

服务连续性与协调性的影响因素结构分析：基于DEMATEL-AISM法

杜炎秋^{1*} 罗永松² 黄葭燕¹

1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

2. 浙江省玉环市卫生健康局 浙江玉环 317600

【摘要】目的:解析整合型医疗卫生服务体系中服务连续性与协调性的关键影响因素及其结构关系,为制定系统性改善策略提供科学依据。方法:以浙江玉环健共体为例,整合决策实验室法(DEMATEL)与对抗解释结构模型(AISM),通过专家问卷与文献分析构建影响因素体系,量化评估17项连续性、14项协调性影响因素的影响度、中心度及层级结构。结果:服务连续性系统中,分工与联动机制(影响度2.516)、支付方式(原因度1.043)为核心驱动因素,构成四级作用网络;协调性系统中,卫生规划(中心度4.452)、医保政策(原因度1.131)为根本致因,形成三阶递阶结构。层级拓扑显示,连续性系统以“制度设计—流程衔接—患者感知”为传导路径,协调性系统依赖“政策牵引—管理协同—技术支撑”联动机制。两类系统均以疾病特征(原因度1.650/1.384)为深层诱因,但服务流程(中心度4.680)与管理层意识(中心度4.754)分别是特性化枢纽节点。结论:服务连续性与协调性改善需实施差异化干预,连续性建设应聚焦支付改革与分工联动机制优化,协调性提升应强化卫生规划引领与医保政策协同。

【关键词】服务连续性;服务协调性;影响因素;DEMATEL;AISM

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.05.002

Structural analysis of influencing factors for continuity of care and care coordination: A DEMATEL-AISM approach

DU Yan-qiu¹, LUO Yong-song², HUANG Jia-yan¹

1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

2. Yuhuan Health Bureau, Yuhuan Zhejiang 317600, China

【Abstract】 Objective: To identify key influencing factors and their structural relationships for continuity of care and care coordination in integrated healthcare systems, providing evidence for systemic improvement strategies. Methods: Taking the Yuhuan Health Consortium in Zhejiang Province as an example, this study integrated the Decision-Making Trial and Evaluation Laboratory (DEMATEL) and Adversarial Interpretive Structure Modeling (AISM). An expert questionnaire and literature review were used to construct a factor system, quantifying the influence degree, centrality, and hierarchical structure of 17 continuity and 14 coordination factors. Results: In the system of continuity of care, division-of-labor and linkage mechanisms (influence degree: 2.516) and payment methods (causal degree: 1.043) were identified as core drivers, forming a four-level interaction network. For care coordination, health planning (centrality: 4.452) and health insurance policies (causal degree: 1.131) emerged as root causes, establishing a three-tier hierarchical structure. Topological analysis revealed that continuity relies on the "institutional design-process articulation-patient perception" pathway, while coordination depends on the "policy traction-management synergy-technical support" linkage mechanism. Both systems shared disease characteristics (causal degree: 1.650/1.384) as underlying drivers, yet service processes (centrality: 4.680) and managerial awareness (centrality: 4.754) served as unique hub nodes. Conclusion: Differentiated interventions are required: continuity improvement should prioritize payment reform and division-of-labor mechanisms, while coordination enhancement necessitates strengthened health planning and policy synergy.

【Key words】 Continuity of care; Care coordination; Influencing factors; DEMATEL; AISM

作者简介:杜炎秋(1991年—),男,博士研究生,主要研究方向为卫生政策评估。E-mail:yqdu11@fudan.edu.cn

通讯作者:黄葭燕。E-mail:jiayanhuang@fudan.edu.cn

服务连续性与协调性是世界卫生组织在服务整合的实施框架中着重强调的服务特性。其中,服务连续性(continuity of care)指患者在不同时间、不同机构或不同服务提供者之间获得无缝衔接的医疗服务,强调以患者为中心的时间序列衔接与信息传递完整性(如转诊流程、健康档案共享等);服务协调性(care coordination)则指供方(如医疗机构、医务人员)通过制度设计、管理协同和技术支持等手段,确保跨部门、跨层级的服务资源整合与高效运作,侧重于服务供给端的组织协同机制。^[1-3]二者分属患者体验与系统管理的不同维度,共同构成整合型服务体系的核心特性。^[4]当前,我国整合型医疗卫生服务体系建设也从系统整合、机构整合的层面深入到了服务整合。^[5-6]因此,提升服务连续性与协调性也是各个县域医共体面临的难题。科学识别影响这两项核心特性的关键因素及其作用机制,是制定层次分明、靶向精准改善策略的重要前提。

