

索引号:	11220000013544357T/2017-00941	分类:	卫生、体育、卫生;通知
发文机关:	吉林省人民政府办公厅	成文日期:	2017 年 06 月 28 日
标题:	吉林省人民政府办公厅关于印发吉林省推进多层次医疗联合体建设实施方案的通知		
发文字号:	吉政办发〔2017〕51 号	发布日期:	2017 年 06 月 29 日

吉林省人民政府办公厅
关于印发吉林省推进多层次医疗联合体
建设实施方案的通知
吉政办发〔2017〕51 号

各市(州)人民政府,长白山管委会,长春新区管委会,各县(市)人民政府,省政府各厅委办、各直属机构:

《吉林省推进多层次医疗联合体建设实施方案》已经省政府同意,现印发给你们,请认真组织贯彻实施。

吉林省人民政府办公厅
2017 年 6 月 28 日

(此件公开发布)

吉林省推进多层次医疗联合体建设实施方案

开展医疗联合体(以下简称医联体)建设,既是深化医药卫生体制改革的重要步骤,也是推进分级诊疗制度建设的重要抓手,有利于调整优化医疗资源结构布局,促进医疗卫生工作重心下移和资源下沉,提升基层服务能力,有利于医疗资源上下贯通,提升医疗服务体系整体效能,更好的满足群众健康需求。根据《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),结合我省实际,制定本实施方案。

一、总体要求

(一)基本思路。

全面贯彻全国、全省卫生与健康大会精神,认真落实国务院关于推进分级诊疗制度建设的决策部署,以明确医疗机构功能定位、提升基层服务能力、理顺双向转诊流程为重点,不断完善医联体组织管理模式、运行机制和激励机制,推动医疗资源合理配置和纵向流动,引导优质医疗资源下沉,逐步建立完善不同级别、不同类别医疗机构之间目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制,推动构建分级诊疗制度,实现发展方式由以治病为中心向以健康为中心转变。

(二) 基本原则。

坚持统筹规划。坚持政府主导, 根据区域内医疗资源结构与布局、群众看病就医需求, 统筹规划, 顶层设计, 政策引导。分别以城市和县域为重点, 根据业务相关、优势互补、双向选择、持续发展等要求, 兼顾既往形成的合作关系, 统筹安排组建多层次医联体。

坚持公益方向。坚持政府办医主体责任不变, 利用上级医院优质资源集中的优势, 通过技术帮扶、人才培养等手段, 发挥对基层的技术辐射和带动作用, 切实维护和保障基本医疗卫生事业的公益性。

坚持创新机制。逐步破除行政区划、财政投入、医保支付等方面的壁垒和障碍, 优化资源结构布局, 结合医保、新农合以按病种付费为主, 多元付费体系的支付方式改革, 引导医联体内初步形成科学的分工协作机制和转诊机制。

坚持协同发展。鼓励医联体内统一管理模式下, 发挥集约优势, 推进区域医疗资源共享, 发挥科技引领与支撑作用, 提高医疗服务体系整体能力与绩效。

坚持群众受益。坚持以患者为中心, 逐步实现医疗质量同质化管理, 推进慢性病预防、治疗、管理相结合, 促进医联体建设与预防、保健相衔接, 方便群众就近就医, 减轻疾病负担, 防止因病致贫返贫, 增强群众获得感。

(三) 工作目标。

2017 年, 实现多层次医联体全覆盖。三级公立医院全部参与医联体建设, 全省各市(州)都要建立多个有明显成效的医联体, 县域内公立医院、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、村卫生室全部参加医联体。2017 年全省县域内就诊率达到 90%。

2020 年, 全面推进医联体建设, 形成较为完善的医联体政策体系。不同级别、不同类别医疗机构间建立目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制, 建立责权一致的引导机制, 使医联体成为服务、责任、利益、管理共同体, 区域内医疗资源有效共享, 基层服务能力进一步提升。

二、主要任务和推进措施

(一) 完善政府主导的多层次医联体。

根据我省医疗机构分布、规模、能力和特点, 充分发挥国家委属委管、省属医疗机构的资源优势, 由政府主导组建分区域、分层次、多种形式的医联体, 全面推动优质医疗资源向基层和边远贫困地区流动。社会办医疗机构可根据意愿参与医联体建设。

1. 组建省级五大医联体。以吉林大学第一医院、第二医院、中日联谊医院和吉林省人民医院、延边大学附属医院 5 家综合医院作为上级医院, 与 9 个市(州)中心医院和 43 个县级医院建立省级五大

