

关于全面推进紧密型县域医共体建设 提质升级的实施意见

各市卫生健康委、党委编办、发展改革委、财政局、人力资源和社会保障局、农业农村局、医保局、市场监管局、疾控中心、中医药局：

为推进全省紧密型县域医共体（以下简称县域医共体）建设提质升级，推动医疗服务向农村覆盖，构建县域内协同服务、县域外预约转诊有序就医格局，经省政府同意，现提出如下实施意见。

一、建设目标

到 2027 年，全省县域医共体管理体制、运行机制基本成熟，达到布局合理、人财物统一管理、权责清晰、运行高效、分工协作、服务连续、信息共享等要求。实现“五个提升”：牵头医院综合能力进一步提升，全部达到二级甲等以上，90%以上的县（包括县级市，下同）建成一所三级医院；县域医疗卫生整体服务能力进一步提升，县域就诊率、县域内基层医疗卫生机构门急诊占比分别达到 90%、65%以上；有序就医格局进一步提升，县域内住院人次占比达到 85%以上，跨省就医逐步减少；医保基金使用效能进一步提升，县域内基金支出比例、县域内基层医疗卫生机构医保基金占比逐步提升；县域居民健康水平进一步提升，医防融合、医养

结合、中西医结合持续深化，重点慢病患者规范管理率达到80%以上，居民健康素养逐步提升，住院率稳中有降。

到2030年，全省县域医共体建设更加成熟、健康效益更加凸显，县域医疗卫生资源高效配置和使用，医疗服务能力进一步提升，县域内就诊和医保基金支出指标稳定在合理水平，居民健康水平明显提升。

二、健全管理体制，强化政府主导

1. 健全县域医共体建设推进机制。健全完善由县级党委领导、政府主导，机构编制、发展改革、人力资源社会保障、财政、农业农村、卫生健康（包括中医药、疾控，下同）、医保、药监、牵头医院等单位参与的县域医共体建设推进机制，明确工作规则、单位职责，协调推动重大事项。日常工作由县级卫生健康行政部门承担。推动医疗、医保、医药协同发展和治理机制建设，促进“三医”协同高效决策和工作推进。（责任单位：省卫生健康委、省委编办、省发展改革委、省财政厅、省人力资源和社会保障厅、省农业农村厅、省医保局、省药监局、省疾控局、省中医药局）

2. 优化县域医共体建设布局。人口较多或面积较大的县原则上组建2—3个县域医共体，人口较少的县可实行总院管理模式。牵头医院应为二级甲等以上非营利性综合医院或中医医院，2025年全部落实到位。鼓励引导社会力量办医疗机构加入县域医共体。专业公共卫生机构融入县域医共体建设，提供基本公共卫生服务。（责任单位：省卫生健康委、

省疾控局、省中医药局)

3. 落实县域医共体管理自主权。坚持县域医共体服务主体定位，赋予其编制使用、人员招聘、人事安排、绩效考核、收入分配、职称评聘等方面更多自主权。县域医共体内统筹管理人员、岗位，在公立医疗卫生机构编制分别核定基础上，更加注重人员统筹使用，根据需要县管乡用、乡聘村用。以县域医共体为单位，统筹管理、充分利用专业技术岗位职数，适当提高基层医疗卫生机构中高级专业技术岗位比例。(责任单位：省卫生健康委、省委编办、省人力资源和社会保障厅)

4. 加强县域医共体绩效考评。县级卫生健康会同医保等部门根据县域医共体建设评判标准和监测指标体系，结合实际确定县域医共体年度目标任务和绩效考评指标，重点突出就医和诊疗秩序、医疗卫生服务能力、医疗卫生资源利用、医保基金使用效能等内容。定期组织开展县域医共体绩效考评，考评结果与公共卫生服务经费补助、医保基金支付、绩效工资总量核定以及负责人薪酬、任免、奖惩等挂钩。强化提质升级，2025年起各市至少选择一个县，推动县有关部门开展以健康结果为导向的县域医共体绩效考评。(责任单位：省卫生健康委、省医保局)

三、完善包干机制，强化利益共享

5. 完善医保基金总额付费机制。城乡居民医保基金对县域医共体实行总额付费。落实 DRG/DIP 支付方式与医共

体预算管理有效衔接，推进省内异地就医住院费用 DRG/DIP 付费改革。实行总额预算、按月（季）预拨、年终决算，建立考核后的结余留用、合理超支分担机制。（责任单位：省医保局、省卫生健康委、省财政厅）

6. 推动慢性病医保基金付费机制建设。在医共体城乡居民医保基金总额预算指标下，推进建立慢性病医保基金按人头付费机制。合理确定慢病病种，根据慢病患者门诊和住院费用支出情况测算，合理确定按人头付费标准。在医保、卫健、财政部门指导下，由牵头医院会同专业公共卫生机构对慢性病人头付费进行绩效考评，结余资金按考评结果合理分配，体现向基层医疗卫生机构倾斜。（责任单位：省医保局、省卫生健康委、省财政厅）

