

三门峡市人民政府办公室文件

三政办〔2017〕17号

三门峡市人民政府办公室 关于切实加强乡村医生队伍建设的实施意见

各县（市、区）人民政府，城乡一体化示范区、开发区、产业集聚区管理委员会，市人民政府各部门：

乡村医生（包括在村卫生室执业的执业医师、执业助理医师、乡村全科执业助理医师，下同）是医疗卫生服务队伍的重要组成部分，是农村居民的健康“守护人”，是发展农村医疗卫生事业、保障农村居民健康的重要力量。近年来，特别是新一轮医药卫生体制改革实施以来，乡村医生整体素质稳步提高，服务条件明显改善，农村居民基本医疗卫生服务的公平性、可及性不断提升。但也要看到，乡村医生队伍仍是农村卫生服务体系的薄弱环节，

难以适应农村居民日益增长的医疗卫生服务需求。为切实加强乡村医生队伍建设，筑牢农村医疗卫生服务“网底”，根据《河南省人民政府办公厅关于切实加强乡村医生队伍建设的实施意见》（豫政办〔2015〕147号）精神，经市政府同意，现结合我市实际，提出如下实施意见。

一、总体要求和主要目标

（一）总体要求。坚持“保基本、强基层、建机制”的基本原则，从我市实际和基本医疗卫生制度长远建设出发，加强乡村医生队伍管理，提高乡村医生队伍素质，改革乡村医生服务模式和激励机制，落实和完善乡村医生补偿、养老和培养培训政策，稳定和优化乡村医生队伍，全面提升村级医疗卫生服务水平。

（二）主要目标。结合省基层卫生人才工程实施，力争到2020年，使乡村医生总体具备中专及以上学历，逐步具备执业助理医师及以上资格，基本建成一支素质较高、适应需求的乡村医生队伍，促进基层首诊、分级诊疗制度建立，更好地保障农村居民享有均等化的基本公共卫生服务和安全、有效、方便、价廉的基本医疗服务。

二、明确乡村医生功能任务

（三）明确乡村医生职责。乡村医生主要为农村居民提供基本公共卫生和基本医疗服务，并在上级医师指导下全面开展签约服务，承担卫生计生部门委托的其他医疗卫生服务相关工作。

（四）合理配置乡村医生。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，县级卫生计生部门要

综合考虑辖区服务人口、服务现状、预期需求及地理条件等因素，合理配置乡村医生，原则上，按照每千户籍人口1—2名的标准配备乡村医生，每个村卫生室至少有1名乡村医生执业。

三、加强乡村医生管理

（五）严格乡村医生执业准入。县级卫生计生部门要按照《中华人民共和国执业医师法》和《乡村医生从业管理条例》（国务院令第386号）等有关法律、法规，加强乡村医生准入管理。在村卫生室执业的乡村医生必须具有乡村医生执业证书或执业（助理）医师（包括乡村全科执业助理医师，下同）资格证书，并在县级卫生计生部门注册获得执业许可。在村卫生室从事护理等其他服务的人员要具备相应的执业资格。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医师或执业助理医师资格。无人执业的村卫生室，可以统筹调剂或由乡镇卫生院派驻具备执业资格人员在村卫生室执业，并按规定办理变更执业注册手续。

（六）规范乡村医生业务管理。县级卫生计生部门要依据乡村医生的工作职责，制定符合村卫生室功能定位的门诊日志、处方、安全注射、安全用药、消毒隔离、医疗废物处理、传染病登记等管理制度和操作流程。要按照《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，切实加强乡村医生执业管理和行为监督检查，督促其规范诊疗、合理用药，提高医疗卫生服务的安全性和有效性。对超范围执业、违规执业、过度诊疗、过度用药的乡村医生，一经发现，依据有关法律、法

规和制度规定严肃处理。

（七）规范开展乡村医生考核。县级卫生计生部门的统一组织下，由乡镇卫生院定期对乡村医生开展考核。考核内容包括乡村医生提供的基本医疗和基本公共卫生服务的数量、质量和群众满意度，开展医生签约服务、参加学习培训、落实基本药物制度以及医德医风等情况。考核结果作为乡村医生执业注册、财政补助和收入分配的主要依据，并录入农村医疗卫生机构从业人员管理系统。

