

基于实施性研究的整合性理论框架医养护一体化服务实施影响因素研究



扫描二维码
查看原文

杨旻, 朱雪娇*, 章琛越, 邢梦婷

【摘要】 老龄化社会健康养老问题日趋尖锐。在推进我国医养结合政策和分级诊疗制度下, 浙江省杭州市率先开展医养护一体化服务并取得初步成效, 但其实施受众多因素的影响, 且相关影响因素缺乏系统、全面的分析。基于此, 本文借助实施性研究的整合性理论框架(CFIR)从干预特征、外部环境、内部环境、个体特征、实施过程5个方面系统分析和梳理该服务实施的影响因素, 发现该服务实施的主要促进因素为服务内容多样和个性化、服务机构与所在医疗机构建立紧密长效的协作关系、服务团队成员分工明确、机构内外具备激励措施等; 主要障碍因素为个别服务内容(如健康管理)形式化且缺乏针对性, 服务机构诊疗水平不足, 人力、设备、药品等可用资源不足等。

【关键词】 医养护一体化; 整合性理论框架; 影响因素分析; 综述

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.210

杨旻, 朱雪娇, 章琛越, 等. 基于实施性研究的整合性理论框架医养护一体化服务实施影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25 (4): 505-509. [www.chinagp.net]

YANG M, ZHU X J, ZHANG C Y, et al. Factors associated with the implementation of integrated medical-elderly-nursing services: a review using the Consolidated Framework for Implementation Research [J]. Chinese General Practice, 2022, 25 (4): 505-509.

Factors Associated with the Implementation of Integrated Medical-elderly-nursing Services: a Review Using the Consolidated Framework for Implementation Research YANG Min, ZHU Xuejiao*, ZHANG Chenyue, XING Mengting
School of Nursing, Hangzhou Normal University, Hangzhou 311121, China

*Corresponding author: ZHU Xuejiao, Associate professor, Master supervisor; E-mail: jj_ice@163.com

【Abstract】 The problem of health and pension in an aging society is becoming increasingly acute. Under the promotion of Chinese policy of combining medical care with nursing care and the hierarchical diagnosis and treatment system. Hangzhou City, Zhejiang Province, has pioneered integrated medical-elderly-nursing services to meet the healthcare needs of an aging society. The initial effects of the services have been shown, but there are so many influencing factors associated with the delivery. And the relevant influencing factors are lack of systematic and comprehensive analysis. Therefore, summarizing the factors associated with the implementation of the services and described them in terms of five aspects (intervention characteristics, outer setting, inner setting, characteristics of individuals, process) with the help of Consolidated Framework for Implementation Research. The major facilitators to implementing IMSs were as follows: diversified and individualized services, close and long-term cooperation between the healthcare institution delivering IMSs and other institutions in the regional medical consortium, clear determination of the duties of each member in the service team, incentives from hospital or other institutions. The major barriers were: lack of flexibility and ignoring individual characteristics in delivering some services, for example, health management; inadequate levels of diagnosis and treatment; insufficient workers, equipment, and drugs.

【Key words】 Integration of medical treatment-nursing-rehabilitation; Consolidated Framework for Implementation Research; Root cause analysis; Review

老龄化社会的健康养老面临巨大挑战。在我国医养结合和分级诊疗的大背景下, 浙江省杭州市于2014年率先在国内探索开展医疗、养老、护理一体化服务(简称医养护一体化

服务), 暨以社区卫生服务机构为平台, 由全科医生、护士及其团队通过签约的形式, 根据居民不同需求, 提供连续、综合、有效、个性化的医养护一体化健康服务^[1-3]。目前, 医养护一体化服务已初显成效^[4-6], 其实施过程受到众多因素的影响^[7-9], 但尚未见有关影响因素的系统报道。本文通过检索中国知网(CNKI)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、万方数据知识服务平台回顾2015—2020年以“医养护一体

