

农村地区慢病连续性服务供需差异分析与均衡策略研究

贺睿博^{1*} 张 亮² 李 忠³

1. 湖北经济学院财政与公共管理学院 湖北武汉 430205

2. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

3. 南京医科大学医政学院 江苏南京 211166

【摘 要】目的:分析农村地区慢病连续性服务供需偏好分布与差异特征,识别要素属性和优先级,从均衡发展视角为连续性服务提出优化策略。方法:基于 KANO 模型,设计包含 3 个核心维度、21 项功能要素的连续性服务调查问卷,于 2024 年 6—12 月在中部地区 6 个县域进行供需双方问卷调查;采用 Mann-Whitney U 检验分析供需偏好差异和差异度,构建波士顿矩阵识别分布特征与共性,计算 Better-Worse 系数与敏感度系数分析功能要素的属性及优先级。结果:供需存在显著的失衡问题,需求属性匹配率不足 50%,双方对连续性服务的认知均存在局限性,需方表现更为显著,高维属性占比仅为 23.34%,且未意识到信息连续与供方协作的价值。结论:供需差异在服务理念滞后、体制机制改革传导不充分、基层功能未充分发挥综合影响下产生,应从内化供方行为、增强需方意向、激发基层功能三方面予以优化。

【关键词】农村地区;慢性病;连续性服务;供需差异;均衡策略

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.09.001

Study on supply-demand differences analysis and equilibrium strategies for chronic diseases continuity services in rural areas

HE Rui-bo¹, ZHANG Liang², LI Zhong³

1. School of Finance and Public Administration, Hubei University of Economics, Wuhan Hubei 430205, China

2. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

3. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing Jiangsu 211166, China

【Abstract】 Objective: To analyze the distribution and differential characteristics of supply and demand preferences for chronic disease continuity services in rural areas, and propose optimization strategies for such continuity services from the perspective of balanced development. Methods: Based on the KANO model, a questionnaire on continuity services was designed, covering 21 functional elements across 3 core dimensions. The survey was conducted in 6 counties in central China from June to December 2024. The Mann-Whitney U test was used to analyze the differences and degrees of discrepancy in supply and demand preferences; a Boston Matrix was constructed to identify distribution characteristics and commonalities; and the Better-Worse coefficient and sensitivity coefficient were calculated to analyze the attributes and priority of the functional elements. Results: There was a significant imbalance between supply and demand, with the matching rate of demand attributes being less than 50%. Both parties had limitations in their understanding of continuity services, which were more pronounced on the demand side. The proportion of high-dimensional attributes was only 23.34%, and the demand side was unaware of the value of information continuity and collaboration with the supply side. Conclusions: The supply-demand

* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72104073);湖北省教育厅青年项目(Q20232201);教育部人文社会科学研究青年基金项目(23YJCZH114)

作者简介:贺睿博(1988年—),男,副教授,主要研究方向为基层卫生与健康整合。E-mail:heruibo@hbue.edu.cn

通讯作者:李忠。E-mail:lizhongjs@gmail.com

differences stem from the combined effects of backward service concepts, insufficient transmission of institutional and mechanism reforms, and underutilization of primary-level functions. Optimization should be implemented in three aspects: internalizing the behaviors of the supply side, enhancing the intention of the demand side, and activating primary-level functions.

【Key words】 Rural areas; Chronic diseases; Continuity services; Supply-demand differences; Equilibrium strategies

1 研究背景

2025年《医疗卫生强基工程实施方案》指出“让群众获得公平可及、系统连续、优质高效的医疗卫生服务”,对连续性医疗卫生服务(简称“连续性服务”)提出了新的要求。作为慢性非传染性疾病防治的关键评价指标之一,连续性服务研究重点从最初强调医患紧密度而维持稳定的服务关系,拓展至供方主体间协作,边界也从诊疗向预防、康复等全生命周期服务延伸。目前,学界对连续性服务属性的认知趋于一致,主要包括需方卫生健康数据在供方间传递与共享的信息连续,能够及时响应患者需求与需求变化的管理连续,不同主体在了解、互动、合作基础上形成稳定服务关系的连续三个维度。^[1-2]由于连续性服务在改善医患关系、降低医疗费用、提高服务效率等方面的积极效果^[3-5],其已成为不同国家或地区完善医疗卫生服务体系的主要方向之一。

