郑州市高质量推进紧密型县域医共体建设工作领导小组文件

郑医建〔2022〕1号

郑州市高质量推进紧密型县域医共体建设工作领导小组关于印发《郑州市市县一体高质量推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施意见》的通知

各县（市）医管委，各区医改领导小组，市医共体建设工作领导小组各成员单位:

《郑州市市县一体高质量推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施意见》已经市委、市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

2022年6月18日

郑州市市县一体高质量推进紧密型县域

医疗卫生共同体建设实施意见

为全面贯彻落实国家、省深化医改工作要求，进一步优化整合区域医疗卫生资源，推动县域卫生健康事业高质量发展，加快形成分级诊疗有序就医格局，经市委、市政府同意，现就我市市县一体高质量推进紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称医共体）建设提出如下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，始终锚定“两个确保”，紧紧围绕全市“三标”活动、“十大战略”行动，坚持人民至上、生命至上，坚持以人民健康为中心，优化城乡医疗资源布局，有效整合公共卫生资源，深化“五医联动”改革，市县一体高质量推进医共体建设，构建定位明确、权责清晰、机制灵活、分工协作、分级诊疗的整合型医疗卫生服务体系，全面提升县域卫生健康服务保障水平，推动“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，让群众看得上病、看得好病，少得病、不得病、更健康，形成人民群众得实惠、医保基金可持续、卫生健康事业得发展的良好态势。

（二）基本原则。

**1.坚持党委统揽，政府主导。**充分发挥党的政治优势、制度优势和党统筹全局、协调各方的领导核心作用，坚持和加强党对深化医改工作的全面领导，把党的领导融入医共体建设各环节，更好地服务人民群众；全面落实政府办医责任,统筹城乡融合发展,优化整合县域内医疗卫生资源,创新管理体制和运行机制，完善保障政策。

**2.坚持市级统筹，市县一体。**树牢“全市一盘棋”思想，市级层面统一顶层设计，统筹推进医共体建设，实行领导指挥、规划布局、政策制定、平台建设、工作推进“五个统一”。市、县两级医疗机构分工协作、上下联动，由市、县割裂式发展转变为市县一体协同发展，推动资源共建共享、管理同标同质、服务优质高效。

**3.坚持政事分开，放管结合。**合理界定政府作为出资人的举办监督职责及相关部门的管理权限，建立协调、统一、高效的办医体制。完善医管委、医共体、监管部门三方权责清单，厘清管办职责，提升医共体外部治理和内部管理水平，加强内部监督和综合监管，促进医共体健康持续发展。

**4.坚持法人治理，统一管理。**全面落实医共体在成员单位人员招聘、岗位设置、中层干部聘任、内部绩效考核、收入分配、职称聘任等方面的运营管理自主权，真正享有对成员单位的管理权、经营权、人事权、分配权。落实医共体内唯一法定代表人制度，实行人财物责权利相统一，逐步形成服务、责任、利益、管理、发展共同体。

**5.坚持中医贯通，医防融合。**贯彻预防为主、中西医并重的卫生与健康工作方针, 充分发挥中医药在维护和促进人民健康中的独特作用，推进公共卫生服务与医疗服务高效协同、无缝衔接，形成医防同向激励机制，推动“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。

**6.坚持数字赋能、资源共享。**加强县域卫生健康信息化和5G智慧医疗建设,大力发展远程医疗和“互联网+医疗健康”服务，以提升基层医疗服务能力和共享优质医疗资源为着力点，把更多优质医疗卫生资源引向基层、投入基层，推动医疗卫生机构“市优、县强、乡活、村稳”，形成机构分工协作、专科合作共建、信息互联互通、人员有序流动、服务优质高效的良好局面。

**7.坚持五医联动，群众受益。**统筹推进医疗、医保、医药、医养、医改联动改革，优化医疗卫生资源结构布局，创新管理体制、运行机制和服务模式，建立健全分工协作与利益共享机制，保障医共体持续健康发展，改善群众看病就医感受，让群众真正从医共体建设中享受到实实在在的“健康红利”，不断增强获得感、幸福感。

（三）主要目标。2022年6月底前，医共体政策体系初步建立，医共体建设基本完成，体制机制改革取得突破，保障措施落实到位，实现人财物统一管理、信息资源互联共享。2022年底，医共体功能形态更加完善，全面建成互联互通的医共体信息平台，牵头医院达到县级医院（含县级中医院）国家推荐标准，乡镇卫生院、社区卫生服务中心服务能力全部达到国家基本标准，基层医疗卫生机构有能力开展的技术、项目不断增加，财政保障、医保基金利用、医疗服务价格调整等政策保障可持续，群众医药费用负担得到合理控制，监测指标持续向好，县域就诊率达到90%以上，县域内基层就诊率达到65%左右。

2025年，医共体建设取得明显成效，住院患者和医保资金有效回流，县域内住院人次占比达到80%以上、医保基金县域内支出率（不含药店）达到70%左右，县域医疗卫生服务能力和整体效率全面提升，医保基金得到有效利用，群众医药费用负担明显减轻，“疑难杂症在市级解决、大病重病在县级解决、常见病在乡级解决、小病在村级解决”的分级诊疗、有序就医格局基本形成。县域居民健康素养水平达到全省领先水平，人均期望寿命稳步提高，群众满意度和获得感显著提升，实现“大病不出县、小病就近看、未病共同防、群众更健康”的总体目标。

二、建设内容

按照“重塑一个新体系、实施经费双打包、制定权责三清单、构建五个共同体”的建设路径，深化县域医疗卫生服务供给侧结构性改革，构建定位明确、权责清晰、机制灵活、分工协作、上下联动的整合型医疗卫生服务体系，加快形成分级诊疗、有序就医新格局。

（一）重塑一个新体系

**1.优化整合资源。**根据县域内医疗卫生资源结构和布局，组建1-3个由县级公立医疗机构牵头,其他县级医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心为成员单位的医共体。医共体牵头医疗机构原则上为二级甲等以上医疗机构。鼓励社会力量办医疗机构和康复医院、护理院、医养结合机构等加入医共体。

