

# 协同式共建:基层医养深度融合的整体性治理

## ——基于中部G镇“养中有医”案例的机制追踪研究

杨 晶 阳 建

**摘要** 人口快速老龄化对现有养老保障体系提出了严峻考验,面对老年群体医疗与养老的刚性需求,医养结合已成为我国积极应对人口老龄化的必然选择。但是,传统农村养老服务面临着服务品质不甚理想与供给效率低下等挑战,其根源在于要素的碎片化及治理主体间缺乏协调和整合,导致医养服务难以发挥合力。通过立足于中部G镇医养结合案例,构建基于“技术—主体—制度”的整体性治理分析框架,剖析医养结合从碎片化供给向深度融合转变的历时性特征,进而揭示基层医养深度融合的实现机理,研究发现:技术、主体和制度是基层医养深度融合的关键要素;基层医养深度融合的内在机理和路径在于通过“协同式共建”,以跨部门协作消解多主体利益冲突与促进资源整合,以智慧医养技术驱动多层次联动与流程优化,以明晰权责突破政策执行壁垒与梗阻困境,从而提升医养服务质量。“协同式共建”揭示了社会结构与技术进步间的深刻联系,为基层医养结合的整体治理提供了独特的视角。

**关键词** 医养结合;整体性治理;协同式共建

**中图分类号** R197.1;F323.89 **文献标识码** A **文章编号** 1672-7320(2026)02-0117-13

**基金项目** 国家社会科学基金重大项目(21&ZD125)

我国老年人口数量在世界上居于首位,且老龄化、高龄化速度正在加快。民政部、全国老龄工作委员会办公室发布的《2024年度国家老龄事业发展公报》显示,截至2024年底,全国60周岁及以上老年人口31031万人,占总人口的22%,其中65周岁及以上老年人口的比例达到15.6%。高龄老人比例不断攀升,慢性病和失能老人增多,社会对养老和医疗的双重需求愈加迫切。随着人口老龄化的快速发展,传统上分散、独立的居家养老、机构养老、社区养老,因形式单一、供给低效、统筹协调弱等原因,已无法满足老年人高质量的医养结合养老服务需求<sup>[1]</sup>(P121-132)。自2013年9月《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》(国发[2013]35号文件)印发以来,“推进医疗卫生与养老服务相结合”成为养老服务发展的重要方向。2024年12月,国家卫生健康委员会等五部门联合印发《关于促进医养结合服务高质量发展的指导意见》(国卫老龄发[2024]40号文件),进一步提出促进质量共治、完善协作机制、推进“互联网+医养结合”等指导性意见。为打破养老和医疗之间的分割界限,地方政府不断探索有效的医养结合模式,加快医疗卫生服务资源嵌入养老服务体系。医养结合服务在满足多元化养老需求的同时,也提供了便捷实惠的医疗资源,提高了养老服务的综合效能<sup>[2]</sup>(P130-146)。《国务院关于推进养老服务体系建设的报告》数据显示,截至2023年底,全国约90%的养老机构通过与医疗机构签约合作、内设医疗机构等多种方式为入住老年人提供医疗卫生服务,全国养老服务机构与医疗卫生机构签约合作超过8.7万对。但是,基层如何形成医养结合的合力,持续破解医养结合服务体系碎片化困境,依然是当前医养结合工作的痛点。医养结合工作亟待有效融入既有的基层治理体制

和医养结合服务供给结构,形成具有可持续性的、协同高效的治理格局。本文旨在建立一个整体性治理分析框架,以中部G镇医养结合的机制追踪调查为基础,深入剖析基层医养深度融合的治理逻辑,探讨整体性治理框架下基层医养深度融合的实现机理,力图为我国医养结合服务高质量发展、积极应对人口老龄化政策的落地转化提供理论支持和实践指导。

## 一、文献综述与分析框架

医养结合是政策界和学术界共同关注的热点问题。系统性解构基层医养深度融合的实现机理,已经成为当前亟待深入探究的重要议题。

### (一) 文献综述

医养结合体制机制是一个多元主体参与和协作的综合系统,既有文献主要从服务模式、供给结构、“碎片化”困境及其治理等方面对医养结合问题进行研究。

#### 1. 医养结合养老服务模式和供给结构

医养结合养老服务模式以“整合”为核心理念,突破传统医疗卫生和社会照护体系的界限,旨在降低服务成本、减少分割并提高效率<sup>[3]</sup>(P102641)。由于传统的医疗卫生和养老服务体系是各自独立发展的,杜鹏等学者较早提出建立整合性医养结合健康养老服务体系,满足我国老年人的多元化医养结合服务需求<sup>[4]</sup>(P170-176)。医养结合是一种以“整合照料”为理念的新型养老模式,目前我国已经形成三类比较成熟的医养结合模式:养老机构开设医疗机构、医疗机构开设养老机构、养老机构与医疗机构合作<sup>[5]</sup>(P80-89)。根据医疗资源与养老服务资源整合方式的差异,医养结合模式可以分为两院一体、协议合作和居家巡诊三种模式<sup>[6]</sup>(P105-113)。随着居家和社区养老服务体系的不断完善,医养结合服务供给模式发展重心从强调医疗卫生与养老服务机构互设,到重视合作机制建立,再到服务向社区和家庭延伸,业已形成居家、社区、机构相衔接的养老服务体系,拓展出医疗机构与社区家庭合作模式、养老机构与社区家庭合作模式<sup>[7]</sup>(P109-118)。并且,居家医养结合、社区医养结合和机构医养结合不同模式之间并非完全互斥,而是彼此衔接互补<sup>[8]</sup>(P71-78)。医养结合服务的供给主体不仅包括政府、机构、社区等正式主体,还有志愿者、老年人、家庭等非正式主体<sup>[9]</sup>(P152-154)。养老机构、医疗机构等多元主体合作供给医养结合服务,促进了我国养老资源与医疗资源深度融合,明显改善了医养结合资源的配置效率<sup>[10]</sup>(P80-86)。

#### 2. 医养结合服务“碎片化”问题及成因

医养结合养老服务模式面临的“碎片化”困境主要表现为政策、服务、资源和管理等领域的分散化和低效协同<sup>[11]</sup>(P61-69),尤其是医养结合养老服务政策体系尚不完善,管理碎片化,协同落实难,社会力量参与不足。针对科层体制下医养结合的“碎片化”问题,一些文献给出政策执行协同难的学理性解释:各利益主体职责导向不明和政策衔接缺失,使得医养结合服务供给责任边界模糊、服务规范化与标准化发展不足、服务供需错配<sup>[12]</sup>(P535-545)。由垂直型科层组织架构而形成的部门间机构的专业化分工以及各自为政,成为医养结合的体制性掣肘,机构、社区和家庭等主体提供的服务内容实施缺乏统筹和连续性<sup>[13]</sup>(P135-144)。科层体系造成部门合作难度大,断裂性医保机制造成医养对接难,孱弱性激励机制造成专业医护人员匮乏等难题<sup>[14]</sup>(P40-51)。

