

# 县域医共体背景下安徽省定远县家庭医生签约服务进展分析

蒋祥<sup>1,2\*</sup> 王芳<sup>2</sup> 田淼淼<sup>2</sup> 贾梦<sup>2</sup> 袁莎莎<sup>2</sup> 谭雯<sup>1,2</sup> 杜词<sup>1,2</sup>

1. 北京协和医学院 北京 100730

2. 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

**【摘要】**目的:分析县域医共体背景下安徽省定远县家庭医生签约服务进展。方法:通过访谈了解安徽省定远县家庭医生签约服务主要做法及与医共体的关系,收集2014—2016年新农合平台数据、家庭医生签约服务数据及相关政策文件。结果:定远县家庭医生签约服务目前存在配套政策不完善、基层医疗卫生机构人力资源不足、供需双方对家庭医生签约服务认识不足等问题。结论:县域医共体通过统一管理制度建立起责任共同体,整合县域内医疗资源形成区域发展共同体,结合按人头支付方式形成区域医疗机构利益共同体在一定程度上促进了家庭医生签约服务覆盖率及效果、基层医疗卫生机构服务能力、签约人群补偿水平的提升和签约医生收入的增加。

**【关键词】** 县域医共体; 家庭医生; 签约服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2019.04.008

## Analysis on the progress of contract service of family doctors in Dingyuan county of Anhui province under the background of county medical alliances

JIANG Xiang<sup>1,2</sup>, WANG Fang<sup>2</sup>, TIAN Miao-miao<sup>2</sup>, JIA Meng<sup>2</sup>, YUAN Sha-sha<sup>2</sup>, TAN Wen<sup>1,2</sup>, DU Ci<sup>1,2</sup>

1. Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

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

**【Abstract】** Objective: This study aims to analyze the progress of contract services of family doctors in Dingyuan county of Anhui province under the background of county medical alliance. Methods: Data on patient-flow are collected through the NRCMS information platform and contract services of family doctors related policy documents from 2014 to 2016, and interviews are conducted to study the main reform practices in the county medical alliance. Results: The practices of contract services of family doctors have faced a series of challenges, such as incomplete supporting policies, insufficient human resources in grass-roots medical and health institutions, and insufficient understanding of the contract services of family doctors between the supply and demand sides. Conclusions: County medical alliances establish a more responsible community through unified management system and integrate medical resources within the county to form a regional development community, and integrate the model of payment per head to form a community with common interests of regional medical institutions, which promotes the improvement of the coverage rate and effectiveness of contract services of family doctors, the improvement of the service capacity of grass-roots health institutions, the improvement of the compensation level of the population, and the increase of the income of family doctors.

**【Key words】** County medical alliance; Family doctors; Contract services

\* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程项目(2016-I2M-3-018);国家卫生健康委重点委托项目;国家卫生健康委基层卫生健康司委托项目

作者简介:蒋祥,女(1993年—),硕士研究生,主要研究方向基层卫生。E-mail:jiang.xiang@imicams.ac.cn

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

健康需求多元化、老龄化社会中慢性病井喷、医疗成本和社会负担加重等问题促使我国医疗服务模式发生转变,家庭医生签约服务应运而生。<sup>[1]</sup>家庭医生以人为中心,面向家庭和社区,以维护和促进整体健康为方向,为群众提供长期签约式服务,有利于转变医疗卫生服务模式,推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉,让群众拥有健康守门人,增强群众对改革的获得感,为实现基层首诊、分级诊疗奠定基础。<sup>[2]</sup>

2013 年,国家层面提出开展“医疗联合体”建设,是深化医改的重要步骤和制度创新。2016 年 4 月,国家卫生计生委颁布了《关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见》,明确指出医共体是农村开展医联体建设的主要模式;2017 年 4 月,国务院出台了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》,提出要全面推进医疗联合体建设。<sup>[3]</sup> 县域医疗服务共同体是指以县为单位,通过整合县、乡、村医疗卫生资源、实行区域集团化经营管理、整体提高县域医疗资源的配置和使用效率,提高县域内基层医疗卫生机构的服务能力,推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。<sup>[4]</sup> 2015 年 2 月,安徽省出台了《关于开展县域医共体试点的指导意见》,启动县域医共体试点工作,采取县域内整合医改模式,县域医疗服务共同体和区域支付方式改革共同发力。同年 5 月,定远县被列为安徽省首批家庭医生签约服务试点县,医共体和家庭医生签约服务同步推进,形成了“按人头总额预付”家庭医生签约服务“定远”模式,不仅强化了区域卫生协同发展,也促进了卫生服务提供方式的转变。<sup>[5]</sup>

