· 卫生政策与管理 ·

基于“政策 - 实证”双维互证的南宁市“乡聘村用”政策执行困境与优化策略研究

张无忧[1],龚祖康[2],吴彦龙[3], 陈会方[1], 汤子健[1], 朱平华[1]
1. 广西医科大学,广西 南宁 530021;2. 南宁市第五人民医院;3. 广西医科大学第一附属医院

摘要:目的 分析乡村医生“乡聘村用”政策的实施效果与困境,探讨政策工具配置对目标实现的影响,为优化基层卫生人才政策提供参考。**方法** 基于“政策工具—政策目标”分析框架,对 21 份政策文本进行内容分析(政策维度),并结合南宁市 2 689 名乡村医生的问卷调查、35 名村医的深度访谈资料(实证维度),采用混合研究方法进行政策文本分析与实证调研的双维互证。**结果** 环境型工具(46.2%)过度集中于“规范管理”目标(57.1%),而需求型工具整体不足(21.8%)。南宁市乡村医生薪酬满意度仅为 31.0%,职业发展前景满意度为 21.0%,“缺药”“晋升难”“绩效发放延迟”等问题高频出现。**结论** “政策 - 实证”双维互证揭示出“乡聘村用”政策因工具结构失衡导致的“管理过载而激励不足”系统性困境。建议优化政策工具组合,构建动态药品供应机制,完善职业发展路径。

关键词:乡村医生;乡聘村用;政策工具;政策目标;实施效果
中图分类号:R197.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1003 - 8507(2026)08 - 1428 - 06
DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202512109

Execution dilemma and optimization strategies for the “township recruitment and village utilization” policy in Nanning based on a two - dimensional analysis of “policy tools - policy objectives”

ZHANG Wu - you*, GONG Zu - kang, WU Yan - long, CHEN Hui - fang, TANG Zi - jian, ZHU Ping - hua
* *Guangxi Medical University*, *Nanning*, *Guangxi* 530021, *China*

Abstract: Objective To evaluate the “Township Recruitment and Village Utilization” policy in Nanning, examining its effects, challenges, and the role of policy instrument allocation. **Methods** We constructed a “policy instruments - policy goals” framework to analyze 21 policy documents (policy dimension). Findings were triangulated with a survey of 2 689 village doctors and in - depth interviews with 35 (empirical dimension). **Results** A structural imbalance was found: environmental instruments (46.2%) focused predominantly on standardized management (57.1%), while demand - side instruments were underutilized (21.8%). Only 31.0% of village doctors were satisfied with their compensation, and 21.0% with career prospects. Frequent issues included drug shortages, promotion difficulties, and delayed performance payments. **Conclusion** The policy - empirical analysis reveals a systemic dilemma of “excessive management versus deficient incentives” due to imbalanced policy tools. Optimizing the policy mix, establishing a dynamic drug supply system, and improving career pathways are recommended.

Keywords: Village doctors; Township Recruitment and Village Utilization; Policy instruments; Policy goals; Implementation effectiveness

乡村医生是我国医疗卫生服务体系的重要基石[1]。为加强基层卫生人才队伍建设,2021 年国务院印发《关于加快推进乡村人才振兴的意见》,提出鼓励探索“县聘乡用”“乡聘村用”等机制。“乡聘村用”指由乡镇卫生院对具备相应执业资质的乡村医生实行一体化管理,并与之建立劳动合同关系,旨在通过机制创新提升乡村医生待遇保障与队伍建设。自政策实施以来,各地围绕身份管理、薪酬激励、人才培养等核心环节进行了多样化探索。如广西北海市“双监督”体系强化考核监督、重庆市创新“编制池”机制促进人才下沉、贵溪市实施“雏雁成长”项目推动人才新老衔接、石家庄市推行“双保留”政策保障派驻人员待遇等,为健全基层医疗卫生体系积累了实践经验。

国际上鲜有与“乡聘村用”完全对应的制度,但初

基金项目:国家社科基金(22BKS193);广西高等学校千名中青年骨干教师培育计划人文社会科学类立项课题(2023QGRW015)
作者简介:张无忧(2006—),女,本科在读,研究方向:卫生事业管理
通信作者:朱平华,E - mail:zhupinghua@gxmu.edu.cn

