

# 区域医联体背景下医养结合服务评价指标体系构建

林陶玉<sup>1</sup>, 唐昌敏<sup>2</sup>

<sup>1</sup>苏州高新区人民医院, 江苏苏州, 215129; <sup>2</sup>湖北中医药大学管理学院, 湖北武汉, 430065

**摘要 目的:** 构建区域医联体医养结合服务评价指标体系, 为后续医养结合服务评价工作的开展和政策的拟定提供参考。**方法:** 通过理论研究和文献研究构建区域医联体医养结合服务指标体系框架, 采用德尔菲法修订指标, 运用层次分析法确定指标权重。**结果:** 区域医联体医养结合评价指标体系包括6个一级指标、24个二级指标和48个三级指标。一级指标权重为0.0667-0.3507, 二级指标组合权重为0.0054-0.2630, 三级指标组合权重为0.0004-0.1617。**结论:** 本研究构建的区域医联体医养结合评价指标体系具有一定的科学性和可靠性, 可为推动医养结合服务向纵深发展提供客观依据。

**关键词** 医养结合; 服务评价; 指标体系; 区域医联体

中图分类号: R195.1

文献标识码: A

DOI: 10.13723/j.yxysh.2022.11.008

文章编号: 1006-5563(2022)11-0038-06

## Construction of the Evaluation Index System for Integration of Medical Treatment and Care Services Based on Regional Medical Consortium

LIN Taoyu et al

*The People's Hospital of SND, Suzhou, Jiangsu, 215129, China*

**Abstract Objective:** To construct the evaluation index system of integration of medical treatment and care services in regional medical consortium, so as to provide references for the subsequent evaluation of integration of medical treatment and care service in regional medical consortium and the formulation of policies. **Methods:** The evaluation index system framework for integration of medical treatment and care services on medical consortium was constructed through theoretical research and literature research, the indexes were revised by Delphi method, and the weights of the indexes were determined by hierarchical analysis method. **Results:** The evaluation index system included 6 first-level indexes, 24 secondary indexes and 48 tertiary indexes. The weights of the first-level indexes were 0.0667-0.3507, the combination weights of the second-level indexes were 0.0054-0.2630, and the combination weights of the third-level indexes were 0.0004-0.1617. **Conclusion:** The evaluation index system of integration of medical treatment and care services in regional medical consortium constructed in this study is scientific and reliable, which can provide an objective basis for promoting the in-depth development of integration of medical treatment and care service.

**Key Words** Integration of Medical Treatment and Care; Service Evaluation; Index System; Regional Medical Consortium

在全球人口老龄化背景下, WHO 提出构建帮助老人改善与维持良好功能状态, 延缓甚至部分逆转早期功能下降的健康老龄化公共卫生框架<sup>[1]</sup>。2016年, WHO 出台《关于老龄化和健康的全球战略与行动计划(2016-2020年)》, 正式启动老年人综合照护(integrated care for old people, ICOPE)项目, 旨在建立以社区为基础, 医院与社区等健康照护系统与社

会照护系统整合协作的长期照护网络, 满足老年人独特需求, 最大限制地发挥其功能<sup>[2-3]</sup>。该项目通过5年试点, 在资源整合, 综合连续服务提供方面成效显著, 但在跨部门协同仍面临挑战<sup>[4]</sup>, 干预措施的可行性和有效性还需多国实践加以验证<sup>[5]</sup>。

在“十四五”开局之年, 党中央提出将健康老龄化理念融入经济社会高质量发展全程, 以应对人口

基金项目: 国家自然科学基金资助项目, 编号为72064033; 石河子大学研究生教育教学改革项目, 编号为2019Y-JGSJ02

通讯作者: 唐昌敏, 155387281@qq.com

老龄化高峰<sup>[6]</sup>。居家医养结合作为居家—社区—机构多层医养结合养老服务体系的网底,是我国实现健康老龄化的重大举措。该模式强调基层医疗卫生机构的“医”要充分融入老年人的家庭养老,形成便捷可及、广覆盖的连续照护系统。然而,基层医疗卫生机构一直面临资源总量不足、配置不均、服务能力薄弱等问题<sup>[7]</sup>,迫切需要优质医疗资源注入,实现健康养老的“强基层”建设。纵向紧密型医联体是区域医疗资源整合度最高的医联体模式<sup>[8]</sup>。该模式通过区域纵向医疗资源的统筹,强力推动优势资源“下沉”基层网底,并凭借居家医养结合服务平台将其服务功能拓展至医养结合服务,进而形成区域医联体居家医养结合服务的新型模式。然而,我国针对医养结合服务评价多聚焦于单体机构<sup>[9-10]</sup>,注重服务供给内容和质量(微观层)评价<sup>[11-12]</sup>,对于区域医联体居家医养结合服务新模式的探索与评价尚无文献支撑。基于此,本研究初步构建区域医联体医养结合服务评价指标体系,以期为后期评估工作的开展提供参考。

