

医疗机构科室承包与科室共建的界定

作者：卢意光 | 李亚亚

引言

在深化医药卫生体制改革背景之下，国家政策持续鼓励社会力量参与医疗机构学科建设，支持公立医院与社会资本开展技术合作、人才培养、学科共建，以此补齐基层医疗机构技术短板，推动优质医疗资源扩容下沉。与此同时，司法实践与卫生行政执法领域，大量出现以科室共建、学科合作为名，实质实施科室承包的违法行为。

当前行业面临的现实困境在于，法律并未对科室共建作出直接的成文定义，仅通过政策文件予以鼓励；而科室承包的认定需要结合协议文本、人员管理、财务流向、物资采购、风险承担等多项事实综合判断，奉行实质重于形式的裁判与执法原则。不少医疗机构签署名为科室共建的合作协议，但在实际履约过程中，将人事管理权、财务控制权、医疗业务运营权交由第三方社会机构，最终被行政机关处罚、被司法机关认定为违法科室承包。

科室承包本质属于出租、出借《医疗机构执业许可证》，早已被法律明文禁止。但实务当中，合作协议文本通常规避“承包、出租”等敏感词汇，通过收益分成、人员外包、设备投资等手段，使得科室承包与科室共建的边界高度模糊。对于医疗机构、社会资本投资方、法律服务从业者而言，准确识别二者的法律边界，是医疗合作业务的首要合规前提。

.....
如您需要了解我们的出版物，
请联系：

Publication@llinkslaw.com

一. 科室承包与科室共建的认定

(一) 科室承包的认定

1. 法律定义与构成四要件

科室承包是指医疗机构将科室或房屋承包、出租给非本医疗机构人员或者其他机构，并以本医疗机构名义开展诊疗活动。该界定最早见于《卫生部关于对非法采供血液和单采血浆、非法行医专项整治工作中有关法律适用问题的批复》(卫政法发〔2004〕224号)；该批复虽已于2024年1月经《国家卫生健康委关于宣布失效第五批委文件的决定》(国卫办发〔2024〕3号)宣布失效，但其关于科室承包的理解仍然符合上位法立法本意。该违法行为在执法实践中需要同时满足四大构成要件。

第一，医疗机构将科室场地、房屋交付给非本医疗机构人员或外部机构。依据《卫生部关于认定非本医疗机构人员的批复》，不属于本医疗机构在册人员，或者与本医疗机构之间未形成聘用关系的人员，应认定为非本医疗机构的人员。即便该自然人具备医师执业证书，且经批准将执业地点变更至该医疗机构，只要人事劳动关系不在该医疗机构，即属于法律意义上的“非本医疗机构人员”。

第二，医疗机构收取租金或者变相租金。对价形式不限于固定租金，还包括科室营收比例分成、固定管理费、房屋使用费、设备占用费等各类变相收益。医疗机构不需要直接在财务账册记载租金科目，只要从合作方处获取合作对价，即满足该要件。

第三，科室实际经营管控主体是合作方，而非医疗机构本身。合作方掌握科室运营的实际权力，医疗机构放弃实质管理，仅保留名义上的资质外壳。

第四，合作方对外以该医疗机构名义开展诊疗活动。合作方自身不具备完整医疗机构执业资质，借用医疗机构的品牌、执业许可等开展诊疗服务，这也是该行为本质属于出借《医疗机构执业许可证》的根本原因。

符合上述四个要件，即构成法律意义上的科室承包违法行为。该行为高发于整形美容、皮肤科、慢性病专科等创收属性较强的科室，部分诊所、门诊部也存在出租科室的违法情形，并非仅发生在大型医院当中。

2. 典型科室承包模式

全委托运营是科室承包最典型的模式。医疗机构将科室整体交由外部主体，由合作方实现人、财、物、责全面管控，自主经营、自负盈亏。医疗机构几乎不参与科室日常管理，仅定期收取固定管理费，或者按照科室业务收入比例获取分成。合作方自行招聘医护人员、发

