

整体性治理视角下城市居家医养结合发展研究

龚秀全¹ 刘晴暄² 张敏¹ 陈以文³ 秦绪美² 王晓芸²¹

(1. 华东理工大学 上海 200237 ;2. 上海师范大学 200233 ;

3. 上海市老龄事业发展促进中心 200062)

【摘要】: 相对于机构服务来说, 上门医疗和护理服务对服务质量和风险管控的要求更高, 需要有完备的法律体系和监管体系作为支撑。因此, 政府部门要完善居家医养结合中的相关法律规范, 明确“医”和“养”的服务范围, 界定医疗和养老供给方的权责与义务、利益关系、服务内容、风险管控机制等, 制定居家医养服务合同范本, 这也有利于更好地监管服务过程, 有效地规范市场运行, 在发现风险和处理风险的过程中有法可依、有章可循。

【关键词】: 居家医养结合 整体性治理 基本医疗保健

【中图分类号】: C913.6 **【文献标识码】:** A **【文章编号】:** 1005-1309(2022)07-0106-008

一、引言

《健康中国 2030 规划纲要》明确把推动医养结合发展作为促进健康老龄化的重要举措。国内学术界对医养结合开展了大量研究。从定义看, 主要包括两个维度: 一是从供方视角, 认为医养结合是指医疗资源与养老资源相结合, 通过将医疗、康复、养老等服务融为一体的新型养老服务模式;^[1]二是从需方视角, 认为医养结合是指从老人生命周期出发, 整合家庭、社会医疗和照护资源, 既面向养老机构的老人, 也面向居家的老人, 为老人提供全过程的有针对性的服务, 整体解决老人的医疗和照护需求, 实现“医”“护”“养”三者的协同。^[2,3]对定义理解不一样, 对医养结合类型划分存在较大差异。赵晓芳^[4]从供方视角, 将医养结合分为养老机构内设医疗机构、医疗机构内设养老机构、医疗机构与养老机构合作 3 种模式, 这一分类方法也被国内大部分学者所引用。但是, 我国 97% 以上的老人是社区居家养老, 迫切需要医养结合服务。从医养结合服务场所看, 医养结合可以划分为社区居家医养结合服务模式和机构医养结合服务模式。^[5]区别于机构医养结合, 社区居家医养结合既包括社区内的机构照料, 也包括居家上门服务, 本文居家医养结合模式主要指后者。

国内关于医养结合的难点及其成因有大量的讨论, 但多数从宏观政策视角进行分析。研究指出, 多部门管理更容易导致职责定位模糊, 出现利益纠纷和责任推诿,^[6]不同部门对各项政策的认知、调整和落实难以实现协调和一致,^[7]从而难以发挥政策合力。此外, 医养服务有效供给不足, 资金筹集渠道单一, 监督评估机制匮乏,^[8]专业人才培养滞后也成为医养结合发展的瓶颈之一。居家医养结合在服务主体、服务场所和服务需求等方面与机构医养结合存在差异, 因而制度推行面临的阻力也不一样, 但目前聚焦于居家医养结合实证研究相对较为匮乏。

由于我国居家医养结合的服务模式尚处于探索阶段, 未形成统一完备的政策体系, 还有许多难点需要解决。上海作为率先进

作者简介: 龚秀全, 经济学博士, 华东理工大学社会与公共管理学院教授, 博士生导师。刘晴暄, 上海师范大学哲学与法政学院副教授。张敏, 华东理工大学社会与公共管理学院硕士研究生。陈以文, 上海市老龄事业发展促进中心研究人员。秦绪美, 上海师范大学哲学与法政学院硕士研究生。;王晓芸, 上海师范大学哲学与法政学院硕士研究生。

入人口老龄化的城市，在居家医养结合方面进行了大量探索。我们对上海浦东、静安、长宁等区的多个街道进行了大量调查，通过与养老机构、社区卫生服务中心负责人、街道和社区领导开展深入访谈，探究居家医养结合的难点及其成因，并尝试提出相应对策。

