



# 我国整合卫生服务研究动态与热点问题分析

施 婷<sup>1,2</sup>, 张筱荣<sup>2,3</sup>, 陈志超<sup>1,2</sup>

1. 安徽中医药大学医药经济管理学院, 2. 数据科学与中医药创新发展安徽省哲学社会科学重点实验室,  
3. 马克思主义学院, 安徽 合肥 230012

**摘 要:**在文献计量学的基础上,运用可视化软件CiteSpace,对2004—2023年中国知网中收录的889篇整合卫生服务相关文献进行可视化分析。结果表明,我国在整合卫生领域的发文量整体呈波动上升趋势;研究力量主要分布在高校及附属科研中心,机构间的交流合作较少;对该领域的探索演进大致分为奠定基础、萌芽起步、初步探索、研究突破四个阶段;推进整合卫生服务的措施和模式已成为目前热点方向。我国整合卫生服务研究热度居高不下,但取得的创新性进展较少,应强化本土化理论创新,加强多学科人员整合培养,改进一体化考核和激励机制,推进信息化建设。

**关键词:**整合型医疗卫生服务体系;文献计量学;可视化分析;知识图谱;CiteSpace

中图分类号:R197

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2024)04-329-007

doi:10.7655/NYDXBSS240157

整合型医疗卫生服务体系(Integrated delivery system, IDS, 简称整合卫生服务)旨在根据个体在不同生命阶段的需求,通过卫生体系内各个层级机构之间的协作,提供和管理健康促进、预防、诊断、治疗、康复等服务,其核心理念是“以人为本”,全面实现医疗卫生服务的整合<sup>[1]</sup>。2016年,世界卫生组织提出了整合卫生服务的基本框架,并将其纳入全球卫生发展战略,以实现可持续发展目标。同年8月,中国政府、世界银行、世界卫生组织等“三方五家”发布联合报告《深化中国医药卫生体制改革研究报告》,提出构建“以人为本的整合型医疗卫生服务(People-Centered Integrated Care, PCIC)”的改革倡议<sup>[2]</sup>。“以人为本”作为整合卫生服务的核心理念,关键在于鼓励患者及其家属积极参与诊疗过程,同时服务提供方根据患者的健康需要和期望提供人性化、连续协调的一体化服务<sup>[3-4]</sup>。随着我国经济社会的不断进步,人民生活水平持续提升,人均寿命

明显延长,各种疾病患病率逐渐提升,从而加大了对医疗服务的需求。人民的需求是无限的而资源是有限的,这给医疗体系建设带来巨大挑战,在此背景下,要努力构建高效优质的一体化医疗服务网络,以满足人民的医疗需求,提高人民健康水平。

本文运用文献可视化软件CiteSpace,分析近20年关于我国整合卫生服务研究的文献,整理得出该研究领域研究机构分布、合作团队情况、各阶段热点话题和未来可能的趋势,了解和把握该领域研究的基本现状。

## 一、资料和方法

### (一)数据来源

利用中国知网(CNKI)进行检索,选取时间范围为2004—2023年。采用高级检索,设定主题词=“整合医疗 OR 整合卫生 OR 整合型医疗卫生”。文献

**基金项目:**安徽省新时代育人省级质量工程项目(研究生教育)“安徽中医药大学—合肥市第四人民医院研究生联合培养示范基地”(2022lhpysfjd055);安徽省大中小学思政课一体化建设项目“新时代社会主义核心价值观融入大中小学思政课一体化建设研究”(sztsjh-2022-5-3);安徽省高校思想政治工作创新项目“新时代中医药院校文化育人体系构建研究”(sztsjh-2022-4-6);高校思想政治工作中青年骨干队伍建设项目(sztsjh-2022-7-10);安徽省高校协同创新项目“安徽中医药数据集成与治理研究”(GXXT-2022-095)

**收稿日期:**2024-04-10

**作者简介:**施婷(2000—),女,安徽芜湖人,硕士研究生在读,研究方向为社会医学与卫生事业管理;张筱荣(1980—),男,安徽无为,人,教授,博士,研究方向为网络思想政治教育与意识形态、社会医学与卫生事业管理,通信作者,2679827540@qq.com。

来源包括北京大学图书馆“中文核心期刊”(北大核心)、南京大学“中文社会科学引文索引”(CSSCI)和中国科学院文献情报中心“中国科学引文数据库”(CSCD)。经检索共收录整合卫生服务研究相关文献1 780篇。

