

山西省人民政府办公厅关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见-全文-晋

政办发[2015]82号 - 法规库 - 中国会计视野

各市、县人民政府，省人民政府各委、办、厅、局：

为进一步加强乡村医生队伍建设，切实筑牢农村医疗卫生服务网底，保障农村居民基本医疗卫生服务的公平性、可及性，根据国务院办公厅《关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》(国办发[2015]13号)精神，结合我省实际，经省人民政府同意，提出以下实施意见。

一、指导思想和工作目标

(一)指导思想。坚持保基本、强基层、建机制，立足省情，着眼基本医疗卫生制度长远建设，改革乡村医生服务模式和激励机制，健全完善乡村医生服务补偿、培养培训和养老保障等政策，稳定和优化乡村医生队伍，强化管理指导，规范医疗卫生服务行为，全面提升村级医疗卫生服务水平。

(二)工作目标。通过10年左右的努力，力争使全省乡村医生总体取得中专及以上学历，逐步具备执业助理医师及以上资格，乡村医生合理待遇得到较好保障，基本建成一支素质较高、适应需要、结构逐步优化的乡村医生队伍，促进基层首诊、分级诊疗制度的建立，更好地为农村居民提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务。

二、明确乡村医生功能任务和配备标准



(三)按村卫生室功能定位配备乡村医生。乡村医生(包括在村卫生室执业的执业(助理)医师,下同)主要负责向农村居民提供公共卫生和基本医疗服务,并承担卫生计生行政部门委托的其他医疗卫生服务相关工作。各地要随着基本公共卫生服务的深入开展和基层首诊、分级诊疗制度的逐步建立,综合考虑辖区服务人口、服务现状和预期需求以及地理条件等因素,合理配置乡村医生。原则上每千服务人口应配备 1-2 名乡村医生,人口超过 1000 人的行政村,人口每增加 500 人,可增加 1 名乡村医生,有条件的应聘用女性村医。

三、加强乡村医生管理

(四)严格乡村医生执业准入管理。在村卫生室执业的医护人员必须具备相应的执业资格并按规定进行执业注册。新进入村卫生室从事预防、保健和医疗服务的人员,应当具备执业(助理)医师资格。条件暂不具备的地区,可采取公开招聘、定向培养等方式充实、优化乡村医生队伍。对公开招聘、“村来村去”定向培养的中专及以上学历医学生,由县级卫生计生行政部门按照《乡村医生从业管理条例》及我省相关规定经考核后注册聘用。探索建立将农村具有中医药一技之长的人员纳入乡村医生管理的长效机制。鼓励城市退休医生、执业(助理)医师到村卫生室工作。

(五)规范乡村医生业务管理。县级卫生计生行政部门按照《中华人民共和国执业医师法》《乡村医生从业管理条例》等有关规定,健全完善村卫生室医疗安全管理制度,严格落实乡村医生诊疗规范、操作规程等技术规范,严禁超范围执业。加强村卫生室治疗(处置)室建设规范和医疗质量管理控制,开展预防接种和提供静脉给药服务的乡村医生,应经县(市、区)卫生计生行政部门核准。落实国家基本药物制度政策,开展乡村医生合理用药知识培训,促进合理用药,提高村级医疗卫生服务的安全性和有效性。



(六)规范开展乡村医生考核。各地要进一步创新考核制度,把对乡村医生考核重点从单纯的工作数量 and 经济效益为主,转变到考核乡村医生提供的基本医疗和公共卫生服务的数量、质量、群众满意度,以及乡村医生学习培训、医德医风等主要内容。县级卫生计生行政部门要组织或委托乡镇卫生院每年对乡村医生组织 1-2 次全面考核,并将考核结果在所在村公示,主动接受群众监督。考核结果作为财政补助、人员奖惩、收入分配和乡村医生执业注册的主要依据。

四、优化乡村医生队伍结构

(七)加强继续医学教育。各地要按照《全国乡村医生教育规划(2011-2020 年)》要求,以服务需求为导向,以岗位职责为依据,结合当地实际,制定乡村医生继续医学教育规划,努力实现乡村医生继续医学教育全覆盖。要将乡村医生继续教育工作纳入我省“百千万卫生人才培养工程”统筹推进,采取“一对一”结对帮扶、集中培训、专项技术培训、进修学习等多种形式,为村卫生室培养一批具有发展潜能、能够熟练应用基层适宜技术、得到辖区居民认可的专业技术人才。鼓励在岗乡村医生参加中、高等医学院校举办的医学学历教育,促进乡村医生医学学历教育与执业(助理)医师资格考试有效衔接。对于参加学历教育并取得医学相应学历的在岗乡村医生,政府应对其学费予以适当补助。

