

紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系构建研究

石欣怡^{1*} 吴 限² 彭明瑶¹ 张子楠¹ 王中华^{1,3}

1. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166
2. 江苏盐城市滨海县人民医院 江苏盐城 224599
3. 南京医科大学公共卫生学院 江苏南京 211166

【摘要】目的:构建紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系,为推动我国紧密型医共体建设提供有效评价工具。方法:通过政策分析、文献阅读和实地调研,基于服务链理论,从服务保障、服务指导、服务提供、服务评估四个维度建立初始指标池;采用德尔菲法,通过两轮专家咨询对评价指标进行完善,并运用层次分析法确定各指标的权重。结果:构建的指标体系包含4个一级指标、11个二级指标和50个三级指标。一级指标中,服务保障、服务指导、服务提供和服务评估的权重分别为0.133、0.301、0.401和0.165。结论:本研究基于服务链理论,应用德尔菲专家咨询法和层次分析法,邀请相关领域专家开展咨询,旨在构建一套可操作性强、科学合理的紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系,为推动我国紧密型医共体建设提供有效评价工具。

【关键词】紧密型医共体;整合健康管理;德尔菲法;层次分析法;评价指标体系
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2023.11.008

Study on the construction of comprehensive evaluation index system of integrated health management and service ability of the close-knit medical consortium

SHI Xin-yi¹, WU Xian², PENG Ming-yao¹, ZHANG Zi-nan¹, WANG Zhong-hua^{1,3}

1. School of Medical Administration, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China
2. Binhai County People's Hospital, Yancheng Jiangsu 224599, China
3. School of Public Health, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

【Abstract】 Objective: To construct a comprehensive evaluation index system for integrated health management service capacity of the close-knit medical consortium, and to provide an effective evaluation tool for promoting the construction of a close-knit medical consortium in China. Methods: Based on service chain theory, the initial index pool is established from four dimensions of service guarantee, service guidance, service provision and service evaluation through policy analysis, literature reading and field investigation. Delphi method is used to improve the evaluation indicators through two rounds of expert consultation, and the analytic hierarchy process is used to determine the weight of each indicator. Results: The constructed index system consists of 4 first-class indicators, 11 second-class indicators and 50 third-class indicators. The weights of service guarantee, service guidance, service provision and service evaluation are 0.133, 0.301, 0.401 and 0.165 respectively. Conclusions: Based on the service chain theory, this study applies Delphi expert consultation method and the analytic hierarchy process and invites experts in relevant fields to carry out consultation, aiming at constructing a comprehensive evaluation index system for the integrated health management service capacity of the close-knit medical consortium with strong operability and scientific rationality, and providing an effective evaluation tool for promoting the construction of the close-knit medical consortium in China.

【Key words】 Close-knit medical consortium; Integrated health management; Delphi method; Analytic hierarchy process; Evaluation index system

* 基金项目:国家社会科学基金(18BGL243);健康江苏研究院智库专项
作者简介:石欣怡(1998年—),女,硕士研究生,主要研究方向为健康政策与管理。E-mail:sxy13773161404@163.com
通讯作者:王中华。E-mail:wzh04@njmu.edu.cn

随着我国人口老龄化进程加快、慢病频发并呈现年轻化,以治疗为中心的传统医疗卫生服务模式难以满足居民对长期、连续、高质量卫生服务的需求。^[1]因此,卫生服务供给侧亟需转变现有医疗卫生服务模式,解决防治脱节、服务碎片化等问题。^[2]2016年,《健康中国2030规划纲要》提出要全面建成分工明确、密切协作、功能互补、高效运行的整合健康管理服务体系。整合健康管理以人为中心、以健康为导向,要求在纵向上整合卫生体系内不同层次的医疗机构和服务人员,在横向上根据居民不同生命阶段和健康状况,提供健康促进、疾病预防、诊断、治疗、康复、护理等一体化服务,有效提高服务协同性与连续性,满足居民健康需求,大力提高全民健康水平。^[3-4]

