

医养结合对老年人身心健康的影响： 机制与经验证据^{*}

倪晨旭¹ 李民² 潘伟祥³ 王震⁴

摘要 为满足老年人对高品质健康养老的需求,医养结合已成为必然趋势。我国已先后开展两批国家级医养结合试点,初步探索形成了契合国情的医养结合模式。然而,目前对此还缺乏具有政策涵义的系统评估,主要原因在于尚未清晰地论证医养结合影响老年人健康的理论机制及具体作用路径。基于此,本文利用全国代表性老年追踪调查数据,从理论和实证两方面探讨了医养结合政策对老年人健康的影响。双重差分模型的估计结果显示,医养结合政策的实施显著提升了老年人的身心健康水平,涵盖自我健康评估、抑郁风险以及社会适应能力等多项关键指标。机制分析发现,医养结合政策不仅为老年人提供了更优质便捷的医养服务,还从多个层面增进了社会凝聚力。一方面,医养结合优化了社会资本配置,为老年人创造了更友好的生活环境;另一方面,政策的实施强化了尊老、爱老与助老的社会氛围,显著增强了老年人对生活地区的归属感,从而促进了其心理福祉。此外,医养结合通过改善老年群体的社交网络,拓展了其社会互动范围,为老年人提供了更多的情感支持与心理慰藉。异质性分析表明,医养结合政策对女性以及社会经济地位较高的老年人健康改善效果更为显著。城乡层面,政策效果并未表现出显著差异,但在户籍层面,本地户籍老人的健康改善幅度明显高于外地户籍老人。从区域差异来看,经济发达和医疗资源较为丰富地区的政策效果更大,这反映出当前医养结合服务在公平性方面仍存在一定不足。本文研究结论对于全面评估医养结合政策效果以及优化现有医养结合运营模式具有重要现实启示。

关键词 医养结合;老年健康;社区居家养老;积极老龄化

^{*} 本研究受霍英东教育基金会第十七届高等院校青年教师基金项目“中国人口负增长全要素预测与政策应对”(项目编号:171081)的资助。作者感谢复旦大学经济学院刘华姝和匿名审稿专家的宝贵建议,感谢湘潭大学商学院主办的第二届尹世杰杯大学生学术论文大赛、国家卫生健康委员会健康中国行动领导小组办公室主办的健康中国建设2024年度征文对本文的认可。

1 倪晨旭,中国社会科学院大学经济学院博士研究生,E-mail:nichenxu@foxmail.com。

2 李民,中国社会科学院大学经济学院博士研究生,E-mail:b2021103011@ucass.edu.cn。

3 潘伟祥(通信作者),中国医学科学院北京协和医学院医学信息研究所博士研究生,E-mail:b2024011002@student.pumc.edu.cn。

4 王震,中国社会科学院经济研究所研究员,E-mail:wangzhen09@126.com。

0 引言

在老龄化进程加速和疾病谱转变的背景下,老年人面临的健康和养老需求日渐复杂。高龄、失能或失智等问题使他们对专业养老服务的需求迅速增加。同时,由于慢性病和机能衰退等问题,他们对医疗护理、康复管理等长期医疗服务的需求也在不断增长。因此,专业化和一体化的医疗卫生和养老服务的需求愈发凸显。这就要求打破传统医疗和养老服务的边界,实现服务的有效融合与协调,以更好地满足老年人的多样化需求(王震,2017)。

然而,传统的医疗服务与老年照护服务分属不同部门,导致供应链分散、碎片化,削弱了医疗服务的效果,也造成养老服务难以满足需求。当前,我国高龄老人在很大程度上仍依赖于家庭成员的照料。但随着城市化进程和空巢化现象的加剧,家庭规模持续缩小,传统的家庭养老模式面临巨大压力。同时,我国的养老机构往往缺乏医疗资质,仅提供基本的日常照料服务。医疗机构则主要集中在治疗领域,未涵盖养老服务,这导致许多患有慢性病的老年人难以在养老机构得到必要的医疗治疗,反而长期占据着二、三级医疗机构的床位,降低了床位周转率,延误了其他病人的就医,使得部分医院陷入运营困境。

为满足老年人高质量的健康养老需求,医养结合已成为必然的趋势。医养结合是指将现代医疗技术与养老服务有机结合,融合“养”与“医”,创新了“有病治病、无病疗养”的养老保障模式。这一模式能够满足老年人多层次、多样化的健康需求,提升他们的生活质量和幸福感,同时也提高了医疗卫生和养老服务资源的利用效率,降低了社会成本和财政负担(高鹏等,2022;张红凤等,2023)。

我国已先后实施两批国家级医养结合试点,初步探索出符合国情的医养结合模式。然而,目前对医养结合政策效果的评估仍比较薄弱,特别是缺乏清晰阐释医养结合如何影响老年人健康的理论机制和具体作用途径的研究。基于此,本文首先通过介绍政策背景,梳理我国医养结合服务的内容和发展模式,以直观理解我国医养结合的实际情况和发态势。在此基础上,本文结合现有文献,从理论角度分析医养结合对老年人健康的影响机制,并利用具有全国代表性的老年人微观追踪调查数据,通过双重差分法评估医养结合试点的政策效应,对理论机制进行经验证实。本文的潜在贡献在于,不同于过去仅关注医养服务获得的文献,本文还从社会凝聚力视角检验医养结合服务的作用途径,并考虑了个体、地区层面的异质性影响。通过较为全面的理论和经验分析,本文旨在为综合评估医养结合政策效果、优化现有医养结合运营模式提供重要现实启示。

1 政策背景

医养结合作为一种综合性服务模式,旨在融合医疗和养老服务,以构建一体化、全面化、可持续发展的养老服务体系,涵盖医疗、护理、康复和日常生活等方面,以满足老年人在健康医疗、护理照料和养老方面的多重需求,从而提升整体养老质量。我国对医养结合模式的探索始于1986年,当时发布的全国初级卫生保健策略首次允许了基层卫生组织为弱势老人提供移动医疗服务,同时也在社区推广养老卫生科普。然而,该模式随后面临了

护理人员专业知识不足以及家庭和社区养老设施不足等挑战,这些问题直接影响了护理质量和服务能力。2005年,上海率先引入了“9073”养老模式,即90%的老年人在家养老,7%的老年人依靠社区养老,3%的老年人选择机构养老。然而,这种模式仍然面临一系列问题,如护理人员对养老知识的缺乏,以及家庭和社区养老设施的不足,这些问题共同影响了养老护理的质量和可持续性。另外,随着“4-2-1家庭”模式的广泛普及,即每个家庭通常有四位老人需要依赖一对夫妻和一个孩子来照顾,年轻夫妇的养老负担明显增加,这促使政策进行调整,逐渐放宽独生子女政策,以满足不断增长的老年人口的社会、健康和护理需求。

2016年,国家卫生计生委办公厅、民政部办公厅先后联合发布《关于确定第一批国家级医养结合试点单位的通知》和《关于确定第二批国家级医养结合试点单位的通知》,通过各级部门的推荐,共确定了90个国家级医养结合试点单位,要求这些试点单位根据实际情况统筹规划资源,探索不同的地方医养结合模式,并逐步积累经验,逐步推广。这两批试点标志着我国医养结合工作进入全面推进的新阶段。

