

“三个同一、六位一体”医疗模式下沉基层的路径优化与实践模式研究

郑 瑶, 杜晓明, 段学庆, 邓 美, 王亚平, 王海亮*

眉山市中医医院骨科康复医学中心, 四川 眉山

收稿日期: 2026年2月13日; 录用日期: 2026年3月6日; 发布日期: 2026年3月13日

摘 要

基层医疗是我国分级诊疗体系的基石, 也是实现“健康中国2030”战略的关键环节。当前, 基层医疗机构普遍存在诊断标准不统一、治疗方案碎片化、疗效评价缺乏规范, 且服务维度单一等问题, 难以满足老龄化背景下慢病管理、康复护理等多元化健康需求。“三个同一”即统一诊断标准、统一治疗方案、统一疗效评价与“六位一体”即融合药物治疗、物理治疗、康复治疗、心理治疗、健康管理、中医药服务医疗模式, 为破解基层医疗质量不均、服务能力不足的困境提供了创新方向。本文系统梳理“三个同一、六位一体”模式的核心内涵, 从标准化构建、服务融合、支撑体系优化、实践案例验证四个维度, 分析该模式下沉基层的路径瓶颈与优化策略, 并结合国内典型实践案例总结可复制经验, 最后提出针对性对策建议, 为推动基层医疗高质量发展、完善分级诊疗体系提供理论参考与实践依据。

关键词

基层医疗, 三个同一, 六位一体, 路径优化, 分级诊疗体系, 慢病管理

Path Optimization and Practical Model Research on the Implementation of the “Three Unifications, Six-in-One” Healthcare Model in Primary-Level Health Services

Yao Zheng, Xiaoming Du, Xueqing Duan, Mei Deng, Yaping Wang, Hailiang Wang*

Orthopedic Rehabilitation Medicine Center, Traditional Chinese Medicine Hospital of Meishan, Meishan Sichuan

Received: February 13, 2026; accepted: March 6, 2026; published: March 13, 2026

*通讯作者。

文章引用: 郑瑶, 杜晓明, 段学庆, 邓美, 王亚平, 王海亮. “三个同一、六位一体”医疗模式下沉基层的路径优化与实践模式研究[J]. 服务科学和管理, 2026, 15(2): 424-432. DOI: 10.12677/ssem.2026.152046

Abstract

Primary healthcare is the cornerstone of China's hierarchical medical system and a key link in realizing the "Healthy China 2030" strategy. Currently, primary medical institutions generally face problems such as inconsistent diagnostic standards, fragmented treatment plans, lack of standardized efficacy evaluation, and single service dimension (emphasizing drug treatment while neglecting comprehensive intervention), which make it difficult to meet the diversified health needs such as chronic disease management and rehabilitation care under the background of aging. The "Three Unifications" (unified diagnostic standards, unified treatment plans, unified efficacy evaluation) and "Six-in-One" (integrating drug treatment, physical therapy, rehabilitation treatment, psychological treatment, health management, and traditional Chinese medicine services) medical model provides an innovative direction to solve the predicament of uneven quality and insufficient service capacity of primary healthcare. This article systematically sorts out the core connotation of the "Three Unifications, Six-in-One" model, analyzes the path bottlenecks and optimization strategies of this model sinking to the primary level from four dimensions: standardized construction, service integration, support system optimization, and practical case verification, summarizes replicable experiences combined with typical domestic practical cases, and finally puts forward targeted countermeasures and suggestions, providing theoretical reference and practical basis for promoting the high-quality development of primary healthcare and improving the hierarchical medical system.

