

# 广西两县卫生服务整合及其影响因素研究

陈思源\* 袁蓓蓓 徐进 韦倩晨 张威 孟庆跃 何平

北京大学中国卫生发展研究中心 北京 100191

**【摘要】**目的:从医疗卫生服务提供者视角对两县的医疗卫生服务体系县域内整合现状进行评价和分析并提出相应的政策建议。方法:以卫生服务整合理论为基础、选取彩虹模型作为分析框架,将彩虹模型量表得分进行百分制转化进行描述性分析和回归分析。结果:两试点县在以人和社区为中心和机构文化两个维度得分较高,其次是服务整合和技术能力,在组织整合维度得分较低,专业整合维度得分最低。其中,县医院在以人和社区为中心、服务整合、专业整合和机构文化四个维度得分最高,公共卫生机构在这四个维度得分最低;基层医疗机构在技术能力维度得分最高。医疗机构的各维度的整合服务评分与医务人员的学历、是否全科医生和职工满意度有关。结论:县域医疗机构要以政府为主导,完善基层人才培养体系,从而落实县域医共体建设,推动医防融合,以进一步提高医疗机构服务整合程度,增强医务人员满意度。

**【关键词】**整合型卫生服务;彩虹模型;职工满意度

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2022.09.006

## Study on integration and influential factors of health services in two counties of Guangxi

CHEN Si-yuan, YUAN Bei-bei, XU Jin, WEI Qian-chen, Zhang Wei, MENG Qing-yue, HE Ping

China Center for Health Development Studies, Peking University, Beijing 100191, China

**【Abstract】** Objective: To evaluate and analyze the current situation of the integration of the medical and health service system in the two counties from the perspective of medical and health service providers, and to put forward corresponding policy suggestions. Methods: Based on the integration theory of health services and Rainbow Model, descriptive analysis and regression analysis are conducted after converting Rainbow Model scale scores into percentage. Results: The two pilot counties scored relatively high in people-and-community-centered concept and institutional culture, second high in competence of nursing collation and technics. They scored fairly low in organizational integration and the lowest in professional integration. Among all parties assessed, county hospitals scored the highest in the above four dimensions, while public health institutions scored the lowest; and primary medical care institutions scored the highest in the dimension of technical competence. It is also found that the scores gained by those medical care providers are related to the academic qualifications of medical staff, percentage of general practitioners and employee satisfaction. Conclusion: County medical institutions should be under the leadership of the government and improve their fundamental staff-training system, so as to implement co-construction of county medical community and promote the integration of medical care and prevention to further upgrade integration of medical institutions and enhance employee satisfaction of medical personnel.

**【Key words】** Integrated health care; Rainbow Model; Employee satisfaction

随着经济社会的不断发展,慢性非传染性疾病开始成为威胁人类健康的主要因素,给经济社会带

来了巨大的疾病负担,迫切需要卫生服务体系从以疾病为中心转移到以人和社区为中心。<sup>[1]</sup>在此背景

\* 作者简介:陈思源(1996年—),男,硕士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail: 17865193911@163.com  
通讯作者:何平。E-mail: phe@pku.edu.cn

下,整合型医疗卫生服务应运而生。世界卫生组织于 1987 年提出了基于初级卫生保健原则的综合性医疗卫生服务概念模型,并在 2015 年正式提出“以人和社区为中心的整合型医疗卫生服务”的全球战略,为探索和建立以人和社区为中心的整合型医疗健康服务体系提供科学指导。

我国的医疗卫生服务整合开始于 20 世纪 90 年代。<sup>[2]</sup>1997 年,国务院发布《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》<sup>[3]</sup>,指出要改革城市卫生服务体系,促进医疗资源的有效利用。2016 年 7 月,世界银行在《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》报告中建议我国应建立“以人为本”的整合型卫生服务体系<sup>[4]</sup>;同年 10 月,国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》,提出积极转变我国卫生服务模式,构建整合型医疗卫生服务体系。整合型健康服务体系能有效提高服务效率及质量,提高医护人员的技术水平和工作满意度,改善居民健康结果,降低医疗卫生费用,医疗卫生服务体系的整合和协同发展已成为国际医疗体系的改革趋势。

