

关于进一步深化改革促进我市乡村医疗卫生体系健康发展的实施意见

各区县卫生健康委（中医药管理局、疾病预防控制中心）、党委编办、发展改革委、教育局、财政局、人力资源社会保障局、自然资源和规划局、农业农村局、医疗保障局：

经市政府同意，现将《关于进一步深化改革促进我市乡村医疗卫生体系健康发展的实施意见》印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。

黄山市卫生健康委员会
(市中医药管理局、市疾病预防控制中心)

中共黄山市委机构编制委员会办公室

黄山市发展和改革委员会

黄山市教育局

黄山市财政局

黄山市人力资源和社会保障局

黄山市自然资源和规划局

黄山市农业农村局

黄山市医疗保障局

2024年9月29日

关于进一步深化改革促进我市乡村医疗卫生体系健康发展的实施意见

为贯彻落实中共安徽省委办公厅、安徽省人民政府办公厅印发的《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系健康发展的实施意见》，进一步提高我市乡村医疗卫生机构能力和水平，助推乡村全面振兴，结合我市实际，制定本实施意见。

一、总体要求

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，落实新时代党的卫生与健康工作方针，把乡村医疗卫生工作作为乡村振兴重要任务，加快县域优质医疗卫生资源扩容和均衡布局，坚持和加强党对乡村医疗卫生工作的全面领导，坚持强化医疗卫生资源县域统筹，坚持把队伍建设摆在重要位置，坚持进一步深化体制机制改革，健全适应乡村特点、优质高效的乡村医疗卫生体系。

到 2025 年，乡村医疗卫生机构定位更加精准，功能布局更加均衡合理，人员素质和结构明显优化，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，力争基层诊疗量占比达到 65%，县域内就诊率达到 90%，歙县、休宁县、祁门县、黄山区至少有 1 所县级公立医院达到三级医院医疗服务能力水平。

二、主要措施

（一）优化乡村医疗卫生机构布局

1. 明晰乡村医疗卫生机构功能定位。根据乡村形态变化和城镇化发展，因地制宜合理配置、精准定位乡村两级医疗卫生机构。必要时，各地可调整辖区内中心乡镇卫生院布局。乡村医疗卫生机构要不断优化基本医疗服务，包括承担常见病、多发病的诊疗服务，加强检查分诊能力建设，增强慢性病等部分疾病诊疗和康复护理服务，完善双向转诊服务体系；要不断夯实基本公共卫生服务，包括深化实化基层公共卫生服务内容、加强家庭医生签约服务内涵建设等，健全目标导向考核机制。根据国家相关指导标准和省、市乡村医疗卫生机构分类建设标准，实施分类建设管理，突出服务能力指标，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注重高质量服务全覆盖。（责任单位：市卫生健康委、市财政局、市自然资源和规划局，以下任务均需各区县人民政府落实，不再一一列出；排第一位为牵头单位，下同）

2. 实施乡镇卫生院分类管理。到 2025 年，原则上 10% 以上的乡镇卫生院实施一类管理，60% 以上的乡镇卫生院实施二类管理，其他乡镇卫生院实施三类管理。根据人口分布、区域位置、交通条件、急救需求、就医流向等因素，重点支持能力较强、具有一定辐射和带动作用的中心乡镇卫生院建成县域医疗次中心。歙县在县城之外选取 3-4 个中心乡镇卫生院，休宁县、祁门县在县城之外各选取 1-2 个中心乡镇卫生院，黄山区可在县城之外选取 1 个中心乡镇卫生院建设县域医疗次中心，使其基本达到县级医院

