

医院高质量发展

暨医疗纠纷防范处理与医疗质量安全核心制度培训班 会 议 通 知 (厦门站)

项目编号: 2024-24-02-001 (国)

各有关单位:

为深入贯彻落实党的二十大精神和习近平总书记在二十届中央纪委第二次全会上的重要讲话精神,贯彻国家卫生健康委员会有关政策法规,落实医院巡查工作方案工作,完善医院法治建设和惩防体系建设,提高医疗机构及医务人员执业合规管理和合法权益,助力医院高质量发展,为健康中国建设保驾护航。在厦门市医师协会和厦门医学院附属口腔医院的支持下,由中国医师协会主办、厦门市医学会医鉴办协办的"医院高质量发展暨医疗纠纷防范处理与医疗质量安全核心制度培训班"将于2024年11月8日-11日在福建省厦门市召开。

望各有关单位积极参与并组织相关人员参加学习和交流,携手共进,凝聚共识、传承创新,共同提升,协同发展!

一、会议时间:

2024年11月8日-11日(8日报到,11日撤离)。

二、会议地点:

厦门天元君隆大酒店(前埔路店),地址:厦门思明区前埔路 189 号。乘车路线:

- 1、高崎国际机场: 距离酒店 10 公里,直接乘出租车 20 元左右到达酒店。或在 T4 候机楼公交站乘坐快 2 线公交车 (开往第一码头站方向)在蔡塘站下车,在蔡塘地铁站乘 2 号线地铁在岭兜下车,沿指示牌 4 出口,步行 700 米到酒店。
 - 2、厦门北站: 距离酒店 24 公里, 直接乘出租车 30 元多元到达酒

店。或乘1号地地铁(开往镇海路方向)在吕厝下车,换乘2号线地铁(开往五缘湾方向)在岭兜下车沿指示牌4出口,步行700米到酒店。

3、厦门火车站: 距离酒店 18 公里,直接乘出租车约 30 元到达酒店。或乘 3 号线地铁 (开往蔡厝方向)在体育中心下车,换乘 2 号线地铁 (开往五缘湾方向)在岭兜下车沿指示牌 4 出口,步行 700 米到酒店。

三、参会对象:

- 1、各级医院院长、党办、医务科、医患办、质控科、门诊部、医 保办、收费处、病案室等科主任及业务骨干和相关医务医护人员。
- 2、各地卫健委(局)分管领导、医政处(科、股)、法规处(科、股)负责人和相关业务骨干人员。
- 3、各地医学会、医师协会、律师事务所、高校从事卫生法教学的 教师等医疗卫生行业负责人和相关人员。

四、主要师资团队:

厦门市医师协会 姜 杰

北京大学法学院 孙东东

中国医院协会邓利强

江苏省医学会 蒋士浩

中国政法大学 赵卯生

北京医院魏亮瑜

国家卫健委医院管理研究所 张勤

厦门医学院附属口腔医院 杨常委

中华医学会 齐瑞瑞

(根据每期会议实际情况,授课老师和内容可能有所调整)

五、会议内容:

〇医疗质量(安全)不良事件的管理、控制及案例分析

- ○最新病历真实性认定的专家共识讲解
- 〇《医疗质量安全核心制度》解读及案例分析
- ○常见科室医疗纠纷的风险及规避
- 〇医院重点专科建设与科室管理
- 〇医院投诉接待与处理技巧
- 〇医患沟通技巧及案例解析
- 〇医疗鉴定与医疗安全核心制度
- 〇医疗机构的风险策略
- 〇患者就医体验的提升
- 〇《患者安全专项行动方案》解读及案例分析
- ○医药反腐背景下医疗机构法律风险防范要点解析
- ODRG 支付下医院运营体系建设
- ○医疗纠纷的现状及法律处理的关键点
- ○近年来医疗纠纷发生与处理的新特点及发展趋势
- 〇医疗事故技术鉴定对追究医疗事故罪的影响
- 〇医院"绩效国考"与学科建设
- 〇医院等级评审与不良事件管理
- 〇如何落实医疗告知与知情同意
- ○热点问题答疑和案例解析

六、收费标准:

- 1、个人报名:培训费 2200 元/期/人(福建省学员培训费 1700 元/人),为了便于管理和服务,学员住宿由会议统一安排,也可自行安排,学员食宿费用自理,凭发票回单位报销。
- 2、团体报名分会场(线下/线上):单位团体报名5人以上(含5人), 赠送会议内容同步直播视频(可回放), 内容同步直播至本单位会议室, 本单位全体人员在会场均可观看学习。

七、学分证书:

参会学员颁发国家级 I 类继续医学教育学分证书, 10 分, 国家级继 续教育项目编号: 2024-24-02-001 (国)。

八、报名方式与流程:

敬请于11月6日前采取以下任一方式报名:微信、电子邮件、传真 或短信。报名联系人: 刘畅、周彦辉、曹继霞。

手机号/微信号: 15801156515 (添加微信请备注单位和姓名)

曹继霞电话/传真: 010-87646105

王韬电话: 010-63317266

邮箱: 1193801519@qq.com

会议网址: http://med.yixuemeeting.org.cn





(微信扫码关注会议公众号



医院高质量发展

暨医疗纠纷防范处理与医疗质量安全核心制度培训班 报名回执表(厦门站)(复印有效)

姓名:	职称:	性别:	年龄:
职称:	科室:	Email:	
手机号:	电话:		
身份证号码 (申请学分证书请填写):			
是否预留房间: 双标门	可合住□ 单人大	床间包房	不预留□
工作单位:			