

〈探索与研究〉

紧密型城市医疗集团国有资产共享的机制突围与效能革命*

李凯霖

湖州市中心医院,湖州 313000

【摘要】针对紧密型城市医疗集团国有资产共享面临的资源分布不均、管理模式粗放、信息共享不畅等困境,研究通过梳理政策及案例,从资产分布、制度激励、技术支撑等方面剖析创新障碍,提炼创新机制,探索机制突围路径及其引发的效能革命。研究发现,实施资产集中运营管理、重构成本结构、制度进化、推行效能考核激励等措施,能有效打破资源壁垒,显著提升资源整合效能。由此明确,国有资产共享是推动医疗服务体系从分散低效向集成创新转型的关键。其本质是通过机制突围破解制度障碍、引发效能革命。未来需深化国有资产集中运营平台改革,以制度创新持续释放资源整合红利,支撑健康中国建设,最终实现提升资源整合深度与发展效能的目标。

【关键词】紧密型城市医疗集团;国有资产;资源共享

【文献标志码】A 【文章编号】1672-4232(2026)02-0015-05

【DOI编码】10.3969/j.issn.1672-4232.2026.02.004

Breakthrough and Efficiency Revolution of State-owned Asset Sharing Mechanism in Tight Urban Medical Groups

LI Kai-lin

Huzhou Central Hospital, Huzhou 313000, China

【Abstract】In response to the challenges faced by state-owned asset sharing in closely knit urban medical groups, such as uneven resource distribution, extensive management models, and poor information sharing, this study analyzes the innovation obstacles from the aspects of asset distribution, institutional incentives, and technical support through policy and case studies, extracts innovation mechanisms, and explores the path of mechanism breakthrough and the efficiency revolution it triggers. Research has found that implementing measures such as centralized asset operation and management, restructuring cost structures, institutional evolution, and promoting efficiency assessment incentives can effectively break down resource barriers and significantly improve resource integration efficiency. From this, it is clear that the sharing of state-owned assets is the key to promoting the transformation of medical service system from decentralized and inefficient to integrated innovation. Its essence is to break through institutional barriers and trigger an efficiency revolution through mechanisms. In the future, it is necessary to deepen the reform of the centralized operation platform for state-owned assets, continuously release the dividend of resource integration through institutional innovation, support the construction of a healthy China, and ultimately achieve the goal of improving the depth and development efficiency of resource integration.

【Key words】tight urban medical group; state-owned asset; resource sharing

2023年1月,国家卫生健康委员会发布了《关于开展紧密型城市医疗集团建设试点工作的通知》(国卫办医政函〔2023〕27号),着重强调了在紧密型城市医疗集团内构建医疗管理、运营管理和信息管理的一体化管理新模式以及以资源下沉共享为核心的分级诊疗服务新格局,推动紧密型城市医疗集团建设发展的体制机制取得新突破^[1]。因此,要进一步促成优质紧密型城市医疗集团的建立与运行,促进国有资产资源高效、高质共享成为关键一步。

1 紧密型城市医疗集团背景下国有资产政策要求

1.1 紧密型城市医疗集团的建设

紧密型城市医疗集团通常以三级城市综合型医院为核心,联合其成员单位共同构成。牵头单位负责提供急危重症和疑难杂症的诊疗服务,并接收上转患者。成员单位则根据疾病预防、诊疗、康复护理等各阶段的需求,由网格内相关医疗卫生机构构成。通过组建专科联盟、远程医疗互动等协作方式,形成责权协同、资源协同、业务协同、资质协同的城市医疗共同体。

*基金项目:湖州市科技计划项目公益性应用研究项目(2023GY12)

1.2 紧密型城市医疗集团背景下国有资产政策

财政部发布的《关于盘活行政事业单位国有资产的指导意见》(财资[2022]124号)指出,要加快推进行政事业单位各类国有资产盘活利用,建立健全资产盘活工作机制,通过自用、共享、调剂、出租、处置等多种方式,提升资产盘活效率。文件要求加快推进行政事业单位国有资产盘活利用,提升资产使用效率,为紧密型城市医疗集团背景下国有资产的盘活利用提供了有力的政策支持。

