

- 据的居民健康管理服务体系构建与应用[J]. 中国医学装备, 2020, 17(1):126-130.
- [14] 王琦. 中医体质三论[J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(10):653-655.
- [15] 钟佳, 付至江, 程志安. 体质学说在膝骨关节炎患者中医特色化健康管理中的应用探讨[J]. 新中医, 2020, 52(19):180-182.
- [16] FRANSEN M, MCCONNELL S, HARMER A R, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2008(4): CD004376.
- [17] 曾令烽, 杨伟毅, 郭达, 等. 传统运动疗法干预对膝骨关节炎患者疼痛改善及关节功能影响的系统评价[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(5):2132-2139.
- [18] 元永金, 赵耀东, 张国晓, 等. 基于经筋理论探讨毫针刺法治疗膝骨性关节炎[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(3):979-982.
- [19] 李西海, 刘献祥. 基于筋骨理论探讨膝骨关节炎筋骨失衡的治疗策略[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8):3344-3346.
- [20] 艾健, 房敏, 孙武权, 等. “筋骨失衡, 以筋为先”理论在膝关节病中的应用探讨[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(8):2404-2406.
- [21] 张伯礼, 张俊华, 陈士林, 等. 中药大健康产业发展机遇与战略思考[J]. 中国工程科学, 2017, 19(2):16-20.
- [22] 黄惠勇. 谈大健康产业创新发展模式[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(3):1-4.
- [23] 司建平. 大健康背景下中医药国际化的策略选择[J]. 中医学报, 2015, 30(5):678-680.
- [24] 刘军, 曾令烽, 杨伟毅, 等. 基于中医大健康理念探讨膝骨关节炎循证分期及阶梯治疗[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(4):1321-1327.
- [25] 曾令烽, 杨伟毅, 梁桂洪. 膝骨关节炎人群生活方式干预及中医健康管理的专家调查问卷及分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 22(9):3311-3317.

(收稿日期:2022-10-10 修回日期:2023-02-23)

• 卫生管理 •

四川省优质医疗资源下沉现状与区域分级诊疗路径研究*

彭美华, 张 媚, 肖 蕾

(成都中医药大学管理学院/健康四川研究院, 四川 成都 610037)

[摘要] 该文分析了四川省区域医疗资源分布状况, 为推进优质医疗资源下沉, 落实省域内分级诊疗提供对策建议。设计省内优质医疗资源分布调查表, 以战略经济区为统计维度, 呈现资源分布状况, 以区域三级医院为对象, 调查分级诊疗各维度工作落实现状。结果显示, 四川省优质医疗资源总量不足, 五大经济区之间分布不平衡, 省会集聚特征明显, 川东北资源不足, 川西北优质资源薄弱, 协作机构在远程医疗供给方面较弱, 对下级协作机构的人力支持薄弱, 资源整合任重道远。该研究提出省域优质医疗资源下沉路径, 在区域经济框架内统筹考虑资源配置, 加大经济区内城市卫生规划对接, 建立市州间医疗/医保联动联席会议制度, 强化卫生健康信息系统顶层设计。

[关键词] 优质医疗资源; 区域医疗中心; 分级诊疗

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.12.037

文章编号:1009-5519(2023)12-2149-06

中图法分类号:R197.1

文献标识码:C

建立分级诊疗制度是我国医改的重要目标^[1]。2015年, 国务院首次颁布推进分级诊疗制度建设的指导意见, 指出“上下联动”重点在于下沉优质资源。2018年, 国家卫生健康委员会提出推进分级诊疗需要做好以区域医疗中心建设为重点, 推进分级诊疗区域分开, 统筹辖区内医疗资源, 规划建设省级医疗中心和省域内区域医疗中心, 力争在省域或国家区域医疗

中心解决疑难危重患者看病就医问题。政策演进显示, 区域医疗中心建设成为分级诊疗的着力点, 其核心策略是增强优质医疗资源供给, 即总量是基础, 发挥区域优质医疗资源辐射带动作用, 即有效下沉是关键。文献研究显示各地分级诊疗建设的发力点各有侧重。上海市以家庭医生签约服务为基本路径推进分级诊疗制度建设^[2], 浙江省、安徽省和河北省更强

