

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

白 晨*

中国人民大学劳动人事学院 北京 100872

【摘要】本文利用“中国老年健康影响因素追踪调查(CLHLS)”十年的数据,实证考察了医养结合背景下,城乡社区老年健康管理服务供给及效果。结果发现,尽管我国社区健康管理服务的供给水平不断提升,但总体水平较低,城乡差异仍然突出,特别是“精神慰藉”等心理健康服务仍然不足;提高社区健康管理服务有助于降低城乡老人发生大病、认知受损及负面情绪等风险,同时也有助于提高老年人特别是农村老人的生活满意度。因此,要特别注重提高服务供给的城乡均等化水平,同时也要有针对性地增加与促进老年精神及认知健康相关服务内容。

【关键词】社区健康管理服务;医养结合;CLHLS;城乡差异

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.03.005

Study on the supply and effects of community health management service for urban-rural elderly under the background of pension combined with medical service: Evidence from CLHLS

BAI Chen

The School of Labour and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China

【Abstract】 Using the 10-year panel data from Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS), this study empirically investigated the supply and effect of elderly health management services in urban and rural communities under the background of pension combined with medical service. It was found that, although great and constant progress had been made in enhancement of community health management service supply systems, the overall supply was still at a relatively low level with notable and prominent disparities between urban and rural areas, especially for mental health services where spiritual consolation was found to be insufficient. Besides, more community health management service supply not only has close association with relatively low risk of serious diseases, cognitive impairment, and depression symptom but also helps to promote life satisfaction of the elderly in urban and rural areas. Consequently, special attention should be paid to promoting the community health management service equity in both urban and rural areas, and more mental or cognitive health related services should also be specifically delivered among elderly in all locations.

【Key words】 Community health management service; Pension combined with medical service; CLHLS; Urban-rural disparity

当前,中国正步入快速老龄化与高龄化阶段,2050年65岁以上老年人口预计将超过4亿,高龄老人更将达到1.44亿,超过欧洲、北美高龄老人数量总和。^[1]随着老年人口的快速增长,老龄健康无疑将对社会经济发展带来巨大挑战。在此背景下,切实

落实基层“医养结合”服务战略,让城乡老人都能公平可及地获得丰富多样的社区老年健康管理服务(以下简称“社区健康管理服务”)^[2],不仅是新时代深化医药卫生体制改革的重点,更是践行以习近平同志为核心的党中央健康优先发展战略的应有之义。

* 基金项目:国家科技部重点研发计划项目(2018YFC2000400)

作者简介:白晨(1988年—),男,博士研究生,讲师,主要的研究方向为社会保障与健康老龄化。E-mail:baichen_slhr@ruc.edu.cn

中国政府自 2011 年推出首个社会养老服务体系发展规划以来,在推动以“医养结合”为导向的社区健康管理服务建设上已经走过了近 10 年的历程。然而,政策与学术界对城乡社区健康管理服务的实施效果,特别是其对高龄老年人生理、认知及心理健康状况的长期影响仍缺乏较系统实证评估。鉴于此,本文将利用目前国内老龄健康追踪时间最长,涵盖高龄老人样本量最大的“中国老年健康追踪调查”(Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey, CLHLS),构建 10 年的面板数据,实证评估城乡社区健康管理服务的供给状况及其对老龄健康的长期影响。

1 政策与文献回顾

根据国务院《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),本文所指的老年社区健康管理服务是医养结合的重要组成,主要是“为 65 岁以上老年人,特别是社区高龄、重病、失能、部分失能等行动不便或确有困难的老年人,提供定期体检、上门巡诊、家庭病床、社区护理”为主要内容的一类健康管理服务。^[3]

社区健康管理服务是在建设社会养老服务体系与推进医养结合的背景下逐步发展起来的。2006 年,国务院《关于加快发展养老服务业的意见》(国办发[2006]6 号)指出要鼓励发展包括“精神慰藉、心理支持、康复、护理”等在内与老年健康管理密切相关的社区养老服务。2013 年,国务院发布《关于促进健康服务业发展的若干意见》(国发[2013]40 号),进一步明确发展社区健康管理服务的目标,要求提高社区为老年人提供日常护理、慢性病管理、康复、健康教育和咨询、中医保健等服务的能力。到 2015 年,在《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)中,“推动医疗卫生服务延伸至社区、家庭”成为落实医养结合工作的重点任务。

