

Обзорная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2026.01.008

Университетские клиники в Китае: организационные модели и роль в системе здравоохранения

Михаил Викторович Черняев

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация;
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

mikhailcherniaev@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4925-7475>

Аннотация. В статье представлен комплексный анализ организационных моделей университетских клиник Китайской Народной Республики на основе изучения восьми ведущих медицинских центров за период 2020—2025 гг. Исследованы ключевые характеристики интеграции медицинского образования, научных исследований и клинической практики. Рассмотрены системы финансирования, публикационная активность, роль в национальной системе здравоохранения. Выявлены четыре основные организационные модели — полная интеграция с университетом, автономная модель с элементами государственно-частного партнерства, сетевая модель распределенной интеграции и специализированная военно-медицинская модель. Особое внимание уделено достижениям в трансплантологии, генной терапии и цифровой трансформации. Определены перспективы адаптации китайского опыта для развития академических медицинских кластеров в Российской Федерации.

Ключевые слова: университетские клиники, образование в Китае, медицина в Китае, академический медицинский кластер.

Для цитирования: Черняев М. В. Университетские клиники в Китае: организационные модели и роль в системе здравоохранения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2026. № 1. С. 57—62. doi:10.69541/NRIPH.2026.01.008.

Review article

University clinics in China: organizational models and role in the healthcare system

Mikhail Viktorovich Chernyaev

RUDN University, Moscow, Russian Federation;
FGBU «NMIC TPM» of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russian Federation
mikhailcherniaev@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4925-7475>

Annotation. The article presents a comprehensive analysis of the organizational models of university clinics in the People's Republic of China based on a study of eight leading medical centers for the period 2020—2025. The key characteristics of the integration of medical education, scientific research and clinical practice are investigated. Financing systems, publication activity, and the role in the national health system are considered. Four main organizational models have been identified: full integration with the university, an autonomous model with elements of public-private partnership, a network model of distributed integration, and a specialized military medical model. Special attention is paid to advances in transplantation, gene therapy and digital transformation. The prospects of adapting the Chinese experience for the development of academic medical clusters in the Russian Federation are determined.

Key words: university clinics, education in China, medicine in China, academic medical cluster.

For citation: Chernyaev M. V. University clinics in China: organizational models and role in the healthcare system. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2026;(1):57–62. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2026.01.008.

Введение

Актуальность исследования обусловлена активным реформированием российской системы здравоохранения и формированием национальной сети академических медицинских кластеров. В условиях поиска оптимальных организационных моделей представляет значительный интерес анализ успешных зарубежных практик интеграции медицинского образования, науки и клинической практики.

Выбор объектом исследования университетские клиники Китайской Народной Республики опреде-

лен рядом ключевых причин. Во-первых, Китай демонстрирует впечатляющие результаты в создании масштабных, эффективно функционирующих академических медицинских центров, объединяющих образование, науку и клиническую практику в единый комплекс. Во-вторых, опыт КНР представляет особый интерес для России в силу наличия общих вызовов, связанных с управлением крупными государственными медицинскими организациями и необходимостью реформирования системы здравоохранения. В-третьих, углубленное научное и технологическое партнерство между Россией и Китаем,

включая сферу медицины, делает изучение китайской модели не только теоретически, но и практически целесообразным.

Реформы здравоохранения в Китае с 2009 года привели к созданию многоуровневой системы медицинской помощи, в которой университетские клиники категории 3А выполняют ведущие функции оказания высокотехнологичной помощи, подготовки медицинских кадров и проведения научных исследований. Согласно исследованиям, китайские медицинские учреждения вносят около 14,6% в глобальную научную продукцию в области здравоохранения, более 80% публикаций создаются в рамках международного сотрудничества, охватывающего 82 страны мира [1].

Целью настоящего исследования явились анализ организационных моделей университетских клиник Китая и оценка их эффективности в реализации ключевых функций академического медицинского центра.

Материалы и методы

Исследование основано на систематическом обзоре литературы и анализе данных за период 2020—2025 гг., полученных из открытых источников, таких как официальные отчеты китайских медицинских учреждений, публикации в международных рецензируемых журналах, нормативные документы системы здравоохранения КНР, статистические сборники.

