

卫生政策研究进展

Progress in Health Policy Research

区域健康一体化

2022年 第7期

(总第122期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2022年11月15日

编者按 本期关注长三角和成渝地区区域健康一体化：梳理长三角生态绿色一体化发展示范区卫生健康一体化进展与问题、互联网医疗服务实践与探索，分析长三角地区城市医疗卫生资源集聚度，介绍成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展情况。谨供领导和同志们参阅。





卫生政策研究进展

2008年11月创刊
第15卷第7期(总第122期)
2022年11月15日
(内部交流)

主管

上海市卫生健康委员会

主办

上海市卫生和健康发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市肇嘉浜路789号
邮编:200032
电话:021-33262061
传真:021-22121623
E-mail: phpr@shdrc.org
网址: www.shdrc.org

顾 问: 邬惊雷
赵丹丹

主 编: 胡善联

副 主 编: 徐崇勇
金春林(常务)
丁汉升
黄玉捷

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张 苹 信虹云

编辑组成员: 周 娜 楚玉玲
刘海燕

校 对: 汪 丽 吴延梅

目 次

专题研究

长三角生态绿色一体化发展示范区卫生健康一体化进展与思考	康 琦, 隋梦芸, 陈秀芝 (1)
长三角生态绿色一体化发展示范区互联网医疗服务实践	朱欢欢, 吕大伟, 许 宏, 等 (13)
长三角地区城市医疗卫生资源集聚度评价	陈秀芝, 金春林 (23)
成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展实践与思考	鲁 旺, 康 鉴, 高华强, 等 (33)

征稿启事

征稿启事.....	(44)
-----------	------

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司
印刷数量: 700本

长三角生态绿色一体化发展示范区卫生健康一体化进展与思考

康琦 隋梦芸 陈秀芝

【摘要】2019年以来，长三角生态绿色一体化发展示范区作为长三角一体化发展战略的试验田，在卫生健康领域积极探索创新，逐步建立起卫生健康一体化发展的政策体系、合作机制和协作平台，持续推进医疗、公共卫生、医疗保障以及卫生健康行业治理的一体化，成效逐步显现。同时，也存在顶层设计不够完善、制度、标准及规范的一体化进程缓慢、医疗资源布局统筹不足、信息互联互通覆盖面不够宽、居民一体化卫生健康服务获得感不够强以及健康产业联动不足等问题。下一步，要将示范区卫生健康一体化发展作为长三角区域发展的“重要窗口”，把握好当前工作与长远发展、点上与面上、增量与存量、差异化与一体化、卫生健康事业与产业发展五大关系，从区域医疗资源统筹规划、加快标准一体化、拓展卫生健康信息互联互通互认范围、提升一体化卫生健康服务获得感以及加快健康产业发展等方面发力，推进示范区卫生健康一体化工作。

2019年10月25日，长三角生态绿色一体化发展示范区由国务院批复。《长三角生态绿色一体化发展示范区总体方案》明确将上海青浦区、江苏苏州吴江区、浙江嘉兴嘉善县（以下简称“两区一县”）划定为“长三角生态绿色一体化发展示范区”（以下简称“示范区”）。长三角区域一体化发展是国家战略，建设一体化示范区是实施长三角一体化发展战略的先手棋和突破口。三年来，示范区在多个领域实现了一体化工作的

第一作者：康琦，男，副研究员

通信作者：陈秀芝，女，助理研究员

作者单位：1. 上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040

2. 上海市疾病预防控制中心，上海 200336

创新和突破，卫生健康作为重要民生领域之一，也开展了积极探索和大胆创新，成效逐步显现。

一、示范区卫生健康一体化进展及成效

（一）共建一体化发展体制机制

1. 逐步建立卫生健康一体化发展政策支持体系

《长三角生态绿色一体化发展示范区总体方案》《关于支持长三角生态绿色一体化发展示范区高质量发展的若干政策措施》等区域重大政策文件，明确了卫生健康一体化发展的领域。示范区按年度清单式推进一体化建设重点工作，卫生健康发展始终是其年度重点工作的重要内容，且逐年丰富和细化。支持长三角卫生健康一体化发展已成为上海市、江苏省和浙江省各级卫生健康“十四五”规划的重要任务之一。示范区筛选确定部分服务作为共建共享公共服务项目向居民提供。《长三角生态绿色一体化发展示范区共建共享公共服务项目清单》已发布两批，共33个项目。其中，卫生健康领域服务项目数量最多，两批共9个项目，占公共服务项目总数的27.3%。

2. 建立一体化发展战略合作机制和协作平台

上海市、江苏省、浙江省和安徽省卫生健康委签署《长三角卫生健康一体化发展卫生健康合作备忘录》。两区一县卫生健康部门签订《青浦区、吴江区卫生健康委、嘉善县卫生健康局一体化发展战略合作框架协议》，明确六个合作领域，提出建立领导会商机制，每年三地党政主要领导定期开展工作会商以确定年度合作目标。联合组建战略合作工作领导小组，建立领导小组联席会议制度，定期召开工作联席会议。

两区一县卫生健康委（局）、卫生监督机构联合成立“长三角生态绿色一体化发展示范区青浦、吴江、嘉善卫生监督综合执法联动办公室”，制定办公室工作章程。上海市中医医院与两区一县中医医院签署协议，

共建示范区中医医联体。医疗卫生机构通过合作联盟等形式开展协作，包括青吴嘉急救联盟、长三角一体化示范区健康教育联盟、长三角一体化示范区（青浦、吴江、嘉善）疾控联盟、长三角一体化示范区家庭医生联盟、青吴嘉医学会联盟等。

（二）推进医疗服务一体化

1. 推进医疗机构建设

重要医疗机构建设（新建、迁建以及改扩建）纳入区域重大工程项目。两区一县加快推进本地医院建设，见表1。多个社区卫生服务中心（乡镇卫生院）被纳入各片区卫生健康“十四五”规划重大项目清单。

表1 “十四五”期间示范区医疗卫生重大工程项目

地区	医疗卫生重大工程项目	纳入示范区重大工程	纳入片区卫生健康“十四五”规划重大项目
青浦区	复旦大学附属中山医院青浦新城院区	√	√
	长三角（上海）智慧互联网医院	√	√
	复旦大学附属妇产科医院青浦分院	√	√
	朱家角人民医院二期续建	—	√
	复旦大学附属中山医院青浦分院科教大楼改扩建	—	√
	青浦区中医医院迁建	—	√
	公立二级综合性医院新建	—	√
	上海儿童医院青浦分院	—	√
	复旦（青浦）医学园区新建	—	√
吴江区	吴江区中医医院	√	—
	苏州市第九人民医院	√	—
	江苏省人民医院盛泽分院	√	—
	吴江区第四人民医院扩建工程	—	—
嘉善县	嘉善县健康护理中心	√	√
	嘉善县第三人民医院三期工程	—	√
	嘉善县妇幼保健院新建工程	—	√
	浙大二院长三角医院（未来医院）	—	√
	浙江中医药大学长三角医院（嘉善县中医医院迁建工程）	—	√
	嘉善国际儿童健康园区建设项目	—	√
	嘉善县第一人民医院嘉善县区域急诊医学中心建设项目	—	√
	嘉善县疾病预防控制中心实验室及嘉善血站工程	—	√
嘉善县120急救中心	—	√	

2. 建设互联网医院

2020年10月，长三角（上海）智慧互联网医院投入运行。医院通过互联网技术与中山医院、浙江省嘉兴市嘉善县第二人民医院、江苏省苏州市吴江区第一人民医院和第五人民医院以及青浦区域内医疗机构对接，为示范区居民提供线上普通门诊诊疗和处方药品流转服务、线上特需门诊诊疗服务和线上预约长三角智慧医院、中山医院检验检查服务等。目前，上海市已有7家市级医院接入该平台。截至2021年末，平台注册医师1013名，服务超过4.90万人次。互联网复诊预约挂号1.48万人次，完成在线复诊1090人次、在线处方739张；完成远程门诊4959人次、多学科会诊（Multi-Disciplinary Treatment, MDT）3例、远程查房162人次、远程教学34例。此外，截至2021年4月30日，通过医院信息平台推送长三角居民互认信息（上海就诊）共5339人次，互认项目13.32万项，人次互认率79.07%。

3. 建设医疗联合体

2020年8月，上海市中医医院牵头，与示范区内中医医院组建医疗联合体（以下简称“医联体”）。目前，已形成示范区中医联合体理事会名单和工作章程。联合授牌“上海市中医医院吴江合作医院”，成立海派中医张氏内科流派传承分基地，中医医联合体脾胃病专科联盟、中医联合体中医痛证专科联盟落户吴江和嘉善。青浦区中医医院建立“中西医结合睡眠调理中心”。吴江、嘉善中医院纳入长三角中医肝病流派联盟，并挂牌分基地统筹建设。2022年示范区重点工作任务中提出，要制定示范区妇产科医联体建设方案，开展妇产科人才学科合作共建。嘉善、吴江分别与上海的医院开展合作。上海市儿童医院与嘉善县政府签约，参照上海市儿童医院医疗联合体模式，与嘉善县第一人民医院、嘉善县中医医院成立技术协作医院，并分别在两家医院设立上海市儿童医

院呼吸内科陆敏教授和中医儿科李华教授名医工作室。上海国际妇幼保健院托管嘉善妇幼保健院，合作加快推进医联体项目。吴江区第五人民医院与复旦大学附属儿科医院等合作建立跨区域医联体。上海同济大学附属第十人民医院、上海中医药大学附属市中医医院分别与吴江区第五人民医院签约成立合作医院，在医疗质量、绩效管理和专科建设等多方面进行深度合作。

（三）推进公共卫生服务一体化

1. 协同院前医疗急救

院前医疗急救是示范区第一批共建共享公共服务项目之一。两区一县签订院前急救协作框架，以“首接负责制、区域属地化服务”为原则，以急救反应时间为标准，探索毗邻道路和区域交界处的应急医疗救援新模式。针对交界地区水网分布多的特点，逐步探索突发重大事件的信息互通和协同处置机制，提升水上救援能力。在定点医疗机构的支持下，完善、细化新生儿转运服务具体操作流程和相关制度。定期开展应急联动救援处置演练，并选派青年业务骨干开展业务学习交流、岗位挂职锻炼与课题合作。

2. 开展新冠疫情联防联控

为防控新型冠状病毒疫情（以下简称“新冠疫情”），两区一县在联防联控机制、舆论宣传和法律保障方面强化工作协同。三地组织部门与示范区执委会建立了六项一体化联防联控工作机制。疫情初期，三地统筹防疫力量，关口前移，开展协同防控。疫情常态化时期，三地相关部门通过“长三角示范区发布”微信公众号平台，定期发布防控宣传、权威信息和政策解读。