基金项目: 2020年度浙江省软科学研究计划项目(2020C35053)

311121 浙江省杭州市, 杭州师范大学护理学院

*通信作者: 朱雪娇, 副教授, 硕士生导师;

E-mail: jj_ice@163.com

本文数字出版日期: 2022-01-13

化”为主题的相关研究,并采用实施性研究的整合性理论框架(CFIR)梳理并总结该服务实施的影响因素,为进一步改善和推进该服务提供参考。

1 理论框架

CFIR旨在指导卫生服务实践,识别与梳理服务实施的影响因素^[10-12]。该理论框架将可能影响医疗服务实施的因素归纳为5个方面:(1)干预特征(intervention characteristics),指实施的医疗卫生服务等的具体内容,含一般的、基本的服务内容和根据实际需要调整或增加的服务内容;(2)外部环境(outer setting),即服务提供机构所具备的外部条件,如与其他机构的合作情况等;(3)内部环境(inner setting),指机构的内部条件,如团队分工情况、内部激励措施等;(4)个体特征(characteristics of individuals),包括服务提供者与服务接受者的特征,如年龄、文化程度等;(5)实施过程(process),指服务在实施过程中的计划、参与、执行、评估与反思等要素^[10, 13]。国内外研究已证实,在实施医疗卫生服务、指南、创新等过程中应用CFIR有助于识别和提炼影响因素,从而指导对干预措施进行针对性地调整和完善,推动医疗服务付诸实践^[11-14]。

2 医养护一体化服务的干预特征

根据CFIR,医养护一体化服务的干预特征具体由基本服务和个性化服务组成^[3, 10]。

2.1 医养护一体化基本服务 医养护一体化基本服务包括国家基本公共卫生服务、全科诊疗、家庭病床、双向转诊、健康管理、健康评估服务^[3]。其中,家庭病床等服务能够促使老年人、残疾人、慢性病患者等能够获得连续性的医疗服务,有力提高了基本医疗卫生服务的可及性,是社区卫生服务机构走入社区、走进家庭,不断满足社区居民医疗服务需求的重要措施^[15]。双向转诊服务为推行基层首诊、落实国家分级诊疗制度提供了良好途径。然而研究发现,签约居民较常利用国家基本公共卫生服务和全科诊疗,对其他服务项目的利用情况不佳^[16],分析原因可能与患者对医养护一体化服务的具体内容、益处等尚没有充分了解,以及基层医疗卫生机构服务能力不足等有关^[17],提示应进一步向签约居民宣传和介绍该服务,同时努力提升机构的服务水平。此外,有研究显示,当前慢性病管理形式化和静态化、健康管理的针对性较差等问题成为阻碍医养护一体化服务推进的因素^[7-9]。

2.2 医养护一体化个性化服务 在提供基本服务的基础上,浙江省杭州市作为首批国家级医养结合试点单位,通过开展个性化服务满足签约对象的实际需求,促进了医养护一体化服务相关政策在实践中的转化^[18]。医疗方面,如通过社区心脏康复中心提升对心脏病签约患者的管理效率^[19],全科医生根据病情评估结果为患者制定运动方案、干预其他健康危险因素(如定时监测高血压、高脂血症等)并指导其规范用药。通过开辟“云诊室”使签约对象、全科医生和上级医院专科医生三方面面对面就诊和交流,促进上级医院专科医生阶段性专科诊疗和社区全科医生连续性健康管理的有机结合^[20]。服务团队也通过建立微信群与签约对象互动并定期发送健康信息,不断提升医养护一体化服务的可及性和便利性。护理方

面,如为签约对象提供置管护理、雾化治疗、气管切开护理、压疮护理等居家护理服务,有效减少了签约对象在大型医院和居住场所之间的往返,在为服务对象提供便利的同时促进了医养护一体化服务实践具体化^[20]。养老方面,如通过对长期卧床、独居的老年人开展远程健康照顾,监测其血压、心率和睡眠情况等,提升了签约对象对医养护一体化服务的获得感^[20]。

