·专题报道——“三高共管 六病同防”慢性病管理模式·

山东省“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行动力和阻力分析

王海鹏[1,2]，范文瑜[1,2]，陈希[3]，杜雪莹[4]，张玉[1,2]，陈良侠[4]，张高辉[4]，宋君健[5]

1. 山东大学齐鲁医学院公共卫生学院卫生管理与政策研究中心，济南 250012；
2. 国家卫生健康委员会卫生经济与政策研究重点实验室（山东大学），济南 250012；
3. 山东第一医科大学附属省立医院，济南 250014；
4. 山东省疾病预防控制中心健康管理所，济南 250014；
5. 山东省卫生健康宣教中心，济南 250002
通信作者：宋君健，E-mail：sjj3298@163.com

【摘　要】“三高共管 六病同防”慢病管理政策是山东省建立健全慢病管理医防融合服务体系的重要举措。本文利用利益相关者理论，对“三高共管 六病同防”慢病管理政策的利益相关者进行界定，探讨卫生服务需求方、供给方、管理方、筹资方等利益相关者的不同利益诉求，并对各利益相关者的损益进行分析。从利益相关者的角度探讨“三高共管 六病同防”慢病管理政策实施的动力与阻力，发现卫生行政部门的政治诉求、居民对获得优质价廉卫生服务的需要等是政策实施的主要动力。患者固有就医观念、基层医疗机构医务人员工作量增大、综合医院收益减少等是政策实施的主要阻力。本文针对“三高共管 六病同防”慢病管理政策提出利益协调策略，包括通过宣传教育改变居民固有就医观念、增加对基层医疗卫生机构投入并提高其卫生服务水平、完善医务人员激励政策等，以推进和保障“三高共管 六病同防”慢病管理政策的实施和发展。
【关键词】 利益相关者理论；“三高共管 六病同防”；慢病管理；动力；阻力

An analysis of the driving forces and resistance in the implementation of the "Integrated Control and Prevention of Three Highs and Six Diseases" strategy for chronic disease management in Shandong province

WANG Haipeng[1,2], FAN Wenyu[1,2], CHEN Xi[3], DU Xueying[4], ZHANG Yu[1,2], CHEN Liangxia[4], ZHANG Gaohui[4], SONG Junjian[5] (*1. Centre for Health Management and Policy Research*, *School of Public Health*, *Cheeloo College of Medicine*, *Shandong University*, *Jinan* 250012, *China*; *2. Key Laboratory of Health Economics and Policy Research of National Health Commission (Shandong University)*, *Jinan* 250012, *China*; *3. Shandong Provincial Hospital Affiliated to Shandong First Medical University*, *Jinan* 250014, *China*; *4. Shandong Provincial Center for Disease Control and Prevention*, *Jinan* 250014, *China*; *5. Shandong Provincial Health Publicity and Education Center*, *Jinan* 250002, *China*)
Corresponding author: SONG Junjian, E-mail: sjj3298@163.com

【Abstract】 The "Integrated Control and Prevention of Three Highs (high blood pressure/glucose/lipids) and Six Diseases (coronary heart disease, stroke, renal lesions, retinal lesions, peripheral neuropathy, and peripheral vascular lesions)" strategy is an important measure to establish and improve the integrated management service system for medical treatment and prevention of chronic diseases in Shandong province. This study uses stakeholder theory to define the stakeholders of the "Integrated Control and Prevention of Three Highs and Six Diseases" strategy, to explore the different stakeholder interests such as health care demand, supply, management and financing, and to analyze the losses and benefits of each stakeholder. From a stakeholder perspective, this study examines the drivers and barriers to implementing the integrated control and prevention of three highs and six diseases strategy. It finds that the political imperatives of health administrations and the needs of the population for quality and affordable health services are the main drivers of strategy implementation. The main obstacles to implementing the strategy are patients' own medical concepts, increased workload for medical staff in primary health care facilities, and reduced revenues for general hospitals. Based on the analysis, we propose some performance coordination measures for the "Integrated Control and Prevention of Three Highs and Six Diseases" strategy, including changing residents' inherent medical concepts through publicity and education, increasing investment in grassroots medical and health institutions and improving their health service levels, and improving incentive policies for medical personnel, in order to promote and ensure the implementation and development of the chronic disease management strategy.
【Keywords】 stakeholder theory; "Integrated Control and Prevention of Three Highs and Six Diseases" strategy; chronic disease management; motivation; resistance

