

居家社区医养结合服务能力及提升路径研究：基于 39 个案例的模糊集定性比较分析

刘思琦^{1*} 赵君¹ 刘楠^{1,2} 邓溟晏^{1,2} 陈琦^{1,2} 王芳^{1,3}

1. 中国医学科学院医学信息研究所/卫生体系与政策研究中心 北京 100020

2. 北京协和医学院 北京 100005

3. 中国医学科学院/北京协和医学院卫生健康管理政策学院 北京 100005

【摘要】目的:实证分析我国居家社区医养结合服务能力的多元驱动路径,为促进医养结合服务体系完善提供有益参考。方法:基于世界卫生组织老年人综合照护(ICOPE)实施框架构建分析框架,选取我国无锡市、焦作市、长沙市、成都市、重庆市的 39 个区(县)作为样本案例,采用模糊集定性比较分析(fsQCA)方法剖析高或非高水平居家社区医养结合服务能力的组态路径。结果:居家社区医养结合服务能力的提升是各要素组合作用的结果。研究发现 4 条路径组合将有助于居家社区医养结合服务能力发展,另有 3 条路径组合或将阻碍居家社区医养结合服务能力发展;制度环境支持、筹资保障水平与区域老年人口需求程度是其中的关键因素。结论:我国居家社区医养结合服务能力受到多重因素间的相互作用与影响,应从多方面出发共同施策以提升服务能力。

【关键词】人口老龄化;居家社区;医养结合;服务能力;定性比较分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.09.005

Research on the capacity and improvement path of home- and community-based integrated health and social care: A fuzzy-set qualitative comparative analysis based on 39 cases

LIU Si-qi¹, ZHAO Jun¹, LIU Nan^{1,2}, DENG Hao-yan^{1,2}, CHEN Qi^{1,2}, WANG Fang^{1,3}

1. Center of Health System and Policy, Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. Peking Union College, Beijing 100005, China

3. School of Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union College, Beijing 100005, China

【Abstract】 Objective: Empirical analysis of the multiple driving paths of service capabilities of home- and community-based integrated health and social care in China, for providing useful reference for promoting the system improvement. Methods: Based on the World Health Organization's Integrated Care for Older People (ICOPE) implementation framework, an analysis framework for service capabilities of home- and community-based integrated health and social care was constructed. 39 districts (counties) in Wuxi, Jiaozuo, Changsha, Chengdu, and Chongqing were included. The fuzzy-set qualitative comparative analysis (fsQCA) method was used to analyze the configuration paths of high or non-high-level service capabilities of home- and community-based integrated health and social care. Results: The service capabilities of home- and community-based integrated health and social care is improved by the configuration of various factors. Four path configurations might contribute to the development of

* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程经费资助项目(2021-I2M-1-046);国家卫生健康委委托项目“2023 年社区医养结合能力提升行动”;中国医学科学院医学信息研究所所馆青年人才培养专项资助项目(2024YT13)

作者简介:刘思琦(1996 年—),女,硕士,研究实习员,主要研究方向为卫生政策、老龄健康。E-mail:liu_siqi@imicams.ac.cn

通讯作者:王芳。E-mail:wang_fang@imicams.ac.cn

service capabilities of home- and community-based integrated health and social care, and three path configurations might hinder the development. Institutional support, financing mechanism and the demand level of regional aging population are the key factors. Conclusions: Service capabilities of home- and community-based integrated health and social care are affected by the interaction and interrelation between multiple factors. Strategies should be jointly implemented from different aspects to improve service capabilities.

【Key words】 Population aging; Home- and community-based; Integrated health and social care; Service capability; Qualitative comparative analysis

居家社区医养结合服务是当前我国人口老龄化背景下满足老年人群日益增长的居家与社区医疗及养老服务需求的重要举措。在相关政策推动下,我国居家社区医养结合服务迅速发展。^[1]国家卫生健康委员会等九部门于 2022 年提出要持续组织开展社区医养结合服务能力提升行动,推动基层医疗卫生服务与养老服务有机衔接,切实满足老年人群需求。^[2]然而,由于我国居家社区医养结合事业整体起步较晚,其能力发展在实践中仍面临诸多困难与挑战,如制度保障不健全、资金保障不全面、信息化整合较差、基层资源紧缺、服务人员能力有限且动力不足等。^[3-6]