(二)文献的纳入与排除

为保障研究的准确性,对获取的1 780篇文献进行筛选。纳入标准:①主题切合度高的期刊论文;②语言为中文。排除标准:①报纸、会议、图书、成果、专访;②主题相关度较低;③重复文章;④没有注明来源的期刊论文。最终纳入889篇文献。

(三)数据转换与处理

CiteSpace是一款可视化文献分析软件,用来探索特定研究领域的发展动态,并帮助研究者探究该领域的热点研究方向和发展趋势。本研究采用CiteSpace6.3.R1对数据进行可视化分析。时间跨度为2004—2023年,以1年为时间切片,依次选择作者、机构、关键词等进行可视化分析。绘制出关键词共现图谱、聚类图谱、时间图谱和作者共现图谱,并运用软件所提供的突现词探测功能了解研究的大致历程和前沿热点,结合Excel表格,绘制发文时间和发文量折线图,以展示研究现状与发展历程。

二、结 果

(一)发文数量分布

整合卫生服务研究发文量呈现出3个小高峰(图1),分别是2009年、2016年和2019年,这与当时的政策环境、研究领域的关注点以及医疗卫生服务体系的建设进程密切相关。整体来看,2004—2023年的发文量呈现波动上升趋势,表明整合卫生服务作为一个健康方面的重要研究领域,越来越受到各个机构和研究人员的广泛关注。

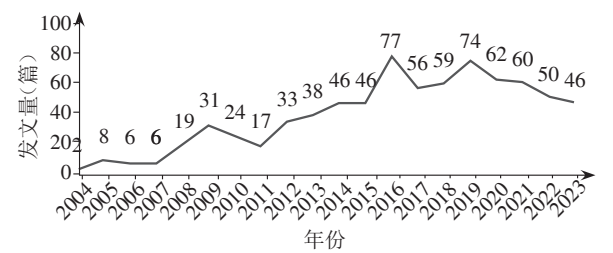


图1 2004—2023年我国整合卫生服务研究发文时间与发文量

(二)研究作者发文网络分布

利用CiteSpace进行可视化图谱分析,阈值设置为 $K=10$ ,运行后将control panel标签的Threshold设置为4,即对发表4篇及以上文献的作者进行可视化分析,得到如图2所示的研究作者共现图谱。研究作者的发文量情况由图中的节点和字体来显示,节点越大、字体越大说明作者发文量越多;作者之

间的合作紧密程度由连线的粗细来显示,连线越粗表示作者之间的交流联系越频繁,合作关系越紧密。结果显示,节点数为295,即所筛选的文献中包含295名作者;线条数为390,即作者间的合作线有390条;网络密度为0.009,其中有4个较大的网络节点,分别是以张亮、金春林、代涛、孟庆跃为核心作者的四大作者集群,以他们为核心的团队合作的网络规模较大;集群的整体布局呈现分散趋势,仅有局部较为集中。从线条的粗细程度还可以得出研究作者彼此间的联系较为薄弱,合作交流较少,不同机构不同地区作者间连线更少。

表1显示了核心作者发文情况,4个作者集群具有鲜明的研究特点。张亮团队主要是基于系统思想、整合理论研究分级诊疗政策以及不同地区的整合卫生服务的发展策略;金春林团队聚焦于人工智能在医疗领域的利用以及在老龄化背景下国外如何构建整合卫生服务;代涛团队致力于大数据、信息化对推进整合卫生服务的积极作用;孟庆跃团队主要研究基层整合卫生服务的构建现状和发展思路,以及各种协同机制的影响因素。

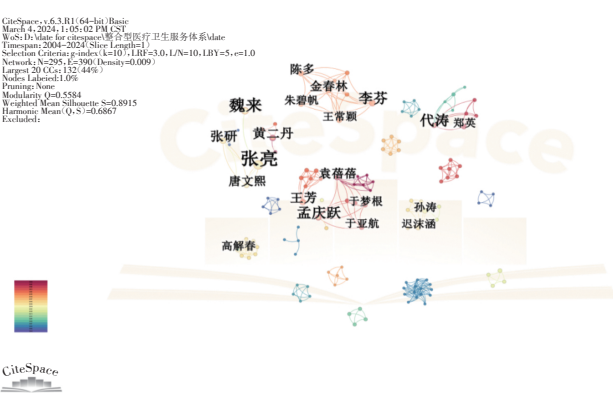


图2 2004—2023年我国整合卫生服务研究作者图谱

表1 核心作者发文量

作者	机构	发文量(篇)
张亮	华中科技大学	14
魏来	华中科技大学	10
代涛	中国医学科学院	7
孟庆跃	北京大学	7
李芬	上海市卫生发展研究中心	7
金春林	上海市卫生发展研究中心	6

