

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
- 医院信息化建设分会
- 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
- 医疗服务价格与成本管理分会
- 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521室
联系电话: 028-85318359
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2期（总第120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

自贡市第一人民医院简介

自贡市第一人民医院始建于1908年，2008年增挂市传染病医院牌子，2020年增挂市医学科学院牌子，现已发展成为集医疗、科研、教学、预防、公共卫生应急处置为一体的三级甲等综合公立医院。医院占地456亩，业务用房45万平方米，分设公园口院区、东部院区、市传染病医院、南湖康复中心，形成“两院区两中心”格局。编制床位2060张，实际开放2300张，设临床医技科室48个，在建国家级呼吸临床重点专科1个，省级眼科、耳鼻咽喉临床重点专科2个。建成省级区域医疗中心3个（呼吸、眼科、耳鼻咽喉科）、省级临床重点专科1个（康复医学科）、省级医学重点学科（专科）12个、市级重点专科21个、市级质控中心25个。建有省级博士后创新实践基地、市级院士工作站1个。医院建成卒中中心、胸痛中心等6个国家级中心，有“国家中医药防治传染病临床基地”等8个国家级基地。2015年被原四川省卫生计生委确定为自贡、内江“医疗作战区”领头医院。

医院在全国公立医院绩效考核中位列省考前十位，在最新三级公立医院绩效监测中获评国家A等次、省级A+等次，连续9年位列自贡市属医疗卫生单位年度绩效考核一等次。先后荣获四川省先进基层党组织、全国先进基层党组织、全国卫生健康思想政治工作标杆单位等荣誉称号。多项医改探索实践被国家、省、市表扬或肯定，患者对医院的满意率持续提高。

现有在岗职工3427人，高级职称487人，硕博士研究生564人。拥有全国、省、市劳模，省、市学术技术带头人及后备人选，省、市名医（名中医）、“双千计划”杰出创新人才及优秀医学专家等145余名。医院建成自贡市医学科学院，是省级博士后创新实践基地、自贡市专家工作站，建成川南首个ISO15189实验室。近三年，省市科研立项153项，省市级科研获奖32项，发表核心期刊论文239篇，SCI论文524篇，授权发明专利64项。

医院同广州呼吸健康研究院签署战略合作协议，与钟南山院士团队在学科共建、人才共育、平台共享方面开展全面合作。承担中国首个由比利时优时比公司援助的癫痫项目。医院认真落实分级诊疗制度，牵头与自流井区组建紧密型城市医疗集团，与6个地市州的69家医院组建专科联盟14个，在全市率先建成医学影像、检验、心电、病理、超声等远程医疗协作网，联网120多家基层医疗卫生机构，基本实现网络全覆盖，出具各类远程诊断报告170万余份。医院与四川大学华西医院建成紧密型专科联盟。与北京301医院、上海交大附属瑞金医院、华西医院开展远程医疗协作。与自贡市疾控中心合作建成结核病防治国家示范医疗联合体。与市残联合作建成自贡市残疾人康复中心。

医院是国家首批住院医师规范化培训基地，川北医学院非直管附属医院、成都中医药大学非直管附属医院、四川卫生康复职业学院附属医院、西南医科大学等高校教学医院，是川北医学院、成都中医药大学、西南医科大学的研究生联合培养基地。

新时代，新起点，新征程。医院将秉承“仁爱精业，济世自强”的院训，贯彻新发展理念、立足新发展阶段、融入新发展格局，抢抓成渝地区双城经济圈发展机遇，围绕高质量发展主题，实施“两院区两中心”战略，建设全生命周期、医教研防协同、人民满意的质量型、智慧型、研究型区域医疗中心，守护盐都百姓健康。



2026年6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 探索“4321”“四强”党支部工作法，铸强“硬核”基层党组织
文/四川省妇幼保健院 霍静 徐小丝
- 03 党建领航赋新能 学科建设显成效
文/邻水县人民医院 王键
- 06 党建引领聚合力 健康惠民践初心
——成都市郫都区人民医院探索“多元协同·开放共享·全龄友好”健康促进新生态
文/成都市郫都区人民医院 杨林

P08 · 质量 · 发展

- 08 “华西领办”下的宜宾实践
文/曾雪娇 供稿/宜宾市第二人民医院
- 11 中医药传承创新 助推基层医疗机构高质量发展
——成都市郫都区安靖街道社区卫生服务中心中医药传承创新实践案例
文/成都市郫都区安靖街道社区卫生服务中心 李长安 余艳 邓丝予
- 14 整合医疗视觉下我国山区公立医院医防融合实施效果的审视与发展探析
文/苍溪县歧坪镇中心卫生院 苗军 王政 韩艳

P16 · 医院 · 服务

- 16 秋日双桂芳：四川省人民医院的“速度与温情”
文/王斐玉 供稿/四川省医学科学院·四川省人民医院
- 19 边运营边改造模式下公立医院临时标识系统的痛点与优化策略
文/绵阳市人民医院 李梦芳 孙忠贤 范馨月
- 21 构建“防、治、康、养”一体化的妇幼全生命周期健康服务新模式
文/彭州市妇幼保健院 刘兴杨 王锦

P23 · 特色 · 专科

- 23 四川省医药学门诊：从拓荒到领航
文/刘文生 供稿/四川省医学科学院·四川省人民医院
- 26 都江堰市人民医院：以专病中心建设破局“夹心层”
文/付冰冰 供稿/都江堰市人民医院
- 29 数智赋能与区域协同
——平昌县“拨打即定位 上车即入院 城乡一体化”院前急救体系建设的创新实践与思考
文/平昌县人民医院 潘砾灵 何显惠
平昌县120指挥中心 吴雁宏
- 32 医联体处方前置审核用药规则同质化实施及效果评价
文/成都市青白江区人民医院 廖莉 沈晓妍 张敏 成都市青白江区龙王镇卫生院 刘雪利
成都市青白江区城厢镇公立中心卫生院 钟小敏 成都市青白江区大弯卫生服务中心 叶星
成都市青白江区祥福镇公立中心卫生院 刘小梅 成都市青白江区大同镇卫生院 胡婷婷
成都市青白江区姚渡镇卫生院 孟鑫

P35 · 医保 · 实践

- 35 基于医保DRG付费改革的制度建设与管理实践
文/巴中市中心医院 李超琼 龚名山
- 38 DRG支付改革下医院医保成本管控的实践与路径探索
文/四川宝石花医院 汪红梅
- 41 依托医保数智化监管系统构建医院监管体系的实践与思考
——以德阳市人民医院为例
文/德阳市人民医院 朱怡 倪邦瑶 程卫平 黄艳
- 45 医保DRG支付改革下的医院病种成本管理策略与实践探索
文/彭州市人民医院 王亚玲

P48 · 后勤 · 装备

- 48 基于数字孪生技术的医院配电系统节能诊断与优化研究
文/四川大学华西医院 包满 任炬光 杜栩
- 51 智慧医院背景下后勤服务类机器人的应用现状、挑战与发展路径
文/四川大学华西第二医院 李琴 罗燕 杜宁
- 55 “体重管理年”引领医院健康膳食创新实践与探讨
文/四川省肿瘤医院 郑唯 熊竹娟 代其宏 刘建

P58 · 综合管理

- 58 AI技术浪潮下，民营医院如何接住这泼天的“富贵”
文/川北医学院附属成都新华医院 李洪军
- 62 筑牢安全防线 护航平安医院
——雅安市人民医院安全生产管理创新实践
文/雅安市人民医院 陈定邦

P64 · 医院与法

- 64 微信诊疗的法律辨析及行政处罚风险
文/泰和泰律师事务所 陈蓉婷 刘莉

P68 · 快览

探索“4321”“四强”党支部工作法， 铸强“硬核”基层党组织

■ 文/四川省妇幼保健院 霍静 徐小丝

根据中共四川省卫生健康委员会直属机关委员会《委直机关“四强”党支部创建工作实施方案》相关要求，四川省妇幼保健院（以下简称“省妇幼”）党委坚持围绕“政治功能强、支部班子强、党员队伍强、作用发挥强”标准，将“四强”党支部的创建作

为医院党建先锋工程的重要内容，让“四强”党支部创建与支部季度考核深度结合，形成了“四融合三机制二突出一担当”“四强”党支部工作法，助推医院党建与业务双融双促，医院迈入高质量发展“快车道”。

一、“四强”党支部建设的实践路径

（一）突出四个融合，以考促学促进

1.“四强”党支部创建与党支部季度考核融合

医院比照“四强”党支部创建标准，围绕“政治功能发挥好、基本制度落实好、党员队伍建设好、服务中心工作好、廉洁自律形象好”，将党支部考核内容与“四强”标准有机融合。季度考核涵盖党支部班子成员政治功能建设、党支部发挥政治引领作用和意识形态工作责任制落实情况；“三会一课”、党日活动等完善情况，谈心谈话、党员联系群众、党内激励关怀帮扶机制落实情况，党员积分管理，党费收缴、使用和管理执行情况；政治理论学习、党员主体地位保障、党员先锋示范岗建设情况、发展党员情况、党员档案管理情况；业务工作成绩、季度中心工作完成情况；日常监督及廉情分析情况、问题整改情况。同时将年度考核得分作为“四强”党支部创建的基础得分，未达分值者不能参与“四强”党支部评定。

2.党支部季度考核与“三分类三升级”融合

医院将党支部4个季度考核的平均分作为年度考核得分，参照“三分类三升级”评分标准，按分值区间值评定“先进”“一般”“后进”党支部，“一般”和“后进”不能进入“四强”党支部评定范围。以达到以强带弱、以先带后的目的，促进基层党组织创先争优常态化。

3.党支部季度考核与兼职党务干部考核融合

医院将党支部季度考核得分作为兼职党务干部考核得分，其专项绩效直接与党建工作成效挂钩。得分低于一定分值，按比例扣除支部班子成员月度专项绩效。

4.将党总支考核与党支部季度考核融合

医院将党总支所辖支部季度考核得分的平均分作

为党总支季度考核得分，挂钩党总支党务干部专项绩效，将支部工作成效体现到党总支考核中。

（二）健全三个机制，齐抓共管常态

1.明确职责分工及交叉考核机制

医院实行党支部季度交叉考核，组长由组织人事部部长担任，副组长由各党总支专职副书记轮流担任，党委工作部门人员和党总支专职副书记为考核组成员，对各支部进行交叉考核。

2.建立支部工作一票否决机制

医院对“三重一大”事项讨论与决策、重要事项报告、意识形态、党风廉政、巡视整改等工作建立一票否决机制，被否决项不得分并需向医院党委汇报。

3.建立支部工作容错机制

医院对季度考核得分达到一定分值的不扣兼职党务干部专项绩效；低于一定分值时，根据职能部门工作效能考核或临床科室KPI情况进行扣减，既肯定工作成效，也建立容错机制。

（三）做到两个突出，强化结果运用

1.突出评分量化标准

医院制定基层党支部季度督查考核评分细则，细化考核要点和评分标准，突出量化和实效并重，使党支部工作有参考、党总支考核有标准、党委评优有依据，“考”出先进典型，“考”出差距不足，营造“学赶帮超”的良好氛围。

2.突出中心业务工作

医院将职能部门工作效能、临床科室KPI纳入党建工作成效考核，“服务中心工作”分值占比35%，突出业务工作在医院党建工作中的重要性，推动党建与业务同频共振。

（四）深化一个担当，激发内生动力

担任党总支委员的支部书记考核得分实行“就低原则”，取其所在党支部、党总支得分的最低分；仅

担任党总支书记的以党总支季度考核得分作为其考核得分，以此提升责任担当意识。

二、“4321”工作法，真抓实干见成效

在医院党委指导下，党总支加强分类指导、培树典型，各党支部将创建工作与业务工作一体推进，实现了党支部与党总支党建工作效能的共同提升。

一是聚焦“政治功能强”，凝心聚力强化思想武装，党支部建设由“软”变“硬”。各党支部“三会一课”、党日活动以及党员领导干部双重组织生活、谈心谈话、党内激励关怀帮扶等各项制度执行更加规范，党费收缴、使用和管理更加严格。意识形态工作责任制落在实处，各党支部均建立了意识形态管理台账，每月报送监督报表，做到意识形态工作的常态化监督。

二是聚焦“支部班子强”，强基固本建强组织堡垒，党支部建设由“散”变“聚”。所有支部书记能切实履行“一岗双责”，做到“双当双抓”，党支部政治引领作用效果更加明显，班子成员分工明确。党支部前置研究把关参与科室重大问题决策，党建与业务工作同谋划、同部署、同推进、同考核。通过党建论坛、党建沙龙、党务干部夜校培训、干部赋能培训等活动，全面加强党务干部能力建设，在全省妇幼健康事业和医院高质量发展中充分发挥了旗帜引领作用。

三、深化“四强”党支部建设的几点思考

（一）由“突击检查”向“常态检查”转变

“四融合三机制二突出一担当”“四强”党支部工作法量化了党支部全流程管理，改变了年终评、突击评、印象评的评价方式，对党员的评价重点集中在本职岗位上、集中在工作业务争先上，坚持补短板强弱项与提质量强功能并举，将党支部日常监督考核与“四强”党支部创建有机融合，形成常态化工作。

（二）由“要我做”向“我要做”转变

将党支部考核与党总支考核挂钩，实现党总支与党支部工作效能共同提升。促使党员在明确党组织的期

望与要求的基础上，将个人发展目标与党支部建设目标统一起来。广大党员行动处处有参照，支部考核处处有标准，形成“比、学、赶、超”的良好竞争环境。

（三）由“融合不深”向“深度融合”转变

将中心工作纳入党支部季度考核，各党委工作部门和党总支加强督促指导，促进各党支部把党建工作放在部门特色业务、重点工作上，找准发力点，形成党建与业务相互渗透、互相促进的局面。

四、结语

四川省妇幼保健院党委紧紧围绕党建先锋工程，深化支部季度考核，形成了“四融合三机制二突出一担当”“四强”党支部工作法，在守正创新中开创党

建与业务双融互促新局面，推动“四强”党支部创建工作有质、有形、有声、有势、有效，书写党建引领医院高质量发展的时代新篇章。

党建领航赋新能 学科建设显成效

■ 文/邻水县人民医院 王键

党建引领公立医院高质量发展是新形势下的必然要求。县级公立医院高质量发展离不开学科建设，发挥党建优势，建立人才梯队培养体系，选好用好“双带头

一、背景：乘势而上谋发展，川渝节点担使命

广安是实施成渝地区双城经济圈战略的重要“桥头堡”，邻水县作为四川距重庆主城区最近的县（市、区），县域46%的边界线与重庆接壤，距重庆江北机场仅70公里，属重庆一小时经济圈，是连接川东经济区与成渝地区双城经济圈的关键节点；独特的区位赋予邻水深度融入重庆经济圈的战略优势，辖区内更设有省级层面的川渝高竹新区，肩负着探索经济区与行政区适度分离改革、推动川渝毗邻地区融合发展的重任。

邻水县人民医院是一所集医疗、教学、科研、预防保健、急救于一体的国家三级乙等综合医院，是国家首批“千县工程”建设医院、四川省全科助理医师培训基地、重庆医科大学附属第二医院邻水分院、新桥医院医联体成员单位。医院现有在岗职工1203人，其中高级职称122人，在院硕博64人。先

二、实践：“三维发力”强根基，党建融合促提升

（一）把方向强根基：“三个强化”护航行稳致远

1.强化党政引领，把稳思想之舵

医院党委始终把牢政治方向，坚持把习近平总书记关于卫生健康工作的重要论述作为根本遵循，纳入党委会“第一议题”，通过构建党委带头学、支部紧跟学、科室延伸学的“三学联动”机制，确保党的创新理论和党中央决策部署在院内落地生根、转化为推动学科发展的具体行动。

人”，破解学科建设中的“方向偏差、资源分散、人才乏力”等问题，是推动医疗健康事业高质量发展的核心路径。邻水县人民医院为此进行了一些探索与实践。

后获得四川省党建工作示范医院、四川省卫生健康工作先进集体、四川省“三八”红旗集体、四川省五四红旗团支部、四川省青年文明号等荣誉称号。

近年来，邻水县人民医院坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大精神，面对国家推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局的战略部署，积极将加强党的领导深度融入医院治理各环节，创新推出“136”党建工作思路、实施“1234”医院发展战略、打造“5度邻医”党建品牌，探索以高质量党建引领学科建设高质量发展的实践路径，努力为守护好川渝毗邻地区人民群众的健康贡献“邻医”力量。

2.强化顶层谋划，掌好发展之舵

始终把学科建设摆在核心位置，成立由书记、院长任双组长的学科建设工作领导小组，将学科发展列入党委会重要议事日程，确保学科发展规划、管理办法、资源分配等“三重一大”事项均由党委会集体研究决策。对标国家重大健康战略部署和区域医疗需求，精准制定《学科建设管理办法》《学科发展计划》，确保学科发展方向始终与国家政策导向、人民健康需求高度契合。

3.强化基层参与，夯实治理之基

充分发挥党支部战斗堡垒作用，在所有临床医技科室实现党支部书记与科主任“一肩挑”全覆盖，建立健全党支部参与科室重大决策机制，明确规定学科建设等重要议题须经党支部前置研究讨论，使党建深度融入业务决策链条，有效保障决策的全面性、科学性、民主性，形成党建工作与学科发展同频共振的强大合力，为学科发展提供坚实政治保障和组织保障。

（二）聚人才激活力：“三类培育”锻造攻坚队伍

邻水县人民医院聚力文化育才，激发内生动力，锻造学科攻坚核心队伍。

1.培优管理骨干，提升履职效能

构建干部能上能下的活力机制，制定完善选拔任用体系，并组织百余人次赴重庆新桥医院、重医附二院等先进医院“沉浸式”学习，借鉴先进理念，拓宽管理视野、提升履职能力，为专科发展提供坚强的管理支撑。

2.培精学科头雁，引领技术前沿

精心实施“邻医人才”工程和“学科头雁计划”，科学制定带头人及骨干的选拔、培养、考核管理体系，签订目标责任书压实担子。选派业务骨干赴德国、奥地利顶尖医疗机构研修，着力打造一批在本专业领域有较大影响力的领军人才和高水平创新团队。

3.培强人才梯队，厚植发展沃土

实施“靶向引才”与“菁英培育”双轮驱动，构建“柔性借智引高端、刚性引才促骨干、科学育才强基础”的人才体系。近三年引进硕博人才33名，建成博士工作站1个，培育省级卫生健康英才计划骨干等省级人才4人，市县级人才91人，建成市县名医工作室3个，获批省市级科研项目10项，获得新型专利88项，为学科发展注入了澎湃的人才动能和创新活力。

三、成效：融合赋能结硕果，学科建设谱新篇

党建工作与学科发展的深度融合，为医院高质量发展注入了强劲动力。在全院的共同努力下，邻水县人民医院学科建设稳步迈上了新台阶。

（一）专科布局更优：集群发展格局初步形成

医院建成省级医学重点专科3个（医学影像科、

（三）抓攻坚求突破：“三项举措”驱动技术升级

邻水县人民医院聚焦重点攻坚，靶向精准施策，推动特色技术实现突破。

1.健全要素保障，激发品牌效能

深入实施医疗质量、患者安全、手术安全“三大全面提升”行动，健全党员领导干部联系党支部制度，党委委员深入一线精准指导，推动形成“一支部一特色、一科室一品牌”的发展格局，设立学科建设专项经费并建立稳定增长机制，按照特色、优势、孵化三个学科发展层次，实施“四个优先”工程（设备优先购置、资金优先投入、人才优先引育、环境优先改造），实现基层党建与学科特色双融合、双促进。

2.强化技术攻关，创新特色服务

以党支部主题党日活动为载体，凝聚党员技术骨干力量，组建“红色MDT”团队（多学科诊疗团队），聚焦区域常见急危重症救治、疑难复杂手术、“卡脖子”技术难题等医疗需求开展集中攻坚，高标准建设县域急诊急救五大中心（胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇、危重儿童和新生儿救治中心），建成市内首家记忆障碍防治中心，开设健康管理、体重管理、PICC、麻醉、疼痛、助产士等特色门诊服务，有效提升医院医疗服务能力和水平。

3.优化就医体验，践行为民宗旨

坚持党建引领服务创新，组织党员带头攻坚流程再造难题。系统推进“全院一张床”管理、就诊流程再造、预约诊疗服务、深化智慧服务应用，实现线上线下便捷就医。大力实施院区环境美化工程，推行一站式服务，升级清晰的导引标识系统，持续开展窗口服务温度提升行动，将人文关怀全方位融入诊疗全过程，党员先锋岗、红色志愿服务队活跃在服务一线，持续改善患者就医感受，切实增强群众就医的获得感、幸福感、安全感，为学科发展提供强有力的“软环境”支撑。

普外科、妇产科），省级临床能力建设专科3个（消化内科、骨科、儿科），市级医学重点专科11个、市级临床重点专科3个，在建市级临床重点专科项目7个。重点专科数量位列广安市县级医院首位，覆盖



内、外、妇、儿、医技等主要领域，初步构建起结构合理、层次清晰、覆盖广泛疾病需求的区域优势专科集群。

（二）核心能力更强：特色技术突破多点开花

医院胃肠肿瘤NOSES手术、椎间孔镜手术、肌骨超声、复杂介入治疗等关键技术取得突破并达到全市先进水平；在全市领先开展DAA入路髋关节置换微创术、腰椎多节段OLIF技术、腰椎双切口微创融合术等10余项新技术。近三年微创手术年均超千例、位居省内同级医院前列，四级手术例数3年来增长率超100%、带动医院DRG绩效评价在全省同级医院中排名跃升至2024年首位；急性心梗死亡率显著下降至2.5%，卒中静脉溶栓DNT时间中位数缩短至40分钟；在全省县级医院中唯一入选“CHINET中国细菌耐药监测网”成员单位；建成全市首个ISO15189认证医学实验室，126项检验结果实现全球70余国互认，“一次检测，全球互认”惠及民生；“国监”成绩达到“B+”，“省监”成绩达到“B++”。

（三）协同辐射更广：川渝融合示范效应凸显

医院依托独特地理优势及重医附二院等优质医疗资源，初步构建“基层采样—中心检测—结果互传”高效检验网络、“1+1+N”（重医附二院—邻水县人民医院—医共体单位）紧密型医疗和医学影像质控模式，年均服务群众超3000例，切实将高质量检验和精准医疗服务延伸至基层最前沿，有效破解基层能力薄弱与群众奔波就医难题，初步展现医联医共一体化的“邻水特色”医疗服务新模式；专家驻点帮扶频次显著高于其他同级医院（年均1万余人次），技术骨干赴渝培训进修更为便捷高效（年均185人次），疑难重症患者通过“绿色通道”向重庆转诊时间大幅缩短（平均缩短25%），年均开展会诊、联合查房、疑难危重症救治等紧密协作超1500例次。区域协同纵深推进，“邻水样板”效应初显。

党建引领聚合力 健康惠民践初心

——成都市郫都区人民医院探索 “多元协同·开放共享·全龄友好”健康促进新生态

■ 文/成都市郫都区人民医院 杨林

一、背景与起因：多元协同破难题，开放共享筑信任

健康是促进人的全面发展的必然要求，是民族昌盛和国家富强的重要标志。近年来，随着“健康中国”战略深入推进，人民群众对优质医疗服务的需求日益增长。成都市郫都区人民医院党委深入贯彻落实全国卫生与健康大会精神和《“健康中国2030”规划纲要》，立足基层医疗资源分布不均、群众健康素养偏低等现实问题，以党建引领为核心，创新构建“五联五进”（平

台联建、党群联心、服务联动、发展联手、困难联助，健康进机关、进学校、进企业、进社区、进镇街）的健康服务模式，推出“医院开放日”品牌活动（每月固定1天邀请50名社区代表、企业职工等走进医院，沉浸式体验智慧诊疗、技术服务、健康管理等流程），通过“博士团队专业赋能+三张清单精准服务”双轮驱动，打造多元协同、开放共享、全龄友好的健康促进生态链。

二、做法与经过：三位一体强根基，开放融合促提升

（一）多元协同：织密全龄健康服务网

1.组织架构立体化

以医院党委为轴心，联合机关、学校、企业等党建联盟单位，建立“医院党委—党总支—党支部”三级联动机制，形成“1+5+41”（1个党委、5个党总支、41个党支部）党组织网络，覆盖600余名党员及医务人员。

2.资源整合精准化

通过定期召开党建联席会，梳理群众健康需求清单，统筹调配博士团队、医疗设备等资源，形成“服务清单靶向定位、资源清单集约共享、项目清单提质增效”的协同机制。

3.先锋示范常态化

设立党员先锋岗，组建12支博士专家团队，涵盖骨科、眼科、神经外科等12个专业，深入基层一线开展健康服务，年均服务时长超1万小时，树立“医者仁心”标杆形象。

（二）开放共享：医患互动零距离

1.需求导向：服务清单靶向发力

通过调研梳理群众健康痛点，制定涵盖健康筛查、急救培训、慢病管理等8大类的服务清

单，开展“救在身边”培训50余场，惠及3000余人。每月“医院开放日”设置智慧医疗展示、急救技能实训、健康管理等模块，让参与者直观感受到医疗服务的专业性与人文性。

2.资源整合：跨域联动提质增效

联合新华社、四川观察等媒体，打造“健康郫医”融媒体矩阵，全年发布科普短视频200余条，点击量突破300万人次，破解基层健康知识传播碎片化难题。

3.品牌塑造：项目清单打造标杆

培育“家医送健康”“康复入户”等志愿服务品牌，累计解决群众就医难题30余项，获评“省级最佳文明单位”“成都市先进基层党组织”等荣誉，相关经验做法被《人民日报》客户端、学习强国等媒体报道20余次。

（三）全龄友好：精准供给惠民生

1.儿童友好：健康服务“进学校”

与区红十字会、区教育局、区卫健局等党组织联合，结合儿童健康与发育特点，打造“爱眼护苗”“脊柱健康”“明眸皓齿”“心力量”等一批党建引领的健康服务品牌项目，深入中小

学、幼儿园累计开展活动20余次，有力推动了青少年健康行为养成。

2.青年友好：健康服务“进机关”

结合单位职工体检情况，对“三高”慢性病患者较多的单位，派遣临床专家开展体检结果解读和慢病诊疗知识宣传。针对青年群体特点，推出“健康掌门人”“走进郫医”“郫医连连看”等线上健康科普，提供科学权威、通俗易懂的健康知识。

3.职工友好：健康服务“进企业”

组织专家团队走进区工业港、区农业农村局、区教育局等单位，开展防治职业病健康筛查和急救科普活动，帮助职工在紧急情况下正确实施急救，服务职工5000余人，职工职业安全意识、健康知识知晓率得到显著提升。

三、成效与反响：开放生态提质效，健康管理兴动能

（一）社会效益显著，健康福祉普惠基层

服务广度：近三年累计开展活动300余场，覆盖群众10万余人次，有效促进优质医疗资源下沉和服务延伸，全方位提升居民健康素养。

品牌深度：“五联五进”模式获得成都市党建引领项目的高度认可，形成“可复制、可推广”的基层健康服务范式，加快推进“健康郫都”建设取得新成效。

（二）党建业务融合，人文管理提质升级

文化培育：通过党员先锋行动，强化“厚德、敬业、传承、创新”的医院文化，助力医院获评“郫都区红十字工作先进集体”，收到群众致谢锦旗18面。

四、经验与启示：深化开放内涵，打造健康促进新生态

（一）扩面增容，构建全域健康生态圈

成都市郫都区人民医院将持续深化“五联五进”模式，将服务向全区行政村延伸，逐步实现健康服务100%覆盖社区。

（二）智慧升级，打造数字健康新标杆

医院将继续拓展智慧医疗应用场景，探索“党建+健康”全域数字化平台，依托“郫医通”AI健康小助手，集成在线问诊、健康评估等功能。

4.妇女友好：健康服务“进社区”

结合“三八妇女节”“劳动节”等节点，与书院社区、双柏社区等社区党组织、区工业港党工委、区教育局共同开展妇女健康关爱活动，为3000余人次免费开展甲状腺、乳腺超声检查、妇科检查、产后康复指导、义诊等，提供专业化建议和健康支持。

5.老年友好：健康服务“进镇街”

联合全区10个街道卫生服务中心党组织，以“指导专家+家庭医师+护士+公卫人员”方式，全面打造网格化家医健康服务团队，开发家庭医生签约服务包，发放老年人绿色通道就诊卡1800张，构建“个性化健康教育、综合化健康管理、精准化疾病筛查、规范化疾病诊疗”的家医服务模式，将优质健康服务送到群众家门口。

医患和谐：以“康复入户”“家医签约”“医院开放日”等人性化服务拉近医患距离，患者满意度达98.39%，信访投诉率下降40%，营造尊医重卫的良好氛围。

（三）创新驱动发展，智慧医疗开拓新局

技术赋能：依托智慧医院建设，探索AI健康管理新模式，推出“郫医通”智能健康小助手，实现预约挂号、就诊咨询、检查报告查询、院内导航等功能，日均服务超4000人次。

区域联动：促进医防融合、分级诊疗，推动远程诊疗服务向下延伸，全年完成远程心电会诊2472例，远程影像学会诊55873例，让群众在家附近就能享受到高质量的医疗服务。

（三）开放提质，激发多元共治新活力

医院将常态化开展“医院开放日”活动，增设手术直播观摩、医患角色互换等体验项目，有效提升居民健康管理能力，为健康中国建设贡献“郫都经验”。

“华西领办”下的宜宾实践

■ 文/曾雪娇 ■ 供稿/宜宾市第二人民医院

织就一张以疾病为中心的诊疗网络。

2024年秋，宜宾市第二人民医院（以下简称“宜宾二院”）建院135周年系列学术活动会上，数百名嘉宾齐聚一堂。目光汇聚，刘明缓缓走向讲台，声音通过麦克风传遍全场，字字铿锵：“这家医院已经走过了135个年头！”

在中国，拥有如此悠久历史的医院屈指可数。那一刻，作为领路人，刘明心底翻涌起无限骄傲。回望来时路，他使命如磐，风雨兼程。

时间倒回2022年，彼时，受命于四川大学华西医院，刘明赴宜宾市第二人民医院任党委书记。2019年“华西领办”之后，管理团队和临床专家已经陆续入驻，摆在刘明面前的现实问题是：如何让“华西理念”真正植根于这方天地，造福这方百姓？

一、文化破冰

没有一条路尽是坦途。“我们曾遇到的困难是真真切切的。”刘明回忆。不难理解，文化融合不会一蹴而就，初期的磨合无法避免，有人期待，也有人质疑。刘明清楚，蓝图铺就之前，首先要闯过的难关是人心。

他深知，文化认同不能靠行政命令强推，仅凭强行灌输，人心不齐效果就会打折。一番思忖，他决定实施一套“选择题”融合策略——把四川大学华西医院以及其他医院的成功经验摆在台面上，让各科室结合实际，独立思考、横向对比、自主选择最适合自身发展的路径。“只有自己选的，才会心服口服。”

以绩效改革为例，过去的绩效制度宛如“大锅饭”，无法调动员工积极性。刘明决心借鉴华西经验，真正实现多劳多得、优劳优得，激发良性竞争活力。

绩效改革触动了每个人的切身利益，不少员工已经习惯旧有模式，起初难免有顾虑。刘明打了一个

比方：“一个和尚担水吃，两个和尚挑水吃，三个和尚没水吃。”这个道理浅显易懂，但落地维艰。

刘明没有强推，他选择了一个科室做先行试点，运行几个月后，试点科室的变化有目共睹：医疗质量和运营效率提升，员工积极性明显增强，科室面貌焕然一新。其他科室看在眼里，纷纷主动效仿，以点及面的效应就这样形成了。“看得见成效，才是最有力的动员。”刘明这套“用事实说话”的管理逻辑，自然而然凝聚了共识。



刘明在宜宾二院建院135周年系列学术活动会上致辞

从质疑到接受，从观望到主动，文化融合的成果在宜宾市第二人民医院悄然发生，人心渐齐、方向渐明。“要春风化雨，要持之以恒。”刘明说，“我们要在漫长的时间里让华西理念在这里生根。”

