

协同治理视角下医防融合模式的多案例研究文章篇幅过长，请控制在1万字以内。

陈星宇<sup>1, 2</sup> 刘璐<sup>1, 3</sup> 杨毅莹<sup>1</sup> 任文博<sup>1</sup> 杨程超<sup>1</sup> 韩允瑞<sup>1</sup> 李涛<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> 100730 北京 中国医学科学院 北京协和医学院 卫生健康管理政策学院中国医学科学院北京协和医学院卫生健康管理政策学院

<sup>2</sup> 100872 北京 中国人民大学人口与健康学院

<sup>3</sup> 100730 北京 中国医学科学院 北京协和医学院中国医学科学院北京协和医学院

【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，为其他地区的推进医防融合实践提供参考。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区三地作为案例地区，结合2025年6–10月的实地调研资料，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、持续沟通和过程投入中，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；案例分析；实践模式

A Multi-Case Study ofn integration of medical and preventive care 下面英文摘要和英文关键词统一修改。

Medical-Prevention Integration Mmodels from the Perspective of Collaborative Governance

【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. Method 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 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.

Objective To examine the formation conditions, operational mechanisms, and implementation outcomes of medical-prevention integration models in

China from the perspective of collaborative governance, and to summarize regional experiences to inform the advancement of such practices in other areas. Method 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, the study used multiple sources of data, including participant observation, interviews, and policy documents, and conducted triangulation and comparative analysis. Results Policy windows, changing health needs, and local resource endowments and constraints jointly constituted the starting conditions for medical-prevention integration. 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, provided support for the normalized operation of medical-prevention integration. Through trust-building, sustained communication, and continued process input, local actors gradually developed shared understandings. The three regions all achieved positive results in infectious disease prevention and control, chronic disease management, and the transformation of health promotion service models. Conclusion The implementation of medical-prevention integration 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; Medical-prevention integration; Collaborative governance; Case study analysis; Practical models

10.12201/bmr.202606.00017V1

## 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，”将其作为健全公共卫生体系、落实健康优先发展战略的关键路径。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》强调了“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”。请进一步核实文件名称及文件中相关论述是否准确无误。

在此背景下，医防融合已成为深化医药卫生体制改革、推动健康中国建设战略落地的重要抓手[1]。“医防融合”一词于2018年首次出现在政策文件《关于做好2018年家庭医生签约服务工作的通知》中。请进一步核实，确保准确无误。

此后，中国针对“医防融合”出台了相关一系列政策文件，推动旨在通过创新医防融合机制，促进预防、治疗、康复等服务环节的有机有效整合。既往学者对医防融合概念提出了多个概念界定[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）这两类模块之间的合作或者协同[3]。本研究将医防融合的概念界定为卫生健康行政部门、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，以提升卫生服务的连续性、协同性、整体效率及和服务质量。随着医防融合政策持续推进，各地积极开展了实践探索医防融合实践，逐步形成了具有中国特色的医防协同政策体系与实践路径[3]。然而，现有研究多聚焦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？

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) 模型能够系统性解释医防融合这里好像少个动词，能够系统性什么？解释？分析？

主体间的权责配置、激励相容与行动协同机制，适用于剖析分析多层次、跨部门的制度实践[8]。基于此，本文引入协同治理视角下的SFIC模型，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的实践路径，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建设实践提供有效的理论框架与经验参考借鉴。

## 2 理论模型与研究设计

### 2.1 理论模型

2008年，美国学者Ansell等[9]提出SFIC模型，该模型主要包括起始条件(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。该框架为解释跨部门、跨主体协同运行的运行逻辑提供了重要分析框架。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]等领域研究。然而，SFIC模型是部分典型国家基于西方个词可能不准确，尽量用学术语言，比如，部分发达国家，或者部分典型国家的协同治理实践归纳形成的一般性分析框架，其案例背景、治理结构与和制度环境我国存在一定差异。且SFIC模型该模型存在局限性，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中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，如图1所示。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，决定了影响医防融合的启动成因与、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，主要围绕涉及医防融合的组织架构、权责界定、服务流程以及和激励约束设计，包括制度的清晰性、政策工具的科学性、激励的有效性以及制度的透明性[14]。(4)协同过程是多元主体在实践中不断建立信任、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

图 11 修正后的 SFIC 框架图

## 3 资料来源与方法

### 3.1 资料来源

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，属于嵌入改革体系嵌入推进型；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，并但作为近年来地方推进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，采取以下多种资料收集策略，通过多重信息实现证据间的相互补充和交叉验证，确保研究结果的可信度。一是参与式观察。团队在调研期间，对三地的市级政府部门、三甲医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心等单位进行实地调研，深入了解医防融合的模式具体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负责参与者，人，包括医务科、院感科、医防融合办公室、信息科等、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，如表1所示。三是相关政策、文献等二手数据，包括内部或公开的国家、省卫健委官方网站政策文件、工作报告和新闻报道，调研地区内部政策、数据报表等二手资料，并结合及时通讯补充，以及权威媒体的公开报道与相关学术文献进行佐证。