我国居民慢病患者率逐年上升,且农村增速远高于城市地区。^[6]然而,农村地区医疗卫生服务体系割裂、协同缺失,服务不连续等问题显著,难以充分应对严峻的慢病防治形势。张研等学者提出县级医院医生提供连续性服务的损失大于收益,其行为主动性较低^[7];韩相如等通过对农村慢病患者连续性服务利用调查,证实了医患关系不紧密的现状^[8]。相应的实施策略集中于服务过程和服务动力两个维度,如制定整合型临床路径、多学科综合诊疗、以高危筛查为接口的医防融合^[9-11],以及配套医保支付方式改革、额外成本合理补偿、纳入机构绩效考核、信息互联互通等^[12-14]。可以看出,农村地区慢病连续性服务的相关研究多局限于供方单一主体,虽在以人为本理念引导下,逐步关注患者体验与参与,但仍缺乏供需双方的整体考量。双方非协同、不均衡式的改革会严重抵消单方面的优化效用,存在供方协作倾向弱、需方下转意愿低、服务融合程度差等挑战,连续性服务尚未取得实质性突破。因此,本研究聚焦连

续性服务的基本内涵与本质属性,借鉴KANO模型剖析供需差异及成因,进而提出兼顾供需偏好的发展策略。

2 资料与方法

2.1 数据来源

基于连续性服务的内涵与维度划分,借鉴UIJEN、LETELIER、HAGGERTY、韦倩晨等国内外学者所设计的调查工具与评价指标^[15-18],结合我国农村地区实际情况,以医疗卫生机构为单位,从进入机构前、机构诊疗中、机构间转诊、离开机构后四个阶段,梳理并提炼出适宜供需双方的连续性服务的功能要素,参考KANO模型所要求的题项设置方式,制定农村地区慢病连续性服务需求偏好调查问卷。其中,信息连续包括接诊医生了解患者家庭特征、工作特征、经济状况等基本信息,接诊医生知晓疾病史与掌握既往诊疗情况,以及发生转诊时信息及时传递、信息存储平台与诊疗信息查阅6个问题;管理连续包括诊疗结果与生活方式等事项告知、医患互动与共同决策、转诊与康复过程中供方责任的明确、供方主体间共同诊疗方案7个问题;关系连续包括基层首诊、供方沟通方式、医患服务关系与供方合作关系维持等8个问题,共计21个问题条目。

鉴于高血压患病率高、疾病经济负担重、控制率低等特征,选择其作为慢病的代表病种。首先,综合常住人口数量、医疗资源配置、人均GDP、距省会城市距离4个因素对中部地区河南省与湖北省的县域进行方便抽样,每省分别确定三个县作为样本地区。其次,在各个县域,选择县人民医院、县中医院以及服务能力高中低各3所乡镇卫生院,于2024年6月—12月,对医疗机构内科、全科、中医、慢病等科室就诊患者进行整群抽样调查,纳入标准为经临床确诊的高血压患者,且在30天内有在不同医疗机构就诊的经历;同时对慢病公共卫生和医疗服务相关科室医务人员进行电子问卷调查。供方层面共收集1 627份

问卷,根据答题时间、答题完整度进行筛选,获得有效问卷 1 449 份,有效率 89.06%,问卷 Cronbach's α 为 0.840,KMO 值为 0.941,Bartlett 球形度检验 $P<0.001$;需方层面共收集 571 份问卷,根据调研对象配合与理解度、答题完整与重复度进行筛选,最终获得 508 份有效问卷,有效率 88.97%,问卷 Cronbach's α 为 0.734,KMO 值为 0.751,Bartlett 球形度检验 $P<0.001$ 。

