**海安市卫生健康委员会**

海卫健发〔2019〕130号

————————————————————————

关于印发《海安市“寻找最美健康卫士”评选

活动实施方案》的通知

各医疗卫生机构：

为学习贯彻党的十九大会议精神和习近平新时代中国特色社会主义思想，践行社会主义核心价值观，进一步推进我市卫健系统精神文明建设和医德医风建设，展示我市医务工作者的风采，树立良好社会形象，以优异的成绩向建国70周年献礼。经委党组研究，制定《海安市“寻找最美健康卫士”评选活动实施方案》，现印发给你们，请遵照执行。

海安市卫生健康委员会

2019年4月19日

|  |
| --- |
| 海安市卫生健康委员会办公室 2019年4月19日印发 |

海安市 “寻找最美健康卫士”评选活动

实施方案

为学习贯彻党的十九大会议精神和习近平新时代中国特色社会主义思想，践行社会主义核心价值观，进一步推进我市卫健系统精神文明建设和医德医风建设，大力弘扬救死扶伤、无私奉献精神，展示我市医务工作者的风采，树立良好社会形象，以优异的成绩向建国70周年献礼。经委党组研究决定，在全市卫健系统组织开展“寻找最美健康卫士”评选活动，特制定如下实施方案。

一、指导思想

以党的十九大精神和习近平新时代中国特色社会主义思想为指针，继承和发扬忠于操守、甘于奉献精神，以挖掘和展现当代医务工作者爱岗敬业为重点，以弘扬“重医德、树正气、优服务、促发展、建和谐”为主旋律，以培育“救死扶伤、崇尚医德、爱岗敬业、积极进取、精益求精、无私奉献”精神为主要内容，在全市形成学习、宣传和争做“最美健康卫士”的热潮，为加快推进海安市卫生事业健康发展，构建和谐海安新卫健创造良好的发展环境。

二、评选范围和原则

全市医疗卫健系统中从事医疗卫生一线工作五年以上，依法行医，文明服务，忠实维护群众健康，具有典型引导作用的一线工作人员。从事医护工作的领导干部和此前获得过海安市及以上同类表彰的人员原则上不参加本次评选。

评选活动坚持公开、公平、公正，社会参与、群众公认的原则，在广泛征求社会各界和群众意见的基础上，通过投票与评审的方式产生海安市“最美健康卫士”。通过评选活动在全市卫健系统选树一批医德高尚、业务精湛、作风优良、群众公认的先进典型，进一步推动卫生健康行业作风建设，更好地为人民健康服务。

三、评选标准

1.拥护党的路线、方针、政策，有坚定的政治立场和良好的政治素质，为人正派，团结同志，爱岗敬业、无私奉献，热爱集体、团结协作，开拓进取、勇于创新。

2.热爱医疗卫生事业，勤奋工作，品德高尚，为我市医疗卫生事业发展和保障人民群众身体健康做出显著成绩或突出贡献，赢得单位、病人及家属、社会群众普遍尊敬和爱戴，服务“零投诉”。

3.近五年内无医疗事故、重大医疗护理差错和医德医风问题，医德考评良好以上。

4.先进事迹突出、感人，无违反党纪、政纪及劳动纪律等情况，具有良好的群众基础和较高的社会声誉。

四、评选方法和程序

评选活动于2019年4月20日启动，7月30日结束，分五个阶段实施。各单位要通过媒体、网络、板报橱窗等渠道集中向全社会发布信息，公布“最美健康卫士”评选活动的目的意义、评选标准、推荐办法和截止时间等，广泛动员全市各级医疗卫生机构从业人员和社会各界人士参与此次活动。

1.推选阶段（4月20日－5月20日）。由各单位负责本辖区候选人的评选推荐工作，市人民医院推荐4名，市中医院推荐3名，市级医疗卫生单位和区镇公立医疗单位各推荐1名，每个区镇卫生计生所负责推荐乡村医生(社区医生)1名，民营医院各推荐1名。各医疗卫生单位将填写好的《海安市寻找最美健康卫士候选人推荐表》，事迹材料（不超过1500字）、5寸工作照片1张、2寸彩色免冠照1张（纸质版和电子版），报送市卫健委评审领导小组办公室。事迹材料应注明被推荐人的姓名、单位、主要事迹、联系方式等。卫健委设立专用电子邮箱：316199401@qq.com，联系人：周皖芹、施红云，联系电话：88906912。推荐截止日期为2019年5月20日。

