Service Science and Management 服务科学和管理, 2025, 14(3), 410-419
Published Online May 2025 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ssem
https://doi.org/10.12677/ssem.2025.143050

Hans汉斯

全球视角下的医疗联合体资源整合路径探析

谢晓龙，陈　福，窦树林，王美福，王海亮*

眉山市中医医院骨关节科，眉山

收稿日期：2025年4月21日；录用日期：2025年5月14日；发布日期：2025年5月21日

摘　要

随着全球人口老龄化和慢性病患者的增加，医疗资源分散与利用效率低下的问题日益突出。医疗联合体作为一种旨在提高医疗服务质量和效率的资源整合模式，已在全球范围内得到广泛应用。本文从全球视角出发，分析了中国与国际医疗联合体的资源整合模式，总结了国际经验，并结合中国国情提出了优化中国医疗资源配置的策略与建议，以提升医疗服务的可及性与效率。

关键词

医疗联合体，资源整合，路径探析

Analysis of the Resource Integration Paths of Medical Consortiums from a Global Perspective

Xiaolong Xie, Fu Chen, Shulin Dou, Meifu Wang, Hailiang Wang*

Osteoarthropathy, Traditional Chinese Medicine Hospital of Meishan, Meishan Sichuan

Received: Apr. 21st, 2025; accepted: May 14th, 2025; published: May 21st, 2025

Abstract

With the global population aging and the increase in chronic disease patients, the issues of fragmented healthcare resources and inefficient utilization have become increasingly prominent. As a resource integration model aimed at improving the quality and efficiency of healthcare services, healthcare consortia have been widely applied worldwide. This paper takes a global perspective, analyzing the resource integration models of healthcare consortia in both China and internationally, summarizing

*通讯作者。

文章引用: 谢晓龙, 陈福, 窦树林, 王美福, 王海亮. 全球视角下的医疗联合体资源整合路径探析[J]. 服务科学和管理, 2025, 14(3): 410-419. DOI: 10.12677/ssem.2025.143050

international experiences, and proposing strategies and recommendations for optimizing healthcare resource allocation in China. The goal is to enhance the accessibility and efficiency of healthcare services.

Keywords

Healthcare Consortium, Resource Integration, Path Exploration

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

医疗资源整合已成为全球提升医疗服务效率的关键策略[1]。国际上，美国、欧洲等国通过医疗联合体显著改善了服务的可及性和质量[2]。中国近年来在政策推动下，积极建设医疗联合体，尽管取得了一定进展，但在资源整合和协作机制上仍面临挑战[3]。本文将从全球视角分析医疗联合体的资源整合模式，并探讨适合中国国情的优化路径。

1.1. 医疗联合体的定义与基本构成

医疗联合体(Healthcare Consortium)是指通过整合多个层次和不同类型的医疗服务资源，旨在提升整体医疗系统效率、优化资源配置、改善医疗服务可及性和连续性的组织形式[4]。其核心理念是打破传统医疗机构间的壁垒，促成不同层级医疗机构的合作与协同，以实现患者在医疗服务中的顺畅转诊与无缝衔接[5]。医疗联合体的主要目的是解决医疗资源分布不均、医疗服务效率低下和过度集中于大医院等问题。

医疗联合体通常由多层次的医疗机构组成，包括综合医院、专科医院、基层卫生服务机构和康复中心等。这些机构通过统一的管理和资源共享，形成纵向和横向的整合网络。纵向联合体是指不同层级医疗机构之间的协作，例如大医院与基层医疗机构的转诊和资源共享[6]；而横向联合体则侧重于同类型或专科医院之间的合作，通过技术共享、专业人员交流和医疗资源的共同使用来提升专科服务能力[7]。

1.2. 国际上医疗联合体的起源与发展历程

医疗联合体的概念起源于 20 世纪中后期，随着全球医疗需求的复杂化，单一医疗机构难以独立应对慢性病管理和复杂诊疗的需求。人口老龄化、慢性病负担增加以及医疗费用的上升，促使各国探索通过整合资源来提高医疗服务的效率和质量。

