

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2023 年第 4 期

(总第 594 期)

卷首语 本期关注区域医疗中心建设及其评价指标体系构建，结合分级诊疗制度建设、国家医学中心规划设置和区域医疗中心建设运行等工作的调研经验，系统梳理相关政策文献，研究区域医疗中心建设相关问题，为区域医疗中心进一步建设发展提供参考；以合作共建东营市人民医院为例，梳理国家区域医疗中心建设情况，探讨合作共建及其内在机制，为国家区域医疗中心建设提供经验借鉴；以北京大学第一医院宁夏妇女儿童医院建设工程为例，采用SWOT法分析其建设管理模式的优劣，对区域医疗中心的建设管理提出合理化建议与对策；构建区域医疗中心评价指标体系，确定各层次指标权重，为评价区域内医院的整体实力提供依据。



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)

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊

2023 年第 4 期 (总第 594 期)

2023 年 8 月 28 日

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

《医学信息》编辑部

上海市徐汇区肇嘉浜路
789 号均瑶国际广场 11
楼 D 座

邮编: 200032

电话: 021-33262063

021-33262061

传真: 021-33262049

E-mail:

medinfo@shdrc.org

网 址:

www.shdrc.org

刊 名 题 字: 王道民

主 编: 邬惊雷

衣承东

常务副主编: 高 红

副 主 编: 王剑萍

许明飞

编辑部主任: 信虹云

编 辑: 王 瑾

目 次

专题研究

“十四五”时期加强区域医疗中心建设的思考

..... 王丹 耿铖 (1)

国家区域医疗中心建设机制探讨

..... 周小明 李德福 杨锐, 等 (6)

国家区域医疗中心建设管理模式的 SWOT 分析与对策探讨

..... 吴胤 (10)

基于层次分析法的区域医疗中心评价指标体系构建研究

..... 王欣媛 徐佳苗 刘健, 等 (15)

信息速递

第五批国家区域医疗中心名单公布, 49 家医院获批

..... (23)

征稿启事

征稿启事..... (27)

《专题研究》

“十四五”时期加强区域医疗中心建设的思考

王丹 耿铖

北京大学口腔医院 / 国家口腔医学中心 / 国家口腔疾病临床医学研究中心 / 口腔数字化医疗技术和材料国家工程实验室, 100081

2019 年, 由习近平总书记主持的中央全面深化改革委员会第九次会议审议并通过了区域医疗中心建设试点工作方案, 提出从顶级医疗资源比较富集的地区, 选择若干国家级高水平医院作为输出医院, 通过建设分院或分中心等分支机构的方式输入优质医疗资源到人口众多、优质医疗资源非常匮乏的省份。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》再次明确提出加快优质医疗资源扩容和区域均衡布局, 积极发挥国家医学中心和区域医疗中心在协同推进医、教、研、防、管整体水平提升的重要作用。如何做好区域医疗中心的设置和建设成为国家相关部委和各省级政府的重点工作, 也是国内高水平医院最关注的热点。

因目前区域医疗中心建设项目处于起步阶段, 相关研究的文章较少, 本文结合分级诊疗制度建设、国家医学中心规划设置和区域医疗中心建设运行等工作的调研经验, 系统梳理相关政策文献并结合专家访谈对区域医疗中心建设相关问题开展研究, 为区域医疗中心进一步建设发展提供参考。首先, 通过文献研究对区域医疗中心建设现状、政策背景的文献资料进行梳理分析, 形成科学认识和理论基础, 资料来源于文献资料数据库 (中国知网、万方、维普等) 和政府网站 (中华人民共和国国家卫生健康委员会官网、中华人民共和国国家发展和改革委员会官网、国家统计局官网)。其次, 对负责区域医疗中心建设相关工作的领导、专家进行开放式专家访谈, 选择国家卫生健康委员会医政医管局、国家发展和改革委员会社会发展司的相关领导咨询中心设置、运行机制和考核工作的意见和看法。对第一批区域医疗中心试点输出医院且已获批试点项目的相关医院专家开展访谈, 访谈内容包括中心建设经验、要点以及存在的问题, 访谈专家分别来自中国医学科学院肿瘤医院、中国医学科学院阜外医院、复旦大学附属华山医院、首都医科大学附属北京儿童医院、复旦大学附属中山医院和北京大学第三医院。

基金项目: 北京大学口腔医 (学) 院管理科研基金项目 (2021GLJJ06)

通信作者: 耿铖, E-mail: gengcheng56@163.com

本文转载自《中国农村卫生事业管理》2023 年 4 月第 43 卷第 4 期

1 建设社会背景

党的十八大以来,我国依照保基本、强基层、建机制的基本原则,全面深化医药卫生体制改革,搭建中国特色基本医疗卫生制度框架,医疗卫生服务的可及性、质量、效率和满意度持续提高。从需求上看,随着经济社会的发展、交通方式的便捷、医疗保障体系的健全,从“看得上病”到“看得好病”,全社会对优质医疗资源的需求快速增长。从供给上看,医疗资源布局严重不均衡,中、西部省份与东部发达地区在优质医疗资源存量、医疗技术水平、医学科研教育、基础设施等方面存在明显差距。此外,我国在人均临床医师数量和临床医学生培养规模方面与国外发达国家仍存在差异:一是 2018 年我国每千人口临床医师数为 1.93 人,这远低于经济合作与发展组织 (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) 国家的平均水平 (3.50 人);二是 2018 年包括专科毕业生在内的每千人口毕业生数达到 10.07 人,虽高于美国、法国、韩国等国家,但是仍低于 OECD 国家的平均水平 (13.10 人)。需求和供给上的矛盾导致患者涌向北京、上海、广州等地,造成大医院不堪重负,也加重了患者就医负担。2014—2017 年我国异地就医患者占比 7.9%,且多向一线城市集中。除了本身的医疗救治费用外,还额外增加了食宿、交通、误工等其他费用,直接加重了患者的疾病负担。

2 区域医疗中心建设进展

政府通过有效的规划和干预,构建多中心、多层次的医疗服务提供体系,可以实现高效利用有限医疗资源、提高医疗质量和改善患者就医感受的目的。目前我国区域医疗中心的建设着眼于医疗卫生服务供给侧改革,按照“筑高峰”和“补洼地”两条主线全面推进。一方面由国家卫生健康委员会牵头依托已设置的国家医学中心,同时遴选高水平医院,推进输出医院建设,打造我国医疗服务体系的高峰,实现优质医疗资源扩容;另一方面由国家发展和改革委员会牵头支持输出医院以建设分院或整体托管的形式,在优质医疗资源相对短缺、外转患者相对较多的省份建设区域医疗中心,实现优质医疗资源在各区域均衡布局。

2.1 输出医院建设进展

从 2017 年开始,国家卫生健康委员会先后印发《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》(国卫医发〔2017〕3 号)和《国家医学中心和国家区域医疗中心设置实施方案》(国卫办医函〔2019〕45 号),针对死亡因素排名靠前的疾病种类,充分利用现有客观数据(如医院质量监测系统信息和疾病诊断相关分组数据),设置国家医学中心。同时,综合考虑医疗技术水平领先、国内知名度较高、人才储备丰富、临床教学和科研能力突出等条件,从北京、上海等地选取国内一流医院作为区域医疗中心建设的高水平输出医院,发挥辐射带动作用。截至目前,国家已设置了心血管病、

癌症、老年、儿童、创伤、呼吸、重大公共卫生事件、口腔、神经疾病、传染病这 10 个专业类别的国家医学中心，同时遴选出了中国医学科学院阜外医院、肿瘤医院等 49 家高水平医院作为试点建设的输出医院，通过建设分中心、分机构等方式推动区域医疗中心建设。见图 1。



图1 区域医疗中心建设要点流程图

2.2 输入医院建设进展

2019 年 10 月，国家发展和改革委员会、国家卫生健康委员会、国家中医药管理局和国务院深化医药卫生体制改革领导小组秘书处联合印发《区域医疗中心建设试点工作方案》（发改社会〔2019〕1670 号），决定在患者流出多、医疗资源相对薄弱的河北、山西、辽宁、安徽、福建、河南、云南、新疆 8 个省（自治区）开展区域医疗中心试点建设，同时为充分调动地方政府的积极性，在医疗价格、人事薪酬、药品流通、医疗保险支付等重点领域和关键环节给予政策支持。截至目前，10 个建设试点项目运营提升专科技术水平、医疗服务同质化、高水平人才队伍建设等各项工作正在积极推进。