## 1 资料来源与方法

### 1.1 指标体系框架构建

本研究以 ICOPE 实施框架为基础,结合我国医养结合服务体系标准化建设相关指南、紧密型医共体建设评判标准和监测指标体系,从服务体系的宏观、中观和微观系统 3 个方面,构建治理与监督、服务体系建设、服务协同、服务延伸、社会参与、服务干预和服务效果 7 个维度的区域医联体医养结合服务理论框架。见图 1。该框架中宏观系统、中观系统和微观系统的服务干预反映供方的服务供给,微观系统的服务效果针对需方,体现服务供给的目标达成情况。

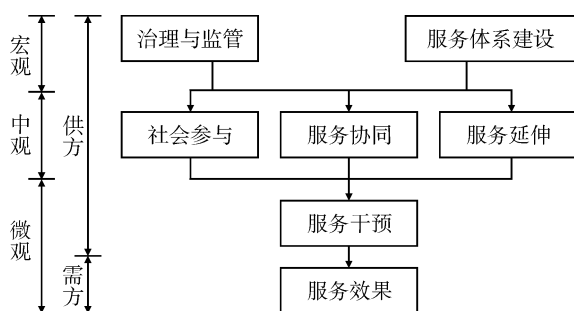


图 1 区域医联体医养结合服务理论框架

### 1.2 研究方法

1.2.1 文献研究法。采用系统评价方法,检索中国知网(CNKI)、万方、维普等中文数据库,以及 Web of

Science, Pubmed, Google scholar 等英文数据库,分别以“医养结合”“健康养老”“服务”“照护”“评价”等和“integration”“health and social care”“older people”“the elderly”“evaluate”等为中英文检索词,采用主题词和关键词相结合的检索方式,辅以手工检索 WHO 网站等官方网站,必要时追溯纳入文献的参考文献。检索时间自建库至 2020 年 6 月。根据纳入和排除标准,筛选文献,提取指标,并将其纳入区域医联体医养结合服务理论框架进行综合,提炼其内部关系,评估综合的稳健性,形成以老年人为中心的区域医联体医疗卫生服务供给评价指标体系。

1.2.2 德尔菲法。邀请 16 名社会医学与卫生事业管理、卫生政策、医院管理、流行病学与卫生统计学等专业,并具有丰富相关研究经历或工作经历的专家或学者(表 1),对初步构建的区域医联体医养结合服务评价指标的有效性和重要性进行评价。依据德尔菲法原则,每轮咨询结束后,根据评价结果及专家建议筛选、修订指标,形成下一轮专家咨询表,直至专家意见趋同为止<sup>[13]</sup>。基于此,本研究共进行了两轮专家咨询。

专家的可靠性分析。用积极性、权威性和协调性反映专家的可靠性。积极性用问卷回收率反映;权威性则根据专家的熟悉程度( $C_s$ )和判断依据( $C_a$ ),运用公式  $C_r = \frac{C_s + C_a}{2}$  计算而得,其中, $C_r$ 为权威系数,该值大则专家的权威性高;协调性则根据变异系数( $CV$ )和协调系数( $W$ )进行判断, $CV$ 越小,说明专家意见分歧越小; $W$ 取值在 0-1 之间, $W$ 越接近 1,说明协调程度越好<sup>[14-15]</sup>。

指标入选标准。指标的重要性、有效性评分均数>7 分、变异系数<0.30,则纳入,否则予以剔除,同时结合专家建议对指标体系进行修订、补充或完善<sup>[16]</sup>。

