

延迟退休的时代：退休对健康的影响因职而异吗？

廖予熙 罗仁福 杜语

（北京大学现代农学院，北京 100871）

摘 要 在退休年龄政策的制定中，老年健康是一个不可忽视的重要因素。由于过去几十年中国劳动力市场的分隔，各职业间的流动性不足，退休对于不同职业和职位群体的健康影响存在显著的差异。本文旨在探究退休对健康的影响是否因职而异，从而为延迟退休时代的到来提供有益的经验证据。利用 2011、2013、2014、2015 和 2018 年的 CHARLS 数据，本文采取两阶段模糊断点设计来检验退休对健康因职而异的差异化影响，并以是否达到或超过法定退休年龄作为个体退休状态的工具变量。研究表明，退休对健康的影响方向以负面为主，影响的指标以主观健康指标为主。从不同职工群体上来说，退休对于在政府部门、事业单位工作的职工负面影响最大，尤其是其中的管理层。非正规部门职工也有一定负面表现，不过程度较小。对于企业职工来说，退休并没有造成消极影响。潜在机制可能是退休在不同程度上改变了不同群体泛社交行为的概率。综上，延迟退休政策应考虑针对不同职业、职位的职工进行因“职”而异的推进。

关键词 延迟退休；因职而异；主观健康；泛社交行为

1 引言

随着人均寿命的逐渐延长，人口老龄化逐渐成为不可逆转的趋势。世界上许多国家已采取鼓励继续工作和延迟退休等政策以应对人口老龄化带来的养老支出压力和劳动力供给不足的问题。作为世界上最大的发展中国家，中国拥有数量庞大的中老年群体，当前正在经历人口快速老龄化。随着人均预期寿命的延长和生育率的逐年下降，我国老年人口比例不断攀升，截止 2023 年底，60 岁及以上人口为 29,697 万人，占 21.1%¹。未来一段时期，我国将持续面临人

口失衡以及健康老龄化的压力，延迟退休成为我国应对人口老龄化的重要手段。

自 1978 年以来，我国对于政府机关、事业单位及企业职工执行的退休年龄政策为：男性 60 周岁，女干部 55 周岁，女工人 50 周岁²。出于对养老金缺口现状及劳动人口压力的考虑，2021 年 3 月我国公布的《十四五规划和 2035 年远景目标纲要（草案）》明确提出，按照小步调整、弹性实施、分类推进、统筹兼顾等原则，逐步延迟法定退休年龄。2024 年，二十届三中全会再次明确，按照自愿、弹性原则，稳妥有序推进渐进式延迟法定退休年龄改革，因此渐进性延迟退休逐渐成为我国退休政策发展趋势。本文将基于健康的视角评估退休对于不同职业和职位群体的差异化影响，进而为当前延迟退休政策的制定提

收稿日期：2023-12-15

基金项目：国家自然科学基金项目（42293273）

通讯作者：罗仁福，邮箱：luorf.ccap@pku.edu.cn

供数据参考。

退休是一个人的重大人生节点,也是经济学中的一个重要学术主题,它既涵盖就业率(龚海娟,陈进,2017)、养老金(陶建国,时阳,2013)等宏观议题,又涉及老年人口的生理健康和心理健康等微观福利话题,且后者对个体的全面发展和福祉增进更具显性意义。从理论上说,不同人群在特征上存在系统性差异,以一般的条件期望角度进行分析并不能完全有效地揭示退休对健康的具体影响,因此从异质性角度开展研究是必要和必须的(吴敏捷,宋靓珺,2023)。从现实中看,退休针对不同职业和职位人群的健康影响及其作用机制差异较大,现行的退休政策已经对不同群体采取了不同的政策,如从事井下、高空、高温、特别繁重体力劳动或者其他有害身体健康的工作,男年满五十五周岁、女年满四十五周岁,连续工龄满十年的应该退休³。

目前,学界基于不同年龄、不同性别等人力资本维度,对退休之于健康的异质性影响开展了广泛的研究并取得了丰硕成果,但关于退休对不同职业与职位群体的健康影响及其机制的差异化研究相对较少,聚焦于中国的研究尤少。我国的劳动力市场除了具有世界上其他国家劳动力市场的共性以外,更存在鲜明的中国特色,即中国存在着政府部门、事业单位、国有企业等就业部门。不同部门或同部门不同职位的人群在经历退休后,其个体福利势必受到不同程度乃至不同方向的影响,仅仅从性别、年龄、受教育程度等普适性视角进行分析,仅仅通过研究外国劳动力市场得出的经验证据难以直接回应中国劳动力市场延迟退休的合理性。因此,基于我国国情,全面评估退休对于不同职业和职位群体的健康影响及其作用机制对于当前制定延迟退休政策能够提供有益参考。

本文基于中国健康与养老追踪调查 CHARLS 2011、2013、2015 和 2018 年四期数据以及 2014 年 CHARLS 生命历程调查数据,使用两阶段模糊断点设计来缓解内生性问题,探究了退休对中国不同职业

与职位的职工健康影响。研究发现退休对不同职业和职位的职工健康以负面影响为主,被影响的健康指标以主观指标为主,具体而言,退休对于政府部门、事业单位工作的职工负面影响最大,尤其是其中的管理层,对非正规部门职工有潜在负面作用,程度较小。不过,对于部分企业的职工来说,退休并没有造成消极影响。在此基础上,本文进一步探索了潜在的影响机制,认为退休通过改变不同群体的泛社交行为频率,从而对个体健康发挥了作用。

本文其余部分安排如下:第二部分是文献综述与理论框架;第三部分是数据、变量与模型;第四到第五部分是实证结果、稳健性检验及机制分析;最后是本文结论和政策建议

2 文献综述与理论框架

2.1 文献综述

目前学界关于退休对健康的影响尚未达成统一结论。有观点认为退休是一种有压力的人生转变(Carp, 1967; Macbride, 1976),退休者失去了惯常的生活节奏和工作角色,同时经济来源发生变化,故退休对人的健康会产生负面影响(Bradford, 1979)。但也有相反观点,认为退休将人们从繁重的工作中解放出来,增加了人们社交活动、锻炼机会及睡眠时长等闲暇时间,所以退休对人的健康具有积极作用(Insler, 2014; Mountian & Montoya Diaz, 2020)。此外,还有一些研究发现退休对人的健康并无显著影响(Yeung, 2013)。研究结论出现分歧的原因,一方面是不同的学者所使用的研究样本在地区、行业、人群等方面存在显著差异,另一方面是研究方法并不相同,部分研究采用方法的疏漏或导致研究结果出现了偏误。简言之,不按照具体特征对研究样本进行划分,可能导致退休产生的影响发生混杂,使得研究者得不出清晰的结论。

国外相关研究起步较早,学者从不同角度、多种

作用机制和调节因素来探讨退休对健康的影响。Kim 和 Moen (2002) 基于生命周期的生态模型发现退休对男性的短期影响是增加了他们对变老的积极态度，但在长期内却增加了抑郁症状，对女性的影响不显著。有学者基于退休动机分析退休对健康的影响发现，自愿退休和因客观原因造成的非自愿退休对健康的影响并不一致 (Park & Kang, 2016)。有研究表明退休对健康的短期影响和长期影响也不一致 (Heller-Sahlgren, 2017)。此外，退休对健康的影响还受到退休年龄 (Butterworth et al., 2006)、婚姻状态 (Müller & Shaikh, 2018)、社交参与 (Shiba et al., 2017)、是否肥胖 (Chen, 2013)、工作与社交环境 (Coursolle et al., 2010) 和食物消费 (Feng et al., 2020) 等因素的调节。

国内的相关研究起步较晚，多基于性别、受教育程度等人力资本视角探讨制度性退休对人的健康影响。董夏燕和臧文斌 (2017) 利用 2011 和 2013 年中国健康与养老追踪调查 (CHARLS) 数据研究发现退休对自评健康、抑郁和认知均产生了负面影响，主要负面渠道是显著减少人们的社交活动。此外，还有许多学者就退休对健康影响的性别异质性进行了大量讨论。雷晓燕等 (2010) 利用 2005 年 1% 全国人口抽样调查数据研究发现正常年龄退休对男性健康不利，对女性健康无影响，提前退休对男性和女性的健康均无影响。刘生龙和郎晓娟 (2017) 利用中国家庭追踪调查 (CFPS) 数据研究发现退休对男性的健康影响不显著，而对女性的主观健康产生显著正向影响，主要原因是退休后女性增加了锻炼频率。

