

国家卫生健康委员会办公厅 国家医疗保障局办公室 文件 国家中医药管理局办公室

国卫办基层发〔2020〕12 号

关于印发紧密型县域医疗卫生共同体建设 评判标准和监测指标体系(试行)的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、医疗保障局、中医药管理局：

根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5 号)、《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)和《国家卫生健康委 国家中医药局关于推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的通知》(国卫基层函〔2019〕121 号)等文件要求,为进一步提升县域和基层医疗卫

生服务能力,引导紧密型县域医疗卫生共同体(以下简称县域医共体)健康发展,现印发县域医共体建设评判标准和监测指标体系(试行)。有关事项通知如下:

一、工作目标

聚焦县域医共体建设重点领域和关键环节,定期监测各地县域医共体建设的进展和成效,进一步提升县域和基层医疗卫生服务能力,提高医保基金使用效率,增强人民群众就医可及性,着力构建目标明确、权责清晰、分工协作的新型县域医疗卫生服务体系。

二、基本原则

(一)坚持政府主导。强化政府办医责任,切实维护和保障公立医疗卫生机构的公益性。坚持政府主导、资源下沉、群众受益,强化医防融合,提升基层医疗卫生机构基本医疗和公共卫生服务能力,逐步形成服务、责任、利益、管理的共同体,为群众提供优质、高效、方便、经济的整合型医疗卫生服务。

(二)加强资源整合。深化综合改革,创新体制机制,持续完善县域医疗卫生服务体系,整合优化资源配置,推动人、财、物、信息等优化重组、集约使用,充分调动和发挥县域医共体内各级各类医疗卫生机构的积极性。

(三)加强部门联动。推进医保支付方式改革,探索对县域医共体实行总额付费,加强监督考核,结余留用,合理超支分担。加强和完善医保经办机构对定点县域医共体的协议管理。发挥医保

激励、约束作用，动态调整医疗服务价格，为县域医共体建设创造良好的政策环境。

三、监测对象和方式

(一)监测对象。以县域整体为单位，定期监测政策落实情况 and 县域医共体建设成效。

(二)监测方式。采取定性和定量相结合的方式进行。通过定性指标评价相关体制机制改革落实情况和县域医疗卫生资源整合情况，衡量县域医共体建设紧密程度；通过定量指标监测县域医共体建设实际成效。

四、工作流程

各试点县(市、区)于每年3月底前将监测资料报送省级卫生健康行政部门，各省级卫生健康行政部门汇总后报送国家卫生健康委基层司。

报送监测资料分为两部分：一是政策设计与进展，包括当年出台的县域医共体改革相关政策文件，以及根据县域医共体建设评判标准开展的自评结果。二是县域医共体建设监测指标体系相关数据和进展情况。

五、指标内容

(一)县域医共体建设评判标准。

县域医共体建设评判标准由责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体4个维度构成(详见附件1)。

1.责任共同体。重点从党委政府主导、医共体决策权限、医共

体有效考核等方面评判。

2.管理共同体。重点从人员统筹管理、财务统一管理、药品统一管理等方面评判。

3.服务共同体。重点从患者有序转诊、信息互联互通、促进医防融合等方面评判。

4.利益共同体。重点从收入统一管理、医保管理改革等方面评判。

(二)县域医共体建设监测指标体系。

县域医共体建设监测指标体系由有序就医格局基本形成、县域医疗卫生服务能力提升、医疗卫生资源有效利用、医保基金使用效能提升4个方面构成(详见附件2)。指标体系中“基层医疗卫生机构”主要指乡镇卫生院和社区卫生服务中心。

1.有序就医格局基本形成。重点监测县域内住院人次占比、县域就诊率、县域内基层医疗卫生机构门急诊占比、县域内基层医疗卫生机构中医药门急诊占比、牵头医院下转患者数量占比、慢病患者基层医疗卫生机构管理率、基层医疗卫生机构人均收入与牵头医院人均收入的比值等指标。

2.县域医疗卫生服务能力提升。重点监测牵头医院是否达到县级综合医院或中医医院综合能力推荐标准、牵头医院出院患者三四级手术比例、区域内万人口全科医生数、牵头医院帮助基层开展新技术新项目的数量、“优质服务基层行”活动达到基本标准和推荐标准的机构数量、国家基本公共卫生服务项目实施情况等

