

乡村振兴战略下农村医养结合的现实困境与优化进路

丁海峰¹, 王莹¹, 滕佳杉²

1. 湖南中医药大学人文与管理学院, 湖南 长沙 410128;

2. 湖南农业大学公共管理与法学学院, 湖南 长沙 410128

摘要:文章通过对农村医养结合实践的田野观察,以史密斯政策执行模型为理论框架,从理想化政策、政策执行主体、政策目标群体、政策执行环境四个方面分析农村医养结合政策执行困境,并提出相应的优化路径。研究表明,农村医养结合存在农村居家养老服务中心形同虚设、医养结合部门缺乏协同创新、供需结构严重失衡、护理人员量少质薄等现实困境。为此,文章从完善政策体系构建、加强执行主体联动、满足目标群体需求、增强人力资源保障等四个方面提出优化进路。

关键词:农村医养结合;政策执行;现实困境;优化进路

中图分类号:R197.1;F323.89

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)01-008-006

doi:10.7655/NYDXBSS250372

伴随着人口老龄化的到来,我国失能、半失能老年人的规模逐年增大,由于城镇化和工业化的持续发展,农村老龄化速度较城市更快、程度更深^[1]。农村养老作为我国人口老龄化进程中的薄弱环节,正日益成为构建普惠型养老服务体系的关键领域,其发展水平直接关系到乡村振兴战略的实施成效和城乡基本公共服务均等化的实现进程。

作为兼顾“医疗”与“养老”双重需求的创新型养老服务模式,医养结合模式通过整合基层医疗资源与养老服务,为破解农村养老供需矛盾提供了创新路径。然而,《2022年度国家老龄事业发展公报》数据显示,截至2022年末,全国“两证”齐全的医养结合机构仅有6986家,这远不能满足老年人对生活照料和医疗护理服务的双重需求^[2]。在此背景下,国家先后发布多项重要政策文件及论述,旨在为老年人提供一站式的“医、养、康、护、健”等服务。然而,当前农村医养结合模式的发展仍面临多重挑战:一方面,城镇化加快与家庭结构变化加剧了服务供给的不平衡与不充分^[3-4];另一方面,老年人收入有限、消费意愿不高,加之医养资源投入不

足、机制衔接不畅,导致服务断层与合作困难等问题长期存在^[5]。因此,在我国全面深化改革的背景下,系统厘清农村医养结合政策的执行困境,对推动该模式高质量发展具有重要现实意义。

医养结合型养老服务模式有助于应对农村老龄化与医疗资源分散化问题,推动城乡养老公共服务提质增效^[6]。既有研究普遍认为,该模式在政策实施过程中仍面临多重阻碍:一是政策执行受外部环境变化、非理性实践与路径依赖等因素干扰,易造成目标偏离与服务整合碎片化^[7-8];二是服务供给不充分与福利享有不公平问题突出,亟须健全长效资金投入机制与家庭医养支持政策^[9-10];三是国家给付义务层面存在立法缺陷,农村老年人医养权利保障不足^[11];四是医养结合参与主体在政策引导下多呈“被动”参与状态,因多重代理关系与复杂博弈行为难以构建协同治理机制,加剧医养分离现实^[12-13]。

综上所述,既有研究一方面较多关注城市医养结合^[14-15],缺乏对农村地区医养结合政策执行效果的评估;另一方面多停留于理论分析^[16],难以深入

基金项目:湖南省教育厅科学研究优秀青年项目“医保支付方式改革驱动县域医共体高质量发展的机制与路径研究”(25B0322);长沙市哲学社会科学规划课题“长沙市分级诊疗实施效果评价及优化路径研究”(2024CSSKKT19);湖南省卫生经济与信息学会研究课题“数字赋能湖南省基层医疗服务供给路径研究”(WJX2025A)

收稿日期:2025-09-16

作者简介:丁海峰(1996—),男,江苏盐城人,博士,讲师,研究方向为农村医养结合养老服务;王莹(1982—),女,湖南长沙人,博士,副教授,研究方向为农村养老服务,通信作者, wangying@hnuem.edu.cn。

