

DOI:10.13718/j.cnki.xdsk.2025.06.009

政治建设与城乡社会治理

引用格式:高鹏. 社区居家医养结合服务运行机制与模式比较:基于社会生态系统框架的研究[J]. 西南大学学报(社会科学版), 2025(6):92-103.

社区居家医养结合服务运行机制 与模式比较:基于社会生态系统 框架的研究

高 鹏

(甘肃政法大学 公共管理学院,甘肃 兰州 730070)

摘 要:医养结合服务能够为老年人提供综合、系统的健康养老支持,而社区居家医养结合服务“以居住地为中心,社区和家庭为半径”,整合养老、生活照料与医疗护理服务,已成为医养结合服务的主流模式。研究基于社会生态系统理论,构建了社区居家医养结合服务运行机制分析框架(SQ-SES),利用实地调研所获取的一手数据资料系统揭示了不同实践模式在资源系统、资源单位、治理系统和行动者等核心子系统间的交互机制。研究发现,社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式具有显著的“双向嵌入”特征:一方面通过定点签约实现医疗服务向养老机构的专业延伸,另一方面通过内部设置养老床位来推动医疗资源与养老需求的深度融合。这一创新模式有效整合了基层医疗资源与社区养老服务体系,为破解我国医养结合资源碎片化问题提供了实践方案。研究认为,未来应进一步强化基层医疗卫生机构在社区居家医养结合服务中的枢纽作用,通过模式亚型细化和动态匹配机制,切实提升社区居家医养结合服务的精准性与可及性,从而为推动我国健康养老事业的高质量发展提供政策参考。

关键词:医养结合;运行机制;实践模式;比较研究;社区居家养老

中图分类号:C913.6 **文献标识码:**A **文章编号:**1673-9841(2025)06-0092-12

一、问题提出与文献综述

(一)问题提出

第七次全国人口普查数据显示,我国 65 岁及以上人口达 1.906 亿,占总人口的 13.5%^[1],表明人口老龄化进程正在持续加快。党的二十届四中全会通过的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》提出:“积极应对人口老龄化,健全养老事业和产业协同发展政策机制。”^[2]随着老年人预期寿命延长和健康养老服务需求提升,传统养老模式已难以满足专业化、多元化的需求。医养结合服务通过整合养老和医疗护理服务资源,为老年人提供全面、综合的健康养老支持。其中,社区居家医养结合服务以居住地为中心、社区与家庭为半径,提供可持续的健康养老与医疗护理服务,具备便捷性与广泛覆盖的优势,更契合健康老龄化理念,成为当前主流服务模式^[3]。相较于专

作者简介:高鹏,甘肃政法大学公共管理学院,副教授。

基金项目:国家社会科学基金项目“基于数据赋能的西部地区医养结合服务实践模式构建研究”(24XGL046),项目负责人:高鹏。

业养老机构,医养结合在老年人生活支持、社会关系维系与健康促进方面具有积极意义,因此推动其高质量发展不仅具有重要的理论价值,也构成其实践价值的坚实基础。

近年来,我国在社区居家医养结合服务方面已构建起以政策引领、实践创新为支撑的发展格局。国家层面通过设立试点地区、推进长期护理保险^[3]、引导市场参与^[4]、加强基层医疗体系建设并深化“放管服”改革等多项措施,共同推动服务发展^[5]。而医养结合试点地区经验的辐射带动作用已初步显现,更多地区加入实践探索,形成了一定规模^[6]。总体来看,各地已形成多层次、差异化的社区居家医养结合服务实践模式,展现出区域特色与服务供给的有机融合^[7]。

作为一项牵涉多元主体的复杂系统工程,医养结合实践模式的提炼、优化与推广,已成为推动其高质量发展的关键所在。现有研究虽然在梳理试点经验与归纳问题方面有所进展,但在提炼实践模式的优化路径、挖掘其深层借鉴价值上存在明显不足,尤其缺乏对实践模式形成机制的系统性阐释,难以总结出具有普适意义的模式特征^[8]。基于此,本文尝试构建基于社会生态系统理论的社区居家医养结合服务实践模式运行机制分析框架(SQ-SES),结合实地调研所获数据资料,深入剖析资源系统(RS)、资源单位(RU)、治理系统与行动者(A)等核心子系统及其互动机制,以促进社区居家医养结合服务实践模式的分类归纳、经验凝练与路径优化,从而推动该服务实现“从无到有”向“从有至优”的高质量发展转型。

(二) 文献综述

学界已对社区居家医养结合服务的实践模式进行了多角度探讨。在模式归纳层面,研究主要呈现两种路径。一是基于服务功能延伸,通过整合社区养老与医疗资源,通过短期护理、日间照料、上门服务等多种形式,为老年人提供涵盖预防保健、生活照料与精神慰藉等内容的医养结合服务,在此基础上总结出社区医养联合、居家上门照料、“医养护”一体化等典型模式^[5]。另一研究路径则从实践特征入手进行概念界定,如有学者通过研究指出,我国近93%的养老服务场所提供多种形式的医养结合服务,形成了“护养”“医养护”“医养康”及“医康护养”等各具特色的实践类型^[8],这些研究从不同角度拓展了实践模式的分类框架。

在典型案例研究方面,有学者基于整合嵌入视角,通过对地方实践的系统分析,将实践模式归纳为三种典型类型:一是以青岛为代表的通过长期护理保险制度撬动各方资源的模式,二是以上海为代表的依托社区卫生服务中心将医疗资源向养老领域辐射的模式,三是以苏州为代表的侧重养老机构功能拓展的模式^[9]。这些研究通过深入剖析地方实践,为我国社区居家医养结合服务体系建设提供了参考。此外,也有学者从“碎片化”治理与整体性治理的对比视角出发,对当前现状进行反思并提出优化策略^[10]。这些成果为我国医养结合实践模式的进一步完善提供了有益借鉴。在机制分析层面,研究从供给侧与需求侧两个视角展开了深入探讨。供给侧研究主要关注组织结构与治理机制,有学者基于利益相关者理论,从供给主体治理角度探讨了服务改进策略^[10];另有研究运用嵌入性视角,将服务组织形态归纳为科层、契约与网络三种模式^[11]。还有研究通过对国家典型案例的分析,从“养中有医”“医中有养”和“医养共同体”三个维度系统解析了医养结合服务的内在特征与运行逻辑^[8]。需求侧研究则主要聚焦于政策实施效果与服务可及性,一方面从医疗费用、代际支持等维度分析实施效果并提出政策建议^[12-13];另一方面通过构建可及性评价指标体系,对服务质量与覆盖范围展开系统研究^[14]。这些研究从不同维度丰富了医养结合服务的理论内涵,为实践创新提供了多元思路。