我国老年人的养老模式以居家和社区为主,因此我国的医养结合服务也主要侧重于居家和社区层面。各试点单位在实践中主要从以下几个方面开展医养结合服务:一是实施国家基本公共卫生服务项目,为老年人提供免费的健康管理和体检,将医养结合服务纳入基本公共卫生服务范畴。二是将老年人作为重点服务对象,推行家庭医生签约服务,优先满足他们的健康需求。通过家庭医生签约服务,努力实现慢性病的有效管理、早期疾病的发现、轻微疾病的处理以及重大疾病的转诊,为老年人提供基本的医疗和健康服务。三是对老年人迫切需要的上门医疗服务进行规范和发展,包括上门巡诊、家庭病床、护理等,特别是满足失能、重病和高龄老年人的刚性需求。四是鼓励有条件的医疗卫生机构,尤其是基层机构开展养老服务,增设养老床位,提高老年人医养结合服务的可及性。同时,积极支持社会办医养结合机构,为居家养老的老年人提供扩展的医养结合服务,医保也为这一服务提供支持。

2 文献综述与理论机制

2.1 文献综述

现有文献对医养结合政策的分析主要从以下几个方面展开:(1)基于现有医养结合政策试行的典型案例,进行深入的理论分析。例如,高鹏和杨翠迎(2022)运用扎根理论,构建了以“养中有医”为核心、“三养共享”“以医促养”为支撑的医养结合整体框架。(2)在制度建设方面,谢微和于跃(2022)认为医养结合有效运行的关键在于持续、长效的合作机制,建议拓宽协同渠道,加强政府、市场等主体的多元合作以实现共赢。崔树义和杨素雯(2019)则强调,我国当前医养结合的重点应放在构建按需有序的服务供给体系,以及创新人才培养与激励机制上。(3)关于共享和公平问题,医养结合在农村和欠发达地区面临着机构结合难的困境,王彦斌(2017)认为政策实施中应始终坚持以福利理念为导向,并以地区特性和本土文化为基础进行发展。

然而,当前对医养结合的政策评估及实践效果的实证研究仍然较为稀缺,只有少数文献围绕医疗和居家养护从侧面进行验证。例如,马超等(2019)和 Liu et al. (2023)分析了长期护理保险对老年人医疗费用和价值医疗的影响。他们发现长期护理保险的实施显著降低了老年人的医疗费用、就诊和住院次数,遵循了价值医疗的理念,从侧面印证了医养结合服务对老年人医疗服务使用的影响。此外,也有文献从老年医养需求的角度入手进行研究,例如,宗庆庆等(2020)利用随机对照实验分析了老年身体健康对照料需求的影响。在考虑异质性的基础上,他们发现家庭在老年照料模式的选择中存在啄序偏好,这间接证明了医养结合的健康预防性措施可以有效减少家庭和社会照料成本。

与本文最相关的政策评估研究有以下两篇。高鹏等(2022)利用医养结合服务试点作为准自然实验,实证检验了社区医养结合服务对于老年人健康的影响。实证结果显示,医养结合服务显著提高了老年人的自评健康水平与医疗服务利用水平。然而,文章仅从疾病管理与医养服务等个体获得角度进行了机制检验,对于内在机制解释仍不足。张红凤等(2023)使用同样的方法,进一步验证了医养结合服务对老年人主观幸福感的影响,并发现城镇定居起着正向调节作用,但也并未构建清晰的理论机制框架并进行验证。

总的来说,虽然当前学者已经从多个维度对我国医养结合服务进行了广泛的研究,并针对结构化问题和发展瓶颈提出了有效的意见,但目前关于医养结合模式与老年人健康水平的细致考量仍显不足,主要在于没有清晰地论证医养结合对老年人健康的具体作用渠道和理论机制。鉴于医养结合服务的多层次、多渠道特点,其中涉及健康教育、保险及补贴支持、护理与医疗、社会支持等层面,这也导致老年人健康的影响途径不仅依赖于健康养疗服务获得本身,还与社会价值导向转变、老龄投入倾斜等复杂因素有关。因此,全面分析医养结合服务的实践效果并进一步深入探究其作用渠道,对于评估医养结合政策效果、优化现有的医养结合运营模式、实现健康老龄化,都具有重要意义。

2.2 理论机制

除了直接的医养服务获得外,本文基于与医养结合密切相关的社会凝聚力理论(Schiefer and Van der Noll, 2017),从其包含的社会资本、价值观与文化、归属感以及社交网络四个细分维度,从理论上分析医养结合对老年人健康的潜在影响机制。

综合来看,本文认为医养结合政策主要通过提高老年人医养服务获得和增强社会凝聚力两方面来改善老年人的健康。图1总结了这一机制分析过程。首先,医养结合政策优化了老年人在社区中获取医疗与养老服务的方式与可及性。其次,医养结合从多个维度提升了社会凝聚力。具体而言,医养结合优化了社会资本的配置,改善了社区环境和设施,为老年人提供更友好的生活环境;在社会范围内,医养结合服务形成了尊老、爱老与助老的社会氛围和老年友好的集体价值观导向,进一步改善了老年人福祉;同时,医养结合服务增强了老年人对社区工作质量和效率的满意度,深化了他们对生活环境的归属感。最后,通过优化老年群体的社交网络,医养结合增加了老人的社会互动,提供了更多的情感支持。

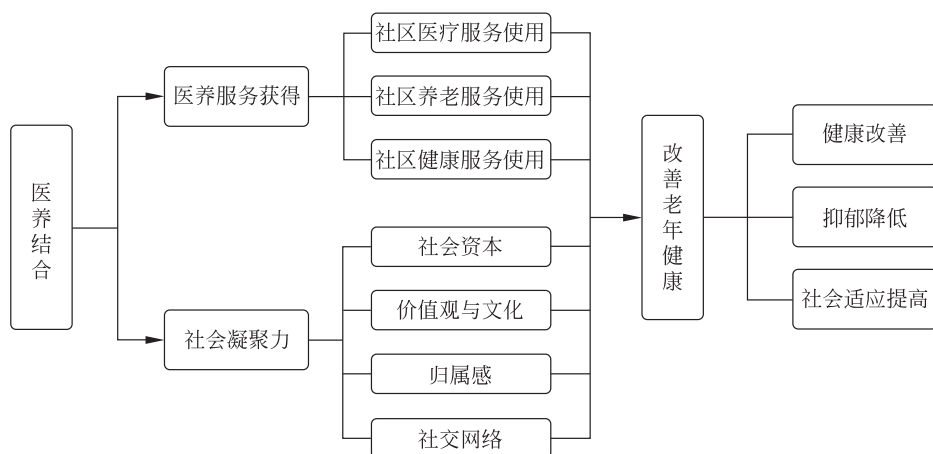


图 1 机制分析图

3 研究设计

3.1 样本数据

本文数据来源有三方面：首先是中国老年社会追踪调查(China Longitudinal Aging Social Survey, CLASS)。CLASS 采用分层多阶段概率抽样方法,覆盖了中国 30 个省份 400 多个村级单位,调查对象为 1.1 万余名 60 岁以上的中国公民。本文使用了 2014、2016、2018 及 2020 年四期的追踪调查数据,纳入分析的有效观测值为 33480。其次,《中国城市统计年鉴》提供了本文所需的城市层面的经济发展水平等指标。最后,稳健性检验中还使用了中国健康与养老追踪调查(China Health and Retirement Longitudinal Study, CHARLS)2011、2013 和 2015 年的中老年个体自评健康数据。