表 11 错误！未指定顺序。1 访谈对象信息表

调研  
地点

调查机构  
访谈人员  
访谈形式  
人数

S市

市级政府部门（2个）、三甲医院（4家）、社区卫生服务中心（2家）  
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负责人（包括医务科、院感科、医防融合办公室、信息科等）、专/兼职疾控监督员、社区医护人员  
座谈（6组）、一对一访谈（2人）

27

W市

市、区级政府部门（3个）、三甲医院（2家）、社区卫生服务中心（1家）  
座谈（3组）、一对一访谈（2人）

16

L区

区级政府部门（2个）、三甲医院（1家）、乡镇卫生院（1家）、社区街道卫生服务中心（1家）  
座谈（3组）、一对一深度（2人）

25

### 23.2 研究方法与资料来源

本研究采用多案例研究方法，直接嵌入到3.1部分，简单提几句就行，不用单列。

### 3.4 案例剖析结果

3.4.1 案例基本情况主要介绍三个地方的做法，简单点，一个地方一大段。

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。本部分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《温州统计年鉴2025》、《兰州统计年鉴2025》、《三明统计年鉴2025》、《温州年鉴2024》、《甘肃省卫生健康统计2025年鉴》

（表2）。

S市依托医改基础和医共体建设经验推进医防融合。至2024年末，S市常住人口241.90万人，人均地区生产总值12.06万元，医疗机构2560家，医疗机构床位1.71万张，卫生技术人员数2.18万人，具备较好的医疗卫生服务基础。实践中，S市依托医改积累，将医防融合作为“医改3.0”重要举措，构建区域健康管护体系，开展疾控机构综合改革，推进公共卫生与医疗服务协同融合，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。至2024年末，W市常住人口985.2万人，医疗卫生机构6245家，床位5.01万张，卫生技术人员数8.90万人，2022年基层就诊率和县域就诊率分别达到66.22%和90.03%。实践中，W市构建了“三位一体”网络和“六大融合”机制，以数字化赋能多领域，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”的医防协同链条。

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。至2024年末，L区常住人口36.67万人，医疗卫生机构191家，床位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。至2024年末，S市、W市和L区常住人口分别为241.90万人、985.2万人和36.67万人，人均地区生产总值分别为12.06万元、9.91万元和8.45万元。从卫生资源看，S市2024年共有医疗机构2560家，其中公立医院61家、乡镇卫生院124家、社区卫生服务中心（站）115家、疾病预防控制中心12家；医疗机构床位1.71万张，卫生人员2.64万人，其中执业（助理）医师0.82万人。2023年末，W市共有医疗卫生机构6083家，其中公立医院53家、乡镇卫生院198家、社区卫生服务中心（站）339家、疾病预防控制中心13家；医疗机构床位5.01万张，卫生人员10.39万人，其中执业（助理）医师3.70万人，基层就诊率和县域就诊率分别达到66.22%和90.03%。L区2024年共有医疗卫生机构191家，其中公立医院11家、社区卫生服务中心（站）14家、疾病预防控制中心1家；医疗机构床位2088张，卫生人员3539人。以表格的方式呈现，正文中对一些重点数据进行描述。

表 错误! 未指定顺序。2 三地指标表  
指标

S 市

W 市

L 区

数据年份

2024 年

2024 年

2024 年

常住人口

(万人)

241.90

985.2

36.67

人均地区生产总值 (万元)

12.06

9.91

8.45

医疗机构总数

2560

6245

191

公立医院

61

171

11

乡镇卫生院

124

182

4

社区卫生服务中心 (站)

115

334

14

疾病预防控制中心

12

13

1

医疗机构床位 (张)

17100

50151

2800

卫生技术人员数（人）

21836

89029

2884

表 2 三地基本情况与卫生资源核心指标表

指标

S 市

W 市

L 区

数据年份

2024 年

2024 年

2024 年

常住人口（万人）

241.90

985.2

36.67

人均地区生产总值（万元）

12.06

9.91

8.45

医疗机构总数

2560

6245

191

公立医院

61

171

11

乡镇卫生院

124

182

4

社区卫生服务中心（站）

115

334

14

疾病预防控制中心

12

13

1

医疗机构床位（张）

17100

50151

28002088

卫生技术人员数（人）

21836

89029

2884

34.2 基于目前要素分析这里篇幅太长了，洋洋洒洒写了很多，但感觉看不出作者的几个核心观点是什么。

建议把每一块的核心要素首先写出核心观点，可以用一是、二是这种分条论述，每个观点后面概括写几句能阐述清楚就行，要把访谈内容用自己的学术语言概括出来，实在有必要，可以加少量访谈原话。