Keywords

Primary Healthcare, Three Unifications, Six-in-One, Path Optimization, Hierarchical Medical System, Chronic Disease Management

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

基层医疗作为医疗卫生服务体系的“基层医疗卫生机构网络”，承担着常见病诊疗、慢病管理、健康促进等核心职能，其服务能力直接关系到全民健康水平的提升。根据《2023 年我国卫生健康事业发展统计公报》[1][2]，我国基层医疗机构(含社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室)数量占医疗机构总数的 94.9% (2023 年末基层医疗卫生机构占医疗卫生机构总数)，但诊疗量占比仅为 51.8% (2023 年基层医疗卫生机构诊疗人次占比) [3][4]。当前，基层医疗发展面临三大核心挑战。

1.1. 诊疗标准化程度低，质量把控难

一方面，基层医生专业能力参差不齐，对高血压、糖尿病等常见病的诊断标准执行不统一(如部分乡镇卫生院仍沿用旧版指南阈值)，导致误诊、漏诊率较高[5][6]；另一方面，治疗方案缺乏规范，如抗生素滥用、慢病用药剂量不当等问题普遍存在，且疗效评价多依赖主观判断(如“患者感觉好转”)，缺乏量化指标(如血压达标率、功能恢复评分)，难以实现诊疗质量的持续改进[7][8]。

1.2. 服务维度单一，综合干预不足

中医药服务在部分地区基层供给仍不均衡，适宜技术规范开展程度有待提升。政策层面已明确到

2025年社区卫生服务中心和乡镇卫生院基本实现中医馆全覆盖,并推动基层规范开展中医药适宜技术[1],因此需以标准、培训与质量控制促进服务能力提升。基层医疗长期以“药物治疗”为核心,忽视物理治疗、康复治疗、心理治疗等非药物干预手段。以脑卒中后遗症患者为例,基层医疗机构多仅提供降压、降脂药物处方,而肢体功能康复、心理抑郁干预等关键服务缺失,导致患者预后不佳[9][10];同时,中医药服务,如针灸、推拿在基层覆盖率不足40%,健康管理多停留在“建档”层面,缺乏动态随访与个性化指导[11][12],难以满足居民全周期健康需求。

1.3. 支撑体系不完善,模式落地受阻

医保支付对非药物服务,如康复治疗、心理咨询的报销比例偏低,部分地区报销比例偏低,制约了“六位一体”服务的开展;区域医疗信息平台互联互通不足,基层与二、三级医院的诊断结果、治疗方案难以共享,导致“三个同一”难以跨机构落实;此外,基层缺乏康复师、心理师、中医师等专业人才,专业人才短缺普遍存在[13][14],成为模式下沉的核心瓶颈。

在此背景下,“三个同一、六位一体”医疗模式应运而生。该模式以“标准化”为核心(三个同一),以“全维度服务”为支撑(六位一体),通过整合诊疗标准与服务资源,实现基层医疗从“单一治疗”向“综合健康管理”的转变。本文基于该模式的内涵特征,结合国内实践案例,系统分析其下沉基层的路径优化策略,为基层医疗高质量发展提供参考。

1.4. 数据来源与研究方法

本文采用“政策文件+指南共识+文献证据+案例调研”相结合的方法:①政策与统计数据主要来源于国家卫生健康委员会《2023年我国卫生健康事业发展统计公报》及国家统计局相关分析报告[1][2];②诊疗与管理标准依据《中国高血压防治指南(2023)》等国家/学会指南以及国家基层慢病管理指南(如《国家基层高血压防治管理指南(2020)》)等文件进行本土化适配[3][15];③在服务融合与支撑体系设计方面,检索中国全科医学、中国卫生政策研究、中华医院管理杂志等核心期刊近年研究,并结合国家“优质服务基层行”、全民健康信息化等政策要求形成策略框架[2][3][5];④关于效果验证部分,提出可复制的准实验评估方案,并建议各地在试点实施中按统一指标口径进行前后对照与分组比较。

在此背景下,“三个同一、六位一体”医疗模式应运而生。该模式以“标准化”为核心(三个同一),以“全维度服务”为支撑(六位一体),通过整合诊疗标准与服务资源,实现基层医疗从“单一治疗”向“综合健康管理”的转变。本文基于该模式的内涵特征,结合国内实践案例,系统分析其下沉基层的路径优化策略,为基层医疗高质量发展提供参考。

