西安交通大学第二附属医院

医师定期考核管理办法

为了完善和加强医师执业管理，规范医师的执业行为，提高医师综合素质，保证医疗质量和医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《卫生部关于印发<医师定期考核管理办法>》（卫医发[2007]66号）、《卫生部办公厅关于进一步做好医师定期考核管理工作的通知》（卫办医管发〔2010〕208号）和《陕西省医师定期考核工作方案》（陕卫办医发[2017]163号）要求，制定本考核办法。

一、考核原则

考核坚持客观、科学、公平、公正、公开原则，以实绩考核为主，体现功绩积累原则、客观公正原则、民主公开原则，做到业务考试与业绩考核相结合，平时考核与定期考核相结合。

二、考核要求

按照医师执业标准对医师的业务水平、工作成绩和职业道德进行考核。

考核工作应认真负责、坚持原则，对每位医师能做出实事求是的评价。考该结果应真实、全面反映被考核医师的实际工作业绩情况，以调动广大医师的工作积极性，确保考核工作不走过场。

三、考核对象和类别

医师定期考核对象为全院所有注册执业的医师，包括在职人员及院方返聘人员。退休、离岗人员如在本院注册执业且继续从事医疗活动者也须参加定期考核。

医师定期考核分为执业医师考核和执业助理医师考核。考核类别分为临床、中医、口腔和公共卫生。

四、考核机构及职责

（一）成立医院医师定期考核委员会。负责拟定医师考核工作制度，对医师定期考核工作进行指导、检查，对考核结果评定进行审核，保证考核工作有效规范进行。

（二）医师定期考核委员会下设医师定期考核办公室，办公室设在医务部，负责医师定期考核的组织、实施和考核结果评定及日常管理工作。

（三）由被考核医师所在科室成立科室考评小组，对医师进行工作成绩、职业道德评定，并根据本科室工作特点进行业务水平评定。

五、考核程序

医师定期考核程序分为简易程序和一般程序。

1.符合以下条件的医师按简易程序考核

（1）具有5年以上执业经历、在考核周期内有良好行为记录的注册医师；（良好行为记录中的表彰、奖励、科技进步奖为市级及以上相关部门作出的）。

（2）具有12年以上执业经历、在考核周期内无不良行为记录的注册医师。

（3）考核周期内参与卫生支农、援藏、援外一年以上或抢险救灾有突出贡献的注册医师。

2.其他医师定期考核执行一般程序。

六、考核内容

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。工作成绩、职业道德评定应当与医师年度考核、医德医风考核情况相衔接。

1.简宜程序考核按照以下执行：

（1）填写《医师定期考核表（简易程序）》（附件2）

（2）由科室考评小组进行工作成绩、职业道德评定，在《医师定期考核表（简易程序）》上签署评定意见，并以科室为单位填写附件3。考核完毕后，将附件2纸质版、附件3纸质版和电子版交医师定期考核办公室，其他考核原始材料科室留存。

（3）医院考核委员会对提交材料进行审核，签署意见，对考核合格人员向全院公示后，由纪委、监察、行风等部门的负责人参加审定并采取一票否决。医师定期考核办公室将考核结果报至陕西省卫生计生委备案。

2.一般程序考核按照以下执行：

（1）医师填写《医师定期考核表（一般程序）》（附件1）

（2）由科室考评小组进行工作成绩、职业道德评定，根据本科室工作特点进行业务水平测评，在《医师定期考核表（一般程序）》上签署评定意见，并以科室为单位填写附件3。考核完毕后，将附件1纸质版、附件3纸质版和电子版交医师定期考核办公室，其他考核原始材料科室留存。

业务水平测评采用以下一种或几种形式：有关法律、法规、专业知识以及专业技术操作的考核或考试；对其本人书写的医学文书的检查；患者评价和同行评议；省级卫生行政部门规定的其他形式。

医师在考核周期内按规定通过住院医师规范化培训或通过晋升上一级专业技术职务考试，可视为业务水平测评合格，考核时仅考核工作成绩和职业道德。

（3）医院考核委员会对提交材料进行审核，签署意见，对考核合格人员向全院公示后，由纪委、监察、行风等部门的负责人参加审定并采取一票否决。医师定期考核办公室将考核结果报至陕西省卫生计生委备案。

