

# 瑶医药与现代医学整合服务的现实困境研究

## ——广东乳源瑶族自治县为例

肖梓婷<sup>1</sup>, 吴志轩<sup>1</sup>, 肖荣钦<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>广东药科大学第一临床医学院, 广东 广州

<sup>2</sup>广东药科大学马克思主义学院, 广东 广州

收稿日期: 2026年4月13日; 录用日期: 2026年5月6日; 发布日期: 2026年5月13日

### 摘要

目的: 在县域卫生资源存量存在显著约束的背景下, 分析广东乳源瑶族自治县瑶族地区基层卫生服务体系中现代医学与瑶医药的整合状态。方法: 利用ArcGIS 10.8对广东省乳源瑶族自治县两类卫生资源进行核密度分析, 刻画两类资源的空间分布格; 遵循目的性的抽样和滚球抽样的原则, 在该地选取卫生体系中69名关键行动者作为研究对象, 采用半结构式深入访谈和运用主题框架法对访谈资料进行质性分析, 量化编码与统计描述。结果: 空间上, 现代医学资源呈“中心-辐射”状集中于县城及交通干线, 瑶医药资源则呈离散“孤岛”分布于瑶族聚居村落, 两类资源重叠区域不足全县面积的15%; 人力协作层面, 仅30.4%的受访者有过跨体系正式协作经历, 不同职业角色间协作经验差异显著( $\chi^2 = 8.125, P = 0.017$ ); 服务流程层面, 现行制度未设置任何跨体系转诊或信息共享机制, 65%的患者曾自发“双轨就医”, 诊疗信息断裂。结论: 现代医学与瑶医药民族医药之间存在结构性割裂。提升服务效能可以构建多维度的整合机制, 实现从物理叠加到化学融合的转变。

### 关键词

基础医疗卫生服务, 现代医学, 民族医药

# Research on the Realistic Dilemma of the Integrated Service of Yao Medicine and Modern Medicine

## —A Case Study of Ruyuan Yao Autonomous County, Guangdong Province

Ziting Xiao<sup>1</sup>, Zhixuan Wu<sup>1</sup>, Rongqin Xiao<sup>2\*</sup>

\*通讯作者。

文章引用: 肖梓婷, 吴志轩, 肖荣钦. 瑶医药与现代医学整合服务的现实困境研究[J]. 服务科学和管理, 2026, 15(3): 524-531. DOI: 10.12677/ssm.2026.153059

<sup>1</sup>The First Clinical Medical College of Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou Guangdong

<sup>2</sup>Marxist College of Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou Guangdong

Received: April 13, 2026; accepted: May 6, 2026; published: May 13, 2026

## Abstract

**Objective:** To analyze the integration of modern medicine and Yao medicine in the primary health service system of Yao nationality area in Ruyuan Yao Autonomous County of Guangdong Province under the background of significant constraints on the stock of health resources in the county. **Methods:** ArcGIS 10.8 was used to analyze the kernel density between the two types of health resources in Ruyuan Yao Autonomous County, Guangdong Province, and to describe the spatial distribution of the two types of resources. Following the principle of purposive sampling and rolling ball sampling, 69 key actors in the health system were selected as the research objects. Semi-structured in-depth interviews and thematic framework methods were used to conduct qualitative analysis, quantitative coding and statistical description of the interview data. **Results:** In terms of space, modern medical resources are concentrated in the county and traffic trunk lines in a “center-radiation” shape, while Yao medical resources are distributed in Yao villages in a discrete ‘island’ shape. The overlapping area of the two types of resources is less than 15 % of the county area; at the level of human collaboration, only 30.4 % of the respondents had formal cross-system collaboration experience, and there was a significant difference in collaboration experience among different professional roles ( $\chi^2 = 8.125, P = 0.017$ ). At the service process level, the current system does not set any cross-system referral or information sharing mechanism, and 65% of patients have spontaneously “dual-track medical treatment”, and the diagnosis and treatment information is broken. **Conclusion:** There is a structural separation between modern medicine and Yao medicine ethnic medicine. Improving service efficiency can build a multi-dimensional integration mechanism to realize the transformation from physical superposition to chemical integration.

