

# 基于清晰集定性比较分析的我国医防融合实现路径研究

袁莎莎\* 陈嘉琦 王 峥 张婧彬

北京协和医学院/中国医学科学院/医学信息研究所/图书馆 北京 100020

**【摘要】**目的:探讨促进实践中医防融合实现的条件组合路径,为进一步制定针对性的改革策略提供证据支持。方法:检索中文数据库和卫生行政部门官方网站收集医防融合案例,共纳入相关案例 35 个。运用清晰集定性比较分析法分析医疗联合体、医防机构职责分工、激励措施和信息化建设四个影响因素对我国医防融合实施的条件组合路径。结果:单变量必要性分析结果显示上述四个条件变量的一致性水平均小于 0.9,表明促进医防融合需要多种要素组合。本研究进一步揭示了三种实践中促进医防融合的可行路径:路径 1 是医防职责分工、激励措施、信息化建设并存型;路径 2 是信息化建设主导型路径;路径 3 是激励导向型路径。结论:医防融合政策实施过程中应充分重视并利用多要素的组态效应,应尤其注意发挥信息化建设的技术支持作用,并加强医防融合相关激励机制的设计。

**【关键词】**医防融合;清晰集定性比较分析;条件组态分析

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2024.11.008

## Research on the integration path of medical care and prevention in China based on the Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis

YUAN Sha-sha, CHEN Jia-qi, WANG Zheng, ZHANG Jing-bin

Institute of Medical Information/Medical Library, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100020, China

**【Abstract】** Objective: This study aims to explore the configuration path of promoting the integration of medical care and prevention, providing evidence-based support for further developing targeted strategies. Methods: The cases of integrating medical and prevention were collected through searching three main Chinese databases and official websites of health administrative departments. 35 cases were finally included. The crisp-set qualitative comparative analysis method was adopted to analyze the configuration path of four key factors including medical alliance, responsibility list, incentive strategies, and information system construction during the integration of medical care and prevention in China. Results: The results of univariate necessity analysis show that the consistency level of the four conditional variables was less than 0.9, indicating that a combination of multiple factors was needed to promote the integration of medical care and prevention. This study further reveals three feasible pathways to promote the integration of medical care and prevention. Path one is a coexistence of incentive measures, and information system construction; path two is an information-led pathway; and path three is an incentive-oriented pathway. Conclusion: In the policy implementation of medical care and prevention, it should make full use of the configuration effect of key influencing factors. In practice, special attention should be paid to fully leveraging the technical support role of information system construction and strengthening the design of incentives for the future integration of medical care and prevention.

**【Key words】** Integration of medical care and prevention; Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis; Conditional Configuration Analysis

\* 基金项目:北京协和医学院中央高校基本科研业务费资助(3332022179);首都卫生发展科研专项(首发 2024-2G-4311)  
作者简介:袁莎莎(1985 年—),女,博士,研究员,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:yuanshasha417@163.com

世界卫生组织 2015 年发布的《以人为本的整合型卫生服务全球战略》(WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services, PCIHS)<sup>[1]</sup>,提出了建立以疾病预防为主,以社区为基础,以满足人的需求为核心的安全、优质、可负担的卫生服务。“医防融合”一词于 2018 年首次出现在我国政策文件《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》中<sup>[2]</sup>,该文件提出了以家庭医生团队为基础,根据签约居民需求提供医防融合、综合连续的医疗卫生等服务。此后,中国针对“医防协同”“医防融合”“防治结合”出台了一系列政策文件,旨在通过创新医防融合机制,促进预防、治疗、康复等服务的有效整合。医防融合不仅仅是医疗机构与公共卫生机构之间的简单合作,还涉及到组织管理、服务供给、资源配置等多个维度的有机协同与衔接。<sup>[3]</sup>

