

湖南省湘潭市医防机构协作网络分析

张婧彬* 王 峥 袁莎莎

北京协和医学院/中国医学科学院/医学信息研究所 北京 100020

【摘要】目的:分析评价湖南省湘潭市代表性医防机构的协作网络现状。方法:采用社会网络分析法和焦点组访谈法,对案例地区主要医防机构(医院、专业公共卫生机构和基层医疗卫生机构)五类协作网络的现状与结构进行综合分析。结果:案例地区医防机构协作网络城乡差异显著。进修协作网络松散,公共卫生机构参与较少;培训协作网络密度较高,城乡核心主体分别为区级公共卫生机构与县级医院;督导考核网络中,农村呈现多元医防机构参与,城区则由公共卫生机构主导且区级医疗机构缺位;传染病和慢性病信息报告协作网络在农村地区更为紧密,城市地区医疗机构参与不足。结论:需强化跨层级医防机构协同,完善针对城乡医防机构的双向考核与激励约束机制,并推动数据共享建设以促进医防信息流通与整合。

【关键词】协作网络; 医疗机构; 公共卫生机构; 社会网络分析; 定性访谈

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2025.09.003

Analysis of the collaborative network between medical and public health institutions in Xiangtan City, Hunan Province

ZHANG Jing-bin, WANG Zheng, YUAN Sha-sha

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

【Abstract】 Objective: To analyze and evaluate the current state of the collaborative network among representative medical and public health institutions in Xiangtan city, Hunan Province. Methods: A comprehensive analysis was conducted using social network analysis and focus group interviews to examine the structure and status of five types of collaborative networks among key institutions—hospitals, specialized public health agencies, and primary healthcare facilities—in the case study area. Results: Significant urban-rural differences were observed in the collaborative networks. The further education network was loosely structured, with limited participation from public health institutions. The training network exhibited higher density, with district-level public health institutions and county-level hospitals serving as the core actors in urban and rural areas, respectively. In the supervision and assessment network, rural areas demonstrated multi-stakeholder involvement, whereas urban areas were predominantly led by public health institutions, with district-level medical institutions largely absent. Both infectious and chronic disease information reporting networks were more tightly integrated in rural areas, while urban areas showed insufficient participation from medical institutions. Conclusions: It is essential to strengthen cross-level collaboration among medical and public health institutions, improve a two-way evaluation and incentive mechanism tailored to urban and rural settings, and promote data-sharing initiatives to facilitate the circulation and integration of medical and public health information.

【Key words】 Collaborative network; Medical institution; Public health institution; Social network analysis; Qualitative interview

* 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)

作者简介:张婧彬,女(1999年—),硕士研究生,主要研究方向为卫生经济与政策。E-mail:zhangxxx199@163.com

通讯作者:袁莎莎。E-mail:yuanshasha417@163.com

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》明确提出了“十四五”期间全面推进健康中国建设的目标,构建强大的公共卫生体系是其中一项重点任务,创新医防协同机制被视为落实该项重点任务的关键举措之一。我国医防机构主要包括医院、基层医疗卫生机构和专业公共卫生机构三大类。2024年,我国共有医疗机构109.2万家,而公共卫生机构的数量为9217家^[1],资源分布的结构性矛盾突出。在实践中,医院与疾病预防控制机构(以下简称“疾控机构”)为代表的专业公共卫生机构之间的协作多限于《传染病防治法》规定的直报联系,主动协作严重不足;公共卫生机构与基层医疗卫生机构的协作也仅聚焦于突发公共卫生事件报告、预防接种等具体公共卫生项目,未形成常态化的协作机制。^[2]因此,深入了解分析现有医防机构间的协作情况,明确主要协作网络的优势与不足,对进一步从机构协作角度促进医防融合具有较为重要的现实意义。

目前医防协同研究主要有两类:一是从理论角度探讨其内涵,不同研究侧重点差异较大^[3-5];二是从实践角度围绕具体机构医防协作模式的实施与评价展开^[3,6-8]。现有研究多侧重定性描述或基于单一机构视角,对多机构协作关系的结构性特征揭示不足,难以系统描述复杂的医防协作网络全貌及特征。社会网络分析(Social Network Analysis, SNA)作为研究组织间关系的有效工具,能够将“协作”概念转化为可视的网络结构和可量化的指标,从而客观地揭示机构间联络关系、网络的核心组织及整体网络的凝聚力和效率。

本研究创新性地引入了SNA方法,以湖南省湘潭市为案例,探索分析案例地区主要医防机构间的协作网络现状,识别协作网络中的核心节点和薄弱环节,为优化提升医防机构协作效能提供实证依据。

