

农村老年人“医养结合”服务利用的困境与对策

程沐曦

南京邮电大学经济学院, 江苏 南京

收稿日期: 2026年3月20日; 录用日期: 2026年5月21日; 发布日期: 2026年5月29日

摘要

伴随我国老龄化进程的不断加深, 农村老年群体对医疗与养老复合型服务的需求日益凸显。尽管医养结合模式整体已迈入高质量发展阶段, 但受制于基层资源匮乏与居民有效支付能力不足等客观约束, 农村地区医养结合服务的供给与实际需求仍难以有效匹配。本文从农村老年人医养需求的分层结构切入, 系统梳理当前主要的医养结合服务供给模式, 深度剖析农村老年人在服务利用中面临的部门分治导致的资源割裂、支付能力有限、跨部门协同不畅以及专业照护人才匮乏等现实困境。结合多地典型实践经验, 本文从强化顶层制度设计与政策协同、盘活基层存量医疗资源、深化支付体系改革及加强专业队伍建设等维度提出针对性的优化路径, 以期为推进农村医养结合服务的普及与高质量发展提供理论参考。

关键词

农村老年群体, 医养结合, 服务利用, 现实困境, 优化路径

Dilemmas and Countermeasures in the Utilization of “Integrated Medical and Nursing” Services among the Rural Elderly

Muxi Cheng

School of Economics, Nanjing University of Posts and Telecommunications, Nanjing Jiangsu

Received: March 20, 2026; accepted: May 21, 2026; published: May 29, 2026

Abstract

With the continuous deepening of population aging in China, the demand of the rural elderly population for integrated medical and elderly care services has become increasingly prominent. Although

the integrated medical and nursing care model as a whole has entered a stage of high-quality development, restricted by objective constraints such as inadequate grassroots resources and the insufficient effective paying capacity of residents, the supply and actual demand for integrated medical and nursing services in rural areas remain difficult to match effectively. Starting from the hierarchical structure of the medical and nursing demands of the rural elderly, this paper systematically reviews the current primary supply models of integrated medical and nursing services. It deeply analyzes the realistic dilemmas faced by the rural elderly in service utilization, including resource fragmentation caused by departmental segmentation, limited paying capacity, poor cross-departmental synergy, and the shortage of professional caregiving talents. Drawing on typical practical experiences from various regions, this paper proposes targeted optimization paths from the dimensions of strengthening top-level institutional design and policy synergy, revitalizing existing grassroots medical resources, deepening the reform of the payment system, and enhancing the construction of professional teams. The aim is to provide a theoretical reference for promoting the popularization and high-quality development of integrated medical and nursing services in rural areas.

Keywords

Rural Elderly Population, Integrated Medical and Nursing, Service Utilization, Realistic Dilemmas, Optimization Paths

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

当前,我国已步入中度老龄化社会,空巢化、高龄化、慢病化与失能化等人口特征交织叠加,老年群体对养老与医疗复合型服务的需求持续攀升。第七次全国人口普查数据显示,全国60岁及以上老年人口达2.64亿人,占比18.7%¹;其中,农村老年人口规模达1.21亿人,占比达23.8%²,老龄化程度显著高于城镇地区。与此同时,农村高龄与失能老年群体日常照护缺失现象较为普遍,且基础疾病患病率居高不下,对健康管理与养老照护一体化接续服务的需求极为迫切。在此时代背景下,医养结合服务模式成为必然选择。自2013年《国务院关于加快发展养老服务业的若干意见》³提出“推动医养融合发展”以来,相关政策体系不断完善。2015年,国务院办公厅印发《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015~2020年)》⁴,正式明确了“医养结合”概念。历经十余年探索,我国医养结合工作已由起步探索迈入高质量发展阶段。2024年12月,国家卫生健康委等五部门联合发布《关于促进医养结合服务高质量发展的指导意见》⁵;2025年7月,国家卫生健康委印发《医养结合示范项目工作方案(2025年版)》⁶,旨在通过创建示范县(市、区)与示范机构,引导更多社会力量积极参与,持续扩容并优化医养结合服务供给。

¹第七次全国人口普查公报(第五号)[EB/OL]. https://www.stats.gov.cn/sj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202302/t20230206_1902005.html, 2021-05-11.

