

我国医联体框架下慢病管理模式设计及效果述评

方子衿, 唐文熙*

中国药科大学国际医药商学院, 江苏 南京

收稿日期: 2025年6月10日; 录用日期: 2025年7月3日; 发布日期: 2025年7月10日

摘要

目的: 通过更新我国医联体框架下的慢病管理模式的效果和经验, 启示未来我国慢病管理如何更好应用医联体平台实现分级诊疗以提高健康价值。方法: 系统检索知网、万方数据库和政府网站截止2024年12月31日发表的文献和政策资料, 立足于整合服务六要素定性我国医联体框架下的慢病管理模式设计, 从基础机制、运行优势和推广局限三个方面进行归纳总结。同时结合国内医联体实践中六个方向的措施采纳情况, 为模式梳理提供实践证据并分析挖掘共通机制和借鉴之处。结果: 医联体框架下的慢病管理模式将个人-社区-上级医疗机构进行串联, 慢病管理的结构性变革路径大同小异, 医保支付方式和信息化平台的运用是其中的亮点设计。目前, 医联体框架下慢病管理模式仍存在机构协作碎片化、专业资源不足和整体信息化建设落后的不足。结论: 我国慢病管理模式未来应转化思路, 坚持以医联体为平台, 在医保引领下的多医协同中持续建设人才队伍, 丰富对基层的激励方式, 利用数字赋能提高慢病管理的效率和质量。

关键词

医联体, 慢病管理, 整合

A Review of the Design and Effect of Chronic Disease Management Model under the Framework of China's Medical Association

Zijin Fang, Wenxi Tang*

School of International Pharmaceutical Business, China Pharmaceutical University, Nanjing Jiangsu

Received: Jun. 10th, 2025; accepted: Jul. 3rd, 2025; published: Jul. 10th, 2025

*通讯作者。

文章引用: 方子衿, 唐文熙. 我国医联体框架下慢病管理模式设计及效果述评[J]. 服务科学和管理, 2025, 14(4): 487-494. DOI: 10.12677/ssem.2025.144058

Abstract

Objective: By updating the effect and experience of the chronic disease management model under the framework of China's healthcare consortium, we can shed light on how to better apply the healthcare consortium platform to realize hierarchical diagnosis and treatment in order to improve the value of health in China's chronic disease management in the future. **Methods:** We systematically searched the literature and policy materials published on CNKI, Wanfang database and government websites until December 31, 2024, and summarized the design of the chronic disease management model under the framework of China's healthcare consortium based on the six elements of integrated services, and summarized the basic mechanism, operational advantages and limitations of the dissemination of the model in three aspects. Meanwhile, the adoption of the measures in the six directions in the practice of healthcare consortia in China was combined to provide practical evidence for the model and to analyze the common mechanisms and lessons learned. **Results:** The chronic disease management models under the framework of healthcare consortia link individuals, communities and higher-level healthcare institutions, and the pathways of structural change in chronic disease management are similar, with the payment method of health insurance and the use of information technology platforms being the highlights of the design. At present, the chronic disease management model under the framework of healthcare alliance still has the deficiencies of fragmentation of institutional collaboration, insufficient professional resources, and backwardness of overall informatization construction. **Conclusion:** China's chronic disease management model should transform its thinking in the future, adhere to the healthcare consortium as a platform, continue to build the talent team in the multi-medicine synergy under the leadership of health insurance, enrich the incentive methods for the grassroots, and utilize digital empowerment to improve the efficiency and quality of chronic disease management.

Keywords

Medical Consortium, Chronic Disease Management, Conform

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, 人口老龄化不断加剧。全球范围内疾病谱发生变化, 以非传染性、长期性、难治愈性为特征的慢性病成为高负担、高死亡率的疾病之首。我国慢性病防治形势严峻, 每年慢性病死亡人数占居民总死亡的比例超过 88%, 疾病负担占到疾病总负担的 70% [1]。然而传统的慢病治疗分散, 仅关注短期的疾病治疗, 难以收获长期的健康收益。美国、英国、日本等国均已形成较为全面的慢病管理模式, 中国则起步相对较晚。目前, 我国已形成有自我管理、医院管理、社区管理等几大慢病管理模式, 重大慢性病过早死亡率由 2015 年的 18.5% 下降至 2023 年的 15% [2], 但普遍存在着管理缝隙化、服务碎片化的问题。随着一些列政策的颁布, 如国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70 号) 中指出“以高血压、糖尿病、肿瘤等慢性病为突破口, 开展分级诊疗试点”, 对管理和就诊提出了新的要求;《健康中国 2030》中强调“通过多主体协同管理, 促进慢病预防、治疗、管理融合发展”等, 医疗机构间协同、高风险人群强化干预和以患者为中心的慢病管理得到重视并进一步实践。

