

基于共生竞合机制的省级试点城市 紧密型城市医疗集团实践探索*

——周苑¹ 韩明蓉² 吕杰³ 吕沐瀚⁴ 谷琪⁴

【摘要】 基于共生竞合机制,对某省级试点区域紧密型城市医疗集团所涉参与主体进行角色解耦,从资源适配、考核治理、政策落地等方面探讨紧密型城市医疗集团在医疗资源禀赋特殊的地区存在的实践困境,并通过地区创新探索“1+1+N”模式进行纾困,为城市医疗集团建设发展,特别是医疗资源禀赋特殊区域提供借鉴。

【关键词】 城市医疗集团;共生竞合机制;紧密型城市医疗集团模式;角色解耦

中图分类号:R197.1

文献标识码:B

Practical Exploration on Compact Urban Medical Consortia in Provincial Pilot Cities Based on the Symbiotic Co-opetition Mechanism/
ZHOU Yuan, HAN Mingrong, LYU Jie, et al. // Chinese Health Quality Management, 2026, 33(3): 85-90

Abstract Based on the symbiotic co-opetition mechanism, this study conducts role decoupling of the participating entities involved in a provincial pilot compact urban medical consortium. It explores the practical dilemmas faced by compact urban medical consortia in regions with unique medical resource endowments from the perspectives of resource allocation, performance assessment and governance, and policy implementation. By analyzing the innovative regional exploration exemplified by the "1+1+N" model, this study proposes solutions to alleviate these challenges, providing references for the construction and development of urban medical consortia, particularly in regions with distinctive medical resource endowments.

Key words Urban Medical Consortium; Symbiotic Co-opetition Mechanism; Compact Urban Medical Consortium Model; Role Decoupling

First-author's address Luzhou People's Hospital, Luzhou, Sichuan, 646000, China

在当前深化医药卫生体制改革的背景下,紧密型城市医疗集团建设成为优化区域医疗资源配置的关键路径^[1]。2023年,国家公布首批紧密型城市医疗集团试点城市,81个城市正式启动改革,积极开展紧密型城市医疗集团建设试点工作^[2],各地区因地制宜进行了医疗集团建设探索与实践,形成了各具特色的城市医疗集团建设模式^[3-7]。2024年,全国各省市在试点城市经验积累的基础上,陆续公布省级试

点城市名单,改革进一步铺开^[8]。研究显示,现行紧密型城市医疗集团实践中基本以“1+n”(1个核心医院+n个基层医疗卫生机构)、“1+n+n”(1个核心医院+n个其他医院+n个基层医疗卫生机构)或“n+n”(n个三级医院+n个基层医疗卫生机构)等组织形式运行,以上3种运行模式不同程度地推动了优质医疗资源下沉,促进分级诊疗制度落实^[9]。但是在医疗资源禀赋特殊的地区仍面临严峻挑战,难以完全适

配。因此,本文基于紧密型城市医疗集团政策执行的复杂性及现实困境^[10-11],以泸州市实践案例为基础,以共生竞合机制为理论溯源,回应其在政策实践层面存在的困境并提出对策,以期为更多同类型地区推进紧密型城市医疗集团发展提供参考。

1 地方实践困境

泸州市作为四川省省级紧密型

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2026.33.3.19

* 基金项目:四川省卫生健康委员会科技项目资助(编号:24WSXT018)

1 泸州市人民医院 四川 泸州 646000

2 泸州市卫生健康委员会 四川 泸州 646000

3 泸州纳溪区人民医院 四川 泸州 646300

4 西南医科大学附属医院 四川 泸州 646000

城市医疗集团11个试点城市之一，尽管早期在城市医联体探索过程中，从领导体系、管理体制、运行机制等方面进行了有益探索，达成了松散型的城市医联体合作模式，但距离紧密型城市医联体仍存在较大差距，且城市医疗集团建设当中，政府、行政主管部门、医疗机构等基于不同主体利益诉求，价值目标不完全协同^[12-13]，导致泸州市城市医疗集团建设仍面临诸多问题，医疗卫生生态呈现鲜明的三重结构性矛盾，有待进一步探索紧密型城市医疗集团建设优化路径。

