

公立医院高质量发展的意见》明确提出“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”;同年 10 月,国家卫生健康委发布的《医疗机构建设规划指导原则(2021—2025 年)》明确界定了分院区的概念。分院区是指公立三甲医院在主院区之外的其他地址设立具有一定床位规模的院区,这些分院区均为非独立法人,其人、财、物全部由主院区实施集中管理。然而,在多院区建设的过程中,学界关于多院区建设数量的系统性研究较少,目前建设数量大多参考某媒体统计的数据^[1]。因此,本研究将通过调研我国 31 个省(自治区、直辖市)(以下简称“各省”)公立三甲医院的多院区建设情况,利用集聚度法与地理信息系统(geographic information system, GIS)技术,对多院区建设现状进行系统性分析,以期对多院区的科学规划和高质量发展提供数据支持和决策依据。

1 资料来源和方法

1.1 数据来源

多院区医院数量数据来源于各省的政府官网、公立三甲医院官方网站和官方微信公众号。根据国家有关文件对于分院区的定义,公立医院设立的基层医疗服务延伸点、门诊部、未设床位的健康体检中心等,以及通过医联体、医院托管、合作举办、协议合作、对口支援等方式开展合作的医疗机构,不属于分院区范畴,不纳入本研究的统计范围。对于官方网站上标注的某些分院区,无法明确判定其是否属于真正意义上的分院区,则通过国家卫生健康委全国医疗机构查询网站(<https://zgcx.nhc.gov.cn/unit>)核实该医院

执业登记地址是否包含该分院区的地点,以及该分院区是否独立执业登记,以此进行验证,资料收集截至 2024 年 10 月。本研究仅纳入当前处于运营状态的分院区,尚未包含在建中、还未运营的分院区。此外,研究所涉及的各省的人口数量和土地面积数据均来源于《中国统计年鉴 2024》。

1.2 研究方法

1.2.1 卫生资源集聚度法

卫生资源集聚度(health resource agglomeration degree, HRAD)是反映地区 1% 土地面积上卫生资源密集程度的指标^[2],一般基于“地向性”集聚度($HRAD_{i-Area}$)和“人向性”集聚度($HRAD_{i-Population}$)两个维度对卫生资源配置状况进行评价。两者的计算公式分别为:

$$HRAD_{i-Area} = \frac{(HR_i/A_i) \times 100\%}{(HR_n/A_n) \times 100\%} = \frac{(HR_i/A_i)}{(HR_n/A_n)} \quad (1)$$

$$HRAD_{i-Population} = \frac{(HR_i/P_i) \times 100\%}{(HR_n/P_n) \times 100\%} = \frac{(HR_i/P_i)}{(HR_n/P_n)} \quad (2)$$

本文的研究对象为我国各级省级行政区公立三甲医院多院区,公式中: HR_n 为我国拥有的多院区总数量; HR_i 为 i 省拥有的多院区数量; A_n 为我国地理总面积; A_i 为 i 省地理面积; P_n 为我国总人口数量; P_i 为 i 省人口数量。

1.2.2 评价标准

(1)从“地向性”集聚度来评价。 $HRAD_{i-Area} > 1$ 时,表示 i 省平均单位土地面积多院区数量高于全国平均水平; $HRAD_{i-Area} < 1$ 时,表示 i 省平均单位土地面积多院区数量低于全国平均水平; $HRAD_{i-Area} = 1$ 时,表示 i 省平均单位土地面积多院区数量等于全国平均水平。

(2)从“人向性”集聚度来评价。 $HRAD_{i-Population} > 1$ 时,表示 i 省平均

单位人口对应的多院区数量高于全国平均水平; $HRAD_{i-Population} < 1$ 时,表示 i 省平均单位人口对应的多院区数量低于全国平均水平; $HRAD_{i-Population} = 1$ 时,表示 i 省平均单位人口对应的多院区数量等于全国平均水平。

1.2.3 GIS 技术

GIS 技术是一种能够将地理信息数据与专题数据相结合的技术方法,具备强大的空间分析功能^[3]。它能够将各类卫生资源与行政区域紧密融合,并通过可视化手段直观展示我国各省多院区的空间分布及其聚集特点。