四、提高乡村医生队伍整体素质

（八）加强继续教育。各县（市、区）要按照《全国乡村医生教育规划（2011—2020年）》要求，切实加强乡村医生教育和培养工作。鼓励符合条件的在岗乡村医生进入中、高等医学（卫生）院校（含中医药院校）接受学历教育，提高整体学历层次。对按规定参加学历教育并取得医学类大专及以上学历的在岗乡村医生，政府对其学费给予适当补助。具体实施办法按照省卫生计生委制定的实施方案及细则执行。

（九）规范开展乡村医生岗位培训。各县（市、区）要依托县级医疗机构或有条件的中心乡镇卫生院，以服务需求为导向，以岗位职责为依据，通过上级医师岗位指导、例会、集中培训、远程教学等方式，定期对在岗乡村医生进行培训，确保乡村医生每年接受免费培训不少于2次，累计培训时间不少于2周；要健全定期进修学习机制，保证乡村医生每3—5年免费到县级医疗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。定期培训、脱产进修所需资金由县级财政承担。要按照自愿申请、统筹安排的原则，分期选派具有执业（助理）医师资格证书的乡村医生到省、市级医院接受免费培训，所需资金由省级财政在医疗卫生支出中统筹安排。在年度指标控制范围内，各县（市、区）可将具有执业（助理）医师资格证书的乡村医生和到村卫生室工作的医学院校本科毕业生纳入基层骨干医师培训、全科医生转岗培训、基层卫生人才在职学历提升、住院（全科）医师规范化培训等“369人才工程”各项计划统筹安排。乡村医生要学习中医药知识和技能，运用中医药适宜技术防治疾病。

（十）实施村卫生室免费医学生订单定向培养计划。结合《河南省农村订单定向医学生培养计划》，建立完善农村订单定向医学生培养机制，逐步扩大实施范围，以需求为导向，实施面向村卫生室的3年制高职、高专免费医学生培养。免费医学生主要以农村生源为主，毕业后分配到村卫生室执业。

（十一）拓宽乡村医生发展空间。乡镇卫生院出现编制空缺需要招录卫生技术人员时，在同等条件下优先聘用具有大专以上学历和执业（助理）医师资格证书的乡村医生，进一步吸引执业（助理）医师和医学院校毕业生到村卫生室工作。结合乡村一体化管理工作的开展，鼓励各县（市、区）按照国家政策规定的程序和要求聘用具有执业（助理）医师资格证书的乡村医生，采取人事代理制、岗位聘用制等方式，纳入乡镇卫生院统一管理，提高乡村医生岗位吸引力。

五、发挥乡村医生健康“守护人”作用

（十二）开展契约式服务。各县（市、区）要结合实际，加快推进乡村医生和农村居民签约服务工作，努力实现到2020年每个家庭都有1名合格的家庭医生。乡村医生或由上级医疗机构业务骨干（含全科医生）和乡村医生组成团队与农村居民签订一定期限的服务协议，明确责任、权利和义务，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，并按协议规定的标准收取服务费。服务费由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民分担。具体标准和保障范围由各县（市、区）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。开展区域医疗联合的县级公立医院和建立对口支援关系的上级医院医务人员应主动参与签约服务团队，加强技术指导，提高签约服务的质量和效率。

（十三）建立乡村全科执业助理医师制度。为做好乡村医生队伍建设与全科医生队伍建设的衔接工作，根据国家有关部门统一部署，在现行的执业助理医师资格考试中增设乡村全科执业助理医师资格考试。乡村全科执业助理医师资格考试按照国家医师资格考试相关规定，由国家行业主管部门制定考试大纲，统一组织，单独命题，考试合格的发放乡村全科执业助理医师资格证书，限定在乡镇卫生院或村卫生室执业。取得乡村全科执业助理医师资格的人员可按规定参加医师资格考试。

六、保障乡村医生合理收入

（十四）完善乡村医生补偿机制。各县（市、区）要综合考

考虑乡村医生工作的实际情况、服务能力和服务成本，健全补偿机制，畅通补偿渠道，采取购买服务的方式，保障乡村医生合理的收入水平。

在2014年和2015年农村地区新增人均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。2016年起将50%以上的基本公共卫生服务任务交由村卫生室承担，并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，用于加强村级基本公共卫生服务工作。

未开展乡村医生和农村居民签约服务的地方，乡村医生提供基本医疗服务按规定收取一般诊疗费。一般诊疗费由医保基金和个人按规定标准分担。各县（市、区）要将符合条件的村卫生室和个体诊所等纳入医保定点医疗机构管理范围。