* 基金项目: 教育部人文社科一般项目(17YJC840027); 四川省科技厅软科学项目(2021JDR0312)。

调建设县域医共体^[3-4],江苏省镇江市组建以三甲医院为核心的医疗集团^[5],甘肃省医联体以远程网络为特色,实现基层机构与省级医院“直通”^[6],云南省医联体建设要求充分发挥区域内三级公立医院的引领作用,促进资源下沉^[7],北京市特别强调政府规划,财政对医联体统一投入^[8]。文献分析显示,上海市、浙江省和安徽省等地强调以基层为建设重点,属于自下而上为主型,江苏省镇江市、云南省、甘肃省等地更多以三级医院为核心,属于自上而下为主型。

2018 年,四川省委省政府提出“一干多支、五区协同”的发展战略,其中“一干”是指成都市,“多支”是指环成都经济圈、川南经济区、川东北经济区、攀西经济区、川西北生态保护区(以下简称“经济区”),“五区协同”则是强化统筹,推动五大经济区协同发展。本省经济社会发展的五大经济区战略与十大区域医疗中心建设高度契合,有利于实现卫生健康事业与经济社会协同发展。协同发展关键在于建设区域医疗中心、推动优质资源有效下沉、落实经济区之间协同帮扶,唯此才能提升薄弱经济区医疗卫生服务能力,实现群众健康问题在一定范围内解决^[9]。基于此思路,本文以四川省“一干多支、五区协同”发展战略为研究背景,分析五大经济区优质医疗资源分布及下沉现状,提出以经济区为建设单元,以医联(共)体、远程服务等为实体或虚拟下沉通道,以区域中心建设、发展规划对接、医保协同改革等为政策支撑,构建经济区内

分级诊疗格局。

1 数据来源与分析思路

以四川省“一干多支、五区协同”战略规划的重大经济区为对象,利用 2019 年统计年鉴,从卫生人力、三级机构、重点学科(专科)等角度,统计分析四川省优质医疗资源总量及分布状况。利用调查表,统计 21 个市州截至 2019 年底国省两级重点学科和专科,高级职称、三级医院等优质医疗资源信息,调查 123 所三级医院,从远程服务种类、牵头单位服务类型、医联体内资源整合等角度,调查分析优质医疗资源下沉现状。以函询方式,就卫生健康发展成效、短板和弱项,对全省各市州卫健管理者开展函询。借助《中国医院竞争力报告(2022)》^[10],标注本省各类医院的竞争力排名状况。

2 四川省优质医疗资源分布及下沉现状

医疗资源总量和分布结构决定医疗服务的可及性与公平性。四川省医疗卫生资源分布呈现城乡不平衡、区域不平衡的特征,优质医疗资源多集中于城市,且与全国平均水平相比存在差距。

2.1 卫生资源配置状况 2019 年,成都平原经济区每千人口卫生资源拥有量均领先于其他经济区,川东北经济区每千人口卫生技术人员数最低,川西北生态示范区每千人口执业(助理)医师数、注册护士数和床位数最低。见表 1。总体而言,卫生资源配置存在不平衡。

表 1 2019 年四川省五大经济区卫生资源配置

区域	卫生资源配置总量				每千常住人口卫生资源配置			
	卫生技术人员数 (人)	执业(助理) 医师数(人)	注册护士 (人)	床位数 (张)	卫生技术人员数 (人)	执业(助理) 医师数(人)	注册护士 (人)	床位数 (张)
全省	530 935	195 585	228 608	563 419	6.40	2.36	2.75	6.79
成都平原	289 439	108 125	128 012	284 699	7.62	2.85	3.37	7.49
川南	82 788	30 926	35 917	95 650	5.79	2.09	2.59	6.71
川东北	97 432	38 225	37 262	114 154	4.93	1.87	1.97	6.03
攀西	31 976	11 258	13 634	33 311	5.57	1.86	2.42	6.01
川西北	12 299	3 725	3 520	9 501	5.98	1.78	1.80	4.47