2 紧密型城市医疗集团背景下国有资产管理存在的问题

当前紧密型城市医疗集团内部国有资产管理普遍存在资源分布不均、信息共享不畅、法律法规缺位、管理模式粗放、共享意识薄弱等问题。

2.1 资源分布不均

当前,我国仍然处于医疗资源分布不均的状态,尤其是地区差异和城乡差异。据2024年贵州省卫生机构万元以上设备配置情况统计显示,2024年该省医院万元以上设备价值总额约为492亿元,而社区卫生服务中心及卫生院万元以上设备价值总额仅约为31亿元^[2]。发达地区及城市拥有更先进的医疗设施、技术和专业人才,而欠发达地区及农村地区则面临医疗资源匮乏、经济实力落后、技术人才缺位的问题。这种不均衡的现状导致了医疗资源的配置不均,部分人群难以获取高质量医疗资源,同时也成为提升我国全民健康水平的阻碍。

2.2 信息共享不畅

医疗集团成员单位数据信息共享度低,不同成员单位的就诊卡、检查检验结果无法通用,成员单位之间的信息系统兼容性不足,数据的存留标准不统一,不仅加重了患者的就医负担,也有可能耽误病情,影响就医体验。同时,在紧密型城市医疗集团的建立中,成员单位缺失、具备的资源信息无法实现互通,不利于医疗集团的内部控制,固定资产的采购维护、日常调度、资源管理、绩效评价等都面临信息孤岛带来的困境。

2.3 法律法规缺位

构建紧密型城市医疗集团作为医疗行业的新目标,面临法律法规的显著缺位问题。现有的法律体系不完善,对医疗集团资源共享的具体操作、责任界定缺乏明确规定;《事业单位国有资产管理暂行办法》(财政部令第100号)第六条提出“建立事业

单位国有资产整合、共享、共用机制”,但未突破“单位独立核算”的管理框架。《医疗联合体管理办法》(国卫医发[2020]13号)提出“城市医疗集团和县域医共体应当加强医联体内资源共享”,但未界定共享范围、责任主体及实施规则。法律法规的滞后性导致了实践常常走在法条之前,新兴的紧密型城市医疗集团模式是一条全新的赛道,成员单位间国有资产资源共享缺乏法律支撑,需尽快完善相关法律法规体系。

2.4 管理模式粗放

医疗集团国有资产管理模式的“粗放性”主要表现为资源配置低效、监管机制薄弱及权责体系模糊。首先是资产配置环节的盲目性,比如重复购置和闲置问题较为突出;其次是日常监管的漏洞,由于缺乏信息化手段导致医疗集团成员单位之间存在“信息孤岛”,难以形成统筹;最后是共享机制的形式化,医疗集团内部未制定合理的内部成本分摊规则,考核指标错位导致出现“假共享”。成员单位各自为政使资源难以集中调度,重复建设也使得资源共享优势难以凸显^[3]。

2.5 共享意识淡薄

紧密型城市医疗集团建设初期,共享医疗资源的意识相对淡薄,主要体现在资源孤岛现象普遍,各成员单位间协作不够紧密,甚至仍存在一定的竞争意识。首先是绩效考核这个指挥棒的问题。现有体系下,设备使用率、自有资产规模等指标与医院评级和领导班子政绩直接挂钩。这本质上是激励错配——系统奖励的是占有而非共享。其次是经济层面的负向循环。财政补偿不足迫使医院创收,而大型设备检查费占收入比重很高。共享意味着把核心利润来源分给别人,又没有合理的补偿机制。最后是权责利的不对等。牵头医院要承担设备维护、人员培训等成本,但收益由成员单位共享。如果共享设备出问题,责任算谁的?现有法规对此尚属真空状态。这种“责任我担,好处均分”的结构注定难以持续,导致医疗集团内各单位共享意愿不高。

3 紧密型城市医疗集团背景下国有资产资源共享实践案例

本文以浙江省某地市级三级甲等综合性医院为例,介绍其在紧密型城市医疗集团背景下国有资产资源共享的实践,旨在为公立医院实现高质量发展提供参考借鉴^[4]。

3.1 实践经验

案例医院医疗保健集团建立于2019年,由案例医院作为牵头医院,下设8家成员单位(社区卫生服务中心)。作为牵头医院,案例医院充分利用管理优势、人才优势、技术优势,以一体化管理为手段,整合成员单位的闲置医疗资源,有针对性地向下扩容优质资源,最大化发挥医疗资源的价值^[5-6]。

