深入推进紧密型县域医疗卫生共同体建设和发展的实施意见

（征求意见稿）

为深入推进我省紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称医共体）建设，整体提升全省卫生健康水平，构建优质高效整合型县域医疗卫生服务体系，根据《医疗联合体管理办法（试行）》（国卫医发〔2020〕13号）、《贵州省整体提升卫生健康水平攻坚行动方案（2021-2030年）》（黔党发〔2021〕36号）等文件，提出本意见。

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，深入贯彻落实党的十九大及全国卫生健康大会精神，以高质量发展为统揽，加快推进健康贵州建设和实施乡村振兴战略，坚持以人民健康为中心、以基层为重点，深度整合县域医疗卫生资源，促进县乡一体、乡村一体管理，进一步完善紧密型县域医共体利益共享、责任共担机制和高效运行管理机制，实现医疗卫生服务上下贯通、医疗和预防有效融合，努力为人民群众提供全方位全生命周期的健康服务。

（二）基本原则。

坚持政府主导，优化资源配置。全面落实政府办医主体责任，统筹城乡融合发展，进一步优化整合县域内医疗卫生资源组建医共体，创新管理体制和运行机制，完善保障政策。

坚持资源下沉，辐射带动基层。推动医疗卫生工作重心下移、医疗卫生资源下沉，充分发挥县级医院上联下带的纽带作用，把更多优质医疗卫生资源引向基层、投入基层。

坚持健康导向，聚焦群众需求。推动“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变，深化“县乡一体、乡村一体化”管理，打造整合、连续的医疗卫生服务体系。

## 坚持创新突破，激发发展活力。有序有效推进现行政策落实。以调动医院和医务人员建设医共体的积极性为导向，逐步转变发展方式、运营模式和资源配置模式，突破现行政策瓶颈，激发活力，促进卫生健康事业高质量发展。

## （三）工作目标

在全面推进紧密型县域医共体建设的基础上，围绕建立有序就医分级诊疗秩序，创新构建管理一体、医防融合、服务同质、能力提升、便捷高效的县乡村三级整合型医疗卫生服务新体系。

到2025年，所有县域医共体成为服务、责任、利益、管理、发展的共同体并达到“紧密型”标准，提供覆盖全生命周期的健康服务能力进一步提升，力争县域内住院人次占比达到80%以上，基层医疗卫生机构就诊率达到国家平均水平。

到2030年，全省基层医疗卫生服务体系进一步完善，医疗卫生资源配置效率得到进一步提高，分级诊疗便捷有序，健康管理精准实施，财政保障和医保支付可持续，全民健康素养水平大幅提升，基本实现健康服务公平可及。

三、工作任务

（一）进一步强化政府的办医责任。医共体建设坚持政府办医主体责任，强化市级统筹、县级主导，推进医共体建设和发展。各级政府要建立稳定的医疗卫生投入长效机制，加强对医共体牵头和成员单位的财政投入资金，切实维护和保障基本医疗卫生事业的公益性。医共体建设工作由市县党政主要负责人负责，市县两级成立紧密型县域医共体建设领导小组，由党委和政府主要负责同志或一位主要负责同志担任领导小组组长，充分发挥领导小组的统筹协调作用，切实落实政府对医共体建设的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任，建立医共体建设的指导、督查、协调、定期联席等制度，每年不少于2次研究解决医共体建设中存在的问题，指导医共体内部健全运行和管理配套制度，统筹推进行政、业务、人员、财务、药械、绩效和信息系统统筹管理。

（二）进一步理顺外部管理运行机制。完善医共体管理体制和监管机制，建立政府办医、行业监管、医共体运行管理三张权责清单，理清医共体建设权责利关系。建立县级医共体管理委员定期会商联动机制，围绕医保、价格、人事、薪酬、规划和财政投入等政策明确职能部门职责，以推进医共体有效运行和促进医共体运营发展活力为目标，集中发挥政府的有效监管作用，统筹做好县域医共体建设和发展的规划布局、投入保障、人事安排、政策制定和考核监管等重大事项。