二、上海居家医养结合的实践

面对 90%以上的老年人选择居家养老方式，为了缓解机构资源紧缺的现状，满足大量老年人对医疗和养老服务的需求，上海市政府出台了一系列居家医养服务政策，以满足老人的医疗和养老服务需求，家庭病床、“互联网+护理”、长期护理保险、家庭照护床位等政策扮演了重要的角色。上海于 1990 年代实施了一级地段医院向社区服务中心转变的改革，社区卫生服务具有全程化特征，开展家庭病床服务以及家庭医生服务的“最后一公里”，家庭病床服务成为老年患者居家医养结合的重要支撑。为更好地保障失能人员的基本护理需求，在 2013 年开始试点的上海市高龄老年人医疗护理服务项目的基础上，2016 年 12 月上海实施《上海市长期护理保险试点办法》，开始长期护理保险的试点。2019 年 6 月 28 日，上海发布《上海市“互联网+护理服务”试点工作实施方案》。为进一步丰富和扩大上海养老服务供给，促进机构、社区与居家养老服务融合发展，2019 年 11 月 26 日，上海市民政局印发关于《上海市开展家庭照护床位试点方案》的通知，以专业照护机构为支点，以社区为服务半径，根据老年人的实际照护需求，提供专业规范的居家照护服务，满足老年人原居安养的愿望。

家庭病床、“互联网+护理”、长期护理保险、家庭照护床位都是居家医养结合服务模式中的主要服务形式，为满足老年人居家医疗和护理服务需求提供了重要制度保障，但在服务对象、费用支付(资金来源)、服务内容、服务供给主体和监督管理上存在较多差异。

在服务对象上，家庭病床和“互联网+护理服务”主要针对患有慢性病或者行动不便的失能老人，而长期护理保险和家庭照护床位则主要针对达到老年照护评估等级的失能、半失能老人。在服务内容上，家庭病床与“互联网+护理服务”都提供包括上门诊疗和医疗护理在内的服务项目，长期护理保险主要提供 27 项基本生活照料服务和 15 项常用临床护理服务，家庭照护床位除了提供长护险中已有的 27 项基本生活照料服务之外，还增加了一些设施共享、照护增能等个性化定制服务。

在资金来源和费用支付上，家庭病床、“互联网+护理”、长期护理保险中规定的服务内容均可使用医疗保险或者长护险按照规定的比例报销，而家庭照护床位除了长护险规定的服务内容可用长护险报销外，其他服务均需自费。

在服务主体上，家庭病床和“互联网+护理服务”由具备医疗资质的医疗机构派遣医生或护士上门服务，长期护理保险和家庭照护床位则由具有法人资质、能开展长期护理服务的养老机构或护理站派遣执业护士、护理员等上门服务。

在监督管理主体上，家庭病床和“互联网+护理”服务由卫健系统进行统筹管理；而长期护理保险涉及的监管主体则较多，由社保部门牵头，发改委、民政局、卫健委、财政局等部门协同管理；家庭照护床位由民政系统主管。4 项政策具体对比见表 1。

表 1 四项政策的对比

	家庭病床	“互联网+护理”服务	长期护理保险(居家)	家庭照护床位
服务对象	需要连续治疗，但因本人生活不能自理或行动不便，到医疗机构就诊确有困难，需依靠医护人员上门服务	重点服务对象为：高龄或失能老年人、康复期患者和终末期患者等行动不便的人群或者母婴人群	参加本市基本医疗保险的 60 周岁及以上的人员，经老年照护统一需求评估等级为二至六级的失能老人	居住在家中、有较为稳定的家庭照料者，且老年照护统一需求评估为三级及以上的老年人