修正后 SFIC 的协同治理模式要素分析

### 34.2.1 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上因素的共同影响。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，并在此基础上构建预防与医疗协同的服务网络，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，为数据共享和风险预警提供了技术支撑。**L**区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，将卫生健康行政部门、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机构等资源，在原有治理框架内推动协同深化。如受访者所述，“我们县的医防融合办公室挂在卫健局，我们总院的医防融合办公室挂在我们总医院。”（S3）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 制度设计这部分相对于其它部分太长了，大幅压缩。各部分篇幅要均衡。

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、责任分工和协助流程，为后续执行提供制度依据。二是政策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 33 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派驻派驻专、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 市通过疾控与医疗人员双向挂职、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，促进医疗与疾控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，推动医防协同向社会场景延伸。受访者指出：“我们组建了科普讲师团，一年开办了 67 场健康科普讲座”（S2）。W 市通过联合卫健部门、疾控机构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。受访者指出：“2025 年以来，举办了由医疗机构、疾控机构人员共同参与的培训 3 场，培训了 310 人次。”（W1）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，在持续协作中形成共识。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，以及卫生服务模式转型两个方面。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医疗卫生服务体系；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 政策启示这一部分主要论述各个要素要注意什么，具体应该怎么做，视野可以开阔一些，不仅仅局限于这三个地区。

#### 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，因地制宜是推进医防融合。医改基础较好、医共体运行较成熟的地区，可依托既有医共体、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、绩效考核等制度衔接，将医防融合嵌入原有卫生治理体系。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，并在实践中在时间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任务纳入医院绩效考核、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、慢性病慢病随访等服务环节。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、基本公卫服务资金、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 优化协同过程，促进行动信共识形成

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，提升医防协同的持续性。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，推动医疗人员与疾控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，增强基层医防协同的积极性。二是要加强复合型人才培养。应强化医疗与公共卫生交叉复合型人才培养，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卫人员临床协同能力。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、企事业单位和家庭场景等场景，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方式，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、慢性病慢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。

起始条件是指医防融合推进前，各参与主体既有的政策支持、健康需求变化与资源基础。研究发现，三地医防融合的启动均与政策窗口密切相关。W市和L区于2023年获批全国首批医防融合试点城市，并以此为契机推进相关工作。相比之下，S市的医防融合建立在既有医改基础之上，该市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，推动服务体系向“以健康为中心”转变，并将医防融合作为“医改3.0”重要内容持续推进。正如受访者所言：“我们医改从2012年开始，推进到今天已经第十三个年头了，S市虽然没有列到试点里边，但是医防融合这块我们从2019年就开始做了访谈原话用仿宋字体表示。

。”（S1）除政策因素外，健康需求变化也是推动医防融合的重要起点。S市和W市在改革启动前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已难以适应不断增长的健康管理需求，因此需要通过医防融合推动卫生服务重心前移。同时，W市属于沿海城市，

经济往来频繁，人口流动性大，面临较大的传染病防控压力，2019-2023年，W市居民传染病总发病率呈现下降后上升趋势。此外，不同地区既有资源基础的差异，也为医防融合提供了不同的实施条件与技术支撑。S市依托前期紧密型医联体建设，逐步打破医疗机构之间在行政、财务、医保和人事管理方面的壁垒，建立了县、乡、村三级健康防护网，具有较好的卫生资源基础。在此基础上，S市进一步构建预防与医疗协同的服务网络，并以慢性病管理和疾病预防作为医防融合的重要切入点。与之相比，L区卫生资源总量有限，疾控机构编制不足、公共卫生人才短缺、公立医疗机构建设起步较晚，整体上仍面临资源体量小、分布不均、人才梯队不完善以及疾控中心力量薄弱等现实约束。以2022年为例，新区疾控中心编制总人数仅为10人。如受访者所述：“人员不足是普遍存在的问题，2022年底，某卫生院并入我们进行管理时，卫生院的基础非常薄弱，疾控专职人员较少。”（L1）。但L区作为2012年设立的国家级新区，其治理体系相对扁平、部门间横向协调链条短、决策传导效率较高，为医防融合的实践提供了较为有利的条件。受访者指出：“新区能够推动医防融合，没有传统管理机制束缚是一个因素，我们会积极动员各方力量，将卫生与疾控工作与其他社会职能，如教育等，有机融合，共同推进。”（L1）W市则在信息化建设方面具有较好基础，已建成全市统一的医疗健康大数据平台和5G云诊疗平台，并建立了统一的疾病预防控制信息系统和重点疾病监测预警系统，为打通医疗机构与疾控机构之间的信息壁垒、拓展传染病相关数据获取渠道、提升监测预警与协同处置能力提供了有力技术支撑。正如访谈者所述：“到2024年底，我们区二级以上公立医院已经全部运行国家传染病监测预警前置软件，并运行省级传染病监测预警信息平台，省监测预警信息平台汇集了多部门的系统数据，能够自动识别和推送监测预警信号。”（W1）总体来看，三地不同起始条件形成了各地医防融合的启动因素，也进一步影响了后续催化领导的实现方式和制度设计。

