

徐州市口腔医院文件

徐口院〔2023〕93号

关于印发《徐州市口腔医院 2021-2023 考核周期医师定期考核实施方案》的通知

泉山区、云龙区、鼓楼区、经开区卫健委，各有关医疗机构：

为进一步做好定期考核工作，加强医师执业管理，提高医师素质，保证医疗质量和医疗安全，履行我院作为徐州市主城区口腔执业医师定期考核机构的职责，根据《中华人民共和国医师法》、《江苏省医师定期考核管理办法实施细则》、《市卫生健康委关于做好 2021-2023 考核周期医师定期考核工作的通知》（徐卫医政函〔2023〕58号）等相关规定和通知要求，现结合工作实际，制定本实施方案。

附件 1：徐州市口腔医院 2021-2023 考核周期医师定期考核实施方案

2：医师定期考核表 I（适用于一般程序）

3: 医师定期考核表 II (适用于简易程序)

徐州市口腔医院
2023年10月31日



附件 1:

徐州市口腔医院 2021-2023 考核周期 医师定期考核实施方案

一、考核周期

本考核周期为 2021 年 1 月-2023 年 12 月。

二、考核对象

本次考核对象为 2022 年 1 月 1 日以前取得《医师执业证书》且主要执业机构为本市主城区各口腔专科医疗机构的执业（助理）医师（包括在职医师和退休返聘医师）。

三、考核内容

1、医师定期考核包括业务水平测评、工作成绩和职业道德评定。业务水平测评由我院负责，工作成绩、职业道德评定由医师所在医疗机构负责。

2、业务水平测评包括以下三个方面：

（1）理论考试

考试内容包括口腔专科医学知识、专业知识、人文医学知识、有关医疗卫生管理法律、法规、部门规章。

（2）实践技能考核

考试内容包括单人心肺复苏、七步洗手法等，我院根据考核名单随机抽取。

（3）同行评议

对住院病历、门诊病历或工作资料进行评议，我院根据考核名单随机抽取。

（4）业务水平测试由我院抽取专家进行集中评议，同

时对考核对象参加医学继续教育情况进行评议。

(5) 如医师在考核周期内按规定通过职称晋升考试(考核)、住院医师规范化培训考核、专科医师规范化培训考核、省级以上卫生健康行政部门组织的上岗培训或经省级以上卫生健康行政部门认可的相关考试,可直接认定为业务水平测评合格。

3、工作成绩基本内容包括:坚持日常工作,完成相应工作的质、量情况;根据卫生健康行政部门的调遣和所在医疗卫生机构的安排,完成抢险救灾任务、突发公共卫生事件处置、城乡医院对口支援、援疆、援藏、援外等情况;其他省级以上卫生健康行政部门规定的内容。

4、职业道德评定的基本内容应包括:医师恪守职业道德、遵守医德规范的情况,医师的工作作风、医患关系、团结协作情况等。

5、考核评价工作采用《医师定期考核评价表》进行考核评价,总分为100分。

四、考核程序

(一) 一般程序考核

(1) 参加考核的医师填写《医师定期考核表 I (适用于一般程序)》,于2023年11月25日前提交至医师注册所在的主要执业机构(被考核机构)。

(2) 被考核机构将医师工作成绩、职业道德评定情况及其他材料于2023年11月27日前报送至上级卫生健康行政部门,卫生健康行政部门于11月30日前报送至我院。

(3) 我院对被考核机构报送的工作成绩、职业道德评定意见进行复核，于 2023 年 12 月 7 日前公布参加业务水平测评的医师名单。

(4) 我院定于 2023 年 12 月 23 日进行业务水平测试。

(5) 我院在 2024 年 1 月 31 日前在医师执业注册联网管理系统中的“医师定期考核”模块录入考核结果，同时报批准其考核的卫生健康行政部门备案，并书面通知被考核机构。

(6) 因外出进修、出国学习等特殊原因不能参加本次业务水平测试的医师，必须在 2023 年 11 月 24 日前向所在医疗卫生机构或组织提出申请，并由所在医疗卫生机构或组织开具证明并盖章，交至我院。经我院同意后，上报所在卫生行政健康部门同意后方可延期考核。

