



我国整合型医疗卫生服务体系构建影响因素研究

——基于解释结构模型

施 婷^{1,2}, 张筱荣^{2,3}, 陈志超^{1,2}, 张梦怡^{1,2}

1. 安徽中医药大学医药经济管理学院, 2. 数据科学与中医药创新发展安徽省哲学社会科学重点实验室,
3. 人文与国际教育交流学院, 安徽 合肥 230012

摘 要:文章基于解释结构模型,运用文献分析法与专家咨询法,对整合型医疗卫生服务体系构建的影响因素进行筛选、补充、确定,梳理出影响因素间的层级递接关系,分析不同层级因素间的作用机理,为整合型医疗卫生服务体系构建提供参考借鉴。研究表明,整合型医疗卫生服务体系构建影响因素分为7个层级,可归纳为表象层、中间层、决定层3个层次,其中专业服务协同等是表象层因素,政府资金支持等是中间层因素,地区经济状况等是决定层因素。为提升整合型医疗卫生服务体系构建能力,需要合理配置医疗卫生资源,提升基层卫生服务能力;构建高质量信息服务系统,与健康服务深度嵌合;健全利益协同与激励机制,打造紧密利益共同体。

关键词:整合型医疗卫生服务体系;服务体系构建;解释结构模型;影响因素

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2025)01-081-007

doi:10.7655/NYDXBSS240486

人口老龄化加剧和慢性病肆虐的双重叠加,对我国医疗卫生服务体系和健康保障制度提出了新的挑战,面对卫生资源配置不合理、基层医疗机构首诊率低、卫生服务质量满足不了人民需求等突出问题,迫切需要采取干预性措施,加快整合型医疗卫生服务体系构建。《“健康中国2030”规划纲要》提出构建整合型医疗卫生服务体系,要求将健康融入所有政策。整合型医疗卫生服务体系是一种新兴的健康管理理念与组织模式,它根据人们不同生命阶段的健康需求,通过卫生体系内各个层级之间的协作,提供和管理健康促进、预防、诊断、治疗、康复等服务,其核心理念在于“以人为本、以健康为中心”^[1]。伴随着各地区对整合型医疗卫生服务体系建设的推进,我国医疗服务“碎片化”、医疗机构“分割化”、医疗信息“孤岛化”,以及“看病难、看病贵”等问题得到了相应的改善,但与政策预期目标仍存在差

距^[2]。在此背景下,本文以我国整合型医疗卫生服务体系为研究对象,查阅相关公共政策与文献,提取出我国整合型医疗卫生服务体系构建的影响因素,再运用专家咨询法对影响因素进行调整和补充,最终确定我国整合型医疗卫生服务体系构建的解释结构模型,分析不同层次影响因素的逻辑结构以及对整合型医疗卫生服务体系构建的作用机理,为提升整合型医疗卫生服务体系构建能力提供参考。

一、整合型医疗卫生服务体系构建的影响因素

(一)影响因素初步识别

基于文献研究法,在国内外文献的查阅中,以“整合型医疗卫生服务体系”“整合卫生”“整合医疗”“整合型卫生健康体系”为主题词进行检索,主要选取与整合型医疗卫生服务体系发展影响因素

基金项目:安徽省新时代育人省级质量工程项目(研究生教育)“安徽中医药大学—合肥市第四人民医院研究生联合培养示范基地”(2022lhpysfjd055);安徽省高校协同创新项目“安徽中医药数据集成与治理研究”(GXXT-2022-095);安徽省高校网络教育名师项目(sztsh-2024-7-8)

收稿日期:2024-12-01

作者简介:施婷(2000—),女,安徽芜湖人,硕士研究生在读,研究方向为社会医学与卫生事业管理;张筱荣(1980—),男,安徽无为,博士,教授,研究方向为网络思想政治教育与意识形态、社会医学与卫生事业管理,通信作者, xiaorong0921@sina.com。