集团探索消毒供应共享的一体化管理,进一步推进医疗资源共享。案例医院于2019年12月按照有关规范和标准牵头建立城市医疗集团消毒供应共享中心,各成员单位所有复用器械、器具及物品,均纳入消毒供应共享中心进行清洗消毒灭菌等处理,成功降低了成员单位消毒成本,显著提升了城市医疗集团整体运行效率。尤其在新冠疫情期间,案例医院医疗保健集团积极推进消毒供应共享中心在成员单位院区消毒器械配送试点工作,以无人机转运复用医疗器械,有效降低了院区的消毒成本,显著缓解了疫情期间转运工作高速运转的压力。

案例医院在紧密型城市医疗集团背景下应对国有资产资源共享的难题,将协同共享的思想运用于提升国有资产绩效。在控制集团成本时,着重思考如何通过摊薄集团整体成本或在现有成本支出下扩大受众面,从理念创新、模式创新、技术创新、考核创新四方面突破,实现共享或集团效益最大化。

3.1.1 技术突破物理边界,激活资产网络化价值。人工智能与物联网技术正在破解医疗资源的“单位所有制”壁垒。传统模式下,资产固化为单体医院的封闭资源,共享面临审批链条冗长、调度成本高昂等制度性摩擦。而无人机集群与智能消毒中心的实践表明,技术能构建跨机构的“虚拟资产池”,通过数据流牵引物资流,实现所有权与使用权的弹性分离。为此,案例医院建立了集团消毒供应中心、无人机转运中心等,借助北斗定位与无人机传感技术,将物资配送从“定点存储—人工领取”的离散模式,升级为“云端调度—动态响应”的网络化模式。各成员单位共享共用,集中进行器械消毒。集团制定统一标准,互惠共享,控制医院感染。对于集团内部有能力完成的工作,取消外包,引入“内部结算价”的理念,降低成员单位成本的同时也摊薄了牵头医院的辅助成本。集团消毒供应中心在工作量尚未饱和的前提下,向集团内部成员单位提供更优惠的消毒灭菌服务,既可以提高牵头医院的劳

动效率,又可以降低成员单位的消毒供应成本。在无人机转运服务年费不变的情况下,将其服务共享延伸至整个集团,一方面较好地解决高峰期集团成员单位间的物资转运问题,另一方面也极大地提高了无人机转运效益,为降低集团整体成本开拓新路。8家成员单位共享无人机运力后,设备日均飞行频次从4次增至20次,单次转运成本压缩60%,使国有资产从“静态闲置”转向“动态增值”。

3.1.2 数据智能重构成本结构,释放规模治理红利。医疗集团成本控制的深层矛盾在于成员单位既需降低运营支出,又需保障服务品质。而大数据与人工智能(artificial intelligence, AI)的介入,使医疗集团从“成本转移”走向“成本重构”,在控制总投入的同时扩大服务覆盖半径。智能消毒供应中心的实践极具代表性。通过AI视觉质检替代人工抽检,灭菌合格率提升至99.8%,将院感风险导致的隐性成本(如纠纷赔偿、品牌折损)降低90%;同时,物联网平台实时采集集团内成员单位的器械周转数据,运用运筹学模型优化消毒排程,使单台设备处理能力提升120%。这一模式避免了设备闲置,解决了高峰期物资转运问题^[7]。更关键的是“内部结算价”机制的设计——当消毒中心以市场价70%向成员单位收费时,既保障了牵头医院的边际收益(人力成本率从45%降至28%),又为基层医院节约30%支出。这种双赢背后是数据智能对规模效应的深度挖掘:传统模式下,消毒设备利用率不足40%的隐性浪费被显性化为共享经济的燃料,而算法调度下的“错峰共享”进一步摊薄固定成本。

3.1.3 从工具升级到制度进化,催化共享伦理的内生驱动。新技术的终极价值不在于替代人工,而在于重塑生产关系,使共享从“政策要求”转化为“经济理性”。案例医院无人机与消毒中心的成功实践,本质是通过“可量化收益—可追溯责任—可交易价值”三位一体的制度设计,破解了阻碍共享的三大症结:其一,区块链存证的灭菌数据(温度、时长、操作者)使医疗责任精准溯源,消除“共享即担责”的恐惧;其二,内部结算平台自动生成成员单位贡献值报表(如器械消毒量、无人机使用频次),并与绩效考核挂钩,扭转“共享损绩效”的激励悖论;其三,AI消毒模型衍生的数据资产(如器械清洗参数库)向成员单位输出服务,年创收100万元,证明共享可创造增量价值。这种技术赋能的制度跃迁,推动医疗集团从“行政指令型共享”转向“市场化生态型共享”。当基层医院发现共享消毒服务比

