# 社会资本驱动优质医疗资源下沉的实践逻辑

## ——基于福建省的案例研究

陈晓媛，林晨蕾

（福建农林大学公共管理与法学院，福州 350002）

**摘要：**优质医疗资源如何有效下沉，是县域医疗改革的关键命题。基于社会资本理论，采用案例研究法，选取福建省大田县与建瓯两个实践案例，从认知型与结构型社会资本双重维度，系统剖析社会资本驱动优质医疗资源下沉的内在逻辑。研究表明，信任黏合、关系联结、规范协同构成驱动资源下沉的核心逻辑，两地分别形成“三级递进”与“网格嵌入”的差异化实践模式。通过对两个案例的治理经验进行总结分析，提出社会资本视角下的对策建议，为全国基层医疗治理及推动优质医疗资源下沉基层提供参考与借鉴。

**关键词：**社会资本；新乡贤；优质医疗资源下沉；基层医疗治理

**中图分类号：**D669.6 **文献标志码：**A **文章编号：**1671－1807(2026)14－0181－11

当前中国医疗卫生领域仍面临资源配置失衡、基层能力薄弱、服务可及性不足等深层次结构性矛盾，严重制约了居民健康公平的实现。优质医疗资源过度向大城市、大医院集聚，基层医疗卫生机构普遍面临人才“招不来、成长慢、待不下”的困境[1]：受待遇水平偏低影响，基层在招聘中常面临无人问津、难以招到合适人选的困境，优秀医疗人才持续外流；同时，基层医护人员多缺乏系统正规的医学教育与培训，整体专业素养参差不齐，村医医疗能力薄弱，多数人员仅能掌握基础医疗技能，缺乏复杂疾病的诊断与治疗能力，导致基层群众“看病远、看病难”问题长期存在。同时，医疗卫生服务体系呈现“碎片化”特征，医保、医疗、医药三大系统协同不足[2]。此外，不同群体和地区间健康结果不平等现象显著，低收入家庭、农村居民等弱势群体在医疗服务可及性与可负担性上处于劣势，“因病致贫、因病返贫”风险依然较高，健康公平面临严峻挑战[3]。

为系统应对上述问题，中国自 2015 年起推动实施综合医疗改革试点政策，着力加强基层医疗服务能力建设，推进医联体、医共体发展，促进优质医疗资源下沉，以此提升基层服务的可及性与质量[4]。现有关于优质医疗资源下沉的研究多聚焦于政府主导的行政调配、市场驱动的资源流动等路径[5]，探讨政策设计、财政投入、医联体建设等刚性手段的实践效能，但对社会资本这一非正式制度在资源下沉中的作用机制关注不足。在基层治理实践中，社会资本所蕴含的信任、关系网络、互惠规范等要素，为跨主体、跨区域的资源整合提供了柔性纽带，成为破解行政调配灵活性不足、市场驱动基层覆盖有限等问题的重要抓手。

福建省作为全国医改先行区，三明市大田县、南平市建瓯市作为欠发达县域，均以社会资本为核心驱动力，探索出差异化的优质医疗资源下沉路径：大田县形成“田医回田-名医入田-县医回乡”三级递进模式，建瓯市依托“引乡贤·助网格”工程，将乡贤医疗资源融入基层治理网格，实现医疗服务与基层治理的深度融合。本文基于双案例比较，以社会资本理论为分析视角，探究社会资本何以驱动优质医疗资源下沉基层这一核心问题，梳理其实践演进过程，剖析背后的实现逻辑与作用机制，弥补现有研究对非制度性因素推动医疗资源下沉分析的不足，为中国基层医疗治理现代化提供新的理论视角与实践参考。

## 1 理论分析框架

### 1.1 社会资本理论

社会资本是激发乡村内生动力的关键力量[6]，

**收稿日期：**2026-03-17

**基金项目：**福建省创新战略研究计划项目(2024R0022)；国家社会科学基金青年基金项目(24CGL129)

**作者简介：**陈晓媛(2000—)，女，福建漳州人，硕士研究生，研究方向为社会保险、公共卫生政策；通信作者林晨蕾(1984—)，女，福建建瓯人，博士，副教授，硕士研究生导师，研究方向为医疗保险、健康经济学、公共卫生政策。

是个体或组织通过社会关系网络获取稀缺资源的能力[7]。当前学界对社会资本的研究主要形成了认知型与结构型两大分析视角[8]：其中，认知型社会资本以信任、社会网络与互惠规范为核心内涵[9]，结构型社会资本则以纽带、桥梁和链接社会资本为核心维度[10]。本文从双重维度构建分析框架：认知型社会资本为优质医疗资源下沉提供内生动力，解决“愿意下沉”的问题；结构型社会资本为资源下沉搭建制度框架，解决“如何持续下沉”的问题，二者相互耦合、协同作用，共同推动优质医疗资源精准、持续扎根基层。

在认知型社会资本中，信任是核心维度，个体或群体间的信任水平会因交往规模、熟悉程度的差异而呈现出差异化特征[11]。中国社会以关系和伦理为本位[12]，诸多学者直接将关系本位等同于社会资本[13]，社会传统文化在一定程度上决定了社会资本是关系与“面子”范畴的拓展与延伸[14]。然而，关系只是社会资本中关系网络的具体表现形式，关系网络更侧重体现成员在网络中的归属感与互动参与情况[15]。社会规范是社会成员共享的行为准则，包含互惠准则与运行规则，对个体行为具有约束作用，其内涵主要涵盖互惠规模与规范遵守程度两个方面[16]。

在结构型社会资本中，纽带社会资本是指同一层次个体之间组成的社会网络。此类网络内的成员通常具有共同特征或相似身份，呈现较高的同质性与信任度，成员之间联系紧密[17]。纽带社会资本的网络具有相对封闭的特征。成员依托信任关系促进合作，从而实现资源获取、降低交易成本与监督成本、抑制搭便车行为等目标。同时，成员愿意为共同的发展目标做出努力。桥梁社会资本是指同一层次不同群体之间建立的社会网络。该类网络代表了社会人口特征不相似的群体之间的横向联系[18]。此类网络内的成员异质性程度较高，能够获取纽带关系所无法提供的信息与资源。同时，桥梁社会资本为不同利益群体中的成员提供了相互交流分享、建立共识、增加合作机会、拓展联系渠道的平台[19]。链接社会资本是指不同层级群体之间建立的社会网络。该类网络代表了跨越社会阶层、权力梯度、社会地位与财富差异的人群之间的垂直联系[20]。在此类网络中，不同群体的成员能够塑造规范化的互动准则与参与性的民主治理。低层次的群体成员可借助链接关系，从该层次以外的渠道获取资源、想法与信息[21]，从而提升建设社区与适应变化的能力。

