

辽宁省推进紧密型县域医疗卫生共同体 建设三年行动方案（2023—2025年） （征求意见稿）

为贯彻落实中共中央办公厅、国务院办公厅《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的意见》和《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》，按照省委、省政府部署和要求，为加快紧密型县域医疗卫生共同体（县域医共体）建设，结合实际，制定本行动方案。

一、总体要求

（一）指导思想

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，深入贯彻落实习近平总书记关于促进乡村医疗卫生健康发展、关于东北和辽宁全振兴发展的重要论述和重要指示精神，加快推进健康辽宁建设，以保障人民健康为出发点和立足点，深入推进县域医疗卫生服务供给侧结构性改革，深度整合县域医疗卫生资源，提高使用效能，全面提升县域医疗卫生综合服务能力，推进紧密型县域医共体建设，实现医疗卫生服务上下贯通，为人民群众提供全方位全生命周期健康服务和实施乡村振兴战略的健康支撑，奋力实现辽宁全面振兴新突破，以超常规举措打好打赢新时代东北振兴、辽宁振兴的“辽沈战役”，以新气象新担当新作

为推动辽宁全面振兴取得新突破。

（二）基本原则

1.坚持规划引领，政府主导。强化政府办医责任，加强医疗、医保、医药联动，以卫生健康事业发展规划为统领推进医共体建设，推动卫生健康事业高质量发展。

2.坚持资源优化，统筹推进。优化整合县域内医疗卫生资源，充分发挥县级医院核心带动作用，推动优质医疗资源下沉，实现资源共建共享、管理同标同质、服务优质高效。

3.坚持公益属性，创新机制。逐步破除医疗资源、医保支付、人事管理等方面的壁垒和障碍，逐步形成责任、管理、服务、利益共同体，进一步健全维护公益属性、调动积极性和保障可持续的运行机制。

4.坚持以人为本，群众受益。以完善基本医疗卫生服务为重点，为群众提供更优化、更便捷、更经济的医疗卫生服务，增强人民群众的获得感。

（三）建设目标

坚持以人民健康为中心，以强基层为重点，以改革创新为动力，推动县域医共体高质量发展，通过紧密型县域医共体建设，不断完善县域医共体组织架构，整合区域医疗卫生资源，到2025年，推进47个县（市、区）建设紧密型县域医共体，建强500个乡镇卫生院、10000个村卫生室；支持县域医共体建设的组织管理、投入保障、人事编制、薪酬待

遇、医保支付等政策进一步完善；全省 90%以上的县（市、区）基本建成布局合理、人财物统一管理、权责清晰、运行高效、分工协作、服务连续的县域医共体。促进优质医疗卫生资源下沉到基层，医保基金得到有效利用，居民医药费负担得到合理控制，逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式，实现县域医疗卫生整体服务能力、资源利用效率、医疗机构综合实力明显提升，做到大病不出省，一般病在市县解决，日常疾病在基层解决，提供全方位全生命周期的健康服务，人民群众获得感显著增强。

二、主要任务

通过建设高标准的紧密型县域医共体，推动牵头县级医院高质量发展，补齐基层医疗卫生机构短板，加强县域医共体管理体制建设，实行统一运营管理体制，全面提升县域医疗卫生服务能力和水平。

（一）加快构建高标准的紧密型县域医共体体系

1.全面整合县域医疗卫生资源

根据行政区划、服务人口、现有医疗卫生机构布局等情况，全省规划组建 47 个县（市、区）的紧密型医共体，包括 41 个县（县级市 16 个，县 25 个），6 个医疗管理参照县域管理的区（沈北新区、辽中区、旅顺口区、普兰店区、大洼区、太和区），总服务人口 2367 万人，建设期限为 2023 年至 2025 年。