3 存在的主要问题

结合区域医疗中心建设要点进行访谈梳理，发现目前区域医疗中心试点推进过程中存在以下问题。

3.1 区域医疗中心建设覆盖的专科类别和地域范围较小

目前，国家在全国范围内已经设置了 10 个专科类别的国家医学中心，但是已建设运行的区域医疗中心仅涉及肿瘤、神经、心血管病、呼吸、儿科、创伤 6 个专科类别，并且试点建设项目在省部对接、院地洽谈、政策储备及资金落实方面还存在不足。另外，第一批区域医疗中心试点建设项目获批 10 项，试点建设省份约占全国省份的 1/4，其

覆盖范围较小,在推动全国优质医疗资源扩容和区域均衡布局方面的作用较为微弱。

3.2 输出医院引领带动作用发挥有限

虽然输出医院代表着国内各专科最顶尖的水平,但是医、教、研、产、用等创新要素协同还不够,暂时未达到世界一流水平。从技术水平和服务能力角度来看,作为输出医院的临床研究、学科研究引领作用还没充分发挥。一方面,高精尖医疗技术创新、医学科学研究和成果转化应用方面还存在不足;另一方面,医学重点领域和关键技术联合攻关能力缺乏。部分医院仍未从繁重的常见病诊疗工作中解脱出来。

3.3 管理体制和运行机制衔接不足

区域医疗中心试点医院在管理体制、人事薪酬制度、医疗技术和人员编制互认等方面采取了适时平移创新,但未从根本上突破现有医疗事业单位体制机制。例如,在输出医院已经广泛开展的技术项目在输入医院当地属于新技术项目,不具备收费资质,影响了新技术项目的推广应用;输出医院向输入医院派驻的无编制人员,在输入医院解决编制后,无法平行到输出医院落实编制,在一定程度影响了工作的积极性。

4 讨论和建议

区域医疗中心建设需考虑到可持续发展,设定可行的发展目标,制定科学的规划方案,国家层面、地方政府、输出医院和输入医院各主体单位要统一思想认识,相互配合,共同发力,不因人事变更影响全局规划,推动工作深入开展。

4.1 国家层面牵头支持并落实考核

从试点建设运行看,一方面,区域医疗中心建设应由国务院办公厅统筹,国家发展和改革委员会和国家卫生健康委员会牵头负责,财政部、人力资源和社会保障部、国家医疗保障局等相关部门配合支持,在政策、项目和投入方面加大支持。一是加快国家医学中心的设置工作,扩大专科类别,增加输出医院目录,逐步实现优质医疗资源扩容,将区域医疗中心建设覆盖所有省份。二是给予输出医院、输入医院中央补助资金支持,推动开展深层次的合作。三是在疑难病症诊疗能力提升工程、国家临床重点专科建设等项目上,在政策允许范围内给予输出医院倾斜政策,优先考虑将输出医院纳入“十四五”中央投资储备项目库支持建设。另一方面,要强化跟踪指导,对区域医疗中心建设过程实施动态监测,及时发现建设中存在的问题,提出改进建议。一是综合考虑区域医疗中心功能定位和职责任务,重点围绕管理机制建立、专科能力建设、职责任务履行和绩效利益分配等制定考核指标,委托专业机构对区域医疗中心的建设和运行开展评估。二是有针对性地考核区域内配套政策、重点疾病外出转诊比例、疑难病症诊治比例和整体医疗技术提升情况,确保区域医疗中心落实公益责任,发挥区域医疗中心技术带动优势,最大限度减少异地就医,缓解群众“看病难”问题。

4.2 地方政府加大改革创新力度

地方政府要将区域医疗中心建设纳入城市公立医院综合改革试点单位, 制定规划方案, 统筹区域内医疗资源合理布局、协调发展, 避免重复建设、资源浪费。一方面, 给予输出医院适当补助, 建立利益共享机制, 充分调动输出医院积极性。另一方面, 加快对技术成熟、临床疗效确切的新技术、新项目在收费价格方面简化审批手续。同时, 在编制管理、人事薪酬、医疗保险物价等配套政策上有所突破, 保证输出医院在人才、技术、管理、学科等方面平移创新效果, 将区域医疗中心逐步打造成为医疗技术的创新地、科研成果的转化地、医学人才的培训地、管理团队的锻炼地, 实现优质医疗资源扩容、医院品牌输出、医疗服务同质、医院文化复制。

4.3 输出医院持续提升核心实力

输出医院在医疗技术水平、人才储备、科研创新方面处于国内领先地位。在区域医疗中心建设过程中首先应明确自身功能定位, 积极探索由规模扩张的外延式发展转变为质量效益提升的内涵式发展, 治理方式由粗放型、经验型管理转向精细化、科学化管理, 重点关注国际医学科学前沿, 聚焦重大疾病防治需求、科研攻关、人才培养等问题, 对标国际一流医院, 引领我国医学科学和公立医院高质量发展。在医疗技术水平方面, 充分运用新技术、新理念, 开展全国疑难危重症的诊断与治疗, 确保不因区域医疗中心建设摊薄技术力量。人才储备和科研创新方面, 积极与高等院校、科研院所以及社会办高水平医学研发创新机构合作, 通过打造高层次医学教育培训和医学科研创新平台, 在人才、学科、技术、服务、标准规范、运行管理等多维度开展合作, 一方面增强我国医学、医药、医疗技术和医学装备重大攻关水平, 支撑高水平的科研和成果转化应用, 提升健康科技创新能力和国际竞争力, 另一方面培养区域医疗中心技术骨干和学科带头人, 推动开展国家级科研项目。

4.4 输入医院强化自身建设

输入医院可通过引入优质资源, 强化学科建设, 提升专科医疗服务能力。医疗资源方面, 积极引进先进医疗技术项目, 促进技术项目创新, 推动适宜技术项目推广。人才方面, 可考虑建立输入、输出医院人才双向流动机制, 通过委托培养、进修学习、岗位轮训等多种形式, 加强骨干人才培养, 形成合理的人才梯队。科研方面, 需加强输入、输出医院科研合作, 通过搭建临床研究平台, 开展多中心临床研究, 不断提升科研水平。同时, 积极推进互联网与医疗服务的有效融合, 利用信息化、大数据手段, 推进医学科学创新发展, 实现医院精细化管理。

◀ 专题研究 ▶

国家区域医疗中心建设机制探讨

周小明^{1,2} 李德福² 杨锐¹ 张凯^{1,2} 张振海^{1,2} 王荣¹

1. 山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院), 250021

2. 东营市人民医院, 257091

2017 年 1 月, 原国家卫生和计划生育委员会印发《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》(国卫发〔2017〕3 号), 明确启动国家区域医疗中心规划设置工作。2019 年以来国家区域医疗中心建设加快布局, 截止到 2023 年 8 月, 共确定 5 批 125 家国家区域医疗中心。但目前区域医疗中心建设仍处于探索阶段, 既没有固定模式, 也没有成熟经验, 存在着试点项目进展差异较大、部分输出医院投入精力有限、关键环节创新突破不足、部分试点地区支持力度不够等问题。

山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 作为输出医院, 两家依托医院 (山东省立医院菏泽医院和山东省立医院泸州医院) 同时获批国家区域医疗中心, 在省内尚属首例。本文结合东营市政府与山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 合作共建东营市人民医院的经验, 对国家区域医疗中心建设情况进行整体梳理, 在政策研究的基础上, 通过合作共建实践及其内在机制分析, 为国家区域医疗中心建设提供经验借鉴。

1 合作共建的改革实践

为解决东营市人民医院学科建设弱、诊疗技术水平低等实际问题, 2011 年东营市委市政府在反复调研论证的基础上, 与山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 建立紧密型政医合作机制, 创新医疗联合体建设模式, 推动省级优质医疗资源下沉基层, 合作共建 12 年以来走出了一条省市合作、学科提升、群众获益、多方共赢的公立医院高质量发展新路子。

1.1 创新合作共建机制

东营市以医院现有资产 (含负债)、人员、设备及后期财政投入等参与合作, 山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 则以品牌、技术、人才、管理等参与合作, 对东营市人民医院实行“省市合作、共建共管、共有共享”模式改革, 建立了理事会决策、领导班子管理、监事会和社会监督委员会监督的“三位一体”新型法人治理结构。

