党建引领下社区卫生服务中心医防融合的实践与思考

——以上海市浦东新区高行社区卫生服务中心“心药相依月月约”品牌为例

张琪[1]，陈日明[1]，刺丹[1]，徐晓东[1]，陈舒岚[1]，朱婧怡[1]，黄晓玲[1]，霍昱钊[1]，凌浩青[1]，张瑜[1*]，徐张明[1*]，许国祥[1*]

1. 上海市高行社区卫生服务中心，201208

*作者简介：第一：张琪，1992.01，上海市高行社区卫生服务中心公共卫生科科长，中级职称，主要研究方向为：公共卫生、卫生管理。通讯：张瑜，上海市高行社区卫生服务中心副主任；徐张明，上海市高行社区卫生服务中心主任；许国祥，上海市高行社区卫生服务中心党支部书记。

摘　要：医防融合是基层卫生健康事业高质量发展的生命线，但在实践中普遍存在临床与公卫“两张皮”、资源下沉“一阵风”、居民健康需求匹配度不高等梗阻，核心症结在于缺乏强有力的统筹引领核心。上海市浦东新区高行社区卫生服务中心党支部创新打造“心药相依月月约”党建品牌，探索构建“党支部+医联体+共建单位+居村”四维联动工作体系。通过“政治引领定方向、组织嵌入强统筹、资源联动破壁垒、需求导向提实效、党员示范聚合力”，将党的政治优势、组织优势切实转化为基层防病治病的治理效能。本文系统梳理该模式的运行机制、初步成效及制约瓶颈，提出推动基层医防深度融合的对策建议，为超大城市基层医疗卫生机构以高质量党建引领高品质健康服务提供实践参考。

关键词：党建引领，医防融合，社区卫生服务中心，基层党建品牌，慢性病全周期管理

基金项目：本项目由《党建引领下社区卫生服务中心医防融合的初探》课题支持，课题编号：2026PDWS38。

1　把稳思想之舵：党建引领医防融合的时代命题与基层困境

党的二十大报告明确强调，要把保障人民健康放在优先发展的战略位置，深化医药卫生体制改革，促进医防协同、医防融合[1]。从“以治病为中心”全面转向“以健康为中心”，基层社区卫生服务中心既是筑牢全人群健康防线的“守门人”，也是检验主题教育成效、践行“人民城市”重要理念的第一线[2]。然而，立足公共卫生科日常管理与临床实践观察，当前基层推进医防融合仍面临着诸多“深水区”壁垒[3]：

（1）业务条线协同不畅：临床诊疗与公共卫生分属不同科室，全科医生忙于门诊开药，公卫医师困于随访台账，缺少统一的调配中枢，极易陷入“各自为战”的割裂状态[3]。

（2）信息系统互联不足：门诊电子病历、居民健康档案与慢病随访系统未能实质融合，居民健康数据呈“碎片化”，难以形成动态连续的健康全景画像[4]。

（3）服务供给与需求错配：以往的健康科普多采取“上面讲什么、群众被动听”的传统义诊模式，针对性弱、黏性差，难以触及患者真实的日常健康痛点[5]。

（4）优质资源下沉缺乏长效机制：上级医联体专家多以单次会诊、节日义诊等形式下沉，“来一次、走一次”，未能与社区形成持续性沉淀机制[6]。

上述问题的根源，本质在于缺乏一个能总揽全局、打破部门行政区隔、跨界协调社会资源的统筹中枢[7]。社区卫生服务中心党支部作为基层的战斗堡垒，具有无可比拟的

政治穿透力与组织动员力，唯有依靠党建引领，才能把业务缝隙“缝合”起来，把多方力量“拧成一股绳”[8-9]。

2 筑牢组织之魂：党建引领医防融合的内在逻辑与枢纽功能

基层党建不是空洞的口号，而是推动中心事业破局的“发动机”与“稳定器”。在社区医防融合实践中，党支部必须精准发挥四大核心功能：

（1）政治领航把方向：将医防融合上升为党支部议事决策的“置顶”议题，确保医疗服务的公益属性，坚决纠偏“重医轻防”“以药养医”的惯性思维[2,8]。

（2）组织嵌入织经纬：打破全科、公卫、护理、医技等条线壁垒，把党组织建在学科联合体与慢病管理团队上，建立党员骨干跨专业协同机制，实现业务融合到哪里、组织支撑就跟进到哪里[7,9]。