基于前述，本文认为结构型社会资本在本质上体现为不同单位之间的经济社会联系。其中，纽带社会资本发生于同一组织内部的个体之间，表现为组织内部个体与个体之间的经济社会联系。桥梁社会资本发生于同一层级的组织之间，表现为组织与组织之间的经济社会联系。链接社会资本更多发生于不同层级的组织之间，表现为上下级组织之间的经济社会联系。无论哪种类型的社会资本，其建立与积累均离不开个体对其社会资本的运用。组织内的个体在与组织内部及其他组织的个体建立经济社会联系的过程中，逐步形成信任、关系网络与交往规则，从而推动不同类型社会资本的形成与积累。

### 1.2 优质医疗资源下沉的研究进路

优质医疗资源是指提供高水平、高质量医疗服务所必需的资源，包括医疗硬件（如高品质医疗仪器）、软件（如医疗信息系统）和高水平服务能力[22]。优质医疗资源下沉是中国医疗资源优化配置的重要方向[23]，现有研究围绕下沉路径形成了三大主流视角[24]：一是政府主导的行政调配视角，强调通过财政投入、政策指令、人事调动等刚性手段，推动大医院专家下沉、医疗设备向基层倾斜[25]；二是市场驱动的资源流动视角[26]，关注通过医疗服务市场化、医保支付方式改革等手段，引导优质医疗资源向基层有序流动；三是医联体协同的整合视角[27]，主张通过县域医共体、专科医联体建设，打破医疗机构间的壁垒，实现医疗资源的上下贯通。

但在实践中，优质医疗资源下沉仍面临诸多现实困境：行政调配模式存在灵活性不足、精准性欠缺等问题，难以匹配基层医疗的差异化需求[28]；市场驱动模式易受利益导向影响，对医疗资源匮乏、收益较低的基层地区覆盖有限；医联体建设在部分县域陷入“形合神离”的困境，因县域自身医疗基础薄弱，难以实现资源的有效对接与能力传递。这些困境的本质在于，单一的刚性治理手段难以激活多元主体的参与动力，未能充分挖掘社会资本在基层医疗治理中的价值。

### 1.3 社会资本驱动优质医疗资源下沉的分析框架

在基层医疗治理情境中，医疗服务体系的完善与基层医疗治理能力的提升，离不开制度供给的支撑，而社会资本则为制度形成与运行提供关键动力。本文将嵌套式制度体系引入基层医疗服务治理实践，从认知型社会资本与结构型社会资本展开

分析,构建“内生动力激活-社会资本重塑-制度体系供给-医疗效能提升”的分析框架,以总结社会资本驱动医疗人才下沉的实现逻辑。

1.3.1 内生动力激活

从传统的“农村精英”的视角看,乡贤是社会精英的典型代表,是兼具较高的个人品行和社会威望的群体。乡村精英可以被划分为“治理精英”(如体制内的村干部)和“非治理精英”(如有号召力的村民)[29]。新乡贤是一类特殊的“乡村精英”。当前,新乡贤融入乡村治理体系是对传统“乡贤治村”的现代性传承和时代性深化。从其身份“二重性”来看,与传统乡贤一样,新乡贤有着浓厚的乡土情感及反哺桑梓的个人奉献精神,是乡村社会治理的道德权威和乡土文化传承的内生型人才[30],而相比传统乡贤,其权威的基础在宗族、道德、品行之外,增加了现代知识、技术和资源[31]。新乡贤所具备的协调调动能力、资源整合能力、协商博弈能力,不仅有助于参与化解乡村民众间矛盾、促进乡村经济发展、维护区域稳定,还可以进一步完善基层的自治、法治和德治,形成“三治融合”的正效应[32]。

在乡村医疗卫生体系建设与基层医疗治理现代化推进过程中,新乡贤正逐步成为重要参与主体,其内生动力通过多元实践得以充分释放:乡土情感的天然联结让他们对基层群众“看病难”的现实困境有着深刻共情,反哺桑梓的奉献精神更促使其主动投身优质医疗资源向乡村流动的实践;此外,其专业技术与多元资源,进一步为治理成效提供坚实支撑。新乡贤突破了行政指令与市场利益导向的局限,以自愿参与、主动作为的姿态成为推动优质医疗资源向基层延伸的核心力量,为基层医疗服务能力提升注入了可持续的内生动力。

1.3.2 社会资本重塑

社会资本作为一种具有增值特性的公共事务,其价值不会随使用而递减,反而会随持续使用增进价值。当乡贤以乡土情感为纽带,推动信任关系深化、协作网络拓展与创新服务模式形成时,社会资本便转化为生产性资产,为优质医疗资源下沉提供持续不竭的动力支撑[33]。因此,乡贤介入基层医疗治理的过程,本质上是以自身为核心纽带,重塑基层医疗治理中多元主体间的认知型与结构型社会资本,并推动形成与之适配的制度化服务体系,最终实现基层医疗服务能力提升的治理目标。

(1)在重塑认知型社会资本方面,乡贤凭借深厚的乡土情感,以同乡身份筑牢基层群众的情感信任,又以专业能力构建稳定的专业信任。大田县回田医生的同乡身份自带地缘亲缘联结,消除村民对县域医疗的信任顾虑,其执业背景与高职称则筑牢专业声望信任,推动患者从“跨市就医”转向“县内就诊”。建瓯市入网乡贤以“网格专属医疗顾问”身份深度融入基层,以“家门口的专家”身份强化乡土情感信任,通过现场诊疗与远程指导展现的专业能力构建专业声望信任,让网格村民安心选择本土医疗服务。

同时,乡贤推动基层医疗关系网络从分散化向一体化整合。大田县“田医回田”以政府统筹协调为基础,县卫健局、县总医院摸排在外大田籍医疗人才,组建名医志愿库并邀请回乡服务。回田乡贤以自身为节点,联结本土村民对接就医需求,同时凭借职业人脉,助力县域与省内外三甲医院建立合作。政府搭建合作平台、乡贤发挥纽带作用,形成“政府统筹-乡贤纽带-村民需求-外部资源支撑”的协同网络。建瓯市依托“4+N”网格健康服务团队,搭建“乡贤(医疗专家)-网格工作者-村医-上级医院专科资源-村民”的协同网络,通过“一库三单”机制实现需求摸排、诊疗落地、技术支撑、服务反馈的全流程衔接。

此外,乡贤促成“乡土伦理+职业规范”的协同共生,大田县回田乡贤牺牲休息时间返乡坐诊、带教,践行“反哺家乡”的乡土伦理与“医者仁心”的职业操守;建瓯市入网乡贤定期开展义诊、健康讲座,坚守乡土反哺责任,推动网格村民主动配合健康管理、网格工作者协同保障服务。

(2)在重塑结构型社会资本方面,大田县以县总医院为核心,大田乡贤与本土医护通过联合诊疗、“师带徒”等方式强化医院内部技术协作与人才联结,建瓯市以村级网格为单元,搭建“乡贤+网格工作者+村医”的内部纽带网络,夯实基层医疗体系内部的纽带和社会资本基础。