	务的患者			
服务内容	(1) 上门服务(2) 检查项目(3) 基础护理项目(4) 康复项目(5) 中医项目(6) 药品服务(7) 指导评估服务(8) 安宁疗护服务等 8 类、64 项	(1) 皮肤护理(2) 导管维护(3) 各类注射(4) 标本采集(5) 氧疗护理(6) 基础护理(7) 健康指导(8) 中医护理(9) 母婴护理(10) 康复护理(11) 安宁疗护	27 项基本生活照料服务；15 项常用临床护理服务。评估等级为二级或三级的，每周上门服务 3 次；评估等级为四级的，每周上门服务 5 次；评估等级为五级或六级，每周上门服务 7 次；每次上门服务时间为 1 小时	(1) 机构式长期照护(身体护理、生活照料等)(2) 阶段性专项照护(出院后的康复训练等)(3) 机构设施共享服务(4) 家庭照护增能服务(照护知识讲解、实操培训等)
资金来源	基本医疗保险	基本医疗保险	基本医疗保险统筹基金	自费
费用支付	上门巡诊费 80 元，其他服务项目按照物价、医保报销规定另收	上门巡诊费 80 元，其他服务项目按照物价、医保报销规定另收	对于居家上门服务：长护险报销 90%，个人自付 10%	符合长护险规定的社区居家照护的服务费用，按照长护险有关规定进行结算；其他超出项目按服务机构价格收取费用
服务主体	(1) 社区卫生服务中心(2) 设有全科医疗科诊疗项目的门诊部(3) 全科诊所	具备服务资质的医疗机构可派出本机构注册(或备案)护士提供服务。派出的护士应当至少具备 5 年以上临床护理工作经验和护师以上技术职称	具有法人资质、能开展长期护理服务的养老机构、社区养老服务机构以及医疗机构(如护理站等)	养老机构或长者照护之家：(1) 执业两年以上，或有两年以上养老服务机构运营经验，且入住率不低于 50%；(2) 有具备相关资质，可以上门服务的专业团队；(3) 两年内未纳入社会失信名单、未发生重大安全事故或群体信访事件
监督管理	市卫生健康行政部门成立市家庭病床服务质量控制中心负责本市家庭病床服务的监督管理工作	市、区卫生健康委通过管理平台对开展“互联网+护理服务”试点医疗机构实施监管	市人力资源社会保障局(市医保办)负责长期护理保险政策制定和统一管理，基金的监督管理工作；会同市发改委、市民政局、市卫健委、市财政局协同推进老年照护统一需求评估工作	区民政部门将家庭照护床位的服务质量纳入机构服务质量日常监测和年度考核，对试点情况每季度开展多种形式的跟踪、检查、抽查、评估

三、城市居家医养结合的难点

上海采取多种措施提供居家医疗和养老服务来满足老人医养服务需求，老人可以根据自身需要选择相应的医、护和养服务。但是，在服务提供方面，医护养仍然处于分割状态，不能基于老人健康需求提供整体性、精准性和连续性服务。居家医养结合发展面临诸多问题和难点。

(一) 人力资源整合难

医养结合需要医疗、护理和养老团队有效沟通，协力提供服务。但是，上海出台这些政策时，各部门基于本部门职责而出台

相应政策，较少考虑跨部门人力的整合问题。在政策的实际执行中，各执行主体各自为政，养老机构参与提供医养结合服务的积极性比较高，但医疗卫生机构积极性较低。家庭医生及护士在提供家庭病床时都是被动服务，以完成指令性指标为目的。由于医、护、养服务人员没有整合成团队，还不能有效提供临床医养结合的整合服务。

（二）居家医疗照护服务接续难

一是康复服务不可及。当大病老人出院后，需要持续的康复护理服务，以帮助老人更快地恢复健康。但由于社区卫生服务中心配备的康复护理人员匮乏，以及老年人家庭缺乏相关的康复训练设备等原因，导致医疗机构难以有效开展康复护理服务。养老机构受限于自身能力与资源，提供的大多是偏生活类的“照料”服务，而非“康复护理”服务。二是缺乏疾病预防。医疗服务偏重于疾病治疗，而对疾病预防并不重视。三是医护转换不顺畅。医护人员对老人出院后照料护理缺乏衔接，对照料人员缺乏相应培训，居家专业护理服务也往往不能及时跟进。三是上门医疗服务或上门护理服务均存在一定风险，医疗安全得不到有效保障，这导致一些医疗机构取消了那些容易发生风险事故的医疗项目，只开展一些简单的医疗服务项目。例如，家庭病床服务规范中规定的 64 项医疗服务，实际只开展了 20 多项常规的基础医疗服务，输液、插管等老人有需求但风险较高的服务项目因多方面原因而搁置。四是居家护理服务连续性不足。部分家政服务和夜间照护服务不可及，服务过程缺乏连续性。长护险 27 项生活照料服务中有“喂饭、助浴”的服务内容，但是却没有“做饭、洗衣”的选项，这对于一些没有自理能力的高龄、失能老人来说，就会产生“有人喂饭，无人烧饭；有人助浴，无人洗衣”的困境。