2.2 分析方法

日本质量管理学者 Noriaki Kano 在双因素理论基础上,于 1984 年构建了产品性能/服务功能具备情况与使用者满意度/需求偏好的双维认知模式(KANO 模型)。^[19]该模型打破了传统的质量单维度认知,提出服务功能与需求偏好之间存在非线性关系,意味着即便服务具备某种功能,依旧可能无法显著改变使用者偏好,甚至可能降低。^[20]模型要求问卷问题以存在某种性能或不存在该性能作为正反题项,以“非常必要、期望如此、保持中立、勉强接受、非常反对”答案选项进行设置,根据归类矩阵与选项频数进行需求属性分类。鉴于传统 KANO 模型难以对占比相对接近的需求属性进行准确划分以及无法定量反映需求属性的重要程度,学者对其进行了优化。本研究选择 BERGER 等提出的 Better-Worse 系数及敏感度系数分析法,确定最终的需求属性类别及优先级排序^[21],功能要素优先满足顺序由高到低分别为必备属性、期望属性、魅力属性、无差异属性^[22]。计算公式如下:

$$C_{Better} = \frac{A + O}{A + O + M + I}$$
$$C_{Worse} = -1 \times \frac{M + O}{A + O + M + I}$$
$$C_R = \sqrt{C_{Better}^2 + C_{Worse}^2}$$

式中, M 代表必备型需求, O 为期望型需求, A 为魅力型需求, I 为无差异需求; C_{Better} 表示 Better 系数, C_{Worse} 表示 Worse 系数, C_R 表示敏感度系数。同时,根据问卷正向题项得分情况,采用 Mann-Whitney U 检验分析连续性服务功能要素供方倾向与需方偏好的差异程度,构建波士顿矩阵分析需求属性的分布特征。

3 结果

3.1 农村慢病连续性服务的供需差异程度

连续性服务需求偏好正向得分显示,需方排名

前三位要素分别是与患者充分沟通(4.74)、对患者关怀尊重(4.73)、告知患者及家属相关生活方式(4.69),后三位是供方间良好合作(4.33)、基层安排转诊(4.22)、固定基层首诊(2.83);而供方前三位要素包括供方间良好合作(4.43)、设置专职联络人员(4.39)、固定人员定期随访(4.38),后三位为掌握患者基本情况(3.93)、告知患者诊疗信息(4.14)、固定基层首诊(3.85)。相对于需方,供方的评分相对较低,仅基层转诊、基层首诊、供方合作三个要素高于需方,且基层转诊的供需差异无统计学意义;供需差异绝对值由高到低前三位是固定基层首诊(1.02)、告知生活方式(0.48)、跟踪回访(0.42)。

表 1 连续性服务功能要素需求偏好的供需差异分析

维度	要素(编号)	需方 偏好	关系	供方 倾向	差值	P
信息	掌握基本情况(I1)	4.24	>	3.93	0.31	<0.001
	了解疾病史(I2)	4.48	>	4.18	0.30	<0.001
	获知既往就诊(I3)	4.50	>	4.19	0.31	<0.001
	转诊信息传递(I4)	4.36	>	4.20	0.16	<0.001
	电子健康档案(I5)	4.40	>	4.25	0.15	<0.001
	信息随时查阅(I6)	4.35	>	4.32	0.03	0.078
管理	告知诊疗信息(M1)	4.48	>	4.14	0.34	<0.001
	告知生活方式(M2)	4.69	>	4.21	0.48	<0.001
	基层安排转诊(M3)	4.22	<	4.27	-0.05	0.250
	共同诊疗方案(M4)	4.39	>	4.34	0.05	0.017
	医患共同决策(M5)	4.40	>	4.19	0.21	<0.001
	安排后续康复(M6)	4.61	>	4.22	0.39	<0.001
	专职联络人员(M7)	4.50	>	4.39	0.11	<0.001
关系	固定基层首诊(R1)	2.83	<	3.85	-1.02	<0.001
	医患熟悉度(R2)	4.52	>	4.19	0.33	<0.001
	供方良好合作(R3)	4.33	<	4.43	-0.10	0.012
	固定人员随访(R4)	4.67	>	4.38	0.29	<0.001
	了解期望偏好(R5)	4.60	>	4.24	0.36	<0.001
	充分沟通(R6)	4.74	>	4.37	0.37	<0.001
	关怀尊重(R7)	4.73	>	4.36	0.37	<0.001
	跟踪回访(R8)	4.67	>	4.25	0.42	<0.001