开放获取：CC BY-NC-ND 4.0 DOI：10.11847/zgggws1142021
基金项目：国家重点研发计划（2020YFC2006505）
第一作者：王海鹏（1981—），副教授，博士，研究方向：卫生管理与政策。
收稿日期：2023-04-17　修回日期：2024-05-17　录用日期：2025-01-25
利益冲突：不存在　伦理审查：不需要　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

目前，在我国推进慢病管理的重要性和必要性已经得到了广泛的认识。科学的慢病管理不仅能够对患者的治疗发挥积极作用，增强患者的治疗效果，促进患者康复，还能减轻患者和家庭的负担，提高患者的生活质量[1]。2009 年新医改方案正式出台，将糖尿病、高血压等慢病管理纳入基本公共卫生服务项目，作为医改工作的重要考察指标。2017 年国务院办公厅印发《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》，将慢病管理置于至关重要的位置[2]。在“实现政府主导、跨部门合作和社会参与”体系的建设目标下，各地纷纷开展了对慢病管理的实践和探索，在机构设置、政策制定等方面取得了很大的成效，也获得了宝贵的经验教训[3]。为进一步建立健全慢病管理医防融合服务体系，提升区域慢病综合管理服务效果，2019 年山东省卫生健康委提出了“三高共管 六病同防”的慢病管理政策。“三高共管 六病同防”慢病管理政策是指依托紧密型医共体，以疾控中心为健康管理技术支持主体，以医共体牵头医院为临床诊疗技术支持，以乡镇卫生院和社区卫生服务中心为联系纽带、以家庭医生团队为基础网底，对“高血压、高血糖、高血脂”及“冠心病、脑卒中、肾脏病变、眼底病变、周围神经病变、周围血管病变”提供三级协同、医防融合的一体化服务。“三高共管 六病同防”的慢病管理政策的执行涉及卫生行政部门、医保部门、基层医疗卫生机构及其医务人员、医院及其医务人员、居民与患者等众多利益相关者。

组织目标的实现需要各利益相关者的投入和参与，因此，科学有效地管理以及保持这些群体利益的动态平衡，是调动各方积极性的有效措施[4]。慢病管理政策的成功实施取决于各利益相关者的利益协调程度及其行为协作方式，决策者必须掌握利益相关主体的利益诉求，引导多方利益主体在慢病管理政策执行中做出理性决策。作为新的慢病管理政策，“三高共管 六病同防”慢病管理政策实施初期面临诸多困难和挑战，需要多方利益相关者的配合共同促进政策的落实。本文结合“三高共管 六病同防”工作的相关政策文件并对卫生健康委、医保局、各级医疗机构负责人、参与“三高共管 六病同防”实施的医务人员及患者进行访谈，利用利益相关者理论，从利益相关者的角度深入分析“三高共管 六病同防”慢病管理政策，探讨该政策执行的动力和可能遇到的阻力，提出如何在该政策执行中协调各利益相关者利益的策略与措施。