3.2 变量选取

3.2.1 老年身心健康变量

根据世界卫生组织(WHO)的定义,健康不仅涉及生理和心理层面的完整性,还包括社会适应和道德健康。与先前大多采用单一指标来衡量老年人健康状况的研究不同,本文构建了一个更全面的身心健康测度体系,包括以下关键变量:(1)自评健康(Self-Reported Health, SRH)。SRH 是一项包容性的健康指标,不仅涵盖了老年人的生理和心理健康情况,还反映了对自身健康满意度和慢性疾病的主观体验,被认为是最能预测死亡率的综合性健康指标(Mossey and Shapiro, 1982; Ferraro and Farmer, 1999)。根据老年人对自身健康状况的评价,本文将其转换为自评健康良好的虚拟变量(1=比较健康/很健康,0=一般/比较不健康/很不健康)。(2)抑郁风险。抑郁作为一种常见的心理健康问题,严重地影响了老年人的生活质量,提高了其死亡风险,并给国家造成沉重的医疗负担,而 Chen et al. (2022)指出中国有 20% 以上老人面临较高抑郁风险。本文采用基于 CLASS 问卷的抑郁自评量表(Center for Epidemiological Studies Depression, CES-D)得

分。CLASS 问卷中包括九个与抑郁症状直接相关的问题,例如“过去一周您觉得您的心情很好?”和“过去一周您觉得孤单吗”等,这些问题的回答选项包括“没有”“有时”和“经常”。每个问题的分数范围定为 1 到 3,消极问题和积极问题通过正向和反向计分,加总得到分数,并进行标准化处理,分值越高表示老年人抑郁风险越大。(3)社会适应。尽管国内现有研究对老年社会适应的关注还较少,倪晨旭和王震(2022)的研究却明确指出了在中国老年人群中广泛存在的社会隔离问题。具体来说,老年人的社会适应能力分为基本生活适应、人际关系适应、精神文化适应及个人发展适应四个方面,在 CLASS 问卷中的八项问题得到反映。如“社会变化太快,我很难适应这种变化”“我常常想再为社会做点什么事”等,每个问题的分数范围为 1 到 5,其评分方法与对抑郁风险的处理相似,积极和消极问题分别正反向计分,满分 40 分,最后进行标准化处理,分值越高表示社会适应能力越强。自评健康、抑郁风险与社会适应能力这三个层面的具体问卷内容与指标的描述性统计详见表 1^①。基于以上信息,本文利用主成分分析法构建了一个综合的老年人身心健康指数,有效地降维处理了重叠信息,确保了各个变量的权重分配适当,使得所得的老年人身心健康水平更具代表性。该指数经过标准化处理,数值越高,代表老年人身心健康水平越高。本文稳健性检验部分还纳入了认知得分、住院经历、慢性病数、自理能力等其他关键客观健康指标,以确保测度体系的完整性和准确性,这些将在后续部分具体介绍。

表 1 老年人身心健康指标

指标名	对应问卷问题	样本数	均值	标准差
自评健康	您觉得您目前的身体健康状况怎么样	33480	0.483	0.500
	过去一周您觉得自己心情很好吗	33480	1.765	0.721
抑郁风险	过去一周您觉得孤单吗	33480	1.502	0.658
	过去一周您觉得心里很难过吗	33480	1.499	0.636
	过去一周您觉得自己的日子过得很不错吗	33480	1.898	0.750
	过去一周您觉得不想吃东西吗	33480	1.550	0.641
	过去一周您睡眠不好吗	33480	1.678	0.680
	过去一周您觉得自己不中用了吗	33480	1.628	0.688
	过去一周您觉得自己没事可做吗	33480	1.602	0.669
	过去一周您觉得生活中有很多乐趣吗	33480	2.011	0.743
	如有机会,我乐意参加村/居委会的某些工作	33480	3.018	1.209
	我常常想再为社会做点什么事	33480	3.018	1.145
社会适应	我现在喜欢学习	33480	2.888	1.152
	我觉得我还是个对社会有用的人	33480	3.020	1.110
	社会变化太快,我很难适应这种变化	33480	3.096	1.091
	现在越来越多的观点让我难以接受	33480	3.126	1.094
	当今越来越多新的社会政策让我难以接受	33480	3.286	1.098
	现在的社会变化越来越不利于老年人	33480	3.327	1.147

① 为了进行主成分分析法,需要将抑郁风险等负向指标转化为正向指标,表 1 报告的是各指标原始水平值,以便于直观描述。

3.2.2 医养结合政策变量

我国从 2016 年起组织开展医养结合试点工作,先后两批确定了 90 个国家级试点单位。老年人所在地级市在调查年份之前已确立为医养结合试点则记为 1,否则为 0。

3.2.3 其他变量

参照倪晨旭等(2024),本文选择了可能影响老年人身心健康的关键因素,分为个体层面和城市层面。具体如下:(1)个体层面包括性别(男性=1,女性=0)、年龄、年龄的平方项、城乡属性(城市居住=1,农村居住=0)、婚姻状况(已婚并有配偶=1,其余如未婚、分居、离异、丧偶等=0)、受教育程度(设立虚拟变量表示最高学历是否为小学、初中、高中及以上)、户籍地(本地户口=1,非本地户口=0)、养老金情况(享受城镇职工或城乡居民基本养老金=1,其他=0)、家庭同住成员数量、与子女同住情况(是=1,否=0)。这些变量均与老年人的身心健康紧密相连,例如性别和年龄可影响生理条件,城乡和户籍可影响生活环境,婚姻及子女同住状况会影响老年人的社会支持等。(2)城市层面考虑了地区经济发展水平(以地区人均生产总值的对数值表示)和地区医疗服务水平(通过人均医院卫生院数、医院卫生院床位数和医生数量构建的综合指标,采用主成分分析法后进行标准化处理)。表 2 报告了主要变量的描述性统计。

表 2 主要变量的描述性统计

变量名	观测值	均值	标准差	最小值	最大值
老年人身心健康指数	33480	0	1	-3.631	3.004
医养结合	33480	0.215	0.411	0	1
男性	33480	0.520	0.500	0	1
年龄	33480	70.32	7.163	60	113
年龄的平方项	33480	4996	1048	3600	12769
已婚有配偶	33480	0.730	0.444	0	1
学历为小学	33480	0.358	0.479	0	1
学历为初中	33480	0.242	0.428	0	1
学历为高中及以上	33480	0.137	0.344	0	1
居住在城市	33480	0.618	0.486	0	1
本地户口	33480	0.966	0.181	0	1
有养老金	33480	0.780	0.414	0	1
同住成员数	33480	2.761	1.414	1	17
与子女同住	33480	0.357	0.479	0	1
地区经济发展水平	33480	11.02	0.576	9.432	12.15
地区医疗服务水平	33480	0	1	-1.424	12.98