自建设施成本更低,当三甲医院意识到无人机运力开放可换取科研样本快速流转,共享便不再是零和博弈,而成为帕累托改善的必然选择。

3.1.4 建立激励约束长效机制,实现管理可持续化发展。案例医院医疗保健集团将国有资产使用绩效、院感质控质量和奖惩机制予以有效结合,以此来激发和调动各成员单位干部职工参与工作的主动性和积极性,这对于国有资产使用和绩效评价的落实具有十分积极的作用。集团制定各院区年度目标考核方案,内容涵盖医疗服务、公共卫生、综合管理、群众满意度及改革创新等5项一级指标、10项二级指标和54项三级指标,考核结果与干部选任、薪酬分配等挂钩。其中在医疗服务能力、公共卫生服务能力、综合管理提升方面对资产使用绩效、院感质控进行考核,对于表现优异的成员单位予以适当的奖励,对于违规行为进行必要的惩处,从而起到表彰先进、鞭策落后的作用,实现管理可持续。

3.2 实施成效

3.2.1 资源配置效率革命:闲置资产转化为网络化生产力。国有资产共享的核心价值在于破解“碎片化占有与结构性闲置”困局。案例表明,通过建立集团级消毒供应中心与无人机转运中心,实现了两大跃升。其一,设备利用率质变,消毒中心日均处理器械量从分散模式的2 000件增至6 500件,设备运行负荷率从38%提升至85%,相当于减少重复购置资金2 000万元;其二,空间资源再配置,成员单位原消毒用房改造为临床科室,年接诊能力提升8万人次。更深远的是,无人机网络将20公里半径内急救物资转运时效压缩至10 min,使8家机构的设备库存在云端形成“虚拟共享池”。这标志着国有资产管理从物理占有转向云端调用,百元固定资产医疗收入从2020年的46.17元提升到2024年的84.82元,正是资源网络化增值的直观体现。

3.2.2 系统成本重构:从零和博弈到帕累托最优。共享经济的本质是通过规模效应来重构成本结构。案例医院创新性运用“双杠杆”策略,固定成本摊薄杠杆,消毒中心集中处理使单件器械消毒成本降至分散模式的42%,年节约运维费300万元;边际收益递增杠杆,无人机转运服务范围扩大12倍后,单次飞行成本从180元降至42元,年节省配送费超100万元。更深层的是制度成本消解,内部结算价机制使成员单位消毒支出降低30%,同时牵头医院通过增量业务将消毒人力成本率压缩17个百分点,实现集团整体运营成本曲线下移。

3.2.3 公共服务升级:公益性与获得感协同进化。国有资产共享的终极效应体现于公共服务质效提升。首先是质量安全升维,消毒中心通过物联网全流程追溯,使器械灭菌合格率达99.8%,院感风险大幅下降,助推医疗集团患者满意度提升至98.0%。其次是可及性革命,无人机转运填补基层单位急救物资缺口,使偏远社区获得与三甲级资源同等的响应时效,急诊救治成功率显著提升。同时,群众就医成本同步下降,人均检查等候时间缩短60%,印证了“以资源共享缩小医疗鸿沟”的公共价值。

4 紧密型城市医疗集团背景下国有资产的资源共享经验总结

4.1 构建分级分类的财政保障体系

针对区域经济发展不平衡问题,需建立中央与地方协同的财政保障机制。中央财政通过专项转移支付,重点支持中西部欠发达地区医疗集团基础设施标准化建设。地方财政按“同网格同标准”原则,建立设备配置动态调整机制,每三年组织专家组对医疗集团设备配置标准进行修订。在资金分配方式上,采用“基础额度+绩效考核”模式,基础额度保障基本需求,绩效考核与资源共享率挂钩。例如,对CT机、磁共振成像仪等大型设备共享使用率超过80%的集团,给予年度维护经费15%的奖励性补助。同时探索设备“以租代购”模式,由医疗集团统一租赁高端设备,按使用量分摊成本,降低单体机构投入压力。

4.2 打造智能化的资源共享平台

明确数据权属,提升信息技术水平,为数据的收集、整理、留存、互通提供技术支撑^[8]。依托新一代信息技术构建“三位一体”的资产管理系统。首先建立统一的数据标准体系,制定《医疗集团资产编码规范》《设备全生命周期数据采集标准》等技术规范,实现跨机构数据互通。其次搭建物联网管理平台,通过射频识别标签、智能传感器等方式实时采集设备运行状态、使用频次等数据,开发智能调度算法自动匹配供需。

