

# 广州市荔湾区卫生健康局

---

## 荔湾区卫生健康局关于开展 2020—2021 年度 医师定期考核（补考）工作的通知

局属医院、各社区卫生服务中心、区疾控中心、区内各级各类社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）：

根据《中华人民共和国医师法》、《医师定期考核管理办法》等法律法规和广州市医师协会《关于开展广州市 2023 年度医师定期考核工作的通知（第二轮）》要求，为加强对医师执业的管理，规范医师的执业行为，提高医师的素质，保证医疗质量和医疗安全，我局现开展 2020—2021 年度医师定期考核（补考）工作。现将具体工作安排通知如下：

### 一、考核（补考）周期

对 2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日这一周期内的业务水平、工作成绩、职业道德等进行综合考核（补考）。

### 二、考核（补考）对象

2021 年 12 月 31 日前取得《医师执业证书》、目前仍在我区局属医院、各社区卫生服务中心、区疾控中心、区内各级各类社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）中执业的执业医师、执业助理医师和规培医师。符合上述条件且未参加和（或）未通过

2020—2021 周期医师定期考核的医师，需要参加本次考核（补考）。

## 二、考核机构

（一）局属各医院、各社区卫生服务中心、区疾控中心、区内各级各类社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）的2020—2021 年度医师定期考核（补考）工作由广州市荔湾区卫生健康局统筹管理。区级考核机构接受广州市荔湾区卫生健康局的委托，承担本机构及其它相关考核（补考）工作。

（二）本周期共设 5 家考核机构，分别为：广州市荔湾中心医院、广州市荔湾区人民医院、广州市荔湾区中医医院、广州市荔湾区妇幼保健院、广州市荔湾区骨伤科医院。

（三）广州市荔湾区人民医院同时承担广州市荔湾区疾病预防控制中心、广州市荔湾区口腔医院、各社区卫生服务中心、区内所有社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）的医师定期考核（补考）工作。具体考核机构名单及其所负责的医疗卫生机构详见《2020—2021 年度医师定期考核（补考）考核机构名单》（附件 1）。

## 三、考核（补考）程序

（一）医师定期考核（补考）程序分为一般程序和简易程序。

（二）一般程序考核（补考）。

1.一般程序考核（补考）为医师执业注册和（或）规范化培训所在机构对医师的工作成绩、职业道德进行评定并由考核机构复核,考核机构组织业务水平测评。

2.如医师在考核周期内按规定通过晋升上一级专业技术职务任职资格考試、住院医师（全科医师）、公卫医师规范化培训结业考核、专科医师规范化培训结业考核的,可直接认定为业务水平测评合格。

3.不符合执行简易程序的执业医师、执业助理医师和规培医师均执行一般程序。

### （三）简易程序考核（补考）。

简易程序考核（补考）为医师本人书写述职报告,执业注册和（或）规范化培训所在机构对医师工作成绩和职业道德进行评定，考核机构复核。适用简易程序的医师包括：

1.具有5年（含）以上执业经历且考核周期内有良好执业行为记录的医师。（注：良好行为记录包括：医师在考核周期内执业过程中受到县级以上地方人民政府或设区的市级以上人民政府卫生行政部门的奖励、表彰；完成政府指令性任务（时间在一年以上）；承担医学专业技术科研课题，取得技术成果，通过省级以上科技行政部门鉴定。）

2.具有12年（含）以上执业经历且考核周期内无不良执业行为记录的医师。（注：不良行为记录包括：因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范等受到的行政处罚、处分，以及发生医疗事故等。）

### （四）执业年限标准。

1.执业年限以首次取得《医师执业证书》的日期开始计算，如不能通过《医师执业证书》核实首次注册时间，可通过“医师电子化注册信息系统（机构版）”查询。

2.参加考核（补考）的执业经历计算日期截至 2021 年 12 月 31 日。

#### 四、考核（补考）工作安排

（一）医疗卫生机构通知考生参加考核（补考）（2023 年 11 月 27 日—2023 年 12 月 1 日完成）。

局属各医院、各社区卫生服务中心、区疾控中心、区内各级各类社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）通知本机构的执业医师、执业助理医师和规培医师参加荔湾区 2020—2021 年度医师定期考核（补考），指导考生区分一般程序与简易程序和填报有关材料：

1.参加一般程序的执业医师、执业助理医师和规培医师填写《医师定期考核表（一般程序）》（附件 2）（双面打印，一式三份），于 2023 年 12 月 1 日前上交医疗卫生机构。

2.参加简易程序的执业医师、执业助理医师和规培医师填写《医师定期考核执行简易程序申请表》（附件 3）（双面打印，一式三份）、《医师定期考核表（简易程序）》（附件 4）（双面打印，一式三份），于 2023 年 12 月 1 日前上交医疗卫生机构。

