广东省医联体建设指引

（试行）

为促进医疗卫生工作重心下移和优质医疗资源下沉，提升基层医疗服务能力和服务效率，保障人民群众健康，进一步推进医联体建设并取得实效，特制定本指引。

 一、指导思想

坚持以人民健康为中心，深化供给侧结构性改革，引导三级医院履行责任、完善措施，主动帮扶基层，推进优质医疗资源下沉，落实医疗机构功能定位，构建分级诊疗制度，理顺双向转诊流程，提升基层服务能力，着力解决基层群众看病难看病贵问题，增强群众对医疗卫生服务的获得感、幸福感和安全感，体现预防为主，实现以治病为中心向以健康为中心转变，切实保障人民群众身体健康。

二、目标

（一）2018年11月30日前，全省各地级以上市要完成辖区内城市医疗集团和县域医共体建设规划，实现医联体网格化全覆盖；率先在省财政支持的15个县域医联体试点县探索建立区域医联体编制统筹使用机制，医联体内人员流动不受编制性质限制。

（二）2018年年底前，每个地级以上市至少要建成一个有明显成效的医联体；每个地级以上市至少选择一个区为试点，结合实际，推行深圳罗湖医院集团管理经验。

（三）2019年，全面开展医联体绩效评估工作，推动全省医联体建设取得实效。

（四）2020年，充分总结经验，全面推进医联体建设，形成较为完善的医联体政策体系。全省所有二级公立医院和政府办基层医院卫生机构全部参与医联体，形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。

 二、原则和要求

（一）统筹规划，科学布局。

**1.网格化布局医联体。**各地政府和卫生健康行政部门要统筹区域内所有医疗资源，根据医疗服务需求科学规划和布局医联体。组建城市医疗集团和县域医共体要以规划为主，主要发挥地级市医院和县医院（含中医医院）的牵头作用，要按照“规划发展、分区包段、防治结合、行业监管”，以及“区域分开、城乡分开、上下分开”的原则，以地级市的区域和县域为单位，将服务区域按照医疗资源分布划分为若干个网格，建设覆盖网格内所有人群的医疗集团或医共体。每个网格由一个医疗集团或者医共体负责。组建专科联盟和远程医疗协作网要重点发挥国家级和省级医院专科优势。在规划布局医联体过程中，要将社会力量举办医疗机构纳入医联体，对于具备条件的社会力量举办医疗，也可以牵头组建医联体。

**2.优化医疗卫生服务体系。**每一个城市医疗集团和医共体都要按照完整的医疗卫生服务体系构建。医疗集团或医共体由区域三级或者业务能力较强二级综合医院（含中医医院）牵头，联合辖区内以康复医疗和中长期护理为主的二级、一级医院或康复医院、护理院等延续性医疗机构，以及若干网格化的社区卫生服务中心或乡镇卫生院等构成。当地政府和卫生健康行政部门要牵头整合网格内的所有医疗卫生资源，建立覆盖网格内所有人群的医疗集团或医共体，形成一体化管理，为居民提供疾病预防、保健、诊疗、康复、护理等一体化、连续性、整合型服务。建立由牵头医院负总责，各级各类医疗机构分工负责，防治康护协同，以健康为中心的医疗卫生服务模式。

**3.提供整合型医疗卫生服务。**医疗集团和医共体为网格内全体居民提供全人口、全生命周期的健康服务，逐步实现各级各类医疗机构明确的功能定位。牵头医院负责急危重症和专科疾病诊疗，慢病防治机构和康复医院、护理院提供出院后延续功能康复、慢病诊疗和失能失智老年人的长期照护服务，社区卫生服务中心（站）或乡镇卫生院（村卫生站）提供常见病、多发病、诊断明确的慢性病的基础医疗、中医药防治、慢病管理和健康管理服务。

 **4.发挥医教研协同作用。**省部属医院（含中医医院）利用专科优势，组建跨区域专科联盟。牵头单位主要为各医学院校附属医院或学术优势及专科技术能力较强的医疗机构，辐射全省所有县（市、区）级医院急需短板专科建设，以学科建设、专科技术和优质服务为支撑，形成珠三角优质医疗资源辐射粤东西北的区域协同发展模式，带动粤东西北县级医院医疗技术实力、医疗服务能力双提升，主要开展专科人才培养、技术援助等。重点布局发展县域内心脑血管、肿瘤等疾病及卒中等五大急救中心、儿科、麻醉科和重症医学科等重大疾病和薄弱专科联盟。