²2020年度国家老龄事业发展公报[EB/OL]. <https://www.nhc.gov.cn/ljks/c100157/202110/b365898ae2a4406d91e1b1ecd10ca911.shtml>, 2021-10-15.

³国务院关于加快发展养老服务业的若干意见[EB/OL]. https://www.gov.cn/zwgc/2013-09/13/content_2487704.htm, 2013-09-13

⁴《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》印发[EB/OL].

<https://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8555/201504/508095c052ea484183e392640708e62e.shtml>, 2015-04-01.

⁵国家卫生健康委 民政部 国家医保局 国家中医药局 国家疾控局关于促进医养结合服务高质量发展的指导意见[EB/OL].

https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202412/content_6992253.htm, 2024-12-12.

⁶国家卫生健康委关于印发医养结合示范项目工作方案(2025年版)的通知[EB/OL].

<https://www.nhc.gov.cn/ljks/c100158/202507/04872519054543f59272d8aecd3688c9.shtml>, 2025-07-22.

我国医养结合政策历经了从概念导入、体系构建到高质量发展的演进过程，政策重心已由最初的规模扩张逐步转向对内涵质量的深度优化，旨在破解医疗与养老资源“两张皮”的结构性矛盾[1]。然而，受制于基层医养资源匮乏、居民支付能力有限等现实约束，农村地区医养结合进程总体滞后于城市。服务供给与实际需求错位，已成为制约农村医养结合纵深发展的核心问题。基于此，本文拟从农村老年人医养需求的分层结构入手，系统梳理现有的医养结合服务供给模式，深度剖析农村老年人在服务利用过程中面临的现实困境及其成因，并针对性地提出破解困境的优化路径与对策建议，以期为推进农村医养结合服务高质量发展提供理论参考。

2. 农村老年人医养需求与供给模式分析

2.1. 农村老年人医养需求的分层结构

为明晰农村老年人的医养需求，应对其“医”“养”两方面的需求进行分析。农村老年人对“医”的需求，包括疾病预防、疾病诊治、慢病管理、健康体检与康复护理等；对“养”的需求，涵盖日常起居、饮食照顾等生理层面，以及文化娱乐、心理关怀等精神层面。此外，有学者指出老年人的健康相关生命质量整体偏低，其需求高度集中在临床治疗、医学康复、生活照料以及心理关怀等方面[2]。

根据老年人健康状况与自理能力的不同，其对医疗与养老服务的需求呈现出明显的差异化特征，农村老年人医养需求的分层结构见表1。

Table 1. Hierarchical structure of medical and nursing care demands among the rural elderly

表 1. 农村老年人医养需求的分层结构

需求层次	群体特征	医养服务需求重点
第一层次 “医低 - 养低”	自理老年人，整体健康状况良好。	对医疗与养老服务的依赖度均较低，以基础健康预防为主。
第二层次 “医高 - 养低”	自理程度较高，但多患有长期慢性病。	具备日常活动能力，对医疗服务需求较高，养老照护需求较低。
第三层次 “医低 - 养高”	因外部意外或机能退化导致失能程度较高。	需要长期生活照护，无须高频次、持续性的专业医疗干预。
第四层次 “医高 - 养高”	伴有严重疾病或慢性共病的完全失能老年人。	需求高度集中于临床治疗、医学康复、急救及全方位的生活照料。

有实证研究表明，伴有慢性共病的群体，其健康效用值呈明显下降趋势，一旦出现行动、自我照顾或日常活动能力障碍，其对医学康复、临床治疗、急救救护及各类生活照料服务的需求均显著高于无困难群体[3]。此外，患有疾病、存在日常生活能力障碍及心理孤独感的老年人主观幸福感往往较低，对专业度更高的“医疗机构内设养老机构”模式展现出更强的倾向性[4]。因此，针对农村老年人的分层结构，不仅需要精准匹配医养服务供给，还需通过加大经济救助与支持力度来提升其整体收入水平，进而改善其主观幸福感。

2.2. 农村医养结合服务供给的主要模式

当前，农村医疗服务的供给主体相对单一，以村卫生室、乡镇卫生院及县级医院为主；养老服务供给主体则呈现家庭、社区与机构多元并存的特征。从医疗与养老服务供给主体的结合路径来看，当前农村地区主要形成了三类医养结合服务供给模式，其具体形式与适用特征见表2。