放薪酬，自行采购设备耗材，独立处理科室业务，医疗纠纷、经营亏损全部由合作方承担。该模式是实践当中最为常见的违法类型，大量司法判决中的案涉协议均属于该模式。

此外，变相出租证照也是科室承包的常见情形。医疗机构出借院内场地，允许合作方在医疗机构内部设立独立运营科室，或者许可合作方在院外场地，以本医疗机构名义开设诊疗点，由合作方自主开展经营活动。该模式之下，医疗机构完全不介入业务，仅仅出借执业资质外壳，是典型的出租《医疗机构执业许可证》行为。

同时应当注意，随着监管趋严，直接签署承包合同的情形越来越少，大量违法行为仅从合同标题无法识别违法属性，必须穿透审查实质权利义务约定。

3. 科室承包法律规范体系

《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第三十九条规定，医疗卫生机构不得对外出租、承包医疗科室；非营利性医疗卫生机构不得向出资人、举办者分配或者变相分配收益，该条是当前处置科室承包违法行为的核心法律依据。同时，该法第三十八条第二款明确，医疗机构执业许可证不得伪造、变造、买卖、出租、出借，科室承包的底层违法逻辑即在于此。罚则方面，该法第一百条第一款第(二)项规定，医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室的，由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正，没收违法所得，并处罚款，违法所得不足一万元的按一万元计算，同时对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；该法第九十九条第二款还规定，伪造、变造、买卖、出租、出借医疗机构执业许可证的，处违法所得五倍以上十五倍以下的罚款，情节严重的，吊销医疗机构执业许可证。

同时，《医疗机构管理条例》第二十二条第一款规定，《医疗机构执业许可证》不得伪造、涂改、出卖、转让、出借；第二十三条规定，任何单位或者个人未取得《医疗机构执业许可证》或者未经备案，不得开展诊疗活动。该条例第四十三条、第四十五条进一步明确，未取得执业许可证擅自执业、出卖转让出借执业许可证等行为，依照《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》的规定予以处罚。可见，出租、承包医疗科室本质上是变相出借执业许可资质，直接违反法律与行政法规的强制性规定。

(二) 科室共建的认定

科室共建是国家医药卫生政策鼓励的合规合作模式，但我国现行法律并未对科室共建作出专门法条定义，其规范依据散见于国务院、国家卫生健康委政策文件。《关于促进社会办医加快发展的若干政策措施》《关于加强基层医疗卫生机构特色科室建设的指导意见》提出，鼓励公立医疗机构与社会力量开展业务合作、人才交流、技术合作，鼓励具备管理经验的社会力量，在权责清晰前提下参与医疗机构学科建设与管理提升工作。

1. 科室共建的核心特征

科室共建，是医疗机构与社会资本、医生集团、专业医疗服务机构开展优势互补的学科建设合作，核心底线是共建科室完整纳入医疗机构自上而下统一管理，医疗机构牢牢掌握人事、财务、物资、医疗质量、风险处置全部实质控制权，社会合作方仅能够输出资金、设备、技术培训、学科管理咨询服务，不得接管科室的诊疗业务运营权。

科室共建中，管理权最终归属于医疗机构。共建科室属于医疗机构内设科室，完全纳入医院管理体系，科室的医疗质量控制、诊疗流程、日常业务全部服从医疗机构的管理制度，合作方无权独立决定科室运营重大事项。合作方角色定位为赋能支持方，而非经营主体。社会力量可以提供专家资源、人才培养、学科规划、运营咨询、设备投入等支持，典型如医生集团为基层医院共建专科，提供专家巡诊、技术培训，专业医疗管理机构提供科室绩效方案等，但不得直接接管科室经营。