3.3 模型设定

本文主要考察医养结合政策对老年人身心健康的影响。由于医养结合政策试点按地区分批执行,并具有准实验的优良特性,因此本文选择双重差分模型来识别医养结合政策实施前后老年人身心健康水平的潜在变化,基准回归模型构建如下:

$$\text{Health}_{ict} = \alpha + \beta \text{Policy}_{ct} + \gamma Z_{ict_0} \times T + \mu_c + \nu_t + \epsilon_{ict} \quad (1)$$

其中,被解释变量 Health_{ict} 代表在年份 t 的地级市 c 内老年个体 i 的身心健康水平,主要包括自评健康状况、抑郁风险和社会适应能力等。在稳健性检验部分,本文还引入了认知得分、慢性病数量和住院经历等客观健康指标;核心解释变量 Policy_{ct} 为地级市 c 在 t 年是否被选为医养结合国家试点的虚拟变量,其系数 β 即本文关注的政策效应,衡量医养结合政策对老年人身心健康水平的影响效用; $Z_{ict_0} \times T$ 为个体和城市层面在样本基期的特征变量与时间趋势项的交互项,以排除政策影响控制变量而导致的偏误;此外, μ_c 与 ν_t 分别表示城市和年份的固定效应,在进行稳健性检验时,本文还考虑了控制个体固定效应。 ϵ_{it} 为随机误差项,考虑到同一城市内样本的干扰项之间可能存在相关性,本文将回归的标准误差聚类在城市层面。

4 回归结果

4.1 基准回归结果

表 3 报告了基准回归结果。从细分健康指标来看,列(1)结果显示,医养结合政策试点平均使老年人自报健康状况良好的概率提高了 3.2 个百分点。列(2)和列(3)进一步表明,政策试点显著降低了老年人群的抑郁风险,并提高了他们的社会适应能力。综合列(4)可知,医养结合政策试点使老年人的身心健康指数提高了 0.085 个标准差。基准结果初步证实,医养结合政策对提升老年人身心健康水平具有显著正向效果。

表 3 基准回归:医养结合政策试点对老年人身心健康的影响

	(1)	(2)	(3)	(4)
	自评健康良好	抑郁风险	社会适应	身心健康指数
医养结合	0.032 ** (0.016)	-0.095 *** (0.030)	0.122 *** (0.036)	0.085 *** (0.033)
控制变量×时间趋势	是	是	是	是
年份固定效应	是	是	是	是
城市固定效应	是	是	是	是
R^2	0.079	0.182	0.093	0.185
观测值	33480	33480	33480	33480

注:括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误,***、**和*分别表示在 1%、5%和 10%水平上显著。

4.2 稳健性检验

医养结合政策试点是国家层面的战略部署,在选择试点城市时会考虑地区经济发展水平和医疗保障水平等方面的差异,整体上具有较好的全国代表性。同时,地方政策实施的时间差异主要受宏观层面因素影响,因此不太可能受到老年人个体健康水平的微观影响。更严谨地说,即使考虑到地区的文化、经济基础等社会特征可能影响地方政策的出台时间,同时也可能影响该地区所有老年人健康整体水平。尽管本文采用了双向固定效应并控制了城市特征以吸收那些不随时间变化的遗漏因素,但仍可能存在随时间变化的

遗漏因素。如果试点城市与非试点城市的时间趋势不同,例如试点城市老年人健康恶化速度低于非试点城市,则基准回归会高估医养结合政策效果。除反向因果问题外,内生性问题还体现在遗漏变量、自选择和测量误差等方面。为此,本文从以下五个方面进行稳健性检验:(1)政策实施前趋势检验;(2)更换客观健康指标;(3)倾向得分匹配和固定效应结合;(4)更换固定效应层级;(5)排除其他政策干扰。

4.2.1 政策实施前趋势检验

DID方法依赖平行趋势假设。理想状况下应采用事件研究法分析政策实施前后动态效应,但因医养结合政策试点于2016年启动,本文仅有一期实施前数据,无法进行直接验证。本文参考Huang and Zhang(2021)的做法,通过绘制均值随时间变化的图表,比较试点城市和非试点城市在政策实施前的差异变化趋势。具体而言,本文选择了《中国城市统计年鉴》2011—2015年的人均地区生产总值(元)和医院卫生院床位数(张),以及中国健康与养老追踪调查(CHARLS)2011、2013和2015年的中老年自评健康数据(1~5分,1=极好,5=不好)。图2报告了政策实施前趋势检验结果。可以看出,在医养结合试点实施之前,试点城市和非试点城市的经济发展和医疗服务水平指标以及中老年健康指标的时间变化趋势基本一致,这支持了无法拒绝平行趋势假设的结论,进一步确认基准回归估计结果的可靠性。

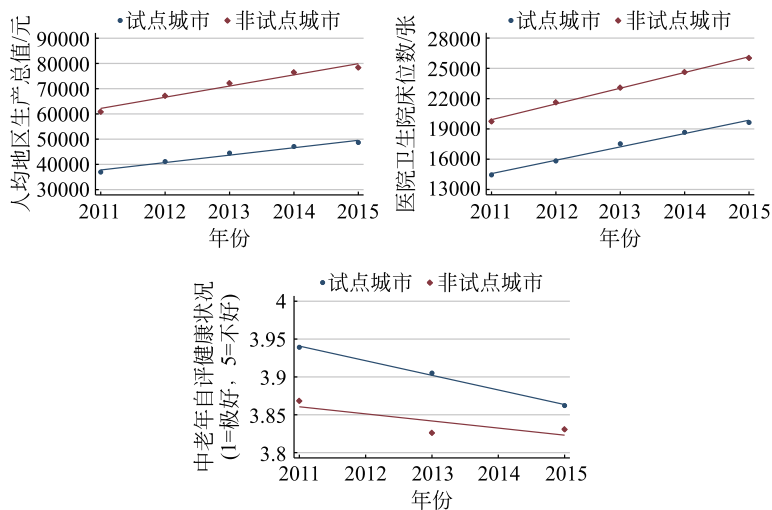


图2 政策实施前趋势检验

4.2.2 更换客观健康指标

为更细致地观察和分析老年人的健康状况,本文替换了以下客观健康指标进行再估计:(1)认知得分。评估老年人的常识性问题、简单逻辑计算和记忆能力,总分从0到16,分值越高认知能力越强。(2)慢性病数。该指标综合了22种包括但不限于高血压在内的慢性疾病的发病情况,取值范围自0~22。(3)住院情况。若过去两年内有住院经历则设为1,否则为0。(4)日常生活自理能力(Activity of Daily Living, ADL)。评估了老年人基本的日常生活自理能力,询及其吃饭、穿衣、上下床、上厕所、室内走动、洗澡等6项活动是