有关的文献,以及涉及整合型医疗卫生服务体系研究的文献。最终提取有关整合型医疗卫生服务体系构建的18项关键影响因素,如表1所示。为了便于统计和描述,对于多位作者共同发表的文献以及不同作者相似观点的文献,仅对具有代表性的文献简单列出作者。

影响因素	提出者
政府管理与治理	张县 ^[3] 等
资金支持	梁金刚 ^[4]
人才支持	郁菁 ^[5] 等
专业团队建设	Murtagh ^[6] 等
专业服务协同	王俊 ^[7] 等
信息化建设	Chute ^[8] ,邢春国 ^[9] 等
医疗设备配置	吕文慧 ^[10] 等
转诊标准与规则	董寅 ^[11] 等
机构利益共享机制	王书平 ^[12] 等
绩效和激励制度	韩昕昕 ^[13] ,Nie ^[14] 等
沟通协调机制	郑英 ^[15]
成员单位合作观念	Lee ^[16] 等
服务可及性	于亚航 ^[17] 等
需方观念与认知	Carron ^[18] 等
需方收入水平	于亚航 ^[17] 等
需方健康状况	王素凡 ^[19] 等
地区经济发展水平	谭笑 ^[20] 等
人口状况	史文欣 ^[21] 等

(二)影响因素最终确定

初步提取出18个关键影响因素后,采用德尔菲法,邀请10位医疗卫生领域内的专家(6位从事医疗卫生事业研究的高校学者,4位医疗卫生机构工作者),根据自身专业学识与实践经验对18个影响因素进行评估,将至少6名专家一致认为可修改、删除、合并或补充的影响因素进行整理,针对因素内容与因素间关系的修改意见进行完善。经过两轮德尔菲法咨询后,根据专家评估结果,将“资金支持”调整为“政府资金支持”,“人才支持”调整为“人才资源供应”,删除“医疗设备配置”“需方观念与认知”“需方可支配收入”“需方健康水平”,补充了专家提议的“服务连续性”“服务协调性”两个影响因素。最终确定16个关键影响因素,再将这16个影响因素编码,其概念描述如表2所示。

二、整合型医疗卫生服务体系构建
的影响因素模型

整合型医疗卫生服务体系构建所涉及的影响因素众多,关系复杂且结构不清,为了厘清各相关因素的层级关系与内在逻辑,引入解释结构模型来化繁为简地梳理出这16项关键影响因素之间的关系,明确责任归属。解释结构模型(interpretative structural modeling, ISM)是美国工程师约翰·沃菲尔德于

1976年提出的一种以系统工程视角分析复杂社会经济系统结构等问题的基本系统结构模型化方法,该模型已经广泛运用在学术界各领域。该方法的基本思想是,根据人们的基本经验与实践积累,提取问题的构成要素,经过布尔运算,将复杂系统中的相关因素分解,构建出一个清晰明确、多级递接的结构模型^[22]。

(一)构建邻接矩阵

邻接矩阵(A)通常表示为系统各要素间的直接影响关系,构建16×16的邻接矩阵来描述各影响因素间的逻辑关系。邻接矩阵(A)中各因素间的关系以如下公式定义:

$$S_{ij} = \begin{cases} 1 & (S_i \text{与} S_j \text{有直接影响}) \\ 0 & (S_i \text{与} S_j \text{无直接影响}) \end{cases}$$

将16个整合型医疗卫生服务体系构建的相关影响因素作为关系矩阵的行因素 S_i 和列因素 S_j ,回访10位专家对上述相关影响因素间是否具体直接关系进行判断。若有一半以上的专家认为行因素 S_i 对列因素 S_j 有直接影响关系,则 $S_{ij}=1$;若有一半以上的专家认为行因素 S_i 对列因素 S_j 无直接影响关系,则 $S_{ij}=0$ 。在此基础上得到了整合型医疗卫生服务体系构建影响因素的邻接矩阵(A)。