注:数据来源为 2019 年四川省卫生健康统计年鉴(数据统计截至 2019 年底),成都平原经济区包括成都、德阳、绵阳、乐山、眉山、资阳、遂宁、雅安;川南经济区包括自贡、泸州、内江、宜宾;川东北经济区包括广元、广安、南充、巴中、达州;攀西经济区包括攀枝花市和凉山州;川西北生态保护区包括甘孜州和阿坝州。

2.2 优质医疗资源分布状况 四川省优质医疗资源与全国相比,整体上存在差距。截至 2019 年底,四川省三级医院占医院总数 6.85%,全国平均水平为 7.54%。四川省(全国平均水平)卫生技术人员、执业(助理)医师、注册护士拥有本科及以上学历的比例分别为 26.03%(34.10%)、10.92%(18.60%)、43.75%(53.00%),四川省(全国平均水平)上述人员拥有高

级职称的比例为 6.45%(7.80%)、2.22%(2.60%)、14.82%(17.60%),上述各项指标四川省均低于全国平均水平。2019 年,成都平原经济区拥有最多的重点学科(专科),高层次人才和三级医院。川南经济区和川东北经济区拥有次优优质医疗资源,攀西经济区高级职称人员占比水平最高,川西北生态示范区优质医疗资源拥有量最少。见表 2。四川省优质医疗资源在

经济区分布上不平衡。

2.3 区域医疗中心规划分布状况 2014 年四川省启动区域医疗中心建设(川卫办发〔2014〕286 号),全省划分为 2 个层次十大区域医疗中心,包括 1 个省级医疗中心和 9 个区域医疗中心,见表 3。规划建设区域医疗中心的目的在于鼓励患者首先在“医疗联合体”内双向转诊,再根据地域分布优先转往第 2 层次医疗

机构,即区域医疗中心,最后再决定是否转往第 1 层次医疗机构,即省级医疗中心。排名显示部分区域医疗中心能力较弱,需要帮扶,十大区域医疗中心与五大经济区存在交叉。与此同时,成都市第一、二、五人民医院排名分别为 13、14 名和 16 名,但未被纳入区域医疗中心建设规划。

表 2 2019 年四川省五大经济区优质医疗资源配置

区域	重点学科(个)		重点专科(个)		副高级及以上卫生技术人员占比(%)	高层次人才(人次)	三级医院数量(所)	地市级医院 500 强数量
	国家级	省部级	国家级	省部级				
全省	27	229	75	419	7.48	1 450	200	33
成都平原	24	168	72	217	7.89	1 284	105	11
川南	2	34	2	72	6.89	136	45	10
川东北	1	24	1	88	6.70	—	36	8
攀西	0	3	0	35	8.40	25	11	4
川西北	0	0	0	7	6.39	5	3	0

注:数据来源为全省截至 2020 年 5 月 31 日的调查;地市级 500 强依据中国医院竞争力报告(2017—2018 年);—表示未获得该数据。

表 3 四川省十大区域医疗中心分布状况

省级(第 1 层次)与区域医疗中心(第 2 层次)	牵头医院	区域内辅佐医院	医院位于战略经济区
省级医疗中心*	四川大学华西医院、四川省人民医院、四川省肿瘤医院、四川大学华西第二医院、四川大学华西口腔医院和四川大学华西第四医院、四川省中医医院		成都平原经济区
天府新区区域医疗中心	成都市第三人民医院	成都市中西医结合医院、成都市妇女儿童医院、成都市公共卫生临床医疗中心	
川东北区域医疗中心	川北医学院附属医院	南充市中心医院、南充市精神卫生中心	川东北经济区
川北区域医疗中心	广元市中心医院	广元市中医医院、巴中市中心医院	
川东区域医疗中心	达州市中心医院	达州市中西医结合医院、广安市人民医院	
川南区域医疗中心	西南医科大学附属医院	西南医科大学附属中医医院、西南医科大学附属口腔医院、内江市第一人民医院、自贡市第四人民医院	川南经济区
川中南区域医疗中心	宜宾市第二人民医院	宜宾市第一人民医院、乐山市人民医院	
攀西区域医疗中心	攀枝花市中心医院	攀钢集团总医院、攀枝花市精神卫生中心、凉山州第一人民医院	攀西经济区
川西北区域医疗中心	绵阳市中心医院	遂宁市中心医院、绵阳市精神卫生中心、阿坝州人民医院	成都平原经济区
西康区域医疗中心	雅安市人民医院	眉山市人民医院、眉山市中医医院、甘孜州人民医院	川西北生态示范区