## Keywords

Basic Medical and Health Services, Modern Medicine, Ethnic Medicine

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

推动优质医疗资源下沉与区域均衡布局，是构建高质量基层医疗卫生服务网络的核心。《“健康中国 2030”规划纲要》<sup>1</sup>提出，要“促进民族医药发展”。然而，在民族地区，以生物医学为基础的现代卫生服务体系与根植于地方性知识的民族医药体系之间，长期存在着“并存但未并轨”的实践困境。现有研究多从文化遗产、资源稀缺或政策扶持等的单一方面对瑶医药在现代医学占主流的当下进行探讨：文化人类学视角，关注民族医药的知识体系、文化逻辑与传承危机，如有学者从知识翻译学视角探讨广西瑶医药文化术语的英译问题，指出瑶医药文化英译对推动人类卫生健康共同体的构建有着重大意义[1]；资源经济学视角，分析民族医药的资源开发与政策支持，如有研究运用政策工具对我国少数民族医药政

<sup>1</sup>中共中央 国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》[EB/OL].

[https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content\\_5124174.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm), 2016-10-25.

策进行文本量化分析,从政策工具及政策主题两个维度展开研究,发现环境型政策工具与供给型政策工具使用频次相当,而需求型政策工具使用最少[2];公共卫生视角,探讨民族医药在疾病防治中的应用与整合路径,如有研究通过多组学与网络药理学方法揭示苗药制剂——芪胶升白胶囊治疗白细胞减少症的作用机制[3]。然而,这些研究大多将两种医学体系作为独立对象分别考察,鲜有将瑶医药置于同一卫生系统内,从空间布局、人力协作、服务流程等维度进行系统性整合现状研究。

广东省乳源瑶族自治县是广东省三个少数民族自治县之一,也是瑶文化的重要传承地,全县总面积 2299 平方公里,下辖 9 个镇,户籍人口约 23.32 万,其中瑶族人口约占 11% [4]。该县既承担着国家基本公共卫生服务项目的全面落实任务,也面临着瑶医药传承创新与融入基层卫生体系的发展需求。

本研究选取广东省乳源瑶族自治县为案例,旨在通过混合调研方法,分析现代医学与瑶医药服务体系在空间布局、人力资源及服务流程上协作状态,为理解多元文化背景下的卫生服务体系困境提供对应依据。旨在通过混合研究方法,系统分析乳源县现代医学与瑶医药服务在空间布局、人力资源及服务流程上的协作状态,揭示其结构性割裂的表现,并在此基础上探索适合民族地区的整合机制框架,为相关政策制定提供参考。

## 2. 研究方法

### 2.1. 研究现场与数据来源

研究地为广东省乳源瑶族自治县。定量数据来源于乳源瑶族自治县 2017~2024 年《卫生健康统计年鉴》<sup>2</sup>、公立医疗卫生机构(包括 3 家县级医院、9 个乡镇卫生院)与主要瑶医药服务点(经核实的传承人诊所 5 家、家庭作坊 3 家,部分传承人诊所位置高度重叠,位于瑶医瑶药一条街)的地理坐标信息,所有地理坐标使用手持 GPS 设备实地采集,以确保精度。访谈数据于 2023 年 7 月采集,访谈对象纳入标准为:(1) 在乳源瑶族自治县卫生服务体系内从业满 5 年以上;(2) 医务人员(包括县级医院医生、乡镇卫生院医生、瑶医药从业者)执业年限满 5 年;(3) 知情同意与自愿参与:所有受访者均需在充分了解研究目的、内容、隐私保护措施后,自愿参与本研究并签署知情同意书;(4) 排除标准:不符合上述纳入标准者;在访谈过程中明确表示退出者。

