

SCHA

- 城市医院工作委员会
- 县级医院分会
- 农村卫生分会
- 社会办医分会
- 药事管理专业委员会
- 医院医疗保险管理专业委员会
- 医院后勤支持保障管理分会
- 医院社会工作暨志愿服务工作委员会
- 医院党建与文化专业委员会
- 妇幼健康管理分会
- 急救中心（站）管理分会
- 整合医学分会
- 精神卫生管理分会
- 中医医院分会
- 病案管理分会
- 医务管理分会
- 医院廉洁建设分会
- 医院运营管理分会
- 医疗联合体工作委员会
- 医疗康复管理分会
- 医共体分会
- 门诊管理分会
- 信息化建设分会
- 医学装备管理分会
- 医院采购管理分会
- 医院人力资源管理专业委员会
- 城市医疗集团分会
- 临床检验管理分会
- 医疗服务成本与价格管理分会
- 医院行风建设管理分会
- 医院内部控制分会
- 血液净化管理分会
- 医院科室建设与管理分会
- 诊所管理分会



地址:成都市武侯区星狮路818号1栋3单元5层504号
联系电话: 028-86148815
网站: <http://www.scyyxh.com>
投稿邮箱: 2077100046@qq.com

内部资料 免费交流



四川医院管理

Hospital Management in Sichuan

2026年第1期（总第119期）



四川省医院协会主办
四川省连续性内部资料出版物
免费赠送
准印证号：川内KX202601098

阆中市人民医院简介

阆中市人民医院始建于1895年，其前身为英国传教士创办的“仁济医院”。跨越三个世纪，历经一百三十载风雨洗礼，医院始终秉承“严谨、博学、大爱、精诚”的核心理念，现已发展成为集医疗、教学、科研、预防保健于一体的国家三级甲等综合医院，是川东北地区重要的医疗卫生服务中心。

【医院规模】医院现设古城、七里两大院区，编制床位1212张，实际开放床位1300张，占地面积200亩，建筑面积12.4万平方米。2025年，医院年门急诊量达87万人次，出院患者6.5万人次，完成住院手术及操作6.3万台次，其中三、四级手术12788台，转院率仅为6%，各项核心指标稳居阆中市首位，是区域内规模最大、设备最先进、技术力量最雄厚的综合性医疗中心。

【人才队伍】截至2026年1月，医院现有在职职工1774人，其中博士3人、硕士105人，在读博士2人、在读硕士35人；柔性引进省内外知名专家教授8人。拥有四川省基层卫生拔尖人才3人、四川省“中青年骨干人才”1人、南充市学科带头人1人、果州优才1人，设立“阆苑名医”工作室7个，构建起结构合理、素质优良的人才梯队。

【学科建设】医院设有34个临床科室、10个医技科室、26个职能科室，拥有南充市临床重点专科2个（肿瘤科、消化内科），在建重点专科3个（消化内科、心内科、骨科）。作为国家综合防治卒中中心、国家级认证胸痛中心、国家级认证高血压达标中心，医院牵头建成阆中市危重孕产妇救治中心、远程影像诊断中心等18个市级诊疗中心，承担45个县级质量控制分中心职能，学科综合实力位居区域前列。

【科研教学】医院是川北医学院非直管附属医院，设有7个临床教研室，年均接收本科、大专、中专等各层次实习生300余名。近年来，承担四川省科技厅科研项目1项、四川省医学会科研项目5项、市级科研项目13项，参与国家级科研项目2项、省市多中心临床研究项目9项。医院教职工以第一作者或通讯作者在《ANNALS OF NEUROLOGY》《CHINESE JOURNAL OF PHYSICS》《中华肝胆外科杂志》《中国男科学杂志》等国内外权威期刊发表论文48篇，其中SCI收录23篇、核心期刊收录25篇，学术影响力持续提升。

【技术特色】医院独立开展腔镜下胃、肠道、胸部、颅内、妇科肿瘤手术，内镜下黏膜病变切除、剥离术（EMR、ESD、EFTR），心、脑血管及心脏瓣膜介入治疗（TAVR）等高新技术项目及高难度手术近30项。其中，内镜下各类手术及心、脑血管、瓣膜疾病介入治疗技术达县级医院领先水平，部分项目跻身省市先进行列。

【设备配置】医院配备1.5T磁共振、128排256层双源CT、全数字化平板探测器血管造影系统（DSA）、全数字化医用直线加速器、高压氧舱、4K三维内窥镜荧光摄像系统等大型医疗设备300余台（套），可为临床诊疗提供强有力的硬件支撑。

【荣誉成就】医院高度重视品牌建设与社会履行，先后荣获国家级、省级上消化道癌早诊早治优秀项目单位、省级卫生先进单位、四川省及南充市公立医院“标杆党支部”等荣誉称号。在脱贫攻坚、抗击新冠肺炎疫情等重大任务中表现突出，获评南充市脱贫攻坚先进帮扶单位、抗击新冠肺炎疫情先进集体、南充市艾滋病防治工作先进集体、护理工作先进集体等荣誉称号，充分彰显了公立医院的使命担当。



阆中市人民医院古城院区



阆中市人民医院七里院区



阆中市人民医院七里院区门诊楼



2026年3月出版

委印单位：四川省医院协会

编辑：《四川医院管理》编辑部

主编：安 劬

执行主编：王 芝

法律顾问：吴 迪 刘 莉

地址：成都市武侯区星狮路818号1栋3单元5层504号521室

邮编：610043

电话：（028）85318359

电子版：www.scyyxh.com

发送对象：会员单位

印数：2000册

印刷：成都印之佳彩色印务有限公司

投稿QQ：2077100046

目录

P01 · 党建 · 行风

- 01 党建业务深度融合 促进县域医共体急诊高质量发展创新路径研究
文/西昌市人民医院 吕虎 范从华 王舫
- 03 党建引领聚合力 文化赋能焕生机
——崇州市人民医院党委“党建+文化”融合创新的花园实践
文/崇州市人民医院 宋艳霞 李萌 宋萧钰
- 05 党建领航 数智赋能
——宣汉县人民医院收费异常智能检测体系的构建与实践
文/宣汉县人民医院 刘云 陈宗强
- 08 浅谈社会行风监督对医院行风建设的促进机制
文/绵阳市人民医院 李梦芳 孙忠贤

P09 · 质量 · 发展

- 09 同质化·强内涵·向一流
——四川大学附属成都市第二人民医院高质量发展纪实
文/成都市第二人民医院 张笑菲 廖光华
- 11 从《2024年我国卫生健康事业发展统计公报》解读民营医院的“危”与“机”
文/川北医学院附属成都新华医院 李洪军
筑牢重症堡垒 引领区域协同发展
- 16 ——成都市第三人民医院重症医学科高质量发展纪实
文/成都市第三人民医院 曾薇 张川 王中 潘传亮 刘辉 马轶 余红 郭华 喻永香 王娇 王丽军

P18 · 医院 · 服务

- 18 从“单点突破”到“全市协同”
——四川省人民医院率先接入市级转诊平台
文/四川省医学科学院·四川省人民医院 张莉
- 20 自贡市第四人民医院：统筹学科建设 厚植为患者服务底色
文/《中国卫生杂志》 孙艺 供稿/自贡市第四人民医院
- 22 建好慢病管理中心“小站点” 激发永丰示范引领“大能量”
——眉山市东坡区提升村卫生室服务能力改革实践
文/眉山市东坡区卫生健康局 王智
- 24 基于“防治管”深度融合的家庭医生签约服务实践探索
文/成都市龙泉驿区龙泉平安社区卫生服务中心 卿艳

P27 · 医保管理

- 27 迈向“十五五”
——DRG/DIP改革下的医院系统性重塑与高质量发展路径
文/大竹慈卫医院 曹龙

- 30 医疗保险支付方式改革背景下公立医院“医保+商保”协同发展平台建设与应用实践
文/德阳市人民医院 黄毅 黄爱玲 林俐
- 34 DRG付费下医疗机构新型异化行为分析及策略研究
文/攀枝花市中心医院 兰杨 张月辉 颜璟 郭霞 张国栋
- 37 DRG支付方式改革背景下公立医院医疗收入结构变动情况分析
文/西部战区总医院 周鹏飞 杨孝光 李运明 徐宽宇 梁路梅 周丽莎 肖锋

P40 · 医联体建设

- 40 攀枝花市中心医院：携手共建医联体 铺实共富“健康路”
文/攀枝花市中心医院 万康
- 42 医共体信息化：以“小切口”撬动“大民生”
——创新数字化转型构建医防融合闭环服务链
供稿/四川省医院协会医共体分会
- 45 从“医防融合”到全程健康管理
——隆昌市医共体建设背景下的智能化慢性病防治体系建设案例分析
文/隆昌市人民医院 陈列 隆昌市妇幼保健院 薛毅

P49 · 后勤管理

- 49 医院四级能耗计量体系构建与科室能耗模型精细化研究
文/四川大学华西医院 任炬光 杜栩 何宁
- 53 中医医院后勤人才文化素养培植路径探索与实践
文/成都中医药大学附属医院 李莉 肖鹰 伍文彬
- 57 医院后勤运行风险防范与质量问题“双归零”体系构建探索
文/德阳市人民医院 李大为

P61 · 综合管理

- 61 基于“岗位分类和KPI”构建PIVAS绩效考核体系
文/成都市第五人民医院 张梨 周后凤 范玉婷 赵玉林 郭远新

P64 · 医院与法

- 64 医疗机构患者隐私权及个人信息保护风险、责任及管理要求
文/成都市律师协会健康养老专业委员会 刘莉 唐东楠

P66 · 快览

党建业务深度融合 促进县域医共体急诊高质量发展创新路径研究

■ 文 / 西昌市人民医院 吕虎 范从华 王舫

本研究以新时代党建引领医疗卫生体制改革为背景，聚焦“党建+业务”融合模式在县域医共体建设中的创新实践。通过分析西昌市“党建+医疗服务，提升急诊服务质量”案例，提炼出组织重构、技术赋能、制度创新三维驱动机制。实践表明，党建与业务的深度融合可显著提升基层医共体急诊医疗服务效能，6家医共体单位通过国家级胸痛单元认证，3家村级卫生室通过胸痛点认证，县域内急危重症救治成功率显著提高。研究进一步提出“红色领航—数字赋能—机制护航”的发展范式，为县域医共体急诊高质量发展提供理论支撑与实践路径。

引言：党建引领医共体建设的时代命题

在健康中国战略与乡村振兴战略的双重背景下，县域医共体成为破解基层医疗资源失衡问题的关键载体之一。然而，传统医共体急诊建设面临三大结构性矛盾：一是资源碎片化，县、乡、村三级医疗机构各自为政；二是急诊人才空心化，乡镇卫生院急诊医师缺口较大，且急诊急救能力参差不齐；三是服务断层化，基层急救资源不足、流程不规范，危急重症患者转诊延误导致“黄金1小时”救治窗口流失。

党的组织优势为破解上述难题提供了新思路。习近平总书记强调“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”，党的二十大报告明确提出“推进健

康中国建设”。在此背景下，党建与业务深度融合从三方面重构医共体生态：政治引领强化顶层设计，建立以县级医院党委书记牵头的医共体领导小组，实现“监测、总结、分析、改进”的推动机制；组织重构打破行政壁垒，构建“1+8+17”整合型体系（1家核心县级医院联合8家中心卫生院及17个乡镇卫生院），通过党组织结对实现“政治理论联学、重大事项联议、业务工作联推、服务资源联享”；通过资源整合激活急诊服务效能，推动信息化建设形成县域内急诊急救网络体系，整合县乡村三级医疗资源“围着患者转”。

AR眼镜提供“第一视角”实时传输视频及生命体征数据，县医院专家可远程指导技术性操作，并提前为患者挂号、开具检查单。此举使院前急救时间显著缩短，实现“呼救即急救、上车即入院”。

（三）标准化救治流程再造

以胸痛救治单元建设为突破口，门急诊党支部党员+医疗专家组建急救小组，下沉指导医共体单位建立“急性胸痛患者绿色通道”。通过模拟演练、流程卡点分析，使急性心肌梗死患者D-to-B时间（进门到球囊开通）明显缩短，6家单位高分通过国家级胸痛单元认证，3家村级卫生室通过胸痛点认证，其中1家村级卫生室医生获得“全国优秀村医”奖项，并在全国胸痛大会上交流发言。这一“党建+专病攻坚”模式陆续被推广至创伤、卒中救治领域，形成规范化流程。

（四）资源下沉机制

党员先锋激活基层服务细胞，党建与业务融合的关键在于将组织优势转化为服务动能，实施“联上、自育、带下”三级培育方案：选派28名乡镇卫生院医生赴三甲医院急诊科进修学习；组织各医共体单位医护人员参加县级医院承办的急诊县级医院联盟科主任培训班、中国创伤救治培训班（基层版CTCT、护理版CTCT）、州级继教项目“县级急诊

急救能力建设”28人次，其中20人次取得相应培训合格证书；8个急救小组以党建为引领，每月下沉到各医共体单位，开展业务查房、专业指导、理论培训；此外，党委书记牵头联合各医共体单位开展“世界急救日”“11·20心梗救治日”等群众科普义诊活动，创作的科普作品多次获得省市级奖项。

（五）党建+业务深度融合实践与成效

党建+业务深度融合实践与成效见表1。

表1 西昌市“党建+医疗服务，提升急诊服务质量”项目实施内容与成效

项目模块	具体措施	创新点	取得成效
党建+5G急诊急救大平台	改造5G救护车、配置AR远程会诊系统	“患者未到、信息先到、上车即入院”	提高危重症患者抢救成功率、缩短危重症救治时间；获评“中国县域急诊急救大平台示范单位”
党建+学术讲座	组织参加创伤救治培训班、科主任培训班、继教项目培训	“党建带学术，学术促党建”	20人次取得相应培训合格证书
党建+业务指导	每月下沉进行查房、理论培训、胸痛救治单元指导	流程卡点分析	6家单位高分通过国家级胸痛单元认证，3家村级卫生室通过胸痛点认证，急性心肌梗死患者D-to-B时间缩短
党建+技能培训	开展各项急救技能培训、举办技能操作比武	党建引领推动党员从“被动参与”转向“主动攻坚”	基层人员急救操作技能明显提高
党建+科普义诊	党委书记牵头联合各医共体单位开展群众科普义诊活动	党建融合业务，下基层、送健康	科普义诊覆盖1万余人次
党建+先锋模范	评选“党员示范岗”	党建+业务成效与评优挂钩	树立党员先锋榜样

二、面临的挑战与应对

当前实践仍面临三大核心挑战，需通过制度创新破解：

（一）延伸“最后一公里”服务网络

村卫生室覆盖不足，西昌市5G+急诊急救平台目前仅覆盖卫生院层级，村医智能设备配备率不足，应继续推动村医融入5G网络，参考罗甸县“县招、乡管、村用”模式，进一步为村卫生室配备便携式远程心电仪等设备，构建“县—乡—村”三级响应闭环。

（二）推动“输血式”帮扶向“造血式”发展转型

人才自主培育存在短板，需建立本土化急救骨干培养机制，可实施“1+N导师制”，即1名县医院

党员专家长期带教N名乡镇卫生院骨干，带教对象通过全部急救考核合格后带教老师才能结束带教；还可设立乡村医生进修绿色通道，湖南省通道侗族自治县选送60名村医赴三甲医院进修的模式值得借鉴与推广。

（三）构建长效激励机制

建立科学合理的“党建+业务”一体化考核机制，防止党建与业务考核“两张皮”。如党建指标可涵盖党建活动参与率、下沉帮扶次数及成效等，业务指标可涵盖急诊响应时间、转诊衔接效率、患者满意度等，构建长效激励机制。

三、结论

本研究立足新时代党建与医疗卫生改革的深度融合要求，以西昌市医共体为实证样本，系统论证了“党建+业务”模式驱动县域急诊高质量发展的创新路径。通过构建“三级组织架构”（院党委统筹—党支部联动—党员下沉）破除行政壁垒，以“红色领航”推动资源整合与流程再造；借力“数字赋能”打造5G急救平台，实现AR远程指导与“上车即入院”的救治模式革命；依托“机制护航”完善标

准化救治（如胸痛单元建设）和长效激励体系，显著提升急诊急救服务效能。实践表明，该模式成功推动6家单位获国家级胸痛单元认证、3家村级卫生室通过胸痛点认证，急危重症患者救治成功率明显提升，外转诊率稳步下降。未来需进一步深化村医网络覆盖、本土化“造血”人才培养及党建业务一体化考核融合，为全国县域医共体急诊体系建设提供可复制的“西昌范式”。

党建引领聚合力 文化赋能焕生机

——崇州市人民医院党委“党建+文化”融合创新的花园实践

■ 文 / 崇州市人民医院 宋艳霞 李萌 宋萧钰

新时代背景下，医院党建工作与文化建设的深度融合成为提升医疗服务质量、增强医院凝聚力的重要路径。本文以崇州市人民医院党建花园建设实践为研究对象，通过分析“黄土飞扬、寸草不生”的闲置地块向“绿树成荫、鸟语花香”的党建文化阵地的转变过程，探讨19个在职党支部认领、共建共

享的创新模式在医院党建与文化建设中的应用价值。研究表明，党建花园建设实现了党建阵地从“室内”到“室外”的延伸、文化建设从“抽象”到“具象”的转化、服务理念从“口号”到“实践”的落地，为医院党建与文化建设创新提供了可复制的实践经验。

引言

2021年国务院印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号），提出“建立公立医院高质量发展新文化”；2024年国家卫生健康委、国家中医药局、国家疾控局联合印发《关于进一步加强新时代卫生健康文化建设的意见》（国卫宣传发〔2024〕9号），进一步强调加强医疗卫生机构文化建设，培育文化新风貌。系列政策文件表明，加强文化建设、促进党建与业务融合已成为公立医院发展的重要课题。

公立医院作为我国医疗卫生服务体系的主体，其文化核心是“以人为本”，彰显公益属性。然而，医院在改革与发展实践中，党建工作与医疗业务工作易出现“两张皮”现象、组织生活形式单一等问题；文化建设也多停留在标语宣传、展板展示的表层阶段，难以深入融合医疗实践、赋能服务质

量提升。随着健康中国战略的深入推进，患者就医需求从“治病救人”向“全程关怀”转变，如何实现党建工作从“纸面落地”到“实践赋能”，推动文化建设从“形式化”走向“内涵化”，变得尤为迫切。

崇州市人民医院作为国家公立三级甲等综合性医院，始终探索党建与业务、文化深度融合的有效路径。2024年，院党委创新推出党建花园建设项目，将放射科前1600平方米闲置地块划分为19个责任区，由19个在职党支部认领，通过“支部主责、党员带头、群众参与”的模式，将荒地改造为集患者休憩、党员教育、文化展示于一体的综合性党建文化阵地。本文基于该实践案例，系统分析党建花园建设的实施背景、实践路径与成效价值，为新时代医院党建与文化建设创新提供理论参考和实践借鉴。

一、党建花园建设的实施背景与理念构建

（一）现实困境：闲置资源与服务需求的矛盾

在党建花园建设前，崇州市人民医院放射科前一块约1600平方米的地块因长期缺乏规划利用，呈现“黄土飞扬、寸草不生”的荒芜状态。每逢大风天气，地块扬尘影响医院环境空气质量；雨季来临时，泥泞路面导致患者通行困难，成为影响就医体验的“短板”。与此同时，2024年院党委开展党建查房，发放调查问卷，其中“希望党建活动更接地气”“建议改善患者就医环境”等意见反馈较多，这进一步凸显了解决此问题的紧迫性。

（二）理念创新：党建与文化融合的破局思考

医院党委在调研中认识到，闲置土地不仅是环境整治的“难点”，更是党建工作创新的“支点”；文化建设不应局限于室内宣传，更需通过环境改造传递

服务温度。基于此，医院提出“党建引领生态建设，文化赋能医疗服务”的理念，明确党建花园建设的三大功能定位：患者的“疗愈空间”：通过自然景观营造舒缓患者情绪、促进康复的休憩环境；党员的“实践阵地”：让党员在土地认领、景观打造中践行初心使命；医院的“文化窗口”：通过景观设计展现医院精神内核与服务理念。

（三）机制设计：支部认领制与责任闭环

医院建立“党委统筹、支部主责、党员落实”的三级责任体系。成立党建花园建设工作小组，将花园划分为19个功能区域，由19个在职党支部分别认领，明确“三负责”机制：支部负责区域主题设计；党员负责种植维护；支部书记负责成效评估，并将建设成果纳入党建考核，形成闭环管理机制。

二、党建花园建设的实践路径与创新举措

（一）支部特色化：专业与党建深度融合

各党支部结合专业特点，将医疗元素、党建文化、廉洁氛围融入景观设计，形成“一区一特色，一园一画卷”的格局：中医科所在的党支部充分利用专业优势，在负责的花园中种植薄荷、麦冬等药用植物；妇产科党支部以“莲”喻“廉”打造“莲心护佑区”，将莲花“出淤泥而不染”的品性与医护人员“廉洁行医、护佑妇孺”的初心深度融合；外科第二党支部打造“脏器守护科普区”，以微缩景观形式呈现胃、肠、肝等腹部脏器。这种“专业+党建”的融合设计，让“党建花园”不仅是景观，更是医院文化精神的“具象表达”，使党建文化以直观、生动的方式展现出来。

（二）实践常态化：实践与党性艰苦锤炼

各党支部将花园建设与组织生活深度融合，创新“三会一课”形式，在种植现场召开支委会讨论景观优

化方案，在养护间隙开展交流服务心得，在花园举行主题党日活动。建立“五个一”实践制度，每月一次集体劳动、每季一次景观评估、每半年一次经验交流、每年一次成果展示、定期收集一次患者意见。使党员在“铲土培苗”中锤炼党性，在“护绿惠民”中践行使命，实现党性实践与服务实践的无缝衔接。

（三）参与多元化：党群与文化共建共育

以党建花园为共享平台，通过工会牵头的系列活动构建“党群联动、文化共育”的参与格局。如：中秋节组织“医患猜灯谜、月下品月饼”活动；植树节开展“植绿护绿，医路同行”主题劳动；春节挂红灯笼、贴健康春联，让年俗文化与医疗关怀在花园中交融。这些活动打破了“党建文化党内化”的界限，促进职工协作、医患互动，深化“爱院如家、医患同心”的文化认同，形成全员参与、共促发展的合力。

三、党建花园建设的成效价值与经验启示

（一）主要成效：从环境改善到品牌提升的多维突破

1.患者就医体验显著优化

花园建成后，设置患者休憩座椅10余组、步道约300米，成为患者及家属的“休憩胜地”。据统计，每日有超过100人次在花园内停留、休憩，其中住院患者占比超55%。医院开展的患者满意度调查结果显示，“就医环境”“人文关怀”等指标大幅提升。

2.支部组织活力全面增强

通过土地认领、景观打造等实践，党员参与组织生活的积极性明显提高，形成“认领即责任”“耕耘即担当”“共生即团结”等理念，逐渐内化为党员的行为准则。如今，“花园文化”已融入医院血脉：2025年，医院设立14个“党员先锋岗”；各科室开展“我为群众办实事”实践活动；党员间互助增多，支部凝聚力提升，内科第三党支部荣获“崇州市卫健系统党务工作先进集体”称号，内科第二党支部荣获2023年度成都市公立医院“标杆党支部”称号，3名党员获评崇州市“优秀共产党员”，党建工作从“软任务”变成“硬实践”。

3.医院文化品牌日益彰显

党建花园成为医院文化建设的“新地标”，已接

待外院参观10余次，成为区域内知名的“党建示范点”，实现“小花园”向“大窗口”的跨越。

（二）经验启示：党建与文化融合的实践逻辑

1.坚持党建引领是根本前提

党建花园的成功在于医院党委把握“党建工作服务中心工作”的定位，将闲置地块作为党建创新的“试验田”，通过支部认领制把党组织优势转化为发展优势，实现“党建强、业务兴”的双赢局面。

2.聚焦服务患者是核心导向

从景观设计到功能布局，始终以患者需求为出发点，如防滑步道、遮阳座椅等，让患者在休憩中感受关怀，体现“以患者为中心”的服务理念，表明文化建设只有根植服务实践，才能真正打动人心。

3.创新参与机制是关键路径

通过支部认领、党员带头、医患参与的多元模式，打破党建工作“少数人干、多数人看”的困境，让党建从“会议室”走向“实践场”，文化从“墙上”走进“心里”。

4.强化机制保障是长效之基

建立标准化的认领、维护、考核机制，将文化建设融入日常工作，避免了“一阵风”式的形式主义，确保持续推进。

四、结论

崇州市人民医院党建花园建设实践表明，医院党建与文化建设创新可通过具体载体转化为推动发展的实际效能。从“黄土飞扬”到“鸟语花香”的转变，不仅是环境升级，更是理念革新、机制创新和服务转型。党

建花园通过支部认领制推动党建工作具象化、文化建设场景化、服务理念实践化，构建起“党建引领、支部发力、党员带头、患者受益”的良性生态，为公立医院高质量发展提供了实践范本。

党建领航 数智赋能 ——宣汉县人民医院收费异常智能检测体系的构建与实践

■ 文 / 宣汉县人民医院 刘云 陈宗强

在医保支付方式改革持续深化、基金监管政策日益严格且执行力度不断加强的背景下，医疗机构收费合规性面临严峻挑战。重复收费、漏费等问题不仅造成医保基金流失，还可能引发拒付风险与声誉损害。宣汉县人民医院精准把握监管趋势，由总会计师牵头组建跨部门专项工作组，协同医保科、信息科、临床科室，确立“技术防

漏+制度堵点”的双轮驱动模式。明确各科室职责，医保科负责政策解读与规则梳理，信息科承担技术开发与系统维护，临床科室提供实践反馈，历时3个月建成全院收费异常智能检测系统，实现从“事后整改”到“事中干预”的管理转型，为医疗机构应对医保精细化监管提供了可借鉴的实践经验。

一、体系创新：五维一体智能检测机制的架构与落地

（一）规则筑基：动态政策库的精准化构建

1. 动态化规则体系构建

医保科牵头梳理医保政策、物价标准及历史稽核案例，构建包含90余个核心规则库，覆盖200余项收费项目。在梳理过程中，通过收集近三年的医保政策文件，分析不同病种的收费特点，设定“同一患者单日同一检验项目计费超过2次即触发预警”等量化标准。同时，针对新出台的医保政策，及时组织专家研讨，将其转化为可执行的规则，纳入该规则库，确保规则库始终贴合最新政策要求。

2. 三级审核机制保障

规则新增需经临床专家论证、医保政策合规性审查、信息科技术可行性评估。临床专家从实际诊疗流程出发，判断规则是否符合临床操作逻辑；医保政策专家依据最新政策法规，审查规则的合规性；信息科技术人员则评估规则在现有系统中的可实现性。例如，在新增某大型设备检查项目收费规则时，通过三级审核，发现规则存在与临床实际操作不符的情况，及时进行调整，确保规则既符合监管要求又贴合临床实际。

3. 规则库更新维护策略

建立规则库定期更新机制，每月对规则库进

行全面审查，根据医保政策变化、临床诊疗技术发展以及实际应用中发现的问题，及时对规则进行修订、补充和删除。同时，设立规则库反馈渠道，鼓励临床医护人员、医保审核人员等在日常工作中发现问题及时反馈，以便快速优化规则库。

（二）技术赋能：高频智能监测系统的架构设计

1. 定时扫描引擎设计

信息科开发后台服务程序，每日11:00、16:00、17:30、22:00四个时段自动全量扫描在院患者费用数据，单次扫描覆盖全院在床患者。在开发过程中，该项目采用分布式计算技术，提高扫描效率，确保在短时间内完成大量数据的处理。同时，对扫描引擎进行压力测试，模拟高峰时段的数据量，优化系统性能，保证扫描的准确性和稳定性。

2. 精准推送系统实现

异常结果按“科室—床位”二级维度结构化处理，通过企业微信接口实时推送到科室工作群，包含科室及床位信息、违规项目、政策依据等关键要素，实现问题“一键直达”，提高问题处理效率。

3. 技术架构优化升级

定期对技术架构进行评估和优化，随着医院

业务量的增长和数据规模的扩大，及时升级硬件设备和软件系统，保障系统运行效率与稳定性。

（三）闭环管控：全流程风险治理的标准化运营

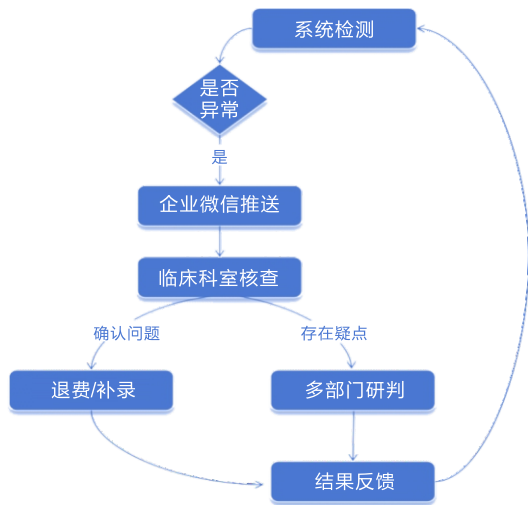
1. 异常响应与整改要求

临床科室需在2小时内响应异常预警，确认问题后4小时内完成整改。如系统检测到某科室某床的级别护理异常（漏扣或者多扣）并推送消息，科室补扣或者退费后，下次的异常信息会自动取消。

2. “周汇总一月分析”机制

医保科每周对异常数据进行汇总分析，形成周报，及时发现潜在的问题和趋势，为管理决策提供依据；每月梳理高频异常项目，组织临床科室开展政策培训，2024年累计开展专项培训6场。在培训过程中，采用案例教学的方式，结合实际发生的异常案例，深入解读医保政策和收费规则，提高临床医护人员的政策理解和执行能力。

3. 闭环管理效果评估



建立闭环管理效果评估指标体系，从异常响应率、整改完成率、问题复发率等多个维度对闭环管理的效果进行评估。定期对评估结果进行分析总结，针对存在的问题，及时调整管理策略和措施，不断优化闭环管理流程，确保管理效果持续提升。

二、实践成效：数据印证管理升级价值

（一）风险防控成效显著

1. 收费异常发生率下降

系统运行半年内，重复收费、超标准收费等问题从日均15例降至5例。通过对异常数据的深入分析，发现部分科室存在对收费规则理解不透彻的情况，针对这一问题，加强了针对性的培训和指导，有效降低了收费异常发生率。

2. 医保拒付金额减少

通过事中干预，避免出院结算后因收费违规导致的基金拒付，2024年二季度拒付金额较同期下降73%，减少92万元。建立医保拒付案例库，对每一笔拒付案例进行详细分析，总结经验教训，制定防范措施，同时加强与医保部门的沟通协调，及时了解医保审核标准和要求，提高收费的合规性。

3. 风险防控长效机制建设

在取得显著成效的基础上，进一步完善风险

防控体系，建立风险预警指标体系，对可能出现的收费风险进行实时监测和预警。加强内部审计监督，定期对收费情况进行审计检查，确保风险防控工作持续有效开展。

（二）管理效能全面提升

1. 人力成本优化

系统可替代传统人工稽核需8人/日的工作量，释放医保科60%的人力投入政策研究。通过合理调整人员岗位和职责，将释放的人力集中到医保政策研究和管理创新工作中，提高了医保管理的专业化水平。

2. 响应速度加快

系统使问题处理平均耗时从24小时缩短至3.5小时，患者出院结算等待时间减少40%。优化问题处理流程，建立快速响应机制，明确各环节的处理时限和责任人。同时，加强信息化建设，实现问题处理的线上化和自动化，提高处理效率。



3.管理效能提升

建立管理效能评估体系，可从人力成本、工作效率、管理质量等多个维度对管理效能进行评估。定期对评估结果进行分析，总结管理经验，发现存在的问题，有助于及时调整管理策略和措施，不断提升管理效能。

（三）衍生价值持续释放

1.区域示范作用发挥

建成区域首个县级医院收费规则库，被达州

市卫健委列为“医保基金监管创新案例”。积极与周边医疗机构分享经验和成果，组织开展经验交流活动，为区域医疗收费管理提供示范和借鉴。

2.行业影响力提升

通过参加学术会议、发表学术论文等方式，积极宣传智能检测体系的实践经验和成果，提升医院在行业内的知名度和影响力。

三 经验启示：三个融合推动管理创新

（一）党建与业务融合

党支部在项目发挥攻坚作用，党员技术骨干牵头完成规则库搭建与系统调试，实现“红色引擎”驱动业务发展。在项目推进过程中，建立党员先锋岗，针对项目中的难点问题集中攻关。通过开展党建活动，增强团队的凝聚力和战斗力，将党建工作与业务工作深度融合，确保项目顺利实施。

（二）政策与技术融合

医保政策专家与信息技术团队每周召开联席会，确保技术方案始终贴合监管要求。在联席会上，医保政策专家及时传达最新的医保政策动态，信息技术团队根据政策要求提出技术实现方