1.2.3 层次分析法。区域医联体医养结合服务评价指标体系涉及指标较多、构成较复杂。本研究采用层次分析法,通过定性和定量综合研究方法将繁杂的决策问题进行系统分层处理后,以最简化方式作出综合决策,确定各指标权重<sup>[17]</sup>。本研究建立上述修订后指标体系的层次结构模型,依据专家重要性赋值的均数差( $Z$ ),确定对应的 Saaty 标度值(表 2),构造判断矩阵并计算各层次指标权重系数  $W$ <sup>[18]</sup>;依据随机一致性比率( $CR$ )计算公式( $CR = CI/RI$ ),对上述判断矩阵进行一致性检验。其中, $CI$

表 1 专家基本情况 (n=16)

项目	频数	构成/%
年龄/岁		
30-39	5	31.3
40-49	7	43.8
50-59	4	25.0
学历		
硕士	1	6.3
博士	15	93.3
工作单位		
高校	12	75.0
医疗机构	3	18.8
科研机构	1	6.3
职称		
中级	1	6.3
副高级	10	62.5
正高级	5	31.3
研究方向		
卫生管理	4	25.0
卫生政策	4	25.0
医院管理	3	18.8
养老服务	2	12.5
信息管理	1	6.3
人力资源管理	1	6.3
卫生统计	1	6.3
工作年限/年		
<10	3	18.8
10-19	9	56.3
20-29	2	12.5
≥30	2	12.5

表 2 判断矩阵的标度及含义

标度值	均值差 Z	含义
1	0.00	$A_{ij}$ 与 $A_{ik}$ 指标同等重要
3	$0.25 < Z \leq 0.50$	$A_{ij}$ 比 $A_{ik}$ 指标稍微重要
5	$0.75 < Z \leq 1.00$	$A_{ij}$ 比 $A_{ik}$ 指标明显重要
7	$1.25 < Z \leq 1.50$	$A_{ij}$ 比 $A_{ik}$ 指标重要得多
9	$> 1.75$	$A_{ij}$ 比 $A_{ik}$ 指标极端重要
2,4,6,8	—	$A_{ij}$ 对 $A_i$ 的重要程度处于上述相应的两数之间
1/3, 1/5, 1/7, 1/9 等	—	$A_{ik}$ 比 $A_{ij}$ 重要, 指标 $i$ 与 $j$ 的比较标度与 $j$ 和 $i$ 的比较标度互为倒数

为一致性指标,  $CI = (\lambda_{max} - m) / (m - 1)$ ,  $\lambda_{max}$  为判断矩阵的最大特征值,  $m$  为判断矩阵的阶数;  $RI$  为平均随机一致性指标, 随着  $m$  变化而变化。当  $CR \leq$

0.1 时, 认为判断矩阵通过一致性检验<sup>[19]</sup>; 通过层次分析法确定各指标权重, 依据 Saaty 提出乘积法, 计算同级指标对上一级指标的组合权重。计算公式为  $\bar{\omega}_{ij} = \bar{\omega}_i \times \bar{\omega}_j$ ,  $\bar{\omega}_{ij}$  为同级指标组合权重,  $\bar{\omega}_i$  为上一级指标权重,  $\bar{\omega}_j$  为同级指标权重。

1.3 统计学方法

应用 Excel 2016、SPSS 22.0 建立数据库, 描述性分析用均值、标准差、变异系数、积极系数, 权威系数和协调系数等表示; 利用 Matlab 软件确定各指标权重。

2 结果

2.1 文献检索情况

共检索 6201 篇文献, 删除重复文献 2507 篇后, 根据摘要和题目初筛以及全文阅读复筛, 保留了 31 篇文献, 并从 Google 学术及 WHO 等官网追溯 4 篇相关引文。最终对符合纳入和排除标准的 35 文献进行文献综述。见图 2。