#### 34.2.2 催化领导

催化领导主要体现为政府通过组织统筹明确协同方向，并以制度授权和跨部门协调，将卫生健康行政部门、疾病预防控制机构、医疗机构和基层医疗卫生机构是不是也包括基层医疗卫生机构？

纳入统一行动网络。在此基础上，政府进一步通过资源配置、专业支持与责任分工提升各主体的行动一致性，推动医防融合转化为具体实践。研究发现，三地均建立了领导小组、工作专班或医防协同办公室，逐步形成了政府主导、多主体参与的推进机制，但在实践路径上存在差异。W市主要依托“1+N”政策体系细化重点任务清单，并同步建立市、县两级医防融合工作小组，在此基础上，进一步在市级和区级层面组建专家顾问团和医防融合指导中心，并在二级及以上公立医疗机构设立医防融合工作委员会和公共卫生科，从而进一步明确医疗机构在医防融合中的职责定位。正如受访者所言：“我们区疾控中心成立了医防融合指导中心，区人民医院成立了医防融合传染病防控工作委员会。我们还选派了一个副主任担任区人民医院医防融合工作的副院长，共同参与医院公共卫生政策决策。”（W1）可见，W市注重通过组织架构支持和专业支撑，将公共卫生职责以制度形式嵌入医疗机构治理体系之中。L区则通过成立医防融合试点城市建设领导小组和指导专家组，逐步形成了以卫生健康部门前面说的是卫生健康行政部门，专有名词表述要统一。

牵头、多部门参与的重大疾病防治机制。在此基础上，L区进一步构建了疾控机构、公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医疗机构组成的“四位一体”公共卫生服务体系，并将协同机制延伸至村（社区）层面，从而增强了医防融合在基层的组织覆盖与执行力度。受访者提到：“若发现某学校出现传染病暴发风险，应与该社区卫生服务中心合作，共同采取控制措施。”（L1）另有受访者指出：“自2003年起，每年春季和秋季开学的第一个月，由负责人牵头，技术中心及所有医疗机构共同参与，对所辖学校进行风险包干，开展‘健康开学第一课’。”（L1）表明，L区的催化领导不仅体现在行政统筹层面，也体现为协同机制向基层场景和重点人群管理的进一步延伸。与L区、W市相比，S市的催化领导更多建立在既有医共体组织架构基础之上。当地依托总医院和医共体设立“医防协同融合办公室”，并通过统筹总医院、基层分院以及疾控、妇幼保健、精神卫生等机构力量，持续推进医防融合，S市侧重于激活原有改革体系中的组织资源，在原有治理框架内推动协同深化。正如受访者所言，“我们县的医防融合办公室挂在卫健局，我们总院的医防融合办公室挂在我们总医院。”（S3）总体而言，催化领导的实现方式与地方原有组织基础密切相关。对于医改基础较好、组织体系相对成熟的地区，往往更倾向于依托既有组织架构整合资源、推进协同；而对于试点驱动型地区，则更依赖通过新设专班、专家组织和跨部门协调机制来构建协同网络。无论采取何种路径，其核心都在于通过政府主导下的组织统筹和制度授权，增强多元主体之间的协同能力与行动一致性。

#### 34.2.3 制度设计这部分相对于其它部分太长了，大幅压缩。各部分篇幅要均衡。

制度设计是医防融合常态化、可持续运行的关键支撑，主要体现为制度的清晰性、政策的科学性、激励的有效性以及制度的透明性。

首先，制度的清晰性为医防融合提供了总体框架。三地均通过政府主导出台相关政策文件，明确医防融合的目标、重点任务和推进路径，为相关工作的推进提供了制度依据和行动指南。第二，政策

的科学性为解决医防融合中的具体问题提供了支撑。三地均将疾控监督员制度作为核心制度安排，通过派驻监督、专业支持和制度化监管，推动医疗机构公共卫生职责落实。W市在全区医疗机构全面实施疾控监督员制度，建立由专家团队、专职监督员和兼职监督员组成的监督队伍，专职疾控监督员均为区属公立医疗卫生单位的在职人员，采用灵活派驻的形式，覆盖二级以上医院、基层医疗机构和社会办医疗机构，实现院内外监督衔接。W受访者指出：“在全区医疗机构全面实施疾控监督员制度，建立了专家团队、72名专职疾控监督员和546名兼职疾控监督员组成的三支监督队伍。2024年以来累计发现整改消毒隔离等问题245项次，风险化解率百分之百。像这种的基本没有意义，建议删掉”