级卫生保健(PHC)和基层卫生人力资源的稳定与激励是全球性议题[2]。各国普遍面临基层和偏远地区医务人才“招聘难、留人难”的挑战,并积极探索通过经济激励(如服务签约金)、职业发展路径、团队协作模式等政策工具来应对[3]。这些研究为解决中国情境下的类似问题提供了理论参照。国内有关乡村医生“乡聘村用”的研究多聚焦于经验总结与问题描述。从研究视角看,张艳春等(2021)较早对宏观政策梳理与全国典型地区的实践模式进行了归纳[4];徐心怡(2024)、陆瑞钊(2024)运用扎根理论、史密斯模型等方法进行了基于地方案例的困境与对策研究[1,5]。现有研究缺少对政策内在逻辑与系统化路径的深入探讨,方法上从“政策工具 - 政策目标”协同视角进行分析的研究仍显不足。广西作为西部少数民族地区,农村人口占比高,乡村医生队伍规模大,2022 年 1 月广西出台了《关于加强基层医疗卫生人才队伍建设的实施意见》,明确在全区全面推行“乡聘村用”政策,已初步形成较为完善的实施模式。南宁市作为广西首个在全市范围推行该政策的地级市,政策执行过程完整,兼具自治区首府与多民族地区的普遍代表性,具有重要的实践参照价值。基于此,本文通过政策文本分析与实证调研相结合,旨在系统评估政策效果、剖析执行困境,为优化“乡聘村用”制度提供参考。

1　资料来源与方法

1.1　*资料来源*　政策文本资料来源于政府部门发布的正式文件,以“乡聘村用”“乡村医生”等为关键词,检索官方渠道并辅以“北大法宝”等数据库。纳入标准包括:(1)发文机关为政府部门;(2)政策内容具有实质性;(3)文件类型为法律法规、规划、意见、通知等正式文书;(4)均为现行有效文件。实证数据来源包括:(1)问卷数据:2024 年 3 - 4 月普查南宁市全部 2 689名纳入“乡聘村用”管理的乡村医生;(2)访谈资料:通过目的性抽样对其中 35 名村医进行半结构化访谈;(3)村医薪酬数据:源自卫健委的村医薪酬、绩效及财政补助报表。

1.2　*研究方法*　采用混合研究设计,综合运用质性研究与量化研究方法,实现政策文本分析与实证调研数据的双维互证。(1)运用内容分析法,以句子为基本分析单位,借助 Nvivo 11 质性分析软件对政策文本进行系统编码;(2)问卷调查:运用 SPSS 27.0 对问卷数据进行描述性统计,调查内容主要涵盖乡村医生的基本情况、政策认知、工作满意度(包括薪酬水平、职业发展、药品保障、组织支持等多维度)等。深度访谈:对 35 名村医进行半结构化访谈,访谈内容聚焦“乡聘村用”政策执行现状、障碍与个体体验。访谈资料经转录后,导入 Nvivo 11 软件,进行三级编码的主题分析,提炼核心主题并绘制词云图。

同时参考以往研究[1],构建“政策工具 - 政策目标”二维分析框架(详见图 1)。(1)基本政策工具维度:政策工具是政府实现政策目标的方法与手段,旨在有效解决公共管理问题。本研究依据 Rothwell 和 Zegveld 的分类[6],将“乡聘村用”政策所涉及的基本政策工具划分为三类。供给型:通过资源直接投入推动政策实施,如人才培养、资金投入、技术支持;环境型:通过制度建设为政策实施创造条件,如标准规范、法规管制、目标规划;需求型:通过市场机制拉动政策发展,包括政府购买、试点示范、考核激励。(2)政策目标维度:政策目标反映政策制定的初衷与预期效果[7]。“乡聘村用”政策旨在推动村医职业化与规范化管理,促进城乡医疗卫生均衡发展[8]。基于政策文本分析,本研究将政策目标归纳为四个维度:规范管理体系、稳定优化队伍、提高服务保障水平和增强职业吸引力。为确保分析的系统性和可重复性,研究采用“文件编号 - 条款/章节 - 要点排序”的三级编码体系,例如“18 - 3 - 2”表示第 18 份文件《关于进一步深化改革促进广西乡村医疗卫生体系健康发展的若干措施》第 3 章“主要内容”第 2 条“完善乡村医疗卫生人才激励政策”。编码全面覆盖文本内容,并对表述中涉及多种工具的句子进行重复计数,以反映政策的多维性。