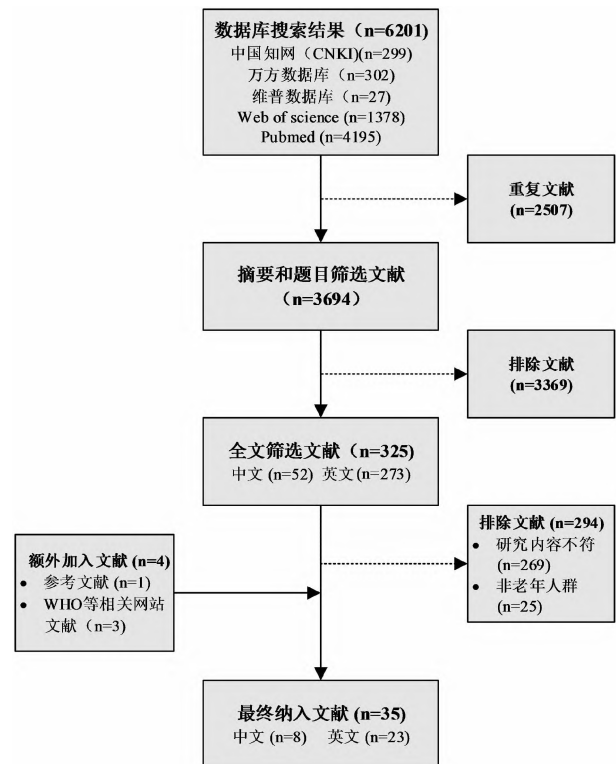


图 2 文献筛选流程

采用以一级指标为基础, 收集、筛选区域医联体医养结合服务能力评价指标, 运用 Leamy 等推荐的改良版叙述性综合方法对不同研究结果进行汇总分析<sup>[20]</sup>, 采用混合研究评价工具进行质量评价, 初步确定区域医联体医养结合服务供给评价指标的 27 个二级指标和 47 个三级指标。见表 3。

表3 初步拟定的区域医联体医养结合服务评价指标体系

一级指标	二级指标	三级指标
治理与监督 I 1	支持和鼓励社会力量积极参与的相关政策 II 1	III 1
	支持医养结合服务发展的相关政策 II 2	III 2
	保护老年人权益的相关政策 II 3	III 3
	医养结合服务监管制度 II 4	III 4
	质量管理体系 II 5	III 5
	机构服务能力评估机制 II 6	III 6
服务体系建设 I 2	融资与激励机制 II 7	III 7-III 8
	人力资源开发 II 8	III 9
	人力资源管理 II 9	III 10-III 11
	信息共享平台建设 II 10	III 12
	健康信息采集系统 II 11	III 13
社会参与 I 3	对社会力量参与的支持 II 12	III 14
	对照护者的支持与培训 II 13	III 15-III 16
服务协同 I 4	老年人健康筛查策略 II 14	III 17
	综合评估技术的标准化 II 15	III 18
	制定与共享照护计划 II 16	III 19-III 20
	远程医学服务建设 II 17	III 21-III 22
	双向转诊 II 18	III 23-III 27
服务延伸 I 5	家庭医师团队数量 II 19	III 28-III 29
	老年人健康管理率 II 20	III 30-III 31
	老年人配套的基础设施、设备 II 21	III 32
服务干预 I 6	服务内容 II 22	III 33-III 34
	服务效率 II 23	III 35-III 37
	服务质量 II 24	III 37-III 41
	服务可及性 II 25	III 42-III 44
服务效果 I 7	老年人满意度水平 II 26	III 45
	老年人健康状况 II 27	III 46-III 47

## 2.2 专家的可靠性

本研究对 16 名专家进行两轮专家咨询,专家积极系数达到 100%,说明专家重视高,积极性好;两轮专家咨询的权威系数分别为 0.81 和 0.82,均>0.7,充分反映专家具有较高的权威性;专家咨询的变异系数(CV)第二轮(0.094-0.235)波动范围小于第一轮(0.088-0.290),说明专家分歧逐渐减少;专家咨询的协调系数第二轮(0.181)优于第一轮(0.176),差异均有统计学意义( $P<0.001$ ),提示专家协调性不断提高。

## 2.3 评价指标的筛选结果

### 2.3.1 第一轮专家咨询结果。根据指标评价结果和 8

名专家提出建议进行指标修订。合并一级指标“社会参与”与“服务延伸”为“服务延伸与社会支持”;合并部分二级指标;增设二级指标“资源配置”和“专项培训”;修订、增设和删除部分三级指标,形成区域医联体医养结合服务评价指标体系包括 6 个一级指标、25 个二级指标和 49 个三级指标。

2.3.2 第二轮专家咨询结果。根据评价结果及 4 名专家反馈意见,对部分二级指标和三级指标进行调整和修订。二级指标“医养结合服务的相关政策”较“支持和鼓励社会力量积极参与的相关政策”重要,故调整两者顺序;将部分三级指标的绝对值改为相对值,以反映服务供给情况;三级指标“为老年人开展远程医疗服务”和“远程医疗服务老年人的占比”均反映远程医疗服务情况,故删除“为老年人开展远程医疗服务”;对于部分指标名称的修订建议,经小组成员讨论仍保留原指标名称。最终形成区域医联体医养结合服务评价指标体系包括 6 个一级指标、25 个二级指标和 48 个三指标。

