

• 指南与共识 •

综合医院实体化专病中心建设路径专家共识 (2025版)



《综合医院实体化专病中心建设路径专家共识》编审委员会

【摘要】 本共识旨在系统规范综合医院背景下多学科实体化专病中心的建设与管理, 基于“1+5+7”建设要点框架(1个核心条件、5类必要条件、7项充分条件), 明确以某类疾病/器官/症状为切入点的专病中心类型, 强调统筹学科与专病协同发展、患者服务体验提升及人才梯队建设等。共识涵盖组织架构、医疗服务、教学、科研、考核评价、绩效薪酬等中心建设发展全流程, 为综合医院实体化专病中心建设提供了标准化操作路径。

【关键词】 综合医院; 实体化专病中心; 建设类型; 实施方案; 专家共识

Expert consensus on the construction path of integrated hospitalized specialized disease centers (2025)

Expert Group for the Construction Path of Integrated Hospitalized Specialized Disease Centers

Corresponding author: LUO fengming, Email: luofengming@wchscu.cn

【Abstract】 This consensus aims to systematically standardize the establishment and management of multidisciplinary specialized disease centers within general hospitals. Based on the "1+5+7" framework (one core condition, five essential conditions, and seven enabling conditions), it clarifies the classification of centers by focusing on specific diseases, organs, or symptoms. The consensus emphasizes interdisciplinary coordination, integration of clinical specialties, and the advancement of specialized disease management, while also prioritizing improvements in patient care experience and the development of professional talent teams. It covers the full lifecycle of center development—including organizational structure, clinical services, teaching and research, and evaluation and management—providing a standardized operational pathway for the construction of specialized disease centers in general hospital settings.

【Key words】 General hospital; Entity-based specialized disease center; Construction type; Implementation plan; Expert consensus

近年来, 医学模式从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变。中共中央国务院《“健康中国2030”规划纲要》及国家卫生健康委员会推动公立医院高质量发展、临床专科能力建设和完善医疗服务体系等一系列政策^[1-3], 明确提出创新医疗服务模式、完善重大疾病诊疗体系的要求, 为医疗服务体系改革与诊疗模式创新提供了根本遵循。而当前医疗服务体系正面临供需两端的双重挑战: 在患者端, 临床学科持续分化、诊疗技术飞速发展导

致医院专科设置日趋细化, 科室名称繁杂且功能交叉, 患者常面临“选择困难”^[4,5]; 在服务端, 精准诊断、个体化治疗手段的丰富^[6], 延长了诊疗链条, 患者需在多科室间辗转, 难以获取全周期连续性服务。面对这一矛盾, “按病择医”的就医需求与“多学科一体化诊疗”的服务模式, 已成为公立医院回应患者期待、推动高质量发展的核心命题^[7]。

在此政策导向与需求驱动下, 重大疾病专病诊疗模式与学科组织形式正迎来创新性突破——实体化专病中心通过整合医疗资源、打破传统科室边界, 实现从“专科亚专业”到“专病整合式诊疗”的转变^[4], 为患者带来更加精准、高效的就医体验, 真正落实“按病择医”^[7-9]。这种转变不仅顺应医学学科发展趋势, 更能有效应对新形势下医院管理中资源分散、协作低效的挑战, 成为公立医院优化

DOI: 10.7507/1672-2531.202509105

基金项目: 国家卫生健康委医院管理研究所医疗质量(循证)管理研究项目(编号: YLZLXZ23K009、YLZLXZ23G042); 四川省科技厅区域创新合作项目(编号: 2023YFQ0071); 四川大学华西医院2024年度“1·3·5工程”医院管理研究项目(编号: ZYYG24006、ZYYG24007、ZYYG24016)

通信作者: 罗凤鸣, Email: luofengming@wchscu.cn



服务体系的重要方向。目前,国内如四川大学华西医院、复旦大学附属中山医院、上海交通大学附属瑞金医院等已率先探索建设实体化专病中心,标志着该模式在全国范围内的推广和普及进入加速期,但国内医疗行业内尚未形成统一的建设路径与实施方案,亟需系统性指导文件填补这一空白。

作为国内首个聚焦综合医院实体化专病中心建设的专家共识,本共识充分参考国家卫生健康政策文件、国内外多学科协作(MDT)成熟模式^[10]及实践经验,旨在凝练可复制、可推广的综合医院实体化专病中心建设方案,为医疗机构提供从规划设计到运营管理的全方位参考,共同推动我国临床专科能力建设与医疗服务模式创新。

1 共识制订方法

1.1 发起机构与内容确定

本共识由四川大学华西医院发起并组织。四川大学华西医院自2004年起便致力于探索适合中国国情的医疗服务模式,在10余年MDT经验的基础上,于2014年开启实体化专病中心诊疗模式构建,积累了丰富经验且处于全国领先地位。为推动实体化专病中心建设的规范化与高质量发展,医院首先牵头组建涵盖医院管理、临床医学、护理领域专家的多学科工作组,同时广泛吸纳多元权威专家组成共识专家组。专家组成员包括卫生政策研究学者、卫生行政部门专家、三级综合医院院长及医务处长等医疗管理专家以及临床专科等领域代表,专家遴选标准见附件表1,所有专家组成员均填写了利益冲突声明,确保与本共识制订无任何直接的利益冲突。

