

某三级公立专科医院多中心融合的理论建构与实践创新

中图分类号：R197.5

刘培琦¹ 张中一 丁王辉 郑娇尔 郑国管

1 浙江大学医学院附属口腔医院湖滨院区综合办公室浙江杭州 310002

2 浙江大学医学院附属口腔医院华家池总院组织人事部浙江杭州 310002

【摘要】连续医疗是医疗卫生事业高质量发展的核心导向，也是专科医院响应全周期健康需求的关键路径。为破解口腔专科医院亚专科过度细分引发的资源浪费、诊疗碎片化等难题，本研究基于价值链、协同治理、共生理论，结合浙大口腔湖滨院区实践，构建“治理-服务-激励-保障-技术”五维协同融合模型。通过党业、服务、护理、运营、文化五大融合路径，实现跨中心资源共享与服务连续。实践表明，该模式显著提升门诊量、患者满意度及资源利用率，降低运营成本，为同类专科医院发展提供可复制的理论与实践参考。

【关键词】专科医院；多中心融合；疾病链导向；连续医疗；五维协同模型；

前言

“以患者为中心”的连续性医疗服务是医疗卫生事业高质量发展的重要特征。《“健康中国2030”规划纲要》明确提出“推进医疗服务模式创新，促进多学科协同诊疗，构建连续医疗服务体系^[1]。2023年，国家卫生健康委发布的《关于开展全面提升医疗质量行动(2023-2025年)的通知》提出，医疗机构以多学科协作为基础，探索专病中心建设^[2]。随着居民口腔健康需求的多元化、精准化与全周期化发展，亚专科细分成为口腔医疗专业化进阶的必然趋势。然而，过度细分导致医疗资源过度消耗、复杂病例精准诊断困难、诊疗流程碎片化等问题日益凸显，“预防-诊断-治疗-康复”连续医疗链条被割裂，传统“分科诊疗模式难以适配全周期健康管理需求。

连续医疗作为提升医疗质量、优化患者体验的核心理念，强调以患者为中心实现跨机构、跨科室、跨阶段的服务无缝衔接^[3]，这与专科医院，尤其是口腔诊疗多次复诊性以及社区化、便捷化的需求特性^[4]有机契合。目前，国内专科医院多中心运营初步发展，华西口腔医院通过构建涵盖多中心的分级诊疗体系，实现优质资源下沉^[5]；南通市口腔医院从一体化管理战略入手，构建同质化标准管理体系^[6]。但多数机构仍停留在“物理分散、协同薄弱”的初级阶段，连续医疗落地面临机制不全、技术支撑不足等阻碍。

浙大口腔作为国内口腔医疗领域的标杆医疗单位，已形成“一体多翼、院区特色发展”的新发展格局，其中湖滨院区通过六大特色中心布局、数字化平台搭建与多中心协作机制创新，已逐步探索了一条专科医院多中心融合创新发展之路。本研究基于浙大口腔湖滨院区多中心融合实践，系统构建多中心融合理论模型与实施路径，既为破解行业共性痛点提供解决方案，也为同类专科医院的分中心发展提供实践参考，具有重要的理论价值与应用意义。

1. 多中心融合基础

近年来，多学科协作诊疗（multidisciplinary team, MDT）模式凭借其多学科协同的优势，受到医院管理者的广泛关注与研究^[7]，大多集中于基于互联网医院的MDT智慧服务构建，旨在打破跨机构资源协作边界^[8]。但不同于多学科协作诊疗与多院区建设，专科医院的分中心融合是运营管理层面的深度协同整合，是以专一疾病链为导向，整合跨学科、跨中心的医疗资源，通过治理机制优化、服务流程重构、绩效激励革新、保障全方位支撑、技术工具赋能，实现“空间共享、资源共享、业务协同、服务连续”的运营模式。其核心特征体现为：以患者全周期需求为出发点，打破物理空间与组织边界限制，推动诊疗、护理、运营等多维度协同，最终实现医疗服务价值最大化。