**2.明确功能定位。**医共体为辖区居民提供覆盖生命全过程、满足健康生活需要、安全有效便捷可及的医疗卫生服务。医共体牵头医疗机构重点承担急危重症患者救治和疑难复杂疾病患者向上转诊服务，接收上级医院转诊的急性病、术后恢复期患者及危重症稳定期患者，其中牵头中医医院要充分利用中医药技术方法提供急危重症的中医、中西医结合诊疗服务和中医优势病种的中医门诊服务；统筹管理医共体内医疗服务、公共卫生服务、医养结合、医防融合等工作。基层医疗卫生机构提供常见病、多发病诊疗、康复护理和转诊服务,为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者提供接续性医疗卫生服务,做好基本公共卫生服务、健康管理、家庭医生签约服务、服务乡村振兴等工作。其他医疗卫生机构按照功能定位和医共体职责分工开展业务，推动医共体提升公共卫生服务能力。

**3.推进共建共享。**医共体向上与三级医院建立对口帮扶、专科联盟、远程医疗等多种形式的合作关系，持续提升县域服务水平，引导急危重症患者向县级回流。医共体横向与县级疾控、监督、妇幼等专业机构建立紧密联系，打造防治管结合、一体化管理新模式。医共体向下对基层成员单位开展技术、人员、设备帮扶，推动常见病、多发病向基层回流。充分发挥5G网络、大数据、云计算“一网联通、一网通办”的核心优势，建立完善纵向联合、横向联动、信息互联、资源共享的卫生健康服务新模式。

（二）实施经费双打包

紧密型县域医共体全面推行城乡居民基本医保基金打包和基本公共卫生服务经费打包，建立完善医共体利益共享、风险共担机制。

**1.全面推行城乡居民医保基金打包。**对紧密型县域医共体实行城乡居民医保基金总额预算管理,建立“结余留用、合理超支分担”的激励约束和风险共担机制。以县域内城乡居民基本医保当年筹资总额为基数，预留一定比例的风险储备金（风险调剂金）、大病保险资金和国家、省、市明确需要扣除的其他费用，并预留5%的质量保证金后，按医共体覆盖参保居民数量，结合近1-3年医疗服务提供情况和医保基金支付情况，打包预算给医共体，实行年初预算、按月拨付、季度评估、年终清算。医共体医保基金总额预算年终清算工作原则上应于次年3月底前完成。

充分发挥医共体对县域内外诊疗结构和医疗费用结构的调节作用，促进分级诊疗。医保部门牵头，会同财政、卫健部门对医共体医保资金使用情况进行年度绩效考核，考核结果与质量保证金返还、医保费用年度清算（结余资金留用、合理超支分担）、次年预分额度确定等挂钩，确保医共体医疗服务水平和质量有保障。根据医共体医保基金总额预付额度使用情况，合理超支部分按规定由风险储备金（风险调剂金）进行分担，年度结余资金（含返还的质量保证金）经医共体考核后，原则上按照县、乡、村5:3:2的比例分配，医共体内自主统筹调配使用，可用于医疗机构人员绩效及事业发展。在医共体城乡居民医保基金预算总额中列支不低于5%的资金，用于支持家庭医生签约服务工作。

**2.全面实施基本公共卫生服务经费打包。**按照“全额预算、包干使用，分期预拨、定期核算，量效挂钩、评价发放”的原则，将基本公共卫生服务经费按医共体常住人口总额预算，打包给医共体统筹管理和使用，用于开展基本公共卫生服务工作。医共体建立完善基本公共卫生服务经费打包管理、指导、培训、评价、督导和绩效分配机制，县级专业公共卫生机构根据职能主动融入并接受绩效评价，促进基本医疗卫生服务队伍、资源、信息进一步融合，推动县域公共卫生服务能力不断提升。

（三）制定权责三清单

制定医共体外部治理、内部管理、综合监管三个清单，厘清责任边界，明晰运行关系。制定医管委外部治理权责清单，落实党委、政府办医责任，明确医管委对医共体的规划、发展、建设、投入、治理、监督、考核等权责内容。制定医共体内部管理权责清单，健全医共体内部管理体系和管理机制，推动各成员单位落实功能定位，强化分工协作，提高整体运行效率和服务水平。制定综合监管权责清单，明确县级卫健、人社、财政、医保、市场监管等部门综合监管内容、要素、流程，促进依法行政、规范执法。

（四）构建五个共同体

通过医共体建设，逐步将其打造成为服务、责任、管理、利益、发展五个“共同体”，即：以加强医疗卫生服务和健康管理等分工协作为重点，突出县域内患者的有序就医、信息互联互通和医疗卫生资源的统筹使用等要素，形成“服务共同体”；以完善权责清单为重点，突出党委、政府主导地位、医共体决策权限、医管委对医共体考核评价等要素，形成“责任共同体”；以完善资源配置和管理架构为重点，突出医共体内的人财物统一管理等要素，形成“管理共同体”；以完善利益分配机制为重点，突出医共体医保、基本公卫打包推动卫生健康服务、绩效考核、收入分配模式转变等要素，形成“利益共同体”；以加强分工协作、完善分级诊疗体系为重点，突出医共体资源共享、能力提升、协同发展等要素，形成“发展共同体”。

三、工作任务

按照“推进三个一体、完善三项机制、突出三个强化、提升三项能力，搭建两个平台”的工作思路，市县一体高质量高效率推进医共体建设。

（一）推进三个一体

**1.推进市县一体建设。优化整合资源。**市一院、市中心医院、郑州人民医院、市中医院各自牵头，联合若干一、二级医疗机构、专科医疗机构和基层医疗卫生机构，分别组建郑州市第一人民医院医疗集团、郑州市中心医院医疗健康服务集团、郑州人民医院医疗健康服务集团、郑州市中医院医疗健康服务集团（简称医疗集团，下同），逐步建立资源共享、分工协作管理模式。根据市级医院专科特色，由相关市级医院牵头与其他医疗机构开展专科联合协作，分别成立市二院眼科联盟、市三院肿瘤专科联盟、市六院传染病联盟、市七院心血管病联盟、市九院老年病联盟、市骨科医院骨科联盟、郑州儿童医院儿科联盟、市妇幼保健院妇幼联盟等8个专科联盟，实现特色专科技术在全市范围内横向联合、纵横协作。医共体向上与市级医疗集团、专科联盟和其他市级医院建立帮扶合作关系，通过医联体合作、专科共建、临床带教、业务指导、技术帮扶、学术交流、进修培训、远程协作等多种方式，提升医共体医疗服务能力与管理水平。畅通市、县两级转诊绿色通道，优化完善双向转诊标准程序，推动分级诊疗制度落地。

