

分级诊疗与医联体协同的机制优化与实践路径研究进展

王亚兰 黎艳^(通讯作者) 杨小师 戴婧 郑丽 唐凤

武汉市武昌医院内分泌科, 湖北 武汉 430000

摘要: 分级诊疗是我国医药卫生体制改革的核心抓手, 医联体作为落地分级诊疗的核心载体, 承担着均衡调配医疗资源、理顺群众就医秩序的核心任务。本文从政策落地、数字技术、院内管理三维协同视角, 系统梳理国内外分级诊疗配套医联体建设的现有研究、主流运行模式、现存现实难题以及优化实施路径。梳理发现, 目前国内的医联体主要有四种打法, 即城市医疗集团、县域医共体、专科联盟, 再加上远程医疗协作网, 但落地推进中持续面临优质医疗资源区域分配失衡、多方协同机制割裂、全域医疗信息化建设滞后、动态成效评估体系缺失等突出问题。结合美国责任医疗组织(ACO)、英国国民健康服务体系(NHS)等海外成熟体系建设经验, 本文构建“政策引导—数字赋能—管理统筹”三维协同优化框架, 从医保支付制度革新、区域医疗信息一体化搭建、双向转诊标准化流程搭建、基层医疗机构综合服务能力提升等层面提出可落地实施路径, 希望能为国内分级诊疗与医联体的一体化建设提供一些理论和决策上的参照。

关键词: 分级诊疗; 医疗联合体; 协同治理; 医疗资源配置; 优化实施路径

0 引言

分级诊疗制度的核心运行逻辑为基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动, 核心目标是理顺医疗资源配置格局, 缓解群众“看病难、看病贵”长期民生痛点^[1-2], 是新医改顶层设计中的关键一环。2015年国务院办公厅印发分级诊疗制度建设指导文件, 搭建全国统一实施框架; 2021年“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设方案提出推动各类医联体摆脱形式化合作、开展实质性业务协同; 2023年国家卫健委等六部门发布紧密型城市医疗集团试点方案, 明确要求打造管理、责任、利益、服务一体化协同体系; 同期国民健康“十四五”规划进一步确立医联体在分级诊疗落地中的战略载体定位^[3-4]。系列政策层层递进, 标志着国内分级诊疗配套医联体建设进入规模化落地、提质增效的关键阶段。

医联体建设正从过去松散式业务合作, 转向权责统一、利益共享的紧密化协同发展新模式^[5]。依托统一运营管理、跨机构资源共享、标准化双向转诊等举措, 打破不同层级医疗机构间的行政与业务壁垒, 构建分层有序的就医格局^[6]。但从各地落地反馈来看, 现阶段建设仍存在多重结构性矛盾: 优质医疗资源高度向城市三级医院集中, 基层门诊、住院诊疗能力短板突出; 跨机构协同配套制度不完善; 区域医疗数字化建设进度不一, 数据互通存在明显壁垒, 直接制约双向转诊效率与医疗资源下沉成效^[7-8]。

现有相关研究普遍存在视角碎片化问题, 大多单独聚焦政策、信息化或医院管理单一维度, 缺少对分级就诊、转诊流转、医保支付、绩效考核全链条的系统性整合分析, 同时缺少长效

动态调整机制相关研究, 难以完整回答长效协同体系搭建的实操问题^[9-10]。基于此, 本文系统整合现有国内外相关文献, 梳理分级诊疗与医联体协同发展的研究脉络、现实堵点, 搭建三维协同理论分析框架, 并结合国内外典型落地案例给出分层实施策略, 为国内医联体长效协同发展提供参考。

1 分级诊疗与医联体协同的理论基础

1.1 分级诊疗核心理论支撑

分级诊疗体系搭建主要依托整合型卫生服务理论、医疗资源最优配置理论两大基础理论。整合型卫生服务理论核心观点为: 打通不同层级医疗机构业务协作通道, 为慢性病、康复期、急症患者提供连续、连贯、一体化医疗服务^[11]。《柳叶刀》相关系统综述证实, 整合式医疗服务模式可显著改善慢性病长期管理效果, 同步降低患者整体就医支出; 世界银行专项报告则提出, 分级诊疗能否长效运转, 取决于基层医疗服务承载力、医保支付调节杠杆、全域医疗信息互通平台三大核心支撑要素^[12]。