美国是最早实施医疗联合体模式的国家之一[8]。20 世纪 70 年代，凯撒医疗集团[9] (Kaiser Permanente)率先提出了整合式的医疗服务模式，将医疗服务提供者、保险公司和公共卫生部门统一整合，形成纵向整合的医疗网络[10]。这一模式涵盖从初级保健到专科诊疗的全方位服务，减少了不必要的重复检查，并通过数据共享和预防性护理，有效降低了医疗费用[11]。

欧洲则通过区域医疗中心的模式推动了横向整合的发展。以法国和德国为例[12]，这些国家通过建立区域医疗中心，将大型医院与区域内的基层医疗机构连接起来，形成一个区域性的医疗服务网络。该网络通过信息平台共享患者数据，促进医疗机构间的高效协作，提升了医疗资源的整体利用效率，尤其在

慢性病管理和专科诊疗方面效果显著。

进入 21 世纪，信息技术的飞速发展，尤其是大数据[13] [14]、人工智能(AI) [15] [16]和远程医疗[17]，进一步推动了全球医疗联合体的进化。新技术不仅提升了医疗服务的精准性，还使得医疗资源能够跨越地域限制，实现更广泛的资源共享与合作。例如，在荷兰[18]，电子病历系统的广泛应用使得社区护理和医院之间的信息无缝对接，提升了医疗服务的效率与患者体验。

1.3. 中国医疗联合体的发展现状

中国的医疗联合体建设始于 2010 年，旨在通过提升基层医疗服务能力和优化医疗资源配置，解决长期以来存在的医疗资源分布不均和基层医疗薄弱等问题[19]。中国政府通过系列政策大力推动医疗联合体的发展，试图通过资源整合，减轻大城市大医院的过度负担，并促进基层医疗机构承担起首诊和慢性病管理的职责。

2017 年，国务院发布了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，明确要求通过构建县域医共体、城市医疗集团、专科联盟等多种形式的医疗联合体，推动优质医疗资源下沉，促进分级诊疗的有效实施[20]。这些政策的核心目标是通过提高基层医疗机构的服务能力，减少患者对大城市三甲医院的依赖，同时提升医疗服务的整体效率。

近年来，信息化技术在中国医疗联合体的建设中起到了重要作用[21]。电子病历共享系统、远程医疗平台等技术手段在全国范围内推广，尤其是在边远地区，基层医疗机构可以通过这些技术获得大医院的专家指导，提升诊疗质量。国家卫健委通过推动医疗信息化建设，缩小了城乡医疗服务的差距，使得“健康中国 2030”目标的实现变得更为可行。

2. 国际上医疗联合体资源整合模式分析

在全球范围内，医疗联合体的资源整合模式因各国医疗体系的差异而展现出多样化的发展路径。这些模式的核心是通过协作和资源共享来提升医疗服务的质量与效率。以下将重点介绍几种典型的国际医疗联合体资源整合模式。

2.1. 医疗集团模式

医疗集团模式(Healthcare Group Model)是国际上较为成熟的一种资源整合模式，广泛应用于美国等国家。该模式通过整合多个不同层级、不同功能的医疗机构，形成统一管理的医疗集团，旨在通过资源集中化管理提升医疗服务的整体效能。

美国的“凯撒医疗集团(Kaiser Permanente)”是这一模式的典型代表。凯撒医疗集团通过将医院、诊所、康复中心、保险公司等整合为一个系统，建立了一个纵向整合的医疗服务网络，覆盖了从初级保健到专科诊疗的所有服务环节[22]。其成功经历有多个值得学习的地方[23] [24]。第一，凯撒医疗集团通过“凯撒基金健康计划”(保险支付方)、“永久医疗集团”(医生团队)和“凯撒基金医院”(医疗机构)三大实体实现闭环运作，整合了保险、医疗服务和患者利益，形成责任共担、利益共享的机制；这种模式有效减少了资源浪费，提高了服务效率。第二，凯撒采用按人头预付和总额预付结合的方式，激励医疗机构和医生以预防为主，通过健康管理减少疾病发生，从而降低医疗成本。第三，凯撒投入巨额资金建立 KP HealthConnect 系统，实现无纸化诊疗和患者数据全流程管理；系统支持远程医疗、健康预警和慢病分层管理(如糖尿病、心血管疾病)，显著提升了服务效率和质量。第四，通过健康教育、疫苗接种、健康体检等预防措施，凯撒会员的癌症死亡率显著低于其他医疗机构，形成“健康管理－减少患病－节约成本”的良性循环。

