

# 卫生政策研究进展

## Progress in Health Policy Research

公立医院高质量发展专刊

2025年 第8期

(总第147期)

上海市卫生和健康发展研究中心

2025年12月30日

**编者按** 2023年4月，嘉定区成功入选财政部与国家卫生健康委员会联合实施的公立医院改革与高质量发展示范项目(第二批)，成为上海市唯一代表。项目实施以来，嘉定区紧扣“改革”“高质量”“示范”三个关键词，全面推动示范项目各项任务有序实施。本期关注公立医院高质量发展及紧密型医疗集团建设：评估嘉定区公立医院改革与高质量发展的成效；分析嘉定区公立医院人事薪酬制度改革进展与经验；提炼嘉定区数智化赋能模式，分析嘉定区四大紧密型医疗集团的数智化实践；评估嘉定区紧密型城市医疗集团建设服务效能并提出优化路径及展望；总结嘉定区紧密型医联体建设实践经验；评价闵行区紧密型城市医疗集团下联合病房试点建设情况，探讨联合病房建设实施经验。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18卷第8期(总第147期)

2025年12月30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)

### 编辑印刷

《卫生政策研究进展》编辑部

上海市北京西路1477号

邮编:200040

电话:021-33262061

传真:021-22121623

E-mail: phpr@shdrc.org

顾问: 闻大翔  
付晨

主编: 胡善联

副主编: 陈霆  
金春林(常务)  
丁汉升  
许明飞

编辑部主任: 信虹云

责任编辑: 张苹 信虹云

编辑组成员: 楚玉玲 周娜  
陈贤胜 王琪

校对: 汪丽 吴延梅

## 目次

### 一、专题研究

上海市嘉定区公立医院改革与高质量发展成效评估研究 ..... 1

数智化赋能公立医疗改革与高质量发展——基于上海市嘉定区的案例研究 ..... 10

上海市嘉定区公立医院人事薪酬制度改革进展与成效分析 ... 19

上海市嘉定区紧密型城市医疗集团建设服务效能评估及展望 ..... 27

上海市嘉定区紧密型医联体建设实践经验 ..... 40

上海市闵行区紧密型城市医疗集团下联合病房建设及实施成效研究 ..... 54

### 二、会议资讯

《上海卫生健康政策研究年度报告(2025)》(绿皮书)编委会会议顺利召开 ..... 64

### 三、征稿启事

..... 66

印刷单位: 上海市欧阳印刷厂有限公司

印刷数量: 500本

# 上海市嘉定区公立医院改革与高质量发展成效评估研究

王旭<sup>1</sup> 汤真清<sup>1</sup> 付晨<sup>2</sup> 冷熙亮<sup>2</sup> 王贤吉<sup>2</sup> 凌云<sup>2</sup> 汤仲夷<sup>2</sup>

**【摘要】**嘉定区获批第二批国家公立医院改革与高质量发展示范项目以来，深入践行三明医改经验，以“体系升级、机制重构、数智赋能”为核心路径，全面推进医药卫生体制改革。文章系统梳理示范项目在组织协同、资源布局、医联体建设、数智化转型等领域的实施成效，通过实地调研、专家评判等形式明确示范项目仍存在协同联动不足、部分核心绩效指标未达标等问题，提出深化政策衔接、强化集团建设、优化数智赋能等对策，以期为公立医院改革打造可复制可推广的“嘉定样板”。

## 一、研究背景

公立医院改革与高质量发展示范项目（以下简称“示范项目”）是财政部与国家卫生健康委员会（以下简称“国家卫生健康委”）联合实施的公立医院改革政策，旨在通过示范引领推动全国公立医院高质量发展。自2022年启动实施以来，通过竞争性评审遴选4批次共70个示范城市。

2023年4月，嘉定区成功入选第二批示范项目，成为上海市唯一代表。项目实施以来，嘉定区紧扣“改革”“高质量”“示范”三个关键词，全面推动示范项目各项任务有序实施。本研究根据国家卫生健康委、财政部关于示范项目管理有关要求，系统评估示范项目的实施进展、经验做法、主要亮点和成效，及时发现存在的主要问题及原因，从而提出针对性对策建议，切实推动示范项目取得实质性成效，形成公立医院改革与高质量发展的上海经验。

第一作者：王旭，男，助理研究员

通信作者：冷熙亮，男，上海市卫生健康委员会医改处处长

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.上海市卫生健康委员会，上海200125

## 二、实施进展与成效

本研究通过收集和比较示范项目出台政策文件、跟踪分析绩效目标实现情况，系统梳理示范项目“八大工程”“33个行动计划”实施进展，并总结提炼关键成效。

### （一）强化统筹联动，打造协同高效的医疗改革引擎

建立市、区联动推进机制，市级层面由市卫生健康委联合市财政局等10个部门制定出台《上海市支持嘉定区公立医院改革与高质量发展示范项目的举措清单》，提出8个方面28条专项支持举措，出台相关文件6个，提供全方位政策支持。区级层面高位推动，成立示范项目领导小组，由区委、区政府主要领导任双组长，召开领导小组扩大会议2次、专题推进会28次，区分管领导召开调度会6次，统筹推进项目建设。

### （二）优质资源扩容，构建布局均衡的医疗服务体系

嘉定区按照“顶天—强腰—立地”医疗服务体系建设思路，持续推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。

#### 1. 市级医院攻坚疑难杂症，构筑区域医疗高地

推动市级优质中医资源扩容下沉，上海市中医医院嘉定院区正式投入使用。瑞金医院质子中心（全国首个通过国家药监局审批的国产质子治疗系统应用单位）全面启用，2024年瑞金医院嘉定院区四级手术比例28.51%，较2022年提升2个百分点，病例组合指数（Cornell Medical Index, CMI）1.57，较2022年提升46.6%。通过示范项目建设，嘉定区普通门诊和住院的区外医保支付资金占医保统筹基金支出比例从62.82%降至56.28%，跨区就医比例逐步下降。

#### 2. 区属医院能级加速提升，做实区域医疗中心

“家门口”医疗服务全面提质，胸痛、卒中、创伤等“五大中心”持续深化，区级医院共立项1个国家级重点专科和5个省部级重点学科，

嘉定区中心医院成功创建三级综合医院。区域性特色专病诊治中心基本建成，微创介入、精准放疗等 150 余项新技术新项目落地应用，国产手术机器人成功应用于泌尿外科、普外科、妇科、骨科等多个学科领域，区级医院三四级手术占比提升至 67.4%。

### 3. 基层医疗机构全面赋能，夯实社区健康网底

推动区级专家资源向社区延伸，提升基层医疗机构首诊能力。截至 2024 年，基层医疗机构的诊疗病种拓展至西医 141 种，中医 90 种，西医病种覆盖率 88%。建成 9 家市级社区康复中心，5 家市级社区护理中心和 13 家市级社区健康管理中心，2024 年家庭医生签约率较 2022 年提升 6.52 个百分点，基层医疗机构门急诊量占比提升 18.39 个百分点，规范有序的就医和诊疗新格局正逐渐形成。

#### （三）资源加速整合，塑造科学有序的分级诊疗体系

制定实施《嘉定区紧密型医联体建设试点工作方案》，按照网格化布局要求，成立“东南西北”（东部“瑞金南翔”、南部“市一江桥”、西部“瑞金安亭”、北部“仁济嘉定中心”）4 个以区域性医疗中心为支撑的紧密型城市医疗集团。

#### 1. 体系重塑，构建“一盘棋管理”新架构

创新医疗集团组织管理方式，建立紧密型医联体管理工作专班领导下的医疗集团执委会主任负责制的“两层架构”，执委会主任由医疗集团内区级医院院长担任，区卫生健康委、医保局相关科室负责人以及社区卫生服务中心主任担任执委会委员。执委会统筹协调医疗集团内部运行管理、资源调配、单位合作和内部分配等事项，形成政府、医疗集团和医疗机构的“三级管理”模式，确保集团内各成员单位权责对等、运转高效。

#### 2. 机制重构，优化“一体化管理”新模式

一是创新人力资源统筹管理机制。医疗集团内部成立集团级人力资

源管理中心，通过“统招公用”、双聘流动机制及进修培训等形式，实现集团内人员“能上能下”。2024年医疗集团牵头医院下沉专家1505人次，社区医生赴牵头医院进修89人，较2022年增长三倍有余。**二是**创新绩效分配集成管理机制。以医疗集团为单元，制定医疗集团内部薪酬再分配制度，提取各医疗集团成员单位20%的绩效总量纳入“统筹池”，通过配套绩效考核指标体系，确定集团内的人均薪酬水平，引导业务向“协同高效”演进。**三是**创新业务财务融合管理机制。以“区聘区派区管”模式，实现向四个医疗集团派驻四名总会计师，推动医疗集团经济运行规范化和精细化，2024年通过业财融合实现收支平衡的公立医院占比达62.5%，较2022年提升40.3个百分点。**四是**创新药品耗材集约管理机制。建立以医疗集团为单位的药品、耗材集中议价（Group Purchasing Organizations, GPO）和药品供应链一体化管理（Supply Processing Distribution, SPD）机制，实现药品耗材集约化以及“零库存”管理，2024年嘉定区公立医院药品收入占比28.5%，较2022年下降2.7个百分点。**五是**创新医保协同支付管理机制。将医疗集团作为医保功能核算单位，构建“三管合一”的医保、卫生、医疗集团协同工作机制，探索建立以紧密型城市医疗集团为单位的打包支付和结余留用机制。

#### （四）数智技术赋能，完善智慧高效的健康治理体系

##### 1. 夯实数字基建，驱动卫生信息现代化

率先推动医疗健康数据全域归集与标准化治理的基础建设，建设全信创（全国产信息技术应用创新）“一中心、一平台”。“区域医疗健康数据中心”作为数据底座，强化数据清洗、处理，提高数据的准确性和完整性。“区域医疗健康数智服务平台”作为数智服务基座，加强服务管理和数据挖掘，提高数据分析利用、辅助决策、运行监管的价值。

## 2. 数据赋能决策，推动运营管理精细化

搭建紧密型医联体综合管理平台，为绩效考核、薪酬分配、全成本核算等提供数据支持，助力医疗集团实现集团内人员、财务和物资等资源统一管理。建立公立医院运营管理决策支持系统，利用大数据构建成本管理、绩效管理、综合运营管理3个分析模块，实现8家公立医院运营情况实时监测、分析与评价，推动“行政指令管理”向“数据驱动管理”转型，截至2024年底，全区公立医院管理费用占比7.97%，较2022年下降3.71个百分点。公立医院时间消耗指数、费用消耗指数分别下降9.57%、16.8%。

## 3. 智慧医疗转型，助力就医体验便捷化

持续推进“便捷就医”项目，建设精准预约、智能预问诊、医保电子处方等19个应用场景，缩短患者就医平均等待时间，实现从“持卡就医”到“扫码就医”再到“刷脸就医”的跨越，做到“一部手机走医院”。聚焦门诊、住院、体检三个具体场景，打通上下转诊和业务协同通道，实现闭环管理。建成区域远程诊断平台，患者在基层享受到与上级医院同等质量的诊断服务，2024年底嘉定区不同医院之间检验检查结果互认率达94%。

### （五）部门联动破局，深化公益导向的公立医院改革

#### 1. 价格动态调整，深化公益惠民机制

按照上海市医疗服务价格动态评估和调整机制，嘉定区2023年以来共调价513项，调价总量4292.71万元，其中上调项目505个、调增3549.81万元，下调项目8个、调减742.9万元，2024年调整优化急诊查费等429项。2024年嘉定区公立医院门诊和住院次均费用增幅较2022年分别下降5.57和6.21个百分点，有效控制医疗费用不合理增长，初步形成具有示范效应的三医协同改革路径。

## 2. 编制动态管理，强化资源统筹机制

嘉定区率先推行事业单位编制人员控制数管理制度，建立基于全面预算的人员总量管理机制。将纳入控制数管理的人员身份待遇视同事业编制，逐步实现从事业编制数到编制人员控制数的“腾笼换鸟”，2024年嘉定区公立医院事业单位人员空编率较2022年下降4个百分点，新增控制数248个。建立专科编制“区管镇用”机制，统筹全区口腔医学专业编制，建立“区招区管、按需派驻”的灵活用人机制。2024年，嘉定区提供口腔服务人次较2022年增加115%。

## 3. 人事薪酬创新，完善激励约束机制

全面推行院长年薪制，探索行政管理人员年薪制，切断薪酬与创收挂钩。优化“三个结构”：**一是**依托家庭医生签约服务费激励，逐步缩小一、二级公立医疗机构之间薪酬差距，2024年人均薪酬水平差距从2022年的6.6万元降至4.6万元；**二是**引导公立医院调整内部绩效分配方案，逐步缩小不同专业之间薪酬差距，提高儿科、精神科等弱势专业的医务人员收入；2024年4家区级综合性公立医院中精神科医生人均收入较2022年提升13个百分点；**三是**强化基础性绩效工资保障，以规范津贴为抓手逐步提升医务人员薪酬固定收入占比，2024年固定收入占比较2022年增长18个百分点。

### （六）坚持多元协同，培育深度融合的医疗创新生态

#### 1. 推动产医融合，激活全链式产业创新动能

聚焦临床中“未被满足的需求”，成立上海械谷创新医疗器械产业园区，打通临床试验伦理审查绿色通道，完善注册申报全生命周期服务体系，加速科研成果从实验室到临床应用的高效转化。截至2024年，产业园区的嘉定瑞金创新中心累计孵化突破性、前沿性项目7个，近40项国家级科研项目（获得37项国家自然科学基金立项），牵头研发的国

产首台质子治疗系统可覆盖近 50 种良恶性肿瘤，已为 600 余名患者提供治疗服务，大大减轻患者就医负担。

## 2. 强化医防协同，筑牢全生命周期健康管理

推进“以疾病为中心”向“以健康为中心”的转型发展，建立高危人群分层管理机制，建设重点人群健康管理系统，聚焦肺癌、肠癌、肝癌及慢阻肺，构建“早筛早诊早治”全链条闭环管理模式。实施全生命周期健康服务十大专项行动，糖尿病和高血压规范管理率分别较 2022 年提升 21.98、21.13 个百分点。2024 年，嘉定区慢性病过早死亡率降至 8.1%，达历史最佳水平。

### 三、问题与障碍

#### （一）三医协同力度仍显薄弱，政策衔接有待加强

区域内改革难以突破全市统一政策限制，嘉定区虽然通过开展药品集中议价采购和药品供应链一体化管理工作降低了药品费用占比，但由于市级层面医疗服务价格调整和新项目新技术申报审批等改革事项需统筹进行，故嘉定区公立医院医疗服务收入占比指标虽从 26.50% 提升至 26.71%，较往年有所改善，但与 2024 年达到 30% 的预期目标要求仍有相当差距，“腾挪空间”“结构调整”“薪酬衔接”类改革项目也未完全做到紧密协同、有效链接。

#### （二）部分项目推进相对滞后，影响总体效应发挥

信息化建设项目整体实施序时进度滞后，影响预算资金执行、后继建设以及场景应用。紧密型城市医疗集团虽然已经形成系统的顶层设计和相对完善的配套制度，但总体实施时间短，绩效考核、人员统筹、薪酬制度、医保支付方式等重点领域改革需进一步提速，医疗集团之间联动发展相对乏力，综合施策效应未得到很好的显现。