根据地理位置、服务人口、现有医疗卫生机构设置和布局等情况，规范组建由县级医院牵头，其他若干家县级医疗卫生机构及乡镇卫生院、社区卫生服务中心等组成的县域医共体。一般情况下一个县组建1个县域医共体，人口较多或面积较大的可组建2个或以上县域医共体。县域医共体牵头医院一般应为二级甲等及以上非营利性综合医院或中医医院。鼓励县级中医医院牵头组建县域医共体。县域医共体内中医医院法人资格保持不变，确保中医医院性质、名称、功能定位不变，人员编制、床位不减。鼓励社会力量办医疗机构、康复机构、护理院、安宁疗护机构等加入县域医共体，鼓励国企、央企参与县域医共体建设。由牵头县级医院负总责，统筹医共体内资源，落实医防融合相关要求，为县域内群众提供健康管理、疾病预防、诊断治疗、康复、中医药等连续型健康服务。

2.全面提升紧密型县域医共体建设水平

(1) 推动牵头县级医院高质量发展

加强县域医疗中心建设。坚持以县域服务体系整合为抓手，将县域医共体建设与牵头医院高质量发展紧密结合，提升牵头医院综合服务能力，全部达到二级及以上综合医院医疗服务能力水平。加大省市三甲医院对医共体牵头医院帮扶力度，通过专家驻守、专科共建、临床带教、业务指导、教学查房、远程协同、科研和项目协作等形式，推动优质医疗

资源向县域下沉，城市公立三级医院对县域医共体要派出专家给予医疗、护理、管理等常年驻守指导支持，补齐医共体牵头医院医疗服务和管理能力短板。

专栏一 牵头县级医院建设标准

- 1.达到国家《综合医院建设标准》（2021年版）、国家《县医院医疗服务能力基本标准》（2016年版）和《县级中医医院医疗服务能力基本标准（试行）》（2018年版）。
- 2.设置床位不少于500张，每床建筑面积不少于60平方米，总建筑面积不少于30000平方米。
- 3.配备核磁共振、CT、彩超、电子胃肠镜、呼吸机、全自动生化分析仪等与诊疗服务配套的医疗设备。
- 4.设置急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、中医科、麻醉科、康复科、预防保健科等临床科室和药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、输血科、消毒供应室、病案室和相应的临床功能检查室等医技科室。

（2）补齐基层医疗卫生机构短板

①优化乡村医疗卫生机构布局。根据乡村形态变化和人口迁徙流动情况，因地制宜合理配置乡村两级医疗卫生资源，宜乡则乡、宜村则村，提升乡村医疗卫生机构单体规模和服务辐射能力，从注重机构全覆盖转向注重服务全覆盖。重点支持建设一批能力较强、具有一定辐射和带动作用的中心乡镇卫生院。常住人口较多、区域面积较大、县城不在县域中心、县级医院服务覆盖能力不足的县，可以在县城之外

选建1至2个中心乡镇卫生院，使其基本达到县级医院服务水平。重点加强边远地区、民族地区以及山区、海岛等特殊地区乡镇卫生院建设，持续改善办医条件。依托村党群服务中心建好用好村卫生室，增强卫生健康服务功能。鼓励服务半径小、交通便利地区相邻行政村合建卫生室。对于临近乡镇卫生院、人口较少等不适宜单设卫生室的行政村，可以通过乡镇卫生院定期巡诊、派驻以及邻（联）村延伸服务等方式，保障基本医疗卫生服务供给。加强边远地区、民族地区以及山区、海岛等特殊地区村卫生室建设。推进乡村医疗卫生机构一体化管理，有条件的地方可以逐步将符合条件的公办村卫生室转为乡镇卫生院延伸举办的村级医疗服务点。

②加大力度补齐基层医疗卫生短板。切实加大乡镇卫生院和社区卫生服务中心投入力度，持续改善基础设施建设和基本设备配备，优化基本医疗服务，规范实施基本公共卫生服务项目，统一标准、统一模式，实现县乡一体化管理。