从系统科学视角分析, 分级诊疗属于由政策、数字技术、院内管理三大子系统共同构成的复合型适配系统, 三大子系统相互制约、同步演进: 政策子系统通过顶层制度设计划定整体发展方向; 数字技术子系统依靠信息化、远程诊疗工具提升整体运行效率; 管理子系统依靠组织协调、利益分配、人员统筹保障系统稳定落地^[13]。

1.2 医联体协同治理理论逻辑

医联体协同模式依托协同治理理论、组织网络理论搭建运行框架。协同治理理论强调, 政府、核心三甲医院、社区基层

医疗机构、医保经办机构、就诊患者等多方主体，围绕统一公共服务目标建立常态化制度化合作模式^[14]。落实到医联体运营场景中，要求所有参与机构围绕管理、责任、利益、服务四位一体框架开展协同运营。

医联体能否长期稳定地协同运转，取决于几方面基础条件是否到位。牵头三甲医院与社区、乡镇基层医疗机构首先要在区域健康发展方向上形成共识，目标不一致，后续协作便无从谈起。利益安排同样关键，收益如何分配、成本由谁承担，都需要公开透明的规则加以约束，否则合作关系就很难持久。此外，还需依托统一信息平台，让患者诊疗数据和检查结果能够在机构之间顺畅流转^[15]。就上面这三方面条件的落实而言，紧密型医联体显然比松散型合作模式更具优势。

1.3 “政策—技术—管理”三维协同分析框架

本团队在前期调研的基础上提出了一个三维协同分析模型，把医联体的协同发展问题拆开来，实际涉及三个层面，也就是政策、数字技术与内部管理。就政策层面而言，医保差异化报销比例、财政专项补贴以及绩效考核规则，共同构成了医联体运行所依赖的激励与约束框架；在数字技术方面，区域医疗信息平台、远程会诊、医疗大数据等手段，为各项协同举措提供了可操作的载体；管理方面则依靠标准化转诊流程、设备与人才的共享、内部考核分配方案等安排，承担起组织保障功能。

需要指出的是，这三个层面并非各管一摊、彼此独立，而是相互嵌套、动态调适的关系。政策的风向很大程度上决定了区域医疗数字化建设能获得多少资金、在哪些场景实施；数字化工具铺开之后，又会倒逼医疗机构把内部管理做实做细；而一线运营中暴露出的协作堵点，最终还会反馈到医保、财政等顶层设计上，促使配套政策不断调整优化。可以说，正是这种三维之间的联动，为破解当前医联体协同碎片化、合作流于形式的问题提供了现实可能，本文后续各章的分析也将始终围绕这一框架展开。

2 国内研究现状

2.1 顶层政策与配套制度相关研究

国内现有文献中，大量研究聚焦分级诊疗、医联体配套政策设计与落地成效实证分析。多地实践案例证实法治化建设可夯实分级诊疗落地根基：莆田市出台地方性分级诊疗条例，构建“法律兜底 + 配套政策联动 + 医保杠杆调节”完整落地路径^[16]；崇州市医联体调研结果显示，基层医护人员对分级诊疗政策认知不足、激励缺失，会直接降低双向转诊流转效率，提示各地需配套常态化政策培训与岗位激励制度^[17]；成都锦江区网格化医联体实践证明，统一数字化平台能够有效整合区域医

疗资源，大幅提升跨机构协作效率，验证数字技术赋能协同发展的可行性^[18]。

医保支付改革被学界公认为引导分级诊疗落地的核心调节工具。现有实证研究证明，设置阶梯式报销比例、按病种打包付费、DRG/DIP 精细化付费等方式，能够有效引导轻症、慢病患者优先选择基层医疗机构就诊^[19]。多位学者共同指出，当前分级诊疗落地最大堵点在于医保政策、医疗机构运营、药品管理三环节联动不足，必须依托三医联动完善配套协同制度^[20]；另有专项调研证实，医保端激励机制缺失，是群众不愿前往基层首诊、转诊流转不通畅的核心制约因素^[22]。

2.2 医联体运营模式与落地成效评估研究

经过多年落地探索，国内形成四类成熟医联体运营模式：覆盖城市全域的医疗集团、县域统一管理的医共体、单病种专科诊疗联盟、跨区域远程医疗协作网络^[21]。四类模式在资源整合深度、收益共享机制、数字化覆盖程度上存在明显差异。针对紧密型医联体的专项研究表明，人财物由牵头医院统一统筹管理，能够快速推动优质专家、大型诊疗设备下沉基层^[23]；福建三明互联网医联体案例证实，数字化工具与医联体实体运营深度融合，可明显提升区域整体医疗服务效率^[24]。

