

巩固疫情防控重大成果

——国务院联防联控机制新闻发布会回应防疫关切

新华社记者 董瑞丰 顾天成

近期,我国防控形势总体向好,平稳进入“乙类乙管”常态化防控阶段,各地疫情呈局部零星散发状态。本轮疫情是否已经结束?新变异株是否可能引发新一轮感染高峰?下一步如何继续健全疫情监测体系和信息报告制度?围绕公众关注的热点,国务院联防联控机制23日举行新闻发布会作出回应。

我国本轮疫情基本结束

我国本轮疫情是否已经结束?国家卫生健康委疫情应对处置工作领导小组专家组组长梁万年介绍,从公共卫生的角度看,疫情可按流行强度分为散发、暴发、流行、大流行四类。判定是否走出疫情大流行,主要有疾病感染率、人群免疫水平、病毒质变情况、门急诊的诊疗量和住院及死亡情况、整体防控能力等五个重要指标。

梁万年表示,我国经受住了这一轮疫情的考验,建立了较好的人群免疫屏障,可以说本轮疫情基本结束,现在的感染是在零星的局部散发状态。

全力以赴开展医疗救治

根据中国疾控中心发布的数据,三年来

来,我国新冠病毒感染者死亡率保持在全球最低水平。尤其是2022年11月以来,医疗卫生机构围绕“保健康、防重症”,全力以赴开展医疗救治。

重点采取了哪些措施?国家卫生健康委医政司副司长李大川介绍,一是实施重点人群分级健康管理。发挥基层医疗卫生机构作用,对辖区内合并基础疾病的老年人等高风险人群实施健康监测,根据红、黄、绿三个健康风险等级实施分级健康管理,一旦发生病情变化及时转诊。

二是迅速扩充医疗资源,保障救治需要。二级以上医疗机构发热门诊短时间内由7337个扩充至1.6万个,重症病床由19.8万张扩充至40.4万张。同时,组建16支国家医疗队和118支省级医疗队。

三是做好农村地区疫情防控救治工作。以县为单位网格化布局县域医共体,将合并基础疾病的老年人、儿童等重点人群纳入医联体管理,推动城市优质医疗资源向县域下沉,并加大对农村地区巡回和巡诊力度。

四是大力推动互联网医疗,更好满足人民群众在疫情期看病就医需要。

五是不断优化医疗救治策略。出台第

十版诊疗方案和第四版重症诊疗方案,明确重型、危重型高危人群分类和早期预警指标,对于轻症病例早期介入,强化关口前移,坚持中西医结合和多学科诊疗。

继续抓实抓细新阶段疫情防控工作

新变异株是否可能引发新一轮感染高峰?专家研判认为,由于我国刚经历了疫情大流行,人群体内留存的中和抗体会在短期内提供免疫保护,近期引发新一轮规模流行的可能性较小。

中国疾控中心传防处研究员常昭瑞介绍,目前我国在新冠病毒变异株检测中,如发现首次报告的、重点关注的国际流行毒株,都会进行感染个案调查与核心密接调查,并开展风险研判,一旦发现传播力、致病力增强新型变异株,及时按照相关方案采取措施。

常昭瑞同时表示,目前多地仍有新冠病毒感染病例发生,应继续做好个人防护。如果学校发生疫情,要平衡好疫情处置和正常教学秩序的关系,由专业人员根据学生既往感染水平、疾病严重程度、疫情发展阶段、病毒的感染株等进行综合研判和风险评估,然

后做出相关处置。

国家疾控局监测预警司司长杨峰提醒,全球疫情仍在流行,病毒还在不断变异,各地各部门要继续抓实抓细新阶段疫情防控各项工作,提倡广大人民群众继续保持良好的卫生习惯,坚决巩固来之不易的防控成果。

进一步健全监测预警体系

在提前预警方面,疫情监测体系如何更有效地发挥作用?