综合医联体。具体对应关系,仍按《吉林省卫生计生委关于印发吉林省建立多层次医疗联合体实施方案(试行)的通知》(吉卫医发〔2016〕57号)执行。

2. 组建市级医联体。在市级城市,由三级公立医院或者业务能力较强的医院牵头,与区级医院、社区卫生服务机构、护理院、专业康复等机构组建若干个城市医联体,形成资源共享、分工协作的管理模式。在城市医联体内以人才共享、技术支持、检查互认、处方流动、服务衔接等为纽带进行合作。

3. 组建县级医联体。县级医院与乡镇卫生院(社区卫生服务机构)、村卫生室建立若干个县级医联体(医疗共同体)。重点探索以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的县、乡、村一体化管理。充分发挥县级医院的城乡纽带作用和县域龙头作用,形成县、乡、村三级医疗卫生机构分工协作机制,构建三级联动的县域一体化医疗服务体系。

4. 组建专科医联体。省级肿瘤、结核、精神、传染、儿童、口腔、妇幼等专科医院与下级专科医院或综合医院的专科建立专科医联体(专科联盟)。充分发挥专科医院特色优势,以若干所医疗机构特色专科技术力量为支撑,以专科协作为纽带,组建区域间若干特色专科联盟,形成补位发展模式,重点提升重大专科疾病的预防、救治能力。

5. 组建远程医疗协作网。由政府主导,统筹建立省级远程医疗会诊平台,2017年横向贯通省级五大医联体,纵向链接43家县级医院,同步延伸到国家级和省级贫困县、(陆路)边境县、少数民族自治县的中心乡(镇)卫生院,形成面向基层、边远和欠发达地区的远程医疗协作网。2020年实现全省所有基层医疗卫生机构全覆盖。有条件的县(市、区)要将远程终端延伸至村卫生室,医疗机构要将终端延伸至各临床科室。利用信息化手段促进资源纵向流动,通过提供远程医疗、远程教学、远程培训等服务,提高优质医疗资源可及性和医疗服务整体效率。

(二) 制定组织管理和协作机制。

1. 探索建立医联体内管理委员会或理事会。由牵头医院负责人任委员会(理事会)主任(理事长),各成员单位主要负责人为副主任(副理事长),办公室设在牵头医院。负责医联体发展规划、资源统筹调配等重大事项的决策,共同推动医联体建设工作。

2. 制定医联体章程。医联体成员单位要结合自身实际,根据医联体不同组织模式,制定相应的医联体章程,明确医联体组织性质、宗旨、任务、机构成员、管理体系、职责范围、权利义务、管理制度等。建立利益共享、责任共担、统筹服务、协同管理的合作机制,建

立完善医疗质量管理、医联体内部收入分配和绩效考核等制度,逐步形成管理一体化、质量一体化、服务一体化、利益一体化的紧密型合作模式,实现高效运转的联动体系。

(三) 明确上下级医院的工作任务。

1. 上级医院工作任务。医联体内上级医院要派 1 名懂管理、善协调的管理人员或专家到下级医院驻守,派驻人员要兼任下级医院的名誉副院长,全权负责上级医院与下级医院之间的工作衔接和协调,并参与下级医院的管理。上级医院要根据下级医院的需求,每星期六、星期日至少派出 3-4 名专家,对医联体内的所有下级医院提供出门诊、做手术、查病房、带教学、帮管理等医疗服务;免费接收医联体内下级医院骨干医师的培训学习,为其配备带教老师,对其进行专科方向的规范化培训。

2. 下级医院工作任务。医联体内下级医院要指定专门的机构和人员具体负责与上级医院及派驻人员的协调,开展各种基础数据的收集、统计与分析,并做好与上级医院专家团队的衔接。要根据实际需求,向上级医院提供客观、准确的需求计划、需求项目和专家范围,提供需要重点建设的临床或辅助科室需求。要通过多种形式,加大对内上级医院的宣传,事先向本区域内群众公布上级医院的相关信息,特别是公布星期六、星期日上级医院专家出诊信息,协助做好患者的组织工作,对于需要手术的患者,提前做好术前准备。

(四) 落实医疗机构功能定位。

医联体建立责任共担和利益分配机制,调动医联体内各医疗机构积极性,落实功能定位。

1. 城市三级医院。逐步减少常见病、多发病复诊和诊断明确、病情稳定的慢性病等普通门诊,主要提供急危重症和疑难复杂疾病的诊疗服务。

2. 县级医院。主要提供县域内常见病、多发病诊疗,以及急危重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务。