### （三）功能定位尚未有效落实，分级诊疗仍需强化

随着瑞金医院高水平诊疗示范中心项目的稳步实施，嘉定区三级公立医院 CMI 值改善明显，由 1.03 上升至 1.27，但与此同时，瑞金医院嘉定院区的四级手术占比纵向比较提升幅度不够明显，仅提升 7.58 个百分点，距离 2024 年目标值存在一定差距，三级公立医院仍然承担区域内较多常见病、多发病诊疗服务。社区卫生服务能力与吸引力稳步提升，基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量的比例由项目实施前的 35.46% 增长至 53.85%，但由于上海市高水平市级医院数量众多、辐射力影响力大和百姓就医习惯等因素，该比例也未能达到 2024 年目标值（55%）要求，仍有一定改善空间。

## 四、完善建议

持续深化“系统集成、制度改革、数字赋能”改革路径，统筹推进紧密型医疗集团建设、三医协同改革与智慧医院管理，加快建成优质医疗资源布局均衡、分级诊疗格局成熟、公立医院运营高效、人民群众就医便捷的高质量发展示范标杆城区，为全国公立医院改革提供可复制、可推广的“嘉定样板”。

### （一）强化三医协同联动，打通政策衔接堵点

定期召开市、区两级跨部门联席会议，深化以公益性为导向的公立医院改革。**一是**积极协调医保部门，稳妥有序开展医疗服务价格调整，加快新项目新技术申报审批。持续深化药品集中带量采购及药品耗材供应链管理建设，靶向提升医疗服务收入占比。以紧密型城市医疗集团为单元，加快完善医保打包支付和结余留用方案，加强医疗集团预算、结算、清算全过程管理体系，强化医保对改革的“指挥棒”作用。**二是**全面联动人社、编办部门，深化人员编制控制数管理，拓展“区管镇用”政策范围，打通人员上下流动环节“堵点”。聚焦“三个结构化调整”，持续深化人事薪酬制度改革。

## （二）深化医疗集团建设，构建有序诊疗格局

以紧密型城市医疗集团建设为依托，加快形成“小病不出镇、大病不出区”的分级诊疗模式。**一是**全面提升区域医疗服务能级，依托瑞金医院、市中医医院，拓展区域专病诊疗中心影响力，打造高水平诊疗示范中心。深化市级医院与医疗集团合作内涵，推动市级优质医疗资源进一步向区域性医疗中心和社区下沉，实现区级医疗服务能力提质升级。**二是**加快推动紧密型城市医疗集团建设，完善医疗集团核心内部管理制度，建立健全集团内统筹管理“一家人”、人事绩效“一盘棋”、医保财务“一本账”、数据信息“一张网”发展模式，全面推动从医院的单体管理向医疗集团的集成管理转变。

## （三）优化数智技术应用，全面赋能健康治理

全面提速示范项目信息化项目建设进度，推动数智技术全方位赋能效应显现。**一是**赋能管理，依托公立医院运营决策支持系统，实现基于大数据模型的全面预算，为公立医院精细化运营提供循证依据。加快搭建医保打包支付管理平台，推动医疗集团全面落实医保资金统筹管理及多元化支付方式改革。强化紧密型医联体综合管理平台应用，实现人财物一体化管理。**二是**赋能医疗，充分利用健康管理平台、重点人群健康管理系统、社区数智化系统，助推“以疾病为中心”向“以健康为中心”的转型发展，实现医疗集团内健康管理服务的协同和有序衔接。**三是**赋能服务，开展人工智能大模型本地化部署训练，推动打造面向患者的全新数字人交互方式，为人民群众提供全智能的预约挂号、智能导诊便民服务，实现“诊前一诊中一诊后”线上服务闭环，提升群众就医便捷度。

（责任编辑：张革）

# 数智化赋能公立医疗改革与高质量发展

## ——基于上海市嘉定区的案例研究

陈建根<sup>1</sup> 杨顺露<sup>2</sup> 宋允雪<sup>3</sup> 王旭<sup>4</sup> 陈多<sup>4</sup> 陈珉惺<sup>4</sup> 汤真清<sup>4</sup>

**【摘要】** 上海嘉定区通过数智化改革，重构管理架构、优化服务流程、深化资源协同，成为推动公立医院坚守公益属性、实现高质量发展的核心引擎。文章通过梳理嘉定全链条改革逻辑，提炼嘉定区数智化赋能模式，分析嘉定区四大紧密型医疗集团的数智化实践，验证了数智化在提升医疗集团运行效能、改善医疗服务质量等方面的显著作用。研究表明，嘉定区通过数智化赋能，实现了紧密型医疗集团“管理提效、服务提质、公益提标”的改革目标，其构建的统一数据基座、分级场景应用等经验，为全国同类地区通过数智化赋能紧密型医疗集团深化公立医疗改革，提供了可复制、可落地的“嘉定样本”。

## 一、引言

### （一）研究背景

在“健康中国 2030”战略深入推进的背景下，紧密型医疗集团已成为公立医疗资源整合优化的核心模式，而数智化转型则是提升医疗集团运行效能、破解行业发展难题的关键支撑。当前我国公立医疗体系仍面临资源分配不均、分级诊疗落地困难、运营管理粗放、服务效率不足等突出问题，这些痛点严重制约了公立医疗高质量发展的进程。

上海作为我国医疗改革的前沿阵地，始终将数智化转型作为公立医

---

第一作者：陈建根，男，上海市嘉定区卫生健康委员会副主任

通信作者：汤真清，男，副研究员

作者单位：1. 上海市嘉定区卫生健康委员会，上海 201800

2. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201800

3. 上海市普陀区疾病预防控制中心，上海 200331

4. 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

院改革的重要抓手。上海市卫生健康委员会(以下简称“市卫生健康委”)出台的《上海市“便捷就医服务”数字化转型实施方案》，明确提出以数智化赋能医疗集团建设，构建整合型健康服务体系。嘉定区凭借“国家公立医院改革与高质量发展示范项目”承载地的政策优势，先后建立了“市一嘉定”“瑞金嘉定”和“仁济嘉定”三个紧密型医联体。在此基础上，成立了东、南、西、北4个紧密型城市医疗集团，覆盖全区4家区级综合性公立医院和13个社区卫生服务中心，形成了独特的数智化改革实践场景。嘉定区以公益为导向、以数智化为支撑的改革路径，不仅有效缓解了区域医疗发展难题，更积累了宝贵的实践经验，具备重要的案例研究与推广价值。

## （二）研究意义

系统总结嘉定区数智化赋能紧密型医疗集团建设的具体举措、实施路径与改革成效，能够为全国同类地区公立医疗集团改革提供可操作、可复制的实操参考。尤其是嘉定区在平衡公益属性与运营效率、破解数据壁垒、推动优质资源下沉等方面的创新实践，对解决当前我国公立医院改革中的共性问题具有直接的借鉴意义。

## （三）研究思路和方法

通过梳理嘉定数智化改革的实践基础与顶层设计，进而解构其在管理、服务、诊疗等维度的核心举措，再通过量化数据与质性分析验证改革成效，最后结合面临的挑战提出优化方向与推广路径。主要研究方法包括案例研究法和数据分析法。案例研究主要通过深度剖析嘉定区四大医疗集团的数智化改革细节，包括数字基建建设、应用场景落地、机制创新等方面，挖掘其改革逻辑与核心经验。数据分析依托嘉定区公立医院改革中期评估报告、卫生健康事业发展统计数据等，通过量化指标验证数智化改革的实际成效。

## 二、嘉定区数智化赋能的实践基础与顶层设计

### （一）实践基础

嘉定区以国家公立医院改革与高质量发展示范项目为契机，构建了“1+8”改革文件体系，形成了市、区联动的推进机制。依托上海市“便捷就医服务”数字化转型方案，明确了数智化在医疗集团建设中的重要地位，将“整合型、智慧化、高品质”作为区域医疗发展的核心目标。同时，市卫生健康委、市财政局等10部门联合发布《上海市支持嘉定区公立医院改革与高质量发展示范项目的举措清单》，提出八个方面共28条措施，为改革提供全方位政策支持。

嘉定区在数智化改革前已积累了丰富的信息化建设经验，区域内医疗机构信息化基础设施覆盖率达100%，通过前期推进的检验检查结果互认、远程医疗试点等工作，初步打破了机构间的信息壁垒，为后续数智化深度融合奠定了坚实基础。

### （二）顶层设计框架

#### 1. 数智化架构设计

构建“区级数字基座—集团管理平台—机构服务终端”三级数智体系，支撑四大医疗集团协同运行。区级层面建设全信创“区域医疗健康数据中心+数智服务平台”，实现医疗信息全域归集与标准化治理；集团层面搭建运营管理决策支持系统，支撑“人财物”一体化管理；机构层面部署智慧服务、智慧诊疗等终端应用，确保数智化成果直达一线。

#### 2. 实施路径

依托“八大工程”“20个项目”，按照“先建基座、再扩场景、后强融合”的步骤推进数智化改革。第一阶段完成数字基建与数据标准建设，打破信息孤岛；第二阶段聚焦管理、服务、诊疗三大核心维度，落地重点应用场景；第三阶段深化数智化与业务流程、机制建设的深度融合，实现

从“工具应用”到“生态重塑”的转型。

### 三、嘉定区数智化赋能的核心举措

#### （一）数智赋能智慧管理

**一是**搭建公立医院运营管理决策支持系统。依托大数据技术，搭建涵盖全面预算、成本管理、绩效管理、医保管理和综合运营管理的全链条一体化管理平台，建立区域性的公立医院运营管理决策支持系统，提升医院运营管理科学化、规范化、精细化、智慧化。**二是**搭建紧密型医联体综合管理平台。在城市医疗集团内部形成一个高效协同的统一管理系统和一套科学的管理机制，为绩效考核、薪酬分配、全成本预算等提供数据支持，助力医疗集团内人员、财务和物资等方面的统一管理。**三是**搭建医保打包支付管理平台。依托该平台，医疗和医保协同，以医疗集团为医保功能核算单位，在集团内落实医保资金“总额预算、考核监督、结余留用、超支分担”的管理机制，建立住院按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）、门诊按标准付费、中医优病种按疗效价值付费，以及长期住院按床日支付的多元支付方式，实施医保支付方式改革，从而促进居民就医下沉，提高医保基金使用的安全性和有效性。

#### （二）数智赋能智慧医疗

**一是**深化智慧医疗中心建设。依托智慧医疗中心建设，推进互联网诊疗服务。开展“养老院+互联网医院”合作，开设脑病科、内分泌科、脾胃病科、呼吸科、皮肤科、高血压专病等9个远程专科门诊，深化“医养结合”服务模式。**二是**搭建远程诊断平台。借力紧密型医联体网络架构，远程影像、远程心电和远程B超诊断全覆盖社区卫生服务中心，并通过5G技术延伸至云南德钦和青海久治。**三是**将联影医疗AI技术运用于区内所有区级医院的影像诊断，“复星杏脉”人工智能技术应用于人群早癌筛查病理诊断，显著提高诊断效率。

### （三）数智赋能智慧服务

以人民群众便捷就医为出发点，逐步建成智能预问诊、云胶片服务、医保电子处方、一键式病案服务、智能诊后管理等 19 个就医应用场景，着眼于患者就医“预约”“问诊”“检验检查”“急症急救”等流程再造和应用创新，切实提升老百姓就医便捷度和获得感，积极推动公立医院服务向智慧化、数字化、舒适化方向发展。

## 四、嘉定区数智化改革的实施成效

### （一）集团运行效能显著提升

数智化赋能下，嘉定区医疗集团管理架构更加扁平化，协同效率大幅提升。62.5%的公立医院实现收支平衡，管理费用占比降至 7.93%，较改革前下降 3.75 个百分点。通过全流程数字化管理，医疗集团内药品耗材统一采购率达 99.95%，资源配置效率显著提升。打破了传统医疗机构间的“信息孤岛”与“资源壁垒”，形成了“分布式检查、集中式诊断”的协同模式。四大医疗集团内实现了患者档案、检查检验、在线审方、病历调阅的全面共享协同，跨机构转诊效率显著提升。医保基金预算分配更加科学合理，基金使用效率提升，有效保障了医疗集团的可持续运营。

### （二）医疗服务质量稳步改善

2024 年，嘉定区三级医院平均住院日降至 5.71 天，较改革前缩短；病例组合指数（Case Mix Index, CMI）提升至 1.57，反映疑难重症诊治能力显著增强；急诊抢救成功率达 99.1%，处于国内先进水平。四级手术占比从 2022 年的 26.18% 提升至 2024 年的 28.38%，区域医疗技术水平持续提升。通过数智化平台统一诊疗标准、共享优质医疗资源，医疗集团内不同医疗机构的服务质量差距逐步缩小，基层医疗服务能力显著增强。

### （三）群众获得感增强

嘉定区通过集中采购、智能监管、技术创新等数智化手段，有效控制了医疗费用不合理增长，2024年嘉定区公立医疗机构门诊次均费用、住院次均费用均实现负增长，门诊患者满意度达93.37%，住院患者满意度达96.75%，均远超90%的目标值。患者平均就医等候时间缩短，2024年门诊次均费用增幅降至-0.24%，住院次均费用增幅-1.72%，实现了“服务提质、费用减负”的改革目标，群众健康保障更加坚实，为公立医疗公益属性的长期保持提供了坚实保障。

## 五、嘉定区数智化改革面临的挑战

### （一）数智化建设进度不均衡

部分数智化项目因流程繁琐、基建支撑不足，落地应用不够充分。区域医疗健康数智服务平台的部分功能模块仍在优化中，与医疗机构现有系统的对接效率有待提升。基层医疗机构数智化建设相对滞后，社区健康管理平台存在数据更新不及时、部分功能冗余等问题，影响了服务质量的进一步提升。

老年群体等特殊人群的数字服务使用率仍有提升空间，尽管采取了适老化改造等措施，但部分老年患者对智慧医疗服务的接受度和使用能力仍需加强。不同医疗机构之间的数智化应用水平存在差距，导致服务同质化目标尚未完全实现。

### （二）集团协同的数智化深度不足

医疗集团“物理整合”向“化学融合”转型仍需时日，跨机构数据协同的标准化程度有待提升。不同医疗机构的数据格式、接口标准存在差异，导致数据共享的及时性和准确性受到影响。数智化技术对医疗集团学科建设、科研创新的支撑作用未完全发挥，部分应用仍停留在基础服务层面。

运营管理数字化与临床业务的融合不够深入，现有数智化系统多侧重于流程优化和效率提升，对临床路径优化、个性化治疗方案制定等核心业务的支撑不足。医疗集团内各机构的数智化协同机制不够完善，尚未形成“数据驱动、协同共治”的良好生态。

### （三）配套保障机制有待完善

数智化建设的长效投入机制尚未完全建立，后续运维、升级等资金保障存在不确定性。“医疗+数字”复合型人才短缺问题突出，现有医务人员的数字素养参差不齐，基层医疗机构尤为明显。人才培养与引进机制不够完善，缺乏针对医疗行业特点的数字技能培训体系，难以满足数智化深度发展的需求。数据安全与隐私保护压力持续存在，随着医疗数据归集量的增加，数据安全防护面临更大挑战。

## 六、嘉定区数智化改善优化方向与建议

### （一）嘉定区数智化改善优化方向

#### 1. 深化数智化与医疗业务深度融合

深化数智化与临床业务的深度融合，推进 AI 在临床路径优化、成本精准核算、个性化健康管理等领域的应用，释放数智化最大效能。针对老年群体等特殊人群，进一步优化适老化服务设计，提升数字服务的包容性。

