

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防控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、病毒变种情况、门诊诊疗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

处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,三年多来,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。

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。

四是大力推动互联网医疗,更好满足人民群众在疫情期间看病就医需要。

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各项工作

新变异株是否可能引发新一轮感染高峰?专家研判分析认为,由于我国刚经历疫情大流行,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。

中国疾控中心传染病研究室研究员常昭瑞介绍,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、致病力增强的新型变异株,及时按照相关方案采取措施。

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,坚决巩固住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同相关部门进一步健全监测预警体系,加强疫情防控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。

据新华社北京2月23日电

中国首颗,成功发射!

据新华社北京2月23日电

(记者宋晨)2月23日晚间,由中国航天科技集团有限公司所属中国运载火箭技术研究院抓总研制的长征三号乙运载火箭在西昌卫星发射中心点火升空,将中星26号卫星顺利送入预定轨道,发射任务取得圆满成功,这意味着安全可靠、覆盖更广的信息传输手段将向边远地区延伸。

本次发射的中星26号卫星是我国首颗超百Gbps容量高通量卫星,卫星将定点于东经125度轨

位。该星交付后,将由航天科技集团中国卫通公司负责运营管理。

中星26号卫星采用我国自主研发的东方红四号增强型卫星平台。该卫星是国家重要的空间基础设施,是满足卫星互联网及通信传输要求的新一代高通量通信卫星。

中星26号卫星将与中国卫通现有的中星16号卫星、中星19号卫星两颗高通量卫星共同为用户提供高速的专网通信和

卫星互联网接入等服务,为边远地区提供安全可靠、覆盖更广的信息传输手段,进一步缩小城乡“数字鸿沟”,并有效满足空中旅行与远航中对于宽带通信的巨大需求,在为国家数字经济发展筑牢基础网络能力的同时,也为卫星互联网业务提供可持续发展的新商业模式。

2月23日19时49分,我国在西昌卫星发射中心使用长征三号乙运载火箭,将中星26号卫星发射升空。

新华社发



进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展

(上接第一版)

——坚持强化医疗卫生资源县域统筹。按照因地制宜、先立后破的要求,加强县域内资源整合和优化配置,改善基层基础设施条件,推进县域医共体建设,提高乡村医疗卫生体系综合服务、应急处置和疫情防控能力。

——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、规范化的乡村医生队伍。

——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和待遇保障问题,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

中心、县级医院服务覆盖能力不足的县,

可以在县城之外建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合建卫生室。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、派驻以及邻(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公办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)达到二级甲等医院医疗服务能力。全面提升乡镇卫生院防病治病和健康管理能

力,鼓励拓展康复医疗、医养结合、安宁疗护等服务功能。完善并提高乡镇卫生院建设和服务标准,健全急诊急救和巡诊服务体

系,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。加强村卫生室能力建设,强化其基本医疗服务功能,允许具备条件的村卫生室拓展符合其功能定位的医疗服务。

可以采取县域内医疗卫生机构整体参加医疗责任保险等方式,健全村卫生室医疗风险分担机制。坚持中西医并重,促进中医药传承创新发展,扩大乡村医疗卫生机构中医药服务供给。鼓励社会力量办诊所、门诊部、民营医院等,为农民群众提供多元化医疗服务,并参与承接政府购买公共卫生服务。

(六)加强乡村医疗卫生体系疾病预防控制能力建设。创新医防协同、医防融合机制,健全乡村公共卫生服务体系。制定完

善乡村医疗卫生机构公共卫生责任清单。加强县级医院、乡镇卫生院公共卫生相关科室建设。在有条件的乡镇中心卫生院建立标准化的发热门诊,配备负压救护车,一般乡镇卫生院建立标准化的发热门诊(哨点)。强化村卫生室基本公共卫生服务功能,严格落实传染病疫情报告责任,提高风险隐患早期识别能力,筑牢农村疾病预防控制网底。加强县域传染病防控救治体系和应急处置能力建设。推进县级疾病预防控制中心标准化建设。

加强医疗卫生机构与疾病预防控制机构医防协同配合,逐步建立疾病预防控制监督员制度。

(七)加快推进县域内医疗卫生服务信

息化。完善区域全民健康信息标准化体

系,推进人口信息、电子病历、电子健康档

案和公共卫生信息互联互通共享,到2025年统筹建成县域卫生健康综合信息平台。大力推进“互联网+医疗健康”,构建乡村远程医疗服务体系,推广远程会诊、预约转诊、互联网复诊、远程检查,加快推动人工智能辅助诊疗在乡村医疗卫生机构的配置应用。提升家庭医生签约和乡村医疗卫生服务数字化、智能化水平。

三、发展壮大医疗卫生人才队伍建设

(八)多渠道引才用才。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生培养规模,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生。落

实艰苦边远地区县乡医疗卫生机构公开招聘倾斜政策。医学专业高等学校毕业生到乡村两级医疗卫生机构工作,按规定完

成享受基层学费补偿国家助学贷款代

偿政策。落实医学专业高等学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

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和医疗机构临床医

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的关系,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内部分配时设立全科医生津贴项目并在绩效工资中单列。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费政策,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到县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