通过对现有文献的系统梳理发现,学界虽已在相关领域取得丰富的研究成果,但在以下方面仍存在改进空间:首先,既有研究多聚焦于地方试点经验,缺乏对全国层面实践模式的形成机制与实践逻辑的系统分析;其次,对模式内在逻辑的探讨深度不足,且缺乏实证效果评估。这些局限既源于医养结合服务本身的“交界性”特征,也反映出当前研究在理论视角、方法运用与现实层面的不足。为此,本文立足于实践,聚焦社区居家医养结合服务的运行机制、实践逻辑、模式特征与优化等核心问题展开研究,以期弥补现有不足,为推动该领域的高质量发展提供参考。

二、理论基础与分析框架

(一) 理论基础

美国政治经济学家奥斯特罗姆于2007年提出了社会生态系统分析框架(Social Ecological System, SES)^[15]。该框架以系统性的视角对复杂社会生态中的变量、相互关系及其影响机制进行研究^[16],已成为当前公共政策领域常用的分析框架。SES分析框架包含资源系统(RS)、资源单位(RU)、治理系统(GS)和行动者(A)四个核心子系统^[17-18]。子系统之间能实现行动情景的交互,不仅有利于厘清系统内部的变量间关系,也能与系统外部的变量相互作用。上述四个变量系统的交互分析视角被学界广泛应用,尤其是在案例分析中,已成为相关研究的基本共识^[19-20]。SES分析框架的应用通常包含以下步骤^[19-20]:首先,确立社会系统中的问题,明确行动情形、实践形式及所需要的核心变量;其次,确立关键核心变量,归纳概括变量的核心内涵;最后,分析影响行动的情形,通过对关键信息要素进行对比分析得出结论(见图1)。

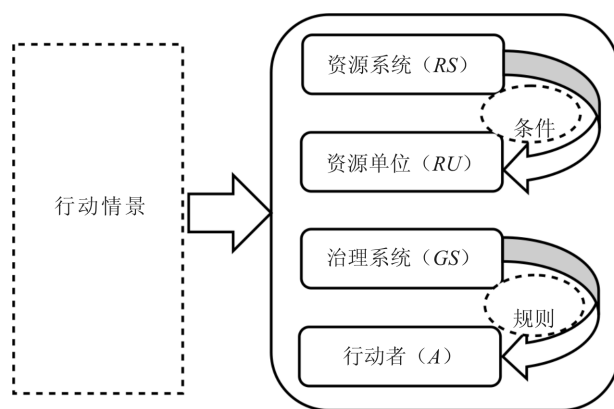


图1 社会生态系统理论框架

(二) 分析框架

社区居家医养结合服务本质上是一个涉及多元主体协同治理的复杂网络系统。其实施成效取决于三个关键维度:一是各要素在政策目标下的协同程度,二是资源匹配程度,三是环境适应程度,整体呈现出“政策制定—执行—反馈—协同治理”的闭环运行特征。基于此,本文在借鉴既有研究成果^[21-22]的基础上,创新性地引入社会生态系统理论,构建了社区居家医养结合服务实践模式运行机制分析框架(SQ-SES)(见下页图2)。该框架旨在深入探究医养结合系统中各变量的相互关系及其影响机制,进而得出更具实践指导价值的研究结论。具体步骤如下:

第一,依据社区居家医养结合服务实践模式的主体特征确立核心变量,并运用实地调研所获取的资料,识别不同类别的实践模式。具体而言,结合社区居家医养结合服务的特点,确立一、二级变量,并对分析框架中的变量展开论证。

第二,确立实践模式的关键行动情形。依据所获取的调研数据材料,深入对比和分析不同社区居家医养结合服务实践模式其核心要素变量之间的交互机制,并分析该机制在实践中的作用及对整体实践模式的效果。