采用目的性抽样与滚雪球抽样相结合的方法招募受访者。目的性抽样策略:根据研究问题确定三个关键行动者类别:政策制定与管理者(县级卫生行政人员)、现代医学服务提供者(县级医院医生、乡镇卫生院医生)、瑶医药服务提供者(瑶医药从业者)。分别从三个关键行动者选取初始“种子”受访者:政策制定与管理者从县卫生健康局选取负责基层卫生管理工作的业务骨干;现代医学服务提供者从县中医医院的中医科中选取一名执业年限满 5 年的临床医师;瑶医药服务提供者选择县内经卫生健康部门备案的瑶医药传承人。上述种子受访者由研究团队依据上述访谈对象纳入标准,从县卫健局、县级医院、乡镇卫生院及瑶医药服务点中定向选取。

滚雪球抽样:在完成目的性抽样,建立初步访谈对象后,启动滚雪球抽样程序。在每轮访谈结束后,请受访者推荐“在本地区对现代医学与瑶医药关系了解较深”的其他潜在受访者。抽样过程持续至信息饱和——即连续 3 位新增受访者未能提供新的主题信息时终止。

访谈共 69 人,包括:县级卫生行政人员(n=15)、县级医院医生(n=15)、乡镇卫生院医生(n=15)、瑶医药从业者(n=24)。受访者年龄分布为 28~67 岁,平均从业年限 14.6 年,访谈时长平均 45 分钟(范围为 32~78 分钟),内容围绕“协作体验”“知识认同”“协作行为”“协作服务评价”主题展开。除访谈的 69 人,对随机遇到的 20 名就医患者进行就医方式调查询问。

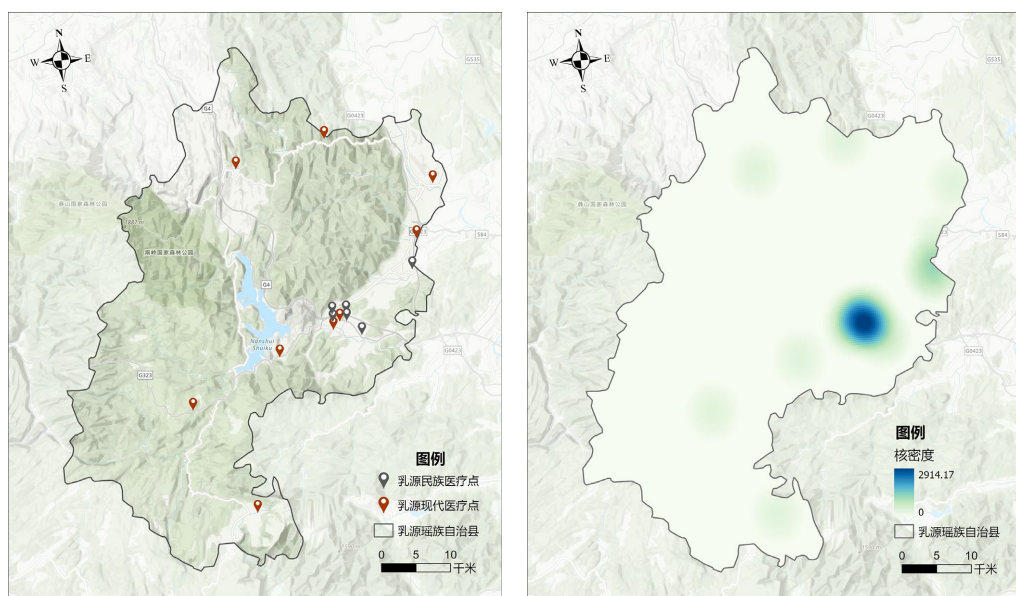
<sup>2</sup>乳源瑶族自治县统计局. 乳源瑶族自治县 2024 年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. 2025-07-11. [https://www.ruyuan.gov.cn/zwgk/tjxx/content/post\\_2762875.html](https://www.ruyuan.gov.cn/zwgk/tjxx/content/post_2762875.html), 2026-05-07.

