

整合型医疗健康服务体系理论框架的核心要素与演变特点

——基于系统综述

胡佳^{1*} 郑英¹ 代涛¹ 王清波² 李力¹

1. 中国医学科学院医学信息研究所 卫生政策与管理研究中心 北京 100020

2. 北京大学公共卫生学院 北京 100191

【摘要】目的:归纳总结国内外整合型医疗健康服务体系理论框架的基本特征、主要维度及核心要素,分析演变特点及启示。方法:采用系统综述法检索并筛选文献,依据前期研究提出的制度整合、组织整合、专业整合、服务整合、核心功能整合、价值规范整合 6 个维度,利用主题框架法提取和分析文献资料。结果:纳入分析的 66 个理论框架中,12 个聚焦单一维度、45 个涉及 2~5 个维度、9 个涵盖全部 6 个维度;制度整合、组织整合、专业整合、服务整合、核心功能整合、价值规范整合分别包含 7 个、6 个、5 个、7 个、4 个以及 2 个核心要素。讨论与建议:理论框架演变趋势呈现对“以人为中心”理念的重视程度日益加深,维度逐渐多元、覆盖层次逐渐全面,对服务内涵的界定向综合性健康服务转变,对体系的认识向动态适应转变等特点;我国应充分借鉴参考,构建和完善符合国情和发展阶段的整合型医疗健康服务体系理论框架。

【关键词】以人为中心;整合型医疗健康服务体系;理论框架;系统综述

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.01.002

Core elements and development characteristics of the theoretical framework of integrated healthcare system: A systematic review

HU Jia¹, ZHENG Ying¹, DAI Tao¹, WANG Qing-bo², LI Li¹

1. Center for Health Policy and Management, Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100020, China

2. School of Public Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: To summarize the basic features, main dimensions and core elements of domestic and foreign theoretical frameworks of integrated healthcare system, and to analyze their development characteristics and inspirations. Methods: Systematic review method was used to retrieve and screen the literature. Thematic framework method was adopted to extract, integrate and analyze the literature's materials based on the 6 dimensions proposed in our previous research including system integration, organizational integration, professional integration, care integration, core functional integration, value and normative integration. Results: Among the 66 theoretical frameworks included in the analysis, 12 were focused on a single dimension, 45 involved 2~5 dimensions, and 9 covered all 6 dimensions. The dimension of system integration, organizational integration, professional integration, care integration, core functional integration, value and normative integration respectively contained 7, 6, 5, 7, 4 and 2 core elements. Discussions and suggestions: The development of the theoretical frameworks manifested a gradual trend of increasing emphasis on the concept of “people-centered” and dimension diversification as well as comprehensiveness of coverage levels, and were also featured by the transformation of the essential definition of service towards comprehensive health services, and the transformation of the understanding of healthcare system towards dynamically adaptive. Our nation should effectively learn from these results, so as to construct and improve the theoretical framework of our integrated healthcare system in accordance with the current national conditions and development stage of China.

【Key words】 People-centered; Integrated healthcare system; Theoretical framework; Systematic review

* 基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程经费资助项目(CIFMS 2016-I2M-3-018)

作者简介:胡佳(1990年—),女,助理研究员,主要研究方向为卫生体系与政策。E-mail:hu.jia@imicams.ac.cn

通讯作者:代涛。E-mail:dai.tao@imicams.ac.cn

为应对医疗健康服务体系系统分割、层级断裂、竞争无序、缺乏协作等问题,以及人口老龄化、疾病谱转变带来的日益复杂且多样化的健康需求,自 20 世纪 70 年代起世界各国陆续探索不同形式的整合医疗健康服务相关实践。^[1-3] 世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 分别于 1987 年和 2015 年提出基于初级卫生保健原则的综合性医疗卫生体系概念模型^[4] 以及“以人为中心的整合型医疗卫生服务” (People-centered integrated health care, PCIC) 的全球战略^[5], 为成员国探索建立和完善以人为中心的整合型医疗健康服务体系提供了指导。我国积极响应 WHO 的 PCIC 全球战略^[6], 以医疗联合体为抓手推进分级诊疗制度建设, 加快构建优质高效的整合型医疗健康服务体系, 并将其作为健康中国战略的重要内容, 同时出台相关配套政策, 以更好指导地方实践。