**医联体合作。**按照历史合作关系和医共体需求，4个医疗集团分别下带各县（市）医共体，床位、专家、技术等医疗资源优先向医共体开放倾斜，并根据需要向医共体派出专业技术和管理人才。采取上挂下派等模式，医疗集团牵头医院与医共体开展双向挂职交流，牵头医院下派人员在医共体挂职，指导其开展新业务、新技术、新项目；医共体派出人员在牵头医院挂职，逐步提升管理能力。医共体选派具备培养潜质的卫生专业技术骨干到集团牵头医院进修、培训，不断提高基层服务能力。医疗集团牵头医院选派专科医生加入医共体家庭医生签约服务团队，指导开展健康管理等工作。针对医共体专科发展短板和重点专科创建需求，牵头医院与医共体积极开展科室共建，推动优质医疗资源和人才下沉基层，提升基层诊疗水平。依托互联网和信息技术手段，牵头医院对医共体开展不同形式的培训，推广适宜技术，加强全科医生、专科医师分类培训管理，逐步形成线上、线下学习培训相结合的模式。支持医疗集团与医共体合作开展课题研究和科研联合共管、区域医疗中心创建等工作，努力提升县域综合救治能力。

**专科帮扶。**按照“市带县，一科带多院；县联市，一院联多科”的思路，8个专科联盟和4个医疗集团与医共体开展专科帮扶与合作建设。医疗集团、专科联盟同一专科可下带帮扶多个医共体，为确保帮扶质量，其中医疗集团同一专科下带帮扶医共体数量原则上不超过3个；医共体根据发展需求，在临床急需紧缺专科、亟需提升核心竞争力专科、县域内发病率较高病种及外转诊率较高病种所在专科等范围遴选合作共建重点专科，根据需要可上联多家市级医院不同专科开展合作建设。重点专科合作共建主要采取市、县两级“上联下带、自主结对，靶向聚焦、精准帮扶”的模式，开展专科共建、临床带教、业务指导和项目协作，三年一个周期，每个县（市）建成不少于5个重点专科，推动提升医共体专科服务能力与管理水平。其他市级医院可结合工作实际与医共体开展专科合作建设与技术帮扶。在对医共体开展专科帮扶的基础上，市中医院医疗集团、各专科联盟分别负责统筹指导医共体中医药、相应专科服务体系建设与发展。医共体专科合作共建纳入医共体和公立医院综合改革年度考核，对市、县两级医疗机构工作开展情况进行双向考核，并实施动态监测和定期评估。

**远程协作。**集中优势资源，依托市中心医院医疗集团建设区域远程医疗中心，与各医共体牵头医院对接联通，帮助医共体解决处理远程心电、远程影像、远程病理等诊疗中的疑难复杂情况，对其远程医疗业务开展质控，定期进行技术业务培训、进修培训，推动医共体技术能力提升。依托郑州人民医院医疗集团开展医共体区域审方试点，通过信息技术手段搭建区域处方审核中心，加强对医共体临床药事管理和药学人员业务培训，规范处方行为，提升合理用药水平和药学服务质量。其他医疗集团、专科联盟、市级医院根据专科合作共建情况，通过医共体信息平台与医共体建立远程会诊、远程培训等业务联通，为医共体提供疑难复杂疾病的线上会诊、技术指导和相关业务教学培训。

**2.推进县乡一体建设。**按照集团化管理、一体化运行、连续化服务的模式,推行医共体行政、人员、业务、药械、财务、绩效、信息统一管理。**统一行政管理：**医共体各成员单位的名称、性质、法人资格、功能定位保持不变,法定代表人由牵头医院负责人担（兼）任。医共体结合实际设置管理机构，对各成员单位日常运行实行一体化管理。经医共体审核同意，成员单位可增挂“XXX医共体（总医院）XXX分院（院区）”牌子。**统一人员管理：**医共体人员实行统一招聘、培训、考核、管理，统筹调配使用。优先保证基层用人需要，推动专家人才、技术骨干下沉基层，在薪酬、职称评聘和职业发展等方面优先向基层和关键岗位倾斜。**统一业务管理：**医共体统一调配内部医疗卫生资源，统筹使用内部床位、号源、设备，对成员单位的基本医疗和基本公共卫生服务业务进行统一管理。医共体内规章制度、技术规范、服务标准、质量控制等执行统一标准，推进服务同质化。医共体对乡镇卫生院、社区卫生服务中心采取分片包干、一科一院、驻扎指导、长期坐诊、巡回医疗、科室共建、资金设备支持等多种帮扶形式，积极探索等额对调式帮扶，帮助基层医疗卫生机构“强骨”“赋能”“惠民”，提升成员单位服务质效。**统一药械管理：**医共体内药品、医用耗材实行统一采购账户、统一药耗目录、统一采购价格、统一网上采购、统一集中配送、统一支付结算的“六统一”模式。开展医共体中心药房建设探索，解决基层用药难题，保障药品有效供应。**统一财务管理：**医共体对各成员单位财务实行单独设账、集中核算、统一管理，统筹做好各成员单位财务管理、成本管理、价格管理、预算管理、资产管理、会计核算、会计监督和内部控制等工作，加强内部审计工作。**统一绩效管理：**医共体对各成员单位统一进行绩效考核，按照“坚持公益性、优绩优筹、多劳多得”的原则，制定医共体内部绩效考核指标体系，建立与医共体组织方式、运行模式相匹配的绩效评价考核办法，考核结果与成员单位的财政经费补助和绩效分配挂钩。打破单位、层级和身份区别，合理合规确定医共体人员薪酬水平，重点向一线岗位、骨干人员等倾斜，建立以健康为中心、有利于强基层的医共体内部薪酬分配机制。**统一信息管理：**医共体对各成员单位信息系统统一规划、统一建设、统一管理，促进信息共建共享、互联互通。提升医共体在资源调配、业务经营、质量评价、财务分析、运行监测、绩效评价等方面的信息化管理水平，打造数字化、智慧化医共体。