否需要人帮助,需要帮助的赋值为1,否则为0。ADL得分范围为0至6,分值越高,失能程度越严重。(5)工具性日常生活自理能力(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)。与ADL不同,IADL主要关注个体在社会功能性活动方面的能力。它评估了老年人获取社会支持和参与社会活动的的能力。询及老年人打电话、梳妆、上下楼梯、外出行走、乘公共交通、购物、管理钱财、搬重物、做饭、做家务等10项活动是否需要人帮助,赋值规则同ADL。IADL得分范围为0~10,分值越高,功能性限制越明显。

回归结果见表4。前两列结果明确指出,医养结合政策显著提升了老年人的认知能力,并减少了慢性疾病的数量。列(3)结果显示,由于医养结合政策的实施,老年人在过去两年内的住院概率降低了1.6个百分点。从列(4)和列(5)的失能指标来看,虽然医养结合政策对老年人基本的日常生活自理能力没有产生显著影响,但却在工具性日常生活自理能力方面减少了失能风险。这一结果在直观上也较为合理:医养结合政策在短期内会增加老年人与社会互动和外出活动的机会,从而有效提升了他们获取社会支持和参与社会活动的的能力,并有效减少了由社会隔离等问题引发的功能性限制。然而,对于由身体自然衰老引起的失能,可能需要长期的政策落实才能显示出明显的效果。

表4 稳健性检验 A:更换客观健康指标

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	认知得分	慢性病数	住院	ADL	IADL
医养结合	0.192 ** (0.094)	-0.255 *** (0.049)	-0.011 * (0.006)	-0.031 (0.019)	-0.048 *** (0.015)
控制变量×时间趋势	是	是	是	是	是
年份固定效应	是	是	是	是	是
城市固定效应	是	是	是	是	是
R ²	0.197	0.145	0.057	0.063	0.174
观测值	33480	33480	33480	33480	33480

注:括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误,***、**和*分别表示在1%、5%和10%水平上显著。

4.2.3 倾向得分匹配和固定效应相结合

为减轻可观察变量导致的选择性偏误,本文采用了倾向得分匹配(PSM)和固定效应(FE)相结合的经典方法。具体地,本文以是否实施医养结合政策作为二值选择变量,以基准模型中个体和城市层面在样本基期的特征变量为自变量,进行Logit模型估计。使用近邻1:1匹配法对共同取值区间内的个体进行逐年匹配合并,剔除无法匹配的样本后,进行固定效应重新估计。表5列(1)报告了匹配后固定效应估计结果。在减轻样本选择偏误后,医养结合政策提升老年人身心健康的效果仍显著。

4.2.4 更换固定效应层级

本文基准回归模型采用了年份和城市双向固定效应。为更严格评估结果的稳健性,本文将固定效应层级从城市提升到个体层面进行检验。将固定效应控制在个体层面可以更充分地控制个体异质性,排除各种不可观察的时间不变的个体特征对结果的潜在影响。表5列(2)的检验结果表明,即使在个体层面控制固定效应后,医养结合政策系数仍显著为正。这说明本文结论在控制个体固定效应后依然稳健。

表 5 稳健性检验 B

	PSM+FE (1)	固定个体 (2)	排除其他政策干扰 (3)
身心健康指数			
医养结合	0.089*** (0.028)	0.095** (0.040)	0.091*** (0.033)
长护险			0.110*** (0.034)
控制变量×时间趋势	是	是	是
年份固定效应	是	是	是
城市固定效应	是	否	是
个体固定效应	否	是	否
R ²	0.137	0.632	0.186
观测值	18619	24873	33480

注：括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误，***、**和*分别表示在1%、5%和10%水平上显著。

4.2.5 排除其他政策干扰

在医养结合政策试点期间，长期护理保险（长护险）试点也在部分城市同步实施，以应对老年失能人口增加和相应的财政压力。因此个别城市既实施了医养结合又实施了长期护理保险，导致回归结果反映了两项政策的混合效应。为控制这一干扰，本文加入了长期护理保险政策变量以控制其影响。表 5 列（3）结果显示，控制长期护理保险政策后，医养结合变量系数仍显著为正，且与基准回归变化不大，说明政策干扰很小。这进一步验证了医养结合政策对老年人身心健康的积极影响是稳健的。

5 机制检验

5.1 医养服务获得

本文基于数据讨论了医养结合政策改善老年人身心健康的潜在影响机制。首先是医养服务获得方面。如前文所述，医养结合政策能够在社区层面提供优质的医疗服务和便捷的养老服务。一方面，相较于传统医养分离的情况，社区上门巡诊和家庭病床服务等综合性医疗服务减少了老人医院往来通勤所耗费的精力与成本；另一方面，随着医养结合政策的深入实施，社区养老服务的能力也得到了加强，康复、护理与健康管理等服务与医疗服务紧密结合。全方位的陪护和照顾服务不仅减轻了老年人的日常生活压力，也让他们感受到了陪伴和幸福，从而进一步改善了他们的身心健康状况。本文使用老年人对社区居家服务利用情况的回答，构建是否使用相关服务的虚拟变量（过去一年使用过=1，未使用=0），主要关注以下指标：（1）社区医疗服务，包括上门护理、上门看病和康复训练。（2）社区健康服务，包括免费体检、建立健康档案和参加健康讲座。（3）社区养老服务，包括上门探访、上门家务和老年饭桌。

表 6 综合展示了医养结合政策对于老年群体在社区层面医养服务获取的影响。在社区医疗服务方面，政策试点显著增加了老年人获得上门护理及上门看病服务的可能性，但

对康复训练服务的影响并未表现统计显著。这一结果有助于减轻老年人外出就医的负担,进一步提升医疗服务获取的便利性。在社区健康服务方面,政策试点显著促进了老年人参与免费体检、建立健康档案以及参加健康讲座等活动。这些举措有助于及时发现老年人的健康问题,主动预防和管理健康风险。在社区养老服务方面,政策试点同样显著增加了老年人对上门探访、上门家务以及老年饭桌等服务的机会,满足了他们在精神交流和日常生活方面的需求。总体来看,医养结合政策在社区医疗、健康及养老服务各个方面均显示出显著的正面效应,这为该政策对老年人身心健康的提升提供了有力的解释机制。

表 6 医养结合政策试点对老年人社区医养服务获得的影响

	社区医疗服务			社区健康服务			社区养老服务		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	上门 护理	上门 看病	康复 训练	免费 体检	健康 档案	健康 讲座	上门 探访	上门 家务	老年 饭桌
医养结合	0.005 *	0.010 **	0.003	0.033 ***	0.049 ***	0.008 **	0.003 *	0.016 ***	0.005 ***
	(0.003)	(0.005)	(0.003)	(0.006)	(0.004)	(0.003)	(0.002)	(0.004)	(0.002)
控制变量×时间趋势	是	是	是	是	是	是	是	是	是
年份固定效应	是	是	是	否	否	否	是	是	是
城市固定效应	是	是	是	否	否	否	是	是	是
R ²	0.028	0.035	0.014	0.061	0.052	0.025	0.101	0.031	0.035
观测值	33480	33480	33480	26328	26328	26328	33472	33470	33470

