· 公共卫生论坛 ·

# 我国医防融合理论内涵及实践探索

王福如[1]，赵广川[2]，刘元宝[1]，吴雨晨[1]，周卒天[1]，佘权[1]，张钏泓[1]，朱宝立[1]

1. 江苏省疾病预防控制中心，南京 210009；
2. 南京财经大学公共管理学院，南京 210023
通信作者：朱宝立，E-mail：wangfuru@jscdc.cn

**【摘　要】** 医防融合是推动“以治病为中心”向“以健康为中心”转型的核心机制，也是健康中国建设的战略抓手。本文基于 2020 年以来的实地调研与政策文本分析，系统梳理医防融合的理论内涵、政策演进及实践模式，揭示其面临的深层制度困境。研究发现：(1)我国医防融合历经“应急协作–基层整合–系统改革–体系跃迁”四阶段政策演变，地方实践呈现权责清单嵌入型、组织体系重构型与数字赋能整合型三类模式；(2)当前改革面临价值认知偏差、管理体系割裂、经济激励失衡、人才断层及制度执行脱节五大困境，根源在于传统“治疗中心主义”与健康治理目标的系统性冲突；(3)需通过重构健康绩效导向的补偿机制、构建协同治理体系、创新筹资模式、重塑人才培养路径及完善动态监管五维路径，推动我国医防融合的高质量发展。
**【关键词】** 医防融合；理论内涵；实践探索；对策建议

# Integration of medical services and public health in China: theoretical connotation and practical exploration

WANG Furu[1], ZHAO Guangchuan[2], LIU Yuanbao[1], WU Yuchen[1], ZHOU Zutian[1], SHE Quan[1], ZHANG Chuanfeng[1], ZHU Baoli[1] (*1. Jiangsu Provincial Center for Disease Control and Prevention*, *Nanjing* 210009, *China*; *2. Nanjing University of Finance and Economics*, *Nanjing* 210023, *China*)
Corresponding author: ZHU Baoli, E-mail: wangfuru@jscdc.cn

**【Abstract】** Integrating medical services and public health is a key to shifting from a treatment-centered to a health-centered approach. It is also a strategic lever for building a Healthy China. Based on field research and an analysis of policy documents from 2020 onwards, this paper systematically examines the theoretical implications, policy evolution, and practical models of this integration. The paper also reveals the deep-seated institutional challenges that this integration faces. Key findings include: (1) China′s integration of medical services and public health has undergone a four-stage policy evolution: "emergency collaboration → grassroots integration → systemic reform → system leapfrogging." Regional practices have developed three models: embedded responsibility lists, organizational restructuring, and digitally enabled integration. (2) Current reforms face five major challenges: misaligned value perceptions, fragmented management systems, imbalanced economic incentives, talent shortages, and disjointed policy implementation. These challenges stem from systemic conflicts between traditional "treatment-centered" approaches and the goals of health governance. (3) To advance high-quality development, China must adopt a five-dimensional approach: 1) reforming health performance-based compensation mechanisms, 2) building collaborative governance systems, 3) innovating financing models, 4) reshaping talent development pathways, and 5) strengthening dynamic supervision.
**【Keywords】** medical-prevention integration; theoretical connation; practical exploration; policy recommendation

医防融合是实现“以治病为中心”向“以健康为中心”转变的关键路径，是党中央提出的重要国策。党的二十大报告和党的二十届三中全会明确提出，要“创新医防协同、医防融合机制”，并将其列为推进健康中国建设和中国式现代化的重要举措[1]。2023 年，中共中央办公厅、国务院办公厅先后印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》和《关于推动疾病预防控制事业高质量发展的指导意见》，提出制定完善各级各类医疗机构公共卫生责任清单，并建立考核评价机制，全面推进医疗机构和专业公共卫生机构的深度协作。当前相关理论研究与实践尚处于探索阶段，如何有效打破医防壁垒，创新医防融合实践是亟待解决的关键问题。鉴于此，基于 2020 年以来对不同地区、部门利益相关人的现场调研和文献梳理，本文从医防融合的理论内涵、政策演变过程、医防融合的实践模式、面临的现实困境，提出推进医防融合高质量发展的对策建议。