在此基础上，院党委擘画医院“12335”核心战略蓝图：以人民健康为“一个中心”，以高质量党建引领医院高质量发展、以“严谨、创新、学术、共情、廉洁”核心文化提升医院核心竞争力为“两条主线”，以平安医院、人文医院、节能医院“三项建设”为抓手，以“三区协同”保障各院区高效运行，以“医教研管宣”五轮驱动为引擎，助力医院在新时期高质量发展赛道上跑出“加速度”。

改革的画卷徐徐展开，华西的“种子”正在开出繁花。

二、学科革命

“不同的学科打法不同。”刘明说。“分类施策，科学建设”是他进行学科建设的核心思路。

医院将学科分为高峰、高地、平地三类学科。高峰学科即国家临床重点专科，举全院之力匹配资源；高地学科即省级临床重点专科或省医疗服务能力排名前10名的学科，给予政策倾斜，持续投入；平地学科即市级临床重点专科，培育学科带头人，优化结构，面上提升，点上突破。

在刘明看来，学科建设要始终以患者为中心。华西领办后，为了促进学科精细化发展，提升患者体验，医院实施“学科融合、专业细分”的建设理念，一场学科革命由此开启。

肿瘤中心建设是对这一理念的生动诠释。

从前，肿瘤科分为几个平行科室，各科室的医生收治病种范围覆盖全身肿瘤，而肿瘤种类多达几百种，诊疗方式各有不同。“人的精力有限，样样涉猎，难免样样不精。”肿瘤中心主任雷开键说道。

为了改变传统肿瘤诊疗的弊端，2020年，医院整合5个肿瘤科的医疗资源打造了肿瘤中心，分设头颈食管、肺、肝胆、妇科肿瘤等9个亚专业组。

改革后，专病专治实现“以专促精”，每个亚专业组由固定医生负责，长期深耕使得医生对相应病种越做越深，同一病种的诊疗差异也被压缩到最小。

不仅如此，传统诊疗中，化疗、放疗等手段分布在不同科室，一个疾病的诊疗被切割成几段，各管一摊，缺乏整体性。“在我们中心，化疗、放疗、介入治疗、靶向治疗每个医生都要掌握。”雷开键说。

患者进入中心后，由专业人员根据病情划分至相应专业组，主管医生便成为患者的“全程管家”。“管得病种少就管得更精准。诊疗有了连贯性，患者体验就能提升。”雷开键说。专业细分之后，各亚专科与相应外科结成固定“对子”，转诊也更顺畅。与医生同步“专”起来的还有护士，护理团队按照专业方向分组，每个人都有了擅长的护理领域。

肿瘤治疗中，死亡模糊了年龄。一个癌症晚期的孩子，被多家大医院告知无力回天。绝望的家属找到雷开键：“哪怕有0.1%的希望，请您救救孩子，死活我们认了。”

那个孩子活了下来，多年后，他成为省里的武打冠军，又远赴国外读书，走向广阔人生。讲这个故事时，雷开键的喜悦溢于言表。这正是肿瘤中心的理

念：哪怕有0.1%的希望，患者及家属有治疗意愿，医生都会拼尽全力。值得一提的是，去年，肿瘤中心已获批国家临床重点专科建设项目。

作为骨科专家，刘明主导了骨科的变革。

从前，骨科分为“骨1科”“骨2科”，看似分明，但老百姓往往不清楚科室间的差别，该去1科的去了2科，常常跑错科室。“不能让患者跑冤枉路。”刘明下定决心，将分散的两个骨科整合为一个骨科中心，有且仅有一名主任进行管理、统筹全局。“党委强势介入，揭榜挂帅，谁强谁上。”刘明说。在此基础上，通过医疗组长负责制将骨科中心划分为七个亚专业组，负责诊疗固定病种，实现专业精细化。

改革后，无论是关节还是脊柱，老百姓只要患有骨病、骨伤，就可以去骨科中心，由中心根据病情划分到相应组别，彻底避免了挂错科无效跑路。如今，骨科中心已成为省级临床重点专科、省级区域医疗中心。

刘明推动此类整合在全院展开，心内一科、二科、三科整合为心血管内科；感染一科、二科整合为感染性疾病中心……全院160余个亚专业组、191名医疗组长，织就一张以疾病为中心的诊疗网络。

“得了什么病，就去什么中心，剩下的交给医生。”刘明的这句话，不仅简化了患者的就医流程，更彰显了以患者为中心的改革初心，也让医院的诊疗效率和服务质量实现了质的飞跃。



国家临床重点专科建设项目发布仪式现场

三、因材施教

“人才培养，要有组织、有计划。”刘明说。

医院坚持“人才兴院”战略，通过实施名校博士直通车工程、高层次人才孵化工程、管理后备人才青苗工程、中层干部“走进华西、学习华西”工程“四大工程”，对人才进行分类培养、因材施教，形成“全生命周期人才培养体系”。

名校博士直通车工程专为名校毕业的博士开辟绿色通道，没有层层面试，直接录用。“好苗子留不

住，是医院的损失。”刘明说。效果立竿见影。近年来，宜宾二院引进学科带头人2人、博士34人，高层次人才队伍数量创历史新高。高层次人才孵化工程为博士及以上学历人才提供孵化基金、创业基金等，辅助其继续成长。管理后备人才青苗工程则针对40岁以下的医疗、护理、行政管理储备人才进行定制化培训。依托四川大学华西医院优质师资，医院举办了三期现代医院管理职业化定制培训班，管理后备人才结业后可在不同岗位锻炼，甚至可以在医联体内进行院外挂职锻炼。中层干部“走进华西、学习华西”工程让中层干部在思想上和理念上学习华西、看齐华西。

此外，作为市级非教学医院，科研中的堵点、难点客观存在。但刘明清楚，医院是现代化区域医疗中心，这意味着，在诊疗能力外，“医教研管宣”缺一不可。缺乏科研，学科走不远，医院做不强。

医院将科研创新作为党委重要战略举措，成立党委领导下的学术委员会，成员涵盖院领导、中层干部、党员专家，专门负责研究科研开展方式、奖惩规则等。除了科教部，医院还成立了临床试验中心CTC，规范临床研究。此外，科研被明确为各级党组织的共同责任，责任层层下沉，压实到党支部，形成“上下联动、全员参与”的科研工作格局。

科研文化浸润至关重要。医院树立鲜明的科研导向，在战略层面，明确提出建设“学术性单位、研究型医院”目标。激励层面，年终表彰专设“科研先进集体”奖项，获评科室年终奖相应上浮。此外，院内评选科研类“仁德青年榜样”，让积极开展科研的个人和团体被看见、被尊重、被学习。“见贤思齐，当

科研榜样成为一种标杆，学术氛围会在潜移默化中形成。”刘明说。

“堵点、难点要打通，配套奖励必须跟上。”他说。医院陆续出台《科研成果奖励办法》《博士科研启动基金管理办法》等一系列科研奖励办法，让从事科研工作的医务人员能够在薪酬上得到实实在在的保障。

医院还强化与华西医院等科研团队交流合作，共享科研资源；着力建设生物样本库，为临床研究提供支撑保障。一系列举措下，医院实现“临床需求带动科研创新，科研创新反哺临床诊疗”的良性循环。如今，医院成功入选四川省首批研究型病房培育单位，2025年科研项目立项经费总金额突破7300万元，全国GCP药物临床试验量值获评A++等级，科研实力实现跨越式提升。

“我们‘国考’连续6年保持A级。2025年四川省医疗服务能力排名第七，15个专业进入全省排名前十。在2024年四川省医疗服务能力和质量评价中，16个参评专科全部获评‘A级’及以上等级。学科建设成效显著，人才队伍不断壮大，科研实力大幅提升，医疗服务更加惠民。”刘明难掩喜悦。

华西领办下，宜宾市第二人民医院已经从“区域跟随”成为“川南领跑”。这家137年历史的百年老院，在每一次改革、每一次突破中，继续焕发新的生机与活力，书写更多守护人民健康的崭新篇章。

（源自《中国医院院长》杂志）



中医药传承创新 助推基层医疗机构高质量发展

——成都市郫都区安靖街道社区卫生服务中心中医药传承创新实践案例

■ 文 /成都市郫都区安靖街道社区卫生服务中心 李长安 余艳 邓丝予

党的二十大明确提出，“要促进中医药传承创新发展，推进健康中国建设”，为推进基层中医药传承创新发展、深化中医药改革，指明了前进方向、提供了根本遵循。基层医疗机构作为守护人民群众健康的第一道防线，

如何传承好、发展好、利用好中医药这一宝库，提高人民群众看病就医的获得感、幸福感、安全感，需深入探讨、科学实践。现以成都市郫都区安靖街道社区卫生服务中心为例，探讨如何以中医药传承创新赋能高质量发展。

四川素有“中医之乡、中药之库、无川药不成方”等美誉，中医药资源优势显著。近年来，成都市郫都区安靖街道社区卫生服务中心（以下简称“中心”）牢牢把握时代机遇和政策优势，坚持传承与创新相结合，成功创建为首批“成都市示范中医馆”，并将中医适宜技术融入临床各科室发展，结合基本公共卫生服务，代表郫都区

一、织密医疗保障网，百姓看病“有医靠”

中心位于素有非遗文化“蜀绣之乡”美誉的安靖街道，地处金牛区、新都区 and 郫都区的三区交界地段，是一所集医疗、预防、保健为一体的成都市基层二级医疗机构，承担着辖区内15.1万居民的基本医疗和基本公共卫生服务。

在郫都区委区政府、区卫健局的高度重视和大力支持下，中心业务用房扩建至20000m²，编制床位增加至199张，实际开放床位290张，拥有CT、CBCT、DR、腹腔镜、宫腔镜、胃肠镜、磁共振热治疗仪等设施设备，正高职称2人，副高职称26人，中级职称104人，软、硬件条件显著提升。

二、打好优质服务“便民牌”，开创中医药服务新格局

中心位于素有非遗文化“蜀绣之乡”美誉的安靖街道，地处金牛区、新都区 and 郫都区的三区交界地段，是一所集医疗、预防、保健为一体的成都市基层二级医疗机构，承担着辖区内15.1万居民的基本医疗和基本公共卫生服务。

接受“全国中医工作示范县”实地评审，将中医适宜技术融入临床各科室发展，并结合基本公共卫生服务。中心现可开展针灸、骨折手法复位、穴位贴敷等10类61项中医适宜技术，充分发挥中医药“简便廉验”治疗优势，为百姓提供多元化、特色化的中医医疗服务。

如今，中心成功创建为国家级群众满意的乡镇卫生院、四川省次中心建设高质量发展标杆、成都市基层二级医院、“优质服务基层行”推荐标准单位，是四川省社区医院、四川省及成都市“县域医疗卫生次中心”、成都市全科医生转岗培训基层实践基地、成都市胸痛救治单元、成都市卒中防治站，荣获“四川美丽基层医疗机构”（位于榜首）、“郫都区卫健系统标杆党支部”等称号，多项工作受到央视国际频道、《学习强国》《人民日报》《四川日报》、四川电视台、《成都日报》等媒体宣传报道。疫情防控工作和家庭医生“七到家”服务得到了国务院副总理刘国中和四川省副省长杨兴平的高度肯定。

在郫都区委区政府、区卫健局的高度重视和大力支持下，中心业务用房扩建至20000m²，编制床位增加至199张，实际开放床位290张，拥有CT、CBCT、DR、腹腔镜、宫腔镜、胃肠镜、磁共振热治疗仪等设施设备，正高职称2人，副高职称26人，中级职称104人，软、硬件条件显著提升。

如今，中心成功创建为国家级群众满意的乡镇卫生院、四川省次中心建设高质量发展标杆、成都市基层二级医院、“优质服务基层行”推荐标准单位，是四川省社区医院、四川省及成都市“县域医疗卫生次中心”、成都市全科医生转岗培训基层实践基地、成都市胸痛救治单元、成都市卒中防治站，荣获“四川美丽基层医疗机构”（位于榜首）、

三、打好人才培育“组合牌”，激活医院发展新动力

人才是发展的第一要素，多年来，中心一直秉承“技术兴院、人才强院”战略，致力于发展中医医疗技术，通过奏响“引培留用”四部曲，多措并举厚植人才成长沃土，实现人才发展和医院发展双赢。

（一）海纳百川引人才

中心把“引好人才、引对人才”放在首要位置，制定人才培养专项基金等16项激励关爱政策、人才职业发展规划以及科学合理的绩效管理方案，对优秀人才实行“托底不限高”政策，在职称晋升、年度评优方面对中医药人员给予适当政策倾斜，充分激发人才活力，提高人才引进质量。近3年，引进中医药中、高级职称5人充实人才队伍。中心现有专职中医医师29人，其中副主任医师6人、中级职称6人、中医研究生5人。

（二）多措并举育人才

中心按照供需相匹配原则，加大全科、儿科、内科、外科等紧缺专业中医药人才培养力度。围绕实现医院诊疗能力、健康管理服务、人才队伍建设、医院管理水平“四个明显提升”目标，与四川大学华西第四医院、成都市第五人民医院、成都市第一骨科医院、郫都区中医院等建立医联体合作关系，通过培训带教、课题研究、病例研讨等方式，

四、打好重点科室“优势牌”，提升医疗服务新品质

（一）实施门诊专科建设

为进一步落实专病专治，为患者提供精细化、专业化的诊疗服务，中心率先在门诊推出专科门诊，在保留原有全科能力的基础上，新增结石病、骨质疏松、中医脾胃病、儿童哮喘等10个中西医门诊专业诊室，使门诊更加专科化，服务更加精准化，中医治疗更优质化。

（二）致力发展外科特色

中心先后引进营山县中医院外科主任医师、郫都区骨科医院副主任医师等高级职称2人作为外科带

“郫都区卫健系统标杆党支部”等称号，多项工作受到央视国际频道、《学习强国》《人民日报》《四川日报》、四川电视台、《成都日报》等媒体宣传报道。疫情防控工作和家庭医生“七到家”服务得到了国务院副总理刘国中和四川省副省长杨兴平的高度肯定。

（三）临床实践用人才

中心临床科室内的中医师，将中医脉诊、舌诊等望闻问切四诊与西医体格检查、影像学、实验室检查等相结合，综合评估病情，辨证论治。在西医治疗基础上，开展穴位敷贴、温针灸、中医离子透药等中医药适宜技术，融合中西医优势。对科内治疗有难度的患者和疑难危重病人进行治疗，通过科间会诊和多学科讨论的形式，与中医康复科的中医师专家共同制定治疗方案，增强治疗效果，充分发挥人才资源优势。

（四）暖心举措留人才

中心强化人文关怀，尊重人才价值，给予人才充分尊重和关注，在工作中支持，在生活中关心，打好亲情牌、温情牌。精心组织策划主题团建活动、交心谈心会，组建蜀绣组、萨克斯组等兴趣小组，丰富职工生活，增强全院职工凝聚力，加深人才的认同感、归属感、幸福感；建立多劳多得、优劳优酬的激励机制，充分调动职工的工作热情。

头人，科内2名中医师完全融入外科临床工作，开展了多项中医药适宜技术。针对泌尿系结石病人开展中药穴位贴敷、中药代茶饮等；对四肢创伤、脊柱、关节等骨科病人开展中药塌渍、功能训练、中药外敷等；对普外病人开展中药熨烫、中药直肠滴入、中药离子透药等，促进了疾病的快速康复，获得患者一致好评。现已成功创建为四川省和成都市第一批基层临床特色科室。

（三）打造儿科特色优势

中心于2013年引进1名副主任医师，先后派出骨干医护人员10人次到华西附二院、成都市妇女儿童中心医院等上级医院进修学习，并给予经费支持。现有中医硕士研究生1人，床位60张。设有儿童一站式中医治疗室，开设中医儿科、哮喘专科和儿童发热门诊，将中药熨烫、中频药物导入治疗、小儿穴位敷贴、温针灸、耳穴、推拿等中医适宜技术融入日常门诊治疗，高峰期门诊200~400人次/天，住院量近130人次/天。现成功创建为“城市医学名片·成都特色专科”。

五、打好中医国粹“特色牌”，构建文化传承新格局

（一）打造约2600m²的中药百草园

中心种植有薄荷、藿香、何首乌、樱桃树等150余种中草药，李时珍、张仲景、孙思邈等7座古代名医雕像伫立其间，园区四季花开、四季药香，中医文化氛围浓厚。设立了情志养生的“七情园”，通过中医文化小故事，以人的喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化，宣传情绪安定的重要性，引导群众“信中医、爱中医、用中医”。

（二）打造“清风习语 药语廉心”廉洁文化墙

向来院群众科普中药知识，根据其药性、药理、药效，发掘宣传中药背后的廉洁寓意。同时结合习近平总书记关于党风廉政建设和反腐败工作的系列重要讲话精神，引导医务人员常修从医之德，常怀敬畏之心，常存律己之念，常思贪欲之害，营造“崇廉、学廉、尚廉、守廉”浓厚氛围。

（四）发挥中医康复科中医药特色

科室设有专科门诊、中医传统治疗区、现代康复治疗区、住院病区，逐步发展成集临床医疗、疾病预防、康复治疗为一体的综合性科室。在临床广泛使用中医正骨、小夹板外固定、针刺、火针等中医特色疗法的基础上，创新应用三氧穴位注射止痛治疗、督脉灸、针刀及液针刀、特色关节灌注治疗等，中医康复特色优势突出。中心现已成功创建为成都市首批示范中医馆、四川省第二中医院省重点专科针灸康复科协作建设单位、郫都区基层临床特色科室。

（三）充分发挥中医药特色优势

遴选本院中医师经方、验方，经卫健局备案后，采用中医传统工艺加工配制，创新推出养胃饮、益气润肺饮、降脂饮等13种中药临方加工产品、2种中药药酒、9种中药特色养生茶饮以及多种药膳等产品。儿保科推出小儿中药洗浴、中医推拿等治疗方式，中医药年服务量8.8万人次。

（四）积极开展中医文化进校园、社区活动

多次组织辖区内学校学生到中心参观百草园，实地感受中医药的魅力，宣传中医药文化。带领群众练“八段锦”，并在医院、村卫生站（室）设立中医药文化宣传栏，定期更新内容，宣传中医养生防病知识。

六、结语

中医药是中华优秀传统文化的重要组成部分和典型代表，是彰显中华文明突出特征的鲜活载体。中心将中医药服务由医疗为主拓展到预防、保健、养生、康复等领域，提供了覆盖全生命周期的健康

服务，既是落实便民、惠民、利民的创新举措，也是推动中心高质量发展的有力载体，多措并举让居民享受到更便捷的中医药服务。

整合医疗视角下 我国山区公立医院医防融合实施效果的审视与发展探析

■ 文/苍溪县歧坪镇中心卫生院 苗军 王政 韩艳

公立乡镇卫生院是推动基本公共卫生服务和医防融合的主力军，是推进和实现健康中国战略的重要力量，在整合医疗视角下审视我国山区公立医院医防融合实施困境、探析破局路径，促进公立乡镇卫生院推进医防融合是全面实施“健康中国”战略的关键举措，是疾病控制与管理关口前移的手段，也是

是实现健康全生命周期管理的最优策略。本文以点带面梳理了山区公立卫生院医防融合实施现状及问题，并以整合医疗理念为指导，从人力资源整合、资金保障、技能培训、信息整合4个层面探析整合医疗视角下我国公立乡镇卫生院医防融合的实施路径。

自2016年起，国务院医改办等7部委联合发布《关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知》，提出实行家庭医生签约服务；到2020年12月，《关于印发全国公共卫生信息化建设标准与规范（试行）的通知》明确提出推动医防融合的深入发展。医与防的深度融合、协同发展打破了既往医疗卫生服务与公共卫生服务衔接不紧密的机制壁垒。在世界卫生组织整合医疗概念的影响下，近年来国家依托乡镇卫生院、社区服务中心作为实施基本公共卫生服务（以下简称“基公卫”）项目的主体，在推动医防融合和家医签约服务政策落实中发挥了至关重要的作用，也取得了较为明显的成效。然而，《全国第六次卫生服务统计调查专题报告》显示，我国55岁至64岁人群慢性病患率达48.4%，65岁及以上老年人患病率达62.3%。《第七次全国人口普查公报（第五号）》显示，我国60岁及以上人口的比重上升5.44%，65岁及以上人口的比重上升4.63%。人口老龄化程度持续加深、人口负增长趋势显现，对我国医疗服务的能力和水平提出了更高的要求。公立医院既需要提供基本医疗服务，也需要为人民群众的健康提供有力保障。本文以苍溪县歧坪镇中心卫生院（以下简称“中心”）辖区实际为观察点，审视和探析山区公立医院医防融合的现状和实施路径。

一、中心概况

苍溪县歧坪镇中心卫生院（苍溪县第四人民医院）于1998年创建为二级乙等综合医院，2019年创建为全国“优质服务基层行”推荐标准单位，

2021年纳入全省首批县域医疗次中心建设单位，同年上榜全国乡镇卫生院500强。医院设有17个临床科室、12个辅检科室，现有在职医护人员128人。中心下辖16个村、4个社区，户籍人口3.2万人，常住人口2.3万人，在管重点人群8000余人。

二、山区公立医院医防融合困境

（一）人力资源不足

中心所在辖区幅员辽阔，面积达81.2平方公里，辖16个村、4个社区，现有在职村医16人，年龄最大60岁，最小43岁，平均年龄53岁。为响应国家医防融合工作的深入开展，中心于2022年开始组建了19支由医生、护士、村医组成的服务团队，同时分片区设团队队长1人、中医指导医师1人；团队成员既兼顾临床科室工作，又承担家庭医生签约服务职责。同时，本科及以上专业技术人员难以下沉基层，即使下沉也难以长久服务。人力资源不足和人才流失成为制约山区公立医院乃至整个国家基层医疗发展的突出瓶颈。

（二）经费不足

目前医防融合工作主要依托基公卫服务，尚无专项经费支持。基公卫服务在具体实施过程中虽有提倡购买服务，但受限于革命老区经济发展滞后且医保保障经费的不断上涨，老区居民购买意愿低迷，慢病患者管理难以完全按需监测。村医受限于专业知识的欠缺和缺乏经济动力，预防功能受到多方制约，这是医防融合工作推进缓慢的主要原因。

（三）专业技能不足

目前组建的医防融合团队由各科室抽调人员组成，多为专科定向人才，实践能力难以满足群众复杂的健康需求。团队工作存在工作碎片化问题，难以满足参与者对医疗成就感的需求，核心功能建设和创新不足，工作成效较低。

（四）信息化程度低

目前山区公立医院依托省基层医疗卫生机构管理信息系统，主要用于基本医疗的运行与管理，在公卫方面依托第三方服务实现全域重点人群的签约服务。除65岁及以上老年人年度健康体检能实现数据实时上传外，医防融合方面信息化基本为零，难以对重点人群的分布、监测数据的水平和动态、危险因素等进行实时掌握和管理，因此会出现管理环节间信息割裂、闭塞，服务缺乏针对性，未能实现预期效果。

三、整合医疗视角下探析山区公立医院医防融合的实施路径

根据2022年国务院办公厅发布的《“十四五”国民健康规划》要求，应整合医疗机构和专业公共卫生机构资源，为网格内居民提供一体化、连续性医疗卫生服务，以及2009年《中共中央 国务院 关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“注重预防、治疗、康复三者的结合”，基公卫工作与医防融合的结合成为必然趋势。但鉴于山区公立医院目前存在的医防融合困境，如何破局就成了我们必须思考的问题。

（一）人力资源整合

要实现人力资源的有效整合，国家需加强基层公卫服务专业人才培养，通过定向服务首先满足基层人才数量的需求；还要赋予基层医疗机构灵活多样的用人权利，充分发挥地方政府组织功能，构建相应框架。在村医数量持续锐减、管理能力不足以及允许极少数村医自主脱离的背景下，可逐步探索村（社区）联络监测员聘用模式，以弥补人力资源不足。若聘用的联络监测员群众基础好、组织能力强，且有灵活的退出机制，在严格考核下可发挥不低于村医的功能。

（二）加大政府投入，保障医防融合实施条件

持续、稳定的经费补偿机制和经费管理制度是保障医防融合持续、有力开展的基础。近年来，慢

病人群的管理因缺乏相应的补偿机制，其管理效率和患者满意度有待提高。应加大政府投入，确定合理的补偿范围与方式，建立相应经费管理制度，激活基层医务人员的主观能动性。

（三）技能培训，提升医防融合的能力和效率

受限于人力资源的短缺、岗位数量不能扩充以及基层医疗机构文化环境的局限，无论是基公卫工作还是医防融合工作的推动，基层医疗机构多为一岗多责、临时抽调，专属服务团队难以建立，无法满足现阶段人才精神文化的需求，导致招录、留用人才困难。为提升服务能力，除院内基础培训外，需上级行业组织和医疗机构组织政策解读与技能培训，逐步建立专属服务团队，持续提升医防融合能力。

（四）信息整合，消除“信息孤岛”

要实现重点人群和慢病人群的有效管理，信息化是不可或缺的手段。构建以患者为中心的防、治、管全流程整合型卫生服务链条，利用信息化的手段将重点人群和慢病人群的实时健康数据动态化管理，实现异常指标实时预警。医防融合团队借助信息化平台的监测提供防、治、管服务，以此消除“信息孤岛”，才能真正实现重点人群和慢病人群的有效管理，让人民群众真正体会到获得感。

四、结语

本文以局部山区公立卫生院为视角，在整合医疗视角下审视山区公立基层医院在医防融合工作开展过程中面临的困境，从人力资源整合、资金保障、技能培训、信息整合4个层面探析了山区公立医院医防融合的实施路径，期望能在宏观政策的调整下逐步改善山区公立基层医院医防融合的现状。但要实现国家健康中国战略下的全民健康，建立政府支持机制是首要条件，在资源合理分配的基础上建立目标一致、责任明确的组织体系、管理体制和协作机制，综合运用经济、法律、行政等手段，促进医疗与预防服务的深度共生。各基层医疗单位应立足现有条件，为在岗人员提供再学习和技能提升的机会，调动人的主观能动性、提升人的客观技能，结合信息技术消除“信息孤岛”，健康中国战略将不再遥远。

秋日双桂芳： 四川省人民医院的“速度与温情”

■ 文 / 王斐玉 ■ 供稿 / 四川省医学科学院·四川省人民医院

一如院中那株双色桂树，日间手术的“金”与日间化疗的“银”，在现代医疗的土壤中同根共荣，共绽芬芳。

四川省人民医院（以下简称“省医院”）的日间诊疗始于10年前的一次尝试。

2015年，省医院在眼科、耳鼻喉科和小儿外科划出了几间特殊的病房开始探索。那时没人能预料，这个最初只为缓解床位压力的举措，会逐渐演变为一场涉及28个科室、115种术式的系统性重构。眼科成为最早的突破口并非偶然：白内障手术如流水线般可标准化，患者术后恢复预期明确。当第一批患者24小时内完成从入院到出院的全过程时，质疑声与希望同时生长。医生们发现，自己必须在更短的时间内完成评估、沟通、手术和随访，工作密度陡然增加；而患者则困惑，手术如此“大事”，怎能像门诊输液般来去匆匆？

一、革新

在日间手术管理模式上，省医院经历了一个不断优化的过程。从最初在各科室分散设置日间病床，到后来过渡到由专门团队进行集中管理，最终形成了目前“集中收治、集中管理”的高效模式。日间手术病房由麻醉科派驻固定的医生和护理团队负责管理，日间化疗则由肿瘤科专人负责，实现了床位、手术、人员、预约和健康宣教统一调度。这种模式不仅大幅提升了医疗资源的利用效率，也通过标准化流程保障了医疗质量与患者体验。

然而，即便医疗管理体系持续向精细化演进，在效率导向的改革逻辑与医疗实践中的现实惯性之间，仍存在难以消解的内在张力。医务部负责人向阳的办公桌上，摆着各科室床位使用率的报表。有个矛盾显而易见：当某科室床位宽松时，医生缺乏将患者转入日间路径的动力；当床位饱和时，日间又成为舒缓病房压力的通道。这种波动使得日间手术病房的床位时紧时松。“我们能否从全院层面统一规定，适宜日间的病例必须进入日间路径？”这样的讨论反复出现，又因可能削弱科室积极性而被医务部搁置。

2016年秋天，一项关键政策的出台成为转折点：四川省医疗保障局允许将入院前7天的门诊检查费用，并入院费用统一报销。这道政策口子看似微小，却彻底解决了日间模式最现实的梗阻——术前检查费用无法报销的问题，使术前检查得以前置，24小时的住院时间得以真正用于核心治疗。日间手术也于同年9月向全院推广，并逐步建立起包含独立日间手术病房和手术室的完整体系。

2022年，该院启动了以门诊模式运行的日间化疗服务。目前，日间化疗中心配备72张专用输液座椅，为病情稳定、治疗方案适宜的患者提供“白天治疗、晚上回家”的便捷服务，日均接待患者120至130人次，全年服务量约3万人次，有效缓解了肿瘤患者的治疗压力。

在日间医疗的整体框架下，流程突出“精、快、优、安”。日间化疗病房护士长夏琪通过专岗集中预约，实现治疗档期的清晰规划，免疫、靶向治疗甚至可当天预约当天进行。患者到院后，经历报到、生命体征测量、血管通路建立至治疗的标准流程，多数能在数小时内完成并离院。护理团队在治疗中发挥主导作用，进行密集的健康教育与观察。离院后，通过离院评估、电话热线、线上团队及定期随访构成延续性护理网络，确保患者不间断获得支持。



省医院日间化疗中心护士长夏琪使用移动护理信息系统（PDA）核查患者药品，做好健康宣教

此外，日间化疗病房的高效运转还依赖于与多个科室的制度化协作。通过统一信息系统实现医嘱实时传送，制定标准化时间节点管理确保各环节衔接，并以护士为协调枢纽定期召开跨科室会议，保障流程顺畅。

那么，在如此高效的运转模式下，如何确保万无一失的医疗质量与患者安全？医院建立了一套严格的全流程管理体系，从病种、术式、医师资质到

二、优化

医疗效率的脉搏中，始终流淌着人文关怀的温暖。

如何在“短、平、快”的节奏中，实现护理深度与宽度的最大化是日间手术病房护士长李忻宇和她的团队每日面对的核心课题。与传统病房不同，日间护理的焦点高度浓缩于围手术期的精准管理：从患者踏进病房前的评估与宣教，到术后安全的放行，直至出院后28天的延伸随访，她们不仅是照护者，更是流程的协调者、信息的枢纽和情绪的稳定器。



省医院日间手术病房护士长李忻宇为患者进行健康教育指导

为有效缓解患者手术前的等待焦虑，李忻宇创新引入“手术进程可视化”系统，通过候诊区大屏幕实时呈现每一台手术的当前状态——从准备、进行到完成，各环节一目了然。这份透明，既安抚了家属的心情，也赋予患者更多的知情与安心；在个性化服务方面，她推动推出了“一病一码”健康树服务。每位患者扫码即可进入自己专属的健康信息界面，获得从术前准备、术后注意事项到康复指导的全程化、针对性指引，让健康管理清晰易懂、触手可及；而出于对患者远期康复的持续关怀，李忻宇团队还构建起“AI智能初筛+人工重点干预”的四次随访体系。人工智能系统定期进行初步随访与风险识别，医护人员则在此基础上对需要帮助的患者开展重点跟踪与干预。这一模式既实现了高效覆

患者准入均有明确标准，并需经过科室、医务部和专家委员会的多层评估。安全是这条快速通道上不可妥协的限速器。医院构筑了一套多层防护体系：医生须具备主治医师职称满3年、特定手术经验超百例，并通过科室、医务部和专家委员会三重审核。每例手术必经主刀医生与麻醉医生的双重评估签字。信息化系统监控着关键指标，术后24小时内随访是铁律。

盖，又确保了关怀的深度，为患者离院后的恢复过程，织就了一张牢固而温暖的安全网。

同时，日间化疗中心也为提升就医体验做了一系列努力，夏琪自费购置鲜花，精心挑选适宜的空气清新剂，积极优化环境，营造温馨氛围；设立日间化疗专用结算窗口，支持移动支付，并为老年患者保留人工服务通道；通过建立医患微信群、定期开展“健康微讲堂”等方式，搭建起患者交流与互助的支持平台。

除了流程与环境的优化，日间化疗中心还在心理疏导与康复指导方面构建了“医护主导、全员参与”的支持体系。护理团队根据患者具体情况提供个体化饮食、运动建议，并通过多种形式开展健康教育。心理疏导采取分级干预：护士与医生进行一线情绪支持，遇到明显心理问题时转介至心理咨询师。此外，鼓励同伴支持，形成互助氛围。