③规范村屯卫生室和社区卫生服务站的管理，提升村卫生室服务能力和规范化管理水平。充分发挥乡镇卫生院枢纽作用，对符合条件的公办(房屋公有产权)村卫生室逐步转为乡镇卫生院延伸举办的村级医疗服务点，实行行政、人员、业务、药品、财务、绩效等统一管理。对其他性质的村卫生室，继续深化乡村卫生一体化管理。

专栏二 基层医疗机构建设标准

- 1.达到国家《乡镇卫生院建设标准》（2008年版）和《乡镇卫生院服务能力标准》（2022年版）、《乡镇卫生院 社区卫生服务中心中医综合服务区（中医馆）建设指南》。
- 2.乡镇卫生院房屋建筑面积达到 800 平方米，其中 50%以上达到 1200 平方米。
- 3.配备与诊疗科目相匹配的设备等；配备听力筛查工具、视力筛查工具、心理行为发育筛查工具及中医药服务等设备。
- 4.村卫生室建筑面积达到 60 平方米，设有诊疗室、治疗室、观察室、药房，实现“四室”分开，至少配有一名村医。

3.加强县域医共体与专业公共卫生机构医防协同

建立健全专业公共卫生机构参与县域医共体建设机制，疾病预防控制机构要积极参与县域医共体工作，开展技术指导、业务培训、加强医防协同和工作合作；可通过在县域医共体设立公共卫生专员、派驻联络员等方式参与县域医共体内公共卫生工作的监督、管理，提出决策建议。加强县域医共体成员单位公共卫生科建设，配备符合疾控部门有关资质要求的人员，落实疾病预防控制责任。

4.加强医共体信息化建设

将县域医共体信息化建设作为紧密型县域医共体制度建设和运行的重要组成部分。根据不同县域医共体的实际需求，落实医疗卫生机构有关信息化建设标准与规范，选择建设部署县域医共体信息平台、建设升级县级全民健康信息平台等不同方式，推进医共体内县级医疗机构和基层医疗卫生

机构信息系统融合，实现对医疗服务、公共卫生服务、财政管理、人事管理和绩效管理等的技术支撑。医共体内共享区域内居民健康信息数据，便捷开展预约诊疗、双向转诊、健康管理、远程医疗等服务，方便患者看病就医。推动智慧医疗、人工智能辅助诊断在县域医共体内的配置应用。支持牵头医院建立远程会诊、远程心电、远程影像、检查检验、病理诊断和消毒供应等中心，推进县域内检查检验结果互认，推广电子病历在县域尤其在乡村医疗卫生机构的普及应用。发展远程医疗服务，以县级医疗机构为纽带，向下辐射有条件的乡镇卫生院和村卫生室，向上与城市三级医院远程医疗系统对接。探索实行远程医疗收费和支付政策，促进远程医疗服务可持续发展。积极打造“基层检查、上级诊断、结果互认”远程诊疗模式，以数字化手段促进优质资源下沉和人力资源高效利用，让县域内居民就近享受二级以上医院诊疗服务。以县域为主体，搭建或完善家庭医生签约服务和管理信息系统，力争实现区域健康信息平台共建共享，同省平台数据互联互通。

5.加强基层卫生人才队伍建设

保证医共体牵头医院专业技术人员配备，各专业科室至少有1名医师具有高级职称。乡镇卫生院达到辖区内每万名服务人口注册全科医师不少于2人，至少配备1名提供儿童基本医疗服务的全科医生和2名从事儿童保健的医师，中医

类别医师不少于2人，大专及以上学历卫生技术人员比例达到40%以上。

实施基层卫生人才能力提升培训项目，通过全科医生特岗计划、农村订单定向医学生免费培养、乡村医生委托定向培养、全科医生转岗培训、全科专业住院医师规范化培训、基层卫生人员继续医学教育和乡村医生培训等，加强基层卫生人才培养。完善基层医务人员职称晋升倾斜政策，吸引医疗卫生技术人才到基层工作。