2.初选阶段（5月20日－6月15日）。评选活动领导小组对推选出的人选进行初审，研究提出海安市最美健康卫士候选人20名。

3.投票阶段（6月15日－6月20日）。评选活动领导小组办公室将候选人基本情况及主要事迹简介，通过新闻媒体和网站向社会公布，并在健康海安微信公众号进行网络投票，发动社会各界参与评选，接受社会各界的监督。投票结果作为评选的依据。

4.评审阶段（6月21日－6月30日）。评选活动领导小组组织召开由熟悉了解医疗卫生行业的管理人员、专家等组成的评委会，以无记名投票的形式进行投票评审。网络投票占30%，专家评选占70%，评选活动领导小组结合评审和投票结果，确定海安市最美健康卫士10名、海安市优秀健康卫士10名正式候选人。

5.公示阶段（7月1日－7月6日）正式候选人名单在相关媒体上公示，无异议后，确定为海安市“最美健康卫士”和“优秀健康卫士”。

五、组织领导

市卫健委建立“寻找最美健康卫士”评选活动领导小组，负责本次评选活动的组织领导工作。领导小组下设办公室，办公室设在卫健委宣教科内，负责组织实施“最美健康卫士”评选活动的统筹、协调、落实等日常工作。

六、表彰奖励

举行颁奖典礼，对荣获海安市卫健系统“最美健康卫士”和“优秀健康卫士”人员进行表彰，并颁发证书。获奖人员的先进事迹将通过媒体进行宣传，适时组织先进事迹报告会在全系统巡回演讲。

七、工作要求

一是开展“寻找最美健康卫士”评选活动，是我市卫健系统落实党的十九大和习近平总书记系列讲话精神，贯彻践行社会主义核心价值观，弘扬先进典型，树立良好社会风气的一个重要举措。各医疗卫生单位要结合评选工作，积极弘扬新时期医疗卫生职业精神，努力建设人民满意的卫生健康事业。

二是各医疗卫生单位要高度重视，加强领导，充分发扬民主，严格按照推荐条件，坚持公开、公平、公正、透明原则，坚持自下而上、层层把关、优中选优。同等条件下要向长期在基层工作和艰苦岗位工作的医护人员倾斜，真正将在基层医疗卫生单位中表现突出的先进人物推选上来。

三是各单位要结合开展评选活动，多层次、全方位做好正面典型的宣传教育工作，通过电视、广播、报纸和自媒体等形式，大力宣传“最美健康卫士”的先进事迹，弘扬我市卫健系统“救死扶伤、忠于职守，爱岗敬业、满腔热忱，开拓进取、精益求精，乐于奉献、文明行医”的良好行业风尚，在全市掀起学先进、赶先进的热潮。

附件：海安市寻找最美健康卫士候选人推荐表

附件1：

海安市寻找最美健康卫士推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | | 民族 | |  | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 籍  贯 |  | 执业证号 |  | | | | | | | | |
| 政治面貌 |  | 从事卫生工作时间 |  | | | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 职务职称 | | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | | 手 机 | | |  | | | |
| 毕业学校 |  | | | 学历 | |  | | | 学位 | |  | |
| 受过  何种  奖励 |  | | | | | | | | | | | |
| 荐选  感言  50字 |  | | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  推荐  意见 | 单位（盖章）    年    月    日 | | | | | | | | | | | |
| 市组  委会  评选  意见 | 单位（盖章）    年    月    日 | | | | | | | | | | | |

注：本推荐表认真填写，并且要用A4纸双面打印，推荐表后附典型事迹资料（1500字以内，A4纸打印）、本人近期1寸正面彩照和工作照各1张（文字材料和照片请附电子版，照片容量要求jpg格式1M以上）。

附件2：

海安市寻找最美健康卫士评选汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **工作单位** | **姓名** | **性别** | **出生**  **年月** | **政治**  **面貌** | **学历** | **职 称** | **参 加**  **工作时间** | **毕业学校** | **现在岗位** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：此表由各医疗卫生单位填写。