## 2.4 指标权重分配结果

各级指标一致性检验结果显示, $CR\leq 0.1$ 。对区域医联体医养结合服务影响由大到小依次为服务效果(0.3507)、服务体系建设(0.2770)、服务协同(0.1335)、治理与监督(0.1055)、服务延伸与社会参与(0.0667)和服务干预(0.0667)。二级指标组合权重在 0.0054-0.2630 之间,其中,老年人满意度对服务效果影响最大,资源配置对服务体系建设影响最大;三级指标组合权重在 0.0004-0.1617 之间,其中,老年人对医养结合服务的满意度评价影响最大。见表 4。

## 3 讨论

### 3.1 区域医联体医养结合评价指标体系具有一定的科学性

本研究在指标的筛选阶段,采用系统评价方法,凝练、综合高质量证据资料纳入到主体框架,保证指标筛选的全面性和客观性<sup>[21]</sup>。在指标的优化完善阶段,邀请的专家来自 5 个城市,专业覆盖多个领域,绝大部分专家拥有博士学位,副高及以上职称,工作年限在 10 年及以上。说明专家的理论知识雄厚、实践经验丰富,具有很好的代表性。两轮咨询均得到了专家的积极回复,专家的权威系数大于 0.8,且意见集中、分歧小、协调性高,表明专家的重视度以及咨询结果的可信度较高。在指标权重确定阶段,运用主客观评价相结合的层次分析法,以避免主