在医疗信息化飞速发展的阶段,智慧医疗在医养护一体化服务中的应用,促进了各项服务内容的落实,简化了医养护一体化服务的就诊流程^[21],有利于满足签约对象个性化需求的特需服务。如全科医生通过云平台调阅签约对象的电子健康档案、上传或下载电子病历、为其完成双向转诊、发起远程会诊等,服务对象可通过门诊机器自助挂号,通过手机APP预约诊疗、运用市民卡诊间结算等。然而研究显示,当前居民对智慧医疗的认识和利用有限,这在一定程度上阻碍了医养护一体化服务的推进^[22]。

3 医养护一体化服务的外部环境

根据CFIR,医养护一体化服务的外部环境主要指组织间协作、外部政策与激励等^[10, 13]。

3.1 医养护一体化服务的组织间协作 医养护一体化服务的组织间协作主要体现在医联体的建设、各类培训班的开设及新模式的探讨方面。医联体建设为推动医养护一体化服务相关资源的共享提供了有力支持。一方面,如医院与基层医疗卫生机构依托智慧医疗建立影像、心电、消毒、慢病联合诊疗等“四大中心”及签约转诊一体化信息平台^[23],上级医院为上转患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务,为下转患者提供后续治疗方案,并通过远程技术推动优质专家、科研、信息、管理资源向基层延伸;另一方面,在医联体中高层级医院依据基层实际诊疗过程中遇到的困难制定培训内容,对全科医生集中授课,以提高现有全科医生整体诊疗水平,缩小基层全科医生与医院专科医生在非疑难病诊治水平上的差距,促进分级诊疗建设^[24],进而推动医养护一体化服务质量的提升和实践。

培训班开设方面,国家级医养结合试点联合省市级医院定期举办培训班供基层医疗卫生机构护理人员进修医养护一体化服务相关知识和技能,如“长期照护居家护理师培训班”和“社区护理新进展学习班”等^[25]。由基层医疗卫生机构派驻全科医生和护士对入住护理型养老机构老年人提供有偿的医疗、护理服务,同时对护理员进行指导和带教^[26]。

另外,国家级医养结合试点探索医养护一体化服务“1+1+X”模式,即“1家市级医院+1家社区卫生服务中心+X家辖区内养老机构和街道(乡镇)级综合性居家养老服务照料中心”模式。2017年该试点共有1400余家居家养老服务机构与基层医疗卫生机构签订合作协议,签订协议后由医护人员定期上门巡诊,必要时由医护人员联系转诊患者至省市级医院。2018年上升至2356家(占比达83%)居家养老服务机构与基层医疗卫生机构签订合作协议。双方通过建立长效协作机制,通过双方共建、驻点、巡诊等方式为居家老年人提供个性化健康管理、家庭病床和护理指导服务,较好地

促进了医养护一体化服务在组织间协作层面深入开展^[27]。

3.2 医养护一体化服务的外部政策与激励 医养护一体化服务的外部政策与激励主要体现在服务提供者的绩效工资、服务接受者的医保政策等。政策指出绩效工资水平向服务优质高效、群众满意度高、功能任务发挥好的基层医疗卫生机构倾斜；提升全科医生工资水平至当地县（区）级公立医院同等条件临床医生工资水平；进一步优化完善单位的考核分配方案，体现多劳多得，优绩优酬。医保政策方面，通过降低起付线、提高转诊住院报销比例等措施引导居民到基层就诊^[28-29]。政策规定医养护一体化服务签约费用由个人（10%）和政府（90%）共同分担。某试点免除了个人承担的费用，结果显示此方式促进了该服务的推广，截至2017年该试点服务人数占全区户籍人口的32%，社区就诊率达到64%^[30]。此外，基本公共卫生基金、劳务补贴等财政支持及非财政性支持如晋职晋升、海外培训机会和荣誉奖励等也有利于促进医养护一体化服务的开展^[12]。