3. 向重点人群提供免费公共服务

大肠癌免费早期筛查和老年人肺炎疫苗免费接种作为示范区第二批

共建共享公共服务项目，自 2022 年 1 月 1 日起施行。大肠癌免费早期筛查项目将为示范区内大肠癌筛查对象提供危险度评估和便隐血检查，为评估阳性或者任一次检查阳性的人群提供转诊服务，转诊人群凭借转诊单到定点医疗机构进行肠镜检查免挂号费。老年人肺炎疫苗免费接种项目为示范区内年满 60 周岁及以上户籍老年人免费接种 1 剂次 23 价肺炎疫苗，以降低老年人群肺炎链球菌性疾病的发病率。

4. 完善公共卫生机构建设

青浦区公共卫生中心被纳入示范区 2022 年重点项目范畴。嘉善县将疾病预防控制中心实验室及血站工程、120 急救中心建设等纳入卫生健康“十四五”规划重大项目。

（四）探索实施医保一体化

2020 年 7 月，上海、浙江、江苏两省一市医保局和示范区执委会联合发布《长三角生态绿色一体化发展示范区医保一体化建设实施意见》，探索实施门诊慢特病异地就医直接结算和异地医保基金联审互查。8 月，示范区实现免备案异地门急诊就医，三地参保人员在示范区内 85 家医保定点医疗机构看门诊急诊，可直接刷社保卡挂号、看病、结算，试点“区域就医免备案、电子凭证一码通、经办服务一站式、网上医保在线付、异地审核协同化”。电子凭证一码通已覆盖示范区 75 家医疗机构。门诊异地直接结算试点覆盖长三角全部 41 个城市和 9 000 余家医疗机构。已上线医保异地结算 12 项服务事项，包含 5 项一站式联办事项，实现服务事项全覆盖。目前已惠及 230 万人。

（五）推进卫生健康行业治理一体化

1. 逐步推进信息互联互通和检验检查结果互认

两区一县开展卫生数据信息对接工作，示范区内各机构健康信息实现互联互通，嘉善、吴江顺利接入上海白玉兰远程医疗体系。同时，长

三角数据互联互通平台已对接青浦、吴江、嘉善三地人口健康信息平台，实现居民临床就诊记录、实验室检验、影像检查报告等数据互联互通。示范区分阶段推进区域内公立医疗机构检验检查报告互联互通互认。青浦区4家二级以上医院、12家社区卫生服务中心与吴江区苏州九院、嘉善县第一人民医院实现报告互联互通互认，涵盖35个检验项目和9大类检查项目结果。医疗机构间检验检查结果互认，有效降低了重复检查检验率，减轻了患者就医负担。三地参保人在示范区内医疗机构门（急）诊、住院合理就诊无需备案，待遇与参保地保持一致，用医保电子凭证直接结算，大幅减少了奔波，就医更便捷。

2. 实施卫生监督综合执法联合行动

两区一县签署《江苏省苏州市吴江区、浙江省嘉兴市嘉善县、上海市青浦区三地区卫生监督综合执法安全网协议》。金山、松江、青浦、嘉兴、平湖、嘉善、吴江等7个县（市、区）联合开展无证行医集中整治行动、放射卫生和消毒产品跨省际双随机执法、职业卫生和放射卫生监督培训，举办青吴嘉卫生监督综合执法能力提升研修班，联合开展卫生健康监督执法案例评查，探索新形势下案件调查和处置规范。两区一县监督综合执法联动办公室成立，开展联合执法和联合演练，开展“绿亮1号”“绿亮2号”和“绿亮3号”专项行动。

二、示范区卫生健康一体化发展面临的形势和问题

（一）形势分析

示范区高质量发展是现代化建设的本质要求。党的二十大报告明确了中国式现代化的本质要求，实现高质量发展是其中要义。长三角一体化示范区必须紧扣“高质量”发展主题，持续探索创新，逐步实现卫生健康一体化发展，为长三角地区现代化做出表率 and 示范，积累可复制推广的经验。统筹疫情防控与一体化发展的压力较大。当前，新冠疫情防

控形势依然严峻复杂，示范区要守住不发生规模性疫情的底线，又要协调多方推进卫生健康一体化各项工作，面临较大压力。区域内部均衡化发展面临机遇与挑战。青浦、吴江和嘉善的卫生健康事业和产业发展基础不同，卫生健康一体化发展的诉求各异。示范区涉及“三级八方”多个行政层级和相关部门，制约一体化发展的壁垒客观存在。示范区具备卫生健康差异化发展的前提，同时，行政壁垒产生职责边界，也涉及利益博弈，要在不打破行政隶属和尊重差异的前提下，实现一体化发展面临较大困难。

（二）问题分析

近年来，示范区扎实推进卫生健康一体化发展，尤其在疫情防控压力下，在诸多方面取得了成效。我们也看到，卫生健康发展在示范区一体化发展中的战略位置尚未充分体现，卫生健康领域具体定位和发展目标仍不清晰、共识性不强，一些问题亟待解决。

1. 一体化发展的顶层设计仍不完善

政策支持体系尚不完善。《长三角生态绿色一体化发展示范区总体方案》提出了增加医疗资源、建设医联体、推进医保一体化等方向，未对卫生健康一体化发展做出系统明确规划。《关于支持长三角生态绿色一体化发展示范区高质量发展的若干政策措施》也只提到要加强医疗资源配置。省级卫生健康年度工作要点中，涉及示范区的表述较少。“三级八方”缺少针对示范区卫生健康一体化发展的规范性文件，涉及示范区的文件内容也多是方向性的。一体化协作机制有待健全。三地多项合作协议中都提到要建立共商、互通机制，但是实际工作中，各方之间的交流并未形成长效机制，工作信息方面的互通仍十分有限。此外，示范区执委会作为协调机构，所发挥的作用也有一定局限性。

2. 制度、标准和规范的一体化进程较为缓慢

为推动示范区卫生健康一体化发展，上海市卫生健康委员会于2019年牵头开展了“长三角一体化示范区卫生健康建设专题调研”，梳理了示范区卫生健康一体化工作方向，涉及制度、标准和服务等多方面，涵盖行业标准、监督执法、医疗服务、公共卫生、药事服务、伦理审查、人才培养、基层卫生以及信息共享等多个领域。示范区积极协调“三级八方”，卫生监督联合执法、院前急救协同等方面的制度一体化已经得到有效推进，但仍有很多医疗卫生制度、标准和规范的一体化进程较慢，制约服务的一体化推进。

3. 医疗资源布局统筹不足

基于示范区的战略定位和未来人口导入规模，适度超前规划医疗资源确有必要，但目前存在医疗资源布局统筹协调不足的问题。一是特色专科引进不够。两区一县都将建设不只一家高水平综合性医院，但需求高、有特色的康复、口腔等专科类医疗资源引进不足。二是与示范区以外的医疗资源配置统筹规划不够。长三角周边也在大力引进医疗资源。原来的一些医疗服务“塌陷区”有可能成为“重叠区”，对医疗资源浪费问题需要做好预判。三是对示范区现有医院的转型错位发展规划不够。随着高能级医院的落地，未来患者可能首选高能级医院就诊。现有医院如何转型错位发展，需要区域规划的引导和支持。四是机构建设与人才引进步调不一致。随着诸多医院新建和增能，势必需要引进大量的医学人才。目前示范区缺乏卫生人才引进的系统规划和储备方案，尤其是长三角多地也在大力兴建医院，未来医学人才的竞争将尤为激烈。五是医院分院区一体化管理的难度考虑不够。医院多院区管理是系统工程，院区增加、规模增大，管理难度将骤增。有些大型医院已有多个院区，对新建院区的管理未必到位。

4. 信息互联互通覆盖面不够宽

目前，示范区主要在医保定点医疗机构的就医费用信息和公立医疗检验检查结果方面实现了互联互通。院前急救、卫生监督等领域的信息也在逐步对接。但是，医疗机构检验检查报告互联互通互认仅覆盖了两区一县的部分医疗机构，互认项目数量有限，受益人群范围有限。除此之外，许多卫生健康领域重要信息尚未建立对接机制。

5. 居民对一体化服务的获得感不够强

得益于医保异地结算、检验检查结果互认，示范区居民就医的便利度和感受度有较大改善。同时，高能级医院尚未建成，智慧互联网医院平台入驻专家所提供的线上医疗服务有限，患者对远程医疗、互联网医院服务认知和接受程度也有限，居民获得感尚不明显。示范区已将大肠癌免费早期筛查和老年人肺炎疫苗免费接种纳入区域共建共享服务范畴，但是居民接受服务的意愿并不高，服务覆盖率有待提升，普惠性体现不够。青浦区老年人肺炎疫苗免费接种率不足 40%。

6. 健康产业联动不足

虽然长三角一体化总体发展规划、示范区发展方案都提到了康养产业的内容，但目前两区一县对“康养”的认识普遍停留在“养老”范畴，对康养产业的经济效益重视不够，康养产业、健康产业均不在示范区的主导产业体系中。此外，随着示范区高能级医疗资源的集聚，医疗延伸服务、医学科技创新等相关产业发展空间巨大，如何溢出的产业效应尚缺乏前瞻性研究和规划。近年来，健康产业方面的发展较为缓慢。

三、“十四五”期间示范区卫生健康一体化发展的总体思路和发展建议

目前已进入示范区建设的第四年，也是“十四五”的中期阶段，基于以上分析，本文提出示范区卫生健康一体化发展的总体思路和发展建议。

（一）总体思路

将示范区卫生健康一体化发展作为长三角区域卫生健康一体化发展的“重要窗口”，进一步提高对示范区卫生健康一体化工作的重视程度，强化一体化工作的合作机制，建立更为有效、紧密的沟通协商机制，持续深化已有一体化工作，不断升级迭代。要重视居民获得感，围绕居民卫生健康服务重大需求、迫切需求推进卫生健康一体化工作，兼顾医疗卫生机构和政府及相关部门的获得感。重点要把握五个关系。

一是把握好当前工作与长远发展的关系。当前及未来不确定的一段时期内，新冠疫情防控工作都将是重中之重。从长远来看，示范区制度、标准和规范的同质化、实现卫生健康一体化和示范区现代化还有很长的路要走，有很多困难需要克服。因此，既要把握当下，又要放眼长远。