（二）推进紧密型县域医共体管理体制建设

1.健全县域医共体决策机制

建立由县级党委领导、政府主导，卫生健康（中医药、疾控，下同）、机构编制、发展改革、人力资源社会保障、财政、农业农村、医保、药监等部门及乡镇、街道和县域医共体成员单位代表参与的县域医共体建设推进机制，推进机制召集人可由县级党委、政府主要负责同志担任，发挥县级卫生健康部门作用，各部门按职责分工，加强协调配合制订权责清单，明确推进机制、卫生健康行政部门、县域医共体主要职责。推进机制加强协调，统筹医共体的规划建设、投入保障、人事安排、运行监督和考核监管等重大事项，制订医共体领导班子成员选拔、任免原则和程序，明确医共体内统筹使用资产的核算、调配、使用规则等。建立医共体牵头单位与各成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度和工

作章程，明确权责清单，坚持科学、民主、依法决策。县级卫生健康行政部门负责对县域医共体和领导班子的具体绩效考核工作，并具有对县域医共体领导班子人选推荐权。推进机制日常工作由县级卫生健康行政部门承担。医共体领导班子按照干部管理权限管理，实行任期目标责任制。到2023年底，各县（市、涉农区）建立健全目标明确、权责明晰、分工协作、服务优质、有效运行的县域医共体推进机制。

2.强化县域医共体绩效考核

明确县域医共体建设发展年度任务目标和绩效考核指标，引导资源和患者向乡村两级下沉，县级卫生健康行政部门定期组织开展县域医共体考核，考核结果提交县域医共体管理委员会审定后，与财政投入、公共卫生服务经费划拨、医保基金支付、绩效工资总量核定以及县域医共体领导班子成员薪酬、任免、奖惩等挂钩。在对单一医疗机构监管的基础上，强化对县域医共体的整体监管。县域医共体要建立健全内部考核机制，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，合理确定医保基金结余、绩效工资等在各成员单位的分配。

3.强化医共体内部统筹管理

坚持县域医共体服务主体定位，逐步实现行政、人事、财务、业务、用药目录、信息系统、后勤服务等统筹管理。统一人员管理，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。统一财务管理，成员单位单独设账、集中核算，加强县域医共体内部经济运行分析，严格内审管理，合理控制服务成本。统一药品耗材管理，实行统一用药目录、统一采购配送并按规定支付货款，推进处方自由流动，鼓励县域医共体之间药品耗材的统一管理和采购配送等。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、信息数据等管理平台，提升县域医共体统筹管理水平。

4.加强县域医共体服务质量管理

统一县域医共体内医疗卫生服务规章制度、技术规范、人员培训、质量控制、绩效考核等标准。强化和落实牵头医院对县域医共体内部的医疗质量安全管理，完善县域医共体内教学查房、病案管理、处方点评、线上审方等工作流程和标准，加强检查检验、疾病诊断质量监测评价，从药品供应、存储、使用、监管等全链条加强县域医共体药事管理。制订基层常见病、多发病诊治指南，明确县乡两级疾病诊疗目录，建立县域医共体内部、县域医共体之间和县域外转诊办法。加强县域医共体成员单位检查检验、疾病诊断、人员培训质量评价，强化监督考核与持续改进，不断提高县域医共体内各成员单位、县域医共体间同质化服务水平。

（三）提升紧密型县域医共体整体服务能力

1.促进县域医共体内资源服务共享

推动县域医共体内资源整合和优化配置，通过牵头医院与成员单位设置联合门诊、联合病房等方式，规范各成员单位服务行为和流程，提高服务能力。畅通乡镇卫生院与县级医院用药衔接，实现目录统一、处方自由流动，鼓励依托县域医共体建设县域中心药房。建立县域内医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断、消毒供应等资源共享中心，提高资源配置和使用效率。根据县域医共体成员单位能力基础，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，加强县乡联动，提升县域医共体临床服务能力。统筹县域中医药资源，整体提升县域中医药服务能力。