整合型医疗卫生体系,即整合医疗卫生服务的组织和管理,为居民提供其容易接受和愿意接受的医疗卫生服务,使得服务的支出在可控范围之内,且最终服务的效果能取得预期的健康收益,其核心理念在于以人为本,实现医疗卫生服务的连续性。本研究以卫生服务整合理论为基础、选取彩虹模型作为分析框架,以广西壮族自治区两县为样本地区,从医疗卫生服务提供者视角对两县的医疗卫生服务体系县域内整合现状进行评价和分析,从评价中发现各维度整合上存在的问题,结合国内外相关研究提出相应的政策建议,推动我国医疗卫生服务体系整合全面有效落实。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

本研究的数据来源于 2021 年在广西壮族自治区两试点县的实地调研。调研对象包含两地县医院、基层医疗机构和公共卫生机构中 1 278 位公共卫生专业背景和临床专业背景医务人员。数据采用彩虹模型量表的医务人员版本收集,量表共有 44 个项目,采用李克特五分制赋分。基于数据分析需要,研究将彩虹模型量表得分进行百分制转化后用于描述性分析和回归分析。

## 1.2 分析方法

### 1.2.1 彩虹模型量表

研究使用汉化版彩虹模型量表(C-RMIC-MT)<sup>[5]</sup>对两县医务人员进行调查,对广西壮族自治区两试点县医疗服务整合情况进行评价。彩虹模型量表基于彩虹模型框架构建,是评价整合型卫生服务体系的重要测量工具,其核心指导原则是以人为本和以人群为基础,主要包括六个维度:以人和社区为中心,即提供连续、可及、综合、协调的全方位的医疗服务,提升患者就医体验;服务整合,即各机构间进行整合,建立不同形式的联合体,并以共同的治理机制提供综合性的医疗卫生服务;专业整合,即不同专业的医师根据自己的能力、责任相互协作,实现各类医疗卫生服务的连续、综合的提供;组织整合,即从制度层面对结构、过程和技术进行整合,使体系内所有机构遵守相同的政策和规范;技术能力整合,将筹资、管理、信息等支持型功能进行整合,以协调不同组织和专业人员的业务及决策能力,提升体系总体价值;机构文化整合,即体系共享的价值、文化和愿景所形成的标准规范,能将体系内所有层次链接起来。<sup>[6]</sup>

### 1.2.2 统计分析方法

采用描述性分析方法对样本数据的基本情况行初步分析,了解两试点县医务人员的基本结构和医疗机构服务整合情况,其中,数值变量用均数、标准差等来描述,分类变量用率/构成比来描述。使用多重线性回归模型对医疗机构服务整合情况的影响因素进行分析。所有数据均在统计分析软件 Stata 16.0 中处理。

## 1.3 变量

本研究的因变量为两试点县在彩虹模型量表中六个维度的得分,包括以人和社区为中心、组织整合、服务整合、专业整合、技术能力和机构文化。主要自变量为医务人员所在医疗机构类型,控制变量包括医务人员的性别、年龄组、最高学历、职称、是否是全科医师、是否有编制、工作岗位、有无行政职务和工作年限等。此外,研究还将职工满意度作为因变量,分析卫生服务整合情况与职工满意度之间的相关性。

## 2 结果

### 2.1 基本情况

#### 2.1.1 样本基本特征

共有 1 278 位医务人员参与此次调查,其中,县

医院 616 人 (48.2%), 基层医疗机构 492 人 (38.5%), 公共卫生机构 170 人 (13.3%)。女性医务人员占比较高,为 1 023 人 (80.1%)。医务人员年龄在 25~40 岁之间的最多,为 826 人 (64.6%), 三类医疗机构年龄分布相似。两县医务人员大专学历最多,有 610 人 (47.7%), 其次是本科学历,有 519 人 (40.6%); 其中县医院本科学历以上人数占比最高,医务人员整体学历水平高于其他两类机构,基层医疗机构和公共卫生机构以大专学历为主。三类医

