

医养结合养老模式实践逻辑与路径再选择

——基于全国养老服务业典型案例的分析

● 封铁英, 南妍

(西安交通大学 公共政策与管理学院, 西安 710049)

摘要:本文以 2017 年全国养老服务业医养结合典型案例为对象,运用扎根理论方法,探索医养结合养老模式实践逻辑。研究发现,医养结合养老模式具有主体互动逻辑与生产过程逻辑两条主线,两条逻辑线交叉融合,“基于主体互动、实现价值共生”的主体互动逻辑贯穿医养结合全过程。医养结合养老模式的运行由适应性主体的互动产生,其生产过程为医养服务的共同生产,包括共同设计、共同提供与共同评估,以及贯穿这三个环节的共同管理。该结论对于破解医养结合实践中关键环节缺失、机制不健全、运行不顺畅等问题与推广其有益经验具有启发意义,实现路径包括重塑医养结合实践逻辑、发挥老年人主观能动性、优化医养结合战略协同策略和创新医养服务方式。本研究将医养结合养老模式的实践逻辑从服务提供延伸到服务设计、服务评价、服务管理的全过程,并扩展和丰富了共同生产理论的范围与内涵,对实现健康中国战略目标具有重要的理论价值与实践意义。

关键词:医养结合;养老模式;实践逻辑;路径选择;扎根理论

中图分类号: D669.6

文献标识码: A

文章编号: 1672-6162(2020)03-0113-13

DOI:10.16149/j.cnki.23-1523.2020.03.002

1 引言

在我国老龄化速度、程度持续加快、加深的背景下,健康养老需求与医疗资源供给矛盾突出,医养结合养老模式能够突破养老与医疗的割裂状态,为老年人提供及时、便利、精准的医养服务,可有效提升老年人健康水平、降低社会养老成本,已被证明在提高养老质量上与减少卫生保健资源使用上是有效的,是我国积极应对人口老龄化,满足老年人多层次、多样化健康养老需求的理性选择。2013 年国务院《关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发[2013]35 号)首次明确指出发展养老服务业的主要任务之一为“推动医养融合发展”。自此,相关政策陆续出台,截至目前,最新医养结合政策文件为国家卫生健康委、民政部、国家发展改革委等 12 部门联合印发的《关于深入推进医养结合发展的若干意见》(国卫老龄发[2019]60 号),意见从 5

个方面提出 15 项政策措施推进医养结合实践。在现实需求与政策背景之下,原国家卫计委、民政部联合多个部门实施医养结合试点工作,探索形成了各具特色的医养结合模式,取得了一系列成效,但当前我国医养结合服务仍供给不足。截至 2019 年,注册登记的养老机构 2.97 万余家^[1,2],其中医养结合机构 4000 家^[3],占比仅约 13%,服务体制机制仍不完善,医疗与养护缺乏协同联动,存在资金保障不足、专业服务团队数量少、服务执行力差、服务质量低等问题^[4],出现以医代养、功能不清、成本较高等失序、失效现象。这些现象深刻反映出我国医养结合养老模式发展路径模糊,有益经验未形成推广效应,亟需厘清医养结合养老模式实践逻辑,推动养老资源与医疗资源的深度融合,确保养老医疗服务的持续供给。

自 20 世纪 70 年代以来,美国、英国、日本等发达国家为了提高老年人护理质量和降低医院住院率,相继提出了整合照料、综合照护的理念和政策。学者从医药学、公共卫生学、公共政策学、经济学等学科对整合照料模式进行了研究,涉及公共政策理论^[5]、合作与竞争理论^[6]、社会网络理论^[7]等。国外老年人照料“整合”或“结合”的主要模式为:整合护理

收稿日期:2019-10-04

基金项目:国家社会科学基金重点项目(17AJL015)

作者简介:封铁英(1978-),女,毕业于西安交通大学,博士,西安交通大学公共政策与管理学院教授、博士生导师,西安交通大学统计与精算研究中心副主任,研究方向:社会保障、公共管理,E-mail:tyfeng@mail.xjtu.edu.cn;南妍(1990-),女,西安交通大学公共政策与管理学院博士研究生,研究方向:养老服务与社会保障。

级别(急性护理和长期护理)模式,如美国社会健康维护组织(HMO)计划^[8];整合护理站点(住院、门诊、家庭和社区服务)模式,如意大利的银网项目(Silver Network)^[9];整合融资来源(医疗补助、医疗保险和基金)模式,如全纳老年人护理计划(PACE)^[10];综合模式(对医疗资源、护理人员、患者信息的整合),如欧洲整合照料项目(EPIC)^[11]。随着信息技术的发展,整合照料的智慧模式与信息卫生模式随之出现^[12]。国外“整合照料”理念对我国医养结合养老模式的研究具有启发性,但中国医养结合实践与国外有较大区别。西方国家老年照料实践在初始阶段就将“医养结合”内涵于照料中,即“医养结合”是老年人照料的必备要素,“整合”理念聚焦于不同级别医养资源的整合,目的在于提升老年人初级照料质量,加强初级护理与急性护理的衔接。中国医养天然分离,故“结合”的初步实践与研究被定位于医疗资源与养老资源的融合。21世纪初,自郭东等引入“医养结合、持续照顾”的理念后,医养结合养老模式的研究逐渐深入,兼具理论与实践、定性与定量分析,正处于探索性阶段。刘清发等将嵌入理论引入医养结合养老模式的分析中^[13],将其划分为科层组织模式、医养结合契约模式、医养结合网络模式。之后,杨嘉莹运用此理论对社区中的医养结合实践进行解读,认为社区层面的医养结合实践具有结构嵌入性。基于公共产品理论,王成利对政府角色和责任进行探讨,论述政府在医养结合中的主导者角色^[14]。基于博弈理论,易婧构建了政府、医养机构和企业三方博弈模型,分析了西部地区医养服务参与主体的策略选择^[15]。已有研究更强调从实践中提炼医养结合养老模式与实现路径,且视角多元。从医养服务载体融合方式的角度对模式进行分类,可将其划分为养老机构内开设医疗机构、医疗机构内开设养老机构、养老机构与医疗机构合作三种模式^[16]或内置型、联动型和辐射型^[17],在此基础上可提炼出医养结合的三种运行机制:“整合照料”机制、“联合运行”机制与支撑辐射机制^[18]。从医疗与养老资源融合角度,陈成文等强调“医”“护”“养”三者的策略性协同,为患病老年人提供综合性养老服务^[19]。从医养服务供给主体的角色与关系角度,已有研究指出应充分发挥政府、企事业单位、非营利组织各主体的积极性,积极推进PPP模式下医养结合养老服务的有效供给^[20]。

上述研究或聚焦于从某个理论视角分析医疗资源与养老资源的融合,或关注服务供给方的主体

博弈,对于深刻理解医养结合模式及其运行机制具有启发性,也提出了进一步研究的线索:医疗资源与养老资源的嵌入存在于服务的提供阶段,但完整路径应包括服务价值定义与价值实现的整个过程;政府、企业、医疗机构与养老机构的角色定位与互动关系是医养服务供给的重要影响因素,但服务的参与主体还应包括老年人及其家庭成员,主体关系多元且复杂。因此,当前研究总体上呈现碎片化特征,停留在服务提供阶段的主体博弈与服务融合分析,对于模式和路径的研究不够全面和深入,未呈现医养结合养老模式实践的全貌,未提出系统性的理论模型,缺乏对有益经验普适性逻辑的提炼。在现有实践基础上,总结医养结合养老模式的服务价值实现过程、发现其实践逻辑并构建理想框架,对更加理性地选择养老模式路径具有重要的政策意义。