1.1 资源层级错配

以西南医科大学附属医院为例的省属附属医院承担了全市绝大部分的三四级手术，技术辐射能力、区域影响力显著。同时，区级医院临床能力弱，难以独立承担匹配医疗集团整体目标的牵头职责。

1.2 政策执行悬置

2020年国家《关于印发医疗联合体管理办法(试行)的通知》中指出：“原则上，委局属(管)医院、高校附属医院、省直属医院应当与城市医疗集团形成高层次合作关系，不牵头管理城市医疗集团网格”^[14]。2023年国家《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)再次重申紧密型城市医疗集团在内部由牵头医院和成员单位构成，在外部由若干协作单位共同提供医疗服务。牵头医院原则上是地市级、区级的三级综合性医院，旨在强化医疗资源的属地化管理与分级诊疗制度的落实^[15]。然而，这一政策要点在资源禀赋特殊的地区，行政合规性与资源有效性的二元张力由此凸显。高校附属医院的学术影响力与市场份

额需得到地方政府的兼顾，加之泸州市区级医院独立运行能力尚未成熟，容易形成政策空转。

1.3 治理权限挑战

市卫生健康委等有关部门专家多次在调研会议上表示，若由省属高校附属医院牵头城市医疗集团，因其对省属高校附属医院无行政考核权，难以形成有效约束力。但区域内大部分患者对高校附属医院信任度远超其他医疗机构，若机械执行紧密型城市医疗集团“市区医院牵头”政策，将引发技术支撑不足与患者跨市流失的双重风险。

2 理论框架：共生—竞合协同治理模型

2.1 “共生竞合”的内涵和作用

共生模式是指不同生物或生物与环境之间相互依存、相互作用，形成一种互利共赢或至少一方受益而另一方不受害的生存关系模式，在经济学、社会学等多学科领域都有广泛应用。利用共生理论可引导医疗机构之间构建一个相互协同、连续运行、质效升级的医疗服务系统，以适应人民群众不断增长的健康服务需求，发挥更大的合作优势，实现效能叠加，提升整体竞争力^[16-17]。

竞合理论又被称为合作竞争理论，通常用来解释企业或组织之间纷繁复杂的竞争和合作行为。利用这种非零和博弈的理论和方法建立行政区域之间、不同城市医疗集团之间合作竞争战略，强调战略制订的互动

性和系统性，可以有效激发不同城市医疗集团运行活力，形成良性竞争，改善人民群众就医体验^[9]。

2.2 共生单元的功能互补

基于共生模式，泸州市迅速建立紧密型城市医疗集团建设工作专班暨市级管委会专班，将市内江阳区、龙马潭区、纳溪区3个行政区域政府领导，市卫生健康委、区卫生健康局，以及西南医科大学附属医院、西南医科大学附属中医医院、市人民医院纳入会商，以推进试点工作，初步搭建起有别于现行运行模式的“1+1+N”(1个省属医疗机构领办+1个核心区医院牵头+n个基层医疗机构)紧密型城市医疗集团泸州模式。通过3个共生单元的功能互补，实现行政—学术—服务的三元共生关系。其中，市卫生健康委作为政策执行主体，高校附属医院作为技术供给主体，区牵头医院作为核心牵头医院，既为行政考核主体，又是学科建设主体，构成资源依存链条，通过领办、托管的衔接关系，畅通技术传递通道，由政策执行主体对行政考核主体进行考核，学科建设主体与技术供给主体进行双向考核，破解考核权缺失的困局。详见图1。

2.3 竞合机制的动态平衡

基于竞合机制的引入，在服务供给与资源流动维度，通过行政区域与地理位置的天然划分，成立3个城市医疗集团，实现目标群体与服务水平的自动差异化定位。结合市级财政资金、医保基金结算等不

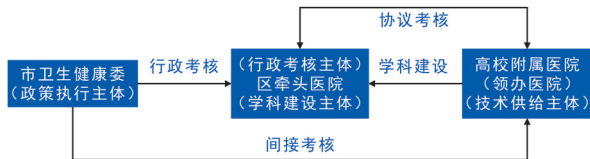


图1 紧密型城市医疗集团泸州模式三元共生关系

同经济投入,保留3个城市医疗集团之间竞争关系。同时,全市2024年8月正式上线检查检验结果互认平台,接入四川省全民健康信息平台、省统建基层系统、川南数智应用新型基础设施建设项目,实现数字医联体应用“一云部署”,强化不同医疗集团之间的合作。严格推行四川省医疗“三监管”平台,强化监督,避免无序竞争,维持竞合机制的动态平衡。

