附件：

安徽省2024年度继续医学教育项目

现场督查方案

根据国家卫生健康委科教司、全国继续医学教育委员会及省卫生健康委相关规定，为进一步规范全省继续医学教育项目管理，决定组织开展我省2024年度国家级、省级继续医学教育项目现场督查工作，特制定本工作方案。

一、对象和内容

督查对象为我省获批公布的2024年度国家级、省级继续医学教育项目（含备案项目）。

督查内容包括项目的报到、教学过程、考试考核等情况是否真实、规范、有序；项目实际执行内容与申报书符合程度；项目实际举办情况、典型经验和存在的问题；有关意见和建议等。具体内容见附表。

二、时间安排

5月至12月开展现场督查工作。项目督查的具体时间根据项目举办前所报备的举办信息进行确定。

三、工作方式

（一）按照我省获批公布的2024年度国家级、省级继续医学教育项目（含备案项目）总数，现场督查的项目数不低于总数的10%。现场督查覆盖所有省直单位及各地市，随机抽查到县。

（二）督查人员对项目执行情况进行现场核查，完整填写《安徽省继续医学教育项目现场督查表》（见附表），并由项目负责人现场签名确认。

（三）现场督查工作结束后，相关资料须经督查小组成员复核，签字确认后统一送交省继教办。

四、督查人员组成

督查小组由委科教处、省继教办、省直医疗卫生单位或地市卫生健康委、有关学术社团等继教管理人员、工作人员和专家组成，每组2-3人。督查小组具体人员由省继教办统筹安排。

五、工作要求

（一）督查工作本着实事求是、公正透明、各市和省直单位全覆盖的原则，以事实为依据，平等对待各级各类医疗卫生机构和继续医学教育项目。督查方式为随机抽查与定向督查相结合，现场督查与网上核查相结合。督查人员须遵守回避原则，督查时间不得提前告知项目举办方。及时公开督查工作信息和结果，主动接受监督。

（二）督查人员须严格按照督查内容和流程，全面监督项目举办单位项目执行情况，及时发现并纠正项目举办过程中存在的问题；积极收集可供借鉴的典型经验，深入了解继续医学教育对象的需求，多渠道征集相关意见和建议，为完善我省继续医学教育政策机制提供依据。

（三）项目主办单位及项目负责人应积极配合督查工作，主动提供真实有效的项目资料。

（四）督查期间须严格执行有关纪律和作风规定。

（五）如发生突发情况，应及时报告相关部门和领导，积极协调，妥善处置。

附表：

**安徽省继续医学教育项目现场督查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | |
| 项目类别 |  | | 项目编号 |  | | | |
| 报到情况 | 签到人数： 刷卡人数 ： | | | | | | |
| 举办时间 | 申报起止时间 | 实际起止时间 | | | 是否备案 | | 符合率% |
| 起： 月 日 上午 下午  止： 月 日 上午 下午 | 起： 月 日 上午 下午  止： 月 日 上午 下午 | | | 是 | 否 |  |
| 举办地点 | 申报地点： | 实际地点： | | | 是 | 否 |  |
| 教师姓名 | 授课题目 | 工作单位 | | | 职称 | | 符合率% |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加人员 | 申报人数 |  | 签到人数 |  |  |
| 抽查人数 |  | 符合人数 |  |  |
| 试 卷 | 发放时间： 回收时间： | | | | |
| 执行表 | 发放时间： 回收时间： | | | | |
| 现场情况 |  | | | | |
| 典型经验 |  | | | | |
| 问题/困难 |  | | | | |
| 意见/建议 |  | | | | |
| 综合评价 |  | | | | |
| 备 注 |  | | | | |
| 核 查 时 间： 核 查 地 点：  核查人员签字： 项目负责人签字： | | | | | |