服务水平。（责任单位：市卫生健康委、市财政局、市发展改革委、市自然资源和规划局）

3. 完善村级医疗卫生服务体系。原则上每个行政村设置1所村卫生室，原则上按照每千服务人口至少1名的标准配备乡村医生。综合考虑服务人口规模、交通地理条件等因素，结合村庄规划编制、和美乡村建设，科学设置村卫生室，合理确定村卫生室规模，分为中心村卫生室、一般村卫生室、巡回服务点等进行布局建设。常住人口较多的行政村建设中心村卫生室，至少配备1名执业（助理）医师和1名护士。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，采取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。对未达到分类建设标准的村卫生室，依托村党群服务中心新改扩建，增强卫生健康服务功能。完善乡村医疗卫生机构一体化管理，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，实行“院办院管”。（责任单位：市卫生健康委、市农业农村局、市财政局、市自然资源和规划局）

（二）拓展县域医疗卫生体系服务功能

4. 提升县级医院综合服务能力。健全以县级医院为龙头、中心乡镇卫生院为辐射、一般乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的整合型医疗卫生服务体系，推进县域内医疗卫生服务一体化。建设一批临床重点专科，每个县至少有1所县级公立医院建成规范化的胸痛、卒中、创伤、危重孕产妇救治、危重儿童和新生儿

救治等急诊急救五大中心，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。（责任单位：市卫生健康委）

5. 强化乡镇卫生院能力建设。按照乡镇卫生院分类建设标准，推进业务用房及检查检验、诊疗救治、急救转诊等设备提档升级，加强中医、口腔、全科、护理、康复、急诊、儿童保健等科室建设，提升二级及以下常规手术和护理能力。强化特色专科服务能力建设，培育和打造具有较强辐射力、影响力的基层特色专科，促进形成与县级医院功能互补、差别化发展的格局。鼓励乡镇卫生院拓展康复医疗、医养结合、安宁疗护等服务功能，全面提升基层防病治病和健康管理能力。（责任单位：市卫生健康委、市财政局）

6. 加强农村急救网络建设。各区县按照 10—20 公里服务半径要求，合理规划布局乡镇院前急救站点，加快构建“乡村 30 分钟”医疗急救圈。一类乡镇卫生院配备急救型救护车，其他乡镇卫生院配备普通救护车，构建县级急救中心、乡镇院前急救站点、乡镇卫生院三级急救网络。各区县要探索打造农村地区移动医院，配备巡回医疗车，打通服务基层群众“最后一公里”。（责任单位：市卫生健康委、市财政局）

7. 拓展乡村健康服务供给。按照村卫生室分类建设标准，配齐村卫生室设备设施，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，2025 年达到服务能力标准的村卫生室比例达到 60% 以上。加强乡村医疗卫生机构中

医药服务能力建设，推广应用中医药适宜技术，乡镇卫生院能规范开展 10 项以上中医药适宜技术、村卫生室能规范开展 6 项以上中医药适宜技术。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。（责任单位：市卫生健康委、市财政局）

（三）加强乡村医疗卫生体系疾病预防控制能力建设

8. 健全乡村公共卫生体系。加强县级医院、乡镇卫生院公共卫生相关科室标准化建设，2025 年每个乡镇卫生院至少配备 1 名专职公共卫生医师。一般乡镇卫生院建立标准化的发热诊室（哨点）和肠道门诊，配齐疫情防控物资；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。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，提高风险隐患早发现、早识别、早报告能力。推进县级疾病预防控制中心标准化建设，创新医防协同、医防融合机制，逐步建立疾病预防控制监督员制度。（责任单位：市卫生健康委、市发展改革委、市财政局）

9. 提高乡村基本公共卫生服务质量。建立乡村医疗卫生机构履行公共卫生职责清单制度，纳入机构等级评审和绩效考核。完善以服务结果和群众满意度为导向的基本公共卫生服务绩效评价制度，优化评价方法，将评价结果作为基本公共卫生服务补助资金拨付的重要依据。（责任单位：市卫生健康委、市财政局）

