

口腔专科跨区域医疗合作的实践路径与长效机制研究

张怡 齐亦林[▲]

（首都医科大学附属北京口腔医院医务部，北京 100070）

【摘要】优质医疗资源分布不均是我国医改的核心议题，跨区域医疗合作是破解该问题的重要路径。口腔专科疾病以高发慢病为主，诊疗高度依赖现场操作，其跨区域合作模式有别于其他专科。本文以首都医科大学附属北京口腔医院与承德市口腔医院、张家口市口腔医院近十年协作为案例，梳理合作启动、路径设计、成效与挑战。研究表明，差异化专家派驻、分层人才孵化及信息化辅助协作构成可行路径，合作可持续性取决于外部帮扶能否内化为受援医院制度能力。据此提出从项目化帮扶向制度化协作转型的建议，为同类机构跨区域合作提供实践参考。

【关键词】跨区域医疗合作；口腔专科；京津冀协同发展

中图分类号：R197

随着我国医疗卫生体制改革的持续深化，优质医疗资源总量不足与分布不均的结构性矛盾日益突出^[1]。党的二十大报告明确提出促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，加强重大慢性病健康管理，提高基层防病治病能力^[2]。在政策持续驱动下，加快推动高质量医疗资源的拓展与下沉，对满足人民群众就医需求、完善分级诊疗机制、实现资源优化配置及区域均衡布局，均具有重要战略价值^[3-4]。

跨区域医疗合作是解决优质医疗资源均衡分布的有效手段，通过医疗资源发达地区向欠发达地区进行技术输入，提升其基层服务能力。国家高度重视此项工作，政府间签订医疗合作发展框架协议，鼓励医疗机构开展多种形式跨区域合作。口腔疾病发病率高、急症少，诊疗高度依赖现场操作，故其跨区域合作有其自身特色。

首都医科大学附属北京口腔医院（以下简称“北京口腔医院”）作为北京市三级甲等口腔专科医院，在国家卫生健康委及京津冀政府支持下，积极开展跨区域医疗合作。本文以北京口腔医院与承德市口腔医院、张家口市口腔医院的长期合作为例，总结合作路径与策略，以期能为口腔专科跨区域协作提供可复制的实践样本。

1 合作发展背景介绍

1.1 合作前受援医院基本情况

通信作者：齐亦林 qiyilin@aliyun.com

北京口腔医院与承德市口腔医院、张家口市口腔医院分别自 2016 年、2017 年开展合作。承德市口腔医院成立于 1981 年，为市属公立口腔专科医院、承德市口腔质控中心挂靠单位、河北省口腔专科联盟单位，2016 年共有高级职称 39 人、中级 36 人。张家口市口腔医院成立于 1992 年，为张家口市唯一市级口腔专科医院，2017 年共有高级职称 12 人、中级 14 人。

1.2 合作开展与协议签订情况

2016 年，原国家卫生计生委联合京津冀三地政府制定《京津冀医疗卫生协同发展规划》。同年，北京口腔医院与承德市口腔医院签署协议，承德市口腔医院挂牌“首都医科大学附属北京口腔医院技术支持协作医院”，2021 年底续签。2023 年 12 月，两院成为第一批京津冀医联体建设单位。2017 年 9 月与张家口市口腔医院签约，2022 年两地签署《巩固深化京冀张医疗卫生协同发展框架协议》，两院于 2022 年、2025 年续签。

承德市口腔医院与张家口市口腔医院均为当地的公立口腔专科医院，承担着区域口腔医疗、预防保健及教学科研的主体职能，但受制于建院历史较短、专业人才储备不足、学科梯队尚在成长中等现实瓶颈，亟需外部优质资源的精准输入。同时，两院各有特色，承德市口腔医院作为承德市口腔质控中心挂靠单位，具备较强的区域辐射与二次下沉能力；张家口市口腔医院地处冬奥城市，2022 年冬奥保障对其急症处置能力提出了特殊要求。北京口腔医院选择此两院开展合作，正是基于其共性短板与个性特长，旨在实现精准对接、优势互补，推动京津冀口腔医疗协同发展。

2 合作路径探索

2.1 差异化专家现场指导，提升合作单位内生动力

专家现场指导是推动优质医疗资源下沉、实现服务同质化的核心手段。通过现场教学、手术示教与管理指导，可有效填补技术空白，并带动本土人才成长，激发基层机构的科研与管理内生动力^[5]。针对承德市口腔医院，实行分批分科指导。每年初由对方提交帮扶需求，北京口腔医院协调选派专家，每两月派出 2~3 名专家现场指导 2 天，开展出诊带教、学术讲座与手术示教等。累计派驻覆盖牙体牙髓、种植、颌面外科、儿童口腔、正畸等专业的专家 92 名，完成疑难病例诊治 1270 例，手术示教 178 次，现场培训 86 场，培训 1076 人次。