基金项目: 山东省重点研发计划 (软科学重大项目) (2022RZA04019)

通信作者: 王荣, E-mail: sdwangrong@sina.cn

双方成立合作共建领导小组, 签署合作共建协议, 建立沟通协调机制, 定期研究合作共建重大事项, 推动各项任务与措施落地。

1.2 创新管理团队融合机制

山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 先后派出院长、党委书记 5 人次, 副书记、副院长 8 人次, 与东营市人民医院融合组建新领导班子, 提升标准化管理水平。管理团队主要负责人在第 1 个周期由山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 委派人员担任, 第 2、第 3 个周期逐步过渡到由东营市人民医院委派人员担任, 确保合作共建各项工作有序推进落地。

1.3 创新学科帮扶机制

山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 按照 “一个管理团队、一批学科专家、一项培养工程、一套远程系统、一条绿色通道” 实施全方位立体式精准帮扶, 强管理、传技术、建学科、育人才。遴选知名专家直接担任临床科室主任, 优先配置重点学科与手术科室, 开展坐诊、查房、手术、带教、科研等业务, 带动相关科室管理、人才、技术、科研综合实力的整体提升。

1.4 创新共建发展生态

东营市委市政府切实履行办医职能, 划拨 120 亩土地用于医院扩容发展, 投资 4.84 亿元用于基础设施建设, 对人才培养、重点学科等共建活动每年给予 500 万元专项补助。卫生健康、人力资源和社会保障、编制委员会办公室等部门探索实行 “实名编制 + 备案编制” 制度, 给予人才招聘自主权, 优化人才队伍结构; 医疗保障部门制定医疗保险支付方式改革、价格调整等配套支持政策。

1.5 创新医院运行机制

落实党委领导下的院长负责制, 充分吸收山东第一医科大学附属省立医院 (山东省立医院) 各项运营机制, 结合东营市人民医院具体实践, 健全内部决策执行机制, 制定实施医院章程和发展规划, 提升引领高质量发展能力。通过创新人事管理机制、完善绩效激励机制、建立质量管理长效机制、构建科技创新环境、提高临床教学质量, 全面提升医院内涵建设。

2 合作共建实效

经过 12 年共 3 个周期的合作共建, 东营市人民医院陆续成功建成三级乙等医院、三级甲等医院, 获评 “全国文明单位” “全国改善医疗服务示范医院”。新建血管外科、生殖医学科、优生遗传、眩晕、儿外科等一批科室, 填补了东营地区部分医院专科空白; 心血管内科、肿瘤科、中医科、康复医学科先后入选省 (中医) 临床重点专科 (学科); 胸痛中心、房颤中心、创伤中心等通过国家级认证, 诊疗技术水平显著提升。东营市人民医院连续 5 年事业单位绩效考核均获得 “好” 等次。

山东第一医科大学附属省立医院(山东省立医院)通过合作共建,充分彰显国家区域医疗中心辐射带动的影响力与公益性,切实推动了省域内医疗资源均衡布局。与东营市人民医院建立双向转诊通道,在东营市人民医院无法治疗的“大病”“难病”可上转至山东第一医科大学附属省立医院(山东省立医院),实现由东营到济南的“一站式”对接就诊、住院服务,确保常见病本地就诊、重大疾病省内就医,实现了“病人不动、医生动”的诊疗模式,东营市居民能够就近享有公平、优质、高效、方便的医疗服务。同时,通过合作共建山东第一医科大学附属省立医院(山东省立医院)培养了一大批医院和学科管理人才,为医院和学科发展储备了充足的人才资源。

3 国家区域医疗中心合作共建路径讨论

当前,随着医药卫生体制改革的持续深化,公立医院综合改革取得新成效,初步形成了县域医疗共同体、区域医疗联合体、城市医疗集团、国家区域医疗中心、国家医学中心等多层面、多领域、多形式的办医模式。国家区域医疗中心建设是一项任务艰巨、复杂的系统工作,涉及多个参与主体,协调性强,影响面广,需要多方联动、多方合力,才能取得多方共赢的良好局面,借鉴东营市人民医院与山东第一医科大学附属省立医院(山东省立医院)合作共建机制,本文提出以下思路,以期更好地提高区域医疗中心建设水平。

3.1 建立多方参与的合作共建机制

确立“省院共建”“市院共建”是保障区域医疗中心建设和功能任务落实的顶层设计,其目的是更好地落实各级政府对区域医疗中心的领导、保障、管理和监督责任,协调各项财政投入,推动保障政策制定,促进“医教研防管”五位一体功能的落实和高质量发展。在明确区域医疗中心功能定位,理顺由谁经营管理、对谁负责等权属关系的情况下,科学构建由当地政府、相关部门、输出医院、有关高校、依托医院等多方参与的高效协商推进机制。比如,可以考虑成立理事会、监事会等法人治理机制,也可以考虑成立领导小组、工作专班等行政推进机制,定期研究、解决推进过程中的重大问题,形成共建合力。通过签订合作共建协议书,明晰合作目标、共建任务、各方职责、权限和管理责任等;通过建立目标管理及考核评价机制,强化考核结果运用,确保职责履行、任务落地。

3.2 完善相关配套政策支持

区域医疗中心属地政府应履行好“出资人”职责,在上级配套资金支持下,将区域医疗中心建设纳入本地社会发展总体规划和深化民生领域改革重点内容,落实在财政投入、用地保障、高层次人才培养等方面的优先政策。建立以政府专项投资为牵引的多渠道筹资机制,重点支持区域医疗中心基础设施建设、重点学科建设、人才队伍建设、科技创新等,确保资金投入到位。同时,应加强多部门的政策支持,从人才引进、

编制管理、医疗服务价格调整及审批、信息化建设等多方面予以大力支持,确保政策保障有力有效。

3.3 落实区域医疗中心建设主体责任

区域医疗中心建设依托医院是承接输出医院优质资源的主体,依托医院真抓实干是区域医疗中心建设工作取得丰硕成果的重要基础。依托医院应当深刻领会建设区域医疗中心的战略意义,强化使命担当和职责履行。区域医疗中心应强化党的全面领导,制定落实医院章程,健全内部领导管理体制,完善决策议事程序和内部管理制度,构建精细化、科学化、现代化的管理运行体制。充分发挥医学高等院校的作用,加快培养高素质复合型人才。充分落实用人自主权,探索多元化高层次人才引进方式,完善高层次人才使用、评价、管理等制度,确保人才“引得来、留得住、用得好”。

3.4 强化输出医院运营责任

输出医院应强化运营责任,充分发挥自身管理、人才、技术、科研、教学以及品牌等资源优势,推动区域医疗中心高质量发展。在管理上应坚持融合发展理念,将区域医疗中心建设纳入输出医院整体发展规划统筹考虑,按照协议约定,由输出医院派出管理团队,履行管理职能。在业务上应坚持同质化发展导向,由输出医院选派技术团队,全面开展医、教、研等各项工作,进一步扬优势、补短板、强特色、扩品牌,充分发挥好输出医院的辐射作用。在科研教学上应坚持资源共享理念,加大科研协同攻关力度,深度开展科研课题联合研究;发挥教学优势,优先接收区域医疗中心进修人员,推动科研教学水平稳步提升。在方式上要多措并举,注重发挥“互联网+医疗”的作用,减少因距离带来的不利影响,推动区域医疗中心建设提质增效。

3.5 加强文化融合以形成凝聚力

国家区域医疗中心输出医院与依托医院整体发展水平不同、学科发展阶段不同、医务人员发展要求不同、医院地理位置不同、服务区域人文环境不同,需要输出医院与区域医疗中心高度重视两家医院文化融合的战略意义,输出医院提供的各项业务举措应充分评估区域医疗中心实际情况,通过党建活动、管理培训、文体项目等多种方式促进两家医院人文融合、制度融合、机制融合,形成合作共建发展的强大凝聚力,进一步优化建设环境与氛围。