同时,乡贤搭建同一层级不同主体的跨域协作平台以重塑桥梁社会资本,大田县回田乡贤依托行业人脉,链接县总医院与省、市级三甲医院,围绕心血管、骨科等短板专科建立远程会诊、技术帮扶机制,建瓯市入网乡贤联动村级网格与市域医院,通过远程诊疗平台实现需求与资源精准对接,同时推动网格员与乡镇卫生院协作形成“网格-乡镇-市域”横向网络。

此外,乡贤打通不同层级主体的纵向资源通道以重塑链接社会资本,大田县构建“省-市-县-乡”四

级纵向网络，通过回田乡贤的技术对接与资源协调，推动优质诊疗技术、专家资源逐级下沉至县乡医疗机构。建瓯市搭建“市-乡-村-网格”四级纵向网络，依托乡贤的专业支撑与跨层级联动，解决村落分散导致的服务覆盖难题，打通“最后一公里”。

1.3.3 制度体系供给

嵌套制度体系的完整性和互动性影响医疗资源下沉的运行成效。若要实现优质医疗资源精准、持续、长效下沉的治理目标，既需要宪制规则、集体选择规则和操作规则三个层级的规则体系同步支撑，又需要不同层级制度之间的反馈调适与同层级多元主体之间的协同联动[10]。医疗乡贤介入基层医疗治理的过程，实质上重塑了医疗领域社会资本的结构与网络，推动了县域医疗制度体系的优化形成和有效运行。

1.3.4 医疗效能提升

乡贤重塑认知型与结构型社会资本的实践探索，经制度体系的固化与转化，最终落地为基层医疗服务效能的全方位提升。大田县“田医回田”与建瓯市“引乡贤·助网格”依托差异化的社会资本重构路径与制度设计，分别实现了县域医疗服务能力的阶梯式提升与网格医疗服务的全域化覆盖，从资源配置、诊疗服务、健康治理三个核心维度，破解了欠发达县域优质医疗资源“下不来、留不住、用不好”的治理困境，形成了社会资本驱动基层医疗效能提升的实践范式。

从资源配置效能来看，两地以乡贤为纽带的社会资本重构，推动优质医疗资源实现精准化下沉与合理化布局，资源可及性与利用效率显著提升。大田县通过回田乡贤的跨层级联动，推动省、市级优质医疗人才、诊疗技术、专科资源向县总医院及乡镇卫生院逐级下沉，依托乡贤技术支撑新增心血管内科、骨科等县域薄弱专科诊室，补齐专科医疗资源短板，县域医疗服务体系的资源配置结构持续优化，县域内就诊率大幅提升，患者跨区域就医比例显著下降，实现了“大病不出县、小病不出乡”的分级诊疗资源配置目标。建瓯市以入网乡贤为核心枢纽，将优质医疗资源直接下沉至村级网格，实现“一格一乡贤医疗顾问”服务全覆盖，破解了偏远村落医疗资源覆盖不足、服务半径过大的难题，村级医疗机构诊疗量占比持续提升，农村居民跨乡就医的时间与经济成本大幅降低，优质医疗资源的普惠性与均等化水平显著提高，真正实现了医疗资源下沉“最后一公里”的畅通。

从诊疗服务效能来看，乡贤的专业赋能与技术帮带，推动基层医疗机构诊疗能力与服务质量实现双提升，基层医疗服务的专业性与规范性显著增强。大田县回田乡贤通过联合诊疗、病例研讨、“师带徒”等常态化帮带模式，将省级医院的诊疗规范、临床经验传递给本土医护人员，助力本土医疗人才专业能力快速提升，县总医院与乡镇卫生院能够独立开展的常见病、多发病诊疗项目数量大幅增加，基层医疗机构的诊疗水平与急危重症初步处置能力显著增强，县域医疗服务的整体专业性与同质化水平持续提升。建瓯市入网乡贤通过现场坐诊、远程指导、技术培训等方式，为网格内村医提供常态化专业支撑，有效提升了村医的慢性病管理、常见疾病诊疗与健康指导能力，同时乡贤为网格内村民提供的个性化诊疗、专科咨询服务，弥补了基层医疗专科服务的不足，让村民在网格内即可享受与市域医院接轨的优质诊疗服务，基层医疗服务的精准度与适配性显著提高。

从健康治理效能来看，乡贤参与推动基层医疗服务与乡村治理深度融合，构建起“预防-诊疗-管理”一体化的健康治理体系，基层健康治理水平全面提升。大田县以乡贤专业能力为支撑，推动县域医疗体系从“重诊疗”向“防诊治管”一体化转型，回田乡贤牵头开展乡村健康科普、慢性病筛查、重点人群健康管理等工作，结合本土医护人员的常态化服务，构建起县域全覆盖的健康管理网络，村民健康素养与疾病预防意识显著提升，慢性病规范管理率、重点人群健康随访率持续提高。建瓯市依托“乡贤＋网格工作者＋村医”的协同网络，将医疗服务嵌入基层网格治理体系，通过网格工作者摸排健康需求、乡贤提供专业服务、村医落地健康管理的闭环模式，实现了网格村民健康档案的动态更新、慢性病的精准管理、老年人及特殊群体的上门服务。乡贤的乡土情感与专业声望，有效提升了村民参与健康治理的主动性与配合度，形成了“乡贤引领、多元协同、村民参与”的基层健康治理新格局。

综合前述形成社会资本驱动医疗人才下沉的“内生动力激活-社会资本重塑-制度体系供给-医疗效能提升”分析框架。如图1所示，在优质医疗资源下沉与基层医疗治理现代化推进的背景下，通过新乡贤介入基层医疗治理，以重塑认知型与结构型社会资本的方式，推动形成适配基层医疗需求、层级完整且规则互动良好的制度化服务体系，进而促进医疗资源精准配置、诊疗服务能力提升、健康治理

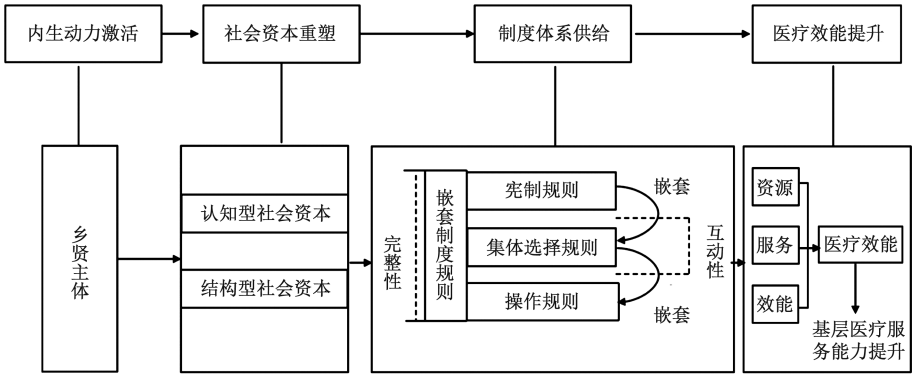



**图 1　社会资本驱动优质医疗资源下沉的分析框架**

协同推进,以实现医疗效能全方位优化,最终达成基层医疗服务能力稳步提升的治理目标。

## 2　案例呈现

### 2.1　案例选取与资料来源

运用案例研究法,选取福建省三明市大田县“田医回田”、南平市建瓯“引乡贤·助网格”为案例,其典型性主要体现在以下方面:①两地均为欠发达山区县,县域医疗长期面临优质医疗资源稀缺、患者外流严重、医联体建设“形合神离”等问题,是中国县域医疗发展困境的缩影;②两地均突破传统行政化路径,以社会资本为核心驱动力,实现了优质医疗资源下沉的本土化创新;③案例分别以认知资本、结构资本为核心驱动要素,在新乡贤参与方式、人才下沉路径存在差异,可为差异化机理提炼提供多元支撑,避免单一案例的局限性。