指标。

3.医疗卫生资源有效利用。重点监测牵头医院医疗服务收入(剔除药品、耗材、检查和化验收入,下同)占医疗收入的比例、基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例、基层医疗卫生机构医师日均担负诊疗人次、基层医疗卫生机构床位使用率、牵头医院人员经费占业务支出比例、基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入的比例等指标。

4.医保基金使用效能提升。重点监测医保基金县域内支出率(不含药店)、县域内基层医疗卫生机构医保基金占比、医保考核结果、县域门诊次均费用、参保人员住院次均费用、住院费用实际报销比、参保人员年住院率等指标。

六、工作要求

(一)明确数据来源。县域医共体建设评判标准和监测指标数据来自现有卫生健康统计报表、卫生财务报表、医保信息系统等。各地要加强信息互联互通,强化数据质量管理,确保数据真实有效。

(二)加强监测指导。国家卫生健康委会同国家医保局、国家中医药局对试点县(市、区)工作进展情况进行监测、监督和指导,并适时对监测结果进行通报。

(三)强化结果运用。各地要合理运用监测结果,与县域医共体医保支付、医院等级评审、评优评先、绩效工资总量核定等挂钩。要及时发现问题,完善试点方案,协调调整财政、医保等政策,确保

县域医共体健康发展。

附件:1.紧密型县域医疗卫生共同体建设评判标准(试行)

2.紧密型县域医疗卫生共同体建设监测指标体系(试行)



国家卫生健康委办公厅



国家医保局办公室



国家中医药局办公室

2020年8月31日

(信息公开形式:主动公开)

附件 1

紧密型县域医疗卫生共同体建设 评判标准（试行）

评判 维度	评判标准	选项（A、B、C）
责任 共同 体	党委政府主导。成立党委政府牵头的县域医共体管理委员会，定期研究县域医共体工作，统筹推进县域医疗和公共卫生服务。	
	医共体决策权限。县域医共体牵头机构能够代表全部成员单位与医保经办机构签订协议，建立县域医共体管理章程及相关制度，成员单位参与决策。	
	医共体有效考核。党委政府对县域医共体建设发展情况进行考核，并将考核结果与县域医共体负责人的聘任和年薪挂钩。	
管理 共同 体	人员统一管理。推动落实县域医共体内岗位设置、绩效考核、收入分配、职称聘任等自主权。	
	财务统一管理。县域医共体内财务统一管理、分户核算，完善预算管理。	
	药品统一管理。县域医共体内药品耗材统一管理、统一采购配送、统一支付货款、统一用药目录等。	
服务 共同 体	患者有序转诊。县域医共体内建立患者基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗范围、流程，确保医疗质量统一管理。县域医共体间形成相互配合、优势互补、错位发展、有序竞争的机制。	
	信息互联互通。县域医共体内建立卫生健康信息共享平台，推进化验、影像等资源共享，推动区域检查检验结果互认。	
	促进医防融合。统筹县域医共体内公共卫生资源与医疗资源，提供全方位、全生命周期的健康服务。	
利益 共同 体	收入统一管理。运行补助经费依据公立医院和基层医疗卫生机构的补助政策由财政原渠道足额安排。医疗收入实行统一管理、独立核算。基本公共卫生服务项目等补助经费依据县域医共体统一考核结果进行拨付。	
	医保管理改革。制定适合县域医共体医疗服务特点的支付政策，探索医保基金对县域医共体实行总额付费，加强监督考核，结余留用，合理超支分担。	

