

协同治理视角下医防融合模式的多案例研究

陈星宇^{1*} 刘璐² 杨毅莹³ 任文博³ 杨程超³ 韩允瑞³ 李涛³

1. 中国人民大学人口与健康学院 北京 100872

2. 中国医学科学院北京协和医学院 北京 100730

3. 中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院 北京 100730

【摘要】目的:从协同治理视角分析我国医防融合模式的形成条件、运行机制及实施成效,总结我国不同地区经验,为其他地区的实践提供参考。方法:基于修正后的SFIC模型,采用案例研究方法,选取S市、W市、L区三地为例,2025年6—10月进行实地调研,运用参与式观察、访谈和政策文本等多源数据,开展三角验证与比较分析。结果:政策窗口、健康需求变化、资源基础与约束共同构成医防融合的起始条件;政府通过组织统筹、制度授权推动多主体参与;任务清单、疾控监督员、处方工具、绩效考核、资金保障和信息共享等制度,为医防融合常态化运行提供了支撑;在信任建立、持续沟通过程中,各地逐步形成共识。三地在传染病防控、慢性病管理、健康促进服务模式转型方面均取得积极成效。结论和建议:医防融合实践应立足地方基础,因地制宜选择实施路径,并通过组织协调、制度衔接、过程协同,提升医防融合的实施成效。

【关键词】医防融合;协同治理;案例研究;实践模式

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.05.003

A multi-case study on integration of medical and preventive care models from the perspective of collaborative governance

CHEN Xing-yu¹, LIU Lu², YANG Yi-ying³, REN Wen-bo³, YANG Cheng-chao³, HAN Yun-rui³, LI Tao³

1. School of Population and Health, Renmin University of China, Beijing 100872, China

2. Peking Union Medical College, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

3. School of Health Policy and Management, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

【Abstract】 Objective: To examine the formation conditions, operational mechanisms, and implementation outcomes of integration of medical and preventive care models in China from the perspective of collaborative governance, and to summarize regional experiences to inform practices in other areas. Methods: Based on a revised SFIC model, this study adopted a case study approach and selected City S, City W, and District L as the study sites. Drawing on fieldwork conducted from June to October 2025, multiple sources of data were collected, including participant observation, interviews, and policy documents. Triangulation and comparative analysis were then conducted. Results: Policy windows, changing health needs, and local resource endowments and constraints jointly constituted the starting conditions for the integration of medical and preventive care. Government actors promoted multi-stakeholder participation through organizational coordination and institutional authorization. Institutional arrangements, including task lists, disease control supervisors, prescription-based tools, performance appraisal, financial support, and information sharing, supported the routine operation of the integration of medical and preventive care. Through trust-building, sustained communication, and continuous engagement, local actors gradually developed shared understandings. The three regions achieved positive outcomes in infectious disease prevention and control, chronic disease management, health promotion, and the transformation of service delivery

作者简介:陈星宇(1999年—),女,博士研究生,主要研究方向为卫生政策、基层卫生。E-mail: chenxingyu202202@126.com

通讯作者:李涛。E-mail: leta216@163.com

models. Conclusions and Recommendations: The implementation of integration of medical and preventive care models should be grounded in local conditions, with context-specific pathways selected according to regional circumstances. Its effectiveness can be enhanced through organizational coordination, institutional alignment, and process-based collaboration.

【Key words】 Integration of medical and preventive care; Collaborative governance; Case study analysis; Practical models

1 引言

党的二十大报告提出要“创新医防协同、医防融合机制”。党的二十届三中全会通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》强调“实施健康优先发展战略,健全公共卫生体系,促进社会共治、医防协同、医防融合”。在此背景下,医防融合已成为深化医药卫生体制改革、推动“健康中国”建设的重要抓手。^[1]目前,我国已针对医防融合出台了诸多相关政策,推动预防、治疗、康复等服务环节的有机整合。既往研究对医防融合作出诸多概念界定^[2],但核心内涵基本一致,即指治疗(医疗服务)与预防(公共卫生服务)两类模块之间的合作或协同^[3]。本研究将医防融合的概念界定为卫生健康主管部门、疾病预防控制机构、不同层级医疗机构等多元主体,通过制度衔接、流程协同、资源整合与信息共享,统筹预防、筛查、诊断、控制、治疗和康复等服务环节,提升卫生服务的连续性、协同性、整体效率和服务质量。

