郑州市乡村医疗卫生体系改革提升攻坚行动

实施方案

(征求意见稿)

为加快推进健康郑州建设，健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系，更好的满足城乡居民医疗卫生服务需求，根据中共中央办公厅、国务院办公厅印发的《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)和中共河南省委办公厅、河南省人民政府办公厅《河南省乡村医疗卫生体系改革提升攻坚行动实施方案》(厅文〔2023〕30号)精神，结合我市实际，制定本实施方案。

一、目标要求

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和二十届三中全会精神，认真落实新时代党的卫生与健康工作方针，坚持以人民健康为中心，强化医疗卫生资源县域统筹，坚持深化体制机制改革，推动医疗卫生工作重心下移、资源下沉，让广大农民群众就近获得更加公平可及、系统连续的医疗卫生服务。到2025年，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，医疗卫生人员素质和结构明显优化，智能化、数字化应用逐步普及，中医药服务全面覆盖，防病治病和健康管理能力显著提升，重大疫情和突发公共卫生事件应对处置能力不断增强，投入保障机制基本健全，运行机制进一步完善，分级诊疗格局初步形成。

二、全面提升基层医疗卫生服务能力和水平

（一）中心乡镇卫生院提质升级。在每个县(市)城区之外，选择不超过3所中心乡镇卫生院建设县域医疗卫生次中心，扩大单体规模，健全临床科室设置，配齐诊断治疗设备，至少能够识别和初步诊治100种以上常见病、多发病，基本达到二级综合医院服务能力。每所通过验收的次中心，省财政给予500万元奖励性补助，市、县财政统筹给予一定奖补。(责任单位：市卫生健康委、市发展改革委、市财政局、市民政局)

(二)村卫生室公有化标准化建设。加强行政村村卫生室公有化、标准化建设，实行政府建设、乡镇卫生院管理、乡村医生无偿使用。到2025年，标准化公有产权村卫生室占比达到95%以上。村卫生室服务能力全部达到基本标准以上，至少能够识别和初步诊治20种常见病，掌握4类以上中医药适宜技术。乡镇卫生院延伸举办的村卫生室占比达到50%以上。（责任单位：市卫生健康委、市发展改革委、市财政局)

（三）打造“五个100”实践样板。通过资金引导、技术支援，五年内在全市基层医疗卫生机构中打造10个全专结合实践样板、10个医防结合实践样板、10个中西医结合实践样板、10个医养结合实践样板、10个安疗结合实践样板。通过验收的实践样板，财政部门通过统筹部门预算和相关补助资金给予支持。(责任单位：市卫生健康委、市财政局、市民政局)

三、纵深推进基层医药卫生体制改革

(一)高质量建设县域医共体。强化县域内资源统筹，建立健全城乡融合、共建共享共管机制，实行行政、人事、财务、业务、用药、信息、后勤等“七统一”管理，完善医保基金总额付费、结余留用、合理超支分担机制，推行“县乡一体化、乡村一体化”管理。建立开放共享的影像、心电、病理诊断、医学检验和消毒供应等中心，推动基层检查、上级诊断和检查检验结果互认。推动人才、技术、服务、管理“四个下沉”，引导群众基层就医，更好发挥乡村医疗服务功能。(责任单位：市卫生健康委、市发展改革委、市财政局、市医保局)

(二)拓展基层医疗机构服务范围。加强全科、中医、康复服务能力建设，恢复提升乡镇卫生院外科、妇产科等临床服务能力，允许符合条件的乡镇卫生院备案开展限制类医疗技术临床应用。允许具备人员资质和设备条件的村卫生室登记相应诊疗科目，并将符合规定的诊疗费用纳入居民医保门诊统筹基金支付范围。鼓励采取县域内建立医疗风险基金或整体参加医疗责任保险、工伤保险、意外伤害保险等方式强化医疗风险防范。（责任单位：市卫生健康委、市医保局）