疗机构的医务人员以初级职称最多,有 664 人 (52.0%)。基层医疗机构的全科医师占比最高,有 176 人 (17.8%), 县医院最低。三类医疗机构医务人员工作年限分布相似,其中,工作年限少于 5 年的有 384 人 (30.1%), 5~20 年的有 555 人 (43.4%), 20 年以上的有 339 人 (26.5%)。医务人员中有编制有 510 人 (39.9%), 无编制的有 746 人 (58.4%); 其中县医院有编制人员占比最高 (表 1)。

表 1 样本基本特征 (N=1 278)

变量	总样本		县医院		基层医疗机构		公共卫生机构		
	人数(人)	构成比(%)	人数(人)	构成比(%)	人数(人)	构成比(%)	人数(人)	构成比(%)	
性别	男	255	20.0	95	15.4	119	24.2	41	24.1
	女	1 023	80.1	521	84.6	373	75.8	129	75.9
年龄组	<25	205	16.0	99	16.1	84	17.1	22	12.9
	25~40	826	64.6	412	66.9	303	61.6	111	65.3
	>40	247	19.3	105	17.1	105	21.3	37	21.8
最高学历	本科及以上学历	519	40.6	344	55.8	126	25.6	49	28.8
	大专	610	47.7	256	41.6	264	53.7	90	52.9
	高中、中专及以下	149	11.7	16	2.6	102	20.7	31	18.2
职称	中级以上	338	26.5	219	35.6	94	19.1	25	14.7
	初级	664	52.0	312	50.7	262	53.3	90	52.9
	无职称	276	21.6	85	13.8	136	27.6	55	32.4
是否全科医师	否	176	17.8	17	5.2	81	16.5	78	45.9
	是	813	82.2	310	94.8	411	83.5	92	54.0
工作年限	<5	384	30.1	175	28.4	157	31.9	52	30.6
	5~20	555	43.4	293	47.6	194	39.4	68	40.0
	>20	339	26.5	148	24.0	141	28.7	50	29.4
有无编制	否	510	39.9	183	29.7	240	48.8	87	51.2
	是	746	58.4	426	69.2	240	48.8	80	47.1
	不知道	22	1.7	7	1.1	12	2.4	3	1.7

### 2.1.2 两试点县服务整合模式及存在问题

根据相关政策整理,两试点县在服务整合方面采取了较为一致的政策。一是政府高位推动,卫健、医保、财政等部门密切配合。由县医改办负责做好组织协调等工作;县卫健局制订具体的实施细则和年度工作目标,做好考核评价和监督管理工作;县编办负责做好医联体内各成员单位使用控制数人员的备案管理;县财政局负责做好医联体建设的财政保障工作,落实医生下基层工作补助资金;县人力资源社会保障局落实绩效工资、完善医保政策。二是依托医联体加强体系协同,提升基层能力。利用市、县级公立医院优质资源集中的优势,通过技术帮扶、人

才培养等手段,发挥对基层的技术辐射和带动作用,整合推进区域医疗资源共享,促进优质医疗资源下沉基层。三是实现系统互通,加强信息共享。构建完善的区域医疗卫生信息平台,实现电子健康档案和电子病历的连续记录和不同级别、不同类别医疗卫生机构之间的信息共享畅通,促进跨地域、跨机构就诊信息共享。

尽管两县在卫生服务体系建设上进行了积极探索并取得一定成绩,为建设优质高效医疗卫生服务体系打下良好基础,但试点县现有医疗卫生服务体系与以健康为核心的优质高效卫生服务体系仍然存在一定差距,具体表现在:一是优质医疗资源

向大医院高度集中的趋势明显,在基层卫生服务机构的投入不足,导致基层在卫生服务体系的结构和功能上出现弱化。二是两试点县虽然均已开展紧密型医联体建设,但以市县医联体建设为主,县域医共体未得到实质性发展,县域内医疗卫生服务体系协同和整合程度不足。三是“重医轻防”的观念尚未得到根本性改变,医院侧重医疗、基层卫生机构偏重基层公共卫生服务的倾向仍然明显,治疗与预防服务整合不足。四是医保、信息化等支撑体系等对预防服务和基层卫生的支持力度也有待加强。