随着医防融合政策的持续推进,各地积极开展实践探索,逐步形成了具有中国特色的医防融合政策体系与实践路径。^[3]现有研究多集中于医防融合的理论内涵^[2]、政策梳理^[4]和指标体系构建^[5],但从理论视角系统总结实践经验、分析其运行模式与互动机制的研究仍然不足。医防融合涉及多元主体之间的跨部门协作^[6],协同治理理论强调通过多主体互动与合作解决复杂公共问题,为分析医防融合实践提供了理论视角^[7]。其中,SFIC (Synergistic Framework for Integrated Collaboration)模型作为协同治理理论中的经典模型,能够系统解释医防融合主体间的权责配置、激励相容与行动协同机制,适用于分析多层次、跨部门的制度实践。^[8]基于此,本文以SFIC模型为分析框架,选取S市、W市和L区作为案例地区,系统梳理三地医防融合实践路径,并通过比较分析揭示其关键要素、互动机制与成功经验,以期为推进我国医防融

合实践提供理论参考与经验借鉴。

2 理论模型

2008年,美国学者 ANSELL 等提出 SFIC 模型,该模型包括起始条件(Starting Conditions, S)、催化领导(Facilitative Leadership, F)、制度设计(Institutional Design, I)、协同过程(Collaborative Process, C)四个核心要素。^[9]目前,该框架已被较广泛应用于卫生健康^[10-11]、医防融合^[8, 12]等领域。然而,SFIC模型是部分典型国家协同治理实践归纳形成的一般性分析框架,其案例背景、治理结构和制度环境与我国存在一定差异。该模型倾向于将治理过程视为一个相对封闭的系统,缺乏明确的评估与反馈环节,难以充分解释医防融合实践动态演进的逻辑链条。^[13]

因此,本研究结合我国医防融合的实践特征,对SFIC模型进行拓展,在原有四个维度基础上引入“协同结果”(Outcome, O),构建修正后的分析框架(图1)。该模型包括:(1)起始条件是医防融合运行的基础条件,包括政策支持、现实健康需求、资源与制度基础,影响医防融合的启动成因、实践重点和推进路径。(2)催化领导是推动医防融合由分散行动走向协同治理的重要力量,主要体现为政府通过组织统筹、制度授权和协调动员,将不同层级、不同类型主体纳入统一行动框架。(3)制度设计是医防融合运行的关键保障,主要涉及组织架构、权责界定、服务流程和激励约束设计,包括制度清晰性、政策工具科学性、激励有效性以及制度透明性。^[14](4)协同过程是多元主体在实践中建立信任、加强沟通、持续投入并逐步达成共识的互动过程,是制度安排转化为协同行动的关键环节。(5)协同结果是医防融合实践成效的体现,主要表现为传染病防控能力提升、慢性病管理水平提高,以及医疗卫生服务由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变等方面。

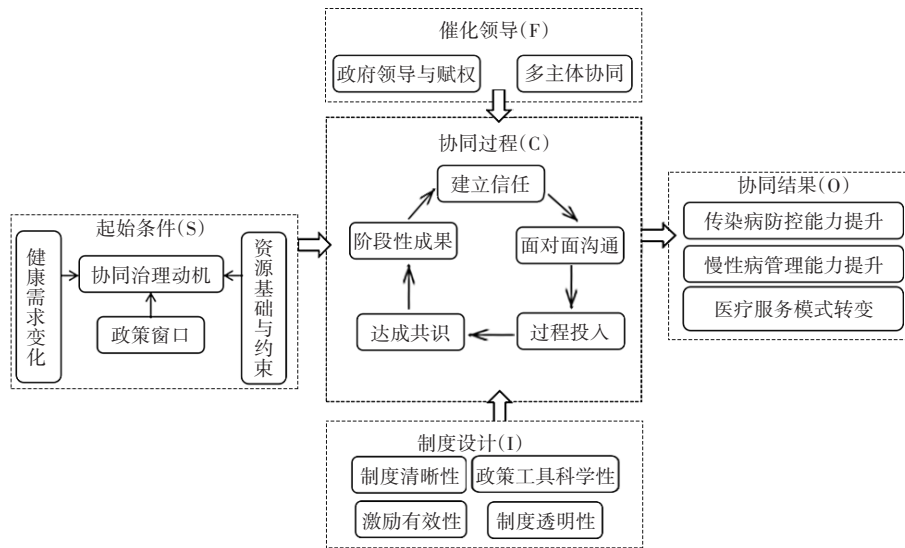


图 1 修正后的SFIC框架图

3 资料与方法

本研究采用多案例研究方法,遵循典型性抽样的原则,选择S市、W市、L区三个地区:S市依托长期医改和医共体建设基础,属于嵌入改革体系推进型;W市作为国家级医防融合试点城市,经济基础较好、信息化水平较高,属于依托数字平台与试点政策推动型;L区同样作为国家级试点地区,依托新区治理结构扁平化、机制灵活等优势,属于治理结构优势与机制创新驱动型。S市、W市和L区在行政层级、人口规模和资源基础等方面存在差异,但作为近年来地方医防融合实践的典型地区,已形成较为清晰的组织架构、制度安排与实施路径,具备开展研究的可比性。