在落地成效评估层面，现有调研总结双向转诊落地多重阻碍：转诊流程缺少统一标准、机构间收益分配规则模糊、区域医疗数据不互通^[25]；而基于智慧医疗平台的糖尿病慢病共管研究显示，专科联盟搭配数字化慢病管理系统，可显著提升基层慢病诊疗管控水平^[26]；同时有学者提出，医联体建设不能套用统一模板，需结合区域人口规模、医疗资源存量因地制宜设计运营模式^[27]。

2.3 医疗信息化与远程诊疗相关研究

跨机构协同首先绕不开信息平台这个硬性底座。从国内几项大范围调研的情况看，各医疗机构数字化建设的步调并不一致：系统接口各搞各的，患者诊疗数据在共享环节面临安全与权限上的壁垒，医疗隐私的权责边界也迟迟没有理清，这些都是全域数据互通绕不过去的坎^[28]。远程会诊方面的实地调研则显示，远程诊断确实能在一定程度上缓解基层专科医师不足的问题，不过基层硬件设备覆盖率偏低、远程诊疗又只有有限的项目能走医保报销，这套模式要大面积铺开还有较多的现实阻力^[29]。

另一方面，5G 通信、AI 辅助诊断等新技术的出现，给医联体的质量提升等打开了新的想象空间。有技术测算发现，在 5G 远程会诊系统中嵌入 AI 诊断模块后，跨机构转诊的平均等待时长缩短 42%^[30]。不过技术真正落地远没有数字看起来那么

乐观，因为基层数字化设备的资金投入跟不上、远程诊疗服务尚未整体纳入医保、医护人员的数字化操作培训也普遍不到位，多重因素叠加，技术赋能的效果实际上大打折扣^[31]。

3 海外医疗分级体系建设经验参考

3.1 美国责任医疗组织（ACO）

美国 ACO 模式依靠医疗机构与医保方风险共担机制整合区域医疗资源，保障患者全周期诊疗服务连贯^[32]。该体系将医保结算标准与诊疗质量、整体医疗费用管控成效绑定，倒逼医疗机构主动控制过度医疗、提升基础诊疗服务质量^[33]。ACO 长效运转依托三大核心要素：医保机构与医疗联合体签订风险共担协议；覆盖辖区全部居民的全周期健康管理责任划分；全域统一电子病历系统实现诊疗数据互通。但该模式存在固有短板：患者自主择医易造成机构客源流失、一线医师绩效激励机制不完善，国内借鉴时必须结合我国公立医疗主导的制度背景本土化改造，不可直接照搬。

3.2 英国 NHS 分级诊疗体系

英国国民健康服务体系依托区域医疗协作网络均衡分配医疗资源，全科医生（GP）作为分级诊疗体系的“健康守门人”，是整个体系的核心枢纽^[34]。加拿大基层医疗相关调研佐证，全科首诊制度能够大幅减少非必要三甲专科就诊，节约整体医疗资源^[35]；当地线上虚拟诊所实践显示，线上远程诊疗与社区基础医疗结合，可提升偏远地区群众就医可及性^[36]。适配国内医改环境的实证研究提出，扩充基层全科医师队伍、提升全科诊疗综合能力，是分级诊疗长效落地的根本前提^[37]。

3.3 海外体系建设经验总结

综合美、英、加等国成熟体系建设经验，可提炼三点适配国内发展的启示：一是分级诊疗长效运转离不开政策激励、数字工具、多方主体协同同步推进；二是医保支付规则调整是改变医疗机构、患者就医行为的核心杠杆；三是基层医疗机构综合诊疗能力建设，是整个分级体系可持续运行的底层根基。同时海外市场化医疗体系运行逻辑与国内公立医疗机构为主、政府统筹管理的体系存在本质区别，各类模式均需结合国内医疗政策、区域资源现状调整适配，不可直接复制套用^[38]。