本文以2017年全国养老服务业医养结合典型案例为对象,运用扎根理论方法,探索医养结合养老模式实践逻辑,深入剖析中国特色医养结合养老模式的目标价值、主体互动机理与主要环节。本研究的主要贡献为:(1)将医养结合养老模式的实践逻辑从对服务提供阶段的分析,扩展到服务设计、服务提供、服务评估与服务管理的全过程。(2)既有研究医养结合养老模式实践逻辑为老年人需求主导、供给主体合作主导或资源融合主导。而本研究突破割裂的分析视角,发现贯穿于医养结合养老模式的主要逻辑线——“基于主体互动、实现价值共生”,并基于系统学视角,运用复杂适应系统(Complex Adaptive System, CAS)对多元主体的互动特征进行解释。主要结论为:主体互动与资源融合不仅存在于服务提供阶段,还存在于整个医养结合全过程;服务生产的参与主体还应包括老年人;资源融合内涵更为丰富,包括技术、资金、知识的共享与嵌入;医养结合养老模式以老年人需求为基本导向,以提高总体效益为最终导向,目标为实现老年人利益、医养机构利益与社会利益的共生。(3)扩展和丰富了共同生产理论的范围与内涵。将共同生产理论引入医养结合养老服务的研究范畴,强调老年人在医养服务生产中的参与;定位共同生产理论的共同设计、共同提供、共同评估与共同管理各个环节的角色和位置;结合案例资料与理论论证得出“共同管理贯穿于整个共同生产过程”的观点,提出并论证了“共同规则”是共同管理的核心要素。

2 医养结合的理念来源与内涵界定

医养结合养老模式是我国应对老龄化的重要举措,与西方整合照料理念具有一致性。整合照料指各机构通过联合的方式将基本照料、社区照料和社会照料以被照料者为中心相统一,提供不间断的、高质量的照料,实际上起源于以美国为代表的欧美发达国家针对老年公共服务中健康照料和社会照料割裂造成的高昂医疗成本与低质量护理问题而进行资源整合的实践^[21]。随着全球老龄化的加剧,以日本和新加坡为代表的亚洲发达国家也开始整合照料实践。

20世纪70年代美国的综合护理项目PACE(Program of All-Inclusive Care)是整合照料理念的初步尝试,之后在西方国家成功复制。美国PACE是一项长期护理保险计划,项目采用跨学科方式由团队负责护理管理,将初级和专业医疗护理进行整合^[22],与日托中心、诊所、医院、养老院和家庭提供的照料服务相结合,但主要以日托中心为载体。55岁及以上经过州政府评估的符合长期入住护理院的老人可自愿选择参与PACE,资金来自联邦医疗保险(Medicare)和联邦医疗补助计划(Medicaid)的分期付款^[23]。PACE强调预防保健和定期监测的同时保证高护理质量,为减少不必要的医院医疗资源使用提供了一种机制,现有研究已证实PACE能有效减少老年病患对疗养院和医院的使用,减少公共资源浪费,改善患者医疗状态和生活质量^[24]。

2000年,在健康医疗资源不足的背景下,为满足老年人长期照护需求,日本政府开始实施长期护理保险计划(LTCI)。提供保险者为地方直辖市和特别行政区,参保人员年龄均大于或等于40岁,被保险人分为65岁及以上的第一类和40~64岁的第二类,被保险人必须向所在地市级政府申请并获得长期护理需求证明^[25]。老人长期护理费用一半由保费支付,另一半由公共基金承担,以确保资金来源稳定。50%的保费中,中央财政、地方财政和地方政府性基金支出比例分别为25%、12.5%和12.5%,在中央财政基金的25%中,有5%调整资金以弥补各城市之间的财政差距^[26]。

新加坡整合照料的实践主要体现在区域卫生系统(Regional Health System, RHS)项目。为了减少过多的住院和重复的医疗服务以及提升病人满意度^[27],自2011年以来,新加坡在多个地区建立了区域卫生系统(RHS),以建立不同护理提供者之间的伙伴关系,提供内部和跨部门的护理;2012年,

国立大学卫生-区域卫生系统(NUHS-RHS)启动了一项针对老年患者和复杂人群的过渡性护理计划,老年患者、患有多种慢性疾病的患者、有限行动能力的被护理人员均有资格参加该计划。新加坡整合照料是与其全面的健康计划、完善的初级保健制度相结合的^[28],卫生部全面负责卫生保健系统,主要通过国家医疗服务规划、医疗融资结构和法规来构建、发展和维护国家的公共医疗体系,公立部门主导医院,承担全国80%的急性护理负担;与此同时,初级保健主要由私人全科医生诊所提供,而中级和长期保健主要由非盈利机构提供,大部分以政府购买的形式为患者提供服务^[29]。地区政府有制定区域护理计划和获得国家资金支持的权力,在此基础上实施区域内的护理计划。每个RHS都由一个大型公立医院领导的网络组成,与之密切合作的包括医疗服务提供者(初级医疗服务提供者、社区医院、疗养院、家庭护理和日间康复服务提供者)与在同一地理区域内的社会照顾提供者^[30]。

美国、日本与新加坡等国结合本国社会经济发展水平、医疗卫生制度与现实需要推行了一系列应对人口老龄化、减少医疗资源成本、提高老年人护理质量的实践。美国主要以老年综合护理项目PACE计划为载体、日本主推介护保险制度、新加坡集中于区域卫生系统的探索。已有实践提供了实现整合照料的可行途径,但并不是其内涵的全部体现。我国将医养结合养老模式界定为医疗机构与养老机构之间的多方式结合,或医疗资源与养老机构、社区、家庭老年照护服务的相互融合、相互促进,是医养服务整合概念的体现,拓展了整合照料的理论和实践,具有丰富的内涵:(1)以“用户”为导向,通过对老年人的需求评估,制定个性化的医养计划和医养资源协调;用户导向还意味着老年人可以选择和更换服务和服务提供商,以此推动老年人医养市场的竞争。(2)无缝衔接医院与养老机构医疗资源,医养结合的“医”主要定位为健康管理、突发疾病的应急处置和医疗护理等^[31],使老年人在接受医院专业治疗后能及时转回养老机构接受康复护理,避免过度占用医院资源,以医代养。(3)多主体协作,政府、医疗机构、社会、个人与家庭等多方组成有机整体,发挥各自功能,整合养老与医疗资源。(4)多方式整合,利用养老机构、社区、家庭为依托,嵌入医疗资源,或是推行“医院+”、“医学院+”等方式,寻求医疗机构与养老机构的合作。(5)医养结合的短期目标为提高老年人养护质量、降低医疗成本,长期目标为实现健康老龄化。

3 研究设计

3.1 研究方法

本文运用扎根理论对多个案例进行分析与比较。扎根理论的研究方法包括资料收集与分析、资料编码、理论生成3个环节。要求研究者用一种系统化的思路,通过对经验资料的归纳,抽象出概念、类属、假说和理论,形成新的概念和思想,从而真实地再现社会本质,是对原始资料进行概念化、范畴化和理论化的过程^[32]。本文使用 MAXQDA 软件对案例进行整理、编码和分析,在对医养结合养老模式要素进行识别的基础上,分析各要素所属的维度,构建医养结合养老模式的实践逻辑框架。

3.2 资料来源

本文资料来源于《走进养老服务业发展新时代——养老服务业发展典型案例汇编》,是2017年国家发展改革委、民政部、全国老龄办在地方申报的基础上,经过评审、地方复核、网上公示等程序,在全国范围内遴选的75个养老服务业发展典型案例集合。这项活动依照《国务院关于加强发展养老服务业的若干意见》和《国务院办公厅关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的若干意见》的相关要求,由政府部门联合牵头对近年来我国各地养老服务业的有益经验进行总结和推广,对养老服务业的实践具有诊断、示范与推动作用。案例资料具有权威性、真实性、可靠性特征,适宜选作本研究的案例资料。在案例汇编中本研究筛选出全部与“医养结合”主题相关的案例(共8份),并通过部门官网、网络新闻与论文文献对每个案例内容进行资料补充,形成了案例分析文本(见表1)。

3.3 研究过程

根据扎根理论的思路与方法,本研究过程包括数据导入、数据编码、数据分析与理论建构。数据资

料的收集和分析是同时进行的,对资料进行编码是数据分析的核心部分,通过开放式编码、主轴编码和选择性编码三步骤对原始资料进行归纳分析。编码遵循理论饱和原则,即资料文本不能归纳或抽象出新的概念或范畴时,则被认为达到理论饱和,此时就停止样本的编码,之后分析和构建理论体系。