近年来我国出台了多项医养结合政策,但是,配套制度不健全引发我国医养结合养老服务模式发展中存在政府部门权责分散、扶持政策难以落地、资金投入不足等体制机制问题<sup>[15]</sup>(P134-141)。在医养结合政策执行方面,卫健部门和医保部门是主要推动力量,但二者的推动路径存在差异,执行部门之间缺乏协作和联动,导致政策制定与执行的碎片化困境<sup>[16]</sup>(P64-73)。从利益分配视角来看,由于医养结合政策体系尚未建立起公平有效的利益分配制度,导致各级各类医疗、养老机构之间存在利益矛盾,阻碍了医养融合的实现<sup>[17]</sup>(P142-152)。

### 3. 医养结合服务的整体性治理应对

整体性治理旨在以协调和整合为核心,以信息技术为手段,以递送整体服务为形式,满足公民服务需求<sup>[18]</sup>(P52-58)。在我国医养结合治理实践中,协调是破解多元供给主体不合作、协同治理不足困境的重要手段,通过成立新型的医疗和养老服务结合体,能够在相互协作的过程中提高治理效率<sup>[19]</sup>(P135-148)。但是,医养结合政策实施机制设计不完善、服务功能整合错位,容易导致供给质量和效率低、结构适应性差、有效需求不足,而在人口老龄化背景下,对老年人健康服务的整合既要体现服务内容的横向整合,更要突破机构之间的纵向壁垒<sup>[20]</sup>(P351-362),因此,需要构建医养结合的整体性治理模式和协同机制,包括部门之间的职能整合、医疗与养老资源的协同整合、医养结合供给服务体系内部资源的精准整合、不同性质主体的互补整合<sup>[21]</sup>(P43-47)。此外,Dunleavy等人指出信息技术的应用是实现整体治理的关键<sup>[22]</sup>(P467-494)。在老龄化和数字化叠加的背景下,利用信息技术对传统养老服务模式进行改造和升级,有助于破解医养结合供需碎片化问题<sup>[23]</sup>(P15-27),促进医养要素衔接互通<sup>[24]</sup>(P92-101)。

总体而言,既有文献从不同角度分析我国医养结合实践模式与“碎片化”困境及其成因,但往往将医养结合这一复杂系统简化为若干独立要素进行分析。这种割裂式的研究范式忽视了要素间的联动关系,未能充分关注“碎片化”引发的医养结合服务供需失衡、可持续性不足等实际问题。并且,既有研究主要从主体和制度角度分析医养结合对策,缺乏对数字时代背景下基层医养融合的运行机制及技术赋能路径的深入探讨。本文使用整体性治理理论和基于纵向单案例的理论建构型过程追踪方法,拓展既有研究关于基层医养深度融合机制的解释框架。

#### (二) 基于“技术—主体—制度”的整体性治理:基层医养深度融合的分析框架

技术—组织—环境(Technology-Organization-Environment,简称“TOE”)理论由托纳茨基(Tornatzky)等人提出,是一个描述技术创新过程如何受到技术、组织以及环境因素影响的理论框架<sup>[25]</sup>(P75-86)。TOE理论强调不同影响因素对情境性结果的分力与合力,目前已被广泛用于解释组织中的技术应用及其潜在影响<sup>[26]</sup>(P81-94)。技术情境(动力)、组织情境(基础)和制度环境(保障)是TOE理论的三大要素,其在我国医养结合政策试点、扩散和发展的不同时期也发挥着不同作用。本文重点关注基层医养深度融合“技术—主体—制度”的要素协同和资源整合问题。在传统医养分离情境下,技术、主体和制度的分散性导致医养服务与老年人的实际需求断裂,暴露出医养结合所需技术的缺失、机构间的分割、政策供给不足和资源配置的松散性等问题。基层医养深度融合本质上是一个嵌入技术、主体和制度的复杂系统演化过程,技术、主体、制度三个核心条件日益成为基层医养深度融合的驱动要素。在数字时代背景下,基层医养深度融合的实现需要“技术—主体—制度”三大要素的协同整合。这种整合既要求宏观制度环境的驱动,也需要中观层面互联网技术与组织结构的调适,确保各主体间的责任明晰与利益均衡。基于医养结合“技术—主体—制度”框架的要素整合,可使原本独立的要素在需求驱动下实现优化组合,从简单的互动逐步升级为系统融合,实现“逆碎片化”,促成基层医养深度融合。

基层医养深度融合需要构建整体性治理框架,依托“技术—主体—制度”的要素,通过多主体协同发力和资源系统整合,推进目标实现。整体性治理和TOE理论都主张多主体共同参与医养结合服务体系建设,建构协同机制以提高医养结合服务的供给效能。整体性治理理论侧重于对政府治理层级、功能、部门等碎片化问题的应对,以有效解决公共事务和满足公民需求为导向,以整合、协调和信任为机制,以信息技术为治理手段,通过建立和运作跨部门和多层级的合作机制,将职能相同或相近的部门予以统合,将资源互补或优势互补的社会力量予以整合<sup>[27]</sup>(P153-164)。通过整体性治理,有助于促进目标导向下医养结合治理主体之间的协调互动,打破部门壁垒和碎片化状态,实现技术、主体和制度等要素的有机整合。TOE理论侧重于技术、主体、制度之间的互动,本质上也强调通过协同和整合实现医养结合。在多主体复杂性情境下,基层医养结合需要移植整体性治理的“协调、整合、信任”三大机制,促进基层医养结合治理要素之间的整体性运作,实现技术、主体、制度之间的有效联动与资源整合。因此,本文基于

“技术—主体—制度”的整体性治理分析框架,通过将“技术—主体—制度”三大治理要素和“协调—整合—信任”三大治理机制纳入框架,更加深入地揭示医养结合由碎片化迈向整体性的深度融合机制和发展逻辑,并提炼出基层医养深度融合的实现机理。

## 二、案例选取、研究方法与资料来源

本研究以中部G镇“养中有医”医养结合案例为研究对象,综合运用访谈调研和案例分析等方法,从过程追踪的角度,对医养结合“碎片化→整体性”发展过程和相关事件进行资料采集与历时性分析。

