

优质医疗资源下沉基层的路径研究

衡英, 杜晓明, 鲜佳汛, 王威, 王海亮*

成都中医药大学附属眉山医院/眉山市中医医院, 四川 眉山

收稿日期: 2026年4月29日; 录用日期: 2026年5月22日; 发布日期: 2026年5月28日

摘要

优质医疗资源下沉基层是深化医药卫生体制改革、推动区域医疗资源均衡配置、提升基层医疗卫生服务能力的重要抓手,也是促进分级诊疗制度落地的关键路径。近年来,我国围绕分级诊疗、医联体、紧密型县域医共体、远程医疗、数字健康和人才帮扶等持续推进制度创新,基层医疗服务体系建设取得明显进展。然而,从现实运行看,优质医疗资源下沉基层仍面临资源下沉与能力沉淀不同步、组织协同不够紧密、数字赋能碎片化、人才留用机制不足以及基层首诊吸引力偏弱等问题。本文在系统梳理相关研究与政策文献的基础上,围绕优质医疗资源下沉基层的政策逻辑、实践进展、现实困境与优化路径展开综述。研究认为,优质医疗资源下沉基层不应被简单理解为人员、技术和设备向基层的单向转移,而应进一步关注基层医疗机构是否形成稳定的服务承接能力、连续服务能力和协同转诊能力。其关键在于通过县域服务协作、基层能力建设、数字技术应用、支付方式引导和人才保障机制,推动资源支持转化为基层持续服务能力。未来应从组织协作优化、服务功能完善、数字技术融合、利益联结机制和人才保障体系等方面细化实施路径,推动基层医疗机构由单纯承接上级资源支持,转向具备常见病、多发病、慢性病管理和康复随访等综合服务能力的区域健康服务节点。

关键词

基层医疗, 医疗资源下沉, 分级诊疗, 医联体, 县域医共体, 数字健康

Research on the Pathway for the Downward Transfer of High-Quality Medical Resources to the Grassroots Level

Ying Heng, Xiaoming Du, Jiaxun Xian, Wei Wang, Hailiang Wang*

Affiliated Meishan Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine/Traditional Chinese Medicine Hospital of Meishan, Meishan Sichuan

Received: April 29, 2026; accepted: May 22, 2026; published: May 28, 2026

*通讯作者。

文章引用: 衡英, 杜晓明, 鲜佳汛, 王威, 王海亮. 优质医疗资源下沉基层的路径研究[J]. 服务科学和管理, 2026, 15(3): 675-681. DOI: 10.12677/ssem.2026.153077

Abstract

The distribution of high-quality medical resources to grassroots levels is an important means to deepen the medical and health system reform, promote the balanced allocation of regional medical resources, and enhance the service capabilities of grassroots medical institutions. It is also a key path to implement the tiered medical system. In recent years, China has continuously advanced institutional innovations in areas such as tiered medical care, medical alliances, tight county-level medical consortia, remote medical services, digital health, and talent assistance. The construction of grassroots medical service systems has made significant progress. However, from the perspective of actual operation, the distribution of high-quality medical resources to grassroots levels still faces issues such as the imbalance between resource distribution and capacity accumulation, insufficient organizational collaboration, fragmented digital empowerment, insufficient talent retention mechanisms, and weak attractiveness of primary care at the grassroots level. This paper conducts a review based on a systematic analysis of relevant research and policy literature, focusing on the policy logic, practical progress, current dilemmas, and optimization paths of the distribution of high-quality medical resources to grassroots levels. The study holds that grassroots distribution should not be simply understood as the physical transfer of medical resources, but should be regarded as a systematic governance process centered on county-level integration, with the improvement of grassroots capabilities as the core, supported by digital technology, guided by payment methods and performance evaluations, and oriented towards continuous health services. In the future, efforts should be coordinated from aspects such as organizational restructuring, functional reshaping, technological collaboration, interest linkage, and talent guarantee to promote a shift from “passive acceptance” to “active service” and from “short-term blood transfusion” to “continuous hematopoiesis” in grassroots medical services, and to build a sustainable, evaluable, and replicable new model of grassroots medical services.