4 案例资料的扎根理论译码分析

4.1 开放性编码

对案例文本逐句阅读和分析,提取涉及医养结合实践的内容,并对案例与语句进行编号。最终编号由文本编号与语句编号两部分组成,如北京乐成公司案例编号为A,其案例文本中第5句话编号为A05。在理解分析涉及文本内容的基础上,对其进行概念化,并通过剔除重复项、合并同义项共得到90个初始概念,对其进行归类化处理,获得38个范畴。本研究的开放编码过程如图1所示,开放式编码结果如表2所示。

4.2 主轴编码

主轴编码是从经验描述到概念分析的过渡阶段,是一种把数据再次恢复为连贯整体的策略,此部分对开放性编码得到的范畴进一步精炼和区分,挖掘各范畴间的联系和潜在逻辑关系,从而提取出统领其他范畴的主范畴^[33]。本文共提取出3个主范畴、10个次范畴与37个副范畴。主轴编码各级编码结果如表3所示。

4.3 选择性编码

选择性编码是指选择核心范畴,将其系统地和其他范畴建立联系,验证其相互间关系,把尚未发展完备的范畴补充完整,并以“故事线”的形式将支离破碎的概念重新聚拢在一起的过程^[34]。本文将“医养结合养老模式的实践逻辑”确定为核

表1 资料来源类型与文本统计

案例编号	案例名称	数据形式与数量		
		《走进养老服务业发展新时代——养老服务业发展典型案例汇编》(万字)	网络资料(万字)	报纸期刊(篇)
A	北京乐成公司案例	0.27	0.35	4
B	成都优护家护理院案例	0.23	0.51	6
C	甘肃省庆阳市社会福利院案例	0.35	0.52	3
D	广西重阳老年公寓案例	0.31	0.29	12
E	贵州省贵阳市曜阳养老服务中心案例	0.4	0.51	6
F	河北省廊坊市三河市燕达金色年华健康养护中心案例	0.29	0.3	4
G	山东省东营市亲祥源养老服务有限公司案例	0.31	0.62	1
H	浙江绿康医养投资管理有限公司案例	0.37	1.3	2

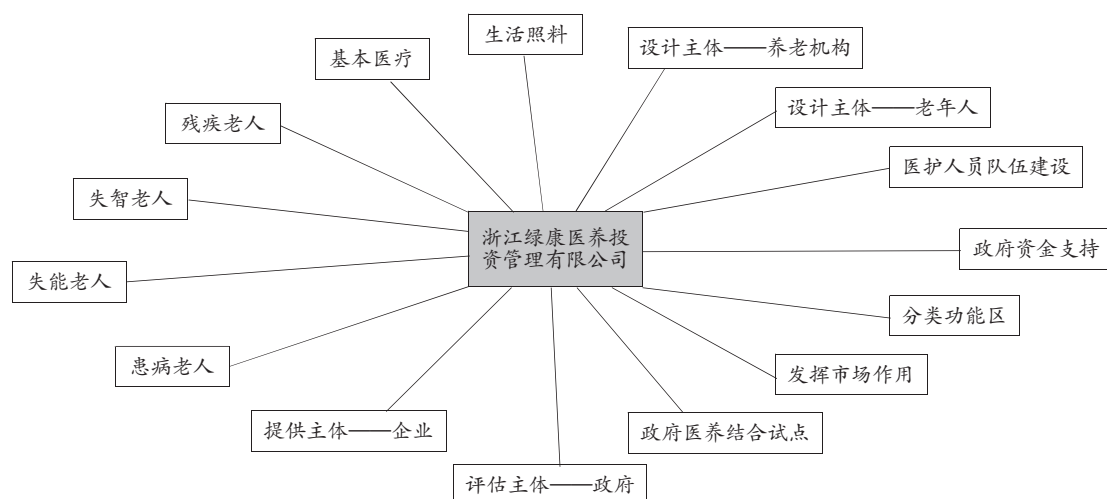


图 1 浙江绿康医养结合投资管理有限公司案例部分开放性编码图

表 2 开放性编码示例

编号	原始资料	初始概念编码	范畴
A03	北京市政府将乐成老年事业投资有限公司(以下简称乐成公司)确定为全市首家“医养结合”养老服务试点单位	政府医养结合试点	政府支持
G08	多项养老服务扶持政策的出台,为该项目实施提供强劲动力	政府政策	
H16	积极对接资本市场,努力争取在 A 股上市——绿康医养近年来的发展速度、运营质量、发展前景受到了资本市场的青睐;2013 年,该公司获得首笔风投	利用资本市场促进发展	市场参与
H17	2015 年,数家知名投资机构参与绿康医养增资扩股;	利用资本市场促进发展	
H18	2017 年初,绿康医养已经引进券商进行辅导,力争 2018 年下半年递交上市申请	利用资本市场促进发展	
A10	吸引民间资本投资养老服务业	吸纳民间投资	
D08	于 2006 年在公寓内率先创建了医务室,为在院有治疗需要的老人进行医疗救治。	养老机构内部设立医疗机构	医养结合方式
A06	乐成公司在朝阳区政府及区属相关部门的支持下,投资 4273 万元,建成养老机构附属的“双井第二社区卫生服务中心”(简称“双二”)开设了全科医学、中医、口腔、预防保健等诊疗项目	养老机构外部设立医疗机构	

表 3 主轴编码结果表

主范畴	次范畴	副范畴	主范畴	次范畴	副范畴
A1 共同设计	B1 定位服务对象	C1 低收入老人;C2 自理老人; C3 残疾老人;C4 失智老人; C5 高龄老人;C6 失能老人; C7 半失能老人;C8 患病老人	A2 共同提供	B6 战略协同	C23 多主体协同;C24 多方式协同
	B2 定位服务内容	C9 养老服务;C10 医疗服务		B7 措施耦合	C25 基础设施建设;C26 创新服务方式
	B3 设计主体	C11 政府;C12 养老机构; C13 医疗机构;C14 医学院; C15 社区;C16 家庭;C17 老年人		B8 提供主体	C27 政府;C28 养老机构; C29 医疗机构;C30 医学院;C31 社区
A2 共同提供	B4 理念支持	C18 医养结合目标;C19 医养结合方法	A3 共同评估	B9 评估内容	C32 老人健康状况与满意度评估; C33 常规生产者利益评估; C34 社会效益评估
	B5 制度保障	C20 人力资源管理制度; C21 管理流程制度;C22 支付制度		B10 评估主体	C35 政府;C36 第三方专业机构; C37 老年人

故事线梳理如下:我国医养结合养老模式基于“主体互动”,实现“价值共生”,主体互动存在于共同生产的各个环节并对其产生影响。其本质上是医养服务的共同生产,实践过程包括共同设计、共同提供与共同评估,以及贯穿于前三个环节的共同管理。由此,本文构建出“医养结合养老模式的实践逻辑模型”,“共同设计”这一主范畴共获得3级20个编码,“共同提供”主范畴共获得4级24个编码,“共同评估”主范畴共获得3级10个编码,模型如图2所示。

4.4 饱和度检验

为了检验医养结合养老模式实践逻辑的理论饱和度,本文对剩余的2个案例文本资料进行编码、概念和范畴化,并未发现新的概念,已有的范畴之间也并未出现新的关联。由此表明医养结合养老模式实践逻辑已被充分挖掘,可以认为该理论具有良好的饱和度。但依据相关理论及学术文献,发现医养结合养老模式实践逻辑具有更多的内涵。共同生产理论认为,共同生产的范围包括政府服务与公共物品的提供、生产、评估与管理环节^[35],评估内容是对所有参与者利益的全面评估;基于组织理论与

医养结合实践特征,医养结合养老模式组织制度保障同时包括组织架构管理制度^[36]、质量管理体系^[37]。因此,本文在系统的医养结合养老模式实践逻辑模型中加入了共同管理主范畴及其管理规则与管理主体两个次范畴,在评估内容范畴下增加社会效益子范畴;同时在共同提供主范畴下增加组织管理制度、质量管理体系与多制度协同三个新的范畴(见图2),以进一步提升理论饱和度。