(八)规范开展乡村医生岗位培训。建立在岗乡村医生定期培训制度,县级卫生计生行政部门对乡村医生每年免费培训不少于 2 次,累计培训时间不少于 2 周。各地要依托县级医疗卫生机构或乡镇卫生院,开展乡村医生岗位培训。各地要选派具有执业(助理)医师资格的优秀乡村医生到省、市级医院接受免费培训;乡村医生每 3-5 年免费到县级医疗卫生机构或有条件的中心乡镇卫生院脱产进修,进修时间原则上不少于 1 个月,内容以提高临床诊疗能



力、公共卫生服务能力和专项技术水平为主。各地要结合乡村一体化管理,探索建立乡镇卫生院医务人员下派村卫生室帮扶制度。乡村医生应学习中医药知识,运用中医药技能防治疾病。乡村医生岗位培训经费由各级财政统筹解决。

(九)建立乡村医生后备人才培养机制。各市卫生计生行政部门应当会同教育部门,制定乡村医生后备人才培养规划和实施办法,推进建立乡村医生后备人才库。各地要加强农村订单定向医学生免费培养工作,本着“村来村去”的原则,选拔综合素质好、具有培养潜质的青年后备人员,依托当地医学院校,重点实施面向村卫生室的3年制中、高职免费医学生培养,免费医学毕业生应承诺获得相应学历和执业资格后到村卫生室至少服务6年。建立村卫生室后备人才梯队,鼓励大专以上医学毕业生到村卫生室工作,政府可给予一定补偿。鼓励各地将取得师承和确有专长资格人员纳入乡村医生后备人才梯队。

五、提升乡村医生岗位吸引力

(十)拓宽乡村医生发展空间。探索紧密型乡村一体化管理服务模式。各地要采取有效措施,进一步吸引执业(助理)医师到村卫生室工作。鼓励各地按照国家政策规定的程序和要求聘用具有执业(助理)医师资格的乡村医生。同等条件下,优先聘用连续三年考核评定为优秀的专科以上大学生村医,充实到乡镇卫生院。到村卫生室工作的医学院校本科毕业生优先参加住院医师规范化培训。

六、转变乡村医生服务模式



(十一)推进健康管理签约式服务。结合乡村医生服务能力实际,组织乡村医生或由乡镇卫生院业务骨干(含全科医生)组成家庭医生团队,与农村居民签订一定期限的服务协议,建立相对稳定的契约服务关系,提供约定的基本医疗卫生服务,并按规定收取服务费。服务费由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约农村居民分担,具体标准和保障范围由各地根据当地医疗卫生服务水平、签约人群结构以及医保基金和基本公共卫生服务经费承受能力等因素确定。乡村医生提供签约服务,除按规定收取服务费外,不得另行收取其他费用。加大适宜技术的推广力度,鼓励乡村医生提供预约式、跟踪式、关怀式、监测式、医养结合式等个性化的健康服务,并按有关规定收取费用。各地要转变乡村医生服务理念,变“坐堂行医”为“主动服务”,为农村居民提供便捷、连续、综合性健康服务。

(十二)建立乡村全科执业助理医师制度。结合国家乡村全科执业助理医师资格考试制度建立,各地要有序推进乡村医生队伍建设和全科医生队伍建设的衔接。各地要结合本地乡村医生队伍实际,采取积极有效的激励措施,促进和引导乡村医生主动参与执业资格转化工作。要参照国家乡村全科执业助理医师资格考试大纲设置,组织乡村医生开展针对性强化培训,为乡村医生获得乡村全科执业助理医师资格提供帮助。取得乡村全科执业助理医师资格的人员可以继续参加相应类别的执业医师资格考试。

七、保障乡村医生合理收入

(十三)切实落实乡村医生多渠道补偿政策。各地要根据乡村医生服务能力和服务成本,采取购买服务的方式,保障乡村医生合理的收入水平。



对于乡村医生提供的基本公共卫生服务,通过政府购买服务的方式,根据核定的任务量和考核结果,将相应的基本公共卫生服务经费拨付给乡村医生。在 2014 年和 2015 年将农村地区新增的人均 5 元基本公共卫生服务补助资金全部用于乡村医生的基础上,未来新增的基本公共卫生服务补助资金继续重点向乡村医生倾斜,用于加强村级基本公共卫生服务工作和实施签约服务工作。各地要明确乡镇卫生院和村卫生室的公共卫生任务分工,努力将 50% 左右的公共卫生任务交由村卫生室承担,确保与其功能定位和服务能力相适应。

将符合条件的村卫生室纳入医保定点医疗机构管理,对于乡村医生提供的基本医疗服务,主要由个人和新农合基金支付。村卫生室一般诊疗费统一核定为每门诊人次 4 元(三天为一疗程),参合农民患者自付 1 元,其余 3 元纳入新农合支付范围,在新农合门诊统筹基金中总额控制和全额支付。

对村卫生室执行国家基本药物制度后减少的收入给予补助,补助标准原则上按村卫生室所在村的户籍人口每人每年不少于 5 元的标准执行。对于补助标准高于省定标准的市、县,按本市、县所定标准执行。