注:数据来源为川卫办发〔2014〕286 号;*表示省级医疗中心未区分牵头医院和辅助医院。

2.4 四川省优质医疗资源下沉工作现状 收集全省 123 所三级医院开展远程医疗服务、医联体建设等优质资源下沉的相关信息。整体而言,在远程服务和牵头医院对成员单位服务方面,省(部)属优于市属医院,市属医院优于县属医院,资源整合方面都不理想。具体而言,远程诊断和教学开展相对不足,省(部)属三级医院开展远程教学服务比例最低,为 55.56%,派驻管理干部和联合科研开展相对较少,预约服务在市属机构执行情况较差。见表 4。医联体内资源整合普遍较差,组建医学影像中心相对较多。医联体

内检查结果互认省(部)属机构开展最差。

2.5 优质医疗资源下沉效果 就医分布一定程度上可以反映优质医疗资源下沉效果。2019 年四川省卫生健康统计年鉴显示,省市级大型医疗机构门(急)诊疗量同比增长 6.97%,涨幅小于前 3 年平均增长(8.49%);县(区)级医疗机构门(急)诊疗量同比增长 7.85%,乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)同比分别增长 2.07%、9.26%。在出院人数方面,省市级大型医疗机构出院人数同比增长 7.19%,涨幅小于前 3 年平均增长(8.33%);县(区)级医疗机构出院人数

同比增长 9.76%；基层医疗机构出院人数同比增长 9.97%。数据显示，县级及以下机构服务量增长高于省市级医疗机构，省市级城市医院诊疗量增幅收窄。

表 4 四川省各层级三级医疗机构开展远程医疗及医联体建设情况 (%)

调查项目	省及部属(n=9)	市属(n=71)	县属(n=43)	合计(n=123)
开展远程医疗服务情况				
远程医疗会诊	100.00	88.73	81.40	86.80
远程诊断服务	66.67	69.01	48.84	61.20
远程治疗服务	11.10	15.49	18.60	16.50
远程教学服务	55.56	69.20	76.74	67.80
牵头单位对医联体内成员单位提供服务种类				
学科建设	100.00	91.55	76.74	86.80
业务指导	100.00	91.55	72.09	84.30
业务查房	88.90	90.14	67.44	81.20
业务讲课	88.90	88.73	72.09	82.60
疑难病例讨论	100.00	81.69	67.44	77.70
适宜技术指导	88.90	84.51	67.44	78.50
人员培养	100.00	88.73	69.77	82.60
派管理干部	77.78	56.34	39.53	52.10
联合科研	66.67	52.11	30.23	45.50
转诊服务	100.00	83.10	74.42	81.00
预约服务	100.00	67.61	55.81	65.30
医联体内资源优化整合情况				
组建检查检验中心	11.10	26.76	18.60	22.30
组建医学影像中心	22.22	52.11	34.88	43.90
组建采购配供中心	0	2.82	2.33	2.50
组建消毒供应中心	0	25.35	27.91	24.80
组建信息平台	55.56	35.21	16.28	29.00
医联体内实现检查检验结果互认	33.30	71.83	76.74	72.00