5 医养结合养老模式实践逻辑解释

通过上述编码和逻辑模型构建,形成了一个完整的理论框架,但对医养结合养老模式的具体实践过程与机制尚不明确。医养结合养老模式以“基于主体互动、实现价值共生”为主体行为逻辑,即以主体间资源的交换和整合为基础,最终实现多方利益共生。多层次复杂的主体互动贯穿医养服务生产的整个过程,多方主体通过交流和利用一系列理念、知识、规则和资源促进并达成利益共生,同时这一过程又包括多个环节。因此,本部分将医养结合养老模式的实践逻辑解释分为两大部分:医养结合多元主体互动逻辑;医养结合养老服务生产过程逻辑,即模式的具体环节与机理。

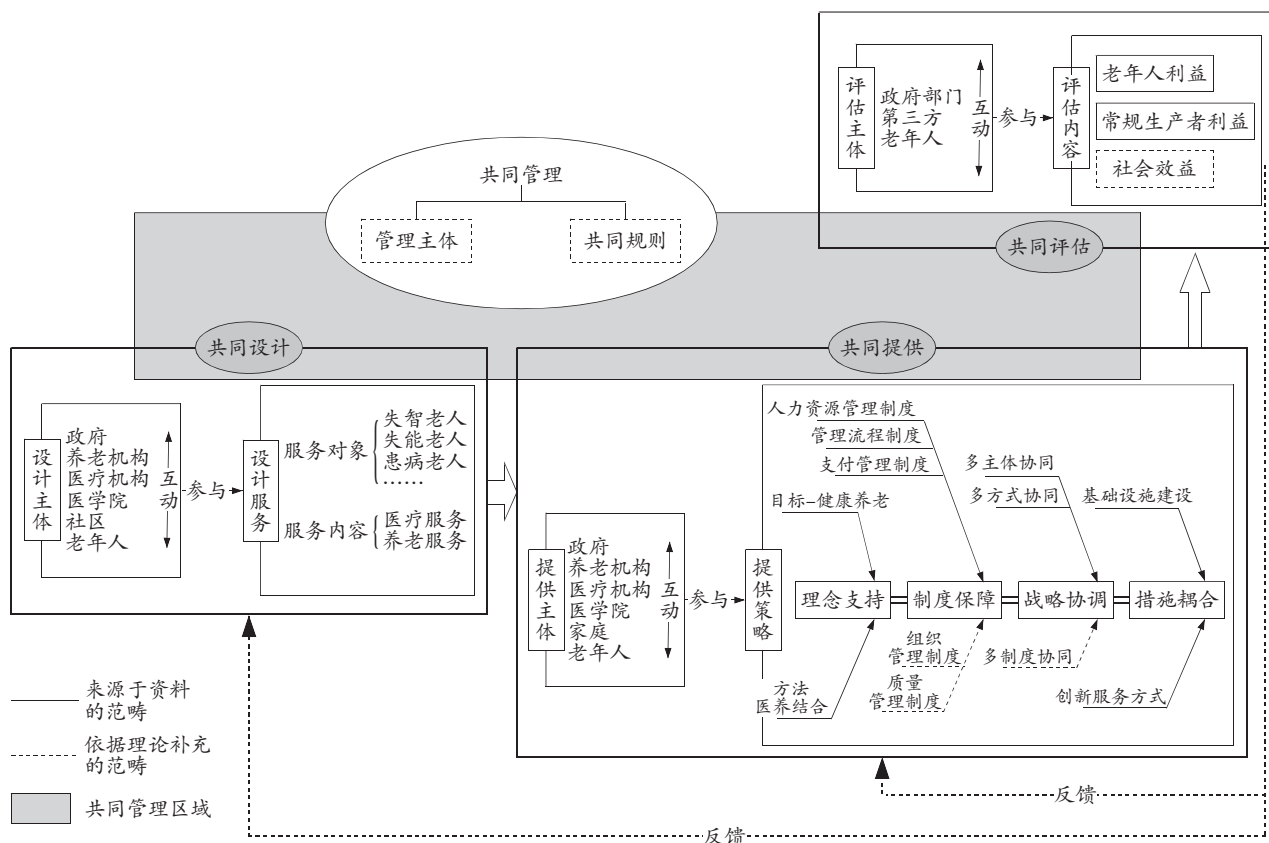


图2 医养结合养老模式实践逻辑模型

5.1 基于复杂适应系统的医养结合养老模式主体互动逻辑

复杂适应系统(Complex Adaptive System,CAS)把成员看作具有自身目的、主动性的、积极性的主体,强调主体与系统、微观与宏观之间的复杂关系,适应性造就复杂性是其核心思想^[38],复杂系统的行为是由适应性主体的互动产生的,并且同一个层次的主体特定组合将成为下一个层次的适应性主体,由此突现出新的系统性质和新的行为^[39]。医养结合养老模式满足服务对象需求的过程由多项复杂的干预措施组成,且囊括了具有不同观点和规则的众多行动者,这种实践经验很少能够通过因果关系的线性叙述得到全面、有意义的描述。基于这个原因,CAS理论的观点可被用来更完整地解释医养结合养老模式的实践逻辑。

主体分析是CAS理论分析的起点,CAS中主体是主动性、活力性的,具有自己的目标、内部结构及生命力^[40]。医养结合养老模式是由医养结合主体、资源与环境组成的复杂系统,主体之间、主体与环境之间不断进行能量信息交换以推动整个系统发展。医养结合养老模式的运行是由适应性主体的互动产生的,初级层次的主体组成特定组合将成为更高层次的适应性主体,由此形成医养结合系统新的特征与新的行为。政府、医养部门、社会组织、社区、老年人及其家庭是医养结合养老模式的核心主体,具有适应性、主动性与能动性等特点。这些主体具有自主学习能力,通过相互作用、资源共享进行制度、资金、人员、技术等物质流、信息流的交换;同

时,医养结合养老模式各个主体能够与其所处的政治、经济、社会文化等环境相互作用,进行主动的、有利于自身利益的行为选择。当其他系统成员要素或者系统所处环境发生变化时,适应性主体能够通过经验与学习调整自身结构和行为方式,推动整个系统向更为有序、更加优化的方向发展,如图3所示。

依据CAS理论,聚集、非线性、流、多样性是医养结合养老模式复杂适应系统的四个基本特征。

(1)医养结合养老模式各主体的聚集。聚集是医养结合养老模式复杂适应系统形成的起点与基本路径,相似的主体聚集在一起形成介主体,新的主体再聚合成更宏观的主体,即介介主体^[41]。例如医养机构作为医养结合养老模式的核心主体,但是由于人员、资金技术等资源有限,会寻求政府与社会组织人力与资金的支持,形成新的医养结合协作主体。

(2)医养结合养老模式主体之间、各主体与环境之间的非线性关系。政府、医养机构、社会组织、社区、老年人及其家庭等医养结合养老模式适应性主体的相互作用呈现出多重方向、多维联系的非线性关系特征,各主体以资源交换形式发生直接或间接的关系,同时与政治、经济、社会、文化等环境发生双向作用。

(3)医养结合养老模式复杂适应系统的“流”。医养结合各主体拥有不同类型与不同数量的资源,扮演不同角色;各个主体合作使其相互连接,形成交互路径,各种资源以“流”的方式在系统内运动,