在梳理相关研究文献的基础上，本研究在以下三个方面有所贡献：第一，现有文献大都基于性别和受教育程度的人力资本视角讨论退休对健康的影响，而中国过去几十年相对分隔的劳动力市场使得不同职业和职位的中国职工对退休有着显著不同的反应，因此我们的研究重视了退休对不同职业和职位职工间的主观与客观健康作用差异，从不同职工群体特征

深入剖析了退休的作用逻辑，为退休年龄政策是否也需要进行因“职”而异的调整补充了相关研究。第二，研究方法上，我们通过中国强制退休年龄政策这一准自然实验来识别个体的退休决策问题，可以更好地估计出退休对健康影响的因果关系。同时，利用纵向数据控制个体和时间固定效应，采用固定效应模型的模糊断点回归可以更有效地消除不随个体和时间变化的或未观察到的变量的异质性。在此基础上，我们还进行了四种不同的稳健性检验，有效支持了结论的可靠性。第三，补充了对中介渠道的分析，我们也研究了可能影响不同群体退休后健康指标变化的作用渠道，为退休通过何种途径实现不同群体差异化的健康结果提供了更细致的视角。研究结论不仅为如何提高我国老年群体的主观和客观健康指标提供了实现途径，也为帮助完善退休年龄制度提供了文献参考。

2.2 理论框架

将退休视为一种过程转变可以更加全面的理解退休对不同职工群体的影响，在不同职业与职位上的人的退休转换过程区别较大。基于此，退休对他们的影响应该存在显著不同 (Wang & Shultz, 2010)。转变过程主要是指退休人员在从工作到退休的过渡中适应生活变化，并从心理上适应退休生活的过程 (Van Solinge & Henkens, 2008)。目前，针对历程转变的研究有三种理论框架，分别是生命历程理论 (Bould & Settersten, 2003)，连续性理论 (Ryff & Marshall, 1999) 和角色理论 (Moen et al., 1992)。生命历程理论将退休过渡期视为生命发展中的一次转型，而一个人的经历、性格以及转型背景会影响人们完成转型的路径，即退休发生的特定情境会影响转型历程和转型后的发展，这样的情境包括工作相关的地位和角色。连续性理论认为，人类的一般倾向是在一段时间内保持生活模式的一致性，并在不经历中断的情况下适应过渡。而不同职业和职位的退休对生活模式一致性的转折程度并不一样，因此会对个人行为和心理

产生不同影响。角色理论则强调退休过程中角色退出和角色转换的重要性。当一个人高度投入一个特定的角色时,自我价值感往往与以一种有效方式执行该角色的能力相关(Dukerich, 2001)。因此,退休可以被描述为一种角色转换(Moen et al., 1992),它包括失去或削弱工作角色,加强家庭和社区成员的角色(Bould & Settersten, 2003),这样的转换也伴随着对自我价值感的重塑。综上所述,退休是劳动力的生命历程中的重要转型断点,退休前后人的主观感受和客观环境均会发生一定变化,加之退休的群体几乎都为高龄劳动力,因此健康状况是最值得关注的因素;职业和职位作为劳动力个体的关键特征,其异质性必定使得退休对健康等个人福利因素的效应出现显著差异。

从职业来看,对于政府和事业单位职工来说,他们通常在工作中建立了长期的职业身份和社会地位,在一种相对稳定的生活模式中度过了大部分职业生涯,退休会打破这种稳定性。其工作具有的“垄断性”,导致一旦退休,很难找到相应的兼职或继续从事相关领域的工作。退休所涉及到的角色退出和转换对政府和事业单位职工影响同样更大,他们在职业生涯中往往高度投入了特定的工作角色,例如警察、医生等,失去了这一角色后,需要重新定义自我身份和价值,这可能导致主观上的不适应和对自我认同的挑战。此外,政府和事业单位职工通常享有更为稳定的福利待遇,退休可能导致部分福利减少或取消,给退休后的生活带来一定的负担。因此他们的退休转型过程更为复杂,对个体身心冲击更大。尤其是政府和事业单位的管理层,在以上提到的因素之外,退休对他们来说还意味着从工作中脱离,失去了在组织层面的决策角色,权威地位迅速减弱。综上,本文提出假说1:

假说1: 退休对不同职业和职位的人的健康影响有所不同,其中,政府和事业单位的职员受到的负面影响更大,尤其是管理层。

此外,根据格罗斯曼(Grossman, 2017)的健康需求理论,人们对健康行为的需求可以从投资和消费两个角度来分析。退休后,由于个体退出劳动力市场,旨在提高生产效率从而增加收入的投资动机消失,对健康的投资需求减弱,退休后保持健康的行为将会减少。然而从消费角度看,健康同其他普通商品一样,能够直接增加个体效用。随着年龄增长,退休后人们对健康的需求更大,可能会选择进行更多有利于健康的活动。统而言之,尽管从理论上很难判断退休对健康行为影响的变化方向和程度大小,但仍然可以断言退休后,人们会因为进行多种不同的关乎健康的行为而导致自身的健康水平发生变化。

具体到不同的健康行为,退休意味着个体从职业角色转变为家庭导向的生活方式。在职业生涯中,饮酒、吸烟、社交活动通常与工作、业务、应酬紧密相连。或主动或被动,根据一些职业角色的需要,人们在工作环境中逐渐养成了饮酒、吸烟和社交参与的习惯,相反,在另一些职业角色中,饮酒是不被日常允许的。饮酒和吸烟可以被视为泛社交行为,被称为社交饮酒和社交吸烟,指在社交场合为了更好地融入群体,进行的饮酒和吸烟行为(Collins et al., 1985; Schane et al., 2009)。退休后,随着生活环境的改变,泛社交行为同样会发生变化,因此退休对于饮酒、吸烟和社交参与的影响较大,不过具体影响方向在不同职工群体中可能有所不同,有待进一步理论分析和实证检验。

泛社交行为对健康影响较大,已有文献表明全球约1/7的65岁以上人群受到了社会孤立的影响,针对老年群体的积极社交干预可以显著改善他们的SF-12健康得分和抑郁评分(Greaves et al., 2006)。社交行为还可以显著降低认知损伤的风险,且自主的社交行为比家庭内部的社交对认知的影响更大(Gleit et al., 2005)。不过,泛社交行为的减少同样可能带来一些好处,长期接触烟草会导致动脉粥样硬化和高血压,进而对自评健康造成负面影响(Kim et al.,

2012)。酒精会增加潜在有害因素的暴露风险，如头部外伤、肝性脑病、感染风险，从而对自评健康和认知能力造成负面影响（Sinforiani et al., 2011）。

就不同职工群体的泛社交行为而言，退休将显著减少管理层的泛社交行为。社会资本理论强调个体通过社交关系获取资源和信息（Coleman, 1988）。在职业生涯中，管理层更倾向于通过广泛的应酬和社交构建人脉关系网，以帮助自己的职业发展更进一步。其他人也会积极发起有管理层参与的社交活动，管理层收到的社交邀请更多。然而，随着退休，相关活动参与机会减少，人们也更加注重已经建立的深层次社交关系以及家庭关系，减少了对于广泛社交的需求。这一变化可能降低饮酒、吸烟和社交参与的频率。并且，管理层大多一直面临着积极参与应酬和社交活动的组织期望，从心理契约理论来说，为组织经营好现存的客户关系网，尽可能开拓潜在的客户群体，定期维系组织内外的社会关系，是管理层与组织之间的非正式承诺和期望（Rousseau, 1995），被视为一种与组织的心理契约。然而，随着退休，这种契约会快速减弱，管理层将更倾向于根据个人的需求做决策，而非迎合组织期望，从而减少了相关行为。此外，退休同样是一个角色转变过程（Dukerich, 2001），管理层在工作期间大多比较繁忙，疏于对家庭的照顾，相比于普通职工，管理层在退休后出于补偿心理，可能更加注重家庭生活，其中饮酒和吸烟的客观需求也大大减少了。

特别是体制内单位，管理层工作期间的社交关系会受到组织约束，社会联系更多属于工作关系而非私人关系，而企业职工的工作环境更加开放，受约束较少，社交关系易从工作短期关系转化为私人长期关系，因此退休对他们社交圈的影响更小。综上，本文提出假说2：

假说2：退休将通过健康行为改变健康，主要是泛社交行为，其中，管理层的泛社交行为会显著减少，尤其是政府和事业单位。

3 数据、变量与模型

3.1 数据来源

本文数据来自 CHARLS 2011、2013、2015 和 2018 四年的追踪数据以及 CHARLS 2014 年的生命历程调查数据。CHARLS 数据库是由北京大学国家发展研究院主导的两年一次的大型微观调查数据，调查对象为 45 岁以上人群及其配偶。该调查涵盖了丰富的个人特征（个人健康与医疗服务利用、就业收入与养老等）和家庭特征等信息，共收集了 10,257 个家户信息。

