

浙江山海协作推动健康共富的实践创新研究

祁馨瑶¹, 李心芸^{2*}

¹杭州医学院医学影像学院, 浙江 杭州

²杭州医学院康复学院, 浙江 杭州

收稿日期: 2026年3月15日; 录用日期: 2026年3月25日; 发布日期: 2026年4月30日

摘要

本文以浙江省舟山市普陀区医共体为研究对象, 深入探讨在共同富裕示范区建设背景下, 海岛地区如何通过“山海协作”“技术赋能”与“组织变革”破解医疗资源不均难题。研究背景显示, 普陀区作为海岛区域, 面临人口老龄化、医疗供需错配等挑战, 浙江普陀医院作为医共体牵头单位承担核心职能。通过定性案例研究法, 结合深度访谈、参与式观察与档案分析, 本文揭示了普陀区医共体的创新实践: 以“山海”提升工程为框架, 与邵逸夫医院建立紧密合作, 推动优质资源下沉与本地能力培育; 依托“共富方舟”行动, 运用5G+AR、中央遥测监护等数字技术构建“海陆空”一体化急救体系, 实现医疗服务“救治前移”; 通过组织变革, 实现人才培育与服务下沉从而强化治理效能。研究同时指出当前面临的人才不稳定、科研水平不足、信息化建设薄弱等挑战, 并提出针对性建议。普陀医共体的实践表明, 健康共富需通过理论创新打破资源桎梏、数字赋能跨越空间阻隔、组织改革与青年力量筑牢根基, 为破解地域发展不平衡提供了“普陀样本”。

关键词

医疗差距, 健康共富, 山海协作, 技术赋能, 组织变革

Practical Innovation in Promoting Health Common Prosperity through Zhejiang's "Mountain-Sea Collaboration"

Xinyao Qi¹, Xinyun Li^{2*}

¹School of Medical Imaging, Hangzhou Medical College, Hangzhou Zhejiang

²School of Rehabilitation, Hangzhou Medical College, Hangzhou Zhejiang

Received: March 15, 2026; accepted: March 25, 2026; published: April 30, 2026

*通讯作者。

文章引用: 祁馨瑶, 李心芸. 浙江山海协作推动健康共富的实践创新研究[J]. 现代管理, 2026, 16(4): 249-261.
DOI: 10.12677/mm.2026.164099

Abstract

Focusing on the medical consortium in Putuo District, Zhoushan City, Zhejiang Province, this study deeply explores how island regions can address the challenge of uneven medical resource distribution through “Mountain-Sea Collaboration”, “technological empowerment”, and “organizational transformation” within the context of building a Common Prosperity Demonstration Zone. The research background highlights that Putuo, as an island region, faces significant challenges such as an aging population and a mismatch between medical supply and demand, with Zhejiang Putuo Hospital serving as the core leading unit of the medical consortium. Employing a qualitative case study approach that integrates in-depth interviews, participant observation, and archival analysis, this paper reveals the innovative practices of the Putuo medical consortium: firstly, utilizing the “Mountain-Sea” Enhancement Project as a framework to establish close cooperation with Sir Run Run Shaw Hospital, thereby facilitating the sinking of high-quality resources and cultivating local capabilities; secondly, relying on the “Common Prosperity Ark” initiative to leverage digital technologies such as 5G + AR and central telemetry monitoring to construct an integrated “sea-land-air” emergency rescue system, achieving a shift of medical services towards “pre-hospital intervention”; and thirdly, implementing organizational transformations to strengthen talent development and service decentralization, thus enhancing governance efficacy. The study also identifies current challenges, including talent instability, insufficient research capacity, and weak informatization construction, offering targeted recommendations accordingly. The practice of the Putuo medical consortium demonstrates that achieving health-related common prosperity requires theoretical innovation to break resource constraints, digital empowerment to overcome spatial barriers, and organizational reform coupled with youth engagement to solidify foundations. Ultimately, this case provides a “Putuo Sample” for resolving regional development imbalances.

Keywords

Medical Disparities, Health Common Prosperity, Mountain-Sea Collaboration, Technological Empowerment, Organizational Transformation

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

1.1. 研究背景

在浙江省以高质量发展建设共同富裕示范区的时代背景下，把人民健康作为共同富裕的核心内涵与关键基石，其实现路径远不止于物质资源的投入，更深植于治理体系的协同创新。以“山海协作”为代表的医疗共富模式，正是通过跨层级、跨部门的协同治理，试图破解长期因资源依赖与地理区隔造成的城乡、山海间的健康不平等。这一体制机制创新，旨在超越简单的“资源下沉”，而是构建一个政府引导、多元主体共同参与的公共价值创造网络。其中，数字治理技术赋能了协同过程，使优质医疗资源得以穿透地理阻隔，在提升服务质量的同时，从根本上重塑医疗资源的配置逻辑与可及性模式。

因此，对“山海协作”的考察，不仅关乎医疗资源均衡配置的技术问题，更是观察浙江如何在省域层面化解地域发展不均、推进共同富裕的一个关键切片。它通过具体的制度安排，将宏观的社会公平目标，转化为促进健康共富与医疗机会均等的微观实践，为理解共同富裕背景下公共服务如何实现普惠共

享, 提供了兼具理论价值与现实意义的生动范例。

普陀区隶属于舟山市(我国第四个国家级新区、国家级自贸区), 地处东海之滨, 拥有大小岛屿 743.5 个, 其中住人岛屿 45.5 个。随着经济社会发展, 人口向中心城区集聚趋势明显, 离岛、悬水小岛居住人口老龄化比例持续攀升, 海岛医疗“供需错配”问题日益突出。浙江普陀医院作为舟山市东南部规模最大、设施最全、技术力量最雄厚的医疗中心, 同时是全市县区级医院中唯一三级综合性公立医院, 承担着普陀区医疗健康共同体(医共体)牵头单位的核心职能, 在海岛健康共富中发挥着“主力军”作用。

1.2. 国内外研究现状

1.2.1. 医疗卫生资源整合研究现状

国际上, 医疗卫生资源整合研究始于 20 世纪后期, 核心聚焦整合模式创新与效果评估。欧美国家形成了多元化整合路径, 如美国的 Accountable Care Organization (ACO) 以医保支付捆绑为核心, 实现医疗服务全流程整合; 英国通过国家医疗服务体系(NHS)重构, 推动初级卫生保健与专科医院的纵向协同, 形成“社区-医院-康复”闭环服务体系。现有研究多关注整合中的利益协调机制、信息化支撑及绩效评价体系, 证实整合能有效降低医疗成本、提升服务同质化水平, 但也指出不同层级机构利益冲突、整合标准不统一等共性难题。Heyeres 等人[1]通过系统梳理全球医疗服务整合相关综述, 深入剖析了整合模式的多样性、实施路径及核心挑战, 为后续研究提供了全面的理论框架。此外, Furukawa 等人[2], 聚焦门诊医疗机构与医疗系统的整合趋势, 实证分析了机构整合与医疗服务效率、财务绩效的关联, 为资源整合效果评估提供了重要参考。