## 2.2. 定量数据分析：空间格局与量化描述

对县域每千人口医护人员配置进行描述性统计(见表 1), 与国家同期标准进行对比; 运用 ArcGIS 10.8 软件, 绘制资源空间分布和核密度图(见图 1), 以及两类型服务空间分布及密度分析简图(见图 2), 以便可视化呈现集聚与隔离态势。

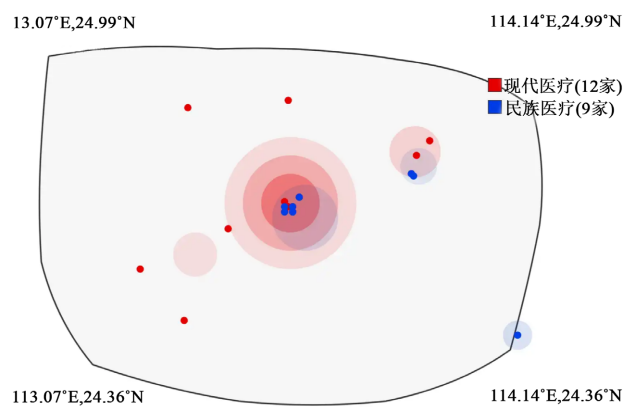
**Table 1.** Comparison of medical staff per 1000 population  
**表 1.** 每千人口医护人员配置对比

统计指标	2024 年实际值(人/千人口)	2025 年目标值(人千人口)
执业(助理)医师数	2.13	3.20
注册护士数	2.82	3.80



**Figure 1.** Spatial distribution and density distribution of modern medicine and Yao medicine services in Ruyuan Yao Autonomous County

**图 1.** 乳源瑶族自治县现代医学与瑶医药服务空间分布与密度分布图



**Figure 2.** The spatial distribution and density analysis diagram of modern medicine and Yao medicine service in Ruyuan Yao Autonomous County

**图 2.** 乳源瑶族自治县现代医学与瑶医药服务空间分布及密度分析图简图

### 2.3. 定性资料处理与量化转换

对 69 名访谈者访谈资料采用主题框架法, 结合 Excel 进行编码, 构建“协作行为”“协作服务评价”“协作体验”“知识认知”四大主题, 由两名研究者独立阅读全部转录文本, 对全部文字稿进行编码结果量化处理, 转化为二分变量(如“是否有协作经验”), 导入 SPSS26.0 进行卡方检验与描述性统计。

#### 2.3.1. 编码框架构建和数据转换与录入

基于瑶医药与现代医学整合关系, 从行为事实到认知态度、从个体经验到异种协作服务评价的递进逻辑, 进行“协作行为”“协作体验”“知识认知”“协作服务评价”四个维度主题码的分析框架, 确保能够系统捕捉不同角色行动者对整合现状的多维感知。每个主题下设子编码: 协作行为有正式协作(会诊、转诊、联合诊疗等制度化的跨体系协作行为)、非正式协作(熟人介绍等非制度化的跨体系互动); 协作服务评价有制度评价(对服务的评价); 协作体验有个人协作体验、陪同他人协作体验; 知识认知有知识了解、知识熟悉。两名研究者独立阅读全部转录文本, 对文本进行逐句编码, 每段文本可分配多个主题码, 使用 Excel 软件对接受访者访谈的四种主题码编码结果进行角色汇总。此外依据编码结果对“协作行为”、“协作体验”按大于等于一个主题码为有协作经验, 转化二分变量(“是否有协作经验: 是 = 1, 否 = 0”), 形成结构化数据集。为提高编码信度, 两名研究者独立对前 10 份文本进行编码, 计算编码一致性系数(Kappa = 0.82), 显示信度良好, 后续编码由一人完成, 另一人复核。

#### 2.3.2. 统计分析

将上述二分变量数据集导入 SPSS26.0, 进行频数、百分比描述性统计(见表 2), 并根据受访者角色进行交叉表分析与卡方检验(见表 3), 以探究不同群体跨体系经验差异。

**Table 2.** Distribution of cross-frequency of occupational types and cross-system experience

**表 2.** 职业类型与跨体系经验交叉频数分布表

职业类型	有跨体系经验(n/%)	无跨体系经验(n/%)	合计(n)
现代医学医生	7 (23.3%)	23 (76.7%)	30
瑶医药从业者	5 (20.8%)	19 (79.2%)	24
卫生管理者	9 (60.0%)	6 (40.0%)	15
总计	21 (30.4%)	48 (69.6%)	69