然而,实践中如何推动医防融合面临诸多挑战。首先,由于公共卫生工作和临床工作的差异性,以疾病预防控制机构为代表的主要公共卫生机构和医疗机构之间的医防协同存在不同程度的脱节现象。<sup>[4]</sup>其次,现有医防协同机制并未有效建立,进而影响了主要医防机构对慢性病管理和新发传染病等重大突发公共卫生事件的处置方式和应对速度<sup>[5]</sup>。最后,医务人员尤其是二级及以上医疗机构医务人员的医防融合观念需要加强,并需加强对公共卫生服务的认同。<sup>[6]</sup>因此,如何基于实践案例寻找促进我国医防融合的实施路径亟需证据支持。

从国内研究现状来看,医防融合研究主题聚焦于以下三个方面<sup>[7-9]</sup>:一是医防融合、医防结合、医防整合等概念的演进和深化;二是典型地区医防融合的实践模式,比如医防整合慢性病管理、医共体建设、健康管理等;三是探讨医防融合实现的影响因素,比如分级诊疗、公共卫生服务体系、医疗联合体

发展、信息化等关键因素。鲜少有研究聚焦于关键的影响因素,进一步探讨这些要素独自或者要素组合对现有卫生政策背景下实施医防融合的充分性和必要性。

本研究以区域性医防融合实施模式为典型案例,采用定性比较分析法,选取现有医防融合研究涉及的主要关键性影响因素,分析促进我国医防融合的条件组合路径,为实践中进一步推动整合型卫生服务体系提供决策支持。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

资料主要来自于中国知网、万方数据库和维普中文科技期刊数据库,以“医防融合”“医防结合”“医防协同”“防治结合”“医防整合”“医防联动”等关键词进行数据库检索。对检索所得文献,纳入区域层面描述医防融合实施情况的研究作为案例,即案例内容是描述区域整体性医防融合开展情况(省市县区层级),排除描述具体疾病管理医防融合案例。在此基础上,进一步检索国家卫生健康委员会、国务院办公厅政府官方网站,以对案例信息做进一步补充检索。

本研究共纳入 39 条相关文献,但由于其中 8 条描述的是同一地区医防融合实践情况,因此将其合并为 4 个案例(每个案例均有 2 条研究文献),即表 1 中的案例 C01, C11, C19 和 C20,最终共纳入 35 个区域层面医防融合案例。其中,东部地区 18 个,集中于福建省、广东省、海南省、黑龙江省、江苏省、山东省、上海市、浙江省;中部地区 7 个,集中于江西省、安徽省、湖北省、湖南省、河南省;西部地区 10 个,集中于贵州省、四川省、新疆维吾尔自治区、云南省、重庆市。

表 1 本研究纳入医防融合案例的基本信息

案例编码	案例所在省	纳入研究	发表年份
C01	福建省	福建三明一体化的医防融合新模式 <sup>[10]</sup>	2021
		福建三明医防融合实践:局限与对策 <sup>[5]</sup>	2022
C02	福建省	深化医防融合 完善区域健康管理 <sup>[11]</sup>	2020
C03	广东省	医防融合当好百姓健康“守门人” <sup>[12]</sup>	2024
C04	广东省	创新策略与卫生治理:医防融合的深圳样本 <sup>[13]</sup>	2023
C05	海南省	海南:5G 赋能 基层医防融合瞄准“弯道超车” <sup>[14]</sup>	2024
C06	黑龙江省	卫生体制改革下齐齐哈尔市公共卫生与医疗卫生协同发展研究 <sup>[15]</sup>	2023
C07	江苏省	武进区国家基本公共卫生服务项目实施成效及问题分析 <sup>[16]</sup>	2023
C08	江苏省	涟水县紧密型医共体建设的创新性实践探索 <sup>[17]</sup>	2024

表1 本研究纳入医防融合案例的基本信息(续)