1 利益相关者的界定与分类

“三高共管 六病同防”慢病管理政策的实施涉及多个利益相关者的利益调整和责任分担，分析利益相关者在政策执行中所扮演的角色、立场和受政策影响程度等，有利于明确各个利益相关者在“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行中的动力和阻力。“三高共管 六病同防”慢病管理政策的构建和运行涉及医疗卫生服务的需求方、供给方、管理方和筹资方。本文在分析文献资料和访谈结果的基础上，对“三高共管 六病同防”实施的利益相关方分类如下：（1）需求方：即患者和居民，是“三高共管 六病同防”的目标人群和最主要的利益相关者；（2）供给方：主要包括提供“三高共管 六病同防”慢病管理服务的基层医疗卫生机构及其医务人员、综合医院及其医务人员；（3）管理方：是医疗卫生服务及其产品相关政策的制定者、执行者和监督者，主要指卫生行政部门；（4）筹资方：是医疗卫生资源的筹集者和分配者，包括医保部门和财政部门[5]。“三高共管 六病同防”慢病管理政策各利益相关者之间的关系见图 1。

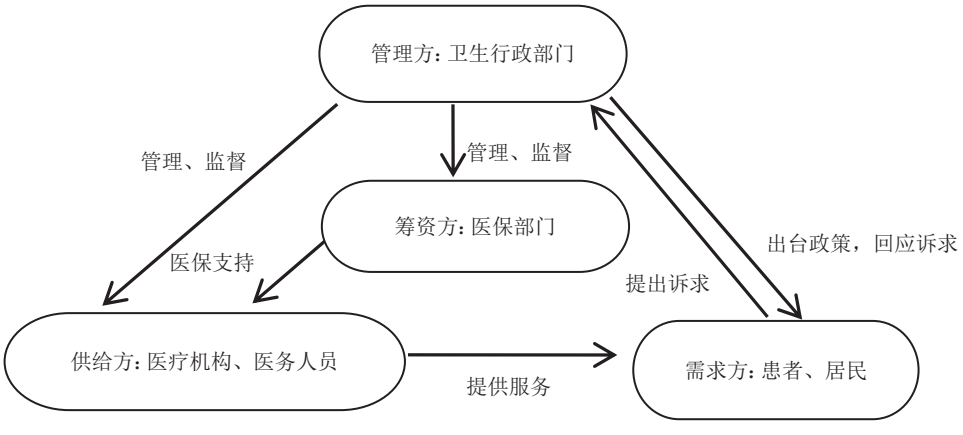


图 1　“三高共管 六病同防”慢病管理政策各利益相关者关系图

Fig. 1　Schematic diagram of the relationships among stakeholders in the implementation of the "Integrated Control and Prevention of Three Highs and Six Diseases" strategy for chronic disease management

2 动力与阻力分析

2.1 主要利益相关者的损益分析 政策执行过程中，不同利益相关者有着不同的角色、存在各自的主要利益。“三高共管 六病同防”慢病管理政策的实施会影响各利益相关者原有的协作方式，打破各利益相关者的利益平衡，既能为各利益相关者带来新的收益也会导致各利益相关者原有的部分利益受到损害。各个利益相关者的利益损益也成为其执行新政策的主要动力和阻力。

患者是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的最终获益方。通过“三高共管 六病同防”慢病管理政策，患者能够获得连续性、协调性的慢病管理服务，改善就医体验，减轻就医负担，提高健康状况和生命质量。这些受益是患者执行“三高共管 六病同防”慢病管理政策的主要动力。同时，患者需按照基层首诊、双向转诊的要求在不同级别医疗卫生机构之间形成合理的就医秩序。但是，一方面，很多患者认为基层医疗机构的服务能力和技术水平较低，不能满足自身的就医需求，从而在就医时更倾向于直接选择医疗技术高、环境优良的二三级医院[6]。另一方面，经济负担较重的患者还存在着“上转”困难的现象，尽管基层医疗卫生机构医护人员为病情较重的患者提供了“上转”建议，但部分患者由于对自身的疾病认识不足、去上级医院就诊昂贵等原因而拒绝向上转诊，从而延误治疗导致病情得不到有效控制。