(二)计算可达矩阵

可达矩阵是邻接矩阵的拓展,体现各节点经特定路径后可达情况,展现各节点间包括直接和间接关系在内的全部关联关系,旨在展示各要素之间是否存在连接路径。可根据邻接矩阵建立相应的可达矩阵, I 表示单位矩阵,当 $(A+I)^{k-1} \neq (A+I)^k = (A+I)^{k+1}$ 时,遵循布尔运算法则,即可得到可达矩阵 $M=(A+I)^{K+1}$, K 为迭代次数。经过运算, $K=5$,得到可达矩阵。

(三)确定层次级位

对可达矩阵进行层次化处理,提取各要素之间的相关关系,以完成系统要素的层级划分,建立整合型医疗卫生服务体系构建影响因素的层级模型。可达集 H 是可达矩阵中 S_i 可以到达的所有因素的集合;先行集 Q 是可达矩阵中可以到达 S_i 的所有因素的集合;共同集 R 是 S_i 在可达集与先行集中的交集, $R=H \cap Q$ 。当因素满足 $R(S_i)=H$ 时,该因素为最高层因素,当因素满足 $R(S_i)=Q$ 时,该因素为最底层因素^[22]。通过以上算法得出最高层因素的集合,再在可达矩阵找到各最高层因素对应的行和列进行删除,删除后的剩余因素再以同样的方法找出最高层因素的集合,以此类推,直至找出所有层级因素的集合。最终,整合型医疗卫生服务体系构建的影响因素被划分为6个维度,每个维度中的影响因素相互作用,从而对整合型医疗卫生服务体系的构建产生不同程度的影响,具体作用可归纳为表象层、中间层、决定层(图1)。

表2 整合型医疗卫生服务体系构建相关影响因素描述

影响因素	代码	描述
政府管理与治理	S1	政府或组织为维护医疗卫生人员在整合型医疗卫生服务工作中的行为规范而制定的准则依据
政府资金支持	S2	政府能够推动医疗卫生服务机构整合的医保支付与财政补偿等
人才资源供应	S3	保障医疗卫生服务机构整合的各级卫生机构人力资源与培养机制等
专业团队建设	S4	依据卫生服务系统整体需求,合理配备医疗、预防、康复、护理等专业人员,且注重基层卫生机构团队组建,以实现不同专业人员协同工作的一系列规划与举措
专业服务协同	S5	医疗、预防、康复、护理等不同专业服务之间相互配合、衔接有序,以患者为中心,共同为患者提供连贯、协调的卫生健康服务的运作模式
信息化建设	S6	各级医疗卫生服务机构开展整合工作的信息化水平与信息共享程度
转诊标准与规则	S7	明确规定在何种医疗状况下,患者应从基层医疗机构转往上级医疗机构或在不同医疗服务机构间进行转移,以及在转诊过程中需要遵循的流程、手续等
机构利益共享机制	S8	各级医疗机构及医疗服务人员诊疗协作方面的利益分配和共享以及责任共担机制
绩效和激励制度	S9	系统内单位是否制定合理的绩效和激励制度来保障整合工作开展
沟通协调机制	S10	各级医疗卫生机构医务人员在整合医疗卫生服务工作中的沟通协调程度
成员单位合作观念	S11	各医疗相关成员单位(如医院、基层医疗点等)具有的相互协作、资源共享、优势互补、共同为患者健康服务的思想意识
服务连续性	S12	患者在接受医疗、预防、康复、护理等各类健康服务过程中,各个环节紧密衔接、无间断且有序过渡,以确保整体健康管理的连贯性和有效性
服务可及性	S13	患者能够方便、快捷、公平地获取医疗、预防、康复、护理等各类健康服务的特性,包括地理、经济、文化等多方面的可及程度
服务协调性	S14	医疗、预防、康复、护理等多种服务之间在流程、资源配置、信息传递等方面进行有效配合、统筹安排,以保障患者得到全面、高效健康服务的特性
地区经济发展水平	S15	地区经济发展水平对整合模式、整合程度的影响
人口状况	S16	人口发展对整合工作的影响,如人口老龄化问题

