

基于ICCC框架的糖尿病患者健康管理机制研究

祁翼帆¹, 马新然², 李一帆³, 赵紫琳², 徐菲⁴, 尹娜^{5*}

¹河南中医药大学针灸推拿学院, 河南 郑州

²河南中医药大学护理学院, 智慧康养护理行业学院, 河南 郑州

³河南中医药大学中马联合学院, 河南 郑州

⁴河南中医药大学信息技术学院, 河南 郑州

⁵河南中医药大学医学院, 河南 郑州

收稿日期: 2025年7月12日; 录用日期: 2025年8月12日; 发布日期: 2025年8月20日

摘要

在慢性病已成国家健康战略核心议题的背景下, 糖尿病作为典型慢病, 对我国基层照护体系的整合能力提出严峻挑战。尽管“健康中国2030”提出构建多层次慢病管理机制, 现实中糖尿病管理仍面临制度协同弱化与患者赋能不足等结构性难题。本文基于世界卫生组织提出的“慢性病创新照护框架”(ICCC), 聚焦河南省某地实践, 通过18名政策制定者、服务人员与患者的半结构式访谈, 采用NVivo进行质性编码, 构建“地方照护嵌套模型”, 识别出财政支持碎片化、信息系统割裂、签约服务虚化、患者行为参与薄弱等典型问题。研究发现, ICCC在地方层面的落地面临政策动能衰减、组织协同失效与行为激活乏力等多重张力。本文从“制度-组织-个体”三维结构出发, 提出优化路径: 健全财政与支付激励机制、强化基层组织协同能力、提升患者与家庭赋能水平。研究为理解资源有限地区慢病管理的协同困境提供了理论支撑与实践借鉴。

关键词

糖尿病管理, ICCC框架, 慢性病照护, 基层医疗, 质性研究, 患者赋能, 服务协同机制

A Study on the Health Management Mechanism for Diabetes Patients Based on the ICCC Framework

Yifan Qi¹, Xinran Ma², Yifan Li³, Zilin Zhao², Fei Xu⁴, Na Yin^{5*}

¹School of Acupuncture and Massage, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan

²School of Nursing, Nursing School of Smart Healthcare Industry, Henan University of Chinese Medicine,

*通讯作者。

文章引用: 祁翼帆, 马新然, 李一帆, 赵紫琳, 徐菲, 尹娜. 基于 ICCC 框架的糖尿病患者健康管理机制研究[J]. 护理学, 2025, 14(8): 1495-1503. DOI: 10.12677/ns.2025.148198

Zhengzhou Henan

³Joint Institute of Management and Science University, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan

⁴School of Information Technology, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan

⁵School of Basic Medicine, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan

Received: Jul. 12th, 2025; accepted: Aug. 12th, 2025; published: Aug. 20th, 2025

Abstract

Against the backdrop of chronic diseases emerging as a core agenda in national health strategies, diabetes—representing a paradigmatic chronic illness—poses significant challenges to the integration capabilities of China’s primary care infrastructure. While the “Healthy China 2030” initiative advocates for a multi-tiered mechanism for chronic disease management, the practical realities of diabetes care still confront structural obstacles including weakened policy synergy and limited patient empowerment. Based on the WHO’s Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) framework, this paper investigates practices in a specific area of Henan Province through semi-structured interviews with 18 stakeholders—including policymakers, practitioners, and patients. Qualitative coding with NVivo was used to develop a “locally nested care model,” which revealed key challenges such as fragmented fiscal support, siloed information systems, nominal contracting of services, and insufficient patient participation. The study reveals that operationalizing the ICCC at the local level is subject to various tensions, such as waning policy impetus, ineffective organizational collaboration, and a lack of behavioral activation among key actors. Adopting the tripartite analytical structure of “institution-organization-individual”, this study suggests pathways for optimization: improving fiscal and payment incentive systems, reinforcing organizational coordination at the primary level, and advancing the empowerment of patients and families. The study offers both conceptual underpinnings and empirical references for grasping the coordination challenges inherent in chronic disease management within resource-limited regions.