国家区域医疗中心是国家医疗资源再平衡的重要布局项目,主要定位于带动区域医疗、预防和保健服务水平提升,努力实现区域间医疗服务同质化。截至目前,区域医疗中心建设正有序推进中,但是建设成效不一,全国已有 3 家试点项目因建设考核结果不佳而被列为“警示类”。为确保各区域医疗中心建设顺利进行,可以借鉴东营市人民医院与山东第一医科大学附属省立医院(山东省立医院)合作共建“东营模式”的实践经验。该模式为区域医疗中心建设提供了有效参考,推动了国家区域医疗中心如期高质量建设完成,使医疗资源布局更均衡,让人民群众就医更便捷、更放心。

《专题研究》

国家区域医疗中心建设管理模式 的 SWOT 分析与对策探讨

吴胤

北京大学第一医院, 100034

2019 年 10 月, 国家发展和改革委员会、国家卫生健康委员会等部门联合印发了《区域医疗中心建设试点工作方案》(发改社会〔2019〕1670 号), 其中提出引导北京、上海等医疗资源富集城市的高水平医疗机构, 采取建设分中心、分支机构等方式, 在患者流出多、医疗资源相对薄弱的地区建设国家区域医疗中心。2022 年, 在国家发展和改革委员会、国家卫生健康委员会、国家中医药管理局联合公布的《第三批国家区域医疗中心建设项目名单》中, 北京大学第一医院宁夏妇女儿童医院 (以下简称“北大宁夏妇儿医院”) 正式获批。北大宁夏妇儿医院是由宁夏回族自治区人民政府和北京大学第一医院合作共建的国家妇儿区域医疗中心, 该项目位于宁夏回族自治区妇幼保健院 (宁夏儿童医院) 院内, 按照“地方主建、输出医院主管”的模式, 建成一所在疑难危重症诊断与治疗、医学人才培养、临床研究、疾病防控、医院管理等方面代表西北地区顶尖水平的医院。

国家区域医疗中心项目启动后, 该院新建妇产综合楼 67510m², 其中地上建筑面积 50850m², 地下建筑面积 16660m², 主楼地上 12 层, 裙房地上 4 层, 地下 2 层, 包括妇产门诊、急诊、医学技术、住院、科研教学、办公等。医院信息化建设方面, 主要包括妇儿大数据科研平台、一体化医学影像平台、智慧病房、一体化运营管理系统等。整个项目于 2022 年开工, 将于 2024 年建成并投入使用, 项目基础设施建设总投资约 5.6 亿元。

1 北大宁夏妇儿医院建设及过程管理

根据国家文件要求, 北大医院宁夏妇儿医院的建设管理模式为“地方主建、输出医院主管”, 有别于一般的医疗建设项目, 国家区域医疗中心的建设实际是两个地区、两家医院的结合, 在国家部委的领导下, 共同完成国家区域医疗中心的建设, 所以合作模式的选择和工作模式的开展, 对于整个项目的发展至关重要。结合宁夏回族自治区妇幼保健院 (宁夏儿童医院) 的实际情况, 作为输出医院的北京大学第一医院派出了首批基础设施建设领域专家, 协助宁夏回族自治区妇幼保健院 (宁夏儿童医院) 进行工程项目管理。根据实际情况, 北大宁夏妇儿医院目前基础设施建设人员较少, 工

作经验不足且专业知识水平有限, 现有内部人员水平不足以承担整体国家区域医疗中心的建设任务, 经双方讨论, 决定该工程实行“工程全过程咨询管理”模式。根据 2021 年 8 月 1 日实施的《建设项目全过程工程咨询标准》, 工程全过程咨询可包括投资决策、勘察、设计、监理、造价、招标采购、运营维护等基本咨询服务能力和项目管理。根据国家区域医疗中心建设进度和要求, 目前投资决策、勘察、设计等内容均已完成。在该区域医疗中心建设任务中全过程管理的重点内容主要是施工阶段的造价、施工管理, 但因中标公司同时具备招标代理的资质和能力, 所以在分配管理任务的时候, 就出现了选择“仅工程管理”模式还是选择“工程管理+招标代理”模式的分歧, 本文将对该问题通过 SWOT 法进行对比分析, 讨论各个模式的优劣, 寻求发挥优势因素、克服弱点因素、利用机会因素、化解威胁因素的办法。

2 国家区域医疗中心建设项目 SWOT 分析

2.1 SWOT 分析模型

SWOT 分析是将与研究对象密切相关的各种主要内部优势因素 (strengths)、弱点因素 (weaknesses)、机会因素 (opportunities) 和威胁因素 (threats), 通过调查列举出来, 然后运用系统分析的思想, 把各种因素相互匹配起来加以分析, 从中得出一系列相应的结论。运用这个方法, 有利于对组织所处情景进行全面、系统、准确的研究, 有助于制定发展战略和计划以及与之相应的发展对策。

2.2 国家区域医疗中心建设“仅工程管理”模式 SWOT 分析

2.2.1 优势分析

建设工程的工程咨询采用“仅工程管理”模式有利于建设项目健康有序的推进, 有利于建设方更好地掌控全局, 所有的招标采购权全部属于建设方, 可以更好地避免工程管理公司权力过大而导致的寻租现象, 有利于把控廉洁风险。

2.2.2 劣势分析

由于“仅工程管理”模式要求招标采购全部由建设方负责, 建设方将承担更多的诸如选取招标代理公司、审核招标文件等工作, 势必会增加建设方人员的工作量及工作强度。同时, 工程管理公司作为工程的代建方, 还需要与招标代理公司完成沟通配合, 增加了其机会成本和时间成本, 容易出现互相推诿、责任不明的情况。

2.2.3 机会分析

医院的建筑工程有别于一般建筑, 其专业性、复杂性远超普通商业或住宅建筑, 尤其是国家区域医疗中心的建设, 对于整个地区而言都是标杆性的工程。“仅工程管理”模式对于国家的投资项目来说所有招标主动权都在建设方, 建设方有更多的自主选择权, 对于项目的招标整体进展把控性更强。同时, 市场上单纯具备工程管理资质的公司和单纯具备招标代理资质的公司数量远多于两项资质都具备的公司, 从而给建设方

提供了更多的选择机会。

2.2.4 威胁分析

在“仅工程管理”模式中,由于建设方为医院行政部门,要求医院的招标采购人员需要较高的专业水平和能力,尤其是对于国家区域医疗中心的建设,本着“地方主建”的原则,基础设施建设任务还是由地方医院承担,但是一般情况下,地方医院的人员基础较为薄弱,容易造成一定管理风险。医院需要同时面对众多招投标项目,市场调研、询价等工作量增加,也容易造成管理效率低等问题。见表 1。

表1 “仅工程管理”模式SWOT分析

优势因素 (S)	劣势因素 (W)	机会因素 (O)	威胁因素 (T)
医院掌控全局	增加医院工作量	提高医院自主权	人员基础较差
避免寻租	增加医院工作人员	提供整体把控性	增加管理风险
—	增加沟通协调成本	增加选择机会	降低管理效率

2.3 国家区域医疗中心建设“工程管理+招标代理”模式 SWOT 分析

2.3.1 优势分析

将工程管理和招标代理两项工作同时交给一家公司负责,实现“管理+招标采购”的集中化、一体化管理,有利于提高管理效率,减少建设方沟通协调的成本,减轻建设方的工作压力,对于医院行政部门来说,确实能够从专业程度和时间成本上体现巨大的优势,提高了整体工作效率。

2.3.2 劣势分析

将工程管理和招标代理的权力都交给一家公司,确实存在一定的廉政风险,如果建设方没有一套强有力的管理监督制度,容易被管理公司占据工程的主导角色。同时,两项资质同时存在的管理公司比起资质分开的公司,数量相对更少,这也在一定程度上限制了建设方的选择范围,容易将一些优质的管理公司拒之门外。

2.3.3 机会分析

将工程管理和招标采购统一交给一个公司,在一定程度上解放了建设方的管理压力,从而使建设方能够有更多的精力进行项目的整体把控。同时,作为国家区域医疗中心的建设项目,建设方也有了更多的机会和时间准备完成政府方面的检查和考核工作,有利于协调财政资金的拨付,可以更好地腾出精力获得更多国家和地方政府的政策性支持。对于输出医院来说,选择一家信得过的工程管理公司进行管理,能够较好地在“地方主建、输出医院主管”的政策下,更多地参与项目的管理工作,为双方的进一步融合提供了更好的机会。

