

医养结合的资源、服务与产出的关系实证研究：从居家老年人的视角

邓敏* 倪享婷 刘盼 陈奕帆 姚斯怡 徐鑫

南京中医药大学卫生经济管理学院 江苏南京 210023

【摘要】目的：本研究从使用者视角对医养结合的资源、服务与阶段性产出进行关系检验，评价样本城市的医养结合工作效果。方法：基于系统理论搭建医养结合资源、服务与产出的关系路径，利用江苏省某市的分层抽样数据进行路径拟合，开展多个模型的对比分析。结果：服务内容与医养服务、医养服务与医养产出之间存在显著正相关关系，服务方式与医养服务之间、医养资源与医养产出之间则不存在显著相关关系。结论：“服务方式升级”和“人力资源及其整合”在应对人口高龄化问题方面将具有积极的意义。

【关键词】医养结合；居家养老；产出；评价

中图分类号：R197 文献标识码：A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.05.011

An empirical study on the relationship between resources, services and outputs of integrated health care and social services for seniors: From the perspective of in-home elderly

DENG Min, NI Xiang-ting, LIU Pan, CHEN Yi-fan, YAO Si-yi, XU Xin

School of Health Economics and Management, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210023, China

【Abstract】 Objective: From the perspective of service users, this study evaluated the Integrated Health Care and Social Services for Seniors (IHSS) by studying the relationship between resources, services, and intermediate outcomes with the data of a sample city which is picked from the pilot list in China. Methods: The relationship path was characterized based on System Theory, the structural equation model was used to fit the data of the pilot city based on the stratified sampling, and a comparative analysis of multiple models was carried out. Results: There is a significant positive correlation between content and services of IHSS, as well as services and output of IHSS. There is no significant correlation between services method and services of IHSS, and resources also doesn't related to output of IHSS. Conclusion: "Upgrade the service mode" and "Human resources and its integration" are play important role in improving the outcome of integration of health care and social services for elderly who lived in their own house. The above conclusions can provide a reference for the further work.

【Key words】 Integrated health care and social services for seniors; Home-based care for older persons; Outcomes; Evaluation

2019年《关于深入推进医养结合发展的若干意见》指出，当前仍存在医疗卫生与养老服务需进一步衔接、医养结合服务质量有待提高、相关支持政策措施需进一步完善等问题。在全球老龄化的挑战下，医养结合是具有我国国情特色的制度安排，其他国家也推出了面向老年人的整合照料计划，被认为是改善护理质量^[1]、患者安全^[2]和成本效益^[3]的重要

途径。整合照料的评价研究正处于发展之中，关于成功实施整合照料的知识仍然十分有限^[4]且面临着多方面的约束^[5]。国内医养结合的评价研究正处于起步阶段，主要集中在对护理人员能力^[6]、服务质量^[7-9]、干预措施的效果评价^[10]和护理参与的评价^[11]，以服务质量、服务能力的评价为主。在医养结合相关政策文件中，“满足老年人健康养老服务需

* 基金项目：国家自然科学基金资助项目(71804076)；江苏高校护理学优势学科建设工程资助项目(2019YSHL071)

作者简介：邓敏(1986年—)，女，博士，讲师，主要研究方向为医疗消费行为与制度供给。E-mail: synamey@163.com

求”被反复提及,这表明医养结合是否符合老年人的需求、是否改善了老年人的生活以及是否提高了老年人的获得感十分重要,有必要进行考察和测量。与此同时,已有的评价主要针对机构养老的医养结合,对于居家养老医养结合鲜有涉及。综上,本文将从居家老年人视角,对目前居家养老领域医养结合现状进行实证分析,考察医养结合中资源、服务以及医养产出的内在关联,为下一步如何深入开展居家养老医养结合工作提供参考。

