

基于需方的县域医疗健康服务整合评价工具构建与适用性研究

李力* 郑英 朱晓丽 胡佳

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

【摘要】目的:制定基于需方的县域医疗健康服务整合程度评价工具,并验证其对于评价县域医疗健康服务整合的适用性。方法:基于课题组前期研究成果,制定县域医疗健康服务整合的患者调查问卷,在河南省 D 县内开展现场问卷调查,采用探索性因子分析、Spearman 秩相关、Cronbach's α 系数等检验信效度。结果:提取 4 个公因子,包含 12 个条目,累积贡献率为 73.16%;所有条目仅对所属公因子的因子载荷大于 0.4、Spearman 相关系数基本均大于 0.5;总体以及各公因子的 Cronbach's α 系数基本均大于 0.7。结论:基于需方的县域医疗健康服务整合评价工具,可分为服务协调与连续性、患者就医偏好、服务可获得性、服务可接受性与患者及家庭参与 4 个维度,包含 8 个要素与 12 个条目,对于评价现阶段县域医疗健康服务整合具有适用性。

【关键词】卫生服务整合;评价工具;信度;效度;县域医共体;整合型医疗健康服务体系

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.01.004

Research on the establishment and suitability of an assessment tool for demand-based integration of county-level health services in China

LI Li, ZHENG Ying, ZHU Xiao-li, HU Jia

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

【Abstract】 Objective: To establish a tool for assessing the extent of demand-based integration of county-level health services in China and verify its suitability. Methods: Based on previous research results of our group, a patient questionnaire was developed regarding the integration of county-level health services. A field survey was carried out in D County of Henan Province. The exploratory factor analysis, Spearman rank correlation, Cronbach's α coefficient and other tests were used to test the reliability and validity. Results: Four common factors were extracted which included twelve items, and the cumulative contribution rate was 73.16%. The factor loads of all items were greater than 0.4 only for their common factor. Spearman correlation coefficients were generally greater than 0.5. The overall Cronbach's α coefficient and the Cronbach's α coefficients of the common factors were generally greater than 0.7. Conclusions: The established assessment tool for demand-based integration of county-level health services primarily consisted of four dimensions (service coordination and continuity, patients' medical preference, availability of health services, service acceptability and patient/family participation), and included eight elements and twelve items. This assessment tool should have a certain level of suitability for evaluating the current integration of county-level health services in China.

【Key words】 Integration of health services; Assessment tool; Reliability; Validity; County healthcare alliances; Integrated healthcare system

协同整合是优质高效医疗卫生服务体系的重要内涵之一,构建协同整合医疗健康服务体系对落实

健康中国战略具有重要意义。开发符合我国国情的协同整合医疗健康服务体系的评价框架与评价工

* 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:李力(1988 年—),女,助理研究员,主要研究方向为卫生体系与政策。E-mail:li.li@imicams.ac.cn

通讯作者:郑英。E-mail:zheng.ying@imicams.ac.cn

具,有利于指导与推进国内相关改革实践。本课题组前期依据我国卫生事业发展与改革的特定背景,开发了本土化的“协同整合医疗卫生服务体系评价框架”。^[1]

依据该框架,医疗健康服务整合处于协同整合医疗健康服务体系的微观层面,是协同整合医疗健康服务体系的直接结果,医疗健康服务整合程度可以直观反映医疗健康服务体系协同整合的效果。医疗健康服务整合的内涵是指打破时间、场所和学科的分割,为居民和患者提供连续、可及、综合、协调的服务;包含7个维度,其中6个基于需方(服务连续性、服务可及性、服务综合性、服务协调性、患者参与和体验、患者就医偏好)、1个基于供方(医务人员满意度),各维度包含若干要素。^[2]已有研究集中探讨卫生服务整合的真实概念(real concept)、名义概念(nominal concept)^[3,4];一些研究将“协同整合医疗卫生服务体系评价框架”作为解释框架,分析国内典型地区改革实践,多涉及该框架的制度、组织和专业层面的实践形式、问题等^[5-7],较少涉及医疗健康服务整合层面的量化研究,即基于卫生服务整合操作概念(operational concept)开发评价工具。医疗健康服务整合与基层卫生服务质量具有高度相关性,对于后者评价工具研究较为丰富与成熟,呈现基于需方、评价维度多元化的特点,如国际上较为成熟的基层医疗评价工具(primary care assessment tools, PCAT)系列量表^[8],同时该量表的国内本土化研究成果也较为丰富^[9-11],但单一研究中未涵盖医疗健康服务整合的所有需方维度。