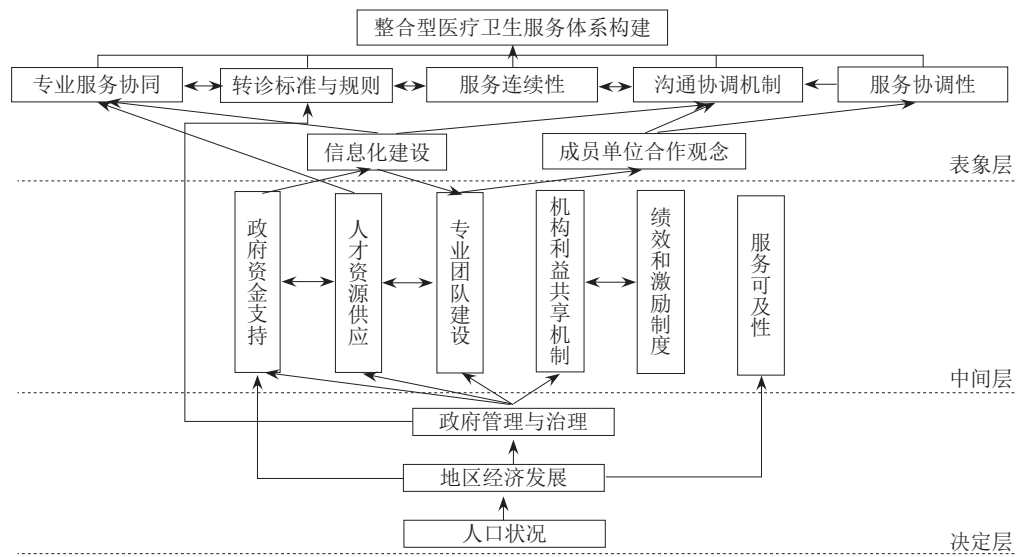


图1 整合型医疗卫生服务体系构建影响因素层级模型

三、整合型医疗卫生服务体系构建
的影响因素分析

(一)决定层影响因素分析

整合型医疗卫生服务体系构建的决定层因素包括政府管理与治理、地区经济发展、人口状况三大因素,它们不仅可以通过对中间层的传导作用影响整合型医疗卫生服务体系的构建,还可以通过对中间层的传导作用于表象层,从而对整合工作产生影响。其中,人口状况是整合医疗工作开展的前

提,人口状况的变化,如老龄人口数量的增加可能会对整合型医疗卫生服务体系的构建产生压力。地区经济发展水平是整合型医疗卫生服务体系构建的物质基础,地区经济发展水平的高低对整合型医疗卫生服务体系构建有着多方面的影响。其一,地区经济发展水平的高低直接影响政府对医疗卫生服务事业的财政投入力度;其二,地区经济发展水平还会影响居民的健康需求和医疗服务模式;其三,社会经济水平影响居民可支配收入与支付能力。政府的管理与治理更会作用于中间层与表象

层的多个因素,人才支持、财政支持、规则的制定、团队建设等都依赖政府做出决策。总而言之,决定层的三大因素都属于社会因素,社会因素是整合型医疗卫生服务体系构建最根本、最关键的因素,对整合型医疗卫生服务体系构建具有深远影响。

(二)中间层影响因素分析

中间层因素在表象层与决定层中起到传递作用,它既会通过一定路径和方法直接对表象层因素产生影响,又会通过自身影响因素间的相互作用对表象层部分因素产生影响,还会因为决定层因素间的相互作用而产生影响。一方面,政府为推进医疗卫生服务机构整合工作而增加财政支持、增加专业人才的基层供应、配备不同数量的专业人员等,完善系统内机构利益共享机制,这些会对成员单位合作观念、沟通协调机制、服务协调性、专业服务协同等产生直接影响;另一方面,老龄人口的增加、地区经济发展情况会对政府的财政支持方向、医疗卫生服务的可及性产生影响,政府对医疗卫生机构及人员的管理与治理又会对人才培育、专业团队建设、机构利益共享机制等产生不同程度的影响。中间层因素主要作用于基层医疗卫生机构,基层医疗卫生机构的正常运转离不开政府的管理与治理、地区经济的发展和人口状况的变化,同时,基层医疗服务水平直接影响成员单位合作观念、服务连续性等。总体而言,整合型医疗卫生服务体系构建的中间层影响因素起到承上启下的作用,既受到决定层因素的制约,又通过表象层因素间接影响整合型医疗卫生服务体系的构建。