## 1　医防融合的理论内涵

医防融合起源于历史和现实中“医”与“防”的割裂。1991 年，美国流行病学家卡尔·怀特在《弥

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0　DOI：10.11847/zgggws1146402
基金项目：江苏省卫生健康委员会面上课题(M2022085)；南京医科大学重点项目(2023YJS-ZD020)
第一作者：王福如(1983—)，主任医师，博士在读，研究方向：公共卫生、医防融合。
收稿日期：2024-11-13　修回日期：2025-04-09　录用日期：2025-06-27
利益冲突：不存在　伦理审查：免除审查　出版授权：全体作者已与编辑部签署作者贡献声明及版权转让协议

合裂痕》中指出，临床医学与公共卫生两个领域的持续分离，极大地降低了它们结合在一起可能在科学、组织机构和制度方面形成的潜力[2]。新医改以来，特别是新型冠状病毒感染疫情暴发后，“防治结合”“医防协同”和“医防融合”三组词汇越来越多地出现在政府文件和公众视野，但医防割裂的形势并未发生根本扭转[3]。

1.1 医防融合的概念辨析 医防融合是我国卫生健康领域的重要政策创新与实践方向，其核心在于打破传统医疗与公共卫生服务的割裂状态，通过组织管理、资源配置、服务供给和信息共享等多维度协同，将预防理念贯穿于临床诊疗全周期，形成覆盖疾病预防、诊疗干预、康复管理的全生命周期一体化服务模式[4]。这一模式强调以健康为中心，推动服务从“被动治病”向“主动健康管理”转变，通过医疗机构与公共卫生体系的功能耦合，实现健康促进、慢性病防控及健康效益提升。医防融合的核心特征包括服务连续性、资源整合性和主体协同性，覆盖个体从健康维护到疾病康复的闭环链条[5]。医防融合、医防协同与防治结合在理念上同源，均以提升人群健康为核心目标，但在实施层级、内涵范畴与实践侧重上存在差异（表 1）。防治结合是宏观政策理念，起源于 20 世纪 50 年代的传染病防控实践，强调全社会多部门协作降低健康风险，例如通过环境治理、健康教育等政策干预实现疾病防控[6]。医防协同是中观治理机制，聚焦医疗卫生系统内医疗机构、疾控机构及基层卫生机构的分工协作要求医疗机构与疾控机构在传染病监测、应急处置等环节建立协作网络，如在新冠疫情中的“三通”机制（信息通、资源通、人员通）[7]。而医防融合进一步深化至服务供给层面，强调服务的衔接和融合，侧重于医疗机构将预防理念和措施贯穿疾病诊治全过程，从医疗机构的疾病防控责任出发[8]，比如推动二级及以上医疗机构成立公共卫生科、要求基层医疗卫生机构配备公共卫生医师、落实医疗机构疾病防控责任清单以及赋予公共卫生医师处方权等举措。从功能定位看，防治结合是顶层设计，为医防协同和融合提供政策导向；医防协同是中间纽带，通过组织间协作机制推动资源整合；医防融合是落地实践，最终实现服务层面的无缝衔接。三者共同构成“宏观–中观–微观”协同网络，推动健康治理从碎片化走向整合化。