综上, 构建整合型医疗健康服务体系既是国际趋势, 也与健康中国战略相契合; 而一套系统、全面、适宜的理论框架, 不仅有助于厘清相关概念内涵, 为该领域后续深入研究奠定基础, 也能为实践的开展、分析与评价提供理论指导。近年来, 国外学者对整合型医疗健康服务体系理论框架进行了长期深入研究, 主要针对不同国家和地区实践以及具体服务项目, 多与政治环境和卫生体制、经济社会发展水平、文化理念等密切相关, 对我国的适用性有待进一步论证; 国内学者主要在借鉴国际研究成果基础上, 探索适宜我国国情的理论框架, 但仍处于起步阶段。目前, 虽然部分学者对国内外相关理论框架进行了梳理, 但普遍存在时间跨度较小、纳入的理论框架数量偏少、分析角度不全面等问题。^[7-15] 因此, 本研究拟系统梳理国内外现有的整合型医疗健康服务体系理论框架, 综述其基本特征、主要维度及核心要素, 分析演变趋势, 为更好促进我国相关理论研究和实践探索提供参考和借鉴。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略

本研究选取 Pubmed、Embase、Cochrane、ProQuest、Global Health、Scopus 6 个英文数据库和中国知网 (CNKI)、万方 2 个中文数据库进行检索, 检索时限为建库至 2021 年 6 月 30 日, 并根据已检索出文献的参考文献进行拓展检索。中文检索词包括“以人

为中心”“整合”“医疗卫生服务”“医疗健康服务”“理论框架”“模型”及相关同义词, 英文检索词包括“Delivery of Health Care”“people-centred”“integration”“healthcare”“concept”“framework”“model”及相关同义词, 结合布尔逻辑运算符形成相应的检索式。

1.2 纳入排除标准

经课题组全体研究者讨论, 得出统一明确的文献纳入排除标准。

纳入标准: (1) 中英文文献; (2) 研究类型包括综述、理论性研究、描述性研究、分析性研究、评价性研究等; (3) 明确提出“以人 (或患者) 为中心”和/或“整合型医疗健康 (或卫生) 服务 (体系)”相关的理论框架、概念框架、评价框架或模型; (4) 框架或模型覆盖宏观、中观、微观中的一个或多个层面。

排除标准: (1) 除中英文外其他语言的文献; (2) 观点性文章、书信、新闻、评论、社论、文献目录、会议摘要、项目介绍等; (3) 题目或摘要不全; (4) 框架或模型仅针对某种疾病 (慢性病等重要疾病除外)、某类人群、某个机构; (5) 实际研究内容与本研究的目的不符; (6) 使用 Critical Appraisal Skills Programme (CASP) 系列质量评价工具评价为低质量的文献。

1.3 文献筛选与质量评价

按照纳入排除标准, 课题组 2 名研究者在同一时间段独立进行文献筛选, 如有分歧先内部讨论解决, 若无法达成统一则咨询本领域专家进行裁定。筛选时, 首先阅读题目和摘要, 删除重复或明显不符合纳入标准的文献。然后全文阅读, 删除研究内容不符的文献, 得到初步纳入分析的文献, 主要为定性研究。选择由英国牛津循证医学中心研发、广泛用于定性研究质量评价的 CASP 质量评价工具中的定性研究评价表进行质量评价^[16,17], 共 10 个条目, 前 2 个为筛选性问题, 分别为研究目的清晰程度、定性工具的适宜性, 当选择均为“是”时方可继续, 反之直接删除; 剩余 8 个为细节性问题, 主要从研究设计、抽样策略、资料收集方法、研究者与被试的关系、伦理问题、资料分析、研究发现的表述、研究价值等方面进行评价, 若选择“是”的条目为 6 条以上则为高质量文献, 4~5 条为中等质量, 3 条以下为低质量, 删除低质量文献得到最终纳入分析的文献。采用 EndNote X8 和 Note Express 3.2 分别对英文和中文文献进行管理。

1.4 内容提取和整合

采用主题框架法提取和整合文献资料,主要包括作者及发表年份、研究对象、研究方法、适用范围、理论框架名称、基本理念、主要维度、核心要素等。其中,核心要素主要依据课题组前期提出的“整合型医疗卫生服务体系评价框架”中的制度整合、组织整合、专业整合、服务整合、核心功能整合、价值规范整合 6 个维度进行分析和整理^[10];该框架以国际专业认可度较高的整合型医疗卫生服务体系评价模型——Valentijn 的彩虹模型为基础,采用系统综述、主题分析和德尔菲等方法研究得出,涵盖了宏

观—中观—微观所有层次以及横向和纵向不同维度,体现了“结构—过程—结果”的系统思维,能够较为全面系统地揭示整合型医疗健康服务体系的核心要素及相互作用关系,在专家中形成了较高的一致性。

