

# 紧密型县域医共体助推医防融合实现的路径研究

——基于全国27个典型案例

韦静佳<sup>1</sup>, 周丹橘<sup>2</sup>, 许兴龙<sup>1</sup>

1. 江苏大学管理学院, 江苏 镇江 212013; 2. 南京医科大学医政学院, 江苏 南京 211166

**摘要:**文章采用模糊集定性比较分析方法,对全国27个医防融合典型案例进行分析,以期提炼出具有普适性的医防融合实现路径。结果显示,体系整合、组织管理、服务供给、人员支持、信息建设、绩效激励6个前因条件均不构成医防融合实现的必要条件,但通过条件组合识别出3条能够促成高水平医防融合的实现路径,分别为“行政主导型”“人员支持型”与“数字驱动型”。研究表明,紧密型县域医共体中医防融合的有效推进有赖于多条件间的组合匹配与协同联动。未来各地应结合自身资源禀赋选择适配路径,并通过强化要素间的协同整合,系统提升医防融合的整体效能。

**关键词:**紧密型县域医共体; 医防融合; 实现路径; 模糊集定性比较分析方法

中图分类号: R197.1

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2026)02-116-008

doi: 10.7655/NYDXBSS250433

《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,“实施健康优先发展战略……促进医防融合”。作为维护人民健康的有效途径,医防融合强调“医”与“防”有机结合,通过整合医疗与公共卫生服务,实现疾病预防、治疗、康复和健康管理<sup>[1]</sup>。然而,现有医防融合实践仍面临诸多困境:医疗与公共卫生体系条块分割、优质医疗资源配置不充分不均衡、“重医轻防”“重防轻医”观念固化<sup>[2-4]</sup>等。而紧密型县域医共体通过资源整合与机制创新,被证明能够有效促进公共卫生服务和医疗服务的有机衔接,有效缓解医防分离割裂的问题<sup>[5-6]</sup>。为此,探索紧密型县域医共体医防融合实现路径,对于创新医防融合,改善居民健康水平和实现健康中国战略具有重要意义。

当前,学界关于紧密型县域医共体医防融合的研究大致包含以下四方面。一是聚焦于不同地区紧密型县域医共体的实践案例研究。通过典型案例分

析,探讨不同区域医共体在组织架构、服务模式等方面的创新,如三明市一体化的医防融合模式<sup>[7]</sup>,重庆市医防“五融合”健康管理模式<sup>[8]</sup>。二是围绕紧密型县域医共体慢性病管理展开研究。现有研究普遍以高血压、糖尿病等慢性病为切入点,通过组建多学科医防融合团队,整合医疗与公共卫生资源,构建创新型慢性病管理模式<sup>[9]</sup>。三是紧密型县域医共体医防融合的技术支撑与数字化转型研究。不少学者强调数智技术对医防融合服务的赋能作用,提出以大数据、人工智能构建“监测—预警—干预”闭环,推动慢性病精准管理<sup>[10]</sup>。四是运用定量方法对紧密型县域医共体医务人员医防融合行为意愿进行研究。学者们对医务人员的医防融合认知进行调查,发现团队融合、激励机制显著影响医务人员医防融合行为意愿<sup>[11]</sup>。上述研究通过多元视角揭示了紧密型县域医共体医防融合的实践逻辑,但仍存在一些有待深化的方面:一是个案研究居多而缺乏跨案例比较分析,

**基金项目:**国家自然科学基金“基于政策体验效用的城乡居民主动参保行为驱动路径与长效机制研究”(72574086),“基于居民主动利用的基层卫生服务价值实现机制与提升策略研究”(72274081);江苏省社会科学基金“多病共存背景下数智赋能江苏基层医防融合的机制与政策研究”(24GLB023);江苏大学科研立项项目“紧密型县域医共体医防融合效果评价研究”(23C049)

收稿日期: 2025-10-26

**作者简介:** 韦静佳(2001—),女,广西贵港人,硕士研究生在读,研究方向为基层卫生;许兴龙(1988—),男,江苏兴化人,副教授,博士生导师,研究方向为健康行为,通信作者,xlxu1988@163.com。

难以提炼普适性规律;二是侧重单一要素作用而忽视多因素组态效应,导致医防融合机制解释碎片化。

基于此,本文试图突破传统单因素分析范式,利用模糊集定性比较分析(fuzzy-set qualitative comparative analysis, fsQCA)方法,从组态视角对紧密型县域医共体医防融合典型案例进行分析,系统解构紧密型县域医共体医防融合的实现路径,为推动紧密型县域医共体建设和医防融合体系发展提供借鉴。

