公立医院推行免陪照护服务的管理难点与实践路径研究进展

浦静燕　吴　杰
上海市嘉定区江桥医院 上海 201812

【摘　要】：人口老龄化加速、家庭结构小型化使传统家属陪护模式弊端凸显，免陪照护成为公立医院优化护理服务、改善就医体验的重要举措。该模式以护士专业护理为核心、医疗护理员标准化生活照料为支撑，打破家属全程陪护传统，可优化护理人力配置、规范院内照护、降低院感风险。当前国内公立医院免陪照护分层试点逐步推进，但规模化落地仍面临制度、人力、费用、社会认知、风险管控五大核心难题。本文梳理免陪照护政策演进、实施模式与发展现状，剖析临床管理痛点，提炼标准化实践路径，总结研究局限并展望发展方向，为公立医院免陪照护标准化、可持续运营提供理论与实践参考。

【关键词】：公立医院；免陪照护；无陪护病房；医疗护理员；护理管理；研究进展

DOI:10.12417/2811-051X.26.13.069

引言

医疗卫生高质量发展背景下，优质护理全覆盖是医疗机构核心发展目标。传统家属陪护存在明显短板，非专业陪护能力不足、病区人员流动杂乱、基础护理落实不到位，易引发院内感染与医患矛盾，制约护理质量提升。为破解住院陪护民生痛点，国家卫健委持续推进免陪照护试点，明确公立医院主体地位，构建“医护主导、专业陪护、家属参与”新型住院照护体系[1]。

免陪照护并非禁止家属探视，而是在医患自愿前提下，将饮食、清洁、转运等非医疗性生活照料交由护理员完成，护士专注病情评估、治疗执行、风险防控、健康宣教等专业护理工作，清晰划分医疗照护与生活照料职责边界。我国 2005 年启动无陪护病房探索，2023 年进入全国规模化推广阶段，各地结合区域医疗资源形成特色实施模式。但现有研究多为单中心实践总结，缺少对运行难点、长效机制、优化路径的系统性梳理[2]。本文系统综述免陪照护发展现状、管理困境、落地路径与研究短板，为政策完善与临床推广提供依据。

1 国内公立医院免陪照护服务发展现状

1.1 政策演进与顶层设计

国内免陪照护历经“地方探索—国家引导—全国试点”的发展历程。2010 年原卫生部出台优质护理服务标准，提出剥离护士非护理工作、减少家属陪护依赖，奠定政策基础；2023 年国家卫健委印发护理服务提升三年行动计划，鼓励公立医院试点免陪照护，优先覆盖老年病、骨科、神经内科等高护理需求病区；2025 年全国统一试点方案出台，明确各方岗位职责，标志行业迈入规范化建设新阶段[1]。

福建、浙江、上海、山东等省市率先出台地方服务规范，探索长护险与院内免陪照护衔接机制，形成区域实践样板。但全国尚未形成统一的服务清单、收费标准、人员考核与权责规范，各地区政策落地标准不一，基层医疗机构配套政策缺口突出，行业规范化发展受阻[3]。

1.2 主流实施模式

结合国内试点经验，公立医院免陪照护主要形成三类运行模式。一是医院自营模式，主流应用于三甲医院，由医院统一招聘、培训、管理护理员，护理部全程质控，服务标准化、安全性高，但医院管理与人力成本压力较大。二是第三方外包模式，为当前主流模式，医院招标合规企业，由企业负责护理员人事管理，医院把控服务质量与考核，有效减轻医院运营负担，但外包企业资质与管理水平参差不齐，护理员流失率较高。三是弹性混合模式，适配二级医院及专科病区，采用固定驻院+临时共享护理员的人力配置，动态调配人员，平衡服务质量与运营成本。

1.3 试点实施成效与现存短板

免陪照护具备多重价值：医疗层面可减少压疮、跌倒、坠床等护理不良事件，降低院内交叉感染风险；人力层面剥离护士非专业事务，让护理人员回归核心岗位，优化人力资源配置；民生层面缓解家属全天候陪护压力，提升医患满意度[4]；行业层面整治院内私聘无证护工乱象，实现照护服务全程可追溯、可监管[5]。

当前行业发展不均衡，全国仅约 30%二级以上公立医院开展试点。三甲医院依托充足资源试点成效突出，基层公立医院配套薄弱、推广阻力大、服务质量波动明显，区域、院级发展差距突出，难以实现普惠覆盖。