### 2.1.3 两试点县卫生服务整合现状

从表 2 可以看出,两试点县在以人和社区为中心和机构文化两个维度得分较高,其次是服务整合和技术能力,在组织整合维度得分较低,专业整合维度得分最低。

对县医院、基层医疗机构和公共卫生机构各维度得分进行比较发现,县医院在以人和社区为中心、服务整合、专业整合和机构文化四个维度得分最高,公共卫生机构在这四个维度得分最低;基层医疗机构在技术能力维度得分最高,县医院得分最低;公共卫生机构在组织整合维度得分最高,县医院得分最低。

表 2 两试点县卫生服务整合情况

维度	总样本		县医院		基层医疗机构		公共卫生机构	
	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差	均值	标准差
以人和社区为中心	81.9	11.3	83.1	11.3	81.2	10.7	79.6	12.2
服务整合	78.7	11.4	79.0	11.8	78.7	10.6	77.7	12.4
专业整合	52.3	17.6	53.9	18.4	51.1	16.6	50.0	17.3
组织整合	72.5	14.8	71.8	15.7	73.0	13.6	73.6	14.7
技术能力	77.5	13.3	76.2	14.5	78.9	11.5	78.2	13.3
机构文化	81.2	12.0	82.3	12.3	80.6	11.1	78.5	13.0

注:彩虹量表为李克特五分制,为了便于分析研究,将得分按照其占总分的比例换算成百分制。

### 2.2 试点县卫生服务整合情况影响因素分析

对两试点县卫生服务整合情况进行回归分析发现,基层医疗机构在服务整合、组织整合和技术能力方面得分高于县医院,而公共卫生机构六个维度的整合情况与县医院的差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

基层医疗机构服务整合、组织整合和技术能力维度得分平均较县医院高 1.8 分、2.3 分和 4.6 分,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

两试点县在以人和社区为中心维度的得分与医务人员的最高学历、是否为全科医师和工作年限有关。中专及以下医务人员对医疗机构以人和社区为中心的评价较本科学历的平均高 7.6 分( $P = 0.001$ );全科医师较非全科医师平均高 3.4 分( $P = 0.026$ )。在服务整合维度,最高学历为中专及以下的医务人员评分比本科学历的高 5.3 分( $P = 0.029$ );全科医师较非全科医师平均高 4.4 分( $P = 0.004$ );工作年限高于 20 年的医务人员低于 5 年的平均少 6.8 分( $P = 0.018$ )。

两试点县在专业整合维度的得分与医务人员的性别和工作岗位有关。其中,女性医务人员较男性平均高 5.9 分( $P = 0.025$ );护理岗位的医务人员较临床岗位平均少 7.7 分( $P = 0.032$ )。在组织整合维度,最高学历为中专及以下的医务人员评分比本科学历的高 9.3 分( $P < 0.001$ );全科医师较非全科医师平均高 4.9 分( $P = 0.007$ )(表 3)。

两试点县在技术能力维度的得分与医务人员的最高学历和是否是全科医师有关。其中,最高学历为中专及以下的医务人员评分比本科学历的高 6.3 分( $P = 0.011$ );全科医师较非全科医师平均高 6.3 分( $P = 0.002$ )。在机构文化维度中,最高学历为中专及以下的医务人员评分比本科学历的医务人员高 10.5 分( $P < 0.001$ );全科医师较非全科医师平均高 5.0 分( $P = 0.005$ );工作年限 20 年以上的医务人员较 5 年以下的平均少 5.8 分( $P = 0.034$ ),工作年限在 5~20 年之间的医务人员较 5 年以下的平均少 4.2 分( $P = 0.030$ )(表 3)。

### 2.3 试点县卫生服务整合情况与职工满意度相关性分析

对两试点县卫生服务整合情况与职工满意度进行分析发现,卫生服务六个维度均与职工满意度显著相关。以人和社区为中心、服务整合、专业整合、组织整合、技术能力、机构文化维度得分每增加 1 分,职工满意度得分分别增加 2.7 分、2.8 分、-0.3 分、1.4 分、2.2 分和 3.0 分(表 4)。