**表 1** 三个概念的区别与关联

**Table 1** Three expressions, hierarchical positioning, connotation, and practical emphasis of integration of medical services and public health at macro-, meso-, and micro-level

| 概念 | 层级定位 | 内涵与范围 | 实践侧重 |
|---|---|---|---|
| 防治结合 | 宏观政策理念 | 全社会多部门协作防控健康风险（如环境治理、健康教育） | 政策制定层面强调健康优先，要求跨部门协作降低人群健康风险 |
| 医防协同 | 中观治理机制 | 卫生系统内医疗机构、疾控机构、基层卫生机构的分工协作 | 通过人员互通、信息共享、资源联动构建协同网络（如传染病监测预警的“三通”机制） |
| 医防融合 | 微观服务整合 | 服务供给层面的预防与治疗深度融合（如家庭医生签约服务） | 聚焦服务层面对接（如慢性病高危人群筛查与规范治疗同步推进） |

1.2 医防融合的理论溯源 我国医防融合的理论积淀源于传染病防控实践、中医预防思想与政策创新驱动。20 世纪 50 年代的血吸虫病防治运动开创了“群防群治”模式，通过治疗与灭螺、环境改造的协同，初步形成“防治结合”的实践框架。《黄帝内经》中“上工治未病”的中医预防理念，经现代转化后发展为体质辨识、健康管理等技术体系，为医防融合提供了本土哲学基础。政策层面，2018 年《关于做好 2018 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》（国卫基层发〔2018〕18 号）明确将“基层高血压医防融合”列为试点任务，2022 年《“十四五”国民健康规划》明确以高血压、糖尿病管理为突破口，推动慢性病防治从“疾病管理”向“健康管理”转型。同年，党的二十大报告提出“创新医防协同、医防融合机制”，标志着该理念从技术操作升华为国家健康治理战略。另一方面，我国提出的医防融合理念与 1996 年 WHO 提出的“以人为本的整合型服务（People-Centered Integrated Care, PCIC）”理论高度契合。该理论强调“对体系内卫生服务所涵盖的各项资源进行组织和管理，使人们在需要的时候能够通过‘友好’的方式获得其应得的系统性卫生服务，从而得到其想要的健康结果并产生经济价值”[9]。2015 年，Valentijin P P 提出的彩虹模型（the rainbow model of integrated care, RMIC）从理论上系统阐述了整合型医疗卫生服务体系[10]。该模型基于“以人为中心”和“以人群为基础”两条指导原则，从临床整合的微观层面、专业和组织整合的中观层面以及系统整合的宏观层面来整合初级卫生保健服务[11]。整合型卫生服务具备以人为本、分工协作和连续性服务等特征，通过不同类别、不同层级医疗卫生机构间协作配合，提供健康促进、预防、诊疗、康复及临

终关怀等连续性的服务，实现各类卫生资源的整合[12]。因此，整合型医疗卫生服务理论可以看作医防融合的学理基础。

## 2 医防融合的政策演变

我国医防融合的发展历程可概括为突发公共卫生事件倒逼机制与健康中国战略主动建构机制双重驱动的结果，其政策演进呈现鲜明的阶段特征与制度创新[12]。由此可划分为以下 4 个阶段。

2.1 隐性干预阶段（2003—2008 年）：单病因导向的应急协作　这个阶段政策逻辑根植于突发公共卫生事件的倒逼机制。2003 年严重急性呼吸综合征疫情暴露出我国传染病监测与应急响应体系的脆弱性，推动政策重心转向法定传染病防控的法制化建设。2004 年修订的《中华人民共和国传染病防治法》首次以法律形式明确“防治结合”原则，要求医疗机构履行疫情报告职责，而《突发公共卫生事件医疗救治体系建设规划》则通过专项财政投入强化传染病定点医院救治能力。实践层面呈现三大特征：(1)传染病网络直报系统覆盖率逐年提高，截至 2008 年底，该系统覆盖全国 100% 疾病预防控制中心、96.98% 的县及以上医疗机构以及 82.21% 的乡镇卫生院[13]，但医疗与公共卫生数据交互仅限于疫情暴发时的被动响应；(2)在结核病防治中公共卫生与医疗机构合作模式的试点，使得医疗机构与疾控机构形成基于病例报告的节点式协作，但缺乏常态化协同机制；(3)政策工具集中于监测报告、应急处置，健康促进类工具较少[5]。这一阶段奠定了医防协作的法制基础，但“重应急、轻常态”的路径依赖导致体系整合度不足。