2017 年国务院办公厅发布《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32 号),

我国由卫健委主导建设以城市医疗集团、县域医共体、专科联盟和远程医疗协作为主要形式的医联体, 强调分级诊疗、整合资源, 多地在实践中以慢病作为切口, 创新慢病管理模式并取得成效。医联体的结构整合能为慢病管理创造更好的环境, 慢病管理能够作为医联体实现“基层首诊、双向转诊、上下协同、急慢分治”的切口, 二者相辅相成。因此, 本文基于对医联体框架下慢病管理模式的相关文献及政策进行分析, 总结现有模式依托医联体平台优势时是从何角度入手进行改革, 丰富我国医联体建设下的慢病管理模式相关研究, 为医疗体系的完善和慢病管理的优化提供参考。

2. 我国医联体框架下的慢病管理模式

2.1. 慢病管理模式设计

本文基于文献研究法, 通过中文检索式: (“医联体” OR “医共体”) AND (“慢病管理” OR “慢性病管理”) AND (“模式” OR “实践”) 在中国知网(CNKI)、万方数据库以及政府网站进行检索, 对我国的慢病管理模式, 尤其是医联体框架下执行的慢病管理设计进行研究。

Table 1. Review of chronic disease management measures in China's medical consortium

表 1. 我国医疗联合体慢病管理模式梳理

整合服务要素	改革方向	基础机制	运行优势	推广局限
服务提供	分级诊疗与上下联动	能为有需要的患者提供有效性、安全性、高质量。协调、连续、综合、人性化地服务的同时尽量节约资源。	提高医疗服务的协同性、连续性, 减轻上级医院压力, 规范化慢病管理。	需要较高的信息协同基础, 对基层能力要求较高, 患者的主动参与有限。
人力资源	多学科团队协作	足够数量、质量的人力, 以保障服务责任化、公平性和效率。同时构建不同学科专家协作网络, 关注并响应更多并发症和相关疾病, 覆盖预防、诊断、治疗和康复。	不再仅停留于某个疾病本身, 充分认识到糖尿病、高血压等慢病的复杂性、高并发症风险, 最大程度发挥各学科医务人员的优势进行全方位管理。	基层对复杂病例的识别、随访能力有瓶颈, 传统诊疗考核下各科室协作不足导致脱节。医患间脆弱的信任关系可能会影响协作的效果[4]。
信息	全域信息共享	服务体系内部信息可做到及时、真实地共享与储存, 并统一编码便于挖掘和分析。	打破信息孤岛, 减少重复检查, 提高并发症早筛率。资源流动不受时间、空间限制。	具有极强的技术壁垒, 往往只能被较好使用在经济发达地区; 同时缺乏对健康数据的隐私安全保护和对老年群体的人文关怀。
医疗供给(药品)	药品可及与衔接	能支撑跨机构连续性药品等。	提高药品的可及性, 提高基层的供应能力, 方便患者用药。	药品目录的统一和医保报销政策普及性在基层受到限制, 缺乏专业协作团队且患者对基层用药信任度低。
筹资激励	医保支付激励	医保支付方式作为激励约束的手段, 通过调动利益倒逼医疗机构平衡质量与控费。	医保结余是最强有力的内部驱动力, 能够提高医疗服务效率, 为患者减负。促进基层能力提升, 形成良性循环。	让医保发挥激励作用, 需要强大的财政投入和动员, 对于多数区县和推广性并不强[5]。且医保支付方式的科学设计具有技术性。
治理	紧密一体化管理	顶层设计上各管理要素的组合与运行方式, 符合医疗服务价值导向、有利于联盟的建立、符合规制性与激励性。	紧密的合作关系和规范的一体管理实现医疗资源的高效共享, 打破机构壁垒, 构建了“资源下沉 - 服务连续 - 效能提升 - 群众受益”的闭环。	紧密的利益、责任共同体对于政治站位要求极高, 对于利益驱动下的“三医”以及内部机构而言, 找到适宜的激励相容手段具有一定难度。