2 结果和分析

2.1 我国公立三甲医院多院区建设总体情况

调研汇总到的我国 1 849 所公立三甲医院中,有 853 所建设了多院区,占比达 46.1%。其中:综合性医院 493 所,占 57.8%;中医医院 153 所,占 17.9%;专科医院 110 所,占 12.9%;专业公共卫生机构 68 所,占 8%;中西医结合医院 23 所,占 2.7%;民族医院 6 所,占 0.7%。从建设数量上看,建设数量最多的是四川,达 62 所,其次是山东 55 所,湖北和广东各 50 所。从建设比例上看,上海是建设比例最高的地区,占本地区的 62.5%,其次是河北与宁夏均为 60%。从院区(主院区+分院区)数量上看,我国 853 所多院区医院共建设了 2 129 个院区,平均建设院区达 2.5 个,院区最多的为四川 159 个,其次是山东 139 个和河南 130 个,见表 1。

2.2 基于集聚度的我国公立三甲医院多院区建设水平

从“地向性”集聚度看,各省的多

表 1 我国 31 个省级行政区公立三甲医院多院区建设数量统计

地区	三甲医院数/所	多院区医院数/所	院区总数/个	院区平均数/个	多院区医院占比/%
北京	65	23	58	2.5	35.38
天津	36	10	25	2.5	27.78
河北	60	36	94	2.6	60.00
山西	53	22	57	2.6	41.51
内蒙古	54	17	34	2.0	31.48
辽宁	75	32	84	2.6	42.67
吉林	33	13	36	2.8	39.39
黑龙江	82	33	81	2.5	40.24
上海	40	25	60	2.4	62.50
江苏	99	44	102	2.3	44.44
浙江	90	45	120	2.7	50.00
安徽	59	27	71	2.6	45.76
福建	54	24	59	2.5	44.44
江西	64	30	63	2.1	46.88
山东	106	55	139	2.5	51.88
河南	84	48	130	2.7	57.14
湖北	85	50	129	2.6	58.82
湖南	70	26	64	2.5	37.14
广东	121	50	126	2.5	41.32
广西	77	26	57	2.2	33.77
海南	18	7	16	2.3	38.89
重庆	47	28	69	2.5	59.57
四川	105	62	159	2.6	59.05
贵州	37	15	32	2.1	40.54
云南	61	32	81	2.5	52.46
西藏	8	1	2	2.0	12.50
陕西	56	29	62	2.1	51.79
甘肃	38	14	36	2.6	36.84
青海	13	2	4	2.0	15.38
宁夏	10	6	12	2.0	60.00
新疆	49	21	67	3.2	42.86

院区“地 向 性”集 聚 度 ($HRAD_{i-Area}$) 差距较大,在 0.01~43.13 之间。有 21 个省份的集聚度大于 1,高于全国平均水平。其中集聚度最高的为上海(43.13),其次是北京(16.01)和天津(9.51),而西藏、青海、内蒙古等 10 个省份集聚度均小于 1,低于全国平均水平。

从“人向性”集聚度看,各省多院区“人向性”集聚度($HRAD_{i-Population}$)差异明显,在 0.36~1.76 之间。有 16 个省份的集聚度大于 1,高于全国

平均水平。其中集聚度最大的为北京(1.76),其次是黑龙江(1.75)和新疆(1.71),另外 15 个省份的集聚度小于 1,低于全国平均水平。其中最小的为西藏(0.36),其次是青海(0.45)和贵州(0.55)。见表 2。

