基于扎根理论的公立医院“一院多区”管理策略优化研究*

——顾一纯[1] 秦 丹[2,3] 田博韬[4] 唐 翔[5] 王 瑾[1] 沈雯珺[6] 何 达[1]

【摘 要】 目的 汇总和梳理目前公立医院“一院多区”管理存在的问题,探索我国公立医院“一院多区”管理策略的优化路径。方法 通过文献复习与政策梳理、关键知情人访谈及焦点小组访谈收集资料,基于扎根理论进行访谈资料分析。结果 经过三级编码,归纳出21个初始范畴、14个主范畴和5个核心范畴,核心范畴包括一体化管理、医疗同质化管理、成本与财务管理、医院文化管理、学科布局管理。围绕核心范畴,构建出我国公立医院“一院多区”管理策略优化路径模型。结论 建议强化多院区一体化管理,提升医院科学管理水平;统一医疗质量管理,推进多院区间的医疗同质化;加强成本核算规范性,不断降低多院区运行成本;营造统一的文化氛围,促进不同院区文化整合;科学规划学科布局,实现不同院区错位竞争等。

【关键词】 公立医院;“一院多区”;管理策略;扎根理论
中图分类号:R197 文献标识码:A

Research on the Optimization of Management Strategies for "One Hospital with Multiple Campuses" in Public Hospitals Based on Grounded Theory/GU Yichun, QIN Dan, TIAN Botao, et al. //Chinese Health Quality Management,2025,32(6):99－104

Abstract Objective To summarize and organize the current issues in the management of "one hospital with multiple campuses" in public hospitals, and to explore the optimal pathways for management strategies in this context in China. Methods Data were collected through literature review, policy analysis, stakeholder interviews, and focus group interviews. Interview data were analyzed based on grounded theory. Results Through three levels of coding, 21 initial categories, 14 main categories, and 5 core categories were identified. The core categories include integrated management, homogeneous medical quality management, cost and financial management, hospital culture management, and disciplinary layout management. Centered around these five core categories, a model for optimizing the management strategies of "one hospital with multiple campuses" in public hospitals in China was constructed. Conclusion It is recommended to strengthen integrated management across multiple campuses to enhance the scientific management level of hospitals; unify medical quality management to promote homogeneous medical services across campuses; strengthen the standardization of cost accounting to continuously reduce operational costs across multiple campuses; create a unified cultural landscape to facilitate cultural integration across different hospital campuses; and scientifically plan disciplinary layouts to achieve differentiated competition among different hospital campuses.

Key words Public Hospitals;"One Hospital with Multiple Campuses";Management Strategies; Grounded Theory

First-author's address Shanghai Health Development Research Center(Shanghai Medical Service and Technology Information Institute), Shanghai, 201199, China

2021年6月,国务院办公厅发布《关于推动公立医院高质量发展的意见》(国办发〔2021〕18号),明确表示支持部分实力强的公立医院在控制单体规模的基础上,适度建设发展多院区[1]。国家卫生健康委

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.6.19
* 基金项目:上海市卫生健康委员会卫生健康政策研究课题(编号:2024HP18)

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 201199
2 昆明医科大学药学院暨云南省天然药物药理重点实验室 云南 昆明 650000
3 云南省药物政策研究中心 云南 昆明 650000 4 江西中医药大学经济与管理学院 江西 南昌 330004
5 复旦大学附属华山医院 上海 200040 6 南京中医药大学卫生经济管理学院 江苏 南京 210023

等多部门接连出台各项政策，推进“一院多区”在各地的试点和创新，明确提出研究出台引导大型公立医院“一院多区”发展的政策。

“一院多区”发展对于推动医疗资源合理布局、满足人民群众日渐增长的卫生服务需求有重要作用[2]。但随着医院规模扩大、优质医疗资源扩容倍增，公立医院“一院多区”管理也存在诸多难题[3-4]。例如，不同院区资源配置不均衡、院区间协同能力不足、缺少完善的制度与政策支撑、院区间文化有待统一、各个院区的定位有待进一步明确等。本研究以拥有两个或两个以上院区，主院区和分院区为同一法人、人财物统一管理，资产属于医院的公立医院为研究对象[5]，汇总和梳理目前公立医院“一院多区”管理存在的问题，找出问题根源，并提出针对性的建议。

