



巫山县人民政府办公室
关于印发《巫山县进一步加强紧密型
县域医疗卫生共同体建设实施方案》的通知

巫山府办发〔2025〕25号

各乡镇人民政府、街道办事处，县政府各部门，有关单位：

《巫山县进一步加强紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案》已经县政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

巫山县人民政府办公室

2025年6月24日

(此件公开发布)



巫山县进一步加强紧密型 县域医疗卫生共同体建设实施方案

为全面推动我县紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）高质量发展，根据《重庆市全面推动紧密型县域医疗卫生共同体高质量发展实施方案》（渝府办发〔2024〕95号），结合我县实际，特制定本方案。

一、工作目标

到2025年底，县域内基层诊疗人次占比 $\geq 58\%$ ，进一步健全县域医共体管理运行体制机制，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、信息共享的县域医共体。

到2027年底，县域内基层诊疗人次占比 $\geq 60\%$ ，市—县—乡镇（街道）—村（社区）四级协同向好发展趋势持续稳固，县域防病治病和健康管理能力明显提升，群众获得感显著增强。

二、构建整合型医疗卫生服务体系

（一）明确组建模式。全县组建1个县域医共体，划分为2个健康管理片区，确定县人民医院和县中医院为牵头医院，26个基层医疗卫生机构为成员单位，医共体成员单位法人资格原则上保持不变。牵头医院承担医共体内人力资源下沉、技术支撑、双向转诊、健康管理、学科建设、医保总额支付、医疗服务质量提



升等工作。科学构建“牵头医院、区域中心、乡镇卫生院”三级医疗服务体系，支持服务人口少、能力不足的乡镇卫生院由邻近的县域医疗卫生次中心或者甲级（中心）卫生院托管，实行一体化管理。县疾病预防控制中心、县妇幼保健计划生育服务中心、县精神卫生中心等公共卫生机构通过派驻监督员、制定公共卫生责任清单等方式参与县域医共体公共卫生工作的监督管理。鼓励社会力量办的医疗机构自愿加入县域医共体。

（二）完善帮扶机制。坚持“上下联动、协同发展”原则，医共体牵头医院主动对接市内外名院名校，积极争取成渝地区双城经济圈、“市聘县用”等相关政策支持，通过专科联盟、学科共建、业务指导、远程协同、科研教学、项目协作、人才培养等方式，提升县域医共体服务能力和管理水平。加强城乡联动，健全县域巡回医疗、派驻服务工作机制。根据县域景区人流量变化，择优选派医疗人才开展“潮汐式”医疗援助并逐步扩大覆盖面。

（三）加强村卫生室管理。落实大学生乡村医生专项计划，完善乡村医生准入和退出机制。健全以乡带村帮扶机制，强化村卫生室基本医疗和公共卫生服务功能，将符合条件的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。对邻近乡镇卫生院、服务人口低于800人、短期内无法招到合格乡村医生的行政村，通过邻村卫生室共建、乡镇卫生院定期巡诊或派驻服务等方式，保障



基本医疗卫生服务供给。

（四）打造现代社区健康服务模式。充分发挥县人民医院、县中医院的牵头带动作用，推动优质医疗资源下沉，以街道社区卫生服务中心（站）为主体，以家庭医生签约服务为网格，以数智健康平台为支撑，以社区网格化管理为依托，为居民提供连续规范、高效便捷的公共卫生、基本医疗、双向转诊、长期康复、医养结合、安宁疗护、家庭医疗、社区托育等健康服务。

三、健全县域医共体管理体制

（五）健全领导机制。建立由县委领导、县政府主导、部门协同的县域医共体建设工作专班，研究决策县域医共体规划建设、投入保障、人事制度安排等重大事项。工作专班下设办公室于县卫生健康委，由县卫生健康委主要负责人兼任办公室主任，牵头负责工作专班日常事务，会同相关部门研究制定县域医共体相关政策，解决建设中的具体问题，统筹绩效考核和监管。

（六）健全管理机制。统筹卫生健康系统资源和力量，建强县医共体管理服务中心，按照县政府工作要求，协同推进县域医共体的发展建设、资源配置、运行监测、绩效评价、综合管理等工作，协调指导医共体内的各项事务性工作。