Table 2. Primary supply models of integrated medical and nursing services in rural areas**表 2.** 农村医养结合服务供给的主要模式

供给模式	典型形式	适用对象与供给特征
机构医养模式	机构内设 机构合作	主要面向失能及康复期老人。服务成本较高，但能提供高强度、专业化的医疗救治与照护。
社区医养模式	机构 + 社区	主要面向社区内老人。实现医养资源的近距离物理整合，开展日常托管、就医问诊与健康监测。
居家医养模式	机构 + 家庭	覆盖面最广。依托基层医疗资源延伸至家庭，满足绝大多数农村老人的常态化需求。

1) 机构医养模式。

该模式主要分为“机构内设”与“机构合作”两种形式。“机构内设”包含“医中有养”与“养中有医”。前者在应对失能及康复期老年人的高强度医疗需求时优势显著；后者则以生活照护为主，辅以基础健康监测。然而，医疗机构在参与医养结合时常受限于体制机制与功能定位，需要通过结构、关系与认知的深度嵌入，以实质性提升医养融合质量[5]。“机构合作”模式多为弥补单一机构服务短板，双方依据就近原则，通过合作实现资源互补。

2) 社区医养模式。

该模式指基层养老服务中心为老年人提供依托式托管，并由基层医疗机构提供医疗支撑。农村典型代表为“村卫生室 + 农村幸福院”的联建模式，其优势在于医养资源的近距离物理整合，便于开展就医问诊与健康指标监测。为进一步破解社区层面的供给碎片化问题，提升服务效率与质量，需要不断优化内部资源配置，加大专业医护力量投入，并积极借鉴多元主体参与的创新实践经验，以夯实社区医养的承载能力[6][7]。

3) 居家医养模式。

此模式将专业医疗与养老服务延伸至家庭。除家庭成员的日常照料外，主要依托村卫生室为居家老年人提供健康档案建立、定期随访与康复护理等服务。近年来，医养结合机构积极推动服务向社区和居家下沉，这种“服务延伸”机制有效打通了机构高专业度与居家高普及度之间的梗阻，成为提升优质资源可及性的重要路径[8]。近年来，老年友善型医院通过优化适老就医流程和内设养老单元，发挥了显著的专业辐射作用[9]。同时，中医药凭借“治未病”的预防优势与乡土认同感，正深度嵌入农村医养体系，成为提升服务可及性的重要补充路径[10]。

3. 农村老年人医养结合服务利用的现实困境

尽管国家和地方层面出台了一系列政策推动医养结合发展，但当前农村医养结合的多元供给仍面临主体、资源及信息割裂的“碎片化”困境[11][12]，如图1所示。

在数字化转型进程中，农村基层医疗机构面临协同创新的技术梗阻，部门间的数据孤岛导致动态监测失灵；同时，农村老年人群体面临严峻的“数字鸿沟”，智慧医疗终端的实际利用率偏低[13]。此外，目前农村医养结合服务缺乏基于健康老龄化视角的统一质量评价标准，难以对服务过程进行有效监督与反馈，这导致基层供给呈现出随机性特征，严重影响了服务的长期可持续性[14]。

3.1. 部门分治导致医养服务割裂

当前，乡镇卫生院与农村养老院分属卫生健康与民政部门管理，二者独立运行，导致医疗与养老服务难以有效衔接，老年人常在两院间奔波。一方面，部分乡镇卫生院受农村人口流失影响，面临业务萎

缩与资源闲置困境。相比于三级医院高达 90% 的床位使用率，乡镇卫生院床位使用率往往不足 50%⁷，基层医疗机构的病房与人力资源利用效率偏低。另一方面，农村养老机构普遍缺乏医疗资质与专业护理能力，多局限于基础生活照料，难以满足失能及半失能老人的医疗护理刚需，导致基层医养资源错配。



Figure 1. Schematic diagram of practical dilemmas in the utilization of integrated medical and nursing services among the rural elderly

