



# 实施医疗卫生强基工程，全面推进医共体建设：现状、挑战与政策建议

## 摘要

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》要求实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程。县（区）域医共体建设是实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程的重要抓手。我国自2019年起推动紧密型县域医共体建设，并计划于2027年基本实现全覆盖。实践表明，各地医共体建设促进了县级医院与乡、村基层医疗机构的分工合作与资源共享，推动了“人员、技术、服务、管理”四个下沉，医共体实行了医保基金“总额付费，结余留用”的新付费模式，增强了医共体向以健康为中心转变的内在激励。本文首先系统分析总结了医共体建设取得的成功经验和未来发展需要解决的问题，在此基础上提出了“十五五”期间全面推进医共体建设的操作性政策建议。

## 一、背景

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十五个五年规划的建议》（以下简称“中央‘十五五’规划建议”）要求实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程。近年来我国政府已相继出台多个重要文件，推进健康优先发展战略和加强基层医疗卫生<sup>[1]</sup>，但是长期存在的基层服务能力薄弱、医疗资源向大医院过度集中的“头重脚轻”格局尚未得到根本改变<sup>[2]</sup>。据国家卫健委统计，2019—2023年期间我国三级医院诊疗人次占医疗卫生机构诊疗人次总量的比例从23.6%增长至27.5%，三级医院入院人次占比由39.4%增长至49.1%；相比之下，二级及以下医疗机构诊疗人次占比与入院人次占比却持续下降<sup>[3]</sup>。

为了推动医疗资源向基层医疗下沉和加强基层医疗机构的服务能力，2019年国家卫健委启动紧密型县域医共体建设试点。县域医共体是由县级医院牵头，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共同体。医共体通过整合县域医疗资源，促进县、乡镇（社区）和村级医疗机构的分工合作和资源共享，促进了基层医疗机构服务能力的提升和医疗资源的有效利用<sup>[4]</sup>。截至2024年底，全国已有2188个县（市、区）开展此项建设并取得显著成效。《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》要求到2025年底力争90%以上的县建成医共体，2027年底基本实现全覆盖。

全面推进县（区）域医共体建设是实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程的重要抓手。本文将首先分析总结医共体建设取得的成效和有待解决的问题，然后提出相关政策建议。

## 二、医共体建设取得的成效和有待解决的问题

### （一）医共体的建设取得的主要成效

近年来，国家卫生健康委以地市为单元全面推广三明医改经验；福建省三明市通过十余年的探索，为医共体建设提供了经过实践检验的成功经验。三明医改以“三医联动”为核心，以“四个下沉”为路径，在政府办医体制、医保支付方式、人事薪酬制度等领域实现了创新性突破，显著提升了居民健康水平和体系运行效率<sup>[5]</sup>。全国各地在建设医共体的实践中也探索创新和积累了自己的成功经验。

1. 医共体建设推动了相关医疗机构的分工协作与资源共享。如三明市将县、乡、村三级医疗机构整合为“一家人”，实行人、财、物一体化管理；实现医疗资源和信息共享，形成管理、责任、服务、利益的共同体。安徽省濉溪县依托全民健康信息平台，建立区域资源共享中心，实现检查检验结果互认和健康档案调阅，近两年累计提供远程服务9.4万人次，有效提升了基层诊疗效率，县域内住院率达到86.03%。江苏省高邮市通过打造“县域+区域”医共体，实行“基层检查、上级

[1] 推进健康优先发展战略的重要政府文件包括《“健康中国2030”规划纲要》（2016年）、《国务院关于实施健康中国行动的意见》（2019年）、《“十四五”国民健康规划》（2022年）、《健康中国行动—健康环境促进行动实施方案（2025—2030年）》（2025年）；加强基层医疗卫生工作的重要文件有《基本医疗卫生与健康促进法》（2019年）、《医疗卫生强基工程实施方案》（2025年）。

[2] 封进，吕思诺，王贞. 医疗资源共享与患者就医选择——对我国医疗联合体建设的政策评估[J]. 管理世界, 2022, 38(10): 144-157+173+158. DOI: 10.19744/j.cnki.11-1235/f.2022.0142.