3 讨论与分析

3.1 优质医疗资源总量不足，部分区域仍显薄弱

四川省优质医疗资源总量低于全国平均水平，优质医疗资源分布不均衡，三级医院、高层次人才、重点学科(专科)、地市级 500 强医院^[10] 主要集中于成都平原经济区，川南经济区优于川东北经济区和攀西经济区，攀西经济区又主要集中于攀枝花城区，地处川西北生态示范区的凉山州和甘孜州优质资源拥有量最少。因此，本省部分经济区需要加大优质医疗资源供给，优质医疗资源富集区需要帮扶薄弱经济区。

3.2 区域医疗中心方案未细化，资源下沉积极性不高

四川省未明确区域医疗中心领头医院的功能定位，没有理顺区域医疗中心和同级医院、基层医疗机构之间的关系，领头医院的职责没有得到强化或相应调整，各领头医院普遍反映缺少财政资金投入或项目支持，未出台具体的实施方案或建设标准，无法达到

区域医疗中心建设的理想效果，区域医疗中心的发展水平参差不齐，导致区域医疗中心功能发挥仍然比较有限^[11]。

3.3 三级医院开展资源下沉工作，比邻区域资源整合更具优势

本省三级医院多采取以管理、技术为纽带的松散型合作方式，以远程服务、医疗协作网、专科联盟为主。表 4 反映，县级三级医院对内部成员支持能力不足，自身仍需外部帮扶。在医联体内部资源整合方面，检查检验中心、影像中心和消毒供应中心建设，市(州)三级医院都优于省(部)三级医院。检查结果互认方面，市州三级医院明显好于省(部)三级医院。说明市州三级医院区域内优质资源下沉效率更高，应该加大区域医疗中心建设，为资源下沉夯实基础。

3.4 医联体建设存在共性问题，优质资源下沉效果不明

实现分级诊疗任重道远^[12]，通过函询市州卫健

管理者及梳理学术文献,反映资源整合存在共性问题,包括体制机制障碍、政策障碍、管理障碍等。体制型障碍是根源,主要包括基层资源匮乏和整合不触动原有体制。机制型障碍包括缺乏联合主动性积极性、付出和回报不对等。政策型障碍包括医保未起到激励作用、双向转诊落实缺乏制度保证、缺乏管理和评价制度等。管理型障碍包括信息化建设困难、机构间文化冲突、对健康管理缺乏重视等^[13-14]。

4 推进优质医疗资源有效下沉的政策建议

四川省民族地区多,贫困地区数量多、较集中,发展“不平衡、不充分”仍是四川卫生的基本特征^[14]。2018年四川省提出“一干多支”发展战略,本省卫生健康事业改革发展如何服务于这一发展战略,作者尝试将资源下沉路径置于“一干多支”发展战略经济区框架下,构思经济区医疗服务体系,加大薄弱区域优质医疗资源供给规模,发挥区域医疗中心引领和带动作用,多渠道推进资源有效下沉,逐步提高基层服务能力。

4.1 构建经济区分级诊疗服务体系,控制经济区外异地就医规模 制度依赖导致依靠基层自身努力难以实现“强基层”目标,需要发挥区域优质医疗资源的下沉和引领作用,带动县域及基层医疗服务发展。作者构建了四川省“一干多支”经济区优质资源下沉路径。资源下沉路径需要考虑就近原则和板块原则,就近原则是指随着通勤能力提升,在经济区内执行技术帮扶和资源享有其优势,包括位置比邻,就医习惯相似,疾病谱相近,卫生规划及医保政策易对接,成本更低,效果更好。板块原则是指在省域与区域之间形成关口,区域医疗中心需要达到准省级水平,力争在区域内解决绝大部分诊治工作,引导区域内流动,控制区域外转。这需要增加区域内优质资源供给,不断提高区域医疗中心服务能力。

4.2 对接“一干多支”发展战略,建立区域资源下沉协调机制 政府在优质医疗资源下沉过程中不能缺位,尤其是规划管理、考评考核、财政投入等^[15]。建议在“一干多支”区域医疗卫生协调发展沟通机制框架下设置经济区医联体建设推进小组,以管理和技术为纽带,分区分片规划医联体建设,构建有管理的竞争格局。推进制定医联体管理章程,设立理事机构,明确功能定位、协作任务及责权利。建立医联体考核机制与评价标准,重点考核医联体技术辐射带动情况、医疗资源下沉情况等。政府改变财政补助方式,基于考核给予区域医疗中心及相关医院必要的财政激励。