1　资料与方法

1.1　资料来源

1.1.1 文献复习和政策梳理

检索中国知网、万方、维普数据库，系统把握我国公立医院“一院多区”管理研究现状，并对文献信息进行系统分类、归纳和提炼。结合国家及地方卫生健康部门、医保部门等相关政府网站，收集、比较公立医院“一院多区”相关政策文件及具体要求，分析现状、问题并总结经验。

1.1.2 关键知情人访谈

对我国公立医院“一院多区”典型医院开展实地调研和关键知情人访谈，了解不同医院“一院多区”管理的难点、问题和建议。访谈对象来自新建、兼并和托管等“一院多区”类型的医疗机构管理层，以及负责医疗机构运营管理的行政机构管理者，如卫生健康部门的相关管理人员等。

1.1.3 焦点小组访谈

邀请来自高校、科研机构、医疗机构及政府部门等的医院管理、医改政策研究方面的专家与学者，围绕公立医院“一院多区”管理的问题与解决方案等进行半结构式访谈。

1.2　研究方法

本研究利用课题组自行设计、经过专家咨询且通过预调查进行修改完善后的访谈提纲进行半结构式访谈，内容主要围绕公立医院“一院多区”管理存在的问题及其优化路径展开，并基于扎根理论[6-8]，采用NVivo 11软件，对收集到的访谈资料进行三级编码[9]，经过系统分析与逐步归纳，不断修正理论结果以达到理论饱和[10]，最终构建出能反映研究目的本质的、符合逻辑关系的核心概念和范畴[11]。

2　研究结果

2.1　研究对象一般情况

本研究于2024年5－11月开展专家访谈，共17名专家，涵盖医疗机构多院区建设与管理专家，以及卫生行政部门医疗机构运营管理专家等，访谈对象编号为N1～N17，基本情况见表1。

2.2　编码结果分析

2.2.1 开放编码

开放编码是指从原始语句中尽可能多地摘取初始概念，然后在对语句的持续对比和反复分析中获得类属化概念[12]。对专家访谈原始材料进行逐句分析，提取涉及公立医院“一院多区”管理的相关内容，并进行编码。通过剔除重复项、合并同类项、概念化提取、归类化处理，最终归纳出21个初始范畴，见表2。

2.2.2 主轴编码

主轴编码旨在建立开放编码所形成的范畴之间的内在关联，梳理归纳范畴之间的内在逻辑关系[13]。通过对开放编码中得到的21个范畴进行比较归纳，挖掘各范畴之间的联系，共得到14个主范畴，即权责划分、管理体系、院区规划、绩效管理、信息化管理、人员管理、设备管理、医疗质量管理、成本核算、成

表1　基于扎根理论的公立医院“一院多区”管理策略优化研究访谈对象基本情况(n=17)

编号	性别	机构	职务	工作年限/a
N1	男	三甲医院	主任	>20
N2	男	三甲医院	副院长	>20
N3	男	三甲医院	副院长	>20
N4	男	市卫生健康委	主任	>30
N5	男	国家卫生健康委	处长	>20
N6	女	申康医院发展中心	主任	>20
N7	男	三甲医院	党委书记	>30
N8	女	三甲医院	党委副书记	>30
N9	男	市卫生健康委	处长	>30
N10	女	市卫生健康委	处长	>30
N11	男	申康医院发展中心	党委书记	>30
N12	男	三甲医院	院长	>30
N13	男	三甲医院	党委书记	>30
N14	男	三甲医院	院长	>30
N15	女	三甲医院	副院长	>30
N16	男	三甲医院	处长	>20
N17	女	三甲医院	主任	>20