2. 科室共建的政策基础

《国务院办公厅关于支持社会力量提供多层次多样化医疗服务的意见》(国办发〔2017〕44号)提出，支持社会办医疗机构和公立医疗机构开展人才、技术合作，探索委托知名医疗实体开展管理服务，但前提条件是权责清晰，不得变相出租科室、出借资质。科室共建的制度初衷，是借助社会资源补强公立医院薄弱专科，提升医疗服务能力，而不是让社会资本借用公立医院资质获取诊疗业务的经营利润。后续出台的《“十四五”优质高效医疗卫生服务体系建设实施方案》进一步细化相关鼓励政策，支持公立医院通过合作共建特色专科、引进优质医疗资源下沉等方式，提升基层医疗服务能力。

从各地的落地实践来看，不少省份在社会办医高质量发展的相关文件中提出，鼓励合规科室共建，严厉打击借共建之名出租出借执业许可的违法行为，引导社会力量的资源投入真正转化为医疗服务能力的提升，而不是变成资本逐利的工具。

二. 基于司法裁判案例对科室承包的实务分析

梳理全国范围内生效的司法裁判文书，人民法院对于科室承包行为的认定已经形成了较为统一的裁判规则，大量类案的判决逻辑较为一致，为实务中区分违法承包与合法共建提供了参照标准。

(一) 司法认定构成违法科室承包的典型案例

文书案号	案件事实情况	法院裁判意见
(2018)京 03 民终 2818 号	甲乙双方合作经营眼科。甲方(医疗机构)负责设立眼科、提供场地、办理从业人员注册等行政事宜、缴纳五险	甲方构成出租、出借医疗机构执业许可证。从医生日常管理看，由乙方负责调配并开展医疗活动；从费用支

	一金; 乙方(合作机构)购置仪器设备、组织医生、以眼科名义开展日常诊疗、支付聘用医生薪资; 医护人员需遵从医院管理, 双方按收费类别分配眼科收入。	出看, 医护人员工资奖金由乙方支付。前述约定未体现甲方派出自有医生与乙方合作, 也未体现双方共同从事具体诊疗活动。
(2018)浙 05 民终 152 号	甲方(医疗机构)与乙方(自然人)合作经营医疗美容服务, 甲方将医疗整形美容科交由乙方以甲方名义开展诊疗; 乙方负责科室组建及人员工资、奖金等待遇, 乙方引起的医疗纠纷由其承担相关费用, 科室经营收入按比例分配。	甲方构成出租、出借医疗机构执业许可证。从双方关于《医疗合作协议书》的约定可看出, 甲方对该科室的人员组成及待遇都不具体进行管理, 对乙方引入的注册于甲方名下的科室医生及其诊疗行为的质量缺乏监管和控制, 事实上是乙方借用甲方的名义和诊室对外进行诊疗行为。
(2019)鲁 02 行终 30 号	贺某在未取得医师资格证、医师执业证, 也未取得《医疗机构执业许可证》的情况下, 于 2016 年 5 月至 10 月期间实际承包青岛崂山医保城中医院三楼妇科科室; 人员由贺某自行聘任并发放工资, 设备、器械归贺某所有或由其租赁, 私自以医保城中医院名义申请两台 POS 机独立收费。	该妇科在医保城中医院独立经营, 其设备、收费、检验检查均独立于医保城中医院, 贺某对其管理对象发放工资, 实质上实现了人、财、物的独立。虽然贺某没有与医保城中医院签订书面协议, 但是依据上述事实可以认定贺某与医保城中医院形成承包科室的关系。
(2020)豫 16 行终 172 号	甲方与乙方(自然人)签订《碎石技术合作协议》, 合作期限 9 年, 碎石科作为该院下属专科开展碎石诊疗活动; 除一名院内原有医生工资由甲方发放外, 其余 4 名碎石科工作人员工资均由乙方发放。	甲方与乙方签订的《碎石技术合作协议》, 可以认定乙方系甲方碎石科的负责人, 在碎石科独立经营, 其设备、收费、检验、检查均独立于甲方, 乙方对其管理对象发放工资、收取诊疗费用, 实质上实现了人、财、物的独立。
(2024)皖 16 行终 218 号	双方签订协议, 甲方将其四楼部分病区给乙方使用, 乙方以原告的名义开展肛肠疾病的诊疗活动, 属乙方管理的医务人员由其自行招聘, 工资由其自行发放, 医疗纠纷及所产生的费用由其负责, 乙方不从甲方处领取工资, 双方按收费项目的不同分别按不同的比例进行分成, 每月结算一次, 扣除当月的支出成	甲方构成出租、出借医疗机构执业许可证。双方签订的协议虽没有“承包”二字及甲方没有独立的“肛肠科”, 但从上述协议约定的内容及双方对各项费用的分成、支付方式、人员招聘、管理及工资发放和医疗风险承担等实际执行情况来看, 实质是甲方将其肛肠疾病的诊疗业务交与乙方, 乙方以甲方名义自主经营、自负盈亏、自担风险的承包经营关系。