资料主要来源于:①深度访谈。对两个项目相关领导干部、乡贤医生、县域及乡镇患者、基层医护人员等开展一对一深度访谈,获取一手实践资料。②实地调查。深入两地县总医院、乡镇卫生院、村级网格服务点等进行实地考察,参与义诊活动、医疗座谈等,记录优质医疗资源下沉的实际实践过程。③收集二手资料。收集政府官网、县总医院微信公众号、地方新闻媒体的相关政策文件、工作报道、数据统计,为案例分析提供支撑。

访谈内容经编码整理(编码规则:D 代表大田县,J 代表建瓯市;A 为相关领导干部,B 为乡贤,C 为医疗行业从业者,D 为患者,如 D-A-01 代表大田县卫健局干部访谈记录)。

### 2.2　案例分析

#### 2.2.1　大田县“田医回田”

大田县总面积为 2 294 $km^2$,辖 18 个乡镇、263 个行政村,2023 年底常住人口为 33.6 万人,县域医疗机构床位数为 2 345 张,每千人口执业(助理)医师数为 1.8 人,低于福建省平均水平。2021 年前,县域内就诊率仅 84.3%,心血管、骨科等专科疾病患者跨市就医比例达 18.7%[34],基层医疗服务能力薄弱成为县域健康发展的核心瓶颈。在三明医改的整体制度框架下,大田县突破传统行政化资源调配的路径依赖,于 2021 年 12 月正式启动“田医回田”工程。这一实践并非一蹴而就,而是历经持续迭代,逐步形成“田医回田-名医入田-县医回乡”的三级递进模式,通过社会资本与政府治理的协同互动,构建起优质医疗资源下沉的本土化路径。

1)1.0 阶段:田医回田

2021 年之前,大田籍在外医师已自发利用节假日返乡开展零散义诊,但缺乏制度化支撑导致服务持续性不足、覆盖范围有限,难以从根本上缓解县域医疗资源短缺的困境。为激活乡土社会资本内生动力,县总医院通过设立“名医工作室”,以地缘亲缘为纽带系统梳理在外大田籍医生资源,建立常态化返乡服务机制;同步出台专项人才政策,通过交通与劳务补贴、荣誉表彰等制度化设计,将乡土反哺的道德自觉转化为可持续的参与动力。

乡贤郑医生作为首批回田医生代表,在访谈中直言:“我们都是从大田走出来的,小时候看着乡亲们看病难,现在有了能力,总不能看着家乡人还为治病奔波。每次回来坐诊,看到老乡们熟悉的面孔,就觉得这份坚持特别有意义。”(访谈记录:D-B-01)这种基于地缘亲缘的情感信任,让在外医师突破了行政人事调动的壁垒,自愿牺牲休息时间返乡服务,其内生动力远强于行政指令调配。

相较于单纯的专业背书,回田医生的同乡身份更能激活乡土社会的天然信任,消除基层患者对本土医疗的固有顾虑,推动其从“盲目外流”转向“本地就医”。70 岁的陈阿姨因左髋关节僵直疼痛 50 余年,此前辗转多家医院未敢手术,在县总医院接

受田医指导下的手术治疗后，康复效果显著，她感慨道：“以前总觉得县城医院看不好这种大病，非得往福州跑，没想到现在省城的专家直接来县里做手术，又方便又放心，术后恢复得也特别好。”（访谈记录：D-C-01）同乡身份与专业资质的双重叠加，不仅降低了医疗资源跨区域流动的成本，还以规模化的诊疗服务实践逐步扭转了患者外流态势，为优质医疗资源在县域落地生根奠定了坚实的群众基础。

2）2.0阶段：名医入田

乡贤反哺模式虽初步激活了优质医疗资源下沉的动能，但受限于回田医生的专业领域分布，县域医疗的部分专科短板仍未得到有效弥补，复杂疑难病症患者跨区域就医的需求尚未完全缓解。面对这一现实瓶颈，大田县并未止步于此，而是依托首批回田医生积累的职业网络资源，于2022年正式启动“名医入田”计划，将资源下沉的主体范围从大田籍乡贤医生，进一步拓展至省内外优质医疗人才群体。

这一拓展并非简单的规模扩大，而是依托乡土亲缘网络的情感联结、医疗职业网络的专业认同与政医协同网络的制度支撑，形成三层嵌套的资源流动结构。郑医生在访谈中回忆道：“一开始只是我们几个大田籍医生自发回来，后来在省里医院交流时，跟同事们聊起家乡的医疗困境和我们的实践，他们都很受触动，不少专科骨干主动提出要一起过来帮忙。对医生而言，能把技术用在真正有需求的地方，让更多基层患者受益，也是专业价值的重要体现。”（访谈记录：D-B-02）这种基于职业认同与行业信任的网络延伸，打破了地域与身份的限制，使优质医疗资源从“乡贤反哺”的个体行为，升级为“区域共享”的群体行动。

此外，政府也提供了关键制度保障。县卫健局林主任在访谈中介绍：“我们主动对接省级三甲医院，为名医入田搭建常态化合作平台，不仅解决了场地、设备等硬件保障问题，更通过政策衔接明确了专家坐诊、带教培训的具体机制，让专家们的技术能真正沉下来、用起来，避免了‘走过场式’的短期帮扶。”（访谈记录：D-A-01）这种多元网络的有机整合，既充分发挥了社会资本的柔性联结优势，又借助政府力量破解了资源流动中的制度性障碍，实现了优质医疗资源与县域专科需求的精准对接。

随着实践推进，县总医院的服务能力实现质的跃升，不仅患者满意度跻身全省前列，更形成辐射效应，吸引周边县市患者慕名就诊，优质医疗资源的区域共享价值得到充分显现。

3）3.0阶段：县医回乡

随着县域医疗服务能力的稳步提升，新的治理命题也随之浮现：偏远乡镇群众前往县城就医仍面临路途遥远、交通不便等现实困难，优质医疗资源下沉的“最后一公里”尚未完全打通。针对这一问题，大田县于2023年启动3.0版“县医回乡”工程，选定189名医疗人才组建“回乡医疗队”，每月至少安排两批次医生在圩日回原籍乡镇义诊，有力推动乡级医疗服务水平持续提升。