四、完善县域医共体运行机制

（七）推进医共体内部运行统一管理

1. 加强组织管理。构建“县卫生健康主管部门—医共体理事



会—牵头医院与其他成员单位”管理模式，成立由县卫生健康委、县医共体管理服务中心、牵头医院和成员单位代表的医共体理事会，制定医共体章程，完善议事决策制度。加强县域医共体内党组织建设，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。坚持党管干部、党管人才原则，由县卫生健康委提名，选强配齐县域医共体理事会负责人员，其中理事会成员要有基层医疗卫生机构代表。县域医共体成员单位领导班子成员由牵头医院推荐，县医共体管理服务中心提名，县卫生健康委按照干部管理权限任免。

2. 加强人事管理。推动县域医共体内成员单位人员编制存量消化和动态调整，根据服务人口、事业发展等需要由县卫生健康委提出建议报县委编委批准后实施。建立健全县域医共体内人才引进和交流机制，成员单位分批次上派优秀人才到牵头医院进修学习或顶岗锻炼，牵头医院按需下派医疗、药学、护理、管理等人才到成员单位巡回指导，提升基层诊疗服务水平。适当放宽招聘条件、简化招聘流程，加大小科医生、公共卫生医师、中医医师、药师等基层紧缺人才培养、招聘力度，支持利用余编回引、商调县外专技人才。按照“基层所需、专家所能”原则，拓展“县聘乡用”下派人员专业领域，强化绩效考评机制。推进“乡聘村用”改革和乡村医生执业医师化，乡镇卫生院采用余编招录或编外聘用方式，招聘有执业（助理）医师资格人员到村卫生室工作，



支持对有资质、有能力、有良好医德医风的人员纳入一体化管理。

3. 加强财务管理。在遵循《中华人民共和国预算法》等法律法规及相关预算和资金管理制度规定总体框架下,健全医共体“资金池”管理机制,修订完善《资金池管理办法》,县卫生健康委按一定比例提取各成员单位医疗服务收入,整合财政补助的运行、建设等资金,设立技术协作资金池和事业发展资金池,统筹用于基层医疗卫生机构发展和支付医共体牵头医院技术协作费用。县域医共体成员单位实行统设账户、归集管理、分户核算、统筹实施的集中核算管理模式,具备条件时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。按照“量入为出、预算管理”的原则,统一安排、调配资金,严格资金审批和绩效评价,提高资金使用效率。

4. 加强业务管理。统筹推进县级人才、技术、服务、管理等资源下沉,医共体内在规章制度、技术规范、人员培训、质量控制等方面执行统一标准,实现医疗服务质量的同质化。落实分级诊疗制度,统一双向转诊标准,畅通慢性期、恢复期患者向下转诊渠道。强化县域医疗卫生次中心的作用发挥,重点打造区域诊疗、急救、培训、健康促进“四大功能”,医疗卫生服务辐射所在片区乡镇。加强中西医结合学科建设,推广中西医结合医疗模式,探索统一县域医共体内多病种临床路径管理,统筹调剂使用医共体内床位、号源。推动心血管内科、内分泌科、呼吸内科、中医



康复等专科共建，有条件的推广微创外科手术。推进上下级医疗机构用药衔接，适时增加高血压、糖尿病、慢阻肺等慢性病病种和药品品种，实现目录统一、处方自由流动。从药品耗材供应、存储、使用、监管等全链条加强药械管理。

5. 加强绩效管理。县卫生健康委同相关部门定期对县域医共体开展绩效评价，评价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员薪酬、任免、奖惩等挂钩。县人民医院、县中医院建立完善医共体健康片区内部考核和长效激励机制，绩效考核指标向资源下沉、巡诊派驻、技术协作、成本控制、家庭医生签约、群众健康管理等方面倾斜，合理确定医保基金结余留用收入、绩效工资等在成员单位的分配，与药品、耗材和检查检验收入脱钩。

6. 加强后勤管理。统筹建立县域医共体“项目库”，根据轻重缓急、资金筹集等情况，分年度分批次推进项目实施，实行统一规划、统一决策、统一建设管理，将基本建设、房屋设施维修、医废收集处理、医用物品消毒洗涤等纳入重点范围。统筹建立县域医共体“设备库”，高效盘活医共体内部大型或闲置医疗器械的统筹调配使用，最大限度发挥设备使用效益，将医疗设备采购配置，推动医疗设备以旧换新、循环利用等纳入重点内容，提高资源配置和使用效率。