4 医养护一体化服务的内部环境

根据CFIR，医养护一体化服务的内部环境包括团队分工合作与沟通、内部激励措施、可用资源等因素^[10, 13]。

4.1 医养护一体化服务团队组成与分工 团队组成和分工对医养护一体化服务签约成效有较大影响^[31]。医养护一体化服务团队至少有1名全科医生和1名护理人员及/或其他成员（如公共卫生医师、专科医师、药师、健康管理师等），而医联体内的团队还配备来自上级医院的专科医生。医养护一体化服务团队常见分工为：（1）全科医生担任负责人，负责团队组建、工作计划制定、任务分配、日常管理和考核及医养护一体化服务的所有内容，如签约、健康管理等；（2）护理人员负责协助全科医生开展居家护理、慢性病随访、健康教育等工作；（3）专科医生负责为团队提供技术支持和业务指导，开展人员培训等；（4）其他成员为团队运行和服务提供支持^[32]。分工明确、配备齐全的团队有利于推动该服务的顺利实施。有研究表明，选取社区护理工作经验丰富、工作和沟通能力强的护师加入医养护一体化服务团队开展该服务能提升居民对该服务的满意度，提高慢性病规范化管理的数量和质量，有效整合运用社区医疗资源^[33-34]。而在服务团队的沟通模式方面，研究显示当前自上而下命令式的沟通模式可能阻碍医养护一体化服务团队成员间信息分享和合作，提倡实施团队成员广泛参与的横向沟通模式^[35]。

4.2 医养护一体化服务的内部激励措施 当前医养护一体化服务各试点的内部激励措施效果有待进一步验证。有研究提示，给予取得更好表现的全科医生团队额外奖励、制定监督各级执行情况的具体评估方法、评估结果与绩效工资密切相关等有利于签约服务的实施^[12]。有试点在原有绩效工资基础上新增签约服务绩效考核奖，将政府拨付签约服务经费中的70%用于全科团队考核，15%用于人员考核，其余用于宣传、教育和环境改造等，将绩效考核内容分为服务措施落实与评价（基本服务、增值服务、特需服务和居民满意度）和加分项（超任务签约量、超任务家庭病床建床、功能社区签约服务特色培育），以分值进行绩效发放，从而激励医护人员提

高管理水平、业务能力及服务质量^[20]。

4.3 医养护一体化服务的可用资源 人力资源有限、医疗设备、药品种类不足等问题降低了服务的便利性，严重影响签约居民满意度和服务质量^[36-37]。政策指出医养护一体化服务签约全科医生与服务人数配比原则上为1：（1 000~1 500）^[2]。调查显示实践中该比例为1：（700~3 000），最适宜的签约量为1：500左右^[37]。说明随着该服务的进一步推广，医疗卫生服务人力资源亟须增加。在家庭病床服务中，相关政策要求服务人员和对象以（3~5）：1 000配比，但当前社区卫生服务人力资源紧缺，从事家庭病床服务的人员均为全科门诊、输液室护士等兼职人员^[15, 38]。有试点随着签约量的增加而不断调整团队结构，充分利用护理人员，并在服务量大的签约团队增加助理员，通过培训使其全部参与到团队工作中，承担如后续随访、资料整理等工作，有效缓解了人力资源紧张的现状，但效果有待进一步明确^[16]。