案例编码	案例所在省	纳入研究	发表年度
C09	江苏省	县域医联体医防融合昆山模式实践 <sup>[18]</sup>	2024
C10	江苏省	创新服务模式 宿迁医防融合守好健康之门 <sup>[19]</sup>	2024
C11	江苏省	南通市医防融合试点的探索 <sup>[20]</sup> 南通市医防协同实践探索 <sup>[21]</sup>	2023 2024
C12	长三角地区	长三角地区基层社区卫生服务中心推进“医防融合”实际效果调研报告 <sup>[22]</sup>	2021
C13	浙江省	杭州市县域医共体医防融合运行方式及成效分析 <sup>[23]</sup>	2021
C14	浙江省	北仑区县域医共体推进医防融合的实践与成效 <sup>[24]</sup>	2024
C15	浙江省	台州市县域医共体建设的做法与体会 <sup>[25]</sup>	2021
C16	浙江省	医防融合,温州探路先行 <sup>[26]</sup>	2024
C10	山东省	滨州市基层医防融合探索与成效分析 <sup>[27]</sup>	2024
C18	上海市	家庭医生团队医防融合一体化模式实施效果分析 <sup>[28]</sup>	2021
C19	江西省	江西:建立八大机制创新医防融合 <sup>[29]</sup> 江西:深耕基层医防融合试验田和责任地 <sup>[30]</sup>	2023 2021
C20	安徽省	医防融合的蒙城样本 <sup>[31]</sup> 关注医防融合,保障群众健康 <sup>[32]</sup>	2023 2023
C21	安徽省	安徽省铜陵市城市医联体试点改革的探索与实践 <sup>[33]</sup>	2022
C22	安徽省	安徽省医防融合实施现状及提升策略研究 <sup>[34]</sup>	2022
C23	湖北省	互联网+医防融合健康管理新模式有效提升基本公共卫生服务质量 <sup>[35]</sup>	2024
C24	湖南省	抓实医防融合 让群众更有“医”靠 <sup>[36]</sup>	2022
C25	河南省	郟县打造医共体建设新模式 构建医防融合的健康服务体系 <sup>[37]</sup>	2022
C26	贵州省	医防融合赋能高质量发展 <sup>[38]</sup>	2024
C27	四川省	宣汉:“医防融合”让群众健康有“医靠” <sup>[39]</sup>	2023
C28	四川省	安州 医防融合探新路 群众健康有“医”靠 <sup>[40]</sup>	2024
C29	四川省	“小切口”牵动医改大健康 <sup>[41]</sup>	2022
C30	四川省	江安县探索“四网联合”新模式 推进县域医共体高质量发展 <sup>[42]</sup>	2024
C31	新疆	拜城县疾病预防控制中心融入县域医共体建设的实践与探讨 <sup>[43]</sup>	2023
C32	云南省	云南:探索医防融合管理新机制 <sup>[44]</sup>	2021
C33	云南省	云南省云县 医共体建设与医防融合相辅相成 <sup>[45]</sup>	2021
C34	重庆市	重庆:构建医防融合“125”新格局 <sup>[46]</sup>	2021
C35	重庆市	以“纵联横合”医共体建设为载体,构建医防融合新体系 <sup>[47]</sup>	2022

## 1.2 清晰集定性分析比较法

清晰集定性分析比较法(Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis, csQCA)是一种针对中小样本案例的集合理论分析研究方法,它结合了定性与定量分析技术,主要用于分析多个条件变量与结果变量之间的复杂因果关系。<sup>[48]</sup>考虑案例数量、案例特征、影响因素等关键信息,本研究使用二进制编码数据对案例变量进行赋值,采用csQCA方法对医防融合关键影响因素进行组合路径分析。

### 1.2.1 条件变量

条件变量是指可能对研究结果施加影响的要素,这些变量能够通过不同的组合方式,构成多样化的条件组合,进而揭示潜在的因果机制或解释性因素。<sup>[48]</sup>首先,本研究选取在整合服务领域应用较广的彩虹模型(Rainbow Model of Integrated Care, RMIC)作为总体理论框架,它包括体系层面(宏观)、机构和人员层面(中观)、服务层面(微观)以及功能性层面等不同维度<sup>[49-50]</sup>,每个维度均会涵盖丰富的影响因素;其次,基于课题前期产出《我国医防融合评价研