既往对影响因素的研究多局限于单一维度的归因分析,存在一定的局限性。^[7-8]采用线性回归等传统统计方法虽能识别单因素关联强度,但难以揭示复杂系统中多因素间的非线性交互作用、层级传递路径以及影响因素之间的多向结构关系。这类分析方法的局限性阻碍了政策研究中对于“哪些是根源性影响因素”,“因素间如何通过促进或抑制关系形成动态网络”等关键问题的解答,进而制约了整合型服务体系建设中系统性解决方案的制定。

针对以上局限性,本研究整合决策与实验室法(Decision-making trial and evaluation laboratory, DEMATEL)与对抗解释结构模型(Adversarial interpretives structure modeling method, AISM)方法,构建复合分析框架。其中,DEMATEL方法通过专家问卷数据量化因素间直接影响关系,能够精准筛选出具有高中心度与原因度的关键根本因素,解决传统方法对复杂因果关系解析能力不足的问题;AISM则基于“促进—抑制”双向作用逻辑构建多层次对抗拓扑结构,突破传统解释结构模型仅刻画单向关联的局限,清晰呈现影响因素在不同层级上的互动机制。二者的有机结合,既有助于实现关键因素的科学甄别,又有利于揭示因素间动态作用的复杂网络,为解析医共体服务整合的核心障碍提供了新的方法路径。本研究期望通过引入新方法到卫生政策研究领域,为县域医共体的深度服务整合,提供理论工具与决策参考。

1 研究方法

1.1 研究样本

浙江省玉环市于2018年开始探索“预防+治疗+康复”三位一体的健康共同体(以下简称“健共体”)模式,并获国家医共体考核最高等次“A++”。目前,玉环健共体已经进入“全周期健康管理”的深度服务整合中。玉环健共体兼具服务改革深度、经验积累广度与实践成效性,是解析服务连续性与协调性影响因素的理想样本之一。

1.2 影响因素列表构建与矩阵评分

影响因素列表的构建主要通过文献检索以及专家咨询。服务连续性的文献检索中文主题为“卫生服务”“连续性”“影响因素”,英文检索主题为“Continuity of Care”“Influence”“Factor”。分别检索知网、万方、Web of Science 和 PubMed,去重后,连续性和协调性主题下各有中文文献178篇、44篇,英文文献587篇、393篇进入人工阅读标题与摘要环节。确定文献符合研究主题后,采集影响因素,并按照名称和内涵相似度合并,汇总成初始的影响因素列表。随后邀请县域卫生系统内的高级管理人员参与两轮专家咨询以修订影响因素列表。第一、二轮专家咨询采用一对一线下会议的形式开展,共有卫生健康局专家2位,医共体牵头医院专家2位,以及中医院、妇幼保健院、规模最大的两家卫生院专家各1位,共计8人。第三轮专家咨询主要对影响因素相互之间的影响程度进行评分。评分矩阵中的单元格需根据对应行标题所指影响因素对列标题影响因素的影响程度进行评分,0~4分分别表示行标题因素对列标题因素没有影响、影响较弱、影响中度、影响较强、影响极强。^[9]第三轮专家咨询的矩阵评分表邀请全市所有医共体组成单位的高级管理人员参与(应完成17人次评分),最终有14名专家完成(完成率82.35%)。

第三轮专家咨询所有矩阵评分的kendall系数为0.82($P < 0.01$),表明评分具有较好的一致性。

1.3 决策与实验室方法(DEMATEL)