考虑到县域社会是中国社会从微观链接宏观的中间纽带,能够反映中国社会内部更为复杂构成的本质和内涵^[12],当前我国正在以县域医共体为主要模式,推进县域医疗健康服务体系的整合,探索建立符合我国实际的协同整合医疗健康服务体系的具体路径与实践模式。因此,本研究基于前期研究提出的“协同整合医疗卫生服务体系评价框架”,借鉴基层医疗评价工具等成熟量表,开发基于需方、多维度的县域医疗健康服务整合程度的评价工具,选择县域医共体改革实践的典型地区——河南省D县开展实证研究,验证其对于县域医疗健康服务整合的适用性,为开发更加契合我国国情与卫生事业改革发展特点的医疗健康服务整合评价工具奠定基础。

1 资料收集与分析方法

1.1 制定调查问卷

1.1.1 基于需方的县域医疗健康服务整合维度与要素

基于需方的县域医疗健康服务整合包括6个维度,各维度对应若干要素(表1)。第一,服务连续性是指患者接受的服务连贯、整合与协调程度,包含3个要素,即人际连续性、信息连续性、管理连续性。第二,服务可及性是指患者获得医疗健康服务的难易程度,包含4个要素,即地理可及性、可获得性、经济可及性、可接受性。第三,服务综合性是指患者所接受的服务考虑生物、心理、社会等健康需求的综合程度,以及提供健康促进、预防、医疗、康复等服务的综合程度,包含2个要素,即健康需求综合评估、服务综合程度。第四,服务协调性是指患者能通过有效的转诊、预约和协调,获得所需健康服务的及时性,包含1个要素,即服务协调程度。第五,患者参与和体验是指患者及其家人共同参与诊疗方案制定、健康管理等的程度,包含2个要素,即患者满意度、患者及家庭参与程度。第六,患者就医偏好是指患者对就诊医疗卫生机构、医务人员的选择偏好,包含2个要素,即患者对首诊医疗卫生机构的选择偏好、患者对首诊医生的选择偏好。

1.1.2 建立问卷条目池,制定调查问卷

基于需方的县域医疗健康服务整合维度与要素,参考基层医疗卫生评价工具等相对成熟的问卷条目,形成问卷条目池。课题组与专家组共同讨论并开展预实验,删去或修改不适宜的条目,制定基于需方的县域卫生服务整合程度评价问卷,共包含20个条目(表1),考虑问卷可读性对条目进行排序和编码,所有条目采用李克特5分赋值,“从来不会”至“总是会”分别赋值1~5分。

1.2 资料收集

2020年12月,在河南省D县内,覆盖全部3家县级公立医院,抽取了5家基层医疗卫生机构开展现场问卷调查,采取现场方便抽样,调查对象为过去24个月在县域内医疗卫生机构就诊,有过2次以上就诊经历的居民;4名课题组研究人员担任调查员进行问卷调查,取得患者口头同意后,采用调查员和患者一对一形式填写,作答完毕后,调查员当场回收问卷并检查有无错填或漏填项目,共发放问卷200份,实际回收有效问卷187份,问卷有效回收率为93.50%。

表 1 基于需方的医疗健康服务整合的维度、要素及其内涵与对应条目

维度	要素及其内涵	对应条目与编码
服务连续性	人际连续性:患者与同一个全科医生(或团队)建立长期医患关系的程度	条目 4、条目 5
	信息连续性:不同医务人员获取患者健康信息的完备性	条目 6
	管理连续性:患者获得的不同服务提供者所提供服务的互补性、及时性	条目 7
服务可及性	地理可及性:患者到最近医疗机构所花费时间的合理性	条目 8
	可获得性:患者从选定的医疗服务提供者处及时获得所需服务的容易程度	条目 9、条目 10
	经济可及性:患者对医疗卫生费用的可负担程度	条目 11
	可接受性:患者对医疗卫生服务提供者的沟通方式、诊疗方案等的接受程度	条目 12
服务综合性	健康需求综合评估:患者接受心理、生理、社会等各方面的综合需求评估	条目 13
	服务综合程度:患者接受综合心理、生理、社会等各方面需求的服务	条目 14、条目 15
服务协调性	服务协调程度:患者获得转诊、会诊、导诊、预约等服务的便捷程度	条目 16、条目 17
患者参与和体验	患者满意度:患者对所接受医疗卫生服务的总体体验和满意度	条目 18
	患者及家庭参与程度:患者及家庭参与健康相关决策的程度	条目 19、条目 20
患者就医偏好	患者对首诊医疗卫生机构的选择偏好:首诊选择基层医疗卫生机构的倾向	条目 1
	患者对首诊医生的选择偏好:首选全科医生的倾向	条目 2、条目 3