注：由于早期年份缺乏相关变量信息，列(4)至列(6)使用的是 CLASS 2016—2020 年的数据，由于医养结合政策试点未发生变化，为避免完全共线性，因此未控制双向固定效应。括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误，***、**和* 分别表示在 1%、5%和 10%水平上显著。

5.2 社会凝聚力增进

本文从社会资本、公民文化与价值观、归属感以及社交网络四个维度,进一步检验医养结合政策如何增进社会凝聚力。

首先,社会资本体现在个体通过参与社区网络而获取的资源 and 利益。医养结合政策在社会资本的配置和流动方面发挥了引领者的作用,优化了社会功能。具体而言,在国家 and 社区多元主体的共同参与下,政策加大了对老年产业和社区公益事业的支持力度,使老年人享受到更优质便捷的社区设施和服务,从而提升了身心健康水平。本文采用社区是否设有老年活动室(有=1,否=0)和老年人是否享受地方老年优待服务(例如免费乘坐公交车、免费游览公园等,过去一年享受过=1,否=0)两个指标来评估社会资本配置效果。

其次,公民文化和价值观是构成社会凝聚力的重要因素,是形成集体行为、提升公共福利的基础。医养结合政策的实施引发了社会各界对敬老、爱老、助老价值观的广泛认同,营造了老年友好的社会氛围。这增强了老年人的认同感和心理健康。本文从两个维度测量价值观影响,一是老年人对社会尊敬与关怀老年人氛围的感知(老年人对社区在这方面氛围的满意度评分,1~5 分,分值越高表示越满意);二是老年人对社会变化的认知态度(老年人对“现在的社会变化越来越不利于老年人”这一说法的认同程度,1~5 分,分值

越高表示越认同)。

再次,归属感直接影响老年生活质量。医养结合政策通过提供服务、完善设施和积极氛围培养老年人的社区归属感,激发他们的社会参与积极性,产生正面健康影响。本文用老年人对社区工作人员的满意度(从 1 到 5,分值越高越满意)反映社会归属感。

表 7 报告了医养结合政策对社会资本、公民文化与价值观以及归属感的影响。(1)从前两列可以看出,在医养结合政策的推动下,社区内老年活动室等公共设施的普及程度得到显著提升,老年人享受到更多的便捷与关怀。同时,政策还推动了老年优待服务的广泛普及,涵盖了更广泛的老年人群体。这充分证明了医养结合政策在扩大社会资本投入和优化资源配置方面的积极作用。(2)列(3)和列(4)结果表明,医养结合政策的实施加强了社会各界对尊老、爱老和助老价值观的认同,从而创造了积极向上的老年友好氛围。这一氛围的加强使老年人更加自豪和认同,也促使他们对社会变迁持有更为乐观的态度。这进一步证明了医养结合政策在培育社会共识、形塑公共文化方面的积极效应。(3)列(5)结果表明,医养结合政策显著提升了老年人对社区的满意度,从而增强了他们对社区的归属感、社会认同感和参与积极性。

表 7 医养结合政策试点对社会资本、公民文化与价值观及归属感的影响

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	有老年活动室	享受老年优待服务	尊老敬老氛围	认为社会变化不利老年	对社区工作满意度
医养结合	0.069 *** (0.015)	0.047 *** (0.013)	0.037 *** (0.014)	-0.145 *** (0.037)	0.094 *** (0.014)
控制变量× 时间趋势	是	是	是	是	是
年份固定效应	是	是	否	是	否
城市固定效应	是	是	否	是	否
R ²	0.232	0.369	0.014	0.140	0.029
观测值	33472	24519	17818	33480	17818

注:由于早期年份缺乏相关变量信息,列(2)使用的是 CLASS 2016—2020 年的数据,列(3)和列(5)使用的是 CLASS 2018—2020 年的数据,由于医养结合政策试点未发生变化,为避免完全共线性,因此未控制双向固定效应。括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误,***、**和* 分别表示在 1%、5%和 10%水平上显著。

最后是社交网络的影响。社会凝聚力与社区及家庭内部的互动密切相关。对于老年人而言,社交互动和家庭情感支持在维护身心健康方面具有至关重要的作用。医养结合政策通过创造友好的社会环境加强老年人的社交网络和社会联系。此外,多样化的社交网络还有助于推动健康行为和生活方式的社会规范化(Zhang and Centola,2019)。稳固且有益的社交网络不仅有助于老年人获取更多社会支持和社会资本,提升他们的社会地位,还能改善他们的身心健康水平。本文从以下两个方面考察了医养结合政策对老年人社交网络的影响:(1)社会活动参与。具体包括老年人过去一年内阅读或观看电视、唱歌或演奏乐器、棋牌或麻将娱乐以及跳广场舞这四类活动的参与频率(每项从 0 到 4 分,分值越高表示参与频率越高)。(2)社交联系。包括老年人与家人亲友及朋友的面对面交往或远程联系频率(一个月内联系人数,0 到 5 分,分值越高表示联系越密切)。

表 8 报告了医养结合政策对老年人社交网络的影响。从前四列可以看到,医养结合政策试点显著提高了老年人参与阅读、观看电视、唱歌和演奏乐器,以及跳广场舞等活动的频率,但对棋牌和麻将等活动的影响并不显著。后两列结果显示,无论是家人还是朋友,医养结合政策试点均显著提高了老年人与他们之间的联系频率。综合而言,医养结合政策显著扩展了老年人的社交网络。基于健康的社会互动,老年人的自我认知和归属感进一步增强,同时他们的身心健康也得到了更为积极的改善。

表 8 医养结合政策试点对老年人社交网络的影响

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	看报/看电视	唱歌/演奏	棋牌/麻将	跳广场舞	与家人交往	与朋友交往
医养结合	0.200*** (0.032)	0.041** (0.018)	-0.028 (0.028)	0.043** (0.019)	0.068* (0.037)	0.223*** (0.054)
控制变量×时间趋势	是	是	是	是	是	是
年份固定效应	否	否	否	否	是	是
城市固定效应	否	否	否	否	是	是
R ²	0.052	0.051	0.067	0.091	0.183	0.110
观测值	16349	16349	16349	16349	33468	33452

注:由于早期年份缺乏相关变量信息,列(1)至列(4)使用的是 CLASS 2018—2020 年的数据,由于医养结合政策试点未发生变化,为避免完全共线性,因此未控制双向固定效应。括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误,***、**和* 分别表示在 1%、5%和 10%水平上显著。

6 异质性检验

为了更深入地理解医养结合政策效果的异质性,本文运用交互项模型,分别从个体特征和地区特征两个维度检验了不同人群和地区之间的效果差异。具体地,本文考查了性别、年龄、婚姻状况、收入、受教育水平、城乡属性以及户籍等个人特征,以及经济发展水平和医疗服务水平等地区特征。异质性检验回归结果见表 9。

表 9 异质性检验

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	身心健康指数								
医养结合	0.114*** (0.036)	0.180 (0.141)	0.104** (0.041)	-0.284*** (0.076)	0.054*** (0.016)	0.057 (0.039)	-0.184*** (0.055)	-0.877* (0.476)	0.073*** (0.034)
医养结合×男性	-0.053* (0.028)								
医养结合×年龄		-0.001 (0.002)							
医养结合×有配偶			-0.025 (0.032)						
医养结合×收入				0.042*** (0.008)					