### (一) 案例选取

笔者对中部G镇“养中有医”医养结合案例的选择,主要是基于代表性、典型性和时效性的考量。第一,代表性。作为我国最基层的行政单位,乡镇在国家治理和农村发展中具有基础性作用。G镇位于华中腹地,地处中部、长江经济带和泛珠三角经济区交汇的中心地带,是H省C市C县农村医养结合服务试点的主战场,符合我国传统乡镇和农村地区老龄化的基本特征。第二,典型性。G镇“养中有医”医养结合模式是当前农村养老机构内设医疗机构的典型模式。2019年8月,G镇医养结合中心正式揭牌运营,将卫生院的医疗资源嵌入敬老院,内设二十余张编制床位,为老年人提供医养结合养老服务。在多主体矛盾冲突、资源限制等合作壁垒下,G镇“摸着石头过河”开展基层医养结合工作,实现医养服务深度融合,具有案例典型性。第三,时效性。2016年C市被纳入全国“居家和社区养老服务改革”试点地区名单、国家级医养结合试点单位名单,2021年G镇被纳入H省智慧医养服务平台试点地区。G镇先后被评选为2017-2019周期国家卫生乡镇、2021年智慧健康养老示范街道(乡镇),是近年来我国基层地区持续开展医养结合试点工作的特色案例。2021年,G镇模式作为H省基层医养结合的典型实践,被国家发展和改革委员会评为“第一批运用智能技术服务老年人示范案例”。2023年,以G镇为试点地区的智慧医养服务模式,通过互联网平台整合医疗卫生和养老服务资源,被列入国家卫生健康委员会、民政部联合印发的《关于推广医养结合试点工作典型经验的通知》进行全国推广。

### (二) 研究方法资料来源

本研究主要使用基于过程追踪的单案例研究方法进行系统分析。过程追踪承袭了案例研究的基本标准,多重证据既能通过相互检验确保证据的真实性,又能详尽地对结果进行预测或推导,将经验性证据转化为机制性证据<sup>[28]</sup>(P177-194)。理论建构型过程追踪研究旨在通过给定个案中的证据链,系统揭示因果机制,并基于证据将因果机制理论化<sup>[29]</sup>(P146-155)。本研究从过程追踪的角度进行案例分析,通过回溯将因果因素、事件和结果联系起来,揭示基层医养深度融合的实现机理。

本研究遵循三角验证的原则,通过采集中部G镇医养结合过程中的多个数据来源和多个时间点的案例材料对研究证据进行补充印证,这些资料构成了医养结合识别因果机制的重要证据基础。相关资料主要来源于三个方面:访谈调研资料、地方政府文件和公开报道。其中,访谈调研一手资料主要通过关键人物和利益相关者的半结构式访谈法获取。数据收集时间为2023年6月至2024年1月。笔者分四次对G镇进行不定期调研,包括对G镇政府相关部门工作人员、卫生院工作人员、敬老院工作人员、村干部进行多次半结构式访谈<sup>①</sup>,重点探究G镇医养结合的过程、发展规律与运作机制。在实地调查期间,笔者对敬老院老年人进行了一对一访谈和问卷调查。

## 三、案例呈现与经验分析

中部G镇的医养结合实践经历了从碎片化到深度融合的转型,这一过程是在“技术—主体—制度”多要素融通互补和协同发展情境下实现的整体性治理创新。根据医养结合发展的关键时间节点,本研

<sup>①</sup> 访谈记录编码规则为:访谈时间—受访者身份—身份编码。WSY—卫生院;JLY—敬老院;ZFB—政府办。下同。

究将G镇医养结合历程划分为“医养分割、政策酝酿、医养衔接、智慧医养、深度嵌入”五个阶段，并深入分析整体性治理机制下基层医养深度融合的经验性特征，揭示基层医养深度融合的发展逻辑。

(一) 情境蝶变下G镇医养结合的实践历程

1. 医养分割阶段(2013年之前):传统农村医疗服务和养老服务碎片化供给

在传统科层制组织架构下，医疗和养老服务相关业务涉及民政、人社等多个部门。尽管不同部门之间按照其各自的职能形成了权力边界，但各部门对医疗服务和养老服务的管理却是分割的，存在部门间相互约束力较低、横向协同难、权责利失衡、社会力量参与不足等碎片化问题(图1)。2005年，G镇敬老院成立，开展对五保对象集中供养、社会老人有偿代养等业务。但是，由于养老资源不足且分散，重养轻医，传统农村医疗服务和养老服务供给面临着资源、主体、服务等多重困境。乡镇卫生院虽作为公立医疗卫生机构，仍然存在盈利的利益诉求，而养老机构作为典型的非营利组织，承担了社会养老的公共责任，盈利能力较弱。由于G镇医疗机构和养老机构隶属不同主管单位，养老机构内享受医疗服务缺乏“接口”。“之前，老人看病都是喊赤脚医生，人们觉得老人家看病就是一些小毛病，就没必要去医院，我们觉得一不能报销，而且医生要有行医资格证，如果说我们不在这里看，去上一级医院，就必须说要搞个车，还需要搞个陪护跟着过去，我们觉得压力很大”(20230630WSY02)。在传统的医养碎片化情境下，我国基层医养结合服务往往相互割裂，养老机构和医疗机构存在供给壁垒，一些老年人不愿意去卫生院，医生也无法直接入驻养老机构给老人看病。

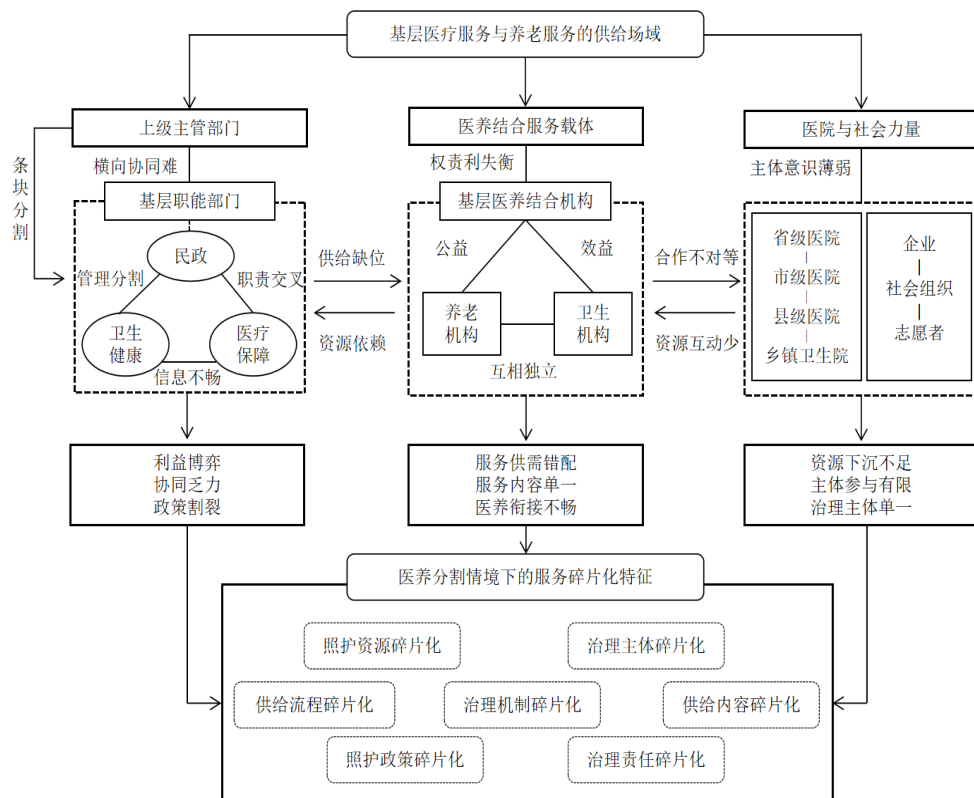


图1 医疗和养老服务的碎片化供给困境

2. 政策酝酿阶段(2013-2019年):政策支持下的医疗服务延伸性结合

为解决农村养老服务质量不高、医养资源供给不足的难题，2013年《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》正式将“积极推进医疗卫生与养老服务相结合”作为养老服务业发展的六大主要任务之