2 研究结果

2.1 文献纳入结果

共检索得到文献 15 242 篇,经过去重、二次筛选和质量评价等步骤,最终选取 74 篇文献(英文 50 篇、中文 24 篇)进行系统综述(表 1)。

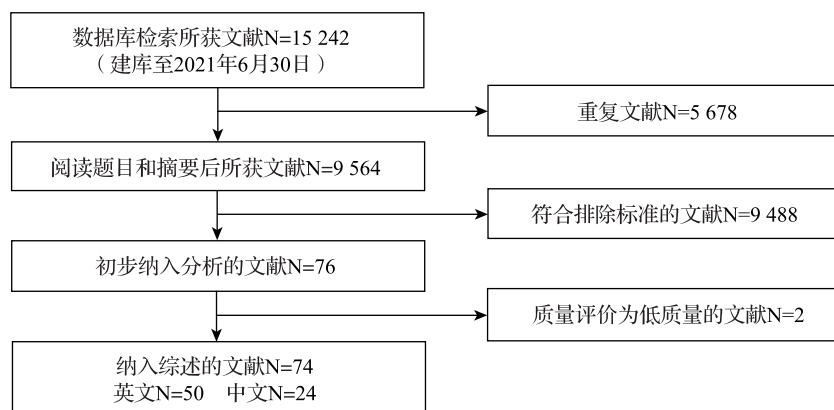


图 1 文献筛选流程及结果

2.2 文献概况

纳入综述的文献发表时间跨度为 1987—2021 年,2011 年后文献数量明显增加,共 58 篇(78.38%)。其中,2018 年最多,为 10 篇(13.51%) (图 2),主要涉及 WHO 以及中国、美国、加拿大等 12 个国家,其中中国(24 篇)和美国(20 篇)最多。共提出理论框架 66 个(国外 44 个、国内 22 个),其中 48 个无特定适用范围,9 个针对医联体等组织联盟,5 个针对慢性病或多发病患者,4 个针对初级卫生保

健。理论框架所秉持的较为主流的基本理念有以人(患者)为中心(34 个)、系统性(26 个)、综合性(6 个)、协同性(6 个)、整体性(5 个)、以社区(基层)为重点(5 个)。主要研究方法有文献综述法、德尔菲法、访谈法、归纳法等定性研究方法,以及层次分析法、差距分析法、结构方程模型、模糊综合评价法等定量研究方法,其中文献综述法使用率最高(41 个)。

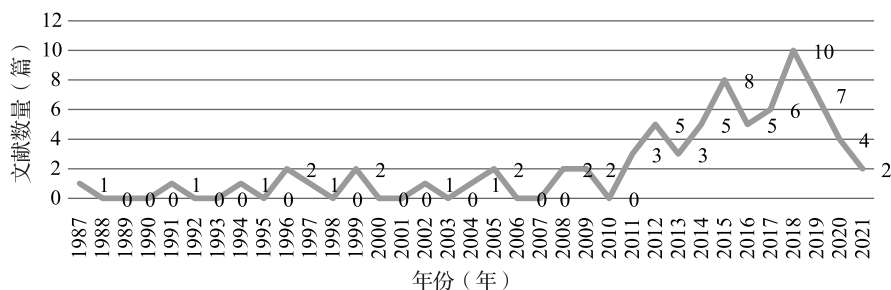


图 2 不同发表年份文献数量分布

2.3 理论框架的维度

纳入综述的66个理论框架中,12个聚焦单一维度,45个涉及2~5个维度,9个涵盖全部6个维度,具体如下。

聚焦单一维度的理论框架主要涉及制度整合、组织整合、专业整合、服务整合和价值规范整合,尚无针对核心功能整合的框架。其中,针对服务整合的最多,共5个框架^[18-22],如Rathert等提出的以患者为中心的理论模型,从患者角度明确了整合服务的过程要素和结果要素;针对组织整合的次之,共3个框架^[23-25],如Ahgren等提出整合的连续性理论框架,从组织层面明确整合程度可分为完全分离、联接、网络内协作、合作、完全整合五类;针对专业整合的框架有2个^[26,27],如Boon等提出的团队式医疗健康服务实践模型,从专业协作角度将整合服务总结为并行、协商、合作、协调、多学科、跨学科和整合7种模式;而针对制度整合和价值规范整合的最少,均只有

1个,如Shugarman等提出的SCAN基金会以人为中心服务的高级整合框架指出行政重组、总额预算、全面评估、综合信息系统、质量测量和监测是制度整合的“五大支柱”^[28],Zonneveld等提出的整合型医疗健康服务价值框架将贯穿整合服务纵向各维度的价值规范整合维度细化为18个要素^[29]。涉及2~5个维度的理论框架中,14个包含2个维度,如Girard提出的病例管理模型包含了制度和服务整合2个维度^[30];11个包含3个维度,如Vázquez等提出的分析整合型医疗健康服务网络对服务可及性、效率和连续性影响的理论框架包含了制度、组织和服务整合3个维度^[31];13个包含4个维度,如WHO以人为中心的整合型医疗卫生服务理论框架包含了制度、组织、服务和功能整合4个维度^[5];7个包含5个维度,如Evans等提出的整合型医疗健康服务框架的背景和能力包含了除服务整合之外的其他5个维度^[32](表1)。