1.2 内容遴选与确定

多学科工作组首先系统回顾国内外实体化专病中心建设文献,结合国家医疗卫生服务政策,整合四川大学华西医院6个实体化专病中心的实践经验,完成了共识初稿起草。进入修订阶段后,通过三重机制进一步完善内容:一是定向征求专家意见,获取多元专业视角;二是采用德尔菲法凝练争议条款,经2轮投票达成共识;三是召开专题论证会议研讨关键条目,反复打磨内容细节。最终形成的共识文本兼具政策合规性、管理实操性与临床适用性,实现了科学性与落地性的统一。

1.3 使用者与应用目标人群

本共识主要服务于各级综合医院中参与实体化专病中心建设的决策管理者、执行团队及协同支撑人员。共识中的意见主要针对综合医院实体化

专病中心与相应学科的医务人员、职能部门的管理者,在组织架构搭建、医疗服务落地、教学科研协同、综合考核评价、绩效薪酬核算等方面提出了实施建议。

2 实体化专病中心定义与总体原则

2.1 定义

实体化专病中心是以某类疾病/器官/症状为核心,整合多学科资源(如内科、外科、放疗、化疗、介入、影像、病理、康复、中医等),以优势学科牵头,提供全周期、一站式诊疗服务的实体化医疗单元。其核心特征为:独立病房空间、独立核算体系、统一诊疗路径、多学科整合服务。

2.2 建设类型

实体化专病中心的建设主要分为三种类型,各类别的核心定位与实践价值如下。

疾病导向型。聚焦同一器官的单类疾病,核心在于贯通疾病全周期诊疗环节,从早期筛查、诊断、治疗到康复随访实现纵向整合,破除传统诊疗链条中的断点问题。例如肺癌中心以肺癌患者为服务对象,通过整合胸外科(手术治疗)、肿瘤内科(化疗/靶向治疗)、放疗科(放射治疗)、影像科(辅助诊断)等多学科资源,使患者在同一中心完成全部诊疗流程,避免多科室间辗转。

器官导向型。以特定器官或器官系统(如心脏等)为核心单元,覆盖该器官或器官系统的全部疾病谱(如炎症、肿瘤、血管病变等)。核心在于通过结构性整合实现医疗资源的优化配置与高效共享,将分散的专家资源、技术能力及高价值设备重新构建为协同网络。以脑血管病中心为例,其统筹管理脑出血、脑梗塞、血管畸形等脑血管相关疾病,由神经外科与神经内科共享复合手术室及神经导航等设备,通过标准化“溶栓-取栓-手术-康复”路径,缩短入院至溶栓时间(DNT时间),提升诊疗效率与资源利用效能。

症状导向型。以患者主诉的核心症状(如疼痛、眩晕、创伤)为切入点,突破器官或病种界限,直接响应临床需求。该类型分为两类场景:一是急症症状群(如创伤),具有明确时间敏感性,需紧急处置以降低致残率与死亡率;二是慢性症状群(如慢性疼痛、顽固性眩晕、难治性失眠),虽非紧急但需通过MDT优化患者生活质量。此类中心通过症状驱动的多学科整合模式,实现诊疗服务与患者需求的精准对接。

特殊人群(比如儿童)诊疗中心与以技术(比如

介入)为切入点的诊疗中心等不纳入本共识讨论。

2.3 顶层设计原则

2.3.1 统筹好学科与实体化专病中心的关系(附件图1)，厘清人、财、物组织架构 实体化专病中心建设需立足医院整体发展战略，系统性统筹学科与实体化专病中心的协同发展逻辑。其中，学科作为“纵深发展指挥部”，聚焦人才梯队建设、科研管理、教学体系构建及亚专业人才孵化，为实体化专病中心提供支撑；实体化专病中心作为“临床服务主战场”，整合多学科技术资源，为患者提供全周期、一站式诊疗服务，同时推动亚专业深度发展与学科能力提升。二者通过明晰权责分工实现功能互补：学科主导科研教学与人才晋升决策，实体化专病中心掌握日常运营与绩效分配权。组织架构层面，实体化专病中心应实行人、财、物垂直化管理：人力资源遵循矩阵式管理原则，财务与物资实行独立核算、独立管理。

2.3.2 统筹好员工职业发展，构建专业深度与视野广度相结合的人才培养模式 医院需系统规划员工职业发展路径，构建专病人才梯队发展体系，破解专业深度与视野广度的矛盾。具体阶段划分如下：住院医师阶段通过规范化培训筑牢基础能力；主治医师阶段强化专科知识广度与复杂病例处置能力，参与MDT以培养全局观念；医疗组长阶段在专病方向深耕技术深度，主攻疑难病例与临床研究，逐步成长为亚专业骨干或领军人才。同时配套建立“能力补偿”机制保障动态平衡，通过横向拓展视野、纵向精进专业，实现个人成长与中心可持续发展的统一。

2.3.3 统筹好患者就医体验，实现技术创新与医学人文的有机结合 实体化专病中心建设需以患者为中心，将技术创新与医学人文关怀深度融合，推动就医体验与服务质量双重提升。医疗服务环节需围绕疾病全流程管理和患者就医体验优化，通过简化就医环节，提供一体化、人性化的高质量诊疗服务。这要求实体化专病中心既要关注技术层面的诊疗精准性与高效性，也要重视服务过程中患者的个体需求与情感需求，在提升医疗质量的同时，营造让患者感受到尊重与关怀的医疗环境。