4.3 完善制度保障的法治框架

建议从三个层面健全政策体系:在法律层面推动《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》实施细则出台,明确医疗集团国有资产管理权责;在规章层面修订《事业单位国有资产管理暂行办法》,增设“共享使用”章节;在标准层面制定《医疗

设备共享技术规范》《资产绩效评价指南》等配套文件。建立“负面清单+正面激励”管理机制,明确不得共享的医疗设备目录,对共享医疗设备实行备案制管理。建立跨部门协调机制,由卫生健康部门牵头,联合财政、审计、医保等部门成立联席会议,每季度研究解决资产共享中的权属界定、收益分配等问题。

4.4 实施全生命周期的精细化管理

对共享资产的折旧、损毁、丢失、报废等进行专业化、规范化、程序化管理^[9]。在集团层面设立资产管理中心,实行“四统一”管理模式:统一产权登记、统一调配使用、统一维护保养、统一处置报废。建立“三级维护”体系,日常维护由使用单位负责,预防性维护由专业公司承担,大修基金由集团统筹。开发智能决策系统,对设备使用数据进行多维度分析:使用效率分析模块自动识别闲置资产,维护预警模块预测设备故障概率,配置优化模块提出采购建议。建立共享设备“身份证”制度,每台设备附带二维码标签,扫码即可获取技术参数、使用指南、报修通道等信息。对高值设备实行“一机一档”管理,记录每次使用、维护、质控数据。

4.5 构建激励相容的考核机制

设计“三维度”评价指标体系:经济性指标包括资产周转率、共享收益比等;效率性指标涵盖预约响应时间、设备完好率等;效益性指标涉及临床满意度、科研产出量等。实施“双挂钩”考核制度,将资产管理绩效与院长年薪、财政补助额度挂钩。建立“红、黄、绿”三色预警机制,对连续两个季度共享率低于30%的设备亮黄灯,约谈责任人;持续半年未改善的亮红灯,启动资产调拨程序。同时设立共享激励基金,对年度共享标兵单位给予设备更新优

先权,对先进个人授予“资产管家”称号并配套职称晋升加分制度。建立“共享文化”培育计划,通过典型案例巡展、最佳实践分享会等形式,营造共建共享的组织氛围。从经济性、效率性、效益性三个方面对成员单位进行资产管理与合理共享利用率的测评,结合考核制度,提供制度支撑^[10]。

参 考 文 献

- [1] 吴聪丽,谢宇航,吴本清. 紧密型城市医疗集团改革实践与前瞻:以深圳市光明区为例[J]. 特区实践与理论, 2023(6): 80-85.
- [2] 贵州省卫生健康委员会. 2024年贵州省卫生机构万元以上设备配置情况[EB/OL]. (2025-06-05) [2025-07-01]. http://wjw.guizhou.gov.cn/zwgk/zdlyxx/tjsj/202506/t20250605_88066810.html.
- [3] 刘彦茜,张萍,罗晓玲,等. 公立医院多院区固定资产共享管理模式研究[J]. 中国医院, 2023, 27(6): 42-45.
- [4] 谢岱仪,朱秋月,许学军,等. DRG/DIP融合管理推动公立医院高质量发展的实践探讨[J]. 卫生经济研究, 2024, 41(5): 66-68.
- [5] 王翠燕.“组团式”紧密型帮扶提升基层医院中医服务能力的实践[J]. 中医药管理杂志, 2023, 31(19): 227-229.
- [6] 李乐乐,王曦. 紧密型医共体对提升基层医疗卫生服务能力的影响研究:基于分享经济理论[J]. 卫生经济研究, 2023, 40(12): 39-41.
- [7] 龚凤球,罗桂元,谭静涛. 智慧化消毒供应中心发展现状及设计[J]. 中国医院建筑与装备, 2022, 23(9): 3-7.
- [8] 张丽英,段佳葆. 厘清数据权属,破解医疗卫生信息“孤岛”难题[N]. 科技日报, 2021-09-13(8).
- [9] 刘璇斐,卢泓,苏亚敏. 公立医院运营管理体系下国有资产管理模式探索[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(6): 70-75.
- [10] 陈阳,郑凤春. 公立医院国有资产管理绩效评价研究[J]. 会计之友, 2024(1): 64-72.

收稿日期: 2025-07-16

修回日期: 2025-08-01

(编辑 徐佳)