

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

陕卫体改发〔2024〕27号

关于印发《陕西省全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施方案》的通知

各市、县、区人民政府，省人民政府各有关工作部门、直属机构：

为贯彻落实《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）要求，2024年6月

底前，全省全面推开紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）建设，到 2027 年底，县域医共体实现全覆盖，县域防病治病和健康管理能力明显提升，县乡村三级协同支持关系进一步夯实，群众获得感进一步增强。经省政府同意，现将《陕西省全面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，请一并贯彻执行。





陕西省医疗保障局



陕西省中医药管理局



陕西省疾病预防控制中心



陕西省药品监督管理局

2024年4月27日

(19-23〔2024〕5号)

(信息公开形式：主动公开)

陕西省全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施方案

一、科学构建县域医共体

（一）明确建设范围。纳入县域经济发展统计口径的 83 个县（市、区）；涉农（含镇卫生院、村卫生室，下同）的市辖区、城市新区（高新区）可根据实际开展紧密型县域医共体建设，涉农且无县级公立医院的示范区、城市新区可与区域内的市级及以上公立医院开展建设。

（二）合理布局数量。综合考虑地理位置、服务人口数量 and 变化趋势、现有医疗卫生机构的数量、布局和能力等因素合理确定县域医共体建设数量。可按常住人口 20 万以下（含 20 万）的县（市、区）组建 1 个，常住人口 20 万-40 万的县（市、区）组建 1-2 个，常住人口 40 万以上的县（市、区）可组建 2 个。

（三）成员单位构成。由县级医疗卫生机构（县人民医院、县中医医院、县妇幼保健院等）、基层医疗卫生机构（含镇卫生院、社区卫生中心）组成。牵头医院一般应为二级及以上非营利性综合医院或中医医院。鼓励有条件的县级中医医院牵头组建县域医共体。鼓励引导社会力量办医疗机构根据自愿原则，以业务同质化管理和加强乡村服务为重点，加入县域医共体。

（四）落实功能定位。成员单位原有机机构设置、机构名称、法人资格、职工身份、政府投入方式、资产属性原则上保持不变。成员单位按照功能定位，以医疗资源下沉为重点，协同开展医疗

卫生服务。鼓励有条件的县（市、区）组建健康共同体总院，为人民群众提供全方位、生命全周期的健康服务。

1. 牵头医院。负责县域医共体内人、财、物等统一管理，完善医疗卫生机构运行机制，组织开展分级诊疗服务。建立重大事项报备制度，按有关组织程序进行人事任免。强化内部管理，加强重点临床专科建设，指导帮助成员单位提升服务和管理能力，规范服务行为，推进同质化进程。承担县域内常见病、多发病的诊治任务，急危重症抢救和复杂疑难病症转诊服务。派驻管理团队和医务人员，培训培养成员单位卫生技术人员，指导做好医疗、康复、预防保健等业务技术工作，接收成员单位的转诊。开展传染病预防诊治和管理、健康教育，进行防病指导。承担政府指定的紧急救治、救灾、支农、对口支援、疫情防治等指令性任务。县妇幼保健院按职责牵头负责辖区妇幼健康管理。

2. 镇卫生院（社区卫生服务中心）。承担辖区内基本医疗、公共卫生服务，做好双向转诊和下转病人治疗、康复服务，规范家庭医生签约服务；开展村医培训、推广适宜技术，合理调配乡村服务资源，推进乡村一体化管理。

3. 村卫生室（社区卫生服务站）。承担与其功能相适应的基本医疗服务、家庭医生签约服务，以及疾病防控、健康教育等基本公共卫生服务。

成员单位一般命名为：“××县医共体总院”“××县医共体+县级机构名称+分院”“××县医共体+××镇+分院”；组建2个以上医共体时，命名为“××县+牵头医院名称+医共体总院”“牵头医院名称+医共体+乡镇名+分院”。组建健康共同体时，

参照上述方式命名。

二、健全管理制度

（五）完善政策措施体系。厘清建设权责利关系，制定政府办医、行业监管、县域医共体运行三张权责清单，实行清单化管理。以县级为单位制定完善具体建设细则，主要包括工作目标、实施步骤、建设内容、保障措施等内容，涉及到省市级部门职能权限的，由相应的部门出台支持政策或经其同意后执行。