2.3.4 统筹好医院业务布局，推进一院多区条件下医疗资源深度重构 随着医疗服务体系改革的深入推进及民众对高质量高医疗服务需求的日益增长，“一院多区”的医院管理模式已成为国内大型公立医院发展的普遍形态，在此管理模式下，如何优化医疗资源配置、提高运营效率和服务质量具有

重要意义，但是该模式也面临着院区间协同能力欠佳、资源分配不均、绩效管理不统一等问题^[11,12]，解决这些问题需以“与医院整体发展布局相适应”为核心，结合院区间功能定位分类施策^[13]。因此在一院多区架构下，实体化专病中心应明确“疑难重症诊疗高地”与“特色技术孵化中心”的战略定位，通过聚焦特定疾病/器官/症状实施针对性布局：对功能差异化院区构建“主要院区攻坚克难、其他院区特色发展”的错位互补格局，对功能同质化院区推行“跨院区资源动态集约调配”的协同运营模式。在此基础上，一方面强化中心内部多专业协同融合，另一方面拓展中心外部MDT联动，以“流程标准化、服务集成化”来驱动，建立标准化诊疗体系，推行一站式服务模式，并运用智慧化信息技术支持跨院区协同，全面提升诊疗效率与服务品质，持续增强医院核心竞争力。

实体化专病中心的建设源于对深度资源整合与权责闭环的刚性需求。当目标疾病/器官/症状的诊疗需长期MDT、独立运营权保障全周期管理，且传统虚拟MDT协作因学科壁垒难以落地时，可探索实体化建设。若未达标准，可暂以MDT门诊或虚拟协作单元过渡，避免盲目推进实体化建设。

3 实体化专病中心建设框架

实体化专病中心的建设需基于科学评估与系统规划，可采用“1+5+7”建设框架(表1)系统性推进。该框架以“战略规划与资源支持”为核心基础，建议先满足五项必要条件方可启动建设程序，再以七项充分条件作为可持续发展保障机制，共同实现实体化专病中心从总体规划、资源整合到成熟运营的全面管理。

4 实体化专病中心实施方案

4.1 决策路径

实体化专病中心建设属于系统性工程，其顺利推进需依托院级层面的强力主导、科学的评估筛选机制及持续的孵化支持体系。具体决策路径建议分为以下三步(附件图2)。

第一步：目标“专病”筛选与条件核查。

医院层面首先依据整体战略规划及优势学科布局，在疾病/器官/症状维度初步筛选目标“专病”；随后牵头组织相关职能部门与学科联合验证——重点核查“1+5”条件。即目标“专病”的患者基数规模与临床需求强度，同步确认MDT基础、领军人物储备、人才梯队成熟度及技术特色优



表 1 实体化专病中心“1+5+7”建设框架

条件	要点	含义
1个核心条件	战略规划与资源支持	将实体化专病中心纳入医院重点发展规划,明确其在学科建设与服务体系中的地位;提供独立物理空间(如病房与诊区)、配置核心设施设备及初期预算支持;授权中心在人事管理、绩效分配等领域试行创新机制
5个必要条件	患者需求广泛	实体化专病中心服务的疾病/器官/症状需具备充足患者基数与广泛临床需求
	多学科协作	专病诊疗过程必须依赖多学科深度参与,通常要求≥3个学科参与,且各学科需具备良好协作基础、持有基于共同目标的积极协作意愿
	领军人物牵头	需有1名具备多学科统筹能力、对专病发展有清晰规划的领军人物,牵头统筹团队、凝聚协作共识
	人才梯队成熟	医疗人才储备充足,人才梯队结构合理,对应学科的亚专业发展已较为成熟
	技术特色优势	专病诊疗需具备技术特色优势(例如具备区域领先或不可替代的核心技术能力),且该技术优势可转化为诊疗突破方向等
7个充分条件	健全的组织架构	遵循“学科、中心双管”模式,通过“纵向学科管理”与“横向中心运营”的矩阵式架构,推动临床资源高效整合
	全流程诊疗服务	为患者提供一站式、全流程诊疗服务,覆盖诊断、治疗、康复、随访等全链条
	标准化专病路径	打破传统科室壁垒,制订科学连贯、符合循证医学原则的专病诊疗路径
	协同化教学管理	对研究生培养、规培学员管理、进修人员培训、医师能力提升及课程体系设置等工作,实现协同化教学管理
	集成化科研管理	涵盖学术成果归属界定、科研实验室建设、临床研究开展、临床新技术应用、专病数据库构建及大项目、大成果孵化等工作,实行集成化管理
	综合考核评价	以战略导向、效率效益效果导向、分类考评、创新倾斜原则为核心,推动实体化专病中心实现高质量发展与战略目标落地
	独立绩效核算	实现实体化专病中心成本效益的独立核算和绩效自主管理

势,确保筛选方向契合医院发展定位。

第二步: 符合条件“专病”的孵化培育。

对满足“1+5”建设条件的目标“专病”,正式进入孵化阶段。论证专属独立病房、诊区、手术室等核心资源的调配方案;组织约谈相关科室负责人及亚专业专家,明确各方协作意愿;初步拟定中心组织架构,确定中心负责人(通常由领军人物担任主任)及核心医疗组人选;建立学科与实体化专病中心的双向支撑机制,同步制订诊疗服务流程、拟定标准化专病路径,初步明确教学管理、科研管理、综合考核评价办法及独立绩效核算方案;并通过制度化管理明确资源投入标准与责任绑定机制,保障孵化阶段各项工作有序推进。