#### 2. 强化人才与资金保障

建立“医疗+数字”复合型人才培养体系，开展针对性的数字技能培训，提升医务人员数字素养。完善人才引进政策，吸引数字技术人才投身医疗健康领域，组建专业化数智化服务团队。优化财政资金配置，提高预算执行效率，建立数智化建设专项基金，保障项目持续推进。

## （二）嘉定经验的推广路径与优化建议

### 1. 可复制推广的核心经验

嘉定区数智化改革成功的核心在于构建了“政策牵引+数字基建+场景落地+机制保障”的四位一体框架。坚持公益导向不动摇，将数智化作为提升公益服务能力的手段而非目的；注重顶层设计与基层探索相结合，既保证了改革的系统性，又激发了医疗机构的创新活力；强化数据赋能与机制创新协同，通过制度建设确保数智化成果落地见效。

坚持“先建统一数据基座，再扩应用场景”的建设路径，避免盲目投入和重复建设。推广医保支付数智化联动机制，将医疗集团作为医保核算单位，通过大数据实现基金精准分配。复制资源下沉的数智化支撑模式，建立远程医疗、检查检验互认等常态化机制，提升基层医疗服务能力。

### 2. 全国推广的实施策略

针对不同地区发展基础，制定差异化推广方案。大城市医疗集团可借鉴嘉定全链条数智化整合模式，侧重管理、服务、诊疗的全方位数智化转型；中小城市可聚焦远程诊疗、智慧预约等核心场景突破，逐步完善数智化体系；县域医疗集团则应优先推进数据互通与基层能力提升，构建简约高效的数智化服务模式。

推广嘉定“一中心一平台”的建设标准，制定统一的数据采集、存储、共享规范，降低跨区域、跨机构数据协同成本。输出部分重点应用场景模板，包括智能预约、远程诊断、慢病管理等，供各地根据实际情况调整应用。建立跨部门协同推进机制，明确卫生健康、医保、财政、科技等部门的职责分工，形成改革合力。完善数智化绩效考评体系，将数智化建设成效与公益服务质量、群众满意度等指标挂钩，避免形式主义。建立资金投入长效机制，明确财政投入比例，鼓励社会资本参与数智化建设与运营。

当前，数字医疗行业正处于快速发展阶段，数智化将向“精准化、个性化、一体化”纵深发展。未来，嘉定区需持续深化数智化与医疗服务、运营管理、机制建设的深度融合，着力解决建设不均衡、协同不充分、保障不到位等问题，进一步释放数智化改革红利。全国各地可结合自身实际，借鉴嘉定核心经验，通过分级分类推广、技术标准输出、制度保障支撑等方式，推动紧密型医疗集团从“整合”向“融合”升级，为公立医疗高质量发展提供更坚实的支撑，助力健康中国战略全面落地。

（责任编辑：信虹云）

## 上海市嘉定区公立医院人事薪酬制度改革进展与成效分析

王旭<sup>1</sup> 汤真清<sup>1</sup> 杨顺露<sup>2</sup>

**【摘要】** 编制配置僵化、薪酬分配失衡已成为制约我国公立医院高质量发展的关键瓶颈，构建科学有效的人事管理与薪酬分配机制是深化医改的核心任务。文章采用案例研究法，系统梳理上海市嘉定区公立医院人事管理与薪酬制度存在的现实困境，深入分析其在人事管理、编制配置、薪酬分配等方面的创新实践，通过量化数据与质性分析结合的方式评估改革成效，并提炼可推广的经验启示，以期为公立医院完善激励机制、强化公益属性提供实践参考。

公立医院作为我国医疗卫生服务体系的主体，是党和政府保护人民健康权益的直接体现，其公益性是与生俱来的本质属性。2024年，党的二十届三中全会对深化医药卫生体制改革提出新要求，作出新部署，明确要深化以公益性为导向的公立医院改革，并将编制管理、薪酬制度改革作为核心任务。

然而，现有实践和研究普遍指出，我国公立医院人事薪酬制度仍面临多重结构性困境，传统编制制度的计划属性与医疗服务的市场化需求矛盾日益凸显，人员流动受阻与紧缺专业人才招录困难的问题更加突出；薪酬核定缺乏动态调整机制、固定收入占比偏低、分配结构失衡等问题，导致公立医院逐利倾向进一步强化。

上海市嘉定区作为上海五个新城之一，依托公立医院改革与高质量

---

第一作者：王旭，男，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 200031

2. 上海市嘉定区卫生事务管理中心，上海 201800

示范项目建设契机，开展了系统性人事薪酬改革探索。本研究以嘉定区为案例，系统解析其改革逻辑、实践路径与实施成效，为全国公立医院破解改革瓶颈提供经验借鉴。

## 一、嘉定区公立医院人事薪酬制度的现实困境

### （一）编制配置僵化，人力资源流动与配置失衡

编制是计划经济时代的产物，在特定的历史时期发挥了一定的作用，但随着社会经济的不断发展和医疗服务需求的快速增加，编制制度已难以适配公立医院高质量发展需求。一方面，体制内“铁饭碗”模式导致部分在编人员消极怠工，一定程度上影响医疗服务效率与医院运营。另一方面，现有编制数量已无法满足医院发展需要，编制外用工数量激增，嘉定区公立医院编制“总量不足”和“空编率高”双重矛盾集中显现。更为关键的是，固化的编制体系限制了医院用人自主权，编制管理与服务人口、业务量、重点学科建设需求脱节，基层医疗机构与紧缺专业人才招录困难，导致区域医疗服务能力呈现结构性失衡。

### （二）薪酬激励失衡，公益导向弱化

薪酬制度是推动公立医院从逐利性转向公益性的关键改革点，2021年，《人力资源社会保障部 财政部 国家卫生健康委 国家医保局 国家中医药局 关于深化公立医院薪酬制度改革的指导意见》（人社部发〔2021〕52号），为公立医院薪酬制度改革明确了目标与方向。但现阶段公立医院薪酬制度仍存在诸多问题与不足。一是薪酬水平核定缺乏动态调整机制，与区域经济发展水平、医疗行业高负荷特点衔接不紧密。区属公立医院与社区卫生服务中心人均绩效工资存在一定差距，导致基层医疗机构出现“招人难、留人难”双重困境。二是薪酬的保障功能不强，导致公立医院过分追求效率。由于财政投入保障不足，医务人员固定收入占比总体偏低，部分医院绩效薪酬仍与医疗收入隐性挂钩，逐利倾向

导致公立医院公益属性被弱化。**三是**内部薪酬分配结构失衡，薪酬分配体系存在“重业务量、轻质量，重临床、轻公卫”等导向偏差，因此不同岗位间、科室间收入差距较大且存在持续扩大趋势，儿科、病理、精神卫生等缺乏“创收”能力的专业薪酬待遇相对偏低。

## 二、嘉定区公立医院人事薪酬改革的实践路径

为加快破解公立医院公益性弱化难题，嘉定区依托公立医院改革与高质量示范项目建设契机，从人事管理、编制、薪酬等方面多维发力，全面深化以公益性为导向的公立医院改革。

### （一）创新人事管理机制，构建动态协同的人力资源配置体系

**一是**探索基于全面预算的人员总量管理。嘉定区坚持“总量控制、动态调整、规范管理、有序推进”，将公立医院、社区卫生服务中心、卫生单位共同纳入人员总量管理。制定出台《嘉定区公立医疗卫生机构人员总量管理实施意见（试行）》，根据医疗机构的功能定位、等级层次、床位数、门急诊量、服务人口、服务面积、辖区重点人群等因素统筹核定人员总量，每两年动态调整一次。将人员结构分为管理人员、专业技术人员、工勤人员三类，明确卫生专业技术人员配备比例不低于85%，管理人员和辅助人员配备比例不高于15%，推动人力资源向临床一线、关键学科倾斜。

**二是**构建城市医疗集团人员统筹调配机制。依托紧密型城市医疗集团建设契机，制定《嘉定区紧密型城市医疗集团人员统筹管理办法（试行）》，由医疗集团实行全员岗位管理和统筹调配。规定在保持现有人事关系不变的情况下，建立医疗集团内“区级医院—社区卫生服务中心”双聘机制，促进医疗集团内部人员有序合理流动，从而助力基层学科建设、人才培养，带动实现医疗集团整体服务能力提升。

## （二）优化编制配置模式，探索供需矛盾的精准化破解路径

**一是**试行公立医院控制数管理。上海市委编办会同市委组织部、市卫生健康委、市财政局、市人力资源社会保障局等部门，联合印发《关于本市创新公立医院人员编制管理的实施意见（试行）》，明确以核定的公立医院事业编制人员控制数为基数进行岗位设置，将公立医院事业编制人员控制数作为核拨相关人员经费的依据等。嘉定区作为上海五个新城之一，率先推行事业单位人员控制数管理制度。

**二是**创新专科编制“区管镇用”机制。嘉定区针对区级医院口腔科“排队久、患者多”，基层社区口腔专科人才“招人难”等难题，创新实施社区口腔医务人员“区管镇用”模式，通过构建“专科医院（单位）—社区卫生服务中心”专业支援体系，确保专业人才能够深入基层。区牙病防治所作为管理主体，按需制定年度派遣计划，定向派驻中级职称以上或硕士学历医师至社区，派遣人员保留原单位编制及晋升通道。同时完善下沉人才的薪酬保障与激励补贴机制，明确“区管镇用”人员平均绩效不低于原单位水平，将考核合格的基层工作时间视为基层经历用于职称晋升等，构建“人才下沉—效能提升—队伍稳定”的可持续发展机制。

## （三）薪酬制度深度重构，深化彰显公益价值的分配体系改革

**一是**深化目标责任年薪制改革。嘉定区全面推行院长年薪制，切断薪酬与创收挂钩，强化公立医院公益性导向。院长薪酬由区卫生健康委统筹核定，建立定量指标、定性指标和特定指标相结合的目标管理考核体系，与医疗服务质量、运营效率、患者满意度等公益性目标绑定，从机制上剥离与医院药品、耗材收入的关联，杜绝逐利倾向。在院长年薪制的基础上，探索实行行政管理人员年薪制，有效控制管理成本。

**二是**探索医疗集团内部二次分配。制定《嘉定区紧密型城市医疗集团薪酬制度改革方案》，构建医疗集团内部薪酬再分配制度。提取各医

疗集团成员单位 20% 的绩效总量纳入“统筹池”，将 58 个指标纳入医疗集团薪酬考核和绩效考核指标体系，区级医院数量指标分为基本诊疗服务、中医药服务和健康管理服务三大类，社区卫生服务中心数量指标分为基本诊疗服务、中医药服务、家庭医生签约服务及公共卫生服务，通过测定标化工作量，确定集团内的人均薪酬水平。

**三是**全面推进“三个结构调整”。推行“1+1+1”家庭医生签约模式，依托家庭医生签约服务费激励，通过增核绩效工资总量，逐步缩小公立一、二级医疗机构之间的绩效工资水平差距。调整绩效考核激励，逐步缩小医疗机构内部不同专业、不同科室之间薪酬待遇差距。结合目标管理考核，鼓励并引导公立医院在绩效分配方面着重凸显岗位价值，既体现多劳多得、优绩优酬，又避免收入差距过大，维护医务人员队伍稳定。强化基础性绩效工资保障，逐步提升医务人员绩效工资中固定收入占比。结合内部分配制度调整、规范津补贴等工作开展绩效工资改革，充分调动事业单位工作人员积极性、提高医务人员公益服务水平。

### 三、嘉定区公立医院人事薪酬改革的实施成效

#### （一）医务人员集团内上下流动更加顺畅

嘉定区四个医疗集团内部均建立集团级人力资源管理中心（或平台），通过“统招公用”、双聘流动机制、定期工作制及进修培训等多种形式，推动区级专家常态化下沉社区、社区医生上派至区级医院进修学习及参与门诊，实现集团内人员“能上能下”，人力资源要素全面盘活。2024 年医疗集团内实现双聘 22 人，牵头医院下沉专家 1 505 人次，较 2022 年增长 3 倍有余。在此作用下，社区西医诊疗病种较 2023 年增加 48 种，基层服务能力显著提升。

#### （二）编制管理灵活性与适配性明显增强

嘉定区通过实行人员总控与编制动态调整，公立医院事业编制由改

革前的 3 550 个调整为事业单位人员控制总量（含事业编制与控制数）3 798 个，新增控制数 248 个，空编率同比下降 4 个百分点，通过由事业编制数到人员控制数的“腾笼换鸟”，使医务人员使用更为灵活，队伍稳定性进一步提升。此外，通过建立“区招区管、按需派驻”的灵活用人机制，统筹全区口腔医学专业编制，截至 2024 年，区牙病防治所医师数增加 16.33%，在社区卫生服务中心建成 4 个市级标准化口腔诊室，口腔椅位扩增 35 张。社区卫生服务中心口腔门诊年接诊量达 9 479 人次，较 2022 年增加 116%，已具备根管治疗、复杂牙体拔除等多项口腔诊疗能力。

### （三）薪酬分配的公平性与公益性全面凸显

一是薪酬总量逐步提升。嘉定区通过实施年薪制改革，将医务人员薪酬与医疗服务质量、运营效率、患者满意度等公益性目标绑定，切断与创收关联。2024 年嘉定区公立医院管理人员费用占比降至 7.91%，较 2022 年下降 3.77%。与此同时，嘉定区以推动公立医院高质量发展为导向，连续三年落实“两个允许”政策，由区财政、人力资源社会保障、卫生健康综合考虑嘉定经济发展、医疗行业特点和医院财务状况，对照本市公立医院的绩效考核等次，使用以前年度盈余提高公立医院绩效工资总量。2022—2024 年，嘉定区 8 家公立医院累计增发 5 125.7 万元，有效提升医务人员的工作积极性，2024 年医务人员满意度 96.88%。

二是薪酬结构全面优化。一、二级公立医疗机构收入差距逐步缩小，2024 年嘉定区社区卫生服务中心人均绩效工资水平 17.46 万元，通过实施家庭医生签约服务费激励后，社区卫生服务中心人均绩效工资水平提升 11.39%，与公立医院人均水平的差距从 6.6 万元分别降至 4.6 万元，基层医疗机构对医务人员的吸引力进一步增强。引导公立医院调整内部绩效分配方案，不同专业之间薪酬差距逐步缩小，儿科、精神科等

弱势专业的医务人员收入改善提高。儿科、精神科人均薪酬水平分别提升 8.1%、7%。基础性绩效工资保障全面强化，2024 年全区公立医院固定收入占比达 37%，较项目前增长 18 个百分点。

#### 四、嘉定区公立医院人事薪酬改革经验启示

2025 年，党的二十届四中全会在“十五五”规划建议中进一步提出要“以公益性为导向深化公立医院改革”，并将编制管理、薪酬制度作为推动公立医院回归公益本源的核心举措。基于嘉定区公立医院人事薪酬制度改革实践，有以下四方面启示与建议。

##### （一）以制度设计固化公益导向，是公立医院改革的根本遵循

嘉定区实践证明，只有将公益目标嵌入人事薪酬设计的全过程，才能破解逐利倾向对医疗服务的扭曲。因此，公立医院改革需以公益目标为锚，重构考核与薪酬的联动机制，让医务人员价值回归医疗服务本身。一方面加快推进院长及行政管理人员年薪制改革，切断薪酬与医院创收的直接关联，将医疗服务质量、运营效率、患者满意度等公益指标纳入考核核心。另一方面，调整薪酬分配逻辑，弱化业务量、药品耗材收入等逐利性因素权重，强化公共卫生服务、基层支援、弱势学科建设等公益贡献的激励作用。