注: 各单元格期望频数均 24.57 (仅“卫生管理者 - 有跨体系经验”的期望频数为 4.57, 其余 27.32), 符合卡方检验条件(期望频数 < 5 的单元格数 S115)。

**Table 3.** Chi-square test result

**表 3.** 卡方检验结果

检验类型	卡方值( $\chi^2$ )	自由度(df)	渐进显著性(双侧 P 值)
Pearson 卡方	7.948	2	0.019
似然比	8.125	2	0.017

## 3. 结果

### 3.1. 资源基线与配置效率的总体态势

对全县卫生资源总量的评估显示, 乳源瑶族自治县卫生资源虽持续增长, 但关键人力指标仍存在显

著缺口。截至 2024 年底，全县每千人口执业(助理)医师数为 2.13 人，注册护士人数为 2.82 人。与《2025 年全国医疗机构设置规划主要指标》提出的 2025 年目标(医师 3.20 人，注册护士数 3.8)相比，实现度分别为 67%和 74%，人力资源总量还仍然存在缺口(见表 1)。

### 3.2. 空间维度的分异：资源配置的“中心-孤岛”模式

空间分析结果直观揭示了两类资源的分布割裂。图 1 显示，现代医学资源高度覆盖于县城，沿主要交通干线呈带状覆盖扩散，表现出强烈的行政与交通导向。图 2 显示，瑶医药资源则呈现为离散的“孤岛”格局，相对集中于某一区域，分布于个别文化节点或生态基地，与现代医疗资源密集区空间重叠度低。提示瑶医药服务点并不随现代医疗扩散性分布，从地理上预设了大部分居民同时获得两类服务的物理障碍，证明了规划层面的非整合性。

### 3.3. 人力资源的隔离

对访谈资料的量化分析，表 2 与表 3 显示，在所有医疗服务人员受访者(N = 69)中，仅有 30.4% (21 人)的人报告曾与另一体系的从业者有过跨体系协作经验，如进行或体验过会诊、转介。并且三种职业类型在跨体系协作经验上存在显著差异( $\chi^2 = 8.125, P = 0.017, P < 0.01$ )。

分析“知识认知”维度与“协作服务评价”维度，根据 Excel 编码结果数据集显示，62.3%的受访者表示对另一体系的知识存在认识，但仅有 23.2%的受访者认为对方体系科学有效。现代医学从业者中，58.3%的从业者质疑其瑶医药缺乏循证依据；而瑶医药从业者中，71.4%的从业者认为现代医学“治标不治本”，但认可其急救能力，进一步削弱了协作意愿。

### 3.4. 服务流程的断裂

管理者访谈表示，现行制度未设跨体系转诊流程。居民询问访谈中，65%的慢性病患者曾“双轨就医”，但无一人通过正式渠道实现信息共享或疗效追踪。一位瑶族老人表示：“我先去卫生院打针，再去瑶医那里拔罐。”当前服务体系内不存在将患者从现代医疗机构导向瑶医药服务，或者从瑶医药服务导向现代医疗机构的正式政策或流程。居民询问访谈时大部分居民在应对慢性病或疑难症状时，曾主动、自发地在两个体系间寻求帮助，依赖的是熟人社会网络而非专业指导。导致诊疗信息在不同体系间完全断裂，健康档案无法连续，疗效无法跟踪。

## 4. 讨论

### 4.1. 系统性割裂的存在

本研究通过空间分析、量化统计与质性资料三角互证，从物理布局、社会认知到制度设计三个层面，证实了该瑶族自治县现代医学与瑶医药服务体系之间存在割裂，指向更深层的、由专业教育分化和制度设计缺陷共同导致的结构性问题。本研究发现与国内其他民族地区的研究具有一致性。云南傣医药与西医药的整合同样面临空间分散、教育分立、制度缺位问题。2025 年 6 月施行的《云南省西双版纳傣族自治州傣医药条例》解决傣医药发展中存在的人才资格认定难，服务体系不健全难题，条例明确规定了建立傣医医疗、药学、护理人员招录和聘任制度，以及西医医师、中医医师从事傣医药技术方法的条件[5]，从制度层面回应了教育分立与执业资格缺失的困境。有调研指出，以傣医药为代表的民族医药发展面临科研机构匮乏、各级中医医疗机构未开设民族医药相关科室问题；在医师资格考试方面，当前仅有藏、蒙、维、傣四类民族医纳入国家考试体系，其他民族医师无法通过正常考试渠道获得行业准入资格[6]。贵州苗医药在基层卫生服务中的利用也受制于缺乏转诊路径与支付政策。贵州省医保局指出，苗、侗类