## 一、研究设计

### (一)案例选取

文章基于2022—2024年发布的《紧密型县域医

疗卫生共同体建设典型案例》《紧密型县域医疗卫生共同体实践案例》,选取“医防融合篇”的32个实践案例,并通过以下标准进一步筛选。纳入标准:

①案例需明确体现医防融合的具体实践,如医疗与公共卫生资源整合、全民健康信息平台建设、医防融合团队组建等。②案例需包含完整的背景、实施措施、成效数据和经验总结。排除标准:①未提供具体实施措施或可量化数据的案例。②同一地方的多篇案例若内容高度重叠,仅保留描述最完整的一篇。最终,本文纳入27个案例,覆盖东、中、西部地区,确保地域代表性和实践多样性。具体案例信息见表1。

表1 紧密型县域医共体医防融合典型案例

编号	案例名称	省份
1	长兴县:高质量推进县域医共体建设,构建医防融合新机制	浙江
2	德清县:以支付为杠杆撬动健共体转型,打造三医协同治理2.0版	浙江
3	玉环市:同质化管理推动慢性病协同管理体系建设	浙江
4	东台市:打造数字医共体,共享健康优服务	江苏
5	扬中市:整岛一体化,全市一盘棋,有力有序推进紧密型县域医共体建设	江苏
6	濉溪县:坚持医保总额预算,激发医疗服务活力	安徽
7	蒙城县:“三新三化”综合施策,深化紧密型县域医共体创新型改革	安徽
8	金寨县:实施“1235”工程,打造紧密型县域医共体“金寨特色”	安徽
9	德庆县:以“数字健康”为抓手,推动中医医共体医防融合	广东
10	化州市:四级联动,三级预防,依托县域医共体做实慢病医防融合	广东
11	吴川市:实施四项创新,打造医共体慢性病管理新模式	广东
12	鱼台县:打造“三体制”“三共享”“三融合”紧密型县域医共体模式	山东
13	阳谷县:以医共体为抓手,构建县乡村医防融合新型服务体系	山东
14	介休市:慢性病网格化管理模式助力居民健康水平提升	山西
15	郟县:医防融合助推紧密型县域健共体高质量发展	河南
16	故城县:医共体建设奏响群众健康生活“幸福曲”	河北
17	华州区:发挥医共体优势创新慢性病管理新模式,强化医防融合	陕西
18	凤县:医防融合共同体让“健康快车”驶进秦岭深处	陕西
19	临澧县:中医药示范引领,助力县域医共体建设	湖南
20	平江县:五“体”发力,连木成林	湖南
21	瑞昌市:先行先试“抓医改”,医防医养“促融合”	江西
22	新都区:医共体医防融合慢性病管理“1234”新都模式	四川
23	青神县:医防融合一体化,打造慢性病闭环服务生态圈	四川
24	恭城瑶族自治县:打造“组甲制健康管理恭城模式”,慢性病管理成效显著	广西
25	富蕴县:绩效驱动夯基,谱写做实医防融合新篇章	新疆
26	高台县:强化共建共享促进融合发展,推进紧密型县域医共体高质量发展	甘肃
27	永宁县:紧密协同,融合发展,稳步提升县域医疗卫生健康服务能力	宁夏

### (二)研究方法

定性比较分析方法是一种结合定性与定量研究的组态分析方法,关注条件组态与结果间复杂的因果关系,主要被运用于研究社会领域事件结果与条件组态之间的关系<sup>[12-13]</sup>。本文以fsQCA作为研究方法,主要原因在于,一方面回归分析主要聚焦于

单个变量的净效应,但医防融合是一个多要素协同、非线性的复杂系统,fsQCA的组态视角主要聚焦于多个前因条件的组合效应,揭示被回归分析的平均效应所掩盖的复杂因果模式。另一方面,各地方县域医共体医防融合在不同的时间和资源禀赋下,探索出了不同的模式,fsQCA进行系统性的跨案例

