

福建省卫生健康委员会  
中共福建省委机构编制委员会办公室  
福建省发展和改革委员会  
福建省财政厅  
福建省人力资源和社会保障厅 文件  
福建省农业农村厅  
福建省医疗保障局  
福建省疾病预防控制中心  
福建省药品监督管理局

闽卫基层〔2024〕35号

福建省卫生健康委员会等九部门印发  
《关于进一步推进紧密型县域医疗卫生  
共同体建设的实施方案》的通知

各设区市人民政府，平潭综合实验区管委会：

经省政府同意，现将《关于进一步推进紧密型县域医疗卫生

共同体建设的实施方案》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

福建省卫生健康委员会      福建省委编办      福建省发展和改革委员会

福建省财政厅      福建省人力资源和社会保障厅      福建省农业农村厅

福建省医疗保障局      福建省疾控中心      福建省药监局

2024年6月28日

（此件主动公开）

# 关于进一步推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施方案

为贯彻落实国家卫生健康委等十部门印发的《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（国卫基层发〔2023〕41号）精神，结合我省实际，现就进一步推进全省紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）建设，制定本方案。

## 一、主要目标

到2025年底，各县域医共体全部达到国家紧密型评判标准。到2027年底，全省各县域医共体管理体制运行机制进一步巩固，县乡村三级协同更加高效，县域防病治病和健康管理能力、医保基金县域使用效能明显提升，群众获得感进一步增强。

## 二、主要任务

### （一）坚持政府主导，完善县域医共体管理体制

1. **健全推进机制。**建立由县级党委领导、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、医保、药监等部门及乡镇、街道和县域医共体成员单位参与的县域医共体建设推进机制，由县级党委或政府负责人担任召集人，推进机制日常工作由县级卫生健康行政部门承担，完善支持政策，落实监管责任，压实县域医共体牵头医院管理、服务责任。〔责任单位：各市、县（区）人民政府，平潭综合实

验区管委会，省委编办，省卫健委、发改委、财政厅、人社厅、农业农村厅、医保局、药监局。以下均需各市、县（区）人民政府，平潭综合实验区管委会落实，不再列出。]

**2. 完善县域医共体布局。**巩固 52 个县（市）和长乐区、龙海区、长泰区、沙县区、建阳区、永定区县域医共体，支持晋安区等其他市辖区组建县域医共体，鼓励引导社会力量办医疗机构加入县域医共体。县域医共体一般应为非营利性县级综合医院或中医院牵头，鼓励有条件的县级中医医院牵头组建县域医共体。综合医院牵头的县域医共体应设置中医、妇幼门诊和病房或中西医结合病房。县域医共体内妇幼保健机构等各成员单位法人资格、机构名称、防治结合功能定位等原则上保持不变。在市辖区组建的县域医共体，要与紧密型城市医疗集团建设相衔接，因地制宜推进城市医疗资源网格化布局。〔责任单位：省卫健委〕

**3. 建立县域医防协同机制。**建立健全县域医共体与专业公共卫生机构服务融合和资源信息共享等协同机制，县级公共卫生专业机构负责县域公共卫生服务工作技术指导、业务培训、监督检查等工作，探索参与县域医共体管理和服务的形式。〔责任单位：省卫健委〕

**4. 加强城乡联动和乡村一体化。**完善城市支援农村工作，通过专家派驻、专科共建、临床带教、远程协同、科研和项目协作等方式推进三级医院与县域医共体结对帮扶、组团式支援，

开展帮扶的城市公立三级医院对县域医共体要至少派出 3 名以上专家给予医疗、药学、护理、管理等常年驻守指导。县域医共体牵头医院通过“科包院”、联合病房、培训指导、县域巡回医疗等形式向乡镇（街道）常年派驻临床、管理人才，确保每个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）至少有 1 名牵头医院主治医师以上职称人员常年服务。深化乡村卫生一体化管理，通过巡诊、派驻和邻村卫生室延伸服务等方式实现村级医疗卫生服务覆盖，逐步将公办村卫生室转为乡镇卫生院延伸举办的村级医疗点，纳入乡镇卫生院统一管理。〔责任单位：省卫健委〕

## （二）优化资源配置，规范县域医共体内部运行管理

**5. 完善内部决策机制。**完善县域医共体章程，健全内部组织架构，建立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。加强县域医共体党组织建设，落实党委领导下的院长负责制，县级卫生健康行政部门的班子成员可兼任县域医共体党组织书记，理顺党委与行政领导班子议事决策程序，发挥党委把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用。选强配齐县域医共体负责人员，负责人员中要有各成员单位代表。县域医共体负责人员由县级卫生健康行政部门提名，成员单位负责人和班子成员由县域医共体提名并征求县级卫生健康行政部门意见，根据干部管理权限任免。〔责任单位：省卫健委〕