2. “三个同一”的标准化构建:基层医疗质量把控的核心基石

“三个同一”是确保基层医疗质量同质化的前提,需从诊断、治疗、疗效评价三个环节构建闭环式标准化体系,解决“怎么诊、怎么治、怎么评”的问题。

2.1. 统一诊断标准:基于指南的“本土化适配”

统一诊断标准需遵循“国家指南+地方细则”的原则,避免“缺乏灵活性”[13]。具体路径包括指南下沉与简化:以国家权威指南,如《中国高血压防治指南2023》《中国2型糖尿病防治指南2020》为基础,结合基层实际制定“简化版诊断流程”。如,针对基层缺乏动态血压监测仪的问题,明确“非同日3次诊室血压 $\geq 140/90$ mmHg即可诊断高血压”,并列出发性高血压的筛查指征,如年轻患者血压骤升、降压药效果不佳,指导基层医生识别疑难病例。

2.2. 远程会诊辅助诊断

通过“县-乡-村”三级远程医疗平台,基层医生对疑似病例,如不典型糖尿病、复杂慢性疼痛等,可实时上传病史与检查结果,由县级医院专科医生协助确诊,从而提升诊断一致性并减少误诊/漏诊[3]。为保证数据可追溯,建议在试点报告中明确医疗机构名称、研究时间段与统计口径,并将原始数据归档备查[14][15]。

2.3. 诊断质量监督考核

建立“诊断一致性抽查”机制,由县级质控中心定期抽取基层诊疗病例,比对诊断结果与标准流程的符合度,将考核结果与基层机构绩效挂钩,促进诊断标准实施。

3. 统一治疗方案:基于疾病谱的“路径化管理”

统一治疗方案需结合基层常见病、多发病谱,制定“标准化临床路径”,避免治疗的随意性。具体实践包括:

3.1. 分疾病制定路径

针对高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)等高发慢病,明确“药物治疗+非药物干预”的统一方案[16]-[18]。例如,高血压2级患者的统一路径为:① 药物治疗:首选长效钙通道阻滞剂,血压未达标时联合血管紧张素转换酶抑制剂;② 非药物干预:每日盐摄入 $\leq 5\text{ g}$,每周运动 ≥ 150 分钟,每月随访1次。

3.2. 特殊人群个体化调整

在统一路径基础上,针对老年人、孕产妇、儿童等特殊群体制定“调整细则”。例如,老年糖尿病患者的血糖控制目标统一调整为空腹血糖 $4.4\sim 7.0\text{ mmol/L}$,糖化血红蛋白 $< 7.5\%$,避免低血糖风险。

3.3. 药物目录统一管理

以“国家基本药物目录”为核心,统一基层医疗机构的用药清单,确保治疗方案中药物的可及性[19][20]。例如,江苏省基层医疗机构统一配备232种基本药物,涵盖慢病、常见病治疗所需,避免因药物短缺导致治疗方案变更。

4. 统一疗效评价:基于量化指标的“全周期监测”

为实现疗效的可衡量与可对比,统一疗效评价体系需整合客观指标与主观评价,构建多维度、结构化评估框架。该体系涵盖疾病控制、健康结局与患者满意度三大维度:在疾病控制层面,针对慢病患者统一监测血压达标率($< 140/90\text{ mmHg}$)、血糖达标率(空腹 $< 7.0\text{ mmol/L}$)、COPD年急性加重次数(≤ 2 次)等关键生物医学指标[21]-[23];在健康结局层面,引入SF-36量表系统评估生活质量,并综合考察疾病负担及安全性指标;以脑卒中后遗症患者为例,需纳入“6分钟步行距离”“Barthel指数”等具象化功能指标。在患者体验层面,则通过标准化设计的“基层医疗服务满意度量表”,从诊疗便捷性、服务态度与疗效感知等维度进行综合评价,且明确要求其权重占比不低于30%,从而在制度设计上保障医疗质量与患者体验的均衡性。通过上述“三个同一”的标准化构建,基层医疗得以建立“诊断有依据、治疗有规范、疗效有标尺”的质量闭环,进而为“六位一体”服务融合——即打破传统以药物为中心的单维干预模式,实现药物、物理治疗、康复、心理、健康管理与中医药服务的多维整合,覆盖“预防-诊疗-康复-管理”全周期健康需求——奠定坚实的科学基础与质量保障。