2 公立医院免陪照护服务核心管理难点

2.1 制度标准体系缺失，规范化管理无支撑

全国统一行业标准缺失是免陪照护规模化推广的核心瓶颈。目前无标准化服务清单、操作流程、质控指标与风险规范，各医院自主制定制度，服务内容差异较大，普遍存在医护与护理员权责模糊、护理员越权操作等问题[6]。免陪照护涉及多部门协同管理，但多数医院仅由护理部单独推进，缺乏常态化多部门联动机制，收费、探视、纠纷处置、质量督查等环节衔接不畅，管理漏洞频发。同时多数医疗机构未搭建专属信息化管

理系统，照护记录、风险预警、质量追溯等工作依赖人工，精细化、数字化管理难以落地[7]。

2.2 护理员队伍建设薄弱，人力供给质量不足

医疗护理员队伍建设短板是行业共性难题，直接制约服务质量提升。一是人力配比失衡，行业标准为1名护理员服务3-4名患者，多数医院实际配比达1∶6及以上，护理员超负荷工作，照护精细化不足、安全风险升高[5]。二是人员结构薄弱，从业者多为大龄低学历人群，专业基础差、薪酬偏低、无完善晋升通道，职业认同感低、流失率高；三是培训体系碎片化，专项诊疗照护、应急处置、心理疏导等培训缺失，专业能力难以适配临床需求；四是安全意识薄弱，部分护理员存在违规操作行为，埋下医疗安全隐患[8]。

2.3 费用支付机制受限，可持续运营难度大

费用支付机制不完善是服务普惠推广的核心经济障碍。国内多数地区免陪照护服务费为患者自费项目，未纳入医保报销，仅长护险试点城市对重度失能患者提供小额补贴，高额自费门槛导致低收入、农村患者接受度偏低。同时政府指导收费标准偏低，企业运营成本与收费倒挂，盈利空间狭窄，无力提升服务品质。此外DRG/DIP医保支付规则与免陪照护服务冲突，医院开展服务成本增加且费用无法单列，亏损压力大幅降低医院推广积极性，制约服务规模化发展[5]。

2.4 社会认知存在偏差，服务接受度参差不齐

传统陪护观念与认知偏差是重要人文推广阻力。受传统孝道文化影响，多数家属认为陪护是子女固有责任，不信任专业护理员的照护能力，主观排斥免陪模式。大众普遍混淆免陪照护内涵，误将其等同于限制探视，忽视“自愿选择、人文关怀”的核心原则，部分家属对服务预期过高，易引发医患纠纷。同时老年、认知障碍患者对家属依赖性强，适配新照护模式周期长，缺乏心理疏导配套服务会直接降低就医满意度[9]。

2.5 权责界定模糊，医疗风险防控压力突出

目前暂无专项法律法规界定免陪场景下医院、第三方企业、护理员、患者四方权责。护理员不属于法定医疗从业人员，缺乏专属监管法规约束，发生意外伤害、照护差错时，责任划分无明确法律依据，纠纷处置无统一标准。医院作为服务主体需承担主要安全与舆情风险，基层医院普遍缺乏标准化风险告知、知情同意文书及纠纷预案，风险防控体系不完善，进一步制约服务推广。

3 免陪照护服务规范化实践路径

3.1 宏观政策层面：完善制度与多元支付体系

国家及地方卫健部门应加快出台全国统一的《医疗护理员服务规范》，明确标准化照护清单、操作红线及人员准入、考核、质控标准。联动医保、财政、人社搭建多部门协同治理机制，推动长护险与院内免陪照护深度融合，针对不同患者群体建立梯度化费用分担机制。优化DRG/DIP医保支付政策，实现照护费用单列，缓解医院运营亏损压力。同步完善护理员职业评级、晋升与薪酬保障体系，稳定行业人才队伍[10]。

3.2 医院管理层面：构建全流程闭环管理体系

公立医院需成立多部门协同的免陪照护专项管理专班，建立月度质控、联席会议、督查整改长效机制，完善入院评估、知情告知、分级照护、不良事件处置全流程制度。对护理员实行全周期管理，严格落实入职筛查、持证上岗、分层培训，重点强化应急处置、沟通安抚等核心能力[11]；建立“服务质量+患者满意度+不良事件”综合绩效考核体系，将薪酬、星级评级与工作质量挂钩，常态化开展安全警示教育，杜绝违规操作[6]。

针对外包服务模式，医院需建立服务商准入、动态考核与退出机制，将人员稳定性、培训落实率、投诉及不良事件发生率作为核心考核指标，常态化督查整改，杜绝外包服务重收费、轻质量的问题。三甲医院可探索“自营+外包”弹性模式，兼顾服务稳定性与运营灵活性[12]。

