湖南省卫生系列执业医师晋升副高级职称前下基层服务工作实施办法

（征求意见稿）

为贯彻落实《基本医疗卫生与健康促进法》，建立完善医疗卫生人员定期到基层和艰苦边远地区提供医疗卫生服务制度，特制定本办法。

一、对象与范围

（一）全省城区（含县城）所有二级及以上公立医疗卫生机构、三级民营医院年龄50周岁以下（截止至申报当年12月31日）的执业医师，不分编内编外，含临床、中医、口腔、公共卫生类别。

上述人员在晋升副高级职称前，应到基层医疗卫生机构累计服务一年以上，每次连续服务不少于3个月。

（二）三级医疗卫生机构（不含县级）的执业医师应到县级医疗卫生机构、二级（非同城）及以下医疗卫生机构服务；县区级医疗卫生机构、二级医疗卫生机构的执业医师应到乡镇卫生院、社区卫生服务中心服务；省市级其他公立医疗卫生机构（疾病预防控制机构等，下同）的执业医师应到县区级医疗卫生机构（含疾控中心）服务，县区级其他公立医疗卫生机构的执业医师应到乡镇卫生院、社区卫生服务中心服务。

执业医师可优先选择到符合以上条件的医联体，包括城市医疗集团、专科联盟和医共体服务。

（三）乡镇卫生院、社区卫生服务中心未设置对应专业（心胸外科、小儿外科、放射肿瘤治疗学、核医学、病理学等）的执业医师，原则上应按照执业类别和执业范围安排至相近专业开展服务，特殊情况可由县级卫生健康行政部门统筹安排到有对应专业设置的县级医疗卫生机构开展服务，并报市级卫生健康行政部门备案。

二、方式与程序

依托湖南卫生人才网（www.hnwsrc.com）建立全省下基层服务工作管理信息平台（以下简称“平台”）。下基层服务工作由派出执业医师的医疗卫生机构（以下简称“派出机构”）、基层医疗卫生机构、基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门三方在平台上进行管理。

（一）报送供求信息。每年1月、7月报送上下半年的计划批次。基层医疗卫生机构根据工作需求按专业上报需求计划，并报所在地县级卫生健康行政部门审核；派出机构根据工作需要确定下基层服务人员，录入相关人员信息。

（二）人岗双向选择。派出机构根据基层医疗卫生机构在平台发布的岗位需求，推荐本单位医师至相应岗位报名。基层医疗卫生机构在平台查看报名信息，进行审核。审核同意后派出机构在平台收到同意信息；如审核不同意，派出机构在平台收到相应信息后，可重新为医师报名其它岗位。

（三）确定服务计划。基层医疗卫生机构将双方达成意向的情况报所在地县级卫生健康行政部门审批备案后，确定服务计划。

（四）推进计划实施。根据上下半年的计划批次，派出人员分别于每年3月、9月初至基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门报到后，再前往基层医疗卫生机构。基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门将已到岗的下基层服务人员名单于3月和9月下旬前在平台上进行确认，并予以公示。派出机构同步在本单位公示经确认的下基层服务人员名单。

三、管理与评价

（一）严格日常管理。基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门牵头负责建立下基层服务考核管理机制，派出机构、基层医疗卫生机构要履职尽责、分工协作，确保下基层服务工作落实落细。派出机构、基层医疗卫生机构应安排专人负责下基层服务工作日常管理，基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门负责日常监督。

1.基层医疗卫生机构应及时将下基层服务人员的服务起止时间、工作排班日期和工作时间等信息录入平台。

2.基层医疗卫生机构每月第一周公布上月考勤情况，同时通报派出机构。派出机构在本单位公示考勤情况。下基层服务期间，下基层服务人员每月工作时间原则上不少于22个工作日，法定节假日除外。年休假视同出勤，年休假天数由派出机构出具相关证明。

3.下基层服务人员服务期间一般不得请假。因特殊原因确需请假的，应经基层医疗卫生机构同意；对连续请假超过5天，累计请假10天以上的，还需报基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门备案。累计请假超过5天的，需要补足下基层服务时间。

4.下基层服务人员服务期内累计迟到或早退5次以下的，由基层医疗卫生机构和派出机构给予批评教育；服务期内累计迟到或早退5次以上10次以下的，由派出机构、基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门给予通报批评；服务期内累计迟到或早退10次及以上的，派出机构、基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门给予通报批评，下基层服务考核结论为不合格。

5.下基层服务人员服务期间，如有旷工行为，派出单位、基层医疗卫生机构应按照有关规定予以严肃处理。服务期间旷工3次及以上的，下基层服务考核结论为不合格。

6.基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门应通过电话、视频、暗访等形式对下基层服务情况进行抽查（每月不少于1次），抽查过程中凡发现擅自离岗者予以通报批评，擅自离岗3次及以上者，下基层服务考核结论为不合格。

（二）严格考核评价。下基层服务期满后，基层医疗卫生机构在平台上录入执业医师下基层服务期间工作量等相关信息，由派出机构、基层医疗卫生机构及所在地县级卫生健康行政部门作出考核意见。考核结果分为合格、不合格两个等次，考核合格者方可申报副高级职称，不合格者视为未完成下基层服务任务。在不同基层医疗卫生机构完成下基层服务的，要分别进行考核。