续表

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
身心健康指数									
医养结合×高中以上学历					0.227*** (0.048)				
医养结合×城市						0.044 (0.032)			
医养结合×本地户口							0.278*** (0.082)		
医养结合×地区经济水平								0.089* (0.050)	
医养结合×地区医疗水平									0.078*** (0.029)
交互项一次项	是	是	是	是	是	是	是	是	是
控制变量×时间趋势	是	是	是	是	是	是	是	是	是
年份固定效应	是	是	是	是	是	是	是	是	是
城市固定效应	是	是	是	是	是	是	是	是	是
R ²	0.186	0.185	0.185	0.186	0.186	0.185	0.186	0.186	0.186
观测值	33480	33480	33480	33480	33480	33480	33480	33480	33480

注：括号里表示的是聚类在城市层面的稳健标准误，***、**和*分别表示在1%、5%和10%水平上显著。

从个体特征的维度来看，医养结合政策对女性老年人的身心健康有更显著的改善效果，而年龄和婚姻状况对政策效果没有显著影响。此外，医养结合政策对社会经济地位较高（收入和学历较高）的老年人有更大的益处，这反映出当前医养结合服务存在一定的公平性问题，经济实力较强的老年人更能获得高质量服务。这可能与需求方面老年人消费能力的不足和供给方面试点初期普惠性服务方案的缺失有关（李玲、黎展辉，2021）。在城乡差异上，政策效果没有明显差异，但是在户籍方面，本地户籍老人比外地户籍老人的健康改善更大。这可能是因为非本地户籍流动人口的老年人参与医疗和养老保险的意愿较低（王超群，2023），从而增加了获取医养服务的经济成本，限制了其获取高质量医养结合服务的途径。这提示未来应扩大医养结合服务范围，关注流动人口老年人需求。从区域差异看，经济发达和医疗资源较丰富的地区政策效果更加显著。这种情况可能归因于在经济发展与医疗服务水平较高的地区，医养资源能够更充分地共享和组织，从而构建起一种优势互补、紧密结合的医养生态结构（武玉、张航空，2021）。因此，政策效果的持续改善还需以地区协调发展作为支撑。总体而言，异质性检验结果提示，在持续完善医养结合政策时需要关注不同人群特点和区域差异，提升公平性和可及性。

7 结论与启示

医养结合是我国新一轮医药卫生体制改革的重点。对大多数老年人而言，最迫切需要的不是以诊疗和手术为核心的医疗服务，而是融入日常生活和康复护理的长期照护服务。我国当前老年人口尚处于相对年轻阶段，20 世纪 50 年代出生的“婴儿潮”一代要到

2015年后才进入高龄期,这为完善我国养老服务体系提供了一个宝贵的政策调整“窗口期”。在这个关键时期,国家应在“健康中国”战略框架下重点推进老年长期照护服务的发展,强调“医养护结合”的理念,将其纳入“社会服务”体系,而不仅仅视为“医疗服务”。发达国家的经验证明,通过“社会服务”和“医疗服务”不同途径提供相同公共服务,可以有效降低平均成本约30%^①。

本文基于全国代表性的中国老年社会追踪调查四期数据,利用双重差分模型对医养结合政策的效果进行了实证检验,并探讨了其影响机制和异质性效应。本文为医养结合政策提供了有力证据,证明了医养结合不仅能提高老年人身体健康,还有助于促进他们的心理健康和社会适应能力,这对实现健康老龄化,提升老年生活质量与幸福感具有重要意义。

首先从医养服务的角度来看,老年人目前更多使用社区健康服务和社区养老服务,而对于康复训练等专业医疗服务的利用还不够明显,这可能一方面与老年人的实际需求不太匹配,服务质量不高有关,另一方面可能是医疗服务在居家社区层面的整合还不够充分。因此,建议在医养结合服务中加入心理咨询、定制化护理等内容,利用信息技术提供远程医疗,根据老年人的健康状况、生活习惯等特征来实施差异化和个性化的服务,以更好地满足老年人多样化和差异化的需求,从而提升医养结合服务的满意度和效果。

其次,本文揭示了医养结合通过优化社会资本配置、强化社会氛围、扩大社会互动等途径影响老年健康的机制。这为设计和评估医养结合服务提供了有益的参考。本文主要采用了身心健康指数,这更偏向于主观自我评价和心理健康方面,而社会凝聚力的机制则提示我们,在医养结合服务中应关注老年人的社会参与、支持和认同,以增进其心理幸福感。同时,也需要在整个社会中营造尊老敬老的氛围,优化社区资源配置,丰富老年人的社交网络。

最后,本文还发现了医养结合政策存在异质性效应,即不同性别、社会经济地位、户籍和地区的老年人在政策受益方面存在差异。这表明在制定医养结合政策时需要考虑到老年人多样化的需求,实施差异化和个性化的服务,以避免供需不平衡和服务质量不均的问题。同时,也需要特别关注医养结合服务的公平性问题。例如,经济发达地区和医疗资源充足地区的政策效果更加显著,而外地户籍的老年人受益较少。这可能意味着如果可及性存在不均衡,那么医养结合政策在一定程度上可能会加剧老年人群体的健康差距。因此,有必要关注医养结合服务对老年人口健康差距的影响,并采取相应的补偿措施,以实现医养结合服务的普惠性。建议通过完善医保制度、提供医疗费用补贴和优惠政策,增加低收入群体获得医养服务的机会。同时,也应关注流动人口老年人的需求。建议扩展医养结合服务的覆盖范围,鼓励流动人口老年人参与医疗和养老保险,为他们提供更加便捷的医养服务获取途径。另外,也要加强对欠发达地区医养结合设施建设的财政转移支付支持,以弥补地区发展不平衡的问题。

