附件4

基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称

直接认定工作流程（试行）

为贯彻落实《广东省基层卫生人才队伍建设三年行动计划（2018—2020年）》（粤卫〔2018〕69号），做好2019年度基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定工作，特制订本流程。

一、适用范围

根据《广东省基层卫生人才队伍建设三年行动计划（2018—2020年）》（粤卫〔2018〕69号），直接认定工作适用范围如下：

（一）适用地区。

汕头、韶关、湛江、肇庆、茂名、惠州、梅州、汕尾、河源、阳江、清远、潮州、揭阳、云浮等14个地级市以及江门恩平市、开平市、台山市。

（二）适用机构。

上述适用地区的县(市、区)级及以下医疗卫生机构（不含三级医疗卫生机构），包括县（市、区）级医院、乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、社会办医疗卫生机构等。

（三）适用专业。

1.全科，包括：全科医学（临床类）、全科医学（中医类）；

2.儿科，包括：小儿内科、小儿外科、新生儿科、儿童保健；

3.妇产科，包括：妇产科、妇科（含妇科肿瘤）、产科、生殖医学、计划生育、妇女保健；

4.精神科，包括：精神病学、心理治疗；

5.影像科，包括：放射医学、放射医学技术、超声医学、超声医学技术、核医学、核医学技术、肿瘤放射治疗学、肿瘤放射治疗技术、心电学技术、神经电生理（脑电图）技术、功能检查；

注：多个执业专业的，以执业时间最长的专业为准。

（四）适用对象。

取得与适用专业对应的相关专业中级职称后，在上述机构、对应专业技术岗位连续工作满10年的在职在岗卫生专业技术人员（含编制内人员和签订劳动合同的编制外人员），年限计算截止至2019年12月31日，其他要求见申报条件。

二、申报条件

（一）申报人自2010年起，按照《关于印发〈广东省医务人员医德考评实施办法（试行）〉的通知》（粤卫〔2009〕158号）要求参加医德考评的，个人年度医德考评结果应均为优秀或良好。

（二）具备医师资格并注册执业的申报人，按照《转发卫生部关于印发〈医师定期考核管理办法〉的通知》（粤卫〔2007〕25号）要求参加定期考核的，最近5个考核周期的考核结果应均为合格。

在村医疗卫生机构执业的申报人，按照《卫生部关于印发〈乡村医生考核办法〉的通知》（卫农卫发〔2008〕43号）要求参加定期考核的，最近5个考核周期的考核结果应均为合格。

（三）最近十年，申报人个人年度考核均为合格及以上等次；如所在机构有开展聘期考核，申报人最近十年聘期考核均为合格及以上等次。

申报人就职于社会办医疗机构的，其年度考核（聘期考核）按核发其医疗机构执业许可证的卫生健康行政部门有关规定执行，最近十年均为合格及以上等次。

（四）按照原广东省卫生厅《关于在我省二级以上医院全面铺开住院医师规范化培训工作的通知》（粤卫〔1999〕103号）有关规定，属住院医师规范化培训对象的申报人，须完成住院医师规范化培训并取得合格证书。

（五）所从事专业有执业准入要求的，必须具有相应类别的执业资格并已登记注册。

（六）申报人员须参加广东省卫生系列高级职称实践能力考试，并成绩合格。

三、认定工作流程

（一）个人申报。

直接认定申报秉承自愿原则。符合直接认定条件的基层卫生紧缺专业技术人员，可按省卫生系列高级资格评审委员会办公室规定的申报时间，自愿向所在单位申报，多机构执业医师应通过主要执业机构申报，多个执业专业的以执业时间最长的专业或取得中级职称后执业时间超过10年的专业申报，并登录广东卫生人才网（网址：http://www.gdwsrc.net），在《广东省卫生系列高级职称网上申报系统》中填写个人申报信息，根据要求上传有关资料，并提交如下纸质材料：

1.《广东省基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定申报表》（见附件1，以下简称《申报表》）；  
 2.居民身份证（临时身份证）复印件；

3.《卫生专业技术资格证书》复印件；

4.2010年（含）以来，个人年度医德考评登记表格复印件；

5.近十年个人年度考核（聘期考核）表格复印件；

6.《医师资格证书》、《医师执业证书》复印件；

7.最近5个考核周期的《医师定期考核表》或《乡村医生考核表》复印件；  
 8.《住院医师规范化培训合格证书》复印件。

（注：第6-8项，适用对象须提供）

申报材料相关要求和表格在广东卫生人才网“高级职称评审”栏目中下载。申报人应保证所提交材料内容真实、可靠、可溯源，凡未如实申报和弄虚作假的，一经发现并核实，取消当年认定取得的职称，且自下年度起3年内不得申报任何专业职称的认定或评审，并按有关规定予以处理。  
 （二）单位审核。