凯撒医疗的整合型模式通过利益共享、预防优先和信息化手段实现了高效控费，但需警惕其僵化机制对患者选择权的限制。我国医联体建设需在医保支付改革、基层能力提升和信息互通方面重点突破，同时结合国情探索灵活的分级诊疗路径。

2.2. 区域医疗中心模式

区域医疗中心模式(Regional Healthcare Hub Model)主要在欧洲国家得到广泛应用，尤其是在法国、德国等医疗系统发达的国家。这一模式的核心是通过在区域内设立核心医疗机构，形成一个区域化的医疗服务网络，实现区域内医疗资源的集约化管理和分配[25]。

以法国为例，区域医疗中心负责区域内专科医疗和复杂手术，基层医疗机构则提供初级护理和慢性病管理服务。其医疗模式在提升服务质量和效率上有显著优势[26] [27]。第一，法国通过区域卫生规划将医疗活动分为 24 类，其中 19 类需严格审批，确保资源合理分配。区域医疗中心整合公立医院、私立诊所及社区资源，形成互补体系；例如，公立医院负责急诊和复杂手术，私立医院侧重专科服务，社区全科医生则承担首诊和慢性病管理；这种分层诊疗模式提高了资源利用效率，降低了重复建设成本。第二，法国的混合医保体系(基本医保 + 补充保险)覆盖约 99%的居民。患者仅需自付部分费用(如门诊自付 30%)，重大疾病可 100%报销；区域医疗中心通过预算管理和按病种付费(DRG)控制成本，公立医院预算收入占总收入的 60%~80%，减轻了个人负担。第三，居民通常拥有固定的家庭全科医生，负责首诊、转诊及长期健康跟踪；这种模式增强了医患信任，并确保病历的连贯性；全科医生与专科诊所、医院形成协作网络，提升诊疗精准度。

这种模式不仅提高了医疗服务的效率，还通过信息化平台实现了患者数据的实时共享，确保患者在不同医疗机构间的顺畅转诊。此外，区域医疗中心模式也降低了因转诊延误导致的医疗风险，特别是在慢性病管理和长期护理方面成效显著。

2.3. 一体化医疗模式

一体化医疗模式(Integrated Care Model)在荷兰和北欧国家应用广泛。这种模式的核心理念是通过多层次的医疗机构协同合作，为患者提供全生命周期的连续性护理。与传统的医疗系统不同，一体化医疗模式注重多学科团队协作，特别是在慢性病、老年病等复杂性疾病的管理方面，通过初级保健与专科诊疗的紧密合作，提升医疗服务的综合性和连续性[25]。

荷兰的“Buurtzorg”模式是这一模式的典型代表[28]。有多个值得借鉴的优点。第一，Buurtzorg 采用四层服务环：核心是患者需求，第二层由家属、邻居等非正式网络构成，第三层是自主护理团队，最外层对接全科医生、保险公司等正式资源；这种结构强调患者自主管理，护理团队通过评估患者目标定制个性化服务，并通过阶段性调整确保护理连续性。第二，每个护理团队由 10~12 名护士组成，完全自主决策，无需中层管理人员；团队成员既是护理者也是管理者，共同负责排班、资源协调和病例管理这种模式减少了 40%的行政成本，并通过 IT 系统(如 Buurtzorg Web)实现任务分配、数据共享和跨团队协作，避免了传统层级制下的沟通延迟。第三，通过减少行政冗余和优化资源配置，Buurtzorg 的护理成本比传统模式低 34%，住院率下降 30%；其服务单价虽高，但因缩短了护理周期(如单次服务时间减少 50%)，患者总支出反而更低；同时，团队高度专业化(50%成员为大学学历)和连续性护理使客户满意度达 9/10 分，员工满意度连续三年获评“荷兰最佳雇主”[29]。

该模式通过社区护理团队提供个性化的居家护理，确保患者能够在社区层面获得全方位的医疗管理服务。这种模式不仅减少了患者住院率，还显著降低了医疗费用。通过信息技术的支持，社区护理团队与医院和专科医生保持密切联系，确保患者在复杂情况发生时能迅速获得高水平的专科治疗。