(三)研究机构发文分布

将节点类型设置为institution,其他选项保持不变,利用Citespace进行可视化分析,得到2004—2023年我国整合卫生服务研究机构合作图谱(图3)。可以看出,华中科技大学同济医学院、中国医学科学院医学信息研究所、中国人民大学公共管理学院、北京大学公共卫生学院/中国卫生发展研究中心、北京协和医学院、上海市卫生和健康发展研究

中心发文较多,这些研究机构主要位于北京、山东、上海、天津等,地域跨级研究网络没有完全形成。研究力量主要集中在高校,卫生行政机构的参与度较低。从图中还可以看出该领域研究贡献大的集中在经济发达地区,如北京、上海、南京,其他地区的研究贡献较小,因此下一阶段应加强跨省跨机构的学术交流。

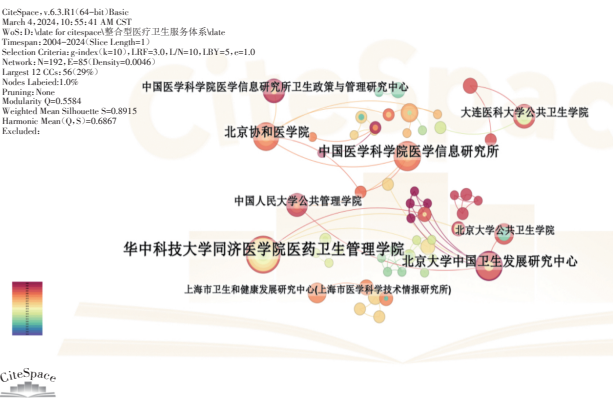


图3 2004—2023年我国整合卫生服务研究机构合作图谱

三、整合卫生服务词频及热点演进分析

(一)关键词共现分析

运用 CiteSpace 可视化分析工具绘制关键词共现图谱和关键词时区图谱来反映我国整合卫生服务的研究热点变化和发展历程。如图4所示,共有节点197个、连线352条。结合 Excel 表格,将出现频次≥40的高频关键词进行整理(表2)。出现频次最高的前10个关键词包含整合、资源整合、医疗资源、纵向整合、分级诊疗、医疗服务等,与关键词共现图谱相吻合。

一个节点的中介中心性是指连接其他两个节点最短路径桥梁的次数。节点扮演中介角色的次数越多,其中介中心度就越高。中介中心性大于0.1的节点具有潜在成为转折的可能性。通过图4可以看出,整合、资源整合、医疗资源、医疗保险、分级诊疗、医联体等是近20年来我国在该领域研究中的高频词汇,其中,整合、资源整合、医疗资源、纵向整合的中介中心性分别达到了0.52、0.16、0.13和0.12(表2),从侧面反映出我国在该领域的研究还是偏集中的。中介中心性大于0.2的关键词为整合,意味着这个关键词影响力较大,参与其他节点联系多,被视为重要的“中介点”。

根据关键词时区变化图谱(图5),在整合卫生的基础上展开分析,可以将我国近20年关于整合卫生服务的建设路程分为四个阶段。第一阶段为奠定基础阶段(2004—2007年),该阶段我国医疗保险推广不够广泛、覆盖率低,城乡经济发展的差异导致医疗资源的分配不合理,因此,该阶段的研究热

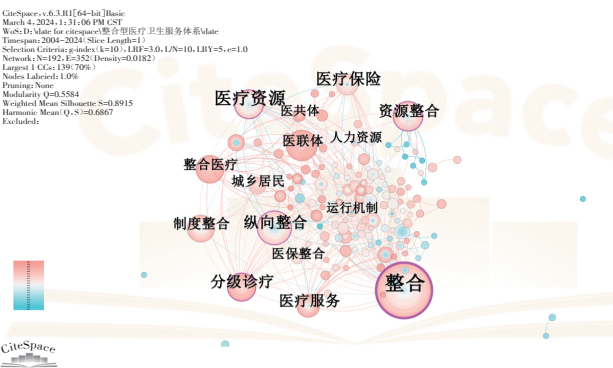


图4 2004—2023年我国整合卫生服务关键词共现图谱

表2 关键词频次及中心性

关键词	频次	中介中心性
整合	105	0.52
资源整合	28	0.16
医疗资源	33	0.13
纵向整合	39	0.12
分级诊疗	27	0.10
医疗服务	16	0.10
医联体	32	0.09
医疗保险	15	0.09
整合医疗	27	0.08
医疗集团	11	0.08