表1 2~5个维度理论框架的维度组合情况

维度数量	组合数量	具体维度组合
2个维度	9种	制度和核心功能整合,专业和价值规范整合,制度和服务整合,组织和专业整合,组织和服务整合,服务和价值规范整合,专业和服务整合,服务和核心功能整合,制度和组织整合
3个维度	5种	组织、专业和服务整合,制度、组织和服务整合,制度、专业和服务整合,制度、服务和核心功能整合,组织、专业和价值规范整合
4个维度	8种	制度、组织、专业和服务整合,制度、专业、服务和价值规范整合,制度、组织、服务和核心功能整合,制度、组织、专业和核心功能整合,专业、服务、核心功能和价值规范整合,组织、专业、服务和价值规范整合,制度、专业、服务和核心功能整合,制度、组织、服务和价值规范整合
5个维度	4种	制度、组织、专业、服务和价值规范整合,制度、组织、专业、服务和核心功能整合,制度、组织、专业、核心功能和价值规范整合,组织、专业、服务、核心功能和价值规范整合

涵盖6个维度的理论框架最早由Fulop等^[33]提出,但主要集中在2013年之后,共8个框架,以Valentijn等^[34]提出的整合医疗卫生服务彩虹模型为标志。彩虹模型是在Fulop等的框架基础上,结合初级卫生保健理念与整合医疗健康服务维度而提出,并成为Bautista等^[35]、Singer等^[36]、Calciolari等^[37]、陈至柔等^[10,11]和钟小红等^[38]提出的5个框架的重要基础;此外,Lawless等和Oelke等提出的框架也涵盖了6个维度^[39,40]。

2.4 理论框架各维度的核心要素

2.4.1 制度整合

制度整合体现了宏观层面的整合,包含服务提供体系与模式、筹资与支付、领导与规制、人力资源保障、信息共享、技术和医疗产品以及支持性环境等核心要素(表2)。

表2 制度整合的核心要素内涵

要素	内涵
服务提供体系与模式	包括资源配置、体系架构、首诊、转诊、慢性病管理等相关制度
筹资与支付	包括整合的卫生与社会服务筹资系统,总额预算、捆绑支付等支付方式,激励服务模式创新的投资等相关制度
领导与规制	包括领导体制、政治承诺、部门间协调机制、立法、考核评估与监测反馈、统一管理、宣传等相关制度
人力资源保障	包括人员能力提升、持续的专业教育、医师执业等相关制度
信息共享	包括信息系统建设、信息技术与交换共享标准、数据隐私和安全等相关制度
技术和医疗产品	包括医疗技术和药品、器械等医疗产品的创新和供应保障制度
支持性环境	包括影响体系建设的政治、经济、社会、文化、环境等制度

2.4.2 组织整合

组织整合体现了中观层面医疗卫生机构的整合,包含组织架构,治理结构与机制,利益共享与风险分担机制,协作机制,资源分配与共享机制,共同的组织目标、愿景和文化等核心要素(表3)。

表3 组织整合的核心要素内涵

要素	内涵
组织架构	包括各级各类医疗卫生机构、社区机构、志愿组织等体系的机构组成和功能定位
治理结构与机制	包括领导者的支持和承诺、基于市场机制/网络协同/行政层级的治理结构以及绩效管理、考核问责、质量改进等机制
利益共享与风险分担机制	包括经济性和非经济性的利益共享与风险分担机制
协作机制	包括组织间的转诊、协同服务等机制
资源分配与共享机制	包括组织间人员、技术和医疗产品、信息等资源的配置与共享机制
共同的组织目标、愿景和文化	包括组织间共同的组织目标、愿景和文化

2.4.3 专业整合

专业整合体现了微观层面不同专业或学科间的整合,包含专业协作方式与机制、人员激励和约束机制、跨专业服务标准和规范、信息技术支撑、对专业协作的认知与态度等核心要素(表4)。

表4 专业整合的核心要素内涵

要素	内涵
专业协作方式与机制	包括多学科服务团队、合作伙伴关系、转诊、各专业的角色定位与任务分工、沟通协调机制等
人员激励和约束机制	包括对开展跨专业协作的薪酬激励、监督考核等机制
跨专业服务标准和规范	包括跨专业服务的工作流程、知识和技巧、临床路径和指南等
信息技术支撑	包括临床信息系统、电子病历、电子健康用具、远程医疗等
对专业协作的认知与态度	包括专业间认同程度、信任程度、共享文化、对专业协作益处的信念等