（三）健康信息整合难

一是健康信息采集各自为政。养老机构和医疗机构之间信息不联通，在健康信息的采集和记录上各自为政，这既加大了工作量，影响了服务效率，也容易出现健康信息矛盾，导致纠纷。二是健康变动信息预警难。如何在老人需要“医”的时候适时准确地提供“医”，实现供需信息精准匹配，需要建立智能预警系统，实现信息沟通和及时传递。三是智能预警系统因价格贵，难以推广使用。虽然一些企业很早就进行了探索 and 开发，能够提供多种专门为居家老年人设计的智能设备，如离床报警设备、跌倒预防报警设备、行为分析设备、智能手环等，这些装置能够在一定程度上预警老人在家的意外风险，并通过及时的抢救，减轻对老人的伤害。但是，辅具设备的安装和运营费用并没有具体的补贴政策，对于老人来说价格昂贵，大部分老人不愿意租赁或购买。

（四）医养服务管理协同难

1. 政策协同难

一方面，各种居家医养政策基本覆盖了老人的“医”“养”“护”需求，但是由于不同政策的主管部门不同，政策出台相互独立，缺乏沟通和协调，导致 4 项政策之间存在较多服务项目的交叉重叠。“多头管理，各自为战”容易造成政策实施过程中大量信息重复采集、服务内容重复、割裂，难以实现不同资源之间的优势互补，这不仅导致医疗和养老服务各自的运行成本提升，收费价格上涨，老年人获得感差，而且还难以切实解决老年人的需要，造成资源的浪费。另一方面，各项政策相互间界限模糊，没有明确的区分和界定。从供给角度来审视，养老与医疗服务可以分工，需要进行业务划分，但关键点在于明确划分“医”和“养”的服务边界，以便于老人在两者之间进行有序的衔接。在家庭照护床位的试点方案中，家庭照护床位主要提供机构式长期照护、阶段性专项照护、机构设施共享服务、家庭照护增能服务四大类服务，具体服务项目很笼统，并没有一个详细的服务清单，这导致养老机构和老人都无法将家庭照护床位与长护险区别开来，在实施过程中还会遇到许多矛盾和纠纷。

2. 部门协同难

目前的居家医养结合服务体系涉及卫健委、人社局、民政局和老龄委等多个部门，其中家庭病床和“互联网+护理服务”由卫健委主管，长期护理保险由人社局主管，同时与卫健委、民政局、财政局、发改委共同管理老年统一需求评估工作，家庭照

护床位由民政部门负责统筹管理，而负责老龄工作的老龄办隶属于卫健委部门。由于主管部门分割，各主体往往习惯于执行纵向指令，机构间横向合作相对不足，在具体服务过程中存在服务内容交叉、部门权责不清的问题，在政策的落实和执行上往往分头行动，难以实现各个部门的协调一致，导致“医养”分离的局面，这不仅增加了社会资源的运行成本，还导致实际操作中政策管理的执行效率低下。

四、城市居家医养结合难点的成因

（一）管理分割：缺乏协同合作机制

在市级层面，上海为促进医养结合发展，进行了整体规划，并明确了重点任务和责任单位。但是，在政策的具体实施中，缺乏统筹协调有效的沟通合作机制。医疗和卫生部门虽然都有实现健康养老这一共同的政策目标，但各部门的考核任务和评估指标不同，这就导致了各部门在政策实施和执行过程中会优先以完成自身的考核任务、提升本部门的绩效为主要目标，因此存在部门利益博弈的问题，无法实现统一协调。由于不同部门的核心目标并不一致，在具体政策执行中容易相互掣肘，更多时候各部门会把本部门的绩效放在第一位，最终可能与其他部门指标产生冲突，难以形成医养结合的合力。

