

四川省卫生健康委员会

关于印发 2020 年四川省全科医生转岗培训 实施方案的通知

各市（州）卫生健康委：

根据《国家卫生健康委关于印发“十三五”全国卫生计生专业技术人员培训规划的通知》（国卫科教发〔2017〕8号）、《关于开展基层医疗卫生机构全科医生转岗培训工作的指导意见（试行）》（卫办科教发〔2010〕211号）、《国家卫生健康委办公厅关于印发全科医生转岗培训大纲（2019年修订版）的通知》（国卫办科教发〔2019〕13号）和四川省财政厅 四川省卫生健康委员会《关于下达2020年省级财政卫生健康专项资金的通知》（川财社〔2020〕50号）等文件精神，结合我省实际，我委组织制定了《2020年四川省全科医生转岗培训实施方案》，现印发给你们。请按照实施方案要求，制定培训计划，细化培训安排，组织人员参训。

联系人：邬颖华 王磊 028-86159686 028-86133686

电子邮箱：scqkzx@sina.com

四川省卫生健康委员会

2020年6月23日

抄送：省全科医师培训中心。

2020年四川省全科医生转岗培训实施方案

为推进基层医疗卫生机构全科医生队伍建设，满足家庭医生签约服务需求，根据《国家卫生健康委关于印发“十三五”全国卫生计生专业技术人员培训规划的通知》（国卫科教发〔2017〕8号）、《关于开展基层医疗卫生机构全科医生转岗培训工作的指导意见（试行）》、《国家卫生健康委办公厅关于印发全科医生转岗培训大纲（2019年修订版）的通知》（国卫办科教发〔2019〕13号）和四川省财政厅 四川省卫生健康委员会《关于下达2020年省级财政卫生健康专项资金的通知》（川财社〔2020〕50号）等文件精神，结合我省各市州的实际需求和工作实际，制定本实施方案。

一、项目目标

2020年完成全科医生转岗培训4357人，全省基层医疗卫生机构执业（助理）医师“全科医生转岗培训率”达到90%以上。

二、实施范围和对象

（一）实施范围

全省21个市（州）。

（二）培训对象

1. 基层医疗卫生机构（含民营医疗机构）中已取得临床或中医执业（助理）医师资格、正从事或拟从事全科医学工作、尚未接受过全科医生转岗培训或全科专业（助理全科专业）住院医师规范化培训的相关人员。

2. 二级及以上医院（含民营医院）中取得临床或中医执业（助

理) 医师资格、从事临床医疗工作三年及以上、拟从事全科医疗工作、尚未接受过全科医生转岗培训、全科专业(助理全科专业)住院医师规范化培训的相关人员。

三、培训内容

培训采取模块式教学的方式进行,允许培训基地根据培训对象的专业背景、工作年限和个性化需求,按照“填平补齐”的原则,灵活安排培训内容,重在全科岗位胜任能力的培养。采用学时制与学分制相结合、集中培训与分散自学相结合的方式安排培训工作。培训内容包括理论培训、临床培训、基层实践培训和全科临床思维训练四部分,全科临床思维训练贯穿培训全过程。中医类全科医生培训内容及方案由四川省中医药管理局制定。

四、培训时间及方式

2020年8月启动培训,2021年7月及以后结束,培训周期不低于12个月。具体安排如下:

(一)理论培训1个月(160学时),主要为全科医学基本理论知识培训。其中,集中面授56学时、网络在线学习及自学104学时。包括全科医学及其相关理论、国家医疗卫生体系与基层医疗卫生服务、医患关系与人际沟通、健康管理及慢性病管理、社区康复、卫生信息管理、预防医学等内容。

(二)临床培训10个月(100学分),主要为临床综合能力培训。采用学时制与学分制相结合的方式开展临床培训。学员可根据自己的工作实际与县级临床培训机构协商安排培训时间,完成《培训手册》中规定的内容。相关培训内容减免及学分认证依

据，参照新大纲及手册规定，由县级临床培训机构予以认定并留存依据。具体安排如下：临床技能集中培训 1 周（10 学分），临床轮转 9 个月（90 学分），机动学习 3 周。临床轮转科室为：内科（含全科医学科、神经内科）4 月（40 学分）、急诊急救 1 月（10 学分）、外科 1 月（10 学分）、妇产科 1 月（10 学分）、儿科 1 月（10 学分）、皮肤科 2 周（5 学分）、精神科 2 周（5 学分）；机动学习科室为（以下科室任选 2-3 个，学习 3 周）：眼科、耳鼻喉科、康复科、功能科（含超声及心电图）、放射科。

（三）基层医疗卫生实践 1 个月。主要内容包括基本医疗卫生服务、基本公共卫生服务和基层医疗卫生服务管理。学员通过在本职岗位直接参加基本医疗和基本公共卫生服务相关实践，使其树立全科医学观念，培养基层全科医疗卫生服务能力，熟练掌握国家 12 项公共卫生服务规范。

（四）全科临床思维训练 20 学时。由各市州承担全科医生转岗培训任务的市级基地承担，穿插于培训全过程，培训地点由各市州统一安排。各市州培训基地应该将培训计划报省全科医师培训中心备案。