近几年来,我国通过各种方式不断探索构建整合型健康管理服务体系并取得一定成效,如在城市建立区域性医疗服务共同体或医院集团,在县域构建紧密型医共体等。^[5]紧密型县域医共体作为农村地区开展整合型医疗卫生服务体系的重要实践形式,其基本原则是以居民健康为中心,整合区域医疗卫生资源,优化服务流程和体验,为居民提供优质、方便、经济的整合型医疗卫生服务,这也是紧密型医共体绩效考核的重要内容。紧密型医共体与整合健康管理相结合有利于转变传统的以治疗为中心的理念,以健康管理为抓手,通过机构整合实现服务功能整合,医共体内形成紧密联结的服务网络,共同为居民提供涵盖全生命周期的健康管理服务。虽然我国各地对紧密型医共体下的整合型健康管理服务体系进行积极探索与实践,但仍处于初级阶段,呈“点状”分布,整合健康管理多元供给主体之间衔接不畅、关联度不高,同时在机构纳入、人员协作、健康干预途径、支付手段、绩效评估方面有待加强,与以人为本、以健康为导向的整合型健康管理服务还有一定的差距。^[6-7]尤其是当前紧密型医共体评估主要聚焦于就诊量、医疗费用支出、医患满意度等结果性指标,尚未建立综合能力评价指标体系对紧密型医共体的整合健康管理能力进行全面评估,难以发现紧密型医共体推进过程中存在的问题。^[8-9]因此,如何构建科学有效的综合评价指标体系,指导紧密型医共体开展整合健康管理实践,值得我们进一步思考与探索。

满足广大人民对优质高效、系统连续的整合健康管理服务需求是健康中国建设的目标之一。本研究基于服务链理论,并结合德尔菲法和层次分析法,

邀请相关领域专家进行咨询与评价,旨在探索构建一套可操作性强、科学合理的紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系,以提供有效的评价工具,推动我国紧密型医共体建设。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究指标主要依据国家出台的《关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准和监测指标体系(试行)的通知》(国卫办基层发[2020]12号)以及江苏省出台的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施意见》(苏卫基层[2021]2号)等政策文件。参考吸纳了其他省市相关考核指标体系中的内容。同时结合目前江苏省紧密型医共体试点县(市、区)整合健康管理服务实施现状及存在的问题。

1.2 研究方法

1.2.1 文献研究与理论模型

以“紧密型医共体、整合型医疗、整合健康管理、医疗服务共同体”等为关键词或主题,在中国知网、万方数据资源系统、PubMed等数据库检索2013年1月—2023年2月相关论文,共筛选出53篇相关论文作为参考,通过文献复习和政策文本分析,了解当前紧密型医共体整合健康管理实施现状以及存在问题。根据Baltacioglu^[10]提出的服务链理论一般模型,构建紧密型医共体整合健康管理理论框架(图1)。该模型主要包括服务供给、服务输送、服务利用三个阶段和服务保障、服务指导、服务提供、服务评估四个关键层面。

基于该理论模型进一步构建紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系,确定基于服务保障、服务指导、服务提供和服务评估四个维度设计初始指标体系,全方位评价整合健康管理服务提供前、中、后期的综合能力。

1.2.2 德尔菲专家咨询法

德尔菲法(Delphi)以匿名的形式通过几轮函询征求专家小组成员的意见,整理每一轮咨询结果发送给专家并征求新的意见。如此反复多次后专家小组的意见趋于一致。结果的关键影响因素之一是专家的选择。因此,本研究于2022年10月以电子邮件的形式邀请15名专家对各指标的重要性、可操作性、有效性在1~10分之间进行打分。专家遴选标准为:(1)对紧密型医共体整合健康管理相关研究有深入的认识和了解;(2)从事卫生事业管理、公共卫