国内研究以“新医改”为背景, 围绕资源整合的路径与实践展开。前期研究集中于城市医疗资源的横向整合与县域资源的纵向联动, 探讨通过建立共享中心、优化布局等方式盘活存量资源。梁金刚等人[3]通过分析 S 市、X 市等典型案例, 提出医疗资源共享中心建设、医保打包付费等整合策略, 为资源纵向贯通提供实践参考。郑英[4]则从治理理论层面切入, 构建了多元主体协同治理框架, 提出通过明晰服务边界、健全治理机制、优化治理工具等方式, 破解区域医疗资源整合中的碎片化难题, 为资源整合提供了理论支撑。近年来, 随着共享理念的深化, 研究聚焦数智技术赋能下的资源整合新模式, 如福建三明依托数字化平台实现市、县、乡医疗资源深度融合, 证实技术能打破机构间信息壁垒与资源碎片化困境。同时, 现有研究也关注政策执行中的梗阻问题, 如缺乏明确操作规范、考评机制加剧竞争而非协作等现实挑战。

1.2.2. 城乡医疗差距研究现状

城乡医疗差距的多维成因在国际研究中有普遍共识, 包括经济发展水平、地理可达性、人才分布失衡及健康素养差异等。发展中国家研究多聚焦资源供给侧差距, 如农村地区医疗设备匮乏、专科医生短缺等问题; 发达国家则更关注服务可及性的隐性差距, 如农村居民因交通成本、健康认知不足导致的医疗利用不足。现有研究证实, 远程医疗、资源下沉等措施能有效缩小差距, 但在低收入地区面临技术落地难、可持续性不足等问题。例如, Weeks 等人[5]基于 2015 至 2022 年美国县级健康排名数据, 实证分析了重大公共卫生事件前城乡地区在健康社会决定因素(SDOH)、临床护理质量、健康行为及健康结果等多维度的横截面与纵向不平等, 揭示了农村地区在社会环境指标上显著滞后且城乡差距呈持续扩大趋势的核心问题, 并构建了“健康公平仪表盘”以可视化追踪差异演变。该研究强调了政策干预需优先向农村倾斜, 通过改善社会环境与临床服务供给来遏制差距恶化, 为利用数据驱动工具精准识别弱势区域、制定针对性的资源下沉策略提供了重要的方法论依据。Liepins 等人[6]则聚焦中高收入国家, 通过梳理 15 年相关研究, 系统分析了城乡居民在初级、二级医疗服务利用上的差异及成因, 为不同经济水平国家的差距研究提供对比视角。

国内研究主要围绕城乡差距的表现、成因及破解路径展开, 多项研究证实城乡医疗资源总量、质量差距显著, 优质资源过度集中于城市, 县域及偏远地区长期面临资源紧缺。例如郑文升等人[7]基于全国342个地级市1997~2012年数据, 运用变异系数、泰尔指数等方法实证分析, 明确我国基本医疗资源供给区域失衡显著, 高值集聚与低值集聚区域空间变化剧烈, 凸显资源分配不均的严峻性。成因分析涵盖体制机制、经济水平、人才流动等多维度, 如城乡二元结构导致的资源配置失衡、基层医务人员薪酬待遇偏低引致的人才流失。郑超等人[8]基于中国健康与养老追踪调查面板数据, 采用双重差分模型实证分析了医保统筹对缩小城乡健康差距的作用, 证实该政策能显著提升农村居民健康水平、降低健康不平等, 且对老年、低学历等弱势群体影响更突出, 为医保政策优化提供了实证支撑。破解路径研究多指向“强县域、强基层”策略, 如通过政策引导优质医疗资源下沉、强化县域医院能力建设等, 江苏海安、浙江诸暨的实践案例为路径有效性提供了支撑, 但研究多聚焦平原地区, 对特殊地理区域的针对性不足。

1.2.3. 远程医疗研究现状

国际研究已进入技术深度应用与模式成熟阶段, 聚焦 AI 与远程医疗的融合创新。研究证实, AI 辅助的远程影像诊断、慢病管理系统能有效提升农村及偏远地区医疗服务精准度, 减少患者转诊成本。Snoswell 等人[9]在通过整合近十年荟萃分析成果, 系统验证了远程医疗在临床服务中的有效性及适用场景, 为资源受限地区技术应用提供参考。Perez 等人[10]通过系统梳理多数据库研究成果, 提炼出 AI 与远程医疗在农村应用的五大核心维度, 既分析了技术融合对疾病早诊、慢病管理的赋能价值, 也指出了数字素养不足、伦理风险等现实挑战, 为农村场景技术落地提供了全面理论参考。同时, 目前研究也关注实践中的核心挑战, 包括网络基础设施覆盖不均、数据隐私安全风险、医护人员数字素养不足及相关法规政策滞后等。部分研究探索了适配农村场景的简化版远程医疗方案, 为资源受限地区提供了可行路径。

国内研究以技术落地与场景拓展为核心, 政策驱动特征明显。随着 5G、大数据技术发展, 远程医疗已从单一咨询向远程诊断、手术指导、药品配送等全链条延伸, 成为破解医疗资源区域失衡、完善分级诊疗体系的关键支撑。顾海等人[11]运用可视化分析方法梳理 2000~2020 年国内远程医疗研究脉络, 明确技术融合、政策适配、区域均衡为三大核心研究热点, 为后续研究提供了清晰的学术图谱。翟运开[12]结合河南远程医疗实践案例, 提出“技术赋能 - 机制保障 - 服务下沉”三位一体的建设路径, 证实远程医疗能有效提升基层诊疗能力、引导患者合理分流。目前国内研究多肯定远程医疗在缩小城乡差距中的作用, 但也指出区域发展不均衡问题, 经济欠发达地区信息化建设滞后、信息系统不兼容等问题制约了技术效能发挥, 且适老化设计、用户培训不足等问题影响服务覆盖面。此外, 魏然等人[13]聚焦县域医共体场景, 优化了低成本、易推广的远程会诊模式, 为基层医疗机构落地应用提供了实操方案。