表2　公立医院“一院多区”管理专家访谈资料编码分析结果

核心范畴	主范畴	初始范畴	节点
A1 一体化管理	B1 权责划分	C1 总院与分院法人制度	32
		C2 分院院长、科主任职能分配	36
	B2 管理体系	C3 管理逻辑、模式及制度	82
	B3 院区规划	C4 院区定位(综合/专科)	46
		C5 院区选址(距离)	47
		C6 外地院区管理(托管、领办)	32
		C7 资源配置分布	56
	B4 绩效管理	C8 绩效管理	23
	B5 信息化管理	C9 信息化建设	28
		C10 信息化运营	27
A2 医疗同质化管理	B6 人员管理	C11 人员技术素质同质化(医护人员数量、学历、技术等)	40
	B7 设备管理	C12 医疗设备同质化(各类设备的数量、型号及床位配备数量等)	22
	B8 医疗质量管理	C13 医院品牌建设及服务质量同质化等	26
A3 成本与财务管理	B9 成本核算	C14 各院区成本与收入核算	44
	B10 成本控制	C15 物业、食堂、行政及检验项目等运营成本的控制	11
A4 医院文化管理	B11 文化建设	C16 文化融合	17
		C17 各院区文化的传承与创新	12
	B12 组织活动	C18 协调总院与分院的组织活动	13
A5 学科布局管理	B13 学科规划	C19 满足区域(属地)需求	28
		C20 错位竞争	37
	B14 学科发展	C21 学科调整	14
合计			673

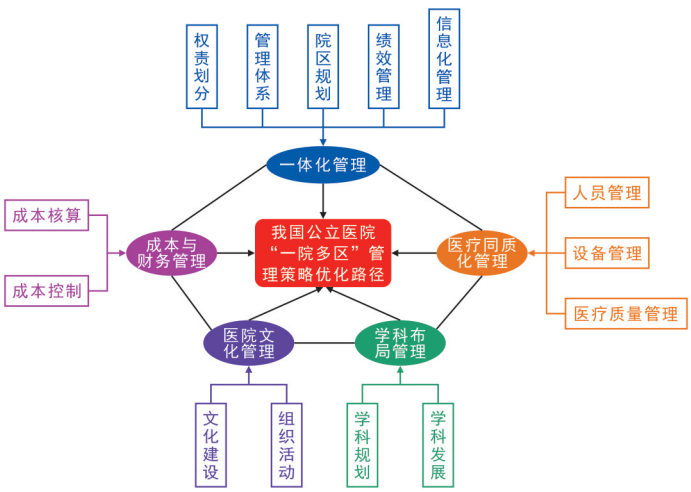

图1　我国公立医院“一院多区”管理策略优化路径模型

本控制、文化建设、组织活动、学科规划、学科发展，见表2。

2.2.3 选择编码与模型构建

选择编码是依据各个主范畴之间的逻辑关系，从中识别出能够概括各个主范畴的核心范畴[13]。本研究对21个初始范畴和14个主范畴进行剖析并总结为5个核心范畴，即一体化管理、医疗同质化管理、成本与财务管理、医院文化管理、学科布局管理，见表2。围绕这5个核心范畴，汇总“一院多区”普遍面临的问题，构建我国公立医院“一院多区”管理策略优化路径模型(图1)。

2.3　饱和度检验

为保证研究严谨性，归纳总结研究主题的各个方面，继续访谈一名专家，结果并未出现新的范畴。因此，本研究理论上已处于饱和状态。

3　“一院多区”发展普遍面临的问题

3.1　一体化管理难度大

由于各院区地理位置、发展历史、功能定位、学科建设、诊疗水平、服务标准等存在差异，导致各院区在制度、行为方面存在差异[14]。

第一，权责关系不清晰。随着分院区的建立，如何确定院区在医院管理架构中的位置成为困扰部分医院管理者的难题之一，如院区内部的行政组织架构如何设置，行政管理人员岗位如何设置，如何统筹分院区的职能部门和管理人员与医院本部之间的关系等[15]。研究发现，当前国内“一院多区”建设处于摸索阶段，普遍采取混合型模式，即根据不同院区情况，采用“扁平化”或“层次化”管理模式，同时以“精简行政，提高效率”为管理理念[3]。但多院区管理过程中，往往会由于权责关系不清晰，导致组织架构变得更复杂，原本架构的缺点被放大。

第二，院区规划缺乏科学性。一方面，多院区间普遍存在地理位置上的差异，近则数千米，远则数十千米。院区间合作与联系经常受空间距离影响而滞后，进而导致院区间管理程度不统一，对一体化管理带来影响。另一方面，当前大多数公立医院分院区的功能定位缺乏整体性布局，严重制约了公立医院一体化发展的潜力[14]。