由于以下原因，本文仅使用 2011 至 2018 年的面板数据：第一，新冠疫情对居民生活产生了巨大影响，CHARLS 2020 年数据样本存在部分缺失；第二，关键因变量健康水平受新冠疫情影响较大，难以识别具体是退休还是新冠疫情对健康造成的影响；第三，2020 年属于疫情爆发期，老年群体身体健康受新冠影响更大；第四，渠道变量泛社交行为受封控影响，各地皆呈现大幅下降趋势，干扰了退休对渠道变量的识别结果。

图 1 展示了我们的样本选择过程。首先，由于中国的强制退休政策对未被政府机关、事业单位养老保险或职工基本养老保险（退休金）覆盖的群体并无明显作用，因此，我们删除了没有被这三种保险覆盖的受访者，减少了 37,074 个样本（Feng et al., 2020）。其次，我们选择在法定退休年龄附近的人群以更好地控制年龄效应，观察退休的冲击，保留了 50-70 岁男性和 45-65 岁女性，减少了 2098 个样本（雷晓燕等，2010）。再次，我们删除了在 45 岁之前过早退休的受访者，减少了 158 个样本。最后，我们删除了从事农业工作、不在劳动力市场或工作状态缺失的受访者，最终得到 3910 个样本（Zhao & Zhao, 2018）。而对于在超过退休年龄才退休的样本，我们根据不同人选择了不同断点。为尽可能保留更多样本，我们在分析退休对多个被解释变量的影响时

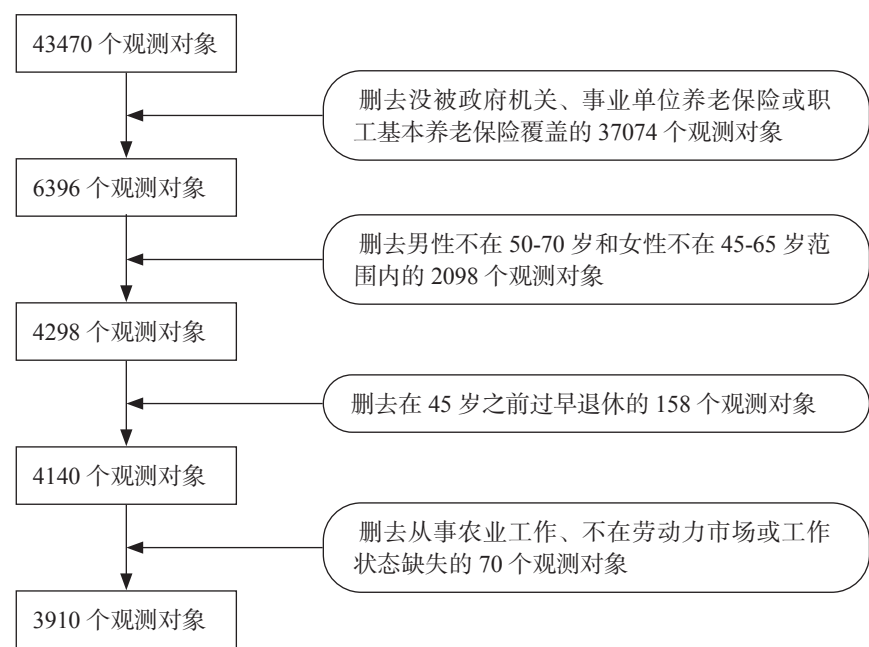


图 1 样本选择过程

仅分别剔除相应被解释变量的缺失值。同时对于除关键变量外的控制变量有缺失的样本，利用分类变量插补法，将缺失值设为单独的一类。

3.2 变量定义

以下是本文对研究涉及主要变量的详细说明。

职业和职位状况。根据中国退休政策，通常只有在政府机关、事业单位养老保险或职工基本养老保险范围内的职工才会受到强制退休时点约束，因此本文主要分为政府部门、事业单位、国有或国有控股企业、集体所有制集体控股企业、其他企业和非正规部门六大类（Zhao & Zhao, 2018）。在职位方面，根据职工退休时的身份，为管理者时取值为 1，为普通职工时取值为 0（Wang, 2007）。

健康状况。我们构建了主观健康指标（自评健康、认知能力、是否身体疼痛）和客观健康指标（日常活动是否需要帮助）作为评价体系（李琴等，2021）。指标具体定义如下：（1）自评健康，指个体对其综合健康状态的主观评价。在 CHARLS 中，受

访者对自身整体健康状况的评价分为 5 级：很好、好、一般、不好、很不好，分数越高，自评健康状况越差。（2）认知功能。本文参考 Pan 等（2018）的研究将记忆力评分和精神健全性评分加总得到综合认知评分。（3）是否身体疼痛。如果受访者认为自身某个部位发生疼痛，则被认定为存在身体疼痛。由于自评健康、认知功能和身体疼痛都是自我汇报的健康状况，与个人受教育程度、习惯、性格等相关，因此被认定为主观健康变量（李琴等，2021）。（4）日常活动是否需要帮助。日常活动包括两类，一类是日常生活活动（ADL），另一类是工具性日常生活活动（IADL）。只要其中一类需要帮助，则视为日常活动需要帮助。

退休状态。由于不同国家的退休制度不同，学界对退休的定义主要分为三种：第一，开始领取退休金或养老金（Kim & Moen, 2002）；第二，永久性退出劳动力市场（Yeung, 2013）；第三，办理退休手续（董夏燕，臧文斌，2017）。在中国强制性退休制度背

景下，本文将退休定义为那些已经办理过退休手续或曾经工作过但目前已退出劳动力市场的人。根据定义，样本中有 56.25% 的男性和 65.40% 的女性属于退休群体。

控制变量。性别、年龄、受教育水平、婚姻状况和户口类型被视为人口学特征最具代表性的控制变量。受教育水平变量分为两类，当受访者是从高等职业学校、大学及研究生毕业时记为“受过高等教育”，取值为 1；否则记为“未受过高等教育”，取值为 0。受过高等教育的人在工作中更有可能是管理者身份（Feng et al., 2020），因此我们将受过高等教育的女性的法定退休年龄设定为 55 岁，未受过高等教育的女性的法定退休年龄为 50 岁。性别为男性取值为 1；女性为 0。婚姻状况为已婚取值为 1；否则为 0。户口类型为农村时取值为 1；为城市时取值为 0。

渠道变量。泛社交行为变量包括饮酒、吸烟、社交参与，多项过往研究表明生活习惯将显著影响退休后健康水平（叶金珍，2018；Heller-Sahlgren，2017）。受访者目前有饮酒或吸烟行为取值为 1，否则为 0。社交参与定义为在过去 1 个月内是否参与任何

社交活动，包括与朋友互动，玩麻将、下棋、打牌，参加体育等，受访者在过去 1 个月内参加任何社交活动取值为 1，否则为 0。

3.3 样本描述性统计

表 1 分职位和退休状态对样本进行了按抽样权重调整后的描述性统计，退休组与未退休组的组间差异利用 T 检验进行分析。我们发现，管理层退休后自评健康、认知能力、日常活动是否需要帮助的下降程度都显著高于普通职工，而普通职工在身体疼痛方面恶化更剧烈。不过，管理层的三个主观健康指标在退休前后都优于普通职工，但管理层退休组在日常活动需要帮助方面表现更差。

3.4 模型设定

尽管中国的退休制度相对强制，个体退休选择相对缺乏自主性，但退休与健康之间可能存在以下内生性问题：（1）双向因果关系，即个体可能因健康状况恶化而提前退休，夸大了健康对退休选择的负向影响。（2）遗漏变量偏差，未考虑的变量可能同时与退休和健康相关，干扰了退休影响对健康的评估，其中包括难以观测或代表的因素，如遗传因素和主观寿命

表 1 样本按抽样权重调整后的描述性统计特征

变量	退休管理层	退休前管理层	T 检验	退休普通职工	未退休普通职工	T 检验
自评健康	2.703	2.452	0.260***	2.799	2.612	0.167***
认知能力	14.885	15.509	-0.599***	14.407	14.745	-0.488***
是否身体疼痛	0.239	0.198	0.022	0.310	0.244	0.050***
日常活动是否需要帮助	0.154	0.059	0.084***	0.130	0.064	0.074***
年龄	62.397	53.622	8.456***	59.461	52.760	6.510***
教育	0.176	0.283	-0.064***	0.047	0.089	-0.050***
婚姻	0.935	0.947	-0.016	0.919	0.942	-0.037***
农村户口	0.091	0.232	-0.186***	0.092	0.285	-0.231***
饮酒频率	0.458	0.592	-0.116***	0.386	0.509	-0.107***
吸烟频率	0.291	0.336	-0.078***	0.237	0.308	-0.074***
社交参与	0.683	0.701	-0.002	0.631	0.580	0.036***