（六）推进医防融合防治结合。加强县域医共体与专业公共卫生机构协作，鼓励组建县级医疗机构医师牵头、专业公共卫生机构（疾病预防控制中心）和镇村两级医务人员参与、以县域医共体为单位的健康管理责任医师团队。建立健全疾控监督员制度，鼓励专业公共卫生机构参与县域医共体管理和服务，对县域医共体公共卫生工作进行监督管理。

（七）强化城乡联动和乡村一体化。加强县域医共体与城市医院的合作，探索制定帮扶成效考核机制，采取以奖代补方式，支持人员长期派驻工作。推进胸痛、卒中、创伤、急救、危重孕产妇和新生儿救治“五大中心”下延基层医疗机构。实施县域医共体内科室共建项目，实现共建共享。开展面向乡村的巡回医疗，实现由基层医疗卫生机构全覆盖向服务全覆盖转变。建立巡回诊疗、派驻服务等考核评价机制。

三、推行紧密型运行模式

（八）优化内部管理。完善内部决策机制，依托县域医共体牵头医院现有科室，统筹成员单位资源，合理建立人力资源、财务管理、医疗质控等管理中心，提高各类资源配置和使用效率，

推进同质化进程，提升建设成效。

1. 人力资源中心。推进构建符合自身特点、体现医务人员知识价值的薪酬分配体系，统筹开展县域医共体内人才规划、人员招聘、岗位设置、职称聘任、人员调配和绩效评价等工作。

2. 财务管理中心。承担会计核算、预算管理、成本管理、资产管理、价格管理、会计监督和内部控制等财务管理职能。

3. 药品管理中心。组建中心药房，统一负责药品耗材带量采购、协调配送、调配使用、使用指导，推进药事管理、合理用药、药品质量等制度执行。

4. 健康管理中心。负责公共卫生项目实施、指导、督导、培训、考核；制定公共卫生服务项目实施方案和绩效考核方案；对各成员单位项目实施情况、家庭医生签约服务等相关工作进行信息化绩效考核，根据考核结果向项目实施单位拨付公卫资金；负责总院公共卫生项目资料的整理、归档、保管工作；定期对公共卫生数据和指标进行分析和评价，及时发现解决公共卫生存在的问题；完成县级卫生健康行政部门交办的其他公共卫生工作。

5. 医疗质控中心。根据要求组建医疗、护理、院感、药事、手术麻醉、超声、放射、检验、中医药、远程医疗、综合保障等医疗质量安全管理与控制组别，共同完成对县域医共体内的医疗质量安全管理。

6. 医学影像中心。推动县域范围内影像设备、影像检查资料和人才资源的共享，远程医学影像诊断网络系统能提供影像技术服务（包括影像阅片、报告书写、检查转诊预约等）和疑难病例的会诊支持，对成员单位进行业务培训，实现同质化管理。

7. 病理检验中心。加强县域医共体内病理诊断结果互认，推行基层检查、上级诊断、结果互认。建立不同医疗机构间的标本物流系统，完善物流管理制度。开展业务培训，提高县域医共体病理检查、诊断质量和服务水平。

8. 心电超声中心。负责统一总院成员单位心电超声诊断和作技术标准；负责成员单位心电超声诊断、指导、培训和远程诊断业务；负责疑难病例会诊和临床病例讨论；指导成员单位工作人员掌握心电图机、超声机的原理、性能、使用及投照技术，全面掌握操作规范；指导成员单位按要求做好检查诊断的登记和资料统计工作、器材维护和原材料管理。

9. 消毒供应中心。负责对县域内消毒供应中心、供应室（站）进行统筹规划和管理，畅通上下级医疗卫生机构消毒器械转运渠道，加强消毒供应协作。

10. 医保管理中心。统筹配置县域医共体医保管理服务资源，协调组织成员单位的医保经办管理服务，推进费用控制、医保监管、医保结算、参保人员权益维护等方面的协同联动，医保管理与医疗、教学、科研、预防融合。