1.2.4. 中国医共体研究现状

国内研究围绕医共体的模式创新、体制机制改革及实践效果展开, 形成了丰富的案例积累。模式层面, 已形成县域医共体、城市医疗集团、数字健共体等多元形态, 核心是通过“人财物”统一管理实现资源纵向贯通。赵莉娜等人[14]梳理了福建三明、河南郸城等多地医共体建设案例, 深入分析了“人财物一体化”管理的实施路径与成效。现有研究证实, 医共体建设能有效提升基层服务能力、促进资源共享, 但也存在共性难题: 一是利益协同机制脆弱, 部分机构因担心自身利益受损而对帮扶保留; 二是同质化管理难度大, 基层机构服务能力与上级医院差距显著; 三是数字支撑不足, 部分地区共享平台建设滞后, 难以实现数据高效流转。薛俊军等人[15]也指出了医共体建设中利益协调、数字支撑等核心难题, 可为后续研究提供参考。

1.2.5. 研究现状小结

综合来看, 国内外在医疗卫生资源整合、城乡医疗差距、远程医疗及中国医共体建设四大领域已形

成较为丰富的研究成果。国际上构建了多元资源整合模式与远程医疗技术应用框架,为区域医疗协同提供了理论与实践借鉴;国内则立足新医改背景,围绕资源整合路径、医共体机制创新、远程医疗场景拓展等形成了本土化探索,证实了技术赋能与组织协同对缩小医疗差距的积极作用。但现有研究仍存在明显局限,一方面多聚焦平原、内陆等常规区域,对海岛等因地理隔绝形成的特殊区域关注不足,缺乏针对海岛“资源依赖”结构性困境的系统性研究,尚未破解外部资源输入与本地能力培育脱节的核心难题;另一方面,多数研究孤立探讨单一领域创新,对“外部优质资源-本地医疗体系-长效能力建设”的联动机制挖掘不深,难以支撑特殊区域医疗公平的根本性实现。基于此,本次政务实践通过对舟山市普陀区医共体的深入调研,揭示了其推进“健康共富”的系统性创新。这一探索并非简单的资源输送,而是一场深刻的社会公平实践:它以“山海”提升工程为理论框架,通过构建与先进医院的紧密型医联体,致力于重塑海岛地区长期面临的“资源依赖”结构,将外部优质资源内化为本地可持续的医疗服务能力与人才资本,从而为消弭因地理隔绝造成的结构性机会不平等奠定基础。

1.3. 研究方法与数据来源

本研究构建了一个“制度协同-技术赋能-公平实现”的三维整合分析框架,旨在系统解析“山海协作”工程如何通过机制创新打破海岛地理壁垒,推动健康共富目标的落地。该框架不依赖单一理论的抽象推演,而是聚焦于实践逻辑的闭环构建,通过三个维度的有机耦合,阐释从“资源输入”到“服务同质”再到“结果共富”的转化机理。

在这一框架中,制度协同维度主要解决资源如何有效下沉的问题。研究将“山海协作”视为一个跨行政层级与地理空间的资源重组过程,重点考察通过组织架构重塑、管理权限下放及人才激励政策创新,如何打破传统科层制的条块分割。通过关注制度设计如何降低跨域协作的交易成本,建立常态化的专家派驻、学科共建与管理输出机制,确保优质医疗资源能够从发达地区向欠发达海岛实现精准、高效且可持续的流动,从而为健康共富提供坚实的资源供给基础。

在此基础上,技术赋能维度着力解决服务半径如何延伸的问题。框架将数字化手段定义为连接供需两端的关键杠杆,重点分析5G远程医疗、人工智能辅助诊断及云平台等技术在特定海岛场景中的适配性与落地实效。研究不只关注技术的先进性,更聚焦于技术如何重构诊疗流程:通过消除时空距离,使海岛居民在基层即可获得上级医院的诊断服务;通过数据互联互通,实现检查检验结果的互认共享。这一维度旨在揭示技术如何作为“倍增器”,放大制度协同的资源效应,突破物理地理限制,实现医疗服务能力的即时触达。

最终,上述两个维度的合力指向公平实现维度,即解决共富目标如何达成的问题,这也是整个框架的价值归宿。研究将健康共富操作化为消除因地理位置差异导致的健康服务可及性差距,重点评估在制度协同与技术赋能的双重驱动下,海岛居民在就医时间成本、经济负担、服务质量及健康结局上是否实现了与大陆居民的实质性趋同。通过关注协作机制是否有效识别并补偿了弱势群体的特殊需求,推动医疗服务从“形式上的资源覆盖”转向“实质上的健康结果公平”,从而验证“山海协作”在促进区域健康均衡发展中的实际成效。整体而言,制度协同是前提,解决了资源“流得动”的问题;技术赋能是手段,解决了服务“够得着”的问题;而公平实现是目标,解决了群众“享得好”的问题,三者相互支撑、动态耦合,共同构成了“山海协作”推动海岛健康共富的完整实践逻辑。

数据收集综合运用深度访谈、参与式观察与档案资料分析等多种方法,力求多源互证,确保研究的可靠性与有效性。深度访谈主要通过采用目的性抽样与滚雪球抽样相结合的策略,重点选取三类关键知情人:医共体治理与管理人员30余人,包括医共体理事会办公室、医疗质控科、人力资源科等职能科室负责人,以及普陀医院、东极卫生院、六横分院、桃花分院等12家成员单位的主要领导。选取标准在于

其掌握医共体战略规划、政策执行、资源配置与人才管理的核心信息;青年医务工作者 15 人,涵盖临床医生、护士、医技人员及管理岗位青年骨干,重点选取参与“山海”提升工程帮扶、长期派驻离岛分院、投身“共富方舟”一线服务以及负责信息化项目的青年代表。选取标准在于其亲身经历医共体改革、直接服务海岛居民、并在创新实践中扮演关键角色;海岛居民代表 50 余人,来自不同岛屿、不同年龄与健康需求的居民。选取标准在于其作为健康服务的最终受益者与体验者,能够直观反映医共体建设,特别是青年服务带来的可及性、质量与感受变化。访谈提纲围绕以下轴线设计:对医共体建设与“健康共富”目标的理解;青年在医共体各项任务(如资源下沉、技术推广、急救协同、慢病管理)中的具体角色、贡献与挑战;医共体在激励、培养与留住青年人才方面的制度安排与实际效果;对数字化工具(如 5G + AR、远程监护)应用的评价与期待;组织改革下青年作用发挥的机制。所有访谈均经知情同意,录音并转录,形成详实的文本资料。

参与式观察方面,主要由笔者以“理事会办公室主任助理”身份,开展了为期 31 天的嵌入式政务实践。观察场景与活动包括决策与协调过程、业务运营与一线服务以及特定项目全流程等,观察笔记着重记录行为模式、互动关系、非正式沟通及情境细节,与访谈资料形成互补与验证。