第三，院区资源整合难度大。医疗、教学、科研是医院发展的“三

驾马车”。在“一院多区”建设过程中,院区间资源共享多数是从这三面展开的,如疑难危重症患者的MDT会诊、教学病例讨论与教学查房等带教合作、科研病例数据与科研平台共享等。资源共享是维系各院区医疗水平和质量平衡发展、实现资源配置优化和产出效益最佳、提升医院总体竞争力的关键,但同时院区间资源分散也加大了资源整合难度[16]。

第四,绩效分配机制尚未统一。总体上,各医院管理理念基本一致,普遍坚持院区绩效考核内容、方法、流程与标准统一,并以科室为单位开展绩效二次分配,但具体管理举措存在一定差异[17]。例如,在院区开业早期,医院大多会出台一定的绩效激励政策,鼓励医务人员到新院区出诊。也有部分医院因新院区开业后服务量迅速上升,绩效上没有制定倾斜政策。部分医院对分院区运行效率开展了综合评估,以判断分院区是否实现高质量运行和高效率运转,但该评估未与个人绩效挂钩。这些差异都会加大一体化管理的难度。

第五,信息数据标准化与系统联通仍存在不足。院区间原始医疗数据标准化与信息系统互联互通程度是实现多个院区业务协同、数据整合与共享、医疗质量同质化管理的关键路径。目前,多数医院信息化面临的最大问题便是院区内子系统缺乏深度关联,院区间信息缺乏标准化、共享性与联通性,从而对院区间医疗质量同质化管理造成阻碍[2]。市场上仍然缺少可以为大型公立医院多院区间整体化、整合式信息系统建设提供解决方案的机构。

3.2　医疗同质化管理面临难点

随着多院区的设立,人员技术水平、医疗设备等的差异对总院与分院之间实现医疗质量同质化构成了严峻挑战[18]。

第一,人力资源短缺。随着院区规模扩大,人力资源总量和高精尖人才需求同步倍增,但培养人才需要时间。在此情形下,极有可能导致原有专家队伍被稀释、院区间人员配置不足、人员专业素质和能力有差异、低年资医务人员增多等问题[14]。同时,医院规模扩大后,由于工作量增加,编内人员数量相对不足,为维持医院运行需招聘合同制人员,这加大了人员队伍不稳定性,间接影响医院医疗质量。

第二,设备与技术等的差异。受多院区错位发展理念影响,院区间在医疗设备、医疗技术等方面存在差异。这种差异会导致院区间给患者提供的检查方式与治疗手段不同,导致医疗过程与结果参差不齐。

第三,医疗质量管理难度大。不同学科及不同医疗技术具有不同的质量监管体系,难以制订并执行多院区统一的医疗质量管理与控制制度,医疗质量同质化难题更加凸显。

3.3　成本控制复杂性强

相较于单体医院而言,“一院多区”管理是一项复杂的系统工程,由于院区数量增多、规模扩大,成本产生环节增多,导致成本控制与核算更加错综复杂。

第一,成本增加,成本控制难度加大。开办新院区需要从零开始投入基础建设、设备购置、人才储备,需要大量资源注入,摊薄了主院区的有限资源和资金。同时,各院区运营期的人力成本、后勤服务保障成本及医疗成本均呈陡增甚至翻倍增长的趋势,且增加了成本产生的环节,提高了成本产生的复杂性和隐蔽性,降低了成本控制效率[19]。随着院区的增加,医院运行成本明显增加。此外,还存在物资耗材甚至患者需要跨院区运送,管理和运营成本同步增加。

第二,成本核算复杂性增加。由于院区之间存在规模、功能规划设置、资源分配等诸多方面的差异,各院区发生的医疗服务成本常出现明显不同,成本界定和核算分摊难以通过统一的方式进行,管理难度远超单院区。最终导致各类资源要素在各院区流转过程中产生的成本的界定难度显著增加[19]。对于兼并院区而言,因历史原因可能存在院区间成本核算体系各有差异、核算基础水平不一致等情况。