**开展基层医疗卫生机构人才“县管乡用”探索。**探索建立岗位固定、人员流动、服务持续的“县管乡用”基层人才柔性流动管理机制，解决基层人才不足和引进困难等问题。在不突破医共体内基层医疗卫生机构编制总量的情况下，按照“控制总量、盘活存量、优化结构、增减平衡”的原则，由医共体统筹使用乡镇卫生院人员编制，在牵头医院设立基层岗位，建立基层岗位统筹管理机制。牵头医院提出基层岗位总量及结构比例方案，由县级卫健部门根据乡镇卫生院人员编制和岗位结构比例标准，统筹确定牵头医院基层岗位总量及结构比例，经县级人社部门审核备案后，由医共体实行集中统一管理。根据乡镇卫生院业务发展和实际需要，在乡镇卫生院编制总量内，医共体统一制定基层岗位人员招聘方案，经县级卫健部门审核、同级编制、人社部门同意并报市级人社部门备案后，由医共体统一组织实施，同级人社、卫健部门做好政策指导和监督，招聘完成后及时办理备案手续。基层岗位招聘卫生技术人员时，要统筹考虑面向社会招聘人员、在乡镇卫生院工作一定年限且符合招聘条件的非在编人员、牵头医院下沉基层且符合条件的人员等多个层面，真正发挥基层岗位引人、留人、育人作用。基层岗位招聘结果确定后，由医共体根据基层医疗服务需求统筹确定分配去向。基层岗位聘用人员纳入牵头医院统筹管理，与其建立人事关系，并与定岗的乡镇卫生院、牵头医院签订三方聘用合同，按规定落实基层岗位编制、岗位及薪酬待遇。牵头医院委托乡镇卫生院负责其执业、培训、进修、职称评聘、绩效考核、奖励惩戒等日常管理，牵头医院负责监督指导。对服务达到一定年限并综合考核合格的基层岗位聘用人员，根据个人意愿、机构发展和考核情况，医共体可择优选择一定比例人员调回牵头医院工作，按规定落实县级医院员额、岗位及相关政策。对在岗服务满一定年限后自愿留在乡镇卫生院工作的，继续享受所在基层单位岗位编制内人员相关待遇。

**3.推进乡村一体建设。**将村卫生室作为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的驻村医疗机构，药品、耗材实行联合采购和统一配送，逐步推进紧密型乡村卫生服务一体化管理。探索乡镇卫生院对人员不足、服务能力弱的村卫生室轮岗派驻村医的管理模式。对具备执业（助理）医师资格的乡村医生择优实行“乡聘村用”，纳入乡镇卫生院统一管理，实行行政、业务、人员、药械、财务、绩效考核“六统一”管理，可按基层卫生技术人员晋升职称，经费补助政策不变。实行“乡聘村用”的乡村医生纳入乡镇卫生院统一管理，与乡镇卫生院签订劳动合同，依法参加企业职工基本养老保险和工伤保险，由乡镇卫生院和受聘乡村医生个人按规定比例共同缴纳参保费用，乡镇卫生院缴费部分纳入其正常支出范围。鼓励其他乡村医生以社会灵活就业人员身份自愿参加企业职工基本养老保险，参保费用由个人缴纳。乡镇卫生院编制空缺需要招录卫生技术人员时，同等条件下优先录用在岗的“乡聘村用”的乡村医生。

（二）完善三项机制

**1.完善医共体外部治理机制。**按照优化、协同、高效的原则，成立由县级党委、政府牵头，卫健、组织、编制、发改、财政、人社、医保、市场监管、大数据等部门参加的紧密型县域医共体管理委员会（简称医管委，下同），作为县委、县政府议事协调机构，医管委主任由县(市)委书记兼任。医管委在县委、县政府领导下开展工作，履行办医职能，统筹医共体建设的规划布局、投入保障、人事安排、政策制定、运行监管、考核评估和结果运用等工作，构建党委统揽、政府主导、多方参与、定期协商、权责清晰、系统高效的县域医共体治理新机制，提升决策效率。县（市）医管委要围绕医保、价格、编制、人事、薪酬、规划和财政投入等政策，以提高县域医疗卫生服务体系运行效率和促进医共体运营发展活力为目标，做好医共体的发展规划、政策支持、绩效评价等工作，集中发挥党委、政府的有效监管作用。医管委下设办公室，办公室设在县级卫健委，办公室主任由县级卫健委主任兼任，成员由医管委各成员单位相关人员和医共体牵头医疗机构主要负责人组成。医管委办公室承担医管委日常管理工作，提出完善医共体建设政策措施的建议，协调解决改革推进中的具体问题，组织开展对医共体的考核评价工作。

县、乡两级公立医疗机构全部取消行政级别，全面实施去行政化改革，医疗机构现任领导人员及中层干部同步取消行政级别，保留原职级待遇不变，提拔、转任、调离时，身份级别参照去行政化改革前实际配备级别认定；公立医疗机构新进领导班子人员不再明确行政级别，对选任的特别优秀的专业技术人员，可依照有关政策和程序，选拔到县级卫健部门机关及所属相关单位工作。建立完善与公立医疗机构去行政化改革相适应的领导人员管理体制。改革后，医共体、医共体牵头医院、非医共体成员单位的县级公立医疗机构领导班子和领导人员由县级卫健部门党组管理，履行领导人员选拔任用与管理监督职责，并对其领导班子和领导人员开展年度考核和任期考核。

**2.完善医共体内部运行机制。**成立医共体党委，发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，全面加强党对医共体工作的统一领导。医共体实行党委领导下的总院长负责制，医共体内各成员单位党委、党总支、党支部归属医共体党委领导，成员单位党群工作、意识形态工作、统战工作等归口由医共体统一管理。医共体党委隶属于县级卫健部门党组，医共体领导班子原则上与医共体牵头医院实行套合，各县（市）可根据工作实际和发展需要进行适当调整。探索建立医共体总会计师和总药师制度，总会计师按程序进入医共体和牵头医院领导班子。医共体成员单位领导班子和领导人员由医共体党委管理，其领导人员选拔任用结果报同级卫健部门备案。