杨峰介绍,为动态掌握新冠病毒感染水平和变化趋势,及时监测病毒变异及生物学特性变化,评估医疗资源负荷情况,2022年12月,国家卫生健康委、国家疾控局会同有关部门在传染病网络直报的基础上,进一步拓展监测渠道,形成多个监测子系统。

据介绍,国家疾控局下一步将会同相关部门进一步健全监测预警体系,加强疫情监测和常态化预警能力建设。同时,继续完善传染病网络直报系统功能,提高数据收集的信息化水平和智能化分析能力,并开展新冠病毒感染等传染病疫情报告专项执法检查。

(新华社北京2月23日电)

内蒙古通报新井煤矿坍塌事故最新情况:

全力开展救援 尚有49人失联

新华社呼和浩特2月23日电(记者王靖安路蒙)记者23日从内蒙古自治区应急指挥部在事故现场召开的新闻发布会上获悉,截至2月23日14时,新井煤矿边坡坍塌事故中4人死亡,6人受伤,49人失联。

内蒙古自治区应急指挥部抢险救援组组长、内蒙古自治区应急管理厅厅长常志刚介绍,事故发生后,内蒙古自治区迅速启动

应急预案,成立应急指挥部,实行提级指挥,统一调度,调集救援力量。从22日下午开始,国家应急管理部委派的救援专家,以及多地派出的支援力量、专家团队、专业队伍、医疗资源陆续抵达救援现场。截至23日11时,已出动救援器械车辆156台(辆),到位救援队伍19支、救援人员919名、安全生产专家19名。全力克服坍塌面积大、存在次生灾害

隐患等困难,组织专家现场踏勘评估、优化救援方案,开展生命体征探测、坍塌土方清运、作业面拓展等工作,密切监测边坡位移变化,确保科学救援、安全救援。目前,救援处置工作正在有序推进。同时,就近协调宁夏青铜峡市人民医院开辟医疗救治绿色通道,全力做好伤员救治工作。

22日下午,国家卫健委派出的国家紧急

医学救援队神经外科、胸外科、骨科和急诊等领域专家抵达新井煤矿,会同收治医院医务人员组成医疗救治专家组,一人一策制定诊疗方案,全力开展救治工作。截至23日11时,1名重伤人员生命体征平稳,5名轻伤人员情况良好。

在善后方面,当地已经详细梳理失联人员及其亲属信息,抽调专门的工作人员组成工作专班,按照一家一专班原则,积极稳妥做好抚恤安置等工作。

关于边坡坍塌的具体原因,正在进一步调查中,公安机关已介入调查,相关人员已控制,后续将适时公布调查结果。

此外,内蒙古正在全区开展安全生产大排查大整治,扎实做好全区各领域安全生产工作。

(上接第一版)

——坚持把人才队伍建设摆在重要位置。发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区,尊重人才价值和成长规律,立足在岗乡村医生现状,加强适宜人才培养和引进,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。

——坚持进一步深化体制机制改革。推进医疗、医保、医药、医教改革协同联动,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及待遇保障问题,健全多劳多得、优绩优酬的激励制度,防止给农民群众增加不应有的负担,保持医保基金平稳运行,激发改革内生动力。

(三)目标任务。到2025年,乡村医疗卫生体系改革发展取得明显进展。乡村医疗卫生机构功能布局更加均衡合理,基础设施条件明显改善,智能化、数字化应用逐步普及,中医药特色优势进一步发挥,防病治病和健康管理能力显著提升,乡村重大疫情防控和突发公共卫生事件应对处置能力不断增强。乡村医疗卫生人才队伍发展壮大,人员素质和结构明显优化,待遇水平得到提高,养老等社会保障问题有效解决。乡村医疗卫生体系运行机制进一步完善,投入机制基本健全,基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗格局初步形成。