”（W1）L区采取“多对多”、“组团式”监督方式，依据省级手册和本地化工作手册开展日常监督，每月形成监督报告并进行分析通报，在2023年试点基础上，于2024年将紧密型医共体成员单位全部纳入试点范围。受访者指出：“在2023年试点3家医疗机构派驻疾控监督员的基础上，2024年把紧密型医共体成员单位全部纳入试点范围，遴选专兼职监督员14名。”（L4）S市建立了市、区、院三级监督体系，通过专兼职疾控监督员双向流动、月度交流和奖惩考核，推动监督制度运行。受访者提到：“通过建立三级监督体系，将疾控监督员制度纳入奖惩项目，对医疗机构公共卫生职责落实情况具体考核。”（S2）在此基础上，三地还结合本地实际引入处方类工具，推动医防融合由制度要求向具体服务环节延伸，如表2所示。W市侧重将传染病健康教育处方嵌入信息系统，推动健康教育融入诊疗流程，并将电子疫苗处方纳入门诊全科医生工作量统计，以增强医务人员参与积极性。受访者指出：“全区累计开具4.4万余张的电子疫苗处方，有效提升了预防接种的便捷性，实现了防治的融合。”（W1）相比之下，S市和L区更多围绕慢性病管理开展制度创新，通过“一病多方”方式推动综合干预。此外，S市还通过资金制度安排为医防融合提供保障，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，并探索将基本公共卫生专项经费纳入绩效薪酬激励体系。如受访者指出：“开展医防融合必须有一个项目为载体，把参保群众每个人交的400块钱里抽出10块钱出来，作为医防融合的资金，每年就有250万元的项目资金来保证医防融合项目能够推行下去。”（S3）

再次其次在哪里？

，激励的有效性进一步增强了协同运行的内生动力。三地均将医防融合纳入绩效考核与评价体系，形成以量化指标和结果运用为导向的责任约束机制。S市注重将医防融合与基本公共卫生服务考评及医共体负责人考核联动，并根据考核结果对资金开展二次分配，以强化资源配置与绩效结果挂钩。受访者指出：全民健康管理考核中医防融合占有较高权重，且项目实施中会根据各单位承担情况进行差异化激励。（S1，S3）W则将医防融合履责情况纳入医疗机构等级评审和年度绩效考核体系。

“在区属二级以上公立医疗机构规范设置公共卫生科，建立医防融合工作评估制度，将医院履行医防融合职责情况纳入医疗机构年度绩效考核。”（W1）L区以绩效考核为抓手，围绕传染病监测预警、慢性病防治、健康教育、信息共享等内容设定考核指标，按照月度、季度、年度进行评估，将结果纳入绩效管理。受访者指出：“绩效奖励方面，我们上级部门每月对我们的工作进行评估，并将结果纳入我们的绩效考核中。”（L2）

最后，制度的透明性为数据共享、质量改进提供了支撑。三地均通过信息共享、指标考核、定期监督巡查、疾控监督员制度提升透明度，为风险预警、质量控制和过程优化提供数据基础。其中，S市侧重慢性病管理的数据共享、分类管理与指标考核。受访者提出：“我们慢病系统核心的一块是对患者进行分级分类、分标的精准化的管理。系统会自动地通过颜色区分，使我们能够精准锁定患者，进行管控。”（S4）受访者也指出：“我们有健康管护队伍考核，将患者的满意度、疾病管理工作纳入科室的绩效考核。”（S4）W市依托区域平台整合推动跨机构数据整合与互联互通，受访者指出：“我们从去年开始，把所有的医疗机构全部纳入到一个健康云平台的建设。”（W1）L区建立公卫团队督导机制，推进疾控监督员制度试点，将监督工作成效与管理部门试点机构监督员团队、专兼职监督员个人绩效挂钩。“成立由疾控机构传防、免疫规划专家与上级医院专家和基层公卫专干组成的公共卫生工作团队，每月对各单位传染病防控工作开展覆盖式督导检查，对督导中发现的问题及时通报并督促整改。”（L4）总体来看，三地经验表明，医防融合有效推进依赖任务清单、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协同发力。

表 错误！未指定顺序。12 三地政策工具总结

地区

疾控监督员制度

管理工具

S市

三级监督体系、开展月度会商并纳入负责人考核

“六大处方”（医疗、运动、心理、饮食、睡眠、健康教育）协同管理

W市

二级及以上医院派驻专职监督员及专家库支撑

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

### 34.2.4 协同过程

协同过程是医防融合实践由制度安排转化为实际行动的关键环节，其运行成效取决于主体之间的信任基础、沟通效率以及合作投入程度。首先，信任建立与有效沟通是协同推进的前提。S 市通过疾控与医疗人员双向挂职以及医防融合例会机制，增强不同主体之间的理解与协作互信。如受访者所言：“因为毕竟是两个不同的部门，基本上我们会按月召开一个医防融合的工作例会，重点是解决现在医防融合推进工作当中出现的问题。”（S2）W 市则依托疾控机构与医疗机构人员互派机制、跨部门协同机制以及数字化平台的数据共享和预警推送，逐步形成了较为顺畅的沟通链条。受访者指出：“疾控中心与区属医院建立日常的定期会商制度，围绕传染病疫情开展精准预警，并实行预警周报信息共享。”（W1）同时受访者指出：“我们向区人民医院、社区卫生服务中心派遣疾控中心中级及以上的 10 名医防融合指导员驻点指导，其中有 3 名是长期驻点。”（W1）。L 区则通过月度会商建立常态化的面对面沟通渠道，每月与公安、民政社保等部门共享数据，并通过每季度邀请省级专家现场指导，围绕实际问题开展专题培训。受访者指出：“每个月由卫生健康委组织召开 1 次医防融合城市建设工作推进会，疾控中心通报传染病疫情形势并提出工作建议，紧密型医共体成员单位分别认领任务、限时落实督办、纳入绩效考核。”（L4）

