

医疗“组团式”紧密型帮扶评价工作实践与SWOT分析研究^{*}

——黄壮嘉¹ 廖敬宝² 廖卓慧¹

【摘要】目的 探究医疗“组团式”紧密型帮扶评价工作的实践效果和存在问题,为完善评价体系提供参考。**方法** 以珠海市人民医院帮扶翁源县人民医院为例,依据广东省医疗帮扶评价方案开展成效评价,并采用SWOT分析法剖析评价工作的优劣势、机遇与挑战。**结果** 评价结果显示,珠海市人民医院帮扶翁源县人民医院取得较显著成效,但仍存在评价指标维度不全、评价时间维度局限、评价主体单一等问题。**结论** 可通过丰富指标维度、优化评价周期、构建多元评价模型、创新评价方法、开发可视化平台、建立三级督查机制等方式完善评价体系,以提升医疗“组团式”帮扶工作质量。

【关键词】 “组团式”紧密型帮扶;评价体系;SWOT分析;帮扶成效

中图分类号:R197.3

文献标识码:B

Research on the Practice and SWOT Analysis of Evaluation Work for "Group—Based" Close—Knit Medical Assistance Programs/
HUANG Zhuangjia, LIAO Jingbao, MIAO Zhuohui. //Chinese Health Quality Management, 2026, 33(2): 99—104

Abstract Objective To explore the practical effects and existing issues of the evaluation work for the "group—based" close—knit medical assistance program, providing references for improving the evaluation system. **Methods** Taking the medical assistance provided by Zhuhai People's Hospital to Wengyuan County People's Hospital as an example, the effectiveness evaluation was conducted in accordance with the Guangdong Province medical assistance evaluation plan, and a SWOT analysis was employed to analyze the strengths, weaknesses, opportunities, and threats of the evaluation work. **Results** The evaluation results indicated that Zhuhai People's Hospital achieved significant assistance outcomes in aiding Wengyuan County People's Hospital. However, issues such as incomplete evaluation indicator dimensions, limited evaluation time dimensions, and a singular evaluation subject remained. **Conclusion** The evaluation system can be improved by enriching indicator dimensions, optimizing the evaluation cycle, constructing a multivariate evaluation model, innovating evaluation methods, developing a visual platform, and establishing a three—tier supervision mechanism, thereby enhancing the quality of the "group—based" medical assistance program.

Key words "Group—Based" Close—Knit Assistance; Evaluation System; SWOT Analysis; Assistance Effectiveness

First-author's address Zhuhai People's Hospital(the Affiliated Hospital of Beijing Institute of Technology, Zhuhai Clinical Medical College of Jinan University), Zhuhai, Guangdong, 519000, China

我国医疗卫生服务体系存在医疗资源总量不足与配置失衡的深层矛盾,表现为城乡分布不均、优质专科资源短缺、基层服务能力薄弱等,叠加基础设施与人才技术双重短缺,制约医疗水平提升^[1]。医疗对口帮扶依托三甲医院优势,通过跨区域协作实现资源下沉与技术平移,为优化分级诊疗提供了新路径^[2]。近年来,广东省卫生健康委推行“组团式”紧密型帮扶工作。2022

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2026.33.2.20

^{*} 基金项目:珠海市社会发展领域科技计划项目——三甲综合医院对口帮扶偏远地区县级医院成效提升实践研究(编号:2320004000040)

1 珠海市人民医院(北京理工大学附属医院,暨南大学珠海临床医学院) 广东 珠海 519000

2 翁源县人民医院 广东 韶关 512600

年 2 月制订方案,由 73 所三甲医院帮扶 60 个县区的 13 所县级公立医院,明确统筹协调机制与目标责任^[3-4];2023 年 12 月建立以受援医院服务能力、人才培养等为核心的考核评估体系,制订《广东省医疗卫生人才“组团式”紧密型帮扶工作评价方案》。