DEMATEL方法基于影响因素的矩阵评分表,采用均值法,构建直接影响评分矩阵A。根据A的行合计或列合计的最大值,采用最值归一法,计算规范影响矩阵B,进而计算综合影响矩阵C,计算公式为:

$$C = B \times (O - B)^{-1}$$

其中,O是单位矩阵,即对角线数值全部为1,其

他数值为0的矩阵, $(O-B)^{-1}$ 是 $(O-B)$ 的逆矩阵。^[10]影响度(GI)、被影响度(RI)的计算均基于综合影响矩阵。影响度的计算公式为:

$$GI_i = \sum_{j=1}^n V_{ij}, (i = 1, 2, 3, \dots, n)$$

其中, i 对应综合影响矩阵中的行数, j 对应列数, V_{ij} 表示第 i 行第 j 列的数值。第 i 行对应影响因素的 GI 值等于综合影响矩阵中第 i 行所有数值的和, GI 值高意味着该影响因素对其他影响因素有着较强的驱动作用。

被影响度 RI 的计算公式为:

$$RI_i = \sum_{j=1}^n V_{ji}, (i = 1, 2, 3, \dots, n)$$

其中, i, j 含义同前, V_{ji} 表示矩阵中第 j 列第 i 行的数值。因此, 第 i 行对影响因素的被影响度 RI 等于综合影响矩阵中第 i 列所有数值的和。被影响度高的因素比较容易受到系统内其他因素变化的干扰。^[11]中心度是影响度与被影响度之和, 中心度高的因素是系统中的关键因素, 既对其他因素有较大的影响, 同时也容易受到其他因素的影响。原因度是影响度与被影响度之差, 原因度大于0时, 该因素为原因要素, 说明它对系统内其他影响因素的影响程度大于其自身受到的影响程度; 原因度小于0时, 该影响因素为结果要素。^[12, 13]

1.4 对抗解释结构模型(AISM)

AISM分析起始于DEMATEL分析过程中的综合

影响矩阵 C , 首先计算矩阵中所有数值的均数与标准差, 以两者之和作为阈值, 通过该阈值将综合影响矩阵转换成关系矩阵 D , 进而计算相乘矩阵 E , 计算公式为 $E=D+O$, O 为单位矩阵。对 E 进行连续相乘, 当第一次出现 E 的 $n+1$ 次方等 E 的 n 次方时, 得出可达矩阵 F , 计算公式为:

$$F = E^{n+1} = E^n \neq E^{n-1}$$

其中, n 为大于等于2的整数。将 F 中的回路(数值1构成的环形路线)看成点, 进行缩点运算以及再展开收缩运算, 可得到一般性骨架矩阵 G 。根据可达矩阵 F 抽取可达集与先行集, 进而判断UP型和DOWN型层级图中影响因素的层级划分, 再结合层级划分与一般性骨架矩阵 G , 可以绘制UP型和DOWN型层级拓扑图。^[14]通过两类层级拓扑图的比较可识别出复杂要素系统中的固定要素、活动要素与孤立要素, 进而区分根本致因(位于最底层的要素)、过渡致因与临近致因(位于最高层的要素)。

2 研究结果

2.1 连续性、协调性的影响因素

从纳入文献中采集到的服务连续性的影响因素共20个, 专家咨询修订后列表划分为5个维度、17个影响因素(表1)。采集到的服务协调性的影响因素共17个, 专家修订后列表划分为4个维度、14个影响因素(表2)。