2.3.4 威胁分析

工程管理公司在兼管了工程和招标代理以后,其管理内容、管理责任都会增加,其管理风险也会随之增加。工程管理公司在该模式下,承担了更多的建设管理任务,

在与设计方、总承包方、监理方的配合工作中，会因为部分分项工程的招标代理权限而发生一定分歧，需要建设方协调的难度也会加大。同时，将全部项目的招标代理权统一交给管理公司，也容易带来一定的投诉质疑风险。见表 2。

表2 “工程管理+招标代理”模式SWOT分析

优势因素（S）	劣势因素（W）	机会因素（O）	威胁因素（T）
提高工作效率	存在廉政风险	建设方整体把控	管理风险增加
减少沟通成本	对建设方监督管理要求高	争取更多国家支持	投诉风险增加
减少建设方压力	减少选择范围	输出医院参与管理	—

3 对策与建议

3.1 管理模式选择

根据上述 SWOT 分析，两种管理模式各有利弊，考虑到作为国家区域医疗中心的建设项目，本着“地方主建、输出医院主管”的模式，医院在建设过程中依托输出医院的协助管理和工程管理公司的专业服务，“工程管理 + 招标代理”的模式更有利于项目的整体进度，有利于建设方在自身管理水平有限的情况下，逐步对项目从主要管理转变为监督管理，同时也能提高管理效率，更好地推进项目进行。

3.2 建设方的监督管理措施

在“工程管理 + 招标代理”模式下，建设方对工程具体事项的管理压力可能会减轻，但是对整体监督管理需要付出更多的精力，这不仅需要建设方工程管理部门，还需要建设方审计部门、纪检部门、财务部门、招标采购部门以及输出医院的专家对项目进行全方位的监督管理。

3.2.1 部门协作监督管理

将管理权和招标代理权全部交给同一个公司进行，需要建设方整体行政部门结合自己分管的领域对于该公司进行严格的监督管理，在保证工程进度、工程质量的同时，严格把控廉政风险、制度风险、超概风险、工程安全风险等。同时，承担了国家区域医疗中心建设任务的输出医院，作为国内顶尖的医疗管理标杆单位，也可以派出相关领域的专家参与指导建设工作，多方形成合力，通过对公司的管理，从而更好地对项目进行建设。

3.2.2 建设方合同监督管理

作为国家区域医疗中心建设项目，其工程的特点就是专业性强、复杂程度高，涉及的政府投资、国家拨款等财政资金来源种类繁多，若将招标代理的权限委托给工程管理公司，作为建设方的地方医院就必须做好合同的管理工作，这样不仅有利于项目的进度、质量和造价的控制，更有利于强化风险意识，维护建设方的合法权益。

3.2.3 建设方的招标管理

虽然选择了“一体化”的管理模式,但是对于建设方而言,并非所有的招标代理权都交给管理公司,建设方也会自主承担一部分的关键性招标工作,这样不仅有利于项目的整体管理,也可以避免因管理公司主观性强、惯性思维导致的不利于医院的招标情况,减少不必要的投诉和寻租风险。

4 结论

国家区域医疗中心的建设是国家“十四五”规划中的重要任务,对于这种新型的合作模式,无论是对输出医院还是依托医院来说,都是一种双重的考验,既要通过输出医院的帮扶,保证地方医疗水平的提升,又要兼顾自身医院的发展,通过国家的政策、资金支持,获得更好的基础设施及硬件条件。对于基础设施建设工程而言,选择合适的建设管理模式,对于资金使用、工程质量、工程进度、廉洁自律等方面都起着重要的作用。同时,将工程的管理和招标代理任务交给一家公司承担,可以最大程度地节约沟通成本,提高工作效率。但在实际管理过程中,也需要两家医院通力合作,本着“地方主建、输出医院主管”的原则,输出医院应该将先进的后勤、工程管理经验传授给依托医院,而依托医院承担着建设的重要任务,领导层面应高度重视,院内多部门应协同合作,各自发挥主观能动性和专业技能,共同完成国家区域医疗中心的建设任务。

基于层次分析法的区域医疗中心评价指标体系 构建研究

王欣媛¹ 徐佳苗¹ 刘健¹ 郁昕怡¹ 黄晓光^{1,2}

1. 南京医科大学医政学院, 211166

2. 江苏省健康研究院, 211166

建设区域医疗中心是深入贯彻落实习近平总书记关于卫生与健康重要论述、保障人民群众生命安全和身体健康的具体行动,是坚持以人民为中心的发展思想、深化医疗服务供给侧结构性改革、提升区域医疗卫生水平的重大举措。2017年1月,原国家卫生和计划生育委员会出台《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》(国卫医发〔2017〕3号),开始启动国家医学中心和国家区域医疗中心规划设置工作。近年来,国家明显加快推进区域医疗中心建设步伐,2022年4月27日,四部门印发《有序扩大国家区域医疗中心建设工作方案》(发改社会〔2022〕527号),明确2022年底力争国家区域医疗中心建设覆盖全国所有省份,基本完成国家区域医疗中心建设任务。

2020年9月,江苏省颁布《江苏省区域医疗中心设置实施方案》(苏卫医政〔2020〕65号),明确了省级综合类别区域医疗中心的功能定位,在疑难危重症诊断与治疗、医学人才培养、临床研究、疾病防控、医院管理等方面代表全省或各重点功能区顶尖水平。为了综合评价江苏省综合医院在区域内的发展状况和整体实力,本文开展了区域医疗中心评价指标体系研究,以期为准评估区域医疗中心的整体实力提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本文主要针对江苏省省级综合类别区域医疗中心开展评价指标体系研究,重点围绕评价指标体系层次结构的构建,在此基础上确定各层次指标的权重。

1.2 研究方法

1.2.1 文献分析法

利用中国知网、万方、维普等数据库,收集国内外区域医疗中心研究的相关文献和政策文件,对具有相同研究目的的多个独立研究结果进行比较和综合分析,对各类

基金项目:江苏省社会科学基金项目(19GLD011);江苏省卫生健康委员会科研基金项目(2021KF0048)

通信作者:黄晓光, E-mail: xghuang@njmu.edu.cn

本文转载自《中国卫生政策研究》2023年2月第16卷第2期

文献资料中的主要观点进行归纳。

1.2.2 德尔菲法

采用德尔菲法筛选确定评价指标。通过电子邮件进行咨询,要求专家对所有指标的重要性、可行性、熟悉程度和判断依据进行评分,每项指标设置意见栏供专家对有待商榷的指标提出建议和想法。

1.2.3 层次分析法

采用层次分析法确定指标权重。首先根据总评价目标将评价对象分解为目标、准则、方案等层次,构造层次结构模型;再构建两两比较判断矩阵,计算层次排序权重;最后进行一致性检验,判断权重系数逻辑是否合理,最终确定指标体系的权重设置。

1.2.4 统计分析法

利用 Excel 2010 和 SPSS 17.0 软件进行统计分析,采用描述性统计分析计算各指标的重要性、可行性的均值、标准差和变异系数。采用非参数检验,对德尔菲法的协调系数进行显著性检验。利用 Yaahp 软件确定各层指标权重。

2 结果

2.1 专家基本情况

共筛选了 15 位咨询专家,分别来自高校/研究机构、卫生行政部门、医疗机构等,平均年龄为 53.8 岁,平均工作年限为 29.8 年,有丰富的实践经验;正高级职称 12 名 (80.00%),副高级职称 3 名 (20.00%);博士 8 名 (53.34%),硕士 6 名 (40.00%),本科 1 名 (6.67%);专业以医学和管理学为主,研究领域以医院管理和卫生事业管理为主,也有信息学专家,部分专家对多个领域均有研究。

2.2 专家积极程度

第一轮专家咨询发放问卷 17 份,回收 15 份,有效回收率为 88.25%;第二轮发放问卷 15 份,回收 15 份,有效回收率为 100.00%,说明专家回应性较好,相关数据能充分满足统计分析要求。

2.3 专家意见权威程度

专家的权威系数 (Cr) 等于熟悉程度系数 (Cs) 与判断依据系数 (Ca) 的算术平均数,即 $Cr = (Cs + Ca) / 2$ 。本文的 Cs 为 0.88、Ca 为 0.92,故专家的权威系数 Cr 为 0.90,表示选取的专家具有较强的权威性。