Для обеспечения репрезентативности выборки были отобраны восемь университетских клиник, представляющих различные организационные модели и географические регионы Китая, такие как Больница Пекинского университета (Peking University Hospitals), Западно-Китайская больница Сычуаньского университета (West China Hospital, Sichuan University), Больницы Университета Фудань (Fudan University Affiliated Hospitals), Больница медицинского колледжа Пекинского союза (Peking Union Medical College Hospital, PUMCH), Больница Китайско-японской дружбы (China-Japan Friendship Hospital), Главный госпиталь Народно-освободительной армии Китая (PLA General Hospital, 301 Hospital), Институт клинической неврологии Университета Цинхуа (Tsinghua University Clinical Neuroscience Institute), Мемориальная больница Сямынь Чанг Гун (Xiamen Chang Gung Memorial Hospital).

Методы исследования включали сравнение и анализ организационных структур, содержательная оценка отчетной документации, статистический анализ профильной деятельности. Для оценки эффективности использовалась система ключевых показателей, включающая медицинские, образовательные, научные и экономические параметры.

Результаты

Система здравоохранения Китая и место университетских клиник

С 2009 года в Китае функционирует строгая трехуровневая система классификации медицинских уч-

реждений, утвержденная Министерством здравоохранения КНР:

К первому уровню (первичному) относятся городские и сельские поликлиники, центры здоровья (20—100 коек), которые оказывают базовые медицинские услуги и профилактическую помощь. Ко второму уровню относятся городские и уездные больницы (100—500 коек), которые занимаются специализированной медицинской помощью, лечением более сложных случаев и в которых выполняют хирургические операции. К третьему уровню относятся провинциальные и муниципальные больницы (более 500 коек), в которых оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, выполняются научные исследования и обучение медицинского персонала. Внутри третьего уровня существует градация: 3С (базовый), 3В (средний), 3А (высший уровень).

Все анализируемые университетские клиники относятся к категории 3А — высшему уровню китайской системы здравоохранения. Их отличительной особенностью является выполнение тройной миссии, заключающейся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, подготовке медицинских кадров высшей квалификации и проведении фундаментальных и прикладных научных исследований [2—4].

Организационные модели университетских клиник

При оценке организационных структур университетских клиник можно выделить шесть принципиальных варианта, это модель полной интеграции с университетом, автономная модель с элементами государственно-частного партнерства, сетевая модель распределенной интеграции, международная кооперационная модель, специализированные научно-клинические центры и военно-медицинская академическая модель.

Модель *полной интеграции с университетом*, наиболее ярким примером которой является Больница Пекинского университета, предполагает, что медицинское учреждение функционирует как структурное подразделение университета. Ключевыми характеристиками подобной модели являются единое бюджетное планирование и управление, прямая интеграция образовательных программ с клинической практикой, совместные научные лаборатории и трансляционные центры, и при этом 95% сотрудников имеют академические должности в университете.

Больница включает несколько аффилированных подразделений, такие как больница № 1, больница № 3, онкологическая клиника, психиатрическая больница и стоматологическая школа. Объединенная структура стационаров осуществляет около полумиллиона госпитализаций в год по 10 крупным подразделениям. Ведущими направлениями научных изысканий Больницы Пекинского университета являются молекулярная онкология, психиатрия, фармакогенетика и психосоматика (что традиционно для китайской медицины).

Преимуществами такой модели является максимальная синергия образования и практики, быстрое внедрение инноваций. А недостатками оказываются бюрократизация и ограниченная финансовая гибкость [5, 6].

Автономная модель с элементами государственно-частного партнерства, такая как в Западно-Китайской больнице Сычуаньского университета, демонстрирует систему стратегического партнерства при значительной операционной автономии. Больница является одним из крупнейших медицинских центров Азии и имеет в своей структуре 4300 коек. Годовой объем амбулаторных посещений превышает 4 миллиона.

Среди особенностей данной модели можно выделить раздельное финансирование и управление при координации через совместные комитеты, активное привлечение внебюджетных источников финансирования, гибкость в принятии операционных решений при сохранении академической связи.