（三）进一步健全内部运行机制。围绕优化县域医疗卫生资源配置，按照“县级公立医院—县域医疗次中心（中心乡镇卫生院）—一般卫生院—村卫生室”梯次带动模式搭建紧密型县域医共体。充分发挥医共体党委的领导核心作用，全面落实党委领导下的院长负责制。医共体由牵头医院院长负总责，负责建立和完善医共体长久、有效运行的机制制度，落实行政、人员、业务、药械、财务、绩效等统一管理的具体工作。

1.统一行政管理。建立由牵头医院主要负责人任理事长，其他县级医疗卫生机构和乡镇卫生院主要负责人、职工代表等人员担任理事会成员的医共体理事会。负责制定医共体章程，建立健全内部组织机构、管理制度、议事规则和内部分配等机制。医共体成员单位的原单位性质、人员编制、政府投入、职责任务、优惠政策等保持不变，原则上医共体内保留成员单位的法人资格，其法定代表人可由牵头医院负责人担任。乡镇卫生院实行“事业一类保障、二类绩效管理”。

2.统一人员管理。医共体内设立人力资源中心，负责优化县域医共体内的薪酬结构，统筹管理人力资源。医共体拥有内部人事管理自主权。实行“县聘乡用”“乡聘村用”。牵头医院拥有对医共体内乡镇卫生院院长任命权。牵头医院拥有人员招聘和人才引进自主权。科学使用空余编制，逐年降低乡镇卫生院的空编率。专业技术人员在医共体内多点执业不需办理执业地点变更和执业机构备案手续。

3.统一业务管理。医共体内基本医疗和基本公共卫生业务工作实行统一管理。设立医疗质控中心，通过建立完善医疗质量管理长效工作机制，按照统一规章制度、统一技术规范、统一人员培训、统一业务指导、统一工作考核要求，对医共体内乡镇卫生院的医疗、护理、检查检验、院内感染等业务，进行全面的质量控制和安全管理，逐步实现医疗质量同质化管理。建立医共体内县乡村疾病诊疗目录，完善医共体内部、医共体之间和县域向外转诊管理具体办法，规范双向转诊就医管理。合理拉开基层医疗卫生机构、县级医院和城市大医院间报销水平差距，增强在基层看病就医的吸引力，引导参保患者有序就诊。基层医疗卫生机构中确需转诊的患者，由医共体牵头医院为其提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务，在牵头医院与分院之间当日办理出院与入院转诊，视为同一次住院，参保人只付一次起付标准的费用。患者在牵头医院已完成难度较大的诊治且病情平稳后，转回基层医疗卫生机构，由牵头医院派原经治医生跟踪指导后续诊治工作，基层医疗卫生机构并能使用下转患者后续治疗必需的药物。

4.统一财务管理。医共体内设立财务管理中心，探索设立医共体总会计师，协助医共体负责人做好医共体财务管理、成本管理、预算管理、会计核算、价格管理、资产管理、会计监督和内部控制工作，并加强医共体内部审计工作，充分发挥审计监督作用。乡镇卫生院财务实行由牵头医院统一管理、独立核算的管理制度。乡镇卫生负责人对本单位财务会计工作及会计资料的真实性、合法性负责。财政投入资金由县级卫生健康行政部门拨付，按规定的资金用途安排使用。乡镇卫生院大额资金使用由牵头医院按规定审批。医共体内设立医保管理中心，负责完善内部管理、总额分配、绩效考核等配套管理制度，制定医共体内部预算，配合医保部门提高医保基金使用效率，引导落实健康管理工作。

5.统一药械管理。医共体内设立药械管理委员会，探索设立医共体总药师，统一负责医共体药械采购配送和药事管理等，指导检查乡镇卫生院药事管理、合理用药等制度执行。支持以医共体为单位在药品采购平台自行议价，建立统一药品管理平台，加强用药指导，统一用药范围，统一开展带量采购、集中配送和药款支付。推进长期处方、延伸处方，处方、医疗机构制剂可在医共体内自由流动。在医共体药械管理委员会指导下，医共体成员单位的用药不受自身等级、病种目录、医师权限等限制，与牵头医院统一用药目录，医保基金按规定进行支付。