案，双方共同研讨，确保技术方案既满足政策要求，又具有可操作性。同时，建立政策与技术协同创新机制，鼓励双方在工作中提出创新思路和方法，推动政策与技术的深度融合。

（三）管理与服务融合

将收费合规性管理与患者体验提升结合，通过减少收费纠纷使患者满意度提升至98.6%。建立患者反馈机制，及时了解患者在收费过程中遇到的问题和意见建议，针对问题进行整改和优化。同时，加强对医护人员的服务意识培训，提高服务质量，在确保收费合规的前提下，为患者提供更加便捷、高效、优质的服务。

共享规则库与技术平台，推动区域医疗收费治理的标准化、智能化升级。

四 总结

下一步，宣汉县人民医院将持续拓展DRG付费异常预警模块，构建覆盖“项目收费—DRG分组—基金结算”的全链条风控体系；与县域医共体

浅谈社会行风监督对医院行风建设的促进机制

■ 文 / 绵阳市人民医院 李梦芳 孙忠贤

随着我国医药卫生体制改革的深入推进，行风建设已成为医院管理的重点和难点。单一依靠医院内部监督机制往往存在视角局限、动力不足等问题，国家卫生健康主管部门多次出台政策鼓励社会监督参与医院管理，内部与外部共同形成监督合力。近年来，绵阳市人民医院通过特聘社会多元主体参与医院行风评议和监督，由纪检牵头，建立了《社会行风监督员制度》，明确社会监督员的选聘标准、职责权限、工作流程和考核激励措施，构建起社会监督的长效运行体系，为医院行风建设提供了新思路和新路径。

一、社会行风监督的概念

社会行风监督是指通过聘请院外专业人士组成监督员队伍，对医院的医疗服务、医德医风、管理效率等方面进行定期评议和监督的一种机制，其主要构成要素包括监督主体、监督客体、监督内容、监督方式及反馈机制等。绵阳市人民医院社会行风监督员队伍规模从原来的三名扩充至五名，特聘的五名监督员来自多个行业 and 不同党派，人员名单及职责在医院大厅显眼位置张贴公示。队伍由1名市人大代表、1名区人大代表、1名医院所在街道办负责人代表、1名周边学校负责人代表、1名本市公交集团负责人代表组成，这支队伍均具备较强的代表性和专业性，能够从不同角度对医院行风建设提出建设性意见。

二、社会行风监督的特点

社会行风监督不同于传统的行政监督和内部监督，其最大特点在于独立性强、视角多元和贴近群众。监督员不受医院管理体制的约束，能够更加客观公正地反映问题；同时来自不同领域，能够从多维度发现医院行风建设的盲点和痛点；此外，监督员直接接触患者和群众，能够更好地代表公众利益，传递患者心声。

三、社会行风监督对医院行风建设的促进机制

社会行风监督对医院行风建设的促进机制主要体现在以下三个方面：

（一）外部约束机制

社会行风监督通过常态化监督和多元评议形成对医院和医务人员的外部约束。如该院五名监督员定期与不定期通过“四不两直”方式开展明察暗访、患者访谈、参与医院相关活动，全面了解医院行风状况，对发现的问题不回避、不隐瞒，及时向相关科室、人员反馈并督促问题整改。这种外部约束能够弥补医院

内部监督可能存在的“盲区”和“软区”，强化了对行风问题的震慑作用。

（二）内部转化机制

社会行风监督不仅停留在外部监督层面，还通过反馈—整改—评估的闭环管理，促使医院将外部压力转化为内部改进动力。该院通过建立社会监督员意见建议的收集、整理、分发、整改和反馈流程，将社会监督发现的问题纳入医院质量管理体系，推动内部管理持续优化。

（三）文化浸润机制

行风监督员不仅是问题的发现者，也是医院正能量的传播者和医院文化的塑造者。如该院每年邀请监督员参加年度总结表彰暨迎新春文艺联欢会，通过行风监督微信群及时推送医院在技术、服务、管理方面的工作动态，每年组织两次社会行风监督员座谈会，结合其日常观察、亲身就医体验以及收集到的患者及群众意见，对医院行风建设等方面提出中肯的意见和建议，并与医院主要领导、分管领导及相关职能部门负责人交换意见，督促医院不断改进服务流程，提高服务质量，改善群众就医体验。同时，也通过他们宣传医院先进典型、传递患者感激之情，有效促进医院形成崇德尚廉的文化氛围。

四、总结

通过近几年的实践，绵阳市人民医院社会行风监督工作在医院行风建设中取得了显著成效，如医院新开办食堂的规范化管理、门诊收费窗口人员服务态度改善、门诊住院诊疗服务优化、患者意见簿规范化管理、慢性病门诊就诊流程优化等方面，都在行风监督员的推动下得到极大改善，有效提升了患者和职工的满意度。

但该项工作还面临一些挑战：如监督结果运用不够充分，尚未将监督结果与评优评先、绩效考核挂钩，导致个别职能部门对社会监督员提出的意见建议重视程度不足，一些问题反复发生，整改落实不到位。下一步医院需要进一步强化闭环管理和考核激励机制，同时，还应注重社会行风监督的实效评估和持续改进，建立科学的效果评价体系，定期对社会行风监督的效果进行评估，及时发现问题和不足，不断优化监督模式和路径，使社会行风监督在医院行风建设中发挥更大作用，助力医院为人民群众提供更加优质、高效、温馨的医疗服务。

同质化·强内涵·向一流

——四川大学附属成都市第二人民医院高质量发展纪实

■ 文 / 成都市第二人民医院 张笑菲 廖光华

“十四五”以来，在市委、市政府和市卫健委的坚强领导下，成都市第二人民医院持续增强医疗服务能力，优化学科发展内涵。“十四五”期间，医院全职引进博士及以上高端人才130人，柔性引进多名国家级、省部级专家教授。医院现有2个国家重点专科（皮肤科、神经内科）、1个国家中西医协同“旗舰”科室、3个省级区域中心、7个省级临床重点专科、1个省级临床医学研究中心、2个省重点实验室、15个市医学重点学科、18个市级临床重点专科，皮肤病学、烧伤外科学、整形外科学三大学科进入“中国医院科技量值”全国百强。

2025年，随着四川大学与成都市人民政府合作共建高水平医院战略落地，成都市第二人民医院正式挂牌“四川大学附属成都市第二人民医院”（以下简称“川大成二院”），开启了依托高校优势、全面提升内涵式发展新篇章。为系统呈现川大成二院在新时代背景下的发展路径与实践成果，本文以“同质化·强内涵·向一流”为主线，从医疗、教学、科研、人才等多维度，记录该院在对接华西体系、提升服务能级、服务人民健康方面的探索与成效，展现该院迈向高水平发展的坚实足迹。



引言

作为四川大学附属医院，川大成二院以校地合作为纽带，从“获得感、幸福感、安全感”三个维度提升患者就医体验，让群众在享有华西级高品质医疗服务的同时，切实拥有“流程更顺、服务更暖、效率更高”的就医获得感。在“同质化·强内涵·向一流”的征程中，川大成二院正以校地合作为笔，书写着让百姓“看病少跑腿、服务更暖心”的民生答卷。

一、流程同轨：技术同质化与资源高效配置

（一）家门口的华西诊疗

看得好病是患者就医最基本的需求。川大成二院依托华西临床医学学院强大的医疗资源，以华西医院选派专家入驻川大成二院的模式，形成了非托管的常态化坐诊模式，构建“家门口的华西诊疗”服务体系。如家住成华区的市民刘女士因膝关节问题长期想找李箭教授就诊，却因“挂号难、距离远”望而却步。如今通过川大成二院服务号即可挂到过去“一号难求”的专家号，在家门口完成诊疗。

据川大成二院门诊办负责人介绍，医院建立了“专家派驻+资源承接”的长效机制，华西医院首批派出6名专家担任该院相关科室的学科主任，胸心外科车国卫教授、神经内科周东教授、肝胆外科黄纪伟教授、骨科李箭教授、宋跃明教授等10位华西专家在该院常态化坐诊，确保优质资源“精准下沉、高效承接”。首批6名学科主任牵头学科建设，另有包括胃肠外科、骨科等专业在内的多位华西专家固定在两个院区坐诊，真正做到让百姓在家门口就能看好病。



（二）全时段的就医服务

为全时段满足患者需求，川大成二院对标华西，动态调整了门诊时间。张女士是一名上班族，过去因工作繁忙“头痛脑热靠硬扛”，如今利用午间即可完成专家门诊诊疗，检查检验同步配套，完美解决了“看病与工作冲突”的难题。除了调整门诊时间外，川大成二院儿科、内分泌科、皮肤科、医疗美容科、中医科等还开设了夜门诊，周末各专科门诊正常开放，急诊24小时提供急救诊疗服务，形成了“全时段、全周期”的服务网络，确保患者“看得上病”的需求全时满足。

（三）智能化的体检体系

川大成二院借鉴华西先进经验，打造了数字化赋能“早发现、快解决”的智慧体检系统，实现了“检前一检中一检后”闭环服务。如退休职工王先生，上午到该院进行团队体检，心电图检查显示其有心肌梗死征象，相关部门立即安排工作人员陪同其前往心内

科就诊，及时开通冠状动脉，为治疗抢下了“黄金时间”。融入华西临床医学学院后，该院通过“同质化”标准提升服务能力：定期选派人员赴华西学习前沿体检项目与报告解读，引入华西专家远程会诊疑难案例，让市民在市级医院享受顶级医疗诊断服务。

当前，该院正借鉴华西智能AI体检软件重构流程——检前AI基于健康信息推荐个性化项目，检后AI辅助分析提升报告效率并精准识别异常，医生复核保障准确性，最终实现“体检发现异常一推送就诊建议一直连专科医生”的闭环，让智慧体检成为市民健康的“智慧伙伴”。

从华西专家常态化坐诊到门诊时间动态调整，从全时段服务覆盖到智慧体检全流程数字化，川大成二院以“流程同轨”为抓手，推动技术同质化与资源高效配置，让“家门口的华西级医疗”从承诺变为触手可及的现实。

二、服务优化：机制革新赋能与体验提档升级

（一）精准化机制革新，提升服务适配性

川大成二院扎实推进“优质服务提升三年行动”，聚焦患者需求，全面对标华西优质服务标准，聚焦流程再造与细节完善双路径优化服务，提升患者就医幸福感。该院优化了门诊跨省医保支付、互联网医院护理上门服务等4项流程，参照华西经验完善了口腔科各类知情同意书。

（二）体系化分层培训，提升服务软实力

为切实提升患者就医感受，川大成二院制定了《优质服务规范服务手册》，从服务礼仪、沟通规范、流程标准、形象塑造等维度构建行为规范体系，涵盖仪容仪表、沟通技巧、全流程操作等具体要求，并邀请四川大学华西护理学院基础护理学教研室主任薛秒开展服务礼仪培训，聚焦标准化服务动作示范、专业化同理心沟通技巧讲解及人性化服务理念培养，通过情景模拟与角色扮演强化医务人员言谈举止规范。通过系列培训，该院患者对服务态度与沟通效果的满意度同比提升23%，投诉率下降18%，“服务更暖”成为高频评价。

（三）沉浸式体验活动，改进服务薄弱点

川大成二院还组织开展了“新服务 心体验”就医流程沉浸式体验活动，让该院职工化身患者，查找

“诊、住、缴、药、检”五大环节痛点。在体验中，职工发现医疗美容科接待前台位置不显、标识不清，患者寻觅困难。相关部门立即整改，将前台迁至诊疗大厅显眼处，减少患者寻找时间；增设导引标识与候诊叫号系统，配备专职导服人员，推行“微笑迎、耐心问、暖心办”标准。整改后，该科室现场咨询效率提升40%，患者满意度显著提升。该活动共发现并解决32项痛点，门诊检查预约缩至1天、跨省医保支付简化为3步，实现服务效率与患者体验双提升。

（四）针对性暖新行动，增强患者获得感

为做优服务更暖心，医院针对快递、外卖、网约车等新兴就业群体“连续工作久、疲劳缓解难、就医无时间”的痛点，精心打造了“暖新”行动体系。如在门诊大厅显眼处设置“新就业群体便民休息区”，配备可躺式按摩椅、恒温饮水机、多规格充电接口及急救药箱，让风尘仆仆的“小哥”“骑手”们能“歇脚即暖身，解乏更舒心”。这些举措不仅让新兴就业者在就诊时感受到“被重视”的温暖，更通过细节处的贴心设计传递出“医院如家”的温情，真正实现了从“身体关怀”到“心灵抚慰”的服务升级，让“服务更暖心”从口号转化为可触可感的民生温度，切实增强了这一群体的就医获得感与幸福感。

三、结语

办人民满意的医院是川大成二院不变的初衷与永恒的追求。未来，川大成二院将持续以技术创新为引擎、以服务模式革新为路径、以人文关怀深化为内核，构建全周期、全链条的健康服务体系。通过优化诊疗流程、提升服务品质、强化医患共情，让百姓享

有高质量、高水平、优质高效的医疗服务，在“获得感、幸福感、安全感”的三维提升中，切实感受到“服务更暖、就医更顺、健康更有保障”的民生温度，真正实现“病有所医”到“病有良医”的跨越，书写新时代“仁济”服务品牌的新篇章。



从《2024年我国卫生健康事业发展统计公报》 解读民营医院的“危”与“机”

■ 文 / 川北医学院附属成都新华医院 李洪军

民营医院是我国医疗卫生服务体系的重要组成部分，在补充公立医疗资源、满足群众多元化健康需求方面发挥着不可替代的作用。然而，随着DIP/DRG支付改革推进及医保基金吃紧、经济下行、人口老龄化等环境变化，民营医院正处于从“风口增长”迈入“价值竞争”、从“数量补充”转向“存量竞争”的关键转型

期。国家卫生健康委员会2025年12月发布的《2024年我国卫生健康事业发展统计公报》（以下简称《公报》），通过一系列关键数据勾勒出民营医院发展的新图景，既揭示了行业面临的生存困境，也暗藏着破局突围的发展机遇。深入解读这些数据对民营医院把握发展规律、实现可持续发展具有重要现实意义。

一、《公报》中民营医院的“数”

（一）机构数量上的变化：规模扩张放缓，结构调整加速

数量增长放缓的背后，是民营医院行业发展底层逻辑的深刻转变。一方面，民营医院总数增多的同时会压缩新建民营医院的成长空间，变相抬高了行业准入门槛，加上党的二十届四中全会明确的引导规范民营医院发展的总策略，使得过去依赖政策漏洞的粗放式扩张模式难以为继；另一方面，市场竞争的加剧和盈利空间的压缩，使得社会资本对民营医院的投资更趋理性，国际、国内资本的投资意愿下降，中小型民营医院融资渠道进一步收紧。同时，民营医院的区域分布和等级结构呈现显著失衡：东部沿海地区集中了60%以上的优质民营医疗资源，而中西部地区医疗服务供给不足；三级民营医院占比仅2.3%（公立医院为12.7%），83%的民营医院为一级及以下机构，难以在重症和复杂疾病治疗领域形成竞争力。这种“数量优势”与“质量短板”的反差，预示着民营医院已进入以结构优化替代规模扩张的发展新阶段。

（二）服务诊疗量上的变化：市场占比偏低，增长动能不足

与数量上的绝对优势形成鲜明对比的是，民营医院在核心服务量指标上仍处于相对弱势地位。《公报》显示，2024年公立医院诊疗人次达37.7亿，民营医院仅为7.3亿人次（占比16.3%）；公立医院入院人次约2.1亿，民营医院仅为0.45亿人次（占比17.7%），基本上延续了民营医院10年来的比例关系。从增长趋势来看，2024年民营医院诊疗量同比增长3.2%，低于公立医院的5.1%，部分地区民营医院门诊量甚至出现15%以上的同比下降。诊疗量增长乏力的核心原因在于供需失衡与信任壁垒。在供给端，近70%的民营医院仍聚焦传统疾病诊疗，盲目复制公立医院综合诊疗模式，在常见病、多发病领域陷入同质化竞争，既缺乏公立医院的政策支持和人才优势，又未形成特色专科支撑，导致床位使用率不足70%；在需求端，部分民营医院过往存在的虚假宣传、过度医疗等违规行为，导致居民对其信任度仅为公

立医院的50%，即使在口腔、眼科等民营医院具有技术优势的专科领域，患者仍会优先选择公立医院，民营医院的平均复诊率也远低于公立医院。此外，分级诊疗体系的加速完善使公立医院通过医共体、医联体、区域医疗中心建设进一步巩固了其主导地位。数据显示，2024年公立医院诊疗人次占比达84%，民营医院在患者引流上陷入被动。这种“大而不强”的发展格局，使得民营医院难以充分发挥补充医疗资源的作用。

（三）工作效率指标上的变化：资源利用不足，运营效能偏低

工作效率指标的变化进一步揭示了民营医院的发展困境。《公报》相关数据显示，2024年民营医院床位数占全国医院总床位数的31.9%，但平均床位使用率仅为64.3%，低于公立医院84.8%的平均水平，部分中小型民营医院床位使用率甚至不足40%。从诊疗效率来看，民营医院医师日均诊疗人次为4.9人次，较公立

医院的7.2人次低31.9%；平均住院日为10.7天，较公立医院的8.4天高出23.3%，反映出民营医院在诊疗流程优化和资源利用效率上仍有较大差距。

运营效率偏低的根源在于管理体系的不完善与资源配置的不合理。从管理层面来看，参考四川省民营医院管理架构调查结果，90%的民营医院采用家族式管理，43%的民营医院缺乏专业运营团队，精细化管理能力薄弱，难以实现诊疗流程的高效协同；从资源配置来看，民营医院多为租赁场地、贷款经营，承担着租金和融资利息的双重压力，加上集中采购议价能力弱于公立医院，成本压力难以有效分摊。同时，人才结构失衡也制约了工作效率提升，民营医院执业医师高级职称占比仅15%左右，人才流失率高达23%，医疗差错率、投诉率、赔付率比公立医院高出10%~15%，导致诊疗质量和效率难以保障。这些因素相互交织，使得民营医院在运营效能上与公立医院的差距持续扩大。

二、《公报》中民营医院的“危”

（一）诊疗总量增长：总量扩张与份额萎缩的矛盾纠结

《公报》显示，2024年全国医疗卫生机构总诊疗人次达101.5亿，同比增长6.2%；总入院人次达3.1亿，同比增长3.3%，反映出我国医疗服务总需求持续扩大。其中，老年人口医疗需求增长尤为显著，截至2024年底，我国60岁及以上人口已超过3.1亿，占全国总人口的22%，老年病、慢性病诊疗和康复护理需求呈爆发式增长。然而，在医疗服务总量扩张的背景下，尽管医疗服务总量持续扩张，民营医院诊疗人次占比仍长期维持在16%左右，入院人次占比更是从2020年的19.2%降至2024年的17.7%。对于单个民营医院而言，实际市场份额呈现相对萎缩态势。

这种“总量增长、占比不变、份额萎缩”的矛盾，凸显了民营医院在市场竞争中的被动地位。一方面，公立医院通过优质医疗资源扩容下沉、区域医疗中心建设等政策红利，进一步巩固了在基本医疗服务领域的主导地位，2024年三级公立医院诊疗量同比增长6.7%，显著高于行业平均水平；另一方面，民营医院在高端医疗和特色专科领域的布局尚未形成规模效应，难以承接多元化、高品质的医疗需求。更严峻的是，人口结构变化带来的需求结构调整对民营医院形成冲击，出生率持续下降导致民营医院妇产、儿童医院业务量锐减，而老龄化带来的慢性病管理、康复护理等需求，又因布局滞后、服务能力不足而难以把握，部分民营医院陷入“传统业务萎缩、新兴业务缺位”的两难境地。



（二）平均费用下降：成本上涨与收费受限的盈利挤压

《公报》显示，2024年，医院次均住院费用9870.0元，按当年价格比上年下降4.3%，按可比价格下降4.5%；次均门诊费用361.0元，按当年价格比上年下降0.2%，按可比价格下降0.4%。民营医院多集中于二级及以下等级，收费标准显著低于三级公立医院，尽管2024年我国医疗服务费用整体呈下行态势，但民营医院的收费空间仍受到多重限制。

成本端的刚性上涨成为民营医院盈利的主要压力源。在人力成本方面，民营医院为吸引和留住人才，需支付高于公立医院的薪酬待遇。据不完全统计，2024年民营医院人均薪酬支出同比增长8.3%，而医保目录内服务项目不允许加价，且检验、放射服务项目价格下调，导致病种平均总费用下降；在设备耗材成本方面，民营医院在集中采购中议价能力弱，难以享受公立医院的批量采购优惠；在营销成本方面，部分民营医院为吸引患者，营销费用占比高达营收的25%~30%，形成“营销高耗、医疗价值低”的畸形结构。

与此同时，医保支付政策的调整进一步挤压了盈利空间。DRG/DIP支付方式在全国范围内全面落地，彻底打破了民营医院“多检查、多用药、多住院”的传统盈利逻辑。据不完全统计，2024年近40%的民营医院医保营收同比下降，30%的医院医保回款降幅超过40%。更严峻的是，医保飞检实现“全覆盖、常态化”，一大批民营医院因医保违规被取消定点资格，合规成本显著上升。成本刚性上涨与收费、支付双重受限的叠加，使得民营医院盈利难度持续加大，部分中小型机构陷入亏损境地。

（三）经营结构失衡：成本结构与病种结构的生存危机

《公报》数据背后反映的成本结构与病种结构失衡，成为制约民营医院生存发展的核心症结。在成本结构方面，民营医院呈现出“三高一弱”的畸形特征。

一是房屋成本高。据调查，我国二级以下民营医院多租居于城市的核心地带，房租高昂。在实施民营医院药品挂网价销售之前，民营医院所有药品均有15%的加价，这部分药品收益恰好与房租相对冲。实施挂网价销售后，药品利润锐减，房租无从着落，成为压垮民营医院的最后一根稻草。

二是营销成本高。全国民营医院平均营销费用占比达25%，部分机构甚至超过30%，而医疗技术投入占比不足10%，远低于公立医院的18%的平均水平。这种成本结构倒置导致民营医院陷入“重营销、轻医疗”的恶性循环，医疗服务质量难以提升，患者信任度持续偏低，进一步加剧了生存压力。

三是融资成本高。融资成本高成为中小型民营医院的突出难题。受全球经济复苏疲软、国内资本监管收紧影响，民营医疗领域外资投入同比下降18%，银行信贷对民营医院的支持力度不足，中小型民营医院融资利率较公立医院高出2~3个百分点，技术升级与设备更新的资金支撑严重不足。部分亏损民营医院为维持运营，不得不依赖高息民间借贷，进一步加重财务负担，形成“亏损—高息融资—更大亏损”的债务陷阱。

四是病种结构弱。民营医院存在“两头不靠”的定位困境。在常见病、多发病领域，民营医院难以与公立医院的技术优势、医保覆盖优势竞争，2024年民营医院在呼吸内科、消化内科等基础科室的诊疗量占比不足15%；在疑难重症领域，民营医院因人才、设备、科研能力不足，难以形成诊疗竞争力，三级医院占比仅2.3%，难以承接复杂疾病诊疗需求。更突出的问题是，民营医院病种结构与市场需求错位，近60%的民营医院盲目复制公立医院综合诊疗模式，未形成差异化竞争优势，导致同质化竞争加剧，生存空间被持续挤压。

三、《公报》中民营医院的“机”

（一）人口老龄化趋势：总服务量扩容与细分市场机遇

《公报》数据显示，我国人口老龄化进程持续加速，截至2024年底，60岁及以上人口已达3.1亿，占总人口的22%，其中65岁及以上人口占比达15.6%，进入深度老龄化社会。老龄化带来的不仅是医疗服务总需求量的扩张，更催生了多元化、个性化的健康服务需求，为民营医院提供了广阔的细分市场空间。与公立医院聚焦急性病治疗、疑难重症救治的定位不同，民营医院在老年健康服务领域具有机制灵活、服务精准的天然优势，有望在“防、治、康、养”全周期健康服务体系中占据重要位置。

老年健康需求的结构性变化为民营医院创造了四大细分市场机遇。一是慢性病管理市场，民营医院可通过建立慢性病管理中心、开展家庭医生签约服务等模式，承接这一刚需市场；二是康复护理市场，老年患者术后康复、卒中后恢复、骨科康复等需求迫切，民营医院可通过改造空闲床位、建设康复护理单元等方式，提供专业化康复服务；三是医养结合市场，传统“医养分离”模式已难以满足老年人疾病管理与生活照料的双重需求，民营医院可通过“医院+养老院”一体化建设、模块化嵌入养老场景、“互联网+居家医养”等模式，构建从医疗到养老的完整服务链，完善从健康至健康的生活服务链，实现资源优化配置与增量收益提升；四是安宁疗护市场，民营医院可依托人性化服务优势，打造专业安宁疗护团队，填补市场空白。从市场规模来看，预计到2030年，我国老年健康服务市场规模将突破3万亿元，民营医院若能精准把握需求，聚焦细分领域形成差异化优势，有望实现市场份额的快速提升。

（二）行业新陈代谢：发展环境净化与优质机构突围

《公报》反映的民营医院数量增长放缓、部分机构经营困难的现象，本质上是行业进入

“优胜劣汰”新陈代谢期的必然结果。这一过程虽然带来短期阵痛，但从长期来看，将有效净化民营医院的发展环境，为优质机构提供更大的发展空间。2024年，部分上市公司将旗下医院低价转让甚至“清仓式甩卖”，近百家民营医院因医保违规被取消定点资格，大量“三低三无”（低水平、低档次、低效益，无品牌、无技术、无特色）医院面临停业或重整，行业集中度持续提升。

行业新陈代谢的核心驱动力来自政策监管强化与市场竞争加剧。在政策层面，国家对民营医院的准入、运营、退出制定了更严格的标准，过去依赖政策漏洞、粗放经营的模式难以继，倒逼民营医院向规范化、高质量发展转型；在市场层面，居民健康需求从“治病”向“防、治、康、养”全周期转型，对医疗服务的质量、效率、体验提出更高要求，缺乏核心竞争力的中小型机构自然被市场淘汰，而具备品牌优势、技术优势、管理优势的民营医院则通过并购、扩张等方式提升市场份额。预计到2030年，民营医院行业集中度将进一步提高，头部企业的市场份额将超过60%，形成“强者恒强”的竞争格局。

发展环境的净化为优质民营医院带来了发展机遇。一是资源整合机遇，行业洗牌过程中，优质民营医院可通过低价并购、托管等方式，整合低效机构的医疗资源，快速扩大规模、完善区域布局；二是政策支持机遇，政府为促进社会办医高质量发展，在医保定点、人才培养、科研立项等方面给予优质民营医院更多政策倾斜；三是品牌建设机遇，随着行业乱象逐步整治，民营医院的整体社会信任度有望提升，优质机构可借助这一契机，通过规范化运营、高品质服务打造行业品牌，形成差异化竞争优势。这种“净化—突围—升级”的发展路径，将推动民营医院行业从“数量扩张”向“质量提升”转型，实现可持续发展。

（三）内部结构优化：决定民营医院生死存亡的核心变量

《公报》数据揭示的民营医院发展差距，本质上是内部结构失衡的外在表现。在行业转型的关键期，成本结构、病种结构、患者结构、人才结构的优化程度，将直接决定民营医院的生死存亡。那些能够主动调整内部结构、适应市场变化的民营医院，将在价值竞争时代脱颖而出；而固守传统结构模式的机构，将面临被淘汰的风险。

成本结构优化是民营医院降本增效的核心抓手。民营医院需打破“重营销、轻医疗”的畸形结构，将成本投入重心转向医疗技术升级、人才培养和服务质量提升。在资产成本配置方面，应进一步压缩房租、资金、设备等固定成本比例。对于二级以下民营医院来说，要计算好成本账。以2025年度医疗机构总收入为基准，一旦发现自己的机构人力成本占比在35%左右，药品成本在35%左右，房租成本占20%左右，其他资金成本占5%~10%，则机构基本无法实现盈利。从经济实体运行的规律来看，可运用“鳄鱼法则”，当机立断进行成本结构调整。其他医疗机构可参照比对，定下战略举措。在采购成本控制方面，可通过组建采购联盟、对接国产替代设备等方式，降低高端医疗设备和耗材的采购成本；在运营成本控制方面，可通过引入智能化管理系统、运用人工智能工具优化诊疗流程、精简行政人员等方式，提升运营效率；在营销成本控制方面，应摒弃传统广告营销模式，通过优质服务、患者口碑、社群运营等方式降低获客成本，将营销

四、结语

《公报》的数据变化，清晰勾勒出民营医院从“风口增长”向“价值竞争”转型的时代特征。民营医院的未来发展，不再取决于规模扩张的速度，而在于价值创造的能力；不再依赖政策红利的加持，而在于核心竞争能力的构建。面对“十五五”规划擘画的医疗健康事业新蓝图，民营医院需主动适应行业变化，以诚

费用占比控制在10%以内，实现“以医疗价值吸引患者”的良性循环。

病种结构优化是民营医院形成差异化优势的关键。民营医院需跳出“大而全”的同质化竞争陷阱，聚焦细分领域打造特色专科。在选择特色专科时，应重点关注三大方向：一是公立医院资源薄弱的领域，如康复医学、精神卫生、安宁疗护等，这些领域市场需求大、竞争压力小，适合民营医院深耕；二是老龄化相关领域，如老年病、慢性病、康复护理等，契合人口结构变化趋势，市场增长潜力大；三是高端医疗领域，如高端体检、特需门诊、精准医疗、保险医疗等，满足中高收入群体的多元化需求，利润率较高。

患者结构与人才结构优化是民营医院可持续发展的重要保障，更是其生存发展的两大核心法宝。在患者结构方面，民营医院应逐步降低对医保患者的依赖，拓展自费患者、商业保险患者等多元患者群体，减少医保政策调整带来的经营风险。目前，82%的民营医院医保收入占比超过70%□这种单一患者结构导致经营风险过高，而部分高端民营医院通过对接商业保险、开展会员制服务等方式，将自费患者占比提升至50%以上，抗风险能力显著增强。在人才结构方面，民营医院需破解“人才引不来、留不住”的难题，通过完善薪酬福利体系、建立职业发展通道、优化工作环境等方式，吸引公立医院骨干医师、学科带头人加入；同时，应加强与医学院校、科研机构的合作，建立人才培养基地，培养本土化医疗人才，提升人才队伍的稳定性和专业性。

信经营扭转固有形象，以规范化运营筑牢发展根基，以差异化定位开拓细分市场，以结构化优化提升核心能力，在医疗服务体系中找准自身生态位。唯有如此，民营医院才能在激烈的市场竞争中突围而出，实现从“数量优势”向“质量优势”的转变，为我国医疗卫生事业高质量发展注入更持久的活力！

筑牢重症堡垒 引领区域协同发展 ——成都市第三人民医院重症医学科高质量发展纪实

■ 文 / 成都市第三人民医院 曾薇 张川 王中 潘传亮 刘辉 马轶 余红 郭华 喻永香 王娇 王丽军

重症医学是守护生命的最后防线，也是公立医院高质量发展的关键领域。成都市第三人民医院（以下简称“市三医院”）作为四川省危急重症救治的中坚力量，始终坚持以人民健康为中心，紧扣“人才、技术、人文、科研、帮扶”五个维度，通过优化人才梯

队、突破技术瓶颈、创新人文关怀、强化科研转化、下沉优质资源，辐射带动区域重症医学同质化发展，探索出一条“强根本、强基层、强区域”的重症高质量发展路径。

一、人才为核，打造精英团队

市三医院秉持“人才是第一资源”的理念，构建“引育并重、梯队清晰、辐射区域”的人才培养体系。

（一）优化人才梯队结构

近年来，医院通过全球招聘、柔性引才等方式引进高端人才，依托在编培养、海外研修等形式锻造青年骨干，打造了一支结构优化、梯队合理的高水平重症团队。目前该院重症团队共有257名医护人员，其中博士10名、硕士54名，高级职称32名，承担国家或省级质控工作者6名，担任省级及以上学术职位者4名。

（二）提升综合实战技能

医院重症医学科设8个亚专科，涵盖感染、呼吸、心脏、产科、体外循环重症等方向，重症人才全

科轮转，着力培养全能人才。目前已有40余名医师掌握重症超声技术，广泛开展床旁超声、无创脑氧监测等精准监测技术，推动重症管理迈向可视化、规范化、精准化。

（三）培育区域重症人才

参照美国迈阿密临床医学中心建设标准，医院总投资400余万元建成模拟重症监护室（ICU）教学中心，配备SimMan3G模拟人、呼吸机等教学设备，开设Sepsis早期识别、产后大出血处置等仿真模拟教学课程。作为国家住培基地与四川省重症专科护士培训基地，联合高校培养研究生、规培学员、专科护士近百名，助力区域重症人才能力提升。

二、技术为先，突破生命禁区

技术是重症医学的立身之本。市三医院聚焦疑难危重，紧盯前沿技术，打造了脓毒症、重症肺炎/急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、体外生命支持三大专病中心。

（一）脓毒症诊疗中心

医院的脓毒症多学科诊疗团队（MDT）由重症医学科、感染科、呼吸科、心内科、药学部、康复科等组建，推行脓毒症全流程管理。依托集束化治疗、多模态监测、细胞因子吸附等技术，年收治患者超1500例。该中心牵头或参与多项国家、省级多中心研究，推动科研与临床同频共振。

