院长办公室工作制度 5

会议制度 6

公车管理制度 8

行政总值班工作制度 10

行政总值班各类突发事件应急流程 12

社会监督制度 14

突发事件应急信息报告和信息发布工作制度 15

医院公章管理制度 17

信息公开工作制度 18

纪检监察工作制度 21

党政领导干部廉政谈话制度 22

作风建设常态化监督检查办法 25

医院关于加强职业道德建设的若干规定及奖惩办法 27

信访工作制度 33

投诉管理制度 35

投诉受理首问负责制度 38

院长行政查房制度 39

院长接待日制度 40

财务管理制度 41

财务监督工作制度 43

预算管理制度 45

成本核算管理制度 54

大额资金使用管理制度 68

重大经济事项集体决策制度 70

和责任追究制度 70

重大经济事项监督机制 72

固定资产管理制度 74

固定资产报废、处置管理制度 77

物价管理制度 79

信息管理制度 86

医卡通收费管理制度 118

医卡通挂失、换卡处理及退费制度 119

内部审计制度 120

差旅费报销规定 122

职工继续教育（学历）学费报销的规定 123

工伤保险管理制度 124

生育保险管理制度 126

医疗保险管理制度 127

医保定岗医师管理制度 130

离休人员管理工作制度 131

医疗保险质量考核制度 134

工会委员会工作制度 135

工会经费审查委员会制度 136

岗位设置聘用管理制度 138

医疗质量管理制度 142

多部门医疗质量管理协调机制 144

医院质量与安全管理委员会工作职责 147

医疗设备管理制度 148

医用耗材管理制度与程序 154

一次性使用医疗用品管理制度 156

医用材料采购管理办法 157

一次性无菌医疗器械使用及用后销毁制度 159

医疗器械不良事件监测和报告制度与程序 160

高风险医疗器械可追溯制度 162

医用高值耗材采购制度 163

植入器械购入使用审核管理规定 165

医疗器械采购管理办法 166

新员工岗前培训制度 167

临床教学管理制度 169

员工培训管理制度 172

进修实习人员管理规定 177

临床见习管理制度 178

带教老师管理制度 180

教学设备管理制度 183

重点专科项目管理办法 184

重点专科建设专项资金管理办法 188

专家工作站管理办法 190

对口支援培训制度 192

中医类别全科医师规范化培训制度 194

乡镇卫生院中医技术骨干培训管理制度 197

中医药专业人才培训制度 199

非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训制度 201

门诊工作管理制度 203

专家门诊管理制度 204

门诊便民服务制度及措施 205

疾病诊断证明和病假证明管理制度 206

预约诊疗制度 207

预约就诊管理制度 208

传染病管理制度 209

传染病报告制度 211

传染病预检分诊工作制度 213

传染病知识培训制度 214

传染病疫情预防与控制制度 215

传染病异常信息反馈制度 217

传染病登记本管理和使用制度 218

传染病漏报调查制度 219

传染病报告奖惩制度 220

传染病报告自查制度 221

传染病防治宣传教育制度 222

职工请假休假的管理规定 223

统计资料规范管理制度 227

图书室管理制度 228

档案保密制度 229

档案借阅、利用制度 230

电子文件归档制度 231

 档案鉴定销毁制度 232

# 院长办公室工作制度

一、安排各种行政会议，负责会议记录以及文件、报告、计划、总结等文字材料的草，

负责会议纪要、决议的印发，并督促检查执行，及时向院长汇报情况。协助院长处理日常行政事务工作，经常沟通职能科室的联系。

二、做好来访、参观等内外宾接待工作，做到安排周密、妥当、热情。

三、做好行政类文件的收发、登记、编号、传阅、收回及保管工作，针对文件内容，提出拟办意见，对上级机关和有关单位的通知及时汇报有关领导。并请示办理意见。

四、组织文件的打印装订工作，做到准确及时、字迹清楚，无特殊情况不得拖延。

五、做好全院文书档案的收集、整理、立卷存档工作，执行保密制度。

六、搞好对总值班室、总机室、复印打字室、司机班的管理，适时安排医院检查工作。

七、及时处理信访，做到有登记，有结果，不积压，不拖延，重大问题及时向领导报告。

八、院领导交办的临时性工作要尽快完成并随时汇报。

# 会议制度

## 班子会

会议由院长主持，院级行政领导班子成员参加，会议一般每二周举行一次，时间半天。会议主要内容是传达贯彻上级领导机关的会议或文件的精神，研究医院的重大决策；听取各分管领导对前一阶段工作的汇报和下一阶段的工作安排，对医院近期重点工作作出总体部署；研究解决医院管理和运行中存在的主要问题等。

## 办公会

会议由院长主持，院级行政领导班子成员和职能科室的负责人参加会议。会议一般每2周召开一次，如无特殊情况大多在院长办公会议召开后次日召开，时间半天左右。会议主要内容是听取各职能部门的工作汇报和需要帮助解决的问题；由院长或分管领导布置近期工作重点和主要任务以及具体要求

## 中层会

会议一般每两个月召开一次，时间安排在下午，由院长或分管领导主持，院级行政班领导成员、职能科室负责人和科主任、护士长及其他相关人员参加，参会人员由本人签到，对号入座。会议主要内容是由院长或分管领导传达上级领导机关召开的重要会议、重要文件的精神，通报医院近期的运行状况、作出的重大决定、发生的重大事件、部署安排医院的主要工作任务和具体实施的意见。

## 职工大会

一般每年召开一次，大多安排在春节前后，由院级领导主持。一年一度的职工大会全体职工都参加。会议由院长向大会作过去一年的工作总结、提出新一年的工作思路；对过去一年获得各种先进的个人、科室以及优秀论文作者、获奖科研课题的项目主持人颁布发证书和奖金。

## 社会行风监督员会议

医院为增进与社会各界的沟通，广泛听取社会各界对医院行风建设与医疗服务的意见和建议，自2005年8月开始，聘请社会行风监督员20余名，其中包括机关团体、人大代表、工厂企业、社区街道等方面的人士为医院行风监督员。会上由院长向社会监督员汇报医院的工作和行风建设情况，院级领导班子参加会议听取行风监督员的意见和建议。

# 公车管理制度

为进一步加强医院机动车辆管理，提高工作效率和服务质量，确保行车安全，特制定本规定。医院公用车辆的调度、年检、维修、保险、燃油等事宜，均由司机班在院长办公室的领导下负责管理。

一、用车范围

即墨市中医医院公务用车范围如下：

（1）邀请院外人员讲学、会诊、检查指导工作。

（2）外事活动。

（3）院领导外出开会联系工作。

（4）科主任、副高以上人员外出开会、参加学术活动的接送。

（5）职能科室因公联系工作、开会必须用车。

（6）离退休老干部用车。

二、车辆的管理

（1）车辆实行定人定车，统一管理、统一调度，所用车部门必须向院办调度申请，由院办或调度统一派车。

（2） 司机出车必须经派车通知，现金加油必须先经院办批准方可。无派车通知均作为私自出车。

（3） 车辆维修实行定点。驾驶员不得随意送修。二级保养、小修、更换易损的零配件，必须经车队队长鉴定，院办同意后到指定维修点修理。如车辆更换大件、大修、三保等1000元以上的维修，司机应写出书面报告，说明维修部位、费用，由车队长鉴定，请示领导后方可维修，修理费由总务科统一向修理厂进行结算，报院领导批准由财务转帐，驾驶员不得办结帐手续。特殊情况下的修理费，必须经车队长签字同意，报总务批准后方可报销。。

（4） 司机必须服从调度的派遣，准时定点出车。不能按规定时间出车，影响工作或造成不良影响的予以批评教育；三次违反管理规定者，戒免谈话；三次以上者给予警告以上处分。

（5） 除正常值班的车辆以外，其他车辆未经允许，晚间一律不准开车回家。确因工作需要开车回家的，必须保证车辆安全。如未经允许私自开车回家，一经发现，给予通报批评，发生事故，责任自负。

（6） 任何科室和个人不得直接向驾驶员要车。未经批准的私自用车，发生事故、违章罚款等均由个人承担，损坏车辆视情况分别给予处分。

（7） 特殊情况下的出车，事后补办派车登记，未补办手续，均作为私自出车。

（8）严格遵守交通规则，确保安全行车（不开英雄车、赌气车和酒后驾车），违规造成的罚款不予报销。

（9）过路费、停车费当月报销。

三、驾驶员管理

（1） 院车队队长负责驾驶员安全教育、业务学习，负责检查出车登记制度落实情况。

（2） 驾驶员要增强事业心、责任感，强化服务意识，做到热情、周到、安全、及时，牢固树立“安全第一”的思想，认真遵守交通法规，确保行车安全，发扬艰苦奋斗精神。要厉行节约，努力降低损耗和修车费用。

（3） 热爱本职工作，努力钻研业务，熟练掌握驾驶技术及排除常见故障技能，爱护车辆装备，按时完成规定的车辆保养，保持车容整洁，车况良好，做到工具附件无损坏、丢失，做好车辆的防火、防盗、防损坏工作，不带故障出车，按要求及时准确地完成任务。

（4） 严格遵守各项规章制度，不迟到、不早退、不串岗，服从调度，完成任务后，要迅速返回单位。

（5） 提高服务质量、改善服务态度，保持联络通畅，做到坚守岗位，不出车时要在办公室待命，随叫随到。

（6） 车辆由专人负责驾驶、保养，不得擅自将车辆交给他人驾驶或与其他驾驶员调换车辆。

（7） 凡因私自出车发生交通事故，造成车辆损坏或人员伤亡及引发的一切后果，均由本人负责。

# 行政总值班工作制度

医院行政总值班制度是指医院行政工作人员在非正常工作时间内，代表院领导行使行政指令，确保医院日常工作正常运行、及时传达、处理上级指示和紧急通知、签收机密文件及承接未办事项并依规定处理突发应急事件的管理制度。具休规定如下：

一、值班安排

1．医院总值班工作由行政部门工作人员负责，值班人员按照院办排班轮流住班。总值班分白班和夜班。其中女同志值白班，男同志值夜班。

2．值班时间：白班为每周末及法定节假日7:30-17:00；夜班为每天17:00-次日 7:30。

3．值班期间，由院办安排院领导轮流带班。

二、值班人员岗位职责

1.值班人员在值班时间内有权检查医院各科工作，发现问题及时处理或督促解决。遇有下列问题，应立即向院领导请示汇报直至问题及时处理。

(1)接到上级指示和紧急通知。

(2)有大批伤员或大批中毒者入院

(3)发现甲类传染病或上级要求立即报告的传染病

(4)在院内发生严重的事件

(5)在本职范围内难以解决的问题

(6)院外急会诊

2．值班人员需将值班时间发生的问题和处理经过等详细记入值班记录簿，记录内容应包括报告单位、报告人、报告时间、报告内容及传达，处理结果。如有必要，第二天应向相关领导或职能科室负责人汇报。

3．值班人员应及时、认真接听值班平话，文明用语，礼貌应答，对所反映的问题应认真按有关程序报告处理，不得推诿拖延。

4. 值班人员应按排班表顺序值班，如因特殊原因(身体不适、出差等)无法值班的，本入应及时通知院办，进行调班。自行调班而出现脱岗及其它问题，由本人承担责任。

5. 值班人员不得把亲戚、朋友或及其他人员带到值班室留宿。

6. 保持值班室的清洁整齐，保护室内设施的安全使用。

# 行政总值班各类突发事件应急流程

医院及医院各部门发生下列重大情况时，必须及时向上级部门或院领导或有关部门报告请示，除紧急事项口头请示报告外，重大问题都应写出言简意赅的文字报告。具体处置流程如下：

一、重大医疗抢救程序、严重工伤、重大交通事故、灾难性事故、烧伤等情况的院内抢救：

接到通知后，及时通知急诊科做好抢救准备，同时报告医务科或分管副院长，请示处理意见，同时根据院领导指示进行上报卫生局总值班（88512617）。

二、发现突发公共卫生事件：

报告医务科、疾病预防控制管理科及带班院领导或分管副院长，请示处理意见并按意见处置相关事项。医务科组织专家做好救治工作，疾病预防控制管理科按照相关规定做好集体食物中毒、传染病等突发公共卫生事件现场调查、上报等工作。卫生局总值班电话：88512617，疾控中心值班电话：88525190。

三、发生医疗事故或严重差错事件：

报告医务科，请示处理意见并按指示办理相关事项，通知科主任或副主任或医疗骨干到达现场抢救、处理，并积极协助相关科室处理有关事项。

四、发生政治性重大问题或触犯法律事件或严重的违纪事件：

报告保卫科、院领导、分管副院长，请示处理意见，通知有关人员到达现场处理情况，按照领导指示，进行上报有关部门。

五、损坏或丢失贵重器材或贵重药品：

报告医务科，并通知设备科、药剂部、及带班院领导、分管副院长、请示处理意见并按指示办理相关事项，同时向保卫科及110报警。通知有关人员到达现场处理情况，按照领导指示，上报有关部门。

六、重大经济损失问题：

偷盗、抢劫，报告保卫科、带班院领导或分管副院长，请示处理意见，通知有关人员、保卫科、财务科、到达现场处理情况，按照领导指示，上报有关部门。

七、突发全院性停电、停水问题：

应立即通知电工班人员，事件发生半小时以上仍未得到解决，应通知后勤负责人，总值班根据事态发展的情况应当机立断报告分管副院长或带班副院长，并按领导指示认真办理有关事项。在事件处理完后及时完善事件处置记录。

八、突发重大安全生产事件：

如火灾、斗殴，应立即报告带班院领导和医院主要领导，通知保卫科负责人，并按领导指示认真办理有关事项。

# 社会监督制度

一、医院设立社会监督电话和意见箱，并有专人负责管理。

二、不定期向病人发放“征求意见卡”，进行满意度调查。

三、聘请社会监督员，定期召开有关人员座谈会，征求意见。

四、上岗人员佩戴附有本人照片、姓名和编号、科室、职称或职务等内容的胸卡。

五、公开张贴卫生部制定的医务人员医德规范。

六、公开主要检查、治疗、手术、住院的收费项目及标准，公开常用药品价格和自费药品品种。

七、出院病人出具其费用结算凭证。

八、公开专家门诊姓名、职称、专科、时间、挂号费标准等。

九、公开重大检和手术的时间安排。

十、公开张贴致病人及家属的公开信，阐明医院服务宗旨，明确优质服务的有关规定。

# 突发事件应急信息报告和信息发布工作制度

一、为规范即墨市中医医院急突发事件信息报送工作，提高对突发事件的应对处置能力特制定本制度。

二、信息报告职责

1、医院建立突发事件应急值班制度、应急报告制度和应急举报制度等工作制度，公布突发事件报告电话（应急办:88555086），以保证突发事件应急信息畅通。

2、医院所属各部门应认真落实以上工作制度，坚持24小时值班值守，确保突发事件应急信息畅通。

三、信息报告要求

1、医院各部门应当及时向上级应急指挥中心报告下列突发事件的情况，应急指挥中心汇总情况后向上级主管部门报告，报告内容包括突发事件的时间、地点、单位名称、信息来源、事件类别；突发事件引发的伤亡或者经济损失的初步评估、事件影响、事件发展态势；预防、控制和处理突发事件的情况。

2、突发事件发生后5分钟内以向医院应急指挥中心报告突发事件的具体情况。急指办接到有关突发事件报告后，向上级相关单位报告。

3、发生一般突发事件，事发单位以口头形式报告为主，值班人员要做好记录；发生重、特大突发事件，事发单位应在2小时内以书面形式报告信息。

4、报告突发事件信息，应当及时、客观、真实，首次报告不完整、情况不清晰时可以先筒要报告，及时做好续报，直至应急处置工作结束。

5、任何部门和个人不得隐瞒、缓报、漏报、谎报突发事件。

6、突发事件信息涉及国家秘密的，应当遵守国家有关保密规定。

四、重、特大突发事件报告

1、若遇重大突发事件，各单位接到报告后，应在第一时间向医院应急办报告，同时要组织人员对报告事项进行调查核实、了解事件详细情况。

2、经核实确认交通突发事件发生后，应急办要立即(5分钟内)向医院值班领导报告，并于0.5小时内人民政府报告，逐级上报时间不得超过1小时。

3、如遇紧急情况，来不及形成文字的，可先用电话口头报告，然后再呈送文字报告；来不及详细报告的，可先作简要报告，然后再根据事态的发展和处理情况，随时续报。

4、当发生下列突发事件时，无论突发事件性质是否明确，情况是否完整，应上报突发事件信息，确保突发事件信息在最短时间报送：

(1)有可能造成3人以上死亡、或30人以上受伤、或直接经济损失较大的安全生产事故灾难的；

(2)造成危险化学物品泄漏，有可能危及生命财产安全的；

5、在突发事件处置中，如遇突发事件由于事态变化和事件发展，演变更高严重级别的突发事件，事发单位、应急现场指擇机构要根据实际情况认真分析，及时汇报应急办。

6、突发事件发生后，应急办要随时跟踪、了解事件处置和进展的情况，对并每隔0.5小时(事件平稳时隔2小时)将事件现场情况、各有关部门的处置进展情况(事件的重要进展、重要变化)及发展趋势等有关信息及时上报。

五、医院应急办要定期将所辖范围内发生的突发事件进行总体汇总，分析热点问题和突发事件的特点，提出处置建议和预防措施，形成报告，报医院主要领导。

六、监督检查

各部门要认真落实突发事件信息报送领导负责制和部门负责制，建立健全应急值守和信息处置制度。对迟报、漏报、谎报、瞒报信息的部门和个人要通报批评；对迟报、漏报、谎报、瞒报信息造成重大影响和严重后果的，追究主要负责人、分管负责人、直接责任人和相关责任人的责任。

# 医院公章管理制度

一、医院公章由办公室负责管理，未经院长批准不得随意交由他人管理和使用。因故需临时交接，须经院长批准并严格办理交接手续。

二、对加盖公章的材料，应注意落款单位必须与印章一致，用印位置恰当，要骑年盖月，字组端正，图形清晰。

三、一般性介绍信及身份证明，须经分管领导或用章科主任审核后，方可盖章，以备查。

四、公章禁止带出院外使用，如因特殊需要，必须经院长批准，由办公室人员携带前往，用后立即带回。

五、公章一律不得用于空白介绍信、空白纸张、空白单据等。如遇特殊情况时，必须经院长同意。公章一般应在上班时间内使用，如无特殊情况，下班后停止使用公章。

六、公章管理人员必须认真负责，严格遵章守纪，秉公办事。没有院长及相关负责人的签字，不得随意盖章。

七、公章管理人员应妥善保管公章，不得随意乱放。下班时间和节假日期间应采取防盗措施。

八、盖章后出现的意外情况由批准人负责，如公章管理人员违规盖章造成的后果由直接责任人负责。

九、公章使用流程：

1.申请人所在科室向办公室提出申请。

2.印章保管人员审阅、了解用印内容。

3.使用时分管领导批准并签字，印章保管人员对申请人资格进行核准并在《医院公章用印审批表》上登记，由印章保管人盖戳。

# 信息公开工作制度

为保障社会公众和组织依法获取医院信息，提高医院工作的透明度，促进医院依法执业和诚信服务。根据卫生部《医疗卫生服务单位信息公开管理办法(试行)》和有关卫生法律法规，结合我院实际，特制定《即墨区中医医院信息公开工作制度》，内容如下:

一、公开原则

（一）坚持以党的十七大精神为指导，全面落实科学发展观，始终坚持全心全意为人民服务的工作宗旨。

（二）坚持依法执业，诚信服务的原则，依法公开医院相关信息。

（三）按照规定权限和程序，遵循公正、公开、便民的原则，做到公开内容真实，公开程序规范。

二、公开范围和内容

（一）公开范围

面向社会公开

（二）公开内容

1.医院资质信息。

2.医疗服务价格和收费信息。

3.医疗服务项目，内容和流程

4.医疗服务信息(卫技人员执业注册、身份标识、大型设备使用、就诊时间、专家出诊时间、患者须知等)。

5.医疗保险和新农合医疗报销政策和补偿流程。

6.门诊患者费用清单、住院患者一日清单和出院患者总费用清单。

7.医疗服务投诉信箱和医疗纠纷处理程序。

8.各类便民措施等。

9.医疗服务中应预先告知患者的相关信息。

10.医院其他依照法律、法规和国家有关规定应当公开的其它信息。

（三）不予公开内容

1.属于国家秘密的。

2.属于医疗卫生行业秘密或者公开后可能导致医疗信息秘密被泄露的。

3.属于医疗专项技术或医疗专利等知识产权保护内容的。

4.属于可用于识别个人身份的或者公开后可能导致对个人隐私造成不当侵害的。

5.不属于医疗卫生服务行业法定权限内的信息。

6.医疗法律、法规、规章等规定不子公开的信息。

三、公开方式、依申请方式、公开程序及公开时限

（一）公开为式

1.在门诊大厅设立信息公开栏。

2.召开病友座谈会和社会监督员座谈会。

3.通过网站向公众公开相关信息和监督电话。

4.通过院报、广播电视等宣传载体。

5.在门诊和病区设立意见箱，公开咨询、投诉、举报电话。

（二）依法申请方式

社会公众和组织可依法向医院申请获取涉及其自身利益的相关信息。申请应注明申请人姓名、身份、地址、联系方式、所需信息内容及用途等。

1.采用书面形式向医院提出申请。

2.采用在医院网站或电子邮件等电文形式提出申请并通过电话进行确认。

3.采用信函、传真等提交申请。

（三）公开程序

医院在收到申请后及时登记，并根据下列情形给予答复或者提供信息。

1.申请信息属于公开范围的，告知申请人获取该信息的方式和途径。

2.申请信息属于不予公开范围的，告知申请人并说明理由。

3.不属于医院掌握的信息或者该信息不存在的，告知申请能够确定该信息拥有单位的，告知申请人该单位的名称或联系方式。

4.申请内容不明确的，告知申请人进行更改或补正，申请未更改或补正的，视为放弃本次申请。

5.对于同一申请人重复向医院申请获取同一信息的，医院已经作出答复且该信息未发生变化的，告知申请人，不再重复处。

6.对申请人申请获取与其自身利益无关的信息，不予提供。

7.按照能够当场答复的，当场予以答复，不能当场答复的在15个工作日内子以答复的原则；如需延长答复期限的，经医院信息公开主管领导同意，并告知申请人，延长答复期限，一般在15个工作日内子以答复。

8、如申请获取的信息涉及第三方权益的，须征得第三方同意。征求第三方意见所需时间不计算在规定的期限内。

（四）公开时限

自该信息形成或者变更之日起20个工作日内子以公开，法律、法规对信息公开的期限另有规定的，从其规定。

四、公开部门

医院信息公开办公室

五、监督检查

（一）医院信息公开领导小组全面负责医院信息公开工作信息公开办公室负责每季度对各科室信息公开情况进行定期检查，并做好检查记录。

（二）医院信息公开领导小组对违反有关法律、法规或本制度规定的，责令其限期改正，逾期不改将追究当事人和科室负责人责任，并给予严肃处理。

# 纪检监察工作制度

        第一条 纪检监察工作是医院是党政工作的重要组成部分，是有效落实党风廉政建设监督责任的重要载体。关系着医院党风廉政建设、医德医风及工作作风建设，关系着医院健康发展和稳定，是医院各项工作顺利发展的重要保障。为进一步加强医院纪检监察工作，制定本制度。

        第二条 医院纪检监察工作以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持从严治党、依法行政的方针，按照上级有关党风廉政建设、行业作风建设的具体要求，紧密围绕医院中心工作，为医院的改革、发展和稳定服务。

        第三条 按照党员领导干部廉洁自律、查处违法违纪案件、纠正部门和行业不正之风三项工作的格局，标本兼治，关口前移，加大力度，从源头上治理腐败，切实把“教育、监督、惩处”落到实处。

        第四条 把维护党的政治纪律放在首位，提高政治辨别力，增强敏锐性，加大工作力度，强化监督检查，保证医院各级党组织、党员和领导干部在思想上、政治上、行动上与党中央保持一致，确保医院政令畅通，令行禁止。

        第五条 积极推行党务公开、院务公开制度，充分发挥职工代表大会和工会组织的作用，推行民主管理，接受群众监督，促进医院发展。

        第六条 加大查处违法违纪案件的力度，克服失之于宽，失之于软的现象。严格执行政策，落实责任追究，严肃处理违法违纪行为，并及时运用典型案例，对党员干部和群众进行党风廉政和法规教育。

        第七条 按照“政治坚定，公正清廉，纪律严明，业务精通，作风优良”的要求，建立一支勤政务实，高效精干，敢于碰硬，严肃执纪的纪检监察队伍，在实践中提高自身素质和工作业绩。

# 党政领导干部廉政谈话制度

第一条 为了认真贯彻从严治党的方针，进一步加强医院党风廉政建设和反腐败工作，加大党内监督力度，增强党员领导干部廉洁自律的自觉性，根据《中国共产党党内监督条例》、《中共中央国务院关于实行党风廉政建设责任制的规定》和《中共中央关于党政领导干部选拔任用工作条例》要求，结合我院的实际情况，经医院党委研究决定制定本办法。

第二条 实行廉政谈话制度，是党组织、党政领导干部和纪律检查机关按照《中国共产党章程》要求，对党员领导干部实施严格教育、严格管理、严格监督的重要措施，其目的是为了增强党员领导干部廉洁自律、依法办事的意识，筑牢思想道德防线，教育、挽救和保护干部。

第三条 廉政谈话按照干部管理权限和领导分工，由各级党政领导干部或纪律检查机关分别组织实施，党政配合，逐级负责。

第四条 本办法所指的领导干部，是指医院中层以上党政领导干部。

第五条 廉政谈话主要分为任职廉政谈话、诫勉谈话、警示谈话。

第六条 廉政谈话的对象：

（一）提拔任职的医院中层党、政领导干部；

（二）有违纪行为但情节较轻的干部；

（三）其他需要进行廉政谈话的干部。

第七条 廉政谈话的主要内容。

（一）任职廉政谈话，是指与提拔任职的党政领导干部的谈话。谈话重点：

1、领导班子和本人贯彻落实党风廉政建设责任制，领导党风廉政建设和反腐败斗争情况。

2、个人执行《中国共产党领导干部廉洁从政若干准则（试行）》以及廉洁自律各项规定情况。

3、领导班子和本人执行民主集中制原则，接受监督情况。

4、加强党风廉政建设，开展反腐败斗争的意见和建议。

5、本人在廉洁自律方面存在的问题及整改措施。

6、新提任领导干部抓党风廉政建设的打算和个人廉洁自律的措施。

（二）诫勉谈话，是指与有违纪行为，但情节较轻尚不构成纪律处分的领导干部的谈话。谈话时应讲清群众反映或举报的主要问题，说明其违反党纪政纪规定的程度、后果及危害，并提出处理和纠正的具体意见。

（三）警示谈话，是指在一个时期出现的苗头性、倾向性问题的领导班子及领导干部的谈话。谈话时要在认真客观评价分析的基础上，指出存在的问题及严重性和危害性，并对今后的工作重点或方向提出具体建议、希望和要求。

第八条 廉政谈话人。

（一）与提拔任职的中层干部进行任职廉政谈话，由医院主要领导、分管领导或纪委领导负责，重要岗位中层人员的任职廉政谈话由医院主要领导负责。人事科、监察室负责人参加；

（二）与中层人员诫勉谈话，由分管领导、纪委领导负责，监察室负责人参加。

（三）与中层人员警示谈话，由分管领导、纪委领导负责，监察室负责人参加。一般人员的警示谈话由纪委领导负责，监察室、一般人员所在科室负责人参加。

第九条 廉政谈话的组织实施。

（一）廉政谈话工作在医院党委的领导下，根据具体职责和分工分别组织进行。

（二）任职廉政谈话，谈话方式可视情况而定，采取集体谈话或个别谈话的方式。

（三）诫勉谈话，应在对群众反映或举报的问题进行调查核实、弄清情况后进行，具体由医院纪委负责组织实施。谈话应以个别谈话方式进行。

（四）警示谈话，要在初步了解情况后及时进行，谈话可采取集体谈话与个别谈话相结合的方式进行。

（五）诫勉谈话和警示谈话结束后，承办单位参加人员要认真填写《廉政谈话登记表》，并及时报医院纪委。此表不入个人档案，只作为纪律检查机关掌握情况和统计使用，应妥善保管。

　第十条 廉政谈话的要求。

　（一）廉政谈话要坚持实事求是、客观公正、坦诚相待的原则。谈话时要坚持以人为本的思想，采取既严格要求、又与人为善的态度和同志式的平等方式进行。

（二）谈话前要认真作出计划安排，严格履行必要的审批程序。任职廉政谈话，谈话前经分管的领导同意后即可进行。诫勉谈话和警示谈话，先由纪律检查机关或人事部门提出建议，并报医院分管领导批准后方可组织实施。重要谈话须报医院主要负责同志批准。

（三）进行谈话时，要注意方式方法。谈话人既要向谈话对象提出有关建议、希望和要求，又要认真倾听谈话对象的解释、说明和意见。谈话对象应正确对待组织谈话，实事求是地回答或说明问题。

（四）谈话结束后，承办单位应及时向医院纪委通报谈话情况。诫勉谈话和警示谈话的谈话对象要针对自身存在的问题，写出书面整改报告，报送医院委纪委。

　第十二条医院纪委要加强对廉政谈话效果的监督检查，对谈话中发现的问题、形成的意见，要及时转交有关部门处理和落实；涉及重要问题或人员的谈话，承办部门要加强整改措施和落实情况的督办；同时，要及时收集信息，总结经验，不断完善廉政谈话制度。

# 作风建设常态化监督检查办法

第一条 为适应医院作风建设新常态，加强和规范作风建设监督检查工作，齐抓共管，确保作风建设规定和决策部署落到实处，根据上级有关文件精神，以及医院相关制度规定，制定本暂行办法。

第二条 监督检查要坚持纠建并举、常抓不懈，推动作风建设规范化、常态化、长效化。坚持问题导向、注重实效，着力解决作风建设方面存在的突出问题；

第三条 监督检查的对象为全院工作人员，重点是各科室中层以上党员领导干部。

第四条 监督检查的主要内容：

（一）违反中央八项规定精神、纠正“四风” 方面问题的情况。对上级、医院的决策部署执行不力的；

（二）违反规定收受红包回扣、接受宴请、违规收费等损害群众利益行为，违反医院职业道德建设规定的。

（二）工作不主动、不作为、慢作为，对群众合理的诉求，应当告知不告知，应当受理不受理，应当办理不办理的；

（三）对职责范围内的工作政策、业务规定不精通、不熟悉，工作效率低下，办事拖拉，无正当原因超出法定办理时间和承诺时限的；

（四）对群众的申诉、控告、检举，不按规定接待，推诿扯皮，未及时办结或办理结果明显不当的。对群众不符合政策的诉求，应当解释不解释或者解释不认真、不到位，造成群众严重不满的；