Keywords

Diabetes Management, ICCC Framework, Chronic Illness Care, Primary Care, Qualitative Study, Patient Empowerment, Service Integration Mechanisms

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

21 世纪以来，慢性病逐步取代传染病，成为影响人群死亡率与生活质量的首要健康负担[1]。糖尿病作为其中最具代表性的疾病，其高患病率、并发症风险和医疗负担的持续上升，已成为国家公共卫生政策优先应对的关键议题[2]。国际糖尿病联盟(IDF) 2021 年数据显示，中国糖尿病患者超过 1.4 亿，呈持续上升趋势，给医疗体系带来持续压力，也对慢病管理体系的制度设计提出严峻挑战[3]。

为应对这一趋势，中国政府自“健康中国 2030”战略提出以来，持续推进以“基层为重点、医防协同、全生命周期覆盖”的慢病治理体系建设[4]。相关政策明确方向，但在地方实践中，糖尿病管理仍面临政策执行动能不足、服务组织协同缺位与患者参与机制薄弱等多重困境，亟需理论框架与机制路径的系统重构[5]。

当前国际慢性病照理论发展迅速。Wagner 等人提出的“慢性病照护模型”(Chronic Care Model, CCM)在高收入国家得到广泛应用,强调服务系统与患者间的互动机制[6]。但在资源受限、制度惯性显著的发展中国家,CCM 的适配性受限[7]。为回应治理现实,世界卫生组织(WHO)于 2002 年在 CCM 基础上提出“慢性病创新照护框架”(Innovative Care for Chronic Conditions, ICCC),将政策环境(宏观)、服务组织(中观)与患者行为(微观)纳入统一结构,强调跨层级、跨组织、跨行为的协同治理[8]。

尽管 ICCC 在理论上结构完整、理念前沿,但其在中国尤其是地方卫生系统中的本土化应用仍相对薄弱[9]。已有研究多集中于宏观政策分析或流程优化,缺乏对“制度-组织-行为”三层结构协同机制的实证呈现,特别是在城乡发展不均、资源配置不足的基层区域,相关机制如何嵌套联动尚未厘清[10]。

基于此,本文以河南省某典型县域为研究场景,依托 ICCC 三层结构,采用质性研究方法,系统分析地方糖尿病照护的制度逻辑、运行障碍与协同张力,试图回应以下问题:

- 1) ICCC 框架在基层糖尿病管理实践中是否实现结构嵌套与机制协同?
- 2) 宏观-中观-微观三者之间的照护链条存在哪些典型断裂与结构张力?
- 3) 患者在照护过程中的行为能动性是否被制度性激活?

本研究旨在理论上深化慢性病照护机制的结构理解,在实务上为我国基层糖尿病治理提供机制路径与政策参考。

2. 理论框架与模型构建

2.1. 慢性病照护模型的演进与 ICCC 框架提出

随着全球公共卫生治理重心不断向慢性病管理转移,照护模式逐步从以医疗干预为核心的线性应对体系,演化为以整合服务与系统协同为导向的复合型结构[11]。在这一背景下,Wagner 等人于 1998 年提出的慢性病照护模型(Chronic Care Model, CCM)在高收入国家得到广泛应用[6]。该模型通过加强卫生系统功能、临床信息支持、自我管理教育与社区资源整合,提升了慢病照护的整体质量。然而,CCM 对制度完备性与资源充足性的高度依赖,使其在发展中国家适配性不足[12]。

为更好回应中低收入国家在制度基础薄弱、信息系统不健全、服务协同缺失等现实困境下的慢病管理需求,世界卫生组织于 2002 年提出“慢性病创新照护框架”(Innovative Care for Chronic Conditions, ICCC) [8]。该框架在延续 CCM 核心理念的基础上,系统引入政策环境、服务组织与患者行为三个联动层级,强调通过多主体、多维度协同实现照护效率与治理绩效的双重提升[13]。