究的范围综述》所提取的医防融合影响因素,同时结合胡美丽<sup>[51]</sup>、袁蓓蓓<sup>[52]</sup>等学者的前期研究成果,本研究最终界定了四个核心条件变量:医疗联合体(以下简称医联体)实施、医防机构职责分工、医防融合激励措施和信息化建设,分别对应了RMIC框架中的体系层面、机构和人员层面以及功能性层面要素。

### 1.2.2 结果变量

从医防融合的内涵来看,其最终目的是通过医疗服务和预防服务的有机结合,实现疾病的早期预防、早期诊断和早期治疗,减少疾病的发生和发展,从而改善居民的健康状况。<sup>[4]</sup>同时,医防融合通过加强疾病预防和健康管理,可以降低疾病的发生率和严重程度,减少医疗资源的消耗,进而降低医疗费用。因此,本研究将“改善健康”和“降低费用”作为医防融合的结果变量。

### 1.2.3 数据赋值及分析

表2展示了条件变量和结果变量的基本信息。主要分析步骤如下:(1)基于案例信息,提取条件变量和结果变量。(2)对变量进行赋值(1和0),构建

纳入案例真值表。(3)对影响医防融合的单变量进行必要性分析,一致性指标是衡量必要性的指标,反映了在所有促成结果显现的案例组合中,该条件变量出现的频率或普遍程度。一般认为,一致性水平大于0.9且覆盖度大于0.5时,说明该变量是结果的必要条件。<sup>[53]</sup>(4)基于条件组态分析探索促进医防

融合实施的要素组合条件,该分析有助于揭示哪些条件变量的协同作用足以驱动结果的产生,从而在理论上深化了对四个条件变量与医防融合结果之间复杂关系的理解。

上述分析主要运用 Excel 2016 和 fsQCA 3.0 软件进行。

表 2 条件变量和结果变量的说明

变量	内涵说明	赋值	频数(赋值为1)
条件变量 医联体实施	卫生体系层面影响因素。医联体将不同级别、不同类型的医疗卫生机构整合在一起,建立机构间的资源共享机制,有助于促进医疗资源与公共卫生资源的整合。	案例中提到医联体对医防融合的促进作用,赋值为1,否为0	25
医防机构职责分工	机构层面影响因素。职责分工明确可以确保医疗卫生机构和公共卫生机构责任明细,促进各机构之间工作的协同性和整体性,也便于对医防机构进行考核和监督。	案例中提到该地区出台医防机构职责清单,赋值为1,否为0	9
医防融合激励措施	人员层面影响因素。与医防融合相关激励措施的制定会有助于医防人员开展相关服务,比如绩效倾斜、职称晋升等。	案例中提到该地区实施激励医防融合服务相关措施,赋值为1,否为0。	4
信息化建设	功能性层面因素。信息化为实现医疗数据与公共卫生数据的互通共享、疾病防控和监测预警提供重要的技术保障;促进医防机构协同工作。	案例中提到信息化建设对医防融合服务的支撑作用,赋值为1,否为0。	26
结果变量 改善健康	医防融合效果指标的反映。	案例中提到居民健康水平改善和费用降低任一结果,赋值为1,否则为0	17
降低费用			

## 2 结果

### 2.1 单变量必要性分析结果

表3显示了医联体实施、医防机构职责分工、医防融合激励措施和信息化建设四个条件变量的必要性结果。结果显示上述四个变量的一致性水平均小于0.9,即他们均不是促进医防融合实施的必要条件,其中一致性水平最高的为信息化建设指标(0.82)。表3也表明促进医防融合的实施往往不是单一要素的作用,需要多种要素组合,因此需要进行医防融合的条件组态分析。

表 3 促进医防融合的必要条件分析

条件	一致性	覆盖率
信息化建设	0.82	0.52
~信息化建设	0.18	0.38
医联体实施	0.76	0.52
~医联体实施	0.24	0.40
医防机构职责分工	0.35	0.67
~医防机构职责分工	0.65	0.31
医防融合激励措施	0.76	0.54
~医防融合激励措施	0.24	0.36