	本和其他费用后支付给乙方，实际分成比例与协议约定基本相符。	
--	-------------------------------	--

梳理生效司法裁判文书可以发现，法院在认定科室承包违法行为时，完全奉行实质重于形式的裁判逻辑，即便协议名称未出现“承包”“出租”等敏感表述，甚至双方未签署书面承包协议，只要合作模式满足人、财、物、责的实质独立特征，就会被认定为出借医疗机构执业许可证的违法科室承包行为。

所有违法案例均呈现出外部合作方完全掌握人员管控权的共性。合作方自行聘任医护人员、直接向其发放薪资，医疗机构既不派驻自有医护人员参与日常诊疗活动，也不对合作方引入的医护人员的诊疗行为开展实质质量监管，即便相关人员的执业证书注册在医疗机构名下，只要人事隶属、薪酬发放均由外部合作方主导，就会被法院认定为医疗机构放弃了核心人事管理权。

违法承包场景下普遍实现了科室独立于医疗机构的闭环运营。合作方要么直接独立收取诊疗费用、私设收费账户完成体外结算，要么完全掌控科室的营收分配，医疗机构仅按照约定比例收取收益，既不介入诊疗活动的实际开展，也不承担科室对应的医疗纠纷与经营风险，本质上仅出借自身的医疗机构执业许可资质获取对价收益，完全符合法律所禁止的变相出租、出借执业许可证的行为特征。

(二) 司法认定不构成科室承包的合规共建案例

尽管合作过程中合作方承担部分运营支持职能，但只要医疗机构始终保留实质管控权，司法机关均认可合作模式的合法性，这类生效判决也为医疗机构的合规科室共建提供了清晰的行为指引。

文书案号	案件事实情况	法院裁判意见
(2017)粤 01 民终 17524 号	甲乙双方合作经营外科、耳鼻喉科、内科，约定在甲方监管和领导下由乙方管理合法开展医疗诊疗服务；甲方提供场地、设立科室，乙方负责投资设备和运营成本、引进医护人员、配合甲方开展科室运营管理；双方约定购买设备在甲方监管下乙方负责出资，乙方引进的卫生技术人员以及乙方服从甲方监管，采购耗材及药品由甲方统一采购，乙方所聘用人员的工资通过甲方对公账户直接转入员工卡上，乙方聘用的医生护士执业证书办理到甲方名下。	甲方不构成出租、出借医疗机构执业许可证。甲乙双方就相关科室共同管理，甲方也参与了涉案科室的全流程管理。虽然乙方在聘用人员、发放工资、采购、收取盈利等方面有一定权利，但最终都要接受甲方的管理。所有涉案科室聘用的医护人员均具有执业证书，且将证书办理到甲方名下，属于甲方聘用人员，工资亦由甲方统一发放。从合同履行情况看，甲方签订涉案合同之后，与乙方对相关科室进行共建，共同管理，符合合作合同的特征，并非出借医疗机构执业资格证给乙方使用。