第三步: 成熟方案审议与正式运营。

待孵化方案经评估成熟后,需提交医院审议;经审议通过并形成正式决议后,正式设立实体化专病中心。随后同步完成两项筹备工作:一是开展信息系统功能调试、诊疗流程跨部门联调,确保运营基础保障到位;二是启动中心宣传推广工作,提升患者知晓度与科室协作共识。在筹备工作完成后,实体化专病中心正式启动运营。

4.2 组织架构

4.2.1 核心挑战 当前实体化专病中心建设在组织架构上面临的核心挑战在于:一是学科与实体化专病中心管理边界不清晰,易出现双重指挥、权责

交叉问题;二是学科人才派驻数量、专业方向与中心业务实际需求可能存在供需失衡风险;三是跨学科协作若缺乏常态化机制,依赖临时协调推动,易导致协作响应滞后、效率低下;四是传统科室核算体系与跨学科协作的业务模式不兼容,难以匹配实际贡献与激励机制。

4.2.2 实施要点建议 矩阵式架构设计。推行“学科、中心双管”模式,通过“纵向学科管理”与“横向中心运营”的矩阵式架构,推动临床资源高效整合。即三级学科作为学科建设的“指挥部”,统筹人才培养、职称晋升、科研与教学体系构建;实体化专病中心则作为临床服务的“主战场”,负责专病诊疗实施、属地化业务运营、多学科诊疗协作及内部绩效分配。同时制订学科与中心权责清单,建立季度联席会议制度,由三级学科负责人及专病中心负责人共同商议协同事项,确保权责清晰、目标对齐。矩阵式架构设计示意图见附件图3。

人员配置优化。实体化专病中心管理小组由医院统一任命,成员包括中心主任、党支部书记、副主任、护士长等。中心主任可由对应三级学科的主任或副主任兼任;中心临床医师由三级学科派驻,核心医疗组需相对固定,非固定医疗组长及主治医师、住院医师应在三级学科与实体化专病中心之间有序轮转,在中心时日常临床工作接受中心直

接管理；护理人员由医院护理部统一调配，在中心内实行垂直化管理；职能管理层面，需在相关职能部门设专职协调员，负责跨学科资源调度与冲突化解（初期可由医务部门人员兼任）。

独立空间与核算体系。实体化专病中心应配备独立病房、诊室及检查室，构建功能完备的医疗单元；作为医院基本运营单元，实施独立成本核算与独立绩效薪酬管理，并纳入医院日常监督考核体系，确保运营数据可追溯、绩效激励可落地。

4.3 诊疗服务

4.3.1 核心挑战 当前实体化专病中心诊疗服务面临的核心挑战在于：一是如果病种收治结构混杂，专病收治率偏低，可能制约专病医疗技术纵深发展与专病品牌建设；二是MDT如果仅停留于形式化查房，缺乏制度化协作流程与清晰的责任闭环，易出现诊疗方案执行断层和危急重症响应延迟；三是院科两级质量控制系统未全面覆盖专病诊疗全流程，关键环节存在监管盲区，可能增加医疗风险；四是门诊服务呈现碎片化，比如诊室分散、标识不清、宣传不足，导致患者“找不对门、跟不准人”，就医体验和诊疗连续性会受到明显影响。

4.3.2 实施要点建议 依法执业与质量管理。实体化专病中心须严格遵循依法执业原则，坚守医疗质量安全底线，构建契合专病特色的全流程监管与质控体系。医院层面应制订《专病专收规则》《专病收治病种目录》及《专病质控标准》，开展专项监督检查，重点追踪专病收治率、专病路径执行率及高风险环节，比如MDT决策落实情况。实体化专病中心管理小组须依托MDT机制落实医疗核心制度，持续优化专病标准化诊疗路径，推动PDCA循环，系统提升专病诊疗质量与安全水平。

多学科医疗服务管理。MDT需实现制度化、常态化运行：一是明确专病收治率需达90%以上；二是规范协作频次与形式，例如每周至少组织1次多学科联合查房，治疗前应多学科查房等。该查房并非单一学科主导的常规查房，而是涵盖临床诊疗、影像诊断、病理评估等相关学科的协同诊疗场景，确保各学科从患者病情综合评估、个体化诊疗方案制定，到疗效监测与后续方案调整全程深度参与、协同决策。疑难危重患者需根据病情增加查房频次；三是值班安排需覆盖所有相关学科，如一线由内科医师值守、二线配备外科医师支持，确保专业问题及时响应；四是交接班环节须由多学科共同参与，重点交接危重患者病情及待协作事项；五是治疗过程中需及时开展多学科讨论，贯彻

“患者转组不转床，医生跟着患者走”原则，如外科术后患者可直接转入内科组延续治疗。此外，需与影像、病理、介入、康复、中医等支撑学科建立快速联动通道；健康宣教需整合多学科专业知识，共同推动协作从形式化走向实质化。