(三)完善医保支付政策。将符合条件的村卫生室纳入医保定点管理范围。逐步放宽基层医疗卫生机构诊疗项目、药品配备使用条件。动态调整基层医疗卫生机构服务价格，建立以医疗服务为主导的收费机制。根据居民医保基金运行情况，逐步提高基层医疗卫生机构普通门诊统筹医保政策范围内报销比例至70%左右。推动县域内“门诊两病”（高血压、糖尿病）用药定点下放基层，引导常见病、多发病基层就医。完善医共体总额付费政策，逐步提高县域内医保基金用于乡村医疗卫生机构的比例。根据家庭医生签约服务推进情况，逐步探索依托基层医疗卫生机构推行居民医保门诊统筹按人头付费。持续扩展同病同付的DIP基层病种数量，逐步扩大基层中医日间病房覆盖面。(责任单位：市医保局、市卫生健康委)

(四)完善药品保障政策。完善医共体内药品耗材统一采购、统一配送、统一价格、统一结算的采购模式，乡镇卫生院、社区卫生服务中心与县级医院统一用药目录、统一基本药物使用比例。对实行基本药物制度的政府办和非政府办基层医疗卫生机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站，不含村卫生室），通过购买服务的方式实施统一的管理考核和资金补助政策。推动集采药品进基层，基层医疗机构应优先使用集采推荐目录内药品，集采推荐目录内的非基本药物价格低于同治疗领域基本药物价格的，不受基本药物考核限制。依托县域医共体推进县域中心药房、共享中药房建设，解决下转患者和基层常见病、慢性病用药问题。(责任单位：市卫生健康委、市医保局)

(五)做实家庭医生签约服务。以家庭医生签约服务为载体，推进常见病、多发病和慢性病基层首诊、双向转诊。根据居民医保运行情况，逐步与家庭医生签约的参保对象，选择基层医疗卫生机构首诊并通过签约家庭医生县域内转诊(含上转和下转)的，报销比例在原基础上提高5%。落实家庭医生签约服务费政策。统一制定包含优先就诊、预约转诊、慢病长处方管理、合理用药和就医路径指导、入出院跟踪随访等内容的基础性签约服务包，引导签约居民首诊家庭医生、首选基层医疗卫生机构。探索推广包含健康知识技能培训、就医帮助、上门服务等居民个性化需求的签约收费服务包。完善医共体公共卫生资金打包政策，由医共体以购买服务的形式，对基层医疗卫生机构签约服务人次、服务项目、服务质量、群众满意度等重点指标进行考核，根据考核结果和工作进度进行合理分配。开展医共体内慢病管理专病打包（将医共体打包的部分医保、公共卫生资金打包给基层慢病管理团队），开展糖尿病、高血压免费用药探索，创新医防融合新模式。(责任单位：市卫生健康委、市医保局、市财政局、市人力资源社会保障局)

(六)强化投入责任。落实市县两级党委和政府乡村医疗卫生体系建设主体责任。将政府办乡村医疗卫生机构基本建设和设备购置等发展建设支出足额纳入县级财政预算。将符合条件的乡镇卫生院、村卫生室建设纳入政府债券、土地出让金支持范围，建立政府主导的多元化资金保障机制。严格落实国家基本公共卫生服务项目和基本药物制度补助资金，足额落实村卫生室基本运行经费补助。加大市县两级统筹支持力度，确保乡村医疗卫生体系均衡健康发展。探索建立国家基本公共卫生和基本药物补助资金直达基层医疗卫生机构的核拨机制改革，确保资金执行率和项目实施效果。(责任单位：市卫生健康委、市财政局、市发展改革委)

(七)完善保障激励机制。严格落实政府办乡镇卫生院“公益一类”财政保障政策和“两个允许”要求。逐步将在编人员基本工资、“五险一金”所需资金纳入县级财政年度预算，在编人员绩效工资、非在编人员经费通过服务收费予以补偿。在未达到县级公立医院绩效工资平均水平前，可按规定对乡镇卫生院绩效工资总量不予限制。允许乡镇卫生院突破现行事业单位工资调控水平，自主决定内部绩效工资比例；在奖励性绩效工资中设立全科医生岗位津贴，并将当年收支结余的60%以上用于增发奖励性绩效。对注册全科执业医师、全科执业助理医师(含中医类别)每月发放500元、300元的岗位津贴，经住院医师规范化培训合格的本科学历全科医生，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用等方面，与临床医学、中医学硕士学位研究生同等对待，落实工资等相关待遇。对引进的副高级以上专业技术职务、全日制本科以上医学人才，可参考市场价格合理确定薪酬水平，探索实行年薪制、协议工资制等灵活多样的分配形式。(责任单位：市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生健康委)