4 当前分级诊疗配套医联体建设突出难题

4.1 医疗资源区域分配结构性失衡

国内优质医疗资源地域、层级分布差距显著，高端医师、大型检查设备集中于城市三级医院，乡镇卫生院、社区卫生服务中心诊疗能力薄弱，直接形成“三甲医院一号难求，基层医疗机构就诊量不足”的两极分化局面^[39]。现有区域协同优化实

践证明，专家下沉驻点、多学科联合诊疗、对口帮扶项目能够小幅提升基层诊疗水平，但东、中、西部经济差距带来的资源分配鸿沟难以短期消除，区域发展不均衡问题长期存在^[40]。

4.2 协同机制碎片化

现阶段医联体协同相关研究多采用静态分析视角，缺少对政策落地长期演化过程的持续跟踪^[41]。协同碎片化问题体现在三大维度：政策层面医保报销、绩效考核配套规则衔接不足；数字层面各医院信息系统独立，数据互通存在壁垒；管理层面缺少全国统一双向转诊规范、机构间收益分配规则模糊^[42]。分级诊疗引导基层首诊的核心功能未能充分发挥，也直接加大异地就医统筹管理难度^[43]。

4.3 全域医疗信息化建设存在短板

各地虽加速搭建医联体专属信息平台，但仍存在多重落地阻碍^[44]：各医疗机构信息系统建设标准不统一，影像、检验数据跨院互认落地难；患者诊疗数据隐私保护、数据共享权责划分缺少清晰制度^[45]；缺少全域实时动态监测系统，无法对分级诊疗落地成效开展常态化实时评估。

4.4 区域差异明显，长效动态调整机制缺失

我国东、中、西部在经济实力和医疗底子上的落差，本就是一个绕不开的现实。因为同一套医联体方案放到资源各异的地地区，效果很可能大相径庭，但针对不同区域如何去协调这种差异化，目前这块的研究较少^[46]。此外，已有协同机制研究的方向普遍不及集中，很少对政策的长期演变过程做后续追踪。至于成效评估，现行指标大多盯着门诊量、转诊人次这类容易量化的业务数据，诊疗质量如何、患者就医负担有没有真正降下来、群众满不满意，这些维度却很少被纳入考量。分级诊疗究竟是否落到实处，仅凭现有指标难以给出完整答案^[47]。

5 三维协同视角下医联体机制优化实施路径

5.1 政策协同层面：完善激励约束配套制度

医保支付调节机制需要率先改革。可以考虑推行基层、二级、三级医院阶梯式差异化报销规则，并搭配按人头、按病种打包付费，引导患者在基层首诊。湖南的落地实践已经给出了佐证：基层住院报销比例提升至 85%、三级医院相应下调之后，基层就诊率出现了明显攀升。在此基础上，DRG、DIP 等精细化付费改革也应同步跟进，把慢病长期管理、康复下转等协同性指标一并纳入医保结算考核^[48]。

财政补贴与绩效考核的联动同样有待理顺。专项补助的发放应与分级诊疗的实际成效挂钩；医联体协同运营的表现情况，也应计入三级公立医院的年度综合考核。湖北省的公立医院考

核方案提供了可参考的样本，也就是基层首诊占比、双向转诊流量、慢病下沉管理成效、群众就医满意度，均被列为权重靠前的核心指标。

法治保障是块短板，也需要加强。莆田市已在分级诊疗领域进行了地方立法的先行探索，它的经验值得各省市借鉴。出台地方性配套法规，把医联体各方的权责边界、转诊规范、资源下沉的硬性要求逐一写清楚，让协同机制的长效运行有法可依。

5.2 数字技术赋能层面：搭建一体化智慧医疗体系

信息互通是数字赋能的第一步。医联体应搭建覆盖全部成员单位的一体化信息中台，统一检查检验数据标准，让跨机构结果可以线上互认以及线上转诊一键办理成为常态。多地的实践数据表明，信息中台统一之后，转诊等待时长能得到大幅压缩，跨机构协作效率也随之改善^[49]。

远程诊疗服务则应加速铺开。“基层完成基础检查、上级专家远程诊断”这样的运行模式，比较适合慢病长期管控、术后康复指导、影像远程判读这几类场景。邯郸的例子颇具代表性：当地三甲医院对接北京国家级医院组建互联网医联体，依托远程会诊和线上影像诊断，本地基层患者不出市就能获得高端专科诊疗资源^[50]。

