

中国医疗联合体（医联体）建设的实践、挑战与优化路径： 一项系统性文献综述摘要

周永维

沈阳药科大学 辽宁 沈阳 110016

【摘要】：医疗联合体（简称“医联体”）建设是深化医药卫生体制改革的一项重要举措，是推进分级诊疗制度落地、促进优质医疗资源下沉、化解“看病难、看病贵”的根本途径之一。通过结合近几年国内外有关研究和国内医联体建设实际案例，阐述医联体建设的时代背景和发展动因、核心内涵和发展路径。着重就目前医联体建设过程中存在的管理体制、资源配置、服务协同、人才队伍、政策配套以及群众认知等普遍存在的问题与难点展开论述；并归纳目前学者们从医疗、健康的角度提出的一批有利于医联体建设的紧密型医联体、以信息化建设为契机和纽带的利益协同型医联体等多元化的优化方式方法。最后对现有的研究不足和医联体未来发展展望进行了综述，希望可以为进一步开展理论研究、实践探索提供参考。

【关键词】：医疗联合体；分级诊疗；资源配置；协同治理；紧密型医共体

DOI:10.12417/2705-098X.26.02.099

1 引言

现阶段我国新一轮医药卫生体制改革持续推进至今已经十年有余，在此期间取得了较为显著的成效，但是我国医疗卫生领域依然存在较大差距，优质医疗资源过度集中于城市大型公立医院，基层医疗卫生机构服务能力薄弱，引发“虹吸效应”，部分患者盲目涌向大医院就诊，造成患者就医混乱的局面，同时造成大医院人满为患、基层门可罗雀的问题，产生了明显的“看病难、看病贵”现象及医疗资源巨大浪费与整体系统低效的情况，在这种情况下，提出了以实现优质医疗资源下沉为目标的医联体这一思想，并上升至国家层面的重要战略。为此，国务院办公厅于2017年发布《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，明确提出在全国范围全面推进多种形式的医联体建设试点工作的目标要求。医联体最大的特点是通过体制机制创新，破除原有体制下医疗机构各自为政、互设壁垒的局面，打破原有相对分散且固化的服务格局，切实承担起连接大医院和社区、将患者留在社区的责任和义务，搭建起以“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”为主要特色的分级诊疗制度构架。（1）优化资源配置：推动优质医疗资源下沉、基层服务能力提升和系统内资源利用效率的最大化。（2）提升服务效能：根据分片管理和连续服务，为居民提供整合性、连续性的一体化卫生健康服务，改善就医感受。（3）控制医疗费用：引导常见病、多发病在基层诊疗，可以节省整个社会的医疗开支，能够促进医保基金发挥作用。（4）应对健康挑战：符合老龄社会、慢病高发的大势，以人民健康为中心，打造整合型医疗卫生服务体系。最近几年以来，我国各地都在探索尝试医联体的不同形式，并且在实践中取得一定成就，但也存在一些比较突出的矛盾和问题。对于当前有关医联体方面的研究成果，我们有必要对其进行全方位梳理，进而了解医联体建设成效、存在问题及发展路径。

2 核心理念与概念框架

2.1 医联体的定义与模式

医联体是指由不同级别、类别的医疗机构，通过纵向或横向的资源整合，形成的责任、管理、服务、利益的共同体。根据成员间联系的紧密程度和合作方式，主要可分为以下四种模式：（1）城市医疗集团：由城区内三级医院牵头，联合若干二级医院、社区卫生服务中心等组建，旨在重塑城市医疗服务体系。（2）县域医共体：提高基层医疗卫生服务力的核心是通过以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的方式，来做好县乡村一体化的管理工作^{[1][2]}。（3）专科联盟：以优势专科为牵头，跨区域吸引了各个级别的医疗机构相关专科的技术力量，提高重点疾病的防治能力。（4）远程医疗协作网：依托信息技术，上级医院为基层医疗机构提供远程会诊、影像、心电图诊断服务。对于紧密型医联体而言（尤其是紧密型县域医共体和紧密型城市医疗集团），由于其在管理上、服务上、利益上都存在很多紧密的关系，这就成为我们下一步进行医联体建设的一个重点方向^{[3][4]}。