4.1. 核心服务维度的基层实施策略

4.1.1. 在“六位一体”基层医疗服务模式中，各维度服务基于功能定位实现有机协同

药物治疗作为基础环节，强调规范与安全，依托统一用药目录和药事管理机制[24][25]，如设立药事管理小组开展处方点评、构建慢病患者用药档案以实现动态调控，从源头保障合理用药；物理治疗侧重于设备下沉与技术普及，通过配置低频脉冲治疗仪、红外线理疗仪等基础设备，并培训全科医生掌握穴位贴敷、超声波治疗等适宜技术，有效提升如颈肩腰腿痛等病症的疗效；康复治疗实行分级分类与居家延伸相结合，在院内提供肢体与言语功能训练的同时，制定个性化居家康复计划并通过视频随访指导执行，确保康复服务的连续性；心理治疗采取筛查先行与干预下沉策略，针对老年人、慢病患者等高危人群开展年度心理筛查(SDS/SAS 量表)，并借助兼职心理师或远程平台为轻症患者提供认知行为干预，重症则及时转诊，实践表明可显著降低抑郁发生率；健康管理则以电子健康档案为核心推行动态随访，为居民建立并季度更新健康档案，对慢病患者实施月度随访、健康人群年度体检，并据此不断优化个体化健康指导方案。上述服务融合体现了从单一诊疗向连续、整合型健康管理的模式转变，凸显了基层医疗卫生服务的内涵提升与系统化发展。

4.1.2. 中医药服务：适宜技术，文化融入

通过“中医馆建设 + 适宜技术推广”的双重策略推动中医药服务下沉基层，其具体路径包括：在硬件层面，于每个乡镇卫生院及社区卫生服务中心规范设立中医馆，并统一配备针灸针、艾灸仪及中药饮片等基础设备与药材，构筑中医药服务的物理载体；在技术层面，系统化培训基层医生掌握以“针灸治疗腰痛”“推拿治疗小儿消化不良”“中药熏蒸治疗关节炎”等为代表的 10 项中医药适宜技术，并将其结构化纳入基层常见病、多发病的统一治疗方案，从而实现中医药服务在基层的可及性、规范性和同质化提升。

4.2. “六位一体”的融合实践模式

“六位一体”医疗模式强调以患者为中心的多维度服务有机整合，而非不同疗法的机械叠加，其核心在于依据患者具体病情与健康需求制定个性化融合方案。以基层常见的高血压合并脑卒中后遗症患者为例，该模式构建以“控制血压、改善肢体功能、预防再次卒中、缓解心理焦虑”为核心目标的整合干预路径：在药物治疗方面，规范应用长效降压药与抗血小板药物；结合每周 3 次的低频脉冲物理治疗以改善肢体循环；康复治疗则整合院内专业肢体功能训练与居家平衡训练，提升运动功能；每月 1 次的心理咨询干预卒中后抑郁情绪；健康管理通过每 2 周一次的定期随访，监测血压及康复进展，实施动态调控；并引入每周 2 次的中医针灸治疗，辅助促进肢体功能恢复[26][27]。已有研究提示远程监测与规范随访可提高血压控制水平[3]，社区康复干预可改善卒中患者功能结局[4]。建议各地试点按照统一指标体系开展前后对照与分组比较，形成可公开复核的本地证据。