7. 完善公共卫生资金打包机制。基本公共卫生服务经费按县域医共体人头总额预算，2025 年全部落实到位。牵头医院每季度会同专业公共卫生机构开展考评，根据考评结果提出资金分配方案，经卫生健康部门审核后，由财政部门及时足额拨付至项目实施单位。（责任单位：省卫生健康委、省财政厅）

8. 完善结余留用与合理超支分担机制。各地要明确总额预算资金结余的核算管理、留用比例和分配使用规定，以及合理超支情形与多方分担办法。加强医共体医疗费用增长率、医保报销比例、基层就诊率等细化指标和违法违规使用医保基金情况等的考评，考评结果与结余留用、超支分担机

制挂钩。县域医共体总额预算结余资金作为医共体业务收入，在县、乡、村医疗卫生机构之间进行合理分配，牵头医院原则上不超过 60%。分配结果报同级医保经办机构备案。（责任单位：省医保局、省财政厅、省卫生健康委）

四、完善运行管理，强化一体贯通

9. 完善县域医共体内部决策机制。发挥医院党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，完善议事决策程序。医共体牵头医院负责人中应有基层医疗卫生机构代表。完善县域医共体章程，明确组织架构，健全牵头医院和成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度。（责任单位：省卫生健康委、省委编办、省医保局、省药监局）

10. 夯实人财物一体化管理。整合县域医共体现有资源，建立人力资源、财务管理、医疗质控、医保管理、信息数据等管理中心，2025 年实现行政、人事、财务、业务、用药（药品和医疗器械）、医保、信息等统一管理。加强牵头医院、乡镇卫生院班子管理，乡镇卫生院院长绩效工资由牵头医院根据考核情况确定并发放。县域医共体内部实行按需设岗、竞聘上岗、以岗定薪，促进人员合理流动，优先保障基层医疗卫生机构用人需要。成员单位单独设账、集中核算，有条件的可实行统一账户管理。（责任单位：省卫生健康委、省医保局、省药监局、省中医药局）

11. 促进县乡一体、乡村一体和城县联动。健全以县带乡、以乡带村帮扶机制，牵头医院常年向乡镇卫生院派驻临

床、管理人才，向乡村开展巡回医疗。落实“乡聘村用”机制。加强县域医共体与城市医院联动合作，对口帮扶的三级医院至少派出3名以上专家常驻指导，连续工作不少于6个月。加强县乡两级医师培训资金保障。（责任单位：省卫生健康委、省财政厅、省人力资源和社会保障厅、省医保局、省药监局）

12. 推进门诊慢性病患者取药、报销下沉村卫生室。支持村卫生室开展基本医疗保险普通门诊统筹、城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障等医药服务，按规定及时结算医保费用。全面掌握门诊慢病患者底数、用药情况，做好药品供应目录及配送衔接。（责任单位：省卫生健康委、省医保局、省药监局、省中医药局）

13. 强化医共体内部绩效考评。牵头医院对乡镇卫生院、乡镇卫生院对村卫生室进行考评，重点考评资源下沉、巡诊派驻、家庭医生签约、患者流向、重点人群管理、基层用药可及性、成本控制、健康产出等情况，考评结果与医共体总额付费结余资金分配、绩效奖励、评优评先等挂钩。鼓励专业公共卫生机构参与县域医共体绩效考评激励。（责任单位：省卫生健康委、省医保局、省药监局）

五、加快资源整合，强化能力提升

14. 提升县级医院综合服务能力。强化县域龙头、城乡纽带功能，90%以上的县建成一所三级医院。依托县级医院建设肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症

监护等临床服务“五大中心”，针对县域主要外转病种和急诊急救，建强做优2—3个临床重点专科。提升县级医院胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治等急诊急救“五大中心”建设水平，打造农村30分钟急救圈。（责任单位：省卫生健康委）

15. 提升基层医疗卫生机构服务能力。在县城之外选择1—2个服务能力较强、具有一定辐射带动作用的一类乡镇卫生院，建设县域医疗次中心，支持创建二级医院。推进乡镇卫生院中医馆、村卫生室中医药服务全覆盖。深化家庭医生签约服务。（责任单位：省卫生健康委、省财政厅）

16. 加强县域医共体资源共享。依托牵头医院建设互联互通的医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应等资源共享中心，推行基层检查、上级诊断、结果互认。加强县域医共体中心药房建设，实行医共体内用药范围、网上采购、集中配送、药款支付、药学服务“五统一”。（责任单位：省卫生健康委、省财政厅、省医保局、省药监局）