表3 两试点县卫生服务整合情况影响因素分析

变量 (对照组)	以人和社区为中心			服务整合			专业整合			组织整合			技术能力			机构文化		
	系数	置信 区间	P	系数	置信 区间	P	系数	置信 区间	P	系数	置信 区间	P	系数	置信 区间	P	系数	置信 区间	P
医疗机构类型(县医院)																		
基层医 疗机构	-0.2	-1.8~1.5	0.857	1.8	0.1~3.5	0.042	-1.8	-4.4~-0.8	0.185	2.3	0.1~4.5	0.042	4.6	2.5~6.6	0.000	-1.8	-4.4~-0.8	0.185
公共卫 生机构	-0.2	-4.2~3.8	0.923	0.9	-2.8~4.5	0.643	-1.3	-7.0~-4.4	0.658	2.6	-1.6~6.8	0.229	2.1	-2.1~6.2	0.331	-1.3	-7.0~-4.4	0.658
性别(男)																		
女	-1.2	-4.3~2.0	0.464	-0.8	-4.1~2.4	0.608	5.9	0.8~11.1	0.025	1.3	-2.8~5.4	0.536	-0.4	-4.6~3.7	0.834	1.8	-2.4~5.9	0.408
年龄组(<25)																		
25~40	3.7	-1.2~8.5	0.136	2.0	-3.1~7.0	0.440	0.8	-6.4~8.1	0.824	3.6	-1.8~9.0	0.190	2.7	-2.8~8.3	0.336	3.3	-2.2~8.7	0.237
>40	3.4	-2.8~9.5	0.280	4.5	-1.8~10.8	0.160	0.6	-9.4~10.6	0.905	5.6	-2.1~13.3	0.155	6.0	-2.0~13.9	0.139	4.4	-3.2~12.1	0.257
最高学历(本科)																		
大专	1.7	-1.7~5.2	0.326	0.5	-2.9~4.0	0.764	1.3	-4.1~6.7	0.632	1.8	-2.1~5.7	0.365	1.5	-2.7~5.8	0.484	2.4	-1.2~6.1	0.194
中专及 以下	7.6	3.3~12.0	0.001	5.3	0.6~10.1	0.029	1.6	-6.5~9.7	0.698	9.3	4.3~14.4	0.000	6.3	1.4~11.2	0.011	10.5	5.7~15.4	0.000
职称(中级及以上)																		
初级	-1.1	-4.7~2.4	0.532	1.2	-2.3~4.7	0.498	-1.9	-8.1~4.3	0.551	1.1	-3.3~5.5	0.623	0.7	-3.5~4.8	0.750	1.0	-3.3~5.3	0.64
无	-0.9	-5.1~3.2	0.662	0.2	-4.1~4.5	0.935	-3.2	-10.3~3.9	0.370	0.1	-5.2~5.4	0.964	0.6	-4.7~5.9	0.829	-0.2	-5.5~5.2	0.955
全科医师(否)																		
是	3.4	0.4~6.5	0.026	4.4	1.4~7.3	0.004	-0.9	-5.7~3.9	0.007	4.9	1.4~8.5	0.007	5.3	1.9~8.6	0.002	5.0	1.5~8.5	0.005
编制(无)																		
有	-1.9	-5.0~1.2	0.225	-2.0	-5.4~1.4	0.247	0.4	-4.9~5.6	0.894	-0.7	-4.0~2.7	0.697	-1.9	-5.4~1.5	0.268	-0.6	-4~2.7	0.699
工作岗位(临床)																		
护理	0.1	-3.8~4.0	0.955	2.2	-1.9~6.3	0.289	-7.7	-14.7~-0.7	0.032	0.8	-3.2~4.8	0.690	1.9	-2.3~6.2	0.371	-0.2	-4.2~3.7	0.913
公卫	3.2	-1.5~7.9	0.183	2.4	-2.6~7.4	0.349	-3.9	-11.7~3.8	0.314	-0.3	-6.7~6.1	0.931	2.0	-4.7~8.8	0.549	0.0	-6~6.1	0.988
其他	2.9	-1.0~6.8	0.147	2.5	-1.3~6.2	0.196	-2.0	-8.3~4.3	0.527	0.8	-3.7~5.3	0.724	1.3	-3.2~5.9	0.559	0.6	-3.9~5.1	0.779
工作年限(<5)																		
5~20	-2.6	-6.5~1.4	0.202	-1.1	-5.1~2.9	0.596	2.8	-3.1~8.6	0.351	-3.4	-7.1~0.4	0.077	-1.2	-5.2~2.8	0.551	-4.2	-8~-0.4	0.030
>20	-4.2	-10.2~1.9	0.175	-6.8	-12.5~-1.2	0.018	3.2	-5.9~12.4	0.488	-5.0	-10.6~0.6	0.082	-4.2	-10.7~2.3	0.202	-5.8	-11.2~-0.4	0.034

