

索引号:	11220000013544357T/2012-00439	分类:	卫生、体育、卫生;意见
发文机关:	吉林省人民政府	成文日期:	2012年08月20日
标题:	吉林省人民政府关于建立全科医生制度的实施意见(吉政发〔2012〕32号)		
发文字号:	吉政发〔2012〕32号	发布日期:	2012年08月22日

## 吉林省人民政府关于 建立全科医生制度的实施意见

吉政发〔2012〕32号

各市（州）人民政府，长白山管委会，各县（市）人民政府，省政府各厅委办、各直属机构：

建立全科医生制度是深化医药卫生体制改革的重要内容，也是加快医疗卫生事业发展的紧迫任务。培养一批“下得去、留得住、用得好”的合格全科医生，发挥好全科医生作用，对于提高基层医疗卫生服务水平、保障和改善城乡居民健康具有十分重要的意义。根据《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号），结合实际，就加快我省全科医生制度建设，提出以下实施意见：

### 一、指导思想、基本原则及总体目标

（一）指导思想。坚持以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，以满足城乡居民基本医疗和公共卫生服务为出发点，按照深化医药卫生体制改革的总体思路，坚持保基本、强基层、建机制的基本路径，强化政府在本级医疗卫生服务中的主导作用，注重发挥市场机制作用，逐步建立和完善科学规范的全科医生培养、使用和激励制度，不断加强全科医生队伍建设，全面提高基层医疗卫生服务水平，切实保证我省经济社会发展和城乡居民的健康需求。

### （二）基本原则。

坚持以人为本。建立基层医疗卫生机构与城市医院合理分工的分级诊疗模式，实行全科医生签约服务，将医疗卫生服务责任落实到医生个人，为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务。建立全科医生保障和激励机制，拓展全科医生发展空间，切实维护全科医生合法权益。

坚持质量为先。突出实践、注重质量，以提高临床实践能力为重点，规范培养模式，统一培养标准，严格准入条件和资格考试，注重提高预防保健、常

见病多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务能力，切实提高全科医生培养质量。

坚持制度创新。紧紧围绕全科医生培养、使用、管理环节，创新体制机制，改革全科医生执业方式，鼓励引导全科医生到基层执业，逐步形成以全科医生为主体的基层医疗卫生队伍，为群众提供安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务。

坚持科学推进。整体设计，分步实施，立足当前，着眼长远，逐步建立统一规范的全科医生制度，多渠道培养全科医生，既满足现阶段基层对全科医生的需要，又为实现全科医生队伍建设全面协调可持续发展奠定基础。

（三）总体目标。到2015年，培养合格全科医生3000名以上，每万名城市居民拥有2名以上合格的全科医生，每个乡镇卫生院有1至2名合格的全科医生；到2020年，培养合格全科医生6000名以上，基本实现每万名城乡居民拥有2至3名合格的全科医生。逐步建立起充满生机活力的全科医生制度，基本形成统一规范的全科医生培养模式和“首诊在基层”的服务模式，在全科医生与城乡居民间建立比较稳定的服务关系，全科医生服务水平全面提高，基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。

## 二、逐步建立规范的全科医生培养制度

（四）培养模式。全科医生培养实行规范的“5+3”模式，即先接受5年的临床医学（含中医学）本科教育，再接受3年的全科医生规范化培养。临床医学本科教育以医学基础理论和临床医学、预防医学基本知识及基本能力培养为主，同时加强全科医学理论和实践教学，着重强化医患沟通、基本药物使用、医药费用管理等方面能力的培养。临床医学（含中医学）本科教育的教学内容及课时安排，由省教育行政部门制定全科方向培养办法并组织实施。全科医生规范化培养实行“毕业后规范化培训”和“临床医学研究生教育”两种方式，以“毕业后规范化培训”方式为主，与“临床医学研究生教育”紧密结合。

（五）培养对象。参加毕业后规范化培训的人员主要从具有全日制本科及以上学历（根据我省实际情况可适当放宽到全日制大专学历）的临床医学专业毕业生中招收，培训期间由全科医生规范化培养基地在卫生行政部门（含中医药管理部门）和教育部门共同指导下进行管理，合格者由吉林省毕业后医学教育委员会（以下简称省毕教委）颁发统一的全科医生规范化培养合格证书。临床医学研究生教育（全科方向）主要招收本科及本科以上学历临床医学专业（含中医专业）毕业生，培训结束后符合研究生毕业要求的授予临床医学专业毕业证和学位证，符合全科医生规范化培训结业要求的授予省毕教委颁发的全科医生规范化培养合格证书。