专病门诊管理。应构建患者友好型的专病门诊服务体系，实行“五个统一”：一是统一挂号入口，在医院预约平台单独设立“实体化专病中心门诊”目录，同时保留原学科门诊，通过双入口设置满足不同患者需求，便于患者根据自身情况精准预约；二是统一物理布局，整合专病中心相关学科诊室、检查室及健康宣教功能区，减少患者跨区域往返，提升就医便捷性；三是统一开诊时段，明确中心内不同专业专家的固定出诊时间，同时允许原学科门诊与专病门诊在同一时段开放预约，保障服务的全覆盖；四是统一导引标识，强化门诊宣传力度，通过院内电子屏、官方公众号、门诊手册等多渠道推送专病团队构成、诊疗范围、出诊信息，帮助患者快速识别服务内容；五是统一质控标准，与普通专科门诊实行同质化管理，保障专病门诊服务质量与安全。

4.4 专病路径

4.4.1 核心挑战 当前专病多学科诊疗路径管理面临的核心挑战在于：一是诊疗环节衔接，实体化专病中心的MDT若仅局限于住院阶段，在门诊、检查检验、康复及随访环节若存在脱节，易导致患者在不同诊疗阶段需反复适应新流程，影响诊疗连续性与效率；二是执行监控机制，专病路径涉及MDT，若缺乏有效信息化监控与反馈机制，关键环节（如多学科会诊时效、诊疗方案落实）易出现偏差或遗漏；三是非医疗服务整合，健康宣教、心理支持、流程导航等非医疗支持服务若不能有效融入治疗路径节点，将制约患者就医体验与诊疗质量的整体提升。

4.4.2 实施要点建议 全周期专病诊疗路径设计。实体化专病中心需制订覆盖“门急诊→检查检验→诊断→治疗→康复→出院→随访”全周期的《专病多学科诊疗路径》，路径设计应遵循以下核心原则：①以临床诊疗流程为主线：围绕患者从门急诊到出院后随访的全过程，明确实体化专病中心在诊疗各阶段的技术责任，识别院内跨科室协作环节（如临床医技科室转科、会诊支持）及院外协同环节（如转至基层医院康复随访），制订标准化协作路径，确保流程无缝衔接；②以学科临床实践为基础：结合本院技术优势与临床诊疗经验，形成兼



具特色性与可操作性的诊疗规范,避免脱离实际应用场景;③以循证医学证据为依据:参考最新循证医学研究成果和权威临床指南,确保诊疗方案的科学性与先进性;④以非医疗服务整合为补充:将健康宣教、心理支持、流程导航(如检查预约引导、转诊衔接)等非医疗服务纳入路径关键节点;⑤以多学科协同为目标:强调多学科团队协作,整合各专业优势,为患者提供全面、个体化的诊疗服务。

路径执行保障。一是将专病路径通过电子化系统[如临床决策支持系统(CDSS)]深度嵌入各诊疗环节,实现关键节点自动提醒、执行过程实时监控及偏差(如诊疗方案未按路径执行)自动预警;二是患者入径管理,门诊、急诊患者符合专病收治标准时,由接诊医师主动将其纳入专病路径(或通过系统规则自动纳入),并同步推送对应阶段诊疗指引;三是分工落地,明确各主体责任,比如护理团队主导健康支持服务,提供定制化宣教内容;门诊部/社工部承担流程导航职责,负责预约转诊衔接、检查资源协调及关键节点系统提醒触发;实体化专病中心团队制订标准化随访计划,依托信息系统实现随访自动提醒与执行跟踪;中心主任为路径执行第一责任人,应定期督查路径执行规范性,协调解决MDT中的流程梗阻;医疗管理部门联合信息部门统一专病数据标准,为路径执行监控提供数据支撑等。

4.5 教学管理

4.5.1 核心挑战 当前实体化专病中心教学管理存在的核心挑战在于:一是教学主体问题,研究生培养、规范化培训(以下简称“规培”)及进修管理仍沿用传统学科体系,未与实体化专病中心技术特色深度绑定;二是资源分配问题,导师动态上岗机制未体现专病导向,招生指标未向专病技术骨干倾斜,特色技术教学资源分散、效能稀释;三是能力培养问题,医师轮转安排未结合专病能力进阶需求,不利于“一专多能”复合型人才培养。

4.5.2 实施要点建议 教学归属与学科统筹机制。实体化专病中心的教学活动需严格归属对应三级学科统筹管理,由学科教学委员会(或称教研室)承担主体责任。具体而言,学科可以根据实体化专病中心技术特色与发展需求定向划拨研究生招生名额,优先保障专病骨干导师招生需求;同时以专病临床需求为核心设计课程体系,整合中心资源开设专病特色诊疗技术、MDT案例分析等核心技术课程,纳入学科必修课或选修课目录。此外,学科

教学委员会还需增设实体化专病中心代表席位,形成“学科制订教学标准与质控指标、中心负责技术带教落地”的协同教学管理模式,确保教学与临床实践紧密衔接。

规范化培训与进修管理。规培与进修应由医院教学管理部门统筹协调,将实体化专病中心纳入学科规培与进修基地体系,在学科指导下系统性承担培训任务。其中,规培学员需严格遵循国家规培标准,轮转到相应学科时需在传统专科与实体化专病中心交替实践,兼顾基础能力与专病特色技术学习;对来自相关临床学科的进修生,需安排在传统专科与实体化专病中心分时段轮转,帮助其获取全面临床经验、拓宽诊疗视野;同时为实体化专病中心开辟专项进修通道,对单独报名中心的进修生,聚焦“专病诊疗能力深化”,开展中心内精细化培养,确保其掌握专病核心技术。所有学员均需接受轮转中心的属地化管理,严格遵守考勤制度与轮转计划,各实体化专病中心则需承担教学主体责任,制订涵盖理论授课、核心技术模拟操作、多学科诊疗病例讨论等形式的特色教学方案。