（八）推动县域医共体数字化应用赋能



1. 强化“3大智慧医疗平台”应用。依托县域远程医疗服务平台，开展远程诊疗会诊、手术指导、查房监护、双向转诊、教学培训等服务。依托县域互联网医院平台，为常见病、多发病复诊患者提供健康咨询、诊疗等互联网医疗服务。依托县域医护调度平台，为有需求的老年人或者行动不便的居家患者提供送医、送护、送药等上门服务。

2. 强化“2大智慧应急平台”应用。县疾病预防控制中心依托县域疫情应急处置平台，提升传染病风险感知、预警预判和应急指挥调度能力。依托县域医疗应急调度平台，有效实现智慧调度、质量控制、生命体征信息监测，提高急救效率。

3. 强化“2大智慧管理平台”应用。依托县域健康管理平台，为居民建立“一人一码一档”的全生命周期电子健康档案，促进居民自我健康管理；对慢性病患者、老年人、儿童、孕产妇、重大传染病患者等重点人群，实行分类分色管理。依托县人民医院、县中医院的县域药事管理和处方前置审核平台，开展处方点评和用药指导，设立县域医共体中心药房，建立缺药登记和配送制度，解决乡村居民用药问题。支持县中医院建立中药饮片供应中心和共享中药房，统一中药饮片采购、调配、炮制、煎煮和配送服务。

（九）建强县域医共体“五大共享中心”

1. 提升“4大诊断共享中心”技术水平。依托县人民医院建立县域“医学影像、心电诊断、医学检验、病理诊断”资源共享



中心。加快推动村卫生室配备心电设备。完善县域诊断共享中心规范化、标准化、同质化的质量管理体系和利益分配机制，实现“基层检查、上级诊断、结果互认”。

2. 提升消毒供应共享中心供应能力。依托县人民医院建立县域消毒供应共享中心，支持有条件的县域医疗卫生次中心承建，共同负责县域医疗卫生机构可重复使用手术器械、检查器械、植入耗材的清洗、消毒、灭菌服务及一次性无菌物品供应服务，实现消毒物品采购、申领、发放、使用、回收等全流程追溯，提高消毒供应服务效率和质量。

五、强化县域医共体保障措施

(十) 完善投入保障政策。县财政按规定落实对符合区域卫生规划的公立医院投入政策，落实对专业公共卫生机构的投入责任。根据发展建设规划、结合县级财力安排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，通过基本公共卫生服务、基本药物制度补助资金对乡村医疗卫生机构予以支持。配合主管部门积极争取中央、市级资金，加大对县域医共体内符合条件的项目加大支持力度，预算内投资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。

(十一) 完善医保支付政策。对县域医共体实行医保基金总额付费，加强医保基金核心指标监管，完善结余留用机制。提高医保基金使用效能，推动落实 DRG 付费改革落地实施。落实县



域医共体医保基金使用内部监督管理责任。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。积极落实医疗服务价格项目改革。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。

（十二）优化薪酬绩效管理。推动落实“两个允许”（允许医疗卫生机构突破现行事业单位工资调控水平，允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励），合理核定绩效工资总量，允许县域医共体在核定绩效工资总量内自主分配。动态缩小不同等级医疗机构、不同科室岗位间的收入差距，动态缩小奖励绩效工资所占比重，更好地体现公益性，促进均衡协调发展。建立以岗位为基础，绩效为核心，打破医院、层级和身份界限，建立多劳多得、优绩优酬的内部分配机制，重点向工作任务较重，条件相对艰苦的岗位倾斜，支持县域医共体内各级医疗卫生机构负责人实行年薪制。

六、组织实施

（十三）强化统筹协调。各相关部门及单位要加强领导、明确分工、协同推进，把县域医共体建设作为进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展和进一步完善医疗卫生服务体系建设的有力举措，要加强制度供给，结合实际创新干部任免、人事编制、职称薪酬、医保支付等管理方式，指导落实县域医共体建设具体改革举措，形成全县支持改革的联动效应，形成推动落实



合力。

（十四）强化监测评价。按照紧密型、同质化、控费用、促分工、保健康发展要求，推动县域医疗卫生机构形成责任、管理、服务、利益共同体，突出基层就诊率、服务能力、医疗质量和费用、医保基金使用绩效、群众健康改善和满意度等核心指标，建立健全县域医共体建设监测评价指标体系，开展年度监测评价，强化数据分析和督促指导，务求取得实效。