目前,学术界对社区健康管理服务的研究主要涉及两方面:一是城乡社区健康管理服务的供给不均问题。受劳动力流动等因素的影响,农村老龄化程度普遍高于城镇,加之“空巢化”以及相对弱势的社会经济地位与更加突出的健康脆弱性问题^[4],使得农村老人对居家及社区养老服务,特别是“医养结合”类服务的需求较城镇表现的更加强烈^[5]。尽管

如此,农村社区健康管理服务供给水平往往显著低于城镇。^[6]二是社区健康管理绩效的评估问题。已有研究对社区健康管理服务的评估主要围绕“就医状况”与“健康结局”两个方面展开。^[7]就医状况方面,有学者研究发现,提供社区健康管理不仅有助于降低老年人的住院风险,而且还能提高老年人对初级医疗服务的利用水平^[8-9];健康结局方面,学者们发现,接受社区健康管理服务的老人不仅发生抑郁等负面情绪、认知功能或日常生活自理能力受损的风险更小,而且有助于提升他们的生活满意度,促使他们更加积极主动地参与社会活动。^[10-11]同时,增加社区健康管理服务的人员供给或财政投入水平,同样有助于提高老年人对基本照护服务的利用,改善老年人自评健康与认知状况。^[12-13]

相比之下,学术界针对中国社区健康管理服务供给的城乡差异及其健康绩效的考察仍然十分有限。有学者通过对 2 400 多位南京市老年人进行随机控制实验发现,与没有接受社区健康管理服务干预的老人相比,接受此类服务的老人在此后的主客观健康指标评估中都有明显改善,但两者在住院风险上并不存在明显的差异。^[14]也有研究基于 CLHLS 全国调查数据发现报告所在社区提供健康管理服务的老人,其生活满意度相对更高。^[15]本文主要研究:(1)立足城乡比较分析的视角,考察中国社区健康管理服务的供给差异及对老龄健康的影响;(2)能够结合“就医状况”与“健康结局”等多个维度,针对社区健康管理服务的政策绩效展开更加全面的评估。

2 研究设计

2.1 样本选择与数据来源

考虑到医养结合政策实施的时间范围以及其对老年人健康状况改善效果的长期性,本文选择在“中国老年健康影响因素跟踪调查”2005、2008、2011 及 2014 年四次调查中都存活的 2 789 位 65 岁以上在社区居住的老年人作为研究样本。“中国老年健康影响因素跟踪调查”是由北京大学健康老龄与发展研究中心和美国杜克大学老龄发展研究中心联合主持,由国家疾控中心组织实施的一项全国性的老年健康调查项目。该项目始于 1998 年,此后在 2000 年、2002 年、2005 年、2008 年、2011 年和 2014 年已经完

成了 7 次跟踪调查。1998 年基线调查在全国 22 个省随机抽取了 631 个县/县级市/区,调查区域总人口为 9.85 亿,覆盖了全国 85.3% 的人口,是目前国内追踪时间最长的老龄健康调查,也是全球涉及高龄老人(特别是九十岁及百岁老人)样本规模最大的科学调查。问卷涵盖了受访者的社会学特征、家庭背景、经济状况、健康状况、各类疾病患病情况、医疗费用支出等各方面的信息。^[16]