比较,不仅呈现每个案例的实践,更能从集合论视角,发现27个案例共通的、可推广的成功经验,从而有针对性地提出紧密型县域医共体医防融合实现路径。

### (三) 变量设定与校准

#### 1. 条件变量

紧密型县域医共体医防融合机制的构建是一个多要素协同驱动的复杂过程,其条件变量的选取需兼具理论完备性与实践相关性。本文基于学界对医防融合核心要素的系统解构,为条件变量的选取奠定理论基础。王俊等<sup>[14]</sup>从整合视角提出医防融合涵盖组织管理、服务供给等维度;顾海等<sup>[15]</sup>进一步从组织管理、服务供给、卫生筹资、人才和信息五个方面构建医防融合框架;胡美丽等<sup>[16]</sup>则通过扎根理论提炼出包含体系、管理、服务等七个维度的县域医共体医防融合实现机制。

综合已有研究,可识别出紧密型县域医共体医防融合的六个核心要素,包括体系整合、组织管理、服务供给、人员支持、信息建设、绩效激励。这些要素在功能上相对独立,在作用上可能产生协同,符合定性比较分析方法对多重并发因果的分析要求。其中,体系整合要素关注医疗与公共卫生资源的结构整合,是医防融合的结构前提。组织管理要素强调组织内部制度设计与权责的清晰划分,是保障协同运作的制度性条件。服务供给要素聚焦医防融合服务的供给模式与内容创新,是医防融合的核心体现。人员支持要素关乎医防融合队伍的专业能力与协作意愿,是推动医防融合落地的关键能动性要素。信息建设要素要求发挥数字技术在医共体内的支撑作用,是实现高效协同的技术性赋能条件。绩效激励要素要求以结果为导向调动医务人员的工作积极性,是驱动医防融合系统运行的动力。上述六个核心要素共同构成了一个“结构—制度—动力—能力—技术—服务”的完整分析框架,它们可能以不同的组合方式共同影响结果。

为保证实践的可行性,文章逐一核查每个条件变量是否能在27个案例的原始文本材料中被观测和编码,结果表明,所选的变量在案例文本中均有较为充分的、可供比较的描述,确保了变量赋值的可行性与案例间的可比性。因此,本文将这六个要素确定为条件变量,不仅因其在理论上的完备性,更因为它们覆盖了医防融合实践的关键环节,能够在案例中清晰辨识与比较,为探究实现高水平医防融合的多元路径提供了合理的理论基础。

#### 2. 结果变量

医防融合的终极目标在于落实“以人民健康为中心”的战略导向,其成效最终体现为居民健康水平的提升与就医体验的改善。这一价值导向在

《“健康中国2030”规划纲要》等国家政策中均有提及。崔珑严等<sup>[17]</sup>基于主题分析框架的研究进一步指出,医防融合的持续推进,其成效表现为以高血压、糖尿病为主的慢性病管理能力、医疗服务能力和居民满意度的提高。

在此理论与政策背景下,并充分考虑案例文本信息的可获得性与可比较性,本文设定以下三个要素作为医防融合实现的结果变量。一是医疗服务能力提升。该变量的核心观测指征为案例文本是否明确提及基层医疗机构诊疗服务量、诊疗范围等指标得到提升,这直接反映了医共体资源下沉和服务协同的成效。二是慢性病管理能力提升。该变量的核心观测指征为案例文本中是否明确报告高血压、糖尿病等主要慢性病的规范管理率、控制率等健康指标获得改善,此变量是衡量医防融合成效最具体、最关键的抓手。三是居民就医获得感提升。该变量直接反映了居民对医改的最终感知,是“以人民健康为中心”宗旨的最终体现,其核心观测指征为案例文本是否明确提及通过服务可及性改善、经济负担减轻或健康结果优化等途径提升居民综合满意度。