（四）加快推进县域内医疗卫生服务信息化

10. 加强基层医疗卫生服务信息化建设。持续深化卫生健康领域数字化整体设计，统筹谋划、集约建设医疗卫生数字化场景。健全区域全民健康信息标准化体系，实现人口信息、电子病历、电子健康档案和公共卫生信息互联互通共享。依托省卫生健康委建设的互联网医院系统，统筹推进远程影像、远程检验、远程心电、远程会诊等系统建设，实现远程医疗服务向乡村医疗卫生机构延伸。（责任单位：市卫生健康委、市数据资源局）

11. 大力推进“互联网+医疗健康”。推动居民电子健康档案和电子病历向居民授权开放，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。统筹推进乡村医疗卫生机构电子健康卡建设，实现看病就医“一卡通行”。加快推动人工智能辅助诊断在乡村医疗卫生机构中的配置应用，按照省统一部署，拓展完善“智医助理”辅助诊疗系统服务功能和应用场景。（责任单位：市卫生健康委、市医保局、市数据资源局）

（五）多渠道引才育才

12. 加强乡村医疗卫生人才培养。改革完善乡村医疗卫生人才培养机制，增加全科、儿科、口腔科和中医、康复等紧缺人才供给，进一步扩大农村订单定向免费医学生培养规模，探索招收培养本地生源。面向基层加强住院医师、全科专业住院医师规范化培训和助理全科医生培训。加强全科医生转岗培训和中医、护理、药学、医技、康复等医务人员培训。有计划选派基层骨干人员赴上级医院进修，进修期间待遇不低于本单位同等条件人员平均水平。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，村医中具备执业（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、中医适宜技术为特点的乡村医疗卫生服务队伍。（责任单位：市卫生健康委、市教育局）

13. 实施“一村一名大学生村医提升计划”。开展村医高职（专科）学历提升，重点面向在村卫生室岗位、50 周岁以下的符合我省普通高等院校招生要求并取得报考资格条件的村医。通过在岗村医学历提升、乡村医生定向委托培养、大学生村医招聘及乡镇卫生院派驻服务等多种途径，到 2026 年基本实现每个行政村至少有 1 名大专及以上学历大学生村医。（责任单位：市卫生健康委、市人力资源社会保障局、市财政局、市教育局）

14. 实行乡村医疗卫生人才招聘倾斜政策。对中心卫生院引进医药卫生类本科以上学历或执业医师资格人才的，可简化程序，采取直接考察等方式招聘。可以拿出不超过本县区乡镇卫生院招聘计划的 30%，面向本市户籍人员招聘。（责任单位：市人力资源社会保障局、市卫生健康委、市财政局）

15. 吸引大学生到乡村医疗卫生机构就业。医学专业高等学校毕业生到乡村两级医疗卫生机构工作，按规定享受基层就业学费补偿国家助学贷款代偿政策。全日制大专以上学历的临床医学、中医学类、中西医结合类等相关专业应届毕业生（含尚在择业期内未落实工作单位的毕业生），在取得执业（助理）医师前可免试向县级卫生健康部门申请村医执业注册，并在 6 年内限期考取

执业（助理）医师资格。（责任单位：市卫生健康委、市教育局、市财政局）

（六）创新人才使用机制

16. 拓宽乡村卫生健康人才发展空间。加强县域医疗卫生人才一体化配置和管理，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。同等条件下，县级医院对具有执业医师资格、中心卫生院对具有执业助理医师以上资格、一般卫生院对具有乡村执业助理医师以上资格的村医优先招聘，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。招聘符合条件的在岗村医作为乡镇卫生院编外聘用职工管理，实行“县招乡聘村用”。（责任单位：市卫生健康委、市委编办、市人力资源社会保障局）

17. 开展乡村专业技术人员职称评聘工作。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。（责任单位：市人力资源社会保障局、市卫生健康委）

18. 探索建立乡村两级柔性用人机制。统筹县域内医疗卫生人才资源，建立健全县域巡回医疗和派驻服务工作机制。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。按照国家部署，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。（责任单位：市卫生健康委）