2.2 变量设定

首先,参考已有研究以及问卷内容,针对受访老人的“就医状况”,主要选择以过去两年内是否患有重病、住院次数以及医疗总费用(涵盖自付及保险支付费用)三个指标进行衡量。受访老人的“健康结局”则主要考察自评健康、认知功能、负面情绪以及生活满意度四个方面。其中,自评健康基于问项“您觉得现在您自己的健康状况怎么样”构建。“很好”与“好”归并为“生活满意度高”(赋值为 1)，“一般”、“不好”和“很不好”归并为“生活满意度低”(赋值为 0)。认知功能基于国际通用的简易精神状态量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)构建,同时结合中国老人的文化习惯与特征进行本土化的调整。^[17]最终得到的 MMSE 分值为 0~30 分,得分超过 23 分表明认知功能良好,赋值为 0,否则表示认知功能受损,赋值为 1。负面情绪根据问卷中关于老年人心理状况和情绪的四个问题(“您是否经常能看到事物好的一面?”、“您是否经常感到恐惧和焦虑?”、“您是否像年轻时候一样开心?”、“您是否感到越老越不中用?”)回答评分汇总得到,每个问题的回答评分都标准化至 0~3(其中第一和第四个问题反向赋分),汇总起来得到一个 0~12 分的指标。该指标分值越大,表示老年人的心理健康状况越差。^[18]生活满意度通过问项“您如何评价您的生活质量”构建,“很好”与“好”归并为“生活满意度高”(赋值为 1)，“一般”、“不好”和“很不好”归并为“生活满意度低”(赋值为 0)。

其次,CLHLS 向受访老人询问了所在居住地包括“起居照料”、“上门看病送药”、“精神慰藉”、“日常购物”、“组织社会和娱乐活动”、“提供法律援助(维权)”、“提供保健知识”、“处理家庭邻里纠纷”8 项社区服务的供给(是否提供\可获得)及需求情况。参考国际文献的一般做法,本文以“上门看病送药”、“精神慰藉”、“提供保健知识”三类服务作为评价社

区养老服务的代理指标。^[3]具体构建两个指标,一是社区健康管理服务总供给指标,即采用加总 3 项医疗保健服务的供给得分,分值越高,表明社区提供医疗保健服务多样化程度及供给水平越高。二是社区健康管理服务供需匹配度指标,即将受访老人同时回答社区提供某类健康管理服务,且该项服务又恰是老年人所需要的,赋值为 1,表示供需匹配,否则为 0。同样,将三项服务的贡献匹配得分加总,分值越高表明社区医疗保健服务的提供越能很好满足老年人的实际需求。

最后,本文选择控制变量包含人口学基本特征,如年龄、男性(女性=0)、城镇(农村=0);社会经济条件,如受教育年限、家庭人均收入(取对数)、有医保(否=0)、生病能够及时就医;家庭支持变量,如有配偶(无=0)、存活子女个数、与子女居住在一起(独居=0);生活方式变量,如现在经常吸烟(否=0)、现在经常饮酒(否=0)、现在经常锻炼(否=0)、现在能够均衡饮食(同时经常摄入蔬果类和蛋白质类食品)、经常参与娱乐活动(包括打牌/麻将、社会活动、读书看报或听收音机,否=0)。

2.3 模型设定

在模型设定上,本文引入“个体—时间”固定效应模型,考察社区健康管理服务对老年人就医及健康状况的影响。该模型能够同时控制不随个体变化但随时间变化,以及不随时间变化但随个体变化的遗漏变量引发的内生性问题,从而提高了估计的稳健性。

$$y_{ipt} = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Service}_{ipt} + \beta X_{ipt} + \delta_p + \gamma_t + \mu_i + \varepsilon_{ist}$$

其中,被解释变量 y_{ipt} 表示个体 i 在 p 省 t 调查年份的就医或健康状况,解释变量 Service_{ipt} 表示个体 i 在 p 省 t 调查年份所在社区“医养结合”服务的供给水平或供需匹配状况。 X_{ipt} 是其他影响老年人就医或健康状况的社会经济因素。 δ_p 表示省固定效应, γ_t 是调查年份虚拟变量。 μ_i 表示不可观测的个体固定效应,扰动项 ε_{ist} 包含了其他不可观测的随个体、地区及时间都改变的遗漏变量。