因此,本文将上述三个要素确立为结果变量,它们能够系统地识别和衡量案例的医防融合成效水平,符合fsQCA分析对结果变量的设定要求。具体变量设定见表2。

#### 3. 变量赋值与校准

定性比较分析方法采用布尔逻辑运算,需要将变量的原始数据进行赋值和校准,把数据转化为集合概念,从而判断不同案例是否隶属于某一集合。本文参考张明<sup>[18]</sup>、Basurto<sup>[19]</sup>等的研究,采用直接校准法,依据理论概念与案例信息,将结果变量和前因条件的文本描述标准化为0~1的集合隶属分数。校准基于以下三个锚点进行:①完全隶属阈值校准为1.0,赋值标准为案例文本中明确地描述了变量内涵中至少两个内容的显著成效,同时提供了相关内容的具体数据或明确证据。②交叉点校准为0.5,赋值标准为案例文本中仅模糊或笼统地提及成效,或仅明确描述了变量内涵中某一个内容的成效。③完全不隶属阈值校准为0,赋值标准为案例文本中完全未提及变量内涵,或只介绍措施但未报告成效结果。为了避免隶属度为0.5的样本出现组态归属问题,本文将0.5的隶属度调整为0.501。

## 二、实证分析

### (一) 单个条件的必要性分析

在进行组态分析前需要对单一条件变量进行必要性检验,目的是检验各个条件变量是否是导致医防融合结果发生的必要条件。当某一条件的一致性在0.9以上时,可被认定为必要条件。从表3可

表2 变量的内涵说明

变量	变量名称	变量的具体内涵说明
结果变量	医防融合成效	案例是否明确展示县域内就诊率、基层医疗机构就诊率等关键服务量指标的提高;案例是否明确报告以高血压、糖尿病为代表的重大慢性病的规范管理率、控制率等核心指标的改善;案例是否明确提及通过服务优化、就医负担减轻等途径给居民带来满意度的提升
条件变量	体系整合	案例是否将县域内医疗资源与公共卫生资源进行统一规划、管理与配置,并构建分工协作的整合型医疗卫生服务体系;案例是否制定医防融合实施方案或工作机制
	组织管理	案例是否组建医共体管理委员会或类似领导机构,实行统筹管理;案例是否设立专门的公共卫生管理中心、健康促进中心等协同机构,具体负责医防融合工作的推进;案例是否出台或制定医共体各成员单位在医防融合工作中的权责清单、任务分工或考核标准
	服务供给	案例是否建立全专科联合门诊等协同服务模式,并推行医疗处方和健康处方并行的“双处方”制度;案例是否提供覆盖预防、治疗、康复、健康管理等环节的全周期、全过程、连续性的服务
	人员支持	案例是否组建由临床医生、公共卫生医师、护士等构成的医防融合团队或家庭医生团队;案例是否实行医疗与公共卫生人员交叉培训、岗位轮转或协同工作机制;案例是否对相关人员进行系统的业务指导与专项培训
	信息建设	案例是否建立统一互联的医共体信息平台,实现医疗机构、公共卫生机构之间的数据共享与业务协同;案例是否在医共体内推广应用智能辅助诊断、健康大数据分析等数字化工具,提升服务效率与精准性
	绩效激励	案例是否建立并实施医疗与预防并重、健康结果导向的绩效考核机制;案例是否实行“总额预付、结余留用”等将医保资金与健康成效挂钩的薪酬分配与激励机制

知,所有条件变量的一致性均低于0.9,不构成必要条件,说明依赖单一条件变量无法实现良好的医防融合效果。

(二)条件组态的充分性分析

本文参考柳剑平等<sup>[20]</sup>的做法,在构建真值表时将案例频数阈值设置为1,一致性阈值设置为0.8, PRI 一致性阈值设定为0.7。fsQCA 在生成组态时会产生简约解、中间解和复杂解。本文综合参考简约解和中间解的结果,将既出现在中间解也出现在简约解中的条件认定为核心条件,仅在中间解出现的

条件认定为边缘条件。具体组态结果见表4。

由表4可知,高水平医防融合效果的组态结果共有5个,总体解覆盖度为0.551,表明这些条件组态能够解释55.1%的高水平紧密型县域医共体医防融合案例,具有较好的代表性;总体解一致性为0.897,高于现有研究设置的临界值0.8,说明结果解释力较强。从组态条件来看,5个条件组态之间存在一定的差异性和关联性,基于布尔运算,可将其进一步地划分为3条不同类型的实现路径,具体划分情况和分析讨论如下。