然而，在高速运转的系统背后，一些结构性挑战依然存在。李忻宇特别提到，目前全国范围内缺乏统一的日间手术护理记录单。她们仍不得不使用为长期住院患者设计的、内容繁复的通用文书进行记录。日间护理的核心在于风险评估、并发症防控及出院安全，其文书重点理应与传统护理有所不同。现有的记录方式不仅消耗了护士本已紧张的时



省医院护理部负责人吴冬梅查看病房

间，也可能使关键的观察要点淹没在不必要的细节中。一份符合日间医疗特点的专用文书，无疑是提升专业效能与聚焦护理核心价值的迫切需求。

三、致远

当前，日间化疗中心的运作已体现出显著的成本控制与资源利用优势。通过精准预约与分时段诊疗，中心避免了资源闲置，并实施“航班式”座位管理与弹性护士排班，大幅提升了资源周转率。药品实行定量预储与集中配置，耗材定数化管理，同时借助信息化系统实现数据驱动决策，以持续优化运营效率。

提到运营效率，向阳提供了一组数据。省医院根据对47个病种/术式、共1450例日间手术患者的专项分析显示，日间手术患者的平均住院床日降幅达81.13%，中位降幅为78.54%，次均总费用降低62.63%，中位降幅48.92%，次均药品费用与耗材费用也分别下降79.91%和63.1%，中位降幅分别为60.94%和36.40%。这不仅切实减轻了患者的经济负担，也通过大幅提升床位周转效率，为收治更多疑难重症患者释放了空间，优化了医院整体收治结构。

在患者满意度方面，第三方调查结果显示，医院日间手术患者的总体满意度高于非日间手术患者。尤其在入院流程指导、医护沟通及患者意见反馈等方面，日间手术患者的评价显著更优，其中“患者意见被重视程度”一项的满意度增幅高达62.53%，反映出日间医疗模式在提升就医体验和医患沟通方面的积极效果。

此外，日间化疗的开展也带动了医院诊疗能力的整体提升。自2022年下半年推行日间化疗以来，肿瘤中心的住院病例组合指数（CMI）从0.9提高至1.24，全院CMI值也从1.23上升至1.38，说明医院在有限资源下更专注于疑难重症的收治，学科内涵和诊疗难度同步增强。

在此基础上，省医院正积极推动日间医疗向更复杂、更核心的临床领域拓展，引领诊疗模式创新。医院明确鼓励将更多技术复杂、以往需多日住院的四级手术纳入日间手术范围。为保障这一转型

日间医疗追求的不仅是时间上的缩短，更是通过流程再造与关怀前置，让质量与效率协同共生，这条路仍在探索与完善之中。

顺利推进，医院配套实施了新的绩效激励方案，重点向开展高难度日间手术的科室及医务人员倾斜，从政策层面强化对技术突破与效率提升的双重支持。这一举措将进一步推动医院外科技术与围手术期管理能力的整体提升，实现患者、医院与医保体系的多方共赢。

具体到日间化疗服务，未来的蓝图已经绘就。中心计划深化多学科协作，拓展延续护理与人文关怀，并推动服务向社区延伸。同时，积极应用精准化疗与舒适化医疗等新技术，致力于打造智慧化平台，实现全流程线上服务与精细化管理。作为区域质控中心，它亦将承担起向基层医院推广日间医疗模式、促进区域协同与资源共享的责任。

在省医院行政楼下，静立着一株奇特的桂花树。秋深时节，它的一侧，金桂绽满枝头，灿若云霞，芬芳浓烈；另一侧，银桂皎洁如雪，清香幽远，沁人心脾。一树双色，同根共荣。

这棵树，恰如该院蓬勃生长的日间医疗事业。那热烈的金桂，仿佛日间手术中心——精准、高效、目标明确，以外科之力快速解除病痛，让生命重焕光彩；那清雅的银桂，宛若日间化疗中心——温和、持续、细致入微，以药物之功抚平创伤，守护生命漫长的旅程。它们根系相连，汲取同一片土地的滋养——那是以患者为中心的改革理念，是全院上下对医疗质量与安全的不懈坚守，更是对医疗服务模式锐意创新的深层共识。这“双生共荣”之姿，正是现代医学效率与温度、创新与传承完美融合的生动写照。

风过处，暗香浮动，飘向更远的楼宇与街道。这棵树，默默记录着一段改革的历程，也悄然预示着一一种更具韧性、更富人性关怀的医疗未来，正在生根发芽，郁郁葱葱。

（源自《中国医院院长》杂志）

边运营边改造模式下 公立医院临时标识系统的痛点与优化策略

■ 文 / 绵阳市人民医院 李梦芳 孙忠贤 范馨月

随着我国医疗卫生事业进入高质量发展阶段，建于20世纪的老牌公立医院普遍面临建筑老化与功能升级的矛盾。对于拥有一定院龄的三级公立医院而言，“边运营边改造”不仅是建设常态，更是对医院精细化管理的严峻考验。当全院业务用房全面启动装修改造，原有就医动线被频繁切割重

组，临时标识系统作为连接患者与医疗服务的“软性基础设施”，其管理效能直接关系患者就医体验与医疗安全。本文以近70年院龄的绵阳市人民医院为例，剖析其在全院改造背景下临时标识系统的核心痛点，并提出系统化优化策略。

一 建设常态下的管理考验

以问题为导向，梳理总结临时标识系统的三大痛点。

（一）视觉体系失序

历史欠账导致视觉体系失序，“补丁化”积弊严重削弱信息传递效率。绵阳市人民医院历经60余年发展，不同时期建设的5栋主要建筑在风格、材质上缺乏统一规划，导致标识系统长期处于“哪里缺补哪里”的被动状态。这种“打补丁”模式，使得全院标识在颜色、字体、材质上风格混杂，甚至出现自制打印标识与统一定制标识并存的乱象。视觉上的混乱直接造成患者及医务人员难以从繁杂的信息中快速、准确地提取有效指引，增加了寻路难度，影响了就医体验。

（二）空间指引滞后

动态改造引发管理“时间差”，临时腾挪频繁导致空间指引严重滞后。在分批改造和科室频繁搬迁（如一年内多次腾挪）的背景下，施工进

度与标识制作周期之间存在难以弥合的“时间差”。新动线启用时，旧标识未拆、新标识未到位，临时标牌又普遍存在字体过小、信息过载等问题。这种动态失序使患者在新旧交替的混乱空间中迷失方向，不得不频繁问询，“以人为本”的服务理念在空间变化中打了折扣。

（三）权责边界模糊

多主体协同真空与权责模糊，缺乏前置系统思考导致重复投入与责任推诿。尽管设有“属地化”管理制度，但在实际执行中，使用部门常将空间管理与功能需求割裂，缺乏整体思维。特别是在改造过程中，施工方、基建科、临床科室等多部门管理边界模糊，信息更新滞后。因此，提高全院干部职工对标识系统重要性的认识、强化以患者为中心的服务意识尤为重要。

二 系统化治理的实践探索

痛定思痛，对症下药；不忘初心，方得始终。绵阳市人民医院领导对以上问题高度重视，主要负责人组织专班多次研讨，带队深入一线现场调研指导，分工协作，挂图作战，通过为期1年多的探索实践，逐步构建起系统化、动态

化、人性化的良性机制，让患者、家属、员工都少走弯路，共同维护了医院良好形象。

（一）重构标准体系

一是从“补丁思维”到“系统思维”转变。以全院项目改造为契机，以优质服务为抓手，彻

底终结标识“补丁化”历史。明确对全院视觉识别系统进行统一重构规划，明确标准色、标准字体、标准版式。对所有楼宇、科室进行数字化编号，并在挂号单、预约短信、线上平台同步显示，让患者“拿着挂号单就能找到路”。

（二）强化动态联动

二是建立标识与工程的“三同步”联动机制。建立标识管理与施工进度的联动机制，实现“三同步”：改造方案确定同步规划临时动线标识，施工启动同步设置过渡期指引，工程验收同步检查标识完善度。引入可移动的临时标识设施，便于随动线变化快速调整。利用医院微信公众号、门诊大厅电子屏、医院业务微信群等渠道，提前发布科室搬迁信息与出诊信息，线上线下联动降低信息滞后风险。更新的标识标牌关键信息字体全部放大，在岔路口设置分屏式指引，避免单块牌信息过载。同时，在关键节点增配行政办公区党员作为导医志愿者，志愿者提前熟悉掌握新动线，对高龄、独行患者提供“陪走式”引导，以“人工+智能”填补标识盲区。

三 总结

“细节是管理的良心，过渡期的秩序是医院人文关怀的试金石。”老牌医院在全院改造中面临的标识管理困境，本质上是粗放式管理向精细化管理转型的缩影。临时标识系统绝非“小事”，而是关系患者就医体验与医疗安全的重要管理议题，需要从细节入手。从“被动补丁”走向“主动规划”，从“碎片管理”走向“系统治

（三）压实管理责任

三是构建多部门协同的管理闭环长效机制。医院成立由宣传科牵头，基建科、临床科室、门诊部等共同参与的“改造过渡期标识管理专班”，明确各方职责：基建科负责改造相关临时安全标识的日常维护和更新，临床科室负责反馈动线变化与患者需求，宣传科负责统筹规划、标准制定及督导临时标识标牌的更新到位，后勤科负责清理旧标识。医院组织宣传科等相关部门到新建标杆医院进行导视系统的参访学习，提升导视系统重构能力。建立每周一次的标识巡查制度，由带班院领导牵头，医院总值班、志愿者、宣传科共同参与，发现问题24小时内整改。将标识引导满意度纳入相关部门优质服务质量考核指标，倒逼管理责任落实。

理”，不仅是标识系统的功能复位，更是公立医院“以患者为中心”服务理念的具体呈现。唯有将标识管理提升至战略高度，才能在改造过渡期守住医疗秩序，赢得患者信任。

构建“防、治、康、养” 一体化的妇幼全生命周期健康服务新模式

■ 文 / 彭州市妇幼保健院 刘兴杨 王锦

面对出生人口持续下降与群众健康需求加速升级的双重变局，彭州市妇幼保健院（以下简称“彭州市妇幼”）作为全省县级首批三级甲等妇幼保健机构，在夯实传统业务“主干循环”的基础上，以“中医”

“康美”“月子”服务为“侧支循环”，构建起“防、治、康、养”一体化全生命周期健康服务新模式，走出了一条县级妇幼保健机构差异化转型的发展新路。

一、战略破局，从“保基本”到“优服务”的逻辑重构

当前，妇幼健康服务领域正经历前所未有的深刻变革。一方面，出生人口大幅下降、生育意愿总体走低，宣告过去以数量增长为核心驱动力的传统发展模式已触及天花板，增量空间日益收窄；另一方面，群众对妇幼健康服务的品质、内涵和体验提出了更高期待，简单的“有服务”早已不够，“服务好”才是新的标尺。

这“一降一升”倒逼我们必须回答一个根本性问题：县级妇幼保健机构的路究竟该怎么走？经过近年来的不断探索，彭州市妇幼逐渐明确了发展思路：必须完成三个关键转变，即从“以疾病为中心”转向“以健康为中心”，将服务触角从诊室延伸到生活的方方面面；从“被动诊疗”转向“主动健康管理”，不等群众上门，主动靠前服务；从“保基本”转向“优服务”，在兜牢基本医疗底线的同时，向品质化、差异化发展。

二、实践路径，打造全链条服务闭环新模式

（一）以“中医”为特色，贯穿全周期“防与治”

中医药具有“简、便、廉、验”的明显优势，在妇幼保健领域更是具有天然亲和力和独特比较优势，尤其在“治未病”方面蕴藏着巨大潜力。彭州市妇幼没有简单地在科室里加一张中医诊桌、开几味中药，而是将中医药服务系统性、全方位地嵌入妇幼保健全过程，形成覆盖孕前、孕期、产时、产后、儿童期五个关键节点的全周期服务体系，拓展妇幼中医优势病种10个、中医适宜技术30余项。

孕前与孕期侧重于“防”。全面开展中医体质辨识与个性化调理，运用艾灸、针刺、中药辨证施治等技术改善生殖健康状态、提高受孕率和受孕质量；针对妊娠恶阻、胎漏、胎动不安、子嗽、子肿等常见病症，推广穴位贴敷、耳穴压豆、中药熏洗等中医特色疗法，最大限度减少药物对母婴的影响。

国家层面的政策布局为这一转型提供了清晰的方向指引。国家中医药综合改革示范区建设（四川省作为西部唯一、全国七个之一的国家中医药综合改革示范区）的深入推进（2025年11月，国家中医药综合改革示范区建设推进会在四川彭州召开），《推进妇幼健康领域中医药工作实施方案（2021—2025年）》的落地实施，以及“健康中国”战略的纵深发展，明确要求推进中医药传承创新，促进中西医结合，将中医药全面融入优生优育和全生命周期健康管理。基于此，彭州市妇幼提出“防、治、康、养”一体化发展战略——以防为前哨、以治为根本、以康为延伸、以养为补充，全力打造“有温度、有内涵”的妇幼健康服务高地。

产中与产后聚焦“治与康”衔接。产时运用经络穴位按摩、揸针埋针治疗等非药物镇痛技术缓解宫缩疼痛、促进自然分娩；产后采用中药热奄包、中药足浴、艾灸等方法加速产妇身体机能恢复，降低产后并发症发生率。

儿童保健坚持“防与治”双轮并重。推广小儿推拿、中药药浴、三九贴三伏贴、生长贴等中医适宜技术，在防治小儿黄疸、反复呼吸道感染、消化不良等常见病方面效果确切。医院还创新开展残疾儿童中医特色康复服务，运用针灸、推拿、蜡疗、艾灸等中医特色技术拓展残疾儿童治疗方法。

彭州市妇幼还依托四川省名中医工作室、5G远程名医馆及中医专科联盟，持续提升中医药科研创新能力和临床服务水平。同时，结合彭州市全省最大的中医药产业集聚区天府中药城的产业底蕴和“天府药

市”文化基因，打造“龙兴·二十四方”等沉浸式中医药文化体验场景，通过“大美中医”体验营、开展中医养生科普、亲子中医研学等系列活动，将健康服务与文化传播融为一体。

（二）以“月子中心”为载体，重塑医疗级“养”的标准

传统社会月子中心普遍存在医疗支撑严重不足的明显短板，极易导致延误母婴的最佳救治时机。彭州市妇幼创新推出“医院+月子中心”自营模式，将月子服务直接嵌入三甲妇幼保健院内部，从物理空间到服务流程实现无缝衔接，从根本上弥补了传统模式的结构性缺陷。

在医疗保障维度，建立护理人员24小时值班制度和多学科医生定期联合查房制度，产科、新生儿科、中医医生轮流巡诊；打通月子服务与院内急救绿色通道，产房、手术室、新生儿重症监护室均在同一楼栋，确保突发状况时专业救治力量及时到位。

在环境安全维度，月子中心严格执行医疗级护理操作规范和消毒隔离标准。所有房间配备独立新风换气系统，护理操作严格遵循手卫生和无菌原则，新生儿每日进行标准化的健康监测。

在服务延伸维度，前端衔接产后康复评估与干预，后端对接心理疏导和新生儿遗传代谢病筛查，形成

三、成效与价值：社会效益与高质量发展的双赢

服务能级实现跨越式提升。医院医疗性服务量占比升至50.08%，药占比降至14.35%，中医药服务量占比达15.19%；康美中心业务量增幅高达184.23%，有效对冲全院总体业务5%的下降幅度。医院2024年度“国考”成绩再获A级，门诊中医药诊疗人次占比提升至9.29%，远超全国达标值5%；获评国家妇幼中医药特色建设单位，建成全国及全省有影响力的中医教学培训基地3个，打造妇幼健康领域全国名老中医专家传承工作室建设项目3个，中医儿科成功创建成都市医学重点专科；月子中心凭借医疗级照护优势迅速成为区域标杆。

四、经验与展望

首先，必须坚持“医疗为本、服务为翼”的底层逻辑，专业能力和医疗安全是立院之本、发展之基，所有的服务创新和业务延伸都必须建立在强大的医疗技术实力之上；其次，必须坚持“需求导向、精准供给”的发展理念，把优生优育焦虑、产后康复困扰、抗衰老需求研究透彻，做精细、做极致，行业发展空间才得以充分拓展。

覆盖“医疗、护理、康养”三位一体的完整照护体系，真正实现从“坐月子”到“养健康”的内涵升级。

（三）以“康美”为延伸，拓展女性“美与健康”新需求

为适应新时代女性的更高需求，彭州市妇幼将专业医疗服务向消费医疗领域适度延伸，开辟了“健康+美丽”融合发展的新赛道。

在产后康复与形体管理方面，将中医传统调理与现代康复医学结合，系统开展盆底肌功能评估与修复、私密养护，有效改善产后压力性尿失禁、盆腔脏器脱垂等问题；针对腹直肌分离采用手法复位结合核心肌群训练，帮助产妇恢复体态；同时提供科学的形体管理和营养指导服务，让女性在恢复健康的同时重拾自信。

在医疗美容与皮肤保健方面，不仅提供超声炮抗衰、光子嫩肤、面部除皱、防脱固发等常规医疗美容项目，还开设特色中医皮肤保健门诊，针对黄褐斑、痤疮、皮肤暗沉、过敏性皮炎等问题，采用中药内服、面部针刺、刮痧拔筋、火针祛痣等综合手段，形成标本兼治的差异化竞争优势。

区域影响力持续扩大。作为成都市妇幼健康区域指导中心北部片区牵头单位，该院带动区域妇幼保健机构协同发展，“妇幼健康服务蓉北模式”已初步成形。

群众满意度显著提高。通过提供“一站式”便捷服务和“全方位”综合照护，服务对象实现了从“被动看病”到“主动享受健康服务”的整体体验跃升。

产业融合探索初见成效。医院深度融入彭州市天府中药城和“天府药市”产业生态链，积极探索中医药与健康旅游、文创产品、养生保健等产业的跨界融合路径，在“医疗、教学、科研、产业”一体化发展上迈出了坚实的探索性步伐。

未来，彭州市妇幼保健院将持续深化“医、教、康”融合发展，进一步做强儿童早期发展促进和儿童康复专科；依托紧密型县域医共体建设，将优质服务资源向基层延伸；持续深耕中医药文化品牌建设，让中医药成为彭州妇幼最鲜明的标识和最具特色的竞争力，奋力打造妇幼健康全生命周期医疗保障服务的标杆。

四川省人民医院药学门诊：从拓荒到领航

■ 文 / 刘文生 ■ 供稿 / 四川省医学科学院·四川省人民医院

四川省人民医院药学门诊的十余年发展历程，是中国公立医院药学部门在新时代寻找自身价值的一个缩影。它的成功，

一张三块钱的挂号单，在2008年的四川省人民医院（以下简称“省医院”）悄然开出。这张挂号单并非指向临床科室的医生，而是属于医院药学部。彼时，全国几乎没有医院开设独立的药学门诊，在传统的医疗叙事里，药师是隐于药房之后的“发药人”，而非走到台前的“治疗参与者”。

那一年，杨勇刚刚读完研究生，接受了系统的临床药师培训，成为全国第一批临床药师的一员，他也因此成为省医院最早在药学门诊出诊的药师。那时，他和同事面对的是患者、临床医生甚至整个行业对药学服务价值认知的偏差。就是在这样的环境下，医院药学门诊开始了破冰之旅。

18载春秋流转，这片贫瘠的试验田，已长成一片枝繁叶茂的森林。如今，省医院药学门诊不仅年服务患者数万人次，更孵化出覆盖十余个亚专科的联合门诊体

一 构建服务体系

省医院药学门诊的探索，并非一蹴而就的蓝图落地，而是一个在实践中不断调整、分层推进、动态优化的演进过程，其核心在于构建了一个与临床深度耦合、精准匹配不同层次需求的服务体系。

2008年的汶川地震成为杨勇职业思考的转折点。在参与伤员救治过程中，他发现许多患者用药复杂，却缺乏专业的药学指导。他意识到，药师的知识必须走出药房，与患者直接对接。

就是那一年，经过反复论证和精心筹划，省医院在全国率先开设了付费药学门诊。杨勇成为第一个坐诊的药师。最初的门诊情况并不乐观。“一天上午就七八个患者，”杨勇坦言，“挂号费三块钱，很多人不理解，我找医生看完病，为什么还要找药师？”

然而，正是这最初每天不多的患者，让药学门诊的价值逐渐显现。实际上，在药学门诊开设之前，杨

为正在探索中的“药学服务转型”这一全国性课题，提供了可复制的核心经验与系统化启示。



杨勇和团队在药学门诊为患者服务

系。医院药学部在专科声誉排名中，位居全国前十。成绩的背后，是一个系统性的从理念到实践、从内部构建到外部赋能的深刻变革，它不仅重塑了药师在临床治疗中的角色定位，更构建起一套可复制、可推广的药学服务体系化突围路径。

勇和同事常常深入临床一线，与患者、医生交流，了解他们的痛点和需求。有了这些铺垫工作，门诊开设后，临床碰到用药比较复杂或者解释不清的病例，就会推荐到药学门诊来。患者的问题能真正得到及时、有效的解决，满意度日益提高。

随着药学门诊就诊量稳步增长，更为复杂的临床需求浮出水面。例如，许多孕妇因担心药物对胎儿的潜在影响，即便身患感染、高血压等需及时干预的疾病也拒绝用药，或在自行用药后陷入极度焦虑。基于此，医院在2012年打造了国内首家妊娠期、哺乳期用药专科门诊。杨勇团队通过查阅国内外最新研究数据、建立妊娠期药物风险评估模型，为这类患者提供“一对一”的用药方案调整建议。

“我国目前对备孕男性、备孕女性、孕妇和哺乳期女性四类人群还没有强制用药登记制度，”杨勇介

绍，“而这部分人群的用药安全关乎两代人。”他分享了两个典型案例：一位通过试管婴儿成功怀孕13周的女性，同时患有肺结核和乙肝，一度准备终止妊娠，但若终止妊娠，再次试管成功率极低。经过药学门诊全面评估，建议抗结核和乙肝治疗并继续妊娠，并通过药物降低抗结核和乙肝治疗可能造成的胎儿风险，最终患者顺利生下健康男婴。

另一位患者因特殊原因极难怀孕，通过多方面治疗终于怀上孩子，但妊娠2个月时患了重感冒，惧怕吃药，杨勇主任仅推荐了一颗特定配方的感冒药，患者所有症状便得到缓解。“只吃了一颗药”的故事口口相传，药学门诊作为“安全用药守门人”的初始价值得以确立。

不断专科化的同时，越来越多的特殊人群、特殊药品、特殊疾病用药需求呈现在药师面前。为此，医院药学部开始探索“药学+临床”的联合门诊模式，将药师与不同专科的医生紧密绑定。

自2017年起，更年期&妇科内分泌联合门诊、抗凝联合门诊、心脏外科抗凝联合门诊、肿瘤心脏病学

二 插上数字化翅膀

随着“互联网+”的兴起，省医院药学门诊“塔式服务体系”也顺势插上了数字化的翅膀，开启了线上线下一体化服务的新篇章。2018年起，医院开始探索“互联网+药学服务”新模式。患者通过医院公众号即可进行线上咨询。基于此，医院建立了药品配送、药物咨询、医保特药审核的全链条闭环服务。

在这个闭环中，医生线上开方，药师线上审方，患者线上缴费，药品从门诊药房通过顺丰配送到患者家中；同时，系统推送用法用量、不良反应、用药禁忌、注意事项等“用药指导”至患者微信端，指导患者用药。

药物咨询环节，患者完善基础信息，填写咨询问题，上传相关资料，提交后即可等待药师接诊。在此过程中，患者可根据需求选择合适的药师，目前药物咨询门诊团队已涵盖各专业领域。药师针对患者在用药过程中遇到的实际困难，细化用药指导、制定药物重整方案及优化建议，为患者提供全面且高效的药学服务。

在省医院药学门诊服务中，线上咨询定价90元，相比线下的30元更高。线上费用高于线下，其核心在于服务模式与内涵发生了根本性变化。它不再是线下

联合门诊、女性癫痫联合门诊、血管外科抗栓联合门诊、炎症性肠病联合门诊、癌痛医药联合门诊、抗感染药物治疗管理联合门诊等一系列“医师—药师联合门诊”陆续开展起来，患者在同一个诊室能同时获得诊断与药学方案。

这种模式将原本串联的“先看医，后问药”流程，变为并联的“医—药协同”，效率与安全性大幅提升。而针对极端复杂的疑难杂症，如风湿免疫疾病患者，则启动最高层级的MDT门诊，整合多个临床科室与药学专家进行大会诊。

如今，这座“塔式服务体系”已构建起清晰的层级：塔基是覆盖全人群的基础用药咨询门诊，解决日常用药疑问；塔身是针对妊娠期、哺乳期、抗凝管理等特定场景的专科药学门诊，提供精准化的用药指导；塔尖则是多学科协作的联合门诊与MDT会诊，应对跨系统、多药物的复杂治疗难题。分层递进的服务架构，既确保了基础需求的广泛覆盖，又实现了复杂问题的深度突破，形成了一个动态响应临床需求的有机整体。

门诊的一次性、限时交流，而是升级为一种覆盖全流程、有时效保障的深度用药管理服务。具体而言，线上服务中，患者可在24小时内随时提问，最多可提出20个问题。如果因等待检查报告等原因，患者在首日未能解决所有疑虑，药师还会额外赠送24小时服务时间和10个提问额度，确保“挂一次号，就能彻底解决本次就诊相关的所有用药问题”。

药学门诊还提供医保特药审核服务。该服务已形成一套标准化、信息化的运行流程。经治医师根据患者病情，确认需要使用医保特药后，在信息系统内提交规范的用药申请，并附上相应的诊断依据、临床评估等资料。申请流转至药学门诊的专职临床药师，由其对申请进行专业评估。评估重点包括诊断与药品适应证是否完全匹配、用药方案（剂量、疗程）是否符合临床指南与规范、是否存在潜在的药物相互作用或禁忌证等。审核过程通过线上“云审核”平台完成，而后系统将结果即时反馈给临床医师，并完成电子归档。实现无纸化、可追溯的高效管理，显著缩短了患者等待时间。

三成为价值引擎

长期以来，药师的服务价值被困在药品加成中，其知识劳动价值无法直接体现。根据一项调查，2023年，463家开展药学门诊服务的医疗机构中，对药学门诊收费的占比仅为10.80%。药学门诊发展中最具挑战的环节之一，是服务价值的体现和收费机制的建立。2008年省医院药学门诊初创时，3元的挂号费让许多患者不解。如今，普通药学门诊挂号费为30元，线上咨询90元，医药联合门诊28元，而涉及多学科的MDT门诊最高则达到450元。

有了省医院等机构的实践支撑，四川省在政策层面开始破冰。2024年9月，四川省医保局正式发文，新增并明确了“药学门诊诊查费”等多个药学服务价格项目。这标志着药师的咨询服务、用药方案设计等智力成果，首次在省级政策层面获得了独立的定价身份。

除了直接的门诊服务，医院还将药学服务延伸到住院环节。药师开展药物重整、用药监护和出院用药教育三项服务，每项均可单独收费。“住院患者至少接受三次药学服务，”杨勇说，“这实现了药学服务的全覆盖。”

药学服务的价值最终是人的价值。省医院自2006年成为国家临床药师培训基地后，建立了一套完整的人才培养体系：新员工必须到一线轮转；表现优秀者通过培训可成为临床药师；临床药师需持续学习，掌握所在专科最新指南；不适合临床工作的则回到调剂岗位。

“我们要求专科临床药师必须掌握该领域最前沿的知识。”杨勇强调，“心内科的药师要懂心血管药物，但心内科医生不一定精通抗感染治疗，我们的药师要比他们更专业。”医院还实施内部赋能计划，每周三对调剂部门的药师进行培训，提升他们的临床知识和沟通技能。“即使是在窗口发药，多学一点临床知识，看问题的角度都会不一样。”

一个创新模式能否持久，取决于其能否创造清晰、可衡量的价值。省医院药学门诊的实践，诠释了其如何从一个传统的成本部门，转变为驱动医院高质量发展、助力国家医改目标的价值引擎。

对患者而言，其价值直接体现为安全、效果与便捷。据不完全统计，通过药学门诊的“药物重整”服务，平均能为长期服用多种药物的老年患者减少20%~30%的非必需用药，在控制病情的同时大幅降低不良反应风险与经济负担。对于特殊人群

如孕妇，其价值更是不可估量。

对于临床科室而言，药学门诊是得力的协同者。在器官移植领域，药师通过治疗药物监测精准调整免疫抑制剂剂量，成为降低排斥反应和感染风险的关键一环。在抗菌药物管理方面，药师的深度介入显著提升了用药合理性。这些专业支持，直接转化为医疗质量的提升和住院时间的缩短。正如杨勇所说，药学的定位是“平台科室”，其目标是赋能临床，而非指导临床，这种伙伴关系赢得了临床的广泛尊重。

在医保控费的大背景下，药学门诊展现了强大的经济价值。医院设立的“大病医保患者药物治疗管理门诊”，通过对高值药品支付资格的严格审核与用药方案优化，从2017年至2020年底，已累计节约医保资金1000万元。

持续不断的探索，结出了丰硕的成果。截至目前，省医院已有14名药师可独立出诊，每天上午均有药学门诊服务。联合门诊挂号量稳步上升，从2018年的3590人次上升至2024年的60444人次，联合门诊处方共计2万余张。科研方面，药学门诊团队发表文章16篇，发布指南6部、专家共识3部，申请课题11项、专利1项。杨勇本人也获得了国家自然科学基金面上项目，致力于建立中国人群妊娠期用药安全性数据库，减少出生缺陷。

在杨勇看来，转型成功的前提，是彻底的理念革命。必须从思想上完成从“药品保障”到“临床服务”的根本转向。这需要医院管理层的战略支持，将其视为提升医疗质量、优化医院运营的核心环节，药学部不是医院的累赘和成本中心，而是医院发展的平台和资本。

而模式构建的关键，在于与临床的深度融合。“药学服务不能自成一体、闭门造车，必须嵌入诊疗全流程，通过专科化、联合门诊、MDT等模式，与临床医生形成互补互信、协同作战的有机整体，共同以患者为中心。”杨勇说。

他进一步指出，药学门诊可持续发展的核心，是明确的价值产出与政策保障。必须通过扎实的数据，向管理者、医保部门和患者证明其在提升安全、改善疗效、控制费用方面的多重价值。并积极推动将服务价值转化为合理的价格项目，建立长效发展机制。

（源自《中国医院院长》杂志）

都江堰市人民医院： 以专病中心建设破局“夹心层”

■ 文 / 《中国医院院长》杂志 付冰冰 ■ 供稿 / 都江堰市人民医院



都江堰市人民医院院长 薛力

“我们的目标不是做成另一家华西医院，而是成为县域‘中坚层’，服务好都江堰70万人口，做更好的自己。”
——都江堰市人民医院院长 薛力

2024年骨质疏松门诊接诊量同比增长126.76%，患者初诊—复诊依从性提升54.55%；相关检查检验量攀升36.08%，双能X线骨密度检测增长达181.52%；精准诊断率提高45.78%，IOF骨折风险评估应用率突破95%；脆性骨折手术台次增长17.75%，其中脊柱手术增加21.66%……

在当地卫健行政部门支持下，距四川大学华西医院、四川省人民医院1~1.5小时车程，面对典型“夹心层”困境的都江堰市人民医院实现了突围。医院通过调研、骨质疏松专病试点建设实现单点突破，在都江堰的医疗版图上留下强基足迹。

一、全院调研，梳理差距

截至2024年，全国共有县级医院18450所，服务10.4亿人口，达到三级医院服务水平的有1163家。社会科学文献出版社2025年出版的《中国医院竞争力报告》中的数据，清晰勾勒出县域医院在守护国民健康基本盘中的重要性。

然而，全国县级医院分析报告显示，2020—2024年间，县级医院整体年手术量呈下降趋势。“而都江堰市人民医院通过精准施策，年手术量在门急诊量增长的同时逐年上升。”在今年9月《中国医院院长》杂志举办的第十二届市县医院大会上，薛力表示，县域医院无须与大型三甲医院拼规模，找到细分病种做深做透，就能形成不可替代性。