3.2 农村慢病连续性服务的供需分布特征

以 Better 系数为纵坐标、Worse 系数绝对值为横坐标,以二者平均值(需方 0.60、| -0.39 |;供方 0.37、| -0.62 |)为原点,绘制四象限图。第 I 象限代表期望属性,其 Better 系数值与 Worse 系数绝对值最高,表明若具备该象限的要素,将会显著提升积极性,缺乏则会明显降低,此象限以管理和关系连续为主,需方数量仍少于供方:供方包括信息随时查阅(I6)、共同诊疗方案(M4)、专职联络人员(M7)等 7 个

要素,需方涵盖告知生活方式(M2)、安排后续康复(M6)、充分沟通(R6)、关怀尊重(R7)4个要素。第Ⅱ象限代表魅力属性,其Better系数值高、Worse系数绝对值低,具备此类要素能够显著提升积极性,缺乏不会明显降低,此象限供方要素以关系连续为主,且数量低于需方,具体包括基层安排转诊(M3)、固定人员随访(R4)、了解期望偏好(R5)、医患熟悉度(R2),需方要素分布较为全面,涉及获知既往就诊(I3)、电子健康档案(I5)、专职联络人员(M7)等7个要素。第Ⅲ象限为无差异属性,其Better系数值与Worse系数绝对值最低,此类要素对于改变行为积极性效果有

限,供方包括掌握基本情况(I1)、医患共同决策(M5)、安排后续康复(M6)、固定基层首诊(R1),显著少于需方的掌握基本情况(I1)、转诊信息传递(I4)、信息随时查阅(I6)等7个要素。第Ⅳ象限对应必备属性,其Better系数值低、Worse系数绝对值高,具备相关要素不会改善提供/利用连续性服务的积极性,但缺乏则会显著降低,此象限供方要素数量高于需方,均集中在信息和管理维度:供方包括了解疾病史(I2)、获知既往就诊(I3)、转诊信息传递(I4)等6个要素,需方仅涵盖了解疾病史(I2)、告知诊疗信息(M1)、医患共同决策(M5)3个要素(图1)。

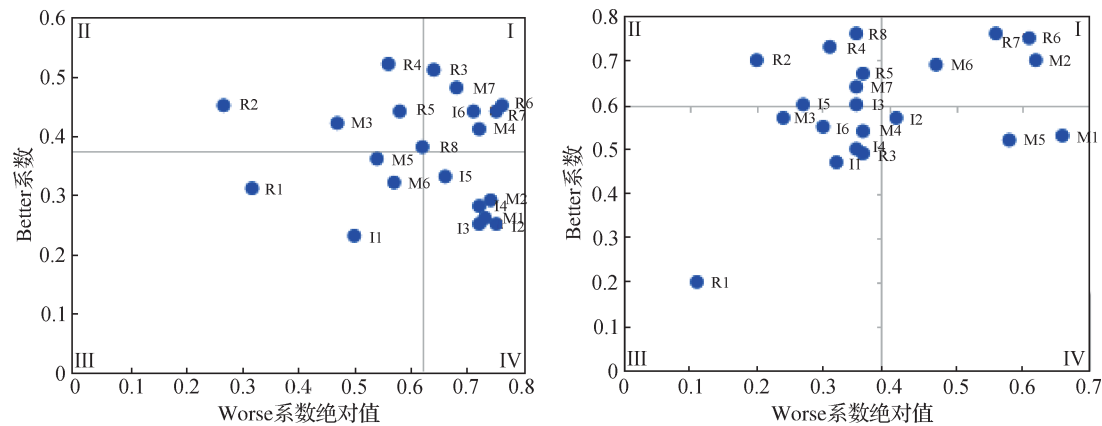


图1 供方(左)和需方(右)连续性服务功能要素的供需分布特征

3.3 农村慢病连续性服务的供需序位结构

供需双方一致性要素包括必备属性中的了解疾病史(I2)、告知诊疗信息(M1),期望属性的充分沟通(R6)、关怀尊重(R7),魅力属性的医患熟悉度(R2)、固定人员随访(R4)、了解期望偏好(R5),无差异属性的掌握基本情况(I1)、固定基层首诊(R1);属性等级需方高于供方的要素为医患共同决策(M5)、安排后续康复(M6)2项,其他10项要素供方的属性等级高于需方。