表4 两试点县卫生服务整合情况与职工满意度相关性分析

维度	回归系数	SE	t	P	置信区间
以人和社区为中心	2.7	0.2	78.5	0.000	2.4~3.1
服务整合	2.8	0.2	80.9	0.000	2.5~3.2
专业整合	-0.3	0.1	-11.9	0.018	-0.5~-0.1
组织整合	1.4	0.2	46.2	0.000	1.1~1.7
技术能力	2.2	0.2	72.1	0.000	1.9~2.5
机构文化	3.0	0.2	90.8	0.000	2.6~3.3

注:控制变量为医务人员的性别、年龄、教育年限、是否为全科医生、工作岗位类型和工作年限。

### 3 讨论和建议

#### 3.1 以政府为主导,完善基层人才培养体系

两个试点县医疗卫生机构在组织整合和服务整合维度得分较低,而这两个维度的提升需要充分发挥政府对医疗资源的配置作用。首先,建议成立由政府、社会、医疗机构、医务人员和患者共同参与的医疗治理组织,充分考虑各方的利益诉求,调动各方积极性。此外,政府应为卫生服务整合的开展提供必要的政策支持,为整合创造有利环境。<sup>[7]</sup>在保持卫生体系独立性的基础上,积极协调体系内机构间的协作,充分利用体系内的资源优化整个体系的卫生服务链,促进连续地卫生服务提供,提高卫生服务质

量。最后,要建立严格的监督管理机制,定期进行整合效果评价,保障整合改革的有序开展和可持续性。

此外,研究发现两县医务人员平均学历和职称均较低,基层卫生人才匮乏、服务能力薄弱,这导致两县专业整合维度得分较低。专业整合代表着不同学科专业的医务人员是否能根据自己的能力、责任相互协作,充分发挥自身专业优势提供综合、连续的医疗服务。因此,需要建立相应的人才培养和引进机制以支撑整合的实施。首先,要加大优秀人才引进力度,建立合理的激励机制,增加人才储备。其次,要加大对现有人力资源的培训和管理,提升现有医务人员的技术能力。有研究显示,医疗机构定期召开跨学科会议,有利于不同专业学科的医务人员相互交流和促进,增进其相互理解,提高其协同工作的能力。<sup>[8]</sup>

#### 3.2 落实县域医共体建设,推动医防融合

对县医院、基层医疗机构和公共卫生机构各维度得分进行比较发现,县医院在以人和社区为中心、服务整合、专业整合和机构文化四个维度得分较高,公共卫生机构在这四个维度整合得分最低。以人和社区为中心要求医疗机构具备为患者提供连续、可

及、综合、协调的全方位医疗服务的能力。技术能力要求整合医疗机构的非临床支持性功能,如筹资、管理、信息等。虽然广西两试点县均已开展紧密型医联体建设,但以市县医联体建设为主,县域医共体未得到实质性发展,县域内医疗卫生服务体系协同和整合程度不足,优质资源下沉基层仍然需要制度突破;另一方面,“重医轻防”的观念尚未得到根本性改变,尽管我国逐渐加大对基层公共卫生的投入力度,但公共卫生机构仍然存在服务能力不足的问题<sup>[9]</sup>;此外,医院侧重医疗、基层卫生机构偏重基层公共卫生服务的倾向仍然明显,治疗与预防服务整合不足。对于基层卫生服务机构,首要任务是提高其能力,提高基层人员卫生服务水平与积极性;其次要加大医防融合力度,强化医生在预防工作中的作用;同时优化医联体内部组织架构,逐步建立以健康为中心的基层医疗卫生服务体系。<sup>[10]</sup>