一。2015年《国务院办公厅转发卫生计生委等部门关于推进医疗卫生与养老服务相结合指导意见的通知》进一步提出支持养老机构开展医疗服务、建立健全合作机制、推动医疗卫生服务延伸。2019年,国家卫生健康委员会发文要求简化医养结合机构设立流程,并实施取消行政审批、设立许可等“放管服”措施。在国家政策引导下,H省将推进医养结合机构建设作为促进卫生健康事业发展和补齐基层医疗服务短板的重要内容,并着力探索医养结合模式。2016年,C市被列入第一批国家级医养结合试点单位、全国“居家和社区养老服务改革”试点城市。2017年,C县第一人民医院牵头成立了涵盖G镇卫生院等13家医疗机构组成的“医共体”联盟。但是,由于G镇敬老院和卫生院缺乏统一明确的合作方案,政府主导下的医疗机构和养老机构合作往往流于形式,医疗、养老平台尚未实现实质性的对接。仅仅由G镇卫生院服务延伸至敬老院定期诊疗,并未实现管理机构的横向打通与业务协同。“民政、卫健部门出台的相关政策很多,但和基层情况配套的政策缺位多。由于基层调研不够,很多政策没有出在点子上。部门与部门之间存在沟通壁垒,推行的政策不适用基层实情。实际上从基层出发是最好的,否则即使上级做好决策部署,到了基层也难以运用”(20231020WSY01)。养老服务和医疗卫生服务职能分散在不同机构组织,各部门权责重叠、功能分散、制度分设,无法实现主体间的医养协同。“敬老院是由民政局管,卫生院是由卫健局管,要在敬老院畅通医保支付需要取得多部门的协同支持。但在医养中心推行医保支付是需要上级相关部门进行行政审批,而上级部门在审批时也会有些顾虑,会担心发生过度医疗”(20231020JLY01)。并且,卫生部门严格规定,上门提供医疗服务时,严禁上门输液,并不得使用容易导致患者过敏反应的药物。囿于以上因素,医生“执业地点”只能在医疗机构,很难在敬老院提供合法合规的医疗服务,居住在养老机构的老年群体面临就医障碍。

### 3. 医养衔接阶段(2019-2021年):乡镇卫生院、敬老院嵌入式结合

为破解基层医疗服务和养老服务供给存在的多主体利益冲突、资源碎片化壁垒,2019年在县卫生健康局、医疗保障局以及民政局的大力引导和镇政府的全面支持下,G镇卫生院结合当地自身发展情况,以“一院两址”的方式嵌入敬老院。“打通医养结合渠道后,老人可以在院里,一边享受专业的照料护理,还可以享受医疗宣教、健康体检、健康咨询等服务”(20231020JLY01)。G镇以“两院一体、养中有医”的方式,将“卫生院综合二科”设置在医养结合中心,探索形成卫生院嵌入敬老院的“养中有医”模式,建成了集健康教育、预防保健、疾病诊治、康复护理、长期照护及安宁疗护于一体的新型医养结合机构。与传统的“医疗机构增添康养服务”模式不同,G镇将医疗卫生资源嵌入敬老院,设立医疗护理专区,由卫生院选派医生坐诊治疗提供医疗服务。G镇通过卫生院与敬老院之间的业务合作,协同提供医疗和养老服务,实现了浅层次的功能整合和小范围的跨部门协作。此外,为应对养老机构内设医疗机构资金不足和医保定点接入问题,县政府相关部门多次协调,实现了老年人可以在嵌入式机构的统一支付平台进行医保结算,打破了“医”“护”费用结算分离的局面。

### 4. 智慧医养阶段(2021-2023年):互联网技术赋能下的集成式融合

除机构养老外,居家养老仍是老年人的主流模式,但由于老年人居住分散、大范围推广成本高等条件约束,G镇“养中有医”医养结合模式在服务扩面升级过程中遇到瓶颈。2021年,由省卫生健康委员会、地方医疗机构等多主体共同建设了H省医养结合智能服务平台。G镇被选为智慧医养平台试点地区,依托信息技术实现了不同老年健康服务的有机整合和集成运作。在C县政府与G镇政府的政策引导和物质支持下,由“移动医疗”中国移动联合实验室、专业养老社会组织、镇卫生院联合建立起了“系统一服务一老人一终端”健康智慧老龄平台,通过智能呼叫、云传输、GPS定位等先进信息技术为老年群体提供照护服务。在政府主导和资源输入下,G镇通过打造“嵌入式养老+智慧医养+集成式服务平台”,扩大了医养结合服务的覆盖面,使得部分老年人在居家养老的同时,也能获得基本的医疗服务。在互联网技术的赋能下,G镇智慧医养服务平台采用“老年人下单、医生上门”的形式,通过平台或App小程序实现服务需求的快捷匹配,实现资源的高效管理与适配运用,有效促进了医护人员对老年人健康状况的精

确掌握及匹配精准的医疗服务。G镇卫生院作为医疗卫生服务提供方,整合了医疗照护服务资源,组成家庭医生服务团队为居家养老的老年人提供一系列的医疗服务。“我们在上门服务的时候,就能够把病人的随访放在一起,包括医疗相关信息都可以实时地把数据上传,按照老百姓的需求,在网上预约,包括健康管理方面,会做一个针对个人身体状况的方案”(20231020WSY01)。G镇综合运用“嵌入式养老+智慧医养”和“互联网+居家医养结合服务”等方式,扩大了基层医养结合服务的覆盖范围,加强了居家养老服务的供给能力,提升基层医养结合服务的普及率、效率与质量,使得老年人在敬老院或家里均可以享受到便捷的“医养结合”养老服务。2021年9月,G镇“智慧居家医疗康复护理服务”模式,作为该省农村医养结合试点工作的代表性案例,被国家发展和改革委员会发布的《第一批运用智能技术服务老年人示范案例》收录并进行全国推广。