2.4. 专科型医共体模式

专科型医共体模式(Specialized Medical Consortium Model)主要针对特定疾病或专科领域的医疗资源进行整合。芬兰的癌症治疗网络是这一模式的典型代表。通过全国肿瘤中心的协作，芬兰建立了一个覆盖全国的癌症治疗和研究网络，不仅在技术和设备上实现了资源的共享，还通过远程医疗和跨区域转诊确保患者能够获得最佳的专科治疗[30]。

第一，芬兰通过 Kaiku Health 等数字化平台实现癌症患者全周期管理，覆盖 25 种癌症类型；该平台实时收集患者症状数据，利用 AI 算法优先处理紧急病例，使护理团队干预效率提升 30%，急诊次数减少。第二，建立全国统一的电子健康记录系统，覆盖所有医疗机构，实现患者病历 100%电子化；癌症治疗数据(如基因组信息、影像报告)可通过云端跨机构调取，支持多学科团队协作。第三，网络医疗模式显著提升患者生活质量；例如，远程视频探访(VideoVisit)每月服务超 10 万次，患者在家即可获得心理支持与用药指导，减少奔波压力；研究显示，使用数字化平台的患者满意度达 9/10 分，治疗依从性提高 20% [31]。

这种模式下，专科医院之间的协作不仅体现在诊疗层面，还延伸到科研和技术创新领域。通过多中心的临床试验和科研协作，专科型医共体能够加速医学前沿技术的应用，提升专科疾病的诊疗水平。

2.5. 账户管理医疗模式(ACOs)与健康维护组织(HMOs)

账户管理医疗模式(Accountable Care Organizations, ACOs)和健康维护组织(Health Maintenance Organizations, HMOs)是美国广泛采用的两种支付制度创新模式[32]。ACOs 通过控制医疗成本和提升服务质量，将医疗机构的收入与患者的健康结果挂钩，以此激励医疗机构提升服务效率并减少过度治疗。HMOs 则通过提供健康管理和预防服务，降低了慢性病的发生率和住院率。这些支付制度的创新使得医疗机构在提供服务的同时更加关注患者的整体健康状况，推动了医疗资源的合理配置。

3. 中国医疗联合体资源整合模式分析

中国医疗联合体的资源整合模式根据不同的地域特征、医疗资源分布和患者需求，形成了多样化的整合路径。医疗联合体主要通过纵向和横向两种整合模式，将不同层级、不同类型的医疗机构进行系统化整合，以优化资源利用，提升医疗服务的整体效能。

3.1. 纵向整合模式

纵向整合模式是中国医疗联合体中应用最广泛的一种资源整合方式，尤其是在县域医疗联合体(医共体)中表现突出[33]。通过整合县级医院与乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗机构，构建县域范围内的医疗服务网络。此模式旨在提升基层医疗机构的服务能力，促进优质医疗资源下沉，实现基层首诊和双向转诊机制[34]。各级医疗机构在这一体系中通过共享资源和技术支持，能够提供从基础医疗到专科诊疗的连续性服务。

这一模式不仅通过信息化平台实现了患者病历、检查结果等数据的实时共享，还有效推动了分级诊疗制度的实施，减少了大城市医院的患者压力，提升了基层医疗服务的可及性。

3.2. 横向整合模式

横向整合模式则主要应用于城市医疗集团和专科联盟中，强调同类型医疗机构或专科医院之间的协作。城市医疗集团通过大城市综合性医院与区县医疗机构的合作，实现了技术、设备和人才资源的整合[35]。这不仅优化了大医院的资源配置，还有效解决了区域内医疗资源分配不均的问题。

专科联盟模式下，不同专科领域的医院和科研机构通过协作，共享专科技术和临床资源。这一模式

特别适用于肿瘤、心血管疾病等复杂专科疾病的诊疗，通过远程会诊和专家协作，实现了跨区域的专科资源整合和技术共享[36]。

3.3. 信息化技术支持下的资源整合

近年来，信息化技术的应用在中国医疗联合体的资源整合中发挥了关键作用。电子病历共享系统、远程医疗平台和智能诊断系统的引入，进一步提升了医疗机构之间的协作效率。例如，许多医疗联合体内的基层医疗机构通过远程会诊平台，能够及时获得上级医院的专家指导，提升了基层诊疗的准确性和及时性。

