附件1

城市医疗集团梳理、规范情况统计表

注 明：

1.各市级卫生健康行政部门、委直委管医院对本地区、本医院已组建的城市医疗集团开展梳理、规范工作后，应使用本表统计相关情况。此表分为两部份，第一部分由市级卫生健康行政部门填报，用于统计辖区内城市医疗集团（非委直委管医院牵头）梳理、规范后的情况。第二部分由委直委管医院填报，用于统计该医院牵头的城市医疗集团梳理、规范后的情况。委直委管医院在梳理、规范本院牵头的城市医疗集团时，重点是梳理、规范其成员单位（即各参与的成员单位应先征得各自属地市级卫生健康行政部门审核同意，并由牵头的委直委管医院将相关市级卫生健康行政部门的审核意见统一收集、汇总）。

2.只要是符合城市医疗集团组建模式和特征的紧密型医联体，无论其名称是××医联体或××医疗集团或××协作单位等，均应将其纳入城市医疗集团的梳理和规范工作范畴中。经梳理和规范后的城市医疗集团，可结合实际情况，仍使用原名称。

3.各有关单位完成此表后，需加盖单位公章或负责人签字，并将此表原件报省卫生健康委（电子版发指定邮箱2785102322@qq.com）。

第一部分（市级卫生健康行政部门填报）

 市级卫生健康行政部门（公章） 填报人及联系方式：

|  |
| --- |
| 总体情况 |
| 三级医院的数量，及本地区已经组建了城市医疗集团的三级医院数量（不含委直委管医院） |  |
| 二级医院的数量，及本地区已经参加了城市医疗集团的二级医院数量 |  |
| 一级医院及其他医疗机构的数量，及本地区已经参加了城市医疗集团的一级医院及其他医疗机构数量 |  |
| 社会办医院的数量，及已经组建或参加了城市医疗集团的社会办医院数量 |  |
| 具体情况（请详细列出本地区每个城市医疗集团的情况） |
| 1.城市医疗集团名称（例如××医联体或××医疗集团或××协作单位） | 牵头医院（名称、等级、公立/社会办、负责人及联系方式）： | 1.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 2.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 3.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 2. 城市医疗集团名称（例如××医联体或××医疗集团或××协作单位） | 牵头医院（名称、等级、公立/社会办、负责人及联系方式）： | 1.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 2.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 3.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 3. 城市医疗集团名称（例如××医联体或××医疗集团或××协作单位） | 牵头医院（名称、等级、公立/社会办、负责人及联系方式）： | 1.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 2.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |
| 3.成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： |

第二部分（委直委管医院填报）

 医院（公章） 负责人： 填报人及联系方式：

|  |
| --- |
| 牵头组建情况 |
| 1.牵头医院信息（名称、等级、公立/社会办、负责人及联系方式、组建时间）：2.组建情况（医联体的章程、管理层和监事会设置情况、发展经历等）： |
| 成员单位情况（请详细列出该城市医疗集团每个成员单位的情况） |
| 成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）：  负责人签字：  盖章  年 月 日 | 属地的市级卫生健康行政部门的意见：意见主要为该成员单位加入该委直委管医院牵头组建的城市医疗集团是否符合本地区医联体建设规划  盖章  年 月 日  |
| 成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）： 负责人签字：  盖章  年 月 日 | 属地的市级卫生健康行政部门的意见：意见主要为该成员单位加入该委直委管医院牵头组建的城市医疗集团是否符合本地区医联体建设规划  盖章  年 月 日  |
| 成员单位（名称、医疗机构等级和类别、负责人及联系方式）：  负责人签字：  盖章  年 月 日 | 属地的市级卫生健康行政部门的意见：意见主要为该成员单位加入该委直委管医院牵头组建的城市医疗集团是否符合本地区医联体建设规划  盖章  年 月 日  |