Keywords

Grassroots Medical Services, Distribution of Medical Resources, Tiered Medical Care, Medical Alliance, County-Level Medical Consortium, Digital Health

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

基层医疗卫生体系是国家卫生服务体系的基础环节，也是实现全民健康覆盖的重要支撑。世界卫生组织指出，初级卫生保健在促进卫生服务公平可及和提高体系韧性方面具有基础性作用[1]。我国医疗卫生服务网络已基本形成，但优质医疗资源长期集中于大城市和高等级医院，基层医疗卫生机构在人才、技术、设备和患者信任等方面仍处于相对弱势地位[2]。这种结构性失衡不仅加剧群众跨层级就医，也削弱了基层首诊、双向转诊、急慢分治和上下联动的制度基础。

在此背景下，推动优质医疗资源下沉基层逐渐成为新一轮医改的重要方向。自《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》发布以来，我国逐步形成了以分级诊疗为制度目标、以医联体和县域医共体为组织载体、以远程医疗和数字健康为技术支撑、以医保支付和绩效改革为制度保障的基层医疗下沉框架[3]-[5]。现有研究已围绕县域卫生体系建设、基层服务能力、医共体模式创新、医防融合、家庭医生签约、医疗资源配置效率、数字化赋能和基层人才保障等方面进行了较为丰富的讨论[6]-[18]，但相关成果仍存

在不足：一是多聚焦单项政策工具或个别改革样本，缺乏对基层下沉整体逻辑的系统阐释；二是偏重经验总结，对“下沉什么、为何下沉、如何形成持续能力”这一关键问题的理论回应仍显不足。

基于此，本文拟在梳理相关研究的基础上，对优质医疗资源下沉基层的政策逻辑、主要进展、现实困境及优化路径进行系统综述，并提出对未来改革方向的判断。本文认为，优质医疗资源下沉基层的关键，不仅在于人员、技术、设备和管理经验是否进入基层，更在于这些资源能否转化为基层医疗机构稳定的服务承接能力、连续管理能力和居民信任基础。基于此，文章将在既有政策与文献综述基础上，进一步结合县域医共体运行中的典型问题，分析基层能力形成的现实障碍及其可操作的优化路径。

2. 政策逻辑与研究进展

2.1. 政策演进

我国优质医疗资源下沉基层具有清晰的政策演进脉络。2015年出台的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》明确提出，以强基层为重点，推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医格局[3]。2017年《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》进一步提出，通过构建责任、管理、服务和利益共同体，促进不同层级医疗机构之间的资源协作与上下联动[4]。2023年《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》则标志着基层下沉由单项资源支持逐步转向县域医疗卫生服务体系优化，强调在县域范围内推进人、财、物、信息和业务的统筹管理，提升县域医疗卫生服务的一体化水平[5]。这一政策演进表明，国家对基层下沉的认识已由早期的“优质资源下送”逐步深化为“县域医疗卫生体系重构”。基层下沉不再只是上级医院对基层机构的单向支援，而是以县域为治理单元，通过组织整合、制度协同和利益联结实现区域医疗服务体系功能重塑。由此可见，优质医疗资源下沉基层本质上是一项治理改革，而不仅仅是资源配置调整。

2.2. 模式研究

现有研究对县域医共体建设、地方政府创新实践和整合型医疗服务体系等典型样本进行了较多讨论[8]-[13]。相关研究表明，县域医共体建设不是单纯的行政整合，而是通过组织协同、医保支付联动、服务流程重构和医防融合机制创新，促进资源下沉与服务整合[8]-[10] [13]。以深圳罗湖医院集团为代表的整合型服务实践，则强调通过唯一法人、统一管理和支付方式改革，推动医疗服务由“以治病为中心”向“以健康为中心”转变[11][12]。这些研究共同揭示出一个重要事实：基层下沉如果仅依赖行政命令和短期帮扶，往往难以形成稳定成效；只有将基层机构纳入相对稳定的协作框架、利益分配机制和绩效评价体系，下沉才能由外部支持转化为持续运行。