本文基于梳理安徽省定远县在县域医共体建设背景下家庭医生签约服务的主要做法及实践进展,分析县域医共体建设对家庭医生签约服务的作用以及存在的问题,总结经验并提出进一步推动家庭医生签约服务的政策建议,以期为其他地区推进家庭医生签约服务提供参考和借鉴。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

#### 1.1.1 文献研究

通过 CNKI、万方和维普等文献数据库以及国家卫生健康委员会等相关网站,检索县域医共体、家庭医生签约服务等研究进展;并在定远县卫计委收集县域医共体及家庭医生签约服务相关的政策文件。

### 1.1.2 现场调研

现场调研以定性访谈和定量问卷的方法进行。通过自行设计访谈提纲,采用个人深入访谈的方式,主要了解家庭医生签约服务的具体做法及县域医共体对其的影响及作用机制等关键问题。访谈对象包括定远县卫计委、医共体内县级医院、乡镇卫生院及村卫生室相关负责人共 12 人。

定量资料主要是抓取 2014—2016 年定远县新农合平台参合居民全部的门诊和住院数据明细,同时设计家庭医生签约服务调查问卷,收集家庭医生签约服务相关数据如签约服务覆盖情况、基层卫生服务能力情况及签约人群受益情况等。

## 1.2 研究方法

将访谈录音进行 word 转录,运用主题框架分析法对相关问题进行整理和分析。定量数据采用 Excel2010 软件录入并进行统计分析。

## 2 结果

### 2.1 县域医共体背景下家庭医生签约服务的主要做法

#### 2.1.1 管理模式:建立县卫计委统一领导、上下级医疗机构参与的家庭医生签约服务管理制度

一是同步推进县域医共体和家庭医生签约服务的组织管理。明确县域医共体牵头医院必须参与签约服务工作,医共体管理归属县卫计委。<sup>[6]</sup> 定远县卫计委组织成立县域医共体管理办公室和家庭医生签约服务工作领导小组,县卫计委主任、副主任分别兼任医共体办公室主任、副主任以及签约服务组长、副组长,县总医院院长为签约服务领导小组成员。

二是医共体内建立统一管理制度。以医共体为依托,县总医院设置对口帮扶乡镇卫生院的实施方案和任务以及签约服务和转诊实施方案。通过建立医共体成员单位磋商机制,定期对医疗机构的发展目标、管理制度、诊疗规范、技术帮扶和利益分配等内容进行定期磋商。同时,建立医共体内签约服务工作监测机制,通过微信群、QQ 群等工作平台,每日监测各乡镇卫生院和村卫生室的家庭医生签约服务工作进度。

#### 2.1.2 服务主体:组建由医共体上级医院医师、乡镇卫生院医生及村医构成的家庭医生服务团队

县域内实行“1+1+1”家庭医生签约服务模式,由医共体牵头医院(县总医院)专科医生、乡镇卫生院全科医生、护士、公共卫生人员以及村医构成。县

总医院医生结对指导乡村两级医疗机构开展签约服务工作,每年安排45名高年资临床医生和医技人员按原户籍地与乡镇卫生院110名骨干医生进行结对,同时将全县村卫生室分成六个片区,成立以质量科技管理股、医务股、科室业务骨干为成员的6个小组,分别对下属6个片区的村卫生室进行业务指导。县总医院专科医生定期下乡同结对医生开展联合门诊和巡诊,并组建2支巡回体检队并配备巡回医疗车,定期下乡同签约服务团队一起开展重点人群体检、义诊及健康宣教活动。同时,为加强签约服务能力,县总医院组建“医共体师徒交流群”微信平台,上级医院医生对乡村两级医务人员进行实时在线指导交流;并采取实用技术培训以及到县总医院脱产进修等形式,强化家庭医生的专科专病诊治能力。