(三)表象层影响因素分析

表象层影响因素具有很强的依赖性,其作用的发挥依赖于其他层级影响因素的发展完善^[23]。表象层因素包含专业服务协同、转诊标准与规则、服务连续性、服务协调性等7个影响因素。这7个因素对整合型医疗卫生服务体系构建影响最为直接,且不需要经过其他因素,直接作用于整合型医疗卫生服务体系构建,这些因素间也存在相互影响关系。转诊标准与规则是专业服务协同中的重要组成部分,合理的转诊标准有助于不同级别医疗卫生机构医师间的交流合作,同时良好的专业服务协同又会反作用于转诊标准的制定与完善;转诊标准的合理性也会影响医疗卫生服务提供的连续性,服务的连续性也是沟通协调机制和转诊标准是否合理的反映;信息化建设是整合服务的基本条件,专业服务协同与沟通协调机制都以信息化建设为基础,同时也反方向促进信息沟通的融合程度。表象层因素中包含多种相互正负影响关系,它们之间的相互作用共同对整合型医疗卫生服务体系构建产生直接、广泛的影响,是整合型医疗卫生服务体系构

建不可或缺的组成部分。

四、讨论与建议

(一)合理配置医疗卫生资源,提升基层卫生服务能力

在整合型医疗卫生服务体系的构建进程中,基层医疗卫生服务能力占据着关键且核心的位置,居民能否获取医疗健康服务直接与基层医疗卫生服务能力相关^[24]。因此,需要科学合理地推动优质医疗资源下沉基层,壮大区域医疗卫生次中心,巩固人民群众健康的第一道防线。

1. 推动优质医疗资源扩容与下沉

基层首诊率和县域就诊率是衡量整合型医疗卫生服务体系构建的重要指标,基层医疗服务能力与基层首诊率、县域就诊率有着密不可分的关系^[25]。我国现阶段卫生人才资源存在总量不足的现象,高质量、高水平人才普遍集聚城市地区,基层卫生机构人才资源匮乏,这是造成基层医疗卫生机构“门可罗雀”的主要原因。鉴于此,一是要整合人才资源,可以参考深圳罗湖区的做法,罗湖集团鼓励专家在社区健康服务中心兼职开展工作,对于高年薪医生,集团对他们在社区提供的门诊服务进行补贴,对于低年薪的医生,将其在社区的工作经历作为职称晋升的要求,有效实现基层百姓“病有所医、病有良医”,推动优质医疗资源有效下沉^[24]。二是积极实施基层人才培养培训,山西省运城市推行“县管乡用”和“乡招村用”,为基层与农村医疗卫生机构招聘技术人员两千余名,树立“一村一名大学生村医”目标,实施大学生乡村医生计划,建立基于健康共同体管理平台的培养机制,为基层引进卫生管理学人才与全科医生,不断改善基层卫生队伍的专业结构、年龄结构、学历结构,提升基层医疗卫生服务能力。

2. 壮大区域医疗卫生次中心

横向医共体的建设与传统医共体建设有所不同,是一种以强带弱,有“厚度”的医共体建设。在一些人口分散、地域辽阔的西部地区,医疗资源薄弱,专科能力不强,对危重症和罕见病的诊疗能力不足,传统医共体中牵头医院协同带动发展的能力偏弱,这就衍生出了医疗卫生次中心,利用“大总院+小总院”的模式,增强医疗辐射能力,横向建设医共体。“大总院”即牵头的县级医院,“小总院”指的是人口聚集度高、医疗基础好、辐射地区大的基层医疗卫生机构,根据人口分布与地方病种情况,经过多年的培育,这些基层医疗卫生机构逐渐演变成医疗卫生次中心,可以开展二级常规手术,罕见病、重症病等都可以进行诊治,缩减了患者跨区域就诊带来的医疗负担。我国偏远地区应当加大医