Больница функционирует как база Китайского центра доказательной медицины (Chinese Evidence-Based Medicine Center) и Китайского отделения Кокрановского сотрудничества (Cochrane China Center). Клиника специализируется на проведении масштабных клинических исследований, особенно в области интенсивной терапии, трансплантологии и доказательной медицины. Во время пандемии COVID-19 это учреждение сыграло ключевую роль в организации помощи пациентам с тяжелыми формами заболевания.

Преимуществами автономной модели можно назвать оперативную самостоятельность и высокую экономическую эффективность. В то время как недостатками будут явные риски рассогласованности с образовательным процессом [7, 8].

Сетевая модель распределенной интеграции, представленной в Больницах Университета Фудань, представляет собой распределенную сеть медицинских учреждений, объединенных под общим брендом и системой управления. И это является отличительной особенностью этой модели, где несколько клиник разного профиля под единым управлением. В конкретную систему входят больница Чжуншань (Zhongshan Hospital), онкологический центр Фуданьского университета (Shanghai Cancer Center), больница Хуашань (Huashan Hospital) и больница детской медицины.

В то время каждое автономное структурное подразделение имеет единые стандартизированные протоколы лечения и качества обслуживания, единую образовательную программу для всех учреждений сети, а 70% сотрудников имеют академические должности.

Одно из звеньев, больница Хуашань является ведущим центром инфекционных болезней и опубликовала важные данные о генетических особенностях устойчивых штаммов стафилококка. Другой же представитель, Онкологический центр, входит в топ-3 китайских учреждений по числу публикаций в области онкологии в высокорейтинговых международных журналах. В многопрофильных клиниче-

ских испытаниях онкопрепаратов, включая исследование NX008 (Pucotenlimab), активно участвовали Фуданьская онкобольница и Хуашань.

Преимуществами описанной модели является её способность к масштабированию, широкий охват специализаций. Однако недостатком остается сложность управления распределенной структурой [9 10].

Специализированный научно-клинический центр, такой как больница медицинского колледжа Пекинского союза (PUMCH) представляет собой современную многопрофильную больницу третьего класса, объединяющую медицину, преподавание и научные исследования. Являясь национальным центром по диагностике и лечению редких заболеваний, она одновременно служит демонстрационной базой высшего медицинского образования и стандартизированной подготовки ординаторов. Больница активно развивает трансляционную медицину, проводит мультиомные и онкологические исследования. В 2023 году опубликовано масштабное исследование, где проведен комплексный многоуровневый анализ подтипов аденокарциномы поджелудочной железы, что позволило уточнить молекулярную классификацию опухолей. PUMCH проводит более 1000 клинических исследований ежегодно. Больница активно участвует в разработке национальных клинических руководств и считается центром диагностики редких заболеваний.

Модель PUMCH впечатляет своей способностью одновременно развивать клинику, научные исследования и обучение. В это учреждение стремятся попасть ведущие ученые и это позволяет продемонстрировать высокую публикационную активность. В то же время оказывается, что существует ряд серьезных проблем, например нехватка времени у медицинских работников. Режим дня, где в первой половине дня сотрудники заняты лечением пациентов, а во второй вынуждены работать над исследованиями, приводит к постоянной усталости, нехватке времени на серьезную науку и выгорание. Подразделения клиники часто работают в разных ментальных направлениях, что приводит к разрозненности между клиницистами, исследователями и преподавателями. Вместо единой команды получается несколько отдельных групп, не очень понимающих друг друга и конкурирующих за ресурсы. Согласовать их работу оказывается сложно.

В данном случае особая роль отводится руководству клиники, главная задача которого заключается в определении, кто за что отвечает, отделении научной работы от клинической и достаточным финансированием для всех трёх направлений [11, 12].

Представителем *международной кооперационной модели* является больница Китайско-японской дружбы, которая демонстрирует уникальную модель международного сотрудничества в рамках университетской клиники. Являясь многопрофильной больницей высшего класса, она сочетает медицинские, преподавательские, научно-исследовательские и профилактические функции. Она имеет статус Национального центра (в частности в области

респираторной медицины), что позволило играть ведущую роль COVID-19 и разработке национальных протоколов. Также именно это учреждение было пионером телемедицины в Китае, вероятно за счет передовых технологий второй стороны Японии, которая помогла в развитии коммуникаций между медиками и пациентами, а также другими учреждениями. Так существующая сегодня телемедицинская сеть охватывает более 300 подключенных учреждений.