##### （二）人事编制改革需动态统筹，破解资源配置僵化困境

编制配置与人事管理的僵化是全国公立医院普遍面临的共性问题，破解编制管理困境需跳出“编制本位”思维，建立与医疗服务需求动态适配的管理模式。从宏观层面，进一步探索基于全面预算的人员总量管理，依据服务人口、业务量、学科建设需求等核心指标核定人员规模，实行定期动态调整，赋予医院灵活用人自主权。从微观层面，针对基层紧缺专业与重点学科，深化“区管镇用”“集团统筹”等灵活用人机制创新，通过编制统筹、定向派驻、待遇保障等措施，推动人才在不同层级医疗

机构间的有序流动，让人力资源向临床一线、基层机构、弱势学科倾斜，破解“总量不足”与“配置失衡”的双重矛盾。

### （三）薪酬制度改革要系统发力，兼顾保障与激励平衡

薪酬制度是激发医务人员积极性、稳定队伍的关键，嘉定区的经验表明，有效的薪酬改革需实现“总量提升、结构优化、公平兼顾”的系统性突破。在总量保障上，落实“两个允许”政策，结合区域经济发展水平、医院运营状况和绩效考核结果，通过财政支持与结余统筹相结合的方式稳步提升薪酬总量，为医务人员提供稳定的收入预期。在结构优化上，一方面强化基础性绩效工资占比，提升固定收入保障功能，降低医务人员对创收绩效的依赖；另一方面通过医疗集团“统筹池”二次分配、家庭医生签约服务费激励等方式，缩小不同层级医疗机构、不同岗位间的收入差距，改善儿科、精神卫生等弱势专业的薪酬待遇。总体而言，公立医院薪酬制度改革需兼顾“多劳多得、优绩优酬”与“公平合理、保障有力”，通过薪酬结构调整引导资源向基层、向公益领域流动，同时以动态调整机制和适宜薪酬水平增强行业吸引力和医务人员稳定性。

### （四）强化政策协同与精准创新，提升改革落地实效

公立医院改革是系统性工程，需跨部门协同、因地制宜创新才能突破瓶颈，嘉定区的实践凸显了“政策联动、精准施策”的重要性。一方面，要强化卫生健康、财政、人社等多部门联动，统筹人员总量核定、薪酬总量调整、经费保障、考核监管等关键环节，形成改革合力。另一方面，要坚持因地制宜创新，立足区域医疗资源禀赋与突出问题，针对不同层级、不同专业的差异化需求，制定“一问题一方案”的靶向改革措施，避免“一刀切”式改革，提升改革的针对性与可持续性。

（责任编辑：张革）

## 上海市嘉定区紧密型城市医疗集团建设服务效能评估及展望

侯晓慧<sup>1</sup> 覃湫琚<sup>1</sup> 朱卓辉<sup>2</sup> 陈 多<sup>1</sup>

**【摘要】**紧密型城市医疗集团建设是我国深化医药卫生体制改革、优化资源配置、构建分级诊疗制度的重要战略举措。文章以国家紧密型城市医疗集团建设试点区域——上海嘉定区为研究对象，通过构建服务效能评估体系，从结构、过程、结果三个维度对2021—2025年嘉定区四大医疗集团的运行数据进行实证分析。研究发现，嘉定区通过“人、财、物、管理”四个一体化建设，在资源下沉、业务融合、医保协同等方面取得显著成效，牵头医院抗菌药物限定日剂量数（Defined Daily Dose System, DDDs）持续下降，基层门诊量、重点人群组合内就诊率、慢性病规范管理率稳步提升；但仍面临专家下沉配套不足、药品集约管理障碍、医保杠杆效果欠佳、数字赋能不充分等挑战。文章从强化协同机制、深化三医联动、创新数字赋能、构建长效机制四方面提出优化路径，为嘉定区整合型医疗服务体系的高质量发展提供理论参考与实践借鉴。

当前，我国医疗卫生服务体系建设正从“以治病为中心”向“以健康为中心”的转变。为破解医疗资源分布不均、碎片化服务、居民就医秩序不合理等问题，2023年国家卫生健康委员会（以下简称“国家卫生健康委”）发布《关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知》（国卫医政函〔2023〕27号），全面启动紧密型城市医疗集团建设工作，为人民群众提供更加公平可及、系统连续、多层次、多元化的医疗卫生服务。

---

第一作者：侯晓慧，女，研究实习生

通信作者：陈多，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. 江西中医药大学，南昌 330004

上海市嘉定区作为国家公立医院改革与高质量发展示范项目的代表和紧密型城市医疗集团建设试点区域，早在 2021 年就开始探索以市级医疗机构为技术支撑、区域性医疗中心为核心、社区卫生服务中心为基础的紧密型医联体建设，初步形成了“市—区—社区”三级整合型医疗卫生服务体系。嘉定区构建了“市—江桥”“仁济嘉定”“瑞金南翔”和“瑞金安亭”四个紧密型城市医疗集团，通过人员统一调配、业务统一管理、药品统一采购、医保打包支付等一体化举措，在促进优质医疗资源下沉、提升基层服务能力、完善分级诊疗制度等方面取得了显著成效。本文基于嘉定区 2021—2025 年的实际运行数据，结合我国东、中、西部地区整合型医疗服务体系建设经验，构建服务效能评估体系，全面分析嘉定区紧密型城市医疗集团的建设成效与不足，并提出有针对性的发展展望，以期为相关理论研究和政策实践提供参考。

## 一、服务效能评估体系构建

### （一）整合型卫生服务体系理论

整合型卫生服务体系是指通过有效的管理机制和服务模式，在临床服务、组织管理、系统功能等层面实现协调与统一，为特定人群提供连续、协同、高效的医疗服务。其核心特征包括：服务连续性，在不同级别、不同类型的医疗机构间实现无缝衔接；管理统一性，在人、财、物、信息等方面实行一体化管理；责任共担性，各成员单位形成责任、管理、服务、利益共同体。紧密型城市医疗集团是整合型卫生服务体系在中国具体实践形态之一，嘉定区的探索充分体现了这一理论的核心要义。

### （二）评估框架

本研究基于 Donabedian 的“结构—过程—结果”质量评估模型，结合国家紧密型城市医疗集团建设评价指标和嘉定区实际情况，构建了包含 3 个一级指标、8 个二级指标和 23 个三级指标的服务效能评估体系。见表 1。

表1 紧密型城市医疗集团服务效能评估指标体系

一级指标	二级指标	三级指标	
结构指标	组织架构	管理委员会设立情况	
		章程与制度建设情况	
过程指标	资源配置	一体化管理程度	
		专家下沉人次数	
	人力资源	帮扶新技术新项目数量	
		帮扶专科（专病）建设数量	
	服务提供	全科医生进修或多点执业人数	
		牵头医院上转患者数量	
		社区上转至市级医院患者数量	
		牵头医院下沉至社区人次数	
		基层医疗机构上转集团内病人例数占比	
		抗菌药物 DDDs	
结果指标	健康结果	签约重点人群组合内就诊率	
		高血压患者规范管理率	
	服务效率	糖尿病患者规范管理率	
		感染总发生率	
		基层门诊量	
		牵头医院门诊量	
		平均住院日	
		床位使用率	
		经济效率	医疗收入增长率
		医疗服务性收入占比	
药品收入占比			

### （三）数据来源与研究方法

本研究数据主要来源于两个方面：**一是**嘉定区卫生健康委员会提供的2021—2025年紧密型城市医疗集团运行监测数据；**二是**整合型医疗卫生服务体系建设相关文献与政策文件。研究方法采用定量与定性相结合的方式，通过描述性统计、趋势分析、比较分析等方法，对嘉定区四大医疗集团的服务效能进行综合评估。其中，2025年数据截至6月底，部分指标采用同比增长率进行标准化处理，以确保数据的可比性。

## 二、服务效能实证分析

### （一）牵头医院服务效能评估

#### 1. 资源下沉与技术帮扶

新技术、新项目帮扶是衡量医疗集团内市级医院对牵头医院技术支

撑能力的关键指标。2021—2025 年数据显示，仁济嘉定和瑞金南翔医疗集团在市级医院帮扶下开展的新技术、新项目数量显著领先。2024 年，仁济医院帮扶开展 47 项新技术，瑞金医院帮扶开展 49 项。相比之下，市一江桥和瑞金安亭在前期（2021—2022 年）技术帮扶项目较少，但 2023 年后逐步增加，表明医疗集团内部技术传导机制不断完善。见表 2。

表 2 2021—2025 年嘉定区医疗集团对应的市级三级医院帮扶医疗集团内新开展的新技术、新项目（单位：项）

牵头医院	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	0	0	0	2	1
仁济嘉定—中心医院	32	37	25	47	36
瑞金南翔—南翔医院	0	22	14	49	34
瑞金安亭—安亭医院	0	0	9	4	2

医疗集团牵头医院对社区卫生服务中心的帮扶作用也逐步增强。2024 年，南翔医院帮扶社区开展 14 项新技术，安亭医院帮扶社区开展 53 项，显著提升了基层医疗机构的服务能力。这种“市级医院—牵头医院—社区卫生服务中心”的三级传导机制，有效促进了优质医疗资源的梯度下沉和全域共享。

下沉至社区卫生服务中心人次数直接反映了分级诊疗和医疗资源合理配置的落实情况。数据显示，市一江桥医疗集团内联系最为紧密，牵头医院下沉至社区卫生服务中心人次数从 2021 年 87 人次大幅增至 2024 年 838 人次，增长近 9 倍。瑞金安亭—安亭医院下沉人次数始终保持在较高水平，2024 年达 584 人次。仁济嘉定—中心医院和瑞金南翔—南翔医院的下沉人次数虽然相对较少，但呈现稳步增长趋势，2025 年上半年均已超过去年同期水平。见表 3。

表3 2021—2025年嘉定区医疗集团牵头医院下沉至社区卫生服务中心人次数（单位：人次）

牵头医院	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年（截至6月底）
市一江桥—江桥医院	87	71	388	838	188
仁济嘉定—中心医院	36	39	43	48	51
瑞金南翔—南翔医院	0	0	31	35	39
瑞金安亭—安亭医院	477	220	484	584	374

专科（专病）建设数量是评估医疗集团学科建设能力的重要指标。2021—2024年，四个医疗集团帮扶社区卫生服务中心专科（专病）建设数量呈逐步上升趋势，尤其在2023年快速增长。2024年，江桥医院、中心医院、南翔医院和安亭医院帮扶社区卫生服务中心专科（专病）建设数量分别为10项、25项、16项和14项。这与2023年健康中国行动提出的加强中医优势专科建设要求密切相关，针对新冠病毒感染、心血管、脑病、肿瘤等专科专病，医疗集团积极推动国家中医优势专科建设，提升专科临床疗效。

## 2. 业务融合与质量提升

住院患者抗菌药物 DDDs 是评判临床抗菌药物合理使用的重要标准，也是公立医院绩效考核的合理用药核心指标。2021—2025年数据显示，四个牵头医院的抗菌药物 DDDs 整体呈下降趋势，表明积极管控抗菌药物的使用取得成效。市一江桥—江桥医院每年逐步递减，从2021年63.8控制到2024年44.51；仁济嘉定—中心医院从47.91降至45.22；瑞金南翔—南翔医院虽然在2023年有所反弹（53.45），但2024年回落至48.11；瑞金安亭—安亭医院始终保持在较低水平，2024年为41.17。见表4。

表 4 2021—2025 年嘉定区医疗集团牵头医院住院患者抗菌药物限定日剂量数

牵头医院	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	63.80	52.20	49.70	44.51	40.84
仁济嘉定—中心医院	47.91	47.97	49.82	45.22	44.51
瑞金南翔—南翔医院	41.51	42.27	53.45	48.11	45.83
瑞金安亭—安亭医院	39.73	35.82	45.71	41.17	39.83

这一趋势表明，紧密型城市医疗集团通过统一的药事管理、临床路径和质控标准，有效促进了合理用药水平的提升，减少了抗菌药物滥用现象，为提高医疗质量和患者安全奠定了坚实基础。

### 3. 运营效率与结构优化

医疗收入增长率反映了医疗集团的运营状况和发展活力。2021—2025 年数据显示，医疗集团内牵头医院医疗收入增长率波动较大。整体上，2022 年医疗收入急剧下降（瑞金南翔—南翔医院和瑞金安亭—安亭医院甚至出现负增长），2023 年快速增长，2024 年维持稳定。这种波动与新冠疫情的影响及后续恢复密切相关。值得注意的是，仁济嘉定—中心医院在五年间保持了相对稳定的正增长，表明其运营具有较强的抗风险能力和持续发展潜力。

医疗服务性收入占比是绩效国考指标体系中备受关注的运营效率重要指标，其定义是医疗服务收入（不含药品、耗材、检查检验收入）占医疗总收入的比例。提高医疗服务性收入占比可以引导医院回归“治病救人”的本质，提升技术劳务服务的价值。2024 年四家牵头医院的医疗服务性收入占比在 20%～25% 左右。2021—2024 年，江桥医院和嘉定中心医院的医疗服务性收入有所增长，分别从 17.43% 上升至 25.65%、21.60% 上升至 24.00%；南翔医院和安亭医院略有下降，但整体结构趋于优化。见表 5。

表 5 2021—2025 年嘉定区医疗集团牵头医院医疗服务性收入占比（单位：%）

牵头医院	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	17.43	14.73	25.36	25.65	27.48
仁济嘉定—中心医院	21.60	22.50	22.40	24.00	22.50
瑞金南翔—南翔医院	22.99	20.33	19.29	21.77	21.63
瑞金安亭—安亭医院	21.52	19.56	20.59	20.83	21.49

## （二）社区及其他服务机构效能评估

### 1. 服务量与资源利用

基层门诊量是衡量基层医疗服务利用情况的核心指标。2021—2024 年，医疗集团基层门诊量先下降后上升，反映出新冠疫情影响及后续恢复的整体趋势。2024 年，江桥镇社区卫生服务中心、南翔镇社区卫生服务中心、马陆镇社区卫生服务中心的基层门诊量排名前三，分别为 55.03 万人次、49.47 万人次、44.88 万人次。基层门诊量的回升与各社区卫生服务中心积极开展专科专病建设，打造社区专科（专病）品牌密切相关。如江桥镇社区卫生服务中心建设名中医学学术经验研究工作站，马陆镇社区卫生服务中心通过专科专病建设、开展联合病房、医联体内外科妇科共建、开设全专门诊等措施，显著提升了服务吸引力和可及性。

签约重点人群组合内就诊率是指患者选择的“1+1+1”医疗机构组合（一家市级医院、一家区级医院、一家社区卫生服务中心）内就诊率，是衡量分级诊疗成效的关键指标。2024 年，四家医疗集团卫生服务中心的签约重点人群组合内就诊率均在 65% 以上，外冈镇社区卫生服务中心就诊率最高，达 86.48%；徐行镇社区卫生服务中心次之，为 83.11%。高比例的组合内就诊率表明，医疗集团通过资源整合和服务协同，有效引导了居民就医流向，逐步形成有序就医格局。

