

# 海南省卫生健康委员会

## 海南省卫生健康委员会 关于报送全科医生转岗培训需求信息 的通知

各市、县、自治县卫生健康委，各有关医疗机构：

为深入贯彻《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）等文件精神，进一步统筹、有序、加快做好我省全科医生转岗培训工作，我委决定对全科医生转岗培训需求开展一次全面摸底。现就做好报送全科医生转岗培训需求信息有关事项通知如下：

### 一、转岗培训范围

**（一）基层医疗卫生机构人员范围。**政府办和社会办基层医疗卫生机构中年龄不超过55周岁（截止2024年8月31日）、已取得（中医）临床类别执业（助理）医师资格、尚未接受过（中医）全科医生转岗培训、（中医）全科专业住院医师规范化培训或（中医）助理全科医生培训的（中医）临床执业（助理）医师。

**（二）二级及以上医院人员范围。**政府办和社会办二级及以上医院中年龄不超过55周岁（截止2024年8月31日）、已取得（中医）临床类别执业医师资格、从事（中医）临床医疗工作三

年及以上，拟从事（中医）全科医疗工作、尚未接受过（中医）全科医生转岗培训、（中医）全科专业住院医师规范化培训或助理（中医）全科医生培训的其他（中医）临床执业医师。

## **二、报送工作分工**

### **（一）各市、县、自治县卫生健康委**

负责市县级医疗机构、辖区政府办和非政府办基层医疗卫生机构、以及市县审批的社会办医疗机构的摸底、审核和报送工作。

**（二）省级医疗机构**（包括省属省管医疗机构,含社会办或民营医机构）

负责本医疗机构的摸底、审核和报送工作。

### **（三）军队医疗机构**

负责本医疗机构的摸底、审核和报送工作。

### **（四）其他医疗机构**（非前述三类以外的医疗机构）

负责本医疗机构的摸底、审核和报送工作。

## **三、报送要求**

### **（一）深入宣传，全面发动**

各市县卫生健康委、各有关医疗机构要组织深入学习、广泛宣传《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号）《国务院办公厅关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》（国办发〔2018〕3号）和《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）等文件精神，让所有符合条件的人

员全面了解全科医生制度和全科医生转岗培训的重要意义和相关政策安排。

## **(二) 个人填报、逐级审核**

各市县卫生健康委、各有关医疗机构要组织符合条件的人员全部填报附件 1（个人需同时微信扫描附件 2 的二维码通过“问卷星”进行填报），在个人填报的基础上再按照医疗机构职能部门、医疗机构负责人、市县卫生健康行政部门的程序（省级、军队和其他医疗机构勿需市县卫生健康委审核）进行逐人逐级全面审核，确保填报信息真实、准确、完整。各市县卫生健康委要组织基层医疗卫生机构按照“应填尽填、应报尽报”的原则组织做好填报工作。其中，政府办基层医疗卫生机构符合条件的人员填报率不得低于 70%。

## **(三) 统计汇总、及时报送**

各市县卫生健康委、各有关医疗机构逐人逐级全面审核个人填报员表的基础上，要统计汇总填写附件 3。请各市县卫生健康委、各有关医疗机构在 7 月 15 日前，将核准后的附件 1、附件 3 以 excel 电子表和签字盖章 PDF 版同时报送省医学学术交流管理中心邮箱 56015376@qq.com，同时抄送省卫生健康委科技教育处公务员邮箱 liuxuejun@hainan.gov.cn。

联系人及电话：许林洪，66208631。

- 附件：1.全科医生转岗培训需求信息填报表  
2.全科医生转岗培训需求信息填报二维码

### 3.全科医生转岗培训需求统计汇总表



(此件主动公开)

## 附件 1

# 全科医生转岗培训需求信息填报表（个人填报、单位审核）

报送单位（签字、盖公章）：

单位报送时间：2024 年 7 月 日

序号	工作单位	所在科室	姓名	性别	民族	年龄	职称	最高学历	现从事专业	执业类别	执业医师资格证书编号	是/否军队人员	手机号码	微信号	备注
1															
3															
4															
5															
...															

备注：

- 1.本表先由个人填报再由单位审核。填报单位是指各市、县、自治县卫生健康委和各有关医疗机构。市县辖区内的医疗机构由市县卫生健康委统计上报，不得直接上报省级。
- 2.本表填报信息务必真实、准确、完整，填报单位要审核把关。
- 3.符合条件的人员要力争实现“应填尽填、应报尽报”。政府办基层医疗卫生机构填报率不得低于70%。本表不够可自行添加。

附件 2

## 全科医生转岗培训需求信息填报二维码



附件 3

## 全科医生转岗培训需求统计汇总表 (单位填报)

填报单位(签字、盖章):            填报时间: 2024年7月    日

填报单位	需求总数 (人)	单位构成(人)		年龄构成(人)			职称构成(人)			学历构成(人)		
		基层医疗卫生机构	二级及以上医院	≥35周岁	>35周岁 ≤45周岁	>45周岁 ≤55周岁	初级	中级	高级	大专及以下	本科	研究生

备注:

- 1.填报单位是指各市、县、自治县卫生健康委和各有关医疗机构。市县辖区内的医疗机构由市县卫生健康委统计上报,不得直接上报省级。
- 2.需求总数=单位构成之和=年龄构成之和=职称构成之和=学历构成之和。