此外，医疗大数据和人工智能的应用，使得医疗联合体能够更好地预测和管理区域内的健康需求，优化资源分配。这些技术手段的应用不仅促进了医疗资源的高效利用，还在一定程度上缩小了城乡医疗服务差距。

4. 中国与国际医疗联合体资源整合模式的对比与启示

全球范围内的医疗联合体模式由于各国的医疗体系、政策和技术水平的差异，呈现出多样化的发展路径。通过对比中国与国际医疗联合体的资源整合模式，可以总结出若干关键经验，为中国的医疗改革提供参考。

4.1. 纵向整合与资源优化

美国的凯撒医疗集团(Kaiser Permanente)是纵向整合的典范，通过整合医院、诊所、康复中心和保险公司等不同层次的医疗服务，形成了全方位的医疗网络。这一模式不仅减少了重复检查和不必要的治疗，还通过数据共享和统一管理提升了资源利用效率。凯撒模式特别注重预防性护理和慢性病管理，有效提升了医疗服务质量和患者满意度。

相比之下，中国的医疗联合体在资源下沉和纵向协作方面仍存在一定挑战，尤其是在基层医疗机构能力不足的情况下，优质资源难以下沉。中国可以借鉴美国经验，进一步加强大医院与基层医疗机构的协作，通过信息化手段促进双向转诊，提升基层医疗机构的服务能力。

4.2. 横向协作与专科整合

欧洲的区域医疗中心模式(Regional Healthcare Hub Model)在横向整合上表现突出，法国和德国通过核心医院与基层医疗机构的合作，形成了区域化医疗网络。核心医院负责专科诊疗，基层机构提供基础护理，这种模式有效减少了转诊延误，提升了资源利用效率。

中国目前的医疗联合体建设主要集中在纵向整合，专科联盟的横向协作相对较弱。中国可以借鉴欧洲的经验，探索建立跨区域的专科联盟，通过远程医疗和专家会诊，实现专科资源的共享与协作，提升专科疾病的治疗水平。

4.3. 信息化技术的支持

荷兰和北欧国家在医疗资源整合中高度依赖信息化技术，尤其是在电子病历共享和远程医疗方面。荷兰的“Buurtzorg”模式，通过社区护理与医院诊疗的无缝对接，大幅提升了医疗服务的效率和连续性。这些国家通过高效的数字化系统，实现了医疗机构间的患者信息共享和转诊的顺畅。

中国虽然在信息化建设上取得了一定进展，但由于医疗机构间信息共享不足，仍存在“信息孤岛”现象[37]。中国可以借鉴荷兰和北欧的经验，加快建立全国性电子病历系统，确保不同级别医疗机构能够顺利共享患者信息，从而提升整体的医疗服务效率和资源配置。

4.4. 政策与激励机制

美国的账户管理医疗模式(ACOs)通过医保支付方式改革，将医疗服务质量与成本控制相结合，鼓励医疗服务提供者提升服务效率并减少过度治疗。这种机制通过将医院收入与医疗结果挂钩，推动了医疗资源的合理分配。

中国近年来推行的 DRGs (按疾病诊断相关分组)和 DIP (按病种分值付费)模式，正是将医疗服务质量与支付机制挂钩的有效探索[38]。通过设定固定支付标准，鼓励医院提升服务效率，减少不必要的医疗消耗。中国可以进一步完善这些机制，借鉴国际经验，通过政策激励，推动医院在控制成本的同时提升服务质量。

5. 优化中国医疗联合体资源整合的策略与建议

随着中国医疗联合体建设的不断推进，如何在现有基础上优化资源整合，提升医疗服务的质量和效率成为重要议题。结合中国医疗体系的特点和当前的实际需求，以下几个方面的改进策略可作为未来发展的方向。

5.1. 加强基层医疗机构能力建设

在中国的医疗联合体中，基层医疗机构作为首诊的主要承担者，其服务能力直接影响整个医疗体系的运行效率。然而，目前许多基层医疗机构在医疗技术、人员配备和设备水平上相对薄弱，难以承担复杂疾病的诊疗任务。因此，提升基层医疗机构的服务能力是优化医疗联合体资源整合的关键。