医疗服务项目未纳入《全国医疗服务项目技术规范(2023年版)》，即使部分苗医药诊疗项目有地方文件支持，只能在文件中指定的医疗机构开展，暂不能拓展至其他医疗机构[7]。黔东南州医保局的会办意见指出，苗侗医药纳入医保目录需与国家政策衔接，且当前苗侗医药发展存在的短板和不足，未具备纳入医保支付范围的条件[8]。

## 4.2. 整合机制的提出

基于对割裂成因的实证诊断，本文提出三个维度的整合机制框架。为增强政策建议的操作性与现实可行性，进一步将整合路径分解为近期、中期、远期三个阶段的行动步骤，并结合资金、人才、法规等现实约束进行阐述。

### 4.2.1. 空间整合机制：从“分离布局”到“功能网络”

近期(1~2年)：在现有瑶医药服务点相对集中的区域(如瑶医瑶药一条街)增设基础医疗协作点，配置简易诊疗设备，建立与现代医学机构的“点对点”转介联系。该步骤主要依赖县级财政与对口帮扶资金，技术难度低，可在现有法规框架内通过签订服务协议实现。

中期(3~5年)：在县级综合医院设立“中西医瑶协同门诊”，由现代医学与瑶医药从业者定期联合坐诊；利用巡回医疗车定期覆盖瑶族村落，形成“固定+流动”的服务网络。需配套出台多机构协作管理办法，明确各方职责与执业边界，协调医保支付方式改革。

远期(5年以上)：将瑶医药服务点纳入县域卫生规划的整体布局，作为基层卫生服务网络的“功能性节点”，实现地理与功能上的深度互补。此阶段需在省级层面推动民族医药服务纳入区域卫生资源配置标准，形成制度性保障。

### 4.2.2. 知识与人力整合机制：从“平行培养”到“交叉孵化”

近期：依托县级继续医学教育项目，面向乡镇卫生院医生和村医开展瑶医药适宜技术短期培训，重点包括常见慢性病、疼痛管理等瑶医药特色技术。资金可来源于基本公共卫生服务专项经费，由县卫健局组织，培训内容需经县级专家委员会审核。

中期：在本地职业院校或卫生进修学校试点开设“整合医学”方向课程，将“文化胜任力”与民族医药基础知识纳入基层卫生人才培养方案；建立“整合医学实践社区”，组织双方从业者开展病例讨论与联合查房。需协调教育部门与卫健部门共同制定课程认证机制，解决瑶医药从业者执业资格认定问题。

远期：推动瑶医药适宜技术纳入国家或省级基层卫生技术人员继续教育必修模块，探索建立“瑶医药特色技术资格认证”制度，为不具备传统医学背景的现代医学从业者提供合法开展瑶医药技术的政策路径。此阶段需省级以上卫健、中医药管理、人社部门联合出台专项政策，突破现行执业范围限制。

### 4.2.3. 服务与制度整合机制：从“患者导航”到“系统导航”

近期：在家庭医生签约服务包中增加瑶医药健康管理选项，优先在瑶族聚居乡镇试点“瑶医药健康管理服务包”，由签约团队与瑶医药从业者共同提供服务。试点期间可采用“先服务、后结算”方式，由县级财政予以补助，待效果评估后再申请纳入医保支付范围。

中期：选择2~3种瑶医药具有明显优势的病种(如慢性疼痛、骨关节疾病、产后康复等)，制定“中西医瑶协同诊疗路径”，明确转诊指征、服务流程与责任分工，并纳入县级医院与乡镇卫生院绩效考核体系。需由县卫健局牵头，联合医保部门制定路径实施的支付与结算细则。