（3）开门共建聚资源：依托区域化党建平台，向上串联三级三甲医联体专科力量，向下扎根居村委与楼宇园区，实现技术、人员、场地与阵地的立体聚合[6]。

（4）党员示范提品质：设立党员先锋岗、责任区，让党员医护亮身份、挑重担，在最难落实的重点人群上门随访、慢病用药依从性干预中当先锋、作表率[9]。

3 深耕实干之策：高行社区“心药相依月月约”的生动探索

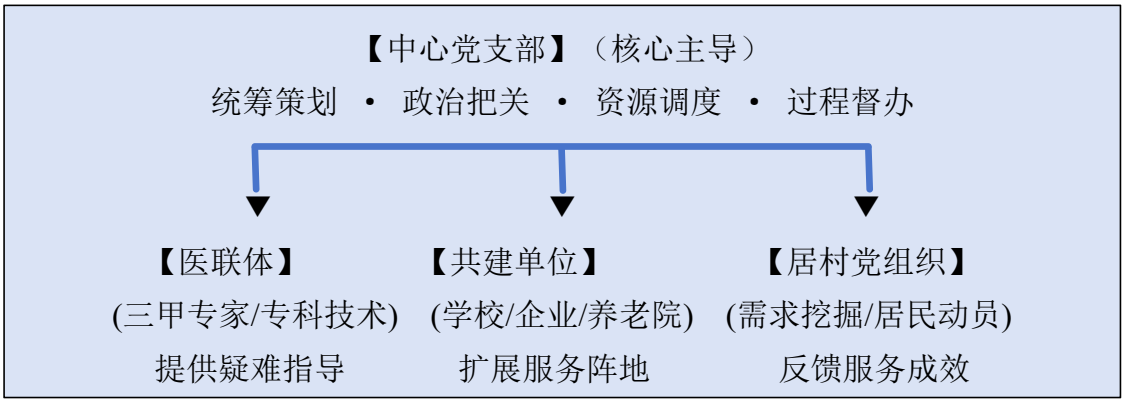
针对辖区常住人口多、老龄化程度深、动迁导入人口多且慢病干预碎片化等痛点，高行社区卫生服务中心党支部聚焦“群众所盼、支部所向”，牵头孵化了“心药相依月月约”党建品牌。

3.1 品牌的内涵重塑：从“临时动员”到“月度长约”

“心药相依”寓意“以心换心建立医患信任，以药相助规范专病诊疗，医患同心共筑健康防线”；“月月约”则破除传统义诊的随意性，通过固定时间、固定频次、固定主题，与社区居民订立长期健康契约，形成可预期的常态化服务习惯[5]。

3.2 架构的体系重塑：“四维联动”构建协同共同体

中心党支部牵头搭建起上下贯通、多方共融的“四维联动”机制，明确权责闭环[6-7]：



（1）党支部担纲“指挥中枢”：负责抓总统筹、方案审定与督查考核[8]。

（2）医联体筑牢“技术靠山”：与中山医院、公利医院等三级医院专科党支部共建，推动心血管、内分泌、呼吸等专家下沉社区，开展疑难病例联合研讨与健康指导[6]。

（3）共建单位拓宽“覆盖阵地”：联合辖区学校、企事业单位及养老机构，推动医防协同阵地从中心门诊向社区生活圈延伸。

（4）居村党组织担任“前沿触角”：发挥网格党组织穿透力，负责前置摸排居民

真实关切、组织目标人群参与，并全程监督服务质效[7]。

3.3 机制的精准运转：变“上级配餐”为“群众点单”

（1）需求导向定专题：每年年初，党支部面向居村党员骨干与群众代表征集“健康心愿”，将体检中反响最强烈、误区最多的问题列入计划。例如，针对群众体检后的“结节恐慌”，定制“肺部小结节”专题科普；结合中老年多发病，排定体重管理、耳鼻喉病变等系列专题，做到“期期有爆点、月月解民忧”[4]。

（2）清单管理保闭环：每一期活动实行“一单一表一复盘”，明确党员责任人、授课专家、场地统筹和随访要求，确保活动有始有终、步步留痕。

3.4 活力的长效激发：党员先锋岗与健康责任区

中心党支部将党员医护的业务特长与服务清单深度匹配，设立“党员先锋宣讲岗”，成立由党员公卫医师与全科医生组成的骨干团队，主动认领辖区困难居村[9]；划定“党员健康责任区”，每名党员重点结对高龄、失能、独居等特殊慢•病老人，开展每月一次的用药排查与健康访视，把组织关怀送至床头床边[2]。

3.5 取得的初步实践成效

截至2026年上半年，品牌已连续开展11期，累计惠及群众1800余人次。

（1）群众获得感显著增强：居民对慢病规范防治的知晓率与参与度明显提升，从“要我防”转变为“我要防”。

（2）医防工作实现实质破局：全科门诊处方用药指导、公卫生活方式干预与专科转诊在同一闭环平台有机嵌合，重点慢性病规范管理率稳步改善。

（3）党建工作彰显烟火温度：党员在深入里弄、服务群众中增强了初心使命与群众工作本领，彻底改变了过去“党建是坐而论道、业务是忙忙碌碌”的脱节现象。

4 直面问题之弊：制约深化推进的四大瓶颈

作为公卫条线的牵头科室，在复盘中我们清醒看到，当前党建引领医防融合尚处于由“点上破局”迈向“面上成势”的过渡期，仍有若干瓶颈亟待突破[3,10]：

（1）机制运行尚存“活动化”惯性：部分工作仍依赖于阶段性的集中宣教与节日式动员，尚未完全转化为全天候、制度化的业务协同内生动力。

（2）信息壁垒未实现实质贯通：活动参与记录、健康宣教反馈尚未全面并入基层全科诊疗 HIS 系统与公卫条线数据库，难以依靠大数据开展精准健康画像和纵向效果追踪[4]。