3.4　院区间文化差异大

由于地域文化、历史传承、院区定位以及人员素养等差异,导致各院区形成了各具特色的院区文化,缺乏协调与统一、传承与创新等。

第一,文化建设缺乏协调与统一。由于各院区发展历史、学科定位、服务人群等差异,导致员工对医院文化的认知差异,内部沟通可能会出现障碍,增加了管理的复杂性。一些院区有悠久的历史,形成了深厚的文化积淀,强调传承和稳定,重视经验和传统做法。而新院区的文化更开放,更愿意接受和引进新技术、新方法,鼓励创新。多院区文化冲突会降低医院整体的运行效率[20]。

第二,组织活动、福利等的差异。总院通常拥有更多的资源,包括资金、人力和物力资源,从而能够组织更多的活动和提供更好的福利。分院由于资源有限,无法与总院相比,员工可能感到被忽视或不公平,导致员工缺乏参与感和归属感。

3.5　学科布局亟待科学规划

当前,公立医院“一院多区”建设普遍面临着分院区学科规划和发展问题,不同院区,学科如何设置,

对于医院的管理层而言是一项新的挑战[21]。

第一，学科规划不科学。研究发现，在各院区早期的学科设置及后续动态调整过程中，往往缺乏系统性、前瞻性和计划性，学科建设与布局需要进一步科学规划[22-23]。不恰当的学科定位极有可能导致各院区间服务群体出现重叠、疾病谱出现重叠，最终导致各院区之间出现内耗，甚至于成为“名为一家”实质上相互独立的两所医院。

第二，学科发展受阻。多院区学科布局不合理给学科群建设和管理造成困难，不利于学科群优势效应的发挥。

4　“一院多区”管理策略优化路径

4.1　强化多院区一体化管理，提升医院科学管理水平

一是强化行政管理一体化。通过顶层设计明确权责划分，确保资源配置合理，管理决策一致。按照按需设岗、精简效能原则，建立总院垂直化、分院扁平化的行政管理框架，合理界定总院和分院管理权限。还可设置跨职能复合型岗位，提高管理效率，控制运行成本。二是合理确定功能定位。各院区应根据自身的地理位置、患者来源和疾病谱特点，明确功能定位[24]。在医疗资源薄弱区域，可规划布局综合院区；在资源有一定基础的区域，可布局具有特色的专病、专科中心。三是统筹调配医疗资源。推动建立多院区统一的药品招标采购、管理平台，形成处方流动、药品共享与配送机制，实现各院区专家共享、临床共享、科研共享和教学共享，并探索大型检查仪器设备跨院区预约服务[16]。四是统一绩效管理与考核制度。坚持院区绩效考核内容、方法、流程与标准统一，探索科学合理的绩效二次分配方案，主院区和分院区的工作量同等作为职称晋升、定期考核等的依据[25]。针对不同院区对应发展阶段，可适当予以支持倾斜，调动医务人员积极性。五是推动信息系统一体化部署。统筹规划建设多院区互联共享的信息化平台，利用大数据等技术，为管理决策层提供多院区实时运营监测数据。推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设[24-26]。

4.2　统一医疗质量管理，推进多院区间的医疗同质化

一是统一人事管理制度。建立统一的人才选聘、培训和流动机制，减少人才流转成本，一般由总院统一招聘，经过系统化、规范化、专业化的培训，既提高专业技能，也增强文化认同[27]。促进各院区间的人员交流和合作，推进各院区薪酬设计公平性，建立健全的人才流动机制，确保人才在各院区之间合理流动，从而提升整体的人力资源配置效率[25]。此外，还可通过制订系统的培训计划和职业发展路径，吸引和留住高精尖人才。二是完善设备技术管理。根据各院区功能定位和业务发展规划，合理制订并落实各院区医疗设备配置原则，统筹各院区医疗设备投入。在医疗技术方面，对于非限制类技术，与主院区同步分级管理。对于限制类医疗技术，在实行分院区单独准入管理基础上，优化审核准入流程，优先进行准入[18]。三是统一质控管理。制订并执行统一的医疗质量管理与控制制度，并对员工进行统一培训。定期开展医疗质量检测与评估，采用各院区职能科室联合检查的形式，由同一组人对两院区医疗、护理、管理、服务等进行质量检查。结果纳入医务个人绩效管理、晋升管理等，并健全长效保障机制，切实提升各院区医务人员对医疗质量的重视程度。此外，在强调同质化质量管理的同时也要认识到差异的存在。由于院区间科室设置不同、设备配置不同、可开展技术不同等，需要因科制宜、因院施策，考虑不同专科特点[21]。