2.3 我国公立三甲医院多院区空间分布特征

为了直观呈现我国各省份在多院区建设方面的空间差异,本研究基于集聚度评价结果,利用 Python

3.12 软件绘制了各省“地 向 性”和“人向性”集聚度象限图(图 1),直观展现各省在“地 向 性”和“人向性”集聚度上的变化情况。通过上图联合分析可知,目前我国有 11 个省份的“地 向 性”和“人向性”集聚度均大于 1(位于第 I 象限),高于全国平均水平,这些省份包括北京、天津、山西、辽宁、上海、浙江、湖北、海南、重庆、四川和陕西等。有 5 个省份的“地 向 性”和“人向性”集聚度均小于 1(位于第 III 象限),低于全国平均水平,主要集中在西部偏远地区,如内蒙古、贵州、西藏、甘肃和青海等。仅“地 向 性”集聚度低于全国平均水平的省份(位于第 II 象限),主要包括吉林、黑龙江、云南、宁夏和新疆等 5 个省份。而仅“人向性”集聚度低于全国平均水平的省份(位于第 IV 象限),主要包括河北、江苏、安徽、福建、江西、山东、河南、湖南、广东和广西等 10 个省份。

3 讨论

3.1 我国公立三甲医院多院区建设情况

通过深入分析多院区建设现状,可以为后续各省多院区建设提供数据参考。四川、山东等省份的多院区建设数量居于领先地位,这可能与当地政府高度重视优质医疗资源可及性而做出的顶层规划有关。另外,上海作为多院区建设比例较高的省份,可能得益于其经济优势与高度集中的医疗资源,较高的建设比例也能够更好地适配本地居民多样化的就医需求^[4]。与此相比,西部一些省份虽然也开展了多院区建设,但整体数量较东部和中部省份的数量少。当地政府应根据本地的医疗需求,结合区域特色进行科学规划,避免出现因本地区医

表 2 我国 31 个省级行政区公立三甲医院多院区集聚度评价结果

地区	HRAD _{Area}	HRAD _{Population}
北京	16.01	1.76
天津	9.51	1.21
河北	2.25	0.84
山西	1.65	1.09
内蒙古	0.13	0.94
辽宁	2.57	1.33
吉林	0.87	1.02
黑龙江	0.78	1.75
上海	43.13	1.60
江苏	4.31	0.79
浙江	5.15	1.20
安徽	2.29	0.77
福建	2.15	0.93
江西	1.71	0.92
山东	4.04	0.91
河南	3.52	0.88
湖北	3.14	1.46
湖南	1.37	0.65
广东	3.18	0.66
广西	1.09	0.75
海南	2.05	1.02
重庆	3.79	1.43
四川	1.48	1.26
贵州	0.82	0.55
云南	0.93	1.15
西藏	0.01	0.36
陕西	1.37	1.04
甘肃	0.38	0.97
青海	0.03	0.45
宁夏	0.82	1.09
新疆	0.18	1.71

疗机构接诊病种单一,导致本地区常见病患者被“虹吸”而引发的不良发展模式^[5]。

从分院区平均建设数量上看,我国分院区平均建设数量为 2.5 个,反映出当前我国多院区建设尚处于实践探索阶段,未过度追求规模扩张,符合国家政策不超过 3 个的要求。这有利于集中精力打磨分院区品质,保障医疗服务连贯性。

3.2 各省多院区建设存在集聚差异

综合考虑“地向性”与“人向性”集聚度发现,各省在多院区建设的相对均衡性上存在差异。有

研究指出,在地理辽阔、人口稀少的地区,卫生资源配置的均衡性主要受“地向性”指标的影响,而在人口密集、地理面积较小的地区,均衡性则更多地受“人向性”指标的影响^[6],这与本研究结果一致。本研究采用定量分析方法,综合参考“地向性”集聚度与“人向性”集聚度,在多院区的规划与建设过程中,需充分考虑各省的地理面积与人口分布特点。对于地理面积广阔的地区,应优先根据地理分布实现多院区的均衡建设,而在人口密集的地区,则应侧重于根据人口分布来进行合理布局。

3.3 科学论证多院区建设需求

本研究通过分析各省多院区建设在“地向性”和“人向性”集聚度上的差异,提出以下政策建议:

(1) 对于在“地向性”和“人向性”集聚度上均高于全国平均水平的省份(位于第Ⅰ象限),如上海、北京、天津,提示这些省份的多院区发展较为充分,现有的多院区资源能够较好地满足居民对优质医疗服务的需求。在这种情况下,卫生行政部门应承担起严格准入的责任,按照文件要求加强对申请新建多院区医院的资格审查。通过严格的前置审核,杜绝出现盲目扩张和攀比的现象^[7]。同时,这些省份当前的建设重点应转向院区内涵与质量的提升上,而不是单纯追求院区数量的扩张。此外,这些省份应加强学科建设与布局规划,紧密结合医院长远发展战略,准确定位院区的功能特点,深度挖掘院区的独特资源和特色,全面提升其综合实力,打造具有地方影响力的品牌效应^[8]。