注:~表示逻辑非,即条件不存在。

### 2.2 条件组态的充分性分析

医防融合条件组态的充分性分析如表4所示,基于现有对中小样本的QCA研究<sup>[54-55]</sup>,本文将案例频数阈值确定为1,一致性阈值设定为0.8,最终共形成三条促进医防融合服务的实现路径。

表 4 实现省市县医防融合良好效果的实现路径

影响因素	组态1	组态2	组态3
信息化建设	●	●	⊗
医联体实施		⊗	●
医防机构职责分工	●	⊗	⊗
医防融合激励措施	●	⊗	●
原始覆盖率	0.35	0.12	0.12
唯一覆盖率	0.35	0.12	0.12
一致性	0.86	1.00	1.00
结果覆盖率	0.59		
结果一致性	0.91		

注:●表示核心条件存在,⊗表示核心条件缺席,●表示辅助条件存在,⊗表示辅助条件缺席,“空格”表示该条件可存在亦可缺席。

#### 2.2.1 路径1:医防职责分工、激励、信息化建设并存型路径

该路径显示:当医防机构职责分工与医防融合激励措施两个条件得到满足,且次要条件信息化建设同时存在,该地区的医防融合工作更有可能得到

顺利推进。多个案例提到职责分工明确为医防融合相关激励措施的实施奠定了基础,在职责分工界定的基础上,通过精心设计并实施科学合理的激励机制,可以激发医务人员开展医防融合服务的积极性与创造力,进而促进服务提供。<sup>[13,34,44,46,47]</sup>在这一过程中,信息化工具的应用能够显著提升医疗卫生服务的连续性与协同性。以广东省深圳市案例为例<sup>[13]</sup>,当地政府利用信息流与技术流等先进手段,同时通过实施财政激励措施以及建立独立的岗位管理与绩效考核体系,激励医务人员开展医防融合工作的热情与创新能力。云南省也是该路径的一个典型案例<sup>[44]</sup>,主要做法包括明确医院、疾控机构和基层医疗卫生机构职责分工,搭建“行政—疾控—专病医院”三位一体管理构架;优化激励机制,核定基层医疗卫生机构绩效工资总量并动态调整;同时构建慢性病等报告信息系统,化解信息碎片化难题;在此案例中,激励措施、职责分工和信息化建设三者相互协同促进。

### 2.2.2 路径2:信息化建设主导型路径

该路径显示:在核心要素——信息化建设存在的情况下,即便其余三个条件因素尚未满足,医防融合进程仍可以顺利进行。该路径进一步突显了信息化建设在推动医防融合中的重要作用。作为此路径的典型案例,海南省<sup>[14]</sup>在实践中着重全面推进基层医疗卫生机构的信息化构建,努力实现公立基层医疗卫生机构信息系统全覆盖的目标,有助于基层医疗机构对居民健康信息的统一管理,促进分级诊疗制度的实行。湖北省宜昌市的做法也是路径2的良好体现<sup>[35]</sup>,智慧医疗一体化建设由市政府发挥主导作用,对全市信息资源进行全面整合,大力实施智慧医疗工程,对于提升患者健康管理的质量与效果具有显著意义。

### 2.2.3 路径3:激励导向型路径

该路径显示:在信息化建设和医防机构职责分工未满足的情况下,只要核心条件——医防融合激励措施与医联体实施,能够得以保障,医防融合服务依然能够在案例地区顺利推进。路径3揭示了激励措施和医联体建设对医防融合推进的重要作用。案例分析结果表明,合理激励措施的设计能够激发医联体内部成员单位的积极性与协作意愿,更有可能促使它们围绕医防融合目标紧密合作,从而形成服务、责任、利益与管理的深度整合。此外,医联体的组建也为激励措施的实施提供了理想的平台与载

体,医联体通过整合医防资源、优化服务流程、提升服务质量,为激励措施发挥最大效用创造了有利条件,从而确保了各项改革举措的有效协同与顺利落地。以安徽省铜陵市为例<sup>[33]</sup>,该地区通过建立医保基金结余留存的激励与风险分担机制,鼓励成员机构积极提供预防服务,降低患者住院费用,刺激医联体内医务人员医防融合服务的提供。在江苏省涟水县案例中<sup>[17]</sup>,该地针对所建立的紧密型医共体,将医保基金按月统一拨付至牵头医院并进行统一管理,根据考核结果统一拨付给各成员单位,逐步引导成员单位重视公共卫生服务的提供。

