



编者按

浙江省缙云县委副书记、县长 王正飞

县域医共体，怎么建

没有全民健康，就没有全面小康。今年两会期间，习近平总书记强调，要加大公立医疗卫生机构建设力度，推进县域医共体建设。为此，结合各地试点情况，针对目前推进县域医

共体建设遇到的难点与挑战，进一步有效推进的着力点，具体到县域该如何落实等，学习时报高端智库版特约请有关部门负责人、专家、地方领导展开三方会谈。

顶层设计要做好

国家卫生健康委员会基层卫生健康司司长 聂春雷

2017年，国务院办公厅印发《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》，明确在县域主要组建医疗共同体。各地结合实际，采取多种形式推进县域医共体建设，涌现出一批改革典型。但从全国面上看，还存在整合程度、推行力度不一，内部管理不够紧密，资源下沉、双向转诊效果不明显等问题。为此，2019年又启动县域医共体建设试点工作，围绕建设紧密型责任共同体、管理共同体、服务共同体、利益共同体，初步形成了党委政府加强领导、卫生健康部门统筹协调、相关部门支持参与、医共体执行运作的县域医共体建设管理模式。

两年多来，县域医共体建设各项政策措施不断完善，试点方案、工作内容、专家队伍、评判标准、监测指标等顶层设计不断健全。一是坚持试点先行。2019年，确定山西、浙江两省为县域医共体建设试点省，其他省（区、市）567个县为试点县。各地在国家试点县基础上，还确定了相当数量的省级试点县。二是明确重点任务。印发县域医共体试点建设指导方案，确定了完善县域医疗卫生服务体系、深化体制机制改革、提升服务能力和质量、建立健全保障机制等4个方面13项重点工作。三是组建专家队伍。为保障试点工作深入推进，遴选一批长期从事医院管理、基层卫生管理、临床实践、医保政策的专家学者，组建国家专家组，定期深入各地调研指导试点工作开展。四是加强监

测评价。2020年8月，制定县域医共体建设评判标准和监测指标体系，研究开发“紧密型县域医共体绩效评价监测系统”，定期监测试点地区县域医共体建设的进展和成效。

各地按照国家统一部署，结合地方实际，完善实施方案，积极推进试点工作，取得了积极成效。一是县域医共体建设外部环境和政策支持不断改善。通过政策解读、媒体宣传、业务培训、经验交流等方式，党委政府、相关部门对县域医共体建设的认识逐步深化，重视程度和工作力度不断强化。山西、浙江两省由省人大常委会立法，制定地方法规，推动县域医共体建设有序进行。辽宁、江苏、安徽、江西、山东、河南等省份将县域医共体建设纳入对地方党政领导干部的考核内容。二是县域医共体建设“强县域、强基层”的目标逐步体现。各地不断推进县域医共体服务标准化、均衡化发展，基层医疗卫生服务能力不断提高，使更多老百姓在家门口就能接受高水准的诊疗服务，有力推动了分级诊疗格局的加快形成。通过控制医疗费用不合理增长、提高医保基金使用效率，患者就医负担减轻、服务流程得到优化、群众满意度不断提升。

与此同时，县域医共体建设是医疗卫生服务体系供给侧重大改革，关系县乡村医疗卫生服务网络的重构，涉及体制机制转换和多方利益调整，还面临一些问题和挑战。如县域医共体长效运行

机制尚未形成，内部治理还需进一步理顺；部门协同推进三医联动的力度还不够，人事薪酬制度改革、药品和价格等政策衔接需进一步加强；政策框架和建设内容还不够完善，公共卫生机构、民营医疗机构及村卫生室有效融入医共体的程度还需进一步强化等。

县域医共体建设是卫生健康领域的一项重大改革，需要全局把握和整体推进。

一是坚持党政领导，加强责任落实。县域医共体建设是县域内县乡村三级医疗卫生服务体系的改革与系统重塑，必须由党委领导、政府主导，统筹谋划、着力推进。建立并完善人事管理、资源配置、财政投入、医保支付、价格调整和薪酬分配等方面机制，形成政策合力。明确任务分工，省级落实组织推动责任，市级落实日常管理和报告责任，县级落实实施责任，县域医共体落实日常管理和报告责任。

