

# 我国整合型健康服务体系的实现路径研究

李文敏<sup>1,2\*</sup> 程梦珍<sup>1</sup> 刘丝雨<sup>1</sup>

1. 湖北大学公共管理学院 湖北武汉 430062

2. 湖北大学卫生政策研究与评价中心 湖北武汉 430062

**【摘要】**探索构建整合型健康服务体系是全球医改的重要议题与趋势。本文通过系统检索国内外相关文献,梳理整合型健康服务体系的概念演绎;以彩虹模型作为理论框架,详细阐述整合的对象与内容,总结整合路径与整合方式的表现形式、联系与区别。结合当前我国整合型健康服务体系构建实践与难点,建议协同推进医保整合支付改革与整合型健康服务体系构建;转变传统组织体系整合模式,以服务整合为抓手创新整合模式;强化新技术与健康服务体系嵌合度,有效推进健康信息整合;整合工作按照有计划、分层次的思路稳步推进。

**【关键词】**整合型健康服务体系;彩虹模型;实现路径

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.05.001

## Research on the path to an integrated healthcare service system in China

LI Wen-min<sup>1,2</sup>, CHENG Meng-zhen<sup>1</sup>, LIU Si-yu<sup>1</sup>

1. School of Public Administration, Hubei University, Wuhan Hubei 430062, China

2. Centre for Health Policy Research and Evaluation, Hubei University, Wuhan Hubei 430062, China

**【Abstract】** Exploring the construction of an integrated healthcare service system is an important issue and trend in global healthcare reform. The concept of an integrated healthcare service system was explained through a systematic search of relevant literature at home and abroad; the Rainbow Model was used as a theoretical framework to elaborate on the objects and contents of integration, and to summarise the manifestations, links and differences between integration paths and integration approaches. In light of the current practice and difficulties in building an integrated healthcare service system in China, it is recommended that the reform of health insurance integration payment and the construction of an integrated healthcare service system be promoted in a coordinated manner; that the traditional mode of organizational system integration be transformed, and that the integration mode be innovated with service integration in mind; that the nestedness of new technologies and the healthcare service system be strengthened, and that the integration of health information be effectively promoted; and that the integration work be steadily promoted in a planned and hierarchical manner.

**【Key words】** Integrated healthcare service system; Rainbow Model; Path

健康服务体系整合的初衷是为解决健康服务及其管理零散割裂问题。20 世纪 70 年代以来,部分发达国家对卫生健康服务体系的整合进行积极探索与实践,产生了典型的美国“凯撒模式”、德国“黑森林模式”、英国 NHS 一站式医疗与社会照护

服务等,目前,我国整合型健康服务体系(integrated healthcare system)仍然处于医联体、医共体等改革试点中。考虑到各国卫生体制和卫生事业发展阶段不同,整合型健康服务体系必然存在不同的内涵。那么我国卫生事业发展的现阶段,整合型健康

\* 基金项目:教育部人文社科项目(19YJA630041)

作者简介:李文敏(1975 年—),女,博士,教授,主要研究方向为卫生政策、医院管理等。E-mail:wenminli@hubu.edu.cn

通讯作者:程梦珍。E-mail:2109690436@qq.com

服务体系的内涵是什么,需要整合什么,可以通过哪些路径进行整合?都有待进一步厘清。鉴于此,本文系统梳理归纳国内外学者对整合健康服务内涵的界定,总结整合内容和手段,结合我国实际情况,为我国构建整合型健康服务体系提供有益借鉴和科学参考。

## 1 整合型健康服务体系的概念

整合型健康服务体系在不同的历史阶段,其概念内涵都遵循自身的嬗变逻辑。从概念表述演变情

况看,英美等国的整合型健康服务体系的概念从最初 Shortell 提出的医疗机构结合逐步发展成为包括健康促进、预防、诊疗、康复、长期护理及临终关怀等全生命周期的服务整合,分析框架从静态均衡向动态变革发展,整合重点从组织机构转换成了服务,视角从“以供方为中心”逐渐转向了“以需方为中心”。我国学者以组织机构或卫生资源的整合为重点,在“以供方为中心”的视角下对整合型健康服务体系进行界定(表1)。