## 3 结论与建议

本研究运用 csQCA 方法,对我国东中西部共 35 个区域性医防融合案例进行影响因素必要性及条件组态分析,发现:医防融合推进过程中受到多维度因素的相互影响。实施医联体、明确医防机构职责分工、设计医防融合激励措施以及推动信息化建设均被证实为影响医防融合效果的关键要素。值得注意的是,这些条件变量并非孤立地发挥作用,而是需要在特定的条件组态下协同作用,才能有效促进医防融合的深入发展。

### 3.1 医防融合政策实施过程中应充分重视并利用组态效应

组态效应的重要性体现在其能深化我们对复杂系统行为及特性的理解,为决策过程与问题解决提供新颖的视角。在我国医联体广泛实施的背景下,信息化建设、医防融合激励措施、医防机构职责分工都是医防融合推进过程中的重要影响因素。卫生政策决策者应从多个维度出发,探索不同要素间的协同组合方式,以期充分利用有限的医疗卫生资源,推动医防融合实践,进而达到改善居民健康水平、控制医疗费用不合理增长的目标。

### 3.2 医防融合实践中应充分发挥信息化建设的技术支撑作用

在医防融合过程中,信息化建设的技术支撑作用对实现不同机构间数据共享、有序就医、监测预警等的重要性不言而喻。定性比较分析结果也显示信息化建设是唯一能够主导一条实施路径的要素(组态2),具有不可替代的作用。在医防融合实践中,应强化数据驱动决策的能力,通过深度数据分析与智能化应用,提升医疗服务和公共卫生服务的协同配

合,确保不同医疗机构及公共卫生机构间信息系统的互联互通,进而促进医疗卫生资源的整合与优化配置。

### 3.3 医防融合实践中应着重加强针对性的激励机制设计

四个关键要素中,医防融合激励措施是其中两条路径的核心要素,表明合理的激励机制设计对推进医防融合的实施发挥重要的作用。目前各案例地区激励机制设计差别较大,如何结合医保制度、绩效考核制度设计针对性的医防融合激励措施是政策设计的重点目标。值得注意的是,激励措施并不能独立主导推动医防融合服务,它需要在医防机构职责分工明确或者实施医联体的协同配合下,才能产生良好的医防融合效果,进一步提示医防融合实践中不同政策效果的协同效应。

## 4 研究局限性和展望

本研究探索应用 csQCA 方法分析我国区域性医防融合推进的实施路径并明确医联体实施、医防机构职责分工、医防融合激励措施和信息化建设四个要素在可行路径中的角色,研究结果进一步丰富了医防融合影响因素的相关证据,为推动医防融合实践提供了较为重要的决策价值。但本研究也存在以下两点局限性:一是纳入案例主要来自于文献数据,这就导致其代表性存在一定的偏倚;未来研究可在本研究的基础上,综合考虑地理位置、经济水平选择更具有代表性的案例进行医防融合实现的组态分析;二是受限于案例数量和案例信息,本研究最终纳入了四个要素进行条件组态分析,未来研究可以进一步具体化四个要素或者纳入 RMIC 框架中宏观、中观、微观不同层面上更多要素,以综合分析这些影响因素对医防融合的作用路径。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

### 参 考 文 献

[1] WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report[R]. Geneva: 2015.

[2] 国家卫生健康委员会. 关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知[EB/OL]. (2018-03-29) [2024-05-27]. <http://www.nhc.gov.cn/cms-search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id=a3dfc6bfa9774c27bdc86b2a0383467d>

[3] 关于做好 2018 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知

[EB/OL]. [2024-05-27]. <http://www.nhc.gov.cn/jws/s3577/201806/acf4058c09d046b09addad8abd395e20.shtml>

[4] 傅卫. 促进医防融合实现平战结合[J]. 中国卫生, 2020(8): 56-57.