过去单一的慢病管理模式面对日益严峻的慢病形势, 呈现出疲软态势。而此时医联体改革通过加强不同层级医疗机构之间的联动, 下沉优质资源、整合多学科团队、利用医保抓手破解了“看病难、看病贵”问题, 轻负高质。学界和医疗系统内部都意识到了需要依靠医联体的天然优势串联起每个环节实现慢病的医防融合是必然趋势。如周海龙总结上海市瑞金医联体的成效, 发现通过医联体建设实现的网格化医疗资源整合能够让慢病患者依据实际病情在不同医疗机构间双向转诊, 慢病管理效果有所提升[3]。

立足于国际上公认的卫生复杂系统六要素也是整合服务六要素, 将其作为定性我国医联体框架下慢病管理模式优化方向的手段。其中, 六要素分别为服务提供、人力资源、信息、医疗供给(以药品为例)、筹资激励和治理。我国慢病管理依托医联体平台的优化从六要素入手, 形成了一系列优秀的措施成果, 有效提高了整合服务的健康价值和慢病患者的获得感。其中六要素所对应的改革方向、基础机制、运行优点和推广局限如表 1。

2.2. 国内慢病管理模式典型措施

随着医改的深入, 多地形成了优秀的医联体成果以及慢病管理先进经验。实践的复杂性导致具体的慢病管理模式往往是多个方向同时进行优化, 并不存在某个医联体在慢病管理中所采取的措施能够单独对应某一个要素, 或者说能够归纳为独立的一种模式。作为立足于整合服务六要素提出的我国医联体框架下典型慢病管理模式优化方向的实践证据, 选取案例参考国家卫生健康委员会发布的医联体建设示范点以及文献资料, 涉及我国建设最主要的两种整合型服务组织——城市医疗集团、县域医共体, 同时涵盖运行已久的经典模式和新兴出现的优秀成果。

2.2.1. 分级诊疗与上下联动

分级诊疗与上下联动是“服务提供”要素的改革方向。该方向基于个人-社区-上级医疗机构的串联将诊疗的各个环节紧密联系在一起, 合理根据各级医疗机构能力限度充分调动承担前、中、后期的诊疗工作。常熟市第一人民医院医联体内成立慢病联合诊疗中心, 医院专科医生、社区全科医生组成高血压管理团队, 为高血压患者开通上下转诊的绿色通道。这个角度的改革强调社区的重要性, 需要承担百姓“健康守门人”的责任, 将慢病管理在日常生活中。常熟市第一人民医院医联体的社区医生建立高血压患者健康档案, 按照高血压的三级管理开展随访[6]。福建石狮医共体对糖尿病实行“1/3~2/4”区域血糖全程分级管理模式, 社区卫生服务中心开设“糖尿病前期门诊”, 由总医院专家制定定期筛查和干预策略, 家庭医生负责具体操作, 共同制定双向转诊方案实现区域血糖全程管理[7]。证据表明, 糖尿病、高血压患者生活改善, 疾病得到有效控制, 患者对疾病的认知也有所提高, 同时有效促进了双向转诊。经过诊疗关口的前移, 糖尿病筛查效率提升, 发现更多漏诊病人[6][7]。

2.2.2. 多学科团队协作

多学科团队协作是“人力资源”要素的改革方向。经典模式有“四位一体”的上海市静安区北部医联体和“六师共管”的宁波北仑县域医共体。“四位一体”是对基础的“1+1+1”模式的延伸, 外延疾病预防控制中心把握宏观角度的慢病流行情况, 由全科医生、中医、家医助理及公卫医生组成冠心病管理服务团队。家庭医生团队通过闭环路径的干预, 2年内冠心病患者主要不良心血管事件发生率更低, 自我管理能力和疾病防治认知均提高[8]。宁波构建的是由“临床医师、临床护师、临床药师、医学营养师、心理咨询师、健康管理师”六师组成的专业团队, 根据各自能力和职责开展患者全生命周期服务, 涵盖心理生理、药理、食理等多个环节实现多学科协同。试点社区高血压、糖尿病的规范管理率提升 5%, 控制率提升 10%, 居民相关疾病知晓率、参与率均达 90%以上。并促进了家医服务、双向转诊, 远程门诊服务人次数增长 10% [9]。

