

附件 1

基层卫生健康综合试验区第二批改革创新典型经验

	典型经验	代表试验区
一、强化组织领导与部门协同	（一）强化党委政府领导。健全县委卫生健康工委领导机制，强化对综合试验区建设的监督管理和投入保障责任。落实由政府一位领导统一分管医疗、医保、医药工作，建立财政、医保、人社、编办等多部门联席会议制度，推动三医协同发展和治理。加强县域医共体党组织建设，每个医共体建设一个党委，书记由分管县长或县级卫生健康行政部门主要负责同志担任。福建省长汀县建立了医疗、医保、医药部门领导交叉任职机制。广西壮族自治区上思县建立县处级干部对口联系帮扶医疗卫生机构机制，协调解决各级医疗卫生机构发展中存在的困难和问题。	安徽省濉溪县、福建省长汀县、广西壮族自治区上思县、海南省东方市、贵州省习水县、新疆维吾尔自治区新源县（按行政区划排序，下同）
	（二）建立优先保障机制。通过增加省级和地市级财政补助、争取国债支持、项目资金分配和支持政策倾斜等多渠道保障试验区基础设施建设、设备购置、信息化建设、人员工资和绩效等。浙江省嘉兴市、福建省龙岩市、山东省潍坊市、贵州省遵义市统筹公立医院改革与高质量发展示范项目和试验区建设，一体推进。浙江省海盐县基本公共卫生服务人均经费在省级标准基础上再提高 15%，增加部分由乡镇（街道）财政承担。	浙江省海盐县、福建省长汀县、山东省寿光市、广西壮族自治区上思县、海南省东方市、贵州省习水县

一、强化组织领导与部门协同	（三）切实发挥公共卫生委员会职能。将基层卫生健康工作融入村（社区）网格管理服务，推进村（居）民委员会公共卫生委员会有效整合资源力量，发挥宣传动员和引导作用，协同做好城乡居民健康管理和服务，促进社会共治。安徽省濉溪县将原村级卫生计生专职干部转为村级卫生健康专职干部，作为村级公共卫生委员会主要成员，职能融入以城镇网格和行政村为基础组建的健康管理单元，进一步创新基层卫生健康治理模式，待遇保障按村干部标准落实。	北京市密云区、山西省介休市、安徽省濉溪县、河南省郟县
二、推进紧密型县域医共体建设	（四）建立完善人员下沉长效机制。在收入待遇保障方面，明确下沉人员基本工资由派出医院发放，绩效工资由派驻的基层医疗卫生机构发放，并利用财政补助、医保结余资金、卫生事业发展基金、医疗收入等资金渠道建立下沉人员补贴补助资金池，进一步保障下沉人员收入待遇。在职称晋升和提拔任用倾斜方面，将在基层连续派驻6个月以上的工作时间和工作量作为卫生技术人员职称晋升评审必要条件或加分项；表现优秀的下沉人员优先提拔为县级医院科室负责人或乡镇卫生院领导班子成员。四川省泸县核增中、高级专业技术岗位79个，建立县域医共体“岗位池”，其核心技术骨干和引进的紧缺急需专业技术人才，可不受单位岗位总量、最高等级和结构比例的限制，通过“岗位池”予以聘用。	安徽省濉溪县、广西壮族自治区上思县、四川省泸县

二、推进紧密型 县域医共体建设	（五）实行医保基金总额打包付费。将试验区医保基金当年筹资总额扣除风险基金、大病保险基金之后按人头打包给医共体统筹使用，或以试验区历史年度医保基金支出为基础，根据医保政策变化、医疗需求增长等因素设定合理增长系数后，按人头打包给医共体统筹使用。建立“总额付费、结余留用、合理超支分担”机制，结余基金经考核后按照合理比例在县、乡、村级医疗卫生机构之间分配。山西省介休市、海南省东方市、四川省泸县、贵州省习水县同时推行居民医保和职工医保总额打包付费。	山西省介休市、安徽省 濉溪县、海南省东方市、 四川省泸县、贵州省习 水县
三、强化基层卫 生人才队伍建设	（六）建立编制动态调整和统筹使用机制。根据常住人口，结合服务人口和服务量，动态调整乡镇卫生院、社区卫生服务中心人员编制总量，设置县域“编制周转池”，探索“员额制”管理，盘活用好存量编制。海南省东方市建立县域“编制周转池”，将全市各级医疗卫生机构 1557 名事业编制纳入“周转池”统一管理，打破“差额”“全额”壁垒，由市卫生健康委统一管理编制和人员调配，从差额单位调入全额单位 49 人。	浙江省海盐县、安徽省 濉溪县、海南省东方市、 贵州省习水县
	（七）发展壮大乡村医生队伍。深入推进大学生乡村医生专项计划，并落实编制保障。根据村卫生室需求，与医学专业高校联合定向培养村卫生室工作人员，通过新增编制、统筹使用乡镇卫生院空编资源“乡聘村用”等，壮大、优化乡村医生队伍。北京市密云区分两批定向培养大学生村医，目前已有 60 名村卫生室执业（助理）医师纳入编制管理，实行“乡聘村用”，其薪酬待遇按照社区卫生服务中心标准统一发放。	北京市密云区、浙江省 海盐县、四川省泸县、 贵州省习水县

