

# 湖南省中医药管理局

---

湘中医药函〔2018〕106号

## 湖南省中医药管理局 关于印发《湖南省 2018-2019 年度中医类别 全科医师转岗培训项目实施方案》的通知

各市州卫生计生委：

现将《湖南省 2018-2019 年度中医类别全科医师转岗培训项目实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。



抄送：国家中医药管理局，湖南中医药高等专科学校。

---

# 湖南省 2018-2019 年度 中医类别全科医师转岗培训项目实施方案

为贯彻落实国务院办公厅《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），加大全科医生培养力度，根据财政部、国家中医药管理局《关于提前下达2018年公共卫生服务补助资金预算指标的通知》（财社〔2017〕216号）和我省实际情况，经研究，我局决定开展2018-2019年度中医类别全科医师转岗培训工作，并制定本实施方案。

## 一、项目目标

根据《中医类别全科医师转岗培训大纲》（国中医药人教教育便函〔2011〕187号）要求，培养43名从事基层卫生服务的中医执业医师，使之达到中医类别全科医师岗位执业的基本要求，逐步建立一支能够满足基层中医药服务需求的中医类别全科医师队伍。

## 二、项目范围、培养对象条件和遴选程序

### （一）项目范围

覆盖全省14个市州

### （二）培养对象条件

按国家中医药管理局的要求，培养对象必须同时具备以下条件：

1. 基层公立卫生服务机构（包括县级中医医院、乡镇卫生

院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站等)工作的在岗中医(中西医结合)执业(助理)医师。

2. 中医(中西医结合)中专以上学历,50岁以下,累计从事临床工作2年以上。

3. 遵守职业道德,无违规违纪行为,5年内未发生承担主要责任的医疗事故,受到群众的广泛认可。

4. 身体健康,未担任院级行政领导职务,有脱产学习的条件。

### **(三) 遴选程序**

1 省中医药管理局下达项目培训推荐学员名额到各市州卫生计生委(附件1),由各市州卫生计生委(中医药管理部门)负责组织推荐申报工作。

2 符合条件的个人填写《中医类别全科医师转岗培训项目学员申请表》(附件2),经所在单位审核同意后,由市州卫生计生委(中医药管理部门)审核并确定培训对象,填报《湖南省2018-2019年度中医类别全科医师转岗培训项目市州汇总表》(附件3),于2018年10月29日前以电子邮件形式报送省中医药管理局科教处,同时报送纸质材料。

3 省中医药管理局科教处负责复审后,确定43名培训对象。

### **三、项目内容**

转岗培训时间为1年,分理论培训、临床培训、基层实践培训三个阶段,脱产进行,培训内容参照国家中医药管理局《中医

类别全科医师转岗培训大纲》。

**（一）理论培训。**时间不少于 1 个月（160 学时），内容包括中医全科医学概论、医学心理与精神卫生、预防医学概论、中医养生保健学、中医康复学、社区基本诊察技能、社区中医适宜技术、社区临床常见病证及处理八个模块。

培训单位：湖南中医药高等专科学校

**（二）临床培训。**时间为 10 个月，包括临床理论培训（不少于 40 学时）和临床科室轮转两部分，重点是掌握临床常见症状的中西医诊断与鉴别诊断、主要疾病的中西医防治与转诊指标、常用中西医诊疗操作技术。

培训单位：由湖南中医药高等专科学校安排各市州具备开展基层中医药知识与技能培训条件的指定机构承担。

**（三）基层实践培训。**时间为 1 个月，培训内容包括社区中医全科医疗、社区预防养生保健、全科医疗服务管理等。

培训单位：由湖南中医药高等专科学校与学员工作单位所在市州的卫生计生委（中医药管理部门）协商，指定有相应带教能力的社区卫生服务机构和医院承担。

#### 四、培训安排

##### （一）学员报到

1. 报到时间：2018 年 11 月 11 日；

报到地点：由湖南中医药高等专科学校另行通知。

2. 学员报到时提供以下材料：

- (1) 本人身份证原件及复印件一份
- (2) 近期一寸免冠正面相片两张
- (3) 医师资格证书原件及复印件一份
- (4) (助理) 医师执业证书原件及复印件一份