2.4 专家意见协调程度

对两轮专家评分的协调系数进行计算,一级指标、二级指标、三级指标重要程度评分的 Kendall's *W* 系数分别为 0.31、0.17、0.27,数据结果经检验 $P < 0.05$,差异具有统计学意义,说明专家意见协调性较好,结果可取 (表 1)。

2.5 专家咨询结果

表1 第一轮和第二轮专家意见协调程度

轮次	分类	Kendall's W 系数	χ^2	P 值
第一轮	一级指标	0.31	21.62	0.01
	二级指标	0.17	26.02	0.03
第二轮	三级指标	0.27	140.96	< 0.01

2.5.1 第一轮专家咨询

根据专家对指标重要性、可行性打分情况,采用界值法并充分考虑专家意见删选指标,删除不合理的指标,增加初始指标体系设计时未考虑到的重要指标。对重要性和可行性打分,分为 5 个等级,“非常重要/非常可行”为 5 分、“比较重要/比较可行”为 4 分、“一般重要/一般可行”为 3 分、“较不重要/较不可行”为 2 分、“不重要/不可行”为 1 分。结合文献惯例和讨论意见,确定第一轮专家咨询指标的取舍标准为得分均值在 3.5 分及以上;变异系数小于 0.25;满分比不能为 0。同时满足这 3 个标准的评价指标才保留在第二轮问卷中,不能同时满足这 3 个标准的评价指标则被剔除。

第一轮专家咨询一级指标重要性得分范围为 4.00 ~ 5.00 分,可行性得分范围为 3.87 ~ 4.80 分,均满足均值在 3.5 分及以上,变异系数均小于 0.25,满分比不为 0,因而保留全部一级指标。二级指标重要性得分范围为 4.07 ~ 5.00 分,可行性得分范围为 3.73 ~ 4.87 分,均满足均值在 3.5 分及以上,变异系数均小于 0.25,满分比不为 0,因而保留全部二级指标。三级指标中,C30 指标“建立电子健康档案数据库情况”和 C31 指标“针对服务对象提供连续性、个体化的随访服务项目情况”变异系数大于 0.25,按照筛选要求删除这 2 项三级指标。

在第一轮专家咨询中,依据变异系数删除 2 项指标,并根据专家提出的开放性意见删除 1 项指标和调整 5 项指标,具体情况见表 2。

表2 第一轮专家咨询指标调整情况

指标名称	调整方式	调整说明
住培基地专业数量	增加	在二级指标“人才培养”下增加三级指标,以此反映医院住院医师规范化培训基地专业结构的动态调整,进一步加强基地管理,不断提升人才培养质量
建立电子健康档案数据库情况	删除	变异系数大于 0.25
针对服务对象提供连续性、个体化的随访服务项目情况	删除	变异系数大于 0.25
远程联合诊疗情况	删除	医院互联互通标准化成熟度测评内容包括信息系统建设情况、对内联通、对外联通以及信息安全建设、标准化建设等,远程会诊必须能够实现,远程联合诊疗情况不属于信息化保障的内容,因此删除

续表2 第一轮专家咨询指标调整情况

指标名称	调整方式	调整说明
人员费用占医院费用总额的比例 人员薪酬中稳定收入的比例	合并	表达内容有所重复
下转患者人次数 (门急诊、住院)	完善	住院下转人次数来源于病案首页, 而门诊下转人次数无法统计分析, 不能保证数据真实性, 因此将该指标修改为“住院患者下转人次数”
医院接受其他医院进修并返回原 医院独立工作人数占比	完善	接受进修人员数量统计问题不大, 但是回到医院能否独立工作无法确认, 因此将该指标修改为“医院接受其他医院进修人数占比”

2.5.2 第二轮专家咨询

由于第一轮专家咨询后一、二级指标没有改变, 因此, 第二轮专家咨询针对三级指标开展。三级指标重要性得分范围为 4.00~5.00 分, 可行性得分范围为 3.80~4.93 分, 满足均值在 3.5 分及以上, 变异系数小于 0.25, 且专家对于指标无其他修改意见, 因而保留全部三级指标。

2.6 层次分析结果

2.6.1 建立层次结构模型

利用 Yaahp 软件构建省级区域医疗中心的层次结构模型, 共有 3 个层次, 目标层为“省级区域医疗中心综合评价”, 这也是构建指标体系的目标; 准则层为一级指标即层次分析法中的评价准则, 依据 5 个准则对省级区域医疗中心进行综合评价; 二级指标形成第二层次的评价准则; 三级指标形成第三层次的评价准则, 最终构造了评价省级区域医疗中心的多阶层次结构模型 (图 1)。

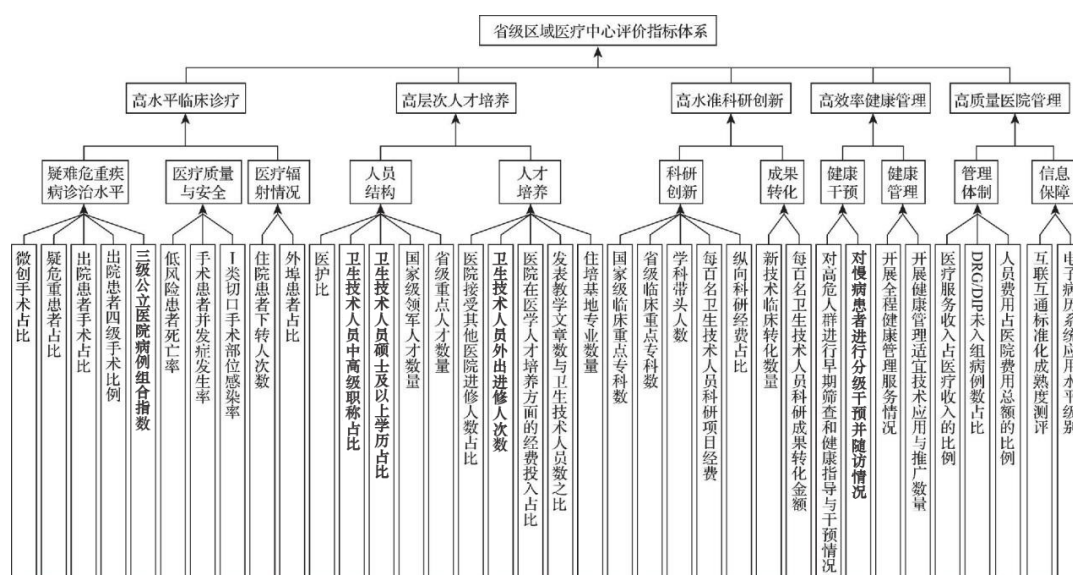


图1 省级区域医疗中心评价层次结构模型

注：住培为住院医师规范化培训，DRG为疾病诊断相关分组（diagnosis related group），DIP为按病种分值付费（diagnosis-intervention packet）。

2.6.2 各指标权重及一致性检验

运用层次分析法对各层级指标进行两两比较,并赋值,15个专家对17个判断矩阵打分,共建立255个判断矩阵。判断矩阵是评价者利用数学化思维对指标重要性进行两两判断的结果。在进行多阶判断时,指标数量较多会使矩阵规模较大,专家打分时容易出现两指标前后填写不一致的现象,因此,需对判断矩阵的逻辑性(是否一致)进行检验,常用一致性(consistent index, CI)检验。计算公式为 $CI = \frac{\lambda_{max} - n}{n - 1}$, CI值越小意味着判断矩阵的一致性越好。255个判断矩阵均满足一致性,权重见表3。