2.2 基层整合阶段（2009—2016 年）：基本服务包驱动的结构融合　新医改“保基本”政策框架重塑基层服务供给格局。2009 年《国家基本公共卫生服务规范》的实施，通过中央专项转移支付撬动基层机构服务整合机制，首次将慢性病管理、健康档案建立等十一类基本公共卫生服务项目纳入财政保障体系，初步形成医疗与公共卫生行政协同制度。这一阶段的政策突破主要体现在：全国基层医疗机构公共卫生经费占比有所提升，健康档案动态使用率也得到相应提高；家庭医生团队“1+1+1”团队模式（1 家基层医疗卫生机构+1 所二级医院+1 所三级医院）初见成效[14]，由医联体专家、家庭医生和村（社区）网格长组成的服务团队，共同负责家庭签约服务工作的开展和实施。但深层矛盾凸显，基层机构存在医院管理信息系统与公共卫生平台“数据双轨制”，绩效考核仍按医疗/公卫业务线分立，导致“签而不约”现象普遍。

2.3 系统改革阶段（2017—2021 年）：价值医疗导向的机制重塑　健康中国战略驱动下，我国卫生政策逻辑加速向价值医疗转型，系统构建以慢性病管理为抓手的医防融合新机制。2017 年《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》首次提出“全生命周期健康管理”，标志政策重心由单一疾病诊疗向全程健康管理的战略性转移。该阶段构成改革的关键性政策节点是：2018 年《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》在制度层面首次明确“医防融合”概念，确立基本医疗与公共卫生服务协同供给的基本原则。同年，国家卫生健康委启动高血压、糖尿病医防融合试点，率先探索分级诊疗框架下的慢性病整合服务模式。至 2019 年，政策迭代进一步强化家庭医生团队的医防协同功能，构筑起“签约服务–健康管理–费用控制”的三维政策框架。在地方实践上，医保支付改革成为破解系统孤岛的关键举措，福建三明将家庭医生签约率与医保总额挂钩，签约人群住院率显著下降[15]；浙江德清医共体设立公卫专员岗位，实现慢性病管理经费打包支付，有效整合资源。然而，激励机制错位问题依然存在，公立医院公卫考核权重提升有限，医疗机构内生动力仍未充分激活[1]。

2.4 深度融合阶段（2022 年至今）：健康治理范式下的体系跃迁　新型冠状病毒感染大流行推动我国公共卫生体系加速向健康治理范式进化。健康治理范式以健康促进为轴心，通过多部门协同治理和全人群健康干预，实现从“疾病治疗”向“健康创造”的系统跃迁。2022 年以来，我国通过三大核心机制推动健康治理范式下的体系跃迁：(1)制度性约束机制。《“十四五”国民健康规划》明确提出建立公共卫生责任清单制度，要求三级医院配置专职公卫医师，使试点医院应急处置效率显著提升；(2)价值引导机制。国家医保局通过深化支付方式改革，提升了健康结果指标在卫生费用测算中的权重，浙江省按病种分值付费支付方式试点有效降低了急性心梗患者 30 d 再住院率；(3)技术赋能机制。深圳罗湖医联体通过区块链技术提升健康数据共享效率，国家传染病预警平台接入医疗机构数据源达十四类，灵敏度显著提高。然而，体系壁垒依然存在，县域医防系统互联率有待提升。对此，党的二十大报告提出“系统集成改革”，2024 年《国家气候变化健康适应行动方案（2024—2030 年）》进一步强化“健康优先”与“数字赋能”双轮驱动路径，要求构建多部门协作机制并完成首轮健康风险评估，为治理体系升级提供制度保障。这一阶段的实践表明，健康治理范式的跃迁需以政策刚性约束为基础、以健康

