

# 六安市人民政府办公室关于全面推进 县域医疗共同体建设的实施意见

各县区人民政府，开发区管委，市政府有关部门：

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，提升基层服务能力，完善医疗卫生服务体系的重要举措，是促进优质资源下沉，构建分级诊疗制度的重要路径。根据《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》（皖政办〔2017〕57号）精神，结合我市实际，经市政府同意，现就全面推进医共体建设工作提出如下实施意见：

## 一、总体要求

**（一）指导思想。**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，认真落实省委、省政府决策部署，坚持以人民为中心，深化综合医改，全面推进医共体建设。优化县域医疗资源配置，提高使用效率，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，实现由以治病为中心向以健康为中心转变。

**（二）工作目标。**到2018年，实现医共体建设全覆盖。已试点的金寨县、霍邱县等地要不断完善管理模式和运行机制，未试点的县区应及早谋划，制定方案，尽快实施。实现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。推进县域内医疗

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。

到 2020 年，县域内就诊率提高到 90%以上，把医共体建设成为服务、责任、利益、管理、发展共同体，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。按照业务相关、优势互补、双向选择、自愿结合的原则，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村一体化管理模式。地处偏远、达到二级医院的中心卫生院，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。每个县区要建立 2 个及以上医共体（叶集区可建立 1 个），形成协作竞争机制。人口较少、县级医疗资源不足的县区，可选择市级医疗机构牵头组建医共体。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。

**（二）管理方式。**县级卫计部门负责监督管理医共体建设和运行。医共体牵头单位与各成员单位签订合作协议，成立理事会，制定医共体章程和相关制度，规定相应的责任、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基金，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。**实行城乡居民医保基金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。按当年筹集基金总额的85%作总预算，并将其转换成参保人头费，交由医共体包干，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。辖区居民在县域内可自由就医，对医共体之外的其他定点医疗机构收治的医保病人，由医共体牵头单位以购买服务方式与之结算。预算包干基金超支部分原则上由医共体牵头医院承担，结余基金经考核后由医共体县乡村三级医疗机构原则上按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。**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。对具备在县级医院诊疗的患者,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,全市统一制定“服务包”,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”、影响医疗质量安全等行为发生。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。医共体牵头医院要成立医共体办公室，按照主要职责和任务，逐项分解，责任任务到人，采取盘点销号制度督促落实；落实分级转诊，实施双向转诊，控制医药费用不合理上涨，改革完善机构内部绩效考核分配机制，确保各项工作职责和任务落到实处。

**（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疗法，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）提高认识，加强领导。**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。各县区人民政府要建立主要负责同志牵头，卫计、人社等相关部门协同推进的工作机制，抓紧制定实施方案，明确建设目标和序时进度，确保 2018 年全面实施。

**（二）加大投入，落实责任。**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，加大基础设施建设投入，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）加强协作，明确分工。**卫计部门要将医共体建设作为推动县域医改的总抓手；大力推行临床路径管理，加强合

理用药管理；注重加强外转病人前 10 位病种的专科建设，加快远程医技协同系统建设；提升中心卫生院的服务能力，努力打造一批中心卫生院创建二级综合医院；加强医共体建设工作指导和绩效考核。人社部门要完善绩效工资分配机制，会同卫计、编制部门建立完善“县管乡用”的人才管理机制；加强医保医疗服务监管，全面推行以按病种付费为主的多元复合支付方式改革；配合卫计部门开展医共体检查考核，提供相关医保监测数据。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。发改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。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。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。

**（四）探索创新，完善机制。**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。医共体内医务人员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）强化督查，考核评估。** 市政府将医共体建设纳入对  
县区政府目标管理绩效考核，市、县区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  
问题与困难。县级卫计部门要完善医共体内部绩效考核分配  
制度，实行分级分类考核评价；市、县级卫计部门每季度组  
织开展模拟考核，考核结果上报同级人民政府。

**（六）广泛宣传，加大培训。** 各县区要开展对相关部门和  
医务人员的政策培训，特别是县乡村医务人员要学政策、懂  
政策、用政策，统一思想认识，形成工作合力。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。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  
提升医共体建设成效。

2017 年 9 月 13 日

删除的内容: 8

删除的内容: 1