表3 省级区域医疗中心评价指标体系指标权重

一级指标	二级指标	三级指标	综合权重
A1 高水平临床诊疗 (0.3553)	B1 疑难危重疾病诊治水平 (0.2710)	C1 微创手术占比 (0.4472)	0.0431
		C2 疑难危重患者占比 (0.2347)	0.0226
		C3 出院患者手术占比 (0.1432)	0.0138
		C4 出院患者四级手术比例 (0.1749)	0.0168
		C5 三级公立医院病例组合指数 (0.1303)	0.0125
	B2 医疗质量与安全 (0.4288)	C6 低风险患者死亡率 (0.4593)	0.0700
		C7 手术患者并发症发生率 (0.3084)	0.0470
		C8 I类切口手术部位感染率 (0.2323)	0.0354
	B3 医疗辐射情况 (0.3002)	C9 住院患者下转人次数 (0.7601)	0.0811
		C10 外埠患者占比 (0.2399)	0.0045
		C11 医护比 (0.0544)	0.0045
	B4 人员结构 (0.3182)	C12 卫生技术人员中高级职称占比 (0.2515)	0.0209
		C13 卫生技术人员中硕士以上学历占比 (0.0897)	0.0075
		C14 国家级领军人才数量 (0.6044)	0.0503
		C15 省级重点人才数量 (0.2250)	0.0187
		C16 医院接受其他医院进修人数占比 (0.1503)	0.0268
		C17 卫生技术人员外出进修人次数 (0.3675)	0.0655
		C18 医院在医学人才培养方面的经费投入占比 (0.3602)	0.0642
		C19 发表教学文章数与卫生技术人员数之比 (0.1220)	0.0218
		C20 住培基地专业数量 (0.2948)	0.0526
		C21 国家级临床重点专科数 (0.5744)	0.0397
A2 高层次人才培养 (0.2615)	B5 人才培养 (0.6818)	C22 省级临床重点专科数 (0.2547)	0.0176
		C23 学科带头人数量 (0.0823)	0.0057
		C24 每百名卫生技术人员科研项目经费 (0.0886)	0.0061
A3 高水准科研创新 (0.1623)	B6 科研创新 (0.4255)		

续表3 省级区域医疗中心评价指标体系指标权重

一级指标	二级指标	三级指标	综合权重
A4 高效率健康管理 (0.0484)	B7 成果转化 (0.5745)	C25 纵向科研经费占比 (0.0934)	0.0064
		C26 新技术临床转化数量 (0.6506)	0.0607
		C27 每百名卫生技术人员科研成果转化金额 (0.3494)	0.0326
	B8 健康干预 (0.4990)	C28 对高危人群进行早期筛查和健康指导与干预情况 (0.6224)	0.0150
		C29 对慢病患者进行分级干预并随访情况 (0.3776)	0.0091
		C30 开展全程健康管理服务情况 (0.3512)	0.0085
		C31 开展健康管理适宜技术应用与推广数量 (0.6488)	0.0157
	B10 管理体制 (0.4441)	C32 医疗服务收入占医疗收入的比例 (0.1854)	0.0142
		C33 DRG/DIP 未入组病例数占比 (0.3890)	0.0298
		C34 人员费用占医院费用总额的比例 (0.4256)	0.0326
A5 高质量医院管理 (0.1725)	B11 信息保障 (0.5559)	C35 互联互通标准化成熟度测评 (0.5772)	0.0554
		C36 电子病历系统应用水平级别 (0.4228)	0.0405

注：住培为住院医师规范化培训，DRG为疾病诊断相关分组（diagnosis related group），DIP为按病种分值付费（diagnosis-intervention packet）。

3 结果

3.1 评价指标体系构建的意义

省级区域医疗中心评价的导向既要能体现国家供给侧改革的要求，也要能成为区域医疗中心规划设置的有效抓手。区域医疗中心的建设，是为了通过供给侧结构性改革，扩大优质医疗资源的供给，实现区域间优质医疗资源的均衡设置，提升资源短缺地区的医疗服务能力，满足人民群众就近解决疑难、复杂和重大疾病的诊疗问题，减少患者跨省就医，减轻群众负担。本文运用德尔菲法和层次分析法，构建了包括 5 个一级指标、11 个二级指标、36 个三级指标的省级区域医疗中心评价体系。该体系涵盖临床诊疗、人才培养、科研创新、健康管理、医院管理等多方面内容，为省级区域医疗中心评价、省级区域医疗中心管理政策制定提供了测量工具和参考指标。

3.2 评价指标体系构建的科学性分析

在研究方法的选择上，本文以德尔菲法专家咨询结果为依据，采用层次分析法进行指标权重的确定，该方法是一种定性分析和定量分析相结合的决策方法，区域医疗中心评价指标体系是一个具有多层次、多指标的系统，各个层次、各项指标对上层指标的相对重要性不同，很难科学地确定各项指标在整个区域医疗中心评价指标体系中的重要程度。层次分析法正是运用多因素分级处理来确定因素权重的方法，它通过分析复杂问题所包含的因素及其相互关系，将问题分解为不同的指标，各指标归并为不同的层次，从而形成多层次结构，然后计算每一层各指标权重，在此基础上计算组合

权重,从而得到各项指标对整个指标体系的重要程度,因此层次分析法用于确定区域医疗中心评价指标体系各项指标权重具有科学性和适用性。在指标的选择上,通过搜集政策文献,拟定了备选的评价指标库,随后对指标库进行专题小组讨论,并采用德尔菲法函询了医院管理、卫生事业管理等方面的专家,最终确定了评价指标的初稿。在专家的选择上,选择的专家涵盖江苏省卫生行政部门的领导、省内各市三级甲等公立医院的院长以及知名医学院校专家,专家高级职称比例达 80.00%,平均工作年限达到 29.8 年,专家有着丰富的理论基础和实践经验。函询数据分析显示,专家积极程度、熟悉程度以及权威系数均较高,专家对指标的判断依据多来自于实际工作经验和理论基础,因此,可以认为专家咨询结果具有合理性和科学性。专家依据 Saaty 标度对各指标重要程度进行打分,应用 Yaahp 软件建立层次结构模型,构建两两判断矩阵,进行一致性检验,最终计算各指标权重,不仅减少了专家的工作量,同时确保了数据的准确性,保证了指标权重的严谨性和客观性。

3.3 评价指标体系的内容分析

根据《江苏省区域医疗中心设置实施方案》(苏卫医政〔2020〕65号)中明确的省级区域医疗中心功能定位,确定了 5 个一级指标。其中,占权重最大的指标为高水平临床诊疗(0.3553),其次为高层次人才培养(0.2615),说明这 2 项指标是衡量区域医疗中心整体实力的重点和核心。高水平的临床诊疗是医疗机构的核心竞争力,是医院可持续发展最有力的保障。省级区域医疗中心主体医院在省内整体实力强,综合优势明显,提供优质的医疗服务。在医疗方面,其具有省内或各重点功能区领先的医疗技术水平,突出的疑难危重症诊疗能力,能为规划区域内的医疗机构提供医疗技术支持,并传播适宜医疗技术,持续有效地提高区域内整体医疗水平。关于高水平临床诊疗的二级指标,权重较大的是医疗质量与安全(0.4288)和医疗辐射情况(0.3002),说明这 2 项指标是评价高水平临床诊疗的重要组成部分。省级区域医疗中心在发展中应认识到人才梯队建设的重要性,省级区域医疗中心承担着培养骨干临床技术人才和学科带头人的责任,高层次的人才培养会使其保持更大的活力。对于输出单位亦或是输入单位来说,人才是第一资源,从输出单位定期定岗引进学科带头人,对当地人才展开指导与培养,同时从输入单位选派有发展潜力人才到输出单位进行定向委托培养,逐渐形成成熟的人才培养模式,为区域医疗中心的发展助力。

3.4 评价指标体系的创新性分析

国内学者对于区域医疗中心综合评价的理论基础与模型研究甚少。相关理论基础的缺乏具体表现在鲜有研究根据不同地区特点来评价区域医疗中心的实施效果,导致与本地区区域医疗中心发展的建设理念不相契合。评价模型研究大多是聚焦于评价区域医疗中心的某一方面,例如医疗技术服务能力、医疗质量等,缺乏对区域医疗中心整体综合实力的评估。因此,为弥补理论研究不足、丰富区域医疗中心综合评价,本文在吸收国内外相关研究成果的基础上,结合相关理论及我国的省级区域医疗中心发

展实践,采用科学方法探索建立适合我国国情的科学合理、客观公正、操作简便、具有客观量化指标的省级区域医疗中心指标评价框架,对我国其他省份区域医疗中心建设和评价工作提供一定的参考。

3.5 评价指标体系构建的局限

本文构建的评价指标体系是对省级区域医疗中心的评价,并运用层次分析法确定了各项指标的权重,目前属于学术探索,但各项指标是否稳定可靠、是否具有区分度和代表性,需进一步开展实证研究来检验。因此,本文也给未来研究留下一定空间,下一步可以结合模型开展区域医疗中心评价的实证研究,分析目前各个区域医疗中心的发展状况和存在的差异。