(八)完善岗位设置管理和职称晋升倾斜政策。科学、合理、动态设置基层医疗卫生机构专业技术岗位，在乡镇卫生院增设护理类基层高级职称岗位。将基层医疗卫生机构高级专业技术岗位结构比例提高至16%（其中正高级岗位比例5%），中级专业技术岗位结构比例提高至45%。在规定结构比例内基层医疗卫生机构可聘任考试评审通过的中、高级职称医务人员。在乡镇卫生院、村卫生室累计工作25年的执业医师，符合申报条件的，可不受岗位结构比例限制，通过职称“绿色通道”评聘乡镇社区副主任医师职称，可以直接申报卫生系列基层副高级职称。对长期扎根在农村基层工作的执业医师，取得中级职称后，继续在乡镇卫生院、村卫生室服务的，连续聘任满10年的，可不受单位岗位结构比例限制，通过职称“绿色通道”评聘乡镇社区副主任医师职称；其中申报全科医学专业的，可免高级职称业务考试直接申报。(责任单位：市人力资源社会保障局、市卫生健康委)

(九)盘活用好编制岗位资源。按照服务人口1‰左右的比例，以区县（市）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。专业技术人员编制岗位不得低于90%。各区县（市）要结合本地空编情况，多渠道补充乡镇医疗卫生人员，稳步降低空编比例。到2025年空编率降低到5%以下。探索建立医共体“基层编制池”，医共体对基层医疗卫生机构编制实施统一管理，结合工作实际推进“县管乡用”“乡聘村用”。基层医疗卫生机构招聘事业单位工作人员时，由医共体联合基层医疗卫生机构制定编制使用方案和招聘方案，经主管部门同意后，分别报同级编制、人社部门审核，经同级编制、人社部门同意后可在同级卫生健康部门指导下自行组织招聘。对离职、退休人员要及时办理减编手续。同等条件下，乡镇卫生院可优先招录获得执业（助理）医师资格的乡村医生。(责任单位：市委编办、市人力资源社会保障局、市卫生健康委)

(十)壮大乡村医疗卫生队伍。加强县域医疗卫生人才统筹配置和管理，推行县管乡用、乡聘村用。实施大学生村医招聘专项计划、大学生村医订单定向培养计划、在岗优秀村医校园培训计划，选拔、培养一批优秀村医，省级财政给予学费、住宿费和生活费补助。每年选拔培养10名基层中青年学科带头人。开展骨干医师培训、全科医生转岗培训、基层中医人才培训和县域医共体基层学科骨干培训等，每年培养2000名优秀基层卫生健康守门人。对到乡村两级医疗卫生机构工作的医学专业高校毕业生，按规定享受国家助学贷款代偿政策。支持在岗乡村医生考取执业(助理)医师资格。免试注册乡村医生的医学专业大学毕业生在5年内未考取执业(助理)医师资格的，应退出乡村医生岗位。到2025年，每个乡镇卫生院至少配备1名本科以上学历全科医生、1名中医类别执业医师、1名公共卫生类别执业(助理)医师，医护比达1:1.1以上；乡村医生中具备执业(助理)医师资格的人员比例提高到45%以上。(责任单位：市委编办、市财政局、市教育局、市卫生健康委)