### 2. 双向转诊与上下联动

上转至医疗集团对应的市级三级医院的患者数量是评估双向转诊机

制运行效果的重要指标。从数据来看，2021—2023年社区上转至医疗集团对应的市级三级医院的患者数量不多，但2024年快速增长，尤其是南翔镇社区卫生服务中心、工业区社区卫生服务中心、马陆镇社区卫生服务中心、迎园医院、外冈镇社区卫生服务中心、安亭镇社区卫生服务中心、安亭镇黄渡社区卫生服务中心，上转患者数量分别为308、360、738、314、170、522、1094人。这一显著增长表明，紧密型城市医疗集团内部转诊通道更加畅通，基层医疗机构识别危重疑难病症并及时上转的能力增强，居民对基层医疗机构的信任度提高。

基层医疗机构上转医疗集团内病人例数占比反映了医疗集团内部转诊机制的紧密程度。2021—2024年，各基层医疗机构上转医疗集团内的病人占比较为稳定。2024年，南翔镇社区卫生服务中心上转医疗集团内病人例数占比最高，为57.99%；安亭镇社区卫生服务中心和马陆镇社区卫生服务中心分别为57.29%、52.33%。高比例的内部转诊表明，医疗集团内部形成了较为紧密的服务协同和责任共担机制，有利于实现居民全程健康管理。

### 3. 人才队伍建设与能力提升

进修或多点执业全科医生人数反映了医疗集团内部人员流动和能力提升的情况。近年来，社区全科医生至医疗集团内上级医院进修或多点执业人数逐步增加。2024年，全科医生进修或多点执业人数最多的社区是南翔镇社区卫生服务中心，有19名；其次是安亭镇社区卫生服务中心，有15名；马陆镇社区卫生服务中心有12名。这种人员双向流动机制不仅提升了基层医务人员的专业能力，也加强了医疗集团内部的文化融合和协作共识。

### 4. 慢性病管理质量

高血压患者规范管理率和糖尿病患者规范管理率是衡量基层医疗卫

生机构慢性病管理成效的核心指标。《健康中国行动（2019—2030年）》明确要求，截至2022年，全国高血压患者规范管理率不低于60%；到2030年提升至70%。数据显示，四个医疗集团内的社区已经全部达到并远超国家要求。2024年社区高血压患者规范管理率均高于95%，糖尿病患者规范管理率也均高于95%，表明紧密型城市医疗集团框架下的慢性病管理体系运行有效，基层医疗卫生机构在居民健康管理中发挥了关键作用。

### 5. 经济运行状况

医疗收入增长率反映了基层医疗机构的运营状况。2024年，嘉定区大部分社区的医疗收入增长率为负。与2023年相比，嘉定镇社区卫生服务中心医疗收入降低了11%，江桥镇社区卫生服务中心医疗收入降低了10.77%。相反，真新社区卫生服务中心的医疗收入增长率最高，为24.52%，南翔镇社区卫生服务中心为10.12%。这种分化趋势表明，不同社区在适应医保支付改革、优化服务结构、提高运营效率方面存在差异，也提示需要加强对基层医疗机构经济运行情况的监测与指导。见表6。

表6 2021—2025年嘉定区社区医疗收入增长率（单位：%）

所属集团	社区名称	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年 (截至6月底)
市一江桥一社区	真新社区卫生服务中心	11.12	-31.53	39.04	24.52	2.69
	江桥镇社区卫生服务中心	-1.07	-13.52	30.20	-10.77	-2.18
仁济嘉定一社区	嘉定镇社区卫生服务中心	-3.00	-14.00	13.00	-11.00	-3.00
	菊园新区社区卫生服务中心	-13.09	8.98	41.93	-1.66	4.86
	徐行镇社区卫生服务中心	8.69	-2.57	14.42	4.94	0.60
	华亭镇社区卫生服务中心	-0.12	-10.98	20.49	-0.15	-1.51
瑞金南翔一社区	南翔镇社区卫生服务中心	0.25	3.60	11.46	10.12	8.58
	工业区社区卫生服务中心	13.18	-9.90	24.93	-6.95	/
	马陆镇社区卫生服务中心	5.12	0.47	12.16	-4.63	10.92
	迎园医院	-1.30	-1.80	13.50	-8.50	-5.90

续表 6 2021—2025 年嘉定区社区医疗收入增长率（单位：%）

所属集团	社区名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年 (截至 6 月底)
瑞金安亭一社区	外冈镇社区卫生服务中心	7.00	-5.42	18.36	-3.81	-1.70
	安亭镇社区卫生服务中心	4.15	-11.49	23.66	-0.46	15.17
	安亭镇黄渡社区卫生服务中心	0.33	-8.18	38.08	0.31	1.96

### 三、主要问题与挑战

#### （一）专家下沉配套保障不足

配套保障措施落实的滞后造成优质医疗资源下沉进程缓慢。一方面，不同级别医疗机构薪酬水平差异较大，上级医院专家下沉到基层医疗机构后，收入待遇往往有所下降，影响了专家下沉的积极性。另一方面，上级医院全职派驻的管理及临床骨干，由于人事关系不变，其职称晋升和聘任仍需回到本职医院，而派驻医院在工作量、病种难度和科研项目申请等方面的差距，导致职称评聘时提供的成果质量难以体现专家真实业务水平，阻碍了职称晋升和职业发展。

专家下沉的考核激励机制不健全，缺乏科学合理的下沉工作量和质效评估标准，难以真实反映下沉专家的实际贡献，也影响专家下沉的持续性和有效性。数据显示，虽然 2024 年医疗集团牵头医院下沉专家 1505 人次，较 2022 年增长 3 倍有余，但与区域居民健康需求相比，优质医疗资源下沉的广度、深度和可持续性仍有待加强。

#### （二）药品集约管理存在障碍

受基本药物制度和集中带量采购等考核要求的影响，不同机构的利益诉求不同，因此在制定本机构药品目录时的选择差异较大，集约化管理成效相对有限。牵头医院与社区卫生服务中心在用药习惯、病种结构、患者需求等方面存在差异，导致药品目录统一面临较大阻力。特别是慢性病常用药、专科特色药在不同级别医疗机构间的目录衔接不够顺畅，影响分级诊疗和连续服务的实施。

药品配送和库存管理的一体化程度不高，牵头医院与社区医疗机构在药品采购、储存、调配等环节仍存在脱节现象，未能完全实现“零库存”管理和集约化运营。药品供应链的协同不足，既增加了运营成本，也影响了药品供应的及时性和稳定性，特别是偏远地区的社区卫生服务中心，药品短缺现象时有发生。

### （三）医保杠杆优化效果欠佳

现阶段医疗集团内医保制度主要聚焦在引导供需方双向转诊行为上，对利用医保杠杆优化医疗集团内部紧密融合、降低医疗费用等方面尚需整体性考虑。医保打包支付、结余留用等关键政策在落地过程中面临诸多障碍，如结余分配机制不明确、超支分担责任不清等，影响医疗集团内各成员单位控制成本、提高效率的积极性。

同时，医保费用在整个医疗集团内实现市区两级统筹使用难以实现，不同级别医疗机构的医保总额分割管理，缺乏统筹使用和弹性调整机制，导致资源难以根据实际需求在集团内部优化配置。此外，差异化支付政策不够完善，对基层首诊、双向转诊、急慢分治的引导作用有限，居民仍倾向于直接前往高级别医院就诊，增加医保基金支出压力。

### （四）数字赋能作用未充分发挥

虽然嘉定区医疗集团在信息化建设方面取得了一定进展，但距离数字化全面赋能医疗集团运行和服务的目标还有较大差距。一方面，集团内部信息系统的互联互通程度不高，数据标准不统一，信息孤岛现象仍然存在，检查检验结果互认、电子健康档案共享尚未完全实现，导致重复检查率仍较高，增加了患者负担和医疗成本。

另一方面，健康大数据分析应用能力不足，未能充分挖掘数据价值，为居民全生命周期健康管理、医疗质量提升、资源优化配置等提供有力支撑。远程医疗、智慧医疗等新型服务模式应用不够广泛，基层医疗机

构技术支撑能力薄弱，部分社区卫生服务中心智能设备使用率低，难以有效开展远程诊疗和健康监测服务。

#### 四、优化路径与发展展望

##### （一）强化协同机制，促进优质资源下沉

针对专家下沉配套保障不足的问题，一是落实医疗集团薪酬统筹机制，集团内部基于各成员单位功能定位，建立标化工作量，以集团为单位确定内部各岗位平均薪酬水平；区层面设置额外的薪酬绩效单列，用于调动上级医院专家下沉的工作积极性。二是以集团为载体搭建科教研协作平台，所有成员单位均可利用平台资源开展与自身业务能力提升相关的培训教育及科研创新活动。同时，在集团内部评选过程中，适当向开展下沉工作的人员予以倾斜，或设置专项资金用于与医联体、一体化建设机制优化领域有关的科研活动开展。

##### （二）深化三医联动，优化资源配置效率

在药品集约管理方面，做好“以患者为中心”的药品集约化管理。以集团为单位建立统一药事管理委员会，牵头各成员单位的药事相关管理工作，委员会应纳入各成员单位药事主要负责人以确保所有机构的需求得到充分保障。以“常见病+专科”的遴选原则动态制定和调整药品目录，畅通基层机构与上级医院用药衔接。同时，强化信息化平台对临床药事管理的支撑力度，通过线上发起药品调配申请，经系统流程审核线下直接为患者配送的方式提升资源配置效率。

在医保支付改革方面，对紧密型城市医疗集团实行医保基金总额预算管理，建立“结余留用、超支分担”的激励约束机制。可将最常见的高血压、糖尿病、脑卒中、心肌梗死等慢病纳入包干病种，实行门诊慢病费用打包支付管理，推进城市医疗集团从疾病治疗向慢病管理转变，争取慢病患者、医疗机构和医保基金三方共赢。

### （三）创新数字赋能，提升服务整体效能

嘉定区应强化新质生产力引领医疗集团发展。一是搭建集约化共享中心，通过建设影像、心电、检验、病理、消毒供应等中心，实现“基层检查、上级诊断”服务模式，基层机构的心电检查数据可实时传输至总医院远程心电中心，大大降低基层患者就医成本。二是推进健康数据整合与共享，落实电子健康档案互联互通，建成覆盖区—社区—家庭的医疗集团信息平台，推动检查检验结果互认、电子健康档案共享。三是依托可穿戴医疗设备，及时收集和传输患者数据，简化医疗流程，改善就医体验，提高诊断的时效性和准确性。

### （四）构建长效机制，保障体系可持续发展

一是构建多元筹资整合机制，强化区域资源统筹。打破传统资金分配中的部门壁垒，构建跨领域的资金池，重点支持慢性病管理、基层能力建设及医养结合项目。二是推动完善以健康结果为导向的绩效考核机制。以绩效评价为抓手建立符合医疗集团运行规律的外部考核机制，将考核结果与财政投入、医保支付、组织内部分配等协同，逐步实现以健康结果为导向的评价机制。充分利用信息化对绩效考核等管理工作的支撑力度，在已有信息平台上结合辅助诊疗系统能够自动形成的工作量统计以及通过计算形成的绩效考核结果。三是发挥经济杠杆作用，激发社区工作活力。通过完善社区卫生服务中心医疗服务项目定价及动态调整机制，重点支持中医治未病、老年护理、康复等居民需求大、基层供给能力强的项目。

（责任编辑：信虹云）

## 上海市嘉定区紧密型医联体建设实践经验

覃湫琚<sup>1</sup> 王艺璇<sup>2</sup> 侯晓慧<sup>1</sup> 王旭<sup>1</sup> 陈多<sup>1</sup>

**【摘要】**嘉定区作为医改示范区域,构建4个紧密型医疗集团,推行“两层架构、三级管理”模式与“1+8”制度体系,通过管理架构、药品耗材、检查检验、信息平台、人力资源五大要素集约化改革,优化服务流程。改革后,转诊成功率、基层诊疗量占比显著提升,住院时间缩短,医疗费用得到有效控制,医疗技术能级提高。嘉定区经验为全国紧密型城市医疗集团建设提供可复制范本,同时仍面临治理权责、激励机制等方面挑战,需进一步深化改革。

近年来,国家深入推进紧密型城市医疗集团建设,旨在构建优质高效的整合型医疗卫生服务体系。党的二十大、二十届三中全会对深化医药卫生体制改革作出重要部署,明确提出要推进公立医院高质量发展,完善分级诊疗制度。传统医联体普遍存在资源分散、管理碎片化、服务衔接不畅等问题。在国家深化医改的背景下,如何通过机制创新,将分散的医疗资源进行有效整合,并直接转化为服务效率的提升,是紧密型城市医疗集团建设面临的核心课题。上海市嘉定区2023年4月获批中央财政支持公立医院改革与高质量发展示范项目,2024年纳入上海市紧密型城市医疗集团建设试点名单,成为医改实践的重要示范区域。在“东南西北”4个紧密型城市医疗集团布局上,嘉定区建立“两层架构、三级管理”模式及“1+8”制度体系,构建了“资源集约化管理—服务

第一作者:覃湫琚,女,研究实习员

通信作者:陈多,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200031

2.武汉市疾病预防控制中心,武汉430000

流程优化—服务效率提升”的传导路径；通过五大要素（管理架构、药品耗材、检查检验、信息平台、人力资源）的集约化改革，系统性重塑服务流程，在服务效率、技术能力、费用控制等多个维度取得显著成效。本文系统梳理嘉定区医联体资源整合的具体做法、实证分析相应成效，以期为同类地区的医联体建设提供可复制、可操作的实践范本，助力全国紧密型城市医疗集团建设高质量推进。

## 一、资源集约化管理的嘉定路径

### （一）管理架构整合奠定组织基础

嘉定区创新性地建立了“两层架构、三级管理”的治理模式。“两层架构”即医联体管理工作专班领导下的医疗集团执委会主任负责制；“三级管理”即明确政府、医疗集团与医疗机构三个管理层级。在此基础上，嘉定区制定实施《嘉定区紧密型医联体建设试点工作方案》及8个改革配套文件的“1+8”制度体系，涵盖集团执委会职责、绩效考核等八大核心领域，并指导医疗集团健全内部章程等制度，为一体化运营提供制度保障。例如，4个医疗集团全覆盖深入推进内部制度建设，成立集团执委会，下设人力资源、药品供应链一体化管理（Supply Processing Distribution, SPD）、医保管理等八个中心，推进集团一体化运作，健全工作机制和业务流程。其中，瑞金南翔医疗集团执委会2024年通过统一制度规范，将集团内各医院的行政审批流程从平均7天压缩至3天，跨院协作效率提升60%。截至2025年6月，4个集团均完成内部章程修订，实现“人财物”管理框架统一。上述管理架构整合通过顶层设计打破机构壁垒，为后续“人财物”统一管理提供了组织保障和制度依据，实现从医院“单体管理”向医疗集团“集成管理”的转型。