结果价值为导向、以数字技术为支撑，最终实现从碎片化管理向系统性治理的转型。

## 3 我国医防融合实践模式

在国家推进疾控体系改革的政策指引下，各省份立足地方实际开展差异化医防融合探索：东部省份重点攻克数字治理短板，依托省级健康信息平台构建实时监测网络；中部地区聚焦组织协同创新，建立跨机构临床–疾控联合研判机制；西部省份侧重制度性契约设计，通过双责任清单明晰医防权责边界。基于制度驱动主力与技术赋能强度的二元维度，可以将地方实践划分为 3 种模式，分别为权责清单嵌入型、组织体系重构型和数字赋能整合型。

3.1 权责清单嵌入型 权责清单嵌入型模式以刚性制度嵌入为核心，通过构建公共卫生权责清单，明确医疗机构和公共卫生服务机构的职能边界和协作义务，推动医防融合。四川省的实践是该模式的典型代表。该省出台的《医疗机构公共卫生责任清单》[16] 与《公共卫生机构对医疗机构公共卫生工作责任清单》[17]，系统界定了医疗与公卫机构的职能边界与协作义务。其中，医疗机构公共卫生责任清单明确了医疗机构承担的十五大类、87 项公共卫生责任，而专业公共卫生机构对医疗机构公共卫生工作责任清单明确了专业公共卫生机构承担的十一大类、68 项对医疗机构公共卫生工作的责任。通过权责清单的构建，四川省有效推动了医疗机构和专业公共卫生机构逐步完善医防融合工作机制，为其他地区提供了可借鉴的经验。

3.2 组织体系重构型 组织体系重构型模式更强调横向网络化治理结构的搭建，通过组建卫生应急决策层实体化建设，依托信息联通技术突破机构间信息孤岛，构建起“监测–预警–响应–评估”的全流程防控闭环。湖北省构建的“五域协同”框架体现该模式特质，通过创建涵盖信息、监测、研判、处置等环节的制度化协作平台，打破组织壁垒；湖北省的具体实践包括：组建 364 个医疗机构公共卫生领导小组，应用区块链技术实现全省 375 家医院检验数据流实时归集，建立四色疫情预警机制触发分阶梯响应[18–19]。江苏省架构全省医防融合工作体系，推动医疗机构设置公共卫生科，在省级疾控机构独立设置医院公共卫生管理办公室，制定医防融合标准规范，为全省面上医防融合工作提供技术支撑[20]。

3.3 数字赋能整合型 数字赋能整合型则凸显数据要素的变革性作用，通过健康数据中枢平台建设与智能算法模型迭代，实现传染病溯源效率的指数级提升。浙江省在医疗健康大数据应用方面的探索，体现了数字化技术在医防融合中的变革性作用[21]。依托省级全民健康信息平台构建的智能监测系统，通过动态分析诊疗数据实现传染病症候群的早期预警。在重点传染病防控场景中，数字化流调工具的应用大幅压缩了病例追踪时间，疫苗接种管理模块则显著优化了服务可及性[22]。但技术赋能的潜在风险在于算法模型的底层逻辑与临床实际需求可能存在偏差。

## 4 我国医防融合面临的现实困境

4.1 价值认知与服务体系的结构性矛盾 我国医疗体系长期受“治疗中心主义”价值取向主导，形成“末端治理”的路径依赖。医疗机构在绩效薪酬、运营补偿等制度设计上深度绑定临床服务产出量，导致预防性服务因缺乏直接经济回报而沦为“成本项”，公共卫生科室普遍存在资源配置不足、专业话语权弱化现象。需求侧同样面临认知偏差，公众健康素养不足导致主动预防意识薄弱，过度依赖疾病发生后的高成本治疗。更深层矛盾在于医保支付体系对预防性服务的制度性排斥——公共卫生服务经费与医保基金分属财政、社保两条线管理，缺乏统筹调剂机制，形成“治病创收–预防亏损”的恶性循环。这种价值导向的割裂使医防融合难以突破理念藩篱，健康中国战略的“以健康为中心”转型面临社会共识基础缺失的挑战。