Больница Китайско-японской дружбы демонстрирует уникальную модель международного сотрудничества, которая выходит далеко за рамки простого партнёрства двух вузов. Эта больница функционирует как символ дружбы между двумя странами, получая поддержку как китайского правительства, так и японской стороны.

Преимущества такой модели очевидны, это и двойная финансовая поддержка, обеспечивающая стабильность учреждения, и стимулирующая международная среда, генерирующая инновации. Однако модель сталкивается и с вызовами, такими как политическая зависимость от международных отношений, необходимость согласовывать разные стандарты и культурные подходы, а также языковые барьеры [13, 14].

Военно-медицинская академическая модель представлена Главным госпиталем Народно-освободительной армии Китая, представляющим собой крупное современное комплексное медицинское учреждение, объединяющее медицинское обслуживание, преподавание и научные исследования. Особенностью модели является двойное подчинение Министерству обороны и системе медицинского образования.

Это крупнейший военный госпиталь Китая категории 3А, обеспечивающий медицинскую помощь высшему руководству страны и военным. Основными направлениями являются кардиоторакальная хирургия, трансплантология, военно-полевая хирургия. Госпиталь упоминается в высокорейтинговых исследованиях по кардиохирургии и трансплантологии, что подтверждает его статус ведущего научно-клинического центра.

Ключевые особенности модели заключаются в приоритизации боевой готовности. Так персонал регулярно тренируется к развертыванию в условиях вооруженного конфликта. А номенклатура оборудования и методик адаптированы к работе в экстремальных условиях. А основные направления работы, указанные выше, отражают критическую важность для спасения жизни боевых бойцов.

Преимуществами такой модели являются стабильное финансирование из оборонного бюджета, высокая готовность к чрезвычайным ситуациям, доступ к передовым технологиям и уникальный опыт работы с критическими состояниями. Вместе с тем модель имеет и сложности в своем функционировании, это конфликт между военной дисциплиной и гражданской культурой медицины, ограничения на обмен научной информацией, проблемы экономической эффективности и риск неравного отношения

к гражданским пациентам в кризисные периоды [15, 16].

Система финансирования

Финансирование университетских клиник в Китае осуществляется из множества источников и характеризуется значительной вариативностью в зависимости от региона, специализации и организационной модели больницы.

Основные источники финансирования включают в том числе государственные субсидии, предполагающие прямое финансирование от правительственных бюджетов различных уровней. По данным национальной статистики, доля подобного финансирования в общих расходах на здравоохранение составляет около 28—30% (2020 г.). Также значительную роль в денежном снабжении играет базовое медицинское страхование (ВМІ), это средства из фондов социального медицинского страхования. Китайская система страхования состоит из трех основных компонентов, а именно городской программы для работающих (Urban Employee Basic Medical Insurance), городской программы для неработающих (Urban Resident Basic Medical Insurance) и сельской программы (New Cooperative Medical Scheme). Система ВМІ покрывает до 80% расходов на стационарное лечение для застрахованных пациентов.

Отдельным каналом финансирования являются личные взносы пациентов (out-of-pocket payments) в виде прямых платежей пациентов за медицинские услуги. Несмотря на развитие системы страхования, личные взносы остаются значительными и составляют 28—35% от общих медицинских расходов. Доходы от платных медицинских услуг также имеют место, в них включаются дополнительные услуги, не покрываемые базовым страхованием.

Важно отметить, что структура финансирования продолжает эволюционировать в рамках реформы здравоохранения, направленной на снижение зависимости больниц от продажи лекарственных препаратов и повышение доли государственного финансирования [17, 18].

Научно-исследовательская деятельность и образовательная функция

Публикационная активность университетских клиник Китая демонстрирует устойчивую тенденцию роста, начиная с начала XXI века. Библиометрический анализ, проведенный с использованием баз данных Web of Science, Scopus и китайских научных платформ (CNKI, Wanfang), показал значительное увеличение числа публикаций в период 2003—2016 гг., с последующими колебаниями в 2016—2025 гг..