1 数据与方法

1.1 研究设计

本研究依托于“中央高校基本科研业务费”项目《健康中国视域下我国医防整合机制评价及改进策略》,于2023年10—11月在湖南省湘潭市(城市A区和农村B县)开展现场调研工作。

本研究主要采用混合研究设计,一是运用社会网络分析量化研究案例地区医院、专业公共卫生机构及基层医疗卫生机构间的协作关系;二是通过对

案例地区卫生政策制定者、医防机构主要负责人进行定性访谈,进一步深入了解医防机构协作的主要措施和进展。本研究根据医防协同相关政策目标和实践中医防机构协作重点工作,选取进修、培训、督导考核、传染病信息报告和慢性病信息报告五类协作网络,用以反映样本地区的医防机构协作现状。

1.2 社会网络分析方法

1.2.1 社会网络问卷调查

对样本地区的所有医院、专业公共卫生机构(疾控机构和妇幼保健机构)及基层医疗卫生机构进行SNA调查,共收集52份调查问卷用于医防机构协作网络量化分析和网络绘制。SNA问卷内容主要为调查本机构与其他医疗机构、公共卫生机构在进修、培训等五类协作网络的主要情况。表1显示了本研究在社会网络分析方法应用中不同类型机构的缩写。

表1 本研究医防协作网络图包含的样本区县医防机构

简称	机构
CIH	市级医院
CMCH	市妇幼保健机构
CH	区/县级医院
CDC	区/县疾控机构
MCH	区/县妇幼保健机构
CHC	社区卫生服务中心
THC	乡镇卫生院

1.2.2 SNA基本含义

社会网络是由多个点(社会行动者)和各点之间的连线(行动者之间的关系)组成的集合,用于探究多个相互关联的个体所形成的网络结构及其属性。SNA通过对网络中行动者间的关系进行量化研究,不仅提供了一个结构性的观察框架,还发展出了一套用来描述网络结构特征的具体测量方法和指标。^[9]

在本研究中,SNA分析以医防机构为节点,机构间的互动关系为边,构建了包含进修、培训等五大类协作网络结构图。相较于传统研究方法,SNA方法能够量化揭示医防协同中的机构互动模式,为分析和优化地区医防网络结构提供了独特视角。在网络图中,线条数量可以反映协作机构的数量,箭头指向代表协作方向。

1.2.3 SNA的关键分析指标

(1)密度。是网络中实际存在的关系数目与可能存在的最大关系数目之比,表达的是网络中各点之间关系的紧密程度。在本研究中,密度反映了各

医防机构之间互动关系的紧密程度,密度越大,表明协作越紧密。

(2)距离。两点之间最短路径的长度叫做两点之间的距离。平均距离是指网络中任意两个节点之间路径的平均长度,衡量信息传递效率。较短的平均距离意味着资源从基层医疗卫生机构至上级医疗机构所需经历的中间环节较少。

(3)点度中心势。网络中的点度中心势指的是网络中点的集中趋势,计算方式如下:首先找到图中的最大中心度数值;然后计算该值与任何其他点的中心度的差,从而得出多个“差值”,再计算这些“差值”的总和,最后用这个总和除以各个“差值”总和的最大可能值。

1.2.4 SNA 分析软件

本研究使用 EXCEL2016 对问卷数据进行整理并绘制矩阵表格,在 UCINET9.0 软件录入矩阵,计算相关矩阵指标,并由 NetDraw 直观描述网络图。具体指标包括规模、密度、点度中心势和平均距离等指标。

1.3 定性数据收集与分析

1.3.1 定性访谈

本研究采用焦点组讨论方式收集定性数据,主要访谈对象包括样本区/县医院、疾控机构和基层医疗卫生机构的主要相关负责人,访谈内容主要包括本地区在完善医防协同机制的主要进展,医院、公共卫生机构和基层医疗卫生机构之间的协作过程及效果,医防协作的促进和阻碍因素等。共开展 10 组焦点组访谈,包括 34 名受访者。为确保样本具有代表

性,受访者所在机构按行政级别覆盖市级(10人)、区/县级(16人)、社区/乡镇(8人);按职能类型涵盖医院(13人)、疾控机构(10人)、基层医疗卫生机构(11人)。受访者纳入标准为:有从事医防协作相关工作的经验,熟悉跨机构协作流程,人员类型应兼顾不同岗位以全面反映协作现状。每次定性访谈约 1.5 小时,经受访者同意后录音。

