

附件 2

基层卫生健康综合试验区典型案例

浙江省海盐县深化财政补偿机制改革 运用当量法激发基层医疗卫生机构活力

一、压实政府主体责任

强化政府对基层医疗卫生机构的投入保障，对符合规定的基本建设、设施设备、信息化建设、人员培养培训、基本人员经费等支出实行财政全额专项补助；对基层医疗卫生机构承担的重大公共卫生服务项目、突发公共卫生事件处置和对口支援等指令性工作任务，按定项定额购买的方式给予补偿。拓展财政补助渠道，2021年起，镇（街道）级财政按人均公共卫生经费的15%予以配套补助。建立财政投入持续增长机制，年度增长率达5%~10%，财政对基层医疗卫生机构补助资金从2016年的0.7亿元增加到2024年的1.77亿元。

二、通过当量法购买基本公共卫生服务

对基本公共卫生服务和部分收费价格补偿不足的基本医疗服务，由政府统筹整合基本公共卫生服务项目经费和经常性收支差额补助，采用标化工作当量法购买。

一是确定服务项目的标化当量。以1个普通门诊的工作量（15分钟）为1个标准当量，根据服务标准、人力成本、资源消耗、风险和难度等因素，将各项服务与普通门诊作比较，确

定住院、慢性病管理等各项服务项目的标化当量。二是明确当量价格。整合基本公共卫生服务经费和经常性收支差额补助，作为政府购买服务资金总额，购买服务资金总额与全县所有基层医疗卫生机构年度实际标化工作总当量的比值，即为 1 个标准当量的财政支付标准（当量价格）。三是根据经济增长情况、服务需求和成本变化，对项目数量、项目当量值、当量单价等进行动态调整。实行标化工作当量法购买的服务项目由 2016 年的 38 个调整到 2025 年的 59 个。四是根据各基层医疗卫生机构的年度实际标化工作总当量和当量价格，结合绩效评价结果，政府据实进行支付。五是通过设置风险调节金、明确“托底”下限机制、设置购买服务上限等措施调节机构运行风险和财政支付风险。

三、实施数字化绩效监测

建立财政补偿机制改革绩效评价指标体系，从服务质量、服务效率、居民满意度等维度对基层医疗卫生机构进行监测。采用区域绩效监测系统，实现基层医疗卫生机构工作量精细化采集，每月结合电子健康档案系统开展全面质控，借助大数据工具和人工随机抽查，建立服务质量责任追溯制，对监测中发现的不真实服务追溯到个人，对不规范的服务量按核查比例予以核减。各机构不真实服务记录作为质量问题在当月当量总值上进行质量系数矫正。

改革后，机构间人均基本公共卫生服务经费差距显著拉大，充分体现服务绩效差异，2024 年全县人均基本公共卫生服务经

费补助为 101.05 元（不含原重大公共卫生等项目），最多的乡镇（街道）卫生院达到人均 134.46 元。职工年均收入达 17.22 万元，较 2016 年增长了 53.75%。

安徽省濉溪县资金共池 健康共管 价值共创 “三共” 促 “三新”

一、坚持“资金共池”，深化经费包干“新机制”

一是实行医保基金总额付费“大打包”。自 2016 年起，濉溪县探索将城乡居民医保基金筹资总额扣除风险金和大病保险基金后，以 99% 的比例按人头打包支付给县域医共体。二是建立结余留用、合理分担机制。制定《紧密型县域医共体综合绩效考核实施方案》，建立了县域医共体内统一的绩效考核体系，将考核结果与县域医共体医保基金结余分配等挂钩，结余资金在县、镇、村三级医疗机构按照 6:3:1 的比例分配。同时，县域医共体牵头医院将自身结余基金的 5% 用于专业公共卫生机构。三是完善基本公共卫生服务经费使用机制。将基本公共卫生服务经费按人头实行总额预算，打包给县域医共体统筹管理和使用。

二、坚持“健康共管”，激发医防融合“新动能”

一是探索慢性病总额包干付费“小打包”。自 2021 年起，在县域医共体医保基金“大打包”的基础上，将城乡居民常见慢性病患者的医保基金按人头总额包干给乡镇卫生院，由乡镇卫生院

作为责任主体对慢性病患者进行精细管理和健康干预。截至2024年底，“小打包”覆盖的慢性病病种数从30组逐步扩大到47组，总额包干的标准从每人每年1000元提高到每人每年3700元，“小打包”费用（1.86亿元）占到“大打包”费用（7.83亿元）的23.75%。二是建立城乡居民慢性病综合绩效考核体系，考核结果与慢性病包干结余资金分配挂钩，结余资金在县、镇、村三级医疗机构按照4:4:2的比例分配，形成县域医共体内上下联动、齐抓共管的慢性病管理模式。

三、坚持“价值共创”，树牢结果评价“新导向”

一是探索健康管理单元经费包干机制。以行政村和城市网格，将全县划分为232个健康管理单元，探索医保基金和基本公共卫生服务经费健康管理单元包干机制，即在县域医共体总额预算下，以单元近三年一般人群和慢性病人群的年人均医保基金支出为标准，核定健康管理单元签约服务团队城乡居民医保基金包干总额；按照单元上一年村级基本公共卫生服务经费比例和当年基本公共卫生人均标准核定健康管理单元基本公共卫生服务经费包干总额。二是制定《健康管理单元综合绩效评价方案》，以县域医共体绩效评价村级指标体系为基础，评价结果与结余经费挂钩。县域医保结余基金，一般人群按县、镇、村三级医疗机构1:2:7分配，慢性病人群按县、镇、村三级医疗机构4:4:2分配；基本公共卫生村级包干经费，按照过程、目标、结果评价后以7:2:1的比例核算分配。