从这一意义上看，典型模式研究的价值，不仅在于提供地方经验，更在于提示基层下沉的制度条件。基层下沉能否持续，关键不在于支援强度有多大，而在于制度联结有多深。没有利益共同体，就难以形成责任共同体；没有制度嵌入，组织联合往往容易停留在形式层面。

2.3. 资源配置

关于基层医疗资源配置的研究表明，当前问题并非单纯表现为资源总量不足，而更多体现为结构不优、能力偏弱和配置分散[6][7][15][16]。相关研究指出，我国医疗资源配置效率的提升具有明显的组态特征，基层服务能力建设、资源整合方式和区域发展条件共同影响资源配置绩效[15]。同时，基层医生队伍在常见病诊治、危急重症应急处置、医疗协同和中医药服务等方面仍存在短板[7]；在医联体背景下，基层医疗卫生机构服务能力仍受人才、资源、管理协同等多因素影响[16]。这表明，基层下沉不能被狭隘理解为“给基层增加资源”，而应理解为“增强基层解决健康问题的能力”。设备、场地和机构可以在短

期内增加，但高质量服务能力、居民信任和持续承接能力难以通过简单投入快速形成。基层下沉的重点应从“资源增量”转向“能力形成”，从“覆盖扩张”转向“功能强化”。

2.4. 数字赋能

随着数字健康发展，远程医疗、人工智能和信息化平台建设逐渐成为基层下沉的重要支撑[17][19]-[21]。研究表明，数字健康技术能够通过远程协作、资源共享、数据互联和辅助决策等方式促进优质医疗资源纵向流动[19]。信息化建设在紧密型县域医共体高质量发展中，不仅承担技术支持功能，也直接影响转诊协同、业务整合和管理效率[20]。人工智能在基层全科医生实践中的应用研究进一步提示，数字技术可在特定场景下提升基层诊疗准确性和患者满意度[17]。但是，现有研究也指出，数字赋能仍面临平台分散、标准不一、互联不足和使用能力不平衡等问题[19]-[21]。数字化对基层下沉的真正价值，不在于“建了多少平台”，而在于是否重塑了服务流程、改善了协同质量、增强了基层能力。数字平台如果不能服务于转诊闭环、慢病管理和质量控制，其作用就容易停留在工具层面，难以转化为实际服务效能。

3. 现实困境：资源进入基层后能力形成仍存在断点

从政策推进和实践探索看，优质医疗资源下沉基层已经形成较为明确的制度框架和组织载体，但资源进入基层并不必然等同于基层服务能力提升。部分地区虽已开展专家坐诊、远程会诊、对口帮扶、专科共建和人员培训等工作，但基层机构在常见病规范诊疗、慢病连续管理、双向转诊衔接、医疗质量控制和居民信任建立等方面仍存在短板。因而，当前问题不只是“资源是否下沉”，更在于下沉资源能否在基层转化为可持续、可评价、可复制的服务能力。

3.1. 资源进入与能力沉淀不同步

优质医疗资源下沉基层通常表现为专家派驻、技术指导、设备支持、远程会诊和培训带教等形式。这些措施能够在短期内改善基层服务供给，但若缺乏稳定的制度安排和持续培养机制，资源下沉容易停留在阶段性帮扶层面。部分基层机构在专家离开后，仍难以独立完成规范诊疗、风险识别和连续随访，说明外部资源进入并未完全转化为本地团队能力[19][20]。这一问题的关键在于，基层能力建设需要从“人员到场”转向“能力留存”。专家下沉不应只体现为门诊次数和培训场次，还应体现为基层医生独立诊疗能力、规范病种管理能力、疑难病识别能力和双向转诊判断能力的提升。后续研究可结合眉山市县域医共体或作者单位协作实践，通过访谈资料、运行数据和典型案例，进一步说明资源下沉与基层能力形成之间的关系。

