

**云南省卫生健康委员会  
中共云南省委机构编制委员会办公室  
云南省财政厅文件  
云南省人力资源和社会保障厅  
云南省医疗保障局**

云卫基层发〔2019〕7号

---

**云南省卫生健康委员会 中共云南省委机构  
编制委员会办公室 云南省财政厅 云南省  
人力资源和社会保障厅 云南省医疗保障局  
关于做好紧密型县域医疗卫生共同体  
建设试点工作的通知**

各州（市）卫生健康委员会，州（市）委机构编制委员会办公室，州（市）财政局、人力资源和社会保障局、医疗保障局：

为深化县域医药卫生体制综合改革，推进医防有机融合，

更好地为人民群众提供全生命周期的卫生健康服务，现就做好我省紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称紧密型医共体）建设试点工作通知如下：

## 一、工作目标

到 2020 年底，试点县县域医疗卫生服务能力明显提升，医疗卫生机构诊疗行为明显规范，医疗保险基金使用效益明显发挥，医防融合实施效果明显显现，县域居民健康水平明显提高。医疗卫生机构有能力开展的技术和项目不断增加，居民医疗费用负担控制合理，县域外住院人次占比逐年下降。分级诊疗制度基本建成，县域就诊率达到 90%，县域内基层就诊率达到 65%，基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的有序就医格局全面形成。

## 二、主要任务

### （一）搭建紧密型医共体建设框架。

1. 优化资源配置。试点县根据地理位置、服务人口、医疗卫生资源布局、现有医疗机构数量、医疗卫生机构服务能力等情况，按照“因地制宜、合理布局、方便群众、易于管理”的原则，组建以县级医疗机构为核心，乡镇卫生院和社区卫生服务中心为枢纽，村卫生室和社区卫生服务站为基础，公共卫生机构全面融入，社会办医疗机构、康复机构、护理机构积极参与的紧密型医共体。

2. 加强中医药工作。发挥中医药在治未病、疾病康复治疗和疾病康复中的重要作用，鼓励县级中医医院牵头组建紧密型医共体。县域人口较少、县级中医医院能力较弱、无县级中医

医院、确需组建一个医共体的试点县，应向省卫生健康委中医药主管部门备案。只组建一个医共体的试点县，要按照“一套班子、两块牌子、两套财务、一体管理”的模式，保持县级中医医院相应功能体系，确保县级中医医院法人资格保持不变，确保中医医院性质、名称、功能定位，人员编制、床位数总量不变，机构、编制、财务独立。

3. 牵头医院能力要求。医共体牵头医院原则上应为达到二级甲等以上的医疗机构，医疗服务能力达到二级医院水平的基层医疗卫生机构和民营医疗机构也可牵头组建医共体。组建医共体数量由各试点县结合实际确定。

4. 医共体建设基本要求。保持“八个不变”：政府办医主体责任保持不变；财政投入保障机制保持不变；医共体成员单位法人资格保持不变、单位性质保持不变、基本功能定位保持不变、承担的主要工作任务保持不变、人员身份保持不变、人事关系保持不变。

## （二）深化体制机制改革。

5. 改革管理体制。建立由县级党委、政府牵头，机构编制、人力资源社会保障、财政、卫生健康、医保等部门及医共体成员单位等利益相关方代表参与的管理委员会，统筹医共体的规划建设、投入保障、人事制度和考核监管等重大事项。管理委员会的日常工作机构设在县级卫生健康行政部门。建立卫生健康行政部门和医共体之间的权责清单，厘清卫生健康行政部门和医共体之间的职能职责。医共体内部应组建理事会和监事会，作为内部决策机构和监督管理机构。

6. 深化简政放权。将管理权、经营权、人事调配权和收入分配权等下放给医共体牵头医院，激发医共体运行活力、服务效率和发展动力。制定县域内医疗卫生机构编制备案管理办法，进一步完善和创新医疗卫生机构编制管理，优化编制结构，提高使用效益。医共体内人员实行岗位管理，按照“按需设岗、竞聘上岗、以岗定薪”的原则，统一岗位设置，加强聘用管理。在核定的编制总量内和优先保障基层医疗卫生机构用人需求的前提下，医共体根据工作任务、岗位职责要求和医务人员能力水平，对人员实施统一招聘、统一管理、统一调剂、统一培养、统一使用，并实行备案管理和动态调整。医共体牵头医院可将成员单位作为其分支机构进行管理，其中基层医疗卫生机构主要负责人可由牵头医院提名，县级卫生健康行政部门考察任命，也可从医院科室主任或业务骨干中选派。