表3 单个条件的必要性分析结果

条件变量	高水平医防融合效果		非高水平医防融合效果	
	一致性	覆盖度	一致性	覆盖度
体系整合	0.603	0.715	0.651	0.529
非体系整合	0.603	0.716	0.649	0.529
组织管理	0.728	0.699	0.818	0.539
非组织管理	0.519	0.806	0.542	0.578
服务供给	0.708	0.707	0.786	0.539
非服务供给	0.539	0.787	0.573	0.574
人员支持	0.769	0.673	0.755	0.453
非人员支持	0.375	0.690	0.455	0.575
信息建设	0.844	0.692	0.726	0.409
非信息建设	0.280	0.599	0.453	0.665
绩效激励	0.572	0.631	0.727	0.551
非绩效激励	0.593	0.760	0.513	0.451

表4 紧密型县域医共体医防融合组态路径

类别	行政主导型路径	人员支持型路径	数字驱动型路径		
	组态1	组态2	组态3	组态4	组态5
体系整合	⊗	●	●	●	●
组织管理	●	○	⊗	⊗	●
服务供给	●	●	●	○	⊗
人员支持	○	●	○	●	⊗
信息建设	●	●	●	●	●
绩效激励	⊗	⊗	●	●	●
原始覆盖度	0.373	0.300	0.228	0.248	0.134
唯一覆盖度	0.104	0.011	0.032	0.031	0.011
一致性	0.877	0.878	0.917	0.923	0.927
总体解的一致性	0.897				
总体解的覆盖度	0.551				

“●”表示核心条件存在,“●”表示边缘条件存在,“⊗”表示核心条件缺失,“⊗”表示边缘条件缺失,“○”表示该条件既可能出现也可能不出现。

### 1. 路径1: 行政主导型路径

组态1为非体系整合\*组织管理\*服务供给\*信息建设\*非绩效激励,核心特征在于,“体系整合”与“绩效激励”两大常见驱动要素缺位时,高度强化的“组织管理”发挥了核心的驱动作用,推动医防融合目标的实现。因此,可将其定义为行政主导型路径。

在该组态中,“体系整合”的缺失意味着医疗与公共卫生系统在结构与资源上尚未实现有机的一体化;“绩效激励”的缺位则反映出缺乏通过经济杠杆引导个体行为的长效机制。在这种情况下,强有力的“组织管理”通过构建清晰的权责框架与协同规则,以行政权威的“强制约”与“强推动”弥补了系统融合的不足,确保了政策在基层的传递与执行。一方面,通过建立跨部门的指挥协调架构,在不改变原有机构隶属关系和资源所有权的前提下,通过行政权威和协同规则,让所有参与方按照既定流程工作,从而实现管理上的协同。另一方面,通过目标责任制、任务清单与过程监管,将医防融合转化为行政任务,以确保基础服务的达成。同时,“服务供给”和“信息建设”也发挥着支持性作用。前者将医防融合目标具体化为可交付的服务包,后者则为过程监管和问责提供了技术上的透明性。广东省化州市的实践为此提供了有力印证。其“三横三纵”管理架构,通过纵向的层级管理确保政令畅通,通过横向的部门协同明确分工与合作,将各方力量纳入统一的指挥协调网络,并配合系统化的任务清单机制,实现了医防融合服务供给的有效协同与有机衔接。

### 2. 路径2: 人员支持型路径

组态2为体系整合\*服务供给\*人员支持\*信息建设\*非绩效激励,核心特征为,在长效的绩效激励机制缺失时,通过“人员支持”这一核心条件,辅以体系整合与信息建设,能有效推进医防融合的实现。为此,可将其定义为人员支持型路径。

这一组态之所以有效,源于其通过能力下沉与结构化协同,重塑了医疗卫生服务的供给模式。在绩效激励不健全的情况下,医务人员的动力可能源于行政任务或职业素养,但其服务能力却成为融合落地的关键制约。组态中的“人员支持”本质上是将上级机构的优质人力资本作为公共产品,通过县管乡用组团式帮扶等制度,向基层进行制度化的转移和下沉。这绕开了单纯用经济回报吸引人、留住人的难题,通过直接输送知识与能力,提升基层人员的专业能力和服务水平,确保了医防融合服务成为其可执行、可胜任的专业行为。然而,“人员支持”并非孤立运作,其有效性高度依赖于“体系整合”这一前提。紧密型县域医共体内部的组织整合、管理统一,打破了机构间的人才壁垒,使得县管乡用等柔性流动机制成为可能,即体系整合为人员