针对张家口市口腔医院，采用专家挂职管理模式。每年确定两个重点支持专业，选派骨干挂职副院长或科室主任，每月驻点指导 5~10 天，深度参与科室管理与学科规划。累计选派 14 名专家，重点帮扶正畸、牙周、儿童口腔、牙体牙髓、修复等专业，接诊疑难患者 1759 例，手术示教 84 次，现场培训 94 场，培训 1085 人次。

两家合作医院的派驻模式与核心数据对比见表 1。

表 1:两家合作医院专家派驻与现场指导情况对比

合作医院	承德市口腔医院	张家口市口腔医院
派驻模式	分批分科指导	专家挂职管理（副院长/科主任）
派驻周期与频次	每两月 1 次，每次 2~3 名专家， 每次指导 2 天	每年确定 2 个重点专业，固定专家每月指 导 5~10 天
累计派驻专家数 （名）	92	14
疑难病例诊治（例）	1270	1759
手术示教（次）	178	84
现场培训（场）	86	94
现场培训人次	1076	1085

上述差异化模式精准回应了口腔专科对现场操作指导的刚性需求，使帮扶工作重点突出、目标清晰，显著提升了受援医院的临床能力与管理水平。

2.2 多措并举加强人才队伍建设，实现输血向造血转变

人才是可持续发展的根本。北京口腔医院构建了多层次、多渠道的人才培养体系，将指导模式从单向输血转向造血驱动^[6]。

优先接收骨干进修。北京口腔医院每年招收两批进修人员，周期 3 个月至 1 年。合作以来，承德市口腔医院选派 24 名、张家口市口腔医院选派 16 名骨干来院进修。学员将先进理念与技术带回医院，通过科内培训、病例讨论等方式推广，形成“进修-实践-推广”的良性循环。

灵活调整学习形式。根据承德市口腔医院科室梯队建设需求，分批接收医护骨干短期参观学习，覆盖率 100%，重点学习诊疗流程、技术规范、医患沟通技巧等，累计接收 191 人次，有效提升了临床运营管理水平。

响应重大任务开展专项培训。为保障冬奥会医疗服务需求，2018~2021 年为张家口地区口腔医务人员开展“助力冬奥 健康保障”口腔颌面部损伤急症处置系列培训，累计培训 600 余人次。

10.12201/bmr.202610.00033V1

借助信息化开展远程教学。自 2022 年 8 月起，面向所有合作单位每月举办 2 期线上培训（含疑难病例讨论和放射读片会各 1 期），覆盖全部口腔亚专业。已举办 70 期，累计培训 15507 人次，其中承德、张家口两家医院分别参与 1000 余人次和 700 余人次，打破地域限制对人才培养的制约。

3 合作成效

3.1 人才队伍结构显著优化，辐射效应逐步显现

张家口市口腔医院高级职称人员从 2017 年的 12 人增至 2025 年的 36 人，中级职称从 14 人增至 24 人，承德市口腔医院高级职称人员从 2016 年的 39 人增至 2025 年的 60 人，中级职称从 36 人增至 80 人，两家医院人才队伍学历、专业与职称结构全面改善。承德市口腔医院依托承德市卫生健康委组织的基层医师下沉项目“雨润工程”“上医工程”等，将优秀医师下沉至滦平县、丰宁满族自治县等基层医院，实现先进技术的二次辐射，充分体现了人才培养的溢出效应。

3.2 技术空白填补与服务能力跨越式提升

合作以来指导两院开展 20 余项国内领先技术，包括显微根管断械取出、隐形矫治、骨成形术、微创拔牙、DSD 辅助诊断设计、肌功能矫治等，填补多项技术空白。

张家口市口腔医院在膜龈手术、复杂埋伏多生牙拔除、无托槽隐形矫治等方面取得突破，2024 年 CAD/CAM（即计算机辅助设计（computer aided design）和计算机辅助制造（computer aided manufacturing）技术）设备在北京口腔医院专家指导下正式启用，全年完成烤瓷冠桥修复约 150 颗、种植导板制作 20 余例，诊疗精准度与效率同步提升。承德市口腔医院在显微根尖手术、超低位骨埋伏阻生智齿拔除、咬合重建等方面实现熟练应用，儿童口腔科引入新型粘结及树脂材料，配合无痛麻醉与微创技术，明显改善了患儿就医体验与治疗成功率。

3.3 科研产出与学科建设取得双突破

依托北京口腔医院科研资源，合作医院科研能力稳步提升。张家口市口腔医院完成《自体牙移植修复缺失牙的研究》等多项科研项目，发表核心期刊论文 18 篇（统计时间为 2020 年~2025 年）；承德市口腔医院发表核心期刊论文 93 篇（统计时间为 2016 年~2025 年）。学科建设方面，承德市口腔医院的口腔修复科、儿童口腔科、正畸科为承德市市级名科，多个学科被评为市级