第三,系统分析评估实践模式。根据不同实践模式的运行机制,结合评价结果分析其优势、困境与优化路径,据此遴选出优选模式。

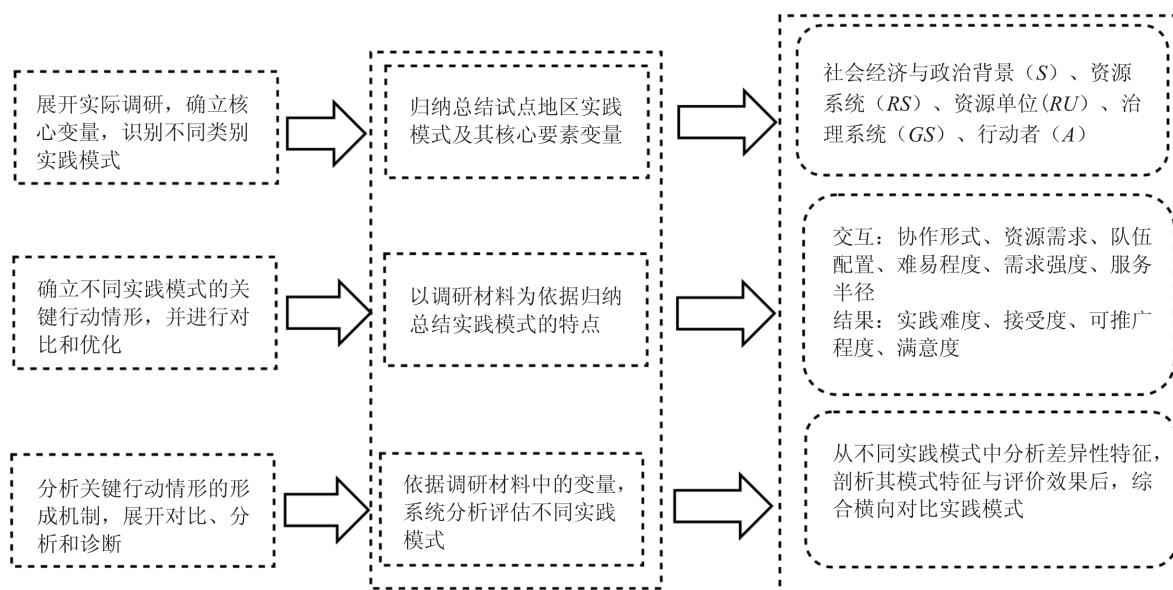


图2 社区居家医养结合服务实践模式运行机制分析框架

三、案例与运行机制分析

目前医养结合模式主要呈现三种典型类型：一是“医中有养”模式(医疗服务嵌入养老机构)，二是“养中有医”模式(养老服务嵌入医疗机构)，三是随着智慧养老发展兴起的“医养共体”模式(依托互联网技术的资源整合型服务)^[6]。其中，社区居家养老是我国社会养老体系建设过程中的重要组成部分，在养老服务领域担任着“基础—依托”的治理角色。既有研究虽也从老年社会参与互助养老等多个角度论证了社区居家养老的重要性^[23-24]，但关于社区居家医养结合服务实践模式的类型划分仍存在学术分歧。为弥补这一研究空缺，本文采用区域典型案例研究，从我国东、中、西部国家级医养结合试点地区中遴选代表性样本。通过采用实地调研，综合运用深度访谈、参与式观察和专题座谈等方法，系统收集了来自地方卫生健康委、基层医疗机构及社区养老服务中心等核心主体的一手资料。在数据收集上，重点开展以下工作：一是与管理部门和服务机构进行半结构化访谈，深度解析各地实践模式的特征与分类；二是组织跨部门座谈会，系统梳理服务供给体系的运行机制；三是面向服务对象开展问卷调查，系统掌握老年人医养结合服务的需求特征。

在变量的选取方面，本文基于社区居家养老服务的实践内容，结合社会生态系统理论的分析框架与既有研究，筛选并确定了5个一级变量及若干二级变量，以系统展现社区居家医养结合服务的全貌(见下页表1)。如表1所示，社会经济与政治背景(S)、资源系统(RS)、资源单位(RU)与治理系统(GS)4个一级变量构成分析框架的核心支柱，其下共设14个二级变量。这些变量主要涵盖宏观与中观层面，数据可通过官方统计与实地调研获取。具体而言，社会经济与政治背景(S)包含经济发展水平(S1)、人口老龄化水平(S2)与人口密度(S3)3个二级变量，用以衡量服务开展的宏观环境。资源系统(RS)包含养老服务机构覆盖情况(RS1)、医疗服务资源配置情况(RS2)与基层医疗服务能力(RS3)，反映了服务供给的硬件基础。资源单位(RU)则聚焦于社区层面的服务范畴与机构覆盖，包含社区基层医疗服务范畴(RU1)、社区照料机构覆盖程度(RU2)等4个变量。治理系统(GS)通过地方政府支持力度(GS1)、保险覆盖程度(GS2)等4个变量，衡量制度与政策协同能力。此外，作为关键执行主体的行动者(A)这个一级变量，其下属的5个二级变量(如上门护理服务A1、安宁疗护服务与家庭病床A2等)主要用于从微观层面衡量服务主体的能动性与专业素养。对于变量的筛选，本文遵循理论适配性、实践特殊性与数据可获性三项原则。在理论层面，变量体系完整覆盖了SES框架的核心子系统；在实践层面，通过设置“基层医疗服务能力”(RS3)、“安宁疗护服务”与“家庭病床”

(A2)等交叉指标,回应了医养结合的“交界性”特征;在数据层面,优先采用可标准化测量的指标(如官方统计数据、专业素养评级等)。对于社会资本参与等难以直接量化的因素,则将其影响纳入“治理系统”中的“费用支付与报销”(GS4)作为替代变量进行分析,以保证结论的客观与准确。

表1 变量选取与指标

一级变量	二级变量
社会经济与政治背景(S)	S1 经济发展水平 S2 人口老龄化水平 S3 人口密度水平
资源系统(RS)	RS1 养老服务机构覆盖情况 RS2 医疗服务资源配置情况 RS3 基层医疗服务能力
资源单位(RU)	RU1 社区基层医疗服务范畴 RU2 社区照料机构覆盖程度 RU3 社区养老服务机构数量 RU4 生活娱乐服务程度
治理系统(GS)	GS1 地方政府支持力度 GS2 保险覆盖程度 GS3 社区基层服务能力 GS4 费用支付与报销
行动者(A)	A1 上门护理服务 A2 安宁疗护服务与家庭病床 A3 资源配置需求程度 A4 人员配置需求程度 A5 人员专业程度

(一) 案例情况分析

现有研究从多元视角切入,系统考察了医养结合服务的实践成效,涵盖了嵌入性视角差异、健康老龄化政策以及老年个体健康福利等多个维度,这为深入探究社区居家医养结合服务的主体行为逻辑及其作用机制提供了重要的理论参考^[25]。在社区居家医养结合服务的实践模式分类上,有学者依据经典扎根理论,通过提炼社区居家医养结合服务的共性理论特征,对其实践模式进行了归纳,主要分为“养中有医”“医中有养”和“互联网+”平台三类^[8]。这一分类框架较为全面地呈现了社区居家医养结合服务在供给侧和需求侧两个维度的实践特征,本文将借鉴这一分类思路展开分析。

在案例选择上,本文选取 L、M、S、K 四个国家级医养结合试点城市,分别位于我国东、中、西部地区,其中 S、K 地区位于东部地区,L 地区位于西部地区,M 地区位于中部地区,具备良好的区域代表性。通过对四地实践案例的深入分析,系统梳理其在服务模式、资源整合与制度创新方面的经验,旨在整体呈现我国社区居家医养结合的发展全貌。案例的区域差异也有助于揭示社会生态系统中资源系统(RS)与治理系统(GS)等变量的交互机制,并通过“双向嵌入”等典型特征,验证研究视角与结论的创新性,为提炼优质实践模式奠定基础。现将三类实践模式的具体实施方式分述如下:

第一类实践模式为社区居家养老服务整合嵌入模式(模式1)。该模式以社区基层养老服务机构为协同主体,以签约、合作或者内部设立医疗护理服务机构等举措,为所在辖区和社区养老服务机构的老年人提供社区居家医养结合服务。

第二类实践模式为社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式(模式2)。该模式以社区基层医疗卫生服务机构或中心为主体,与社区养老服务机构、居家养老服务辖区紧密协同,其核心机制是提供上门医疗服务、双向转诊及家庭医生签约等服务。

第三类实践模式为“互联网+医养”平台整合嵌入模式(模式3),这是一种依托智能互联技术的新型实践模式。该模式以数字化平台为枢纽,通过系统性的资源整合与服务重构,实现医疗与养老服务

务的深度耦合与在线协同运作。

可以看出,我国社区居家医养结合服务已初步形成体系化的发展格局。各地基于区域特色和资源优势,构建了以医疗与养老服务为核心、多元服务内涵为支撑的发展模式。这些实践模式呈现出三个显著特征:一是区域差异化明显,各地形成了具有地方特色的服务供给体系;二是模式类型多样化,包括嵌入式、智慧化、医养联合体等多种形态;三是资源配置差异化,不同地区在服务资源禀赋、投入规模及需求特征等方面存在显著区别。

(二) 实践模式运行机制分析

依据 SQ-SES 模型分析框架,从行动背景(S)、行动者(A)、治理系统(GS)、资源系统(RS)以及资源单位(RU)等维度,对三种社区居家医养结合服务实践模式展开系统分析。通过实地调研数据的对比分析,揭示各模式在变量配置上的异质性,并探讨其适用场景与服务边界。

1. 社区居家养老服务整合嵌入模式

(1) 机制分析

该模式通过两种路径实现资源整合:一是在社区养老服务机构内部设立医疗服务站点,二是通过签约协作引入外部医疗资源。这一机制形成了“社区医疗服务向居家老人辐射”与“养老机构协同医疗服务”两类协同,构建了“养中有医—社区居家养老嵌入—社区养老、居家上门养老”的连续性服务链条。L市与M市的实践印证,该模式能有效整合社区、街道及乡镇层级的资源,进而依托于“健康小屋”、机构签约服务及社区卫生机构居家养老签约等形式,构建起一个多元化、差异化的供给体系。L市在各行政区建立了日间照料中心、社区老年人食堂、街道为老服务中心等场所,并在内部设立医疗服务站,由医务人员为老年人提供医疗服务,且支持医保支付。问卷调研显示,56.93%的老年人知晓社区综合为老服务中心,42.48%了解老年餐桌,38.51%知晓日间照料中心。在服务满意度方面,11.49%的老年人表示非常满意,44%的老年人表示“较为满意”,28.66%选择“满意”,一般和不满意分别占12.98%和2.87%,表明该模式在基础构建和服务满意度方面取得了一定成效。

(2) 机制比较

根据 SES 框架^[26-27],该模式的各层级构成为:社会政治背景(S)由传统社区养老服务体系界定;资源系统(RS)与资源单位(RU)以社区养老服务机构为核心;治理系统(GS)通过内设医疗点或签约服务运作;行动者(A)则由社区组织、志愿者和基层医护团队构成。尽管该模式在满意度上表现良好,但其结构性局限在于医疗与养老的协同仅通过单一内设或签约实现,导致了“单项协同”的局限性,使得整体服务供给能力不足,制约了实践效果的进一步提升(如图3所示)。

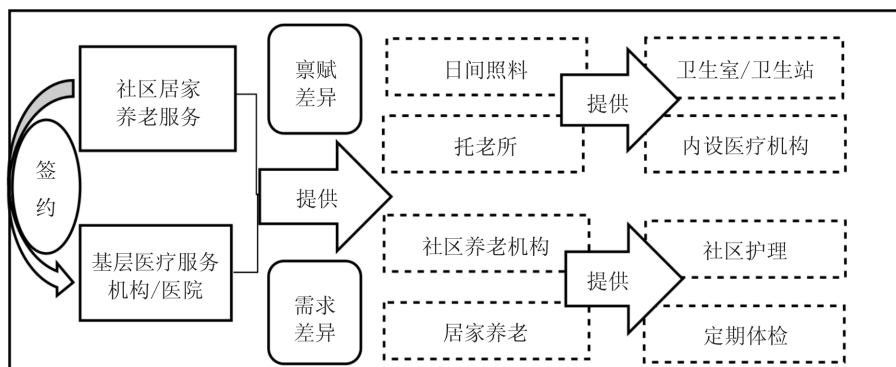


图3 社区居家养老服务整合嵌入模式运行机制分析

2. 社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式

(1) 机制分析

该模式以基层医疗卫生服务机构为核心,通过“拓宽基层医疗养老服务能力”与“整合医疗资源向居民辐射”两大协同机制,将医疗护理服务嵌入社区、养老服务机构或家庭,形成“医中有养—基层医

疗嵌入一家庭医生签约或基层医疗机构整合”的连续性治理路径。调研中发现,S市形成了特色鲜明的“基层医疗+”服务模式,即以社区卫生服务中心为核心节点,构建多层次服务网络:一是与养老机构签约打造“居家—社区—机构”闭环;二是创新“基层医院—养老院—社区—居家”链条机制。S市通过推动二级医院向基层功能转化,激发基层医疗机构在养老中的枢纽作用,使其与养老机构、社区养老服务点形成高效的功能互补。通过扩大家庭医生签约,为居家老人提供便捷服务,并在内部设立老年医学专科满足更高的医疗需求。同时,基层医疗机构的数量随服务推广逐步增加,服务可及性提升,老年人总体满意度较高。从SES框架的视角来看,社会政治背景(S)具有特定政策支持;资源系统(RS)和资源单位(RU)由基层医疗卫生机构、社区医院和二级医院构成;治理系统(GS)以社区卫生服务中心为核心,通过两大协同机制整合服务;行动者(A)包括护理人员、医疗工作者等专业人员。调研数据显示,42%的受访者使用过基层医疗服务,在满意度方面,定期体检(50.26%)、输液治疗(49.61%)、转诊服务(48.26%)和慢病管理(47.59%)等核心项目评价较高。