2022年，作为一名骨科专家，薛力被成都市第三人民医院派到都江堰市人民医院担任院长，亲历了县域医院“夹心层”的时代之考。“都江堰市人民医院

是当地龙头医院，我们工作的重点并不是要把业务量显著扩大，而是调整结构，降低药耗比、检查检验占比，增加医疗服务价值。”薛力表示。

“做任何决策之前，要有证据。把所有证据罗列起来，通过科学方法，给出决策意见。”在调研中引入医院管理工作的循证医学思维方式，源自薛力求学时期所学专业。薛力于1998年考入原华西医科大学，毕业后到成都市第三人民医院骨科工作。2009年重返四川大学华西临床医学院就读循证医学专业，师从华西医院博士生导师李幼平，2013年博士毕业回到成都市第三人民医院。2022年担任该院的紧密型医联体单位——都江堰市人民医院业务副院长，2024年任院长。

如何调结构？增加何种医疗服务？结合老龄化社会趋势，薛力以该院骨质疏松专病突围路径为支点，将调研数据摊开，让证据书写答案。

据国家卫生健康委2018年10月公布的首个中国骨质疏松症流行病学调查结果：骨质疏松症已成为我国中老年人群的重要健康问题，50岁以上人群骨质疏松症患病率为19.2%，其中女性患病率达32.1%，男性为6.0%。65岁以上人群骨质疏松症患病率达到32.0%，其中女性为51.6%，男性为10.7%。

为了更好地了解骨质疏松症临床管理现状，薛力带领人员随机选择都江堰市人民医院、当地多家乡镇卫生院1126名医护人员及都江堰市人民医院住院部2224名患者进行调研。调研结果显示，医护人员及患者对骨质疏松知识的掌握程度均低于全国平均水平。

通过对比《中国骨质疏松杂志》2017年发表的《北京地区城镇社区医务人员骨质疏松症认知调

查》，2022年都江堰市人民医院医生骨质疏松症诊断正确率仅为41.9%，治疗正确率33.80%，与2017年北京60.19%、41%的数据相比，仍有较大差距。

“甚至十余年前的珠三角地区患者与2024年的都江堰区域患者在骨质疏松临床表现、危险因素、诊断治疗等项目上都分别存在5~20倍差距！”另一份来自广州中医药大学2012年发表的《珠三角地区部分社区居民骨质疏松认知度的调查分析》的数据令他更加难忘。

为了更好地明确自身功能定位，医院因地制宜，结合康复医学科获评四川省级临床重点专科、骨科获评成都市级临床重点专科的优势。2024年，薛力带队到成都市第三人民医院、西藏成办医院、地方基层医院等进行了实地调研工作，并在院内多次召开会议，研究成立骨质疏松管理平台的可行性和必要性。

都江堰市人民医院作为医联体枢纽单位，依托上级单位成都市第三人民医院，通过多次院内讲座培训提升医护诊疗能力。在此基础上，薛力以“政策与技术”融合创新为驱动，于2024年初确立了以骨质疏松专病中心化建设为核心的发展定位与路径。

二、从“零”整合，“三”抓考核

建设骨质疏松专病中心的决定并非拍脑袋的冲动。薛力介绍，在设想建立骨质疏松专病中心之前，建设专病中心面临的软硬件难题是客观存在的。调任之初，医院只有康复科一周半天的骨质疏松专科门诊，相关科室人员对骨质疏松的知识储备和诊疗规范的了解程度仍有上升空间。硬件方面，用于骨质疏松检查的金标准——双能X线检查设备虽有，但运营使用率不高。

和众多医院高质量发展提升内涵建设面临的共性问题一样，“把松散的人、财、物资源整合起来，牵头平行科室组建MDT，也是我们建设骨质疏松专病中心所要解决的重点难题。”薛力表示。

知易行难，将管理建设思路在全院全员全过程落地，并非敲敲键盘那般简单。推进工作不久，薛力发现按常规惯例将任务分配给对口职能部门的做法行不通。结合医院实际情况摸底后，勇于走出舒适区的护理部走进了他的视野，便将牵头组建专病中心的工作交给护理部。在护理部的鼎力推进下，专病中心建设工作很快有了进展与起色。

在推进专病中心建设工作过程中，考核方案也从最初的1.0蝶变到3.0。薛力介绍，绩效1.0方案涵盖诊断率、治疗率、筛查率等多项指标，但很快便听到多个“考核不了”的声音。

“昏迷病人无法做骨密度检测。”

“我（高龄）是肺部感染，你为啥给我查骨密度？”

意识到问题的薛力立即调整，把与骨质疏松关联性高的骨科、康复科、内分泌科、疼痛科单独拿出来考核，形成2.0方案。但2.0版本导致方案内科室加分、方案外科室被扣分，与全院合力建设的初衷并不一致。

“我们决定抓最主要的！什么叫最主要的？我们先把最重的病人管理起来！”薛力介绍，医院通过核磁、CT、X光片提示，将四肢骨折、关节骨折、脊柱骨折的患者全部收集起来，建立主管医生信息提醒、专科医生会诊提醒机制，通过考核会诊率的方式确立非专业科室的KPI分数，通过考核治疗率的方式确立骨科、内分泌等专业科室的KPI分数。

“鉴于有的患者无论如何都不做骨质疏松检查，而这种因素带来的压力与影响不能转嫁给医生，我们决定以70%作为会诊率、考核率标准，既确保实施宽严相济的人性化管理，又确保骨质疏松专病中心建设工作有效落地。”在薛力看来，“凡事要有个过程。馒头要一口一口吃，步子要一步一步迈。”

在薛力看来，KPI考核并非简单的绩效工具，而是推动医院向前看的价值引擎。解决“有没有”的问题后，“好不好、强不强”又成了新问题。

组织人员进修培训，组织全院宣教，开展全媒体运营，推动专病管理理念深入医护及患者内心；引入骨代谢标志物检查设备，检验周期大幅缩减，从前送外院检验3~5天，减为本院当天上午检查、当天上午出结果；设立专病门诊中心诊区，统筹整合骨科、内分泌、疼痛、康复科室，将骨密度检查室搬迁至同一区域，提升患者就医体验……

关关难过关关过。在薛力看来，当前阶段最难翻越的第三座“大山”莫过于规范化、同质化治疗。他表示，对疾病的认知需要一个积累过程，寄希望于两次培训，难以解决上述问题。

“不同医生的疾病诊疗规范能力及同质化能力各有不同，这与学历、职称并无直接关联，而是长期以来形成的惯性。”薛力坦言，“很多事情开展起来都有难度，但我们不能因为难就不做！”

三、上级指引，搭建联盟

骨质疏松专病中心平台建立后，依据此前全院调研结果，构建骨质疏松中心专病联盟成为薛力的首要任务。

2024年8月，都江堰市卫生健康局批复建立联盟，这意味着医院可以建立起基于质控中心的都江堰市骨质疏松疾病筛查与防治服务协作网，逐步完善区域骨质疏松疾病的筛查与防治体系。

薛力介绍，医院制定了都江堰市骨质疏松专病联盟双向转诊制度及方案，明确了转诊原则及标准，并详细规定了上转及下转流程。在制度上，医院要充分遵循患者自愿、分级诊疗与连续服务原则，搭建信息共享平台，并定期监督评估。在方案上，医院应加强联盟医生培训与交流，借助远程会诊提供支持。基层为下转患者建档，强化健康管理 with 知识宣教，保障患者全程获得优质服务。

看科研。2024年，医院先后获得四川省、市两级骨质疏松相关科研课题。医院还在自主研发CDSS骨质疏松性骨折再骨折临床辅助决策系统，致力于为中国骨质疏松性骨折患者个性化诊疗方案提供决策支持，并实现科研转化。

看运营。经过全院上下共同努力，骨质疏松门诊量2024年比2023年增长126.76%，2025年1~11月比2024年增长187.58%；骨密度检测量2024年比2023年增长181.52%，2025年1~11月比2024年增长43.26%；骨质疏松检验量2024年比2023年增长36.08%，2025年1~11月比2024年增长260.05%；患者初诊一复诊依从性2024年比2023年增长54.55%，2025年1~11月比2024年增长182.35%；脆性骨折手术台次2024年比2023年增长17.75%，2025年1~11月比2024年增长6.15%。

看社会公益性。力求让患者、医生、医院、社会四方皆满意：医生职业规划更清晰，发展方向从全科过渡到深耕专病领域，薪酬与激励机制不断完善；同时加强同质化诊疗，优化运营流程，构建标准化诊疗流程，促进行业标杆树立与医疗资源合理配置。

为更直观地检验骨质疏松专病中心的工作成效，医院参照全球FLS评价体系进行打分，获得了89分。

“90分以上在FLS系统里属于金牌梯队，我们致力于2026年再上一层楼。”

“专病中心是对院内，专病联盟是对院外。”截至2025年10月，联盟这张协作网覆盖都江堰所有片区和全部19个乡镇卫生院，与此同时，薛力为骨质疏松专病平台擘画了“一个联盟、两个通道、三个专项、四大组合拳”的发展格局。

一分部署，九分落实。联盟建成之后，薛力建立院内、院外双通道，实现双循环，落实“专人管理、专区管理、专病管理”，以“全民科普预防行动”“全域筛诊护航计划”“专业赋能科研行动”“激励考核双驱体系”四套组合拳持续推动工作落地。

特别值得指出的是，在院内通道建设方面，薛力成立了慢病管理门诊团队、骨质疏松诊疗MDT团队以及脆性骨折治疗MDT团队，打通检验、检查、麻醉三条绿色通道，面向高危患者、骨质疏松患者及脆性骨折患者三类群体，特别开设高危患者提醒系统、骨质疏松查询系统以及脆性骨折查询系统。通过上述三套信息化系统，有效促进不同科室达成同质化认知、推动不同科室对院内及院外收治的骨质疏松高危人群进行强制性会诊，最终形成院内管理闭环。

“站在‘十五五’规划的新起点，县域医院的高质量发展绝不能囿于‘等病上门’的传统诊疗模式，必须主动破局，构建以健康为中心的新型服务体系。”薛力表示，都江堰市人民医院将以骨质疏松专病联盟为范式，将其经验复制到糖尿病、骨关节炎、心衰等更多慢性病管理领域，前移治疗关口，做细健康管理，将标准化模板辐射至全区域，实现同质化管理，最终完成从医疗中心到区域健康管理中心的战略转型。

（源自《中国医院院长》杂志）



都江堰市人民医院（都江堰市医疗中心）始建于1939年，是一所集医疗、教学、科研、预防、保健为一体的国家三级甲等公立综合医院

数智赋能与区域协同

——平昌县“拨打即定位上车即入院城乡一体化” 院前急救体系建设的创新实践与思考

■ 文 / 平昌县人民医院 潘钰灵 何显惠
平昌县120指挥中心 吴雁宏

为探讨边远县（区）院前急救体系在数字化转型背景下的创新路径，为同类地区提供可借鉴的经验 and 思考，本文以四川省平昌县为研究对象，通过对比2021年5月1日至2024年4月30日依托型院前急救模式与2024年5月1日至2025年4月30日“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系的运行数据，分析体系架构、技术应用、管理机制等方面对院前急救响应速度的影响。结果显示，

通过构建“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”院前急救体系，城乡救护车平均到达时间从69分钟缩短至18.62分钟，覆盖全县的“黄金半小时”急救圈得以形成。研究表明，数字化技术与区域协同机制对边远县（区）院前急救高质量发展具有重要意义，可为边远县（区）院前急救体系建设提供可靠参考。

引言

院前急救体系作为公共卫生服务的重要组成部分，关系到急危重症患者的生存率与预后质量。《“健康中国2030”规划纲要》要求，到2030年我国需建成覆盖城乡的现代化院前医疗急救网络。然而，平昌县地处四川省东北部边远山区，改革前没有急救调度中心，院前急救由县人民医院通过固定电话接诊并组织急救，没有形成统一、协调、高效的县级院前急救指挥体系。平昌县深入推进“健康四川”战略，县财政一次性投入1500余万元，新购各型

救护车53台，全县城乡救护车达86辆，农村卫生院一院一车全覆盖。按照一类事业单位标准独立设立了120指挥中心，核定全额财供编制15个。按照“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”总体定位，建成5G现代化120指挥和急诊急救体系。实现城乡救护车平均到达时间从69分钟缩短至18.62分钟，覆盖全县的“黄金半小时”急救圈得以形成。

一、平昌县城情

平昌县地处四川东北部，米仓山南麓，是川陕苏区革命老区县、全省乡村振兴重点帮扶优秀县。全县面积2229平方公里，常住人口63.31万人，人口密度284人/平方公里。境内最高海拔1338.8米，最低海拔268.3米。辖1个经开区、28个镇、3个街道办事处、3个管委会、1个管理局，393个村（居）委会。共有医疗机构

714个，其中公立医院4个，民营医院11个，基层卫生院38个，社区卫生服务中心6个，村卫生室477个，诊所178个。境内公路通车里程为6680公里，其中国道74公里、省道390公里、县道635公里、乡道1237公里、村道4297公里，其他47公里，公路密度3公里/平方公里。最远的镇龙镇真武村距县城90公里，单向车程3小时。

二、院前急救现状

截至2024年4月底，全县120指挥中心依托县人民医院建设，无一体调度系统，与县内其他医院、基层卫生院之间仅依靠电话沟通。无专职调度人员，多为急诊科护士兼任。且各医院（卫生院）急诊科均开通了120急救电话以外的急诊电话，没有形成统一、协调、高效的县级院前急救指挥体系。存在“四无四慢四多”

（四无：无信息化支撑、无调度平台承接、无专门调度团队、无城乡统筹机制；四慢：到达现场慢、就近转运慢、紧急处置慢、入院抢救慢；四多：途中死亡多、家属投诉多、救治事故多、医患纠纷多）突出问题。特别是在面对重大急救任务时，急救力量组织、院际协同配合、抢救远程指导等方面难以及时协同。

三、院前急救体系建设

为切实解决院前急救城区协同不充分、城乡发展不均衡的问题，平昌县深入推进“健康四川”战略，实施“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系建设，建成5G现代化120指挥和急诊急救体系，实现全县急救资源同调度，患者信息实时传，抵达入院一键通。

（一）指挥中心建设

1.机构设置

按照一类事业单位标准独立设立了120指挥中心，核定全额财供编制15个。

2.人员配备

通过公开选调13名卫生专业技术人员，依次送往四川省红十字会参加救护员培训、雅安市120指挥中心参加调度培训、中国移动巴中分公司参加话务员培训。同时，对培训结业调度员进行综合考核（理论+操作+实战），合格后方可上岗。

3.业务用房

指挥中心业务用房建设按照《农村急救体系建设方案（2011～2013年）》“10万及以下人口的县（市、区）急救机构业务用房建设标准为200平方米，每增加10万人增加业务用房75平方米”的要求，在县卫生健康局1楼安排业务用房500余平方米，设办公室、调度室、会研室、档案室、实训室、机房等。

4.指挥平台建设

指挥平台按照“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”的设计原则，由CTI电话管理系统、数字录音系统、电子地图系统、受理调

度系统、急救站点系统、院前数据移动采集终端、医生院前电子病历系统、数据可视化系统、救护车管理系统、医院告知系统等组成，采用C/S与B/S混合架构，通过服务器及互联网、5G移动网络技术，构建120指挥中心与急救站点、救护车单元、院前急救小组互联的综合急救网络体系，对急救受理、资源调度、救援处置、数据共享、抢救指导、入院办理等进行全流程管理，实现全县急救资源统一调度，患者信息实时传输、抵达入院一键通功能（见图1）。

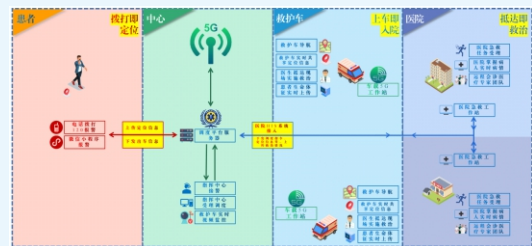


图1 全县120指挥体系示意图

（二）急救站点设置及建设标准

结合全县医疗机构等级、地理位置、辖区人口、辐射半径等综合因素，按三级急救站点、二级急救站点、一级急救站点标准建设急救中心1个、急救分中心4个、急救站26个（表1略）。

（三）救护车配置

县财政一次性投入1500余万元，新购各型救护车53台，全县城乡救护车达86辆，农村卫生院一院一车全覆盖。入网救护车37辆（表2略）。

四、院前急救体系运行评价

（一）院前急救响应迅速

急救响应时间在院前急救中具有极其重要的意义，快速响应能够显著提高患者的生存率和治疗效果。将2021年5月1日至2024年4月30日依托型院前急救模式与2024年5月1日至2025年4月30日“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系的运行数据对比分析，指挥中心平均摘机时长从13.1秒缩短至3.1秒，时长缩短76.34%；指挥中心平均受理时长从2.86分钟缩短至1.66分钟，时长缩短42%；站点平均受理时长从51.52秒缩短至17.19秒，时长缩短66.6%；站点平均出车时长从6.42分钟缩短至2.27分钟，时长缩短64.6%；平均到达现场时长从69分钟缩短至18.62分钟，时长缩短73%（表3略）。

（二）患者满意度

满意度调查是反映患者和家属对呼叫受理、沟通态度、现场处置、转运过程、院内衔接等各个环节的真实感受的重要指标，是服务质量的最终体现。调取2024年5月1日至2025年4月30日“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系运行的满意度回访数据，期间共出车5265次，院前接诊患者4996人次，对其中的1698名院前急救服务对象进行了电话回访，回访率34%（按接诊量统计）；有效回访1451人，有效回访率85.5%（按回访量统计）；满意1143人，满意率99.5%（按有效回访量统计，若为“满意及基本满意”需补充说明）；不满意8人，不满意率0.5%（按总接诊量统计）（表4略）。

五、结果与讨论

2024年5月1日“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系运行后，院前急救响应迅速，满意度高，城乡救护车平均到达时间从69分钟缩短至18.62分钟，覆盖全县的“黄金半小时”急救圈形成。

院前急救在卒中、胸痛、高危孕产妇、严重创伤等临床急危重症救治和突发公共卫生事件救援中发挥着重要作用，作为服务体系的重要组成部分，对保障人民生命安全和身体健康具有重要现实意义。面对传统依托型院前急救模式存在诸多不足，如患者地址获取困难、兄弟医疗机构派车难、派出救护车路线规划困难、患者生命体征回传困难、院前急救远程指导困难、院前急救运行数据统计分析困难等，在当前我国“互联网+”高速发展时代，已不能满足现代社会院前急救需求。为此，我们依托全县卫生健康“一张网”信息平台，建成“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系，实现患者拨打位置锁定、急救资源就近推荐、救护车路线精准导航、患者生命体征实时回传、重症患者救治远程指导等功能，成功构建智能化、规范化、标准化院前急救协

同系统，完成了院前与院内的无缝衔接，为卒中、胸痛、高危孕产妇、严重创伤患者提供了快速评估、合理分流、高效转运、城乡一体化协同救治服务，大幅缩短了抢救响应时间和救治远程会诊时间。然而，在实体运行中也存在信息系统维护专业技术人员紧缺，电子设备故障不能及时维修；深山峡谷4G信号未覆盖，数据传输中断；农村一级急救站工作人员不够，值班压力巨大；社会公众，特别是农村居民急救知识不足，主动呼救依从性差等问题，影响院前急救管理和质量提升。此外，各急救站点还没有部署医院急诊管理系统，无法对抢救成功率、患者预后等进行统计学分析。因此，下一步工作重点应放在加强信息技术人员、卫生专业技术人才引进、开展急救知识下乡等方面，以持续适应社会需求。

综上所述，“拨打即定位，上车即入院，城乡一体化”急救体系能较好缩短院前急救响应时间和提升患者满意度，对边远县（区）院前急救高质量发展具有重要意义，可为边远县（区）院前急救体系建设提供可靠参考。

医联体处方前置审核用药规则同质化实施及效果评价

■ 文 / 成都市青白江区人民医院 廖莉 沈晓妍 张敏 成都市青白江区龙王镇卫生院 刘雪利
成都市青白江区城厢镇公立中心卫生院 钟小敏 成都市青白江区大弯卫生服务中心 叶星
成都市青白江区祥福镇公立中心卫生院 刘小梅 成都市青白江区大同镇卫生院 胡婷婷
成都市青白江区姚渡镇卫生院 孟鑫

为在医联体内实现处方前置审核用药规则同质化，提高医联体审方能力，本文从以成都市青白江区人民医院（以下简称“青白江区医院”）为中心的医联体内处方前置审核系统中选取2022年9—11月系统审核的高频次不合理审核结果。通过比较优化规则前后每家医院门诊处方方的系统审核不合理率、系统审核后医师修改率、药师审核率和药师干预率，评价实施效果。结果显示，整个医联体均对医院管理信息系统和处方前置审核系统未配对药品进行了配对，并核对和修订了抗菌药物等级和医师处方权限。对部分审核规则进行了优化后（整个医联体同质化规则条数为超适应证32条、剂量范围15条），医联体门诊处方方的系统审核不合理率由优化前的14.37%下降至优化后的11.37%，系统审核后医师修改率由21.47%上升至38.22%，药师审核率由1.52%下降至1.12%，药师干预率由21.87%上升至42.33%，差异均有统计学意义（ $P<0.001$ ）。

2018年国家卫生健康委员会等部门发布通知，要求二级以上医疗机构所有处方均应当经审核通过后方可进入计价收费和调配环节，同时鼓励建立基于互联网的区域性审方中心，为基层医疗机构解决前置处方审核难题。基于此，以青白江区医院为中心的医联体陆续上线了处方前置审核系统。系统上线初期，部分审核规则较为刻板，警示信息过多，使医师容易忽略重要信息，同时增加了医师和审方药师的工作量。本文介绍了利用医联体的联动模式，对医联体内医疗机构的处方前置审核系统的用药规则进行优化，使前置审方规则在医联体内实现同质化管理的相关经验。

一、资料与方法

（一）资料

以成都市青白江区人民医院（三级甲等医院）为中心单位，6家乡镇卫生院[卫生院1（青白江区城厢镇公立中心卫生院）、卫生院2（青白江区祥福镇公立中心卫生院）、卫生院3（青白江区姚渡镇卫生院）、卫生院4（青白江区龙王镇卫生院）、卫生院5（青白江区大弯卫生服务中心）、

卫生院6（青白江区大同镇卫生院）]为成员单位的医联体所用处方前置审核系统均为PASS Pharm Review药师审方干预系统（以下简称“系统”）。根据不合理用药问题的严重程度由重到轻，指示灯颜色分别为黑灯（禁用）、红灯（不推荐）、橙灯（慎用）、黄灯（关注）、蓝灯（合理）。每家医院均配备有审方药师独立开展审方工作，三级甲等医院为经审方培训并有相关职业资格证书的临床药师，乡镇卫生院为具备药师以上职称的药学专业技术人员。每个医院主要的审方药师为课题组成员，负责整个医联体的处方审核规则优化（规则优化使用的是系统自带的维护工具）。

优化规则依据的不合理处方审核结果来源于医联体内三级甲等医院和其中1家门急诊处方量最多的乡镇卫生院（卫生院1）。选取2022年9—11月系统审核出的门急诊处方中关于超适应证和剂量范围的高频（主要为发生频次 >6 次）不合理处方审核结果。其中，三级甲等医院总任务数为115575条，选取超适应证审核结果334条（0.29%），剂量范围审核结果141条（0.12%）；卫生院1总任务数为



32168条，选取超适应证审核结果87条（0.27%），剂量范围审核结果46条（0.14%）。优化前后的评价数据来源于医联体内各医疗机构系统的门诊报表（选取2022年9—11月数据为优化前，2023年9—11月数据为优化后）。

（二）方法

1.分阶段优化各医疗机构处方前置审核用药规则

由于乡镇卫生院的药品结构与三级甲等医院差异较大，故先优化三级甲等医院和卫生院1，再同质化到其他5个乡镇卫生院，最后查漏补缺优化每家医疗机构的剩余规则。

2.系统基础信息优化

查漏补缺，对所有医院管理信息系统与系统未配对的药品进行配对；根据各医院的抗菌药物临床应用分级管理目录和医师职称，核对并修订抗菌药物等级和医师处方权限。

3.不合理审核结果的规则优化

查阅药品说明书，若因系统审核规则过于刻板，审核结果为假阳性的，则直接根据药品说明书修改系统审核规则；若属于超药品说明书用药，则需严格按照相关制度进行备案，备案成功后课题组成员可直接修改相关审核规则。

药学部门查询及核实超药品说明书用药参考资料时，需有充分的循证证据支持，参照《超说明书用药专家共识》，具体证据及推荐强度分为5个等级。主要参考国内外药品说明书、国内外诊疗指南及广东省药学会《超药品说明书用药目录（2022年版）》，采用“证据可靠可使用级”“证据可靠性较高建议使用级”“证据有一定的可靠性可以采用级”这3个级别的循证证据。

由于医联体药品采购和药品目录部分统一，若乡镇卫生院药品与三级甲等医院超药品说明书备案药品相同，则可直接报乡镇卫生院药事管理与药物治疗学组及医务科，经审核通过后，可在该院直接进行快速备案；若药品不同，则由乡镇卫生院独立备案，程序参照三级甲等医院备案流程。

三级甲等医院和卫生院1的规则优化完成后，若优化规则的药品为医联体中其他医疗机构在用药品，则报该医疗机构药事管理与药物治疗学组及医务科，审批通过后，课题组成员可在该医疗

机构系统中修改相应的审核规则，以达到部分用药规则同质化的目的。

医联体系统规则优化示例：如诊断为2型糖尿病，开具阿托伐他汀钙片系统会提示超适应证用药或诊断不全，而《国家基层糖尿病防治管理指南（2022）》建议血脂未达标者使用他汀类药物，则可以在阿托伐他汀钙片的适应证处增加关键词“糖尿病”。再比如诊断幽门螺杆菌感染，开具奥美拉唑肠溶胶囊20mg，口服，每日2次，系统会提示超过说明书推荐频次（说明书推荐每日1次），而《幽门螺杆菌感染基层诊疗指南（2019年）》推荐的奥美拉唑用量为20mg，每日2次。故可在剂量范围中修改奥美拉唑肠溶胶囊的每日剂量和给药频次，避免假阳性审核结果出现。

4.评价指标

根据《医疗机构处方审核规范》，医疗机构应对处方审核的数量、质量、效率和效果等进行评价，具体评价指标体系至少包括处方审核率、处方干预率、处方合理率等。在系统统计分析报表中选取医联体内门急诊处方的系统审核不合理率、系统审核后医师修改率、药师审核率、药师干预率作为优化前后的评价指标，并进行比较分析。

5.统计分析

利用SPSS 27.0统计软件处理数据，规则优化前后指标采用例或百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

（一）规则优化情况

三级甲等医院和6个卫生院未配对药品均进行了配对，并核对和修订了抗菌药物等级和抗菌药物医师处方权限。优化规则条数明细为：三级甲等医院超适应证249条、剂量范围94条；卫生院1超适应证52条、剂量范围17条；卫生院2超适应证55条、剂量范围20条；卫生院3超适应证45条、剂量范围16条；卫生院4超适应证43条、剂量范围21条；卫生院5超适应证52条、剂量范围16条；卫生院6超适应证39条、剂量范围19条；整个医联体同质化规则条数为超适应证32条、剂量范围15条。

（二）规则优化前后指标比较

结果显示，医联体的系统审核不合理率由优化前的14.37%下降至优化后的11.37%，系统审核后医师修改率由21.47%上升至38.22%，药师审核率由1.52%下降至1.12%，药师干预率由21.87%上升至42.33%。规则优化前后各指标数据比较，差异均有统计学意义（ $P<0.001$ ）（表1略）。

三、讨论

（一）医联体审核规则优化前后评价指标分析

本研究选取系统审核不合理率、系统审核后医师修改率、药师审核率、药师干预率作为规则优化前后的评价指标，原因在于：系统审核不合理率主要体现处方的合理情况；系统审核后医师修改率主要体现医师对系统的重视程度和接受程度；药师审核率主要体现医师和药师在系统中的工作繁重程度；药师干预率只统计审核结果为必须修改、双签复核、双签通过的任务数，主要体现药师的审方能力。从研究结果可以看出，除卫生院5外，其余医疗机构的系统审核不合理率均有降低，系统审核后医师修改率均有提升，提示医联体处方合理率、医师对系统的重视程度和接受程度均得到了提高。除卫生院1、卫生院2和卫生院6外，其余医疗机构的药师审核率均有降低，医联体药师干预率也有提升，原因在于部分医院初期未在药师端监测适应证，后期开始监测，导致药师审核率部分升高；但医联体药师审核率有所降低，提示规则优化后可以减轻医师和药师的工作量，提高药师的审方能力。

（二）国内外处方前置审核系统运行情况

查阅文献，国外有专门开发用于检查手动输入处方错误的自动处方检查系统，但总体关于处方前置审核系统的文献较少。国内已上线的处方前置审核系统多用于三级以上医疗机构，极少覆盖到基层乡镇卫生院层面。目前，大多数处方前置审核知识库的维护是由各医疗机构独立进行，导致区域内医疗机构的合理用药水平无法同质化。此外，某些地区虽然可以实现区域处方前置审核，但也存在药品规则的适应证无法精确匹配的问题。有研究表明，处方前置审核系统可以提高门诊处方合格率，该系统也可以针对某一类特殊人群、某一科室、某一特定药品的处方医嘱问

题设置规则进行合理用药管理，但少有医联体处方前置审核用药规则同质化服务的研究。

（三）医联体处方前置审核用药规则同质化的必要性、优势及局限性

2020年7月，国家卫生健康委员会等部门明确提出加快推进医联体建设，强调要加强医联体内药品供应保障，在医联体内推进长期处方、延伸处方，实现用药目录衔接、采购数据共享、处方自由流动、一体化配送支付的同质化药学服务。提示在医联体建设发展过程中，需要找到药学服务连续化、同质化的发展路径，而医联体处方前置审核系统用药规则的同质化服务不失为一种很好的介入路径。

处方前置审核系统只有在医联体中心单位的带领下进行同质化服务，才能得到更好的优化。以三级甲等医院为中心的医联体自建设以来，药学部门积极探索药学同质化服务，以期在药品供应、药学服务、人才培养、信息共享等方面实现一体化管理。该医联体审方药师存在人员不足、审方能力有待提高等问题，需要医联体中心单位药学人员支援，才能更好地优化系统。下一步，该医联体将探索建立医联体审方中心。在整个医联体处方前置审核系统已达到互联互通的情况下，组建以三级甲等医院审方药师为主的审方小组，实行集中办公，对医联体成员单位处方实行“系统+人工”双重审核，全面提升整个医联体处方审核合格率和合理用药水平。医联体三级甲等医院负责审方中心的运行管理，审方中心负责优化处方审核规则库，对处方的合理性进行审核，以提高处方质量，促进合理用药；同时审方中心还需要加强审方小组成员的审方能力培训，提高药师审方能力。加强与医联体成员单位医师之间的合理用药沟通，做好审方风险管控。

研究还发现，乡镇卫生院使用中成药和中药饮片较多，为处方前置审核系统带来挑战。如同时使用防风、薄荷和白术可能会增加药品不良反应或存在超剂量问题，但该系统对于具体成分重复用药管控存在困难，无法规范中医师超剂量使用中药饮片的行为。因此，规则优化在中成药和中药饮片使用过程中发挥的作用有限，其在规范西药处方方面发挥重要作用。

基于医保DRG付费改革的制度建设与管理实践

■ 文 / 巴中市中心医院 李超琼 龚名山

本文聚焦巴中市中心医院的DRG付费改革实践，改革前，按项目付费存在诸多弊端，如易引发过度医疗、加重患者与医保负担、医保基金事后审核滞后等问题。改革过程中面临数据质量差、复合型人才短缺、政策执行难以及信息化改造、绩效改革、管理制度建设等多方面挑战。该院通过定制化分层培训，按岗位需求设计培训内容与方式；强化部门协同，促进临床、医保、财务等多科室联动，制定临床路径、建立数据反馈机制；实施合理绩效考核，取得显著成效，为其他医院提供了可借鉴的经验。