（十五）强化宣传引导。各相关部门及单位要深入指导培育最佳实践和改革典型案例，总结推广有突破有创新的县域医共体建设经验做法、进展成效，增强改革的辨识度、影响力。加强舆论引导，及时回应社会关切，最大限度调动各方积极性和主动性，凝聚改革共识，促进完善县域整合型医疗卫生服务体系，提升群众获得感和满意度。

附件：1. 紧密型县域医共体健康管理片区成员单位
2. 主要核心绩效指标表
3. 紧密型县域医共体建设工作指标体系



附件 1

紧密型县域医共体健康管理片区成员单位

一、县人民医院成员单位（14个）

高唐街道社区卫生服务中心、大昌镇中心卫生院、庙宇镇中心卫生院、福田镇中心卫生院、巫峡镇中心卫生院、双龙镇中心卫生院、官阳镇中心卫生院、龙溪镇卫生院、铜鼓镇卫生院、平河乡卫生院、曲尺乡卫生院、大溪乡卫生院、当阳乡卫生院、红椿土家族乡卫生院

二、县中医院成员单位（12个）

龙门街道社区卫生服务中心、官渡镇中心卫生院、骡坪镇中



心卫生院、抱龙镇中心卫生院、笃坪乡中心卫生院、两坪乡卫生院、三溪乡卫生院、金坪乡卫生院、建平乡卫生院、培石乡卫生院、竹贤乡卫生院、邓家土家族乡卫生院

附件 2

主要核心绩效指标表

| 序号 | 指标名称 | 单位 | 2025 年目标值 | 2027 年目标值 |
|----|-----------------------|----|-----------|-----------|
| 1 | 紧密型县域医共体建设乡镇、街道覆盖率（%） | % | ≥90 | 100 |
| 2 | 下派“县聘乡用”人员累计数量 | 人 | 120 | 150 |
| 3 | 下派“乡聘村用”人员累计数量 | 人 | 10 | 15 |
| 4 | “七大智能平台”建设覆盖率 | % | ≥90 | 100 |
| 5 | “五大共享中心”建设覆盖率 | % | ≥90 | 100 |



| | | | | |
|----|----------------------------------|----|-------|-------|
| 6 | “基层检查、上级诊断”患者数 | 万人 | 7 | 10 |
| 7 | 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）医务人员与县级医院医务人员收入比值 | % | ≥0.85 | ≥0.90 |
| 8 | 县域内基层医疗卫生机构诊疗人次占比 | % | ≥58 | ≥60 |
| 9 | “优质服务基层行”活动达到国家基本标准以上的机构占比 | % | 90 | ≥90 |
| 10 | 家庭医生全人群签约服务人数 | 万人 | 24 | 26 |
| 11 | 65岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率 | % | 65 | 67 |
| 12 | 基本公共卫生服务知晓率 | % | 72 | 74 |

附件3

紧密型县域医共体建设工作指标体系

| 一级指标 | 二级指标 | 指标解释 |
|----------------------------------|-----------|---|
| 一、紧密型——推进组织、人事、财务、业务、绩效、后勤等统一管理。 | 1. 资源统一管理 | 统一人员招聘和使用，统筹平衡县、乡镇两级绩效工资水平。对成员单位单独设账、集中核算，或实行统一账户管理。药品检验资源统一管理，畅通基层医疗卫生机构与县级医院用药衔接。 |



| 一级指标 | 二级指标 | 指标解释 |
|--------------------------------|--|--|
| | 2. 医共体内部民主决策 | 制定县域医共体管理章程及相关制度,成员单位参与决策,在绩效考核、收入分配、职称评聘等方面有更多自主权。医共体负责人员中要有基层医疗卫生机构代表。牵头机构能够代表全部成员单位与县医保局签订协议。 |
| | 3. 服务协同联动 | 统一县域医共体内规章制度和技术规范等标准,医共体内外转诊规范有序顺畅,做好跟踪接续服务。信息系统数据互通共享,远程医疗延伸到乡村,实现基层检查、上级诊断、结果互认共享。健全县域医共体传染病监测预警。 |
| 二、同质化——推动资源下沉,提升县域医疗卫生服务能力与质量。 | 4. 二级及以上医疗卫生机构中级及以上医师到基层医疗卫生机构派驻人数(人)/每万常住人口 | 【计算方法】 二级及以上医疗卫生机构中级及以上医师到基层医疗卫生机构派驻人数(人)=年内二级及以上医疗卫生机构中级及以上医师到基层医疗卫生机构派驻6个月以上的人数(人) $\times 10000/\text{区县域内常住人口数}$ 【数据来源】 县卫生健康委 |
| 二、同质化——推动资源下沉,提升县域医疗卫生服务能力与质量。 | 5. 影像心电中心服务开展与心电设备村级覆盖率(%) | 【计算方法】 (1) 每万常住人口影像、心电中心开展远程影像诊断数量=远程医学影像(含影像、心电、超声、核医学、肌电图、脑电图等)诊断人次数 $\times 10000/\text{县域内常住人口数}$ (2) 心电设备村级配备率=配备心电设备的行政村卫生室数/县域内行政村卫生室总数 $\times 100\%$ 【数据来源】 县卫生健康委 |