（五）对待群众态度冷漠，语言不文明，服务不主动，工作方式、方法简单粗暴以及其他不文明行为的；

（六）作风纪律涣散，不遵守公职人员行为规范，不服从组织管理，不接受正常的岗位调整或工作安排的；

（七）上下班无故迟到、早退，擅离职守的。工作时间参与炒股、玩游戏、看影视、购物等与工作无关事项的。无故缺席会议活动，不遵守会风会纪的。未履行请假手续擅自外出，外出请假期满无正当理由逾期不归的；

（八）出于个人利益通过网络、微博、微信等平台扭曲事实，乱发帖子，混淆视听，推波助澜的；

第五条 监督检查的主要方式：日常监督、集中检查、专项巡查、常态暗访、社会监督、通报曝光。

第六条 对监督检查中发现的一般性问题，通过现场纠正督促有关科室、窗口、个人限期或即时整改；对问题反映较多的科室、窗口、个人，要即时上报纪检组及分管院领导，同时责成相关职能科室加强对口监督管理。对直接责任人、科室负责人、职能科室负责人进行约谈诫勉、通报批评、组织处理、纪律处分。对情节严重涉嫌违法的，移送司法机关处理。

第七条 作风建设监督检查和问题处理结果情况，纳入科室绩效考核，并作为个人评先评优、职称评定、选拔任用的重要依据。

第八条 作风建设督察工作由医院纪检组负责，监察室承担日常督察检查工作，对全院作风建设情况实施常态化督察检查。督查情况填好《综合督查情况登记表》。

第九条 监督检查工作人员要严于律己，认真履行职责、严守纪律，不得对监督检查发现的问题隐瞒不报、违规不纠。

# 医院关于加强职业道德建设的若干规定及奖惩办法

为加强医院的精神文明与职业道德建设，努力纠正行业不正之风，切实维护群众利益，树“百姓信赖”医院品牌，根据《医务人员医德规范及实施办法》、《加强医疗卫生行风建设“九不准”》、卫生部、山东省卫生厅、青岛市卫生局有关文件精神，经院党委研究，特制定本规定。

一、关于加强职业道德建设的若干规定

全院职工应自觉遵守、保持和发扬卫生工作的优良传统，全心全意为病人服务，不断提高职业道德素质和医疗服务质量，坚持廉洁文明行医、依法行医、廉洁行医、诚信行医。

（一）救死扶伤，全心全意为人民服务。

1．加强政治理论和职业道德学习，树立救死扶伤、以病人为中心、全心全意为人民服务的宗旨意识和服务意识，大力弘扬白求恩精神。

2．增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。

（二）尊重患者的权利，为患者保守医疗秘密。

3．对患者不分民族、性别、职业、地位、贫富都平等对待，不得歧视。

4．维护患者的合法权益，尊重患者的知情权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密。

5．在开展临床药物或医疗器械试验、应用新技术和有创诊疗活动中，遵守医学伦理道德，尊重患者的知情同意权。

（三）文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系。

6．关心、体贴患者，做到热心、耐心、爱心、细心。

7．着装整齐，举止端庄，服务用语文明规范，服务态度好，无“生、冷、硬、顶、推、拖”现象。

8．认真践行医疗服务承诺，加强与患者的交流和沟通，自觉接受监督，构建和谐医患关系。

（四）遵纪守法，廉洁行医。

9．严格遵守卫生法律法规、卫生行政规章制度和医学伦理道德，严格执行各项医疗护理工作制度，坚持依法执业，廉洁行医，保证医疗质量和安全。

10．在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物。

11．不利用工作之便谋取私利，不收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的财物、回扣以及其他不正当利益，不以介绍患者到其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益。

12．不开具虚假医学证明，不参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料。

13．不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。

（五）因病施治，规范医疗服务行为。

14．严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药。

15．认真落实有关控制医药费用的制度和措施。

16．严格执行医疗服务和药品价格政策，不多收、乱收和私自收取费用。

（六）顾全大局，团结协作，和谐共事。

17．积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性的扶贫、义诊、助残、支农、援外等医疗活动。

18．正确处理同行、同事间的关系，互相尊重，互相配合，取长补短，共同进步。

（七）严谨求实，努力提高专业技术水平。

19．积极参加在职培训，刻苦钻研业务技术，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平。

20．增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生。

全体医务人员必须严格遵守“八项禁令”：

（一）严禁在服务态度上有“生、冷、硬、顶、推”行为；

（二）严禁向患者方索要或者接受礼金、礼品和有价证券；

（三）严禁接受患者及推销商方面的请吃或者安排的娱乐活动；

（四）严禁在诊疗活动中，收受药品、医用设备、医用耗材等生产经营单位或经销人员以各种名义给予的回扣、提成或礼品。

（五）严禁开“大处方”、“人情方”、“搭车方”和不因病施治开具贵重药品、高质耗材。

（六）严禁多记费、多收费或私自收取费用。

（七）严禁隐匿、伪造划擅自销毁医学文书及有关资料。

（八）严禁出具假证明、假诊断书等弄虚作假行为。

为进一步加强医疗卫生行风建设，严肃行业纪律，促进依法执业、廉洁行医，针对医疗卫生方面群众反映强烈的突出问题，全体医务人员必须严格遵守“九不准”：

（一）、不准将医疗卫生人员个人收入与药品和医学检查收入挂钩

（二）、不准开单提成

（三）、不准违规收费

（四）、不准违规接受社会捐赠资助

（五）、不准参与推销活动和违规发布医疗广告

（六）、不准为商业目的统方

（七）、不准违规私自采购使用医药产品

（八）、不准收受回扣

（九）、不准收受患者“红包”

二、关于加强职业道德建设的奖惩办法

（一）对违犯职业道德、搞行业不正之风的人员，分别给予以下处罚：

1、因为服务态度差，使用服务忌语，违反首问负责制，对病人“生、冷、硬、顶、推”，引起病人或其亲属不满、发生争执纠纷者，责成当事人公开检查，全院通报批评，并扣发100-300元劳务费，情节严重的待岗1周-1个月，待岗期间按医院人事制度有关规定执行。

2、在医疗活动中，不负责任，擅自将本属于医、护人员应该完成的工作推给患者或患者家属的，一经发现或患者投诉，全院通报批评，并扣发100－300元劳务费；造成不良后果的，视情节轻重，给予扣发300-500元劳务费或待岗1周-1个月，待岗期间按医院人事制度有关规定执行。

3、在医疗活动中接受病人或其亲属宴请，除如数退赔宴请费用外，全院通报批评，并扣发当事人300-500元劳务费。

4、利用工作之便，为自己或他人“搭车开药”、“搭车检查”、“搭车治疗”的，全院通报批评，追交全部费用，扣发300-500元劳务费，情节严重的1年内不晋升技术职称或给予降级辙职处分。

5、对住院病人，未经院领导批准，擅自让患者外出采购药品、器械或其它耗材而在院内使用者，全院通报批评，并扣300-500元劳务费；情节较重的待岗1周-1个月，待岗期间按医院人事制度有关规定执行；情节特别严重并造成不良社会影响的，给予1年内不晋升技术职称或撤职、降职、开除留用、开除处分。

6、对购进和销售假劣药品、器械及耗材的主要责任人除负担经济损失的20%-60%外，视情节轻重给予降职，开除留用和开除处分。

7、出具假诊断书、假化验单、假发票等假证明造成较坏影响的，全院通报批评，扣发责任人300-500元劳务费，1年内不晋升专业技术职称，情节恶劣后果严重者，给予开除留用或开除处分。

8、不按规定项目标准收费，擅自扩大、提高收费范围、标准，造成医院信誉受损的，除没收多收金额，并追究主要责任人及科室负责人的责任，扣除责任人和主管科室主任1-3个月劳务费；情节严重的，调离该工作岗位或撤职待岗处理。

9、在各项医疗和经济活动中，违反财经制度，私自截留医院资金，私自收费不上缴的，接受 “回扣”中饱私囊的，按贪污或收受贿赂论处，没收全部赃款，扣发一年劳务费和30%的职务工资，情节严重的撤销专业技术职称，并给予记过直至开除处分，触犯刑律的，交司法部门处理。

10、严禁为药商“统方”，接受“统方费”。一经查实，按收受贿赂论处，没收全部赃款，并扣发一年劳务费和30%的职务工资，调离该工作岗位或待岗1-3月，待岗期间按医院人事制度有关规定执行。情节严重的给予记过或开除处分，触犯刑律的，交司法部门处理。

 11、收受“红包”、回扣、开单提成不满1000元的，予以警告；1000元及以上不足5000元的，医生护士给予暂停6个月以上1年以下执业活动，其他医务人员离岗学习培训6个月；5000元及以上的，除医生护士给予暂停6个月以上1年以下执业活动，其他医务人员离岗学习培训6个月外，同时，给予党政纪处分。一年内收受“红包”、回扣、开单提成被二次查实，或者造成严重后果等其他严重情节的，建议发证机关吊销其医生执业证书，护士调离护理岗位，其他医务人员调离原岗位。索要“红包”、回扣的，按照严重情节论处。

12、医务人员诱导病人或家属给医生、护士送“红包”，第一次，予以警告；第二次，给予行政处分，同时离岗学习培训3个月。

13、返聘人员收受“红包”、回扣、开单提成不满1000元的，予以警告；1000元及以上或被二次查实的，聘任单位将其辞退。

14、触犯刑律，构成犯罪的，移送司法部门追究刑事责任。

15、对难以谢绝收受的“红包”、回扣，在院内的当事医务人员，应及时报告纪检监察室，节假日（包括休息日）期间报告总值班，所收“红包”、回扣应在24小时内（节假日应在节后上班的当天）上缴到前述部门；受院委托在外实施医疗行为和公务的当事医务人员，应当在回院报到上班的当天，将收到的“红包”、回扣上缴到前述部门。逾期不报告、不上缴的，视同收受“红包”、回扣论处。

16、医务人员违反“九不准”被查实的，一年内不得参加各级各类评优评先活动；当年医德考评定为不合格；待聘人员要缓聘或停聘。

部门、科室收受回扣，或者给医生开单提成费、巧立名目乱收费的，除直接责任人进行处罚外，应追究部门或科室主要负责人的责任。对收受回扣发放的，给予部门或科室主要负责人党政纪处分。

17、一年内，经查实，部门或科室出现一次收受回扣，或者给医生开单提成费、巧立名目乱收费；科室有两人次违反“九不准”规定，部门、科室精神文明类、行业作风类评比实行“一票否决制”。

18、医务人员违反“九不准”已经查实，其现金、有价证券、支付凭证、信用卡等要如数追缴；礼品能追缴实物的要追缴实物，不能追缴实物的要按照现行市价折合现金追缴。纪检监察室负责追缴工作。

19、医务人员以盈利为目的私自开诊卖药的，按国家《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条理》等法规进行处理。

因技术原因造成的医疗差错或事故的责任人，按《医疗事故处理办法》有关规定执行。

20、因玩忽职守，工作渎职，造成的医疗差错、事故或行政责任事故的责任人，除按《医疗事故处理办法》等有关规定执行外，承担全部法律与经济责任，并视情节轻重，扣发1-6个月的劳务费；情节严重的，待岗1-3个月，2年内不晋升技术职称。触犯刑律的，交司法部门处理。

21、违反劳动纪律：上班干私活、迟到、早退、带酒上岗者，每发现一次罚款50－100元；上班期间酗酒滋事、打架斗殴的每发现一起罚款100－300元；上班期间违反工作纪律，扰乱工作秩序，每发现一起罚款100—200元；上班期间违反规定玩手机、上网购物、聊天、娱乐等发现一起罚款100—200元。旷工或无正当理由愈假不归的，扣发100-300元劳务费，旷工期间停发工资，并待岗1周-1个月；连续旷工十五天，年内累计超过30天的，当年不得晋升技术职称，待岗1－3个月，情节严重的开除留用或开除处分。

22、工作不求进取，责任心不强，工作懒散，马虎了事，对职责范围内工作推、拖，经教育二次以上无改变表现的，经群众评议、院办公会研究不适合该岗位工作的，按待岗处理，待岗期间按医院人事制度有关规定执行。

23、发生以上违纪事件的科室主要负责人必须承担相应管理责任，并视情节轻重，给予相应的经济与行政处罚。

（二）党员干部违规的依据《中国共产党纪律处分条例》，给予相应的党纪处分。

（三）坚持纠风奖励政策，凡对上述问题举报经查属实的，按举报实际金额的1-5倍给予奖励。

# 信访工作制度

一、信访工作管理规定

  （一）为加强信访工作流程管理，保护信访人的合法权益，提高服务水平，根据国务院颁发《信访条例》，制定本办法；

  （二）信访分来信、电话、走访、上级交办多种形式。对于上级部门交办的信访工作由医院监察室负责登记、处理、督办、反馈、归档；

  （三）对于上级机关交办的信访任务，监察室逐项登记、交信访工作分管院领导审批后，将处理意见转发至相关部门处理，并切实做好督办工作。紧急事项跟踪督办；重要事项重点督办；

  （四）承办部门接到交办事项后要认真研究、及时办理、按时反馈；承办部门负责人对承办事项负责。承办的事项办结后及时反馈交办部门；

  （五）群众的来信、电话、走访由各相关职能处室负责处理。能够当场答复的，无需填写《信访登记单》；不能当场答复的，应及时填写《信访登记单》，并于收到信访事项之日起7日内将结果反馈信访人；

  （六）对已经或者通过诉讼、仲裁、行政复议等法定途径解决的，不予受理，但应当告知信访人依照有关法律、行政法规规定程序向有关机关提出；

  （七）信访事项反映的问题可能造成重大影响的，应及时报送主管院领导，必要时可专门召开会议或提交院领导班子会决议。

二、上级交办信访工作的处理流程

对于上级机关或院领导交办的信访案件，由医院监察室统一处理。为加强管理，特制定工作流程如下：

  （一）接到来信后须及时拆封、仔细阅读、认真登记、及时上报；

  （二）按照上级要求及信访主管院领导的指示，及时下发相关部门，各相关部门根据要求妥善处理，进行答复，并向监察室反馈处理意见；

  （三）如需向上级机关报告处理结果的，监察室应向信访主管院领导提交书面报告报，由医院统一向上级机关报告；

  （四）处理过程由承办工作人员负责协调、督办，处理完毕后进行归档；

  （五）对于特别重大的案件，向其主管院领导报告，必要时提交院领导班子会讨论。

三、信访工作人员守则

信访工作在医院分管领导主持下，坚持分级负责，就地解决问题与疏导教育相结合的原则，及时化解矛盾和纠纷。信访工作人员需履行下列职责：

  （一）认真学习党的理论、方针政策，熟悉掌握国家法律法规，实事求是、坚持原则、合理合法、秉公办事，不得不负责任地随意答复，不得推诿、敷衍、拖延；

  （二）热情接待来访人员，认真处理信访信件，如实反映他们的意见和要求，合理解决他们的问题。文明礼貌、耐心热情、认真听记、适当处理；

  （三）对于信访工作中反映的问题，要切实做好调查研究，不可偏听偏信，对于持有不正确意见和过高要求的人员，要敢于或善于做好教育和疏导工作；

  （四）顾大局、识大体、主动、热情搞好同有关单位和部门的团结协作、相互尊重，密切配合；

  （五）对于信访相关材料、记录、文件等，要整理归档，并建立健全保密制度，不得将检举、揭发材料及有关情况透露给被检举、揭发人员或部门；

  （六）注重时效性，对于上级部门交办的信访工作，须在7日内办理完毕。特别复杂的应在对方规定的时限内办结，并注意及时的沟通，汇报进展情况。

# 投诉管理制度

第一章 总则

一、为加强医院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，构建和谐医患关系、保护医患双方、全院职工及科室的合法权益，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《信访工作条例》等法规，制定本办法。

二、本办法所称投诉是指患者及其家属等有关人员对医院及其工作人员所提供的服务不满意，以来信、来电、来访等各种方式向医院反映问题，提出意见、建议和要求的行为。

三、医院投诉的处理应当贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则，做到投诉有接待、处理有程序、结果有反馈、责任有落实。

四、医院行政部门工作人员、医务人员、后勤保障人员在日常工作和医疗活动中应当严格遵守各类行政法规及医院的规章制度、诊疗护理常规，尽量避免发生投诉、纠纷、甚至事故。

五、凡为获取经济利益或出于其他不正当目的，通过歪曲事实，甚至采取极端行为进行的投诉均视为恶意投诉。医院投诉管理部门将告知投诉方医院的态度或意见，必要时可通过医疗鉴定或法律渠道及第三方调解来解决问题。

六、如出现威胁医务人员人身安全，干扰医院正常工作等超出正常投诉范围的行为时，应立即通知医院保卫科和公安部门进行处理。

七、若投诉内容涉及其他单位等责任时，交由医院对口管理部门会同有关单位共同处理。

八、投诉实行“首诉负责制”，任何部门、科室及工作人员不得以任何理由推诿投诉人。

九、监察室、门诊服务总监为医院投诉管理部门，各科室及工作人员必须积极配合做好投诉处理工作。

第二章 投诉的范围及渠道

一、投诉范围：患者对诊疗服务过程中的任何环节与行为不满意均可向医院投诉。

１、与医疗质量有关的投诉；

２、与服务质量有关的投诉；

３、与药品、器械、设备、检查收费等有关的质量投诉；

４、各类提案、建议、批评与意见。

二、 投诉渠道

(一)当面投诉

1、医院实行首问负责制，即一线员工均有义务在第一时间内受理患者投诉；

２、医院门诊大厅服务中心设立服务总监，第一时间受理患者投诉；

３、医院监察室等相关职能科室接待受理患者投诉。

（二）书面投诉

１、门诊大厅、病区设立投诉信箱

２、医院投诉邮寄地址：山东省即墨市岙蓝路1271号

３、医院网上投诉邮箱：jianchake5277@163.com

（三）电话投诉：医院投诉电话０５３２－８８５５５２７７

　　　　　　　　　　　　　　０５３２－８８５５５０８６

第三章 投诉处理程序

一、医院投诉接待实行“首诉负责制”。投诉人向有关部门、科室投诉的，被投诉部门、科室的工作人员应当予以热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动引导投诉人到监察室（门诊服务总监）或相对应的职能部门投诉。

二、投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《医院投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字确认。

三、监察室（门诊服务总监）及职能科室接到投诉后，应当及时向当事科室和相关人员了解、核实情况，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并反馈投诉人。医院各科室应当积极配合开展投诉事调查、核实、处理工作。

四、对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，医院应当立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。

五、对于情况较复杂，需调查、核实的投诉事项，一般应当于3个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见。对于涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，应当于7个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。

六、对涉及医疗事故争议的，应当告知投诉人按照《医疗事故处理条例》等法规，通过医疗事故技术鉴定、调解、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

七、撰写调查报告。调查报告由负责调查的职能科室撰写，调查报告要求客观公正祥实。联合调查报告由牵头科室负责综合整理，各职能科室各负其责。调查报告需经分管院领导把关，必要时经集体研究，由医院主要领导把关决定。

第四章 投诉的处理与问责

一、医院实行投诉首问、首诉负责制，任何科室与个人不得推诿，凡因推诿引发再投诉的，医院将依据有关纪律规定严肃并加重处理。

二、对有效投诉，医院将对当事人、当事科室主要负责人追究直接责任与领导责任。

三、对负责有责任的当事人、当事科室，医院将依据相关制度规定给予相应的组织纪律处理。处理结果与个人、科室绩效，与个人、科室评先选优、职称评定相挂钩，也作为医务人员年度医德考评的重要依据。

四、投诉管理部门及职能科室必须严格执纪，公正执法，切实维护与保障患者及医务人员的权益，积极营造和谐健康的医患关系。

五、投诉管理部门及职能科室要定期对投诉情况进行归纳分析，针对医院薄弱环节提出改进意见或建议，督促相关科室及时整改提高。

# 投诉受理首问负责制度

为规范医院投诉管理，增加员工责任意识，疏通投诉渠道，加快投诉处理速度，充分保障患者权益，构建和谐医患关系，特制定投诉受理首问负责制。

一、医院任何部门第一位接受患者来人、来信、来电投诉的人员即为投诉受理首问责任人。

二、首问责任人对病人的任何投诉不论是否属于本人或本部门职责范围内的事件，均应主动热情接待，不得以任何理由推诿、拒绝。如在首问责任人权限范围内的投诉，应马上解决，答复投诉人，第一时间化解矛盾纠纷。如超出首问责任人权限范围或投诉人不接受处理意见，首问责任人应主动与相关责任科室（如监察室、门诊部、医务科、医保农保等）联系，并主动陪同投诉人前往相关科室，与相关科室责任人进行投诉移交。

三、对移交的投诉，首问责任人有义务做好督办工作，监督责任部门及时解决，并有权了解投诉处理进展；相关责任科室也有义务向首问责任人告知投诉处理相关事项。

四、相关职能科室受理移交的投诉后，应积极组织调查，给予答复，一时无法解决的，应向投诉人告知解决时限、联系方式。

五、首问责任人如不履行首问负责制，造成不良影响或发生再次投诉的，一经查实，要依纪严肃处理。

六、医院监察室为全院投诉管理部门，门诊部设立服务总监。监察室、门诊部有责任、有义务组织协调各相关职能科室受理、调查、处理患者投诉。医院投诉电话：0532-88555277 0532-88555086

七、医院投诉受理首问负责制接受全社会监督，医院监督电话：0532-88555277 0532-88555086。

# 院长行政查房制度

院长行政查房制度是医院行政管理的一项重要制度，是院领导及职能部门深入临床一线，发现问题、现场办公、解决问题的重要管理手段。从查房内容、查房人员到跟踪落实、效果反馈等各个环节着手，坚持完善与创新，不断提高行政查房的质量与效果。

一、行政查房的目的：通过定期对全院各科室进行行政查房，全面检查医疗护理质量、医德医风、规章制度执行等工作，并听取医务人员和患者的意见，对科室提出的疑问及实际困难进行现场解答和解决。旨在促进科室规范化管理，提升医院各项工作管理水平。

二、参加行政查房组成人员：由院领导班子带队，办公室、医务科、护理部、院感科、药剂科、宣传科、设备科等职能科室负责人参加。

三、行政查房的内容：主要包括科室行政管理、规章制度执行、服务态度、医疗核心制度、医疗安全隐患、医患沟通、处方病历书写质量、临床教学、合理规范用药；护理措施落实、隔离消毒、无菌操作、疫情报告等与护理、院感有关制度执行情况；设备使用与管理、安全保卫等深入科室检查工作。

四、职责：

1、行政查房由院办公室负责人组织安排并记录，收集各科室行政查房结果，并在办公会上进行整体汇报。

2、各职能科室参与查房人员向院办室书面汇报查房情况，落实改进措施。

3、分管领导负责监督检查院办该项工作的组织落实情况。

五、跟踪落实：查房记录进行整理汇总后，明确存在问题、整改科室、责任人、效果反馈等，职能科室和临床科室根据督办内容双向跟踪落实，起到相互学习相互警示、有则改之无则加勉的作用。

# 院长接待日制度

一、为贯彻实施《中华人民共和国政府信息公开条例》及《信访条例》，进一步落实办事公开制度，规范群众来信来访工作，进一步加强医德医风建设，听取患者心声，积极稳妥处理患者投诉，努力构建和谐的医患关系，制订本制度。

二、医院领导班子成员轮流主持院长接待日；院办公室负责院长接待日组织工作；各职能科室按照院领导和院办公室的安排参加接待，并承办有关来访事项。

三、院长接待日每月一次，为每月第一周的星期二上午9：00—11：00 ，如遇节假日顺延至正常工作日第二天下午。接待地点一般在指定的接待室或负责接待的院长办公室。院办公室提前一周时间在公示栏、医院网站公布接待领导名单、接待地点。

四、院长接待日值班的领导，一般不得安排其它工作，如有特殊情况不能正常值班的，由院办公室负责协调，另行安排领导接待。

五、凡要求院长接待的人员，需先到院办公室进行登记，由院办公室根据登记情况安排好接待顺序，由值班院长逐一接待来访。根据当事人申请，院长可约访当事人。

六、接待人员要认真负责、妥善处理有关问题。对能够当场答复和解决的，当场予以解决和处理；对不能解决的，应向来访者说明原因，做好解释工作；对需要集体研究的问题，待研究后及时予以解决和处理，及时回复；需要向上级机关请示的问题，要及时向上级机关请示，待上级明确后及时予以解决和处理，并将处理情况反馈给来访者。对需要院有关职能部门处理的问题，由院办公室将来访人反应的问题记录在《院长接待日来访事项登记表》中，接待院长接访后在《登记表》上签名，签字栏批注具体处理意见，明确承办科室及期限，并当即交办。《登记表》一式二联，一联交承办科室，一联留医院监察室。

七、承办科室应按接待院长要求，限期完成承办事宜，及时回复，并将承办结果通知监察室，监察室于每月底综合来访处理情况，并告知接待院长交办事项的承办情况。

八、院长接待日交办事项的承办情况，纳入职能科室目标管理责任制进行考核。

九、做好保密工作，对来访者反映的一些不便公开的情况和问题要采取必要的保密措施。

# 财务管理制度

为进一步规范财务管理工作，切实做好增收节支和成本核算，保证医院良性财经循环，促进医院健康发展，特制定以下财务管理制度：

1. 实行“统一领导、集中管理”的财务管理机制，医院财务活动在院长及财务科主任的领导下，由医院财务部门集中管理。
2. 正确贯彻执行各项财经政策法规和国家各项财务制度，实行财务记账一本帐、财务审批一支笔，加强财务监督，维护财经纪律。财务人员要以身作则，奉公守法，避免一切违法乱纪行为。
3. 合理组织收入，严格控制支出，对于临时必要的开支，按照审批手续办理。
4. 财务主管人员对全院财务收支要起到监督保证作用，认真做好财务预算、决算，既要保证医院业务用资金的需要，又要对不合理的开支把好关，为院领导当好财务管理的参谋。
5. 所有财务人员必须严格执行财务管理规定，收取的各项款项要及时上交，不得挪用。对收取的款项隐瞒不报、截留挪用或套现行为，按照国家相关法律办理。因不及时上交款项造成的丢失、被盗，责任自负，严重者追究法律责任。
6. 每日收入的现金和支票要当日送存银行。库存现金不得超过银行规定限额，如发生长短款情况，相关人员不得以长补短，须及时报告科室负责人，查明原因后方可处理。
7. 所有财务开支，必须由院长签字方可报销入账，对科室及职工有关财务的奖励处罚决定需经院长签字生效。对业务往来中的应付款项应按院长批示数支付，否则造成的财务损失追究直接责任人责任。
8. 严格控制各项差旅、办公、招待费用。出差人员按国家和医院规定报出差补助和车船住宿等费用。
9. 医药、器械、物资采购等业务按程序报院长审批，各种临时性开支需报院长批准后方可执行。
10. 出纳人员要做好原始票据的审核工作，对不符财务制度的虚假、涂改票据及白条等坚决不能入账。
11. 医院工作人员因公借款必须经院长签字批准，事后按照规定及时偿还。财务科经常性对此部分款项进行清理，逾期不还者，从工资扣除。对收款人员或其他经常外出人员所借周转金要定期核查，严谨挪为他用。
12. 对业务单位大额支付一律采用支票支付，对个人的款项、购买零星办公用品及结算起点以下的款项可支付现金。业务终结的应付款项，一律由承做业务的当事人支取，因本人确实无法到院领取的，可由当事人指定的本院正式职工代为领取。对车辆维修、器械、各种物资采购等政府明令定点采购的物品，按规定实行定点公开，择优竞标采购，以支票形式结账。
13. 财务人员对账目必须做到日清月结，工作时要认真、细心、负责。因工作不细、账目不清而给医院造成损失，要根据实际情况对责任处罚，出现重大失误追究责任人责任。
14. 正确及时的编制年度和季度财务收支计划（预算）。
15. 按照会计制度办理会计业务，并根据制度变化随时更新，制度变更时要做好培训工作，按照规定格式和期限报送会计报表和年度决算表。
16. 加强医院经济管理，定期进行经济活动分析，并会同相关部门做好经济核算的管理工作
17. 财务部门应与有关科室配合，定期清点医院房屋、设备、办公物资、药品等国家财产，经常进行监督，防止浪费和积压。
18. 会计档案的保管、销毁以及会计人员工作的交接，均按上级财政部门的规定办理。
19. 财务工作人员要做好安全保卫工作和保密工作。增强安全意识，保证资金安全；不得向无关人员泄露医院有关财务信息。
20. 财务科应配合审计部门审计，接受广大职工监督，确保财务工作顺利进行。

# 财务监督工作制度

为进一步规范财务监督工作，切实做好财务工作合规、真实性，维护财经纪律，促进健康发展，特制定以下财务监督工作制度：

1. 按照国家有关方针、政策、财政法规、规章制度以及卫生部《医院财务管理办法》的有关规定，对医院财务收支、资金运动进行合理性和合法性的监督，以保证医院事业计划的完成和财产物资的完整。
2. 会计监督是每个会计人员的责任，会计人员应明确自己的工作制度，并制定各级会计人员职责中应具体、明确的做出规定并定期检查落实。
3. 各级会计人员在经办每一项经纪业务时，都要去的合法的原始凭证和必要的审批手续，对不合法、不真实、不完整、不清楚、手续不健全的原始凭证应不予受理，并要求更正、补充、补办手续。
4. 监督医疗收费标准执行情况，保证严格按照“收费许可证”规定的项目和标准收费。
5. 监督各项支出是否符合财经纪律和国家的方针政策，保证各项支出按照定额标准和按照规定的比例提取。
6. 监督往来款项是否及时清理，防止长期拖欠。
7. 监督现金管理是否符合银行部门规定，保证现金按银行部门的规定办理结算，严格执行银行部门规定的库存限额。
8. 监督专用基金使用，保证专款专用，正确使用专用基金。
9. 监督财产物资的管理，所有财产物资都要严格验收和出入库手续，建立、健全各种帐、卡，定期清理盘点，每月核对账面余额，保证账实相符。
10. 凡购入物都必须履行审批、采购、验收入库、入账等手续，对不合格的设备、临近到期的药品、残次品及非正当渠道购入的一切物品或数量、规格、含量金额不符的，保管员应不予验收，会计应不予报销。
11. 经批准外购材料、设备、严格按合同办事。对外地的一切托收要严加管理和控制，货没到或未到齐，医技品种、规格质量、数量、价格等与合同不相符的应立即提出拒付或部分拒付。
12. 财务科应对基层单位如总务科、药剂科、医械库等单位的会计及收款处、住院处工作人员加强财务监督，定期或不定期检查其财会工作，发现问题及时纠正。
13. 监督基建基金的使用，审核资金的使用是否已按照审批权限经过批准或列入基建计划。

# 预算管理制度

为加强医院预算管理，规范和加强各科室、职能部门预算行为，科学合理筹集、分配和使用医院预算资金，进一步促进医院院事业的发展，根据《医院财务制度》和《医院会计制度》要求，结合医院实际情况，特制定本制度。

**第一章 总则**

第1条 预算是指医院按照国家有关规定，根据事业发展计划和目标编制的年度财务收支计划。医院预算由收入预算和支出预算组成。医院所有收支应全部纳入预算管理。预算能够细化医院战略规划和年度运作计划，是对医院整体经营活动一系列量化的计划安排。