3 创新模式下的探索实践

泸州市3个城市医疗集团分别由江北片区(西南医科大学附属医院医疗集团)、江南片区(泸州市人民医院医疗集团)、龙马潭区紧密型城市医疗集团构成。其中,西南医科大学附属医院医疗集团通过建设和领办江阳区人民医院的方式,推进江北片区城市医疗集团的同时,统筹推进县域医共体,实现其与城市医疗集团“双轨并行”。龙马潭区由西南医科大学附属医院中医医院托管龙马潭区人民医院,组建龙马潭区紧密型城市医疗集团。泸州市人民医院领办纳溪区人民医院,帮扶建设纳溪区紧密型县域医共体。自此,搭建形成整合型服务模式、跨层级一体化管理以及共享共赢的内部利益机制,开创了泸州市紧密型城市医疗集团建设新范式。

3.1 关键条款

3个行政区域自2024年起相继分别与行政区域内省属附属医院、省属附属中医医院、市人民医院3所地方头部医院签署战略合作协议,强化考核实施法律约束。

3.1.1 行政管理条款

领办医院与区政府签订战略合作框架协议,明确“管办分离、权责

明晰”的合作原则,即区政府对区牵头医院的行政隶属关系不变、财政投入和相关支持政策不变,区牵头医院公益性质、法人主体、资产权属、职工身份、财务收支渠道保持不变,行政管理权、人事调配权和经营决策权保持不变,充分保留区牵头医院的独立性,不动摇市卫生健康委、市医疗保险局原统筹管辖与医保基金结余分配等考核权限,维持3个集团之间的竞合关系。领办医院派驻管理团队到区牵头医院,全面优化区牵头医院管理架构,完善规章制度,提升区牵头医院管理水平。其中,选派人员由领办医院推介,区政府或区牵头医院负责选任和管理。派驻团队包含担任区牵头医院领导、重点学科科主任等全职派驻人员与手术指导类、临时指导等兼职派驻人员。领办医院与区牵头医院共同组成战略合作联合领导小组,下设人员管理协作组、医疗协作组、护理院感协作组、分级诊疗与对外协作组、科研协作组、人员经费管理协作组,从6大方面协同推进紧密型城市医疗集团建设。

3.1.2 医疗管理条款

领办医院协助区牵头医院通过巩固优势专科、发展新兴专科、强化薄弱专科,不断提升专科服务能力和水平,逐步满足本地区患者的多元化就医需求,阶段性提升区牵头医院的整体竞争力。按照“一集团一议”的原则,领办医院分别与区牵头医院签署补充协议,明确技能赋能条款。共性条款侧重同质化管理,如:梳理区牵头医院质量管理体系,成立完善质量管理委员会;完成区牵头医院管理制度汇编,统一管理标准;根据核心建设目标确定集中培训、学科交流座谈、教学查房、带教手术等学术帮扶;加强人才培养工作,领办医院免费接收区牵头

医院医务人员的规范化培训、长或短期进修等。个性条款侧重本土化服务需求,主要围绕核心建设目标签订,如:江北片区以帮扶区牵头医院中心建设为主要约束条款,限定协议期内领办医院需协助区牵头医院达成卒中中心、胸痛中心建设目标,通过中心合格验收,完成江阳区多个质控中心建设,引领区域学科发展;江南片区着重强调新形势下,领办医院优势专科的下沉,帮助区牵头医院新建儿童保健科、疼痛科等专科,开设康复接续门诊,配置血液透析床位等,扩大区牵头医院医疗服务范围;龙马潭片区则以区牵头医院“提档升级”为主要目标,围绕区牵头医院等级提升、三级公立医院绩效监测评级设立硬性指标。

