

# 安徽省人民政府办公厅文件

皖政办〔2017〕57号

---

## 安徽省人民政府办公厅关于 全面推进县域医疗共同体建设的意见

各市、县人民政府，省政府各部门、各直属机构：

开展县域医疗共同体（以下简称医共体）建设，是深化综合医改，整合县域医疗资源，提升基层服务能力，完善医疗服务体系的重要举措，是推动医疗卫生工作重心下移，促进优质资源下沉，构建合理有序分级诊疗制度的重要路径。为总结我省天长等地医共体建设经验，全面推进医共体建设，更好地实施分级诊疗和满足群众健康需求，结合贯彻《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号），经省政府同意，现提出以下意见：

## 一、总体要求

(一)指导思想。全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，深入贯彻习近平总书记系列重要讲话特别是视察安徽重要讲话精神，坚持以人民为中心的发展思想，立足我省经济社会发展和医药卫生事业发展实际，以落实医疗机构功能定位、建立分工协作机制、提升基层服务能力、理顺双向转诊流程为重点，不断完善组织管理模式、运行机制和激励机制，全面推进医共体建设，整体提高县域医疗资源配置和使用效率，为群众提供从预防到治疗、康复，连续、协同、优质的医疗卫生服务，实现发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变。

### (二)工作目标。

到 2018 年，医共体建设实现全省覆盖，构建起县乡村三级联动的县域医疗服务体系，医共体运行和管理制度框架基本建立，较为科学的分工协作机制和较为顺畅的转诊机制初步形成，做到未病早预防、小病就近看、大病专家治、慢病有管理、转诊帮对接、费用能降低，县域内基层医疗卫生机构诊疗量较 2016 年底上升 3—5 个百分点，县外住院人次占比下降 3 个百分点。

到 2020 年，县域内所有二级公立医院和政府办基层医疗卫生机构全部参与医共体，目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制和责权一致的引导机制趋于完善，医共体成为服务、责任、利益、管理、发展的共同体，县域内医疗资源有效共享，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式基本建

立，县域内就诊率提高到 90%以上，提供覆盖全生命周期的健康服务能力进一步提升，群众获得感和满意度显著增强。

## 二、组织模式

（一）组建方式。坚持政府主导，根据县域内医疗资源结构布局和群众健康需求，统筹规划医共体建设。各县（市、区）按照业务相关、优势互补、双向选择、自愿结合的原则，2017 年底前，至少建成 1 个有明显成效的医共体，实行以县级医院为龙头、中心（乡镇）卫生院为枢纽、村卫生室为基础的县乡一体化管理，并与乡村一体化管理有效衔接，服务县域内城乡居民。医共体成员单位原有机构名称和行政隶属关系不变，可增挂牵头医院分院的牌子。人口较少、服务能力较弱的县，可由市级医疗机构牵头组建医共体；地处偏远、达到二级医院水平的中心卫生院，可探索整合周边一般卫生院（含分院），单独建立医共体；鼓励社会力量举办医疗机构加入医共体，经评估具备相应服务和管理能力的，可作为医共体牵头医院。有条件的县（市、区）可建立若干个医共体，形成协作竞争机制；支持医共体之间建立专科优势互补、相互转诊、交叉收治机制，方便患者就医。

（二）管理方式。县级卫生计生行政部门负责监督管理医共体建设和运行。医共体内部由牵头单位与各成员单位签订合作协议，成立理事会或建立相应机制，制定医共体章程和相关制度，规定各成员单位的责任、权利和义务。医共体成员单位在规章制度、技术规范、人员培训等方面执行统一标准，相对独立承担相

应的医疗责任。在医共同体内部，统一核算医疗服务成本、统一成员单位绩效考核办法，统一管理和分配医疗收入以及节约的医保资金，统筹薪酬分配；探索由牵头公立医院统筹人员调配、实行县乡医护人员定期轮岗，中心（乡镇）卫生院院长可由县级牵头公立医院任免并按程序报备。在保证中心（乡镇）卫生院公益一类事业单位性质不变的前提下，探索由医共同体牵头公立医院领办或托管中心（乡镇）卫生院。

### 三、主要任务

（一）完善医保基金预算包干机制。发挥医保对医疗服务供需双方的引导作用，医保基金对医共同体实行按人头总额预算包干支付方式，超支原则不补、结余全部留用。新农合暂按不超过当年筹资总额提取风险基金（按财政部有关规定提取）后的 95%作总预算，城镇居民医保可按当年筹集资金总额的 85%左右作总预算，并将其转换成参保（合）人头费（对应辖区每位参保参合居民），交由医共同体包干，负责承担辖区居民当年门诊和住院、按规定支出的家庭医生签约服务、县外住院以及大病保险等规定的费用报销。城乡居民医保基金实现统一管理后，另行确定预算标准。辖区居民在县域范围内可自由就医，对医共同体之外的县内其他定点医疗机构收治的医保病人，由医共同体牵头单位以购买服务方式与之结算。预算包干资金超支部分原则上由县级牵头医院承担，结余资金经考核后由医共同体县乡村三级机构原则上按 6:3:1 比例分配、自主支配。