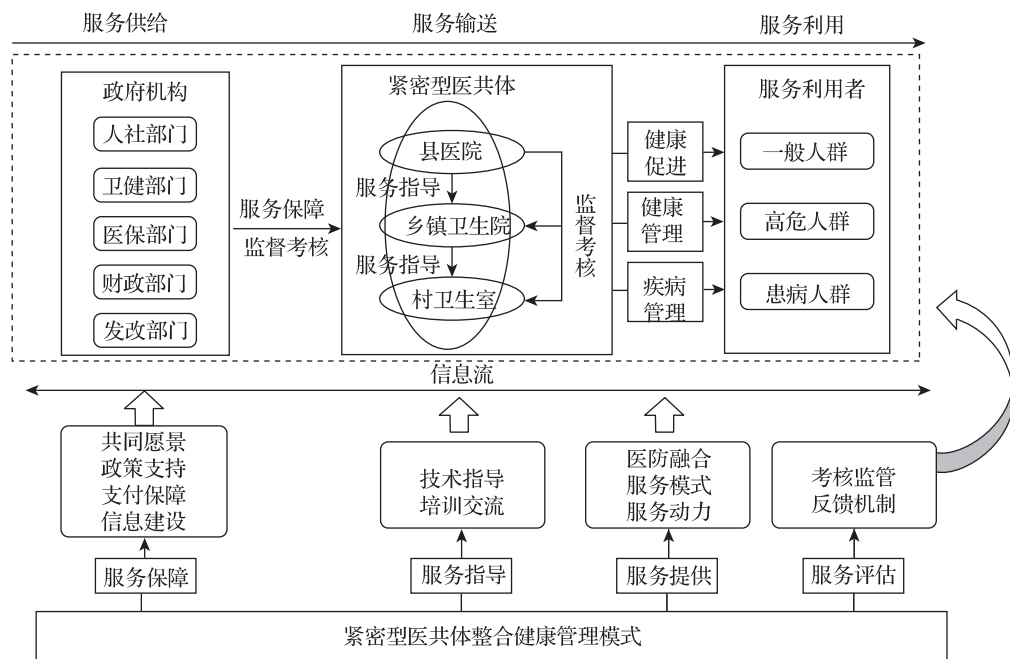


图1 基于服务链理论的紧密型医共体整合健康管理模型

生、医院管理等相关领域研究或工作经验丰富者；(3)具备中级及以上技术职称者；(4)对本研究感兴趣,能积极参与全程咨询,并对德尔菲法有一定的了解。专家积极性,一般以积极系数表示,用于衡量咨询中参与专家的积极性水平,其计算公式为参与咨询的专家人数与所有专家人数的比率。相关研究表明,积极系数不应低于 0.50,通常高于 0.70 被认为是良好的水平,高于 0.80 则表示专家的积极性非常高。^[11]专家的权威系数(Cr)由判断系数(Ca)和熟悉系数(Cs)组成,其计算公式为 $Cr = (Ca + Cs) / 2$ 。判断系数包含理论分析、实践经验、国内外参考文献和直觉判断,其得分为以上四部分之和;熟悉系数是专家对咨询内容的熟悉程度,分为非常熟悉(1.0 分)、比较熟悉(0.8 分)、一般熟悉(0.6 分)、不太熟悉(0.4 分)和不熟悉(0.2 分)5 个等级。有研究表明,当专家权威系数 > 0.7 时,则本次咨询可靠性较好。^[12]专家意见协调系数(Kendall 协调系数)表示全部专家对所有指标的协调程度,一般用 W 表示,系数在 0~1 之间,W 越大,各个专家的意见一致性越高。^[13]

1.2.3 层次分析法

本研究采用 SAATY 设计的 1~9 比例标度作为比较标准构建两两比较矩阵,计算各层指标权重,进而构建可操作性强、科学合理的紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系。^[14]使用

Yaahp 软件构建以“紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系”为决策层的层次结构模型^[15],其中一级指标为中间要素,二、三级指标为备选方案。生成层次分析法调查表,方便专家进行两两比较评分。在第二轮专家咨询中,专家使用此调查表进行评分。最后对结果进行一致性检验,确保权重系数逻辑合理性,最终确定指标体系权重设置。