制定完善医共体章程,建立健全内部管理架构、管理制度和议事规则，明确医共体牵头医院和成员单位权责关系,建立完善牵头医院与各成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度。医共体内实行唯一法定代表人制度，各成员单位的法人主体资格不变，其中公立医疗机构法定代表人由牵头医院负责人担（兼）任。

医共体成立党政办公室、运营管理部、健康促进部（公共卫生服务管理部）、中医药服务部、信息化服务部、医保管理部、财务审计部等“一办六部”，推行人财物统一管理，逐步形成服务、责任、利益、管理、发展共同体。县（市）医管委办公室相应成立“一办六部”，便于医共体上下高效对接，充分发挥监督管理、考核评价和业务指导功能。

**3.完善医共体监督机制。**成立医共体监督委员会，负责对医共体章程、规划、年度计划制定实施情况、运营管理情况、财务资产情况、“三重一大”事项决策执行情况、选人用人情况、领导班子履职尽责情况等进行监督，逐步建立完善决策、执行、监督相互分工、相互制衡的权力运行机制。监督委员会定期向医管委或医管委办公室报告医共体监督情况，提出工作整改意见建议。监督委员会设委员若干，原则上为单数且不少于5人，主要由县级卫健部门代表、医管委成员单位代表、医共体职工代表（在监督委员会的比例不低于三分之一）、非医共体成员的医疗卫生机构代表组成，根据需要可聘请人大代表、政协委员、专家学者、第三方机构或其他社会公众代表作为委员。医共体领导班子人员不得兼任监督委员会委员。监督委员会委员由县级卫健部门根据权限委派或聘请，其中医共体职工代表由职工代表大会选举产生。监督委员会设主任委员一名，由县级卫健部门从委员中指定。

（三）突出三个强化

**1.强化预防为主，推进医防融合高效协同。**全面整合公共卫生服务资源，以市、区县（市）两级疾控中心为牵头单位，整合疾控、基本公卫、健康教育、妇幼健康、职业病防治、结核病防治、精神卫生、卫生监督、医养结合等公共卫生服务职能，组建市、区县（市）两级公共卫生服务管理中心，作为同级公共卫生服务管理工作领导小组的办事机构，负责辖区内公共卫生服务管理的组织协调、业务指导、绩效评价、督导考核等工作。城市医疗集团、专科联盟、县域医共体成立公共卫生服务管理部（在医共体健康促进部加挂牌子），各成员单位成立公共卫生科，村卫生室增挂公共卫生室牌子，打造市县乡村一体化公共卫生服务管理体系，健全市县乡村四级协同、防控治管四位一体，集中统一、整体协调、功能完善、保障有力的公共卫生综合服务管理机制。进一步健全防治结合、联防联控、群防群治的工作机制，提高突发公共卫生事件应急处置能力。

加强公共卫生队伍建设，健全执业人员培养、准入、使用、待遇保障、考核评价和激励机制。探索推行“公共卫生总师”和“公共卫生首席专家”制度，为辖区公共卫生政策制定实施、重大疫情防控、公共卫生事件处置当好参谋智囊。医共体内部配足配齐公共卫生服务人员，按照承担公共卫生任务量和工作成效，确保公共卫生人员薪酬待遇不低于同级医疗人员平均水平。通过县级疾控、妇幼保健等专业公共卫生机构向医共体派驻兼职副院长和技术骨干等方式，开展公共卫生技术指导、业务培训，推动公共卫生服务与医疗服务高效协同、无缝衔接。

完善“三进、两建、一帮扶”健康促进工作模式，推动健康教育进乡村、进家庭、进学校，加强健康教育阵地和健康教育队伍建设，医共体牵头医院和上联的医疗集团、专科联盟组建专家团队，帮扶指导基层开展健康教育工作。在医疗机构全面推行“三师五方”健康管理服务模式，推动实现院前、院中、院后一体化健康管理服务。通过健康大讲堂、微信公众号、APP等多种媒介，多渠道宣传普及卫生健康知识，倡导“每个人都是自己健康的第一责任人”理念，提升群众自我健康管理意识和健康素养水平。

**2.强化中医贯通，发挥简便廉验独特优势。**优化整合县域中医药资源，高度融入医共体建设，充分发挥中医药在“治未病”中的主导作用、在治疗重大疾病中的协同作用、在疾病康复中的重要作用和在公共卫生服务中的独特优势，健全县乡村三级中医药服务体系，贯通预防、治疗、康复全周期、全过程。加强中医优势专科建设，打造名医、名方、名药、名科、名院，带动中医医院特色发展。推进标准化县级中医医院建设，提升县级综合医院、专科医院、妇幼保健机构中医药服务设施配置和中医特色专科建设水平。加强中西医结合人才队伍培养，加快中西医协同医院、协同科室建设，提升专科专病医疗质量。将中医纳入多学科会诊体系，开展中医药防治技术培训，建立健全紧密型、常态化中西医联合会诊制度，推动中医药深度介入传染病防控和临床救治。采取市县两级医疗机构驻点帮扶、人员培训、技术指导、巡回医疗、专科建设、合作管理、配备中医智能辅助诊疗信息系统等方式，持续提升基层中医药服务能力，实现所有乡镇卫生院和社区卫生服务中心中医馆、社区卫生服务站和村卫生室提供适宜中医药服务等“四个全覆盖”，基层医疗卫生机构中医诊疗量占同类机构诊疗总量比例达到30%以上。加快县域中医医疗、预防保健、特色康复、人才培养、适宜技术推广和中医药文化宣传基地建设，推广中医综合诊疗模式、多专业一体化诊疗模式与全链条服务模式，发挥中医药在常见病、多发病、慢性病防治康中的作用。落实家庭医生签约团队的中医药人员配置，提高中医药服务数量与质量，增强儿童、老年人、慢病管理等中医药服务健康管理能力。