（二）落实医疗机构分工协作机制。县级医院主要负责“100+N”病种以及重症患者收治，对基层提供技术帮扶，对县外实行集中转诊。中心（乡镇）卫生院主要负责“50+N”种常见病住院、急诊转诊、接收下转患者康复，并继续做好公共卫生、协助卫生执法、管理村卫生室等工作。凡中心（乡镇）卫生院能够收治的病种，县级医院应严格控制收治数量。村卫生室主要负责门诊、导诊、签约服务、健康管理和公共卫生、疾病防控工作，充分发挥村医导诊作用，引导群众养成“有序就医、逐级转诊”的习惯。医共体内的基层医疗卫生和康复机构、护理院等为诊断明确、病情稳定的康复期患者、慢性病患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理连续性服务。

（三）有序实施双向转诊机制。在医共体推行双向转诊、急慢分治，规范双向转诊服务流程。中心（乡镇）卫生院确需转诊的患者，由县级医院为其提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。患者在县级医院已完成难度较大的诊治且病情平稳后，转回中心（乡镇）卫生院，由县级医院派原经治医生跟踪指导后续诊治工作。县级医院要根据本县住院病人主要流向及县外医院对口支援情况，选择若干家县外专科医院或三级医院作为转诊合作医院，签订合作协议，以购买服务方式结算医疗费用。对具备在县级医疗机构诊疗条件的患者，合作医院应及时转回，并通过医生跟踪等方式继续治疗。

（四）全面开展家庭医生签约服务。医共体牵头医院应组织

本院医师与中心(乡镇)卫生院医师和村卫生室村医开展“1+1+1”组团签约，共同开展家庭医生签约服务。家庭医生签约服务费用由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民个人付费等分担。在落实免费“服务包”基础上开展有偿签约服务，有偿签约“服务包”中符合政策规定的项目纳入基本医保支付范围，有偿签约服务收入不纳入绩效工资总额，主要用于人员奖励。建立家庭医生考核机制，将签约服务人群住院率等指标纳入考核体系，并与家庭医生报酬挂钩。2017年将所有建档立卡贫困人口纳入签约服务范围。

(五)规范医疗服务行为。医共体县级牵头医院全面推行临床路径，按照国家卫生计生委和我省统一规范的病种路径，对照医院能够收治的病种目录，扩大实施临床路径管理的病种数目；定期开展临床路径执行情况自查，确保病种数、病例数、入径率、出径率达到我省规定标准，严禁“偷工减料”、影响质量安全等行为。乡村医疗机构门诊推广使用“标准处方集”、住院服务推广实施临床路径，建立质量监控指标体系，提升基础医疗质量。省卫生计生行政部门每季度开展临床路径执行情况考核；省临床专业质控中心加强对医共体牵头医院学科水平和疑难病例治疗效果的评估，防止超能力截留患者。

(六)发挥中医药独特优势。推进名医、名科、名院、名药“四名”工程，充分发挥中医药简、便、验、廉的优势，为群众提供健康服务。加强县中医院建设，支持县中医院与上级医院通

过托管、集团化管理或医联体等方式，参与建设医共体。大力开展乡镇卫生院中医馆、中医科建设，推广中医适宜技术和非药物治疗，开展健康养老、养生治未病、妇幼保健、慢病康复等中医药健康服务，探索开展慢性病中医药健康管理。

（七）做实牵头医院精准帮扶。医共体牵头医院可将部分科主任或技术骨干派到中心（乡镇）卫生院担任主要负责人，或组成技术团队与中心（乡镇）卫生院开设联合病房、共建特色专科，促进优质医疗资源共享和下沉。鼓励县级医院临床科室到中心（乡镇）卫生院领办对应科室或设立专家工作室，增量收入合理分成。中心卫生院特色专科建设、恢复一级甲等医院、创建二级医院以及住院人次和手术人次增长情况，作为对医共体牵头医院考核的重要指标。

（八）构建统一信息平台。充分发挥信息技术对医共体的支撑作用，结合建立人口健康信息平台，统筹推进医共体医疗机构管理、医疗服务等信息平台建设，实现电子健康档案、电子病历的连续记录和信息共享，实现医共体内诊疗信息互联互通。医共体可以共享县域内居民健康信息数据，便捷开展预约诊疗、双向转诊、健康管理等服务。推动医共体成员单位依托信息平台建立远程医疗合作机制，开展远程视频会诊、远程病理及医学影像诊断、远程专家门诊等，探索实行远程医疗收费和支付政策，提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