### 2.1.3 服务内容:依托医共体设计提供基础性服务包和个性化服务包

定远县将家庭医生签约服务包分为20元初级服务包和100元中级服务包。初级服务包分为2个类型,适用于所有已建立健康档案的居民、孕产妇和0~6岁儿童。依托医共体的医生结对帮扶以及县总医院为乡镇卫生院增配便携式B超机、健康一体机、三分类血球分析仪等医疗设备的基础上,设计中级服务包6个类型,包括65岁以上老年人服务包、高血压病人服务包、糖尿病病人服务包、残疾人服务包、恶性肿瘤患者服务包、持慢性病就诊证患者服务包。

### 2.1.4 医保支持:提高新农合对家庭医生签约服务的支持力度

定远县医保支付方式实行医共体内“按人头总额预算包干,超支原则不补,结余全部留用”的原则。遵守基层首诊、逐级转诊的签约服务对象适当提高新农合报销待遇,基层慢性病门诊报销比例由55%提高到65%,同时提高签约的高血压、糖尿病患者村卫生室和乡镇卫生院就诊的专用基本药物报销额度,并按人头按年度“打包”支付。签约患者在乡镇卫生院住院可以减免1~2次的住院起付线,对具备转院指征的签约患者由乡镇卫生院转诊至县总医院住院的,免收县总医院住院门槛费,经由县总医院转诊至县外医共体协作医院住院的签约患者,县外省内住院的门槛费参照县总医院标准执行。

签约服务中级服务包中的医疗机构体检项目,给予每人50元的物化成本补偿。将开展签约服务医疗机构的适宜诊疗项目以及村卫生室申请的远程会诊费用等纳入签约服务包,新农合基金按适当

比例打包支付。

### 2.1.5 激励机制:签约服务工作情况列入县域医共体的考核

一是县卫计委依据医疗机构签约服务的辖区内居民县外住院率下降程度、慢性病病人健康管理率以及住院率下降程度等指标对县域医共体进行考核,结果与签约服务经费以及县域医共体年度新农合结余资金的分配使用相挂钩。二是加强对签约村医的激励机制。将签约团队中村医的工作情况以及对服务对象的管理情况列入县域医共体考核范围,并参与县域医共体新农合结余资金分配。同时,按照签约数量、结构、类型的不同比例对签约村医进行资金分配,其中,初级包、中级包每签约一人签约村医分别可获得60元、80元经费补助;收取的居民签约服务费,按承担服务内容比例,由签约村医与乡镇卫生院按70%、30%分配。

### 2.1.6 资源共享:优先为签约居民提供县域医共体内优质资源

县域医共体内部医疗资源实行统筹共享,签约患者优先使用上级医院资源。县域医共体牵头单位的预约诊疗平台资源优先向基层医疗卫生机构家庭医生服务团队开放,由家庭医生预约的患者能够享有优先预约、优先就诊及优先住院。一是优先预约号源。县级医院向基层医疗卫生机构家庭医生服务团队开放40%的预约号源。县总医院门诊专家号提前5个工作日向签约医疗机构开放,方便签约医生为签约居民预约,有签约医疗机构转诊手续的,优先享受专家门诊就诊。二是开放住院床位资源。县域医共体牵头单位的住院床位等资源优先向基层医疗卫生机构家庭医生服务团队开放。县总医院安排由签约医疗机构转诊的签约居民住院,优先帮助签约居民预约县外医院就诊和住院。三是双向转诊便利。县总医院建立双向转诊“绿色通道”,对村卫生室和乡镇卫生院转来的病人,优先安排入院。在县总医院已完成难度较大的诊治,并且病情平稳后,转回乡镇卫生院,县总医院安排原经治医生指导后续诊治工作。四是下沉检查检验资源。整合二级以上医院现有的检查检验、病理诊断、医学影像、消毒供应中心等资源,向基层医疗卫生机构家庭医生服务团队开放。五是强化人才支持。加快推进医师多点执业,鼓励县级以上医院的医师到基层医疗卫生机构注册第二执业地点,支持家庭医生签约服务工作。

## 2.2 县域医共体背景下家庭医生签约服务进展

### 2.2.1 家庭医生签约服务覆盖情况

2016 年,签约农村居民 9.6 万人;2017 年,签约服务城乡居民 25.7 万人,签约率占常住人口 32.3%,提供履约服务 60 多万人次,其中 71 824 名建档立卡,贫困人口签约服务基本实现了全覆盖。