一、现状与挑战

（一）改革现状

1.存在数据质量问题

DRG付费依赖于准确、完整的医疗数据。然而，部分医疗机构存在数据录入不规范、历史数据不准确、数据缺失等问题，影响了DRG分组的准确性和付费的合理性。

2.复合型人才短缺

DRG付费改革涉及医保、医疗、信息技术等多个领域，需要具备复合型知识的人才进行监管。目前，医疗机构在这方面的专业人才相对短缺，难以满足DRG付费管理的需求。

3.政策动态调整难

DRG医保政策需要不断调整和优化，以符合临床实际，但政策动态调整面临诸多困难。

4.DRG付费下违规时有发生

例如进行高套编码、分解住院、推诿患者、降低服务质量等行为，以规避DRG付费的费用控制。

（二）面临挑战

1.信息改造挑战

医院信息系统难以适应DRG改革需求，不同系统间数据兼容性差，难以整合患者诊疗全流程数据。

2.绩效改革挑战

DRG付费改革之前，绩效考核体系与DRG严重

不匹配，DRG实施过程中出现的亏损主要由医院承担，与医务人员的个人经济利益并无关联，医务人员观念也难以转变。

3.管理制度挑战

缺乏完善的DRG相关管理制度，医院各部门之间存在推诿现象，导致工作无法有效推进，难以形成合力。

4.政策培训挑战

医务人员对DRG政策理解不深入，医护人员不清楚DRG分组规则及对自身工作的影响。

5.大数据分析监管挑战

医保部门、医疗机构之间的数据存在“数据孤岛”现象，即数据相互独立、无法共享。

二、主要做法

（一）定制化分层级政策培训

1.层级划分

根据岗位职能和对DRG政策的需求程度，将人员划分为三个层级：临床科室主任、护士长及职能部门负责人为高层级；一线临床医生、护士、医保工作人员为中层级；新入职员工、后勤辅助人员为基层级。

2.内容定制

针对不同层级的人员，设计定制化的培训内容：高层级培训侧重于DRG政策对医院战略规划、成本控制、质量管理的影响及管理决策运用；中层级培训围绕DRG分组规则、医保结算流程、临床路径与DRG结合等内容展开，注重实际操作和问题解决；基层级培训以通俗易懂的方式讲解DRG基本原理、目的和意义，以及与自身工作相关的政策要点。

3.培训方式

对于高层级人员，采用专题研讨会、专家讲座等形式，邀请行业内知名专家进行深度解读和案例分析；对于中层级人员，通过线上线下相结合的方法，除集中授课外，利用在线学习平台提供案例分析和操作指南；对于基层级人员，则以集中授课、视频教程等简单易懂的方式进行培训。

（二）医院各部门协同机制

1.临床科室协同

临床科室协同质控部、医务部、医保科及病案科，共同制定基于DRG的临床路径，针对不同DRG组实施精细化管理。与药学部合作，在制定临床路径时参考药品使用建议，及时反馈药物使用效果，共同优化治疗方案。配合信息科完善DRG数据采集，确保数据准确完整，积极参与DRG数据信息分析和反馈，提供优化建议。

2.医保科协同

为临床医生提供实时的DRG数据反馈，包括分组情况、费用消耗、住院时长、支付标准、盈亏等信息，医生可随时查看并与科室平均水平和历史数据进行对比。在诊疗过程中对费用明细进行实时监控，发现异常及时与临床科室沟通。建立医保DRG培训平台，涵盖政策解读、分组规则、支付标准等内容并定期更新。建立争议快速响应机制，当发生DRG相关争议时，迅速组织调查分析，收集证据并与医保部门沟通协商。定期牵头组织多部门DRG政策研讨会，共同解读最新政策，分析影响并探讨应对策略。与财务科紧密协作，确保医保报销金额准确计算和及时到账，共同分析DRG费用数据，为成本控制和运营决策提供支持。

3.财务科协同

建立基于DRG的成本核算体系，将各项成本按DRG组进行分摊核算，包括直接成本和间接成本，为成本控制提供依据。制定科学合理的预算管理方案，为每个DRG组设定费用预算和住院天数预算，在诊疗过程中进行实时监控，费用接近或超出预算时及时预警。结合成本核算结果，与临床科室共同制定成本控制方案，引导选择更经济有效的治疗方法。与信息科合作，完善DRG成本数据的统计和分析功能。

4.信息科协同

优化升级医院信息系统，确保准确高效处理DRG数据，完善自动采集功能，减少人工录入工作量与错误率，提升系统稳定性与安全性。对DRG数据质量进行监控，确保数据完整性、准确性和一致性。搭建统一的DRG跨部门信息共享平台，打破各

部门数据壁垒，促进协作沟通。

5.药学部协同

联合临床科室与医保科，依据DRG分组和医保政策，对药品目录进行动态管理，定期评估药品使用合理性。临床药师深入参与临床诊疗，从药物选择、剂量调整、药物相互作用等方面进行全程用药指导与监测。对药品费用进行实时监测，发现某DRG组药品费用超出预设阈值时及时预警，并协同相关部门制定解决方案。与医保科密切合作，共同管控医保药品费用。联合采购部门，根据DRG药品使用数据和成本分析结果，优化药品采购策略，降低采购成本，合理调整库存。

6.病案科协同

建立编码质量双审核制度：初级编码员进行初步编码，资深编码专家进行二次审核，同时审查病历书写规范性。与临床科室建立定期沟通机制，深入了解诊疗过程和新技术开展情况，共同探讨准确编码方式。定期组织DRG编码培训，开展编码知识考核，将考核结果与绩效挂钩。利用DRG数据对病案质量进行深度分析，针对性地提出改进措施。

7.质控部协同

以DRG分组为依据，全面梳理和优化诊疗流程，制定标准化临床路径，明确诊疗环节的时间节点和操作规范，减少不必要的检查和治疗项目。建立DRG质量指标监控体系，对DRG组数、CMI值、费用消耗指数、时间消耗指数、低风险组死亡率等关键指标进行实时监控，发现异常及时预警。定期组织DRG专项质量督查，对病历书写质量、编码准确性、诊疗行为规范性、医保政策执行情况进行全面检查。

8.跨部门协同综合举措

设立由质控部、临床科室、病案科、医保科、财务科、信息科、药学部等多部门人员组成的DRG工作领导小组，定期召开会议，共同商讨重大问题和解决方案。

（三）合理优化绩效考核方案

制定医院医保DRG付费专项考核方案，促进医务人员观念由“项目付费”向“医保DRG付费”转变，发挥公立医院绩效考核“指挥棒”作用。提高医疗服务质量和效率，考核科室医保DRG付费月度盈亏率（盈亏率=盈亏/总费用×100%，总费用是指当月科室医保DRG结算病例总费用，盈亏是指当月

科室所有病组总盈亏），设置盈亏率3%以内合理区间，超出合理区间的进行奖惩，具体如下：

月度亏损区间（单位：万元）	亏损率>3%，每增加0.1%扣款（单位：元）	月度盈余区间（单位：万元）	盈余率>3%，每增加0.1%奖励（单位：元）
亏损≤5	40	盈余≤5	40
5<亏损≤10	60	5<盈余≤10	60
10<亏损≤15	80	10<盈余≤15	80
15<亏损	100	15<盈余	100

考核分为月度预考核与年终清算。每月统计DRG数据，计算盈亏率进行预扣款或预奖励。年终根据特病单议追加点数和省级临床重点专科点数倾斜后的清算点值进行清算，多退少补。

三 实践成效

1.平均住院日缩短

患者平均住院日从2022年的8.7天显著缩短至2025年的7.7天，提高了床位周转率，使医院能在相同时间内接纳更多患者。

2.病床周转次数提高

平均病床周转人次从2022年的35.3大幅上升到2025年的42.4，医疗资源得到更充分利用。

3.次均费用降低

医院有效遏制了不合理收费，次均费用从2022年的10600元降至2025年的8273元，切实减轻了患者经济负担。

4.药耗费用降低

建立基于DRG的药品和耗材管理体系，根据不同DRG组疾病特点制定采购计划与使用规范，并实时跟踪用量。药品费占比从2022年的23.72%降至2025年的18.15%，耗材费占比从19.17%降至18.64%，减少了不必要的药品和耗材使用。

5.治疗费用占比提升

医院注重提高医疗服务质量与技术水平，增加对治疗环节的投入。这使得治疗费占比从2022年的28.93%上升至2025年的34.63%，体现了医疗服务价值的提升。而检查费占比保持相对稳定，说明在保证诊断准确性的同时，未过度增加检查项目。

6.医保基金不合理支出减少

医保科通过前置审核与日常监控，及时发现并纠正费用异常增长情况，避免医保拒付与DRG分组错误。同时，与财务科协同进行费用结算与分析，

确保医保报销金额准确，有效减少了医保基金的不合理支出，保障了医保基金的安全运行。

7.医保基金使用效率提高

通过实施DRG医保基金监管措施，医院整体医疗服务效率提升。

四 付费改革建议

（一）强化数据管理

1.提升数据质量

建立严格的数据质量管理制度，加强对医疗数据采集、传输、存储和使用全过程的质量控制。通过完善医院信息系统接口标准，规范数据录入流程，确保数据的准确性、完整性和及时性。

2.深化数据分析

利用大数据分析、人工智能等技术手段，对DRG医保数据进行深度挖掘。除了常规的费用分析、病例组合指数（CMI）分析外，还可以开展风险预测分析，提前识别可能存在医保基金风险的DRG组或医疗机构。

3.促进数据共享

打破医保部门、医疗机构、卫生健康部门等之间的数据壁垒，建立统一的DRG医保数据共享平台。实现数据的实时交互和共享，便于各部门协同监管。

（二）加强部门协同

1.强化多部门联动

进一步加强医保、卫健、财政、审计等部门之间的协作配合，建立常态化的联合监管机制。定期开展联合检查和专项整治行动，形成监管合力。

2.引入第三方力量

鼓励专业的医保服务机构、会计师事务所、律师事务所等第三方机构参与DRG医保基金监管。借助第三方机构的专业优势，对医疗机构的医保基金使用情况进行独立评估和审计。

3.培养复合型人才

注重培养既懂医疗业务又熟悉医保政策和信息技术的复合型人才。通过高校教育、继续教育、实践锻炼等多种方式，打造一支高素质的DRG医保基金监管人才队伍。例如，鼓励高校开设相关专业或课程，培养适应未来医保基金监管需求的专业人才。

DRG支付改革下医院医保成本管控的实践与路径探索

■ 文 / 四川宝石花医院 汪红梅

在疾病诊断相关分组（DRG）支付改革持续深化的背景下，医院医保成本管控面临系统性挑战。本文基于四川宝石花医院的实践，系统分析了DRG支付模式下存在的资源使用不合理、诊疗不规范、运营效率低及管理机制不完善等问题，提出了以“夯实基础、优化结构、强化保障”为核心的医保成本管控体系。通过实施以医生为主体

的管理模式、推进“三径融合”、优化费用结构、强化风险控制等措施，实现了“六升六降”的显著成效。文章进一步探讨了医保科在成本管控中从“被动结算”到“主动管控”、从“单一费用审核”到“系统成本优化”、从“部门协同”到“生态共建”的角色转型路径，为医院医保管理的高质量发展提供了实践参考。

引言

医保支付方式改革是深化医药卫生体制改革的关键环节。DRG支付方式以其精细化、科学化的管理特点，成为推动医院从规模扩张转向质量效益、从粗放管理转向精细运营的重要引擎。然而，在DRG实施过程中，部分医院面临资源错配、诊疗不规范、运营低效及管理机制不完善等问题，导致不同程度的亏损。如何通过有

效的成本管控实现医院的可持续发展，已成为医保管理领域的重要课题。四川宝石花医院作为区域内有代表性的医疗机构，积极探索DRG支付改革背景下的医保成本管控路径，通过构建系统化的管控体系，取得了显著成效，其经验对于推动医院医保管理高质量发展具有重要的借鉴意义。

一、DRG支付下医院医保成本管控存在的问题分析

在DRG支付改革初期，医院在医保成本管控方面主要面临以下问题：

（一）医疗资源使用不合理

部分DRG病组中存在检查检验占比过高、高端药品过度使用、集采药品利用不充分、一次性高值耗材滥用、部分未纳入集中采购等现象，导致医疗资源浪费，成本结构失衡。

（二）诊疗行为管理不规范

主要诊断选择错误、诊断编码不准确、临床路径变异率高、并发症漏填等问题频发，直接影响病组划分的合理性与医保支付的准确性，造成支付偏差与收入损失。

（三）整体运营效率有待提升

低倍率、低权重病例收治过多，拉低病例组合指数（CMI）值；平均住院日控制不佳，增加了固定成本分摊；优势病种收治能力不足，未能将学科优势有效转化为运营优势。

（四）内部管理机制不完善

部分科室对DRG政策理解不深、执行不到位；特例单议机制未能有效运用；信息系统依从性低、功能滞后，影响数据质量与管理效率；医保审核拒付问题突出，绩效分配机制未能与成本管控有效衔接，缺乏有效的激励与约束机制。

二、医保成本管控的实践路径：夯实基础、优化结构、强化保障

（一）夯实成本管控基础

1.建立以医生为主体的管理模式

强化医务人员DRG政策培训，内容涵盖主诊断选择与编码规则、各病组费用结构、科室重点病组平均费用与平均住院日等，实施月度考核与资格管理，对考核不合格者采取相应约束措施。医保部门负责政策解读与规则转化，医教部协助监管临床诊疗的规范性，病案科质控所有病例的入组准确性，以达到合理、合规、准确入组的目的。

2.推进诊疗行为规范化

通过基层病组分类实现“同病同城同价”；建立特病单议机制，覆盖资源消耗多、疑难重症、多学科转诊、超常住院、高龄患者、低龄患者、多部位多次手术、中医诊疗及新药耗新技术应用等情形；重点关注高、低倍率病组，分析原因并配套考核激励；打造中医优势病组，强化专科竞争力；持续监控时间指数、费用指数、平均住院日、CMI值、四级手术占比、次均总费用、各病组费用结构等关键指标，实现动态管理。

3.推动“三径融合”与业财信息协同

将国家卫健委临床路径、医保费用路径与医院实际路径相融合，以循证医学为基础构建诊疗框架，以费用精准调控为核心设定支付标准，进行药耗绝对值管控。为实现这一目标，医院大力推进业财一体化，将DRG系统与病案系统相融合，打通诊疗与成本数据壁垒。在患者入院时即进行DRG入组和费用预判，治疗中根据方案变化动态调整成本目标，出院后精准核算支付价差与成本收益率，从而将成本管控深度嵌入临床路径，形成兼具临床合理性与经济可行性的“三径融合”路径。

（二）优化成本管控结构

1.提升医疗有效收入

严格执行医保智能审核，对不合理检查检验与耗材使用实施扣款考核；规范诊疗行为，推动检查检验结果互认，减少重复医疗；优化收入结构，提高医保认可的技术劳务收入占比。

2.降低不合理成本

通过集中采购、二次议价与合理用药消耗管理降低药耗成本；加强高值（特别是单价一万元以上）耗材的预算管理与定期公示；梳理不可收费耗材，开展多部门联合技术评估与准入管控；设置费用动态预警、药品耗材占比警戒线、平均住院日偏离度提示等信息化管控手段，减少无效支出。

3.稳定运营管理体系

确保DRG分组准确、费用合理，减少医保拒付与争议；将成本管控纳入科室绩效考核体系，通过目标管理与绩效分配增强科室成本意识，提升运营稳定性。

（三）强化成本管控保障

1.实施三类风险控制

控制医保协议违规风险，通过智能审核与稽核扣款等手段进行；防范结算亏损风险，加强入组管理、特病单议与超支病例分析；应对年度考核决算风险，通过指标监测与提前规划优化各项考核结果。

2.设定三项费用限额

对医院病组病例总费用、药品费、耗材费设置限额管理，确保各项费用处于合理区间，实现预算硬约束。

3.强化信息化支撑与成本核算

加快成本信息化建设是落实各项管控措施的根本保障。医院需完善DRG成本核算与分析系统，集成病案首页、人员、设备、材料等基础数据，并制定科学的成本分摊规则。通过数据治理与系统对接，形成精细化的成本信息，动态反映各DRG病组的资源消耗，为临床路径优化、费用限额管理和绩效分配提供精准的数据支持，全面提升医院的成本管理能力与决策水平。

三、实施成效：实现“六升六降”

通过上述系统化措施，医院在医保成本管控方面取得了“六升六降”的显著成效：

六降：药品使用量下降、耗材使用量下降、平均住院日缩短、单次住院费用降低、预防性医技检查减少、医疗成本得到有效控制。

六升：病案首页质量上升、医疗服务技术水平上升、医疗技术服务收入上升、信息化建设水平上升、临床路径入径率提高、门诊收入间接增加。

在绩效管理方面，通过将DRG结余、CMI值、四级手术占比、再入院率、次均费用、药耗占比、入径率、主诊断选择准确率等指标纳入科主任考核，有效激发了科室与医务人员参与成本管控的积极性，形成了质量、效率与效益协同提升的良性循环。

四、医保科在成本管控中的角色转型与价值升华

在DRG支付改革推动下，医院医保科实现了从“边缘行政科室”向“成本管控核心枢纽”的战略转型，具体体现为三大转变：

（一）从“被动结算”到“主动管控”

将管理节点前置，从事后报销转向全流程覆盖。事前开展政策培训与路径标准化；事中通过信息系统实现费用预警、超支分析、药耗监控与路径提示；事后进行数据核对、歧义病例讨论、特例单议申报与分组沟通，形成闭环管理。

（二）从“单一费用审核”到“系统成本优化”

超越传统费用合规审核，转向以“病组价值管理”为核心的系统成本优化。通过病组结构

优化、提升高价值病组收治、控制低效病组成本，实现整体运营效益的提升。

（三）从“部门协同”到“生态共建”

打破医保科单打独斗局面，联合医务、病案、运营、财务、药学、装备、护理及临床科室，构建医保成本管控生态。通过多部门联合审核、技术评估、准入管控及临床沟通约谈，实现跨部门协同与生态共建，凝聚管理合力。

五、结论与展望

DRG支付改革对医院医保成本管控提出了更高要求，也带来了转型升级的重要机遇。通过构建“夯实基础、优化结构、强化保障”的系统化管控体系，医院不仅有效控制了成本，提升了运营效率，还实现了医保科角色的成功转型。未来，随着改革的持续深入，医院应进一步强化信息化支撑，提升数据驱动下的精细化管理能力；加强医保管理人才培养，打造懂医疗、通医保、

精运营的复合型团队；深化与医保部门及同行的交流合作，共同探索“三医”协同治理下的医保管理新路径，为推动医院高质量发展与医保制度可持续发展贡献更多实践智慧。

依托医保数智化监管系统构建医院监管体系的实践与思考 ——以德阳市人民医院为例

■ 文 / 德阳市人民医院 朱怡 倪邦瑶 程卫平 黄艳

为探索并实践行之有效的院内医保数智化监管体系，提升医保基金使用的合规性、效率与安全性，以德阳市人民医院为实践案例，系统性地采取了七项措施：建立医保负面清单规则库；构建多层次多元化培训体系；开展多种形式的院内监管；推行手术计费标准化流程；推进重点病种临床路径管理与费用管控；开展业财融合专科辅导；引入第三方模拟飞行检查。监管体系核心是依托自主研发的医保数智化监管系统实现全过程、智能化监管。结果显示，通过系统的监管体系建设，取得了显著成效：节约了

人工审核成本，审核效率与准确性大幅提升；医保智能审核扣款金额显著下降；自查自纠工作扎实推进并取得实效；获得相关软件著作权并成功实现转化。研究表明，以数智化监管系统为核心，结合多部门联动与多元化管理工具的综合监管体系，是医院应对新时期医保监管挑战的有效路径。该实践为同级医院提供了可复制、可推广的经验模式，对保障医保基金安全、促进医院内涵建设具有重要参考价值。

一、研究背景

我国医疗保障制度改革的深化推动医保基金监管进入全域、全流程、常态化强监管阶段，这对医疗机构内部治理能力提出高标准要求。外部监管层面，国家政策体系递进式完善：2018年国务院办公厅印发的《关于改革完善医疗卫生行业综合监管制度的指导意见》开启综合协同监管转型；2021年《医疗保障基金使用监督管理条例》作为首部专门行政法规，提供刚性法律依据；2023年相关通知确立“智能监控为核心+四项常态化措施”的监管新格局。截至2025年9月，国家医疗保障局发布《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则（草案）》并向社会公开征求意见。作为《医疗保障基金使用监督管理条例》实施后的首部细化性规则文件，它进一步明确了医保基金使用各参与主体的责任义务、违规行为认定标准及监督管理措施，使监管规则更具操作性，从制

度层面夯实了数智化监管的实施基础，预示着医保监管将进入“刚性约束+精准落地”的新阶段。上述顶层设计的递进式推进清晰表明，依托大数据、人工智能等数智化技术实现医保基金使用的事前预警、事中干预、事后追溯全链条监管，已成为国家层面的战略导向，医疗机构面临的外部监管已形成持续性、穿透式的系统性压力，传统被动应对模式难以为继。

医疗机构传统医保监管模式以人工抽查、事后审核为核心，存在效率低、覆盖窄、无动态预警等弊端，难以适配精准化监管需求，既面临扣款、声誉风险，又制约DRG/DIP支付方式下的精细化运营。在此背景下，内部监管数智化转型从“优化选项”变为“刚性命题”，是应对监管与提质发展的双重需求。本研究以德阳市人民医院为案例，探索院内医保数智化监管体系构建路径。

二、研究对象、目的及意义

（一）研究对象

德阳市人民医院是一所位于四川省德阳市的集医疗、教学、科研、预防保健为一体的大型三级甲等综合医院。医院在连续6年国考中获得四次“A+”等级，总成绩稳居全国公立医院前10%梯队。

（二）研究目的

本研究以德阳市人民医院为例，旨在响应医保基金强监管要求，破解院内医保价格管理效率与质量瓶颈。通过研发数智化医保监管系统，构建院内医保价格监管体系，实现四个目标：一是

依托培训与系统规则嵌入机制，推动医保政策向临床路径精准转化，减少医保违规；二是通过系统替代人工审核，提升出院费用审核效率与准确率；三是整合诊疗、收费数据构建全流程监管网络，实现穿透式核查与多维度违规分析；四是搭建“监测—分析—整改—提升”闭环，拓展智能管理工具，实现监管从被动应对向主动优化转变，最终建成高效智能的监管体系。

（三）研究意义

本研究立足公立医院场景，探索数智化技术与医保监管的融合路径，研究构建的“政策转化

三、研究方法和实践

以构建标准化、精细化医保监管体系为目标，以精益管理理论和流程再造理论为指导，结合流程优化与再造、数智赋能、闭环管理、全链管控等理念，在院内医保监控体系建设中创新实施了七大管理举措，自主研发了独具特色的医保数智化监管系统，构建了全链条医院医保监管模式，显著提升医保管理效能。

（一）建立多层次协同医保监管团队

为保障医保价格监管工作系统性推进，医院构建了“决策—执行—督导”三级监管组织体系，明确权责分工与协同机制。决策层面，实施“院长主管、副院长协管”的医保价格管理责任制，成立以院长为组长，副院长、总会计师为副组长，医保价格部、医务部、护理部、医工信息部、财务部、运营管理部负责人及部门骨干为核心成员的项目工作组，统筹制定监管战略、分配资源，形成多部门联动决策机制。执行与督导层面，在医保价格部内部组建专职督导团队，负责具体监管任务落地，同时依托各临床科室医保助理等岗位，搭建“职能部门—临床科室”双向沟通桥梁，确保监管指令高效传达与执行反馈，为后续监管措施实施奠定组织基础。

（二）监管措施

以精益管理理论、流程再造理论为指导，结合“数智赋能、闭环管理、全链管控”理念，医院创新实施七项监管措施，构建全流程医保价格风险防控体系：

1.建立院内监管动态规则库

以国家及地方医保政策为根本依据，系统梳理

—智能审核—全流程监管—闭环优化”体系框架，对医院而言，可降低违规扣款与声誉风险，提升医保管理精细化水平；对医保基金而言，前端规范使用助力基金安全高效运行；对患者而言，规范收费能增强就医获得感。此外，本研究可填补公立医院医保数智化监管实践研究的细化空白，为同类机构监管转型以及适配DRG/DIP支付改革的监管机制设计提供理论参考。

2.构建多层次多元化培训体系

围绕提升医务人员医保政策掌握度与合规意识，设计多形式、分层级培训方案：每年邀请医保监管、价格政策领域专家开展全院性专题培训；依托中层干部会议强化管理层对医保监管工作的重视；通过全院视频会议实现医务人员培训全覆盖；借助业财融合专题会议深入临床科室开展针对性指导；利用医保助理月例会搭建常态化政策交流平台；同步开展医保知识竞赛，激发医务人员主动学习热情，有效提升政策知晓率与执行准确性。

3.实施全流程督导考核机制

由医保价格部专职督导团队主导，推行“月度抽查+全院交叉互查+专项督导”三维监管模式，重点聚焦医疗设备使用、康复理疗服务等医保高风险领域开展专项督查。建立“问题台账—限期整改—复盘验证”闭环管理机制，将医保价格督查结果纳入科室绩效考核核心指标，直接与科室绩效分配、科室负责人干部考核挂钩，以考核倒逼合规管理落地。

4.推行手术标准化计费管理

组建由医保、价格、医务、临床、病案、运

营多部门人员构成的行政MDT（多学科协作）小组，通过临床实地调研、医保政策合规性论证，联合各医疗组、运营专科助理、手术室共同研定覆盖18个外科专业的手术标准化收费规则。创新构建ICD-9临床操作编码与手术计费项目的“双向动态映射体系”，建立包含1200余项术式的标准化计费规则库，实现不同手术切口类型、麻醉方式、耗材使用场景下的计费规则精准匹配，显著提升手术计费合规率，为2024年手麻系统自动计费功能上线奠定基础。

5.优化重点病种费用结构

依据院内病种管理规范，选取各临床专业“病例数量前3+DIP病组亏损前3”的病种作为重点分析对象，通过典型病例费用拆解与比对，主动识别可能存在医保违规风险的费用项目，针对性削减不必要的检查检验、耗材使用支出，梳理并优化病种费用构成，提升病种费用医保合规性与经济性。

6.开展业财融合专科分析和价格指导

在院领导统筹下，由运营管理部、财务部、医保价格部组建业财融合专项小组，深入25个临床医技科室开展医保价格专题分析。通过科室费用数据复盘，精准定位临床诊疗中的医保价格违规风险点，明确科室收入合规增长方向，同步宣讲最新医保价格改革政策；累计提出收费规范建议78条、合理收费优化建议32条，推动科室医保价格管理水平提升。

7.创新第三方飞行检查机制

引入省级医保专家团队开展院内模拟医保飞行检查，采用“大数据分析+病历抽样审查”相结合的方式，系统性排查医保价格管理漏洞与风险隐患。本次检查共发现高危违规线索3条、一般违规问题线索34条、其他类问题线索60条；针对发现的问题，由医保价格部牵头组织院内多部门协同整改，并严格按照医保局自查自纠要求，主动清退医保价格违规相关收入，强化医保合规底线意识。

（三）自主研发医保数智化监管系统及升级迭代

为响应医保智能监管的发展趋势，破解传统人工监管瓶颈，德阳市人民医院分阶段推进医保数智化监管系统的研发与升级工作，2022年医院启动医保数智化监管工具自主研发工作，成功开发出出院费用审核程序，全面替代传统办公护士人工审核模式，初步实现出院费用审核的自动化转型，有效降低人工审核的主观误差与效率损耗。2023年起，医院联合专业技术团队启动“基于大数据医保监管系统”联合研发工作，构建“规则层—数据层—应用层”三级架构，集成医保监管规则库查询、大数据自动自检、病历随机抽检、问题清单追踪等核心功能模块。系统覆盖重复收费、超标准收费、过度诊疗等12类典型医保违规场景，形成“事前控制—过程监督—事后审核—闭环管理”的全链条数智化监管架构。

为突破传统监管对复杂问题的识别局限，系统构建多维特征分析模型，重点攻克人员资质与诊疗行为不匹配、过度诊疗等监管难点。针对医保监管重点的检查检验项目，系统嵌入临床专家联合制定的诊疗规范与疾病诊断编码（ICD）匹配规则，实现检查检验合理性智能判定——通过关联出院诊断编码、检验报告数值区间及临床指征，精准筛查超出适应症范围的过度检查检验行为。为提升监督管理效能，系统创新嵌入“飞行检查自检”与PDCA闭环管理模块。其中，“飞行检查自检”模块可一键生成符合医保行政部门检查标准的结构化数据分析报表，将迎检准备时间从传统人工审核的72小时压缩至4小时，大幅提升自查效率与数据追溯能力；“问题清单追踪”模块支持按审计清单、国家医保负面清单等多维度标签对违规问题进行分组管理，系统可自动追踪整改进度并生成整改成效分析报告，使问题整改完成率提升至98%，形成“发现问题—整改落实—效果评估”的PDCA循环管理机制，持续优化监管效能。

四、实施成效

（一）有效节约医院人力资源

数智化监管系统的应用，极大地提高了医保价格管理的效率。出院病历费用审核时间由原来的20~30分钟减少至1~2分钟，全院实际节约护理人员13人，不仅减少了人工审核的工作量，而且提高了审核的准确性和效率，使医护人员能够将更多的时间和精力投入到临床工作中，提升了医院的整体运营效率。

（二）有效减少各类价格违规

通过七大监管措施及数智化监管系统的应用，医院医保价格违规行为得到有效遏制。减少了因人为误操作、政策掌握不全面等原因导致的价格违规，各类高频违规问题金额下降91.2%；出院病历费用差错率降低至1.05%；医保智能审核扣款金额比上一年度减少62.57%。

（三）有效保障患者权益

2022~2024年，德阳市人民医院收治住院患者在CMI值明显提升的情况下（由1.14提高至1.19），住院次均费用显著降低（由14086.57元逐

年降低至12884.58元），患者费用投诉次数也显著下降。2022~2024年，德阳市人民医院药耗占比由44.12%降低至39.75%，优化了病种费用结构，进一步提升院内有效收入。

（四）成功申请知识产权并实现转化

德阳市人民医院于2023年自主研发并取得《出院费用审核程序1.0》软件著作权；2024年联合开发并获得《医保数智化监管系统1.0》软件著作权；2025年初成功实现医院信息化建设过程中的首个专利转化。

（五）行业示范效应

德阳市人民医院的经验在行业内得到了广泛认可和推广，起到了行业示范作用。医院多次在全国及省级医保协会、卫生经济学会和信息化学会中，分享医院医保数智化管理实践经验，助力行业规范发展。2023年医院《医保数智化监管系统建设》案例获得四川省医院协会年度案例比赛一等奖，2025年获得全国医保价格案例决赛三等奖，经验分享提升了医院的行业影响力。

五、思考

德阳市人民医院通过构建“组织—制度—系统”三位一体的医保数智化监管体系，实现了医保管理效率、基金安全水平和患者满意度的协同提升。该实践创新性地解决了传统监管模式的效率低下、准确性差和滞后性问题，为三级医院在医保监管转型期提供了可复制、可推广的系统性解决方案，具有较强的实践价值与行业参考意义。下一步还需从下列方面进行改进：

（一）将系统数智化监管与医保支付方式改革结合

探索开展DIP病组费用管控：开发病组成本预测模块，对比实际费用与区域标杆值，自动生成费用超支预警；智能审核子系统依据临床路径，对患者诊疗流程进行比对验证，发现偏离路径的诊疗行为，及时提醒纠正；对复杂疾病多学科诊疗路径进行审核，确保各科室诊疗协同、合理，提升医疗质量，降低医保基金浪费。

（二）将系统监管规则动态调整与价格立项目指南落地结合

随着立项目指南的相继落地，以往的监管规则也将发生新的变化。医院需要及时根据已经落地或者即将落地的立项目指南，梳理新的监管规则，停用原有旧的监管规则，实现规则库的实时更新变化，确保立项目指南落地后规范执行。

（三）将系统数智化监管与AI监管、医学知识图谱结合

将医学知识图谱、AI监管与监管系统融合，升级成医保智能监管系统3.0版本，基于历史违规数据训练风险预测算法，针对超限用药、高值耗材滥用等行为实现提前预警，加强对高风险病例的识别。

