

# 海南省卫生健康委员会

---

## 海南省卫生健康委员会 关于开展 2022 年全科医生转岗培训招收工作 的通知

各市、县、自治县卫生健康委，各全科医生转岗培训基地，各有关单位：

根据国家卫生健康委工作安排，结合我省实际，我委拟于近期在全省范围内开展全科医生转岗培训招收工作。现将有关事项通知如下：

### 一、培训目标

以全科医学理论为基础，以基层医疗卫生服务需求为导向，通过较为系统的全科医学相关理论学习和实践技能培训，培养具有高尚职业道德和良好专业素质，热爱全科医学事业，掌握全科专业基本知识和技能，达到全科医生岗位胜任力基本要求，能够为个人、家庭、社区提供综合性、连续性、协调性基本医疗卫生服务的合格全科医生。

### 二、培训对象

（一）基层医疗卫生机构中已取得临床类别执业（助理）医师资格、拟从事全科医疗工作、尚未接受过全科医生转岗培训、全科专业住院医师规范化培训或助理全科医生培训的临床执业

---

(助理)医师。

(二)二级及以上医院中取得临床类别执业医师资格、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、全科专业住院医师规范化培训或助理全科医生培训的其他专业临床执业医师。

(三)2022年共招收30名临床医师进行全科转岗培训。

### 三、培训内容

培训分为理论培训、临床技能训练和基层实践三个部分，按照《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)要求进行培训。

### 四、培训时间与方式

培训总时长不少于12个月，可以在2年内完成。2022年7月份报到参训，原则上2023年7月份结束。其中，全科医学基本理论知识培训不少于1个月(160学时)、临床综合诊疗能力培训不少于10个月、基层医疗卫生实践不少于1个月(160学时)、全科临床思维训练时间不少于20学时(穿插培训全过程)。培训采取模块式教学、必修与选修相结合的方式进行，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。参加结业考试合格者，授予海南省全科医生转岗培训合格证，可申请增加注册全科医学执业范围。

### 五、资金安排

(一) 中央财政专项经费补助标准：全科医生转岗培训按 15000 元/人的标准给予补助。其中 9000 元用于学员生活补助，6000 元用于培训基地开展教学实践活动、购买学员教材（人民卫生出版社“全科医生转岗培训规划教材”）。省医学学术交流管中心负责组织结业考试，相关考试及结业证书制作费用由培训基地按 500 元/人标准支付。

(二) 全科医生转岗培训补助费已由省卫生健康委按照分配学员人数所需资金，拨付给各培训基地用于开展培训工作。

## 六、有关要求

(一) 各市县卫生健康委要高度重视，认真组织，并按照培训名额分配要求，优先安排辖区内尚未有注册全科医生的基层医疗机构符合条件的人员参加培训（已参加我省全科、中医全科专业住院医师规范化培训，助理全科医生培训，全科医生转岗培训，全科医生岗位培训等全科相关培训并取得培训合格证的医师不得作为推荐人选）。培训期间，委派单位要按照在编在岗同等条件人员标准保证参训学员相应的工资待遇。

(二) 请各市县卫生健康委将填好的培训人员推荐表、报名汇总表与学员身份证、毕业证、执业（助理）医师资格证复印件于 6 月 30 日前送至省医学学术交流管理中心（地址：海口市秀华路 34-1 号海南省人民医院临床技能培训中心 11 楼 1113 室；电子版发送至 [xhhainan@163.com](mailto:xhhainan@163.com)）。

联系人及电话：

省卫生健康委科技教育处：戴露露，65335569；

省医学学术交流管理中心：许林洪，66236195。

- 附件：1.2022 年全科医生转岗培训名额分配表  
2.海南省全科医生转岗培训人员推荐表  
3.海南省全科医生转岗培训报名汇总表



（此件主动公开）

校对人：余庆华。

## 附件 1

## 2022 年全科医生转岗培训名额分配表

序号	地区	培训名额 (人)	培训基地
1	海口市	3	海口市 第四人民医院 (10 人)
2	文昌市	2	
3	琼海市	2	
4	定安县	1	
5	万宁市	2	
6	三亚市	3	三亚市人民医院 (10 人)
7	五指山市	1	
8	保亭县	1	
9	乐东县	2	
10	陵水县	2	
11	昌江县	1	
12	儋州市	3	儋州市人民医院 (10 人)
13	临高县	2	
14	东方市	1	
15	澄迈县	1	
16	屯昌县	1	
17	白沙县	1	
18	琼中县	1	
合计		30	

## 附件 2

## 海南省全科医生转岗培训人员推荐表

姓名		单位		联系电话	
性别		年龄		职务/职称	
学历		毕业院校		参加工作时间	
现从事专业		执业医师资格证书编号			
民族		身份证号码			
个人工作简历					
单位推荐意见			市县卫生健康委审核意见		
(盖章) 年 月 日			(盖章) 年 月 日		

附件 3

## 海南省全科医生转岗培训报名汇总表

填报单位：（盖章）

序号	姓名	性别	年龄	执业类别	所在单位	培训基地	联系电话
1							
2							
3							