疗次中心建设,以强带弱进一步缩小医疗服务半径,提高服务可及性,让老百姓在短距离内就可获得优质高效的卫生服务。医疗次中心的转诊建设、人才供应、信息化建设等需加大重视,从根本上提高基层首诊率,提升基层医疗卫生服务能力。

(二)构建高质量信息服务系统,与健康服务深度融合

信息化建设是整合型医疗卫生服务体系构建的重要影响因素,在提高医疗服务效率、改善患者就医体验、促进医疗资源共享等方面发挥着巨大作用。信息化建设需要综合考虑数据安全、医疗质量、医保支付、用户信任等多个方面,同时也需要关注最新的政策和技术发展,不断推动医疗服务的创新和提升。

1. 探索新兴技术在卫生服务中的运用

技术可以改变生活,技术也能改善患者的就医体验,提升医院运营效率。2024年国务院发布《关于进一步优化政务服务提升行政效能推动“高效办成一件事”的指导意见》,提出持续加强新技术全流程应用,创新开展大数据、区块链、人工智能等新技术的运用,推动政务服务向人机交互型、数据分析型转换。近年来,在科技赋能下,尤其是大数据、算力、人工智能(AI)、物联网、5G等新兴技术的发展,医疗卫生领域不断取得新进步,科技赋能医疗已经成为行业的大势所趋。互联网打破空间限制、时间限制,整合了医疗卫生服务的“断点”问题,如远程会诊的推广,使患者可以随时随地获取健康服务,提升医疗卫生服务效率从而推动整合型医疗卫生服务体系的构建。此外,国家大力推进新兴技术助力传染病检测预警建设,通过人工智能算法与模型,对患者数据进行分析计算,评估患者疾病风险,实施动态监测与主动上报,大幅缩短了风险评估时间,提升风险评估效率,在疾控信息化建设中起到里程碑的作用。

2. 统一信息化建设标准推动信息互通互联

统一信息化建设标准可有效避免因信息兼容性差造成的问题。伴随信息技术与网络服务的发展,医疗卫生服务的全过程也被信息数据贯穿,不同的环节有特定的数据表达与储存方式,再加上不同科室、不同机构的信息管理平台与数据算法不一致,导致不同数据间难以兼容,各级卫生机构信息传递不畅^[26]。对此,2024年8月,国务院发布《关于促进服务消费高质量发展的意见》,提出培育壮大新型健康消费,推进“互联网+医疗健康”发展,尽快实现医疗数据互通有无。参考宁夏回族自治区中宁县“互联网+服务”的做法,加快推进居民电子健康档案、电子病历、家庭医生签约服务等连续记录,畅通双向转诊通道,利用健康“一码通”,拓展便

民服务。值得注意的是,统一信息平台的使用,可以避免数据重复带来的麻烦,规范化建设远程会诊、线上转诊服务等,使用“通用语言”让系统可以更好地多方转换,实现整合型医疗卫生服务体系内各方提供同质化、专业化、一体化服务,推动人员、技术、服务、管理“四下沉”,提高诊断效率。

(三)健全利益协同与激励机制,打造紧密利益共同体

整合型医疗卫生服务构建的影响因素中,“专业服务协同”“沟通协调机制”“服务协调性”“机构利益共享机制”等都强调团队间的利益协同和共同体意识。因此,为了加强各机构、各人员的协同性,明确责任归属,需要以薪酬制度、医保支付制度、绩效考核制度等为切入点,共同打造利益共同体。