居家社区医养结合服务作为一个复杂的公共服务系统,相关利益主体众多,影响其服务能力的因素涉及多个复杂维度、层次和环节。同时,区域性居家社区医养结合服务能力薄弱或将导致当地老年人的服务需求难以满足,严重影响该人群生命质量与生活满意度。^[7]过往相关研究主要聚焦于居家社区医养结合服务模式或单一机构服务供给能力等领域,且多采用单因素或多因素定量分析有关影响因素,未能解释影响因素间组合作用的结果,尤其是目前还缺乏从区域整体的视角出发探索相关驱动路径与优化改进策略的研究。^[8-10]

本文基于世界卫生组织(以下简称“世卫组织”)提出的老年人整合照护(Integrated Care for Older People, ICOPE)实施框架构建分析框架,采用定性比较分析方法(Qualitative Comparative Analysis, QCA),结合课题组前期收集的地方案例,立足于区域整体视角,深入分析并解释不同前因变量共同作用可能带来的结果问题,探讨影响我国居家社区医养结合服务能力的组合路径,为居家社区医养结合的广泛实践与长效发展提供经验证据。

1 研究框架

世卫组织于 2015 年提出 ICOPE 的概念,旨在通过促进治理和整合服务模式,支持提供医疗卫生与社会护理服务,以维持、避免或延缓老年人内在能力和功能能力下降,并于 2019 年推出了《老年人综合照护(ICOPE)实施框架:体系和服务指南》提供具体指导。^[11]本研究从我国居家社区医养结合发展的实际情况出发,以 ICOPE 框架为指导,构建相应的组态分析框架。该框架分为宏观、中观、微观三个层次,宏观体系层面是指政府的顶层设计,涵盖政策支持、制定或更新政策和监管框架、持续质量、筹资保障、信息支持等内容。中观服务层是针对服务的管理层,包括引导服务走向社区、支持多学科服务等,其目的是向所有的个人或家庭、照顾者提供一体化的支持。微观层主要是指服务要以老年人为中心,以老年人需求为导向。基于该分析框架,本文归纳识别出三个层面下的六个具体要素(图 1)。

2 资料与方法

2.1 资料来源

课题组前期完成了我国居家社区医养结合服务能力评价体系的构建并于 2023 年 4—9 月在我国东、中、西部不同省份居家社区医养结合服务工作开展较早且有一定工作基础的典型城市展开了实证研究。^[7, 12]调查期间,在各样本地区卫生行政部门人员的协助下,课题组成员收集了相关指标的评价结果。本研究为使所纳入的案例具有更高程度的代表性,尽可能使案例研究之间具有更大的差异性,结合地方实践与数据的完整性与可获得性,挑选出来自江苏省无锡市、河南省焦作市、湖南省长沙市、四川省成都市及重庆市五个城市的 39 个区(县)级案例作为本次研究的研究对象(表 1)。