表1 不同作者、不同时期对整合型健康服务体系的概念界定

学者(年份,国家)	概念的核心
Shortell(1994,美)	整合卫生服务系统是一种组织网络,强调不同类型的医疗机构结合,给予有最大健康需求的人最具成本效益的预防保健服务,并确保不同服务之间的连续性和协调性。 <sup>[1]</sup>
Leutz(1999,美)	将医疗卫生系统(急诊、基层医疗)与其他社会服务系统(长期照护、教育和住房)连接,最终实现临床效果、服务满意度、效率改善。 <sup>[2]</sup>
Gröne(2001,英)	对保健、治疗、护理康复全过程服务中所涉及的资金投入、服务提供、组织管理进行协同,提高服务可及性、满意度和效率。 <sup>[3]</sup>
Kodner(2002,美)	在资金、行政、组织、服务提供和临床技术方面创造一套连贯的方法和模式,各类保健部门连接协调,多学科团队为有复杂问题的病人服务,提高服务和生命质量、患者满意度和系统效率。 <sup>[4]</sup>
Fulop(2005,英)	整合六要素:系统、功能、组织、专业、临床及规范。 <sup>[5]</sup>
Enthoven(2009,美)	通过所有权或契约,在经济、非经济和临床领域,将各医疗服务提供者联系起来,为特定的病人或群体提供安全协调、垂直连续服务,服务提供者责任明确。 <sup>[6]</sup>
孟德昕(2013)	整合不同服务和不同层次主体之间的各种技术、程序和结构,参与主体通过正式或非正式手段,提供协调、连续的医疗服务,实现系统优化和效率提升。 <sup>[7]</sup>
张亮(2014)	以提升人群健康水平为目的,整合不同层次的健康服务机构,提供连续协调、经济的服务。 <sup>[8]</sup>
农圣(2017)	卫生服务体系以“健康”为核心,重新设计整合卫生资源,以鼓励“正价值”、减少“负价值”服务提供和消费为手段,最终实现环境和个体的健康。 <sup>[9]</sup>
洪蒙(2020)	根据各生命阶段的不同需求,不同层级的卫生医疗机构间相互协作,提供健康促进、预防、诊疗、康复、长期护理及临终关怀等全生命周期的服务。 <sup>[10]</sup>

我国与发达国家对整合型健康服务体系的宏观认识基本一致,即认为整合型健康服务体系是以“社区健康”为目的、以“分工合作”为手段、以“成本管理”为中心的融通型健康服务系统<sup>[11]</sup>,旨在在最合适的时间、地点为患者提供最适宜的,包括健康促进、疾病预防、治疗和临终关怀等整合于一体的终生连贯性服务<sup>[12]</sup>。其核心特征有:(1)强调提供“以价值为导向”的服务,不仅要“解决健康问题”,更要“减少健康问题”的发生;(2)强调服务的协调性和连续性,既要考虑到个体在接受单次服务提供时的合适有效,更考虑到各种服务之间、不同时间序列服务之间以及不同生命周期服务之间的连贯和衔接。<sup>[13]</sup>

## 2 整合型健康服务体系的对象与内容

Valentijn 等人基于 Fulop 提出的整合型理论框架创建“彩虹模型”,将原有的六维度整合要素划分为“微观—中观—宏观”三大层级。临床整合(即服务整合)属于微观层面;专业整合与组织整合归为中观层面;系统整合分属宏观层面;规范整合与功能整合则被看作是支撑整合型健康服务体系有效运转的关键条件和价值基础,贯穿整合体系不同层次。由于整合型健康服务提供依托于专业人员,专业整合程度越高越有利于整合服务供给,且专业整合与服务整合交叉内容较多,两者皆涉及不同学科服务主体的协作,关注供需双方的互动效应。因此,对彩虹模型进行微调——将专业整合划分至微观层次(图1)。