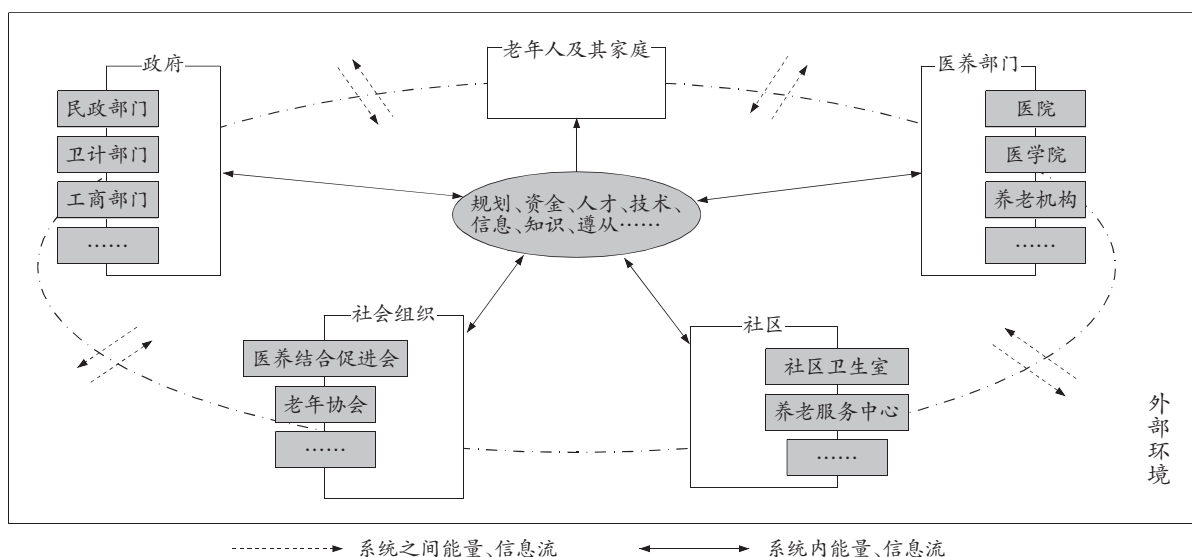


图3 基于CAS系统的医养结合养老模式多主体互动逻辑

为医养结合养老模式的运行提供了资源互补的途径。例如政府部门、社会组织为了自身利益与公共利益,鼓励吸引能够提供更低成本医养服务的主体参与合作,吸纳其服务、技术、人才资源;同时,医养机构接受政府、社会组织等政策规则的支持与引导,以提供更高质量的服务。

(4) 医养结合养老模式复杂适应系统的多样性。复杂性造就多样性,医养结合养老模式复杂适应系统中多样性的含义包括主体的多样性、互动的多样性、资源交换的多样性和环境的多样性等。

5.2 基于共同生产的医养结合养老模式环节及其机理

共同生产由埃莉诺·奥斯特罗姆于20世纪70年代在美国城市服务研究中提出,指非同一组织中的生产者(包括政府、专业机构和公民等),共同投入到公共服务的生产过程中^[42],强调用户参与,价值或利益在共同生产中起主导作用。共同生产概念已经从服务提供阶段扩展到整个服务价值链,包括设计、提供、评估等^[43]。在医养结合养老模式中,政府、医养机构、家庭与老年人等,是主要的利益相关体,其中政府、医养机构被称为“常规生产者”;老年人及其家庭是需求方和用户,也是服务生产过程的参与者,被称为“消费生产者”。老年人或家庭通过志愿或非志愿的参与和自我服务,如老年人积极回应公共部门关于医养服务需求的咨询,或在接受医养机构专业服务时,能同时做好健康的自我管理。这种用户的参与服务和自我服务可以有效提升老年人的健康水平,降低医养机构的管理和服务成本,减少公共部门在医养结合养老服务中的财政支出,进而提高总体服务效益,实现老年人利益、政府利益、医养机构利益与社会利益的共生。因此医养结合养老服务生产实质是公共服务的共同生产过程,其理想的实践逻辑表现为共同设计、共同提供、共同评估与共同管理四个环节的有机系统。共同设计环节是医养结合服务的初始阶段,是医养结合养老模式的基本支撑;共同提供是核心,是医养结合服务的主要载体,决定了医养服务的供给效率与有效性;共同评估是落脚点,是检验前两个环节科学性与效果的标准,同时决定后续医养结合服务的发展与调整方向;共同管理是保障,是维持共同生产过程持续性的制度安排与管理过程。实践逻辑路径表现为非线性的迭代过程,绝大多数的医养结合养老服务的利益共生目标并非一次性实现,需要依据评估结果分析原因进入路径反馈阶段,进行路径回

转与再选择。或是调整服务设计环节的服务对象与服务内容,重复全部路径;或是调整共同提供环节的策略,重复部分路径;或是调整共同管理环节的管理规则,保证共同生产过程的持续,直至多方利益共生。

5.2.1 共同设计环节

共同设计环节为多元主体参与服务对象与服务内容确定的环节,是医养结合主体在准确定位服务对象的基础上确定多类型、多层次服务内容的过程。共同设计主体不仅包括政府、养老机构、医院等“常规生产者”,也包括老人及其家庭成员这种“消费生产者”。老年人是服务消费者,是医养服务的直接体验者,服务内容与服务对象的精准与否,离不开老年消费者的参与决策。具体表现为:在服务设计阶段对老年人需求的调研,医养结合政策制定阶段对老年人意见的征询等。共同设计内容回答的是为谁提供什么样的服务的问题,即定位服务对象与定位服务内容。贵州省贵阳市耀阳养老服务中心(案例E)面向社会招聘200余名健康小助手,了解老人身体及生活状况,收集老人服务需求,充分利用居民健康卡等,这些措施有利于加强中心与老人的联系,准确定位区域内服务对象与服务内容。

5.2.2 共同提供环节

医养结合养老模式共同提供环节是多元主体参与医养服务提供的过程,关注服务由谁提供、如何提供这一核心问题。老年人是医养服务共同提供环节必不可少的主体,医养服务的提供离不开老年人个人及其家庭与政府、医养机构之间的合作。只有老年人配合常规生产者的行为,及时地寻求和接受帮助,对医养服务的政策规则进行了解,参与到提供策略的选择与实施中,并在政府、医养机构提供的服务选择与指导建议下投入时间、知识、遵从性行为等资源对自我健康进行管理,医养服务的使用价值才能得以实现,进而推进各方利益的共生。山东省东营市亲祥源养老服务有限公司(案例G)由专家为老人开具康复处方,由老人进行“主动康复”,老年人参与自我健康管理有效提升了医养效果,缓解了医院床位紧张,减轻了家庭照护负担,节约了社会资源,最终增进了公共利益。

如何提供涉及一系列的提供策略,包括理念支持、制度保障、战略协同与措施耦合4个环节,各个环节层层递进,前一环节是后一环节的前提和基础。理念对医养结合养老模式构建具有目标、方法导向作用,健康养老需求论认为在老龄化与平均人

口寿命增长的背景下,如何保持“健康余命”是养老与医疗政策的重要发展目标之一,因此医养结合养老模式的目标应定位为实现健康养老,其内涵包括提高老年人的生活质量、照护质量和服务效率,使老年群体尽管老弱病残,也能过上有尊严的生活^[44]。医养结合模式能够整合医疗和养老资源,节约养老成本,可满足老年人的多种需求,实现“老有所医、老有所养”,案例中北京乐成公司、成都优护家护理院等机构通过生态养老、智慧养老、社区机构养老结合等多种具体方式践行了医养结合服务的有效提供。

完善的制度体系是医养结合养老模式良性运行的保障,人力资源管理制度涉及医养结合养老模式高层管理团队、医疗专家团队与基层服务团队的组成与管理形式;管理流程包括入住流程与医疗保健流程;支付管理制度规定老年人医养服务费用来源,尤其是关于是否可以享受医保、医保是否可以异地结算等问题的阐释;同时,医养结合养老模式的有效运行离不开科学化的组织管理与质量管理体系。医养结合养老模式涉及复杂的多层次的组织管理系统,完全官方的医养结合机构、政府主导的PPP模式与作为医学院试点的医养机构三者组织架构、人员构成与角色分工截然不同,合理设计组织结构,激发不同岗位、不同层次员工的组织忠诚度与工作活力至关重要。老年人对于医养结合服务具有质量与数量的双重要求,增强服务的回应性,引入质量管理体系,制定、完善质量管理体系是医养结合服务质量持续改进的内在要求。

战略协同是医养结合养老服务各方协作的基本形式与具体内容的体现,包括多主体协同、多方式协同与多制度协同。多主体协同体现多元责任主体开展合作伙伴关系的不同角色分配^[45],依据公共产品理论和多元福利主义,医养服务具有不完全的非竞争性和非排他性,属于准公共产品,兼具社会福利性质,政府、市场、社会、社会组织等均是医养服务的供给主体。协同治理理论强调多元主体在彼此信任和共同利益基础上形成合作,是促进利益最大化的有效方式^[46],医养结合养老模式既要体现政府“有形之手”的主导力量,也要借助市场“无形之手”的辅助力量。在体现公共服务公益性的同时,必须积极探索市场、社会与社会组织等多方主体参与的路径。多方式协同是多元主体合作的关系内涵与具体路径,嵌入方式是医养结合模式的基本形式,包括内源型嵌入、外源型嵌入与多元型嵌入。具体