**3.强化医养结合，满足老年人健康服务需求。**充分利用医共体管理统一、服务连续、资源共享的优势，整合县域基层医疗卫生机构和专科护理、康复机构等资源，以家庭医生签约服务团队为主体，通过信息联通、设施共享、人员对接、技术支持等手段，为居家或入住养老机构的老年人提供巡视探访、上门巡诊、健康教育、健康管理、慢性病管理、康复护理、家庭病床、安宁疗护、具有中医特色的诊疗服务等相关医养服务，构建以医疗为保障、康复为支撑、居家养老为主、集中养老为辅的医养结合新模式。鼓励医疗卫生机构利用现有资源提供医养结合服务，在养老机构依法依规设立医疗服务点。支持医疗机构利用空置床位设置医养结合综合服务床位，为失能老人提供医养照护服务。推动基层医疗卫生机构建立完善日常医疗卫生服务与社区养老机构、特困人员供养服务设施（敬老院）养老服务有机衔接融合工作机制。加强老年人群重点慢性病的早期筛查、早期干预及分类管理，定期开展老年保健、预防老年人跌倒、老年疾病防治与康复等内容的健康教育活动，宣传适合老年人的中医养生保健方法，引导老年人形成健康生活方式，提升老年人的获得感和幸福感。

（四）提升三项能力

**1.提升县级服务能力。**从居民健康需求出发，结合县域疾病谱和人群分布特征，建立完善薄弱专科重点发展、特色专科错位发展、多学科协同发展的服务能力提升机制。加快推进县级医院呼吸、重症监护、传染病、肿瘤、心脑血管、血液透析、病理、职业病防治、精神卫生、老年医学和安宁疗护等重点专科建设，推进胸痛、卒中、创伤、危重症孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治、中医治未病、肿瘤综合防治、慢病管理等专病中心建设。发挥城市医疗集团、专科联盟和市级医院帮扶带动作用，加强县域医疗中心建设，加快县级公立医院提质升级和临床重点专科建设，县（市）人民医院、中医医院全部达到二级甲等水平，推动一批县级医院升级为三级医院，持续提升县域医疗服务水平和综合救治能力。医共体建立县域内相关临床专科专家为主、上联医疗集团、专科联盟等相关专业专家为支撑的各专科首席专家团队，为疑难复杂病例进行专科会诊、多学科会诊并提出诊疗或转诊意见，引领带动县域内各专科体系建设与发展，指导并组织专科学术交流、技术合作、疑难疾病联合攻关和业务培训，提升专科整体服务能力。

**2.提升乡级服务能力。**每个乡镇办好1所标准化的乡镇卫生院、每个街道办事处或每3-10万居民范围内办好1所社区卫生服务中心。加快推进基层医疗卫生机构标准化、规范化、信息化建设，重点引进培养一批全科、儿科、中医、急诊、妇科、影像等紧缺专业人员，提升基层常见病诊治和基本公共卫生服务能力。支持有条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心开展与其功能任务相适应的外科手术，着力推进乡镇卫生院、社区卫生服务中心“胸痛、卒中、创伤”救治单元建设，加强基层医疗卫生机构急救站建设，打造城区15分钟、乡镇30分钟医疗救治圈。推进乡镇卫生院、社区卫生服务中心发热哨点诊室建设与核酸检测采样点的规范管理，筑牢基本医疗卫生服务和疫情防控网底。医共体内建立分级诊疗病种目录，明确牵头医院下沉（下转）的疾病种类，针对基层服务能力短板，制定能力提升计划。建立医共体内县乡两级带教制度，牵头医院组织精干医疗技术力量建立带教团队，通过下沉坐诊、带教查房、进修培训等多种形式对乡镇卫生院、社区卫生服务中心医务人员进行传帮带。原则上牵头医院每年接受基层成员单位3个月以上进修人员不少于30人。在严格落实基层医疗卫生机构公益一类财政保障政策基础上，逐步建立完善“公益一类财政供给，公益二类绩效管理”的运行新机制。2022年乡镇卫生院、社区卫生服务中心服务能力全部达到国家基本标准，20%以上达到国家推荐标准。

**3.提升村级服务能力。**将不低于50%的基本公共卫生服务任务交由村卫生室承担，并依据考核结果给予相应补助。积极推进公有产权村卫生室建设，2022年占比达到85%以上。健全乡村医生进修培训学习制度，加强家庭医生服务的实践技能培训及继续医学教育，确保乡村医生每3-5年到上级医疗机构免费进修学习3－6个月，医共体牵头医院每年接受村卫生室1个月以上进修人员不少于5人。鼓励乡村医生以社会灵活就业人员身份自愿参加企业职工基本养老保险，参保费用由个人缴纳。

利用医共体内技术资源，将县级医疗机构中医及专科医生作为技术支撑力量纳入家庭医生团队，医共体将医保和基本公共卫生打包资金合理分配给家庭医生签约服务团队，建立绩效考核和激励机制，引导家庭医生“治未病”“管慢病”“重防病”，建立以全科医生为核心、全科专科有效联动、医防有机融合的服务模式，充分发挥家庭医生签约服务团队“健康守门人”作用。

（五）搭建两个平台

**1.搭建市县一体化医共体信息平台。**按照“政府主导、市县一体、分级建设、分步实施”的原则，依托现有的全民健康信息平台，在电子政务外网由市级统一规划建设涵盖医共体业务协同、基层医疗机构业务应用、互联网+医疗健康应用、综合监测评价等功能的市县一体化医共体信息平台，依托政务云部署并打通卫生专网和医保骨干网，优化整合市、县两级人口、公共卫生、医疗服务、医疗保障、药品保障、综合管理等信息系统，汇总、管理、分析、应用电子病历、电子健康档案等各类健康数据，实现市县乡村四级信息互联互通、数据实时传送、系统共建共享。推动医共体及其上联的医疗集团、专科联盟通过信息平台为群众提供家庭医生签约、慢病管理、健康管理、挂号预约、在线咨询、在线问诊、用药指导、健康宣教等全生命周期的健康管理服务。发展远程医疗与共享服务,以信息平台为纽带,医共体向上与城市三级医院对接,向下辐射乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生室,建立开放共享的远程会诊、远程心电、远程影像、检验、病理诊断、消毒供应等中心,推动基层检查、上级诊断,检查检验结果区域互认，方便群众基层就医、就近看病。2022年医共体远程医疗与共享服务覆盖县域所有乡镇卫生院、社区卫生服务中心，2023年远程心电、远程会诊、远程培训覆盖县域所有行政村卫生室，2025年远程血压监测覆盖乡村两级医疗机构。建设便民惠民的互联网医院，以市、县两级公立医院建设的互联网医院为主体，引进国内知名互联网医院平台，为患者提供线上线下、诊前诊中诊后全流程便捷服务，让群众足不出户享受到线上会诊、视频问诊、检查检验结果推送、线上开具处方、在线支付、送药上门等互联网智慧服务，改善群众看病就医感受。