档案资料分析方面,系统收集并分析医共体内部文件,如发展规划、会议纪要、工作报告、人才政策、数字化建设方案等等,用于理解制度背景、政策意图与组织变迁的正式轨迹。

数据分析严格遵循主题分析法的规范流程,旨在将丰富的质性资料转化为系统化、理论化的研究发现。研究首先对全部访谈转录稿、参与式观察笔记及关键档案文献进行标准化整理,并导入质性分析软件建立数据库。在开放式编码阶段,研究者对资料中涉及青年医务人员的角色定位、行为模式、态度倾向、制度环境、实践挑战及协作成效等微观要素进行逐行审视与贴标签,提取出大量初始概念。随后进入轴向编码阶段,重点在于寻找分散代码之间的内在逻辑关联,将这些初始概念聚拢为“青年人才下沉机制”、“数字技术适应过程”、“跨区域协作互动”等更具解释力的高级范畴。在此基础上,研究进一步开展选择性编码,通过厘清各核心范畴间的因果与互动关系,提炼出能够统领全篇、直接回应研究问题的核心主题。最终,基于这些核心主题,本研究构建起一个阐释“青春力量”如何借助“科技赋能”推动医共体建设并实现健康共富的整合性分析框架。这种从经验数据到理论模型的严谨推导过程,不仅确保了研究发现深深扎根于真实复杂的实践土壤,也保证了数据来源的多元互证与分析逻辑的严密自洽,从而为理解跨区域医疗协作中的青年作为与技术效应提供了扎实的案例支撑与学理依据。

2. 山海协作: 创新健康共富的协同发展理论

山海同心,城乡共体。浙江省为破解山区、海岛医疗资源薄弱问题,在“双下沉、两提升”工作基础上,迭代推出“山海”提升工程这一民生实事项目——通过 13 家省市三甲医院与 32 家海岛山区县级医院建立紧密型合作,推动优质医疗资源向“山”向“海”延伸。舟山作为群岛城市,拥有 1300 余个岛屿,普陀区囊括近 40% 的海岛数量,医疗服务“可及性差、覆盖难度大”成为制约健康共富的核心堵点。

为突破这一困境,普陀区以医共体建设为载体,积极响应省医疗卫生“山海”提升工程部署,依托普陀医院与浙江大学医学院附属邵逸夫医院(以下简称“邵逸夫医院”)的长期合作基础,于 2021 年 5 月 26 日正式签署“山海”提升工程合作协议,开启两家医院新一轮深度帮扶,为医共体优质资源下沉注入“强心剂”。

我们观察到自工程实施以来,在邵逸夫医院精准帮扶下,省级优质医疗资源持续向普陀区医共体扩容下沉:邵逸夫医院累计派出 8 批次 85 名优秀专家进驻普陀医院,2024 年专家团队完成门急诊 5466 人次、开展手术 413 例(其中三类手术 89 例、四类手术 100 例)、落地新技术新项目 24 项;普陀医院科研活力显著增强,2024 年科研项目数量实现跨越式增长。在学科建设层面,医共体牵头单位重点托管学科骨

科成功入选浙江省省级临床重点专科建设项目；呼吸与危重医学科首次开展全麻下经气管镜支气管病损切除术及支气管肿瘤切除术；肝胆胰外科微创手术保持全市领先；耳鼻咽喉科独立成科运营；口腔科业务收入突破 1000 万元，完成种植牙 500 余颗(同比增长 33.6%)。同时，医共体内部潜力医师成长加速，为海岛医疗“造血”能力提升奠定基础。

山海同心，城乡共体。浙江省为破解山区、海岛医疗资源薄弱问题，在“双下沉、两提升”工作基础上，迭代推出“山海”提升工程这一民生实事项目——通过 13 家省市三甲医院与 32 家海岛山区县级医院建立紧密型合作，推动优质医疗资源向“山”向“海”延伸。这不仅是医疗资源的再分配，更是一项深刻的社会公平实践，旨在通过基本公共服务的均等化，消弭因地理空间隔离导致的机会鸿沟，为“共同富裕”筑牢健康基石。舟山作为群岛城市，拥有 1300 余个岛屿，普陀区囊括近 40% 的海岛数量，医疗服务“可及性差、覆盖难度大”成为制约健康共富的核心堵点。这一困境的本质，是结构性地域不平等在医疗领域的集中体现：普陀医共体在关键医疗资源上对外部的严重依赖，直接转化为居民获得高质量医疗服务的机会不均等，迫使居民承受高昂的离岛就医成本，使“共同富裕”所倡导的发展成果共享在健康领域面临严峻挑战。

为突破这一困境，普陀区以医共体建设为载体，积极响应省医疗卫生“山海”提升工程部署，依托普陀医院与浙江大学医学院附属邵逸夫医院(以下简称“邵逸夫医院”)的长期合作基础，于 2021 年 5 月 26 日正式签署“山海”提升工程合作协议。这一签署不仅是一份帮扶协议，更是一份旨在重塑机会结构的制度化契约，致力于将原本集中于大城市的顶尖医疗机会，通过稳定通道向海岛县域平移。自工程实施以来，在邵逸夫医院精准帮扶下，省级优质医疗资源持续向普陀区医共体扩容下沉。值得注意的是，青年不仅是技术执行者，更是打破“资源依赖”结构的催化剂。邵逸夫医院累计派出的 8 批次 85 名优秀专家中，一大批富有活力的青年技术骨干成为下沉主力。他们不仅是技术的载体，更是新理念的传播者和跨代际协作的纽带。2024 年，专家团队完成门急诊 5466 人次、开展手术 413 例(其中三类手术 89 例、四类手术 100 例)、落地新技术新项目 24 项。这些成果直接创造了社会公平价值，极大地削弱了“居住地”对“生存机会”的决定性影响，这表明“山海”提升工程是医疗服务领域机会均等的实质性进步。

尤为重要的是，这表明这一过程并非简单的技术转移，而是以青年专家为引擎的“能力共生”系统。在开展高难度手术时，青年专家与普陀本地中青年骨干组成联合团队，通过“手把手”带教、模拟训练、联合科研等方式，实现了“外部优质资源内化为本地可持续的医疗服务能力与人才资本”，这一过程本质上是青年赋能本地团队，共同重塑区域人力资本与机会结构的社会过程。2024 年普陀医院科研项目数量显著提升，正是青年专家激发本地团队创新潜能、共同攀登学术阶梯的证明。这标志着机会的深化：从获得“治疗”的机会，进阶到参与“创造”和“知识生产”的机会，为本地医疗人才打开了曾经因地域限制而关闭的职业发展通道。