2.2.3. 全域信息共享

全域信息共享是“信息”要素的改革方向。该方向一方面是打通不同层级医疗机构之间的信息通道,提高患者信息连续性;另一方面是利用大数据增强健康管理指标监测,提高响应速度。德清县县域医共体建设“数字家医”平台,通过“互联网+”进行签约、随访、咨询、居家护理等全程化健康管理服务;完善“高危人群”筛查平台,自动分析系统中的体检、诊疗记录,筛选慢病高危人群,保存至新增“高危数据库”中;构建“数字慢病一张图”,利用地理信息技术、大数据思维实现可视化监控,实时监控每例患者血压、血糖指标并作出相应反馈[10]。三个信息平台的建设前移医疗关口,在医患之间、医医之间架起高效的沟通桥梁。苏州市高新区医联体构建医院住院管理系统(Hospital Information System, HIS)系统,该平台主要是血糖管理、内分泌科医生管理和长期医嘱三个功能,能够全面远程监测并在血糖达到一定值后自动报警,采集、共享患者健康数据与当前治疗方案。研究表明,205名2型糖尿病患者中192名患者完成6个月随访,糖化血红蛋白平均水平显著下降,44.6%的患者血糖控制达标[11]。HIS具有更强的普及性,被普遍运用于各个医联体实践以及医院管理中。

2.2.4. 药品可及与衔接

药品可及与衔接是“医疗供给”要素的改革方向。该改革方向达成的共识是:统一医联体内慢病药品目录、对药物进行统一调配、保障基层药品、方便患者用药。德清县县域医共体统一用药目录为830种,“两病”部分基本药物免费。另外,基层医疗机构能够对诊断清晰的慢病患者开具上限为12周的用药处方,极大方便了患者用药[10]。天津基层数字健共体是近年来新兴的成果,其牵头医院——微医集团牵头打造了“云药房”平台的药事服务中心,内部开具的处方可统一流转。同时,引入“互联网+药品保障”服务模式,使全市基层医疗卫生机构和二、三级医疗机构药品目录有效衔接,延伸基层慢病管理和长处方工作制度,通过强化处方点评和监管、处方外流、现代物流配送药品等方式,解决基层医疗卫生机构药品保障不足。此外,药事服务中心还提供线上配送到家和线下便民服务窗口取药两种方式,满足患者用药需求。

2.2.5. 医保支付激励

医保支付方式“激励”要素的改革方向。理论证明,激励因素能起到促进主体行为改变的重要作用,而其中经济利益是最为重要、效果最明显的激励因素[12]。现有的经济激励手段中,医保支付方式对于整合型服务体系的促进作用最为直接。“三明医改”所采取的医保基金以“总额包干、超支不补、结余留用”的打包支付制度,形成C-DRG、打包基本公卫经费与财政补助资金的“四打包”机制。通过配合精细化的疾病管理考核指标设计,倒逼医疗机构不断提升患者的健康收益。2017~2022年,慢病并发症发生率有效降低,高血压、糖尿病控制率分别提高12.41%、11.51%,脑出血、脑梗死增长率均显著下降[13]。天津基层数字健共体实行区域点数法总额预算管理下的糖尿病门特按人头总额付费,其拥有类似于美国责任医疗组织的滚动式自我完善机制,首先按照7:3的比例将结余资金分别分配给基层和集团自留,后基层自主二次考核分配给一线医务工作人员,利用医保结余的倾向性充分开发基层的活力。2020~2023年,内部合理诊疗率由64%提升至86%,处方合格率由88.79%提升至98.42%。

2.2.6. 紧密一体化管理

构建紧密统一管理体系是“治理”要素的改革方向。从治理角度而言,往往会从如何构建紧密的利益、责任、管理、服务共同体入手促进慢病管理的效果提升。深圳罗湖城市医疗集团采取的是唯一法人代表的形式,“医院-社康”在行政管理、业务管理和资源配置等方面一体化运营;河南息县的两个县域医共体——息县第一医疗健康服务集团与息县第二医疗健康服务集团均实施的行政、人员、财务、业务、绩效、药械、信息“七统一”的管理模式;福建三明为慢病专门设立“医防融合办公室”,对各医疗