2.4.4 服务整合

服务整合体现了微观层面以患者或居民健康需求为导向的服务整合,包含患者就医选择、患者参与和赋权、服务个性化、服务连续性和协调性、服务可及性、服务综合性、服务适宜性和质量等核心要素(表5)。

表5 服务整合的核心要素内涵

要素	内涵
患者就医选择	指患者对医疗机构、服务提供者、服务类型等的选择与偏好
患者参与和赋权	包括患者知情权、自我健康管理、患者及家庭的临床决策参与和支持、患者积极性和依从性、患者健康素养等
服务个性化	指基于患者需求、偏好和价值取向的服务以及以人群为基础的服务
服务连续性和协调性	包括人际连续、管理连续与协调、信息连续等
服务可及性	包括地理可及性、经济可及性、时间可及性、可获得性等
服务综合性	包括预防保健、疾病诊疗、康复护理、健康教育与促进、情感支持、社会服务等全方位的服务
服务适宜性和质量	包括循证服务、医疗安全、临床结局、服务的过度使用、服务效率、患者满意度、患者对机构和人员的推荐和评级、就医环境等

2.4.5 核心功能整合与价值规范整合

核心功能整合包含治理与规制、筹资与支付、资源、临床与非临床支持等核心要素(表6)。价值规范整合包含共享使命、愿景、价值、共识和文化,承诺与信任等核心要素(表7)。上述两个维度为横向维度,其要素贯穿于“宏观—中观—微观”的不同层面,是促进制度、组织、专业、服务等纵向不同维度整合的重要工具和价值基础。

表6 核心功能整合的核心要素内涵

要素	内涵
治理与规制	包括治理结构、责任权利与义务、决策机制、组织管理与协调、监督考核与问责等
筹资与支付	包括财政激励、支付方式、利益分配与风险分担、薪酬激励等
资源	包括人员、药品、设备、信息等资源的整合
临床与非临床支持	包括服务计划、服务路径、服务标准和规范、后勤服务等

表7 价值规范整合的核心要素内涵

要素	内涵
共享使命、愿景、价值、共识和文化	指组织、专业团队和个体间共享以人为中心、协同整合、持续学习、系统思维、提升质量、服务变革等使命、愿景、价值、共识和文化
承诺与信任	包括不同机构和专业服务提供者、服务提供者与服务利用者、管理者与被管理者以及不同部门之间的承诺与信任

3 讨论与启示

3.1 理论框架的演变特点分析

3.1.1 对“以人为中心”理念的重视程度日益加深

由综述结果可知,将“以人为中心”作为基本理念的理论框架最多,其中近80%在2013年以后被提出,表明越来越多的学者认为构建整合型医疗健康服务体系理论框架应遵循“以人为中心”的理念。“以人为中心”是指以健康需求为中心,在服务过程中赋予使用者自由选择权和决策权,使用者及其家庭、社区积极参与,并与提供者之间建立平等、协作的联盟关系,提供符合使用者需求、协调连续的服务,兼具个性化、尊重与授权、医患间平等协作关系等特点^[22,28];该理念延伸到社会层面则是以人群为基础,充分考虑全生命周期中影响健康的多重因素,如生活习惯和行为、心理状态、经济水平、社会保障、社会文化、居住环境等。因此,将“以人为中心”作为理论框架构建的基本理念,充分体现了对多重健康决定因素的考虑和对不同个体及人群脆弱性、适应性的应对^[11],表明在整合型医疗健康服务体系构建过程中愈发重视人的需求、偏好及价值,与我国“以人民健康为中心”的大卫生、大健康理念不谋而合,有利于构建和谐医患关系,增强国民获得感。

3.1.2 维度从单一向多元拓展,覆盖层次逐渐全面

由综述结果可知,2013年之前的22个理论框架大多聚焦1~2个维度(14个),局限在宏观、中观、微观的某个或某两个层面,其中有10个框架仅涉及单一层面;而自2013年开始,涵盖全部6个维度和宏观、中观、微观3个层面的理论框架逐渐增多,如Valentijn等^[34]提出的彩虹模型以及基于此提出的一系列理论框架,均表明学术界对整合型医疗健康服务体系的认知更加全面和深入。从具体维度来看,2013年以前最受关注的是服务整合(13个)、专业整合(12个),其次是制度整合(10个)、组织整合(10个),最少的为价值规范整合(5个)和核心功能整合(3个);2013年以后,服务整合仍然是研究者关注最多的维度(37个),而与之之前不同的是核心功能整合(18个)和价值规范整合(18个)越来越受到重视,甚至有学者^[29]专门针对价值规范整合提出了具体的理