1.3.2 定性数据分析

两名研究人员将录音逐字转录,并结合访谈笔记、机构工作报告及政策文件进一步补充调查数据。运用 NVivo 11 软件对数据进行定性分析,由一名研究人员围绕进修、培训等五个主题对文本编码,另一名研究人员分析节点文本,汇总信息并梳理节点联系。

2 结果

2.1 基于 SNA 方法的医防协作分析结果

表 2 结果显示:案例地区城乡医防机构在五大协作网络中存在显著差异。从网络维度看,培训网络协作水平最高,城市地区网络密度(0.123 4)最高,反映医防机构间培训协作紧密;进修网络协作最松散,城乡密度均在 0.06 左右,农村地区略高;在慢性病信息报告网络中,农村地区信息报告效率更高(平均距离 1.497),城市地区效率较低(平均距离 2.303);传染病信息报告的城市核心机构主导性更强(点度中心势 0.792 3),农村地区传递更高效(平均距离 2.149);督导考核网络中,农村地区多元主体参与,城市地区依赖单向考核(点度中心势较低)。

表 2 案例地区城乡医防机构协作的 SNA 分析结果

指标	进修		培训		督导考核		传染病信息报告		慢性病信息报告	
	A 区	B 县	A 区	B 县	A 区	B 县	A 区	B 县	A 区	B 县
规模	24	33	27	34	27	34	27	36	27	36
密度	0.054 4	0.060 2	0.123 4	0.114 7	0.091 4	0.093 0	0.095 4	0.075 4	0.092 6	0.085 7
点度中心势	0.426 2	0.329 4	0.527 7	0.457 1	0.387 7	0.563 0	0.792 3	0.722 7	0.792 3	0.702 5
平均距离	1.819	1.282	1.723	1.268	1.930	2.054	2.187	2.149	2.303	1.497

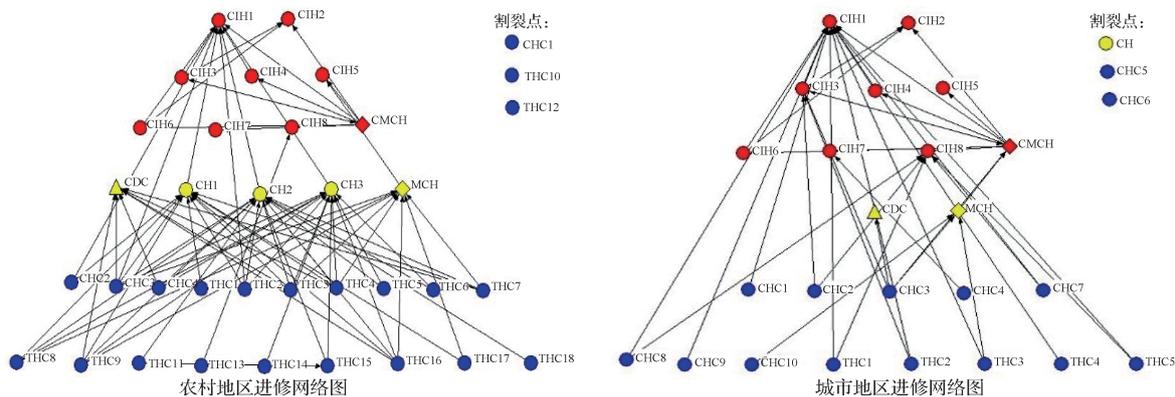
2.2 医防机构进修协作网络

图 1 呈现了案例地区的医防机构进修协作网络情况。部分区/县医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等机构,因尚未与其他机构建立进修协作关系,在图中处于孤立状态。从网络结构来看,存在明显“断层”:农村地区的基层医疗卫生机构主要与县级医院形成进修协作连线,仅极少数与市级医院存在连接,

呈现县级医院为核心的局部集中特征。定性访谈结果也显示农村地区的基层医疗卫生机构更倾向与地缘更近的县级医院建立进修联系。比如,受访县医院负责人表示,“今年基层医疗(卫生)机构的医生和护士有 20 多人,(他们的)进修完全免费,只有交通和餐费需要自理。进修期约三个月,但有些人进修时间长达六个月”;乡镇卫生院工作人员提到了进修网

络对基层医疗卫生服务能力提升的重要意义,“上级医院对我们基层医院实施了无障碍的开放政策,允许我们的工作人员随时进行专业进修。我们已经免费完成了超过50次进修”。城市地区的基层医疗卫生机构则高度依赖市级医院,结合表2点度中心势指标,市级医院作为核心机构的主导地位更突出。

