大渡口区支持基层医疗卫生体系高质量

发展实施方案

（征求意见稿）

为持续推进优质医疗卫生资源扩容下沉和区域均衡布局，完善乡村医疗卫生服务体系，促进我区乡村医疗卫生体系健康发展，根据《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》（厅字〔2023〕3号）、《关于印发基层卫生健康便民惠民服务举措的通知》（国卫办基层发〔2023〕7号）精神和市政府办公厅《关于印发重庆市进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展若干措施的通知》（渝府办发〔2023〕62号）要求，结合我区实际，制定本方案。

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，落实新时代党的卫生与健康工作方针，把乡村医疗卫生工作摆在乡村振兴的重要位置，以基层为重点，以体制机制改革为驱动，加快区域优质医疗卫生资源扩容和均衡布局，推动重心下移、资源下沉，健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系，让广大农民群众能够就近获得更加公平可及、系统连续的医疗卫生服务，为维护人民健康提供有力保障。

（二）工作原则。

1. 坚持党的领导，压实责任。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，坚持乡村基本医疗卫生服务公益属性，发挥党委领导和政府主导作用，压实医疗机构主体责任。

2. 坚持区域统筹，资源整合。加强区域内资源整合和优化配置，改善基层基础设施条件，推进医共体“三通”建设，坚持镇村一体化建设，提高乡村医疗卫生机构服务综合能力。

3. 坚持人才建设，重心下沉。发展壮大医疗卫生队伍，把工作重点放在农村和社区，建立健全乡村医疗卫生人才培养、引进、发展的体制机制，推动乡村医生向执业（助理）医师转化，打造一支专业化、规范化乡村医生队伍。

4. 坚持创新机制，深化改革。推进医疗、医保、医药改革协同联动，创新完善乡村医疗卫生管理体制和运行机制，切实落实乡村医生多渠道补偿政策，统筹解决好乡村医生收入和待遇保障问题，健全多劳多得、优绩优酬的激励制度，保持医保基金平稳运行，激发改革内生动力。

二、目标任务

乡村医疗卫生体系改革发展取得明显进展，乡村医疗卫生资源布局更加均衡，基础设施条件明显改善，基本医疗服务质量大幅提高，基本公共卫生服务均等化水平和群众满意度显著增强，乡村医疗卫生人才队伍发展壮大，医护人员收入水平稳步提高，让群众能够就近获得更加公平可及、系统连续的医疗卫生服务。以保障人民健康为出发点，从医疗卫生资源配置、公共卫生服务能力、人才队伍建设和提高群众满意度等4个方面设置大渡口区乡村医疗卫生体系健康发展指标（附件）。到2025年所有评价指标优于全市平均值。

1. 工作措施
2. 强化区域医疗卫生资源配置和整合。
3. 加强区级医院医疗能力。推动优质医疗资源扩容下沉、均衡布局，到2025年，全区三级医院达到2个及以上。加快重点学科和特色专科建设。推进区级医院建设卒中、胸痛、创伤、危重孕产妇、危重儿童和新生儿救治等“五大中心”，增强疑难危重病诊治能力。

2. 深化紧密型医共体建设。持续推进医共体“医通、财通、人通”改革，推行紧密型医共体建设，引导医共体内优质资源下沉。按市级要求，落实紧密型医共体内医保基金“总额付费、结余留用、合理超支分担”制度，年终清算结余资金作为医疗卫生机构医疗性收入管理。推进基层医疗卫生机构与区级医院慢病用药目录衔接统一、处方自由流动，建立健全区县域内医学检验、医学影像、心电诊断、病理诊断和消毒供应等资源共享中心，完善基层医疗卫生发展“资金池”制度。

3. 深入开展基层医疗机构等级创建。全面提升基层医疗卫生机构防病治病和健康管理能力，加强特色专科建设，拓展慢病管理、康复医疗、医养结合、安宁疗护等服务功能，提升外科服务能力，使其可以按照相关诊疗规范开展常规手术。到2025年，全区乙级及以上镇卫生院（社区卫生服务中心）的比例达到90%，甲级镇卫生院（社区卫生服务中心）的比例达到30%。持续推进区域医疗卫生次中心和社区医院建设。

4. 优化乡村医疗资源配置。依托村党群服务中心建好用好村卫生室，2023年实现服务人口800人以上的行政村卫生室全覆盖，2025年实现村卫生室房屋产权集体化（公有化）全覆盖。落实镇村一体化管理，鼓励符合条件的村卫生室转为镇卫生院延伸举办村级医疗服务点。对服务人口少、服务需求较小、不适宜配置固定村医的行政村，组织镇卫生院开展村级巡诊、派驻服务，区级医院提供技术支持。