ICCC 提出了涵盖政策激励机制、组织协作体系、健康信息整合、医务人员能力建设、患者自我管理支持、社区与家庭参与、服务质量监管及医保支付方式在内的八项构建要素,形成一个适用于资源受限国家的跨层级治理模型[14]。其核心逻辑在于构建“顶层设计-中介执行-终端行为”的链式联动机制,推动照护路径从政策制定走向行为转化,最终实现慢性病治理的制度协同与行为嵌套[15]。

2.2. ICCC 框架的中国语境适配与问题引入

近年来,ICCC 的三维结构与中国在“健康中国 2030”战略引导下推进的分级诊疗制度、家庭医生签约服务与基本公共卫生服务政策在理念上高度契合,构成了框架落地的政策接口[16]。然而,在基层治理实践中,ICCC 的机制运行仍面临多重挑战。

首先,政策动能在向下传导过程中显著衰减,财政支持机制波动性大,绩效考核指标形式化倾向明显,削弱了基层执行活力[17]。其次,服务组织之间缺乏有效协同机制,信息平台碎片化、任务职责模糊和签约服务空转等现象普遍存在[18]。再次,患者行为激活机制薄弱,个体健康素养不足、照护行为依从

性差，且缺乏稳定的家庭支持与社区动员路径[19]。

这些现实困境表明，ICCC 虽在理论结构上具备高度系统性与前瞻性，但在中国地方治理实践中仍需进行结构性转译与本土化重构，以确保其能有效衔接现有制度体系，发挥协同治理功能。

2.3. 地方化 ICCC 三维嵌套模型构建

结合 ICCC 框架原理与中国基层慢病治理的制度现实，本文构建“地方化 ICCC 三维嵌套模型”，以宏观政策、中观组织与微观个体为三条分析轴线，系统识别影响糖尿病照护效能的结构性障碍与协同瓶颈。

在宏观层级，模型聚焦财政投入机制、医保支付结构与慢病考核制度，分析政策资源配置与执行路径中的衰减机制；在中观层级，强调社区卫生服务中心、家庭医生团队与上级医疗机构之间的资源联动、信息共享与责任协作结构，评估组织系统的运行效率；在微观层级，考察患者的健康素养、照护行为依从性及家庭参与状况，识别个体行为激励不足的制度根源。

该模型旨在通过制度 - 组织 - 行为三维联动分析，为后续实证研究提供结构支撑，并为 ICCC 框架在中国基层的有效嵌套与机制重构提供理论参照。

3. 研究方法

3.1. 研究设计

为系统探讨 ICCC 框架在中国基层糖尿病照护实践中的运行机制与协同障碍，本文采用质性研究方法，聚焦制度、组织与个体三维互动结构的实证呈现。研究遵循“理论引导 - 问题聚焦 - 结构诊断”的分析逻辑，围绕 ICCC 的宏观政策、中观组织与微观行为三个层级，开展数据采集与路径建构，力求形成兼具理论解释力与实践参考价值的分析框架。

3.2. 研究场域与样本构成

研究选取河南省 K 市及其周边城乡结合区域作为调查场域。该区域在基层慢病管理政策落实、服务资源配置与城乡差异表现等方面具有一定代表性，具备分析 ICCC 本土化运行路径的典型意义。

样本选取结合目的性抽样与理论饱和策略，涵盖 ICCC 三类核心行动主体：政策制定与管理者(n=4)，包括卫健委、医保局与疾控系统人员；服务提供者(n=6)，包括基层医疗机构医务人员与管理人员；以及糖尿病患者及其家庭照护者(n=8)，覆盖不同性别、年龄、病程与城乡背景。共计完成 18 例有效访谈，确保数据来源多元、视角丰富。

3.3. 数据采集与访谈流程

基于 ICCC 三层结构及研究主问题导向，研究团队设计三套半结构化访谈提纲，分别对应宏观政策设计与执行逻辑、中观组织运行机制与微观健康行为支持。访谈重点围绕制度激励配置、服务协同状况及患者赋能路径展开。

整个访谈由研究人员两人协作完成，分别承担提问与记录职责，访谈平均时长为 45 至 60 分钟。音频资料经受访者授权使用，并于访谈结束后 24 小时内完成逐字转录。研究已通过所属机构伦理审查，所有受访者均签署知情同意书。