课题组于2025年6—10月在三地开展实地调研,采取以下多种方式收集资料:一是参与式观察。对三地的政府部门、三甲医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心等进行实地调研,深入了解医防融合的实践过程和实际成效。二是非结构化座谈和半结构化访谈,参与人员主要包括政府部门医防融合工作负责人,医院及社区卫生服务中心医防融合工作参与者,包括医务科、院感科、医防融合办公室、信息科以及专/兼职疾控监督员、社区医护人员等(表1),访谈主题主要包括:顶层制度设计、多元主体互动、人员能力建设、多元服务提供、信息平台与数字化建设、价值观建设以及评价考核。三是相关政策、文献等二手数据,包括国家、省卫健委官方网站政策文件、工作报告,调研地区内部政策、数据报表以及权

威媒体的公开报道与相关权威文献。

表 1 访谈对象信息表

调研地点	调查机构	访谈形式	人数(人)
S市	市级政府部门(2个)、	座谈(6组)、一对一访谈(2人)	27
	三甲医院(4家)、社区		
	卫生服务中心(2家)		
W市	市、区级政府部门(3	座谈(3组)、一对一访谈(2人)	16
	个)、三甲医院(2家)、		
	社区卫生服务中心(1家)		
L区	区级政府部门(2个)、	座谈(3组)、一对一访谈(2人)	25
	三甲医院(1家)、乡镇		
	卫生院(1家)、社区卫生服务中心(1家)		

4 结果

4.1 案例基本情况

S市、W市位于我国东南部,L区位于我国西北部,三地在人口规模、经济发展水平、卫生资源基础等方面存在差异(表2)。

S市依托医改基础和医共体建设经验推进医防融合。截至2024年底,S市常住人口241.90万人,人均地区生产总值12.06万元,医疗卫生机构2560家,医疗机构床位数1.71万张,卫生技术人员2.18万人,具备较好的医疗卫生服务基础。S市依托医改积累,将医防融合作为“医改3.0”重要举措,构建区域医防融合服务体系,开展疾控机构综合改革,推进医疗服务与公共卫生协同融合,探索建立医防融合新机制。

W市主要依托国家医防融合试点和良好的信息化基础推进工作。截至2024年底,W市常住人口985.20万人,医疗卫生机构6245家,床位数5.01万张,卫生技术人员数8.90万人,2023年基层就诊率和县域就诊率分别达到66.22%和90.03%。W市构建了“三位一体”网络和“六大融合”机制,以数字化赋能卫生健康治理,围绕传染病与重点人群管理,形成了“主动发现、早诊早治、连续管理”的医防融合链条。

L区作为医防融合试点地区,依托治理结构相对扁平、部门协调效率较高的优势推进医防融合。截至2024年底,L区常住人口36.67万人,医疗卫生机构191家,床位数2088张,卫生技术人员数2884人,整体卫生资源总量相对有限,疾病预防控制中心仅1家。实践中,以治理体系扁平化、机制灵活和绩效考核等优势,探索出了特色路径。

表2 2024年三地基本情况与卫生资源核心指标表

指标	S市	W市	L区
常住人口(万人)	241.90	985.20	36.67
人均地区生产总值(万元)	12.06	9.91	12.70
医疗卫生机构总数(家)	2560	6245	191
公立医院数	61	171	11
乡镇卫生院数	124	182	4
社区卫生服务中心数(站)	115	334	14
疾病预防控制中心数	12	13	1
医疗机构床位数(张)	17088	50151	2088
卫生技术人员数(人)	21836	89029	2884

