

社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素

——基于 H 市的扎根理论研究

王晓晓^{1*} 郭清²

1. 河南中医药大学管理学院 河南郑州 450046

2. 浙江中医药大学 浙江杭州 310053

【摘要】为探讨社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素,本研究运用扎根理论法,通过三级编码构建出社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素理论模型。结果发现,社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素包括制度环境、合作管理和主体能力三个维度,制度环境因素包括医养结合管理体制障碍、医养结合公私合作的法律法规不健全、医养结合支付制度不完善、社区居家医养结合服务标准缺失;合作管理因素包括合作目标有冲突、合作契约不规范、合作机制不完善、合作关系缺乏信任;主体能力因素包括政府方的协调不力和财力有限,社会资本方的缺乏社会责任感和资金来源,服务提供方的人才短缺问题,以及老年人的养老观念落后和养老消费能力有限。

【关键词】社区居家医养结合服务;公私合作模式;影响因素;扎根理论

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.09.005

Influencing factors of Public-Private-Partnership Model of community-home-based medical and elderly care services: A Grounded Theory research based on H City

WANG Xiao-xiao¹, GUO Qing²

1. School of Management, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450046, China

2. Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou Zhejiang 310053, China

【Abstract】To explore the influencing factors of the public-private-partnership (PPP) model of community-home-based medical and elderly care services, this study applies grounded theory into constructing a theoretical model of influencing factors of the PPP model of community-home-based medical care and nursing services with three-level coding. Results show that influencing factors of the PPP model of community-home-based medical care combined services include three dimensions; institutional environment, cooperation management and subject capacity. Institutional environmental factors include institutional obstacles in the management of the combination of medical and elderly care, imperfection of laws and regulations concerning PPP in the combination of medical and elderly care, defective payment systems supporting this combination, and incomplete criteria for its assessment. Factors of cooperation management include divisive objectives, non-standard contracts, imperfect mechanisms, and lack of trust in cooperative relationships. Subject capacity factors include poor coordination and limited financial support from the government, lack of social responsibility and funding of the social capital resources, shortage in skillful people needed from service providers, and outdated understanding about elderly care of the senior as well as their limited consumption capacity.

【Key words】Community-home-based medical and elderly care services; Public-Private-Partnership Model; Influencing factors; Grounded Theory

* 基金项目:国家自然科学基金项目(71874047)

作者简介:王晓晓(1986年—),女,博士,主要研究方向为卫生政策与管理。E-mail:472688615@qq.com

通讯作者:郭清。E-mail:louisguoqing@126.com

截至 2021 年底,我国 60 岁及以上人口为 26 736 万,占全国人口的 18.9%,其中 65 岁及以上人口为 20 056 万,占全国人口的 14.2%。^[1]面对越来越严峻的老龄化形势,我国政府在“十四五”规划中将实施积极应对人口老龄化上升为国家战略,其中明确指出构建居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系。^[2]在这样的背景下,经过广泛调研,发现 H 市已经探索出社区居家医养结合服务的公私合作模式,即以公办的社区卫生服务机构与私营的社区居家养老服务机构为主要合作主体,通过整合社区内医疗与养老资源,共同为社区居家老年人提供医养结合服务的一种新型养老服务供给模式。^[3]H 市社区居家医养结合服务公私合作模式一定程度上缓解了 H 市社区居家医养结合服务的供需矛盾,但是作为一种新生的社会治理模式,其发展仍面临很多影响因素。本研究基于 H 市的三个典型案例,运用扎根理论法,构建出社区居家医养结合服务公私合作模式影响因素的理论模型,为我国社区居家医养结合服务的供给侧改革提供政策参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究资料主要来源于对 H 市三个典型案例相关主体进行深入访谈所获得的访谈记录。本次访谈对象共有 24 位,包括卫生和民政行政管理部门的领导、社区卫生服务机构的管理者、社区居家养老服务机构的负责人、街道和社区居委会相关工作人员。在确定访谈对象之后,围绕“社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素”这一主题进行访谈,每次访谈时间 30~60 分钟,共得到访谈记录 24 份。

1.2 研究方法

扎根理论法是分析复杂社会现象的有力工具,其优点在于能够综合运用案例研究、深度访谈等多种研究方法,深度挖掘社会现象的形成机理和影响因素,从而使研究结果不仅是“描述”而是“建构理论”,该方法常常被用于解释未被完全理解的新生社会现象。^[4]社区居家医养结合服务公私合作模式正是一种新生社会现象,其发展受到多种因素影响,因此,本研究选择运用扎根理论法,通过典型案例抽样和相关主体的深入访谈,分析社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素,并提出相应的发展策略。