医疗大数据的价值重点在于动态监测方面。依托全域诊疗数据，可以实时评估分级诊疗的实际效果，为区域医疗资源调配和配套政策调整提供依据；进一步借助机器学习算法，还能精准定位制约转诊效率、造成资源分配失衡的关键因素，让管理决策逐步走向智能化^[51]。

5.3 管理协同层面：统筹资源、规范流程、夯实基层能力

人财物一体化统筹是管理协同的重头戏。紧密型城市医疗集团和县域医共体可以先行推进人事、财务、设备药品的统一管理，配套搭建区域医疗设备共享中心和药品统一配送体系。延安“1+3+N”紧密型医联体的实践说明，人财物一旦统一管理，机构之间的资源壁垒会被深度打通，整体资源利用率也随之优化^[52]。

双向转诊流程同样需要全国统一的标准。急症、慢病、康复期患者各自的上转、下转指征应当明确，再配合线上智慧转诊端口，把转诊申请、病历同步、后续随访全部纳入线上闭环管理。流程标准化之后，机构间的沟通成本得以压缩，患者转诊等候周期缩短，服务规范性也随之提升^[53]。

归根结底，基层诊疗能力才是分级诊疗体系稳定运转的地基。三甲专家常态化驻点坐诊、线上定期培训、家庭医生签约长效服务机制，都需要制度化地建立起来；人才下沉与基层医

护进修培训也不能是一次性动作，而应形成常态安排，持续补齐基层专科诊疗的短板^[54]。

6 国内与海外典型实践案例分析

6.1 国内落地典型模式

先看延安的“1+3+N”紧密型医联体。其架构并不复杂：1家市级三甲牵头，3家县级二级医院居中配合，N个社区和乡镇基层机构实现全覆盖。真正值得琢磨的是它的经验。人财物交由牵头医院统一统筹，机构之间的壁垒由此被实质性打破；区域居民被划分为若干健康责任片区，每一级机构各自对片区内居民的健康管理负责；分级就诊和转诊流程经过标准化梳理，群众就医的路径也随之清晰起来。

天津走的是另一条路，重点放在数字底座上。当地搭建了医疗云综合服务平台，把区域居民的全周期健康数据整合到一起，慢病随访、复诊、转诊的数据通道全部打通。依托这份连续化的健康档案，慢性病的长期管理得以精细化开展，多家机构可以对着同一份数据共管同一位患者。

重庆的模式则相对比较专科。由重医附一院牵头组建专科联盟，并配套远程医疗协作网，聚焦单一专科，把优质专家资源集中投放到这个小圈子里做深度协作。这种打法见效快，专科诊疗技术能在短时间内下沉到基层，对于单病种高发的地区而言是条可复制的路径^[55]。

6.2 海外代表性体系参考

美国ACO责任医疗组织的借鉴价值，主要落在医保与医疗机构风险共担这一点上：结算规则把诊疗质量和费用管控绑在一起，医疗机构为了控制风险，不得不主动做分级分流、把慢病管理前置。当然，这套机制移植到国内需要进行修改，也就是风险分担比例必须调整，才能与公立医疗体系的属性相适配。

英国NHS的全科守门人制度则从源头上解题。全科医生承担首诊分流职能，大量非必要的三甲就诊在社区一层就被拦截。这对国内的启示相当直接，即全科医师队伍要持续扩充，全科岗位的薪酬激励要跟上，否则基层首诊就是一句空话^[56]。

7 “政策 — 技术 — 管理” 三维协同体系完整构建逻辑

行文至此，理论梳理、实证发现与典型案例都已铺开，本章把它们收拢起来，给出一个完整的三维协同运行体系。这个体系怎么搭，三个维度各管什么，下面分别交代。

先说政策维度。这一层握着的是“指挥棒”：阶梯式医保差异化报销、DRG/DIP付费改革、财政专项补偿、医联体专项绩效考核，再加上地方性医疗配套法规，共同构成一张激励与约

束并存的网。它的作用说到底就一句话。也就是让各级医疗机构配合分级诊疗，是划算的、也是必须的。

数字技术维度解决的是“用什么干”的问题。全域统一的医疗信息平台、跨院检查互认系统、远程会诊与线上诊疗模块、医疗大数据动态监测、AI辅助诊断工具，这一整套工具箱的意义，在于给跨机构协作提供可用的载体。有了它们，机构之间的沟通成本才能真正降下来，整体协同的运转效率才有提升的空间。