3 结果

3.1 城乡社区老年健康管理服务供给情况

从基期老人就医以及健康状况分析,城乡的差异比较明显。相比之下,城镇老人患重病、住院的比率及次数高于农村老人,其医疗费用也显著高于

农村。从健康状况来看,尽管农村老人自评健康略高于城镇,但其认知受损及心理抑郁发生的风险却高于城镇。其生活满意的比率也低于城镇(表1)。

表1 基期城乡老人就医及健康状况

变量	城镇	农村	P
就医状况			
过去两年患重病(%)	18.7	14.4	0.003
过去两年住院次数(次)	0.25	0.17	0.020
过去一年医疗总费用(元)	3 688.3	2 661.7	0.000
健康状况			
认知功能受损(%)	11.0	16.1	<0.001
自评健康好(%)	42.7	44.7	0.308
负面情绪评分	4.25	5.19	<0.001
生活满意(%)	61.9	56.4	0.004

从历年社区老年健康管理服务的供给情况来看,尽管三项服务的总供给平均得分呈逐年上升趋势,但总分值仍然偏低,说明医疗保健服务向社区延

伸的程度仍然较弱。相比之下,城镇社区健康管理服务供给水平及多样化程度高于农村。从各类具体服务来看,2005年城乡受访老人中,自报社区提供上门看病送药服务的比重分别为10.8%、10.3%,相差不大,到2014年农村有33.9%的受访老人自报社区提供上门看病送药服务,高出城镇7.7个百分点。相比之下,城乡受访老人自报社区提供精神慰藉服务的比重总体偏低,特别是农村地区,2005年仅有2.6%,远低于城镇水平。2014年,该比重虽然有所上升,但总体仍然很低,城乡分别只有9.3%、6.4%,增幅十分有限。此外,在城乡受访老人中,自报社区提供保健知识服务的比重最高。2005年,城镇老人自报提供此类服务的比重达到14.7%,超出农村一倍多。但到2014年,这个差距大幅缩小,城乡分别达到41.1%、41.2%(表2)。

表2 城乡社区老年健康管理服务供给水平

年份	上门看病送药(%)		精神慰藉(%)		提供保健知识(%)	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
2005	10.8	10.3	7.4	2.6	14.7	6.1
2008	11.2	6.8	7.0	3.2	14.0	3.8
2011	25.5	27.1	9.2	6.8	36.3	33.6
2014	26.2	33.9	9.3	6.4	41.1	41.2

从城乡社区老年健康管理服务的供需匹配情况来看,2005—2014年,总体供需匹配情况没有明显改善,2005年城镇社区所提供的三项医疗保健服务中,平均有1.24项是受访老人所需要的,略高于农村1.18。到2014年,城乡供需匹配得分分别下降至1.17、1.16。从各项服务的具体情况来看,2005年城镇受访老人中有65.2%表示社区提供的上门看病送药服务正是其所需要的,2014年这一比重到上升至74.3%。相比之下,社区提供的上门看病送药服务更受到农村老人欢迎,2005年有74.7%的受访老人表示社区提供的上门看病送药服务满足他们的需求,到2014年该比重上升至82.4%。在2005年城乡受访老人中,自报社区提供的精神慰藉服务正是

自己所需要的比重在60%左右,此后虽有所下降,但农村老人对精神慰藉服务需求的上升幅度高于城镇。最后,2005年城镇受访老人自报社区普及保健知识的服务匹配其需求的比重达到67.4%,略高于农村。此后该比重持续上升,到2014年城乡分别达到73.9%和74.3%(表3)。

3.2 城乡社区老年健康管理服务效果评估

本文通过固定效应模型分别估计了在控制所有相关人口及社会行为变量的情况下,城乡社区健康管理服务供给对老年人“就医状况”以及“健康结局”的影响。表4中模型4显示,在控制其他相关变量的情况下,不论是城镇还是农村,增加社区健康管理服

表3 城乡社区老年健康管理服务供需匹配

年份	上门看病送药(%)		精神慰藉(%)		提供保健知识(%)		供需匹配度(0~3)	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
2005	65.2	74.7	60.1	60.0	67.4	65.1	1.24	1.18
2008	67.3	72.6	64.2	59.5	67.1	63.4	1.23	1.23
2011	76.3	85.2	63.6	65.7	74.8	78.3	1.17	1.03
2014	74.3	82.4	59.4	59.1	73.9	74.3	1.17	1.16