1. 完善人事薪酬管理与绩效考核机制

人事薪酬制度的变革与支付方式的调整应相互协调。目前,医疗卫生机构人员面临人事薪酬管理制度方面的诸多限制,这在一定程度上制约了医疗卫生服务提供的连续性及专业服务之间的协同性。医保预付制度将整合型医疗卫生服务体系“以人为本”的核心放大,系统追求目标由原先的利润最大化转换为成本最小化,与此相适应的医生绩效考核也应更加重视“成本控制”与“健康价值”,而非单纯依赖科室和个人创收指标,导致医疗系统的发展目标与卫生人员个人目标之间的不一致,因此,必须重视人事绩效管理 with 支付制度的适配性。首先,以“整合”为出发点,以健康为导向,筛选科学合理的考查指标,构建规范化、系统化、高效化的绩效考核体系,如以彩虹模型为理论框架,从宏观、中观、微观、支持要素层面构建绩效考核框架^[27]。其次,薪酬水平与岗位职责相适应,要求体现劳动者工作能力与知识价值,重点向基层卫生工作者、临床一线工作者倾斜,鼓励不同机构、不同级别卫生人员自主自愿开展整合服务,强化各方积极性。

2. 完善医保总额预付制度,深化医保制度改革

通过对各国医保改革实践的研究发现,医保支付制度的改革创新在供方利益冲突和非良性竞争关系中起到很好的利益杠杆调节作用^[28]。传统医保基金采取“按项目”付费的方式,形式上快捷便利,但很容易出现“过度医疗”的现象。2024年11月,国家医保局办公室、财政部办公厅联合发布《关于做好医保基金预付工作的通知》,明确了预付金的性质、用途、申请流程等。在此背景下,宁夏回族自治区、广西壮族自治区等县域内实施医保总额预付制度,医疗卫生机构虽然承受了较大风险,但能在充分合理利用医疗资源的情况下,降低医疗费用达到治疗预期,从而在预付款项上有所结余。“打包付费”所留下的基金结余不单单保留在牵头医院,

还可下发至基层医疗机构,激励医疗资源下沉,促进多方协同发展。采取疾病诊断相关分组(DRG)、按病种分值付费(DIP)等预付制的结算方式,以“双打包”下的“双结余”来激励各级医疗卫生服务机构转变服务行为,激励各成员单位除提供优质医疗服务外还能进行自我管理,有助于打造利益共同体。