点集中在医疗保险的推广、医疗资源的配置、乡村卫生一体化发展。医疗保险的推广和乡村卫生服务一体化的研究为“整合”概念的提出打下了基础。第二阶段为萌芽起步阶段(2008—2012年),2009年《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》出台,强调基本医疗保障建设,重点任务为基层医疗卫生服务体系建设,各地要逐步实现社区首诊、分级诊疗、双向转诊等要求<sup>[5-6]</sup>。因此这一阶段大量出现的关键词为信息整合、资源整合、纵向整合、医疗服务、公立医院等,从侧面反映研究人员已经认识到在医疗卫生服务体系中资源优化配置的重要作用。第三阶段为初步探索阶段(2013—2015年),该领域发文量显著增加,研究热度逐渐攀升。此阶段的关键词包括医联体、整合医疗、医保整合、分级诊疗等,查阅相关医疗卫生政策可知,2013年开始,以北京市为代表,开始积极探索城区医联体服务模式和郊区医联体服务模式。总的来说,这一阶段内医联体、医共体是整合卫生服务建设的重点研究方向,因此,相关研究数量骤增<sup>[4]</sup>。党的十八大报告中明确表明要大力推进城乡居民医保整合,因此城乡医保成了构建整合卫生服务的重要模块,此阶段学术界开始关注医保制度整合。2015年9月,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》,通过加强基层医疗卫生人才队伍建设、完善医疗资源合理配置机制、推进医保支付制度改革等手段,提高医疗机构医



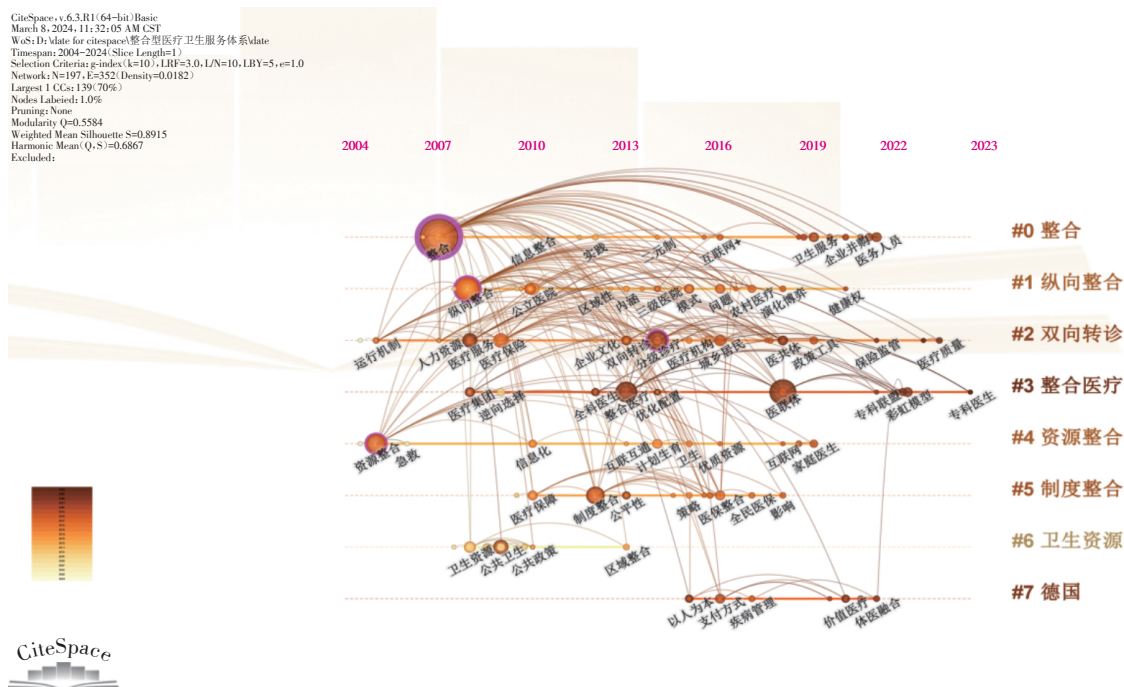


图5 2004—2023年我国整合卫生服务关键词时区图谱

疗服务效率,缓解看病难、看病贵问题<sup>[7]</sup>。第四阶段为研究突破阶段(2016年至今),我国学者对整合型医疗卫生服务体系建设中所取得的成效及仍未攻破的问题展开全面思考和深入分析,大致形成了整合卫生服务比较完整的发展脉络。伴随着各个地方对分级诊疗、医联体、医保整合等政策的试点,我国有关整合卫生的政策体系更加完整合理。同时,学者还致力于研究荷兰、德国、英国等发达国家的整合卫生服务建设方案,借鉴学习,为我国各地区的整合卫生服务建设提供有益的发展思路。

