

# 医养结合与老年健康管理服务利用 ——来自医养结合试点城市的经验证据

陈 岩, 杨翠迎

(上海财经大学 公共经济与管理学院, 上海 200433)

**摘 要:** 医养结合是实现健康中国和积极老龄化战略的重要手段,也是养老服务体系高质量发展的必要条件。文章利用微观数据,运用双重差分法实证检验了医养结合政策试点对老年健康管理服务利用的影响。研究发现,医养结合政策试点显著促进了老年健康体检服务、健康评估和干预服务的利用以及健康档案的建立,提升了老年健康管理服务利用水平,但这种影响因城市地理区位、行政等级及老龄化水平的不同而呈现差异化的效果。进一步分析表明,医养结合政策试点通过政策集聚效应、增加政府资金投入、推动设施临近设置和拓展服务方式等机制对老年人相关健康管理服务的利用产生显著影响。文章研究认为,我国目前医养结合发展正处于由国家试点向示范项目引领和全国推广的关键阶段,应充分发挥医养结合政策试点的政策效应与示范项目的引领作用;加强医养结合政策对不同经济发展水平、不同行政等级或不同老龄化水平城市的适配性,避免政策的“一刀切”;要重视社区医养结合设施的建设和功能布局;优化服务方式,化被动为主动,积极提升健康管理的有效性。

**关键词:** 医养结合试点;老年健康管理;服务利用;人口老龄化

**中图分类号:** C913.6; F062.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-9952(2023)12-0121-15

**DOI:** 10.16538/j.cnki.jfe.20231016.401

## 一、引 言

随着疾病谱的转变,慢性病已经逐渐成为影响我国居民生命健康的主要因素(李江等, 2017),老年人更是慢性病高发群体。据统计,我国有78%以上的老年人患有一种以上慢性病,<sup>①</sup>长寿却不健康是当前我国老年群体的主要特征,这极大地降低了老年人生活质量。有研究表明,相比于生病后通过医疗行为救治,提前对影响老年人健康的危险因素进行干预的健康管理更有助于老年人生命健康质量的提升(晏月平和郑依然, 2019)。

目前我国老年健康管理服务有两种供给机制:一种是医疗卫生服务体系下的健康管理,主要由基层社区医疗卫生服务机构为老年人提供;另一种是养老服务体系下的健康管理,借助医养结合试点和推广,由养老机构等相关医养结合设施为老年人提供养老服务的同时提供健康管理服务,因此也可称为医养结合下的老年健康管理机制。我国医疗卫生体系相对较为完善,而

收稿日期:2023-08-04

基金项目:国家社会科学基金重大项目(20&ZD114);中央高校基本科研业务费专项资金资助(CXJJ-2023-355)

作者简介:陈 岩(1998-),女,河南洛阳人,上海财经大学公共经济与管理学院博士生;

杨翠迎(1967-)(通讯作者),女,陕西西安人,上海财经大学公共经济与管理学院教授,博士生导师。

<sup>①</sup>《关于印发“十四五”健康老龄化规划的通知》(国卫老龄发〔2022〕4号)。

养老服务体系还在探索发展中,因此第一种健康管理机制较为普遍,也相对较为成熟,但是模式单一、覆盖到的人群比较局限,需要老人主动前往医疗机构接受服务;第二种机制虽然能够覆盖绝大多数老年人,但由于医养结合正在探索中,实践模式具有差异性,健康管理服务的提供存在不平衡性。

医养结合是将医疗卫生服务和养老服务资源进行有机结合,以满足老年人对医疗和养老的多重服务需求而提出。我国2013年首次提出医养结合概念,于2015年出台相关专项政策,并在2016年启动全国试点,旨在探索能为老年人提供“养、医、康、护、健”连续性服务的融合供给路径和模式(杨翠迎和刘玉萍,2021),其中健康管理服务是最为重要的内容之一。因此,基于养老服务体系下的老年健康管理开始在我国发展。然而,从2016年试点开始至今,医养结合对老年健康管理服务利用的影响到底如何?试点前后老年健康管理服务利用又发生了怎样的变化?政策试点是否促进了老年人健康管理服务的利用?这值得深入评估与研究。文章基于2011年、2013年、2015年、2018年CHARLS四期数据,运用双重差分法对此进行分析。研究发现,相比于非试点地区,医养结合政策试点显著促进了试点地区老年健康体检服务、健康评估和干预服务的利用以及健康档案的建立,这种促进作用又会因城市地理区位、行政等级及老龄化水平的不同而有所差异。进一步对制度环境和服务供给两个维度的作用机制检验表明,医养结合试点通过政策集聚效应、增加政府资金投入、推动设施临近设置和拓展服务方式等机制对老年人相关健康管理服务的利用产生了显著影响。

目前学术界从医养结合角度研究老年健康管理的文献较少,最直接的一篇是利用微观数据对社区老年健康管理服务供给及效果进行分析,但其研究主要集中在城乡差异及健康管理的效果评估上,未对老年健康管理服务的内涵及外延进行探讨和界定,也未对医养结合如何影响老年健康管理服务利用的作用机制展开讨论(白晨,2020)。其他文献更多是从医疗卫生服务角度出发,且主要集中于单一疾病的健康管理模式构建研究上(周霞等,2017)。因此,本文的边际贡献主要体现在:第一,在弄清医养结合视角下的老年健康管理概念内涵的基础上,梳理了医养结合与老年健康管理服务利用之间的作用关系;第二,实证检验医养结合对老年健康管理服务利用的影响,对试点政策效果进行评价;第三,从城市层面探讨医养结合政策试点对老年健康管理存在的异质性;第四,探讨医养结合对老年健康管理服务利用的影响机制,为后续政策的完善、老年健康管理服务的提升提供理论依据。

本文的余下安排如下:第二部分为政策概况、理论分析与研究假说;第三部分为本文的研究策略和数据说明;第四部分为回归结果与稳健性检验;第五和第六部分分别为本文的异质性分析、机制检验;第七部分提出了本文的研究结论和政策启示。

## 二、政策概况、理论分析与研究假说

### (一)医养结合政策实施概况

从1990年世界卫生组织第一次提出“健康老龄化”理念,到2002年再次提出“积极老龄化”的理论体系,养老服务与医疗健康服务融合发展理念已成为各国应对人口老龄化挑战的共识和实践。以日本和英国为代表,不少老龄化较早的国家都不同程度开展了医养整合照料服务探索。我国养老和医疗卫生服务长期处于两种制度体系,随着老龄化程度的加深,特别是失能、半失能人口规模的不断扩大,这种医疗和养老相分离的状态远不能满足老年人对于生活照料和医疗护理服务的多样化需求。在此背景下,我国提出探索医养结合养老模式,通过将医疗资源嵌入养老服务、养老资源嵌入医疗服务、医养签约合作等方式,将医养资源有机结合,为老年人提供一站式的“医、养、康、护、健”等服务,其中健康管理服务是医养结合最主要的内容之一。