(2) 机制比较

图4展示了该模式的实践机制。可以看出,该模式呈现“双向嵌入”特点:一方面通过内部设立养老服务床位为老年人提供连续服务;另一方面通过签约合作向日间照料中心、托老所等提供医疗支持。具体而言,该模式涵盖两大实践类别,其中类别1依托内部设立的定点机构和家庭医生签约,实现基层医疗向居家老人覆盖,提供老年病床、健康护理、安宁疗护等服务,形成“关系型”嵌入;类别2通过简便的基层医疗资源,向社区养老机构、照护机构等提供签约服务,实现“结构型”嵌入,满足居家照护、慢性病诊疗、健康管理、基层首诊与双向转诊等常规需求。该模式充分发挥了基层医疗的资源禀赋,有效契合了老年人的健康服务需求,进而塑造了突出的实用性与可复制性。有关数据表明,老年人在享受医养结合服务过程中,服务需求意愿占比最高的内容已经由基本的生活照料转变为医疗护理服务(81.86%)^[28],可见该模式在满足核心需求方面的优势。

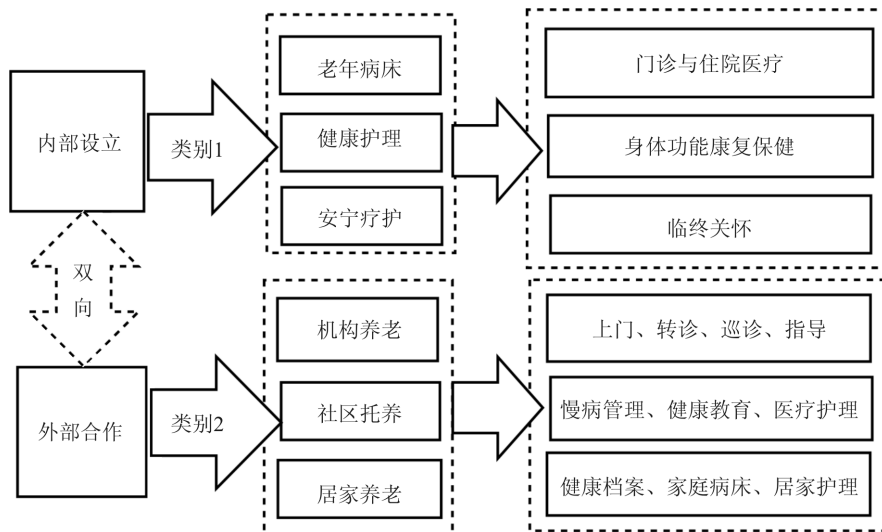


图4 社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式实践机制分析

3. “互联网+医养”平台整合嵌入模式

(1) 机制分析

“互联网+医养”平台整合嵌入模式依托信息技术平台,实现了医疗与养老资源的多维度嵌入与优化配置,构建了“医养共同体”—“互联网+平台整合嵌入”—“智慧养老医疗服务中心”整合体系。该模式充分发挥了平台的功能整合优势,创新了养老服务新业态,有效打破了服务供需不匹配的困境,提高了服务质量^[29-30]。调研中了解到,S市为顺应老年人日益增长的互联网服务需求与设备智能化趋势,在社区养老服务及基层医疗机构的线下终端搭建综合服务平台,实现需求与资源的精准对接。平台通过智能穿戴设备、环境传感器等物联网技术实时收集健康数据,并运用算法实现服务资源的智

能调度。同时,通过大数据能力建立用户健康档案与需求数据库,实现对服务需求的长期追踪与精准预测,并整合远程医疗、在线咨询、电子处方等智慧医养模块,打破传统服务的时空限制。基于 SES 分析框架来看,在社会政治背景(S)层面,该模式顺应数字化转型政策导向;资源系统(RS)实现互联网技术、数据资源与实体服务的深度融合;治理系统(GS)创新整合智慧医养、远程医疗等服务模块;行动者(A)包括平台运营方、技术支持人员及专业服务提供者。调研数据显示,44.67%的受访者表示“非常满意”,31.39%选择“满意”,表明该模式在实践中取得良好成效,尤其在慢性病管理、健康监测和紧急救助等服务上显示效率优势。

(2) 机制比较

图 5 展示了该模式的实践机制。该模式的核心在于利用互联网平台,连接“基层医疗护理服务”与“社区居家养老服务”,通过协同“禀赋差异”与“需求差异”,精准对接“日间照料”“托老所”“社区养老机构”与“居家养老”等多元场景,表现为“互联网+医疗”与“互联网+养老”等多种服务形态。相较于前两种实践模式,该模式通过数据驱动实现供需精准匹配,充分发挥平台整合优势,提高了协同效率,并具备良好的可操作性和性价比。然而,该模式面临“数字鸿沟”的问题,部分老年人因设备使用能力不足或习惯难以改变而被排除在服务外,数据安全与隐私保护也需要严格保障。此外,平台运营的可持续性、服务标准化及与传统体系的衔接等问题仍需解决,特别是在农村地区和高龄群体中的普及应用需探索更符合需求的技术路径。