### (二)关键词聚类分析

利用 CiteSpace 可视化工具进行关键词聚类分析,通过对数似然率算法(LLR)对关键词进行聚类,绘制出关键词聚类图谱(图6)。聚类图谱结果的分析价值主要取决于  $Q$  值(聚类模块值)和  $S$  值(聚类平均轮廓值)是否超过关键阈值。若  $Q>0.3$ ,表示聚类结构显著;而  $S>0.5$ ,则表明研究对象的同质性较高。在图6中,聚类运行结果显示  $Q=0.8066$ ,  $S=0.9542$ ,均超过了关键阈值。因此,关键词聚类效果显著,同质性高,具有较强的说服力。

从图6可以看出,我国整合卫生服务研究的聚类标签众多,其中主要聚类标签有#0整合、#2医疗保障、#5医联体、#1资源整合等。分析观察我国整合卫生服务文献关键词共现图谱和聚类图谱,再结合相关文献研究,可以将相关研究大致分为三个模块。

第一个模块是国内学者对欧美各国整合卫生服务建设思路和措施的深入研究。郑英等<sup>[8]</sup>从4个

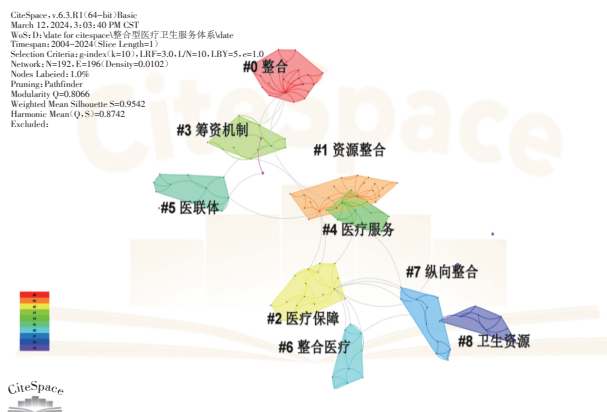


图6 2004—2023年我国整合卫生服务关键词聚类图谱

不同的维度分析荷兰整合卫生服务建设的关键要素,包括网络化医疗卫生服务体系、整合医保支付制度、全科医生的培养、医疗信息系统的建设,再结合我国国情,提出应以基层卫生服务体系建设为抓手实现“健康中国”建设。叶江峰等<sup>[9]</sup>将国外整合卫生服务的典型实现模式和中国医联体建设模式的相同点和不同点进行归纳分析,提出发达国家对我国整合卫生服务建设的成功经验和我国仍有待研究的问题。

第二个模块是国内整合卫生服务建设的试点和改进。李芬等<sup>[10]</sup>对上海市8家医院、13家社区卫生服务机构进行走访调查,分析出整合卫生服务的实施背景和总体架构,为其他学者对地区试点的研究提供思路。陈思源等<sup>[11]</sup>以广西两县为研究对象,在卫生整合理论的基础上,利用彩虹

模型进行数据回归分析,得出县域医共体建设要以政府为“风向标”,培养基层人才,推动医防融合,落实县域医共体建设。

第三个模块是医疗卫生服务的实践模式探索。包括县域医共体、专科联盟、城市医疗集团、远程医疗协作四种模式<sup>[12]</sup>。这四种代表性模式有助于实现不同类型医疗机构的服务定位和资源调配优化,从而为人们提供全周期多功能的卫生护理服务。其中郁建兴等<sup>[13]</sup>对我国率先进行县域医共体试点的三个省(安徽、山西、浙江)进行政策效应分析、制度设计刻画、实践经验总结,提出了县域医共体建设的基本经验,或可为以后的医疗体制改革这一世界重点难题提供“中国方案”。牛雨婷等<sup>[14]</sup>基于医联体分级诊疗制度建设框架,提出以医联体制度为平台,促进慢病管理高质量发展。

