* **发文日期：**2017年04月27日
* **名    称：**省人民政府办公厅关于进一步深化基层医疗卫生机构综合改革的意见
* **文    号：**鄂政办发〔2017〕30号
* **主 题 词：**

省人民政府办公厅关于进一步深化基层医疗卫生机构综合改革的意见

　各市、州、县人民政府，省政府各部门：

　　新一轮医改以来，我省基层医疗卫生服务体系进一步健全，服务水平进一步提升，但随着社会经济的发展和政策环境的变化，基层医疗卫生机构能力不强、机制不活、人才缺乏等问题逐步凸显，无法满足广大群众日益增长的健康需求。为贯彻落实“以基层为重点”的新形势下党的卫生与健康工作方针，进一步深化我省基层卫生综合改革，完善运行机制，激发内部活力，建立分级诊疗制度，实现“保基本、强基层、建机制”的医改目标，经省政府同意，现就进一步深化基层医疗卫生机构综合改革提出如下意见。

**一、完善基层医疗卫生机构财政补偿政策**

　　（一）明确财政管理体制。巩固完善多渠道补偿机制，落实基层医疗卫生机构核定任务、核定收支、绩效考核补助的财务管理办法，政府办基层医疗卫生机构不再实行“收支两条线”管理。

**二、深化基层医疗卫生机构人事制度改革**

　　（二）完善基层卫生机构编制管理。根据各地卫生工作规划和实际需要，在不突破编制总量的情况下，在县域内由卫生计生行政部门统筹使用乡镇卫生院人员编制，并实行定期调整。在实行县域“医共体”的地方，探索“县管乡用”，建立人才柔性流动机制，轮流到基层服务。积极推进“乡管村用”，推行乡村医生“聘用制”，进一步稳定乡村医生队伍，强化乡镇卫生院对乡村医生的统一管理、调配和考核职能。

　　（三）合理确定基层医疗卫生机构性质。结合各地实际情况和基层医疗机构自身意愿，对基层医疗卫生机构公益事业单位分类进行核定，对能力较强、业务量较大的基层医疗机构，可确定为公益二类事业单位；对服务范围小、服务人口少的基层医疗机构，可确定为公益一类事业单位。

　　（四）拓宽基层医务人员职业发展空间。简化基层医疗卫生机构专业技术人员招聘程序，对紧缺的专业技术人员或高层次人才可按规定由乡镇卫生院或社区卫生服务中心采取考核的方式予以招聘。增加基层医疗卫生机构中、高级职称岗位比例，大力推广“基卫高”职称评审。

　　（五）加大基层医疗卫生机构人才培养力度。积极支持农村订单定向医学生免费培养项目，大力推动定向培养医学类专科毕业生。实施省委人才办大别山区和武陵山区乡镇卫生院骨干人员特岗津贴补助和大学生招聘补助项目，有条件的地方可参照该项目做法，加强乡镇卫生院人才队伍建设，将适宜人才引入基层、留在基层。开展湖北省“乡镇名医”“社区名医”评选表彰活动，对表彰人员在本单位内部分配时给予倾斜。建立边远地区基层医疗机构岗位激励制度，落实艰苦边远地区津贴、乡镇工作补贴政策。

　　（六）巩固发展乡村医生队伍。依托省内高等院校，全面推动免费定向培养大专层次乡村医生，毕业后根据委培协议由县（市、区）卫生计生行政部门安排到村卫生室工作，取得乡村医生执业资格，享受政策规定的乡村医生待遇，力争在“十三五”末实现“一村一名大学生村医”的目标。推广“村医乡派”“乡管村用”试点经验。

**三、完善基层医疗机构工作人员薪酬制度**

　　（七）推进薪酬制度改革。加强对基层医务人员的长期激励，建立以公益性为导向的绩效考核机制。适当提高基层医疗卫生机构绩效工资总量，合理提高医务人员薪酬水平，允许基层医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许基层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。充分落实基层医疗卫生机构的分配自主权，在核定的绩效工资总量内根据考核结果自主分配绩效工资，合理拉开收入差距，调动医务人员特别是业务骨干的积极性。薪酬总量核定和个人绩效工资分配不与基层医疗卫生机构的药品、耗材、大型医学检查等业务收入挂钩，严禁给医务人员设定创收指标。基层医疗卫生机构引进的高层次人才薪酬，不纳入单位绩效工资总量。