各单位应组建由人事职改干部、技术主管及专业技术人员组成的“审核评价小组”，并在召开评价会议前公布单位本年度拟推荐申报认定的人数。审核评价小组应结合各单位核定岗位结构比例内的空缺副高级岗位数和临床业务需要，对申报认定人员的医德医风、业务水平、工作实绩和资历等因素进行综合评价，并以无记名方式表决。单位应结合本年度拟推荐申报认定的人数，在获评价会议出席人数半数以上同意票的申报人中，择优推荐评委会认定。单位应建立审核评价会议记录备查制度，记录内容包括开会时间、地点、出席会议人员名单、审核评价对象、成员发言要点以及投票推荐结果等。

各单位应认真审核申报材料，确保申报材料真实、可靠、可溯源。对申报人提交的材料，凡为复印件的，审核后须注明“经审核，与原件相符”。其它需要审核的材料，均须签名盖章，谁审核谁签名盖章谁负责。对不符合申报条件的材料，应注明原因退回，并及时告知申报人。

各单位应做好评前公示工作。要按规定将申报材料和单位的投诉受理部门及电话，同时在单位显著位置张榜和单位网站（如有）首页进行公示。其他申报材料放置在单位会议室等公共场所，以备查验。评前公示时间不少于7个工作日。对公示期间被举报的问题，经查实存在弄虚作假和其它违规行为的，一律不予报送，并按有关规定处理；对一时难以核实的，应如实注明，申报材料先行报送，但不得停止核查，核查结果应及时报送评委会办公室。在申报至评审结果公示期间出现的负面情况，单位应及时上报评委会办公室。

公示结束后，由单位人事部门在规定时间内完成申报系统及纸质材料的审核上报工作。

（三）主管部门复核。

各级主管部门要严格审查申报材料，对经审查不符合直接认定条件、申报流程的，应及时按原报送渠道退回，并请报送单位书面告知申报人。对经审查、符合直接认定申报条件的，在规定时间内完成申报系统及纸质材料的审核上报工作。

（四）认定及发证。

对经审查、符合直接认定申报条件的，由省基层卫生高级专业资格评审委员会直接认定为基层副高级职称，并在认定工作结束1个月内向省人社厅报送认定结果审核确认材料，由省人社厅制发电子职称证书。

四、工作要求

（一）加强组织领导。基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定工作，政策性强，关注度高，直接关系到基层卫生专业技术人员的切身利益。各级卫生健康部门要加强领导，精心组织，确保落实好基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定政策。

（二）强化监督问责。建立督导问责机制，各有关地市要加强对认定工作的过程管理，提高工作透明度，自觉接受社会监督，严禁弄虚作假、违规操作。违者按规定追究直接责任人和相关领导的责任，并在全省范围内予以通报。

（三）完善使用机制。申报人经认定取得基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称后，只能在本方案适用区域内基层医疗卫生机构聘任，向其他地区基层医疗卫生机构或非基层医疗卫生机构流动并从事专业技术工作时，应取得相应的正高级职称。用人单位应按照岗位聘用制度要求，统筹做好通过直接认定人员副高级专业技术岗位聘用工作，并落实工资待遇。各地市可结合实际，出台基层卫生紧缺专业技术人才定向使用激励政策，鼓励专业技术人才扎根基层、服务基层。

（四）做好政策解读。基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定工作是基层卫生专业技术人员职称评审的有机组成部分，整体纳入卫生系列高级职称评审管理体系。各有关地市要加强对基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定政策的宣传和解读。符合直接认定条件的基层卫生紧缺专业技术人才，可自愿选择申报直接认定或全省高级职称评审。如选择申报基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定，当年不可同时申报卫生系列副高级职称评审。经直接认定取得基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称后，不可再申报卫生系列副高级职称评审。不在本次方案适用地区、适用专业范围内的其他基层卫生专业技术人才，可申报基层卫生高级职称评审，按《关于进一步改革完善基层卫生专业技术人员职称评审工作的实施意见》（粤人社规〔2016〕14号）执行。