统筹建立县域肿瘤防治、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。

（九）实行统一管理。坚持目标导向，夯实服务功能和责任主体，积极推进行政、人事、财务、业务、用药、信息、后勤、医保等八统一管理，加快实现一体化。

1. 统一行政管理。制定县域医共体规章制度，明确县域医共体及各成员单位的功能定位、办医方向、管理制度及举办主体、

成员单位和职工的权利义务等内容，并组织实施。加强党的领导，明确党组织在内部治理结构中的地位和作用，发挥党委把方向、管大局、作决策、保改革、保落实的领导作用。

2. 统一人事管理。县域医共体拥有内部人事管理自主权，人员统筹调配使用，重点向基层医疗机构下沉，优先保证基层医疗卫生机构用人需要。推进县管乡用、乡聘村用。落实基层医疗卫生机构中级、高级专业技术岗位比例政策。

3. 统一财务管理。实行总会计师制度，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。做好县域医共体内资产登记、统筹利用，促进资源共享共用。加强经济运行分析，推进业财融合，严格内审管理，合理控制成本。

4. 统一业务管理。制定医疗、护理、检查检验、院内感染、公共卫生服务等业务规范，统一业务技术标准。至少每半年开展一次处方互评。逐步增加纳入临床路径管理的病种，制定临床路径表单，优化诊疗流程。完善乡镇卫生院、村卫生室诊疗规范。开展质量控制，提升医疗质量和安全。

5. 统一用药管理。实行统一药品目录、统一采购配送，推进药品“两票制”。加强药品耗材采购配送监管。通过建立总药师制度、药品质量管理制度、缺药登记和调度、延伸处方流转、集中配送管理等形式，促进县乡用药衔接，优先使用基本药物和集中带量药品，提升合理用药水平，方便患者就近就医取药用药。

6. 统一信息管理。统筹推进信息化建设，实现县域医共体内外的信息共享和业务协同。将传染病、食源性疾病等报告融入县域医共体信息系统。统筹推进卫生健康、医疗保障等信息化建设

与县域医共体建设衔接，实现数据互联互通，支持“双向转诊”和检查检验结果互认，提升“三医”协同治理信息化水平。强化信息安全保障。

7. 统一医保管理。落实“医保总额付费、加强监督考核、结余留用、合理超支分担”和“对不同层级医疗机构实行差别化支付，上转住院患者连续计算起付线，下转患者不设起付线”政策。推进医保基金向县域医共体和县域内基层医疗机构倾斜，促进基层医疗机构提供更多的医疗服务，提高医保基金的使用效率。

8. 统一后勤管理。制定并实施后勤服务中心年度工作计划。负责单位设备、卫生材料、低值易耗品、家具、被服、印刷品、办公用品等物资计划编制、招标、采购、保管和发放。加强固定资产管理和水、电、气供应管理，确保各项设施设备安全运转。开展绿化、保洁、医疗废物、污水处理、灭“四害”等环境卫生监督。

四、提升医疗服务能力

（十）完善诊疗和技术规范。制定执行呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、神经系统疾病、内分泌系统疾病、血液系统疾病、皮肤科常见疾病诊疗常规与技术规范，以及普通外科诊疗常规与技术规范。

（十一）推进医疗融合服务。围绕慢病患者、老年人、儿童、孕产妇、重大传染病患者等重点人群，开展疾病预防、筛查、诊治、护理、康复等一体化服务。整合县域医共体内医疗资源优势，将县人民医院、县中医医院、县妇幼保健院专科医生作为技术支撑力量纳入家庭医生团队，发挥县妇幼保健院、疾病预防控制中

心基本公共卫生服务指导、培训和业务管理作用，做实基本公共卫生服务项目。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。

（十二）推进专科能力建设。加强人才、技术、专科、专病建设，提升县域内常见病、多发病、地方病诊疗和急危重症抢救与疑难病转诊、传染病防控、突发事件紧急医学救援等医疗服务能力。支持基层医疗卫生机构拓展医养结合、康复医疗、居家医疗、长期照护、安宁疗护等服务功能，完善设施设备和科室设置，开展临床特色科室建设，增强外科服务能力，逐步实现常规开展一、二级手术。