预算管理是对预算的编制、审批、执行、控制、调整、决算、分析和考核等管理方式的总称。

第2条 预算管理旨在实现经济业务的有计划开展，体现了经济管理的约束与激励机制，有利于优化医院资源配置，通过明确医院各级部门经济管理的责权利，充分调动科室管理积极性，推动医院事业可持续健康发展。

第3条 医院通过预算管理来监控发展目标的实施进度，实现经济业务的可控、有序开展，通过对预算执行情况的分析和评价,实现绩效管理。在医院预算目标的引导下，各科室、职能部门要围绕预算目标开展医疗活动，完成年度经营目标管理考核规定的任务。

第4条 医院需进一步完善预算管理制度，配备相应的预算管理机构和人员，配备相应的硬件与软件，通过在各级部门加强预算管理的业务培训，推动预算管理在医院的发展，构建基于预算的医院经济管理模式。

**第二章 预算管理的目标与任务**

第5条 预算管理要实行目标管理，预算目标是根据医院战略行动计划和年度目标的要求，配合战略实施和保证日常业务开展所应完成的工作目标。

第6条 医院应根据发展战略目标，确定本年度经营目标，逐层分解到各科室、职能部门，以一系列的预算、控制、协调、考核为内容，自始至终将各部门各科室的经营目标和医院的战略发展目标联系起来，对其分工负责的经营活动全过程进行控制和管理，实现业绩考核与评价，推动医院事业发展。

第7条 医院预算目标分解应自上而下分解并下达，医院发展战略目标为长期目标，长期目标应分解到中期目标，再分解为年度目标、最后分解到每月，预算目标分解的过程，也是医院目标到部门、科室目标的过程。

第8条 预算管理的基本任务是根据医院战略目标，确定医院年度经营目标并组织实施；明确医院各科室、职能部门的职责与权限，发挥各级预算部门和预算科室的职能作用；合理配置医院各项资源；对医院经济活动进行管理、控制、分析和监督；为考核评价医院经营财务业绩提供有效依据。

**第三章 预算编制及审批**

第9条 医院预算编制的期间为自然年度。

第10条 医院预算编制是实施预算管理的关键环节，预算编制质量的高低直接影响预算执行结果。预算编制要在预算管理委员会制定的编制方针指引下进行。

第11条 医院预算编制遵循的原则：

 1．统一领导、分级管理原则。医院预算编制由预算管理委员会统一领导，由预算管理办公室负责组织实施，由各科室、职能部门具体负责编制。

 2．完整性原则。医院实行全面预算，所有经济事项均须纳入预算管理。

 3．依法理财原则：预算编制要符合国家法律法规，体现国家和有关方针政策和经济社会发展规划，做到收支测算准确完整，预算安排真实合法。

 4．以收定支、收支平衡原则：坚持量入为出，勤俭节约，收支平衡。

 5．统筹兼顾、保证重点原则：医院要对各类资金统筹调度，合理安排，优先保障基本支出，根据医院财力组织项目支出。

第12条 预算编制方针应包括：

 1．医院年度经营目标；

 2．医院经营导向；

 3．费用分摊标准；

 4．业绩评价标准。

第13条 预算编制要求。

预算编制要体现约束与激励机制，医院总预算确定后，需分解落实到各职能部门、各科室。只有将责任目标层层分解到每个部门和每个科室，才有实现的坚实基础，只有明确各自的责权利，才能调动医院内部各部门的积极性。因此，预算编制需遵循以下要求：

1．预算内容需与各科室、职能部门业务活动性质相一致；

2．预算的水平需与各科室、职能部门业务活动规模相一致，保证责权利对等；

3．预算需明确财务计划目标的实现，相互之间应能协调一致；4．预算的确定需充分发挥各科室、职能部门的积极性，考虑其合理要求。

第14条 医院预算编制内容。

按照预算管理体制确定的收支范围，预算包括收入预算和支出预算。收入预算包括医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入。支出预算包括医疗支出、财政项目补助支出、科教项目支出、管理费用支出和其他支出。

1．收入预算：收入预算是医院在开展医疗、教学、科研活动中取得的各项收入，包括医疗收入、财政补助收入、科教项目收入和其他收入。

（1）医疗收入是医院开展医疗服务活动取得的收入，包括门诊收入和住院收入。门诊收入又包括挂号收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、卫生材料收入、药品收入、药事服务费收入、其他门诊收入等。住院收入又包括床位收入、诊察收入、检查收入、化验收入、治疗收入、手术收入、护理收入、卫生材料收入、药品收入、药事服务费收入、其他住院收入等；

（2）财政补助收入：是医院按照部门预算隶属关系从同级财政部门取得的各类财政补助收入，包括基本支出补助收入和项目支出补助收入;

（3）科教项目收入：医院取得的除财政补助收入外专门用于科研、教学项目的补助收入;

（4）其他收入：医院开展医疗业务、科教项目之外的活动所取得的收入，包括培训收入、租金收入、食堂收入、投资收益、财产物资盘盈收入、捐赠收入、确实无法支付的应付款项等。

2．支出预算：支出预算是医院在开展医疗、教学、科研活动中发生的各项支出，包括医疗支出、财政项目补助支出、科教项目支出、管理费用支出和其他支出。

（1）医疗支出是医院开展医疗服务活动发生的支出。按经济分类包括人员经费、耗用的药品及卫生材料支出、计提的固定资产折旧、无形资产摊销、提取的医疗风险基金和其他费用。其中人员经费包括基本工资、绩效工资、社会保障费、住房公积金等。其他费用包括办公费、印刷费、水费、电费、邮电费、取暖费、物业管理费、差旅费、会议费、培训费等；

（2）财政项目补助支出是使用财政项目补助发生的支出；

（3）科教项目支出是使用除财政补助收入以外的科研、教学项目活动所发生的各项支出；

（4）管理费用是指医院行政及后勤管理部门为组织、管理医疗、科研、教学业务活动所发生的各项费用；

（5）其他支出是指医院发生的，无法归属到医疗业务成本、财政项目补助支出、科教项目支出、管理费用中的支出。包括培训支出、食堂提供服务发生的支出、出租固定资产的折旧费等。

第15条 医院预算编制应按照国家预算编制的有关规定，对以前年度预算执行情况进行全面分析研究，根据年度事业发展计划以及预算年度收支的增减因素，测算编制收入支出预算。

第16条 医院收入预算编制要根据医院年度事业发展计划以及预算年度影响预算收入各项因素增减变化情况，全面统筹考虑。

第17条 医院支出预算编制要根据业务活动需要和可能，做到“量入为出、量力而行”，实现收支平衡。首先要保证人员经费以及日常业务正常运行的公用性支出，然后本着“先急后缓、先重后轻”的原则，妥善安排项目支出。对于金额较大项目应进行可行性研究和论证，根据项目的必要性、可行性、合理性以及项目概算等进行评审并集体决策通过后，方可作为编制预算的依据。

第18条 医院预算编制步骤。

预算编制工作分为准备、编制、审批三个阶段。

1．准备阶段

预算管理办公室对以前年度预算执行情况进行全面分析研究，根据上级主管部门和财政部门对预算编报的具体要求和医院下年度事业发展计划，对下一年度预算编制进行调研准备，包括收集整理有关资料、核定基本数据、测算各种影响医院收支的因素等，形成预算编制指导方针，报预算管理委员会批准。

2．编制阶段

预算管理办公室根据预算管理委员会预算编制指导方针，统一组织职能部门和各科室预算编制工作。根据医院预算归口管理原则，职能部门负责编制分预算，其中人事部门负责人员经费预算，包括职工信息、职工薪酬等基础信息库的编制；设备采购部门负责资产采购预算，包括汇总管理各科室医疗设备配置申请、采购可行性分析以及设备效益分析等；总务后勤部门负责总务类资产的采购预算；基建部门负责基建项目预算等，其它项目由财务部门编制。各项预算草案编制完成后，由预算管理办公室统一审查、汇总、分析，根据事业发展计划和医院资金状况编制医院总预算草案，报医院预算管理委员会审批。

3．审批阶段

医院预算管理委员会对医院总预算草案进行审议，审议通过并经院长办公会审批后报上级主管部门，上级主管部门审批通过后报财政部门，财政部门根据国家宏观经济政策和预算管理的有关要求对医院预算按照规定程序进行审核批复。

医院根据上级主管部门和财政部门批复的预算组织执行。

第19条 预算编制的程序

医院预算编制实行“二上二下”的工作程序。预算管理办公室以文件或办公网形式部署医院预算编制任务，各科室预算编制完成后报归口职能部门，职能部门根据本部门业务特点组织编制本部门分预算，报预算管理办公室，预算管理办公室对分预算进行收集、分类、汇总，按照事业发展计划和医院财务状况，拟定总预算，报医院预算管理委员会审议，为“一上”；预算管理委员会审批完成后下达，预算管理办公室根据预算管理委员审批后调整意见下达职能部门，为“一下”；职能部门进行分预算调整，分预算调整完成后，再次报预算管理办公室，预算管理办公室审核通过后报预算管理委员会审批，为“二上”；预算管理委员会审议通过并经院长办公会批准后下达预算管理办公室，预算管理办公室整理汇总“二下”通过的预算方案，根据政策要求逐级报上级主管部门和财政部门审批，上级主管部门和财政部门审批通过后，形成医院下年度正式预算，预算管理办公室将正式预算下达预算执行部门和医院各科室，为“二下”。具体工作程序如下：

1．预算管理委员根据医院的发展战略和医院经济状况，提出下年度总体预算目标，确定预算编制政策。

2．预算管理办公室结合财政部门、上级卫生行政主管部门的编制规定，提出预算编制要求，通过医院文件或办公网等形式下达各归口职能部门和医院各科室。

3．归口职能部门根据本部门业务特点和上年度预算完成情况、本年度工作安排，编制本部门下年度预算，经分管院领导签署意见后报财务部门。超过一定金额的项目需附可行性分析报告及绩效分析报告。

4．预算管理办公室对归口职能部门申报的预算进行收集、分类、汇总，初步审核后，报分管财务工作的领导审查后形成预算草案。

5．预算管理办公室向预算管理委员会提交预算草案，预算管理委员会对所申报预算逐项审核、讨论，综合平衡，全盘考虑，提出修改意见，确定预算草案。

6．预算管理办公室将预算草案报上级主管部门审批，审批通过后形成医院正式预算。

**第四章 预算执行及调整**

 第20条 预算责任分解。

上级主管部门批复预算后，医院要严格执行，由预算管理办公室组织实施，预算管理办公室要将预算指标层层分解，落实到具体的预算执行部门或个人。上级主管部门批复的医院预算具有权威性，是控制医院日常业务、经济活动的依据和衡量其合理性的标准，医院在预算执行过程中应定期将执行情况与预算进行对比，及时发现偏差、分析原因，采取必要措施，以保证预算整体目标的顺利完成。

1．医院预算执行遵循以下原则：

 （1）严格执行预算原则。年度预算指标下达以后，职能部门、各科室应严格遵守预算，不准突破预算指标，特殊情况需调整的，需遵照相应的预算程序请示后方可调整预算，调整预算未经批准，不得执行。

（2）分级组织实施原则。预算管理办公室对医院总预算执行负责，职能部门对本部门预算执行负责，各科室对本科室预算执行负责。预算执行过程中，本着节约原则有序使用预算资金，严格执行财务支出审批制度和程序，积极配合预算执行的监督和检查。

 2．医院预算执行程序。

由于财务部门为牵头实施预算管理办公室的主要职责，则财务部门是组织医院预算执行的主要部门，其他职能部门是组织本部门预算执行的机构，财务部门应完善预算执行程序，完善预算执行手段，严肃预算执行过程，严格控制无预算支出。

（1）建立健全预算执行责任制，预算管理委员会和财务部门对医院总预算执行进行监督，分管院领导对所分管部门预算的执行进行监督，职能部门对本部门预算执行进行监督。

（2）财务部门为职能部门建立预算执行管理账户，全面核算预算执行情况，采用电子版或纸制版形式，逐项、逐笔登记职能部门预算项目、预算额度以及预算的实际执行情况。

（3）财务部门为各科室建立预算执行管理账户，全面跟踪预算实际执行过程，对报销项目逐项逐笔审核，序时记录。

（4）预算执行过程中，财务部门要完善审批流程。办理收支等经济业务前，由职能部门和分管院领导根据业务特点审批，财务部门根据医院预算审批，审批通过后方准执行。各科室收支等经济业务完成后，经职能部门、分管院领导和财务部门审核后办理报销结算等业务。

（5）加强预算执行情况分析，建立预算定期公告制度、定期召开预算控制例会。预算执行过程中，财务部门应定期公告预算执行情况，财务部门、各预算执行部门应定期召开周例会或月例会，对预算执行情况进行分析。

第21条 医院应按照国家预算管理的相关规定和省财政部门、上级主管部门的有关要求，定期向上级主管部门报送预算执行和重点项目执行情况。

第22条 预算调整。

经财政部门和主管部门批准的预算一般不予调整。因事业发展计划有较大调整、或者根据国家有关政策需要增加或减少支出对预算执行影响较大时，医院应当按照规定程序提出调整预算建议，经主管部门审核后报财政部门按规定程序调整预算。

预算调整需要经过申请、审议和批准三个主要程序。

1．首先应由各科室、归口职能部门等预算执行部门提出书面预算调整申请，填写预算调整申请单，说明理由及预算调整方案；

2．预算管理办公室根据预算执行情况提供调整前后的预算指标对比，对提出的预算调整申请进行审核 , 并提出审核意见；

3．预算管理办公室将要调整的预算报预算管理委员会审批。预算管理委员会审议通过后，下发给申请部门遵照执行；

4．财政性支出须报财政部门审批才能调整。

第23条 收入预算调整后，相应调整支出预算。

**第五章 预算分析及考核**

第24条 预算管理办公室负责预算执行分析。预算管理办公室须加强预算分析管理，提高预算执行的有效性。

1．由财务部门建立预算管理账户。采用电子版或纸制版形式，对各归口职能部门、各预算执行科室的预算执行情况进行考核分析，做好预算调控工作。

2．预算分析的内容

（1）对职能部门、各预算执行科室预算管理账户进行统计，分析各部门预算完成情况。

（2）充分考虑影响支出的各种因素，对预算执行数与预算目标数之间的差额进行比较，并分析原因。

（3）将当期预算执行数与上年同期预算执行数相比较，并与年初预算、预算批复进行对比分析，找出产生差额的原因。

3．定期检查分析财务预算执行情况并形成书面报告。

第25条 考评主体。预算执行的结果应纳入医院整体绩效考评工作中，由绩效管理部门或财务部门实施考评。

第26条 预算的考评具有两层含义：一是对医院经营业绩进行评价；二是对预算执行者的考核与评价。预算考评是发挥预算约束与激励作用的必要措施，通过预算目标的细化分解与激励措施的付诸实施，达到提升医院经济管理的目的。

第27条 预算考评是对预算执行效果的一个认可过程。预算考评应遵循以下原则：

1．目标原则：以预算目标为基准，按预算完成情况评价预算执行者的业绩。

2．激励原则：预算目标是对预算执行者业绩评价的主要依据，考评必须与激励制度相配合。

3．时效原则：预算考评是动态考评，每期预算执行完毕应立即进行。

4．例外原则：对一些阻碍预算执行的重大因素，考评时应作为特殊情况处理。

5．分级考评原则：预算考评要根据组织架构层次或预算目标的分解层次进行。

第28条 财务部门须将预算执行情况和绩效考核挂钩，提高预算执行的严肃性。通过预算绩效考核,全面总结评价各部门预算的编制是否准确，执行是否合理、准确、科学，调整是否合规等内容，以提高资金使用效益。建立完善预算收入支出绩效考评制度，考评结果作为以后年度预算编制和安排预算的重要参考以及实现科室奖惩的重要依据。

第29条 预算绩效考评包括下列内容

1．预算管理工作的质量和效率；

2．预算执行情况和执行效率；

3．预算资金的使用效益和效果，预算绩效目标的落实情况。尤其是大型项目的资金使用，主要包括预期目标完成情况、完成的质量、及时性和项目完成后产生的社会效益和经济效益等方面。

第30条 绩效考评采取定性和定量相结合的方式，考评方法主要采取比较法、因素分析法、成本效益分析法等。

第31条 医院应根据绩效考评结果，及时调整优化以后年度预算支出结构，进一步加强财务管理，提高资金的使用效益。

第32条 预算绩效考核的程序

 1．由预算管理委员会组织进行预算绩效考核，提出考核方案，预算管理办公室具体实施。

 2．年末预算管理办公室对职能部门、各科室按不同项目形成预算执行情况报告，向预算管理委员会汇报。

3．职能部门向预算管理委员会汇报本部门预算管理措施及制度建设情况、预算资金使用情况和资金使用效益情况。

4．预算管理委员会根据预算实际执行情况与预算目标相对照，对预算部门进行综合打分

5．根据考评结果，对预算执行科室实现奖惩。

6．预算管理委员会或财务部门将预算绩效考核结果在一定范围内公布，接受监督。

7．财务部门和职能部门总结分析预算实际执行情况，总结经验，为下年度预算作好准备。

**第六章 附则**

第33条 本制度由预算管理委员会制定并监督实施。本规定未作规定或没有明确规定的事项须经预算管理委员会批准，然后执行或办理。

# 成本核算管理制度

1. 总则

第1条 为加强医院成本管理，降低成本消耗，提高医院的经营管理水平，根据医院财务制度和医院管理制度结合实际情况制定本制度。

第2条 医院全成本核算管理的目的是通过建立健全医院成本核算管理组织体系、工作制度和规范标准，增强全院人员的经济管理责任，合理改进成本核算工作流程，完善经济核算手段与方法，正确核算分析科室直接成本与全成本之间的关系，从而客观的反映医院经营状况和医院存在的问题，合理的计划于分配医疗服务受益，保证服务质量，减少消耗，提高效益，使一医院以最小的医疗成本支出创造最优质的医疗服务。

第3条 医院成本核算实行权责发生制。

第4条 成本管理的基本任务是：通过成本预测、成本计划、成本控制、成本核算、成本分析和成本考核，控制医院成本，努力降低成本。

第5条 成本核算过程中要遵守国家财政法规要求，贯彻国家有关政策指导方针，针对医院的特殊情况，因地制宜，科学设计，使成本核算符合医院发展的需求，达到规范化、标准化。

第6条 合理划分成本核算单元与成本核算流程，使成本核算结果真正表述医院运营状况。

1. 全成本管理责任制

第7条 在院长的领导下，按分工职责实行成本管理责任制。

第8条 院长对成本管理的主要责任：

贯彻执行国家及医院有关成本管理的制度，对医院效益负完全责任。

组织建立成本管理责任制，将成本费用指标分解下达到各职能部门和相关科室、主诊组，实行归口管理。

组织与领导各职能部门，提高服务质量、降低成本，完成各自的成本计划。

定期组织经济活动分析会议，听取成本计划执行情况报告，针对成本核算过程中发现的问题，讨论研究，作出正确决策。

第9条 分管副院长对成本管理的主要职责：

协助院长组织领导医院的成本核算管理工作，组织编制、执行成本计划、控制成本开支、健全全成本核算制度、开展成本预测、分析工作。

宣传国家和医院有关成本管理政策和制度，严格执行财经法纪，参与重大经济合同和经济协议研究和审查。

定期检查成本计划和执行情况，及时提出成本运营中需解决的问题，并向院长报告，协调解决。

协助院长协调各业务部门之间的关系，解决成本核算中的相关问题。

第10条 医院财务科是成本核算的责任部门，其管理职责是：

制定医院成本管理制度及有关成本核算的方法。

监督和知道核算单元成本核算。

核定、考核单位部门成本计划执行情况。

按月度汇总编制各部门经济运营状况。

进行成本预测、控制、分析工作，作出中肯的成本分析报告，并提出医院发展过程中存在的问题。

根据医院规定，结合成本核算作出科室绩效考核方案，并执行考核细则。

第11条 医院各部门对成本管理的主要职责是：

医疗医技科室的管理职责：

以降低成本、增加效益为成本核算管理的重点。

加强科室内部事务管理，各种仪器设备、医用消耗材料、药品、试剂、卫生被服、办公用品等实物要有专人负责登记、保管，成立以科主任为首的科室物资管理小组，安排护士兼职管理。

严格遵循计算机操作规范，按照数据发生规则对计算机数据进行审核、修改，保证医疗基础数据完整、准确。

物资供应科室的管理职责：

各项实物支出必须符合医院有关规定，严格按计划采购。

建立健全的物资管理制度。

健全物资和固定资产实物帐，并按有关规定进行核算。

限期报送上核算期间各单位实物领用成本核算报表，与会计总账对照。

对后勤医辅科室的管理要求：

提供劳务资料等服务，根据核定的对内服务价格按项目统计，并实行供需双方签字验收制度。

设专人负责内部仪器设备、库存维修材料、公示材料消耗统计等实物保管工作，做好实物入、出库登记工作。

限期报送上成本核算期间单位消耗统计表。

对行政管理科室的要求：

根据上年度成本费用开支情况，制定本年度的预算费用，经批准后进行全程控制。

严格控制各项行政管理费用，按照审批权限开支。

厉行节约，努力降低成本，提高工作效率。

限期对成本核算小组呈报考核及其他相关报表。

1. 成本核算的任务和要求

第12条 医院成本核算的基本任务是：执行国家有关成本开支范围、费用开支标准和医院成本计划，按照既定成本核算方案核算医院经营过程中发生的各种费用，计算核算单元经营成本，发现存在的问题并通告相关科室负责人进行查证，规范科室成本使用行为，提供成本分析报告及有关资料。

第13条 按照成本核算的基本要求，结合医院实际情况制定合理的成本核算方案及流程操作，促进医院成本管理标准化、制度化、符合化。

第14条 实行计量管理，以核算期间内会计总账支出数额为标准，核对科室报送数据的准确性，使成本数据的归集符合核算单元的实际情况。

第15条 原始记录管理，成本核算期间所用到的各种原始记录，应予以严格管理，保证准确完整，按核算期间装订成册，便于审计部门审核。

第16条 必须按月计算成本，成本核算期间以一个月为计量单位，保持与会计总账一致，统一数据调取口径，不得提前或延后。

第17条 必须根据计算期内完成的医疗经营收入实际消耗和实际价格，计算医药经营成本，不得以后计成本或计划成本代替实际成本，规范科室材料领取职责，坚持“少领、勤领”，最大限度的压缩核算期间内科室闲置材料成本。

第18条 医院应当按照权责发生制的原则计算成本，凡本期成本应负担的费用，不论款项是否支付，均应计入本期成本，凡是不属于本期成本负担的费用，即使款项已经支付，也不应计入本期成本。

第19条 单位成本核算中的各种处理方法，包括存货计价、价差调整、费用分配、已完、未完成项目成本的计算，以及医药经营成本计算等，核算期间必须一致，不得任意更改。如需变更，要报经财务或核算主管部门批准，并将变更的原因及其对成本和财务状况的影响在当期核算报告中予以说明。

1. 成本开支范围

第20条 下列费用可列支为成本或费用：

人力成本，直接或间接为医院医疗活动提供的各种劳务报酬，包括各种正式人员、合同人员、临时人员、返聘人员等的工资应发额及各种津贴补贴等用于个人部分的各项支出。

医疗设备成本，直接或间接用于医院医疗的仪器设备，包括仪器设备类的折旧费、租赁费、和大型仪器维修摊销费等，仪器折旧按照医院工作量及工作强度进行折旧，最大限度的符合当月支出情况。

医用耗材成本，即小型器械和卫生材料、低值易耗品、氧气费、范围内器械耗材、一次性用品、办公用品等。

房屋、办公设备及范围内医疗器械维修费。对日常发生的房屋、办公设备、照明设施、及未纳入维修基金范围的医疗器械的维修费用按实际发生计入科室成本。

保障服务成本，包括水电费、被服洗涤费、消毒费、通讯费、车辆使用费等按照实际发生计入科室成本。

科研教育成本，按照规定，由医院发起的，以促进科室建设与提高医疗技术及理念的各种进修、学习、会议、座谈等费用及发生的车船、住宿等支出不列科室成本，除此以外据实计入科室成本。

管理费用成本，指为维护科室正常运转，所发生的管理费用，包括直接或间接发生的行政管理费，如业务招待费、咨询费、报刊杂志费、上级医院会诊费、业务宣传费、打印费、清洁费等，据实作为科室支出。

其他成本，包括直接或间接发生的与医疗五官的各项支出。按照规定核算期间内发生医疗纠纷诉讼费、赔偿款等大额的与医疗经营无关的并能严重影响科室医疗收支构成的项目，不做科室支出，列入未纳入成本汇入科室全成本；其他如特殊保健费、义务咨询费、捐赠支出、党团费支出等费用不做科室支出。

药品成本，指科室领用的各类药品成本包含西药、中成药、中草药、小制剂等药品，药品除小制剂外发生的收入和支出不作科室核算收入与成本，计入科室全成本核算科室整体经济状况。

第21条 下列支出不得列支成本费用。

为取得固定资产、无形资产和其他资产而发生的资本性支出及利息。

向其他单位的投资。

应在专用基金中列支的集体公共福利支出。

与医院经营活动无关的其他支出。

第22条 医院拒绝支付除国务院、市政府有明文规定的必须支出款项以外的一切摊派。

第23条 药品成本，包括药品费、采购费、储存费、损耗费、降价损失费和小制剂加工制作过程中发生的原材料费、包装材料费、药检费等。

1. 成本预测及降低成本计划

第24条 成本预测的目的是为科室成本使用制定规范，作为计划期内降低成本决策的参考，成本预测是制定成本计划的选择和达到目标成本的最佳途径和重要手段。

第25条 为适应医院发展的需要，提高医院竞争力，在新项目和新设备的引进前，都必须进行成本预测及运营预测，提出成本最优方案，确定目标成本，减少浪费，提高利用率。

第26条 成本预测的基本程序是：

确定预测目标

收集和分析所需的历史资料的数据

掌握市场信息

确定预测模型

提出预测目标

计算预算误差

分析内部和外部各种因素影响

第27条 成本预测的主要内容

新项目、新设备投资前的成本、利润可行性预测

完成医药经营收入能达到的利润的预测和成本降低额的预测。

完成目标利润的成本降低额所应达到的总收入的预测。

项目、单病种降低成本和利润的预测。

单位保本点的预测。

第28条 成本预测的方法以本、量、利分析法为主，也可采用直观法、专家预测法进行。采用本、量、利分析法的预测公式是：

保本点=固定成本/（1-变动费用率）。

实现目标里运营完成的经营总收入=（固定费用+目标利润）/（1-变动费用率）。

变动费用率=变动费用/经营收入×100%

第29条 在经营过程中，尤其是发生重大问题对成本产生影响时，应当对目标值进行修订，以保证预测目标的准确。

第30条 在条件许可情况下，可按成本项目、成本对象、保本点、目标成本、目标利润应完成的经营收入进行预测。

第31条 医院在运作成本预测的基础上，分季按年编制成本降低计划。

第32条 降低成本计划的编制内容：间接成本计划、技术组织（管理）节约措施、医药成本支出计划、管理费用计划、财务费用计划、经营费用计划。

第33条 降低成本计划编制的依据和分工应根据医院的医药经营任务和消耗水平，在确保主管部门下达的任务指标的前提下，依据各部门确定的计划经营收入，各部门提出的技术组织节约措施，各部门管理费用开支计划以及各部门所辖降低成本任务等，最后由财务部门汇总编制。

第34条 降低成本计划应有具体计算依据，不得任意填报或只列项目、金额，没有计算过程。

第35条 降低成本计划编制后，财务部门负责汇总工作。对于执行结果应定期检查，防止流于形式。

第36条 降低成本计划经原审核后以文件形式批准下达。

1. 成本核算

第37条 医院按照国家有关成本管理方针以及本制度进行成本核算，并结合医院特点制定成本核算的程序和具体方法。

第38条 成本核算对象：

确定核算单元，医疗科室以主诊组为最小核算单元进行核算，医技类科室以科室为最小核算单元进行核算并计算成本。

保障服务部门的成本核算以科室为单位核算各种成本项目的费用消化。

药剂部门的成本核算对象可以根据药品的性质和种类分西药、中成药、中草药为对象给归集，核算单元以每个药剂科班组为主，分配成本费用。

行政管理科室以各个科室为核算对象进行各种费用归集。

第39条 成本项目按以下原则划分：

人力成本。

卫生材料费

医用设备类成本

保障服务类成本

药品成本

其他成本

第40条 各项目成本的收入与实际成本核算的范围和计算口径必须一致，以保证成本项目的可比性，总体来说，医院成本总额与核算期间内会计总账费用总额必须保持一致，收入核算方式按照权责发生制。

第41条 核算医药经营成本以月为核算周期。

第42条 实际成本中好用的库存物资数量，必须以实际消耗为准，不得以领代用，已领未用材料要及时办理退库处理或按照收支配比原则进行数值调整，调整额经材料领取负责人签字确认后，予以调整当月支出。

第43条 实际成本中好用的器材价格，必须按照实际价格计算，器材核算按计划价格进行核算的，核算期末要将差异还原成本，不得任意少摊或多摊。

第44条 待摊（预提）费用应按照费用项目的受益期限，确实分摊（预提）数量，按期分摊（预提）。

第45条 人工成本核算：

人工费组成：医院人工费指支付给医院职工的工资、职工福利费、社会保障费和绩效工资等。具体构成与金额应与职工个人工资应发额保持一致，绩效与当月绩效发生额保持一致。

按照医院规定，以核算期间内实际在科内工作的人员的实际工作天数为准计算科室人力成本，差额天数（如病假、产假、事假等）工资计入公用成本进行分摊。具体计算公式为：科室人力成本=工资应发额×实际工作天数/30。

第46条 固定资产折旧费

一、使用年限：根据医院工作量及工作强度，结合历史数据测算出医院固定资产的使用年限，一般以折旧到期后0残值进行相关计算。

医用仪器设备折旧年限：按7年期每月提折旧为原值的1.2%

电子设备

机械设备

一般设备、家具

房屋、建筑类按实际使用面积及公摊面积计算，以50年期，急诊楼、门诊楼、旧病房楼按10元/㎡；外科手术楼、特需楼按15元/㎡进行计算。

二、折旧基数

计算固定资产折旧的基数为取得固定资产的原始成本

固定资产净值

三、固定资产折旧费的计提范围

房屋及建筑物

在用医用设备

非医用设备

办公设备

融资租入的固定资产

四、不计提固定资产折旧费用：

未使用，不需使用的设备。

以经营性租赁方式租入的固定资产。

在建工程未完工，交付使用前的固定资产。

已提完折旧，但仍继续使用的固定资产。

未提完折旧，但提前报废的固定资产。

国家规定不提折旧的其他固定资产，如图书等。

五、固定资产折旧费的计提方法：

平均年限法（直线法）

工作量法

适当时采取双倍余额递减法

六、其他：本月新增的医疗设备，当月不计提折旧；本月内减少的医疗设备，当月仍计提折旧，提前报废的固定资产，不补提折旧，其净损失计入当期损益。

七、提取修购基金，由于医用大型仪器维修数额高昂，如在核算期间内发生，严重影响当月科室经济状况，所以以提取维修基金的形式，把器械使用后期应发生的大额维修费摊入设备使用的每个月中，经过测算按照仪器原价值的1%计提。