派出机构、基层医疗卫生机构在考核前须在本单位公示下基层服务人员服务情况，无异议后方可出具考核意见。省卫生健康委将定期公示考核合格人员名单，公示无异议者平台自动生成《湖南省卫生系列副高级职称申报参评人员下基层服务考核表》（见附件）。考核表由派出机构、基层医疗卫生机构、基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门三方签名盖章后，由派出单位负责上传到平台保存。

（三）严格责任追究。派出机构、基层医疗卫生机构及所在地县级卫生健康行政部门对下基层服务工作管理、监督不严经提醒仍不改正的，由其上级卫生健康行政部门约谈主要负责人或通报批评，并责令其限期整改；对情节严重的，根据《职称评审管理暂行规定》等追究相关人员责任。对违背诚信承诺、有弄虚作假行为的职称申报人员实行“一票否决”，取消其申报参评资格。派出机构、基层医疗卫生机构及所在地县级卫生健康行政部门出具虚假证明材料的，在全省范围内予以通报并严肃处理，派出机构、基层医疗卫生机构取消单位两年卫生系列高级职称评审推荐资格。

四、视同下基层服务情形

（一）执业医师注册后，受组织派遣承担援疆援藏援外及公共突发事件救援等任务，可视同下基层服务经历，服务时间以参加以上任务的医疗卫生实际工作时间计算。

（二）执业医师注册后曾在乡镇卫生院、村卫生室或具有独立法人资格的社区卫生服务中心工作满一年且经基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门出具相应证明的，视同完成下基层服务。

（三）受省级及以上卫生健康行政部门委派的对口帮扶、对口支援，对口帮扶、支援时间视同下基层服务时间。

（四）部队转业、党政机关调入企事业单位从事专业技术工作，首次申报参评职称的人员不作下基层服务要求。

五、相关要求

（一）基层服务必须从实际出发，采取多种形式，可与对口帮扶、医联体建设、公共卫生服务项目等工作结合起来，讲究实际效果，反对形式主义，推动优质医疗资源向基层和边远地区流动。下基层人员须“全脱产”在基层服务，应积极发挥专业特长，认真完成出门诊、管病床、做手术、带教学和公共卫生服务等医疗教学工作任务，有条件的可担任相关科室负责人参与管理。

（二）派出机构要积极主动做好选派工作，在派出期间暂停下基层服务人员在本单位的执业活动及所有工作任务。派出机构应正常发放下基层服务人员在服务期间的基本工资，绩效工资按照不低于本单位职工平均绩效水平予以保障，并报销往返交通费用（每季度1次）。

（三）基层医疗卫生机构应为下基层服务人员提供必要的工作、生活保障（含住宿），应制定相应的管理办法和工作制度，并注意留存医师服务期间的工作安排、考勤记录、活动记录等证明材料，以便卫生健康行政部门核查。基层医疗卫生机构应当配合下基层服务医师依照《医师法》规定到准予注册的卫生健康主管部门办理变更执业地点手续。

本办法印发前，按照《湖南省职称改革工作领导小组办公室关于明确部分系列（专业）晋升职称基层工作经历有关事项的通知》（湘职改办〔2020〕4号）文件规定完成或正在进行的下基层服务继续有效。2024年、2025年，新纳入下基层服务范围的人员，可先参加评审，评审通过后补足下基层服务时间方可被聘任。

本办法自印发之日起执行。原有相关规定与本办法规定不一致的，以本办法为准。

本办法由湖南省卫生健康委员会负责解释。

附件

湖南省卫生系列副高级职称申报参评人员

下基层服务考核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 民 族 | |  |  |
| 身份证号 | |  | | | | | 现聘专业技术职称 | |  |
| 派出机构 | |  | | | | 从事专业 | |  | |
| 基层医疗卫生机构 | | | | |  | | | | |
| 服务时间 | | | | |  | | | | | |
| 服务期间主要任务 | | | | |  | | | | | |
| 工作内容 | 诊疗病人（人次） | | | |  | | 开展手术（台次）/流行病学调查（人次）/健康教育（人次）等 | | |  |
| 主持病（案）例讨论（次） | | | |  | | 带教下级医生（人） | | |  |
| 开展专题讲座（次） | | | |  | | 开展新技术新项目（项） | | |  |
| 其他工作 | | | |  | | | | | |
| 工作总结 |  | | | | | | | | | |
| 基层医疗卫生机构考核意见 | | | 同志于 年 月 日至 年 月 日在我单位服务，经考核 。以上情况已于 年 月 日-- 月 日在本单位公示，无异议。  单位负责人签名： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | |
| 派出机构考核意见 | | | 同志完成到（基层医疗卫生机构名称）服务任务，经考核 。以上情况已于 年 月 日-- 月 日在本单位公示，无异议。  单位负责人签名： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | |
| 基层医疗卫生机构所在地县级卫生健康行政部门意见 | | | 考核结果：  单位公章  年 月 日 | | | | | | | |

备注：1.考核结果分为合格和不合格。

2.此表作为完成下基层服务认定证明。各签章单位对考核内容及意见负责。

3.此表由平台自动生成。