|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件一：**  **广东省基层卫生协会社区卫生服务能力提升培训基地评估指标表** | | | | | | | |
| **指标** | **指标内容** | | | **数据获取办法** | | | **自评得分** |
|  | 1.医疗安全：近三年无二级以上医疗事故 | | | 卫生监督部门证明 | | |  |
| **一、基本条件** | 2.服务管理人数≥2万人 | | | 查看健康档案管理数量或累计诊疗人数 | | |  |
| 3.机构总建筑面积不少于2500M2（包括几个社区站点合计面积） | | | 查看有“房屋产权证复印件或房屋租赁合同” | | |  |
| 4.依法取得营业许可，在医疗许可范围应有全科医学诊疗，并按期通过医疗机构校验 | | | 查看医疗机构执业许可证、组织机构代码证书或事业单位法人证书 | | |  |
| **基本条件中任何一项不符合要求一票否决** | | | | | | |  |
| **一级指标** | **二级指标** | **三级指标** | **分值** | | **指标内容** | **评审标准** | **自评得分** |
| **二、综合管理 （45分）** | **1.质量管理（15分）** | 2.1.1 | 5 | | 1.相关制度：各项制度健全，制度完整并定期更新 | 制度每缺1项扣１分 |  |
| 2.1.2 | 5 | | 2.管理体系：建立考核组织，有相关责任部门和责任人，职责明确 | 缺1项扣２分 |  |
| 2.1.3 | 5 | | 3.质量监督考核记录完整，与绩效奖惩相关 | 一年内考核内容，缺１次扣１分 |  |
|  | **2.财务管理（15分）** |  | 15 | | 1.有专职会计人员  2.建立培训经费预算、使用和决算管理制度 3.近２年财务报表有盈余 | 1.全部符合标准得15分;  2.每一项不符合扣5分. |  |
| **3.人力资源管理（15分）** |  | 15 | | 1. 具有良好的学习型组织建设制度和实施办法 2. 灵活的激励型绩效管理制度 | 1.符合标准，得15分；  2.每满足一项得7.5分； |  |
| **三、培训基础 （15分）** | **1.服务能力 （5分）** | 3.1.1服务效率 | 2 | | 1.医师日均担负诊疗人次≥16人次  医师日均担负诊疗人次=（机构年度总诊疗人次/机构执业医师数）/年度工作日  2.辖区居民年平均就诊人次数不低于1人次。 辖区居民平均就诊人次数=机构年度总诊疗人次/辖区常住居民数 | 1.全部符合标准得2分;  2.每一项不符合扣1分. |  |
| 3.1.2满意度 | 3 | | 1.职工满意度不低于80%。  2.居民满意度不低于80%。满意率=5分问卷总得分/500分×100% | 1.全部符合标准得3分;  2.每一项不符合扣2分 |  |
| **2.签约服务 （5分）** |  | 5 | | * + - 1. 重点人群签约服务覆盖率达到60%以上   签约率=（与家庭医生团队签订服务协议的居民数/辖区常住居民数）×100%  2.签约居民续约率达到70%以上 续约率=2018年续2017签约人数/2017年签约人数×100% | 1.全部符合标准得5分;  2.每一项不符合扣2分 |  |
| **3.特色亮点 （5分）** | 3.3.1开展特色工作情况 | 3 | | 专家根据评分表打分 | 专家根据评分表打分 |  |