（七）完善收入和待遇保障机制

19. 完善乡镇卫生院考核激励机制。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。健全乡镇卫生院绩效考核制度和指标体系，突出服务效果，考核结果与绩效工资核定等挂钩。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。鼓励有条件的地方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。落实乡镇卫生院分配自主权，建立多劳多得、优绩优酬、激发活力的基层医务人员收入分配机制。（责任单位：市人力资源社会保障局、市财政局、市卫生健康委）

20. 落实家庭医生签约服务费用。各区县可结合实际，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。在落实免费“服务包”基础上开展有偿签约服务，签约服务费作为家庭医生团队所在基层医疗卫生机构收入组成部分，将不低于70%的签约服务费用于参与家庭医生签约服务人员薪酬分配。家庭医生有偿签约服务收入不纳入绩效工资

总额。（责任单位：市卫生健康委、市财政局、市人力资源社会保障局、市医保局）

21. 提升村医待遇和村卫生室运营保障水平。严格落实基本公共卫生服务补助、基本药物制度补助、一般诊疗费、运行经费补助等政策。严格落实村医群体依规退出的补助政策和医疗保障政策待遇。严格落实村医待遇按月发放制度。健全乡村医生收入托底机制。各区县每年对乡村医生岗位各项补助进行考核结算后，对月收入不足 4000 元的按照 4000 元标准明确补齐差额，各区县可根据城乡居民收入增长、物价变动等相关因素，进行动态调整，具体考核办法和发放标准范围由各区县自行制定，所需经费由各区县财政承担。家庭医生签约服务费不计入乡村医生托底收入。各区县可结合实际适当增加村卫生室运行经费补助。健全村卫生室医疗风险分担机制，探索建立工伤保险制度，相关资金由区县财政按规定予以保障。鼓励村医提升学历和能力，对取得执业（助理）医师等资格的村医，各区县可结合实际给予适当激励。支持符合条件的村医按规定参加企业职工基本养老保险。切实维护农村集体经济组织成员的村医合法权益。（责任单位：市卫生健康委、市财政局、市人力资源社会保障局、市农业农村局、市医保局）

（八）盘活用好县域编制资源

22. 优化编制资源配置。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。根据省级部署，推动“县级统筹、乡镇所有、县管乡用、以乡带村”的县乡村三级

“编共体”建设，支持村医队伍建设。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%。（责任单位：市委编办、市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生健康委）

（九）加快构建紧密型县域医共体

23. 推进紧密型县域医共体提质升级。按照“两包三单六贯通”的改革路径，落实医共体内部人财物统一集中管理，赋予编制使用、人员招聘、人事安排、绩效考核、收入分配、职称评聘等更多自主权，促进县域内医疗和公共卫生资源高效整合，促进县乡一体、乡村一体管理，实现医疗和预防有效融合。（责任单位：市卫生健康委、市委编办、市财政局、市人力资源社会保障局）

24. 激发紧密型县域医共体运行活力。实行医保基金按人头总额预付下的按病种付费管理，加强监督考核，建立结余留用、合理超支分担机制。鼓励对医共体内各医疗卫生机构负责人实行年薪制。强化绩效考核结果运用，引导资源和患者向乡村两级医疗卫生机构下沉，逐步提高医保基金县域内支出率和县域内乡村医疗卫生机构医保基金支出占比。（责任单位：市卫生健康委、市医保局、市人力资源社会保障局）

25. 加强乡村医疗卫生机构用药保障。着力推动医共体成员单位用药更好衔接。加快推进乡镇卫生院与县级医院用药目录衔接统一、处方自由流动。不断扩大村卫生室必备用药范围，特别是推动慢性病患者的用药保障在村卫生室与县级医院实现同目录同范围同品种，切实解决群众身边用药需求。取消基本医保慢