1.1 理论基础

1.1.1 价值链理论

迈克尔·波特的价值链理论强调，组织的竞争优势来源于一系列相互关联的价值创造活动^[9]。该理论已广泛应用于公立医院精细化管理，华西医院依托价值链理论优化诊疗流程，降低运营成本；北京协和医院以价值链为导向整合医技资源，提升诊疗服务效率^[10]。口腔医疗服务是多环节连续价值创造过程，涵盖预防、诊疗、康复、健康管理等核心环节及耗材、信息、人力等支持活动，与价值链理论高度契合。多中心融合通过破除科室价值壁垒，推动各中心在价值链各环节协同联动，形成“疾病链全流程价值共创”模式，为构建高效诊疗服务链、提升医疗服务价值提供支撑。

1.1.2 协同治理理论

协同治理理论指多元主体在共同目标引领下，通过制度规范、权责划分、沟通协作，实现公共事务

高效治理，其具备主体多元、权威多样、子系统协同、过程民主、动态变化等特征^[11]，可实现公共事务治理效能最大化，为多中心融合提供“治理骨架”。该理论常用于多院区、多中心医疗管理，上海交通大学医学院附属瑞金医院以协同治理构建跨院区管理体系，实现资源统筹；广东省人民医院依托协同治理破解多学科协作壁垒。为解决跨区域、跨部门沟通不畅、权责交叉等问题提供明确指引，指导多中心融合在资源配置、流程重构、技术赋能等方面实现高效运行，保障专科联合门诊常态化与连续医疗稳定供给，为模式持续改进提供理论基础。

1.1.3 共生理论

共生理论奠定价值共识基础，推动多中心融合文化认同。共生理论指在特定环境中，多个共生单元通过界面互动形成互补互利、系统有序的共生模式，遵循优势互补、资源共享、互利共赢原则^[12]。南京医科大学附属口腔医院依托共生理论强化跨科室文化认同，其核心理念与多中心融合协同发展、合作共赢的价值高度契合。将共生理念融入治理、服务与技术体系，可推动口腔专科多中心融合实现资源、管理、服务深度耦合，强化跨中心、跨院区价值共识与文化认同，提升整体医疗服务质量与效率。

1.2 实践基础

2024年11月，浙大口腔湖滨院区启动多中心融合战略，打造六大特色中心，为群众提供一站式、全周期口腔健康服务，为模型构建奠定坚实实践基础。

1.2.1 组织架构协同基础

医疗价值链涉及医院、院区、中心、科室等多元主体，有效的协同治理需建立合理的利益分配与风险共担机制。医院构建“总院-分院-中心融合-临床科室”四级组织架构，湖滨院区设美牙中心、保牙中心、全科中心、正牙中心、拔种牙中心、手术中心六大特色中心，覆盖口腔全系列临床科室。通过“空间、医疗、资源、人力”四维共享，打破传统科室壁垒，建立多学科联合门诊，积累跨中心协作经验。

1.2.2 数字技术支撑基础

人工智能、大数据、5G等技术的融合应用，为医疗协同治理提供了强大工具。搭建全院统一的智慧医疗平台，实现“诊疗信息实时同步、检查结果互认、远程协同诊疗”三大核心功能。湖滨院区进一步升级数字化支撑体系：引入口腔电子计算机断层扫描（computed tomography, CT）、数字化导航系统、人工智能（artificial intelligence, AI），建立跨中心病例共享数据库，有效存储患者全周期诊疗数据；优化远程会诊系统，实现总院与分院、中心与中心之间的病例讨论、技术指导实时化，为中心融合发展提供技术支撑，跨中心诊疗信息高效传递。