注:数据来自于三地的《统计年鉴》、《卫生健康统计年鉴》、《国民经济和社会发展统计公报》。

4.2 基于修正后SFIC的协同治理模式要素分析

4.2.1 起始条件

起始条件反映了医防融合启动前各地既有的政策基础、健康需求和资源条件。研究发现,三地医防融合实践均受以下因素的共同影响。一是政策窗口为医防融合启动提供了重要外部动力。W市和L区于2023年获批全国首批医防融合试点城市,并以此为契机推动工作。相比之下,S市医防融合实践建立在长期医改和医共体建设基础之上。该市自2019年起即围绕医防融合开展探索,将疾控机构纳入原有医共体网络,以慢性病管理和疾病预防为切入点,并将其作为“医改3.0”的重要内容持续推进。二是健康需求变化构成医防融合推进的现实压力。S市和L区均面临慢性病负担加重、人口老龄化加速等问题,

传统以疾病治疗为主的服务模式难以满足居民连续性、个性化健康服务需求。W市作为沿海城市,人口流动性较强,传染病防控压力相对突出。三是资源基础差异塑造了各地不同的实施路径。S市依托紧密型医共体和县乡村三级服务网络,具备较好的卫生资源基础,并在此基础上构建医疗与预防协同的服务网络,以慢性病管理和疾病预防作为医防融合的重要切入点。W市已建成医疗健康大数据平台、5G云诊疗平台和疾病监测预警系统,为风险预警提供技术支撑。L区面临卫生资源总量相对有限、分布不均、公共卫生人才短缺和疾控中心力量薄弱等问题,2022年新区疾控中心编制总人数仅为10人,但新区治理体系较为扁平,部门间横向协调链条较短、决策传导效率较高,为跨部门协同提供了便利条件。

4.2.2 催化领导

催化领导主要体现为政府通过组织统筹、制度授权和跨部门协调,将卫生健康主管部门、疾病预防控制机构和医疗机构等主体纳入统一行动网络,并通过资源配置、专业支持和责任分工提升各主体行动的一致性,推动医防融合转化为具体实践。研究发现,三地均形成了政府主导、多主体参与的推进机制。一是政府统筹为医防融合提供了明确的组织方向。三地均通过领导小组、工作专班或医防融合办公室等形式,强化政府在目标设定、任务分解和部门协调中的主导作用,使医防融合逐步转向多部门协同任务。二是组织嵌入强化了医疗机构的公共卫生责任。W市依托“1+N”政策体系和市、县两级工作机制,设立专家顾问团和医防融合指导中心,并推动二级及以上公立医疗机构设置公共卫生科和医防融合工作委员会,将公共卫生职责嵌入医院治理结构。L区成立了医防融合试点城市建设领导小组和指导专家组,形成了以卫生健康主管部门牵头、多部门参与的重大疾病防治机制。构建由疾控机构、公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医疗机构共同参与的“四位一体”公共卫生服务体系,并将协同机制延伸至学校、社区等基层场景。三是既有组织基础影响催化领导的实现方式。S市依托医共体和总医院体系设立医防协同融合办公室,整合疾控、妇幼保健、精神卫生和基层医疗卫生机构等资源,在原有治理框架内推动协同深化。相比之下,W市和L区作为试点地区,主要通过新设办公室和跨部门协调机制构建协同网络。

4.2.3 制度设计

制度设计是医防融合由阶段性探索转向常态化运行的重要支撑,主要体现为制度清晰性、政策科学性、激励有效性以及制度透明性。研究发现,三地主要通过任务清单、疾控监督员制度、处方类工具、绩效考核、资金保障和信息共享等制度安排,推动医疗服务与公共卫生服务的衔接。一是制度清晰性为医防融合提供基本框架。三地均通过政策文件和工作方案,明确医防融合的目标任务、责任分工和协作流程,为后续执行提供制度依据。二是政策工具科学性为解决医防融合问题提供支撑。三地均推行疾控监督员制度,通过派驻监督、专业指导、监测评估与奖惩考核,促进疾控职能向医疗机构延伸。同时,三地结合本地疾病谱和服务重点,运用“六大处方”“传染病健康教育处方”“电子疫苗处方”“一病五方”等工具,推动预防、诊疗、健康教育和随访管理在服务

环节中相互衔接(表3)。三是激励的有效性为协同运行提供内生动力。S市通过专项资金和考核结果二次分配强化激励约束,从历年医保结余基金中划拨专项经费,按比例支持疾控机构和试点医院开展相关工作,同时,探索将基本公共卫生专项经费纳入绩效薪酬激励体系,并将医防融合与基本公共卫生服务考评、医共体负责人考核相衔接,根据考核结果进行资金二次分配;W市将医防融合职责纳入医疗机构年度绩效考核和等级评审;L区围绕传染病监测预警、慢性病防治、健康教育和信息共享等内容开展月度、季度和年度评估,并将结果纳入绩效管理。四是制度的透明性为数据共享和质量改进提供支持。S市主要依托慢病管理系统对患者进行分类管理;W市依托区域健康云平台 and 传染病监测预警平台推进跨机构数据整合;L区则通过督导检查、问题通报和整改反馈形成制度闭环。