医保DRG支付改革下的医院病种成本管理策略与实践探索

■ 文 / 彭州市人民医院 王亚玲

在我国医疗保障支付方式改革深入推进的背景下，按疾病诊断相关分组（DRG）付费已成为重要支付模式。这一改革将医院的医保收入从传统的“按项目付费”转变为“按病种预付”，从根本上颠覆了医院的运营逻辑，使得病种成本管理成为决定医院生存与发展的核心能力。本文结合彭州市人民医院的实践经验，从指标体系监管、日常监督体系、责

任主体明确、信息化助力、绩效分配支撑、成本分摊优化六个维度，详细阐述了病种成本精细化管理的具体策略。实践表明，通过上述综合措施，医院能够有效控制病种成本，优化医疗资源配置，在确保医疗质量的前提下，实现医保基金的可持续运行与医院的精益化发展。

引言

随着我国医药卫生体制改革的不断深化，医保支付方式改革作为引导医疗资源配置、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长的“牛鼻子”，其重要性日益凸显。其中，按疾病诊断相关分组（Diagnosis-Related Groups, DRG）付费作为一种国际公认的先进预付制支付方式，已在全国范围内迅速推广。DRG付费的核心原理在于将临床过程相近、资源消耗相似的病例归入同一组别，并据此制定统一的支付标准。这意味着医院为患者提供诊疗服务的收入被预先设定，其盈利模式从“收入中心”转变为“成本中心”。若实际诊疗成本低于DRG支付标准，则产生盈余；反之，则将面临亏损。

这一根本性变革对医院的内部管理提出了前所未有的挑战。医院必须将管理重心下沉至每一个病种，从事后核算转向事前预测、事中控制和事后分析的全流程精细化管理。因此，建立一套行之有效的病种成本管理体系，不仅是医院应对医保支付方式改革的必然要求，更是其在激烈市场竞争中实现可持续发展的战略核心。本文基于彭州市人民医院在DRG支付改革下的实践探索，系统总结提炼出一套涵盖指标监管、过程监督、责任落实、技术赋能、绩效引导和分摊优化的综合性病种成本管理策略。

一、DRG支付改革与病种成本管理的内在逻辑

（一）DRG改革的内涵与政策导向

DRG付费的本质是一种“打包付费”制度。它通过科学的分组器，将成千上万的住院病例归纳为几百个具有代表性的DRG组，每个组都有基于历史数据和区域平均水平确定的权重和费率，从而计算出支付金额。这一政策的导向明确：控费用——通过设定支付上限，倒逼医院主动控制不合理的医疗资源消耗；提效率——鼓励医院优化诊疗流程、缩短平均住院日、提高资源利用效率；调结构——引导医院降低药品、耗材等物化成本占比，提升体现医务人员技术劳务价值的服务收入比重。

（二）病种成本管理成为医院管理新核心

在DRG预付制下，医院的利润公式简化为“利润=DRG支付标准-病种实际成本”。支付标准在一定时期内是相对固定的外部变量，医院唯一能够主动掌控的就是“病种实际成本”。因此，病种成本管理是贯穿于医院临床、护理、医技、行政后勤所有环节的全局性、系统性工程，要求医院管理者必须精确掌握每一个DRG病组从入院到出院全过程的成本构成，找到关键控制点，实施精准干预。

二、医院应对医保DRG付费的策略

（一）改革绩效分配制度，形成成本控制内生动力

绩效分配是引导医务人员行为的“指挥棒”。彭州市人民医院打破与收入挂钩的核算方式，建立了与DRG改革目标同向而行的新绩效体系。

医生绩效：以“病床管理积分”“操作积分”“医技医嘱项积分”等反映工作强度、技术难度和风险程度的指标来核算工作量绩效，使绩效分配与DRG预付制的内在激励相容，引导医生通过提升技术和服务来获得回报。

护理绩效：实行全院垂直管理，绩效分配与科室收支脱钩。以“危重患者占比”“急诊收入院占比”“每床日均操作”等反映护理工作量和劳动强度的维度作为主要评价指标，并以此匹配合理的护理人数和能级，将护理资源向病情更重的患者倾斜，符合DRG按疾病严重程度分配资源的原则。

绩效导向倾斜：绩效分配向门诊、日间手术、四级手术倾斜，鼓励轻病、常见病在门诊解决，将住院资源用于收治疑难重症患者；日间手术和四级手术是医院技术能力和效率的体现，前者成本低、周转快，后者DRG支付值高，共同优化了医院的病种结构和成本结构。

（二）构建多维度的病种成本管理指标体系

建立科学合理的监管指标体系，是实施病种成本精细化管理的前提。彭州市人民医院摒弃了单一、孤立的指标考核，构建了一个相互关联、相互制约的指标体系群。

1.平均住院日与床位使用率协同考核

平均住院日是反映医疗效率的核心指标。缩短平均住院日能直接降低住院期间的固定成本（如床位等）和变动成本（如人力等）。然而，单纯追求住院日缩短可能导致患者提前出院、增加再入院风险，或造成床位不合理闲置。医院创新性地将平均住院日与床位使用率协同考核，并推行“全院一张床”管理模式。通过打破科室间的物理壁垒，实现床位资源的动态调配和最大化利用，既有效控制了住院成本，又避免了因不合理控制住院日导致的空床率增高问题，在保障了医疗质量的前提下，确保了医疗资源的整体运行效率。

2.药品费用与收入结构双管控

药品是病种直接成本的重要组成部分。医院设定了“药品次均费用”和“药品收入占比”双重考核指标。前者从绝对值的角度控制每个病例的药品费用，遏制“大处方”；后者从相对值的角度优化医院的收入结构，防止出现通过过度缩减必要治疗药品来降低成本，从而损害医疗质量和患者疗效的短视行为。两者结合，引导临床医生在遵循临床路径的基础上，优先选择性价比高的药物治疗方案，实现了成本控制与治疗质量的平衡。

3.手术材料费用精准考核

针对手术科室，医院将考核重点放在“手术材料次均费用”而非“患者材料次均费用”上。这种考核方式更精准地反映了单次手术过程的资源消耗，避免了因患者手术难度不同、手术人数占比多而导致的数

据失真，使得不同手术复杂程度、手术患者占比不同的科室之间具有可比性。它与“材料收入占比”指标一同，有力地限制了高值耗材的不合理使用，鼓励医生在保证手术效果的前提下，选用国产优质耗材，显著降低了手术病种的直接成本。

4.日均不可计费材料费管理

不可计费材料（如纱布、消毒液、缝合线等）是成本管理的“盲区”和“漏水点”。医院创新性地引入“日均不可计费材料费”指标，采用“日均”考核，消除了因住院日长短不同对材料总消耗量的影响，使得考核更为公平合理。各科室根据自身病种特点制定符合实际的日均消耗标准，并将管理责任落实到护士群体，有效激发了护理人员在节约物资方面的主观能动性。

5.收入成本率的刚性约束

在破除“以收定支、收支结余提成”的旧绩效模式后，“收入成本率”成为衡量科室运营效益的核心指标，综合反映科室的人力成本、设备折旧、运维费用等所有成本与所创造收入的比率。它不仅约束了科室在人员招聘上的随意性，也限制了科室盲目申购大型昂贵设备的行为，督促其对现有设备的利用率进行深入分析，从而全面管控科室的运营成本。

6.住院次均费用的横向对标

“住院次均费用”是医院与医保局、与区域同级医院进行比较的关键外部对标指标。通过内部各病种次均费用的横向比较和外部对标（医保反馈数据），医院可以及时发现费用异常的“偏高病种”，深入分析其原因——是临床路径不合理、资源消耗过高，还是编码错误导致入组不准，为病种成本的持续优化提供方向和靶点。

（三）建立贯穿诊疗全过程的日常监督体系

精细化的指标管理需要强有力的过程监督来保障。彭州市人民医院建立了“事前提醒、事中干预、事后点评与考核联动”的立体化监督体系：

1.不合理使用药品点评

由药学部牵头，组织临床药师和专家，对处方和医嘱进行常态化点评，对超常处方、抗生素滥用等问题进行公示和干预。

2.不合理使用高值耗材点评

由质控、医装和临床专家组成点评小组，对手术中高值耗材的选择理由、使用必要性进行评议，规范临床使用行为。

3.不合理收费监管

医保物价部门通过信息化系统监管，严防分解收费、重复收费等违规行为，避免医保拒付带来的经济损失。这一体系将监管关口前移，从事后惩罚转变为过程纠正，并将监管结果与科室及个人的绩效考核紧密挂钩，形成了管理的闭环。

（四）明确责任主体，落实成本管理职责

医院通过机制设计，将成本管理的责任准确地落实到每一个主体：科主任作为科室运营第一责任人，其管理绩效考核与科室绩效考核捆绑，引入“发展贡献率”“运行结余率”等核心指标，直接引导科主任的管理行为向成本控制和效率提升聚焦；临床医生作为药品和高值耗材使用的决策者，其处方和医嘱行为直接关联绩效，通过信息化系统记录其负责病例的成本数据，实现责任到人；护理团队对不可计费材料的管理负责，将日均材料消耗与护士长的管理绩效和护理组的绩效挂钩。这种“谁决策、谁负责；谁使用、谁管理”的责任体系，确保了成本管理措施在临床一线得到有效贯彻。

（五）强化信息化赋能，提升成本管理智能化水平

现代医院管理离不开信息技术的支撑。彭州市人民医院充分利用两大信息系统为病种成本管理赋能：

1.医保物价信息助手

在医生开具医嘱、护士执行操作时，系统进行事前事中提醒（如对限制使用条件的药品弹出提示、对收费项目进行合规性校验），从源头杜绝不合理行为和收费错误。

2.医院DRG信息管理平台

按照“三级分摊”原则（将行政后勤类科室费用向临床科室分摊，再将临床科室费用向医疗服务项目分摊，最后将项目成本归集到DRG病组），将全成本数据导入平台，按核定规则与每个病例的DRG分组精确关联，使医院能够清晰地看到每个DRG病组的真实成本构成和盈亏情况，并与区域内该病组的平均直接成本进行对标，为成本管控提供精准的数据决策支持。

（六）推进成本分摊优化，实现资源精细核算

对于手术室、导管室等大型公共平台科室，其成本分摊的合理性直接影响相关病种成本的准确性。彭州市人民医院利用手麻系统，精确记录每台手术的占用时间、参与人员及设备使用情况，将手术室的成本（如人员工资、设备折旧、水电等）不再简单地按手术例数或手术费收入分摊，而是按照“手术时间”和

“手术能级（复杂度）”进行分摊。这种更精细的分摊方式能更真实地反映复杂手术所消耗的资源，同时督促科室提高手术间利用效率。

三、讨论与展望

通过上述六大策略的系统实施，彭州市人民医院在DRG支付改革中取得了显著成效，医保基金连年正向结余，运营质量处于同级同类医院较优水平。这一成功实践证明了以下几点：绩效是引擎——科学的绩效分配制度能有效引导医务人员行为；系统性是关键——病种成本管理是全院上下联动的系统工程；数据是基础——精准的成本核算是正确决策的前提；质量是底线——所有成本控制措施必须以保障医疗质量为根本前提。

医院的病种成本管理仍面临挑战与发展机遇，下一步的深化方向包括：

（1）与临床路径深度融合，将成本管控措施进一步嵌入标准化的临床路径中，实现“质量—效率—成本”的三维一体化管理。

（2）应用更先进的管理会计工具，如引入作业成本法（Activity-Based Costing, ABC），实现更精细、更准确的病种成本核算。

（3）加强大数据与人工智能应用，利用AI技术对海量病种成本数据进行挖掘和预测，实现成本的智能预警和优化建议，推动病种成本管理从“精细化”走向“智能化”。

四、结论

在医保DRG支付改革的大潮中，医院唯有主动求变，将病种成本管理提升至战略高度，构建起涵盖绩效引导、指标监管、过程监督、责任落实、信息支撑和分摊优化的全方位精细化管理体系，才能有效应对挑战，将支付改革的压力转化为医院提质、增效、降本、发展的内生动力。本文所阐述的管理策略与实践经验，经过实践证明是行之有效的，为正处于DRG改革深化期的广大医院提供了有价值的参考范式，有助于推动我国公立医院实现高质量发展。

基于数字孪生技术的医院配电系统节能诊断与优化研究

■ 文 / 四川大学华西医院 包满 任炬光 杜栩

针对医院配电系统普遍存在的“高能耗、低能效”难题，本研究提出一种基于数字孪生技术的节能诊断与优化方法。通过融合BIM-GIS三维建模、物联网实时监测与AI动态分析技术，建立包含设备级参数映射、时频域联合诊断及三级能效评估的完整体系。该技术可精准定位能耗异常源头，指导变压器优化选型与负荷动态调控，实现从“经验运维”到“预测优化”的转型。研究为医疗建筑能源精细化管控提供了可复用的技术路径，对推动公共机构碳中和目标有显著实践价值。

引言

在全球气候变化与能源危机日益严峻的背景下，碳达峰、碳中和目标已成为各国能源转型的核心战略。中国明确提出“2030年前实现碳达峰、2060年前实现碳中和”的目标，其中医疗卫生领域是公共机构中的能耗大户，其建筑能耗问题日益凸显。据国家卫生健康委统计，全国医院年用电量约占公共机构总用电量的15%，其中配电系统能耗占比超过60%。传统医院配电系统普遍存在设备老化、运行效率低下、管理手段粗放等问题。例如某三甲医院实测显示，其配电变压器年平均负载率低于30%，而线损率却高达8.7%，远超行业平均水平。这种“大马拉小车”的能源浪费现象，与碳中和目标要求形成鲜明矛盾。

传统节能诊断方法存在三大瓶颈：其一，依赖定期人工检测，难以捕捉瞬时能耗异常；其二，数据维度单一，缺乏设备级、系统级的关联分析；其三，优化方案验证周期长、成本高。因此，传统节能改造手段多局限于设备替换或经验式运维，如简单更换高效变压器或实施定时启停策略，既无法精准定位能耗异常源头，也难以实现全系统能效动态优化。而数字孪生技术通过三维可视化建模、物联网数据融合、AI算法优化，可实现从“被动响应”到“主动预测”的转变。例如，上海瑞金医院试点项目显示，数字孪生系统可提前72小时预测变压器过载风险。这种技术优势，正是破解医院配电系统节能困境的关键所在。

由此可见，数字孪生技术的兴起，为医院配电系统节能改造提供了全新路径。相较于传统节能诊断依赖人工巡检、经验判断的局限，数字孪生通过构建物理配电系统的虚拟镜像，实现能耗

数据的实时采集、动态仿真与智能分析。以美国梅奥诊所为例，其基于数字孪生的能源管理系统使配电系统能效提升18%，故障响应时间缩短至15分钟以内。国内政策层面，《“十四五”公共机构节约能源资源工作规划》明确提出“推广数字化能源管理系统”，为数字孪生技术在医院场景的应用提供了政策支撑。

一、数字孪生技术与医院配电系统基础理论

（一）医院配电系统特性分析

相较于其他公共建筑，医疗场所用电负荷呈现典型的“三高三低”特征：高敏感设备占比（生命支持类设备负荷占比高）、高负荷密度（手术区单位面积负荷达普通区域5~8倍）、高运行连续性（24小时不间断供电区域占比超60%），叠加低功率因数（荧光灯镇流器导致平均功率因数仅0.78）、低负载率（变压器平均负载率不足60%）及低自动化水平。这种多层次、差异化的负荷结构，使得传统配电系统在容量配置、负荷调度及应急保障方面面临复杂挑战。

现有的医院配电系统的运行痛点集中体现于以下三个层面：能耗管理方面，设备能效水平参差不齐且缺乏精细化监控手段，导致整体能效低于行业基准值，特别是大型医疗设备的待机功耗与低效运行模式加剧了能源浪费；运维管理层面，依赖人工巡检与经验判断的粗放模式，难以实现设备状态实时感知与预防性维护，造成运维成本高与隐性故障风险积聚等问题；应急响应方面，传统故障处置机制存在“监测盲区—定位延迟—处置滞后”的传导链条，从故障发生到系统恢复的周期远超出医疗场景的容忍阈值。这些痛点相互交织，形成了“高能耗—低能效”“高风

险一低可控”的矛盾体，既制约医疗机构的经济性运行，又威胁医疗服务的安全底线，凸显出传统配电系统在智慧化转型中的升级紧迫性。

（二）数字孪生技术在医院配电系统中的应用

数字孪生技术的核心在于构建物理实体与虚拟模型的双向映射。其技术架构包含四大要素（如图1所示）：物理实体层通过智能电表、温湿度传感器等物联网终端实现数据采集；虚拟模型层基于BIM+GIS技术构建三维可视化模型，包含变压器损耗曲线、电缆载流量等200余项参数；数据交互层依托物联网平台完成实时映射，实现毫秒级数据同步，确保虚拟模型与物理实体的状态偏差不超3%；服务应用层则集成能效优化算法库，支持负荷预测、故障诊断等十余类应用场景。关键技术中，3D可视化技术可直观呈现配电拓扑结构与能耗分布；物联网采集技术实现设备状态数据秒级刷新；仿真模拟技术通过构建变压器热效应模型、电缆载流模型等，预测不同工况下的能效表现；AI分析技术则基于历史数据训练异常检测算法，实现故障的早期预警。



图1 技术架构图

（三）节能诊断与优化路径

在节能诊断领域，传统能效评估多采用单一指标法，难以反映系统整体运行状态。数字孪生技术通过能耗分解算法，可将总能耗拆解至设备级、回路级，结合行业能效基准线，精准定位能耗异常点。优化技术路径方面，设备升级需兼顾初期投资与全生命周期成本；运行策略调整需结合峰谷电价政策，通过负荷转移实现“削峰填谷”；能源结构优化则可探索光伏+储能的微网模式。

数字孪生技术与医院配电系统的深度融合，需突破三大技术难点：其一，医疗设备用电的随机性与配电系统稳定性要求的矛盾，需通过动态仿真模型平衡供需；其二，多源异构数据的融合处理，需建立统一的数据中台；其三，模型更新机制，需通过自学习算法保持虚拟模型与物理实体的同步性。这些挑战的解决，正是数字孪生技术赋能医院节能改造的关键所在。

二、基于数字孪生的医院配电系统节能诊断方法

数字孪生模型的构建遵循“数据驱动—模型校准—实时交互”的技术路线。在数据采集层面，针对医院配电系统的拓扑结构特性，采用分层部署策略：在10kV高压侧配置微机保护装置实现电气参数全量采集，在0.4kV低压侧部署智能母线槽监测终端捕捉支路电流谐波特征，在末端回路安装非侵入式负荷监测模块分解设备级能耗。多源数据通过边缘计算网关进行时标对齐与协议转换，形成包含电压、电流、功率因数等18个维度的时序数据集。三维建模环节采用BIM与GIS融合技术，在Revit平台建立包含变压器、配电柜、电缆桥架等23类设备的三维模型，通过参数化驱动实现设备容量、线路阻抗等物理属性与几何模型的动态关联。某妇幼医院项目实践表明，这种建模方式可使设备参数映射误差控制在1.2%以内。

节能诊断流程以数字孪生模型的实时映射能力为基础，构建三级诊断体系。首级能效基准建立采用“历史数据清洗—行业对标—动态修正”三步法：通过小波变换剔除历史数据中的暂态扰动，参照GJGJ 312《医疗建筑电气设计规范》设定变压器负载率、线缆损耗率等7项基准指标，再利用马尔可夫链模型预测未来24小时的基准能效曲

线。异常检测环节创新采用时频域联合分析方法，在时域层面构建基于LSTM的负荷趋势预测模型，在频域层面通过快速傅里叶变换提取电流谐波特征，当实测数据偏离预测区间的幅度超过 3σ 阈值时触发预警。节能潜力评估则从设备、系统、管理三个维度展开，通过蒙特卡洛模拟计算变压器经济运行区间，运用图论算法识别10kV母线联络段的优化空间，最终生成包含技术可行性与经济性的量化评估报告。

诊断结果的可视化呈现依托自主研发的3D数字孪生平台，该平台集成WebGL渲染引擎与能流仿真模块，可实现能耗分布的动态热力图叠加与设备状态的粒子效果警示。在故障预警场景中，平台自动调取振动时域数据并转换为频谱图，通过与预置的200余种故障特征谱进行相似度匹配，辅助运维人员快速定位故障根源。

三、基于数字孪生的医院配电系统节能优化实践

依托数字孪生模型输出的诊断结论，构建覆盖设备、运行、管理三个层面的优化体系，并建立多维度的效果评估指标，形成“诊断—优化—评估”的闭环实践框架。其中优化策略制定遵循“技术可行、经济合理、实施便捷”的原则。在设备层优化中，针对变压器“大马拉小车”现象，建立包含空载损耗、负载损耗、购置成本的三维优化模型，通过遗传算法求解不同负载率下的经济运行区间。某儿童医院改造实践表明，将原有S9型变压器替换为SCB13型后，空载损耗降低42%，负载损耗在30%负载率工况下下降28%。电缆线路改造采用“截流量校核—压降分析—经济电流密度”综合评估方法，通过数字孪生平台模拟不同线径方案的电压质量，最终确定将手术室供电回路电缆截面积由35mm²增至50mm²的优化方案。

运行层优化聚焦负荷调控与电价策略的协同。基于数字孪生平台的负荷预测功能，构建考虑手术排程、设备启停的动态调控模型，通过粒子群优化算法求解峰谷电价下的最优负荷曲线。某综合医院应用该策略后，年需量电费支出减少17.6万元，尖峰负荷抑制率达23.4%。在管理层优化方面，建立基于数字孪生的能耗考核制度，将变压器负载率、功率因数等关键指标纳入科室

KPI体系，同时开发智能运维工单系统，实现故障处置流程的标准化与数字化。

优化效果评估构建包含技术指标、经济指标、环境指标的三维评估体系。技术层面通过对比优化前后的负载率标准差、谐波畸变率等参数，量化系统运行质量的提升幅度；经济层面采用净现值（NPV）与投资回收期（PBP）双维度评估；环境层面基于IPCC排放因子法计算碳排放减量，结合GB/T 51366《建筑碳排放计算标准》进行标准化处理。

通过上述优化实践，数字孪生技术展现出显著的应用价值：在技术层面实现能效管理的可视化与精准化，在经济层面缩短投资回报周期，在管理层面推动运维模式向预测性维护转型。这种技术—经济—管理的协同优化机制，为医院配电系统的绿色转型提供了可复制的解决方案。

四、结论

本研究通过构建医院配电系统的数字孪生模型，系统验证了该技术在节能诊断与优化领域的实践价值。研究表明，数字孪生技术通过虚实映射与数据驱动机制，有效突破了传统能效管理在时空分辨率、动态响应能力方面的技术瓶颈。在诊断环节，基于三维模型与实时数据融合的异常检测方法，实现了从设备级微小故障到系统级能效瓶颈的精准定位，其预测性维护能力较传统定期检修模式提升显著。在优化实践中，通过负荷动态调控与设备选型方案的数字孪生验证，构建了技术可行性与经济性平衡的决策支持体系，推动医院配电系统从“经验驱动”向“数据驱动”的管理模式转型。

研究显示，数字孪生技术的核心优势在于其全要素映射、全周期优化、全场景决策的能力集成。这种技术范式不仅带来显著的节能降碳效益，更推动了医院能源管理向精细化、智能化方向演进。然而，研究也指出，医疗场景的特殊性对数据安全与模型泛化能力提出更高要求，跨系统协同机制与标准化评价体系仍需完善。未来研究可聚焦于AI算法与物理模型的深度融合，探索多能源系统耦合场景下的数字孪生应用，同时推动相关政策标准制定，以加速这项技术在医疗领域的规模化应用。

智慧医院背景下后勤服务类机器人的应用现状、挑战与发展路径

■ 文 / 四川大学华西第二医院 李琴 罗燕 杜宁

本文聚焦智慧医院建设中后勤服务类机器人的应用现状与核心挑战，探索高效的人机协同模式，明确管理者关键角色，并提出可行的发展路径。综合文献查阅、案例分析、专家访谈与实地调研，系统梳理现状，深入剖析机器人现存问题。结果显示，后勤管理者需摒弃“完全替代”思维，理性认

知技术边界，精准识别并优先部署机器人优势场景，以实现人机协同效能最大化。管理者应承担需求提出、流程优化、人机协调、数据反馈与效果评估等核心职能。提出基于场景适配深化、技术迭代、管理升级与成本优化四维协同的未来发展路径，为智慧医院后勤智能化转型提供指导。

引言

2021年3月15日，国家卫生健康委员会发布的《医院智慧管理分级评估标准体系（试行）》明确提出，要加强医院在物资运输、仓储管理、污物回收以及消毒等方面的智慧联动管理。智慧医院建设浪潮下，后勤服务的智能化已成为确保医疗安全、提升服务效率和改善患者体验的核心要素。机器人技术作为关键支撑，在环境清洁、物流运输和废物处理等领域已开始得到应用。

据初步统计，全国超过200家三甲医院已部署物流机器人系统，应用于药物配送、标本运输、医疗设备及耗材搬运、医用布草和医疗废物转运等关键环节。然而，实践中普遍存在机器人不能完全替代人工、购置与维护成本高昂、投入产出比未达预期、部分场景应用效果不佳等问题。本文通过文献查阅、案例分析、实地调研、专家访谈等，客观分析后勤服务机器人的应用现状与核心挑战，探索基于效能最大化的人机协同应用模式，明确后勤管理者的核心参与路径，并提出务实可行的发展策略。

一、智慧医院后勤服务机器人应用现状分析

（一）主要应用类型概述

后勤服务类机器人是一种能够自主规划路径、独立制定操作计划并根据实际情况调整动作程序的智能机器人。本文讨论的应用场景类型主要包括：

1.环境清洁消毒机器人

消毒机器人利用自主导航技术执行消毒任务以实现表面的高效消毒，主要分为紫外线消毒机器人、喷洒消毒机器人以及多功能消毒机器人。自2023年以来，四川大学华西第二医院（以下简称“华西附二院”）引进了两台多功能洗消机器人，分别服务于手术室大通道和门诊大厅。

2.医用织物、医疗废物、生活垃圾转运机器人

实现被服、手术衣等医用织物的定点收取与配送，支持定时定点自动收集脏污被服、医疗/生活垃圾，并能优化运输路径。华西附二院全托管医院部署的污物转运机器人，具备定时定点自动收集、分类暂存与路径优化功能，通过与工作人员在指定节点进行物品交接，优化了院内污物转运流程（图1略）。

3.院内物资配送机器人

专为实现药品、标本、医疗器械及耗材等物资的自动化高效运输而设计。在华西附二院，该机器人主要应用于药品、手术器械及耗材的精准配送任务，极大地提升了工作效率。然而，由于华西附二院电梯资源有限，且目前尚未规划出机器人专用电梯，因此，物资配送机器人在跨楼层工作方面尚存在一定的局限性，有待进一步探索与改进。

（二）核心应用价值

根据文献查阅及华西附二院的实践案例经验，不同机器人的核心价值归纳如下：

1.环境清洁消毒机器人

通过高效精准的清洁消毒作业，有效杀灭病毒和细菌，为医疗环境提供更高层次的卫生保障；自动化作业减少与潜在污染物的直接接触，减轻保洁人员工作强度与暴露风险。

2.医用织物收发机器人

重塑织物流转流程，实现高效自动化管理，减少人为干预，避免交叉污染。大幅度减少织物在库房的流转停滞成本，优化库存管理，降低织物积压与过期损耗。

3.医疗/生活垃圾收集机器人

标准化与自动化垃圾处理流程，确保符合医疗废物管理规范，减少人为错误。通过高效转运与隔离处理，降低交叉感染风险，保障医护人员与患者安全。

4.院内物资配送机器人

通过自动化配送快速响应物资需求，缩短等待时间，提升整体医疗运作效率；减少对人工的依赖，降低因人为因素导致的配送错误，提升医疗服务质量，为患者带来更佳的就医体验。

（三）困境与挑战

后勤服务机器人的发展面临一个多维度的挑战矩阵：底层是技术成熟度和成本效益的平衡难题；中层是系统集成和功能完善的复杂工程；高层是确保安全可靠和实现深度价值的系统性要求。主要困境与挑战包括：

1.技术瓶颈与环境适应性问题

当前技术难以稳定、高效地应对真实世界的复杂性和动态性。以华西附二院环境清洁消毒机器人为例：在客流量多的门诊大厅、存在突发动态障碍物的场景下，机器人的导航鲁棒性和适应性有限，不能识别和处理紧急情况，依赖人工介入，影响全流程自动化。

2.高昂的成本与投资回报率

物流机器人的系统架构需要改造环境、部署专用设施，显著增加项目总成本，而硬件损耗、软件更新、故障维修等带来持续的运营支出。以华西附二院全托管医院污物转运机器人的成本为例：6台机器人仅替代4名人工，低于行业均值（通常 ≥ 1 人/台），主因是夜间业务量不足导致设备闲置，且污物转运依赖两端人工配合（如装卸、入库），机器人无法实现端到端自动化。

（1）人工方案：配置专职人员4名，月综合成本（含基础社保及管理费）4300元/人，则年度人力成本为：4300元/人/月 $\times 12$ 月 $\times 4$ 人=206400元/年。

（2）机器人方案：设备购置成本：6台 $\times$ 单价450,000元=2,700,000元。年度运营成本：电费：6台 $\times 4$ kW $\cdot$ h/台/天 $\times 365$ 天 $\times 0.78$ 元/kW $\cdot$ h=6832.8元/年，维护费：50000元/年，合计运营成本：6832.8元+50000元=56832.8元/年。设备摊销成本（按5年生命周期，保守估计）2,700,000元/5年=540,000元/年。机器人方案年度总成本：设备摊销540,000元+运营成本56832.8元=596,832.8元/年。

机器人方案年均总成本（596,832.8元）约为人工方案（206,400元）的2.9倍，年均净增成本约390,432.8元。在当前应用模式下，投资回收期为负值（表1略）。

3.功能局限性与场景覆盖不足

目前的机器人功能无法充分满足后勤服务的多样化和精细化需求，无法根据紧急程度快速配送物品，空间容量也限制了单次运输的种类和数量。此外，在温敏物资配送、高洁净度要求、安全防盗等特定场景上存在不足。

4.流程融合不足与监管缺失

机器人设计者未充分理解医疗行业标准和实际需求，项目初期过分重视技术实现，忽略了工作流程、人员职责和监管机制的设计，造成人机交互环节效率低下。

5.系统集成与基础设施依赖

机器人集成至现有环境及业务流程面临挑战，其成功部署高度依赖于对现有建筑设施的改造。与电梯、门禁等系统的协同不够灵活，导致路径规划时等待时间过长。此外，在空间有限的环境中，机器人可能占用公共资源，引发与人员或其他设备的使用冲突。

二、理性审视与效能优化

（一）核心理念

后勤服务类机器人技术发展迅速，但管理者对其解决现实业务困境寄予的高期待与技术实际能力之间仍存在差距。后勤管理工作应摒弃“完全替代”思维，理性认识技术边界，精准识别并优先在机器人优势场景部署应用，以实现人机协同效能最

大化。机器人价值的核心在于“精准赋能”，而非“全面替代”。这需要后勤部门与技术供应商共同建立协同设计机制，将业务需求深度整合到研发过程中，并要求后勤管理者优化人机协作管理体系，包括明确岗位职责、故障类型和应急预案，以及制定机器人设备的巡检和维护计划。

（二）关键策略

后勤管理者应构建场景识别矩阵，综合评估任务标准化程度、环境适配性、感染风险、劳动强度、价值密度以及人机交互需求等多个维度，以准确识别和匹配最适宜的自动化解决方案（表2略）。

以华西附二院环境清洁消毒机器人为例，通过一线调研和数据挖掘确定机器人优先替代的三个高价值场景：其一，大面积标准化区域的日常清扫，机器人可高效执行重复性清扫任务，降低人力成本；其二，夜间深度清洁，在人流稀少的时段机器人可不受干扰地进行更彻底的清洁；其三，高感染风险区域的定期消毒，机器人可定时进行消毒作业，有效降低交叉感染风险。通过这种精细化的场景筛选与部署策略，能够最大化发挥机器人的功能，提升整体运营效率和环境安全水平。此外，还需针对技术风险、流程风险、组织风险等拟定应对预案。

（三）效能最大化实现路径

1.业务流程再造

基于机器人技术的能力特征，对后勤业务流程进行系统性重构。核心在于优化工作流设计，使机器人专注于规模化、标准化任务，而将需精细操作或应急响应的任务分配给人工操作员。