(三)关键词突现分析

突现词是指该关键词在某段时间内、某一研究领域被研究者突然频繁提及使用,关键词突现强度的变化能够说明其在该研究领域的使用频率变化情况,通常可以代表这段时间内的研究热点<sup>[15]</sup>。使用 CiteSpace 进行关键词突现分析,以了解我国整合卫生服务在各个阶段显著研究方向的时间变化,进而根据当前阶段的研究变化来预测未来该领域新的研究方向。将控制板热点栏的 $\gamma$ 值设定为0.45,得到研究文献的关键词突现图谱,如图7。

在整合卫生服务的演进过程中,重点涉及卫生资源、医疗资源、医疗保障、资源整合等关键词,突现时间由2008年持续到2018年,长达十年,反映出当时学者开始认识到医疗卫生服务机制和资源合理配置的紧迫性,资源分配不均与医疗卫生服务系统不完善的挑战成为该时段的学术焦点。近几年来,随着整合的概念正式提出和相关国家政策的更新迭代,主要包含的关键词是:医联体、整合医疗、分级诊疗、医体融合、医共体等,突现时间由2019年持续至今,说明推进整合卫生服务的措施和模式已经成为当前研究领域的热点方向。

四、讨论与建议

(一)讨论

从整体来看,2009年以来,整合卫生服务领域的研究热度逐渐攀升,2015年后发表的文献更是呈现出显著的上升趋势,并在2016年、2019年形成两次小高峰,这与当时的政策环境密切相关。尤其是2019年,我国对过去医改十年进行了全面评估发现,基层医疗卫生服务水平明显提高,但仍存在卫生服务碎片化、卫生服务机构之间协调性差等问题。因此,提出了“以人为本”为核心理念的整合卫生服务转型,全面实现全民医保的系统计划,并启

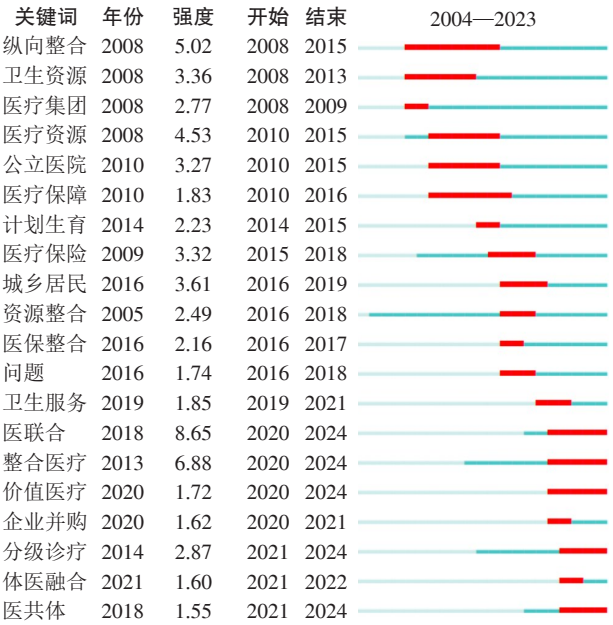


图7 2004—2023年我国整合卫生服务研究关键词突现分析

动了更为广泛深入的实践探索<sup>[12]</sup>,医疗卫生服务“以疾病为中心”转向“以健康为中心”。

从研究主体来看,我国整合卫生服务研究领域的主要研究力量分布在较发达城市 and 高校及其附属的研究中心。其中涵盖了张亮、魏来、孟庆跃、金春林等著名学者,他们致力于该领域的研究并已经产出较多研究成果,是整合卫生领域的领头人员,且已经形成了较为固定的作者集群,但这些作者集群所属不同机构、来自不同城市,集群间的交流互动较少,联系不够紧密,尚未形成高产高影响力的合作群体。

从研究热点来看,整合、资源整合、医疗资源、医疗保险、分级诊疗、医联体等是近20年来我国在该领域研究中的高频词汇且中介中心性较高。从侧面反映我国在该领域的研究热点主要集中在国内地方整合型医疗卫生服务体系建设的改进,不同实践模式的深入探索与全面推广,以及对欧美发达国家模式的借鉴。总的来说研究热点较为集中,但存在较高的重复度,需根据社会现象开拓新的研究视角和对当前研究结果进行创新性总结。

(二)建议

国内整合卫生服务研究的热度居高不下,但取得的创新性进展并不多,因此,提出以下几点建议。

一是强化整合卫生服务本土化理论创新。纵观近20年我国在该领域的深入探索,所颁布的政策与整合卫生服务发展适应性高,但在高质量发展的背景下,仍缺乏符合我国现有国情的本土化理论,和对整合卫生服务边界的准确界定。国外探索整合卫生服务的理论包括系统整合理论、变革理论、结构与功能理论、资源依赖理论等,我国学者对此