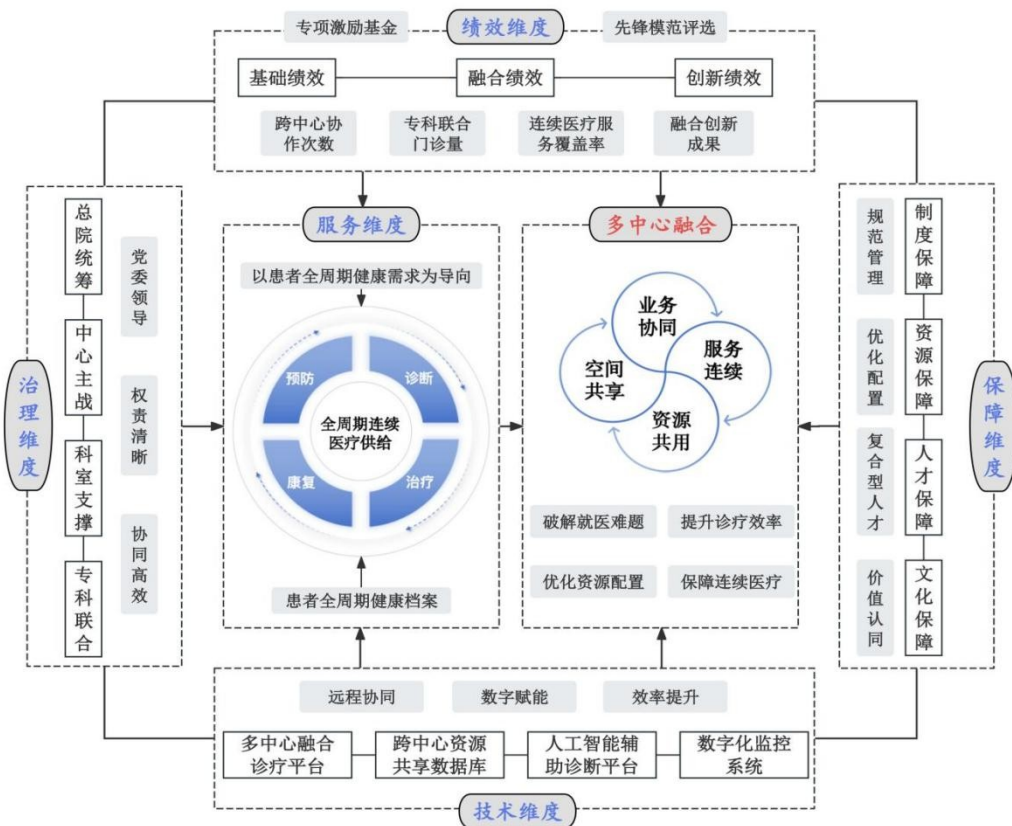
1.2.3 政策资源保障基础

依托学校“双一流”高校优势，将多中心融合纳入医院“十四五”重点战略，获得专项科研资金与人才支持。湖滨院区以“人文化、数智化、国际化”定位争取政策倾斜，推进人文空间改造，设置联合诊疗、康复护理、患者休息等功能区，营造“融合共赢、协同创新”文化氛围，通过“融合先锋”评选、协作案例分享强化医护协同意识。

2. 多中心融合模型建构

结合“工具-制度-价值”理论闭环与浙大口腔实践，构建口腔专科多中心融合“治理-服务-激励-保障-技术”五维协同融合模型（见图1）。治理维度对应协同治理理论，提供组织保障；服务维度对

应价值链理论，打造连续医疗；激励维度依托协同治理理论，激活内生动力；保障维度融合三大理论，提供全方位支撑；技术维度依托共生理论，实现数字赋能。五维度紧扣疾病链与连续医疗需求，形成闭环协同体系。



2.1 治理维度：党建引领的协同体系

以协同治理理论为核心，构建“总院统筹-中心主战-科室支撑-专科联合协同”四级治理体系，实现权责清晰、高效联动。院区层面由支部党建牵头开展多中心融合管理研讨会，负责战略规划、资源配置与政策协调；中心层面负责疾病链跨科室流程设计、执行与质控；科室层面提供技术支持与人才培养；专科层面按疾病链设立协同党支部，推行“党员先锋岗”，推动党业深度融合。建立联席会议制度与协作章程，明确权责边界，形成责任共担、利益共享机制，提升决策与执行效率。

2.2 服务维度：患者导向的医疗供给

以患者全周期健康需求为导向，融合价值链理论，构建疾病链驱动连续医疗体系。依托六大中心互联互通，打破分科诊疗局限，整合跨中心资源，打造预防-诊断-治疗-康复一体化流程。预防端整合资源开展健康宣教；诊断端依托数字化平台实现信息互通与多学科联合问诊；治疗端推行一站式联合门诊，实现跨中心无缝衔接；康复端建立专项小组提供随访与远程指导。同时，建立全周期健康档案^[13]，提供诊前、诊中、诊后全流程智能服务。