务供给均有助于降低老年人两年内患重病的风险,且均有统计学意义($P < 0.05$)。从系数值来看,农村的效果略高于城镇。具体到各项服务(表 4 模型 1 ~ 模型 3),提供上门看病送药服务社区的老人过去两年患重病的风险较低,且在农村地区有统计学意义($P < 0.05$);精神慰藉服务对降低城镇老人出现患重

病的效果更显著($P < 0.1$);提供保健知识不论对城镇还是农村老人而言,都与两年内患重病间存在显著的负相关性,且对农村老人的效果更明显。但是,不论是提供各项具体的社区健康管理服务,还是增加社区健康管理服务总供给,对减少住院次数以及降低医疗费用均没有显著的影响。

表 4 城乡社区健康管理服务与老年就医状况固定效应模型估计结果

健康状况	(1) 上门看病送药		(2) 精神慰藉		(3) 提供保健知识		(4) 总供给	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
	过去两年患重病	-0.014 (0.020) [0.051]	-0.040** (0.019) [0.055]	-0.048* (0.028) [0.051]	-0.012 (0.035) [0.056]	-0.036** (0.018) [0.051]	-0.042** (0.020) [0.054]	-0.020** (0.010) [0.051]
过去两年住院 次数(log)	0.084 (0.102) [0.196]	0.094 (0.127) [0.261]	0.348*** (0.131) [0.230]	0.102 (0.171) [0.258]	-0.122 (0.090) [0.205]	0.109 (0.145) [0.288]	0.028 (0.047) [0.170]	0.068 (0.065) [0.265]
过去一年医疗 总花费(log)	0.121 (0.076) [0.230]	0.068 (0.073) [0.254]	-0.126 (0.109) [0.232]	0.120 (0.136) [0.256]	-0.056 (0.069) [0.229]	-0.046 (0.080) [0.254]	-0.002 (0.036) [0.228]	-0.002 (0.036) [0.256]
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省哑变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
时间效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES

注:圆括号内是标准误;方括号内是 R^2 值;*** $P < 0.01$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.1$

其次,表 5 模型 4 通过固定效应模型估计进一步显示,尽管增加社区健康管理服务供给同认知功能受损之间存在负相关性;同自评健康良好间存在正相关性,但结果均不具有统计学意义。在降低负面情绪上,只在城镇地区提高社区医疗保健供给水平显著地降低了受访老人的负面情绪评分($P < 0.05$)。在提高生活满意度上,尽管增加城乡社区医疗保健服务供给与生活满意均呈正相关,但只在农村地区十分显著($P < 0.01$)。模型 1 ~ 模型 3 依次报告了固定效应模型估计得到的各项具体服务对老年健康状况的影响,结果发现,在城镇地区,社区提供上门看病送药服务能够显著降低老年人的负面情绪评分

($P < 0.01$),且有助于提高老年人的生活满意度($P < 0.05$)。相比之下,社区提供上门看病送药服务尽管与农村老人认知功能受损、负面情绪评分之间存在负相关性,与自评健康好之间存在正相关性,但均不具有统计学意义,不论城镇还是农村,社区提供精神慰藉服务均显著地降低了老年人发生认知功能受损的风险($P < 0.05$),且对农村老人的效果更加明显。除此之外,社区提供精神慰藉服务对其他健康指标的影响不具有统计学意义。最后,社区提供保健知识对降低城镇老人认知功能受损风险上有显著影响($P < 0.1$),对提高农村居民生活满意度有更加显著的影响($P < 0.01$)。