五、考核发证

完成培训并阶段考核合格者参加由省级统一组织、市（州）具体实施的结业考核。结业考核方案按照《四川省基层医疗卫生机构全科医生转岗培训结业考核实施方案》（川卫办发〔2013〕262 号）和《关于印发四川省全科医生转岗培训结业考核实施方案的通知》（川全科中心〔2018〕10 号）执行。考试考核全部合

格者由省卫生健康委颁发《全科医生转岗培训合格证书》。

六、任务分工

省卫生健康委负责项目工作的组织领导和工作协调。省全科医师培训中心负责项目的具体组织实施和质量管理。各市（州）卫生健康委为该项目的实施主体，参训人员相关材料由各市（州）卫生健康委报送至省全科医师培训中心，由省全科医师培训中心进行材料审核。培训材料及培训手册由省全科医师培训中心统一制定印发。市（州）全科医学临床培训基地负责理论及临床技能集中培训，指导县级培训基地开展临床培训及学员自学，负责学员培训手册的审核和各类培训成绩登记汇总；县级培训基地负责临床培训及其培训手册存档、学分认证及学员日常管理工作；全科医学基层实践基地负责指导学员开展基层实践与自学。

七、保障措施

（一）政策保障

要求各市（州）及送培单位出台鼓励参训人员参加培训的相关政策。转岗培训期间，参训人员的工资福利待遇享受在岗人员待遇，由所在医疗机构发放，工作年限连续计算。各培训基地应为参训人员统一安排住宿。经全科医生转岗培训合格，注册（加注册）为全科医生后可提前一年申请职称晋升。

（二）经费保障

由中央经费和省财政经费统筹安排，其中省财政经费1793.1万元，按照深度贫困县补助标准1.2万元/人，非深度贫困县补助标准0.3万元/人。划拨各市（州）卫生健康委1550.1万元，

划拨省全科医师培训中心 243.0 万元。补助经费用于培训工作中所
需的学员生活补贴、培训基地师资带教补贴、教学实践活动等；
用于省全科医师培训中心培训管理、人员聘用、教学建设、学术
交流、国际合作、师资培训、考试考核、证书发放等。中央经费
另文下达。

八、工作要求

省卫生健康委将全科医生转岗培训工作纳入对市（州）卫生
健康委医改目标考核和年度工作目标考核。各级卫生健康行政部
门要加强培训过程、经费使用、参训人员待遇保障等监管，开展
培训效果评估。各市（州）卫生健康委按照实施方案要求，制定
培训计划，细化培训安排，组织人员参训。参训人员信息汇总表
于 2020 年 7 月 17 日前报省全科医师培训中心。

- 附件：1. 2020 年全科医生转岗培训分市（州）任务及省财
政经费分配表
2. 全科医生转岗培训参训人员信息汇总表
3. 培训学员登记表

附件 1

2020 年全科医生转岗培训分市州任务及 省财政经费分配表

市州	2020年任务（单位：人）			经费分配（单位：万元）		
	深贫县	非深贫县	小计	深贫县	非深贫县	小计
成都	0	417	417	0	125.1	125.1
自贡	0	125	125	0	37.5	37.5
攀枝花	0	43	43	0	12.9	12.9
泸州	0	155	155	0	46.5	46.5
德阳	0	140	140	0	42	42
绵阳	0	279	279	0	83.7	83.7
广元	0	203	203	0	60.9	60.9
遂宁	0	275	275	0	82.5	82.5
内江	0	154	154	0	46.2	46.2
乐山	14	147	161	16.8	44.1	60.9
南充	0	451	451	0	135.3	135.3
宜宾	0	274	274	0	82.2	82.2
广安	0	310	310	0	93	93
达州	0	259	259	0	77.7	77.7
巴中	0	224	224	0	67.2	67.2
雅安	0	98	98	0	29.4	29.4
眉山	0	211	211	0	63.3	63.3
资阳	0	165	165	0	49.5	49.5
凉山	169	154	323	202.8	46.2	249
甘孜	44	3	47	52.8	0.9	53.7
阿坝	43	0	43	51.6	0	51.6
合计	270	4087	4357	324	1226.1	1550.1

附件 2

全科医生转岗培训参训人员信息汇总表

市州(公章):

填报时间:

填报人:

序号	区县	姓名	性别	民族	出生年月	学历	职称	执业类别	执业资格	单位名称	身份证号码	联系电话
					1977.07	研究生/本科 /专科/中专	高级/中 级/初级	临床	执业医师/ 执业助理	XXX 县(区)XXX 乡镇卫生院		

附件 3

四川省全科医生转岗培训学员登记表

市（州）名称： 编号：

姓名		性别		出生年月		粘贴 2 寸身份证照片
民族		政治面貌		学历		
职称		职务		从医年限		
执业类别		执业资格		基层卫生 工作年限		
培训前从事 工作				培训后拟 从事工作		
单位名称						
单位地址				单位邮编		
学员个人 联系电话				单位电话		
身份证号						
单位意见： 负责人签字： 单位（盖章） <div style="text-align: right;">时间： 年月日</div>						
市州卫健委科教审核人签字：（盖章） <div style="text-align: right;">时间： 年月日</div>						
备注： ①登记表一式二份，交省中心 1 份，市州自留 1 份；②学员报名交 2 寸身份证照片 3 张（2 张用于登记表，1 张用于结业证）；③学员身份证、学历证、执业资格证复印件附后。						