**5.完善组织建设。**牵头医院要与成员单位签订医联体协议，制定医联体内部管理章程和制度，重点明确医联体内各方的功能定位和责权利，建立资源下沉、利益分配和双向转诊工作机制等。

（二）便民惠民，增强群众获得感。

**6.强调牵头医院的示范作用。**牵头医院要履行责任，切实发挥引领作用，主动控制规模和床位数，调整并优化病种结构，变服务碎片化为服务一体化。稳步增加急危重症、外科手术和日间手术及其诊疗量占比，同时将急危重症稳定期、手术后恢复期患者及时转诊至康复、护理医疗机构，进一步缩短平均住院日。完善双向转诊制度，重点畅通向下转诊通道，明确病人出院、转诊标准和交接流程。强化牵头医院的主体责任，确保医联体内不同医疗机构医疗、康复和护理服务的同质化，关注和改善患者健康结局。要将三级医院医疗资源下沉、对基层医疗卫生机构帮扶以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康指标改善等纳入医联体考核指标。

**7.建设区域医疗中心。**以市级或区（县）级牵头医院为龙头创建区域医疗中心，优化提升区域医疗服务能力，提高医疗健康服务可及性和居民就近就医依从性，减少患者就诊跨省、跨市（区）、跨县流动。联合省部属医院跨区域布局建设重大疾病和短缺医疗资源专科联盟的同时，推进区域内影像、病理、检验诊断中心建设，及消毒供应、药品供应、药事服务等医疗资源共享。要建设好急危重症、生命救治绿色通道，创建创伤、卒中、胸痛、危重孕产妇和危重新生儿救治中心，提升区域医疗竞争力和影响力。

**8.坚持以人民健康为中心。**转变医疗服务模式，增强健康服务能力。逐步实现医联体内医疗质量同质化管理，强化基层医疗卫生机构的居民健康“守门人”能力，推进慢性病预防、治疗、管理相结合，促进医联体建设与预防、保健、康复、护理相衔接，方便群众就近就医，提升群众对医疗卫生服务的获得感、幸福感和安全感。

（三）优质资源下沉，提升基层能力。

**9.实现资源和人才双下沉。**促进医疗优质资源共享和下沉基层，牵头医院向医联体其他成员单位派驻管理团队和专家团队，原则上每周至少派驻5人次到每家乡镇卫生院（社区服务中心）开展工作，成员单位不足的医务人员由上级医院轮流下沉补充。以重大疾病单病种管理为重点，引导医联体内牵头医院专科医生到社区卫生服务中心或乡镇卫生院开设专科专病门诊。牵头医院负责培训医联体内的医务人员，并接纳成员单位医务人员进修或交流，每个成员单位进修交流人数不少于本院医师总数的5%。逐步提升基层医疗卫生机构的管理和专科技术水平和诊疗服务量（门诊、住院），逐步降低基层医疗卫生机构外转病人比例。

**10.重视基本医疗和基本公共卫生的“双基”服务。**强化社区基本医疗的主导作用及其对基本公卫和基本药物的带动作用。整合慢性病“防治管”三位一体的功能，重点推进诊断明确的慢性病实现社区诊疗和健康管理，采取电子化健康档案、物联网监测、互联网+慢病管理等多种形式，做好高血压、糖尿病、脑血管疾病、冠心病、慢阻肺、肿瘤、结核病和精神病等重大疾病的三级预防。推进基本药物制度与常见病、慢病管理、双向转诊、分级诊疗相结合。衔接用药目录，联合开展药学服务、药事管理，提高基层医疗卫生机构常见病、多发病、慢病必需药品的可及性和便利性，提升基层药学服务能力，确保基层用药合理安全。