敏感度系数分析结果显示,在优先满足的必备属性区间,供方要素重要程度由高到低分别为I2=M2>M1>I3=I4>I5,需方M1>M5>I2;次优满足的期望属性区间,供方要素排序为R6>R7>I6>M4=M7>R3>R8,需方R6>R7=M2>M6;魅力属性区间供方要素排序为R4>R5>M3>R2,需方R8>R4>R5>M7=R2>I3>I5;无差异属性区间供方要素排序为M5=M6>I1>R1,需方则是M4>I6=M3>I4=R3>I1>R1(表2)。

表2 连续性服务功能要素的供需优先级分析

要素(编号)	需方偏好				要素(编号)	供方倾向			
	Better	Worse	敏感度	属性		Better	Worse	敏感度	属性
告知诊疗信息M1	0.53	-0.66	0.85	必备	了解疾病史I2	0.25	-0.75	0.79	必备
医患共同决策M5	0.52	-0.58	0.78	必备	告知生活方式M2	0.29	-0.74	0.79	必备
了解疾病史I2	0.57	-0.41	0.71	必备	告知诊疗信息M1	0.26	-0.73	0.78	必备
充分沟通R6	0.75	-0.61	0.97	期望	获知既往就诊I3	0.25	-0.72	0.77	必备
关怀尊重R7	0.76	-0.56	0.94	期望	转诊信息传递I4	0.28	-0.72	0.77	必备
告知生活方式M2	0.70	-0.62	0.94	期望	电子健康档案I5	0.33	-0.66	0.74	必备
安排后续康复M6	0.69	-0.47	0.83	期望	充分沟通R6	0.45	-0.76	0.88	期望
跟踪回访R8	0.76	-0.35	0.84	魅力	关怀尊重R7	0.44	-0.75	0.86	期望

表2 连续性服务功能要素的供需优先级分析（续）

要素(编号)	需方偏好				要素(编号)	供方倾向			
	Better	Worse	敏感度	属性		Better	Worse	敏感度	属性
固定人员随访 R4	0.73	-0.31	0.79	魅力	信息随时查阅 I6	0.44	-0.71	0.83	期望
了解期望偏好 R5	0.67	-0.36	0.76	魅力	共同诊疗方案 M4	0.41	-0.72	0.83	期望
专职联络人员 M7	0.64	-0.35	0.73	魅力	专职联络人员 M7	0.48	-0.68	0.83	期望
医患熟悉度 R2	0.70	-0.20	0.73	魅力	供方良好合作 R3	0.49	-0.64	0.82	期望
获知既往就诊 I3	0.60	-0.35	0.69	魅力	跟踪回访 R8	0.38	-0.62	0.73	期望
电子健康档案 I5	0.60	-0.27	0.66	魅力	固定人员随访 R4	0.52	-0.56	0.76	魅力
共同诊疗方案 M4	0.54	-0.36	0.65	无差异	了解期望偏好 R5	0.44	-0.58	0.73	魅力
信息随时查阅 I6	0.55	-0.30	0.62	无差异	基层安排转诊 M3	0.42	-0.47	0.63	魅力
基层安排转诊 M3	0.57	-0.24	0.62	无差异	医患熟悉度 R2	0.45	-0.27	0.53	魅力
转诊信息传递 I4	0.50	-0.35	0.61	无差异	医患共同决策 M5	0.36	-0.54	0.65	无差异
供方良好合作 R3	0.49	-0.36	0.61	无差异	安排后续康复 M6	0.32	-0.57	0.65	无差异
掌握基本情况 I1	0.47	-0.32	0.57	无差异	掌握基本情况 I1	0.23	-0.50	0.55	无差异
固定基层首诊 R1	0.20	-0.11	0.23	无差异	固定基层首诊 R1	0.31	-0.32	0.44	无差异