论框架。服务整合维度主要基于需方视角,其自始至终最受关注且受关注程度日益加深,体现了学者对“以人为中心”理念的高度认可和重视,与上文分析一致;核心功能整合相关研究的增多,表明学者对治理规制、筹资支付、资源建设等实现整合的政策工具重视程度的提升,一定程度增强了理论框架的现实意义;而价值规范维度相关研究的深入,体现出学者开始关注价值观、社会文化等既往认为难以测量的要素及其量化过程,进一步丰富了研究视角、增强了理论框架的可操作性。

3.1.3 对服务内涵的界定由医疗服务向综合性健康服务转变

随着经济社会发展、人口老龄化加速以及疾病谱转变,健康需求呈现日益多层次、多样化的特征,健康服务的内涵也必然随之拓展与丰富,这在理论框架的构建过程中也有所体现。早期理论框架主要关注预防保健、疾病诊疗等方面,注重初级卫生保健与医院诊疗服务间的协同,如WHO的框架强调初级卫生保健的重要性,将医院与初级卫生保健机构间的转诊视为实现综合性服务的重要环节。^[4]当人口老龄化逐渐引起全球关注后,医疗卫生服务与长期照护服务间的协同受到重视,社会服务也作为重要内容被纳入部分理论框架,如Shugarman等的框架强调将初级卫生保健、急性期诊疗、行为干预、康复和长期照护服务联结起来,同时积极促进医疗卫生服务与社会服务、老人支持性服务以及残疾人服务项目之间的协调^[28];WHO的框架强调要加强医疗卫生、社会服务、教育和更广泛的地方服务之间的密切合作^[41]。服务内涵的不断拓展,充分体现了学者对“以人为中心”基本理念一如既往的重视程度,以及对服务整合维度及其核心要素研究的日益深入。

3.1.4 对整合型医疗健康服务体系的认知从静态均衡向动态适应转变

整合型医疗健康服务体系的构建和完善是一个动态变化的过程,涉及制度、组织、专业和服务等多个层面以及多个主体间关系的变革和适应过程,需要特定的外部环境和条件、关键主体的变革意愿和影响力、适宜的 implementation 路径和及时的评估反馈;因此,作为分析评价和指导实践的理论框架,也应充分考

虑体系的动态变化和适应性。早期理论框架多将整合型医疗健康服务体系描述为一种理想的愿景和静态的均衡状态,仅个别框架突出其变革和动态发展,如 Robinsón^[42]的框架将对变革的掌控作为核心内容,WHO^[43]的框架将灵活性和适应性作慢性病照护的基本原则之一。随着认识的逐渐深入,部分理论框架开始从变革和动态发展的角度分析整合型医疗健康服务体系,如 Greene 等、王真等的框架以复杂适应系统理论为基础,强调整合型医疗健康服务体系是通过多个主体间的互动,形成彼此关联、交互影响、动态协同的复杂系统^[44,45];Wee 等的框架强调了外部环境、系统变革条件、系统变革意愿和影响力的重要性^[46]。

3.2 对构建和完善我国整合型医疗健康服务体系理论框架的启示

3.2.1 将“以人民为中心”的理念贯穿于理论框架构建的全过程,注重个体层面与群体层面相结合

“以人民为中心”是当前国内外整合型医疗健康服务体系理论框架遵循的最主流的基本理念,也是我国推进健康中国建设的核心指导思想。因此,应将“以人民为中心”的理念贯穿于构建和完善我国整合型医疗健康服务体系理论框架的全过程,在主要维度及其核心要素设置时注重个体与群体层面相结合。具体来看,在个体层面将人作为一个整体,充分考虑个人需求、偏好和价值观,强调居民及其家属的主动参与;在人群层面,关注总体健康需求和政治、经济、社会、环境等多重健康影响因素,注重提高健康状况的人群分布公平性,特别要根据国家政策导向和疾病谱变化,重点关注有较高疾病负担的弱势群体,以更好实现“共建共享、全民健康”的健康中国目标。

3.2.2 从宏观—中观—微观多层次多维度构建和完善理论框架

构建整合型医疗健康服务体系是一项涉及多层次、多维度的系统工程,“系统性”是现有理论框架所遵循的另一个重要基本理念。由于发展阶段不同,许多发达国家已经形成了比较成熟完善的医疗健康服务体系,仅需开展特定项目以优化服务流程,或从组织或专业整合角度进行局部调整。而我国医疗健康服务体系尚需进一步完善,正处于持续改革发展阶段,仍存在资源总量不足、分布不均衡、系统分割、

层级不合理、无序竞争、协同不足等问题^[6];因此,在构建理论框架的过程中,需从宏观、中观、微观统筹考虑,从制度、组织、专业、服务、核心功能、价值规范等多维度进行系统性、整体性设计,并注意各层次、各维度间的协调性和相容性,以更好指导我国体系建设实践。