特病门诊用药目录和享受门诊慢特病待遇的定点医疗机构数量限制。县域医共体牵头单位加快制定和完善医共体中心药房药品配备目录，不断扩容乡村医疗卫生机构用药目录，并建立用药目录动态调整机制。鼓励利用信息化技术在医共体内部开展处方前置审核和合理用药动态监测，提升药学服务的同质化水平。（责任单位：市卫生健康委、市医保局）

（十）健全乡村医疗卫生体系投入机制

26. 保障发展建设支出和人员经费。落实区县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、周转房建设以及突发公共卫生事件处置等支出，由各区县政府根据基层医疗卫生机构发展规划足额安排。财政部门按乡镇卫生院编制内实有人数全额核拨人员经费（包括基本工资、绩效工资、离退休人员经费、社会保障经费、住房公积金）。（责任单位：市财政局、市卫生健康委）

27. 统筹均衡健康发展。统筹各级转移支付和区县配套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服务能力按规定给予补助。各区县政府新增财力向乡村医疗卫生领域倾斜，支持服务能力建设。（责任单位：市财政局、市卫生健康委）

（十一）建立健全城市支援健康乡村建设机制

28. 推动优质医疗资源下沉。完善城乡协同、以城带乡、以乡扶村的帮扶机制，深化医疗卫生对口帮扶，有计划开展医疗人才组团式帮扶。（责任单位：市卫生健康委）

29. 推动服务重心下移。将指导基层、下沉服务作为县级及以上公立医院的基本职责，落实三级医院对口帮扶县级医院、二级医院对口帮扶乡镇卫生院、乡镇卫生院通过家庭医生团队对口帮扶村卫生室政策，帮扶工作纳入医院绩效考核管理。严格落实执业医师晋升副高级职称服务基层政策，市县乡级医疗卫生机构工作的执业医师在晋升副高级职称前，需分别到下级或者对口支援的医疗卫生机构提供累计一年及以上的医疗卫生服务。（责任单位：市卫生健康委）

（十二）巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果

30. 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80%—90%定额资助。脱贫攻坚目标任务完成后的5年过渡期内，对返贫致贫人口参保给予70%—80%定额资助，对防止返贫监测对象参保给予50%定额资助。各地要合理确定脱贫户和监测对象等人群医疗报销水平，跟进落实精准帮扶措施，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。（责任单位：市医保局、市财政局、市农业农村局）

（十三）加大医保基金支持力度

31. 持续优化医疗保障政策。完善村卫生室医保定点管理。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。支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，依托乡村医疗卫生机构推行门诊统

筹按人头付费。（责任单位：市医保局、市财政局、市卫生健康委）

32. 进一步完善乡村医疗卫生机构医保报销政策。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。根据经济社会发展水平、群众需求，动态调整乡镇卫生院、村卫生室一般诊疗费。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。扩大乡镇卫生院适宜日间病床收治住院病种按病种付费实施范围。对经卫生健康部门核准达到二级综合医院服务能力的乡镇卫生院，收费标准可执行县（市）二级公立医疗机构政府指导价，医保病人起付线和报销比例按照乡镇卫生院政策执行。（责任单位：市医保局、市财政局、市卫生健康委）

（十四）优化农村医保管理服务

33. 加强农村地区医保经办管理服务和监督管理能力建设。将符合条件的村卫生室全部纳入医保定点管理，实现村级医保经办服务全覆盖。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。（责任单位：市医保局）

三、加强组织领导

（十五）压实工作责任。建立市负总责、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，落实领导、投入保障、管理、监督责任。

（十六）加强协同配合。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、医保、中医药、疾控等部门和单位参与的工作推进机制，统筹解决工作中的重大问题。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。

（十七）强化考核督导。各区县要结合实际细化落实，实行清单化管理，建立乡村医疗卫生体系健康发展督导评估机制。市级将加强对区县政府政策保障、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。

（十八）营造良好氛围。各类人才项目、表彰奖励、评奖评优等向乡村医疗卫生人员倾斜。加大对乡村医疗卫生人员先进事迹的宣传力度，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。