4 讨论与建议

4.1 KANO 模型在医疗卫生服务领域的应用

KANO 模型核心价值在于揭示服务功能与需求偏好之间的非线性关系,即具备某项服务功能并非意味着同等程度需求偏好的提升,因而得出的结论要比传统单维度李克特量表分析更加全面和准确,如需方正向评分最高的要素告知生活方式(M2),结合反向得分计算后为期望属性,属于次优满足区间。同时,KANO 模型对需求属性划分与优先级排序契合医疗卫生服务提供多样化与需求层次化的特征^[23],相关分析结果对于服务结构调整、优化医疗资源配置等具有较强启示作用。然而,KANO 模型在我国医疗卫生服务领域仍处于初步融合探索阶段,既有研究数量有限且多从患者群体出发探索门诊、护理、互联网医疗等服务的改进策略^[24],未来可基于我国医改重点任务和服务体系优化主要方向,结合研究主题与研究对象进行拓展,如新型服务技术在需方群体的推广,服务模式改变对供方群体的挑战等。

4.2 农村慢病连续性服务供需差异的特征

根据连续性服务功能要素属性匹配情况,可分为供需一致、需方优势和供方优势三种类型。整体来看,供需双方存在较为严重的失衡问题,需求属性匹配率不足 50%;双方对连续性服务的认知均存在局限性,需方表现更为显著,供方四种需求属性集中在必备和期望属性,但低维属性占比达 38.1%,而需方集中于魅力和无差异属性,高维属性仅占 23.34%。具体来说,供需一致要素反映出双方相对

重视机构内部医疗服务的开展,尤其是疾病诊断和医患沟通环节,但忽视了医患紧密的内容与手段,以及基层功能和非医学因素的影响。供方优势要素反映出供方主要停留在服务过程中对自身地位和权益的强调;与供方相比,需方短板表现在两个方面:第一,未意识到信息作为连续性服务内容和服务载体的价值,信息连续维度要素需方属性等级低于供方;第二,未意识到供方协作对慢病防治的作用,涉及基层和医院互动的要素共同诊疗方案(M4)、供方良好合作(R3)均为无差异属性;需方优势要素虽然只有 2 个,却反映出供方在重视需方角色(M5)、服务边界拓展(M6)方面的滞后性。

4.3 农村慢病连续性服务供需差异的原因

借鉴社会认知理论中个体、行为、环境的三元交互关系,以及角色理论对于个体期望、互动关系的解释^[25-26],从主体特征、既往行为、外部环境三个方面对供需认知偏差进行归因分析:不同于一般患者,慢病人群的健康素养、疾病观念和服务需要在多次、多机构就诊过程中得以积累与提升,因而普遍重视自身体验、参与和信息获取,更加关注个体化、被尊重的服务;然而,在供方“坐堂行医”服务模式与需方“病症缓解”服务诉求影响下,双方注意力仍停留在疾病诊治阶段,多属于医疗行为基本规范和医学伦理基本要求范畴(I2、M1、R6、R7),尚未真正触及到供需合作,导致能够改善供需关系的要素处于低维属性(I1、R2、R5);并且信息不对称作为医疗服务的天然特性,在其长期影响下形成的供方权威服务模式阻碍着角色转变,即供方的理念和行为滞后于医疗服