3. 基层医疗卫生机构和专业康复机构、护理院等。为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。

4. 村卫生室。根据当地群众就医需求,加强公共卫生和健康管理服务,做好疾病预防控制工作。

(五) 建立科学合理双向转诊机制。

1. 科学制定诊疗病种参考目录。各地要根据医疗机构实际能力和前三年发生的诊疗病种情况,在《吉林省推进分级诊疗制度建设实施方案》(吉政办发〔2016〕55 号)确定的基层医疗机构诊疗病种参

考目录基础上进行增减,确定医联体内不同层级医疗机构诊疗病种目录及上转、下转病种目录。

2. 建立畅通的上下转诊渠道。在符合医保、新农合异地就医管理及分级诊疗有关政策要求前提下,医联体之间建立便捷、合理、绿色、畅通的双向转诊机制,医联体内上级医院对下级医院的转诊患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。同时要畅通上级医院对下级医院的向下转诊渠道,重点畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道。在确保医疗安全的基础上,合理确定向下转诊病种,明确转诊标准、转诊流程、治疗方案。

3. 鼓励上级医院向下级医院转诊。对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。对上级医院向下级医院转诊开展后续治疗的患者取消当次基层住院起付线。对上级医院向下级医院转诊率相对较高的医疗机构,当费用超支时,医保和新农合在总额控制基础上,可适当加大弹性结算力度,以鼓励上级医院向下级医院转诊。鼓励医联体内建立针对双向转诊患者的利益分配机制,真正形成紧密、双赢的利益责任共同体。

2017 年,由二、三级医院向基层医疗卫生机构、慢性病医疗机构转诊人数年增长率达到 10%以上。

(六) 扎实推进家庭医生签约服务。

加强全科医生培养。以高血压、糖尿病等慢性病为重点,在医联体内加快推进家庭医生签约服务,优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人、计生特殊家庭等重点人群,以需求为导向做实家庭医生签约服务,2017 年,要将所有贫困人口纳入签约服务范围。探索实行“1+1+1”签约服务,即选择一家社区卫生服务中心、一家区级医院、一家市级医院(或省级医院)进行签约,通过签约服务,鼓励和引导居民在医联体内到基层首诊。上级医院应确定专人与下级医疗卫生机构对口联系,并通过预留 20%以上的号源、开通绿色通道等方式,对经基层医生转诊的签约患者提供优先接诊、优先检查、优先住院等服务。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,有条件的地区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基层和上级医院用药衔接,建立有利于分级诊疗、双向转诊的药物政策体系,健全基层医疗机构药品配送机制,方便患者就近就医取药。

(七) 提供连续性诊疗服务。

鼓励护理院、专业康复机构等加入医联体。将急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至医联体内下级医疗机构继续治疗和康复。加强医疗卫生与养老服务相结合,为患者提供一体化、便利化的疾病诊疗—康复—长期护理连续性服务。积

积极探索开展医联体内分工合作的日间手术模式,三级医院在保障医疗质量与安全的前提下,为患者提供日间手术服务,将患者转至县级医院或基层医疗卫生机构进行术后恢复,并建立术后患者随访制度,指导下级医院做好患者术后康复。

(八)促进优质人力资源有序下沉。

鼓励在医疗机构保持行政隶属关系、财政投入渠道和人员身份不变的前提下,医联体(包括跨区域医联体)内医务人员在签订帮扶或者合作、托管协议的医疗机构内执业,不需办理执业地点变更和执业机构备案手续。医联体内二级以上医疗机构要向基层医疗卫生机构派出专业技术和管理人才,并合理设定派驻人员工作时间,保证工作效果。鼓励公立医院在职及退休临床医生到基层医疗机构担任家庭医生。

(九)提升基层医疗服务能力。

充分发挥省级五大医联体辐射县级医院和县级医院辐射基层医疗机构的牵头引领作用,针对区域内疾病谱和重点疾病诊疗需求派出医务人员,通过专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、科研和项目协作、远程医疗等多种方式,促进优质医疗资源共享和下沉基层,提升基层医疗服务能力。上级医院要帮助下级医院建立针对当地疾病谱和重点疾病(县域外转诊率前5位的病种)的临床二级诊疗科目,实现近三年县域外转诊率排名前5位的病种转诊率明显下降,每年至少要有1个病种退出前5位转诊率之列。