(十一)完善乡村医生养老保障政策。全面推行乡聘村用制度。将符合规定条件且具备执业(助理)医师资格的乡村医生纳入乡镇卫生院统一管理，签订劳动合同，统一参加企业职工基本养老保险，由乡镇卫生院和乡村医生个人共同缴纳基本养老保险费。乡镇卫生院缴纳部分纳入其正常支出范围，县级财政对养老保险参保费予以全额补助。鼓励其他乡村医生以灵活就业人员身份参加企业职工基本养老保险，个人缴纳参保费用。达到企业职工养老保险法定退休年龄后，企业职工养老保险缴费不足领取基本养老金最低缴费年限的，可以延长缴费至满最低缴费年限领取基本养老金，也可以按企业职工基本养老保险关系转移接续办法，也可以申请转入城乡居民养老保险，享受相应的养老保险待遇。对年满65周岁且财政未补助参加职工养老保险的乡村医生，按规定落实老年乡村医生生活补助政策。严格落实乡村医生到龄退出和考核不合格退出机制，允许符合条件的到龄退出乡村医生备案开办个体诊所。(责任单位：市人力资源社会保障局、市财政局、市卫生健康委)

(十二)加强城乡医院对口支援。完善城乡协同、以城带乡帮扶机制，将指导基层、下沉服务、接收基层医务人员免费进修作为县级以上公立医院的基本职责，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。通过驻点帮扶、巡诊帮扶，实现对口支援县医院和乡镇卫生院全覆盖、村级巡诊或派驻服务全覆盖。严格驻点和巡诊帮扶工作监管考核，落实晋升职称与对口支援挂钩制度，确保人员派驻到位、责任落实到位。城市公立三级医院向县域医共体派出3名以上专家给予医疗、药学、护理、管理等常年驻守指导；医共体牵头医院向每个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）派驻至少1名主治医师以上职称人员常年服务，各级派驻人员下沉帮扶周期至少6个月，1个周期内派驻人员相对固定，帮扶时间计入职称晋升要求的基层帮扶时长。统筹城区、县、乡各级医疗资源，因地制宜做好巡回医疗工作，城市三级医院到县、乡定期开展巡回医疗，县（区）级医院到乡、村定期开展巡回医疗，乡镇卫生院负责村级巡诊服务，县级巡回医疗每季度开展不少于1次、乡级巡回医疗每个月开展不少于1次；村级巡诊原则上每周不少于1次，每次半天以上，对服务需求较小的地区可调整巡诊频次。(责任单位：市卫生健康委、市人力资源社会保障局）

(十三)提升乡村医疗卫生信息化水平。推进郑州市区域全民健康信息平台建设，各区县（市）以区域平台建设为基础，统一卫生健康信息标准，推进县域人口信息、电子病历、电子健康档案和公共卫生、家庭医生签约服务、县域内双向转诊信息互联互通。到2025年，县域医共体平台、县乡村医疗卫生机构应用系统全部接入各区县（市）的区域全民健康信息平台，各区县（市）全民健康信息平台要与郑州市平台全面对接，实现市域内卫生健康数据互通共享、高效利用。远程影像覆盖所有开展影像业务的乡镇卫生院、社区卫生服务中心，远程心电覆盖所有基层医疗卫生机构和60%以上的行政村卫生室，远程血压覆盖50%以上的基层医疗卫生机构和40%以上的行政村卫生室；2026年底，远程影像、远程心电、远程血压等远程诊疗实现基层全覆盖。建设全市中医药数智服务平台，实现智能化辅诊、处方流转、线上线下一体化审方、中医药诊疗质量控制、中医药智能化传承、中医药智能化监管、运营评价、“1+6”（1个城区和6个县市）中药智能配送等功能。(责任单位：市卫生健康委、市发展改革委、市财政局、市行政审批和政务信息管理局)

四、组织保障

(一)加强组织领导。强化属地责任，将乡村医疗卫生服务体系建设纳入当地经济社会发展规划统筹部署，健全市县乡党委政府乡村医疗卫生服务体系建设工作机制，切实落实领导、投入保障和管理监督责任。

(二)完善协同机制。各区县（市）要结合实际细化政策措施，明确职责分工和时间节点。建立卫生健康部门、党委农村工作机构牵头，机构编制、发展改革、教育、财政、人力资源社会保障、农业农村、医保、数据管理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工作合力。推动村民委员会公共卫生委员会落实职责、发挥作用。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。

(三)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，市级层面加强对各区县（市）政府政策保障、经费投入、服务体系和人才队伍建设等重点任务进展情况的综合督导评估，并作为乡村振兴有关督查考核的重要内容。

本实施方案未尽事宜，按照国家、省、市有关规定执行。