形式有医疗机构拓展养老服务、养老机构增设医疗服务、医疗机构与养老机构合作、医疗机构与社区家庭合作等。多制度协同是各种规范准则相互支持、相互补充的均衡系统,制度由国家规定的正式制度、社会认可的非正式制度及其组织实施机制构成^[47],外部制度协同是对整个医养结合养老模式实践的统筹优化,是其外部保障;内部制度协同是依据组织特征设计的降低组织内耗的规则互补体系,是其内部约束。医养结合养老模式运行既需要国家出台的医疗保险、金融、工商等外部法律政策的协同,医养机构内部人力资源管理、支付费用管理、质量管理等内部制度的协同,也需要外部制度与内部制度的衔接与相容。

措施耦合指两个及以上措施系统间相互依赖、不断磨合的良性互动关系,医养结合养老模式包括基础医养设施建设与创新性养老服务方式两套措施系统,二者紧密联系,协同耦合是其发挥合力的必要条件。基础设施建设是所有医养机构必备的最基本的普适性硬件准备,多数医养结合机构都具备养老设施、医疗设施;创新性养老服务方式是医养结合结构依据自身服务对象、服务目标与所拥有的资源采取的独特性的方法措施。甘肃省庆阳市社会福利院充分发挥本地中医药文化优势,开设了中医理疗项目,为老年人提供中医药特色养生、养老服务,同时设立规范完备的医疗设施,开设中医科、检验科、影像科和康复功能训练室等,开拓了基础医养设施与创新性医养服务,本地文化、医院资源与机构特征耦合的路径。

5.2.3 共同评估环节

共同评估指多元主体参与评估医养服务效果的环节,旨在检验常规生产者利益、老年人利益与公共利益是否实现或是否达到均衡,即以利益共生来衡量共同设计与共同提供环节的合理性与科学性。多数人认为,只有老年人与常规生产者进行有效沟通,对问题形成共同的理解,参与制定并接受评估计划,才更有可能取得良好的结果^[48]。共同评估包括两层含义,一是多元主体共同参与,尤其强调老年人参与;二是评估的内容具有多重性,强调对多元利益的考虑。老年人参与评估是获取服务效果最直接的方式,其参与评估的常见方式是配合政府部门与第三方专业机构进行关于服务质量与满意度的测评。共同评估内容包括老人健康状况评估与满意度评估、医养机构组织效益评估与社会效益评估。医养结合养老模式为提升老年人生活质量而

运作,满足老年人利益是医养服务质量改进的原始动力,医养组织利益与公共利益在此基础上实现。如果在共同评估环节,仅仅关注老年人的利益,忽视其他生产主体的利益,就会损害共同生产过程的稳定性与持续性。当多方利益都得到一定程度上实现时,则说明共同设计、共同提供环节具有逻辑一致性与内在承接性,共同管理规则得到认同与遵守,医养结合实践效果良好。反之,说明共同设计、共同提供或是共同管理环节存在不足,未实现医养结合利益共生目标,需重新调整实践路径。浙江绿城医养投资管理管理有限公司(案例 H)以老人及其家属的满意度为基本评估标准,同时评估企业本身的发展速度与运营质量以及社会效益,对医养服务生产过程进行调整,致力于提高老年人的生存质量,减轻家属负担,减少社会劳动力损失与老年人“社会性住院”,避免不必要的医保开支,同时实现企业自身的可持续发展,最终形成政府、老人、社会和企业自身发展的“四满意”。

5.2.4 共同管理环节

共同管理指多元主体协调多方资源,采取建立共同规则、促进规则实施的方式,增强医养服务共同生产系统的稳定性与持续性的过程,关注管理者如何通过推动共同生产来达到利益共生的目标。共同生产不仅需要公共服务的共同设计、共同提供与共同评估,还需要公共服务的共同管理^[49],且共同管理行为存在于共同设计、共同提供与共同评估的各个环节,是对整个共同生产过程的管理。规则是共同管理的载体与工具,是规范共同生产者行为的制度要素。一方面,规则可以表达生产主体特定的价值观,均衡各方利益;另一方面,规则也被用来减少或阻止机会主义行为,增加主体间信任,保证共同生产目标的实现^[49]。医养结合养老服务多元主体的动机与利益目标各不相同,在共同设计、共同提供与共同评估环节都存在参与者的机会主义,重复的机会主义行为会使合作伙伴失去信心,对实现共同生产目标产生负面影响,需要共同规则创造包容、公平的环境,规范生产者在各个环节的行为以促进共同生产。在当前我国医养结合养老服务推进的初级阶段,政府是共同管理的主导者,利用公共政策对整个医养服务生产过程进行计划、组织和协调,并为医养机构、老年人等其他共同生产者参与共同管理提供途径和支持。医养机构、老年人等作为共同生产者,以参与共同规则制定的方式与政府合作,包括公私医养服务提供者合作的契约与承

诺、保障老年人及其家庭医养服务知情权与使用权的制度和老年人接受医养服务的政策等。行动主体对规则的认同度越高,持续参与共同生产的可能性越大,否则,行动者就会消极参与,甚至退出共同生产。因此,有效的医养服务共同生产需要良好的规则安排,规则体系不仅要能够调动各方的积极性,而且要保障各方对规则的认同与遵守。宾客管理委员会是河北省廊坊市燕达金色年华健康养护中心(案例 F)的创新之举,由入住老人与健康中心领导班子共同组成,老人参与管理后,能够更加理解和认同养护中心发展观念,有利于形成老人、中心、医院等主体的价值共同体,持续推动医养服务的共同生产。这一现象可被看做是医养结合养老服务中“共同管理”的初步体现。

6 医养结合养老模式实践路径再选择

通过开放性编码、主轴编码与选择性编码对医养结合典型案例运行逻辑理论进行构建,研究表明我国医养结合养老模式总体上呈现“共同设计-共同提供-共同评估”实践逻辑线,且部分环节已呈现共同管理行为。但单个案例依旧呈现线索断裂式、信息碎片化特征,存在环节缺失、主体消极参与、机制不健全、运行不顺畅等问题。因此,本文基于医养结合养老模式实践逻辑发现与理想模型构建,剖析当前实践问题,提出医养结合养老模式的再选择路径。

6.1 重塑医养结合“共同设计、共同生产、共同评估、共同管理”实践逻辑

共同设计是医养结合养老模式的起点,共同提供是核心和重点,共同评估是服务落脚点,三个环节具有内在逻辑的承接性,环环相扣,而共同管理是前三个环节的重要保障,四个要素缺一不可。但诸多医养结合机构并未具备完整逻辑线,或是存在共同设计环节需求定位不清、共同提供环节策略选择失当的问题,或是共同评估环节忽视服务对象的需求满足,或是共同管理环节共同规则模糊不清。例如,XX 医养结合机构以患病老人为服务对象,在策略选择中重点从制度保障角度提供医养服务,但是缺少共同评估步骤,对服务对象的需求是否满足,医养组织的效益是否提升与公共利益是否实现关注度不足,即整个共同评估环节缺失(如图 4 所示)。可见其实践过程主要环节缺失、子环节内容单薄,支持措施力度较弱。因此,医养结合机构应以老年群体需求为基本导向,利益共生为最终价值导

向,补齐缺失环节、加强薄弱环节,并在各个环节厘清相关主体职责,发挥多方合力。

6.2 充分发挥老年人参与医养结合养老服务生产的主观能动性

医养服务的共同生产将老年人视为与政府、医养机构等其他主体同等重要的伙伴,老年人的志愿或非志愿参与和自我服务由于发挥了公民的积极参与,潜在地增进了公共服务的回应性,最终促进医养服务的增质提效^[50]。当前老年人已参与或部分参与到医养结合养老服务设计、评估环节,但以被动式参与和非志愿式参与为主,缺乏主动参与和积极性;在医养服务共同管理环节,老年人被“理所应当”地排除在管理之外,很少参与其中,存在共同设计、共同提供与共同评估环节相关规则只达到政府、企业、社会组织等常规生产者的“合意”现象,加深了老年人与其他生产者之间的合作障碍,使得老年人参与其他环节的可能性变小。因此,在医养结