1.3 理论饱和度检验

扎根理论遵循的是目的性抽样原则,即根据研究主题选择具有典型性的样本进行资料收集,再根据研究的进展决定下一步的抽样对象,直到抽样和资料搜集的内容达到“理论饱和”为止。所谓的“理论饱和”是指当搜集的原始资料不再出现新的概念和理论类属时,则认为达到了理论饱和。^[5]本研究基于目的性抽样原则选择了 H 市的三个典型案例,并围绕研究主题进行相关主体的多轮访谈,当访谈对象达到 20 人时开始未出现新的概念类属,为了保证理论的有效性,访谈对象又追加至 24 人,仍未出现新的概念及类属,则认为本研究达到了理论饱和。

2 编码过程与模型构建

2.1 开放性编码

本研究利用质性研究数据分析工具 Nvivo12 软件,对 24 份访谈记录进行逐字逐句认真阅读和编码,经过反复多次的开放性编码之后,共获得与研究主题相关的 61 个初始概念,并将其初步归纳为 15 个多次出现的范畴(表 1)。

表 1 开放性编码所形成的初始概念及范畴

编号	范畴	初始概念	概念频次
A1	医养结合管理体制障碍	医养结合顶层设计有问题(4);多头领导(3);协同困难(3);政策制定的合理性(3);养老消费券政策失效(3);家庭病床政策落实难(4);	20
A2	医养结合公私合作模式的法律法规缺失	有关医养结合公私合作只有鼓励性的政策文件(3);政府及相关部门没有出台具体可操作性的法律法规(3);医养结合服务公私合作的具体规范缺乏(2)	8
A3	医养结合支付制度不合理	老年人为了能报销更愿意去医疗机构住院养身体(3);社区医疗机构床位不够,社区养老机构床位入住率低(3);养老机构的医疗消费得自己掏钱(4);缺乏长期护理保险(3)	13
A4	社区居家医养结合服务标准缺失	上门医养结合服务清单缺乏(3);非医疗场所的医疗行为风险很大(3);缺乏服务标准就不敢服务(3);社区居家医养结合服务标准更是缺乏(2)	11
A5	合作目标有冲突	公立医疗部门的公益性与养老企业的趋利性的矛盾(4);完成上级任务与追求服务质量的矛盾(3);高昂的巡诊费与节约医疗成本的矛盾(3)	10

续表 1 开放性编码所形成的初始概念及范畴

编号	范畴	初始概念	概念频次
A6	合作契约不规范	不愿意签署合作协议(2);签署合作协议就是走个形式(2);合作协议并没有约束力(2);合作协议内容也很简单(2)	8
A7	合作机制不完善	沟通交流很少(6);除了政府的召集,基本平常没有联系(2);上级监督考核频繁(5)每天都在应付各种检查(6);考核标准没有考虑实际情况(2);	21
A8	合作关系缺乏信任	公立的医疗机构和私人部门合作担心出现医疗纠纷(4);公立机构对共享医护人员有顾虑(3);私营部门不信任基层医疗机构的技术水平(3);私营部门认为公立医疗机构只是在完成上级交代的任务(2);	12
A9	基层政府的协调能力弱	基层政府夹在中间、有苦难言(2);上级政府有任务,老百姓不配合(2);养老企业服务商不听我们的(1)	5
A10	地方政府的财政能力有限	政府说是有补贴但一直没发(2);政府事先承诺的补贴不能按时到位(2);政府给的经费很少(4);区政府没钱,所以很多补贴补助都很少甚至没有(2)	10
A11	养老企业的社会责任感缺乏	养老企业追求投资回报率(3);既然入住率不高,只能尽量节省其他成本(3);老年人自己不愿意花钱,但是他们的子女有钱啊(1)	7
A12	养老社会组织的筹资能力弱	资金来源渠道单一(3);基本就是靠政府补贴维持(3);慈善捐赠极少(2);自营项目很难收费(2)	10
A13	基层医养机构的服务能力不足	基层医护人员有限,而应对的事务很多(4);完全由公立医疗机构来做他们吃不消的(2);基层优秀的医疗人才匮乏(3);养老护理员流失严重,年离职率 50% (3)	12
A14	老年人的养老观念落后	民政部门推出的康养服务养老消费券没有几个老年人愿意购买(2);为子女花钱可以,为自己花钱保健不舍得(3);有病了才去医院看病,没病时不愿意花钱养生(8)	13
A15	老年人的养老消费能力有限	全托护理型养老服务收费高(3);老年人的月收入水平在 2 000 ~4 000 之间的居多(3);老年人只能接受一个月 4 000 块钱的养老费用,超过 4 000 就接受不了了(3)	9