#### 5. 深度嵌合阶段(2023年至今):持续整合下医疗养老一体化服务供给

针对民政、卫生健康、人力资源和社会保障等相关部门可能出现的利益协调和责任分配问题,2023年1月,C县政府印发深入推进医养结合服务发展的实施方案,进一步厘清了各方职责和目标,要求各部门加强协作。2023年3月,C县卫生健康局印发《加强智慧医养居家医疗服务工作方案(2023-2024)》,提出在G镇医养结合模式基础上,拓展“一站式”医养结合服务新模式,成立县智慧医养服务管理中心,负责县域内智慧医养工作的统筹管理和分类指导。在主体嵌合方面,G镇通过构建以卫生健康部门、民政部门为主的多主体联动机制,引导社会组织积极参与,创新整合照护的健康和社会照护模式,形成医养一体化服务体系,在一定程度上缓解在地化医疗、养老资源匮乏的窘境。在技术嵌合方面,G镇全面应用“互联网+医疗健康”,集中适配医疗资源和养老资源,实现线上线下互联互通,建立起了联通多元主体、嵌入技术赋能、医养有机结合的智慧养老服务体系。2023年8月,C县政府以政府投资计划内预备项目的形式,按照医养结合模式扩建G镇卫生院,并设置失能、半失能老年人康养床位,提供中西医结合康复医疗服务,实现“综合医疗诊治、康复护理、养老服务”的无缝衔接。此外,C县取消了医养结合机构行政审批许可审批,降低准入门槛,提升社会资金参与的积极性,引导更多的社会群体参与到养老服务行业当中。G镇医养结合服务体系形成了权责共担、价值共创的工作基础,各主体之间的医养资源深度嵌入、合作、共建共享,不断完善医养康养相结合、智慧医养居家医疗相结合的医养结合服务体系。“社会组织现在还没有应用到智慧医养平台里面来,他们是单独作为一个公益组织去提供一些上门服务,之后也可能会纳入到平台中”(20231020WSY02)。在政府相关部门、医疗卫生机构、养老机构、社会组织、老人及其家人等多主体深度嵌合下,G镇医养深度融合机制不断强化。

在中部G镇医养结合服务体系由医养分离迈向医养深度融合的过程中,尽管多个主体之间存在利益交叉与利益冲突,但通过整体性治理,实现技术、主体、制度的协同,最终也可破解合作难题,形成基层医养结合典型模式。从阶段性特征来看(表1),在医养分割阶段,医疗机构和养老机构等各主体相互独立,存在政策和技术的缺位问题;在政策酝酿阶段,三个要素仍然独立,缺乏有效整合,技术赋能存在壁垒;在医养衔接阶段,技术尚未嵌入主体和制度的要素,但在政策支持下医养结合服务模式不断发展;在智慧医养阶段,借助互联网技术,医养结合服务流程实现智慧化整合,制度环境持续优化;在深度嵌合阶段,技术、主体、制度要素相互依存、相互促进。G镇通过要素协同、资源整合、技术赋能,形成了技术、主体、制度的合力,促成医养结合从碎片化到深度嵌合的蝶变。

#### (二) 整体性治理机制下基层医养深度融合的经验分析

中部G镇医养结合模式运作蕴含了整体性治理的“协调、整合、信任”机制,通过机构嵌入化、流程链条化、资源联动化、技术整合化、目标联结化、共治合力化,以政策引领为基础,在卫生健康部门、民政部门、卫生院、敬老院等多主体协同下,运用互联网技术,实现从碎片化到整体性的治理蝶变。

##### 1. 协调机制:机构嵌合与流程优化

机构嵌入化逻辑是从业务分割到机构嵌合。受多主体目标分化与利益冲突等因素的制约,现实中

表1 基于过程追踪的医养结合模式特征

要素	医养分割阶段	政策酝酿阶段	医养衔接阶段	智慧医养阶段	深度嵌合阶段
技术	信息技术相关基础设施欠缺	医养结合技术存在应用壁垒	医疗养老服务依赖传统信息技术	现代信息技术逐渐嵌入医养结合服务	互联网+智能服务平台的持续赋能
主体	主体单一	主体分散	跨部门协调	多级联动	多主体形成合力
制度	政策缺位	政策探索	政策试点	政策整合	政策集成

资料来源:根据作者调查资料整理而成。

的医养结合相关利益主体之间角色定位的模糊和冲突,可能造成技术、主体和政策等治理要素的分离。在医养结合工作开展过程中,如何合理促进跨部门分工、理顺协调机制仍然是横跨在基层医养结合改革道路上的“障碍壁垒”,这难以依靠各组织内部完成自我调节。在中部G镇“养中有医”案例中,为化解医疗服务和养老服务的部门壁垒,县政府和镇政府逐步明确医养结合的改革方向,由县领导挂帅,县民政局、卫生健康局牵头,组织县财政局、人力资源和社会保障局、医疗保障局、自然资源局等多个职能部门和各镇(街),建立联席会议机制,支持以G镇卫生院嵌入敬老院组成医养结合中心,提高了医养结合政策执行的协同性,破解了医疗机构和养老机构服务分离的主体结构困境。“当时在成立医养结合服务机构时,需要县里面的各个部门的审批,都得到了相关部门的支持,包括医保政策、卫健和民政有相关的政策支持”(20230630ZFB02)。在强化政府扶持方面,C县将医养服务发展纳入财政预算,探索制定医联体建设、家庭医生、家庭病床、老年人签约服务等方面的财政扶持政策,促进医养结合发展。从业务分割到机构嵌合的转变过程中,G镇实现了卫健系统、民政系统、医保系统的跨部门协作。

流程链条化逻辑是从流程细化到供需衔接。G镇医养结合智能服务平台设置App、“健康老龄”公众号、医养到家小程序三个渠道,以智能设备记录老年人的数据,对农村老年人的医养需求进行分层分类管理,通过流程链条化重塑,破解了医养结合服务流程碎片化难题。G镇智慧医养全流程服务体系覆盖宣教、保健、诊疗、康复、照护等环节,构建了多元运作模式与多级联动机制,突破服务信息不对称带来的医养结合服务供需“碎片化”困境,完成医养结合服务一体化治理的连贯性塑造。此外,G镇将护理护工资源进行整合,引导家庭医生签约团队服务有居家照护需求的老年人,全科医师、药师、护士及上级医联体专家共同对老年人提供医疗巡诊、健康管理、急诊转诊、中医康复、日间照料等照护服务。

## 2. 整合机制:资源联动与技术整合

资源联动化逻辑是从内源依赖到医联共享。在推进医养结合过程中,医联体作为分级诊疗制度实现的主要载体,以整合“碎片化”医疗资源、促进优质医疗资源下沉为目标,是促成中部G镇医养深度融合的重要因素。G镇依托医联体的多方资源和H省医养结合智能服务平台,不断优化分级诊疗服务体系,打造上下联动、横向互通、覆盖全县的医养结合服务网络,在一定程度上缓解了基层医疗养老服务供需失衡和资源匮乏的困境。“医联体专家每隔一段时间会进行巡诊、义诊,对于老年人医疗卫生的服务有提升。接入平台后,上门服务也更多了。原来养老机构只负责兜底对象,但是现在可以去做上门服务”(20230630WSY02)。

技术整合化逻辑是从供给缺位到平台赋能。互联网作为技术驱动力,依托智慧医养平台的高效运作,不仅实现了医疗与养老数据资源的即时联动与深度整合,还打破了传统服务模式的时空壁垒,有效弥补了服务供给的不足。G镇通过利用互联网技术,构建“嵌入式养老+智慧医养+集成式平台”的智慧医养全流程服务体系,打破因空间场域隔离而形成的医养服务碎片化供给瓶颈,提高医疗卫生服务的可及性。并且,G镇采用县健康档案区域医疗信息平台 and 居家养老服务信息平台等互联网技术,实现服务数据与智慧平台的联动,通过全面整合医联体内部的资源,为老年人提供专业化、精细化“医+养+护”综合照料服务,进一步促进主体共建和资源共享,提升了医养结合养老服务质量。