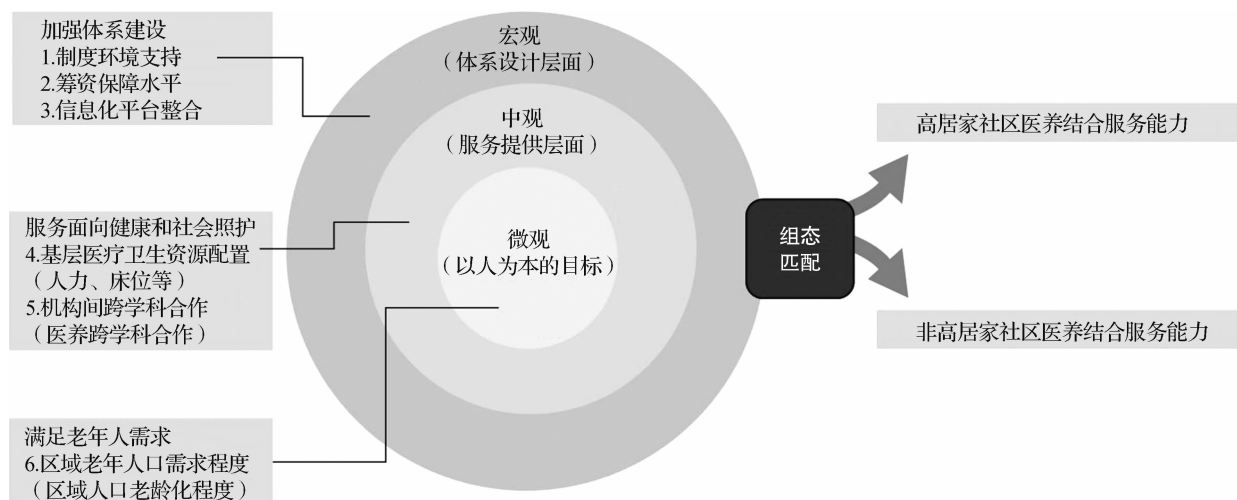


图1 居家社区医养结合服务能力驱动路径分析模型

表1 本研究纳入的案例信息表

编码	案例名	编码	案例名	编码	案例名
C01	无锡市惠山区	C14	长沙市天心区	C27	重庆市万州区
C02	无锡市江阴市	C15	长沙市长沙县	C28	重庆市北碚区
C03	无锡市锡山区	C16	长沙市望城区	C29	重庆市万盛区
C04	无锡市滨湖区	C17	成都市东部新区	C30	重庆市南川区
C05	焦作市解放区	C18	成都市高新区	C31	重庆市合川区
C06	焦作市马村区	C19	成都市锦江区	C32	重庆市大足区
C07	焦作市孟州市	C20	成都市青羊区	C33	重庆市巫溪县
C08	焦作市沁阳市	C21	成都市双流区	C34	重庆市梁平区
C09	焦作市示范区	C22	重庆市垫江县	C35	重庆市綦江区
C10	焦作市温县	C23	重庆市江北区	C36	重庆市长寿区
C11	焦作市武陟县	C24	重庆市南岸区	C37	重庆市九龙坡区
C12	焦作市修武县	C25	重庆市永川区	C38	重庆市巫山县
C13	焦作市中站区	C26	重庆市城口县	C39	重庆市两江新区

2.2 研究方法

2.2.1 模糊集定性比较分析方法

定性比较分析是一种专门针对中小样本案例组态分析的研究方法,它以集合论和布尔运算作为其方法论的核心,探索前因条件变量的组合导致结果变量的可观察变化。^[13]目前,QCA 主要包含清晰集定性比较分析(csQCA)、多值集定性比较分析(mvQCA)、模糊集定性比较分析(fsQCA)。与前两者相比较,fsQCA 方法并不要求将案例归为二分类(完全隶属或完全不隶属),而是允许变量在“0”(完全不隶属)到“1”(完全隶属)之间任意取值,反映事物的连续变化程度。本研究所选变量多为连续性变量,选用fsQCA 符合本文所选案例和变量特点。研

究采用 Excel 软件建立数据库,使用 fsQCA3.0 软件进行统计分析。fsQCA 分析的一般步骤为“确定条件与结果变量→变量数据校准→必要性条件分析→真值表构建→组态路径分析”。^[14]

2.2.2 指标选取与测算

依据国家卫生健康委员会等部门 2023 年发布的《居家和社区医养结合服务指南(试行)》,本研究将居家社区医养结合服务界定为有条件的医疗卫生机构通过多种方式为居家养老和社区养老的老年人提供所需的医疗卫生服务,包括到老年人家中或社区养老服务机构,为有需求的老年人提供医疗巡诊、家庭病床、居家医疗服务等。^[15]因此,本研究的结果变量根据“能够提供居家上门护理服务的基层医疗卫生服务机构比例”“能够提供家庭病床的基层医疗卫生服务机构比例”与“能够提供社区巡诊的基层医疗卫生服务机构比例”三个具体指标进行测量,以各指标得分相加后的平均值作为样本地区结果变量的最终得分。

基于研究所构建的分析框架,本研究以宏观体系层面所涉及的制度环境支持、筹资保障水平、信息化平台整合,中观服务层面所涉及的基层医疗卫生资源配置、机构间跨学科合作以及微观层面所涉及的区域老年人口需求程度作为条件变量(表 2)。其中,制度环境支持、筹资保障水平、信息化平台整合三个条件变量中的下属条目均以“是 = 1;否 = 0”的方式进行得分计算,由各下属条目值求和得到该条件变量的最终得分。基层医疗卫生资源配置、机构间跨学科合作、区域老年人口需求程度三个条件变

量均以各具体测量指标得分加总后的平均值作为最终得分。各变量内涵在课题组前期工作中已经过多轮专家咨询以保证其科学性及其适宜性。^[7]