二是把握好点上与面上的关系。示范区要成为长三角区域的高质量一体化发展的标杆，要不断探索创新、积极寻求突破，提出并落实具有可复制性卫生健康一体化发展举措，要为长三角整个区域卫生一体化发展的突破探索路径、创造经验。

三是把握好增量与存量的关系。随着“十四五”末，医疗卫生各项重大工程项目的完成和陆续投入运营，必然会对现有医疗机构的发展带来冲击，主要是对其业务骨干和患者的虹吸。因此，要提早谋划，做好人才储备，注重存量资源的能级提升，走差异化和错位互补发展的道路。

四是把握好差异化与一体化的关系。青浦、吴江和嘉善分属不同省市，存在行政壁垒和基础差异，要尊重各地的差异。同时，卫生健康一体化要从整体上推进，研究制定的制度、标准和规范要适用于示范区各个地区。

五是把握好卫生健康事业与健康产业的关系。卫生健康事业发展要从过去的重视医疗转向依靠科技创新，同时，要挖掘各地健康产业发展

的潜力，加快健康产业的协同发展，而且发展定位要明晰和准确。

（二）发展建议

示范区卫生健康工作领导协调机制亟需完善，建议由示范区执委会和省级卫生健康部门双牵头，其中两省一市卫生健康部门采取每年轮值牵头，建立领导定期会商走访、干部互派挂职、年度总结交流等机制，并以规范性文件形式制定年度工作要点或三年行动计划。示范区卫生健康一体化下一步工作建议。

一是加强区域医疗资源统筹规划。加快区域医联体建设，合理引导部分二级医院等转型发展、错位发展，加强特色专科医疗资源布局（如运动康复等），积极探索区域内医师、护士等多点执业，使示范区内共享各类优质医疗资源，并避免重复建设、行业内卷。

二是加快医疗卫生标准一体化。在急救、预防接种、重大传染病联防联控、慢性病防治、孕产妇健康管理、职业健康、公共卫生监督、食品安全等领域加快推行标准一体化。

三是持续拓宽卫生健康信息互联互通互认范围。扩大医疗机构互联互通互认的项目和机构范围；深化长三角（上海）智慧互联网医院建设，搭建更为完善的远程诊疗体系；加快实现电子健康档案等信息互联互通互认。

四是努力提升居民获得感。在家庭医生签约服务、基层医疗卫生服务、健康教育和促进等领域积极突破、互相合作，不断提升区域内居民、患者的获得感、满意度。

五是大力支持健康产业发展。承接复旦大学附属中山医院国家医学中心建设的溢出效应，支持临床研究和转化等医学科技创新相关产业发展；充分发挥示范区生态环境优势，建设环淀山湖康养产业集聚带；依托区域内华为等高科技力量，支持数字医疗、智慧医疗产业发展。

（责任编辑：信虹云）

长三角生态绿色一体化发展示范区 互联网医疗服务实践

朱欢欢¹ 吕大伟² 许 宏² 王伟俊³ 钟 青⁴
金银淑⁵ 王 聪¹ 刘 鑫¹ 张天天¹ 沈家琪¹ 罗 力¹

【摘 要】 为解决医疗资源布局不均衡问题，长三角示范区将互联网医疗作为一个重要的医保一体化合作方案进行探索实践。文章在对示范区互联网医疗发展实践进展进行回顾性研究，在对示范区发展互联网医疗的原因、诊疗项目、结算范围进行总结的基础上，着重探讨了互联网医疗助推分级诊疗对冲“虹吸效应”的合理模式及医保支付办法。

随着信息网络技术的快速发展，“互联网+医疗”成为我国医疗健康产业发展的新方向。2018年5月，《国务院办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26号）中提出“推进‘互联网+’医疗保障结算服务，加快医疗保障信息系统对接整合，实现医疗保障数据与相关部门数据联通共享，逐步拓展在线支付功能，推进‘一站式’结算，为参保人员提供更加便利的服务”。2020年2月28日，《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》（医保发〔2020〕45号），明确“互联网+”医疗服务纳入医保

第一作者：朱欢欢，女，复旦大学公共卫生学院博士研究生
通信作者：罗力，男，教授，复旦大学公共卫生学院党委书记
作者单位：1. 复旦大学公共卫生学院，上海 200032

2. 上海市医疗保障局，上海 200125

3. 上海市医疗保险事业管理中心，上海 200040

4. 上海市青浦区医疗保障局，上海 201700

5. 长三角绿色生态一体化发展示范区执行委员会，上海 201713

支付的具体内容，开展“互联网+”医疗服务的机构可申请签订医保定点协议，线上线下医疗服务实行公平的医保支付政策。2020年3月2日，《国家医保局国家卫生健康委关于推进新冠肺炎疫情防控期间开展“互联网+”医保服务的指导意见》，明确对符合要求的互联网医疗机构为参保人提供的常见病、慢性病线上复诊服务，各地可依规纳入医保基金支付范围。这一系列文件的颁布，表明互联网医疗服务有了逐渐清晰的顶层设计和落地路径支撑。作为购买互联网医疗服务的医保方，相关的医保支付政策细节需要认真考量。

长江三角洲一体化发展（以下简称“长三角一体化”）国家战略提出后，为响应国家政策要求，充分发挥互联网医疗解决医疗资源总量不足、布局不均衡问题上的优势，长三角绿色生态一体化发展示范区（上海市青浦区、浙江省嘉兴市嘉善县和江苏省苏州市吴江区三地，以下简称“示范区”）将互联网医疗作为一个重要的医保一体化合作方向进行探索实践。本文对此工作进行回顾性研究并探讨互联网医疗助推分级诊疗对冲“虹吸效应”的合理模式及医保支付办法。

一、资料来源与方法

（一）二次资料分析

首先，通过文献研究明确互联网医疗的概念内涵和特征。其次，收集青浦、吴江和嘉善三地医保部门示范区医保一体化工作的相关政策文件、工作总结和互联网医疗服务发展实践报道等资料，对示范区现行互联网医疗模式进行回顾性分析、总结和探讨。

（二）实地调研

课题组于2020年12月21日前往长三角（上海）智慧互联网医院（朱家角人民医院）进行实地调研，了解智慧互联网医院建设现况。

（三）专家咨询

对长三角一体化发展、医疗保障领域的专家、学者及示范区三地医保部门管理者及具体工作执行者等进行访谈咨询，共计 14 人次，具体见表 1。咨询内容是示范区内发展互联网医疗的原因、具体做法及进一步从医保政策上促进互联网医疗发展的思路和建议。

表 1 资料来源与研究方法

资料来源	数量	研究方法
以“互联网医疗+医保支付”和“互联网医疗+分级诊疗”为关键词搜索知网、万方数据库相关文献	207 篇	二次文献分析
工作动态总结	5 篇	
政策文件	3 篇	
青浦区医保中心主任	1 人次	专家咨询
吴江区医保中心主任	2 人次	
嘉善区医保中心主任	1 人次	
上海市医保局局长	5 人次	
上海交通大学教授	2 人次	
复旦大学教授	3 人次	
2020 年 12 月 21 日前往长三角（上海）智慧互联网医院实地调研	3 人次	实地调研

二、结果

（一）示范区发展互联网医疗实践

1. 发展原因

据上海市医保中心统计数据显示：截至 2020 年 12 月 31 日，江苏、浙江、安徽三省参保人在上海门诊就医直接结算共计 210.59 万人次，住院直接结算共计 82.79 万人次，分别是上海参保人在江苏、浙江、安徽三省门诊就医直接结算人次（68.18 万人次）和住院直接结算人次（6.13 万人次）的近 3.09 倍和 13.50 倍。三省参保人在上海门诊就医结算总费用为 57 514.3 万元，是上海参保人在三省就医门诊结算总费

用（12 646.4 万元）的 4.55 倍；三省参保人在上海住院结算总费用为 2 195 946.2 万元，是上海参保人在三省住院结算总费用（100 179.0 万元）的 21.92 倍，具体见表 2 和表 3。可见，在一定程度上异地就医便捷度的提升会使患者异地就医需求得到快速释放。随着示范区内门诊免备案、经办服务统一等措施的推进，一体化程度不断加深。为了规避优质医疗资源地的“虹吸效应”，需要及时完善政策，引导群众合理异地就医。而互联网与传统医疗相比，将实时交互、广泛互联特性与医疗机构的专业诊断和治疗结合起来，形成线上线下的资源对接和循环，为促进患者和医生的双向匹配提供了重要平台：医生可以在互联网医院上灵活执业，患者足不出户就可以方便地通过互联网进行远程问诊。同时，互联网医疗可以促进优质资源下沉到基层，使得身处边远偏僻患者也有机会享受到优质资源。因此，互联网医疗可以作为分流患者、改变患者就医习惯、促进分级诊疗体系建设、对冲“虹吸效应”的工具。此外，在示范区发展互联网医疗能够带动示范区内智能医疗、医疗物流、商业保险、医疗旅游等多个产业的发展，进一步满足长三角一体化核心区域的医疗服务需求、提升示范区健康服务能级。

表 2 2018 年 9 月 28 日—2020 年 12 月 31 日长三角地区异地就医门诊直接结算情况

分类	省份	结算人次数(人次)	总费用(万元)	次均费用(元)
三省参保人在上海 就医情况	江苏省	1 103 115	31 385.7	284.5
	浙江省	939 577	24 289.7	258.5
	安徽省	63 228	1 838.9	290.8
	小计	2 105 920	57 514.3	273.1
上海参保人在三省 就医情况	江苏省	599 521	11 238.7	187.5
	浙江省	81 727	1 395.7	170.8
	安徽省	549	11.9	217.3
	小计	681 797	12 646.4	185.5

表3 2017年7月1日—2020年12月31日长三角地区异地就医住院直接结算情况

分类	省份	结算人次数(人次)	总费用(万元)	次均费用(元)
三省参保人在上海 就医情况	江苏省	399 502	1 069 426.7	26 769.0
	浙江省	279 097	733 434.8	26 278.8
	安徽省	149 324	393 084.7	26 324.3
	小计	827 923	2 195 946.2	26 523.6
上海参保人在三省 就医情况	江苏省	50 174	81 017.1	16 147.2
	浙江省	10 497	18 195.0	17 333.5
	安徽省	641	966.9	15 084.1
	小计	61 312	100 179.0	16 339.2