## **(二) 培训时间**

1. 2018年11月12日开始集中理论培训，理论培训结束后由省中医药管理局委托湖南中医高等专科学校组织理论考试。

2. 2018年12月10日开始临床培训和基层实践培训（根据生员地就近原则安排），临床培训和基层实践培训结束后进行实践技能考核。

## **(三) 食宿安排**

学员食宿由各培训单位根据本方案经费管理办法妥善安排。

## **(四) 学员待遇**

培训对象培训期间在原单位的工资、福利不变，并报销教材费及有关差旅费。

## **五、项目组织实施**

### **(一) 组织形式**

1 省中医药管理局负责项目组织实施，包括审核确定培训对象与机构、上报备案、培训工作管理和考核监督等工作。考核合格者，颁发国家中医药管理局统一格式的《中医类别全科医师转岗培训合格证书》，由湖南省继续教育委员会按照《湖南省中医药继续教育登记制度》和《湖南省中医药继续教育学分管理细

则》（湘中医药〔2009〕35号）颁发《中医药继续教育学分证书》。

2 湖南中医药高等专科学校负责项目培训工作的具体组织实施，包括学员的注册、管理、组织理论学习、协调安排临床培训、组织考试、考核并进行项目总结等工作。基层实践培训工作承担科室轮转临床实践和基层实践培训任务的单位需报省中医药管理局审核备案后方可开展。

3 各市州卫生计生委（中医药管理部门）负责参加培训人员的选拔和上报、学员基层实践阶段的督促管理等工作。

4 市州级综合性中医医院（含中西医结合医院、民族医院）根据全科医学的教学、临床和科研工作需要和《中医类别全科医师转岗培训大纲》有关规定，按照“缺什么补什么”的原则，自行组织中医类别全科医生转岗培训，统一参加结业考核。请各市州级综合性中医医院在2018年12月10日前将培训对象名单报送湖南省中医药管理局科技教育处。

5 各培训单位应严格执行培训内容及要求，确保培训质量，妥善解决学员的住宿并保存培养对象花名册、教学计划、考试（考查）记录及其他教学资料，以备检查。培训期间，要加强对学员的考核、并填写好培训考核表（附件4）。

6 参加培训人员在培训期间应严格遵守培训工作纪律，接受培训机构的管理，努力完成规定的学习任务，不得无故退学。

## **（二）经费管理**

### **1. 培训经费拨付方式：**

国家中医药管理局安排我省项目培训经费补助标准为：10000 元/人，合计 43 万元，由省中医药管理局报送省财政部门审批后预拨到湖南中医药高等专科学校，再由该校根据各培训单位培训工作量支付相应阶段培训经费。

## 2. 培训经费使用范围：

- (1) 理论培训期间教学经费、食宿费及必要的管理费用等。
- (2) 临床培训、基层实践培训期间的教学经费、住宿费及必要的管理费用等。
- (3) 结业考核工作经费。

## 六、项目管理和评估

(一)省中医管理局负责对项目实施过程和效果进行监督和评估。

(二)各培训单位应指定专人负责项目管理，建立培训档案。

(三)加强项目经费管理。下达到各培训单位的项目经费要严格按照国家有关专项资金管理的规定执行，确保专款专用，提高资金使用效益。

(四)项目完成后，各培训单位总结本单位培训情况报送湖南中医药高等专科学校，由湖南中医药高等专科学校形成项目总结评估报告报送省中医管理局科技教育处。

(五)取得《中医类别全科医师转岗培训合格证书》的人员按政策规定必须加注或变更注册为中医全科医学专业。

联系人及联系方式：

湖南省中医药管理局科技教育处 陈丽君 蹇容

联系电话：0731-84828522

电子邮箱：hnszgkjc@126.com

湖南中医药高等专科学校培训中心 徐筱红 黎红梅

联系电话：0731-28519178

电子邮箱：837482122@qq.com

- 附件：1. 湖南省 2018-2019 年度中医类别全科医师转岗培训项目各市州推荐学员名额分配表
2. 中医全科医师转岗培训项目学员申请表
3. 湖南省 2018-2019 年度中医类别全科医师转岗培训项目市州学员报名汇总表
4. 湖南省 2018-2019 年度中医类别全科医师转岗培训考核表



附件 1

湖南省 2018-2019 年度中医类别全科医师转岗培训  
项目各市州推荐学员名额分配表

| 市州  | 培训名额（参考） |
|-----|----------|
| 长沙  | 3        |
| 株洲  | 3        |
| 湘潭  | 2        |
| 衡阳  | 3        |
| 益阳  | 3        |
| 郴州  | 3        |
| 怀化  | 4        |
| 湘西州 | 4        |
| 邵阳  | 3        |
| 常德  | 3        |
| 娄底  | 4        |
| 永州  | 3        |
| 岳阳  | 3        |
| 张家界 | 2        |
| 合计  | 43 人     |