在信任与沟通的基础上，协同过程进一步表现为执行投入的增加和行动共识形成。三地协同任务嵌入具体项目和业务流程之中，在实践中逐步形成了“防治融合、责任共担”的共识。S 市通过医防互训、健康副校长制度，推动医疗与疾控双方在知识体系与服务理念上的相互衔接。受访者指出：“疾控部门向医院医务人员培训防病知识，医院则向疾控人员传授疾病防治手段，以避免面向同一服务对象时出现多口径、重复性的信息输出。”（S2）同时，S 市还组建科普讲师团，深入学校、厂矿、社区等场景开展健康教育，进一步推动医防协同向社会场景延伸。“我们组建了科普讲师团，一年开办了 67 场健康科普讲座”（S2）。W 市通过联合卫健部门、疾控机构、医疗机构等多部门开展义诊宣传和预防知识培训。受访者表示：“我们经常会和疾控一起，到基层或者企业里面，做专项义诊或宣传。”（W2）另有受访者指出：“2025 年以来，举办了由医疗机构、疾控机构人员共同参与的培训 3 场，培训了 310 人次。”（W1）L 区通过培训整改、专家下沉和技术帮扶等方式，不断提升医疗机构的医防协同能力。在此基础上，借助双向转诊和住院患者信息推送机制，推动上级医院诊疗服务与基层康复管理、慢性病随访之间形成更为紧密的衔接，并在持续协作中逐步形成“上下联动、责任共担”的操作共识。受访者指出：“专家下沉和查房培训不仅提升了基层诊疗能力，也推动了信息共享技术和医疗体系的完善；通过双向转诊系统和住院患者信息定期推送，基层医疗机构能够及时承接康复治疗 and 慢病管理工作。”（L2）

随着协同过程不断推进，三地医防融合取得了阶段性成效，主要表现为多主体协同框架逐步建立，医防融合不断嵌入具体业务流程，并在制度工具创新和服务模式探索中形成了各具特色的实践路径。其中，S 市依托医改基础，通过设立医防协同融合办公室、构建三级疾控监督体系、推行“六大处方”协同管理，并结合专项资金保障和健康副校长等做法，推动慢性病管理、健康促进和疾病预防向基层服务场景延伸；W 市依托“1+N”政策体系、疾控监督员派驻机制、传染病健康教育处方库和电子疫苗处方，将监测预警、健康教育和预防接种嵌入诊疗流程，借助区域信息平台、周报共享和定期会商更换为更为学术化的词语。

，强化了传染病风险监测与协同处置能力；L 区通过构建“四位一体”公共卫生服务体系，实行“多对多”“组团式”疾控监督，推行“一病五方”协同管理，结合专家下沉、双向转诊和住院患者信息推送等机制，增强了上级医院与基层医疗卫生机构之间的衔接协作。总体来看，三地均在信任建立、反复沟通、持续投入中逐步形成共识，推动医防融合由阶段性协作走向常态化运行。

### 34.2.5 协同结果

三地医防融合实践均取得了积极的阶段性成效。首先，传染病防控能力与慢病管理能力均得到提升。其中，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、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%；同时，居民健康素养水平由 2023 年的 22.30% 提高至 2024 年的 32.21%，表明其在健康促进与综合治理方面取得较为明显的成效。W 市在传染病综合防控方面表现突出，肺结核报告发病率由 2021 年的 44.28/10 万人下降至 2024 年的 36.02/10 万人，艾滋病新报告发病数由 2021 年的 630 例下降至 2024 年的 396 例，显示出医防协同在重点传染病防控中的积极作用。L 区在慢性病和传染病防治的能力建设进步明显，改善幅度较大。其不仅建成全省首个“无结核社区”，且多项核心指标在短期内实现明显提升。血压控制率由 2022 年 70.58% 上升至 2024 年的 76.12%，空腹血糖控制率由 2022 年 62.91% 上升至 2024 年 71.63%，区域居民健康素养水平也由 2021 年的 12.5% 提升至 34.17%，乙肝疫苗接种人数由 2022 年的 2258 人上升至 2024 年的 4549 人，每万人全科医师数由 1.1 人提高至 3.3 人。