4.3　加强成本核算规范性，不断降低多院区运行成本

一方面，加强成本管控和运营管理。对各院区的资源需求进行全面评估，根据功能定位和业务发展规划，合理配置人力、设备、物资等资源，提高资源利用效率。建立资源共享机制，加强院区之间的资源调配和协同使用。推进设备的集中采购和统一管理，降低采购成本，提高设备的使用效益。针对各院区的实际情况，厘清院区之间的成本边界，分析院区和临床科室运营管理情况，可采用专科运营管理模式加强成本管理。另一方面，规范实施成本核算。制订科学合理的成本核算方法，根据各院区的特点和业务流程，确定成本核算对象和成本项目，准确归集和分配成本。加强间接成本的分摊管理，采用合理的成本分摊方法，提高成本核算的准确性和合理性[28]。

4.4　营造统一的文化氛围，促进不同院区文化整合

一方面，加强不同院区医院文化建设。加快搭建全方位、立体化的文化建设平台，比如使用相同院训、院徽，增进文化认同。同时，在尊重各院区文化差异的基础上，制定统一的核心价值观和愿景，营造“求大同、存小异”的文化氛围[20]。另一方面，促进跨院区交流与合作。组织跨院区的项目和工作小组，以及定期开展集体活动、培训和团队建设等。在各院区推送数字化院

报、院刊，维护微博、公众号，增进院间交流，提升文化内涵，形成积极向上的医院文化氛围。

4.5　科学规划学科布局，实现不同院区错位竞争

一方面，科学规划学科布局。在医院扩展和新院区规划时，充分分析医疗服务资源与需求匹配关系，统筹各院区资源布局，注重量力而行，根据区域人口和资源特征确定学科建设目标和路径。在确保医疗质量标准化的基础上，各院区应结合医院总体发展战略，对各院区学科进行实时调整。另一方面，实施差异化学科发展[22,29]。明确各院区的功能定位，根据院区定位、区域需求和疾病谱特点等进行学科设置，实行重点发展和差异化发展策略，避免不同院区间、学科间恶性竞争，减少内耗和资源浪费，实现功能协同、错位发展。鼓励在分院区布局优势学科群，逐步建立学科融合发展模式。

参考文献

[1]　国务院办公厅. 关于推动公立医院高质量发展的意见：国办发〔2021〕18号[EB/OL]. (2021－06－04)[2024－09－03]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2021/content_5618942.htm.

[2]　卫燕青，蔡森菲，来　坚，等. 杭州市中医院两院区“一体化”管理实践与思考[J]. 江苏卫生事业管理，2023，34(9)：1193－1195，1205.

[3]　李宏英，岳光朱子，吕　璐，等. 医护人员对某大型公立医院“一院多区”管理模式的认知评价[J]. 中国医院管理，2023，43(2)：5－8.

[4]　黄小慧，赵素林，周林丽，等. 大型公立医院“一院多区”管理模式优化研究：以某公立医院5G赋能多院区同质化建设为例[J]. 现代医院，2024，24(5)：711－714，718.

[5]　国家卫生健康委. 关于印发医疗机构设置规划指导原则(2021－2025年)的通知：国卫医发〔2022〕3号[EB/OL]. (2022－01－29)[2024－08－30]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022－02/01/content_5671603.htm.

[6]　吴　毅，吴　刚，马颂歌. 扎根理论的起源、流派与应用方法述评：基于工作场所学习的案例分析[J]. 远程教育杂志，2016，35(3)：32－41.

[7]　GLASER BG，STRAUSS AL. The discovery of grounded theory：strategies for qualitative research[M]. Chicago：Aldine Publishing Company，1967：1－271.