## 附件 2

## 中医全科医师转岗培训项目学员申请表

|                                                                                     |  |      |            |      |        |    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------|------------|------|--------|----|--|
| 姓名                                                                                  |  | 性别   |            | 出生年月 |        | 民族 |  |
| 学历/学位                                                                               |  | 学科专业 |            |      | 专业技术职务 |    |  |
| 何时从事中医临床工作                                                                          |  |      | 技术专长       |      |        |    |  |
| 执业（助理）医师资格<br>证书编号                                                                  |  |      | 执业证书<br>编号 |      |        |    |  |
| 行政职务                                                                                |  |      | 工作单位       |      |        |    |  |
| 通讯地址                                                                                |  |      |            |      |        |    |  |
| 手机电话                                                                                |  |      | 邮政编码       |      |        |    |  |
| 个人简历(包括主要学习简历和主要工作简历)                                                               |  |      |            |      |        |    |  |
| <p>申请人（签名）：          年    月    日</p>                                                |  |      |            |      |        |    |  |
| <p>所在单位推荐意见</p> <p>负责人（签名）：                                  年    月    日（公章）</p>    |  |      |            |      |        |    |  |
| <p>市（州）卫生计生委意见</p> <p>负责人（签名）：                                  年    月    日（公章）</p> |  |      |            |      |        |    |  |

附件 3

湖南省 2018-2019 年度中医类别全科医师  
转岗培训项目市州学员报名汇总表

市州（盖章）：\_\_\_\_\_

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学位学历 | 职称 | 联系电话 | 市/区/县 | 工作单位 |
|----|----|----|------|------|----|------|-------|------|
| 1  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 2  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 3  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 4  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 5  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 6  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 7  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 8  |    |    |      |      |    |      |       |      |
| 9  |    |    |      |      |    |      |       |      |

联系人：\_\_\_\_\_电话：\_\_\_\_\_传真：\_\_\_\_\_电子邮箱：\_\_\_\_\_

附件 4

湖南省 2018-2019 年度中医类别  
全科医师转岗培训考核表

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|             |        |      |         |      |        |    |
|-------------|--------|------|---------|------|--------|----|
| 姓名          |        | 性别   |         | 出生年月 |        | 照片 |
| 民族          |        | 籍贯   |         | 健康状况 |        |    |
| 何时从事本专业工作   |        |      | 单位职务/职称 |      |        |    |
| 工作单位        |        | 联系电话 |         |      | 邮政编码   |    |
| 参加临床实践机构    |        |      |         |      |        |    |
| 参加临床实践起止时间  |        |      |         |      |        |    |
| 参加基层实践机构、时间 |        |      |         |      |        |    |
| 总体考核指标      |        |      |         | 完成情况 | 主管老师意见 |    |
| 理论培训        | 学习内容   |      |         |      |        |    |
|             |        |      |         |      |        |    |
|             |        |      |         |      |        |    |
|             |        |      |         |      |        |    |
|             |        |      |         |      |        |    |
|             |        |      |         |      |        |    |
|             |        |      |         |      |        |    |
|             | 理论综合考试 |      |         |      |        |    |
| 期间是否中断学习    |        |      |         |      |        |    |

|      |            |  |  |  |
|------|------------|--|--|--|
| 实践培训 | 实践科室       |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      | 科室轮转实践培训考核 |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      | 基层实践培训考核   |  |  |  |
|      |            |  |  |  |
|      |            |  |  |  |

自我鉴定（简要阐述理论培训、实践培训所取得的成绩和存在的问题等）

签名：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

学员所在理论培训单位审核意见情况是否属实？（对学员的医德医风、跟师情况、医疗水平、组织纪律等做出评价，是否同意学员参加结业考核）

单位盖章

负责人（签名）\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

学员所在科室轮转实践单位审核意见情况是否属实？（对学员的医德医风、跟师情况、医疗水平、组织纪律等做出评价，是否同意学员参加结业考核）

单位盖章

负责人（签名）\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

学员所在基层实践培训单位审核意见情况是否属实？（对学员的医德医风、跟师情况、医疗水平、组织纪律等做出评价，是否同意学员参加结业考核）

单位盖章

负责人（签名）\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

市州卫生计生委审核意见（对学员理论学习、临床进修的情况及平时考核进行综合评价）

单位盖章

负责人（签名）\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

注：1、在理论培训及实践期间，由主管老师组织其日常考核，并提出考核意见。

2、市州卫生计生委对学员平时考核内容进行审核并评分，提出审核意见。