注:括号内为单个初始概念出现的频次。

2.2 主轴性编码

在开放性编码的基础上,对已形成的范畴和对应的

概念进行再次比较和建立联系,将上述所获得的 15 个范畴进一步归纳,最后总结归纳为 3 个主范畴(表 2)。

表 2 基于主轴编码形成的主范畴及其对应的副范畴

编号	主范畴	对应的副范畴	概念频率(%)
B1	制度环境因素	医养结合管理体制障碍;医养结合公私合作的法律法规缺失;医养结合支付制度不完善;社区居家医养结合服务标准缺失	30.8
B2	合作管理因素	合作目标有冲突;合作契约不规范;合作机制不完善;合作关系不信任	30.2
B3	主体能力因素	基层政府的协调能力弱;地方政府的财政能力有限;养老企业的社会责任感缺乏;社会组织的筹资能力弱;基层医养机构的服务能力不足;老年人的养老观念落后;老年人的养老消费能力有限	39.0

2.3 选择性编码与模型构建

通过对上文三个主范畴及原始资料的进一步分析,围绕“社区居家医养结合服务公私合作模式的影

响因素”这一核心范畴,构建出社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素理论模型(图 1)。

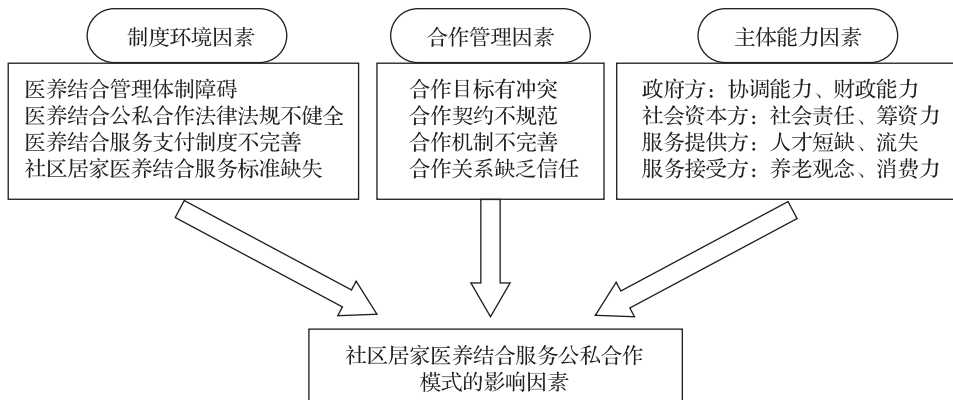


图 1 社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素理论模型

3 社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素理论模型阐释

3.1 制度环境因素

3.1.1 医养结合管理体制障碍

我国医养结合管理体制存在“多头管理”的问题^[6],以本研究中的社区居家医养结合服务为例,所涉及的机构包括区政府、区卫生健康局、区民政局、街道及社区委员会、社区卫生服务中心(站)和社区居家养老服务中心(站)。其中,主要提供医疗服务的社区卫生服务中心(站)归区卫生健康局管,主要提供养老照护服务的社区居家养老服务中心(站)归民政部门管,而服务中又涉及到医保局、财政局、发改委等众多其他部门。^[7]调查发现,虽然在政府的鼓励下,基层医疗机构和社区居家养老服务中心签订了合作协议,但实质上的合作内容很少,因为行政隶属关系的不同,社区卫生服务中心主要按照上级卫生健康部门的要求完成基本的医养结合工作内容。而社区居家养老服务中心主要接受民政部门的领导和监督,所以更多完成民政部门交代的养老服务相关任务。而作为两部门交叉的“医养结合服务”同时受卫生和民政等多个部门的监督,就会出现管理困难的情况。