**2.搭建智慧医疗信息平台。**加快推进智慧医疗、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设。以“通卡就医”“脱卡就医”为抓手，推动区域内就医一卡通、一码通，让群众就医更便捷。推行分时段预约挂号、预约检查、院内就诊智能导航、检查检验结果自助查询、诊间支付、床旁结算等服务，让患者就医“最多跑一次”“最多付一次”。加快智能可穿戴设备、人工智能辅助诊断系统等智慧服务系统应用，提高医疗服务的智慧化、个性化水平。建立完善医院运营管理决策支持系统和全链条信息管理体系，提升医院运营管理精细化水平。2022年二级和三级公立医院电子病历应用水平平均级别分别达到3级和4级，智慧服务平均级别力争达到2级和3级，智慧管理平均级别力争达到1级和2级。2025年，建成一批发挥示范引领作用的智慧医院，三级公立医院电子病历应用水平级别达到5级及以上，智慧服务级别达到4级，智慧管理级别达到3级，线上线下一体化医疗服务模式形成，医疗服务区域均衡性进一步增强。

四、保障措施

（一）落实财政保障政策。各级政府要严格落实对县级公立医院和基层医疗卫生机构的投入政策，按原渠道足额安排医共体成员单位的各项补助资金。上级专项补助资金下达后，县（市）原则上应于三十日内拨付至相关医疗机构。县级政府要按照规定落实对县级公立医院的投入责任，按照核定床位每床每年3000-5000元标准落实重点学科发展和人才培养投入。乡镇（街道）要继续加大对辖区医共体成员单位的工作支持力度。

严格落实乡镇卫生院与政府办社区卫生服务中心“公益一类财政保障”政策，对在乡镇卫生院工作的全科医生，结合工作条件、工作任务和服务年限等因素发放一定的岗位津贴，县级财政按政策落实补助。按照“四有”要求落实政府主导的社区卫生服务中心财政投入保障政策，根据核定的人员数量比照公益一类事业单位标准拨付人员经费，将社区卫生服务中心公用经费、设施设备等费用纳入财政预算保障。

按规定落实村卫生室一般诊疗费、基本公共卫生服务经费、基本药物制度专项补助。根据服务人口、产权性质等因素，县级财政对村卫生室日常运行发生的水费、电费、网络使用费和房屋修缮、设备更新维护等公用支出，以及投保医疗责任保险、意外伤害保险给予适当补助。对纳入乡镇卫生院统一管理并实行“乡聘村用”的乡村医生，县级财政对其参加企业职工基本养老保险参保费用中乡镇卫生院缴费部分予以补助。

加强医共体建设资金保障，县级财政统筹做好医共体信息平台建设、人才下沉、中医药发展、健康促进等工作的资金保障和倾斜支持。市县一体化医共体信息平台建设资金纳入市、县两级财政保障。市财政按照县级公立医院核定床位每床每年1000元标准安排专项资金，用于支持市县一体推进医共体建设中市级医院对医共体支持帮扶、指导培训等工作，并对医共体年度考核帮扶成效较好的市级医院给予奖励。

（二）深化编制制度改革。医共体内县级医疗机构和基层医疗卫生机构的编制分别核定，由医共体统筹使用。推进县级公立医院编制员额制管理，在医共体内开展县管乡用的乡镇卫生院编制使用管理探索。强化基层医疗卫生机构编制保障和管理使用，破解基层人才不足、留人困难与空编多、使用率低的矛盾困难，逐年降低基层医疗卫生机构的空编率，到2023年底，医共体内基层医疗卫生机构按服务人口和床位数核定的编制使用率原则上不低于85%。

去行政化改革后，县级公立医院领导人员职数由同级卫健部门参照《中共中央组织部、中央编办关于规范事业单位领导职数管理的意见》（中央编办发〔2019〕181号）等有关规定核定，报同级机构编制部门备案；县级机构编制部门不再核定县级公立医院科室设置数量和中层干部职数。县级公立医院的科室设立、撤销、调整由医院自主拟订设置方案，报同级卫健部门备案；中层干部职数由医院根据科室设置方案和有关规定确定，并报同级卫健部门备案。

（三）深化人事制度改革。去行政化改革后，县级公立医院管理岗位设置参照医疗机构原执行行政级别核定。实行员额制管理的，县级公立医院在核定的总员额内，自主拟订岗位设置方案（员额人员纳入岗位设置基数），经同级卫健部门审核、报同级人社部门核准后组织实施。

按照“宜合则合、宜分则分”原则，乡镇卫生院岗位设置可采取统筹合并、分单位设置等不同方式，保证岗位管理制度在乡镇卫生院的有效运行。医共体内取得中级职称以上的医务人员在乡镇服务满一年，经考核为称职档次的可优先聘任，考核为优秀档次的可直接聘任。对累计在乡镇卫生院工作满20年且距法定退休年龄不满5年的县乡医疗机构已聘专业技术人员，在岗位设置管理和调整时，不占本单位相应专业技术岗位结构比例。

逐步建立完善县管乡用、乡聘村用、轮岗派驻等人才引进、使用、管理机制。建立完善促进人才下沉的激励约束机制，严禁虹吸基层专业技术人才。医共体根据业务需要面向社会实行自主公开招聘，其中对高层次人才和急需紧缺人才可采取直接面试或考核等方式招聘，招聘结果向同级卫健、人社部门备案；对其他人员招聘，招聘方案经同级卫健部门审核、人社部门同意并报市级人社部门备案后按规定组织实施，招聘完成后及时办理备案手续。