二、强化县域内医疗卫生资源统筹和布局优化

(四)优化乡村医疗卫生机构布局。根据乡村形态变化和人口迁徙流动情况,因地制宜合理配置乡村两级医疗卫生资源,宜乡则乡、宜村则村,提升乡村医疗卫生机构单体规模和服务辐射能力,从注重机构全覆盖转向更加注重服务全覆盖。重点支持建设一批能力较强、具有一定辐射和带动作用的中心乡镇卫生院。常住人口较多、区域面积较大、县城不在县域中心、县级医院服务覆盖能力不足的县,可以在县城之外选建1至2个中心乡镇卫生院,使其基本达到县级医院服务水平。依托村党群服务中心建好用好村卫生室,增强卫生健康服务功能。鼓励服务半径小、交通便利地区相邻行政村共建卫生室。对于临近乡镇卫生院、人口较少等不适宜单设卫生室的行政村,可以通过乡镇卫生院定期巡诊、派驻以及(联)村延伸服务等方式,保障基本医疗卫生服务供给。加强边远地区、民族地区以及山区(高原)、海岛、牧区、库区等特殊地区村卫生室建设。推进乡村医疗卫生机构一体化管理,有条件的地方可以逐步将符合条件的办公村卫生室转为乡镇卫生院延伸举办的村级医疗服务点。

(五)强化和拓展县域医疗卫生服务体系服务功能。健全以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的乡村医疗卫生服务体系,推进县域内医疗卫生服务一体化。提高县级医院常见病、多发病、慢性病诊疗以及危急重症患者抢救和疑难复杂疾病向上转诊服务能力。支持县级医院设施和服务能力建设,力争常住人口超过5万人或服务半径大的县(市、旗)至少有1所县级医院(包含中医医院)达到二级甲等医院

进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展

织执业(助理)医师参加全科医生转岗培训。引导符合条件的乡村医生参加执业(助理)医师资格考试,依法取得执业(助理)医师资格。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45%左右,逐步形成以执业(助理)医师为主体、全科专业为特色的乡村医疗卫生服务队伍。

(九)创新人才使用机制。加强县域医疗卫生人才一体化配置和管理,有条件的地方可对招聘引进的医疗卫生人才实行县管乡用、乡聘村用,建立健全人才双向流动机制。适当提高乡镇卫生院的中高级专业技术岗位比例。对在乡镇卫生院连续工作满15年或累计工作满25年且仍在乡镇卫生院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”聘用至相应岗位,不受岗位结构比例限制。逐步将实现乡村一体化管理的村卫生室执业(助理)医师纳入乡镇卫生院职称评聘。统筹县域内医疗卫生人才资源,建立健全定期向乡村派驻医务人员工作机制。鼓励县级医疗卫生机构与县域内乡村医疗卫生机构共同开展家庭医生签约服务,稳步扩大服务覆盖面。健全公共卫生医师制度,探索在乡村医疗卫生机构赋予公共卫生医师处方权。建立公共卫生专业技术人员与医疗卫生机构临床医生交叉培训制度,鼓励人员双向流动。

(十)完善收入和待遇保障机制。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,统筹平衡乡镇卫生院与当地县级公立医院绩效工资水平关系,合理核定绩效工资总量和水平。提升乡村医疗卫生机构全科医生工资水平,使其与当地县级公立医院同等条件临床医师工资水平相衔接。有条件的地方可以在乡村医疗卫生机构绩效工资中单列。完善并落实基本公共卫生服务经费、医保基金和农村居民个人共同负担家庭医生签约服务政策,拓宽筹资渠道,探索统筹使用,完善分配机制。严格落实乡村医生基本公共卫生服务补助、基本药物制度补助、一般诊疗费政策,动态调整补助标准,逐步提高乡村医生收入。对在艰苦边远地区和国家乡村振兴重点帮扶县服务的乡村医生,地方要适当增加补助。盘活现有资源,妥善安排乡镇卫生院特别是中西部偏远地区乡镇卫生院职工周转住房。对属于农村集体经济组织成员的乡村医生,要切实维护其合法权益。