我国医养结合政策实践大体分为三个阶段:一是医养结合概念提出及政策框架初步形成阶段(2013—2015年)。为了践行党的十八大精神,国务院在2013年9月首次提出医养结合概念,要求“积极推进医疗卫生与养老服务相结合”,<sup>①</sup>原国家卫生和计划生育委员会于2015年11月出台专项政策,<sup>②</sup>明确细化了医养结合的重点工作任务,初步搭建了医养结合政策体系框架。二是国家试点及实践探索阶段(2016—2021年)。国务院于2016年6月发布在50个地区开展第一批医养结合试点,<sup>③</sup>同年9月,又选取40个地区进行第二批试点,<sup>④</sup>拟通过这90个国家试点地区的试点探索具有地方特色的医养结合模式,期望形成可复制、可推广的医养结合实践经验。三是示范引领及全面推广阶段(2022年至今)。在已有的90个国家试点地区基础上,2022年4月,国家卫生健康委员会提出开展医养结合示范项目创建工作,<sup>⑤</sup>通过对示范省、示范市(县)、示范机构的创建,带动医养结合的全面开展。2023年3月再次提出各地要充分总结和推广试点工作中的典型经验,<sup>⑥</sup>进一步推动医养结合的全覆盖和高质量发展。

从医养结合概念的提出,到医养结合国家试点,再到示范项目的创建乃至全国推广,医养结合已成为我国社会养老服务体系的重要内容,也是我国社会养老服务体系内涵式发展、高质量发展的重要体现。总体来看,90个国家试点地区较好完成了医养结合试点工作,形成了各具特色的医养结合实践模式。但是,受医疗卫生服务资源的有限性及提供方式的制约,目前各试点地区开展的医养结合服务中的医疗卫生服务主要还是以健康管理服务为主。因此,本文聚焦医养结合下的老年健康管理服务,对医养结合政策试点效应进行实证与评估,这对进一步推进医养结合工作的开展具有政策启示意义。

## (二)理论分析与研究假说

### 1. 医疗卫生服务体制下的老年健康管理机制

有关健康管理的学术研究最早起源于二十世纪中期的美国,当时由于其生存环境恶化、慢性疾病人群不断增长及人口老龄化日益严重等问题,公众对医疗卫生服务的需求快速增加,导致了医疗费用的持续高涨(黄建始, 2006; Harrington 和 Sayre, 2010)。在这种情况下,政府和学者们意识到只有最大限度地保障和维持人群的健康状态,才能从根本上解决高费用、高支出和低健康水平的状况(Callison, 2016)。因此,以健康管理为核心的新型卫生服务模式逐渐形成(Snyderman 和 Williams, 2003)。美国政府于1969年将健康管理纳入国家医疗保健计划,通过相关技术早期识别高危人群,利用健康教育与健康管理等手段来减少居民的患病风险(Lincoln 等, 2007)。与此同时,芬兰、德国和日本等国家也逐步建立起了以社区和家庭为单位的健康管理模式(Nakano 等, 1995),有效降低了公民慢性病的发生率(Manthorpe 等, 2007)。

发达国家的健康管理实践表明健康管理对老年人健康维护的有效性。这种性价比较高的健康服务模式也逐渐引起我国政府和国内学者的关注。健康管理作为我国基本公共卫生服务的重要组成部分,一直是处于医疗卫生服务体制下,基层医疗卫生服务机构是主要的供给主体,通过体检等方式对居民身体状况进行监测,并及时对影响居民健康的关键因素进行评估和干预,以维持个体的生命健康(王晓和李凯浩, 2018)。随着老龄化程度的加深,对老年群体的健康管

① 《关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发〔2013〕35号)。

② 《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》(国办发〔2015〕84号)。

③ 《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》(国卫办家庭函〔2016〕644号)。

④ 《卫生计生委关于确定第二批国家级医养结合试点单位的通知》(国卫办家庭函〔2016〕1004号)。

⑤ 《关于印发医养结合示范项目工作方案的通知》(国卫老龄发〔2022〕14号)。

⑥ 《关于推广医养结合试点工作典型经验的通知》(国卫办老龄发〔2023〕3号)。

理也愈加受到重视。根据基本公共卫生服务规范,社区医疗机构要每年为辖区内65岁及以上的老年人提供1次免费的健康管理服务,具体包括健康检查、健康评估、健康指导和健康档案建立等。<sup>①</sup>由于基层医疗资源的有限性,现有老年健康管理存在服务内容简单、服务主体和服务方式单一、间隔时间长等问题,难以满足老年人日益增长的健康管理服务需求。而医养结合下的健康管理服务模式能够弥补这些不足,其与医疗卫生服务体制下的老年健康管理形成了互补及耦合作用,共同为老年人提供健康管理服务。

## 2. 医养结合下的老年健康管理机制

自从我国提出医养结合以来,在国家出台的关于医养结合的政策文件中,多次提到要推进医养结合,深化医养签约,为老年人提供专业、有针对性的健康管理服务,老年健康管理开始融入养老服务领域中,并逐渐成为医养结合的重点服务内容。那么医养结合视角下的健康管理服务体系及其机制如何?本文认为主要包括如下四个方面:

从服务主体上看,传统的公共卫生体制下的老年健康管理服务主要由基层医疗卫生服务机构开展。在推行医养结合试点后,养老资源和医疗资源进行整合,出现了养老机构内设医疗机构(下称“养设医”)、医疗机构内设养老床位(下称“医设养”)、养老机构与医疗机构临近设置(下称“医养临近设置”)等医养结合设施类型,这些供给机构都可以为老年人提供健康管理服务(王晓迪等,2017)。

从服务对象上看,医养结合和老年健康管理都是面向老年群体,不同的是目前基本公共卫生服务中的老年健康管理主要是针对65岁及以上的群体,而医养结合更多是面向60岁及以上的群体。由于无论是国内还是世界卫生组织的划分标准,60岁都是正式迈入老年阶段的起点,且在年龄低的时候就进行健康管理能够更早地防范风险(唐钧和李军,2019)。因此,本文认为医养结合视角下老年健康管理的服务对象应为60岁及以上的老人。

从服务内容上看,由于医养结合服务对象多为失能、失智、患有慢性病等需要长期照护的老人,这些疾病往往是长期的,难以治愈(唐钧,2016)。因此,相比于医疗机构的诊疗救治功能,医养结合更多着眼于老年人的健康管理和长期照护(董红亚,2018;崔树义和杨素雯,2019)。同时,医养结合下的健康管理也更加注重服务的连续性,通过对老年人身体健康状况进行持续性跟踪和及时健康干预,减少或延缓老年人身体恶化的可能(杨伊宁和励建安,2019)。综合目前国家的政策以及现有文献研究,本文认为医养结合下的老年健康管理服务内容主要包括健康体检、健康评估、健康干预、慢性病管理、家庭医生签约、健康档案建立等相关服务(陈宪泽和詹小清,2014)。