表3 三地政策工具总结

地区	疾控监督员制度	管理工具
S市	三级(市、区、院)监督体系,专、兼职双向流动,月度沟通和奖惩考核	“六大处方”(医疗、运动、心理、饮食、睡眠、健康教育)协同管理
W市	二级及以上医院灵活派驻专、兼职监督员及专家团队支撑	传染病健康教育处方库嵌入HIS系统,“一病一方”
L区	“多对多”“组团式”监督检查,纳入评估监测指标	“一病五方”(医疗、运动、饮食、心理、疫苗)协同管理

4.2.4 协同过程

协同过程是医防融合由制度安排转化为实际行动的关键环节。研究发现,三地协同过程主要表现为信任建立、持续沟通和行动共识形成三个方面。一是信任建立与有效沟通是协同推进的基础。S市通过疾控与医务人员双向挂职、月度例会等方式,增进医疗机构与疾控机构之间的相互理解;W市依托疾控机构与医疗机构人员互派、定期沟通和预警周报共享,形成顺畅的沟通链条;L区则通过月度推进会、跨部门数据共享和季度专家指导,推动多元主体围绕重点问题协商。二是在持续互动中,逐步形成“防治融合、责任共担”的共识。S市通过医防互训和健康副校长制度,促进疾控与医务人员在知识体系和服务理念上的衔接;同时组建科普讲师团,深入学校、厂矿、社区等场景开展健康教育,推动医防融合向社会场景延伸。W市通过联合卫生健康主管部门、疾控和医疗机构开展义诊宣传及预防知识培训,强化防治协同意识。L区通过培训整改、专家下沉和技术帮扶,提升基层医疗卫生机构承接慢性病随访和康复管理的能力,并借助双向转诊和住院患者信息推送机制,促进上级医院诊疗服务与基层康复管

理、慢性病随访之间有效衔接,在持续协作中达成共识。三是随着协同过程推进,逐步形成了各具特色的路径。S市推动了慢性病管理、健康促进和疾病预防向基层服务场景延伸;W市强化了传染病监测、信息共享与协同处置;L区提高了基层医疗卫生机构对传染病防控、慢性病随访和康复管理的承接能力。

4.2.5 协同结果

三地医防融合实践取得了良好的协同成果,主要体现为疾病防控与慢病管理能力提升、卫生服务模式转型。一是传染病防控和慢性病管理能力提升。S市在慢性病规范化管理方面成效较为突出,以S市某区为例,2024年高血压和糖尿病规范管理率分别达到88.47%和88.80%,血压、血糖控制率分别为90.41%和77.71%,居民健康素养水平由2023年的22.30%提高至2024年的32.21%。W市在重点传染病综合防控方面取得一定成效,肺结核报告发病率由2021年的44.28/10万下降至2024年的36.02/10万,艾滋病新报告发病数由2021年的630例下降至2024年的396例。L区虽然卫生资源基础相对薄弱,但相关指标改善幅度较大,建成全省首个“无结核社区”,血压控制率由2022年的70.58%提高至2024年

的76.12%,空腹血糖控制率由62.91%提高至71.63%,居民健康素养水平由2021年的12.5%提升至34.17%,乙肝疫苗接种人数由2022年的2258人增加至2024年的4549人,每万人全科医师数由1.1人提高至3.3人。二是医防服务模式向“以健康为中心”转变。三地实践推动医疗服务转向预防、诊疗、随访、康复和健康促进相衔接的连续性服务。S市依托医共体和专项资金保障,将慢性病管理、健康促进和疾病预防嵌入卫生服务体系;W市通过疾控监督员、传染病健康教育处方和电子疫苗处方,将监测预警、健康教育和预防接种融入诊疗流程;L区依托“四位一体”公共卫生服务体系、专家下沉和双向转诊机制,促进上级医院、疾控机构与基层医疗卫生机构之间的服务衔接。