6.统一绩效考核。医共体内设立运营管理中心，以实行全面预算管理、规范临床诊疗行为、规范双向转诊制度为重点，健全绩效评价和县域医共体绩效考核制度，建立长期稳定的分工协作机制。坚持公益性、优绩优酬、多劳多得的原则，按照“允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励”的要求，开展医共体内医疗机构绩效考核与分配。打破单位、层级和身份区别，合理合规确定医共体内人员薪酬水平，并适当向基层倾斜。

（四）进一步明确医共体功能定位。医共体为辖区内居民疾病预防、诊断、治疗、营养、康复、护理、健康管理等一体化、连续性医疗卫生服务。县级医院以县域内常见病多发病诊疗、急危重症抢救与疑难病转诊以及一般传染病救治和突发事件紧急医疗救援为主，负基层技术指导帮扶责任。县域医疗次中心仍为乡镇卫生院，负责分担县级公立医院部分功能任务，辐射带动周边基层医疗卫生机构，县域内医疗卫生资源配置和政策支持应适度向县域医疗次中心倾斜，逐步提升服务能力，并向二级综合医院服务能力看齐。乡镇卫生院和社区卫生服务中心承担辖区内常见病多发病基本医疗、基本公共卫生服务职能和任务，做好双向转诊和下转病人康复服务，开展慢病管理。村卫生室主要承担基本诊疗、健康管理和公共卫生服务。妇幼保健机构可跨医共体提供妇幼保健服务。鼓励县级妇幼保健机构牵头组建医共体。鼓励中医医院独立牵头组建医共体。鼓励疾控机构应主动参与医共体建设。鼓励传染病、精神疾病专科医院和养老机构及社会办医疗机构主动参与医共体建设。医共体牵头医院原则上为县级二级甲等以上公立医院，医疗服务能力达到二级医院水平的基层医疗卫生机构也可牵头组建医共体。

（五）进一步加强医疗卫生资源整合共享。以县域医共体为载体，依托牵头医院建设互联互通的医学检验、医学影像、心电诊断、病理、消毒供应等资源共享五大中心，实行内部各成员单位统一调配医技资源，提高检测检验仪器的使用效率。在保障医疗质量的前提下，医共体内及不同医共体间检查检验结果实行互认。发展远程医疗服务，以县级医疗机构为纽带，向上与城市三级医院对接，向下辐射乡镇卫生院和村卫生室，促进“互联网+医疗健康”发展。医共体内设立信息数据中心，加强医共体内部基本医疗、公共卫生、运营管理等信息系统互联互通，落实居民电子健康档案、电子病历的连续记录和动态管理，逐步实现医共体内医疗服务、基本公共卫生服务、妇幼健康服务、医疗保障服务和综合管理信息系统的数据共享，推动分级诊疗和医防数据融合应用。推进远程会诊、远程诊断等应用，实现远程协作、资源共享。信息系统原则以互联互通为主，不鼓励新建信息系统。

(六)进一步完善人事制度和薪酬制度。

1.落实人员管理自主权。医共体内县级医疗机构和基层医疗卫生机构编制分类核定，探索由医共体统筹使用。在职称聘任方面，打破以单个单位进行岗位设置，建立以紧密型医共体为主，在总量内合理设置岗位进行岗位聘任，报主管部门和人社部门进行备案管理。根据“总量控制、动态调整、统筹使用”的原则，医共体内人员统一招聘、统一培训、统一管理、统一考核。医共体内建立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。县级医院每年下派一定比例医务人员到基层医疗卫生机构工作（县级医院中高级职称占比不低于30%），连续服务时间不少于3个月，并向下延伸处方、用药。推进实施“本科医学生派驻基层服务计划”。加强医共体内公共卫生、全科、妇产科、儿科、中医药等紧缺人员配备。加大对村级的巡诊、派驻力度。