1 资料与方法

1.1 数据来源

为保障本研究可靠性和有效性,在国家级医养结合试点单位名单中选择东部某城市进行实证研究。截至2019年,该市60岁以上的户籍老年人口占总人口21%。作为最早推进医养结合的城市之一,目前该市已建成市级居家养老综合服务中心、102个3A级社区居家养老中心,新增116个医护型居家养老服务中心。调查对象为60岁以上、居家养老且常住该市的老年人。在该市三个老年人口相对较多的城区,根

据性别和年龄(60~69岁,70~79岁,80岁以上)进行等比例的分层抽样,共发放问卷181份,回收有效问卷174份,问卷有效率96.13%。

1.2 研究假设与指标选取

本研究认为,在特定区域和资源禀赋条件下,医养结合模式(不同的服务内容和方式)决定了资源、服务与医养产出的关系。从系统科学^[12]的角度,将区域看作为一个社会—经济—卫生系统,相关变量之间的关系可以清晰的呈现出来(图1)。通过揭示系统中资源、服务与产出之间的作用规律,找出影响该区域医养结合产出的关键。待检验的假设包括:

- H1: 医养服务方式与医养服务之间存在正相关关系
- H2: 医养服务内容与医养服务之间存在正相关关系
- H3: 医养资源与医养结合产出之间存在正相关关系
- H4: 医养服务与医养结合产出之间存在正相关关系

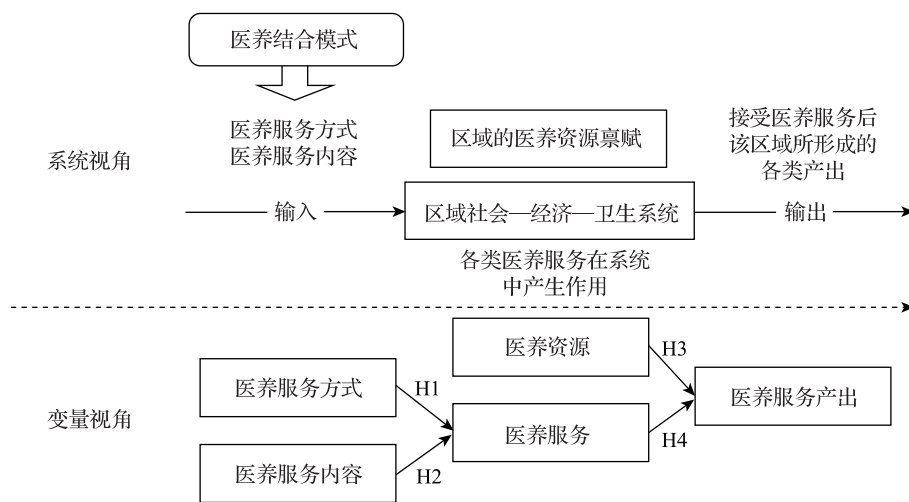


图1 居家养老医养资源、服务与产出的路径图

指标的选取以国家相关政策文件为依据,并参考已有国内外研究成果进行提炼。

(1) 医养服务产出:“满足老年人健康养老服务需求”、“增强人民群众获得感”是医养结合相关政策最终目的,本研究将老年人满意度和获得感(细分为健康和经济方面)作为评价医养结合产出的重要指标。健康方面,由于医养结合相关试点建设2016年才开始,在兼顾指标敏感性和有效性前提下,未选择直接测量老年人健康水平,而通过住院时间^[13]来

进行测量。

(2) 医养服务:考虑现阶段属于“医养结合”初期,对于老年人而言,无论医养服务的内容和方式如何,最终都落实在“服务可及性”上,即能否获得这些医养服务,因此将各类服务的可及性作为医养服务的测量指标。