表1 服务连续性影响因素列表

维度	编号	影响因素	影响因素内涵
患者特征	A1	疾病特征	患者个体所患疾病的严重性、复杂性; 疾病本身对医疗服务的专业性、私密性、连续性要求。
	A2	医疗服务中的需方特征	患者作为需方在医疗服务中表现出的特征, 包括医疗保险类别、对疾病的认知以及健康偏好。
	A3	患者的社会经济学特征	年龄、性别、受教育情况、婚姻状况、社会经济地位等。
机构特征	A4	下级机构承接能力	下级机构的人才、技术、设备和仪器、药品报销比例、医保结算方式、财政投入等方面是否与服务连续性的要求相匹配。
	A5	上级医院下转意愿	上级医院从业务收入、医务人员下沉基层工作意愿、医生个人薪资福利分配、医疗风险分担方面是否形成了主动提升(机构间)服务连续性的意愿。
医患关系	A6	医疗机构特征	机构级别、机构规模、医疗设备状况
	A7	服务流程	健康管理、分级诊疗、上下转诊、家属参与等不同的服务流程中对医患互动与维持合理连续性的机制设计。
管理机制	A8	医疗服务中的供方特征	医生认知以及代理人机制是否完全以患者健康为中心。
	A9	患者满意度	患者对于医疗机构服务能力、药械(设备)配备、医保报销比例、医患沟通、转诊程序等方面的满意度。
	A10	信息传递机制	部门间、上下级机构间的沟通机制与信息连续性。
	A11	分工与联动机制	部门间、上下级机构间的合作关系、联动机制、分工协作效率。
连续性环境	A12	利益分配机制	部门间、上下级机构间的利益分配机制, 针对促进服务连续性的医生个体、部门或机构的激励机制。
	A13	连续性评估机制	统一、标准化的患者需求与服务连续性评估工具、平台与监管体系。
	A14	服务可及性	方便的就诊地点、高效的预约系统、工作时间之外的医疗照护服务和易于获得健康指导。
	A15	服务稳定性	通过政策支持、资助帮扶等, 以使全科医生与其服务的社区、患者个体及其家庭之间的关系更加稳定。
	A16	医疗信息平台	开放、整合的医疗信息平台
	A17	支付方式	以健康为导向的支付方式

表 2 服务协调性影响因素列表

维度	编号	影响因素	影响因素内涵
患者与家属因素	B1	患者认知	患者对于卫生系统复杂性与服务协调性的认知。
	B2	疾病特征	疾病本身的复杂性以及对多学科医疗团队的需求,对社会支持、家庭支持的需求,进而影响卫生服务协调性。
	B3	患者偏好	患者对于卫生服务、协调方式的偏好。
	B4	家属参与	家属与照护者参与协调活动的程度。
医务人员因素	B5	医务人员认知	医生、护士、医技对服务协调性概念的认可程度。
	B6	协调员制度	固定的协调员岗位,负责机构内多学科协调和跨机构的协调。
	B7	管理层意识	机构管理层意识到服务协调性的成效与重要性。
	B8	分工与联动机制	分工与联动机制中尽可能将协调活动规范化、制度化。
	B9	激励机制	针对医护或协调员推进服务协调性的绩效等激励机制。
	B10	监督考核机制	建立监督与考核协调活动的机制。
	B11	信息技术支持	为规范化的协调制度以及相应的监督考核制度建立配套的电子信息平台。
环境因素	B12	区域规划倡导	国家、省级、县级层面的卫生规划包含服务协调性理念。
	B13	政府部门支持	卫生健康行政部门以外的政府部门支持,包括财政、医保、编办、人社、教育等。
	B14	医保政策	支付方式、支付改革、医保政策的持续性与广泛性。

2.2 连续性、协调性的高影响度要素

服务连续性的影响因素中,以影响度排序,最高的三个依次是 A11 分工与联动机制、A7 服务流程和 A17 支付方式(表 3)。以被影响度排序,最高的三个影响因素依次是 A9 患者满意度、A5 上级医院下转意愿、A7 服务流程。中心度最高的影响因素是 A7 服务流程,原因度最高的是 A1 疾病特征。

服务协调性的影响因素中,以影响度排序,最高的三个依次是 B12 卫生规划、B14 医保政策、B7 管理层意识(表 4)。被影响度排序中,最高的三个依次是 B7 管理层意识、B6 协调员制度、B5 医务人员认知。中心度最高的三个影响因素依次是 B7 管理层意识、B12 卫生规划、B8 分工与联动机制。原因度最高的影响因素是 B2 疾病特征。

2.3 连续性、协调性的共同根本致因

连续性、协调性的影响因素系统均是可拓变的的活动系统(图 1、图 2)。从层级分析,A1 疾病特征、A6 医疗机构特征、A17 支付方式属于连续性影响因素系统中的根本致因,A9 患者满意度属于临近致因。活动要素与孤立要素不可识别为根本或临近致因。A4、A5、A7、A10、A11 和 A12 形成了影响因素的回路,表明这些因素处在相同的层级上且相互之间存在影响与被影响的关系。而这一回路中又以中心度最高的要素为干预政策需优先考量的要素。