1.3 分析方法

结构效度:采用探索性因子分析进行结构效度检验,当特征值 > 1 为有效公因子,因子载荷 > 0.35 为有意义条目;当条目得分与该条目所在维度总得分相关系数大于 0.2 且与其他维度总得分相关系数 < 0.2,为有意义条目。不符合上述要求的条目,为无意义条目,予以删除。一致性与区分效度:各维度条目与该维度相关系数 > 0.5,表明具有内部一致性(internal consistency)且收敛性(item-convergent)较好;某一维度的条目与其他维度的相关系数 < 0.5,表示区分效度(item-discriminate validity)较高。信度分析:若总体与各维度的 Cronbach's α > 0.7,说明信度较好。

2 研究结果

2.1 调查对象一般情况

调查居民共计 187 人,其中男性 97 人(占 51.9%);60 岁以上 113 人(占 60.4%);自评健康状

况(1~10 分,分数越高代表健康状况越好) ≤ 5 分者为 101 人(占 55.8%)。

2.2 结构效度检验

经 Bartlett 球型检验, $KMO = 0.775 > 0.5$,表示适合做探索性因子分析。采用主成分与最大方差法,提取 4 个特征值 > 1 的公因子,4 个公因子累积贡献率为 73.16%。条目 1、2、3、6、7、9、10、12、16、17、19、20 所属公因子的因子载荷均大于 0.4,且非所属公因子的因子载荷均小于 0.4,其中条目 6、7、16、17 属于公因子 F1,条目 1、2、3 属于公因子 F2,条目 9、10 属于公因子 F3,条目 12、19、20 属于公因子 F4(表 2、表 3)。

条目 5、8、11、13 的所属公因子的因子载荷与非所属公因子的因子载荷均大于 0.4,考虑为无意义条目,予以删除。条目 15 得分与所属公因子的总得分相关系数小于 0.2,条目 4、18 与非所属公因子的总得分相关系数大于 0.2,考虑为无意义条目,予以删除。

表 2 公因子与所保留的维度、要素及其条目与对应关系

公因子	维度	要素	条目与编码
F1	服务连续性	信息连续性	6. 当您在不同的医生处就诊时,如果您不主动提供,医生能够获取到您之前的检查结果、诊断结果、治疗方案等病案资料吗?
		管理连续性	7. 为您先后提供服务的医护人员是否会针对您的病情进行对接与交流?
	服务协调性	服务协调程度	16. 当您需要多个医疗机构就诊时(县域内转诊或县外转诊),是否会有相关人员来帮您转诊或协调您的就诊安排?
			17. 当您被转诊后,首诊的医疗机构医生是否会继续关注您后续的诊疗情况?
F2	患者就医偏好	患者首诊医疗卫生机构的选择偏好	1. 当您需要看病且自感病情较轻、较缓时,是否到固定的或签约的社区卫生服务中心/乡镇卫生院/村卫生室就诊?
		患者首诊医生的选择偏好	2. 当您到基层医疗卫生机构就诊时,是否首选到固定或签约的家庭医生处就诊?
			3. 当您到其他医疗机构就诊或自行购药/治疗时,是否会提前咨询签约家庭医生或最常就诊的医生的意见?

(续)

公因子	维度	要素	条目与编码
F3	服务可及性	服务可获得性	9. 无论您有去任何级别(基层、县级、市级)医疗机构就诊的需求,是否都能容易地获得所需的医疗卫生服务?
			10. 无论您在什么时间(上班或下班、平日或周末)有医疗需求,是否都能够获得所需的医疗卫生服务?
F4	服务可及性	服务可接受性	12. 医务人员是否每次都会向您充分解释和说明您的治疗方案(如治疗手段、药品用法用量等)?
	患者参与和体验	患者及家庭参与程度	19. 医共体内医生在为您制定诊疗计划时,是否会征求您或家庭成员的意见?
			20. 您是否根据医生建议有过自我健康管理的行为(定期锻炼、少油少盐低脂饮食、戒烟限酒、主动获取健康咨询、定期体检等)?