数据来源：CHARLS 2011、2013、2014、2015、2018，样本为退休年龄前后十年。注：（1）括号内为稳健标准误。（2）*** $p < 0.01$ ，** $p < 0.05$ ，* $p < 0.1$ 。

预期。(3) 测量误差,主要来源于个体对健康和退休状态的错误报告,特别是在主观健康评估中受主观因素影响较大。这些内生性问题可能会影响对退休与健康关系的研究结果的解读(Heller-Sahlgren, 2017; Mazzonna & Peracchi, 2017)。

本研究采用两阶段模糊断点回归法,将法定退休年龄是否达到或超过作为工具变量预测退休状态。这个外生变量仅通过改变退休状态来影响健康水平,同时进一步控制个体和时间固定效应,缓解了双向因果关系、遗漏变量和测量误差引起的内生性问题。第一阶段方程如下:

$$R_{it} = \pi_{it} + \pi_1 E_{it} + \beta_1 age + \beta_2 age^2 + \rho X_{it} + \alpha_i + \delta_t + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

在等式(1)中, R_{it} 表示个体 i 在第 t 期是否退休, E_{it} 表示该个体 i 在第 t 期的年龄是否达到或超过法定退休年龄。如果该个体在第 t 期的年龄已达到或超过法定退休年龄,则该值取 1, 否则取 0。对于女性,如果她受过高等教育,则她在第 t 期的年龄需要达到或超过 55 岁, E_{it} 取 1, 否则取 0。其他情况中男性达到或超过 60 岁,女性达到或超过 50 岁, E_{it} 取 1, 否则取 0。

由于个体的健康水平存在随年龄发展而变化的自然趋势,年龄越大更有可能出现认知功能减退,因此我们遵循前人研究设计,在回归中控制年龄 age ,并将年龄趋势设定为二次型形式。 X_{it} 表示随个体和时间变化的其他控制变量,如个体的婚姻状况和户口类型。由于 45 岁及以上的中老年人很少有机会进一步提高他们的受教育水平,因此他们的受教育水平可认为是不随时间变化的,不包含在 X_{it} 中。 α_i 表示个体固定效应, δ_t 表示时间固定效应, ε_{it} 表示误差项。

第二阶段等式如下:

$$Y_{it} = \beta_0 + \lambda R_{it} + \beta_1 age + \beta_2 age^2 + \rho X_{it} + \alpha_i + \delta_t + \mu_{it} \quad (2)$$

(2) 式中 R_{it} 表示第一阶段所预测的个体退休状态, λ 代表本文所关注的个体退休对健康水平的因果影响。 Y_{it} 表示一系列衡量个体健康水平以及健康行为的变量,在本研究中包括自评健康、认知功能、是

否身体疼痛、日常活动是否需要帮助、饮酒、吸烟、社交参与。 X_{it} 表示随个体和时间变化的其他控制变量,包括个体的婚姻状况和户口类型等。 α_i 表示个体固定效应, δ_t 表示时间固定效应, μ_{it} 表示误差项。

4 退休与健康: 实证结果

我们首先检验了是否达到法定退休年龄对个体退休状态的影响。图 2 展示了到法定退休年龄的不同距离下群体的退休比例。X 轴表示个体的年龄到法定退休年龄距离的年数,当个体的年龄等于法定退休年龄时 $X = 0$, 当个体的年龄大于法定退休年龄时 $X > 0$, 否则 $X < 0$ 。Y 轴表示退休比例。我们在图中添加了拟合线。从图 2 可看出,无论对于男性还是女性,达到或超过法定退休年龄时退休比例都有明显的较大提升,退休比例在法定退休年龄处出现一个“断点”。是否达到或超过法定退休年龄与个体的退休状态显著相关。如我们所预期,两阶段模糊断点回归法第一阶段的回归结果在 1% 的显著性水平上,超过退休年龄使得所有职工退休比例提高了 0.360,不同职业的员工退休比例提高水平略有不同⁴。综上说明退休的工具变量是合适的。

本文的基准回归结果如下:我们检验了退休对健康的影响是否在不同职业和职位亚组间存在异质性。退休对健康影响的职业异质性分析,如表 2 所示,我们发现退休在 5% 的显著性水平上提高了政府部门职工身体疼痛的概率,提高了 30.2%。在 5% 显著性水平上降低了政府部门职工的认知得分,降低了约 1.539。在 5% 显著性水平上提高了事业单位职工日常活动需要帮助的概率,提高了约 17.2%。退休也在 10% 的显著性水平上降低了非正规部门职工的认知得分,得分降低了约 1.415,这一结果通过了表 5 中的稳健性检验,不过由于显著性水平不到 5%,我们仍应更谨慎地对待这个结果。

总的来看,退休的负面影响主要集中在政府和事

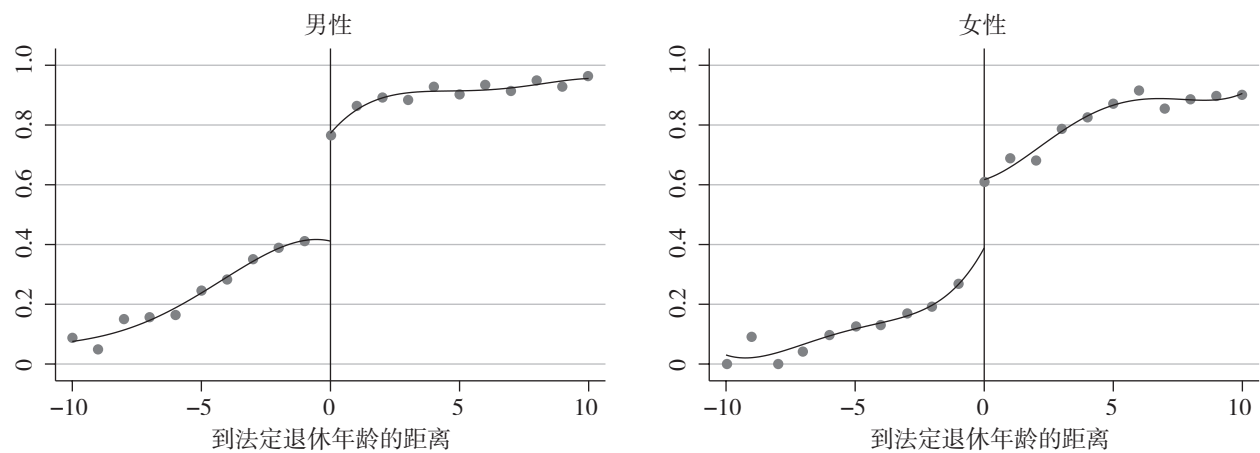


图 2 退休比例与到法定退休年龄的距离

表 2 分职业退休对健康指标的影响

	是否身体疼痛	自评健康	认知能力	日常活动 是否需要帮助	是否身体疼痛	自评健康
	政府部门				事业单位	
退休	0.302** (0.146)	0.280 (0.229)	-1.539** (0.708)	0.103 (0.106)	0.107 (0.114)	0.108 (0.167)
年龄	-0.157 (0.061)	-0.302** (0.087)	1.130** (0.334)	0.051 (0.044)	0.108 (0.126)	0.097 (0.136)
观测值	1,366	1,645	1,187	1,365	1,334	1,621
	认知能力	日常活动 是否需要帮助	是否身体疼痛	自评健康	认知能力	日常活动 是否需要帮助
	事业单位		非正规部门			
退休	-0.470 (0.594)	0.172** (0.086)	-0.178 (0.151)	0.106 (0.243)	-1.415* (0.859)	0.091 (0.114)
年龄	1.503*** (0.479)	-0.062 (0.078)	0.036 (0.112)	-0.084 (0.169)	0.465 (0.560)	-0.132* (0.078)
观测值	1,163	1,333	1,457	1,749	1,228	1,457

注：(1) 括号内为稳健标准误。(2) *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$ 。(3) 采用面板数据的固定效应模型估计结果。(4) 我们还控制了性别、农村户口、教育、婚姻状况、个体固定效应和时间效应。(5) 不显著的职工群体回归结果囿于版面限制此处并不汇报。下同。

业单位职工，与研究假说 1 一致。他们在职业生涯中通常承担着固定且重要的社会角色和职责，退休后失去了工作中的社交网络和身份认同，面临经济来源调整 and 生活方式改变，因此受到的负面影响较大。