**11.加快推进医联体内信息化建设。**运用互联网技术推进便捷就医服务，包括网上预约、移动支付、床旁结算、就诊提醒、信息推送等。整合居民电子健康档案，实现医疗集团或医共体内各医疗机构电子病历信息系统互联互通。促进线上线下医疗健康服务结合，在实体医院基础上在线开展远程影像诊断、远程病理诊断、远程心电诊断和远程MDT多学科会诊等医疗服务、互联网+健康管理、互联网+慢病复诊等。支持互联网+医疗健康可持续发展。

（四）坚持公益，创新机制。

**12.坚持政府办医主体责任。**切实维护和保障基本医疗卫生事业的公益性。建立维护公益性的长效投入机制。坚持医疗、医保、医药联动改革，创新机制，逐步破除行政区划、财政投入、医保支付、人事管理等方面的壁垒和障碍，优化资源结构布局，结合医保支付方式等改革的推进，逐步建立完善医疗机构间分工协作机制。

**13.完善人事编制政策。**完善与医疗集团或医共体相适应的人事编制政策。基层医务人员实行“县招县管镇用”。探索建立区域医联体编制统筹使用机制，医联体内人员流动不受编制性质限制。

**14.发挥医保经济杠杆作用。**坚持“以人民健康中心”，充分发挥医保“保健康”的作用，调节支付政策和医保费用向基层转移，发挥基层中医药特色优势，围绕预防为主、减少住院率和降低平均住院日、基层诊疗量65%的目标和公共卫生服务均等化的要求，推进医保支付方式改革，调整支付结构，完善差别支付制度，不断增加基层医保费用占比。实行总额预付、结余留用、合理超支分担激励约束，确保优质资源有效下沉到基层，建立医联体内统一医保结算制度。完善互联网医疗服务价格政策，远程医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。

**15.创新财政保障和薪酬分配机制。**各地政府要加强对医联体建设的支持和指导，探索医疗集团和医共体内的资金管理体制，促进财政资金在医疗集团和医共体内部统筹使用。

**16.完善资源利益共享机制。**医疗集团、医共体内要实现技术设备有效共享，信息互联互通、检查检验互认以及用药目录、药学服务、药事管理的衔接。对医联体内因双向转诊、远程医疗服务等互有参与业务产生的收入，医保基金的结余留用，可按协议签订在牵头单位和成员单位之间进行分配。

**17.加强医务人员和公众教育。**动员全社会参与，提高公众健康素养、尊医重卫、接受家庭医生服务、主动参与临床决策、自我管理健康的能力和自信。加强医疗卫生人才队伍建设，从以治病为中心向以健康为中心转变，提供更具成本效益的服务，顺应疾病健康周期做好慢病的治疗、预防和管理。

（五）加强考核，确保实效。

**18.发挥绩效考核的指挥棒引导推动作用。**制定《广东省医联体综合绩效考核指标体系》，重点将牵头医院优质医疗资源下沉、双向转诊数量及比例和健康指标等纳入考核指标，加强对各地推进医联体建设的定期考核和通报，以确保全省医联体建设取得实效，提升群众对医疗卫生服务的获得感、幸福感和安全感，保障人民群众身体健康。

**19.医联体各项分级诊疗考核指标达到国家和省规定的要求。**医务人员和患者满意度提升。孕产妇死亡率、婴儿死亡率、5岁以下儿童死亡率等居民主要健康指标不断改善。

**20.牵头医院三、四级手术和C、D型病例占比争取在50%以上，平均住院日下降，住院患者急、危重症患者比例上升。**牵头单位下转病例占比增高，成员单位上转病例占比降低。医务人员和患者满意度提高。牵头医院派驻管理团队和专家团队，医教协同下沉帮扶，并免费接纳成员单位医务人员进修培训，原则上向每个成员单位每年派出的医务人员不低于本院中级以上医务人员总数的1%。开展临床带教、业务指导、教学查房等每天不少于1次。成员单位常见病、多发病以及肿瘤、心血管疾病、传染病、地方病的诊疗能力不断提升，诊疗服务量（门诊、住院）不断提升。新项目、新技术不断增多。床位使用率不断提高。努力实现基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量的比例达到65%和县域内就诊率提高到90%左右的目标。100%完成乡镇卫生院标准化建设和村卫生站规范化建设任务。医联体内现信息互联互通，检查检验结果互认的机构数量及比例不断上升。