（二）缺乏统筹：配套政策不完善

首先，家庭照护床位仍处于试点中，缺乏相关支持政策。家庭照护床位服务对象发生的符合长护险规定的居家照护的服务费用，按照长护险有关规定进行结算，长护险之外的服务都需要老人自费。其次，缺乏家庭照护床位与家庭病床、长期护理保险制度试点融合发展的相关配套政策，没有明确各自的责任边界，没有建立有序衔接的机制，缺乏对居家医养结合整体绩效的评估与激励机制。

（三）激励不足：医方弱供给动力

1. 缺乏风险共担法律机制

居家上门服务的风险成为“医”进入“养”的主要障碍。无论是医疗服务还是护理服务进入老人家里，医疗条件简陋，不具备急救的环境和能力，服务过程中存在潜在的意外风险，而目前法律规范和监督管理机制的不健全使得部分医疗机构和养老机构对于提供上门服务持谨慎态度，这也阻碍了医院与养老机构的合作。

2. 家庭医生任务繁重

上海对家庭医生签约和家庭病床的设立都有明确规定。例如，规定家庭病床数量占常住人口比例须达到 0.3%，家庭医生签约率对于区域内常住人口须达到 30%，对于重点人口须达到 60% 签约，对于特殊重点人群须达到 100% 签约。调查发现，由于人力资源的短缺，多数社区卫生服务中心中，一个家庭医生团队签约高达 1000 余人，多的甚至到 2000 多人，签约 8 张家庭病床。医疗机构的医护人员都在围绕一个又一个具体的指标开展博弈，难免会忽视对患者的健康和服务质量负责。

3. 基层卫生服务机构的利益选择

一方面，基层卫生服务机构实行收支两条线，对医护人员的激励不足，医护人员参与医养结合的动力不足。另一方面，居家医疗服务收费定价不够合理，也制约了医疗机构和医生的积极性。例如，家庭病床与医院病房床位的管理要求一样，流程包括查房、病理分析、病理讨论等，每次服务至少需要 2 小时；并且由于路途奔波、很多治疗项目还需要携带相应的设备耗材，医护人员要付出更多的时间及精力，但每次只能收取 80 元的服务费用。

(四)信息鸿沟：缺乏信息互通共享

虽然国家大力支持社区基础设施和信息化建设，但目前社区居家养老智能化和信息化技术水平还有待加强，难以发挥信息化平台对医养结合资源供需服务的优化和链接功能。由于社区内的信息资源比较分散，数据采集单一化，各部门长期积累的海量健康数据与信息不能彼此共享，形成了“信息孤岛”。各种信息资源无法共享互用，也就难以形成一个整合性的医养结合信息服务平台，居家医养服务的网络化、信息化和链条化不完善，难以实现对各种各样医养服务信息的有效整合与传递。即使现在有一些居家养老或医疗服务的 App 或者公众号之类的服务平台，但大多以服务内容的推广介绍为主，缺乏具体的服务对接渠道，许多老年人理解能力有限，使用过程存在困难，形成信息沟通的壁垒。由于老人和医疗、养老服务机构之间的信息不对称，无法将老人需要的服务及时传递出去，最后导致供需双方难以实现服务的有效对接。

五、整体性治理视角下居家医养结合的发展框架

整体性治理理论(Holistic Governance)是基于现实治理过程中的碎片化而提出来的。在佩瑞·希克斯看来，传统的政府组织都是以具体的职能和专业分工进行机构设置，存在转嫁、重复、成本高、各自为政、互相冲突的项目和目标，并存在缺乏沟通和协调等碎片化的问题，^[9]因此不同领域、不同功能的相互联系与整合至关重要。居家医养结合虽然涉及不同部门，但是，制度设计的初衷只有一个：满足老人健康需求，提升老人的健康水平。为了更好地促进居家医养老结合的发展，以老人需求为中心提供多元的、不间断、无缝隙的服务供给，本文以整体性治理理论为指导，提出城市居家医养结合发展思路(图 1)。