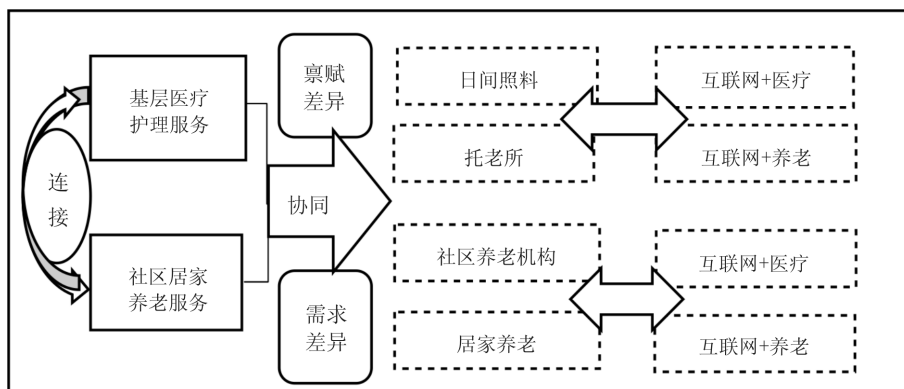


图 5 “互联网+医养”平台整合嵌入模式运行机制分析

(三) 社区居家医养结合服务实践模式的比较

在系统梳理三类社区居家医养结合服务实践模式的基础上,进一步对这三者进行深入比较。首先,从服务嵌入形式与资源整合机制来看,三类模式呈现出由“单向协同”向“双向嵌入”再向“数据驱动整合”的演进路径。模式 1(社区居家养老服务整合嵌入模式)主要依靠在养老机构内设医疗站点或与基层医疗机构签约的单项协同,虽实现了资源的初步对接,但协同层次较浅,资源整合效率有限;模式 2(社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式)则通过“拓宽基层医疗养老服务能力”与“整合医疗资源向居民辐射”两大机制,实现了“关系型”与“结构型”的双向嵌入,有效打破了医养结合服务的制度壁垒;模式 3(“互联网+医养”平台整合嵌入模式)进一步依托互联网平台,实现了数据驱动的跨机构资源智能调度与精准匹配,在资源整合效率与响应速度上优势明显,但其运行高度依赖技术基础设施与用户数字素养。

其次,在人群覆盖范围与服务可及性方面,模式 1 和模式 2 依托实体服务网络,覆盖面较广。问卷数据显示,模式 1 在基层具有一定渗透力,56.93%的老年人知晓社区老年人服务中心;模式 2 则通过家庭医生签约等方式延伸服务,42%的受访者使用过基层医疗服务且满意度较高。然而,两者的可及性受区域资源配置不均的制约。模式 3 在理论上具有最广的人群覆盖范围,能够通过线上平台打破时空限制。然而在实践中,“数字鸿沟”问题严重制约了其实际可及性,将不熟悉智能设备的老年人排除在外,导致其现实覆盖范围受限。因此,该模式的实际可及性与实用性高度依赖于地区信息化水

平与老年群体的数字素养。

再次,就服务专业化水平与满意度而言,模式2表现出显著优势。它依托专业的医疗团队和规范的流程,能够高质量满足老年人的核心医疗需求。调研数据显示,老年人医养结合服务需求意愿最高的就是医疗护理服务(81.86%),而模式2在定期体检、慢病管理等核心项目上评价较高,印证了其有效性。模式1在基础养老服务上获得一定满意度,但医疗服务的专业性与深度相对有限。模式3在健康管理与咨询上效率高,但在线下诊疗等专业领域仍需与传统机构协同,其专业化水平介于二者之间。

最后,从资源投入产出效率与可推广性来看,模式2同样表现突出。它充分利用现有基层医疗服务网络,通过功能拓展实现了低成本、高效率的医养融合,加之坚实的政策基础与广泛的群众接受度,使其具有较强的推广潜力。模式1初始投入较大,资源利用效率相对较低,其效能受制于当地医疗资源的可及性。模式3的平台开发与维护成本较高,运营可持续性面临挑战,其推广受制于数字基础设施与老年人接受度等因素,目前更适用于信息化水平较高的城市地区。可以看出,三类模式各具特色与适用场景,模式1在基础养老服务方面具有优势,适用于医疗需求较低、养老资源相对充足的社区;模式2在专业化医疗服务和资源整合效率上表现最佳,能够有效满足老年人核心健康需求,且具有最高的可复制性与可持续性;模式3代表了未来发展方向,在提升服务效率与扩大覆盖范围上潜力巨大,但需克服数字鸿沟与运营可持续性挑战。因此,模式2在服务效能、资源效率与推广可行性上综合优势最为显著,是当前阶段的优选模式。未来在深化模式2实践的同时,应积极探索其与模式3的融合发展,通过线上线下协同,进一步提升医养结合服务的整体效能与包容性。

综合上述分析可以看出,三类模式在协同路径与服务效能上呈现清晰的差异与演进逻辑(表2)。模式1作为基础形态,实现了医养资源的初步对接;模式3依托技术赋能,展现出高效整合的未来潜力;而模式2通过“双向嵌入”机制,在服务专业性、资源利用效率和群众基础方面展现出显著优势。基于有力的调研数据,加之与现有基层医疗网络的无缝契合,模式2被证明是应对当前挑战的现实优选。因此,政策引导与实践深化应立足于巩固和推广模式2,并前瞻性地探索其与智慧养老技术的融合路径,旨在构建一个基础扎实且能与时俱进的医养结合服务新体系。

表2 三类实践模式的要素核心与配置差异

实践模式的要素核心与配置	模式1	模式2	模式3
服务嵌入形式灵活度	单项嵌入	双向嵌入	双向嵌入
人群覆盖范围	广	广	低
硬件与资源需求水平	高	高	中
模式运行的专业化水平	高	高	中
服务提供的侧重点	养老、生活照料、健康管理、日间照护等	健康保障、慢病管理、健康养老需求	数字化端口、多元化服务供给
服务的可及性与实用性	中	高	低
服务种类多样性	中	高	高
服务提供的满意度水平	中	高	中
实践模式的可推广、优化空间	中	高	高
实践模式的资源投入产出效率	中	高	高
数字鸿沟影响	低	低	高
可复制性	中	高	高
可延展性	中	高	中
可推广性	低	高	中