但是,城乡地区的疾控机构均未深度参与进修协作网络,农村地区疾控机构未出现在进修协作连线中,城市地区疾控机构仅与个别基层医疗卫生机构存在连接,城乡妇幼保健机构均未作为进修协作的主要节点,仅城市地区妇幼保健机构与1家社区卫生服务中心存在进修协作。



注:●市级医院;◆市级妇幼保健院;●区/县级医院;▲区/县级疾控;◆区/县级妇幼保健院;●基层医疗卫生机构。图中割裂点表示未与其它机构有协作联系,下同。

图1 进修协作网络图

2.3 医防机构培训协作网络

图2显示城乡培训协作网络的情况。城市地区以区级疾控机构和区级妇幼保健机构为核心节点,与基层医疗卫生机构联系紧密,承担基层医护人员培训工作,市、区级医院参与度较低;农村地区则由

县级医院、县级疾控机构和县级妇幼保健机构共同构成培训协作网络核心,县级医院与基层医疗卫生机构联系较多,市级医院与农村基层医疗卫生机构直接联系较少。整体来看,专业公共卫生机构在城乡培训协作网络中均发挥重要作用。

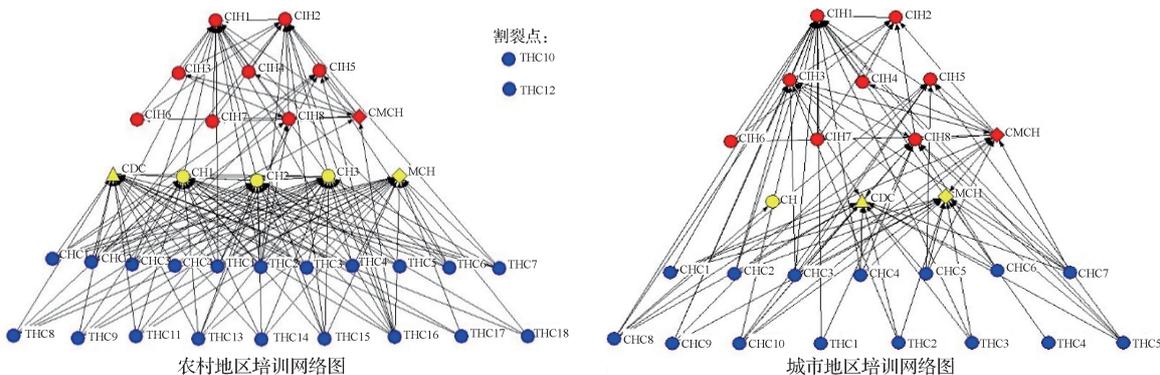


图2 培训协作网络图

进一步结合表2培训网络的点度中心势结果可以看出:城市地区(0.5277)明显高于农村地区(0.4571),说明城市培训资源更集中于疾控机构和妇幼保健机构两大核心节点,而农村则呈现多核心特征。县疾控机构工作人员在访谈中提到“我们定期对乡镇卫生院开展公卫业务培训与考核,例如传染病防控知识、死因监测等内容,同时参与医联体建设中的培训协作工作”,体现了农村地区县级疾控机

构作为网络核心的培训职能;县级医院负责人表示,“我院与医联体单位通过派驻第一书记、专家定期坐诊、教学查房等方式,为乡镇卫生院提供医疗技能培训支持”;在城市地区,疾控机构工作人员亦谈到“我们中心定期组织基层医护人员进行传染病防控知识培训,提升基层应对突发公共卫生事件的能力……加强培训频次和深度是我们接下来的工作重点之一”,这些定性访谈结果直接反映了疾控机构在城乡

培训协作网络的核心节点角色。

2.4 医防机构督导考核协作网络

从图3所示的督导考核协作网络特征可以看出：农村地区督导考核网络包含县级医院、县级疾控机构和县级妇幼保健机构三类核心节点，分别与多家基层医疗卫生机构直接相连，形成多层次覆盖。相比之下，城市督导考核网络主要由区级疾控机构和

妇幼保健机构发挥相关作用，区医院节点呈现孤立的状态，形成“公共卫生机构主导、医院参与不足”的单向考核格局。虽然表2中农村督导考核网络的平均距离(2.054)略高于城市(1.930)，但结合网络结构可知，由于农村的参与主体更多，呈现出督导考核流程稍长但覆盖更全面的现象；城市则因区级医院缺位，考核路径集中于疾控机构与基层医疗卫生机构之间，虽然平均距离较短但协同性不足。