本研究以珠海市人民医院“组团式”紧密型帮扶广东省韶关市翁源县人民医院为例,依据上述评价方案,采用 SWOT 分析法^[5]剖析评价工作的优劣势、机遇与挑战,提出改进策略,为医疗对口帮扶评价工作提供参考。

1 评价工作实践

1.1 评价方法

以 2022 年度医疗“组团式”紧密型帮扶工作评价表为标准(表 1),2024 年广东省统一开展 2022 年度评价工作,从帮扶关系建设、医院管理水平提升、服务能力增强、人才队伍建设、信息化水平提升等方面收集佐证材料,通过资料整理、数据报表分析复核原始数据,建立 Excel 数据库对比帮扶前后数据。因部分评价指标涉及多个评分标准,为客观呈现帮扶成效,本研究均以最高得分标准进行论述;部分评价指标涉及受援医院该项指标排名,因指标得分明细未公布,故仅论述该项指标开展情况;个别评价指标从国家、省平台数据直接提取,因指标得分明细未公布,故不予论述。

1.2 评价结果

2024 年,广东省卫生健康委办公室通报 2022 年度医疗卫生人才“组团式”紧密型帮扶工作评价结果,共 34 所支援综合医院参与 2022 年度评价,其中 9 所获得优秀,珠海

市人民医院排名第 6,获省财政 100 万元奖励补助。

1.2.1 帮扶关系建设

为落实相关政策要求,珠海市人民医院与翁源县人民医院于 2019 年 11 月签订帮扶协议,并在 2022 年 3 月续签。珠海市人民医院以“人民健康为中心”为核心任务,坚持“因地制宜、分类施策”“理顺关系、整合力量”“内涵建设、补短板”“压实责任、激发动员”4 项原则,结合受援医院需求制订了明确的帮扶计划。2022 年,珠海市人民医院派出的帮扶团队中,队长(急诊专业主任医师)挂职副院长,重点推进胸痛中心和卒中中心的建设,确保两中心当年分别通过国家级和省级认证;4 名队员(乳腺外科、妇产科、神经内科、脊柱骨病科主治医师)挂职科室行政副主任,强化专科建设。此外,根据实际需求选派 4 批柔性专家,覆盖心内科、消化内科、妇科等多个专业。在管理机制上,制订对口帮扶工作管理规定,明确考核要求,通过月度、中期、期满开展督导检查,显著提升了帮扶成效,获受援医院好评。

1.2.2 提高医院管理水平

2022 年帮扶团队推动制订、修订 10 余项管理制度,包括但不限于医院章程、医疗质量、疫情防控、胸痛与卒中中心建设等,完善了制度体系。在质控能力上,当年度翁源县人民医院手术患者并发症发生率为 0.27%(与上一年度持平,但后续年度有所下降),无低风险组死亡病例;感染发病率从 2021 年的 0.93%降至 0.82%,降幅 0.11 百分点,医疗质量管理与控制能力逐渐增强。

1.2.3 增强医疗卫生服务能力

结合翁源县疾病谱与受援医院需求,2022 年协助补齐或建设心内科、神经内科、急诊科、乳腺外科 4 个薄弱或特色专科(未涉及医疗机构执

业许可证变更),提升常见病诊疗水平;同时依托柔性帮扶力量,完善医学检验(如生化检验缺项)、医学影像(如 MRI 薄层技术)等平台建设。在急诊急救“五大中心”建设中,全力推动胸痛中心通过国家级(基层版)认证(2022 年 8 月验收)、卒中中心通过省级认证(2022 年 7 月授牌),并启用急诊科复苏单元,夯实急救网络基础。在临床服务“五大中心”建设中,协助构建肿瘤防治中心(县级癌症防治中心)、慢病管理中心(紧密型县域医共体)及重症监护中心,与县域内机构联动,开展专科培训、名医下乡等活动;提升 ICU 医护人员脓毒血症、肺栓塞等危重症疾病的诊疗技术(当年度受援医院危重患者抢救成功率与上一年度基本持平,但后续年度有所提升)。虽暂未建成微创介入与麻醉疼痛诊疗中心,但已协助与上级医院建立技术合作渠道。此外,推广腹腔镜手术、新型抗凝药应用等 20 项基层关键技术,出院患者三四级手术占比从 2021 年的 55.57% 上升至 2022 年的 59.57%,服务能力提升。