4.3 加强区域优质医疗资源供给规模,划定省级医疗中心支援区域 三级医院是优质医疗资源下沉的关键。上海市启动郊区三级医院建设项目,实现每个郊区(县)都有一所三级综合医院。四川省优质医疗资源总量不足,尤其需要加大薄弱区域优质医疗资源

供给^[16]。建议将经济区内医疗资源富集地区三级医院搬迁到市内人口大县或新区,严控城区医院规模,鼓励高水平三甲医院到医疗资源紧缺区域采取新建、托管等方式,推动优质医疗资源异地优化扩增。将成都市三级医院纳入省级医疗中心,采取分片包干方式对薄弱区域开展“组团式”帮扶。

4.4 编写经济区卫生健康发展规划,达成优质医疗资源下沉共识 推进优质资源下沉,关键要强化区域卫生规划^[9],推进市州卫生健康发展规划紧密对接。经济区内优质医疗资源下沉以区域医疗中心为主体,其他市州辅助医院为补充,县级医共体为基础。经济区内的各市州应积极响应省卫生健康委员会关于设置区域医疗中心的政策,围绕区域医疗中心领头医院及辅助医院各自优势,在医联体建设、专科联盟、结果互认、共享中心等方面达成共识。建议编写经济区“十四五”卫生健康发展规划,将协同发展理念与区域共识写进规划,保障优质医疗资源下沉有规划。

4.5 强化健康信息系统顶层设计,充分发挥健康信息系统功效 信息孤岛加剧医疗服务碎片化,“互联网+健康医疗”可以实现服务供给倍增。政府统筹规划顶层设计,建设“以人为中心”的健康信息系统,实现健康信息的全周期记录、存储与调用,让百姓得到“立体化、网格化、便捷化、无盲区”的全方位健康信息化服务。充分发挥区域健康信息系统功能,开展病例会诊、病例讨论、手术指导、手术观摩、远程教学等远程服务,建成强大的技术平台和人才培养平台。依托信息系统实现精准转诊,替患者解决选购难题,提高转诊效率,改善转诊体验。

4.6 推进经济区医保政策协同,激发资源下沉的内生动力 三医联动是医改共识,医保碎片化加剧医改难度。由于基层能力不足与自由就医文化的根深蒂固,医保引导资源配置的杠杆作用不强。随着本省医保实现市级统筹和城乡统筹,建议加强经济区医保协同力度,缩小市州补偿政策差异,加大经济区内外补偿政策的梯度差异,降低经济区外就医比例,提高基金经济区内使用率。与区域卫生协同发展规划对接,探索居民医保门诊统筹与家庭医生签约服务挂钩,逐步构建“双守门人”制度,增加医保基金基层预算份额。探索医联(共)体医保支付方式,实行医保基金打包付费给医联(共)体,执行“结余留用、超支分担”制度,打造利益共同体,推进责任共同体建设,激发优质医疗资源下沉的内生动力。

4.7 探索医联体分层梯度帮扶,多途径推进优质资源下沉 医联体是医疗资源下沉的有效途径。建议在经济区内执行分层分片梯度帮扶工作机制,建立区域医联体联席会议制度,分析区域疾病谱及转诊病种,以区域弱势学科和医院为对象,明确功能定位、组

建目标、治理构架,不断完善工作制度。探索梯次帮扶政策,即区域医疗中心及辅助医院重点指导县级医院,县级医院以医共体形式指导基层机构,避免城市大医院直接指导基层机构存在的不匹配不适用的尴尬局面。探索有效的资源下沉方式,不断完善专科(学科)联盟、远程服务、托管领办等工作机制。四川省三州地区交通不便,应着力发展远程医学服务,通过财政补贴系统维护成本,加快互联网医疗服务价格改革进度,提高远程服务利用率,放大优质医疗资源的引领作用。加大区域资源整合力度,组建资源共享中心,推进检查检验结果在更大范围内互认,减少重复检查造成的浪费。