表 2 条件变量与结果变量说明

变量类别	变量名称	变量内涵	
条件变量	制度环境支持	是否将居家社区医养结合服务纳入当地经济社会发展规划、医疗卫生服务体系、老龄事业等相关规划中	
		是否建立居家社区或医养结合多部门协作工作机制	
		是否制定出台推出本地区居家社区医养结合服务的具体实施方案或在医养结合服务实施方案中提及居家社区医养结合服务内容	
		是否定期开展居家社区医养结合服务监督评价	
		筹资保障水平	是否出台本级长期护理保险制度
			是否将居家社区医养结合相关服务纳入医保报销范围内
			是否将居家社区医养结合相关服务列入政府财政预算
			是否有福彩公益金、公益捐赠等用于支持开展居家社区医养结合相关服务
		信息化平台整合	是否实现了区域内医养信息共享
		基层医疗卫生资源配置	每千老人基层医疗卫生机构床位数
每万人口全科医生数			
每千人口注册护士数			
机构间跨学科合作	社区养老服务机构内设医务室比例		
	与医疗机构有协议合作的社区养老服务机构比例		
区域老年人口需求程度	区域内 60 周岁及以上常住老年人口占区域内常住人口总数比例		
结果变量	居家社区医养结合服务能力	能够提供居家上门护理的基层医疗卫生服务机构比例	
		能够提供家庭病床的基层医疗卫生服务机构比例	
		能够提供社区巡诊的基层医疗卫生服务机构比例	

2.2.3 变量校准

fsQCA 方法的结果是集合而非变量,每一集合均有隶属分析,为使结果更具有可解释性,需先对变量进行校准,赋予其集合隶属。本研究采用直接校准法,参照 QCA 原理及操作惯例,结合数据分布特点,将样本 95%、50%、5% 分位数设置完全隶属点、交叉点、非完全隶属点,将所有变量转化为 $[0, 1]$ 之间的数值,进而对校准后的前因变量进行必要性分析,以

明确单一前因变量对结果变量的解释能力。此外,由于 fsQCA 在运行过程中无法自主辨识条件值为交叉点(0.5)的数据,本研究将校准后显示为 0.5 的条件值人工调整为 0.501(表 3)。

表 3 条件变量与结果变量校准阈值设置

变量	变量名称	锚点		
		完全隶属	交叉点	完全不隶属
条件变量	制度环境支持	4	3	0
	筹资保障水平	4	3	0
	信息化平台整合	1	—	0
	基层医疗卫生资源配置	22.33	5.87	3.33
	机构间跨学科合作	71.14	55.22	20.58
	区域老年人口需求程度	25.70	19.55	12.91
结果变量	居家社区医养结合服务能力	100.00	66.67	2.12

3 结果

3.1 单个条件的必要性分析

按照 QCA 原理,在进行条件组态分析之前,需先借助一致性指标(Consistency)来判断单一变量是否足以导致现象或结果的出现。当一致性 ≥ 0.9 时,认为该变量为结果的必要条件。如表 4 所示,各变量的一致性均低于 0.9,说明本研究中不存在单一变量独立推动结果发生的情况,居家社区医养结合服务能力受多变量的共同影响,因此需要进行组态分析。

表 4 必要性分析结果

条件变量	高居家社区医养结合服务能力		非高居家社区医养结合服务能力	
	一致性	覆盖率	一致性	覆盖率
制度环境支持	0.772	0.613	0.646	0.529
~制度环境支持	0.406	0.526	0.527	0.705
筹资保障水平	0.590	0.675	0.488	0.576
~筹资保障水平	0.629	0.543	0.725	0.646
信息化平台整合	0.369	0.591	0.248	0.409
~信息化平台整合	0.630	0.449	0.752	0.551
基层医疗卫生资源配置	0.631	0.670	0.542	0.593
~基层医疗卫生资源配置	0.616	0.567	0.698	0.661
机构间跨学科合作	0.645	0.616	0.579	0.570
~机构间跨学科合作	0.548	0.558	0.609	0.639
区域老年人口需求程度	0.667	0.614	0.666	0.631
~区域老年人口需求程度	0.598	0.634	0.592	0.648