По данным международных библиометрических исследований, китайские медицинские учреждения вносят около 14,6% в глобальную научную продукцию в области здравоохранения и медицинских наук. Более 80% публикаций китайских университетских клиник создаются в рамках международного сотрудничества, охватывающего 82 страны мира.

Серьезной проблемой является растущее число отозванных статей от авторов, аффилированных с университетскими больницами Китая. Анализ 1031 отозванной работы за период 2000—2021 гг. показал, что основными причинами отзыва были плагиат/самоплагиат (255 случаев), недостоверные данные/изображения/выводы (212 случаев) и фальсифицированное рецензирование (175 случаев). Примечательно, что 43,8% отозванных работ происходили из больниц, аффилированных с престижными университетами.

Серьезной проблемой является отток обученных медицинских работников из первичных больниц. За последнее десятилетие уровень оттока обученных медицинских работников превысил 60%. Квалифицированные врачи также мигрируют в экономически развитые регионы, привлекаемые выгодными предложениями [19—21].

Заключение

Опыт китайских университетских клиник может быть крайне полезен для формирования стратегии развития аналогичных учреждений в Российской Федерации. Однако прямое копирование моделей невозможно в силу существенных различий в экономических условиях, административной структуре и исторических традициях двух стран. Тем не менее, принципы организации и функционирования могут быть адаптированы с учётом российских реалий.

Первоочередной задачей является признание того, что единая модель университетской клиники не может быть универсальной. Как показано в опыте Китая, разные организационные структуры соответствуют разным контекстам. Для России целесообразно внедрение стратифицированного подхода в зависимости от статуса университета и региональных особенностей. Федеральные медицинские университеты (Сеченовский университет, РНИМУ имени Н. И. Пирогова, РУДН имени Патриса Лумумбы) должны развивать модель полной интеграции, при которой клиника становится структурной частью университета с единым бюджетом и управлением. Это позволит максимизировать синергию между образованием, наукой и практикой. Для региональных государственных медицинских университетов (УГМУ, ЮУГМУ) рекомендуется автономная модель с академическим надзором, при которой больница сохраняет операционную независимость, но остаётся аффилированной с университетом через научные советы и аккредитацию. Многопрофильные исследовательские университеты (ДВФУ, НГУ) могут рассмотреть сетевую модель, при которой несколько больниц разной специализации объединяются под единой идеологией, но сохраняют управленческую самостоятельность.

Правовая база должна стать предпосылкой для устойчивого развития. Необходимо законодательное определение статуса университетских клиник как центров третичной медицинской помощи с обязательным закреплением их образовательной и научной миссий. Такое определение должно содер-

жать не только перечисление функций, но и гарантии финансирования, механизмы аккредитации и показатели эффективности, которые учитывают все три миссии.

Опыт Китая демонстрирует, что монопольное финансирование из одного источника может быть несовершенным. Рекомендуется разработка многоканальной финансовой модели, при которой государственный бюджет покрывает образовательную и основную научную деятельность, система ОМС финансирует клиническую помощь населению, а платные медицинские услуги и гранты обеспечивают дополнительные ресурсы для развития. Такая структура позволит больницам планировать долгосрочное развитие и вкладывать средства в инновации, не полагаясь на колебания бюджетного финансирования.

Существующие системы оценки российских больниц часто фокусируются на экономических показателях и объёмах оказанной помощи. Для университетских клиник необходим принципиально иной подход. Рекомендуется разработка интегральной системы оценки, которая включает медицинские показатели (смертность, осложнения, качество жизни), образовательные результаты (оценки выпускников, их трудоустройство, развитие карьеры), научную продуктивность (публикации, гранты, патенты) и экономическую эффективность (стоимость лечения, финансовая устойчивость). Такая система позволит справедливо оценивать деятельность университетских клиник и определять приоритеты развития.