2. 机构选择

开展互联网医疗服务的医疗机构，应当具备满足互联网技术要求的设施设备、技术人员以及信息安全系统，并实施第三级信息安全等级保护等。同时，互联网医疗对支付的即时性要求更高，要采用线上支付。为贯彻落实国家有关支持“互联网+医保”的要求，结合疫情防控和人民群众实际需要，长三角示范区积极鼓励示范区内符合条件的医疗机构应用互联网等信息技术拓展医疗服务空间和内容，选取青浦区长三角（上海）智慧互联网医院、嘉善县第二人民医院和苏州市第九人民医院，开展异地患者“互联网+”医院医保在线支付结算试点。示范区居民在“异地医保支付”的互联网医院完成实名认证后可以在线复诊并支持医保在线支付。

3. 诊疗项目

现阶段，为保障医疗安全，医疗机构不得对首诊患者开展互联网诊疗活动，仅限于常见病、慢性病的复诊。医疗机构在开展部分常见病和慢性病复诊时，医师应当掌握患者病历资料、确定患者在实体医疗机构明确诊断为某种或某几种常见病、慢性病后，才可针对相同诊断进行复

诊。当患者出现病情变化需要医务人员亲自诊查时，应当引导患者到实体医疗机构就诊。

4. 结算范围

提供互联网医疗服务的医疗机构，依托实体定点医疗机构，自愿向医保经办机构申请签订互联网医疗医保补充协议后，为参保人复诊产生的诊查费、药品费，可以按规定实现在线医保结算，执行与所托实体医疗机构相同的医保报销比例。即参保人在具备“互联网+医疗”服务医保支付的医疗机构进行线上复诊时，可使用医保电子凭证在线结算符合规定的诊查费、药品费。但并非在互联网医院就诊或进行互联网诊疗活动的所有疾病都享受医保在线支付结算。“互联网+医疗”服务医保支付仅限于复诊医疗服务，药品配送服务费用不纳入医保支付范围。

（二）实践成效

1. 初步实现优质医疗资源的便捷共享

2020年10月下旬，长三角（上海）智慧互联网医院正式投入运行。利用5G新技术对互联网医院进行全新包装，建设示范区医疗健康“互联网医院平台”“远程医疗协同平台”“数据互联互通平台”的三个云平台和“远程会诊、远程影像、远程检验、远程病理、远程示教”的五个互联网医疗中心。互联网医疗中心为示范区三地居民提供线上普通门诊复诊和处方药品流转服务、线上特需门诊诊疗服务和线上预约长三角（上海）智慧互联网医院、复旦大学附属中山医院（以下简称“中山医院”）等其他长三角优质医疗机构检验、检查服务。远程病理诊断中心利用数字切片扫描仪，将切片全部制作成数字切片整合进入病理云平台，由中山医院病理科专家进行云端读片，出具报告。远程影像诊断中心的影像直接接入影像云平台，由中山医院影像学专家团队进行快速读片和诊断，并将检查报告上传云端。远程医学检验中心拥有智能化采血装置、标本

分拣转运机器人和物流平台，标本第一时间转运至中山医院进行检验检测，并由中山医院出具报告。远程门诊和多学科会诊中心为患者提供由多家医院、多个学科参与的远程会诊。

2. 有序推进异地医保在线直接结算

截至2020年12月31日，长三角（上海）智慧互联网医院实现本地患者医保支付；苏州市第九人民医院在8月份通过第三方平台确定了互联网医院接入方案，9~10月间成功开展了本地医保在线支付，12月底做好了医保电子凭证与互联网医院的应用方案，并按最新的省互联网医院接口做好开发准备工作；嘉善县第二人民医院正在做好与卫生健康、药品监管部门对接，结合医保电子凭证使用，开展“互联网+三医联动”工作。随着试点的稳步推开，更多长三角城市和互联网医院将陆续上线开通。长三角地区异地居住、工作以及转诊治疗的参保人，一旦需要在线复诊，可利用“互联网+医保”这一便利的服务、共享更多的优质医疗资源。上海交通大学医学院附属仁济医院、上海市儿童医院、徐汇区中心医院，江苏省人民医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院成为首批开通“异地医保支付”的互联网医院。上海，江苏南京、徐州、南通，浙江省本级、嘉兴嘉善等地参保人，办理异地就医备案手续后，通过以上互联网医院完成实名认证，就可以在线复诊，医保也可在线支付。

三、讨论和建议

（一）借助信息技术实现全流程监管

一方面，互联网医疗可以让欠发达地区的老百姓享受到发达地区的优质医疗资源，解决医疗资源分布不平衡不充分问题。另一方面，互联网医疗可以推动新的就医模式，线上和线下医疗服务整合，远程医疗等新技术手段可以在一定程度上解决欠发达地区由于经济成本、距离成本、

等待成本等造成的就医困难，让居民看病更加便捷。但同时应该加强对互联网医疗诊疗过程的全程监管。开展互联网医疗的机构在具备一定的信息技术条件的同时，还应该接入参保地医保智能监控系统，做到诊疗、处方、交易、配送全过程可追溯、可监控。因此，需要借助信息化手段实现实时传输互联网医疗服务全过程相关数据，加强对互联网医疗服务行为和医保基金使用的监管，对发生强制服务、分解服务、价格失信等违法违规和欺诈骗保行为的医疗机构和相关人员进行严厉惩处，例如，出现欺诈骗保或医保领域其他失信情形的，参保人或定点机构将暂停使用互联网医疗服务医保支付或医保直接结算资格。

（二）医保支付项目逐步扩大范围

目前纳入医保支付范围的互联网医疗服务主要包括常见病和慢性病复诊，门诊慢性病、特殊病处方药开具，而涉及医疗安全和临床路径变异大的非常见病、多发病和危急重症的首诊和麻醉药品、精神药品等处方外流，则不宜放开政策。需待技术规范 and 监管条例成熟后，再将互联网医疗医保支付覆盖至各个医疗服务环节。

（三）探索分级诊疗有效落地模式

“互联网+”为我国传统的分级诊疗模式提供了新的探索方向，有望破除当前分级诊疗推行瓶颈，推动我国医疗服务模式的转变。也就是把常见病、多发病留在当地，而把真正的疑难杂症鉴别出来，促进分级诊疗的落实。由于历史的原因，高水平的医疗服务主要集中在中心城市群的重点三甲医院，如中山医院，这些医院有充足的患者来源和资金，并且专家网上解答患者问题还会占用原本的工作时间，所以开展“互联网+医疗”的意愿有限，而目前真正有意愿开展互联网医疗的二级医院或基层医院，患者的认同度往往并不高，从而导致互联网医院在供给疑难杂症诊疗服务方面有所不足。基于此，示范区加强朱家角人民医院软

硬件实力并构建长三角（上海）智慧互联网医院平台，一方面满足示范区三地居民对优质医疗资源服务的需求，另一方面促进分级诊疗制度的有效推进。

（四）探索分级诊疗模式配套医保支付方式

在供给侧方面，如何配套医保支付办法、提升高端优质医疗机构的参与积极性的问题需要解决。根据互联网医疗远程端医生对互联网医疗的始发端就医患者的病情做出的判断，以及就诊患者对医嘱的依从性，可以将患者具体就诊结局情况分为四种类型，具体见表4。

表4 互联网医疗始发端患者就诊结局具体分类

是否依从	是否为常见病、多发病	
	是	否
是	A	B
否	C	D

A指的是患者病情被专家诊断为常见病、多发病，只需在当地互联网医疗的始发端医疗机构就诊即可，并可指导始发端医生开具处方、检查单等。在这种情况下，参保地医保应该支付给互联网医疗始发端机构医生相关的医疗费用，而对互联网医疗远程端的医生支付其鉴定费，同时对于其截留异地常见病、多发病患者做出的努力给予奖励。B指的是患者病情并未被专家诊断为常见病、多发病，建议其到互联网医疗远程端实体医疗机构进一步诊断且患者依从，由远程端实体医院医生进一步诊疗。这种情况下，参保地医保应该支付给远程端实体医疗机构医生相应的诊疗、检查等费用。C指的是患者病情被专家诊断为常见病、多发病，并建议其在就诊医疗机构做进一步检查，但患者并未遵医嘱，而是放弃在当地医疗机构接受治疗到远程端医疗机构当地就诊。此时，医保不予

支付。D指的是患者病情被专家诊断为非常见病、多发病，建议其到互联网远程端医疗机构进一步确诊治疗，但患者由于某种原因并未去该机构或去了别的机构，同样医保不予支付。

（责任编辑：张革）

长三角地区城市医疗卫生资源集聚度评价

陈秀芝 金春林

【摘要】 长三角地区是我国经济最具活力、开放程度最高、创新能力最强、吸纳外来人口最多的区域之一，正在进入高质量发展阶段。本文聚焦长三角地区这一国家战略区域，从长三角区域、中心城市和一般城市、41个城市三个层次，对医疗卫生资源的总量、结构和公平性进行系统分析，剖析内部差异和问题，为区域医疗卫生资源优化布局提供循证依据。

2019年，中共中央国务院发布《长江三角洲区域一体化发展规划纲要》（以下简称“《规划纲要》”），《规划纲要》提出打造健康长三角。医疗卫生资源配置的公平性，直接关系到居民健康服务的可及性和获得感，医疗卫生资源的合理配置是推进长三角卫生健康服务同质化的基础，也是区域卫生健康发展规划的重要组成部分。长三角区域一体化规划范围包括上海市、江苏省、浙江省、安徽省全域共41个城市。本文聚焦长三角区域41个城市医疗卫生资源的总量、结构及配置公平性，旨在明确内部差异，为优化区域医疗卫生资源布局提供循证依据，为推动区域卫生健康高质量发展提供支撑。

一、资料与方法

（一）资料来源

本文的人口数为第七次全国人口普查数据，国内生产总值来源于

第一作者：陈秀芝，女，助理研究员

通信作者：金春林，男，研究员，上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所）主任

作者单位：上海市卫生和健康发展研究中心（上海市医学科学技术情报研究所），上海 200040

2020年国家、上海、江苏、浙江、安徽及各个地市的国民经济和社会发展统计公报。卫生资源数据主要来源于《2021年中国卫生健康统计年鉴》。

(二) 研究方法

卫生资源集聚度 (Health Resource Agglomeration Degree, HRAD) 是指某地区占上一级区域 1% 的土地面积上的卫生资源数量占比, 用于评价卫生资源配置的公平性。卫生资源集聚度的计算纳入人口和地理面积, 客观反映区域内不同组间卫生资源配置的均衡程度。其计算公式为:

$$HRAD_i = \frac{(HR_i/HR_n) \times 100\%}{(A_i/A_n) \times 100\%} = \frac{HR_i/A_i}{HR_n/A_n} \quad (\text{公式 1})$$

公式 1 中, $HRAD_i$ 表示某地区 i 的卫生资源集聚度, HR_i 表示卫生资源数量, A_i 表示土地面积; A_n 是上一级区域的土地面积, HR_n 是上一级地区的卫生资源数量。