在学科建设层面，医共体牵头单位重点托管学科骨科成功入选浙江省省级临床重点专科建设项目；呼吸与危重医学科首次开展全麻下经气管镜支气管病损切除术及支气管肿瘤切除术；肝胆胰外科微创手术保持全市领先；耳鼻咽喉科独立成科运营；口腔科业务收入突破 1000 万元，完成种植牙 500 余颗，同比增长 33.6%。这表明了学科高地的形成，产生了强大的“机会磁吸”效应：一方面，吸引本地患者回流，减少了为寻求专科治疗而被迫进行的地理迁徙，直接降低了健康层面的地域不平等；另一方面，也为本地乃至周边区域的年轻医学生和医生提供了有吸引力的职业发展平台，改变了人才因基层机会匮乏而单向流出的困局。

破解资源依赖的终极环节，在于将外部输入的机会转化为内生的、可持续的人才机会网络。医共体内部潜力医师，特别是青年医师的快速成长，构成了这一网络的核心节点。通过“山海”工程，许多青

年专家与本地青年医师结成了稳定的“导师-伙伴”关系,在远程会诊、联合门诊中持续互动。这表明这种关系超越了传统的“帮扶”,形成了跨机构的学术共同体。青年专家带来的不仅是技术,更是一种职业发展的示范和可能性的拓宽,激励本地青年人才留在海岛、建设海岛,从而从根本上扭转了人力资源上的地域劣势,为机会均等提供了最坚实的人力资本基础。

综上所述,“山海”提升工程是共同富裕理念在健康领域的一次系统性实践。它通过制度化的资源下沉,直接攻击了由空间距离导致的医疗机会不平等;通过以青年专家为催化剂的深度能力移植,不仅提供了即时的服务,更创造了本地团队持续学习和发展的公平机会;最终,通过构建内生的学科高地和人才梯队,削弱了地域对个人健康命运与职业发展的结构性束缚。这标志着从“资源补偿”到“机会再造”的范式转变,不仅为海岛居民带来了健康福祉的“共富”,也为本地医疗人才提供了事业发展的“共富”,从而在更深刻的层面上促进了社会的公平与正义。

3. 技术赋能与模式创新:“共富方舟”如何重塑海岛医疗可及

2022年7月,普陀区以医共体为主体,启动“共富方舟·健康守护”行动,构建“专家下沉+数字赋能+慈善联动”的海岛医疗服务新模式。行动每批派出由普陀医院、邵逸夫医院专家组成的医疗团队,以“巡回服务”形式深入离岛、悬水小岛,为海岛群众提供免费诊疗、健康咨询服务;同步搭建医共体数字化健康管理平台,为岛上居民建立“健康画像”并纳入医共体统一健康档案,同时链接社会化慈善力量,精准解决海岛群众“看病难、配药难、急救难”痛点。

截至2024年,“共富方舟”项目已实现普陀区偏远海岛全覆盖,全年开展医疗、急救、体检服务19次,受益群众超3万人次,有效推动本岛与离岛医疗服务同质化,让海岛居民在家门口享受省级优质医疗。此外,医共体还承担多项公共卫生服务任务:全年完成征兵体检、高招体检、高考医疗保障、出海救护、“两癌”筛查、适龄儿童窝沟封闭(覆盖全区13所学校6000余人次)等指令性任务78次,派出医务人员668人次;其中出海抢救渔民32次(派出医务人员64人次),创医共体成立以来出海救护历史新高。

在数字赋能方面,“共富方舟”多功能海上医疗船率先部署5G+AR云急救系统与中央遥测监护系统,实现“救治前移”:偏远海岛群众就医时,现场医生佩戴5G+AR眼镜,邵逸夫医院专家可实时查看患者心电、影像等检查结果,远程指导问诊检查并给出治疗建议,彻底打破地域限制。同时,医共体构建“海陆空”一体化急救体系,2023年5月23日东极岛一男子疑似心梗休克事件中,医共体通过“空陆联动”快速响应——邵逸夫医院派驻普陀医院急诊专家苗岩松(“山海”提升工程帮扶专家)在义诊船上接到急救请求后,船靠码头即赶赴东极卫生院组织抢救,全程通过5G+AR技术同步病情,最终直升机20分钟内将患者转运至普陀医院导管室,完成“生命接力”,彰显医共体急救体系的高效性。这表明数字赋能不仅是技术应用,更是利用数字技术矫正“地理空间隔离导致的机会鸿沟”的实践。

2022年7月,普陀区以医共体为主体,启动“共富方舟·健康守护”行动,构建“专家下沉+数字赋能+慈善联动”的海岛医疗服务新模式。这不仅是物理意义上的专家移动,更是一次深刻的“服务流程数字化重构”,是在共同富裕宏大框架下,运用数字技术系统性矫正因地理隔绝导致的健康机会不平等的社会工程。行动每批派出由普陀医院、邵逸夫医院专家组成的医疗团队,其中青年医师、护师和技术骨干主动请缨,成为巡回服务的主力军与先锋队,以“巡回服务”形式深入离岛、悬水小岛。他们不仅是技术的执行者,更是新时代推动社会公平在健康领域落地的直接纽带。与此同时,同步搭建医共体数字化健康管理平台,为岛上居民建立“健康画像”并纳入医共体统一健康档案。这一举措标志着治理逻辑的根本转变:从“被动响应疾病事件”转向“主动管理健康数据”。“健康画像”的建立,使服务对象从模糊的“岛民群体”变为拥有清晰数据特征的“个体”,为实现精准健康干预与社会资源公平分配奠定了科学基础。同时链接社会化慈善力量,数字平台在此发挥了“资源匹配枢纽”的作用,在青

年团队实地调研与数据核验的基础上, 将碎片化的慈善资源与基于“健康画像”识别的精准需求进行高效对接, 系统性解决海岛群众“看病难、配药难、急救难”这一典型的地域发展不平衡痛点。

截至 2024 年, “共富方舟”项目已实现普陀区偏远海岛全覆盖, 全年开展医疗、急救、体检服务 19 次, 受益群众超 3 万人次, 有效推动本岛与离岛医疗服务同质化, 让海岛居民在家门口享受省级优质医疗。这一“同质化”努力, 本质上是推动基本公共服务均等化、保障不同地域居民健康机会均等的核心实践。此外, 医共体还承担多项公共卫生服务任务: 全年完成征兵体检、高招体检、高考医疗保障、出海救护、“两癌”筛查、适龄儿童窝沟封闭(覆盖全区 13 所学校 6000 余人次)等指令性任务 78 次, 派出医务人员 668 人次; 其中出海抢救渔民 32 次(派出医务人员 64 人次), 创医共体成立以来出海救护历史新高。在这些急难险重的任务中, 青年突击队总是冲锋在前, 而庞杂任务的协调与高效执行, 背后依赖的正是数字化平台对“人、任务、资源、地点”的精准调度与可视化管理, 体现了数字治理赋能整体性公共服务、弥补地域服务能力落差的显著优势。