第五批国家区域医疗中心名单公布，
49 家医院获批

根据国家发展和改革委员会办公厅、国家卫生健康委员会办公厅、国家中医药管理局综合司 7 月 17 日印发的《第五批国家区域医疗中心项目名单》，本次共 49 家医院获批，见下表。目前国家区域医疗中心总数已达到 125 个，通过查阅前四批国家区域医疗中心项目名单发现，吉林、江苏、浙江等 7 省为首次有医院获批国家区域医疗中心。

表1 第五批国家区域医疗中心名单

所属省（自治区）	医院名称
河北	北京大学人民医院石家庄医院
	天津市肿瘤医院秦皇岛医院
山西	北京大学第一医院太原医院
内蒙古	首都医科大学附属北京友谊医院内蒙古医院
	首都医科大学宣武医院内蒙古医院
吉林	首都医科大学附属北京安贞医院吉林医院
	浙江大学医学院附属妇产科医院吉林医院
	长春中医药大学附属医院白山医院
	吉林大学第一医院梅河医院
黑龙江	中国中医科学院广安门医院黑龙江医院
广西	中山大学附属第一医院广西医院
江苏	中国中医科学院西苑医院苏州医院
	首都医科大学附属北京地坛医院徐州医院
	江苏省人民医院宿迁医院
	江苏省中医院连云港医院
浙江	浙江大学医学院附属第一医院台州医院
	浙江大学医学院附属第二医院嘉兴医院
	浙江省人民医院绍兴医院
安徽	上海交通大学医学院附属仁济医院安徽医院
	上海市第一人民医院蚌埠医院
海军军医大学附属医院	首都医科大学附属北京安定医院芜湖医院
福建	复旦大学附属肿瘤医院福建医院
海南	广东省中医院海南医院
山东	北京积水潭医院聊城医院

续表1 第五批国家区域医疗中心名单

所属省(自治区)	医院名称
贵州	中国中医科学院西苑医院济宁医院
	北京中医药大学东方医院枣庄医院
	上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心临沂医院
	山东省立医院菏泽医院
	首都医科大学宣武医院济南医院
河南	中山大学附属第一医院贵州医院
	广东省中医院贵州医院
	浙江省人民医院毕节医院
湖北	河南中医药大学第一附属医院商丘医院
	北京积水潭医院郑州医院
	华中科技大学同济医学院附属同济医院咸宁医院
湖南	华中科技大学同济医学院附属协和医院宜昌医院
	华中科技大学同济医学院附属同济医院襄阳医院
	广州医科大学附属第一医院娄底医院
广东	广东省中医院珠海医院
	广州医科大学附属第一医院横琴医院
	中山大学附属第三医院粤东医院
四川	山东省立医院泸州医院
	成都中医药大学附属医院德阳医院
	首都医科大学附属北京安贞医院南充医院
陕西	重庆医科大学附属儿童医院宜宾医院
	西安交通大学第一附属医院榆林医院
	上海中医药大学附属龙华医院甘肃医院
甘肃	上海市第一人民医院酒泉医院
	长春中医药大学附属医院定西医院

吉林

共获批 4 家国家区域医疗中心, 包括首都医科大学附属北京安贞医院吉林医院、浙江大学医学院附属妇产科医院吉林医院、长春中医药大学附属医院白山医院、吉林大学第一医院梅河医院。其中, 吉林大学第一医院梅河医院于 2021 年 9 月 7 日成立, 是吉林大学第一医院首个建设的紧密型医疗联合体单位, 以肿瘤中心、神经中心、心血管中心、血液中心四大中心建设为重点突破点, 旨在带动吉林大学第一医院梅河医院医疗、管理、服务的全面发展。

江苏

共获批 4 家国家区域医疗中心，包括中国中医科学院西苑医院苏州医院、首都医科大学附属北京地坛医院徐州医院、江苏省人民医院宿迁医院、江苏省中医院连云港医院。中国中医科学院西苑医院苏州医院是苏州市首个获批的国家区域医疗中心项目，以泛血管疾病防治为核心，实现心血管病科、脑病科、周围血管病科、老年病科、风湿免疫科、内分泌科六大学科和一个中医特色流派多学科协同发展。

浙江

共获批 3 家国家区域医疗中心，包括浙江大学医学院附属第一医院台州医院、浙江大学医学院附属第二医院嘉兴医院、浙江省人民医院绍兴医院。浙江省人民医院绍兴医院定位为省级三级甲等综合医院，全力打造数字化医院，从而实现省级综合性医院落地绍兴市越城区，满足绍兴市及其周边地区居民的高端医疗需求。

湖北

共获批 3 家国家区域医疗中心。其中，华中科技大学同济医学院附属同济医院咸宁医院以心脑血管疾病救治为特色，以心血管、神经、肿瘤、危急重症、妇产、儿科六大专科为重点学科，拟打造“强专科、大综合”医疗中心。

华中科技大学同济医学院附属协和医院宜昌医院预计 2024 年年底全部建成投用，计划形成区域先进的医疗救治、科研与转化、先进人才培养能力，建成大型公立三级甲等综合医院。

华中科技大学同济医学院附属同济医院襄阳医院以襄阳市中心医院为依托，期望建成“公益性、创新性、引领性”的大型公立三级甲等综合医院，使 1~2 个专科达到国家临床重点专科标准。

湖南

广州医科大学附属第一医院娄底医院以娄底市中心医院为依托，以“呼吸区域医疗中心”为主线，计划建设以胸外、重症医学、泌尿外科、传染病、航空应急救援中心为核心的国家区域医疗中心。

四川

共获批 4 家国家区域医疗中心。其中，山东省立医院泸州医院计划 2025 年 12 月投入使用，将充分发挥山东第一医科大学和西南医科大学东西部两所高校优势，建成“立

足四川、辐射西南、面向全国”的创伤、内分泌代谢病国家区域医疗中心。

成都中医药大学附属医院德阳医院计划 2025 年 6 月投入使用。根据规划，建成高标准中医临床诊疗中心、高层次中医人才培养平台和高效能中医研发转化平台等区域典范，实现内分泌代谢疾病、脑病、妇科、肿瘤等重点疾病跨区域就诊率降低 50%。

首都医科大学附属北京安贞医院南充医院依托北京安贞医院，将共享品牌、管理、技术、人才、标准等要素，推进两院同质化发展。

重庆医科大学附属儿童医院宜宾医院计划 2025 年 6 月前投入使用。根据规划，项目整体运行 5 年后，将建成儿童呼吸道疾病诊治中心、新生儿疾病诊治中心、儿童保健中心 3 个省级领先的诊疗中心，区域内疑难重症外转率降低至 10% 以下。

陕西

西安交通大学第一附属医院榆林医院以西安交通大学第一附属医院为输出医院，榆林市第二医院为依托医院，到 2026 年，输出医院与依托医院在文化、管理和技术等方面将完全实现同质化，并将肿瘤、心血管疾病、肾脏病和骨病四个学科建设成为辐射陕甘宁蒙晋的国家级区域诊疗中心，将相关病种的外转率控制在 10% 以内。

（转载自人民日报健康客户端并编改）

征稿启事

《医学信息》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(上海市医学科学技术情报研究所)主办的医药卫生创新研究期刊,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 K0663 号),1976 年创刊,每年发行 6 期,主要设有专题研究、实践与思考、他山之石、专家观点、科教动态、信息速递等栏目。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

紧扣医药卫生创新的发展,及时传播国内外医学信息学及临床医学领域领先的科研成果,为决策者提供及时、可靠的医药卫生创新领域的信息咨询服务。

二、读者对象

刊物出版后,进行赠阅,赠阅范围主要包括:上海市卫生健康委员会、上海市各区卫生健康委员会、上海市卫生健康委员会直属单位、上海市医疗机构、高校医学院及相关研究所、相关科研院所。

三、来稿要求

1. 来稿主题应与医药卫生创新相关,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,逻辑清晰,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 2 本。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 号均瑶国际大厦 11 楼 D 座

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或单位官网查阅下载)

联系人:王瑾 信虹云

电 话:021-33262063 021-33262061

邮 箱:phpr@shdrc.org

印刷单位：上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量：300本

发送对象：市卫生健康委员会、区卫生健康委员会、卫生健康委员会直属单位、医疗机构、
高校医学院及相关研究机构、其他相关联系单位