（3）医联体专家下沉深度仍显不足：目前专家多停留在“讲课答疑”层面，在全科医生临床带教、社区专病科研孵化、联合病房管理等深层次领域的介入度还需拓宽[6,10]。

（4）效果评价缺乏多维量化标尺：评价主要依赖活动场次、受众人数等过程指标，缺乏反映人群健康结局（如血压达标率、因并发症住院率下降度）的综合评价体系[3]。

5 探寻破局之径：以高质量党建深化医防融合的优化对策

为进一步擦亮品牌，推动“心药相依月月约”转化为制度化的基层健康治理成果，中心党支部拟从以下五个维度持续发力：

5.1 深化“同谋划、同部署、同考核”，彻底消除“两张皮”

将医防融合指标纳入党支部“三重一大”决策内容和科室年度考核核心指标。设立

“党建+业务”双向考评细则，将党员医护在医防协同、慢病随访中的表现与评先评优、绩效考核硬性挂钩，以刚性考核倒逼业务融合[9]。

5.2 推动“四维联动”走向制度化，做实区域共建共同体

与医联体专科党组织签订包含“专科专病联合门诊、临床导师结对带教、双向转诊绿色通道”的年度深层协议，变“专家走穴”为“专病共建”[6]；依托居村党建微网格，将家庭医生服务团队全面嵌入社区微网格服务站，把医防融合打造成居民“家门口”的生活常态[5-7]。

5.3 破除数据壁垒，重构数字化慢病全周期闭环

由党支部牵头协调信息化技术力量，在确保医疗数据安全的前提下，推进门诊诊疗数据、公卫档案与党建服务台账的底层联通[4]。构建“筛查预警—精准建档—分类随访—专家转诊—康复回访”的数字全周期管理闭环，让每一次健康宣教都有随访跟进、每一次门诊开药都涵盖公卫干预。

5.4 坚持分层滴灌，做精做细差异化健康服务包

摒弃大水漫灌式的传统健康宣教，针对不同人群实施“红黄绿”三色精准干预机制[4-5]：

（1）红标（高危及失能重症人群）：由党员医护先锋队上门建档巡视，实施多学科联合监护与特约就医通道。

（2）黄标（指标不稳定慢性病人群）：依托“月月约”专题活动，强化生活方式精准干预、精准用药管理与跟踪复查。

（3）绿标（普通居民及潜在慢病风险人群）：普及治未病与健康生活方式，培育社区群众健康自我管理小组自治能力。

5.5 建立双维评估体系，以量化清单促长效提升

建立涵盖“组织力建设”（党组织跨界协调率、党员参与率、共建项目达标率）与“健康治理效能”（慢病规范管理率、并发症筛查率、重点人群签约满意度）的双维考评模型[2-3]。结合实践经验，动态编制《“心药相依月月约”品牌服务优化清单》，形成“发现问题—支部议事—清单推进—成效检验”的自我进化闭环。

参考文献：

[1] 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[M]. 北京：人民出版社, 2022.

[2] 施纯堋, 翁玲玲, 陈楚. 紧密型县域医共体背景下基层医务人员满意度现状及影响因素研究[J]. 中国农村卫生事业管理, 2024, 44(11): 817-823.

[3] 李妍斐, 沈芳芳, 黄雪飞. 新时代公立医院党建和业务工作融合发展的机制研究[J]. 现代医院, 2023, 23(2): 187-190.

[4] 孙健, 寇兆强, 王恩俊, 等. 基层医疗卫生机构“一体两翼”医防融合型慢性病管理服务模式研究[J]. 中国公共卫生管理, 2024, 40(5): 630-635.

[5] 王芳芳, 郭运翠, 吴小艳, 等. “紧密型县域医共体”建设背景下基层医疗机构感控核心要素实施现状和策略[J]. 中华医院感染学杂志, 2025, 35(18): 2821-2825.

[6] 王纪超, 陈洁, 郭琳琳. 社区卫生服务机构的医防融合现状与管理对策[J]. 中国卫生产业, 2025, 22(7): 225-228.

[7] 丁雁, 徐泽军, 陈哲华. 事业单位党建与业务工作深度融合的路径研究与基层实践[J]. 南方论刊, 2024, (1): 57-59.
[8] 孙硕. 医防融合政策文本和执行研究: 基于山东省16地市社区卫生服务中心的调查[D]. 山东师范大学, 2025.
[9] 刘兰芳, 姚岚. 基层卫生健康事业高质量发展内涵与路径分析[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(1): 17-23.
[10] 李钦海, 王金香. 浅议“三高共管六病同防”医防融合慢性病管理服务模式[J]. 中国农村卫生, 2022, 14(8): 47-48.