2.提升县域医共体传染病应对和医疗应急能力

健全县域医共体传染监测预警机制，实现与省、市传染病监测与应急指挥体系联通联动。加强县域医共体牵头医院重症医学科对基层的指导，提升重症、危重症识别和急救能力，畅通绿色转诊通道。加大传染病医疗资源和物资储备，加强基层医疗应急小分队建设，完善传染病和各类突发事件医疗应急处置预案。乡镇卫生院发热诊室（门诊）应设尽设，至少配备1名公共卫生医师。每个乡镇卫生院至少配备或可调动1辆救护车，纳入区域120急救体系，动态配备救治类消耗品、治疗药品等。强化县域医共体内各成员单位传染病防控知识和技能培训，定期组织应急演练。提升县域内传染

病疫情应急和疾病预防处置能力，落实重大公共卫生任务，提高突发公共事件的医疗救治水平。

3.拓展县域医共体家庭医生签约服务

县级医院要设立全科医学科，组织医师加入家庭医生队伍，加强全专结合、中西医互补，以基层医疗卫生机构为平台开展签约服务。建立健全家庭医生对居民非急诊就医首诊负责机制，对确需转诊的签约居民，及时联系转诊，跟踪上转医院治疗过程，做好下转接续性服务衔接。县域医共体内上级医院对转诊合理性、规范性进行审核，在专家号源、住院床位和预约检查等方面优先保障家庭医生转诊患者。到2025年，全人群和重点人群签约服务覆盖率分别达到50%和70%，群众对家庭医生签约服务认可度大幅提升，签约服务管理信息全部实现电子化。

4.创新医防融合服务

强化县域医共体全周期健康管理理念，围绕慢病患者、老年人、儿童、孕产妇等重点人群，以居民个体为对象，以电子健康档案为纽带，将健康体检和评估与分类标识、分级服务紧密结合，与家庭医生签约紧密结合，构建疾病预防、筛查、诊治、护理、康复、健康管理为一体的医防融合服务链条。明确县域医共体各成员单位服务内容、服务频次、服务团队、服务流程，提升人群健康管理的规范化、专业化水平。建立健全以健康状况改善为导向的医防融合服务考核评

价机制。强化县域医共体内各级各类临床医生医防融合服务意识，把预防融入临床诊治全过程。

（四）推进紧密型县域医共体保障政策落地落实

1.落实政府投入责任

省市县三级财政加大对各紧密型县域医共体建设的投入，引导各地紧密型县域医共体建设不断走向深入。按照公立医院和基层医疗卫生机构的补助政策，原渠道足额安排县域医共体成员单位补助资金，保障基本建设和设备购置等发展建设支出，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，政府补助按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的办法核定。实行基本公共卫生服务经费按医共体常住人口总额预算，由医共体统筹管理和使用，年初预拨部分工作经费，绩效考核后发放。各级预算内投资加大对县域医共体投入，地方政府新增财力向包括县域医共体相关机构在内的乡村医疗卫生领域倾斜。鼓励增设县域医共体财政专项改革资金，统筹用于县域医共体能力提升和服务模式转变。

2.探索紧密型县域医共体医保支付政策

以推进分级诊疗制度建设和提升县域医疗服务能力为目标，探索实施紧密型县域医共体医保支付激励机制，对实施统一集中管理的县域医共体实行总额付费，促进形成紧密型县域医共体内部激励机制。完善医保基金总额预算，推行

多元复合式医保支付方式，全面推行疾病诊断相关分组付费、区域点数法总额预算和按病种分值付费，医疗康复、慢性精神疾病等按床日付费，探索适合门诊医疗费用的医保支付方式。加强对紧密型县域医共体医保基金使用的考核管理，以“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”为导向，科学合理设置考核指标，将考核结果与医保基金拨付相挂钩，实施医保基金总额付费，结余留用、合理超支分担，并通过倾斜性医保报销政策促进基层医疗服务能力提升。