三高之家是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的基础工作单元和网底，包括社区卫生服务站和村卫生室，承担着三高六病患者的筛查、随访以及健康指导等工作职责。通过“三高共管 六病同防”，三高之家能够为居民提供更多的医疗卫生服务，提高居民的认可度，从而争取财政及医保政策的支持，激发基层卫生机构的活力[7]。然而，三高之家的医疗服务能力有限，在开展筛查、随访等工作时需要耗费过多的人力物力，如果缺乏资金支持和激励机制，其执行“三高共管六病同防”慢病管理政策的积极性将会大大降低。三高之家医务人员作为慢病管理服务的主要提供者，通过“三高共管 六病同防”能够获得更多的培训机会，提高自身业务能力，得到患者的认可，体现自身的价值。但是，三高之家医务人员的工作负担也会因此不断加重，如果没有完善的激励机制，将会影响其执行该政策的积极性。

三高基地是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的核心工作单元和承上启下的枢纽，包括社区卫生服务中心和乡镇卫生院，在承担三高之家职责的基础上，进一步承担本辖区高血压、高血脂和高血糖初级专科中心职责。三高基地在“三高共管 六病同防”慢病管理政策的实施过程中可以在人才、技术等方面得到三高中心的支持，不断提高自身的医疗服务能力和水平，增强自身在医疗市场中的竞争力和市场吸引力，从而吸引患者就医[8]。但是，“三高共管 六病同防”政策的实施会使得三高基地的部分患者分流到三高之家或三高中心，从而会降低三高基地的医疗收入，医疗收入的流失会对三高基地执行该政策造成消极的影响。

三高中心为县区级医院，是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的支撑工作单元，为三高重症和六病患者提供专业性检查和诊疗服务。“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行过程中，三高中心可以扩大其医疗服务市场空间，扩大对周边地区的辐射范围，增强医院的品牌化建设[9]。通过分级诊疗，三高中心可以缓解就诊压力，把更多的时间和精力用于专科能力的提升，从而有利于整体医疗水平的提高。但“三高共管 六病同防”慢病管理政策的实施在短期内可能会减少三高中心的医疗收入，影响其经济效益，在政策实施初期会抱着消极应对的态度，甚至在政策实施中变相占有患者资源，提高自身市场病源份额[10]。三高中心的医务人员在医疗技术方面具有优势，承担疑难疾病诊治、培训指导社区医生的任务，政策的实施能够使其提高知名度，得到患者的认可，实现职业成就感。但三高中心的医务人员需要经常参与三高基地的医务人员发起的线上协诊，协助管理部分病人，并对基层医疗机构工作人员开展培训，从而增加其工作量，而且三高中心在运转初期患者的减少可能会导致医务人员收入受到影响，从而削弱三高中心医务人员的政策执行力[10]。

卫生行政部门是慢病管理政策的制定者，需要对慢病管理政策的实施效果进行定期评估、考核、并协调各部门的工作。“三高共管 六病同防”的实施能够促进优质的医疗卫生资源下沉，提高卫生资源的使用效率；提高卫生服务提供的连续性，提高患者对卫生服务的满意度；促进有序就医，提升慢病患者的健康水平，进而维护卫生行政部门自身的利益和话语权。然而，“三高共管六病同防”慢病管理政策的推行和落实是一个复杂的过程，需要卫生行政部门给予更大的财政资金支持来实现政策的执行以及监督和评估，协调各部门之间的利益关系。从现实情况来看，卫生行政部门财政资金支持力度不足，缺乏相应的监督与考核机制，尚未制定相应的激励机制成为了“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行的阻力因素[11]。