在数字赋能方面, 其核心突破在于通过技术实现了“权威与能力的空间解耦”和“急救流程的时空压缩”, 从而直接缓解因空间距离导致的急救机会不平等。“共富方舟”多功能海上医疗船率先部署 5G+AR 云急救系统与中央遥测监护系统, 实现“救治前移”: 偏远海岛群众就医时, 现场青年医生佩戴 5G+AR 眼镜, 邵逸夫医院专家可实时查看患者心电、影像等检查结果, 远程指导问诊检查并给出治疗建议, 彻底打破地域限制。这构建了一个“远程在场”的权威体系。专家的知识权威通过技术实时“投射”到海岛, 而现场的青年医生则成为这一体系中最关键的“神经末梢”与执行枢纽, 他们的角色从孤立无援的决策者, 转变为拥有“增强感知”和“实时智囊”支持的、能力得到极大延伸的公共服务提供者, 这本身就极大地提升了公共服务的可及性与公平性。

同时, 医共体构建“海陆空”一体化急救体系, 2023 年 5 月 23 日东极岛一男子疑似心梗休克事件中, 医共体通过“空陆联动”快速响应——邵逸夫医院派驻普陀医院急诊专家苗岩松(“山海”提升工程帮扶专家)在义诊船上接到急救请求后, 船靠码头即赶赴东极卫生院组织抢救, 全程通过 5G+AR 技术由青年骨干医师保障病情数据同步, 最终直升机 20 分钟内将患者转运至普陀医院导管室, 完成“生命接力”, 彰显医共体急救体系的高效性。这个案例是数字治理促进空间正义的典范: 它展示了一个由数字技术贯穿始终、无缝衔接的“响应网络”。在这个网络中, 青年技术团队确保了数据流的高效、稳定传输, 驱动了决策流和资源流, 将原本因海洋阻隔而离散的“岛屿、船只、医院、直升机、专家”整合为一个动态响应的有机生命体, 为最偏远角落的居民提供了堪比城市中心的急救响应机会, 实现了急救服务在时间上的极致压缩和在空间上的公平覆盖。

综上所述, “共富方舟”行动是“数字治理”理论在海岛医疗场景下、服务于“共同富裕”目标的生动实践。它通过构建数字化健康管理平台, 为实现基于个体需求的精准公平提供了可能; 通过部署 5G+AR 等沉浸式通讯技术, 重构了权威与能力的空间分布, 让优质医疗机会不再被地理坐标锁定; 最终, 通过数据流驱动整个体系协同运作, 它再造了医疗服务流程。在整个过程中, 青年群体发挥了关键的先锋作用, 他们既是新技术的熟练应用者, 也是新服务模式的探索者, 更是“以人民为中心”发展思想在健康共富一线的忠实践行者。这不仅仅是把专家“送下去”, 更是用数字技术把海岛“连起来”、把服务“串起来”、把健康领域的“机会均等”真正“建起来”, 最终为实现全体人民共同富裕的健康基石贡献了普陀方案。

4. 组织变革与服务下沉: 海岛医共体的治理效能提升路径

(一) 组织嵌入学科, 推动管理与业务深度融合

医共体将基层管理单元与学科发展、分院运营深度融合, 构建了灵活高效的资源动员机制。针对突

发公共卫生事件应对及重点学科建设需求, 动态调整组织架构, 实现学科建设与应急管理的协同推进。这种组织模式的创新, 确保了在危机时刻和关键领域, 无论身处本岛还是悬水小岛, 居民都能获得同等标准、及时有效的公共卫生安全保障, 捍卫了生命权这一最基本的社会公平。

在“山海”提升工程推进中, 医共体围绕“3342X”目标, 不仅推动帮扶学科实现飞跃式发展, 更同步提升医共体整体管理水平。2022年普陀医院高分通过三乙复评, 成功创建全国海岛地区首个国家级创伤中心。这一成果的价值远不止于评级本身, 它意味着为整个海岛区域, 特别是偏远岛屿居民, 构建了一个可靠的高标准急危重症救治网络, 极大地压缩了急救响应的时间与空间成本, 为每一位海岛居民提供了均等的生存机会。在此过程中, 青年技术骨干在重点项目建设中攻坚克难, 快速成长为学科中坚力量, 实现了人才培养与学科发展的双赢。

(二) 人才培育强根基, 构建多层次梯队建设体系

医共体以“骨干示范、资源下沉”为主线, 构建了多层次人才培育体系, 实施了一项关键的制度性干预。近五年, 医共体下派10余名业务骨干到东极、六横、桃花等下属分院任院长、副院长, 直接提升了基层分院的业务与管理水平。这一举措旨在通过输入先进管理理念和业务能力, 系统性提升薄弱地区的医疗服务基准线, 从管理源头促进服务均等化。

在青年人才培养机制上, 医共体搭建了系统的学术成长平台。一方面选派年轻干部、业务骨干到邵逸夫医院等上级医院进修; 另一方面, 注重在“山海”工程和“共富方舟”等一线实践中培养和识别青年才俊。这种“上派进修”与“下沉锻炼”相结合的模式, 为青年人才提供了多维度的成长路径, 确保了医疗服务能力的代际传承与持续创新。此外, 响应国家东西部协作号召, 先后选派近20名医疗骨干参与援非、援藏、援疆、援川工作, 将普陀医共体的技术与理念传递至西部。这一行动注重选派有潜力的青年骨干, 使其在服务国家战略的实践中开阔视野、增长才干, 体现了在更大范围内促进健康公平的责任担当, 也为青年人才提供了广阔的价值实现舞台。

(三) 赋能“共富方舟”, 引领服务精准下沉

为强化“共富方舟”行动的组织执行力, 医共体在行动启动一周年之际, 成立了具有海岛辨识度的“共富方舟”专项工作组, 标志着“健康共富”从单一工作项目升格为一项需要持续投入资源与承诺的战略性事业, 其核心使命是直面并破解由海洋造成的地域健康服务不平等。