1.3 统计学方法

本研究使用 SPSS 23.0 统计软件建立信息库,对参与咨询专家的基本信息进行统计分析,并计算各项指标重要性的算数均数、标准差和变异系数。使用 Kendall's W 检验专家意见的协调程度,并以 $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义的阈值。最后,采用 yaahp10.1 软件计算不同层次指标的权重系数。

2 结果

2.1 专家基本信息

本研究选取 15 名来自健康管理行业协会、健康管理部门、卫生健康部门、医政医管部门、紧密型医共体医院管理者、高校从事健康管理教学科研工作的专家学者等作为咨询对象。年龄主要集中在 40~49 岁,男性 8 例(53.3%)、女性 7 例(46.7%);职称为中级 1 例(6.7%)、副高 6 例(40%)、正高 8 例(53.3%);学历为硕士 1 例(6.7%)、博士 14 例(93.3%);平均工作年限 15.8 ± 5.2 年(表 1)。

表 1 专家基本信息

项目	人数(人)	项目	人数
性别		工作年限(年)	
男	8	1~	1
女	7	10~	6
学历		15~	5
博士	14	20~	3
硕士	1	研究方向	
职称		公共卫生	3
高级	8	卫生事业管理	10
副高级	6	医院管理	2
中级	1		

2.2 第一轮专家咨询

根据第一轮专家咨询,专家对各指标的判断系数、熟悉系数和权威系数得分分别为 0.80、0.88 和 0.84 分(表 2);四个一级指标中,“服务提供”的权威程度得分较高,“服务保障”得分相对较低。据第一轮专家咨询中对 CV 的计算可知,所有指标重要性得分变异系数波动范围为 0.026 ~ 0.166,重要性协调系数为 0.477, $P < 0.05$,说明本轮专家咨询的协调性较好(表 3)。根据专家打分情况以及提出的修改调整意见,对初始指标体系中两个二级指标、四个三级指标进行增补、修改和删除。具体如下:原二级指标“支付保障”倾向于医保资金,建议修改成“财政保障”,更能突出政府作用;将原二级指标“服务动力”修改为“服务激励”,表述更加清晰明确。参考已有文献^[16],本研究将评价指标删除的标准定为重要性得分均值小于 8,标准差大于 1 且变异系数大于 15%,这类指标可操作性较差、代表性不足,可以考虑删除。经过专家小组讨论,决定删除 4 个三级指标,“人均卫生健康服务费用”,理由为表述不够专业化,没有权威的计算公式,并且可以由“人均基本公共卫生补助费用”代替;删除“当前紧密型医共体内帮扶的村卫生室数量”“当前紧密型医共体内帮扶的乡镇卫生院数量”,理由为帮扶数量的多少不等于帮扶效果的好坏,关键在于质量评价而不是数量;删除“建立紧密型医共体周会制度”,理由为当前紧密型医共体处于初始阶段,不适用于评价该阶段医共体的交流情况;删除“定期对家庭医生签约人群健康知识知晓率进行评估”,理由为该指标实施较为困难,考核结果对于提升医共体整合健康管理效果作用不大。此外,专家对于二级指标“共同愿景”打分较低,但本研究认为“共同愿景”代表着共同的价值规范和奋斗目标,是实现组织整合、服务整合、专业整合的重要内驱力,在此基础上才能成为责任共担、利益共享的共同体,因此决定予以保留该指标。

表 2 专家权威程度

	判断系数(Ca)	熟悉系数(Cs)	权威系数(Cr)
服务保障	0.76	0.83	0.80
服务指导	0.77	0.92	0.85
服务提供	0.84	0.92	0.88
服务评估	0.80	0.85	0.83

表 3 专家协调系数(第一轮)