(3) 医养资源、医养服务的方式和内容:由于我国居家养老的医养服务主要在社区层面协调,这些变量所涉及的内容主要以社区为主体展开,选取指

标如下:(1)医养资源包括医养结合所需要的相关设施、设备、环境以及人力资源,并将人力资源细分为人员的稳定性^[14]和跨学科性;(2)医养服务方式,即实现医与养相结合的各种服务方式的设计或安排。包括相关政策中提到的“上门服务”、“转诊服务”及“健康档案”,老年人参与服务决策^[15-16]以及为老年人提供统一服务入口^[17-18];(3)医养服务内容,具体细分为医疗类服务(治疗、康复、护理等)、生活类服务(助餐、助浴、助洁等)以及精神类服务(心理咨询、心理辅导和慰藉等)(表1)。

表1 变量及指标说明

变量	指标	指标说明
医养资源	X11	养老设施水平
	X12	医疗设备水平
	X13	医养服务的环境
	X14	医务人员稳定性
	X15	医务团队跨学科性
服务方式	X21	上门服务
	X22	转诊服务
	X23	统一服务入口
	X24	老年人/照护者参与
	X25	拥有健康档案
服务内容	X31	养老类服务质量
	X32	医疗类服务质量
	X33	精神类服务质量
医养服务	Acc1	养老服务可及性
	Acc2	医疗服务可及性
	Acc3	精神服务可及性
医养产出	SS	服务满意度
	Cost	卫生支出
	LOHS	住院时间

注:表内指标的取值范围均为1~5

1.3 研究方法

多个变量间的关系检验难以通过简单的线性回归实现,故选择结构方程模型来考察变量之间的潜在关系,通过对医养资源、服务以及产出的关系检验,从资源和服务中找出影响医养产出的主要因素。

2 结果

2.1 样本基本情况

样本人群以65~74岁为主,50%的老年人教育水平在初中及以下,超过四分之一的老年人月收入不足3000元。八成以上的老年人与配偶或者子女同住。拥有医疗保险和养老保险的老年人均接近九成(表2)。

表2 样本人口统计特征分布情况

统计项目	类别	人数	占比(%)
性别	男	94	54.02
	女	80	45.98
年龄(岁)	60~	21	12.07
	65~	43	24.71
	70~	42	24.14
	75~	29	16.67
	80~	24	13.79
	85~	15	8.62
受教育程度	未上过学	13	7.47
	小学或初中	74	42.53
	高中(中专)	42	24.14
	大专及以上	45	25.86
月收入情况(元)	0~	49	28.16
	3000~	73	41.95
	5000~	25	14.37
	7000~	27	15.52
居住情况	独居	29	16.67
	夫妻同住	87	50.00
	与子女同住	57	32.76
	其他	1	0.57
医疗保险	有	156	89.66
	无	18	10.34
养老保险	有	151	86.78
	无	23	13.22

2.2 模型拟合

数据的Cronbach's Alpha值分别为0.887、0.854、0.987、0.842,总值0.937,均高于0.7,说明测量指标具有较高的可信度,KMO值为0.851,说明问卷的结构效度良好。

基于图1构建路径图并放入数据检验,运行后得到模型I拟合的初始结果,初步模型优化后其拟合优度指数(表3)并不理想。考虑样本量不属于大样本,CMIN/DF和RMSEA处于2.912和0.105且难以改进,有必要对路径进行调整。仔细观察模型发现,X24“老年人/照护者参与”的误差与多个误差存在相关关系,继续调整会增加模型复杂性且改进有限。考虑现阶段“老年人/照护者参与”是难以落实的^[19-20],相关政策也未对其有特殊要求,因此将该指标删去。同时,结合软件和对变量间关系的思考,增加了“医疗设备水平→服务满意度”、“拥有健康档案→医疗类服务质量”和“上门服务→养老类服务质量”三条路径,并对部分指标的误差间关系进行了修正后得到模型II。

在模型II中有两条重要路径“服务方式→医养服务”(P=0.985)和“医养资源→医养产出”(P=0.578)均不显著。为确保整个模型的路径系数获得较好的准确性,先删除“服务方式”,得到模型III。

