

国家区域医疗中心建设项目管理：经验、挑战与对策——以北京大学人民医院青岛医院为例

高平^{1,2} 刘丙存^{1,2}

1. 北京大学人民医院青岛医院 山东 青岛 266000

2. 青岛市妇女儿童医院 山东 青岛 266000

摘要：国家区域医疗中心建设是优化医疗资源布局、推动优质医疗资源下沉的关键举措。本文基于《“健康中国2030”规划纲要》及相关政策文件，结合北京大学人民医院青岛医院的建设实践，分析了由国家顶级医院（输出单位）、地方合作医院（依托单位）与地方政府（项目建设单位）三方构成的项目管理模式。文章重点探讨了在此特殊管理架构下，因各方定位、职责与目标差异所引发的项目管理冲突，如功能需求与投资控制的矛盾、长远规划与短期政绩的张力等，并深入剖析了问题成因。在此基础上，从建立健全协同管理机制、强化医院前期深度参与、明确各方权责边界等维度，提出了系统性的管理对策与实施路径，以期同类项目的顺利推进提供可借鉴的经验，促进形成“目标一致、合作共赢”的建设局面。

关键词：国家区域医疗中心；输出医院；依托医院；项目管理；协同治理

引言

近年来，为贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》中关于“建设一批引领国内、具有全球影响力的国家级医学中心，建设一批区域医学中心”的战略部署，以及《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》中“有序推进国家医学中心、国家区域医疗中心设置建设”的具体要求，全国范围内掀起了国家区域医疗中心的建设热潮。此举旨在通过顶级医疗资源的定向输出与扩容，有效解决医疗资源分布不均衡、患者跨区域就医等突出问题，最终实现“大病不出省”的战略目标。然而，在国家区域医疗中心项目的具体建设过程中，其管理复杂性远超常规基建项目。根据国家发展改革委、国家卫生健康委等部门联合印发的《区域医疗中心建设试点工作方案》（发改社会〔2019〕1670号）等文件精神，项目涉及输出医院（优质医疗资源供给方）、依托医院（资源承接与落地平台）与地方政府项目建设单位（投资与建设主体）三方主体。这三方因所处地位、核心诉求与管理重点不同，在项目管理中极易产生思路盲点与管理冲突，若协调不力，将直接影响项目建设成效与后期运营效率。因此，深入剖析这一特殊管理模式下的矛盾根源，探索行之有效的协同管理路径，具有重要的现实意义与紧迫性。本文拟结合北京大学人民医院青岛医院的实践案例，对此进行探讨。

1 国家区域医疗中心建设项目中的特殊管理模式与内在冲突

国家区域医疗中心的建设，构建了一种超越传统二元关系的“三方管理架构”。深刻理解各方定义与职责，是分析管理冲突的前提。

1.1 各方法定角色与核心诉求分析

(1) 输出单位：根据政策文件，主要指“在京、沪等医疗资源富集地区遴选”的顶级医院，其核心使命是输出“人才、技术、品牌和管理”。在项目建设中，其关注焦点在于强势学科的异地布局与无缝落地，确保新建或改扩建的硬件设施能够完全支撑其顶尖技术的开展和水平人才的执业需求，从而保证“品牌输出”的质量与声誉。例如，在北京大学人民医院青岛医院项目中，输出单位北京大学人民医院最为关切的是其血液、胸外、创伤三大院士学科体系，以及20余个国家重点专科所需的手术室、实验室、重症监护、移植仓等专业空间与设备配置能否高标准实现。

(2) 依托单位：即政策中“鼓励试点地区选择具备一定基础的现有医疗机构”。其核心诉求是在引入顶级资源的同时，实现自身学科的融合、提升与整体发展，并确保项目建成后能与自身现有院区、管理体系平稳融合。在本案例中，青岛市妇女儿童医院作为依托单位，既希望借助输出单位的优势弥补自身短板，也需考量如何协调其原有的妇产、儿科强势学科与引入学科的关系，以及未来运营的模式。

(3) 项目建设单位：通常为地方政府或其指定的卫生健康部门。其角色是项目的投资方和建设管理方，核

心职责是确保工程在投资概算、建设工期、工程质量和施工安全等传统基建控制目标内完成。其决策往往受到地方财政预算、政府绩效考核指标等制约。

1.2 管理冲突的主要表现及原因分析

三方诉求的交织，在实践中引发了以下几个突出的管理冲突：

1.2.1 冲突一：功能最优与投资可控的矛盾

(1) 表现：医院（输出与依托单位）从医疗功能与未来发展出发，倾向于提出更高标准、更有前瞻性的建设需求，如信息化方面的扩展性、特殊诊疗区域的设置、远程会诊中心功能需求等，这些往往需要工程造价方面给予倾斜。而项目建设单位从控制投资角度，倾向于采用标准化、经济化的建设方案，对医院的部分使用需求审慎批复。