医疗保险部门在制定相应的医保支付政策，管理医保基金，增强医保基金的稳定性，加大医保基金的使用效率，提高社会对医保基金的使用满意度等方面发挥着重要作用[12]。“三高共管 六病同防”慢病管理政策的实施会增加健康促进、疾病筛查等卫生服务的提供，进而减少因患慢病或病情加重带来的高昂医药卫生费用。因此从长期来看，该政策会节省医保基金，使得医疗保险机构的收益远大于前期的支出[13]。医疗保障政策的支持能够对“三高共管 六病同防”慢病管理政策实施起到重要的促进和推动作用，但目前医疗保险机构为了控制医保基金风险和管理成本，医保政策并没有很好地引导患者前往三高之家和三高基地进行首诊。由于患者在三高之家、三高基地、三高中心之间就诊的医保报销衔接机制尚不完善，医保政策尚未充分发挥其应有的杠杆作用。

2.2 利益关联程度与政策影响力的矩阵分析　各利益相关者在“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行中发挥的作用，主要受其利益关联程度和政策影响力的影响。利益相关程度强且政策影响力也强的利益相关者，有足够的权力和影响力实现其利益诉求，因此是政策的积极推行者，如卫生行政部门和医保部门[4]。卫生行政部门是慢病管理的主导部门，负责慢病管理政策的制定、协调和监督评估，政策影响力强。在“三高共管六病同防”慢病管理政策实施过程中，卫生行政部门应发挥其政策影响力，确保资金到位、制定工作规划、对“三高六病”进行监测并对该政策的实施情况进行监督和评估，确保政策的出台和落实[14]。医保部门可以为慢病管理政策提供资金支持，因此其政策影响力较强。在“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行中，医保部门可以通过拓宽慢病管理的筹资渠道，适当扩大基本医疗保险基金的支付范围，通过发挥基本医疗保险的支付杠杆作用，促进三高之家、三高基地、三高中心之间的顺利合作[15]。

利益关联程度强但政策影响力不强的利益相关者，由于影响力比较有限，一般会根据政策导向调整自己的相关行为，以使自身效用尽可能实现最大化。三高之家、三高基地、三高中心等医疗卫生机构是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的主要执行机构，其政策影响力相对较弱，但在政策实施过程中各医疗卫生机构可以利用其各自的优势，上下联动，形成合力，完善分级诊疗服务体系，实现“三高共管 六病同防”慢病管理政策的落实。各医疗卫生机构还可以利用自身的影响力，及时向卫生行政部门提出利益诉求和政策建议，推动政策的发展和完善。医务人员是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的具体执行者，政策影响力相对较低。但医务人员与患者之间关系紧密，医务人员不仅能够为患者提供医疗服务，还能为患者提供主动的、全面的、连续的管理服务，通过教育、培训等手段提高患者对“三高共管六病同防”慢病管理政策的认识，促进政策的实施。患者是“三高共管 六病同防”慢病管理政策的最终受益方，政策影响力最低。在慢病管理政策实施过程中，患者可以向医务人员提出自身的利益诉求，也可以通过媒体等形式表达对慢病管理政策的诉求或建议。

2.3 政策关联程度与政策执行意愿矩阵分析　各利益相关者对“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行的推动和阻碍主要受政策关联程度和政策执行意愿的影响。政策关联程度强且政策执行意愿强，说明“三高共管 六病同防”慢病管理政策的执行符合此类利益相关者主要的利益诉求，因而这一群体是政策的主要支持者。在“三高共管 六病同防”慢病管理政策执行中，卫生行政部门、医保部门、基层医疗卫生机构管理者的利益关联程度强，政策执行意愿也强，有动力促进“三高共管 六病同防”慢病管理政策的执行。患者的利益关联程度很强，但政策执行意愿并不强烈，说明其即使作为最终受益者，也并非能够在短期内充分认识或感受到“三高共管 六病同防”慢病管理政策带来的好处，甚至还会对政策的具体实施产生误解和抵触。医院管理者、基层医疗机构医务人员虽然利益关联程度强，但政策执行意愿弱，说明“三高共管 六病同防”慢病管理政策目前的实施并不符合其期望，最有可能成为政策执行的阻碍力量[5]。