三、发展壮大乡村医疗卫生人才队伍

(八)多渠道引才育才。改革完善乡村医疗卫生人才培养机制,切实增加全科、儿科、儿童保健科、口腔科以及中医、护理、公共卫生、预防保健、心理健康、精神卫生、康复、职业健康等紧缺人才供给。逐步扩大农村订单定向免费医学专业人才培养规模,完善协议服务政策,地方可根据实际需求面向农村规范培养拟从事全科医疗的高等职业教育层次医学专业。落实艰苦边远地区县乡医疗卫生机构公开招聘倾斜政策。医学专业高等职业院校毕业生到乡村两级医疗卫生机构工作,按规定享受基层就业学费补偿国家助学贷款代偿政策。落实医学专业高等职业院校毕业生免试申请乡村医生执业注册政策,免试注册的大学生乡村医生应限期考取执业(助理)医师资格。积极组

织执业(助理)医师参加全科医生转岗培训。引导符合条件的乡村医生参加执业(助理)医师资格考试,依法取得执业(助理)医师资格。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45%左右,逐步形成以执业(助理)医师为主体、全科专业为特色的乡村医疗卫生服务队伍。

(九)创新人才使用机制。加强县域医疗卫生人才一体化配置和管理,有条件的地方可对招聘引进的医疗卫生人才实行县管乡用、乡聘村用,建立健全人才双向流动机制。适当提高乡镇卫生院的中高级专业技术岗位比例。对在乡镇卫生院连续工作满15年或累计工作满25年且仍在乡镇卫生院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”聘用至相应岗位,不受岗位结构比例限制。逐步将实现乡村一体化管理的村卫生室执业(助理)医师纳入乡镇卫生院职称评聘。统筹县域内医疗卫生人才资源,建立健全定期向乡村派驻医务人员工作机制。鼓励县级医疗卫生机构与县域内乡村医疗卫生机构共同开展家庭医生签约服务,稳步扩大服务覆盖面。健全公共卫生医师制度,探索在乡村医疗卫生机构赋予公共卫生医师处方权。建立公共卫生专业技术人员与医疗卫生机构临床医生交叉培训制度,鼓励人员双向流动。

(十)完善收入和待遇保障机制。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,统筹平衡乡镇卫生院与当地县级公立医院绩效工资水平关系,合理核定绩效工资总量和水平。提升乡村医疗卫生机构全科医生工资水平,使其与当地县级公立医院同等条件临床医师工资水平相衔接。有条件的地方可以在乡村医疗卫生机构绩效工资中单列。完善并落实基本公共卫生服务经费、医保基金和农村居民个人共同负担家庭医生签约服务政策,拓宽筹资渠道,探索统筹使用,完善分配机制。严格落实乡村医生基本公共卫生服务补助、基本药物制度补助、一般诊疗费政策,动态调整补助标准,逐步提高乡村医生收入。对在艰苦边远地区和国家乡村振兴重点帮扶县服务的乡村医生,地方要适当增加补助。盘活现有资源,妥善安排乡镇卫生院特别是中西部偏远地区乡镇卫生院职工周转住房。对属于农村集体经济组织成员的乡村医生,要切实维护其合法权益。

(十一)盘活用好县域编制资源。以县为单位每5年动态调整乡镇卫生院人员编制总量,盘活用好存量编制。乡镇卫生院用于专业技术人员的编制不得低于编制总额的90%。拓宽乡村医生发展空间,同等条件下乡镇卫生院优先聘用获得执业(助理)医师资格的乡村医生,进一步吸引执业(助理)医师、医学院校毕业生到村卫生室工作。

(十二)分类解决乡村医生养老和医疗保障问题。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。未纳入事业编制的乡村医生,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,有条件的地方可以结合实际给予适当补助。对年满60周岁的乡村医生,各地要结合实际采取补助等多种形式进一步提高其养老待遇。