2.人机协作界面优化设计

明确界定人机分工边界，设计高效、直观的人机交互与状态反馈机制。协作界面设计应遵循人因工程学原理，确保操作便捷性及可维护性，并建立实时、透明的运行状态反馈系统，以便后勤管理人员有效监控、及时干预。

3.数据驱动的持续优化

建立基于机器人运行数据的分析机制，涵盖工作时长、区域覆盖率、能耗水平、故障频次等关键绩效指标。通过对多维度运行数据的深度挖掘与分析，持续优化任务分配策略与路径规划算法。

4.精细化成本管控与模式创新

实施全生命周期成本（TCO）模型，重点强化

长期运维成本控制。同时，积极探索多元化部署模式以缓解初始资本支出压力，提升投资的经济性与可持续性。

三、医院后勤管理者的参与角色与行动路径

（一）角色转变

后勤管理者的角色应从被动的接受者升级为机器人应用的策划者、推动者、协调者及优化者。

（二）核心参与路径

1.需求精准定义者

深入一线，识别真正适合机器人且能带来显著价值的具体痛点场景，编写清晰、可量化的需求参数，明确任务目标、环境要求、性能指标以及人机交互需求。

2.流程优化与整合者

负责或深度参与引入自动化机器人技术后的后勤流程重构，确保人机协作的无缝对接。推动机器人管理系统与现有医院信息系统（包括医院信息系统HIS、实验室信息系统LIS、后勤管理系统等）的整合，以消除信息孤岛现象。促进机器人技术从独立操作向集群协同调度的转变，以及从单一的物品运输功能扩展到集“运输+消毒+数据监测”于一体的多功能集成。

3.人机协作指挥官与协调者

后勤管理者应扮演人机协作的指挥官与协调者角色，负责制定一套详尽的人机协作规范体系以及相应的应急预案。承担对一线员工的培训责任，消除员工对协作的抵触情绪，提升其协作技能水平。实施动态调度与任务分配机制，依据实际需求灵活调整人机资源配置比例。

4.运行效果评估与反馈者

后勤管理者在服务型机器人的运行效果评估与反馈中扮演着至关重要的角色。负责构建一个科学的评估指标体系（KPI），关注成本效益、任务完成率、质量达标率、故障率、人工释放程度、安全性提升以及用户满意度。系统化收集运行数据和一线反馈，定期进行效果评估，并将结果整理为报告，为决策提供支持。同时，将使用过程中的痛点和改进建议系统化整理，持续向供应商反馈，促进产品迭代升级。

四、头部医院在智慧后勤机器人建设中的引领角色

（一）创新应用与模式探索的“试验田”

敢于投入资源，在选定的优势场景进行前沿技术的率先试点和应用验证，探索和供应商联合开发的创新商业模式。

（二）标准与最佳实践的“制定者”与“输出者”

总结自身成功经验与失败教训，牵头或参与制定医院后勤机器人应用的技术规范、操作标准、评估体系、数据接口标准。将验证有效的应用模式、管理流程、评估方法形成可复制的“最佳实践包”，向行业推广。

（三）产业生态的“构建者”与“连接器”

利用自身影响力，搭建医院一供应商一科研机构交流合作平台。向供应商清晰传达医院端的复杂需求和长期愿景，推动产品研发更贴近临床实际。促进不同品牌、类型机器人的互联互通与协同工作标准建立。

（四）专业人才的“培养基地”

建立后勤机器人运维与管理专业人才的培养体系，为行业输送具备技术理解和管理能力的复合型后勤管理人才。

五、发展路径

（一）技术迭代路径

1.提升AI与感知能力

加强医院后勤服务类机器人的环境感知、异常检测和自主决策，以提高机器人对特定复杂医疗环境的理解能力。

2.增强适应性与灵活性

通过改进导航算法以适应复杂多变的环境，并开发更灵活的执行能力，以应对多样化任务。

3.深化人机交互（HRI）

采用更自然的交互方式，如语音和手势控制，同时引入情感化设计元素以提升用户体验和接受度。

4.强化数据智能

利用大数据分析进行预测性维护、任务优化和资源调度，以提高运营效率。

5.平台化与集成化

构建统一的后勤机器人管理平台，实现多机器人协同作业，并与医院信息系统深度集成。

（二）管理升级路径

1.精细化成本模型普及

推广全生命周期成本分析（TCO），以指导更合理的采购决策。

2.绩效导向的采购与付费

探索基于服务效果（例如清洁面积达标率、运送准时率）的付费模式，以激励供应商提供更优质的服务。

3.建立常态化的评估与反馈优化机制

建立常态化的评估与反馈优化机制，以持续改进服务质量和效率。

4.加强跨部门协作

促进医务、护理、信息和后勤部门之间的协作，以实现资源和信息的共享。

（三）政策与生态协同路径

1.呼吁政府/协会出台支持政策

包括财政补贴、行业标准引导和数据安全规范，以促进行业健康发展。

2.促进开放合作

鼓励医院开放特定场景供机器人测试使用，同时协调供应商共享数据以优化算法。

3.关注伦理与安全

强调数据隐私保护、人机安全共处规范和故障责任界定，确保技术应用的伦理和安全。

（四）长期展望

从单一应用场景向系统集成演进，最终构建一个“人机电”深度融合、智能决策和高效协同的智慧后勤生态系统。

六、小结

本文探讨了后勤服务机器人作为智慧医院关键组成部分的重要性及其当前面临的困境，包括成本、替代性和适配性问题。提出“理性选择”和“人机协同”的策略，优先在优势场景部署机器人以最大化其价值。此外，医院后勤管理者在机器人应用中扮演核心角色，需全面参与需求定义、流程优化、运行评估和反馈优化等环节。最后，强调了头部医院在探索创新、制定标准、构建生态和培养人才方面的重要责任，以推动整个行业健康发展。



“体重管理年”引领医院健康膳食创新实践与探讨

■ 文 / 四川省肿瘤医院 郑唯 熊竹娟 代其宏 刘建

随着肥胖和相关慢性疾病发病率上升，科学有效的体重管理成为公共卫生领域的重要议题。2025年国家提出“体重管理年”的倡议不仅关乎慢性病防控，更回应了人们对健康生活方式的追求。医院作为健康管理的专业机构，其健康膳食在体重管理和健康促进方面具有示

范和引领作用。本文通过探讨健康膳食管理在体重管理、健康促进中的作用与路径，总结了四川省肿瘤医院通过膳食管理促进健康的经验与成效，为医疗机构及相关领域提供参考。

引言

近年来，全球肥胖及相关慢性疾病的发病率持续攀升，已成为威胁公众健康的重大公共卫生问题。面对这一严峻形势，中国政府在2025年启动了为期三年的“体重管理年”活动，由国家卫生健康委等16个部门联合推动，旨在通过多部门协作、全社会参与的方式，有效遏制肥胖上升趋势，预防体重相关慢性疾病，减少由此造成的经济和社会负担。这一国家层面的健康倡议不仅是对慢性病防控战略的深化，也顺应了人民群众对健康生活方式的迫切需求。科学有效的体重管理已从单纯的个人健康问题上升为国家公共卫生优先事项。

医院作为健康管理的重要阵地，在体重管理和膳食营养干预方面具有专业性和示范性优势。科学的膳食管理能够有效调节能量摄入、优化营养结构，从而在体重管理与健康促进中发挥关键作用。四川省肿瘤医院作为区域性肿瘤防治中心，近年来在“体重管理和健康饮食”方面积极探索健康膳食管理的创新路径，通过多学科协作、个性化营养干预和信息化管理等方式，取得了一定成效。本文结合其实践经验，系统探讨健康膳食在体重管理与健康促进中的作用机制及实施路径，以期为医疗机构及相关领域的膳食管理实践提供借鉴，进一步推动“健康中国”战略目标的实现。

一、体重过重的健康现状分析

膳食摄入过多或结构不均衡，是肥胖及慢性疾病发生的主要危险因素。体重管理的核心在于能量平衡，即使摄入与消耗的平均值。当能量摄入持续超过能量消耗时，脂肪便会积聚，导致体重增加。反之，若消耗大于摄入，则体重可能下降。此过程受基础代谢率、饮食习惯、运动量、遗传及内分泌等多种因素影响。

研究显示，肥胖与多种慢性病密切相关，如2型糖尿病、高血压、脂肪肝等。此外，研究还

发现肥胖与甲状腺癌存在相关性，也就是说，肥胖不仅容易引发高血压、高血脂、糖尿病和冠心病等，各类癌症的风险也有可能随体重增长而增加。研究表明，体重超标是导致女性患乳腺癌的重要因素之一，而男性体重超标则会增加结直肠癌风险。体重过重亦会加重关节负担，增加抑郁与焦虑风险，影响整体生活质量与寿命。

二、健康膳食在体重管理中的作用

健康膳食在体重管理中发挥着关键作用，在体重管理的多维度干预中，膳食调整始终处于核

心地位，主要通过控制热量摄入、维持能量平衡、优化营养结构、调节饮食行为、改善代谢健

康以及促进肠道菌群稳定等多重机制共同实现。合理控制每日总热量摄入（建议减少300~500 kcal），在满足基础代谢需求的前提下，避免能量摄入过剩，有助于实现体重的稳步下降。

有研究显示，高蛋白饮食可有效降低体重，改善血脂水平。通过优化膳食结构，合理分配蛋

白质、碳水化合物、脂肪及微量营养素，有助于维持营养均衡，预防代谢紊乱。此外，选择低血糖生成指数（GI）的食物，如全谷物和绿叶蔬菜，有助于稳定血糖，减少胰岛素大幅波动，从而降低脂肪堆积的风险。

三、健康膳食的关键要素

健康膳食在体重管理中具有决定性作用，俗话说“七分靠吃，三分靠练”。科学的膳食管理不仅有助于控制能量摄入，还能确保人体获取必需营养素，维持正常生理功能。关键要素包括：

总能量控制、营养素比例平衡、选择优质蛋白和复合碳水、微量营养素的充足摄入、饮食结构的优化等。以上要素共同构建了科学健康的膳食基础，对于体重管理和健康促进具有重要意义。

四、面临挑战与问题分析

尽管通过膳食管理进行体重控制是一种科学且健康的干预手段，但在实际推进过程中仍面临诸多挑战，需综合考量生理、心理及个体差异等多方面因素。长期维持低热量摄入可导致基础代谢率下降，诱发减重“平台期”，进而削弱干预效果。与

此同时，个体间营养需求差异显著，通用化的膳食结构在部分特殊人群中（如糖尿病或甲状腺功能异常患者）可能难以奏效。因此，构建一个生理可持续、心理可接受、个性可匹配的膳食干预体系，是实现有效体重管理的关键所在。

五、医院健康膳食管理实践

（一）目标定位

膳食管理实践中，明确的目标定位是实现医院餐饮服务职能与健康促进职能的有机统一。

膳食管理的首要目标是确保供餐过程的食物安全与基本营养供给，为患者及医务人员提供可靠的营养支持，针对肿瘤患者特殊的代谢状态与治疗需求，医院通过与营养科紧密协作，制定个性化治疗膳食方案，助力患者康复与营养干预。

健康膳食作为健康管理的重要组成部分，医院膳食服务在“体重管理年”倡议背景下，积极推行能量控制与营养优化的膳食策略，引导职工和患者形成健康饮食行为模式，从而提升整体健康水平。同时也充分发挥健康宣传作用，结合健康主题、季节特点和公共卫生要求，持续开展营养知识普及与行为干预，营造浓厚的健康文化氛围，促进职工与患者的双向受益。

（二）重点举措

四川省肿瘤医院围绕职工健康与患者营养支持，实施了多项针对膳食管理的举措。首先，在医院营养师专业指导下进行菜品结构调整，增

加低脂高蛋白食材、全谷物和深色蔬菜的供应，并改良烹饪方式，推广蒸、煮、炖、拌等健康烹饪方式，显著减少高热量、高脂肪食品的摄入。同时设立“健康角”，集中展示食物热量、脂肪、碳水、蛋白含量等信息，将科学营养知识、食谱及体重管理目标以宣传手册形式进行健康宣教，有效提升职工和患者健康意识。

此外，医院积极推广低热量控能套餐，提供营养均衡且热量可控的饮食组合，以满足职工控重减脂需求。在患者营养管理方面，进一步加强与营养科协同，针对体重异常并可能影响其检查和治疗的患者制定个体化干预方案，并研发支持康复的功能型膳食，如高蛋白、低脂及易消化的治疗膳食。

与此同时，医院通过构建健康文化阵地开展健康饮食宣教，包括线上线下联合开展“健康吃出来”系列活动，组织营养讲座和健康烹饪课堂，提升参与度与趣味性，推动健康理念普及。此外，医院食堂推出“膳食打卡”活动，鼓励职工记录日常饮食与体重变化，激发自我体重管理

动力，从而在全院范围内形成积极的控重氛围与健康文化导向。

（三）实践成效与亮点

通过上述举措，已取得显著成效：食堂“低热量控能套餐”销量显著上升，体重管理意识得到提升，调查显示越来越多职工主动选择低热量餐品（详见图1）。部分职工3~6个月膳食结构



图1 食堂“低热量控能套餐”销量

数据来源：四川省肿瘤医院食堂低热量控能餐销量（调查时间：2025年1~6月）

六、探讨及建议

在“体重管理年”战略背景下，四川省肿瘤医院膳食管理虽取得积极进展，但实践中仍面临诸多挑战，亟需在管理策略层面加以系统反思与优化。一方面，传统重油重盐的饮食习惯根深蒂固，部分职工和患者对少油少盐、低热量膳食接受度较低，导致饮食行为或意识滞后；另一方面，高蛋白低脂食品（如牛肉、鱼虾类）、深色蔬菜及全谷类成本较高，健康营养餐的成本相应增加。此外，厨师团队在向营养型烹饪模式转型过程中需接受营养知识与烹饪技能的专业培训与提升，需做好投入一定时间与成本的心理和资源准备。并且，当前因缺乏标准化、量化的评估机制，难以科学追踪膳食干预对体重与健康行为的

七、结论

本文基于四川省肿瘤医院在“体重管理年”的膳食管理创新实践，阐明科学饮食对体重控制、健康促进的核心作用。通过优化膳食结构、强化营养宣教、营造健康文化等方式，积极有效地推动了“体重管理年”目标落地，并取得初步成效。本研究提供了以医院为主导、兼顾公共服务与营养管理的控重模型，为医疗系统与社会大

调整后平均体重下降5%以上（详见表1）。营养课堂参与人数超千人次，膳食知识问卷平均正确率从70%提升至92%（图2略）。全院健康膳食宣教文化氛围浓厚，形式多样的健康膳食宣教覆盖率已达到90%以上，医院职工和患者对“吃出健康”理念认同度显著提升。

表1 部分职工3~6个月膳食结构调整后平均体重

组别	人数	初始平均体重 (kg)	下降后平均体重 (kg)	减重百分比
男 21~30 岁	8	75.2	68.2	9.31%
男 31~40 岁	7	82.5	76.1	7.76%
男 41~50 岁	5	85.8	80.8	5.83%
女 21~30 岁	27	61.5	56.1	8.78%
女 31~40 岁	33	68.3	63.5	7.03%
女 41~50 岁	20	72.6	69.5	4.27%

数据来源：四川省肿瘤医院部分职工膳食结构调整前后体重数据

长期影响。为提升干预成效，建议从四个核心维度构建系统化管理框架：一是坚持“营养均衡”原则，强调食物多样性与宏微量营养素的合理摄入；二是推进“个体化配膳”，根据年龄、健康状况及职业特征进行精准干预；三是强化“可持续行为养成”，通过制度、环境与教育引导建立长效机制；四是实现“美味与健康并重”，优化食材组合与烹饪方式，提升感官体验和依从性。上述“四维支柱”理念为医疗机构膳食管理体系提供了理论支撑与实践路径，推动医院在体重控制与健康促进领域实现从策略导向到行为干预的高质量提升。

众提供可复制路径。但受限于时间与数据条件，部分成效尚待长期跟踪与多维度验证。未来，医院将继续营造健康膳食环境，推动全社会共同关注，并将目前已取得的有效路径、管理模式和成功经验向其他有需要的单位及人群进行分享和推广，促进社会体重控制与健康管理。

AI技术浪潮下，民营医院如何接住这泼天的“富贵”

■ 文 / 川北医学院附属成都新华医院 李洪军

AI为民营医院发展打开了一扇“换道超车”的机遇之门，但这道门也隐藏着看不见的“坑”，能否接住这泼天的“富贵”，本身就是一种智慧选择。

当人工智能以不可逆转之势席卷医疗健康产业，中国民营医院正站在一场前所未有的产业变革十字路口。2025年11月，国家卫健委联合五部门发布《关于促进和规范“人工智能+医疗卫生”应用发展的实施意见》（国卫办规划发〔2025〕30号），明确了AI医疗的应用方向、重点任务和战略目标。这一政策信号，标志着医疗AI从技术

探索迈入规模化、规范化应用的新阶段，也为长期在公立医院夹缝中求生存的民营医院，打开了一扇“换道超车”的机遇之门。AI已不再是公立医院的专属“奢侈品”，而是民营医院突破发展瓶颈、实现差异化竞争的“必需品”。对于民营医院而言，这不是一道选择题，而是关乎生存与发展的必答题。

一、AI赋能民营医院跨越发展的“福”

（一）AI能够实现效率革命，破解“降本增效”的核心难题

民营医院长期受困于人力成本高、运营效率低、资源利用率不足的痛点，AI技术的应用正从根本上重构医疗服务的效率体系，助力民营医院将自身优势转化为“算法优势”，缩小与公立医院的“人才优势”差距。

在临床诊疗环节，AI辅助诊断系统带来几何级效率提升，成为技术平权的“利器”。AI智能诊疗在医学知识储备和实践经验上，能够媲美公立医院顶级的专家，让民营医院的诊疗能力得到质的提升。以医学影像为例，成熟的AI肺结节筛查系统对微小结节（≤4mm）的检出率达75%，整体准确率超95%，首次让民营医院与公立医院的能力差距指数级缩小。

在运营管理环节，AI驱动的智能系统实现全流程精细化管控，让医疗流程顺畅、过程清晰、结果明了。AI病历系统可自动提取结构化信息，将医生从繁重文书工作中解放出来，单份病历书写时间从5分钟缩短至30秒；通过预测患者流量与疾病趋势，动态优化人员排班、床位分配与药品库存，物资配送及时率提升至95%以上；AI财务

分析系统实时监控成本结构，精准识别浪费环节，综合运营成本降低15%~25%。

在医保合规环节，AI成为应对“史上最严飞检”的核心工具。随着医保智能监管全面落地，AI系统24小时自动识别重复收费、过度诊疗、串换项目等53类违规行为。民营医院医保专业人才不足，一旦部署AI事前审核系统，嵌入医生工作站，开处方瞬间即可识别“不合理用药”以及医嘱与症状之间的“冲突”，有效规避医保处罚风险，守住定点资格。

（二）AI能够促进质量跃升，构建“精准医疗”的技术壁垒

医疗质量是民营医院的生存根基。AI辅助诊断有效弥补民营医院专家资源不足短板，显著降低误诊漏诊率。AI读取过往病历和当前检查检验结果，提出诊断和治疗方案，为民营医院医生提供“第二意见”，减少症状遗漏、错误诊断和诊疗差错。依托AI技术的临床决策支持系统基于最新医学指南与患者个体特征，提供个性化治疗方案，并对诊前、诊中、诊后全环节进行智能质控，实时监控处方合理性、治疗规范度、护理操作标准，自动预警医疗风险。AI通过精准诊断、

个性化治疗、全程质控三大路径，帮助民营医院突破技术瓶颈，夯实质量安全基础。

（三）AI能够推动服务创新，打造“差异竞争”的体验优势

民营医院的核心竞争力在于服务灵活性与患者体验，AI技术为服务创新提供无限可能，助力打造“大医院做不到”的温度与专业感。AI能帮助民营医院将服务从“院中”延伸到“院前”和“院后”，打造全周期健康管理闭环，这是公立医院目前服务缺口巨大的领域。AI能实现精准导诊、智能分诊，提供个性化随访、康复和用药指导，自动发送信息提醒，将“流量”转化为“留量”，甚至可以通过医生的“数字分身”7×24小时在线，增强患者信任感和粘性；AI还能够助力健康管理、慢性病照护、康复追踪等细分领域，避开与公立医院在院中诊疗环节的同质化竞争，实现“错位发展”。

（四）AI能够创新发展模式，开启“专科突围”的发展路径

国家政策明确鼓励民营医院向专科化、集团化发展，而AI与专科医疗的融合，正成为民营医院“换道超车”的最佳路径。数据显示，2024—2025年间，

83%退出市场的民营医院是缺乏特色的综合医院，而聚焦细分领域的专科医院存活率达82%，净利润率普遍突破28%。专科+AI的模式具备天然优势，更易实现AI技术的深度融合与价值释放。眼科、骨科、康复、肿瘤、中医等专科，成为AI应用的“排头兵”——眼科AI实现眼底病精准筛查；骨科AI辅助术前规划、术中导航；康复AI提供个性化训练方案；肿瘤AI构建精准诊疗与全程管理体系。AI还助力民营医院发展“互联网+专科”新模式，通过远程会诊、远程影像诊断、远程术后监护，将优质专科服务辐射至基层与下沉市场，扩大服务半径与品牌影响力。

（五）AI能够积累数据资产，培育“长期增长”的核心动力

AI时代，数据成为医疗行业的核心生产要素。民营医院通过AI技术沉淀、治理、应用临床数据，将传统医疗资产转化为数字资产，摆脱“床位竞赛”“设备竞赛”泥潭，从规模扩张转向“数据”扩张。高质量专科数据、服务患者数据成为稀缺战略资源，同时也是民营医院的新型战略财产。

二、AI赋能民营医院容易忽视的“坑”

机遇固然诱人，但民营医院在拥抱AI时，也面临着诸多不容忽视的风险与挑战。

（一）有投入产出失衡风险，面临资金压力与回报周期的双重困境

AI技术应用的高投入、长周期、高风险特征，与民营医院资金实力有限、追求短期回报的现实存在尖锐矛盾，成为首要制约瓶颈。

前期投入成本高昂：一套AI影像系统采购成本150万元～500万元，每年需数十万维护与算力费用。对于大多数中小型民营医院而言，自主研发AI系统不现实，而采购成熟的商业解决方案也需要不小的投入，算力、数据治理等环节的成本同样是不小的负担，盲目跟风易导致资金链断裂。

投资回报周期漫长：AI系统部署、医生培训、流程优化、数据积累通常需要1～3年才能显现效益。部分民营医院急功近利，短期未见回报便放弃，造成资源浪费。

医保支付政策不明确：当前AI诊断被列为辅助扩展项，无单独收费项目，医保支付标准不统一。医院无法通过AI服务获得额外收益，成本消化困难。

技术迭代风险加剧：AI算法快速更新，旧系统易被淘汰。2024年新一代模型使旧版产品准确率差距扩大至8%。如某医院2021年部署的AI系统，2023年升级费用需追加300万元，持续投入负担重。

（二）有技术应用陷阱风险，面临算法局限与落地偏差的现实难题

AI技术并非“万能神器”，算法黑箱、数据偏差、场景适配不足等问题，在民营医院落地中尤为突出。

算法黑箱与误诊风险：AI决策逻辑难以解释，存在“算法黑箱”。训练数据质量直接影响效果，数据偏差（如特定人群样本不足，这恰恰是民营医院的最大劣势）可致误诊。如某AI系统因深色皮肤患者样本不足，对黑色素瘤误诊率高达37%。复杂多器官并发症病例，单一模型难以全面分析。

技术与临床脱节：多数AI产品由科技公司开发，缺乏临床深度参与，与民营医院实际需求不符。AI效率多在理想环境测得，产品功能“大而全”但针对性不强，使用率低。

医生接受度与能力适配不足：超70%肿瘤医生担心AI致诊断能力下降。部分医生对AI不信任、不愿用，或过度依赖、放弃独立思考。民营医院医护人员知识结构和信息化素养等参差不齐，影响效果发挥。

（三）有合规伦理困境风险，面临法律责任与医疗本质的双重拷问

AI医疗应用处于法律监管与伦理规范的交叉地带，给民营医院带来多重合规风险。

法律责任界定模糊：全球仅17%国家明确AI医疗事故责任主体。我国司法实践中，AI致误诊漏诊时，签字医生与医院承担主要责任，供应商负次要责任。医生使用AI风险增加、收益不明，签字更谨慎。

数据安全与隐私泄露：医疗数据含大量敏感信息，是网络攻击重点目标。民营医院数据治理能力薄弱、安全防护不足，易成泄露重灾区。如某医院AI系统遭攻击致230万份病历泄露。

医疗伦理与人文缺失：资本逻辑可能扭曲AI应用方向，过度引导高收费项目，违背医学伦理。医保部门明确禁止AI自动生成处方。过度依赖AI可能削弱医患人文关怀，影响信任关系。

（四）有竞争格局恶化风险，面临行业洗牌与生存挤压的严峻挑战

AI浪潮加速医疗行业马太效应，民营医院面临更激烈竞争与生存挤压。

公立医院技术反超：公立医院凭借资金、人才、数据优势，加速AI布局，构建更强壁垒，进一步拉大差距。

三、AI赋能民营医院转型发展的“法”

对于民营医院来说，如何有效地引入AI、使用AI、发挥AI价值、依托AI实现发展，首先要进行“五问”。

第一问：你想用AI解决什么真问题？目前，网络媒体对新技术的焦虑有一个网络热词叫FOBO（Fear of Becoming Obsolete），即一种根植于对自身价值、能力或存在意义将被时代淘汰的深层焦虑，是一种关于“自我过时”的、弥漫性的存在主义恐惧。民营医

科技巨头跨界入侵：互联网与科技巨头依托技术与资本，打造AI医院、互联网医疗平台。如上海首家AI医院“治疗立方”日接诊3000人次，挂号费仅9.9元，以低成本、高效率冲击传统民营医院。

行业同质化竞争：医疗AI企业超300家，产品同质化严重引发价格战。如骨折诊断类产品单价下降35%。63%的民营医院认为AI经济可行性不足，低门诊量机构投入产出比更低。

（五）存在监管政策变化风险，面临政策不确定性与合规成本上升

医疗AI监管从“鼓励探索”转向规范监管，政策不确定性增加民营医院合规成本与风险。

监管标准不断升级：国家要求医疗AI产品获得NMPA认证，大模型需规范备案。监管覆盖研发、审评、准入、应用全环节。合规投入增加，不合规面临处罚、停业风险。

政策调整影响业务：医保目录调整可能导致AI项目被调出，不同地区政策差异大，跨区域经营合规难度增加。

内部人才匮乏：许多民营医院普遍缺乏既懂AI技术又懂医疗业务的复合型人才，导致在面对众多AI产品时，难以进行有效的技术评估、选型和落地整合。

组织文化与变革阻力：引入AI意味着对现有工作流程的变革，可能会遇到医护人员的文化抵触。如何将AI无缝融入日常工作流，并获得员工的认可和支持，是管理上的巨大挑战。

院也害怕被AI时代淘汰，容易病急乱投医。因而，引入AI首先要找到内部的“真痛点”，区分好“通用需求”“专有需求”“特殊需求”，确认这些需求是否真实存在、真实迫切。AI必须解决真实存在的业务瓶颈，而非技术团队想象的“痛点”。如台湾奇美医院在考虑引入语音转文字AI时，经深入分析发现医护人员的核心痛点并非打字慢，而是信息整合与传递的困

难，最终放弃了高成本的语音方案，转而开发了能自动整合病历信息的AI系统。

第二问：你能否甄别出靠谱的供应商？供应商的技术实力、产品成熟度以及对医疗场景的理解深度，直接决定项目成败。任何AI在医院的部署，除了算力基座外，还需要获取HIS、EMR、LIS、PACS等所有系统的实时结构化数据，并将结果反馈回工作流。如果供应商的AI无法通过医院集成平台实现“上下文感知”和“双向互动”，很可能沦为摆设。在引入AI前，先评估医院的“数据高速公路”是否已修好，这是重要的基础设施自查。

第三问：你有没有足够的后续资金？AI项目的成本远不止采购软件和部署算力，还有软件打通费、运维费、升级费、硬件升级费、人才培养经费等。如果AI未能给民营医院带来增量，这些费用将严重削弱医院的现金流。许多民营医院的倒闭正是因为盲目购买新设备、扩建新场地。

第四问：你对AI的风险有没有预案？医疗关乎生命，容不得试错。安全合规是底线，“安全”是“1”，其他是“0”。直接面向患者的AI应用，若无严格的“人工复核”和风险提示，将带来巨大风险。这些风险对于脆弱的民营医院信誉来说，很可能成为压死骆驼的最后一根稻草。

第五问：你的人才队伍适不适合AI？再好的工具也需要人来掌握。技术再先进，如果医护人员不愿用、不会用、不善用，效果也不会好。AI需要“桥梁型”人才——既懂临床业务，又懂AI技术的“翻译官”。

要接住AI这波“泼天的富贵”，民营医院不能被观望，而应打出一套“主动出击”的组合拳。这场“富贵”，本质上是对医院战略眼光、执行决心和变革勇气的终极考验。对上面五问有了清晰的认识和定位后，再结合当前行业和本机构的现实情况，从以下五个维度考虑“接富”行动框架。

四、结语

AI时代的“泼天富贵”，最终只会留给那些“战略上清晰、决策上科学、执行上坚决”的民营医院。它要求民营医院管理者清楚“我需求什么、

第一，在战略定位上做一个跟跑的长跑选手。民营医院必须清醒认识到，在院内诊疗核心环节与公立医院硬碰硬并非上策。AI时代的最大机遇在于利用AI技术填补与公立医院在诊疗能力上的差距，而非在新技术研发上争高低。差异化竞争依旧是民营医院的应对策略，聚焦公立医院无暇顾及的“服务缺口”，运用AI把服务从“院中”向“院前”和“院后”延伸，才是值得深耕的蓝海。如利用AI构建肿瘤、慢病等特定疾病人群从早筛、诊疗到康复的全病程管理能力。

第二，在场景落地上应找准高价值差异化的突破口。民营医院引进AI时不必贪大求全，应从最能快速见效、最能体现价值的核心痛点切入，以引入经过验证的成熟AI产品为主，如诊疗和诊断能力的AI应用就能解决民营医院群体的共性难点。

第三，在数据基建上应打造融会贯通的智慧平台。AI的“富贵”建立在高质量数据之上，医院需要构建坚实的数字底座，才能让AI真正跑起来。随着2025版三级医院评审标准转向以日常监测数据为核心，建立常态化的数据治理体系已刻不容缓。

第四，在人才组织上应培育双能双料的桥梁团队。民营医院应着重培养既懂临床又懂数据的“桥梁型”人才，让他们将临床需求翻译给技术团队，将AI能力转化为医生得心应手的工具，让医生感受到AI是助力而非负担。

第五，在技术合规上应严守规范合理的底线。AI的应用必须在合规的伦理、法理、情理框架内进行。无论AI技术有多智能，它终究是人类创造的工具，医疗AI的建议只能是“参考”，最终决策权与责任必须由医生和机构承担。AI时代的AI合规化管理依旧是核心的管理命题，管理本身也是AI潜力发挥的重要推动力量和最后的安全守护者。

能买什么、成为谁”，只有当AI技术与民营医院的战略定位、核心能力、组织文化深度融合时，这波富贵才算真正“接住了”。

筑牢安全防线护航平安医院 ——雅安市人民医院安全生产管理创新实践

■ 文 / 雅安市人民医院 陈定邦

为深入贯彻落实习近平总书记关于安全生产工作的重要指示精神，切实保障医患生命财产安全与正常诊疗秩序，雅安市人民医院聚焦医疗行业安全管理痛点，以“规范化、体系化、精细化、智能化”为目标，通过制度创新、机制优化、技术赋能和警医联动，成功构建起一套全方位、多层次、全链条的安

全生产防控体系。结果显示，该体系有效破解了责任落实难、职工参与度低、应急处置慢、风险预警迟等共性难题，实现了全年重大安全事件“零发生”，隐患排查整改率100%，应急响应效率提升60%的显著成效，为医疗行业及其他人员密集场所的安全管理提供了可复制、可推广的“雅医方案”。