[3] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 2023年我国卫生健康事业发展统计公报[R/OL]. (2024-08-29) [2024-06-20]. <https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100133/202408/0c53d04ede9e4079aff912d71b5131c.shtml>

[4] 相关文件有《关于推动公立医院高质量发展的意见》（2021年），《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》（2023年），《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》（2023年）。

[5] 国家卫生健康委卫生发展研究中心. 国家卫生健康委卫生发展研究中心支持紧密型医共体建设系列专题报道：以人员为核心，着力“四个下沉”[EB/OL]. (2025-02-11) [2025-10-15]. <http://nhei.cn/nhei/c100073/202501/2f7b8686af1d406695376da9d6fa0098.shtml>

诊断”，推动了服务同质化，使基层诊疗量占比达 69.37%，县域内就诊率达到 94%。

2. 对医共体进行医保基金支付模式的改革，为医疗机构实施健康优先战略提供内在激励。如三明市对医共体实行医保基金“总额付费、结余留用”的支付模式，激励医院主动做好居民健康和慢病管理，居民越健康，医院的结余就越多，使健康优先发展战略成为医共体的内在激励。安徽省濉溪县在医共体内实行医保基金和基本公卫经费“两包”资金按人头总额预算，由健康管理单元包干使用，建立健全“医保基金守门人”与“健康守门人”制度，实现医保基金连续 7 年结余，县域内医保基金使用占比提升至 60.59%。江苏省高邮市探索医保基金统一打包付费，建立“总额共包、医疗共管、利益共享、风险共担”的“四共机制”，结余留用，有效激励医共体主动控制成本、提升健康效益。

3. 构建以**健康绩效**为核心的考核评估体系。三明在医共体建设中探索医保支付模式创新的同时，还构建了以健康绩效为核心的综合考核评价体系，该体系将**居民健康结果**置于核心位置，具体关注**重大疾病发病率、重点慢性病规范管理和控制率**等，促使医共体主动开展疾病预防和健康管理；考核强调**基层诊疗量占比、县域内住院量占比及双向转诊**落实情况，旨在建立“基层首诊、双向转诊”的有序就医格局。安徽省濉溪县制定覆盖县、镇、村三级医疗机构的统一绩效考核指标体系，将考核结果与**包干结余经费分配、绩效总量核定**等直接挂钩，并让**专业公共卫生机构**也参与医共体结余资金分配，激励其融入医防融合工作。

## （二）医共体建设面临的问题

医共体建设在取得上述成效的同时，也面临一些有待解决的问题。

**1. 基层医疗机构的人才队伍薄弱与激励不足。**基层医疗机构普遍面临“引才难、留才更难”的窘境<sup>[6]</sup>，其背后是基层医疗机构、尤其是村级医疗机构医务人员薪酬待遇低、职业发展空间不足与社会认同度较低。编制内外人员的“同工不同酬”现象，更挫伤了编外人员积极性。这些问题对加强基层医疗机构的服务能力和发挥更大作用均构成较大制约，对增加在基层医疗机构工作的医生数量和提升他们的质量构成较大制约。

**2. 医共体各医疗机构的服务人群界定不够明确。**目前医共体服务对象普遍按行政区域界定。具体而言，某乡镇卫生院的服务对象界定为该乡镇行政区域内的户籍人口（参保人）。但是这种界定并不严格，如有的乡镇或村的户籍人口（参保人）可能出于就近看病的需要或其他原因，跨乡镇或跨村就医；还有一些参保人外出打工，常年住在外地。以上情况造成基层医疗机构的考核责任与实际服务人群错位的情况。在医共体的未

来发展中应更加清晰地界定各级医疗机构的服务对象与考核责任，把医共体每个医疗机构和医务人员的责任界定得更加明确，从而更好地履行他们的职责。这也是形成“分级诊疗、有序就医”的前提。

**3. 从需求侧鼓励参保人使用医共体医疗服务的激励不足。**除供给侧的结构性矛盾外，需求侧也同时存在激励不足的问题，难以有效引导居民优先利用医共体服务。我国医保制度初始设计偏重于“保大病”，而将疾病预防控制看成个人责任，导致当前医保报销政策仍隐性鼓励“大病住院”。目前虽然已通过不同医疗机构医疗费用的差异化政策引导患者下沉，但基层与三级医院间的报销比例差距，尚不足以吸引患者更多地使用基层医疗机构的服务。目前我国居民看病的自费负担依然偏重，2023 年个人现金支出占卫生总费用的比例达 27.3%<sup>[7]</sup>。《“健康中国 2030”规划纲要》明确提出，到 2030 年要将个人卫生支出占比降至 25% 左右。世界卫生组织建议个人卫生支出占比应控制在 20% 以下<sup>[8]</sup>。今后我国需要进一步降低居民医疗自付比例，首先要大幅度降低居民利用医共体医疗卫生服务的自费负担。