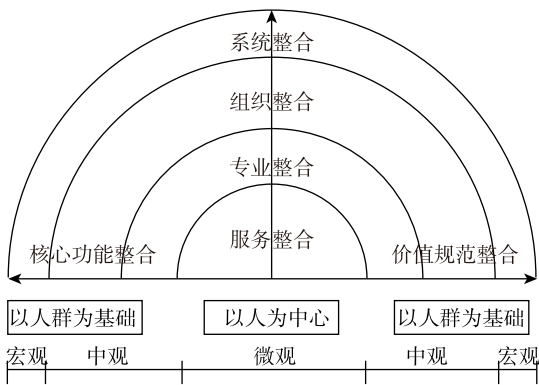


图1 彩虹模型 (Valentijn)

## 2.1 微观层面:服务整合与专业整合

服务整合由服务提供者为患者制定涵盖“健康促进+预防保健+诊断治疗+护理康养+临终关怀”在内的全方位、全生命周期服务方案,提供符合患者偏好的个性化、综合性服务,增强居民寻求健康服务的满足感与获得感。同时,服务提供者和使用 者处于服务链的两端,患者及患者家属是自身健康的首要负责人,更是健康服务的直接使用者,有权平等参与服务整合全过程。

专业整合与服务整合相伴而生,要求健康服务人员具备扎实的专业知识基础、充足的服务技能和协作交流能力,通常由不同角色的专业人员合作组成跨学科服务团队提供多元化健康服务,如在基层,由全科医生、执业护士、药剂师、心理咨询师、营养师、社会工作者等组成团队。但不同专业人员的知识储备有差异,因此跨专业服务规范标准、工作指南整合、专业协作方式与机制成为专业整合的延伸,以提高跨专业团队工作的相容性和效率。

## 2.2 中观层面:组织整合

组织整合蕴含两方面内容。一是组织机构整合,不同国家各有侧重:美国着重医疗卫生机构与医疗保险机构整合;受老龄化进程影响,日本关注医疗机构与养老服务机构整合;英国在原有医疗机构整合基础上,整合重心逐步向公共卫生服务机构以及基层社区服务机构转移;当前我国以整合各级各类医疗机构为主,以医联体、医共体为代表。二是组织间产权结构与管理机制的协同治理方式整合,包括组织间现代化健康服务管理方式和各类资源配置方式统一的法人治理结构等。

## 2.3 宏观层面:系统整合

系统整合的基本思维:从泛系统、综合性角度和

高度,以制度整合为基本手段,通过结构及关系优化,使系统发挥强大作用或新功能,进而提升整合效果。系统整合作为整合型健康服务体系构建的外生动力,对参与主体、行动过程、操作平台等要素进行全方位整合,并以科学配套的顶层设计指导引领,按制度办事、用制度管人,形成良好的议事规则、管理办法、操作程序、过程监控及责任追究体系,为整合型健康服务体系创造良好的外部环境。

## 2.4 支持工具:规范整合与功能整合

规范整合是一个结构性、系统性的潜移默化过程,主要包含共享使命与愿景、社会文化、情感交流、价值观念、承诺信任等。战略意识同步能够创造出和谐有序的整体感,从而形成稳定持久的内聚力和驱动力,减少内耗和冲突。统一的核心价值观念为整合战略选择、实施提供思想基础;明确的愿景目标为活动选择、资源配置、以及协同管理提供依据。<sup>[14]</sup>

功能整合主要包括支付方式、薪酬激励、利益分配、信息数据、治理规制、资源建设等。

(1)支付整合主要采取混合支付方式,对单一医疗机构的分散支付转变为面向整合体系的整体支付。适宜的医保支付方式激励整合的内在逻辑是“利益驱动整合”,即支付方式通过改变利益分配规则影响利益相关者行为<sup>[15]</sup>,遵循“资金随人走”原则,鼓励医疗服务提供方和医保购买方形成合作关系,通过奖励和责任规则,在尊重医生价值的基础上给予患者良好就医体验和促进社会层面健康水平提升。