附件：广东省基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认

定申报表

附件

广东省基层卫生紧缺专业技术人才

副高级职称直接认定申报表

姓 名

身份证号码

工作单位

现职称 专业 职称

申报职称 专业 职称

填表时间 20 年 月 日

二零一九年

填 表 说 明

1、本表适用于《基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定工作流程（试行）》所指基层卫生紧缺专业技术人才副高级职称直接认定工作。

2、本表应用钢笔或签字笔以正楷字体填写，也可计算机填写后打印。申报人应按要求，如实、认真填写各项内容，有注释内容应按注释规范填写，字迹应端正、清晰。如内容较多，可酌加附页。表内各栏项目不得空白，如某项无内容应在该栏注明“无”字样。

3、本表由单位出具意见栏目，须待公示结束之后方可填写。各项评价或审核意见不与申报人见面。

4、申报时提交本表一式一份。经认定通过和审核发证后，由申报人人事档案保管单位存入个人人事档案，本表不退回申报人。

5、本表用A4纸双面打印，不可改变其结构、字体、字号。

6、按要求须提供的复印件，应标注“与原件相符”并加盖单位公章，作为附件与申报表一起装订。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | | 身份证号码 | | |  | | | 民族 | |  | 贴相片 | |
| 政治  面貌 | |  | | 最高学历 | | |  | | | | 最高 学位 |  | | 所学专业 |  | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | | | | | 参加工作时间 | | |  | | | |
| 现职称 | |  | | | 取得  时间 | | |  | | | 现职称  取得方式 | |  | 现职称  发证单位 | |  | | | |
| 现聘任 专业（科）  职务，累计 年 | | | | | | | | | | 从事本专业或相近专业工作合计： 年 | | | | 参加学术团体及任职 | |  | | | |
| 现从事专  业技术工作 | | |  | | | | | 取得中级职称后在基层连续工作时间： 年 | | | | | | 现申报直接  认定职称 | |  | | | |
| 学 历（学位）教 育  情 况 | 起止年月 | | | | | 毕 业 院 校 | | | | | | | | 专 业 | | 学 历  （学位） | | | 办学 形式 |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 情 况  非 学 历 教 育 | 起止年月 | | | | | 学 习 内 容 | | | | | | | | 课时 | | 取得 何证书 | | | 办学 单位 |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 主 要 工 作 经 历 | 起止年月 | | | | | 在何地、何单位从事何工作 | | | | | | | | | | 任何职 | | | 证明人 |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |

注：1、现职称取得方式：指评审、认定、考试。

2、现申报直接认定职称：统一填写为“XXX专业（参考适用专业） 副主任医师/技师”。

1. 学历（学位）教育：请自中专开始填起，无中专以上学历者从初中开始填起。

4、办学形式：指全日制、在职或电大、函大、业余大、职大、夜大、自学考试等。

5、非学历教育：指用大、中专学校或相同水平教材进行的基础教育，如专业证书班等。

6、主要工作经历：从参加工作开始填写，重要兼职亦应填写，所列各项时间段应前后衔接。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2010年以来  个人年度医德考评情况 | | 2010年： ；2011年： ；2012年： ；2013年： ；2014年： ；2015年： ；2016年： ；2017年： ；2018年： 。 | | | | | | |
| 最近5个考核周期  医师/乡医定期考核情况 | |  | | | | | | |
| 最近十年个人年度考核（聘期考核）情况 | | 2009年： ；2010年： ；2011年： ；2012年： ；2013年： ；2014年： ；2015年： ；2016年： ；2017年： ；2018年： 。 | | | | | | |
| 是否住院医师  规范化培训对象 | |  | 培训合格  证书编号 | |  | 培训 专业 |  | |
| 3  个  月  以  上  进  修  经  历 | 起止时间 | 进修单位 | | 学 习 内 容 | | | | 学习  时间 |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | |  |

注：1、医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。

2、医师/乡医定期考核结果分为：合格、不合格。

3、年度/聘期考核等级为：优秀、称职（合格）、基本称职（基本合格）、不称职（不合格）。

|  |  |
| --- | --- |
| **个 人 专 业 技 术 工 作 小 结** | |
|  | |
| **工 作 负 面 情 况 说 明** | |
| 申 报 人 负 面 情 况 | 任现职以来专业技术工作中如曾出现下列情况，请在选项前面打√：  ☐利用单位负责人之便占用他人成果；☐因工作过失受到通报；☐工程质量事故；☐医疗事故；☐严重医患纠纷；☐前述事故出现伤亡；☐其他情况：  **并就上述过错的具体情形作简要文字说明：** |
| 申报人对工作过失的陈述 | 申报人签名： |
| 单位对申报人  负面情况的意见 | （公章）  单位人事部门负责人签名： 年 月 日 |
| **本人承诺：**本人对以上所填写内容及所提交附件材料的真实性、可靠性、可溯源性负责。如有虚假或者不真实之处，愿意接受包括撤销职称等处理决定。  申报人签名：  年 月 日 | |