四、改革完善乡村医疗卫生体系运行机制

(十三)加快构建紧密型县域医共体。推进紧密型县域医共体建设,在编制使用、人员招聘、人事安排、绩效考核、收入分配、职称评聘等方面赋予其更多自主权,推动实行村财乡统管。对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费,加强监督考核,建立结余留用、合理超支分担机制,落实医共体牵头医疗卫生机构对医共体内各成员医疗卫生机构规范合理使用医保基金的内部监督管理责任,强化激励约束。鼓励对医共体内各医疗卫生机构负责人实行年薪制。加强医共体绩效考核,引导资源和患者向乡村两级医疗卫生机构下沉。推动乡镇卫生院与县级医院用药目录衔接统一、处方自由流动。开展中医治未病服务。

(十四)健全乡村医疗卫生体系投入机制。落实市委两级党委和政府乡村医疗卫生体系建设主体责任,政府办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地方政府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政府补助补偿,政府补助按照“核定任务、核定收支、绩效考核补助”的办法核定。有条件的地方可以对村卫生室给予运行补助。省级加大统筹力度,确保乡村医疗卫生体系均衡发展。中央财政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,并对提升困难地区乡村基层医疗卫生服务能力按规定给予补助。中央预算内投资加大对县域医疗卫生服务体系龙头医疗机构的投入,重点支持脱贫地区、原中央苏区、易地扶贫搬迁安置地区县级医院建设。地方政府新增财力向乡村医疗卫生领域倾斜。

(十五)建立健全城市支援健康乡村建设机制。完善城乡协同、以城带乡帮扶机制,深化医疗卫生对口帮扶,有计划开展医疗人才组团式帮扶,鼓励国家和省级区域医疗中心开展对口欠发达地区、革命老区、边境地区医疗卫生机构的对口帮扶,将指导基层、下沉服务作为县级以上公立医院的职责。建立健全城市三级医院包县、二级医院包乡、乡镇卫生院包村工作机制。深化东西部协作,将支持乡村医疗卫生体系建设作为重要帮扶内容。

五、提高农村地区医疗保障水平

(十六)巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果。

中塔边境发生7.2级地震:

新疆多地震感强烈 暂未收到人员伤亡报告

新华社乌鲁木齐2月23日电(记者邓玉山 马锴 顾煜)中国地震台网正式测定:2月23日8时37分,塔吉克斯坦(北纬37.98度,东经73.29度)发生7.2级地震,震源深度10公里。震中距我国边境线80余公里。新疆喀什地区、克孜勒苏柯尔克孜自治州(简称克州)等地多县市震感强烈。截至记者发稿时,新疆暂未收到人员伤亡和财产损失报告。

新疆喀什地区、克州等地多县市均处在距离震中300公里范围内。喀什地区喀什市于塔吉克斯坦塔吉克斯坦,该县县长扎帕尔和外事办副主任康亚强说,塔县只是震感明显,尚未收到人员伤亡和财产损失报告,目前该县电力和通信运行正常。

地震发生时,喀什地区喀什市震感强烈,高层建筑居民能感受到明显摇晃。目前喀什市电力和通信运行正常,路面交通平稳。

记者从中塔边境的卡拉苏出入境边防检查站获悉,地震发生后,当地正在全面排查受灾情况,目前没有收到人员伤亡和房屋受损的信息。

克州乌恰县康苏镇一名镇干部电话告诉记者,当地农牧民普遍住进抗震安居房,目前没有人员伤亡和财产损失报告。

高位谋划 全面部署 统筹兼顾

(上接第一版)

农民增收方面。要拓宽农民增收渠道,持续开展新型经营主体提升行动,加快农业社会化服务体系建设和促进农业经营增效,持续深化农村改革,赋予农民更加充分的财产权益。

建设宜居宜业和美乡村方面。要扎实推进乡村建设,开展“千村示范”“百村提升”专项行动,提升基础设施和公共服务能力,加强农村疫情防控工作。

乡村治理方面。要着力强化农村基层党组织政治功能和组织功能,提升乡村治理效能,加强农村精神文明建设。

城乡融合方面。要构建乡村振兴多元投入机制,健全乡村人才振兴政策体系,推进城乡区域融合发展。同时,对加强党对“三农”工作的领导作出细致安排,提出要研究制定乡村振兴责任制实施细则,注重乡村振兴等考核成果运用。

