

上海市长宁区构建区域医疗联合体的制度设计

葛敏

【摘要】：探索建立区域医疗联合体是家庭医生签约服务制改革的保障，是建立有序、有效的新型医疗服务体系的关键。而上海市长宁区社区卫生服务和家庭医生制度改革为探索建立区域医疗联合体创造了良好的基础和条件。长宁区围绕医疗卫生体制改革总体目标要求，结合家庭医生制度试点工作，从分级诊疗、远程医疗、集约化检验、信息化建设、社区人才培养和技能提升等方面入手，探索构建了区域医疗联合体，建立了区域医疗卫生协同服务体系，开展相关协同医疗服务。

【关键词】：医疗联合体，医疗服务体系，制度设计

国家新医改方案要求各地探索建立城市医院与社区卫生服务机构的分工协作机制，加快建设以社区卫生服务中心为主体的城市社区卫生服务网络。围绕国家和上海市新医改的重点工作方案，上海市长宁区在整合区域医疗卫生资源、建立区域医疗联合体、构建分级诊疗的协同服务模式方面开展了一些探索和实践，努力构建政府满意、群众受益、机构充满活力的新型城市医疗卫生服务体系。本文介绍了长宁区探索建立区域医疗联合体的背景意义、基础条件、制度设计和实施路径，以期为其他地区提供参考。

1 建立区域医疗联合体的背景与意义

2010年李克强总理在全国深化医药卫生体制改革工作会议上强调“要把保基本、强基层、建机制作为医改工作的重心”。^[1]国内部分省市——如上海、北京^[2]、深圳^[3]、青岛^[4]等地区，开始逐步探索深化全科医生服务模式改革的试点工作，尝试以常住或户籍居民为范围，通过政策手段建立与居民签约的机制，引导居民下沉社区，通过预约提供基本医疗、公共卫生和指导转诊等服务^[5]。根据2011年《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》的要求，“积极探索建立分级医疗和双向转诊机制，逐步建立基层首诊和分级医疗管理制度，明确各级医院出入院标准和双向转诊机制”，各地也加快了二、三级医院和社区卫生服务中心的协同合作模式研究，上海市“瑞金—卢湾医疗联合体”^[6]、湖北省十堰市“城北区域医疗协作体”^[7]等都做出了一系列的创新实践，但如何切实将医疗联合体与全科医生制度建设以及构建新型城市卫生服务体系紧密结合起来，仍需要各地加强探索和研究，完善医疗联合体的制度设计与模式创新^[8]。

长宁区位于上海市中心城区西部，面积38平方公里，辖9个街道1个镇，常住人口约71万，流动人口10余万，是上海市首批社区卫生综合改革试点区和卫生部社区卫生服务体系重点联系城市(区)，也是国务院医改办“全科医生执业方式与服务模式改革”试点区之一。^[9]2009年长宁区在全区范围内推广建立家庭责任医生制度，探索建立起家庭医生服务模式和工作机制，长宁区的社区卫生服务改革走在全国前列，对我国的社区卫生服务体系的创建有着引领作用。根据国家和上海市新医改的重点工作方案，为进一步落实全科医生的“健康守护者”职责，切实为居民提供更为合理、有效的医疗卫生服务，2012年上海市长宁区制定了探索家庭医生签约服务制改革的试点工作方案，探索通过开展家庭医生签约服务，为居民提供连续性、个性化的优质医疗服务。结合长宁当前的家庭医生改革现状，探索建立区域医疗联合体具有重要意义，开展联合体内分级诊疗、资源共享、集约化检验等活动是提供优质家庭医生签约服务的重要组成部分，同时也为提供和开展有效、有价值的家庭医生服务创造便捷条件、

提供技术支撑，是长宁区家庭医生签约服务制改革的保障。

2 长宁区建立区域医疗联合体的基础条件

长宁区作为我国社区卫生服务改革的先行试点区，其社区卫生服务的发展与完善始终坚持以公益性为核心，在健全巩固全科服务团队模式的基础上，积极实施家庭医生签约制服务，不断提高服务质量、降低服务费用，在社区居民中拥有良好的口碑和群众基础，为当前探索建立区域医疗联合体创造了良好的基础和条件。