务从“急性病+医生主导”向“慢性病+患者赋权”的转变(M5)。

县域紧密型医共体等政策实施为连续性服务提供了外部保障,医保基金打包支付为连续性服务提供了内部动机,供方群体的服务关联逐步打破了科室与机构的束缚。此转变加强了管理者与提供者对机构协作和服务连续性的了解及认可,但仍存在以下不足:其一,“体制机制改革—服务提供—服务利用”未形成闭环。目前,县域连续性服务的实现是通过组织整合、配套人员流动、信息互通、医保打包等机制设计,而外部推力到供方行为的内化需要一定周期,且与连续性相关的服务机制仍存在完善的空间,如服务发起的条件、协作主体的权责、服务过程的规范、服务成本的补偿等,影响着供方群体对机构外延伸类服务的积极性(M6、R4),以及向需方解释连续性服务目的、流程的主动性,加之既往就诊经历缺乏对连续性服务体验,导致需方难以感知信息连续与供方协作的重要性(I4、I6、M4、R3)。其二,基层潜能未被激活。既有改革呈现的是“由上至下”的路径,如技术帮扶、人员下沉,均由县级医院主导发起,基层医疗卫生机构多处于被动接受,无法发挥出基层卫生服务的优势,难以有效扭转需方对于医院服务的依赖(M3、R1)。

4.4 农村慢病连续性服务供需均衡发展策略

根据上述结果,为弥合供需差异,达到供需同向发力实现连续性服务的目标,既要转变供方的服务习惯与模式,又要提升需方服务体验和参与程度:一方面,健全服务全周期的实施条件,内化供方行为。连续性服务涉及服务类型与服务主体较多,使得其触发和保障条件不同于常规服务,初始阶段,应根据慢病患者稳定、共性的服务需求,明确连续性服务内容,制定“院前一院中—院间—院后”的服务路径,以病种为单位形成操作指南;执行阶段,基于服务规范明确供方主体及其权责关系,尤其是需方位置变动时的责任主体,并在医保基金使用、人力资源配置等方面同步调整,如落实医保基金打包预付,而非仅仅在预算数字下的总额控费^[27],设置专职的服务联络员;反馈阶段,将连续性服务开展情况纳入卫健、医保部门对医共体的考核,与评优评先、基金拨付相关联,以及纳入机构对供方群体的考核,与人员晋升、绩效薪酬相关联。另一方面,以供需接触和信息赋能为突破,增强需方意向。将连续性服务的类型、内

容、价值等信息告知作为常态化医患沟通的要求,采用流程展示、案例分享等方式,结合义诊、科普活动开展普及化宣传;考虑农村地区服务可与人口结构的社会特征,基层卫生服务应当主动打破机构边界的束缚,通过开展院外服务加强医患紧密度,逐步实现服务连续性和基层卫生服务利用率双向提升。^[28]此外,信息系统提档升级要兼顾连续性服务的特征与要求,促进慢病患者卫生健康数据在机构内部与机构间的共享利用。

作者贡献:贺睿博负责研究设计、数据收集与分析、论文撰写;张亮负责研究设计、论文审阅;李忠负责数据分析、论文审阅与修订。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] HAGGERTY J L, REID R J, FREEMAN G K, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review [J]. *British Medical Journal*, 2003, 327(7425): 1219-1221.
- [2] GUTHRIE B, SAULTZ J W, FREEMAN G K, et al. Continuity of care matters [J]. *British Medical Journal*, 2008, 337(7669): 548-549.
- [3] HAGGERTY J L, ROBERGE D, FREEMAN G K, et al. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary [J]. *Annals of Family Medicine*, 2013, 11(3): 262-271.
- [4] 尚春晓, 张璐莹. 高血压患者社区机构就诊连续性及其对医疗费用的影响研究 [J]. *卫生经济研究*, 2023, 40(11): 49-52.
- [5] BARKER I, STEVENTON A, DEENY S R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data [J]. *British Medical Journal*, 2017, 356: 84.
- [6] 江丽姣, 于倩倩, 尹文强, 等. 我国居民慢性病变化趋势分析: 基于国家五次卫生服务调查报告 [J]. *中国卫生事业管理*, 2018, 35(11): 874-876, 880.
- [7] 张研, 韦倩晨, 叶亦盛, 等. 县乡服务协作在分级诊疗制度建设中的关键作用 [J]. *中国医院管理*, 2018, 38(8): 11-13.
- [8] 韩相如, 韦小米, 钱东福. 农村慢性病纵向服务团队患者医疗服务连续性调查研究 [J]. *江苏卫生事业管理*, 2024, 35(4): 476-481.
- [9] 贺睿博, 牛亚冬, 王静, 等. 连续性服务: 实现县域内分级诊疗的策略选择 [J]. *中华医院管理杂志*, 2018, 34(11): 881-884.
- [10] 唐通军, 李丹, 曾爱红, 等. 多学科协作诊疗模式在公