1.2.4 开展人才队伍建设

大力实施“师带徒、结对子”计划,每名队员带教 2~3 名技术人员,制订详细的带教方案,成效显著。在本次评价周期内,帮扶团队开展学术讲座、业务讲座等培训 40 次,覆盖近 800 人次。并开放住院医师规范化培训渠道,建立全科人才培养机制。同时接收 7 名受援医院人员进修,人均时长超 2 个月,结业考核合格。

1.2.5 提升信息化水平

指导翁源县人民医院以县域医共体为载体^[6],建设医学检验、影像、心电诊断三大互联互通中心,制订多项管理细则并推进落实,如《紧密型县域医共体医学检验中心职责及有关工作制度》等。协助接入省

表 1 医疗“组团式”紧密型帮扶工作评价表

一级指标	二级指标	三级指标
帮扶关系建设	签订帮扶协议	支援医院与受援医院签订一对一“组团式”紧密型帮扶协议
	制订工作方案	主动与受援医院共同制订帮扶工作方案,明确帮扶的具体目标、任务和工作措施
	帮扶团队管理	按时选派固定且符合人选资质条件的常驻帮扶团队;选派专家开展柔性支持;建立常驻帮扶团队考核制度
	评价支援医院	支援医院对帮扶工作的重视程度;支援医院帮扶工作对受援医院发展需求匹配程度
协助受援医院提高医院管理水平	医疗质量管理与控制能力	指导受援医院加强医疗质量管理体系建设;协助受援医院完善医院感染管理与疫情防控规章制度和工作规范
		本次评价年度与上一年度相比,受援医院手术患者并发症发生率降幅在所有受援医院排名
		本次评价周期内,受援医院无低风险组死亡病例
	医疗安全管理水平	本次评价年度与上一年度相比,受援医院感染发病率降幅在所有受援医院排名 协助受援医院落实医疗安全事件报告和预警制度
协助受援医院增强医疗卫生服务能力	专科能力建设	本次评价周期内,协助受援医院健全一级诊疗科目数(须经过医疗机构执业许可证变更)在所有受援医院排名
		本次评价周期内,协助受援医院完善二级诊疗科目数(须经过医疗机构执业许可证变更)在所有受援医院排名
		本次评价周期内,根据县域居民诊疗需求和县域外转诊率排名等因素,协助受援医院年度补齐薄弱专科或建设特色专科数量
		协助受援医院夯实病理、医学检验、医学影像等平台专科基础
	急诊急救“五大中心”建设	协助受援医院强化内科、外科、妇产科、儿科等一级诊疗核心专科建设,提升县域内常见病、多发病的诊疗能力
		协助受援医院强化胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治等急诊急救“五大中心”建设
		协助受援医院完善急救网络,建设实时交互智能急救平台
		协助受援医院构建肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护等临床服务“五大中心”
	临床服务“五大中心”建设	协助受援医院依托肿瘤防治中心、慢病管理中心等,形成与县域内其他医疗机构的联动机制
		协助受援医院依托微创介入中心,与上级医院开展技术合作
		协助受援医院依托麻醉疼痛诊疗中心,推动围手术期急性疼痛治疗,开展手术室外的麻醉与镇痛治疗
		协助受援医院依托重症监护中心,提高重症救治水平
基层关键适用技术推广情况	本次评价周期内,结合当地需求,协助受援医院推广基层关键适用项目数量	
医疗服务能力总体改善情况	本次评价年度与上一年度相比,受援医院出院患者三四级手术占比增幅在所有受援医院排名	
协助受援医院开展人才队伍建设	技术骨干培养	本次评价周期内,每名帮扶队员带教受援医院专业技术人员数量
		帮扶队员是否制订详细的带教方案(包括带教目标、内容、方式方法等)
	专业技能培训	本次评价周期内,帮扶团队培训教学次数
		帮助受援医院建立全科人才培养机制,派驻师资协助受援医院开展全科(助理全科)医师规范化培训工作或接收受援医院全科医师规范化培训
协助受援医院提升信息化水平	人员进修学习	本次评价周期内,接收受援医院人员进修人次(时长)
	信息平台建设	指导受援医院以县域医共体为载体,建设互联互通的医学检验、医学影像、心电诊断等三大中心
	远程医疗服务能力建设	协助受援医院接入省远程医疗平台
		协助受援医院应用省远程医疗平台向下对接基层医疗卫生机构开展远程医疗服务,推动受援医院与基层医疗卫生机构之间信息互联互通 协助受援医院健全远程医疗平台,与支援医院对接并应用省远程医疗平台开展远程医疗,推动援受医院之间信息互通
加分项	人才队伍建设	本次评价周期内,受援医院被帮扶科室人员晋升副高及以上职称
	科研创新	本次评价周期内,指导受援医院医务人员科研立项或发表文章及获奖
	学科建设	本次评价周期内,指导受援医院获批省级(地市级)临床重点学科、特色专科、培育专科或临床中心
	特色项目建设	本次评价周期内,根据县级综合医院职能定位要求,依托受援医院开展具有较高社会效益的特色项目