这一实践的深化，依托于乡土道德规范、行业合作规范与政府政策规范的深度融合。乡土道德规范为县医下沉提供内生价值引领，参与该项目的蒋医生是土生土长的大田人，其父亲曾是乡村医生，他在访谈中表示：“从小跟着父亲走村串户看病，深知乡镇群众就医的不易。现在能回到家乡为乡亲们服务，既圆了小时候的心愿，也能在带教基层医生的过程中积累临床经验、提升专业能力，这种双向成长的获得感很难得。”（访谈记录：D-B-03）这种基于乡土情怀的道德自觉，与“教学相长”的行业合作规范形成共振，使本土医师下沉基层从“任务要求”转化为“自觉行动”。

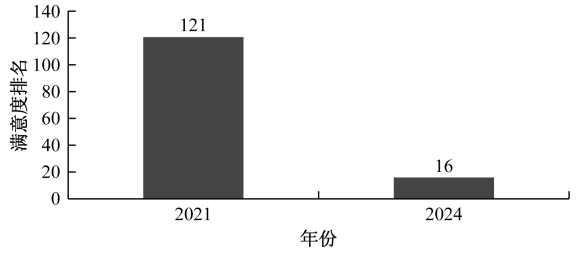
政府出台的政策规范，为这种自觉行动提供了可持续的制度保障。县总医院吴书记在访谈中介绍：“我们建立了‘县医回乡’的考核激励机制，将下乡服务时长、带教成效与职称评定、评优评先直接挂钩，同时配套相应的工作补贴与生活保障，让医生们下沉基层有动力、有回报、无顾虑。”（访谈记录：D-A-02）这种以道德引领为内核、专业互惠为支撑、政策激励为保障的多元规范体系，既直接回应了基层医疗资源匮乏的现实诉求，更通过定向能力培育实现了基层医疗的本土造血，其服务效能直接惠及广大乡镇群众。

广平镇的李阿姨便是其受益者，她开心地说道：“原本以为要跑一趟县城，没想到，今天章医生就在分院帮我做了手术，太方便了！”（访谈记录：D-C-02）

李阿姨口中的章医生，就是本地乡亲、大田县总医院普通外科主治医师。章医生定期和同事回乡卫生院开展义诊活动，为村民提供问诊、测量血压、超声检查等健康服务。章医生介绍说：“给李阿姨做手术，可谓双赢。在卫生院开展头顶部皮脂囊肿切除术，既方便了老乡，又让跟诊的年轻医师现

场观摩手术,学习操作技巧,为今后独立诊疗打下坚实基础。"(访谈记录:D-B-04)

"县医回乡"工程的持续推进,不仅实现了优质医疗资源向乡镇的深度扎根,更通过诊疗服务提质、就医便捷性提升,赢得了群众的广泛认可。从2021年项目启动至2024年底,大田县群众对本土医疗服务的满意度从全省121名跃升至16名,信任度大幅提升(图2)。此外,已累计开展就诊超12 000人次,开展三、四级手术比例提高11.7%[35](图3)。




排名数值越小,患者满意度越高

**图2 大田县患者满意度对比**

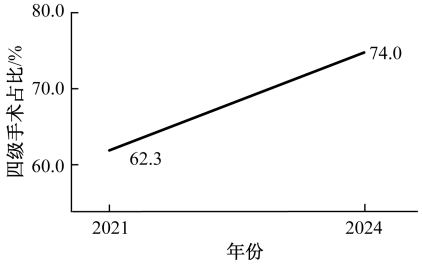



**图3 三四级手术开展情况**

2.2.2 建瓯"引乡贤·助网格"

建瓯市总面积为4 233 km$^2$,辖14个乡镇、4个街道,217个行政村、27个社区,2024年末常住人口为42.2万人,其中农村人口为19.1万人,村落平均服务半径达3.2 km。2021年县域内就诊率仅82.6%[36],农村地区村级医疗机构仅能提供基础诊疗服务,基层医疗服务可及性不足问题突出。为摆脱这一困境,建瓯市于2022年3月正式启动"引乡贤·助网格"健康服务工程,突破传统医疗资源下沉的路径,将乡贤与基层治理网格深度融合,逐步形成"网格布局-机制运行—专业赋能"的实践模式。

1)网格布局,搭建乡贤服务载体

为激活乡土社会资本,建瓯市以基层治理网格为基础,重构基层医疗服务空间布局,科学划分249个基础健康网格,同步组建113支"4+N"网格健康服务团队("4"即县级专科医生、基层注册执业医生、护士、乡村医生,"N"为健康网格员及志愿者),明确"一格一乡贤医疗顾问"的全覆盖目标。

为精准匹配供需,市卫生健康委联合网格中心开展全域乡贤医疗人才摸排,吸纳省内外建瓯籍医疗专家、本土名医共12位签约入驻,建立"网格乡贤医疗人才库",根据乡贤专业领域与网格健康需求进行定向匹配。乡贤张教授作为福建省立医院心内科专家,主动加入人才库并对接家乡所在网格,他在访谈中表示:"作为建瓯籍的医生,我很愿意为家乡做点事情,为建瓯市心血管内科的医、教、研做贡献,同时为建瓯市广大心血管患者提供医疗服务,让乡亲们享受到更好医疗服务。"(访谈记录:J-B-01)

这种将乡贤嵌入网格的布局模式,将其专业优势与网格的空间优势深度结合,改变了以往乡贤服务"无固定阵地、无明确对象"的困境。龙村乡偏远村落的王大爷患有高血压多年,此前需每月往返县城复诊,网格乡贤医疗顾问入驻后,他感慨道:"以前看病要坐一个多小时的车,现在网格里就有专家指导用药,还定期上门测血压,真是解决了我们老年人的大难题。"(访谈记录:J-D-01)网格作为服务载体,既为乡贤反哺家乡提供了便捷渠道,又让基层群众实现"家门口就医",为优质医疗资源下沉筑牢了空间基础。

2)机制运行,保障服务可持续性

乡贤网格布局虽初步解决了"服务在哪里"的问题,但如何实现服务的常态化、精准化仍面临挑战。2022年下半年,建瓯市创新推出"一库三单"运行机制,以制度设计规范服务流程,将乡贤的自愿服务转化为可持续的治理实践。"一库"即健康服务专家库(含乡贤医疗人才),"三单"指基层医疗机构"点单"、市卫健局及总医院"接单"、相关医疗卫生机构"派单"(健康网格员通过入户走访、电话问询、邻里微信群收集等方式,精准摸排网格内居民的健康需求并由基层医疗机构汇总形成需求清单;市卫生健康委对需求进行分类梳理后,联合总医院统筹派发任务清单;乡贤通过现场坐诊、远程指导、上门服务等方式完成服务并反馈,形成闭环管理)。