3.4. 数据分析与理论编码

访谈资料借助 NVivo 12 Plus 软件进行系统编码与主题分析，分析路径参考 Miles 与 Huberman 提出的“综合法”策略，结合理论预设与资料归纳进行三阶段处理。

首先,依据 ICCC 三维结构设置初始编码节点,划分为政策、组织与个体三类;其次,在各层级节点下识别典型主题内容,如医保支付机制、组织协作障碍与行为参与难题等;最后,通过跨群体数据交叉验证,形成主题间的关联性解释,增强分析的结构合理性与逻辑一致性。

最终,研究归纳出 11 个核心主题、38 个二级编码节点,构建出涵盖“制度-组织-行为”链条的结构张力模型,为后续研究发现奠定逻辑基础。

4. 研究发现与实证分析

4.1. 宏观层级：制度驱动与政策传导的衰减效应

作为照护系统的制度起点,宏观层级应通过财政支持、支付激励与绩效考核,引导基层组织落实 ICCC 框架中“以患者为中心”的治理理念。然而在实地调研区域,该层级在政策设计与执行过程中呈现出明显的传导疲弱与结构错位现象。

首先,财政资源配置存在时间刚性与结构碎片化的问题。专项资金通常以年度为单位核拨,缺乏对服务连续性与弹性运营的支持,基层组织面临资金使用节奏与服务节奏失衡的矛盾,管理行为容易转向任务完成导向,弱化了健康干预的过程质量。

其次,医保支付机制在行为激励方面仍显滞后。目前服务补偿多聚焦医疗行为与项目操作,缺乏对预防性服务、随访管理和健康教育等非药物干预内容的有效补偿安排。此种结构性失衡使基层机构更倾向于提供“可量化、易结算”的短期服务,而非结构性、连续性的照护干预。

此外,绩效考核体系普遍呈现指标工具化倾向,考核重点集中于报表填报、目标完成率等技术性数据,忽视对服务过程真实体验与健康结果的追踪,导致基层组织策略性适应频繁,照护行为脱离患者实际需求。

整体来看,宏观制度虽在形式上构建了政策支撑框架,但在资源稳定性、激励结构和考核逻辑等方面,尚未形成能够有效牵引下层系统协同的制度张力,见表 1。

Table 1. Institutional nodes at the macro level

表 1. 宏观层面制度节点

核心主题	二级节点
财政资源配置	专项资金拨付周期刚性
	财政转移支付碎片化
	预算执行与服务需求脱节
	非药物干预经费保障缺失
医保支付机制	医疗项目操作补偿偏好
	预防性服务支付标准缺位
	慢性病随访管理无编码体系
	健康教育与行为干预无补偿机制
绩效考核体系	报表填报率指标权重畸高
	健康结局指标未纳入评价
	患者满意度追踪机制空白
	过程质量监测工具缺乏
	考核结果与资源分配脱钩

4.2. 中观层级：服务供给系统中的协作结构失灵

中观层级作为 ICCC 结构中衔接顶层设计与患者行为的组织载体，其功能稳定与否直接影响协同治理的传导效率。然而在调研所涉区域，该层级服务体系普遍存在结构性分离、责任边界模糊与组织惯性强等问题。

基层医疗机构虽在制度设计中承担“健康守门人”角色，实则服务内核严重虚化。签约服务缺乏稳定的执行机制，多呈现出阶段性开展与突击式推进特征。服务内容标准化程度低，个性化照护路径匮乏，导致患者对照护认知模糊，服务接受感不足。

此外，信息系统割裂是制约服务协同的核心瓶颈。不同医疗层级及行政部门所使用的信息平台之间缺乏接口兼容性与数据标准一致性，形成多头运行、重复录入现象，严重削弱了服务过程的连续性与效率。信息无法跨平台流转也使得转诊机制操作复杂化，照护链条的断点问题日益显性。

同时，机构之间缺乏清晰的权责协作结构。上下级单位间缺乏实质性的业务联动机制，转诊流程冗长、反馈不及时，难以形成照护共同体。基层医疗队伍在组织地位、工作认同与资源保障方面长期处于边缘位置，健康管理服务成为“无绩效支撑、无技术积分”的任务性负担，抑制了内生动力。