注:来源于《广东省医疗卫生人才“组团式”紧密型帮扶工作评价方案》,因篇幅限制,具体计分标准省略。

远程医疗平台,建立《紧密型县域医共体远程医疗会诊中心职责及相关工作制度》等相关制度,实现远程会诊、影像、转诊等功能及病例信息共享,为群众提供高效服务。

1.2.6 其他帮扶成效(加分项)

在本次评价周期内,协助受援

科室 1 人晋升正高级职称;指导翁源县人民医院为第一依托单位获市级以上课题立项 1 项,获批国家级胸痛中心(基层版)和省级防治卒中中心;开展眩晕手法复位、乳腺微小病灶精准切除等多项特色技术,造福当地百姓。

2 评价工作的 SWOT 分析和建议

2.1 评价工作的 SWOT 分析
2.1.1 优势分析(strengths,S)
第一,政策组合拳精准发力。广东省高度重视医疗对口帮扶评价

体系建设,出台系列文件明确帮扶目标、任务与职责,为评价工作提供坚实制度保障^[7-8]。目前尚未有相关报道,广东省在此方面的系统性探索走在前列。第二,财政扶持强劲有力。作为经济强省,广东省具备相对充足的资金支持对口帮扶工作,并对优秀支援医院给予财政奖励^[9],尤其是将评价结果与财政奖励直接挂钩,强化了结果导向与过程管理的结合,有效激励帮扶单位持续投入。第三,三甲医疗资源梯度覆盖。广东省内尤其珠三角地区拥有丰富的三甲医疗资源,在帮扶工作中能够输出先进的医疗技术、管理经验,这为评价体系提供了实践场景,有助于构建更具针对性的评价指标。第四,信息创新资源优势突出。广东省在医疗卫生信息化领域领先,可借助大数据、云计算实现医疗数据实时采集分析,有力提升了评价效率与准确性^[10-11]。

2.1.2 劣势分析(weaknesses, W)