福建省长汀县五小驱动 三化赋能 让签约服务更有温度

一、精细化服务：“五小驱动”激活服务新动能

一是“小团队”精准服务。按人群需求组建 265 支“3+1+1+X”（全科医生、护士、公卫人员各 1 名+1 名疾控中心医师+1 名县医院专科医生+X 按需加入的专科医生）家庭医生团队，包含老年照护、儿童保健等特色分队，专科医生每月下沉基层 8 个工作日，开展“错峰服务”（如夜间诊疗、周末健康课堂）。实施“穿透式培训”，强化团队成员气管插管等 6 项急救技能。2024 年 265 支团队全年零投诉。二是“小网格”全域覆盖。划分 1450 个健康微网格，推行“三色动态码”门牌管理，居民扫码即可查询健康档案、预约服务；每月发布含慢性病控制率等 7 项指标的网格健康指数，动态监测服务成效。在村（居）设立“网格议事厅”，收集居民需求，推动服务从“政府端菜”转向“群众点单”。三是“小驿站”架起桥梁。在村（居）成立家庭医生工作驿站，各驿站实行“六个一”建设标准（一块牌子、一个药箱、一本台账、一套设备、一组宣传栏、一名责任人），逐渐成为群众“家门口的健康哨所”，群众亲切称之为“健康 110”。四是“小药箱”暖心供给。分类配置健康药箱，普通人群配基础急救药品，慢性病患者定制降压降糖药及并发症应急药，2024 年发放药箱 13 万个，减少患者往返医院频次超 60%。创新“药箱”管理，通过药品存量监测、用药指导贴士、健康知识宣传，提升服务温度。五是“小积分”

激活参与。签约居民参与健康服务可获得相应健康积分值，积分可兑换 28 项医疗服务、健康产品和日常生活用品；设立“孝心积分”，子女可为父母兑换上门护理服务。对连续 12 个月达标家庭提高医保报销比例 2%，2024 年居民自我健康管理参与度达 86%。

二、规范化引领：“三个一”机制保障服务质效

一是制定一套标准。出台《家庭医生签约服务规范》，明确 42 项服务流程，推动高血压、糖尿病规范管理率分别提升至 88.36%、90.13%。二是打造一类阵地。改造建成 108 个“公卫+医疗”一体化家庭医生签约工作室，实现诊前一诊中一诊后全流程服务，日均服务效率提升 40%。三是设定一个中心。县总医院设立健康访视监测中心，主要负责监测家庭医生签约的知晓率和满意度，通过 AI 智能回访 18 万人次，问题整改率 95%，满意度动态监测覆盖 100%签约居民。

三、多元化保障：资源整合破解山区难题

一是“服务包”按需定制。提供免费包（基本公共卫生）、基础包（检查+中医康复）、个性包（上门服务+督脉灸等），个性化签约占比达 62%。二是“互联网+”赋能。开发家庭医生签约服务管理系统，配备可穿戴设备，依托县总医院“九大中心”实现远程诊疗，年服务超 10 万人次。三是多机构协同。县级医院专家下沉 1277 人次，疾控中心纳入传染病共管，基层名老中医提供专病签约，形成“医防融合”网络。

山东省寿光市“智慧健康地图” 赋能精准健康管理

一、构建预防筛查新模式

“智慧健康地图”以寿光市地理信息系统（GIS）为基础架构，覆盖 16 个镇（街道）、488 个村卫生室和约 100 万居民，将居民电子健康档案、医疗机构和人员资源数据、医保服务利用和费用数据、人口基本特征数据等与 GIS 地图叠加融合，形成健康信息库。通过大数据整合分析，展示辖区内居民健康水平、医疗和基本公共卫生服务开展及医疗资源分布情况，实现对全域群众“预防—筛查—干预—治疗—康复”全链条精准连续健康管理。2024 年底，市卫生健康局结合人流热力数据的地图展示，及时研判和定位传染病高风险住户及社区位置，动员相应地区医疗机构提前 2 周部署老年人流感疫苗接种，降低发病率约 37%。

二、助力疾病诊治新水平建设

“智慧健康地图”直观显示区域内的高发疾病，明确乡镇卫生院重点专科发展方向。与潍坊市人民医院共建 15 个基层专病中心，乡镇卫生院实现“一院一专科、院院有特色”；与县人民医院组建 12 个专科联盟和医学影像、精准医学、远程心电 3 个中心，积极发展重症、肿瘤、心脑血管等临床重点专科；针对风湿、颈肩腰腿疼等区域多发疾病，因地制宜推广中医适宜技术。截至 2024 年底，基层诊疗量占全县总诊疗量、县域内医保基金用

于基层医疗卫生机构的比例分别从 2021 年的 46.4%、22.9%增长到 77.3%、30.1%。

三、建立家庭医生服务新路径

寿光市乡镇卫生院均建设慢性病健康管理中心，按村卫生室布局划分为 620 个健康管理网格，配备健康网格员 1156 名。“慢病中心”工作人员通过“智慧健康地图”了解其负责区域居民卫生服务利用和健康指标情况变化，在每日上班前推送至家庭医生，家庭医生可直接定位和上门为居民开展针对性随访管理服务。截至 2025 年 6 月底，该系统服务人数达 28.6 万，居民高血压、糖尿病规范管理率和控制率均提高 10%以上。

四、打造居民自我健康管理新场景

“智慧健康地图”作为后台数据支撑，支持全市各级公立医疗机构设立约 2600 多个智能检测终端，实时采集数据且互联互通，用户终端可查询个人健康状况及变化趋势，支持居民参与自身健康管理。同时，市卫生健康局将健康宣教云平台置入居民终端，城乡 4000 余名医务人员作为“健康使者”发布健康教育知识，2024 年居民健康素养水平比 2022 年提高 10.11 个百分点。