5. 促进中医传承创新发展。全面推进基层中医馆建设，培养“基层中医药人才”，拓展中医药服务范围，推进中医专科发展，充分发挥中医适宜技术推广运用，不断提升基层中医药服务能力。2025年实现95%以上的村卫生室能提供中医药服务。

6. 统一基层医疗卫生机构药品配备。镇卫生院基本药物配备品规不少于国家基药目录的60%，村卫生室药品统一由镇卫生院进行采购配备，实现统一网上采购、统一结算、统一配备。

7. 持续深化“县聘乡用”改革。按照“基层所需、骨干优先”的原则，统筹调配“县聘乡用”人员，每年派出的人员数量不低于当年区级公立医疗机构招聘执业医师类人员数量的80%。将“县聘乡用”人员的处方权和处方医保工作账号调整到下派的基层医疗卫生机构。

8. 推进乡村医生“乡聘村用”。鼓励镇卫生院利用余编招聘大专以上医学毕业生从事乡村医生工作；支持镇卫生院通过劳动合同聘用具有执业（助理）医师资格的人员到村卫生室工作，临聘乡村医生不纳入镇卫生院临聘人员总量控制，逐步健全乡村医生由镇卫生院派驻机制和乡村医生退出机制。

9. 推动乡村医生执业化。加强乡村医生能力建设，开展乡村医生执业资格考前培训，引导乡村医生参加医学院校集中开展考前辅导培训，提高执业医师通过率。到2025年，乡村医生中具备执业（助理）医师资格的人员比例提高到50%左右。

10. 加大医保基金支持力度。动态调整镇卫生院、村卫生室一般诊疗费标准，按市级统一部署，落实医保基金对乡村医疗卫生机构的总额控制指标倾斜政策，落实区域内医保基金用于乡村医疗卫生机构的比例倾斜政策。医保报销目录中增设农村地区基层医疗卫生机构适宜服务项目，提高乡村医疗卫生机构服务性收入占比。

11. 大力推进“互联网+医疗健康”服务。加快推进智慧医院建设和互联网医院建设，通过建立“远程影像”、“远程会诊”、“远程心电”、“远程教学培训”模块，构建区域医疗协同系统，开展医学影像诊断及远程会诊相关服务，缓解区医疗资源分布不均、基层影像专业人员及医生匮乏，解决居民就近看病等问题，实现医疗信息资源的互联共享。

（二）强化区域公共卫生服务能力。

12. 提升重大疫情和突发公共卫生事件应对处置能力。基层医疗卫生机构规范建设标准化的发热诊室（哨点），配备救护车，落实传染病疫情报告责任，提高风险隐患早期识别能力。到2025年，实现镇卫生院标准化的发热诊室（哨点）和救护车全覆盖，全区传染病和突发公共卫生事件报告率达到95%以上。

13. 加强65岁及以上老年人健康管理。加强与老年人的主动联系和动态服务，及时建立并更新辖区65岁及以上重点人群健康服务台账，根据健康需求做好针对性的健康指导、健康咨询、健康管理等服务。设置老年人友好服务岗位或窗口，为老年人提供便利就医咨询、导诊以及自助信息设备、手机终端等协助办理服务。

14. 加强0～6岁儿童健康管理服务。做实0~6岁儿童健康管理服务和0～3岁儿童中医药健康管理服务，强化3岁以下婴幼儿健康养育照护和咨询指导、儿童生长发育和心理行为发育评估、儿童超重和肥胖的预防、眼保健和近视防控、口腔保健等健康指导和干预。

15. 实施医防融合多病共管服务。建立医共体牵头医院慢病管理中心、镇卫生院慢病管理站、村卫生室慢病管理工作室，以高血压、2型糖尿病患者健康管理为着力点，通过医共体等多种形式推动慢病管理服务紧密衔接、上下联动、分层分级管理。

16. 完善区域医疗健康云平台。整合线下家庭医生签约服务和远程医疗服务网络，开展“智慧家医签约”服务和“智慧居家健康”管理，按照“一人一档一属地”原则，为全区居民建立覆盖全生命周期、动态更新、涵盖医疗和公共卫生等信息的电子健康档案，并逐步向居民个人开放，实现居民自主建档、自主签约、自我信息维护、自我健康管理等。