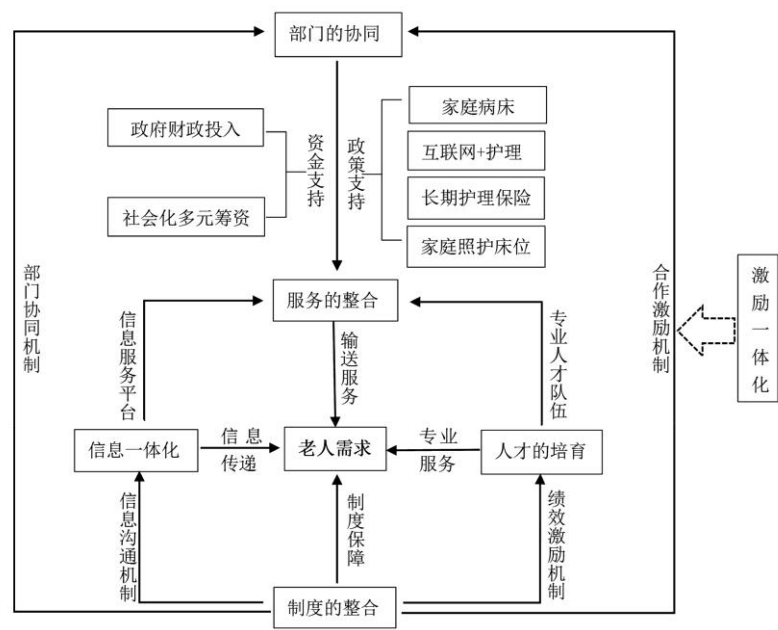


图 1 基于整体性治理理论的城市居家医养结合发展思路

(一)建立各层级常态化医养结合沟通协调机制

建立各层级常态化医养结合沟通协调机制。一是必须为部门协同提供正式明确的规范文件。由于不同组织有自己独特的运行逻辑，只有在各部门职能边界清晰的前提下，才能实现分工明确、权责分明的相互配合。二是部门间加强有效沟通是促进合作的必要条件。要在明确各部门职责的基础上加强沟通与合作，通过联席会议等，建立不同层级部门之间信息的互通共享和信任机制，形成长效合作协商机制。三是为提高各部门的利益相容性，需要在凝聚共识、实现共同目标的价值观基础上，明确各部门的

利益分配和责任共担机制，实现各部门间的利益平衡，并将医养结合服务绩效指标纳入各部门的绩效评估体系中。

(二)完善风险防范法律规范

相对于机构服务来说，上门医疗和护理服务对服务质量和风险管控的要求更高，需要有完备的法律体系和监管体系作为支撑。因此，政府部门要完善居家医养结合中的相关法律法规规范，明确“医”和“养”的服务范围，界定医疗和养老供给方的权责与义务、利益关系、服务内容、风险管控机制等，制定居家医养服务合同范本，这有利于更好地监管服务过程，有效地规范市场运行，在发现风险和处理风险的过程中有法可依、有章可循。通过具体有效的法律体系对服务方进行积极有效的监管，降低服务风险和医患纠纷，是增强医方上门服务动力、促进医疗和养老供给方积极合作、保障居家医养结合服务良性发展的重要基础，也是老年人健康权益的基本保证。

(三)激励一体化

1. 完善家庭医生绩效激励机制

政府要完善基层医务人员的收入分配机制、绩效薪酬调整机制和绩效考核机制，发挥绩效考核对医生提供上门服务的激励作用，积极引导优质医疗资源下沉社区，有效衔接老年人对基本医疗服务的客观需求。此外，要充分发挥民政、社保等部门的培训资源的作用，为基层医务人员提供更多学习和培训的机会，并将职业晋升与提供基层居家医疗服务挂钩，激发其提供上门医疗服务的动力，使其对基层工作有更多认同感。

2. 建立以健康产出为目标导向的团队绩效考核机制

鼓励有条件的养老机构和医疗机构合作，整合形成包括全科医生、护士、护工、康复师、社工、营养师、心理咨询师等各类人员组成的“医养结合”服务团队，通过团队整合实现临床的整合目标。“医养结合”服务团队以家庭医生为关键联结点，以老年人健康档案为基础，根据老人的健康状况、身体特点制定个性化的医疗照护方案。政府部门可以根据老年人的健康产出结果、服务情况和整体医疗护理费用支出情况，制定绩效考核与激励方案，对团队绩效进行整体评估与激励。