4.2 管理体系与治理效能的制度性障碍 现行医防管理体系呈现“多轨并行、权责离散”的结构性矛盾。中央层面医疗与公共卫生职能分置导致政策衔接存在制度性真空，传染病防控与慢性病管理分属不同部门管辖，地方实践常陷入法律规范冲突与监管盲区[22]。地方治理层面面临“权责倒置”的深层困境，基层机构承担 70% 以上服务执行压力却仅配置 40% 资源配置权限，行政赋权与事权严重失衡。更突出的矛盾在于医疗机构与疾控机构分属不同管理体系[23]，服务标准、信息平台、责任清单等基础制度缺乏有效衔接，跨部门协作面临权责配置失衡与行政资源错配的双重约束。这种制度性壁垒导致医防协作常陷入“信息孤岛”“责任推诿”等低效状态，严重制约协同治理效能[24]。

4.3 经济激励与价值转化的机制性失衡 医疗与公共卫生服务的价值核算体系存在根本性冲突。医疗服务通过疾病诊断相关分组/按病种分值付费等支付实现可量化的经济价值，而公共卫生的社会效益具有长期性、外溢性特征，在现行市场机制下难以货币化。医保支付体系仍遵循

“以治定防”逻辑，预防性服务成本需挤占临床治疗预算池，形成“多做预防挤占治疗资源”的逆向激励[25]。财政保障机制的分化进一步加剧体系割裂——疾控机构作为公益一类单位依赖全额财政拨款，医疗机构作为公益二类单位需通过医疗服务收入弥补成本，两类机构对预防服务的投入动力呈现显著差异。更深层矛盾在于医保基金与公共卫生经费缺乏跨资金池调剂机制，导致慢性病管理等服务陷入“前期预防无补偿、末期治疗高支出”的价值断裂状态。

4.4 人才培养与专业能力的代际断层　医学教育体系与健康服务需求存在严重的结构性错配。临床医学教育聚焦个体疾病诊疗技术，预防医学侧重群体健康干预，两类人才培养长期处于“平行轨道”，导致从业人员出现“懂防不会治、能治不善防”的专业能力割裂。执业环境进一步加剧人才困境：公共卫生医师在医疗机构缺乏处方权与职业发展通道，临床医师参与预防服务无法折算绩效考核权重，形成“防–治”人才流动阻滞。基层层面，薪酬待遇低、职业前景模糊等问题导致年流失率持续高升，部分地区全科医生队伍呈现“空心化”趋势。这种“能力供给–岗位需求”的断裂，使得家庭医生签约服务等医防融合举措常流于形式，难以实现健康管理的连续性。

4.5 制度设计与实践转化的执行性脱节　当前医防融合改革面临“政策悬浮”与“实践空转”并存的实施困境[26]。尽管政策层面强调“以健康为中心”的战略转向，但医疗机构等级评审、绩效考核等关键制度仍以门急诊量、手术量等临床指标为核心，公共卫生服务考核权重普遍偏低。地方实践多停留于机构挂牌、科室增设等表层改革，缺乏服务流程再造与质量控制标准，导致预防–诊疗衔接机制虚化。更深层矛盾在于“顶层设计–基层创新”的衔接机制缺失——行政部门过度强调标准化推进，未能建立容错试错机制，地方探索常受制于政策刚性约束。这种制度闭环的断裂，使得健康中国战略的“理念–制度–实践”转化链条难以贯通，改革红利未能有效释放。

## 5 推进医防融合的对策建议

医防融合本质上是医疗卫生服务体系的结构性变革，针对上述现实困境需要突破传统路径依赖，通过价值重构、体系再造、动力重塑等多维制度创新，推动从“疾病治疗”向“健康促进”的范式转换。