（二）重症肺炎/ARDS中心

医院综合运用静脉-静脉体外膜肺氧合（V-V

ECMO）、俯卧位通气、肺电阻抗断层成像（EIT）等尖端技术，全面构建阶梯式规范化的综合救治体系，年收治重症肺炎、ARDS患者约1800例。参与国内外ARDS诊疗指南的临床实践与科研转化，将炎症调控、肺泡液体清除等前沿研究成果融入临床路径，打造区域ARDS诊疗成都示范模式。

（三）体外循环生命支持中心

作为重症患者“生命后盾”，医院优化院内救治流程，完善区域转运机制，开展连续性肾脏替代治疗（CRRT）、血液灌流、血浆置换、非生物型人工肝等新技术。同时，将技术辐射至金堂、都江堰、大邑等地区的县级医院，承办国家级ECMO理论与模拟培训班，实现“技术下沉，生命上行”。

三、人文为光，点亮生命温度

重症医学不仅需要顶尖技术，更需传递医学温情。市三医院在全省率先设立“中间ICU”、搭建从监护到康复的温暖桥梁，荣获成都市卫健系统目标考核创新项目第一名，成为人文重症建设的“成都范本”。

（一）设置独立过渡病区

医院于2020年8月启动“中间ICU”病房建设，开放床位9张，为患者提供持续监护、专业评估、综合救治、康复训练等服务，有效降低重症患者过渡期不良事件发生率，在康复治疗的同时实现重症救治“零延误”，约75%的患者病情好转后出院或转入普通病房继续治疗，为重症患者生命安全保驾护航。

（二）探索家属陪伴模式

医院突破传统ICU管理方式，引入家属陪伴机制，鼓励家属全程参与患者治疗，给予患者亲情呵护和心理支持，促进患者身心功能康复，提高患者生存率和生活质量，让重症病房不再是冰冷的仪器场所，而是充满希望的生命驿站。

（三）切实减轻医疗负担

医院“中间ICU”病房稳步运行，月收治患者30余人，实现医疗费用及医保支付“双降低”，增强患者就医获得感。通过“中间ICU”，近5年累计为患者节约医疗费用300余万元、为成都市节约医保基金约150万元。

四、科研为要，驱动学科跃升

科研是引领学科发展的引擎。市三医院坚持“临床问题驱动科研，科研成果反哺临床”的理念，建立基础研究、临床转化、人工智能应用“三位一体”科研体系。

（一）纵向项目实现突破

医院获得四川省科技厅面上项目《面向重症医学决策优化的知识增强鲁棒深度强化学习模型研究》《冠心病患者介入术后抗栓治疗进程中脑微出血早期预警模型的建立与评价》等成功立项，积极探索人工智能在临床决策与质量管控中的应用，引领重症医学迈进数字诊疗新时代。

（二）横向课题提质增效

2023年医院在国家药物临床试验备案平台完成备

案，现已启动GCP项目2项，承担多中心研究5项，覆盖重症医学关键领域，包括评估西维来司他钠治疗ARDS的有效性、构建基于大数据的休克诊疗新体系、探索阿兹夫定对新冠高危患者的治疗效果等。

（三）成果落地引领发展

近3年，医院职工累计发表SCI论文20余篇，获批实用新型专利5项，连续3年稳固跻身中国医院科技量值（STEM）危重症医学“百强榜”。推动技术创新与临床实践深度融合，率先开展床旁超声膀胱容量评估等新技术5项，并建立以超声可视化为核心的重症技术体系，显著提升重症救治成功率。

五、协同为基，共绘重症蓝图

市三医院坚持医院公益性，勇担社会责任，聚焦“强根本、强基层、强区域”三大目标，主动下沉优质医疗资源，助力区域重症能力整体提升。

（一）构建全域质控网络

作为成都市重症医学质量控制中心挂靠单位，医院牵头制定脓毒症bundle、ARDS规范化救治流程等操作规范，建立“定期巡查+专项督导+回头看”工作模式，通过组织专家驻点指导、定制个性化改进方案等方式，创新开展基层重症单元“一对一”帮扶计划，提升区域重症救治能力和水平。

（二）强化基层能力建设

医院建成了包含61家成员单位的重症专科联盟，通过远程会诊、云查房、“传帮带”、人才培养等方

式，重点帮扶基层和边远地区医疗机构，构建“早期预防、ICU治疗、康复指导、出院随访、健康宣教”全链条重症管理体系，持续推进重症救治防线前移与后延。

（三）拓展学科品牌影响

医院重症医学科相关专家多次受邀出席华西国际梅奥重症医学大会、中国危重病医学大会等国内顶级学术会议并作专题报告。此外，医院还成功举办国家级、省级、市级继续教育培训班，打造有影响力的学术交流平台，共享经验、携手推进重症医学高质量发展。

重症医学科，是市三医院学科建设的“高峰”，更是检验医院核心竞争力的“试金石”。未来，医院将坚定不移地走好“多维协同”发展路径，用更有温度的救治、更高质量的医疗服务，照亮危重患者的生命之路，彰显区域重症担当，助力健康四川建设。

从“单点突破”到“全市协同” ——四川省人民医院率先接入市级转诊平台

■ 文 / 四川省医学科学院·四川省人民医院 张莉

为深入贯彻落实国家关于分级诊疗制度建设的部署要求，优化区域医疗资源配置，四川省人民医院（以下简称“省医院”）双向转诊平台于2024年10月29日启用，目前已为医联体内7000余名患者提供双向转诊服务。在四川省卫生健康委员会及成都市卫生健康委员会的统筹规划与大力支持下，省医院双向转诊平台与成都市双向转诊信息化功能平台系统成功对接，于2025年12月18日正式投入运行，成为全市首家对接该市级统一平台的省属三级甲等医院，标志着该院在畅通与基层医疗机构之间的双向转诊服务、构建紧密型医联体、推动形成“小病在基层，大病到医院，康复回社区”的良性就医格局上迈出关键一步。

该转诊平台分为“危重症转诊”“专科绿色通道”“门诊患者转诊”3个版块，针对“危重症患者”“诊断比较明确的专科疑难患者、四级手术患者上转我院进一步治疗”以及“病情比较复杂，需转省医院明确诊断的门诊患者”的需求，利用5G、人工智能（含智能语音）、物联网等前沿科技，打破传统的院间转诊模式，让转诊更快速、更高效。无论是危重症患者，还是需转至省医院明确诊断、接受手术或住院治疗的患者，均可通过该平台实现一键转诊，开启了分级诊疗新篇章。

一、融入全市体系，构建转诊新范式

（一）流程标准化与规范化

所有转诊工作严格遵循上级部门制定的统一规范、标准与操作流程，确保了每一位患者的转诊路径清晰明确、过程合规可溯，不同医疗机构间的服务衔接更为严谨、可靠，从根本上减少了转诊过程中的不确定性与随意性。

（二）资源统筹与精准匹配

平台作为市级医疗资源的调度中枢，有助于实现全域范围内资源的科学统筹。省医院作为区域医疗中心，其优质的专科能力、专家资源与床位资源，将通过平台与成都市域内各级

医疗机构的实际临床需求进行高效、精准的匹配与协调，提升优质资源利用效率。

（三）信息一体化与互联互通

依托市级平台强大的信息枢纽功能，在严格保障数据安全与患者隐私的前提下，跨机构、跨层级的诊疗信息（如电子病历、关键检查检验结果等）可以实现安全、顺畅的互联互通与权威互认，为患者在各级医疗机构间获得连续、完整、无需重复检查的诊疗服务奠定了坚实基础。

二、双通道服务升级，切实改善就医体验

接入市级统一平台后，我院的转诊服务通道完成了系统性升级与重塑，旨在为患者提供更便捷、更可预期、更人性化的转诊体验。

（一）上转通道：响应更迅速，衔接更顺畅

当接入市级平台的合作医疗机构的医生在接诊过程中遇到超出自身救治能力的危重症患者，或面临需要上级医院进一步明确诊断、实施高难度手术的住院疑难病例时，经治医生可通过该平台，一键发起标准化、结构化的上转申请。

1.危重症转诊（急救绿色通道）

针对此类患者，平台将自动触发标准化快速响应流程，医院急救中心专业团队将进行在线优先评估与审核。审核通过后，系统将自动为患者协调并锁定急诊抢救或重症监护相关床位与配套救治资源，真正实现“患者未到，信息与资源先行”，最大限度保障患者在转运途中的安全，并确保其抵达后能立即进入预设的高效救治流程。

2. 专科诊疗转诊（专科绿色通道）

针对诊断已相对明确、需转入医院接受专科进一步治疗或手术的患者，转诊申请将通过平台直通对应专科。专科审核团队将进行在线专业评估，对符合上传指征的患者，通过平台直接为其开具电子入院证，并依据“全院一张床”原则优先协调安排住院床位。患者可凭通知直接至院区指定地点办理入院手续，省去了自行反复联系、多方问询与漫长等待的不便，体验高效、省心的“一站式”入院服务。

（二）下转通道：路径更清晰，服务不断档

为积极落实分级诊疗核心要求，推动形成“急性病、疑难病在三级医院，康复期、稳定期在基层”的科学就医格局，省医院表示将来会更

系统、更规范地开展患者下转工作。对于经该院治疗，病情已进入稳定期、康复期，且符合下转标准的患者，主管医疗团队将进行主动评估、充分告知，在征得患者知情同意后，通过平台将其稳妥转诊至技术对口、服务匹配的基层医疗机构或康复医院。

下转绝不意味着医疗服务的终结。省医院还会通过平台同步共享患者的诊疗信息与后续康复方案。同时，通过建立医联体、开展远程医疗会诊、定期技术指导、联合教学查房等多种形式，为承接医疗机构提供持续的技术支持与质量把关，全力确保患者在转换诊疗机构时，其治疗、康复方案的连续性、一致性与同质化水平。



图：患者要先生（左4，化名）及家属（右3）为刘明江医生（右4）团队送来锦旗



三、践行公立医院责任，助力健康城市建设

这次平台的顺畅对接与未来的高效可持续运行，植根于坚实的顶层制度设计。政府层面建立的跨部门专项工作机制，在组织协调、医保政策协同（如起付线连续计算）、绩效考核激励、医疗质量同质化监管等方面提供了系统性支持，旨在破除体制机制壁垒，构建一个权责清晰、运行顺畅、值得信赖的区域协同诊疗网络。该转诊平台不仅是一个信息技术工具，更是一个有权威政策支撑、有长效制度保障的医疗服务模式创新实践。

作为省级医疗中心与国家区域医疗中心，省医院始终秉持公益性，在聚焦攻克疑难危重症的同时，积极探索优质医疗资源下沉、助推区域协同发展的有效路径。率先接入并深度融入市级双向转诊平台，正是该院履行这一社会责任、主动引领并融入区域医疗卫生服务体系的关键实践。

此次进一步打通与市级转诊平台的系统对接，实现了省、市两级医疗资源的高效协同，进

一步促进了该院与成都市各级医疗机构构建目标同向、权责清晰、协作高效、互利共赢的健康服务共同体。该平台不仅缩短了转诊响应时间，还通过数据互联互通，在保障患者信息安全及隐私保护的同时，确保诊疗信息的连续完整，减少重复检查，降低就医成本，让患者就医感受更舒心、过程更便利、服务更体贴。

未来，省医院将继续发挥其在医疗技术、学科人才、医院管理等方面的核心优势，与区域内兄弟单位携手共进，共同探索并完善符合超大城市特点的科学分级诊疗秩序，拓展优化转诊平台的服务功能，推动双向转诊平台与更多基层医疗机构、专科联盟单位和医联体单位深度互联，让优质医疗资源真正“沉下去”，让人民群众在家门口就能“看好医生、看好病”，为全面提升区域医疗服务体系整体效能、切实增强人民群众的健康获得感与就医满意度贡献坚实力量。

自贡市第四人民医院： 统筹学科建设 厚植为患者服务底色

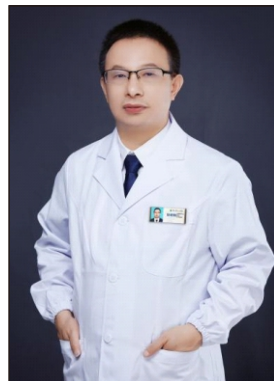
■ 文 / 《中国卫生杂志》 孙艺

供稿 / 自贡市第四人民医院

2021年，自贡市第四人民医院（以下简称“自贡四医院”）在筹建南湖院区时，便着手对医院学科布局、服务流程设计、岗位职责和资源配置进行整体梳理，一场围绕学科体系重塑的建设随之展开。2025年10月，随着新院区开始试运行，原有院区与南湖院区逐步形成协同格局，医院的内部运行方式也随之发生变化：

从单点科室的发展，迈向院内协同、院区联动和区域合作的整体体系。

自贡四医院院长殷明刚表示，学科的发展不可能一蹴而就，需要长期的传承与积累。学科建设不仅要强化技术，更要服务临床、服务患者。医院将学科建设与医疗服务优化、医院高效运营相融合，全面推动医疗服务能力的提升。



图：自贡市第四人民医院院长殷明刚

一、分级施策 构建学科发展生态

殷明刚指出，学科发展必须尊重规律，要因科施策。面对科室发展不均衡的现实，医院要通过分层分类建设，为不同学科建立清晰的成长路径。

基于各学科的功能定位、技术基础与发展潜力，医院构建了“龙头科室—培育科室—扶持科室”三级发展体系。殷明刚介绍，三个层级承担的任务不同但互相关联：龙头科室要承担技术引领和区域辐射的职能，医院集中资源重点打造；培育科室聚焦细分方向，在资源倾斜与政策支持下加速突破；扶持科室则侧重夯实基础，通过制度保障补齐服务短板。通过这一发展体系，医院逐步形成了适合自身特点的发展生态。

骨科作为龙头科室，拥有三代主任传承的完善人才梯队，并配备第三代骨科手术机器人、术中三维CT（计算机断层扫描）、3D打印实验室等先进装备。在此基础上，科室率先在省内推进数字骨科建设，实现3D打印、机器人、导航系统等技术的深度融合应用。骨科的快速进步，也带动了康复医学科、医学影像科等相关学科协同提升，形成示范带动效应，推动多学科的整体服务能力同步增强。

与此同时，在地市级医院的发展过程中，“优势学科集中于常见病诊治，亚专科及其他疾病的诊疗能力薄弱”是绕不开的结构矛盾。殷明刚认为，若这一情况长期得不到改善，医院的学科发展

势必受限。对此，医院推出一系列针对性措施：将少见病、疑难病按病种归口，由固定医疗团队负责，促进病例集中、经验沉淀；同时在绩效分配、资源投入、培训项目等方面向潜力亚专科倾斜。骨科运动医学亚专业便是典型例子，该科亚专业此前因缺乏专业技术团队、技术积累不足而发展缓慢，如今通过实施病种集中管理、强化专项资源支持、培养学科带头人等举措，该科亚专业发展势头向好——手术量同比增长80%，区域内患者不再为此类疾病奔波外地就医，患者体验明显改善。

为确保分级施策真正落地，医院建立了常态化行政查房机制。每次查房由院领导牵头，联合医务、质控、人事、财务等职能部门及科室核心骨干参与。查房时，各科室提出长期难题和发展痛点，再通过调研、外出考察和青年团队研讨，反复论证可行方案，形成从“问题清单”到“方案清单”再到“结果清单”的闭环。医美中心整合皮肤科与烧伤整形科的医美业务、消化中心推行医疗组长制，均在行政查房推动下顺利落地，显著提升了科室发展活力与服务效率。

“学科建设不仅要解决好历史遗留性问题，也要确保各学科在统一目标的引领下稳步前进，为医院整体医疗服务能力的提升提供持续动力。”殷明刚说。

二、服务升级 激活学科发展动能

殷明刚表示，患者对医疗服务的需求不仅是技术层面的，也包含人文关怀和就医环境层面的需求。一个更舒适、更便捷、更友好的服务环境，本身就是推动学科发展的重要力量。

围绕群众需求，医院从解决就医堵点入手，推动服务优化。过去，医院下午门诊在14时30分才开诊，患者等得急、医生看得紧，既影响就医体验，又拖慢诊疗效率。对此，医院调研省内其他医院运营情况，将开诊时间统一提前到13时。时间的前移，让患者就医更从容，也为医生腾出病例讨论、技术交流的时间。改革后，医院的门诊量稳步增长，群众满意度同步提升。

新院区建设则让服务重塑与学科协同迈上更高层级。南湖院区在建设之初便遵循“动线最短、协同最优、体验最佳”理念，将流程设计与学科布局深度融合。动线按“挂号—就诊—检查—缴费—取药”顺序优化，减少患者在院区的来回奔走；各类相关诊疗中心按疾病关联度集中布局，实现“一站式”就医，推动多学科联合诊疗更高效开展。在此基础上，新院区增配导诊台、自助服务区、母婴室

等便民设施，并部署自助服务机、3D导航、机器人导诊等智慧化工具，候诊区电子屏实时显示排队信息。这些以患者体验为核心的细节升级，让看病流程更轻松，也让医护能够把更多精力投入临床诊疗与技术提升，进一步提升学科综合服务能力。

硬件的升级同样为学科发展提供了坚实支撑。医院引入大型国产设备和高效检验系统，投用智慧化实验室，磁共振、CT等检查实现“当天检查、当天出片”，检验流程更加智能快捷，医院对跨院区的大型设备、检验项目及急诊标本处理实施统一调度，让患者可就近检查、合理分流，减少资源浪费。在患者就医周期缩短的同时，科室也能更快速获取精准诊疗数据，为疾病诊断和治疗方案优化提供了有力保障，实现了平均住院日下降与学科诊疗精准度提升的双向促进。

令人惊喜的是，新院区启用仅一个月，运营数据便基本追平搬迁前水平，手术量更是表现突出。这正是以“筑新巢”为支点，激发医院高质量发展内生动力的生动印证。

三、联动基层 共享优质建设成果

殷明刚强调，优质医疗资源下沉，不是靠一家医院拉着走，而是要让基层、医院和患者形成合力。自贡四医院作为自贡市大安区城市医疗集团的牵头单位，在强化自身学科建设的同时，要切实履行带动基层、提升区域整体医疗水平的责任。

依托紧密型医疗集团建设，医院搭建起覆盖14家基层医疗卫生机构的区域慢性病管理平台，实现4万余名慢性病患者健康数据全域共享，双向转诊、检查检验互认及随访落实率均达100%。在此基础上，集团内41个“4+N”家庭医生团队，推动院内重点学科的规范化诊疗体系下沉，为基层提供可直接应用的工作标准，让居民在家门口就能得到同质化的医疗服务。医院通过“传帮带”逐步提升基层学科建设水平与服务能力，减少了约70%的重复性录入工作量，为基层医生释放更多时间投入实质性诊疗工作。

完善的联动机制和激励体系尤为关键。殷明刚介绍，区域学科建设的核心在于调动患者、基层医生与医院核心团队三方的积极性，实现三方共赢。为此，医院针对不同主体进行机制优化：在患者端，简化平台操作流程，通过扫码或身份证即可完成数据录入与随访，让群众切实体会到规范化管理的便利；在基层端，通过设置专项绩效、自动抓取数据减少重复录入，显著提升基层医生参与学科共建的动力；在医院端，通过绩效倾斜和资源保障，支持重点学科团队在技术输出、基层培训中的持续投入。

“真正实现学科强，不仅要有出色的专科技术，还要构建与临床发展同频共振的学科体系，并不断优化诊疗流程和服务体验，共同提升区域整体医疗服务能力。”殷明刚说。

源自：《中国卫生杂志》公众号

建好慢病管理中心“小站点” 激发永丰示范引领“大能量” ——眉山市东坡区提升村卫生室服务能力改革实践

■ 文 / 眉山市东坡区卫生健康局 王智

一、基本情况

四川省眉山市东坡区常住人口90.88万人，其中慢病患者20.3万人，占常住人口的22.3%；辖区内共有医疗卫生机构606家，其中乡镇卫生院（社

区卫生服务中心）16家、村卫生室（社区卫生服务站）185家；平均每千常住人口拥有卫生技术人员10.23人，其中执业医师3.45人、注册护士4.6人。

二、具体做法

区委、区政府制定《关于贯彻落实习近平总书记来川视察重要指示精神 进一步加强乡村医疗卫生体系建设的实施方案》，区卫健局印发《东坡区县域慢病管理中心建设方案》，成立东坡区慢病管理中心委员会，构建以东坡区人民医院为技术指导牵头单位、各镇（街道）医疗卫生机构为实施主体的工作模式，建立全区慢病管理大数据库，对一般人群、慢病高危人群、确诊慢病人群实行分级分类、“一人一档”健康管理。同时，围绕“建优阵地、建强队伍、建好服务、建新机制”工作思路，强化村级医疗卫生网底功能，更好满足广大农民群众就近获得基本医疗卫生服务的需求。

（一）建优阵地

依托村委会阵地资源，由村委会统筹调剂业务用房规范设置村卫生站，实施村卫生室标准化建设与差异化升级改造，高标准配备设施设备，配置便携式心电图机、床旁快速检测仪（POCT）、自动体外除颤仪（AED）等诊疗设备，并配备基本公共卫生服务专用车辆。

（二）建强队伍

村卫生站与区人民医院签订对口帮扶协议，通过区村联动打造中医阁；牵线村医拜师国家名中医

何俊安，建立“师承培养”机制；通过村医定期外派进修、上级专家下沉对口带教，结合太和镇卫生院常态化开展业务讲座、临床带教、工作例会，以及乡村医生定期到镇卫生院跟岗实践等多层次培养路径，多渠道提升村医专业技能水平，推动村医服务能力显著增强。

（三）建好服务

构建远程医疗协作机制，支持心电图等检查项目的远程会诊，提升村级医疗机构危急重症患者初步现场急救和转诊服务能力；建立区域巡回医疗、派驻帮扶工作机制，由区人民医院、太和镇卫生院选派优秀医师开展巡诊、驻诊服务，推动优质医疗资源下沉，打造村级医疗卫生服务示范点。

（四）建新机制

设立永丰村村民委员会公共卫生委员会，由村干部兼任委员会主任，村医兼任副主任，强化村级基本公共卫生服务管理效能。探索建立永丰村乡村卫生服务一体化管理机制，在全区率先推行“镇聘村用”村医管理模式，村医从过去的“赤脚医生”转变为规范化基层卫生从业人员，严格落实上下班考勤制度，实现永丰村医疗服务“有阵地、有医生、有药品、有服务、有考评”的标准化建设目标。

三、工作成效

（一）成功创建国家级慢病管理中心

由东坡区人民医院牵头，思蒙镇卫生院、通惠街道社区卫生服务中心、太和镇卫生院共同参与，组建了东坡区慢病管理中心委员会。截至目前，已建成11个专科联盟，覆盖辖区33家医疗卫生机构；累计深入机关企事业单位、镇（街道）、村（社区）、学校等场所，开展免费义诊咨询、血压血糖检测、健康宣讲等活动100余场次，覆盖群众数十万人次，发放健康宣传手册3万余册；累计完成慢病筛查54.13万人次，新纳入规范管理慢病患者1.2万人。2023年10月，中心通过国家慢病管理中心专家委员会评审，成功入选国家级县域慢病管理中心项目建设单位。

（二）总结提炼出“五大创新经验”

探索形成村医“镇聘村用”、区村联动共建中医阁、医保定点报销、基本药物扩品类零差率销售、区域巡回医疗+派驻帮扶五大创新举措，有效提升乡村医生专业素质，解决长期以来村级医疗服务“小、散、弱”痛点，推动镇村两级医疗卫生服务同质化发展，目前村级医疗机构可常规开展以中医药服务、慢病管理为核心的基本医疗服务，成功打造永丰村村级医疗卫生服务示范样板。

1.成功打造永丰村村级中医药服务示范样板

村卫生站在上级专家指导下，可常规开展耳穴埋豆、针灸、埋线、艾灸、拔罐、刮痧、推拿按摩、药物外敷、中药香囊制作、中药足浴、中药熏洗等中医药适宜技术，特色开展三伏贴、中药香囊定制服务，为群众提供“简、便、验、廉”的中医药特色诊疗服务。

2.成功打造永丰村村级医疗服务示范样板

村卫生站基本医疗卫生服务能力大幅提升，可实现10分钟内完成心电图检查并出具诊断结果、20分钟内出具床旁快速检测（POCT）报告，常见病、慢病初步识别和诊治能力显著增强，基本实现“常见病不出村”。同时，与设有胸痛中心、卒中

中心的市、区级医院建立急诊绿色通道转诊机制，有效降低心脑血管疾病的致残率和死亡率。

3.成功打造慢病管理服务示范样板

依托区人民医院慢病管理、治未病服务优势，以及太和镇卫生院基本公共卫生服务项目实施能力，全面提升村内慢性病早发现、规范化管理水平：所有慢病患者全部纳入电子健康档案系统管理，实现规范随访全覆盖；启动城乡居民电子健康档案免费向个人开放试点，引导居民提升自我健康管理意识，目前已将1185名慢病患者纳入日常规范管理。

4.成功开展基本药物零差价销售和医保结算

村卫生站使用的药品、器械、耗材等均须在核定目录范围内申报，由太和镇卫生院统一采购配送，乡村医生无自主定价权限。目前，村卫生站药品品种较去年同期增加20余种，全部执行零差率销售。同时，该村卫生站是眉山市首批纳入医保定点的村级医疗机构，群众就诊可直接刷医保卡结算，有效减轻了群众就医用药负担，切实打通惠民利民“最后一公里”。

5.成功探索区域巡回+派驻帮扶工作机制

在全市率先建立区域巡回医疗与派驻帮扶相结合的工作机制，由太和镇卫生院组建内科、慢病管理专业团队，每周一、三、五定期到永丰村开展巡诊、驻诊服务。2022年6月以来，累计组织300余名市、区级专家坐诊159次，每年为失能老人上门开展“健康敲门行动”3次。区卫健局主办的“百医进百村、健康进万家”巡回医疗派驻服务活动在永丰村成效显著：派驻服务队涵盖内科、外科、妇科、中医科、骨伤康复科、急诊急救等30个临床科室，让群众在家门口即可享受三级医院优质医疗服务；专家与村医结成“一对一”帮扶对子，强化人才帮带和技术指导，持续提升村级医疗服务水平，引导群众增强健康意识。

四、总结

眉山市东坡区提升村卫生室服务能力改革的实践表明，建好慢病管理中心是筑牢基层健康防线的关键一环，使基层医疗卫生服务从“有医可寻”迈向“有质可依”，有助提升农村居民健康获得感、幸福感、安全感，切实把健康保障网底织密在群众的家门口。这一改革实践亦为全国同类地区提供了

可复制、可推广的“东坡样本”：以慢病管理为支点，撬动资源配置优化、服务模式创新与治理能力升级三维协同；通过数字赋能、机制破壁、人才下沉，真正实现了健康服务从被动应对向主动干预、从单点突破向系统集成、从政策供给向群众体验的跃升。

基于“防治管”深度融合的家庭医生签约服务实践探索

■ 文 / 成都市龙泉驿区龙泉平安社区卫生服务中心 卿艳

（二）优化就医流程，促进服务融合

1.优化门诊流程

2023年，中心在门诊导医台设立“一站式”服务中心，由导医人员推广公卫服务、建立健康档案、测量血压血糖，协助患者在就诊前完成相关检测与信息采集，帮助家庭医生开展精准健康评估与管理工作。通过该模式，家庭医生可更高效地管理慢性病（以下简称“慢病”）患者，实现公卫服务与医疗服务的有效结合，提高居民就医满意度。

2.优化体检流程

中心将体检工作区迁至二楼，优化区域布局，减少群众奔波，增设心电图与超声检查室，缓解检查拥挤问题，缩短居民等待时间。为空腹检查人群免费提供牛奶、面包，预防低血糖，提升体验感。同时设置多处体检点与报告领取点，方便老年人、慢病群体就近办理。家庭医生负责解读体检报告，对体检异常人群提供针对性的门诊治疗、健康指导、用药指导及生活方式干预，实现未病先防、小病早治。

3.做细优化儿保服务

预防保健科提供疫苗接种、儿童保健和孕产妇健康管理服务，通过电话预约、随访、上门服务和定点服务相结合的方式优化流程，升级儿保门诊系统，开展错峰延时服务，确保每周7天不间断服务，深化医防融合。儿保医生负责预检分诊，接种时引导家长关注儿童保健；发现异常及时转至其他专科治疗。新开设儿童营养、发育与高危儿管理门诊，实施差异性随访，保障儿童健康。

针对学龄前儿童超重肥胖、生长发育迟缓、近视、龋齿及心理行为问题等常见健康问题，在基本公卫服务基础上新增视力筛查、骨密度检测、骨龄评估、儿童心理行为发育量表筛查、情绪测评等个性化签约项目，推动疾病早发现、早干预、早治

近年来，成都市龙泉驿区龙泉平安社区卫生服务中心（以下简称“中心”）以家医签约服务为抓手，积极探索“防治管”深度融合的发展模式，成功从困境中突围，不仅提升了基本医疗与公共卫生（以下简称“公卫”）服务能力，也满足了居民的健康需求。现将实践做法报道如下。

一、中心基本情况及困境

中心服务覆盖14个社区，服务人口超20万，其中常住人口15.26万，下辖4家社区卫生室。因中心位于龙泉驿区龙泉街道核心区域，近年来发展面临多重挑战：一是医疗市场竞争激烈，周边有3家综合医院、1家三级妇幼专科医院、3家民营医疗机构、3家其他社区卫生服务中心，以及上百家诊所，离中心最近的综合医院仅5分钟车程。二是中心医务人员短缺问题突出，按照当前服务人口计算，中心应配置医护人员200余名，但实际仅有141人，难以充分满足居民健康需求。三是中心公卫任务繁重，尤其是老年人、慢性病患者、孕产妇及儿童等重点人群的健康管理工作，人手不足进一步导致居民满意度不高。

二、“防治管”深度融合的家医签约服务发展模式

（一）健全组织架构，实现管理融合

2022年，中心设立公卫管理科，负责综合管理、协调、培训、质量控制及医防融合相关工作。2023年，成立公卫管理委员会，确立以中心主任为核心的管理体系，推动各科室与临床人员紧密协作，统筹开展医疗服务与健康管理工作。中心共组建15支家医团队，包含14支全科团队与1支妇幼健康专科团队，成员涵盖全科医生、专科医生、护士、公卫人员、村医、上级医院派驻医生、社区工作人员、网格员及微网格员，实现了从“全院家医”“一社区一团队”“全科团队+专科团队”的模式转变。



疗。中心率先对辖区托育机构儿童开展心理量表筛查，为托育机构及家长开展心理健康指导提供依据。配备8名健康副校长，定期深入辖区校园、托幼机构举办健康讲座、开展需求调研，精准掌握家长与儿童的健康需求。目前已建立20余个健康咨询微信群，覆盖1万余名儿童家长，每月安排医护人员在线答疑。

4.优化孕产妇健康管理服务

整合妇科与妇女保健职能，建立孕产妇健康管理微信群，常态化开展健康咨询与定向健康知识科普，科普生育、育儿相关知识，提升孕产妇健康素养。产后访视过程中，家庭医生除开展常规健康管理外，同步普及预防接种与儿童保健政策，介绍产后康复的意义及相关治疗项目，强化防治结合，为后续服务打下基础。

（三）家医融入微网格，强化医防社区联动

家医团队利用早中晚及周末空余时间，深入社区开展基本公卫宣传、老年人体检、慢性病档案建立和家医签约服务。2023年11月，家医团队联合社区工作者、微网格员在居民小区启动“家医进网格”义诊宣传系列活动。微网格员入户开展基本公卫服务、免费健康体检政策宣传，家庭医生在小区驻点为居民提供现场健康服务。活动累计覆盖家庭超2.3万户，开展义诊30余场次，吸引约4000名居民现场咨询；设置5个户外体检点，为近1000名居民提供免费体检。该活动建立了家医团队与社区微网格员的常态化协作机制，实现服务资源深度整合，推动医防服务与社区管理的有效联动。2024年以来，各社区微网格员持续参与体检组织、慢病随访、重点人群筛查等工作，有力支撑了各项目标任务落地，进一步提升了居民健康素养。

（四）落实慢病管理，提升健康管理质量

中心通过官方公众号、居民微信群、候诊区视频播放、社区义诊、健康讲座、卫生主题日宣传等多种渠道，普及疾病防治知识，重点强化慢病防控知识科普。家医团队实行精细化分工：家庭医生负责提供诊疗、用药指导、健康咨询及转介服务，在保障用药安全的前提下为符合条件的患者开具处方；护士和公卫人员负责开展疾病筛查、随访跟踪、签约服务、健康宣教、电话沟通、信息录入、资料整理及质量控制等工作。为慢病患者开通上级医院特殊门诊认定绿色通道，协助患者快速完成认