	W	χ^2	P
重要性	0.477	514.692	0.000
可操作性	0.277	299.189	0.000
有效性	0.341	368.130	0.000

2.3 第二轮专家咨询

第二轮专家咨询共收回 15 份问卷,各指标重要性得分变异系数波动范围为 0.039 ~ 0.202,重要性协调系数为 0.575,专家协调程度较第一轮有明显改善(表 4)。本轮专家咨询决定修改三级指标 1 条,删除重要性得分均值小于 8 分,标准差大于 1 且变异系数大于 15% 的三级指标 3 条,具体如下:三级指标中,将“制定指导紧密型医共体为患者提供诊疗—康复—护理连续性服务的方案”修改为“制定指导紧密型医共体为患者提供预防—诊疗—康复—护理连续性服务的方案”,理由为预防是健康管理的核心,不可缺少;删除“制定紧密型医共体内差异化医保报销的政策”,理由为该指标与“制定紧密型医共体内转诊患者的医保报销政策”有重复,且重要性得分较低;删除“建立县级专家与基层医生、全科医生及时沟通机制”,理由为说法不如其他指标内容具体,不具有针对性;删除“开展县域内全民体检服务”,理由是指标与“开展高危人群的疾病筛查”相比,缺少针对性。

表 4 专家协调系数(第二轮)

	W	χ^2	P
重要性	0.575	586.302	0.000
可操作性	0.475	484.222	0.000
有效性	0.521	531.210	0.000

通过两轮专家咨询,专家意见趋于一致,最终形成由 4 个一级指标,11 个二级指标和 50 个三级指标组成的紧密型医共体整合健康管理评价指标体系。在第二轮专家咨询时,邀请专家对同一层次指标两两比较,利用 Yaahp 软件的群决策分析功能,赋予各位专家平均权重,由 15 名专家对 16 个判断矩阵打分,共建立 240 个判断矩阵。由于指标数量较多使判断矩阵规模较大,导致专家对指标打分前后不一致,为避免此现象需要对判断矩阵进行一致性检验,通常采用一致 CI 检验,其公式为 $CI = \frac{\lambda_{max} - n}{n - 1}$,通常情况下 CI 值越小,判断矩阵一致性越好。经计算本研究 240 个判断矩阵均满足一致性,最终获得各个指标的权重系数(表 5)。