（六）培养方法。全科医生规范化培养以提高临床和公共卫生实践能力为主，在省级以上卫生行政部门（含中医药管理部门）认定的全科医生规范化培养基地进行，实行导师制和学分制管理。参加培养人员在培养基地临床各科及

公共卫生、社区实践平台逐科轮转。在临床培养基地规定的科室轮转培训时间不少于 2 年，并安排一定时间在基层实践基地和公共卫生机构进行服务锻炼。经培养基地按照标准组织考核，达到病种、病例数和临床基本能力、基本公共卫生实践能力及职业素质要求并取得规定学分者，可取得全科医生规范化培养合格证书。全科医生规范化培养的具体办法、内容和标准按照国家有关规定组织制定并实施。

（七）改革学位授予标准和学位研究生教育。统一全科医学专业学位授予标准。具有 5 年制临床医学本科及以上学历者参加全科医生规范化培养合格后，符合国家学位要求的授予临床医学（全科方向）相应专业学位。具体办法按照国务院学位委员会、卫生部制定的规定执行。改革临床医学（全科方向）专业学位研究生教育。要适应全科医生岗位需求，进一步加强临床医学研究生培养能力建设，逐步扩大全科方向的临床医学专业学位研究生招生规模。

（八）加强全科医生继续教育。以现代医学技术发展中的新知识和新技能为主要内容，对全科医生进行经常性和有针对性的继续医学教育。将全科医生纳入全省卫生专业技术人员继续医学教育管理范围，加强对全科医生继续医学教育的考核，将参加继续医学教育情况作为全科医生岗位聘用、技术职务晋升和执业资格再注册的必备条件之一。

### 三、近期多渠道培养合格的全科医生

为解决当前基层急需全科医生与全科医生规范化培养周期较长之间的矛盾，近期要采取多种措施加强全科医生培养，力争在一定时期内使每个城市社区卫生服务机构和农村乡镇卫生院都有合格的全科医生。

（九）大力开展基层在岗医生转岗培训。对符合条件的基层在岗执业医师或执业助理医师，按需进行 1 至 2 年的转岗培训。除中央转移支付项目确定的培训人数外，对没有合格全科医生的基层医疗卫生机构，每个单位选拔 1 人参加全科医生转岗培训，确保到 2015 年总体目标的实现。从 2013 年开始，对在全科医生岗位工作未参加培训的人员进行全员转岗培训，按照国家规定的培训标准，每年至少培训 150 人，力争到 2015 年完成。转岗培训以提升基本医疗和公共卫生服务能力为主，在省级以上卫生行政部门认定的全科医生培养基地进行，培训结束通过省级卫生行政部门组织的统一考试，获得全科医生转岗培训合格证书，可注册为全科医师或助理全科医师。

（十）强化基层定向免费医学生（全科方向）的培养和技能培养。加大基层定向免费医学生的培养力度，适当增加 5 年制临床医学专业学生的临床技能和公共卫生实习时间，并要求毕业后参加全科医生规范化培训。对到经济欠发达地区和边远农村工作的 3 年制医学专科毕业生，可在省级以上卫生行政部门认定的全科医生规范化培养基地培训，经 2 年规范化培训合格并取得执业助理医师资格后，注册为助理全科医师。

(十一) 提升基层在岗医生的学历层次。鼓励基层在岗医生通过参加成人高等教育提升学历层次，符合条件后参加相应执业医师考试，考试合格可参加全科医生转岗培训，培训合格后可按程序注册为全科医师或助理全科医师。

#### 四、建立全科医生管理制度

(十二) 执业管理。将全科医学专业纳入吉林省医师执业管理范围，凡在全科岗位上工作的临床医务人员，必须具有“全科医学专业”的医师执业证书。

(十三) 注册登记管理。由执业者本人提出申请并提供相应材料，卫生行政部门根据执业医师法规定，按职责和程序给予注册登记。注册全科医生必须具有全科医生规范化培养合格证书，并通过国家医师资格考试取得医师资格。

在过渡期（2012—2015年）内，凡符合以下条件之一，均可注册为全科医生：

1. 在基层医疗卫生机构工作，具有执业（助理）医师资格，经过岗位培训（含骨干培训）、转岗培训，获得省卫生行政部门颁发的培训合格证书者。

2. 具有执业（助理）医师资格，经过全科医生规范化培养并取得合格证书者。

(十四) 人员聘用管理。从2012年开始，基层医疗卫生机构招聘的全科医学专业岗位人员必须具有全科医学专业规范化培训合格证书，在过渡期内，鼓励被招聘人员参加住院医师规范化培训。