7. 完善薪酬制度。落实“两个允许”，合理确定医共体成员单位绩效工资总量和薪酬水平，提高基层医疗卫生技术人员待遇水平，保障家庭医生签约服务等工作。落实医共体内部薪酬分配自主权，建立多劳多得、优绩优酬的内部分配机制，并与药品、耗材和检查检验收入脱钩。单位内部薪酬分配应重点向临床一线、关键岗位、紧缺人才、业务骨干、偏远乡镇、全科医生及基层医务人员倾斜。鼓励试点县对医共体负责人和成员单位负责人实施年薪制。

### （三）完善运行机制。

8. 优化医共体管理资源。医共体牵头医院应充分整合优化现有医院管理资源，推动医共体内人、财、物、信息等充分整

合，对医共体机构、人员、财务、业务、药械、信息、医保、绩效考核等实施统一的管理，提高医共体内部管理运行效率。统筹开展医共体内药事管理，落实公立医疗卫生机构药品采购“两票制”。

9. 完善医共体管理制度。按照现代医院管理制度要求，实施科学化、精细化、规范化管理。加强财务会计管理，建立完善医共体医疗收入和打包付费资金分配方案。加强医院质量管理和控制，推进临床路径管理，规范临床检查、诊断、治疗和用药行为，逐步实现医疗质量同质化。以县域就诊率、基层就诊率、服务能力、医疗质量和费用、医保基金使用效率等为核心，建立医共体运行效果评价动态监测体系，对医共体建设进行实时、动态、连续、全面的监测和分析。

10. 明晰各级医疗机构职能职责。明确各级医疗卫生机构在医共体建设中的功能定位和职责清单，建立权责清晰，分工明确的分工协作机制。医共体牵头医院重点承担急危重症患者的救治和疑难杂症向上转诊服务，统筹医共体内疾病预防控制工作。基层医疗卫生机构提供常见病、多发病诊疗服务，重点为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者提供连续性医疗卫生服务，并按要求落实基本公共卫生服务和重大公共卫生服务。

#### （四）提升医疗服务能力。

11. 整合县域医疗卫生资源要素。依托牵头医院建立县域医学影像中心、心电中心、检验中心、病理中心、远程会诊中心、消毒供应中心等资源中心，统筹医共体内医疗废物处理工作，

为医共体内成员单位提供一体化服务。条件不具备的医共体，可采取购买第三方检验和病理诊断机构服务的方式，保障医共体内检验诊断需求。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，建立医共体之间检查检验结果互认机制，减少重复检验检查，降低病人转诊后的检查费用。

12. 统筹县域医疗卫生信息化建设。整合优化医院管理、医疗服务、医疗保障、药品供应、公共卫生、计划生育、疾病预防控制、妇幼保健等信息系统建设，实现医共体内各级各类医疗机构信息互联互通，资源共享，电子健康档案和电子病历连续记录。全面推进医共体资源调配、业务经营、质量评价、财务分析、效率监测等数字化管理，提升医共体协同服务水平。发展远程医疗服务，推进远程影像、远程心电、远程会诊在医共体成员单位之间的运用，建立以牵头医院为枢纽，向下辐射乡镇卫生院和村卫生室，向上联通城市三级医院远程医疗系统。到 2020 年，医共体服务效能和管理效能明显提升，基本实现“乡检查、县诊断、区域互认”。

13. 提升县级医疗机构服务能力。通过组建跨地区医院联盟、城市三甲医院对口帮扶等方式，加强以人才、技术、重点专科为核心的县级医院能力建设。开展县级公立医院提质达标晋级工作，力争到 2020 年底，90%的试点县均有一所县级公立医院达到国家《县医院医疗服务能力基本标准》。强化互联网大数据的运用，医共体应针对县域外转诊疾病费用较多的病种和转诊病人较多的学科、基层上转病人较多的科室和基层发病率较高的病种，有针对性地加强重点学科和专科建设。实施县级

公立中医医院综合服务能力提升工程，通过完善设施设备、创等达标、打造重点专科、实施信息化建设等，力争到 2020 年底，90%的试点县中医医院达到国家《县级中医医院医疗服务能力基本标准（试行）》要求。

14. 提升基层医疗卫生机构服务能力。通过实施基层医疗服务能力提升（临床服务能力建设）项目、基层卫生人才能力提升培训项目、基层医疗卫生机构设施设备标准化建设项目、基层医疗卫生人员学历提升项目和基层医疗卫生机构慢性病管理能力提升项目，开展优质服务基层行活动和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）等级评审等活动，全面提升基层医疗卫生机构服务能力。鼓励牵头医院临床科室领办中心乡镇卫生院相应科室或设立专家工作室，鼓励基层医疗卫生机构开展与能力相匹配的手术项目。县级中医医院要发挥县域内中医药服务“龙头”作用，承担指导推进县域内乡镇卫生院（社区卫生服务中心）中医药综合服务区（中医馆、国医堂）建设和基层中医药服务能力提升的职责。实施乡村医生“乡管村用”，以乡带村提升村卫生室的服务能力。