从表3中可见,相关优度指数相较于模型II,又有了大幅度的改进,说明模型III的路径关系更符合样本城市的实际特征。进一步删除“医养资源”,得到模型IV,仅RMR和NFI得到改进,一些关键指数表现出退步(RMSEA、IFI、TLI、CFI和CMIN/DF)。由于此时只剩下“服务内容”、“医养服务”和“医养产出”,且三者之间的关系为“服务内容→医养服务→医养产出”,“医养服务”是否有存在的必要?通过在

模型IV中增加“服务内容→医养产出”得到模型V。模型运行后发现,新增的“服务内容→医养产出”(P=0.642)并不显著,而原有的“医养服务→医养产出”(P=0.000)和“服务内容→医养服务”(P=0.002)都是显著的,与模型IV中“医养服务→医养产出”(P=0.000)和“服务内容→医养服务”(P=0.002)一致,说明“医养服务”在“服务内容”和“医养产出”之间的确发挥着中介作用,不可删除。

表3 五个模型的拟合优度指数汇总表

模型	CMIN	DF	P	CMIN/DF	RMR	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
模型 I	398.919	137	0.000	2.912	0.063	0.896	0.929	0.911	0.928	0.105
模型 II	230.324	118	0.000	1.952	0.046	0.936	0.968	0.958	0.967	0.074
模型 III	94.962	66	0.011	1.439	0.037	0.963	0.988	0.984	0.988	0.050
模型 IV	48.179	23	0.002	2.095	0.034	0.970	0.984	0.975	0.984	0.080
模型 V	48.008	22	0.001	2.182	0.033	0.970	0.984	0.973	0.983	0.083

值得注意的是,模型III中的“医养服务→医养产出”(P=0.000)和“服务内容→医养服务”(P=0.002)的表现与模型IV和模型V一致,三个模型中共有的路径系数变化非常小(表4),这说明变量之间关系是稳定的。通过对五个模型的拟合优度指数比

较发现,模型III的拟合效果较好,说明更能刻画出数据之间的关系,因此,选择模型III来解释样本地区居民的实际状态。确定采用模型III后得到医养资源、服务与产出之间的路径效应(表5)。

表4 五个模型的回归系数及其统计性检验

路径关系	模型 I		模型 II		模型 III		模型 IV		模型 V	
	Estimate	P	Estimate	P	Estimate	P	Estimate	P	Estimate	P
服务方式→医养服务	-0.003	0.962	0.001	0.985						
服务内容→医养服务	0.118	0.026	0.115	0.042	0.11	0.002	0.11	0.002	0.11	0.002
医养服务→医养产出	0.349	***	0.568	***	0.606	***	0.619	***	0.62	***
医养资源→医养产出	0.003	0.906	-0.018	0.578	0.002	0.950				
服务内容→医养产出									0.016	0.642
服务方式→X21	1		1							
服务方式→X22	0.999	***	1.003	***						
服务方式→X23	0.868	***	0.866	***						
服务方式→X24	0.75	***								
服务方式→X25	0.62	***	0.636	***						
医养服务→Acc3	1		0.984	***	0.982	***	0.982	***	0.982	***
医养服务→Acc2	1.017	***	1		1		1		1	
医养服务→Acc1	0.965	***	0.951	***	0.947	***	0.946	***	0.946	***
服务内容→X33	1		1.005	***	0.946	***	0.947	***	0.947	***
服务内容→X32	1.055	***	1		1		1		1	
服务内容→X31	1.045	***	1.121	***	0.988	***	0.999	***	0.999	***
医养资源→X15	1		1		1					
医养资源→X14	0.985	***	0.987	***	0.978	***				
医养资源→X13	0.744	***	0.744	***	0.747	***				
医养资源→X12	0.731	***	0.732	***	0.724	***				
医养资源→X11	0.586	***	0.581	***	0.572	***				
医养产出→SS	1		1		1		1		1	
医养产出→Cost	1.274	***	0.947	***	0.627	***	0.608	***	0.583	***
医养产出→LOHS	1.033	***	0.731	***	0.54	***	0.534	***	0.518	***
X12→SS			0.12	***	0.109	0.003				
X25→X32			0.086	***						
X21→X31			-0.091	0.005						