(十五) 培训管理。参加全科医生规范化培养人员是培养基地住院医师的一部分，在校毕业生直接进入规范化培养，学籍关系保留在原所在院校，管理办法由省教育行政部门制定并组织执行；具有研究生身份的，执行国家现行研究生教育有关规定；毕业后未就业者参加规范化培养人员，人事关系交省人才交流中心管理或培训基地单位管理；由工作单位选派的，人事工资关系不变。培训期间享受培训基地住院医师待遇，执行《吉林省住院医师规范化培训实施办法（试行）》（吉卫联发〔2011〕53号）的有关规定。规范化培训期间多于标准学分和超过规定时间的培训费用由个人承担。按照培训工作总体目标要求，结合培训工作实际，由财政部门安排必要的专项经费。

#### 五、改革全科医生执业方式

(十六) 引导全科医生以多种方式执业。取得执业资格的全科医生一般注册1个执业地点，也可以根据需要多点注册执业。全科医生可以在基层医疗卫生机构（或医院）全职或兼职工作，也可以独立开办个体诊所或与他人联合开办诊所。组建由全科医生和社区护士、公共卫生医生或乡村医生等人员组成的全科医生团队，划片为居民提供服务。要健全基层医疗卫生机构对全科医生的人力资源管理办法，规范私人诊所雇佣人员的劳动关系管理。

（十七）规范全科医生服务模式。基层医疗卫生机构或全科医生要与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，服务责任由全科医生个人负责。参保人员可在本县（市、区）医保定点服务机构或全科医生范围内自主选择签约医生，允许参保人员跨社区选择定点医疗机构和全科医生，期满后可续约或另选签约医生，形成参保人员自由就医的医疗环境。随着全科医生制度的完善，逐步将每名全科医生的签约服务人数控制在2000人左右，其中老年人、慢性病人、残疾人等特殊人群要占一定比例。省卫生、人力资源社会保障部门要组织制定各级医院出入院标准，建立双向转诊机制，并选择部分县（市、区）先行开展全科医生首诊试点，逐步建立基层首诊和分级医疗管理制度，将医保定点医疗机构执行双向转诊和分级医疗情况列为考核指标，并将考核结果与医保支付挂钩。

（十八）加强全科医生服务质量监管。卫生行政部门要加强对全科医生执业注册管理和服务质量监管。卫生行政部门和医保经办机构要建立以服务数量、服务质量、居民满意度等为主要指标的考核体系，对全科医生进行严格考核，考核结果定期公布并与年度考核、医保支付、基本公共卫生服务经费拨付挂钩。

（十九）规范全科医生岗位设置。明确全科医生的执业范围和权利责任，保障全科医生合法权益。对医疗卫生机构内设全科医生岗位设置进行规范，逐步实现以全科医生岗位为主，专科医生岗位为辅的岗位设置模式。

（二十）政府为全科医生提供服务平台。对到基层工作的全科医生（包括大医院专科医生），政府举办的基层医疗卫生机构要通过签订协议的方式为其提供服务平台。要充分依托现有资源组建区域性医学检查、检验中心，鼓励和规范社会零售药店发展，为全科医生执业提供条件。

## 六、建立全科医生激励机制

（二十一）按签约服务人数收取服务费。全科医生为签约居民提供基本医疗卫生服务，按年收取服务费，需要医保基金支付的由医疗保险机构按照政策支持、需要基本公共服务经费拨付的由卫生行政部门按规定拨付、需要居民个人分担的由居民自负。服务费用收取要严格执行国家医疗政策规定，建立医保价格谈判机制的地区可以根据医疗保险经办机构与定点医疗机构谈判结果收取参保人员诊治服务费用，未完成签约服务项目的，应减少相应的费用。各地确定全科医生签约服务内容和服务费标准，要根据当地医疗卫生服务水平、签约人群结构以及基本医保基金和公共卫生经费承受能力等因素确定，并与医疗价格、医保门诊统筹和付费方式改革相结合。

（二十二）规范全科医生其他诊疗收费。全科医生向签约居民提供约定的基本医疗卫生服务，除按规定收取签约服务费外，不得另行收取其他费用。全科医生可根据签约居民申请提供非约定的医疗卫生服务，并按规定收取费用；也可向非签约居民提供门诊服务，按规定收取一般诊疗费等服务费用。参保人员政策范围内的门诊费用可按医保规定支付，相关部门要逐步调整诊疗服务收费标准，合理体现全科医生技术劳务价值。卫生行政部门和医保经办机构要根

据参保人员的自主选择与定点服务机构或医生签订协议，确保全科医生与居民服务协议的落实。

（二十三）合理确定全科医生劳动报酬。全科医生及其团队成员属于政府举办的基层医疗卫生机构正式工作人员的，执行规定工资待遇；在非公立医疗机构工作的全科医生按照与基层医疗卫生机构签订的服务合同和与居民签订的服务协议获得报酬，也可以通过向非签约居民提供门诊服务获得报酬。基层医疗卫生机构内部绩效工资分配可采取设立全科医生津贴等方式，向全科医生等承担临床一线任务的人员倾斜，并充分考虑全科医生的签约居民数量和构成、门诊工作量、服务质量、居民满意度以及居民医药费用控制情况等因素。