两试点县应建立合理的激励机制,加强信息化等支撑体系的建设,为整合提供强有力的保障和支持。一方面,要建立合理的基层卫生人员绩效考核体系,提高其参与整合服务的积极性。另一方面,基层医疗机构应充分利用信息化技术,构建信息化建设整体框架,以疾病监测、管理为主线,整合相关业务信息系统,连通信息平台,建立完备的信息系统。<sup>[11]</sup>

### 3.3 提高卫生服务整合程度,增强医务人员满意度

研究发现,两县基层医疗机构在服务整合、组织整合和技术能力方面得分高于县医院,这说明基层医疗机构的整体整合程度高于县医院。一方面是由于目前我国加大了对基层医疗机构的各项投入,基层医疗机构的服务能力显著提升;另一方面则是由于,分级诊疗政策增加了基层医疗机构的患者数量,增加了基层医务人员与患者之间的接触,促进了基层医务人员工作能力和水平的提升。相比之下,县医院的整合程度较低,需要加强县医院与基层医疗机构和公共卫生机构之间的联系,提高整个医疗服务体系的整合程度。

从医务人员的角度来看,学历高的医务人员对于卫生服务各个维度的评分较低,这表明学历高的医务人员对于卫生服务整合的要求更高。此外,医疗机构整合程度与职工满意度呈正相关关系,因此,提高卫生服务整合程度有利于增强职工满意度,尤其是对于高学历的医务人员,卫生服务整合程度将可能影响他们在基层工作的积极性,有助于基层留住高质量人才。

### 3.4 研究的局限性

一方面,研究分析的基本框架是基于彩虹模型,这一模型运用于我国的整合服务评价相关研究较少,其有效性和适用性有待进一步证实。另一方面,本研究的研究数据来自对广西两县的实地调研,但由于广西两县目前处于整合型卫生体系构建设计阶段,其医疗机构的服务整合改革工作尚未完成,因此本研究的结果是否能够推广到全国其他地区有待进一步研究论证。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

- [1] 谭雯. 福建省医疗卫生与养老服务整合现状研究[D]. 北京:北京协和医学院, 2019.
- [2] 马天琳. 整合型孕产期健康服务体系建设研究——以重庆市合川区及永川区为例[D]. 北京:北京协和医学院, 2019.
- [3] 中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定(中发[1997]3号)[Z]. 1997.
- [4] 世界银行. 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[EB/OL]. (2016-07-22)[2022-08-01]. <http://documents.worldbank.org/curated/en/707951469159439021/pdf/107176-REVISED-PUBLIC-CHINESE-Health-Reform-In-China-Policy-Summary-Oct-reprint-CHN.pdf>
- [5] Wang X, Birch S, Chen L, et al. A Validation Study of the Rainbow Model of Integrated Care-Measurement Tool for Patients in China[J]. *Int J Integr Care*, 2021, 21(2): 5.
- [6] 刘园园, 范转转, 姚东明. 基于彩虹模型的家庭医生签约服务模式比较研究[J]. *卫生经济研究*, 2019, 36(3): 26-28.
- [7] 代涛. “以人为中心”整合型医疗健康服务体系的关键要素研究[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(1): 2-10.
- [8] Ha N, Chan I, Yap P, et al. Mixed-method evaluation of CARITAS: a hospital-to-community model of integrated care for dementia[J]. *BMJ open*, 2020, 10(10), e039017.
- [9] 胡佳, 郑英, 代涛, 等. 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[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(1): 11-19.
- [10] 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.
- [11] 李力, 郑英, 朱晓丽, 等. 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[J]. *中国卫生政策研究*, 2022, 15(1): 29-36.

[收稿日期:2022-07-22 修回日期:2022-09-10]

(编辑 赵晓娟)