3.1.3 运行管理条款

强化领办医院与区牵头医院在医疗服务、医疗资源、医疗信息3个方面的协同管理,深化共生单元的互补。医疗服务整合方面,制订《领办医院与区牵头医院双向转诊实施方案》,领办医院与区牵头医院合理引导人民群众就医需求,推动领办医院特殊号源下沉,加快形成领办医院、区牵头医院、辖区内基层医疗机构三方基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗与双向转诊模式。医疗资源共享方面,加强远程会诊中心建设,提高学术指导可及性;探索领办医院设备、药品下沉机制,快速响应区牵头医院临时性设备、药品借用调配需求,应对阶段性短缺风险,提升区牵头医院救治能力;医疗信息互通方面,加强基层医院质量控制体系建设,提升集团服务质量,高质量推进检查检验结果互认。

3.1.4 薪酬管理条款

分别计算合作管理费用与人员薪酬费用。合作管理费用方面,合

作有效期内,领办医院首年免收合作管理费,次年按照合作管理费的50%进行收取,合作第3年及以后,区牵头医院在双方完成协议目标条款的情况下,全额支付合作管理费,若未通过市级考核或未达成阶段性目标计划,根据考核情况,酌情减免合作管理费。人员薪酬费用方面,通过补充协议,明确不同集团间全职派驻人员、兼职派驻人员绩效工资标准。全职派驻人员原则上按领办医院同级别待遇确定,兼职派驻人员按照实际到岗天数、指导次数,结合职称或职务进行确定。区牵头医院支付领办医院的人员薪酬,由领办医院进行二次分配,以充分发挥绩效的杠杆效应。领办医院与区牵头医院实行双向评价,区牵头医院根据领办医院技术帮扶评价结果按比例支付薪酬,领办医院实时向市级卫生健康部门、区政府反馈区牵头医院学术考核评价结果,为行政考核提供参考,从而加强行政约束力。

3.2 实践成效

3.2.1 市级统筹管理成效

泸州“1+1+N”紧密型医疗集团模式通过协议约束的方式,确保先进医疗技术向下级医疗机构流动,解决了资源层级错配问题;通过托管、领办的合作形式,确保城市医疗集团内患者就医技术保障,避免出现核心医院医疗能力不足造成的医疗质量安全问题,解决了治理权限挑战的问题;通过牵头医院与基层医疗机构医联体网络的搭建,利用行政执行力,保障绝大部分患者在所辖区域内流动;又通过信息化技术的不断升级,检验检查互认等刚性措施推进,解决了政策执行悬置问题。泸州“1+1+N”紧密型医疗集团模式通过不同集团三元共生

关系的搭建,既满足了政策地方化适配,又解决了治理权限的突出矛盾,实现了数据流的循环流动,完成了技术流、患者流、数据流的三流整合,见图2。

3.2.2 领办医院管理成效

通过领办关系的一一确立,为领办医院提供了相对稳定的技术输出方向,有效减少无序竞争,促进良性运转。集团间的竞争性考核,同步促使领办医院在医学“高地”的持续发力,领办医院的相关业务指标均实现明显增长。以江北片区2025年数据为例,门急诊人次较上一年同比增长7.16%,出院手术台次同比增长14.4%,四级手术台次同比增长14.35%,新增国家临床重点专科1个,四川省临床重点专科1个;科研立项同比增长31.86%,荣获1项省部级科学技术进步奖一等奖;临床医学、神经科学与行为学两大学科进入ESI全球前1%。

3.2.3 集团能力提升成效

领办医院资源下沉机制作用逐渐得以发挥,以江南片区2025年数据为例,门诊下转患者88880人次,住院下转患者7757人次,共计下转96637人次,门诊下转患者同比增长9.8%,住院下转患者同比增长12.7%,增幅较大。检查检验结果互认比例达到100%,患者重复检查带来的经济负担、时间成本大幅度减少,医疗资源的使用效率大幅度上升。管理团队人员全面入驻,共计派驻15人担任区牵头医院院长、副院长、科主任等岗位管理干部。帮助区牵头医院修订完善制度200余项,开展十八项核心制度、医疗纠纷管理、病案首页填写等专题培训27次,开展党建、运营等主题授课11次,联合