3.周期内（2020—2021 年度）医师不在我市执业但现在我市注册的，医师的《医师定期考核表（一般程序）》（附件 2）或《医师定期考核表（简易程序）》（附件 4）“执业机构盖章”处需同时有原注册机构审核盖章和现注册机构审核盖章。

4.考生逾期不上交材料至医疗卫生机构视为自动放弃定期考核（补考）。

（二）医疗卫生机构审核材料。

局属各医院、各社区卫生服务中心、区内各级各类社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）对执业医师、执业助理医师和规培医师填写的《医师定期考核表（一般程序）》（附件2）、《医师定期考核执行简易程序申请表》（附件3）、《医师定期考核表（简易程序）》（附件4）真实性、有效性承担审核责任，对其工作成绩评定、职业道德评定给予签署评定意见及加盖公章。同时汇总参加考核（补考）人员信息并填写《参加2020—2021年度医师定期考核（补考）医师信息汇总表》（附件5）（双面打印，一式三份）。

### （三）医疗卫生机构上报审核材料。

广州市荔湾区疾病预防控制中心、广州市荔湾区口腔医院、各社区卫生服务中心、区内所有社会医疗卫生机构（包括学校医务室等）于2023年12月1日前将《医师定期考核表（一般程序）》（附件2）、《医师定期考核执行简易程序申请表》（附件3）、《医师定期考核表（简易程序）》（附件4）、《参加2020—2021周期医师定期考核（补考）的医师信息汇总表》（附件5）上交到广州市荔湾区人民医院科教科（荔湾区明心路3号）。同时将《参加2020—2021年度医师定期考核（补考）的医师信息汇总表》（附件5）excel表格发送至lwwjj-yzk@gz.gov.cn邮箱。

逾期不上交材料至广州市荔湾区人民医院视为该医疗卫生机构没有考生参加定期考核（补考）。

### （四）考核机构审核材料（2023年12月2日—2023年12月10日）。

各考核机构（广州市荔湾中心医院、广州市荔湾区人民医院、

广州市荔湾区中医医院、广州市荔湾区妇幼保健院、广州市荔湾区骨伤科医院)于2023年12月2日—2023年12月10日期间审核并确认医疗卫生机构上报的考核(补考)名单,对各医疗卫生机构上报的执业医师审核结果给予评定意见。

(五)考生参加业务水平测评(2023年12月11日—2023年12月15日)。

1.广州市荔湾区疾病预防控制中心、广州市荔湾区口腔医院、各社区卫生服务中心、区内所有社会医疗卫生机构(包括学校医务室等)参加一般程序考核(补考)的执业医师、执业助理医师和规培医师于2023年12月11日12:00时—2023年12月15日24:00时期间通过扫描“问卷星”二维码(“问卷星”二维码将于2023年12月11日上午在“广州市荔湾区人民政府”网站公布)参加业务水平测评。逾期不参加考试的考生视为业务水平测评不合格。

2.广州市荔湾中心医院、广州市荔湾区中医医院、广州市荔湾区妇幼保健院、广州市荔湾区骨伤科医院在2023年12月11日12:00时—2023年12月15日24:00时期间自行制定考核(补考)方式完成业务水平测评。逾期不参加考试的考生视为业务水平测评不合格。

(六)录入考核结果(2024年12月25日—2024年12月29日)。

各医疗卫生机构根据考核机构评定的定期考核结果,在“医师电子化注册信息系统(机构版)”录入考生定期考核结果信息。工作成绩、职业道德和业务水平全部通过评定或测评,即为考核

合格，选择对应的考核机构及考核日期后确认提交。

(七) 考核结果反馈(2024年1月2日—2024年1月12日)。

考核机构盖章的《医师定期考核表(一般程序)》(附件2)、《医师定期考核表(简易程序)》(附件4)一份由考核机构保存，另外两份由考核机构反馈给医疗机构。医疗机构收到表格后将其中一份反馈给考生，另一份医疗机构存档保存。

考核机构同时将《医师定期考核表(一般程序)》(附件2)、《医师定期考核执行简易程序申请表》(附件3)、《医师定期考核表(简易程序)》(附件4)整理扫描报广州市荔湾区卫生健康局备案。

## 五、加强领导，统一思想

医师定期考核工作是一项法定任务，与医师执业注册紧密联系在一起。《中华人民共和国医师法》第42条规定：对考核不合格的医师，县级以上人民政府卫生健康主管部门应当责令其暂停执业活动三个月至六个月，并接受相关专业培训；第17条规定：医师定期考核不合格，暂停执业活动期满，再次考核仍不合格，要注销医师执业注册；第16条规定：因医师定期考核不合格被注销注册不满一年，不予注册。同时医师定期考核也是提高医师队伍整体素质的有效手段。医师定期考核不是一项完全独立的工作，各医疗卫生机构要向机构内医师宣传普及相关法律法规，认真落实定期考核工作，要求医师按规定参加考核。