人口集聚度 (Population Agglomeration Degree, PAD) 表示某地区占上一级区域 1% 的土地面积上集聚的人口占比。其计算公式为:

$$PAD_i = \frac{(P_i/P_n) \times 100\%}{(A_i/A_n) \times 100\%} = PAD_i = \frac{(P_i/P_n) \times 100\%}{(A_i/A_n) \times 100\%} \quad (\text{公式 2})$$

公式 2 中, PAD_i 表示某地区 i 的人口集聚度, P_i 表示人口数量, A_i 表示土地面积; A_n 表示上一级地区的土地面积, P_n 表示上一级地区总人口。有学者将我国划分为人口密集地区 ($PAD > 2$), 人口均值地区 ($0.5 < PAD < 2$) 和人口稀疏地区 ($PAD < 0.5$)。

经济集聚度 (Economic Agglomeration Degree, EAD), 表示某一地区占上一级区域 1% 土地面积上集聚的国内生产总值的占比。其计算公式为:

$$EAD_i = \frac{(E_i/E_n) \times 100\%}{(A_i/A_n) \times 100\%} = \frac{E_i/A_i}{E_n/A_n} \quad (\text{公式 3})$$

公式 3 中, EAD_i 表示某地区 i 的经济集聚度, E_i 表示地区生产总值,

$HRAD_i$ 是表示土地面积； A_n 是上一级地区土地面积， E_n 表示上一级地区国内生产总值。

（三）评价标准

一般认为：（1）当 $HRAD_i > 1$ 时，表明卫生资源按地理面积配置公平性较高；（2）当 $HRAD_i/PAD_i$ 趋近于 1 时，表明卫生资源配置公平性好，基本可以满足本地人口需求，卫生服务可及性好；当 $HRAD_i/PAD_i > 1$ ，表明卫生资源相对于人口规模是过剩的；当 $HRAD_i/PAD_i < 1$ ，表明卫生资源尚无法满足人口需求。

二、结果与分析

（一）长三角地区医疗卫生资源总量和结构

2020 年，长三角地区常住人口 2.35 亿人，占全国总人口的 16.67%。医疗卫生机构 10.54 万家，占全国的 10.30%；其中，医院 5 211 家，占全国的 14.72%，三级医院 471 家，占全国的 15.72%，三级甲等医院 233 家，占全国的 14.75%。医疗卫生机构床位数 145.63 万张，占全国的 16.00%，其中医院床位数 119.15 万张，占全国的 16.71%。卫生技术人员 184.0 万人，占全国的 17.23%，其中执业（助理）医师 72.81 万人，占全国的 17.82%，注册护士 51.84 万人，占全国的 11.01%。

从区域总体资源配置水平来看，长三角地区每千人口卫生技术人员数、每千人口执业（助理）医师数和每千人口注册护士数均高于全国平均水平，每千人口医疗卫生机构床位数低于全国平均水平。从三省一市的配置水平来看，每千人口医疗卫生机构床位只有安徽高于全国平均水平，江苏虽然高于长三角区域平均水平，但仍未达到全国平均水平。每千人口卫生技术人员、执业（助理）医师以及注册护士的配置均是安徽最低，低于全国平均水平，具体见表 1。

表1 2020年长三角地区和全国医疗卫生资源配置情况

指标	上海	江苏	浙江	安徽	长三角地区	全国
每千人口医疗卫生机构床位(张)	6.12	6.31	5.59	6.68	6.19	6.44
每千人口卫生技术人员(人)	8.62	7.85	8.47	6.75	7.82	7.56
每千人口执业(助理)医师(人)	3.15	3.16	3.37	2.69	3.09	2.89
每千人口注册护士(人)	3.91	3.47	3.60	3.08	3.48	3.33

(二) 长三角地区中心城市与一般城市¹的医疗卫生资源配置公平性比较

长三角地区总面积 35.8 万平方公里，中心区城市 面积共 22.5 万平方公里，占区域总面积的 62.85%。中心城市经济发达，人口密度适中，无论是机构、床位还是卫生技术人员的集聚度均 > 1，医疗卫生资源配置的公平性较高。一般城市经济集聚度偏低，人口集聚度低于中心城市，各类医疗卫生资源的集聚度均 < 1，与中心区城市差距明显，具体见表 2。

表2 长三角地区中心城市与一般城市卫生资源集聚度比较

长三角地区	医疗卫生机构	医院	医院床位	卫生技术人员	医师	护士	经济	人口
中心城市(27市)	1.12	1.15	1.16	1.21	1.20	1.21	1.36	1.18
一般城市(14市)	0.80	0.74	0.73	0.63	0.65	0.64	0.38	0.70

从集聚度比值来看，中心城市的各类医疗卫生资源集聚度比值均趋近于 1，医疗卫生资源配置的公平性较好；一般城市的医疗卫生机构、医院及其床位的集聚度比值均超过 1，存在一定程度的过剩，而卫生技术人员集聚度则 < 1，医疗卫生资源配置的可及性不足，与人口需求存在一定差距，具体见表 3。

¹ 按照中共中央 国务院印发的《长江三角洲区域一体化发展规划纲要》，长三角地区涵盖 41 个城市，其中，以上海市，江苏省南京、无锡、常州、苏州、南通、扬州、镇江、盐城、泰州，浙江省杭州、宁波、温州、湖州、嘉兴、绍兴、金华、舟山、台州，安徽省合肥、芜湖、马鞍山、铜陵、安庆、滁州、池州、宣城共 27 个城市为中心区。区域内其他 14 个城市为一般城市。

表3 长三角地区中心城市与一般城市卫生资源集聚度与人口集聚度比值

长三角地区	医疗卫生机构	医院	医院床位	卫生技术人员	医师	护士
中心城市（27市）	0.95	0.98	0.98	1.03	1.02	1.03
一般城市（14市）	1.15	1.06	1.05	0.91	0.93	0.92

（三）长三角地区城市医疗卫生资源配置公平性分析

1. 按地理面积分析

从医疗卫生机构来看，长三角地区有21个城市的医疗机构集聚度 ≥ 1 ，医疗卫生资源配置公平性较高，占全部城市的一半以上。上海的医疗机构卫生资源集聚度远高于其他三省的城市，除上海以外，江苏、浙江、安徽医疗机构集聚度 ≥ 1 的城市分别为9个、8个、3个。医院集聚度 ≥ 1 的城市有19个，配置公平性较高，除上海外，江苏、安徽、浙江医院集聚度 ≥ 1 的城市分别为8个、6个、4个。医院床位集聚度 ≥ 1 的城市有17个，配置公平性较高，其中江苏、安徽、浙江分别为8个、5个、3个。卫生技术人员集聚度 ≥ 1 的城市有15个，其中江苏、浙江、安徽分别为8个、4个、2个。医师集聚度 ≥ 1 的城市有16个，其中江苏、浙江、安徽分别为7个、6个、2个；护士集聚度 ≥ 1 的城市有16个，其中江苏、浙江、安徽分别为8个、4个、3个。长三角地区41个城市医疗卫生资源集聚度见表4。

表 4 长三角地区 41 个城市医疗卫生资源集聚度

城市	医疗卫生机构	医院	医院床位	卫生技术人员	医师	护士
上海	3.14	4.35	6.35	6.97	6.54	7.14
合肥	1.03	1.26	1.48	1.29	1.26	1.39
淮北	1.09	2.06	1.28	1.01	1.02	1.06
亳州	0.97	0.77	0.88	0.66	0.67	0.67
宿州	0.73	0.76	0.81	0.59	0.67	0.55
蚌埠	0.94	1.21	1.06	0.86	0.85	0.94
阜阳	1.06	0.92	1.29	0.97	0.97	1.00
淮南	0.99	1.08	0.89	0.73	0.71	0.76
滁州	0.47	0.39	0.49	0.38	0.38	0.42
六安	0.59	0.24	0.44	0.33	0.36	0.31
马鞍山	0.89	1.14	0.90	0.70	0.71	0.71
芜湖	0.96	1.14	1.11	0.83	0.88	0.85
宣城	0.40	0.34	0.32	0.27	0.27	0.27
铜陵	0.71	0.69	0.81	0.66	0.66	0.66
池州	0.44	0.32	0.27	0.22	0.23	0.21
安庆	0.57	0.46	0.49	0.40	0.40	0.39
黄山	0.38	0.23	0.25	0.20	0.19	0.21
南京	1.76	2.80	2.38	2.95	2.86	3.03
无锡	2.15	3.09	2.72	2.66	2.69	2.66
徐州	1.36	1.07	1.32	1.27	1.32	1.29
常州	1.21	1.31	1.67	1.73	1.76	1.74
苏州	1.49	1.84	2.15	2.15	2.14	2.13
南通	1.35	1.81	1.45	1.22	1.31	1.15
连云港	1.26	0.82	0.89	0.85	0.90	0.88
淮安	0.77	0.45	0.75	0.71	0.72	0.73
盐城	0.66	0.67	0.64	0.57	0.62	0.53
扬州	1.00	0.94	0.99	0.91	0.99	0.85
镇江	0.92	0.94	1.12	1.13	1.17	1.11
泰州	1.24	1.07	1.31	1.12	0.90	1.04
宿迁	0.97	1.86	0.92	0.86	0.86	0.91
杭州	1.14	1.43	1.33	1.56	1.51	1.53
宁波	1.62	1.35	0.98	1.58	1.62	1.53
温州	1.61	0.84	0.79	0.72	0.64	0.80
嘉兴	1.37	1.52	1.43	1.83	1.81	1.77
湖州	0.87	0.84	0.73	0.91	0.85	0.88
绍兴	1.15	0.79	0.73	0.99	1.07	0.91
金华	1.34	0.93	0.70	0.91	0.91	0.84
衢州	0.68	0.70	0.39	0.43	0.42	0.41
舟山	1.66	1.64	1.06	1.35	1.37	1.20
台州	1.23	0.92	0.70	0.96	1.00	0.92
丽水	0.32	0.23	0.19	0.24	0.25	0.23

2. 按人口规模分析

从卫生资源集聚度与人口集聚度比值来看, 医疗卫生机构比值趋近于 1 ($0.95 \leq \text{比值} \leq 1.04$) 的城市有 5 个, 其中江苏和安徽各 2 个、浙江 1 个; 医院比值趋近于 1 的城市有 4 个, 其中浙江和安徽各 2 个; 床位比值趋近于 1 的城市有 8 个, 其中安徽 4 个、江苏 3 个、浙江 1 个; 卫生技术人员比值趋近于 1 的城市有 12 个, 其中江苏 5 个、浙江 4 个、安徽 3 个; 医师比值趋近于 1 的城市有 12 个, 其中江苏 7 个、安徽 3 个、浙江 2 个; 护士的比值趋近于 1 的城市有 11 个, 其中浙江和安徽各 4 个、江苏 3 个。

