

山东省职业病诊断医师管理办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为加强职业病诊断医师队伍建设，规范职业病诊断行为，提高专业技术水平，保障职业病诊断医师合法权益，依据《中华人民共和国职业病防治法》《中华人民共和国医师法》和《职业病诊断与鉴定管理办法》等法律、法规和规章，制定本办法。

第二条 本办法适用于山东省行政范围内从事职业病诊断和职业健康检查主检活动的医师的管理工作。

第三条 省卫生健康委负责全省职业病诊断医师的资格认定工作和对定期考核工作进行指导、检查和监督。市卫生健康委负责本辖区内职业病诊断医师的定期考核工作。县级以上卫生健康主管部门负责本行政区域内职业病诊断医师的监督管理工作。

开展职业病诊断的医疗卫生机构指定专门科室负责本机构职业病诊断医师的日常管理工作。

第四条 职业病诊断医师应当具备良好的职业道德，自觉遵守有关法律法规，依法开展职业病诊断等工作。

第二章 资格认定

第五条 从事职业病诊断的医师应当具备下列条件，并取得省卫生健康委颁发的职业病诊断医师资格证书：

- （一）具有医师执业证书；
- （二）具有中级以上卫生专业技术职务任职资格；
- （三）熟悉职业病防治法律法规和职业病诊断标准；
- （四）从事职业病诊断、鉴定相关工作三年以上；
- （五）按照职业病诊断医师培训大纲（2021年版）完成相应内容的学习并通过全省统一考核。

第六条 省卫生健康委委托有关机构承担全省职业病诊断医师**资格认定**考核的组织实施工作。

第七条 职业病诊断医师诊断范围分为以下五个类别：

- （一）职业性尘肺病和其他呼吸系统疾病类；
- （二）职业性化学中毒类；
- （三）物理因素所致职业病类；
- （四）职业性放射性疾病类；
- （五）职业性皮肤病等其他职业病类。

符合条件的执业医师应按照注册的执业范围相符或相近的原则选择相应类别的诊断医师考核。在注册的执业范围内工作三年以上可视为满足第五条第四项的规定。

第八条 职业病诊断医师考核合格者，可以向省卫生健康委申请职业病诊断资格，经省卫生健康委审核，符合条件者，获得职业病诊断医师资格证书。

第九条 申请职业病诊断医师资格证书，需要提交以下材料：

- （一）《山东省职业病诊断医师资格申请表》（附件 1）；
- （二）《医师执业证书》原件及复印件；
- （三）中级以上卫生专业技术职务任职证书原件及复印件；
- （四）从事与申请的职业病诊断类别相关的三年以上工作经历证明。

提交材料完整、规范的，20 日内由省卫生健康委向申请人出具《山东省职业病诊断医师资格证书》；不符合要求的，一次性告知申请所需材料，出具《补正通知书》，待材料补充完整后 20 日内出具《山东省职业病诊断医师资格证书》。

第十条 省卫生健康委在官方网站公布取得职业病诊断资格的执业医师相关信息。

第三章 从业规则

第十一条 职业病诊断医师应当依法在其取得的诊断类别内结合执业医师证注册范围从事职业病诊断工作，不得超出其取得的诊断类别及执业医师证注册范围从事职业病诊断工作。

第十二条 职业病诊断医师应当按照《中华人民共和国职业病防治法》《职业病诊断与鉴定管理办法》（国家卫生健康委令 6 号）等法律法规规章和《职业病分类和目录》、国家职业病诊断标准等相关规定，依据劳动者的职业史、职业病危害因素接触史和工作场所职业病危害因素情况、临床表现以及辅助检查结果等，进行综合分析，作出职业病诊断结论。没有

证据否定职业病危害因素与病人临床表现之间的必然联系的，应当诊断为职业病。

第十三条 职业病诊断应由取得职业病诊断资格的执业医师作出。职业病诊断医师应当独立分析、判断、作出诊断意见，任何单位和个人无权干预。

第十四条 职业病诊断医师参与职业病诊断活动，应及时签署有关职业病诊断证明文书，不得隐匿、伪造、篡改或者擅自销毁职业病诊断证明文书及有关资料。

第十五条 职业病诊断证明书应当由参与诊断的取得职业病诊断资格的执业医师签署，职业病诊断机构应当对职业病诊断医师签署的职业病诊断证明书进行审核，确认诊断的依据与结论符合有关法律法规、标准的要求，并在诊断证明书上盖章。

第十六条 职业病诊断医师发现职业病人或疑似职业病人，应当及时通过所在机构向用人单位所在地县级卫生健康主管部门报告。同时应当通过所在机构在作出职业病诊断之日起十五日内登录职业病及健康危害因素监测系统信息进行信息报告。