一是强化政府主导，健全社区卫生服务体系。长宁区将社区卫生服务中心和服务站的建设连续数列为区政府实事工程，10家社区卫生服务中心全部由政府举办，街道（镇）解决业务用房，建立社区卫生服务站40个，实行中心和站一体化管理，建立健全了社区卫生服务体系。

二是加大政府投入，建立多渠道补偿机制。加大政府经费投入，保障社区卫生服务机构有效运行；实施医保预付制，控制医保费用的无序增长，并降低医保资金风险；引导各部门利用社区卫生平台，投入资金开展合作项目，为特殊群体提供全方位的社区卫生服务。

三是创新服务模式，实施家庭医生签约制服务。自2004年起，长宁区率先组建40支全科服务团队，每个团队负责管理3~5个居委会的基本医疗和公共卫生问题，实行“条块结合、以块为主”的网格化管理。2008年起，长宁区以居委会为单位将社区卫生服务的基本医疗和慢病防治等健康管理工作逐步落实到全科医生团队，并细化全科医生团队内部的分工，明确了全科医生的服务内容和责任范围，依托家庭医生工作室，探索实施家庭医生服务模式，全科医生开始向服务有限责任人口的家庭医生转变，通过家庭医生和责任区内的居民建立长期稳定的伙伴关系实现软性签约，下沉社区。

3 长宁区建立区域医疗联合体的制度目标

探索建立区域医疗联合体是家庭医生签约服务制改革的保障，是建立有序、有效的新型医疗服务体系的关键。长宁区构建区域医疗联合体的制度目标是在分级诊疗为主要内容的医疗卫生协同服务体系和机制基础上，以家庭医生为核心，搭建更为广阔的医疗卫生联合服务平台，构建更为完善的医疗卫生协同服务体系，创建更为健全的医疗卫生协同服务机制。具体来看，制度目标包括以下三个方面：

3.1 建立以家庭医生为基础的多渠道分级诊疗机制

通过和区域内二级医疗机构以及上海市部分三级综合性医疗机构或其重点专科搭建联合服务平台，建立社区卫生服务中心与二、三级医院之间的协同服务体系，搭建便捷、有效的转诊平台，规范简化转诊流程，满足签约居民的医疗服务需求，实现患者诊疗服务与诊疗信息的全程性和连续性。

3.2 提升社区卫生的服务能级和医护人员的业务水准

通过医疗联合体的纵向资源整合机制，二、三级医疗机构向社区卫生服务中心提供人才培养、技能培训的多项支持工作，有针对、有侧重的实施社区家庭医生人才培养计划，提升社区卫生的服务能级和社区人员的业务水平，为家庭医生保驾护航，成为家庭医生的有力支撑。

3.3 促进区域内医疗资源的合理配置与协同共享

通过长宁区卫生局进一步完善辖区内医疗卫生服务体系，重新规划和部署体系内医疗卫生服务的人力资源和技术资源，强化区域内资源配置和协同共享。同时通过提高资源的配置效率，减少浪费，从而为提高医保绩效构筑基础。

4 长宁区双向转诊协同服务模式的制度设计

目前长宁区正在探索实践三种双向默认的协同服务模式。分别是“社区—二级医院”、“社区—三级医院”以及“社区全科—三级全科”的双向转诊模式。

4.1 三种双向转诊模式概述

“社区—二级医院”双向转诊模式，也称“3—2—1”双向转诊模式。自2005年起，长宁区一家区属二级医疗机构——同仁医院结合自身业务发展的需要和区域二级综合性医院的功能定位，同周边江苏、华阳、新华、遵义^①、周桥五家社区卫生服务中心建立合作关系，并依托上海交通大学附属仁济医院(三级医疗机构)建立长宁分院的友好关系，探索实践了“3—2—1”双向转诊协同服务模式。该模式强调二级医疗机构在双向转诊中所起到的区域医疗中心的作用，凸显层级属性与逐级转诊秩序。