注：1、申报人须如实填写工作负面情况并亲笔签名，若对获现职称以来出现的过错隐瞒不报，评前公示阶段受举报查实，取消当年申报资格并通报批评；评后受举报查实，评审结果无效或撤销已获得的职称，且自下年度起3年内不得申报。

2、如有负面情况，申报人须在“申报人负面情况”栏对工作中出现的过错作出具体表述，在“申报人对工作过失的陈述”栏如实填写出现过失的原因、处理方式及本人的认识。“单位意见”栏由单位人事部门针对申报人工作作风、态度、过失因果等，加具对其负面情况的意见，对申报人未填报的负面情况亦一并列明。

|  |
| --- |
| **单 位 综 合 评 价 意 见** |
| 单位负责人签名： （单位公章）    年 月 日 |
| **单位对申报材料审核意见:**  **本《申报表》填写的内容及提交的材料，其真实性、可靠性、可溯源性，已经我单位**  **核对无误，并对此负责且承担由此产生的一切后果。**  **公章**  **核对人签名： 单位负责人签名： 年 月 日** |

注：所在单位须对申报人的专业技术工作、业绩进行核实并对其水平、能力、业绩作出客观公正的评价，评价意见字数不少于150字。

|  |  |
| --- | --- |
| 推荐前公示情况（在是或否后的括号内打√）：  是（ ）否（ ）在单位显著位置公开张贴；本表涉及的全部申请材料是（ ）否（ ）已公示；  公示期： 年 月 日至 年 月 日。    收到对申报人的举报、投诉主要内容及核查情况：  单位负责人（签名）： 行政职务：  **本签名表明负责人已完全清楚申报人的申报材料内容，并对材** （单位公章）  **料的真实性、可靠性、可溯源性及公示环节的完整性表示担保。** 年 月 日  **如申报人有弄虚作假行为，负责人须承担连带责任，一并追究。** | |
| 上级主管部门或单位审核意见：  负责人： （公章）  年 月 日 | |
| 县（区）人社部门审核意见：  经办人： （公章）  年 月 日 | 市人社部门（省直主管部门）审核意见：  经办人： （公章）  年 月 日 |

注：1、“评前公示情况”栏由申报人所在单位负责填写。

1. 主管部门、各级人社部门应依据我省相应专业资格条件和有关规定审核申报人材料，符

合申报专业资格条件各条规定要求的材料方可报送评委会评审，否则不予报送评委会。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评委会办公室审核意见：  评委会办公室（公章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 评 审 委 员 会 认 定 情 况 | 评审委员会对 同志的认定结论：  主任委员或副主任委员签章 评委会（公章）  年 月 日 | | | | | | |
| 评委会人数 | 到会人数 | 投票表决结果 | | | | 备 注 |
|  |  | 同意票数 |  | 不同意票数 |  |  |

注：对评委会认定通过人员的认定结论应填写其专业与职称名称，如“经评审委员会审核，同意认

定 XXXXXXX（姓名）为 XXXXXXXXXX（专业）副主任医师/副主任技师。

|  |  |
| --- | --- |
| 认定结果公示情况：  负责人： 评委会办公室（公章）  年 月 日 | |
| 职称审核确认意见：    职称审核确认单位（公章）  年 月 日 | |
| 备 注 |  |

附件清单

（在个人提交的材料后面括号内打√，在复印件上标注“与原件相符”

并加盖单位公章，附后一起装订）

一、居民身份证（临时身份证）复印件 （ ）

二、《卫生专业技术资格证书》复印件 （ ）

三、2010年（含）以来，个人年度医德考评登记表格复印件（ ）

四、近十年个人年度考核（聘期考核）表格复印件 （ ）

五、《医师资格证书》复印件 （ ）

六、《医师执业证书》复印件 （ ）

七、最近5个考核周期《医师定期考核表》复印件 （ ）

八、最近5个考核周期《乡村医生考核表》复印件 （ ）

九、《住院医师规范化培训合格证书》复印件 （ ）