表3 结构效度检验

公因子	条目与编码	共同度	因子载荷	条目得分与总得分系数
F1	条目6	0.76	0.87	0.32
	条目7	0.77	0.86	0.31
	条目16	0.77	0.87	0.31
	条目17	0.72	0.79	0.25
F2	条目1	0.78	0.88	0.40
	条目2	0.86	0.92	0.42
	条目3	0.75	0.75	0.32
F3	条目9	0.87	0.92	0.54
	条目10	0.85	0.90	0.51
F4	条目12	0.64	0.80	0.54
	条目19	0.66	0.79	0.51
	条目20	0.35	0.47	0.27

2.3 一致性与区分效度检验

总体来看,公因子及其对应条目的内部一致性 > 区分效度较好。除条目20以外,其余条目与所在维度相关系数均大于0.5,与其他维度相关系数均小于0.5(表4)。

表4 一致性与区分效度检验

公因子	条目与编码	F1	F2	F3	F4
F1	条目6	0.72	-0.28	-0.16	-0.41
	条目7	0.80	0.28	0.22	0.31
	条目16	0.79	0.24	0.26	0.32
	条目17	0.83	-0.06	-0.17	-0.19
F2	条目1	0.32	0.59	0.34	0.10
	条目2	0.32	0.70	0.34	0.02
	条目3	0.47	0.66	-0.20	0.13
F3	条目9	0.38	-0.23	0.75	0.15
	条目10	0.49	-0.26	0.65	0.16
F4	条目12	0.22	-0.05	-0.06	0.63
	条目19	0.47	-0.03	-0.13	0.50
	条目20	0.44	0.10	0.09	0.40

2.4 信度检验

整体信度较好,整体的 Cronbach's = 0.784, 大于

0.7。各维度信度基本较好,公因子 F1、F2、F3、F4 的 Cronbach's 系数分别为 0.821、0.881、0.831、0.526, 除公因子 F4 之外,其余各公因子的 Cronbach's 大于 0.7。

3 讨论

3.1 服务协调与连续性维度衡量了县域内不同医疗卫生服务提供者之间信息通畅、功能互补、合作及时的程度

公因子 F1 命名为“服务协调与连续性”,是指当患者需要不同医疗卫生服务提供者协作解决其健康需求时,不同医疗卫生服务提供者基于完备且共享的健康信息,合作提供互补与及时的医疗健康服务的程度。

一是人际连续性在现阶段尚难以成为衡量我国县域医疗健康服务连续性的核心要素。这与国内既往研究发现相同,即人际连续性(对应条目4、5)无法体现国内医疗健康服务连续性。^[13]在以往国际研究中,人际连续性是服务连续性的核心与基础,在严格的狭义服务连续性的定义中,服务连续性与人际连续性完全一致,即要求医患之间形成一对一的稳定关系(用 PCP-USC 表示,Primary Care Physician as Usual Source of care)^[14],强调如果患者所需服务是由 PCP-USC 提供则是连续性的范畴,如果超出 PCP-USC 的服务范围(需要多个服务提供者提供服务)则不属于连续性的范畴,并利用“患者在基层医疗卫生机构就诊时,是否每次由同一全科医生(或团队)提供服务”等条目对狭义的服务连续性进行评价。人际连续性的实现是长期的、完善的首诊制度的结果,利用人际连续性评价服务连续性的国家,一般具有首诊制度相对完善、卫生系统整合程度较高等特点。^[15]相较于这些国家,我国县域内的首诊制度处于

发展初期阶段。^[16]因此,将人际连续性作为服务连续性的评价要素,对县域内医疗健康服务连续性的评价能力相对较弱。

二是管理连续性、信息连续性等过程要素更能反映县域医疗健康服务连续性程度。在服务连续性的广义定义中,服务连续性由人际连续性扩展至管理连续性、信息连续性。相对于人际连续性关注服务连续性的结果,管理连续性、信息连续性更关注连续性的服务过程。^[17,18]本研究中管理连续性、信息连续性同样强调了服务提供过程中的连续性,涉及信息的共享与完备程度,功能的互补与合作情况等,我国县域医疗健康服务体系的整合尚处于不断完善与发展之中,相较于对人际连续性这类长期结果要素开展评价,对于管理连续性、信息连续性等卫生服务连续性的过程开展评价,能更好地反映发展过程中的县域医疗健康服务连续性现状与变化。^[19]