表 5 城乡社区健康管理服务与老年健康状况固定效应模型估计结果

健康状况	(1) 上门看病送药		(2) 精神慰藉		(3) 提供保健知识		(4) 总供给	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
	认知功能受损	0.009 (0.017) [0.083]	-0.013 (0.018) [0.053]	-0.057** (0.024) [0.085]	-0.081** (0.032) [0.055]	-0.026* (0.015) [0.081]	-0.007 (0.019) [0.052]	-0.013 (0.008) [0.082]
自评健康	0.009 (0.024) [0.033]	0.003 (0.023) [0.045]	-0.006 (0.034) [0.033]	-0.023 (0.043) [0.046]	0.033 (0.021) [0.034]	0.005 (0.025) [0.044]	0.009 (0.012) [0.034]	0.004 (0.013) [0.047]

(续)

健康状况	(1) 上门看病送药		(2) 精神慰藉		(3) 提供保健知识		(4) 总供给	
	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村	城镇	农村
负面情绪	-0.079*** (0.024) [0.041]	-0.020 (0.025) [0.040]	0.001 (0.034) [0.037]	0.055 (0.045) [0.040]	-0.014 (0.022) [0.038]	0.024 (0.027) [0.039]	-0.026** (0.012) [0.042]	0.004 (0.014) [0.037]
生活满意度	0.050** (0.023) [0.029]	0.060** (0.024) [0.028]	0.012 (0.033) [0.027]	0.058 (0.044) [0.026]	-0.012 (0.021) [0.028]	0.081*** (0.026) [0.029]	0.009 (0.011) [0.027]	0.050*** (0.013) [0.028]
控制变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
省哑变量	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
时间效应	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES

注:圆括号内是标准误;方括号内是R²值;***P<0.01, **P<0.05, *P<0.1

4 讨论与建议

4.1 讨论

随着社会养老服务体系建设的全面推进以及随后各级政府加快推进社区健康管理服务,不论从城乡服务供给的总体水平,还是服务需求满足程度来看,都有了较为明显的提升。特别是上门看病送药以及医疗保健知识的社区普及与推广方面,城乡(尤其是农村地区)地区都有了很大程度的改善,且差距不断缩小。但相比之下,以精神慰藉为代表的心理健康服务供给仍然不足,尤其是农村地区非常缺乏。不仅如此,城乡老人对心理健康服务重要性的认知程度还不高,通过供需匹配度分析可以发现,对于社区提供的精神慰藉服务,受访老人自报需要的比重并没有明显的变化。

从实施社区健康管理服务的绩效来看,提升城乡社区健康管理服务的总体供给水平,对改善老年人就医状况,特别是降低住院次数与医疗费用并没有明显的效果。这个结论与对南京市老年人社区健康管理服务随机控制实验的研究结果一致^[14],该研究将这一结果解释为干预时间较短,但从长时间来看,可能作用也不显著。但相比之下,提高供给水平却显著降低了老年人发生重病住院的风险。此外,提高供给水平在改善老年健康上起到一定效果,特别是在降低城镇老人的负面情绪以及提升农村老人的生活满意度上,都发挥了显著作用。最后,从各项服务的具体效果来看,上门看病送药服务在降低城镇老人负面情绪以及提高农村老人生活满意度方面发挥了显著的促进作用;供给不足的精神慰藉服务对城乡老人特别是农村老人认知功能受损起到了显

著的抑制作用;普及健康保健知识有助于降低城镇老人认知功能受损风险以及提高农村老人的生活满意度。^[7,15]这说明社区健康管理服务在改善老年人健康状况方面,不仅有利于疾病的及时发现与救治,更重要的是通过健康知识的普及,引导健康行为,提升老年人预防疾病的能力及生活质量。与此同时,以精神慰藉为主的心理辅导和交流互动,也被大量研究证实能够通过激发老年人的认知与心理弹性(cognitive and psychological resilience),从而降低负面情绪以及认知功能受损的发生风险。