### （二）药品耗材集约化采购实现降本增效

嘉定区鼓励各医疗集团推行药品耗材SPD（供应、加工、配送）集

约化管理模式，通过“统一目录、统一谈判、统采分签”等方式，实现药品耗材“零库存”管理，显著降低采购成本，提升供应链效率。通过SPD模式的推广，嘉定区在医用耗材与试剂管理上逐步实现了从分散到集中、从粗放到精细的转变。具体而言，瑞金嘉定（南翔）医疗集团2024年通过招标实现药品耗材集约化采购，降价产品314条，2024年8—12月节约87万元，全年预计节约208万元。后续计划部署数据分析系统，进一步精细化库存管理，减少浪费。瑞金嘉定（安亭）医疗集团创新SPD管理模式，于2019年启动耗材SPD管理，2023年引入试剂SPD管理。在此基础上统一整合三家社区的耗材试剂目录，形成418个耗材、130个试剂品规的采购清单，通过“统采分签”模式，最终由上药器械（耗材）和国润医疗（试剂）统一供应。整个集团试剂年节约205万元（下浮率4.2%），耗材年节约96万元（下浮率1.8%）。药品耗材集约化采购通过集团议价降低采购成本，直接为嘉定区控制医疗费用奠定基础，2024年11月全区8家公立医院住院次均费用较改革前降低0.59%，管理费用占比仅7.91%。

### （三）检查检验资源共享互认缩短诊疗周期

嘉定区通过建设区域临检中心与远程诊断平台，制定统一质控标准，实现了“基层检查、上级诊断”，避免重复检查。2024年，瑞金嘉定（南翔）医疗集团完成远程影像诊断1.5万余例、远程心电诊断150例，基层患者平均等待报告时间从48小时缩短至6小时。全区累计检验检查结果互联互通互认率高达93.39%。例如，瑞金嘉定（安亭）医疗集团的区域临检中心覆盖安亭、黄渡、外冈3家社区，社区检验项目可送至安亭医院检测，2025年上半年社区送检标本1.2万份，通过“社区采样、医院检测、结果互认”有效避免了重复检查，每年减少重复检查费用约800万元。同时，各集团制定并执行统一的检验检查标准与质控体系，

确保结果在集团内的同质化和互认性，保障医疗质量安全。

#### （四）统一信息平台打通上下转诊通道

嘉定区通过构建“健康管理平台+运营决策系统+医联体综合管理平台”统一的信息化平台，以数据驱动管理，打破信息壁垒，实现数据共享与资源精准配置。在健康管理方面，瑞金嘉定（南翔）医疗集团试点建设医联体健康管理平台，实现了门诊、住院、体检三大场景的上下转诊闭环管理，并提供远程影像、心电诊断等服务，2024年完成双向转诊1.8万人次，转诊成功率从72%提升至95%，患者流失率下降23%。瑞金嘉定（安亭）医疗集团完成紧密型医联体健康管理系统的对接，实现健康数据在集团内流动共享。在运营决策方面，各集团可依托区级大数据平台动态监控医保费用、次均费用等指标，支持管理决策。特别地，市一嘉定（江桥）医疗集团建设了基于大数据的医院运营管理支持系统，涵盖预算、成本、床位利用等7大模块，实现精细化管理和资源优化配置，2025年床位周转次数从18次/年提升至22次/年，空床率下降18个百分点。而在医联体综合管理方面，2024年嘉定区即通过uSolar设备管理平台对区域内社区卫生服务中心的计算机断层扫描（Computed Tomography, CT）、核磁共振成像检查（Nuclear Magnetic Resonance Imaging, MRI）设备实施在线监测与智能调配，提升基层服务能力的同时实现设备使用率提升25%。上述平台打破了信息壁垒，畅通了双向转诊，是优化患者流向、降低门住比、提高床位利用率的技术基础。

#### （五）人力资源统筹流动促进技术下沉

嘉定区创新人才管理机制，打破机构壁垒，通过实行人员总控和编制动态调整，促进医疗集团内人员流动，提升人力资源利用效率和医疗协同能力。首先，瑞金嘉定（南翔）医疗集团建立集团人事管理平台，

实现人员档案、岗位调动、考勤等统一管理。安亭、江桥集团也成立了集团级人力资源管理中心，负责统一招聘、统筹调配，初步建立人员数据库。其次，四大集团推行“双聘制”与定期工作制，专家下沉社区、社区医生上派至区级医院进修学习已成为常态。如2025年上半年，南翔医院年下沉专家458人日至社区，开设糖尿病、高血压等专病门诊29个，服务患者5.29万人次；社区上派46名医生至南翔医院进修，基层医生独立诊疗能力提升30%；市一嘉定（江桥）医疗集团下派专家20人，接收社区医生跟诊6人，社区常见病诊疗准确率从88%提升至96%。瑞金嘉定（安亭）医疗集团实施“三航两育”人才计划，2024年接收社区进修29人，培养基层骨干医生15名，外冈镇社区中医适宜技术开展项目从12项增加至25项。这种“上下联动”的机制，推动优质资源下沉，既提升了基层服务能力，也使牵头医院能更聚焦于疑难重症。

## 二、服务效率提升的具体成效

### （一）诊疗流程效率优化

门诊人次数与出院人次数比（即“门住比”）反映了医院门诊与住院服务的结构比例，可用于评估牵头医院是否合理分流患者以及资源利用效率，属于低优指标（指标值越低越好）。

近年来，嘉定区四大医疗集团在门住比这一指标上均呈现明显下降趋势。其中，市一江桥牵头医院从2021年的52.67显著下降至2025年的29.64，降幅达43.7%，表明该院对医疗服务结构进行了优化调整，收治疑难复杂和危急重症患者的比例有所增加，住院服务能力得到实质性增强。而仁济嘉定牵头医院始终保持在2.1~4.01的低位区间，反映其以住院服务为主导、承担了较多疑难重症诊疗任务、同时医疗资源利用效率较高，与之区域性医疗中心的功能定位相符。瑞金南翔牵头医院和瑞金安亭牵头医院虽然比值较高，但均呈现出持续下降趋势，分别

从 63.90 降至 40.98 和从 75.98 降至 42.07，降幅分别为 35.9% 和 44.6%，显示这两家医院正逐步优化医疗服务结构，提高住院服务比重。见表 1。

表 1 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院门诊人次数与出院人次数比

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	52.67	64.07	31.80	31.38	29.64
仁济嘉定—中心医院	2.97	2.83	3.76	4.01	2.10
瑞金南翔—南翔医院	63.90	67.32	44.04	43.29	40.98
瑞金安亭—安亭医院	75.98	63.68	53.39	44.08	42.07

平均住院天数是评价医疗效益和效率、医疗质量和技术水平的综合指标。2021—2025 年，嘉定区四大医疗集团牵头医院均呈下降趋势，反映诊疗流程提速，医疗效率普遍提升。具体来看，瑞金南翔牵头医院从 2021 年的 8.75 天降至 2025 年的 7.46 天，降幅最为明显；市一江桥牵头医院从 7.36 天降至 6.35 天；仁济嘉定牵头医院从 8.1 天降至 7.05 天；瑞金安亭牵头医院则保持在 7.25 ~ 7.45 天之间。见表 2。

表 2 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院平均住院天数（单位：天）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	7.36	7.87	6.92	6.21	6.35
仁济嘉定—中心医院	8.10	7.84	8.17	7.50	7.05
瑞金南翔—南翔医院	8.75	8.93	8.62	7.73	7.46
瑞金安亭—安亭医院	7.36	7.25	8.16	7.42	7.45

各集团床位使用率趋于合理或高位运转，如仁济嘉定中心医院近年使用率持续高于 100%，而市一江桥集团较 2025 年同比增加近 30 个百分点，资源调度效率显著提升。见表 3。

表 3 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院床位使用率（单位：%）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	63.93	42.26	56.85	54.54	72.19
仁济嘉定—中心医院	87.49	80.80	112.00	109.00	107.00

续表 3 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院床位使用率（单位：%）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
瑞金南翔—南翔医院	71.57	55.05	96.84	92.01	89.11
瑞金安亭—安亭医院	95.39	57.24	99.37	104.30	95.00

## （二）医疗技术能级提升

病例组合指数（Case Mix Index, CMI）是医疗领域用于衡量医院医疗服务技术难度及风险水平的重要指标。2021—2025 年数据显示，嘉定区四大医疗集团牵头医院的 CMI 值均呈稳步上升趋势，反映出整体诊疗技术难度和医疗服务质量持续提升，印证牵头医院疑难重症诊疗功能强化。其中，仁济嘉定牵头医院 CMI 值最高，2023 年达到 1.43，表明其承接了更多疑难重症患者。2021 年—2025 年，瑞金南翔医院从 0.85 上升至 1.06，瑞金安亭医院从 0.8 增长至 0.93，另外，市一江桥医院也从 2023 年的 1.04 上升至 2025 年的 1.09，这种一致向上的趋势充分证明了嘉定区医联体建设在提升整体医疗服务能力方面取得显著成效。见表 4。

表 4 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院病例组合指数

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	/	/	1.04	1.06	1.09
仁济嘉定—中心医院	/	1.31	1.43	/	/
瑞金南翔—南翔医院	0.85	0.88	1	1.04	1.06
瑞金安亭—安亭医院	0.80	0.86	0.89	0.91	0.93

嘉定区四大医疗集团牵头医院的手术结构升级，三、四级手术占比显著提高，显示核心技术能力突破。如三级手术占比总体保持增长趋势，仁济嘉定牵头医院从 2021 年的 51.55% 持续提升至 2025 年的 58.13%，始终保持在 50% 以上的高位水平，体现了其作为区域医疗中心的技术实力；瑞金南翔牵头医院从 2021 年的 44.41% 持续上升至 2025 年的

65.25%；市一江桥牵头医院在 2021-2024 年间持续上升，从 45.80% 提升至 51.14%；瑞金安亭牵头医院则保持在较稳定水平，历年占比在 46%~54% 之间，为安亭地区居民的看病就医提供了可靠的技术保障。此外，嘉定区四大医疗集团牵头医院在四级手术领域展现出强劲的发展势头，多家医院指标取得突破性进展，区域处理疑难复杂手术的整体能力有所增强。具体来看，市一江桥牵头医院 2025 年四级手术占比达 31.49%，同比增长超过 10 个百分点；瑞金安亭牵头医院则保持稳定增长，从 2021 年的 8.70% 逐步提升至 2025 年的 12.35%，技术积累与水平提升呈可持续发展态势；仁济嘉定牵头医院在高位基础上继续提升，从 2021 年的 11.90% 增长至 2025 年的 16.12%，保持技术领先优势；而瑞金南翔牵头医院四级手术占比基本维持在 12% 左右，2024 年出现较大波动（80.89%）的同时也展现其在学科水平上的积累，具备技术能力跃升的潜力。见表 5、表 6。

表 5 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院三级手术占比（单位：%）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	45.80	48.86	49.68	51.14	43.32
仁济嘉定—中心医院	51.55	56.02	63.76	57.22	58.13
瑞金南翔—南翔医院	44.41	48.69	61.49	71.98	65.25
瑞金安亭—安亭医院	49.23	48.20	53.60	53.85	46.83

表 6 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院四级手术占比（单位：%）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	28.39	23.15	20.32	20.47	31.49
仁济嘉定—中心医院	11.90	11.55	11.66	15.78	16.12
瑞金南翔—南翔医院	12.20	10.07	11.93	80.89	11.72
瑞金安亭—安亭医院	8.70	10.86	9.05	11.32	12.35

四大医疗集团的微创手术比例整体呈现波动中上升的积极态势，表明微创外科技术在嘉定区得到了持续推广和应用，医疗技术现代化水平

不断提升。具体地，仁济嘉定牵头医院总体水平较高且稳定，始终维持在 22% ~ 25% 的区间内，表明其微创技术应用已进入成熟稳定的平台期，成为了常规诊疗手段。市一江桥牵头医院 2023 年起步即为 30%，2024 年提升至 32.55%。瑞金安亭牵头医院稳定在较高水平，比例在 20% ~ 24.53% 之间，发展趋势平稳。瑞金南翔牵头医院增速最快，从 2021 年仅 7.45% 的较低起点，快速增长至 2025 年的 17.56%，五年间翻了 1.3 倍，显示出医院在微创技术领域奋起直追，取得显著进步。见表 7。

表 7 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院出院患者微创手术比例（单位：%）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	/	/	30.00	32.55	29.04
仁济嘉定—中心医院	23.42	22.38	23.98	24.86	23.47
瑞金南翔—南翔医院	7.45	5.26	19.41	18.49	17.56
瑞金安亭—安亭医院	23.03	20.04	23.06	24.53	22.37

### （三）费用控制与体系优化

一是医疗费用可控，在门诊次均费用合理增长的同时，部分医院住院费用得到有效控制，体现成本控制成效。如市一江桥牵头医院的次均住院费用从 2022 年的 20 348.53 元下降至 2025 年的 17 387.51 元，降幅达 14.6%，控费效果明显，患者负担有所减轻。而各社区住院次均费用总体亦呈下降趋势。其中，江桥镇社区卫生服务中心 2021 年高达 272 903.23 元，2025 年降至 10 424.17 元；仁济嘉定下属的华亭社区 2022 年达 132 066.14 元，2025 年降至 5 954.76 元；而瑞金南翔下属的部分社区住院费用较为稳定，工业区社区保持在 132 ~ 142 元区间。见表 8、表 9。

表 8 2021—2025 年嘉定区医联体牵头医院住院患者次均费用（单位：元）

机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥医院	17 665.61	20 348.53	17 861.71	17 939.84	17 387.51
仁济嘉定—中心医院	17 515.49	18 963.76	19 711.01	19 503.52	19 402.65
瑞金南翔—南翔医院	10 039.56	12 241.17	13 857.78	14 852.57	15 643.09
瑞金安亭—安亭医院	1 331.37	1 308.57	1 296.36	1 395.67	1 481.67

表 9 2021—2025 年嘉定区医联体社区住院患者次均费用（单位：元）

所属社区	机构名称	2021 年	2022 年	2023 年	2024 年	2025 年（截至 6 月底）
市一江桥—江桥—江桥社区	江桥镇社区卫生服务中心	272 903.23	156 702.7	49 657.48	31 671.57	10 424.17
仁济嘉定—真新区	真新社区卫生服务中心	58 134.75	88 355.66	90 473.89	41 867.08	13 319.50
仁济嘉定—华亭社区	华亭社区	75 141.32	132 066.14	75 465.11	7 994.49	5 954.76
仁济嘉定—菊园社区	菊园社区	/	/	7 438.88	20 747.96	6 794.17
	嘉定镇街道	104 262.87	138 417.87	110 126.26	35 570.94	10 926.9
	嘉定区徐行镇社区卫生服务中心	109 293.5	85 163.49	17 564.079	13 184.56	7 908.1
瑞金南翔—南翔社区	南翔社区	0	0	0	0	0
瑞金南翔—马陆社区	马陆社区	47 111.24	64 240.35	27 483.88	31 033.41	9 182.35
瑞金南翔—工业区社区	工业区社区	142.11	124.92	134.17	132.3	132.37
	迎园医院	120 515	142 105	143 639	54 896	16 286
瑞金安亭—安亭镇社区	安亭镇社区	0	0	6 349.07	3 970.58	4 918.16
瑞金安亭—外冈镇社区	外冈镇社区	43 863.64	76 905.83	60 748.46	19 067.09	8 454.69
瑞金安亭—安亭镇黄渡社区	安亭镇黄渡社区	49 450.71	61 602.75	29 236.59	17 509	11 722.48

二是分级诊疗见效，充分发挥“区域互联网医院平台”功能集成、服务融合的优势，以 4 个紧密型城市医疗集团为基础，打造“一体四翼”的区域数字分级诊疗体系，引导优质医疗资源和居民就医“双下沉”。首先，以群众就医需求为导向，通过统一号源池管理，实现上级医院 80% 以上专家号源精准下沉，推动优质资源向基层延伸。其次，区域性医疗中心作为牵头医院，三四级手术占比 67.37%，开展新技术新项目 150 余项，成功获批 1 项国家临床重点专科及 1 项市级重点实验室，6 项市级重点学（专）科。最后，2024 年全区社区诊疗量占比达 53%，较改革前提升 18.39 个百分点；社区病种覆盖率从 75% 拓展至 88%，全