表 3 显示了按职位分组的退休状态对主观健康指标的估计结果。结果发现，退休在 5% 的显著性水

平上降低了普通职工的认知能力，得分降低约 0.824，同时也在 1% 的显著性水平上提高了管理者的自评健康负面评分，提高了约 0.543。

我们进一步检验了按照职业和职位共同划分的组间关系。如表 4 所示，退休在 10% 的水平上提高了政府部门普通职工身体疼痛的概率，提高了 29.3%，

表 3 分职位退休对健康指标的影响

	是否身体 疼痛	自评健康	认知能力	日常活动是 否需要帮助	是否身体 疼痛	自评健康	认知能力	日常活动是 否需要帮助
	普通职工				管理者			
退休	-0.047 (0.076)	-0.073 (0.113)	-0.824** (0.391)	0.051 (0.058)	0.109 (0.129)	0.543*** (0.197)	-0.398 (0.699)	0.060 (0.075)
年龄	-0.012 (0.058)	-0.005 (0.080)	1.276*** (0.318)	-0.086** (0.041)	-0.097 (0.103)	-0.330** (0.135)	1.583*** (0.478)	-0.103 (0.064)
年龄的平方 /100	-0.007 (0.033)	0.082* (0.045)	-0.935*** (0.179)	0.038 (0.024)	0.011 (0.053)	0.244*** (0.077)	-0.580** (0.261)	0.038 (0.032)
观测值	5,056	6,100	4,284	5055	1,627	1,960	1,408	1626

表 4 分职工群体退休对健康指标的影响

	是否身体 疼痛	自评健康	认知能力	日常活动是 否需要帮助	是否身体 疼痛	自评健康	认知能力	日常活动是 否需要帮助
	普通职工				管理层			
	政府部门							
退休	0.293* (0.176)	0.114 (0.276)	-1.134 (0.885)	0.156 (0.148)	0.290 (0.273)	0.913** (0.394)	-2.422* (1.358)	0.072 (0.130)
年龄	-0.186 (0.144)	-0.186 (0.182)	0.868 (0.848)	0.046 (0.115)	-0.148 (0.142)	-0.462** (0.234)	1.590** (0.759)	0.080 (0.058)
观测量	801	969	699	801	509	610	444	508
	事业单位							
退休	0.185 (0.150)	-0.072 (0.233)	-0.789 (0.785)	0.240** (0.122)	-0.007 (0.140)	0.287 (0.235)	0.394 (0.844)	0.004 (0.102)
年龄	0.105 (0.153)	0.179 (0.186)	2.105*** (0.702)	-0.046 (0.095)	0.025 (0.245)	0.044 (0.223)	0.469 (0.549)	-0.187 (0.130)
观测量	922	1,087	801	921	381	498	341	381
	非正规部门							
退休	-0.184 (0.167)	-0.067 (0.260)	-1.473* (0.890)	0.095 (0.126)	-0.292 (0.339)	0.604 (0.741)	0.245 (2.261)	0.014 (0.261)
年龄	0.079 (0.122)	0.001 (0.187)	0.372 (0.672)	-0.101 (0.085)	-0.083 (0.322)	-0.484 (0.378)	0.857 (0.874)	-0.252 (0.240)
观测量	1,141	1,375	952	1,141	256	304	225	256

通过表 7 的稳健性检验。退休在 5% 的显著上提高了政府部门管理者的自评健康的负面评分，负面得分提高了约 0.913。在 10% 的显著上降低了政府部门管理者的认知能力，得分降低了 2.422，通过表 7 的稳健性检验。在 5% 的水平上提高了事业单位普通

职工日常生活需要帮助的概率，提高了约 24%。在 10% 的水平上降低了非正规部门普通职工认知能力，得分降低了约 1.473，通过表 7 的稳健性检验。
细分职工群体中，我们发现退休对政府管理层的负面影响最为显著，验证了研究假说 1。他们达到了

较高的组织地位，其工作角色和职务在组织中占据着重要地位。退休不仅仅意味着从工作中脱离，更是失去了在组织层面的高级角色，组织中的权威地位和社会认同快速减弱，从而引发对于自我价值感的挑战。

总之，我们发现退休对不同职业和职位的职工健康以负面影响为主，影响的健康指标以主观健康指标为主。进一步来看，体制内退休对健康的负面影响大于体制外，政府管理层负面影响最大。退休对于国有企业、集体企业、其他企业各种职工群体都没有消极作用。对非正规部门职工有一定消极影响，但显著性不高。

可能的解释有如下四点：第一，退休集中影响主观健康指标的原因可能是主观指标体现了个体心理变化过程，可以在短期冲击下迅速改变（Simon, 2002），而客观健康通常是一种长期积累变化的过程，退休是一种短期冲击，对如慢性疾病等的影响并不强烈（叶金珍，2018；Stuck et al., 1999）。

第二，对于在政府部门和事业单位工作的人来说，他们在工作阶段通常拥有稳定的工作环境，随着年龄增加，其职称和待遇逐步递增，在退休前达到事业顶峰。退休作为一个短期冲击，使他们突然失去了法律赋予的权力以及事业更进一步的机会，前后心理落差容易导致个人主观健康状态的恶化。而企业面临着激烈的市场竞争，大部分人从事受雇工作，事业发展周期大多是先上升后下降，中年时期是顶峰，接近退休年龄时，由于体力、精力等问题，逐渐边缘化，退休并不会带来巨大落差感。

第三，对于中国政府管理者来说，他们的工作往往被认为与社会发展密切相关，其工作角色普遍受到更多的社会关注和重视，当他们高度投入这一特定角色时，自我价值感往往与以一种有效的方式执行该角色的能力相关，退休会失去或削弱工作角色（Dukerich, 2001），因此他们感知的角色转换强度更大。不过，对于普通职员来说，他们退休前后的角色改变差距较小，相较于退休前在压力环境下工

作，普通职员可能更享受退休后的轻松生活。我们的研究结果支持了退休前的工作态度、工作特征、职业地位以及社会环境（如社会网络和家庭结构）对退休前后健康变化有重大影响的结论（Taylor et al., 2008）。

第四，非正规部门主要包括微型企业、家庭型生产服务单位和独立的个体劳动者。尽管这些个体也被纳入国家退休金体系，但他们往往面临较低的保障程度和较少的退休金。非正规部门工作对个人精力投入也有较高要求，随着年龄增加，个体的脑力和体力逐渐衰退，无法从事工作时，仅仰赖有限的退休金会导致生活水平下降，健康指标也出现恶化。这一现象凸显了非正规部门在退休后面临的经济和健康双重挑战。

为保证模型和回归结果的稳健性，本文进行如下四种稳健性检验。A组中，一些个体虽然已经办理退休手续但仍可能有一份有报酬的工作，我们重新定义退休为“目前个体不从事工作”，相应地未退休表示“目前个体至少有一份工作”。B组中，我们更换了核心解释变量，将那些已经退休，但在退休后有工作经历的样本也视为未退休。这是因为工作经历可能对回归结果造成干扰，在退休断点附近的退休后工作经历会对结果产生更大的影响。C组中，我们通过缩短样本带宽检验稳健性，将样本的年龄带宽从10年调整到8年。D组中，因为有观点认为农村户口样本可能干扰制度性退休的实证结果，不应把有农村户口的个体包括在内。我们将样本中有农村户口的个体删除。

分职业的稳健性检验如表5所示，对于政府职员来说，退休显著提高了他们身体疼痛的概率，同时降低了认知能力，结果通过了稳健性检验。对于事业单位职员来说，退休显著提高了他们需要帮助的概率，结果同样通过了稳健性检验。对于非正规部门的认知能力消极影响通过了三种稳健性检验。分职位的稳健性检验如表6所示，退休对于普通职工认知能力

的负面影响通过了稳健性检验,对于管理者自评健康的负面影响同样通过了稳健性检验。分职工群体的稳健性检验如表 7 所示,退休对政府普通职工身体疼痛的负面影响通过了两种稳健性检验,退休对政府管理层自评健康的负面影响通过了稳健性检验,对政府管理层认知能力的负面影响通过了一种稳健性检验,对事业单位普通职工身体需要帮助的负面影响通过

了稳健性检验,对非正规部门普通职工认知能力的负面影响通过了两种稳健性检验。

接下来,我们进一步完善了针对模糊断点回归的检验。样本在断点处的随机分配是开展 RDD 的金标,若出现驱动变量的分布在断点附近发生明显的“跳跃”,则说明可能存在人为操纵,将导致无法得到系数的一致估计。为此,本文采用 McGrary 方法绘