“社区—三级医院”双向转诊模式。2006年起，复旦大学附属华东医院(三级医院)携手长宁区社区卫生服务中心，探索社区—三级医院双向转诊分级诊疗模式，以项目化运作的方式推进纵向医疗资源整合机制的构建。

“全科—全科”双向转诊模式。随着长宁区家庭医生制度试点工作的深入推进，2012年起，长宁区与复旦大学附属中山医院全科医学科搭建“全科—全科”的新型转诊平台，以新华、虹桥和周桥社区卫生服务中心为试点，在试点社区卫生服务中心家庭医生与中山医院全科医学科之间开展双向转诊工作。

4.2 搭建组织平台，确定双向转诊的分工性与协作性

为切实落实双向转诊协同服务，长宁区社区卫生服务中心和同仁医院、华东医院、中山医院之间建立双向转诊组织管理网络，确定职责、分工，有力、有序推进双向转诊工作。长宁区社区卫生管理中心组织社区卫生服务中心和几家对口合作单位协商一致后签订相关合作协议，制定双向转诊工作实施方案，明确转诊指征与转诊流程，并建立一系列的配套保障措施，确定各方在双向转诊工作中的功能定位和具体分工，以保证双向转诊工作的分工与协作(图1)。

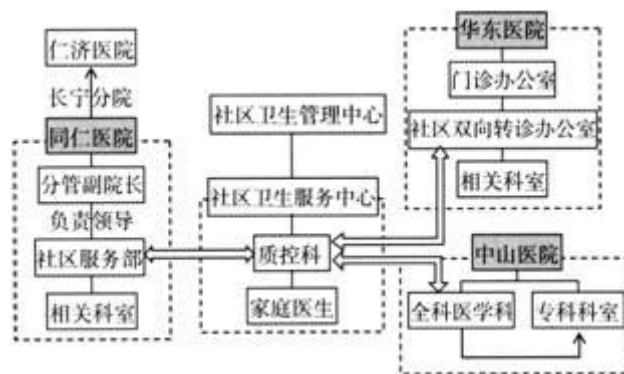


图1 长宁区双向转诊协同服务模式的组织架构

社区卫生服务中心内的转诊工作主要由中心领导和质控部门负责组织协调，同时承接二、三级医院反馈的接诊和下行信息，落实转诊患者的社区康复和慢病管理工作。

同仁医院组建了社区服务部，由医院分管领导直接负责指挥领导，并通过社区服务部安排院内转诊、下转社区以及联系仁济医院专家会诊疑难杂症和继续向上转诊的工作。同仁医院划拨了院内专属区域打造双向转诊平台，将医院原来的特需门诊楼改建为社区专用门诊楼，专门接待社区转诊患者。

华东医院在医院门诊办公室下设立了社区双向转诊办公室，作为双向转诊的联络中心和转诊中心，并配备专职人员和专职医生负责接待社区转诊患者。同时由双向转诊办公室牵头，组织华东医院优势专科的医生组成专家团队，对接社区卫生服务中心的康复病床，落实社区下转康复工作。

中山医院和社区卫生服务中心进行对接的是中山医院全科医学科，这是全国唯一一个在三级医院成立的集医疗、教学、科研为一体的全科医学科。^[10]通过全科医学科的组织协调，完成双向转诊工作并对社区转诊的有效性进行评估考核，提升家庭医生的转诊水平。同时，对于全科医学科难以诊治的专科疑难问题联系相关专科科室实现院内转诊。

4.3 制定转诊方案，确保转诊流程的合理性与规范性

在制定双向转诊方案，规范转诊流程方面，主要分为三个环节：上转、接诊和下转。

上转。首先，由家庭医生首诊，对患者进行分诊、筛诊，对符合指征的签约对象，通过转诊系统提交转诊申请(中山医院通过 Email 方式提交，同仁、华东通过电话、信息平台方式提交)。之后，和患者约定转诊时间，填写双向转诊单交给患者保管。