的跨机构支持清除了结构性障碍,让人才资源得以在更广阔的范围内优化配置。“信息建设”则确保了上下级医务人员之间、医防服务之间的信息同步,使下沉专家能基于完整的健康数据做出决策,提供精准高效的医防服务,从而将临时性的人员帮扶优势转化为基层服务能力可持续提升的内生能力。广西恭城瑶族自治县的实践是此路径的代表,其县管乡用与组团式帮扶相结合,直接提升了基层的人力资本水平。组甲制网络则是“服务供给”与“体系整合”的微观体现,它将基层医务人员精准锚定在服务终端,确保了服务的可及性与连续性。这一组合在信息系统的辅助下,有效克服了激励不足的短板,通过做实能力、做细服务,实现了医防融合从理念到行动的转化。

### 3. 路径3: 数字驱动型路径

组态3为体系整合\*非组织管理\*服务供给\*信息建设\*绩效激励,组态4为体系整合\*非组织管理\*人员支持\*信息建设\*绩效激励,组态5为体系整合\*非组织管理\*非服务供给\*非人员支持\*信息建设\*绩效激励,这3种组态的核心特征在于,在“组织管理”这一传统行政核心条件相对薄弱的情境下,通过“体系整合”与“信息建设”构成的刚性结构性支撑,协同“绩效激励”形成闭环,有效地实现了高水平的医防融合。由此,可将其定义为数字驱动型路径。

这一路径的有效性根植于三个机制。首先,以数据驱动替代层级管控。统一的信息平台充当了“系统性连接器”与“流程再造引擎”,通过将原本分散在不同机构、系统的业务流与信息流整合进统一的数字空间,使得业务协同不再完全依赖上级的行政命令,而是被内嵌于信息系统的流程设计中,从而显著降低了对“组织管理”的路径依赖。其次,“体系整合”为信息流通构建了不可或缺的制度环境。紧密型县域医共体在组织、管理和利益上的初步统一,打破了数据跨机构共享的结构性壁垒,为全域信息的互联互通提供了标准化的政策环境,确保了技术赋能得到有效发挥。最后,“绩效激励”与“信息建设”耦合形成了精准赋能的闭环。信息平台客观、连续地记录着服务数量、质量与协同效果的数据,这使得绩效激励措施能够摆脱传统上基于模糊感知或片面指标的粗放式评价,转变为精准、透明且可追溯的量化考核。这种数据赋能下的考核不仅更为公平,也更精确地引导各机构与医务人员的行为,反向激励其主动利用信息平台开展协同服务,从而形成数据支撑考核—考核驱动行为—行为产生数据的自我强化循环。浙江省长兴县与江苏省东台市的实践是该路径的典范,它们超越了将技术简单应用的层面,进行了以数据为核心的制度

重构。长兴县的“智慧健康平台”与“健康画像”，实现了业务流程再造。东台市通过“数字健康驾驶舱”构建了一个集服务连接、数据汇聚、智能分析与指挥调度于一体的健康治理中枢，实现向健康共同体的转型升级。

### (三)稳健性检验

为了验证分析结果的稳健性，本文参考张明等<sup>[18]</sup>的研究，采用调整一致性阈值的方式进行检验。将原始一致性阈值由0.80调整至0.85，采用更严格的阈值进行组态分析。分析结果显示，组态路径与原路径相比，并未发生明显变化，说明本文所得结果具有较好的稳健性，能比较稳健地解释紧密型县域医共体医防融合实现路径。

## 三、结论与建议

本文以27个紧密型县域医共体典型案例为研究对象，运用fsQCA方法系统分析体系整合、组织管理、服务供给、人员支持、信息建设与绩效激励六个前因条件对医防融合的组态影响，揭示了多要素协同驱动医防融合的复杂机制。研究得出以下结论。

第一，单一条件不构成医防融合实现的必要条件，其成效依赖于多条件的组合匹配与协同联动。这说明医防融合并非仅依靠某一制度，而是一个系统性问题，必须通过结构性与机制性条件的配合，形成制度合力。