3.3 临床执行层面：推行精细化、人性化服务

临床推广需摒弃一刀切模式，患者入院后通过ADL、Morse跌倒、Braden压疮等量表开展个体化评估，划分完全免陪、日间协助、阶段性免陪三类服务模式，坚守自愿选择原则。优化弹性探视、线上视频探视制度，依托智慧照护平台同步患者照护信息，消除家属信息差与不信任感[6]。构建护士主导、护理员协同协作模式，责任护士每日评估照护质量、专项交班、参与联合查房，及时排查安全隐患并指导护理员优化服务流程[3]。入院同步开展健康宣教，清晰讲解免陪照护内涵、服务边界与临床优势，纠正家属认知偏差，提升社会接纳度[7]。

3.4 风险防控层面：健全安全保障与纠纷处置机制

医疗机构制定标准化知情同意书与风险告知文书，明确服务内容、权责边界、收费标准及潜在风险。完善病区防跌倒、防压疮、防窒息等安全硬件设施，从源头降低不良事件风险[13]。统一为护理员购置职业保险，分散纠纷赔付压力。建立不良事件复盘机制，对照护差错、医患纠纷开展根因分析，持续优化管理制度与服务流程，构建全链条风险防控体系[14]。

4 小结

当前免陪照护相关研究存在视角单一、实证不足、缺乏卫生经济学量化分析与区域分层对比等短板[15]；后续需开展多中心成本效益研究，构建本土化质控标准，推进智慧照护数字化落地，结合医院等级、专科特点制定差异化推广方案。同时联动多学科厘清各方权责，搭建多元费用分担体系，助力服务长效普惠发展。

免陪照护是优质护理改革的重要举措，可优化护理资源配置、规范陪护市场、减轻家属照护压力。目前该服务仍面临制

度规范、护理人力、费用支付、群众认知、风险防控五大难题，行业发展不均衡。未来国家需完善顶层配套政策，医疗机构搭建多部门协同闭环管理机制，坚守自愿选择、人文关怀、质量优先原则，杜绝粗放式推广。通过持续实证研究打磨本土化运行模式，搭建可复制、可持续的标准化体系，推动国内护理事业高质量发展[7]。

参考文献：

[1] 国家卫生健康委员会,国家中医药管理局,国家疾病预防控制局.国家卫生健康委办公厅、国家中医药局综合司、国家疾控局综合司关于印发医院免陪照护服务试点工作方案的通知:国卫办医政发[2025]第 7 号[A].2025-04-22.

[2] 田宏姣,杨莎,尹秀迪,等.免陪照护服务模式下医疗护理员管理的发展与启示[J].中华现代护理杂志,2026,32(9):1121-1127.

[3] 陈凤翔,陈媛,胡小连,等.福建省 2 家医院医疗护理员管理实践探析[J].中国护理管理,2025,25(12):1771-1775.

[4] 马朱新青,黄江杰,黄远球.医疗护理员规范化管理模式探索与实践[J].中国卫生质量管理,2025,32(6):51-55.

[5] 汤巧敏,宋剑平,封秀琴,等.浙江省医疗机构无陪护服务的开展现状及障碍因素研究[J].中华护理杂志,2025,60(20):2507-2513.

[6] 王芳,刘雪青,王庚美.住院患者免陪照护服务实施策略与成效分析综述[J].市场调查信息,2026(5):110-112.

[7] 周海梅,王娴,王燕,等.免陪照护服务信息化平台构建与应用[J].中国卫生质量管理,2026,33(6):29-33.

[8] 徐鸿燕.医养结合视角下老年患者医疗护理员核心能力评价指标体系的构建[D].杭州:浙江中医药大学,2024.

[9] 刘梦祥,王贝贝,倪科春,等.三级甲等医院"无陪护"住院模式实施体验的质性研究[J].上海护理,2025,25(10):17-23.

[10] 张文娟.免陪照护服务破解家庭陪护难题[J].人民论坛,2026(10):81-84.

[11] 陈丽霞,刘凌华,刘红梅,等.免陪照护服务管理模式探索与实践[J].中国卫生质量管理,2026,33(6):7-12.

[12] 冯佳,邵翠梅,鲍向英,等.免陪照护病房管理影响因素的研究进展[J].中国护理管理,2026,26(4):631-635.

[13] 刘艳存,王一博,田丽,等.新加坡医疗护理员管理发展概况及启示[J].中国护理管理,2025,25(12):1780-1785.

[14] 姚盼盼,戴燕娜,蔡雪萍,等.基于 SHELL 模型的免陪照护病房患者安全管理方案构建与应用[J].中华现代护理杂志,2026,32(9):1159-1164.

[15] 黄思媛,林新宇,陈月芳,等.我国免陪照护服务发展现状及影响因素的研究进展[J].中华现代护理杂志,2026,32(9):1128-1134.