(7) 参加一般程序考核对象需报送材料：

《医师定期考核表 I（适用于一般程序）》、医师资格证复印件（盖机构公章）、医师执业证复印件（盖机构公章）、2021、2022、2023 年度医学继续教育学分查询截图（盖机构公章）和符合免考条件的其他材料。

被随机抽取到进行同行评议的考核对象，须于 12 月 18 日前将 5 张 2023 年门诊处方复印件、5 份 2023 年门诊病历复印件（口内、修复、颌面外科门诊病历至少 1 份）报送至我院，在二级及以上医疗机构颌面外科执业的考核对象另需提供 2 份住院病历复印件。

（二）简易程序考核

(1) 申请简易程序考核的医师，须于 2023 年 11 月 12 日前填写《医师定期考核表 II（适用于简易程序）》，并向主要执业机构（被考核机构）提出申请理由，提交述职报告（包括工作成绩、职业道德、业务水平、参加继续医学教育情况等内容）。

(2) 被考核机构签署意见后，于 2023 年 11 月 15 日前将简易程序材料报送至上级卫生健康行政部门，卫生健康行政部门于 11 月 17 日前报送至我院。

(3) 我院对被考核机构报送的材料进行复核，于 2023 年 11 月 23 日前公布适用简易程序考核的医师名单，未通过简易程序审核的医师应接受一般程序考核。

适用简易程序的医师为具有 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；或具有 12 年（含）以上执业经历，考核周期内无不良执业行为记录的医师（执业经历的计算日期截止为 2023 年 12 月 31 日）。

良好行为记录定义：认定为良好行为记录的表彰、奖励，应当为设区的市级以上相关部门作出的业务工作相关的表彰、奖励；认定为良好行为记录的科技成果，应当为获得设区的市级以上科技进步奖或与业务工作相关发明专利的科技成果。

不良行为记录定义：因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范常规受到的行政处罚、处分，以及发生的医疗事故等。

(4) 参加简易程序考核对象需报送材料：

《医师定期考核表 II（适用于简易程序）》、医师资格证

2021、2022、2023 年度医学继续教育学分查询截图（盖机构公章）和符合免考条件的其他材料。

五、考核结果

1、考核结果分为合格和不合格。工作成绩、职业道德和业务水平中任何一项不能通过评定或测评的，即为不合格。

2、医师在考核周期内有下列情形之一的，应当认定为工作成绩、职业道德考核不合格：

（一）在发生的医疗事故、医疗损害事件中负有完全或主要责任的；

（二）未经所在机构或者卫生健康行政部门批准，擅自在注册地点以外的医疗、预防、保健、计划生育技术服务机构进行执业活动，情节严重的；

（三）跨执业类别进行执业活动的；

（四）代他人参加医师资格考试的；

（五）服务态度恶劣，造成恶劣影响或者严重后果的；

（六）索要或者收受患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；

（七）违反医疗服务和药品价格政策，多记费、多收费或者私自收取费用，情节严重的；

（八）索要或者收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或其工作人员给予的回扣、提成或者谋取其他不正当利益的；

（九）通过介绍病人到其他单位检查、治疗或者购买药

品、医疗器械等收取回扣或者提成的；

（十）出具虚假医学证明文件，参与虚假违法医疗广告宣传 and 药品医疗器械促销的；

（十一）隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；

（十二）未按照规定做好医院感染预防控制工作，未有效实施消毒或者无害化处置，造成疾病传播、流行的；

（十三）故意泄漏传染病人、病原携带者、疑似传染病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的；

（十四）未依法履行传染病和食源性疾病的监测、报告、调查、处理职责，造成严重后果的；

（十五）考核周期内，有 1 次以上（含 1 次）医德考评结果为较差的；

（十六）无正当理由不参加考核，或者扰乱考核秩序的；

（十七）违反《中华人民共和国医师法》有关规定，被处以“暂停执业”以上行政处罚的；

（十八）无正当理由未完成政府指令性任务的。

3、医师定期考核不合格的医师，卫生健康行政部门应责令其暂停执业活动 3 至 6 个月，并接受培训；培训期满，再次考核合格者，允许其继续执业，但该医师在本考核周期内不得评优和晋升职称；对接受培训后，考核仍不合格或无正当理由不参加医师定期考核的医师，应注销注册，收回《医师执业证书》。