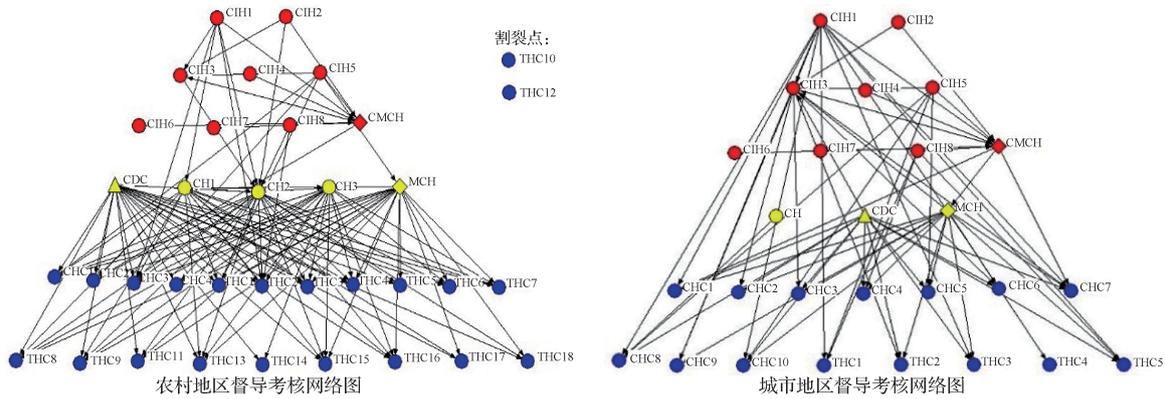


图3 督导考核协作网络图

定性访谈结果进一步显示城乡差异背后的机制问题。乡镇卫生院受访者谈到，“村医管理的患者数量不同，但收入几乎相同，督导考核结果并没有很大的差异化，这会极大地影响表现好的医生的积极性，现行督导考核制度并没有有效解决这一根本问题”。侧面反映出目前医防机构间的监督与考核协作网络虽然建立，但督导考核结果的应用与基层医疗卫生机构的激励约束机制仍有待进一步改善。来自城市地区疾控机构的受访者谈到“目前，医防协作工作更多是对基层医疗(卫生)机构有影响，但对医院基本没有影响。医防工作相关的考核评估以疾控机构为基础，实际上其他机构在帮助我们完善这些指标，但目前对医院的督导考核确实是缺乏的”，在督导考核协作网络中，城市地区二、三级医院的角色定位是亟待解决的现实问题。

2.5 医防机构传染病信息报告协作网络

图4传染病信息报告协作网络显示农村地区协作网络形成了层级清晰的报告链，基层医疗卫生机构与县级医院连线广泛，报告覆盖率高，且许多县级医院、基层医疗卫生机构与妇幼保健机构与县级疾控机构相连，反映出县级疾控机构在传染病报告中的核心节点角色。城市地区基层医疗卫生机构直接向区级疾控机构和市级妇幼保健机构报告，并且部分基层机构同时和市级疾控机构建立了传染病信息

报告联系。县级疾控机构在农村传染病报告中的重要角色被多个访谈对象提及，比如“在传染病的防治、食源性疾病的防治和突发公共卫生事件的处置、信息化建设等领域，我院与疾控机构开展紧密合作，承担上报信息、早期识别、诊疗任务，患者隔离管理及院内防控等任务，协助开展流调、应急接种、宣传教育、疫区的处理等”。相对而言，城市地区传染病信息报告网络中医院参与度较低，可能影响医院在该网络中的参与深度。

2.6 慢性病信息报告网络

图5表明农村地区构建了“基层医疗卫生机构—县级医院—县级疾控机构”的慢性病信息报告闭环管理体系，县级疾控机构与县级医院作为该网络中的核心节点，与基层医疗卫生机构形成高密度连线。县级医院负责人提及“县级医院在慢病防治中与疾控机构紧密协作，承担数据上报与技术指导职能”，县级妇幼保健机构工作人员指出“基层监测的妇幼健康数据需汇入县级管理平台”，侧面验证了这一协作网络特征。相较而言，城市地区慢性病信息报告网络呈现基层医疗卫生机构向区级疾控机构和市级妇幼保健机构报告的特征，医院参与度较低。区级疾控机构负责人提到“城市基层慢病数据直报系统主要依托疾控机构运行”，与图中“医院参与不足”特征吻合。