第47条 固定资产修理费

医用仪器：大型医疗设备维修，由于已计提维修基金所以发生维修时不做成本计入，一年后根据实际发生额与每月计提额数值对比进行调整；一般仪器按照发生实际金额计入核算单元成本。

中、小修理费一次计入当期有关成本。

房屋维修：房屋大型修葺、装修不作科室成本，小型维修按实际发生额一次计入科室成本。

第48条 低值易耗品摊销方法。

一次摊销法，金额较低的，当期使用的低值易耗品，按照实际价值一次性计入科室成本。

分期摊销法，金额较大（一般指1000元以上），并可供长期使用消耗的低值易耗品可分次摊销，时间最高以1年期。

第49条 辅助费用按下列方法计入成本：

水电费：

用水、用电大户要单独安装水电表，单独计量。

电费可按照明、仪器设备总功率计算用电量，按内部确定的单位成本计算科室水电费成本。

科室没有计量器具的，可根据实际情况按实际占用床日、人数、工作量等指标进行分摊计算成本。

车辆使用费和通讯费：

车辆使用费按科室车公里数和内部测算的车公里价计入各科室

通讯费可按各科室通话时间和每分钟通话成本计入科室。

被服使用费

包括被服购置、洗涤、洗衣设备的购置、维修、洗衣杂支和人工成本等。各科室洗涤费用=∑（科室各品种被服×折旧总数）×标准洗低成本

第50条 医疗服务项目成本核算。

医技科室，化验项目，放射检查项目的成本分摊，可根据其向临床科室所提供服务量及金额大小进行分摊。

第51条 药品费成本核算

医院药品采取售价金额和算法，即药品的购、销、存均按售价核算，其进价和售价的差额通过“药品进销差价”核算。

药品成本计算方法采用药品的综合差价率或药品综合加成率。

药品综合差价率=（期初药品进销差价-本期药品进校差价贷方发生额）/（期初药品余额+本期药品借方发生额）×100%

本期药品成本=本期药品药房药品销售额×（1-药品综合差价率）

本期药品实现的差价=本期药品收入-本期药品成本

药品采购的核算。

药品采购主要指药品采购过程中发生的差旅费、运输费、装卸费、中转费、劳务手续费、检验费、包装费、药品损耗、佣金、保险费、入库前整理费等，药品采购费不能直接计入药品成本，单独设立“药品采购费用”明细科目核算。

期末与采购计划费用指标比较，计算出“药品采购成本差异”，作为考核和控制指标。

药品采购成本差异率=（实际采购成本/标准采购成本）×100%

药品采购成本差异额=标准采购成本×（1-药品成本差异率）

药品管理费的核算

药品销售成本主要计算各类药品在销售过程中发生的各项费用，核算西药、中成药以及制剂部门的经营业绩。

百元药品销售费用=（药品支出-按综合差价率计算的药品进价成本）/按零售价计算的药品收入×100%

第52条 间接费用的分摊方法

可以按照直接费用（或人工费）比例法进行分摊。

间接费用分配率=当期发生的全部间接费用/按当期各成本对象发生的直接费（或人工费）×100%

第53条 医院应在年终对物资进行盘点，对盘盈、盘亏，经批准后，分清责任，调整成本。

第54条 成本核算资料必须标准完整，如实反映医疗经营过程中各种耗费，有关成本的原始记录、凭证、账册、费用汇总和分配表、统计资料等内容必须齐全、真是、记载和编报必须及时

1. 成本考核分析

第55条 医院定期考核各科室成本情况，一般一月一次。

第56条 成本计划考核的依据，经医院确认后，以文件形式批准各科室的成本计划为准，捅死辅之以相关的内容，各项指标均以财务报表为准。

第57条 成本考核的主要指标

成本降低率=（本期成本降低额/本期总收入）×100%

人均管理费用=管理费用总额/平均人数

人均收入额=业务总输入/医院定编人数

成本收益率

百元医疗收入成本消耗率

门诊患者平均费用

住院床日平均费用

人均业务支出

等

第58条 成本考核方法采取每月计算，半年考核，年终总考核。

第59条 成本分析是经济活动分析的重要内容，通过检查医院降低成本计划完成情况，建立医院经济数据模型，通过各种考核方式发现医院运营过程中存在的问题，找出节超原因，从而挖掘降低成本的潜力，提高管理水平。

第60条 医院每季召开成本分析会，通报各科室主要指标完成情况，找出管理中的问题。

第61条 成本分析的资料要根据成本责任分工原则，由各业务口提出分析，财务部门汇总。对于管理中出现的重大问题，可事先确定分析内容，书面通知有关单位进行专题分析。

第62条 成本分析的方法、内容

医院整体经营状况

重要指标趋势分析

成本项目分类分析

医技科室分析

临床科室分析

成本核算建议

总结

第63条 成本项目的分析：科室部门要对成本支出与计划成本进行对比，找出升降原因。个别病种成本项目，可进行收支对比，找出节超原因。

第64条 成本分析应将年度降低成本计划的完成情况作为分析的一个主要内容，借以检查各职能部门计划完成程度，找出为完成计划的主要原因。

第65条 成本分析对于自己运用方面也要进行跟踪揭示，检查医院的资金运作是否正常，有无浪费现象，由于资金使用不当加大成本，应列示具体数字。

第66条 价格管理应列入成本重点监控范围。分析中应有价格变动给成本带来的影响，分析中应具体列示。

第67条 减利因素是医院加大成本开支的一项金额较大的内容，它对成本有直接影响，在分析中应具体列示。

第68条 增收节支是医院降低成本的主要手段，医院不以追求经济利益为主，应当为以最小的医疗代价，创最优质的医疗服务，在经营过程中由于职工合理化建议对医院带来成本降低的内容，在分析中应有所体现。

第69条 医院在经营过程中，有关职能部门都要结合所辖业务成本升降原因进行分析，尤其是对成本影响数额较大的项目，要进行专项分析。

第70条 建立科学、精细的成本核算、医疗服务项目成本核算、病种成本核算、床日和诊次成本核算等，在成本分析报告中予以列示。

 成本报告

第71条 成本报表的种类：

直接成本表

间接成本表

全成本构成表等

第72条 各种成本报表的填列内容由医院统一规定。填报单位不得随意删、加、改报表项目内容。

第73条 关于上报年、季、月成本报表的规定。

成本核算组每月出具成本核算表

上报时间为每月20日以前

年度报表、季度报表出具的时间应在最后一个核算期成本核算结束后，15个工作日内出具。

1. 成本监督与惩罚

第74条 医院对各单位的成本进行下列监督：

进行经常性常规检查与监督，一般每季应有重点的检查一些科室，促进改善经营管理，努力降低成本。

定期会审各单位报表，并提出审核意见。

对一切违反财经纪律及成本管理的行为要及时予以制止。

第75条 医院院长、分管副院长及财务科相关负责人员对成本进行下列监督：

审查成本计划

定期召开成本分析会、总结经验、解决成本核算中存在的问题

监督执行成本开支范围的成本核算规定

执行财政机关和卫生局对违法行为的处理决定

审核成本报表，在饱受医院机密的前提下签署上报。

第76条 科室在接受监督与检查时，必须如实反映情况，提供有关检查资料，不得弄虚作假。有下列行为之一，应按照有关规定处理。

擅自提高开支标准，扩大开支范围。

随意摊提成本费用，截留收入。

弄虚作假，成本严重不实。

经营管理不善，造成医院成本管理质量下降或其他严重损失浪费。

损公肥私，挥霍国家财产，增加成本开支。

第77条 在成本核算中做出突出成绩、创造经济效益管理人员、医院应根据具体情况和对医院贡献的大小给予相应奖励。

第78条 对强迫或指使他人违反成本管理规定以及国家成本管理有关规定的，要根据相应处罚措施从重处罚。

# 大额资金使用管理制度

为进一步加强医院大额资金使用管理，提高资金运作效率，促进廉政建设，便于职工和社会监督，提高资金使用透明度，制定本管理制度：

## 第一章 大额资金内容及使用程序

**第1条**  大额资金的内容包括：一定起点的较大基本支出项目；设备购置项目；各类培训项目；基本建设项目等。

**第2条** 大额资金是指1万元以上的资金项目。

**第3条** 对大额资金支出项目进行预算及综合状况分析，确认大额资金项目的合理性，并根据中标单位的实施流程建立督查制度，实时审议大额资金的使用及项目建设进度情况。

## 第二章 大额资金的支出管理

**第4条** 大额资金列入年度预算项目，严格执行预算标准。对大额资金支出的使用要严格执行《医院资金管理制度》，资金使用责任人填写资金使用报告，院长审批同意后由院委会及职工代表大会集体讨论决定，购置过程中严格按照招标制度，由医院招标委员会及责任科室负责招标，大额资金一律支票支付，根据谁审批谁负责的原则，明确审批负责人、审批权限及其他人员的工作程序和职责。

**第5条** 严格执行财务法规、规章、制度，严格财务开支管理，确保大额资金的正确使用，不得挤占、挪用。

**第6条** 大额资金的管理使用要坚持公开透明，严谨暗箱操作。

**第7条** 凡是属于医院大额采购目录的项目，按照有关规定执行。

**第8条** 严格设备管理，建立固定资产购置、使用、维护、调拨、报废制度，医院大额购置首先要求使用部门提出申请，进行可行性分析，院委会集体讨论，职工代表审议，形成决议后方可购置。

**第9条** 大额资金必须专款专用，严禁在申请资金过程中弄虚作假、套取大额专项资金的行为。

**第10条** 各类报销科目不论金额大小，一律采取主管负责人联签制度，并附明细，由财务审核、主管领导签字后方可报销。

## 第三章 建立监督制度

**第11条** 明确监督主体，财务部门要进一步健全财务管理制度，加强大额资金的使用、管理和监督。未按审批程序确认的大额资金使用，财务部门有权拒付，财务部门对大额资金使用中出现的违规行为，有权予以制止，并向院领导汇报。

**第12条** 对大额资金使用中的违纪行为，按照医院大额资金使用责任追究制度予以追究相关责任。

**第13条** 成立以院长为领导主体的监督委员会，主要成员科室由财务科、审计科、监察室等组成，按照大额资金预算流程分阶段监督、审计。

# 重大经济事项集体决策制度

# 和责任追究制度

为规范和监督医院经济活动决策行为，提高决策的民主性、科学性，医院重大经济事项决策实行集体讨论制、领导负责制和责任追究制。

第一章 医院重大经济事项内容

第1条 涉及医院发展、建设的重大经济事项。

第2条 规模较大的投资项目，资金调度，医院预算，金额较大的财、物问题。

第3条 医院的重大经济事项数额标准：单项大型设备1万元以上（含1万元）;基建工程、房屋建筑物大修改造工程单价3万元（含3万元）；对外捐赠；医疗纠纷赔偿金1万元以上（含1万元）等上院务会讨论决定。

第4条 其他重大经济事项。

第二章 医院重大经济事项程序

医院研究决定重大经济事项应严格执行科学民主决策制度。严格遵守“集体讨论、民主集中、会议决定”的程序，实行集体议事，并以会议决定形式体现，不得以传阅会签或个别征求意见等形式代替集体议事和会议决定。

第5条 咨询论证。医院有关部门对重大经济事项要在调查研究，广泛征求意见的基础上，提出议题，并报经医院分管领导同意，方可提请开会。

第6条 准备材料。由有关部门准备上会材料。

第7条 充分讨论。凡研究决定重大经济事项的会议，须有5人以上领导成员到会方可举行，其中分管此项工作的领导成员必须到会。会议由院长主持。首先由分管院长或有关部门介绍，然后安排足够的时间对议题进行充分讨论。讨论中领导成员应表明赞同或不赞同意见。

第8条 做出决定。院长在听取领导成员充分发表意见的基础上，作出决定。

第9条 形成会议纪要，记录内容包括：（1）重大经济事项议事记录须列明会议名称、会议主持人、正式与会人员、会议记录人员、会议通知提前送达时限、应到会人数比例。（2）重大经济事项议事记录须整体列出由会议研究决定的所有重大事项（3）需要特别说明的情况，在议事记录补充规则栏中列出。

第10条 重大经济事项决定后实行院务公开。

第三章 医院重大经济事项责任追究制度

第11条 谁决策、谁分管、谁负责的原则：医院决定重大经济事项，实行院长负责制。

第12条 责任追究：对决策有关人员应签署“重大经济事项登记簿”，明确个人意见（同意、反对、弃权），项目集体讨论后按规定程序报批，分清级次，责任到人，建立事后审计评价和责任追究制度，形成决策失误的纠错改正机制，对违反决策程序、滥用职权造成损失的要追究责任。

# 重大经济事项监督机制

为进一步完善医院财务管理监督机制,对重大经济事项运行的全程实施监控，提高医院决策水平，保证医院经济的健康运行，最大限度地实现国有资产的经济效益和社会效益，特制定本制度：

## 第一章 事前监督

 **第1条**  仪器设备的采购和经济事项的启动由相关科室提出申请,责任部门必须根据医院事业发展规划、年度预算计划进行采购，并在技术上、经济上、使用及维修等各方面进行购前适宜性和可行性论证，制定可行性论证报告,并由财务部门进行效益评价并提供给院领导决策。对于牵扯职工福利、医院预决算、经济规划等事项还需职工代表大会审议。

**第2条** 经济项目经评审通过后，根据卫生局下发的《青岛市卫生局属单位医疗设备、物资采购管理办法》的规定，单价2万元以上的医疗设备、后勤设备，机动车辆、大宗物资， 30万以上的土石方、装修、设备安装、防水等，50万元以上土建项目；重要设备、材料单项合同10万元以上的报市卫生局公开招标采购。单价1万元以上的医疗设备、后勤设备，5万以上的土石方、装修、设备安装、防水等，10万元以上土建项目、重要设备由医院按政府招标程序公开招标采购。

## 第二章 事中监督

**第3条** 资产管理等相关职能科室要定期对重大经济事项的进展和使用情况进行说明,由其是对重大经济事项的不利因素应当及时汇报，采取有力措施保障项目的顺利进行。对重要设备的采购、安装、调试和投入使用进行全程监管，依据合同认真监督实施，保证设备的顺利投入使用。

**第4条** 财务科依据合同对项目进展，和资金的支付实施监控，并对计划执行情况加以分析。

## 第三章 事后监督

**第5条** 相关职能科室对重大经济事项的使用情况和运转情况进行跟踪说明,提出维修、保养、和调拨建议。

**第6条** 财务科依据论证报告对重大经济事项进行事后分析，并对资金使用和设备效益情况进行综合分析。

**第7条** 设备使用部门应对设备使用过程中的保养维修坚持以预防为主，检修与保养并重，严格按有关技术规程规定定期检查，及时消除隐患，使设备经常保持良好状态，延长使用寿命，充分发挥效能。对设备的保养、维修要有详细记录。

**第8条** 医院定期组织固定资产管理部门、财务科、审计科、使用部门组成联合清查小组，对重点资产进行全面盘点清查，保证账账、账物相符。

# 固定资产管理制度

为加强医院固定资产管理，明确相关科室职责，防止国有资产的流失，提高固定资产的投资效益，保证医疗、科研和其它工作的正常进行，特制订本管理规定。

## 第一章 固定资产的确认标准

第1条 一般设备单位价值在1000元以上，专业设备单位价值在1500元以上，使用时间在一年以上；

第2条 单位价值虽未达到规定标准，但耐用时间在一年以上的大批同类物资设备，也属于固定资产范围，应作为固定资产管理。

## 第二章 固定资产的分类

第3条 房屋及建筑物：凡产权属于本单位的一切房屋、建筑物及房屋不可分割的各种附属设施；如中央空调、电梯、水塔、蓄水池等。

第4条专业设备：是指用直接用于临床服务的各种医疗设备；

第5条一般设备：是指不直接用于临床服务的设备，如电子产品等；

第6条图书：指各种专业图书、技术图书和重要杂志；

第7条其它固定资产：指不属于以上各类范围的固定资产。如交通工具、家具、被服装具等。

## 第三章 固定资产管理办法

第8条 成立固定资产管理小组。小组成员应由院领导、总务科、设备科、信息科、办公室、财务科等有关人员组成。

第9条 总务、设备、信息科、办公室、财务科为固定资产具体管理机构，在固定资产管理小组的领导下开展各项管理工作。

第10条 医院各科室应指定一名固定资产管理人员，负责本科室固定资产的使用、保管。

第11条 领导小组负责制定、解释、修改医院固定资产的管理办法，并指导、监督执行，组织检查、经验交流和评比活动，负责大型设备购置的可行性论证和固定资产的调配。在规定权限内检查、鉴定、审批固定资产的报损、报废。

第12条 总务、设备、信息科、办公室、负责管理范围内的固定资产增添计划的编报、采购、保管、发放、调配、维修、报损、报废、审批、申报、负责管理范围内的财产清查。财产的清查，一般情况下，每年可组织部分项目的抽查，一年普查一次。对清查的盈、亏，要及时查明原因，提出处理意见，填报盈、亏表，经批准后及时调整有关账户。财务科要负责固定资产总账控制和分类核算，并参加固定资产清查、检查、监督工作。总务、设备科、信息科、办公室、要设分类明细账，仓库要设明细账和财产分布卡。月底账账、账物要进行核对，发现差错要及时查明原因，及时纠正，做到账账相符，账物相符。

第13条 科室财产管理员，负责本科室固定资产的领用、保管、清查、盘点工作，保管财产卡。遇有丢失、损坏或需要修理，应及时向有关部门反映，并督促做好大型设备的使用、维修、故障、事故等情况的记录。

第14条 新建房屋及建筑物，按基本建设管理和有关程序报批。大型项目需经管理小组讨论论证。工程竣工后，由有关部门组织验收。工程决算，需经财务科审核或送有关部门专门审核。总务科根据工程决算填制固定资产增加凭证，一式三份，基建、总务科各留一份入账，一份交财务科入账。扩、改建工程在5000元以上的项目完工验收审核后，应增加原值。

第15条 固定资产的购置(包括订做、加工)必须按采购计划执行。属于专控商品和社会集团购买力范围的，应办理有关审批手续。购买1万元(含1万元)以上的设备，应经管理小组论证。购入财产，需经验收、采购和科室负责人签章办理入库手续，由领用科室办理领用手续。

第16条 外单位或个人赠送和无偿调入的固定资产，应按医疗技术设备和其他设备分别交设备科、总务科，参照市场价格或估价填制入库单，由有关科室办理领用手续领用。

第17条 新增的固定资产入库后，各科室领用时，应填写“财产物资出库单”一式三联，经主管科室的负责人签章同意后，一联交保管室用以发放、登记库存账。一联交各库会计，凭以记录分类明细账，一联交财务科，登记总账。各领用科室应设固定资产明细卡，在领用时，由发放人员登记。明细卡一式二份，仓库留一份，各科室留一份。各科室在领用设备时，应对设备进行调试、检查，看其性能是否符合要求，设备是否完好，如性能不合要求，零件不全或破损，应由管理部门及时与供货单位联系调换、修复或退货。

第18条 领用仪器、设备单价在2000元(含)以上的，应指定专人负责管理，确定位置和规定工作量，并按台建立档案，记录安装、维修、故障、移动、使用日志。房屋、建筑物完工的地质资料，设计、施工、竣工、水、电、暖、气、管道图纸及维修、拆迁等资料，应列入档案管理，图书杂志应建立明细账。按图书管理规定编写目录、卡片。其他固定资产也应定名、定量、定位、定人管理。一般情况下，固定资产要实行定额控制，如久用破损，应以旧换新。使用科室如遇积压，应及时办理退还入库手续，不得自行转让给其他科室。

第19条 对固定资产，特别是大型设备、仪器的使用，要加强维护、保养，延长寿命，充分发挥其使用效益。确需报损报废的，应详细填制清单，报告报损、报废的原因，经固定资产管理小组检查、鉴定、审批，报批同意后才能销账。其残值变卖收入，应交财务科入账。固定资产报损、报废的审批需经管理小组鉴定，报经卫生主管部门审批同意。

第20条 财务科和固定资产的主管科室要经常对固定资产的使用状况进行综合或单项分析，对内部使用的设备，主要考核利用率，看使用是否合理。对外开放的设备，主要考核设备利用率和诊断正确率等社会效益。

第21条 固定资产管理工作，应纳入科室的考核范围进行检查、评比。对管理制度健全，使用合理，注意保养，延长使用年限，提高使用效率，取得较好社会效益和经济效益的科室和个人，年终应给予适当奖励。对管理不善，玩忽职守或违反操作规程而造成财产损失，应视情节轻重，给予批评教育，或按有关规定处以经济赔偿直至行政处分。

## 第四章 附则

第22条 本制度由固定资产管理部门制定并负责监督实施。

# 固定资产报废、处置管理制度

为规范固定资产报废程序，使资产管理更加严谨、有序，防止国有资产流失，依据《国有资产管理制度》结合医院实际情况，制定固定资产报废处置管理规定，凡购置单价1000元以上的一般设备和购置单价1500元以上的专用设备以及其他符合固定资产管理规定的资产，全部纳入国有资产统一管理。请各科室及相关部门严格遵照执行。

1.申报

达到报废标准的固定资产，且已无法修复使用，由使用科室填写《固定资产报废申请单》写明报废原因，经科主任签字确认后，到资产管理部门办理手续。

2.审核

资产管理部门受理后，组织医院固定资产报废评审小组和有关技术部门对该设备进行技术鉴定，确认该设备是否符合报废条件。对符合报废条件的固定资产，由资产管理部门签字确认。如果不符合报废要求，则退回使用科室，不予受理。

3.审批

上述审核工作完成后，对符合报废条件的固定资产，由资产管理部门将手续完备的《固定资产报废申请表》报请分管院领导签署审批意见后进行核账汇总，呈报院长审批。

4.上报

根据院长审批意见，由资产管理办公室填写“固定资产报废审批单”分别报资产管理办公室和财务科进行资产核减和账务处理

5.账务处理

资产管理部门将申请报废但尚未批复的资产在固定资产台账中做出相应标识，进行编码，贴上报废标签，收回废品库管理（大型无法搬运的设备除外），资产会计将该资产从科室财务账转至待报废资产明细账中，不再计提折旧，待医院资产管理部门批准后，方能核减资产账。

6.报废处置

固定资产报废批准后，已报废(减)的资产设备科室不得随意处置,应由资产管理部门组织相关人员(包括监察、财务、审计人员等)根据情况对报废固定资产进行拆除清理或上交由市财政局行政资产管理科委托的专业资产管理公司进行拍卖，并做好固定资产清理记录。对拆除后可用的旧料应交资产管理部门点收入库；对可使用或经修复尚能使用的单项固定资产，应另立固定资产卡片登记,未经批准不得随意解体、拆除。固定资产报废清理后变价收入全部上交财务科。

# 物价管理制度

为规范医院收费行为，加强医院医药价格管理，促进医院医疗事业健康可持续发展，维护患者合法权益，根据《中华人民共和国价格法》、《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》及《关于印发改革药品和医疗服务价格形成机制的意见的通知》等有关政策法规，结合医院实际，制定本制度。

## 第一章 总则

第1条 本制度所指价格行为，是指在医院内发生的与销售药品、销售医用耗材、提供医疗服务相关的涉及收取患者或第三方费用的行为。

## 第二章 医疗收费管理

第2条 医院应使用同一收费管理软件，实行统一收费目录管理，暂无法统一收费管理软件的，须建立定期同步更新机制，确保收费目录的高度一致性。须建立顺畅的调价通知流程，及时调整或通知相关部门调整医疗服务价格。

第3条 医院应建立健全价格管理信息化操作规范，指定专人负责价格信息维护、同步更新等工作，明确职责与权限，确保软件系统操作与维护数据的准确性、完整性、规范性与安全性；进行医药价格调整时，系统必须有调整记录，并加强对数据处理过程中修改权限与修改痕迹的控制。

第4条 医院必须确保严格执行主管部门制定的价格政策，做到合理检查，合理治疗，合理用药，合理收费，严禁分解项目重复收费、自立项目收费、随意套用项目收费、擅自提高收费标准和超范围收费。

第5条 医院内发生的所有收费行为，必须开具合法的正式收据，严禁任何科室或个人出具非正式收据或不出具收据向患者或患者家属收取各种费用；严禁以任何名义向患者索要药物或借患者名义开药或检查。

第6条 对患者提出的收费质疑或咨询，实行“首问负责制”，医院（部门）应第一时间予以解释或说明，无法解释和说明的要逐级汇报，严禁以各种理由推诿患者。

## 第三章 药品价格管理

第7条 医院销售的药品必须严格执行主管部门制定的药品价格政策，因病施医，因病施药，切实维护患者的合法权益。

第8条 医院销售的药品须以实际进价为基础。

第9条 医院销售的药品，其名称、产地、规格、批号、价格等均应在服务场所显著位置予以公示。

第10条 药品价格管理实行部门负责制，在医院价格管理部门的指导下，医院药剂部门对药品价格负直接管理责任。药品价格、用量等出现差错，视情况给予部门负责人及直接责任人批评和经济处罚。

## 第四章 医用耗材价格管理

第11条 医院销售的医用耗材必须严格执行主管部门制定的医用耗材价格政策，合理使用医用耗材，规范医用耗材收费行为，切实维护患者的合法权益。

第12条 医院销售的医用耗材须以进价为基础，顺加规定的加价率或加价额作价销售。

第13条 医院销售的医用耗材，其名称、产地、规格、批号、价格等均应在服务场所显著位置予以公示。

第14条 医用耗材实行网络流程管理，由设备处负责医用耗材基础信息录入，由财务处负责医用耗材是否收费的网上审核，由医保处负责医用耗材医保类别的网上审核，未经以上网络管理流程的任何医用耗材不得进入临床使用并收费。暂未经医院统一招标采购的医用耗材由所在院区负责网络流程管理的实施。

第15条 医用耗材使用部门应根据所领用耗材最小包装上的规范名称录入系统使用并收费，不得套用其它耗材名称收费、不得分解耗材收费或重复收费。

第16条 医用耗材收费前应履行告知签字确认手续，遵照患者或其家属意愿选择适当的医用耗材，不得未经患者或其家属同意使用医用耗材并收费。

## 第五章 收费清单管理

第17条 医院(部门)应向就诊患者免费提供收费清单查询服务，凡患者或其家属要求提供收费清单的，应及时提供。

第18条 门(急)诊费用结算清单内容包括：医疗服务项目、药品、医用耗材的名称、单价、数量、金额等，由收费处在患者办理结账时免费向患者提供。

第19条 住院费用结算清单内容包括：医疗服务项目、药品、医用耗材的名称、单价、数量、金额等，由收费处在患者办理结账时免费向患者提供。

第20条 各病区应免费提供住院患者在院费用的查询，热情接待患者对费用使用情况的询问，并耐心细致地解答；对不能解答的问题，要逐级汇报，严禁以各种理由推诿患者。

第21条 医院(部门)应配备方便患者及其家属查询的电脑网络系统、电脑触摸屏等费用查询系统，并使查询设备处于良好的运行状态。

## 第六章 价格公示管理

第22条 医院要在服务场所显著位置，采用电脑触摸屏、电子显示屏、公示栏、公示牌等方式公示常用医疗服务项目、药品、医用耗材的价格；价格发生变动时，要及时调整公示内容。要公布本院区及物价主管部门价格举报电话。

第23条 医院的所有医疗服务项目价格必须严格执行主管部门核定的标准，以电脑触摸屏等形式进行公示，便于患者随时查询，并按规定严格履行收费告知义务。

第24条 医院的所有药品价格必须进入电脑网络管理，并以电脑触摸屏等形式进行公示。公示的药品必须标明药品生产厂家、通用名、商品名、规格、剂型、数量、价格等内容，并按规定严格履行收费告知义务。

第25条 医院的可收费医用耗材，必须严格执行主管部门规定的加价政策，以电脑触摸屏等形式公示医用耗材的规格、型号和销售价格等内容，并按规定严格履行收费告知义务。

第26条 医院物价管理部门及物价管理人员对患者及社会反映的有关医药价格问题应认真听取和解答，必要时向物价主管部门报告。

## 第七章 收费核查管理

第27条 医院物价管理部门或物价管理员应定期组织本院区(部门)开展收费核查工作，对超过2万元的大额住院费用应定期组织专项核查，每季度不得少于1次，财务处负责对医院(部门)的收费核查工作进行督导。

第28条 科主任为各科室物价管理第一责任人，负责协助医院物价管理部门完善科室物价管理制度，严格价格管理。科室物价管理员为各科室物价管理直接责任人。

第29条 收费核查小组由财务、医务、护理、医保及相关部门人员组成，核查小组成员应积极认真的对待收费核查工作，对科室漏收、少收、乱收、不按医嘱收费等违规行为进行认真核查。

第30条 收费核查每次抽查费用清单（病历）不少于20人份，每次核查结果应及时反馈被查科室并限期整改，核查及整改结果应以书面形式在院内公开。

第31条 住院患者出院前，由所在科室对患者住院总费用进行复核，对因故未执行的收费医嘱要及时清退，并向患者及家属说明原因，确保收费与医嘱相符。

第32条 科室自查情况及收费核查结果作为科室绩效考核的重要内容，与科室奖金分配挂钩，对于检查中发现的重大价格违规行为要追究科主任及当事人责任。

## 第八章 新增医疗服务项目管理

第33条 本章所指新增医疗服务项目分为三类。一是《全国医疗服务项目规范》中尚未立项的三新医疗服务项目；二是《全国医疗服务项目规范》中已立项，但主管部门尚未定价的医疗服务项目；三是《全国医疗服务项目规范》中已立项、主管部门已定价，但医院内部需重新组合形成的新增医疗服务项目。

第34条 医院(部门)拟开展本章第三十三条中第一类新增医疗服务项目，由申请科室填写《新增医疗服务项目价格申报表》，同时提供构成项目成本的相关资料（包括相关试剂、耗材、设备的发票复印件等）、证明其临床意义的相关资料、周边省市开展该项目的证明文件等，报请相关职能处室审批后，由财务处统一向主管部门申报立项。

第35条 医院(部门)拟开展本章第三十三条中第二类新增医疗服务项目，由申请科室填写《新增医疗服务项目价格申报表》，同时提供构成项目成本的相关资料（包括相关试剂、耗材、设备的发票复印件等）、证明其临床意义的相关资料、周边省市开展该项目的证明文件等，报请相关职能处室审批后，由财务处统一向主管部门申报价格。