表 5 模型Ⅲ的路径效应汇总表

	医养资源	服务内容	医养服务	医养产出	X12
医养服务		0.110*			
医养产出	0.002*	0.067	0.606*		
X12	0.724*				
X11	0.572*				
X13	0.747*				
X14	0.978*				
X15	1.000*				
LOHS	0.001	0.036	0.327	0.540*	
Cost	0.002	0.042	0.380	0.627*	
SS	0.082	0.067	0.606	1.000*	0.109*
X31		0.988*			
X33		0.946*			
X32		1.000*			
Acc1		0.104	0.947*		
Acc3		0.108	0.982*		
Acc2		0.110	1.000*		

注：* 为直接路径，其他为间接路径

2.3 医养结合中资源、服务与产出之间关系

2.3.1 服务内容与医养服务存在显著正向因果关系

在同时拥有“服务方式”和“服务内容”两条路径(模型Ⅱ)时,“服务方式→医养服务”不显著($P=0.985$),H1 不成立。“服务内容→医养服务”显著相关($P=0.042$),H2 成立。而去掉“服务方式”的模型Ⅲ中,“服务内容→医养服务”的因果关系($P=0.002$)更加显著。

2.3.2 医养资源、服务与医养产出之间存在正向因果关系

医养资源对医养服务显示出微弱的正向作用($P=0.950$),但统计上并不显著,H3 不成立。医养服务代表三类医养服务的可及性,与医养产出具有非常显著的正向因果关系($P=0.000$),H4 成立。从路径来源看,除“医养资源”和“医养服务”对“医养产出”有直接的正向因果作用外,“服务内容”对“医养产出”也有间接的正向因果作用。

2.3.3 医养资源与服务内容之间存在显著相关关系

医养资源代表实现医养结合的各类资源的供给情况,而服务内容指代老年人对三类服务质量的评价,医养资源的丰富与服务质量的水平之间存在高度的正相关性($P=0.000$),因此,在了解改善医养资源与提高服务水平的关联背后,可以把握某种共同的因素,将资源转化为提升医养产出的动力。

2.3.4 医疗设备水平与服务满意度之间存在显著的因果关系

医养资源包含了多项资源,但医疗设备水平对服务满意度存在直接、正向的作用力($P=0.003$)。

3 讨论

3.1 服务可及性是医养投入转化为产出的关键

整合照料的价值不仅仅在于改善人们的健康或疾病管理^[21],而是改进服务使用者的体验^[22],这与医养结合的出发点是一致的,有学者从新公共服务理论出发,阐述了社区医养结合影响老年人养老获得感的理论依据。^[23]但医养结合究竟如何带来满意度和获得感的改进目前尚不得知。考虑老年人受限其生理和经济等因素,“在需要某项医养服务的时候能够获得并利用起来”是最重要的,将服务可及性来表征“医养服务”,即无论为老年人提供哪些医养服务内容,无论以何种方式提供,最重要也是最基础的是服务的可及性。通过模型Ⅳ和模型Ⅴ之间的对比,也验证了这一观点,服务质量的高低无法直接形成医养产出,必须通过服务可及性才能对产出发挥作用,这说明服务可及性的确是服务内容和方式转换为医养产出的重要中介变量。