开办慢性病、中西医结合培训班,培训500余人次。免费接收区牵头医院及集团内医联体单位医务人员长或短期进修学习31人次。

3.2.4 社会影响提升成效

通过领办医院一系列技术帮扶措施的稳步推进,如龙马潭区人民医院在领办医院技术指导下,新开设康复病区,定期开展名中医义诊惠民活动,有力提升了群众满意度。三大集团领办医院与区牵头医院在社会满意度调查中好评率均得到大幅度提升,有效减少了区域内患者外流。

4 讨论

4.1 模式价值

(1)核心要素。一是“角色解耦”。该模式创造性地将“行政牵头权”与“技术引领权”进行了解耦,突破了其他地区“1+n”“1+n+n”“n+n”模式下“权责统一”或“单一核心主导”的普遍现象与“主体利益不协调”的长期困境。其中,“行政牵头权”的保留,旨在确保行政政策的合规性与考核链条的完整性,解决了市级卫生健康委对省属医院无直接考核权的困惑。“技术引领权”的增设,借助托管、领办等协议化方法,赋予高校附属医院介入管理权力的同时,由其对集团内区级牵头医院的技术、学科、医疗安全与质量、品牌支撑负责,解决了区级医院因技术能力不足导致的难以独立支撑医疗集团发展目标的根本矛盾。二是“动态耦合”。解耦不等同于割裂,通过共生竞合机制的同步引入,实现了泸州模式的动态耦合。在共生层面,由市卫生健康管理部门代



图2 紧密型城市医疗集团泸州模式实现技术流、患者流、数据流三流整合

表的政府力量作为政策执行主体、高校附属医院作为技术供给主体、区牵头医院同时作为行政考核主体与学科建设主体,形成“三元共生体”,利用行政资源、学术资源、服务资源的互补,通过技术传授、考核互嵌的深度绑定关系,实现整体效能的提升。在竞合层面,3个医疗集团在市级多个服务、监管平台的统筹下,既保持适度的竞争,又强化了资源共享与合作,形成良性的竞合生态。这种“解耦—耦合”模型,是对现有城市医疗集团研究理论的重要补充,为理解和优化复杂利益主体下的协同治理提供了新的视角。

(2)实践意义。泸州模式实现了国家、省级大政在特殊地区的“创造性转化”与“本土化适配”。巧妙地回应了政策执行中“合规性”与“有效性”的张力问题,走出了因资源错配、政策空转、治理权限的多重困境。泸州模式采用的分区而治策略,即江阳区利用天然屏障划分江北、江南两大集团、龙马潭区独立成团、纳溪区转为县域医共体建设的区域差异化方案,诠释了“一地一策”乃至“一团一策”高度灵活的做法,真正实现了央地政策的梯度适配。既充分体现了政策落地的精细化和务实性,又是对“因地制宜”原则的生动诠释。泸州模式为省级甚至国家级层面理解政策在非均质化地区的弹性执行提供了重要的案例参考。同时,从省级试点政策出台(2023年底)到协议全面落地(2024年),再到规划未来的动态调适(2025年—),泸州展现了对政策窗口期的敏锐把握和快速执行力。

(3)创新优势。泸州模式与大部分试点区域模式相比,治理创新核心在于其协议化、法治化的契约治理路径,这有别于行政指令推动的大众模式。通过战略合作协议的签订,清晰

界定了各利益主体的权责边界。此类基于契约的分权治理机制,有效解决了多地实践中“主体利益不协调”的普遍困境,构建了稳定的三角治理结构。协议中对技术赋能指标和管理接口的刚性约束,为合作的可持续性和可达性提供了法律保障,规避了其他传统模式中可能出现的“权责不清”“口头承诺”的执行风险。这种从“行政主导”向“契约治理”的转变,代表了城市医疗集团治理现代化的重要方向,更加契合深化医药卫生体制改革的核心要义。协议支撑下的泸州模式,尊重了地方百姓选择及学术发展规律,更大程度上保障了患者就医安全与服务体验,为和谐医患关系的构建奠定了坚实基础。