第二，本文识别出3条高效实现医防融合的路径，分别为行政主导型、人员支持型、数字驱动型。这些路径在条件组合上呈现差异性和关联性，为资源禀赋与发展阶段不同的地区提供了多元、可行的战略选择。

第三，信息建设在高水平医防融合实现路径中作为核心条件或边缘条件存在，通过打通数据壁垒、固化协同流程、支持精准决策，从根本上提升了服务的连续性和效率。

值得注意的是，本文所得研究结论并非否定既有模式，而是通过组态视角，对医防融合实现的因果复杂性进行补充和拓展。三明市一体化模式是行政主导型路径的具体体现，其强大的顶层设计、人事与财务的垂直整合，与本文提出的“行政主导型”路径的核心特征高度契合。然而，“行政主导型”路径并非唯一实现高水平医防融合的路径，本文总结出的“人员支持型”和“数字驱动型”路径，解释了因资源约束或政策环境等因素而难以完全复制三明市高度行政整合的地区，通过构建人才能力建设或强化技术赋能，同样能够有效达成医防融合目标。因此本文的关键启示在于，揭示了实现高水平医防融合的多重并发因果关系，从而为不同禀赋的地区提供了更具针对性的路径参考。

基于此，本文提出如下政策建议。

第一，引导地方探索适配路径。各地应开展医防融合资源禀赋评估，明确自身优势条件和核心短板，选择最适合本地的推进路径：行政管理基础较好的地区可强化组织推动；人力资源优势地区应聚焦人才赋能；经济基础较好的地区可重点发展数字建设。

第二，加快建设统一智慧健康平台。制定统一的医疗公共卫生数据标准和接口规范，同时重点推进电子健康档案与电子病历的协同应用，构建支持服务联动、绩效监测与资源调度的数字健康治理体系，为医防融合提供全流程技术支撑。

第三，注重多要素协同配套。在推进优势路径的同时，需要注重配套条件的完善。如，在强化组织管理的同时逐步建立绩效激励机制；在推动人才下沉的同时完善信息支持系统，从而形成条件间相互增强、持续优化的良好生态。

第四，建立动态评估与反馈机制。建立医防融合实施效果监测评估机制，设置关键过程指标和结果指标，定期评估实施效果，形成实践—评估—调适的良性循环。并通过典型案例提炼、经验交流分享等方式，不断提升医防融合的精准性与可持续性。

## 四、研究局限性

本文在研究过程中存在以下几方面的内在局限，主要源于研究数据的特性。

第一，本文选取的27个案例均来源于国家卫生健康委发布的《紧密型县域医疗卫生共同体建设典型案例》。该汇编集作为官方权威出版物，其初衷在于总结和推广成功经验，这确保了研究案例的代表性。但这一特性也意味着案例描述侧重于宏观路径与整体成效的呈现，而对于各地区具体的资源情况、财政投入细节、政策出台的具体深层信息，表述得并不完整和统一。因此，本文难以对所有案例进行横向对比，一定程度上影响了对路径的深度剖析。

第二，本文高度依赖上述定性化的案例文本，在变量设定与赋值标准上难以做到完全客观化与量化。案例汇编中各地区的撰写风格和汇报侧重点各异，使得一些细节难以直接、统一地获取与比较。为此，本文采用内容分析法，预先制定了明确的编码规则，对每个变量进行操作性定义。例如，在无法获取培训时长与频次等细节的情况下，文章聚焦于识别“人员培训”支持机制是否存在，严格依据案例原文中是否明确描述了相关培训机制的建立或实施。这个方法虽无法反映不同案例在实施强度与深度上的差异，但确保了在所有案例中应用同一标准进行衡量，有效保证了研究过程的内部一

致性,并为在复杂现象中识别不同要素的关键支撑作用奠定了基础。

第三,本文的研究案例均来源于树立示范标杆的官方汇编,因此未纳入成效不显著的地区案例。在缺乏官方或权威渠道公开发布的反面案例资料的情况下,为确保案例来源的权威性与一致性,本文将范围限定于高水平案例集,这使得能够有效解释实现高水平医防融合的充分条件组合,但难以精确识别其必要条件,在一定程度上影响了研究结论的深度。未来研究亟须通过拓展案例来源渠道,纳入更全面的样本,通过正反对比进一步验证路径的有效性。