卫生机构人员能够做到统一调度, 节省沟通成本。另外, 治理角度也从经济利益刺激医防融合工作的推进, 被较多采纳的手段是薪制考核设计。福建三明县域医共体、深圳罗湖城市医疗集团都选择将慢病管理工作与医院年薪挂钩。研究表明, 一体化的管理能够提升基层的能力, 显著提升慢病的管理水平和医患的满意度。

3. 慢病管理模式现存不足

3.1. 专业人员与资源配置的失衡

医联体下的慢病管理模式往往基于“三级医院-社区中心-家庭医生”的基础网络结构, 核心机制是“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”。尤其在分级诊疗与上下联动、药品衔接、多学科团队协作等方面中, 基层都承担了重要的角色, 但是短时间内的政策倾斜的效果并不明显。一方面是因为基层医疗机构的能力历史“欠债”较多, 专业人才流动性大, 通过培训提升能力有难度。另一方面是因为我国专业人才基数少, 愿意下沉基层的更是少之又少。上下级医疗机构之间尚未形成利于基层的协调分配机制。医联体内的医保支付方式作为一种激励约束手段, 鲜少考核慢病管理, 尤其缺乏对基层医务人员的激励。

3.2. 多主体协同协作机制碎片化

我国医疗改革在 2009~2022 年间共发布 121 项国家/部委级政策, 后期以服务规制型政策为主, 十分强调改革的系统性。过去以卫健主导的医疗、医保、医药“三医联动”存在系统性失衡, 医联体作为卫健所主导建设的产物, 其在运行过程中也展露出疲软的态势。一方面, 政策工具间存在目标冲突与执行壁垒, 医药、医保发布政策数量多, 但涉及跨部门协同的少, 病种范围有待扩大。另一方面, 医联体内部呈现“逆向选择”特征。上级医疗机构利益驱动下, 并不愿意下沉收益高的慢病病种, 上下级医疗机构间形成了虹吸效应与资源错配。这种碎片化协同机制导致慢病管理出现政策空转与执行偏移, 是资源的浪费, 也是慢病管理的低效。

3.3. 信息化建设滞后制约管理效能

慢性病管理面临信息化建设滞后的核心瓶颈, 显著制约管理效能提升。全域信息共享往往出现在经济社会发展水平较好的地区, 对于经济落后地区或基层医疗机构, 没有足够的技术设备和技术人员支撑慢病管理的智能化以提高效率。当前大部分的慢病管理数据呈现碎片化特征, 在区域间、机构间容易出现“数据孤岛”。同时, 隐私保护与数据共享的法规衔接不足, 导致跨部门协同治理受阻且患者隐私得不到保障。

4. 讨论与建议

为汲取优秀慢病管理做法的优势, 创造其普适性的条件, 应该在战略布局上从医疗引导的“三医联动”转向医保引领的“多医协同”, 在基础环节上对专业人才提质保量, 在管理流程上提高效率。

4.1. 强化多主体协同合作机制, 调动医保引领功能

一方面, 我国医联体下慢病管理政策主体独立发布文件数量的占比更高, 政策主体之间的互动和联合有待进一步优化^[14]。医保方、卫健方等部门可以建立跨部门政策协调机制, 搭建共享平台。另外, 注重与非政府组织的沟通协调, 适时纳入社会办医, 充分利用资本的动力给医联体注入新鲜血液。

另一方面, 我们的多医协同应该尝试将目光转向展现出巨大价值重塑能力的医保方。明晰结余分配机制, 明确医保考核职能。对于慢病探索长周期、跨机构人头打包预付和按疾病管理绩效付费的机制,

在考核时加入并发症发生率、慢病日常监测、科室协作情况以及生化指标等, 疏通协作堵点, 保障慢病管理效果。经过考核后, 医保进一步按照绩效分配结余, 其中大部分结余应流向基层医务人员。在经济基础好、有一定购买力的地区, 可以引导当地将一部分结余分配到家庭医生健康服务包的建设上来, 家庭医生健康服务包收入的一定比率用于基层健康管理医生的酬劳补偿与激励。对于经济条件较差、医联体运行不到位的地区, 不应着急向 DRG 付费转型, 可以继续深挖总额控费下的松动物机制。