选项说明：

- A.有明确的制度安排且已经组织实施；
- B.有明确的制度安排但仍在筹备，尚未实施；
- C.没有制度安排。

指标说明：

1.党委政府主导。一是建立由县级党委政府牵头，机构编制、发展改革、人力资源社会保障、财政、卫生健康、医保等部门及县域医共同体成员单位等利益相关方代表参与的县域医共同体管理委员会，管理委员会的日常工作机构设在县级卫生健康行政部门。二是县域医共同体管理委员会的职能包括：根据区域内医疗卫生资源结构与布局，有序推进县域医共同体建设；落实政府办医责任，保障财政投入，切实维护和保障公立医疗卫生机构的公益性；协调各部门权责，落实“三医联动”等。三是县域医共同体管理委员会决策医共体的规划建设、投入保障、人事安排和考核监管等重大事项，如制订医共同体领导班子成员选拔、任免原则和程序，明确医共同体内统筹使用资产的核算、调配、使用规则等。四是明确县域医共同体管理委员会决策流程和机制，建立定期会商制度。

2.医共同体决策权限。一是制定清晰合理的县域医共同体治理架构，明确县域医共同体与其他医联体，以及区域内其他医疗卫生机构的关系。二是建立县域医共同体牵头单位与各成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度和工作章程，明确权责清单，坚持科学、民主、依法决策。三是明确县域医共同体对基层医疗卫生机构的具体管理权限，如对乡镇卫生院院长的绩效考核及任命提名权。

3.医共同体有效考核。一是建立完善绩效考核制度，评估主体应该是代表党委政府的县域医共同体管理委员会。二是考核指标以结果为导向，至少包括有序就医格局基本形成、县域医疗卫生服务能力提升、医疗卫生资源有效利用、医保基金使用效能提升4个方面。在贫困地区应当将健全农村三级医疗卫生服务体系作为评估重点。三是卫生健康行政部门每年组织对县域医共同体承担的基本公共卫生服

务开展综合绩效评价，并指导县域医共体完善内部基本公共卫生服务绩效评价机制，在基本公共卫生服务项目经费拨付和绩效分配方面充分体现多劳多得、优绩优酬。四是强化结果应用，评估结果与县域医共体医保支付、医院等级评审、评优评先、绩效工资总量核定等挂钩。

4.人员统筹管理。一是县域医共体内县级医疗卫生机构和基层医疗卫生机构的编制分别核定，探索由医共体统筹使用。二是县域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。三是充分落实县域医共体在人员招聘、内设机构、岗位设置、中层干部聘任、内部绩效考核、收入分配、职称聘任等方面的自主权。四是县域医共体要优先保障基层医疗卫生机构用人需要，适当提高基层医疗卫生机构中高级专业技术岗位比例。

5.财务统一管理。一是县域医共体内实行财务统一管理，成员单位集中核算。二是县域医共体内明确资产的调剂、调拨和共享共用机制，大型医疗设备的计量、记录和列报，以及收入确认、成本分担和医保结算等由牵头医院统一负责。三是县域医共体成员单位财务应当单独设账，便于管理和财务审计。四是持续完善县域医共体预算管理、内审管理等制度，自觉接受审计监督。五是医保经办机构对县域医共体医保基金使用进行绩效考核。

6.药品统一管理。一是县域医共体内实行药品耗材统一管理，统一用药目录、统一采购配送、统一支付货款。二是有条件的地区，要打破县域内不同医共体之间的区别，探索县域内药品耗材的统一管理和采购配送等。

7.患者有序转诊。一是县域医共体成员单位在规章制度、技术规范、人员培训、质量控制、绩效考核等方面执行统一标准。二是制定基层常见病、多发病防治指南，明确县域医共体内县、乡两级疾病诊疗目录，建立完善医共体内部、医共体之间和县域向外转诊管理办法。三是加强医疗质量监管，将传统的对单一医疗卫生机构的监管转变为对县域医共体的监管，牵头医院承担医共体成员单位的医疗质量监管，逐步实现县域医共体内医疗质量的同质化。

8.信息互联互通。一是按照《全国医院信息化建设标准与规范》《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范》开展信息化建设，加快医疗卫生机构之间信息互联互通，实现对医疗服务、公共卫生服务、财政管理、人事管理和绩效管理等技术支撑。二是依托区域全民健康信息平台，推进医疗卫生信息共享，提升医疗卫生机构协同服务水平和政府监管水平。三是发展远程医疗服务，以县级医院为纽带，向下辐射有条件的乡镇卫生院和村卫生室，向上与城市三级医院远程医疗系统对接。