六、优化供给方式，强化服务协同

17. 建立会诊转诊服务机制。牵头医院、乡镇卫生院分别设立会诊转诊服务中心，完善县域内、县域外转诊会诊机制。建立转诊“白名单”制度，优先转至市级或市外省内医疗机构就诊。健全家庭医生首诊制度，牵头医院预留20%以上的专家号源、住院床位等方面资源优先保障家庭医生转诊的患者。（责任单位：省卫生健康委、省财政厅、省医保局）

18. 创新“服务三合”机制。创新医防融合，探索“两师、两中心”健康管理与疾病管理模式和“三师一患”新型慢病管理模式。推进医养结合，创新居家社区医养结合服务，依托乡镇卫生院为失能、半失能等需要长期护理的人员提供医养结合服务。深化中西医结合，创新中西医结合诊疗服务模式。（责任单位：省卫生健康委、省医保局、省药监局、省疾控局、省中医药局）

19. 提升同质化管理水平。健全牵头医院负责的县域医共体内质控网络，统一规章制度和技术规范、人员培训、质量控制等标准，实行医疗质量安全一体化管理。牵头医院依托专业质控中心，常态化开展医共体内医疗质量管理和评价工作，加强检查检验、疾病诊断质量检测评价。牵头医院采用信息化手段，对乡镇卫生院和村卫生室医师开具处方进行实时审核和前置审核。（责任单位：省卫生健康委、省医保局、省药监局）

20. 加强药品安全管理。健全医疗机构药品质量管理体系，开展医疗机构“规范药房（库）”建设，加强药品（医疗器械）不良反应/事件监测和报告。探索县域医共体中心药房在乡镇卫生院、村卫生室设立过期失效药品集中回收点。（责任单位：省药监局、省卫生健康委）

七、加大支持力度，强化政策赋能

21. 落实政府投入保障责任。按规定落实政府对公立医院投入政策。政府办基层医疗卫生机构的基本建设和设备购

置等发展建设支出，根据发展规划足额安排。落实乡镇卫生院“公益一类保障、二类绩效管理”政策，严格落实村卫生室基本公共卫生补助、基本药物制度补助、一般诊疗费、运行经费补助等政策，提高村医待遇和村卫生室运营保障水平。新增财政卫生健康支出向县域医共体内基层医疗卫生机构适当倾斜。（责任单位：省财政厅、省发展改革委）

22. 优化人事编制和薪酬管理。加强基层全科医生、中医医师、公共卫生医师、药师等培养，健全人才招引和交流机制。盘活用好县域编制资源，深化乡镇卫生院编制周转池制度建设，打造“县级统筹、乡镇所有、县管乡用、以乡带村”的县乡村三级医院“编共体”。落实“两个允许”，统筹平衡县乡两级绩效工资水平，合理调控各级各类医疗卫生机构间人员收入差距，逐步提高乡镇卫生院人均收入与牵头医院人均收入的比值。在按规定兑现乡镇卫生院人员基本工资和绩效工资的基础上，进一步加大奖励分配力度，合理拉开收入差距，调动基层医务人员特别是业务骨干的积极性。鼓励对县域医共体内各医疗卫生机构负责人实行年薪制。（责任单位：省委编办、省人力资源和社会保障厅、省卫生健康委）

23. 加强医疗保障政策协同。合理拉开不同层级医疗机构支付比例，对在县域医共体内连续治疗、符合规定的转诊住院患者连续计算起付线。对经卫生健康部门核准达到二级综合医院服务能力的乡镇卫生院，执行县二级公立医疗机构

政府指导价，医保病人起付线和报销比例按照乡镇卫生院政策执行。对外转率高、县域内能治疗的病种，推行省内异地就医基本医保“同病同保障”。推进基层医疗机构“日间病床”，对适宜日间病床收治住院的病种实行按病种付费。医保报销目录中增设农村地区适宜卫生服务项目，逐步提高乡村医疗卫生机构服务性收入占比。对于换药、注射、输液、采血等均质化程度高的医疗服务项目，可以明确具体范围，逐步实施县域同城同价。落实“互联网+”医疗服务价格政策，促进互联网诊疗、远程会诊等医疗服务向基层延伸。（责任单位：省医保局、省卫生健康委）

省卫生健康委要加强统筹协调，督促任务落地；有关部门要发挥好职能作用，细化目标任务和时间表、路线图；各地要健全工作机制，压实各方责任，清单化、闭环式推进。聚焦“管理一体、资源整合、服务协同、利益共享”，健全监测评价指标体系，实行年度评估、分管管理、动态调整。加强政策宣传解读，及时回应社会关切，积极宣传先进典型，为县域医共体建设营造良好环境和氛围。

安徽省卫生健康委员会

中共安徽省委机构编制

委员会办公室

安徽省发展和改革委员会

安徽省财政厅

安徽省人力资源和社会保障厅

安徽省农业农村厅

安徽省医疗保障局 安徽省药品监督管理局
安徽省疾病预防控制中心 安徽省中医药管理局

2024 年 12 月 5 日

(信息公开形式：主动公开)