### 参考文献

- [1] 陈家应,胡丹. 医防融合:内涵、障碍与对策[J]. 卫生经济研究,2021,38(8):3-5,10
- [2] 王子伟,韩洋. 我国医防融合建设的内在逻辑、类型划分与实践路径[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2025,25(1):9-15
- [3] 王晨舟,张研,张亮. 我国医防融合困境中的管理和服 务机制剖析[J]. 中国卫生政策研究,2024,17(1):2-8
- [4] 郭轩炎,杨帆. 我国基层慢性病医防融合的多种实践形式与推进障碍[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2021,21(3):201-206
- [5] 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
- [6] 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
- [7] 胡盟,肖世宣. 福建三明一体化的医防融合新模式[J]. 中国卫生,2021(1):92
- [8] 王显君,唐智友,杨文梅,等. 基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究[J]. 中国全科医学,2020,23(31):3924-3929
- [9] 邓宏宇,吴淼淼,杨正,等. 紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式构建研究[J]. 中国全科医学,2023,26(22):2720-2725
- [10] 林梓,顾海. 数智赋能视域下医共体医防融合的创新机制与实现路径[J]. 南京社会科学,2024(6):47-54
- [11] 崔兆涵,王虎峰. 紧密型县域医共体医务人员医防融合行为意愿影响因素研究[J]. 中国医院管理,2024,44(2):40-45
- [12] 杜运周,贾良定. 组态视角与定性比较分析(QCA):管理学研究的一条新道路[J]. 管理世界,2017,33(6):155-167
- [13] ROIG-TIerno N, GONZALEZ-CRUZ T F, LLOPIS-MARTINEZ J. An overview of qualitative comparative analysis:a bibliometric analysis[J]. J Innov Knowl,2017,2(1):15-23
- [14] 王俊,朱静敏,刘颖. 中国公共卫生体系与医疗服务体系融合协同机制研究[J]. 公共管理与政策评论,2022,11(2):65-73
- [15] 顾海,李子豪,王福如,等. 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(1):45-49
- [16] 胡美丽,张倩,季文琦,等. 县域医共体医防融合实现机制与典型路径[J]. 卫生经济研究,2024,41(5):69-73
- [17] 崔珑严,代高岚歆,陶红兵. 我国医防融合典型路径及实现机制研究——基于主题框架分析[J]. 卫生经济研究,2024,41(12):16-20
- [18] 张明,杜运周. 组织与管理研究中QCA方法的应用:定位、策略和方向[J]. 管理学报,2019,16(9):1312-1323
- [19] BASURTO X, SPEER J. Structuring the calibration of qualitative data as sets for qualitative comparative analysis (QCA)[J]. Field Meth,2012,24(2):155-174
- [20] 柳剑平,蔡锐. 生产、生活方式绿色转型如何共同驱动绿色发展?——基于fsQCA的组态效应研究[J]. 中国人口·资源与环境,2024,34(8):114-127

(本文编辑:姜鑫)

## Pathways to treatment-prevention integration in compact county-level healthcare communities based on the 27 cases across China

WEI Jingjia<sup>1</sup>, ZHOU Danju<sup>2</sup>, XU Xinglong<sup>1</sup>

1. School of Management, Jiangsu University, Zhenjiang 212013;

2. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

**Abstract:** This study employs the fuzzy-set qualitative comparative analysis (fsQCA) method to analyze 27 representative cases of treatment - prevention integration across China, aiming to identify generalized implementation pathways for achieving such integration. The results indicate that none of the six antecedent conditions, including system integration, organizational management, service delivery, staffing support, information construction, and performance incentives, constitutes a necessary condition for achieving treatment-prevention integration. However, configuration analysis identifies three distinct pathways leading to a high level of integration, namely the “administration-led” pathway, the “staff-supported” pathway, and the “digitally-driven” pathway. The study demonstrates that effective advancement of treatment-prevention integration within compact county-level healthcare community relies on configuration matching and coordinated interaction among multiple conditions. Therefore, regions should select implementation pathways tailored to their local resource endowments and enhance the overall effectiveness of integration by strengthening coordination among key elements.

**Key words:** compact county-level healthcare community; integrated treatment-prevention; implementation pathways; fsQCA (fuzzy-set qualitative comparative analysis)