(2) 原因分析：根源在于价值目标的差异。医院追求的是全生命周期内的医疗运营效能最大化，而建设单位追求的是项目建设期内的成本与风险最小化。双方缺乏对“全生命周期成本”概念的共识。

1.2.2 冲突二：长远规划与短期政绩的张力

(1) 表现：国家区域医疗中心的建设是百年大计，需要前瞻性规划，尤其对于分期建设的项目，一期必须为二期乃至远期发展充分预留接口和发展空间。而地方政府项目建设可能面临任期内“看得见”的政绩考核压力，有时会倾向于压缩前期准备时间，或对需要长期投入但短期效益不明显的配套工程缺乏积极性。

(2) 原因分析：本质是时间维度的错位。医院的规划基于学科发展规律（常以5-10年甚至更长为周期），而政府项目考核往往与行政周期同步。

1.2.3 冲突三：专业壁垒与沟通效能的障碍

(1) 表现：医疗流程设计（如一级流程-医院功能布局，二级流程-科室内部流线，三级流程-房间内部功能配置）具有极强的专业性，建筑设计单位若不深入理解，极易造成设计返工或建成后无法使用。医院使用科室提出的需求往往是碎片化、非标准化的，如何将其高效、准确地转化为设计语言是一大挑战。

(2) 原因分析：存在显著的信息不对称。建筑师与医疗工作者分属不同专业领域，缺乏通用的“翻译”机制和有效的沟通平台，导致需求传递失真。

2 项目管理难题的协同解决路径与实践策略

针对上述冲突，北京大学人民医院青岛医院项目在探索中形成了一系列行之有效的管理策略。

2.1 构建制度化协同平台：项目联席会议机制

为解决三方沟通不畅、决策链条冗长的问题，医院

建立了项目定期联席会议制度，将沟通协作纳入规范化轨道。

(1) 组成与频率：会议由项目建设单位牵头，输出医院、依托医院的项目负责人、临床科室代表（涵盖内科、外科、医技科室等关键科室），以及设计、施工、监理等参建单位负责人共同参加，确保各方核心角色全覆盖。原则上每两周召开一次，遇重大事项（如突发施工难题、设计方案重大调整）可临时加开，保障问题及时响应。

(2) 议题与效力：会议不仅通报工程进度、质量安全等基础信息，更集中审议专项技术方案（如手术室净化系统方案、放射科防护设计方案）、协调解决医院使用功能与施工方案的冲突（如病房布局与施工流线矛盾）、确认重大设计变更（如医疗设备用房尺寸调整）。会后24小时内形成正式会议纪要，明确事项责任人、解决时限，经各方签字确认后作为具有约束力的执行文件，确保决策的权威性和事项的闭环管理。

(3) 价值：该机制将零散的、非正式的沟通变为定期的、程序化的正式协商，避免信息传递偏差，为三方提供了稳定的对话渠道，是化解分歧、凝聚共识的核心平台^[1]，有效提升决策效率与执行力度。

2.2 强化前端控制：以详尽设计任务书引领规划

“谋定而后动”，一份高质量的设计任务书是统一三方思想、指导项目方向的纲领性文件，是减少后期变更的关键前提。

(1) 对表对表：我们首先组织输出医院与依托医院的专家团队（包括医疗管理、临床技术、工程建设领域专家），结合国家《综合医院建设标准》《医院洁净手术部建筑技术规范》等政策要求，明确项目在学科设置（如重点打造心血管内科、骨科等特色学科）、床位数（规划总床位800张，一期开放400张）、设备配置（如配备3.0T核磁共振、64排螺旋CT等高端设备）等方面的硬性要求^[2]。

(2) 需求整合：在此基础上，将输出医院的强势学科需求（如心血管介入治疗中心的特殊布局需求）与依托医院的本地化发展需求（如适应青岛地区常见病种的门诊布局需求）进行整合优化，形成一份详尽的《项目设计任务书》。该任务书不仅明确了各功能区域的面积分配（如门诊大厅1200m²、手术室每间45m²），更细化到重点科室、重点房间的工艺需求（如水电接口位置、医用气源压力标准、放射科防护铅当量、ICU净化级别、信息化系统接口类型等），为设计单位提供清晰、全面的输入条件，从源头上减少因需求不明导致的后期变更^[2]。