表 5 稳健性检验 – 分职业

	是否身体疼痛		认知能力	是否需要帮助	认知能力	是否身体疼痛	认知能力	是否需要帮助	认知能力
	政府部门		事业单位	非正规部门	政府部门		事业单位	非正规部门	
	A 组				B 组				
退休	0.476** (0.235)	-2.366** (1.157)	0.239* (0.123)	-11.058 (13.743)	0.302** (0.146)	-1.539** (0.708)	0.172** (0.086)	-1.415* (0.859)	
年龄	-0.149 (0.105)	1.030* (0.608)	-0.046 (0.080)	0.473 (1.394)	-0.157 (0.104)	1.130** (0.568)	-0.062 (0.078)	0.465 (0.560)	
年龄的平方 /100	0.058 (0.060)	-0.754** (0.325)	0.040 (0.048)	-0.712 (0.810)	0.077 (0.061)	-0.904*** (0.334)	0.065 (0.046)	-0.622* (0.326)	
观测量	1,366	1,187	1,333	1,228	1,366	1,187	1,333	1,228	
	C 组				D 组				
退休	0.268* (0.160)	-1.429* (0.804)	0.138 (0.089)	-1.686* (0.924)	0.333** (0.154)	-1.318* (0.704)	0.157* (0.088)	-1.827* (1.108)	
年龄	-0.270** (0.124)	1.198* (0.674)	-0.121 (0.096)	0.655 (0.658)	-0.161 (0.125)	1.223** (0.574)	-0.094 (0.084)	0.710 (0.789)	
年龄的平方 /100	0.125 (0.086)	-1.086** (0.452)	0.099 (0.062)	-0.553 (0.455)	0.115* (0.070)	-0.800** (0.385)	0.069 (0.049)	-0.719 (0.490)	
观测量	1,150	1,003	1,093	1,029	1,050	912	1,176	790	

表 6 稳健性检验 – 分职位

	认知能力				自评健康			
	普通职工				管理层			
	A 组	B 组	C 组	D 组	A 组	B 组	C 组	D 组
	是否身体疼痛	认知能力	是否需要帮助	认知能力	是否身体疼痛	认知能力	是否需要帮助	认知能力
退休	-1.617** (0.784)	-0.824** (0.391)	-1.062** (0.419)	-1.071** (0.429)	0.920** (0.377)	0.543** (0.197)	0.673*** (0.237)	0.427** (0.190)
年龄	1.182*** (0.320)	1.276*** (0.318)	1.274*** (0.367)	1.185*** (0.345)	-0.257* (0.135)	-0.330** (0.135)	-0.421** (0.183)	-0.241 (0.151)
年龄的平方 /100	-0.873*** (0.174)	-0.935*** (0.179)	-0.950*** (0.238)	-0.933*** (0.201)	0.169** (0.077)	0.244*** (0.77)	0.342*** (0.119)	0.236*** (0.088)
观测量	4,284	4,284	3,599	3,485	1,960	1,960	1,605	1,592

表 7 稳健性检验 – 分职工群体

	是否身体疼痛	自评健康	认知能力	是否需要帮助	认知能力
	政府 - 普通职工	政府 - 管理层	政府 - 管理层	事业单位 - 普通职工	非正规部门 - 普通职工
A 组					
退休	0.550 (0.347)	1.210** (0.588)	-4.243 (2.813)	0.295* (0.157)	-6.608 (5.839)
年龄	-0.201 (0.141)	-0.360 (0.239)	1.170 (0.937)	-0.008 (0.095)	0.412 (1.078)
年龄的平方 /100	0.063 (0.083)	0.299** (0.143)	-0.229 (0.554)	0.013 (0.063)	-0.870 (0.657)
观测量	801	610	444	921	952
B 组					
退休	0.293* (0.176)	0.913** (0.394)	-2.422* (1.358)	0.240** (0.122)	-1.473* (0.890)
年龄	-0.186 (0.144)	-0.462** (0.234)	1.590** (0.759)	-0.046 (0.095)	0.372 (0.672)
年龄的平方 /100	0.076 (0.085)	0.364*** (0.135)	-0.549 (0.489)	0.054 (0.061)	-0.705* (0.396)
观测量	801	610	444	921	952
C 组					
退休	0.297 (0.207)	0.905** (0.458)	-1.411 (1.364)	0.190 (0.124)	-2.025** (0.981)
年龄	-0.241 (0.163)	-0.264 (0.330)	1.360 (1.008)	-0.065 (0.117)	0.507 (0.777)
年龄的平方 /100	0.141 (0.118)	0.298 (0.236)	-0.546 (0.693)	0.045 (0.076)	-0.629 (0.529)
观测量	682	498	364	754	805
D 组					
退休	0.385* (0.203)	0.179 (0.355)	-1.596 (1.261)	0.292** (0.135)	-1.675 (1.109)
年龄	-0.158 (0.186)	-0.285 (0.264)	1.815** (0.896)	-0.037 (0.109)	0.606 (0.850)
年龄的平方 /100	0.110 (0.098)	0.242 (0.163)	-0.390 (0.587)	0.043 (0.067)	-0.674 (0.545)
观测量	640	452	326	799	617

制平滑的核密度曲线图以及置信区间，同时对驱动变量做出了频率直方图，并辅以使用高斯核得出的核密度图，结果展示在图 3 中。根据图 3，易知驱动变量在断点两侧无明显“跳跃”，即不存在人为干预的情

况。此外，为了进一步证明基准结果中对健康的影响是由退休而非其它混杂因素引起的，本文开展了伪断点检验，具体来说，假设断点位于真实断点两侧的中点位置附近，重新进行参数估计。伪断点检验 I 的退

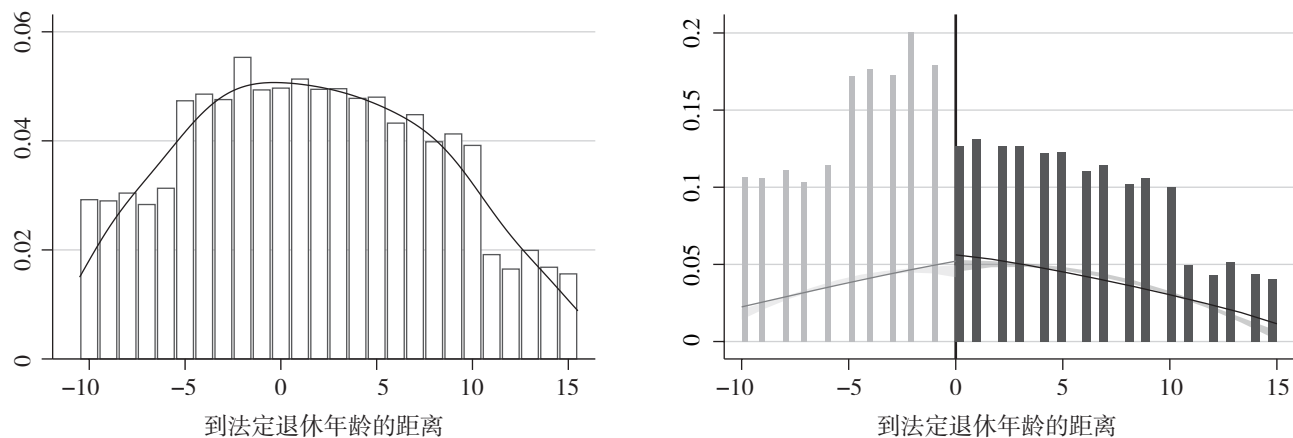


图 3 驱动变量外生性检验

退休年龄断点为男性 52 岁、受过高等教育女性 50 岁、未受过高等教育女性 47 岁，伪断点检验 II 的退休年龄断点分别为男性 65 岁、受过高等教育女性 62 岁、未受过高等教育女性 60 岁，结果发现几乎不存在统计显著的估计值，这说明伪断点的干预效应可视为 0，前文所得的结果是稳健的⁵。

5 退休与健康：机制分析

本文进一步探讨了退休状态影响健康指标的渠道。我们将是否饮酒、是否吸烟、社交参与水平作为渠道变量，按职业与职位分组，将渠道变量对是否达到或超过法定退休年龄进行固定面板回归。研究发现，对于不同职业来说，结果如表 8 所示，退休在 5% 的显著性水平上降低了政府部门职工吸烟的比例，降低了约 5.0%，在 5% 的显著性水平上提高了集体所有制或集体控股企业职工社交的比例，提高了约 14.6%。符合研究假说 2，退休改变了人们泛社交行为频率。

不同于政府职工，对集体企业职工来说，退休显著提高了他们的社交参与。政府职工的工作环境更为正式和模式化，社交关系偏向职务化，社交网络多

为短期工作关系，较难发展为长期私人关系。而集体企业社交环境相对轻松，注重培养企业文化，时常组织各类团聚活动，退休后企业也有更大的自主权力，设立各类退休联谊会、兴趣小组等，政府则受到一定限制。并且，政府职工在工作中更强调规则纪律，社交网络可能被约束，相对较少涉足外部社交，退休后组织内部社交萎缩，泛社交行为也就相应减少了。相反，企业职工在工作中更注重与外部市场互动，这使得他们在退休后更容易延续这种对自主外部社交的倾向。