其次，医防服务模式发生向“以健康为中心”发生转变。三地均通过疾控监督员制度、处方类工具、

激励机制、信息共享等方式，增强了预防服务的组织能力。S市依托医共体框架，构建三级疾控监督体系，推行“六大处方”协同管理，并通过专项资金和项目化运作强化慢性病管理与健康促进的组织实施能力；W市依托专兼职疾控监督员派驻机制、传染病健康教育处方库和电子疫苗处方，推动预防服务深度嵌入诊疗流程，并借助监测预警平台和周报共享机制提升风险识别与协同处置能力；L区则通过“多对多”“组团式”监督检查、“一病五方”协同管理以及专家下沉、双向转诊等安排，增强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。

45 讨论与建议政策启示这一部分主要论述各个要素要注意什么，具体应该怎么做，视野可以开阔一些，不仅仅局限于这三个地区。

总结

5.1 本研究基于修正后的SFIC模型，对S市、W市和L区医防融合实践进行比较分析。研究发现，医防融合是政策支持、健康需求变化与资源基础的多重因素共同作用下形成的协同实践。虽然三地在区位条件、人口规模、经济发展水平和卫生资源配置等方面存在差异，但均通过组织统筹、多元协同、制度支撑与协同过程，推动了医防融合的实践，现出不同基础条件下推进的多样化路径。

首先，起始条件影响了医防融合的启动方式与实施重点

。W市和L区主要依托国家试点政策启动医防融合改革，外部政策窗口发挥了重要推动作用；S市则是在长期医改和医共体建设基础上，将医防融合嵌入原有的卫生治理体系之中。可见，医防融合的启动与地方改革基础、健康需求、资源条件等因素紧密相关。因地制宜是推进医防融合的重要原则，对于信息化基础较好、传染病防控任务较重的地区，应优先强化数据联通、监测预警和协同处置能力；对于医改基础较好、医共体运行较成熟的地区，应更加注重将慢性病管理、健康促进与医保支付、绩效考核等制度有机衔接；对于资源体量相对有限但治理体系较为扁平、部门协调效率较高的地区，可优先通过任务清单、责任分解和量化考核优先构建基本运行框架，并在实践中逐步探索适合本地的医防融合模式。

其次5.2，催化领导是推动多元主体协同的关键环节。

三地均通过领导小组、工作专班、医防协同办公室或专家组等组织形式，将卫生健康行政部门、疾控机构与各级医疗机构纳入统一行动框架，并通过制度授权、责任分工和资源协调促进协同关系形成。不同地区在实现路径上又各具特点：W市更强调政策细化基础上的专业支撑与技术协同，S市更多依托既有医共体架构整合内部资源，L区则突出行政统筹与基层延伸相结合的组织方式。上述经验表明，催化领导在于通过组织统筹、制度赋权和责任明晰，将分散主体转化为具有持续协作能力的行动网络。未来推进医防融合，应在组织层面建立常态化的统筹协调机制，明确卫健、疾控、财政、医保、人社和信息化等相关部门的协同责任，进一步明确医疗机构在公共卫生系统中的职责定位[3]。

5.3 再次，制度设计是将政策要求转化为具体实践的关键支撑

。研究发现，三地均通过行动指南、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工具，将预防职责嵌入诊疗和健康管理流程。这说明，医防融合的有效推进并不依赖于单一工具，而在于多种制度之间的衔接。未来应重视处方工具在综合干预中的运用，将运动、心理、饮食、医疗等要素纳入协同管理；完善疾控监督员互派机制、岗位职责和工作手册，提高专兼职监督员配置的科学性，增设来自不同医疗机构、高校和社区的选拔点，提升疾控监督员队伍的多样性[15]。此外，可结合不同地区的实践经验：在资金方面，可借鉴S市经验，利用医保结余资金，探索设立医防融合专项基金，整合区域的基本公共卫生资金、财政拨款等不同类别、项目的资金，按照区域社会经济发展、地理环境、居民健康状况及需求、医疗卫生体系特点等，灵活使用卫生发展资金[3]，保障筛查、随访与健康促进等工作的持续投入[16]；在绩效考核方面，可借鉴L区经验，将重点工作任务清单和考核指标纳入绩效评价，结合定量指标与定性指标，全面评估与考核医务人员、公共卫生人员的劳务价值[16]；在数据共享方面，可借鉴W市经验，推进医防融合信息化平台建设，推动医疗卫生机构接入系统，并为市、县疾控开通专用账号，实现跨机构、跨层级数据共享与业务协同，打破数据孤岛与信息割裂[17]。在此基础上，进一步引入大数据分析人工智能技术，挖掘健康档案数据价值，对慢病高风险人群、异常健康指标等进行自动识别与提示，实现疾病早发现、早干预[18]。