医学重点学科；张家口市口腔医院的口腔种植科、牙体牙髓科为张家口市重点学科，颌面外科、儿童口腔科为市级重点发展学科，学科竞争力显著增强。

4 操作性难题及应对

北京口腔医院与承德市口腔医院和张家口市口腔医院作为京津冀协同发展的先行者和积极践行者，尽管合作成效显著，但在实践过程中也遇到了若干操作层面的难题，双方通过协商逐步形成应对方案，维持了合作运行。

4.1 专家派出积极性调动难

口腔医师日常门诊任务重、患者复诊连续性强，外出帮扶影响原有工作与科室绩效。为此，派出方在年终考核、评优中给予倾斜，保障派驻人员福利待遇；受援方落实专家咨询费、交通补助等经费支持。通过上述双向补偿性激励，专家参与得到调动，帮扶工作得以落地。但需指出，这类措施主要解决“愿意来、能派出”的短期操作问题，暂时保障了合作在启动与运行阶段的开展，属项目化、补偿性安排，随着合作常态化，这些措施向常态化制度保障的转化不足逐渐显现，具体将在 5.3 节作进一步论述。

4.2 信息共享难

早期转诊患者因检查结果无法调取而面临重复检查。双方响应京津冀检查检验结果互认政策，启动互认机制，减少了患者重复支出，提升就医体验与资源利用效率。

4.3 远程协作难

双方暂无专用远程会诊室，北京口腔医院采用“线上视频会议+在线文档”方案。合作单位整理资料后申请，院方协调专家通过视频平台进行会诊，秘书记录并整理意见，会后签字确认，确保会诊质量与可追溯性。

4.4 连续性服务难

为解决转诊治疗信息无法闭环回传问题，双方建立职能部门与重点科室双轨沟通机制：对外合作主管人员日常联络，重点科室设科级秘书联络员，及时传递转诊患者基本情况与诊疗方案，实现诊疗信息闭环管理，保障了治疗的连续性与安全性。

5 讨论

跨区域医疗合作因各国国情不同，呈现出多样化的制度形态。美国依托市场机制，以大型医疗集团对基层医院的资本并购实现纵向整合；英国则借助国民健康服务体系（NHS）的行政统筹，通过区域医疗联盟统一调配资源^[7]。相

较而言，我国跨区域合作具有鲜明的政府主导与政策驱动特征，更强调公益性与区域均衡发展^[8]。同时，口腔专科因其疾病发病率高、急症少、诊疗高度依赖现场操作等特点，与心血管、肿瘤等可高度依赖远程会诊和中心化治疗的专科形成鲜明对比^[2]。这意味着，口腔专科的跨区域合作必须更加注重现场帮扶。北京口腔医院与承德、张家口两地口腔医院的合作是由政府主导、多方参与、持续演进的制度性协作，不仅使受援医院在人才、技术、学科建设等方面取得了显著成效，也为跨区域口腔专科医疗合作提供了宝贵的实践样本。

5.1 政策引领：合作启动与持续深化的首要前提

合作的启动与深化，始终与国家战略和政策导向同频共振。《京津冀医疗卫生协同发展规划》及后续系列政策的出台，为跨区域合作提供了合法性基础与行动框架^[2-4]。北京口腔医院与两地医院的合作正是在这一政策红利下应运而生，并随着政策迭代不断续签、升级。2025 年底三地联合印发的《京津冀医联体监测评估方案》，标志着合作从探索阶段进入有标可循、有据可评的规范化阶段，为合作成效的可持续评估提供了制度工具。可见，政策的持续引导与政府的主动搭台，是跨区域医疗合作得以启动并维持稳定的首要前提。

5.2 能力内化：从外部资源支持到内生能力培育

在政策框架之下，合作能否真正开花结果，关键在于能否实现从外部资源支持到内生能力培育的转化。北京口腔医院打破传统短期义诊或单次培训的局限^[5]，一方面通过医疗骨干以挂职副院长、科室主任的形式长期派驻，将先进技术、管理理念、质控标准深度嵌入受援医院的日常运营，实现带队伍、建机制的深层帮扶；另一方面，构建了优先进修、短期培训、线上教育相互衔接、覆盖医技护管的多层次人才培养闭环。这种体系化设计确保了帮扶成果不会因专家撤离而消逝，为受援医院留下了深厚的人才沉淀与技术基底^[6]。两地医院职称结构优化、新技术发展提速、多个市级重点学科落成，正是内生能力提升的直观体现。

相较于国内其他口腔专科合作，本案例实现了从项目化帮扶到制度化协作的跃升，通过连续多次续签协议、挂职干部深度参与管理、人才培养形成闭环，将外部支持逐步内化为受援医院的制度能力^[9]，为同类合作提供了可复制的路径参考。