第一,指标维度不全。现有评价指标未涵盖受援医院服务量、医疗质量(如平均住院日、平均住院费用、患者服务满意度等)及“组团式”特有的多学科协作模式等,难以直观体现帮扶成效^[12]。另外,天津市在对口帮扶西藏县级医院的评价体系中,纳入了“方便群众看病就医”维度,关注帮扶团队开展义诊、巡回诊疗等服务^[13],不仅提升了当地群众就医获得感,而且提高了帮扶医院与专家的知名度,进而提升了患者满意度,此类举措值得借鉴。第二,时间维度局限。评价为年度评价,考核评价周期内的帮扶成效,无法反映急诊急救中心等项目的长期效益,如项目建成后下一年度不再计分,难以评估其长期贡献。第三,评价主体单一。当前评价主要依赖上级主管部门,受援医院人员、患者及第三方机构参与度较低,容易导

致评价结果主观性较强,缺乏多元视角,无法全面反映帮扶工作的实际情况。第四,区域差异显著。有关研究显示,广州、深圳、佛山等城市卫生资源配置为最优,区域性差异与区域经济发展不平衡相关^[14]。因此,统一的评价体系难以适配各地需求,影响公平性与科学性。

2.1.3 机遇(opportunities, O)

第一,健康中国战略推进。国家大力实施健康中国战略^[15-16],对基层医疗服务提出更高要求,这为医疗对口帮扶工作带来政策机遇。各级部门对帮扶工作的重视程度提升,有利于推动评价体系建设,争取更多资源和支持。第二,粤港澳大湾区建设。大湾区建设为医疗合作创造了良好条件^[17-18],可借鉴港澳地区先进管理经验和理念,优化医疗对口帮扶评价体系,提升专业化水平。国际经验如美国责任医疗组织(accountable care organization, ACO)绩效评价和平衡计分卡(balanced score card, BSC)等可为我国“组团式”帮扶评价提供参考。ACO 注重成本与质量平衡^[19],BSC 强调多维度协同^[20-21],这些均具系统性优势。但其基于西方市场机制,与我国行政主导的帮扶模式在制度基础上存在差异。因此,应在吸收其多维评价、结果导向等理念的同时,注意本土化适配。港澳地区经验兼具国际视野且具有与内地环境相近的优势,可以提供更可行的参考路径。第三,医疗改革深化。医药卫生体制改革的目的是推动医疗资源整合与服务质量提升,加强基层医疗卫生服务能力建设是医改的重要组成部分,可借助医改的东风,推动帮扶评价体系与医改目标相契合。第四,公众健康意识提升。公众对帮扶实效关注度提高,促使评价体系提升透明度与公信力,满足公众对优质医疗服务的需求。

2.1.4 威胁(threats, T)

第一,政策执行偏差风险。部分地区对政策理解不到位或执行不力,导致帮扶偏离目标,评价结果难以准确反映真实的帮扶成效,影响评价体系的权威性。第二,人才流失问题。受援地区因经济与工作环境限制,人才流失问题突出,削弱了帮扶成效,使评价体系难以准确衡量帮扶工作对受援地区医疗人才队伍建设的实际贡献。第三,外部竞争压力。近年来,广东省虽通过“百千万工程”“五级联动”帮扶项目实现县域内住院率提升至 85%^[22]的目标,但其他省份如浙江、江苏等也在强化基层医疗卫生服务能力建设,故而形成区域间竞争态势^[23-24]。广东作为示范省需在医疗资源均衡配置等方面积累经验^[25],进一步优化评价体系以匹配国家层面的高标准要求。第四,社会舆论压力。社会舆论对医疗资源公平性与帮扶可持续性高度关注,部分公众质疑帮扶项目是否真正实现了“造血式”发展,而非短期“输血”效应,尤其担忧人才流失与技术本土化不足,这对评价透明度提出更高要求。此外,跨区域帮扶成效的横向对比加剧了公众对广东省帮扶模式创新性的期待。

2.2 策略与建议

通过 SWOT 分析,为完善医疗“组团式”帮扶工作评价体系,提出 4 种策略,包括 SO 策略(优势—机遇)、WO 策略(劣势—机遇)、ST 策略(优势—威胁)和 WT 策略(劣势—威胁),见表 2。