[5] 赵雅静, 吴素雄. 福建三明医防融合实践: 局限与对策[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(1): 1-3, 9.

[6] 于梦根, 赵璇, 李惠文, 等. 我国基层医疗卫生机构医护人员对医防整合的认识评价[J]. 中国全科医学, 2021, 24(1): 40-45.

[7] 赵继民, 王文婷, 曹竣琛, 等. 我国医防融合研究前沿与热点问题分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(2): 114-119.

[8] 任星宣, 王雪纯, 裴亚兴, 等. 基于 CiteSpace 的我国医防融合领域研究热点分析[J]. 中国医院, 2023, 27(9): 22-25.

[9] 皇甫慧慧, 白忠良, 王子荆, 等. 医防融合相关概念的内涵与辨析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(3): 154-161.

[10] 胡盟, 肖世宣. 福建三明一体化的医防融合新模式[J]. 中国卫生, 2021(1): 92.

[11] 葛坤全. 深化医防融合完善区域健康管理[J]. 人口与健康, 2020(10): 81.

[12] 李燕文, 黄美娴. 医防融合当好百姓健康“守门人”[N]. 惠州日报, 2024-08-22(007).

[13] 吴小芳, 潘云龙. 创新策略与卫生治理: 医防融合的深圳样本[J]. 华南理工大学学报(社会科学版), 2022, 24(1): 109-117.

[14] 门雯雯. 海南: 5G 赋能基层医防融合瞄准“弯道超车”[N]. 健康报, 2024-07-29(005).

[15] 陈万春, 黄睿, 陈鹏, 等. 卫生体制改革下齐齐哈尔市公共卫生与医疗卫生协同发展研究[J]. 理论观察, 2023(7): 92-96.

[16] 杨国英, 贺璞, 许敏锐, 等. 武进区国家基本公共卫生服务项目实施成效及问题分析[J]. 中国农村卫生, 2023, 15(6): 18-20, 45.

[17] 沈建国, 周树东. 涟水县紧密型医共体建设的创新性实践探索[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(1): 18-21.

[18] 沈洁, 冷新, 陆丽芳, 等. 县域医联体医防融合昆山模式实践[J]. 现代医院管理, 2024, 22(2): 1-4.

[19] 安莹, 张辉剑. 创新服务模式宿迁医防融合守好健康之门[N]. 新华日报, 2024-08-28(015).

[20] 邵小红, 宗平, 凌剑, 等. 南通市医防融合试点的探索[J]. 江苏预防医学, 2023, 34(4): 509-511.

[21] 孙程, 宗平, 凌剑, 等. 南通市医防协同实践探索[J]. 中国初级卫生保健, 2024, 38(1): 14-16.

[22] 叶婷, 黄龙毅, 沈海均, 等. 长三角地区基层社区卫生服务中心推进“医防融合”实际效果调研报告[C]//全国学校共青团研究中心. 大学生社会实践项目研讨会