图 1. 农村老年人医养结合服务利用的现实困境示意图

3.2. 农村居民支付能力制约服务普及

农村老年人整体收入水平较低，面对专业化的医养结合服务，普遍存在支付能力不足的瓶颈。以江苏某县为例，在长期护理保险制度落地前，普通农户难以承担失能老人入住专业护理机构的费用。随着长护险与民政床位补贴等多重保障机制的引入，特困老人实现费用全免，普通农户自付比例压减 60% 以上⁸。这从侧面印证了，在缺乏完善的政策与资金支持背景下，农村老年人有限的支付能力与相对高昂的医养服务价格之间存在显著矛盾。

3.3. 跨部门协同不畅引发政策碎片化

医养结合涉及卫生健康、民政、医保及发展改革等多个部门，在基层实践中，部门间的政策衔接与协同配合尚显不足。正如全国人大代表王瑛所指出的，亟需整合各部门政策与资金，构建长效投入机制。当前，养老、医疗与医保分属不同行政体系，由此产生的信息壁垒与审批障碍，导致医养结合机构在资质申请、政策补贴获取等方面面临诸多阻力，影响了服务的规模化发展。

3.4. 专业照护队伍与人才建设滞后

农村地区普遍缺乏专业的医养照护人才。乡镇卫生院受编制与人员限制，难以抽调专门力量向养老服务延伸；而现有农村养老机构的护理人员多呈现老龄化、受教育程度偏低等特征，缺乏系统的医疗护理技能。尽管部分地区已探索开展养老护理员技能集中培训，但总体规模有限。加之薪资待遇偏低、职

⁷2020 年 1~11 月全国医疗服务情况[EB/OL].

<https://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/202102/50a3c7d8316c4baab52d78822032ba79.shtml>, 2021-02-26.

⁸沛县创新模式，为 6500 余名失能老人撑起“守护伞”[EB/OL]. <https://www.toutiao.com/article/7516732107034329640/>, 2025-06-17.

业发展空间受限，农村医养机构面临专业人才“引不进、留不住”的双重困境。

3.5. 地理环境阻滞末端服务可及性

针对偏远及山区农村，服务半径广、居住分散、交通不便等地理因素大幅增加了医养结合服务的供给成本。以福建政和县为例，受劳动力大量外出务工影响，山区空巢老人的日常照护难题日益凸显，失能、半失能群体的持续医疗与应急救护需求尤为迫切。如何克服空间地理限制，破解高成本难题，将专业医疗照护有效延伸至山区老年人家中，是打通农村医养服务“最后一公里”的关键挑战。

4. 破解困境的实践探索与经验借鉴

针对上述困境，国内多地在体制重组、支付体系及服务延伸等方面开展了积极探索，形成了可资借鉴的地方经验。

4.1. “公建公营”的乡镇卫生院托管养老机构

江苏省沛县以乡镇卫生院全权托管敬老院的方式，推行“公建公营”医养融合。通过适老化改建与失能等级分区管理，医疗服务区与生活照料区实现了空间与功能的无缝衔接。在人员调度层面，实行医护人员与养老护理员的协同排班机制，康复设施直接配置至床头。同时，以长期护理保险制度针对重度、中度失能群体的分级定额补助叠加民政床位补贴作为核心支付机制支撑。该运作机制有效打破了卫生健康与民政部门分治的传统体制壁垒，显著盘活了基层存量医疗资源。借助多重保障机制的引入，当地特困老人的服务费用实现全免，实质性缓解了农村居民有效支付能力不足的现实矛盾。尽管机构内部医养融合度较高，但受限于基层医疗机构严格的编制与人员配额，乡镇卫生院难以持续抽调专门力量向更为广阔的居家养老场景进行服务延伸。此外，下沉一线的养老护理员群体普遍呈现老龄化特征且受教育程度偏低，专业医疗护理技能的结构性匮乏仍是制约服务提质的瓶颈。

4.2. 长护险制度

长期护理保险是缓解医养支付压力的核心机制。通过建立针对重度、中度失能群体的分级定额补助，叠加民政床位补贴，能够显著压减入住机构的自付比例。政策杠杆有效减轻了失能老人的经济负担，同时为基层医养结合机构的良性运营与服务升级提供了稳定的资金保障。