(2)建立互联互通的信息系统是构建整合型健康服务体系的必要手段,在区域内各健康服务机构之间建立业务流程协同和信息化保障体系,形成区域信息共享数据模型,对跨区域多机构、多业务系统间异构数据进行统一标准转换<sup>[16]</sup>,实现区域各健康机构数据信息实时采集、解析与分享,为临床服务决策、健康管理、部门监管提供科学依据,为需方提供安全便捷的精细化区域整合型健康服务。

## 3 整合型健康服务体系的路径与方式

健康服务体系整合涉及多方主体互动,是一个交互博弈、动态协同的过程,与区域经济发展水平、健康资源密集程度、筹资水平、交通便利程度、政府部门权力让渡程度等紧密相关。<sup>[17]</sup>因此,整合路径和方式选择需要通盘考虑当地社会经济条件和治理水

平,整合路径关注整合突破口,整合方式则关注参与主体及其权责划分。同一整合路径有不同的整合方

式,整合方式的可执行性是衡量整合路径规划是否合理的重要标准之一(表2)。

表2 整合路径与整合方式辨析

	整合路径	整合方式
内涵	具备“战略”性质,“如何实现整合治理”、“整合切入点是什么”	“参与主体”(健康治理主体)、“参与什么”(权责划分)
区别	偏宏观,强调方向目的规划 路径选择更遵从顶层布局	偏微观,强调实施的过程 方式选择更关注路径所处的具体环境
联系	依赖促进:整合路径为整合方式指导方向,整合方式反映整合路径的合理性。不同整合路径及其不同阶段都依赖于不同整合方式来完成; 愿景一致:满足居民健康需求为根本目的,为居民提供连续、公平可及的、符合地区特色的整合型健康服务; 整合路径和整合方式皆与外界环境需求和内部环境变化相适应。	
具体表现	需方视角整合路径 (医保/服务驱动) <ul style="list-style-type: none"> <li>◁ 横向整合方式——如:新加坡“区域医疗集团”、美国凯撒医疗集团</li> <li>▷ 纵向整合方式——如:德国疾病规范管理项目、荷兰糖尿病捆绑支付项目</li> </ul> 供方视角整合路径 (行政/市场驱动) <ul style="list-style-type: none"> <li>◁ 横向整合方式——如:专科联盟、远程医疗协作网</li> <li>▷ 纵向整合方式——如:城市医疗集团、县域医共体</li> </ul>	

### 3.1 从需方和供方角度出发的整合路径

从整合的理念上看,主要有从需方角度和从供方角度出发的两种整合路径。

从需方角度出发设计的整合路径充分体现“以医疗服务产品为核心”,将“健康”融入所有政策的思维方式。一般以医保制度或是某一疾病管理服务驱动不同医疗卫生机构整合,围绕老、幼、孕等特定人群或是特定疾病,将不同类别的医疗卫生服务或是机构整合。德国的“地区疾病规范管理”<sup>[18]</sup>、丹麦的“慢病一体化服务”<sup>[19]</sup>和新加坡的“区域医疗体系”<sup>[20]</sup>等改革项目,均是这种理念下的设计产物,致力于为患者提供有价值的整合型健康服务,强调需方的参与决策权以及患者的自我管理能力。

从供方角度出发设计的整合路径一般是以行政或市场力量驱动不同医疗卫生机构整合,通常围绕特定地理区域进行整合<sup>[21]</sup>,医联体、医共体、医疗集团、专科联盟、远程医疗均属于这种形式的整合。还可进一步划分为虚拟整合与实体整合;虚拟整合以技术和管理等卫生系统要素为纽带,服务提供者通过签订契约或组建集团形成联合体,不涉及人财物整合;实体整合以资产和所有权整合为基础,形成一个独立法人机构,对机构内资源统一管理和调配。<sup>[22]</sup>