5.1 重构价值导向与服务补偿机制　建立“健康绩效”为核心的制度牵引体系，推动医疗机构从“疾病治疗”向“健康管理”转型。(1)修订医保支付目录，将高血压、糖尿病等重大慢性病筛查、健康风险评估等预防服务纳入医保支付范围，按服务项目或服务包进行动态定价。(2)设立中央与地方联动的“医防融合专项基金”，明确医疗机构开展预防服务的成本补偿标准，实行“基础服务财政兜底、增量服务医保补充”的筹资模式。(3)推行“按人头总额预付+健康效益分成”机制，在医联体内根据签约人群健康指标改善情况动态调整医保支付额度，结余资金按比例转化为医务人员预防服务绩效奖励[4]。

5.2 构建协同治理与权责适配体系　突破部门壁垒，建立医防融合的“制度共同体”。(1)由国家卫生健康委牵头制定《医防融合责任清单》，明确医疗机构公共卫生服务目录及考核标准，消除疾控机构与医疗机构间的职能真空。(2)在省级层面成立跨部门医防融合委员会，整合卫健、医保、财政等部门资源，赋予其服务标准制定、信息平台统筹、资源跨池调剂的决策权[27]。(3)实施“基层赋能计划”，进一步提升县域医共体公共卫生资源配置权限，建立“事权–财权–考核权”三位一体的基层治理架构。

5.3 创新筹资模式与长效激励机制　破解预防服务价值转化困境，构建可持续动力机制。(1)打通医保基金与公共卫生经费调剂通道，允许慢性病管理、传染病防控等跨领域服务进行资金弹性划转。(2)推行“预防服务积分制”，医疗机构通过健康干预降低签约人群住院率、并发症发生率等指标，可按比例兑换医保额度或财政奖励。(3)建立公共卫生服务社会筹资平台，鼓励企业、慈善机构通过“健康公益信托”等方式参与筹资[28]，对捐赠方给予税收抵免等政策激励。

5.4 重塑人才培养与职业发展路径　构建“防治一体”的医防管复合型人才供给体系。(1)改革医学教育课程体系，临床医学专业增设预防医学相关的核心内容，预防医学专业融入临床诊疗相关的课程知识，实现“临床懂预防、公卫知诊疗”的能力融合。(2)实施“医防双聘制度”，推行“医防融合联合门诊”，允许公共卫生医师在医联体内跨机构执业，其参与的预防服务量可按 1:1.5 系数折算为临床工作量。(3)设立“基层首席公卫医师”岗位，给予编制保障与职务津贴，建立“县聘乡用”的人才下沉机制，服务满 5 年者优先晋升高级职称。

5.5 完善标准规范与动态监管机制　推动政策从“文件形态”向“实践形态”转化。(1)制定《医防融合服务质量控制标准》，明确核心服务的操作规范(如肿瘤早筛转诊路径、医防协同查房流程)，强制纳入医疗机构诊疗常规。(2)建立“健康

效益追踪评估系统”，可将区域人群健康指标（重点传染病和重大慢性病发病率、健康期望寿命等）纳入地方政府绩效考核，并给予一定的权重。（3）实施“红黄绿”三色动态监管，对连续 2 年考核不达标的医疗机构，限制其等级评审与设备采购；对创新成效显著的地区，开放政策试点的“弹性空间”。

**数据可用性声明** 本研究未产生新的数据。

## 参考文献


[1] 刘珏, 闫温馨, 刘民, 等. 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(3): 451-460.

[2] (美) 卡尔 L. 怀特. 弥合裂痕 [M]. 张孔来, 译. 北京: 科学出版社, 1995.

[3] 刘志刚, 薛文静, 杨懿, 等. 我国医防融合理论与实践研究进展 [J]. 卫生软科学, 2022, 36(3): 3-6, 12.