注:~是反事实分析,即逻辑“非”,如制度环境支持的反事实分析是不给予制度环境支持。

3.2 居家社区医养结合服务能力条件组态分析

研究依据上述结果进一步构建真值表进行组态分析。将案例频数阈值设定为 1, 一致性阈值设置为 0.80。fsQCA 软件的分析结果包括简约解、中间解和复杂解。中间解和简约解中同时出现的条件变量作为核心条件, 只在中间解出现的条件变量则为边缘条件。过往研究表明, 中间解具有较好的代表性和普适性^[16], 因此, 本研究着重分析中间解。

3.2.1 高居家社区医养结合服务能力组态分析

如表 5 所示, 共有四种高居家社区医养结合服务能力发展的组态路径。路径 H1: 制度环境支持 * 基层医疗卫生资源配置 * 机构间跨学科合作 * 区域老年人口需求程度 (* 表示“且”, 下同), 表明在制度环境支持与基层医疗卫生资源配置及机构间跨学科合作良好且区域老年人口需求程度高的地区, 无论是否加强筹资保障与信息平台整合, 都能促进居家社区医养结合服务能力的提升。路径 H2: 制度环境支持 * 筹资保障水平 * 信息化平台整合 * 基层医疗卫生资源配置 * 区域老年人口需求程度, 表明无论机构间跨学科合作如何, 在制度环境支持、筹资保障充分、信息化平台整合、基层医疗卫生资源配置工作完善且区域老年人口需求旺盛的情况下, 也可以推动服务能力的发展。路径 H3: 制度环境支持 * 筹资保障水平 * 信息化平台整合 * 机构间跨学科合作 * 区域老年人口需求程度, 表明在不考虑区域基层医疗卫生资源配置的情况下, 制度环境支持、筹资保障充分、信息化平台整合且机构间跨学科合作较好、区域老年人口需求程度较高也能够促进能力提升。路径 H4: 制度环境支持 * ~ 筹资保障水平 * 信息化平台整合 * ~ 基层医疗卫生资源配置 * ~ 机构间跨学科合作 * 区域老年人口需求程度 (~ 表示“非”, 下同), 表明在筹资保障较差且基层医疗卫生资源配置和机构间跨学科合作均较弱的区域, 制度环境支持、信息化平台整合及较高的区域老年人口需求同样可以促进能力的提升。

3.2.2 非高居家社区医养结合服务能力组态分析

本研究亦通过反事实分析得出了三条非高居家社区医养结合服务能力的组态路径。路径 NH1: ~ 制度环境支持 * ~ 筹资保障水平 * 信息化平台整合 * ~ 基层医疗卫生资源配置 * 机构跨学科合作 * ~ 区域老年人口需求程度, 表明如果缺乏制度环境支持、筹资保障与充足的基层医疗卫生资源配置及足

够的区域老年人口需求, 即使信息化平台实现整合, 居家社区医养结合服务能力发展也会受阻。路径 NH2: ~ 制度环境支持 * ~ 筹资保障水平 * ~ 信息化平台整合 * 基层医疗卫生资源配置 * 机构跨学科合作 * ~ 区域老年人口需求程度, 表明即使基层医疗卫生资源配置和机构跨学科合作水平高, 但若制度环境支持、筹资保障及信息化平台整合不到位且区域老年人口需求较低, 当地服务能力也不会高。路径 NH3: ~ 制度环境支持 * ~ 筹资保障水平 * ~ 信息化平台整合 * 基层医疗卫生资源配置 * ~ 机构跨学科合作 * 区域老年人口需求程度, 表明当某地基层医疗卫生资源配置充足且区域老年人口需求较高时, 如若制度环境支持、筹资保障与信息化平台整合及机构间跨学科合作工作缺失严重, 也将制约服务能力的提升。

表 5 居家社区医养结合服务能力组态分析结果

条件变量	高居家社区医养结合服务能力				非高居家社区医养结合服务能力		
	H1	H2	H3	H4	NH1	NH2	NH3
制度环境支持	●	●	●	●	⊗	⊗	⊗
筹资保障水平		●	●	⊗	⊗	⊗	⊗
信息化平台整合		●	●	●	●	⊗	⊗
基层医疗卫生资源配置	●	●		⊗	⊗	●	●
机构间跨学科合作	●		●	⊗	●	●	⊗
区域老年人口需求程度	●	●	●	●	⊗	⊗	●
一致性	0.879	0.928	0.921	0.826	0.860	0.928	0.921
原始覆盖率	0.440	0.208	0.212	0.062	0.313	0.208	0.213
唯一覆盖率	0.260	0.036	0.040	0.019	0.237	0.036	0.040
总体覆盖率	0.633			0.534			
总体一致性	0.840			0.855			