2.3 激励维度：价值导向的绩效评价

以协同治理理论为指导，构建“基础绩效+融合绩效+创新绩效”三维评价机制，将跨中心协作次数、联合门诊量、患者满意度、连续医疗覆盖率、创新成果等指标纳入评价体系，充分调动医护人

员参与积极性。设立多中心融合专项奖励基金，评选“融合先锋”，将融合贡献与职称评定、评优评先直接挂钩，形成正向激励闭环。

2.4 保障维度：多维支撑的全面保障

保障维度为模型运行提供制度、人力、资源、文化全方位支撑。制度层面制定《多中心融合管理办法》《专科联合门诊工作规范》等文件，形成完善制度体系；人才层面采用“院内培养+外部引进”模式，打造复合型管理与临床人才队伍，开展跨中心培训；资源层面优化空间布局，设立共享诊疗区与会诊室，统一调配设备耗材，推行号源应加尽加；文化层面传播融合共赢理念，强化团队协作意识。

2.5 技术维度：数字赋能的效率提升

坚持共生理念，搭建多中心融合诊疗平台，实现信息同步、智能转诊与远程诊疗功能。引入AI辅助诊断，共享诊断建议，提升精准度；建立跨中心资源数据库，整合患者、设备、科研信息；完善数字化监控系统，实时监管诊疗质量与效率，为管理优化与科研创新提供决策依据。

3.多中心融合实践探索

医院遵循“从试运行到全面推广、从基础建设到服务升级”的实践经验，以多中心融合建构模型为指导，探索出了“党业融合-服务融合-护理融合-运营融合-文化融合”专科医院多中心融合发展路径，确保融合实践稳步推进。

3.1 党业融合：凝聚红色奋进力量

以“党建领航，凝聚多中心融合力量”为主线，开展党建联建活动16场，服务群众上千人次，实现党建与业务同频共振。将党建引领贯穿融合全过程，在战略落地、服务提升、多方协作中发挥组织优势。深化“党建+人文关怀”“党建+健康惠民”，通过“向阳星期一”义诊、科普传递服务温度；推进党建联建，促进多中心业务协同，构建“党建强、业务精、服务暖”的发展生态。

3.2 服务融合：打造特色中心品牌

以疾病链为导向，构建“中心融合、多科并举、MDT畅通、服务全面”诊疗模式，打造“湖滨保牙”“精准正牙”特色品牌。“湖滨保牙”中心整合牙体牙髓与修复资源，构建全周期服务体系；通过季度研讨会、专科协作会凝聚共识，开设一体化联合门诊，推动多学科深度协作，形成“理念引领—机制保障—服务落地”的完整路径。

3.3 护理融合：创新协同护理模式

突破“一科一护”传统模式，构建“双学科融合护理”新模式。通过护理人员“隐形调度”打破学科壁垒，推行一站式护理，整合挂号、检查、治疗流程，配合双向转诊提升效率；通过分层培训、应急演练强化专业能力；以“最多跑一次”为目标，重塑手术流程，打造“健康直通车”，实现就诊即评估、当天全检查、当日手术，将预约周期从“周”压缩至“小时”，在保障安全前提下提升护理服务温度。

3.4 运营融合：优化资源配置效率

以资源共享与数智驱动为核心，提升运营效率。建立跨中心设备共享机制，统筹调配锥形束计算机断层扫描（cone beam computed tomography, CBCT）、超声洁牙机等设备，提高资源利用率；推行全周期健康管理，建立电子健康档案，实现预防-诊疗-康复闭环管理，降低慢性牙周病复发率。搭

建一体化信息平台，统一电子病历与管理系统，实现院区间数据互通；完善远程网络平台，支持远程读片、会诊与教学，促进技术与质量同步提升。

3.5 文化融合：共绘人文融合新篇

以“凝心聚力、团结奋进”为内核，构建多中心文化融合体系。通过团建、节日活动等凝聚思想共识，夯实融合精神根基；聚焦员工幸福感，落实生日关怀、夏日送清凉等举措，解决停车、就餐等实际问题，增强团队向心力。以文化引领与人文关怀双轮驱动，打造“情感凝聚—价值认同—协同奋进”的文化路径。