三是以信息连续性、管理连续性为重点的服务连续性,与服务协调性高度相关并形成正反馈回路。本研究中管理连续性(对应条目 6)、信息连续性(对应条目 7)聚焦于不同服务提供者之间的服务提供过程,涉及了分工、协同与整合等,与服务协调性的内涵有所重叠。已有研究指出,狭义的服务连续性可与服务协调性相区分,即仅有 PCP-USC 提供服务,超出 PCP-USC 提供服务范围时,根据要素归于协调性或综合性;广义的服务连续性,由于包含了管理连续性、信息连续性,已经超出了单一服务提供者的范围,涉及了不同服务提供者,包含信息传递、服务互补与一致、灵活等要素,这些要素也包含在服务协调性中,因此,广义的服务连续性与服务协调性难以区分。也有研究将广义的服务连续性与协调性,统称为“服务协调与连续性”,作为卫生服务整合的重要维度之一,如 GreeneSM 等提出临床或称为服务提供(clinical/provision of care)是分析以人为中心的协调整合医疗卫生体系的三维度之一,服务协调与连续性(coordination and continuity)是该维度的重要特征之一^[20];Scholl 等提出赋权(enables)原则是以患者为中心的协同整合医疗卫生服务的重要原则之一,服务协调与连续性(coordination and continuity)是该原则的具体维度之一^[21-23]。

3.2 患者就医偏好维度间接衡量了县域内基层首诊制度的实现程度

公因子 F2 命名为“患者就医偏好”,是指患者对

首诊医疗卫生机构与医务人员的选择偏好,从需方就诊行为偏好的角度间接衡量了基层首诊制度的实现程度。

一是患者就医偏好维度的实质是患者首诊偏好。本研究结果与前期理论框架相一致,患者就医偏好包含了患者对于首诊医疗卫生机构的选择偏好(对应条目 1)、患者对于首诊医生的选择偏好两类(对应条目 2、3),实质是评价了患者首诊偏好情况。

二是患者的首诊偏好是其首诊行为的重要促进因素。患者偏好是指患者在面对不同的医疗商品时,因其对一些特定因素的主观认识、人口学特征、心理特征或其他方面存在差异,表现出的对某种健康体验或治疗方式的不同需求。^[24]因此,患者首诊偏好是影响患者首诊时选择基层医疗卫生机构和全科医生的重要因素之一,可以解释与预测患者的首诊行为。

三是基层首诊与县域医疗健康服务整合具有相互促进关系,对首诊偏好进行评价可以在一定程度上反映县域内医疗健康服务整合程度。基层首诊是国内分级诊疗制度建设的内涵与政策目标之一^[25],可以看作是向国际上通行的“守门人”制度的过渡形态,即患者接触的第一个医学专业人员为全科医生,由全科医生决定患者需要的服务^[26]。研究者普遍认同,守门人制度是构建协同整合医疗健康服务体系的核心与基础,在国内县域医共体的改革实践中,基层首诊制也同样处于基础与核心地位,已有研究表明当整合程度较高时,患者更倾向于基层首诊,同时患者对基层的选择,也会促进服务整合,实现正向良性循环。^[27]

3.3 服务可获得性维度体现了县域内获取所需服务的容易程度,可衡量医疗健康服务整合所能影响的可及性程度

公因子 F3 命名为“服务可获得性”,是指患者从选定的医疗健康服务提供者处及时获得所需服务的容易程度,可将其作为医疗健康服务整合中的可及性。

一是服务可获得性是与卫生服务整合直接相关程度较高的可及性。服务可获得性及其对应条目 9、10,主要是评价在县域内的不同类型、不同层级的医疗卫生服务机构获得医疗卫生服务的便利性,这与以县域医共体为主的县域医疗健康服务整合相关改革实践具有直接的相关性,受到“一体化医疗卫生服

务体系研究框架”中制度、组织、专业整合层面要素的影响,因此将服务可获得性维度作为衡量县域内医疗健康服务整合所带来的可及性程度。^[28,29]这与一些研究的观点相一致,如基础保健的可及性评价应聚焦于基础保健中的可控因素所导致的可及性。^[30]