实践层面发现其现实困境。基于此,本文通过田野观察和对相关人员的深度访谈,以史密斯模型为理论分析框架,总结当前农村地区医养结合政策执行过程中存在的现实问题,并针对性地提出相应优化策略,为促进医养服务之间形成良性互动、高效协同、相得益彰的新格局提供决策参考,同时也为积极应对农村人口老龄化、实现乡村全面振兴提供理论依据。

一、资料来源

本文以湖南省Y市医养结合相关机构以及相关利益群体作为田野观察和访谈对象,共访谈35人(表1),访谈时长60小时。选择湖南省Y市进行调研的原因在于:一方面,其农村医养结合养老模式在全省处于改革前列,已经积累大量成熟的经验;另一方面,这些研究对象分别代表了养老、医疗及医养结合三个不同但紧密相关的领域,通过对他们的访谈,可以全面了解医养结合在湖南省农村地区的实施情况,包括理想化政策、政策执行主体、政策目标群体、政策执行环境等多个方面。调研于2024年6月至2025年3月进行,获得大量一手访谈资料文本数据及相关典型案例,这为本文分析提供了有益的资料支撑并奠定了坚实的理论基础。

表1 访谈对象概况

访谈对象	人数	访谈对象概况
医疗机构	8	乡镇卫生院、村卫生室负责人
养老机构	4	养老机构负责人
医养结合机构	10	从事医养结合工作的医生、护士、护工
老年人	13	60~69岁老人5人,70~79岁老人5人,80岁及以上老人3人

二、理论介入:史密斯政策执行模型分析框架

(一)史密斯政策执行模型概述

1973年政治学家戴维·史密斯提出史密斯政策执行模型,也称为政策实施模型,它用于解释政策制定与实施之间的关系,主要包括理想化政策(政策制定者采用决策或法律等手段实现理想政策的落地)、政策执行主体(执行政策的横、纵向机构和主要单位)、政策目标群体(执行政策后团体或个体对政策的认知和影响程度)、政策执行环境(执行政策时直接或间接影响其实施效果的各种环境)四个要素^[17]。该模型不仅可以反映政策四要素的执行效果,也可以呈现四要素之间交互影响的动态过程,是公共政策领域研究最为经典的理论模型之一。它可以用来解释政策的实施效应与成果,并通过对政策的实施过程进行分析,对其在制订与执行

中出现的问题进行评价,从而为政策的调整与完善提供决策支持。

(二)史密斯政策执行模型与农村医养结合的契合性

当前,我国农村医养结合服务在执行中始终伴随着政策制定者、政策执行者及政策执行环境等因素的影响,需要从高位对其进行整体审视和执行过程优化^[18-19]。传统的史密斯模型主要从宏观层面分析政府制定大政方针的具体实践,而本研究以农村医养结合养老服务模式为研究对象,地方政府、卫生行政部门、医养机构、老年人、医护人员等相关主体的实践大多属于中微观环境的研究范畴,因此应打破传统的史密斯政策执行模型中以“理想化政策”为核心的框架,结合农村医养结合服务的特殊实践环境对模型进行修正,使二者结合更为紧密。

本研究结合农村医养结合服务政策执行自上而下的特征,以及医养结合模式的试点效应,细化了该模型四要素之间的协调合力,增设“评估反馈系统”对试点地区医养结合服务模式效果进行评估(图1)。其中,理想化政策是中央政府所制定的医养结合服务政策;执行主体包括地方政府、卫生行政部门、医养机构;目标群体包括老年人及医护人员;执行环境包括医养结合服务执行所需要的政治、经济、文化环境。评估反馈系统作为连接政策实践与政策制定的回路,通过收集目标群体的服务体验、执行主体的操作难点,以及政策环境的实际约束等数据,对试点地区的服务模式效果进行系统评估。这些经过分析的评估结果将作为关键信息,一方面向上反馈至政策制定者,为“理想化政策”的修订与优化提供实证依据,使其更贴合农村实际;另一方面横向与平行反馈至各执行主体,指导其及时调整实施方案与资源配置,从而在“制定—执行—评估—反馈—优化”循环中,实现政策执行力的螺旋式上升,确保农村医养结合模式的有效落地与持续改进。