远期：将协同诊疗路径纳入县级医保支付范围，建立跨体系诊疗信息的记录与共享机制(如健康档案增设瑶医药服务记录模块)，实现患者在两个体系间的服务连续性与疗效可追踪。此阶段需在省级医保政策框架下争取专项支持，并推动电子健康档案系统的功能拓展。

## 5. 结论和局限

本研究通过混合研究方法，实证提示乳源瑶族自治县基层卫生服务体系中瑶医药和现代医疗存在的割裂问题，表明整合的障碍是结构性、多维度的，因此解决方案也必须是系统性的机制构建。

需要指出的是，本研究为单一案例的横断面设计，研究结论主要基于乳源瑶族自治县的实证材料，虽然在讨论中与云南、贵州等民族地区的相关研究进行了对照，但研究结果不宜直接推广至所有民族地区。不同民族医药体系的历史形成、政策环境、资源基础存在显著差异，未来研究需在更多类型的民族地区开展比较研究，以检验本研究所提整合机制的适用性与有效性。

研究局限与展望：本研究为横断面设计，主要揭示了割裂的现状与机制，但所提整合机制的有效性有待通过纵向干预研究进行验证。本调研研究的核心目的并非追求统计上的普适性，而在于对现代医学与瑶医药民族医药并轨困境这一复杂现象进行机制性剖析和理论探索。未来研究可进一步开发卫生服务体系整合度的测量工具，并对不同整合策略进行成本效益分析，以提供更精确的政策依据。

## 基金项目

本文系广东药科大学 2024 年思想政治理论课改革创新“揭榜挂帅”项目成果。

## 参考文献

- [1] 陈英丽, 吴文亮. 知识翻译学视域下广西瑶医药文化术语英译研究[J]. 语言与文化研究, 2025, 33(6): 199-202.
- [2] 陈婉凝, 乔学斌, 喻小勇, 等. 我国少数民族医药发展政策文本分析[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2024, 25(2): 120-126.
- [3] Hu, W., Li, C., Wang, C., Liu, W., Li, C., Mu, L., et al. (2025) Exploring the Therapeutic Mechanism of Miao Nationality Medicine Qijiao Shengbai Capsule on Leukopenia Based on Multi-Omics, Network Pharmacology and Experimental Verification. *Phytomedicine*, **144**, Article ID: 156935. <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2025.156935>
- [4] 南方日报编辑部. 韶关乳源瑶族自治县成立 60 周年: 奋力迈入全国少数民族自治县前列[EB/OL]. <https://static.nfapp.southcn.com/content/202311/13/c8292625.html>, 2023-11-13.
- [5] 辛文. 《云南省西双版纳傣族自治州傣医药条例》实施[J]. 中医药管理杂志, 2025, 33(10): 244.
- [6] 云南省卫生健康委. 对云南省政协十三届三次会议第 482 号提案的答复[EB/OL]. 2025-05-18. [http://ynswsjkw.yn.gov.cn/html/2025/2025\\_1016/4023796.html](http://ynswsjkw.yn.gov.cn/html/2025/2025_1016/4023796.html), 2025-10-16.
- [7] 贵州省医疗保障局. 省医保局关于省十四届人大三次会议第 586 号建议的答复[EB/OL]. 2025-06-25. [https://www.gzrd.gov.cn/gzdt/dbgz/yajy/202507/t20250723\\_88322361.html](https://www.gzrd.gov.cn/gzdt/dbgz/yajy/202507/t20250723_88322361.html), 2025-07-23.
- [8] 黔东南州医保局. 州医保局关于州十五届人大第五次会议第 155J304 号的会办意见[EB/OL]. [http://ylbzj.qdn.gov.cn/zwgk\\_500425/zfxgk/xxgkml/jytab1\\_5823578/202506/t20250623\\_88177734.html](http://ylbzj.qdn.gov.cn/zwgk_500425/zfxgk/xxgkml/jytab1_5823578/202506/t20250623_88177734.html), 2025-04-15.