从服务方式上看,在现有的基本医疗卫生服务体制下,老年健康管理服务多依赖老人主动前往机构接受服务,由此会导致真正享受服务的老人数量有限,并且能够享受到的服务内容单一、时间间隔长、缺乏连续性,进而无法实现对更多老年人提供持续性监测(高红霞等,2019)。而医养结合的开展提高了居家上门服务的可能性,不仅机构中的老人能够享受到健康管理服务,还能依托家庭医生签约,为居家老人提供上门服务,从而更大程度实现了服务对象的全覆盖(艾丹丹,2019)。

综上所述,医养结合的提出,使老年健康管理不仅局限于基层医疗卫生服务机构所提供的简单的基本医疗卫生服务,它也逐渐成为医养结合机构的主要服务内容,服务主体更加多元,服务方式更加多样,服务内容更加丰富,也更能聚焦老年人的个性化健康服务需求,具体参见表1。

<sup>①</sup> 参考《国家基本公共服务标准(2021年版)》。

表 1 两种体制下的老年健康管理比较

类型	服务主体	服务对象	服务内容	服务方式	服务周期
医疗卫生服务体制下的老年健康管理	基层医疗卫生服务机构	65岁及以上	体检、健康评估和干预、健康档案建立	机构服务	一年一次
医养结合下的老年健康管理	养老机构(“养设医”) 医疗机构(“医设养”) 医养共同体(“医养临近设置”)	60岁及以上	体检、健康评估和干预、健康档案建立、健康监测、慢性病管理、家庭医生签约	机构服务 上门服务	全周期 随时监测

注:本表由作者根据相关政策文件及学术文献整理而成。

### 3. 医养结合政策试点对老年人健康管理服务利用的作用机制

虽然老年健康管理一直是基本公共卫生服务的主要内容,但由于经济发展水平的差异一定程度影响着服务设施、服务内容以及服务水平的差异(王彦斌等, 2021),造成了老年健康管理机会的不平等,进而影响老年健康管理服务的利用(翟绍果和严锦航, 2018)。医养结合作为涉及养老和医疗两个领域,且致力于推动“健康中国”和“积极老龄化”国家战略建设的一项福利制度,已被证明能够从制度端和供给端有效促进老年人卫生保健资源的使用及其养老服务质量的提升,一定程度上弥补了老年健康管理服务机会的不平等(申喜连和王玲, 2022)。

一是从制度环境端来看,地方政府作为医养结合试点工作的直接执行方,其重视程度和布局规划直接影响着当地医养结合服务的发展水平和服务质量(白俊红等, 2022)。国家进行医养结合试点是为了探索出可复制、可推广的医养结合实践经验,为后续面向全国推广进行铺垫,这些试点地区起着“打头阵”“排头兵”的作用,这种激励和压力不可避免地会引起当地政府对医养结合的重视和投入。一方面,在被确立为医养结合试点地区后,政府会出台鼓励支持性政策,形成政策集聚效应,不仅能吸引市场主体的积极加入(卢盛峰等, 2021),还能引起公众关注,创造良好的健康管理理念和氛围,引导老年人积极主动参与健康管理(穆光宗等, 2022)。另一方面,政府会加大对医养结合领域的资金投入。已有研究证明,政府对医疗卫生领域进行有针对性的投资能够有效降低公民的医疗保健成本,促进其服务利用(Sabharwal 等, 2019; 孙鹃娟, 2021)。在医养结合机构发展初期,市场运营机制尚未完善,政府会通过发放运营补贴、床位补贴等来维持机构的生存(涂爱仙, 2022)。同时,政府会对低收入的老年人以政府购买服务、发放护理补贴、高龄津贴等手段来提高其医养结合服务的支付能力,促进其健康服务的利用(孙菊和韩文晶, 2023)。

二是从服务供给端看,医养结合政策试点会通过推动服务设施的邻近设置、拓展服务方式等促进老年人的健康管理服务利用。研究证明,提高医疗服务设施的可达性能够很大程度提高老年人医疗服务利用水平(Atalay 等, 2023)。我国有 90% 以上的老年人是居家或依托社区养老,为了更好地满足老年人原居安养的意愿,各地提出要打造“十五分钟养老服务圈”,<sup>①</sup>打通养老服务“最后一公里”(胡湛, 2022)。国家在推行医养结合政策试点时,也将此理念融入其中,明确提出“推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭”以及“实施社区医养结合能力提升工程”,<sup>②</sup>鼓励相关设施嵌入社区、邻近社区建设,更好满足社区居家老年人的医养结合服务需求。服务设施的邻近设置使老年人服务获取更加方便,能够有效提升老年人健康管理服务的可达性。另外,医养结合也可以拓展服务方式从而影响老年人健康管理服务利用。如何对居家老年群体进行有效的健康管理一直是需要破解的难题,医疗卫生服务体制下的老年健康管理需要老年人主动前

① “十五分钟”指老年人从家到养老服务设施最多只需步行 15 分钟,所有的养老服务在 15 分钟的步行范围内都能触手可及。

② 《关于开展社区医养结合能力提升行动的通知》(国卫老龄函〔2022〕53 号)。

往基层医疗卫生服务机构接受服务(杜本峰等, 2021), 高龄、失能的老人由于出行不便往往放弃参与, 使得健康管理服务利用水平较低(刘燕, 2018)。而医养结合政策试点着力推动老年人与基层医疗卫生服务机构中的家庭医生进行签约, 家庭医生可上门为身体不便的老年人提供诊疗、慢病管理等健康管理服务。与此同时, 一些有能力的养老机构也可上门为老年人提供简单的医疗护理、健康监测等服务, 这进一步提升了老年人健康管理服务利用的可能性。

根据以上分析, 本文提出以下假设:

假设 1: 医养结合政策试点能促进老年健康管理服务的利用。

假设 2: 医养结合政策试点能形成政策集聚效应, 增加政府对医疗健康领域的资金投入。

假设 3: 医养结合政策试点能通过提高服务设施可及性、拓展服务方式等手段来提升老年健康管理服务的利用水平。

### 三、研究方法和数据说明

#### (一) 数据来源

本文数据来源于中国健康与养老追踪调查(CHARLS)数据, 在每期调查数据公开后, CHARLS 调查方会将已调查的数据合并为一个可用的 Harmonized CHARLS 数据集, 该数据集目前整合了 2011 年、2013 年、2015 年和 2018 年四期调查数据。本文根据研究需要, 在该数据集的基础上进行数据筛选。在我国 90 个国家级试点地区中, 由于北京、上海、重庆、天津四个直辖市只是其中的几个城区被确立为国家级医养结合试点单位, 而 CHARLS 数据只能观测到市级层面。因此, 本文在研究时删除了四个直辖市的记录, 同时剔除了关键变量数据缺失的样本以及年龄小于 60 岁的个体样本, 得到最终有效样本观测值共 34843 个。