2.2 理论基础

医联体建设需要不同学科领域知识互相结合，主要理论依据有：（1）协同治理理论：重点体现了政府、医院、社区等各种主体间有序的合作互动与共管共治公共事务的要求。（2）利益相关者理论：医联体有牵头医院、成员单位、医务人员、患者、政府和医保等多方利益主体，如何处理各方利益关系，兼顾各方利益诉求，达到多方共赢是医联体可持续发展的关键^[5]。（3）资源配置理论：目的是让有限的卫生人力资源（人、财、物和技术）能在系统内部得到最优配置，以取得最大的产出和服务效果，产生最大的健康效益^[6]。（4）整合型医疗理论：所谓的组织整合、功能整合和服务整合即是针对人群开展连续的、协调的、有效的整体的服务，这也是国际医改的一个潮流。

3 医联体建设的主要问题聚焦

研究发现,在医联体建设中发挥着“把方向、管大局、促落实”的核心作用是党的领导,进一步体现在牵头医院党委要发挥带头作用,以解决群众最关心的问题为中心,做好党建和业务的结合文章。多数学者认为当前最大的瓶颈是资源配置难于下沉。秦嘉威^[6]运用博弈论模型分析了医联体内的补偿机制,发现综合医院的最优资源下沉策略取决于基层医院的补偿价格和政府补贴。若缺乏合理补偿,综合医院缺乏下沉资源的动力。顾维波^[8]对安徽省医联体的调研发现,紧密型合作模式下的资源协同效果显著优于松散型。因此,建立科学的内部定价、补偿和利益分配机制,是驱动资源流动的核心要素。

3.1 服务协同与同质化管理

服务协同的重点和难点在于双向转诊和医疗服务同质化。

(1) 双向转诊不畅:李双钰^[5]对成都市中医医联体的研究发现,转诊程序不清楚、标准不统一、信息不畅通是导致“上转容易下转难”的主要因素。

(2) 同质化挑战:陈英瑛^[10]以上海市康复医联体为案例,基于“结构-过程-结果”三维框架,指出康复医联体之间康复资源配置、人才发展水平、服务流程、质量控制等各方面的巨大差异,并且提出了加强顶层设计、坚持人才培养和服务流程标准化等改进建议。何成雪^[11]则聚焦于“用药衔接”这一具体问题,发现全国仅约30%的城市医疗集团实现了用药目录衔接,指出了药品政策协同的迫切性。

3.2 信息化建设的支撑作用

大多数研究都指出了信息化的重要性。李双钰^[5]提到医学检验结果互认存在技术障碍。而建立统一、互联互通、信息共享的信息平台则成为实现业务协同、远程会诊、质量监管、数据查询及分析、药品管理一体化的技术保障,是医联体运行的“神经系统”。

3.3 人才培养与流动性

基层人才“招不来、留不住、能力弱”,成为影响医联体成效的长期性问题。白雪^[13]对内蒙古地区调研的结果表明:缺乏有效的人才激励和流动机制,导致专家下沉阻力大。因此,建立“县管乡用”的编制池、同质化的培训体系、以及基于绩效的激励措施,是强化人才队伍支撑的关键。

3.4 医保支付的引导作用

医保支付方式是指棒。多位研究者^{[4][5]}提出,应改革现有的按项目付费模式,探索实行“医保基金总额预付、结余留用、合理超支分担”的打包付费方式,将医联体整体作为考核和支付单位,从而内部形成节约成本、提升效率、主动做好健康管理的正向激励。