四、结论与政策建议

(一) 结论

本研究基于社会生态系统理论,构建了社区居家医养结合服务实践模式的分析框架(SQ-SES),

重点剖析了三类实践模式中资源系统(RS)、资源单元(RU)、治理系统(GS)和行动者(A)等核心子系统的运行机制。通过对实践路径的系统还原与比较分析,研究提出了服务模式的优选方案。研究发现,社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式(模式2)具有显著的“双向嵌入”特征:在外部协同层面,基层医疗机构通过签约合作方式为日间照料中心等养老机构提供专业医疗服务;而在内部整合层面,部分医疗机构则通过内设养老服务机构或床位的方式,为老年人提供一体化的医养结合服务。这种双向协同机制不仅丰富了服务供给形式,更有效提升了服务的可及性与质量。结果表明,该模式无论在资源供给还是主观评价层面均表现突出,取得了良好成效。总体来看,社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式展现出较强的可复制性与可推广性,是未来值得重点发展的实践路径。另外,鉴于我国社会情境复杂多样、地域发展不均衡,各类医养结合模式在服务范畴、能力与适应性方面存在显著差异。因此从长远看,有必要在模式构建中引入动态调整机制,使其能够适应不同发展阶段的社会需求,并与整体服务体系实现动态衔接与持续优化。在推进该模式的过程中,应着力提升其广泛适应性,并加强相关制度建设。具体而言,可加快建立科学的评估机制,扶持一批专业照护机构^[31],同时积极探索医护资源进入养老领域的有效途径,从而更好地满足社区居家医养结合服务的多元化发展需求。

(二)政策建议

本文致力于以理论分析框架为载体,利用实地调研获取的数据资料,在案例资料与理论对话的基础上,展现社区居家医养结合服务实践模式的全貌。但从研究来看仍存在试点地区与医养结合服务实践模式异质性局限。未来,我国社区居家医养结合服务的实践模式应当从以下角度进一步优化:

1. 拓宽基层医疗卫生服务体系在社区居家医养结合服务中的整体性作用

在推进社区居家医养结合服务体系的建设过程中,应充分重视并不断强化基层医疗卫生服务体系的核心支撑作用。拓宽社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式在社区居家医养结合服务中的整体性嵌入作用,通过系统化布局和机制创新,进一步理顺资源整合逻辑与服务供给逻辑,确立和巩固该模式在医养结合服务中的核心地位。从制度设计、资源配置和服务实施等多个维度巩固和强化该实践模式在社区居家医养结合服务中的整体性功能。研究表明,社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式在实践过程中表现出了“双向嵌入”的特点,这一创新性实践模式通过内外协同的有效路径,有效打破了其他模式“单一嵌入”的弊端和不足。在S市的实践中,社区卫生服务中心通过外部签约合作与内部设立养老床位的双重路径,形成了医疗资源向养老领域辐射的完整闭环,这一成功经验值得深入总结和推广。从供给侧角度分析,社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式的综合能力提升主要得益于基层医疗卫生服务网络覆盖面的持续扩大、家庭医生签约服务制度的全面推行以及医疗联合体建设的深入推进。这三个维度的协同发展,在完善基层医疗卫生服务体系的同时,显著提升了其整体服务效能。有鉴于此,未来需重新梳理“社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式”的主体行为逻辑,在明确各方职责边界的基础上,通过细化服务内涵,并依据不同老年群体的资源禀赋与环境差异,实现精准化供给,最终达成提升老年群体整体健康水平的目标。如针对失能半失能老人群体,可重点发展专业护理和康复服务;针对健康活跃老人,则可侧重健康管理和预防保健服务,形成梯度化、差异化的服务供给格局。在此基础上,不断健全基层医疗卫生服务体系以老年人需求为导向、持续优化服务模式、深化医养结合的动态调整机制,实现服务供给的精准匹配,为老年人提供“健康—照料—医疗服务利用—精神获得”的连续性综合服务。

2. 实现社区居家医养结合服务实践模式的“紧密型”“松散型”与“中间型”亚型细化

基于前文分析,本文提出了对社区居家医养结合服务实践模式的“紧密型”“松散型”与“中间型”三类细化亚型。这一分类视角的提出旨在使实践模式与多元需求深度契合。不仅能拓宽优选模式的实践范畴,更能增强其在基层社区的适应性,从而构建起更加完善的服务体系,从全方位、多层次满足老年人的健康养老与生活照料需求。具体而言,在提高人群覆盖层面,可以根据不同地区的资源禀赋和需求特点,采取差异化的实施策略。在医疗资源丰富的地区推行“紧密型”(如实现家庭医生签约与

“互联网+医养”相结合),促进医养结合资源的深度整合;在资源相对薄弱的地区采用“松散型”模式,保障基本服务的有效覆盖;在城乡过渡区域实施“中间型”模式,实现服务的适度集中。这样既能实现模式动态优化,又能满足更多人群的需求,形成梯度化、差异化的服务供给格局,实现服务供给侧与需求侧的紧密式协同,全方位满足不同区域、不同年龄段和不同家庭照料情况老年人的健康养老服务需求。

3. 动态提高不同实践模式与需求层次老年人的匹配程度

以需求侧为指引,提高医养结合实践模式与不同需求层次老年人的匹配程度,需要建立动态调整和精准识别机制。不断优化提升社区基层医疗卫生服务整合嵌入模式的精准化供给逻辑,从而扩大其在整体人群层面的覆盖范围。从调研情况看,不同地区在需求识别和服务匹配方面已积累有益经验。一方面,由于老年人在个体健康状况、代际支持及地区资源等层面存在显著的多元异质性,这要求实践模式必须推行精准化供给,方能有效提升服务实施的最终效果。例如,S市通过建立老年人健康档案和需求数据库,实现了对服务需求的精准预测和资源调配。另一方面,在贯彻优选模式实践机制、实践范畴与主体行为逻辑的基础上,需要分类和细化服务人群的需求内涵、需求层次和需求类别,以需求为导向,从资源供给、人员配置、硬件设备、政策体系建设和实践效果等多个角度量化分析不同实践模式的需求半径、需求强度与模式之间的需求弹性。调研显示,L市通过构建多元服务供给体系提供差异化服务,显著提升了服务效能。因此,有必要理清社区居家基层医疗卫生服务整合嵌入模式的主体、服务目标与服务对象之间的需求层次与需求关系,通过建立标准化的需求评估工具和动态监测机制,提升社区居家医养结合服务在供给端的整体效率,落实以需求为导向的原则。实践中,需着力打破政策与硬件上的制度壁垒,积极探索跨区域、跨机构的社区居家医养结合模式创新。可借鉴试点经验,通过推动医保支付改革、建立区域资源共享平台等举措,充分释放数据、区域与平台资源的整合势能。这不仅能增强服务的动态适应性,更能通过优化资源整合效率,全面提升基层医疗嵌入模式的协作水平与服务匹配精度。