管理维度则回答“靠谁维持”。标准化双向转诊规范、人财物统一调配、专家下沉与基层人才培养、多方收益分配与风险共担机制——这些安排承担的是组织运营保障的角色。前两个维度设计得再好，没有这一层托底，体系也很难长期稳定地运转下去。

三个维度拼起来，形成的是一个闭环而非三条平行线：顶层政策设计决定了区域医疗数字化的投入规模和应用方向；数字化工具用起来之后，会反过来推动医院内部乃至跨机构的管理走向精细；而一线运营中冒出来的协作堵点，又会倒逼医保、财政等配套政策继续调整。正是这种环环相扣的动态耦合，才让破解医联体协同表面化、碎片化问题有了可行解。

8 研究展望与分层落地建议

8.1 理论研究方向拓展

三维协同框架目前还只是一个分析骨架，理论上的深化空间不小。一个可行的方向是引入系统动力学建模，把政策、技术、管理三个维度之间的交互影响量化测算出来，让“耦合”不再停留在定性描述；另一个方向是拉长观察周期——医联体协同机制在起步期、磨合期、成熟期各自呈现什么形态、受什么因素掣肘，目前几乎没有长时段的跟踪研究可以参照，这块空白值得用连续几年的调研去填补。

8.2 分阶段落地实操建议

落到操作层面，改革不可能一步到位，不妨按时间尺度分层推进。头一两年先把地基打好：选点地区试行医保差异化支

付，同时把医联体统一信息平台搭起来，检查结果互认和转诊“一网通办”在这一阶段就要跑通。三到五年内，重点转向技术应用的铺开与标准化的完善——远程医疗要推广开来，大数据动态监测平台要建起来，双向转诊的标准和流程也要在这一阶段定型，让转诊逐步走向智慧化。五年之后再往深里走，考虑的就是长效机制的问题了：如何让医务人员愿意长期留在基层，如何让“政策—技术—管理”三者形成相互滋养的良性生态，这一阶段的难点不在建设，而在维持。

8.3 未来重点研究方向

往前看，有几个方向值得投入精力。实证层面，现有结论多来自单点或小样本观察，亟需多中心、大样本的研究来检验协同机制到底有没有效；经济层面，协同机制的成本效益至今缺少严谨的卫生经济学评估，而这恰恰是说服决策者的关键证据。技术层面，人工智能、区块链等新技术与分级诊疗的结合还处于试水阶段，落地路径有待探索；视野层面，国际上各类整合医疗实践各有所长，做系统的国际比较、再把可借鉴的经验做本土化改造，同样是一条值得走的研究路线。

9 结语

分级诊疗与医联体一体化协同建设属于覆盖多主体、多环节的系统性民生工程，单纯依靠政策、技术或管理单一维度调整难以实现长效提质，必须同步推进政策配套革新、数字技术全面赋能、医疗机构统筹管理三维联动。本文系统整合国内外现有相关研究成果，搭建“政策—技术—管理”三维协同分析框架，结合国内外典型落地案例梳理分维度优化实施路径。本研究仍存在一定局限性：搭建的理论框架尚未开展大规模实证数据验证，选取案例覆盖区域有限，普适性仍需更多区域实践佐证。后续可依托多中心实地调研、跨国医疗体系对比、新兴数字医疗技术应用研究，持续完善分级诊疗与医联体协同发展理论体系，助力国内医疗卫生治理体系与治理能力现代化建设。

参考文献：

- [1] 律璟璿, 刘智勇. 基于双聚类的国内卫生政策与体系研究热点分析[J]. 中华医学图书情报杂志, 2019, 28(06):74-80.
- [2] 崔洪瑞, 谭清立, 韦亭亭, 等. 医联体医疗资源配置政策文本量化分析与建议[J]. 广东药科大学学报, 2022, 38(05):103-109.
- [3] Fu L, Wang R, Dong Y. The impact of the hierarchical medical system on medical resource allocation in China[J]. Sci Rep, 2025, 15(1):7561.
- [4] 张丽红, 吴文斌, 叶霞. 崇州市医联体模式下分级诊疗现状调查及对策[J]. 四川医学, 2018, 39(02):231-235.
- [5] Du T, Li J, Guo L, et al. The evolutionary game of establishing a remote consultation system based on the downward allocation of medical resources in a medical alliance[J]. PLoS One, 2024, 19(7):e0305747.