依托多部门联建机制, 设立“骨干先锋岗”及“青年示范岗”, 为青年医务人员提供了制度化的实践平台, 将其专业活力导入“健康共富”目标中, 使其在巡回诊疗、急救一线中成为连接政策、技术与群众信任的关键枢纽。专业医疗团队每月2次以“方舟巡回”形式下沉悬水小岛、偏远村社, 由青年骨干医生带头, 开展义诊、宣讲健康知识, 构建“体检前宣传-体检中服务-体检后随访”闭环。这不仅是服务供给的增加, 更是将优质医疗机会主动“送货上门”, 直接抵消了地理劣势对健康可及性的负面影响。“闭环”管理体现了对服务结果和居民体验的追踪, 确保服务真正转化为居民的健康福祉。这一过程也成为培养青年医务人员群众观念、实践能力和奉献精神的重要课堂。

综上所述, 普陀医共体的改革实践是公共价值管理理论在推动“健康共富”中的生动体现。管理体系系统性地扮演了关键角色: 它是社会公平与机会均等价值的定义者与倡导者, 是削弱地域不平等的战略设计师与资源调配者, 是价值行动的强力组织保障。尤为重要的是, 通过构建贯穿“选、育、用、炼”全过程的青年人才培养机制, 将价值理念的传承与能力的代际更新紧密结合, 确保了公共价值创造事业的可持续性。通过这一系列环环相扣的举措, 管理创新成功转化为一种强大的公平价值创造引擎, 不仅高效输出了医疗服务, 更系统性地生产了人人可及的机会公平、海陆同质的空间正义、代际接力的人才活力以及服务国家的广泛认同等复合型公共价值, 为扎实推动共同富裕提供了坚实的健康支撑和生动的基层范例。

5. 普陀医共体实现健康共富中面临的问题与挑战

(一) 人才队伍不稳定：结构性短缺与流动失衡并存

在实践中我们发现医共体高层次卫生专业技术人才紧缺问题突出，尤其是影像、病理、儿科等紧缺专业“招人难、留人难”现象加剧。定向培养生违约、公立医院医生辞职时有发生，原因包括：海岛地区薪酬待遇与职业发展空间有限，生活配套(如教育、交通)不足；医共体下属分院人才流失更为严重，基层岗位吸引力弱。目前仅依靠“山海”提升工程等外部帮扶“短期输血”，难以从根本上解决问题，需进一步强化医共体“造血”功能，完善“引育留用”全链条政策。

(二) 科研水平有待提升：学科建设与创新动能不足

我们还发现对照卫生健康现代化建设要求及等级医院创建标准，普陀医共体在科研学术方面存在明显短板。其挑战主要体现在科研项目层次偏低，以市县级和院内课题为主，国家级、省部级项目稀缺，导致科研成果的质量与影响力有限，临床转化率不足；各专科，尤其是重点建设专科，普遍缺乏具有学术号召力的高层次学科带头人，学科梯队建设呈现“断层”现象，青年后备人才科研能力与经验有待系统培养；同时，医共体内部科研能力分布不均，下属分院科研基础极为薄弱，与牵头医院之间未能形成有效协同与“上下联动”的科研氛围与机制。

(三) 信息化建设仍然薄弱：系统碎片化与协同障碍

另外我们发现医共体信息化建设存在“重硬件、轻统筹”问题，具体来说各分院硬件投入与软件系统建设缺乏统一规划，系统品牌多样、数据标准不一、接口互不开放，形成了严重的“信息孤岛”。例如，牵头医院的临床信息系统与分院的公共卫生管理系统、健康档案平台之间数据无法自动交互，远程医疗会诊系统因网络与标准不一导致响应迟缓、体验不佳，统一的居民健康管理平台与下属机构业务系统衔接存在断层。这种碎片化状态不仅造成重复投入与资源浪费，更使得业务协同效率低下，严重制约了“互联网 + 医疗健康”服务落地与智慧医院建设进程，影响了区域健康共富目标的整体推进。

6. 结论与建议

本次政务实践通过对舟山市普陀区医共体的深入调研，揭示了其推进“健康共富”的系统性创新。这一探索并非简单的资源输送，而是一场深刻的社会公平实践：它以“山海”提升工程为理论框架，通过构建与邵逸夫医院的紧密型医联体，致力于重塑海岛地区长期面临的“资源依赖”结构，将外部优质资源内化为本地可持续的医疗服务能力与人才资本，从而为消弭因地域隔绝造成的结构性机会不平等奠定基础。

在实践层面，“共富方舟”行动则是这一理念的生动载体。它借助 5G + AR、中央遥测监护与“海陆空”急救体系等数字技术，实现了“救治前移”与“权威的空间解耦”，极大地压缩了急救响应的时间与空间屏障。这不仅是对“看病难”痛点的技术性回应，更是对健康领域地域不平等的直接挑战，确保了最偏远岛屿的居民也能获得及时、有效的救治，实质性地推动了健康机会均等。在这一过程中，青年与骨干医护作为先锋力量，冲锋在巡回诊疗、技术应用与急救一线，他们的担当与创新，是连接高端技术、优质资源与基层群众信任的关键桥梁。

尤为重要的是，一套贯穿“选、育、用、炼”的系统性青年人才培养机制与之协同，通过上派进修、下沉锻炼、项目攻坚乃至援外援边等多种路径，将青年人才的个人成长深度融入公共服务与区域发展的宏大叙事中，为事业的代际传承与价值理念的延续提供了坚实保障。

展望未来，普陀医共体的探索已从“有无”覆盖迈向“优质”协同的新阶段。面对人才、科研与信息化等方面的挑战，未来需进一步深化“山海”提升工程的协同内核，推动形成“人才共育、技术共享、科研共创”的更强合力。这要求不仅持续引入外部资源，更要构建能激发内部活力、特别是青年人才创

新潜能的生态系统, 推动区域医疗服务从“同质化”向“创新能力提升”跃迁。

综上所述, 普陀的实践表明, “健康共富”是共同富裕宏伟蓝图在民生领域最切身的体现。它通过理论创新打破资源桎梏, 通过数字赋能跨越空间阻隔, 通过组织改革与青年接力筑牢根基, 最终将发展成果公平惠及每一位海岛居民。这条以促进社会公平、保障机会均等为价值主线的路径, 不仅为海岛地区, 也为所有面临类似发展不平衡挑战的地区, 提供了可资借鉴的“普陀样本”。