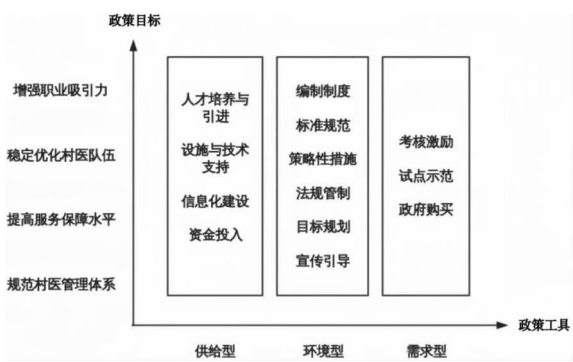


图 1　“乡聘村用”相关政策的二维分析框架图

Fig. 1　Two - dimensional analysis framework of the policies of “hiring from the countryside and using in the village”

2　结　果

2.1　*政策文本编码结果*　最终纳入分析的“乡聘村用”相关政策文件共 21 份,时间跨度为 2018 年至 2025 年。以 2018 年《广西壮族自治区乡村医生从业管理办法》为起点,因其奠定了省级管理框架。南宁市于 2020 年出台实施细则,成为广西首个全市推行

该政策的城市,为本研究提供了关键样本。对 197 条政策条款的编码分析显示,环境型政策工具占据主导(91 条,46.2%),其中“标准规范”(24.1%)和“编制制度”(17.5%)使用最多。供给型工具次之(63 条,32.0%),以“人才培养及引进”(34.9%)和“资金投入”(28.6%)为主。需求型工具较为不足(43 条,21.8%),内部“考核激励”(55.8%)使用最多,“试点示范”(7.0%)使用最少(详见表 1)。

表 1 基本政策工具分布[n(%)]

Table 1 Distribution of basic policy tools in the X dimension

类型	名称	含义	频数	合计
供给型	人才培养及引进	通过定向培养、社会招聘、派驻与培训等方式,直接为基层补充和优化人力资源。	22(34.9)	63(32.0)
	设施与技术支持	通过统一采购配送药品器械、规范药事管理,为村卫生室提供基础的物资与技术保障。	10(15.9)	
	信息化建设	将村卫生室接入区域卫生信息网络,构建支持医保结算、数据传输与远程医疗的技术平台。	13(20.6)	
	资金投入	通过财政资金直接保障乡村医生薪酬、社会保险及专项奖励,强化岗位的经济吸引力。	18(28.6)	
环境型	编制制度	通过建立“编制池”、探索“县聘乡用”等机制,创新基层人员管理模式,盘活人力资源。	16(17.5)	91(46.2)
	标准规范	明确乡村医生的配置标准、准入资格、工作职责,推动规范化建设。	22(24.1)	
	策略性措施	推行乡村一体化管理,将村卫生室作为乡镇卫生院派出机构,实现法人、行政、业务、药械、财务的统一。	14(15.4)	
	法制管制	通过签订聘用劳动合同,确立乡村医生的法定聘用关系,明确其权责。	15(16.5)	
	目标规划	设定乡村医生队伍建设的中长期量化发展目标,如执业(助理)医师占比等。	13(14.4)	
	宣传引导	通过评选表彰等活动,营造尊重乡村医生的社会氛围,进行正向激励与舆论引导。	11(12.1)	
需求型	考核激励	建立绩效考核制度,并将结果与收入、聘用、职称晋升等全面挂钩,形成激励约束机制。	24(55.8)	43(21.8)
	试点示范	通过设立基层卫生健康综合试验区等方式,鼓励地方先行先试,探索可复制的改革经验。	3(7.0)	
	政府购买	以契约形式向乡村医生购买基本医疗卫生服务,明确服务内容与支付标准。	16(37.2)	