此外，协同过程是多主体在持续互动中逐步形成合作规则与行动共识的动态过程。由于医疗机构与疾控机构的职责定位存在差异，协同关系的建立需要持续沟通信任建立和共同投入。三地均通过定期会商、双向挂职、周报共享、专家下沉、技术帮扶和任务认领等机制，不断推动协同关系转向“实践共识”。这表明协同过程不是静态的，而是在互动中不断调整与强化的动态过程。未来应进一步搭建临床与疾控人员的常态化交流平台，借鉴双向挂职、下沉指导等做法，推动医疗与疾控人员在岗位、职责和服务流程中的交叉协作[19]，并将医生下沉基层帮扶的服务次数、服务内容和帮扶成效纳入绩效评价和职业晋升体系，以增强基层医防协同的可持续性。其次，应加强医疗与公共卫生交叉复合型人才培养，建立交叉培训机制[20]，提升临床人员公共卫生能力与公卫人员临床协同能力。再次，应借鉴L区双向转诊、数据基层共享的经验，提高服务的完整性、高效性和连续性[23]。最后，应推动医防融合由机构内部协同进一步延伸至社区和生活场景，增强居民、学校、养老机构等主体的参与，逐步构建多主体共同参与的协同网络。因地制宜提供精准式、个性

化、动态性的医防融合服务[21]，以积分、服务兑换等方式促进居民参与，激活“健康第一责任人”的角色地位[22]。

从协同结果看，三地均表现出较为积极的阶段性成效，但其成效类型与实现路径具有明显差异。S市在慢性病综合防控和医共体内部协同方面较为突出，说明依托既有医改基础推动医防融合，有助于促进医疗与公共卫生服务的衔接与资源联通；W市在传染病综合防控和信息协同方面表现较好，表明数字平台、监测预警和处方工具的结合有助于提升风险识别与联动处置效率；L区在慢性病和传染病防治能力建设方面提升较快，说明资源基础相对薄弱但行政统筹能力较强的地区，可通过任务考核、能力建设和机制创新在较短时间内推动医防融合实践。综上所述，医防融合应坚持因地制宜，根据本地区政策支持、健康问题、资源优势与约束等条件，选择适宜的制度组合与实施路径，抓住政策契机，通过组织协调、制度衔接与能力建设，推动医防融合实践取得良好效果。

#### 5.4 本研究的局限性

本文主要采用多案例研究方法，对比分析三个地区不同地区的医防融合经验实践模式与运行机制进行比较分析。由于受案例数量有限限制，且不同地区在制度环境、资源条件和改革基础等方面仍存在差异，研究结论的外推需谨慎推广本研究的结果需谨慎。未来研究可以进一步扩展地理拓展案例地区范围，纳入具有相似同类条件案例以及或不同行政层级的地区开展比较研究案例开展研究。

作者贡献：简要说明每位作者为本文所做的贡献。

陈星宇、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；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；李涛负责文章的质量控制及审校。

#### 参考文献

- [1] 张宁, 陈开元, 徐哈艺, 等 et al. 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(01): 33-9.
- [2] 王福如, 赵广川, 刘元宝, 等 et al. 我国医防融合理论内涵及实践探索 [J]. 中国公共卫生, 2025, 41(08): 1019-24.
- [3] 刘珏, 闫温馨, 刘民, 等 et al. 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(03): 451-60.
- [4] 李丽清, 邝晓睿, 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(05): 34-8.
- [5] 兰晓霞, 杨朝晖, 岳帅, 等 et al. 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(02): 148-56.
- [6] 袁春锋, 钱宇, 王小合, 等 et al. 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): 1345-9+69.
- [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, (07): 121-8.
- [9] GASH A A. Collaborative Governance in Theory and Practice [J]. Journal of Public Administration Research & Theory J Part, 2008, 18(4): 543-71.
- [10] 翁佳颖, 高红霞, 杜思娴, 等 et al. 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(09): 6-9.

- [12] 陈玺玥, 赖泓宇, 吴侃, 等 et al. 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(06): 1475-80.
- [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, (03): 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(01): 45-9+112.
- [15] 孙瑾, 王绍鑫, 范力星, 等 et al. 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(06): 633-6.
- [16] 陈卫永, 冯海婷, 汪炜, 等 et al. 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(02): 157-62.
- [17] 孙艺, 李远远, 蔡昀珈, 等 et al. 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]. 健康发展与政策研究: 1-10.
- [18] 顾海, 李子豪, 王福如, 等 et al. 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(01): 45-9.
- [19] 李怡霖, 崔文荟, 龙雨晨, 等 et al. 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(07): 51-8.
- [20] 兰珍, 刘婧, 陈火旺, 等 et al. 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): 74-7.
- [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, (03): 44-5.
- [22] 王悦, 马晓静, 贾梦, 等 et al. 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(02): 129-32.
- [23] 张欣悦, 张雨荷, 潘琼娇, 等 et al. 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+16.
- [24] 李佳威, 葛奥淇, 高欣怡, 等 et al. 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: 1-12.
- [25] Department of Health and Social Care. 10 Year Health Plan for England: fit for the future[EB/OL].(2023.8.10) [2026.1.7].<https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future>.