表 5 紧密型医共体整合健康管理评价指标体系及其权重

一级指标 及权重	二级指标 及权重	三级指标				
		指标内容	指标性质	组合权重		
1 服务保障 (0.133)	1.1 共同愿景 (0.082)	1.1.1 紧密型医共体内部制定一致的中长期发展目标	正向	0.006		
		1.1.2 紧密型医共体内部成员对医共体的归属感和认同感	正向	0.005		
	1.2 政策支持 (0.417)	1.2.1 制定紧密型医共体建设的实施方案	正向	0.012		
		1.2.2 制定医保总额预付、结余留用的政策	正向	0.012		
		1.2.3 制定紧密型医共体医疗质量管理、双向转诊标准与程序的制度	正向	0.006		
		1.2.4 制定医师在紧密型医共体内任一医疗机构自由执业的政策	正向	0.004		
		1.2.5 制定指导紧密型医共体为患者提供预防—诊疗—康复—护理连续性服务的方案	正向	0.015		
		1.2.6 落实健康教育,为慢性病签约患者实施处长处方、延伸处方等便民政策	正向	0.004		
		1.2.7 制定紧密型医共体内转诊患者的医保优惠政策	正向	0.003		
	1.3 财政保障 (0.370)	1.3.1 近三年政府健康服务投入占经常性财政支出的平均比例	正向	0.017		
		1.3.2 近三年政府对医共体的投入占医共体总收入的平均比例	正向	0.021		
		1.3.3 人均基本公共卫生补助经费	正向	0.011		
	1.4 信息建设 (0.131)	1.4.1 紧密型医共体内县乡两级医疗机构检查检验结果互认	正向	0.003		
		1.4.2 紧密型医共体内龙头医院与乡镇卫生院的远程医疗系统建成并有效运行	正向	0.005		
		1.4.3 紧密型医共体内平均每月远程会诊次数	正向	0.002		
		1.4.4 紧密型医共体内电子健康档案和电子病历的连续记录落实情况	正向	0.002		
		1.4.5 紧密型医共体内居民健康信息共享程度	正向	0.005		
	2 服务指导 (0.301)	2.1 技术指导 (0.773)	2.1.1 每年龙头医院帮助基层医疗机构开展临床带教、教学查房、健康教育技术指导、专科建设、新技术、新项目的情况	正向	0.124	
			2.1.2 每年龙头医院专业技术人才驻点指导基层医疗机构的人次数	正向	0.040	
2.1.3 每年龙头医院高级职称专家到基层医疗机构参与门诊、查房和会诊(包含远程会诊)的人次数			正向	0.069		
2.2 培训交流 (0.227)		2.2.1 每年龙头医院为基层医疗机构开展免费培训会的次数	正向	0.009		
		2.2.2 每年基层医疗机构选派至龙头医院学习进修的人次数	正向	0.012		
		2.2.3 每年基层医疗机构赴龙头医院进修学习 3 个月以上的人次数	正向	0.025		
		2.2.4 龙头医院医师与基层医疗机构医师建立“师带徒”指导关系的结对数	正向	0.022		
		3 服务提供 (0.401)	3.1 医防融合 (0.206)	3.1.1 紧密型医共体内重点人群家庭医生签约服务覆盖率	正向	0.022
				3.1.2 紧密型医共体内居民个人健康档案建档率	正向	0.018
3.1.3 每万人全科医生数	正向			0.025		
3.1.4 每万人公卫医生数	正向			0.017		
3.2 服务模式 (0.602)	3.2.1 开展高危人群的疾病筛查		正向	0.042		
	3.2.2 龙头医院专家作为家庭医生团队的主要负责人		正向	0.053		
	3.2.3 设置紧密型医共体内常见病与慢性病“流动药房”		正向	0.009		
	3.2.4 家庭医生团队根据签约人群健康状况提供预防—诊疗—康复—护理连续性服务		正向	0.034		
	3.2.5 家庭医生团队面向老年人、儿童、孕产妇、残疾人等制定个性化服务方案		正向	0.026		
	3.2.6 每月家庭医生团队负责人入户回访重点管理人群的次数		正向	0.023		
3.3 服务激励 (0.192)	3.2.7 每月家庭医生团队对慢病人群的病情监测、用药指导的次数	正向	0.016			
	3.2.8 每月家庭医生团队对签约人群进行健康教育和政策宣传的次数	正向	0.010			
	3.2.9 每月龙头医院专家对慢病、康复或其他特殊患者提供“一对一”诊疗服务的人次	正向	0.028			
	3.3.1 落实公平合理的医保结余资金分配制度	正向	0.029			
4 服务评估 (0.165)	4.1 考核监管 (0.772)	3.3.2 龙头医院与基层医疗卫生机构中级职称职工收入比	负向	0.015		
		3.3.3 龙头医院下派专家每日平均补贴金额	正向	0.014		
		3.3.4 紧密型医共体对赴上级医疗机构交流学习人员给予补助	正向	0.011		
		3.3.5 按次数对家庭医生团队成员入户随访给予补助	正向	0.009		
		4.1.1 设立专门的紧密型医共体管理部门,定期对基层医疗机构医疗业务、医疗质量等方面进行考核	正向	0.045		
	4.2 反馈机制 (0.228)	4.1.2 每年定期考核家庭医生团队的频次	正向	0.025		
		4.1.3 每年定期对基层首诊率和转诊率进行考核	正向	0.010		
		4.1.4 每年定期对家庭医生团队服务量进行考核	正向	0.014		
		4.1.5 每年定期对家庭医生签约人群的健康水平改善情况进行考察	正向	0.033		
		4.2.1 紧密型医共体成员意见反馈渠道通畅度	正向	0.007		
		4.2.2 门诊患者对紧密型医共体内医疗卫生服务分工协作的体验	正向	0.013		
4.2.3 住院患者对紧密型医共体内医疗卫生服务分工协作的体验	正向	0.018				