### 3.2 横向与纵向的整合方式

从整合的形态结构看,可以分为横向(水平)整合和纵向(垂直)整合两种整合方式。

横向整合重点实现具有相同功能和相似服务的医疗机构资源的优化配置和使用。通常是处于同一层次资源之间的联合或合并,也涉及不同类型的健康服务机构。比如,为扩大市场半径拓展规模经济、提升竞争和谈判能力,不同诊所整合;为降低医疗费用,医保机构与医疗卫生机构整合;为提高疾病防控能力,公共卫生服务与基层医疗服务整合;为优化医养结合,医疗卫生服务与社会服务(康复服务、养老服务)整合。

纵向整合以资源的优化使用为目的,通过自上而下或是自下而上的逻辑顺序推动同一健康服务链上不同环节主体的合作与协调,实现优势互补和价值增值。<sup>[23]</sup>主要表现形式是社区服务中心、初级卫生保健机构、二级医疗卫生机构以及三级医疗卫生机构进行联结。但实现服务连续性并非无限制的纵向整合,而要为各层级留存竞争均衡余地,保证有限卫生健康资源在各层级间合理流动利用,实现“小病留社区,大病转医院,康复回社区”的阶梯式联动格局。

整合型健康服务体系有适当的系统边界,应避免出现同时纵横向高强度整合或是低强度整合,为健康服务主体间、主客体间保留一定的可选择性。就整合内容而言,健康服务整合纳入内容过窄无法保证居民获得适宜的健康服务;纳入内容过于复杂可能出现组织运转灵敏度降低,协调管理成本上升、资源浪费和政策执行低效等。

## 4 我国构建整合型健康服务体系的改革实践与困境

我国整合型健康服务体系的改革实践主要有城市医疗集团、县域医共体、专科医联体、远程医疗协作网等形式,各类形式具有共通之处。

以深圳罗湖集团为代表的城市医疗集团在城市区域内以资产、经营管理权等为纽带,由业务能力较高的医院牵头,联合社区卫生机构、护理机构、康复机构等多家机构进行密切协作,实现健康服务机构纵向衔接,是提高市域内分级诊疗质量的重要抓手,为居民带来均质化、一体化健康服务。以安徽天长和浙江德清为代表的县域医共体以县医院为龙头,乡镇卫生院为枢纽,村卫生室为基础进行联合。对于优化县域内卫生资源配置,推动县域分级诊疗工作开展,提升基层卫生健康服务能力等具有重要作用。以北京儿童医院为核心的专科联盟侧重横向整合,内部各机构不存在上下级隶属关系,各机构人员实现教学共享、临床科研共享等,重点培养本专科领域内高水平服务人才,强调医疗服务同质化发展。最后一类是远程医疗协作网。作为互联网发展的衍生物,国家高度重视“互联网+医疗健康”的发展。近年来,远程医疗协作网在我国已经实现基本普及。医疗卫生机构利用信息技术开展异地、交互式的业务指导、远程会诊、线上培训、检查诊断等一系列行为活动,实现不同主体线上实时对接。此外,远程医疗协作网通常由三级医院与偏远地区或是欠发达地区医疗机构进行搭建,可以有效促进医疗资源纵横交错式流动和下沉,提高优质医疗卫生资源的整体服务效益,拓宽服务可及范围,增加健康服务在时间和空间上的覆盖面。

相关研究表明我国整合型健康服务体系已取得阶段性成果,但在整合实践中表现出以下困境:

(1) 政府存在职能越位、缺位问题。我国现有整合型健康服务体系主要通过指令性行政干预手段纵向推动组织机构整合,较少从需方视角对健康服务进行整合。体系内部自主经营管理职权容易被政府惯性权威吸纳消解,制度供给缺少连续性、政策间的协调匹配性不足,专业整合、服务整合以及规范整合尚未有明确的政策规范指导。(2) 体系内部资源配置和利益分配不均衡,缺乏内生性整合动力。财政、人力等相关医疗卫生服务资源主要流向三级医疗卫生机构,以医疗水平较高的医疗机构作为整合核心,