(十)实现医联体内信息互联互通。

充分发挥信息系统对医联体的支撑作用,结合建立省、市、县三级人口健康信息平台,开展医联体相关医院管理、医疗服务等信息平台建设,实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享、医联体内诊疗信息互联互通。医联体可以共享区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、签约服务、远程医疗等服务。探索“基层检查、上级诊断”的有效模式,方便患者看病就医,提高医学科研技术水平。发挥远程医疗作用,促进医疗资源贴近城乡基层,探索实行远程医疗收费和支付政策,保证远程医疗服务可持续发展。

(十一)推进区域医疗资源共建共享。

医联体内可建立医学影像中心、检查检验中心、消毒供应中心、后勤服务中心等,为医联体内各医疗机构提供一体化服务。在加强医疗质量控制的基础上,落实检查检验结果互认制度。探索建立医联体内统一的药品招标采购、管理平台,形成医联体内处方流动、药品共享与配送机制。

(十二)落实政府办医主体责任。

争取中央基建投资支持,提高区域内疑难重病诊疗能力、县级医院综合能力以及远程医疗协作水平,推动医联体更好在基层发挥作用。各地政府要落实办医主体责任,落实公立医院投入政策,建立财政补助资金与绩效评价结果挂钩机制。医联体内各医疗机构的产权归属保持不变,继续按照原渠道拨付财政补助经费。鼓励医联体通过技术支援、人才培养等方式,吸引社会办医疗机构加入并发挥作用。

(十三)完善医保、新农合差异化支付政策。

发挥医保、新农合基金对医疗服务供需双方的引导作用。合理拉开基层医疗卫生机构、县级医院和城市大医院间报销水平差距,适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例。增强在基层看病就医的吸引力,引导参保患者有序就诊。探索对纵向合作的医联体等分工协作模式实行医保总额付费等多种付费方式,并制定相应的考核办法,引导医联体内部形成顺畅的转诊机制。

(十四)完善人员保障和激励机制。

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,完善与医联体相适应的绩效工资分配制度,鼓励探索医联内统筹薪酬分配,建立与岗位职责、工作业绩、实际贡献紧密联系的分配激励机制,对工作突出的医院、专科、医务人员和管理人员予以绩效奖励,充分调动医务人员积极性。

(十五)建立与医联体相适应的绩效考核机制。

强化对医联体的考核和制度约束,建立医联体绩效考核制度,将医联体成员履行医联体章程,功能定位职责、分工协作情况,技术辐射带动情况、医疗资源下沉情况、基层医疗能力提升情况以及基层诊疗量占比、双向转诊比例、居民健康改善等指标纳入考核体系,引导三级医院履行责任、完善措施,主动帮扶基层,切实发挥引领作用,引导各级各类医疗机构积极参与。将考核评价结果作为医务人员绩效工资、进修、晋升岗位竞聘、评优的重要依据。

三、工作要求

(一)加强组织领导。各地政府和各有关部门要切实加强组织实施,将医联体建设作为重点任务纳入深化医药卫生体制改革工作总体安排。各地要按照属地管理原则,抓紧制定适合本地区医联体建设的实施方案,明确医联体建设目标及时间进度,按时、保质完成工作任务,确保在2017年7月底前,所有三级公立医院、所有县域都要启动医联体建设工作。

(二)明确部门职责。各有关部门要加强统筹协调和联动互动,及时出台配套政策。卫生计生行政部门和中医药管理部门要加强对医联体建设的监管,明确医联体组织管理和分工协作制度,牵头制定相

关技术文件。发展改革(物价)部门要完善医药价格政策。科技部门要会同卫生计生行政部门支持申报国家临床医学研究中心建设,促进医联体发展。财政部门要按规定落实财政补助政策。人力资源社会保障部门要加强医保服务监管,推进医保支付方式改革,完善薪酬和绩效工资分配机制。其他有关部门要按照部门职能和职责分工,及时出台配套政策,抓好贯彻落实。

(三)注重监督考核。省卫生计生委负责牵头,省深化医药卫生体制改革领导小组成员单位密切配合,加强医联体制度建设指导考评,通过调研、督导、评估等方式,指导各地不断总结成功经验,建立健全医联体建设的工作制度,强化责任落实。

(四)强化宣传引导。各地政府要开展相关政策培训,进一步统一思想、形成共识。充分发挥公共媒体作用,加强对分级诊疗和医联体建设的宣传,提高社会认可度和支持度,引导群众改变就医观念和习惯,逐步形成有序就医格局。