当然,本研究仍存在若干需要完善之处。在研究对象方面,虽然选取了东中西部国家级试点城市作为研究样本,但对农村地区和经济欠发达城市的实践探索关注不足,缺乏对服务模式长期效果的动态追踪,难以全面把握服务模式的演进规律。在未来,可以进一步拓展研究视野加强对服务模式长期效果的追踪研究,以更全面地把握社区居家医养结合服务的发展和演进规律。

参考文献:

- [1] 国家统计局. 第七次全国人口普查公报(第八号)[EB/OL]. (2021-05-11) [2025-06-03]. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202302/t20230203_1901088.html.
- [2] 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议[N]. 人民日报,2025-10-29(1).
- [3] 高鹏,杨翠迎,周彩. 医养结合与老年人健康养老[J]. 财经研究,2022(4):124-138.
- [4] 易艳阳. 医养结合型养老社区:内涵逻辑、实践困囿与优化方略[J]. 内蒙古社会科学,2020(1):139-145.
- [5] 郑研辉,郝晓宁. 社区医养结合服务模式比较研究[J]. 兰州学刊,2021(1):201-208.
- [6] 杨翠迎. 中国医养结合实践的理性思考:非均衡性与未来发展[J]. 社会保障评论,2023(5):68-85.
- [7] 高鹏,杨翠迎,刘言. 社区居家医养结合服务运营效率分析:基于不同模式的静态与动态视角[J]. 人口与发展,2023(4):100-112.
- [8] 高鹏,杨翠迎. 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,2022(8):135-148.
- [9] 李长远,张举国. 我国医养结合养老服务的典型模式及优化策略[J]. 求实,2017(7):68-79.
- [10] 唐健. 整体性治理视域下社区医养结合治理的碎片化困境与优化路径[J]. 四川师范大学学报(社会科学版),2025(3):61-69.
- [11] 刘清发,孙瑞玲. 嵌入性视角下的医养结合养老模式初探[J]. 西北人口,2014(6):94-97.
- [12] 孙菊,韩文晶. 居家社区医养结合服务对老年人医疗费用的影响:效应测度与机制分析[J]. 江西财经大学学报,2023(5):51-64.
- [13] 张磊,邓紫琪. 老有所医与老有所依:医养结合政策的代际经济支持效应[J]. 中国人口科学,2025(1):76-93.

- [14] 曾泉海,凌文豪. 社区医养结合服务可及性概念界定、指标体系与综合评价——基于大都市边缘区的调查[J]. 理论月刊,2024(8):116-129.
- [15] BRONDIZIO E S, OSTROM E, YOUNG O R. Connectivity and the Governance of Multilevel Social-ecological Systems: The Role of Social Capital[J]. Annual Review of Environment and Resources,2009(1):253-278.
- [16] MCGINNIS M D, OSTROM E. Social-Ecological System Framework: Initial Changes and Continuing Challenges[J]. Ecology and Society,2014(2):30-42.
- [17] 曹玉栋,李哲敏,岳广兴,等. 宅基地集体所有权行使主体运行模式的机制、困境与选择——基于制度改革情景下的社会生态系统框架[J]. 农业经济问题,2023(7):13-28.
- [18] 苏毅清,秦明,王亚华. 劳动力外流背景下土地流转对农村集体行动能力的影响——基于社会生态系统(SES)框架的研究[J]. 管理世界,2020(7):185-198.
- [19] 杨涛. 公共事务治理行动的影响因素——兼论埃莉诺·奥斯特罗姆社会—生态系统分析框架[J]. 南京社会科学,2014(10):77-83.
- [20] 王晓莉. 用水户协会为何水土不服? ——基于社会生态系统分析框架的透视[J]. 中国行政管理,2018(3):118-125.
- [21] OSTROM E. A General Framework for Analyzing Sustainability of Social-Ecological Systems [J]. Science, 2009 (5939): 419-422.
- [22] LESLIE H M, BASURTO X, NENADOVIC M, et al. Operationalizing the Social-ecological Systems Framework to Assess Sustainability[J]. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America,2015(19):5979-5984.
- [23] 吴宗辉,王澳. 医养结合对老年人社会参与的影响研究——基于身心健康的多重中介效应分析[J]. 西南大学学报(社会科学版),2024(4):170-183.
- [24] 聂建亮,曹梦迪,吴玉锋. 村域社会资本与农村互助养老实现——基于农村老人养老服务供给意愿视角的分析[J]. 西南大学学报(社会科学版),2022(6):52-66.
- [25] 陈飞,陈琳. 从老龄健康视角评估医养结合试点政策[J]. 经济学动态,2023(10):108-127.
- [26] 颜华,董富强,王彦智. 乡村产业融合对集体行动响应的影响——基于社会生态系统(SES)框架的研究[J]. 农林经济管理学报,2024(5):595-603.
- [27] 锁利铭,冷雪忠. 中国区域环境协同治理的“适应性嵌套”逻辑——基于社会生态系统框架的分析[J]. 理论与改革,2024(5):109-128.
- [28] 中消协养老消费调查:“医养结合”更受欢迎迎老化消费环境仍需提升[EB/OL]. (2023-04-19)[2025-06-06]. <https://news.sina.com.cn/gov/2023-04-19/doc-imyqwqht7971282.shtml>.
- [29] 杨莉. 医养结合的运营模式探究——以武汉市“互联网+居家养老”为例[J]. 学习与实践,2019(11):101-108.
- [30] 张博. “互联网+”视域下智慧社区养老服务模式[J]. 当代经济管理,2019(6):45-50.
- [31] 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.

责任编辑 高阿蕊 蒋秋

网 址:<http://xbbjb.swu.edu.cn>