（三）强化区域人才队伍建设。

17. 优化卫生人员引进政策。根据我市乡村医疗卫生机构公开招聘倾斜政策，优化招聘方式，简化招聘流程，进一步降低镇卫生院紧缺人才招聘条件。落实医学专业高等学校毕业生到乡村两级医疗卫生机构工作享受基层就业学费补偿国家助学贷款代偿和免试申请乡村医生执业注册政策。

18. 优化专业人员岗位结构。在区域内建立基层医疗卫生机构编制动态调整机制，每5年动态调整1次人员编制总量，原则上镇卫生院人员编制按照所辖镇常住人口总数的1.2‰—1.7‰配置。基层医疗卫生机构按照本单位专业技术岗位总量的50%设置中级岗、15%设置高级岗，其中3%设置为基层定向高级岗。按照基层专业技术岗位总量的5‰设置专业技术三级、四级岗位。对在基层连续工作满15年或累计工作满25年且仍在基层工作的专业技术人员，在满足聘用条件下，可通过“定向评价、定向使用”的方式聘用至相应（原聘用岗位的上一级职称）定向岗位，不受岗位结构比例限制。各基层医疗卫生机构岗位结构中设置的专业技术岗位数量不得低于相应岗位总数的90%。

19. 健全基层医疗机构绩效工资政策。落实“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”要求。区财政对镇卫生院超额绩效所需经费的总体补助水平不低于60%。镇卫生院“本年盈余分配”科目为正数（发放的基本公共卫生资金及基本药物补助纳入医疗收入统计范围）且绩效考核合格的，将“本年盈余分配”的60%用于次年增核超额绩效总量。按照每名注册全科医生每月300元追加基层医疗卫生机构绩效工资总量，用于设立全科医生津贴，所需经费由区财政全额保障。基层医疗卫生机构超额绩效年人均水平低于当地区级公立医院超额绩效年人均水平的，增核其超额绩效时暂不受相关控制增幅规定的限制。

20. 落实家庭医生签约服务费。落实基本公共卫生服务经费、医保基金和居民个人共同负担家庭医生签约服务费政策。家庭医生签约服务费不纳入绩效工资总量，可用于家庭医生团队发放薪酬。鼓励推行家庭医生个性化签约有偿服务，由市场化自主定价，区发展改革委备案，居民自愿付费签约购买。

21. 动态调整乡村医生补助标准。建立政府购买服务和多渠道补偿激励机制。根据村卫生室提供服务的数量和质量，主要通过政府购买服务的方式对村卫生室进行合理补助。补助渠道包括：基本公共卫生服务经费补助、村卫生室乡村医生专项补助、实施一般诊疗费、执行基本药物制度补助、村卫生室运行专项补助等。提高村卫生室乡村医生专项补助标准，执业医师、执业助理医师、乡村全科执业助理医师、乡村医生分别按照每人每月不低于1000元、800元、700元、600元的标准予以专项补助。补助标准实行动态调整，逐步提高乡村医生收入。

22. 完善乡村医生社会保障政策。已纳入事业编制的乡村医生，按照有关规定参加机关事业单位基本养老保险、职工基本医疗保险等社会保险；未纳入事业编制的在岗乡村医生，可利用乡村医生专项补助新增金额，按照有关规定参加企业职工基本养老保险或城乡居民基本养老保险、职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险等社会保险。

23. 建立卫生人才双向流动工作机制。按照我市规定，对公开招聘的卫生专技人才设立最低服务期限，稳定基层人才队伍。实施“银龄医生”下基层行动，从二级以上医院选聘具有高级职称且符合岗位条件的退休医生，到基层医疗卫生机构担任专家。单独核定“县聘乡用”人员绩效工资总量，绩效工资水平不低于区级医疗卫生机构平均水平；“县聘乡用”符合条件的人员支出纳入“资金池”保障范围。基层医疗卫生机构负责对“县聘乡用”人员进行绩效考核，考核结果与绩效工资分配挂钩。“县聘乡用”人员在基层连续工作满3年的，在职称晋升、岗位聘任等方面同等条件下享受优先政策；“县聘乡用”期间，可在基层医疗卫生机构按规定取得基层定向职称，连续工作满5年及以上的，回到原单位可按程序直接转评同级全市通用职称。