（四）深化薪酬制度改革。加快建立符合医疗卫生行业特点和医共体发展的薪酬制度，科学核定并动态调整公立医院薪酬总量。公立医院在核定的薪酬总量内自主分配，合理确定内部薪酬结构，适当拉开收入差距。在收支平衡的前提下，合理确定公立医院人员支出占业务支出的比例，人员薪酬中固定部分所占比例逐步提高。制定完善体现医务人员贡献和技术劳务价值的绩效分配方案，逐步建立不同专业、岗位、年资医务人员薪酬水平与社会平均工资水平的合理比价关系。鼓励对关键岗位、高层次医疗卫生人才实行年薪制、协议工资、项目工资等多种分配形式，支持开展公立医院主要负责人目标年薪制探索。充分考虑中医药服务特点，结合实际推进中医药领域薪酬制度改革。

落实“两个允许”要求，允许乡镇卫生院（社区卫生服务中心）突破现行事业单位工资调控水平，在当年医疗服务收入扣除成本和提取各项基金后的结余中，可提取60%以上用于增发奖励性绩效工资，可在奖励性绩效工资中设立全科医生岗位津贴、加班值班夜班补助、下乡补助、有毒有害补助等子项目；家庭医生签约服务收入原则上不低于70%用于签约团队内部分配，用于签约团队内部分配的家庭医生签约服务费和全科医生岗位津贴纳入绩效工资总量管理，在绩效工资中单列。基层医疗卫生机构全科医生收入水平原则上不低于当地县级综合医院同等条件临床医师平均收入水平，经住院医师规范化培训合格的本科学历全科医生按临床医学、中医学硕士学位研究生落实薪酬待遇，引导全科医生长期扎根基层。基层医疗卫生机构对引进的副高级以上专业技术职务、全日制本科以上医学人才，可参考市场价格合理确定薪酬水平，探索实行年薪制、协议工资制等灵活多样的分配形式。

（五）深化医保支付方式改革。探索实施紧密型县域医共体按病种分值付费（DIP）和按人头总额付费相结合的付费机制，在总额预算管理基础上，探索建立人头加权预算、健康绩效评估与奖励机制。稳妥推进按病种分值付费（DIP），逐步优化和完善分组方案及付费规则，建立完善协商谈判机制和专家评估机制，引导医疗机构主动控制成本、规范诊疗行为。探索对疗效标准明确的部分中医优势病种实施中西医同病同效同价的按疗效价值付费。合理确定DIP基层病种，引导患者回流基层。支持中医技术和中药在基层的推广应用，制定完善符合中医药特点的医保政策，逐步扩大中医技术和中药（中药饮片、中成药、中药制剂）纳入医保报销范围，逐步降低中医药报销起付线，提高中医药报销比例。

（六）深化医疗服务价格改革。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则和“腾空间、调结构、保衔接”的路径，建立完善医疗服务价格动态调整机制。规范基本路径，科学设置医疗服务价格调整的启动条件，定期开展医疗服务价格调整评估，合理测算调价空间，优化选择调价项目，合理制定调价方案，逐步提高医疗服务中技术劳务性收入的比重，调动医疗机构及医务人员积极性。以临床价值为导向，以中医优势病种、特色服务为重点，完善中医医疗服务价格形成机制，逐步提高中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务价格。统一规范县区价格体系，逐步理顺医疗服务比价关系。

（七）落实药品耗材集中带量采购政策。充分发挥县域医共体统一管理优势，探索建立药品耗材联动管理机制，逐步建立医共体内统一采购配送和支付结算模式。常态化制度化落实国家和省药品、医用耗材集中带量采购政策，完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，促进中选产品优先采购、合理使用。落实药品与医用耗材集中采购医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式。建立公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力，强化药品和医用耗材价格常态化监管。

（八）强化综合监管。创新监管模式，推行多层次全方位立体监管模式，加大医疗服务质量、安全、价格、费用等监管力度，依法打击违法执业、欺诈骗保、药品回扣等行为。加强对医共体经济运行、财务活动的会计和审计监督，并按规定组织开展经济管理绩效评价工作。建立医共体、公立医疗机构运行监测系统，逐步实现对运营管理情况的动态化、常态化监测评估。加强医疗服务行为和医共体医保基金使用监管，引导医疗卫生机构服务模式转变。充分发挥行业协会、学会等社会组织作用，加强行业自律和职业道德建设。发挥人大、监察、审计机关以及社会层面的监督作用。

五、工作要求

(一)加强组织领导。市级成立市委、市政府主要领导任双组长的高质量推进紧密型县域医共体建设工作领导小组，将该项工作列为全面深化改革重要事项同部署、同要求、同考核，并纳入市政府年度绩效考核，持续高位推进。医共体建设的主体是县级党委、政府，县（市）委书记、县（市）长是改革第一责任人。各县（市）党委、政府要进一步拉高站位、提升认识,压实责任、高位推进。各级各有关部门要密切协作,强化政策协同，形成强大合力，确保改革取得实效。

（二）加强督导检查。通过部门督导、督查室督查、纪检监察部门专项监督等多种方式,加强对县（市）党委、政府责任落实和改革推进情况的督导检查和跟踪问效，对工作滞后、推进不力的县（市）和单位予以通报批评、限期整改，确保改革落实落地。

（三）加强考核评估。充分发挥医共体专家团队“智库”作用，对医共体建设进展情况进行动态跟踪和定期评估，为政策制定提供决策依据。建立完善县（市）医管委对医共体建设成效考核评估制度，以公益性为导向，突出职责履行、功能落实、医疗质量、费用控制、健康促进、运行绩效和群众满意度等内容，由对单一医疗机构考核转变为对医共体综合考核，考核结果与财政补助、医保支付、薪酬总量核定、医院等级评审、评优评先、主要负责人薪酬等挂钩。

（四）加强宣传培训。加强政策培训和改革宣传，广泛凝聚社会共识。及时研究解决工作中出现的新情况、新问题，总结推广典型经验和改革成效，调动医疗机构、医务人员参与改革的积极性，为推进改革营造良好氛围。

本意见自下发之日起实施，市内各区参照执行，此前与本意见不一致的，以本意见为准。

|  |
| --- |
| 郑州市高质量推进紧密型县域医共体建设工作领导小组办公室 2022年6月18日印发 |