9.促进医防融合。一是县域医共体明确专门部门或科室，负责公共卫生事务管理及指导，落实医共体内公共卫生任务，做好传染病信息报告管理。二是县域医共体牵头医院发挥服务引领的作用，做实、做优基本公共卫生服务项目和家庭医生签约服务。三是加强临床医生公共卫生知识培训考核，引导临床医生自觉参与公共卫生工作，把预防为主落实到医疗服务中。四是充分发挥县域医共体牵头医院临床专科规范诊疗、疾病诊断等技术优势，为区域内公共卫生服务提供技术支撑。

10.收入统一管理。一是根据县域医共体建设发展需要，依据公立医院和基层医疗卫生机构补助政策，原渠道足额安排对医共体成

员单位财政补助资金。二是县域医共体实行医疗收入统一管理、成员单位单独核算制度。三是探索实行基本公共卫生服务经费按县域医共体常住人口总额预算，由医共体按照《基本公共卫生服务补助资金管理办法》（财社〔2019〕113号）统筹管理和使用，年初预拨部分工作经费，根据绩效考核结果发放。非县域医共体成员单位的医疗卫生机构提供基本公共卫生服务，可以购买服务形式支出。

11. 医保管理改革。一是加强和完善县域医共体“三医”联动制度设计。二是深化医保支付方式改革，制定适合县域医共体医疗服务特点的支付方式，探索对县域医共体实行总额付费，加强监督考核，结余留用，合理超支分担。县域医共体按照点数法等方式合理使用医保基金。三是鼓励按照总量控制、结构调整、有升有降的原则，动态调整医疗服务价格，逐步理顺医疗服务比价关系。四是加强医保支付、医疗控费和财政投入等政策衔接，确保县域医共体良性运行、医保基金可承受、群众负担不增加。

附件 2

紧密型县域医疗卫生共同体建设 监测指标体系（试行）

试点县名称：_____省（区、市）_____市（区）_____县（市、区）

填表人：_____联系电话：_____

填报说明：本附件由试点县医共体管理委员会汇总县域医共体数据后填写，每个县填写一张。

一级指标	二级指标	指标说明
一、有序就医格局基本形成	1.县域内住院人次占比（%）	【计算方法】 县域内住院人次占比（%）=参保人员县域内住院人次/参保人员住院总人次×100% 【数据来源】卫生健康部门或医保信息系统。
	2.县域就诊率（%）	【计算方法】 县域就诊率（%）=参保人员县域内门急诊人次/参保人员门急诊总人次×100% 【数据来源】卫生健康部门或医保信息系统。
	3.县域内基层医疗卫生机构门急诊占比（%）	【计算方法】 县域内基层医疗卫生机构门急诊占比（%）=基层医疗卫生机构门急诊人次/县域内门急诊总人次×100% 【数据来源】卫生财务年报。
	4.县域内基层医疗卫生机构中医药门急诊占比（%）	【计算方法】 县域内基层医疗卫生机构中医药门急诊占比（%）=基层医疗卫生机构中医类临床科室门急诊人次/县域内门急诊总人次×100% 【数据来源】卫生健康统计年鉴。
	5.牵头医院下转患者数量占比（%）	【计算方法】 牵头医院下转患者数量占比（%）=牵头医院本年度向基层下转住院患者人次/牵头医院总出院患者人次×100% 【数据来源】医联体监测平台。