二是地理可及性、经济可及性与医疗健康服务整合直接相关程度相对较弱。这是由于地理可及性、经济可及性是可及性评价的经典指标,一些研究中将其作为普世的可及性范畴^[31-32],其中地理可及性主要是反映空间格局与服务可获得之间的关系,经济可及性则是反映财政投入、个人收入等经济因素与服务可获得性之间的关系,与卫生服务整合的相关性较弱,存在诸多医疗健康服务整合之外的不可控因素,不作为衡量医疗健康服务整合所带来的可及性的要素。

3.4 患者参与和服务可接受性维度侧重衡量县域医疗健康服务整合中的以人为中心的内涵特征

公因子 F4 命名为“服务可接受性和患者及家庭参与”,是指医疗卫生机构与医务人员耐心、积极、平等地与患者及其家庭沟通,以及患者及其家庭参与医疗健康服务相关决策与执行的程度。

一是服务可接受性与患者及家庭参与是“以人为中心”的内在要求,是医患双方在“以人为中心”原则下所表现出的具体行为。以人为中心是卫生服务整合的要求之一,既往研究表明,可接受性、患者及家庭的参与是“以人为中心”的重要内容与具体表现,如 Scambler 和 Asimakopoulou 等认为“以患者为中心的保健/照顾模式”(Patient Centered Care, PCC)是指全面的、人性化的照顾服务,尊重患者的决定,有效地沟通,在决策过程灵活变通,让患者对他们所接受的治疗感觉良好^[33];英国健康与保健研究所(UK National Institute for Health and Care Excellence, NICE)认为“以患者为中心”(Patient-Centered Care)是指病人有尊严、仁慈、同情、礼貌、尊重、理解和诚实,可以积极参与共同决策制定,支持重要治疗决策,并根据需求和个人偏好量身定制的体验保健^[34]。在本研究中该维度的信度有待进一步优化,但考虑该维度结构效度尚可、问卷整体信度较好,且该维度具有一定的逻辑合理性,因此予以保留。值得注意的是,服务可接受性与服务可获得性的相关度较弱,后者侧重服务的便利程度等,因此服务可接受性与服务可获得性维度相区别具有合理性。

二是服务可接受性与家庭患者参与具有相互促进作用。本研究中,服务可接受性所对应的条目 12 实质是评价了医生对患者及其家庭耐心、主动沟通的程度,医生作为拥有较强信息优势与控制力的一方,积极主动与患者沟通的本质是将患者及其家庭作为平等主体,主动赋予其参与健康服务相关决策的信息与权利。患者及家庭参与程度所对应条目 19 实质是评价患者及家庭在健康服务相关决策中的参与程度,体现了服务个性化、医患之间的尊重与授权、平等与协作关系,区别于传统的控制或家长式的医患关系。^[35,36]患者及家庭参与程度对应的条目 20 实质是评价了患者对于健康管理的依从性,已有研究显示患者依从性与可接受性具有高度的相关性,可接受性可以促进患者依从性^[37,38],虽然条目 20 的一致性与区分效度仍有待进一步验证,但考虑结构效度尚可,且具有一定的逻辑合理性,故予以保留,后续研究中可进一步验证。

三是患者满意度、服务综合性均与县域医疗健康服务整合的直接相关性较弱。患者满意度较为综合,受到多种不可控因素的影响,与县域医疗健康服务整合程度直接相关性较弱,一些医疗健康服务整合评价研究将患者满意作为原则贯穿于服务的不同环节中,不作为直接测量指标^[39];服务综合性也不是当前县域医共体改革实践的重点^[40],虽然国内基层医疗卫生服务评价研究中,认为“服务综合性”是全科医生医疗特征功能的重要组成,该维度可以体现我国社区全科医生在为患者看病时提供的心理、睡眠、饮食及情绪指导等方面的综合性服务,以及社区卫生服务中心针对社区居民群体提供的健康教育和动员社区资源等服务^[41,42],但考虑到县域医疗健康服务整合的评价,主要针对体系整体,全科医生仅是其中一个部分,因此服务综合性与县域医疗健康服务整合的相关程度相对较弱。

3.5 本研究的局限性

开展实证研究的地区较为单一,现有结果可能会受特定调查地区县域医共体改革进程、社会人口学特征等因素的影响,其外推性有待提升,需要开展更加广泛的实证研究并进一步验证其对于县域乃至全国的适用性。同时,虽然基于预调查、专家咨询等,对条目进行了多次归纳整理、精简和修改完善,但条目措辞与设置仍有改进的空间,研究结果一定程度上可能受到主观因素的影响而有所偏倚,如存