研究借鉴,为我国整合卫生服务的建设提供了有益思路,但基于各国医药卫生服务体制的根本差异,这些理论思路并不完全适用于我国当前形势下的整合卫生服务的发展进程,应尽快建立具有中国特色的制度体系。对此,首先应该对各个地区整合卫生服务模式试点工作的情况进行总结、凝练;其次在试点经验的基础上,找出问题与不足,对症下药,将不同地区重点问题的解决方案融入理论之中,做到以患者为中心,以健康为中心的本土化理论创新。

二是加强多学科人员的整合培养。各个国家不同研究人员对整合卫生服务概念的表达均有所不同,但从理念上来说都是“以人为本”为一切服务的出发点,基于人的健康需求提供护理服务<sup>[9]</sup>。从“人”即患者的角度来看,整合卫生服务意味着一站式服务,由一个入口为切口就可以获得全周期的个性化医疗服务。这就对不同学科人员的整合提出了很大挑战,而跨学科、跨部门、跨体系的人员整合过程是整合卫生服务的主要障碍。这种新的服务模式对全科医师的要求很高,全科医师作为整合卫生服务中的核心人员,需要与基层医疗人员、社区工作人员、医院其他医护人员等卫生服务提供者密切联系<sup>[16]</sup>,才能通过首诊制和转诊制为患者提供更为全面的治疗和护理,保障服务的均衡性、连贯性。我国目前推行的家庭医师服务模式就是一种以全科医师为中心,其他医护人员分工协作的多学科团队服务模式。但通过文献阅读可以发现,家庭医师模式推广得并不顺利,大部分还属于试点阶段,这与多学科人员整合的难度有很大关系,所以应当加强多学科人员的整合培养,增强团队之间的通力合作,制定更全面的诊疗方案来服务患者,缩短科室间沟通时间,建立全科医师主导、全科专业协作、医防融合的家庭医疗签约模式<sup>[17]</sup>。

三是改进一体化考核和人员激励机制。医疗联合体在我国广泛开展,但医疗联合体内大部分的医疗机构都是独立法人单位,医疗机构间的激励和考核机制大不相同且都是独立分开的。因此,我国医联体没有有效的激励及绩效评估机制,以至于机构间的协调、互助、转诊等整合型功能不能够灵活运作<sup>[18]</sup>。对医务人员来说,也缺乏统一的激励机制来鼓励他们致力于整合卫生服务建设。有鉴于此,需要将个体单位的考核与卫生服务体系的考核区分开来,建立完整合理的考核机制和激励机制,如协同医保支付方式和医生薪酬制度改革,这两项关联性较高,有效协调可以激励医疗机构和医生相互配合<sup>[19-20]</sup>。同时建立以“结构—过程—结果”为考核模型进行多要素全方面考核,让考核结果和薪酬挂钩,以提高医护人员责任感,形成以健康结果为导向的正向激励机制。但无论任何激励机制,其实质

目标都应对准医护人员行为,着力于让医护人员提供优质服务,而不是让其感到是工作量的增加而带来的薪酬增加。

四是发挥信息化建设对整合卫生服务的促进作用。信息共享是整合卫生服务发展的技术保障之一。对患者来说,信息化技术的利用可以促进医疗资源的合理流通、配置,如远程医疗服务就可以利用网络让医生、患者在足不出户的情况下实现面诊,简化了就诊流程,节约患者和医生的时间,让患者能够即时和医生对接,缓解病情。对管理者来说,全民健康保障信息化平台的建立,使得居民电子健康档案、医院电子病历、线上问诊小程序等可以实时记录居民的健康信息,促进各级别、各地区、各种类医疗服务机构的信息共享,减少不必要、重复的检查,提升不同卫生服务机构的协同治疗能力,并且管理者可以准确了解居民的健康需求,在此基础上对需求进行整合、分类,根据患者需求提供健康服务,提高优质医疗资源可及性与体系整体效率。

本研究存在的不足:文献筛选遗漏,在文献选取时间范围内进行文献筛选,总体为人工手动筛选,可能存在一些切合主题但未选中的遗漏文献;可视化软件 CiteSpace 存在局限性,如关键词突现时无法反映准确的关键词出现时间。