同理,协调性的影响因素系统中,B2 疾病特征属于根本致因,B6 协调员制度、B11 信息技术支持属于临近致因。B5、B7 至 B9、B10、B12 至 B14 相互之间存在强联系且位于同一层级,形成了相互影响

表 3 服务连续性影响因素的 DEMATEL 分析结果指标

编号	影响因素	影响度 GI	GI 值排序	被影响度 RI	RI 值排序	中心度 C	C 值排序	原因度 R	R 值排序	因素属性
A1	疾病特征	1.717	7	0.333	15	2.050	13	1.384	1	原因因素
A2	医疗服务中的需方特征	0.666	16	0.445	14	1.111	17	0.221	8	原因因素
A3	患者的社会学特征	1.047	13	0.223	17	1.270	16	0.824	4	原因因素
A4	下级机构承接能力	1.915	5	1.992	7	3.907	3	-0.077	10	结果因素
A5	上级医院下转意愿	1.447	9	2.362	2	3.808	4	-0.915	15	结果因素
A6	医疗机构特征	1.570	8	0.310	16	1.880	15	1.260	2	原因因素
A7	服务流程	2.392	2	2.287	3	4.680	1	0.105	9	原因因素
A8	医疗服务中的供方特征	1.152	12	1.410	10	2.562	12	-0.257	11	结果因素
A9	患者满意度	0.526	17	2.466	1	2.993	10	-1.940	17	结果因素
A10	信息传递机制	1.803	6	1.113	13	2.916	11	0.690	5	原因因素
A11	分工与联动机制	2.516	1	2.063	6	4.580	2	0.453	7	原因因素
A12	利益分配机制	2.114	4	1.570	9	3.684	5	0.544	6	原因因素
A13	连续性评估机制	0.763	15	1.275	11	2.038	14	-0.512	12	结果因素
A14	服务可及性	0.921	14	2.234	5	3.155	8	-1.313	16	结果因素
A15	服务稳定性	1.406	10	2.249	4	3.655	6	-0.843	14	结果因素
A16	医疗信息平台	1.180	11	1.847	8	3.027	9	-0.667	13	结果因素
A17	支付方式	2.307	3	1.264	12	3.571	7	1.043	3	原因因素

表4 服务协调性影响因素的DEMATEL分析结果指标

编号	影响因素	影响度GI	GI值排序	被影响度RI	RI值排序	中心度C	C值排序	原因度R	R值排序	因素属性
B1	患者认知	0.786	12	0.453	13	1.239	14	0.332	4	原因因素
B2	疾病特征	1.964	5	0.314	14	2.279	10	1.650	1	原因因素
B3	患者偏好	0.923	10	0.741	12	1.664	12	0.181	6	原因因素
B4	家属参与	0.500	14	0.933	11	1.433	13	-0.433	11	结果因素
B5	医务人员认知	1.532	7	2.104	3	3.636	4	-0.572	12	结果因素
B6	协调员制度	0.580	13	2.406	2	2.986	9	-1.827	14	结果因素
B7	管理层意识	2.274	3	2.480	1	4.754	1	-0.206	8	结果因素
B8	分工与联动机制	2.247	4	2.026	5	4.274	3	0.221	5	原因因素
B9	激励机制	1.496	8	2.074	4	3.569	5	-0.578	13	结果因素
B10	监督考核机制	1.394	9	1.788	7	3.181	8	-0.394	10	结果因素
B11	信息技术支持	0.904	11	1.271	9	2.174	11	-0.367	9	结果因素
B12	卫生规划	2.601	1	1.851	6	4.452	2	0.750	3	原因因素
B13	跨部门支持	1.677	6	1.567	8	3.244	7	0.110	7	原因因素
B14	医保政策	2.287	2	1.156	10	3.444	6	1.131	2	原因因素