[4] 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.

[5] 李怡霖, 熊子蕙, 房惠妍, 等. 我国医防融合政策分析: 政策演化与政策工具运用 [J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(1): 19-27.

[6] 苗艳青, 孙华君, 杜汐. 防治结合: 内涵、问题与实施路径 [J]. 卫生经济研究, 2022, 39(10): 1-5.

[7] 马明, 黄桂容, 尹宇, 等. 医防协同的国际经验与启示 [J]. 中国医疗保险, 2024(1): 120-128.

[8] 王贺胜. 推动医防协同、医防融合真正落地 [N]. 人民政协报, 2023-08-03(04).

[9] World Health Organizagtion. Integration of health care delivery: report of a WHO study group[R]. Geneva: World Health Organizagtion. 1996.

[10] Valentijn PP. Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care[J]. International Journal of Integrated Care, 2016, 16(2): 3.

[11] 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.

[12] 王俊, 王雪瑶. 中国整合型医疗卫生服务体系研究: 政策演变与理论机制 [J]. 公共管理学报, 2021, 18(3): 152-167, 176.

[13] 王丽萍, 郭岩, 郭青, 等. 2005—2008 年中国法定传染病网络直报质量评价 [J]. 疾病监测, 2010, 25(11): 912-914.

[14] 朱珠, 夏迎秋, 邢春国, 等. 我国基层医疗卫生机构医防融合的问题与对策 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2023, 43(2): 90-94, 111.

[15] 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.

[16] 四川省卫生健康委员会, 四川省中医药管理局. 四川省卫生健康委、四川省中医药管理局关于印发《四川省医疗机构公共卫生责任清单 (2023 版)》的通知 [EB/OL]. (2023-08-30)[2024-11-10]. https://www.cn-healthcare.com/articlewm/20230909/content-1603391.html.

[17] 四川省卫生健康委员会, 四川省中医药管理局. 四川省卫生健康委四川省中医药管理局关于印发《四川省专业公共卫生机构对医疗机构公共卫生工作的责任清单 (2023 版)》的通知 [EB/OL]. (2023-09-28)[2024-11-10]. https://so.html5.qq.com/page/real/search_news?docid=70000021_736653bb51014752&faker=1.

[18] 肖薇. 湖北: 技术重构正悄然展开 [N]. 健康报, 2024-10-17(06).

[19] 柳东如. 湖北省统筹区域传染病监测预警体系建设实践与思考 [J]. 公共卫生与预防医学, 2023, 34(6): 1-4.

[20] 王福如, 朱宝立. 多措并举探索医防融合新机制 [N]. 新华日报, 2025-02-21(11).

[21] 郭一, 胡盈盈, 胡斐. 省域健康数据通道的设计与建设实践 [J]. 中国卫生信息管理杂志, 2023, 20(5): 730-736.

[22] 郑舒涵, 沈灵智, 邓璇, 等. 浙江省智慧化预防接种门诊建设的 SWOT 分析 [J]. 预防医学, 2024, 36(8): 669-673.

[23] 邵小红, 宗平, 凌剑, 等. 南通市医防融合试点的探索 [J]. 江苏预防医学, 2023, 34(4): 509-511.

[24] 李程, 单莹, 李士雪. “公共卫生+”医防融合发展对策研究 [J]. 中国公共卫生管理, 2023, 39(2): 141-143.

[25] 李俊, 江雁, 鲍玥葵, 等. 家庭医生团队医防融合一体化模式实施效果分析 [J]. 中国公共卫生管理, 2021, 37(5): 574-578.

[26] 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.

[27] 健康报评论员. 促进医防协同、医防融合落地生根 [N]. 健康报, 2024-08-23(01).

[28] 曹文文, 曹成霖, 郭颖, 等. 我国医防融合实施现状及发展策略——基于机制设计理论 [J]. 卫生软科学, 2024, 38(3): 10-16.