(2018)鲁 14 民终 408 号	吴某与武城旭阳医院签订《武城旭阳医院妇科男科合作协议书》，约定医院引进吴某的技术和设备，双方共同合作经营妇科、男科相关诊疗业务，吴某缴纳托管费后实际开展经营。	案涉协议并非对外承包医院科室，双方约定的是医院引入外部技术与设备共同开展诊疗，男科属于外科通用分类范畴，医院未向吴某出借医疗机构名称和执业许可证，不违反法律法规强制性规定，属于有效合作合同。
(2021)湘 07 民终 1210 号	甲乙双方签订的《医疗项目合作协议书》约定，管理模式第 3 条，“技术项目”属于医疗技术合作项目，为医院集体下的独立财务核算科室，在医院统一领导下开展工作，一切活动必须在国家法律、法规和政策之内进行，并接受主管部门市卫计委的指导与管理，自觉遵守医院规章制度，参加医院一切业务和政治活动。第 5.5 条约定甲方负责安排本院一名内科医师一名护士长到合作项目工作，协助监管该技术项目的医疗护理质量。	从案涉《医疗项目合作协议书》内容看，医院派驻医护人员各一名从事诊疗活动，双方就相关科室进行共建共管，医院并不是对外承包医院科室，而是双方合作经营，并非出借医疗机构执业资格证给鑫康公司使用，未违反法律、法规强制性规定，《医疗项目合作协议书》为有效合同。

合规科室共建核心判定标准始终围绕“医疗机构保留实质管控权”这一根本原则展开，哪怕合作方在合作中承担部分设备出资、人员推荐、运营支持的职能，只要医疗机构没有让渡核心管控权限，就不会被认定为违法承包。

首先在核心管理权配置上，所有合规共建模式下，医疗机构均全程深度参与科室全流程管理，所有医护人员的最终聘用、薪酬发放权限全部归属医疗机构，合作方推荐的人员也必须经过医疗机构的人事审批流程，将劳动关系、社保关系、执业注册全部纳入医院统一管理体系。同时医疗机构会派驻自有在岗医护人员全程参与科室诊疗活动、把控医疗服务质量，完全杜绝外部主体绕过医院直接管控诊疗业务的可能性。

其次，合规共建模式严格隔离了社会资本的逐利属性与医疗核心业务的关联。所有药品、耗材、物资均由医疗机构按照统一采购流程完成采买，所有诊疗收入全部进入医疗机构的统一对公账户，诊疗服务的对外责任第一顺位由医疗机构承担，合作方仅能按照协议约定获取对应技术支持、管理咨询服务的合理对价，无法直接掌控科室的营收分配与业务运营，完全符合政策鼓励的“社会力量输出资源赋能学科建设，医疗机构主导医疗质量与运营管理”的科室共建制度初衷，因而被司法机关认定为合法有效的合作模式。

三. 科室承包与科室共建的区分

需要明确的是，二者的区分奉行实质重于形式的原则，不会仅以协议名称判定模式性质，即便协议命名为“科室共建协议”，只要实际履约过程中医疗机构放弃实质管控权，依然会被认定为违法的科室承包。结合前述所有法律规定、执法判例和司法裁判规则，可以从以下角度区分科室承包与科室共建。

(一) 实质管控权归属是根本分界点

科室共建场景下，医疗机构始终牢牢掌握科室运营的最终决策权，合作方仅能提供技术、管理层面的支持服务，无权独立决定诊疗服务开展、人员任免、重大采购等核心运营事项。而科室承包场景下，医疗机构完全放弃实质管控，科室的日常经营决策权全部由外部合作方掌握，医疗机构仅保留名义上的资质主体身份。

很多医疗机构负责人存在一个认知误区，认为只要医护人员的执业注册在医院名下，就不会被认定为科室承包，实际上并非如此。如果这些注册医护人员的人事、薪酬全部由外部合作方决定，医院完全没有人事管理权，本质上还是医疗机构出借资质，依然会被认定为科室承包。反过来，只要医疗机构全程掌握科室的实质管控权，合作方即便投入设备、输出技术经验，也完全属于合规的科室共建范畴。