长三角地区 41 个城市中有 4 个人口密集城市 ($\text{PAD} > 2$), 分别是上海、南京、无锡和苏州, 只有苏州的卫生技术人员、医师和护士的比值趋近于 1。其余三个城市的医疗卫生机构比值均低于 1, 其中上海和江苏的医院的比值也低于 1。上海、南京和无锡的卫生技术人员、医师和护士的比值均大于 1。

长三角地区 41 个城市中有 8 个人口稀疏城市 ($\text{PAD} < 0.5$), 分别是安徽的滁州、六安、宣城、池州、安庆和黄山, 浙江的衢州和丽水, 这些人口稀疏城市普遍存在医疗卫生机构集聚度与人口集聚度比值 > 1 的现象。同时, 安徽的上述 6 个城市床位集聚比值普遍 > 1 , 但是卫生技术人员的集聚度比值普遍 < 1 。长三角地区 41 个城市医疗卫生资源集聚度与人口集聚度比值见表 5。

表 5 长三角地区 41 个城市医疗卫生资源集聚度与人口集聚度比值

城市	医疗卫生机构	医院	医院床位	卫生技术人员	医师	护士
上海	0.54	0.75	1.10	1.20	1.13	1.23
合肥	0.83	1.02	1.19	1.04	1.02	1.12
淮北	1.00	1.90	1.18	0.93	0.94	0.97
亳州	1.08	0.85	0.97	0.73	0.74	0.74
宿州	0.90	0.94	0.99	0.73	0.82	0.68
蚌埠	1.12	1.45	1.27	1.02	1.02	1.12
阜阳	0.87	0.75	1.05	0.79	0.79	0.81
淮南	1.19	1.31	1.08	0.88	0.86	0.92
滁州	1.04	0.88	1.09	0.86	0.85	0.95
六安	1.37	0.56	1.02	0.76	0.85	0.72
马鞍山	1.10	1.42	1.11	0.87	0.88	0.87
芜湖	1.05	1.25	1.22	0.91	0.96	0.93
宣城	1.29	1.10	1.04	0.88	0.87	0.88
铜陵	1.10	1.06	1.26	1.02	1.03	1.02
池州	1.80	1.31	1.10	0.90	0.93	0.89
安庆	1.23	0.98	1.06	0.85	0.87	0.84
黄山	1.86	1.12	1.23	0.98	0.94	1.00
南京	0.82	1.31	1.11	1.38	1.34	1.42
无锡	0.86	1.24	1.09	1.06	1.08	1.06
徐州	1.12	0.88	1.08	1.04	1.08	1.06
常州	0.66	0.72	0.91	0.94	0.96	0.95
苏州	0.67	0.83	0.97	0.96	0.96	0.96
南通	0.99	1.32	1.06	0.89	0.95	0.84
连云港	1.34	0.88	0.95	0.91	0.96	0.94
淮安	1.12	0.66	1.10	1.04	1.05	1.06
盐城	1.10	1.12	1.06	0.95	1.04	0.88
扬州	0.96	0.90	0.95	0.88	0.95	0.81
镇江	0.73	0.74	0.89	0.90	0.92	0.88
泰州	1.05	0.91	1.11	0.94	0.76	0.88
宿迁	1.10	2.11	1.04	0.97	0.97	1.04
杭州	1.06	1.33	1.24	1.45	1.41	1.42
宁波	1.11	0.93	0.67	1.09	1.12	1.05
温州	1.35	0.70	0.67	0.60	0.54	0.67
嘉兴	0.71	0.78	0.74	0.95	0.93	0.91
湖州	0.99	0.96	0.84	1.04	0.97	1.01
绍兴	1.19	0.82	0.75	1.03	1.11	0.94
金华	1.37	0.95	0.72	0.93	0.93	0.86
衢州	1.76	1.80	0.99	1.10	1.08	1.04
舟山	1.38	1.36	0.88	1.12	1.14	1.00
台州	1.23	0.92	0.70	0.96	1.00	0.92
丽水	1.48	1.06	0.85	1.09	1.13	1.03

三、讨论

（一）长三角地区优质医疗卫生资源集聚，省会城市集聚度更高

长三角地区医疗卫生机构总量占全国的比重低于区域人口占全国的比重，但是医院床位、卫生技术人员及执业（助理）医师数量占比超过人口占比。三级医院及三级甲等医院占比接近人口占比，表明长三角地区高水平医院集聚度较高。区域层面，每千人口卫生技术人员、医师和护士数均高于全国平均水平。但是，除安徽以外，上海、江苏和浙江的床位配置水平均低于全国平均水平。尤其省会城市，医疗卫生资源集聚普遍高于一般城市，上海市医疗卫生资源集聚度遥遥领先。

（二）长三角区域内部省域间、中心城市与一般城市间医疗卫生资源布局不均衡

一是省域间医疗卫生资源配置水平存在差异。安徽省每千人口医疗卫生机构床位数高于上海、江苏和浙江，但是卫生技术人员（包括医师和护士）的配置水平均低于其他三省。二是中心城市与一般城市配置水平差异显著。人口密度适中的城市以医疗卫生资源集聚度与经济发展水平、人口密度基本呈正相关。中心城市经济集聚度高、人口密度高，各类医疗卫生资源集聚度较高，配置公平性较高；一般城市医疗卫生资源集聚度偏低，配置公平性不高，较难满足当地人口健康需求，与中心城市存在较大差距。

（三）人口规模和密度应成为提升长三角医疗资源配置公平性重点考虑的因素

长三角地区 27 个中心城市中，医疗卫生机构配置公平性较高的城市只有 21 个；医院、床位、卫生技术人员、医师和护士配置公平性较高的城市分别有 19 个、17 个、15 个、16 个和 16 个。

医疗卫生资源配置公平性好、能基本满足当地人口健康需求的城市

数量偏少，服务可及性有待提升。卫生技术人员和医师集聚度比值趋近于1的城市数量最多，却不足城市总数的1/3，医院和医疗卫生机构集聚度比值趋近于1的城市只占城市总数的约10%和12%。

人口密集和人口稀疏的城市面临不同的医疗卫生配置问题。人口密集的城市存在卫生技术人员过剩，但是医疗卫生机构不足的问题；人口稀疏的城市存在医疗卫生机构过剩，同时卫生技术人员不足的问题。这提示我们，人口密集的城市医疗卫生机构规模可能过大，人口稀疏的城市卫生人力配备不完善。

未来，随着产业和城市的进一步发展，长三角地区所吸纳人口的规模会有所变化。此外，长三角出生人口持续下降，再加上重大疫情防控带来的人口流向变化等，将叠加影响区域人口密度，人口密度将成为长三角卫生资源优化配置需考虑的关键因素之一。

（责任编辑：信虹云）

成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展实践与思考

鲁旺¹ 康鉴² 高华强³ 赵晓恒¹

【摘要】 文章梳理成渝地区双城经济圈经济社会、卫生健康发展情况以及卫生健康一体化发展逻辑基础,全面回顾成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展的进展、阶段性成效和不足,并在此基础上提出下一步一体化高质量发展的政策建议,以期京津冀、长三角等其他区域卫生健康一体化发展提供参考。

一、引言

区域一体化是区域协调发展的较高形式,从20世纪末以来在全世界飞速发展且表现出超常活力。早期区域一体化主要是一种经济现象,强调区域经济一体化。但随着经济社会发展水平的不断提升,区域一体化不仅仅包括区域经济的一体化,还呈现出交通设施一体化、产业布局一体化、城乡发展一体化、市场体系一体化、公共服务一体化、生态文明建设一体化等全面综合一体化的新特征。卫生健康一体化是公共服务一体化的重要内容。目前,学界对卫生健康一体化发展的概念并不明确,乡村医疗卫生一体化、城乡医疗卫生一体化、卫生一体化、区域卫生一体化、医疗联合体建设等是近20年来的主要研究方向。李小华、董军指出,卫生一体化是整合各层级、各部门的所有卫生资源,围绕卫生服务的连续性、通畅性和协作性的卫生体系目标实现而设计一系列有关卫

第一作者:鲁旺,男,助理研究员

通信作者:赵晓恒,男,四川省卫生健康发展研究中心(四川省卫生健康政策和医学情报研究所)主任

作者单位:1.四川省卫生健康发展研究中心(四川省卫生健康政策和医学情报研究所),成都610042

2.四川省卫生健康委员会,成都610042

3.四川省南充市疾控中心,南充637001

生服务筹资、管理、组织、提供等方面的方法和模式以提高卫生系统绩效的过程。

文章认为，区域卫生健康一体化具有跨区域、多主体、强合作的特征，从行政管理者角度来看，它强调建立府际之间的合作机制，通过统筹区域卫生规划、优化配置区域卫生健康资源、创新区域医疗服务模式，建立起优质高效医疗卫生服务体系，解决区域群众看病就医问题。从卫生健康服务供给者角度来看，它要求区域内各级各类医疗卫生机构，建立从松散到紧密的协作关系，比如共同创建重点专科、实验室，比如联合建设城市医疗集团、县域紧密型医共体、专科联盟等，提升区域内医疗卫生服务同质化水平。从群众和患者角度来看，它推动区域破除区域政策壁垒，建立相对统一的制度标准，保障群众在区域内看病就医信息互通、检查互认、费用相当，拥有较强的健康获得感幸福感。

成渝地区双城经济圈建设是以习近平同志为核心的党中央确定的重大区域发展战略。中共中央、国务院印发《成渝地区双城经济圈建设规划纲要》明确提出，要建设高品质生活宜居地，强化公共服务共建共享。推动成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展，有利于推动成渝地区卫生健康发展综合实力和水平提升，是区域共同富裕的应有之义。本文运用文献法、统计调查法、定性访谈法等，全面调查成渝地区双城经济圈卫生健康一体化的现状，梳理区域卫生健康一体化发展存在的优势与不足，提出区域卫生健康一体化进一步发展的建议，助力成渝地区双城经济圈卫生健康高质量发展。