4.2 建议

首先,推动健康管理服务向社区及居家老人的延伸是切实践行医养结合理念的关键。在这个过程中应该更加注重“城乡公平可及”的重要性,建议将社区健康管理服务纳入基本公共服务清单,并尽快拟定国家基础标准,切实推进城乡社区健康管理服务的均等化水平。第二,通过公私合作等形式,引入社会资本,通过市场力量不断丰富社区健康管理服务的内容与水准。特别是针对农村老人,在继续提升上门送药看病服务可及性的同时,增加包括“精神慰藉、认知筛查、心理评估”等与老年人认知及心理健康密切相关的服务,切实提高老年人精神与心理健康状态。与此同时,加强对老年群体的健康监测和预警,提高老年群体对流行病的预防意识。最后,可借鉴欧美国家的经验,将必要的健康管理服务纳入医疗救助和城乡居民医疗保险的保障范围,切实保障农村地区贫困、失能老人能够有能力支付相关服务,提高对贫困老人的健康干预效能。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 贺丹. 中国人口展望(2018): 从数量压力到结构挑战 [M]. 北京: 中国人口出版社, 2018.
- [2] Legge D G. Striving Towards Integrated People-Centred Health Services; Reflections on the Australian Experience [J]. *Family Medicine and Community Health*, 2019, 7 (1): e000056.
- [3] 国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知[Z]. 2015.
- [4] Smith K B, Humphreys J S, Wilson M G A. Addressing the Health Disadvantage of Rural Populations: How Does Epidemiological Evidence Inform Rural Health Policies and Research? [J]. *Australian Journal of Rural Health*, 2008, 16 (2): 56-66.
- [5] Anderson A. Delivering Rural Health and Social Services; An Environmental Scan [R]. Toronto: Alzheimer Society of Ontario, 2006.
- [6] Goins R T, Williams K A, Carter M W, et al. Perceived Barriers to Health Care Access Among Rural Older Adults; A Qualitative Study [J]. *The Journal of Rural Health*, 2005, 21(3): 206-213.
- [7] Henry B, Melvyn Y, Lee-Fay L. A systematic review of different models of home and community care services for older persons [J]. *BMC Health Services Research*, 2011, 11 (1): 93.
- [8] Case Management and Risk of Nursing Home Admission for Older Adults in Home Care; Results of the Aged in Home Care Study [J]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007, 55(3): 439-444.
- [9] Bird S R, Kurowski W, Dickman G K, et al. Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand [J]. *Australian Health Review*, 2007, 31(3): 451.
- [10] Giannini R, Petazzoni E, Savorani G, et al. Outcomes from a program of home care attendance in very frail elderly subjects [J]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2007, 44(2): 95-103.
- [11] Kinney E D, Kennedy J, Cook C A L, et al. A Randomized Trial of Two Quality Improvement Strategies Implemented in a Statewide Public Community-Based, Long-Term Care Program [J]. *Medical Care*, 2003, 41 (9): 1048-1057.
- [12] Randomized controlled pilot study in Japan comparing a home visit program using a Functioning Improvement Tool with a home visit with conversation alone [M]. *Australasian Journal on Ageing*, 2012.
- [13] Lim J Y, Kim G M, Kim E J, et al. The Effects of Community-Based Visiting Care on the Quality of Life [J]. *Western Journal of Nursing Research*, 2013, 35 (10): 1280-1291.
- [14] Chao J, Wang Y, Xu H, et al. The effect of community-based health management on the health of the elderly: a randomized controlled trial from China [J]. *BMC Health Services Research* 2012, 12(1): 1-8.
- [15] Zhang Y, Yeager V A, Hou S. The Impact of Community-Based Supports and Services on Quality of Life Among the Elderly in China: A Longitudinal Study [J]. *Journal of Applied Gerontology*, 2018, 37(10): 1244-1269.
- [16] Zeng Y. Healthy longevity in China: demographic, socioeconomic, and psychological dimensions [J]. Springer Ebooks, 2008, 63(3): 312-313.
- [17] Folstein M F, Folstein S E, McHugh P R. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the Clinician [J]. *Journal of Psychiatric Research*, 1975, 12(3): 189-198.
- [18] Cheng L, Liu H, Zhang Y, et al. The health implications of social pensions: Evidence from China's New Rural Pension Scheme [J]. *Journal of Comparative Economics*, 2018, 46(1): 53-77.

[收稿日期:2019-12-30 修回日期:2020-03-02]

(编辑 赵晓娟)