基层竞争力与选择空间小。与维持现状相比,参与整合所获利益具有较强的不确定性,各服务提供方在整合价值目标上容易产生分歧,整合程度以“松散型”为主。(3) 医保在整合型健康服务体系中发挥的引领作用,但我国医保对健康服务体系整合的激励支持效用不足。部分医共体或医疗集团采取了“总额预付,超支不补,结余共享”机制,但预付标准和结余分配规则模糊,尚未完全实现“以价值为导向”的支付方式改革,即单方面关注医保费用控制和基金运行安全,较易忽视需方体验感和质量改善以及具体服务提供者价值体现。(4) 医疗卫生信息数据共享利用滞后。由于医学信息标准化工作迟滞,不同系统的内容数据存储形式不一或采用的标准不同,导致信息共享传递困难,各级各类卫生服务机构间“信息孤岛”问题依然严重;此外,已有信息平台稳定性弱,信息库中的数据准确性和利用率有限,数据缺失难以对居民的健康风险进行有效识别。

## 5 完善我国整合型健康服务体系实现路径的建议

参考发达国家整合型健康服务体系建构经验与改进历程,结合目前我国实际国情与整合型健康服务体系的改革困境,提出以下几点建议:

### 5.1 整合型支付应与整合型健康服务体系改革同步

医保支付作为有效调节手段,已经成为国际整合型医疗卫生改革的关键性配套措施。国际实践证明,合理的医保支付方式能够激发供方整合积极性,进一步提供连续综合的健康服务。荷兰以糖尿病作为突破口,设计与之适配的医保支付计划——捆绑付费方式,按照预先确定的付款金额对具体时间段内患者所需的多学科卫生健康服务给予一次性支付。<sup>[24]</sup> 服务金额直接分配给有合作关系的服务提供者,试图通过竞争性支付手段激励供方重视服务质量。<sup>[15]</sup> 美国 ACOs(责任医疗组织)采取集团总额预付、按人头支付及附加支付等多元混合支付方式,根据 CMS(医疗保险和医疗救助服务中心)设定的服务质量绩效标准进行评估,达到标准的 ACOs 可以自由分配部分因成本压缩和效率提高而产生的结余。<sup>[25]</sup>

支付方式改革与整合型健康服务体系构建协同推进是一个长期过程。第一,医保支付应以整合服务体系为单位,采取总额预付制下的多元复合式打



包支付方式。厘清不同支付方式的适用范围与对象,灵活匹配支付单元与具体整合服务,鼓励整合服务内容创新。第二,把医保资金分配给具体服务提供者,在医疗保险体系中嵌入竞争机制,实现卫生健康服务功能方面的整合。第三,持续深化“以价值为导向”的医保支付改革,综合考虑医保基金筹资水平、服务人口数量、患者需求、疾病种类等要素,建立基于医疗服务成本核算和风险调整的总额预付标准,制定科学的结余资金使用分配方案<sup>[26]</sup>,尽量避免服务提供方因过度关注“让渡剩余索取权”而简化服务提供、降低服务质量等问题产生。

### 5.2 组织体系的一体化不应是整合的必要条件

目前,我国整合型健康体系改革中整合程度最高的是县域医共体和部分紧密型医联体,其共同特点是组织机构在人、财、物、技术等方面的纵向一体化。但在中国的大多数城市,由于条块分割的行政管理体制和财政供养体制,纵向一体化面临多重桎梏,改革难度大、成本较高、改革效果难以预料。有必要结合部分发达国家的改革实践,优化性移植部分发达国家的经验,实现整合多元化发展。第一,将核心定位于服务整合,构建多学科服务团队。如借鉴英国实施的“可持续性和改革计划”(STPs),争取在医院外和居民家中提供更多初级保健服务,开展以全科医生为中心,联合全科服务、公共卫生、社会服务、精神卫生以及部分专科服务的“医一养一护整合型服务社区”建设<sup>[27]</sup>;关注重点特殊人群健康质量改善,通过风险分层工具判别居民疾病风险等级,根据需求评估结果设定整合服务策略;第二,培养人员多元技能,实现不同情境下人员角色转换。例如,苏格兰艾滋病服务的专科护士也可以作为服务导航者,在初级护理、专科护理、心理服务、社会服务和第三方支持服务之间进行协调<sup>[28]</sup>,指导使用者获取个性化服务。