医院多中心融合取得显著成效，核心指标实现跨越式提升。2025年门诊量为175778人次，门诊人次稳定增长，整体运行态势良好。多中心转诊科室患者平均预约诊疗率均高于三甲要求的80%，门诊患者预约后平均等待时间均低于11分钟，专科联合门诊接诊病例量逐步增长，患者满意度逐步提升至94.16%。同时，各院区由同一套领导班子统筹管理，总院派驻行政管理人員在各院区轮转，共享行政后勤支持服务，有效节约人力成本、运营效率显著提升。

4. 讨论

在医疗理念持续革新的当下，患者对专科医疗服务的需求已从“头痛医头、脚痛医脚”的粗放型诊疗^[4]，转向全周期、连续性、一体化优质服务。从理论价值看，本研究将三大经典理论与专科医院多中心融合深度结合，明确各理论的应用场景与模型映射关系，丰富了专科医院管理理论体系，为同类研究提供理论参考。从实践价值看，五大融合路径配套具体案例，形成“理论-模型-实践-成效”的完整闭环，形成可借鉴的专科医院融合范式，为行业突破发展瓶颈提供新思路。

但本研究仍存在一定局限：一是对五维度交互机制与影响权重缺乏量化分析，长期效益评估体系有待完善；二是患者个性化需求满足仍需深化。未来应推动人工智能、大数据深度赋能，构建智能化融合体系；完善量化绩效评价机制，激发协同动力；探索跨区域机构协同模式，扩大优质资源覆盖；加强理论与实践结合，推动行业标准完善，助力医疗卫生事业高质量发展。

利益冲突：所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 徐致远, 王云梦, 王盛, 等. 医疗服务连续性定量测量的反思与拓展[J]. 中国医院管理, 2025, 45(03): 45-49.
- [2] 国家卫生健康委, 国家中医药局. 关于开展全面提升医疗质量行动(2023-2025年)的通知[EB/OL]. [2025-05-19]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202305/68bcfaf610d94c638f64c53aff5de994.shtml>.
- [3] 刘滨, 张亮. 我国基本医疗连续性服务现状及影响因素分析[J]. 中国卫生经济, 2008, 27(10): 26-28.
- [4] 钱莎莎, 张国兵, 谭明明, 等. 医院制度修订及管理改进的实践与思考[J]. 医院管理论坛, 2020, 37(05): 80-82.
- [5] 周学东, 李继遥, 赵志河. 华西口腔分级诊疗体系实证研究[R]. 成都: 四川大学华西口腔医学院, 2019.
- [6] 李新培, 蒋杏茂. 分级诊疗背景下口腔医院多院区一体化管理实践[J]. 交通医学, 2023, 37(05): 544-546.

- [7] 张会会, 韩玲, 刘琴, 等. 多学科协作诊疗模式在深化医院学科建设的探讨[J]. 中国医院管理, 2018, 38(10): 29-30.
- [8] 赵颢, 潘涛, 苏逸飞, 等. 基于互联网医院的多学科协作诊疗智慧服务平台的建设探索[J]. 中华医院管理杂志, 2025, 41(8): 604-608.
- [9] PORTERME. *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*[M]. New York: Free Press, 1985.
- [10] 林劲松, 苏志洵. 价值链视角下公立医院精细化管理案例分析[J]. 中国卫生标准管理, 2025, 16(11): 90-94.
- [11] 李楚桐, 刘远立. 协同治理综合框架在我国整合型医疗卫生服务体系中的理论应用[J]. 医学与社会, 2025, 38(04): 1-8.
- [12] 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.
- [13] 苏宇, 李刚. 公立医院门诊高质量发展路径探索[J]. 中华医院管理杂志, 2022, 38(6): 433-436.
- [14] 陈亚楠, 陈玲玲, 康丽, 等. 某三甲医院专病门诊建设与管理实践思考[J]. 中国医院, 2025, 29(12): 102-106.