### 3. 信任机制:目标联结与合力共治

目标联结化逻辑是从权、责、利冲突到合力共治。在国家部委文件指导和地方政府的支持下,G镇医养结合工作明确了深入推动医养结合试点这一共同目标,通过目标联结化巩固治理主体之间的信任关系,确保不同主体在参与医养结合改革的过程中彼此目标连续一致,增强基层医养结合政策执行合力。在G镇从医养结合碎片化迈向医养深度融合的过程中,C县政府通过制订健康强县整体规划和医养结合的专项规划推动医养结合。县卫生健康局、民政局积极对医养结合工作体系进行统筹管理和监督,包括实施培训、建立激励机制等措施,以持续、多元化的资金支持和政策引导,强化卫生院、敬老院、社会组织等不同主体之间的信任关系,推动G镇医养结合服务由碎片化迈向整体性。

共治合力化逻辑是从参与乏力到积极供给。G镇通过购买养老服务为社会组织嵌入创造条件,积极促进民间、社会组织参与医养结合服务供给。2019年以来,G镇响应县民政局“社工‘禾’计划”号召,通过政府购买公共服务等政策手段,积极组建居家养老社工服务队伍、培育养老服务供给社会力量,累计孵化或引入十余家社会组织合作参与智慧养老体系建设。县政府通过发文支持G镇医养融合各类项目融资及审批,鼓励社会资本积极参与医养融合项目,逐步解决了医养结合机构成本高、主营业务发展覆盖面不够广泛、政府与社会力量的合力不足等内生问题,促成多主体的合力共治。

## 四、协同式共建:整体性治理下基层医养深度融合的实现机理

结合中部G镇基层医养结合“技术—主体—制度”要素协同过程与“碎片化→整体性”治理实践历程,本文从“协同式共建”角度,进一步阐释整体性治理下的基层医养深度融合的内在机理。“协同式共建”不是简单把各类要素叠加到基层医养结合工作中,而是在医养深度融合的整体目标下,通过整合、协同等治理机制,将“技术—主体—制度”关键要素进行整体性运作。在基层医养结合政策的实践过程中,主体要素、技术要素、政策要素形成合力,促进多层次制度约束、多元主体互动冲突达成一致,共同推动着医养结合走向深度融合状态。技术、主体、制度之间存在可持续的、相互协同的共建关系(如图2所示)。一是主体与制度的互动。在“协同式共建”过程中,基层医养深度融合不仅通过强制性行政法规与政策指令,对医养结合各类主体的行为模式与决策策略进行塑造与约束,医养结合相关利益主体在适应制度框架的过程中,通过实践反馈,形成一系列规范与引导机制,影响智慧医养的发展路径与标准。二是技术与制度的互馈。制度框架是医养结合治理主体间共同遵循的规则体系,技术赋能受制度框架的引导与规范,通过引导参与主体的认知和行为,对技术应用产生影响。并且,技术应用以其适配性和嵌入性,能够成为推动基层医养结合制度创新以及政策执行效能提升的重要力量。三是主体与技术的互构。在主体结构“条块分割”情境下,技术应用拓展了基层医养结合的治理空间,为治理主体提供了更为高效、智能的治理工具,实现横向协同和纵向联动的跨边界整合,化解各组织的结构性矛盾。

“协同式共建”实现机理强调要素的多元性、互补性和协同性,旨在实现共建效益最大化,为刻画我国基层医养深度融合的整体性治理实现机制提供了理论阐释。在“协同式共建”过程中,技术、主体、制度共同构成了医养结合治理的复杂系统。“协同式共建”实质上体现为基层医养结合治理体系在整体性治理理念的引导下,实现“技术—主体—制度”要素之间同向协同、资源互嵌、彼此支撑的过程。在整体性治理过程中,“协同式共建”的关键在于通过整合和协调,推动“技术—主体—制度”的互动、互馈与互构,促进资源配置向最优均衡状态靠拢、逼近,最终实现基层医养深度融合。各主体在政策的引领下实现“协同式共建”,并通过强化技术赋能和完善政策衔接,确保要素适配,形成可持续的合力。因此,“协同式共建”内在机理超越了传统分析医养结合成功与否的简单模式,强调持续性探索和连续性迭代是医养深度融合的本质。