24. 健全乡村医疗卫生体系投入机制。乡村医疗卫生机构的基本建设和设备购置等发展建设支出由区财政根据基层医疗卫生机构发展建设规划足额安排；人员经费和业务经费等运行成本通过服务收费和财政补助补偿，财政补助按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的办法核定。区财政新增财力向乡村医疗卫生领域倾斜，乡村医疗卫生用地纳入本级国土空间整体规划，确保乡村医疗卫生体系均衡健康发展。

（四）提高群众获得感和满意度。

25. 开设基层中高级职称医师值守门诊。通过医疗机构内部挖潜、合理调配人力等方式做到每周至少3个工作日有一名主治医师或副主任医师职称以上临床专业技术人员在机构值守门诊服务，解决群众就诊中的专业问题，促进分级诊疗和基层首诊。

26. 实施高血压、糖尿病慢病长处方服务。医疗机构为病情稳定的患者开具4—12周长期处方，并逐步扩大慢性疾病病种覆盖范围。在确保信息真实和用药安全的前提下，对高龄、卧床等行动不便的慢性病签约患者，经患者本人授权后可由家属代开药。为首次诊断为2型糖尿病、高脂血症、高血压初期的慢性病患者提供运动健身、饮食营养等非药物处方。

27. 推行“先诊疗、后结算”。基层医疗卫生机构全面推行参加基本医保的居民门急诊、住院就医过程中“先诊疗、后结算”一站式服务方式，提供多种付费渠道和结算方式。村卫生室通过实行镇村一体化管理纳入医保定点管理，方便群众就近看病开药。

28. 提供周末疫苗接种。基层医疗卫生机构疫苗接种门诊全面推行预防接种分时段预约，开展预约周末疫苗接种服务。接种门诊结合服务能力、辖区居民服务需求、作息时间等合理分配周末预约号源，对工作人员合理安排值班和轮休。

29. 改善就医服务环境。在基层医院推行“一人一诊室”，保护患者隐私，维护就医秩序。设置和完善医院内就诊指南及路径标识，方便群众就医。提供轮椅、座椅服务，加强环境整治和卫生间清洁工作，保持就医环境干净整洁，门诊公共卫生间要做到“两有一无”，即有流动洗手水、有洗手液（皂）、无异味。

社区卫生服务中心按照镇卫生院相关政策执行。

附件：大渡口区乡村医疗卫生体系健康发展指标

附件

大渡口区乡村医疗卫生体系健康发展指标

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类 别 | 序号 | 指标 | 2022年  实际 | 2025年目标 |
| 总体水平 | 1 | 基层医疗卫生机构诊疗量占总诊疗量比例（%） | 47.26 | 60 |
| 2 | 基本公共卫生服务群众满意度（%） | 80.52 | 85 |
| 区县级医疗卫生机构建设指标 | 3 | 三级医院数量（个） | 0 | 2 |
| 4 | 二级及以上中医院数量（个） | 0 | 1 |
| 5 | 二级及以上妇幼保健院数量（个） | 0 | 1 |
| 6 | 二级及以上疾控机构数量（个） | 暂未评审 | 1 |
| 7 | 二级及以上精神卫生中心数量（个） | 暂未评审 | 1 |
| 8 | 二级及以上公立医院已建成互联网医院比例（%） | 50 | 65 |
| 基层医疗卫生机构建设指标 | 9 | 甲级乡镇卫生院（社区卫生服务中心）比例（%） | 12.5 | 30 |
| 10 | 乙级及以上乡镇卫生院（社区卫生服务中心）比例（%） | 50 | 90 |
| 11 | 能够提供中医药服务的村卫生室比例（%） | 90 | 95 |
| 基层医疗卫生队伍建设指标 | 12 | 每千人基层医疗卫生机构卫生人员（名） | 2.83 | 3.5 |
| 13 | 每万人全科医生数（名） | 2.71 | 4 |
| 14 | 执业（助理）医师占乡村医生人数比例（%） | 47.37 | 50 |
| 类 别 | 序号 | 指标 | 2022年  实际 | 2025年目标 |
| 服务群众相关指标 | 15 | 居民规范化电子健康档案覆盖率（%） | 43.56 | 65 |
| 16 | 65岁及以上老年人城乡社区规范健康管理服务率（%） | 48.20 | 65 |
| 17 | 2型糖尿病患者基层规范管理服务率（%） | 71.44 | 73 |
| 18 | 高血压患者基层规范管理服务率（%） | 69.8 | 73 |
| 19 | 家庭医生签约服务全人群覆盖率（%） | 10.02 | 40 |
| 20 | 家庭医生签约服务重点人群覆盖率（%） | 43.59 | 80 |