——到 2020 年底，中心乡镇卫生院和服务人口较多、规模较大的社区卫生服务中心达到我省甲级乡镇卫生院和甲级社区卫生服务中心标准，并逐步达到乡镇卫生院和社区卫生服务中心服务能力国家推荐标准；其他基层医疗卫生机构（不含村卫生室）以满足当地常见病、多发病诊治需求为标准，以急诊急救、全科医疗、儿科、康复科、护理和中医药服务为重点，逐步达到乡镇卫生院和社区卫生服务中心服务能力国家基本标

准。

——到 2020 年底，中心乡镇卫生院和服务人口较多、规模较大的社区卫生服务中心至少能开展 100 种常见病、多发病诊疗服务；其他基层医疗卫生机构（不含村卫生室）至少能开展 60 种常见病、多发病诊疗服务。

——到 2020 年底，100%的乡镇卫生院和社区卫生服务中心设立中医综合服务区（中医馆、国医堂），能够规范开展 8 类以上中医药适宜技术；80%的村卫生室和 100%社区卫生服务站能够规范开展 5 类以上中医药适宜技术；基层医疗卫生机构中医诊疗量占基层医疗卫生机构诊疗总量的 30%以上。

15. 提升县域内危重患者救治能力。以慢性病救治与管理为重点，推进胸痛中心、卒中中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重新生儿救治中心建设，提升县级医疗机构院前院内救治能力，提高救治成功率、降低死亡率、减少致残率。到 2020 年，高血压、糖尿病患者规范管理率达到 60%及以上，治疗率和控制率持续提高。到 2021 年底，每个试点县建成至少 1 家符合要求的胸痛中心、卒中中心、危重孕产妇救治中心和危重新生儿救治中心，中心乡镇卫生院建成慢病管理中心和心脑血管救治站。30-70 岁人群因心脑血管疾病导致的过早死亡率较 2018 年降低 10%以上。

#### （五）推进医防有机融合。

16. 搭建医防融合管理运行平台。牵头医院牵头建立卫生健康管理中心。开展以电子健康档案和电子病历为核心的健康咨询、健康管理、家庭医生签约服务管理、专业技术指导、预约



诊疗、双向转诊、下转患者医疗服务跟踪指导、出院患者健康状况跟踪等服务，提供系统连续的预防、治疗、康复、健康促进一体化服务。

17. 建设双向转诊便捷通道。加强县级卫生健康管理中心和乡镇级慢病管理中心的协同，建立县级医疗机构与基层医疗卫生机构的便捷转诊通道。根据医疗机构功能定位和双向转诊临床标准，制定各级各类医疗卫生机构所诊治的核心病种清单和双向转诊规范，细化转诊流程，建立患者配合、运行通畅的双向转诊渠道。基层医疗卫生机构需上转的患者，依托县级卫生健康管理中心和乡镇慢病管理中心平台提供预约转诊，医共体内县级医疗机构为其提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。

18. 做实做细公共卫生服务和家庭医生签约服务。做实基本公共卫生服务项目，加强心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等重点疾病防控，落实重大公共卫生服务项目。疾病预防控制机构要加强与医疗卫生的协作配合，做好技术指导、培训和业务管理，推进疾病三级预防和连续管理。做细家庭医生签约服务工作，充分利用医共体内技术资源，将县级医疗机构专科医生作为技术支撑力量纳入家庭医生团队，促进医共体由“治已病”为重点向“治已病”与“治未病”并重转变。总结基层高血压单病种防治管理经验，结合家庭医生签约服务工作开展，做好以高血压、糖尿病为主的“医防融合”新型单病种防治管理工作。

19. 探索实践医防融合新模式。充分发挥基层首创精神，推

进医防融合创新发展。鼓励试点县医共体探索实践采取购买服务的方式，将公共卫生机构能承担的工作直接交由其承担，并建立公共卫生机构融入医共体发展相关考核评价体系。开展县域内居民健康状况监测，开具“区域居民健康处方”，提供区域卫生健康决策建议。实施健康素养促进行动项目，提高县域内居民健康素养水平。探索“医体结合”、“医教结合”和“医养结合”的疾病管理和健康服务模式。建立与病人之间的健康伙伴关系，实施病人赋能，引导病人积极参与自我健康和自身病情的管理，搭建县域内居民沟通桥梁，帮助病人调整个人生活习惯，有效控制病情、改善病情和降低并发症出现的风险。鼓励试点县建立医疗机构和医务人员开展健康促进与教育的激励约束机制，调动医务人员参与健康促进与教育工作的积极性。