3.1.2 医养结合公私合作的法律法规不健全

近些年,我国医疗与养老相关的公私合作项目发展迅速,但是目前公共服务领域的公私合作项目都是在国家鼓励性政策的驱动下开展的,并没有统一的法律法规来规制,不利于长期可持续发展。2020年12月由国家卫生健康委、民政部和国家中医药管理局联合印发的《医疗卫生机构与养老服务机构签约合作服务指南(试行)》,明确了医疗卫生机构与养老服务机构签约合作的服务内容、双方责任、合作经费、争议解决、保密条款等内容,为进一步规范医养结合公私合作行为提供了具体指南。但这些指导性的政策文件法律效力较低,很难在实践中有效贯彻执行。

3.1.3 医养结合服务支付制度不完善

调查发现,医、养无法有效结合的一个很重要原因是医养结合服务支付制度不完善。我国的医保报销制度以疾病诊疗为主,尚未有效支持以健康管理为主的医养结合服务。^[8]所以,大多数老年人都是等病了才去医疗机构就诊,因为可以由医保来支付费用,而且在基层医疗机构,住院治疗的报销比例很高,所以基层医疗机构就经常出现“压床”现象。一位社区卫生服务中心的负责人说,“我们的床位一直

都是住满的,有的老人常年在这住,导致其他老年人想住也住不进来”。相反,基层养老机构的床位入住率比较低。调研结果显示,G区K街道社区居家养老服务中心共有全托养老照护床位36张,入住半年以上的老人仅11人,入住率仅为31%。

3.1.4 社区居家医养结合服务标准缺失

调查和统计发现,我国目前医养结合服务领域,只有地方标准,缺乏统一的国家标准,即使是医养结合的地方标准,如《浙江省医养结合机构基本服务规范(DB33/T 2171-2018)》,也只是适用于机构型的医养结合服务,而对于社区居家型的医养结合服务标准还未建立。在访谈中,一位民政部门的领导谈到,“目前上门医养结合服务的标准或清单还没有,哪些能做哪些不能做还没有明确规定,医疗又是有很高风险有很高规范要求的,我们也不敢轻易尝试,所以最后我们只能做保险的或者就不做,不做才不会犯错嘛。”

3.2 合作管理因素

3.2.1 合作目标有冲突

合作目标是多元主体为达成一致目的而确立的行动方向,它为各主体的行为指明具体的努力方向。^[9]合作目标的一致性越高,越有助于提高合作主体提供服务的效率,当然,在社区居家医养结合服务公私合作过程中,涉及的利益主体较多,不同的利益主体具有不同的利益诉求,合作目标的很难完全一致性。本研究调查发现政府举办的社区卫生服务中心和社会资本运营的社区居家养老服务中心的合作目标存在冲突。这种冲突性主要表现在公立的医疗机构以公益性为主,而私营养老服务公司则以营利为主要目的。比如,一位居家养老服务中心的运营经理告诉我们“我们是私人企业,当然是要营利的,要节省成本的,不像公立的医疗机构,他们就是完成政府定的工作任务。”

3.2.2 合作契约不规范

前文的三个案例中,只有G街道社区居家养老服务中心签订了正式协议,可见这种合作行为的随意性和非正式性。合作协议的重要作用就在于清楚划分合作各方的责权利,规范合作各方的行为,以达到更好的合作效果,没有合作协议,则难以维持长久的合作。在学界,越来越多的学者研究契约治理对公私合作治理的重要性,所谓契约治理是指利用正式契约来规范交易过程,对风险分担进行清晰的、可

量化的规制^[10], 签订合作协议也是一种有效的契约治理手段。合约制定的全面性、变更的合理性、履约的规范性都会影响到公私合作项目治理的绩效。^[11]

3.2.3 合作机制不完善

一般来说, 公私合作模式的机制包括风险分担、利益共享、沟通交流和监督评价。从风险分担方面来说, 虽然医养机构的工作人员购买了相应的保险, 但是因为医疗服务的特殊性, 社区卫生服务人员仍然不敢在非医疗场所, 比如社区养老机构或居家上门开展复杂的医疗活动, 这个原因在一定程度上影响了社区医疗机构与社区养老机构合作的积极性; 从利益共享方面来说, 三个街道中只有 S 街道不仅实现了医养机构间的地理位置共享也实现了人员和信息共享, 而 K 街道和 G 街道并没有实现人员共享; 从沟通交流来看, 三个街道医疗和养老双方之间的主动沟通交流极其有限, 只限于社区卫生服务机构的家庭医生到社区居家养老服务中心例行巡诊义务, 除此之外, 只有在街道层面临时性地召集会议, 并没有定期的、规范的沟通交流平台; 从监督评价来看, 三个街道的社区居家养老服务中心负责人都反映“监督考核太频繁、疲于应对各种检查”。而且目前这种监督考核机制, 只是单纯从养老的角度进行检查, 并没有系统的针对医养结合的统一评价标准。