#### (二) 研究策略

本文采用双重差分法识别医养结合政策试点是否影响老年人的健康管理服务利用水平。基准回归模型设定如下:

$$Y_{ict} = \alpha + \beta Treat_{ic} \times post_{it} + \delta X_i + \theta_t + w_i + \varepsilon_{ijt} \quad (1)$$

其中,  $Y_{ict}$  表示受访者健康管理服务利用的结果变量, 具体包含健康体检、健康评估和干预、慢性病管理和健康档案的建立这几个指标, 下标  $i$ 、 $c$ 、 $t$  分别表示个体、城市与时间。 $Treat_{ic}$  表示医养结合试点地区虚拟变量, 若个体  $i$  所在的  $c$  城市属于国家级医养结合试点, 则取值为 1, 否则为 0。 $post_{it}$  为试点时间虚拟变量, 2016 年之后的时点(即 2018 年)取值为 1, 之前的时点(即 2011 年、2013 年、2015 年)取值为 0。 $X_i$  为一系列控制变量,  $w_i$  为个体固定效应,  $\theta_t$  为年份固定效应,  $\varepsilon_{ijt}$  为扰动项。

#### (三) 变量选取及说明

##### 1. 被解释变量

本文认为老年健康管理服务包括健康体检、健康评估和健康干预、慢性病管理、家庭医生签约、健康档案建立等一系列服务。在 CHARLS 问卷中分别选取相关的变量。由于医养结合是在 2016 年启动试点, CHARLS 四期调研数据中只有 2018 年一期涉及到家庭医生问题的调查, 为了便于比较, 本研究不将家庭医生签约指标纳入被解释变量中。其余变量如下:

(1) 健康体检。通过问卷“您最近一次常规体检是什么时候”和“您是否通过体检得知自己患慢性病”以及其他涵盖体检的问题来识别老年人是否接受过健康体检服务。接受过该服务的赋值为 1, 未接受过该服务的赋值为 0。

(2)健康评估和干预。问卷中并没有对健康评估和健康干预问题的直观设置,本文以“老年人是否接受过门诊服务”来进行识别。基本公共卫生服务规范中规定了老年人健康评估是指通过问诊及老年人健康自评从而了解老年人基本健康信息,健康干预是指医生根据评估的结果对其进行针对性的健康指导、疾病管理、转诊等,两者常同时发生。<sup>①</sup>在实践中,无论是哪种医养结合模式,家庭医生都是主要的老年健康管理服务供给者(汪紫彤和范阳东,2022),其医生的身份和职能决定了其服务的提供需遵守相应的医疗规则(廖智柳和黄顺康,2021),由于健康评估和干预涉及问诊和开具处方,且费用能通过医保进行报销,因此仍需老年人按照正常就医流程门诊挂号。同时,考虑到老年人门诊就医本身就是一种主动寻求健康干预的方式,本文以老年人是否接受过门诊服务来衡量老年人是否接受过健康评估和干预服务,接受过赋值为1,未接受过赋值为0。

(3)慢性病管理。CHARLS 问卷中主要对高血压和糖尿病两种慢性病有详细的问题设计,参考徐英等(2022)学者的研究,通过问题“是否曾有医生给您量血压/血糖”以及“有没有医生建议您注意以下问题:控制体重、身体锻炼、饮食调节、控烟等”来识别是否进行慢性的管理,只要满足其中一种赋值为1,未接受过的赋值为0。

(4)健康档案建立。基本公共卫生服务规范中提到,居民到基层医疗卫生服务机构接受服务时,医务人员要为居民建立健康档案(赖志杰,2013)。因此,在问卷筛选中,只要老年人到基层医疗卫生服务机构接受过相关服务的,都视为进行了健康档案的建立,并赋值为1,没有接受过的赋值为0。

## 2. 解释变量

本研究的核心解释变量为医养结合政策试点,使用医养结合试点地区虚拟变量与试点时间虚拟变量的交互项来测量。

## 3. 控制变量

Grossman 提出的“健康存量”是指随着年龄的增长,人们的健康存量会存在折旧或损耗,为了弥补健康折旧,人们必须增加健康投资(Grossman, 1972)。而健康投资通常会受到性别、年龄、受教育程度、收入、医疗保险等因素的影响(Kenkel, 1994; Cabral 等, 2022)。根据 Grossman 的观点,本文认为老年人对健康管理服务的利用是一种健康投资,且这种利用程度会随着健康资本折旧的提高而增加。由于在回归模型中已经加入了个体固定效应 $w_i$ ,因此任何不随时间变化的变量都已经被个体固定效应控制了,结合以往文献的研究,本文选取的控制变量主要有年龄、婚姻状况、是否与子女同住、医疗保险和养老保险参与情况、自评健康、慢性病数量和失能程度(郭延通和姚慧,2018;徐婷等,2021)。表2为关键变量描述性统计结果,从直观上展示了医养结合试点城市老年人与非试点城市老年人在试点前后相关健康管理服务利用的变动差异。

表2 描述性统计

变量	政策试点前(N=24409)		政策试点后(N=10434)	
	处理组均值或占比 (N=4868)	控制组均值或占比 (N=19541)	处理组均值或占比 (N=2118)	控制组均值或占比 (N=8316)
健康体检(接受过=1)	58.63%	52.07%	71.85%	59.79%
健康评估和干预(接受过=1)	19.38%	20.75%	21.03%	16.19%
慢性病管理(接受过=1)	72.84%	70.03%	71.22%	68.53%

①《关于印发国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的通知(国卫基层发〔2017〕13号)。

续表 2 描述性统计

变量	政策试点前(N=24409)		政策试点后(N=10434)	
	处理组均值或占比 (N=4868)	控制组均值或占比 (N=19541)	处理组均值或占比 (N=2118)	控制组均值或占比 (N=8316)
健康档案建立(接受过=1)	61.72%	58.33%	76.09%	65.70%
年龄	68.34(7.144)	68.39(6.947)	69.05(7.225)	69.16(7.114)
婚姻状况(有配偶=1)	78.96%	78.11%	79.89%	77.31%
是否与子女同住(是=1)	50.51%	46.28%	39.09%	34.72%
是否有养老保险(是=1)	56.57%	55.48%	58.74%	67.31%
是否有医疗保险(是=1)	93.44%	92.08%	97.40%	95.75%
自评健康				
不好/很不好=0	25.48%	30.20%	26.82%	32.52%
一般=1	52.90%	49.43%	51.18%	46.75%
好/很好=2	21.63%	20.36%	22.01%	20.73%
慢性病数量	1.883(1.621)	1.855(1.595)	2.502(1.867)	2.516(1.935)
失能程度				
完全自理=0	75.92%	73.38%	77.37%	72.76%
轻度失能=1	16.96%	17.82%	14.93%	17.62%
中度失能=2	4.48%	5.59%	4.63%	5.74%
重度失能=3	2.64%	3.21%	3.07%	3.89%