4.2. 加强基层医疗系统人才队伍建设, 充分发挥家医功能

我国从多年前上海静安区北部医联体的“1+1+1”模式延伸至“四位一体”, 到新兴的天津基层数字健共体的“三师共管”甚至发展至宁波北仑县域医共体的“六师共管”, 都体现了建设以家庭医生为核心、以其他多种医疗健康管理人才为成员的决心, 我国全科人才队伍急需增量提质。一是开源。扩大高校专科医学专业招生规模或直接开设相关大学专门培养健康管理师、营养师等角色, 政府需考虑是否开放并培育头部的健康管理公司提供人力资源。二是提质。医联体内部建立“导师制”帮扶机制, 不仅提供碎片业务的帮扶, 还要提升对疾病的认知。

4.3. 依靠数字赋能慢病治理, 充分汲取时代红利

智慧医疗已是大势所趋, 慢病治理现代化引入技术革新, 有利于促进慢病管理规范化、精细化、科学化。大数据和算法经过不断更新迭代能够在医联体内保持慢病患者信息的连续性, AI 的使用提高供方行为的效率和准确性, 对高血压、糖尿病等指标执行自动监测和预警。提升“互联网+”甚至是“AI+”模式的可行性和效果, 为患者提供更安全、高质量的慢病管理服务, 我们应尽快扩大、加深数字赋能慢病治理的覆盖面。一方面, 政府应该出面以招标采购的形式和医联体一起出资进行信息系统搭建, 派专人进行调看患者健康档案、线上会诊等基础教学。采用区块链技术保证慢病患者的就诊轨迹在医联体内及时更新并能供医联体中的医生监测。另一方面, 对于经济发达地区, 医联体内应该以更加包容的心态面对大数据的应用和可能带来的取代作用, 积极将信息部门纳入健康价值共创中, 定期开展学习会, 讨论如何提高医患双方对数字赋能手段的应用和认可, 提高患者隐私保护意识。

参考文献

- [1] 国务院. 国务院关于实施健康中国行动的意见[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2019-07/15/content_5409492.htm, 2019-07-15.
- [2] 新华社. 我国重大慢性病过早死亡率降至 15% [EB/OL]. https://www.gov.cn/lianbo/bumen/202409/content_6974128.htm, 2024-09-12.
- [3] 周海龙. 上海某二级医院医联体的建设思考[J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(6): 120-122.
- [4] 赵茜茜. 南京市某区部分慢性病患者利用家庭医生签约服务现状研究[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京医科大学, 2018.
- [5] 方子衿, 唐文熙, 彭倩, 等. 整合型健康服务组织医保支付模式的设计——基于中美比较[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(1): 57-60.
- [6] 张婷. 常熟市医联体下高血压慢病管理模式研究[D]: [硕士学位论文]. 苏州: 苏州大学公共卫生学院, 2018.
- [7] 吴晖南, 苏雪云, 吴莎莎, 等. 石狮市医共体框架内社区卫生服务中心糖尿病管理新模式探索[J]. 中国乡村医药, 2021, 28(24): 68-70.
- [8] 徐卫刚, 彭德荣, 陈晨, 等. 家庭医生团队闭环路径管理对冠心病患者的干预效果研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(28): 3455-3460.
- [9] 叶冬仙, 徐春霞, 丁亚君, 等. 北仑区县域医共体推进医防融合的实践与成效[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(5): 372-374.
- [10] 朱振国. 县域医共体下两慢病全周期健康管理推进分级诊疗的做法和初步成效[J]. 中国乡村医药, 2021, 28(15):

60-61.

- [11] 周莹, 马志敏, 陈志航, 等. 区域居民健康的慢病管理模式探索: 以医联体糖尿病管理为例[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(4): 150-152.
- [12] Robinson, J.C. and Casalino, L.P. (1996) Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care. *Health Affairs*, 15, 7-22. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.15.1.7>
- [13] 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.
- [14] 龙春晓, 李承璐, 范阳东, 等. 我国慢性病防治政策文本的量化分析: 基于政策工具、政策演进和政策主体的三维框架[J/OL]. 中国全科医学, 1-8. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/13.1222.R.20241226.2035.006.html>, 2025-04-25.