首先，应加强对基层医务人员的培训和继续教育，尤其是在常见病和慢性病管理方面，确保他们具备处理日常医疗需求的能力。通过“医联体”内大医院专家定期下基层指导，实施远程会诊、手术示范等方式，提升基层医疗人员的技术水平。此外，国家应加大对基层医疗机构基础设施的投资，包括更新医疗设备和改善就医环境，以增强基层医疗服务的吸引力。

5.2. 推动信息化平台建设，提升数据共享效率

中国医疗联合体的进一步发展需要依赖于高效的医疗信息化平台。当前，尽管各地逐步推广了电子病历和远程医疗系统，但医疗信息的互通互联尚未完全实现，许多基层医院无法与大医院实现数据共享，导致转诊和协作过程中的效率下降。

为解决这一问题，首先应加快建立全国性、标准化的电子病历系统，确保所有级别的医疗机构能够共享患者信息。通过信息化平台实现医疗资源的优化调度和协作，特别是在慢性病管理和多科室协作的复杂病例中，数据共享的及时性和准确性将极大提升诊疗效率。此外，政府应鼓励医疗机构之间的信息化建设，加大对技术支持的投入，推动医院和基层医疗机构在诊疗数据、检查结果和影像资料等方面的共享。

5.3. 完善医保支付机制，促进资源合理分配

中国的 DRGs (按疾病诊断相关分组)和 DIP (按病种分值付费)模式已经为支付制度改革奠定了基础，但其在不同区域的实施效果存在差异。未来应进一步完善这些支付机制，使其更好地与医疗质量挂钩，推动医疗机构在控制成本的同时提升服务质量。

首先，应结合不同地区的经济发展水平和医疗需求，制定灵活的支付标准，避免“一刀切”的政策执行。其次，医保支付机制应进一步激励大医院与基层医院的分工协作，通过差异化支付政策，鼓励大医院将简单病例下沉到基层，减少大医院的拥挤现象。同时，政府应加强对医保支付标准执行的监督和评估，确保支付制度公平合理，推动医疗资源的高效利用。

5.4. 提高医疗机构协作效率

要提高医疗联合体的整体效率，必须加强医疗机构之间的协作。首先，应明确不同层级医疗机构在医疗联合体中的职责分工，减少医疗服务的重复和不必要的检查。各级医院应在患者管理、信息共享、资源利用上形成高效协作机制。其次，应推动专科联盟的发展，特别是在肿瘤、心血管、骨科等复杂疾病领域。通过区域内的专科医院协作网络，整合诊疗资源，实现多科室联合会诊，提升对疑难病例的处理能力。这种横向协作不仅能够减少患者跨地区就医的成本，还能够通过远程会诊和专家协作提升基层医院的专科诊疗能力。

5.5. 强化政策支持与激励机制

政策支持是推动中国医疗联合体发展的重要动力。政府应进一步完善分级诊疗和医保支付的配套政策，特别是针对欠发达地区，应给予更多的财政和政策支持，推动优质医疗资源的下沉。此外，针对在医疗联合体中表现突出的医疗机构，可以通过政府补贴、税收优惠等激励措施，推动其提升服务质量和效率。

政府还应通过健全的绩效考核机制，对医疗机构的资源整合、服务质量、患者满意度等进行综合评估，确保医疗联合体的建设符合预期目标。

6. 结论

总结而言，全球范围内的医疗联合体模式为中国提供了宝贵的借鉴经验。在未来的建设中，我国应进一步加强政策引导，推动信息化建设，优化利益分配机制，并加强基层医疗人才的培养与技术支持。通过全方位的资源整合，我国的医疗服务体系将能够实现更高效和可持续的发展，满足不断增长的健康需求。

基金项目

四川中医药大健康产业发展与乡村振兴研究中心资助项目(项目编号：DJKYB202317)；中国民族医药学会资助项目(项目编号：2023ZY082-13)。

参考文献

[1] 孙自学, 龙俊睿, 段光锋, 等. 我国医疗联合体发展的动态分析[J]. 中国医院管理, 2016, 36(10): 1-4.