3.2. 协作机制尚不稳定

医联体和医共体建设虽已在组织形态上广泛铺开，但部分地区仍存在“有联结、弱协作”的问题[4][5][10][21]-[22]。其主要表现为：业务协同已有安排，但人事、财务、绩效、药械和信息管理尚未真正统一；组织关系初步建立，但责任分担、利益共享和内部决策机制仍不稳定[21][22]。究其原因，基层下沉实质上触及原有资源配置格局和利益分配格局调整，上级医院与基层机构在患者流向、收入分配、绩效评价和职称晋升等方面并不天然一致[10][21][22]。因此，组织联合可以在政策推动下较快形成，但稳定协作关系的建立，仍有赖于职责边界、支付方式、绩效分配和利益联结机制的进一步明确[4][5][22]。

3.3. 首诊基础不稳

基层首诊推进缓慢，关键并不在于居民“观念落后”，而在于基层服务供给能力和就医体验尚不足

以稳定吸引患者[14][23][24]。已有研究显示,签约居民基层首诊评价总体较好,但非工作时段服务供给、基层服务能力、共享平台建设和医保杠杆发挥仍是影响基层首诊效果的重要因素[23]。这表明,居民就医流向本质上是对便利性、有效性和信任度的综合判断;若基层机构在诊疗水平、药品配备、检查能力、连续服务和就医体验等方面不能满足需求,患者仍会优先流向高等级医院[14][23][24]。因此,基层首诊的形成不能主要依赖宣传倡导,而必须建立在基层服务质量真实改善的基础之上。

3.4. 数字应用与临床场景融合不足

近年来,远程医疗、区域信息平台、电子健康档案和人工智能辅助决策等技术在基层医疗中不断推进,为优质资源纵向流动提供了重要条件[17][19]-[21]。但从实践看,“平台上线”并不等于“服务协作形成”,部分数字系统仍偏重行政管理和数据填报,对基层临床诊疗支持、转诊衔接、连续随访和质量控制的促进作用有限[19]-[21]。数字化建设若缺乏与临床场景、管理场景和支付场景的深度耦合,便容易形成“重建设、轻应用”“有系统、少协同”的局面[19][20]。因此,数字技术应用的关键不在于平台数量增加,而在于能否真正嵌入基层诊疗、上转下接、慢病随访和质量控制等具体服务场景[19]-[21]。

3.5. 人才支撑偏弱

无论是定向培养还是岗位培训,基层下沉最终都要落到基层人才队伍建设上[7][18][25]。现有研究表明,农村订单定向医学毕业生在基层服务中普遍面临岗位适配性不足、经济待遇偏低、能力提升机会有限和职业发展预期不足等现实问题[18]。与此同时,基层岗位在收入待遇、晋升空间、继续教育和职业认同等方面仍相对不足,这使得基层人才引进难、稳定性不强、成长路径不清晰的问题较为突出[7][25]。因此,基层下沉若缺少人才制度改革支撑,即便短期服务能力有所改善,也难以形成长期稳定的服务供给[18][25]。

4. 优化路径:从政策倡导转向可操作的运行机制

优质医疗资源下沉基层的优化方向,不能停留在原则性表述层面,而应进一步转化为可执行、可评价、可反馈的运行机制。未来应围绕县域服务协作、病种管理、利益联结、数字应用和人才保障等关键环节,推动资源下沉由外部支持转向基层能力建设。

4.1. 以县域服务协作为基础完善分工体系

紧密型县域医共体建设为优质医疗资源下沉基层提供了较为明确的制度方向[5][10][21][22]。未来应以县域为基本单元,在县级医院、乡镇卫生院和村卫生室之间构建职责清晰、分工协同、上下贯通的服务体系,并在人员、财务、业务、药品和信息等方面推进更高水平的统一管理[5][21]。县级医院应强化龙头带动和专科支撑作用,乡镇卫生院承担区域枢纽功能,村卫生室稳住基本医疗与公共卫生服务网底[10][22]。唯有实现县域层面的组织协作与功能联动,基层下沉才能真正从“项目式扩展”转化为持续性的服务体系优化[5][10][21]。