(2) 对于在“地向性”和“人向性”集聚度上均低于全国平均水平的省份(位于第Ⅲ象限),如西藏、青海、内蒙古,这些省份的多院区发展相对不足,核心受限于人口稀疏与地理广袤的双重特征。对此,国家在对这些省份进行多院区规划审批时,应按照这些省份的集聚度影响与省际具体情况予以倾向性支持,支持部分实力雄厚的三甲医院在人口相对密集的地区新建分院区,甚至新建医院。然而,考虑到当地人口较少,应重点建设小规模分院区。与此同时,为应对这些省份地理面积较大的特点,这些小规模分院区可以构建“核心院区+流动医疗节点”的弹性服务网络,建立“分院区+直升机或越野救护车救援”的立体救治网络^[9-10],以此来缩短救治

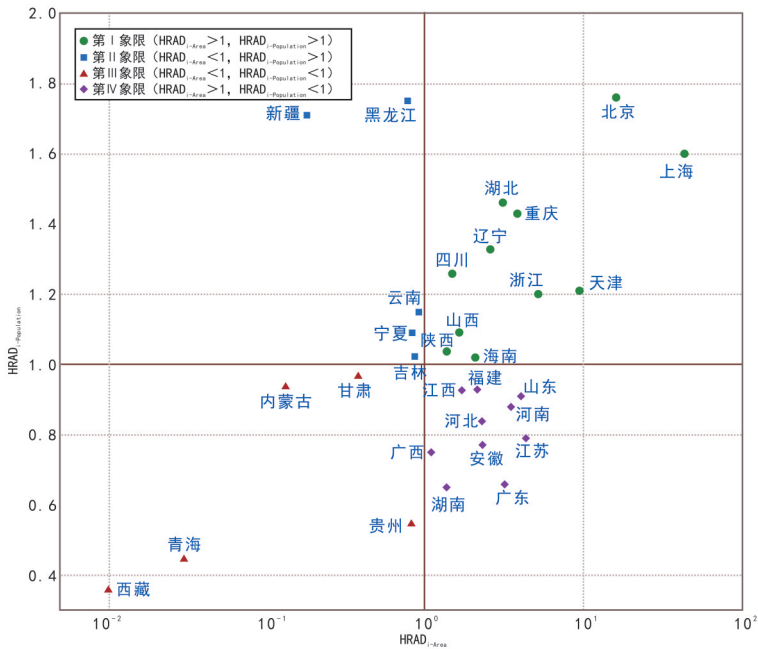


图 1 我国 31 个省级行政区多院区“地向外”和“人向外”集聚度象限图

时间、弥补地理阻隔带来的服务滞后。通过这种弹性服务网络连接分院区与周边零散聚居点、偏远乡镇，进一步解决这些地区因交通不便导致的就医难题。这样既有助于激活这些分院区服务效能，增强运营可持续性，又能拓展医疗服务覆盖维度，保障人口稀少区域群众的健康权益。

(3)对于仅“地向外”集聚度低于全国平均水平的省份(位于第Ⅱ象限)，如新疆、黑龙江、宁夏，提示这些省份的多院区发展在地理可及性上相对不足。这些省份地域广阔，导致大量优质三甲医院主要集中在大城市，形成了医疗资源的高度集中，而较小城市则面临着三甲医院及院区数量较少、优质医疗服务能力相对薄弱的困扰，使得省内患者产生跨城市就医的问题。为了缓解这一难题，可以考虑通过大城市优质医疗资源与小城市政府合作共建分院区，新建的分院区要以当地的多发病、常见病、外出就医病种的治疗为特色，满足本区域的患者的就医需求。同时也可以将大城市