5 政策启示

5.1 立足起始条件,形成差异化推进路径

医防融合的实践受地方政策基础、健康需求、资源条件等因素影响。各地应在充分评估本地起始条件基础上,选择与现实需求相适应的推进路径。一是识别区域健康问题,明确医防融合的优先关注领域。慢性病负担较重、人口老龄化程度较高的地区,应将高血压、糖尿病等慢性病规范管理、健康随访和健康促进作为重点,推动预防干预前移至基层服务和居民日常健康管理过程。人口流动频繁、传染病防控压力较大的地区,应优先提升传染病监测预警、风险识别、信息报告和协同处置能力。二是要结合地方资源基础,因地制宜推进医防融合。医改基础较好、医共体运行较成熟的地区,可依托既有县域医共体或城市医疗集团,推动疾病预防、健康管理与医保支付、绩效考核等制度相衔接,将医防融合嵌入原有卫生服务体系。信息化基础较好的地区,可优先建设跨机构、跨层级的信息共享平台,提升医疗机构与疾控机构之间的数据联通和业务协同能力。卫生资源总量有限、公共卫生人才不足的地区,可发挥治理体系优势,通过任务清单、责任分解和量化考核建立基本运行框架,并在实践中逐步探索适合本地的医防融合模式。

5.2 强化政府引导,促进多元主体协同

医防融合涉及医疗服务、疾病预防、医保支付、财政保障、信息建设和基层治理等多个领域,需发挥政府在组织统筹、制度赋权和资源协调中的催化作

用,将分散主体整合为持续协作能力的行动网络。一是要建立常态化统筹协调机制。应健全由卫健、疾控、医保、财政、人社、教育、民政、信息化等多部门共同参与的医防融合协调机制,明确部门职责、任务分工和协同流程。^[3]二是要明确医疗机构和疾控机构的职责定位。医疗机构应在传染病报告、慢性病筛查、健康教育、疫苗接种提醒和重点人群管理等方面承担相应公共卫生责任;疾控机构应重点发挥技术支持、风险评估、质量控制和监督反馈作用,加强对医疗机构落实公共卫生职责的专业指导。三是要推动公共卫生职责纳入医院内部治理。在二级及以上公立医院设置公共卫生科或医防融合办公室,明确院内公共卫生管理职责,将预防服务和疾病防控工作纳入医院绩效考核、科室管理和诊疗流程。

5.3 完善制度工具,推动医防融合嵌入服务流程

医防融合的有效推进,关键在于通过制度工具将预防职责嵌入诊疗和健康管理全过程。应围绕任务清单、疾控监督、处方工具、绩效考核、资金保障和信息共享等方面完善制度设计。一是细化任务清单和操作规范。地方应围绕传染病防控、慢性病管理、健康教育、疫苗接种、重点人群管理等内容,明确责任主体、服务流程、评价指标等,增强执行规范性与可操作性。二是规范疾控监督员制度。应厘清疾控监督员工作内涵^[15],完善互派机制、岗位职责和工作手册,提高专、兼职监督员配置的科学性^[16],并适当拓展选拔来源,吸纳不同类型医疗机构、高校和社区等主体参与,提升队伍的多样性。^[17]三是推动处方类工具的应用。可结合不同疾病和重点人群需求,开发运动处方、营养处方、心理处方、疫苗处方等综合干预工具,并将其嵌入门诊诊疗、慢性病随访等服务环节。四是要健全绩效考核与资金保障机制。应将重点任务清单和考核指标纳入绩效评价,综合评估医务人员和公共卫生人员的劳动价值^[18],并将结果与资金分配、岗位晋升、评优评先等适度挂钩^[19]。同时,可统筹医保结余资金、基本公共卫生服务资金、财政拨款等,设立医防融合专项资金。五是要推进信息系统互联互通。应加强医防融合信息化平台建设,推动各级医疗卫生机构和疾控机构实现跨机构、跨层级数据共享与业务协同。^[20]信息化基础较好的地区,可进一步运用大数据分析和人工智能技术,对异常健康指标进行自动识别与风险提示,促进疾病早发现、早干预。^[21]

5.4 优化融合过程,促进行动共识形成

医防融合是医疗机构、疾控机构等多主体持续互动形成合作规则、信任关系和行动共识的过程,应通过沟通机制、人才培养、场景延伸和居民参与,提升医防融合的持续性。一是要建立常态化沟通机制。应搭建临床与疾控人员常态化交流平台,借鉴双向挂职、下沉指导等做法,推动疾控与医务人员在岗位职责和服务流程中的交叉协作。^[22]同时,可将医生下沉基层帮扶的服务次数、服务内容和实际成效纳入绩效评价和职业晋升体系,增强基层医防融合的积极性。二是要加强复合型人才队伍建设。应强化医疗与公共卫生交叉复合型人才队伍建设,建立常态化交叉培训机制^[23],提升临床人员公共卫生能力与公共卫生人员临床协同能力。三是要推动协同机制向基层和生活场景延伸。医防融合应进一步延伸至社区、学校、养老机构、企事业单位和家庭等场景,构建多主体共同参与的协同网络,可通过健康副校长制度、社区健康网格、老年人健康管理和重点人群随访等,因地制宜提供精准化、个性化和动态性的医防融合服务。^[24]四是要增强居民参与和健康责任意识。应激活居民作为“健康第一责任人”的角色^[25],探索积分激励、健康服务兑换、个性化健康管理方案和数字化健康提醒等方式,提高居民参与健康管理、疫苗接种、慢性病随访和健康教育的积极性。