参考文献

- [1] 李晓斌,胡胜利,孙岩,等. 共生理论视角下整合型医疗卫生服务协同供给研究[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(7):487-489,499
- [2] 施婷,张筱荣,陈志超. 我国整合卫生服务研究动态与热点问题分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2024, 24(4):329-335
- [3] 张县,王燕森,赵秋怡,等. 基于彩虹模型的中美卫生服务体系整合模式比较[J]. 医学与社会, 2022, 35(8):27-31,38
- [4] 梁金刚. 我国基层发展整合型医疗卫生服务的收入补偿机制研究[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(4):37-39
- [5] 郁菁,申俊龙,朱佩枫,等. 我国医联体集团建设与国际医疗资源整合利用方式的比较分析[J]. 中国医院, 2023, 27(12):27-32
- [6] MURTAGH S, MCCOMBE G, BROUGHAN J, et al. Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: a scoping review[J]. Int J Integr Care, 2021, 21(1):4
- [7] 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
- [8] CHUTE C, FRENCH T, RAMAN S, et al. User requirements for comanaged digital health and care: review[J]. J Med Internet Res, 2022, 24(6):e35337
- [9] 邢春国,夏迎秋,吴丹云,等. 江苏省基层医疗卫生机构信息化建设与使用情况研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(16):2008-2013
- [10] 吕文慧,段鹏,周洁如,等. 我国城乡居民健康投资现状的差异及对策研究[J]. 现代管理科学, 2021(8):35-45
- [11] 董寅,李娜,张高峰. 县级医疗卫生服务整合模式研究——以浙江省玉环市人民医院健共体集团为例[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(3):20-23
- [12] 王书平,黄二丹. 面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系蓝图[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(7):1-4,8
- [13] 韩昕昕,朱斌,黄艳,等. 整合型医疗体系建设下医疗健康集团改革实践探索[J]. 中国医院, 2023, 27(10):97-99
- [14] NIE X M, FAN H B. Reshaping the regional order of health care resources in China: the institutional participants in an inter-city integrated delivery system[J]. Int J Environ Res Public Health, 2021, 18(17):9176
- [15] 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
- [16] LEE J, TONG K, STROEDECKE N, et al. Implementation of an integrated ambulatory care pharmacist collaborative care workflow model in specialty clinics in a large academic health system[J]. Am J Health Syst Pharm, 2023, 80(13):842-851
- [17] 于亚航,赵璇,李惠文,等. 我国基层医疗卫生机构医防整合支持环境现况研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(1):52-59
- [18] CARRON T, DOMEISEN B F, FRINGER A, et al. Integrated care models in Swiss primary care: an embedded multiple case study[J]. J Eval Clin Pract, 2023, 29(6):1025-1038
- [19] 王素凡,王成增,付航,等. 主动健康的关键要素与实现路径探讨[J]. 医学与社会, 2023, 36(6):25-29,58
- [20] 谭笑,王佳慧,张鑫,等. 医保整合与未整合地区灾难性卫生支出及因病致贫情况比较研究[J]. 医学与社会, 2019, 32(10):111-114,135
- [21] 史文欣,景丽伟,刘志,等. 老龄化对医疗服务体系的挑战及对策研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(7):18-20
- [22] 娄策群,牟奇蕾. 基于解释结构模型的信息生态制度环境影响因素研究[J]. 情报科学, 2021, 39(6):19-26
- [23] 宋小炯. 基于解释结构模型的我国实施工业互联网影响因素研究[D]. 武汉:华中科技大学, 2019
- [24] 丁富军,朱秀萍,林家聪,等. 关于县域整合型医疗卫生服务体系的构建研究[J]. 人口与健康, 2024(10):38-40
- [25] 桂玲. 基于结构功能主义的整合型医疗卫生服务体系研究[D]. 沈阳:中国医科大学, 2023
- [26] 江刚,赵允伍,王晓松,等. 我国整合型医疗卫生服务体系构建策略探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2021, 21(5):413-417
- [27] 王汉文,汪卓赞,顾维波,等. 基于彩虹模型的医防协同实施路径探索[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2023, 23(1):21-25
- [28] 程梦珍. 我国整合型医疗卫生服务体系系统动力学模型与政策干预实验研究[D]. 武汉:湖北大学, 2023

(本文编辑:姜鑫)

Research on the influencing factors of the construction of integrated healthcare service system in China

——Based on interpretive structure model

SHI Ting^{1,2}, ZHANG Xiaorong^{2,3}, CHEN Zhichao^{1,2}, ZHANG Mengyi^{1,2}

1. School of Medical Economics and Management, 2. Key Laboratory of Data Science and Innovative Development of Traditional Chinese Medicine, Philosophy and Social Sciences of Anhui Province, 3. School of Humanities and International Educational Exchange, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230012, China

Abstract: Based on the interpretive structure model, the article utilized literature analysis and the Delphi method to screen, supplement, and determine the influencing factors in constructing an integrated healthcare service system while also helping sort out the hierarchical progressive relationship and mechanism of action between the influencing factors. The influencing factors for the construction of an integrated healthcare service system can be divided into seven layers, which can be further summarized into three levels: the surface level, the intermediate level and the determination level. Among these factors, factors such as professional service coordination are attributed to the surface level factors, while factors like government financial support belong to the intermediate level factors, and regional economic condition can be identified as determination level factors. To improve the capability of the integrated healthcare service system construction, this article suggest allocating healthcare resources properly and strengthening primary healthcare services. It is essential to develop a high-quality information service system which is deeply embedded within healthcare services. Additionally, improving the benefit coordination and incentive mechanisms is also crucial to foster a close community of shared interests.

Key words: integrated healthcare service system; service system construction; interpretive structure model; influencing factor