注：二分类变量给出的是取值为1的百分比；多分类变量给出相对应类别的百分比；连续变量给出均值(标准差)。

## 四、实证分析

### (一) 基准回归

按照前文所介绍的实证方法,表3从整体上展示了医养结合政策试点对老年人各项健康管理服务利用的影响。根据列(1)、列(2)、列(4)的结果来看,医养结合政策试点促进了老年人健康体检服务、健康评估和干预服务的利用以及健康档案的建立,分别在5%、10%和5%的显著性水平下显著,但是对慢性病管理服务的利用并没有显著的影响。

表 3 基准回归

	(1)健康体检	(2)健康评估和干预	(3)慢性病管理	(4)健康档案
医养结合政策试点	0.0530** (0.0268)	0.0479* (0.0264)	-0.0158 (0.0309)	0.0560** (0.0253)
控制变量	控制	控制	控制	控制
固定效应	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间
N	24019	25700	9676	24952
R-squared	0.4949	0.4257	0.4931	0.4626

注：\*、\*\*和\*\*\*分别表示10%、5%和1%的显著水平,括号内数据为稳健标准误,下表同。

### (二) 稳健性检验<sup>①</sup>

#### 1. 平行趋势检验

运用双重差分法进行政策效应估计时,除了政策的实施需满足外生性要求外,处理组和控制组在政策实施前还需保持相同的变化趋势(黄炜等,2022)。根据图表分析结果,在2016年医养结合政策试点以前,处理组与控制组健康体检服务的利用、健康评估和干预服务的利用以及

① 限于篇幅,图表分析省略,读者若是感兴趣可向作者索取。

健康档案的建立拥有相同的发展趋势,因此本文结果通过了平行性趋势检验。

## 2. PSM-DID 检验

国家选取医养结合试点城市是希望能够探索可复制、可推广的医养结合模式经验,这些试点城市起着示范引领的作用,因此试点地区的选取很可能不是随机的,而且这些试点地区和其他非试点地区的老年人本身就存在着诸多差异。为了排除这些因素对回归结果的干扰,借鉴已有文献(王桂军和卢潇潇,2019;孙广亚等,2021),进一步采用倾向得分匹配与双重差分相结合(PSM-DID)的方法对模型进行回归,检验在其他条件相似的情况下,医养结合政策试点与老年人健康管理服务利用之间的因果关系。具体来讲,通过是否是医养结合试点城市的虚拟变量对控制变量进行 Logit 回归,以获得倾向得分值,然后采取最近邻 1:1 匹配的方式进行匹配,再用匹配后的样本重新进行基础回归。根据回归结果,在使用倾向得分匹配回归后,本文的主要结论仍然成立。

## 3. 安慰剂检验

为了检验基准回归结果在多大程度上受到遗漏变量、随机因素等的影响,本文参考宋弘等(2019)、马述忠等(2023)的研究,通过随机筛选医养结合试点时间和试点城市,据此构造了时间和城市两个层面的随机实验,通过虚假实验得到基准回归估计系数的概率来判断结论是否可靠。由于此时的试点时间和试点城市都是随机产生的,估计出来的基准回归系数应该为 0,如果不为 0,则说明本文的估计结果是有偏的。为了进一步增强安慰剂检验的效力,将上述过程重复 500 次,最后绘出估计系数分布图。根据图表分析结果,虚假的双重差分项的估计系数集中于 0 附近,进一步验证了核心结论的稳健性。

## 4. 排除其他政策干扰

为避免同期其他政策的影响,本文研究发现同样是 2016 年进行第一批试点的长期护理保险政策可能会影响老年人健康管理服务利用。由于有些城市既是医养结合试点城市,又是长期护理保险试点城市,为了排除长期护理保险政策试点的干扰,本文参考卢盛峰等(2021)、马青山等(2023)的研究,在基准回归的基础上进一步控制了长期护理保险试点城市与试点年份的交互效应,根据图表分析结果,医养结合政策试点的影响依然显著,证明了本文结果的可靠性。

# 五、异质性检验<sup>①</sup>

## (一)城市区位特征的异质性分析

由于我国各地区经济发展水平等方面存在差异,医养结合对老年人健康管理服务利用的影响可能会因城市区位特征的不同而存在差异。根据地理位置和经济发展水平,本文将试点城市分为东部地区、中部地区、西部地区,从而进行分组回归。根据回归结果,老年人健康管理服务的利用水平会受到地区差异的影响。政策试点显著提高了东部地区健康评估和干预服务的利用,但对于中部地区和西部地区没有显著影响。医养结合政策试点对中部地区的健康体检和健康档案服务都有显著的促进作用,但对于东部和西部地区这两种服务的促进作用并不显著。

## (二)城市行政等级的异质性分析

本文按照城市的行政等级进行异质性分析,将省会城市、计划单列市和经济特区认为是高行政等级城市,赋值为 1,其他城市赋值为 0。通过分组回归,探讨医养结合政策试点对于健康管理服务利用的效果是否因城市行政等级不同而呈现显著性差异。根据回归结果,医养结合政策试点对行政等级较高城市的健康体检服务、健康评估和干预服务、健康档案建立服务的提升

<sup>①</sup> 限于篇幅,图表分析省略,读者若是感兴趣可向作者索取。

均有显著作用。但对于行政等级低的城市，医养结合政策试点对其老年健康管理服务的影响并不显著，进一步验证了城市行政等级在医养结合政策效果上的异质性。

### (三)城市老龄化水平的异质性分析

本文根据各城市统计年鉴，以 60 岁及以上人口占总人口的比例是否达到 20% 为标准，将占比达到 20% 的城市归为高老龄化水平城市，赋值为 1，占比在 20% 以下的城市归为低老龄化水平城市，赋值为 0。根据回归结果，医养结合政策试点显著提高了高老龄化水平城市的健康体检服务、健康评估和干预服务的利用水平，促进了健康档案的建立，但对于低老龄化水平城市的提升作用并不显著。这可能是由于高老龄化水平城市老年人规模较大，对健康管理服务更加迫切，同时政府也更加重视。