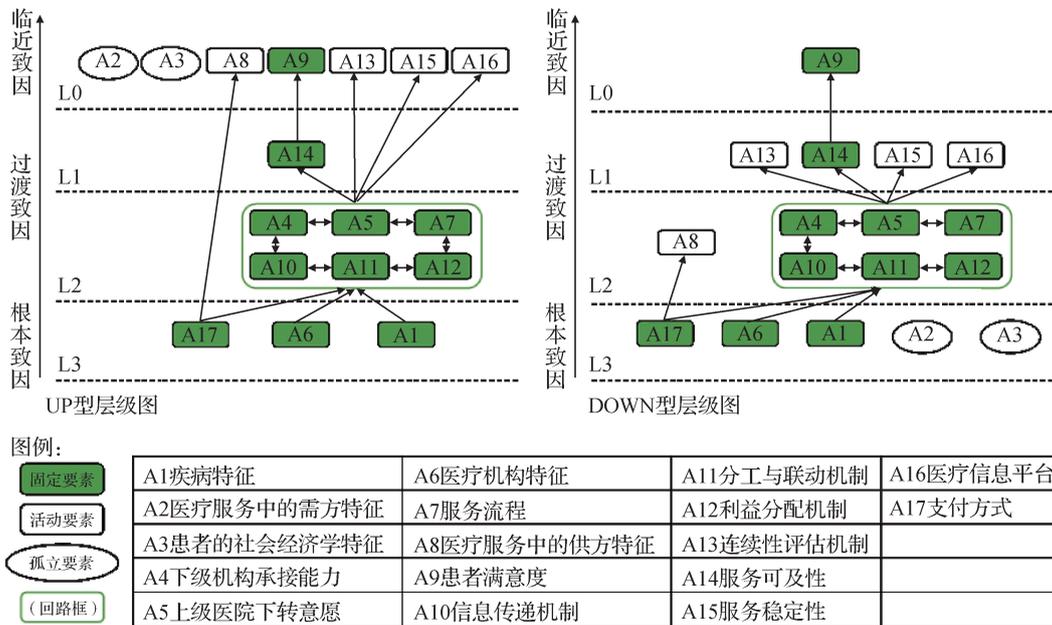


图1 服务连续性影响因素的UP型与DOWN型层级拓扑图

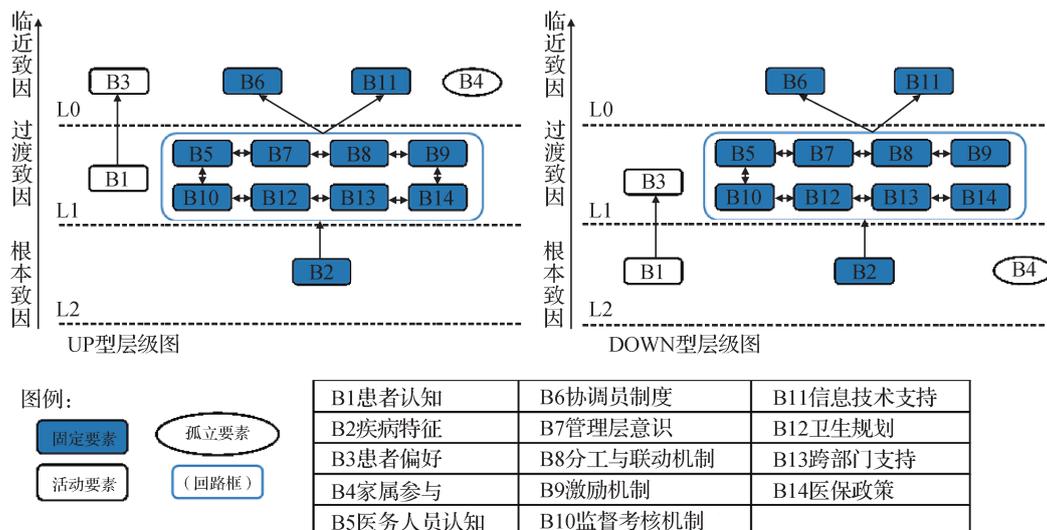


图2 服务协调性影响因素的UP型与DOWN型层级拓扑图

的回路。这一回路再对临近致因的 B6 与 B11 产生影响。

3 讨论

3.1 影响因素构成的要素系统具有结构复杂性

卫生服务连续性、协调性的影响因素具有多元性与复杂性,既体现在数量维度的多源性,更表现为跨维度作用的网络性。^[15-17]更为关键的是影响因素之间是存在相互影响的。基于对有向的、两两影响程度的测量,DEMATEL 从影响度、被影响度、中心度、原因度的评价角度,对影响因素给予了其在系统中的性质定位;AISM 则展现了影响因素的层次与结构。本研究揭示了卫生服务领域的影响因素系统同工程学等领域一样^[14, 18],具有结构复杂性。