3 讨论与建议

3.1 患者：理性就医与激励因素诱导互动　为转变居民就医行为，卫生行政部门、医疗卫生机构以及医务人员需要加大对居民的宣传与教育力度，使居民充分了解“三高共管 六病同防”政策，提高居民对基层医疗卫生机构及其医务人员的信任程度，转变居民的就医习惯。同时通过宣传教育提高居民对“三高”“六病”的认识，使居民充分了解“三高”等相关疾病的并发症及危害，树立早发现、早诊断和早治疗的意识，提高患者对医务人员的依从性，促进患者理性就医。卫生行政部门和医保部门应建立有效的激励机制，通过完善对基层首诊的激励政策并调节医保基金，引导患者到基层就医。

3.2 基层医疗卫生机构：全科服务能力提升与夯实基础地位共进　加强对全科医生的培养，保

障全科医生的质量，加强全科医生的医技水平。加大财政投入，更新基层医疗卫生机构的仪器设备，以满足患者对“三高”“六病”的基层筛查、诊疗和康复需求，使上级医疗卫生机构放心将患者向下转诊，也让患者安心在基层医疗卫生机构接受卫生服务。通过家庭医生签约服务、基层首诊制度，不断建立健全基层医疗卫生机构与上级医院的有效衔接，夯实基层医疗卫生机构在“三高共管 六病同防”慢病管理政策中的基础性地位。

3.3 综合医院：专科能力提升与疾病分流同步 明确三高中心的职能，将工作重心转移到疑难杂症的解决与科研能力的提高上。三高中心要对三高基地和三高之家负责，实施资源下沉与共享，通过多种激励机制鼓励优秀的医师参与基层医疗机构三高六病患者的共同管理中。三高中心还应贯彻落实疾病分流、转诊，为上转的疑难杂症患者提供绿色通道并及时下转轻症及稳定期患者。在统一的利益协调机制中，各医疗机构各司其职，充分利用好医疗卫生资源，形成利益共同体，促进“三高共管 六病同防”慢病管理政策的执行[12]。

3.4 卫生行政部门：顶层设计与评估激励并重 卫生行政部门要有持续进行慢病管理政策创新的决心，从顶层设计上综合考虑医保部门、各级医疗机构以及医务人员等利益相关者之间的平衡，让各利益相关者有能力、有意愿地按各自功能定位开展慢病管理活动。其次，卫生行政部门要充分发挥现有的政策和项目安排，向试点地区倾斜，提高各级医疗机构实施政策的积极性。进一步完善人才激励机制，推动绩效工资改革，合理核定各医疗机构医务人员的绩效工资总量，建立绩效工资动态调整机制，完善分配机制，体现多劳多得、优劳优酬，增强医务人员对于政策实施的积极性和认同感[16]。最后，卫生行政部门必须建立“三高共管 六病同防”慢病管理政策评估机制，对政策进行持续的跟踪和评估，确保“三高共管 六病同防”慢病管理政策的顺利执行。

3.5 医疗保险机构：拉大报销比例与建立差异化报销政策并举 医保部门要进一步完善医保基金的使用，运用价格杠杆调节患者的就医行为。拉大各级医疗机构的差异化报销比例，使基层医疗卫生机构的起付线明显低于上级医院，提高基层首诊的报销比例。建立起分病种的差异化报销政策，明确三高之家、三高基地、三高中心之间的分工与责任，将症状较轻的疾病报销向基层医疗机构倾斜，将疑难杂症的报销比例向医院倾斜，切实减轻患者的负担和经济风险，引导患者有序就医[17]。落实在医共体内实行医保按人头付费的方式，激励各级医疗卫生机构将重心转移到“以疾病预防为中心”，提升慢性病管理效果[18]。提高两病门诊支付比例，通过三高之家等基层医疗卫生机构向慢性病患者发放“三高”药物，以此来激励慢性病患者接受规范管理[19]。