2.2 政策工具-政策目标二维分析结果 “政策工具-政策目标”二维分析表明,工具配置存在显著倾向性。环境型工具高度集中于“规范管理体系”目标(52 条,57.1%)。供给型工具主要服务于“提高服务保障水平”(27 条,42.9%)与“稳定优化队伍”(21 条,33.3%)。需求型工具整体薄弱,虽在“稳定优化队伍”上相对最多(14 条,32.6%),但对“增强职业吸引力”的支持明显不足(9 条,20.9%,详见图 2)。

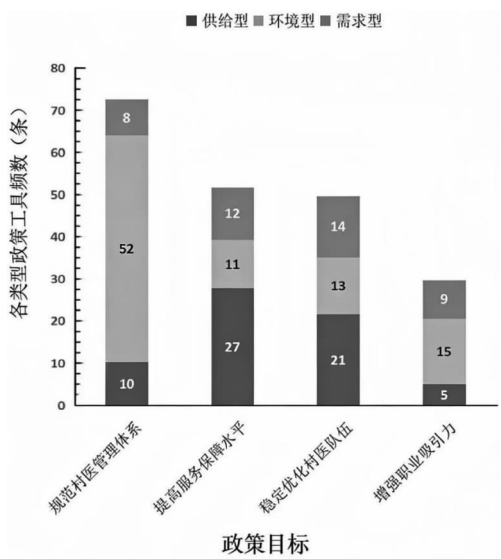


图 2 政策工具与政策目标二维分析图

Fig. 2 Two-dimensional analysis of policy tools and policy objectives

2.3 南宁市“乡聘村用”政策执行效果问卷调查与访谈结果 实证调研发现,“乡聘村用”政策在队伍建设、管理规范及基础保障方面取得阶段性成效,但激励层面问题突出。队伍建设方面,南宁市乡村医生总数从 2020 年的 1 239 人增至 2024 年的 2 689 人,年流失率从 15% 降至 5%。2024 年 543 名村医完成全科培训,执业(助理)医师占比从 18% 提升至 21.3%。规范管理方面,通过落实“六统一”管理(即统一机构设置、人员聘用、业务管理、药械采购、绩效考核、财务管理),村医对组织支持的满意度达到 64.0%(比较满意及以上)。药品保障方面,药品器械管理满意度为 54.5%,显示基本用药可及性得到改善,但词频统计中“药品不足”“品种不齐”等问题被反复提及,反映出现行药品供应机制与基层实际需求匹配不足。待遇保障方面,村医月均税后收入从 2020 年 2 135.04元提升至 2024 年 3 246.77 元,并初步建立起涵盖社会保险及医疗责任险的保障体系。尽管基础保障有所改善,但激励性政策工具明显不足。问卷调查显示,村医对薪酬水平的满意度仅为 31.0%,对职业发展前景的满意度仅为 21.0%(详见表 2)。访谈与开放性反馈中,“绩效低”“薪酬低”“绩效发放延迟”成为高频词(详见图 3),有村医反映绩效工资常延迟发放,影响其经济安全感(访谈编号:NY-07)。同时,“晋升难”“培训少”等问题集中暴露了职业发展通道的缺失,村医普遍感到与乡镇卫生院医务人员在晋升机会上存在明显差距(访谈编号:NL-12)。

表 2　南宁市乡村医生满意度分析[n(%)]

Table 2　Analysis of satisfaction of rural doctors in Nanning City[n(%)]

变量	非常满意	比较满意	一般	不满意	非常不满意
薪酬水平	268(10.0)	566(21.0)	1 228(45.7)	499(18.6)	128(4.8)
绩效考核	419(15.6)	814(30.3)	1 189(44.2)	217(8.1)	50(1.9)
药品器械	492(18.3)	973(36.2)	1 013(37.7)	186(6.9)	25(0.9)
培训指导	695(25.8)	1 186(44.1)	743(27.6)	49(1.8)	16(0.6)
工作总体	18(0.7)	79(2.9)	271(10.1)	798(29.7)	284(10.6)
组织支持	163(6.0)	1 575(58.0)	706(26.0)	217(8.0)	54(2.0)
职业发展前景	150(5.5)	326(15.0)	1 167(43.0)	977(36.0)	95(3.5)
工作内容	136(5.0)	1 032(38.0)	1 032(38.0)	407(15.0)	109(4.0)
社会认可度	746(27.5)	1 629(60.0)	272(10.0)	54(2.0)	14(0.5)