安排专项经费对村卫生室日常运行发生的水、电、暖、信息网络维护费等公用支出给予补助,每个村卫生室每年补助金额不低于 1000 元,省级给予适当补助。村卫生室用水、用电执行当地居民用水、用电价格。

(十四)进一步加大人口小村和偏远地区村卫生室补助力度。对国家有关部门规定的偏远、条件艰苦地区和连片特困地区,各地在核算乡村医生补助经费时,凡按照服务人口核算的补助



经费，服务人口不足 800 人的，县级财政按照 800 人的补助标准核定并补足。鼓励各地根据偏远、条件艰苦和连片特困地区执业的难易程度，制定乡村医生差别化补助政策。

随着经济社会的发展，动态调整乡村医生各渠道补助标准，逐步提高乡村医生的待遇水平和村卫生室服务能力。

八、建立健全乡村医生养老和退出政策

(十五)完善乡村医生养老政策。各地要积极引导符合条件的乡村医生参加城乡居民养老保险，对符合相应待遇领取条件的乡村医生按月发放社会养老金。符合参加城乡居民养老保险的在岗乡村医生，继续按每人每月 30 元的标准享受政府的专项缴费补助。进一步落实老年退养乡村医生的补助标准，对符合退养条件的乡村医生，给予每人每月 100 元的生活补贴(不离岗不享受)。缴费补助和退养补助，省级财政负担 50%，市县负担比例由各设区市自行确定。支持和引导乡村医生比照灵活就业人员参加城镇职工养老保险。

对已落实乡村医生养老保障待遇，且高于此标准的地区，仍按原标准执行。各地要结合当地经济社会发展水平，逐步提高乡村医生养老保障水平。

(十六)建立乡村医生退出机制。年满 60 周岁的乡村医生，原则上应于到龄的当年 12 月底退出乡村医生岗位，办理乡村医生资格注销及退养手续。对确因工作需要或无合适接替人员的，可适当延长工作时间和年限，经县级卫生计生行政部门批准后注册，实行一年一聘，最长不超过 5 年。各地要结合乡村医生养老保障机制，建立乡村医生退出机制，促进乡村医生队伍更新。



九、改善乡村医生工作条件和执业环境

(十七)加强村卫生室建设。村卫生室建设应坚持政府主导，根据区域卫生规划，综合考虑辖区服务人口、农村居民需求以及地理条件，本着方便群众和优化卫生资源设置的原则，合理设置村卫生室。对 200 人以下或列入移民搬迁规划的行政村，可通过乡镇卫生院定期巡回医疗，或由邻近村卫生室提供服务。县级人民政府应把村卫生室建设纳入社会主义新农村建设和村级组织活动场所建设规划中统筹考虑，采取公建民营、政府补助等方式，扶持村卫生室房屋建设和设备购置，新建村卫生室的建设用地由村委会无偿提供。按照“填平补齐”的原则，各级政府逐年对村卫生室业务用房建设和设备配备给予支持。

要结合农村公共服务平台建设等项目，加快村卫生室信息化建设，运用互联网技术，建立以农村居民健康档案和基本诊疗为核心的信息系统并延伸至村卫生室，支持新型农村合作医疗即时结算管理、健康档案和基本诊疗信息联动、绩效考核以及远程培训、远程医疗等。

(十八)建立乡村医生执业风险化解机制。各地要探索建立适合乡村医生特点的医疗风险分担机制，支持乡村医生参加医疗责任保险。可将村卫生室随县域内医疗卫生机构整体参加医疗责任保险，保险费用可从各级政府对村卫生室的运行维护补助经费中统筹支出，或通过政府、村民委员会、乡村医生趸缴的办法解决。

十、加强组织领导

(十九)制定实施方案。各地、各有关部门要将加强乡村医生队伍建设纳入深化医药卫生体制改革中统筹考虑。各市、县(市、区)要在本意见出台 3 个月内，制定出台具体实施方案，并



报省医改办、省卫生计生委、省发展改革委、省教育厅、省财政厅、省人力资源社会保障厅备案。

(二十)落实资金投入。县级人民政府要将乡村医生队伍建设相关经费纳入财政预算。中央财政及省、市人民政府对乡村医生队伍建设予以支持,进一步加大对困难地区的补助力度。各级财政要及时足额下拨乡村医生队伍建设相关经费,确保专款专用,不得截留、挪用、挤占。

(二十一)开展督导检查。各地要切实维护乡村医生的合法权益,严禁以任何名义向乡村医生收取、摊派国家规定之外的费用。对在农村预防保健、医疗服务和突发事件应急处理工作中作出突出成绩的乡村医生,可按照国家有关规定给予表彰。省卫生计生委和有关部门要建立督查和通报机制,确保乡村医生相关政策得到落实。

山西省人民政府办公厅

2015年8月31日