5 医养护一体化服务的个体特征

根据CFIR，医养护一体化服务的个体特征指该服务的参与者，如服务提供者、服务接受者等的特征^[10, 13]。

5.1 医养护一体化服务提供者特征 服务提供者的年龄、职称、学历、培训经历、工作年限、提供该服务的年限及数量、胜任力、上门服务积极性、服务观念等影响医养护一体化服务质量^[6, 37, 39]。当前提供医养护一体化服务的医生学历多为本科，职称以中级为主^[37, 40]。缺乏高学历、高职称、年轻的全科医生等服务提供者成为开展签约服务的阻碍因素^[12]。此外，政策指出经康复技能培训后取得“浙江省基层医务人员康复技能培训证”的医护人员可上门开展康复服务，从事家庭病床工作的全科医生、护士应具有注册执业医师和注册护士资质，并具有≥2年临床工作经历^[2, 15]，随着家庭病床和上门服务需求的逐步增加，在人力资源紧缺的背景下，有必要对重点人群进行分类、分层的精细化管理，以提高管理的有效性。而研究提示当前医养护一体化服务提供者对这方面有共识，但行动力欠缺，如何帮助这些服务者克服在知行转化中存在的障碍有待进一步探索^[31]。

5.2 医养护一体化服务接受者特征 服务接受者性别、年龄、文化程度、健康状况、参保情况、自理能力、就医意愿和对服务的了解程度等影响服务需求及服务质量^[6-7, 9, 41]。当前医养护一体化服务的服务对象以老年人、慢性病患者为主，其中高血压、糖尿病患者所占比例高达45%，服务对象基本都有政府医疗保险^[37]。老龄化进程促进了签约服务的开展，而居民对初级卫生保健质量的不信任、对全科医生的误解则成为阻碍服务开展的因素^[12]。同时，服务如何向无政府医疗保险的人群推广有待探索。

6 实施过程

根据CFIR，医养护一体化服务的实施需要一个积极的改变过程，包括预先制定用于实施干预的方案或方法，通过宣传、教育培训、榜样示范等策略吸引其他人员参与实施，根据预定计划完成干预，干预者或团队贯穿实施全过程的评估与反思^[10, 13]。杭州市某区为更好地开展医养护一体化服务，设立了培训中心和服务管理中心，制订了居家医护服务内容及

项目,统一了居家医护服务流程(申请、建档、制定照护计划、提供服务、回访、归档),并通过电视媒体、广播、社区全科医生介绍、发放宣传折页等方式提升居民对医养护一体化服务的知晓度^[42]。此外,有试点通过公开全科医生的门诊时间、联系方式及医疗特长等方式促使居民了解服务提供者。但当前在服务过程中贯穿全程的评估和反思、医养护一体化服务团队成员间定期汇报进度和分享经验方面未见报道,且目前服务质量评估指标局限于签约率、知晓率、满意率等,指标有待完善,定性评价有待补充。同时,有研究指出应放开签约居民的考核权利,提升其参与度,以加速弥补服务方案的不足^[37]。

7 小结

在CFIR的指导下,本文从干预特征、外部环境、内部环境、个体特征、实施过程5个方面回顾了影响医养护一体化服务实施的因素。总的来说,在干预特征、外部环境、个体特征3个方面的相关报道较多。在众多影响因素中,促进该服务实施的主要因素有:(1)服务内容多样和个性化,如家庭病床、双向转诊、居家护理、远程会诊等;(2)服务机构与所在医疗体机构建立紧密长效的协作关系;(3)服务团队成员分工明确;(4)机构内外具备激励措施等;(5)具备高学历、高职称、有资历的全科医生等。主要的阻碍因素有:(1)个别服务内容如健康管理等形式化且缺乏针对性;(2)服务机构诊疗水平不足;(3)人力、设备、药品等可用资源不足等。综上,建议针对医养护一体化服务开展更多实证性研究,以进一步优化该服务内容,从而更契合服务对象的需求和期望。与此同时,借助医联体模式努力提升服务机构水平与能力,加速人才培养,并为解决可用资源不足等问题着力探索相关方案与路径。由于本文属于回顾性研究,系统性、全面性方面有待后续研究的进一步扩展和完善。

作者贡献:杨旻负责文章的构思与设计、文献/资料收集与整理、论文撰写与修订;朱雪娇负责文章的构思与设计、论文的修订、文章的质量控制及审校,并对文章整体负责,监督管理;章琛越、邢梦婷负责文献/资料收集与整理、论文的修订。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 杭州市人民政府. 杭州市人民政府办公厅关于推进医养护一体化智慧医疗服务的实施意见[EB/OL]. (2014-06-27) [2021-03-20]. http://www.hangzhou.gov.cn/art/2014/6/27/art_807287_1401.html.