图 3　乡村医生反馈意见词频图

Fig. 3　Word frequency chart of feedback from rural doctors

3　讨　论

本研究发现,南宁市乡村医生“乡聘村用”政策在宏观工具配置上存在“重管理规范、轻激励发展”的结构性失衡,这一特征在政策实施中具体表现为:环境型工具过载引致薪酬保障失灵,供给型工具僵化导致药品供需脱节,以及需求型工具缺失造成职业发展激励不足。

3.1　*环境型政策工具过载,薪酬保障机制失灵*　政策文本分析表明,环境型政策工具使用占比最高(46.2%),表明政策初期侧重以制度建设推动规范化。但南宁具有村屯分散、服务半径大、多民族聚居的特点使刚性统一的管理模式面临适配性挑战。当严格的环境型工具(如绩效考核)缺乏及时、足额的供给型工具(如资金保障)作为支撑时,容易产生执行张力,甚至异化为基层负担,引发“绩效克扣”“考核悬浮”等问题,偏离政策提升服务稳定性与质量的初衷[8]。实证调研印证了上述困境。问卷调查显示,南宁市乡村医生对薪酬的满意度仅为31.0%,面临薪酬保障机制不健全的问题,这与张艳春等(2021)的发现一致[4]。尽管村医月均收入有显著提升,但收入增幅与同期队伍规范化管理程度的提升(如“六统一”全面推行)并未形成匹配的激励感知,薪酬满意度较低即证明了这一点[9]。访谈进一步揭示,不满不仅源于薪酬数额,更关键的是绩效发放的不可预期性所带来的不公与不安。有村医(访谈编号:NY-15)指出:“每个月拿死工资,干多干少区别不大,关键是这笔‘活钱’(绩效)还总是不准时,让人心里没底。”说明若绩效考核与资金保障在实施中脱节,前者可能因缺乏后者的有效支撑而异化为基层负担,加剧职业不满意度。

3.2　*供给型政策工具内部僵化,药品供需匹配失衡*　政策文本分析表明,在“提高服务保障水平”目标上,供给型工具应用占比最高(42.9%),其中“设施与技术支持”应用最少(仅占15.9%),反映当前政策对药品、器械等实物资源及信息系统的直接投入不足,与基层实际需求之间存在结构性偏差[1]。实证调研中,“缺药”“药品品种不足”成为高频反馈。一位村医(访谈编号:NC-31)指出:“药品目录一年一调,但村里的病种和需求是动态变化的。比如夏天肠胃病多,相关药物消耗快,但按目录补充很不及时。”说明以“固定目录、年度调整”为特征的供给模式难以适应动态变化的疾病谱与用药需求[10]。研究显示,村卫生室药品配备种类仅为乡镇卫生院的38%,制约了乡村医生对慢性病等常见病的规范用药能力[11],根源在于供给型政策工具运用过于僵化。

3.3　*需求型政策工具整体缺失,职业发展激励不足*　政策文本分析表明,需求型政策工具应用不足(21.8%),且在“增强职业吸引力”这一关键目标上的配置最为薄弱(20.9%)。这从工具配置的源头上揭示了政策重心偏向“控制与稳定”,而非“激励与发展”,导致村医职业发展通道系统性缺失,陷入“有管理、无发展”的体制内卷。实证调研中,南宁市乡村医生对职业发展前景的满意度仅为21.0%,“晋升难”

“培训少”成为高频词。资深村医(访谈编号:NS-18)感慨道:“干了一辈子,还是个小村医。眼看乡镇卫生院的同行们都能评职称、往上走,我们这里却看不到向上的路,感觉被‘定型’了。”年轻村医(访谈编号:NL-12)坦言:“考核更像是在挑我们的毛病,跟收入挂钩很紧,但和我们怎么成长、怎么晋升关系不大。”这表明尽管“乡聘村用”赋予了村医“单位人”身份,却未同步构建起清晰的职业发展通道,导致其陷入“有管理、无发展”的体制内卷,资深与年轻村医均对职业“天花板”和考核与发展脱钩表达了强烈不满。