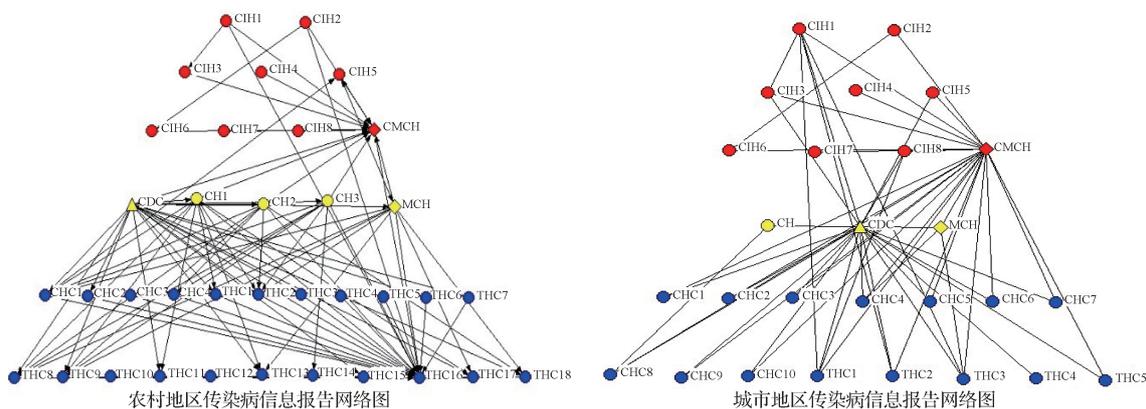


图4 传染病信息报告协作网络图

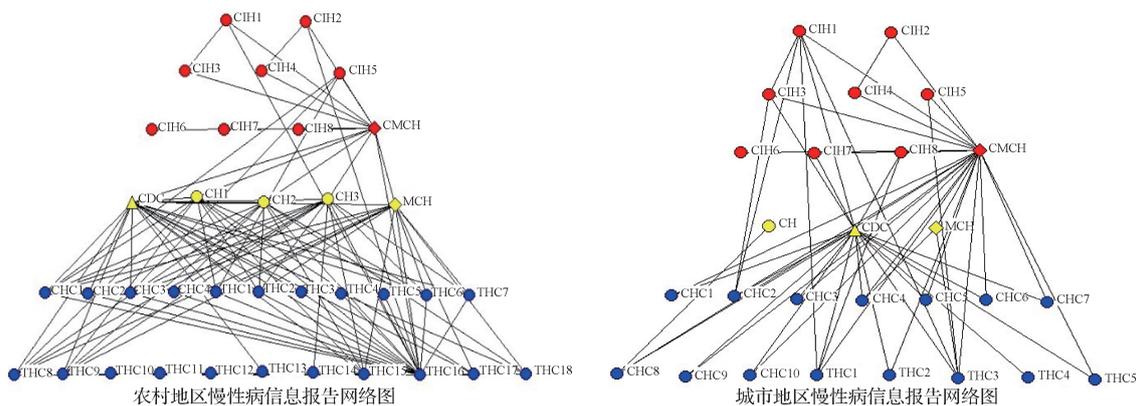


图5 慢性病信息报告协作网络图

3 讨论与建议

3.1 进修与培训协作网络资源分配城乡失衡,需构建三级联动培训体系

在医防机构进修和培训协作网络中,SNA分析和定性访谈结果共同表明城乡资源分配失衡问题突出。在进修协作网络方面,农村地区的协作局限于县级医院与基层医疗卫生机构内部,疾控机构与妇幼保健机构均未参与;城市地区则以市级医院为核心、基层医疗卫生机构高度依赖,与公共卫生机构协作弱。在培训协作网络方面,农村地区缺乏市级资源的参与,城市地区存在城区医疗机构参与不足的问题。这一现状与医院需承担传染病监测预警、医防融合服务等职能的要求存在差距。结合访谈结果看,城市地区区级疾控工作人员更关注培训频次,却未提及与医疗机构的深入协作,这与网络图中公共卫生机构在进修网络的缺位特征一致,反映出公共卫生系统与医疗系统在人才培养领域的协同意识尚未充分建立。公共卫生机构在进修协作网络中的缺位,可能导致基层卫生人员在公共卫生技能提升上存在短板,与定性访谈中受访者“培训侧重临床技

能”的反馈一致。

既往研究结果显示,通过推动二级以上医院设置公共卫生科、开展医防融合省级试点等举措^[10],可推进医防协作机制建立,这提示我们在优化进修与培训协作网络时,可强化医疗机构与公共卫生机构在人员、信息、资源、服务等方面的协同,通过构建“市级医院—区/县级医院—基层医疗卫生机构”三级联动体系,通过远程方式共享市级课程、设立进修专项基金,强化医疗机构与公共卫生机构协同,将公共卫生技能融入医疗培训,以破解层级割裂与医防断层问题,提升区域协作效能。