本研究的创新性在于将山东省“三高共管 六病同防”慢性病管理政策与利益相关者理论相结合，从不同利益相关者的角度分析政策落实的动力和阻力，对于政策的完善和落实具有一定的意义。本研究的局限性在于只结合访谈及政策资料对政策实施的动力和阻力进行分析，缺少数据的量化支持，未来可以对“三高共管 六病同防”慢性病管理政策落实中的相关内容进行数据收集和分析，进一步深入探讨政策实施中存在的动力和阻力。

参考文献

[1] 杨海涛, 吕志国, 张影, 等. 国内慢病管理的研究现状 [J]. 中国社区医师, 2014, 30(10): 147-148.

[2] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于印发中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年) 的通知 [EB/OL]. 中国政府网. (2017-01-22)[2024-05-07]. https://www.gov.cn/zhengce/content/2017-02/14/content_5167886.htm.

[3] 吕兰婷, 林筑, 张延. 我国慢性病防控与管理研究的十年综述 [J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(1): 32-34, 37.

[4] 周琳, 刘溢春, 连斌. 利益相关者理论视角下的医师多点执业利弊分析 [J]. 中国卫生质量管理, 2014, 21(1): 60-63.

[5] 王清波, 胡佳, 代涛. 建立分级诊疗制度的动力与阻力分析——基于利益相关者理论 [J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(4): 9-15.

[6] 谢添, 胡瑞, 唐文熙, 等. 农村县乡两级医疗服务纵向整合的利益相关者分析 [J]. 中国医院, 2014, 18(12): 11-13.

[7] 姚晓涛, 梁木子. 利益相关者视角下的家庭医生签约服务研究 [J]. 中国农村卫生事业管理, 2019, 39(9): 634-638.

[8] 金燕, 鲁胜锟, 李绍华. 我国医疗联合体的利益相关者分析 [J]. 中国医院管理, 2013, 33(10): 3-4.

[9] 张雨晴, 王慧琳, 李军. 公立医院多院区办院的态势分析: 基于北京市地域特点 [J]. 中国卫生事业管理, 2022, 39(10): 742-746.

[10] 卢慧, 魏来, 余昌胤, 等. 分级诊疗相关利益主体的损益分析 [J]. 卫生经济研究, 2018(2): 31-35.

[11] 李相荣, 汤榕. 基于利益相关者视角下的医联体模式动力和阻力影响因素分析 [J]. 现代医院管理, 2018, 16(5): 33-35.

[12] 孔颖文, 曹杰, 郑艳芳, 等. 基于利益相关者理论的双向转诊“下转难”研究 [J]. 中国全科医学, 2017, 20(10): 1173-1176.

[13] 雷桃, 杨金侠, 洪梦园, 等. 医保支付促进慢性病防控策略分析——基于利益相关者理论 [J]. 卫生经济研究, 2022, 39(8): 38-41.

[14] 邓桂娟, 张娟, 李晋磊, 等. 卫生部门在国家慢性病综合防控示范区建设中发挥的作用 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2018, 26(5): 354-357.

[15] 李运华, 雷腾. 基本医疗保险部门在慢性病管理中的作用探讨 [J]. 决策与信息, 2021(2): 31-38.

[16] 郁梦婷, 吴冬梅, 陆慧. 利益相关者理论视角下家庭医生签约服务研究 [J]. 卫生软科学, 2021, 35(4): 41-44.

[17] 万梦云. 基本医疗保险对患者就医行为的影响研究——基于 2015 年 CHNS 数据的实证分析 [D]. 武汉: 中南财经政法大学, 2019.

[18] 姚轶凡, 林坤河, 钟正东, 等. 医保按人头付费对医共体慢病管理的治理机制研究——基于整体性治理视角 [J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(3): 30-36.

[19] 刘万奇, 杨金侠, 谢翩翩, 等. 我国慢病一体化管理的现状与思考 [J]. 南京医科大学学报 (社会科学版), 2019, 19(4): 303-307.