表4 区域医联体医养结合服务评价指标体系组合权重

一级指标及权重	二级指标及权重	组合权重	三级指标及权重	组合权重
I 1.治理与监督( 0.1055)	II 1.医养结合地方政策( 0.2885)	0.0304	III 1.支持医养结合服务发展政策( 0.3714)	0.0113
	II 2.支持社会力量参与政策( 0.0510)	0.0054	III 2.鼓励社会组织参与医养结合服务政策( 0.0882)	0.0005
	II 3.保护老年人权益政策( 0.2885)	0.0304	III 3.老年人权益保障政策法规( 0.1963)	0.0060
	II 4.医养结合服务监管( 0.1816)	0.0192	III 4.医养结合服务监管制度( 0.1963)	0.0038
	II 5.改善服务策略( 0.0672)	0.0071	III 5.改善医养结合服务政策( 0.0596)	0.0004
	II 6.服务能力评估( 0.1232)	0.0130	III 6.建立医养结合服务能力评估系统( 0.0882)	0.0011
I 2.服务体系建设( 0.2770)	II 7.资源配置( 0.5980)	0.1656	III 7.财政投入情况( 0.1544)	0.0256
			III 8.提供医养结合服务的机构占比( 0.0452)	0.0075
			III 9.提供医养结合服务的床位构成( 0.1274)	0.0211
			III 10.提供医养结合服务的人力资源构成( 0.2333)	0.0386
			III 11.配备老年人配套基础设施设备的机构占比( 0.0822)	0.0136
			III 12.多方筹资( 0.0597)	0.0099
	II 8.融资与激励机制( 0.0572)	0.0158	III 13.医联体分配激励机制( 0.0597)	0.0009
			III 14.医联体绩效考核结果与奖惩结合( 0.0982)	0.0016
			III 15.促进医养结合服务发展人力资源管理制( 0.0597)	0.0019
	II 9.人力资源管理( 0.1159)	0.0321	III 16.工作人员对人才培养与职业发展满意度( 0.0268)	0.0009
	II 10.信息化建设( 0.2290)	0.0634	III 17.建立互联互通的健康信息平台( 0.0317)	0.0020
			III 18.老年人健康相关数据提取和利用( 0.0216)	0.0014
I 3.服务协同( 0.1335)	II 11.服务标准( 0.2692)	0.0359	III 19.医联体使用标准化评估工具和服务规范( 0.1551)	0.0056
	II 12.专项培训( 0.1855)	0.0248	III 20.医养结合服务人员系统培训( 0.2315)	0.0057
	II 13.共享护理计划( 0.0785)	0.0105	III 21.老年服务需求评估和个性化护理计划实施( 0.2315)	0.0024
			III 22.老年服务需求评估结果和护理计划共享( 0.0839)	0.0009
	II 14.远程医疗( 0.1105)	0.0148	III 23.远程医疗服务中老年人人次的占比( 0.0612)	0.0009
	II 15.双向转诊机制( 0.3562)	0.0476	III 24.医联体内建立老年人就诊绿色通道( 0.1588)	0.0076
III 25.医联体内建立统一的双向转诊标准( 0.0471)			0.0022	
I 4.服务延伸与社会参与( 0.0667)	II 16.多学科服务团队( 0.4620)	0.0308	III 26.医联体内老年人双向转诊占比( 0.0310)	0.0015
			III 27.组建多学科服务团队( 0.1142)	0.0352
			III 28.多学科团队数量的占比( 0.0586)	0.0181
	II 17.老年人健康管理( 0.1780)	0.0119	III 29.定期筛查需要照护服务的老年人( 0.2072)	0.0246
			III 30.老年人健康管理率( 0.1639)	0.0195
			III 31.鼓励社会资源参与老年人照护服务( 0.0459)	0.0026
II 18.社会力量的参与( 0.0862)	0.0057	III 32.定期对老年人的照护者提供支持性服务( 0.1142)	0.0209	
		III 33.定期对照护者进行专业培训( 0.2960)	0.0542	
I 5.服务干预( 0.0667)	II 20.服务内容( 0.1939)	0.0129	III 34.老年人护理需求评估( 0.0627)	0.0081
			III 35.服务内容符合老年人护理需求( 0.0496)	0.0064
	II 21.服务效率( 0.1939)	0.0129	III 36.服务流程清晰、简便( 0.0496)	0.0064
			III 37.服务衔接紧密性( 0.0256)	0.0033
			III 38.老年人床位使用率( 0.0223)	0.0029
			III 39.服务人员的技术水平( 0.0722)	0.0239
	II 22.服务质量( 0.4950)	0.0330	III 40.Ⅱ以上压疮的发生率( 0.0829)	0.0274
			III 41.医嘱、处方合格率( 0.2114)	0.0699
			III 42.病历记录合格率( 0.1057)	0.0350
			III 43.服务费用的报销情况( 0.1616)	0.0127
	II 23.服务可及性( 0.1173)	0.0078	III 44.服务费用的可负担性( 0.1264)	0.0099
			III 45.距服务机构的距离( 0.0302)	0.0024
III 46.老年人对医养结合服务的满意度评价( 0.6144)			0.1617	
III 47.慢性病的患病率( 0.2684)			0.0235	
I 6.服务效果( 0.3507)	II 24.老年人满意度( 0.7500)	0.2630	III 48.老年人的健康自评( 0.1172)	0.0103
	II 25.老年人健康状况( 0.2500)	0.0877		

观评价异质性的弊端,各指标的权重均通过了一致性检验,说明指标体系的权重分配较为合理。由此可知,本研究构建的区域医联体医养结合服务评价指标体系具有一定的科学性和可靠性。

### 3.2 区域医联体医养结合评价指标设置客观、合理

从一级指标权重分布情况可知,区域医联体医养结合微观系统的服务效果旨在明确目标达成情况,故也是区域医联体医养结合服务的核心指标。其余指标意在反映服务体系从宏观至微观的服务提供情况。其中,服务体系建设和治理与监督这两个宏观指标决定服务体系的顶层设计,即关系到中观系统的资源整合与协调,又关系到微观系统的服务供给,因此,对整个指标体系的影响最大。中观系统指标涉及多方服务协同、服务延伸及社会参与,发挥着承上启下作用,对指标体系的影响仅次于宏观系统指标。微观系统是服务直接提供层,其供给数量与质量受宏观总体布局、中观组织与专业协同发展等限制,故对指标体系的影响最小。二级指标组合权重分析,宏观指标中医养结合、保护老年人权益等地方政策,以及资源配置发挥至关重要的作用;中观指标中双向转诊、多学科服务团队建设更能体现医联体各机构服务协同与服务延伸;微观指标中服务质量是评价供给的重要指标,因健康状况反映长期服务效果,故目前侧重于用老年人的服务体验来评价微观服务效果。