二是健全分配机制，提高医共体运行效率。把建设利益共同体放在最核心的位置，牵住医保支付“牛鼻子”，推进医保支付方式改革，探索对县域医共体实行按服务人头总额付费，加强监督考核，结余留用，合理超支分担。构建县域医共体成员单位“一家人、一本账”，在人员、财务、药品、收入、医保方面统一集中管理。调整完善各类成员单位功能任务，注重医防融合，加强分工协作，严格成本控制，在此基础上统一分配收入，建立起愿意共享、能够

共享、持续共享的利益共享机制。

三是优化资源配置，提高医共体服务水平。引导资源下沉，加强医防融合，提高县域总体服务效能。不仅提升县域重大疫情发现和救治能力、临床专科医疗服务能力，实现强县域；更需提升重大慢性病防控和管理能力，让更多人力、资金、项目、技术和患者留在基层，实现强基层。打造县域医共体服务“一盘棋”，牵头医疗机构重点承担危急重症患者的救治、基层医疗卫生机构提供常见病多发病诊疗服务，建设功能互补、分工协作、防治结合的整合型县域服务体系，推动形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的居民就医新格局。

四是加强监测考核，确保医共体建设正确方向。以县域整体为单位，把“基层强不强，能力是否提升”作为评判县域医共体建设成效的重要标准。注重发挥专家作用，组织开展监测评价和督导调研，紧盯评判标准和监测指标，全面掌握工作进展，发现问题及时纠偏。加强绩效考核，坚决防止县级医院对基层的“虹吸”，防止为群众提供的适宜项目、廉价项目减少，防止强化了医疗而弱化了预防和公共卫生服务。注重结果应用，把绩效考核情况与医共体财政补助、医保基金支付、负责人聘任、绩效工资总量等相衔接，发挥好“指挥棒”作用，确保医共体建设始终走在正确道路上，并取得实实在在的成效。

需把握好重点

浙江工商大学校长、浙江大学社会治理研究院院长 郁建兴
杭州医学院直属马克思主义学院党支部书记 章平

2009年至今，我国新一轮医改成果丰硕，基本医疗保障制度、国家基本药物制度、基本公共卫生服务、基层医疗卫生服务体系、公立医院综合改革等五项制度建设成绩斐然。特别是党的十八大以来，党和政府把人民健康放在优先发展战略地位，广泛开展县域医共体改革试点，聚力聚焦整合型医疗卫生服务体系建设，逐级就诊、双向转诊取得重要突破，我国卫生健康事业翻开新篇章。从各地试点参差不齐，接下来县域医共体建设需把握好以下三点。

县域医共体建设涉及制度集成创新，必须高位推进。县域医共体建设，改的是体制机制，动的是利益格局，是对地方政府治理体系和治理能力的考验，是对落实以人民为中心的发展思想的“试金石”。

一是党委高位推进，优化政府治理格局。医改主要是改政府，“一把手到位，医改才到位”。应把县域医共体作为建立新型医疗卫生服务体系的“牛鼻子”，由省委省政府主要领导亲自部署，纳入重点改革任务考核内容，层层传导。县委县政府主要负责人牵头抓落实。在县域范围内探索集团化纵向整合医疗卫生机构，高位推动法人制度、财政补偿、人事绩效及收付费等机制改革。同时，应把人才招聘、职称评聘、干部任免等交给医共体，将“有形之手”从微观事务中腾出来，促使职能部门走向管规划、出政策、抓监管，进而在理念转型基础上，开展系列技术性政策设计并抓好落实。县市卫生健康行政

管理部门需与医共体明确管理边界与权责清单，落实经营管理自主权。二是强化政策集成，突破滞后制度掣肘。县域医共体的改革单元与行政管辖单元、医保筹资单元高度匹配，改革的核心政策落实和机制安排均在县域职权范围内。需突出制度集成创新，并用清单销号办法，有效解决部门协同、上下联动和政策复制问题。财政、卫健、医保、人社、编办等职能部门坚持目标导向、问题导向、结果导向，抓住关键环节，确保医院管理、医保支付、药械采购、财政补偿、人事薪酬等政策产生叠加效应，使医共体成为县域综合医改的“系统中枢”，逐步形成分级诊疗体系。三是践行群众路线，利益各方充分参与。为破解公共资源配置难以精准、运行低效的难题，可充分发挥群众智慧。比如医疗服务价格改革中医院要按病组付费，目前仅靠历史费用数据代替成本测算，只能由粗到细，阶段性优化调整。由于医学的经验性和信息不对称性，单靠医保一个部门必然力不从心，可发挥协会、学会参与协商、同行评价作用，让“群众眼睛”赋能“智慧监管”，在不断提升病案质量的数据治理过程中，灵活调整评价标准和制度安排。