定流程，尽早纳入特殊门诊管理。通过门诊就诊、社区服务、家庭随访三类场景协同，实现疾病预防、治疗与健康管理的全流程覆盖。公卫管理科定期开展数据统计分析，识别新发慢病患者并及时推送至对应的家医团队纳入管理；每月开展质控督导，评估慢病健康管理规范性，对发现的问题及时反馈、督促整改，持续提升健康管理质量。

（五）丰富签约服务内涵，提高群众参与度

1.升级特色体检项目

中心将原面向慢病患者、残疾人及低保人群的体检项目，升级为老年人专属体检包，免费新增尿酸检测项目。2023年，中心与华西第四医院合作，为辖区老年人提供免费脑健康评估、健康档案建立及专家咨询服务。近年来，中心参与了国家农村肺癌筛查早诊早治项目、城市癌症筛查项目，优先组织符合条件的签约居民参与。每年组织老年人到四川省肿瘤医院开展肿瘤筛查与复查，切实推动疾病早诊早治，降低群众疾病负担。

2.开展健康积分活动

2023年7月，中心启动了“积分当钱花 健康带回家”活动。已建立健康档案的居民，在接受中心和家医团队服务后，系统将自动赋予积分，居民可凭积分兑换健康服务和生活用品。2024年，有2537名参与者从中受益。该活动提升了居民参与健康管理的积极性，促进了基本公卫和家庭医生服务的提质增效。

3.打造“医、教、研”型的基层教学实践基地

中心与四川护理职业学院合作，建立“产教融合教学实践基地”，中心的7名医务人员到高校兼职授课。同时与成都市及龙泉驿区疾控中心合作，开展老年人饮食与营养干预研究，普及健康知识。中心申报的《基于“防治管”理念下的家庭医生签约服务改革实践研究》课题获区级科研立项，相关成果论文入选中国农村卫生协会第三十届学术年会论文集，于2025年2月发表。

（六）多模式深化医联体合作，提升群众就医获得感

1.“全+专”模式落实医联体工作

中心与成都市龙泉驿区第一人民医院等上级医院签订合作协议，常态化接受上级医院技术指导，实现多学科专家定期到中心坐诊、查房、带教、开展病历点评。这种“全科+专科”的协作模式，既提

升了中心医护人员的专业技术水平，保障医疗质量与安全，也让居民在家门口就能享受到三级医院的优质医疗服务，切实推动全专科融合发展。

2.畅通双向转诊通道，缓解“挂号难”问题

为破解群众上级医院挂号难题，中心与四川大学华西医院、华西口腔医院、华西第二医院、华西第四医院等9家省市三甲医院建立双向转诊合作机制。2024年全年累计向上转诊患者600余人次，其中转诊至华西医院61例，有效缓解了社区居民“挂号难、就诊难”问题。

3.共建“延伸病房”，落实综合病区治疗

2022年，龙泉驿区第一人民医院率先在中心设立“延伸病房”，有效缓解了疫情高峰期的住院资源紧张压力。2024年10月，中心与龙泉驿区第一人民医院正式挂牌成立医共体单位，同步开设“综合病区”：由总院派驻1名内分泌科主治医师担任综合病区主任、1名骨干护理人员担任护理部业务指导专家，全面提升中心诊疗与护理服务水平。目前中心可承接骨科、神经外科、内分泌科等病种的康复期、稳定期患者收治，综合病区主任及总院专家定期到中心开展查房，保障治疗同质化，切实提高患者满意度。

（七）信息技术赋能，助力医防融合

中心先后推出线上预约挂号、自助挂号缴费、诊间支付等信息化便民服务措施，2025年3月正式上线人工智能辅助诊疗系统“智医助理”，进一步优化诊疗流程、提升诊疗质量，构建信息高效流通的医疗服务环境，有效减少患者排队等待时间，为居民带来便捷高效的服务体验。目前已实现医疗信息系统与公卫系统数据互通共享：智能体检系统简化体检全流程，可自动录入并分析体检数据；智慧公共卫生APP大幅提升慢病随访效率，增强群众服务体验；AI智能语音外呼系统可批量发送健康检查、疫苗接种、慢病随访等服务提醒，显著提高工作效率与通知精准度。

三、成效

（一）基本公卫与家庭医生签约成效显著

中心老年人体检人数、高血压及糖尿病管理人数、两类慢病规范管理率等核心指标，2023年、2024年较2022年均实现大幅提升。2024年家庭医生签约率达43.42%，重点人群签约率达89.2%；在

2023、2024年度区级基本公卫及家庭医生签约服务绩效评价中，中心排名连续两年较上年跃升2位。

（二）医联体合作拓宽服务项目

2024年，上级医院累计派出20名专家到中心坐诊113次，参与家庭医生巡诊70人次，有效提升了中心疾病综合防治能力。中心先后新增眼科、耳鼻咽喉科、皮肤科、精神科、康复医学科、临终关怀科、心理咨询门诊等科室，引入糖尿病足血管筛查诊断系统、儿童残疾康复等10余项新技术、新项目，同步开设亲子健康活动课等特色服务，拓宽服务边界，提升服务能力。

（三）人才队伍量质双提升

近两年，中心通过多渠道招聘方式吸纳21名专业技术人员，其中包括3名研究生、11名本科生，同时引进社会办医疗卫生机构专业人员加入家庭医生团队，有效壮大全科服务力量。2024年全年组织员工参加外部培训492人次，多名职工在市、区两级技能竞赛中获得优异成绩，推动中心整体服务能力持续提升。

四、讨论

近年来，全国各地基层医疗机构围绕医防融合探索了多元服务模式与激励机制，重点完善重点人群健康管理路径。实践表明，加强家庭医生团队建设是提升基层医疗服务质量、推动医防融合落地的核心抓手。

在周边医疗资源密集、市场竞争激烈的环境下，成都市龙泉驿区龙泉平安社区卫生服务中心精准锚定功能定位，借助医联体专家下沉的资源优势，做精、做细、做深家庭医生签约服务，构建“防治管”深度融合的发展模式，着力培养兼具预防、医疗、管理能力的基层卫生复合型人才，持续提升团队专业能级，补齐业务短板，最终实现差异化突围，探索出一条符合区域特点的基层卫生发展特色路径。经过数年实践，中心医疗业务量与医疗收入实现稳步增长，人才队伍建设进入良性循环，签约居民的就医体验与满意度持续提升，为同类基层医疗机构的改革发展提供了可借鉴的实践样本。



迈向“十五五”

——DRG/DIP改革下的医院系统性重塑与高质量发展路径

■ 文 / 大竹慈卫医院 曹龙

“十五五”时期，我国DRG/DIP医保支付方式改革正式进入“提质增效”的2.0深度攻坚阶段。本次改革绝非简单的付费方式调整，而是一场以“价值医疗”为核心、触及医疗机构根本运营模式的系统性重塑。它通过分组体系迭代、支付结算高效化与监管机制精准化三大方向，深刻重构医院的生存与发展逻辑。

当前，医疗机构在落地改革过程中暴露出四大深层矛盾：战略上短期财务平衡与长期价值构建的错位、管理上传统粗放核算与新型精益管理的脱节、激励上旧绩效鼓励创收与新目标倡导价值的背离，以及区域竞争中个体理性与集体理性的冲突。为有效破局，医院必须从被动应对转向主动转型，实施四大核心举措：一是认知重构，树立价值医疗战略共识；二是管理重构，打造以病种成本核算和临床路径优化为基础的数据驱动精益运营体系；三是激励重构，建立与DRG/DIP核心指标挂钩的新绩效方案；四是战略重构，主动优化病种结构，聚焦优势学科。唯有通过此番刀刃向内的系统性变革，医院才能在改革的洪流中实现从“被动求生”到“主动求兴”的跨越，最终达成医保基金可持续、医院运营可循环、患者负担可承受的三方共赢目标。

这一阶段改革的核心导向将聚焦于机制落地与价值转化，同时为2026年可能启动的3.0版本预留衔接空间。它通过“疾病打包付费”这一经济杠杆，倒逼医院从规模扩张式的旧有发展模式，转向以价值医疗为核心的内涵式发展新路。对于医院管理者而言，能否精准把握趋势、破解深层矛盾、实施有效转型，已不再是发展问题，而是关乎生存的终极命题。

一、“十五五”DRG/DIP改革的深化趋势与核心导向

2.0时代的改革，其核心在于通过更精细、更智能、更协同的机制设计，实现医保基金的可持续运行和医疗资源的最优配置。

（一）分组体系迭代：从“粗放框定”到“临床贴合”

DRG 2.0版形成的26个MDC、409个ADRG及634个DRG组，以及DIP近万组的国家核心病种目录，其背后是分组方案与临床实际贴合度的飞跃。这意味着，过去因分组笼统而导致的“重症吃亏、轻症占优”或“创新疗法无法体现价值”的情况将得到显著改善。医院再也无法利用分组漏洞进行“高套编码”，而是必须真正关注每个病种内部的资源消耗规律，实现“同病、同质、同价”的精准化管理。

（二）支付结算高效化：从“事后补偿”到“前瞻运营”

预付金制度（比例高达30%~50%）与结算周期压缩至20个工作日，彻底改变了医院的现金流模式。医院从“先垫资、后回款”的被动地位，转向“手握资金、规划使用”的主动运营。这要求医院财务部门具备更强的预算管理能力和成本控制意识，如何用好预付金这把“双刃剑”——既避免资金闲置，又防止中期资金断流，成为运营管理的新课题。“资金周转率”与“病种成本率”将取代单纯的“业务收入”，成为核心运营指标。

（三）监管机制精准化：从“人工抽查”到“智能风控”

药品耗材追溯码全流程覆盖、诊疗行为大数据分析、人员医保支付资格管理与信用积分制，共同构筑了一张严密的智能监管体系。监管重点从查处个别、偶发的违规行为，转向系统性识别

并遏制“高套分组”“分解住院”“低标入院”等策略性规避行为。2025年全国医保违规资金追回目标较上年提升30%，表明监管不再是“稻草人”，其威慑力和精准度将空前提高。

二、医疗机构面临的深层矛盾与现实困境

在政策快速落地的过程中，医疗机构内部的传统积弊与改革新要求之间，产生了剧烈的摩擦和碰撞，暴露出四大核心矛盾。

（一）战略认知矛盾：短期“财务平衡”与长期“价值构建”的错位

许多医院管理者将DRG/DIP简单理解为“财务控费工具”，采取“一刀切”式削减成本，如盲目压低药耗占比、缩短平均住院日。这种“防御型”策略虽能在短期内制造账面“结余”，却极易引发医疗质量下降、患者满意度下滑、医务人员积极性受挫等长远问题。一例因必要检查未做而导致的误诊纠纷，其赔偿金额足以抵消数十个病组的结余。真正的矛盾在于，如何在不损害医疗质量和临床需求的前提下，实现成本的优化。

（二）管理能力矛盾：传统“粗放核算”与新型“精益管理”的脱节

绝大多数医院的成本核算体系仍停留在“科室级”，无法将成本精准归集到“病种”和“患者”层面。这就导致管理决策缺乏数据支撑：哪些病种是真正的“利润贡献点”？哪些是“战略亏损点”（如为打造学科品牌而收治的复杂疑难病例）？临床路径的制定也往往基于经验和习惯，而非“成本一效益”最优化的循证医学证据。这种管理颗粒度的粗放，使得医院在DRG/DIP的“微观战场”上如同盲人摸象。

（三）激励机制矛盾：旧有“创收导向”与新机制倡导“价值医疗”的背离

过往“多劳多得、多收多得”的绩效方案，与DRG/DIP下“结余留用、超支分担”的机制存在根本性冲突。医生若仍以“多做检查、多开药”为创收手段，将直接导致医院在分组支付下“超支亏损”。某三甲医院试点显示，调整绩效方案后，高值耗材使用率下降15%，平均住院日缩短0.8天，但医生收入因“结余奖励”反而提升8%。这印证了激励重构的关键性——唯有将医务

人员收入与“病种成本控制”“临床路径依从性”“患者满意度”等价值指标深度绑定，才能实现“医务人员获益、医院发展、患者满意”的正向循环。

（四）区域竞争矛盾：个体“理性选择”与集体“理性困境”的冲突

在DRG/DIP支付下，医院出于自身利益，可能采取“推诿重症患者”“收治轻症患者”“分解住院”等策略性行为。这些行为在个体层面是“理性”的，但若普遍化，将导致区域医疗资源错配，加剧医保基金压力，最终损害所有医疗机构的长期利益。某县域内三家医院因争抢“低风险病组”患者，导致重症患者转诊率上升20%，整体区域医疗成本不降反升。这凸显了在DRG/DIP改革中，需建立区域协同机制，避免“囚徒困境”式的恶性竞争。

三、破局之道：医院系统性重塑的四大核心举措

面对上述矛盾，医院唯有从“被动应对”转向“主动转型”，实施四大核心举措，才能在这场改革中实现高质量发展。

举措一：认知重构——树立“价值医疗”战略共识

医院需从顶层设计入手，将DRG/DIP改革从“财务部门主导”升级为“全院战略工程”。通过全员培训、案例研讨、标杆学习等方式，破除“改革=控费”的片面认知，树立“价值医疗”理念——即通过优化临床路径、提升诊疗效率、改善患者体验，在合理控制成本的同时创造更高医疗服务价值。某省人民医院通过开展“DRG/DIP工作坊”，使临床科室主动提出“缩短不必要的术前等待时间”等优化方案，平均住院日缩短1.2天，患者满意度提升15%。

举措二：管理重构——打造“数据驱动”的精益运营体系

建立以病种成本核算和临床路径优化为基础的精细化管理体系。成本核算维度，需将成本精准归集到病种、患者、诊疗环节，识别“成本黑洞”与“价值洼地”。某肿瘤医院通过分析发现，某靶向药物的使用成本占该病种总成本的



40%，但疗效仅比常规方案提升5%，遂将其调整为二线用药，年节省成本超千万元。临床路径维度，需基于循证医学证据，制定“成本—效益”最优化的标准化诊疗流程，并嵌入信息系统实时监控。某市立医院通过优化急性心肌梗死患者的临床路径，将介入治疗到再灌注时间从90分钟缩短至60分钟，死亡率下降2%，同时节省耗材费用15%。

举措三：激励重构——建立与DRG/DIP核心指标挂钩的新绩效方案

绩效方案需从“创收导向”转向“价值导向”，将医生收入与以下指标深度绑定。病种成本控制率：对结余病组给予奖励，对超支病组按比例分担。临床路径依从性：对严格遵循路径的病例给予额外激励。患者满意度：将患者评价纳入绩效考核，与医生收入挂钩。某三甲医院实施新绩效方案后，医生主动优化用药方案，抗生素使用率下降20%，患者满意度提升至98%，医生收入因“结余奖励”平均增长12%。

举措四：战略重构——主动优化病种结构，聚焦优势学科

医院需从“大而全”转向“专而精”，主动调整病种结构，聚焦优势学科。对“低价值、高成本”病种（如某些慢性病），可逐步压缩或转诊至基层。对“高价值、低成本”病种（如微创手术、日间手术），可加大投入，打造品牌。基层医疗卫生机构（如社区医院）可聚焦糖尿病、高血压等按人头付费的基础病种管理，而区域医疗中心则可聚焦于疑难重症和关键技术。某市立医院通过聚焦“心血管介入”和“骨科关节置换”两大优势学科，将其病种占比从30%提升至50%，同时将普通内科门诊量压缩20%，实现整体运营效率提升25%。

四、结语

“十五五”时期的DRG/DIP改革，是一场关乎医疗机构生存与发展的深刻变革。政策以其不容置疑的坚定性，为中国的医疗机构划下了一条新的起跑线。它撕下了旧有发展模式的温情面纱，揭示了医疗行业回归“价值本质”的冷酷与必然。对于医院而言，这无疑是一场伴随着阵痛的“压力测试”。然而，压力之下，方见真章。

那些能率先转变观念、以数据为导航、以价值为追求、主动进行系统性重塑的医院，必将在这场大考中脱颖而出，不仅赢得生存的空间，更将铸就高质量发展的未来。这一浪潮既是一场挑战，也是一次机遇。医院唯有以“价值医疗”为引领，通过认知重构、管理重构、激励重构、战略重构的“四重奏”，才能在这场改革中实现从“被动求生”到“主动求兴”的跨越，最终达成医保基金可持续、医院运营可循环、患者负担可承受的三方共赢目标。这不仅是医疗机构的生存之道，更是推动中国医疗体系高质量发展的必由之路。改革的号角已经吹响，时代的答卷正在展开，唯前瞻者赢，唯实干者兴。

医疗保险支付方式改革背景下 公立医院“医保+商保”协同发展平台建设与应用实践

■ 文 / 德阳市人民医院 黄毅 黄爱玲 林俐

随着国家医保的提质扩面和医保丙类目录建立完善，商业健康保险在多层次医疗保险体系中将发挥越来越重要的作用。本次研究聚焦于公立医院“医保+商保”协同平台建设与实践，以德阳市人民医院平台建设为试点，分析基本医保“保基本”与商保补充保障的定位，通过构建“医保+商保”一站式结算平台，从优化业务流程、保障数据交互安全、纳入运营管理等推进实践，实现数据标准化、结算高效化。德阳市人民医院一站式平台应用后，患者理赔周期大幅缩短，患者满意度达99.23%，同时在降低医院运营成本、优化资源配置、缓解医保基金压力方面作出了贡献。未来该平台运用还将强化数据安全，拓展服务场景与跨区域协同，有效推动医疗保障体系高质量发展。

随着经济社会的发展，医疗服务的需求更加多元化，医保基金支出的压力逐年增加，医保统筹基金当期结存额度逐年下降。习近平总书记在十九届中央政治局第二十八次集体学习时指出，我国以社会保险为主体，但存在政府主导并负责管理的基本保障“一支独大”的现象，而市场和社会力量承担的补充保障发育不够，需要不断满足广大人民群众多层次多样化的社会保障需求。因此逐步发展商业健康保险、完善多层次的医疗保障体系具有必要性。

2020年《中共中央 国务院 关于深化医疗保障制度改革的意见》中明确提出要“健全医保目录动态调整机制”，同年《基本医疗保险用药管理暂行办法》也明确了自费药品及高值耗材管理目录，如

何在保证医疗质量的前提下减轻患者垫资压力，成为医院管理的新命题。2025年国家医保局、国家卫生健康委印发的《支持创新药高质量发展的若干措施》中明确支持创新药进入基本医保药品目录和商业健康保险创新目录。同时，国家医保局围绕创新药、医疗新技术和新项目采取了多种激励措施，积极引导支持丙类目录药品纳入商业健康保险保障范围，医保丙类目录的动态调整与公开透明成为重要趋势，对医疗机构、患者和商业保险公司三方均产生了深远影响。本次研究结合当前宏观政策、医疗机构应用场景等探讨公立医院“医保+商保”协同平台的建设与应用实践。

一、基本医疗保险与商业保险的现状

（一）基本医疗保险与商业保险基本现状

基本医疗保险是我们国家为有效减轻广大公民因疾病治疗所带来的经济风险而建立的一项社会保险制度，是我们国家完整的社会保障体系中覆盖人群范围最广、服务保障周期最长的一项国家医疗保障制度，通常简称为“医保”。我国基本医疗保险追求参保人福利最大化，以保障社会公平为主要目的，是我国重要的民生领域。截至2024年，全国基本医疗保险参保人数达13.26亿人，参保率稳定维持在95%以上。与广覆盖形成反差的是，基本医保基金正面临日益严峻的收支平衡压力，2024年基本

医保基金总收入3.49万亿元，总支出2.97万亿元，使用率达85.1%。虽仍保持结余，但从长期趋势看，2018—2024年基金累计支出达16.48万亿元，年均增速高达11%。人口老龄化加剧是核心压力源，缴费人群增长乏力与待遇支出刚性增长的矛盾愈发突出。同时，医疗技术进步带来的费用攀升进一步挤压基金空间，高价创新药、先进医疗器械的临床应用使基金支付面临“天花板”困境。

作为多层次医疗保障体系的关键补充，商业健康保险的覆盖广度远未达标。2024年商业人身险收入4.26万亿元，赔付支出1.32万亿元，赔付率仅为

30.99%。商保筹资规模为基本医保的122%，但提供的保障赔付仅为医保的44%，商业保险未能形成与基本医保的有效衔接。这种覆盖缺口在重大疾病保障领域尤为明显，当治疗费用较高时，基本医保报销后的个人自付部分仍缺乏商业保险的有效承接。2025年上半年120家险企短期健康险综合赔付率中位数仅42.12%，剔除极端值后平均值为45%，远低于50%~70%的合理区间。头部保险机构表现同样不佳，众安保险、泰康在线等主打百万医疗险的公司赔付率分别仅为30.7%和11.93%。

（二）“医保+商保”协同发展

当前关于基本医保和商保定位的研究主要认为，基本医保发挥“保基本”基础作用，商保发挥补充保障作用。商业健康保险作为多层次医疗保障体系中的一个重要组成部分，国家高度重视其发展，在中共中

二、德阳市人民医院“医保+商保”平台实践路径

德阳市人民医院成立于1943年，是国家级公立医院高质量发展医疗服务能力提升项目的试点医院，该院年门诊量超过240万人次，住院人次近10万人次。

（一）“医保+商保”平台建设关键策略

1.商保建设在医疗机构的运用案例

随着商保参保人数及金额的逐年增加，公立医疗机构也在积极优化患者商保理赔资料提交和申请流程。现在主要的商保赔付模式分为三种：一是传统线下赔付模式，患者结算后持报销凭据至商业保险公司申请，无需医疗机构改造系统，但需线下操作，赔付周期长、患者满意度低。二是商保快赔模式，医疗机构与商业保险公司共建服务平台，患者授权后商保系统可直接提取就医数据。因双方在费用项目划分、保障项目上存在差异，暂无法实时计算赔付结果，目前多数对接机构采用此模式，如济南市“政保通”系统。三是商保直赔模式，依托“互联网+结算”服务平台，实现全流程数字化一站式理赔。患者医保结算后数据同步至平台，商业保险公司实时核算赔付，患者在医疗机构即可完成“医保+商保”理赔，但该模式对系统建设、数据规范要求高。

2.平台应用关键节点

本次研究主要围绕“医保+商保”一站式结算平台建设，以实现高效便捷的在线商业保险结算服

务，建设的关键节点主要包含两个部分：一是数据平台顶层设计，流程设计应适应当前“互联网+”新形势，结算通道应实现“一对多”的业态，而不能仅限于“一对一”的模式，应建立集中集成式平台，减少医疗机构不必要的系统建设成本和患者端繁琐的使用流程。二是规范数据标准，以本次国家医疗保障局公布丙类目录为契机，建立统一的医疗费用项目命名、商保保障项目明细标准，形成一套标准化的理赔计算逻辑和方法，包括对数据传输、数据敏感分级、数据清理等环节的规范。

（二）平台建设实践

1.优化业务流程

在医疗服务场景中，针对不同就医类型的商业保险患者，构建高效且规范的业务流程体系是提升服务质量的关键。一是门诊商保患者，数字化平台获取患者授权后，将电子发票、费用明细、医保结算结果等按保险公司标准处理，通过加密通道传输；建立信息反馈机制，理赔进度与结果实时同步，耗时从1~2天缩至秒级，极大提升了门诊商保患者的服务体验。二是住院商保患者，患者在完成入院办理后，即可通过线上渠道发起商保理赔申请，无需额外等待就医结束后再提交材料。当患者完成整个住院治疗流程后，系统能够自动抓取住院期间的发票、费用清单、医保结算信息等关键数据，自动完成理赔资料的上传与提交。保险公司基

于这些实时获取的数据，可快速核算出商保报销金额，并将结果反馈至医疗机构的商保服务平台。三是特需科室患者，与商业保险公司深度合作，明确就诊福利额度，提供“先诊疗后付费”服务，简化预付款与事后报销流程，满足高需求患者就医需求，拓展医疗机构服务群体。

2.平台建设

从整体架构设计来看，医疗机构商保服务平台的建设以“平台化协同”为核心思路，打破医疗机构、医保部门、商业保险公司与金融机构之间的信息壁垒，构建多方联动的云端服务体系。该平台的核心功能围绕患者就医全流程展开，重点实现医疗费用结算与商保理赔的无缝衔接。在费用结算环节，平台能够实时整合患者的住院押金、医保报销（含医保个人账户支付部分）、其他支付方式（如账户结余或欠费情况）以及商保报销金额等数据，自动计算出患者自付金额，支持患者直接使用商保理赔款完成医疗费用支付，实现“无感支付”体验，大幅简化就医结算流程。

在财务与数据协同管理方面，平台对接银行账户管理系统，以医疗机构信息系统（HIS）中记录的商保直赔业务数据为基准，建立每日自动核对机制，定时向合作的商业保险公司发起数据对账请求。对于核对过程中出现的账单差异，平台具备协同协调功能，能够快速定位差异原因，并推动医疗机构与商业保险公司共同解决，形成资金流转的闭环管理，保障各方资金安全与账目清晰。

从平台扩展性与兼容性角度出发，在架构设计阶段充分考虑医疗机构业务增长与合作方拓展的需求。平台具备同时对接多家医疗机构、多家商业保险公司的能力，可根据业务规模的扩大动态增加系统资源，通过标准化的数据接口与适配机制，确保各类系统之间的数据传输顺畅，为平台的长期稳定运行与功能拓展奠定基础。

（三）数据交互安全和治理

数据安全是商保服务平台有效运行的基础，其核心在于实现医疗数据的标准化、规范化管理与高效利用。在数据采集与整合阶段，平台将来自医疗机构、医保部门、商业保险公司等多方的数据，按照统一的标准进行清洗与处理，去除冗余数据、修正错误数据，确保数据的准确性与一致性。整合后的数据集中存储于平台的数据库系统，同时建立统一的数据管理接口，为平台内各类业务功能提供数

据支持，使数据能够按照预设的业务规则转化为可复用的信息资源，满足理赔核算、运营分析等多场景的数据需求。

数据分级分类管理是保障数据合理使用的关键环节。平台在充分调研各合作商业保险公司理赔数据需求的基础上，结合医疗数据的敏感程度，建立多维度的数据分类体系，涵盖身份信息、参保信息、账户信息、诊疗记录、结算数据等多个类别，并为每类数据设定明确的使用范围与访问权限。同时，针对敏感数据建立分级管理机制，细化敏感级别清单，将个人信息查询内容划分为不同敏感程度的子集，如核心敏感信息（身份证号、银行卡号）、一般敏感信息（诊疗记录摘要）等，为后续的数据安全防护提供依据。

（四）纳入运营管理，实现多方共赢

将商保服务融入医疗机构整体运营管理体系，是实现医疗机构可持续发展与多方共赢的重要途径。在运营数据支撑方面，商保服务平台积累的标准化数据为医疗机构运营决策提供重要依据。平台具备数据统计与分析功能，能够对商保患者的就医人次、病种分布、费用结构、理赔金额等数据进行多维度分析，同时对平台的运行状态进行实时监控，及时感知系统故障、数据异常等问题，并作出智能化响应。医疗机构可基于这些分析结果，优化科室设置、调整医疗资源配置，提升整体运营效率。

在特需科室建设与管理方面，商保服务平台发挥数据支撑与资源整合作用。平台评估特需科室商保服务的经济效益与社会效益，分析就诊量、人均消费等数据；实时监控医生出诊、设备使用等资源情况，为医疗机构制定特需科室资源配置方案提供数据支持，优化特需医疗服务的供给结构，提升特需科室的服务质量与运营效益。

对外联合运营可联合商保平台建设方与多家商业保险公司合作，开展患者转诊推荐、慢病管理。此外，通过优化特需医疗部的商保服务流程，提升高价值商保客户的服务体验，延展服务链条，如提供专属就诊咨询、健康体检套餐等增值服务，不仅能够吸引更多高需求患者，还能有效提升医疗机构的运营收入，实现与商业保险公司的长期共赢。

三、“医保+商保”平台建设成效

（一）提高患者满意度

德阳市人民医院“医保+商保”一站式结算平台的构建，有效破解了传统医疗保障服务中的多重痛点，在提升服务效率、优化资源配置、完善保障体系等维度均取得显著成效。患者无需准备纸质材料，线上授权即可完成理赔，理赔周期从传统的1个月左右缩短至出院当天甚至秒级完成，同时消除了患者先行垫付商保报销费用的经济压力，真正实现“看病结算最多跑一次”，该院实施以来年均住院直赔人数达1万人次，直赔金额达1000万余元，患者就商保赔付满意度达99.23%，大幅提升了患者就医获得感与满意度。根据该院年均240余万门诊量及10余万住院人次等数据，后续接入多方保险公司进行直赔及快赔业务，预计赔付人次可超3万，帮助患者减少资金垫付2400余万元。

（二）拓宽医院运营维度

从医疗机构运营维度分析，平台通过统一数据接口标准与自动化对账机制，可减少医院与多家保

险公司单独对接的系统建设成本，降低财务人员手工核对账单的工作量，有效规避单边账等资金安全风险。同时，平台对医疗数据的规范化治理与多维度分析，为医院特需科室建设、医疗资源配置优化及运营决策提供数据支撑，推动医院从传统服务模式向智慧化、精细化管理转型，进一步拓展医疗服务供给的广度与深度。

平台还实现了基本医保与商业健康保险的高效衔接，形成“保基本+补高端”的协同保障格局。德阳市中产人群规模近95万人次，商保患者基数近40万人次，通过发挥医保的政策引导作用与商保的市场化补充作用，可吸引该部分高端人群至该院就医，特需服务及一站式理赔流程预计可增收500余万元，有效缓解医保基金支出压力，满足居民多元化、个性化的健康保障需求，推动医疗保障体系从“全覆盖”向“高质量”升级，为“三医联动”改革提供有力支撑。

四、结语与展望

“医保+商保”一站式结算平台是“互联网+医疗健康”在医保领域的重要实践，通过技术创新与流程再造，有效解决了传统医疗保障服务效率低、患者垫付压力大等问题，构建起医疗机构、患者、商业保险公司多方共赢的生态，为我国多层次医疗保障体系建设提供了可复制、可推广的实践路径。但平台应用仍面临数据安全防护、跨区域协同联动、服务场景拓展等挑战。未来，需进一步强化数据安全治理，完善数据分级分类机制，保障医疗数据合规使用。拓展服务场景，将高值药品、医用耗材报销及医疗救助等纳入平台服务范畴，形成“医

保+商保+救助”多层次保障链条，进一步减轻患者医疗负担。推进跨区域协同，打破地域信息壁垒，扩大平台服务覆盖面。同时，可依托平台积累的真实世界数据，为医药研发、医疗服务定价、保险产品创新提供数据支撑，推动医疗健康产业与金融保险产业深度融合，最终实现医疗保障体系高质量发展与全民健康水平提升。

DRG付费下医疗机构新型异化行为分析及策略研究

■ 文 / 攀枝花市中心医院 兰杨 张月辉 颜璟 郭霞 张国栋

随着DRG付费改革在全国推广，其在控制医疗费用不合理增长的同时，也诱发了医疗机构为追求医保结余而产生的新型异化行为，对医保基金安全带来新风险。本文以首批DRG试点城市所辖的三甲综合医疗机构为例，分析新型异化行为的具体表现形式，运用舞弊三角理论从压力、机会和自我合理化方面剖析其内在成因，基于“统思想、立标准、建机制、强监管”的系统性思维，提出针对性的管理策略。通过实施多维度的协同监管措施，有效减少违规行为的发生，在保障医保基金安全的同时，推动医疗机构医疗质量和服务水平的协同提升，为医保基金的安全运行和医疗行业的健康发展提供理论支持与实践参考。

二、基于舞弊三角理论的内因分析

舞弊三角理论为分析DRG付费下新型异化行为提供了有益框架，该理论认为舞弊行为由压力、机会、自我合理化三要素构成，应用这一理论，深入剖析医疗机构异化行为的形成机制。

（一）压力因素

经济压力下，各地推行总额控制下的DRG点数法付费，采取打包付费模式，实质上将超支风险转移至医疗机构。DRG分组主要依据主要诊断、手术操作及并发症/合并症情况，并按组别设定支付标准，虽较好地覆盖单一主要诊断的病例，却难以准确反映疑难杂症、急危重症病例的实际资源消耗。如多器官损伤或多部位（器官）手术、多学科联合治疗、双侧手术，高新技术应用，新药耗以及罕见病等复杂病例，其医疗成本远超DRG分组所对应的支付标准。由于现行规则仅允许以一个主要分组进行结算，无法实现不同病组费用的合理叠加，导致医疗机构在收治此类患者时面临DRG支付标准与实际成本严重不匹配的困境。为规避经济损失，部分医疗机构可能采取推诿重症患者等异化行为。

绩效考核压力，一是医疗机构的考核方案未能根据最新医保政策进行实时调整，在DRG付费模式下，考核方案仍沿用项目付费模式下的内容，过于关注服务量而忽视病种权重。关键指标更新滞后，未将医保违规行为指标纳入评价范畴。绩效指挥棒的导向偏差，导致临床科室对医保基金监管的重视程度较低。二是绩效方式简单粗放，部分医疗机构将医保结算盈亏与医务人员绩效挂钩，临床科室在提高服务质量和降低成本之间陷入两难，为规避个人收入损失，追求医保结余，可能出现分解住院、医疗服务不足、转嫁费用等行为，影响医疗质量与患者安全。