第36条 医院(部门)拟开展本章第三十三条中第三类新增医疗服务项目，由申请科室书面报告相关职能处室，经审批后由财务处统一向主管部门申报备案。

第37条 医院(部门)拟开展新增医疗服务项目在申报期间不得擅自收费，也不得随意参照其他医疗服务项目收费，待主管部门审批后由财务处通知执行。

## 第九章 价格投诉管理

第38条 医院(部门)应指定专人专线负责价格投诉的接待工作。

第39条 医院(部门)应编印《医院价格投诉登记册》，热情接待患者投诉，耐心听取患者意见，详细记录投诉内容。

第40条 接待患者投诉后，应立即对投诉内容展开细致的调查，查清事情的来龙去脉，查清主要责任科室和主要责任人，详细记录下调查经过及结果。

第41条 接待患者投诉日起三日内，应将调查结果及初步处理意见书面通知相关责任科室，由责任科室联系患者处理投诉。责任科室不得以任何理由推诿患者或拒绝处理。

第42条 经患者投诉被查实的违规价格行为，责任科室应及时整改。对于上级部门转给医院的投诉，应当有办结报告和整改措施。

第43条 医院(部门)应定期组织对已处理的价格投诉事项进行分析，撰写价格投诉分析报告，持续整改。

## 第十章 监督与考核

第44条 医院应对下列物价管理人员或科室给予奖励：

1、严格遵照执行国家关于医药服务价格管理的相关规定；

2、严格执行物价管理部门通知的各项收费标准，合理计价，做到应收则收，应收不漏收；

3、受到上级卫生与价格管理部门的表扬；

第45条 医院应对下列价格管理行为进行惩罚：

1、在医院组织的收费自查中，发现有违反政策规定，分解项目重复收费、自立项目收费、随意套用项目收费、擅自提高收费标准和超范围收费等行为，一经查实，按违规收费金额核减科室当期绩效奖金，扣减科室当期价格管理绩效考核分。

2、因违规收费被患者投诉，一经查实，按违规收费金额核减责任科室当期计奖收入，扣减科室当期价格管理绩效考核分，视责任科室投诉处理及整改情况处以违规收费金额3倍以下罚款，从科室奖金中扣罚。

3、因违规收费被物价主管部门查处或媒体曝光，一经查实，按违规收费金额核减科室当期计奖收入，扣减科室当年价格管理绩效考核分，扣减科主任任期考核中相关指标分值，视整改情况处以违规收费金额5倍以下罚款，从科室奖金中扣罚。

4、未按本制度规定免费提供收费清单查询、未及时解答患者费用质疑、未妥善处理患者价格投诉的，扣减科室当期价格管理绩效考核分，影响恶劣的，扣罚直接责任人当月绩效奖金。

## 第十一章 价格数据库计算机维护管理

第46条 医院物管理部门应严格执行国家价格政策及相应的法律、法规。在主管院长及处长领导下，负责HIS医疗收费系统的价格信息录入。

第47条 HIS医疗收费维护管理应由专人负责，及时更新维护及具体操作，保证数据及时准确。对不符合国家物价政策的项目，物价管理人员要坚守岗位职责严格把关。

第48条 所有价格信息的录入，需要法律、法规依据，并有主管领导的签字及录入时间的文字记录。

第49条 进行物价库维护时，应采取必要措施，实行“双核对”制度，保证录入条目的正确性。

第50条 收费项目字典调整执行后及时向相关科室发书面收费项目更改通知书，标明具体项目、价格、执行时间和收费依据。

第51条 收费项目字典调整执行后及时与收费处、住院处、信息中心等有关部门联系，核实执行情况。

第52条 经常与信息中心保持联系，保证服务器等设备的正常运行。

第53条 进行设备维修时，必须严格按操作规程操作，保证临床收费的连续性。

第54条 建立必要的文档资料，采取预防措施，便于备查。

## 第十二章 医药价格文件档案管理制度

第55条 对有关医药价格政策的文件实行专卷保存。对医药价格管理过程中的基础数据、专家意见、相关建议、内部讨论的会议纪要等基础资料，要作到记录完整、专卷保存。

第56条 做好各类医院收费文件的档案接受、整理、统计、保管等工作（如新医疗项目的申报、医用耗材的申请、临时耗材的批复）。

第57条 随时下发有关医疗及药品收费相关文件，并严格执行。

第58条 每月、每季度、每年对相关文件进行归类整理并存档，以备随时查阅。各种物价收费文件应当按类别装订成册，妥善管理，便于查阅。

 第59条 物价管理部门下发的价格文件、通知要做到全院统一、规范，并履行签字手续。

## 第十三章 附则

第60条 本制度由物价管理部门制定并负责监督实施。

# 信息管理制度

## 第一章 机房管理制度

第一条、日常行为准则

（一）、注意环境卫生。禁止在机房吃食物、抽烟、随地吐痰；对于意外或工作过程中弄污机房地板和其它物品的，必须及时采取措施清理干净，保持机房无尘洁净环境。

（二）、机房应安排人员值日，负责机房的日常整理和行为督导。

（三）、进出机房必须换鞋，雨具、鞋具等物品要按位摆放整齐。

（四）、注意检查机房的防晒、防水、防潮，维持机房环境通爽，注意天气对机房的影响下雨天时应及时主动检查和关闭窗户、检查去水通风等设施。

（五）、机房内部不应大声喧哗、注意噪音∕音响音量控制、保持安静的工作环境。

第二条、机房安保

（一）、出入机房应注意锁好防盗门。对于有客人进出机房，机房相应的工作人员应负责该客人的安全防范工作。最后离开机房的工作人员必须自觉检查和关闭所有机房的门窗、锁定防盗装置。应主动拒绝陌生人进出机房。

（二）、工作人员离开工作区域前，应保证工作区域内保存的重要文件、资料、设备、数据处于安全保护状态。如检查并锁上自己工作柜台、锁定工作电脑、并将桌面重要资料和数据妥善保存等等。

（三）、工作人员、到访人员出入应登记。

（四）、外来人员进入必须有专门的工作人员全面负责其行为安全。

（五）、未经主管领导批准，禁止将机房相关的钥匙、保安密码等物品和信息借或透漏给其他人员，同时有责任对保安信息保密。对于遗失钥匙、泄露保安信息的情况要及时上报，并积极主动采取措施保证机房安全。

（六）、禁止带领与机房工作无关的人员进出机房。

（七）、绝不允许与机房无关的工作人员直接或间接操纵机房任何设备。

（八）、出现机房盗窃、破门、火警、水浸、110报警等严重事件时，机房工作人员有义务以最快的速度和最短的时间到达现场，协助处理相关的事件。

第三条、消防安全

（一）、机房工作人员应熟悉机房内部消防安全操作和规则，了解消防设备操作原理、掌握消防应急处理步骤、措施和要领。

（二）、任何人不能随意更改消防系统工作状态、设备位置。需要变更消防系统工作状态和设备位置的，必须取得主管领导批准。工作人员更应保护消防设备不被破坏。

（三）、如发现消防安全隐患，应即时采取措施解决，不能解决的应及时向相关负责人员提出解决。

（四）、最后离开的机房工作人员，应检查消防设备的工作状态，关闭将会带来消防隐患的设备，采取措施保证无人状态下的消防安全。

第四条、机房硬件设备安全使用制度

（一）、机房人员必须熟知机房内设备的基本安全操作和规则。

（二）、应定期检查、整理硬件物理连接线路，定期检查硬件运作状态(如设备指示灯、仪表)，定期调阅硬件运作自检报告，从而及时了解硬件运作状态。

（三）、禁止随意搬动设备、随意在设备上进行安装、拆卸硬件、或随意更改设备连线、禁止随意进行硬件复位。

（四）、对会影响到全局的硬件设备的更改、调试等操作应预先发布通知，并且应有充分的时间、方案、人员准备，才能进行硬件设备的更改。

（五）、不允许任何人在服务器、交换设备等核心设备上进行与工作范围无关的任何操作。未经上级允许，更不允许他人操作机房内部的设备，对于核心服务器和设备的调整配置，需经领导同意后才能进行。

（六）、要注意和落实硬件设备的维护保养措施。

第五条、软件安全使用制度

（一）、禁止在服务器上进行试验性质的软件调试，禁止在服务器随意安装软件。需要对服务器进行配置，必须在其它可进行试验的机器上调试通过并确认可行后，才能对服务器进行准确的配置。

（二）、对会影响到全局的软件更改、调试等操作应先发布通知，并且应有充分的时间、方案、人员准备，才能进行软件配置的更改。

（三）、不允许任何人员在服务器等核心设备上进行与工作范围无关的软件调试和操作。未经上级允许，不允许带领、指示他人进入机房、对网络及软件环境进行更改和操作。

第六条、机房资料、文档和数据安全制度

（一）、禁止任何人员将机房内的资料、文档、数据、配置参数等信息擅自以任何形式提供给其它无关人员或向外随意传播。

（二）、对于牵涉到网络安全、数据安全的重要信息、密码、资料、文档等等必须妥善存放。外来工作人员的确需要翻阅文档、资料或者查询相关数据的，应由机房相关负责人代为查阅，并只能向其提供与其当前工作内容相关的数据或资料。

第七条、机房财产登记和保护制度

（一）、机房的日常物品、设备、消耗品等必须有清晰的数量、型号登记记录，对于公共使用的物品和重要设备，须建立一套较为完善的借取和归还制度进行管理。

（二）、物品机房工作人员应有义务安全和小心使用机房的任何设备、仪器等，在使用完毕后，应将物品归还并存放于原处，不应随意摆放。

（三）、对于使用过程中损坏、消耗、遗失的物品应汇报登记，并对责任人追究相关责任。

（四）、未经主管领导同意，不允许向他人外借或提供机房设备和物品。

## 第二章、网络管理制度

第八条、微机室负责对本院的电脑网络进行运维管理。

第九条、医院严格管制互联网使用权限，未经批准的用户不可访问互联网；外来人员使用本院电脑网络，须经业务部门及网络主管领导批准。

第十条、各终端电脑严格使用微机室分配的IP地址，不得擅自更改。

第十一条、各部门指定专人负责电脑及其附属设备的使用，要有较强的病毒防范意识，定期进行病毒检测，发现病毒立即处理。

第十二条、所有连接网络电脑安装杀毒软件并设置定时更新。工作人员应正确操作计算机，保证计算机处于良好的运行状态。

第十三条、所有电脑用户不得擅自更改或删除安装的软件。如重新安装操作系统，应及时向微机室申请。因不安装网络服务软件造成网络事故，导致整个网络瘫痪的，必追究其责任。

第十四条、未经允许，不得随意共享计算机内的各种资源，不得进入计算机网络对局域网内共享的网络资源进行修改、删除；不得对计算机网络功能进行删除、修改或者增加；不得对计算机网络中存储、处理或者传输的数据和应用程序进行删除、修改或者增加。

第十五条、局域网网络出现问题，由微机室负责排除，各部门应积极配合；各终端机因管理不善出现问题，各部门自行解决，微机室负责技术指导。

第十六条、外来存储介质未经检查不得在医院电脑上使用。

## 第三章、医院接入互联网计算机管理规定

第十七条、医院办公区内需要接入互联网的计算机，必须由机器使用人提出书面申请，本科室主任签字，交微机室负责人，由微机室负责人收集后，报分管领导同意后，方可开通互联网功能。

第十八条、开通互联网的操作，必须由微机室的工程师负责执行，其它任何个人不得擅自把任何一台计算机接入互联网中。

第十九条、接入互联网的计算机，必须由专人负责使用，各科室必须把相关机器责任人的名字报微机室备案，任何未指定机器负责人的，默认为科室主任负责。

 第二十条、接入互联网的计算机，必须专机专用，禁止接入医院其它任何业务网中。

第二十一条、接入互联网的计算机，禁止执行一切与工作无关的操作，如网络游戏、炒股、浏览黄色网页等。

 第二十二条、医院将按照市公安局网监支队的要求，把我院的计算机网络作为重点网络向市公安局申报备案。

 第二十三条、微机室将安排技术员负责对互联网安全保护技术设备的使用，并对各种违规行为给予及时反馈。

 第二十四条、对于那些不按规定使用计算机，引起医院网络病毒爆发、网络阻塞、数据库被攻击的行为，及时按有关规定提交医院有关领导或部门加以处理，对于那些情节严重的，将上报公安机关，按有关规定追究法律责任。

## 第四章、计算机设备管理制度

第二十五条、医院网络内所有计算机设备归属微机室管理，包括应用于医院信息网络的计算机、打印机等周边设备、计算机通信设备、网络设备、电源系统等；不包括与仪器设备连接的专用计算机。

第二十六条、购买计算机设备必须相关专业技术人员论证，符合国家有关标准的规定，满足实用性、可靠性与兼容性要求。

第二十七条、严格执行设备登记，设备到达时要根据所签订合同内容逐条核对，查正无误后将其入库；新入设备按其种类、型号、生产厂家和保修期等相关项目进行登记；设备由其它科室申领或借用时，要根据设备分项登记，并由当事人签字；新购置的设备需由微机室安装调试、做好标签、测试合格后方可投入使用。

第二十八条、未经微机室许可，使用科室不得擅自拆开设备或调换设备配件。

第二十九条、对计算机的使用必须严格执行计算机操作规程，禁止频繁开关机器，每次开机关机时间至少要间隔30秒。

第三十条、保养好计算机, 做好防尘、防潮、防火、保洁工作。

第三十一条、管理人员每天对服务器、网络设备的运行状态做一次例行检查。

第三十二条、使用部门发现设备故障应电话联系微机室，首先在技术人员电话指导或远程控制下排除一次故障，如果故障仍未消除，计算机技术人员应到现场排除故障。

 第三十三条、送到微机室维修的设备必须做好登记，登记内容包括维修日期、设备科室、设备名称、设备编码、维修内容等。

第三十四条、送到厂家维修的设备必须做好交接登记，并由微机室督促厂家尽快维修；需要更换配件的应与使用科室联系，告知配件的费用，征得使用科室同意。

第三十五条、要定期对所保管设备及登记项目进行核查与整理，存放设备的库房要注意防潮、防水、放火和防盗；发现问题及时报告上级领导。

## 第五章、设备使用管理制度

第三十六条、成本管理：

为保障新系统上线，我院根据各科室的实际需求提供了相应的硬件设备主要包括：客户端电脑、读卡器、热敏打印机、条码打印机、激光打印机、大屏幕、触摸屏等；所有设备成本依据发放的实际情况记入各相关科室成本。

 第三十七条、责任管理：

 为保证新配置的硬件设备的安全，采用“谁管理、谁负责”的原则对其科室内的所有硬件设各进行管理及安全提供保障。

 第三十八条、接入管理：

随着我院信息化程度的不断提高，各科室将不断增加客户端的入网数量：因此制定一套HIS系统准入制度势在必行，各科室需增加HIS系统需使用的硬件设备时，需提交申请，由分管院长签字认可后，交由微机室根据使用申请安装相关应用软件，并做相应记录后分发给申请科室。

 第三十九条、使用管理：

 为保障HIS系统的运行安全，同时保证HIS信息数据的安全，规定所有连接入HIS系统的客户端，禁止安装一切与HIS系统无关的软件；禁止借用HIS系统的客户端进行与HIS系统无关一切使用操作；微机室维护工作人员定期对所有在线设备进行巡检，发现安装有其他与HIS系统无关的软件微机室维护工作人员有权予以删除。

## 第六章、网络设备管理制度

 第四十条、网络通讯管理设备：

（一）、网络通讯管理设备由微机室统一配置和安装，由网络管理员负责参数设置和管理，并做文字记录。

（二）、禁止其他人员擅自改动网络配置和网卡的参数设置。如遇非法改动须及时校正，并记录在册，追查相关人员的责任。

（三）、路由器、交换机等网络设备由医院统一规划，放置于一般人不易触及的地方，使用部门不能随意挪动。

（四）、网络设备的管理和定期清洁维护，全员公用的由网络管理员负责，各科室的由其操作应用的班、组长负责，要保证设备的电源供给稳定，线头接插稳固。

（五）、监护室、急救室等场所应避免使用无线网络设备。

（六）、发现不正常工作的设备由微机室及时更换。

第四十一条、网络安全设备：

（一）、网络安全设备必须通过公安部门的安全认证。

（二）、网络安全设备由网络管理员负责其参数的设置和管理，定期升级。

第四十二条、磁盘阵列设备：

（一）、磁盘阵列设备应由系统管理员定期检测，及时发现坏区并进行维护。

（二）、维护信息须记录在册。

第四十二条、其他设备：

（一）、其他设备包括读卡设备、语音设备、显示设备、鼠标、键盘等。

（二）、医保读卡设备及鼠标、键盘等必须配备一定数量的备用设备。

（三）、应定期对设备进行检查、维护和清洁，保证其正常使用。

（四）、禁止没有使用权的人员使用设备。

第四十三条、电源：

（一）、中心机房的供电应与手术室等重要部门的供电等级相同，实行二路供电方式。

（二）、服务器必须配备至少能支持半小时的不间断电源设备。

（三）、急诊挂号、收费、发药等重要场所设备必须配备至少能支持30分钟的不间断电源设备。

（四）UPS定期放电（每三月一次）。

第四十四条、线路：

（一）、网络布线要尽量避免交叉，交叉处要注意防止短路。

（二）、易损线路须加套管保护。

（三）、与市医保等单位通讯的线路不得挪作他用。

（四）、定期检测线路，保证与市医保等单位通讯线路的畅通。

（五）、主干网络及重要场所的线路应布设不同走向的备用线路。

第四十五条、设备安全：

（一）、凡院内、外涉及到网络线路、系统设备、停电等问题必须事先通知微机室和相关部门，以便预先做好应对措施。

（二）、凡涉及设备搬迁、设备维修、系统升级等原因需要信息系统停止运行，应在预定停机前报告。

第七章、网络维护管理制度

第四十六条、负责组织全网性网络优化方案的制定，逐步提高网络安全和资源利用率，积极探索客户端网络延伸业务的新内容。

第四十七条、负责解决网络设备运行中出现的热点和难点问题；研究并提出提高网络运行质量和安全的技术措施。

第四十八条、负责对维护作业计划执行情况、设备及网络运行情况方面的检查及考核工作。

第四十九条、负责设备、系统等的数据或计费数据备份，做好相关记录，备份介质由专人统一存放和保管。

第五十条、负责医院IP地址的管理、分配及网络安全。

第五十一条、负责已建立网管系统的巡查工作，做到及时发现障碍及时处理。

第五十二条、认真制定所维护设备、系统等的年度和月度维护作业计划，做好相应系统的基础维护工作。发现问题，及时解决，认真填写维护要求的各种记录。

第五十三条、负责各种辅助支撑系统、业务平台、部门办公及内、外网的网络安全管理，按照相关设备网络安全指导手册，采取有效防范措施，保证网络系统安全。定期对服务器等进行杀毒并及时更新病毒库。负责对整个部门的各种终端安全防护、查毒等安全工作进行监督和指导，保证各维护小组做好终端的安全保护。

## 第八章、信息保密制度

为保持医院信息系统正常运行，保护集体数据财富，保障医院和谐发展，遵循《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》、《中华人民共和国保守国家秘密法》等相关国家和省有关法律法规，结合医院实际情况，制订本管理规定。

第五十四条、总则：

（一）、本管理规定适用于院内所有使用计算机、服务器和相关辅助设备、设施的科室和部门。

（二）、计算机信息系统的保密管理，实行控制源头、归口管理、分级负责、突出重点、有利发展的原则。

（三）、微机室主管全院计算机信息系统保密管理工作。医院计算机信息系统由专人负责管理相应的信息保密工作，要定期监督、检查保密管理规定的执行情况。网络管理员对信息系统的管理和操作应严格遵守保密管理规定。

第五十五条、保密制度：

（一）、涉及国家秘密及工作秘密的计算机（含笔记本电脑）和计算机信息系统，不得直接或间接地与国际互联网或其它公共信息网络相联接，必须实行物理隔离。涉密计算机（含笔记本电脑）专人专用，严禁擅自将涉密计算机（含笔记本电脑）带出办公场所。

（二）、接入国际互联网或其他公共信息网络的计算机（含笔记本电脑）不得处理、存储涉密信息。

（三）、上网信息的保密管理坚持“谁上网谁负责”的原则。凡向国际联网的站点提供或发布信息，必须经过保密审查批准。

（四）、存储涉及国家秘密和工作秘密的涉密移动存储介质（含移动硬盘、优盘、软盘、光盘等）不得接入或安装在非涉密计算机上，复制和确因工作需要外出携带涉密存储介质的，须经主管领导批准。

（五）、凡以提供网上信息服务为目的而采集的信息，除在其它新闻媒体上已公开发表的，管理员在上网发布前，应当征得提供信息者同意；凡对网上信息进行扩充或更新，应当认真执行信息保密审核制度。

（六）、凡在网上开设电子公告系统、聊天室、网络新闻组的用户，应由相应的保密工作机构审批明确保密要求和责任。任何人不得在电子公告系统、聊天室、网络新闻组上发布、谈论和传播国家秘密信息和工作秘密信息。

（七）、面向社会开放的电子公告系统、聊天室、网络新闻组，开办人或其上级主管部门应认真履行保密义务，建立完善的管理制度，加强监督检查。发现有涉密信息，应及时采取措施，并报告相应的科室。

（八）、用户使用电子函件进行网上信息交流，应当遵守国家有关保密规定，不得利用电子函件传递、转发或抄送国家秘密信息和医院工作秘密。

（九）、各接入计算机信息系统（HIS、PACS、LIS等）部门要对医院信息资料安全负责，严禁外来人员登录医院信息系统查询、打印有关信息资料。

（十）、连接计算机信息系统的计算机，未经微机室许可，严禁安装、运行非日常工作需要的任何软件；严禁安装任何厂家、任何版本的操作系统以及任何有可能干扰、破坏计算机信息系统保密管理的程序。

第五十六条、保密监督：

（一）、涉密计算机进行维护检修时，对涉密信息应采取涉密信息转存、删除、异地转移存储等安全保密措施。无法采取上述措施时，单位保密人员和涉密计算机维护人员必须在维护现场，对维修人员、维修对象、维修内容、维修前后状况进行监督。涉密计算机和涉密移动存储介质淘汰、报废的一律送保密微机室统一销毁。

（二）、处理涉及国家秘密文件和工作秘密文件的数字复印机、多功能一体机一律不得接入电话线，接入电话线的数字复印机、多功能一体机一律不得处理涉及国家秘密和工作秘密的文件。

（三）、计算机个人工作桌面或开放文件夹不得摆放敏感文件和资料，办公桌禁止摆放敏感介质。

（四）、微机室要定期对计算机信息系统的保密检查，查处各种泄密行为。一旦发现国家秘密或工作秘密泄露或可能泄露情况，每个工作人员都有义务立即向相关科室报告。对网上涉及国家秘密和工作秘密的信息要严格按照保密要求，及时予以删除。

## 第九章、信息数据共享管理制度

医院信息系统数据库中的信息资源，除信件、私人文档等纯属个人物品外，其他所有行政和医疗管理类信息及病人临床信息均归医院所有，任何个人或组织、部门均不得视信息为私有或部门所有。信息的所有权与信息的发生地和录入者没有关系。

第五十七条、不经主管部门批准，任何部门或个人均无权将医院信息系统数据库中的任何信息资源有偿或无偿地转移给院外用于任何目的。违反本规定的个人或部门负责人将会受到相应的行政处罚直至追究法律责任。

第五十八条、医院信息系统数据库中信息资源的共享权限要根据本规定的原则制定，由信息管理处负责解释和实施。

第五十九条、信息系统建设的重要目的之一就是要实现快速、准确、完整的信息传递和共享。信息的共享是双向的。实际上，没有任何一个部门不需要共享其它部门的资源。任何一个部门无权拒绝其它部门对本部门负责录入和管理的数据的共享，当然，这种共享必须是经过授权的、合法的。

第六十条、各部门对信息的录入必须保证其及时、准确和完整。

第六十一条、医生有权从计算机中读取容许其处置的个体病人的全部诊疗信息并用于辅助诊疗。不容许任何部门和个人采取任何借口和手段予以拒绝。医生无权成批地检索病人信息，如因教学、科研确有需要，需经主管部门批准。

第六十二条、医生不得不经信息发生和录入部门的同意私自将计算机中的病人信息用于科研、教学和任何公开发表的文献中。

第六十三条、对临床应用来讲，公布给全院计算机屏幕显示的病人检查、化验结果，图形、图像应当与其它介质公布的结果相一致，并且拥有同等效力。信息的产出科室对录入并公布的计算机内的数据、结果与对其它介质公布的数据、结果负有同等责任。

第六十四条、未经医务处和主管院长批准，我院提供给病人、院外和进病案的各种检查、化验结果的正式报告仍保留现有的形式和管理制度，由医技科室签字后发出。医生或其它任何人无权从异地计算机打印正式报告。计算机打印的非正式报告格式应与正式报告有区别。

第六十五条、医生不得不经信息发生和录入部门的同意私自将计算机中的病人信息用于科研、教学和任何公开发表的文献中。

第六十六条、对临床应用来讲，公布给全院计算机屏幕显示的病人检查、化验结果，图形、图像应当与其它介质公布的结果相一致，并且拥有同等效力。信息的产出科室对录入并公布的计算机内的数据、结果与对其它介质公布的数据、结果负有同等责任。

第六十七条、未经医务科和主管院长批准，我院提供给病人、院外和进病案的各种检查、化验结果的正式报告仍保留现有的形式和管理制度，由医技科室签字后发出。医生或其它任何人无权从异地计算机打印正式报告。计算机打印的非正式报告格式应与正式报告有区别。

## 第十章、信息系统使用管理办法

 第六十八条、总则：

（一）、根据医院实际情况需要，为规范医院信息系统管理，促进医院信息系统建设的健康发展，促进我院的医、教、研水平、管理水平与经济效益的提高，制定本规定，望各科室、部门遵照执行。

（二）、即墨市中医医院信息系统由业务系统（内网）与办公系统（外网）两部分组成。信息系统客户端工作站分为内网客户端与外网客户端。

（三）、即墨市中医医院信息系统由院微机室负责系统的日常管理、运行维护与系统规划、升级改造等工作。

第六十九条、管理机构：

（一）、即墨市中医医院信息系统管理体系由微机室和各部门指定的信息管理员构成。

（二）、医院微机室负责院内信息系统发展规划的制定与修改，报院领导审批后，监督规划方案执行；制定院信息系统运行管理条例。并根据医院的发展规划，负责院信息系统的建设、负责网络系统的日常运行、安全管理、用户管理、技术咨询与培训、系统的维护和开发。微机室在日常维护过程中应保障维护及时、规范、有效，对重要设备及客户端建立定期巡检制度。

（三）、各部门的网络信息管理员负责本部门与微机室的联系、网络的合法使用，协助微机室做好各项管理工作，并提供本部门用户咨询和服务。

第七十条、接入网络管理：

（一）、医院接入信息系统的计算机，需先向微机室提出书面申请，由微机室对计算机端口处理后依据指定的网络地址（网络号）连接入网。各用户计算机的IP地址，须严格按申报地点和用途使用，不得擅自变更。发现擅自变更使用地点和用途的进行断网处理，重新申请办理入网手续。

（二）、为保证业务系统的正常运转，各科室在使用过程中应严格按规程操作。严禁未经过系统培训者和无关人员上机操作。

第七十一条、网络安全管理：

（一）、所有工作人员和用户必须对所提供的上网信息负责，不得将需保密的信息上网，不得利用计算机网制作、复制、查阅和传播不利信息。

（二）、为保障软件和数据应用安全，操作人员应保护好个人密码，并经常修改，以防被盗；计算机使用完毕后应退出应用系统，以免被他人盗用系统，减少网络资源浪费。

（三）、操作人员禁止更改计算机配置，禁止做与业务无关的任何操作。在内网客户端上禁止擅自安装和卸载任何软件，不得私自使用任何外部存储设备，如软盘、U盘、外接硬盘等。不得将现有设备挪作他用。

（四）、在业务系统使用过程中如发现异常故障及无法清除的病毒，应及时通知微机室，由中心技术人员予以确认解决。各部门与个人不得私自变更网络连接，扩大接入范围。

（五）、不允许任何干扰网络用户、破坏网络服务和破坏网络设备的活动，包括在网络上发布不真实的或是肆意诽谤信息、散布计算机病毒、使用网络进入未经授权使用的网络资源、不以真实身份使用网络资源或盗用IP地址等。

（六）、对违反本规定的用户，停止其网络联接，并给予严肃处理。情节严重者，将提交司法机关处理。

第七十二条、数据安全管理：

（一）、数据维护

1、为保证我院药品库，诊疗项目库，一次性材料库的正确性，安全性，实时性，消除冗余数据，提高系统反应速度，各物价员要及时对所负责的项目库进行核对整理，每半年应对所负责价格库进行一次全面整理。

2、凡需要新增或作废的（HIS系统和医保系统）各项数据，如药品、诊疗项目、一次性材料，需各相关部门负责人及科主任签字加盖科室公章方可进行相关操作，并自行以时间为序建立变更记录以便核对。

3、基础数据变更应由各职能科室批准并签章方可执行，主要包括机构设施变更、人员变更、床位设置变更等。

4、凡需加入微机室的信息资料须由经办科室主任签字并加盖公章，经办科室需保留原始记录。

 （二）、数据查询

1、院内各科室须凭分管领导指示方可到微机室查询信息资料。

2、微机室及各职能科室人员可根据工作需要使用信息系统进行数据查询。

3、为保证各统计数据的完整性、及时性与准确性，统计数据经使用部门复核后方可使用。

4、禁止超范围与盗用他人账号进行数据查询。不得私自提供统计数据给其他单位与个人。禁止对数据进行篡改、破坏。

## 第十一章、机房安全用电管理制度

第七十三条、机房人员应学习常规的用电安全和操作知识，了解机房内部的供电、用电设施的操作规程。

第七十四条、机房人员应经常实习、掌握机房用电应急处理步骤、措施和要领。机房应安排有专业资质的人员定期检查供电、用电设备、设施。

第七十五条、在真正接通设备电源之前必须先检查线路、接头是否安全连接以及设备是否接入就绪、人员是否已经具备安全保护。

第七十六条、严禁随意对设备断电、更改设备供电线路，严禁随意串接、并接、搭接各种供电线路。

第七十七条、如发现用电安全隐患，应及时采取措施解决，不能解决的必须及时向相关负责人员提出解决。

第七十八条、严禁在机房中使用高温、炽热、产生火花的用电设备。机房工作人员应全力配合完成停电应急工作。

## 第十二章、信息管理沟通协调机制

第七十九条、信息管理协调工作是指多部门共同参与医院信息化建设，各部门的相关制度与信息化工作相适应，促进各部门之间的协调、沟通，及时有效地协调解决医院信息化建设管理工作中存在和出现的问题及各科室之间需要协作完成的工作。