二、成渝地区卫生健康一体化发展逻辑基础

（一）历史逻辑：川渝卫生健康交流合作拥有良好发展基础

川渝山水相连、血缘相亲、文化一脉，2016年《成渝城市群发展规划》印发实施后，四川省和重庆市加快建立卫生健康服务一体化发展

机制，赓即签订了《加强川渝卫生计生战略合作工作备忘录》，在政策交流、推动省际医疗机构合作、搭建医疗卫生合作平台、共建质量控制体系、探索医疗美容主诊医师互认、加强卫生应急和重大疫情联防联控等方面强化合作和协调。特别是华西疼痛联盟、华西营养联盟、华西骨科联盟等6个跨区域专科联盟相继建立，重庆市中医院挂牌成都中医药大学附属重庆中医院（第四临床医学院）等一系列实际成效，推动实现两地优势互补、互利共赢，为成渝双城经济圈卫生健康一体化发展奠定良好的合作基础。

（二）时代逻辑：成渝双城经济圈建设上升为国家发展战略

党中央、国务院高度重视成渝地区发展。2020年1月3日，习近平总书记主持召开中央财经委员会第六次会议，做出推动成渝地区双城经济圈建设、打造高质量发展重要增长极的重大决策部署，为未来一段时期成渝地区发展提供了根本遵循和重要指引。经与美国东北部大西洋沿岸城市群、北美五大湖城市群、日本太平洋沿岸城市群、欧洲西北部城市群比较，成渝地区具有三次产业融合发展、城乡融合发展、农业空间、城镇空间和生态空间高质量协同发展的潜质，经过较长时间的努力完全可以形成具有世界水平、中国特色、成渝特点的新范式和新格局。与国内尤其是京津冀、长三角和珠三角等东部沿海城市群比较，在人均地均经济指标、城镇化发展空间、三次产业结构调整、科技创新能力等方面还有较大差距，具体见表1。推动成渝地区卫生健康一体化发展，将促进两地健康投资，增强群众健康消费能力，推动区域资源优化资源，带动区域经济社会高质量发展。

表 1 2020 年全国及成渝地区、京津冀、长三角经济社会发展情况

地域	地理面积（平方公里）	常住人口（万人）	GDP（亿元）	人均 GDP（元）
成渝地区	207 782	9 431.70	66 385.54	70 385.55
京津冀	218 000	11 039.44	86 393.23	78 258.71
长三角	586 340	23 538.36	244 713.53	103 963.71
全国	9 598 077	141 212	1 015 986.20	71 947.58

注：根据《成渝地区双城经济圈建设规划纲要》，成渝地区双城经济圈的范围主要包括重庆市的中心城区及万州、涪陵、綦江、大足、黔江、长寿、江津、合川、永川、南川、璧山、铜梁、潼南、荣昌、梁平、丰都、垫江、忠县等 27 个区（县）以及开州、云阳的部分地区，四川省的成都、自贡、泸州、德阳、绵阳（除平武县、北川县）、遂宁、内江、乐山、南充、眉山、宜宾、广安、达州（除万源市）、雅安（除天全县、宝兴县）、资阳等 15 个市，总面积 18.5 万平方公里。考虑到数据可获得性，将重庆市开州、云阳，四川省达州、雅安等 4 个区域全域纳入本次研究。

（三）现实逻辑：提升区域卫生健康整体服务能级有效手段

当前，成渝地区双城经济圈区域卫生健康服务整体供给质量还不优、供给水平还不高、供给结构还不完善，突出表现在优质资源不足。高层次人才不够，截至 2020 年的 84 位医学院士中，增选为医学院士时就职单位主要分布在北京、上海、浙江、山东、江苏等省市（占 72.6%），而四川省只有 1 名（另 2021 年新增 1 名），重庆市有 4 名（另 2021 年新增 1 名）。高水平医院不多，川渝两地共创建国家医学中心和国家区域医疗中心 3 个，远落后于上海市（5 个）、北京市（10 个）；2020 年全国三级公立医院绩效排名前 10 名的医院中，长三角地区有 6 家，成渝地区仅有 1 家，四川大学华西医院排第 5 位，重庆市没有医院进入全国前 10 名。推动成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展，根本目的就是要推动区域医疗卫生供给侧结构性改革，通过强强联合等方式，共建、共创、共享高级别平台资源，补齐供给短板、调整供给结构、增加有效供给、降低供给成本，有效发挥规模优势和集中优势，带动区域卫生健康服务水平整体提升。

（四）价值逻辑：不断满足两地人民群众健康期盼必然选择

卫生健康关乎民生、连接民心，是重要公共服务，是改善民生的

重要领域。根据国家《“十四五”公共服务规划》，未来公共服务发展趋势是向均等化、标准化、优质化方向发展。加快推动成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展，将推动区域医疗卫生服务均等化，协力制定区域医疗、医药、医保方面的政策、制度和标准，推动卫生健康服务迈步高品质，满足多层次多样化健康需求，这有利于提升区域群众健康获得感、幸福感，必将促进区域公共服务共建共享、推动成渝地区加快共同富裕。

三、成渝地区卫生健康一体化进展和阶段性成效

（一）主要领域

川渝两地卫生健康委于2020年4月签订《推动成渝地区双城经济圈建设川渝卫生健康一体化发展合作协议》。双方确定从落实领导互访机制、协同推进健康中国行动、健全“互联网医疗健康”服务体系、开展医改经验交流互鉴、推动医疗服务区域合作、加强基层卫生交流合作、健全卫生应急和传染病防控联动机制、加强人才培养和科研合作、建立食品安全标准与风险监测协作机制、深化中医药创新协作、推动健康产业协作发展、加强国际合作交流等12个方面开展卫生健康一体化建设。与京津冀、长三角地区卫生健康合作进行比较，成渝地区呈现以下特征。

1. 合作机制更加完善

一般情况，组织领导、合作机制都作为保障措施而非合作内容。成渝地区将落实领导互访机制作为合作内容首条提出，强调“每年两地委领导带队互访一次以上，召开联席会议一次以上，细化区域合作实施方案”，充分体现两地在谋求组织领导上的共识，以及长期合作的决心。

2. 合作领域更加全面

与京津冀和长三角比较，成渝地区卫生健康合作领域数量最多，达到12个，具体见表2。在医疗服务、公共卫生、信息化、应急和疾控

联防联控、人才等方面基本一致，同时根据新时代、新要求，新增了健康中国、医改、食品安全、国际合作等内容，充分体现成渝特色。

表2 成渝地区、京津冀、长三角卫生健康一体化发展协议主要内容

城市群	总体思路	领域数量 (个)	领域内容
成渝地区	推动一体化发展，以医疗服务协同和信息互联互通为抓手，逐步突破其他领域，助力强化区域公共服务共建共享，建设高品质生活宜居地	12	落实领导互访机制、协同推进健康中国行动、健全“互联网医疗健康”服务体系、开展医改经验交流互鉴、推动医疗服务区域合作、加强基层卫生交流合作、健全卫生应急和传染病防控联动机制、加强人才培养和科研合作、建立食品安全标准与风险监测协作机制、深化中医药创新协作、推动健康产业协同发展、加强国际合作交流
京津冀	推动协同发展，疏解非首都功能，推动优质医疗资源向外转移，同时以医疗保障协同发展带动其他领域合作	10	加强医疗服务区域合作、推动公共卫生计生区域联动、强化卫生计生事业发展规划对接、构建卫生计生综合监督协调机制、加快区域卫生健康信息一体化建设、加强人才培养和科研合作、疏解北京非首都功能、加强基层卫生合作、带动区域内健康服务业发展、提升示范点地区的合作水平
长三角	推动一体化发展，聚焦打造健康长三角，着力在检查检验结果互认和错位发展生物医药产业集群上突破	6	促进医疗服务均质发展、推进公共卫生一体化、深化中医药创新合作、协同推进健康科技创新、推进健康信息互联互通、建立综合执法监督联动协调机制

3. 合作方式更加灵活

除了常规行政指令性任务，比如区域检验检测结果互认、建设医联体等，成渝地区对双方的合作也强调日常交流和信息互通，比如医改经验交流互鉴、基层卫生互访交流、两地基层医疗卫生机构院长（主任）交流座谈会等。合作范围也有拓展，除了相互之间交流、与全国其他区域交流，还强调发挥在推进共建“一带一路”中的带动作用，以西部陆海新通道为载体，共同探讨和深化国际交流与合作，共享对外交流资源。

（二）主要做法

1. 健全合作机制，为一体化发展提供有力保障

一是健全领导机制。联合成立推动成渝地区双城经济圈建设卫生健康一体化发展领导小组，互派两批挂职干部，设置相对固定专班、专人负责推进卫生健康一体化工作。二是健全任务机制。每年度联合印发卫生健康一体化工作要点，建立工作台账，督导各项工作落地落实。三是健全工作机制。坚持两省市卫生健康委处室月对接，分管领导季交流，主要领导半年联合调度的沟通协调机制，做到工作中充分沟通、步调一致。

2. 聚焦重点任务，为一体化发展释放创新活力

一是突出医疗服务高质量。联合成立眼科、神经外科、疼痛科等80多个专业的专科联盟。四川大学华西第二医院会同重庆医科大学附属儿童医院成功获批国家儿童区域（西南）医疗中心。二是突出产业发展高水平。川渝两地携手拓展健康旅游市场，在首届成渝双城经济圈国际健康旅游论坛上达成重点合作签约24个项目10.23亿元。共建国家中医临床研究基地，共同开展优势病种研究、临床科研攻关和姜黄、白芷、川牛膝等品质保障和绿色种植关键技术研究。三是突出信息互通高标准。完成川渝两地电子健康卡互联互通启动仪式，实现两地健康卡直接“扫码就医”。建立远程医疗协作网287个，已覆盖全省2255多家医疗机构。四是突出人才培养高标准。组织开展川渝卫生专业技术人员“双百”培养项目，促进两地医疗卫生机构共享西部卫生健康科技成果转化平台资源。

3. 深化交流合作，为一体化发展提供坚实动能

一是深化协议签订。联合签署《推动成渝地区双城经济圈建设川渝中医药一体化发展合作协议（2020—2022年）》等12项协议，具体见表3。

二是深化交流培训。联合举办“卫生健康经济管理创新案例经验交流会暨川渝卫生健康经济大讲堂”、首届川渝基层卫生健康管理峰会等近10个大型交流培训会议。三是深化试点共推。联合印发《统筹川渝跨界毗邻地区“120”应急救援服务范围实施方案》，在渝西、川南地区试点开展120一体化服务。启动“你点名 我监督”联合执法暨成渝地区交叉执法检查活动。四是深化标准共建。全面推行二级以上公立医院开展检验检查结果互认，明确16项、41项临床检验、医学影像检查互认项目及质控标准。