(二) 人、财、物、责的综合判断

科室承包为医疗机构将科室或房屋承包、出租给非本医疗机构人员或者其他机构并以本医疗机构名义开展诊疗活动。现行法律法规并未针对科室承包的具体认定标准作出进一步的明确规定，参考实务与判例，科室承包与医疗合作关键区别在于“合作科室的日常运营是否接受医疗机构的管理”。具体可以从人、财、物、责四个方面进行考量。

人事管理上，医护人员是否按照医疗机构的人事管理制度统一招聘和管理。财务管理关键在于是否由医疗机构统一对外收费，对外开支，并且遵循医疗机构的财务管理制度。采购管理方面，是否由医疗机构统一采购合作科室的药品，耗材及办公用品。此外，对外是否以医疗机构的名义对外开展诊疗服务，合作科室的对外责任是否由医疗机构独立承担。

若存在医疗机构负责设立科室和提供场地，但对于科室人员工资的发放、设备采购、日常诊疗和对外责任的承担则是由合作方主要负责，易被认定为科室承包。但如果合作方在人事任免、采购、收取盈利等方面有一定权力，但是科室运营的各方面都要接受医疗机构的管理，则不构成出租、出借医疗机构执业许可证。

(三) 形式核查与实质判断的结合

合作协议的文本表述直接约定“自主经营、自负盈亏”“承包费”的协议属于高风险信号，即便协议命名为“科室共建协议”，也需要进一步穿透核查实际权责约定。此外，核查科室内所有执业医护人员的资质情况，所有执业人员必须在本医疗机构完成执业注册，人事、劳动合同关系归属医疗机构，不存在执业地点与人事隶属关系分离的情况，从根源上规避非本机构人员管控科室的违法风险。

执法实践中，卫生监督人员进入医疗机构开展检查时，第一时间就会调取合作协议和科室医护人员的人事档案，核对劳动合同、社保缴纳记录、工资发放流水，如果发现科室有执业人员既没有劳动合同，工资也不是医院公户发放，立刻就会将该科室标记为高风险核查对象，进一步深入排查其他违法线索。因此医疗机构在开展合作之前，优先从形式层面排查所有高风险点，能够从源头规避绝大多数合规隐患。

财务核查是执法和司法认定中最核心的突破点，绝大多数科室承包案件都是从财务线索顺藤摸瓜完成查处。合规科室共建模式下，所有诊疗收入必须全部进入医疗机构统一对公账户，由医院统一为患者出具正规医疗票据，合作方仅能依据协议约定收取固定金额或固定比例的技术服务费、管理咨询费，不得直接向患者收取任何诊疗费用。而科室承包场景下，普遍存在合作方私设独立账户、通过私人微信、支付宝收取诊疗费用，体外循环结算收益的特征，这也是执法检查中重点排查的典型违法线索。

四. 科室承包的法律责任风险

医疗机构实施科室承包，将同时面临行政、民事、刑事与声誉经营四个层面的风险，合规成本远高于合作收益，医疗机构及合作方均应充分评估。

(一) 行政责任

医疗机构对外出租、承包医疗科室的，依据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第一百条第一款第(二)项，由县级以上人民政府卫生健康主管部门责令改正，没收违法所得，并处违法所得二倍以上十倍以下的罚款，违法所得不足一万元的按一万元计算，同时对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。被认定出租、出借医疗机构执业许可证的，依据该法第九十九条第二款，处违法所得五倍以上十五倍以下的罚款，情节严重的，吊销医疗机构执业许可证。承包科室使用非卫生技术人员从事诊疗活动，或者相关医务人员未在执业地点完成注册的，还可能面临停止执业活动、没收违法所得与药品器械等处罚。执法实践通常对医疗机构与承包方实行“双罚”，医疗机构与科室承包方均可能被追究行政责任。