	6.慢病患者基层医疗卫生机构管理率(%)	【计算方法】 慢病患者基层医疗卫生机构管理率(%)=高血压、糖尿病患者管理人数/高血压、糖尿病患者确诊登记人数×100% 【数据来源】基层公共卫生信息系统、医疗服务年报。
	7.基层医疗卫生机构人均收入与牵头医院人均收入的比值	【计算方法】 基层医疗卫生机构人均收入与牵头医院人均收入的比值=基层医疗卫生机构人均收入/牵头医院人均收入 【数据来源】卫生财务年报。
二、县域医疗卫生服务能力提升	8.牵头医院是否达到县级综合医院或中医医院综合能力推荐标准	【计算方法】 牵头医院是否达到国家卫生健康委、国家中医药管理局印发的县医院、县级中医医院医疗服务能力推荐标准。 【数据来源】牵头医院。
	9.牵头医院出院患者三四级手术比例(%)	【计算方法】 牵头医院出院患者三四级手术比例(%)=三四级手术台次数/同期出院患者手术台次数×100% 【数据来源】牵头医院病案信息系统。
	10.区域内万人口全科医生数	【计算方法】 区域内万人口全科医生数=年末全科医生数/同年末常住人口数×10000 【数据来源】卫生健康统计年鉴。
	11.牵头医院帮助基层开展新技术、新项目的数量	【计算方法】 开展新技术、新项目名称、数量、进展情况等佐证支撑材料。 【数据来源】牵头医院。
	12.“优质服务基层行”活动达到基本标准和推荐标准的机构数量	【计算方法】 达到国家卫生健康委、国家中医药局“优质服务基层行”活动《乡镇卫生院服务能力标准》《社区卫生服务中心服务能力标准》中基本标准和推荐标准的机构数量。 【数据来源】县级卫生健康行政部门。
	13.国家基本公共卫生服务项目实施情况	【计算方法】 国家基本公共卫生服务项目实施情况绩效评价得分。 【数据来源】县级卫生健康行政部门。

三、医疗卫生资源有效利用	14.牵头医院医疗服务收入占医疗收入的比例 (%)	【计算方法】 牵头医院医疗服务收入占医疗收入的比例 (%) = (医疗收入 - 药品、耗材、检查和化验收入) / 总医疗收入 × 100% 【数据来源】卫生财务年报。
	15.基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例 (%)	【计算方法】 基层医疗卫生机构医疗服务收入占医疗收入的比例 (%) = (医疗收入 - 药品、耗材、检查和化验收入) / 总医疗收入 × 100% 【数据来源】卫生财务年报。
	16.基层医疗卫生机构医师日均担负诊疗人次	【计算方法】 基层医疗卫生机构医师日均担负诊疗人次 = 诊疗人次 / 同期平均执业 (助理) 医师数 / 同期工作日数 【数据来源】卫生健康统计年鉴。
	17.基层医疗卫生机构床位使用率 (%)	【计算方法】 基层医疗卫生机构床位使用率 (%) = 基层医疗卫生机构实际使用总床日数 / 实际开放总床日数 (注: 按编制床位测算) × 100% 【数据来源】卫生健康统计年鉴。
	18.牵头医院人员经费占业务支出比例 (%)	【计算方法】 牵头医院人员经费占业务支出比例 (%) = 牵头医院人员经费 / 业务支出 × 100% 【数据来源】卫生财务年报。
	19.基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入的比例 (%)	【计算方法】 基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入的比例 (%) = 基层医疗卫生机构本年财政补助收入 / 总收入 × 100% 【数据来源】卫生财务年报。

四、医保基金使用效能提升	20.医保基金县域内支出率（不含药店）（%）	【计算方法】 医保基金县域内支出率（不含药店）（%）=县域内医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金总支出×100% 【数据来源】医保信息系统。
	21.县域内基层医疗卫生机构医保基金占比（%）	【计算方法】 县域内基层医疗卫生机构医保基金占比（%）=基层医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金总支出×100% 【数据来源】医保信息系统。
	22.医保考核结果	【计算方法】 医保经办机构按照协议规定，对县域医共体或定点医疗卫生机构的考核结果。 【数据来源】医保经办机构。
	23.县域门诊次均费用	【计算方法】 县域门诊次均费用=县域医疗卫生机构门诊收入/县域医疗卫生机构门诊人次 【数据来源】卫生财务年报。
	24.参保人员住院次均费用	【计算方法】 参保人员住院次均费用=参保人员住院总费用/参保人员住院次数 【数据来源】医保信息系统。
	25.住院费用实际报销比（%）	【计算方法】 住院费用实际报销比（%）=参保人员住院实际报销总额/参保人员住院费用总额×100% 【数据来源】医保信息系统。
	26.参保人员年住院率（%）	【计算方法】 参保人员年住院率（%）=参保人员年住院人次/参保人数×100% 【数据来源】医保信息系统。

国家卫生健康委办公厅

2020年9月1日印发

校对：姜伟林