第八十条、信息管理协调工作的牵头部门：由信息管理工作的工作职责确定，其他部门务必全力配合。

第八十一条、医院信息管理协调工作的实现形式：主要通过信息化建设小组会议、分管院长牵头协调会、科室之间协调会、OA办公自动化（邮件、通知、短信）等形式实现。

第八十二条、各科室要积极配合医院的信息化管理工作，确保医院的信息管理工作保质保量完成。

第八十三条、各科室之间需要协调、配合的事宜由各科室之间协商解决，不能解决的事项逐级上报，由信息化建设小组解决，形成的决定各科室要认真执行。

第八十四条、信息管理协调工作的各牵头部门要做好协调、落实及督办工作记录，要有事件详细的文字资料。

第八十五条、沟通方式

（一）、微机室领导小组会议、微机室会议

（二）、与医院各科室工作人员面对面沟通

（三）、与医院外的专业人士专业公司通过网络、电话等多种方式沟通。

第八十六条、沟通原则

尊重、合作、服务、赏识、分享的心、诚实守信、互相尊重、达成共识、持续改进。

## 第十三章、信息数据使用管理制度

第八十七条、微机室及时做好各种统计，核对准确、完整，经领导审核后按时上报。

第八十八条、报表经分管院长审核后，对各医疗、医技科室、职能科室公开，各科室可通过电话等方式进行查询。

第八十九条、HIS系统模块信息查询交由各归口部门负责管理，微机室不予负责。

第九十条、归口管理部门提出的查询需求，需填写信息数据查询需求表，如有特殊说明应明确统计指标解释、计算公式。微机室在我院各种基础数据录入准确的基础上，按照归口管理部门提出的需求对数据进行统计、整理，及时反馈给归口管理部门，但不对第三方提供查询数据与发布信息数据。查询结束后，查询部门予以确认，由科主任在查询需求表中签字。

第九十一条、对于已出院病人的费用等信息数据的查询，微机室在我院各种基础数据录入准确的基础上，只提供对归口管理部门的查询，不对第三方及个人提供查询数据。

第九十二条、对未经领导批准的任何个人的数据查询，微机室不予提供。

第九十三条、对于提供给本单位以外的第三方的信息数据查询，需有相关管理部门提出申请（填写查询申请表）经领导（查询部门的分管领导、微机室分管领导）签字批复后，微机室方可提供信息数据查询。

## 第十四章、信息系统配置管理制度

第九十四条、信息系统变更及发布管理：

变更控制是一个复杂的工程，因为信息系统建设过程中各方都能够提出变更的请求。变更不是孤立的，信息系统是一个整体，虽然模块化设计、构件技术和面向服务的体系结构的提出，降低了软件中的各部分的耦合，但是业务流程的变化不仅会影响流程本身，而且也会对与流程相关联的模块产生影响。

信息系统变更及发布的具体流程及方案

（一）、建立项目变更控制计划

需求会产生变更，甚至是自相矛盾的变更，由于采用传统的生命周期开发方法，对需求的变更会产生很严重的后果，因此，为了防患于未然，在项目需求分析阶段就建立严格的项目变更控制计划这样为项目变更控制策略的有效实施打下坚实的基础。主要内容如下：

1、对需求的变更须征得上级领导协商同意，同时参考由于变更所产生的时间、经济后果以及可能产生的好处决定是否实施。

2、对提出的功能变更由微机室审核其合理程度、正确程度以及必要程度，然后实施变更。如果不需要修改则向用户解释。对工作中由开发人员提出的变更要求也是采用先审核，再评估，最后再决定是否实施的措施来保证项目的顺利完成。对决定实施的项目变更，由项专人监督完成，并评估结果。

（二）、对项目的变更的执行，采用明确责任人制

 对变更内用，开发人员必须明确责任人并制定出明确的工作计划，便于项目的管理和控制。

 （三）、对于项目变更流程，我们采用先申请，再审核，批准，最后由项目小组实施的流程来有条不紊的执行。

 由于项目的变更可能产生经济上、时间上、人员上的重要调整，并且有些变更要求可能由于个体的认识而有偏差，如果没有一套行之有效的变更流程控制手段，将会使给整个项目带来重大的损失，甚至失败。因此，对于提出的变更请求要求他们提出书面的申请并说明理由，如果在现有条件下切实．可行则审核通过，批准实施变更。如果不切实际或者会对本期项目产生重大的影响，则加强与用户沟通，并写出书面答复，或者计划在下一期工程中具体实施。

（四）、通过评审来评估项目变更控制的结果。

对于项目变更的成败、得失，首先由开发人员自我检查，然后请用户评审，这样既保证了当前项目的正确实施，也为今后的工作提供了改进的方向。

（五）、项目变更内容的公布

变更经过自查，以及内外测试评审之后，经项目经理人确认，制定对变更影响用户的培训计划，全部培训合格后发布实施。

## 第十五章、数据信息报送制度

第九十五条、医院信息报送工作由分管院领导直接领导，由医务科、护理部、医保办、人力资源、设备科、微机室、财务科、药剂科、科教科等部门协同完成，根据卫统报表要求各部门及时整理数据并汇总审核后报微机室，由统计人员及时按卫统报表要求直报上级卫生部门。

第九十六条、各归口管理部门指定一名工作人员作为本部门的信息员，从事

具体的信息报送工作。

第九十七条、其中各归口医院管理部门负责本部门的数据上报工作流程：

（一）、医务科负责上报医疗服务数据、按临床路径的病种和临床路径管理出院数据及执业医师人数。

（二）、护理部负责上报护理服务示范工程病区数据及注册护士人数。

（三）、医保管理办公室负责上报按病种付费的病种数据。

（四）、人事科负责提供人力资源表的数据。对新进入本院的职工、调离职工、退休及返聘职工填写《卫生人力资源信息调查表》。

（五）、设备科负责提供医用设备调查表的数据。对新进入本院的医疗设备，填写《医用设备调查表》。

（六）、财务科负责提供医疗收入等数据，填报《房屋及基本建设》《收入与支出》《资产与负债》等。

（七）、药剂科负责提供配备国家基本药物品种数、化学药品、中成药。

（八）、科教科负责提供当年接受住院医师规范化培训基地医院毕业的医师数、是否住院医师规范化培训基地医院、当年招生人数、其中全科医师、当年再培人数、其中全科医师数、当年毕业人数、其中全科医师数。

（九）、微机室负责整理his系统中的医院出院病人的基础数据，每季度上报到省卫生厅。

（十）、各归口管理部门的信息员共同配合直报人员完成人力、财务和设备等统计年报、季报、月报和实时报数据上报工作。经所在部门主管负责人审核同意后，“年报”于次年5号前报送到微机室,“月报”于次月2号前报送，“实时报”在每月数据变动的最短时间内报送。

第九十八条、网络直报信息的审核

（一）、各归口医院管理部门对报送的数据进行全面核查，核查准确后由信息员负责填报签字，并交由部门负责人审核签字。

（二）、各归口部门信息员报送信息必须坚持时效性、真实性、完整性、准确性的原则，做到及时、准确、全面、实事求是。

（三）、信息统计人员应对统计数据准确性负责，新建、重大统计指标需第二人复核。

第九十九条、信息报告问责制

（一）、各归口管理部门应确保上报数据的准确性、及时性，微机室将上报工作纳入每月的绩效考核中：统计数据上报不及时扣5分/次，漏报、瞒报、虚报数据扣10分/次，满分20分扣完为止。造成重大影响的交医院处理。

（二）、统计上报人员因工作疏忽造成的统计失真或自行修改统计资料、编造虚假统计数据一经发现严肃处理，并与科内考核挂钩：统计上报不及时扣2分/次，自行修改统计资料、编造虚假数据上报扣5分/次，造成重大影响的交医院处理。

## 第十六章、信息网络不良事件报告制度

 结合医院信息化建设及维护过程的实际情况。为了强化医院信息系统及网络的保障能力，提高临床服务的工作效率，监督和落实信息系统及网络故障处理责任制。特制定医院信息网络不良事件报告制度，具体如下：

第一百条、信息网络不良事件的定义

本制度所称信息网络不良事件指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中任何可能影响病人诊疗过程、引发医疗纠纷和医疗事故、影响医疗过程正常运行的信息系统事件。

第一百零一条、信息网络不良事件的类别

根据信息不良事件所属类别不同，划分为四类：

 （一）、一类故障：突发性网络或信息系统故障，造成全院工作停滞，需各相关部门启动应急方案。

 （二）、二类故障：局部性网络及信息系统故障，造成部分部门信息系统瘫痪，影响正常临床服务超过1小时。

 （三）、三类故障：个别性网络及硬件故障，造成部门信息系统瘫痪，影响正常临床服务超过 1小时。

 （四）、四类故障：因信息系统漏洞原因，造成信息数据严重错误，无法解决或超过3天。

 第一百零二条、接收报告部门

医院各科室对任何可能影响病人诊疗过程的信息网络不良事件上报微机室。

 第一百零三条、报告形式

（一）书面报告，按照要求填写信息网络不良事件报告表，可通过OA发送至微机室，微机室填写完成相关内容后，转发给科内备份。

（二）紧急电话报告，仅限于在不良事件可能迅速引发严重后果的（如大面积网络瘫痪造成全院工作停滞）紧急情况使用。上报的不良事件事后24～48小时内完善书面报告。

第一百零四条、信息网络不良事件报告、处理流程

（一）、当发生信息不良事件后，当事人填写书面《信息网络不良事件上报处理记录》，记录事件发生的具体时间、事件的描述等内容，并要求即时上报告微机室，重大事件、情况紧急应即刻口头或电话报告微机室，由微机室核实结果后再上报分管院领导。

（二）、微机室接到报告后立即调查分析事件发生的原因、影响因素及管理等各个环节，制定对策及整改措施，及时消除信息网络不良事件造成的恶劣影响。

## 第十七章、网络安全管理制度

第一百零四条、安全管理制度:

（一）、计算机网络系统的建设和应用，应遵守国家有关计算机管理规定参照执行；

（二）、计算机网络系统实行安全等级保护和用户使用权限控制；安全等级和用户使用网络系统以及用户口令密码的分配、设置由微机室专人负责制定和实施；

（三）、微机室机房应当符合国家相关标准与规定；

（四）、在计算机网络系统设施附近实施的维修、改造及其他活动，必须提前通知微机室一边做好有关数据备份，不得危害计算机网络系统的安全。如无法避免而影响计算机网络系统设施安全的作业，须事先通知微机室，经微机室负责人和主管院长同意并采取相应的保护措施后，方可实施作业；

（五）、计算机网络系统的使用单位和个人，都必须遵守计算机安全使用规则，以及有关的操作规程和规定制度。对计算机网络系统中发生的问题，有关使用单位负责人应立即向微机室有关工程技术人员报告；

（六）、对计算机病毒和危害网络系统安全的其他有害数据信息的防范工作，由微机室负责处理，其他人员不得擅自处理；

（七）、所有上网计算机绝对禁止进行国际联网或与院外其他公共网络直接连接。

（八）、 上外网用户不得从事下列危害计算机信息网络系统安全的活动：

1、未经允许，对自己或他人的计算机网络功能进行删除、修改或者增加。

2、未经允许，对自己或他人的计算机信息存储、处理或者传输的数据和应用程序进行删除、修改或者增加。

3、故意制作、传播计算机病毒等破坏性程序。

第一百零五条、网络安全管理规则：

（一）、网络系统的安全管理包括系统数据安全管理和网络设备设施安全管理；

（二）、网络系统应有专人负责管理和维护，建立健全计算机网络系统各种管理制度和日常工作制度，以确保工作有序进行，网络运行安全稳定；

（三）、设立系统管理员，负责注册用户，设置口令，授予权限，对网络和系统进行监控。重点对系统软件进行调试，并协调实施。同时，负责对系统设备进行常规检测和维护，保证设备处于良好功能状态；

（四）、设立数据库管理员，负责用户的应用程序管理、数据库维护及日常数据备份。每周、每月必须进行一次全备份，每日进行一次日志备份，数据和文档及时归档，备份介质应由专人负责保管；

（五）、对服务器必须采取严格的保密防护措施，防止非法用户侵入。系统的保密设备及密码、密钥、技术资料等必须指定专人保管，设专用库房或专柜存放。拷贝或者借用涉密载体必须按同等密级文件确定权限，履行审批手续，严禁擅自拷贝或者借用；

（六）、系统应有切实可行的可靠性措施，关键设备需有备件，出现故障应能够及时恢复，确保系统不间断运行。

（七）、所有进入网络使用的软盘，必须经过严格杀毒处理，对造成“病毒”蔓延的有关人员，应严格按照有关条款给予行政和经济处罚；

（八）、网络系统所有设备的配置、安装、调试必须指定专人负责，其他人员不得随意拆卸和移动；

（九）、所有上网操作人员必须严格遵守计算机及其相关设备的操作规程，禁止无关人员在工作站上进行系统操作；

（十）、保持机房的清洁卫生，并做好防尘、防火、防水、防触电、防辐射、防雷击等安全防护工作；

（十一）、计算机工程技术人员有权监督和制止一切违反安全管理的行为。

第一百零六条、 网络安全监督制度：

微机室对计算机网络系统安全保护工作行使下列监督职权：

（一）、监督、检查、指导计算机网络系统安全保护工作；

（二）、查处危害计算机网络系统安全的违规行为；

（三）、计算机工程技术人员发现计算机网络系统安全隐患时，可立即采取各种有效措施予以消除；

（四）、计算机工程技术人员在紧急情况下，可以主涉及计算机网络安全的特定事项采取特殊措施进行防范；

（五）、履行计算机网络系统安全保护工作的其他监督职责。

第一百零七条、网络技术管理规则：

（一）、计算机工程技术人员是网络系统技术管理的直接责任者，应为满足系统功能要求和用户需求而对网络系统进行操作和维护的全部活动进行管理；

（二）、网络系统中种类设备的配置，由系统负责人提出规划和计划，报医院信息系统建设领导小组审批后实施。系统硬件设备的购买、使用、保管、登记、报废等，均按医院医疗设备管理规定执行；

（三）、系统软件在交付用户使用前，计算机工程技术人员必须严格按照功能要求全面调试，达到系统功能要求后交用户使用；

（四）、计算机工程技术人员实行分工负责制。

第一百零八条、数据质量分析评价制度:

（一）、统计室负责每月定期在医务统计子系统中完成月统计工作，保证院领导及时查询医院医疗工作效率、效益及质量；

（二）、完成统计分析和统计简报，将统计分析结果及时提供给医疗管理部门和院领导；

（三）、院领导不定期地在全院周会上用网络数据进行讲评，讲评内容包括全院医疗工作效率、效益和工作质量指标完成情况、医疗费收入、病种管理等情况。

第一百零九条、网络工作站管理制度：

（一）、各工作站一律不配软驱和光驱，避免因病毒传播造成数据丢失或网络瘫痪；

（二）、严格按照计算机操作使用规程进行操作。操作中必须做到细致认真、快速准确，及时完成各项录入工作

（三）、经常保持各种网络设备、设施整洁，认真做好网络设备的日清月检， 使网络设备始终处于良好的工作状态；

（四）、加强设备定位定人管理，责任到人；未经计算机工程技术人员允许，不得随意挪动、拆卸和外借；

（五）、机房内严禁存放易燃、易爆、易腐蚀及强磁性物品；遇有临时停电及雷电天气，应采取保护措施，避免发生意外；机房内不准吸烟、进食、会客、大声喧哗；严禁无关人员上机操作或进行其他影响网络正常运行的工作；

## 第十八章、服务器管理维护制度

第一百一十条、服务器维护管理制度：

（一）、服务器必须有完整的技术档案和维护方案；

（二）、服务器由服务器管理员和科室主管负责管理，日常操作维护有服务器管理员负责并实时记录，未经主管同意，其他人不得对服务器进行操作；

（三）、科室派专人承担服务器管理员工作；

（四）、中心服务器必须要有热备份；

（五）、服务器管理员应对服务器每月进行1次常规性检查，小型机必须每3个月进行1次常规性检查。

第一百一十一条、服务器帐号管理：

（一）、密码设置不得使用简单易猜数字，其长度必须8位以上。根据数据的保密规定和用途，服务器管理人员应确定使用人员的存取权限、存取方式和审批手续。

1、服务器管理员密码仅限操作员及科主管掌握，密码必须每3月进行1次修改，并有书面记录，严格保管；超级用户密码由服务器管理员掌握，以保证系统安全，防止对系统的非法入侵。

2、服务器管理员应对网络安全及其所涉及的服务器各种帐号严格保密。

3、服务器管理员应对数据实施严格的安全与保密管理，防止系统数据的非法生成、变更、泄露、丢失及破坏。管理人员应在数据库的系统认证、系统授权、系统完整性、补丁程序方面进行实时修正。

（二）、数据备份管理

1、数据备份是备份医院信息系统所有的数据，包括病人费用信息和医疗信息，关系到整个系统的正常运转，影响到全院的医疗工作的正常秩序,责任重大, 服务器管理员要有高度的事业心、责任感和一丝不苟万无一失的严谨工作作风。

2、任何人员未经批准严禁泄露、外借和转移专业数据信息。

3、服务器的数据库必须做好实时备份，每天定期做好日志文件的备份，同时做好服务器的系统备份。服务器内的重要数据每天进行数据的备份并异地存放，确保系统一旦发生故障时能够快速恢复。重要的数据必须定期.完整地转储到不可更改的介质上，并要求集中和异地保存。

4、备份的数据必须指定专人负责保管，备份数据应在指定的数据保管室或指定的场所保管，资料保管地点应有防火、防热、防潮、防尘、防磁、防盗设施。

5、服务器采取RAID方式保证数据安全，服务器管理员根据系统实际制定相应数据维护计划以保证数据安全及可用。

6、定期对数据要进行完整性检查，定期作恢复试验，以确保备份数据的安全可靠。

7、如不按规定执行出现重大事故，追究责任者的一切责任并严肃处理。

第三一百一十二条、服务器病毒防范与安全管理

(一)每天查看服务器日志，监控网络数据流量情况，从中检测出攻击行为并给予应对处理，并填写服务器维护记录。

(二)服务器管理员应具备高度的病毒防范意识，定期进行病毒检测，发现病毒立即处理。

(三)采用国家许可的正版防病毒软件。必须及时升级安装安全补丁，弥补系统漏洞。必须为服务器系统做好病毒及木马的实时监测，及时升级病毒库。

(四)建立动态防护为主，静态杀毒为辅的病毒防护体系。在系统执行拷贝，运行等操作前，自动检测文件是否感染病毒，发现病毒自动清除或由操作员选择处理。

(五)定期实施静态杀毒，对服务器统一杀毒处理。

(六)未经许可，管理员不得在服务器上安装新软件。如果确为需要安装相关软件，须经领导批准，安装前应进行病毒例行检测。经远程通信传送的程序或数据，必须经过检测确认无病毒后方可使用。

(七)管理员应随时监控服务器运行状况，发现异常情况应立即按照预案规程进行操作，并及时上报和进行详细操作记录。

(八)任何无关人员不得擅自进入主机房，确属需要进入的须征得科室责任人同意，爱护主机房内的设备和物品，未经允许非管理人员不得擅自操作机房内设备。

(九)不得利用服务器从事工作以外的事情，无工作需要不得擅自拆卸服务器零部件，严禁更换服务器配套设备。不得擅自删除、移动、更改服务器数据；不得故意破坏服务器系统；不得擅自修改服务器系统时间

## 第十九章、网络工作站管理制度

第一百一十三条、网络工作站由微机室进行编号，登记在册，统一管理。

第一百一十四条、工作站必须设置密码，密码包括开机密码、登录网络密码和屏幕保护密码。

第一百一十五条、医院各业务系统网内工作站应保证专机专用，不进行与业务无关的工作。

第一百一十六条、操作人员不得更改系统配置，不得擅自安装软件。应用软件必须由微机室负责安装。

第一百一十七条、操作人员不得擅自增减硬件设备。如果出现硬件故障，应及时与微机室联系，由微机室派网络管理人员进行维护。

第一百一十八条、除非工作必需，原则上工作站不能安装光驱、软驱、外接存储设备。

第一百一十九条、工作站应该关闭文件共享功能。

第一百二十条、外来光盘、软盘使用前必须向微机室申报，并经防病毒软件进行防毒检测和杀病毒处理。

第一百二十一条、未经微机室同意，院内各部门不得私自将设备接入医院局域网。

第一百二十二条、操作人员应定期对工作站主机、打印机、读卡设备、语音设备、显示设备、鼠标、键盘等进行清洁。

第一百二十三条、禁止没有使用权的人员使用设备。

第二十章、信息系统运行维护管理制度

 第一百二十四条 为规范信息系统的运行维护管理工作，确保信息系统的安全可靠运行，切实提高生产效率和服务质量，使信息系统更好地服务于生产运营和管理，特制订本管理办法。

 第一百二十五条 本管理办法适用于各信息系统。

 第一百二十四条 维护内容在生产操作层面又分为机房环境维护、计算机硬件平台维护、配套网络维护、基础软件维护、应用软件维护五部分：

（一）、计算机硬件平台指计算机主机硬件及存储设备；

 （二）、配套网络指保证信息系统相互通信和正常运行的网络组织，包括联网所需的交换机、路由器、防火墙等网络设备和局域网内连接网络设备的网线、传输、光纤线路等。

 （三）、基础软件指运行于计算机主机之上的操作系统、数据库软件、中间件等公共软件；

 （四）、应用软件指运行于计算机系统之上，直接提供服务或业务的专用软件；

 （五）、机房环境指保证计算机系统正常稳定运行的基础设施，包含机房建筑、电力供应、空气调节、灰尘过滤、静电防护、消防设施、网络布线、维护工具等子系统。

 第一百二十五条 行维护管理的基本任务：

（一）、进行信息系统的日常运行和维护管理，实时监控系统运行状态，保证系统各类运行指标符合相关规定；

（二）、迅速而准确地定位和排除各类故障，保证信息系统正常运行，确保所承载的各类应用和业务正常；

（三）、进行系统安全管理，保证信息系统的运行安全和信息的完整、准确；

（四）、在保证系统运行质量的情况下，提高维护效率，降低维护成本。

 第一百二十六条 信息系统的运行维护管理遵循在统一的领导下，分级管理和维护的模式。作为信息系统维护管理部门实施信息系统的维护管理工作。原则上信息系统的维护工作应逐步集中。

 第一百二十七条 维护人员根据维护工作需要，参加分支机构设备巡检，制定技术规范、作业计划、应急预案，编制技术方案、培训教材等。

 第一百二十八条 根据故障的影响范围及持续时间等因素，将故障分为特别重大故障（一级）、重大故障（二级）、较大故障（三级）、一般故障（四级）四个级别。

 第一百二十九条 系统出现故障，信息系统所在地维护部门或维护人员首先进行处理，同时判断系统类型和故障级别，根据系统类型和故障级别，故障处理应在要求的时限内完成，并同时向主管领导报告。

（一）、故障报告要求：发生较大（三级）或以上故障时，必须立即上报主管领导，如果是特别重大故障，应立即上报主管领导。所有的较大（三级）或以上故障应在月度运维报告中进行记录，并在规定时限内向提交故障分析报告。

（二）、对于系统隐患或暂时不能彻底解决的故障应纳入问题管理，每月应对存在的问题进行跟踪分析。

 第一百三十条 在信息系统运行维护中或在故障处理中发现的系统隐患或暂时不能解决的故障均列入问题库进行持续的跟踪管理。

 第一百三十一条 问题可由任何人在运维例会、故障分析会、维护分析报告、巡检报告上以多种形式提出，问题库的归口管理部门为微机室。问题一经提出，由归口管理部门组织讨论，明确问题的责任人、配合人员，制定解决方案、工作计划和时限要求。

 第一百三十二条 数据维护等工作以及电子表格模板、文档模板、安全策略、配置参数、系统结构、部署的改变等。

 第一百三十三条 各级维护部门应保证在线系统的软件版本及硬件设备的稳定，未经过主管领导批准，不得在线系统软件版本（简称在线版本）及硬件设备进行任何变更及调整。

 第一百三十四条 变更包括紧急变更和普通变更。紧急变更指由于业务开放或故障处理等的迫切需求而引起的，目的是保持或者恢复业务又无法书面申请、审批过程的变更。普通变更指非紧急变更，本管理办法中的变更，如果没有特殊说明，都指普通变更。

 第一百三十五条 对于普通变更，由设备或系统所在地单位至少提前五个工作日书面提出变更申请，对于系统变更的依据、实施方案、风险控制和评估、测试方案以及回退方案进行详细列述，经上级维护管理部门书面批准后组织实施。

 第一百三十六条 原则上，变更必须在夜间非主要业务时间进行，各维护实施单位应根据变更情况，按预先方案进行测试验证，验证通过后，以书面形式向上级维护管理部门汇报结果，并完成对相关文档资料（如应急预案）的更新。

 第一百三十七条 根据系统特点及维护质量要求，制定周期作业计划。

 第一百三十八条 认真执行作业计划，并填写作业计划表。如因特殊情况不能达到预期质量和进度，限期补齐，认真分析作业结果，发现问题及时处理解决，并做详细记录，按月度、季度和年度定期汇总分析。

 第一百三十九条 微机室除制定维护作业计划外，还应针对系统的自动作业内容制定自动作业计划，报领导审批后组织实施。根据自动作业执行周期，对自动作业执行日志进行审查，发现问题及时处理，并做详细记录，按月度、季度和年度定期汇总分析。

 第一百四十条 作业计划的内容至少包括：

（一）、厂商维护手册建议的预定义处理作业；

（二）、系统告警和资源占用状态观察；

（三）、预防性维护工作，包括各类参数、数据备份、存储和管理；

（四）、性能指标观察和记录；

（五）、用户口令和权限审核；

（六）、日志审核。

第一百四十一条 数据备份、存储和管理应根据HIS、PACS、LIS、OA等系统的特性和需要制订作业实施步骤。

第一百四十二条 信息系统维护管理部门每月对作业计划执行情况进行审核，分支机构由信息系统维护管理部门每年进行检查，并纳入考核。

 第一百四十三条 微机室负责信息系统相关的机房环境、计算机硬件、配套网络、基础软件和应用软件的巡检。

 第一百四十四条 微机室负责信息系统相关设备巡检的具体实施：

（一）、制定技术巡检计划，列出巡检重点、内容、要求，形成巡检检查表格；

（二）、收集设备运行故障和隐患。根据年度巡检重点、内容，调查设备近期运行情况，统计出各类型设备,尤其是利用率较高的打印机，PACS存储等设备，在运行过程中曾出现的故障。对反馈的问题进行分析、评估，做好相应的准备；对一些需要厂家解决的问题列出清单，及时与厂家沟通，制定解决方案，以供巡检过程中实施、解决。

 第一百四十五条 微机室负责技术档案和资料的管理，应建立健全必要的技术资料和原始记录，包括但不限于：

（一）、系统结构图及相关技术资料；

（二）、机房平面图、设备布置图、电源电缆、信号线、地线图；

（三）、网络连接图和相关配置资料；

（四）、各类软硬件设备配置清单;

（五）、设备或系统使用手册、维护手册等资料；

（六）、工程资料，包括安装、工程设计、测试及开通、试运行、竣工等全套技术资料；

（七）、上述资料的变更记录。

 第一百四十六条 文件资料管理应包含以下内容：

（一）、所有软件的介质、许可证、版本资料及补丁资料；

（二）、所有软件的安装手册、操作使用手册、应用开发手册等技术资料；

（三）、上述资料的变更记录。

 第一百四十七条 配置数据管理要求：

（一）、配置数据管理应包含各种静态数据资料(如系统的各种参数设置等)及变更记录；

（二）、维护人员必须维护最新的当前系统配置数据。

 第一百四十八条 微机室负责运行记录的管理：

（一）、维护作业计划和适用的各种规章制度；

（二）、系统运行记录和巡检记录；

（三）、故障及处理、设备检修、返修记录；

（四）、系统备份磁带、磁盘、光盘的更换及相关信息汇总记录；

（五）、软、硬件设备变更和系统参数变更。

 第一百四十九条 对各项操作均进行日志记录，内容应包括操作人、操作时间和操作内容等详细信息。维护人员应每日对操作日志、安全日志进行审查，对异常事件及时跟进解决，每周形成日志审查汇总意见报上级领导审核。安全日志应包括但不局限于以下内容：

（一）、对于各应用系统，包括系统管理员的所有系统操作记录、所有的登录访问记录、对敏感数据或关键数据有重大影响的系统操作记录以及其他重要系统操作记录的日志；

（二）、对于操作系统，包括系统管理员的所有操作记录、所有的登录日志；

（三）、对于数据库系统，包括数据库登录、库表结构的变更记录。

 第一百五十条 微机室应针对所维护系统，依据数据变动的频繁程度以及业务数据重要性制定备份计划，经过上级领导批准后实施。

 第一百五十一条 备份数据应包括系统软件和数据、业务数据、操作日志。

 第一百五十二条 微机室按照备份计划，对系统进行定期备份，原则上对于在线系统应实施每天一次的增量备份、每月一次的数据库级备份以及每季度一次的系统级备份。对于需实施变更的系统，在变更实施前后均应进行数据备份，必要时进行系统级备份。

 第一百五十三条 微机室应定期对备份日志进行检查，发现问题及时整改补救。

 第一百五十四条 备份介质应由专人管理，保证一定的环境条件。除介质保管人员外，其他人员未经授权，不得进入介质存放地点。介质保管应建立档案，对于介质出入库进行详细记录。对于承载备份数据的备份介质，应确保在其安全使用期限内使用。对于需长期保存数据，应考虑通过光盘等方式进行保存。对于有安全使用期限限制的存储介质，应在安全使用期限内更换，确保数据存储安全。

 第一百五十五条 微机室应按照本级维护工作相关要求，根据业务数据的性质，确定备份数据保存期限，应根据备份介质使用寿命至少每年进行一次恢复性测试，并记录测试结果。

 第一百五十六条 信息安全应满足国家、行业各级监管部门和关于信息安全保密的各项规定及要求。

 第一百五十七条 根据系统特点，制定各应用系统的信息安全管理细则，开展应用系统的信息安全管理工作。

 第一百五十八条 若发生系统信息泄密事件，应及时汇报，并按照关于信息安全相关管理制度要求开展补救工作。

第一百五十九条 安全保密制度

（一）、联网设备必须采取必要的安全措施，以保障网络的设备安全及所承载业务的信息安全。在计算机上应安装防病毒软件，每天更新病毒库；

（二）、未经变更流程，严禁将业务系统与公众互联网进行连接；严禁未通过鉴权认证的拨号等形式接入信息系统；

（三）、在办公网络、医疗网络与互联网或其他外部网络的网络连接处必须安装防火墙，并指定防火墙管理员，只有指定的系统（网络）管理员才能拥有防火墙管理帐号，未经批准，不得进行防火墙策略的更改；

（四）、严禁在生产系统中安装未经授权的软件；不得在生产系统上运行与工作无关的程序；未经批准，不得利用生产系统进行培训实习；

（五）、未经批准不得擅自抄录、复制配置资料、技术档案，资料不得泄露；

（六）、设备管理和维护人员都应熟悉并严格遵守和执行信息安全保密规定。

 第一百六十条 信息系统密码管理规定

 （一）、对于操作系统、数据库、业务系统，系统(网络)管理员密码使用习惯应严格遵循如下要求：系统(网络)管理员每90天更换一次密码，密码的长度不小于8位、且同时包含数字和字母等字符，不得用最近一次用过的密码等；