区创建9家市级示范性社区康复中心，5家市级社区护理中心，实现社区健康管理中心全覆盖，基层服务能力激活，居民就医习惯逐步改变。

### 三、讨论与建议

#### （一）嘉定经验的核心启示

**一是**系统集成改革是前提。嘉定区的成功并非依赖单一环节创新，而是构建了“管理—资源—技术—服务”的全链条整合体系。在管理层面，“两层三级”架构与“1+8”制度体系形成刚性约束；资源层面，SPD模式、检验共享、人力流动实现“人财物”高效配置；技术层面，数智平台打通数据壁垒；服务层面，医防融合延伸健康管理边界。管理、药品、检查、信息、人力五大要素的协同改革，叠加医保支付、业财融合等机制创新，形成“1+1>2”的聚合效应，用扎实的数据证明了整合式医疗改革的可行性与有效性。例如，瑞金南翔集团通过“专家下沉+远程诊断+药品统一”的协同模式，使社区高血压患者规范用药率从65%提升至89%，印证了系统集成的“乘法效应”。

**二是**权责对等的治理架构是保障。嘉定区“两层架构、三级管理”模式明确了政府“统筹规划、考核监管”与集团“运营管理、服务供给”的边界，既避免了行政干预过度导致的效率低下，也防止了无效竞争引发的资源配置失衡。如政府统一制定检验互认标准、医保支付规则等“底线要求”，集团则自主调配床位、制定绩效分配方案，如仁济嘉定集团2024年根据CMI值优化绩效分配，疑难重症诊疗团队薪酬提升18%，激发了核心技术攻关动力。

**三是**数据驱动的精细管理是支撑。统一的信息平台将改革措施落地内嵌为标准流程，不仅是工具，更是改革的“指挥中枢”。床位调度、绩效评估均基于实时数据，通过大数据监测门住比、CMI值、次均费用等23项核心指标，实行动态调整，提升管理精度，推动效率。例如，

江桥集团通过运营系统分析外科床位利用率仅为 54%，而内科床位紧张，随即优化病种分配与转诊流程，3 个月内外科床位利用率提升至 72%，内科等待住院时间缩短 40%，数据赋能使管理从“经验判断”转向“精准施策”。

## （二）现存主要挑战

**一是**治理权责有待深化。嘉定区尽管建立了集团化管理架构，但核心权限仍未完全下放。人事方面，集团对高级职称人才引进、编制调整的自主权有限；财务方面，集团缺乏整体预算编制权，影响一体化进程。此外，市一江桥集团因社区与区级医院招标模式差异，SPD 一体化推进受阻。

**二是**激励机制尚不完善。“双聘”人员薪酬列支、下沉专家绩效补偿等核心激励问题尚未完全破解，导致部分医生下沉积极性不足。一方面，下沉专家激励缺位。目前仅瑞金南翔集团制定了补贴的标准，其他集团补贴标准不一，部分医院甚至未设立专项补贴，导致 2024 年全区专家下沉人日较 2023 年增长仅 8%，低于预期 15% 的目标。另一方面，基层人才上升通道狭窄。社区医生高级职称评审仍需与区级医院“同轨竞争”，2024 年全区社区医生高级职称通过率仅 12%，远低于区级医院的 28%，影响基层人才留存。

**三是**信息壁垒仍未完全打通。不同系统间的数据标准与接口不一，制约了更深层次的业务协同。跨集团数据互通存在障碍，目前 4 个集团的电子病历系统、健康管理平台分属不同供应商，数据标准不统一，跨集团转诊时需人工录入患者信息，平均耗时 15 分钟，占转诊总时长的 35%；此外，数据安全与隐私保护顾虑导致部分敏感数据无法共享，可能提升转诊误诊风险，影响服务连续性。

**四是**居民就医习惯固化。对基层医疗信任度不足，“小病大看”的倾向依然存在，对基层医疗信任度不足，分级诊疗理念需进一步普及。

2024年调研显示，35%的居民“感冒、高血压复诊等常见病首选三级医院”，仅42%的居民与家庭医生签订长期服务协议。部分社区虽具备常见病诊疗能力，但因宣传不足而诊疗量偏低，如2024年马陆社区卫生服务中心的常见病门诊量占比仅38%，低于全区53%的平均水平；此外，部分三级医院存在“虹吸效应”，仁济嘉定集团牵头医院2024年门诊量中，常见病占比达32%，并未完全聚焦疑难重症。

### （三）深化改革的政策建议

宏观层面，强化顶层设计与政策供给。一是明确法人地位，建议出台配套政策，赋予嘉定4个医疗集团独立法人资格，在人事招聘、财务预算、资产处置等方面拥有完整自主权。二是建立标准化考核体系，以嘉定实践为基础，制定市级医联体考核指标体系，涵盖资源整合率、门住比、CMI值、患者满意度、医防融合成效等核心指标，将考核结果与医保总额预付、财政补贴直接挂钩，倒逼集团聚焦核心职能。三是统筹资源配置，协调医保、卫健、财政等部门，建立“三管合一”协同机制，将GPO采购、SPD配送、医保支付改革等政策整合推进。

中观层面，突破关键机制障碍。一是下放核心权限，将职称评审、绩效工资总额核定等下放至集团，允许集团根据服务定位制定差异化评审标准，社区医生高级职称评审侧重基层服务年限、健康管理成效等指标；绩效工资总额与CMI值、社区诊疗占比、患者满意度等挂钩，向疑难重症诊疗、基层下沉等关键岗位倾斜。二是完善激励机制，建立统一的专家下沉激励标准，明确下沉补贴，并将下沉经历作为职称晋升、评优评先的必备条件；设立基层人才专项奖励，对在社区工作的骨干医生给予补贴，培养基层学科带头人。三是深化医保支付改革，建立医保结余留用“二次分配”机制，按集团服务效率、患者满意度分配结余资金，激发内生动力。

微观层面，引导服务模式创新。**一是**打通信息堵点，统一电子病历、检查检验结果、健康档案等数据标准，实现跨集团“一人一档”无缝对接；搭建区域数据安全共享平台，采用“脱敏共享+授权访问”模式，解决敏感数据共享难题，将跨集团转诊信息录入时间压缩。**二是**深化医防融合，建立“社区健康管理中心+区级医院专科门诊+区域筛查中心”的闭环体系，为高血压、糖尿病患者提供“筛查—诊断—治疗—康复”全流程管理，实现慢性病规范管理；扩大重点人群筛查范围，将胃癌、乳腺癌纳入免费筛查项目；统筹部分医疗与公共卫生经费，用于医防融合项目运营。**三是**引导合理就医，三级医院严格控制常见病门诊量，聚焦疑难重症诊疗；加大家庭医生签约宣传，实施“分级诊疗激励计划”，通过“签约送健康管理”等举措，引导居民首诊在基层，形成合理就医预期。

（责任编辑：张革）

## 上海市闵行区紧密型城市医疗集团下联合病房建设 及实施成效研究

马建映<sup>1</sup> 陈 斌<sup>2</sup> 马应忠<sup>2</sup> 赵玉良<sup>3</sup> 杨建玲<sup>4</sup>

**【摘要】** 文章通过评价紧密型城市医疗集团下联合病房试点建设情况，探讨联合病房建设实施经验。以上海市闵行区紧密型城市医疗集团下2家社区卫生服务中心的联合病房建设为研究对象，通过完善组织架构与管理、整合区域内人员与设备等一系列实施举措，探索医疗集团内部合作模式，并对2023—2024年联合病房建设的住院人数、平均住院日、相关费用、床位周转率等指标，进行对比分析。研究发现，2家社区卫生服务中心常见病慢性病药品吻合度、接诊病种增加，联合病房出院人数、住院人数增加，平均住院日下降，出院患者人均费用人均药费显著下降，医疗集团牵头医院下转至社区服务中心人数大幅度增加，社区服务中心医疗质量提升，人才培养有成效。联合病房运行的效率和效益得到显著提高，联合病房建设模式在完善区域双向转诊流程、优化医疗服务方面有着积极正面的作用，为区域分级诊疗体系建设提供了借鉴。

为进一步完善分级诊疗体系，国家卫生健康委持续推进分级诊疗制度建设，在关于推广三明市分级诊疗和医疗联合体建设经验的下发通知中，建议在每个省份选择2~3个设区的市（直辖市的区），统筹区域内医疗资源，科学合理网格化布局紧密型城市医疗集团，推动医疗服务

---

基金项目：2024年上海市卫生健康委员会卫生健康政策研究课题（自选）项目《联合病房试点建设对区域性分级诊疗体系建设的效果研究》（2024HP40）

第一作者：马建映，女，主管护师

通信作者：陈斌，男，主管医师

作者单位：1.上海市闵行区医疗急救中心，上海 201100

2.上海市闵行区卫生健康委员会，上海 201100

3.上海市闵行区浦江社区卫生服务中心，上海 201112

4.上海市闵行区颛桥社区卫生服务中心，上海 201108

供给侧结构性改革。2023年，国家卫生健康委员会（以下简称“国家卫生健康委”）联合6部委印发《关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知》（以下简称“《通知》”）、《关于印发紧密型城市医疗集团试点城市名单的通知》等系列文件，2023年6月，上海市闵行区入选国家紧密型城市医疗集团试点建设城市，着力探索医疗集团下的联合病房试点建设。通过系统性回顾2023—2024年闵行区联合病房建设，本文借鉴国家卫生健康委卫生发展研究中心制定的《紧密型县域医共体建设监测填报指标》，结合《紧密型城市医疗集团建设评判标准》，选取以提升医疗服务能力、双向转诊促进业务协同、资源协同等评判指标，对闵行区2家社区卫生服务中心联合病房2023—2024年的实施效果进行评估并总结经验，为后续联合病房推广及政策制定提供参考依据。

## 一、背景

### （一）我国分级诊疗双向转诊建设存在的主要问题

为持续优化我国医疗服务的整体效能，国家出台了一系列的政策，推行分级诊疗制度建设，各地积极探索分级诊疗制度建设并取得了一定的成效，但在双向转诊的推行中仍有很大的挑战，尤其是患者下转基层继续治疗方面，受政策制定（医疗机构间的利益分配问题、医保制度等）、转诊流程（缺乏信息沟通平台、基层没有及时对接、没有明确的转诊标准、转诊繁琐等）、基层社区医疗服务水平（环境、技术、设备、药品等不匹配）、医务人员与患者意愿（对基层医疗水平不信任等）、宣传引导等多种因素影响，患者出院后下转社区人数较少。

### （二）联合病房建设现状

鉴于目前各类医疗联合体中联合病房建设的相关探索以理论探讨居多，尚未见系统完整的实践类报道，如部分学者建议医疗机构内部合作开设联合病房以推动基层就诊；部分学者虽围绕县域医共体模式或区域

医疗联合体下的联合病房、单一病种的联合病房开展了实践研究，但医疗资源整合过程披露不足；以上海为代表的发达地区紧密型城市医疗集团内联合病房建设则未见报道。整体来说，仍缺乏普适性的建设模式。

### （三）闵行区紧密型城市医疗集团概况

闵行区作为上海市主城区，常住人口数位列全市第二，针对医疗资源分布不均衡的现状，闵行区以资源下沉共享为核心内容，成立“一南一北”两大紧密型城市医疗集团，即南部以上海市第五人民医院（以下简称“市五医院”）为牵头医院，成立闵行南部科创中心城市医疗集团，北部以上海市闵行区中心医院（以下简称“区中心医院”）为牵头医院，成立虹桥国际枢纽城市医疗集团，区域内区属二级综合医院、社区卫生服务中心、专科医院参与医疗集团，旨在形成系统连续的医疗服务新格局，不断满足居民就医需求，巩固分级诊疗体系建设成效。

课题组结合区域内前期医联体建设中双向转诊工作，对住院上转下转的数据进行分析，发现住院患者尤其是慢性期、恢复期患者住院下转人数总体占比较低，进一步访谈区内各级医疗机构双向转诊工作负责人、社区卫生服务中心业务分管院长以及公立医疗机构管理中心负责人，了解区域双向转诊在政策指导、绩效考评等机制方面不够健全，社区病房医生医疗诊疗能力参差不齐，线下转诊流程不够便捷，社区与区域性医疗中心药品目录匹配度不高等情况见图 1。

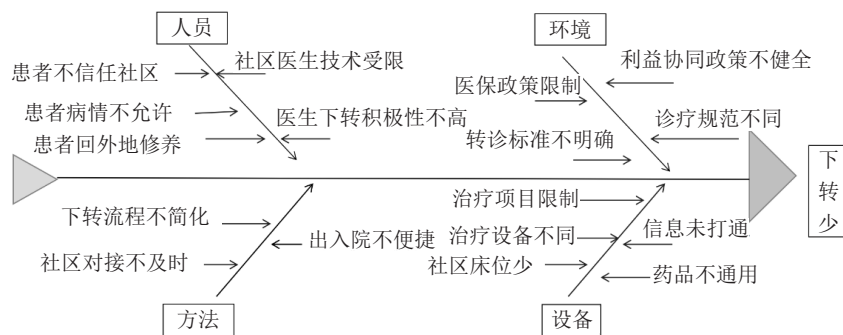


图1 医联体建设中双向转诊下转少的原因分析

2023年1月，市五医院和江川社区卫生服务中心（以下简称“江川社区”）、区中心医院和梅陇社区卫生服务中心（以下简称“梅陇社区”）探索进行医疗集团下联合病房建设，以期在医疗集团下联合病房试点建设中进一步完善政策，引导推动住院患者下转社区，巩固分级诊疗成效。

## 二、医疗集团下联合病房建设及主要措施

本文中联合病房的建设，以资源共享为驱动，在医疗集团内推进运营统筹、业务联合、药械管理、信息支撑等一体化管理的机制下，进一步探索医疗集团内部合作模式，推动患者的上下转诊，提升医疗资源的有效利用率。见图2。

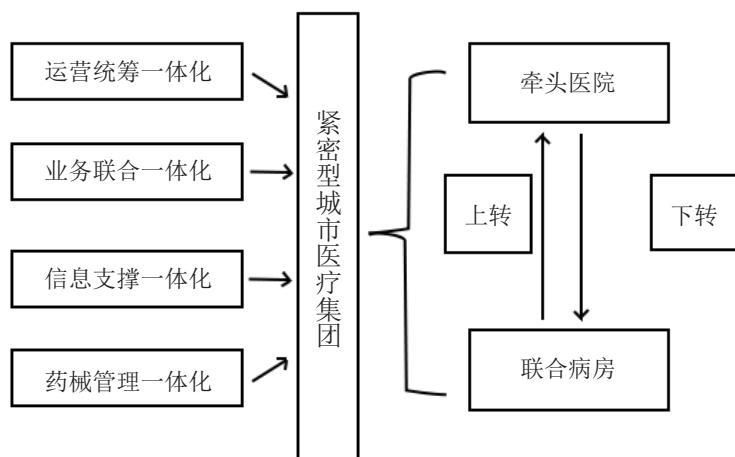


图2 上海市闵行区紧密型城市医疗集团下联合病房建设与运作模式

### （一）联合病房专设组织架构及管理

市五医院—江川社区、区中心医院—梅陇社区这2家试点建设的联合病房，以紧密型城市医疗集团试点建设的网络化运行为基础，以两家牵头医院的优质医疗资源为依托，围绕医疗集团理事会、医疗集团牵头医院科室、社区卫生服务中心、区级支持系统在内的四大组织板块，充分协同资源来构建完善组织架构紧密型城市医疗集团理事会统筹安排联合病房建设事宜，牵头医院委派中层管理干部担任江川社区、梅陇社区中心主任，委派业务科室主任或高年资主任医师担任联合病房主任，牵