合养老服务模式实践推进中,要重视政府、医养机构与公民的互动,鼓励多方沟通渠道建立与支持老年人自我服务机制的建立,尤其强调老年人参与共同规则的制定,为医养服务的共同生产构建信任网络。

6.3 优化医养结合战略协同策略

医养结合养老模式的推进与发展离不开多种战略的协同运作(如图5所示),政府、市场、社会等主体的参与为医养结合机构提供了政策、资金、技术与资源支持;多种医养结合方式使医养机构能够充分利用已有资源,以低成本提供医养服务。战略协同的另一要义为制度协同,但当前我国医养结合养老模式的相关制度较为零散,不能形成协同效应,尤其是医疗保险制度与医养费用制度的脱节,使医保基金难以直接与养老机构进行结算,产生了对有效需求与供给的双重挤出效应,即失能、患病老人由于收入有限难以支付费用导致有效需求减

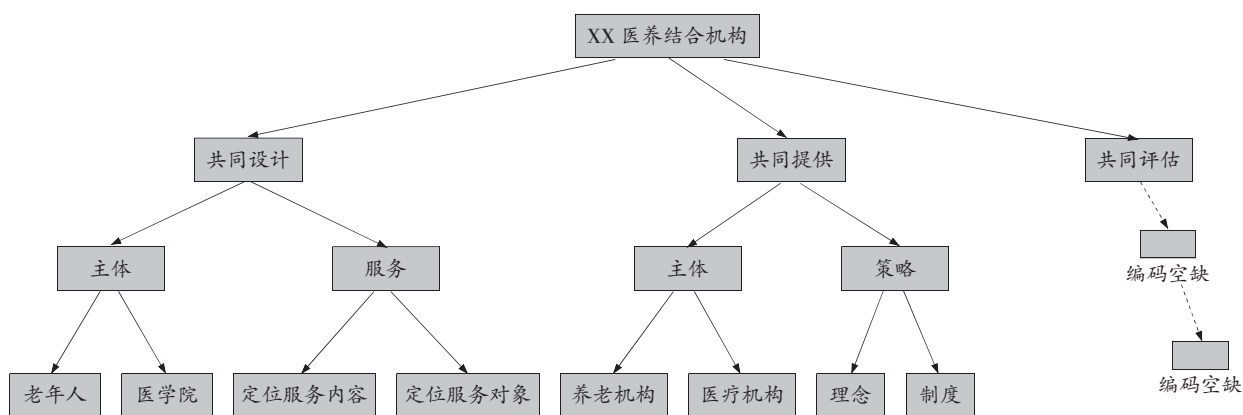


图4 医养结合机构实践逻辑分层

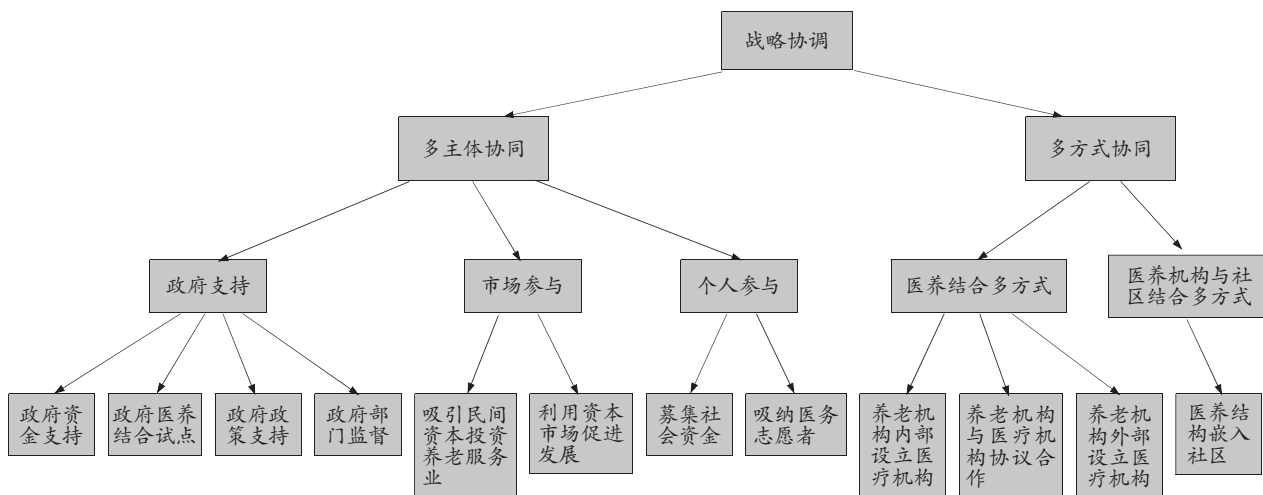


图5 “战略协同”主范畴

少;而医养结合机构资源闲置,收不抵支,选择退回为功能复合型养老机构。因此,相关主体在合作的基础上,应侧重于运用协同制度工具保障医养结合养老模式的运行,可尝试将医养结合机构纳入医保定点范围、试点运行长期照护险等,以确保老年人群对医养结合服务的支付能力。

6.4 创新医养服务方式

医养结合机构在把握老年人需求多样性的基础上提供针对性的服务,具有高复杂性和高专业性。当前医养服务方式较为传统,停留在满足服务对象基本医养服务的层面,在延长老年人健康寿命的有效性上有所欠缺。对科学的理念与先进技术的把握是机构满足老年人医养需求的重要前提,科学的理念是医养机构了解老年人深层次需求的前提,先进技术则是医养结合机构提供更为有效和人性化服务的工具。因此,医养结合机构应在理念与技术导向下创新医养服务方式。2002年,世界卫生组织健康发展中心提出“积极老龄化”的概念,从健康、参与、保障三个维度对其概念及内涵进行了阐释。医养结合养老模式不仅应注重老年人身体健康的治疗,还应从心理状态、生活方式、社会参与等多个角度全面提高老年人的健康;“互联网+”的兴起,为医养结合赋予了更为丰富的技术内涵,在现代物联网和人工智能技术的支持下,医养结合机构应积极搭建网络信息化平台、引入智能化医养设备,推动智慧健康养老。

参考文献:

- [1] 刘鹏程,马丽萍.让亿万老年人和家庭未来可期——近年来养老服务业创新发展综述[J].中国社会工作,2019(11):7-8.
- [2] 王君平.深入推进医疗卫生与养老服务衔接[EB/OL].(2019-09-19)[2019-09-24].<http://politics.people.com.cn/n1/2019/0919/c1001-31360981.html>.
- [3] 杜少英.“医养结合”养老模式的障碍及破解[J].人民论坛,2018(33):64-65.
- [4] CHUNHARAS S. The System of Care for the Elderly in Thailand: Capitalizing from an Integrated Community-based Health System through Reform[J]. Aging Clinical and Experimental Research, 2002, 14(4): 258-264.
- [5] PLOCHG T, DELNOIJ D M, HOOGEDOORN N P, et al. Collaborating While Competing? The Sustainability of Community-based Integrated Care Initiatives through a Health Partnership[J]. BMC Health Services Research, 2006, 6(1): 37.
- [6] CARPENTIER N, DUCHARME F. Care-Giver Network Transformations: The Need for an Integrated Perspective[J]. Ageing and Society, 2003, 23(4): 507-525.
- [7] ALEUT W N, GREENLICK M R, CAPITMAN J A. Integrating Acute and Long-Term Care[J]. Health Affairs, 1994, 13(4): 58-74.
- [8] LANDI F, LATTANZIO F, GAMBASSI G, et al. A Model for Integrated Home Care of Frail Older Patients: The Silver Network Project. SILVERNET-HC Study Group[J]. Aging Clinical & Experimental Research, 1999, 11(4): 262-272.
- [9] ENG C, PEDULLA J, ELEAZER G P, et al. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 1997, 45(2): 223-232.
- [10] BOYDELL L, MCALLISTER B. European Prototype for Integrated Care(EPIC)[J]. Computer Methods & Programs in Biomedicine, 1994, 45(1-2): 47-49.
- [11] BOUSQUET J, MEISSONNIER M, et al. A Novel Approach to Integrated Care Using Mobile Technology within Home Services[J]. Maturitas, 2019, 129: 1-5.
- [12] 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,2014,35(6):94-97.
- [13] 王成利,王洪娜.医养融合养老:供给途径、实践困境与政府责任——基于公共产品理论的视角[J].东岳论丛,2017,38(10):37-44.
- [14] 易婧,屈锡华,卢东.智慧养老背景下西部地区医养结合服务供给主体关系博弈研究[J].西藏大学学报(社会科学版),2018,33(1):155-162.
- [15] 赵晓芳.健康老龄化背景下“医养结合”养老服务模式研究[J].兰州学刊,2014(9):129-136.
- [16] 丁建定,樊晴晴.SWOT分析视角下城镇失能老人医养结合服务模式研究[J].社会保障研究,2017(4):14-20.
- [17] 徐宏,江伊诺.老年残疾人“医养结合”养老服务模式的实践困境与出路[J].湖南科技大学学报(社会科学版),2017,20(3):102-108.
- [18] 陈成文,黄利平,陈建平.从“制度阻滞”看推动城市“医养结合”发展的制度建设方向[J].湖南社会科学,2018(4):69-76.
- [19] 郝涛,商倩,李静.PPP模式下医养结合养老服务有效供给路径研究[J].宏观经济研究,2018(11):44-53.
- [20] 杜鹏,李兵,李海荣.“整合照料”与中国老龄政策的完善[J].国家行政学院学报,2014(3):86-91.
- [21] ENG C, PEDULLA J, ELEAZER G P, et al. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 1997, 45(2): 10.
- [22] SHANNON K, REENEN C V. PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly): Innovative Care for the Frail Elderly.