**四、优化基层医疗卫生机构医保基金支付政策**

　　（八）建立分级诊疗医保基金支付引导政策。对参保人员患常见病、多发病在统筹区域内乡镇卫生院和社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构住院的，其使用的甲、乙类药品及诊疗项目，基本医疗保险报销比例在原基础上提高5个百分点。从基层医疗卫生机构上转的住院病人，起付线累计计算，按分级诊疗要求从上级医院转到基层医疗卫生机构住院的，取消起付线。

　　（九）推进城乡医保支付方式改革。全面推动基本医保基金“总额预算、过程监督、超支分担、结余留用”支付方式。适当增加基层医疗卫生机构在县域内基本医保基金中的年度预算支付总额，其增幅应高于当地医疗机构年度预算支付总额的总体平均增幅。在基层医疗卫生机构推行住院按病种、按床日付费为主，普通门诊按人头付费为主的支付方式改革，逐步将预付制覆盖所有服务和全体患者。

**五、完善基层药品供应保障制度**

　　（十）完善基层药品使用惠民政策。根据基层医疗首诊需要，充分考虑基层医疗机构常见病、多发病、慢性病等用药特点和与上级医院用药的衔接问题。对高血压、糖尿病等慢性疾病稳定期常用药品，统一上级医院与基层医疗卫生机构的采购目录。对上级医院下转的常见病、多发病患者，可持相应处方，由乡村两级基层医疗卫生机构代购相应药品。符合条件的患者在基层医疗卫生机构就诊可享受2个月的长处方便利。

　　（十一）增加基层用药范围和种类。鼓励有需要的地方进一步扩大目录外补充药品供应比例，因临床用药需要且通过省级药品采购平台无法采购的，基层医疗机构可按规定实行备案采购，确保基层医疗卫生机构有足够品种药品使用，确保“首诊在基层”。

**六、完善基层医疗服务价格政策**

　　（十二）完善基层医疗卫生机构收费标准。基层医疗卫生机构继续执行一般诊疗费政策，一般诊疗费之外的医疗服务项目价格由价格管理部门比照县级医疗机构医疗服务价格制定。建立以成本和收入机构变化为基础的价格动态调整机制，调整后的项目符合基本医疗保险政策规定的，纳入城乡医保报销范围。完善一体化村卫生室的收费项目和价格。

**七、推进县域医疗服务共同体建设**

　　（十三）发挥县级医院龙头作用。县级医院上承城市大医院，下联基层医疗卫生机构，是农村三级卫生服务网的“龙头”。各地要结合“十三五”县级医院基础设施建设项目的推进，合理扩大县级医院床位总量，调整学科结构，进一步加强新生儿科、精神科、康复科、血液透析科、重症监护等临床学科和内科、外科、妇产科、儿科、急症科等临床核心专科建设。要依托县级医院建立消毒供应中心、心电诊断中心、临床检验中心、医学影像中心、病理检验中心、远程会诊中心等机构，重点建设县域医疗服务技术平台，推进医疗资源下沉。

　　（十四）组建县域医疗服务共同体。按照政府主导、自愿组合、区域协同、方便群众的原则，以资源共享和人才下沉为导向，建立县域医疗服务共同体，提升基层服务能力。以“县乡联动、乡村一体”为抓手，以医保基金为纽带，在医疗共同体内部探索建立县、乡、村三级医疗卫生机构“风险共担、利益共享”的合作关系，签订双向转诊协议，健全相关管理、运行和考核等机制。落实对口帮扶制度，精准帮扶基层医疗卫生机构专科建设和人才培养，推进城乡医疗资源均衡配置。

　　（十五）规范双向转诊。各地要结合实际制定详实具体的双向转诊标准，完善分级诊疗规范，真正把门诊输液、康复治疗、常见病治疗、慢性病防治等工作留在基层。积极稳妥推动基层医疗卫生机构检验、影像、心电、脑电、病理等信息与县级及以上医院诊断中心互联互通、技术共享。