2.2.1 SO 策略(利用内部优势抓住外部机遇)

第一,依托政策和财政优势,借助粤港澳大湾区建设,探索引入港澳地区医疗管理经验和评价手段,优化评价体系。在借鉴港澳地区经

验时,可系统梳理其与 ACO、BSC 等方法的异同,例如港澳地区评价体系既吸收国际通行的质量安全指标,又兼顾公立医疗的公益属性,更贴合内地制度环境。2024 年遵义市正安县人民医院(为珠海市人民医院帮扶医院)与澳门精准医学会、澳门经济学会签订了战略协作协议,这是澳门社会团体和内地医疗机构签订的首个战略合作协议。通过政策创新,进一步强化医疗融合和资源共享。第二,利用信息优势,开发医疗帮扶成效可视化平台,增强社会公信力。

2.2.2 WO 策略(借助外部机遇改进内部劣势)

第一,以深化医疗改革和粤港澳大湾区医疗合作为契机,完善评价指标体系。结合国际医院评审认证标准、国家公立医院绩效考核指标、受援医院业务量、医疗质量等指标^[12],全面衡量帮扶工作成效,使评价更具科学性、全面性。例如,2021—2024 年,在珠海市人民医院帮扶下,翁源县人民医院相关核心指标持续改善(表 3),有力体现了持续性帮扶成效。

第二,创新评价方法和手段。可批判性吸收 ACO 中的“成本—效果”分析思路,以及 BSC 的多维度框架,但需进行本土化改造,增强指标与“组团式”帮扶目标的一致性,如合理运用 BSC 从财务、客户、内部流程、学习与成长 4 个维度构建“组团式”帮扶评价体系^[26]。财务维度可关注帮扶资金投入产出效益、医疗服务收入占比、药品收入占比等;客户维度可以患者(职工)满意度、患者转诊率等衡量;内部流程维度考察医院管理流程优化、医疗服务流程效率提升,如病床使用率等;学习与成长维度评估受援医院人才培

养、技术创新能力提升情况,如独立手术比例等。综上,实现对帮扶工作多维度、综合性评价,克服传统评价方法的片面性。

第三,结合健康中国战略对长期效益的要求,建立“年度+5 年周期”的复合评价机制,如急诊急救中心、临床服务中心、远程医疗平台等应在项目建成本年度持续评估其运行效果。结合阶段性评价与长期评价结果,综合判断帮扶工作成效,避免因年度评价的局限性而忽视长期发展成果,使评价能够准确反映帮扶工作对受援医院持续发展的影响。

2.2.3 ST 策略(利用内部优势应对外部威胁)

第一,发挥财政扶持优势,设立人才保留专项帮扶基金。从奖励资金中部分划拨用于受援医院人才培养,实行“留才奖”(如本地骨干服务满 3 年给予进修补贴),并将人才留存率纳入评价体系。第二,借助信息化平台实时监控政策执行情况,

可建立“省—市—县”三级督查评价机制,减少政策执行偏差。第三,发布区域医疗帮扶成效评价白皮书,扩大区域帮扶影响力。

2.2.4 WT 策略(改进内部劣势规避外部威胁)

第一,建立“1+N”多主体参与的评价模式。以卫生行政部门为主导,联合受援医院人员、患者、公众、第三方评价机构等形成多元评价网络。充分利用受援机构门诊(住院)患者满意度、医务人员满意度等调查手段收集有效数据^[27]。鼓励社会公众参与,通过网络平台、访谈等形式,收集社会反馈。引入第三方专业评估机构,对帮扶工作的整体成效进行独立评估,提升评价客观性和真实性。

第二,探索建立双维度分层评价体系。根据不同地区的医疗资源基础、发展需求,设置差异化的评价重点和目标,提高评价的针对性和公平性。一是建立“城市能级—机构功能”双维度分层框架,按区域发