（十三）创新家庭签约服务方式。组织医师依托基层医疗卫生机构开展家庭医生签约服务，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，跟踪转诊患者治疗过程，做好接续服务，为符合条件的签约慢性病患者优先提供长期处方服务。县域医共体内牵头医院在专家号源、住院床位和预约检查等方面，预留 20%以上资源可交由家庭医生管理支配，优先保障家庭医生转诊的患者。

（十四）深入开展中医药服务。统筹县域中医药服务资源，发挥县域中医医疗、预防保健、特色康复、人才培养、适宜技术推广和中医药健康宣教龙头作用。依托县中医医院建立中药饮片供应中心、中药制剂中心和共享中药房，推进院内制剂推广和应用。开展县中医医院“两专科一中心”及中医优势特色专科建设。推进将中医药服务纳入签约服务内容。

（十五）提升重大疫情应对和医疗应急能力。加强县级疾控

机构与县域医共体的工作协同和业务联动，健全县域医共体传染病监测预警机制。通过信息系统对接和数据共享，实现传染病监测数据自动采集，风险预警自动推送，落实《医疗机构传染病防控责任清单》。提升基层重症、危重症识别和急救能力，健全分级分层分流的重大疫情救治机制，加强县域医疗应急体系建设。推进县域医共体内联合病床建设。

五、健全监督考核制度

（十六）健全考核激励机制。县级卫生健康行政部门会同相关部门围绕年度目标，定期开展县域医共体考核，重点考核医疗资源下沉、发挥技术带动作用、专科共建效果、与分院协作联动以及基层诊疗量占比、医疗质量、双向转诊比例、巡诊派驻、居民健康改善、群众满意度、基本公共卫生服务落实情况、医保基金使用的合规性等指标，考核结果与医院等级复评审、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员薪酬、任免、奖惩等挂钩。在对单一医疗卫生机构监管基础上，强化对县域医共体整体监管。县域医共体要建立健全内部考核机制，考核指标应向资源下沉、基层能力提升、巡诊派驻、家庭医生签约、成本控制等方面倾斜。

（十七）强化整体监管。制定外部监管清单，原则上应包括：功能定位和职责履行监管、依法执业与行风监管、医疗质量和安全监管、运行监管、人事管理监管、公共卫生服务监管。

1. 细化监管内容，完善监管流程，转变监管模式，创新监管举措，建立健全外部治理体系，由对医疗卫生机构的监管转变为对县域医共体的监管。

2. 组织开展报告审议，包括年度工作报告、牵头医院主要负责人履职报告、专项任务完成报告等。

3. 组织开展专项审计。对县域医共体的特定事项委托审计机构或第三方机构进行审核、稽查。

4. 加强社会监督，通过满意度调查、引入第三方评价、聘请社会监督员等方式，鼓励支持社会各方参与监督。

六、完善支持保障政策

（十八）优化财政投入方式。落实政府投入保障责任，构建稳健可持续的政府投入机制。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，由市县根据发展规划足额安排；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。按规定落实政府对符合区域卫生规划的公立医院投入政策。

（十九）统筹推进编制人事薪酬改革。成员单位编制实行分别核定、动态调整，人员统筹使用。科学、合理、动态设置专业技术岗位，适当提高公立医院中级、高级专业技术岗位比例。基层医疗机构使用工作成绩突出人员，优先予以职称评定和岗位聘用。落实“两个允许”和“一类保障、二类管理”，建立与县域医共体建设相适应的收入分配和激励机制。鼓励开展成员单位负责人任期制、目标责任制和年薪制。

（二十）同步推进医保支付方式改革。落实“医保总额付费、加强监督考核、结余留用、合理超支分担”。

1. 实施医保按总额付费，统筹地区以年度基金支出预算为基础，以县域医共体的整体作为对象，结合各成员单位既往的历史

费用数据及辖区内参保人数，综合考虑功能定位、服务数量和质量等因素变化，合理确定年度总额预算指标，实行医保基金总额付费，促进内部不同级别、类型的医疗机构分工协作。

2. 落实医保基金的使用监管责任，加强县域医共体医疗费用增长率、医保报销比例、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的考核，细化考核评价的指标和评价标准，考核结果与年终医保费用清算相挂钩，促进医保基金在县域医共体内部规范使用。