3.2.4 合作关系不信任

合作关系的信任度直接影响合作的效果, 而沟通质量和信息共享又是影响信任度的重要因素, 良好的沟通与信息共享可以增强信任, 促进合作。^[12] 但是, 在本研究中, 合作双方缺乏有效沟通, 有两个街道的沟通仅仅是口头承诺的“每周基层医疗机构的医生到居家养老服务中心巡诊一次”, 而没有规范的书面合作协议, 合作流于形式, 并不能很好地回应老年人的需求。另有学者认为合作双方是否来自同一部门也会影响信任度的建立。^[13] 在调研中发现, 公共部门和私人部门间存在先天的不信任, 这种先天的不信任根源在于他们属于不同性质的组织。一位公立的社区卫生服务中心主任在谈到公私合作提供医养结合服务的难点时提到: “我们是公立机构, 要保证医疗服务的公益性, 我们担心和私人机构合作后, 他们太重利益, 怕有风险。”

3.3 主体能力因素

3.3.1 政府方

一是基层政府协调不力。多数学者认为, 在公

共服务公私合作模式中, 政府的角色应该是政策的制定者、服务的购买者、合作的协调者和监督者。^[14] 在本研究的三个典型案例中, 政府发挥了政策制定者、服务购买者和监督者的角色, 但是作为公私合作过程协调者的作用没有充分体现。尤其是基层政府, 往往会因为没有自由调配资源的“低治理权”而出现协调乏力的现象。^[15] 在访谈中, 有多位街道及社区工作人员表示“我们总是受夹板气, 上面给我们派任务, 下面老百姓不配合, 供应商也不听我们的。”

二是地方政府财力有限。在调查中发现, 地方政府对于 K 街道居家养老服务中心所承诺的运营补贴一直未能及时到账, 其原因主要是地方政府财力有限。在访谈中, 区卫健局和区民政局的领导提到“我们区的财政能力还是比较弱的, 所以依靠政府给予更多财政经费也不太可能”。另外, 街道的财政能力更是有限, 根据《G 区统计年鉴 2020》可知, 2019 年 S、K、G 三街道的财政总收入分别为 19.17 亿元、7.36 亿元和 3.62 亿元。可以看出, 各街道财政能力差距大, 对于社区居家养老服务的投入力度也不一样, 作为财政能力比较低的 G 街道, 只能靠区政府的财政给予补贴, 街道没有能力给予额外补助了。

3.3.2 社会资本方

一是养老企业组织缺乏社会责任感。在访谈中发现作为 S 和 K 街道居家养老服务中心运营方的 L 企业, 虽然是一家从事养老行业多年的企业, 但并未充分认识到养老行业, 尤其是社区居家养老的公益性, 而是一味强调企业需要盈利。不可否认的是, 企业力量的参与一定程度上提高了社区居家医养结合服务的质量和效率, 但有些养老企业为了盈利会倾向于选择具有一定经济水平的老年人, 而排斥收入水平低且身体条件差的老年人, 这就违背了养老服务的公平性原则, 长期如此会导致社区居家医养结合服务供需失衡。^[16] 有学者曾指出社区居家养老社会化的三个前提是“养老事业高于养老产业”“养老福祉高于养老利润”“养老的社会效益高于养老的经济效益”。^[17]

二是养老社会组织资金来源有限。通常来说, 居家养老类社会组织的资金来源包括政府财政补贴、组织本身的增值服务营收项目和其他企业赞助等。在本研究中, G 街道社区居家养老服务中心的运营方是 H 健康社区服务中心, 其是一家 5A 级的社会组织。但在对 H 健康社区服务中心负责人访谈时了解到, G 街道社区居家养老服务中心的运营主要

是靠政府财政补贴来维持,当问到有没有其他资金来源渠道时,该负责人回答说“很少,我们是有部分上门居家养老服务是收费的,但老年人通常不愿意付费的,他们只愿意做免费的。所以居家养老类的增值服务很难开展的。”有学者对长春市五家社区居家养老服务中心的调查显示,大部分居家养老服务中心资金来源渠道主要是靠政府财政,其他融资渠道普遍较少。^[18]