3.深化人事改革

落实医共体在编制使用、人员招聘、人事安排、绩效考核、收入分配、职称聘任等方面的自主权。在县域医共体内公立医疗卫生机构编制分别核定的基础上，探索由医共体统筹使用，实行“县管乡用”“乡聘村用”、轮岗派驻等人才引进、使用、管理机制。建立促进人才下沉的激励约束机制，严禁虹吸基层专业技术人才。加强基层全科医生、中医医师、公共卫生医师、药师培养和招聘力度，建立健全人才引进及交流机制，优先保障基层医疗卫生机构用人需要。以县域医共体为单位，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级、高级专业技术岗位比例。

4.完善待遇保障和落实薪酬制度改革

进一步完善基层医疗卫生机构绩效工资政策，逐步建立符合医疗卫生行业特点、有利于人才下沉和医共体发展的薪

酬制度。医共体内部按照人社部等部门《关于开展公立医院薪酬制度改革试点工作的指导意见》和省人社厅、省财政厅省卫健委、省中医药局、省医保局《关于印发辽宁省深化公立医院薪酬制度改革实施意见的通知》（辽人社发〔2022〕第4号）精神，落实“两个允许”要求，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，实现多劳多得、优绩优酬。鼓励对医共体负责人和成员单位负责人按照有关规定实行年薪制。依托县域医共体推动分类解决乡村医生养老和医疗保障问题。

5.调整医疗服务价格动态调整工作

按照省医保局、省卫健委、省财政厅、省市场监管局《关于做好医疗服务价格动态调整工作的实施意见》（辽医保发〔2021〕10号）要求，定期开展调价评估，符合条件时，启动医疗服务价格动态调整工作，逐步理顺医疗服务比价关系，促进分级诊疗。各地实施动态调整医疗服务价格时，要统筹支持乡村医疗卫生机构发展，逐步提高县域医共体服务性收入占比。落实一般诊疗费价格政策，有条件的地方可以调整乡镇卫生院、村卫生室等基层医疗卫生机构一般诊疗费，与医保基金统筹能力和患者承受能力相衔接。医保报销目录中增设基层适宜卫生服务项目（包括中医药适宜技术项目）。逐步扩大不设差异系数的基层病种目录，同时对于换药、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，促进互联网复诊、远程会诊等医疗服务向基层延伸。加强医保政策、医疗控费和财政投入等政策衔接，确保县域医共体良性运行、医保基金可承受、群众负担不增加。

6.强化综合监管

创新监管模式，由对单一医疗机构的监管转变为对医共体的监管，加大医疗服务质量、安全、价格、费用等监管力度，严厉打击违法执业、欺诈骗保、药品回扣等行为。加强对医共体经济运行和财务活动的会计和审计监督。

三、组织实施

（一）加强组织领导

各市要高度重视，市级政府要牵头建立健全相关工作机制，各相关部门结合实际细化政策措施，制定推进各项重点任务的时间表、路线图。省有关部门要按照职责分工密切配合，指导各地聚焦重点难点问题，深化改革创新，加强督促指导，积极稳妥推动相关重点工作，确保相关工作落到实处。

（二）加快清单化、项目化、工程化落实

建立分工明确、环节完整的责任链，找出明确路径，围绕重点工程谋划推进具有代表性、引领性的高质量项目群，量化责任、实化举措，做到“一项工程、一位领导、一个专班、一张清单、一抓到底”。

（三）强化监测评估与绩效评价结果应用

省有关部门要将县域医共体建设列入省深化医改及乡村振兴年度考核指标体系，各地要将县域医共体建设与深化医改、乡村振兴等工作一并部署落实，加强统筹协调。要充分运用监测评估与绩效评价结果，定期通报县域医共体建设进展情况，对真抓实干的地区予以通报表扬，对建设进展落后的地区予以督促推动。

（四）加强宣传总结

认真总结和推广各地各部门在县域医共体建设方面的好经验、好做法，加强舆论引导，积极回应社会关切，注重宣传的引导性和时效性，积极宣传推介我省县域医共体建设成果，营造良好的舆论氛围。