### 3.3 区域医联体医养结合评价指标体系具有一定应用价值

医养结合服务体系应具备综合、持续、全方位的特点<sup>[22]</sup>,需要在政策、组织、专业和实践之间搭建桥梁,通过彼此紧密衔接与合作方可实现<sup>[10]</sup>。本研究选取 WHO 推荐的 ICOPE 实施框架作为理论框架的主体,在此基础上引入我国医养结合服务体系建设中横向融合的要害和紧密型医联体建设中纵向衔接的元素,使指标体系主体框架即符合国际发展趋势,又具有本土适用性。该指标体系内容涵盖宏观设计、中观的组织协同与合作以及微观的基层与家庭综合服务供给,还涉及需方的服务效果评价,可清晰刻画医联体医养结合服务体系建设和服务供给的整体情况,有效弥补宏观、中观服务供给现状认识不足的缺陷。服务供给的内容、质量、效率、可及性等量化指标可作为衡量标尺,量化区域医联体医养结合服务的目标的达成情况。资源配置、融资和激励机制等服务体系建设、服务协同等指标,可捕捉其发展建设的薄弱环节,为医联体居家医养结合服务模式

政策的出台和整合区域碎片化的医养结合服务提供依据。另外,基层居家医养结合服务和医联体连续、综合的医疗服务相关指标有机整合,在一定程度上助推医联体的服务功能拓展至健康养老领域,进而形成医联体居家医养结合服务的新型模式,为基层机构未来开展医养结合服务提供更多的路径与实现方式。

本研究以电子邮件形式进行专家咨询,研究者尽管对指标进行了解释说明,但函询过程中信息交流的便捷性有限,不能完全避免专家对指标条目的理解偏差。其次,该指标体系是基于文献研究、德尔非法、层次分析法构建而成,缺少实证的验证与修正环节。指标体系涉及的评价环节多元,其可操作性亦需实践检验。因此,下一步研究需聚焦于实证部分,通过多地实际评价工作的开展进行指标体系的测试和完善。

### 参考文献

- [1] WHO. World report on ageing and health [EB/OL]. (2019-12-29) [2021-12-20]. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en>.
- [2] WHO. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services [EB/OL]. (2019-01-30) [2021-08-25]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>.
- [3] WHO. Global strategy and action plan on ageing and health [EB/OL]. [2021-12-30]. <https://www.who.int/ageing/WHO-CSAP-2017.pdf?ua=1>.
- [4] WHO. Evaluation of the Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020) [EB/OL]. (2020-06-23) [2021-12-28]. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/ageing-evaluation-final-report-june-202060acbc4a-39fe-4bee-9ade-1e12328d8b89.pdf?sfvrsn=f67904b1\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/ageing-evaluation-final-report-june-202060acbc4a-39fe-4bee-9ade-1e12328d8b89.pdf?sfvrsn=f67904b1_1&download=true).
- [5] BANERJEE A, SADANA R. Integrated care for older people (ICOPE): from guidelines to demonstrating feasibility [J]. *J Frailty Aging*, 2021, 10(2): 84-85.
- [6] 中共中央国务院. 关于加强新时代老龄工作的意见 [EB/OL]. (2021-11-18) [2021-12-18]. [http://www.gov.cn/zhengce/2021-11/24/content\\_5653181.htm](http://www.gov.cn/zhengce/2021-11/24/content_5653181.htm).
- [7] 王俊豪, 贾婉文. 中国医疗卫生资源配置与利用效率分析 [J]. *财贸经济*, 2021, 42(2): 20-35.
- [8] 唐昌敏, 周思彤, 方鹏骞. “十四五”期间我国基层医疗卫生机构发展重点领域与对策探析 [J]. *中国卫生事业管理*, 2021, 38(8): 564-566.

(下转第 49 页)