| 一级指标 | 二级指标 | 指标解释 |
|--------------------|-----------------------------|--|
| | 6. 基层医疗卫生机构人均收入与牵头医院人均收入的比值 | <p>【计算方法】 基层医疗卫生机构人均收入与牵头医院人均收入的比值=基层医疗卫生机构人均收入/牵头医院人均收入 【数据来源】县卫生健康委</p> |
| | 7. 县域内基层医疗卫生机构诊疗人次占比(%) | <p>【计算方法】 县域内基层医疗卫生机构诊疗人次占比(%)=县域内基层医疗卫生机构诊疗人次/县域内总诊疗人次×100% 其中,县域内基层医疗卫生机构包括社区卫生服务中(站)、卫生院(街道卫生院、乡镇卫生院)、村卫生室、门诊部(包括综合门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部和专科门诊部)、诊所、卫生所、医务室、护理站。 【数据来源】县卫生健康委</p> |
| 三、促分工——促进有序就医格局形成。 | 8. 医保基金县域内支出占比(不含药店)(%) | <p>【计算方法】 医保基金县域内支出占比(不含药店)(%)=县域内定点医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金支出总额(不含药店)×100% 【数据来源】县医保局</p> |
| | 9. 县域内基层医疗卫生机构医保基金支出占比(%) | <p>【计算方法】 县域内基层医疗卫生机构医保基金支出占比(%)=县域内定点基层医疗卫生机构医保基金支出/县域内全部定点医疗卫生机构医保基金支出×100% 【数据来源】县医保局</p> |



| 一级指标 | 二级指标 | 指标解释 |
|---------------------------------|-----------------------------|---|
| 四、提效能——促进医疗卫生资源有效利用和提高医保基金使用效能。 | 10. 参保人在县域内住院次均费用(元)及增长率(%) | <p>【计算方法】 (1) 参保人在县域内住院次均费用(元) = 全县参保人县域内住院总费用/全县参保人县域内住院人次 (2) 参保人在县域内住院次均费用增长率(%) = (本年度全县参保人在县域内住院次均费用 - 上一年度全县参保人在县域内住院次均费用) / 上一年度全县参保人在县域内住院次均费用 × 100% 【数据来源】县医保局</p> |
| | 11. 参保人县域内住院人次占比(%) | <p>【计算方法】 参保人县域内住院人次占比(%) = 全县参保人县域内住院人次 / 全县参保人住院总人次 × 100% 【数据来源】县医保局</p> |
| | 12. 县域内中医类诊疗量占比(%) | <p>【计算方法】 县域内中医类诊疗量占比(%) = (中医类医疗机构诊疗量 + 非中医类医疗机构中医类临床科室诊疗量 + 村卫生室中医诊疗量) / 县域内总诊疗量 × 100% 【数据来源】县卫生健康委</p> |
| 五、保健康——提升县域居民获得感和健康水平。 | 13. 县域内慢性病健康管理人群住院率(%) | <p>【计算方法】 县域内慢性病健康管理人群住院率(%) = 年内慢性病健康管理人群在医保系统中有出院记录的人次数 / 县域内慢性病患者建档人数 × 100%； 慢性病主要是高血压和糖尿病，管理建档人数需符合国家基本公共卫生服务项目要求。 【数据来源】县医保局和县卫生健康委</p> |
| | 14. 县域内四类慢性病过早死亡率(%) | <p>【计算方法】 36—69岁人群因心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性呼吸系统疾病死亡的(无条件)概率。 【数据来源】县卫生健康委</p> |

注：“紧密型”为定性指标，通过政策文件、实物及资料佐证、访谈调查等综合评判，以有明确



的制度安排并已组织实施为标准。