3.5 核心挑战与争议

即使医联体明确了建设方向,但在实践中仍然存在问题 and 争议:(1) 体制机制桎梏:联体难联心。多数医联体实际上只是“名义上的联合”,牵头医院对下属医疗机构缺乏有效的人事、财务和业务运营权,难以进行实质性整合^[4]。导致优质医疗资源难以真正下沉,统一管理也难以落实。(2) 利益分配失衡:动力机制缺失。医联体内部利益错综复杂。牵头的大医院虽然名义上要帮扶基层,但担心资源下沉会影响自身品牌和病源,减少实际收入;而基层医疗机构同样忧心忡忡,既怕被大医院“吞并”失去话语权,又担心在合作中吃亏,使得各方参与协同服务工作的动力不足^{[6][13]}。(3) 政策配套滞后:系统协同不足。医联体建设不是卫生系统一己之力就能完成的工作,需要医保、价格、财政、人事、编制等多部门协同出台相应配套政策。目前,医保支付方式改革滞后、药品目录和报销政策不统一、财政补助方式不匹配医联体的发展、人员编制流动困难等问题,大大的制约了医联体的实质性进展^{[2][5]}。(4) 同质化之困:基层能力短板突出。即使资源下沉,如果基层医疗机构的人才、技术、设备和管理水平无法承接,没有系统专业的管理,实现双向转诊和分级诊疗还是存在一定的难度。目前最大的短板就是基层的能力不够,导致群众对基层信任不足,出现“能力弱-患者少-能力更弱”的恶性循环^[9]。(5) 数字鸿沟:信息孤岛难以打通。不同医疗机构建设的信息系统由不同的厂商在不同的时间段来建设,导致各个医院信息系统之间的标准不一致,数据接口混乱,没有数据的互联互通,检查检验互认、远程会诊、连续性健康管理等就没有办法开展^{[10][12]}。

4 优化对策与未来趋势

针对上述挑战,结合文献中的先进经验,本文提出以下优化对策并展望未来趋势:

4.1 优化对策

地方政府要搭建高位协调机制,将卫健、医保、财政、人社等相关部门统筹起来,积极出台一系列的配套政策为医联体“松绑赋能”。积极探索实行医联体法定代表人负责制,并且充分赋权,推动医联体能够有更大自主的人事权、资源配置权、收入分配权,真正由“物理相加”转变为“化学相融”。

(1) 创新激励机制,打造利益共同体。①深化医保改革:全面推行以医联体为单位的医保打包付费改革,形成“结余留用、超支合理分担”的利益导向机制,引导医联体主动控制成本、维护人民健康。将区域内的医保基金按人头和疾病风险调整后打包给医联体,医联体通过开展高效、优质医疗服务(特别是基层首诊和健康管理)所形成的DRG/DIP结余,即可作为医联体的收益,这直接将医联体的利益与居民的健康和控费目标捆绑在一起。②建立内部结算体系:制定医联体内各机构间的转诊、会诊以及资源使用的内部服务价格及结算标准,保

障了资源的流动与经济补偿。建立“基于价值的内部绩效考核与分配体系”，在医联体内绩效考核不再是单纯地看业务收入，而是以“价值医疗”为导向，在其内部设立包括健康结果指标（辖区居民慢病控制率、术后康复率）、服务效率指标（平均住院日、医疗费用增长率）、患者体验指标（满意度）、协同贡献指标（向下转诊率、远程会诊参与度、基层同质化培训时长）。对打包的医保结余和政府补助按照上述考核情况进行分配，这样才能真正做到上下联动、健康守门。③聚焦能力建设，推动服务的同质化发展：通过专科共建、师徒带教、同质化培训、派驻管理团队等“输血”的方式，开展绩效分配机制等“造血”措施，全方位提升基层医疗、护理、药事及管理水平，逐步建立起医联体统一的医疗质量、护理质量和服务规范标准体系，形成统一的质控管理、服务标准，对各成员单位实行统一质量管理考评制度，确保病人能在任何一个成员单位获得同样优质的服务。④加强数字基础建设，推进构建智慧医联体建设：由政府主导，建立区域统一的健康信息平台，统一数据标准及数据接口规范，打破信息孤岛。大力推广远程医疗、线上咨询、慢病管理、药品配送等线上服务，延伸服务半径，提升居民获得感和便利度。⑤推进人事制度改革，推进人才一体化：试行医联体内人员编制统筹使用、柔性流动，打通人员上下流动的通道。完善基于工作量、服务质量、技术难度和基层帮扶成效的绩效考核体系，调动医护人员到基层执业的积极性。