## 六、机制检验

### (一)作用机制识别

表 3 的基准回归结果表明，医养结合政策试点显著促进了老年人健康体检服务、健康评估和干预服务的利用以及健康档案的建立，那么这种影响效应是通过何种机制实现？依据前文作用机制的分析，制度环境的改善和服务供给的优化可能对老年人健康管理服务的利用产生影响，本部分对此进行验证。参考已有研究(高安刚和张林, 2018; 王巧等, 2020)，先分别考察医养结合试点对各机制变量的影响，再分别将医养结合政策试点与各机制变量的交互项代入模型，检验其对因变量的影响，模型设定如下：

$$M_{ict} = \alpha + \beta_1 Treat_{ic} \times post_{it} + \delta X_i + \theta_t + w_i + \varepsilon_{ijt} \quad (2)$$

$$Y_{ict} = \alpha + \beta_1' Treat_{ic} \times post_{it} \times M_{ict} + \delta X_i + \theta_t + w_i + \varepsilon_{ijt} \quad (3)$$

其中， $M_{ict}$  分别表示各机制变量， $\beta_1'$  表示医养结合政策试点通过各机制变量对老年人健康管理服务利用的影响程度，其余变量的含义与基准回归方程一致。

### (二)作用机制检验

#### 1. 制度环境机制

(1)政策集聚效应。医养结合试点初期，地方政府会出台一系列的政策来保障医养结合试点的有效推进。为衡量政策环境影响，参考白俊红等(2022)的研究，依托北大法宝政策数据库，以“医养结合”作为关键词收集 2018 年前各城市发布的医养结合政策数量。我国是 2013 年首次在政策文件中提出医养结合概念，因此在对政策集聚效应的检验上，采用 2015 年和 2018 年两期的样本，将 2015 年及之前发布的政策作为 2015 年的医养结合政策数量，2016 年至 2018 年发布的政策作为 2018 年医养结合政策数量，形成面板数据。结果如表 4 所示，列(1)表明医养结合政策试点带来了政策集聚效应，且在 5% 的水平上通过了显著性检验。从列(2)、列(3)、列(5)可以看到，医养结合政策试点和政策数量交互项系数显著为正，说明医养结合政策试点可以通过政策集聚效应来提升老年人健康体检、健康评估和干预以及健康档案服务的利用水平。

(2)政府资金投入力度。医养结合政策试点会加大政府对医养结合领域的资金投入，基于数据的可获得性，参考倪伟彝等(2020)研究，本文以各城市统计年鉴里“一般公共预算支出”中的“卫生与健康支出”作为代理变量，通过对其取对数来衡量政府对医养结合的投入力度，代入回归模型。结果如表 5 所示，医养结合试点可以显著增加政府对医疗卫生领域的资金投入。进一步从列(2)、列(3)、列(5)可以看出，资金的投入力度可以促进健康体检服务的利用和健康档案的建立，但对健康评估和干预服务的作用并不显著，说明医养结合政策试点并非通过提高政府资金投入来影响老年人健康评估和干预服务的利用。

表 4 政策集聚机制检验

	(1)政策数量	(2)健康体检	(3)健康评估和干预	(4)慢性病管理	(5)健康档案
医养结合政策试点	2.4214** (0.9582)				
医养结合政策试点×政策数量		0.0055*** (0.0019)	0.0070** (0.0029)	-0.0018 (0.0014)	0.0059*** (0.0017)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制
固定效应	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间
<i>N</i>	11 812	11 604	11 806	4 608	11 288
<i>R-squared</i>	0.7452	0.6352	0.5780	0.6147	0.6223

表 5 政府资金投入力度机制检验

	(1)资金投入	(2)健康体检	(3)健康评估和干预	(4)慢性病管理	(5)健康档案
医养结合政策试点	0.1054*** (0.0285)				
医养结合政策试点×资金投入		0.0075** (0.0034)	0.0061 (0.0037)	0.0010 (0.0036)	0.0075** (0.0032)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制
固定效应	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间
<i>N</i>	20 983	19 491	20 940	7 775	20 305
<i>R-squared</i>	0.9525	0.5110	0.4419	0.5010	0.4775

## 2. 服务供给机制

(1)设施临近设置效应。医养结合政策试点可通过促进服务设施的邻近设置来提升老年人健康管理服务的可能性。在识别附近是否有服务设施时,由于2011年、2013年和2015年CHARLS问卷中的问题是“从您家到这家医疗机构需要多少分钟”,而2018年的问题是“从您家到这家医疗机构有几公里”,统计口径不一致。参考目前实践和政策规划中“城市建立十五分钟养老服务圈”“打通最后一公里”和“农村建立县、乡、村三级养老服务网络”的养老服务设施布局标准来转换该问题(江曼琦和田伟腾,2022)。由于农村地区的三级服务网络时间或距离标准不统一,因此只用城市地区的样本来进行验证。如果距离一公里或者十五分钟可以到达,认为设施距离较近,赋值为1,否则赋值为0。回归结果如表6所示,可以看到,医养结合政策试点可通过推动服务设施的临近设置来提升老年人健康体检服务、健康评估和干预服务的利用以及促进健康档案的建立。

表 6 服务设施临近机制检验

	(1)设施距离	(2)健康体检	(3)健康评估和干预	(4)慢性病管理	(5)健康档案
医养结合政策试点	0.0720** (0.0359)				
医养结合政策试点×设施距离		0.1550** (0.0612)	0.5484*** (0.1342)	-0.0021 (0.0440)	0.1950*** (0.0634)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制
固定效应	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间
<i>N</i>	9 437	8 708	9 424	4 088	9 108
<i>R-squared</i>	0.3783	0.5119	0.4229	0.5107	0.4762

(2)上门服务机制。在医养结合养老模式下,老年人既可以自行到医养结合机构享受服务,也可选择由医养结合机构或者家庭医生提供上门服务,这无疑提升了老年人获取健康管理服务的多样性及便利性。根据2018年CHARLS问卷所提出的“是否医护人员上门”“是否享受家庭

病床服务”和“是否享受上门巡诊服务”等相关问题来识别是否享受了上门服务,结果如表 7 所示,可以看到,医养结合政策试点显著促进了老年人对上门服务的利用,且上门服务显著提升了老年人对健康体检服务、健康评估和干预服务以及健康档案建立服务的利用。

表 7 上门服务机制检验

	(1)上门服务	(2)健康体检	(3)健康评估和干预	(4)慢性病管理	(5)健康档案
医养结合政策试点	0.0365 <sup>*</sup> (0.0209)				
医养结合政策试点×上门服务		0.1316 <sup>***</sup> (0.0502)	0.2333 <sup>**</sup> (0.0924)	0.0339 (0.0469)	0.1939 <sup>***</sup> (0.0431)
控制变量	控制	控制	控制	控制	控制
固定效应	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间	个体、时间
N	25 707	23 986	25 700	9 663	24 941
R-squared	0.3623	0.4952	0.4268	0.4931	0.4630