七、考核的管理及结果的使用

考核结束后由医师定期考核办公室将考核结果存入医师个人档案，作为今后聘任及奖惩等的主要依据。

考核结果将记入《医师执业证书》的“执业记录”栏，并录入医师执业注册信息库。

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。

对考核不合格的医师，暂停执业活动3个月至6个月，并接受培训和继续医学教育；暂停执业活动期满，再次进行考核，在此期间的奖金按照科室有关规定执行。对再次考核合格者，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；对再次考核不合格者，由卫生行政部门注销注册，收回医师执业证书。

医师在考核周期内有下列情形之一的，应当认定为考核不合格，可以一票否决：

（一）在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的；

（二）未经所在机构或者卫生行政部门批准，擅自在注册地点以外的医疗、预防、保健机构进行执业活动的；

（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）在医疗卫生服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；

（六）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；

（七）通过介绍病人到其他单位(或个人)检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣或者提成的；

（八）出具虚假医学证明文件，参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；

（九）未按照规定执行医院感染控制任务，未有效实施消毒或者无害化处置，造成疾病传播、流行的；

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

（十一）未依法履行传染病监测、报告、调查、处理职责，造成严重后果的；

（十二）考核周期内，有一次以上医德考评结果为医德较差的；

（十三）无正当理由不参加考核，或者扰乱考核秩序的；

（十四）违反《执业医师法》有关规定，被行政处罚的。

（十五）被考核人以贿赂或欺骗手段取得考核结果的，取消其考核结果，并判定为该考核周期考核不合格。

八、考核的申诉

被考核医师对考核结果有异议的，可以在收到考核结果之日起30日内，向医院医师定期考核委员会提出复核申请，医师定期考核委员会应当在接到复核申请之日起30日内对医师考核结果进行复核，并将复核意见书面通知医师本人。

九、考核时间

本考核每两年为一个考核周期，具体考核时间由医务部通知。

在考核周期内，离职、辞职、解除中止劳动合同、变更执业注册或有执业医师法第三十七条所列情形之一但未被吊销执业证书的医师，应当提前考核。医师未完成考核或考核不合格者，不得变更注册。

因特殊原因不能按时参加定期考核的医师，由所在科室开具证明，经医院医师定期考核委员会同意，可延期考核。

医师执业注册时间在6月30日前的参加当年年度考核；医师执业注册时间在6月30日以后的，参加下一考核年度考核。

十、本办法由医务部负责解释。本办法经2018年6月25日党政联席会研究通过，自公布之日起施行。同时，《西安交通大学医学院第二附属医院医师定期考核管理办法》（西交二院（2007）144号）作废。

附件1

医师定期考核表（一般程序）

**考核年度：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | 年 月 | | 相  片 |
| 学历 |  | 毕业学校 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 | | 年 月 | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 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  行  为  记  录 | 良好  行为  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  行为  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 | | |  | | | |
| 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□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 职业  道德  评定 | 执业机构评定意见：  合格□ 不合格□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 业  务  水  平  测  评 | □有关法律、法规、专业知识以及专业技术操作的考核或考试  □对其本人书写的医学文书的检查  □患者评价和同行评议  □省级卫生行政部门规定的其他形式  结论 合格□ 不合格□  考核机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核结果 | | 考核结论  合格□ 不合格□  考核机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 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2

医师定期考核表（简宜程序）

**考核年度：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | 年 月 | | 相  片 |
| 学历 |  | 毕业学校 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 | | 年 月 | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 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  行  为  记  录 | 良好  行为  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  行为  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  简宜程序  考核理由 | | 本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
|  | | 执业机构评定意见：  同意□ 不同意□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
|  | | 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 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□  执业机构盖章 年 月日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 职业  道德  评定 | 执业机构评定意见：  合格□ 不合格□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 个  人  述  职 | 本人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 执业机构评定意见：  同意□ 不同意□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 考核结果 | | 考核结论  合格□ 不合格□  考核机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 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：**

医师定期考核结果汇总表

填报科室： 考核小组组长签名：

科室考核小组人员签名：

参加本次考核总人数： 不合格人数：

考核周期： 年 月至 年 月

考核完成时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 执业证号 | 考核程序  （一般程序/简易程序） | 考核结果 | 不合格原因 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：该表一式两份，一份科室留存，一份交医务部。