3.2.3 理论框架应突出初级卫生保健,适时拓展服务内涵

自 1978 年阿拉木图宣言正式提出初级卫生保健战略以来,WHO 在 2008 年的年度报告中重申初级卫生保健的重要意义,又在 2015 年的年度报告中提出加强医疗卫生、社会服务、教育和更广泛的地方服务之间的密切合作,为全体居民提供综合、连续、可获得的卫生保健服务;而体现初级卫生保健重要性的“以社区(基层)为重点”也被视为构建整合型医疗健康服务体系的基本理念之一,且对服务内涵的界定逐渐转向综合性健康服务。因此,整合型医疗健康服务体系理论框架的构建应坚持基层导向,突出初级卫生保健的相关维度和要素,并根据经济社会和卫生健康事业发展水平、政府和居民的负担能力等,逐步将服务内涵拓展为全方位、全生命周期的连续协调、优质高效的健康服务,以更好符合健康需求变化的趋势。

3.2.4 充分考虑体系变革的动态性,根据不同发展阶段和地域特征制定适宜的理论框架

对于正在快速发展和转型的中国来说,构建整合型医疗健康服务体系是一项复杂、深刻、持续的变革,是多个复杂适应系统之间不断互动和适应的过程^[44],不仅涉及政治、经济、社会、文化和人口健康等多个方面,还与不同地域的实际情况密切相关;此外,由于国内体系建设的具体阶段与国际相对成熟的实践存在一定差距,部分已被国外学者验证有效的指标对我国的适用性可能需要进一步验证和调整。因此,应充分结合所在区域的实际情况,根据不同发展阶段的主要问题和重点任务,开发适宜的整合型医疗健康服务体系理论框架,并以此为基础制定具体的实施路径,开展及时的监测和评价,以更好推动整合型医疗健康服务体系的持续优化和完善。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 代涛. 整合的入口在哪里[J]. 中国卫生, 2018(10): 19-20.
- [2] Deschodt M, Laurent G, Cornelissen L, et al. Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis [J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2020, 105: 1-12.
- [3] Suter E, Oelke N D, Adair C E, et al. Ten key principles for successful health systems integration [J]. *Healthcare Quarterly*, 2009, 13(Spec No): 16-23.
- [4] WHO. Hospitals and health for all: report of a WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level[M]. WHO, 1987.
- [5] 世界银行集团, 世界卫生组织, 财政部, 等. 深化中国医药卫生体制改革: 建设基于价值的优质服务提供体系政策总论[R]. 北京, 2016.
- [6] 代涛. 我国卫生健康服务体系的建设、成效与展望[J]. *中国卫生政策研究*, 2019, 12(10): 1-7.
- [7] 袁浩文, 杨莉. 国内外整合医疗理论、实践及效果评价[J]. *中国循证医学杂志*, 2020, 20(5): 585-592.
- [8] 陶文娟, 李为民, 文进, 等. 国内外医疗联合体评价的研究概述[J]. *中国循证医学杂志*, 2019, 19(3): 368-372.
- [9] 孟德昕, 王菲, 彭博识, 等. 整合医疗服务体系的概念和内涵以及理论框架创新研究[J]. *中国卫生产业*, 2013, 10(15): 187-188.
- [10] 陈至柔, 郑英, 代涛, 等. 一体化医疗卫生服务体系评价框架研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2018, 11(4): 29-35.
- [11] 陈至柔. 一体化医疗卫生服务体系评价框架研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2018.
- [12] 孙涛, 王菲, 彭博识, 等. 基于实践与理论双重驱动的中国医疗服务体系纵向整合研究[J]. *中国卫生产业*, 2013, 10(13): 182-183.
- [13] Armitage G D, Suter E, Oelke N D, et al. Health systems integration: state of the evidence[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2009, 9(17): 1-11.
- [14] Sparbel K, Anderson M A. Integrated Literature Review of Continuity of Care: Part 1, Conceptual Issues[J]. *Journal of Nursing Scholarship An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 2010, 32(1): 17-24.
- [15] Kim-Lin C, Puma S, J Bin, et al. A narrative synthesis of the quality of cancer care and development of an integrated conceptual framework [J]. *European Journal of Cancer Care*, 2018, 27: e12881.
- [16] Casp U K. Critical appraisal skills programme (CASP): checklists[EB/OL]. (2020-11-20) [2021-07-09]. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists>
- [17] 赵瑞, 拜争刚, 张静怡, 等. 中华系列期刊发表定性研究的文献计量分析和质量评价[J]. *循证医学*, 2016, 16(3): 180-185.
- [18] Leggat S G, Leatt P. A framework for assessing the performance of integrated health delivery systems[J]. *Healthcare management forum*, 1997, 10(1): 11-18.
- [19] Boulton C, Karm L, Groves C. Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model [J]. *The Permanente journal*, 2008, 12(1): 50-54.
- [20] Rathert C, Wyrwich M D, Boren S A. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. [J]. *Medical Care Research & Review*, 2013, 70(4): 351-379.
- [21] Beadles C A, Voils C I, Crowley M J, et al. Continuity of medication management and continuity of care: Conceptual and operational considerations[J]. *SAGE Open Medicine*, 2014, 2: 1-7.
- [22] Rathert C, Williams E S, Mccaughey D, et al. Patient perceptions of patient-centred care: empirical test of a theoretical model [J]. *Health Expectations*, 2015, 18(2): 199-209.
- [23] Leutz W N. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom[J]. *Milbank Quarterly*, 1999, 77(1): 77-110.
- [24] Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2005, 5(3): e01-e09.
- [25] 严晶晶. 整合医疗的联盟类型和组织机理: 基于组织理论的联盟识别和治理重审[J]. *中国卫生政策研究*, 2019, 12(6): 15-21.
- [26] Boon H, Verhoef M, O'Hara D, et al. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework[J]. *BMC Health Services Research*, 2004, 4(1): 15-19.
- [27] Gaboury I, Lapierre L M, Boon H, et al. Interprofessional collaboration within integrative healthcare clinics through the lens of the relationship-centered care model[J]. *Journal of Interprofessional Care*, 2011, 25(2): 124-130.
- [28] Shugarman R L. The SCAN Foundation's framework for advancing integrated person-centered care [J]. *Health Affairs*, 2012, 31(12): 2821-2825.
- [29] Zonneveld N, Raab J, Minkman M. Towards a values