县域医共体建设涉及价格发现机制重构，必须发挥医保杠杆轴心作用。医保基金支付方式决定着医疗服务供给模式。目前，按项目收付费仍然占主体，还停留在数量购买初级阶段。各地都在探索医保总额预算管理基础上按病种（组）、按人头、按床日等多元复合式支

付方式改革，逐步走向高质量、高绩效购买。

一是通过改革支付方式破解市场机制导入难题。“改革就是算账”，医改只有一本账，即现有筹资水平下如何做到价值购买。只有以医保支付改革为轴心和杠杆，才能建立政府购买服务模式，促进市场机制在医疗卫生健康领域发挥优化资源配置作用，进而实现价值医疗。二是通过改革支付方式破解医患利益相悖难题。按医疗服务项目付费的数量购买模式容易导致过度医疗。而总额预算基础上的多元复合式支付改革，是从底层逻辑上构建“定额自助餐”，患者越少、就医越精准、医疗成本越低，医院医生利益才最大化。因此，支付方式改革将医疗收入转为成本支出，真正撬动公立医院优化运行和服务模式，走向集约化管理、一体化服务，实现与患者、医保的利益同向。三是通过改革支付方式破解“三医联动”政策扩散难题。在总额预算管理前提下，政府出政策，授权医疗服务提供方即医疗机构管控药品耗材，这样一来，在减少物耗成本的同时也能挽回高水准的医疗服务项目提价空间，从而打破医保医院博弈格局，提升存量结构性改革红利。

县域医共体建设涉及服务模式重塑，必须明晰省市县功能定位。当前，医疗卫生供给侧结构性改革主要有三个方向，一是大医院的优势地位弱化，二是基层医疗卫生服务体系即初级卫生保健的地位日益突出，三是整合医学与整

合医疗。为此，县域医共体建设须顺势而为。

一是构建整合型医疗卫生服务体系。县级医院强不等于县域医疗强。县域医共体需坚持县域整体对接形式，按照“一家人、一盘棋、一本账”要求，实现城市医院对基层的管理同质、资源共享和一体办医，并在功能资源布局、组织管理体制等方面对现行的管理体制作出重大突破，融入患者需求及时发现机制、医患就诊精准匹配机制、逐级双向转诊机制、重点人群家庭医生签约机制等。二是促进基层医疗预防融合。深化医改难点在基层、重点在基层、活力之源也在基层。可探索共同管理、分级指导、协同服务、责任共担、效益共享的发展模式，将公共卫生机构、牵头医院和基层成员单位“三位一体”的健康管理服务落到实处，推动专业公共卫生机构主动融入医共体建设发展，强化专业指导，探索疾病连续管理模式，推进县乡村公共卫生一体化建设。三是推进现代医院管理制度建设。现代医院管理制度定位是权责清晰、管理科学、治理完善、运行高效、监督有力，核心是处理好政府治理与医院管理的关系。县域医共体作为基层医疗集团，其高质量发展取决于现代医院管理制度。因此，可探索落实县域医共体独立法人地位，以推进编制改革为抓手，从身份管理走向岗位管理，改变既有人力资源配置中行行政机制的主导性，依靠管理同质化实现强基层。

从县域角度来说，推进县域医共体建设，需在聚力提升基层医疗首诊质效、增强县级医院综合能力、深化医疗领域数字改革三方面下功夫，努力让以基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动为目标效果的分级诊疗制度落地生根，让“小病在基层、大病去医院”成为群众就医的一种常态。