接诊。患者持书面转诊单，按约定时间到转诊医院挂号就诊。同仁医院和华东医院分别通过社区服务部和双向转诊办公室安排患者转诊到院内相关科室，中山医院由全科医学科安排高年资的全科医生接诊患者。对于需要住院治疗的签约患者，按三家医院的院内常规操作。此外，同仁医院对于疑难杂症可通过社区服务部协调继续转诊至仁济医院或其他合作的三级医院接受后续治疗，而中山医院全科对于需专科诊治的患者，由全科医学科分诊到院内专科，并跟进诊疗过程。

下转。患者诊疗结束后，由转诊平台(社区服务部、双向转诊办公室、全科医学科)汇总整理院内诊疗信息，通过信息平台或电子邮箱反馈给相应社区卫生服务中心以及区社区卫生管理中心。对于需要在社区进行疾病随访、社区康复、慢性病管理的患者，由相应的社区卫生服务中心予以安排落实，家庭医生开展下转回访和健康管理工作，同时更新相关数据，实现签约对象疾病管理与诊疗信息的连续性。具体流程如图 2 所示。

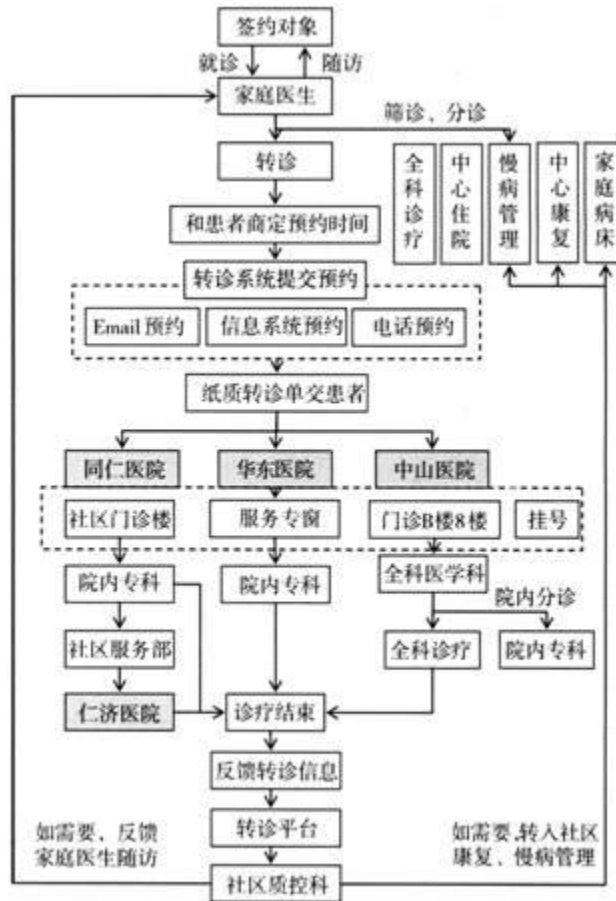


图2 长宁区双向转诊协同模式的转诊流程设计

4.4 明确转诊指征，提高社区转诊的科学性与有效性

原则上，家庭医生的签约患者在诊疗中出现以下情况，可实施转诊：疾病诊断不明，需要进一步明确诊断；疾病诊断需要做进一步检查，而检查项目超出社区卫生服务中心服务范畴；诊断明确，但病情反复、久治不愈，需要调整治疗方案；诊断明确，但有并发症或其他疾病发生，需要确定进一步治疗方案；诊断明确，但疾病加重，治疗无效，需要修正治疗方案。^[11]

通过明确转诊指征，有利于规范社区医生的转诊行为，避免无效、低效转诊，提高转诊效率和区域卫生资源的使用效率，加强社区医生巩固基层医疗的意识，引导患者进一步下沉社区。^[12]

4.5 建立转诊机制，实现协同转诊的便捷性与及时性

4.5.1 上转接诊及时

在保障双向转诊连贯性的基础之上，同仁、华东和中山医院都采取了相关措施保证患者上转到医院时能够快速、及时的得到诊疗。

开通转诊通道。同仁医院开辟社区专用门诊楼，华东医院设立服务专窗和诊疗专室，通过建立接待社区转诊患者的专属区域，缩短了患者转诊到二、三级医院的排队挂号的待诊时间。华东医院还给予了社区转诊患者优先就诊等优惠政策，通过社区