根据图1可知,首先,在医养结合政策执行体系中,政策制定者作为理想化政策的核心,会根据医养结合服务计划和目标制定理想化政策,并以文本形式进行传播;其次,在政策实施与执行阶段,地方各级政府对中央政策进行解读,并因地制宜地进一步细化中央政策,制定具体的地方医养结合政策实施方案;最后,在政策评估与反馈阶段,会根据医养结合服务在地方实施的效果与目标政策效果的对比,将信息与结果反馈给政策制定者和执行者,通过评估反馈,发现并解决问题,四要素之间相辅相成、循环往复,最终形成有效闭环,推动农村医养结合服务模式的落地。

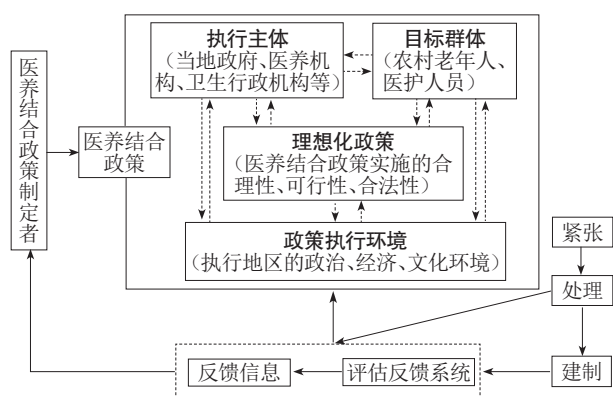


图1 农村医养结合养老模式政策执行分析框架

三、现实反映:农村医养结合政策执行的现实困境

(一)农村居家养老服务中心形同虚设,理想化政策未完全执行

史密斯模型中理想化政策具备合理性、可行性和合法性的特征。从合理性来看,在农村地区推进医养结合可以满足不同健康水平老年人的医疗和养老需求,在供给侧构建起“精准”的医养结合养老服务体系^[20];从可行性来看,医养结合是老龄化国家对医疗服务和养老服务“双轨制”进行资源整合的一种手段,通过各地开展的医养结合试点工作,逐渐形成了一些较为成熟的模式^[21];从合法性来看,政府颁布的一系列有关医养结合工作的政策文件能够明确医养结合发展方向、具体要求和最终目标^[22]。然而,多数老年人习惯于传统的居家养老和社区养老,对医养结合养老模式了解不深,民间资本开展医养结合机构的积极性受限。调研发现,当前湖南省90%以上的农村老年人选择居家养老,尽管各村已普遍设立居家养老服务中心,但多数仅挂牌而未实际运行。一方面,由于居家、社区医养结合服务涉及面广、量大,财力人力投入大,地方推进积极性不高,资源普遍向医疗机构或养老机构倾斜,忽视了大部分农村居家养老的老年人服务需求;另一方面,监督机制的不完善也助长了“重机构、轻居家”倾向,导致农村居家养老服务中心多流于形式,极大阻碍了医养结合服务的高质量发展。

(二)农村医养结合部门缺乏协同创新,多元执行主体联动不畅

史密斯模型中的政策执行主体指主要负责政策执行的相关部门或机构,在医养结合中具体体现为执行医养结合政策的当地政府、医养机构、卫生行政机构等。医养结合服务工作涉及工信、卫健、民政等多个部门,工作划分条块明显,具体实施过程中存在部门机构交叉重叠、多头管理、协调困难