国家医疗保障局发布的《关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》，明确到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。这标志着DRG付费改革正式迈入全面推广和深入实施的新阶段。实施DRG付费改革，在有效遏制医疗费用不合理增长的同时，也对医疗机构原有的管理模式、盈利结构和绩效评价体系带来了深刻冲击和系统性影响，推动医疗机构主动适应支付规则变化，调整内部运营策略。然而，在改革推进过程中，部分医疗机构受经济利益驱动，为了获取医保结余，出现了一系列隐蔽且复杂的新型异化行为，这类行为不仅违背了DRG付费改革的初衷，也严重威胁医保基金的安全，加剧支出风险，进而影响医保制度的公平性和可持续性。在此背景下，本文以首批DRG试点城市所辖的三甲综合医疗机构为例，分析医疗机构新型异化行为的具体表现形式，基于舞弊三角理论深入剖析异化行为的形成机制，并针对性地提出监管策略。通过实施多维度的协同治疗，有效减少违规行为的发生，在保障医保基金安全的同时，推动医疗机构医疗质量和服务水平的协同提升，为医保基金的安全运行和医疗行业的健康发展提供理论支持与实践参考。

一、DRG付费下医疗机构新型异化行为分析

医疗机构作为医疗服务的提供方，是医保基金的使用主体。通过收集、汇总近5年有关日常审核、日常稽核、专项稽核和委托稽核的处罚文件发现，DRG付费下医疗机构产生的新型异化行为主要表现在违反医保目录管理、分解住院、高套点数、推诿重症患者、转移住院费用及医疗服务不足等方面，具体表现形式详见表1（表1略）。



（二）机会条件

信息不对称及医疗行业的专业特性，为医疗机构的行为异化提供了空间。由于疾病不确定性和患者个体差异大，医务人员在临床信息和专业知识方面具有天然优势，导致部分异化行为难以被及时识别与纠正。如采取诊断多填、手术方式升级（内科医技化、内科手术化、外科学术式升级等）、主要诊断选择或手术操作错误，以及以支付标准较高的诊断或手术替换支付标准较低的诊断或手术、上传实际未发生治疗行为的诊断或手术、编码拆分（如联合诊断、联合手术）、虚假编造病程和诊断等手段，以获取更高的医保支付标准。

监管机制不完善，是医疗机构行为异化的重要条件。当前主要采用“大数据+人工抽查”的监管方式，但智能监管系统在监控规则细化、监控指标精确度及医学知识库建设等方面仍有不足，难以准确识别真正的违规与合理医疗创新。人工抽查环节则因部分人员专业性不足，对政策理解不全面，导致执行偏差和监管漏洞，削弱了对医疗机构的约束力。此外，医疗机构自身信息化建设滞后，也限制了医保在事前、事中、事后的精细化管理能力。

政策设计缺陷，为医疗机构行为异化创造了条件。一是医疗技术快速发展与医保政策更新不同步，如机器人、AI技术等新项目开展，因历史数据无法体现新项目的成本，导致新技术的开展面临费用支付问题，影响医务人员的决策。二是DRG分组未能全面覆盖所有临床情况，对危急重症疑难杂症、罕见病、多学科联合手术、同一住院期间多次手术、双侧手术等特殊病例存在盲区。三是病案首页质量控制存在漏洞，因编码人员的专业性不足及人手短缺，难以实现全病历质控，导致从填写到编码转换各环节均可能出现错误。

（三）自我合理化心态

医务人员对医保支付方式改革的认知尚未统一，部分临床人员对总额控制下DRG支付核心理念理解不深入，日常工作延续老旧模式，导致执行偏差。改革初期常见观点包括：因担心病组亏损而拒收病人；认为控费会导致支付标准下降，使自身机构处于不利地位；认为开展新技术在DRG付费下必然造成亏损；绩效下降进一步影响了工作积极性。在此背景下，医务人员容易将异化行为自我合理化，如视其为医疗机构生存所需，或认为在现有政策下医疗质量和成本难以兼顾，从而消极应对改革。此外，政策规则复杂且频繁调整，增加了执行的不确定性。医疗机构内部管理认知不统一，职能

部门协作松散，对临床科室问题的指导和制度解释口径不一，使医务人员感到无所适从。政策培训多采用自上而下层层传递模式，易造成信息误读和丢失，职能部门跟进不及时也加剧了执行偏差。最终医务人员更倾向于采取能够保障自身利益的“安全”策略。

三、新型异化行为的治理策略

（一）强化政策沟通，优化反馈机制

医疗机构积极适应医保支付方式改革，持续完善与医保管理部门的沟通反馈机制，推动形成支持共建共治共享的良好局面。针对分组方案中存在的不足，医疗机构深入研究并积极建言：一是在分组细化方面，增强对临床复杂情况的包容性，减少因分组不合理导致的行为异化，如推动联合手术、重症监护、人工肝、连续性血液净化等病组的细分。二是在特病单议方面，结合实际诊疗情况，积极争取将高新技术、四级手术、新药耗病例、多学科联合治疗病例、多器官损伤或多部位手术病例、多次手术及双侧手术病例、住院天数大于60天、住院时间超过病组平均天数3倍病例、监护病房床位使用天数超过该病例住院床位使用总天数60%（含）、超同级病组均费3倍及以上病例、罕见病病例、特殊传染病病例、因特需服务导致病例结算逆差病例等纳入特病单议范围。三是在差异系数设定方面，按医疗机构级别实行分级定价，实现同级同价，并增设重点专科前沿支持系数，以体现学科差异。通过持续优化政策，逐步减少高套点数、分解住院、推诿重症患者等异化行为的发生。四是建立医疗机构与医保管理部门定期沟通机制，及时协调解决政策执行中的问题。

（二）强化意识考核，筑牢监管基础

医疗机构高度重视医务人员医保政策意识的提升，通过多维度、立体化的政策宣贯培训，确保每位医务人员都成为医保政策的“明白人”。如成立政策解读学习小组，分层级、分批次、分科室针对性组织医务人员学习医保相关文件内容；对日常工作中暴露的重点问题进行实地指导；多次邀请市医保局专家进行现场政策解读与实操指导，定期组织病案首页填写培训，强化病案人员与临床医师的交流与沟通。这些举措有效增强了医务人员对DRG改革的理解与认可，推动诊疗理念从“收入导向”转为“成本管控”导向，坚持合理诊疗、合理收费的基本原则。

重视考核评价的科学性，医疗机构创新机制，充分发挥绩效指挥棒作用。建立DRG付费下的绩效

方案，临床绩效核算由项目相关调整为病组权重（RW）相关，将DRG违规扣款、医保智能审核违规扣款、医保专项检查违规扣款与临床科室、医务人员绩效挂钩，引导医务人员关注成本、规范诊疗。运用年终绩效评价形成示范效应。围绕DRG评价指标和医保监管结果建立临床科室及医师评价指标，使用逼近理想值排序（technique for order preference by similarity to ideal solution,TOPSIS）法对全院临床科室及各科室医师进行排名，重点关注排名靠后的科室及医师，实施重点监控与闭环管理；表彰排名靠前的科室及医师，形成示范效应，确保医保监管措施有效落地。

（三）推进管理创新，提升监管效能

医疗机构积极探索创新，以医保监管为核心，打破部门壁垒，整合优势资源，通过行政多学科协作（Multi-disciplinary treatment, MDT）管理模式，即医保物价科负责政策解读培训、物价收费指导、医保监管工作以及与市医保局工作联动；医务部负责临床路径、日间诊疗以及合理检查、合理治疗、合理使用耗材的点评工作；药学部负责处方点评及合理用药审核；病案统计科负责科室病案质量提升管理工作；信息中心负责建设完善信息管理系统，实现医保监管工作的协同高效。一是医保工作扁平化管理。安排医保物价科专职人员专门负责临床科室医保管理工作，每人负责3~5个科室，负责医保政策传达、跟进医保政策执行情况、出具科室专项分析、实时沟通科室医保违规行为，解答临床困惑、消除沟通壁垒。二是常态化开展自查自纠工作。关注重点科室、重点病区、重点项目（既往检查整改项目）、重点病组、低权重病组的医疗行为变化趋势。以问题为导向，筛选极值病例、7天内再次入院病例、2天内出院病例等进行重点核查，常态化开展双向问题反馈，针对重点突出问题，有针对性地开展专项指导并持续追踪改善情况，实现闭环管理。三是落实DRG付费下的单病种管理。从临床诊疗工作同质化、数据同质化、医疗质量评价同质化三方面发力，基于二八原则（帕累托法则），提取科室核心病种，由临床科室建立临床路径，医务、药学、医保协同审核路径内容，保障临床路径完成情况既有数量又有质量。四是病案质控专业化管理。实施编码员专业负责制，参照DRG病组模式，将编码员专业按外科、内科、非手术操作三个类别进行管理，保证编码人员相对专业化。开展病案首页缺陷专项质控，不断拓展质控工作广度和深度。在病案首页诊断界面增加勾选模块，由医

生勾选与本次治疗相关且有资源消耗的诊断明细，院内实施两套编码，病案首页编码和医保结算清单编码，有效减少违规行为的发生。

（四）信息化赋能，构建监管新局面

高效的管理模式是医保监管内部质量的有力保障，而信息化技术的运用则是提升医保监管水平的关键延伸。医疗机构积极顺应时代，借助信息化为医保监管赋能。通过加强与医保监管部门、软件开发公司和临床科室互动交流，促进业务思维与信息思维深度融合，以此强化临床医师对病案书写的重视，规范诊疗和收费行为。一是引进DRG管理及智能审核系统，将管控规则嵌入HIS系统，在医生医嘱端和护士收费端实现实时监控、审核与提醒。系统规则有三方面：系统自带医保智能审核规则，涵盖医保药品、诊疗项目、医用材料等25个分类；医疗机构梳理医保部门在日常检查、飞行检查及智能审核中发现的问题规则；结合物价政策梳理的院内物价收费规则，明确串换、重复、分解收费等违规行为。二是基于电子病历5级标准深化建设，通过临床决策支持系统（CDSS）、优化项目组套。一方面，根据物价项目内涵和管控规则，清理组套中不规范的检查、诊疗、耗材项目；另一方面，调整组套设置规则，医生可按患者情况选择组套内单个或多个项目。三是建立病案首页质控信息系统，患者出院时全方位质控病历，围绕诊断/手术重复填写、诊断/手术漏填、诊断/手术与年龄关系、诊断/手术与性别关系、联合诊断、联合手术、呼吸机使用时长、诊断/手术灰码等41个大类规则进行判别，减少医生异化行为，提升病历质量。四是医疗机构信息与医保管理部门实现协同，前置智能审核规则，通过信息共享和协同工作，从源头管控违规行为。

四、结论

本文主要基于医疗机构的视角，提出应对DRG异化行为的策略。若要切实有效地减少此类行为，需要医保与医疗加强协同。一方面，医疗机构需要平衡效率与质量，在控制成本的同时保障医疗质量安全。另一方面医保管理部门应提高分组的科学性，使支付标准更加贴合临床实际；同时完善特病单议机制，为分组方案难以覆盖的特殊病例提供合理支付渠道；此外应增强政策透明度，及时公布违规规则和违规案例，明确政策边界，引导医务人员自觉遵守。基于此，才能在DRG付费下实现提高医疗质量、控制医疗成本、保障患者权益等多重目标，最终达成医保患三方共赢。

DRG支付方式改革背景下 公立医院医疗收入结构变动情况分析

■ 文 / 西部战区总医院 周鹏飞 杨孝光 李运明 徐宽宇 梁路梅 周丽莎 肖锋

为分析2015—2024年我国公立医院门诊及住院次均费用变化情况及结构变动趋势，本文从《中国卫生健康事业发展统计公报》及《中国卫生健康统计年鉴》中提取相关研究数据，并采用结构变动值、结构变动度、结构变动贡献率等指标分析我国公立医院门诊和住院收入各项明细费用的结构变动特征。结果显示，在2014—2023年这十年间，我国公立医院门诊费用呈逐年上升趋势，住院费用呈先升后降的趋势，DRG支付方式改革广泛开展后住院费用下降趋势显著；2014—2023年门诊及住院收入总体结构变动度分别为

16.10%、30.25%，其中西药收入是引起医疗收入结构变动最主要的原因，其结构变动贡献率分别达到45.60%和51.46%；检查、治疗、手术、护理、卫生材料收入总体呈正向变化趋势，医疗收入结构得到阶段性优化，但仍需进一步完善。DRG支付方式改革有效控制了我国住院费用的不合理增长，西药占比持续走低，但药品及耗材收入仍是我国医疗费用调整改革的重点，应重视医务人员的劳动价值和技术水平，并不断优化和完善公立医院的医疗收入结构。

随着我国人口老龄化程度不断加深、疾病谱变化、社会生态环境改变及新诊疗技术的更新，我国居民的健康需求不断增长，加之基本医疗卫生制度不断完善，医疗技术水平不断提高，群众的医疗服务需求得到释放，医疗卫生支出的快速上涨已成为目前中国医疗卫生领域面临的严峻问题之一，其主要表现为住院费用的不合理增长。据统计，2023年我国医院（不含基层医疗卫生机构和其他医疗机构）住院总人次为2.45亿，出院患者次均住院8.8天，次均住院费用为10315.8元，住院总费用超过2.5万亿元，占当年医疗卫生总支出的28%。2015年，原国家卫生计生委印发的《关于控制公立医院医疗费用不合理增长的若干意见》指出，新一轮医药卫生体制改革实施以来，医院次均费用上涨幅度得到一定控制，但医疗费用不合理增长问题仍然存在，公立医院医疗费用仍然存在总量增幅较大、药品收入占比较大等问题。此外，2021年国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》指出，要深化医疗服务价格改革，支持公立医院优化收入结构，提高医疗服务收入（不含药品、耗材、检查、化验收入）占医疗收入的比例。优化公立医院收支结构已成为公立医院绩效考核和高质量发展的核心评价维度之一。在此背景下，我国开始推行以

疾病诊断相关分组（Diagnosis-related groups, DRG）付费为主的多元复合式医保支付方式，以求实现住院费用的合理增长并不断优化医疗收入结构。本研究聚焦DRG支付方式改革实施前后的变化，分析我国公立医院门诊、住院次均费用的波动特征，采用结构变动度法解析其结构变动趋势，以期对DRG支付方式改革背景下的医疗服务价格调整与收入结构优化提供参考依据。

一、方法

（一）资料来源

本研究资料来源于2015—2024年《中国卫生健康事业发展统计公报》及《中国卫生健康统计年鉴》，提取我国公立医院的医疗收入，包括门诊收入及住院收入，其中门诊收入包括检查、治疗、手术、卫生材料、西药及中药收入；住院收入包括床位、检查、治疗、手术、护理、卫生材料、西药及中药收入。

（二）研究方法

采用统计描述的方法分析2015—2024年我国公立医院医疗收入次均费用及其变化情况，并采用结构变动度分析医疗收入的结构变动趋势，其主要指标包括结构变动值、结构变动度、结构变动贡献率。

结构变动值（Value of Structural Variation, VSV）是指事物的各部分占总体的构成比在某一时期内期末值与期初值之差， $VSV > 0$ 说明该部分期末占总体的构成比较期初上升，反之为下降，表达式为：

$$VSV = X_{i1} - X_{i0} \quad (1)$$

表达式（1）中， X_{i1} 表示期末第*i*项费用占总费用的比值， X_{i0} 表示期初第*i*项费用占总费用的比值。

结构变动度（Degree of Structural Variation, DSV）是指事物各部分构成比在某一时期内期末值与期初值之差的绝对值之和，该指标可以反映该事物在某一时期内各部分的综合变化情况，表达式为：

$$DSV = \sum |X_{i1} - X_{i0}| \quad (2)$$

结构变动贡献率是指事物各组成部分结构变动值的绝对值占结构变动度的比重，反映了事物各部分的变动情况对事物总体变动情况的影响程度，表达式为：

$$\text{结构变动贡献率} = \frac{|X_{i1} - X_{i0}|}{\sum |X_{i1} - X_{i0}|} \quad (3)$$

（三）统计分析

本研究采用Microsoft Office Excel软件进行数据的录入及处理，并计算门诊及住院收入的VSV、DSV及结构变动贡献率。

二、结果

（一）各年度门诊和住院次均医药费用及其变化情况

2014—2023年我国公立医院门诊及住院次均费用及变化情况见（表1略）。结果显示，2014—2023年间，我国公立医院门诊费用呈逐年上涨趋势，2020年增长率达到最高（8.8%），2021年仅为0.6%；次均住院费用的总体趋势为“先升后降”，2014—2021年间逐年上升，2021年次均费用达到峰值（11002.9元），随后在2022年及2023年逐年下降，两年间总体名义增长率达到-6.6%。

（二）门诊收入结构变动值、结构变动度及结构变动贡献率

2014—2023年我国公立医院门诊收入的结构变动值、结构变动度与结构变动贡献率情况见（表2、3略）。研究显示，2014—2023年间我国公立医院门诊收入费用总体结构变动度为16.10%，其中2014—2015年最高，为4.71%；2018—2019年最低，仅为0.81%。西药收入是引起门诊医疗费用结构变动的主要原因，2019—2020年其结构变动贡献率达到

63.00%，2014—2023年间占总体DSV的贡献率为45.60%。2014—2023年我国公立医院门诊各项收入构成比中，中药及西药收入总体呈负向变化，检查收入、治疗收入、手术收入、卫生材料收入均呈正向变化，其中治疗收入变化幅度最大，达到3.43%。

（三）住院收入结构变动值、结构变动度及结构变动贡献率

2014—2023年我国公立医院住院医疗收入的结构变动值、结构变动度与结构变动贡献率情况见（表4、表5略），研究表明，2014—2023年间我国公立医院住院收入总体结构变动度达到30.25%，其中2016—2017年最高，为6.74%，2021—2022年最低，为2.82%。西药收入是引起住院医疗收入结构变动的主要原因，总体结构变动值达到-15.57%，占住院收入总体结构变动值的51.46%，其中2016—2017年度结构变动值达到-3.49%，各年度间西药收入平均结构变动贡献率达到43.51%，2014—2023年间，我国公立医院床位收入、西药及中药收入的结构变动度总体呈负向变化，检查、治疗、手术、护理、卫生材料收入总体呈正向变化趋势。

三、讨论

本研究基于2015—2024年《中国卫生健康事业发展统计公报》及《中国卫生健康统计年鉴》数据，分析在DRG支付方式改革背景下，近十年我国公立医院医疗收入次均费用变化及结构变动情况。结果显示，近十年间，我国公立医院医疗门诊及住院费用总体呈上升趋势，但DRG支付方式改革广泛开展后住院费用近两年下降趋势明显。结构变动方面，门诊及住院收入结构变动较大，其中西药收入是引起收入结构变动的主要原因。在DRG支付方式改革持续推进背景下，公立医院需主动强化费用管控意识，挤压药品、耗材虚高价格空间，合理提升医疗服务价格与医务人员薪酬待遇，从而理顺医疗服务价格，推进公立医院高质量发展。

（一）住院费用下降，不合理增长趋势得到遏制

本研究结果显示，2013—2021年我国公立医院住院次均费用呈逐年上升趋势，但2022年费用首次出现下降，且在2022—2023年降幅进一步增大，达到-5.2%，2021年是我国DRG支付方式改革进程的关键节点，2021年11月，国家医疗保障局发布的《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》指出，从

2022年到2024年，要全面完成DRG/DIP付费方式改革任务，推动医保高质量发展。多个研究结果显示，DRG支付方式改革在降低住院费用、提高医疗机构运营效率方面效果显著，本研究亦发现DRG支付方式改革实施前后住院费用呈现较大差异。此外，DRG还能有效提升医院精细化管理能力、加快医院信息化建设、促进临床路径探索以及推进分级诊疗等。基于DRG“打包付费，超支自负，结余留用”支付方式带来的压力，各级医疗机构需要在保证预期治疗效果的前提下简化诊治流程，缩短住院天数，将整体住院费用控制在合理范围内。

（二）药品零加成与DRG双向发力，推进西药占比持续下降

2009年，新一轮医改正式启动，中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》指出，“要通过实行药品购销差别加价、设立药事服务费等多种方式逐步改革或取消药品加成政策，同时采取适当调整医疗服务价格、增加政府投入、改革支付方式等措施完善公立医院补偿机制”。2017年，国务院医改办联合多部门印发了《关于全面推开公立医院综合改革工作的通知》，文件要求同年“全面推开公立医院综合改革，所有公立医院全部取消药品加成”。本研究结果显示，2014—2023年我国公立医院门诊收入及住院收入中，西药收入均为引起总体结构变动的主要原因，且均呈负向变化趋势，这表明自新一轮医改以来，药品零加成等政策效果显著。一方面，取消药品加成彻底切断了医院、医生与药品之间的利益链条，破除了“以药养医”的局面，规范了医疗行为，促进合理用药、规范用药；另一方面，该政策切实减轻了群众就医负担，有效缓解了群众“看病贵”问题，降低了因病致贫、因病返贫风险，使得公立医院回归其公益性，缓解医患关系，让广大群众能够享受到社会福利。但同时，药耗占比存在压缩下限，并非可以无限制降低。因此，提升医疗技术服务收入的比例成为调整医院收入结构的关键，该内在推动力将主动促进医疗机构服务水平的提高，通过技术创新和发展，进一步提升医疗技术服务的收入比例。此外，政府应当加大对医院的财政补偿力度，特别是在目前DRG支付方式改革的背景下，医疗机构需自负盈亏，运营压力进一步加大，医务人员工作积极性降低。相关部门应当切实考虑医疗机构的运营压力，制定合理的费用补偿标准，建立健全医保服务体系，切实做到医、保、患三方共赢。

（三）收入结构调整初见成效，但仍需进一步优化

本研究结果显示，手术、治疗、护理等直接反映医务人员劳动价值和技术水平的收入项目占医疗总费用的比重总体呈正向变动趋势，这表明医疗收入结构得到了一定程度的优化调整，医疗服务价格改革取得了一定成效，但仍需进一步优化和完善。相关管理机构和医务部门应当合理调整医疗服务价格，制定科学、透明、合理的价格标准。同时需要建立完善的绩效薪酬机制，通过优化调整收入结构，提高专业性、技术性医疗收入在总体收入中的比重，降低对药物、耗材以及检查收入的过度依赖，逐步破除“以药养医、以耗养医、以检养医”的不良局面，推动医疗服务回归其“以技术和服务为核心”的本质。医疗服务的核心能力建设是优化收入结构的根本，若仅片面追求收入结构的调整，短期内或可见成效，但缺乏坚实的医疗服务能力作为支撑，这种调整终将如无本之木，难以持久。因此，收入结构的调整策略应当立足于长远规划，激励并引导医务人员不断提升其专业服务能力，需要鼓励医疗机构和医务人员积极开发新技术、新业务，推动医疗领域的创新发展，促进医疗技术的进步，提升医疗服务的水平和效率。对于DRG背景下开展新诊疗技术带来住院费用升高从而导致医院亏损问题，相关部门应当积极出台相关政策，对确有临床效益的新诊疗技术、业务和药品进行补偿，提高临床创新积极性。此外，医疗机构需重点关注其内部成本控制和资源优化，通过合理优化医疗资源配置，进一步提高医疗服务效率和质量，并建立健全监督评估机制，确保改革措施有效实施，并及时解决改革过程中出现的问题，从而保障改革目标的顺利实现。

四、结论

综上所述，2014—2023年我国公立医院医疗收入总体呈上升趋势，但DRG支付方式改革实施后，住院费用不合理增长得到有效控制。此外，结构变动度分析结果显示西药占比的持续下降是引起公立医院医疗收入结构变动的主要原因，我国公立医院医疗收入结构正在持续优化，但西药及耗材收入仍是我国医疗收入的重点关注和调整对象。应当持续深化药耗零加成政策以及医务人员医疗服务劳动价格的调整，在控制医疗收入基本不变的前提下，通过“腾笼换鸟”，用医疗服务收入置换药耗收入，用阳光薪酬置换灰色收入，最终实现医院财务状况的改善和医务人员薪酬制度的合理化。

攀枝花市中心医院： 携手共建医联体 铺实共富“健康路”

■ 文 / 攀枝花市中心医院 万康

攀枝花市中心医院坚决贯彻落实党的二十大报告所提出的“促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局”的战略部署，牵头与攀枝花市内外11家二级甲等及以上公立医院在医联体建设中深入探索、先试先行，先后荣获“全国先进基层党

组织”“全国脱贫攻坚先进集体”“四川省党建工作示范医院”等多项国家级、省级荣誉，为攀枝花推进共同富裕试验区建设提供强有力的健康支撑。

一、以党建引领迈好协同发展关键一步

攀枝花市中心医院在医联体成员单位间积极推行规范化、同质化管理模式，通过成立专科联盟，构建起高效、均衡的医疗服务体系。

（一）党建业务融合，强化统筹管理

落实医联体牵头单位主体责任，以管理统筹、人员统筹、检验资源统筹、信息统筹“四个统筹”为抓手，指导成员单位全面开展党建入章，修订完善成员单位党委会、院长办公会议事规章制度，积极推广“党建+廉政”双查房工作经验。着力畅通上下转诊、用药衔接、检验结果互认等业务合作通道，将成员单位党建和业务工作连成“一张网”，实现工作统筹“一盘棋”。

（二）坚持“一院一策”，精准匹配发展需求

采取市中心医院党政领导每年1次带队分赴各成员单位调研、每年召开1次管理工作会、向

成员单位选派1名院长的“3个1”工作机制，统筹解决具体需求和发展问题，促进成员单位管理优化升级，实现医联体规范、科学、高效运行。

（三）促进资源共享，提升综合实力

发挥攀枝花市中心医院优势专科龙头作用，通过建立区域胸痛中心、卒中中心等5个专科联盟，打通专科资源共享通道，提升成员单位对重大专科疾病的诊治能力，形成分层补位的发展模式。下沉指导7家医院开展等级评审工作，相关成员单位门诊量、手术量、住院量增幅均超过50%，服务范围覆盖20余个区县、惠及800万人口。

二、以人才支撑把握服务提升重要一环

攀枝花市中心医院通过搭建专家工作站、派遣业务骨干、师徒带教等形式实现人才在成员单位间的柔性流动，促进医疗服务水平提升。

（一）“专家+骨干”，助力学科建设

将国家级、省级知名院士专家“请进来”，在攀枝花市中心医院成立院士（专家）工作站20余个；选派神经外科、骨科等专家“沉下

去”，帮助成员单位建设专家工作站30余个。突出党员先锋模范作用，累计派出112名党员专业技术骨干、5名援藏党员干部下沉基层医院常态化开展“中心医院专家工作日”和延伸门诊工作，定期开展专家门诊、手术、查房、专题讲座等活动。

（二）“技术+帮扶”，提升诊疗水平

积极为帮扶医院开拓新技术、新项目，传授新方法、新理念，累计诊治患者130万余人次，会诊及疑难病例讨论2500余次，开展手术5000余台次、学术讲座1600余次、教学查房2000余次、示教手术1400余台次，推广新技术450余项。

（三）“导师+带教”，强化人才培养

建立“导师帮带”“包干带教”等制度，以“缺什么，教什么；需要什么，帮助什么”的原则，针对临床医师、护理人员、党建行政等多岗位人员开展点对点精准指导，先后接受各分院进修人员200余人次，为基层医院培养了一支“带不走”的人才队伍。

三、以责任共担走好送医上门最后一米

攀枝花市中心医院扎实推进智慧医院建设，拓展志愿帮扶形式，促进医疗卫生资源纵向联通流动，以健康托举共同富裕。

（一）让医疗资源“上云”

搭建“互联网+”服务平台，为基层医院提供远程会诊、远程查房、远程病理、远程教学等10余项服务，实现市、区（县）、乡（社区）三级联动，不断扩大优质医疗资源服务半径。

（二）让诊疗服务下沉

下属各党支部组织党员通过开展健康知识讲座、疾病筛查、送药下乡等活动，将“大医院”的优质服务搬进乡村社区，年均开展活动80余场次。实施“腹膜透析液配送上门”计划，

配送范围辐射攀枝花市全域，服务患者100余名。与市内学校党支部搭建党建联建平台，联合开展“医校携手、协同育人”活动，面向师生普及急救技能与健康知识。

（三）与乡村振兴有效衔接

实施“党建扶贫”工程，出资200余万元为木里藏族自治县人民医院购置先进医疗设备，助力其顺利建成新生儿科、重症医学科等重点临床科室并通过国家“二级甲等”医院复审。以出资修路、以购代捐、减免医药费用、派驻驻村工作队等多种方式助力木里藏族自治县、卡拉乡、红宝乡等地乡村振兴发展，累计投入帮扶资金120余万元。

四、结语

攀枝花市中心医院通过党建引领、人才支撑、责任共担的医联体建设实践，有效促进了优质医疗资源扩容与区域均衡布局，构建起上下联动、资源共享、服务同质的医疗服务体系，切实提升了基层医疗机构的诊疗水平和服务能力，让群众在家门口就能享受到优质医疗服务，为攀枝花共同富裕试验区建设筑牢了健康根基。未来，



医共体信息化：以“小切口”撬动“大民生” ——创新数字化转型构建医防融合闭环服务链

■ 供稿 / 四川省医院协会医共体分会



一、背景

蒲江县地处成都进藏入滇咽喉要道，毗邻眉山市、雅安市，属成都“半小时经济圈”范围。截至2024年，全县幅员面积580平方公里，下辖2个街道、6个镇，总人口26.59万人。辖区内共有各类医疗机构156个，其中县级公立医院3家，专业公共卫生机构2家，乡镇公立卫生院6家，社区卫生服务中心3家，村卫生室73个。

近年来，蒲江县确立“全域一个、全域资源纳入”的建设思路，强化紧密型县域医共体信息化建设“一盘棋”思想和集约集成意识，坚持以居民电子健康档案、电子病历为核心搭建全民健康信息平台，聚焦“信息资源共建共享、优质医疗资源上下贯通”目标，加快推进数字医共体建设，落地远程医疗、双向转诊、慢病防控、医防融合、服务体验优化等重点任务，形成了“上下联、信息通、医防融、服务优”的卫生健康服务新格局。

二、做法

（一）坚持“全域一个”，构建医疗健康共同体

搭建医共体管委会、县卫健行业党委、医共体党委、医院事务服务中心、医共体成员单位五级架构，切实建立健全“党委统筹、政府主导、部门协同、上下联动”的工作推进机制，厘清权责清单。以县人民医院为牵头单位，统筹县、镇（街道）、村三级医疗卫生资源，构建医共体核心主体架构；同时，由县中医医院、县妇幼保健院等专科特色机构及县疾控中心分别牵头，建立覆盖城乡的中医药服务一体化、妇幼健康服务一体化体系和全民健康管理中心，强化对医共体的专业技术支撑，推动学科建设和人才队伍错位发展，实现服务、责任、利益、管理协同贯通，优化服务体系。

（二）强化“中心领航”，优化内部运行机制

强化“医共体管理中心”管理能级建设，医院事务服务中心（医共体管理中心）作为独立的事业单位法人机构，既承担综合医改工作，又统筹负责

医共体内部管理，横向可整合医疗、疾控、健康三大职能，纵向可贯通县域三级医疗服务网，实现“全域一盘棋”。推行“九部六中心”的内部运行机制，实现业务管理垂直化、行政管理扁平化。实行“两员两中心一团队”的工作模式，建立“3+1+X”医防融合新格局。以完善的信息系统为支撑，完善慢性病诊疗和管理流程，推进慢病一体化门诊建设，目前全县基层卫生院慢病一体化门诊覆盖率达75%。

（三）集聚“平台要素”，提升县域整体能力

聚焦县级“提能”、乡镇“强科”、村级“扩面”、资源“下沉”。通过实施深度托管、合作办医、校院合作，省、市级专家长期坐诊、带教、县级医师上派进修等方式，强化县级医院县域龙头定位。结合群众需求，打造基层医疗机构特色重点科室，深入推进“一村一医”，进一步强化基层网底作用，推动人员、技术、管理、服务“四下沉”。

（四）突出“实干实效”，加大政策保障力度

加大财政投入，改造提升乡镇卫生院和村级卫生室，加快县级医院从单一特色到专科集群的提档升级。健全“编制+员额”的人才机制，建立“编制池”，全县编制分别核定，医共体统筹使用，扩大“员额数”。制定统一的岗位竞聘方法和程序，实行竞聘上岗，并由医共体进行总量管理、统筹使用、动态调整，优化人才使用机制。实行财务统一管理，建立医共体“资金池”，推进医共体大型设备统一配置。



（五）创新“信息赋能”，实现资源集约共享

探索建立专业化、集约式、智慧化的数字医共体，构建一体化的信息平台，整合居民的健康数据，实现数据共享。加快推动蒲江县全民健康信息平台升级改造赋能，加强县级医院智慧医院建设，构建资源共享中心，形成“基层检查+县级诊断+结