双向转诊办公室的协调，专家门诊也能够安排优先就诊。而对于有辅助检查转诊需求的患者，家庭医生可以帮助预约同仁医院和华东医院的 CT、MRI 等特殊检查项目，患者可以享受先检查后付费，一次性付费的便捷服务。

预留转诊名额。中山医院通过明确转诊预约时间和保留转诊预留名额等措施保证社区患者上转接诊的及时性。中山医院全科医学科选取每周三和周四的上午固定作为转诊患者的接诊时间，同时结合社区签约患者的转诊需求和中山医院的实际情况，每半天预留出 5 个转诊名额给 2 家先行试点的社区卫生服务中心，接诊由家庭医生上转的签约患者。

依托信息化平台。围绕双向转诊工作，以提高操作性和便捷性为目标，同仁医院、华东医院依托长宁区信息化平台调用患者健康档案，实现检验结果互认和反馈制度，便捷居民的双向转诊过程。

4.5.2 下转社区畅通

在患者上转至二、三级医院进行治疗、诊断并完成了双向转诊的上转工作后，更为重要的是实现下转的畅通到位。

长宁区卫生局规定，社区家庭医生开具的到二级医院进行门急诊、住院以及辅助检查的双向转诊，在治疗、诊断实施完成后，二级医院医生都需要开具双向转诊下转单、随访反馈单以及相关指导意见(治疗指导意见、康复指导意见)，通过社区服务部和社区卫生服务中心质控科联系，将患者转回社区负责的家庭医生处进行后期的观察、康复和随访。

中山医院双向转诊协同服务中，明确指出当转诊患者在中山医院诊治结束后，由中山医院转诊平台(全科医学科)将诊疗信息通过专用电子邮箱反馈给相应社区卫生服务中心、区社区卫生管理中心，社区卫生服务中心质控科每日定期登陆邮箱查看邮件，将下转的签约患者信息及时反馈给相应家庭医生，由家庭医生落实签约对象回归社区后的随访。

4.5.3 转诊过程便捷

华东医院和同仁医院为了进一步提高社区卫生服务中心转诊的效率，在双向转诊平台之外，还开辟了其他的转诊途径。如同仁医院将相关专家的信息汇编成专家指导手册发放给家庭医生，社区居民需要门急诊转诊时，可以由家庭医生直接与同仁的专家或科室联系，为患者安排转诊绿色通道，无须通过信息系统经社区服务部安排，提供了便捷的转诊途径。

另外，通过社区家庭医生转诊至二、三级医院，在一定有效期内因同一次病程而多次到接诊医院就诊者，无须到社区卫生服务中心重复转诊，减化需要复诊患者的转诊流程，提高转诊便捷性。如“全科—全科”转诊模式中自转诊单预约就诊之日起 2 周内，前往中山医院就诊者都不需要再次办理转诊手续；“3—2—1”转诊模式中有效期为 3 个月，3 个月内可以在同仁医院就诊 3 次。另外，在“3—2—1”模式中，长宁区“四医联动”患者^②如需急诊，可以直接前往区属二级医院接受诊疗，于急诊后 3 天内到中心补办转诊手续。

5 长宁区构建区域医疗联合体协同服务平台的制度设计

长宁区围绕医疗卫生体制改革总体目标要求，结合家庭医生制度试点工作，从分级诊疗、集约化临床检验与远程医疗、信息化支撑、社区人才培养和技能提升等方面入手，探索构建区域医疗联合体，建立区域医疗卫生协同服务体系，开展医疗协同服务。

5.1 建设协同服务信息化技术平台

为高效、便捷地运作分级诊疗、双向转诊和远程诊疗机制，长宁区非常重视医疗卫生领域的信息化建设。自 2000 年起，长宁区相继完成了医疗信息管理系统(HIS)、医疗检验化验信息系统(LIS)、医技辅助检查信息系统(RIS)等医疗信息系统的建设，并建立了以电子健康档案为核心的社区卫生服务综合管理系统(CHSS)。2012 年，长宁区全面推进社区卫生信息化，推广使用面向社区居民的“医健通”平台，大大促进了健康档案和区域整合平台的数据利用率，规范医生诊疗流程。