在被调查者与研究者对于条目理解的差异等,需进一步完善条目措辞与设置。

4 结论

现阶段,基于需方的医疗健康服务整合评价工具分为 4 个维度,包含 8 个要素和 12 个条目。4 个维度分别是服务协调与连续性、患者就医偏好、服务可获得性、服务可接受性与患者及家庭参与。其中,服务协调与连续性,对应信息连续性(条目 6)、管理连续性(条目 7)、服务协调程度(条目 16、17)3 个要素和 4 个条目;患者就医偏好,对应患者对首诊医疗卫生机构的选择偏好(条目 1)、患者对首诊医生的选择偏好(条目 2、条 3)2 个要素和 3 个条目;服务可获得性,对应服务可获得程度(条目 9、10)1 个要素和 2 个条目;服务可接受性与患者及家庭参与,对应服务可接受性(条目 12)、患者与家庭参与程度(条目 19、20)2 个要素和 3 个条目。该问卷信效度较好,在一定时空范围内,对于描述国内县域医疗健康服务整合程度的现状,评价县域医共体改革所带来的医疗健康服务整合程度的变化具有一定的适用性。

随着国内县域医共体改革的全面推开与不断深入,下一步可选择更加多样、广泛的地区,开展实证研究,进一步验证评价工具的适用性。同时,概念的厘清是一个持续不断的过程,具有“概念漏斗”、“诠释学循环”(hermeneutic circle)等基本规律^[43],本系列研究也正是遵循了这样的规律,仍需不断的聚焦与完善,通过分析维度、要素与条目之间的相互关系,不断明晰符合我国实际的医疗健康服务整合的概念内涵,加深对于医疗健康服务整合的认识与理解。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

[1] 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.

[2] 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.

[3] 刘万奇, 杨金侠, 谢翩翩, 等. 整合型服务理念下慢性病一体化管理定义与标准[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(2): 361-365.

[4] 武海波, 梁锦峰. 健康中国背景下的整合型医疗服务研

究概述[J]. 卫生软科学, 2021, 35(11): 73-77.

[5] 世行贷款中国医改促进项目. 慢病一体化管理理念溯源. [EB/OL]. (2018-09-21) [2021-10-18]. <https://mp.weixin.qq.com/s/mriFz6O-JrzViM8PmV2ZZA>

[6] 谭雯, 王芳, 袁莎莎, 等. 卫生服务整合视角下医养结合模式的案例研究: 基于福建省漳州市某医院和养护院[J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(2): 206-209.

[7] 马天琳, 赵君, 陈永超, 等. 基于彩虹模型的整合型孕产期健康服务体系建设研究: 以重庆市合川区为例[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 69-75

[8] Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool [J]. Journal of Family Practice, 2001, 50(2): 161-164.

[9] 郝文丽, 原效国, 李建涛, 等. 县域综合医改模式下基层医疗机构患者感知质量研究[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(5): 341-344, 387.

[10] 张丽芳, 姜润生, 周梅, 等. 基层医疗评价工具 PCAT-AE 简化版(需方调查)信度效度评价[J]. 中国卫生统计, 2013, 30(6): 867-868, 871.

[11] 杜娟, 王慧丽, 路孝琴, 等. 基层医疗供方评价工具(简化版)的信度和效度评价[J]. 中国全科医学, 2009, 12(7): 567-570.

[12] 王春光. 县域社会学研究的学科价值和现实意义[J]. 中国社会科学评价, 2020(1): 36-46, 157-158.

[13] 梁嘉杰, 匡莉. 连续性卫生服务测量指标介绍[J]. 中国全科医学, 2013, 16(1): 108-112.

[14] Primary Care: America's Health in a New Era[M]. Washington D C: National Academy Press, 1999.

[15] 李力, 胡佳, 郑英. 英国 EHCH 医养结合实践模式分析[J]. 中国社会医学杂志, 2020, 37(3): 245-248.

[16] 牛亚冬, 张亮. 县域医共体的发展现状与问题分析[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(2): 22-25.

[17] 乔静怡, 陈王心悅, 杨君洁, 等. 基于感知质量评价的农村家庭医生签约服务连续性研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(19): 2440-2444.

[18] 邱译萱, 代涛, 郑英, 等. 紧密型县域医共体卫生服务连续性调查工具的构建研究[J]. 中国医药导报, 2021, 18(15): 137-140.