注: ●表示核心条件存在, ●表示边缘条件存在, ⊗表示核心条件缺失, ⊗表示边缘条件缺失; 核心条件即对结果产生重要影响的条件, 边缘条件即对结果起辅助贡献的条件, 空白条件即该条件无关紧要。

3.3 稳健性检验

在得到组态分析结果后, 需进行稳健性检验以验证结果的敏感性。本文采取提升案例一致性阈值的方法, 将案例一致性阈值由 0.80 提高到 0.85 再次进行事实分析。结果共得到 3 条路径组态, 总体一致性提升到 0.940, 覆盖度降低到 0.368, 3 条路径分别为路径 H2、路径 H3、路径 H4 的子集, 表明本研究结果具有较好的稳健性。

4 讨论与建议

4.1 多因素共同作用形成不同路径促进或阻碍居家社区医养结合服务能力发展

本文结合研究结果将高水平居家社区医养结合服务能力的驱动路径归纳为以下三种类型:以较好的宏观体系设计和较高的区域老年人群需求程度组成的“宏观体系—微观需求驱动型”(即路径 H2、H3),以较强的服务提供能力和较高的区域老年人群需求程度组成的“中观服务—微观需求驱动型”(路径 H1),以及主要由区域老年人群需求程度主导的“微观需求驱动型”(路径 H4)。

具体来看,在“宏观体系—微观需求驱动型”两条路径中,宏观层面中的制度环境支持与信息化平台整合为核心条件,筹资保障水平为边缘条件;中观层面中的基层医疗卫生资源配置为路径 H2 的核心条件,而机构间跨学科合作可有可无,同时,机构间跨学科合作为路径 H3 的核心条件,而基层医疗卫生机构资源配置则可有可无;此外,区域老年人口需求程度在两条路径中均起到辅助促进作用。在该种类型的路径中,宏观体系设计和微观需求程度发挥了重要作用,在中观服务层面的因素并没有完全具备的情况下,也可以推动居家社区医养结合服务能力的发展。属于该类型的案例多为焦作市各区县与重庆市的郊区区县,如路径 H2 典型案例有焦作市的武陟县、孟州市与沁阳市,路径 H3 的典型案例有焦作市武陟县、孟州市及重庆市垫江县与南岸区。这些地区的基层医疗卫生资源配置与机构间多学科合作的发展较为薄弱,而地区老龄化程度却大多高于全国平均水平,导致社会和家庭养老负担加重,服务供需矛盾突出。因此,制度环境支持成为这些地区居家社区医养结合服务能力提升的关键。

在“中观服务—微观需求驱动型”所对应的路径中,中观层面的基层医疗卫生资源配置、机构间跨学科合作均为核心条件,微观层面的区域老年人口需求程度则作为边缘条件存在,而宏观层面仅有制度环境保障为核心条件,其他条件可有可无。该路径的典型案例有长沙市天心区、成都市锦江区、成都市青羊区。这些地区由于具有地理位置优越、经济较为发达且城市规模较大、医养资源丰富等特征,具备充足的支撑能力,因而即使筹资保障与信息化平台整合尚不完善,也可以促进居家社区医养结合服务

能力的发展。

此外,在“微观需求驱动型”对应的路径 H4 中,宏观层面的制度环境支持与信息化平台为核心条件,但筹资保障水平却缺失发挥核心条件的作用;同时,中观层面的变量均缺失发挥核心条件的作用;微观层面的区域老年人口需求程度则作为核心条件出现。该路径以重庆市长寿区与合川区为典型地区,合川区为重庆市人口老龄化程度最高的区,其 65 岁及以上人口占总人口的比例达 24.11%,长寿区的人口老龄化程度也居于重庆市众区县前列。这些地区可能受到经济社会发展、地理位置特征等影响,医养资源配置及服务能力受到一定制约,但因人口老龄化形势严峻,需求缺口的扩大对区域服务能力起到“倒逼”作用,从而形成了以需求为主导的能力发展路径。