- 会议报告集. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [23] 周驰, 赖思宏, 张丽, 等. 杭州市县域医共体医防融合运行方式及成效分析[J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(9): 709-712.
- [24] 叶冬仙, 徐春霞, 丁亚君, 等. 北仑区县域医共体推进医防融合的实践与成效[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(5): 372-374.
- [25] 王良友, 郭旻雯, 谢红燕, 等. 台州市县域医共体建设的做法与体会[J]. 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(5): 346-349, 363.
- [26] 李尖. 医防融合, 温州探路先行[N]. 温州日报, 2024-01-10(002).
- [27] 王丽, 张云兰, 翟向明. 滨州市基层医防融合探索与成效分析[J]. 中国公共卫生管理, 2024, 40(2): 297-300.
- [28] 李俊, 江雁, 鲍玥葵, 等. 家庭医生团队医防融合一体化模式实施效果分析[J]. 中国公共卫生管理, 2021, 37(5): 574-578.
- [29] 曾传美. 江西: 建立八大机制创新医防融合[J]. 中国卫生, 2023(11): 95-96.
- [30] 罗礼生. 江西: 深耕基层医防融合试验田和责任地[J]. 中国卫生, 2021(7): 86-87.
- [31] 史湘洲, 魏雨虹, 戴威. 医防融合的蒙城样本[J]. 瞭望, 2023(32): 24-27.
- [32] 李家和, 袁将. 蒙城县: 关注医防融合保障群众健康[J]. 江淮法治, 2023(13): 24.
- [33] 雷桃, 杨金侠. 安徽省铜陵市城市医联体试点改革的探索与实践[J]. 卫生软科学, 2022, 36(5): 8-11.
- [34] 王子荆. 安徽省医防融合实施现状及提升策略研究[D]. 安徽医科大学, 2022.
- [35] 方正超, 赵露, 彭平平. 互联网+医防融合健康管理新模式有效提升基本公共卫生服务质量[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(7): 21-23.
- [36] 张江龙. 抓实医防融合让群众更有“医”靠[J]. 健康中国观察, 2023(3): 64-65.
- [37] 魏晓珂. 郟县打造医共体建设新模式构建医防融合的健康服务体系[J]. 中国乡村医药, 2021, 28(14): 49-50.
- [38] 罗勇. 医防融合赋能高质量发展[J]. 人口与健康, 2024(3): 79-80.
- [39] 张平, 漆楚良, 王晓英, 等. 宣汉: “医防融合”让群众健康有“医靠”[N]. 四川经济日报, 2023-06-15(003).
- [40] 何发斌, 安峥. 安州医防融合探新路群众健康有“医”靠[N]. 绵阳日报, 2024-06-12(006).
- [41] 陈冬林, 邓又春, 袁娇. “小切口”牵动医改大健康[J]. 中国农村卫生, 2022, 14(12): 22-24.
- [42] 李林, 苏飞. 江安县探索“四网联合”新模式推进县域医共体高质量发展[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(4): 21-22.
- [43] 王建国. 拜城县疾病预防控制中心融入县域医共体建设的实践与探讨[J]. 疾病预防控制中心通报, 2023, 38(1): 88-90, 93.
- [44] 杨洋. 云南: 探索医防融合管理新机制[J]. 中国卫生, 2021(7): 90-91.
- [45] 王雪瑶, 罗开富. 云南省云县医共体建设与医防融合相辅相成[J]. 中国卫生, 2021(1): 97-98.
- [46] 李畔. 重庆: 构建医防融合“125”新格局[J]. 中国卫生, 2021(7): 88-89.
- [47] 罗军兴, 张建平, 秦小尧. 以“纵联横合”医共体建设为载体, 构建医防融合新体系: 重庆忠县构建医防五大融合的探索实践[J]. 中国农村卫生, 2022, 14(8): 39-43.
- [48] Rihoux B, Charles C. QCA 设计原理与应用: 超越定性与定量研究的新方法[M]. 机械工业出版社, 2017.
- [49] Valentijn PP, Vrijhoef HJ, Ruwaard D, et al. Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach[J]. BMC Fam Pract. 2015;16: 64.
- [50] 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.
- [51] 胡美丽, 张倩, 申斗, 等. 整合型服务体系构建背景下医防融合实现机制研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(22): 2706-2713.
- [52] 袁蓓蓓, 何平, 徐进, 等. 基层卫生服务医防融合: 概念框架及指标体系构建[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(9): 11-18.
- [53] 杜运周, 贾良定. 组态视角与定性比较分析(QCA): 管理学研究的一条新道路[J]. 管理世界, 2017(6): 155-167.
- [54] 胡融森, 邓世康, 于辰, 等. 健康中国行动成功推进的结构要素及组合路径研究: 基于全国 50 个典型案例的清晰集定性比较分析(csQCA)[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(1): 2-8.
- [55] 龚光雯, 唐昌敏, 郭丹丹, 等. 县域医共体总额预付激励效应的影响因素研究: 基于 24 个案例的清晰集定性比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(7): 10-15.

[收稿日期:2024-10-16 修回日期:2024-11-08]

(编辑 刘博)