- framework for integrated health services; an international Delphi study[J]. *BMC Health Services Research*, 2020, 20: 224-237.
- [30] Girard N. The Case Management Model of Patient Care Delivery[J]. *Aorn Journal*, 1994, 60(3): 403-405.
- [31] Vázquez M L, Vargas I, Unger J P, et al. Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis[J]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2009, 26(4): 360-367.
- [32] Evans J M, Grudniewicz A, Baker G R, et al. Organizational Context and Capabilities for Integrating Care: A Framework for Improvement [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2016, 16(3): 15-28.
- [33] Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building Integrated Care: Lessons From the UK and Elsewhere [R]. London, England: NHS Confederation, 2005.
- [34] Valentijn P P, Schepman S M, Ophrij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care [J]. *International Journal of Integrated Care*, 2013, 13: e010-e021.
- [35] Bautista M A, Nurjono M, Lim YW, et al. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties[J]. *Milbank Quarterly*, 2016, 94(4): 862-917.
- [36] Singer S J, Kerrissey M, Friedberg M, et al. A comprehensive theory of integration [J]. *Medical Care Research & Review: Mccr*, 2018, 77(2): 196-207.
- [37] Calciolari S, Ortiz L G, Goodwin N, et al. Validation of a conceptual framework aimed to standardize and compare care integration initiatives: the project INTEGRATE framework[J]. *Journal of Interprofessional Care*, 2021(1):1-9.
- [38] 钟小红, 杨辉, 王颖, 等. 城市公立医院改革背景下整合型医疗服务理论框架研究[J]. *中国卫生经济*, 38(3): 9-12.
- [39] Lawless A, Freeman T, Bentley M, et al. Developing a good practice model to evaluate the effectiveness of comprehensive primary health care in local communities[J]. *Bmc Family Practice*, 2014, 15(1): 99-107.
- [40] Oelke N D, Suter E, Maria Alice Dias da Silva Lima, et al. Indicators and measurement tools for health system integration: a knowledge synthesis protocol [J]. *Systematic Reviews*, 2015, 4(1): 99-106.
- [41] WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [R]. World Health Organization, 2015.
- [42] Robinson N C. A Patient-Centered Framework for Restructuring Care[J]. *JONA The Journal of Nursing Administration*, 1991, 21(9): 29-34.
- [43] WHO. Innovative care for chronic conditions [M]. World Health Organization, 2002.
- [44] Greene R A, Dasso E, Ho S, et al. A person-focused model of care for the twenty-first century: a system-of-systems perspective [J]. *Population Health Management*, 2014, 17(3): 166-171.
- [45] 王真, 张淑娥, 殷东, 等. 区域医疗联合体的共生网络: 一个概念框架[J]. *中国全科医学*, 2019, 22(31): 3876-3880.
- [46] Wee S L, Vrijhoef H. A conceptual framework for evaluating the conceptualization, implementation and performance of transitional care programmes[J]. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2015, 21(2): 221-228.

[收稿日期:2021-11-26 修回日期:2021-12-17]

(编辑 赵晓娟)