重点人群的健康管理率提高。开展家庭医生签约服务与推进基本公共卫生服务项目相结合,老年人、高血压、糖尿病等重点人群管理率提升,全县 65 岁以上老年人、高血压患者、Ⅱ型糖尿病患者、重性精神病患者管理率分别达到 99.6%、83.9%、95.4%、99.2%,较 2016 年分别提高了 5.8%、4.1%、1.2%、3.9%。

### 2.2.2 基层卫生服务能力情况

村卫生室和乡镇卫生院的门诊人次呈逐年上涨的趋势,县内县级医院和县外医院的门诊人次则下降的较为明显。乡镇卫生院的住院人次略有下降,同时县内县级医院及县外医院的住院人次有一定程度的增长。2015 年以来,县域内门诊人次占比超过了 90%,县域内住院人次的占比也在不断地增长(表 1)。县总医院建立的“医共体师徒交流群”微信平台,畅通基层医疗卫生机构的医务人员与县总医院的医务人员的沟通渠道。2017 年 1—6 月份,县总医院临床医生在微信平台上共会诊 900 余次。

表 1 2014—2016 年定远县医疗机构门诊、住院情况

分类	2014 年	2015 年	2016 年
门诊			
村卫生室/人次	763 387	785 741	642 004
乡镇卫生院/人次	521 626	588 354	601 617
县内县级医院/人次	260 079	70 859	73 683
县外医院/人次	5 132	3 697	3 252
县域内门诊人次占比/%	82.89	94.85	93.68
住院			
乡镇卫生院/人次	23 602	15 433	19 761
县内县级医院/人次	51 224	52 476	59 801
县外医院/人次	20 222	20 263	19 481
县域内住院人次占比/%	78.72	77.02	80.33

### 2.2.3 签约人群新农合实际补偿比

定远县自 2015 年开始试行家庭医生签约服务试点工作以来,签约人群新农合实际补偿比有所增长。2014—2016 年,乡镇卫生院与县内县级医院新农合住院实际补偿比呈增长趋势,且与县外省内医院及省外医院的补偿比差距较大(表 2)。

表 2 2014—2016 年定远县签约人群住院新农合实际补偿比/%

	2014 年	2015 年	2016 年
乡镇卫生院	77.31	71.60	77.25
县内县级医院	60.32	51.91	64.85
县外省内医院	41.28	38.43	41.56
省外医院	36.05	31.38	31.84
合计	49.64	43.89	52.02

### 2.2.4 签约医生的收入

签约医生收入有一定的增长。2016 年,签约村医人均增收 1.9 万元。2017 年,参与签约服务村卫生室和乡镇卫生院经履约服务考核后,分享 1 464.4 万元“三项补助经费”,签约村医人均增收 2.6 万元。

## 2.3 存在的问题

### 2.3.1 签约服务收入及定价等相关配套政策还不完善

签约服务收入分配机制和定价机制不完善。签约团队内成员的考核机制没有明确的规定,收入分配机制不明确,基层医疗卫生机构医务人员受到绩效工资总额的限制,签约医生参与签约服务积极性不高。定远县卫计委相关管理人员表示,“签约服务中的劳务价值如何体现,物价不敢有太大的变化;激励机制不够,有没有绩效工资,这也是一个因素,有的地方绩效,是封顶的。”

### 2.3.2 基层医疗卫生机构人力资源不足

村医人数不断减少且村医年龄老化、人数衰减、能力不足。定远县医共体牵头医院院长表示,“目前存在的一些问题:村卫生室是实施家庭医生签约的主体,他们的能力还是比较欠缺的。在各个方面,无论是村医的年龄结构、素质等,导致目前村医和开展任务的要求,还有一定的差距。村医面临着短缺,目前每个村卫生室还有 2~3 个,但随着时间的推移,数量会越来越,这是个非常现实的问题。”基层医疗卫生机构全科服务能力水平不高,县域医共体目前没有建立针对全科医生的培养机制,县总医院医生团队下沉到基层提供帮扶和培训等服务,但医生团队的组成大多以专科医生为主。

### 2.3.3 供需双方对家庭医生签约服务认识不足

目前,家庭医生签约服务还在探索阶段,医务人员对签约服务的内涵界定不清,不了解家庭医生签约实质。居民对签约服务认识不足,签约积极性不高。定远县某卫生院院长表示,“老百姓对签约不太能理解,特别是有偿签约,说一遍两遍可能都不能够理解。所以工作做起来慢一点,所以为什么签约率