2.落实医共体薪酬保障。落实基层医疗卫生机构财政保障政策，按照“两个允许”的要求，建立符合医疗卫生行业特点和医共体发展要求的薪酬制度。以岗位为基础，以绩效为核心，打破单位、层级和身份区别，建立多劳多得、优绩优酬的内部分配机制，适当向急诊、儿科、妇产科等人员倾斜，并与药品、耗材和检查检验收入脱钩。将医共体纳入公立医院薪酬制度改革范围，合理设定薪酬总额，建立动态核增机制，以岗定责、以岗定薪、责薪相应、考核兑现，逐步提高固定薪酬占比、人员支出占比，鼓励实行总院和分院主要负责人年薪制。

（七）进一步推进医保支付制度改革。

1.全面推行医保总额付费改革。统筹推进医疗、医保、医药改革，建立部门协同联动机制，有序推进医保基金按总额付费。强化总额预算管理，加强监督考核，结余留用，合理超支分担。建立由医保、卫生健康、财政等部门牵头，医保经办机构和医共体及相关医疗卫生机构参与组成的医保总额付费会商联动机制，负责共同制定年度医保基金按总额付费的具体办法。付费总额实行按规定标准预留医保基金风险金后，将医共体区域内年度预算定额按参保人数和人均基数按年度打包支付给医共体。结余资金纳入医共体医疗服务收入，主要用于提高医务人员绩效待遇和医疗机构发展，可用于公共卫生服务和健康管理工作，分配时向基层倾斜。若出现超支，要精准评估，原则不补；确有合理充分超支理由的，由医保部门会同卫生健康行政部门、财政部门及医共体共同确定，根据实际情况由医保、卫生健康、县级财政、医共体按一定比例进行分担，原则上主要由医共体自身承担。

2.协同推进其他医保支付方式改革。在医保总额付费管理基础上，积极推行按人头付费、按病种付费、按床日付费、DRG付费、DIP付费，规范支付流程，形成统一、规范、有序、高效的医保支付体系。中医院牵头的医共体可暂不实行DRG付费。按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的原则，动态调整医共体内医疗服务价格，逐步理顺医疗服务比价关系，做好与医保支付和财政投入等政策的衔接。完善符合中医药特点的医疗服务价格形成机制和医保支付方式。充分考虑中医医疗服务特点，完善分级定价政策，重点将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久的中医医疗服务项目纳入调价范围，符合启动条件的及时调整价格，医疗机构炮制使用的中药饮片、中药制剂实行自主定价，符合条件的按规定纳入医保支付范围。探索医保支持中医药发展政策，引导使用中医药适宜技术和中医药。鼓励各地积极创造条件，探索将基本公共卫生服务经费、基本药物制度补助等相关经费打包给紧密型县域医共体统筹使用。

（八）进一步提升医共体综合服务能力

1.提升医疗服务能力。加强牵头医院服务能力建设，全力打造县域医疗高地。鼓励医共体牵头医院下派科室负责人、业务骨干、专家到乡镇卫生院担任院长，也可通过技术帮扶、科室共建、资金设备支持等方式进一步提升基层服务能力和供给效率。加强对县域医疗次中心建设医疗卫生资源支持和技术指导力度。按照“1+1”建设模式，每个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）建设1个标准中医馆和1个临床特色专科，并逐步向“1+N”模式发展。按照国家标准，深入开展优质服务基层行和社区医院建设，持续提升基层服务能力。村卫生室纳入医共体管理，作为乡镇卫生院派出机构，实行统一管理。持续提升村卫生室标准化建设和健康管理水平，推进村级医疗疾控网底建设。分类落实村医养老保障、医保等社会保障待遇。