2.3 深化过程参与：全程介入医疗工艺流程设计

医院方必须从“结果的接受者”转变为“过程的深度参与者”，确保设计方案贴合实际医疗需求。

(1) 科室全程介入：我们要求所有临床科室（如内科、外科、妇产科、儿科）和职能科室（如医务科、院感科、后勤保障科），从方案设计、初步设计到施工图设计的各个阶段，都必须派专人（科室负责人或技术骨干）参与图纸评审，对设计细节提出专业意见。

(2) 分级流程对接：设计单位完成一、二、三级流程设计后，均组织使用科室和医务、院感等职能部门参加的专题对接会，确保每一级流程都符合医疗规范和使用习惯^[3]。如医疗流线（患者就诊流线、医护工作流线、药品物资流线）是否合理、房间面积与布局（如病房是否满足陪护需求、治疗室是否便于操作）是否满足使用功能、检验科样本传递路径是否符合院感要求、机电点位（如插座数量、照明亮度）是否满足医院设备设施要求、污物流线设置是否避免交叉感染等，都需要在图纸各阶段逐一确认，形成书面确认意见存档。

2.4 注重前瞻预判：统筹施工与运营的衔接

项目管理需具备前瞻性，提前考量施工与运营的衔接要点，为后续工作扫清障碍。

(1) 总体规划，分步实施：对于分期项目，我们坚持“统一规划”原则，在一期设计中就为二期项目的功能衔接（如门诊楼与二期住院楼的连廊设计）、管线对接（如给排水、供电、弱电管线预留接口）、交通组织（如停车场扩容预留空间）等预留充分条件，避免建成后形成新的“孤岛”^[4]，减少后期改造成本。

(2) 提醒特殊需求：医院应主动提醒项目建设单位、施工单位关注医疗项目的特殊需求，如大型医疗设备（MRI、CT等）的运输路径（预留足够宽度的通道、承重符合要求的楼板）和安装条件（设备基础尺寸、接地要求）、信息化系统与医院现有HIS/LIS/PACS的兼容性测试（提前进行数据接口调试）、医疗固定家具的配置（护士站台面高度、治疗室药品柜布局）、内配物资配套（医用办公家具材质符合环保要求、信息设备适配医疗系统、窗帘隔帘具备防火阻燃功能）以及安防监控、一键报警系统需满足公安部最新标准（如监控覆盖无死角、报警响应时间不超过10秒）等^[5]。

(3) 组织现场踏勘：每月组织临床和后勤科室人员进入施工现场，一方面让使用者直观了解空间布局，便于提前规划科室内部陈设和搬家方案（如设备摆放位置、物资存储区域）；另一方面让后勤人员提前熟悉设备用房（如配电室、水泵房）、管井等关键部位的位置和操作流程，为后续的运维管理打下基础，确保项目交付后快速投入运营。

3 结论与展望

国家区域医疗中心的建设是一项复杂的系统工程，其成功不仅依赖于输出医院顶尖的医疗技术，更取决于项目前期与建设期高效、协同的管理水平。实践证明，由输出单位、依托单位与项目建设单位构成的三方管理架构，虽然天然存在目标与诉求的差异，但通过建立制度化的协同机制、强化医院前端的需求管理与过程控制、并始终坚持以医疗功能和使用效能为核心，完全能够化解管理冲突，将挑战转化为共赢的机遇。

北京大学人民医院青岛项目的管理经验表明，将现代项目管理理念与医疗行业的特殊性深度融合，是确保国家区域医疗中心从“物理建成”到“功能实现”的关键。未来，随着更多国家区域医疗中心的落地，其项目管理经验有待进一步总结、提炼和标准化，为我国优质医疗资源的科学扩容与区域均衡布局提供坚实的体系保障。

参考文献

- [1]李宏杨,尚智鑫,马欣,等.国家肿瘤区域医疗中心建设实践与思考[J].医院管理论坛,2025,42(10):3-6.
- [2]高文娟,乔迎光,郑胜寒.共建模式下国家区域医疗中心同质化管理实践研究[J].卫生经济研究,2025,42(10):52-55+61.
- [3]高放,李爽,鱼锋,等.基于SWOT分析的国家区域医疗中心人员派驻管理初探[J].中国卫生质量管理,2025,32(08):25-28.
- [4]苗豫东,朱东方,胡建平,等.国家区域医疗中心交易费用的形成机理与政策启示[J].中国卫生政策研究,2024,17(12):14-20.
- [5]薛青山.关于建设国家区域医疗中心的财务管理优化探讨[J].中国农业会计,2024,34(23):110-112.