4 对策建议

4.1 *构建协同精准的薪酬保障与绩效管理体系* 为破解环境型工具与供给型工具脱节导致的激励失灵问题。一是建议构建“省级统筹—县级直拨—村级直达”的三级财政保障机制,对专项资金实行专账管理、专款专用[12]。在资金分配公式设计中,除常住人口、服务量等常规指标外,需系统纳入民族因素校正系数、边远艰苦程度系数与服务半径补偿系数,以增强对西部民族地区的差异化保障能力。为保障资金及时到位,可借鉴重庆市“双资金池”管理模式,将资金纳入区县级国库集中支付系统,借助“财政专户—村医个人账户”直联实现拨付周期≤15 个工作日,并将逾期拨付纳入县级政府年度考核。二是在自治区级政务 APP 中专设“乡村医生服务”模块,公开薪酬明细、拨付进度,实现透明化监督。三是推动阳光绩效考核改革,建立以“公卫服务量+技术难度+第三方满意度”为核心的三维绩效指标体系,吸纳少数民族代表、乡镇卫生院管理人员及第三方专家共同参与考核评估,提升绩效考核公信力[13]。

4.2 *创新动态柔性的药品供应与技术支持模式* 克服供给型工具僵化导致的供需错配问题。一是建议突破“固定目录+年度调整”的刚性限制,系统调研广西常见病、多发病(如地中海贫血)的用药需求,结合实时疾病谱数据,动态增补与调整目录内药品品种,确保药品供给与需求高度适配[14]。二是推行以市级集中采购平台为主渠道(“1”),县域医共体议价采购、跨区域联合采购等多种补充渠道(“N”)的采购模式,以应对短缺药和特殊用药需求[15]。结合广西地形特点,创新采用“中心药库+巡回配送点”“邮政物流+乡村站点”等混合配送模式,保障急需药品和冷藏药品能够及时、安全直达村级卫生室。三是加强建设“资金投入+技术支持”双轮驱动机制,在保障药品采购资金的同时,重点加强智能化管理系统建设,考虑开发壮话操作界面或语音辅助功能,降低村医使用门槛。通过技术赋能实现库存精准管理,提升周转效率,减少缺货与积压,从而推动基层药品保障从“被动响应”向“主动精准”管理转变。

4.3 *贯通可持续的职业发展与价值认同通道* 为补强需求型工具短板以激发内生动力。一是建议创新“双轨制”晋升通道,在全区统一职称评审中增设“民族医药特色技能”认定模块,为掌握本地壮医技术的乡村医生开辟评审绿色通道,并设立专项岗位与津贴,增强职业独特性和价值感。二是建立“智慧师承”的能力提升模式,县级医院专家定期下乡进行“师徒制”带教,同时引入 AI 辅助教学,系统提升乡村医生技能水平。三是在自治区层面设立“壮乡优秀健康守门人”等特色荣誉项目,通过主流媒体、地方文化活动中广泛宣传其事迹,提升乡村医生职业荣誉感,形成事业留人、情感留人、文化留人的良性机制[16]。

由于横断面数据难以揭示动态影响,且未充分纳入政策制定者、村民等多方视角,本研究也存在一定的局限性。后续研究将通过追踪调查与多元利益相关者评估,深化对政策长期效应及复杂协同机制的探讨。

利益冲突声明 本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1] 徐心怡,朱平华,梁朝玉,等. 广西乡村医生“乡聘村用”政策实施困境及其对策[J]. 医学与社会,2024,37(8):46-51.
Xu XY, Zhu PH, Liang CY, et al. Study on the implementation dilemma and countermeasures of the policy of “employed by township and work in villages” of the rural doctors[J]. Medicine and Society, 2024, 37(8): 46-51. (In Chinese)

[2] Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, et al. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence[J]. BMC Primary Care, 2024, 25(1): 99.

[3] Kuhlmann E, Falkenbach M, Brînzac MG, et al. Tackling the primary healthcare workforce crisis: time to talk about health systems and governance - a comparative assessment of nine countries in the WHO European region[J]. Human Resources for Health, 2024, 22(1): 83.