5. “三个同一、六位一体”下沉基层的支撑体系优化

“三个同一、六位一体”模式的实施，需依托空间资源、医保支付、信息共享、人才队伍四大支撑体系的协同优化，解决“落地难、可持续性差”的问题。

5.1. 空间与资源配置：功能分区，设备标准化

基层医疗机构需按照“六位一体”服务需求优化空间布局，设立“诊断区、治疗区、康复区、心理咨询室、中医馆、健康管理区”六大功能分区，确保服务开展的物理条件。同时，制定《基层医疗机构设备配置标准》，明确各类服务的必备设备，由地方政府统筹资金采购，尽可能实现关键设备覆盖。

5.2. 医保支付机制：政策倾斜，激励融合服务

医保支付是模式可持续运行的关键，但应遵循“保障基本、循证优先、预算约束、激励相容”的原则。建议将非药物服务(康复、心理、健康管理、中医适宜技术等)优先纳入门诊统筹或按病种付费的支付范围，并以“服务包/周期”而非“单次项目”设定支付标准，避免过度医疗。具体可从以下三方面优化：

(1) 在医保基金约束下的支付范围与标准：对证据充分、替代住院或减少复发再入院风险的非药物干预优先纳入(如卒中社区康复、规范随访与远程监测等)。对疗效证据不足或人群适应性不明确的项目，可先以试点 + 绩效结算方式探索，并设置年度预算上限与动态评估退出机制。

(2) 财政可持续性测算框架(建议写入试点评估报告)：以“每人年(PMPY)成本 - 效果”为核心，测算新增非药物服务成本(设备折旧、人工工时、信息平台运维)与潜在节约(住院率下降、并发症减少、重复检查减少)。可采用预算影响分析(BIA)与成本 - 效果分析(CEA)并行：BIA 回答基金是否“付得起”，CEA 回答是否“值不值”。

(3) 与绩效考核挂钩的支付激励：建议将“三个同一”执行率(诊断一致性、临床路径依从性、疗效评价完整率)与“六位一体”服务覆盖率、关键结局改善(达标率、功能评分提升等)纳入绩效结算，实行“基础支付 + 质量加成(P4P)”。对基层医生工作负担增加，可通过“签约服务绩效 + 按人头/按病种管理费 + 工作量系数”综合补偿，并将远程协同、康复随访等新增工作纳入岗位说明书与绩效分配细则，形成明确可操作的激励机制。

5.3. 信息共享与远程协同：打破壁垒，实现标准化互通

建立“区域医疗信息一体化平台”，实现“三个同一”的跨机构落实与“六位一体”服务的全程追溯：信息共享内容，平台涵盖电子健康档案、诊断报告、治疗方案、疗效评价数据，基层医生可实时调阅患者在二、三级医院的诊疗记录，确保诊断、治疗标准统一；远程协同功能：开通远程会诊、远程康复指导、远程心理干预，弥补基层专业人才不足[28]-[31]；数据质量管控，平台设置“三个同一”标准校验功能，如基层医生诊断高血压时，系统自动提示指南标准，若偏离标准需填写理由，确保标准化执行。

5.4. 人才队伍建设：多学科培养，激励下沉

针对基层人才短缺问题，需构建“培养 + 引进 + 激励”的三维体系，(1) 定向培养，与医学院校合作开设“基层全科医学专业，学生毕业后定向服务基层 5 年，学费由政府补贴[32]；(2) 多学科培训，对现有基层医生开展“六位一体”技能轮训，每年培训不少于 120 学时，考核合格者授予“基层综合服务资质证书”[33]；(3) 人才下沉激励，建立“二、三级医院医生下沉基层”机制，下沉医生每月在基层服务不少于 10 天，享受职称晋升加分、绩效补贴，同时推行“银龄医生”返聘计划，吸引退休中医师、康复师服务基层。