3.2 服务方式未对可及性和产出形成显著影响

根据拟合结果发现,该市的服务可及性更多是来源于服务内容的贡献,而非服务方式。尽管有学者发现,整合照料与一般照料模式并没有显著差异^[24],对健康结果和老年人的功能能力的影响也十分有限^[25]。但本研究中产出测量并没有局限于健康方面。当去掉“服务方式”时,服务内容与医养服务之间的关系更显著,因此,造成这一现象还可能与当前医养结合工作的落实有关,即“服务方式”的部分表现与“服务内容”存在相关性,如转诊服务、拥有健康档案可能会被纳入到医疗类服务的内容中,但从其作用来说,转诊服务是衔接不同医疗机构的渠道,而健康档案则是社区开展健康管理、人群分类以及信息快速共享的基础。但这一作用被弱化了,更多的是一种服务,并在社区层面作为一种医疗服务在提供。

3.3 医养资源对于医养产出发挥着特殊作用

已有学者关注到医养资源在医养供给的重要作用^[26-27],样本城市的“服务资源与医养产出”路径不显著却不能删去。当同样不显著的“服务方式指向医养服务”被删去后,模型得到了改进。而“服务资源与医养产出”去掉后却大大破坏模型的拟合效果。这说明,“医养资源”在模型中有其特殊的价值。其不能被模型中其他变量替代,但现阶段“医养资源”

对“医养产出”的贡献力有限,因此它虽然不显著,但应当被保留和关注。

4 建议

4.1 调整和优化服务方式,提升医养服务的可及性

当前医养结合的建设还处于“尽可能的丰富服务内容”的阶段,而“以怎样的方式提供这些服务内容”则相对被关注的少一些。随着医养资源涌入逐渐平缓、高龄化的老年人群更加受到生理的限制、家庭支持的弱化等,这些因素的叠加会给相关服务机构带来更大的压力。彼时,服务内容已经达到饱和状态,服务方式将会更加重要,即老年人如何有效使用这些服务,需要通过服务方式的调整和优化来实现,包括探索一些新的职业以帮助老年人管理不同来源的医养服务、加强家庭医生团队对老年人群的疾病管理以及进一步淡化在提供服务过程中医养机构的行政边界等,丰富老年人对医养服务的了解和利用渠道,提升服务可及性。

4.2 整合人力资源,改善医养产出

目前,养老方面的需求已经得到一定的满足,医疗类资源和社区的医养服务环境还需要不断改善,在后续的医养结合工作中,提升“医养资源”最关键的是人力资源,“稳定”和“多学科”凸显出对人力资源整合的必要性。医务人员的供给和管理,不仅需要合理的人员配置、良好的激励机制,还涉及到人才的培养、专业领域的发展,这需要一系列的政策和措施来推动。多点执业正是促进人才资源融合流动的重要尝试,但在落实过程中存在痛点。未来还需要更多的政策,引导和促进人力资源的流动。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] Greaves F, Pappas Y, Bardsley M et al. Evaluation of complex integrated care programmes: the approach in North West London[J]. International Journal of Integrated Care, 2013, 13: 1-10.
- [2] Rothe U, Müller G, Schwarz P E H, et al. Evaluation of a diabetes management system based on practice guidelines, integrated care, and continuous quality management in a Federal State of Germany: a population-based approach to health care research[J]. Diabetes care, 2008, 31(5): 863-868.
- [3] Lambeek L C, Bosmans J E, Van Royen B J, et al. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial[J]. BMJ, 2010, 341(301): e6414.
- [4] Leichsenring K, Billings J. Long-term care in Europe-improving policy and practice. Basingstoke[M]. New York: Palgrave Macmillan, 2013.
- [5] Liljas A E M, Fanny Brattström, Bo Burström, et al. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People-A Systematic Review[J]. International Journal of Integrated Care, 2019, 19(3): 6.
- [6] 李晓俞, 张文光, 席杨娟, 等. 医养结合模式下老年人分级照护评估研究现状[J]. 护理研究, 2019(9): 1545-1548.
- [7] 张璐. 基于 SERVAUAL 模型的医养结合养老院服务质量测评[J]. 人力资源管理, 2015(9): 196-197.
- [8] 周绿林, 潘利雯, 何娟, 等. 基于期望理论的医养结合型养老服务质量研究—以镇江市为例[J]. 中国集体经济, 2016(7): 78-79.
- [9] 朱亮, 杨小娇, 张倩, 等. 医养结合社区居家养老中心供给服务质量评价指标体系的构建研究[J]. 中国全科医学, 2018(2): 199-205.
- [10] 李洪霞, 崔学利, 周东娜. 探究老年慢性病患者实施社区医养结合持续性照护模式的效果[J]. 中国社区医师, 2019(13): 145-147.
- [11] 叶婷婷, 沈晔. 社区护士参与家庭医生主导的医养结合模式的效果评价[J]. 上海护理, 2019, 19(1): 33-35.
- [12] 苗东升. 系统科学精要[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2010.
- [13] Wodchis W P, Dixon A, Anderson G M, et al. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis[J]. International Journal of Integrated Care, 2015(15): e021.
- [14] Read D MY, Dalton H, Booth A, et al. Using the Project Integrate Framework in Practice in Central Coast, Australia[J]. International Journal of Integrated Care, 2019, 19(2): 10.
- [15] Hoedemakers M, Leijten FRM, Looman W, et al. Integrated Care for Frail Elderly: A Qualitative Study of a Promising Approach in the Nether lands[J]. International Journal of Integrated care, 2019, 19(3): 16.
- [16] Wodchis W P, Dixon A, Anderson G M, et al. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis[J]. International Journal of Integrated Care, 2015, 15(9): e021.
- [17] Dominique Somme, Réjean Hébert, Gina Bravo, et al. The