文件具有三个特点:体现了“实”的要求。对“千亿斤粮食”“秸秆变肉”暨千头肉牛、万头级农业及农产品加工业和食品加工业等重点行业,按照量力而行、尽力而为的原则,提出年度发展指标和具体举措,确保每项工作着实处有抓手。体现了工程化项目的抓法。从谋划起草时就考虑政策落地问题,每项工作都按照工程化要求谋划设计,统筹项目安排、资金投入、政策支持,采取“五化”闭环工作法,确保各方面部署务实有效,取得预期效果。体现了统筹兼顾。既部署全年工作,又把当前任务,安排了农村疫情防控等急事要事;既突出农业生产,又兼顾“三农”同步发展、促进城乡融合的需要,做到围绕全局、突出重点、统筹安排。

持续健全基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障机制。落实分类资助农村低收入人口参保政策,继续对农村特困人员参保给予全额资助、对低保对象参保给予定额资助;完善符合条件的易返贫致贫人口资助参保政策,资助标准由各省(自治区、直辖市)根据经济社会发展水平和城乡居民基本医疗保险筹资标准合理确定。强化高额医疗费用支出预警监测,建立健全防范化解因病返贫致贫风险长效机制。

(十七)加大医保基金支持力度。积极通过乡村一体化管理实现村卫生室医保结算,在有条件的地方支持将符合条件的村卫生室纳入医保定点管理。支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务模式建设,依托乡村医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费。有条件的地方可以调整乡镇卫生院、村卫生室一般诊疗费。各地实施动态调整医疗服务价格时,要统筹支持乡村医疗卫生机构发展,促进分级诊疗。合理提高医保基金对乡村医疗卫生机构的总额控制指标,年度新增医保基金重点向乡村医疗卫生机构倾斜,逐步提高县域内医保基金用于乡村医疗卫生机构的比例。医保报销目录中增设农村地区适宜卫生服务项目,逐步提高乡村医疗卫生机构服务性收入占比。

(十八)优化农村医保管理服务。加强农村地区医保经办管理服务和监督管理能力建设,探索将村级医保服务纳入农村网格化服务管理。加强基层医保基金监管能力建设,把医保基金监管纳入乡镇政府综合监管体系,持续加大对骗保套保等违法违规行为的打击力度。

六、加强组织领导

(十九)压实工作责任。建立省级统筹、市负总责、县抓落实的工作机制,把乡村医疗卫生体系建设作为五级书记抓乡村振兴的重要内容,建立健全地方各级党委乡村医疗卫生工作领导体制机制,强化属地责任,纳入当地经济社会发展规划统筹部署,切实落实领导、投入保障、管理、监督责任。

(二十)加强协同配合。各地要结合实际细化实化工作重点和政策措施。建立卫生健康、党委农村工作部门牵头,机构编制、发展改革、教育、财政、人力资源社会保障、自然资源、农业农村、乡村振兴、医保、疾控、中医药等部门和单位参与的工作推进机制,形成支持乡村医疗卫生体系建设的合力。加快村民委员会公共卫生委员会建设。注重发挥各级人大、政协监督作用。支持群团组织、社会组织等积极参与乡村医疗卫生事业发展。

(二十一)强化考核督导。建立乡村医疗卫生体系健康发展督导评估机制,中央和省层面加强对地方政府政策保障、人员队伍建设等重点任务进展情况的综合督导评估,并将其作为乡村振兴有关督查考核的重要内容。

(二十二)营造良好氛围。建立健全乡村医疗卫生人员荣誉表彰制度。各类人才项目、荣誉表彰、评优评奖向乡村医疗卫生人员倾斜。加大对乡村医疗卫生人员中先进事迹的宣传力度,在全社会形成尊重乡村医疗卫生人员、关心乡村医疗卫生工作的良好氛围。