三、强化基层卫生人才队伍建设	（八）探索培养医防管复合型人才。通过交叉培训、科室轮岗、跨机构协作、交叉任职等方式，积极推进医防管人才相互交流；通过与高校及科研机构合作，提高医防管复合型人才培训专业性和系统性。四川省泸县组织公共卫生机构专业人员及县域医共体中助理医师及以上优秀人才，开展医防管复合型人才培训项目，全面提升参训人员在公共卫生事件应急处理、传染病诊疗、慢性病临床诊疗等方面的能力。	福建省长汀县、山东省寿光市、四川省泸县、新疆维吾尔自治区新源县
四、创新优化服务模式	（九）优化慢性病患者基层连续服务。整合基层慢性病全流程健康管理服务功能，为群众提供综合、系统、连续服务。在村卫生室设立慢性病服务点，提供健康教育、随访、分类干预指导、健康咨询等基础服务。在乡镇卫生院或社区卫生服务中心建设基层慢性病健康管理中心，提供预防、诊疗、随访、转诊等“一站式”服务。在县域医共体牵头医院成立慢性病管理中心，统筹专病科室共同管理慢性病危象及严重并发症患者，协调院内就诊及上下转诊，发挥对基层医疗卫生机构的技术指导和支持作用。山西省介休市推动建立卫生行政部门、家庭医生团队、慢性病志愿者、民生网格员多方参与的慢性病管理体系，通过优质资源下沉、医体结合、同病伙伴式互助、网格化管理等服务方式，慢性病患者规范管理率和指标达标率、家庭医生签约率、基层首诊率均得到有效提升。	北京市密云区、山西省介休市、浙江省海盐县、山东省寿光市、河南省郟县

	（十）优化家庭医生签约服务。通过个性化服务包设计、家庭病床、健康积分、预留上级医院专家号源等激励措施，提高居民签约积极性。落实医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费支持家庭医生签约服务政策，试验区医保基金支持家庭医生签约服务经费人均标准最高达 70 元。河南省郟县将对口支援、科室共建等下沉人员纳入家庭医生签约团队，融合疾病预防、妇幼保健、中医药、精神卫生等多领域专业技术人员，构建县、乡、村三级多专业及公共卫生机构参与的签约服务模式。	浙江省海盐县、福建省长汀县、河南省郟县
四、创新优化服务模式	（十一）数智赋能基层服务能力提升。通过医学人工智能辅助诊疗系统应用，为医务人员提供常见病、多发病诊疗决策支持，助力基层医疗卫生机构服务能力提升。依托区域全民健康信息平台，实现医疗、医保、公共卫生等数据融合应用，医疗机构间信息互联互通。以居民电子健康档案为载体，以家庭医生签约服务为抓手，为城乡居民提供全方位、全生命周期的数字化健康管理服务。通过智能穿戴设备、人工智能慢性病管理系统等远程监测慢性病患者病情，开展智能随访，提升慢性病管理效率。新疆维吾尔自治区新源县整合县域内医疗、医保、医药、公共卫生等数据资源，探索“行走的医院”服务模式，基层医生配备智能化全科医生助诊包，实时传输远程心电图、B 超等检查检验结果，开展远程会诊，为牧区群众提供上门医疗服务。	浙江省海盐县、山东省寿光市、新疆维吾尔自治区新源县