3. 引导家庭责任的回归

由于家庭养老目前仍然是大多数老年人的首选养老方式，而家庭成员的陪伴不仅可以弥补老人的心灵缺失，促进老年人形成积极健康的心理状态，还能够通过对老人的陪护及时发现老人病情变化，应对突发事件，避免不可挽回的后果。需要激励和呼吁子女分担老人的医疗和照护费用，在老人有需求但囿于经济因素或者节省心态不愿意购买市场化服务时，子女理应给予老人经济上的支持，满足其多层次的需求。此外，在实施居家医养结合时，应加强对老人家属的护理指导和培训，健康管理知识的宣传教育，让家庭成员积极承担老人的生活照料和基础护理，同时多关心老人的精神需求，为老人提供积极温馨的家庭氛围。

(四)信息一体化

整体性治理理论致力于以老人需求为核心，为其提供无缝对接的服务，建立“一站式服务中心”就是一种整合的信息系统管理模式。信息化技术能够实现建立社区居民电子健康档案、优化服务流程、监管家庭医生诊疗行为、提升家庭医生工作效率、强化各服务机构间的沟通等功能，^[10]是促进不同主体间协同合作、完善服务网络、促进人才整合、规范服务分配过程、提高分配决策合理性、优化资源配置的有效手段。

1. 建立和完善健康信息管理和预警机制

一是健全居家老年人健康管理大数据库。基层社区单位通过筛选出最需要居家医养结合的重点关注对象，建立相关服务对象信息库，保持及时动态更新和维护信息库，有针对性地开展相关工作。二是政府相关部门应对有医养结合需求的老年人特别是独居老人，开展智能型居家适老化环境的改建工程，安装紧急呼叫设施或防跌倒监测报警器等智能设备，对于经济困难的老年家庭实行免费或低收费。利用现代信息技术能够弥补家庭结构因空间断裂与不共时所导致的服务功能弱化，^[11]将老年人与医疗和养老机构、医护人员、相关职能部门连接起来，并实时远程监控居家老年人的健康水平，形成一种信息预警和传递机制。

2. 建立医养结合信息服务平台

一是基于“互联网+”搭建集健康生活指导、疾病诊断、精神文化、紧急救援等一体化的信息服务共享平台。通过该平台将老年的需求和服务供给主体进行精准匹配和有序对接，实现区域智慧养老线上线下互融互通。二是在确保信息安全的前提下，将信息平台与相关政府职能部门数据进行对接，促进不同部门对健康档案、电子病历的信息共享和沟通合作，打破部门间的政策和数据鸿沟，减少服务过程中对老人的重复记录和检查。三是在监管层面，利用服务平台实现对服务主体全程的监督和管控，将提供医疗和养老服务的相关机构统一纳入平台内进行统筹监管，实现居家医养结合网格化管理。

参考文献:

- [1]黄佳豪.关于“医养融合”养老模式的几点思考[J].国际社会科学杂志(中文版),2014(1):97-105.
- [2]龚秀全.医养融合的实现路径及其策略性嵌入——以上海为例[J].华东理工大学学报(社会科学版),2016(5):95-103.
- [3]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(1):107.
- [4]赵晓芳.健康老龄化背景下“医养结合”养老服务模式研究[J].兰州学刊,2014(9):129-136.
- [5]李长远.社区居家医养结合养老服务模式的比较优势、掣肘因素及推进策略[J].宁夏社会科学,2018(6):161.
- [6]孟颖颖.我国“医养结合”养老模式发展的难点及解决策略[J].经济纵横,2016(7):98-102.
- [7]黄佳豪,孟昉.“医养结合”养老模式的必要性、困境与对策[J].中国卫生政策研究,2014(6):63-68.
- [8]郝涛,商倩,李静.PPP模式下医养结合养老服务有效供给路径研究[J].宏观经济研究,2018(11):44-53.
- [9]Perri G. Governance: If Governance is Everything, Maybe It's Nothing. The International Handbook of Public Administration and Governance, 2015.
- [10]杨建玲,金岚,何梅兰,等.信息化在家庭医生制度下的作用和意义[J].中国全科医学,2014(20):2409-2411.
- [11]贾玉娇,王丛.需求导向下智慧居家养老服务体系构建[J].内蒙古社会科学,2020(5):172.