### 5.3 信息整合是各整合方式实现的基本前提

信息技术的进步为健康服务体系整合提供新发展思路与战略平台。信息发挥重要桥梁作用,既方便服务提供方之间、供需双方之间沟通,又能增强服务连续性和协调性,是克服纵向整合与横向整合内在悖论和体制性壁垒的基本途径。首先要完善信息整合顶层设计,明确卫生健康信息互联互通建设的目标、思路和路径,树立全国健康信息化建设一盘棋思路。第二,增加信息整合建设软件开发权重,实现

异构数据实时转换。主要以互联网+、云计算、区块链、AI技术为载体,统筹诊疗救治、医疗保障、药品供应、公共卫生等业务系统,推进门诊和住院信息、检查检验结果、健康状况评估结果、用药信息互认,推动各级各类健康服务机构之间信息共享与业务协同。第三,强化健康数据安全管理和隐私保护。加强健康大数据的标准管理、安全管理和服务管理,建立严格的电子实名认证和数据访问控制,规范数据接入、使用和销毁过程的痕迹管理,确保健康医疗大数据访问行为可管、可控及服务管理全程留痕,可查询、可追溯。<sup>[29]</sup>

### 5.4 我国整合型健康服务体系的构建需要有计划分步骤地纳入整合内容

考虑到我国卫生事业的发展阶段,建议以“彩虹模型”作为理论基础,各地根据当地经济社会发展实际情况,按照试点引路、总结推广和全面推开的思路,有计划、分步骤完成不同层次的整合。首先,需以明晰可行、配套的制度规则作为指引,减少整合过程中因制度供给不足引发的整合乏力问题。整合过程依靠政府发挥制度供给主导作用,上级政府为下级政府合理赋权,保障地方政府能够提出更多创造性的嵌入性制度建议<sup>[30]</sup>;也要为多元主体赋权增能,提高多元主体参与整合的积极性与能力。其次,循序渐进地纳入服务内容。以医疗卫生服务作为整合核心要点,持续深化“强基层”任务,突出初级卫生健康服务,关注重点特殊人群,充分评估区域内人口健康状况与健康影响因素,动态监测居民疾病谱变化特征,根据服务需求实时调整诊疗方案;再逐步扩散融合健康相关服务,包括养老服务、康复服务、护理服务等;条件成熟时纳入社会服务,诸如教育服务、心理咨询服务、体育健身服务、志愿服务等,从“以救治为中心”转向“以提升全民健康为中心”。纳入的时间和范围应根据各地实际情况进行,逐步实现有中国特色的整合型健康服务体系。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] Shortell S M, Gillies R, Aanerson D. The new world of managed care: creating organized delivery systems [J]. Health Aff (Millwood), 1994, 13(5): 46-64.
- [2] Leutz W. Policy Choices for Medicaid and Medicare Waivers [J]. Gerontologist, 1999, 39 (1) : 86-93.