[2] 杭州市人民政府. 杭州市人民政府办公厅关于印发杭州市医养护一体化签约服务实施方案(试行)的通知[EB/OL]. (2014-09-29) [2021-03-20]. http://www.hangzhou.gov.cn/art/2014/9/29/art_807242_1256.html.

[3] 杭州市人民政府. 杭州市医养护一体化智慧医疗服务促进办法[EB/OL]. (2015-04-29) [2021-03-20]. http://www.hangzhou.gov.cn/art/2015/4/29/art_807136_1021.html.

[4] 陈国伶, 沈勤, 卢晓杰, 等. 2型糖尿病患者医养护一体化签约服务管理效果评价[J]. 预防医学, 2019, 31(1): 100-102. DOI: 10.3969/j.issn.1007-0931.2019.01.028.

CHEN G L, SHEN Q, LU X J, et al. Effectiveness of integrated

health promotion, chronic disease management and long-term care contractual services on patients with type 2 diabetes mellitus [J]. Preventive Medicine, 2019, 31(1): 100-102. DOI: 10.3969/j.issn.1007-0931.2019.01.028.

[5] 蔡冰琳. 杭州市医养护一体化服务模式社区失能老人健康问题的随访研究[D]. 杭州: 杭州师范大学, 2017.

[6] 何素彩. 杭州市“医养护一体化”社区老年医疗服务质量评估[D]. 杭州: 浙江财经大学, 2015.

[7] 刘金玲. 杭州市居家老年人健康状况与家庭型医养护一体化服务需求的调查研究[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2017.

[8] 邵玲, 徐宁. 医养护一体化签约服务中的问题分析及对策探讨[J]. 中国全科医学, 2017, 20(33): 4096-4099. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.0.104.

SHAO L, XU N. Analysis of problems in the process of contracting services with community doctors team under integrated medical treatment and nursing care system and corresponding countermeasures [J]. Chinese General Practice, 2017, 20(33): 4096-4099. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.0.104.

[9] 汪冬晓. 杭州市“医养护一体化”综合服务质量及影响因素研究[D]. 杭州: 浙江财经大学, 2016.

[10] LAURA J D, DAVID C A, ROSALIND E K, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science [J]. Implement Sci, 2009, 4: 50. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50.

[11] WEIR N M, NEWHAM R, DUNLOP E, et al. Factors influencing national implementation of innovations within community pharmacy: a systematic review applying the Consolidated Framework for Implementation Research [J]. Implement Sci, 2019, 14: 21. DOI: 10.1186/s13012-019-0867-5.

[12] YUAN S, WANG F, LI X, et al. Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: findings from a qualitative study [J]. BMJ Open, 2019, 9: e032444. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032444.

[13] 钟婳, 周英凤. 实施性研究的方法学及应用进展[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(7): 862-866. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2018.07.019.

ZHONG J, ZHOU Y F. Progress in methodology and application of implementation research [J]. Chinese Journal of Nursing, 2018, 53(7): 862-866. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2018.07.019.

[14] HELGA E B, BIRGIT H, RUUD J G H, et al. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice [J]. BMC Nurs, 2015, 14: 43. DOI: 10.1186/s12912-015-0088-4.

[15] 杭州市卫生健康委. 关于印发杭州市家庭病床服务规范(试行)的通知[EB/OL]. (2016-04-25) [2021-03-20]. http://wsjkw.hangzhou.gov.cn/art/2016/4/25/art_1665465_37183232.html.