| 3.3.2特色经验有效 | 2 | | 1.参与过省级以上的交流发言  2.发表过相关经验总结或者论文 | 1.全部符合，得2分；  2.每一项不符合，1分 |  |
| **四、培训保障 （10分）** | **1.硬件设施 （5分）** | 4.1.1培训条件 | 4 | | 1.有教室（会议室）、黑/白板、投影仪、计算机、录音等辅助培训设备  2.有计算机信息检索功能 | 1.符合标准，得4分；  2.每一项不符合，扣2分 |  |
| 4.1.2阅读条件 | 1 | | 1.≥10种医学、社区卫生相关杂志（包含电子杂志）；  2.≥20种参考书或工具书； | 1.符合标准，得1分；  2.每一项不符合，扣0.5分 |  |
| **2.组织管理 （5分）** | 4.2.1基地培训管理 | 1 | | 成立基地管理领导队伍，明确分工；  实行基地负责人负责制，职责明确；设置兼职（或专职）培训主任岗位，负责本基地培训工作的组织实施，职责明确；设置兼职（或专职）培训秘书岗位，落实本基地培训工作，职责明确。 | 符合要求且落实，得1分； |  |
| 2 | | 建立规范的培训管理制度：  1.有培训计划、总结; 2.有培训大纲 | 1.全部符合，得2分;  2.每一项不符合，扣1分 |  |
| 4.2.2师资队伍建设 | 2 | | 参加培训情况： 1.近三年参加全科医学师资培训1次（机构外的培训）  2.近三年参加社区卫生服务能力提升培训1次（机构外的培训） | 1.全部符合，得2分;  2.每一项不符合，扣1分 |  |
| **五、培训能力 （30分）** | **1.师资水平 （10分）** | 5.1.1师资资质 | 5 | | 1.本单位担任师资具备医学专科及以上学历，主治医师、主管护师及以上专业职称  2.有３年及以上社区卫生服务领域的工作经验 | 1.按照师资数量进行考核，每名师资每满足1项得1分，最多5分； 2.不符合，不得分。 |  |
| 5.1.2师资组成 | 5 | | 1.机构有拟承担相关技能培训的师资2名以上;  2.机构有拟承担相关管理培训的师资2名以上； | 1.满足其中一项，得5分； 2.一项不满足，扣2.5分。 |  |
| **2.培训水平 （20分）** |  | 20 | | 1.近5年成功举办过国家级继续医学教育培训项目（8分）；  2. 近5年成功举办过省级继续医学教育培训项目（7分）；  3.近5年成功举办过市级继续医学教育培训项目（5分）； | 不符合，不得分。 |  |
| 加分项评估指标 | | | | | | |  |
| **六、加分项（20）** | **1、科研管理（10分）** |  | 10 | | 1.建立科研课题管理制度。  2.承担区级以上（含区级）的科研课题。  3.已经公开发表文章2篇。 | 1. 建立科研制度，得2分，没有不得分； 2. 承担1项科研项目，得1分，最多得4分。   3.每发表一篇文章得1分。最多得4分。 |  |
| **2、机构人员管理（6分）** |  | 6 | | 1.年度关键岗位员工辞职率≤5%  2.机构员工平均流失率≤10%  3.持续服务≥3年的关键岗位员工数量呈递增趋势 | 符合一项加2分。 |  |
| **3、医保定点机构纳入情况（4分）** |  | 4 | | 1. 纳入城镇职工基本医疗保险、新农合（或城乡居民医保）定点医疗机构; 2. 未出现过骗取、套取医保基金行为; | 全部符合加4份。  一项不合格，都不得分。 |  |