综上，中观系统虽构建了基本的组织框架，但在技术整合、责任划分与动力机制等方面存在系统性协同断裂，难以承接顶层政策目标，也难以支撑微观照护需求，见表 2。

Table 2. Mid-level organizational collaboration nodes

表 2. 中观层面组织协同节点

核心主题	二级节点
签约服务虚化	签约推进突击化
	服务内容同质化
	履约监督机制缺失
信息系统割裂	多平台接口技术壁垒
	数据标准体系冲突
	跨机构信息共享阻滞
转诊协作失效	上下级病源竞争加剧
	转诊流程冗长低效
	双向反馈通道中断
团队激励不足	家庭医生绩效认定模糊
	专业价值认可度低下
	职业发展路径缺失

4.3. 微观层级：患者行为结构的功能障碍

微观层级是慢病照护体系运行的行为终端，ICCC 框架中强调通过提升患者自我管理能力和家庭支持水平，实现健康干预的可持续化。但在基层实践中，患者行为层面呈现出能力弱化、路径模糊与支持断裂等多维障碍。

首先，患者健康素养普遍不足。糖尿病相关知识的获取多依赖零散传播与主观经验，缺乏结构化学习与场景化指导。对病程管理的认知常聚焦于症状控制，而忽视长期干预的必要性，导致管理行为碎片

化、非连续性明显。

其次，自我管理行为缺乏制度支撑。服药依从性、饮食控制与运动执行普遍受到经济、认知与心理多重阻力影响，患者在干预周期中易出现中断、放弃甚至反向抵抗的行为反复，反映出“行为生成-行为维持”机制缺位。

第三，心理支持与情绪调适常被忽视。长期慢病状态带来的焦虑、压抑与自我否定缺乏正规评估与干预入口。多数基层机构尚未纳入心理健康资源配置，也缺乏情绪识别、干预与转介的基本路径，使照护效果受限于“身体可管理、情绪被忽略”的结构缺陷。

最后，家庭支持结构松散且功能模糊。家庭成员在认知参与、行为协同与资源配合方面普遍缺位。家庭照护角色缺乏制度引导，责任认知不清晰，往往导致患者照护处境的孤立化，进一步加剧其管理能力的退化趋势。

综上所述，微观层级的功能失调并非个体意志缺失问题，而是认知资源不足、制度激励稀缺与支持结构不健全的综合结果。要真正提升基层慢病照护效能，必须从认知教育、情绪干预与社会支持三方面入手，构建更具弹性与主体感的健康行为生成体系，见表3。

Table 3. Micro-level behavioral support nodes

表 3. 微观层面行为支持节点

核心主题	二级节点
健康素养缺陷	知识获取渠道非结构化
	疾病认知停留症状层面
	长期风险意识薄弱
自我管理障碍	服药依从性周期性波动
	饮食控制执行中断
	运动干预持续性不足
	心理调适资源匮乏
家庭支持弱化	空巢患者照护真空
	家属责任认知模糊
	代际支持协同缺位
	应急响应机制空白
社区联动缺失	邻里互助网络解体
	志愿者支持体系未建立

5. 研究讨论与政策建议

基于质性分析结果，本文识别出 ICCC 框架在地方照护实践中面临的三类主要结构性障碍：制度动能衰减、组织协同断裂与患者赋能失焦。这些机制张力不仅反映出 ICCC 理念向地方实践转化过程中的结构阻力，也揭示了当前基层慢病治理体系中的协同失效逻辑。

5.1. 理论反思：ICCC 在本土运行中的结构张力

首先，在制度层面，ICCC 强调“以患者为中心”的治理理念，但在地方落实中常被简化为“指标驱

动”与“报表治理”，政策动能在向基层传导过程中发生衰减，财政支持碎片化、医保支付结构刚性、考核体系形式主义现象普遍[20]。

其次，组织协同成为框架落地的关键断点。在 ICCC 的理论框架中，陪护组织和个人均具有较高的任务整合能力与组织协作基础，但在中国基层现实中，家庭医生团队、社区卫生中心与上级医院之间存在信息系统割裂、职责边界不清与转诊机制缺失等问题，导致协同体系名存实亡[21]。