- [6] 李晓峰,王慧敏.远程医疗技术在慢性病管理中的应用与挑战[J].中国卫生政策研究,2024,17(8):55-61.
- [7] 解娣,徐帆,李红霞,等.我国医联体内医疗机构信息化建设现状调研[J].中国卫生质量管理,2022,29(12):1-5+8.
- [8] Du T, Li J, Guo L, Wang X, Zhu Q. The evolutionary game of establishing a remote consultation system based on the downward allocation of medical resources in a medical alliance[J]. PLoS One, 2024, 19(7):e0305747.
- [9] Hurley V B, Rodriguez H P, Shortell S M. The role of accountable care organization affiliation and ownership in promoting physician practice participation in quality improvement collaboratives[J]. Health Care Manage Rev, 2019, 44(2):141-149.
- [10] Crockett K, Lovo S, Irvine A, et al. Healthcare Access Challenges and Facilitators for Back Pain Across the Rural-Urban Continuum in Saskatchewan, Canada: Cross-Sectional Results From a Provincial-Wide Telephone Survey[J]. Health Serv Insights, 2023, 16:11786329231193794.
- [11] Lapointe-Shaw L, Salahub C, Bird C, et al. Characteristics and Health Care Use of Patients Attending Virtual Walk-in Clinics in Ontario, Canada: Cross-sectional Analysis[J]. J Med Internet Res, 2023, 25:e40267.
- [12] Li JW, Jin F. An Empirical Study on the Inequality in Health and Healthcare in China's Medical Reform[J]. J Environ Public Health, 2022, 2022:5789118.
- [13] 孙良丹.以分级诊疗之策优化异地就医服务[J].健康中国观察,2024(09):28-31.
- [14] 郑艳,王立峰,李永宁.医联体建设面临的困境与对策研究[J].医院管理论坛,2023,40(01):16-18.
- [15] 虞海平,戴作雷,刘蕾,等.医联体建设实践中区域医疗协同的优化策略[J].中国数字医学,2021,16(12):20-24.
- [16] 李相荣,田进芳,李文广,等.我国分级诊疗制度实施的关键问题与对策分析[J].中国药物经济学,2019,14(02):14-17.
- [17] 刘玉芹,李明.我国分级诊疗制度实施中的问题与对策研究[J].中国卫生政策研究,2021,14(3):45-52.
- [18] 郑希望,牛镁,薛绣亭,等.区域医联体中双向转诊实施的障碍及应对策略研究[J].医学信息,2025,38(08):42-44+60.
- [19] 张红芳,闫朝霞.智慧医联体平台共管分级诊疗模式在糖尿病患者中的应用效果[J].河南医学研究,2025,34(03):530-535.
- [20] 李文明,冯艳.医疗联合体模式下分级诊疗工作研究[J].社会与公益,2025(04):346-348.
- [21] 黄立夏.医联体远程会诊平台的实践和评价[J].电脑知识与技术,2025,21(02):100-103+107.
- [22] 王辰,杜斌.紧密型医联体模式下优质医疗资源下沉路径研究[J].中国医院管理,2022,42(5):12-15.
- [23] Liu X, et al. Internet-based medical consortiums in China: A case study of Sanming's hierarchical diagnosis system[J]. Health Policy and Technology, 2021, 10(3):100556.
- [24] 张荣旭.5G技术在人工智能医疗应用中的研究进展[J].中国新通信,2024,26(24):45-47.
- [25] 陈蕊,刘新亮,李倩,等.城市医疗集团模式下分级诊疗实施效果分析[J].中国医院管理,2023,43(8):31-34.
- [26] 周明华,谭红.县域医共体建设的实践与思考[J].中国农村卫生事业管理,2024,44(5):325-329.
- [27] 王怡静,黄蛟灵,张宜民,等.专科联盟建设的现状与对策研究[J].中国卫生事业管理,2023,40(11):824-828.
- [28] 徐源,赵明,陈璐.远程医疗协作网在医联体建设中的应用研究[J].中国卫生信息管理杂志,2024,21(2):180-185.
- [29] 姚银茜,熊季霞.基于博弈论的医联体协同激励机制研究[J].中国卫生经济,2023,42(6):22-26.
- [30] 高磊磊,赵锐,刘春平.紧密型县域医共体建设进展与思考[J].中国医院,2024,28(7):1-4.
- [31] 吴悦,杨旭,刘锐.医保支付方式改革对分级诊疗的影响研究[J].中国卫生政策研究,2024,17(4):38-44.
- [32] 刘国恩,官海静,岳伟.美国责任医疗组织(ACO)的运行机制及对我国的启示[J].中国卫生经济,2022,41(8):92-96.
- [33] 肖月,赵琨.英国NHS分级诊疗体系及对我国的启示[J].中国卫生质量管理,2023,30(1):97-101.
- [34] 陈宁娜,刘晓云.加拿大基层医疗发展经验及对我国的启示[J].中国全科医学,2024,27(4):389-394.
- [35] 王芳,刘利群,卢祖.家庭医生签约服务在分级诊疗中的核心作用[J].中国全科医学,2023,26(10):1153-1158.
- [36] 赵静,张研,张亮.基层卫生服务能力建设对分级诊疗的影响[J].中国卫生事业管理,2024,41(3):241-245.
- [37] 何达,付英,金春林.医联体协同效率评价指标体系构建研究[J].中国卫生资源,2023,26(5):515-520.
- [38] 马琳,邹长青.基于复杂系统理论的医联体协同机制研究[J].中国卫生事业管理,2024,41(2):121-125.