的情况^[23]。同时,医养结合各利益相关者之间存在的博弈困境是导致目前医养结合呈现“松散型”的根本原因,医养结合协同治理的目标难以达成^[24]。目前,我国农村医养结合型养老服务存在着政策碎片化与管理部門化共存、“医”与“养”两个服务体系相对独立、医养结合缺少协同创新等问题。最为突出的现象是,养老机构归民政部门管,医疗卫生机构归各级卫生健康部门管,医养结合机构的准入与监督往往是由这两部门共同管理,但医保报销的核定准入和报销标准是医疗保障部门的事务,这就导致最终“无人负责”或“多头领导”的尴尬局面。各部门职能、行业标准及财政渠道不一,且存在职能交叉,导致整体缺乏整合动力,严重制约了协同发展。

(三)农村医养结合供需结构严重失衡,难以满足目标群体需求

史密斯模型中的政策目标群体主要指政策实施所针对的人群,人群的个人特性以及对政策的认知都会对政策执行产生影响。近年来,我国医养结合养老服务有了很大的发展,但医疗与养老服务在政策体系、硬件设备等方面还很欠缺,影响了老年人需求的释放^[25]。从供给上来看,现有的医养结合养老服务供给内容单一,有效供给不足^[26]。研究发现,当前农村医养结合服务发展重心发生偏移,农村老年人医养服务的实际需求无法被精准识别和满足,供需结构严重失衡。具体而言,在服务模式上,各地均着重发展机构型医养结合养老服务,忽视了居家和社区型服务,与超95%老人的实际选择错位。在服务对象方面,重心偏向失能、半失能老人,忽略了能够自理的健康老人和机能衰退老人的多元化养老服务需求。在服务内容上,大部分乡镇卫生院和村卫生室只具备基本医疗服务能力,规模小且分科少,重“治已病”,轻“防未病”,对于疾病预防、健康知识科普等需求关注较少,阻碍了从“医养结合”到“康养结合”的目标升级。

(四)农村医养结合护理人员量少质薄,政策执行环境基础薄弱

史密斯模型中的政策执行环境指在政策执行过程中受到的宏观和微观因素影响,政策的实施应与当地的政治、经济、文化环境相适应。在现行的养老模式下,关于老年疾病的医疗服务水平和养老服务水平均不高,而新时代下的老年人对于养老模式有着更高的要求^[27]。为推进医养结合,国家出台了指导性和专项政策,为政策执行创造了良好的政治环境。然而,医养结合服务在发展过程中受到社会文化环境的影响,相关的宣传工作未能及时跟进,导致老年人对医养结合服务模式了解程度不深^[28]。同时,政策的执行还需要良好的资源保障,但农村地区的自然禀赋使得医护人员职业发展受

限,健康养老服务行业的社会认可度低、工作强度大、待遇水平不高,存在“招人才难,留人才更难”的困境,医养结合相关专业的教育和培训体系尚不完善^[29-30]。以湖南省为例,患有慢性病的老年人对医疗照护的要求较高,入住医养结合机构的意愿强烈,但是他们对于医养结合模式的意义、作用并不了解,知晓程度较低。此外,农村医养结合机构护理人才无论是从数量还是质量方面均不能满足农村实际需求。

四、提升策略:农村医养结合型养老模式的优化进路

(一)重视农村居家医养结合型养老服务发展,完善政策体系构建

农村居家医养结合服务主要面向居家老年人,其以居家为基础、社区为依托的特点兼具家庭养老的环境和机构养老服务的专业性,能够克服家庭养老和机构养老的弊端。当前,居家养老是农村老年人选择的主要养老模式,应高度重视农村居家医养结合型养老服务模式的建设,加大资金投入并制定政策保障措施,确保农村居家养老服务中心正常运转并真正发挥实效。一方面,继续加大专项资金投入。居家医养结合能够有机整合养老服务资源和医疗卫生资源,同时照顾到老年人的心理需求,有助于促进医养结合的可及性。因此,政府部门要将医养结合型养老服务资金列入政府财政预算,设立专项资金予以保障。对于欠发达的地区,可以积极挖掘新的资金筹措渠道,包括福利彩票公益金、社会慈善捐助、商业保险等,使之成为重要的补充资金来源。另一方面,进一步建立和完善监督机制。省级层面出台关于农村居家养老服务中心运行的规范和监管制度,从服务流程、服务内容等方面保障和规范农村居家养老服务中心正常且良好运行;乡镇政府严格落实制度规范,对各村居家养老服务中心进行检查监督并及时反馈结果,对于运行情况优秀的村给予适当资金奖励,对于不达标的村可采取一定的惩罚措施。