(二) 民事责任

科室承包模式下，合作方以医疗机构名义对外开展诊疗活动，患者基于对医疗机构执业资质的信赖接受诊疗，医疗损害责任对外仍由医疗机构承担。依据《中华人民共和国民法典》第一千二百一十八条，患者在诊疗活动中受到损害，医疗机构或者其医务人员有过错的，由医疗机构承担赔偿责任。合作协议中关于“医疗纠纷由承包方承担”的约定，仅在合作双方之间产生内部追偿效力，不能对抗患者。医疗机构对外承担责任后能否向承包方有效追偿，还取决于协议效力、承包方偿付能力等现实因素。

(三) 刑事责任

承包科室的诊疗活动造成就诊人严重损害后果，构成犯罪的，相关责任人可能涉嫌医疗事故罪；医务人员利用开处方等职务便利，非法收受医药产品销售方财物、为其谋取利益的，可能构成非国家工作人员受贿罪；以虚假诊疗、虚记费用等方式骗取医保基金的，还可能触及诈骗类犯罪。医疗机构负责人对科室失于监管、放任违法经营，同样可能承担相应的刑事与行政责任。

(四) 声誉与经营风险

行政处罚信息依法向社会公示，经媒体传播后将对医疗机构品牌声誉造成难以挽回的损害。巨额的罚没款项以及医保协议处理将直接影响医疗机构的现金流与持续经营能力，严重时甚至导致医疗机构执业许可证被吊销、机构停业。对合作方而言，除行政处罚与民事赔偿外，其行业声誉与合作信用亦将受到长期负面影响。

五. 医疗机构科室共建的合规指引

结合前述司法裁判规则与执法实践口径，医疗机构开展科室共建时，可以通过体系化合规设计，规避被认定为违法科室承包的风险，既充分借助社会力量实现学科能力提升，也完全守住法律合规底线。

(一) 避免“红线条款”

合作协议起草阶段即完成条款风险筛查，删除“承包”“租赁”“自主经营、自负盈亏”“独立承担医疗纠纷责任”等敏感表述，所有条款的核心逻辑围绕“合作方提供专项技术支持、医疗机构主导科室运营”展开，明确列明合作方提供的具体服务内容，如专家巡诊带教、学科建设规划、运营流程优化等，避免使用“全权运营科室”这类模糊表述，从协议源头排除所有指向科室承包的高风险约定。

建议医疗机构在起草共建协议前，优先对照合规条款清单逐一筛查。首先，必须明确约定医疗机构对科室的人事、财务、医疗质量、物资采购等拥有最终决策权。其次，必须明确所有医疗服务

的对外主体是医疗机构，所有医疗纠纷、行政责任第一顺位由医疗机构对外承担，合作方仅在自身提供服务存在过错的范围内承担相应的内部违约责任。此外，完成协议初稿后，最好委托专业医疗合规律师进行二次审查，进一步排查隐性的高风险条款，避免埋下合规隐患。

(二) 守住核心管控权限

医疗机构应保留共建科室的全部核心管控权。人事层面，所有执业医护人员全部由医疗机构统一招聘、考核、发放薪酬、缴纳社保，合作方仅能提供人员推荐建议，无权直接决定人员任免，所有医护人员的劳动合同、社保缴纳记录、工资流水全部由医院留存归档，形成完整的人事隶属证据链。医疗质量层面，科室所有诊疗活动完全服从医院统一的质控管理制度，由医院派驻至少 1 名自有医护人员全程参与共建科室的日常诊疗和质量监管，所有医疗文书的书写、审核、归档全部符合医院统一管理标准。物资采购层面，所有药品、医用耗材、诊疗设备全部由医疗机构按照内部统一流程完成采购、入库、台账登记，合作方仅能提供技术选型参考，不直接参与采购执行。财务层面，所有诊疗收支全部纳入医院统一财务体系，不存在任何独立于医院管控的结算账户，牢牢把握科室运营的核心主动权。