六、公布途径

考核机构（徐州市口腔医院）会在医院官网和微信公众

号及时公布适用简易程序考核的医师名单、适用一般程序考核的医师名单、考核结果等医师定期考核相关通知，网站链接：<http://www.xzkqyy.com/>

联系人：李茜：联系电话：0516-85866656；电子邮箱：26420856@qq.com。

附件 2:

医师定期考核表 I

(适用于一般程序)

| | |
|----------------|--|
| 医师 基本 信息 | 姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ |
| | 学历: _____ 毕业学校: _____ |
| | 专业技术职务: _____ |
| | 执业类别: _____ 执业起始时间: _____年____月 |
| | 医师资格证书号码: _____ |
| | 医师执业证书号码: _____ |
| | 注册执业所在医疗机构名称: _____ |
| 考核 信息 | 考核周期: _____年____月至____年____月 |
| | 考核完成时间: _____年____月____日 |
| | 考核机构名称: _____ |
| 考核 意见 | 完成工作数量: <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 |
| | 完成工作质量: <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 |
| | 总评: <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 |
| | 医师注册执业机构 (公章) 年 月 日 |

| | | |
|------|--|---|
| 考核意见 | 职业道德评定 | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <p style="text-align: right;">医师注册执业机构（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| | 业务水平测评 | <p>测评方式：</p> <p style="text-align: center;">理论知识考试：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>不合格</p> <p style="text-align: center;">技能知识考核：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>不合格</p> <p>测评结果：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>不合格</p> <p style="text-align: right;">考核机构（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| 考核结果 | <p>对工作成绩的复核意见：<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p>对职业道德的复核意见：<input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p>考核结论：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>不合格</p> <p style="text-align: right;">考核机构（公章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | |
| 备注 | | |

注：1. 在选定的内划√

2. 考核不合格原因、对考核结果不服并提出复核申请的处理情况及其它需说明的问题记入备注栏。

附件 3:

医师定期考核表 II

(适用于简易程序)

| | |
|--------------------------------------|---|
| 医师 基本 信息 | 姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ |
| | 学历: _____ 毕业学校: _____ |
| | 专业技术职务: _____ |
| | 执业类别: _____ 执业起始时间: _____年____月 |
| | 医师资格证书号码: _____ |
| | 医师执业证书号码: _____ |
| | 注册执业所在医疗机构名称: _____ |
| 考 核 信 息 | 考核周期: _____年____月至____年____月 |
| | 考核完成时间: _____年____月____日 |
| | 考核机构名称: _____ |
| 适 用 简 易 程 序 理 由 | <p><input type="checkbox"/> 具有 12 年以上执业经历, 在考核周期内无不良行为记录</p> <p><input type="checkbox"/> 具有 5 年以上执业经历, 在考核周期内有良好行为记录</p> <p><input type="checkbox"/> 采取一般程序考核, 连续三次合格者</p> <p>良好行为记录: _____</p> <p style="text-align: right;">医师注册执业机构 (公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| 个人述职 报告 (不够填可另起一页) | <p>(包括考核周期内工作经历及进修情况、科研成果、发表论文、主要工作成绩和工作缺点等)</p> <p style="text-align: right;">述职人(签名): _____ 年 月 日</p> |
| 执业机构 意见 | <p><input type="checkbox"/> 同意本人述职</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意本人述职</p> <p style="text-align: right;">医师注册执业机构(公章) _____ 年 月 日</p> |
| 考核 结果 | <p><input type="checkbox"/> 合格</p> <p><input type="checkbox"/> 不合格</p> <p style="text-align: right;">考核机构(公章) _____ 年 月 日</p> |
| 备注 | |

注: 1. 在选定的□内划√

2. 考核不合格原因、对考核结果不服并提出复核申请的处理情况及其它需说明题记入备注栏。