4.3. “公建民营”的协同连续服务模式

针对山区专业服务能力薄弱的痛点，福建省政和县在中医院内引入专业社会养老团队，实施“公建民营”。政府负责基建与兜底保障，医院提供双向转诊与医疗帮扶，社会机构导入市场化运营经验。该模式构建了涵盖“预防、治疗、康复、照料”的连续性服务链条，实现了多方优势互补。依托“线上数字赋能 + 线下定期巡诊”的融合干预体系，有效提升了偏远地区尤其是山区空巢、失能与半失能群体对于持续医疗与应急救护资源的可及性。但山区普遍面临服务半径广、村落居住分散及交通不便等客观地理限制，这大幅提高了医养结合服务的常态化供给成本。如何有效克服空间地理阻碍，破解高成本与低收益难题，将专业化照护稳定延伸至山区空巢老人家庭，依然是打通农村医养服务“最后一公里”面临的严峻挑战。

4.4. 巡回医疗与数字赋能

面对偏远农村的客观限制，多地通过常态化巡回医疗延伸基层服务触角。同时，依托数字技术构建“5G + 智慧医疗”网络，并开发适老版慢病管理移动应用。在数字技术赋能背景下弥合农村空巢老人

“数字鸿沟”，通过引导家庭成员参与应用的绑定与协助，发挥代际反哺作用，配合“线上数字赋能+线下定期巡诊”的融合体系，切实提升偏远地区优质医养资源的可及性。

5. 农村医养结合优化对策的操作化设计与可行性分析

针对农村医养结合面临的现实困境，本研究聚焦筹资支付、存量资源与人才队伍三个核心维度，摒弃笼统的宏观倡导，提出具体可操作的优化对策，并对其落地可行性与潜在风险进行系统评估。

5.1. 构建“政-险-企-人”多层次筹资与支付模型

破除单一资金依赖是深化支付体系改革、破解农村居民有效支付能力不足的关键。建议构建针对农村地区的“三级共担”多层次筹资模型：底层加速将长期护理保险向农村常住人口扩面，并实行按失能等级定价的床日付费制；中层统筹民政与卫生健康资金，设立特困及重度失能老人专项医养补贴以强化财政兜底；顶层鼓励商业保险机构开发低免赔额的“惠农医养险”，并设定农村家庭个人自付封顶线。该模型依托现有医保网络与民政救助体系进行规则叠加，无需重构底层行政网络，具备较高的制度可及性，且多地长护险的先期试点已为其提供了扎实的数据测算基础。然而，此举客观上面临中西部欠发达地区县级财政承压过重，以及长护险全面下沉易引发服务过度利用的道德风险。对此，需在顶层设计中建立中央及省级财政向农村倾斜的专项转移支付机制，同时必须引入第三方独立的失能等级动态评估体系以实现严格控费。

5.2. 实施“两院一体”的基层存量医疗资源盘活机制

针对乡镇卫生院床位使用率长期偏低及农村养老机构医疗资质匮乏的资源错配问题，应系统推行卫生院与敬老院的“两院一体化”改造。在具体操作上，可出台“医养转换床位”专项核批通道，允许基层卫生院按辖区需求将15%~30%的闲置医疗床位弹性转化为护理型床位；在空间规划上，物理隔离出独立的康养服务区，由原班医护人员通过“院内双岗定责”机制提供常态化巡诊。该方案立足于盘活沉淀资产而非盲目新建，能够大幅降低重资产建设的资本支出，只要从体制上打通基层卫生与民政部门的预算与考核并轨，便可迅速提升存量资源的利用效能。其潜在阻力主要集中于医疗账目与养老账目的合规性摩擦，以及院内交叉感染的风险隐患。因此，建议在县级层面设立“医养结合统筹专户”实行严格的财务分账核算，并在机构内部改建时坚决执行院感防控标准，确保医疗救治动线与生活照料动线的物理分离。