表 2 医疗“组团式”紧密型帮扶评价工作 SWOT 策略

策略类型	策略内容(概要)
SO 策略(优势—机遇)	1.探索引入港澳地区医疗管理经验和评价手段 2.开发医疗帮扶成效可视化平台
WO 策略(劣势—机遇)	1.将国家等级医院评审、国际医院评审、绩效考核等维度纳入评价指标 2.创新评价方法和手段 3.建立“年度+5 年周期”的复合评价机制
ST 策略(优势—威胁)	1.设立人才保留专项帮扶基金 2.建立“省—市—县”三级督查评价机制 3.发布区域医疗帮扶成效评价白皮书
WT 策略(劣势—威胁)	1.建立“1+N”多主体参与的评价模式 2.探索建立双维度分层评价体系

表 3 医疗“组团式”紧密型帮扶后翁源县人民医院医疗质量变化情况

年份/年	平均住院 日/d	平均住院 费用/元	门诊处方 合格率/%	住院患者 抗菌药物 使用率/ %	检验报告 合格率/%	门诊患者 医疗服务 满意度得 分/分	住院患者 医疗服务 满意度得 分/分
2021	7.43	7 983.68	95.94	50.11	100	84.70	84.09
2022	6.58	6 480.48	97.14	49.87	100	84.86	87.78
2023	6.49	5 354.46	98.03	49.60	100	96.80	95.50
2024	6.35	5 019.12	98.07	44.56	100	暂未出结果	暂未出结果

展水平(如一线城市/二线城市等)及受援机构定位(二甲/二乙/三级医院等)细化评价层级。二是设计差异化指标权重:对一线城市输出端侧重高水平技术辐射效能,如省级重点专科孵化数量、跨区域 MDT 协作病例数等;对二线城市输出端侧重区域医疗枢纽功能,如三四级手术下沉率、疑难重症转诊拦截率等。例如,中山大学第一附属医院对粤西北地区封开县人民医院开展的“组团式”紧密型帮扶中,帮扶专家团队充分利用高水平医院资源优势,深入开展疑难病例 MDT 多学科讨论,显著提升了受援医院的复杂疾病诊疗能力^[28]。此类案例凸显了高水平医院在帮扶中的独特作用,也说明了对不同能级输出医院应有不同的评价侧重。需说明的是,本研究未能涵盖多区域多类型帮扶案例,未来研究应扩大样本范围,增强策略的普适性和泛化能力。

作者贡献:黄壮嘉负责构思与设计文章研究框架,论文撰写;廖敬宝提供数据支持;缪卓慧对文章整体框架构思和写作提供指导,以及论文修改。

利益冲突:所有作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参考文献

[1] 马超,邹俐爱,张远妮,等.紧密型县域医共体建设试点县卫生资源配置效率评价研究——以广东省为例[J]. 现代预防医学,2023,50(10):1824—1830.

[2] 石朝凯,张先祥,刘华文.医疗集团个性化精准帮扶创新研究[J]. 中国卫生质量管理,2023,30(3):107—110.

[3] 汪洪滨,彭忠荣.医疗卫生“组团式”紧密型帮扶探索[J]. 中国卫生人才,2020(12):49—51.

[4] 钱锡红,刘格,刘佳.广东省

三甲甲等医院对口帮扶县级医院工作成效分析[J]. 中国医院管理,2022,42(4):87—91.

[5] 王大壮,徐瑄,张农山,等.基于 SWOT 分析的江苏某三级公立中医院多院区高质量发展路径研究[J]. 中国卫生质量管理,2024,31(5):85—90.

[6] 边颖,尹刚,张梓洵,等.信息化建设赋能紧密型县域医共体高质量发展的机制研究[J]. 中国全科医学,2025,28(19):2426—2432,2448.