附件二：

**广东省基层卫生协会**

**社区卫生服务能力提升培训基地申请书**

申请单位： （加盖公章）

通讯地址：

邮政编码： 单位电话：

电子邮件：

联 系 人： 办公电话:

移动电话:

填报时间：

**填写说明**

一、凡申请广东省基层卫生协会社区卫生服务能力提升培训基地的机构必须填写《培训基地申请书》。

二、《培训基地申请书》要求填写真实、准确、无误。

三、《培训基地申请书》中“申请单位”处应加盖申请机构公章。

四、“培训师资”填写本单位的可担任师资的情况。

五、“培训时间”填写培训项目所需要的时间，例如“脱产5天”。

六、“培训大纲”中的“内容”填写课程名称。

七、填写完《培训基地申请书》后，一式两份交至广东省基层卫生协会秘书处（快递地址：广州市越秀区连新路11号4楼402室，联系人：张东霞，手机：13602839262）。

|  |
| --- |
| **基本情况表** |
| 成立时间： 年 法人代表： 举办主体：  服务管理人数： （万人） 下属全科医疗站： （个）  科室设置：□预防保健科 □全科医疗科 □中医科（含民族医学）  □康复医学科 □医学检验科 □医学影像科  □口腔医学科 □临终关怀科 □  人员情况：人员总数： （人），  其中公卫医生 （人）、全科医生 （人）、护士 （人）  连续三年在职从事医疗服务工作人数 （人）  职称情况：  公卫医生：高级职称 （人）、中级职称 （人）、初级职称 （人）  全科医生：高级职称 （人）、中级职称 （人）、初级职称 （人）  护 士：高级职称 （人）、中级职称 （人）、初级职称 （人）  设备情况：万元以上设备：  用房情况：业务用房面积： 平方米  业务用房来源：□免费使用 □自有 □租用  业务情况：2022年服务管理人数 万，基本医疗年门诊量 万人次；  年健康教育服务 万人次；年预防接种 万人次。  业务收入：2022年业务总收入 （万元），年盈余 （万元）。  其中医疗业务收入 万元，政府拨款 万元，其它收入 万元；  培训情况：近5年来是否开展过继续医学教育项目培训工作 □是 □否  培训项目名称： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **拟开展的培训交流项目表** | | |
| 申请培训交流项目名称 | |  |
| 本单位担任培训交流师资 | |  |
| 拟外聘担任培训交流师资 | |  |
| 培训时间 | |  |
| 培训方式 | |  |
| **培训资料** | 培训大纲  内容1： 课时：  内容2： 课时：  内容3： 课时：  内容4： 课时：  内容5： 课时：  内容6： 课时：  内容7： 课时：  内容8： 课时：  拟使用已出版的教材，请填写  教材名称《 》，出版社 出版时间：  主要作者： | |

|  |
| --- |
| **申报单位师资基本信息表** |
| 姓名 出生日期 学历 职称 职务  师资来源：□本中心 □外聘，单位  负责本培训项目的内容：  **主要工作经历**  **开展过哪些与全科医疗相关的培训？**  **开展过哪些与全科医疗相关的研究？**  **发表过哪些与全科医疗相关的文章？** |

（此表可根据师资人数复印，复印有效）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位负责人信息表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 民族 | |  | |
| 教育程度 |  | | | | | 职务 | |  | | 职 称 | | |  | | | |
| 办公电话 |  | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | | |
| 传 真 |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | | | |
| 主要工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接受培训的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参与培训工作的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申报单位培训负责人信息表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | | 民族 | |  |
| 教育程度 | |  | | | | | 职务 | |  | | | 职称 | |  | | |
| 办公电话 | |  | | | | | 移动电话 | | | |  | | | | | |
| 传 真 | |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | | | | |
| 主要工作经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接受培训的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参与培训工作的经历 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申报单位开展培训工作调查表** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目一** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目二** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目三** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目四** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  **项目五** 名称：  时间： 天 专业：□公共卫生 □全科医学 □护理 □其他  方式：□集中培训 □进修 □其他  每期参加人数： 已经举办次数：  此页面不够可加附页 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家组**  **评审意见** | | | **（签名）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **广东省基层卫生协会审核意见** | | | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **备注** | | |  | | | | | | | | | | | | | |

**请附：1.申请机构医疗执业许可证复印件；2.申请机构事业单位法人证书复印件；**

**3.申请机构组织机构代码证复印件；4.申请机构法人代表身份证复印件。**

|  |
| --- |
| **申请机构**  **医疗机构执业许可证**  **粘 贴 处** |
| **申请机构**  **单位法人证书**  **粘 贴 处** |
| **申请机构**  **组织机构代码证**  **粘 贴 处** |

|  |
| --- |
| **申请机构**  **法人代表身份证（正面）**  **粘 贴 处** |

|  |
| --- |
| **申请机构**  **法人代表身份证（背面）**  **粘 贴 处** |
| **申请机构**  **培训教室平面图**  **粘 贴 处** | |