#### 参考文献

- [1] 纪科宇,程偲雨,王鸿妮,等.我国整合型医疗卫生服务体系研究的知识图谱分析[J].中国农村卫生事业管理,2022,42(4):250-256
- [2] 代震,贾腾腾,于贞杰,等.PCIC模式视角下居民移动医疗APP认知和使用分析[J].中国初级卫生保健,2020,34(3):20-24
- [3] 王书平,黄二丹.面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系的核心及关键点[J].卫生经济研究,2023,40(7):5-8
- [4] 李文敏,程梦珍,谭荧,等.基于知识图谱分析的国内外整合型医疗卫生服务体系研究[J].中国医疗管理科学,2022,8(4):12-21
- [5] 赵茜,陈华东,伍佳,等.我国基层医疗体系的发展与展望[J].中华全科医学,2020,18(3):341-346
- [6] 涂怡欣.县域医共体改革对基层卫生服务能力的影响及其作用机制[D].杭州:浙江大学,2023
- [7] 王璐.甘肃省平凉市新农合分级诊疗制度的政策网络分析[D].北京:北京协和医学院,2017
- [8] 郑英,李力,王清波.荷兰以人为本整合型卫生服务的实践与启示[J].中国初级卫生保健,2019,33(12):6-8
- [9] 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
- [10] 李芬,陈多,朱碧帆,等.大城市整合医疗卫生服务实施

路径探讨——以上海为例[J]. 中国卫生资源, 2019, 22(6): 420-424

[11] 陈思源, 袁蓓蓓, 徐进, 等. 广西两县卫生服务整合及其影响因素研究[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 8(9): 34-39

[12] 王书平, 黄二丹. 面向未来的我国整合型医疗卫生服务体系蓝图[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(7): 1-4, 8

[13] 郁建兴, 涂怡欣, 吴超. 探索整合型医疗卫生服务体系的中国方案——基于安徽、山西与浙江县域医共体的调查[J]. 治理研究, 2020, 36(1): 5-15

[14] 牛雨婷, 赵允伍, 王晓松, 等. 医联体背景下慢病管理模式实践现状研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(3): 215-220

[15] 刘术夺, 韩彩欣. 我国整合型医疗卫生服务体系知识图谱研究[J]. 合作经济与科技, 2023(14): 160-163

[16] HAM C, ALDERWICK H, DUNN P, et al. Delivering sustainability and transformation plans from ambitious proposals to credible plans [R]. London: The King's Fund, 2017

[17] 王曼菲, 陈馨仪, 王安石, 等. 基层医疗卫生机构的慢性病管理: 经验、问题和建议——基于案例分析[J]. 中西医结合护理, 2022, 8(3): 46-49

[18] 李芬, 王常颖, 陈多, 等. 基于国际经验的整合卫生服务体系关键路径探索[J]. 中国卫生资源, 2018, 21(6): 533-539

[19] 孙杨, 顾雪非, 冯友梅. 医保支付方式与公立医院薪酬制度改革协同机制研究——基于期望理论的领薪医生行为分析[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(12): 45-50

[20] 高晓彤. 福建省尤溪县公立医院医生薪酬制度改革的机制与效果研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2019

(本文编辑: 姜 鑫)

# Research trends and hot issues of integrated health services in China

SHI Ting<sup>1,2</sup>, ZHANG Xiaorong<sup>2,3</sup>, CHEN Zhichao<sup>1,2</sup>

1. School of Pharmaceutical Economics and Management, 2. Key Laboratory of Data Science and Innovative Development of Traditional Chinese Medicine, Philosophy and Social Sciences of Anhui Province, 3. School of Marxism, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230012, China

**Abstract:** On the basis of bibliometrics, this study used the visualization software Cite Space to visualize and analyze 889 relevant literature related to integrated health services that were published in the China National Knowledge Infrastructure from 2004 to 2023 to understand the development history and cutting-edge hotspots of China's integrated health services, therefore exploring the future development trend, and providing reference for the following related research. The study revealed that the overall volume of publications in the field of integrated health services in China shows a fluctuating upward trend. The research was mainly concentrated in universities and affiliated research centers, with limited inter-institutional collaboration. The evolution of exploration in the field of integrated health is roughly divided into four stages: laying the foundation, budding, preliminary exploration, and research breakthroughs. Currently, measures and modes of advancing the integration of health services have become the hot research directions. Despite the big interest in integrated health service research in China, there has been limited innovative progress. The study suggests strengthening localized theoretical innovation and integration training of multidisciplinary personnel. The integration assessment and incentive mechanism should also be improved, and informatization construction should be promoted.

**Key words:** integrated medical and health service system; bibliometrics; visual analysis; knowledge graph; CiteSpace