4.2 制度环境支持、区域老年人口需求程度及筹资保障水平或成发展的关键

本研究发现制度环境支持与区域老年人口需求程度作为核心条件或边缘条件在高居家社区医养结合服务能力发展四条路径中均有出现,同时,制度环境支持与筹资保障的缺失也均存在于三条非高居家社区医养结合服务能力路径中。

在制度环境支持方面,部分研究指出我国居家社区医养结合发展中存在长期发展规划与目标缺位、多部门协同效率欠佳、监管体系不完善等问题^[17],本研究进一步证实了这一观点,制度环境支持良好或将驱动居家社区医养结合服务能力提升,反之,则可能阻碍其发展。当前,我国居家社区医养结合仍是以政府为主导优化老年健康与养老服务供给的重要举措,具有较强的公益性,因此,仍需发挥政府的积极作用,加强政策支持力度。

同时,过往研究指出人口集聚度是影响卫生人力资源配置与医疗卫生资源供给的重要因素^[18-19],本研究进一步证明了区域人口老龄化程度是影响当地居家社区医养结合服务能力的关键。从市场角度出发,区域人口老龄化程度的上升也伴随着当地该人群需求的激增,形成对相关服务提供主体的“虹吸效应”,进而产生人口老龄化程度较高、需求程度较旺盛的地区,居家社区医养结合服务能力发展水平也相对较高的现象。

此外,筹资保障缺失在三条导致低水平居家社

区医养结合服务能力发展的路径中均有出现,起到辅助促进作用。目前,我国针对居家社区医养结合服务的财政经费支持和保险制度安排缺乏稳定性与可持续性,且由于经济发展水平或政府重视程度不一等因素导致区域间差异较大。^[20]因此,亟需从顶层设计做出进一步的完善,明确各方责任,以实现充足、可持续的筹资目标。

4.3 基层医疗卫生资源配置与机构间跨学科合作的政策重点与管理体制需做出适当调整

尽管基层医疗卫生资源配置与机构间跨学科合作在路径 H1 中同时作为核心条件出现,呈现出对于高水平服务能力的促进作用,但在路径 H4 中却同时作为反向核心条件(即发挥阻碍作用)出现,且在导致低水平能力发展的一条路径(路径 NH2)中同时作为正向核心条件(即发挥促进作用)出现,呈现出其对居家社区医养结合服务能力发展影响的有限性。

这一现象虽然有悖于常规理解,但在部分过往研究中也得出了类似结论。例如刘芷含等人指出基础设施在促进医养结合服务发展中的作用不甚显著,这可能与医养服务投入周期长、回报慢、机构缺乏动力等有关。^[21]本研究结果从侧面反映了即使在基层医疗卫生资源配置良好且跨学科合作顺畅的情况下,该地的居家社区医养结合服务能力不一定处于高水平发展。这可能是由于即使基层医疗卫生机构资源配置较好,但基层人员对于开展居家社区医养结合服务存在能力不足或缺乏动力等问题。同时,还有可能是目前我国医养机构间跨学科合作多通过“签约”的形式,但许多研究指出在该过程中“签而不约”的现象频繁,因而影响居家社区医养结合服务能力提升。^[22-24]基于此,建议适当调整相关领域的政策重点和管理体制。将基础设施的重点放在存量分配而不是增量供给上,注重对现有资源的整合利用。同时,在加强人员的培养培训工作与能力提升的同时,将重点从人才的数量上适当转移到提高人才能力与待遇上,从而对基层工作人员起到激励作用。其次,针对机构间跨学科合作,要进一步明确双方职责分工,并建立科学合理的考核指标体系,注重签约后的服务质量。