4.2. 以病种和服务包为抓手提升基层承接能力

基层下沉的根本目的,不是简单转移多少资源,而是提升基层处理常见病、多发病、慢性病、康复和健康管理问题的综合能力[7][10][16][18]。因此,应把规范培训、临床路径下沉、质控标准输出、远程带教和基层骨干培养作为重点,推动技术下沉与能力建设同步进行[10][16]-[18]。评价基层下沉是否有效,也不能仅以支援频次和投入规模为依据,更应关注基层是否形成了稳定服务能力、规范转诊能力和持续改进能力[7][16][18]。

4.3. 完善支付激励

基层下沉要走深走实,必须解决激励约束问题[21][22][25]。应进一步发挥医保支付对资源流向和服务行为的调节作用,探索与医共体运行相适配的总额预算、按人头付费以及 DRG/DIP 等复合支付方式,引导上级医院由“争病人”转向“带基层”[22]。同时,应将基层首诊率、双向转诊有效率、县域内就诊率、慢病管理效果和群众满意度等纳入绩效考核,推动各层级机构在共同目标下实现协同[21][22][25]。只有当基层下沉形成清晰的制度收益与激励约束,组织协同才可能由“被动配合”转向“主动联动”[22]。

4.4. 以临床场景牵引数字技术应用

数字化应服务于基层医疗服务流程重塑,而非停留于平台建设本身[17][19]-[21]。未来应围绕“基层检查、上级诊断、连续随访、结果共享、质量可控”的目标,推进远程医疗、电子病历共享、人工智能辅助决策和基层数据协同应用[17][19]-[21]。尤其在慢病管理、老年健康、康复照护和中医药服务等领域,数字技术有望显著提升基层服务半径和连续性[19]。数字化真正成熟的标志,不是系统数量增多,而是基层服务更便捷、上下协同更顺畅、管理更精准[19][20]。

4.5. 健全人才机制

基层人才建设应由阶段性支援转向制度性保障[18][21][25]。应完善订单定向培养、县管乡用、编制统筹、薪酬激励、职称倾斜和继续教育机制,增强基层岗位吸引力和职业发展预期[18][21][25]。同时,要把短期帮扶与本地团队培养结合起来,把外部支持转化为基层团队长期能力积累[18][25]。基层下沉最终比拼的不是“送下去多少人”,而是“留下来多少能力”[18]。

4.6. 面向健康需求

基层医疗的独特优势,不在于复制大医院模式,而在于贴近社区、贴近家庭、贴近健康全过程[14][23]-[24]。未来应以家庭医生签约、慢病管理、康复随访、老年照护和中医药服务为抓手,构建以居民需求为中心的连续性健康服务体系[14][23][24]。基层不是高等级医院的缩小版,而应成为居民健康服务的协调者和连续健康服务支持者,承担预防、筛查、随访、康复和健康管理等功能[1][14][24]。只有当基层服务真正嵌入居民日常健康生活,基层首诊和分级诊疗才具有坚实基础[23][24]。

5. 结语

优质医疗资源下沉基层是我国卫生服务体系由规模扩张走向结构优化、由资源集中走向功能协同的重要体现。现有研究和实践表明,我国已基本形成基层下沉的制度框架,并在医联体、医共体、远程医疗、数字健康和人才帮扶等方面积累了较为丰富的经验。但也应看到,基层下沉仍处于由“资源投入导向”向“能力形成导向”、由“政策推动”向“机制牵引与实践协同”转换的关键阶段。

下一步优化的重点,不应仅停留在继续增加资源投入,而应更加注重服务分工优化、基层功能完善、利益联结机制和持续能力形成。基层下沉成败的判断标准,不是下沉动作是否频繁,而是基层是否真正具备了承接能力、区域是否真正形成了协同机制、居民是否真正感受到服务改善。只有将县域服务协作、基层能力建设、数字技术应用、支付方式改革和人才保障机制有机结合,才能推动基层医疗由外部政策要求转化为稳定服务能力,由被动承接任务转向主动回应居民健康需求。