3.2 影响因素的结构层次具有政策价值

基于 DEMATEL 量化分析结果,影响度指标为干预策略的优先级制定提供了关键依据。在服务连续性影响因素中,分工与联动机制、服务流程、支付方式的影响度居前三位,表明这些因素对系统运行具有强辐射效应,应作为提升服务连续性的核心干预靶点。然而,服务流程的被影响度亦位列第三,提示其在受其它因素制约的同时可能放大干预效果,也可能降低干预效果。因此需在政策设计中平衡其驱动性与脆弱性特征。既要注重构建连续、符合患者需求的服务流程,又要监控与服务流程处于同一个回路中的、容易相互干扰的影响因素,如下级机构的承接能力,上级机构的下转意愿等。

中心度指标则凸显了系统中介要素的关键作用。高中心度因素(如服务连续性系统中的服务流程、分工与联动机制、下级机构承接能力,协调性系统中的管理层意识、卫生规划、分工与联动机制)作为网络枢纽,其功能状态直接影响政策传导效率。这意味着在制定区域性卫生服务优化政策时,需优先评估对高中心度影响因素的联动效应,避免单一措施引发的系统适配性风险。

原因度分析进一步识别出系统根本致因。尽管疾病特征在两个系统中均表现为最高原因度,但考虑到其政策干预的局限性,实践中应聚焦于具有可操作性的高原因度因素:如连续性系统中的医疗机构服务能力、支付方式,协调性系统中的医保政策、卫生规划等。此类因素既具备深层驱动作用,又可通过制度设计与资源配置实现针对性改善,符合卫

生政策干预的成本—效果原则。

3.3 连续性与协调性影响因素系统存在异同

从共性特征看,疾病特征作为根本致因的识别,凸显了以患者健康需求为核心的服务整合逻辑,提示服务设计需始终围绕疾病诊疗的连续性与协调性需求展开。支付方式与医保政策的高原因度属性,反映出当前我国的医共体对经济性调控工具的敏感性,印证了通过价格机制引导资源合理配置的政策实践价值。而评估考核机制的低影响力定位,则警示单纯依赖制度性约束难以有效提升服务整合质量,需强化激励机制与管理协同的配套设计。患者维度的孤立要素(除疾病特征外),表明个体非疾病因素对系统整体运行的直接作用有限,政策干预可聚焦于医疗机构与系统层面的结构性改革。

差异性分析揭示了两项服务特性的本质区别:连续性系统中服务流程的核心枢纽地位,与协调性系统中管理层意识的关键中介作用,分别对应了“服务过程优化”与“组织协同治理”的不同逻辑。前者强调服务链条的时空衔接,后者依赖管理主体的战略共识与资源调配能力。此外,支付方式(连续性系统)与医保政策(协调性系统)的定位差异,体现了同一政策工具在不同服务特性中的作用路径分化:支付方式作为直接影响服务提供方行为的经济杠杆,对全周期服务的流程设计具有刚性约束;而医保政策在协调性系统中更多表现为多方利益协调的联动机制,需与其它管理要素形成协同效应。

3.4 实例背景与研究方法的适配性

本研究为卫生管理领域的复杂系统分析引入了新方法,但在其推广应用的过程中需注意研究背景与研究方法的适配性。本研究在案例地区的政策环境、改革进程与管理视角下应用 DEMATEL-AISM 的研究方法,得出的结果仅适用于指导案例地区的干预策略。主要原因是:首先,对于不同背景的卫生系统而言,服务连续性、协调性的影响因素结构是不同的。比如在欧美发达国家的卫生服务体系中,家属参与对诸多因素具有重要影响。^[19-20]而本研究的影响因素层级结构中家属参与是协调性系统中的孤立要素。其次,以卫生管理人员视角评价的影响因素矩阵评分,与医务人员视角或者患者及家属视角是完全不同的。因此,其它地区借鉴本研究方法时,需立足本地卫生系统特征构建影响因素集,并确保评价视角与决策目标的一致性,避免机械套用研究结论。