5.3. 建立“县管乡聘村用”的复合人才定向引育机制

为从根本上破解农村专业照护队伍“引不进、留不住”的双重困境，亟需重构基层人力资源配置链路。建议探索推行“县管乡聘村用”机制，即由县级卫生健康或民政部门统筹编制配额与薪酬标准，乡镇卫生院或区域医养中心负责签订劳动合同，并将人员派驻至村级服务点或家庭开展精准照护。同时，实施“订单式”人才培养计划，由地方政府出资委托市县级职业院校定向培养本地农村户籍的医养护工，并签订设定服务年限的就业协议。将编制或稳定合同固化在县乡层级能有效提升从业者的职业安全感与社会认同，而“本地生源定向培养”则充分利用了乡土社会的地缘依恋特征，有望大幅降低人员流失率。鉴于系统培养周期较长无法迅速填补短期缺口，且服务期满后仍面临人才向城市回流的潮汐现象，短期内需结合政府购买服务高频引入第三方专业机构开展密集轮训；中长期则必须建立基于服务年限与技能等级的阶梯式岗位津贴制度，以长效且具竞争力的经济激励锁定核心人才队伍。

6. 结语

农村老年人医养结合服务的有效利用，不仅是积极应对人口老龄化挑战的紧迫议题，亦是全面推进

乡村振兴、增进基层民生福祉的重要构成。当前,我国农村地区医养结合服务的供需之间仍存在显著落差。资源结构性错配、有效支付能力受限、跨部门协同体制不畅以及专业队伍匮乏等多重困境的相互交织,深度制约了农村老年群体对医养资源的实质性利用。为破解上述现实困境,需构建政府、市场、社会与家庭多元主体协同共治的供给格局。在具体实践路径上,应以强化顶层制度设计为统领,通过整合盘活基层存量资源、深化长护险等支付机制改革、健全专业人才培养体系、推进数字智慧技术赋能,坚持因地制宜创新服务模式,逐步构建农村医养结合服务网络。精准对接农村老年群体的多层次需求,切实化解日常照护与医疗救治相割裂的矛盾,整体减轻农村家庭的照料负担。宏观而言,推动农村医养结合服务向高质量迈进,是落实国家应对人口老龄化战略的关键一环,更是保障农村老年群体共享社会发展成果的基础性民生工程。未来,仍需在多方力量的持续协同推进下,稳步破解农村地区“医”与“养”相分离的结构性难题,持续改善农村老年人的生活质量,真正实现农村人口的健康老龄化。

参考文献

- [1] 尹艳红. 我国医养结合政策演进及其优化[J]. 中国行政管理, 2024, 40(7): 102-112.
- [2] 万乐平, 韦慧燕, 杨光媚, 等. 基于 EQ-5D 量表的社区居家老年人医养结合服务需求分析[J]. 郑州大学学报(医学版), 2022, 57(6): 810-815.
- [3] 宋旭辉, 梁笑笑, 董海颖, 等. 不同健康维度的高血压合并糖尿病老年患者社区医养结合服务需求[J]. 郑州大学学报(医学版), 2024, 59(4): 577-582.
- [4] 司明舒, 冯倩, 邵梅英, 等. 医养结合机构老年人收入水平与主观幸福感的相关性研究[J]. 中国卫生统计, 2023, 40(3): 373-376.
- [5] 曾永发, 马颖颖, 刘卓君, 等. 嵌入性理论视角下医疗机构参与医养结合优化路径研究[J]. 中国医院, 2025, 29(6): 57-61.
- [6] 何燕, 柳建宇, 杨光媚. 社区居家医养结合机构服务效率评价及影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(3): 263-267.
- [7] 马福云. 我国城市社区医养结合的创新实践与优化策略[J]. 人民论坛, 2025(10): 52-57.
- [8] 庞庆泉, 赵云. 医养结合机构服务延伸: 机理、梗阻与路径[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(11): 28-31.
- [9] 严宇珺. 老年友善型医院医养结合创新发展困境及路径研究[J]. 中国医院, 2026, 30(3): 45-48.
- [10] 郑先平, 李欣雨, 刘赞, 等. 中医药赋能农村医养结合的嵌入机制与实现路径[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(11): 20-23.
- [11] 唐健, 陈燕华, 高维明, 等. 协同理论视角下农村社区“医养结合”多元供给碎片化治理困境与破解路径[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(8): 910-915, 924.
- [12] 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[J]. 四川师范大学学报(社会科学版), 2025, 52(3): 61-69, 201.
- [13] 高鹏. 数字化背景下医养结合服务协同创新: 理论框架和政策启示[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2025, 42(6): 46-55.
- [14] 李运华, 冯玉莹. 健康老龄化视域下“医养结合嵌入式”养老服务的质量评价研究[J]. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 2024, 41(4): 95-105.