三甲医院的品牌影响力、成熟的管理经验及雄厚的医疗技术向基层延伸，通过“技术帮扶”“专科共建”实现优质医疗资源的“复制移植”，实现优质医疗资源的扩容。此外，个别省份虽然地理面积较大，但也存在较大的非居住面积，而基于本地地区的“人向外”集聚度发现，这些地区的多院区资源已基本能满足本地现有人口需求，而“地向外”集聚度偏低实则主要受非居住面积的影响，排除该因素后，这些地区的多院区资源在地理分布上基本是均衡的。所以，这些地区的较小城市甚至偏远城市应将目光从建设分院区上转移，要将重点放在强化本地区基层医疗机构卫生技术服务能力上^[11]，借助巡回医疗、医联体等制度安排，选派城市三甲医院医务人员下沉至县级医院及城乡基层医疗机构，来提升基层服务水平，真正满足本地区患者对优质医疗资源的需求。

(4)对于仅“人向外”集聚度低于全国平均水平的省份(位于第Ⅳ象限)。如湖南、广东、广西，这些省份人口过于密集，导致现有三甲

医院可能无法及时满足当地庞大人口的优质医疗需求，容易出现就医排队时间长、床位紧张等问题。因此，面对这一难题，政府应鼓励本地区具备足够实力与条件的三甲医院，在紧密结合本地区特定人口结构、疾病谱特点及居民实际就医需求下^[12]，针对性地将主城区优质医疗资源向周边市县下沉，例如在周边县区建立分院区或与县区医院共建等方式，引流患者下沉基层，缓解主城区三甲医院的就诊压力，提升患者就医体验。同时，根据周边县区患者病种分布规律建设特色专科，开设专病门诊、夜间门诊等，以及动态调整院区间医护人员排班，多举措实现优质医疗资源的合理配置。

作者贡献：樊宇英负责构思与设计论文研究框架、论文撰写；李苏妍、佟金育、李晓昱负责资料收集、整理与分析；方绛程提供分析支持、论文修改；辛志强、任萍对论文整体框架构思和写作提供指导。

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] 八点健闻. 一家医院十多家分院，三甲医院步入“大分院时代”[EB/OL]. (2022-01-11)[2025-07-20]. <https://www.huxiu.com/article/489412.html>.
[2] 陈娟,孙志明,张敏,等. 县域尺度下江苏省妇幼保健机构适配性的现状分析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(14): 2598-2604.
[3] 王高玲,刘建军,严蓓蕾,等. 基于集聚度和 GIS 技术的江苏省医疗卫生资源公平性分析[J]. 中国卫生统计, 2020, 37(6): 888-891.
[4] 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.

(下转第 115 页)

院,其经验对于其他级别医疗机构的适用性有待进一步验证。最后,本研究为定性研究,未能对提案实施后的长期效果进行量化评估,后续研究可引入定量方法进行效果评价。

4 总结与展望

综上所述,提升三级公立医院职代会提案工作的规范化和科学化水平,是加强医院民主管理、推动高质量发展的重要举措。公立医院在提案工作中应加强顶层设计与政策引导,建议将提案工作质量纳入三级公立医院绩效考核或高质量发展评价体系,推动提案工作与医院中心工作深度融合。应推动标准化与程序化建设,可由卫生行政部门或医院行业协会牵头,制订提案工作规范化指南,明确各环节操作标准,提升工作效率与质量。应注重能力建设与长效激励,医院应加强对职工代表的履职培训,并将提案工作成效与科室、个人评优评奖适当挂钩,形成持续改进的良好氛围。通过以上措施,可有效发挥提案工作在汇集民智、促进决策科学化方面的积极作用,为公立医院改革发展提

供坚实支撑。

作者贡献:金琦负责文献检索、访谈设计、论文撰写、论文修改;白亚爽负责文献检索、图表制作;陈楠负责文献检索、论文修改;周妍负责文献检索、访谈收集;张平负责选题设计、访谈收集、论文修改、经费支持。

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] 亢运清. 关于做好职代会提案工作的几点思考[J]. 现代企业文化, 2022(28): 146—148.