(二)建立农村医养结合工作的协同治理机制,加强执行主体联动

推进医养结合建设是一个庞大的系统工程,其中涉及发改、民政、卫健、人社、财政等多个主要政府部门,即便在职能划分方面能够做到权责清晰,跨部门协调也相当困难。只有建立起科学、合理且有效的合作机制,医养结合养老模式才能具有稳定性和可持续性。因此,政府部门要打破碎片化治理传统,充分发挥公共财政的杠杆作用,撬动商业资本、社会资本和家庭资源深度参与医养合作体系,从系统性视角出发,确立整体性治理理念,并为不

同主体的运行提供必要的授权和制度保障。首先,在县级层面成立由主要负责人员牵头的“医养结合工作专班”,统筹卫健、民政、医保等部门,明确“医”“养”交叉服务的内容、标准与付费路径,推动医保目录动态纳入符合规定的医养服务。其次,推行“联合审批、结果互认”机制,优化机构申办流程,减少多头申报。同时,依托省级平台构建信息共享系统,打通健康档案、养老信息与医保结算数据,实现服务与报销无缝对接。最后,将跨部门协同成效纳入绩效考核,对推诿扯皮、政策不衔接等问题问责,确保机制有效落地。

(三)健全农村医养结合的供需联动匹配机制,满足目标群体需求

目前农村医养结合服务仍存在总体供需不平衡不充分、有效需求不足、个性化服务与市场匹配度偏低等诸多问题。供需精准匹配是实现医养结合健康养老资源高效利用的前提,也是满足老年人多样化需求的关键。因此,必须高度重视农村医养结合型养老服务供需匹配的重要性与复杂性,积极探索针对不同人群的多元养老体系,着重加强老年人健康养老需求管理,精准主动响应农村老年人实际需求,促进供需联动和高效匹配。一方面,依托各省政务服务平台,推进跨部门数据共享,充分利用大数据科学分析与甄别老年人的实际需求,建立农村老年人医疗养老服务需求精准识别和动态管理机制,形成“收集—评估—实现—反馈”的全过程供需匹配闭环。另一方面,精准评估老年人健康状况和经济能力,定制针对性、个性化、精细化的医养结合服务,实现农村老年群体医养结合需求个性化差异和多样化、适度化精准匹配。针对不同需要,提供疾病预防、老年保健、健康管理、慢性病治疗、安宁疗护等多种服务,从而满足老年人“安老、养老、享老”的不同需求。此外,加强农村医养结合的市场调研,探索开展居家、社区、机构多种模式的长期照护、入户医疗、中医药康养、心理健康等服务,加大宣传引导,有效抑制社会供给冲动,合理优化政府公共性供给与市场盈利性供给,保证供给定位准确、分工精准、产品丰富、数量合理、质量适度。

(四)强化农村养老护理人才培育的长效机制,增强人力资源保障

专业的医护人员是提供优质服务的重要主体。现阶段,医养结合服务存在“队伍建设水平参差不齐,专业人员短缺”与“服务需要大量专业人才”之间的矛盾。因此,要切实加快补齐农村医养结合型养老服务护理人才队伍发展短板,从完善养老服务从业人员激励保障政策着手,为专业队伍提质扩容。第一,扩充农村医养结合护理队伍,需落实人才准入条件,开发乡镇、村级为老服务公益岗