- individualized service plan as a clinical integration tool; qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment[J]. international journal of integrated care, 2007, 7(4): e52.
- [18] Kodner D. Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons[J]. Health and Social Care in the Community, 2006, 14(5): 383-390.
- [19] Kiselev J, Suija K, Oona M, et al. Patient Involvement in Geriatric Care—Results and Experiences from a Mixed Models Design Study within Project Integrate[J]. International Journal of Integrated Care, 2018, 18(1): 12.
- [20] Breton M, Wankah P, Guillette M, et al. Multiple Perspectives Analysis of the Implementation of an Integrated Care Model for Older Adults in Quebec[J]. International Journal of Integrated Care, 2019, 19(4):6.
- [21] Kuluski K. What is Important to Older People with Multimorbidity and Their Caregivers? Identifying Attributes of Person Centered Care from the User Perspective[J]. International Journal of Integrated Care, 2019, 19(3): 1-15.
- [22] Rijken M, Lette M, Baan C A, et al. Assigning a Prominent Role to “The Patient Experience” in Assessing the Quality of Integrated Care for Populations with Multiple Chronic Conditions[J]. International Journal of Integrated Care, 2019, 19(3): 1-5.
- [23] 曲夏夏. 社区医养结合影响老年人养老获得感的理论依据及验证方法[J]. 山东社会科学, 2019(12): 107-111.
- [24] Diabetes Integrated Care Evaluation Team. Integrated Care For Diabetes: Clinical, Psychosocial, And Economic Evaluation [J]. BMJ: British Medical Journal, 1994, 308(6938): 1208-1212.
- [25] Looman W M. Facing Frailty: Exploring the Effectiveness of Integrated Care for Frail Older People[J]. International Journal of Integrated Care, 2019, 19(3): 13.
- [26] 景丽伟, 张超, 孙书彦, 等. 北京市医养结合资源配置现状及公平性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(3): 49-56.
- [27] 胡月, 蒋运兰, 楚鑫, 等. 基于深度学习的医养结合养老资源配置优化模型构想[J]. 护理研究, 2019, 33(23): 4105-4107.

[收稿日期:2020-02-29 修回日期:2020-04-15]

(编辑 赵晓娟)