[19] 齐静, 刘松涛, 高梦阳, 等. 卫生服务连续性概念及评价维度分析[J]. 医学与社会, 2015, 28(12): 5-7

[20] Greene S M, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. [J]. Permanente Journal, 2012, 16(3): 49-53.

[21] Zill J M, Scholl I, Härter M, et al. Conceptualization and measurement of patient-centeredness: a study protocol[J]. Patient Preference and Adherence, 2013(7): 345-351.

[22] Scholl I, Zill J M, Haerter M, et al. How do health serv-

- ices researchers understand the concept of patient-centeredness? Results from an expert survey[J]. *Patient Preference & Adherence*, 2014, 8: 1153-1160.
- [23] Zill J M, Isabelle S, Martin H, et al. Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter: Results of a Web-Based Expert Delphi Survey [J]. *Plos One*, 2015, 10 (11): e0141978.
- [24] 苏宇. 基于离散选择实验的社区慢性病患者健康服务利用偏好评价及服务供给策略研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2017.
- [25] 国家卫生健康委办公厅关于推广三明市分级诊疗和医疗联合体建设经验的通知[EB/OL]. [2021-11-22]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594r/202111/b1f6f7685ac741339c186133e85e4000.shtml>
- [26] 索特曼, 里克, 布尔玛. 欧洲基本保健体制改革[M]. 陈宁姗, 译. 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2010.
- [27] 张丽芳, 姜润生, 周梅, 等. 基层医疗评价工具 PCAT-AE 简化版(需方调查)信度效度评价[J]. *中国卫生统计*, 2013, 30(6): 867-868, 871.
- [28] 郑英, 胡佳, 代涛, 等. 安徽省天长市和福建省尤溪县县域医联体建设研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2019, 12(5): 11-17.
- [29] 郑英, 李力, 王清波. 荷兰以人为本整合型卫生服务的实践与启示[J]. *中国初级卫生保健*, 2019, 33(12): 6-8.
- [30] 汪雨潭, 匡莉, 赵婧革. 全科医疗核心特征功能定义与内涵界定研究: 可及性[J]. *中国卫生政策研究*, 2017, 10(5): 7-12.
- [31] 林洁思. 中国各省卫生总费用与医疗服务可及性和质量关系的空间分析[D]. 福州: 福建医科大学, 2019.
- [32] 王伟, 任苒. 卫生服务可及性概念与研究进展[J]. *中国卫生经济*, 2011, 30(3): 47-49.
- [33] Abimbola S, Negin J, Jan S, et al. Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low-and middle-income countries [J]. *Health Policy & Planning*, 2014, 29 (suppl2): ii29-ii39.
- [34] Scambler S, Asimakopoulou K. A model of patient-centred care-turning good care into patient-centred care[J]. *British Dental Journal*, 2014, 217(5): 225.
- [35] Scambler S, Asimakopoulou K. A model of patient-centred care-turning good care into patient-centred care[J]. *British Dental Journal*, 2014, 217(5): 225-228.
- [36] 世界银行, 世界卫生组织. 健康中国: 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:17[M]. 2016.
- [37] 江长勇, 杨梅, 胡薇. 社区高血压签约患者参与慢病健康管理的影响因素研究[J]. *中国全科医学*, 2020, 23(3): 323-326, 332.
- [38] 何梅, 肖琦, 熊杰, 等. 患者参与、依从心脏康复所面临障碍的质性整合[J]. *中国实用护理杂志*, 2019, 35(2): 101-107.
- [39] 王欣, 孟庆跃. 国内外卫生服务整合评价方法概述[J]. *中国公共卫生*, 2016, 32(9): 1280-1283.
- [40] 孙华君, 刘昭, 申斗, 等. 县域医共体改革进展情况分析及政策建议: 基于 2019 年 200 家县级医院的调研[J]. *中国卫生政策研究*, 2020, 13(9): 34-39.
- [41] 匡莉, 李丽娜, 罗卓君, 等. 中文版全科医疗核心特征功能患者体验量表的开发与验证[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(13): 1621-1628, 1643.
- [42] 匡莉, 梁媛, 梅洁, 等. 全科医疗特征功能评价工具基础保健评价工具: 成人简短版在我国的适用性研究[J]. *中国全科医学*, 2016, 19(7): 813-818, 823.
- [43] 艾尔·巴比. 社会学研究方法(第十一版)[M]. 邱泽奇, 译. 北京: 华夏出版社, 2021.

[收稿日期:2021-11-26 修回日期:2021-12-17]

(编辑 赵晓娟)