位,优先吸纳返乡农民工、留守妇女等本地劳动力。同时,应从顶层设计着手,建立统一的从业标准与资源保障体系,并通过提高待遇水平,增强职业吸引力。第二,提升现有农村医养结合护理队伍专业化水平,继续强化省、市、县、机构四级培训体系建设,对护理人员进行定期定量专业化培训,提升其专业护理素养和技能。第三,要积极完善薪酬、职称评定等激励机制,建立特殊补贴制度,提升农村养老服务从业人员的社会地位和职业认同感,确保其“愿意来”且“留得住”。第四,建议由省级教育、卫健部门协同制定政策,支持医养结合机构与医学职业院校深度合作。鼓励高校开设老年康复、健康管理等复合型专业课程,推动“订单式”培养与分层分类人才梯队建设,为医养结合服务持续输送专业储备人才。

五、结论与展望

医养结合是提升养老服务质量,积极应对人口老龄化问题的重要举措。本文以湖南省为例,通过对农村地区的田野观察和实地访谈,以史密斯政策执行模型为理论分析框架,深入剖析农村医养结合的政策执行困境,并提出完善农村医养结合型养老服务模式的优化进路。研究表明,农村医养结合存在居家养老服务中心形同虚设、医养结合部门缺乏协同创新、医养供需结构严重失衡、医养护理人员量少质薄等现实困境。为此,文章提出四个方面的优化进路:重视农村居家医养结合型养老服务发展,完善政策体系构建;建立农村医养结合工作的协同治理机制,加强执行主体联动;健全农村医养结合的供需联动匹配机制,满足目标群体需求;强化农村养老护理人才培养的长效机制,增强人力资源保障。

值得注意的是,不同地区发展情况不同,本文只是以湖南地区为例,体现的是中部地区在医养结合服务探索与实践中的现状与挑战。然而,我国东、中、西部在经济社会发展、医疗资源分布与老龄化结构等方面存在显著差异,医养结合的发展路径也呈现区域分化。东部地区依托较好的经济基础与医疗资源,在智慧养老、社会资本参与等方面走在前列;中部地区作为典型农区与人口流出区,面临资源约束与高服务需求的双重压力,医养结合以保障基本、整合存量为主;西部地区受限于财政能力与服务可及性,更依赖中央支持与基层服务网络扩展。未来在推动医养结合服务的过程中,必须秉持因地制宜的基本原则,逐步实现全国范围内医养结合服务的均衡发展,为积极应对农村人口老龄化战略、实现乡村全面振兴、促进我国老龄事业高质量发展、实现养老服务体系中国式现代化奠定坚实

基础。

参考文献

- [1] 白维军,王欢. 分层分类:我国农村养老服务的制度创新与路径构建[J]. 中国行政管理, 2024, 40(3): 91-98
- [2] 陈岩,杨翠迎. 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[J]. 财经研究, 2023, 49(12): 121-135
- [3] 葛延风,王列军,冯文猛,等. 我国健康老龄化的挑战与策略选择[J]. 管理世界, 2020, 36(4): 86-95
- [4] 封铁英,南妍. 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[J]. 公共管理学报, 2020, 17(3): 113-125, 173
- [5] 谢微,于跃. 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, 2022, 29(6): 150-156
- [6] 邓大松,李玉娇. 医养结合养老模式:制度理性、供需困境与模式创新[J]. 新疆师范大学学报(哲学社会科学版), 2018, 39(1): 107-114
- [7] 孙慧哲. 农村医养结合服务分级整合体系构建——基于M村的经验研究[J]. 中国农业大学学报(社会科学版), 2024, 41(3): 120-131
- [8] 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
- [9] 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, 7(5): 68-85
- [10] 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, 48(4): 124-138
- [11] 彭科. 农村医养结合国家给付义务的立法优化[J]. 南方金融, 2023(6): 72-85
- [12] 王浦劬,雷雨若,吕普生. 超越多重博弈的医养结合机制建构论析——我国医养结合型养老模式的困境与出路[J]. 国家行政学院学报, 2018(2): 40-51
- [13] 高秋明,廖藏宜. 扩面与提质:农村基层医疗机构参与医养结合的特征研究[J]. 中国特色社会主义研究, 2023(3): 80-89
- [14] 王安琪,陈欣,薛宇. 城市社区医养结合养老场所建设改造策略探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2024, 24(2): 150-154
- [15] 杨哲,陈思思,陈永妍. 社区医养结合服务参与主体行动逻辑及调适策略[J]. 中国管理科学, 2023, 31(4): 218-227
- [16] 汪恒,周典,田帝,等. 基于诊断树模型和“控制阀门”理论的社区医养结合发展对策研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(2): 114-119
- [17] SMITH T B. The policy implementation process[J]. Policy Sci, 1973, 4(2): 197-209
- [18] 郑吉友. 农村医养结合型养老服务政策的演进逻辑[J]. 河北经贸大学学报, 2024, 45(4): 22-32