[2] 张占涛. 分级诊疗背景下跨区域专科联盟研究[D]: [硕士学位论文]. 郑州: 郑州大学, 2019.

[3] 杨馨怡, 王素芬, 余洋, 等. 基于结构主题模型的医联体政策文本区域差异[J]. 东华大学学报(自然科学版), 2024, 50(3): 178-184.

[4] 张舒雅, 吴志勇, 朱晓勇. 我国专科型医疗联合体建设现状分析[J]. 中国医院管理, 2018, 38(11): 20-22.

[5] 申仲豪. 中小城市医疗资源整合的问题及对策研究[D]: [硕士学位论文]. 济宁: 曲阜师范大学, 2023.

[6] 刘莉, 张克俊. 健康中国背景下建设县域医共体的现实需求、实践探索与思路对策[J]. 农村经济, 2024(2): 90-102.

[7] 叶江峰, 姜雪, 井淇, 等. 整合型医疗服务模式的国际比较及其启示[J]. 管理评论, 2019, 31(6): 199-212.

[8] Green, C.L., Englund, D.A., Das, S., Herrerias, M.M., Yousefzadeh, M.J., Grant, R.A., *et al*. (2021) The Second Annual Symposium of the Midwest Aging Consortium: The Future of Aging Research in the Midwestern United States. *The Journals of Gerontology*: *Series A*, **76**, 2156-2161. https://doi.org/10.1093/gerona/glab210

[9] Strandberg-Larsen, M., Schiøtz, M.L., Silver, J.D., Frølich, A., Andersen, J.S., Graetz, I., *et al*. (2010) Is the Kaiser Permanente Model Superior in Terms of Clinical Integration: A Comparative Study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish Healthcare System. *BMC Health Services Research*, **10**, Article No. 91. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-91

[10] Rompen, L., de Vries, N.M., Munneke, M., Neff, C., Sachs, T., Cedrone, S., *et al*. (2019) Introduction of Network-Based

Healthcare at Kaiser Permanente. *Journal of Parkinson's Disease*, **10**, 207-212. https://doi.org/10.3233/jpd-191620

[11] 李倩. 国际视野下江苏省医疗卫生服务体系及其分级诊疗制度研究[D]: [博士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2020.

[12] Sablot, D., Touzé, E., Ellie, E., Alamowitch, S., De Broucker, T., Guillon, B., *et al*. (2024) Medical Demography at Stroke Centers: Current Situation in France. *Revue Neurologique*, **180**, 171-176. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2023.08.012

[13] Dinov, I.D. (2016) Methodological Challenges and Analytic Opportunities for Modeling and Interpreting Big Healthcare Data. GigaScience, **5**, s13742-016-0117-6. https://doi.org/10.1186/s13742-016-0117-6

[14] Shafqat, S., Kishwer, S., Rasool, R.U., Qadir, J., Amjad, T. and Ahmad, H.F. (2018) Big Data Analytics Enhanced Healthcare Systems: A Review. *The Journal of Supercomputing*, **76**, 1754-1799. https://doi.org/10.1007/s11227-017-2222-4

[15] Alowais, S.A., Alghamdi, S.S., Alsuhebany, N., Alqahtani, T., Alshaya, A.I., Almohareb, S.N., *et al*. (2023) Revolutionizing Healthcare: The Role of Artificial Intelligence in Clinical Practice. *BMC Medical Education*, **23**, Article No. 689. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z

[16] Cobanaj, M., Corti, C., Dee, E.C., McCullum, L., Boldrini, L., Schlam, I., *et al*. (2024) Advancing Equitable and Personalized Cancer Care: Novel Applications and Priorities of Artificial Intelligence for Fairness and Inclusivity in the Patient Care Workflow. *European Journal of Cancer*, **198**, Article 113504. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2023.113504

[17] Bashshur, R.L., Shannon, G.W., Krupinski, E.A., Grigsby, J., Kvedar, J.C., Weinstein, R.S., *et al*. (2009) National Telemedicine Initiatives: Essential to Healthcare Reform. *Telemedicine and e-Health*, **15**, 600-610. https://doi.org/10.1089/tmj.2009.9960

[18] Rutten, F. (2004) The Impact of Healthcare Reform in the Netherlands. *PharmacoEconomics*, **22**, 65-71. https://doi.org/10.2165/00019053-200422002-00007

[19] 张鲁豫, 朱炜明, 马慧芬, 等. 青海省湟中县医疗联合体改革实践[J]. 中国卫生政策研究, 2015, 8(10): 24-28.