再次，在行为层面，ICCC 以患者行为激活为终端目标，强调个体健康行为的结构性支持。然而在现实中，患者健康素养偏低、自我管理能力强弱，家庭支持网络功能不健全，心理干预体系缺位，导致患者虽纳入照护流程却缺乏实际能动性，行为参与机制出现“失焦效应”[22]。

5.2. 政策建议：多维协同路径的重构思路

针对上述结构性障碍，本文提出基于“制度 - 组织 - 行为”三维嵌套的优化路径：

在制度层面，增强政策执行的连续性与目标一致性。

应建立专项、稳定的财政支持机制，将糖尿病管理纳入长期预算与绩效拨款体系；改革医保支付方式，探索按人头付费与按疾病管理单元(DMP)相结合的模式，提高“非药物干预”服务补偿比例；完善绩效考核体系，纳入健康结局与患者满意度等过程性与结果性指标，纠正“量化导向”带来的制度偏移。

在组织层面，推动服务供给体系的深度协同。

建议构建涵盖基层 - 县级 - 专科机构的区域照护网络，明确责任边界与信息流通过程，推动家庭医生签约制度从“数量导向”转向“质量激励”；同时，整合多源信息系统，实现医保、社区与医疗机构之间的数据互通，提升服务链条连续性与互补性。

在行为层面，激活患者与家庭的参与能力。应将健康素养提升纳入基本公共卫生服务范畴，开展分层分类的教育干预；引入家庭照护者培训与心理支持机制，将家庭成员纳入照护支持体系；探索将行为干预、心理筛查与健康随访相结合，构建“认知 - 情感 - 行动”联动的支持链条，提升照护效果的终端实现率。

ICCC 作为结构完整的慢性病治理框架，其在中国基层的落地效果取决于能否实现治理结构的再嵌套与协同逻辑的本土化。本文建议通过机制重构与路径优化，推动“理念落地”向“系统转化”迈进，实现慢性病照护从政策输出走向行为共建。

6. 结论与展望

在全球慢性病负担日益加重、基层医疗改革持续深化的背景下，ICCC 框架凭借其系统性与协同性，被广泛应用于中低收入国家的慢病管理探索[23]。本文以河南省某地基层糖尿病照护实践为样本，基于 ICCC 三层结构，运用质性研究方法，从政策、组织与个体三个维度系统分析地方照护机制中的结构障碍与协同瓶颈。

研究发现，ICCC 在地方实践中主要面临三方面困境：一是政策动能衰减，财政支持不稳定、支付机制单一与考核导向形式化削弱了制度执行力；二是组织协同失效，信息系统割裂、职责边界不清与服务流程脱节普遍存在；三是患者赋能机制薄弱，个体健康素养低、行为依从性差，家庭与心理支持缺失严重限制照护效果的终端实现。

本研究的理论贡献在于，首次将 ICCC 框架系统引入中国地方样本，构建“制度 - 组织 - 行为”三维分析视角，揭示协同治理的多层张力，并提出路径优化建议，丰富了慢病管理的本土化理论体系。实践上，研究为推动“健康中国 2030”战略在基层有效落地提供了机制干预的思路与经验参考。

需指出的是, 受限于样本区域与方法特征, 研究结论的普适性尚需进一步验证; 此外, 仅依赖质性资料揭示机制逻辑, 仍需后续结合定量研究进行路径测量与政策模拟。

未来研究可围绕不同区域与病种拓展实证基础, 重点探索 ICCC 框架在城乡结构差异下的适配机制; 同时, 应加强基于政策试验与行为干预的实证评估, 推动慢病治理从描述性分析走向干预性转化, 进一步提升照护体系的动态适应能力与可持续性。