（二十四）完善鼓励全科医生到艰苦边远地区工作的津贴补贴政策。对到艰苦边远地区政府办基层医疗卫生机构工作的全科医生，按国家规定发放艰苦边远地区津贴。对在人口稀少、艰苦边远地区独立执业的全科医生，市（州）、县（市）政府要制定优惠政策或给予必要补助，省财政在安排转移支付时要予以适当倾斜。

（二十五）畅通全科医生发展渠道。继续深化卫生职称改革，设置全科医学专业技术职务，规范评审条件，注重与全科医生工作实际相衔接，重点评价其解决临床实际问题，提供基层卫生服务能力和水平。经过规范化培养的全科医生到基层医疗机构工作，可提前一年申请职称晋升，并可在同等条件下优先聘用。基层单位全科医生职称晋升符合国家有关规定可放宽外语要求，不对科研成果、论文作硬性规定。结合岗位管理和绩效工资制度，在政府办基层卫生机构设置一定比例的岗位，用于招聘优秀专业技术人才到基层医疗卫生机构工作。全科医生培养基地招收学员时同等条件下优先录取具有基层执业经验的全科医生。建立基层医疗卫生人才流动机制，鼓励全科医生在县级医院与基层医疗卫生机构双向流动。

## 七、相关保障措施

（二十六）加强全科医生培养基地建设。按照“填平补齐”原则，建设以三级综合医院为临床培养基地，以有条件的社区卫生服务中心、乡镇卫生院和专业公共卫生机构为实践基地的全科医生培养实训网络，建立基地培训管理信息化平台和远程培训系统。加强全科医学师资队伍建设，制定全科医学师资标准，依托有关医学院校和吉林省全科医学教育中心建设全科医学师资培训基地，省政府对全科医生规范化培养基地建设和教学实践活动给予必要经费支持。

（二十七）加强全科医生培养使用。省政府统一规划全科医生培养工作，每年公布全科医生培养基地名单及招生名额。省级卫生行政部门负责统筹全省全科医生需求数量，制定全科医生岗位需求计划，以县（市、区）为单位公布全科医生岗位。以医生岗位需求为导向，科学调控临床医学专业招生规模，开展全科医生培训。省教育行政部门在制定临床医学本科生和临床医学专业学位研究生招生计划时要与全科医生岗位需求计划做好衔接。各地在制定临床医疗人员年度招聘计划时，要结合本地区全科医生需求数量，在机构编制部门核定

的编制数额内，按照机构编制部门关于空余编制的相关规定进行招聘，否则不予办理相关落编手续。

（二十八）加大经费保障力度。建立以政府为主导的多元投入机制，各级财政部门要积极筹措资金，支持全科医生制度建设，特别是加大对边远贫困地区扶持力度。要结合全科医生制度建设及工作开展情况，统筹安排并及时拨付资金，确保全科医生各项制度政策的有效落实。同时要加大资金监管力度，防止资金滞留、挪用和非法占用。

（二十九）充分发挥行业协（学）会作用。加强相关行业协（学）会能力建设，在行业自律和制订全科医生培养内容、标准、流程及全科医生资格考试等方面依托行业协（学）会，发挥其优势和积极作用。

## 八、积极稳妥推进全科医生制度建设

（三十）加强组织领导。各地、各部门要充分认识建立全科医生制度的重要性和紧迫性，将全科医生制度作为深化医药卫生体制改革的一项重要任务，精心组织，加强领导，确保全科医生制度深入实施。

（三十一）明确部门职责。卫生、发展改革、财政、教育、人力资源社会保障、中医药、法制、编制等部门要根据国家要求，按照任务目标和时间要求，抓紧制定和完善相关政策及实施细则，确保全科医生制度的有效实施。

（三十二）认真开展试点推广。建立全科医生制度是对现行医生培养制度、医生执业方式、医疗卫生服务模式的重要改革，政策性强，涉及面广，影响深远。对改革中的难点问题，鼓励各地先行试点，积极探索。有关部门要及时总结经验，逐步推广。要强化政策措施的衔接，及时研究新情况、新问题，确保全科医生制度稳步实施。

（三十三）做好舆论宣传引导。通过健康教育、舆论宣传等方式，培养居民的预防保健意识，引导居民转变传统就医观念和习惯，增强全社会的契约意识，为实施改革营造良好环境。

吉林省人民政府

2012年8月20日