- [3] Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated Care: A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2001, 1(1): 1-10.
- [4] Kodner D L, Spreeuwenberg C. Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications—A Discussion Paper[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2002, 14(2): 1-6.
- [5] Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere[R]. London: The NHS Confederation, 2005: 4.
- [6] Enthoven A C. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation [J]. *American Journal of Managed Care*, 2009, 15(Sup. 10): 284-290.
- [7] 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.
- [8] 张亮. 健康整合——引领卫生系统变革[M]. 北京: 科学出版社, 2014.
- [9] 农圣. 整合型卫生服务体系的内涵和现状[J]. *卫生经济研究*, 2017(11): 4-8.
- [10] 洪蒙, 时松和, 陈雪娇, 等. 基于价值医疗的整合型医疗卫生服务体系在医共体建设中应用研究[J]. *中国医院管理*, 2020, 40(11): 25-27.
- [11] 农圣, 黄二丹, 江蒙喜. 协同医疗服务体系的构建机制分析[J]. *中国卫生经济*, 2017(36): 7-13.
- [12] CHEAH J. Chronic disease management: a Singapore perspective[J]. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2001, 32: 990-993.
- [13] 李芬, 王常颖, 陈多, 等. 基于国际经验的整合卫生服务体系关键路径探索[J]. *中国卫生资源*, 2018, 21(6): 533-539.
- [14] 刘治江. 基于共同愿景的持续管理[J]. *特区经济*, 2005(8): 310-311.
- [15] 伍琳, 陈永法. 医保支付激励整合医疗服务的逻辑与实现路径[J]. *卫生经济研究*, 2022, 39(1): 31-35, 39.
- [16] 魏明月, 王淑, 王森, 等. 基于“互联网+”的跨区域医疗信息共享与服务协同平台设计[J]. *中国卫生资源*, 2021, 24(5): 547-550.
- [17] 王俊, 王雪瑶. 中国整合型医疗卫生服务体系研究: 政策演变与理论机制[J]. *公共管理学报*, 2021, 18(3): 152-167, 176.
- [18] Sparey J, Faircloth B, Hinrichs E. Delivering Integrated Healthcare in the Community: Understanding the Opportunities of a Radical New Model[J]. 2018, 15(28).
- [19] Nolte E, Frolich A, Hildebrandt H, et al. Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries [J]. *International Journal of Care Coordination*, 2016, 19(1-2): 5-19.
- [20] Wodchis W P, Dixon A, Anderson G M, et al. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis[J]. *International Journal of Integrated Care*, 2015, 15(6): 1-15.
- [21] 匡莉, 甘远洪, 吴颖芳. “纵向整合”的医疗服务提供体系及其整合机制研究[J]. *中国卫生事业管理*, 2012, 29(8): 564-566, 602.
- [22] Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks[R]. 2011.
- [23] 许兴龙, 周绿林, 魏佳佳. 医疗卫生服务体系整合研究的回顾与展望[J]. *中国卫生经济*, 2017, 36(7): 17-21.
- [24] Mechanic R E, Altman S H. Payment Reform Options: Episode Payment Is a Good Place to Start[J]. *Health Affairs*, 2009, 28(2): 262-271.
- [25] 柏杨, 祝贺, 马晓晨, 等. 美国卫生体系整合模式探索及其对我国的启示[J]. *中国卫生政策研究*, 2020, 13(2): 46-52.
- [26] 朱晓丽, 郑英, 王清波, 等. 我国部分地区医联体医保总额预付制改革的比较分析[J]. *中国医院管理*, 2020, 40(2): 21-25.
- [27] 王常颖, 李芬, 陈多, 等. 以人为本的整合型服务模式在英国的实践及经验借鉴[J]. *中国卫生资源*, 2019, 22(6): 430-434, 455.
- [28] Panton L. Integrated care pathways and task shifting[J]. *J Int AIDS Soc*, 2014, 17(4S3): 19495.
- [29] 国家卫生健康委员会: 对十三届全国人大四次会议第 3923 号建议的答复[EB/OL]. [2022-03-20]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/jiany/202111/a27f3249b43b4705-b40e08c4103db6da.shtml>
- [30] 郑英. 我国区域整合型医疗健康服务体系的治理逻辑与路径分析: 基于多中心治理视角[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(1): 20-28.

[收稿日期:2022-04-07 修回日期:2022-05-19]

(编辑 刘博)