- variations [J]. *Soc Sci Med*, 2010, 71(6): 1208-1217.
- [7] 仲亚琴,高月霞,王健.中国农村老年人自评健康和日常活动能力的性别差异[J].*医学与哲学(A)*, 2014, 35(2): 37-39.
- [8] ROHLFSEN L S, KRONENFELD J J. Gender differences in functional health: latent curve analysis assessing differential exposure [J]. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2014, 69(4): 590-602.
- [9] BOTOSENEANU A, ALLORE H G, LEON D, et al. Sex differences in concomitant trajectories of self-reported disability and measured physical capacity in older adults [J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2016, 71(8): 1056-1062.
- [10] PURSER J L, FENG Q S, YI Z, et al. A new classification of function and disability in china: subtypes based on performance-based and self-reported measures [J]. *Journal of Aging and Health*, 2012, 24: 779-798.
- [11] YI Z, VAUPEL J W. Functional capacity and self-evaluation of health and life of oldest old in China [J]. *Journal of Social Issues*, 2010, 58(4): 733-748.
- [12] KATZ S, FORD A B, MOSKOWITZ R W, et al. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function [J]. *JAMA*, 1963, 185: 914-919.
- [13] 曾毅,沈可.中国老年人口多维度健康状况分析[J].*中华预防医学杂志*, 2010(2): 108-114.
- [14] ZIMMER Z, MARTIN L G, NAGIN D S, et al. Modeling disability trajectories and mortality of the oldest-old in China [J]. *Demography*, 2012, 49(1): 291-314.
- [15] 刘二鹏,张奇林.农村失能老人的性别差异及其影响机制——基于 CLHLS(2014)数据的实证分析[J].*社会保障研究*, 2019(2): 49-58.
- [16] 刘晓婷,黄洪.医疗保障制度改革与老年群体的健康公平——基于浙江的研究[J].*社会学研究*, 2015, 32(4): 94-117.
- [17] 李晓鹤,刁力.人口老龄化背景下老年失能人口动态预测[J].*统计与决策*, 2019, 35(10): 75-78.
- [18] ANDERSEN-RANBERG K, CHRISTENSEN K, JEUNE B, et al. Declining physical abilities with age: a cross-sectional study of older twins and centenarians in Denmark [J]. *Age Ageing*, 1999, 28(4): 373-377.
- [19] 魏蒙,王红漫.中国老年人失能轨迹的性别、城乡及队列差异[J].*人口与发展*, 2017, 23(5): 74-81.
- (收稿日期 2022-07-18; 编辑 宋 芳)

(上接第 43 页)

- [9] 韩春蕾,钱吉丽,韩坤,等.山东省医养结合养老服务组合评价研究[J].*中国卫生统计*, 2020, 37(4): 530-533.
- [10] LOOMAN W M. Facing frailty: exploring the effectiveness of integrated care for frail older people [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2019, 19(3): 1-3.
- [11] 沈阳,王杉杉,方纪元,等.医养结合型养老机构卫生服务质量的综合评价研究[J].*卫生软科学*, 2021, 35(5): 45-49.
- [12] 刘芷含,欧阳彩妮.医养结合机构照护服务质量评价指标体系构建[J].*中国卫生政策研究*, 2021, 14(10): 59-67.
- [13] 夏聪,许军,杨泉楠,等.德尔菲法在上市后药品价值评价指标体系构建中的应用[J].*中国卫生事业管理*, 2017, 34(5): 358-360.
- [14] SHI C, ZHANG Y, LI C, et al. Using the Delphi method to identify risk factors contributing to adverse events in residential aged care facilities [J]. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2020, 13: 523-537.
- [15] OKOLI C, PAWLOWSKI S D. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications [J]. *Information & Management*, 2004, 42(1): 15-29.
- [16] ZHANG W, XI Z. Application of Delphi method in screening of indexes for measuring soil pollution value evaluation [J]. *Environmental Science and Pollution Research*, 2021, 28(6): 6561-6571.
- [17] SAATY T L. How to make a decision: the analytic hierarchy process [J]. *Interfaces*, 1994, 24(6): 19-43.
- [18] SAATY T L. Theory and applications of the analytic network process: decision making with benefits, opportunities, costs, and risks [M]. Boston: Springer, 2005.
- [19] ALAVI I. Fuzzy AHP method for plant species selection in mine reclamation plans: case study sungun copper mine [J]. *Iranian Journal of Fuzzy Systems*, 2014, 11(5): 23-38.
- [20] LEAMY M, BIRD V, BOUTILLIER C, et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis [J]. *British Journal of Psychiatry*, 2011, 199(6): 445-452.
- [21] 拜争刚,吴淑婷,齐敏,等.系统评价:证据为本社会工作的方法基础[J].*华东理工大学学报(社会科学版)*, 2017, 32(4): 72-79.
- [22] 张翼杰.医养结合养老服务体系亟待构建[J].*人民论坛*, 2019(26): 102-103.
- (收稿日期 2022-07-17; 编辑 宋 芳)