3 讨论

3.1 本指标体系侧重全过程评价紧密型医共体整合健康管理服务能力,有利于推进紧密型医共体建设

目前,无论是国家层面还是各地政府制定的有关紧密型医共体的监管考核指标体系,大多以县域内就诊率、牵头医院下转患者数量占比、县域门诊次均费用等结果指标为主,不能充分反映紧密型医共体提供整合健康管理服务过程中的综合能力。与以往研究不同,本研究基于服务链理论,从整合健康管理服务保障、服务指导、服务提供、服务评估四个方面,综合构建评价指标体系,全面反映紧密型医共体整合健康管理服务过程和综合能力,可为实现服务流程的优化和卫生资源的优化配置,推进紧密型医共体建设提供决策依据。

本研究采用德尔菲法结合层次分析法构建紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系,能够确保科学性和规范性。^[17]同时,选择来自健康管理行业学会协会、健康管理部门、卫生健康部门医政医管部门、紧密型医共体医院管理者、高校等从事卫生事业管理、医院管理、公共卫生专业相关专家学者为咨询对象,研究样本具有一定代表性,并且两轮专家咨询表回收率均为 100%,表明专家的积极性很高。此外,专家的权威系数大于 0.7,表明专家评判结果可靠。在第二轮咨询中,专家的意见协调程度有所提升,专家的意见趋于一致。本指标体系中共有三级指标 50 个,其中负性指标 1 个,定性指标 29 个,占 58%,定性指标根据实际开展情况填写,简单易操作,定量指标中财政保障维度可以通过财政、卫生统计报表得出,其余指标可以通过医共体内查阅相关记录计算得出,因此该指标体系可行性和可操作性较高。同时,本指标体系中门诊、住院患者对紧密型医共体内医疗卫生服务分工协作的体验指标的设置,充分突出了以人为本的服务理念,从需方的角度出发推动整合健康管理服务过程优化,更好地满足群众的健康需求。

3.2 指标权重值可反映影响紧密型医共体整合健康管理服务能力的关键因素,为制定针对性优化策略提供决策指引

一级指标中,服务保障、服务指导、服务提供和服务评估的权重分别为 0.133、0.301、0.401 和 0.165。可以看出,服务指导与提供是整合健康管理的主体部分。在服务指导维度下,“每年龙头医院帮

助基层医疗机构开展临床带教、教学查房、健康教育技术指导、专科建设、新技术、新项目的情况”权重值最高,为 0.124,表明技术指导对于紧密型医共体整合健康管理服务的提供尤为重要。基层医疗机构服务能力的薄弱会很大程度上限制紧密型医共体整合健康管理服务的能力。^[18]通过技术指导与交流互动,发挥高年资专家的帮扶作用,突破技术壁垒,从而实现县乡两级健康管理服务同质化。此外,在建立龙头医院与基层医疗机构定期帮扶的基础上,根据乡镇卫生院和村卫生室的实际医疗水平确定功能定位,开展差异化的服务能力提升策略,实现“大病去县级,小病在基层,康复回社区”的有序就医。在服务提供维度,二级指标“服务模式”下的“龙头医院专家作为家庭医生团队的主要负责人”权重值最高,为 0.053,表明除了基于共同愿景和协作责任建立不同层级医疗机构间的合作关系,更重要的是实现机构内不同层级、不同专业人员的整合。同时,龙头医院专家加入基层医疗团队也有助于提升团队整体实力,确保服务质量的规范化、同质化,从而增强患者对基层医疗机构的信任度,推动分级诊疗制度的落实。此外,“开展高危人群的疾病筛查”“家庭医生团队根据签约人群健康状况提供预防—诊疗—康复—护理连续性服务”权重值也较高,分别为 0.042 和 0.034,表明整合健康管理服务应关注高危人群,注重预防,实现早期风险的识别。此外,整合型健康管理服务的核心是服务的连续性与协调性,健康管理团队应当提供覆盖全生命周期的健康管理服务,突出以健康为导向和以人为中心的服务理念。