3. 落实结余留用政策，对于符合医保规定的结余资金，年度清算后留给县域医共体，作为县域医共体收入统一调剂使用，充分调动医务人员积极性。

4. 制定总额预算指标时，配套制定相应的合理超支分担的管理机制，明确合理超支分担的界限，对于定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等情况产生的超支，经医保部门审核后，给予合理补偿，保障医疗机构的合理诊疗。

5. 稳步推进县级医院实行按疾病诊断相关分组（DRG）或按病种分值（DIP）付费。充分考虑基层医疗机构实际诊疗水平，遴选病情稳定、费用较低且在基层医疗机构就诊较多的病例，制定基层病组（病种）库，逐步实行不同层级机构同病同付。

市、县、区政府要全面落实领导责任、保障责任、管理责任和监督责任，每年研究县域医共体建设事宜不少于一次，协调解决建设过程中面临的重大困难和问题。各部门要主动担当、善于作为、密切协作，按照职责分工，细化出台政策措施，形成强大合力。卫生健康部门要发挥牵头作用，加强督促指导，定期调度、

通报工作情况，强化宣传引导，及时总结、推广好的经验做法，营造良好氛围。

- 附件：
1. 紧密型县域医共体建设各地市排名表
 2. 紧密型达标和未达标关键指标比较分析表
 3. 2023 年-2027 年县域医共体监测指标表

附件 1

紧密型县域医共体建设各地市排名表

序号	地市	总得分	紧密型	促分工	同质化	控费用	保健康
1	西安市						
2	宝鸡市						
3	咸阳市						
4	铜川市						
5	渭南市						
6	延安市						
7	榆林市						
8	汉中市						
9	安康市						
10	商洛市						
11	韩城市						
12	杨凌示范区						

附件 2

紧密型达标和未达标关键指标比较分析表

指标	达标	未达标	P 值
回流县域			
县域内住院人次占比			
医保基金县域内支出率（不含药店）			
下沉基层			
县域内基层医疗卫生机构门急诊占比			
县域内基层医疗卫生机构医保基金占比			
基层能力提升			
牵头医院帮助基层开展新技术、新项目的数量			
县域内基层医疗卫生机构中医药门急诊占比			
基层医疗机构医师日均担负诊疗人次			
基层医疗卫生机构床位使用率			
医疗负担减轻			
县域门诊次均费用			
参保人员住院次均费用			

注：进一步分析改革成效，选择部分关键指标，按照评判标准将县域医共体试点分为紧密型达标试点和未达标试点两类进行分析。

附件 3

2023 年–2027 年县域医共体监测指标表

监测指标	2023 年	2024 年	2025 年	2026 年	2027 年
1. 县域内住院人次占比（%）					
2. 县域内就诊率（%）					
3. 县域内基层医疗卫生机构门急诊占比（%）					
4. 县域内基层医疗卫生机构中医药门急诊占比（%）					
5. 牵头医院下转患者数量占比（%）					
6. 慢病患者基层医疗卫生机构管理率（%）					
7. 基层医疗卫生机构人均收入与牵头医院人均收入的比值					
8. 牵头医院是否达到县级综合或中医医院综合能力推荐标准					
9. 牵头医院出院患者三四级手术比例（%）					
10. 区域内万人口全科医生数					
11. 牵头医院帮助基层开展新技术、新项目的数量					
12. “优质服务基层行”活动达到基本标准和推荐标准的机构数量（%）					
13. 国家基本公共卫生服务项目实施情况					
14. 牵头医院医疗服务收入占总医疗收入的比例（%）					
15. 基层医疗卫生机构医疗服务收入占总医疗收入的比例（%）					
16. 基层医疗机构医师日均担负诊疗人次					

17. 基层医疗卫生机构床位使用率（%）					
18. 牵头医院人员经费占业务支出比例（%）					
19. 基层医疗卫生机构财政补助收入占总收入的比例（%）					
20. 医保基金县域内支出率（不含药店）					
21. 县域内基层医疗卫生机构医保基金占比（%）					
22. 医保考核结果（百分制）					
23. 县域门诊次均费用（元）					
24. 参保人员住院次均费用（元）					
25. 住院费用实际报销比（%）					
26. 参保人员年住院率（%）					