参考文献

- [1] 邵红霞, 武俊平, 吴琦. 重视慢病防控与传染病的防治关联[J]. 中国慢性病预防与控制, 2020, 28(8): 561-562.
- [2] 胡东生. 我国成年人群 2 型糖尿病的流行病学研究[D]: [博士学位论文]. 北京: 中国协和医科大学, 2007.
- [3] 毕宇芳. 2 型糖尿病的全生命周期危险因素研究现状[J]. 内科理论与实践, 2021, 16(6): 373-375.
- [4] 王陇德. “健康中国 2030”的机遇与挑战[J]. 科技导报, 2018, 36(22): 8-11.
- [5] 张思佳, 朱晓磊, 张晓畅, 吴静, 邵瑞太. 糖尿病管理实施性研究的应用进展[J]. 中华预防医学杂志, 2023, 57(10): 1682-1686.
- [6] Wagner, E.H. (1998) Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
- [7] Yeoh, E.K., Wong, M.C.S., Wong, E.L.Y., Yam, C., Poon, C.M., Chung, R.Y., et al. (2018) Benefits and Limitations of Implementing Chronic Care Model (CCM) in Primary Care Programs: A Systematic Review. *International Journal of Cardiology*, 258, 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>
- [8] 范琦淇, 吴蔚然, 黄卡, 李静芝, 王娟. 慢性病创新照护框架在慢性病管理中的应用研究进展[J]. 中国初级卫生保健, 2023, 37(5): 55-57, 62.
- [9] 袁莎莎, 王芳, 李陈晨, 刘利群, 周巍, 衡驰, 杨婷. 基于 ICCC 框架的社区卫生服务机构慢性病管理研究[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(6): 39-45.
- [10] 张硕, 付英杰, 常乐乐, 孙晓杰. 基于 ICCC 框架的山东省农村高血压健康管理现状的质性研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(16): 1972-1978, 1983.
- [11] 朱璇, 陈爱云. 国外经典慢性病管理模式对我国慢性病管理的启示[J]. 中国全科医学, 2023, 26(1): 21-26.
- [12] 田华, 李沐, 张相林. 慢病管理模式的国内外现状分析[J]. 中国药房, 2016, 27(32): 4465-4468.
- [13] Oni, T., McGrath, N., BeLue, R., Roderick, P., Colagiuri, S., May, C.R., et al. (2014) Chronic Diseases and Multi-Morbidity—A Conceptual Modification to the WHO ICCC Model for Countries in Health Transition. *BMC Public Health*, 14, Article No. 575. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-575>
- [14] 李陈晨. 基于 ICCC 框架的社区慢性病防治质量改善机制研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京协和医学院, 2015.
- [15] 吕剑楠. 典型案例地区慢性病管理分工协作现状研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京协和医学院, 2017.
- [16] “健康中国 2030”规划纲要 [J]. 中国肿瘤, 2019(10): 724.
- [17] 郭岸英. 慢性病保健模型在社区常见慢性病疾病管理中的应用研究[D]: [硕士学位论文]. 杭州: 浙江大学, 2011.
- [18] 王璐, 马文君, 张伟丽, 范沪韵, 蔡军. 基于 ICCC 框架的医联体模式下高血压健康管理实践分析[J]. 中国初级卫生保健, 2021, 35(4): 14-18.
- [19] 刘雪仪. 农村慢性病服务纵向整合现状研究——基于江苏省的实证调查[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京医科大学, 2017.
- [20] 李东旭, 苏敏, 刘斌, 等. 基层公立医疗机构改革中的“以患者为中心”: 医患沟通提高医疗服务质量了吗? [J]. 中国全科医学, 2023, 26(31): 3847-3855.
- [21] 王俊, 朱静敏, 王雪瑶. 公共卫生体系与医疗服务、医疗保障体系的融合协同: 理论机制与案例分析[J]. 中国科学基金, 2020, 34(6): 703-711.
- [22] 刘文慧, 陈俊杰, 马春花. 多重慢性病患者自我管理的挑战与展望[J]. 现代预防医学, 2024, 51(6): 1032-1035, 1056.
- [23] Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R. and Sauto, R. (2012) Integrated Care for Chronic Conditions: The Contribution of the ICCC Framework. *Health Policy*, 105, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.006>