### (二) 严格考核，确保质量。

医师、医疗卫生机构、考核机构基本信息 and 考核信息的完整、准确、有效是定期考核工作的基础。各医疗卫生机构要加强医师

定期考核信息系统各类信息录入和审核的管理，及时修改不准确的信息，补全遗漏信息，并将信息按时准确报送考核机构。各考核机构要严肃业务水平测评考试纪律，完善考务工作，确保医师定期考核工作按时、高质量完成。

附件：1.2020-2021 周期医师定期考核（补考）考核机构名单

2.医师定期考核表（一般程序）

3.医师定期考核执行简易程序申请表

4.医师定期考核表（简易程序）

5.参加 2020—2021 年度医师定期考核（补考）医师信息汇总表

广州市荔湾区卫生健康局

2023 年 11 月 27 日

（荔湾区人民医院联系人：何凤鸣，联系电话：81636956；  
荔湾区卫生健康局联系人：李晓桦、余健豪，联系电话：81566529）

附件 1

2020-2021 周期医师定期考核（补考）考核机构名单

| 序号 | 考核机构        | 负责的医疗卫生机构                                                                               |
|----|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 广州市荔湾区人民医院  | 1.广州市荔湾区人民医院<br>2.广州荔湾区疾病与预防控制中心<br>3.广州市荔湾区口腔医院<br>4.各社区卫生服务中心<br>5.所有社会医疗机构(包括学校医务室等) |
| 2  | 广州市荔湾中心医院   | 负责本机构                                                                                   |
| 3  | 广州市荔湾区中医医院  | 负责本机构                                                                                   |
| 4  | 广州市荔湾区妇幼保健院 | 负责本机构                                                                                   |
| 5  | 广州市荔湾区骨伤科医院 | 负责本机构                                                                                   |

## 附件 2

## 医师定期考核表（一般程序）

考核年度：2020-2021

|                            |                            |                                |   |        |     |        |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|--------|-----|--------|
| 姓名                         |                            | 性别                             |   | 出生年月   | 年 月 | 相<br>片 |
| 学历                         |                            | 毕业学校                           |   |        |     |        |
| 工作单位                       |                            |                                |   | 参加工作时间 | 年 月 |        |
| 医师资格证书<br>编码               |                            |                                |   | 取得时间   | 年 月 |        |
| 医师执业证书<br>编码               |                            |                                |   | 取得时间   | 年 月 |        |
| 执业情况                       | 在职/返聘                      | 执业经历                           | 年 | 执业范围   |     |        |
| 医<br>师<br>行<br>为<br>记<br>录 | 良好<br>行为<br>记录             | 受到的表彰、奖励                       |   |        |     |        |
|                            |                            | 完成的政府指令性任务                     |   |        |     |        |
|                            |                            | 取得的科研技术成果                      |   |        |     |        |
|                            | 不良<br>行为<br>记录             | 违反医疗卫生管理法规和诊疗<br>规范受到行政处罚、处分情况 |   |        |     |        |
|                            |                            | 发生医疗事故情况                       |   |        |     |        |
| 考<br>核<br>意<br>见           | 工<br>作<br>成<br>绩<br>评<br>定 | 完成工作数量<br><br>合格□ 不合格□         |   |        |     |        |
|                            |                            | 完成工作质量<br><br>合格□ 不合格□         |   |        |     |        |
|                            |                            | 完成政府指令性工作情况<br><br>合格□ 不合格□    |   |        |     |        |
|                            |                            | 执业机构评定意见：<br><br>合格□ 不合格□      |   |        |     |        |
|                            |                            | 执业机构盖章 年 月 日                   |   |        |     |        |
|                            |                            | 考核机构复核意见：<br><br>同意□ 不同意□      |   |        |     |        |

|      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 职业道德<br>评定 | 执业机构评定意见:<br><br><div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">执业机构盖章          年      月      日</div>                                                                                                                                                                                                                    |
|      |            | 考核机构复核意见:<br><br><div style="text-align: right;">同意<input type="checkbox"/> 不同意<input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|      | 业务水平<br>测评 | <input type="checkbox"/> 有关法律、法规、专业知识以及专业技术操作的考核或考试<br><input type="checkbox"/> 对其本人书写的医学文书的检查<br><input type="checkbox"/> 患者评价和同行评议<br><input type="checkbox"/> 省级卫生行政部门规定的其他形式<br><br><div style="text-align: right;">结论                                  合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">考核机构盖章                  年      月      日</div> |
| 考核结果 |            | 考核结论<br><br><div style="text-align: right;">合格<input type="checkbox"/> 不合格<input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">考核机构盖章                  年      月      日</div>                                                                                                                                                                                                                 |
| 备注   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