3.3.3 服务提供方

一是基层医疗机构医护人员短缺。社区卫生服务中心承担医养结合工作,确实能够使社区卫生资源得到更充分的利用,但需要考虑相应卫生人力资源的配备问题^[19],不然会加剧基层医疗机构人力不足的现状。在对H市G区8家街道社区卫生服务中心的卫生人力资源调查后发现,全区2020年共有基层卫生技术人员932人,其中152人没有编制,占比为16.3%。2020年G区共有常住人口63.6万人,每千常住人口拥有基层卫生技术人员仅为1.5人,可见基层医护人员相对短缺。在访谈中,当问及基层卫生技术人员短缺的原因时,一位社区卫生服务中心主任回答说“首先是上面不给编制,没有编制就没人愿意来啊,比如上个月我们招聘公告发出去了,结果就是没人报名;再者,基层医疗机构待遇、平台各方面肯定比不上大医院啊,吸引不了人才的。”

二是基层养老服务机构人员流失严重。与医疗行业相比,养老行业更难留住人,尤其是规模较小的社区居家养老服务中心养老服务人员流失严重。在访谈中,K街道社区居家养老服务中心的负责人表示,“我们这人员年离职率达到50%多,而且一般走的还是那些有一定学历的年轻护理人员。”S街道社区居家养老服务中心同样面临人员流失率高的问题,当问及原因和解决方法时,该中心负责人说:“养老企业人员流失率高也正常的,养老行业对年轻人的职业生涯发展有限制,工资又不高,我们公司给的工资都算是高的了,但是相对干的活儿来说,这些90后还是觉得低,而且晋升会比较慢;能怎么办呢,那就不停的招人呗,当然这样就会增加人力培训成本,还会造成在职人员的不稳定,但是没办法……。”

3.3.4 服务接受方

一是老年人的养老观念需要转变。本研究调查发现,大多数老年人表示如果真的自己生活不能自理了才会考虑入住养老机构,对于机构的费用每个月4000以下可以接受,5000以上就感觉太高了。

而进一步从养老相关部门的工作人员了解到,有一些老年人不愿意花钱去做保健或者入住养老机构,并不是因为他们没钱,而是老年人的消费意识还没转变。有学者指出我国多数老年人对机构养老支付意愿低的原因有两个方面,一方面是我国部分老年人受“养儿防老”传统思想的影响,认为如果选择了机构养老服务会让他人觉得是儿女不孝;另一方面是很多老年人对社会化运营的养老服务机构了解不够,缺乏信任,消费意愿较低。^[20]

二是老年人的养老消费能力有限。除去养老观念落后的原因,还有一部分老年人的收入水平有限,导致养老消费能力不足。调查结果显示,一半以上老年人的收入在2000~4000元,而目前无论是养老机构的养老费用还是社区居家的上门服务,对于不属于政府补贴对象的老年人来说,都是一个不少的开销。尤其是样本地区K街道,地处“城乡结合部”,所调查的老年人大多是农民,他们收入水平较低,所以三个街道中K街道社区老年人对医养结合服务的消费能力最弱。调研中,两位同在社区全托机构居住的一对老年夫妻表示,“他们这里服务是挺好的,但是也真的贵,我一个月退休工资也就2000多块钱,他们这里一个月要5000多,我们都是靠儿子的贴补才住到这里的,要不是我们老两口都身体不好,我们肯定不愿意住,太贵了。”

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家统计局. 中华人民共和国2021年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. [2022-02-28]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202202/t20220227_1827960.html
- [2] 国务院. 中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要[EB/OL]. [2021-03-13]. http://www.gov.cn/xinwen/2021-03/13/content_5592681.htm
- [3] 王晓晓, 刘新功, 郭清, 等. 基于扎根理论的社区医养结合服务公私合作模式研究[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(12): 54-60.
- [4] 范培华, 高丽, 侯明君. 扎根理论在中国本土管理研究中的运用现状与展望[J]. 管理学报, 2017, 14(9): 1274-1282.
- [5] 凯西·卡麦兹. 建构扎根理论: 质性研究实践指南[M]. 边国英, 译. 陈向明, 校. 重庆: 重庆大学出版社, 2009.