4.2 适用边界与推广适配性分析

(1)适用边界。泸州市“1+1+N”紧密型城市医疗集团模式是特定政策与资源约束下的产物,其成功实施具有明确的适用前提。一是资源禀赋前提。本模式高度依赖于强势省级医疗中心(如高校附属医院)的存在与相对薄弱的区级医院这一资源结构。若区域内缺乏技术引领极或市区级医院本身实力较强,则需要重新设计模式的“角色解耦”逻辑。二是政策环境前提。模式的有效运行依赖于省级卫生健康管理部门允许地区弹性执行该政策,以及地方政府具备较强的统筹协调意愿与能力,能够实质性推动跨层级、跨隶属关系的复杂协议谈判。三是治理能力前提。本模式的实施还依赖于领办医院具备成熟的管理输出能力、区牵头医院具备较强的学习消化能力,以及双方能够充分尊重契约精神,建立起高度互信的战略关系。

(2)可迁移性分析。泸州模式的核心价值不仅在于其实施路径与具体形态,还在于其解决问题的底

层逻辑与实施的核心机制,从而具备较高的可迁移性。一是契约治理框架。通过具有法律效力的协议明确不同利益参与方的权责利,是破解利益协调困境的普适性工具。无论何种地区,都可推动“行政指令”向“协议治理”转变,从而提升治理效能。二是角色解耦逻辑。“行政牵头权”与“技术引领权”的分离思路,适用于任何存在管理层级与技能能力不匹配的区域,其核心是跳出完全按照行政层级配置资源与匹配责任的传统思维,走出一条价值导向、能力导向的更优路径。三是共生竞合机制。在多个医疗集团并存的地区,均可引入“竞合”机制以激发活力,避免陷入学术垄断。同时,通过“共生”机制的实施,促进必要资源共享,优化区域医疗生态,避免消耗性竞争。

(3)不同资源禀赋地区的适配调整方案。具体内容见表1。

4.3 潜在挑战与研究展望

泸州模式作为一项尚处于实践初期的探索,仍面临诸多挑战。一是协议执行的韧性与效能还需进一步观察。需要及时评估是否存在执行偏差或考核弱化等问题,需要进一步探讨和建立更加有效的激励约束机制。二是该模式高度依赖领办医院的技术投入和区牵头医院学习接收、同频协调的能力,需要进一步思考如何激发二者持续投入相关资源的动力。三是现有整合路径尚未细化,集团内部如何围绕“利益共享”与“风险共担”进行精细化管理值得深思。四是应充分利用大数据优势,科学评估该模式在分级诊疗、服务质量、资源利用率、医疗费用控制等核心指标的实际贡献,为该模式优化提供实证依据,也是未来研究的重中之重。

表1 紧密型城市医疗集团不同资源禀赋地区的适配调整方案

地区类型	资源特征与核心困境	适配调整方案	调整后的模式核心
无强势省属医院,但市级医院实力较强	缺乏顶尖技术极,但市级医院可以引领。困境在于区域整体技术水平提升受限	强化市级医院技术引领权。由实力最强的市级医院扮演“领办”角色,与区级医院形成“1+1+N”架构。市政府需赋予该市级医院更大的自主权,并协助其争取省级政策支持,提升其区域医疗中心地位	“强市带区”模式:核心是激活并依托区域内现有的最强技术力量,实现市域内的资源整合与提升
区县基层医院实力相对强势	区级医院具备较强的独立发展能力,对单纯技术下沉需求减弱,更需平台化合作	从“领办”转向“联盟”。弱化单向技术输出,强调“技术引领权”的共享、共治。可组建由区级医院牵头、省市级医院作为协作单位的“联盟式”医疗集团。合作重点从管理赋能转向专科联盟、科研协作、高层次人才联合培养等	“平台化联盟”模式:核心是构建平等互惠的战略合作伙伴关系,通过优势互补共同进步
医疗资源分布相对均衡,竞争激烈	多家医院实力相当,难以形成绝对核心,易陷入同质化竞争	突出“竞合”机制,引导差异化发展。在市域统筹下,明确不同医疗集团的重点发展方向。通过医保支付方式改革、绩效考核指标设计等,引导集团间在各自细分市场深耕,同时强化检查检验结果互认、信息互通等合作	“特色化竞合”模式:核心是通过政策引导形成错位发展、良性竞争的格局,满足群众多样化的健康需求