聚力提升首诊质效，让群众就医“小病慢病”基层体验更优。让群众获得公平可及的健康服务，落实好基层首诊是基础、是着力点。只有群众首诊愿意到基层，分级诊疗制度建设才能真正落地见效。一是为群众添便利。如针对山区县部分偏远乡村群众就医不便的实际，大力开展村级卫生室建设，消除乡村医疗“空白点”，提升基本医疗覆盖面；组建由1名村医、1名乡医、1名县级医院专科医生组成的家庭医生签约服务团队，进村入户与家庭签约结对，让基层医防深度融合工作在网格式推进中得到落实；创新推行“健康直通车”服务，组建医疗服务团队，定时定点进村开展巡回诊疗，打通群众就医“末梢”。二是为群众增实惠。可在药品销售价格零差率基础上，实施差别化医保报销政策，签约参保人员在符合规定的基层医疗机构普通门诊就医并实时报结的，基本医疗保险统筹基金支付比例提高20%。扎实推进“两慢病”即高血压、糖尿病的分级诊疗改革，落实“两慢病”门诊用药长期处方制，引导和保障慢性病患者在基层医疗机构就诊和健康管理，减少基层群众看病过程中的消耗。三是为群众解忧心。大力开展村级卫生室规范化建设，改善硬件设施条件，满足群众基本医疗服务需求。加大政策扶持力度，有针对性地开展基层全科医生等卫技人员的培育和招引，使人员配备与基层首诊需求更加匹配。开展全专科联合门诊和基层中医馆建设，提升基层医疗卫生机构在治疗群众常见病、多发病、慢性病上的能力和水平，以实效赢得群众口碑。

聚力增强综合能力，让县级医院“急难重病”诊疗水平更高。县级医院“急难重病”诊疗水平的高低，直接关系群众县域就诊率和就医满意度。努力增强县级医院学科专业水平和综合能力，是落实好分级诊疗制度的关键。一是全域统筹，优化资源布局。整体考虑县域未来发展，对医疗资源进行优化布局，提升县级医院硬件设施条件，发挥龙头医院带动作用。根据发展和人口集聚趋势，提早布局县人民医院、县妇计中心和社区卫生服务中心迁建项目建设，在提升硬件条件的同时，最大限度便利群众就医，提升医疗资源的配置效率。二是合作帮扶，结对大院名医。严格落实医疗卫生提升工程，扎实做好与省级、市级医院的结对合作，注重结对城市医院优势资源与县级医院需求的精准对接，通过省市大院名医下沉坐诊、成立名医工作室等方式，大力开展高级人才派驻、学科分类指导、新技术合作帮扶，使县级医院医疗服务能力得到实质性提升。三是引育结合，做活人才文章。制定符合县域实际的重点专科与薄弱专科人才队伍培训、培养、引进计划，加大对重点领

落实好分级诊疗制度

域、紧缺专业、关键岗位的专业技术人才引进力度，在住房、绩效、生活补助等方面予以政策倾斜。持续开展卫技人员定向培养，定期选派年轻医生到结对医院进修学习，提升县级医院人才队伍专业水平。

聚力深化数字改革，让分级诊疗“上下联动”转诊通道更畅。全力贯彻数字赋能、改革破题、创新制胜的工作理念和工作方法，做好数据归集共享、数字新场景应用，最大限度发挥医疗数据信息在双向转诊过程中起承转合的关键作用。一是打造健康信息“一张网”。可探索建立市级人口健康信息化系统平台，深入推进居民电子健康卡、医保卡两卡融合、一网通办，使检查检验信息100%接入系统进行共享，检查检验结果可借助省级有关政务平台向居民个人开放。二是建立数据共享“云中心”。以数字医共体建设为载体，重点对县域医共体牵头医院进行信息化改造，助力省市县乡医疗资源共享；整合县域影像、心电、检验、病理、消毒供应等五大辅助性医疗数据，建立数据共享“云中心”，降低医疗技术壁垒，为辖区内基层医疗卫生机构提供同质化的技术“云服务”，畅通双向转诊渠道，达成分级诊疗信息共享。三是创新数字运用新场景。深入推进卫生健康领域“放管服”改革，通过改革优化流程、改造系统、简化手续。除移动支付、远程医疗、线上咨询等常规应用场景外，可结合本地实际，创新推出便于全县中医药辨证论治的“云”药房，及时推广疫苗接种“在线服务专区”等新应用场景。同时，将医疗卫生服务数字化改革扩展至医疗机构内的智慧停车、智慧点餐等领域，全方位提升群众就医体验。