“一专多能”医师培养。实体化专病中心应打造为“一专多能”医师孵化基地,通过系统化培养输出复合型医学人才。其中“一专”聚焦专病核心技术(如专病微创术式、精准诊疗方案制订等),需建立包含技术操作考核、病例处理评估的规范能力认证机制,确保医师熟练掌握核心技术;

“多能”则要求医师掌握关联学科基础技能及专病全流程管理能力。培养路径分三阶段推进:基础能力夯实阶段聚焦专病相关理论与通用临床技能,专病技术拓展阶段依托手术实操、病例研讨强化特色技术,MDT实践阶段通过参与MDT会诊、跨学科病例讨论提升协同能力。医院需配套实施以下支持政策:建立专项资源保障机制,合理配置手术资源、设备使用时间和培训机会;健全带教机制,由高年资医师带领开展技术传承和流程优化实践;建立动态优化机制,定期修订培养标准和方案,确保培养体系与临床需求同步发展。

4.6 科研管理

4.6.1 核心挑战 当前实体化专病中心科研管理面临的核心挑战在于:一是成果归属模糊,学术论文、专利等科研成果未明确标注学科与实体化专病中心双主体,学科影响力提升与中心技术品牌建设的协同不足;二是临床研究碎片化,MDT机制缺位,研究课题多分散于单个学科形成“孤岛式”研究,难以凝聚跨学科攻关合力解决重大临床问题;

三是技术转化迟滞,针对专病的新技术孵化支持政策缺乏聚焦性,未建立以“生存期延长、痛苦减轻”等临床指标为导向的政策倾斜机制;四是数据资产沉睡,专病相关数据分散在不同异构系统中,如果缺乏统一的数据治理体系,难以支撑高质量研究与技术创新。

4.6.2 实施要点建议 学术成果作者单位双标注。为持续提升学科影响力,实体化专病中心师生员工发表的学术成果(如论文等)须采用双单位标注方式,即同时标注所属学科临床/医技科室及实体化专病中心(如“胸外科/肺癌中心”),成果纳入学科与中心双重考核评价体系,旨在强化学科与实体化专病中心的协同发展,共同提升学术声誉和影响力。

专病数据库建设与数据治理。作为实体化专病中心科研管理的核心基础,应聚焦专病诊疗与研究需求,由医院信息管理部门牵头,整合电子病历、检验检查、影像病理、随访康复等多源异构数据,构建符合统一标准的专病数据库;该数据库需具备科研检索、专病队列构建、智能随访及临床辅助决策等特色功能,同时明确数据归集、质量控制及应用的责任主体,执行专病数据分级分类授权管理,所有操作流程需严格符合网络安全等级保护要求,最终形成高质量、高可用的专病数据库资产,全面赋能专病临床研究、疗效评价与诊疗方案优化。

临床研究多学科协同管理。实体化专病中心的临床研究需以“专病专研”为核心战略,通过多学科深度融合实现临床研究范式革新:组建固定的跨学科研究组,同时对研究流程进行标准化再造,设计一体化研究路径(受试者入组→规范治疗→疗效评估→手术/MDT方案调整→长期随访),建议配置专职研究助理统筹受试者全周期管理;医院层面需配套建立研究成果共享机制、伦理审核加速通道及全流程质量控制体系,保障多学科临床研究高效推进。

科研实验室管理。依托医院现有科研平台建设特色基础实验室,重点围绕专病发病机制研究与诊疗新技术研发开展工作,构建“临床问题提炼→实验室研究攻关→创新技术临床转化”的闭环体系;同时设置临床科学家双聘岗位(例如,实体化专病中心主任可同时聘任为专病研究室主任、对应用学科研究所副所长等),确保实验室研究方向与临床痛点、学科发展需求同频共振。

临床新技术孵化与支持政策。医院应对专病

临床新技术给予重点支持,其新技术需至少满足以下一项临床价值要求:提升诊断准确率、改善治疗效果、减轻患者痛苦、延长生存期或促进功能恢复。配套支持政策包括设立临床新技术专项基金并予以倾斜、开通配套设备采购绿色通道等,加速新技术从研发到临床应用的转化进程。

大项目大成果孵化支撑政策。针对大项目与大成果管理,实体化专病中心需构建“大项目孵化、大成果转化”的支撑体系,契合综合医院高质量发展方向。在大项目孵化层面,由学科统筹申报国家重点研发计划、重点专科建设项目等国家级专项,实体化专病中心需提供高质量临床队列数据与真实世界研究数据作为支撑;在大成果转化层面,建立成果转化收益在学科与中心间的合理分成机制,开通专利技术院内转化绿色通道,推动创新技术快速应用于临床实践,同时反哺学科科研能力与中心诊疗水平提升。

4.7 考核评价

4.7.1 核心挑战 当前实体化专病中心考核评价面临的核心矛盾在于:一是责任边界不清,难以科学界定实体化专病中心哪些考核指标需回归学科层面评估;二是考核指标同质化严重,未能根据专病特色实施差异化考核,导致“一把尺子量所有”的不公平现象;三是激励导向存在偏差,学科与实体化专病中心的考核导向未能形成有效协同,MDT导向不足、疑难重症导向不足等,影响整体医疗质量的提升。