2.提升公共卫生服务能力。建立健全医共体内公共卫生服务体系，在牵头医院设立公共卫生和健康管理中心，负责医共体内公共卫生任务的落实和技术指导，加强考核和督促指导，稳步提高医共体的公共卫生服务能力。疾控等专业公共卫生机构应安排人员，指导医共体履行公共卫生职责。推进乡镇卫生院发热门诊或诊室等设施建设，采取固定设施、流动服务等方式，加快补齐公共卫生服务短板，完善基层公共卫生设施，提升农村居民享受医疗卫生服务的可及性、便利性。鼓励妇幼、心脑血管病、糖尿病、精神卫生、肿瘤防治等各类专科医师和公共卫生医师融入以全科医师为主体的家庭医生团队，建立医疗处方和健康处方“双处方”制度，对区域内重点人群实行分类、分级管理，形成全科与专科联动、医防有机融合的服务工作机制。通过签约服务，引导居民在医共体内到基层首诊，牵头医院对签约患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。

（九）进一步发挥绩效评价指挥棒作用。县域医共体建设实行以健康为中心的层级绩效评价，加强医共体建设成效监测。市级医共体建设领导小组对县级医共体建设领导小组及县域医共体管委会每年履职和建设进行绩效评价，定期督促指导，确保目标导向不偏离。县域医共体管委会负责对医共体运行进行绩效评价，以医共体内运行机制、分工协作情况、强基层能力和辐射带动、资源共享和下沉情况以及公共卫生和居民健康改善情况为目的，建立对县域医共体综合绩效考核与动态调整机制，考核结果与医保基金打包总额、医共体负责人任免和奖惩等挂钩。县域医共体按医管委制定的综合绩效考核实行目标管理，并建立完善县域医共体内部运行的绩效考核制度。

（十）进一步规范诊疗行为。创新监管模式，加大对医共体整体的医疗服务质量、安全、价格、费用、医保基金使用等监管力度，引导县域医共体提升医疗服务能力和服务质量。严格落实医共体牵头单位医疗管理的主体责任，加强对成员单位和医务人员医疗行为规范性的监督管理。充分发挥医疗质控中心、药事管理委员会等的作用，指导医务人员按照有关临床诊疗技术规范和各项操作规范以及医学伦理规范等，使用适宜技术和药物，合理诊疗，因病施治。各级医疗质量控制中心要切实发挥专业化质控作用，不断完善质控标准、指标体系和评估方法，推进各专业学科的高质量发展。

四、工作要求

（一）加强组织领导。各级党委、政府要进一步统一思想、提高认识，切实把医共体建设作为实施乡村振兴战略和整体提升全省卫生健康水平攻坚行动的重要内容，作为实现健康贵州建设的重要基础。结合本地实际，认真落实工作任务，确保改革落地见效。

（二）压实部门责任。各部门要在县域医共体领导小组的统一领导下，加强统筹协调和联动互动，及时出台配套文件，发挥政策的叠加效应，保证改革措施有效落实。各级卫生健康行政部门要将医共体建设作为推动县域综合医改的总抓手，加强指导和监督；医保部门要加强医保医疗服务监管，推进医共体按人头总额付费，组织制定相关配套政策；编制部门要制定对医共体编制统筹管理的具体办法，统筹县域内人员编制支持医共体建设；财政部门按规定支持县域医疗卫生基础设施建设和能力建设；发展改革部门对符合中央预算内投资、地方政府装箱债券支持投向的项目，要积极争取中央支持；人力资源社会保障部门要完善薪酬总量动态核增机制，会同卫生健康、编制部门在试点基础上逐步完善医共体的人才管理机制。

（三）健全推进机制。建立责任分工机制，完善医共体建设台账，明确责任分工，确保责任层层落实到位。建立督查落实机制，专项督查重点任务分工，作为年度考评的重要依据。建立考核问责机制，将重点任务完成情况纳入全面深化改革绩效考核和政府目标管理绩效考核，严肃问责推进不力的地区和个人，表彰奖励积极创新、成效显著的地区和个人。

（四）强化宣传培训。深入宣传紧密型县域医共体建设取得的新进展新成效，总结推广紧密型县域医共体建设好经验好做法，发挥示范带动作用。大力开展县域医共体建设管理人员和医务人员的政策培训，进一步统一思想、凝聚共识。宣传推广一批先进单位和优秀个人，为紧密型医共体建设营造良好的舆论氛围。