**6. 强化绩效考核。**设区市或县级卫生健康行政部门要组织

相关部门制定县域医共体年度任务目标和绩效考核指标，每年开展绩效考核，将考核结果与县域医共体牵头医院主要负责人任免、薪酬、奖惩以及公共卫生服务经费补助、医保基金支付、绩效工资总量核定等挂钩。要建立健全以资源下沉为导向的内部考核激励机制，考核指标向资源下沉、巡诊派驻、家庭医生签约、成本控制等方面倾斜。制定医保基金结余留用收入、绩效工资等在各成员单位的分配方案，明确医保基金结余留用收入在成员单位的分配比例。〔责任单位：省卫健委、财政厅、人社厅、医保局〕

**7. 加强内部统一管理。**依托牵头医院组建县域医共体人力资源、财务、医保等管理中心。人力资源中心要统筹县域人力资源管理，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，确保基层全科医生、中医医师、公共卫生医师、药师等按要求配备到位。财务中心要对各成员单位单独设账、集中核算，有条件的可实行统一账户管理。加强县域医共体内部经济运行分析，严格内审管理，合理控制成本，提升县域医共体精细化管理水平。〔责任单位：省卫健委、财政厅、人社厅、医保局〕

**8. 强化服务质量管理。**依托牵头医院组建医疗质控、药品（耗材）等管理中心。医疗质控中心要强化县域医共体内医疗质量和安全管理，统一规章制度和技术规范、人员培训、质量控制等标准，完善查房、病案管理、处方点评、机构间转诊等

工作流程和标准，加强检查检验、疾病诊断质量监测评价。药品（耗材）中心要制定县域医共体内药品（耗材）统一管理相关制度，从药品（耗材）供应、存储、使用、监管等全链条加强药事（耗材）管理，制定县域医共体内统一用药目录，实行统一采购配送，根据我省药品采购相关政策由医保部门统一支付货款。建立缺药登记和配送制度，推动县域医共体内医保处方自由流动。〔责任单位：省卫健委、医保局、药监局〕

### （三）完善服务功能，提升县域医共体整体服务能力

**9. 完善资源服务共享。**完善县级医院医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应、远程会诊等辐射基层机制，将远程医疗延伸到乡村。依托牵头医院组建县域肿瘤防治、慢病管理、微创介入、麻醉疼痛诊疗、重症监护等临床服务中心。整合县域医共体现有资产，按规定程序对县域医共体资产统筹调拨。建立县域医共体信息数据管理中心，加强数据互通共享和业务协同，推动人工智能辅助诊断技术在县域医共体内的应用。加强网络信息安全。将法定传染病、食源性等疾病报告融入县域医共体信息系统，实现在医生工作站自动生成信息按程序报告。〔责任单位：省卫健委〕

**10. 提升中医药服务能力。**县级中医院要统筹县域中医药服务资源，加快推进县级中医医院“两专科一中心”、共享中药房及中药配送服务项目建设，鼓励有条件的县级中医医院建立县域中药饮片供应中心。推进县域医共体中医医疗、预防保

健、特色康复、人才培养、中医药健康宣教等工作，加强对基层医药知识与技能培训和适宜技术推广，指导基层加强“中医馆”“中医阁”建设。〔责任单位：省卫健委〕

**11. 提升重大疫情应对和医疗应急能力。**健全县域医共体传染病监测预警机制，严格落实传染病疫情信息报告和发热门诊、哨点医院等监测任务。依托牵头医院建立覆盖城乡的县域急救体系，合理设置基层急救站，强化对基层的指导，提升基层重症、危重症识别和急救能力，畅通绿色转诊通道。加强基层医疗应急小分队建设，健全分级分层分流的重大疫情救治机制。〔责任单位：省卫健委〕

**12. 拓展家庭医生签约服务。**县级综合医院要设立全科医学科，以基层医疗卫生机构为平台，依托村居（社区）网格，扩大做实一般人群和重点人群签约服务。建立健全家庭医生对居民首诊制度，开展家庭病床服务，跟踪转诊患者治疗过程，做好接续服务。县域医共体内上级医院在专家号源、住院床位和预约检查等方面预留 20%以上的资源优先保障患者转诊。〔责任单位：省卫健委、医保局〕

**13. 创新医防融合新模式。**依托牵头医院组建健康管理中心，完善县域医共体公共卫生责任清单，明确牵头医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构的基本公共卫生服务职责，结合疾病筛查、随访等为群众提供全生命周期健康服务。强化临床医生医防融合服务意识，把预防融入临床诊治全过程。因

