. Therefore, it's hard to effectively deal with the increasingly severe crisis of elderly care in rural China. The research argues that, on the basis of diverse political, economic and cultural conditions in different regions and individual needs, the main solution to this crisis is to construct a compound service system of elderly care with multi-agent, multi-layer and multi-stage, promoting the organic integration among different models, taking full advantage of the rural medical resources and encouraging the elderly to give full play to their subjectivity, initiative and continuity.

Key Words: the model of elderly care; service system of elderly care; the plight of elderly care; medical insurance