很多医疗机构会担心，完全把权限攥在手里，合作方的投入动力不足，实际上从大量合规共建的成功案例来看，只要把合作方的收益和明确的服务交付指标绑定，比如科室年手术量达到约定目标之后，额外支付对应的激励服务费，既不会让合作方失去动力，也不会突破医疗机构管控权的合规底线，完全可以实现双方的互利共赢。

(三) 建立合规运营台账

医疗机构应当留存所有运营相关的书面文件，建立完整的共建科室合规证据体系。建议将科室运营日常质控检查记录、人员考勤与绩效考核记录、财务收支审批单据、药品耗材采购入库凭证、医疗纠纷处置材料等进行整理归纳，形成覆盖人事、医疗、财务、采购全环节的完整台账，随时可以应对卫生健康部门、医保部门的监管核查，在合规争议出现时可以直接举证证明医疗机构始终掌握科室的实质管控权，符合合法科室共建的要件。

在实际操作过程中，医疗机构在有条件的情况下可以为每个共建科室单独建立合规档案，指定专人负责档案维护，每季度开展一次合规自查，一旦发现运营过程中出现人员管理漏洞、财务结算不规范的情况，第一时间完成整改，避免小问题演变成重大合规风险。尤其是针对合作方派驻的非执业运营人员，要明确其权限边界，所有人员的院内活动全部纳入医院的统一管理体系，避免出现外部人员以医院名义私自向患者收费、私自出具医疗文书的情况。

结语

科室承包与科室共建的边界，实质在于医疗机构是否掌握科室运营的实质管控权。医疗机构保留人事、财务、医疗质量、物资采购控制权，社会力量仅提供资金、设备、技术、管理与培训支持，属于政策鼓励的

合规科室共建。反之，医疗机构将科室的人、财、物、责整体让渡给外部主体，仅保留资质外壳并从中获取固定费用或比例收益，无论协议如何命名，均难以逃脱科室承包的违法定性。

当前，司法裁判与行政执法已形成实质重于形式的稳定口径，对科室承包的监管执法持续趋严。医疗机构在开展科室共建前，应当对照合规清单完成合作协议审查，理顺人事、财务、采购等权限，建立完整的合规运营台账，并持续开展依法执业自查，必要时委托专业医疗合规律师进行专项合规审查。唯有将合规要求嵌入合作设计的全过程，才能在借助社会力量提升学科能力的同时守住法律底线，实现医疗质量、患者权益与机构发展的多赢。

如您希望就相关问题进一步交流，请联系：



卢意光
+86 21 3135 8668
yiguang.lu@llinkslaw.com

如您希望就其他问题进一步交流或有其他业务咨询需求，请随时与我们联系：master@llinkslaw.com

上海

上海市银城中路 68 号
时代金融中心 19 楼
T: +86 21 3135 8666
F: +86 21 3135 8600

北京

北京市朝阳区光华东里 8 号
中海广场中楼 30 层
T: +86 10 5081 3888
F: +86 10 5081 3866

深圳

深圳市南山区科苑南路 2666 号
中国华润大厦 18 楼
T: +86 755 3391 7666
F: +86 755 3391 7668

香港

香港中环遮打道 18 号
历山大厦 32 楼 3201 室
T: +852 2592 1978
F: +852 2868 0883

伦敦

1/F, 3 More London Riverside
London SE1 2RE
T: +44 (0)20 3283 4337
D: +44 (0)20 3283 4323



www.llinkslaw.com



Wechat: Llinkslaw

本土化资源 国际化视野

免责声明：

本出版物仅供一般性参考，并无意提供任何法律或其他建议。我们明示不对任何依赖本出版物的任何内容而采取或不采取行动所导致的后果承担责任。我们保留所有对本出版物的权利。

© 通力律师事务所 2026