### (一) 调适供给结构:以跨部门协作消解多主体利益冲突与促进资源整合

基层医养深度融合需要消解多主体利益冲突与资源整合,充分发挥各主体的资源优势,实现资源的

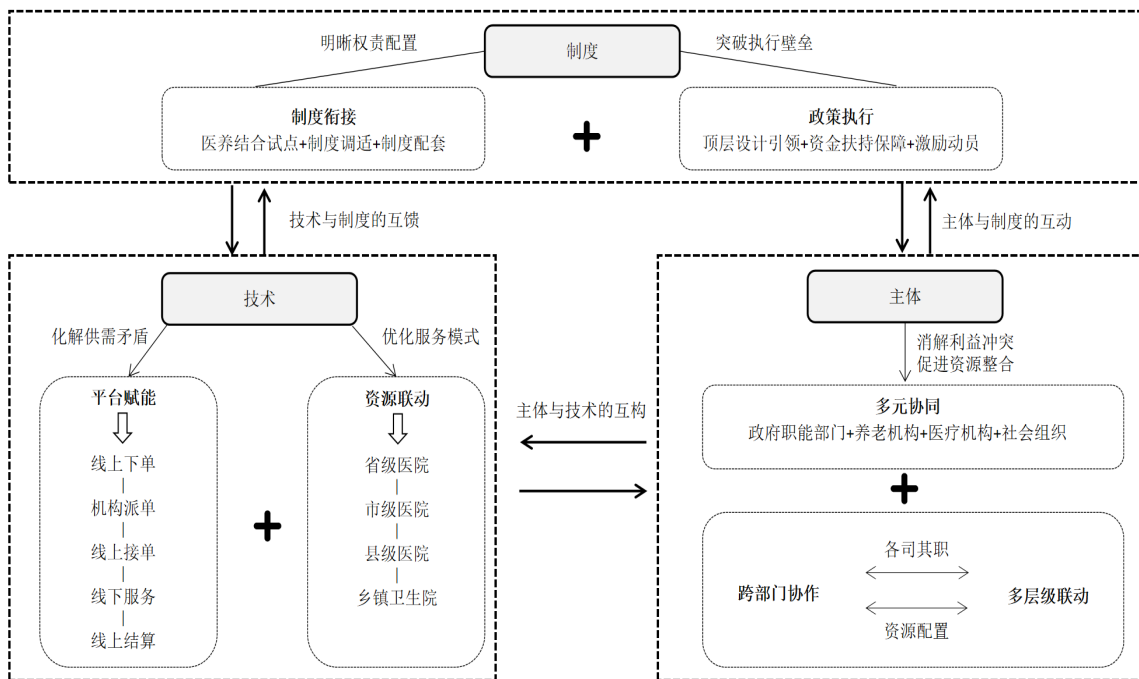


图2 “技术—主体—制度”框架下基层医养深度融合“协同式共建”的实现机理

优化配置,破解主体间的互动缺失困境。医养结合推行的过程就是一个不断多方主体同向发力、共建共享的过程。政府部门通过制度建设发挥统筹引领作用,在划分责任主体和明确合作机制的基础上,为机构整合和平台建设提供了有力支持,充分消解多主体之间的利益矛盾,持续整合医疗、养老、护理等多方面的资源。G镇将医疗资源嵌入敬老院,通过跨部门协作重塑服务供给结构和主体行为。县政府采取财政扶持、过程监管、行动考核评价等政策措施,引导各职能部门之间横向协同合作,并引导各类社会组织和企业参与到医养结合服务体系,实现纵向医疗资源联动机制与横向治理主体协同机制的有效衔接。各参与主体在共同目标下逐步建立紧密的合作关系,减少因利益冲突而产生的矛盾,推动医养结合工作的有效开展。在深入推进医养结合的过程中,“一部分是靠政府的政策,另外一部分是靠市场力量的培育。市场的力量其实也很重要,包括专业化的服务,有些营利性太强,又没有监管,就容易造成形式主义,所以多方发力也需要我们服务方的投入”(20231020JLY01)。C县加大医养结合政府支持力度,健全政府主导、部门协作的有效运行机制,明确部门间的责任义务,拓展纵向贯通的合作方式。治理主体横向协同和纵向联动扁平化改变了金字塔型利益分配体系,把个体与组织之间的关系由静态的嵌套变为动态的协同共创,促进了信息流通与需求响应,使得各利益相关者由被动执行成为积极参与、各层级主体之间紧密合作与互相支持。

(二) 强化技术赋能:以智慧医养技术驱动多层级联动与流程优化

在基层医养结合的过程中,互联网技术赋能有助于从老年人的实际需求出发,应对基层医疗、养老资源碎片化困境,激发各主体参与活力,提高医养结合系统的运作效率,是推动多主体有效参与医养结合治理的重要驱动力。G镇在推进医养结合的过程中,以嵌入互联网产品、智能养老平台等治理方式,建立了基于互联网技术的智慧医养全流程服务体系,对老年人的医疗服务需求和养老服务需求进行精准识别,由需求端决定供给端医养结合服务,形成“省级医院—市级医院—县级医院—乡镇卫生院”资源联动,通过促进不同层级医疗机构内部信息的互联互通,强化上级医疗机构和G镇医养结合中心之间的内在协同联系,打破长期以来相互分离和信息孤岛现象。在全链条全流程服务整合方面,G镇依托县医疗信息化平台,通过整合远程医疗系统,积极创新实施“线上下单—机构派单—线上接单—线下服务—

线上结算”模式,改进居家上门服务方式,优化“医药服务价格+上门服务费”的明确计费方式,发展“点单式”居家医养服务和家庭医生服务等业务,构筑了协同高效的智慧医养资源整合网络,实现服务的垂直联动和横向互通,突破传统就医的地域限制和信息壁垒,积极满足老年人从医疗到养老的全周期、连贯性健康管理和基础医疗服务需求。

### (三)完善政策衔接:以制度优化突破政策执行壁垒与梗阻困境

从医养结合制度顶层设计到具体政策方案落地的过程,本质上是权利纵向分配的过程。在医养结合的过程中,制度环境不仅包括中央政府出台的各项发展规划、执行方案和实施办法,还包括地方政府根据本地实际情况制定的具体配套文件。纵向多层级政策叠加共同组成了医养结合政策体系,为医养结合的发展提供了制度保障。医养结合政策的执行往往采用自上而下模式,多个层级政府之间的政策执行容易出现偏差。对此,G镇通过出台深入推进医养结合服务发展的实施方案,将权责关系固定。针对相关部门间的利益协调和责任分配问题,国家层面专门制订了重点任务分工方案,形成各职能部门在政策执行过程中的合力,县政府通过明确不同层级政府机构的职责、给予政策激励、加强考核督查等方式,将各环节纳入制度框架内,确保医养结合执行过程中的权责一致。此外,为突破政策执行壁垒,G镇在医养结合政策执行过程中因地制宜,为老年人提供个性化的医养结合服务。国家政策为地方政府医养结合的发展指明了清晰的方向,而具体的实施路径与模式则由地方政府依据实际情况进行探索。从最初强调医疗卫生与养老服务机构互设,到重视合作机制建立,再到服务向社区和家庭延伸,国家颁布的医养结合政策鼓励各地进行政策探索和实践创新。针对养老机构内设医疗机构存在缺少资金、不能获得医疗机构身份、不能纳入医保定点等问题,县医疗保障局、民政局等多部门积极进行协调解决,出台推进医养结合服务发展系列政策,扫除了基层医养深度融合的障碍。地方政府不仅作为政策的执行者,更成为政策优化的重要参与者和推动者,政府政策与地方实践形成了良性互动,共同推动着基层医养深度融合路径的不断完善与发展。

## 五、结语

在探讨我国的基层医养结合服务碎片化情境、复杂性机制时,需要深入理解医养结合在基层推广和应用的驱动机制及内在逻辑。针对基层治理场域的复杂关系,传统农村养老服务面临着服务品质不甚理想与供给效率低下等挑战,其根源在于要素的碎片化及治理主体间缺乏协同整合,导致医养服务难以发挥合力。医养结合模式整合了传统养老保障与现代医疗的优势,超越了传统养老观念中只强调单一“养”的服务内涵。本文基于中部G镇的线索追踪,探究了基层医养深度融合的整体性治理特征和实现机制,研究发现:在制度、主体与技术的要素协同过程中,基层医养深度融合的碎片化治理存在历时性特征,整体性治理是将不同要素整合成一个有机整体、逐步解决医养结合服务碎片化问题的有效方式。本文在深入总结相关理论与G镇实践经验的基础上,提出了“协同式共建”解释框架,作为经济强县推动基层医养深度融合的一种策略选择。秉承整体性治理理念,中部G镇依托整体性治理的协调、整合和技术赋能等治理工具,建立跨部门的协调合作与信任关系,将服务资源有机整合,实现机构整合化、技术嵌入化、流程链条化、资源联动化、共治合力化,促使技术赋能、主体协作、制度供给的深度融合,进而在基层治理场域破解医养结合养老服务面临的多重碎片化困境。

