

# 广东省卫生健康委员会

粤卫办函〔2019〕157号

## 广东省卫生健康委办公室关于印发2019年 广东省乡村医生执业证书有效期满 再注册工作方案的通知

各有关地级以上市卫生健康局（委）：

为做好乡村医生执业证书有效期满再注册工作，根据《乡村医生从业管理条例》第十六条“乡村医生持执业证书有效期满5年须实行再注册”规定和《国家卫生健康委办公厅关于做好乡村医生执业证书有效期满再注册工作的通知》（国卫办基层发〔2019〕4号）要求，我委组织制定了《2019年广东省乡村医生执业证书有效期满再注册工作方案》，现印发给你们，请认真组织实施。

各地在实施过程中有何问题，请及时反馈我委基层处。



广东省卫生健康委办公室

2019年3月27日

# 2019年广东省乡村医生执业证书 有效期满再注册工作方案

为做好乡村医生执业证书有效期满再注册工作，根据国务院《乡村医生从业管理条例》（以下简称《条例》）和《国家卫生健康委办公厅关于做好乡村医生执业证书有效期满再注册工作的通知》（国卫办基层发〔2019〕4号）精神，制定本方案。

## 一、总体要求

乡村医生是农村三级医疗卫生服务队伍的组成部分，是最贴近农村居民的农村基层卫生工作的重要力量，在农村基本医疗和基本公共卫生服务中发挥了积极作用。各地要做到“应注册尽注册”，力争做到不漏一人，不漏一项，确保注册工作高质高效完成。各地要通过开展再注册工作，进一步加强乡村医生规范化管理，加大本地乡村医生人才队伍储备培养力度，优化乡村医生队伍结构，保障乡村医生权益，建立健全在岗乡村医生养老和退出机制，建立一支稳定、可持续的乡村医生队伍，为农村居民享受安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务奠定坚实基础。

## 二、工作范围和职责

（一）注册对象。按照《条例》规定获得乡村医生执业证书满5年且拟继续在村医疗卫生机构从业的乡村医生，含城区扩大后继续在村转居执业的乡村医生。在村卫生站执业的执业医师和执业助理医师，按《执业医师法》规定，不属于5年再注册范围。

(二) 注册责任部门。县(市、区)卫生健康行政部门负责本辖区范围内乡村医生执业再注册工作。

(三) 注册时间安排。2019年11月30日前完成。

#### 四、再注册流程

(一) 宣传阶段(2019年5月31日前)。县(市、区)卫生健康局要通过书面、短信、微信等多种形式向广大乡村医生宣传执业再注册的目的、意义和程序,确保通知到每一位乡村医生。

(二) 申请阶段(2019年6月1日—8月31日)。申请继续执业的乡村医生填写《乡村医生再注册执业申请审核表》(见附件1),向所在地乡镇卫生院提交再注册需要的相关材料后,由乡镇卫生院统一报送县(市、区)级卫生健康行政部门。

(三) 审核发证阶段(2019年9月1日—10月31日)。县(市、区)卫生健康行政主管部门应当自受理之日起15日内,按规定和程序对申请材料进行审核,对符合规定条件的,准予再注册,换发乡村医生执业证书;对不符合条件的,不予再注册,由发证部门收回原乡村医生执业证书并注销。具体要求如下:

1. 乡村医生再注册申请的审核要与乡村医生业务考评和职业道德评定相结合。

2. 经审核,拟予以再注册、注销注册的人员名单要向其执业的村卫生站所在地的村民公示5天,公示内容应包括姓名、年龄、性别、学历及县(市、区)卫生健康行政部门年度考核结果,并在乡镇卫生院设立受理投诉地点,公布投诉电话,接受群众监督。

3. 符合再注册条件的，由县（市、区）卫生健康行政部门发给《乡村医生执业证书》，同时收回旧证；对不符合再注册条件的，收回《乡村医生执业证书》，并由县级卫生健康行政部门负责做好建档和旧证销毁工作。

4. 县（市、区）卫生健康行政部门将准予再注册的人员名单在发证后 15 日内，向其执业的村卫生站所在地的村民告示。

（四）备案阶段（2019 年 11 月 1 日至 11 月 30 日）。换证工作结束后，各县（市、区）卫生健康行政部门按照《2019 年乡村医生执业再注册人员情况汇总表》（附件 2）、《2019 年乡村医生执业证书注销注册人员情况汇总表》（附件 3）、《2019 年村卫生站执业（助理）医师人数统计表》（附件 4）格式，填报电子表格，电子化管理乡村医生及执业数需求量信息，并将电子表格逐级上报备案。各地级以上市卫生健康行政部门须于 2019 年 11 月 30 日前将上述电子表格报我委基层处。

## 五、工作要求

（一）加强领导，提高认识。依法对乡村医生进行执业注册管理，是规范乡村医生执业行为和落实村卫生站规范化建设任务的重要措施。各县（市、区）卫生健康行政部门要高度重视，依法做好乡村医生的再注册工作。本着方便群众和优化卫生资源配置的原则，合理制订乡村医生配置规划，严格乡村医生准入，加强其执业行为监管，规范诊疗行为，推动乡村卫生队伍建设。各地级以上市卫生健康行政部门要加强检查和指导，确保再注册工