## 三、关于在十五五期间全面推进医共体建设的政策建议

基于以上讨论，本文提出以下政策建议。

### （一）在全国城乡地区全面推进医共体建设

目前全国有些地方（如福建三明）已经在城乡地区全面推进医共体建设，对医共体的打包付费也包括了居民医保和职工医保两类医保基金。但是目前多数地区仅限于县域医共体建设并仅对医共体实行居民医保基金打包付费。实际上，县域医共体建设的理论逻辑不但适用于农村地区，也适用于城镇地区；不但适用于居民医保基金，也适用于职工医保基金。全面推进医共体建设，需要在城乡地区全面推进医共体建设。建议“十五五”期间在城镇地区普遍建设由区级医院牵头，其他若干家区级医疗卫生机构及社区卫生服务中心及其下属卫生服务站或诊所等组成的“区域（城区）医共体”，与农村地区由县、乡镇和村三级医疗机构组成的县域医共体一道，形成医共体城乡一体化建设的新格局。

在全国城乡地区全面推进医共体建设，首先有利于消除医疗服务体系的城乡二元结构，发展城乡一体化的医疗服务体系并且简化政府关于医疗保险和医疗服务的管理；其次有利于提高医共体的规模经济效益。将基本公卫经费、居民医保与职工医保基金打包给医共体包干使用，可以有效扩大医共体的服务人群和资金规模，增强医共体的规模经济效益。

在实践中应把城区**医共体**与城市**医联体**区别开来。在城镇地区可以继续探索由城市头部三级医院牵头的城市医疗联合

[6] 诸宏明,张艳春,秦江梅.以人员为重点推进紧密型县域医共体“四个下沉”的典型实践与策略分析[J].中国卫生经济,2025,44(05):64-69.DOI:CNKI:SUN:WEIJ.0.2025-05-013.  
[7] 万泉,霍铁民,柴培培,等.2022 年我国卫生总费用核算结果与分析[J].中国卫生经济,2023,42(12):5-9.  
[8] World Health Organization (2010) Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO. Available: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>. Accessed 27 November 2025.

体（城市医联体）的建设，医共体可以成为医联体的组成部分，但在资源配置方面应保留其独立性。如果城市医联体的资源配置完全由牵头三级医院主导，那么可能将更多的资源用于治病而不是用于健康促进和疾病预防控制，也会在很大程度上压缩区级医院的发展空间。

## （二）对医共体医疗机构实行定点诊疗

全科医疗制度是实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程的基石，也是实施分级诊疗的起点；全科医生是落实健康优先发展战略和强基工程的第一线医务人员。为此，建议把实行分级诊疗和家庭医生全员签约作为全面推进医共体建设的重要基础。

**1. 分级诊疗从医共体定点诊疗开始。**由于医改以来我国各地普遍实行病人自由就诊制度，以及我国不同三级医院的优势学科有所不同，所以贸然实施限制自由就诊的分级诊疗制度难度较大，且在政治上比较敏感。为此，建议从医共体机构的定点诊疗开始实施分级诊疗。定点诊疗要求每位参保人选择一家医共体及其牵头县（区）级医院，并在医共体中选择一家乡/社区级、以及村/居委级医疗机构各一家，作为自己的定点诊疗机构。参保人**可在上述定点诊疗机构自由就诊并享受医保待遇**；但在非定点诊疗的医共体就诊则不能享受医保待遇。**对未纳入任何县（区）域医共体的二级与三级医院，继续实行自由就诊（不实行定点诊疗）。政府积极引导和鼓励基层首诊与转诊，但不强制实施。**

**2. 让参保人自主选择定点诊疗的医共体医疗机构。**对医共体医疗机构实行定点诊疗，要求每一位参保人在参保县（区）内选择一家医共体，选择医共体就自动选择了该医共体的牵头县（区）级医院。其次，在该医共体中选择一家乡镇卫生院/社区卫生服务中心作为自己的乡/社区级定点诊疗机构。最后，在定点诊疗的乡/社区级医疗机构下属的村卫生室/居委卫生站中选择一家作为自己（及家人）的村/居委级定点诊疗机构。对于那些在规定日期前没有作出选择的参保人，可由医疗卫生数据系统自动分配“默认”选择（通常按住址就近安排），确保每一位成年参保人及其家人都有自己的定点诊疗医共体机构。目前我国城乡已经普及手机，以上选择医共体机构的过程可以通过专门开发的手机应用（App）或微信小程序来进行。