只有30%,我觉得主要是这两方面的因素。”

### 3 讨论

#### 3.1 形成责任共同体,明确各级医疗机构工作职责,分工协作

县域医共体的建立形成县域内医疗机构的责任共同体,县乡村三级医疗机构的功能定位和工作职责得以明确,推动优质医疗卫生资源优化整合、合理流动、下沉基层,引导患者在基层首诊、康复治疗。<sup>[7]</sup>同时定远县的“1+1+1”家庭医生签约服务模式也明确规定了县乡村三级医疗机构医生各自的工作职责,以提高居民健康水平为目标,分工协作。

县域医共体管理办公室与家庭医生签约服务工作小组的领导一致,统一管理,家庭医生签约服务与县域医共体共同发展。县总医院的医生加入家庭医生签约服务团队,建立医共体成员单位磋商机制,定期磋商发展相关问题。通过双向转诊的“绿色通道”建立起整合的卫生服务体系,上下级医院通过信息系统共享签约居民的信息,对签约居民的预约就诊资源进行倾斜,加强上下级医院的联系。

#### 3.2 县域医共体形成区域发展共同体提高基层卫生机构服务能力

县域医共体整合二级以上医院的资源,向基层卫生机构家庭医生服务团队开放,促进检查检验结果的互认,推进了同质化的服务提供,使得签约居民在基层接受检查、治疗的结果与县级医院差异不大。县总医院积极参与签约服务,通过结对指导、帮扶团队、门诊巡诊、医共体师徒交流平台及培训签约医生等方法提升了医共体内基层医务人员的医疗服务能力和服务水平,增加签约服务吸引力。<sup>[8]</sup>同时确立合理的分工协作机制,增强群众对基层医疗卫生机构的信任,初步形成群众到基层医疗卫生机构就诊的行为习惯。县总医院的临床医生和基层卫生人员一起深入基层和农户,使得签约居民增强了对基层医疗卫生机构和医务人员的信任,促进了签约居民理性就医、有序转诊,推进县域卫生服务体系整体效率的提升。

#### 3.3 县域医共体形成利益共同体提高签约医生及签约居民的积极性

定远县实行按人头总额预付支付方式,使县域医共体建立起区域的利益共同体,上级医疗机构为节省医保资金,控制不合理的医疗费用,会主动将患者留在基层医疗卫生机构诊治。<sup>[9]</sup>而家庭医生签约

服务主要是由基层医疗卫生机构来提供,负责居民的基本医疗、公共卫生、预防保健、慢性病管理、健康管理等服务,可以有效地节省医保资金,因此家庭医生签约工作的开展直接关系到整个医共体的利益。<sup>[5]</sup>

为了使签约居民留在基层医疗卫生机构进行诊治,定远县采取了一系列的措施,如诊疗项目纳入签约服务包、新农合基金按适当比例打包支付、对签约居民适当提高新农合报销待遇、免收门槛费、给予物化成本补偿等,提高了签约居民的受益程度,在一定程度上使得新农合补偿比得到提高,减轻了签约居民的费用负担,增强签约居民去基层医疗卫生机构就诊的意向,有效地节省了医保资金。定远县将签约医生对服务对象的管理情况列入县域医共体考核中,参与县域医共体新农合结余资金的分配,提高签约医生的工作积极性。

#### 3.4 收入及定价等相关配套政策的不完善制约县域内机构协同发展

签约服务的收入及定价等相关配套政策的不完善制约家庭医生签约服务与县域医共体协同发展。<sup>[10]</sup>收入分配机制不完善,再加上绩效工资总额的限制,导致基层医疗卫生机构人员参与签约服务积极性不高。签约服务定价机制不完善,家庭医生签约服务各项服务定价不明晰,签约医生获得感不高,影响基层医疗卫生机构人员参与签约服务的积极性。