- [19] 罗益佳,周典,徐慧,等. 基于史密斯模型的远程医疗政策执行分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2020,20(3):210-214
- [20] 张志雄,王思琦. 老年人医养结合养老服务意愿研究——基于计划行为理论[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(4):21-24
- [21] 陈志鹏,杨金侠,章凯燕,等. 基于史密斯模型的医养结合政策执行效果研究[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(7):515-517,546
- [22] 李长远. 我国医养结合养老服务政策推进的基本经验与未来设想[J]. 宁夏社会科学, 2022(3):170-176
- [23] 俞艺丹,张洋,邓琦,等. 基于主动健康理念的医养结合服务发展困境与优化策略研究[J]. 医学与社会, 2024, 37(5):47-54
- [24] 何涛,唐健. 从“松散型”到“紧密型”:利益相关者理论视角下医养联合体协同治理的实现路径[J]. 东岳论丛, 2023, 44(5):137-147
- [25] 孔杨,张楠,徐海燕. 我国医养结合养老服务供需失衡的系统动力学分析[J]. 山东社会科学, 2023(4):135-144
- [26] 刘智勇,陈雅露. 推进医养结合发展的困局及其化解对策[J]. 中国行政管理, 2022, 38(4):152-154
- [27] 冯玉莹. “医养结合嵌入式”养老模式的必要性、困境与对策研究[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2022, 39(2):66-75
- [28] 庞庆泉,许世华,石龙,等. 农村医养结合养老服务发展中的政府责任:基于需求溢出理论的研究[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(4):296-300
- [29] 冯晓芊,谢露,孙源源. 医养结合背景下南京市健康养老服务供需匹配实证研究[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(4):30-33,38
- [30] 李成志. “医养结合”的核心问题与解决路径[J]. 健康发展与政策研究, 2024, 27(1):41-44

(本文编辑:姜鑫)

The practical difficulties and optimization approaches of rural integrated medical and elderly care under the rural revitalization strategy

DING Haifeng¹, WANG Ying¹, TENG Jiashan²

1. School of Humanities and Management, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410128; 2. School of Public Administration and Law, Hunan Agricultural University, Changsha 410128, China

Abstract: By conducting field observations of the practice of integrating rural medical and elderly care, this study adopts the Smith policy implementation model as the theoretical framework to analyze the implementation challenges of rural integrated medical and elderly care from four dimensions: idealized policy, policy implementation agents, policy target group, and policy implementation environment. Corresponding optimization pathways are proposed. Research shows that rural integrated medical and elderly care faces practical challenges, such as ineffective rural home-based care service centers, a lack of collaborative innovation among integrated medical and elderly care departments, a severe imbalance in the supply and demand structure, and insufficient and under-qualified caregivers. Accordingly, the article proposes optimization approaches from four aspects, including strengthening policy system construction, promoting coordination among multiple implementation agents, meeting the needs of target groups, and reinforcing human resource support.

Key words: rural integrated medical and elderly care; policy implementation; practical difficulties; optimization pathways