5 结论

泸州“1+1+N”模式通过协议化角色解耦—耦合,共生性资源重组与竞争性资源适配,在政策弹性期开辟了一条“非典型改革”路径,在理论层面、政策层面、治理层面都有其显著的创新价值。尽管该模式尚处于实践初期,但是其初步实践成效已展现出了解决特定地区医疗集团核心困境的巨大价值。同时,其意义不仅在于其针对特定困境的解决方案,更在于其提供的“契约治理框架”“角色解耦逻辑”“共生竞合机制”等可迁移的核心要素。未来推广实践中,应着重理解其实施的底层逻辑,结合本地资源禀赋进行创造性转化。

作者贡献:周苑负责构思与设计文章研究框架、论文撰写;韩明蓉、吕杰、谷琪负责资料收集、整理与分析;吕沐瀚负责论文修改和写作指导。

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] 张瑞.北京市朝阳区:布局紧密

型城市医疗集团试点建设[J].中国卫生,2024(11):100.

[2] 国家卫生健康委办公厅,财政部办公厅,国家中医药局综合司,等.关于印发紧密型城市医疗集团试点城市名单的通知:国卫办医政函〔2023〕199号[EB/OL].(2023-05-26)[2025-08-13].<https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202306/885bf24e14b6444bd1dcb8c6723a8598.shtml>.

[3] 杨媛,周士臻,胡鹏.我国华东五省市紧密型城市医疗集团建设现状与对策研究[J].广州医药,2026,57(1):9-15.

[4] 李晓翠,杜伟南,冯以敏,等.玉溪市某医疗集团体系构建的实践与探索[J].中国卫生产业,2025,22(10):228-232.

[5] 高寅巳,潘爱红,陶文娟,等.安徽省公立三甲医院紧密型城市医疗集团建设的实践与思考[J].江苏卫生事业管理,2024,35(4):472-475.

[6] 张媛,朱平华,周淑娟,等.广西城市医疗集团发展现状、困境及对策[J].中国医院,2024,28(1):51-54.

[7] 张静,张昱,王虎峰,等.城市紧密型医联体医疗质量同质化管理的路径和作用[J].中国卫生质量管理,2023,30(3):14-19.

[8] 四川省卫生健康委员会,四川省发展和改革委员会,四川省财政厅,等.关于印发四川省紧密型城市医疗集团建设试点工作方案的通知:川卫发〔2023〕14号[EB/OL].(2023-12-19)[2025-08-13].<https://>

wsjkw.sc.gov.cn/scwsjkw/qtwj/2023/12/19/5db799651f024ae4b3014ff75573626c.shtml.

[9] 陶凤然,孔嘉玥,樊娜.基于紧密型城市医疗集团的医疗竞合机制实现路径探索[J].现代医院,2024,24(11):1641-1643,1647.

[10] 谭华伟,彭馨怡,姚辉,等.中国紧密型城市医疗集团建设:典型模式、关键问题与路径优化[J].中国卫生政策研究,2024,17(1):9-16.

[11] 郭嘉硕,刘兵,徐椿善,等.紧密型城市医疗集团建设的实践研究[J].中国医疗管理科学,2025,15(4):106-110.

[12] 吴丹麦,张晓晓,侯旭敏.利益相关者视角下区域横向专科联盟运行机制研究[J].中国卫生质量管理,2025,32(10):104-108.

[13] 姚中进,董燕.医联体建设中的利益协调困境及协同治理机制研究[J].中国医院管理,2021,41(1):15-18.

[14] 国家卫生健康委.关于印发医疗联合体管理办法(试行)的通知:国卫医发〔2020〕13号[EB/OL].(2020-07-17)[2025-08-13].<https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202007/e186f9618b2c42d48b9d22a6fa172fc4.shtml>.

[15] 国家卫生健康委,国家发展改革委,财政部,等.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[EB/OL].(2023-01-29)[2025-08-13].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2023-02/10/content_5740985.htm.

[16] 李哲,任亮.基于共生模式的国家级试点区域紧密型城市医疗集团发展探索与研究[J].中国卫生产业,2025,22(11):247-251.

[17] 张冰影,龚光雯,方鹏骞.城市医疗集团内医疗机构之间利益共生模式分析[J].中国医院管理,2024,44(1):10-13.

通信作者:

谷琪.西南医科大学附属医院人力资源部副部长
E-mail:gogo57@163.com

收稿日期:2025-08-29

修回日期:2025-11-10

本文编辑:刘兰辉