3.3 本研究的不足

德尔菲专家咨询法虽然能够集思广益,但具有一定的主观片面性,选择具有强代表性的专家组是其成功应用的前提。本研究选取的专家主要来自健康管理部门、卫生健康部门、高校、县级医共体管理部门这四类机构,缺乏来自医保、人力资源管理和社会保障部门的专家,研究结果存在一定的局限性。此外,本研究以江苏省紧密型医共体试点县(市、区)为样本研究对象,进行实地考察,因此评价指标体系具有地区特异性,在实际推广与应用中需结合地区特点不断调整与完善。构建的紧密型医共体整合健康管理服务能力综合评价指标体系是本研究的初步探索,在实践中仍需不断改善和优化。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] Barrett A B, Seth A K. Practical Measures of Integrated Information for Time-Series Data[J]. PLo S Computational Biology, 2011, 7(1): 100-115.
- [4] Conrad D A. Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration[J]. Hospital & Health Services Administration, 1994, 38 (4): 491-508.
- [5] 费菲. 梁万年: 整合型医疗卫生服务体系是下一阶段医改重心[J]. 中国医药科学, 2020, 10(1): 1-3.
- [6] 高启胜, 陈定湾. 浙江省县域医疗服务共同体政策协同性评价指标体系构建研究[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(4): 270-274.
- [7] 江蒙喜. 县域医共体改革发展效果的评价指标体系构建: 基于浙江省德清县的案例研究[J]. 卫生经济研究, 2018(12): 11-13.
- [8] 王欣, 孟庆跃. 国内外卫生服务整合案例的整合策略比较[J]. 中国卫生经济, 2016, 35(6): 9-12.
- [9] 熊梅, 伍佳, 刘利霞, 等. 国外整合医疗典型模式对我国健康管理联合体建设的启示[J]. 中国全科医学, 2020, 23(22): 2741-2748, 2756.
- [10] Baltacioglu T, Ada E, Kaplan M D, et al. A New Framework for Service Supply Chains[J]. The Service Industries Journal, 2007, 27(2): 105-124.
- [11] 欧伟麟, 沈欢瑜, 欧文森, 等. 基于德尔菲法的广东省全科团队家庭医生式签约服务绩效考核指标体系构建研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(7): 795-799.
- [12] 梁旭, 牟昀辉, 那丽, 等. 基于德尔菲法的卫生健康高质量发展指标评价体系构建研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(4): 70-73.
- [13] 陈琳, 李俊南, 魏丽荣, 等. 基于德尔菲法的医院重大疫情应急能力评价指标体系构建研究[J]. 中国医院管理, 2021, 41(6): 1-4.
- [14] 尚晓鹏, 徐校平, 叶驰宇, 等. 二级及以上公立综合医疗机构公共卫生任务评估指标体系构建[J]. 中国医院, 2018, 22(4): 29-33.
- [15] 叶腾飞, 潘小炎. 基于层次分析法的广西城市社区全科医生能力评价指标体系的构建研究[J]. 中国全科医学, 2014, 17(7): 752-755.
- [16] 王春枝, 斯琴. 德尔菲法中的数据统计处理方法及其应用研究[J]. 内蒙古财经学院学报(综合版), 2011, 9(4): 92-96.
- [17] 尚晓鹏, 杨清, 邱银伟, 等. 家庭医生团队签约服务能力评估指标体系构建[J]. 中国全科医学, 2019, 22(16): 1996-1999, 2007.
- [18] 申红娟, 崔兆涵, 史二敏, 等. 紧密型医共体推动县域医疗卫生高质量发展案例研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(5): 16-20.

[收稿日期:2023-08-28 修回日期:2023-10-09]

(编辑 刘博)