6. 实践案例与效果验证：国内典型模式分析

国内多地已启动“三个同一、六位一体”模式向基层下沉的试点工作，不仅形成了具备可复制性的实践经验，其实施效果亦通过量化指标得到科学验证。其中，江苏省某县推行“慢病管理标准化 + 六位一体融合”模式，在“三个同一”构建层面，以高血压、糖尿病为核心试点病种，统一采用 2023 版国家指南作为诊断标准，划分三级管理路径形成规范治疗方案，并以血压、血糖达标率与生活质量评分共同构成疗效评价体系；在“六位一体”融合层面，于乡镇卫生院设立“慢病综合服务中心”，系统整合药物治疗、康复训练、心理咨询及中药泡脚降血压等中医药服务，为患者量身定制个性化健康管理方案；在支撑体系建设层面，搭建县域慢病数据共享信息平台，同时将六位一体服务纳入医保按病种付费范畴，

明确高血压年度付费标准为 2800 元。广东省某社区则探索“中医药 + 六位一体”模式，一方面统一中医药适宜技术治疗标准与疗效评价标准，另一方面在“六位一体”融合中重点打造“中医馆 + 康复室 + 心理咨询室”服务载体，为颈肩腰腿痛、失眠患者提供“针灸 + 理疗 + 心理疏导 + 健康指导”的综合干预服务，且在支撑体系上引入远程中医会诊平台，配备可 3 分钟完成处方调配的中药智能调剂机，将中医药服务的医保报销比例提升至 80%。上述两地案例均以“慢病管理”为核心切入点，借助病种聚焦特性实现服务标准化突破；均注重“多维度服务融合”而非单一服务的简单叠加，通过服务协同性提升患者就医获得感与健康改善效果；均强化医保政策衔接与信息平台支撑的双重保障，为模式的长期可持续运行奠定基础。其核心启示在于“三个同一”的构建需精准锚定基层高发疾病类型，确保标准体系的实用性与针对性；“六位一体”的融合需紧密对接居民健康需求痛点，优化服务供给的精准度与适配性；支撑体系的建设需深度结合地方财政承载能力与医保政策导向，通过制度协同增强模式的可复制性与推广价值。

7. 挑战与展望

尽管“三个同一、六位一体”模式在基层医疗卫生服务领域已取得阶段性实践成效，但在向更广范围、更深层次推进过程中，仍面临多重现实挑战：其一，标准化执行存在显著区域差异，部分偏远地区基层医务人员对“三个同一”（统一诊断标准、治疗方案、疗效评价）的核心内涵理解不透彻，导致政策执行流于表面，出现“形式合规但实质偏离”的执行走样现象[34]；其二，服务融合的深度与精准度不足，部分基层医疗卫生机构将“六位一体”服务（如药物治疗、康复训练、心理咨询等）视为硬性任务指标，缺乏对不同人群健康需求的精细化研判，存在忽视老年人心理慰藉等个性化需求的服务短板；其三，信息平台的互联互通性存在局限，当前跨省、跨市层面的健康信息平台尚未实现数据打通与协同共享，导致流动人口的“三个同一”管理缺乏连续性，难以形成全周期、跨区域的标准化健康服务闭环[35]；其四，医保支付政策的支撑力度仍有不足，部分地区对康复治疗、心理治疗等非药物服务设定较低的报销限额，直接制约了基层机构开展此类服务的积极性与可持续性[36]。

针对上述挑战，未来可从四大维度推进“三个同一、六位一体”模式的优化升级，以实现其在基层的高质量落地：一是强化标准化执行的监督管控，构建“国家 - 省 - 市 - 县”四级联动的质量控制体系，依托人工智能技术对基层诊疗数据进行常态化抽查，对标准化执行不达标机构启动专项督导与整改机制，确保政策执行的一致性与规范性；二是推动服务供给的个性化适配，基于居民电子健康档案构建多维度“患者需求画像”，通过大数据分析自动匹配“六位一体”服务组合方案，例如针对老年人健康特点，优先推荐中医药服务与康复训练相结合的个性化服务包[35]；三是加快全国健康信息一体化建设，以“国家全民健康信息平台”为核心载体，打破省、市间的数据壁垒，推动跨区域健康数据的安全共享与高效流转，实现流动人口诊疗标准、疗效评价的全国统一，保障服务的连续性；四是优化医保支付政策设计，进一步提高康复治疗、心理治疗等非药物服务的医保报销比例，取消单次服务报销限额，转而按服务周期设定科学的报销标准，为基层机构开展多元化服务提供政策激励与保障[36]。