① 具体参见复旦大学人口与发展政策研究中心2019年发布的智库报告《中国人口发展态势与老龄社会应对》。

参考文献

- 崔树义, 杨素雯. 2019. 健康中国视域下的“医养结合”问题研究[J]. 东岳论丛, 40(6): 42-51, 191-192.
- Cui S Y, Yang S W. 2019. The “combination of medical care and nursing” from the perspective of healthy China [J]. *Dongyue Tribune*, 40(6): 42-51, 191-192. (in Chinese)
- 高鹏, 杨翠迎, 周彩. 2022. 医养结合与老年人健康养老[J]. 财经研究, 48(4): 124-138.
- Gao P, Yang C Y, Zhou C. 2022. Integrated medical care services and healthcare for the elderly[J]. *Journal of Finance and Economics*, 48(4): 124-138. (in Chinese)
- 高鹏, 杨翠迎. 2022. 我国医养结合服务模式实践逻辑与协同路径分析: 基于“全国医养结合典型案例”的扎根理论研究[J]. 兰州学刊(8): 135-148.
- Gao P, Yang C Y. 2022. Analysis on the practical logic and collaborative path of the service mode of medical support integration in China: A grounded theoretical study based on “national typical case of medical support integration”[J]. *Lanzhou Academic Journal*, (8): 135-148. (in Chinese)
- 李玲, 黎嘉辉. 2021. 探索中国式农村医养结合[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 38(4): 91-102.
- Li L, Li J H. 2021. Exploration of integrating pension service with medical service in China[J]. *Journal of China Agricultural University (Social Sciences)*, 38(4): 91-102. (in Chinese)
- 马超, 俞沁雯, 宋泽, 等. 2019. 长期护理保险、医疗费用控制与价值医疗[J]. 中国工业经济(12): 42-59.
- Ma C, Yu Q W, Song Z, et al. 2019. Long-term care insurance, the control of medical expenses and “value-based health care”[J]. *China Industrial Economics*, (12): 42-59. (in Chinese)
- 倪晨旭, 王震. 2022. 互联网使用对老年人社会隔离的影响[J]. 人口学刊, 44(3): 59-72.
- Ni C X, Wang Z. 2022. The impact of internet use on social isolation in older adults[J]. *Population Journal*, 44(3): 59-72. (in Chinese)
- 倪晨旭, 邵宝魁, 丛正龙, 等. 2024. 社区适老化改造对老年人健康的影响[J]. 中国人口科学, 38(5): 113-128.
- Ni C X, Shao B K, Cong Z L, et al. 2024. Impact of age-friendly community renovations on the elderly's health [J]. *Chinese Journal of Population Science*, 38(5): 113-128. (in Chinese)
- 王超群. 2023. 谁没有参保? 中国城乡居民医疗保险参保的人群特征研究[J]. 社会保障评论, 7(2): 76-93.
- Wang C Q. 2023. Who are the uninsured? An analysis of the population characteristics of China's urban and rural resident basic medical insurance enrollees[J]. *Chinese Social Security Review*, 7(2): 76-93. (in Chinese)
- 王彦斌. 2017. 欠发达地区农村医养结合养老服务体系构建[J]. 探索(6): 153-159.
- Wang Y B. 2017. Construction of the service system for the aged by combining medical care with nursing care in rural areas in underdeveloped areas[J]. *Probe*, (6): 153-159. (in Chinese)
- 王震. 2017. “医养结合”与“医养分开”[J]. 中国医疗保险(10): 28.
- Wang Z. 2017. “Combination of medical care and nursing care” and “separation of medical care and nursing care” [J]. *China Health Insurance*, (10): 28. (in Chinese)
- 武玉, 张航空. 2021. 我国大城市医养结合的实践模式及发展路径[J]. 中州学刊(4): 78-84.
- Wu Y, Zhang H K. 2021. The practice mode and development path of the combination of medical and nursing in metropolis of China[J]. *Academic Journal of Zhongzhou*, (4): 78-84. (in Chinese)
- 谢微, 于跃. 2022. 我国医养结合养老模式合作机制构建及其优化路径研究[J]. 行政论坛, 29(6): 150-156.
- Xie W, Yu Y. 2022. Research on the cooperative mechanism construction and optimization path of China's combination of medical care and pension mode[J]. *Administrative Tribune*, 29(6): 150-156. (in Chinese)
- 张红凤, 王宇, 黄璐. 2023. 医养结合对老年人主观幸福感的影响研究[J]. 经济与管理评论, 39(3): 130-146.
- Zhang H F, Wang Y, Huang L. 2023. Research on the effect of integrated medical care services on the subjective

- well-being of the elderly[J]. *Review of Economy and Management*, 39(3): 130-146. (in Chinese)
- 宗庆庆, 张熠, 陈玉宇. 2020. 老年健康与照料需求：理论和来自随机实验的证据[J]. *经济研究*, 55(2): 36-51.
- Zong Q Q, Zhang Y, Chen Y Y. 2020. Health status and elderly care: Theory and evidence from a randomized experiment with copd patients in China[J]. *Economic Research Journal*, 55(2): 36-51. (in Chinese)
- Chen X X, Giles J, Yao Y, et al. 2022. The path to healthy ageing in China: a Peking University-Lancet Commission [J]. *The Lancet*, 400(10367): 1967-2006.
- Ferraro K F, Farmer M M. 1999. Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity? [J]. *American Sociological Review*, 64(2): 303-315.
- Huang W, Zhang C C. 2021. The power of social pensions: evidence from China's new rural pension scheme[J]. *American Economic Journal: Applied Economics*, 13(2): 179-205.
- Liu H, Ma J Q, Zhao L Q. 2023. Public long-term care insurance and consumption of elderly households: Evidence from China[J]. *Journal of Health Economics*, 90: 102759.
- Mossey J M, Shapiro E. 1982. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly[J]. *American Journal of Public Health*, 72(8): 800-808.
- Schiefer D, Van der Noll J. 2017. The essentials of social cohesion: a literature review[J]. *Social Indicators Research*, 132(2): 579-603.
- Zhang J W, Centola D. 2019. Social networks and health: New developments in diffusion, online and offline[J]. *Annual Review of Sociology*, 45: 91-109.

The Impact of Integrated Medical and Nursing Care on Elderly Health: Mechanisms and Empirical Evidence

Chenxu Ni¹ Min Li¹ Weixiang Pan² Zhen Wang³

- (1. School of Economics, University of Chinese Academy of Social Science;
2. Institute of Medical Information and Library, Chinese Academy of Medical Sciences &
Peking Union Medical College;
3. Institute of Economics, Chinese Academy of Social Sciences)

Abstract To meet the demand for high-quality health and elderly care, integrated medical and nursing care has become an inevitable trend. China has launched two batches of national pilot programs for integrated medical and nursing care, initially exploring a model suited to the national context. However, there is currently a lack of systematic evaluations with policy implications, primarily due to the unclear theoretical mechanisms and specific pathways through which integrated care affects the health of the elderly. This paper utilizes nationally representative longitudinal survey data of the elderly to explore the impact of integrated medical and nursing care policies on the health of the elderly from both theoretical and empirical perspectives. Estimates from a difference-in-differences model indicate that the implementation of integrated care policies significantly improves the physical and mental health of the elderly, covering key indicators such as self-rated health, depression risk, and social adaptability. Mechanism analysis reveals that integrated care policies not only provide higher quality and more convenient medical and nursing

services for the elderly but also enhance social cohesion on multiple levels. On one hand, integrated care optimizes the allocation of social capital, creating a more friendly living environment for the elderly; on the other hand, the implementation of these policies strengthens the social atmosphere of respecting, loving, and assisting the elderly, significantly enhancing their sense of belonging to their living areas, thereby promoting their psychological well-being. Additionally, integrated care improves the social networks of the elderly, expanding their social interaction scope and providing more emotional support and psychological comfort. Heterogeneity analysis shows that integrated care policies have a more pronounced effect on improving the health of elderly women and those with higher socioeconomic status. At the urban-rural level, the policy effects do not show significant differences, but at the household registration level, the health improvement of local elderly residents is significantly higher than that of non-local residents. From a regional perspective, the policy effects are greater in economically developed areas with richer medical resources. This reflects the current inadequacies in the equity of integrated care services. The findings of this study have important practical implications for comprehensively evaluating the effects of integrated care policies and optimizing the existing operational models of integrated care.

JEL Classification I18, I38, J14