对于不同职位来说，如表 9 所示，退休在 5% 的水平上降低了所有管理者的社交比例，降低了约 10.4%，验证了研究假说 2 的理论推导，退休减少了管理者的社交活动。对于普通职工来说，他们的社交圈与工作联系并不深，因此退出工作环境对他们的泛社交行为影响并不显著。

对不同职业与职位的人来说，如表 10 所示，退休在 5% 的显著性水平上降低了政府部门管理者吸烟的比例，降低了约 10.6%，在 5% 的显著性水平上降低了事业单位管理者社交的比例，降低了约 20.3%，在 5% 的水平上提高了集体所有制或集体控股企业普通职工的社交比例，提高了约 14.4%。

表 8 分职业退休对健康行为的影响

	饮酒	吸烟	社交活动	饮酒	吸烟	社交活动
	政府部门			集体所有制或集体控股企业		
达到或超过退休法定年龄	0.037 (0.037)	-0.050** (0.022)	-0.091* (0.047)	-0.043 (0.073)	-0.018 (0.065)	0.146** (0.068)
年龄	-0.052 (0.075)	0.047 (0.052)	0.052 (0.076)	-0.091 (0.115)	0.138** (0.062)	0.164 (0.156)
观测量	1,715	1,591	1,640	627	597	585

表 9 分职位退休对健康行为的影响

	饮酒	吸烟	社交活动	饮酒	吸烟	社交活动
	普通职工			管理层		
达到或超过退休法定年龄	0.014 (0.021)	-0.006 (0.010)	0.001 (0.025)	-0.015 (0.035)	-0.022 (0.026)	-0.104** (0.048)
年龄	0.032 (0.032)	0.042** (0.021)	0.008 (0.046)	-0.079 (0.073)	0.020 (0.047)	-0.042 (0.076)
观测量	6,369	6,027	6,081	2,079	1,933	1,952

退休对体制内和体制外，体制内的管理层和普通职工泛社交行为影响呈现明显不同。体制内职工的社交活动都有显著下降，体制外企业职工则没有这一表现，集体企业普通职工的社交参与还在 5% 的显著性水平上提高了。体制内管理层的泛社交行为，如吸烟和社交活动都显著降低，而事业单位普通职工的饮酒比例还有一定上升的表现，符合研究假说 2。

体制内的职工，尤其是管理层，往往在相对封闭的工作环境中工作，其社交活动主要围绕工作场所展开。一旦退休，失去了工作带来的社交平台，导致社交活动显著减少。相比之下，体制外企业职工的工作环境更加开放，社交活动更多地延伸到社会生活，因此在退休后社交活动的下降程度较小。同时，体制内管理层通常承担更多的社交压力，他们工作期间的社交活动参与更多是受到职务要求或组织需求，一旦脱离工作环境，管理层可能更倾向于减少泛社交行为，包括吸烟和社交活动。相反，由于退休后更加自由，社交活动限制更少，普通职工的社交行为不减反增。

6 结论与讨论

延迟退休政策是应对我国人口老龄化问题的重要举措之一，客观评判退休对于不同职业和职位群体健康的差异化影响，可以为延迟退休政策因“职”而异的制定提供参考。基于此，本文利用 2011、2013、2014、2015 和 2018 年的 CHARLS 调查数据，从理论和实证两方面考察退休对健康以及健康行为的影响。

本文研究发现退休对健康的影响以负面为主，影响的健康指标以主观健康指标为主，影响对象以政府部门和事业单位体制内职工为主，尤其是其中的管理层，而退休对于企业职工群体则没有消极作用。企业在竞争激烈的市场中运营，随着接近退休年龄，身体机能衰退，无法胜任高强度工作，逐渐退出核心圈，如此缓慢边缘化的过程也帮助企业职工更好地适应了退休转变。退休对非正规部门职工也有一定消极影响，非正规部门职工的退休缺乏社会支持和服务，

表 10 分职工群体退休对健康行为的影响

	饮酒	吸烟	社交活动	饮酒	吸烟	社交活动
	普通职工			管理层		
	政府部门					
达到或超过退休法定年龄	0.066 (0.051)	-0.039 (0.025)	-0.060 (0.059)	0.009 (0.050)	-0.106** (0.042)	-0.125* (0.072)
年龄	-0.009 (0.084)	0.052 (0.045)	0.155 (0.104)	-0.087 (0.145)	0.079 (0.114)	-0.179 (0.114)
观测量	996	933	960	647	592	616
	事业单位					
达到或超过退休法定年龄	0.084* (0.050)	-0.002 (0.018)	0.009 (0.057)	-0.080 (0.065)	0.032 (0.035)	-0.203** (0.100)
年龄	0.117* (0.064)	0.070** (0.030)	-0.099 (0.117)	-0.152 (0.097)	0.024 (0.055)	0.118 (0.152)
观测量	1,137	1,089	1,088	515	485	492
	国有或国有控股企业					
达到或超过退休法定年龄	-0.098* (0.051)	-0.020 (0.024)	0.002 (0.068)	0.034 (0.144)	0.166* (0.096)	0.055 (0.133)
年龄	-0.046 (0.085)	-0.001 (0.059)	0.007 (0.104)	0.097 (0.159)	-0.287* (0.148)	-0.002 (0.243)
观测量	1,419	1,337	1,364	280	257	250
	集体所有制或集体控股企业					
达到或超过退休法定年龄	-0.045 (0.072)	-0.007 (0.069)	0.144** (0.069)	0.164 (0.419)	-0.274 (0.272)	0.090 (0.318)
年龄	0.026 (0.105)	0.140** (0.069)	0.344** (0.158)	-0.923* (0.502)	0.266 (0.272)	-0.761 (0.539)
观测量	531	510	502	74	66	63
	其他企业					
达到或超过退休法定年龄	0.019 (0.058)	0.047* (0.028)	-0.052 (0.070)	-0.014 (0.125)	0.045 (0.107)	-0.110 (0.214)
年龄	0.092 (0.078)	-0.102 (0.062)	-0.135 (0.177)	0.140 (0.261)	0.183 (0.122)	0.363 (0.227)
观测量	655	619	608	178	172	170

退休金较少，退休后，他们可能面临着生活水平下降和经济压力增加的困境，进而影响到身心健康。

本文进一步探讨了退休对于不同职业和职位的职工健康影响的作用机制，研究发现退休改变的健康行为是泛社交行为，如饮酒、吸烟、社交参与，其中，管理层社交行为降低程度显著更大，尤其是政府和事

业单位。从各职工群体来看，退休对体制内和体制外，体制内的管理层和普通职工的泛社交行为影响呈现显著不同。体制内职工的社交活动有显著下降，体制外企业职工则没有。体制内管理层的泛社交行为，如吸烟和社交活动都显著降低，而事业单位普通职工的饮酒比例反而呈现一定上升趋势。

退休对泛社交行为的改变影响了不同群体的健康表现。体制内管理层的泛社交行为显著减少，因此其主观健康指标恶化最严重。反观之，体制外企业职工的泛社交行为并没有显著下降，反而有所提高，他们退休后的健康表现也更佳。不过，值得注意的是，社交饮酒和社交吸烟带来的健康影响是复杂的，过度饮酒和吸烟会对健康造成负面影响，而社交形式的饮酒和吸烟又可能从社交角度给个人健康带来积极影响。针对政府管理层的回归结果可以在一定程度上说明社交对于主观健康是非常重要的作用因素，因为他们的吸烟行为虽然显著减低了，但伴随着社交行为的减少，其主观健康指标恶化程度更大。至于更多其他潜在的渠道因素，囿于篇幅限制，我们不再具体分析，未来有待更多研究进一步完善社交饮酒和社交吸烟对健康的影响。

随着我国预期寿命的延长和养老金可持续性的挑战加剧，提高退休年龄逐渐成为我国的政策取向。本文的研究结果对我国延迟退休政策改革具有一定启示意义。首先，退休对不同职业和职位的职工健康呈现显著负面影响，因此，提高退休年龄的政策可以在一定程度上降低健康风险和医疗支出。其次，退休对体制内和体制外，管理者和普通职工的健康作用机制呈现明显的差异，体制内职工受退休冲击的负面影响更大，可以考虑从以下三个方面着手缓解其不适感：关注他们的健康状态已减少该群体在退休后的医疗支出；设置退休前有序退出工作环境的转换期，缓解突然中断工作的不适感；从社交层面给予更多帮助，如成立单位退休职工协会，举办更多集体活动丰富职工退休生活。再次，非正规部门在退休后面临经济收入锐减和健康水平下滑的潜在双重挑战，在条件允许的情况下，尽可能优化针对该群体的退休金保障体系，同时为有意愿继续工作的中老年从业者提供更多的社会支持。最后，不同的职业和职位，其工作强度、环境、性质等方面存在明显差异，延迟退休政策应考虑针对体制内和体制外，管理者和普通职工的工