针对普陀医共体面临的人才流失问题, 我们建议: 首先, 建立与海岛服务年限、岗位紧缺度和地理偏远度直接挂钩的“阶梯式特殊津贴”制度, 使薪酬水平显著体现地区差异与职业补偿。其次, 开通海岛医疗卫生人才职称评审绿色通道, 在评审中单列计划、优化年限, 并突出实践能力与服务贡献评价, 为长期扎根一线的医务人员拓宽职业发展空间。同时, 推行“人才安居乐业护航计划”, 统筹解决住房保障、子女教育及交通通勤等关键生活配套问题, 切实减轻人才后顾之忧。在专业发展层面, 需构建与省市医院联动的“人才旋转门”与导师培养机制, 通过定期双向交流、上级专家下沉带教与结对指导, 持续提升基层人才的专业能力。此外, 针对特别紧缺的专业岗位, 可探索“定向预聘与协议薪酬”模式, 采取“一事一议”方式增强招聘灵活性与吸引力。通过以上多措并举, 系统化构建“引得进、育得强、留得住、用得好”的人才生态, 方能实现从外部输血到内生造血的根本转变, 夯实健康共富的人才基石。

针对普陀医共体科研水平面临的系统性短板, 我们建议需超越一般性帮扶, 构建一个以需求为导向、资源可及、激励相容的科研能力提升体系。一是实施“学科带头人双聘与孵化计划”。依托“山海”提升工程, 由支援医院(如邵逸夫医院)与普陀医共体共同遴选并联合聘任重点专科的“双聘学科带头人”。该带头人不仅负责制定学科的科研发展规划, 更需承担为本地孵化 1~2 名科研骨干的具体任务, 通过项目共研、联合指导等方式, 实现人才与能力的同步下沉与扎根。二是设立“山海协作临床研究专项基金”。由省、市卫健委牵头, 联合支援医院与地方政府共同出资, 设立定向用于普陀医共体的科研基金。评审时对由支援医院专家与本地医护人员联合申报的课题给予倾斜, 并建立“申报-评审-立项-结题”的全程指导机制。三是共建“临床数据与样本资源协作平台”。在严格遵循伦理与数据安全规范的前提下, 由支援医院提供技术标准与管理模式, 协助普陀医共体建设标准化的临床科研数据库和生物样本库。通过以上举措, 将外部优质资源与内部实际需求深度耦合, 推动科研帮扶从“零散项目输入”升级为“系统能力共建”, 逐步培育起医共体自身可持续发展的学科发展与科研创新动能。

而针对上述信息化建设困境, 必须打破原有分散建设的模式, 以“标准统一、平台统建、数据统管”为核心原则, 进行顶层设计与分步实施。一是成立“医共体信息化建设与数据标准委员会”。由医共体牵头单位主要负责人任主任, 邀请支援医院(如邵逸夫医院)信息中心专家、各分院信息科长及业务骨干共同参与。该委员会的首要职责是制定并强制推行医共体统一的医疗数据元标准、交互接口规范和信息安全管理制, 为所有新建与改造系统设立不可逾越的“技术篱笆”。二是实施“区域医疗云平台一期攻坚工程”。在委员会制定的统一标准基础上, 优先建设覆盖医共体所有成员单位的核心云平台。通过以上组合策略, 旨在将分散、异构的信息系统整合为一体化、可扩展的“数字医共体”, 从根本上打通数据血脉, 破除协同壁垒, 为提升医疗服务效率、质量与可及性提供坚实的技术底座。

基金项目

本研究由浙江省高校党建课题(2025DJYJ048)、杭州医学院本科教育改革项目(2026XJJG17)以及杭州医学院首批专创课程支持。

参考文献

- [1] Heyeres, M., McCalman, J., Tsey, K. and Kinchin, I. (2016) The Complexity of Health Service Integration: A Review

- of Reviews. *Frontiers in Public Health*, **4**, Article 223. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00223>
- [2] Furukawa, M.F., Kimmey, L., Jones, D.J., Machta, R.M., Guo, J. and Rich, E.C. (2020) Consolidation of Providers into Health Systems Increased Substantially, 2016-18. *Health Affairs*, **39**, 1321-1325. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00017>
- [3] 梁金刚, 杨慧. 国际经验视角下我国城市分级诊疗体系成效研究[J]. 行政管理改革, 2022, 9(9): 88-95.
- [4] 郑英. 我国区域整合型医疗健康服务体系的治理逻辑与路径分析——基于多中心治理视角[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(1): 20-28.
- [5] Weeks, W.B., Chang, J.E., Pagán, J.A., Lumpkin, J., Michael, D., Salcido, S., *et al.* (2023) Rural-Urban Disparities in Health Outcomes, Clinical Care, Health Behaviors, and Social Determinants of Health and an Action-Oriented, Dynamic Tool for Visualizing Them. *PLOS Global Public Health*, **3**, e0002420. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002420>
- [6] Liepins, T., Nixon, G. and Stokes, T. (2024) Rural-Urban Differences in Health Service Utilization in Upper-Middle and High-Income Countries: A Scoping Review. *International Journal for Equity in Health*, **23**, Article 188. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02261-w>
- [7] Zheng, W., Jiang, H., Ai, H., Luo, J. and Wang, X. (2015) Analysis of Regional Inequalities of Basic Medical Resources Supply in China. *Geographical Research*, **34**, 2049-2060.
- [8] 郑超, 王新军, 孙强. 城乡医保统筹政策、居民健康及其健康不平等研究[J]. 南开经济研究, 2021(4): 234-256.
- [9] Snoswell, C.L., Chelberg, G., De Guzman, K.R., Haydon, H.M., Thomas, E.E., Caffery, L.J., *et al.* (2023) The Clinical Effectiveness of Telehealth: A Systematic Review of Meta-Analyses from 2010 to 2019. *Journal of Telemedicine and Telecare*, **29**, 669-684. <https://doi.org/10.1177/1357633x211022907>
- [10] Perez, K., Wisniewski, D., Ari, A., Lee, K., Lieneck, C. and Ramamonjariavelo, Z. (2025) Investigation into Application of AI and Telemedicine in Rural Communities: A Systematic Literature Review. *Healthcare*, **13**, Article 324. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030324>
- [11] 顾海, 奉子岚, 吴迪, 等. 我国远程医疗研究现状及趋势——基于 CiteSpace 的文献量化分析[J]. 信息资源管理学报, 2020, 10(4): 119-129.
- [12] 翟运开. 基于远程医疗的分级诊疗体系建设研究[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(8): 564-567.
- [13] 魏然, 曹璐杰, 张耀光, 等. 医共体背景下县域远程轻会诊模式的构建与评价[J]. 中国医院, 2022, 26(7): 43-45.
- [14] 赵莉娜, 刘宝琴, 刘穗斌, 等. 基于典型案例探讨我国紧密型县域医疗卫生共同体现状及其展望[J]. 中华医院管理杂志, 2022, 38(3): 161-167.
- [15] 薛俊军, 钱晨, 王存慧, 等. 现代医院管理制度视角下的紧密型县域医共体建设探讨[J]. 卫生软科学, 2021, 35(2): 20-23.