表3 成渝地区卫生健康一体化发展部分重要合作协议

时间	合作单位	协议名称
2020年4月	四川省卫生健康委、 重庆市卫生健康委	《推动成渝地区双城经济圈建设川渝卫生健康一体化发展合作协议（2020—2025年）》
2020年2月	四川省中医药管理局、 重庆市中医药管理局	《推动成渝地区双城经济圈建设川渝中医药一体化发展合作协议（2020—2022年）》
2020年7月	成都市卫生健康委、 重庆市卫生健康委	《推动成渝地区双城经济圈建设成渝卫生健康一体化发展合作协议（2020—2025年）》
2020年7月	成都市卫生健康委、 重庆市卫生健康委	《推动成渝地区双城经济圈建设川渝卫生健康一体化发展合作协议（2020—2025年）》
2020年7月	重庆市卫生健康委、 广安市卫生健康委	《推动成渝地区双城经济圈建设渝广卫生健康合作协议（2020—2025年）》
2020年12月	四川省卫生健康委、 重庆市卫生健康委	《推动成渝地区双城经济圈建设卫生健康一体化发展川渝基层卫生交流合作协议（2020—2025）》
2021年4月	四川省卫生健康委、 重庆市卫生健康委	《推动成渝地区双城经济圈建设卫生健康一体化发展川渝妇幼健康交流合作协议（2021—2025）》
2021年5月	成都、德阳、眉山、 资阳市卫生健康委	《成德眉资区域医疗检查检验结果互认合作协议》
2021年7月	四川省卫生健康委、 重庆市卫生健康委	《川渝疾病预防控制一体化发展合作协议（2021—2025）》

（三）阶段成效

1. 两地群众享受就医“便利”

生育服务证办理、再生育审批、医疗机构放射性职业病危害建设项目竣工验收等11个“川渝通办”事项实现“全程网办”，真正让群众少

跑路。各毗邻地区试点“120”一体化服务有序开展，群众就近享受方便快捷的急诊急救服务。川渝远程医疗协作网逐步建立，远程会诊服务量达到16.67万人次，远程影像服务量206.56万人次，远程心电服务量104.52万人次，让群众在当地享受优质医疗资源。

2. 两地群众获得健康“实惠”

区域检验检查结果互认加快推进，仅2022年1—6月成渝地区15个城市检查检验结果互认近130万例次，累计为患者节约费用8643万余元。两省市跨省异地就医覆盖面进一步扩大，普通门诊费用跨省直接结算两定机构扩面加快推进，2022年上半年川渝两地累计跨省异地住院、跨省普通门诊、跨省定点药店购药直接结算达到139.57万人次，涉及医疗费用17.31亿元。

四、成渝地区卫生健康一体化高质量发展的政策建议

虽然近两年四川、重庆积极建立区域战略统筹机制，在卫生健康发展规划、医疗卫生服务体系规划等方面相向而行、同向发力，但推动成渝地区双城经济圈卫生健康一体化发展仍存在一系列制约因素，不仅有成渝地区内部区域经济发展不平衡、财政供给能力不一、常住人口数量悬殊、部分区域医疗卫生服务体系不健全等现实问题，也存在着协同机制有待深入、利益关系有待协调、政策标准有待统一等制度方面的影响因素。在后续推动进程中，要按照《推动成渝地区双城经济圈建设川渝卫生健康一体化发展合作协议（2020—2025）》，强化卫生健康全域统筹理念，统筹全域发展规划、资源布局、服务模式和管理体制，加大“1个医学中心2个发展极核3个一体化示范区”建设，加快构建区域卫生健康事务协同治理体系。到2025年，加强科技创新、人才、教育、信息和大数据等优势资源发展，加快形成国内先进、西部一流的卫生健康资源要素集聚高地，初步建成与成渝双城经济圈空间发展格局相匹配的

健康产业集群，力争构建立足西南、辐射西北、面向欧亚卫生健康发展高地，为成渝实现由国家级城市群向世界级城市群的跨越奠定健康基础。

（一）打造全国西部医学中心

成渝地区双城经济圈在西部具有先发优势，医、教、研三位一体发展，拥有四川大学华西医院、四川大学华西口腔医院、重庆医科大学多个附属医院等国内一流高水平医院，拥有四川大学华西医学中心、成都中医药大学、西南医科大学、川北医学院、成都医学院、重庆医科大学、陆军军医大学等优质医学教育资源，拥有生物治疗国家重点实验室、口腔医学国家重点实验室、国家老年疾病医学临床研究中心、国家口腔疾病临床医学研究中心、国家儿童健康与疾病临床医学研究中心等多个国家级科研平台，具有在医学科学领域全局性、关键性、“临门一脚”和“卡脖子”问题上开展关键核心技术攻关的实力。前期，四川大学华西口腔医院已获批国家口腔医学中心，重庆医科大学附属儿童医院和四川大学华西第二医院联合成功申报国家儿童区域（西南）医疗中心，四川大学华西医院入选首批“辅导类”国家医学中心创建单位。未来，在成渝卫生健康一体化发展背景下，两地可进一步发挥双方在口腔医学、老年医学、麻醉学、儿科学、烧伤、整形等方面的比较优势，协力争创更多更高级别的发展平台，共同打造西部医学中心。

（二）打造成都市、重庆市两个优质资源极核

成都市坚持以新发展理念为“魂”、以公园城市为“形”，加快医疗卫生资源总量发展，优化医疗卫生资源配置布局 and 结构，中心城区进一步发挥引领作用，城市新区加强优质医疗卫生资源集聚，郊区新城加快形成和完善优质高效医疗卫生服务体系，着力打造高水平的医疗中心、高水准的医学创新中心、高层次的人才汇集中心。

重庆市推动“一区两群”协调发展，把提高医疗卫生服务供给质量

和服务水平作为核心任务，推动优质医疗卫生资源扩容，主城都市区促进优质医疗卫生服务同城化发展，渝东北三峡库区城镇群打造全国区域性高品质健康服务示范区，渝东南武陵山区城镇群补齐区域医疗卫生短板弱项，实现优质医疗卫生资源配置均衡化、基本医疗卫生服务均质化、基本公共卫生服务均等化。

（三）打造北翼、南翼、中部三个一体化发展示范区

按照“一轴两翼”的整体布局要求，成渝北翼主要包括达州、南充、万州、开州等地，核心是推动渝东北、川东北地区一体化发展；成渝南翼主要包括自贡、泸州、内江、宜宾、江津、永川、荣昌等地，核心是推动川南、渝西地区融合发展；成渝中部主要包括广安、遂宁、渝北、潼南、合川等地，核心是促进成渝地区中部崛起。在这些区域探索经济区与行政区适度分离，推动川渝毗邻地区合作共建区域发展功能平台，是深化川渝合作推动成渝地区双城经济圈建设的创新举措。对于卫生健康领域来说，毗邻地区同样是推动一体化发展的重点区域，通过打造四大卫生健康一体化示范区，引领示范成渝毗邻地区卫生健康发展。其中，北翼可选取万达开川渝统筹发展示范区，建立万达开三地应急联动机制，先行实现二级甲等及以上医院医学影像检查和临床检验结果互认。南翼可选取川南渝西融合发展试验区，探索开展跨界毗邻地区120应急救援试点，建立完善妇幼健康医联体合作关系，深化川渝两地互联网医疗服务、跨区域采供血服务、专科联盟建设等方面合作。中部可选取遂潼川渝毗邻地区一体化发展先行区，推进医疗卫生信息互联、标准互认、资源共享，促进就医同城化；选取川渝高竹新区，大力提升医疗卫生服务能力，建设高品质宜居新城。

（责任编辑：张苹）

征稿启事

《卫生政策研究进展》杂志是上海市卫生健康委员会主管，上海市卫生和健康发展研究中心主办的卫生政策研究期刊，属于连续性内部资料性出版物（上海市连续性内部资料准印证第 K0649 号），2008 年 11 月正式创刊发行，每年发行 8 期，主要设有医药卫生体制改革、专家解读、专题研究、他山之石、区县之窗、专家观点政策解读、信息动态讯息等栏目。现广泛征集优质稿件，欢迎作者踊跃投稿。征稿事项简述如下。

一、办刊宗旨

配合卫生健康事业的改革与发展，及时传播改革进展及相关政策研究成果，为决策者提供及时、可靠的卫生决策咨询信息服务。

二、读者对象

刊物出版后，进行赠阅，赠阅范围主要包括：世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处，美国中华医学基金会合作项目单位；国家卫生健康委员会相关司局，国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、国家卫生健康委员会统计信息中心；各省市卫生健康委员会规划发展处、财务处、政策法规处；上海市委、市人大、市政府、市政协相关部门，上海市卫生健康委员会领导及有关处室，上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会主要领导，上海相关医疗卫生单位；全国部分高校和研究机构的卫生政策研究专家和学者等。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与卫生健康事业改革相关，如有 4～5 篇同一主题的一组文章，可单独与编辑部联系，编辑部将视稿件情况考虑是否专门成刊。每篇文章 5000～8000 字为宜。

2. 来稿应结构完整论点明确，论据可靠，数字准确，文字精练。

3. 来稿作者信息包括姓名、单位、职称、职务、地址（xx 省 xx 市或 xx 县 xx 路 xx 号）、邮编、电话、E-mail 等信息。

四、投稿事宜

文稿请采用 word 格式发送至以下邮箱：phpr@shdrc.org。凡被采用的稿件，编辑部会进一步与作者沟通修改事宜。稿件一经录用，编辑部会联系作者支付稿费并赠送当期杂志 1 本。本刊不收取任何版面费。

五、联系方式

地 址：上海市徐汇区肇嘉浜路 789 号 邮 编：200032

网 址：www.shdrc.org

微信公众号：卫生政策研究进展（过刊电子稿可从公众号查阅）

联系人：张 苹 信虹云

电 话：021-33262062 021-33262061

邮 箱：phpr@shdrc.org

发送对象：

世界卫生组织驻华代表处、世界银行驻华代表处
国家卫生健康委员会相关司局、国家卫生健康委员会卫生发展研究中心、
国家卫生健康委员会统计信息中心
中国医学科学院医学信息研究所
美国中华医学基金会合作项目单位
上海市市委、市人大、市政府、市政协相关部门
各省市卫生健康委员会政策法规处、财务处
上海市卫生健康委员会领导及有关处室
上海市各区分管副区长、各区卫生健康委员会
相关医疗卫生单位
全国部分高校和研究机构



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生健康发展研究中心

(上海市医学科学技术情报研究所)

Shanghai Health Development Research Center

(Shanghai Medical Information Center)

中国 上海

Shanghai China