[4] 张艳春,张莉,秦江梅,等. 我国“乡聘村用”政策典型地区实践经验与启示[J]. 中国卫生经济,2021,40(2):47-50.
Zhang YC, Zhang L, Qin JM, et al. Practices and Enlightenment of the “employed by townships and work in the villages” policy in typical areas of China[J]. Chinese Health Economics, 2021, 40(2):47-50. (In Chinese)

[5] 陆瑞钊,王舒云,冯启明,等. 乡村医生“乡聘村用”政策执行困境与提升路径研究——基于史密斯模型[J]. 中国卫生事业管理,2024,41(9):1010-1014.
Lu RZ, Wang SY, Feng QM, et al. Researches on the implementation dilemma and improvement path of the policy of “employed by townships and working in villages” for rural doctors in China based on smith model[J]. Chinese Health Service Management, 2024, 41(9): 1010-1014. (In Chinese)

[6] Rothwell R, Zegveld W. Reindustrialization and technology[M]. UK: Longman, 1985.

[7] 余星颖,吴彦龙,朱平华. 政策工具视角下我国医联体医保支付方式改革政策研究[J]. 中国农村卫生事业管理,2025,45(1):

12 – 18.
Yu XY, Wu YL, Zhu PH. Policy research on the reform of medical insurance payment methods of medical alliances in China from the perspective of policy tools[J]. Chinese Rural Health Service Administration, 2025, 45(1): 12 – 18. (In Chinese)
[8] 魏美琪,李莉,张含璇,等. 基于扎根理论的山西省某县级市乡村医生职业化机制研究[J]. 医学与社会,2023,36(4):74 – 79.
Wei MQ, Li L, Zhang HX, et al. Study on the professionalization mechanism of rural doctors in a county – level city of Shanxi province based on grounded theory[J]. Medicine and Society, 2023, 36(4): 74 – 79. (In Chinese)
[9] 董复宗,王秀彬,郝玉玺,等. 基于双因素理论的乡村医生工作满意度及影响因素调查[J]. 中国卫生质量管理,2023,30(4): 62 – 66.
Dong FZ, Wang XB, Hao YX, et al. A survey of rural doctors' job satisfaction and its influencing factors based on Two – Factor theory [J]. Chinese Health Quality Management, 2023, 30(4): 62 – 66. (In Chinese)
[10] 陆雪秋,许艳玲. 北京市基层医疗卫生机构药品零差价政策实施现状及问题研究[J]. 中国全科医学,2020,23(19):2406 – 2411.
Lu XQ, Xu YL. Problems in the implementation of zero – profit drug policy in primary healthcare institutions in Beijing[J]. Chinese General Practice, 2020, 23(19): 2406 – 2411. (In Chinese)
[11] 李勇,盛亚楠,赵梦蕊,等. 供应链视角下我国药品短缺原因及供应保障研究[J]. 卫生经济研究,2017,(6):55 – 59.
Li Y, Sheng YN, Zhao MR, et al. Study on the causes and supply guarantee of drug shortages in China from the perspective of supply chain[J]. Health Economics Research, 2017, (6): 55 – 59. (In Chinese)
[12] 耿娟,邵博炜,吴睿. 农村公共卫生服务人才财政保障研究[J]. 中国卫生经济,2024,43(3):49 – 52.
Geng J, Shao BW, Wu R. Research on financial security for rural public health service personnel talent/[J]. Chinese Health Economics, 2024, 43(3): 49 – 52. (In Chinese)
[13] 杨天宇,王迪. 三级公立医院绩效考核管理中 KPI 的应用进展[J]. 中国医院,2024,28(5):59 – 63.
Yang TY, Wang D. Application progress of KPIs in performance assessment management in Grade Ⅲ public hospitals[J]. Chinese Hospitals, 2024, 28(5): 59 – 63. (In Chinese)
[14] Fan ZX, Gao TT, Sun Q, et al. Whether medicine supply is really meeting primary health care needs: a mixed – methods study in Shandong Province, China[J]. Global Health Research and Policy, 2024, 9(1): 32.
[15] Zhou MH. Assessing regional disparities and trends in health resource allocation from sub – provincial cities in China[J]. Annals of Medicine, 2025, 57(1): 2522962.
[16] 张含璇,李建涛,原效国,等. 乡村一体化改革对乡村医生组织支持感的影响研究——以山西省紧密型县域医共体为例[J]. 现代预防医学,2022,49(20):3753 – 3758.
Zhang HX, Li JT, Yuan XG, et al. Study on the impact of rural integration reform on the sense of organizational support of rural doctors—a case study of compact county medical community in Shanxi Province[J]. Modern Preventive Medicine, 2022, 49(20): 3753 – 3758. (In Chinese)