4.7.2 实施要点建议 综合考核评价体系设计。实体化专病中心考核评价旨在科学评估实体化专病中心的运营成效,考核结果直接与中心绩效分配和科室评优评先相关。涉及国家学科建设评价的部分,应严格按照国家统一数据上报要求和学科编码口径执行。其指标设立应遵循四大核心原则:一是战略导向,确保考核指标与医院及实体化专病中心年度规划目标紧密衔接,使绩效考核服务于整体发展战略;二是“3E”导向,强调效率、效益与效果并重,推动医疗服务精益化改进;三是分类考评,根据各中心专业特点设计差异化考核指标与权重,兼顾公平性与针对性;四是创新倾斜,重点奖励多学科临床研究、疑难病例收治及技术创新突破,引导学科能力持续提升。同时,考核体系需遵循灵活调整与动态扩充原则,明确指标定义、规范统计口径,注重数据应用与持续改进,为资源配置、病种结构优化提供科学依据。

年度目标责任书制度。医院应建立实体化专



病中心年度目标责任书制度,作为考核评价的重要依据。明确当年度重点任务、质量目标、效率指标、创新目标及发展要求;目标责任书需结合医院整体战略规划与中心发展阶段特点制订,既包含可量化考核的核心指标,也涵盖定性评价的重点任务,聚焦质量提升、创新突破、教学优化、研究强化,同时强化学科影响力提升要求,并建立动态调整机制,确保目标与实际需求同步。

分层差异化考核机制。以年度规划指标(目标)为纲,遴选导向性强、客观量化、数据易获取的指标开展月度与年度考核,实现规划指标与考核指标的有机统一、月度考核与年度考核的有效衔接。月度考核以医疗指标为主,聚焦服务能力(门诊量、手术量)、效率(平均住院日、费用效率)、质量安全(CMI)等易获取的量化数据,结果直接用于绩效工资核算。年度考核以目标责任书的完成情况为主要依据,实体化专病中心作为特殊序列进行单独考核,纳入医院党建与事业融合考核体系,考核党建、学科建设、医疗、教学、科研、管理成效。年度考核结果与年终绩效分配、综合/专项先进集体评选、干部考评和资源配置直接挂钩。

实施学科、中心双轨考核机制。即医疗组长及医师依据人事、业务归属关系,将其考核指标核算至实体化专病中心,医疗类指标直接考核实体化专病中心;教学类指标考核至三级学科及以上层面,由学科统筹后同步应用于实体化专病中心评价;科研类指标优先考核实体化专病中心,同时将成果数据双算回所属学科,实现学科与中心考核的协同互补。

实体化专病中心患者服务的医疗质效监测。考虑到实体化专病中心作为医院服务专病患者的核心载体,建议建立独立于绩效考核的常态化医疗质效监测体系,驱动临床服务持续优化。该监测体系的一级指标可分为四大维度:一是区域辐射维度,评估门诊及住院专病患者的规模与结构,重点关注省市外患者占比、转诊患者占比等;二是专病诊治维度,通过病例难度(如CMI值)、高难度病例数量(各医院可自定义标准,如病组相对权重 ≥ 2 病例数)、核心病种收治率,衡量专病诊疗能力;三是医疗效率维度,聚焦风险标化平均住院日、时间消耗指数、费用消耗指数,评估资源利用效率;四是患者体验维度,以患者满意度为核心指标,反映服务质量与患者需求匹配度。

4.8 绩效核算

4.8.1 核心挑战 当前实体化专病中心绩效核算面

临的核心挑战在于:一是核算导向不匹配,传统绩效核算以手术台次、门诊量等业务量为核心,而实体化专病中心需聚焦疑难危重症的价值医疗,若未建立配套激励机制,易导致医师绩效不升反降;二是MDT贡献难计量,因缺乏明确的贡献度核算方式,不同专业组在协作后的绩效分配中易产生纠纷,影响协作稳定性;三是专业差异大,中心内不同专业医疗组在疾病诊疗链条中承担的任务性质不同,若按统一单价核算绩效,将挫伤部分专业组的工作积极性;四是非创收活动激励缺失,教学、科研等非直接创收活动若未纳入绩效核算体系,易导致医师形成“重临床轻创新”的倾向,制约中心长期发展。

4.8.2 实施要点建议 优化薪酬结构与核算方式。实体化专病中心绩效薪酬可采用岗位固定薪酬、绩效变动薪酬和专项薪酬相结合的复合结构,并根据不同医疗组专业特点定制差异化薪酬比例。其中,岗位固定薪酬按医务人员职称、年资等核心要素核定,确保其基本收入不受冲击;绩效变动薪酬以医疗组、病种为单位开展月度核算,结合月度考核评价结果引入技术难度当量,重点向高难度病例诊疗倾斜;专项薪酬则全面覆盖技术创新、MDT及教学科研贡献,弥补非创收活动的激励空白。此外,年度绩效以实体化专病中心整体为单位,依据党建与事业融合考核评价结果综合评定,全面衡量学科建设、团队发展等长期成效,实现短期激励与长期发展导向的有机结合。