（二）、用户在第一次登录时应进行用户密码修改，以后每90天至少修改一次用户密码，且不得使用最近使用过的密码，密码长度不得少于6位；

（三）、重要系统和敏感数据应存放于单机环境，由使用人员设定密码保护，防止非授权人员进行访问，密码位数必须在6位以上；如果存放在文档服务器上，需由信息系统维护部门建立文档服务器访问控制措施，并指定系统管理员；

（四）、严禁在各类系统中“将用户帐号和密码编写在程序中”的作法；系统中的帐号密码不得以明文方式存放；若存在以上系统隐患必须及时整改。

 第一百六十一条 信息系统帐号管理规定

（一）、系统管理员帐号、系统维护帐号应保证一人一帐号，对于重要操作，可以由系统日志追溯到执行操作的帐号、直至相关操作人员。应严格控制系统超级用户帐号使用范围，能使用低级别帐号进行的操作禁止采用超级用户帐号实施。

（二）、维护部门应合理划分用户组，并根据用户所承担职责合理划分用户权限。终端应用人员原则上要求每个员工一个帐号。

（三）、对于用户的增加、删除，用户权限的变更均需预先提出变更申请。员工离职或调离工作岗位后，应按照情况，及时对帐号和权限进行调整。

（四）、未经审批，维护人员不得登录数据库对业务数据进行直接操作。

（五）、对于由于操作系统、数据库平台等限制而使用的共享帐号，当使用此共享帐号的任一人员发生变更，必须修改密码，并保留密码变更记录。

（六）、供应商远程维护人员和系统开发人员不得拥有在线系统帐号。若因软件移植或系统维护需要，应事先经主管领导书面确认（紧急状态下应实现口头申请、事后补文字确认说明），方可临时授予开发人员操作帐号，并在维护人员全程陪同下进行相关操作，操作完成后，陪同人员负责完成对临时帐号的删除或禁止。供应商远程维护人员和系统开发人员对系统的所有操作均应通过日志记录，并予以备份保存。

# 医卡通收费管理制度

为加强财务监督，严格财经纪律，保证医卡通信息数据的真实准确，特制订以下制度：

1. 禁止银行卡、医保卡套现。每一笔刷卡业务，都应有相对应的缴费记录，银行卡遇到大额消费的（单笔2000元以上）、医保卡（单笔300元以上），应登记其住院号或医卡通卡号、刷卡人联系电话以备审查。收款员若私自或伪造套现的，给予该笔刷卡金额手续费十倍罚款；对套现数额较大或情况严重的，移交司法机关处理。
2. 银联卡、社保卡使用应严格遵守相关规定。消费后一定要顾客在POS机交易单上亲笔签名，查看POS机交易单卡号与卡片上的卡号是否一致，必要时要求持卡人出示身份证。社保卡由POS机操作人员登记其社保卡号，单笔消费300元或同一地点1个小时内多笔消费超过300元的，应登记持卡人身份证号。
3. 禁止相关收费人员因结账或其他原因相互倒账，禁止截留或使用病人废弃卡退零钱、打发票，以上或其他不正常业务记录均不应出现在医卡通信息查询内容中。
4. 备用金管理应有利于积极灵活的开展业务，提高工作效率，但必须做到专款专用，不得挪用或转借他人。因人员调动或离职等原因，借款人必须提前办理还款清账手续。
5. 禁止个别收费员为增加工作量，虚交、虚退款项。结算时收费员应主动给病人提供发票和费用清单，并给与提示，防止病人报销时因单据不全来回跑腿产生纠纷。
6. 收费员当日发生的业务收入要求做到现金和票据日清日结，及时上交。不得积压现金，严禁挪用公款，违者严肃处理。
7. 收费员如发生不明原因长、短款差错现象，不得自我以长补短。应有经手人详细登记，找出原因后报领导批示处理。
8. 每一位收费人员都要自我加强职业道德教育和法制教育，认真学习财务管理制度，不断提高综合业务素质，奉公守法，杜绝一切违法乱纪行为的发生。

# 医卡通挂失、换卡处理及退费制度

病人在使用“医卡通”过程中，经常因保管不善造成丢失或遗忘，或因消磁、磨损等原因造成就诊卡不能正常使用。为保证病人的资金安全，避免就诊卡被别人冒名顶替，随意支取现金，特制订以下制度：

**第1条**  医卡通挂失，必须由病人提供有效证件，如身份证、户口簿、驾驶证等，并且一定要认真审核病人预留的电话、住址、年龄等登记信息。换卡处理后再进一步核对病人的病历、缴、退款记录等信息，确认无误后才可以把卡交给病人。

**第2条** 医卡通挂失、换卡。必须在登记本上详细登记操作人和病人的姓名、卡号和挂失、换卡原因等，以便以后查对。

**第3条** 退款处理一般需核对病人姓名，遇到大额退费或可疑人员退费，特别要注意进一步查对病人的年龄、电话等其他信息，若是代办人办理，不能提供正确的信息，应劝说其由本人办理，必要时可让代办人提供有效证件核对。

**第4条** 医卡通退款操作的补充规定。为了规避风险，各位收款员一定要提高自我保护意识，同时也为了保证病人资金安全，防止医卡通在使用过程中丢失、被盗等原因被人恶意支取预存款，特请引起高度重视，注意以下事项：

（1）建档开户时必须登记病人的详细信息，包括姓名、性别、年龄、地址（最好详细到村、街道或小区）、电话，若病人确实不愿意提供真实信息，应告知病人退款时必须携带身份证办理。

（2）退款时务必认真核对卡上的姓名、性别、年龄、地址、电话等信息（特别应注意询问后两项信息，因为大厅查询机不显示），若其不能提供正确的信息或有代办人代办等情况，应让其提供有效证件核对（如身份证、户口本、驾驶证等），或劝说其由本人来办。

（3）若因收款员建档开户时不登记病人的地址、电话或未告知其后果；退款时不询问姓名、地址、电话等信息；或因疏忽、不认真、信息不符等情况而退款导致发生的纠纷、投诉等不良后果，由办理人完全负责。

内部审计制度

    一、 为加强即墨市中医医院内部审计工作，建立健全的内部审计制度，完善内部监督制约机制，规范收支管理，促进我院各项工作健康发展，根据《中华人民共和国审计法》、《审计署关于内部审计工作的规定》和《卫生系统内部审计工作规定》结合我院实际情况，制定本制度。

    二、 即墨市中医医院内部审计是指审计科对本单位及所属机构的财务收支、经济活动的真实、合法性进行独立监督的行为。本制度适用即墨市中医医院各部门。

    三、 医院审计科在本单位主要负责人领导下，依照国家法律、法规以及本制度规定开展审计工作。院领导应加强对内部审计工作的指导，定期听取汇报，研究部署工作，及时批复年度内部审计工作计划、审计报告，并督促有关部门落实审计意见，保证内部审计人员依法行使职权。

    四、 内部审计机构应按照国家法律、法规的规定，配备相当的内部审计人员，开展审计工作。内部审计人员应当具有审计、会计、经济等相关专业知识和业务能力。内部审计人员实行岗位资格准入和后续教育制度，本单位应当予以支持和保障。内部审计机构负责人必须具备中级以上相关专业技术职称或3年以上审计、会计工作经历。

    五、 审计人员办理审计事项，应当严格遵守内部审计准则和内部审计人员职业道德规范，依法审计，忠于职守，做到独立、客观、公正、保密，内部审计人员与审计事项有利害关系的，应当回避。任何组织和个人不得干预内部审计工作。

第六条 审计科按照上级主管部门和院领导的要求，履行下列职责：

1、拟定医院内部审计规章制度；

2、审计财务收支及有关经济活动；

3、审计基本建设项目、修缮工程的预算和结算；

4、审计固定资产购置、使用和管理情况；

5、审计医疗设备、器械、医用耗材和药品的够销、招投标工作。以及医疗服务价格执行情况；

6、审计经济管理和效益情况；内部有关管理制度的落实及其他审计事项。

第七条 在审计科管理范围内，审计科的主要权限：

1、要求被审计单位按时报送财务预算、财务决算、会计报表及有关文件、资料；

2、参加本单位基建、设备购置、财务、对外投资等相关会议，主持召开与审计事项有关的会议；

 3、参与研究制定有关规章制度；

 4、审核会计凭证、帐簿、报表，现场勘察实物；

 5、检查计算机系统有关电子数据和资料；

 6、对与审计有关的问题向被审计科室和个人进行调查，并取得证明材料；

 7、对严重违反财经法规、严重损失浪费的行为，做出临时制止决定；

 8、经本单位主要负责人批准，对可能转移、隐匿、篡改、毁弃会计凭证、会计账簿、会计报表以及与经济活动有关的资料，予以暂时封存；根据审计结果，提出纠正、处理违反财经法规行为、改进管理、提高效益的建议。

八、 审计科内部审计工作的主要程序：

 1、根据医院的具体情况，拟定审计项目计划，报经院领导批准后实施；

 2、实施审计前，应编制审计工作方案，组成审计组，并提前3日以书面形式通知被审计科室；被审计科室应配合审计工作，提供必要的工作条件；

 3、对审计事项实施审计，应取得审计证据，编制审计工作底稿，由被审计科室相关人员签字确认；

4、对审计事项实施审计后，编制审计报告，并征求被审计科室的意见。被审计科室在收到审计报告之日起10个工作日内，提出反馈意见，送交医院审计组；

5、医院审计科应定期向院领导提交工作报告，督促被审计的科室在规定期限内落实审计意见，并书面报告执行结果；

6、审计科对办理的审计事项，应当建立完整的审计档案，并按照有关规定保存。

# 差旅费报销规定

经研究决定对我院职工外出进修或开会的差旅费报销规定如下：

一、经单位批准参加省内进修或开会人员，可以乘坐动车二级票或硬卧下铺票，进修人员一季度报销一次往返路费。（在青岛进修人员可每月报销一次往返车费）。经单位批准参加省外进修或开会人员，可以乘坐动车二级票或硬卧下铺票，进修人员半年报销一次往返路费。出租车费本地报销两次，进修或开会地报销两次。

二、省内外进修人员进修期间，住宿费按每天20元标准凭据报销。

三、省内外进修人员按进修天数每人每天发给进修补助费6元。

四、进修费或会务费凭据报销。

五、从严控制出差人员乘坐飞机，因工作需要确需乘坐的，须事先经院长批准，否则就按动车二级票或硬卧下铺票金额报销。

# 职工继续教育（学历）学费报销的规定

为提高职工的业务素质和技术水平，医院鼓励和支持职工参加继续教育并取得更高级的学历、学位，经院长办公会研究，规定如下：

一、报销范围

1、医院在职的正式职工及编外合同职工。

2、报销仅限于第一学历以后的更高级学历学费，其他费用自理；同级学历只报销一次。

3、所学专业与所从事的专业对口，学用一致。

4、本、专科报销类别仅限于成人高考和自学考试，获得毕业证；鼓励本科取得学位。

5、获得定向培养、在职硕士研究生学位。

6、新调入人员，报销关系正式调入医院时间以后的学费。

二、报销金额

1、取得自学考试和成人高考专科学历，报销600元学费。

2、取得自学考试和成人高考本科学历，报销1000元学费。

3、取得定向培养、在职硕士研究生学位，报销3000元学费。

三、报销程序

参加继续教育（学历）学习的学费，先由本人全部垫付；完成后，持学历证和学位证的原件、复印件及学费缴费单据，经政工科审核备案，审计科审计，院长签字后给予报销。

# 工伤保险管理制度

为做好工伤保险管理服务工作，保障工伤职工的医疗权益，合理有效利用工伤保险基金，根据《工伤保险条例》和青岛市工伤保险协议医疗服务机构服务协议书，结合医院的实际情况，特制定本制度。

一、工伤职工来院就诊，参保单位应出具工伤认定书或书面告知书，接诊医师应做好首诊负责制，严格审验就诊人员的工伤保险资格，防止冒名顶替；对参保单位未出具工伤认定书，但患者或陪同人员告知为工伤的患者，均应按工伤保险进行管理。

二、主管医师应坚持合理检查、合理诊疗、合理用药的原则，严格按照工伤保险“三个目录”进行诊疗服务。应严格根据认定的工伤病种予以检查、治疗，并有明确的治疗依据及相关的病情记录和会诊记录。对确需使用超出“三个目录”的药品、诊疗项目、服务设施项目等，应征得参保单位、工伤职工或家属的同意，住院患者应填写自负项目告知同意书，门诊患者应在门诊病历上签字确认。未经患者或其家属同意使用的超出“三个目录”范围的医疗费用，由责任医师承担。

三、严格执行医疗保险“三个目录”收费标准，不得无医嘱收费、分解收费、超标准收费和重复收费；严禁搭车检查、搭车开药、串换检查、串换开药，一切检查、治疗用药必须与医嘱相符，检查报告单齐全；严禁向参保患者提供与所患疾病无关的检查、治疗和药品；严禁伪造涂改病历、医嘱。

四、对在我院进行门诊和住院治疗的工伤患者，其相关医疗费用在医保结算窗口进行联网结算。严格按规定进行审核结算，不得将非工伤保险支付范围或非工伤部位的费用纳入工伤保险报销。

五、对工伤病人自己或单位提出的额外要求，未经市工伤保险处批准，不得纳入统筹支付，否则工伤保险处不予支付的费用由主管医生承担。

六、不得以任何理由诱导或滞留工伤保险患者延长住院时间，及时为符合出院条件的工伤患者办理出院手续，如工伤患者拒绝出院的，科室应请院内专家组会诊，会诊结果为应该出院但拒绝出院者，主治医师应报告医务科和医保办，并自通知其出院之日起，停止记账，按自费病人处理，医保办应于三日内将有关情况上报市社会劳动保险事业处。

七、患者住院时，对未出具工伤认定书的患者应交全额押金，或先自费结账，待工伤认定书出具后再进行报销，结算时按规定审批和留存材料。

# 生育保险管理制度

为进一步规范我院生育保险医疗管理服务工作，保障参保人生育保险医疗待遇的落实，根据《青岛市城镇职工生育保险办法》和《青岛市生育保险定点医疗服务机构医疗服务协议书》，特制定本制度。

一、各相关科室要认真履行自己的岗位职责，认真执行生育保险的规章制度及管理规定，确保生育保险管理工作顺利开展。

二、相关科室在为生育保险参保职工办理相关手续时，均要认真审核，做好资格确认，做到人、证、卡、册、信【身份证、社保卡、计划生育服务手册（二胎为生育证）、计划生育手术证明信】相符，严格掌握住院标准，杜绝冒名住院、挂床住院、叠床住院等违规现象的发生。

三、相关科室医护人员及医保结算窗口人员应熟练掌握生育保险各病种限额结算标准，并负责向生育保险患者进行相关政策的宣传指导工作。

四、严格执行青岛市基本医疗保险药品、诊疗项目、服务设施范围及支付标准（简称“三个目录”）管理的有关规定，合理检查、合理治疗、合理收费，严禁向参保人员提供与所患疾病无关的检查、治疗和用药。使用生育保险统筹范围外的药品、诊疗项目和服务设施的，须事先征得患者或其家属同意，并与其签订“自负协议书”，否则，发生的医疗费用纠纷由责任医师负责解决。

五、认真执行生育保险结算管理规定，严格审核门诊和住院结算所需证件及材料。临床用药、检查、治疗、收费等须与医嘱相一致，杜绝搭车开药、检查，杜绝超标准收费、分解收费、多收费、挂靠收费等违规行为。

六、接诊生育保险患者的相关科室应按照各病种限额标准在提供优质医疗服务基础上，合理控费，在确保正常医疗需求的前提下，使生育保险基金得到科学合理应用。

# 医疗保险管理制度

为加强医疗保险管理工作，规范医疗行为，更好地保障参保人享受社会医疗保险待遇的合法权益，根据《青岛市社会医疗保险办法》（青岛市人民政府令第【235】号）、即墨市《关于进一步加强基本医疗保险住院管理有关问题的通知》（即人社字【2015】22号文）及即墨市《关于进一步加强门诊大病管理的通知》（即人社字【2015】23号文），结合我院的实际情况，特制定本制度。

一、门诊大病管理

1、严格执行门诊大病管理的各项规定，规范医疗文书，书写清晰、准确，不得随意涂改或补写。不得为申请办理门诊大病资格的参保人员补写门诊病历或提供虚假化验检查报告等相关材料。

2、接诊医师应做好首诊负责制，按照患者核准病种，在门诊大病病历中完整记录诊治情况。治疗非核准病种的用药及检查不得使用专用病历，也不得使用门诊大病专用卡。门诊大病患者住院期间，不得同时发生核定病种的门诊治疗费用。

3、接诊医师应本着合理检查、合理治疗、合理用药的原则，根据病情及相关检查检验结果开具医嘱。门诊大病每次开药最多不超过30天用量。长期外出需大量带药应先办理审批手续，审批通过后根据有关规定开药，并在病历中明确记载。

4、门诊大病接诊医师应执行患者知情同意制度，使用全额自负、有自负比例或有最高限价的药品、检查及诊疗项目，应征得患者或其家属同意，并在专用病历上签字认可。复诊时相同的药品及诊疗项目可不必签字，但在更换新病历时，仍要求患者或家属签字认可。

5、临床医师应针对患者病情合理安排大型检查、检验等项目。符合病种范围内的CT、MRI、大生化等大型检查检验项目,原则上每年不得超过1次；如患者病情变化明显，确需多次大型检查、检验，临床医师应在门诊大病病历中详细写明理由。

6、门诊大病费用统筹结算范畴仅限于核准病种及明确的合并症、并发症的治疗及复查，用于帮助诊断的相关检查检验项目以及为防止并发症的相关预防性用药，不纳入统筹支付。严禁违规收费，不得将医保范围外或病种外的药品及诊疗费用串换变通收费或纳入结算。

7、门诊大病患者因诊治需要而我院不能完成的检查、检验、治疗项目，经治疗医师提出建议，病人或家属填写《即墨市基本医疗保险参保人外出购药、检查、检验审批表》，经医院医保办主任签字后方可外出就医，需外出购药（限我院没有的药品）需有药剂科主任签字认可，发生的相关费用可纳入门诊大病结算。未经过审批同意的检查、检验、购药不予报销。

二、住院管理

1、参保病人住院3日内应办理医保登记。首诊医师应告知病人，办理住院时携带医保卡、身份证、门诊病历，同时办理医保登记手续。未携带证件者，应住院后及时补登记；意外伤害患者入院后，住院医师必须通知病人在48小时内携带医保卡、身份证、门诊或急诊病历到医保窗口办理外伤审批手续，并为其如实开具意外伤害申请表。

2、严格执行住院管理规定，合理掌握出入院标准，首诊医师和病区医护人员应严格审查参保病人身份，防止冒名住院。接诊医生和护士应告知患者住院期间不允许离院，不得挂床、叠床住院。严禁分解住院。住院病人一览牌医保标示必须清楚。

3、住院病历书写内容应完整真实，医嘱与使用药品、诊疗项目、检查检验报告单及收费明细等应一致。

4、严禁搭车检查、搭车开药、串换检查、串换开药，严禁违规收费。住院期间不得同时发生门诊大病、普通门诊等其他类别的费用。

5、临床医师本着合理检查、合理治疗、合理用药的原则，尽量使用“三个目录”范围内的药品和诊疗项目，各科室应严格控制范围外药品、材料和诊疗项目，降低医保患者的自负比例；参保人员使用全额自负、有自负比例或有最高限价的药品、检查及诊疗项目，应征得患者或其家属同意，并签订自负项目告知同意书，附在病历中。

6、住院患者出院带药应执行处方规定，输液类药品不允许携带。参保人员出院时原则上不得开具检查检验及治疗、康复项目，出院带药量一般不超过7天、慢性病不超过15天用量；已办理门诊大病证的参保人员，因核定病种住院治疗的，用于治疗病种的药品不允许出院带药。

7、急诊收住院的患者，其急诊留观治疗发生的费用可合并住院费用结算，但必须持急诊病历到医院医保办审核，符合急诊条件方可合并结算，期间使用全额自负、有自负比例或有最高限价的药品、检查及诊疗项目，应经参保患者或其家属签字认可。急诊接诊医师应实事求是、规范的书写急诊病历，以免引发不必要的纠纷。

8、任何人不得协助患者冒名顶替、弄虚作假，出具虚假医疗文书，套取医保基金。

三、各科室执行医保制度情况作为科室医保质量管理和考核内容之一，医保办每月进行考核。对不执行医疗保险管理规定发生的违规问题，经医保中心查实并扣款的，按医院制定的相关规定落实处罚。

医保定岗医师管理制度

为加强社会医疗保险服务管理，规范执业医师医疗保险服务行为，根据《执业医师法》和《青岛市人力资源和社会保障局社会医疗保险服务医师管理办法》（社会医疗保险服务医师简称医保定岗医师），结合我院实际，制定本制度。

一、医保定岗医师应具备管理办法规定的基本条件，应熟悉医疗保险政策及管理规定，严格执行各项工作制度，自觉遵守社会医疗保险服务协议有关约定，认真履行各项职责。

二、在收治参保患者时认真进行身份和证件识别。

三、严格执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准。

四、坚持因病施治原则，合理检查、合理治疗、合理用药，为参保患者提供优质、安全的医疗服务。

五、规范书写医疗文书，确保医疗记录客观、真实、准确、及时、完整。

六、严格掌握入、出院标准，不得推诿、拒收参保患者。

七、坚持首诊负责制并积极落实分级诊疗制度，不诱导参保患者住院，不随意诊断升级，不以各种借口让参保患者提前或延迟出院。

八、向参保人正确宣传医疗保险政策和管理规定，切实履行告知义务。

九、医保定岗医师为离休人员及工伤保险、生育保险参保人员提供医疗保障服务适应本制度规定。为参保人员提供医疗保障服务的医学技术人员、药剂人员、护理人员等医务工作者，根据医保管理需要，也参照本制度进行管理。

# 离休人员管理工作制度

一、离休人员门诊管理制度

（一）医院接诊医师为离休人员提供接诊服务时，应首先核验其身份，严禁冒名就医。在诊治过程中，应严格遵循合理检查、合理治疗、合理用药的原则，严格按照卫生部《病历书写基本规范》书写病历。

（二）合理控制离休人员门诊费用支出，对离休人员就医不得重复用药，避免医疗费用浪费。慢性病门诊开药量每次最多不超过30天，急性病不超过7天。

（三）经治医师要加强与离休人员的沟通，对超出基本医疗保险药品目录、诊疗目录、医疗服务设施范围和支付标准以及离休人员扩大目录的医疗费用，应先征得患者（或其家属）同意并在专用病历上签字认可。

（四）离休门诊结报人员进行报销时，须对离休人员的收费项目进行审核，确保与门诊病历医嘱及各种检查、检验项目一致，不得出现无医嘱收费，审核后给予报销并记录，病人或家属确认签字。

（五）离休人员仅限使用一本《即墨市离休人员基本医疗保险专用病历》，病历用完后，应持旧病历到医院医保办领取新病历。

（六）严格执行基本医疗保险三个目录及离休人员扩大目录规定，严禁将范围外项目纳入离休人员统筹金结算，严禁将范围内项目由离休人员自负。

二、离休人员住院管理制度

（一）离休人员住院时持离休证进行住院登记，出院结算时严格审核各项费用明细，按规定上传审核，后到住院处结算报销。

（二）离休人员住院期间科室应严格按照医保管理规定，遵循合理检查、合理治疗、合理用药的原则，保证离休人员正常医疗需求，合理控制离休人员住院费用支出，避免医疗费用浪费。

（三） 离休人员外伤审批、高额耗材项目审批、急诊观察医疗费结算等均参照我市医保管理规定执行。

（四） 各科室应加强离休人员就医服务管理，严禁冒名就医。经治医师要加强与离休人员的沟通，对超出基本医疗保险药品目录、诊疗目录、医疗服务设施范围和支付标准以及离休人员扩大目录的医疗费用，应先征得患者（或其家属）同意并签署“自负协议书”。离休病人按照医保中心规定出院时不允许带药，可以出院后根据需要及时开药。

三、离休人员急诊、转诊管理制度

（一） 门诊定点在我院的离休人员，因急症在外院发生的急诊医疗费用，先由个人垫付，凭急诊病历、医疗费用有效票据到我院医保办进行审核报销。

（二） 因本院技术、设备、医疗条件所限，定点在我院的离休人员须转外院就诊检查时，须经医保办同意，办理转诊手续，外出发生的费用暂由个人垫付，再回医院医保办报销。

（三）离休人员因病情所需须转往外地公立医保定点医院住院就医，应按程序由相关科室填写《即墨市基本医疗保险异地转诊审批表》，经科主任、分管院长签字、医保办盖章后方可转诊。未经同意的，外出转诊医疗费用不予报销。外出就医结束后，回医保办审核报销，发生费用一并计入个人统筹医疗基金内。其报销费用都纳入本院离休费用指标内。

（四） 离休人员探亲或外出期间因急症在异地发生的急诊费用，应符合卫生行政部门确定的急诊范围、标准和条件，（就诊医院应当是当地基本医疗保险定点医疗机构）。急诊医疗费用先由个人负担，返回后应及时到个人定点医院医保办申报，符合规定的予以审核报销。

四、 离休人员医疗服务管理

（一）为离休人员提供热情、周到、优质、便捷的医疗服务，不得推诿。

（二）离休人员符合转诊治疗或门急诊条件的，相关科室应及时办理转诊和报销，不得拖延。

（三）及时提供离休人员住院医疗费支出明细查询服务；出院时向患者提供结算单和发票。

（四）离休人员医疗服务管理应遵守《青岛市城镇职工基本医疗保险规定》。各科室应加强管理，避免发生以下违规项目：

1.将目录范围外的项目纳入统筹支付；

2.将目录范围内的项目由个人自负；

3.串换、变通、搭车开药、检查治疗；

4.弄虚作假、恶意套取离休医疗基金的；

5.无医嘱收费或收费与医嘱不符的费用；

6.属不合理用药、检查、治疗的费用；

7.未按规定上传医疗费明细的费用；

8.其他违反医保管理规定的费用。

医疗保险质量考核制度

 为进一步提高医院医疗保险管理水平和服务质量，确保基金合理使用，保障参保人合法权益，根据《即墨市城镇职工基本医疗保险规定》、《即墨市基本医疗保险住院定点医疗机构医疗服务协议书》、《即墨市基本医疗保险住院定点医疗机构日常考核标准》及有关文件规定，结合我院实际，制定本制度。

一、 医保办负责做好对我院医保工作的日常考核管理工作，根据实际工作，制定《医保办质量考核细则》，科室应严格执行。

二、各科室成立医保质控小组，由科主任、护士长、医保管理员员组成，负责本科室的医保质量管理工作。

三、严格执行基本医疗保险住院管理及门诊大病管理的有关规定 。医保办每月督导检查，对违规行为及时沟通反馈，督导整改。

四、根据医保控费文件规定及医院要求，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，降低费用，减少患者负担。

五、费用结算审核应遵循青岛市基本医疗保险药品、诊疗目录、服务设施范围及支付标准管理规定，审核中发现的问题，及时反馈与处理，杜绝不合理收费等违规行为。

六、协助医保中心的不定期抽查，对不积极配合、干扰、阻挠考核工作的科室给予通报批评，并将检查情况纳入科室考核。

# 工会委员会工作制度

一、在院党委和上级工会的领导下，围绕医院的总体工作目标、中心工作，依据《中华人民共和国工会法》、《中国工会章程》独立自主地开展工作。

二、执行会员代表大会的决议和上级工会的决定，主持院工会的日常工作。

三、支持院长依法行政。代表和组织职工依照法律规定，通过职工代表大会和其它形式，参加医院民主管理和民主监督。代表和维护职工的合法利益。团结动员全院职工，促科学发展，创一流医院。

四、负责筹备召开工会会员代表大会和职工代表大会，行使工会会员代表大会和职工代表大会办事机构的职能，检查、督促“两代会”决议的执行。

五、参与协调劳动关系和调解劳动争议，与院行政方面建立协商制度，协商解决涉及职工切身利益的问题。帮助和指导职工与医院行政方面签订劳动合同。代表职工与医院行政方面签订集体合同或其它协议，并监督执行。

六、组织职工开展合理化建议、技术创新和技术协作活动，总结推广先进经验。做好先进集体、先进个人的评选、表彰、培养和管理工作。

七、对职工进行思想政治教育，鼓励支持职工学习文化科学技术和管理知识，开展健康的文化体育活动。办好工会职工活动中心。

八、监督有关法律、法规的贯彻执行。协助和督促行政方面做好工资、劳动安全卫生和社会保险等方面的工作，办好职工集体福利事业，改善职工生活。依法参与劳动安全卫生事故的调查处理。

九、维护女职工的特殊利益，同歧视、虐待、摧残、迫害女职工的现象作斗争。

十、搞好工会组织建设，健全民主制度和民主生活。建立和发展工会积极分子队伍。做好新会员的接收、教育工作。

十一、收好、管好、用好工会经费。管理好工会财产。

十二、完成院党委和上级工会交办的其它工作。

# 工会经费审查委员会制度

一、工作制度

1、经费审查委员会与同级工会同时按规定的民主程序改选换届。

2、经费审查委员会负责人有权列席同级工会常委会会议，参加该工会有关财务工作会议；经费审查委员会委员列席同级工会委员会全体会议。

3、经费审查委员会每年要按时审议财务预、决算。计划外开支（包括重大开支）要事先审议。

4、经费审查委员会每年召开一次年度工作会议，总结本年工作情况，制订下半年工作计划。

5、经费审查委员会每年进行一次财务收支的审计并填写经费收支定期审计表。

6、经费审查委员会每季召开一次工作例会，必要时可召开专题会议，应认真填写经审工作台帐，做好会议记录，审计方式和程序按《基层工会经费审查委员会工作条例》有关规定办理。

7、经费审查委员会应定期审查工会经费的拨解和财产物品的管理情况，并协助做好工作。

8、经费审查委员会每半年检查一次经审会年度工作计划落实情况。

9、经费审查委员会按《工会章程》及有关规定，向会员代表大会报告工作，闭会期间定期向工会委员会报告工作。

10、在审议中，如遇需要暂时保密的事宜，经审人员要遵守保密纪律。

二、学习制度

1、各级经费审查委员会成员，基层工会（含分会经审委员）应有计划的进行培训，学习业务，学习党和国家有关方针、政策和财经法纪，学习工会财务的有关法规和制度。

2、各级经费审查委员会应及时学习贯彻上级工会和经审会有关会议精神及文件。

3、积极参加上级工会举办的业务培训。

4、经费审查委员会成员，要积极参加同级工会委员会组织的有关学习活动。

三、议事规则

1、经费审查委员会遵循民主集中制的原则，会议由主席或主席委托副主席召集并主持。

2、经费审查委员会每次召开会议应有三分之二以上的成员出席视为有效。

3、经费审查委员会成员要严格按照党和国家有关方针、政策和工会财务规章制度进行工作，要做到充分发扬民主，坚持原则，秉公办事，忠于职守，尽职尽责。

4、经费审查委员会，要按少数服从多数的原则通过决议并及时写出会议纪要。

# 岗位设置聘用管理制度

一、实施范围

 所有事业在编人员及备案制人员。

二、岗位设置基本原则

（一）科学设岗，宏观调控。根据我院岗位设置总体方案，从医院的医疗、教学、科研、预防的需要出发，兼顾各类人员结构现状, 按照岗位结构比例标准,针对各类学科的不同特点和发展情况，规范设置各级各类岗位。