В контексте развивающегося стратегического партнёрства России и Китая целесообразно развитие программ прямого сотрудничества с ведущими китайскими академическими медицинскими центрами. Такое сотрудничество может включать обмен врачами и исследователями, совместные научные проекты, разработку унифицированных клинических протоколов, а также обучение российских администраторов здравоохранения опыту организационного менеджмента. Такие программы способны ускорить модернизацию российской системы и способствовать взаимному обогащению медицинских систем двух стран.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Chen K, Yao Q, Sun J, He ZF, Yao L, Liu ZY. International publication trends and collaboration performance of China in healthcare science and services research. *Isr J Health Policy Res.* 2016;5:1. DOI: 10.1186/s13584-016-0061-z
2. Yu M, He S, Wu D, Zhu H, Webster C. Examining the Multi-Scalar Unevenness of High-Quality Healthcare Resources Distribution in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(16):2813. DOI: 10.3390/ijerph16162813
3. Xu J, Jian W, Zhu K, Kwon S, Fang H. Rating Hospital Performance in China: Review of Publicly Available Measures and Development of a Ranking System. *J Med Internet Res.* 2019;21(10):e14635. DOI: 10.2196/14635
4. Wu Y, Zhang Z, Zhao N, Yan Y, Zhao L, Song Q, et al. Primary health care in China: A decade of development after the 2009 health care reform. *Health Care Sci.* 2022;1(3):146—159. DOI: 10.1002/hcs2.14
5. Wang Z, et al. Features of colorectal cancer in China stratified by anatomic sites: A hospital-based study conducted in university-affiliated hospitals from 2014 to 2018. *Chin J Cancer Res.* 2021;33(4):530—540.