收稿日期:2025-12-06

(上接第 1427 页)

Chinese Hypertension League Revision Committee, Hypertension Alliance (China), Hypertension Branch of China International Exchange and Promotive Association for Medical and Health Care, et al. Chinese guidelines for the prevention and treatment of hypertension (2024 revision)[J]. Chinese Journal of Hypertension, 2024, 32(7): 603 – 700. (In Chinese)
[11] Sharma AK, Metzger DL, Rodd CJ. Prevalence and severity of high blood pressure among children based on the 2017 American academy of pediatrics guidelines[J]. JAMA Pediatrics, 2018, 172(6): 557 – 565.
[12] Zhou JL, Wu J, Jiang DN, et al. National, regional and provincial prevalence of childhood hypertension in China in 2020: a systematic review and modelling study[J]. Lancet Child Adolesc Health, 2024, 8(12): 872 – 881.
[13] Cseh D, Yasmin, McDonnell BJ, et al. Phenotypes of hypertension: impact of age and sex on hemodynamic mechanisms [J]. Journal of the American Heart Association, 2025, 14(17): e042096.
[14] Flynn JT, Kaelber DC, Baker – Smith CM, et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents[J]. Pediatrics, 2017, 140(3): e20171904.
[15] Lurbe E, Ingelfinger J. Developmental and early Life origins of cardiometabolic risk factors: novel findings and implications[J]. Hypertension, 2021, 77(2): 308 – 318.
[16] Asferg CL, Andersen UB, Linneberg A, et al. Serum B – type natriuretic peptide does not increase with higher systolic blood pressure in obese men despite evidence of blood pressure – related increases in left ventricular mass and filling pressure[J]. Peptides, 2020, 134: 170390.
[17] Zhang Y, Li X. Prevalence of hypertension and prehypertension and its association with obesity among Chinese children and adolescents: a National cross – sectional study[J]. BMJ Open, 2021, 11(5): e045321.
[18] Meng YX, Sharman JE, Iiskala F, et al. Tracking and transition probability of blood pressure from childhood to midadulthood[J]. JAMA Pediatrics, 2025, 179(1): 34 – 45.
[19] Hu J, Cheng X, Sun Y, et al. Association between blood lipids and hypertension in adolescents: a systematic review and meta – analysis[J]. Journal of Human Hypertension, 2021, 35(8): 701 – 710.
[20] 中华医学会儿科学分会儿童保健学组,中华医学会儿科学分会罕见病学组,中国医师协会青春期医学专业委员会临床生化学组. 中国儿童代谢健康型肥胖定义与筛查专家共识[J]. 中华儿科杂志,2023,61(6):489 – 495.
Child Healthcare Group of the Society of Pediatrics, Chinese Medical Association, Rare Diseases Group of the Society of Pediatrics, Chinese Medical Association, et al. Expert consensus on the definition and screening of metabolically healthy obesity in Chinese children[J]. Chinese Journal of Pediatrics, 2023, 61(6): 489 – 495. (In Chinese)
[21] Valer – Martinez A, Bes – Rastrollo M, Martinez JA, et al. Vitamin D and the risk of developing hypertension in the SUN project: a prospective cohort study[J]. Nutrients, 2024, 16(14): 2351.
[22] Huang FL, Zhou YQ, Li TZ, et al. Association between vitamin D and cardiovascular health in Chinese children and adolescents: Basing on Life's Essential 8[J]. Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases: NMCD, 2024, 34(11): 2579 – 2588.

收稿日期:2025-09-26