明确绩效导向与核算重点。绩效核算需坚持价值导向,与医院整体考核框架协同的同时突出专病特色。核算重点应聚焦提升疑难危重疾病诊疗能力,核心关注专病专收专治率及诊疗难度指标,通过绩效杠杆持续优化收治结构。同步设立MDT专项绩效池,按贡献矩阵分配MDT项目收益,激发跨学科协作活力。对牵头制订诊疗路径、指南及实现技术转化的团队给予专项奖励,推动实体化专病中心品牌建设与可持续发展。

强化职责分工与属地管理。实体化专病中心绩效薪酬管理实行属地化原则,由实体化专病中心对在岗人员绩效分配实施一体化管理。中心管理小组需依据医院-科室绩效二级分配的指导原则,结合自身实际制订细化分配方案,确保内部绩效分配的公平性与合理性。同时,中心应建立畅通的政策传达机制,及时准确向全体医务人员宣导绩效薪酬制度,坚持科务公开,保障员工的知情权与参与权,凝聚团队共识,提升管理透明度。

5 结语

本共识系统性地提出了综合医院实体化专病中心建设与管理的框架体系,通过制订专病遴选标准、建设路径、运营管理模式等,为综合医院提供了可操作、可推广的实践指南。共识强调以患者为中心、以疾病为链条、以数据为驱动,推动实体化专病中心的建设与提质增效。

实体化专病中心建设涉及依法执业管理、人才培养、人事晋升、绩效分配等核心机制,仅依靠医疗机构自主推进存在较大困难,亟需上级政府部门发挥主导作用,为改革落地提供政策支撑。未来,实体化专病中心建设需进一步对接国家医疗改革总体方向,响应疾病谱变化趋势与前沿医疗技术发展需求,持续优化资源配置格局与医疗服务模式。为此,呼吁政府部门、医疗机构、学科团队及社会力量强化协同创新,共同探索实体化专病中心高质量发展路径,为推进健康中国建设提供坚实核心支撑。

本共识将持续修订完善,以期成为实体化专病中心规范化、科学化、精细化发展的根本遵循。

《综合医院实体化专病中心建设路径专家共识(2025版)》编审委员会成员名单

名誉主任委员: 李为民(四川大学华西医院), 李正赤(四川大学华西医院)

主任委员: 罗凤鸣(四川大学华西医院), 程永忠(四川大学华西医院)

执行主任委员: 吴泓(四川大学华西医院)

执笔专家: 李念(四川大学华西医院), 王颖(四川大学华西医院), 李谦(四川大学华西医院), 齐玲(广州市中西医结合医院), 钟彦(四川大学华西医院), 李大江(四川大学华西医院)

共识专家组(按姓氏笔画排序): 甘玉麟(南方医学大学附属珠江医院), 朱硕斌(北京大学第一医院), 刘大钺(中山大学附属第一医院), 刘作良(中南大学湘雅三医院), 杨旭丽(南昌大学第一附属医院), 肖俊会(广州市中西医结合医院), 吴剑宏(华中科技大学同济医学院附属同济医院), 张培海(成都中医药大学附属二医院、附属三医

院),林海(新疆医科大学附属第一医院),周鋆池(复旦大学附属华山医院),庞晓雯(空军军医大学第二附属医院),赵云龙(中山大学附属第六医院),赵媛媛(河北医科大学附属第一医院),冒殷(昆明医科大学附属第二医院),施森(四川省卫生健康委),翁雨雄(华中科技大学同济医学院附属协和医院),高卫益(上海交通大学附属瑞金医院),郭怡(南方医科大学附属南方医院),陶昊(青岛大学附属医院),陶澄(中南大学湘雅二医院),黄长盛(中南大学湘雅医院),锁涛(复旦大学附属中山医院),潘宇(哈尔滨医科大学附属第一医院),潘胜东(浙江大学医学院附属第二医院),戴胜(浙江大学医学院附属邵逸夫医院)

参考文献

- 1 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于印发公立医院高质量发展促进行动(2021-2025年)的通知. 2021.
- 2 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于印发公立医院高质量发展评价指标(试行)的通知. 2022.
- 3 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委关于推动临床专科能力建设的指导意见. 2023.
- 4 高解春. 临床诊疗:从MDT向专病中心的转化. 中国卫生质量管理, 2025, 32(4): 1-2.
- 5 Li X, Krumholz HM, Yip W, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet*, 2020, 395(10239): 1802-1812.
- 6 Goecks J, Jalili V, Heiser LM, et al. How machine learning will transform biomedicine. *Cell*, 2020, 181(1): 92-101.
- 7 李正赤. 四川大学华西医院:专病中心实现"按病择医". 中国卫生, 2023, (8): 40-41.
- 8 Kesson EM, Allardice GM, George WD, et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ*, 2012, 344: e2718.
- 9 健康报. 四川大学华西医院:专病中心的AB面. 2024-09-23.
- 10 Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*, 2010, 39(Suppl 1): 196-197.
- 11 薛丽萍, 押新珂. 公立医院“一院多区”管理模式下运营效率提升的路径研究. 中医药管理杂志, 2025, 33(13): 183-185.
- 12 陈曲, 翟子妍, 孟开. 我国公立医院“一院多区”研究现状分析. 中国医院, 2025, 29(4): 31-34.
- 13 李奕, 程辉, 袁柏春, 等. 公立医院多院区差异化布局的探索与思考. 中国医院管理, 2023, 43(5): 93-96.

收稿日期: 2025-09-16 修回日期: 2025-10-10

本文编辑: 熊鹰