5.5 注重成效转化,推动医防融合持续改进

医防融合的成效在于提升疾病防控能力、改善健康管理效果,并推动卫生服务体系向“以健康为中心”转型。应进一步强化结果导向,将医防融合从阶段性试点转向可持续性实践。一是完善成效评价指标体系。医防融合评价应关注实际运行效果。围绕传染病报告及时性、慢性病规范管理率、重点人群随访率、疫苗接种率、居民健康素养水平、居民满意度和跨机构协同效率等方面设置评价指标,反映医防融合实施成效。二是健全评价反馈与政策反馈机制。应根据医防融合运行情况和考核结果,动态调整任务清单、资金投入、人员配置和服务流程。对于实践效果较好、基层接受度较高的制度工具,应总结经验并适度推广;对于运行中发现的问题,应通过持续反馈不断提升制度适配性。三是因地制宜开展医防融合实践。各地应结合政策支持、健康问题、资源优势 and 约束等条件,选择适宜的制度组合与实施路径,抓住政策契机,通过组织协同、制度衔接、人才支

撑、数据赋能,推动医防融合实践形成良好成效。

5.6 本研究的局限性

本文主要采用多案例研究方法,对三个地区的医防融合经验实践模式与运行机制进行比较分析。受案例数量限制,且不同地区在制度环境、资源条件和改革基础等方面存在差异,研究结论的外推需谨慎。未来研究可进一步拓展案例地区范围,纳入具有相似条件案例或不同行政层级的地区开展比较研究。

作者贡献:陈星宇负责文章选题、构思与设计、前期调研、数据收集与分析、论文撰写与修订;刘璐负责前期调研、数据收集、数据分析与论文撰写;杨毅莹、任文博、杨程超负责前期调研、数据收集与整理;韩允瑞负责前期调研、数据整理、论文撰写;李涛负责文章选题、构思与设计、前期调研、数据收集与分析、论文撰写与修订、文章质量控制及审校。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 张宁,陈开元,徐晗艺,等.我国公立医院医防融合评价指标体系构建[J].中国卫生政策研究,2026,19(1):33-39.
- [2] 王福如,赵广川,刘元宝,等.我国医防融合理论内涵及实践探索[J].中国公共卫生,2025,41(8):1019-1024.
- [3] 刘珏,闫温馨,刘民,等.新时期健康中国建设中的医防协同:理论机制与政策演变[J].中国科学基金,2023,37(3):451-460.
- [4] 李丽清,邝骁睿,孙立信.基于PMC指数模型的我国医防融合政策量化评价与优化研究[J].中国医院,2025,29(5):34-38.
- [5] 兰晓霞,杨朝晖,岳帅,等.基层全科医生医防融合能力评价指标体系构建[J].健康发展与政策研究,2024,27(2):148-156.
- [6] 袁春锋,钱宇,王小合,等.县域医共体医防融合维度建构、动态演化与发展路径研究[J].中国医院管理,2025,45(12):17-21.
- [7] 刘素君,左玉静.新质生产力推动社区养老服务高效发展的运行机制与优化路径:基于北京市X社区的调研分析[J].中国卫生事业管理,2024,41(12):1345-1349+1369.
- [8] 彭翔,严新明.基于SFIC模型的我国医疗机构协同关系研究[J].贵州社会科学,2024(7):121-128.
- [9] ANSELLC, GASH A. Collaborative Governance in Theory and Practice[J]. Journal of Public Administration Research & Theory J Part, 2008, 18(4): 543-571.