地制宜推广三明全民健康管理新模式，由县域医共体牵头医院负责全周期管护区域内群众健康。统筹医保基金和公共卫生服务资金使用，实现公共卫生服务和医疗服务的有效衔接。〔责任单位：省卫健委、财政厅、医保局〕

#### （四）加强部门协同，完善县域医共体支持政策

**14. 落实政府投入保障责任。**市县两级党委和政府落实政府对符合区域卫生规划的公立医院投入政策，落实对乡村医疗卫生发展建设主体责任，根据发展规划足额安排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，对人员经费和业务经费等运行成本通过服务收费和政府补助补偿。各地政府新增财政卫生健康支出向基层医疗卫生机构适当倾斜。省级财政通过基本公共卫生服务、基本药物制度补助、乡镇卫生院人员经费保障和卫技人员奖励等资金对基层医疗卫生机构予以补助。探索基本公共卫生服务项目资金由县域医共体牵头医院打包管理。探索建立县域医共体建设省级补助长效机制。预算内投资对县域医共体内符合条件的项目加大支持力度。〔责任单位：省财政厅、发改委、卫健委〕

**15. 优化人事编制和薪酬管理。**在编制使用、人员招聘、人事安排、绩效考核、职称评聘等方面赋予县域医共体更多自主权。县域医共体内公立医疗卫生机构编制使用实行备案制管理，牵头医院研究提出编制使用需求方案，报县级卫健部门审核，经同级机构编制部门备案后实施。县域医共体推进乡镇卫

生院卫生技术人员“县管乡用”，乡村医生“乡聘村用”，适当提高基层中、高级专业技术岗位比例，一体化管理的村卫生室执业（助理）医师可参加职称评聘。落实“两个允许”要求，合理确定内部薪酬结构，注重医务人员的收入稳定和有效激励，可在内部薪酬分配时向群众急需且人才短缺专业或下沉下乡的医务人员倾斜。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。推进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，省人社厅、财政厅、卫健委〕

**16. 完善医保支付政策。**对县域医共体实行医保基金总额付费，与疾病诊断相关分组（DRG）或按病种分值（DIP）医保支付方式改革相衔接，加强医疗费用增长率、医保报销比例、县域内就诊率、基层就诊率、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等方面考核，完善县域医共体“总额包干、结余留用、合理超支分担”机制，结余资金纳入医疗机构的医疗服务收入，明确合理超支分担界限。对适宜基层开展的部分病种，逐步探索不同层级医疗机构同病同付。落实不同层级医疗机构实行差别化支付政策，对符合规定的转诊住院患者在县域医共体内取消医保二次起付线，合理提高基层医疗卫生机构医保基金支付总额。强化县域医共体医保基金使用内部监管责任，对中医医疗机构牵头组建的县域医共体在总额预算上适当倾斜。〔责任单位：省医保局、卫健委〕

17. **加强医疗保障政策协同。**各地要落实医疗服务价格动态调整机制，统筹支持乡村医疗卫生机构发展，对于换药、注射、输液、采血等均质化程度高的医疗服务项目，可实施县域同城同价。合理调整村卫生室一般诊疗费，与医保基金统筹能力和患者承受能力相衔接。医保报销目录增设中医康复治疗、安宁疗护等农村地区适宜卫生服务项目，简化申报流程，逐步提高乡村医疗卫生机构服务性收入占比。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、卫健委〕

### 三、保障措施

（一）**加强组织推动。**各地要把县域医共体建设作为推进乡村医疗卫生体系健康发展和分级诊疗的有力抓手，卫生健康行政部门发挥牵头协调作用，相关部门密切配合。各县（市、区）要建立健全工作机制，结合实际，进一步细化推进县域医共体建设实施方案，明确时间表、路线图，由各设区市卫健委和平潭综合实验区社会事业局审核汇总后，2024年8月底前报省卫健委备案。

（二）**开展监测评价。**坚持强县域、强基层的目标导向，省卫生健康委和省医保局要按照紧密型、同质化、控费用、促分工、保健康的发展要求，突出乡村诊疗量占比持续提升结果导向，按照县域医共体建设监测评价指标体系，开展年度监测评价，加强数据分析，客观评价县域医共体运行成效，形成责

任、管理、服务、利益共同体。

（三）积极宣传引导。各地要及时总结提炼本地县域医共体建设经验做法，宣传进展成效和先进典型；加强相关政策培训和解读，促进各地互学互鉴。加强舆论引导，及时回应社会关切，调动各方积极性和主动性，最大限度凝聚共识，为县域医共体建设营造良好环境和氛围。