4.2 未来趋势

未来医联体的发展方向必然是管理、责任、利益、服务更

高度统一的紧密型共同体，甚至走向单一法人的集团经营的新阶段。随着医保支付方式改革和健康中国战略的实施，医联体的功能定位将从提供疾病治疗为主，转向为辖区居民提供全生命周期的健康管理和疾病预防。人工智能、大数据、5G等技术将深度赋能医联体，在辅助诊断、质量控费、健康预测、精准转诊等方面发挥决定性作用，智慧医联体将成为标准形态。在应对慢性病管理和老龄化社会方面，中医药“简、便、验、廉”的独特优势将使其在医联体体系中扮演更重要角色，中西医协同的医联体模式将成为中国特色^{[3][7]}。

5 结论与展望

中国医联体建设是破解医疗资源结构性矛盾、建立分级诊疗制度的必由之路和复杂系统工程。经过多年的探索与实践，医联体在优化资源配置、提升基层能力方面取得了初步成效，但机制体制不顺、利益分配失衡、政策协同度不高、基层能力弱化、数据孤岛效应等问题仍十分突出，导致许多医联体“联而不动、动而不畅”。

未来，医联体必须坚持系统改革、数字驱动和以人为本的原则，在党和政府带领下拿出更大的改革勇气，打破部门壁垒，真正做好顶层设计和制度创新。医联体自身需要向紧密型实体化运营迈进，构建起“荣辱与共”的利益共同体，技术需要作为底层支撑，彻底打通数据经络，患者才能获得连续、高效、优质的健康服务，做到有感可获。唯有通过不断深入的理论研究和实践摸索，才能推动中国医联体建设行稳致远，最终走向“健康中国”。

参考文献：

- [1] 李雅娟.张帆;罗文利.四川省A县政府推动紧密型县域医共体建设案例研究[D].电子科技大学,2025.
- [2] 孔雨霏儿.张仲芳.紧密型县域医共体建设问题研究[D].江西财经大学,2024.
- [3] 葛成志.徐金菊.三级中医医院紧密型城市医疗集团协同能力评价研究[D].安徽中医药大学,2025.
- [4] 钟豪翔.万谊娜.紧密型医联体协同困境及对策研究[D].江西财经大学,2024.
- [5] 李双钰.杨菁;宁云峰.成都市中医医联体建设中存在的问题及发展对策研究[D].电子科技大学,2024.
- [6] 秦嘉威.于淼.面向医联体的医疗资源配置与补偿机制研究[D].沈阳建筑大学,2024.
- [7] 董文平,蓝孟莉,易平,芦峰,李旭红,韦柳萍,胡健,余勇,梁晨,雷用才.党建引领中医院医联体高质量发展的实践与启示[J].现代医院, 2025,25(08):1160-1163.
- [8] 顾维波.汪卓赟.安徽省不同类型城市医联体发展现状评价与对策研究[D].安徽医科大学,2024.
- [9] 马柯.别红暄.分级诊疗制度运行过程中的问题研究[D].河南大学,2024.
- [10] 陈英瑛.曲如杰.上海市康复医联体医疗服务同质化管理问题研究[D].华东师范大学,2024.
- [11] 何成雪.李璠.我国城市医疗集团用药衔接建设现状及其影响因素分析[D].昆明医科大学,2024.
- [12] 刘朋.赵成文.泸州市中医医疗集团建设现状及对策研究[D].西南医科大学,2024.
- [13] 白雪.路冠军.内蒙古自治区医联体分工协作问题研究[D].内蒙古农业大学,2023.