政府同步提供关键制度保障,出台《"引乡贤·助网格"健康服务管理办法》,对表现优秀的乡贤医疗顾问给予"乡土名医"荣誉表彰、项目支持等奖励,将网格健康服务成效纳入乡贤参与乡村治理的评价体系。市网格中心李主任在访谈中介绍:"我们通过机制设计,让乡贤服务有方向、有保障、有反

馈，避免了‘走过场式’帮扶。同时，网格工作者全程协调对接，解决乡贤服务中的场地、设备等问题，让他们能专心提供医疗服务。”（访谈记录：J-A-01）

机制运行以来，乡贤服务的精准度与实效性显著提升。截至 2024 年 9 月，全市累计接收基层医疗机构需求单 439 份，委派乡贤及相关专业医护人员 3 010 人次，精准解决群众专科专病诊疗难题。乡贤江教授作为天津医科大学总医院专家，通过“线上名医工作室”为网格内疑难病症患者提供远程会诊，他在访谈中表示：“线上名医工作室为自己提供了回馈父老、反哺家乡的便捷平台，‘一库三单’机制让我能精准对接家乡群众的需求，虽然远在外地，也能为家乡医疗事业出一份力。”（访谈记录：J-B-02）这种“基层点单、政府统筹、乡贤落单”的机制，既充分尊重了群众的医疗需求，又最大化发挥了医生的专业价值，实现了供需两端的精准匹配。

3）专业赋能，提升基层服务能力

随着网格服务常态化，基层医疗“造血”能力不足的问题凸显，2023 年起建瓯市推动实践升级，乡贤从“直接服务者”转变为“技术帮扶者＋资源链接者”。

在技术帮带层面，乡贤医疗顾问通过现场示范、教学查房、远程指导等方式，为网格村医开展常态化带教；依托乡贤资源，建瓯市立医院借力省级医院建成胃肠外科（南平市重点专科）、小儿外科等特色专科，专科能力居南平县域前列。该院也成为全省唯一跻身全国二级公立医院绩效考核百强的县级医院，基层诊疗能力显著提升。参与培训的村医小林表示：“以前遇到复杂病例没把握，乡贤专家的指导让我学到很多实用技术，现在处理常见病更有信心了。”（访谈记录：J-C-01）

在资源链接层面，乡贤依托职业人脉牵线搭桥，推动建瓯市总医院与福建省肿瘤医院、福建医科大学附属第一医院共建专科医联体、特色门诊，为疑难病症患者开通省级转诊绿色通道；同时动员乡贤及爱心企业捐赠医疗物资，组建“流动医院”深入偏远村落巡诊，拓宽优质医疗资源覆盖范围。此外，乡贤助力搭建“心电一张网”联合救治体系，推动急救资源下沉乡镇，实现急危重症患者高效救治，建瓯市心梗死亡率大幅下降，救治效率位居福建省前列。

小桥镇陈女士患有乳腺结节多年，曾顾虑本地诊疗水平犹豫赴榕就医，在网格乡贤顾问的帮助下，通过肿瘤专科医联体对接省级专家，她感慨道：“在家门口就能享受省级三甲医院服务，省时又省钱，真是太好了。”（访谈记录：J-D-02）乡贤的专业赋能与资源链接，从根本上提升了基层医疗服务能力，真正打通了优质医疗资源下沉的“最后一公里”。

“引乡贤·助网格”工程通过网格布局、机制运行与专业赋能三维实践，实现优质医疗资源直达基层末梢。从实践成效来看，建瓯市县域内就诊率由 2021 年的 82.6％提升至 2024 年的 92.3％（图 4）；依托“一库三单”机制累计接收基层医疗需求单 439 份，乡贤及专业医护累计服务 3 010 人次[37]；急性心肌梗死死亡率显著下降，农村居民就医距离与时间成本大幅降低。建瓯市网格嵌入模式有效破解了偏远地区医疗服务可及性不足的难题，推动基层医疗服务效能持续提升。

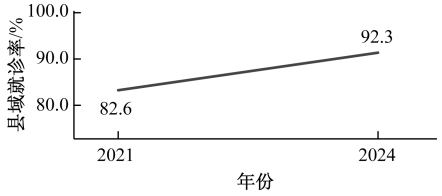



**图 4　县域内就诊率对比**

2.2.3　案例对比

大田县与建瓯市均为福建省欠发达县域依托社会资本推动优质医疗资源下沉的典型实践，均以新乡贤为核心主体，将乡土社会的信任关系、关系网络与互惠规范转化为资源流动的内生动力，实现优质医疗资源从城市向基层下沉。受地理空间特征、治理结构基础等因素影响，两地在驱动逻辑、实践路径、服务模式等方面存在差异（表 1）。

从驱动逻辑来看，大田县以认知型社会资本为核心，依靠乡土信任与情感认同形成自下而上的内生动力；建瓯市以结构型社会资本为支撑，通过网络构建与制度嵌入实现自上而下的统筹推进。

从实践路径来看，大田县采用三级递进模式，推动医疗资源从省市到县乡逐级下沉；建瓯市采取网格直达模式，将优质医疗资源直接嵌入村级治理末梢，提升服务可及性。

从运行机制来看，大田县以道德引领、行业协作、政策激励相结合，保障人才下沉可持续；建瓯市依托“一库三单”机制，以需求为导向实现资源精准匹配与服务常态化。

综上，两种模式路径不同、机制各异，但均印证了社会资本在推动医疗资源下沉、提升基层治理效能中的重要作用，为不同条件县域提供了差异化实践参考。

表1　大田县与建瓯市优质医疗资源下沉实践模式对比

| 变量 | 田医回田 | 引乡贤·助网格 |
|---|---|---|
| 核心主体 | 乡贤 | 乡贤 |
| 社会资本类型 | 认知型社会资本 | 结构型社会资本 |
| 实践驱动模式 | 自下而上(乡贤自发+政府保障) | 自上而下(政府引导+乡贤执行) |
| 资源下沉路径 | 省→市→县→乡 逐级递进 | 市→乡→村→网格 直达末梢 |
| 规范整合方式 | 乡土道德+行业规范+政策激励 | 一库三单+网格管理+绩效考核 |
| 服务覆盖特征 | 以县总医院为核心,辐射乡镇 | 以网格为单元,全域覆盖 |

## 3　社会资本驱动优质医疗资源下沉的内在逻辑

### 3.1　信任黏合,夯实下沉根基

山区县域优质医疗资源下沉长期面临行政化调配动力不足、医患间信任隔阂的难题[38],医疗资源跨区域流动存在较高的成本,城市优质医疗人才参与基层服务的意愿不足,基层患者对本土医疗服务存在认知偏见,这成为资源下沉落地见效的梗阻。信任作为社会资本的核心维度,兼具乡土性与专业性双重特质[39],是消解医患信任隔阂、降低资源流动成本的重要纽带。