## 七、研究结论和政策启示

在老龄化程度不断加剧、失能人口数量规模不断加大的背景下,积极开展医养结合服务,对落实健康老龄化理念、推动健康中国建设及实现养老服务高质量发展均有重要意义。本文利用 CHARLS 四期面板数据,系统评估了我国医养结合政策试点对老年人健康管理服务利用水平的实际影响。研究发现,医养结合政策试点显著提高了老年人健康体检、健康评估和健康干预服务的利用水平,并显著促进了健康档案的建立,该结论也得到了一系列稳健性检验的支持。异质性分析发现,医养结合政策试点对老年健康管理服务的作用差异与城市的地理区位、行政等级以及老龄化水平有关。在分地理区位的检验中,医养结合政策试点对于中部地区的健康体检和健康档案服务都有显著的促进作用;对于东部地区,只对其健康评估和干预服务有显著的影响。而对于西部地区的各项健康管理服务都未产生显著作用。在行政等级中,行政级别较高的城市其体检服务、健康评估和干预服务以及健康档案服务的提升效应明显;对于行政等级低的城市,医养结合政策试点对于其老年健康管理服务的影响并不显著。进一步的机制检验表明,医养结合政策试点通过政策集聚效应、增加政府资金投入、推动设施临近设置和拓展服务方式等机制对老年人相关健康管理服务利用产生显著影响。

目前,我国医养结合发展正处于由医养结合试点向全国示范引领和推广阶段,亟需对医养结合政策试点效应进行评估,对试点地区医养结合实践经验进行总结和提炼,为尚未推行医养结合试点的地区提供可操作性的建议,实现其医养结合的快速发展和全面覆盖。基于此,本文的政策启示如下:(1)重视试点政策在助推医养结合全面发展方面的作用。机制检验证明了医养结合政策的集聚效应会对老年人健康管理服务的利用产生影响。为了充分发挥医养结合政策的集聚功能,要注重政策的引领作用,优化各市医养结合发展环境,提高相关行政审批效率,从供给端提高医养结合的可及性,从需求端强化老年人健康管理的理念及有效需求。(2)增强医养结合政策对不同行政等级及不同老龄化水平城市的适配性,避免政策的“一刀切”。本文的异质性检验结果表明,健康管理服务的利用在不同地理区位、不同行政等级和不同老龄化水平的城市均有所差异。因此,在制定和落实相关政策时,要因地制宜,增强政策对各类型城市的适配性,有针对性地开展老年健康管理服务。(3)重视社区医养结合设施的建设和功能布局。我国大多数老年人仍然是选择在家或社区养老,对这部分老年人医养结合服务需求的满足也是需要解决的事情。机制检验验证了服务设施的临近设置会促进老年人健康管理服务的利用,因此在推进医养结合服务全覆盖时,要着重发挥社区的作用,推动不同类型、不同功能的设施临近社区、

嵌入社区,提升社区居家老年人服务获取的可及性。(4)优化医养结合服务供给方式。医养结合服务通过不同的服务提供方式增加了老年人健康管理服务利用的可能性。上门服务是医养结合重要的服务方式之一,政策也提倡社区医养结合机构为行动不便的老年人开展此类服务,但相比于机构服务其服务质量还有所欠缺,因此,相关医养结合机构要化被动为主动,积极探索上门服务,提升健康管理的有效性。

#### 主要参考文献:

- [1]艾丹丹,陈辰,吴婷婷,等.基于全科团队和分级诊疗的基层健康管理模式优化探讨[J].卫生经济研究,2019,(6):20-23.
- [2]白晨.医养结合背景下城乡社区老年健康管理服务供给及效果研究——来自“中国老年健康影响因素跟踪调查”的证据[J].中国卫生政策研究,2020,(3):31-37.
- [3]白俊红,张艺璇,卞元超.创新驱动政策是否提升城市创业活跃度——来自国家创新型城市试点政策的经验证据[J].中国工业经济,2022,(6):61-78.
- [4]陈宪泽,詹小清.基于全科医生的社区健康管理模式及其运行机制研究[J].中国卫生事业管理,2014,(12):897-900.
- [5]崔树义,杨素雯.健康中国视域下的“医养结合”问题研究[J].东岳论丛,2019,(6):42-51.
- [6]董红亚.养老服务视角下医养结合内涵与发展路径[J].中州学刊,2018,(1):59-64.
- [7]杜本峰,郝昕,刘林曦.健康中国背景下构建高质量健康管理体系发展路径[J].河南社会科学,2021,(5):109-117.
- [8]高安刚,张林.国家高新区降低了资源型城市的资源依赖吗?——基于双重差分法的实证检验[J].经济问题探索,2018,(5):127-138.
- [9]郭延通,姚慧.老年人健康管理需求及影响因素研究[J].中国公共卫生管理,2018,(5):600-603.
- [10]胡湛.家庭建设背景下中国式居家社区养老模式展望[J].河海大学学报(哲学社会科学版),2022,(6):11-17.
- [11]黄建始.美国的健康管理:源自无法遏制的医疗费用增长[J].中华医学杂志,2006,(15):1011-1013.
- [12]黄炜,张子尧,刘安然.从双重差分法到事件研究法[J].产业经济评论,2022,(2):17-36.
- [13]江曼琦,田伟腾.中国大都市15分钟社区生活圈功能配置特征、趋势与发展策略研究——以京津沪为例[J].河北学刊,2022,(2):140-150.
- [14]赖志杰.健康管理:医疗保险发展的助推器[J].海南大学学报(人文社会科学版),2013,(6):40-46.
- [15]李江,陶沙,李明,等.健康管理的现状与发展策略[J].中国工程科学,2017,(2):8-15.
- [16]廖智柳,黄顺康.新型家庭医生制度构建与机制设计[J].甘肃社会科学,2021,(4):30-36.
- [17]刘燕.西南欠发达地区农村老年人对医养问题的认知与需求分析[J].西北人口,2018,(5):119-126.
- [18]卢盛峰,董如玉,叶初升.“一带一路”倡议促进了中国高质量出口吗——来自微观企业的证据[J].中国工业经济,2021,(3):80-98.
- [19]马述忠,吴鹏,房超.东道国数据保护是否会抑制中国电商跨境并购[J].中国工业经济,2023,(2):93-111.
- [20]倪伟彝,张轩霆,曹继文.我国医疗卫生事业投入研究——基于公共财政视角[J].中国集体经济,2020,(28):24-27.
- [21]申喜连,王玲.医养结合何以助力健康扶贫?——基于青海省H州G县的实践[J].湖北民族大学学报(哲学社会科学版),2022,(1):76-88.
- [22]宋弘,孙雅洁,陈登科.政府空气污染治理效应评估——来自中国“低碳城市”建设的经验研究[J].管理世界,2019,(6):95-108.
- [23]孙广亚,张征宇,孙亚平.中国医疗卫生体制改革的政策效应——基于综合医改试点的考察[J].财经研究,2021,(9):19-33.