- [6] 吕芯芮, 王子尧, 覃伟, 等. 基于供方的医养结合养老服务现状与问题的质性研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(19): 2459-2464, 2471.
- [7] 武玉, 张航空. 我国大城市医养结合的实践模式及发展路径[J]. 中州学刊, 2021(4): 78-84.
- [8] 阳义南. 社会保障支持衔接机构型医养结合服务及其“梗阻”破除[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2021, 35(5): 19-26.
- [9] 徐金燕, 蒋利平. 社区公共服务的多元合作供给: 机制与绩效[J]. 学海, 2013(4): 107-114.
- [10] Zhang Q Y, Zhou K Z. Governing interfirm knowledge transfer in the Chinese market: The interplay of formal and informal mechanisms [J]. Industrial Marketing Management, 2013, 42(5): 783-791.
- [11] 孙玉国. 基于契约关系双重治理的 PPP 项目治理绩效研究[D]. 北京: 北京交通大学, 2021.
- [12] 张梦晓, 高良谋. 基于 Meta 分析的主体因素与跨组织合作创新绩效的关系研究[J]. 管理学报, 2019, 16(11): 1670-1676.
- [13] 任志涛, 郝文静, 于昕. 基于 SNA 的 PPP 项目中信任影响因素研究[J]. 科技进步与对策, 2016, 33(16): 67-72.
- [14] 周军. 多重失灵与优势整合: 跨部门合作网络何以创造公共价值? [J]. 学海, 2020(3): 66-73.
- [15] 陈家建, 赵阳. “低治理权”与基层购买公共服务困境研究[J]. 社会学研究, 2019, 34(1): 132-155, 244-245.
- [16] 曲绍旭. 城市居家养老服务政社关系类型的转换效应及对策研究[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2020, 34(5): 114-123.
- [17] 穆光宗, 朱泓霏. 中国式养老: 城市社区居家养老研究[J]. 浙江工商大学学报, 2019(3): 92-100.
- [18] 孔令雪. 长春市社会组织参与社区居家养老服务能力提升路径研究[D]. 长春: 长春工业大学, 2019.
- [19] 李熹, 王芳, 袁莎莎, 等. 社区卫生服务中心参与医养结合服务现状研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(11): 51-55.
- [20] 徐隽倬, 韩振燕, 梁誉. 支付意愿视角下老年人选择社会养老服务影响因素分析[J]. 华东经济管理, 2019, 33(8): 167-173.

[收稿日期:2022-07-19 修回日期:2022-09-02]

(编辑 刘博)

欢迎订阅 2023 年《中国卫生政策研究》杂志

《中国卫生政策研究》杂志是国家卫生健康委员会主管, 中国医学科学院主办, 医学信息研究所和卫生政策与管理研究中心承办的卫生政策与管理专业学术期刊, 国际标准连续出版物号为 ISSN 1674-2982, 国内统一刊号为 CN 11-5694/R, 本刊为中文核心期刊、中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、RCCSE 中国核心学术期刊(A)、《中国人文社会科学期刊评价报告(AMI)》引文数据库期刊、人大复印报刊资料数据库重要转载来源期刊。

杂志以“传播政策、研究政策、服务决策”为办刊方针, 及时报道卫生政策研究最新成果和卫生改革发展新鲜经验, 促进卫生政策研究成果的传播利用及卫生政策研究者与决策者的交流合作, 提高卫生政策研究理论水平和实践能力, 为政府科学决策、改进卫生绩效和促进卫生事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生行政部门和卫生事业单位管

理者、卫生政策与管理相关领域的专家学者和实践者、高等院校相关专业的师生等阅读。主要栏目有: 专题研究、医改进展、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、社区卫生、农村卫生、公共卫生、医院管理、全球卫生、卫生人力、卫生法制、理论探讨、经验借鉴、书评等。

杂志为月刊, 每月 25 日出版, 国内外公开发行, 大 16 开本, 进口高级铜版纸彩封印刷, 定价 20 元/册, 全年 240 元(含邮资)。

全国各地邮局均可订阅, 邮发代号 80-955, 也可向编辑部直接订阅。

地址: 北京市朝阳区雅宝路 3 号中国医学科学院医学信息研究所《中国卫生政策研究》编辑部

邮编: 100020

E-mail: cjhp@imicams.ac.cn

联系人: 薛云

电话: 010-52328696, 52328697