综合考虑基本医疗和基本公共卫生服务补偿情况，对实施基本药物制度的村卫生室给予基本药物补助，所需资金、补助标准及各级财政分担比例继续按照《三门峡市人民政府办公室关于进一步加强乡村医生队伍建设的实施意见》（三政办〔2011〕17号）中有关规定执行。随着经济社会发展，动态调整乡村医生各渠道补助标准，逐步提高乡村医生待遇水平。

（十五）提高连片特困地区乡村医生待遇。对在国家有关部门规定的连片特困地区服务的乡村医生，当地财政要适当提高定额补助标准，加大补助力度，稳定连片特困地区乡村医生队伍。

七、建立健全乡村医生养老和退出机制

（十六）完善乡村医生养老政策。各县（市、区）要支持和引导符合条件的乡村医生按规定参加职工基本养老保险。不属于职工基本养老保险覆盖范围的乡村医生，可在户籍地参加城乡居民基本养老保险。

对符合领取生活补助条件的老年乡村医生，按规定标准发放生活补助。省、市级财政依据2013年各县（市、区）卫生、财政、监察、审计四部门联合审核上报的2012年度老年乡村医生人数，将省、市级应负担资金数列入转移支付补助基数；2013年1月1日至2015年12月31日期间增加人员按照规定审核后所需资金按照省有关规定由县（市、区）政府协调解决；2016年1月1日后增加人员按照规定审核后所需资金由市、县级财政共同负担，其中：市级财政承担45元（15%），县级财政承担255元（85%）。

（十七）建立乡村医生退出机制。各县（市、区）要结合实际，建立乡村医生到龄退出机制。在村卫生室执业的乡村医生，应由县级卫生计生部门会同有关部门，按照公开、公平、公正原则，从具备执业资格、65周岁以下（含65周岁）的乡村医生中考核确定或医学院校毕业生中招录，65周岁以上的乡村医生原则上不再在村卫生室执业。对身体健康、群众信任的到龄优秀乡村医生，或因退出后村卫生室无符合条件从业人员，影响居民看病就医的，经申请审核可以延长到龄乡村医生的执业年限，具体办法由县级卫生计生部门制定。到龄乡村医生延长执业期间不享受生活补助待遇。

八、改善乡村医生工作条件和执业环境

（十八）改善村卫生室服务条件。各县（市、区）政府要承担村卫生室建设的主体责任，依托农村公共服务平台建设等项目，结合原市卫生局等七部门联合下发的《关于加强村卫生室建设的指导意见》（三卫农卫〔2014〕15号），采取公建民营、政府补助等方式，进一步支持村卫生室基础设施建设和基本设备配备。鼓励有条件的地方对村卫生室的水、电、网络等日常运行费用进行补助。

（十九）加强村卫生室信息化建设。各县（市、区）要运用移动互联网技术和云计算平台，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，实现新农合即时结算、健康档案和基本诊疗信息联动、绩效考核监管、远程培训、远程医疗等功能，全面提升村卫生室信息化管理水平。

（二十）建立乡村医生执业风险化解机制。各县（市、区）要结合实际，采取县域内医疗卫生机构整体参加医疗责任保险、筹集医疗风险基金等多种方式，建立适合乡村医生特点的医疗风险分担机制，所需资金通过个人与村卫生室分担、政府适当补助等多渠道筹集，有效化解乡村医生的执业风险，不断改善乡村医生执业环境。

九、保障措施

（二十一）加强组织领导。各县（市、区）政府和市政府有关部门要充分认识乡村医生队伍在医疗卫生服务体系中的重要作用，将加强乡村医生队伍建设纳入深化医药卫生体制改革中加强领导，统筹安排，协调推进，着力解决乡村医生队伍建设中存在

的突出问题。各有关部门要认真履行职责，强化协作配合，加大督促指导力度，确保各项工作扎实推进。

（二十二）制定实施方案。各县（市、区）政府要根据本意见精神，细化相关政策措施，在本意见印发后30个工作日内制定具体实施方案，并报市卫生计生委备案。

（二十三）保障资金投入。各县（市、区）政府要将乡村医生队伍建设相关经费纳入财政预算。市、县两级财政部门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。

（二十四）严格督导考核。各县（市、区）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取得突出成绩的乡村医生，可按照国家有关规定给予表彰。要建立督查和通报机制，确保乡村医生相关政策落实到位。

2017年3月27日

主办：市卫生计生委

督办：市政府办公室五科

抄送：市委各部门，军分区，部、省属有关单位。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

三门峡市人民政府办公室

2017年3月27日印发