注：1.在选定的☐内打“√”。

2.考核不合格原因、对考核结果提出复核申请的处理意见及其他需要说明的记入备注栏。

附件 3

## 医师定期考核执行简易程序申请表

医师执业注册所在医疗机构名称:

|                |  |     |  |      |  |
|----------------|--|-----|--|------|--|
| 申请人            |  | 性 别 |  | 填报时间 |  |
| 执业时间           |  | 专 业 |  | 科 室  |  |
| 医师资格证书编码       |  |     |  |      |  |
| 医师执业证书编码       |  |     |  |      |  |
| 本人述职<br>报<br>告 |  |     |  |      |  |



## 附件 4

## 医师定期考核表（简易程序）

考核年度：2020-2021

|                      |                |                                                                                                                                                               |   |            |     |    |
|----------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------|-----|----|
| 姓名                   |                | 性别                                                                                                                                                            |   | 出生年月       | 年 月 | 相片 |
| 学历                   |                | 毕业学校                                                                                                                                                          |   |            |     |    |
| 工作单位                 |                |                                                                                                                                                               |   | 参加工作<br>时间 | 年 月 |    |
| 医师资格证书<br>编码         |                |                                                                                                                                                               |   | 取得时间       | 年 月 |    |
| 医师执业证书<br>编码         |                |                                                                                                                                                               |   | 取得时间       | 年 月 |    |
| 执业情况                 | 在职/返聘          | 执业经历                                                                                                                                                          | 年 | 执业范围       |     |    |
| 医师<br>行为<br>记录       | 良好<br>行为<br>记录 | 受到的表彰、奖励                                                                                                                                                      |   |            |     |    |
|                      |                | 完成的政府指令性任务                                                                                                                                                    |   |            |     |    |
|                      |                | 取得的科研技术成果                                                                                                                                                     |   |            |     |    |
|                      | 不良<br>行为<br>记录 | 违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到行政处罚、处分情况                                                                                                                                    |   |            |     |    |
|                      |                | 发生医疗事故情况                                                                                                                                                      |   |            |     |    |
| 医师申请<br>简易程序<br>考核理由 |                | <div style="text-align: right;">本人签名：_____ 年 月 日</div>                                                                                                        |   |            |     |    |
| 执业机构评定意见             |                | <div style="text-align: center;">同意 <input type="checkbox"/>      不同意 <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: right;">执业机构盖章 _____ 年 月 日</div> |   |            |     |    |
| 考核机构复核意见             |                | <div style="text-align: center;">同意 <input type="checkbox"/>      不同意 <input type="checkbox"/></div>                                                          |   |            |     |    |

|           |        |             |          |
|-----------|--------|-------------|----------|
| 考核意见      | 工作成绩评定 | 完成工作数量      | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 完成工作质量      | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 完成政府指令性工作情况 | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 执业机构评定意见:   | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 考核机构复核意见:   | 合格□ 不合格□ |
|           | 职业道德评定 | 执业机构评定意见:   | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 考核机构复核意见:   | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 考核机构复核意见:   | 合格□ 不合格□ |
|           |        | 考核机构复核意见:   | 合格□ 不合格□ |
|           | 个人述职   | 本人签名:       | 年 月 日    |
| 执业机构评定意见: |        | 合格□ 不合格□    |          |
| 考核机构复核意见: |        | 合格□ 不合格□    |          |
| 考核机构复核意见: |        | 合格□ 不合格□    |          |
| 考核结果      |        | 考核结论        | 合格□ 不合格□ |
| 备注        |        |             |          |

注: 1.在选定的□内打“√”。

2.考核不合格原因、对考核结果提出复核申请的处理意见及其他需要说明的记入备注栏。

# 附件 5

## 2020-2021 周期医师定期考核（补考）医师信息汇总表

机构名称（盖章）：

填报人：

联系电话：

本机构共\_\_\_\_\_人参加考核（补考）

填报日期：

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 医师资格证书号码 | 医师执业证书号码 | 首次执业注册时间 | 医师资格证获得时间 | 适用考核程序 | 上次定期考核周期 |
|----|----|----------|----------|----------|-----------|--------|----------|
|    |    |          |          |          |           |        |          |
|    |    |          |          |          |           |        |          |
|    |    |          |          |          |           |        |          |
|    |    |          |          |          |           |        |          |
|    |    |          |          |          |           |        |          |
|    |    |          |          |          |           |        |          |
|    |    |          |          |          |           |        |          |

（此页为首页，此表可续页）