一、背景与挑战：破解医疗安全管理的时代命题

医疗行业因其人员高度密集、风险点位繁多、管理难度巨大，安全生产形势严峻复杂。传统安全管理模式普遍面临责任传导“上热下冷”、防控举措“粗放笼统”、应急响应“迟缓低效”、部门协作“单打独斗”等深层困境。如何构建一套贴合行业特点、行之有效的现代化安全管理体系，已成为所有医疗机构必须直面的时代课题。

长期以来，雅安市人民医院高度重视安全生产工作，2024年更是将安全生产提升至战略性高度，纳入

二、创新实践：“六维一体”构建安全防控新体系

雅安市人民医院以“属地联动、分层管控、应急赋能、智能预警、群防共治”为核心思路，创新推出“六维一体”的安全生产管理体系，实现了安全管理从被动应对向主动防控的根本性转变。

（一）制度创新：属地化管理+网格化落地，让责任“实”起来

医院出台《安全责任属地化管理制度》，将全院划分为若干“责任田”，构建“院领导—职能科室—科主任—安全员—职工”五级责任体系，明确科主任为科室安全第一责任人，保卫科为全院安全监管核心部门。更创新性地将每一处消防设施、每一块公共区域的管理职责，精准分解至具体职工或安保人员，实现“物物有人管、处处有人盯”。这一做法将抽象的“属地管理”原则，通过制度固化并下沉到最小工作单元，彻底解决了责任模糊、落实缺位的顽疾。

（二）机制创新：吹哨人制度+正向激励，让全员“动”起来

为破解职工参与度低的难题，医院出台《职工争做安全生产“吹哨人”奖励办法》，该办法明确了从隐患上报到奖励兑现的清晰流程，鼓励每一位职工主

动监督、举报隐患，成为安全管理的“前哨”。同时，强化科室安全员的日常巡查职责，形成“人人都是安全员”的浓厚氛围。这套“正向激励+责任压实”的组合拳，有效激发了全员参与的内生动力，推动安全管理从“要我安全”向“我要安全”转变。

（三）模式创新：分层管控+精准施策，让管理“细”起来

打破“一刀切”模式，构建分层与网格深度融合的管控新范式。

1. 分层管控

院领导分片包干，统筹区域重大安全问题；保卫科专人专管，每月下沉科室开展精准安全宣讲与隐患排查；科室负责内部防控；公共区域落实到每名安保人员。

2. 网格管理

将全院治安巡查责任细化为无数个微网格，精准对应到人，实现管控无死角、全覆盖。这种基于岗位和风险特点的精准施策，显著提升了安全管理的靶向性和实效性。



（四）应急创新：双层应急体系+实战演练，让处置“快”起来

聚焦伤医、纠纷等核心风险，创新构建“最小应急单元+应急处突小组”双层应急体系。每栋楼宇配置3人组成的“最小应急单元”和标准化防暴器材，确保1分钟内快速响应初期突发事件。同时，成立10人“专业应急处突小组”，专注于医疗纠纷化解与治安突发事件的高效处置。通过常态化、场景化实战演练，两支隊伍协同作战，实现了突发事件“初期快速控制、专业高效处置”的应急目标，将传统响应短板补齐为安全长板。

（五）技术赋能：智能预警+数据驱动，让风险“看得见”

与辖区派出所深度合作，搭建人脸识别智能监控系统，建立重点人员数据库，在医院关键出入口部署前端感知设备。系统聚焦三大核心场景：一是人脸识别预警，实现重点人员“触网”即知，安保力量提前介入；

三、显著成效：以高水平安全护航高质量发展

随着“六维一体”体系的全面落地，该院安全生产管理面貌焕然一新，取得了显著的综合效益：

- 1.责任体系全面压实
形成了“五级属地+全员网格+正向激励”的严密责任闭环，安全管理更加规范、透明、高效。
- 2.安全防线更加牢固
全年实现重大安全事故、伤医事件及群体性事件“三个零发生”，隐患排查整改率达到100%，风险管控能力显著增强。

四、价值共享：为行业安全提供可复制的“雅医方案”

本成果立足医院实际、聚焦行业痛点，整合制度创新、机制优化、技术应用、队伍建设，形成系统化、可操作、可复制的安全生产管理体系，契合安全生产治理体系和治理能力现代化要求，推广前景广阔。

可直接应用于各级各类医疗机构，特别是人员密集、风险点多的综合医院、专科医院，快速提升安全管理水平、筑牢安全防线。

五、未来展望：持续深化，打造更高水平的平安医院

站在新的起点，雅安市人民医院将持续深化安全生产管理研究。下一步，我们将重点做好三方面工作：一是持续优化，根据运行实际修订完善制度，提升管理的精准度；二是强化赋能，升级智能监控系统

二是违停智能管控，保障生命通道畅通；三是人员聚集监测，及时干预分流，防范拥挤踩踏风险。这套系统推动医院安全管理从“经验驱动”迈向“数据驱动”，实现了风险的“早发现、早预警、早处置”。

（六）协同创新：警医联动+群防群治，让合力“强”起来

打破部门壁垒，与大兴派出所构建全方位、常态化协作机制。一是共建专业力量，联合组建10人同质化管理的辅警队伍，实现警务与安保的无缝衔接；二是建立会商机制，每季度召开联席会议，共同研判风险、部署工作；三是强化专业指导，邀请民警进院开展针对性反恐和应急处置培训；四是打造共治阵地，在门诊大厅设立“平安屋”，集少数民族便民服务与安全防护前移于一体，发动医护人员、患者、保安、辅警等多元力量，构建起“警医主导、全员参与、信息共享”的群防群治网络。

- 3.应急效能大幅跃升
应急响应效率提升60%，应急处置更加专业、规范、高效，有力保障了正常的医疗秩序。
- 4.安全文化深入人心
全员参与、群防群治格局基本形成，“人人关心安全、人人参与安全”的氛围日益浓厚。

核心做法如“属地化+网格化”、吹哨人激励、警医联动群防群治，可灵活适配学校、商场、车站、养老院等人员密集行业，为各行业安全生产提供参考，推动安全管理模式升级，助力构建全方位、多层次、立体化安全防控体系。

统，拓展更多智慧化防控场景；三是积极推广，系统梳理核心经验，与同行分享交流，共同推动医疗行业安全生产水平整体提升，为构建安全、有序、和谐的医疗环境贡献更大力量。



快 览

凝心聚力谋新篇 协同赋能促发展 ——川渝医院采购联盟2026年医疗设备 集中调研启动暨工作部署会召开

3月31日，由四川省医院协会主办、协会医院采购管理分会承办、四川省人民医院协办的“强基赋能·实践增效——川渝医院采购联盟集中调研暨采购人能力提升专项行动”启动会在成都市召开，正式拉开川渝医院采购联盟2026年度医疗设备市场调研与协同采购序幕。来自川渝两地卫生健康行政主管部门、约50家联盟成员单位及10余家医疗设备生产企业代表参会。会议还举办了“协同·聚力”主题圆桌会议，围绕医疗设备集中调研的实施方案优化、品类共识与实施路径等议题进行深入研讨。

四川省医院协会医院内部控制分会 第一届理事会第二次会员代表大会 暨学术交流会在自贡市圆满召开

4月9—10日，四川省医院协会医院内部控制分会第一届理事会第二次会员代表大会暨学术交流会在自贡市第一人民医院东部新城院区圆满召开，来自全省各会员单位的140名代表参加会议。在学术交流环节，多位省内外内控领域的专家应邀作专题报告，内容紧贴实务，现场反响热烈。与会人员还学习了《习近平关于树立和践行正确政绩观论述摘编》，传达了协会2026年目标任务。



四川省医院协会急救中心（站）管理分会 2026年第一季度主任委员联系会 暨秘书处工作会在泸州市顺利召开

4月10日，四川省医院协会急救中心（站）管理分会在泸州召开2026年第一季度主任委员联系会暨秘书处工作会，60余人参会。与会人员深入学习贯彻习近平总书记关于树立和践行正确政绩观的重要论述以及2026年《政府工作报告》，会议传达并解读了协会党支部2026年度工作计划、协会2026年度工作计划以及年度工作目标任务文件。

织密基层急救网络 筑牢生命健康防线 ——省级专家组赴泸州市开展基层急救体 系建设调研与质控督导

4月11日，四川省医院协会急救中心（站）管理分会组织专家组赴泸州市，分四组深入江阳区、龙马潭区、泸县、合江县15家120急救网络医院，开展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、查阅资料、现场交流等方式，对基层急救体系进行系统化调研与质控评估，并就调研中发现的问题进行集中反馈，提出专业性建议。

强培训，促交流，共建泸渝毗邻120院前急救一体化 ——急救分会开展泸州市院前急救基层培训 暨泸渝毗邻地区紧急医学救援能力提升培训

4月11日，由四川省医院协会联合泸州市卫生健康委主办，急救中心（站）管理分会与泸州市紧急救援120指挥中心、西南医科大学附属中医医院联合承办的泸州市院前急救基层培训暨2026年泸渝毗邻地区紧急医学救援能力提升培训班在西南医科大学附属中医医院技能培训中心举办，共百余人参加培训。

四川省医院协会医共（联）体药事管理同质化建设培训班在都江堰市成功举办

4月11日，由四川省卫生健康委员会药物食品处指导、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及医共体分会共同承办的“医共（联）体药事管理同质化建设培训班”在都江堰市成功举办，共500余人参加。

培训班上，四川省卫生健康委员会药物食品处通报了“双中心”建设自评表上报情况及建设过程中存在的问题，并进行了现场答疑；多位省内外相关领域专家进行了授课，并围绕医共（联）体药事管理同质化建设、“双中心”建设的推进工作和中心药房的药品质量管理等主题进行了讨论。

本次培训内容紧扣政策、贴合基层、内容务实，获得了参训人员一致好评。

新时期、新政策、新突破医院管理会议在眉山市顺利召开

4月11日，由四川省医院协会主办，四川省医院协会城市医院工作委员会、眉山市人民医院共同承办的“新时期、新政策、新突破医院管理会议”在眉山市顺利召开，300余人参会。学术会上，多名省内外知名专家分享了公立医院高质量发展的前沿成果与实践经验，并就“新医改政策背景下公立医院的发展路径与突围策略”等问题展开了深入交流。

本次会议聚焦公立医院高质量发展的核心议题，内容务实、见解深刻，为全省医院管理者搭建了高效的交流与学习平台。

会议同期召开了城工委第五届常务理事会第十次会议，审议通过了城工委2026年度工作计划。



凉山州加强药政策合力提升专业水平培训班在西昌市成功举办

4月11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和西昌市人民医院联合承办的“凉山州加强药政策合力提升专业水平培训班”在西昌市成功举办，来自全省各医疗机构的150余名药学专家及学者参会。

培训课程紧扣政策热点、临床难点、管理重点，邀请了来自国家儿童医学中心、四川大学华西医院、苏州大学附属第二医院等省内外药学专家倾囊授课。课程内容涵盖药事绩效构建、DRGS下儿童合理用药、抗菌药物管理、创新药政策解读等多个关键领域，兼具理论高度与实践指导性。

聚焦医院高质量发展 共探“未来医院”新路径——“未来医院春季文化沙龙”暨医院科室建设与管理分会第一届常务理事会第二次会议在德阳市顺利举行

4月16—17日，由四川省医院协会主办、四川省医院协会医院科室建设与管理分会及德阳市人民医院共同承办的“未来医院春季文化沙龙”暨四川省医院协会医院科室建设与管理分会第一届常务理事会第二次会议在德阳市顺利举行。来自全省各地的医院管理专家、行业代表齐聚一堂，围绕党建引领下的科室建设与医院高质量发展等主题展开深入交流。与会代表还分批参观了德阳市人民医院五代医院，实地了解其在服务流程、空间布局和人文关怀方面的创新实践。

4月16日晚，四川省医院协会医院科室建设与管理分会还召开了第一届常务理事会第二次会议。

2026年四川社会办医人才建设会议暨银发经济高质量产教融合会议在雅安举办

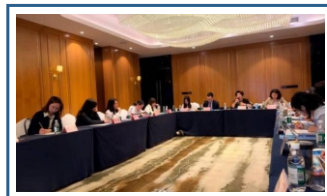
4月16—18日，由四川省医院协会和雅安职业技术学院共同主办，雅安职业技术学院附属医院等单位协办的2026年四川社会办医人才建设会议暨银发经济高质量产教融合会议在雅安职业技术学院召开，来自全省社会办医机构、市州民营医院协会的30余名代表参加会议。会议以“聚焦川西社会办医高质量发展，探索银发经济产业融合新路径”为主题，旨在打造行业、高校、医院、企业多方协同交流平台。

会议期间，来自绵阳万江眼科医院等20余家医疗机构参与学校春季实习就业双选会，雅安河北医院等5家医疗机构分别与学院签订医疗合作协议，合作内容涵盖人才培养、实习就业、医疗协作、学科建设等领域。

川东北地区临床技能大赛在南充市成功举办

4月17—18日，由四川省医院协会主办、协会城市医疗集团分会承办的川东北地区临床技能大赛在北京安贞医院南充医院学术中心顺利举行。本次大赛以“精准识别·规范施治——共筑区域胸痛救治防线”为主题，来自南充、达州、广安、巴中、广元五市的25支医疗机构代表队，以及观摩学习代表共计300余人参加。

大赛聚焦胸痛急救核心技能，采用情景模拟与限时竞技相结合的方式，全面检验了川东北地区县级以上医院临床团队的实战能力，实现“以赛促学、以赛促练、以赛促建”的目标。



强基工程——现代医院管理模式创新助力公立医院高质量发展经验交流会在仪陇县人民医院顺利召开

4月17—19日，由四川省医院协会主办，县级医院分会和仪陇县人民医院联合承办的“强基工程——现代医院管理模式创新助力公立医院高质量发展经验交流会”在仪陇县总医院顺利召开，来自全省各级医疗机构相关人员，仪陇县总医院班子成员、中层管理干部及各分院负责同志等共200余人参会。

会议邀请四川大学华西医院锦江院区综合办公室主任刘明等多名专家作专题讲座及经验分享，授课专家凭借扎实的理论积淀与丰富的管理经验，紧扣当前县级公立医院高质量发展面临的难点、堵点及瓶颈问题展开深入讲解，为参会人员解惑释疑，既有理论高度，又有实践深度。

第一期医疗服务价格立项指南落地学术讨论会在蓉召开

4月18日，四川省医院协会医疗服务价格与成本管理分会在成都市召开第一期医疗服务价格立项指南落地学术讨论会。来自北京、浙江、广东、湖南及四川等地的20余位医疗服务价格管理领域专家，聚焦医疗服务价格立项指南实施中的核心痛点，讨论高效适配的DRG/DIP支付改革系统性解决方案。

分会率先提出基于立项指南标准化计费项目，以临床执行为视角制定核心手术、主流术式标准化收费操作手册的思路，探索立项指南与临床实践相融合的落地路径。专家们围绕医疗服务价格与医疗保障改革主题，分享了结合临床实际的手术标化计费探索实践经验，还讨论了手术标化手册的框架设计、实施路径及技术标准等内容。

四川省医院协会第二十三期医院管理 干部培训班在蓉成功举办

4月24—26日，由四川省医院协会主办，四川省医院协会城市医院工作委员会、成都大学附属医院共同承办的第二十三期医院管理干部培训班在成都市顺利举办。来自全省各医院的420余名管理干部参加培训。

本次培训班聚焦公立医院高质量发展、精细化运营管理、学科建设、医保政策适配等核心议题，邀请四川省肿瘤医院党委书记易群等11位专家授课，讲者分别围绕高质量审计、学科与科学建设、DRG下精细化管理等主题，分享了各自领域的实践经验、前沿研究成果与创新管理思路，为参训人员带来了兼具理论高度与实践指导性的内容分享。

四川省医院协会第五届理事会第十次会议 在蓉召开

4月25日上午，四川省医院协会第五届理事会第十次会议在成都市新华宾馆顺利召开，四川省医院协会第五届理事会理事及会员代表200余人参加会议。

会议审议了胡卫建同志所作的《四川省医院协会2025年度工作暨2025年度述职述廉报告》。安劬同志宣读了《四川省医院协会第六届理事会、第二届监事会换届选举工作方案》。会议依次审议通过了《四川省医院协会2025年度财务收支决算与2026年度财务预算草案报告》《四川省医院协会2026年工作计划》《四川省医院协会2026年分支机构目标任务》等10个议案，以书面形式对法定代表人述职述廉情况进行了民主测评。



弘扬南丁格尔精神 情系基层护理一线 ——四川省医院协会“5·12”国际护士节 慰问活动在汶川县圆满举行

5月8日下午，在第115个“5·12”国际护士节来临之际，由四川省医院协会联合致公党省委会、阿坝藏族羌族自治州卫生健康委员会、汶川县人民政府共同主办的“阿坝州汶川县‘5·12’国际护士节慰问活动”在汶川县人民医院举行。四川省医院协会、阿坝州卫生健康委相关领导及专家，全州各医疗机构急诊业务骨干、汶川县优秀护理人员代表共百余人参加。

急救力量下沉基层 专业赋能守护生命 ——四川省医院协会“阿坝州院前急救基层培训” 在汶川县人民医院成功举办

5月8日下午，由四川省医院协会与阿坝藏族羌族自治州卫生健康委员会共同主办，四川省医院协会急救中心（站）管理分会、汶川县卫生健康局承办，汶川县人民医院协办的“阿坝州院前急救基层培训”在汶川县人民医院成功举办，来自全州各医疗机构的急诊急救业务骨干百余人参加培训。专家们围绕区域急危重症救治体系建设与实践等内容进行了讲解。

十八年，以希望守护生命 ——“健康‘医’靠 救在身边”防灾减灾 急救培训走进汶川中学

5月9日，四川省医院协会联合致公党四川省委会、阿坝藏族羌族自治州卫生健康委员会、汶川县人民政府，在汶川中学共同举办“健康‘医’靠 救在身边”——“5·12”防灾减灾急救培训进校园公益活动，来自汶川中学的150余名学生、教师及校医参加了此次培训。急救专家围绕地震逃生与避险方法等内容进行了详细讲解与操作要领示范。

持续赋能基层 倾力守护乡村 ——四川省医院协会“两新联万村 党建助振兴” 行动落地双峰乡卫生院

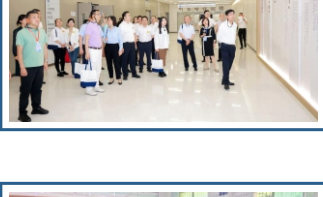
5月11—12日，正值第18个全国防灾减灾日和第115个“5·12”国际护士节，四川省医院协会联合致公党四川省委会，前往南部县双峰乡卫生院，开展“两新联万村 党建助振兴”帮扶系列活动。

11日下午，四川省医院协会党支部书记、常务副会长（主持工作）胡卫建，副会长梁志，副会长兼秘书长杨茂康等一行到地处山区的双峰乡卫生院进行了实地调研；12日上午，举行了“强基固本·赋能基层”——双峰乡卫生院能力建设与高质量发展座谈调研会暨“5·12”国际护士节慰问活动，开展了基层专业人员医疗服务能力培训。此次帮扶行动为筑牢乡村健康防线、守护群众福祉注入了实实在在的动能。

“救”在身边，从娃抓起 ——四川省医院协会防灾减灾急救培训 走进双峰乡小学

5月12日上午，四川省医院协会联合致公党四川省委会在南部县双峰乡小学开展“健康‘医’靠 救在身边”——“5·12”防灾减灾急救培训进校园公益活动，为全校师生带来了一堂别开生面的“生命必修课”。本次活动是“两新联万村 党建助振兴”帮扶系列活动的重要组成部分，旨在将急救知识与技能送进山区校园，提升师生应急避险与自救互救能力。

场上，当地红十字会急救员在心肺复苏模型上进行规范演示；场下，师生们在南充市“120”紧急医疗救援指挥中心急救医务人员和红十字会急救员的“手把手”指导下，纷纷在模型上认真练习。学生们积极参与互动，现场气氛热烈。



加强内生动力，加快医院发展学术会议 在自贡市成功召开

5月15—16日，由四川省医院协会主办，四川省医院协会城市医院工作委员会、自贡市第一人民医院共同承办的“加强内生动力，加快医院发展学术会议”在自贡市成功召开，来自全省各级医院的300余名专家学者及管理干部参会。

南京鼓楼医院原党委书记、南京鼓楼医院集团院长、南京大学中国医院改革发展研究院院长穆耕林等省内外知名专家围绕政策研究、多院区管理、医疗质量、干部能力、学科建设等核心领域分享前沿经验，为全省公立医院在新时期应对挑战、实现高质量发展提供了重要参考与行动指引。

会后，与会人员还参观了自贡市第一人民医院新院区，实地了解新院区的空间布局、学科设置与智慧化运营体系。

法规领航 服务提质 融合创新 ——第二十五期医院临床药学与药剂科主任 暨医院药学服务与药事管理能力提升培训班 在蓉成功举办

5月15—16日，由四川省医院协会主办、药事管理专业委员会承办的“第二十五期医院临床药学与药剂科主任暨医院药学服务与药事管理能力提升培训班”在成都市成功举办，来自全省各市州医疗机构的药学管理者、临床药师及药事骨干等600余人参会。

本次培训班以“法规领航·服务提质·融合创新”为主题，设1个主会场、6个分会场，课程体系完整、内容务实。开幕式上，《四川省医疗机构急救药品管理专家共识》正式发布，标志着全省急救药品管理迈入规范化新阶段。

四川省医院协会医学装备管理分会 成功举办医学装备管理质控第一期培训

5月16日，四川省医院协会医学装备管理分会顺利举办医学装备管理质控第一期培训。本次培训以“破局·智变——医疗设备数智化运维实战”为主题，邀请省内医疗设备一线管理专家授课，围绕主题共商发展思路。医学装备管理分会会员及业内专家学者共130余人参训。

多名专家分别围绕医疗设备人工智能管理模型、全生命周期管理、县域医院管理实践等主题分享实践经验，并就“医学设备数智化管理助力医院高效运营”“集中维保服务模式”等话题展开深入讨论。培训结束后，参训人员前往四川大学华西空港医院，参观医疗设备维修间与质控间，并与一线管理人员进行交流。



求索问道 共谋发展 ——四川省医院协会社会办医2026年 第一次院长沙龙在峨眉山佛光医院成功举办

5月22日下午，由四川省医院协会主办，社会办医分会、峨眉山佛光医院联合承办的“四川省医院协会社会办医2026年第一次院长沙龙”在峨眉山佛光医院成功举办。本次沙龙以“求索·问道·致远”为主题，聚焦社会办医现状与发展开展深度交流。来自全省各地的社会办医协会负责人、医院投资人、院长等20余名行业代表齐聚一堂，共话行业趋势、共探发展出路。

与会嘉宾立足自身办院实践，围绕运营管理、特色学科打造、人才培养、医保政策应对、合规经营等关键议题深入探讨，分享实战经验，剖析发展难题，共同探寻提质增效、突围发展的有效路径，现场交流氛围浓厚。



第三届四川省临床实验室质量管理会议 在蓉召开

5月23—24日，由四川省医院协会主办、四川省医院协会临床检验管理分会承办、四川省临床检验中心协办的第三届四川省临床实验室质量管理会议在成都市召开，来自全省500多家医疗机构的近800人参会，共同探讨临床实验室质量管理新理念、新趋势。

本次会议设一场主旨报告、六大质量管理专场报告以及三场专题报告，系统总结了2025年四川省临床检验室间质量评价活动，深度剖析影响室间质量评价参加率与合格率的关键环节，议题涵盖检验结果互认、室内质量控制与室间质评、量值溯源与标准化、实验室信息化建设、POCT质量管理、分子诊断质控等核心议题。

聚力规范采购管理 赋能医院高质量发展 ——四川省医院协会医院采购管理分会 2026年学术年会暨理事会圆满召开

5月29—30日，由四川省医院协会医院采购管理分会主办的“第一届理事会第三次会议、第一届常务理事会第四次会议暨中国医学装备协会采购分会公立医院采购工作交流会议”及“公立医院医学装备采购工作规范化管理培训暨第十四期采购工作能力培训班、四川省医院协会医院采购管理分会2026年学术年会”在成都圆满举行。来自全省及周边地区的80余家医疗机构共350余名学员参加了本次培训交流，共同探讨新时期公立医院采购管理的新趋势与新路径。

会议审议并表决通过了理事会成员的新增及变更，谭德国主任委员就川渝医院采购联盟上半年工作及分会下半年工作计划作报告。

四川省医院协会医疗服务价格与成本 管理分会第一届理事会第二次会议、第一届 常务理事会第三次会议暨2026年学术 大会圆满落幕

5月29—31日，四川省医院协会医疗服务价格与成本管理分会第一届理事会第二次会议、第一届常务理事会第三次会议暨2026年学术大会在成都市顺利召开，来自北京、浙江、四川等地的价格管理、医保管理、医院管理代表参会。

学术交流采取闭门会、主题讲座和圆桌讨论等方式进行，吕锐等省内外专家围绕医疗服务价格立项指南思考、医疗服务价值优化等多个方面作了精彩分享。在分会第一届理事会第二次会议暨第一届常务理事会第三次会议上，会议组织与会人员学习了专题党课，总结了分会前期工作，审议了相关事项，并对下一阶段重点任务进行了相关部署。

四川省医院协会医院信息化建设分会 学术讨论会暨第一届常务理事会第四次 会议在峨眉山市顺利召开

6月5—6日，四川省医院协会医院信息化建设分会学术讨论会暨第一届常务理事会第四次会议（“四川上海·问道峨眉——智慧医院高质量发展讨论会”）在峨眉山市顺利召开。来自四川和上海两地的医院管理专家以“探讨AI在医院落地的现状与痛点问题，分享智慧医院建设经验”为主题展开交流，并围绕“AI在医院落地的现状与痛点问题”进行了热烈讨论。

医院信息化建设分会还召开了第一届常务理事会第四次会议，学习《习近平关于树立和践行正确政绩观论述摘编》等内容，审议分会年度工作总结与计划。

会后，与会人员分批参观了四川大学华西峨眉医院。



聚焦药学创新 深化双城协作 ——第四届成渝地区双城经济圈建设医院药 事管理学术交流会暨药学创新实践与跨学科 融合培训班在遂宁市成功举办

6月5—7日，由四川省医院协会、重庆市医院协会主办，四川省医院协会药事管理专业委员会、重庆市医院协会药事管理专委会、遂宁市中心医院承办的第四届成渝地区双城经济圈建设医院药事管理学术交流会暨药学创新实践与跨学科融合培训班在遂宁市成功举办。来自川渝两地各医疗机构的药学部门负责人、药师等共200余人参加。

本次活动以“药学创新实践与跨学科融合”为核心主题，设置了青年药师论坛、主会场学术报告、专栏审稿会等多个特色板块，内容覆盖儿童用药风险防控、人工智能药学应用等近20个行业热点议题。

强基赋能·实践增效 ——川渝医院采购联盟2026年医疗设备集 中调研暨采购人能力提升专项行动圆满完成

近期，由四川省医院协会主办、四川省医院协会医院采购管理分会承办、四川省人民医院等协办的“强基赋能·实践增效——川渝医院采购联盟集中调研暨采购人能力提升专项行动”圆满落幕。

本次专项行动创新采用“分批次、按品类”的推进模式，先后举办了十期集中调研专题会议，研讨范围覆盖大型影像、高端诊疗、超声、检验、生命支持、眼科、腔镜、物理治疗康复、血液净化及高频激光等医疗设备核心领域。活动吸引了20余家联盟成员单位及260余家相关企业积极响应与参与，形成了院企联动、互学互鉴的良好协同效应，进一步夯实了川渝医院采购联盟的合作基础。

医保新政下药学服务转型与科研能力提升培训班在蓉成功举办

6月12—13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、成都医学院第一附属医院联合承办的“医保新政下药学服务转型与科研能力提升培训班”在成都市新都区举办。来自全省各级医疗机构的近200名药学人员参加培训。培训分为药物临床试验规范化、医保药学转型与科研能力提升两大核心板块。

四川省医院协会县级医院肾脏病与学科建设管理培训班在简阳市成功举办

6月13日，四川省医院协会县级医院肾脏病与学科建设管理培训班在简阳市成功举办。四川大学华西医院赵宇亮教授等省内外10名知名肾脏病与血液净化领域专家进行授课，从基础质控到前沿技术，从西医规范到中西医结合，从临床诊疗到学科管理，内容丰富，实用性强，吸引了来自各级医疗机构的100余名从业者参加学习交流。

四川省医院协会血液净化管理分会2026年学术会议暨第一届理事会第二次会议在蓉顺利召开

6月25—27日，四川省医院协会血液净化管理分会2026年学术会议暨第一届理事会第二次会议在蓉顺利召开，来自北京、广东等14个省（市、自治区）的专家学者共1000余人参会。会议设2个主会场和6个分会场，涵盖技师与护理、血液透析、腹膜透析、肾小球疾病、慢性肾脏病管理、血管通路六大核心领域。



四川省医院协会第六次会员代表大会在成都召开

6月26日，四川省医院协会第六次会员代表大会在成都召开。四川省卫生健康委员会、四川省民政厅、中共四川省委社会工作部领导出席会议并讲话，500余名会员代表参会。会议审议通过了《四川省医院协会第五届理事会工作报告》《四川省医院协会第六届理事会五年工作规划报告》等十余份文件，选举产生了四川省医院协会第六届理事会及第二届监事会。会议还向第五届理事会负责人致敬，并为他们颁发了感谢牌。

李为民会长代表第六届理事会讲话。他表示，新一届理事会将以此为新的起点，坚持服务宗旨，搭建交流平台，加强行业自律，维护会员权益，守正创新，勇毅前行，努力开创协会工作新局面。



2026四川医院管理大会在蓉成功召开——1500余名医院管理者蓉城聚首，共绘医院高质量发展新图景

6月27日，四川省医院协会在蓉召开2026四川医院管理大会，吸引了来自省内外各级医疗机构的1500余名管理者、专家学者及行业骨干参会。本次大会以“质效并重，提升能级”为主题，设1个主会场和6个分会场。上午，四川大学华西医院呼吸与共病研究院院长李为民、南京鼓楼医院原党委书记穆耕林等5位国内医院管理专家围绕行业前沿与战略思考作了精彩的主旨报告。下午，国考导向与高质量发展、医疗质量安全与风险管理体系建设等6个分会场分别围绕行业痛点与核心议题展开深度交流。

会议还设立了四川省医院协会医院管理咨询委员会，标志着协会智库力量的进一步充实与优化。



管理赋能强根基 公益下沉惠民生

汇智 提升 关怀 担当 接力 奋进



4月24—26日，四川省医院协会举办第二十三期医院管理干部培训班



4月25日，四川省医院协会召开第五届理事会第十次会议



5月8日，在第115个“5·12”国际护士节来临之际，四川省医院协会在汶川县人民医院举行“阿坝州汶川县‘5·12’国际护士节慰问活动”



5月8—12日，在第18个全国防灾减灾日之际，四川省医院协会在汶川县举办“阿坝州院前急救基层培训”“健康‘医’靠 救在身边”——“5·12”防灾减灾急救培训进校园等系列公益活动



6月10—13日，四川省医院协会举办“致美中国·健康三台”公益活动



6月26日，四川省医院协会召开第六次会员代表大会，选举产生四川省医院协会第六届理事会及第二届监事会



6月27日，四川省医院协会举办2026四川医院管理大会，会议主题为“质效并重，提升能级”



6月30日，四川省医院协会与峨眉山佛光医院党总支共同举办“党建引领 文化铸魂 医路同行”庆“七一”主题党日活动

质效并重 · 提升能级

四川省医院协会第六次会员代表大会暨2026四川医院管理大会

6月26日，四川省医院协会在蓉召开第六次会员代表大会，500余名会员代表参会。大会选举产生四川省医院协会第六届理事会及第二届监事会，李为民当选会长，胡卫建当选常务副会长，苏飞当选副会长兼秘书长，梁志等19人当选副会长，王平等77人当选常务理事，丁远玲等225人当选理事；杨茂康当选监事长，杜相品当选副监事长，刘莉等5人当选监事。

6月27日，四川省医院协会召开2026四川医院管理大会，1500余名医院管理者蓉城聚首，共绘医院高质量发展新图景。大会设1个主会场和6个分会场（国考导向与高质量发展、医疗质量安全与风险管理体系建设、医保支付改革与精益管理、强基工程与县域能力跃升、医院运营管理与效能突破、学科建设与人才培养）。