乡土社会中长期形成的情感联结与身份认同,有效化解了资源下沉过程中的信任障碍,降低了医疗资源跨区域流动的社会成本。在外医生与家乡之间的地缘亲缘联结,塑造了基于身份认同的乡土情感信任,这种特殊信任超越了行政指令的外在约束与职业发展的机会成本考量,成为城市优质医疗人才参与基层服务的核心内生动力,让优质医疗资源突破行政人事管理的制度壁垒向县域流动。此外,乡贤医生的执业背景、职称与临床诊疗经验,构建起基于专业能力的声望信任,这种信任与乡土情感信任形成叠加效应,逐步消解基层患者"本土医疗能力不足"的固有认知,推动患者就医选择从"跨区求诊"向"本地就医"转变,使优质医疗资源在县域基层获得群众层面的认可与接纳。

### 3.2　关系联结,搭建多元协同的流动通道

传统行政化调配模式下的资源流动多为单向度、点状式输入[40],难以形成规模化、持续性的资源流动格局,且医疗领域、政府部门与社会力量之间缺乏有效的联结机制,治理资源呈"碎片化"分布,制约了优质医疗资源的下沉效能。关系网络作为社会资本的物质载体,具有层级拓展与多元联结的特质,能够打破地域、身份与领域的限制,更能推动政府、市场、社会三大主体的协同,为优质医疗资源下沉搭建起多维度、可拓展的结构性流动载体。

大田县以乡贤乡土亲缘网络激活"田医回田"乡贤反哺模式,衔接县域医疗需求;以乡贤医疗职业网络拓展资源供给主体,落地"名医入田"补齐县域专科短板;最终依托政府制度性合作平台整合各类网络,落地"县医回乡"模式,同时撬动市场资源配套,实现优质医疗资源县域全域覆盖。推动优质医疗资源逐级下沉。

建瓯市将乡贤嵌入治理网格,依托乡土亲缘网络精准摸排基层医疗需求;以乡贤医疗职业网络联动省市级优质资源,构建横向协作网络;以政府"一库三单"机制为制度支撑,系统整合各类网络并明确多元主体权责,引导市场力量参与服务配套。通过乡贤搭建"市-乡-村-网格"嵌入网络,推动优质医疗资源直达基层。

### 3.3　规范协同,固化资源下沉效能

规范协同是保障优质医疗资源下沉长效运行的核心支撑,大田县与建瓯市通过乡土道德规范、医疗行业规范、政府政策规范的深度融合,实现社会道德引领、市场专业准则与政府制度约束的有机结合,推动优质医疗资源下沉从阶段性实践转向常态化治理。

乡土道德规范是驱动资源下沉的价值内核。"反哺桑梓"的乡土伦理与"医者仁心"的职业操守,为乡贤等社会力量参与基层医疗服务提供内在价值引领,既激发其自愿参与、主动作为的内生动力,又以道德约束规避社会力量自发行动的无序性,让社会层面的资源下沉实践贴合基层医疗需求。

医疗行业规范是提升资源下沉效能的专业支撑。以"师带徒""协同诊疗""质量管控"为核心的行业准则,推动优质医疗资源下沉从单纯的"输血式服务供给"向"造血式能力培育"转变,实现省级优质诊疗技术、临床经验向基层的精准传递,提升基层医疗服务水平。同时也让医疗资源与服务供给精准适配基层实际需求,保障资源下沉的专业效能。

政府政策规范是固化资源下沉成效的制度保障。通过出台专项服务管理办法、建立考核激励机制、完善财政与硬件保障体系,将乡土道德自觉、医疗行业专业准则转化为刚性的制度要求,明确政府、市场、社会三大主体在资源下沉中的权责边界与互动机制,让三者的协同联动有章可循、有规可依。

## 4 结论

本文依托社会资本理论，从认知型与结构型社会资本两个维度，分析“田医回田”、建瓯市“引乡贤·助网格”的实践演进过程。研究表明，社会资本并非静态固化的治理禀赋，而是通过动态演化与深度耦合，成为驱动优质医疗资源下沉的核心内生动力。其一，信任黏合是优质医疗资源下沉的根基，乡土情感信任与专业声望信任的双重建构，既激活了医疗人才返乡服务的内生动力，也消解了基层群众对本土医疗服务的认知隔阂，打破资源跨区域流动壁垒。其二，关系联结是优质医疗资源下沉的载体，以乡贤为核心节点，整合乡土亲缘、医疗职业与政医协同网络，构建层级化或网格化的多元协同流动通道，推动优质医疗资源下沉基层。其三，规范协同是优质医疗资源下沉的长效保障，乡土道德规范、行业合作规范与政府政策规范的有机融合，构建起价值引领、专业支撑、制度保障的多元体系，推动资源下沉从阶段性实践转向常态化长效治理。其四，欠发达县域推进优质医疗资源下沉，应充分挖掘社会资本的独特价值，构建政府、市场、社会协同参与的治理格局。政府需发挥制度供给与平台搭建作用，社会力量以乡贤为代表强化纽带联结功能，市场层面提供专业资源与服务配套，形成多元协同的优质医疗资源下沉格局。

两地的实践探索，为欠发达山区县域破解优质医疗资源下沉难题提供了可复制、可推广的经验范式。推进基层医疗治理升级，不应单一依赖行政化资源调配手段，而是充分激活乡土社会资本的独特优势，走出一条契合乡土特质、兼具内生动力与可持续性的医疗资源下沉路径。

本文同样存在一定的研究局限。仅选取两个案例分析，所得结论的适用性与推广性有限。未来研究可依托多案例比较或定量方法深入分析，进一步增强研究结论的普适性与可信度。在此基础上扎根中国基层医疗治理实践，构建区别于西方理论的本土化学术命题与理论范式，进一步拓展社会资本理论在医疗领域的应用场景与研究边界。

## 参考文献


[1] 顾思雨，孙其虎，杨海峰，等. 基层医疗卫生机构减负存在的问题及对策分析[J]. 医学与哲学，2025，46(19)：41-45.

[2] 王朝才，查梓琰. 综合医改试点缓解了“看病难”和“看病贵”问题吗？[J]. 财政研究，2021(12)：79-92.

[3] 张郁杨，陈东. 新农保政策会缓解城乡老年健康机会不平等吗——来自CHARLS数据的证据[J]. 农业技术经济，2023(8)：82-99.

[4] 王玉娜，褚玉晶. 区域医联体分级诊疗模式的现状分析与优化路径研究[J]. 中国农村卫生事业管理，2025，45(12)：876-881.

[5] 陈军，牛佳苗，易泽宇，等. 松散型医联体优质医疗资源下沉驱动机制探究——微观合作理论视角下的定性比较分析[J]. 中国卫生政策研究，2024，17(8)：50-57.