- [39] 汪彬, 宓轶群. 医疗资源配置不均对分级诊疗的影响研究[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(2):15-20.
- [40] 王长青, 孔晓明. 基于 SWOT-PESTEL 分析的医联体建设策略研究[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(12):881-886.
- [41] 张鹭鹭, 王羽. 卫生服务整合理论在分级诊疗中的应用[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(11):1-5.
- [42] 陈瑶, 陈文. 协同治理视角下医联体多元主体协作机制研究[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(8):1-7.
- [43] 李念念, 赵允伍, 王德斌. 大数据驱动的医联体协同效果评估研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(3):22-26.
- [44] 钱东福, 王伟. 信息化平台在医联体协同中的作用机制研究[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2024, 21(4):421-426.
- [45] 魏俊璟, 孙杨, 顾建钧. 医保差异化支付对基层首诊的撬动效应研究[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(9):43-47.
- [46] 段晖, 马晓晨. 京津冀医联体协同发展模式研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(6):18-22.
- [47] 胡晓, 吴燕, 郁希. 基于扎根理论的分级诊疗实施障碍研究[J]. 中国卫生事业管理, 2023, 40(7):481-485.
- [48] 吴聘, 黄伟, 叶亦盛. 县域医共体“打包支付”改革效果评估[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(4):32-36.
- [49] 陈鹏, 于广军, 刘永斌. 智慧转诊平台建设实践与效果评价[J]. 中国医院, 2023, 27(11):12-15.
- [50] 魏桃, 吴晔, 段胜楠. “互联网+医联体”模式在基层慢病管理中的应用[J]. 中国全科医学, 2024, 27(15):1805-1810.
- [51] 朱兆海, 吕晖, 王晓阳. 基于机器学习的分级诊疗转诊效率影响因素研究[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2024, 21(3):301-306.
- [52] 张宇, 张旭, 胡志. 延安“1+3+N”紧密型医联体建设经验[J]. 中国卫生质量管理, 2023, 30(12):1-4.
- [53] 裴益, 黄学斌, 杜治平. 双向转诊标准化路径研究[J]. 中国医院管理, 2024, 44(9):28-32.
- [45] 苗豫东, 张亮. 基层卫生人才能力提升对分级诊疗的影响研究[J]. 中国卫生事业管理, 2024, 41(8):601-605.
- [55] 周洋, 李雨, 杨竹. 专科联盟建设模式与运行机制研究[J]. 中国医院, 2024, 28(5):6-10.
- [56] 刘洋, 王芳, 田淼淼. 英国全科医生“守门人”制度对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(11):1-6.

作者简介: 王亚兰 (1990—), 女, 汉族, 籍贯: 湖北赤壁, 学历: 硕士研究生, 工作单位: 武汉市武昌医院, 职称: 主治医师, 研究方向: 内分泌及免疫代谢性疾病。

通讯作者: 黎艳。

基金项目: 湖北省预防医学会“卫生管理创新人才培育行动”科研项目 (项目编号: 2025SWGKY556)。