8. 结论

“三个同一、六位一体”医疗模式通过标准化诊疗与全维度服务融合，为基层医疗高质量发展提供了创新路径。该模式的下沉需以“三个同一”为质量核心，以“六位一体”为服务支撑，以空间配置、医保支付、信息共享、人才队伍为保障，通过“试点 - 推广 - 优化”的渐进式路径落地。从国内实践案例来看，该模式可显著提升基层诊疗质量、改善患者预后、增强居民获得感，是落实分级诊疗、应对老龄化健康需求的关键举措。未来，需进一步强化政策协同、技术支撑、居民参与，推动该模式从“试点

探索”走向“全面普及”，为实现“健康中国 2030”目标奠定基层基础。

基金项目

“三个同一、六位一体”医疗模式下沉基层的路径研究，项目编号：SCYG2025-20。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会网站. 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报解读[J]. 中国农村卫生, 2024, 16(9): 6-14, 33.
- [2] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 2023 年我国卫生健康事业发展统计公报[J]. 中国病毒病杂志, 2024, 14(5): 416-424.
- [3] 杨敬, 马伟杭, 徐飞鸿, 等. 浙江省分级诊疗现状及问题分析[J]. 中华医院管理杂志, 2015, 31(12): 922-924.
- [4] 张泽洪. 分级诊疗体系中基层医疗服务能力建构路径[J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(2): 102-105.
- [5] 于微, 唐铎洋, 陆坤贞, 等. 普及基层新发传染病防控要点, 赋能乡村振兴, 助力健康中国——《新发传染病电子杂志》发展的思考与实践[C]//第二十二届(2024)全国核心期刊与期刊国际化、网络化研讨会论文集. 2024: 115-120.
- [6] 孙雪景. 农村基层医疗机构卫生人力资源配置问题及对策研究——以石家庄高新区为例[D]: [硕士学位论文]. 石家庄: 河北师范大学, 2020.
- [7] 涂梦婷. 基于 QALY 的慢病治疗成本预测模型研究——以糖尿病为例[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 武汉科技大学, 2020.
- [8] 张丹, 宋雪骄, 左先波. 按疾病诊断相关分组背景下的精准医学助力慢病治疗管理[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2023, 15(1): 8-12.
- [9] 王萱萱, 蔡思好, 王刚, 等. 老年多重慢性病患者对社区健康管理服务模式的选择偏好研究[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(3): 32-40.
- [10] 香巧柳, 张杰安, 香良佳, 等. 基层医疗机构慢病管理药学服务模式对糖尿病患者病情控制及并发症的影响[J]. 首都食品与医药, 2025, 32(5): 122-124.
- [11] 李薇. 基层全科医生的慢性病医防融合服务供给现状及影响因素研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东大学, 2024.
- [12] 郭佳, 孙华君, 陈营, 等. 基层医疗卫生机构慢性病医防融合服务质量现场评价指标体系构建[J]. 中国全科医学, 2023, 26(28): 3489-3495.
- [13] 周奕杉, 杜艳, 吴玉菊, 等. 基于标准化患者法评价四川农村基层医生两种慢性病诊断准确性及其影响因素[J]. 中国医学科学院学报, 2022, 44(2): 213-220.
- [14] 崔江禹. 适宜我国社区和基层应用的慢性阻塞性肺疾病病情初步判别方法研究[D]: [博士学位论文]. 广州: 广州医科大学广州医学院, 2010.
- [15] 王文祥. 移动医疗 D2C 模式在基层社区慢病管理中的相关研究[D]: [硕士学位论文]. 镇江: 江苏大学, 2017.
- [16] 刘艳艳. 临床药师参与基层医院慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者用药指导及监护效果分析[J]. 实用中西医结合临床, 2024, 24(13): 42-45.
- [17] 肖玲. 中国人慢性肾脏病严重程度与治疗方案数字化测判及其临床应用研究[D]: [硕士学位论文]. 湛江: 广东医科大学, 2023.
- [18] 李晓娟, 李献周. 基层医院临床药师对心血管慢病患者实施入院药物重整的实践与分析[J]. 中国老年保健医学, 2024, 22(1): 131-134.
- [19] 王楚慧, 周鹏翔, 翟所迪, 等. 基层医院四类慢性病长处方药品目录中药物配备调研[J]. 临床药物治疗杂志, 2021, 19(5): 47-50.
- [20] 黄娜. 三医联动视域下社会工作介入农村老年慢性病健康管理的研究[J]. 产业与科技论坛, 2025, 24(9): 230-232.
- [21] 廖艺璇, 居阳, 王和, 等. 国内外慢性阻塞性肺疾病医疗质量控制指标探析[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(9): 1-5.
- [22] 高增杰, 宋红, 覃裕. 慢病管理对椎体压缩性骨折疾病控制指标及生存曲线影响分析[J]. 黔南民族医学学报, 2022, 35(4): 261-265.
- [23] 朱立国, 李程跃, 王颖, 等. 我国疾病预防控制区域绩效考核指标体系简介[J]. 中国卫生资源, 2012, 15(1): 16-18.