[6] 陈纪，陈翔宇. 乡村治理过程中的社会资本培育及外溢——基于G省T村“村BA”的案例考察[J]. 行政管理改革，2026(1)：87-98.

[7] PEI J P，LIAN C. Have PPP project improved the efficiency of medical facilities supply? [J]. Journal of Coastal Research，2020，104(1)：967-971.

[8] 教军章，张雅茹. 社会资本影响制度发展的作用机理探究[J]. 理论探讨，2018(6)：155-161.

[9] PUTNAM R D. Making democracy work：civic traditions in modern Italy[M]. Princeton，New Jersey，USA：Princeton University Press，1993.

[10] 苏毅清，张诗斐. 驻村第一书记促进乡村内生发展的社会资本逻辑——基于广西大水村的个案研究[J]. 公共管理学报，2025，22(1)：139-150.

[11] 杜焱强，刘平养，包存宽，等. 社会资本视阈下的农村环境治理研究——以欠发达地区J村养殖污染为个案[J]. 公共管理学报，2016，13(4)：101-112.

[12] 田先红，吕德文. “生活国家”的构建：中国国家建设的历史进程与基本经验——以乡村生活治理为讨论中心[J]. 社会科学，2023(4)：152-166.

[13] 陈泽鹏，雷晓康. “递进式创熟”：城市社区治理共同体的柔性建构之道[J]. 山东大学学报(哲学社会科学版)，2025(4)：81-91.

[14] 杨雪冬. 社会资本：对一种新解释范式的探索[J]. 马克思主义与现实，1999，52(3)：52-60.

[15] 翟学伟. 是“关系”，还是“社会资本”[J]. 社会，2009，29(1)：109-206

[16] 李惠斌，杨雪冬. 社会资本与社会发展[M]. 北京：社会科学文献出版社，2000.

[17] KIM J，YANG K，ZENG X，et al. The influence of perceived benefit on structural，cognitive and relational social capital in fashion blogs：the study of female users[J]. Journal of Fashion Marketing and Management：An International Journal，2020，25(2)：310-330.

[18] KNORST K J，VETTORE V M，BRONDANI B，et al. The different roles of structural and cognitive social capital on oral health-related quality of life among Adolescents[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health，2023，20(8)：5603-5603.

[19] 程秀英，刘孟翔. 社区自组织的社会资本结构化与制度化探究——基于社区冲突治理中民间互助组织的扩展案例研究[J]. 公共管理与政策评论，2025，14(1)：155-168.

[20] 王竹泉，宋晓缤，孙文君，等. 政府社会资本的规模、结

构与测度[J]. 财会月刊,2022(7):8-16.
[21] 陈升,卢雅灵. 社会资本、政治效能感与公众参与社会矛盾治理意愿——基于结构方程模型的实证研究[J]. 公共管理与政策评论,2021,10(2):16-30.
[22] 崔岩,蔡荣. 社区社会资本测量:一项基于经验数据的研究[J]. 社会学研究,2008(3):122-142.
[23] 陈涵,谢家智,詹江. 医联体绩效积分代币化实现双循环的探索:理论框架、实践路径与政策建议[J]. 青海社会科学,2025(6):110-123.
[24] 封进,吕思诺,王贞. 医疗资源共享与患者就医选择——对我国医疗联合体建设的政策评估[J]. 管理世界,2022,38(10):144-157.
[25] 廖虎昌,蒋凡,蔡宇航,等. 数智赋能的优质医疗资源共享与协同发展现状、实现路径与挑战[J]. 华西医学,2025,40(12):1885-1890.
[26] 曾永发,邱建永,聂斌,等. 福利多元主义视角下医养结合协同治理研究——以广州市A医院托管养老机构为例[J]. 现代医院,2025,25(1):4-7.
[27] 卢泓,曾超颖. 公立医院运营效率评价体系构建与提升路径研究[J]. 卫生经济研究,2025,42(10):89-93.
[28] 吴慧贤. "平急两用"实践模式有效破解乡村医疗服务困境——以丽水市为例[J]. 中国农村卫生事业管理,2025,45(12):837-842.
[29] 梁丽芝,刘姗. 从嵌入到融入:新乡贤返乡治村的内在机理与实践进路[J]. 理论探讨,2023(6):40-47.
[30] 孙迪亮,宋晓蓓. 新乡贤参与乡村社会治理的理据分析[J]. 科学社会主义,2018(1):105-110.
[31] 李伟,张红霞. 新乡贤传承乡村传统孝文化的价值意蕴与困境纾解[J]. 图书馆,2023(8):34-38.
[32] 刘同君,王蕾. 论新乡贤在新时代乡村治理中的角色功能[J]. 学习与探索,2019(11):47-52.
[33] YOU L, HON L. How social ties contribute to collective actions on social media: a social capital approach [J]. Public Relations Review, 2019, 45(4): 101771.
[34] 大田县总医院2024年度医院运营报告[R]. 三明:大田县总医院,2024.
[35] 三明市卫生健康委员会. 三明市县域医改成效通报(2021—2024)[R]. 三明:三明市卫生健康委员会,2024.
[36] 建瓯市卫生健康局. 建瓯市医疗卫生事业发展统计公报[R]. 南平:建瓯市卫生健康局,2021.
[37] 南平市卫生健康委员会. 南平市"引乡贤·助网格"健康服务工程成效报告[R]. 南平:南平市卫生健康委员会,2024.
[38] 贲慧,张阳. 社会网络对公共医疗资源配置效率的影响研究——以江苏为例[J]. 江西社会科学,2018,38(5):227-234.
[39] 朱虹. 信任:心理、社会与文化的三重视角[J]. 社会科学,2009(11):64-70.
[40] 吴艳霞,李宇殊,梁志康. 区域创新生态系统协同模型构建及实证研究[J]. 开发研究,2020(6):15-23.

# The Practical Logic Behind Social Capital Driving the Disbursement of High-quality Medical Resources: A Case Study from Fujian Province

CHEN Xiaoyuan, LIN Chenlei

(School of Public Administration and Law, Fujian Agriculture and Forestry University, Fuzhou 350002, China)

**Abstract**: How to effectively decentralize high-quality medical resources is a pivotal issue in county-level healthcare reform. Grounded in social capital theory and employing case study methodology, two practical examples from Datian County and Jian'ou County in Fujian Province were examined. The underlying mechanisms through which social capital drived the decentralization of quality medical resources from both cognitive and structural perspectives was systematically analyzed. The study reveals that trust-based cohesion, relational networks and normative coordination constitute the core drivers, with each region developing distinct implementation models such as the "three-tiered progression" and the "grid-based embedding" approach. By synthesizing governance insights from these cases, actionable recommendations are proposed from a social capital perspective, offering valuable references for improving primary healthcare governance and promoting the delivery of high-quality medical resources at the grassroots level nationwide.

**Keywords**: social capital; new local elites; allocation of high-quality medical resources to grassroots levels; primary healthcare governance