[16] 陈楚媛, 沈勤, 陈巧玲, 等. 杭州市居家老年人家庭型医养护一体化服务利用情况及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(21): 64-67.

[17] 游戏露, 杜仕林. 基层医疗机构服务能力现状研究[J]. 医学与社会, 2018, 31(10): 22-24.

[18] 人口监测与家庭发展司. 关于确定第一批国家级医养结合试

- 点单位的通知 [EB/OL]. (2016-06-17) [2021-03-20]. <http://www.nhc.gov.cn/rkjc/yjt/zs/zewj2/201606/51233c30598c4751a57d63165d5e277f.shtml>.
- [19] 章虹. 社区卫生服务中心越来越“聪明”了 [N]. 杭州日报, 2017-12-13 (06).
- [20] 周华, 扈峻峰, 蒋天武, 等. “医养护一体化签约服务”专家主题研讨 [J]. 中国全科医学, 2016, 19 (34): 4216-4219. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.34.014.
ZHOU H, HU J F, JIANG T W, et al. Thematic discussion of specialists on "community-based integrated health promotion, chronic disease management and long-term care contractual services" [J]. Chinese General Practice, 2016, 19 (34): 4216-4219. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.34.014.
- [21] 何炜, 滕建荣, 周智林, 等. 杭州智慧医疗探索及其思考 [J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33 (2): 125-127. DOI: 10.3760/ema.j.issn.1000-6672.2017.02.014.
HE W, TENG J R, ZHOU Z L, et al. Practice and enlightenment of "smart healthcare" mode in Hangzhou [J]. Chinese Journal of Hospital Administration, 2017, 33 (2): 125-127. DOI: 10.3760/ema.j.issn.1000-6672.2017.02.014.
- [22] 江俊杰, 陈劼, 冯圣佳, 等. 杭州市智慧医疗发展现状调查研究 [J]. 医学信息, 2017, 30 (21): 46-49. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2017.21.021.
- [23] 杭州网. 关于我市医联体建设工作情况的报告 [EB/OL]. (2019-06-21) [2021-03-20]. https://z.hangzhou.com.cn/2019/rddeschy/content/content_7213807.htm.
- [24] 陈岑. 家庭医生签约制度的分级诊疗效果研究 [D]. 杭州: 浙江财经大学, 2018.
- [25] 杭州市卫生健康委员会. 关于举办“医养护一体化模式下社区护理新进展”的通知 [EB/OL]. (2019-11-22) [2021-03-20]. http://wsjkw.hangzhou.gov.cn/art/2019/11/22/art_1665359_40436708.html.
- [26] 杭州市卫生健康委员会. 杭州市卫生计生委等5部门关于做好杭州市医养结合及护理型养老体系建设的实施意见 [EB/OL]. (2018-03-15) [2021-03-20]. http://wsjkw.hangzhou.gov.cn/art/2018/3/15/art_1671470_37097017.html.
- [27] 郑莉娜. 杭州着力打通居家养老服务“最后一公里” [N]. 杭州日报, 2018-11-05 (02).
- [28] 基层卫生健康司. 关于做好2018年家庭医生签约服务工作的通知 [EB/OL]. (2018-04-02) [2021-03-20]. <http://www.nhc.gov.cn/jws/s3581r/201804/a3dfc6bfa9774c27bdc86b2a0383467d.shtml>.
- [29] 杭州市人民政府. 关于印发2019年杭州市医养护一体化家庭医生签约服务评估方案的通知 [EB/OL]. (2019-03-11) [2021-03-20]. http://www.hangzhou.gov.cn/art/2019/4/11/art_1256296_33206383.html.
- [30] 上城新闻网. 关于加强医养护一体化服务的建议 [EB/OL]. (2018-01-12) [2021-03-20]. http://hzsc.hangzhou.com.cn/ztbd/2018lh/content/2018-01/12/content_6293232.htm.
- [31] 吴子康, 杜继东, 程洁洁, 等. 杭州市某社区团队签约工作进展调查 [J]. 中国初级卫生保健, 2018, 32 (2): 11-15. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2018.02.0005.