参考文献

- [1] 王虎峰,元瑾. 对建立分级诊疗制度相关问题的探讨[J]. 中国医疗管理科学,2015,5(1):11-15.
- [2] 沈晓初. 上海市构建分级诊疗制度的改革与探索[J]. 中国卫生资源,2016,19(1):1-3.
- [3] 李岚兰,汤质如,颜理伦,等. 安徽省县域医共体运行现状调查分析[J]. 中国卫生事业管理,2018,35(10):723-725.
- [4] 李育昆,白丽丽. 医改路上的“卢龙模式”[J]. 人口与健康,2019(3):83-84.
- [5] 林枫. 镇江市构建基于分级诊疗健康服务体系的实践与探索[J]. 中国医疗管理科学,2015,5(4):19-22.
- [6] 郭天康. 医联体之甘肃模式的探讨[J]. 中国卫生质量管理,2014,21(2):71-73.

- [7] 徐洪振,张志新,史冲,等. 云南省医联体构建的探索与思考[J]. 中国集体经济,2019(7):47-49.
- [8] 梁思园,何莉,宋宿杭,等. 我国医疗联合体发展和实践典型分析[J]. 中国卫生政策研究,2016,9(5):44.
- [9] 中国现代医院管理智库学科建设与质量安全专委会. 国家医学中心、国家区域医疗中心和省级区域医疗中心建设与发展的政策建议[J]. 中国卫生人才,2022(9):18-21.
- [10] 庄一强,王兴琳.《中国医院竞争力报告(2022)》[M]. 北京:社会科学文献出版社,2022:20.
- [11] 罗鸣. 健康四川背景下医疗服务体系及服务模式发展研究[D]. 成都:成都中医药大学,2018.
- [12] 王海旭,陈在余. 我国医疗联合体建设对分级诊疗效果的影响[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2019,19(2):90-93.
- [13] 杜天方. 以协同治理理论助推公立医院经济运行高质量发展的实践与探索[J]. 财经界,2022(25):39-41.
- [14] 沈骥. 全力推进以人民为中心的健康四川建设[J]. 四川党的建设,2018(17):34-36.
- [15] 叶江峰,姜雪,井淇,等. 整合型医疗服务模式的国际比较及其启示[J]. 管理评论,2019,31(6):199-212.
- [16] 何延政. 推动卫生健康服务区域协同发展[J]. 中国卫生,2019(2):62-63.

(收稿日期:2022-09-23 修回日期:2023-01-29)

· 卫生管理 ·

重庆市智慧医院建设标准体系研究及应用建设效果*

聂鑫¹,魏智^{2△},叶自然¹,蹇亦革¹

(1. 重庆市卫生健康统计信息中心,重庆 401120;2. 陆军特色医学中心,重庆 400042)

[摘要] 该文以重庆市 2018—2022 年持续开展智慧医院建设模式和应用效果为例,通过政策研究、指标体系研究、应用案例及效果,按照“以评促建,以评促用”原则,以方便大众就医、减轻医务工作者劳动负担、提高医疗水平、提高医院管理水平、推进医院信息平台标准化建设和便民利民智能应用。

[关键词] 智慧医院; 建设标准体系; 政策研究; 应用案例; 医院管理; 重庆

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.12.038

中图法分类号:R-1

文章编号:1009-5519(2023)12-2154-04

文献标识码:C

智慧医院建设标准先行,如何制定适应智慧医院发展的标准体系是一项重要而富有挑战性的任务^[1]。

按照国家“以医院信息标准化推动区域信息一体化”建设方针,重庆市“智慧医院”示范建设按照“以评促

* 基金项目:重庆市科卫联合医学科研项目(2022QNXM033)。

△ 通信作者,E-mail:243087105@qq.com。