果互认”格局。建成基于国家指南的人工智能慢病管理系统，将慢病人群按“红黄蓝灰”4色进行分层分类管理。



图：四川省人民医院神经外科专家到蒲江县开展手术

三、成效

（一）县级医院服务能力和基层实力明显提升

通过医共体建设，初步构建“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系。基层医疗机构添置CT、全自动生化仪等设备，信息系统更新升级，服务支撑能力显著增强。2024年，县人民医院三四级手术占比达70.56%。县域患者下转率同比增长71.43%，医疗服务收入占比提升4.89%，县级医院龙头作用和基层网底功能同步强化。

（二）资源共享中心助力医疗服务同质化，运营效率得到提升

2024年，县级医疗机构下派业务骨干100余人次对基层医疗机构开展业务技术指导，开展医共体内DR阅片诊断5万余人次，CT阅片诊断2万余人次；远程心电图诊断5万余人次；医学检验中心为基层检测标本4000余份，转诊患者800余例，为医共体成员单位提供消毒灭菌包7000余个。医共体内全面上线处方前置审方系统及临床合理用药系统，逐步实现了临床合理用药的全流程识别管控；完成CT、全自动免疫荧光机等设备调配19台件，有效提升设备使用效率。

（三）信息化建设成效显著，慢病管理不断完善

基本实现了县域内县、乡、村三级医疗卫生机构的互联互通、数据共享、业务协同，形成了“一张网”工作格局。个人健康“一屏可见”，患者信息“一键可查”，慢病管理“一网统揽”，医卫融合内涵不断丰富，县乡联动加强。2024年，全县家庭医生签约人数达11.17万人，签约率43.38%。截至2025年

底，“一体化”共享服务累计服务患者16万余人次，其中电子病历共享调阅1.4万余人次，健康档案调阅9.8万余次，重复检验检查提醒2万余次，重复用药提醒3万余次，为患者节约费用500余万元。



图：医共体信息化建设案例获2024（首届）推进县域医共体高质量发展擂台赛信息化建设暨信息数据管理中心建设主题决赛三等奖

四、经验启示

（一）坚持落实强有力的推进机制

思想上要统一，认识上要提升，行动上要落实。医共体信息化建设是“一把手”工程，蒲江县的医共体信息化建设得益于县级领导的高度重视，卫健局主要领导的亲自抓、亲自推，上下协同共同解决问题。

（二）坚持规划引领，争取财政支持

医共体信息化建设需要统筹考虑医共体成员单位信息化基本情况，统一规划，分步实施，坚持业务驱动，坚持集约化建设，持续深化应用，赋能医共体建设。同时，信息化建设资金需求大，要不断争取财政支持。

（三）坚持网络数据安全的底线思维

信息系统建设要与信息安全同步规划、同步建设、同步使用。系统建设过程中要同步建设数据安全体系，要能统一管控县域医共体范围内的安全风险，实现安全事件实时监测、及时响应和综合防护。

（四）坚持业务流程引导系统建设

医共体成员单位共同制定业务标准、流程，重点增强双向转诊、资源共享、医防融合力度，提升数据质量、夯实平台支撑、实现数据交互，推动整合型医疗服务强链补链。

五、结语

蒲江县紧密型县域医共体信息化建设的实践，以创新数字化转型为核心，通过构建医防融合闭环

服务链，有效破解了县域医疗资源分散、服务同质化不足等难题，为基层医疗服务能力提升和群众健康保障注入了强劲动力。其探索形成的一体化建设模式、安全底线思维与业务流程引导机制，不仅在本地取得了显著成效，更为全国县域医共体的信息化发展提供了可借鉴的路径。未来，蒲江县将持续深化信息赋能，推动医共体建设向更高质量迈进，助力健康中国战略在县域层面落地生根，让更多群众享受到优质、高效、便捷的医疗健康服务。

医疗方面，华西天府医院的临床医生主要由华西医院本部派驻，护士经华西医院规范化培训合格后留用，确保核心医疗团队专业能力与本部同质。依托华西医院技术优势，华西天府医院以“微创、介入”为特色，融合MDT多学科诊疗体系与智慧医疗技术，推行“疾病导向的整合式医疗”，为患者提供一站式精准诊疗服务。两院通过统一医疗信息平台实现数据互通（含医疗健康信息、检验检查结果）、人力资源共享、临床路径与治疗方案一致，并开通实时远程会诊、院间会诊及双向转诊绿色通道，医疗服务无缝对接。

管理方面，为确保医院管理水平的同质化，华西天府医院领导班子及行政职能部门管理骨干全部由华西医院派驻，且行政职能部门负责人同时兼任华西医院相应部门副职，直接移植本部成熟管理经验。通过校地合作办医与资源互补整合，华西天府医院创新形成“华西标准+本地特色”的管理模式，为公立医院托管运营提供了可借鉴的范例。

华西天府医院的实践表明，科学管理是医院高质量发展的核心驱动力。通过调研，协会一行认为，该院在建院短短几年内便在医疗技术、服务质量、运营效率等方面取得显著成效，其“五个抓手”发展路径、“条块结合”管理模式、智慧化建设实践及特色学科发展经验，值得借鉴与推广。作为协会城工委会员单位，该院的创新探索为公立医院高质量发展提供了鲜活样本。下一步，协会城工委将持续关注会员单位建设，发挥桥梁纽带作用，进一步搭建好医院管理与学术交流平台，积极推广会员单位先进经验，为“健康四川”建设贡献更多力量。

从“医防融合”到全程健康管理 ——隆昌市医共体建设背景下的智能化慢性病防治体系建设案例分析

■ 文 / 隆昌市人民医院 陈列
隆昌市妇幼保健院 薛毅

隆昌市依托“互联网+大数据”技术，推进智能化慢性病防治体系建设，实现医防融合与健康管理全程覆盖。本文结合隆昌市具体实践，探讨基层医疗机构如何通过智能

化手段优化慢性病管理流程，提升服务质量与运行效率。尤其在“医共体”框架下，隆昌市推动跨机构健康数据共享与协同管理，取得了显著成效。

一、前言

慢性病已成为威胁公众健康的主要公共卫生问题。高血压、糖尿病等慢性病患者人数持续增长，且呈现年轻化趋势。相关数据显示，45～64岁人群死因中慢性病占比高达86.12%，65岁以上人群更是接近92%。然而，传统慢性病防治模式

受基层医疗资源不足、信息孤岛等问题制约，未能有效落实健康管理“预防为主”的策略。本文以隆昌市为例，探讨如何通过医共体建设，借助智能化手段创新慢性病防治体系，提升基层医疗服务能力，推动“医防融合”与全程健康管理落地。

二、研究背景与政策环境

为应对上述挑战，国家出台多项政策推动慢性病防治体系建设。2023年发布的《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》明确提出，要加强慢性病健康管理，推进“医防融合”。隆昌市积极响应

国家政策，结合医共体建设，依托“互联网+大数据”技术推进智能化慢性病管理，打破信息孤岛，实现数据协同整合与共享。

三、案例分析与成效

案例一：胡家镇中心卫生院体检智能化转型实践

1.在体检工作中面临的问题与挑战

（1）结果反馈滞后：辖区居民需较长时间才能获得体检报告，延误可能导致错过慢性病早期干预的黄金窗口期。

（2）数据共享壁垒突出：传统体检数据未能有效与其他医疗卫生系统有效对接，居民健康档案无法充分互通，慢性病管理的全面性、连续性受到制约。

（3）基层人员负担过重：手工数据录入、健康报告整理等事务性工作占用基层医务人员大量时间，挤压了基层医务人员在居民健康管理、慢性病防治等核心工作上的投入精力。

2.应对措施与实施办法

隆昌市卫健局对胡家镇中心卫生院的问题进行全面研判后，结合本地实际引入智能化体检管理系统，重点从四个维度推进改造：

（1）体检档案精准关联：居民体检时，系统通过拍摄自动识别身份证与头像信息，生成专属二维码。该二维码既是居民身份识别的唯一标识，也可实现体检数据与居民健康档案的自动关联，从源头避免手工录入误差。

（2）数据自动化流转校验：身高、体重、血压、血糖、心电图等所有健康指标，通过智能设备实时采集后自动传输至医院云平台，系统自动识别并校验数据，既减少了手动录入的繁琐流程，也大幅提升了数据准确性与处理效率（图1略）。

（3）健康数据云端互通共享：体检数据可实时上传并同步存储至居民健康档案，通过与四川省健康档案云平台互联互通，其他医疗机构及相关卫生部门可按权限快速调取居民体检数据与健康史，彻底打破信息孤岛限制。

（4）体检报告自动生成推送：体检完成后，系统根据预设健康标准与评估模型自动生成报告，通过短信、APP等渠道主动推送给居民。该模式大幅缩短了报告反馈周期，提升了居民获取健康信息的时效性，有效增强了居民对健康管理的关注度与参与度（图2略）。

3.取得的成效

（1）数据管理效率与准确性显著提升：智能化体检系统大幅减少了手工录入工作量，从根源上降低人为误差。2025年3月系统上线以来，该院已完成1.2万余人次体检服务，数据处理速度提升60%，累计减少约800小时手工录入时长，数据错误率降低96%（表1略）。

（2）基层人力负担有效减轻：系统替代人工完成大量重复性数据处理工作，该院负责体检数据事务的人员从5人缩减至2人，节省33%的人力成本，释放的人力可投入健康管理、慢性病防治等核心医疗服务中。

（3）居民健康管理满意度大幅提高：相较于传统模式，新体系不仅强化了与医共体成员单位的业务联动，体检报告反馈周期也从2天缩短至最快6小时，居民满意度从71%提升至95%。

（4）高风险人群早筛早干预成效突出：依托智能化系统的风险识别能力，该院可及时发现血糖、血压异常等健康风险。截至2025年6月，系统已为3750名老年人提供高血压、糖尿病等慢性病专项体检，成功识别高风险患者1946例。

（5）跨机构数据协同管理落地：居民健康档案可在不同医疗机构间按权限快速调阅，推动健康管理全程跟踪，优化了慢性病跨机构管理流程。对接四川省健康档案云平台后，已实现跨区域数据互通，其他医疗机构可实时访问患者体检与健康数据，大幅提升了医防协同效率。

通过智能化体检系统的应用，胡家镇中心卫生院实现了高风险患者的早识别、早干预，帮助医生快速研判病情，在疾病早期阶段启动干预措施，辖区慢性病并发症发生率下降31%以上。

案例二：石燕桥镇中心卫生院的智能移动服务终端应用实践

1.在慢性病管理中面临的问题和挑战

（1）健康管理场景受限：该院慢性病管理长期以院内场景为主，多在患者定期体检、就诊时提供治疗与健康建议，健康管理主要依赖患者到院后获得的治疗和建议，缺乏连续、主动的院外干预机制，导致高血压、糖尿病等慢性病早期症状难以及时发现、尽早干预。

（2）信息流转效率偏低：体检数据、健康档案、诊疗记录无法实时更新共享，居民体检信息仅在院内可用，体检后数据需通过纸质记录、人工录入流转，信息滞后直接影响随访与健康干预的时效性，难以及时根据最新健康数据个性化地调整管理方案。

（3）新发病例干预滞后：大量慢性病新发病例无法在常规体检中被及时识别，尤其是隐性症状、轻微健康异常易被遗漏，难以实现早筛查、早干预。

2.应对措施与实施办法

针对上述问题，隆昌市卫生健康局为石燕桥镇中心卫生院引入基于“健康内江”平台的慢病管理智能化移动服务终端，融合互联网技术与智能设备，通过智能化管理系统实现慢性病管理全程覆盖，破解了传统模式下信息滞后、健康管理不连续的问题。

（1）推广移动端智能采集：该院结合随访等工作推广智能移动终端应用，构建了一个全流程的智能化健康管理系统（图4略）。居民在体检时，通过移动设备采集血压、血糖、体重、身高等健康指标，数据实时上传至云平台并同步存储，有效解决了传统数据传输滞后问题。

（2）体检、随访和建档一体化：系统可整合体检数据上传、随访管理、健康档案动态更新功能，居民体检完成后，其随访记录、健康评估等信息可通过移动终端自动同步至个人健康档案。医务人员可实时调阅居民全维度健康信息，确保随访及时开展，为患者提供健康风险预警与个性化干预方案。

（3）实时数据回传与档案管理：体检过程中，智能设备采集的健康指标可通过移动端自动回传至云平台，整合归入居民健康档案。系统可通过智能分析识别异常数据并向医务人员推送预警信息，确保潜在健康风险得到及时关注。更重要的是，系统与“健康内江”APP打通（图5略），搭建了居民健康档案数字化管理平台，居民可通过“健康内江”APP随时查询个人健康档案、体检报告与健



康数据。该系统也为医疗机构在一定范围内通过健康门户实现跨机构数据共享及协作提供了便利条件。

3.取得的成效

（1）智能化管理覆盖率显著提升：截至2025年6月，该系统已为石燕桥镇辖区4000余名居民提供全程智能化健康管理服务，老年人、高危人群、慢性病管理重点对象的覆盖率大幅提升。

（2）新发病例早筛早干预成效突出：依托健康数据实时采集与分析能力，智能化体检实施后，累计发现新发高血压患者51例、新发糖尿病患者68例。新发病例信息即时同步至管理平台，医生第一时间启动干预措施，其中68%的新增高血压患者通过饮食调整、运动干预、规范药物治疗，成功降低了血压水平。

（3）慢性病防治效果明显改善：通过智能终端持续监测、平台实时数据分析，结合医共体内跨机构协同，居民健康状况得到精准跟踪评估。特别是在新发高血压和糖尿病患者中，系统的早期干预和精准治疗提升了治疗效果，治疗成功率提高了30%以上。通过定期跟踪随访，这些患者的健康指标得到了有效控制，慢性病并发症的发生率较2024年同期下降了17%。

（4）居民健康管理参与度大幅提高：系统上线半年内，得益于数据透明化与健康信息即时反馈，居民对健康管理服务的满意度达88%，尤其是老年群体对慢性病管理的认知水平、配合度显著提升。

（5）医疗资源利用效率有效优化：智能移动终端减少了不必要的重复就诊与医疗资源浪费（图6略）。通过自动化数据处理和智能分析，医务人员可以集中精力关注重点患者，避免低效的手工录入和报告整理。预计系统实施后，基层医疗人员工作时间可节省约40%，工作压力得到显著减轻。

石燕桥镇中心卫生院通过智能移动终端破解了传统慢性病管理中信息滞后、干预不连续的难题，实现了慢性病管理全覆盖，尤其在早期筛查与干预领域成效显著，既提升了居民健康管理主动性与参与度、改善了慢性病管理效果，也优化了基层医疗服务流程，为区域基层医疗服务模式升级提供了可复制经验。

案例三：隆昌市家庭医生签约服务的深度推进

1.在传统家庭医生签约服务中面临的问题与挑战

（1）服务覆盖面不足：传统签约模式以线下为主，老年人、偏远乡村居民参与意愿低，导致服务覆盖范围窄，实际作用难以充分发挥。

（2）服务运行效率偏低：签约、健康咨询、问

题反馈等全流程依赖面对面沟通，耗时久、效率低，居民健康咨询往往需要等待数天才能得到回复。

（3）健康管理信息滞后：居民健康档案以纸质记录为主，更新不及时、同步难，无法支撑实时健康监测与个性化管理需求。

2.应对措施与实施办法

为解决上述问题，隆昌市卫生健康局依托医共体体系，以“健康内江”平台为核心，推进家庭医生签约服务智能化升级：

（1）推广线上签约服务模式：在医共体内全面推广“健康内江”慢病管理平台，居民可通过手机、平板等智能设备随时随地完成家庭医生签约，在线查看医生服务内容，获取实时健康管理建议，打破传统签约的时间与空间限制（图7略）。

（2）集成健康档案与诊疗数据：平台将居民的健康档案、体检数据、就诊记录等信息系统集成，家庭医生可实时调阅居民全维度健康数据，提供精准干预方案；居民也可自行上传体重、血压、血糖等动态健康指标，为医生调整管理方案提供最新依据（图8略）。

（3）提供个性化健康管理服务：平台基于居民健康数据，结合个人身体状况、病史、生活习惯等维度，自动生成个性化健康管理方案。针对慢性病患者，医生可根据动态数据变化调整干预策略；平台还支持自动推送健康提醒，定期向居民发送服药、运动、饮食等方面的指导建议。

3.取得的成效

（1）签约服务覆盖率大幅提升：线上签约模式显著降低了服务门槛，截至2025年10月，平台累计完成48万人次健康档案更新，全市家庭医生签约覆盖率提升33%，农村居民、老年群体等重点人群的签约率提升尤为显著。

（2）慢性病管理效果明显改善：多源数据集成让家庭医生可随时掌握签约居民健康状况，开展精准评估与干预，签约居民的慢性病控制率较传统模式提升40%以上。

（3）健康管理可持续性增强：依托医共体协作网络的智能化管理体系，居民健康状况实现全程动态跟踪，既提升了居民健康自我管理意识，也推动了慢性病早识别、早干预，有效降低了并发症发生风险。

隆昌市通过家庭医生签约服务的智能化升级，有效扩大了服务覆盖面、提升了服务效率，推动健康管理从“被动服务”向“主动干预”转变，为基层慢性病防治体系建设提供了重要支撑。

四、现存问题与改进方向

（一）平台数据回流与质量管控待优化

1.主要问题

一是数据回流机制不完善。部分乡镇卫生院的体检数据未及时同步至四川省健康档案云平台等上级系统，存在信息缺失、更新滞后问题。二是数据质量标准不统一。不同品牌的血压计、血糖仪等智能设备采集的数据格式存在差异，加之基层医务人员信息录入缺乏统一规范，导致跨机构、跨系统数据一致性较差。

2.改进方向

一是建立分层级数据回流机制。构建“省—市—县—乡”四级数据同步链路，设置数据自动校验与重传功能，保障体检、诊疗等健康数据及时、完整同步至上级平台。二是制定数据质量标准。明确不同类型健康数据的采集格式、录入标准，在系统中嵌入自动校验逻辑，从源头提升数据一致性与准确性。

（二）数据安全与隐私保护体系待强化

1.主要问题

随着云平台、大数据技术的广泛应用，居民健康数据的安全与隐私保护压力持续上升。一旦发生数据泄露，不仅会引发公众信任危机，还可能违反相关法律法规，带来合规风险。

2.改进建议

一是全流程数据加密。对健康数据的传输、存储、调用全流程实施加密处理，严格控制数据访问

权限，防范非法窃取、访问风险。二是构建常态化监控体系。建立数据全生命周期安全监控机制，对数据查询、修改、导出等操作进行实时预警。三是强化审计与技术赋能。完善数据操作留痕与审计功能，探索应用区块链技术保障数据共享过程中的完整性、不可篡改性，提升数据安全防护水平。

（三）老年群体数字适配性待提升

1.主要问题

部分老年群体存在数字技能不足问题，对智能化平台的操作流程不熟悉，无法独立完成健康数据上传、报告查询、在线咨询等操作，难以充分享受智能化健康管理服务的便利。

2.改进建议

一是优化适老化设计。简化平台操作界面，放大字体、简化操作步骤，推出大字版、语音引导版等适老功能，降低使用门槛。二是配套智能便民设备。为老年群体推广操作简便的智能健康设备（如一键测量的智能血压计、手环等），支持数据自动上传，减少手动操作环节。三是完善线下辅助服务。依托家庭医生、村医队伍定期开展上门服务、集中指导，帮助老年人更新健康数据、解读健康报告，消除技术使用障碍。

五、结论与展望

隆昌市依托医共体建设框架，融合互联网、大数据、人工智能技术，构建了智能化慢性病防治体系，有效提升了基层医疗服务能力，尤其在慢性病早筛早干预、个性化健康管理、跨机构医防协同等领域取得了显著成效，为全国县域慢性病防治体系建设提供了实践样本。未来，隆昌市将进一步完善

智慧健康管理体的适配性、安全性与协同性，持续优化数据质量、强化隐私保护、提升老年群体服务可及性，推动慢性病防治工作高质量发展，形成更多可复制、可推广的基层医防融合经验。

医院四级能耗计量体系构建与科室能耗模型精细化研究

■ 文 / 四川大学华西医院 任炬光 杜栩 何宁

针对医院能源管理存在“总量模糊、分项粗放、责任不清”的核心痛点，以及现有研究在科室级中间层级的研究空白，本文提出融合“院区－楼栋－楼层－科室”四级能耗计量体系与科室级能耗模型的精细化解决方案。四级计量体系通过“端－边－云”架构实现能耗数据的全维度采集与处理，突破传统工业场景的连续性用能假设，适配医院间歇性、多场景叠加的用能特性；科室能耗模型构建

“设备－科室－业务”三维关联分析范式，整合设备运行参数、科室业务指标及环境因素，结合机理驱动与数据驱动方法，实现能耗基准线测定、驱动因素解析及动态成本分摊。研究创新设备级与插座级双轨采集、LSTM数据补全等技术，建立业务量权重系数等指标，有效解决“能耗成本与业务绩效脱钩”难题，为医疗机构绿色低碳转型提供理论支撑。

引言

医院作为保障民生健康的核心公共机构，其能源消耗量是普通公共建筑的1.6～2.0倍，且随着医疗技术升级与服务规模扩张呈现持续攀升态势。这种高能耗特性不仅加剧了机构运营成本压力，更与“双碳”战略目标下公共机构节能降碳的刚性要求形成矛盾。当前我国医院能源管理仍普遍存在“总量模糊、分项粗放、责任不清”的突出问题，具体表现为院区级能耗数据采集完整率不足60%，科室级能耗计量覆盖率普遍低于30%，导致能源使用效率评估缺乏数据支撑，成本分摊机制难以建立科学依据。这种管理现状与《公共机构节能条例》提出的“建立能耗监测体系”要求存在显著差距，也制约了医疗机构向绿色低碳转型的进程。

现有研究多在宏观层面构建建筑能效评估框架，如基于能源审计的基准线测定方法，或在微观层面开发设备级能耗预测模型，但针对医院特殊场景的中间层级研究存在明显断层。国际经验显示，企业能碳管理平台通过四级计量体系（厂区－车间－产线－设备）实现精细化管理，但其架构设计依赖于工业场景的连续性生产特征，与医院多部门、间歇性用能特性存在本质差异。国内学者提出的医院能耗分项计量方案，多聚焦于建筑类型划分（如门诊楼/住院楼），未能深入

科室业务单元这一能耗责任主体。在能耗模型构建方面，既有研究或侧重于建筑整体能耗的回归分析，或局限于单一设备系统的动态模拟，缺乏将科室业务特征（如手术量、床位使用率）与能源消耗关联的跨学科模型。

值得注意的是，科室作为医院基本功能单元，其能耗强度差异可达3～5倍。现有分摊方法多采用面积比例或人头基数等简单规则，既无法反映影像科（高设备能耗）与行政科室（低设备能耗）的本质区别，也难以激励科室主动参与节能管理。这种粗放式分摊机制导致能耗成本与业务绩效脱钩，削弱了节能降耗的内生动力。

本文针对上述管理痛点与技术空白，提出融合四级能耗计量体系与科室级能耗模型的精细化解决方案。通过构建“院区－楼栋－楼层－科室”四级数据采集架构，结合基于业务特征的动态分摊算法，实现能耗数据的全流程追溯；同时开发融合设备运行参数与科室业务指标的复合预测模型，为能耗定额管理提供量化工具。研究旨在建立适用于医疗机构的能源管理理论框架，填补现有研究在中间管理层级的缺失环节，为破解医院能源管理“数据孤岛”与“责任虚化”难题提供理论支撑。

一、四级能耗计量体系

针对医疗机构用能特性与精细化管理需求，四级能耗计量体系以“数据可追溯、责任可界定、成本可分摊”为核心目标，构建“院区－楼栋－楼层－科室”纵向贯通、“电－水－气－热”横向覆盖的立体化数据采集网络。该架构突破传统工业场景四级计量体系的连续性生产假设，通过动态适配医院间歇性用能特征与多业务单元协同模式，实现能耗数据从宏观总量到微观责任主体的全维度解析。体系设计遵循“分层采集、边缘计算、集中分析”原则，在保障数据实时性的同时降低中心化处理压力，为后续能耗模型构建与责任分摊机制提供结构化数据支撑。

（一）层级划分逻辑

体系第一层级为院区级计量，聚焦机构总能耗监控与外部监管对接，通过部署高精度总表实现与供电/供水部门的数据同源。第二层级楼栋级计量按功能属性划分，区分门诊楼、住院楼、医技楼等不同建筑类型，捕捉建筑类型对能耗的基础影响。第三层级楼层级计量突破传统建筑分区方式，采用“功能组团”划分理念，将同一楼层内关联性强的诊疗单元（如检验科与采血室）纳入统一计量单元，解决传统按物理空间划分导致的能耗数据割裂问题。第四层级科室级计量作为核心创新点，以临床/医技/行政科室为基本单元，通过物联网技术实现末端用能设备的精细化采集，建立能耗数据与业务活动的直接映射关系（见图1）。

二、四级能耗计量架构

（一）数据采集层实施

数据采集层作为体系基础，需解决医疗场景下设备类型复杂、接口标准不统一、电磁干扰严重等特殊问题。具体实施包含三个关键环节：

在计量点位规划方面，遵循“应计必计、重点突出”原则，在院区总进线处设置0.5S级精度电能表，在楼栋总配电箱部署0.2S级电能表与超声波水表。楼层级计量采用“主干+分支”模式，在强电井设置多功能电力仪表，在给水管网关键节点安装电磁式水表。科室级计量创新采用“设备级+插座级”双轨采集，对CT、MRI等大

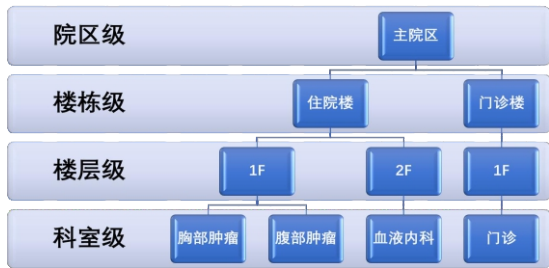


图1：层级划分

（二）技术路线

体系构建采用“端－边－云”协同架构：在数据采集端部署智能电表、水流量计、冷热量表等传感设备，支持Modbus、BACnet等多协议接入；边缘计算层部署微型数据中心，对原始数据进行预处理与异常检测，降低无效数据上传量；云端平台采用时序数据库（如InfluxDB）与关系型数据库（如PostgreSQL）混合存储方案，兼顾实时数据查询与复杂分析需求（见图2）。

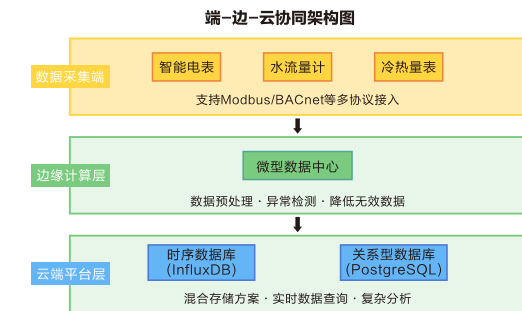


图2：协同架构

型医疗设备配置专用电能表，对办公区域采用智能插座实现末端用能监控，确保影像科设备能耗与行政科室照明能耗可区分计量。

在设备选型方面，针对医疗设备电磁兼容性要求，选用通过IEC 60601-1-2标准认证的计量装置。对手术室、ICU等24小时连续运行区域，采用具有非接触式通信功能的电能表，减少人工抄表对医疗活动的影响。对于蒸汽、压缩空气等特殊介质，定制开发基于涡街流量计与压力传感器的组合式计量模块，解决医疗专用能源介质计量难题。

在安装施工规范方面，遵循《能源计量器具配备和管理规范》《医院建筑能耗监管系统技术规程》以及《医疗建筑电气设计规范》等相关规范要求，明确电流互感器变比选择、电压采样点设置、通信线缆敷设路径等关键参数。特别规定在医疗设备供电回路改造时，必须保留原有应急电源接口，确保计量装置安装不影响设备急救功能。建立施工过程双确认机制，由临床科室与后勤管理部门共同验收，避免因施工导致的医疗流程中断。

（二）数据传输与处理

数据传输层采用“有线为主、无线为辅”的混合组网方案，在核心区域（如中心配电室）部署工业以太网交换机，在改造难度大的区域采用LoRa无线传输技术。通信协议选用医疗行业适用的HL7 FHIR标准进行数据封装，确保能耗数据与HIS系统的业务数据可关联解析。为确保数据准确性，在数据处理层建立以下三级质量管控机制：

1.实时校验

在边缘计算节点部署规则引擎，对电压、电流等参数进行阈值判断，自动标记超出设备额定功率20%的异常数据。开发基于滑动窗口算法的流量数据修正模型，解决水表空转导致的虚假流量问题。

2.周期清洗

建立日度数据清洗流程，采用孤立森林算法识别离群值，对连续3个采样周期为零的静止数据启动自检程序。特别针对医疗设备待机能耗特性，建立“基础能耗+变动能耗”分解模型，准确剥离设备待机状态下的能耗基线。

3.长期修正

构建季度性数据回溯机制，利用设备运行日志对能耗数据进行关联验证。当发现某科室能耗

持续偏离预期值时，触发现场核查流程，更新设备能效参数或修正业务活动系数。

（三）应用层功能实现

四级计量体系的最终价值体现在管理应用层面，通过开发四大功能模块实现能耗数据向管理效能的转化。

1.能耗总览模块

提供多维度可视化看板，支持按时间（日/月/年）、空间（院区/楼栋）、介质（电/水/气）的自由组合查询。特别开发“能耗热力图”功能，将科室级能耗数据叠加在建筑BIM模型上，直观展示高耗能区域分布（图3略）。

2.异常预警模块

建立双通道预警机制：技术通道基于设备额定参数设置阈值，管理通道根据科室历史能耗数据动态生成预警线。当某科室连续3天能耗超过同期均值15%时，自动推送预警信息至相关管理人员（图4略）。

3.成本分摊模块

突破传统面积分摊模式，构建“基础成本+变动成本”双因子模型。基础成本按科室建筑面积分摊，变动成本按科室类型选择差异化业务量指标（如检验科采用设备运行时长，儿科采用门诊人次等）。

$$E_i = \frac{\alpha A_i \times \beta Q_i}{\sum_{j=1}^n (\alpha A_j \times \beta Q_j)} \times E_{\text{总}} \quad (1)$$

式中： E_i 为科室*i*分摊的公共区域能耗； A_i 为科室*i*的建筑面积（ m^2 ）； Q_i 为科室*i*业务量指标（门诊人次、手术台数等）； α 为建筑面积分摊权重系数； β 为业务量指标权重系数

4.能效对标模块

建立科室级能效基准库，收录同类科室的能耗强度指标。开发“能耗驾驶舱”功能，将科室实时能耗与基准值、同期值、预算值进行四维对比，自动生成能效改进建议书。

现从能耗发生机理到量化表达的全流程建模。模型设计遵循“机理驱动与数据驱动结合”原则，在设备层级采用物理模型解析能耗构成，在科室层级运用统计模型挖掘业务活动与能源消耗的统计规律，最终通过多模型耦合形成具有业务解释性的预测工具。

模型需同时满足三个管理需求：其一，建立科室能耗基准线，为定额管理提供科学依据；其二，解析能耗驱动因素，识别节能改造与管理优化的关键环节；其三，支持动态成本分摊，将能耗与业务绩效直接关联。相较于既有研究侧重单一设备或建筑整体的建模思路，本模型特别强化科室业务特征（如手术量、诊疗人次、设备使用强度）的量化表达，使预测结果能够反映临床活动变化对能耗的动态影响。

变量选择遵循“可计量、可干预、有业务关联”三原则，构建包含设备运行参数、科室业务指标、环境因素的三大类变量集。设备运行参数涵盖功率、电压、电流、运行时长等直接能耗指标；科室业务指标选取手术量、床位使用率、设备检查人次等反映医疗活动强度的变量；环境因素纳入温湿度、光照强度等影响设备运行效率的外部变量。特别引入“设备利用率”这一复合指标，定义为实际使用时长与理论可用时长的比值，有效刻画设备闲置导致的无效能耗。

（二）变量关联性分析

变量关联性分析旨在量化设备运行参数、科室业务指标及环境因素对能耗的影响强度，为模型构建提供特征筛选依据。基于“可计量、可干预、有业务关联”三原则，采用相关系数矩阵与灰色关联分析相结合的方法，对四大类变量进行系统性检验。

设备运行参数呈现强直接关联性（相关系数普遍 >0.8 ）。功率、电流等电气参数通过实时计量数据捕获，与能耗呈线性正相关；设备运行时

长则反映累积效应，尤其对CT、MRI等高耗能设备（单台日耗电 $>100\text{kWh}$ ）、其运行时长与科室总电耗的灰色关联度达0.92。值得注意的是，设备利用率作为复合指标，有效暴露了管理性浪费：当利用率低于40%时，待机能耗占比高达总能耗的35%~60%（如超声设备待机功率可达运行功率的30%），该指标通过量化闲置损失，成为节能干预的关键靶点。