[20] 陈阳, 杨心玫, 朱星月. 医联体促进医疗资源供给与区域经济协同发展的动态演进研究: 以四川省为例[J]. 中国卫生经济, 2024(7): 52-58.

[21] 余洋, 王素芬, 于昊生, 等. 健康联合体政策时间演化分析[J]. 东华大学学报(自然科学版), 2024, 50(5): 159-167.

[22] Corley, D.A., Schmittdiel, J.A., Rouillard, S., Chen, Y. and Lieu, T.A. (2024) Creating Pragmatic, Rapid-Cycle, Evidence-Based Innovation: The Kaiser Permanente Northern California Delivery Science and Applied Research (DARE) Program. *Learning Health Systems*, **9**, e10424. https://doi.org/10.1002/lrh2.10424

[23] 梁园园, 江洁, 杨金侠, 等. 美国凯撒医疗集团服务模式对我国医联体建设的启示[J]. 卫生经济研究, 2020, 37(11): 30-32.

[24] 赵锐, 高晶磊, 肖洁, 等. 我国医疗联合体建设现状与发展思考[J]. 中国医院管理, 2021, 41(2): 1-4.

[25] Ghiyasvandian, S., Shahsavari, H., Matourypour, P. and Golestannejad, M.R. (2021) Integrated Care Model: Transition from Acute to Chronic Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **74**, e20200910. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0910

[26] 陈云良. 高质量发展的公共卫生法之道[J]. 求索, 2023(2): 150-160.

[27] 王嘉韵, 王力男, 朱碧帆, 等. 发展衔接基本医保商业健康保险: 国际做法与启示[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(10): 1-6.

[28] Andrade, I.C.S., Tosin, M.H.S., Oliveira, M., *et al*. (2022) Implementation of an Innovative Model of Community Nursing for Older Adults Based on Buurtzorg Principles: A Scoping Review Protocol. *JBI Evidence Synthesis*, **20**, 2565-2571.

[29] 黄淑奕. 居家照护服务整合的荷兰博组客模式研究[J]. 中共福建省委党校(福建行政学院)学报, 2020(1): 136-145.

[30] Smith, S.M., Wallace, E., O'Dowd, T. and Fortin, M. (2021) Interventions for Improving Outcomes in Patients with Multimorbidity in Primary Care and Community Settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2021**, CD006560. https://doi.org/10.1002/14651858.cd006560.pub4

[31] Smith, S.M., Allwright, S. and O'Dowd, T. (2007) Effectiveness of Shared Care across the Interface between Primary and Specialty Care in Chronic Disease Management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **3**, CD004910.

[32] Remers, T.E.P., Nieuweweme, N., Van Dulmen, S.A., Rikkert, M.O. and Jeurissen, P.P.T. (2022) The Impact of Payment Reforms on the Quality and Utilisation of Healthcare for Patients with Multimorbidity: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, **22**, Article 10. https://doi.org/10.5334/ijic.5937

[33] 茹愉焙, 胡琳琳. 整合型老年健康服务: 理论内涵和实现路径[J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(8): 1-6+22.

[34] 吴素雄, 余潇, 杨华. 医疗卫生服务体系整合的过程、结构与治理边界: 中国实践[J]. 浙江学刊, 2022(3): 54-63.

[35] 李文敏, 程梦珍, 刘丝雨. 我国整合型健康服务体系的实现路径研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(5): 1-7.

[36] 刘艺, 滕宏飞, 吕中伟, 等. 初步构建公立医疗集团医疗资源整合评估框架[J]. 中国医院, 2018, 22(6): 21-24.

[37] 付硕雄, 陈皓阳, 赵海静, 等. 我国互联网+医疗服务的优化研究——基于复杂适应系统理论[J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(3): 166-169+203.

[38] Meng, Z., Hui, W., Cai, Y., Liu, J. and Wu, H. (2020) The Effects of DRGs-Based Payment Compared with Cost-Based Payment on Inpatient Healthcare Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Policy*, **124**, 359-367. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.007