#### （六）建立利益调控机制。

20. 实施城乡居民医疗保险资金按人头打包。深化医保支付方式改革，实施总额预算管理下的城乡居民医保资金按人头总额预付。医疗保障管理部门扣除一定比例的风险基金后，按照“年初包干、按季拨付、年终结算”的办法，将县域城乡居民基本医保、大病保险等资金额度80%左右按季度于首月预先拨付医共体牵头医疗机构，剩余部分根据年度考核情况进行结算。县域内有多个医共体的，打包资金额度可根据各医共体覆盖城乡居民人口数量进行预算分配。推进医保支付方式改革，鼓励试点县探索实施按疾病诊断相关分组（DRGs）付费方式改革。

预付医共体资金“人头包干、结余留用、超支自负”，结余资金由医共体成员单位按规定合理使用，并重点向基层医疗

卫生机构倾斜。结余资金具体使用办法由医共体制定，按管理权限报批后执行。

21.探索实施家庭医生签约服务费用打包。家庭医生签约服务经费按照“足额筹措、提前预拨、人头包干、量效挂钩”的原则，将全年家庭医生签约服务经费的80%预拨给医共体牵头医院，剩余部分根据年度绩效考核情况进行结算。打包的家庭医生签约服务经费由医共体牵头医院根据医共体成员单位服务类别、服务数量和服务质量，对医共体成员单位进行考核兑现，并向履约质量高，管理效果好的家庭医生团队倾斜。

22.建立绩效考核评价制度。制定医共体绩效监测指标体系，建立与医共体组织方式、运行模式相匹配的考核办法。开展医共体年度绩效评价考核和群众满意度测评，考核结果和测评结果与财政投入、医保支付、医共体负责人任免等挂钩。加大对医共体考核监管，将医保基金使用绩效、目录外费用占比纳入医共体绩效考核范围，对医保基金使用绩效低、参保患者个人目录外费用占比高或要求院外购买药品、耗材的医共体给予扣减额度或取消打包资格处理。

### **三、工作要求**

23.加强组织领导。实施紧密型医共体建设，是深化县域医药卫生体制综合改革，推进医防有机融合的具体举措，各地要进一步提高思想认识，切实加强组织领导。各级人民政府是紧密型医共体建设的责任主体，要落实政府办医责任，落实财政投入，切实维护和保障公立医疗卫生机构的公益性。要牢固树立以人民为中心的发展理念，进一步解放思想，勇于担当作为，

大胆实践创新，积极探索符合本地实际的紧密型医共体建设实施路径。

24. 协同推进改革。建立部门协同推进工作机制，统筹县域医共体建设，及时研究解决运行中的困难和问题。建立议事、督导、检查、考核、问责等机制，确保重点工作有序推进，有效落实。加强对县域医共体建设过程中重点指标的监测评估，检验紧密型医共体建设的成效。协同推进药品供应、医疗服务价格、医保支付、人事薪酬等方面的改革，形成改革合力。

25. 压实工作责任。机构编制部门负责制定县域内医疗卫生机构编制备案管理办法，并抓好组织实施；财政部门负责落实财政投入保障政策，完善与医共体建设相适应的补偿激励政策；人社部门负责调整完善人事薪酬制度，建立与医共体建设相适应的激励政策；卫生健康部门负责加强对医共体建设试点工作指导检查，协调解决医共体建设中的困难问题；医疗保障部门负责医保支付方式改革、医疗服务价格政策落实和参保居民待遇落实等，对医共体医保基金使用情况进行全程监管。

26. 强化宣传培训。加强对开展县域医共体建设有关政策宣传，争取群众和社会各界对于开展县域医共体建设的理解和支持，努力营造良好的社会环境。大力开展对医疗卫生机构管理人员和医务人员的政策培训，调动广大医务人员参与改革、支持改革的积极性和主动性，努力营造良好的内部环境。及时总结紧密型医共体建设试点工作经验和做法，深入挖掘和培育典型，努力营造良好的舆论氛围。

各试点县应结合当地实际，认真研究制定实施方案和相关

配套政策，实施方案经报州（市）编制、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、医保部门审核同意后，报省级相关部门备案。



云南省卫生健康委员会



中共云南省委机构编制委员会办公室



云南省财政厅



云南省人力资源和社会保障厅



云南省医疗保障局  
2019年12月20日