[8]　石梦潇，李　彧，王前强. 欠发达地区分级诊疗的实施困境及对策研究：基于扎根理论[J]. 卫生经济研究，2023，40(5)：18－22.

[9]　傅利平，王奕辉，徐小凤，等. 健康需求与协同治理：分级诊疗制度建设实践逻辑——基于公共价值视角的扎根理论研究[J]. 公共管理学报，2024，21(3)：111－123，173－174.

[10]　王晓晓，郭　清. 社区居家医养结合服务公私合作模式的影响因素：基于H市的扎根理论研究[J]. 中国卫生政策研究，2022，15(9)：27－33.

[11]　陈楚颖，魏　来，周　丽，等. 医共体背景下基层卫生人力资源建设阻碍因素及对策的质性研究[J]. 中国卫生事业管理，2022，39(3)：180－184.

[12]　马　芳，马　蕊，吴　瑶，等. 基于扎根理论的县域医共体建设政策文本分析[J]. 中国卫生质量管理，2024，31(10)：101－106.

[13]　王群凯，孟　楠，马云霞，等. 突发公共卫生事件应急机制全过程问题的逻辑框架构建与破解路径探析[J]. 中国卫生事业管理，2024，41(6)：607－611，700.

[14]　闫　婷，胡延孟，程　丽. 某院“一院多区”管理问题分析及对策探析[J]. 中国卫生质量管理，2021，28(9)：85－87，91.

[15]　李艳博，刘　葭，陈颖姣，等. 基于SOP的公立医院“一院多区”行政后勤职能部门定岗定编路径研究与实践思考[J]. 中国卫生事业管理，2024，41(8)：872－875，909.

[16]　张彦杰，冯园园，刘　威，等. 多院区一体化促进优质医疗资源扩容下沉的宁夏实践[J]. 中国卫生质量管理，2023，30(9)：90－93.

[17]　郑胜男，王晓茹，赵睿强，等. 公立医院“一院多区”运营模式下医护人员薪酬满意度研究[J]. 中国医院管理，2023，43(2)：13－17.

[18]　张冬青，翟宇杰，陈英博，等. 大型公立医院“一院多区”同质化管理的实践与探索[J]. 中国医院管理，2023，43(2)：1－4.

[19]　薛　源. 公立医院多院区财务管理难点及对策[J]. 卫生经济研究，2022，39(11)：89－93.

[20]　李　霞，杨承健，熊志玲，等. 医院执行力文化建设实践与探索[J]. 中国医院管理，2018，38(1)：79－80.

[21]　李三和，吕有标，史艳香. 公立医院一院多区的内涵、境遇及创新路径[J]. 中国医院管理，2023，43(9)：5－9.

[22]　石函宁，徐道亮，李小芳，等. 基于公立医院高质量发展的一院多区学科布局设置研究[J]. 中国卫生质量管理，2023，30(9)：85－89.

[23]　贾同英，袁蕙芸. 多院区医院管理难点与对策探析[J]. 中国医院，2014，18(8)：28－30.

[24]　张　振，丁　磊，于志一，等. 公立医院一院多区管理的路径探析[J]. 中国卫生质量管理，2024，31(7)：88－92，97.

[25]　乔　伟，张冬青，蒋　琳，等. 公立医院“一院多区”运营绩效考评机制优化与思考[J]. 中国医院管理，2023，43(2)：18－20.

[26]　熊占路，童俊东，邹　伟，等. 武汉市某公立医院借助信息化加强多院区一体化管理的实践与思考[J]. 医学与社会，2018，31(8)：62－63，67.

[27]　陈志航，朱　伟. 基于多院区发展的三甲综合医院人才培养体系建设研究与实践[J]. 中国医药导报，2023，20(17)：193－196.

[28]　张　静. 公立医院“一院多区”管理模式下院区成本核算问题与对策[J]. 财务与会计，2022(21)：76－77.

[29]　张思兵，徐元杰，吴晓松，等. 实现多院区同质化医疗服务的路径：标准化管理[J]. 中国卫生质量管理，2021，28(1)：1－4.

通信作者：
何　达：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)期刊部副主任
E－mail：heda@shdrc.org

收稿日期：2024－09－18
修回日期：2024－11－05
责任编辑：刘兰辉