基金项目

四川省教育厅人文社科重点研究基地四川医院管理和研究中心资助项目,项目名称:“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] World Health Organization (2021) World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization.
- [2] 国家卫生健康委员会. 2023 中国卫生健康统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2024.
- [3] 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[Z]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10158.htm, 2015-09-11.
- [4] 国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见[Z]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-04/26/content_5189071.htm, 2017-04-26.
- [5] 国家卫生健康委, 中央编办, 国家发展改革委, 等. 关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见[Z]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202312/content_6923447.htm, 2023-12-29.
- [6] 李梓齐, 何平, 袁蓓蓓, 等. “以基层为重点”的县域卫生体系发展指数构建与应用案例分析[J]. 中国全科医学, 2023, 26(25): 3147-3152.
- [7] 练璐, 陈家应, 王萱萱, 等. 中国基层医生医疗服务能力现状与对策研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(34): 4246-4253.
- [8] 戴文芸, 胡玲. 县域医疗共同体建设中做好基层医疗卫生工作的探索与实践[J]. 中国全科医学, 2021, 24(1): 23-29.
- [9] 张敏, 张淑娥, 时宇, 等. 基于清晰集定性比较分析的地方政府县域医共体创新实践影响因素及其组合路径分析[J]. 中国全科医学, 2022, 25(10): 1254-1260, 1268.
- [10] 许越, 胡琳琳, 刘远立. 县域医共体服务能力提升的多元实现路径研究: 基于模糊集定性比较分析[J]. 中国全科医学, 2023, 26(25): 3140-3146.
- [11] 宫芳芳, 孙喜琢, 李亚男. 建设中国特色国际一流整合型优质医疗服务体系: 以深圳市罗湖医院集团为例[J]. 中国全科医学, 2021, 24(19): 2408-2411.
- [12] 夏俊杰, 卢祖洵, 王家骥, 等. “医保经费总额包干, 结余奖励”框架下的罗湖医改模式[J]. 中国全科医学, 2017, 20(19): 2299-2302.
- [13] 胡美丽, 张倩, 申斗, 等. 整合型服务体系构建背景下医防融合实现机制研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(22): 2706-2713.
- [14] 刘锐, 杨旦红, 吴欢云, 等. 通向健康中国的家庭医生签约服务模式比较研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(25): 3139-3145.
- [15] 李丽清, 杨苏乐, 万里晗, 等. 基于 fsQCA 组态视角的我国医疗资源配置效率提升路径分析[J]. 中国全科医学, 2024, 27(4): 413-419.
- [16] 张亚琳, 刘力滴, 陈正勇, 等. 医联体背景下基层医疗卫生机构服务能力及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(34): 4302-4307.
- [17] 刘环, 朱世飞, 陈法余, 等. 人工智能在基层全科医生实践中的应用: 基于皮肤病诊断与病程管理的视角[J]. 中国全科医学, 2024, 27(31): 3884-3889.
- [18] 王寅生, 余昌胤, 肖雪, 等. 农村订单定向医学毕业生基层服务困境及对策建议的质性研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(16): 2021-2027.
- [19] 姜晓利, 彭海波, 许凌烽, 等. 家庭医生签约服务背景下签约居民基层首诊效果评价研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(10): 1231-1237.
- [20] 张梓洵, 尹刚, 边颖, 等. 紧密型县域医共体下人头总额预付与 DRG 付费协同机制研究: 基于整体性治理视角[J]. 中国全科医学, 2025, 28(19): 2441-2448.
- [21] 郭熙铜, 张敏, 白闪闪, 等. 数字健康技术赋能优质医疗资源共享研究[J]. 中国工程科学, 2025, 27(6): 9-19.
- [22] 边颖, 尹刚, 张梓洵, 等. 信息化建设赋能紧密型县域医共体高质量发展的机制研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(19): 2426-2432.
- [23] 肖伟, 支哲明, 石飞飞. 县域医共体下家庭医生服务模式探讨[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(3): 221-223.
- [24] 杨孝灯, 黄晨晶. 紧密型县域医共体薪酬制度改革与绩效考评实践[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 53-55.
- [25] 国家卫生健康委办公厅, 国家医保局办公室, 国家中医药局综合司, 国家疾控局综合司. 关于印发紧密型县域医疗卫生共同体监测指标体系的通知[Z]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202411/content_6984315.htm, 2024-10-30.