- [24]孙鹃娟. 健康老龄化视域下的老年照护服务体系: 理论探讨与制度构想[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2021, (5): 1-8, 42.
- [25]唐钧. 关于医养结合和长期照护服务的系统思考[J]. 党政研究, 2016, (3): 122-127.
- [26]唐钧, 李军. 健康社会学视角下的整体健康观和健康管理[J]. 中国社会科学, 2019, (8): 130-148.
- [27]涂爱仙. 组织、政策和资源: 三维透视医养结合服务供给碎片化[J]. 云南大学学报(社会科学版), 2022, (4): 135-144.
- [28]王桂军, 卢潇潇. “一带一路”倡议可以促进中国企业创新吗?[J]. 财经研究, 2019, (1): 19-34.
- [29]王巧, 余硕, 曾婧婧. 国家高新区提升城市绿色创新效率的作用机制与效果识别——基于双重差分法的检验[J]. 中国人口·资源与环境, 2020, (2): 129-137.
- [30]王晓迪, 王力, 郭清. 医养护一体化——新型医养结合老年健康管理 服务模式的构建与发展趋势[J]. 健康研究, 2017, (1): 33-37.
- [31]王彦斌, 袁青欢. 资源配置、底线公平与欠发达地区农村医养结合——基于福利多元主义导向的反思[J]. 贵州社会科学, 2021, (2): 70-77.
- [32]王峤, 李凯浩. 社区卫生服务的发展误区与治理策略[J]. 上海城市管理, 2018, (5): 39-46.
- [33]徐婷, 董恩宏, 郭丽君, 等. 老年慢性病患者延续性健康管理需求及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2021, (13): 1665-1670.
- [34]晏月平, 郑依然. 健康中国背景下流动人口健康管理问题及对策研究[J]. 东岳论丛, 2019, (6): 52-65.
- [35]杨翠迎, 刘玉萍. 养老服务高质量发展的内涵诠释与前瞻性思考[J]. 社会保障评论, 2021, (4): 118-130.
- [36]杨伊宁, 励建安. 应对老龄化社会: 协同构建医养融合的养老新模式[J]. 南京社会科学, 2019, (2): 73-78.
- [37]翟绍果, 严锦航. 健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2018, (3): 56-63.
- [38]周霞, 廖生武, 易松, 等. 分级诊疗背景下社区老年冠心病患者医养结合健康管理模式研究[J]. 中国全科医学, 2017, (26): 3232-3238.
- [39]Atalay K, Edwards R, Georgiakakis F. Mortality inequality, spatial differences and health care access[J]. *Health Economics*, 2023, 32(11): 2632-2654.
- [40]Callison K. Medicare managed care spillovers and treatment intensity[J]. *Health Economics*, 2016, 25(7): 873-887.
- [41]Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health[J]. *Journal of Political Economy*, 1972, 80(2): 223-255.
- [42]Harrington D E, Sayre E A. Managed care and measuring medical outcomes: Did the rise of HMOs contribute to the fall in the autopsy rate?[J]. *Social Science & Medicine*, 2010, 70(2): 191-198.
- [43]Kenkel D S. The demand for preventive medical care[J]. *Applied Economics*, 1994, 26(4): 313-325.
- [44]Lincoln T, Miles J R, Scheibel S. Community health and public health collaborations[A]. Greifinger R B. *Public health behind bars*[M]. New York: Springer, 2007.
- [45]Manthorpe J, Clough R, Cornes M, et al. Four years on: The impact of the national service framework for older people on the experiences, expectations and views of older people[J]. *Age and Ageing*, 2007, 36(5): 501-507.
- [46]Nakano M, Nojiri M, Sato Y, et al. Development of a health administration system for inhabitants in local community without abnormal findings by health examination[J]. *Medinfo*, 1995, 8(Pt 1): 484.
- [47]Sabharwal M, Kiel D L, Hijal-Moghrabi I. Best practices in local government wellness programs: The benefits of organizational investment and performance monitoring[J]. *Review of Public Personnel Administration*, 2019, 39(1): 24-45.
- [48]Snyderman R, Williams R. Prospective medicine: The next health care transformation[J]. *Academic Medicine*, 2003, 78(11): 1079-1084.

# The Integration of Medical and Elderly Care and Utilization of Elderly Health Management Services: Empirical Evidence from Pilot Cities of Integrated Medical and Elderly Care

Chen Yan, Yang Cuiying

*(School of Public Economics and Management, Shanghai University of Finance and Economics,  
Shanghai 200433, China)*

**Summary:** The integration of medical and elderly care is an important means to realize the strategy of healthy China and active aging, and it is also a necessary condition for the high-quality development of the social elderly care service system. Based on the data of CHARLS, this paper systematically evaluates the impact of the pilot of integrated medical and elderly care policy on the utilization of elderly health management services by using a DID model. It is found that this policy significantly promotes the utilization of elderly health examination services, health assessment and intervention services, and the establishment of health records, and improves the utilization level of elderly health management services, but this impact shows different effects depending on the geographical location, administrative level, and aging level of the city. Further analysis shows that this policy has a significant impact on the utilization of health management services for the elderly through mechanisms such as policy agglomeration effect, increased government capital investment, promotion of facility proximity, and expansion of service methods. The study believes that the development of integrated medical and elderly care in China is currently in a critical stage of leading from national pilot projects to demonstration projects and promoting them nationwide. The policy effect of pilot projects and the leading role of demonstration projects should be fully exerted. The adaptability of integrated medical and elderly care policy to cities with different economic development levels, administrative levels, or aging levels should be strengthened to avoid the “one-size-fits-all” policy; the construction and functional layout of community medical and elderly facilities should be attached importance to; and service methods should be optimized to turn passivity into proactivity and actively improve the effectiveness of health management.

The marginal contributions of this paper are as follows: First, it sorts out in detail the connotation of elderly health management from the perspective of integrated medical and elderly care, and discusses the relationship between the integration of medical and elderly care and the utilization of elderly health management services. Second, it empirically tests the impact of the pilot of integrated medical and elderly care policy on the utilization of elderly health management services, and evaluates its policy effect. Third, it discusses the influence mechanism of the integration of medical and elderly care on the utilization of elderly health management services, providing a theoretical basis for the improvement of follow-up policies and elderly health management services.

**Key words:** pilot of integrated medical and elderly care; elderly health management; service utilization; population aging

(责任编辑 顾 坚)