作质量。

（二）广泛宣传，落实责任。执业再注册工作涉及到每一位乡村医生的切身利益，各地卫生健康行政部门要严格把握政策，明确责任。县（市、区）卫生健康行政部门要主动采取多种形式开展宣传，将执业再注册的有关政策通知到每一位符合规定条件的乡村医生，并保存相关书面材料以便备查。同时，要以此为契机，进一步加强乡村医生对《条例》的学习，提高乡村医生自觉规范执业行为和维护自身权益的意识。

（三）严格程序，严肃纪律。各地要公开执业再注册工作办事程序，公布举报、查询方式，主动接受群众监督，对群众举报和上访等要及时答复和处理，并公布处理结果。对在再注册过程中徇私舞弊、造假或使用不正当手段的，一经发现，按《条例》有关条款执行，追究有关人员法律责任。

（四）及时准确报送信息。为动态掌握村医注册情况，由县级卫生健康部门通过“乡村医生执业注册信息管理系统”（简称“村医管理系统”，网址：<http://gdjews.yiboshi.com/>），按照“注册注销一人，动态录入一人”的原则，将乡村医生执业注册、再注册、注销、暂停执业活动等信息录入信息系统，同步完成信息系统网上注册工作。我委将以各市县电子表格和信息系统数据作为各市乡村医生队伍建设和常态化管理的依据，请各地认真、及时、准确、完整录入村医再注册相关信息。

（五）规范证件发放和管理。《乡村医生执业证书》由我委按照《卫生部关于印发乡村医生执业证书格式的通知》（卫基妇发〔2003〕302号）及《国家卫生健康委办公厅关于做好乡村医生执业证书有效期满再注册有关工作的通知》（国卫办基层发〔2019〕4号）规定的格式和制作要求统一印制，免费发放给各市，严禁在乡村医生执业再注册过程中收取任何费用。

各地级以上市要指定专人负责本项工作，并于5月1日前将具体负责人和证件需求数量、收货联系方式等（见附件5）以电子邮件方式报我委基层处。

联系人：刘旭东，联系电话：020-83134370，电子邮箱：[gdjczdc@126.com](mailto:gdjczdc@126.com)。

- 附件：1. 乡村医生再注册执业申请审核表  
2. 2019年乡村医生执业再注册人员情况汇总表  
3. 2019年乡村医生执业证书注销注册人员情况汇总表  
4. 2019年村卫生站执业（助理）医师人数统计表  
5. XX市2019年《乡村医生执业证书》需求汇总表

广东省卫生健康委办公室  
2019年 月 日

附件 1

## 乡村医生再注册执业申请审核表

姓 名： \_\_\_\_\_

乡村医生资格证书编码： \_\_\_\_\_

乡村医生执业证书编码： \_\_\_\_\_

填表时间：            年        月        日

广东省卫生健康委员会监制

## 填 表 说 明

- 1、本表供申请乡村医生执业再注册使用。
- 2、一律用钢笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。
- 3、封面、表 1—2 由申请人填写，表 3—4 由有关部门填写。
- 4、表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。
- 5、学历应填写最高学历。
- 6、“相片”一律用近期二寸免冠正面半身彩色照片。
- 7、如填写内容较多，可另加附页。
- 8、执业范围按《乡村医生执业注册中执业范围规定》填写。

姓 名		性 别		近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片
出生年月		民 族		
学 历		所学系、专业		
家庭地址及 邮政编码				
专业技术职务 任职资格				
身份证号码				
原执业机构 名称及登记号				
原执业 机构地址			邮政 编码	
获得乡村医生 资格的时间				
从事乡村医生 开始的时间				
何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分				



<p>村民的评价、 建议及投诉</p>	<p>填表人: _____ 年 月 日</p>
<p>村委意见</p>	<p>负责人: _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印 章</p>
<p>村医疗卫生 机构上级 主管部门 (乡镇卫生 院) 意见</p>	<p>负责人: _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印 章</p>





附件 3

## 2019 年乡村医生执业证书注销注册人员情况汇总表

市卫生健康局（盖章）：

县（市、区）	乡镇名称	姓名	性别	出生年月	身份证号码	原乡村医生执业证书号码	原注册村级卫生机构名称	乡村医生联系方式	注销原因
				1900-01-01					

县小计

市合计

填报人：

联系电话：

审核人：

填报时间：

附件 4

## 2019 年村卫生站执业（助理）医师人数统计表

市卫生健康局（盖章）：

县（市、区）	乡镇名称	执业的村卫生站名称	姓名	性别	出生年月	身份证号码	执业（助理）医师证书号码	执业医师/执业助理医师	联系方式	
		XX 县 XX 镇 XX			1900-01-01			执业医师		
		村卫生站			1900-01-01			执业助理医师		

县小计

市合计

填报人：

联系电话：

审核人：

填报时间：2019 年 月 日

附件 5

\_\_\_\_\_市 2019 年《乡村医生执业证书》需求汇总表

县（市、区）名称	《乡村医生执业证书》需求数量
_____市合计	

收件人姓名：\_\_\_\_\_，单位：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

通讯地址及邮编：\_\_\_\_\_

公开方式：依申请公开

---

校对：基层处 刘旭东

(共印 10 份)