3.2 督导考核协作网络初步建立,需完善医防机构双向考核与激励机制

农村地区已初步形成由县医院、公共卫生机构共同参与的多元监督考核体系,这一模式对促进医防协作发挥了较为积极的作用。但是目前考核工作与人员激励脱节,在监督考核体系中对医防协作工作的体现较少,制约了基层卫生人员的工作积极性。城市地区的督导考核体系中区级医院缺位,由疾控机构单一主导,形成“重基层考核、轻医院评估”的失

衡状态,城市疾控机构受访者提到医防融合工作的所有质量评估均是以疾控机构为基础,医院没有适用的单向评估,这在一定程度上可以解释区级医院在督导考核网络中缺位的现象。农村地区督导考核网络的点度中心势高于城市地区,但因缺少相应激励约束机制,实际上并未能转化为常态化的协作机制。此外,目前的医防协作考核机制设计中未将医院纳入责任主体,导致其参与动力不足,使得疾控机构承担了医防协作的大部分工作,进而制约了医防协作效果。

针对上述问题,本研究建议城乡地区可采取差异化督导考核的优化路径:农村地区重点强化考核结果与激励的关联性,通过明确考核指标、强化结果应用激发基层提供医防融合服务的动力;城市地区则应着重将区级医院纳入责任主体、健全医院参与的闭环机制,可参考上海等地经验,将预防服务成效与医院等级评审挂钩。^[11]由于公共卫生、医疗服务和行政管理系统等多方主体的利益诉求存在差异,需构建目标一致的利益协调机制,同时通过精细化的成本管理来平衡改革效能。^[12]目前我国已在 9 个省份开展了医疗机构疾控监督员制度试点工作^[13],可进一步监测评价该试点的成效,为完善医防机构督导考核协作机制提供实践证据。

3.3 信息报告网络在传染病与慢性病领域均呈现显著城乡差异,需强化数据联动并打破壁垒构建统一平台

农村地区在传染病和慢性病信息报告网络中医防机构协作均相对紧密,形成层级清晰的报告链条,县级疾控机构处于主导地位,作为核心节点保障信息传递效率。相比而言,城市地区医院在传染病和慢性病信息报告网络中参与度均较低,网络存在断点,医防协同机制相对薄弱。基层医疗卫生机构慢性病数据直报系统主要依托疾控机构运行,这与网络图中医院与公共卫生机构数据连接薄弱的特征相符合。虽然城市信息报告的密度略高于农村,但是信息系统被条块分割,数据利用效率低。与既往研究发现一致^[14],多数访谈对象也提到目前缺乏打破医院与公共卫生机构之间信息壁垒的有效机制,不同机构间的信息系统数据利用效率不高,进而影响慢性病防治的效果。

针对信息报告网络中医院参与不足的问题,本研究建议强化医院在信息报告中的核心角色,加强

城市医院与公共卫生机构的数据共享,尤其是促进城市地区的医院积极参与信息报告,打破部门壁垒,同步患者信息至公共卫生部门。^[15-16]可参照部分地区将医防协同指标纳入机构考核的做法,把城市医院的传染病与慢性病信息报告职责明确写入考核体系,要求医院定期向疾控机构报送相关诊疗数据,以消除因医院缺位形成的网络断点。同时,为打破基层与医院间的数据壁垒,可在充分调研分析现有区域数据信息平台的基础上,逐步探索统一医院电子病历与公共卫生系统的数据接口标准,从硬件上整合医防数据,同时建议医防机构均设置专人负责信息对接工作,提升传递效率。

3.4 本研究的创新点、局限性及对未来研究的启示

本研究通过社会网络分析方法清晰呈现了案例地区主要医防机构在五类协作网络中的结构特征,并进一步结合定性访谈探索解释这些协作网络结构形成的可能原因,进而从组织网络视角为理解医防机构协作机制提供较为充实的研究证据。

本研究仍存在一定的局限性:一是研究采用横断面设计,数据仅反映特定时间点的网络状态,难以追踪医防机构协作随时间推移的动态发展过程,也无法探究其与政策变动的关联。二是数据收集主要依赖自填式问卷,这种方法可能引入社会期望偏差或回忆偏倚。三是本研究是在案例地区特定背景下开展的,因此在将研究结论推广至其他地区时,需充分考虑当地的实际情况。