[2] 武汉大学人民医院. 医院召开第六届教职工代表大会第一次会议代表提案审查工作会[EB/OL]. (2022-01-10)[2025-10-09]. <https://www.rmhospital.com/article/id/8854.html>.

[3] 首儿所. 首儿所青年政策提案在第十届“我为改革献一策”活动中荣获一等奖[EB/OL]. (2025-01-06)[2025-10-09]. <https://www.shouer.com.cn/news/detail/16105.html>.

[4] 秦皇岛市第一医院. 构建民主管理新生态,激活发展新动能[EB/OL]. (2022-09-25)[2025-10-09]. http://js38988.com896977comwww.76929combd.hbgrb.net/ghpd/202509/t0250925_318618.html.

[5] 北医三院. 凝聚力量 促进发展 北医三院召开第七届职工代表大会第六次

会议第十二届工会会员代表大会第五次会议[EB/OL]. (2022-02-14)[2025-10-09]. <https://www.puh3.net.cn/info/1971/147551.htm>.

[6] 霍 雷,徐 霞,汤志彬,等. 运用 PDCA 规范医院职代会提案管理质量[J]. 中国卫生产业, 2021, 18(10): 56—58,62.

[7] 陈捷敏. 提升省职代会提案工作实效的路径探析[J]. 四川劳动保障, 2025(16):63—64.

[8] 吴洪儒,宋晓霞. 以职工代表提案为抓手促进医院民主管理[J]. 办公室业务, 2019(2): 69—70.

[9] 金红岩,王 非. PDCA 理论在医院职代会提案管理工作中的实践[J]. 山东工会论坛, 2017, 23(4):31—33.

[10] 蒋玉波. 新时期医院职代会提案工作的关键环节及强化措施[J]. 中国卫生产业, 2017, 14(13): 197—198.

[11] 祁月贞,刘秀琴. 北京医院历届职代会提案工作的回顾与分析[J]. 中国劳动关系学院学报, 2014(1):89—92.

[12] 王明珠,冶长慧. 工会提案工作全过程闭环管理的实践探索——以扬州大学附属医院为例[J]. 办公室业务, 2023(6): 125—126.

通信作者:
张 平:中国医学科学院肿瘤医院党委办公室主任
E-mail:zhangping@cicams.ac.cn

收稿日期:2025-10-11
修回日期:2025-12-22
本文编辑:刘兰辉

(上接第 110 页)

[5] 陈武朝,黄二丹,潘 黎,等. 公立医院高质量发展背景下多院区同质化面临问题与实现路径[J]. 中国医院, 2024, 28(1):15—18.

[6] 韩金铭,王 健,高 天,等. 我国中医类医疗机构资源配置公平性与效率分析[J]. 医学与社会, 2023, 36(9):44—48.

[7] 吴丹麦,张晓丽,侯旭敏. 共生理论视域下公立医院多院区协同发展路径分析[J]. 中国医院管理, 2024, 44(10):23—25,42.

[8] 孙 斌,刘逸杰,谢泽宁. 公立医院多院区学科布局的实践探索[J]. 中国医院

管理, 2024, 44(8):42—45.

[9] 冯 迟,张进军,王 坤,等. 全地形越野救护车在城市应急救援中的应用探讨[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2025, 20(2):252—256.

[10] 陈 兰,王 丽,高朝丽,等. 空地一体化急救体系对偏远地区急重症救治效果研究[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2025, 20(10):1274—1277,1313.

[11] 央视新闻. 国家卫生健康委:必须提高基层医疗卫生技术服务能力[EB/OL]. (2024-06-19)[2025-07-20]. [RtRXcKp92i2IIaXlC240619.shtml.

\[12\] 方 子,陈婷婷,王 轶. 公立医院一院多区管理模式下的全成本精细化核算研究\[J\]. 中国卫生事业管理, 2024, 41\(12\): 1334—1337,1386.](https://jiankang.cctv.com/2024/06/19/ART1eqR-</p></div><div data-bbox=)

通信作者:
任 萍:大连医科大学附属第二医院党委书记
E-mail:dlrenping@dmu.edu.cn

收稿日期:2025-07-21
修回日期:2025-12-17
本文编辑:刘兰辉