头医院高年资主治医师与社区骨干医师、护士、康复技师等人员组成诊疗队伍，区卫生健康委信息中心、公立医疗机构管理中心作为外部支持系统，协同发展、形成合力，保障联合病房的正常运行。同时完善考核指标体系，制定集团专家委派管理实施办法、双聘机制，发挥约束和激励作用，提高联合病房运行效率。见图 3。

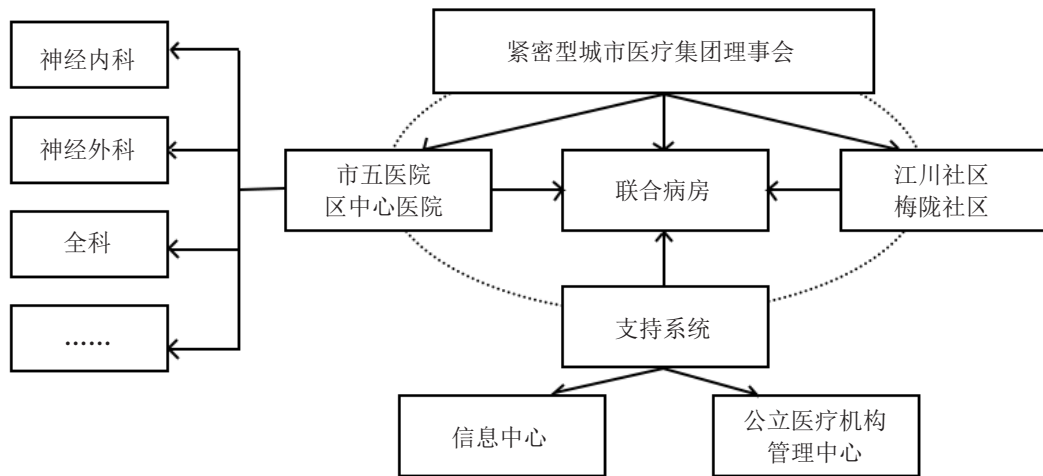


图3 上海市闵行区2个社区联合病房建设组织架构及管理示意图

## （二）完善运营统筹

一是印发《闵行区紧密型城市医疗集团试点建设联合病房工作方案》，明确联合病房的管理规范、转诊方案等实施细则，确保患者能够在上下级医疗机构之间“当天出院、当天入院”，推动区域医疗资源整合协同发展。二是集团内开展家庭医生轮训，制定家庭医生轮训方案，提高联合病房医生业务技能。三是借助集团医务、护理、院感等管理中心，加强业务指导与质量督导，制定统一质量管理标准，促进联合病房统一管理运行。

## （三）设备耗材同质

依托医疗集团内部建立统一的医疗设备评价制度，以集团为单位规范开展设备采购论证和技术评估；依托资产管理信息化平台、医疗耗材物流管理平台，开展医疗设备、耗材的同质化管理；技术支持联合病房

设备维修，降低运营成本、提高设备运行效益；在联合病房所在社区卫生服务中心试点调拨集团内的医疗设备，探索实现设备资源共享，便于基层病房开展下转后接续性诊疗及康复服务。

#### **（四）药品管理协同**

借助集团内统一的药品采购目录和药品保障机制，结合联合病房开始的实际需要，筛选联合病房常备药品目录，扩容联合病房药品配备清单，利用药品管理小组，加强集团内用药衔接，进而推动患者基层就诊、住院、配药。

#### **（五）信息运营支撑**

借助集团内 H5M 信息转诊平台、区域性转诊平台等信息化手段促进医联体内资源共享，实现上下级医疗信息的全面共享，畅通患者转诊途径；通过远程心电图、远程影像、远程病理会诊、互联互通互认系统等信息平台，全面实现区域远程诊断、检验检查等资源共享，有利于下转患者在必要时开展接续性诊疗及远程会诊。

#### **（六）社区标准建设**

提升社区卫生服务中心服务能级，实现儿科标准化建设、“三室一中心”（脑卒中、慢阻肺、皮肤科、雾化中心）、示范性社区康复中心、标准化口腔防治中心、安宁疗护服务、CT 配置等全覆盖，拓展检验检查项目以及多脏器彩超、胃肠镜等检查，全面提升联合病房承接上级医院下转患者的能力。

### **三、主要成效**

#### **（一）医疗服务方面**

通过上海市卫生资源与医疗服务统计数据采集系统，梳理 2021—2024 年期间 2 家联合病房运行前后住院患者人数、住院费用、住院周转等运行、运营情况等相关数据，运用 Excel 对数据进行描述性分析发现，

在未增加社区床位设置的情况下，联合病房建设在 2 家社区在病房运行效率方面得到了显著提升。一是住院诊疗量明显增加。梅陇社区和江川社区医院联合病房收治人数 2023 年、2024 年的均值较 2021 年分别增长 93.89%、414.60%。二是病房资源有效利用率提高。社区联合病房收治患者人员结构从老年护理患者为主，逐渐转向短期康复患者，2 家社区床位使用率较 2021 年总体有所提升，出院患者平均住院日显著下降达 76% 以上。三是病房医保基金使用效能提高。联合病房建设后借助集团内统一的药品协同管理、医疗质量管理等多项资源协同，联合病房的收支结构转型，出院患者人均费用、人均药费显著下降（见表 1）。四是接诊病种增加。在牵头医院的带动下，2024 年末 2 家社区卫生服务中心接诊的病种数量平均达到 144 种，较联合病房建设前增加 28.57%。

表 1 2 家联合病房试点建设社区前后相关指标比较

项目	社区	建设前		建设后		同比 2021 年 变动幅度 (%)
		2021 年	2023 年	2024 年	均值	
入院人数 (人)	梅陇社区	90	152	197	174.5	93.89
	江川社区	113	468	695	581.5	414.60
其中：牵头 医院下转人数	梅陇社区	19	89	102	95.5	402.63
	江川社区	0	25	215	120	/
出院人数 (人)	梅陇社区	90	110	215	162.5	80.56
	江川社区	139	374	700	537	286.33
床位使用率 (%)	梅陇社区	79.84	74.94	80.50	77.72	-2.66
	江川社区	87.44	92.86	94.10	93.48	6.91
平均住院日 (天)	梅陇社区	338.26	42.26	112.24	77.25	-77.16
	江川社区	471.27	70.92	148.17	109.545	-76.76
出院患者人均 费用 (元)	梅陇社区	94 467	13 897	24 868	19 382	-79.48
	江川社区	16 374	11 841	20 927	16 384	0.06
出院患者人均 药费 (元)	梅陇社区	14 256	2 585	3 679	3 132	-78.03
	江川社区	4 424	2 745	5 618	4 181	-5.50
社区接诊病种 (含中医) (种)	梅陇社区	112	131	144	/	28.57
	江川社区					

注：因疫情原因，2022 年的医疗数据不具可比性，故未列出。

## （二）双向转诊方面

联合病房建设启动后，借助住院转诊信息化专项改造项目实现互联互通，联合病房上下转诊更加顺畅。社区医生通过信息平台即可帮助患者完成入院手续，牵头医院通过信息平台帮助患者联系社区床位实现下转，患者收到短信通知确认上下转诊信息，由此实现患者无缝转诊和信息共享。由表 1 可以看出，牵头医院下转比例大幅度提升，江川社区接受牵头医院转诊患者实现 0 的突破，年平均下转患者 120 人次，梅陇社区接受下转患者人数比 2021 年同期增长 402.63%。

## （三）资源协同方面

联合病房建设启动后，社区卫生服务中心与牵头医院资源共享共用明显得到加强。一是社区药品配备增加。2024 年末 2 家社区的慢性病常见病药品配备增加至 803 种，较联合病房建设前增加 369 种，2 家社区的慢性病常见病药品同牵头医院的药品吻合度由联合病房建设前的 65.86%，提高至 2024 年末 81.05%。二是社区医疗质量明显提升。联合病房建设后 2 家社区的全科医疗质量逐年提升，助力闵行在上海市全科临床质控中 2023 年、2024 年连续综合平均分第一。三是人才培养有成效。社区已有 3 名医师、1 名护士完成康复资质培训，3 名医护晋升为副高职称，2 名医护聘任中级职称。四是医疗机构获奖有突破。《“1+10+X”赋能社区医疗服务能力“提质增效”》荣获第七届“上海医改十大举措”，梅陇社区荣获上海市第三季“谢谢侬”家庭医生风采展示活动团体三等奖，江川社区个人获首届“上海市十佳安宁疗护工作者”提名奖，牵头医院《紧密型城市医疗集团，打通分级诊疗“最后一公里”》荣获第七届“上海医改十大创新举措”评选提名奖，“急危重症一体化诊疗能力提升建设项目”获批国家临床重点专科建设项目。

#### 四、主要经验

通过总结梳理发现，闵行进行联合病房试点工作，通过统筹运营、业务联合、药械管理、信息支撑等一体化管理的运行机制，在管理与服务上实现了创新。**一是**顶层设计保证执行力。医疗集团成立由区委书记、区长担任双主任的管委会，谋划制定区域高质量发展战略；医疗机构负责人担任理事会成员，明确医疗集团规章制度，推动联合病房建设中的管理、绩效、人事等各类制度的执行。**二是**政策制定保障试点运行。医疗集团先后制发《闵行区深化紧密型城市医疗集团试点建设工作方案》（2023年）、《闵行区深化紧密型城市医疗集团试点建设工作方案2.0》（2024年），将联合病房建设纳入紧密型城市医疗集团试点建设，加大联合病房建设的推广力度与保障。**三是**人才柔性流动。通过联合病房试点建设，探索绩效考核、人员双聘，突破人才流动的壁垒，进一步夯实基层人才队伍建设，提升社区卫生服务中心能级。**四是**医疗集团通过整合资源保障慢病全流程全周期管理，借助联合病房发展，集团联合组建专家团队，融合“筛—诊—治—康”环节，打通患者社区筛查到回归社区就近就医环节，方便患者家门就医，巩固分级诊疗成效。

#### 五、思考及建议

上海市闵行区2家联合病房建设成效，得益于紧密型城市医疗集团试点建设的推动，政策支持、制度保障以及多部门的沟通协调，使得基层医疗服务能力得到显著提升，社区病房运行结构进一步优化，患者的医疗成本有所下降。在后续联合病房建设过程中，建议超大城市、医疗资源丰富的区域持续探索以下问题。

**一是**探索财政投入的机制，均衡牵头医院下沉资源和利益分配，提升牵头医院的工作积极性，推动联合病房的推广，从整体上节约区域医疗费用。**二是**探索联合病房业务拓展，聚焦老年群体的慢性病、急性病

缓解期，完成疾病筛查、安宁疗护等业务，将预防与诊疗服务融合，促进患者全周期健康管理。**三是**在紧密型城市医疗集团建设框架下，积极探索深化“三医联动”改革，实施“医保、医疗、医药”协同治理，研究探索医疗集团总医保支付方式，改革额度分配管理机制，试行基层联合病房按病种分值付费（Diagnosis-Intervention Packet, DIP）、中医优势病种付费等医保付费方式改革，推进联合病房药品带量采购，借助信息化监管平台建设与融合，提供信息化、数据化支持，促进“三医联动”和协调发展。

（责任编辑：信虹云）

## 《上海卫生健康政策研究年度报告（2025）》（绿皮书） 编委会会议顺利召开

12月3日,《上海卫生健康政策研究年度报告(2025)》(以下简称“绿皮书”)编委会会议在上海美丽园大酒店召开,绿皮书由上海市卫生健康委员(以下简称“市卫生健康委”)、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)联合主编,来自市卫生健康委、市医学会、市医疗保障局、市疾病预防控制中心、市卫生健康委统计中心、市卫生健康委财管中心、市疾病预防控制中心,以及上海社科院、复旦大学、交通大学、上海中医药大学、上海健康医学院等相关机构的40余名领导和编委出席会议。会议由市卫生健康委副主任付晨主持。

会上,中心(所)主任金春林做2025年度绿皮书工作汇报。金春林主任首先对市卫生健康委领导及各处室、市医学会、市医保局、相关兄弟单位及编委专家表达了感谢,详细介绍了2025年绿皮书的工作情况,包括总体工作进展、编委会调整、书籍版块及内容、工作设想等。截至编委会会议召开,绿皮书共收到投稿文章80余篇。为坚持打造绿皮书作为上海卫生健康政策信息发布的“制高点”、医改成效评价的“权威版”和卫生健康政策导向的“风向标”,专家严格遵循定位准确、现实相关性高、前瞻性强、数据准确的审稿原则,兼顾反映政策重点、亮点和版块稳定性的用稿要求,全书共设置战略规划、综合医改、医学科创与学科建设、基层卫生、公共卫生、中医药发展、医疗服务与监管、筹资与保障等八大版块,集中展现了各条线、各领域的优秀研究成果。此外,金春林主任还对后续工作提出了三点想法:一是吸纳更多反映卫生健康发展趋势、热点、重点领域的研究,如数智健康、医学科研与转

化等；二是适当补充较弱版块的文章，使书籍版块比重更为平衡合理；三是希望委业务处室和编委委员继续给予指导与支持。

讨论交流环节，与会领导和专家对绿皮书始终坚持凝练、展示上海卫生健康事业改革与发展、卫生健康政策研究优秀研究成果的努力给予了肯定，并围绕绿皮书的稿件优化、版块完善等展开了深入讨论。委规划发展处处长陈霆和中心（所）副主任许明飞对绿皮书前期工作进行了解释和补充，并对后续可能存在的情况和需要配合的事项进行了重点说明。

会议最后由付晨副主任做总结指导。他首先强调，绿皮书既是上海卫生健康工作的重点、亮点、创新点的集中展示，也是对外宣传上海卫生健康发展与改革成果和经验的重要渠道，要始终如一地坚持绿皮书的办书宗旨，坚持政府权威性+政研学术性相结合的书籍特色。其次，希望委处室和编委专家积极提供能反映本市卫生健康领域亮点且成熟的研究成果，强调了补充文章的时间节点及质控要求，以确保书籍的权威性和准确性。最后，付晨副主任还表示，绿皮书越办越好是大家共同努力的成果，谨此对市医学会、与会领导和各位专家的大力支持表示感谢，对委规划发展处和中心（所）的前期工作予以充分肯定，希望工作组在进一步吸纳各位领导和专家意见的基础上继续完善框架及稿件，按时保质完成 2025 年度绿皮书。

本次会议的召开，对进一步提升绿皮书的内容质量、做好绿皮书的编纂工作、扩大绿皮书的影响力具有重要意义。

（稿件来源：绿皮书工作组）

## 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号（K）0649）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](mailto: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：上海市静安区北京西路 1477 号      邮 编：200040

网 址：[www.shdrc.org](http://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

邮 箱：[phpr@shdrc.org](mailto:phpr@shdrc.org)

发送对象：

中华医学基金北京代表处

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