长宁社区卫生信息化系统充分实现了患者健康信息的标准化、即时化和共享化，为进一步实现医疗机构间的信息互通和共享打下了良好基础，通过信息化手段支撑医疗协同服务体系之间的信息联动。目前，长宁区已实现社区卫生服务中心与区内二级医疗机构之间的网上预约转诊，相关医生可了解患者在区域内医疗机构的就医信息和就诊情况，为进一步诊疗提供参考和依据；二级医疗机构八大病种的出院病人信息会第一时间自动转发到病人所在的社区卫生服务中心，方便家庭医生及时回访，开展社区康复；借助于医疗信息化建设，临床检验与远程医疗得以实现，提高医疗资源的配置和使用效率。同时通过对电子健康档案系统的深入开放，二、三级医院依托社区健康档案和慢性病管理信息联动，开展了多项有关社区慢病防治和相关疾病的科学研究，促进了健康档案在区域整合平台内的使用。

5.2 建设远程医疗和集约化诊断中心

长宁区自 2007 年底开始，探索将临床检验项目外包给上海兰卫临床检验公司(以下简称“兰卫公司”)，以集约化服务方式开展医疗检验工作。长宁区社区卫生管理中心与兰卫公司签署委托协议，双方以固定的服务收费模式进行经费结算，兰卫公司按照协议落实各项服务工作，并协助安排社区卫生服务中心检验人员、配置检验设施设备、实现检验信息共享。区属 10 家社区卫生服务中心与兰卫公司展开全面合作，除三大常规外的其他临床检验项目全面委托给兰卫公司管理与实施，形成集约化的临床检验协同服务模式。兰卫公司获得相关实验室资质认定，并通过统一配备同一国际品牌仪器、创新标本实时监控技术等措施，保障集约化服务质量。

同时，长宁区联合上海交通大学医学院附属仁济医院、附属第九人民医院，建设了覆盖全区医疗机构的远程心电图诊断中心、创面修复专科远程医疗中心。在远程诊疗初步实现应用常态化、实时化的基础上，联合上海交通大学医学院医学信息远程监护中心，拓展远程医疗合作项目，已建立了与上海交通大学附属第六人民医院合作的远程超声诊断中心、与长宁区中心医院合作的远程放射诊断中心。通过远程诊疗治疗中心的建设，长宁区基本实现了超声影像、放射影像、创面修复、常规和动态心电图的远程化，远程诊疗覆盖长宁区社区卫生服务全部常规诊断项目，初步形成了远程医疗对社区卫生服务中心的诊疗协同服务模式。

5.3 建设家庭医生双向转诊联动病房

2012 年以来，长宁区卫生局适应家庭医生制度的改革推进，在社区卫生服务中心探索建立家庭医生制联动病房。家庭医生制联动病房是以中心病房为主要服务场所，家庭医生为服务主体，全科团队为依托，以四医联动、慢性病、老干部、归侨等重点服务人群为对象，以区域医疗卫生协同服务体系为支撑，为社区需要住院治疗的患者提供服务。^[13]家庭医生制联动病房充实了家庭医生制工作的服务内容，拓宽了家庭医生开展服务的途径，家庭医生签约患者同等条件下可以优先享受到社区康复病床的服务，可以切实提高社区居民对家庭医生的信任度和依赖度，是家庭医生制工作不可或缺的重要组成部分。

以江苏社区卫生服务中心为例，中心有开放床位 40 张，除综合康复病床 13 张床位外，病房主管负责 7 张普通床位，其余 20 张平均分配给 4 个团队中的家庭医生。每团队中一名家庭医生每三个月轮值分管床位，轮值医生的先后顺序由团队长负责安排，并报质控科备案，家庭医生享有床位病人收治自主权。家庭医生制联动病房实行病房主管负责制，由病房主管负责日常工作、二级查房、病史质量考核、突发事件的应急处置等工作，病房住院医师负责病房的日常医疗工作，轮值家庭医生负责对所辖病人每日查房以及大病史、查房记录、出院小结、转院小结等医疗文书书写以及和双向转诊平台的沟通联系工作。