- [24] 黄玉兰, 王艳红, 赵蕊, 等. 协同育人理念下“六位一体”研究生培养体系的构建与探索[J]. 黑龙江动物繁殖, 2025, 33(1): 76-80.
- [25] 张晨晨, 张芷蓓, 何锐, 等. 冯五金教授六位一体理念治疗功能性消化不良的临证经验浅析[J]. 中医临床研究, 2024, 16(25): 117-121.
- [26] 刘怀全, 陈波, 杨诗力, 等. 通过胆碱能抗炎通路探讨针灸治疗慢性阻塞性肺疾病的作用机制[J]. 世界中医药, 2025, 20(8): 1429-1434.
- [27] 刘绍娟. 压痛点温针灸在颈型颈椎病合并慢性软组织损伤患者中的应用效果[J]. 反射疗法与康复医学, 2025, 6(5): 8-11.
- [28] 何平, 方琴, 魏萍, 等. 利用信息系统对慢病患者进行远程护理管理的评价研究[J]. 西南国防医药, 2020, 30(6): 555-557.
- [29] 张义静, 许勤, 李国宏. 慢性阻塞性肺疾病患者远程肺康复护理需求的质性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2023, 39(29): 2263-2269.
- [30] 温方圆, 杜光会, 田丰, 等. 基于患者门户系统的远程慢性疾病管理平台在我国的构建研究[J]. 医学信息, 2023, 36(13): 57-61.
- [31] 罗月, 姚惠萍, 朱金凤. 远程医疗在慢性阻塞性肺疾病病人中的应用现状[J]. 护理研究, 2020, 34(15): 2692-2695.
- [32] 宫玉华, 谢光辉, 戎幸. 慢性病管理视域下技能型健康服务人才培养的实现路径[J]. 卫生职业教育, 2024, 42(14): 11-14.
- [33] 刘婧. 慢病管理导向下临床医学应用型人才培养模式探索[J]. 奥秘, 2025, 46(26): 55-57.
- [34] Hafiz, O., Yin, X., Sun, S., Yang, J. and Liu, H. (2024) Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services Framework in Research Globally: A Systematic Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 24, Article 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.7754>
- [35] 国家卫生健康委员会. 关于加强全民健康信息标准化体系建设的意见[J]. 名医, 2020(15): 1-3.
- [36] 国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见[J]. 中华人民共和国国务院公报, 2017(20): 9-13.