如果居民对定点诊疗医共体机构的服务不满意，可以在每年第四季度另选医共体内的其他医疗机构或另选其他医共体作为下一年的定点诊疗机构。允许参保人选择医共体机构，可以使参保人即医疗服务的需方通过“用脚投票”参与对医疗机构的评估，从而鼓励医疗机构努力提高自己的服务质量和对参保人的吸引力，因为那些服务质量较高、绩效较好、居民满意度较高的医共体医疗机构自然能获得更多的定点诊疗人头数，从而能获得更多的总额预算。

**3. 实现家庭医生签约全覆盖，做实全科医疗制度。要做实**

**全科医疗制度，就要实现家庭医生（全科医生）服务对所有参保人（及其家人）的全覆盖。**可以将村卫生室与居委卫生站建设为全科医疗诊所（独立诊所或联合诊所），向定点诊疗人群提供全科医疗服务。在人口稠密地区可在乡镇卫生院或社区卫生服务中心内设立全科诊所。这样对村卫生室/居委卫生站的选择就变成对全科诊所与全科医生的选择。参保人与签约家庭医生间建立长期健康管理关系。全科医疗制度对参保人的健康促进与疾病预防控制至关重要，因为健康促进与疾病预防管理的大量基础工作需要熟悉签约居民、并为居民所信任的全科医生来承担。近年新加坡政府出台的“健康新加坡计划”也将每位参与者有一位签约家庭医生作为计划的重要目标。

**4. 提升全科医生的数量与质量，改善全科医生的薪酬待遇与发展机会。**近年来我国全科医生数量增长较快，但是总量仍显不足<sup>[9]</sup>。我国现有14亿人口，如果按每位全科医生平均服务1500位居民计算，全国共需约930万位全科医生，需要在“十五五”期间逐步实现。目前我国接受全科医疗正规专业培训的医生数量较少，可在医疗机构选取内科或其他相关专科执业医师培训后担任全科医生，确保他们调动后的收入待遇有所增加或至少不变。在农村地区可以选取有一定专业水平和较多实践经验、受到当地居民欢迎的乡村医生，经适当培训后担任全科医生并提高他们的待遇。

为了实现上述目标，需要显著提升全科医生的薪酬待遇与发展机遇，全科诊所应与全科医生的收入应与他们服务的定点诊疗人群数量与服务质量挂钩。原则上要在控制人力资本存量（受教育程度、专业工作经验）与工作强度后，逐步做到全科医生与专科医生的薪酬待遇比较接近，并对农村地区和偏远地区的全科医生实施特别补贴。

## （三）总结完善医保向医共体的支付模式与绩效考核制度

我国医共体建设的实践经验表明，对医保基金实行打包付费和结余留用，是实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程、鼓励医疗机构与医务人员从以治病为中心转向以健康为中心的关键举措。

1. 建议在全面推进医共体建设中，进一步总结和完善的对医共体的打包付费模式。在对医共体实行定点诊疗制度的基础上，将基本公共卫生经费、居民医保与职工医保基金相关费用，按医共体定点诊疗人头数核定费用总额打包给医共体，实行“总额付费、结余留用”。由于人均医疗费用随年龄变化，可以采用“按年龄调整的人头付费”（Age-adjusted capitation），将定点诊疗的简单人头数按年龄调整为“标准人头数”，并按定点诊疗的标准人头数核定各医共体的费用总额。医共体定点诊疗人员在县（区）域医共体外的二级或三级医院就诊发生的合理医保费用，从医共体打包经费中扣除，这些医保费用的合理性由医保部门审核。医共体服务人口越健康、看病支出越少，医疗机构的结余就越多；这样就为医共体医疗机构实施健康优先发展战略提供了内在激励。

[9] 秘玉清, 张继萍, 刘一颢, 等. 我国全科医生资源配置与公平性研究 [J]. 中国卫生事业管理, 2019, 36(09): 661-663+701. DOI: CNKI: SUN: ZWSG. 0. 2019-09-011.