5.3 合作现存的制度性障碍与相关建议

本案例合作虽成效显著，但制度层面仍存在一定障碍需继续破除。

第一，人员激励偏短期。派出专家定期到两家医院进行现场指导，需中断原单位诊疗，目前派出方在考核评优中给予倾斜，受援方按次落实咨询费、交通补助，但帮扶工作量未折算临床绩效，也未纳入职称晋升评价，长期易出现工作动力衰减（帮扶疲劳）。建议将帮扶工作量折算为临床绩效并纳入职称晋升评价，受援方提供阶梯式补贴，形成可持续双向激励闭环。

第二，投入-回报不完全对等，成本共担和成果共享机制缺失。本案例中，北京口腔医院承担专家派驻、进修接收、线上培训、手术示教、学科指导等资源输出成本；受援医院在人才培养、技术开展、学科建设和科研产出方面获益明显，如承德高级职称由 39 人增至 60 人、张家口由 12 人增至 36 人，累计开展 20 余项新技术等。但从现有合作协议和年度安排看，成本补偿、成果共享和知识产权分配尚不健全，联合申报课题、共建基金等机制尚未建立。建议联合申报区域性科研课题并共享知识产权，设立学科共建专项基金，将合作绩效纳入三级公立医院考核加分项，平衡双方显性与隐性收益。

第三，行政协调成本较高，院际自主空间有限。本案例合作启动、续签和升级高度依赖政府间框架协议，医院层面主要承担执行和需求对接，在学科设置、设备配置、经费使用等方面自主协商空间有限。建议对成熟跨区域医联体实施分层评估，在学科设置、设备配置等方面赋予更多自主权，推动评估结果与资源调配挂钩。

以上对策属政策建议，需在后续实践中检验完善。

5.4 研究局限与未来评价方向

本文资料来源主要为合作协议、派驻记录、培训档案等，尚未系统纳入区域卫生信息平台、医保结算和转诊闭环数据，因此未对本地首诊率、患者外转率、跨区域就诊人次、三四级手术占比、次均费用、患者满意度及候诊时间等患者与区域层面结局指标进行评价。这并非否定上述指标的重要性，而是受数据可及性、口径一致性与归因复杂性限制。本文所用专家派驻数、培训场次、手术示教次数等虽属投入或中间产出指标，但主要用于描述合作路径与能力建设过程，而非替代结局评价。未来可依托《京津冀医联体监测评估方案》，联合三地卫生健康、医保部门及合作医院建立统一数据采集与共享机制，对上述结局指标开展专题评价，以更全面检验资源下沉目标达成度。

6 结语

北京口腔医院与承德、张家口两地口腔医院的跨区域合作，是在政策引领下不断深化、在机制创新中寻求突破的典型案例。有效跨区域医疗协作不能止步于资源简单下沉，而应构建系统化人才培养机制、制度化激励协调安排、可持续内生发展能力。唯有如此，才能实现优质医疗资源可及、区域医疗服务同质、人民群众普遍受益的口腔健康服务体系。在未来的探索中，如何进一步破解制度性障碍、平衡多方利益、激发内生动力，仍是需要持续关注的课题。

参考文献

- [1] 何柳, 江姝, 曾薇, 等. 优质医疗资源下沉对基层卫生人才培养的影响与对策[J]. 中国卫生产业, 2025, 22(13): 37-41.
- [2] 习近平. 高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗——在中国共产党第二十次全国代表大会上的报告[J]. 党史博采, 2023(22): 46.
- [3] 张前进, 高秋明. 推动优质医疗资源扩容下沉 完善医疗资源布局[J]. 中国发展观察, 2023(6): 48-51.
- [4] 陈晶. 国家卫健委: 持续推进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局[N]. 人民政协报, 2023-04-19(5).
- [5] 燕芳红, 彭国恬, 张国莉, 等. 医联体内老年慢性病管理内容的匹配分析: 基于“指南-实践-需求”视角[J]. 中国全科医学, 2025, 28(25): 3119-3126.
- [6] 李瑞, 赵明阳, 马燕冬, 等. 医疗人才“组团式”支援人才培养的现状调查分析[J]. 卫生软科学, 2020, 34(12): 87-90.
- [7] Allen P, Osipovič D, Shepherd E, et al. Commissioning through competition and cooperation in the English NHS under the Health and Social Care Act 2012: evidence from a qualitative study of four clinical commissioning groups[J]. BMJ Open, 2017, 7(2): e11745.
- [8] 国务院办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见: 国办发〔2015〕70号[A]. 中华人民共和国国务院公报, 2015(27): 27-31.
- [9] 廖浩君, 吴丹, 石柯灿, 等. 输血造血并举, 激活基层生态 创新构建帮扶基层的支持中心[J]. 中国卫生, 2025(11): 25-26.