职业病诊断医师应当告知职业病人和疑似职业病人依法享有的职业健康权益。

第四章 定期考核与管理

第十七条 各市卫生健康委对已取得职业病诊断资格的执业医师进行定期考核，每三年为一个考核周期。**定期考核包括医师的专业能力水平、工作业绩和职业道德状况考核。**

符合以下两个条件之一的职业病诊断医师，由本人书写述职报告，执业注册所在机构签署意见，报所在市卫生健康委审核通过后，无需参加定期考核。

（一）执业医师证注册范围为职业病专业且从事职业病诊断 12 年以上，在考核周期内无不良行为记录的。

（二）执业医师证注册范围为其他专业且从事职业病诊断 12 年以上，一个考核周期内诊断职业病病例 30 例以上，在考核周期内无不良行为记录的。

第十八条 职业病诊断医师未按规定参加考核或者考核不合格者，市卫生健康委应当责令其暂停执业活动三个月至六个月，并接受相关专业培训。暂停执业活动期满，再次进行考核，对考核合格的，允许其继续执业。

第十九条 职业病诊断医师应按照取得的职业病诊断医师证类别参加相应的培训，每个考核周期内每个诊断类别的培训不少于 16 学时。培训内容包括职业病防治法律法规、相关职业卫生和放射卫生标准、职业卫生基础知识、职业健康监护有关内容、职业病诊断标准、职业病案例分析和实践技能。

第二十条 各市卫生健康委应当于每个考核周期的最后一个季度完成本考核周期职业病诊断医师的定期考核，并向省卫生健康委提交考核情况报告。

第二十一条 职业病诊断医师执业地点发生变化时，应当

向省卫生健康委申请办理变更手续并提供以下材料：

- （一）《山东省职业病诊断医师资格变更申请表》（附件2）；
- （二）变更后的《医师执业证书》原件及复印件；
- （三）《山东省职业病诊断医师资格证书》原件。

符合变更条件的，在证书备注栏标注变更事项。

第二十二条 职业病诊断医师增加诊断类别的，需按照本办法第九条的规定提交相关材料。

第二十三条 有下列情形之一的，其所在机构应当在三十日内报告省卫生健康委，由省卫生健康委予以注销职业病诊断资格，收回职业病诊断医师资格证书：

- （一）死亡或者被宣告失踪的；
- （二）受刑事处罚的；
- （三）依法被吊销医师执业证书的；
- （四）其他被注销医师注册情形的；
- （五）未按规定参加考核或者考核不合格的；

（六）国家卫生健康委规定的不宜从事职业病诊断活动的其他情形。

第二十四条 被注销资格的情形消除后，再次申请职业病诊断资格的，应当依照本办法重新申请。

第二十五条 《山东省职业病诊断医师资格证书》遗失的，应当向省卫生健康委申请补发。补发的《山东省职业病诊断医师资格证书》沿用原证书号，批准日期为准予补发日期，在该

日期后打印“补发”字样，考核周期按原证书批准日期计。

第二十六条 《山东省职业病诊断医师资格证书》不得涂改、伪造、转让、借用。

第二十七条 职业病诊断医师在执业活动中违反有关法律法规的，按照有关法律法规处理。

第五章 附 则

第二十八条 本办法自2024年 月 日起施行，有效期至 年 月 日。

附件：1. 山东省职业病诊断医师资格申请表
2. 山东省职业病诊断医师资格变更申请表

附件 1

山东省职业病诊断医师资格申请表

姓 名		性 别		贴照片 (彩色大一寸)
出生年月		学 历		
毕业院校及专业				
身份证号码				
工作单位				
单位地址		邮 编		
职 称		联系电话		
从事专业及工作年限	专业 年			
医师执业证编号及注册专业				
医师资格证编号 (24 或 27 位数字)				
申请职业病诊断 医师诊断范围类别	(一) 职业性尘肺病和其他呼吸系统疾病类 () (二) 职业性化学中毒类 () (三) 物理因素所致职业病类 () (四) 职业性放射性疾病类 () (五) 职业性皮肤病等其他职业病类 ()			

<p style="text-align: center;">个 人 工 作 简 历</p>	<p style="text-align: center;">(可附页)</p> <p style="text-align: right;">签字： 年 月 日</p>
<p style="text-align: center;">单 位 意 见</p>	<p style="text-align: right;">(盖 章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
<p style="text-align: center;">省级卫生健康 行政部门意见</p>	<p style="text-align: center;">(盖 章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>

提交的材料：1. 医师执业证书复印件；2. 中级以上卫生专业资格证书复印件；3. 所在单位出具的从事与申请的职业病诊断类别相关的三年以上工作经历证明。

附件 2

山东省职业病诊断医师资格变更申请表

姓 名		性 别		贴照片 (彩色大一寸)
出生年月		学 历		
毕业院校及专业				
身份证号码				
现工作单位				
单位地址			邮 编	
职 称			联系电话	
从事专业及工作年限		专业 年		
医师执业证编号及注册专业				
医师资格证编号 (24 或 27 位数字)				
变更事项	<input type="checkbox"/> 执业地点	原执业地点		
		变更后执业地点		
	<input type="checkbox"/> 其他事项			
单 位 意 见	(盖 章) 年 月 日		省级卫生 健康行政 部门意见	(盖 章) 年 月 日

提交的材料：1. 变更后的医师执业证书复印件；2. 中级以上卫生专业资格证书复印件。