　　（十六）强化乡村一体化管理。强化乡镇卫生院与村卫生室统一规划建设、人员准入、业务管理、药械购销、财务管理、绩效考核，财务独立核算、责任独立承担的“六统一两独立”一体化管理。实行村卫生室“村办院管”或“院办院管”运行模式，鼓励乡镇卫生院领办村卫生室，逐步将村卫生室转变为乡镇卫生院的延伸服务场所。

**八、加强中心乡镇卫生院服务能力建设**

　　（十七）明确中心乡镇卫生院功能定位。依据新型城镇化发展要求，统筹规划乡镇卫生院布局，以形成一定区域范围内的医疗卫生中心为目标，重新规划设置中心乡镇卫生院。重点建设居民集中、覆盖人口多、距离县城较远的中心乡镇卫生院，促进人力资源和设备资源向中心乡镇卫生院集中，努力把中心乡镇卫生院建设成为县域医疗分中心。实力较强的中心乡镇卫生院可按照二级综合医院标准进行建设，在保持现有行政管理体制及职能不变的基础上，可增挂“××县第×人民医院”牌子，或“××县××医院××分院”牌子作为第二名称。

　　（十八）推动中心乡镇卫生院能力提升。鼓励公立医院医师到基层医疗卫生机构多点执业。县级人民政府应统筹安排资金，加强中心乡镇卫生院设备更新和信息化建设，允许符合条件的中心乡镇卫生院配备CT等乙类诊疗设备，提高中心乡镇卫生院整体服务能力，确保“大病不出县、常见病不出乡镇”。县级卫生计生部门要编制中心乡镇卫生院重点科室和特色专科发展规划，加强重点科室和特色专科建设，优先加强急诊科（室）、内科、外科（普外）、妇产科、麻醉科、功能检查科等科室技术力量配备和硬件建设。支持二级以上公立医院专家及团队或退休医生通过资金、技术注入等方式领办或合办中心乡镇卫生院特色科室，建立互惠互利、风险共担的分配机制，并在机构内部人员、设备等资源分配上向特色科室倾斜。

**九、大力推进家庭医生签约服务**

　　（十九）组建签约服务团队。组建以家庭医生为核心、专科医师提供技术支持的签约服务团队，向居民提供长期连续的基本医疗、公共卫生和健康管理服务。优化签约服务内涵，在就医、转诊、用药、医保等方面对签约居民实行差异化政策，促进基层首诊。

　　（二十）加强上级医院与基层医疗卫生机构对接。引导居民或家庭在与家庭医生团队签约的同时，自愿选择与基层医疗卫生机构建立合作关系的一所二级医院或一所三级医院，建立“1＋1＋1”或“1＋1”的组合签约服务模式。对于签约的慢性病患者，可酌情延长单次配药量。对于下转病人，可根据病情和上级医疗机构医嘱按规定开具处方。

　　（二十一）明确签约服务费来源。家庭医生团队为居民提供约定的签约服务，根据签约服务人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担。签约服务费部分可用于对签约责任医生经考核认定提供有效服务的报酬。

**十、加强基层医疗卫生信息化建设**

　　（二十二）加强信息化基础设施建设。构建互通共享、业务协同的省、市、县三级人口健康信息平台，完善以居民电子健康档案、电子病历、电子处方等为核心的基础数据库，打通各类基层医疗卫生机构数据资源共享通道，健全基于互联网、大数据技术的分级诊疗信息系统，以“互联网+”等形式实现区域医疗服务和医保结算信息互联互通，为实现连续、协同、整合的基层医疗卫生服务提供技术支撑。

　　（二十三）大力推进便民惠民服务。优化诊疗流程，改善就医环境，统筹安排预约、检查、诊疗、转诊、支付结算等环节，推进互联网预约分诊、移动支付、诊间结算、结果查询等应用。健全检查检验结果互认机制，放大优质资源辐射作用，方便群众就近看病就医。利用移动客户端、物联网等技术，搭建医患双方交流平台，为健康咨询、患者反馈、健康管理等提供便利。充分利用信息化手段，提供远程医疗服务。推进居民健康卡、社会保障卡等应用集成，激活居民电子健康档案应用。

　　2017年4月27日