[7] 广东省人民政府办公厅.关于印发广东省加强紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案的通知[J]. 广东省人民政府公报,2019(29):3—9.

[8] 广东省人民政府办公厅.关于印发广东省进一步完善医疗卫生服务体系实施方案的通知[J]. 广东省人民政府公报,2023(30):16—25.

[9] 广东省卫生健康委.关于 2024 年医疗卫生人才“组团式”紧密型帮扶资金分配方案及绩效目标的公示[EB/OL]. (2024—04—12)[2025—05—12]. https://wsjkw.gd.gov.cn/zwgk/content/post_4405785.html.

[10] 黄晓亮.健康医疗大数据助力广东县域精准医改[J]. 中国卫生信息管理杂志,2020,17(2):141—144.

[11] 陈世亮,刘景超,杨智杰.广东省医院信息化建设项目管理实践初探[J]. 科技风,2022(23):161—163.

[12] 黄壮嘉,曾东汉,冯光进,等.三甲医院“组团式”帮扶乡村振兴重点帮扶县人民医院成效提升实践研究[J]. 卫生软科学,2024,38(10):10—14.

[13] 梁樑,陈健.天津市对口支援西藏某县级医院效果评价[J]. 中国初级卫生保健,2023,37(11):28—32.

[14] 李贝,林金雄,张招椿,等.广东省医疗卫生资源配置状况分析[J]. 医学与社会,2019,32(11):18—22.

[15] 徐水源.全面实施健康中国战略——学习习近平总书记关于健康中国战略重要论述体会之一[J]. 民生周刊,2020(9):74—76.

[16] 黄海风.通过临床专科能力建设推进健康中国战略[J]. 中国卫生质量管理,2024,31(3):前插 1.

[17] 中共中央 国务院.粤港澳大湾区发展规划纲要[EB/OL]. (2019—02—18)[2025—05—12]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5370836.htm.

[18] 高永文,龚夏雯,林晓燕.香港在粤港澳大湾区医疗发展中的角色和机遇[J]. 港澳研究,2019(4):65—73.

[19] 陈曼莉,苏波,王慧,等.美国责任医疗组织的制度设计与启示[J]. 中国卫生经济,2015,34(3):94—96.

[20] 张英夫,李萍.平衡计分卡在医院的实施[J]. 中国医院,2005,9(10):19—25.

[21] 吴晓君,韩行,李济宇,等.基于平衡计分卡的职能部门管理干部绩效考核实践:以上海某区域医疗中心为例[J]. 中国卫生质量管理,2025,32(1):84—87.

[22] 汪洋波,卞德龙,刘元铃,等.让群众在家门口更有“医”靠[N]. 南方日报,2024—11—28(A06).

[23] 楼英婷,刘凯捷,范晓苑,等.县域医共体提升基层医疗卫生机构服务能力的研究[J]. 卫生经济研究,2024,41(5):77—80.

[24] 江苏:结对帮扶,共建区域医疗中心[J]. 中国卫生,2024(1):20—21.

[25] 刘利群.广东:实施健康优先发展战略 纵深推进卫生健康高质量发展[J]. 中国卫生,2025(2):52—53.

[26] 黄丽娜,郭勇,刘靖.运用平衡计分卡管理工具评价“组团式”帮扶成效——以北京市 A 公立医院为例[J]. 知识经济,2024(15):168—170,197.

[27] 梁健灵,黎星阳,李贝.区域对口支援医院帮扶效果评价体系的构建[J]. 重庆医学,2022,51(12):2145—2149.

[28] 王子莲.中山大学附属第一医院:“互联网+医疗”助力帮扶“零距离”[J]. 中国卫生,2023(8):38—39.

通信作者:
缪卓慧:珠海市人民医院群团工作部主任
E-mail:mzhuohui@126.com

收稿日期:2025—08—06
修回日期:2025—10—10
本文编辑:刘兰辉