作状况进行因“职”而异的调整，实现退休制度的公平与效率，更好地回应社会各界的关切和需求。

注释

1. 数据来源：国家统计局《中华人民共和国2023年国民经济和社会发展统计公报》
2. 资料来源：《国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法》和《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》（国发【1978】104号）
3. 资料来源：《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》（国发【1978】104号）
4. 限于篇幅，两阶段模糊断点回归法第一阶段的回归结果未在文中展示，结果备索。
5. 限于篇幅，伪断点检验的结果未在文中展示，结果备索。

参考文献

1. 董夏燕，臧文斌. (2017). 退休对中老年人健康的影响研究. *人口学刊*, 39(1), 76-88.
2. 龚海娟，陈进. (2017). 延迟退休会减少年轻人就业吗？——以老年人是否参加养老保险为考察角度. *中国人力资源开发*, (6), 130-136.
3. 雷晓燕，谭力，赵耀辉. (2010). 退休会影响健康吗？. *经济学（季刊）*, 9(4), 1539-1558.
4. 李琴，赵锐，张同龙. (2021). 养老保险制度是否缓解了丧偶对老年健康的不利冲击. *世界经济*, 44(9), 180-206.
5. 刘生龙，郎晓娟. (2017). 退休对中国老年人口身体健康和心理健康的影响. *人口研究*, 41(5), 74-88.
6. 陶建国，时阳. (2013). 日本老年人退休后继续雇佣制度的新动向及其启示. *中国人力资源开发*, (21), 99-103.
7. 吴敏捷，宋靓琚. (2023). 延迟退休对不同劳动力市场的效应研究：机制分析与政策启示. *宁夏社会科学*, (3), 115-122.
8. 叶金珍. (2018). 退休、生活习惯与健康的关系——基于Harmonized CHARLS数据的研究. *人口与经济*, (2), 80-90.
9. Bould, S., & Settersten, R. A. (2003). Invitation to the life course: Toward new understandings of later life. *Contemporary Sociology*, 32(2), 170-172.
10. Bradford, L. (1979). Can you survive your retirement. *Harvard Business Review*, 57(6), 103-109.
11. Butterworth, P., Gill, S., Rodgers, B., Anstey, K., Villamil, E., & Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social Science & Medicine*, 62(5), 1179-1191.

12. Carp, F. M. (1967). *Retirement crisis*. *Science*, 157(3784), 102-103.
13. Chen, M. K. (2013). The effect of language on economic behavior: Evidence from savings rates, health behaviors, and retirement assets. *American Economic Review*, 103(2), 690-731.
14. Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, S95-S120.
15. Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: the effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(2), 189-200.
16. Coursolle, K. M., Sweeney, M. M., Raymo, J. M., & Ho, J. H. (2010). The association between retirement and emotional well-being: Does prior work-family conflict matter? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences And Social Sciences*, 65(5), 609-620.
17. Dukerich, J. (2001). Role transitions in organizational life: An identity-based perspective. *Academy of Management Review*, 26(4), 670-672.
18. Feng, J., Li, Q., & Smith, J. P. (2020). Retirement effect on health status and health behaviors in urban China. *World Development*, 126, 104-702.
19. Gleib, D. A., Landau, D. A., Goldman, N., Chuang, Y. L., Rodriguez, G., & Weinstein, M. (2005). Participating in social activities helps preserve cognitive function: An analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology*, 34(4), 864-871.
20. Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134-142.
21. Grossman, M. (2017). *On the concept of health capital and the demand for health*. In *Determinants of health: an economic perspective* (pp. 6-41). Columbia University Press.
22. Heller-Sahlgren, G. (2017). Retirement blues. *Journal of Health Economics*, 54, 66-78.
23. Insler, M. (2014). The health consequences of retirement. *Journal of Human Resources*, 49(1), 195-233.
24. Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia: Predictors of caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855.
25. Kim, J. E., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(3), 212-222.
26. Macbride, A. (1976). Retirement as a life crisis: Myth or reality? A review. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21(8), 547-556.
27. Mazzonna, F., & Peracchi, F. (2017). Unhealthy retirement? *Journal of Human Resources*, 52(1), 128-151.
28. Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612-1638.
29. Mountian, A. G., & Maria, M. D. (2020). Effects of retirement on the health of elderly people in São Paulo, Brazil. *Applied Economics*, 52(28), 2991-3003.
30. Müller, T., & Shaikh, M. (2018). Your retirement and my health behavior: Evidence on retirement externalities from a fuzzy regression discontinuity design. *Journal of Health Economics*, 57, 45-59.
31. Pan, X., Luo, Y., & Roberts, A. R. (2018). Secondhand smoke and women's cognitive function in China. *American Journal of Epidemiology*, 187(5), 911-918.
32. Park, H., & Kang, M. Y. (2016). Effects of voluntary/involuntary retirement on their own and spouses' depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 1-8.
33. Rousseau, D. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Sage publications.
34. Ryff, C. D., & Marshall, V. W. (1999). *The self and society in aging processes*. Springer Publishing Company.
35. Schane, R. E., Glantz, S. A., & Ling, P. M. (2009). Nondaily and social smoking: an increasingly prevalent pattern. *Archives of internal medicine*, 169(19), 1742-1744.
36. Shiba, K., Kondo, N., Kondo, K., & Kawachi, I. (2017). Retirement and mental health: Does social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. *BMC Public Health*, 17(1), 526.
37. Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065-1096.

38. Sinforiani, E., Zucchella, C., Pasotti, C., Casoni, F., Bini, P., & Costa, A. (2011). The effects of alcohol on cognition in the elderly: From protection to neurodegeneration. *Functional Neurology*, 26(2), 103-106.
39. Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 48(4), 445-469.
40. Taylor, M. A., Goldberg, C., Shore, L. M., & Lipka, P. (2008). The effects of retirement expectations and social support on post-retirement adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4), 458-470.
41. Van Solinge, H., & Henkens, K. (2008). Adjustment to and satisfaction with retirement: Two of a kind? *Psychology and Aging*, 23(2), 422-434.
42. Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 455-474.
43. Wang, M., & Shultz, K. S. (2010). Employee retirement: A review and recommendations for future investigation. *Journal of Management*, 36(1), 172-206.
44. Yeung, D. Y. (2013). Is pre-retirement planning always good? An exploratory study of retirement adjustment among Hong Kong Chinese retirees. *Aging & Mental Health*, 17(3), 386-393.
45. Zhao, R., & Zhao, Y. (2018). The Gender Pension Gap in China. *Feminist Economics*, 24(2), 218-239.

An Era of Delayed Retirement: Does the Impact of Retirement on Health Vary by Occupation and Position?

Yuxi LIAO; Renfu LUO; Yu DU

(School of Advanced Agricultural Sciences, Peking University, Beijing 100871)

Abstract: In the formulation of retirement age policies, the health of the elderly is an essential factor that cannot be overlooked. Due to the segmentation of China's labor market over the past decades and the insufficient mobility between various occupations, the impact of retirement on health varies significantly across different occupations and positions. This paper aims to investigate whether the impact of retirement on health differs by occupation, thereby providing valuable empirical evidence for the era of delayed retirement. Using data from the 2011, 2013, 2014, 2015, and 2018 waves of CHARLS, this study employs a two-stage fuzzy regression discontinuity design to examine the differentiated impact of retirement on health by occupation, using reaching or exceeding the statutory retirement age as an instrumental variable for an individual's retirement status. The findings indicate that the impact of retirement on health is predominantly negative, mainly affecting subjective health indicators. Among different employee groups, those working in government and public institutions, especially in managerial positions, experience the most significant negative impact of retirement. Employees in the informal sector also show some negative effects, though to a lesser extent. For corporate employees, retirement does not result in negative impacts. The potential mechanism might be that retirement changes the probability of engaging in social activities to varying degrees for different groups. In summary, delayed retirement policies should consider an occupation-specific and position-specific approach.

Key Words: Delayed Retirement; Differential Effects by Occupation; Subjective Health; Social Activities

■ 责编 / 朱志胜 E-mail: zzsfff3299@163.com Tel: 010-88383907