WU Z K, DU J D, CHENG J J, et al. Investigation on the progress of contract signing among members of a community team in Hangzhou [J]. Chinese Primary Health Care, 2018, 32 (2): 11-15. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2018.02.0005.
- [32] 浙江省卫生健康委员会. 关于印发《浙江省家庭医生签约服务工作规范(2019版)》的通知 [EB/OL]. (2019-09-30) [2021-03-20]. http://www.zjwjw.gov.cn/art/2019/9/30/art_1267707_483.html.
- [33] 唐丽. “一对一”配对式签约助理参与医养护一体化签约服务的效果评价 [J]. 社区医学杂志, 2018, 16 (10): 80-82.
- [34] 汪洋, 杜兆辉, 张怡, 等. 基于全科医生签约服务的全科助理员模式探讨 [J]. 中国全科医学, 2015, 18 (19): 2265-2268. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.19.006.
WANG Y, DU Z H, ZHANG Y, et al. General practice assistant model based on general practitioner contract-signing service [J]. Chinese General Practice, 2015, 18 (19): 2265-2268. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.19.006.
- [35] 侯进. 全科医疗服务团队有效性评价及提升策略 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (4): 419-423. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.056.
HOU J. Effectiveness evaluation and improvement strategy of family doctor team [J]. Chinese General Practice, 2020, 23 (4): 419-423. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.056.
- [36] 滕建荣, 周智林, 周华, 等. 创建医养护一体化智慧医疗服务模式 [J]. 中国医疗管理科学, 2015, 5 (1): 23-26.
TENG J R, ZHOU Z L, ZHOU H, et al. Establishing a smart medical service model featuring the integration of medical treatment, nursing and elderly care [J]. Chinese Journal of Medical Management Sciences, 2015, 5 (1): 23-26.
- [37] 施文. 健康中国视角下家庭医生签约服务的问题与对策: 以杭州市“医养护一体化”为例 [D]. 杭州: 浙江工商大学, 2018.
- [38] 张强. 家庭病床服务现状调查研究 [J]. 中国全科医学, 2017, 20 (s3): 431-432. DOI: CNKI:SUN:QKYX.0.2017-S3-173.
ZHANG Q. Investigation on the status quo of family sickbed service [J]. Chinese General Practice, 2017, 20 (s3): 431-432. DOI: CNKI:SUN:QKYX.0.2017-S3-173.
- [39] 刘金玲, 沈勤, 李海燕, 等. 家庭型医养护一体化服务需求的质性研究 [J]. 护理学杂志, 2018, 33 (7): 15-18.
- [40] 郭俊娟, 陈宜涛, 林美爱. 杭州市社区医院全科医生继续教育现状调查 [J]. 中国高等医学教育, 2020, 34 (2): 41-42.
- [41] XIAO P S, YANG M H, BIE L, et al. Residents' awareness of family doctor contract services, status of contract with a family doctor, and contract service needs in Zhejiang Province, China: a cross-sectional study [J]. Int J Health Plann Mgmt, 2020, 35: e196-209. DOI: 10.1002/hpm.2965.
- [42] 郭晶, 张玲芝, 袁亚琴, 等. 医养结合居家照护服务体系的构建与管理 [J]. 中华护理杂志, 2018, 53 (7): 773-777. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2018.07.001.
GUO J, ZHANG L Z, YUAN Y Q, et al. Construction and management of home care service system from the perspective of combination of medical care and nursing [J]. Chinese Journal of Nursing, 2018, 53 (7): 773-777. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2018.07.001.

(收稿日期: 2020-12-20; 修回日期: 2021-03-23)

(本文编辑: 毛艳红)