- Comprehensive Services Enable Most Participants to Remain at Home[J]. Health Prog, 1998, 79(5): 41-45.
- [23] MERETHANKE L A. Effects of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use[J]. Gerontologist, 2011, 51(6): 774-785.
- [24] HOTTA S. Toward Maintaining and Improving the Quality of Long-Term Care: The Current State and Issues Regarding Home Helpers in Japan under the Long-Term Care Insurance System[J]. Social Science Japan Journal, 2007, 10(2): 265-279.
- [25] DR P K A, MOMOSE Y, MURASHIMA P S. Long-Term Care Insurance in Japan[J]. Disease Management & Health Outcomes, 2003, 11(12): 769-777.
- [26] HASELTINE W A. Affordable Excellence: The Singapore Health System[M]. Washington D.C: Brookings Institution Press with the National University of Singapore Press, 2013.
- [27] TAN KELVIN B, EARN L C. Integration of Primary Care with Hospital Services for Sustainable Universal Health Coverage in Singapore[J]. Health Systems and Reform, 2019, 5(1): 18-23.
- [28] JOSHI V D, LIM J F. Health Insurance in Singapore: Who's not Included and Why? [J]. Singapore Medical Journal, 2010, 51(5): 399.
- [29] MEHTA K K, VASOO S. Organization and Delivery of Long-Term Care in Singapore[J]. Journal of Aging & Social Policy, 2002, 13(2-3): 185-201.
- [30] 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.
- [31] STRAUSS A L. Qualitative Analysis for Social Scientists[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1987: 5.
- [32] 陈姣娥. 基于扎根理论的网民公共政策态度形成研究[J]. 公共管理学报, 2010, 7(3): 89-94, 127.
- [33] PANDIT N R. The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method[J]. The Qualitative Report, 1996, 2(4): 1-14.
- [34] OSBORNE S P, RADNOR Z, STROKOSCH K. Coproduction and the Cocreation of Value in Public Services: A Suitable Case for Treatment[J]. Public Management Review, 2016, 18(5): 639-653.
- [35] 翟运开. 协同视角下的远程医疗系统建设项目组织架构设计研究——以河南省远程医疗系统建设为例[J]. 中国软科学, 2016(9): 125-134.
- [36] 奉小斌. 质量管理实践与企业创新的相悖吗? ——以组织学习为中介变量的实证研究[J]. 研究与发展管理, 2015, 27(5): 88-98.
- [37] 约翰·H·霍兰. 隐秩序——适应性造就复杂性[M]. 周小牧, 等译. 上海: 上海科技教育出版社, 2011.
- [38] 范冬萍, 何德贵. 基于 CAS 理论的社会生态系统适应性治理进阶路分析[J]. 学术研究, 2018(12): 6-11.
- [39] 侯汉坡, 吴艳丽. 基于复杂适应系统理论的 PPP 商业模式创新设计[J]. 中国科技论坛, 2018(7): 107-112.
- [40] 周全, 曾莉. 组织合作专利实施的复杂适应系统机理研究[J]. 科学管理研究, 2017, 35(6): 12-15.
- [41] OSTROM E. Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy, and Development[J]. World Development, 1996, 24(6): 1073-1087.
- [42] OSBORNE S P, RADNOR Z, STROKOSCH K. Coproduction and the Cocreation of Value in Public Services: A Suitable Case for Treatment[J]. Public Management Review, 2016, 18(5): 639-653.
- [43] KODNER D L, SPREEUWENBERG C. Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications: A Discussion Paper[J]. International Journal of Integrated Care, 2002(2): 1-6.
- [44] 徐倩, 陈友华. 典型福利体制下社会养老服务国际比较与启示[J]. 山东社会科学, 2019(2): 59-64.
- [45] ANSELL C, GASH A. Collaborative Governance in Theory and Practice[J]. Journal of Public Administration Research & Theory, 2008, 18(4): 543-571.
- [46] (美)道格拉斯·C·诺思. 经济史中的结构与变迁[M]. 上海: 上海人民出版社, 1994.
- [47] BATALDEN M, BATALDEN P, MARGOLIS P, et al. Coproduction of Healthcare Service [J]. BMJ Quality & Safety, 2016, 25(7): 509-517.
- [48] BRANDSEN T, PESTOFF V. Co-Production, the Third Sector and the Delivery of Public Services[J]. Public Management Review, 2006, 8(4): 493-501.
- [49] FLEDDERUS J, BRANDSEN T, HONINGH M. Restoring Trust through the Co-Production of Public Services: A Theoretical Elaboration[J]. Public Management Review, 2014, 16(3): 424-443.
- [50] PERCY S L. Citizen Participation in the Coproduction of Urban Services[J]. Urban Affairs Review, 1984, 19(4): 431-446.

(10) The Practical Logic Recognition and Path Reselection for the Integration Mode of Medical Care and Endowment

——Based on the Typical Case Analysis of the National Elderly Service

Feng Tieying, Nan Yan · 113 ·

(School of Public Policy and Administration, Xi'an Jiaotong University, Xi'an, 710049, China)

Abstract ID: 1672-6162(2020)03-0113-EA

Abstract: The objective of this paper is to explore the practical logic of the integration mode of medical care and endowment. An exploratory multi-case study, involving eight cases about the integration mode of medical care and endowment, from the 2017 national elderly service typical case database, was conducted in this paper. The practical logic of the integration mode of medical care and endowment has two clues, including the logic of subject interaction and the logic of production process. And these two lines are cross and fuse. The logic, based on subject interaction and value symbiosis, runs through the whole process. The mode is generated by adaptive subject interaction. The production process is the co-production of medical care service and aging service, including co-design, co-provision, co-evaluation and co-management through the first three links. The key limitation of the study is that it focuses solely on good national cases, selected from the 2017 national aging service typical cases database, which is representative to some extent. However, the scale of case selection needs to be further expanded and the richness of cases needs to be further improved. The conclusion is important for solving the problems of missing key links, imperfect mechanism and unsmooth operation of the integration mode of medical care and endowment, and it is beneficial to spread the experience of the mode. Based on the results, several approaches are proposed to optimize the mode, including reconstructing co-production process of the elderly service, promoting the initiative of the elderly, optimizing the strategy and innovating the service patterns. The study extends the practical logic of the integration mode of medical care and endowment from the service delivery to the whole process, including service design, service delivery, service evaluation and service management. The study explores the main logic line running through the mode – "realizing value symbiosis based on subject interaction". In addition, the study also extends the scope and enriches the connotation of the co-production theory.

Article Type: Research Paper

Key Words: Medical Care Integrated with Endowment, Aging Service Mode, Practical Logic, Path Selection, Grounded Theory