#### 3.5 基层卫生人力数量不足、能力有限仍是制约家庭医生签约服务的掣肘

乡村医生存在人员留不住、招不来以及年龄老化、能力不足等问题<sup>[11]</sup>,严重制约基层签约服务的有效开展。虽然在县域医共体内建立了专科医生定点、定期结对帮扶、基层坐诊等优质医疗资源下沉机制,但基于县级医疗机构本就存在的人才短缺的客观事实,导致县级帮扶能力有限。基层医疗卫生机构全科服务能力水平不足,县级医院的帮扶人员又大多以专科医生为主,因此基层医疗卫生机构全科医疗服务能力不足,使得签约服务开展进程缓慢。

#### 3.6 供需双方对家庭医生签约服务认识不足增加签约服务的难度

医务人员对签约服务的内涵界定不清,同时居民也对签约服务认识不足,不了解签约服务的实质,供需双方对家庭医生签约服务的积极性没有发挥出

来,造成签约困难,极大地消耗基层医疗卫生机构签约服务的人力和时间。应多渠道对家庭医生签约服务进行适度、准确的宣传,加强签约医生和居民对签约服务的正确认识,清晰解释家庭医生及其团队的职责,讲解签约居民在就医、用药、医保报销等方面的优惠措施,提高居民的签约积极性。

**作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。**

#### 参 考 文 献

- [1] 尹红燕,谢瑞瑾,马玉龙,等. 安徽省医共体模式的探索和实践[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10 (7): 28-32.
- [2] 解读《关于印发推进家庭医生签约服务的指导意见的通知》[EB/OL]. [2018-03-26]. <http://www.nhfpc.gov.cn/tigs/s3578/201606/21e172eaa7764407a06b9f4e82805a7c.shtml>
- [3] 申丽君,黄成凤,李乐乐,等. 县域医共体模式的探索与实践——以安徽省天长市为例[J]. 卫生经济研究, 2018(12): 7-11.
- [4] 孟令锋. 县域医共体,构建诊疗模式新格局[J]. 中国农村卫生, 2017(1): 15-16.
- [5] 高红霞,刘露华,陈迎春,等. 安徽省县域医改对家庭

医生签约服务促进作用分析[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(7): 500-502.

- [6] 王文婷,陈任,马颖,等. 分级医疗背景下的安徽县域医疗服务共同体实施路径[J]. 中国卫生资源, 2016 (6): 470-474.
- [7] 于德志. 中国医改安徽模式推行之路[J]. 卫生经济研究, 2015(11): 3-7.
- [8] 苏枫,徐庆,钱茜. 镇江市家庭医生签约服务实践探索及发展思路[J]. 中国医疗管理科学, 2017(1): 19-22.
- [9] 芦炜,张宜民,梁鸿,等. 家庭医生签约服务与医保支付联动改革的理论基础及政策价值分析[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 3-9.
- [10] 芦炜,梁鸿. 如何构建医疗联合体:组织模式、利益机制和服务内容[J]. 中国卫生政策研究, 2013, 6(12): 6-11.
- [11] 李岚兰. 安徽省县乡医疗机构资源整合运行机制研究[D]. 合肥:安徽医科大学, 2018.

[收稿日期:2019-01-02 修回日期:2019-03-20]

(编辑 赵晓娟)

#### · 信息动态 ·

## 世界卫生组织发布首份数字卫生干预指南

2019年4月17日,世界卫生组织发布各国可以通过10种方法,利用移动电话、平板电脑和计算机等手段,使用数字卫生技术来改善人民的健康和基本服务的新建议。

在过去两年中,世界卫生组织系统审查了与数字技术有关的证据,并与世界各地的专家进行了磋商,就如何最大限度地利用这些工具对卫生系统和人民健康产生影响提出了建议。一项已经在某些领域产生积极影响的数字干预措施是向孕妇发出提醒,告知参加产前保健预约,并让儿童接种疫苗。审查的其他数字方法包括指导卫生工作者提供保健服

务的决策支持工具,并使个人和卫生工作者能够从不同的地方就健康问题进行沟通和咨询。

但仅靠数字卫生干预是不够的。指南表明,卫生系统需要对信息日益增加的可见性和可用性做出反应。还需向人们保证:个人的数据是安全的,他们不会因为披露敏感健康问题信息而面临风险。卫生工作者需要接受足够的培训来增强他们向这种新的工作方式转变的动力,并且需要熟练地使用这种技术。该指南鼓励决策者和实施者审查并适应这些条件,从而使得数字工具带来切实变化,并在获得病人数据问题上提供了与隐私考虑因素有关的指导。