（九）实现资源共享。探索在医共体内成立药事管理委员会、

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。医共体优先配备使用国家和省基本药物，确保下转病人等疾病诊治连续性用药需求。探索对部分慢性病签约患者提供不超过2个月用药量的长处方服务，有条件的可以根据双向转诊患者就医需求，通过延伸处方、集中配送等形式加强用药衔接，方便患者就近就医取药。鼓励在医共体内依托牵头医院建立医学影像中心、检验检查中心、消毒供应中心、后勤服务中心等，实行大型设备统一管理，为医共体内各医疗机构提供一体化服务。在统一质控标准、确保医疗安全前提下，推进医共体内检验检查结果互认，减少重复检验检查。

#### **四、保障措施**

（一）加强组织领导。各地、各有关部门要充分认识全面推进医共体建设的重要意义，切实加强组织领导，确保工作顺利开展。各县（市、区）人民政府要建立主要负责同志牵头、卫生计生等相关部门协同的医共体建设组织推进机制，尚未开展医共体建设的，要抓紧制定实施方案，明确建设目标和序时进度，确保2018年实现全省覆盖；已开展建设的，要认真学习借鉴天长等地医共体建设成功经验，不断完善管理模式和运行机制，确保医共体建设取得实效。

（二）进一步落实政府办医主体责任。落实公立医院投入政策，建立财政补助资金与绩效评价挂钩机制。全面落实基层医疗卫生机构财政经费定项补助政策，医共体内各医疗机构产权归属



保持不变，继续按原渠道拨付财政补助经费。加大各级政府基建投资支持力度，加快补齐医共体发展短板，提高县级医院疑难重病诊疗能力、中心（乡镇）卫生院综合医疗能力以及远程医疗协作水平。加快村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务机构标准化建设，力争 2020 年全部达标。

（三）充分发挥相关部门作用。相关部门要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。各级卫生计生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；机构编制部门要建立并实施公立医院和乡镇卫生院编制周转池制度；发展改革部门要积极争取中央预算内投资，加大对县级公立医院基础设施建设的支持力度；财政部门要认真落实政府对县级公立医院、中心（乡镇）卫生院的投入政策和政府购买村医基本医疗服务经费，足额安排基本公共卫生服务经费；人力资源社会保障部门要完善绩效工资分配机制，会同卫生计生、机构编制部门在试点基础上逐步完善“县管乡用”人才管理机制；医保主管部门要加强医保医疗服务监管，推进医保支付方式改革；物价部门要完善医药价格政策，及时动态调整县乡医疗机构的服务价格；开发性金融机构要发挥“投贷债租证”综合金融服务优势，商业性金融机构要创新金融产品服务，支持医共体及相关基础性建设。

（四）完善人员激励和保障机制。落实医院用人自主权，实行按需设岗、按岗聘用，建立能上能下、能进能出的灵活用人机

制。完善与医共体相适应的职称、职务晋升办法，引导县级医院医护人员通过多种形式到基层服务。在医共体内，医务人员在签订帮扶或托管协议的医疗机构执业，不需办理执业地点变更和执业机构备案手续。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，完善与医共体相适应的绩效工资政策，健全与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配激励机制。

（五）健全督查和考核评估机制。各地要将医共体建设纳入全面深化改革、政府目标管理绩效考核，省市医改领导小组要定期组织开展医共体建设运行情况督查，及时研究解决工作中的问题。各级卫生计生行政部门要完善医共体内部绩效考核分配制度，将辖区服务人口健康指标、分级诊疗指标等作为重点，对不同成员单位绩效实行分级分类考核评价；健全监管机制，制定包括危重病人死亡率、危重病人转化率等指标体系，引入第三方评价，公开相关信息，防止医疗服务欠缺。各级卫生计生行政部门每季度组织开展模拟考核，考核结果向市、县政府通报；年终考核结果作为财政补助、绩效工资总额核定的重要依据，与干部任用和院长薪酬挂钩，与预算包干资金是否扣减以及结余资金分配额度挂钩，与县乡医疗机构绩效分配挂钩，与村卫生室各项补助和村医执业管理挂钩。

（六）大力开展宣传培训。要开展针对相关部门和医疗卫生

机构人员的政策培训，统一思想认识，形成工作合力。要充分发挥各类媒体作用，以群众需求为出发点做好政策解读，以群众获得感为切入点宣传建设成效，引导群众逐步转变就医观念，凝聚社会共识，共同参与和推进医共体建设。要及时总结、推广医共体建设和运行的成熟经验，发挥典型示范作用，不断提升医共体建设整体成效。



(此件公开发布)

抄送：省委各部门，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省高院，  
省检察院，省军区。

安徽省人民政府办公厅

2017年6月19日印发