6. Zhang Y, et al. Comprehensive multi-omics profiling identifies novel molecular subtypes of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Cell Discov.* 2023;9:89. DOI: 10.1038/s41421-023-00605-4
7. Wong CW, et al. Introduction to the Department of Cardiology in West China Hospital of Sichuan University. *Eur Heart J.* 2021;42(22):2148—2149. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab026
8. Zeng L, et al. Novel coronavirus infection during the 2019—2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Crit Care.* 2020;24:23. DOI: 10.1186/s13054-020-2754-5
9. Wang Z, et al. A rapid expansion of hospitals: the adaptation of multi-campus hospitals under the Chinese healthcare system. *Front Health Serv.* 2023;3:1226355. DOI: 10.3389/frhs.2023.1226355
10. Li M, et al. Patients' and Care Professionals' Evaluation of the Effect of a Hospital Group on Integrated Care in Chinese Urban Health Systems: A Propensity Score Matching and Difference-in-differences Regression Approach. *Int J Health Policy Manag.* 2023;12:7397. DOI: 10.34172/ijhpm.2023.7397
11. Shanafelt TD, et al. Burnout in Academic Physicians. *Acad Med.* 2023;98(6):724—732. DOI: 10.1097/ACM.00000000000005199
12. Zhou X, et al. Establishment of research-oriented hospital: an important way for translational medicine development in China. *An Acad Bras Cienc.* 2015;87(2):1035—1043. DOI: 10.1590/0001-3765-2015-20130458
13. Meng Z, et al. Implementation of Online Hospitals and Factors Influencing the Adoption of Mobile Medical Services in China: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR mHealth uHealth.* 2021;9(2):e25960. DOI: 10.2196/25960
14. Wang L, et al. Policies, Progress, and Prospects for Internet Telemedicine in China. *Health Policy Technol.* 2024;13(4):100891. DOI: 10.1080/23288604.2024.2389570
15. Guo H, et al. Entry-Level Forward Surgical Team Training in 5th Grade Students of Second Military Medical University of the Chinese People's Liberation Army. *Mil Med Res.* 2017;4:10. DOI: 10.1186/s40779-017-0109-6
16. Framework for the evaluation of military health systems. *J R Army Med Corps.* 2021;167(3):196—203. DOI: 10.1136/jramc-2020-001699
17. Meng Q, et al. The temporal and spatial interpretation of China's health financing: what do Chinese' government 'do' in new healthcare reform? *Front Public Health.* 2024;12:1445912. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1445912
18. Xu J, et al. An overview of the Chinese healthcare system. *SAGE Open Med.* 2020;8:2050312120952696. DOI: 10.1177/2050312120952696
19. Lei L, Siyu Z. Characteristics of retracted publications by authors from China and their relationships with retracting journals featured in biomedicine and life sciences. *Scientometrics.* 2018;117:1843—1857. DOI: 10.1007/s11192-018-2945-x
20. Fan J, et al. Quality problems of clinical trials in China: evidence from quality related studies. *Trials.* 2022;23:343. DOI: 10.1186/s13063-022-06281-1
21. Zhang X, et al. Addressing the Licensed Doctor Maldistribution in China: A Demand-And-Supply Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(10):1773. DOI: 10.3390/ijerph16101773
22. Zhang Y, et al. Comprehensive multi-omics profiling identifies novel molecular subtypes of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Cell Discov.* 2023;9:89. DOI: 10.1038/s41421-023-00605-4
23. Wong CW, et al. Introduction to the Department of Cardiology in West China Hospital of Sichuan University. *Eur Heart J.* 2021;42(22):2148—2149. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab026
24. Zeng L, et al. Novel coronavirus infection during the 2019—2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Crit Care.* 2020;24:23. DOI: 10.1186/s13054-020-2754-5
25. Wang Z, et al. A rapid expansion of hospitals: the adaptation of multi-campus hospitals under the Chinese healthcare system. *Front Health Serv.* 2023;3:1226355. DOI: 10.3389/frhs.2023.1226355
26. Li M, et al. Patients' and Care Professionals' Evaluation of the Effect of a Hospital Group on Integrated Care in Chinese Urban Health Systems: A Propensity Score Matching and Difference-in-differences Regression Approach. *Int J Health Policy Manag.* 2023;12:7397. DOI: 10.34172/ijhpm.2023.7397
27. Shanafelt TD, et al. Burnout in Academic Physicians. *Acad Med.* 2023;98(6):724—732. DOI: 10.1097/ACM.00000000000005199
28. Zhou X, et al. Establishment of research-oriented hospital: an important way for translational medicine development in China. *An Acad Bras Cienc.* 2015;87(2):1035—1043. DOI: 10.1590/0001-3765-2015-20130458
29. Meng Z, et al. Implementation of Online Hospitals and Factors Influencing the Adoption of Mobile Medical Services in China: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR mHealth uHealth.* 2021;9(2):e25960. DOI: 10.2196/25960
30. Wang L, et al. Policies, Progress, and Prospects for Internet Telemedicine in China. *Health Policy Technol.* 2024;13(4):100891. DOI: 10.1080/23288604.2024.2389570
31. Guo H, et al. Entry-Level Forward Surgical Team Training in 5th Grade Students of Second Military Medical University of the Chinese People's Liberation Army. *Mil Med Res.* 2017;4:10. DOI: 10.1186/s40779-017-0109-6
32. Framework for the evaluation of military health systems. *J R Army Med Corps.* 2021;167(3):196—203. DOI: 10.1136/jramc-2020-001699
33. Meng Q, et al. The temporal and spatial interpretation of China's health financing: what do Chinese' government 'do' in new healthcare reform? *Front Public Health.* 2024;12:1445912. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1445912
34. Xu J, et al. An overview of the Chinese healthcare system. *SAGE Open Med.* 2020;8:2050312120952696. DOI: 10.1177/2050312120952696
35. Lei L, Siyu Z. Characteristics of retracted publications by authors from China and their relationships with retracting journals featured in biomedicine and life sciences. *Scientometrics.* 2018;117:1843—1857. DOI: 10.1007/s11192-018-2945-x
36. Fan J, et al. Quality problems of clinical trials in China: evidence from quality related studies. *Trials.* 2022;23:343. DOI: 10.1186/s13063-022-06281-1
37. Zhang X, et al. Addressing the Licensed Doctor Maldistribution in China: A Demand-And-Supply Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(10):1773. DOI: 10.3390/ijerph16101773

REFERENCES

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 01.11.2025; одобрена после рецензирования 01.12.2025; принята к публикации 24.02.2026.

The article was submitted 01.11.2025; approved after reviewing 01.12.2025; accepted for publication 24.02.2026.