5 结论

与已有研究侧重于单因素作用机制不同,本研

究结合地方实践案例,运用 fsQCA 方法明确了我国居家社区医养结合服务能力提升的内在逻辑与组态路径,为其未来的发展提供了科学、合理的参考与建议。但还存在如下局限性:一是研究仅涉及我国东、中、西部的五个典型城市,结果的代表性和推广性需进一步验证;其二,囿于数据可及性,本文纳入的指标信息有限,如微观层面仅以区域人口老龄化程度衡量当地老年人口的整体需求,难以考察某一个体或特定群体的个性化需求,结果的可解释力还有待加强。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 王芳,袁莎莎,赵君,等. 我国医养结合服务发展趋势与策略[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 7-10.
- [2] 国家卫生健康委老龄健康司. 关于开展社区医养结合能力提升行动的通知[EB/OL]. (2022-03-25) [2024-05-10]. <http://www.nhc.gov.cn/llyjks/zcwj2/202203/8157c1ba56ca41e08d0503e091a55198.shtml>
- [3] 赵君,王芳,汝小美,等. 我国居家社区医养结合服务现状研究:基于34家机构的定性访谈资料[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 11-16.
- [4] 胡翔凤. 社区居家医养结合养老服务多中心治理模式研究:基于W市的实践[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(11): 11-14.
- [5] Wang K, Ke Y, Sankaran S, et al. Problems in the home and community-based long-term care for the elderly in China: A content analysis of news coverage[J]. Int J Health Plann Manage, 2021, 36(5): 1727-1741.
- [6] Hu B, Li B, Wang J, et al. Home and community care for older people in urban China: Receipt of services and sources of payment [J]. Health Soc Care Community, 2020, 28(1): 225-235.
- [7] 黄洁. 我国居家社区医养结合服务能力评价指标研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2023.
- [8] 朱霖,袁兆康,王文英,等. 欠发达地区农村社区卫生服务站服务能力评价指标体系研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(25): 2798-2800.
- [9] 宋爽. 社区上门医疗服务能力评价指标体系研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2019.
- [10] 朱亮. 医养结合社区居家养老中心供给服务质量评价指标体系构建[D]. 唐山:华北理工大学, 2019.
- [11] Integrated care for older people (ICOPE) implementation

- framework: guidance for systems and services [R]. Geneva: World Health Organization, 2019.
- [12] 刘楠, 赵君, 刘思琦, 等. 居家社区医养结合服务利用及满意度现状研究[J]. 中国社会医学杂志, 2024, 41(1): 77-82.
- [13] Hanckel B, Petticrew M, Thomas J, et al. The use of Qualitative Comparative Analysis (QCA) to address causality in complex systems: a systematic review of research on public health interventions[J]. BMC Public Health, 2021, 21(1): 877.
- [14] 张明, 杜运周. 组织与管理研究中 QCA 方法的应用: 定位、策略和方向[J]. 管理学报, 2019, 16(9): 1312-1323.
- [15] 国家卫生健康委老龄健康司. 关于印发居家和社区医养结合服务指南(试行)的通知[EB/OL]. (2023-11-01) [2024-05-10]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202311/content_6914596.htm
- [16] Claude Rubinson. Presenting qualitative comparative analysis: Notation, tabular layout, and visualization[J]. Methodological Innovations, 2019, 12(2): 1524177246.
- [17] 刘思琦, 袁莎莎, 路海英, 等. 健康治理视角下我国居家社区医养结合服务治理功能的实现[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 24-29.
- [18] 汪晓芳, 熊茗, 黄肖依, 等. 基于 fsQCA 组态视角的我国卫生人力资源配置公平性及提升路径分析[J]. 医学与社会, 2022, 35(6): 12-16.
- [19] 侯冠宇, 胡宁宁. 我国卫生医疗资源供给水平的影响及路径提升分析[J]. 中国医院, 2022, 26(12): 24-27.
- [20] 袁莎莎, 刘思琦, 黄洁, 等. 我国居家社区医养结合服务筹资政策分析[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(8): 17-23.
- [21] 刘芷含, 苏林仪, 贺小娇. 政策工具视角下我国医养结合服务发展的影响组态分析[J]. 医学与社会, 2023, 36(3): 17-22.
- [22] 李丽萍. 城市社区医养结合养老服务供给的系统动力学研究[D]. 成都: 四川大学, 2020.
- [23] 廖晴爽. 医养结合视角下南宁市老年居民家庭医生签约服务供需问题研究[D]. 南京: 广西大学, 2020.
- [24] 唐金蓉. 家庭医生签约服务政策执行中的“签而不约”问题研究[D]. 成都: 西南财经大学, 2023.
- [收稿日期:2024-05-21 修回日期:2024-08-27]
(编辑 薛云)

欢迎订阅 2025 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、改进卫生健康绩效和促进卫生健康事业发展提供重要学术支撑。主要适合各级卫生健康行政部门和卫生

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、卫生政策分析、卫生服务研究、医疗保障、药物政策、基层卫生、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 30 元/册, 全年 360 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

电话: 010-52328696、52328697