科室业务指标体现场景化驱动特征。手术量对手术室能耗的关联强度（灰色关联度0.88）显著高于对普通诊室（ <0.3 ）、因其直接接触净化空调、无影灯等高负荷设备；床位使用率与住院病房能耗呈指数关系（ $R^2=0.79$ ），每提升10%使用率导致空调与热水能耗增长18%；设备检查人次与影像科能耗呈现阶梯式关联，当单日检查超过50人次时，制冷系统能耗跃升40%。此类指标虽非直接能耗参数，但通过业务活动强度间接调控设备启停，具备显著的干预价值。

环境因素表现为非线性调节变量。温湿度对空调能耗的影响存在临界点：当室外温度 $>28^\circ\text{C}$ 时，每升高 1°C 导致制冷电耗增加8%；但对诊断设备（如检验科生化分析仪），温湿度波动仅通过空调间接影响能耗，关联度衰减至0.4以下。光照强度对照明能耗的调控作用受制于医疗行为刚性，如手术室、ICU等24小时运行区域几乎无关联（ $R^2<0.1$ ），而行政办公区则呈现显著节律性（早晚峰值关联度0.75）。

四、结论

本文针对医疗机构能源管理的现实痛点与理论空白，构建了“四级能耗计量体系+科室级能耗模型”的精细化解决方案，形成了具有行业适配性的能源管理理论框架。研究突破传统工业场景的连续性生产假设，创新建立“院区—楼栋—楼层—科室”四级数据采集架构，通过动态适配医院间歇性用能特性与多业务单元协同模式，实现了能耗数据从宏观总量到微观责任主体的全维度解析。体系设计融合物联网技术与医疗场景特征，开发设备级与插座级双轨采集方案，结合LSTM数据补全算法，有效解决了医疗设备间歇运行导致的计量断点问题。

在模型构建层面，提出“设备—科室—业务”三维关联分析范式，突破传统建筑能效模型“重空间划分、轻业务关联”的局限。通过整合设备运行参数、科室业务指标与环境因素，建立了兼具机理驱动与数据驱动特性的复合预测模型，实现了能耗基准线测定、驱动因素解析与动态成本分摊三大管理目标。特别引入设备利用率、业务量权重系数等创新指标，使能耗分摊机制与临床活动强度形成量化关联，为破解“能耗成本与业务绩效脱钩”难题提供了有效工具。

三、科室能耗精细化模型架构研究

（一）模型总体架构

科室能耗模型需突破传统建筑能效模型“重空间划分，轻业务关联”的局限，建立“设备—科室—业务”三维关联的分析范式。本研究以四级计量体系采集的实时数据为基础，构建融合设备运行参数与科室业务特征的复合预测模型，实

中医医院后勤人才文化素养培植路径探索与实践

■ 文 / 成都中医药大学附属医院 李莉 肖鹰 伍文彬

为探索中医医院后勤人才中医药文化素养的有效培植路径，填补当前后勤文化建设的研究空白，推动后勤部门从“技术支撑”升级为“文化传播枢纽”，研究采用文献研究法、问卷调查法、实地调研法、德尔菲法及案例研究法，以成都中医药大学附属医院为实践医院，构建了“文化浸润—认知深化—实践融合”全链条培植

引言

中医药是我国独特的卫生资源，更是璀璨的文化瑰宝。传承其文化根脉、创新其时代内涵，既是让中医药焕发蓬勃活力的关键路径，也是彰显中华文化自信的核心命题。《“健康中国2030”规划纲要》等政策，为中医药事业发展指明了方向，也凸显了中医药文化在增进民众健康、增强文化自信中的核心价值。中医医院是中医药服务的核心阵地，兼具疾病诊疗与文化传播传播功能，其文化氛围与服务品质直接影响患者对中医药的认知、认同与信任。

体系，并整合现代管理理论与教育心理学原理设计实施方案。结果显示，该路径显著提升了后勤人员的中医药文化认知水平，促进了文化理念与服务实践的融合。系统化的文化素养培植路径可有效提升中医医院后勤服务的文化内涵，为中医药文化传承及医院高质量发展提供坚实保障，具有较强的可复制性与推广价值。

后勤保障部门是中医医院运行的重要支撑，是中医药文化的“活载体”之一，其文化素养关系着医院文化传承的完整性与患者的文化认同度。因此，探索后勤人才文化素养培植的可复制路径，推动后勤部门从“技术支撑”升级为“文化传播枢纽”，对填补相关领域研究空白、丰富中医药传承理论、提升医院服务品质及推动中医药事业高质量发展至关重要。

一、研究背景与方法

（一）研究背景

中医药文化的核心价值体系包括“天人合一”的整体观、“阴阳平衡”的辩证观、“治未病”的预防观等。这些理念不仅指导着中医诊疗实践，也为医院管理提供了独特的思维方式和价值取向。中医医院作为中医药文化传承的核心载体，其服务质量与文化氛围直接影响患者对中医药的认知与信任。然而，后勤保障体系作为中医医院运行的“隐形支撑”，对其人才队伍的文化素养和水平的重视程度存在一定的差距。

当前，中医医院后勤人才队伍普遍呈现“重技术、轻文化”的特征：一方面，后勤岗位多以技术操作能力为选拔与考核核心，文化素养未被纳入核心能力框架；另一方面，后勤人员普遍存在学历层次偏低、中医药文化知识

储备不足、服务理念与中医“大医精诚”精神脱节等问题，导致后勤服务与医院整体文化氛围割裂。例如，部分后勤人员对中医药文化符号缺乏基本认知，在环境布置、患者引导等场景中难以传递中医文化内涵；部分人员服务态度生硬，与中医“仁心仁术”的服务理念存在偏差。

在此背景下，如何通过系统化的文化素养培植路径，提升后勤人才对中医药文化的理解与践行能力，使其成为中医医院文化传承的“隐性传播者”，是推动中医医院高质量发展的重要课题。

（二）研究方法

文献研究法、问卷调查法、实地调研法、德尔菲法、案例研究法。

二、中医医院后勤人才中医药文化素养现状调查与分析

调查选取成都中医药大学附属医院不同层次的后勤人员作为调查对象，涵盖了设备维护、物资管理、环境服务等多个后勤岗位。结合中医药文化理论与医院后勤管理理论界定的“中医医院后勤人才文化素养”的内涵，从多个层面进行现状调查与影响因素分析。调查采用问卷调查的方式，共发放问卷150份，回收有效问卷135份，有效回收率为90%，该回收率能够较好地反映调查群体的实际情况。同时，为了弥补问卷调查在深度信息获取上的不足，还辅以了对部分后勤管理者、一线人员的非正式访谈，以进一步验证和丰富调查数据。结果显示，医院后勤人才的中医药文化素养有待加强。

（一）中医药文化整体认知有待深化

多数后勤人员对“望闻问切”“中药”等基础内容仅停留在初步知晓层面，对中医经典著作、核心理论及特色知识知之甚少。超半数人员难以准确领会医院内中药标本等文化符号的内涵，无法在工作中有效传递中医药文化。

（二）服务理念与中医精神融合有待加强

后勤人员的服务理念与中医“大医精诚”“仁心仁术”的核心精神存在差距。部分人员

将后勤工作简单归为技术操作与事务性任务的完成，忽视了服务本身的文化属性与人文关怀；与患者接触时主动服务意识淡薄，未能将中医服务理念融入日常工作场景，致使患者的就医文化体验大打折扣。

（三）职业伦理意识与行为规范有待强化

多数后勤人员能恪守基本职业操守，但职业伦理意识仍需提升。少数人工作敷衍塞责、责任心薄弱，存在设备维护粗疏、物资管理疏漏等问题。部分人员言谈举止不够规范得体，与中医医院严谨庄重的文化氛围不相契合。

（四）文化学习氛围与团队凝聚力有待提升

后勤部门中医药文化学习氛围较为淡薄，既无系统的学习组织体系，也缺乏有效的激励机制，多数员工缺乏主动学习的动力，亦无便捷的学习途径。由于缺乏共同的文化认知与价值认同，团队凝聚力较为薄弱，协作配合不够默契，工作中有时未能遵循中医整体论的核心理念，导致后勤保障综合效率不高，文化传递也不够一致。

三、中医医院后勤人才中医药文化素养培植路径的探索与实践

（一）基于中医文化传承的路径

中医文化中的整体观为后勤人才素养培植提供了核心价值指引。“大医精诚”所蕴含的精益求精、责任担当精神，要求后勤人员在设备维护、物资调配等工作中秉持严谨态度；“天人合一”思想则引导后勤工作从医院整体运行视角出发，实现各环节协同联动。

为将文化理念转化为实践动能，需构建“文化浸润—认知深化—实践融合”的全链条培植体系。在文化浸润层面，通过在办公区域悬挂《大医精诚》语录、设置中药标本展示区等环境布置，营造沉浸式文化氛围；开设中医文化专题讲座，邀请中医药学者解读经典著作与养生智慧，增强后勤人员的文化认同感。认知深化环节依托“基础普及层—专业深化层—

实践融合层”三位一体的分层培训体系：基础层以短视频、漫画等形式普及中医药基本概念，配套《中医医院后勤人员中医药文化手册》辅助学习；专业层通过专家沙龙解析“治未病”理念与设备预防性维护的关联等实践应用；实践层组织中药种植基地参观、针灸推拿观摩等活动，让后勤人员在体验中理解文化内涵。同时，建立积分激励机制，将培训参与度与绩效考核挂钩，激发学习主动性。

在服务实践中，推动文化理念向工作场景渗透。例如，环境服务人员在布置候诊区时，融入中医养生挂图与药草香薰；物资管理人员在发放中药耗材时，主动讲解药材功效，使后勤服务成为中医药文化传播的隐形载体。

（二）结合现代管理理论的路径

现代管理理论为文化素养培植提供了科学方法论支撑，助力实现文化传承与管理效能的协同提升。

1.基于目标管理理论，构建三级目标体系

构建“医院战略—部门目标—个人任务”的三级目标体系，将中医药文化传承纳入后勤年度目标，分解为设备维护的“预防性养护率”、环境服务的“文化元素呈现度”等可量化指标，通过月度考核与绩效奖励挂钩，确保文化培植与业务工作同频推进。

2.依据激励理论，实施差异化激励策略

针对追求职业发展的人员，开设“后勤文化骨干培养计划”，提供管理培训与跨部门轮岗机会；对注重物质回报的群体，建立与文化服务绩效挂钩的薪酬体系，设立“中医药文化传播奖”；同时通过“服务明星”评选、家属开放日等活动给予精神激励，满足多元需求。

3.引入全面质量管理理论，建立质量管控体系

根据全面质量管理理论，建立全员参与的文化服务质量管控体系，制定《后勤文化服务标准手册》，规范设备巡检话术、患者引导礼仪等流程；通过“部门自查—交叉互查—院级督查”三级机制，对文化服务环节实时监控，运用PDCA循环持续优化，实现服务质量与文化传递的双重提升。

（三）借鉴教育心理学的路径

依托教育心理学原理，遵循成人学习规律设计培训体系，提升文化素养培植的科学性与实效性。

四、中医医院后勤人才中医药文化素养培植的成效评估

经过多年的实践证明，成都中医药大学附属医院将中医药文化素养作为后勤人才队伍建设的重要组成部分，不仅能为中医医院文化建设注入强劲动力，还能显著提升后勤服务与临床诊疗、患者需求的契合度，进而推动中医医院整体服务质量的提升，为传承和发展中医药事业筑牢后勤保障的文化根基。

1.遵循成人学习规律，制定个性化的学习方案

针对成人学习的自主性与实用性特点，采用案例教学法，选取后勤服务中文化传递的典型示例，如“如何用中医养生知识解答患者咨询”，引导参与者分组研讨并模拟实践，提升问题解决能力。搭建在线学习平台，上传中医基础课程、服务礼仪视频等资源，支持利用碎片化时间自主学习，满足个性化需求。

2.依据认知发展理论，构建循序渐进的课程体系

初级阶段聚焦中医药文化基础知识，通过“中医名词图解”“经典故事分享”等形式打好认知基础；中级阶段结合岗位场景解析文化应用，如物资管理人员学习中药储存“四气五味”的关联知识；高级阶段培养文化创新能力，鼓励提出“后勤服务中的文化创意方案”，如将节气养生知识融入环境布置。

3.运用动机激发原理，强化学习反馈与成果转化

设置明确的阶段性学习目标，如“3个月内掌握10种常见中药的功效”，通过定期测试、实操考核等方式及时反馈学习效果；建立“学习—实践”转化通道，要求学员在工作中每月完成2次文化服务实践（如向患者讲解医院文化标识），并记录心得体会，形成“理论学习—实践应用—反思提升”的闭环，推动文化素养从知识层面转化为行为自觉。

案例一：《以中医药文化与建筑融合驱动现代美丽中医院建设》

在习近平生态文明思想的指导下，该院坚持“人与自然和谐共生”的核心发展理念，将中医医院作为传承融合发展中医药文化的重要场所，深入挖掘中医药文化的精神内涵和时代价值，在满足现代医疗需求的基础上，从文化

溯源、场景构建、形象塑造三个维度与建筑结构、建筑环境相融合，在建筑外观、庭院建设、内部装饰、医院标识等方面加强环境文化建设，打造了“一院五区”具有中医医院文化特色的环境空间，通过文化的外化视觉呈现，直观地传达文化自信，一草一木皆药香，一花一石都讲出了中医药文化故事，同时联动街区资源，展示软实力优势新风貌，向公众传播中医药的知识和理念。这不仅满足了中医独特的建筑功能需求，还丰富了医护患的精神内核，增进患者对中医的认知和认同，不断提高患者就医体验和满意度，建设了一个符合现代化有特色的美丽中医医院。这一创新做法打造了具有特色的中医药文化新地标，为中医药文化传承与创新树立了典范，形成了可复制可推广的经验。该项成果获国家卫生健康委人口文化发展中心“2024年‘美丽医院’建设优秀案例”表彰。

案例二：《医院后勤“守护式安全管理”体系建设研究与创新实践》

为确保医院的安全和稳定运行，提高医院的整体运营效率和安全水平，持续提供安全、高效和可靠的医疗环境，该院以制度标准流程为核心，以信息化技术为抓手，以管理参与为内驱，搭建全系统的安全体系架构、实施全周期的安全管控动作、覆盖全领域的安全管理范围为一体的“守护式安全管理”新模式，充分发挥安全新模式的效能；在这一过程中，中医医院后勤人才文化素养的培植成为体系高效运

转的重要支撑—通过将“治未病”理念融入安全管理思维，后勤团队在事前预防环节更注重风险的早期研判与规避。该研究与实践实现了医院全系统、全周期、全领域的守护式安全管理，其全系统安全体系的构建是提高医院安全管理水平的关键，是后勤人才对中医“整体观”的文化认同，是全周期安全管控是医院后勤安全管理持续性和有效性的保障，通过事前预防、事中监控、事后改进等环节，便于及时发现和解决安全问题，防范事故的发生；全领域安全管理是医院后勤安全管理的必然要求，通过人员管理、物资管理、设备管理、环境管理等方面的全面覆盖，确保医院后勤安全管理的全面性和有效性。

守护式安全管理注重医院全员参与及持续迭代优化，中医医院后勤人才文化素养的持续培植正是这一过程的核心动力，更是推动安全管理从“被动执行”向“主动守护”转变的关键。该模式致力于保护人员、资产和环境的安全，降低安全风险和事故发生的概率，保障医院持续运营的可靠性和稳定性，守护人民健康，提升医院医疗服务质量和公众信任力。2024年获得国家及四川省医疗后勤行业的一致认可，并做了全面推广；2025年分管副院长作为受邀嘉宾，围绕“医院安全建设与管理·院长说安全”主题进行线上授课，其间共有5409人线上听课，课程获超4万点赞，受到行业广泛关注，进一步提高了该院在行业的影响力。

五、结语

中医医院后勤人才中医药文化素养的培植是一项兼具理论价值与实践意义的系统工程，其核心在于以中医文化为灵魂，将传统智慧与现代管理、教育理念深度融合，实现后勤服务从“功能保障”向“文化传递”的进阶。成都中医药大学附属医院的三年实践充分证明，通过构建“文化浸润—认知深化—实践融合”的

全链条体系，结合目标管理、差异化激励与全面质量管控等科学方法，以及遵循成人学习规律的个性化培养路径，能够有效提升后勤人员的中医药文化认知、服务理念与职业素养，进而推动医院整体服务质量与文化氛围的提升。

医院后勤运行风险防范与质量问题“双归零”体系构建探索

■ 文 / 德阳市人民医院 李大为

针对传统医院后勤管理存在的风险频发、质量提升困难等问题，将航天“双归零”理念引入医院后勤管理，构建系统性管理体系，以提升后勤服务质量与运行安全性。研究采用融合系统论、精益管理及可靠性工程理论，构建“风险防范归零”与“质量问题归零”双维度的“三维九步”闭环框架。综合运用FMEA、HAZOP等专业分析工具，结合智慧后勤平台数据驱动技术，实现风险全周期预控和质量问题双维度根治，并通过组织制度保障、技术赋能、文化培育等措施确保体系长效运行。实践验证显示，实施“双归零”体系后，设备故障率下降41.4%，安全事故清零，高风险项整改及时率提升55.6%；服

务投诉量减少64.3%，临床科室满意度提高24.4%，设备维修成本降低42.2%，多项关键指标显著优化。研究创新性地将航天“双归零”理念与医院后勤管理相结合，填补了后勤全领域风险与质量问题整合研究的理论空白，提供了可落地的精细化管理方案，有效提升了医院后勤管理效能。未来计划推动“双归零”体系与人工智能深度融合，在设备管理、行业标准制定、外包服务管理等方面进一步优化，为医院后勤高质量发展提供更强保障。

引言

（一）研究背景与意义

德阳市人民医院作为区域医疗中心，承担着大量的医疗救治任务，其后勤管理的重要性不言而喻。医院后勤服务保障科涵盖设备运维、物资保障、安全防控等多领域，其运行质量直接影响医疗服务连续性与患者安全。《中国医院后勤发展报告（2024）》显示，全国三级医院年均后勤相关投诉占比达18.7%，设备突发故障导致的诊疗延误事件年增长率为9.3%。在传统管理模式下，德阳市人民医院同样存在碎片化应对问题，诸如配电系统隐患、物资安全隐患、环境安全隐患、多院区管理协同不足等潜在风险长期存在，给医院运行带来极大安全隐患。这种“头痛医头，脚痛医脚”的碎片化应对方式，使得同类风险与质量问题反复出现，严重制约医院高质量发展。“双归零”理念源自航天工程质量事故处置的成功经验，其强调的系统性、彻底性和预防性，与医院后勤管理需求高度契合。将“双归零”理念引入医院后勤管理，构建风险防范与质量问题解决体系，不仅能够填补医院后勤系统

性风险防控的理论与实践空白，还能通过流程优化与管理创新，实现后勤管理效能的全面提升，为医院高质量发展筑牢坚实的后勤保障根基。

（二）国内外研究现状

在医院后勤管理研究领域，国外发达国家起步早且成果显著，如美国JCAHO将风险预控体系纳入医院评审标准，英国NHS推行全生命周期管理，日本强调“精益化”与“人性化”结合，为后勤风险管理提供了成熟经验。国内研究虽逐步深入，但存在多聚焦单一领域、缺乏全领域风险与质量问题整合性研究及协同机制构建，部门间协同机制不足、信息壁垒高，理论与实践结合存在短板，尤其缺乏适配区域性医院个性化需求的解决方案等明显不足。研究以德阳市人民医院为对象，首次将航天“双归零”理念全面引入医院后勤管理全领域，构建整合性体系与“三维九步”闭环框架，既填补了后勤全领域风险与质量问题协同管理的理论空白，又通过实践验证为区域性医院提供了可落地的精细化管理方案，对推动我国医院后勤管理理论与实践发展具有重要创新价值。

一、医院后勤“双归零”体系的理论基础与框架设计

（一）“双归零”的理论溯源与内涵界定

“双归零”源于航天工程质量事故处置，在德阳市人民医院后勤服务保障科的管理场景中，演化为“风险防范归零”与“质量问题归零”。风险防范归零通过“识别—评估—控制—验证”闭环，实现主动预控；质量问题归零以已发问题为切入点，从技术与管理双维度整改，杜绝问题复发。

（二）体系构建的理论支撑

系统论强调要素关联分析，精益管理追求消除浪费，可靠性工程理论提供量化评估依据，三者共同为德阳市人民医院后勤“双归零”体系构建奠定理论基础。后勤服务保障科的工作涉及众多要素，运用系统论可分析各要素间的关联，如设备故障与人员操作、物资供应之间的关系；精益管理可帮助优化物资配送流程，减少浪费；可靠性工程理论能为设备维护提供科学依据，确保设备可靠运行。

二、“双归零”体系的实施路径与关键技术

（一）风险防范归零：全周期预控机制

1. 多维度风险识别：工具组合应用

采用FMEA、HAZOP等工具，结合智慧后勤平台数据采集进行风险识别。以手术室净化系统为例，运用FMEA对32个失效模式评分，确定高效过滤器堵塞为高风险项；通过HAZOP分析医用气体供应流程，识别压力传感器失灵风险。同时，利用历史运行数据建立设备故障预测模型，提前预警设备老化等风险。在实际操作中，后勤团队组建了专业的评估小组，成员包括设备工程师、临床科室代表以及质量管理人员，共同对各系统进行细致分析。

2. 数据驱动的风险识别

借助智慧后勤平台，对医院近3年设备运行数据进行全面采集，涵盖设备启停时间、运行时长、故障代码、维修记录等详细信息。利用机器学习算法，如随机森林算法或长短期记忆网络（LSTM）算法，对采集到的数据进行深入分析。通过该模型，提前8个月预测到12台空调机组压缩机存在老化隐患，及时安排维修，有效避免了夏季高温期间的停机事故。

3. 分级分类管控策略

建立《后勤风险矩阵》，按风险发生概率（P）

（三）体系框架与运行机制

基于PDCA循环与航天双归零标准，构建“三维九步”闭环框架，涵盖风险防范归零的风险识别、评估、措施制定等环节，质量问题归零的问题定位、原因分析等步骤，以及组织、制度、技术支撑体系，详见图1。

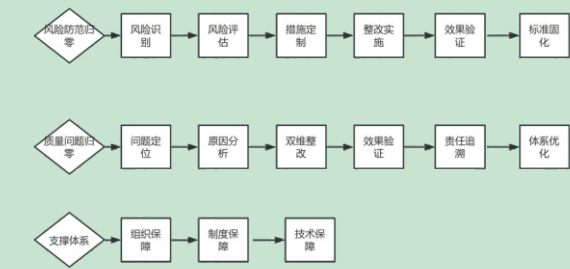


图1 构建医院后勤“三维九步”闭环框架

与影响程度（I）将风险分为高、中、低三类，并制定对应管控措施，详见表1（表1略）。例如高风险的洗衣房设备布局不合理，重新规划动线；低风险의 办公区照明亮度不足，纳入季度改造计划。严格按照风险矩阵执行，对高风险设备安排专人负责，实时监控设备状态，确保及时处理潜在问题。

4. 智能预警与验证体系

搭建“三级预警”系统，黄色预警推送巡检任务，橙色预警启动应急预案，红色预警同步上报。制定《风险防控效果验证表》，从风险消除、措施落实、数据指标改善等维度进行验证。当医院的某台重要医疗设备温度接近阈值时，智慧后勤平台自动触发黄色预警，向设备责任人推送包含巡检时间、重点检查项目等详细信息的巡检任务；若温度触发阈值，系统立即启动橙色预警，通知中层管理者，并通过短信、APP推送等多种方式提醒相关人员采取应急措施；一旦发生设备停机等实际风险事件，系统即刻发出红色预警，同步上报院领导及应急指挥部，同时自动调取应急预案，清晰显示处置流程和责任分工。

（二）质量问题归零：双维度根治机制

1.15Why—鱼骨图联合分析法

以“手术室空调突发故障”为例，通过5Why分析逐步追溯问题根源，再利用鱼骨图定位技术、管理等层面根本原因，形成《问题根源分析报告》（表2略）。

2.“技术+管理”双轨整改

针对分析出的根源问题，从技术和管理层面制定整改措施。如除颤仪故障整改中，技术上配备双电池充电系统、加装电量监测模块；管理上修订设

备管理规范、建立问责机制。同时制定《整改任务分解表》，明确责任人和时间节点。在整改过程中，与设备供应商密切合作，及时采购和安装双电池充电系统和电量监测模块；组织相关人员重新修订设备管理规范，明确各岗位职责，确保类似问题不再发生。

3.闭环验证与知识沉淀

设计《归零验证清单》，包含技术、管理、人员等方面验证内容。验证通过后，将案例录入《后勤归零知识库》，形成标准化整改模板，便于后续同类问题快速解决。

三 支撑体系建设与长效机制

（一）组织与制度保障

成立“双归零”管理委员会，后勤服务保障科作为重要执行部门，下设风险评估组、问题整改组、监督验证组。制定《后勤双归零管理办法》，明确触发条件、时间节点、考核机制等内容。在实际工作中，各小组分工明确，风险评估组定期对后勤各领域进行风险排查；问题整改组负责落实具体的整改任务；监督验证组对整改过程和结果进行严格监督，确保“双归零”工作有效推进。

（二）技术赋能与数字化转型

构建信息化平台，集成后勤系统数据，建立风险知识库，包含风险预警、问题追溯、整改追踪等模块，并在多个高风险领域实现闭环管理。德阳市人民医院后勤服务保障科依托该平台，实现了对后

勤设备、物资等的实时监控和管理。例如，在中央空调系统管理中，通过平台实时监测设备运行状态，提前发现潜在故障并及时处理；在物资管理方面，实现了库存的精准控制和智能配送，提高了物资管理效率。

（三）文化培育与能力建设

开展“三化”培训工程，编制《归零操作手册》，组织沙盘演练；发布《归零优秀案例集》；设置“归零管理师”职业资格认证，提升员工能力与认知。后勤服务保障科定期组织员工参加培训和演练，通过实际案例教学，让员工深入理解“双归零”理念和操作方法。同时，鼓励员工积极参与“归零管理师”认证，提高专业技能和管理水平，营造全员参与后勤管理创新的良好氛围。

四 实证研究与成效分析

（一）研究设计与方法

采用“前—后”对照研究，对比实施“双归零”体系前后设备故障率、投诉率等12项指标。收集2022年（实施前）和2024年（实施后）后勤管理相关数据（表3略），运用统计学方法进行分析，评估“双归零”体系的实施效果。

（二）实施成效与数据对比

实施“双归零”体系后，德阳市人民医院设备故障率下降41.4%，安全事故次数为0，高风险项整改及时率提升55.6%；服务投诉量下降64.3%，临床科室满意度提升24.4%，应急响应时间缩短，达标率大幅提高；同时节约设备维修成本，创造间接医疗收入，智慧平台投入产出比良好（表4略）。这些数据充分表明，“双归零”体系在德阳市人民医院后

勤管理中取得了显著成效，有效提升了后勤服务质量和运行安全性。

（三）典型案例分析

通过技术改造和管理措施的实施，德阳市人民医院对食堂原材料采购进行管控，食材采购管理水平得到显著提升。在实施“双归零”措施后的一年内，食堂食源性疾病发生率降为0，从实际结果上验证了防控措施对保障食品安全的有效性。减少了因温度问题造成的食材浪费，降低了运营成本。通过患者和员工满意度调查显示，对食堂食品安全的满意度从整改前的64.3%提升至71.6%。这表明，此次食品安全风险归零行动不仅保障了患者和员工的饮食安全，还极大地提升了食堂的服务质量和口碑。整改后食源性疾病零发生，食堂满意度显著提升。

五 挑战与对策建议

（一）实施过程中的主要挑战

在德阳市人民医院后勤“双归零”体系实施过程中，存在部门协同壁垒、人员认知偏差、技术适配难题等问题。例如，后勤与临床部门数据不通，导致信息共享不及时；部分员工对“归零”理念理解不深，存在抵触情绪；老旧设备智能化改造困难，影响智慧平台的应用效果。

（二）针对性对策

为解决上述问题，构建协同机制，建立联合归零小组，加强部门间沟通与协作，实现数据共享；强化理念传导，开展主题宣讲活动，将归零与员工职业发展相结合，提高员工参与度；分阶段推进设备智能化改造，制定详细的升级路线图，逐步解决技术适配难题。

六 结论与展望

（一）研究结论

研究以德阳市人民医院后勤服务保障科为实践载体，深度融合航天“双归零”理念与医院后勤管理场景，创新性构建了具有系统性、可操作性的“双归零”管理体系。在理论层面，首次将“风险防范归零”与“质量问题归零”双维度整合，结合系统论、精益管理及可靠性工程理论，完善了医院后勤管理的理论框架，填补了后勤全领域风险与质量问题整合研究的空白。

在实践应用中，该体系通过“三维九步”闭环框架落地实施，运用FMEA、HAZOP等专业工具与智慧后勤平台数据驱动技术，成功解决了德阳市人民医院后勤管理中的诸多难题。经“前—后”对照研究验证，实施“双归零”体系后，医院设备故障率显著下降41.4%，安全事故实现清零，高风险项整改及时率提升55.6%；服务投诉量减少64.3%，临床科室满意度提高24.4%，物资配送及时率、报修处理完成率等关键指标均大幅优化，同时实现设备维修成本降低42.2%，切实提升了后勤服务质量与运行安全性，显著增强了医院后勤管理效能。

（二）未来展望

未来，“双归零”体系将与人工智能深度融合。设备管理上，结合数字孪生与深度学习，精准预测故障，升级风险预控能力；行业标准制定中，以体系实践为基础，利用AI提炼标准化流程，实现标准动态更新；在外包服务管理方面，借助智能技术搭建全流程监控网，融入“双归零”理念，及时发现并解决问题，辅助筛选优质服务商。通过持续创新完善，“双归零”体系将为医院后勤高质量发展提供更强保障。



基于“岗位分类和KPI”构建PIVAS绩效考核体系

■ 文 / 成都市第五人民医院 张梨 周后凤 范玉婷 赵玉林 郭远新

为探讨岗位分类和关键绩效指标法（KPI）在静脉用药调配中心药学服务和绩效评估中的应用，研究者基于任职条件和岗位价值分级并确定绩效价值系数，采用KPI法设定考核指标，并以调配效率、准点出科率、差错发生率、投诉发生率、员工与临床满意度等指标进行绩效改革实施后的效果评价。结果显示，每月人均单位时间调配得分由 1.71 ± 0.35 分/h提升至 1.82 ± 0.37 分/h（ $P<0.05$ ），平均提升了6.83%；早高峰时段第一批次准点出科率从54.40%提升至80.66%，第二批次从68.68%提升至92.27%，差异均具有统计学意义；差错发生率从4.08%降低至2.80，投诉发生率从5.33%降低至2.22，差异均具有统计学意义；临床满意度从49.14%提升至76.57%；员工满意度从53.97%提升至76.19%。绩效方案改革实施，有利于激励人员积极性，提高静脉用药集中调配服务效率与质量，为进一步深化绩效管理、推动高质量发展提供了有力支撑。

静脉用药集中调配工作模式在提高成品输液质量、防范职业暴露、促进合理用药等方面具有显著作用，是我国静脉用药调配发展的必然趋势。静脉用药调配中心（Pharmacy Intravenous Admixture Service, 简写PIVAS）简称“静配中心”是提供静脉用药集中调配专业技术服务的部门，近年来在国内得到了迅速发展，2000余家PIVAS投入运营，但规模不一，发展方向及工作模式各有差异。在PIVAS实际运行过程中，人员构成复杂，工作流程环节多，岗位价值差异大，如何以绩效考核为抓手，调动员工积极性，创造和谐氛围，提高服务效率与质量，保障患者输液安全，支持PIVAS长期健康发展，仍是亟待解决的问题。成都市第五人民医院PIVAS在管理实践中不断优化改进绩效考核体系，将岗位分类和关键绩效指标法两种方法结合起来，广泛采纳部门员工建议，共建PIVAS绩效考核评价体系，并取得了一定成效。

一、资料与方法

（一）构建绩效管理团队

成都市第五人民医院PIVAS由药学部门统一管理，所有人员均具有药学专业技术职务任职资格，为独立绩效核算单元。在科室绩效管理小组下成立PIVAS绩效管理团队，团队由科主任、质控组负责人、PIVAS负责人、PIVAS各岗位层级代表和医院运营助理人员组成。PIVAS负责全院35个

临床科室静脉输液集中调配工作，包括普通药品、抗生素药品、危害药品和肠外营养液调配。除PIVAS负责人由科室考核外，其余PIVAS药师均为绩效考核对象。

（二）确立绩效考核评价指标体系

以任职条件、岗位价值为标准，参考文献研究，采用专家访谈、问卷调查法，经科室绩效管理小组和PIVAS绩效管理团队讨论，确定岗位分级及相应绩效价值系数标准（见表1）。在医院运营管理部门指导下拟定相应岗位说明书，主要包含岗位信息、岗位目的、岗位内容、任职资格、考核办法等内容，为绩效评价体系的构建与应用奠定了基础。在医院绩效管理总体指导下，确定一级指标及相应权重系数。采用文献调研及“头脑风暴法”列出绩效考核指标KPI，基于部门共建理念，使用问卷调查法向PIVAS全体药师发起投票，以通过率 $\geq 60\%$ 为基准，最终确立工作量和和工作质量项下绩效评价指标及相应分值。该指标体系基本涵盖了PIVAS基础工作、环境监测、药品耗材管理及药学服务各个层次（见表2），用以考核评定员工月度绩效奖励。