在医共体内部，应在村/居委、乡镇/社区和县/区三级医疗机构间，根据其工作职责及绩效考核情况，合理确定包干费用的分配比例。在实践中，可参考近年相关统计数据与未来发展趋势权衡决定该费用分配比例。此外，可以预留一定比例（如5%~10%）的费用总额，用作“按绩效付费”的资金，对考核绩效优秀与合格的医共体分别给予奖励。

2. 进一步实行以**健康绩效**为核心的医共体绩效考核评价体系。为了实施健康优先发展战略，需要将**居民健康绩效**，如**重大疾病发病率、重点慢性病规范管理和控制率**、以及基层医疗机构发挥的作用，如**基层诊疗量占比、县（区）域内诊疗量占比与住院量占比**等作为考核的核心内容。另外，允许参保人选择医共体与医共体内的各级医疗机构作为自己与家人的定点诊疗机构，实际上也让医疗服务的需方参与了对医疗机构的满意度考核。

3. **从需求侧鼓励参保人使用定点诊疗的医共体服务**。在维持三级医院现有自负比例的同时，显著降低医共体医疗机构的起付线和医保报销自负比例。可借鉴国外健康维护组织（HMO）的“共付”模式，对医共体内的普通门诊收取固定且象征性的自付费用（如每次20元）。通过直接减轻患者在基层就医的经济负担，形成强有力的价格信号，推动分级诊疗激励政策落地生效。

#### （四）开展全面推进城乡医共体建设试点

**建议在十五五期间，在近年各地县域医共体建设试点的基础上，进一步开展城乡一体化医共体建设试点。**可以选择若干（如东、中、西和东北地区各一个）省份，并在这些省各选取收入水平不同的三个县/区进行城乡一体化医共体建设试点，并根据试点成果向全国提供实施健康优先发展战略和医疗卫生强基工程的可复制可推广的经验。



昆山杜克大学  
DUKE KUNSHAN  
UNIVERSITY



卫生政策研究  
协作组官网

## 作者简介

**左学金：**上海社会科学院原常务副院长兼经济研究所所长  
长期从事人口经济学与社会保障体制改革相关学术与政策研究，代表作有《城镇医疗保险制度改革：政府与市场的作用》、《发展和完善五支柱养老保险体制》、《中国老龄社会的经济特征与支持体系研究》等，研究成果曾获全国人口学会专著一等奖、上海市哲学社会科学优秀成果一等奖、上海市决策咨询优秀成果一等奖等。

**孙东海：**安徽省淮北市濉溪县医疗保障局党组书记  
主要负责统筹协调医疗保障相关政策的落实与监督。

**周婷：**上海社会科学院经济研究所副研究员

主要研究领域：医疗卫生、社会保障、公共政策等。曾主持和参与国家社会科学基金项目，参与世界卫生组织委托课题等，出版个人著作《中国卫生筹资中政府与市场的作用研究》，在《世界经济研究》、《上海经济研究》等期刊上发表学术论文若干篇。

**朱姿颐：**昆山杜克大学全球健康研究中心助理研究员

主要研究领域：医疗卫生、卫生经济学评价、卫生政策等。曾参与多项国家自然科学基金及国际组织/智库委托课题。

## 致谢

本期政策简报的撰写获得包括易方达基金（22KDKUF084）和昆山杜克大学在内的多个资助方支持。文中观点仅代表作者个人立场，与资助方无关。我们诚挚感谢所有合作院校、政府部门和相关机构在本研究过程中提供的技术支持。我们特别感谢昆山杜克大学全球健康研究中心联合主任汤胜蓝教授、国务院发展研究中心原社会发展研究部部长葛延风研究员与复旦大学应晓华教授等专家在简报撰写过程中提出的宝贵修改意见。



The Recommendations of the CPC Central Committee for Formulating the 15th Five-Year Plan for Economic and Social Development call for implementing a health-centered development strategy and strengthening primary health-care systems. The establishment of county (and district) medical consortium is a key mechanism for advancing these priorities. Since 2019, China has promoted the development of integrated county medical consortium, with the goal of achieving near-universal coverage by 2027. Evidence from implementation indicates that medical consortium has strengthened coordination and resource sharing between county-level hospitals and grassroots-level medical institutions in townships and villages. They have facilitated the "four flows downward" of personnel, technology, services, and management. In addition, a new payment model of "global budget with surplus retention" has created stronger incentives for medical consortium to shift towards health-centered service provision. This brief aims to systematically review the achievements and challenges observed during the development of medical consortium to date and propose actionable policy recommendations to guide comprehensive expansion during the 15th Five-Year Plan period.

## Abstract