- 立医院行政管理中的探索[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(3): 262-264.
 - [11] 王晨舟, 张研, 张亮. 我国医防融合困境中的管理和服
务机制剖析[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(1): 2-8.
 - [12] 牛亚冬, 张亮, 张翔, 等. 农村地区以住院服务纵向整
合为导向的医保支付方式设计[J]. 中国卫生经济, 2023, 42 (5): 50-53.
 - [13] WANG X, BIRCH S, ZHU W, et al. Coordination of care
in the Chinese health care systems: a gap analysis of
service delivery from a provider perspective [J]. BMC
health services research, 2016, 16(1): 571.
 - [14] GUTHRIE B, SAULTZ J W, FREEMAN G K, et al.
Continuity of care matters [J]. British Medical Journal,
2008, 337(7669): 548-549.
 - [15] UIJEN A A, SCHELLEVIS F G, VAN DEN BOSCH W J,
et al. Nijmegen Continuity Questionnaire: development
and testing of a questionnaire that measures continuity of
care [J]. Journal of Clinical Epidemiology, 2011, 64
(12): 1391-1399.
 - [16] LETELIER M J, ALLER M B, HENAO D, et al. Design
and validation of a questionnaire to measure continuity
between care levels from the user's perspective: the
CCAENA questionnaire [J]. Gaceta Sanitaria, 2010, 24
(4): 339-346.
 - [17] HAGGERTY J L, ROBERGE D, FREEMAN G K, et al.
Validation of a generic measure of continuity of care: when
patients encounter several clinicians[J]. Annals of Family
Medicine, 2012, 10(5): 443-51.
 - [18] 韦倩晨, 袁蓓蓓, 徐进, 等. 医疗卫生服务连续性指数
构建研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(11):
11-16.
 - [19] KANO N, SERAKU N, TAKAHASHI F, et al. Attractive
quality and must be quality [J]. The Journal of Japanese
Society for Quality Control, 1984, 14(2): 147-156.
 - [20] TAN K. Development of innovative products using Kano's
model and quality function deployment [J]. International
Journal of Innovation Management, 1999, 3(3): 271-286.
 - [21] BERGER C, BLAUTH R, BOGER D, et al. Kano's
Methods for Understanding Customer-Defined Quality [J].
Center for Quality Management Journal, 1993, 2 (4) :
3-36.
 - [22] MATZLER K, HINTERHUBER H H. How to make
product development projects more successful by
integrating Kano's model of customer satisfaction into
quality function deployment [J]. Technovation, 1998, 18
(1): 25-38.
 - [23] 代莉莉, 段艳芹, 张梅, 等. 社区老年人居家护理服务
需求结构性研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(25):
3238-3243.
 - [24] 陶然, 王石坤, 陈希晨, 等. 医药卫生科技领域 Kano 模
型研究热点及趋势分析[J]. 当代护士, 2024, 31 (4):
15-19.
 - [25] 龙君伟. 论社会认知理论中的建构特征[J]. 华东师范
大学学报(教育科学版), 2005(2): 57-62.
 - [26] 任志峰. 角色理论及其对集体行为者的可行性分析
[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2016, 30 (4):
122-127.
 - [27] 封进, 吕思诺, 王贞. 医疗资源共享与患者就医选择:
对我国医疗联合体建设的政策评估[J]. 管理世界,
2022, 38(10): 144-157, 173, 158.
 - [28] 李浩淼, 李腾旭, 张亮. 基层卫生服务从供需接触到
“粘性”形成的路径与效应: 基于重庆市黔江区 X 镇的经
验[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18 (3): 1-8.
- [收稿日期:2025-08-26 修回日期:2025-09-16]
(编辑 赵晓娟)