在本案例中,中部G镇“养中有医”医养结合模式通过“协同式共建”,持续强化跨部门间的紧密协作与高效资源整合,实现基层医养结合模式从服务碎片化迈向深度融合。基层医养深度融合的整体性治理经验表现出可持续的多元主体协同、需求导向的技术整合应用、目标驱动的制度优化等特征。但不论是经济发达乡镇基层还是资源贫瘠地区,政策导向扮演着推动医养结合发展的核心角色,机构协同破解了医养结合多元主体间互动缺失,数字技术在基层医养深度融合中促进了资源整合和服务流程优化。技术、主体、制度是基层医养深度融合的基石,其形塑的“协同式共建”医养结合实现机理并非三个要素

的简单堆砌,而是要素间的系统性协同。“协同式共建”既是对现有经验的提炼与升华,更是对深化医养结合领域探索的前瞻性布局。“协同式共建”不仅揭示了社会结构与技术进步之间的深刻联系,也为理解基层医养结合的整体性治理提供了独特的学术视角。

## 参考文献

- [1] 白维军. 高质量发展视角下的整合型养老服务构建. 社会保障评论, 2023, (3).
- [2] 张红凤, 王宇, 黄璐. 医养结合对老年人主观幸福感的影响研究. 经济与管理评论, 2023, (3).
- [3] C. Zhang, X. Lei, Y. Chen. Integration of Medical Care and Elderly Care: Chinese Experience and Outcomes of Older Adults. *China Economic Review*, 2026, 96.
- [4] 杜鹏, 王雪辉. “医养结合”与健康养老服务体系. 兰州学刊, 2016, (11).
- [5] 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. 中国特色社会主义研究, 2023, (3).
- [6] 李长远, 张会萍. 欠发达地区推进医养结合发展的实践模式、现实障碍及破解路径——基于宁夏三市的案例分析. 宁夏社会科学, 2020, (4).
- [7] 孙鹏娟, 蒋炜康, 陈雨欣. 医养康养相结合的养老服务体系: 政策意涵与实践路径. 北京行政学院学报, 2023, (2).
- [8] 原新, 金牛. 中国医养结合模式治理的基点、焦点和要点. 河海大学学报(哲学社会科学版), 2021, (2).
- [9] 刘智勇, 陈雅露. 推进医养结合发展的困局及其化解对策. 中国行政管理, 2022, (4).
- [10] 张瑞利, 祝建华. 失能老人照护服务碎片化及其整体性治理研究. 中州学刊, 2022, (2).
- [11] 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. 四川师范大学学报(社会科学版), 2025, (3).
- [12] 华中生, 刘作仪, 孟庆峰等. 智慧养老服务的国家战略需求和关键科学问题. 中国科学基金, 2016, (6).
- [13] 涂爱仙. 组织、政策和资源: 三维透视医养结合服务供给碎片化. 云南大学学报(社会科学版), 2022, (4).
- [14] 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. 国家行政学院学报, 2018, (2).
- [15] 睢党臣, 彭庆超. “白发浪潮”下我国医养结合养老服务的发展困境与对策研究. 宁夏社会科学, 2016, (4).
- [16] 栾文敬, 郭少云, 王恩见等. 府际合作治理视域下医养结合部门协同研究. 西北大学学报(哲学社会科学版), 2018, (3).
- [17] 史晓丹, 余泥含. 整合照料型医养结合何以可能? ——一个供需博弈分析. 福建论坛(人文社会科学版), 2022, (12).
- [18] 竺乾威. 从新公共管理到整体性治理. 中国行政管理, 2008, (10).
- [19] 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. 兰州学刊, 2022, (8).
- [20] Alex Jingwei He, Vivien F. Y. Tang. Integration of Health Services for the Elderly in Asia: A Scoping Review of Hong Kong, Singapore, Malaysia, Indonesia. *Health Policy*, 2021, 125(3).
- [21] 王长青, 毛鹏远, 陈娜等. 医养结合资源的多重整合. 学海, 2016, (6).
- [22] Dunleavy, Margetts, Bastow et al. New Public Management is Dead—Long Live Digital-era Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2006, 16(3).
- [23] 左美云, 杨艳敏. 基于不同年龄段老年群体动态需求分析的智慧养老服务研究. 四川大学学报(哲学社会科学版), 2025, (3).
- [24] 杜春林, 臧璐衡. 从“碎片化运作”到“整体性治理”: 智慧养老服务供给的路径创新研究. 学习与实践, 2020, (7).
- [25] 苏屹, 刘桐赫, 刘传斌. 基于TOE的区域创新绩效组态路径研究. 科技进步与对策, 2025, (9).
- [26] 谭海波, 范梓腾, 杜运周. 技术管理能力、注意力分配与地方政府网站建设——一项基于TOE框架的组态分析. 管理世界, 2019(9).
- [27] 韦彬, 王鹏. 数实孪生与整体制治相融双赋: 中国式现代化政务服务的全过程智治——基于南宁市“智慧人社”的案例考察. 广西大学学报(哲学社会科学版), 2024, (3).
- [28] 王利君, 于文轩, 黄英. 反事实分析+过程追踪: 社会科学因果推断的整合进路. 公共行政评论, 2024, (4).
- [29] 高进, 刘聪. 比较政治研究中的因果机制探寻——基于过程追踪法的分析. 江海学刊, 2024, (5).

## Collaborative Co-construction: A Holistic Governance Of In-depth Integrated Medical and Elderly Care at Grassroots Level

A Mechanism-tracing Study of the "Medicare-embedded Elderly Care" in G Town  
In Central China

Yang Jing, Yang Jian(Hunan University)

**Abstract** The rapid aging population poses a severe challenge to the existing elderly care security system. Faced with the rigid demand for medicare and elderly care services, the integrated medical and elderly care has become an inevitable choice for China's active response. However, traditional rural elderly care services face challenges such as unsatisfactory service quality and low supply efficiency, with its root causes lying in the resource fragmentation and insufficient coordination among governance entities, which hinder the synergistic effects of healthcare and elderly care services. Based on the case of integrated medical and elderly care in G town in central China, this study analyzes the diachronic transformational characteristics of integrated medical and elderly care from fragmented supply to in-depth integration under a holistic governance analysis framework of "technology-subject-institution", and further reveals its realization mechanism at the grassroots level. The study finds that technology, subject and institution are the key elements enabling deep integration of medical and elderly care at the grassroots level. Moreover, the internal mechanism and path of in-depth integration of medical and elderly care at the grassroots level lie in "collaborative co-construction": resolving interest conflicts among multiple subjects and promoting resource integration through cross-departmental collaboration, driving multi-tiered connectivity and integration, and process optimization with relevant smart technologies, and breaking down policy implementation barriers and bottlenecks with clearly defined rights and responsibilities, thereby improving the quality of medical and elderly care services. In short, "collaborative co-construction" reveals the profound connection between social structure and technological advancement, providing a unique perspective for the holistic governance in integrated medical and elderly care at grassroots level.

**Key words** integrated medical and elderly care; holistic governance; collaborative co-construction

---

■ 作者简介 杨 晶, 湖南大学公共管理学院副教授, 湖南长沙410082;

阳 建, 湖南大学公共管理学院博士研究生。

■ 责任编辑 桂 莉