同时,依托与华东医院之间开展的纵向医疗资源协同服务,探索在家庭医生制联动病房的基础之上开展双向转诊联动病房合作,促进社区卫生服务中心家庭医生及医护人员业务水准的提升,进一步完善落实双向转诊中的下转工作。以江苏社区卫生服务中心为例,根据与华东医院签订的合作协议,江苏中心根据实际需求和中心的发展从原有的家庭医生制联动病床中选出8~15张床位作为双向转诊联动病床,设施配置符合国家有关要求,并备有必要的抢救设备。华东医院骨科、神经内科、呼吸科、内分泌科等科室在取得患者同意的情况下,将处于康复期、生命体征平稳、一般情况良好的病人转入双向转诊联动病房。社区卫生服务中心全面负责康复病房的日常医疗、护理以及医疗质量和安全管理工作。华东医院组织相关科室主治以上医师,每周到联动病房查房一次,指导社区诊治,当康复病房的患者病情反复或加重,需急诊或住院时,华东医院负责提供“绿色通道”。开展双向转诊联动病房使三级医院的优质资源进一步与社区病房作无缝对接,同时,通过专家指导对社区卫生服务中心家庭医生的业务能力培养也起到了积极的作用。

注释:

①遵义社区卫生服务中心于2008年分为天山和虹桥两家社区卫生服务中心。

②“四医联动”改革是指长宁区社区卫生服务在医保、医药、医疗三医联动综合改革的基础上结合医疗贫困救助的进一步改革,四医联动对象主要是社区内的贫困人群,通过签约为其提供有针对性的家庭责任医生服务的方式来保障这一特殊人群的健康。

作者简介:葛敏,女(1962年—),上海市长宁区卫生和计划生育委员会主任,主要研究方向为社区卫生管理。
E-mail:gemin@vip.changning.sh.cn

通讯作者:芦炜.E-mail:vivianeluwei@163.com

参考文献

- [1] 李克强:把保基本、强基层、建机制作为医改工作重心 [EB/OL]. (2010-05-23) [2013-10-09]. http://www.gov.cn/lhdh/2010-05/23/content_1611981.htm
- [2] 方芳.北京“片儿医”联系卡年内发到每户家庭[J].中国社区医师,2008,10(7):30.
- [3] 赖光强.深圳市实施家庭医生责任制项目路径的分析与思考[J].中华全科医师杂志,2009,8(11):813-814.
- [4] 王莹.青岛城镇居民医疗保险新亮点[J].山东社会保障,2008,8(4):20-22.
- [5] 许岩丽,刘志军.对中国守门人问题的再思考[J].中国医院管理,2007,27(8):39-41.
- [6] 夏云,袁青,姜昌武.上海市“瑞金—卢湾医疗联合体”运行模式的现状调查和对策研究[J].中国全科医学,2012,8(15):2515-2517.
- [7] 肖燕,阮小明.湖北区域医疗联合体的实践与思考[J].中国医院管理,2012,32(10):12-13.
- [8] 陈宁姗.建立协调统一的卫生服务体系提供连续性协调性卫生服务[J].中国卫生经济,2010,29(6):5-6.

-
- [9]上海市长宁区社区卫生管理中心. 探索建立区域医疗联合体, 实现分级诊疗[R]. 2013.
- [10]复旦大学附属中山医院全科医学科[EB/OL]. [2013-10-25]. <http://www.zs-hospital.sh.cn/dept/qkyx.htm>
- [11]上海市长宁区卫生局. 长宁区社区卫生服务中心与复旦大学附属中山医院双向转诊工作实施方案[R]. 2012.
- [12]梁万年. 城市社区四种常见慢性病临床路径和双向转诊机制的建立及应用评价研究[D]. 北京: 中国协和医科大学, 2003.
- [13]上海市长宁区江苏社区卫生服务中心. 江苏街道社区卫生服务中心关于建立家庭医生制联动病房工作实施方案(试行稿)[R]. 2009.