通过科学严谨地贯彻研究方法得到符合本地宏观环境的分析结果,更加精细化地实施卫生管理政策。

作者贡献:杜炎秋负责研究实施、数据分析、撰写论文;罗永松负责构建研究框架、协调研究资源;黄葭燕负责指导研究设计、审阅数据与文稿。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] KERN L M. Care fragmentation, care continuity, and care coordination: How they differ and why it matters[J]. *JAMA Internal Medicine*, 2024, 184(3): 236-237.
- [2] HEMPEL S, GANZ D, ALUJA S, et al. Care coordination across healthcare systems: development of a research agenda, implications for practice, and recommendations for policy based on a modified Delphi panel[J]. *BMJ Open*, 2023, 13(5): e60232.
- [3] KHATRI R, ENDALAMAW A, ERKU D, et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review [J]. *BMC Health Services Research*, 2023, 23(1): 750.
- [4] WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [EB/OL]. [2025-03-15]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
- [5] 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.
- [6] 王书平, 黄二丹. 面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系的核心及关键点[J]. *卫生经济研究*, 2023, 40(7): 5-8.
- [7] 吴韶嫣, 戴悦, 李跃平. 三明市农村糖尿病患者医疗服务人际连续性特征及其影响因素分析[J]. *中国公共卫生*, 2022, 38(1): 99-104.
- [8] 周柳香, 林艳伟, 刘瑞明, 等. 东莞市家庭医生签约居民的初级卫生服务连续性及其影响因素研究[J]. *中国社会医学杂志*, 2023, 40(5): 600-604.
- [9] 李雨晨. 医联体内医疗信息共享现状及影响因素研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2020.
- [10] SHU S, ZHU J, SHI W, et al. Identifying key mental health and improvement factors in hospital administrators working from home using a DEMATEL-based network analysis model [J]. *Front Public Health*, 2024 (12): 1287911.
- [11] 尚钊, 郑怡萍, 薛冬羽, 等. 紧密型县域医疗卫生共同体监管的影响因素与重点内容研究[J]. *中华医院管理杂志*, 2024, 40(2): 79-85.
- [12] VISHNU C R, SRIDHARAN R, RAM KUMAR P N, et al. Analysis of the operational risk factors in public hospitals in an Indian state [J]. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2019, 33(1): 67-88.
- [13] YANG J, LUO B, ZHAO C, et al. Artificial intelligence healthcare service resources adoption by medical institutions based on TOE framework [J]. *DIGITAL HEALTH*, 2022(8): 2012836932
- [14] 何晓川, 李英攀, 彭波, 等. 基于DEMATEL-AISM的建筑业数字化转型影响因素研究[J]. *工程管理学报*, 2022, 36(2): 18-22.
- [15] 胡雅洁, 谢海雁, 张英楠. 连续性医疗服务的概念、测度及影响因素文献综述[J]. *中华健康管理学杂志*, 2024, 18(2): 151-155.
- [16] 柳松艺, 孟文奇, 彭海波, 等. 签约居民对家庭医生签约服务连续性的评价及其影响因素研究[J]. *中国全科医学*, 2022, 25(34): 4312-4317.
- [17] 曾慧敏. 公共卫生服务供给质量的影响因素研究[D] 扬州: 扬州大学, 2021.
- [18] 魏宏亮, 牛昌林, 刘福江, 等. 基于DEMATEL-AISM法的装配式建筑预制构件成本影响因素分析[J]. *建筑经济*, 2021, 42(10): 83-88.
- [19] PARK M, GIAP T, LEE M, et al. Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews [J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2018 (87): 69-83.
- [20] KOKORELIAS K M, GIGNAC M A M, NAGLIE G, et al. Towards a universal model of family centered care: a scoping review [J]. *BMC Health Services Research*, 2019, 19(1): 569.

[收稿日期:2025-04-14 修回日期:2025-05-08]

(编辑 刘博)