表1 岗位分级及对应绩效价值系数标准和岗位职责

岗位层级	绩效价值系数	岗位职责
一级	1.125	审方、调配（30%四级岗调配时间）、成品输液复核、处方点评、临床调研、用药咨询与指导、输液相关不良事件处置、科研、教学
二级	1.00	审方、贴签、摆药、摆核、调配（50%四级岗调配时间）、成品输液复核、药品耗材管理、临床沟通、教学
三级	0.80	贴签、摆药、摆核、调配（80%四级岗调配时间）、成品输液复核、环境监测管理
四级	0.70	贴签、摆药、摆核、调配、分科包装

表2 PIVAS 绩效考核评价标准

一级指标	权重	二级指标	三级指标及分值
1.基础绩效	25%	1.1 职称	根据专业技术岗位职称设定系数。
		1.2 工龄	按每年0.01累加计算。
		1.3 学历	根据学历情况设置不同系数。
2.工作量	35%	2.1 贴签、摆药、摆核	单日工作量积分1分。
		2.2 调配	普通药品、抗生素药品、危害药品和肠外营养液系数每组分别为0.01分、0.03分、0.20分和0.35分。
		2.3 成品输液复核	单日工作量积分3分。
		3.1 劳动纪律	①无故迟到、早退或溜岗、离岗 ≤ 5 min，每次扣0.2分；②6~15min每次扣0.5分；③15~30min每次扣1分；④30~60min每次扣2分；⑤60~120min，按旷工半天处理；⑥120min以上的，按旷工一天处理。
		3.2 差错管理	①内差由本人发现并主动登记者不扣分；蓄意隐瞒不报且不登记，扣0.5分；②出现差错，由下环节人员发现并及时拦截差错并主动登记，对发现人员奖励0.2分（上限不超过3分），发生差错人员扣0.1分；③发生外差扣1~10分/次。
3.工作质量	30%	3.3 操作规程执行情况	①未履行审方职责，产生不合理用药每次扣5分；②其余流程环节，如防护穿戴、卫生、医嘱提取、贴签、摆药、摆核、调配、成品输液复核、分科包装、清场清洁消毒，未执行标准操作规程，每次扣0.2分。
		3.4 临床沟通	①回复临床问题不及时每次扣0.2分；②回复不清或态度恶劣，引起投诉每次扣1~3分。
		3.5 药耗管理	①药品及耗材盘点每次1分；②责任区内发生过期失效药品或耗材，每次扣20分；③离失效期在一个月且未下架（未报组内），每次扣5分；④近效期药品未按要求进行登记、标识每次扣3分；⑤月盘点错误，每个品规扣0.5分；超过5品规，扣5分。
		3.6 环境管理	①负责沉降菌、物表和手卫生监测每次加2分；②协助人员每次加1分。
		3.7 组内贡献	对流程优化管理等提出合理化建议，被采纳每次加0.5分。
4.综合评价	10%	从执行力、服从度和效率三个维度评价	

（三）确定绩效奖励计算方法

细胞毒类药品调配穿戴防护、无菌调配操作技术要求及对人体的危害程度均高于其他类药品。单独设立危害药品调配专项激励绩效，即调配进仓每次60元，可分配绩效金额=总绩效金额-60 $\times$ 总进仓次数。个人承担的危害药品调配单项绩效金额=60 $\times$ 总进仓次数/总人数。

PIVAS绩效奖励中25%为基础绩效，35%为工作量绩效，30%为工作质量绩效，10%为综合评价。基础绩效包括职称、工龄和学历，以相应的分值计算；综合评价满分为100分，由PIVAS负责人对组内人员从工作执行力、服从度和效率这几个方面进行评分。工作量部分主要包括日常的贴签摆药核对量、调配工作量（普通药品、抗生素药品、危害药品及肠外营养液类）、成品输液复核量等。相应岗位工作量积分=单日工作量积分 $\times$ 岗位天数。为标化调配工作量，根据调配难度、耗费时间和调配风险，分别赋予各类药品不同的调配系数。工作质量部分，设立基础分值为30分，考核内容包括劳动纪律、差错管理、操作规程执行情况、临床沟通、药耗管理、环境管理、组内贡献。工作质量得分=质量基础分数（30）+加分-扣分。

（四）绩效考核效果评价

选取绩效方案改革实施前（2024年1~6月）和实施后（2025年1~6月）的调配效率、准点出科率、差错和投诉、员工满意度及临床满意度为效果评价指标。满意度采用李克特量表（Likert scale）5级评分法，按“非常满意、较满意、一般、不满意、非常不满意”分别赋值为“5、4、3、2、1”。满意度=（非常满意人数+较满意人数）/总人数 $\times 100\%$ 。

（五）统计分析

应用SPSS 26.0软件进行统计学处理，计量资料用 $\bar{X}\pm s$ 描述，行t检验；计数资料用百分比描述，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

（一）调配效率

人均日调配量显著影响PIVAS的运营成本，而调配的药品种类、数量、溶解性、非整支用量等因素，均会影响PIVAS药师的调配速度。对于运行稳定的PIVAS来说，工作总量是相对固定的，仅使用日调配量并不能体现工作效率。为了客观计算工作人员的调配效率，一方面，对不同药品赋予相应调配系数、统筹调配得分，采用PIVAS智能系统辅助工作量计算；另一方面，根据PIVAS调配药品的具体品规、数量情况，合理分配各调配岗优先完成相应品规调配，同时人员则采取同岗位层级轮转排班模式兼顾公平性。采用单位时间PIVAS药品调配得分来评估实施绩效改革前后人员的工作效率，每月单位时间调配得分=调配工作量积分/调配时间。方案改革前后，每月人均单位时间调配得分由 1.71 ± 0.35 分/h提升至 1.82 ± 0.37 分/h（ $t=6.557$ ， $P<0.05$ ），平均提升了6.83%，减少了PIVAS工作人员编制1人，如图1。

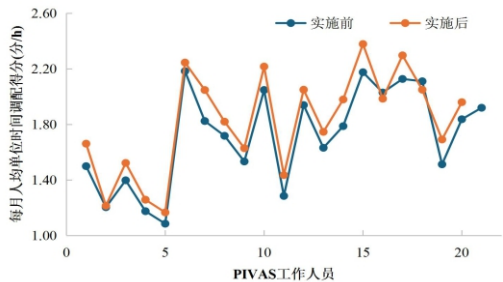


图1 绩效改革前后单位时间人均调配得分

（二）准点出科率

PIVAS调配工作集中在早上，每天60%以上的成品输液需要在8:00左右送往临床使用，人力资源分配问题在早高峰时段表现尤为突出。为保障临床用药的及时性，该院规定早上两个批次出科的时间节点为7:40和8:30，并按要求逐日、逐批次登记。统计绩效考核前后每日各批次出科时间，准点出科率（%）=准点出科天数/总天数。经过绩效考核方案改革，早上第一批次的准点出科率从54.40%提升至80.66%（ $\chi^2=28.539$ ， $P<0.05$ ）；第二批次从68.68%提升至92.27%（ $\chi^2=32.081$ ， $P<0.05$ ）。通过优化绩效考核方

式，提高单位时间人员工作效率，提升PIVAS早上批次成品输液准点出科率，为临床满意度提升奠定基础。

表 3 绩效考核改革前后准点出科率

批次	早上第一批次		早上第二批次	
	准点天数	准点出科率（%）	准点天数	准点出科率（%）
实施前（n=182）	99	54.40	125	68.68
实施后（n=181）	146	80.66	167	92.27
<i>P</i> 值	<0.05		<0.05	

（三）差错和投诉

成品输液质量与PIVAS的日常管理水平直接相关，加强日常管理对PIVAS的安全、平稳运行至关重要。经过绩效方案的改革，内部和出门差错事件数量由164件下降至112件，发生率由4.08降低至2.80，有显著性差异（ $\chi^2=9.641$ ， $P<0.05$ ）；因差错、态度等问题导致的病区投诉事件由214件下降至89件，发生率显著降低（ $\chi^2=51.202$ ， $P<0.05$ ），结果见表4。随着工作质量的提升，临床总体满意度提升，平均满意度由49.14%提升至76.57%，结果见表5。绩效方案改革实施，优化人力资源配置，强化内部质量管控及外部沟通协作，支持PIVAS可持续良性发展。

表 4 绩效改革前后差错事件和病区投诉

事项	差错事件		病区投诉	
	数量（件）	发生率（‰）	数量（件）	发生率（‰）
实施前	164	4.08	214	5.33
实施后	112	2.80	89	2.22
<i>P</i> 值	<0.05		<0.05	

表 5 绩效改革前后临床满意度（n=105）

时间点	临床满意度项目（%）				平均满意度（%）
	配送准时	输液质量	问题回复	服务态度	
实施前	23.81	59.05	42.86	70.48	49.14
实施后	65.71	79.05	89.52	91.43	76.57

（四）员工满意度

静脉用药集中调配工作模式具有工作量大、环节多、时间紧、质量要求高的特点。PIVAS管理多因素分析结果证明，人是第一要素、是关键因素。客观、公正的绩效激励机制对调动人员积极性起到重要作用。绩效改革实施，通过竞聘上岗、打破“平均分配”，从工作环境、工作内容、薪酬福利、团队协作、职业发展等维度进行绩效改革实施前后满意度调研，结果显示（表6），员工对于现场环境管理、工作量分配合理性、内部沟通协作和个人专业技能提升等方面满意度均不同程度提升，平均满意度由53.97%提升至76.19%。

表 6 绩效改革前后员工满意度（n=21）

时间点	员工满意度项目（%）						平均满意度（%）
	现场环境管理	工作量分配合理性	薪酬与工作量匹配	内部沟通协作	外部协作配合	专业技能提升	
实施前	47.62	42.86	57.14	52.38	61.90	61.90	53.97
实施后	71.43	85.71	71.43	76.19	66.67	85.71	76.19

三、讨论

成都市第五人民医院作为成都市公立医院绩效改革试点单位，从2017年开始实施绩效改革，鼓励科室及部门探索绩效考核分配方案，在“按劳分配，多劳多得，优绩优酬”的分配原则下，建立适合部门发展的绩效考核分配体系，促进医院高质量发展。基于岗位分类与关键绩效指标融合的绩效考核体系用于PIVAS月度绩效分配，经过一年多的探索实践，很好地发挥了绩效正向激励与学科发展导向的作用。考虑到科研文章、专利、课题等创新项目的周期，将其纳入年度绩效激励考核，并依托于成都市临床药学重点专科建设另设创新项目激励奖励。

为临床提供优质可直接静脉输注的成品输液，是PIVAS药师基本工作职责，因此，工作质量和效率是PIVAS运行的第一“生命线”。KPI法通过内部沟通达成考核指标，进行契约式管理，每月进行反馈和公示，对于提升内部工作质量和效率起到积极促进作用，为目前绩效管理常用方法。但是，该方法存在一定局限性，如对照KPI评价绩效目标、任务达成情况，缺乏问题导向、未来导向，不利于引导员工关注自身成长，制约了PIVAS学科高质量发展；另外，对于岗位性质一致的工作，KPI比较容易确认绩效考核指标，但是对于工作差异化较大的岗位，往往难以形成科学的量化指标。药学岗位分类管理是合理配置药学人力资源，提升药学服务水平的重要举措。岗位分类（Job classification）首先要确定岗位等级，并对每一个等级进行详细定义。PIVAS工作流程复杂，岗位价值差异大，有必要从知识、技术与劳务价值进行层级划分。少有文献报道在PIVAS内部再次进行岗位分类，李江峰等将PIVAS药师分为3个层级，并认为静配药师岗位合理用药综合权重为50%□以促进医疗质量提升。充分发挥岗位价值的导向作用，以体现PIVAS服务技术价值，提供更加全方位的药学技术服务。成都市第五人民医院PIVAS结合人员构成情况和工作流程人员需求，围绕静脉输液合理用药的核心目标，将人员分为4级，根据KPI，实施分层考核，按照考评结果进行绩效奖励分配，对于促进个人职业成长，提升部门运营效率和质量，进行了积极探索。在绩效改革方案实施过程中，仍然需要根据阶段性目标及反馈问题不断进行完善，例如岗位分类的科学性评价，进一步优化绩效考核指标、建立更加全面的效果评估方法，促进PIVAS高效运营与药学服务质量的持续提升。

快 览

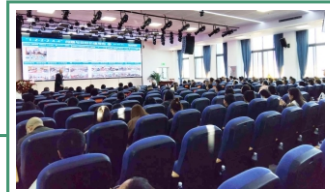


“县”在出发——公立医院高质量发展与管理学术会在德昌县顺利召开

2025年12月5—6日，为推进医院质量内涵与效率协同发展，破解医院管理与临床实践中的瓶颈问题，筑牢医疗质量安全底线，优化绩效运营管理，四川省医院协会“‘县’在出发——公立医院高质量发展与管理学术会”在德昌县顺利召开。

四川省医院协会副会长兼县级医院分会会长古翔儒，德昌县委、县卫健局、县人民医院相关负责人，以及来自攀西地区的市（州）、县级医院领导、管理干部等共100余人参加会议。

授课专家紧扣政策要求，聚焦医院管理实践中的难点堵点及县级医院发展面临的短板弱项开展专题讲座，内容既有可复制的成熟经验，也有切实可行的实践路径，为参会人员厘清了发展思路，更新了管理观念。



医院内部控制分会第一届常务理事会 2025年度第二次会议 暨第二次学术会议圆满召开

12月12日上午，四川省医院协会医院内部控制分会第一届常务理事会2025年度第二次会议暨第二次学术会议通过线上平台圆满召开，医院内部控制分会主任委员、副主任委员、秘书长、常务理事、各会员单位代表参会。

会上，分会会长王芳作2025年分会工作总结报告，提出2026年工作初步计划，并组织参会人员学习了党的二十届四中全会精神。会议特别邀请东北财经大学会计学院审计系教授、博士生导师，中国内部控制研究中心副主任，财政部全国会计领军人才唐大鹏教授作了专题学术分享。

学科引领 协同创新 四川省医院协会中医医院分会 召开第六次学术年会

12月13日，四川省医院协会中医医院分会召开第六次学术年会。本次会议主题为“学科引领 协同创新——共绘‘十五五’医院高质量发展新蓝图”，聚焦医院高质量发展、中医优势专科建设、中医药原创科研攻关与成果转化三大方向，搭建起校院及成员单位间交流互鉴、协同发展的合作平台。

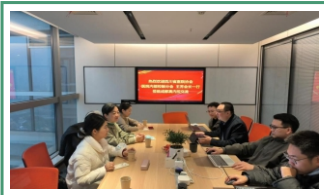
会议设置“医院管理与专科建设”“科研与转化”两个分会场，同步举办国自然申报专题理论与实操培训。来自成都中医药大学各附属医院、各附属医院医联体成员单位、四川省医院协会中医医院分会会员单位的近300名代表参会。

巴中市医疗机构药事管理与合理用药培训会召开

12月18—19日，由四川省医院协会主办，四川省医院协会药事管理专业委员会、巴中市药事管理质量控制中心、巴中市中心医院承办的“巴中市医疗机构药事管理与合理用药培训会”在巴中市召开。本次培训创新采用“党建+学术”双轨融合模式，同期同步举办“托管帮扶赋新能，学科共建助提升”主题党日。会上，多位省内外药理学专家分别从国考指标驱动合理用药、药学绩效考核体系建设、药学科门诊服务标准化实践、智慧药理学系统建设与应用等维度开展专题授课与经验分享，为巴中市药事管理工作的创新发展提供了务实可行的新思路。

四川省医院协会医疗康复管理分会第三届学术年会暨第一届常务理事会第三次会议召开

12月19—20日，四川省医院协会医疗康复管理分会第三届学术年会暨第一届常务理事会第三次会议在成都市召开。本次会议主题为“智慧赋能 创新驱动——续写全面全程全人康复新篇章”，设置1个主会场和5个分会场，分别围绕“智慧化医疗康复管理的创新发展”“青少年脊柱侧凸康复的规范化标准化建设”等议题开展研讨与交流，充分展现了医疗康复领域在学科交叉融合、技术创新应用与管理服务升级方面的最新成果与发展趋势。会上，与会人员学习了党的二十届四中全会精神，审议通过了分会2025年度工作报告、2026年度工作计划以及理事会成员增补调整议案，讨论了分会发展事宜，明确



医院内部控制分会开展内控信息化专题调研活动

2026年1月5日，为探索医疗机构内控体系数字化转型路径，助力公立医院高质量发展，四川省医院协会内部控制分会会长王芳、秘书长李雪梅等一行4人赴成都真内控科技有限公司开展“内控信息化专题调研”。

双方结合医疗机构实际需求，围绕内控信息化建设相关重点议题展开深入交流。随后，企业通过系统实时演示，呈现了内控全流程闭环管理场景，引发调研团队热烈讨论。

本次调研为双方搭建了精准对接的沟通桥梁，明确了医疗机构内控信息化建设的核心要点与阶段性发展目标。

医学装备精细化管理学术沙龙在蓉举办

1月10日，四川省医院协会医学装备管理分会2026年医学装备精细化管理沙龙在蓉举办。

此次学术沙龙聚焦集中采购背景下医用耗材、医疗设备的精细化管理实践，省内外医学装备领域专家、学者及一线管理人员共80余名代表参会。

会上，来自省内外的多名医学装备管理领域专家结合工作实践，围绕“医学装备配置论证实践”“医疗设备精细化管理探索与实践”等主题作了学术报告，分享工作思路，交流实践经验，并围绕“集采背景下耗材管理的新问题与应对策略”等5个主题同与会全体人员进行了座谈交流。

四川省医院协会急救中心（站）管理分会2025年第四季度会长联系会暨秘书处工作会在攀枝花市召开

1月14日，四川省医院协会急救中心（站）管理分会2025年第四季度会长联系会暨秘书处工作会在攀枝花市召开。急救中心（站）管理分会领导班子成员、各市（州）及区（县）120急救中心主任、五大片区协作组负责人及秘书等60余人参会。

会上，与会人员学习了党的二十届四中全会公报，审议了分会2025年度工作总结与2026年度工作计划，听取了各片区协作组关于2026年度工作计划汇报，还通报了科研项目结题、会费交纳、协会换届等相关情况。攀枝花市紧急医学救援中心负责人围绕全市院前急救工作开展和中心的基本情况作了专题汇报。

强化基层急救网络 筑牢生命防线——省级专家组赴攀枝花调研指导基层急救体系建设

1月15日，四川省医院协会急救中心（站）管理分会专家组赴攀开展了基层急救体系建设调研与质控督导工作。专家组采取实地走访、现场检查等方式，分别赴攀枝花市三区两县的120网络医院、县域医疗次中心、村卫生室等共14个急救单元，重点围绕院前急救机构建设、救护车管理、急救人才梯队结构等关键环节进行系统化调研与质控评估并进行现场指导与交流，并针对完善院前急救体系、强化县域急救能力、推进急危重症救治绿色通道建设等方面提出了针对性强、可操作的专业指导建议。



四川省院前急救学术沙龙在攀枝花市举办

1月15日，由四川省医院协会、攀枝花市卫生健康委员会主办，四川省医院协会急救中心（站）管理分会、攀枝花市紧急医学救援中心、攀枝花市中西医结合医院、攀钢集团总医院联合承办的四川省院前急救学术沙龙在攀枝花市举办。

本次沙龙聚焦基层急救能力提升、急危重症处置新进展及急救体系建设等专题，进行了一场兼具理论高度与实践深度的急救知识培训，攀枝花市120网络医院、各县（区）乡镇卫生院急诊急救管理与专业人员，以及攀枝花市背囊化急救小分队骨干成员等120余人参加。

健康“医”靠 救在身边——四川省国家急救日倡议活动暨120急救科普大课堂公益培训在攀枝花市举办

1月16日，由四川省医院协会、致公党四川省委、攀枝花市卫生健康委员会联合主办，四川省医院协会急救中心（站）管理分会、攀枝花市紧急医学救援中心、攀枝花市中西医结合医院共同承办的“健康‘医’靠 救在身边——国家急救日倡议活动暨120急救科普大课堂公益培训”在攀枝花市举行。

攀枝花市东区社区工作人员、攀枝花市消防救援支队消防员、现场群众等共计100余人参与了培训。活动采取“场上演示+场下指导”的方式进行，通过沉浸式体验增强科普趣味性，有效提升了公众的参与度与急救知识掌握度。



四川省医院协会医疗联合体工作委员会 召开第一届理事会第五次会议 暨第一届常务理事会第九次会议

1月16日，四川省医院协会医疗联合体工作委员会第一届理事会第五次会议暨第一届常务理事会第九次会议在锦江宾馆召开，40名常务理事及100余名理事代表参会。

会上，与会人员集中学习了2026年全国卫生健康工作会议精神，会议审议通过了工委2025年度工作总结和2026年度工作计划，完成了副主任委员增补工作；常务理事分享了各单位医联体建设实践经验，并对工委下一步工作提出意见建议；专家们围绕“医院管理政策逻辑”“互联网医院建设路径”等主题展开深入交流，为医联体高质量发展与区域医疗协同提供了理论参考与实践范例。



全省开展“120国家急救日”倡议系列活动 急救知识普及深入城乡

1月20日前后，四川省医院协会急救中心（站）管理分会在全省组织开展第七个“120国家急救日”倡议宣传与培训活动。

本次活动以“关爱生命，‘救’在身边”为主题，成都市、攀枝花市、乐山市等市（州）120急救中心及所属区（市、县）分中心，全省百余家急救网络医院积极响应，开展“急救知识五进”（进学校、进社区、进乡村、进企业、进机关）活动。各地充分利用传统媒体与新媒体平台，广泛普及拨打120规范流程、心肺复苏、海姆立克急救法及AED使用等急救知识与技能，直接或间接影响公众近千万人次，使“人人学急救，急救为人人”的理念更加深入人心，取得显著的社会成效。



四川省医院协会监事会 召开2025年度工作总结会议

1月30日，四川省医院协会监事会召开2025年度工作总结会议。协会会长安劬等领导班子成员及全体监事参加会议，34个分支机构主要负责人列席会议。会议由监事长成功主持。

会上，副监事长谢娟作2025年度监事会工作总结，就协会规章制度执行、监事会会议规范运作、重大事项决策程序、风险防控落实等监督重点内容进行了汇报。其中，为保障协会资金使用透明、高效、合规，监事会全年重点聚焦预算执行、费用支出合规性等关键环节开展专项监督。

会议还审议通过了协会2025年财务收支决算与2026年预算草案、协会2025年工作总结和2026年工作计划。



四川省医院协会 举办2026年第一期分支机构培训会

1月30日，四川省医院协会举办2026年第一期分支机构培训会。协会34个分支机构负责人、拟新建分支机构筹备人员及全体驻会人员共80余人参加培训。

培训会上，四川大学华西医院管理研究所常务副所长文进作《医院未来发展趋势：展望2026》专题报告，提出关于医院高质量发展的思考与建议；四川省医院协会副秘书长蒲玉辉作了《分支机构换届及日常管理规范》专题讲座。

李为民作总结讲话，明确协会发展的要求就是协会发展的方向，要做到抓党建、讲政治，抓业务、求实效，抓管理、讲规范。



四川省医院协会 召开2025年度分支机构工作总结会议

1月30日下午，四川省医院协会在成都召开2025年度分支机构工作总结会议，34个分支机构的主任委员、秘书长、副秘书长及协会全体工作人员等80余人参加会议，监事会全体成员列席会议。

32个分支机构代表分别对照《四川省医院协会2025年度工作目标考核指标》，围绕党建工作、常规工作、业务工作、会员管理、特色工作五大类20个具体考核指标进行汇报。考评小组对各分支机构的现场汇报进行了评分，协会秘书处将结合各分支机构日常工作表现形成综合考评结果。常务副会长胡卫建作会议总结。



四川省医院协会 开展“情暖社区·新春送福”走访慰问活动

2月11日上午，四川省医院协会党支部书记、常务副会长胡卫建及副会长梁志一行4人，前往协会所在的高碑社区开展“情暖社区·新春送福”走访慰问活动。协会党支部全体党员自发捐款，购置大米、食用油、牛奶等慰问物资，为社区16户老人家庭送上新春关怀。

协会领导与社区工作人员一同深入走访，与社区群众促膝交谈，关切询问其生活近况、健康状况与实际需求。在百岁老人家中，胡卫建俯身床前，细问冷暖，嘱咐老人保重身体，并致以诚挚的新春祝福。受慰问家庭纷纷表示，这份来自社会组织的牵挂与温暖，让他们真切感受到“桑榆未晚，岁月生香”的美好。



《中国药业》“药学监护临床实践”专栏 写作培训会在蓉成功举办

3月7日，由四川省医院协会与《中国药业》编辑部共同主办，四川省医院协会药事管理专业委员会与《中国药业》杂志编委会共同承办的“药学监护临床实践”专栏写作培训会在成都市成功举办。来自全省各医疗机构的近百名药事管理者、临床药师参会。

培训会邀请了重庆医科大学附属儿童医院药学部主任贾运涛、复旦大学附属中山医院副主任药师叶晓芬等省内外药学专家以及《中国药业》杂志社主编刘斌授课，讲授内容贴近实战、聚焦实用、力求实效，受到了参训人员的广泛好评。



医院内部控制分会 在线召开2026年度第一次学术会议

3月11日下午，四川省医院协会医院内部控制分会2026年度第一次学术会议在线上召开。

会议特邀广东省卫生经济学会内部控制建设与评价分会副会长杜松同志进行《2025年度内部控制评价和内部控制报告编报工作要点和常见问题解析》专题授课。

各会员单位积极组织内控相关人员在在线学习，参会人员纷纷表示此次授课内容贴近实际、重点突出、逻辑清晰，为基层医院首次开展内部控制评价报告填报工作及理解调整后的内控报告编制要求提供了清晰指引。



四川省医院协会 在蓉召开第五届理事会第九次会议

3月18日，四川省医院协会在成都世纪城新国际会展中心召开了第五届理事会第九次会议。



强化内部控制基石，赋能医院高质量发展 ——四川省医院协会医院内部控制分会泸州片区培训会在西南医科大学附属中医医院成功举办

3月13日，四川省医院协会医院内部控制分会泸州片区内控内审培训会在泸州市成功举办。

本次培训会汇聚了泸州及重庆地区二十余家医疗机构的近百名相关从业人员，共同探讨新形势下医院内部控制与内部审计工作的新思路、新方法。

与会人员纷纷表示，今后将不断提升职业判断能力和沟通协调能力，真正成为医院管理的“内行人”和风险监控的“守门人”，筑牢医院经济管理与风险监控的“防火墙”。



医工融合·协同创新 四川省医院协会医学装备管理分会 成功举办区域性医学装备精细化管理学术沙龙

3月17日，四川省医院协会医学装备管理分会区域性医学装备精细化管理学术沙龙在成都世纪城新国际会展中心成功举办。

此次学术沙龙聚焦“医工融合·协同创新”，邀请业内专家学者授课交流、分享前沿研究成果，吸引了医学装备管理分会会员单位代表百余人参加。会后，与会人员还参观了医疗健康博览会，了解最新医疗设备与耗材技术成果。



凝聚行业共识 共谋发展良策 推动四川社会办医可持续发展 2026年四川社会办医可持续发展会议 暨社会办医分会第五届理事会第八次会议 在蓉召开

3月18日，2026年四川社会办医可持续发展会议暨社会办医分会第五届理事会第八次会议在成都世纪城新国际会展中心召开。

四川省医院协会会长安劼、常务副会长胡卫建、副会长兼社会办医分会主任委员梁志出席会议，来自全省社会办医疗机构的200余名医院管理者及理事代表参会。

会议审议通过了分会2026年工作要点、第六届理事会组织管理办法（修订草案）及第六届理事会负责人、常务理事、理事候选人任职条件等内容。



以后勤新质生产力重塑医院发展新生态 ——2026年西部医院建设与管理大会顺利召开

3月18日，由四川省医院协会主办，四川省医院协会医院后勤支持保障管理分会、重庆市医院协会后勤专业委员会、云南省医院协会医院建筑系统研究分会、贵州省医院建设行业协会医养建设专业委员会联合承办的2026年西部医院建设与管理大会在成都世纪城新国际会展中心成功召开，来自四川、重庆、贵州、云南等地区各医院及相关单位的200余名代表参会。

大会以“新使命·新价值：以后勤新质生产力重塑医院空间与效能”为主题，汇聚医院管理者、建筑设计专家与行业精英，聚焦医院既有建筑改造升级、后勤保障体系革新及精细化节能管理等热点话题，通过主题交流、案例分享、现场考察等形式，深入探讨以内涵式更新提升医院运营韧性、服务品质与可持续发展能力的新路径。



四川省医院协会医院社会工作 暨志愿服务工作委员会国际社工日 系列活动顺利举办

3月，在第20个世界社会工作日之际，四川省医院协会医院社会工作暨志愿服务工作委员会组织会员单位围绕“以希望及和谐，永续幸福社会”主题，积极开展了形式多样的专业服务活动。

从临床关怀到社区健康，从医护赋能到志愿培训，全省多家医院的医务社会工作者与志愿者以专业为基、以温暖为桥，共同绘就了一幅充满希望与和谐的温暖画卷，生动诠释了社会工作在提升医疗人文温度、构建和谐医患关系中的核心价值。

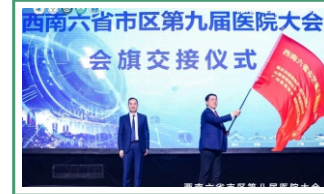


四川省医院协会医疗康复质量控制建设培训会在蓉召开

3月18日，由四川省医院协会主办、医疗康复管理分会承办的康复医疗质量控制建设培训会在成都世纪城国际展览中心举行。

培训以“规范化质量控制 品质化康复服务”为主题，汇聚全省康复医疗管理、临床技术及基层机构代表共100余人，围绕康复质控标准、服务流程优化、医保物价改革等关键议题展开深入研讨。

此次培训内容紧扣当前康复医疗发展的关键环节，既有省级龙头医院的质控体系建设经验，也有基层机构的智能化实践探索，体现了分级分类、上下联动的质控思维，为今后开展康复质控工作提供了清晰思路和可操作的参考。



四川省医院协会组织会员单位代表 参加西南六省市区第八届医院大会

3月20—21日，以“融合创新 智领发展”为主题的西南六省市区第八届医院大会在重庆市召开。大会由四川、云南、贵州、广西、重庆五省（区、市）医院协会与西藏自治区卫生健康委员会共同主办，轮值承办。四川省医院协会共组织全省400余名会员单位代表参会。

开幕式上，四川省医院协会第五届理事会会长、第一届党支部书记安劼从本届承办方重庆市医院协会会长王大刚手中接过大会会旗，并向全场发出下届大会的热情邀请。

大会期间，我省5位专家在主会场及5个分会场分别作了专题报告，集中展示了四川在医院管理、党建文化、运营创新、质量安全、县域医共体建设等领域的先进经验与前沿探索。



2026年“三医”协同发展与管理骨干培训班 在蓉成功举办

3月26—29日，由四川省医院协会委托中共四川省卫生健康委党校举办的2026年“三医”协同发展与治理管理骨干培训班在成都市成功举办，来自全省三级医院分管医务、医保、医药工作的领导、相关科室负责人及管理骨干共115人参加培训。



四川省医院协会党支部召开 树立和践行正确政绩观学习教育动员部署会

3月30日，中共四川省医院协会支部委员会在协会学术厅召开树立和践行正确政绩观学习教育动员部署会，协会领导班子成员、全体党员、干部群众共17人参加。

会议传达学习了《中共四川省卫生健康委党组印发〈关于开展树立和践行正确政绩观学习教育的实施方案〉的通知》，集中学习了习近平总书记《让愿当担、敢担当、善当担蔚然成风》的重要论述，审议了协会党支部《开展树立和践行正确政绩观学习教育工作计划》。党支部书记胡卫建作了动员报告，对学习教育进行全面部署。



强基固本开新局 凝心聚力谋发展

提质 赋能 协同 聚力 笃行 拓新



1月29日，四川省医院协会召开党员大会及支部委员会



1月30日，四川省医院协会召开监事会2025年度工作总结会议、2025年度分支机构工作总结会议，以及2026年第一期分支机构培训会



2月3日，四川省医院协会第一届工会委员会召开第十二次全体会议



2月11日，四川省医院协会前往高碑社区开展“情暖社区·新春送福”走访慰问活动



3月18日，四川省医院协会召开第五届理事会第九次会议



3月21日，西南六省市医院大会在重庆市圆满召开，四川省医院协会作为下一届承办单位交接会旗



3月26—29日，四川省医院协会委托中共四川省卫生健康委党校在蓉举办“三医”协同发展与治理管理骨干培训班



3月30日，四川省医院协会党支部召开树立和践行正确政绩观学习教育动员部署会议