未来学者可在本研究的基础上继续深入医防机构协作评价相关研究。一是在研究方法上,可进一步拓展混合研究方法的应用场景,例如通过长期追踪调查,结合政策干预节点动态分析医防协同政策对网络结构的影响机制,并拓展数据收集渠道以弥补当前自填式问卷的局限,提升结论的时效性与稳健性。二是在分析视角上,未来研究可扩大样本覆盖范围至不同经济发展水平地区,对比探索医防协作网络特征的区域差异规律,从管理机制、利益分配、资源配置等角度深度解析网络结构形成的深层逻辑,为卫生政策制定提供更具针对性的理论支撑与实践参考。

作者贡献:张婧彬负责现场调查、数据分析及文章初稿撰写;王峥负责现场调查及文章初稿撰写;袁莎莎负责研究设计、文章选题、论文修改及审阅。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 国家统计局. 中华人民共和国 2024 年国民经济和社会发展统计公报 [EB/OL]. (2025-02-28) [2025-06-09]. https://www.stats.gov.cn/sj/zxfb/202502/t20250228_1958817.html
- [2] 傅卫. 促进医防融合实现平战结合[J]. 中国卫生, 2020 (8): 56-57.
- [3] 刘志刚, 薛文静, 杨懿, 等. 我国医防融合理论与实践研究进展[J]. 卫生软科学, 2022, 36(3): 3-6, 12.
- [4] 刘茜, 蒲川. 基于重大疫情防控的医防融合策略研究[J]. 现代预防医学, 2021, 48(8): 1426-1429.
- [5] 雷桃, 杨金侠. “医防融合”的概念与理论基础和实现路径[J]. 安徽预防医学杂志, 2023, 29(1): 1-3, 18.
- [6] 杜庆锋, 王培席, 马文军, 等. 基于校政协同与医防融合的“全科医学+”医共体的构建与探索[J]. 中华全科医学, 2019, 17(5): 705-708, 804.
- [7] 潘梅竹, 徐刚, 朱静芬. 临床医学专业的《预防医学》课程思政教育探索[J]. 现代预防医学, 2021, 48(9): 1725-1728.
- [8] 袁蓓蓓. 全科之声: 推进基层医防融合, 改进基层服务质量[J]. 中国全科医学, 2021, 24(1): M0003.
- [9] 赵丽娟. 社会网络分析的基本理论方法及其在情报学中的应用[J]. 图书馆学研究, 2011 (20): 9-12.
- [10] 史宏, 李涌, 黄定中, 等. “疾控中心+基层医疗卫生机构”医防联合体建设探索与思考[J]. 中国公共卫生管理, 2024, 40(3): 355-360.
- [11] 杨涛, 王楠, 冷志伟, 等. 医防协同机制构建背景下监督管理问题分析[J]. 中国卫生监督杂志, 2021, 28 (3): 270-273.
- [12] 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.
- [13] 张晓云. 基于扎根理论的医疗机构疾控监督员制度实施要素探析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(13): 2466-2469, 2483.
- [14] 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.
- [15] 任林琇, 张恬奕, 尤春雪, 等. 整合医疗视角下我国公立医院医防融合实施路径探析[J]. 中国公共卫生, 2024, 40(12): 1538-1544.
- [16] 王悦, 马晓静, 贾梦, 等. 基于主题框架分析的浙江省公立医院传染病医防融合案例研究[J]. 中国社会医学杂志, 2024, 41(2): 129-132.

[收稿日期:2025-06-10 修回日期:2025-08-20]

(编辑 赵晓娟)

有精神健康问题的人高达 10 多亿人, 精神卫生服务规模亟需扩大

根据世界卫生组织(世卫组织)发布的新数据, 全球 10 多亿人有精神障碍, 焦虑和抑郁等疾患造成巨大的人员和经济损失。尽管许多国家加强了精神卫生政策和计划, 但仍需全面加大投资和行动力度, 扩大服务范围, 保护和增进人们的精神卫生状况。

焦虑和抑郁等精神健康问题在所有国家和社区都非常普遍, 各年龄段和收入水平的人深受影响。它们是导致长期残疾的第二大因素, 严重影响健康生活。它们推高了受影响人群和家庭的医疗保健费用, 在全球范围内造成了巨大经济损失。

从《世界精神卫生现状》和《2024 年精神卫生地

图集》这两份报告公布的最新调查结果来看, 在一些领域取得了进展, 但在解决全球精神健康问题方面仍存在巨大缺口。

世卫组织呼吁各国政府和全球合作伙伴行动起来, 加大工作力度, 努力实现全球精神卫生制度的系统化转型。这包括: 公平提供精神卫生服务资金; 进行法律和政策改革, 维护人权; 持续投资于精神卫生工作队伍; 以及扩大以社区为基础、以人为本的护理服务。

(摘编自: 世界卫生组织网站)