- [10] 翁佳颖, 高红霞, 杜思娟, 等. 基于SFIC模型的武汉市老旧社区医养结合治理分析[J]. 医学与社会, 2022, 35(11): 7-12.
- [11] 周文静, 董田甜. 基于SFIC模型的健康治理发展现状与优化路径[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(9): 6-9.
- [12] 陈玺玥, 赖泓宇, 吴侃, 等. 协同治理视角下紧密型县域医共体医防融合创新机制研究: 以德阳市罗江区为例[J]. 四川大学学报(医学版), 2025, 56(6): 1475-1480.
- [13] 任敏. “河长制”: 一个中国政府流域治理跨部门协同的样本研究[J]. 北京行政学院学报, 2015(3): 25-31.
- [14] 刘海兰, 翟方明, 谢晓晶. 基于SFIC模型的基本医疗保障协同治理研究: 以三明医改为例[J]. 中国卫生事业管理, 2026, 43(1): 45-49+112.
- [15] 孙瑾, 王绍鑫, 范力星, 等. 上海市试点推进医疗机构疾控监督员制度创新探索与实践[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(6): 633-636.
- [16] 陈卫永, 冯海婷, 汪炜, 等. 浙江省医疗机构疾控监督员试点工作SWOT分析[J]. 中国公共卫生, 2026, 42(2): 157-162.
- [17] 孙艺, 李远远, 蔡昀珈, 等. 医防融合视域下上海医疗机构疾控监督员全链条管理实践[J/OL]. 健康发展与政策研究 [2026-04-14]. <https://link.cnki.net/urlid/31.2200.R.20260310.1615.006>
- [18] 顾海, 李子豪, 王福如, 等. 医防融合的关键问题、机制创新与实现路径[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(1): 45-49.
- [19] 李怡霖, 崔文荟, 龙雨晨, 等. 基于患者感知的家庭医生团队医防融合度评价研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(7): 51-58.
- [20] 兰珍, 刘婧, 陈火旺, 等. 紧密型县域医共体医防融合促进慢病管理研究: 以福建省三明市为例[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(11): 74-77.
- [21] 李湘清. 医防融合视角下居民健康档案管理创新实践[J]. 中国档案, 2026, (3): 44-45.
- [22] 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.
- [23] 张欣悦, 张雨荷, 潘琼娇, 等. 温州市推进医防融合的实践和成效[J]. 中国农村卫生事业管理, 2025, 45(10): 696-701+716.
- [24] 李佳威, 葛奥淇, 高欣怡, 等. 医防融合的概念内涵和实现路径: 一项系统综述研究[J]. 中国全科医学, 2026, 29(16): 2156-2166.
- [25] Department of Health and Social Care. 10 Year Health Plan for England: fit for the future[EB/OL]. (2023-08-10) [2026-01-07]. <https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future>

[收稿日期:2026-03-02 修回日期:2026-05-07]
(编辑 赵晓娟)

《柳叶刀》呼吁将慢性呼吸系统疾病防控纳入各国全民健康覆盖框架

慢性呼吸系统疾病是全球重大公共卫生负担, 近年其流行趋势与防控成效成为全球卫生领域关注的核心议题。《柳叶刀·公共卫生》2026年4月刊推出“全球慢性呼吸系统疾病防控”专题, 基于最新全球疾病负担数据与各国防控实践, 系统梳理当前防控现状, 明确未来行动方向, 核心研究结论可归纳为以下三方面:

第一, 疾病负担持续攀升, 防控缺口依然显著。专题数据显示, 过去三十年间, 全球慢性阻塞性肺疾病、哮喘等主要慢性呼吸系统疾病的患病率上升超过15%, 致死率稳居全球慢性病死因第三位; 其中中低收入国家承担约70%的疾病负担, 基层诊断设备不足、规范药物可及性低、公众疾病认知缺失等问题, 导致近半数患者未能获得早期诊断与规范治疗。

第二, 可控危险因素贡献超六成疾病负担, 干预空间巨大。专题研究明确, 吸烟、室内外空气污染、

职业粉尘暴露、肥胖是慢性呼吸系统疾病的四大可干预危险因素, 合计贡献62%的归因发病风险; 其中PM2.5污染对中青年人群哮喘发病的影响被低估, 需纳入区域大气污染防治的核心健康目标。

第三, 分级防控体系建设是破解困境的关键。专题提出, 需推动将慢性呼吸系统疾病防控纳入各国全民健康覆盖框架, 依托基层医疗卫生机构构建“筛查-诊断-长期管理”的分级服务体系, 同时通过控烟立法、空气质量改善、健康宣教等群体干预降低人群整体发病风险。

专题最后强调, 全球各国需加强跨领域协作, 缩小不同收入水平国家间的防控差距, 才能实现全球慢性呼吸系统疾病发病率下降的可持续发展目标。

(摘编自:《柳叶刀》官方网站)