（二）优化结构，精干高效。完善岗位设置分类分级体系,以卫生技术人员为主体，优化各类人员结构比例,合理配置人力资源；加强高层次人才队伍建设；提高用人质量与用人效益，努力形成可持续发展的人才梯队。

（三）坚持改革、发展、稳定、和谐相结合的原则。巩固和发展已经取得的改革成果。注重人事政策的连续性和稳定性，广泛调动各级各类人员的积极性，促进医院专业技术、管理、工勤三支队伍的协调发展。

三、岗位总量、岗位类别与结构比例

（一）岗位总量

根据卫生部文件精神，我院编制岗位数为 665人，备案控制总量1192人。医院新的编制标准出台后，岗位总量按照规定程序相应做出调整。各岗位数量按现有在编职工人数确定。

（二）岗位类别

医院岗位分为专业技术岗位、管理岗位和工勤技能岗位三种类别。医院现有专业技术人员、管理人员和工勤技能人员，分别纳入相应岗位管理。

专业技术岗位指从事专业技术工作，具有相应专业技术水平和能力要求的工作岗位。专业技术岗位分为医（药、护、技）岗位和其他专业技术岗位，其中医师岗位是我院专业技术岗位的主体。

管理岗位指担负领导职责或管理任务的工作岗位。管理岗位的设置要适应增强医院运转效能、提高工作效率、提升管理水平的需要。

工勤技能岗位指承担技能操作和维护、后勤保障、服务等职责的工作岗位。工勤技能岗位的设置要适应提高操作维护技能，提升服务水平的要求，满足医院业务工作的实际需要。

（三）岗位结构比例

专业技术岗位为主体岗位，主体岗位之外的其他两类岗位，应保持相对合理的结构比例。具体的结构比例为：专业技术岗位不低于医院岗位总量的80%；管理岗位占医院岗位总量的10%左右；工勤技能岗位不超过医院岗位总量的10%。

四、岗位名称及岗位等级

（一）专业技术岗位

专业技术岗位分为主系列专业技术岗位和辅助系列专业技术岗位。

主系列专业技术岗位为卫生专业技术岗位，包括:

1．正高级卫生专业技术岗位名称为特级主任医(药、护、技)师岗位、一级主任医(药、护、技)师岗位、二级主任医(药、护、技)师岗位、三级主任医(药、护、技)师岗位，分别对应一至四级专业技术岗位，我们医院只设三、四级专业技术岗位；

 副高级卫生专业技术岗位名称为一级副主任医(药、护、技)师岗位、二级副主任医(药、护、技)师岗位、三级副主任医(药、护、技)师岗位，分别对应五至七级专业技术岗位；

2．中级卫生专业技术岗位名称为一级主治(主管)医(药、护、技)师岗位、二级主治(主管)医(药、护、技)师岗位、三级主治(主管)医(药、护、技)师岗位，分别对应八至十级专业技术岗位；

3．初级卫生专业技术岗位名称为一级医(药、护、技)师岗位、二级医(药、护、技)师岗位和医(药、护、技)士岗位，分别对应十一至十三级专业技术岗位。

辅助系列专业技术岗位主要有工程、图书、会计、审计、统计等专业技术岗位。其他专业技术岗位原则上不设四级及以上岗位，五级、六级、七级岗位之间的比例为1：3：6，首次聘任按0.6：2.5：6.9的比例掌握；八级、九级、十级之间的比例为2：3：5；十一级与十二级岗位之间的比例为6：4；十三级岗位根据工作需要设置。

专业技术高级、中级、初级岗位内部不同等级之间的结构比例，全省总体控制目标为:二级、三级、四级岗位之间的比例为1:3:6，岗位设置数量一般不超过高级岗位的15%;五级、六级、七级岗位之间的比例为2:4:4;八级、九级、十级岗位之间的比例为3:4:3;十一级、十二级岗位之间的比例为5:5;十三级岗位根据工作需要设置。

医院专业技术岗位分为卫生专业技术岗位和其他专业技术岗位，卫生专业技术岗位为主体岗位。

1.卫生专业技术岗位

卫生专业技术岗位中，应以医师岗位为主体，医、药、护、技各职种根据实际工作需要科学设置，并符合有关标准和规定，其中：

正高级岗位名称为主任医（药、护、技）师岗位，分别对应一至四级专业技术岗位。一级岗位属国家专设的特殊岗位，三级、四级岗位之间的结构比例为1:1，占2%。

副高级岗位名称为副主任医（药、护、技）师岗位，分别对应五至七级专业技术岗位，五级、六级、七级之间的比例为2：4：4，占8%。

中级岗位名称为主治（主管）医（药、护、技）师岗位，分别对应八至十级专业技术岗位，八级、九级、十级之间的比例控制在10：15：10，占35%。

初级岗位名称为医（药、护、技）师岗位，分别对应十一级至十三级专业技术岗位。十一级、十二级之间的比例为28：28，占55%。十三级专业技术岗位根据工作需要设置。

（二）其他专业技术岗位

其他专业技术岗位主要有工程、图书、会计、审计、统计等专业技术岗位。其他专业技术岗位原则上不设四级及以上岗位，五级、六级、七级岗位之间的比例为1：1：2，八级、九级、十级之间的比例为,10：15：10；十一级与十二级岗位之间的比例为3：3；十三级岗位根据工作需要设置。

（三）管理岗位

 卫生事业单位管理岗位名称使用干部人事管理部门任命的职务名称。卫生事业单位现有厅级副职、处级正职、处级副职、科级正职、科级副职、科员、办事员依次分别对应管理岗位四至十级职员岗位。

(三)工勤技能岗位

 工勤技能岗位分为技术工岗位和普通工岗位。工勤技能岗位中技术工岗位名称为高级技师岗位、技师岗位、高级工岗位、中级工岗位、初级工岗位，依次分别对应一至五级工勤技能岗位。普通工岗位名称原则上沿用现岗位名称。

五、岗位聘用

（一） 聘用条件

 1.各类岗位聘用的基本条件

根据国家各类岗位职责与基本任职条件的规定，医院专业技术岗位、管理岗位和工勤技能三类岗位的基本任职条件为：

（1）必须遵守中华人民共和国的宪法和法律规定；

（2）具有良好的品行和职业道德；

（3）满足岗位所需的专业、能力或者技能条件；

（4）适应岗位要求的身体条件，以及岗位所需要的任职年限；

（5）近三年考核结果均在合格及以上。

2.卫生技术三级岗首聘申报评审条件。

3.卫生技术五级及以下岗位申报首聘评审条件。

（三）聘用程序

 根据医院每年的岗位竞争聘任实施方案进行。

（五）聘用合同及考核

1.医院与受聘人员在平等自愿、协商一致的基础上签订聘用合同，聘用合同明确受聘岗位职责要求、工作条件、工资福利待遇、岗位纪律、聘用合同变更、解除和终止的条件以及聘用合同期限等方面的内容。聘用合同期限内调整岗位的，应当对聘用合同的相关内容做出相应变更。

（六）聘用期限、续聘及解聘

1.聘期一般为五年，距离离退休年龄不足一个聘期的，聘期至离退休之日结束；聘期内岗位等级发生变动的，其聘期按新的聘用合同执行。

2.聘用合同的续聘与解聘按照国家相关法律政策及医院合同的有关规定执行。

# 医疗质量管理制度

一、医疗质量是医院管理的核心内容和永恒的主题，医院必须把医疗质量放在首位，质量管理是不断完善、持续改进的过程，要纳入医院的各项工作。

二、医院要建立健全医疗质量保证体系，即建立院、科二级质量管理组织，职责明确，配备专（兼）职人员，负责质量管理工作。

 1、医院设置的质量管理与改进组织（例如医疗质量管理委员会、病案管理委员会、 药事管理委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会）要与医院功能任务相适应，人员组成合理，职责与权限范围清晰，能定期召开工作会议，为医院质量管理提供决策依据。

 2、 院长作为医院医疗质量管理第一责任人，应认真履行质量管理与改进的领导与决策职能；其它医院领导干部应切实参与制定、监控质量管理与改进过程。

 3、 医疗、护理、医技职能管理部门行使指导、检查、考核、评价和监督职能。

 4、临床、医技等科室部门主任全面负责本科室医疗质量管理工作。

 5、各级责任人应明确自己的职权和岗位职责，并应具备相应的质量管理与分析技能。

三、院、科二级质量管理组织要根据上级有关要求和自身医疗工作的实际，建立切实可行的质量管理方案。

 1、医疗质量管理与持续改进方案是全面、系统的书面计划，能够监督各部门，重点是医疗、护理、医技科室的日常质量管理与质量的危机管理。

 2、 质量管理方案的主要内容包括：建立质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈等，加强医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位的管理。

四、健全医院规章制度和人员岗位责任制度，严格落实医疗质量和医疗安全的核心制度：

 1、 核心制度包括首诊负责制度、三级医师查房制度、分级护理制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、急危重患者抢救制度、手术分级管理制度、术前讨论制度、抗菌药物分级管理制度、死亡病例讨论制度、危急值报告制度、临床用血审核制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、值班与交接班制度、新技术新项目准入制度、手术安全核查制度、信息安全管理制度等。

 2、 对病历质量管理要重点加强运行病历的实时监控与管理。

五、加强全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规；医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

六、质量管理工作应有文字记录，并由质量管理组织形成报告，定期、逐级上报。通过检查、分析、评价、反馈等措施，持续改进医疗质量，将质量与安全的评价结果纳入对医院、科室、员工的绩效评价评估。

七、建立与完善医疗质量管理实行责任追究的制度、形成医疗质量管可追溯与质量危机预警管理的运行机制。

八、加强基础质量、环节质量和终末质量管理，用《诊疗常规》指导对患者诊疗工作，逐步用《临床路径》规范对患者诊疗行为。

九、建立不以处罚为目标的，是针对医院质量管理系统持续改进为对象的不良事件报告系统，能够把发现的缺陷，用于对医疗质量管理制度、运行机制与程序的改进工作。

十、建立与完善目前质量管理常用的结果性指标体系基础上，逐步形成结果性指标、结构性指标、过程性指标的监控与评价体系。

# 多部门医疗质量管理协调机制

为了保障医疗安全，提高医疗质量，本着加强各部门间在部署医疗质量与安全管理工作时的统筹运作和协调联动，促进医院正常运转和工作全面发展，结合医院工作实际制定本机制。

一、协调工作的重要性

在医院医疗管理过程中，由于权责划分不清，工作互相不协调，甚至不团结，有时一项工作按职责应由两个或以上部门共同完成，同时在工作运转过程中出现的新任务、新项目，而现有职能又不能完全涵盖等现象经常发生，往往导致工作相互推诿，影响工作任务的顺利完成，如果不及时排除这些矛盾和理顺各方面的关系，组织机构的协调运转和计划目标就不可能实现，医院的发展将会受到严重影响。因此，建立多部门医疗质量管理长效的协调机制十分重要。这时就需要领导和相关部门做好协调工作，才能顺利完成任务。

二、协调工作的组织领导

为了加强对协调机制工作的组织领导，成立医院质量管理协调领导小组。由院长任领导小组组长，副院级领导任副组长，各职能科室的主要负责人任成员。办公室设在质控科。

领导小组工作职责

（一）负责对医疗各部门之间质量管理工作的协调。

（二）负责院级领导、职能科室、业务科室之间的医疗质量管理工作协调，做到统一认识、统一口径、统一目标、统一行动。

 （三）负责各项质量管理工作的领导与协调，督促监督检查，严格落实奖惩制度，确保医院的医疗计划、目标、任务及时完成。

三、协调的范围和内容

针对医院医疗质量管理工作中需要协调解决的问题及时与相关部门沟通、协调，提出相应的对策，追踪协调事宜的落实情况并有记录，保证质量管理工作的顺利进行。在医疗质量管理工作运行过程出现的各种矛盾和冲突，都在协调范围之内。

（一）主要协调好两个方面的关系：一是上下级之间的医疗质量工作关系，包括职能科室与院级领导、临床与医技各科室、与上级有关部门之间的工作关系； 二是同级之间的质量关系，包括职能科室之间、临床科室与医技科室之间。

（二）协调的内容主要有以下几个方面：协调思想认识，协调工作计划，协调职权关系，协调政策措施，协调责任奖惩等。只有把医院内部这些方面的关系协调好，才能创造良好工作环境，保证医疗质量安全管理工作计划、决策的顺利落实。

四、协调的方式、方法

（一）要进一步明确各部门的工作制度和职责范围，各部门要明确内部人员的岗位职责，做到有岗有职、权责分明。

（二）在协调工作中，各职能部门负责搞好内部工作人员的协调，按照职能职责办事，不得互相推诿或者拖而不办；也不得大包大揽，越职争办。

（三）当职能出现交叉与重叠时，或某项医疗质量问题需要多个职能部门负责时，或出现的新任务、新项目现有职能涵盖不了时，质控科应牵头与其它部门共同协办，必要时由院办公室或院党委办公室负责职能部门之间的协调。

（四）在协调出现困难时，由分管领导出面协调，必要时通过协调领导小组研究解决。

五、协调工作职责基本分工

（一）质控科为医院医疗质量的综合协调部门，负责院领导与职能科室、院领导与职工、职能科室与职能科室等之间工作关系协调。

（二）医务科、护理部负责医疗护理质量工作的协调，科室之间工作关系的协调，医务人员之间工作协调，参与医患之间的协调等。

（三）医患纠纷协调办公室（纠纷办 ）负责协调、处理全院的医疗投诉、纠纷工作。

（四）其他职能部门负责与本部门有关质量工作的协调，包括医院内部或个人之间的工作协调。

六、协调工作纪律要求与奖惩

（一）按照工作协调基本职责分工，认真履行工作职责，树立大局意识、整体观念，通力牵头、全力配合、相互支持，各负其责、各司其责，不推诿、不懈怠，高效率、高质量完成各项工作任务。

（二）在工作过程中，如遇难以协调完成的工作任务，必须及时向院长或分管领导汇报与沟通。不得坐视不管，推诿扯皮。

（三）对于在工作中尽职尽责、勇挑重担、积极配合、圆满完成各项医疗质量工作任务的给予表彰。

（四）如工作不协调，影响工作目标任务的完成，依据影响医院工作的严重程度给予相应处罚。

1、不认真履行岗位职责，拒不接受新任务的职能部门和工作人员，经过协调和批评教育仍不改的，扣罚当月职务津贴，取消当年评先、评优及职称聘任资格。

 2、对因扯皮推诿、玩忽职守而造成重大医疗质量问题，或严重影响医院医疗整体质量计划、目标实现，或严重影响医院形象的，撤消该科室负责人职务，调整当事人的工作岗位，扣罚绩效工资，取消当年评先、评优、晋升职称资格。遇有违法行为的，按司法程序处理。

医院质量与安全管理委员会工作职责

一、医院质量与安全管理委员会是医院质量和安全管理的专门机构，负责全院质量和安全管理工作的指导、检查、协调。

二、医院质量和安全管理委员会统一领导和协调医院各相关委员会的工作,不定期召开多部门质量与安全工作协调推进会，解决协调各相关委员会工作。

三、督促各管理委员会贯彻卫生行政部门制定的各类质量管理标准、制度、流程。

四、督促各管理委员会及有关部门，按照医院总体质量和安全管理目标，做好有关质量与安全指标的监测、考核与评价工作，认真研讨本领域内质量相关问题，提出改进方案，推动相关领域的质量与安全工作，实现质量与安全的持续改进。

五、听取各管理委员会工作报告，审定医院年度质量管理目标和工作计划，及时研究解决医院质量与安全管理存在的问题，推进医院质量与安全管理持续改进。

六、定期组织各管理委员会开展质量与安全教育和培训工作，提高全员质量与安全意识。

# 医疗设备管理制度

## 第一章　总　　则

第一条　为了加强医院关于医疗设备的论证申请、招标采购、设备验收、日常使用、设备管理、维护保养和资产处置等方面的管理，根据国家卫生和计划生育委员会有关规定、《医疗器械监督管理条例》（国务院令第650号）（2014年）、《医疗器械使用质量监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局第18号令）（2015年）、山东省卫生和计划生育委员会有关规定、《山东省大型医用设备配置与使用管理实施办法》（鲁卫规财发〔2005〕5号）、青岛市卫生和计划生育委员会和即墨市卫生和计划生育局相关管理规定，制定本制度。

第二条　医院临床科室、医技科室、医辅科室、相关职能科室关于医疗设备的一切相关事宜，均参照本制度实施。

## 第二章　定义范围

第三条 本制度中的医疗设备所指范围，以国家食品药品监督管理局《关于印发<医疗器械分类目录>的通知》（国药监械[2002]302号）中定义的医疗器械分类目录为准。

第四条 按医疗器械管理的体外诊断试剂产品，不属于本制度职责范围。

用于医疗用途的其他设备，或为医疗设备配套的产品、附属设施，可参照本管理制度。

## 第三章　论证申请

第五条 医院任何医疗设备的购置，应由使用科室负责人填写《医疗设备购置申请表》（附件1）、科室物品购置单或其他书面形式，报送至医疗设备管理部门（现为：医疗设备科，下同）或使用科室主管领导，由医疗设备管理部门汇总后，报送至医疗设备主管领导，由主管领导根据申请的医疗设备的性质、用途和价值，提出购置意见。

第六条 国家规定的大型医用设备的申请计划，使用科室在申请购置时，应由一定的预见性，提前提出申请计划。

使用科室除填写《医疗设备购置申请表》外，还应填写《高值大型医疗设备购置可行性论证报告》（附件2），详细写明设备购置的必要性、配置证办理情况、使用人员配置情况、场地准备情况、效益分析等，避免出现大型医疗设备在购置后出现闲置的情况。

第七条 使用科室对其他高值医疗设备的申请，也应提供相应的医疗设备论证材料或具体说明。

第八条 对于医疗设备年度性采购计划，或由国家、省、市各级卫生主管部门文件通知的相关计划安排，由医疗设备管理部门根据医院各科室的具体情况，提出医疗设备购置计划，报医院批准后，方可上报实施。

## 第四章 招标采购

第九条　医疗设备的招标采购实行统一管理，由医疗设备管理部门根据使用科室提报的购置计划，报医院批准后统一采购，其他部门或者人员不得自行采购。

第十条　医疗设备采购时，须严格按照政府采购办批准的方式和医院批准的项目进行，属于政府采购目录或集中采购招标范围内医疗设备，按规定委托有资质的招标机构进行采购。

第十一条 对于医院自行招标采购的项目，应做到公开、公平、公正，应在医院官方网站发布或院内公式栏张贴招标文件或招标通知。

第十二条 对于急需和因特殊情况不适合招标采购的医疗设备，可采用询价或定向单一来源采购，但应报医院批准，属政府采购范围的应报政府采购部门批准。

第十三条 医院根据职能科室职责划分及相关人员安排，制定招标采购部门组成人员名单，由招标采购部门根据医院授权，进行医疗设备的招标采购活动，并对医疗设备招标采购项目在必要时做出解释，处理相关事宜。

第十四条 医疗设备采购部门制定相应的职责制度，明确组成人员的责任，保存招标采购的相关资料，根据招标流程组织招投标（附件3）。

第十五条 医疗设备采购部门应严格审查投标人的相关资质，必须提供所投医疗设备在投标期间有效的医疗器械注册证或备案凭证，以及要求提供的其他证明文件。

## 第五章 设备验收

第十六条 医疗设备确定供货方后，管理部门应及时与供货方签订《即墨市中医医院医疗设备采购合同》（附件4）。

第十七条 医疗设备根据合同要求的供货期到达医院后，管理部门应及时审验货物的包装运输情况，主要查看包装数量、包装是否完整、包装外标识是否与合同写明的设备一致。

第十八条 医疗设备到达医院使用科室后，应与使用科室做好交接，对于一时不能安装的医疗设备，应确定好暂时存放位置，一般置于使用科室内部仓库，或由医院监控可以观察到的地方，并联系合同供货方确定安装时间。

第十九条 医疗设备的安装，须由生产厂家安排技术人员或合同供货方技术人员，在医疗设备管理部门和使用科室的监督下，开启外包装，进行设备的安装。

第二十条 医疗设备安装后，合同供货方、使用科室、医疗设备管理部门应共同验收，查验设备的名称、型号、数量（含：配件数量），查验医疗器械注册证或备案凭证是否与安装设备一致，并填写《医疗设备安装验收记录》（附件5）。

第二十一条 对于验收不合格的医疗设备，责令合同供货方按照合同要求，提供合格产品。设备发票需在合同设备验收合格后，才能签字进入付款程序（签字顺序：使用科室负责人，医疗设备管理部门负责人，审计科负责人，主管领导，医院法人，财务科负责人，财务科会计）。

## 第六章 日常使用

第二十二条 医疗设备安装验收合格后，由管理部门与使用科室专管员共同办理使用手续，增加到使用科室医疗设备固定资产台账中。

第二十三条 医疗设备在日常使用中，使用科室应建立医疗设备使用记录，并按实际使用情况做好记录。

使用科室应做好设备的初级保养（设备外表的清洁、配件的保管、使用科室内部编号等）。

第二十四条 使用科室医疗设备专管员应定期清点科室内医疗设备的种类、数量、设备状态（在用、备用、停用、报废）、外接情况、归还情况等，并建立使用科室内部医疗设备的出借记录。

第二十五条 对于经由医疗设备管理部门认定的超期使用、无法维修的医疗设备，使用科室专管员应及时告知科室负责人、护士长。

第二十六条 医疗设备专管员应根据要求，参加由医院相关职能科室安排的关于医疗设备方面的培训、学习、检查，并将参加情况纳入医院科室管理考核。

## 第七章 设备管理

第二十七条 医院成立医疗设备管理委员会，由医疗设备管理部门对使用科室的医疗设备进行具体的质量监督管理工作（附件6）。

管理内容主要包括以下几个方面：

1、医疗设备的建档工作；

2、医疗设备的调配工作；

3、医疗设备的检查工作；

4、医疗设备的维修保养；

5、医疗设备的检验工作；

6、医疗设备的报废处置。

第二十八条 医疗设备管理部门应建立完善的技术档案，内容包括：申请、合同、名称、型号、医疗器械注册证或备案凭证、供应商资质材料、安装验收记录、维护保养记录、报废手续等。

第二十九条 医疗设备管理部门有权在发生突发事件、公共安全事件或其他紧急情况下，口头请示主管领导或医院法人，调用使用科室的医疗设备，并在事中或事后形成书面材料或调用单，报相关使用科室和主管领导审核。

第三十条 医疗设备管理部门需定期检查使用科室医疗设备使用情况（附件7），内容包括：使用年限、使用频率、使用性能、使用安全、使用建议等。

第三十一条 医疗设备管理部门负责大型医用设备、特种设备类医疗设备的注册、台账建档、定期检验、报废工作，并督导使用科室相关人员技术资格、操作资格的获得情况。

对全院急救、生命支持类医疗设备建立独立的台账资料，确保该类设备始终保持在待用状态，并做好监管，定期检查，形成监管记录（附件8）。

对医院保障类医疗设备进行规范管理，建立相关制度和医院应急调配机制（附件9）。

对医院重点科室如急诊室、手术室、麻醉科、重症监护室、血液透析室、介入室等，根据科室实际工作需要，进行特别管理。

## 第八章 保养维护

第三十二条 医疗设备管理部门负责医疗设备的维护保养。

第三十三条 医疗设备管理部门人员，要分工明确，严格岗位职责和工作制度（附件10）。

## 第九章 资产处置

第三十四条 医疗设备达到使用年限、强制报废或因各种原因确实无法使用的，做报废处理。

第三十五条 医疗设备报废时，应由使用科室向医疗设备管理部门提出申请，根据医院固定资产管理要求，填写固定资产报损单，并由使用科室负责人签字确认。

医疗设备管理部门根据下列条件之一，判定医疗设备报废的初步意见：

（1）使用年限达到国家强制报废范围的；

（2）超过使用寿命或性能下降明显，经修理仍不能达到使用要求的；

（3）设备型号停产、主要零配件停止供应的；

（4）设备损坏，修复主要功能后仍存在使用安全隐患的；

（5）设备损坏，无法维修的。

第三十六条 医疗设备管理部门应实地检查使用科室待报废的医疗设备具体情况后，方能做出报废决定，报医院相关部门或领导确认后，根据医疗设备原有价值，经主管领导、法人、医院办公会等做出最终处理意见，由医疗管理部门将处理意见报固定资产管理办公室。

第三十七条 符合报废条件的医疗设备，需按照政府财政部门要求，由指定的固定资产处理机构进行回收并办理有效手续。

对能够继续作为备用配件使用的医疗设备，需由医疗设备管理部门向固定资产管理部门提出申请并同意后，留作备件使用。

对国家规定的特种设备类医疗设备，须到国家相关管理机构办理报废手续，并保留合法有效的材料以备检查。

对有毒物质残留、放射类物质残留的医疗设备，在报废时应向政府财政部门指定的固定资产处理机构说明。

第三十八条 任何使用科室、医疗设备管理部门、固定资产管理部门或个人，均不得私自对医院的医疗设备做出处理，有违反规定要求的，做出严肃处理。

## 第十章 附 则

第三十九条 本制度由医疗设备管理部门制定，医院审查监督实施。

第四十条 本制度根据国家相关规定以及上级部门规定和意见，根据医院发展和实际情况，适时适当修订。

# 医用耗材管理制度与程序

**为加强医院医疗器械及一次性医疗用品的管理，杜绝购销中的不正当行为，特制定以下管理办法。**

**一、首先由使用科室向医院材料科提出申请，并对其临床效果和经济效益进行论证。**

**二、材料科接到科室的申请后就有关资料等相关信息进行调研，并将调研情况上报医院。**

**三、医院组织有关人员进行讨论，并有分管院领导、材料科主任、使用科主任、使用人员等到医院对材料的型号、性能、价格等进行考察，最后将结果报院委员会研究决定并组织实施。**

**四、在公开、公正、公平的原则下，对至少2个以上的商家进行议标或招标，其价格原则上不得高于同地区同类型号产品的价格。**

**五、一次性医疗用品，包括各种试剂、高值耗材，严格按青岛市招标管理办法执行，任何科室不得擅自采购使用。**

**六、一次性医疗用品和各种物品时，任何人不得接受厂家、代理商的吃请，不得接受礼品、现金、有价证券等。**

**七、采购计划每月由材料科库管人员制定采购计划上报科室负责人，科室负责人审阅签字后计划方可发出。**

**八、采购医用材料时应遵循质量第一的原则，把好采购质量关。**

**（一）、医用材料应当由采购部门实行统一采购，临床科室不得自行采购。**

**（二）、采购医用材料应当同时符合以下基本条件。**

**1、产品必须具有有效的《医疗器械注册证》，同时该产品必须是供方《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》的产品范围。**

**2、供方必须具有有效的《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》和《营业执照》。**

**3、具有产品合格证。**

**4、产品的标签、包装标识和说明书符合规定且使用规范化汉字（可以附加其他文种）。**

 **（三）首次经营的品种应建立质量审核制度，质量审核包括索取产品技术标准、质量检验报告书，签订质量保证协议等，并建立档案。**

 **（四）质量管理员应做好首营品种的审核工作，审核时应查明以下加盖供方公章的证件、材料，并建立档案。**

**1、《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》。**

**2、《医疗器械产品注册证书》及注册登记表。**

**3、《营业执照》。**

**4、企业法定代表人的委托授权书原件，委托授权书应明确授权范围。**

# 一次性使用医疗用品管理制度

**一、 一次性使用无菌医疗用品必须由材料科统一集中采购，使用科室和任何个人不得自行购入和试用。一次性使用无菌医疗用品购进前的资质审核程序应按《医疗器械供方资质审核及评价制度》执行。**

**二、采购人员对每次采购的一次性医疗用品进行验收，验收内容：①供货单位、商品名、规格、单位、生产企业、数量相一致;②每箱（包）产品的名称、检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标识和失效期等；③内外包装应完好无损，包装标识应符合国家标准；④进口的一次性导管等无菌医疗用品应具备灭菌日期和失效期等中文标识及报关单。验收人员应填写验收表并签名存档。**

**四、医用材料科设置一次性使用无菌医疗用品专门库房，专门库房应符合一次性使用无菌医疗用品储存要求（如干湿、通风性安全性，储存达到用品距地面≥20cm,距墙壁≥5cm,距天花板≥50cm等要求，等等）。**

**五、医用材料科应建立一次性使用无菌医疗用品出入库登记制度，对一次性使用无菌医疗用品出入库进行完整登记。未经验收、验收不合格、包装破损、失效、霉变的产品不得入库。入库物品按失效期的先后顺序存放。**

**六、医用材料科若已入库产品有不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止发放、使用。**

**七、一次性使用无菌医疗用品必须严格按要求一次性使用。各科室使用一次性无菌医疗用品前应认真检查，若发现包装标识不符合标准，包装有破损、过效期或者产品有无不洁等不得使用。**

**八、科室使用时若发生热原反应、感染或其他异常情况时，必须及时留取样本送检，按规定详细记录，并立即报告医院感染管理委员会及医疗器械不良事件管理委员会。**

**九、一次性使用无菌医疗用品使用后，必须按照国务院《医疗废物管理条例》规定进行无害化处置。**

**十、医院感染管理委员会须履行对一次性使用无菌医疗用品的采购、管理和回收处理的监督检查职责。**

# 医用材料采购管理办法

**一、 目的**

 **为进一步加强医用材料的管理，规范医用材料采购管理规定，现将我院医用材料采购管理工作做如下规定。**

**二、 适用范围 适用于医用材料采购管理规定。**

**三、 职责**

**3.1分类：医用材料和医用试剂等。**

**医用材料分：一次性使用医用材料，非一次性使用医用材料，植入性医用材料等。**

**医用试剂分：检验生化试剂、医学科研试剂等。**

**3.2医用材料在采购前查对产品信息进行索证、查证。**

**3.3依据医院采购流程、采购新增以及常规耗材，未经使用科室的科主任或医院主管部门审核同意的产品，一律不得自行采购。**

**3.4对临床领用材料进行使用质量跟踪，对使用部门反应的质量问题，及时报告负责采购的主管部门主任，做到及时处理。**

**3.5实时调查维护供应商资质证照，每年年底依据各种评价参数对供应商做出评价，对不合格供应商及时更换。**

**四、工作程序**

**4.1 使用科室经由主任提交《审批表》后，经医院分管院长审批同意后，交材料科采购。**

**4.2医用材料在采购前查对产品信息进行索证、查证（包括营业执照、生产许可证、经营许可证、厂商授权书、法人委托书、价格信息、医保编码等）,由材料科和院感办审核。**

**4.3新增的一次性使用医用材料在采购前要货比三家，经使用科室试用比较后，确定最终供货商，并将试用结果填写在《使用科室意见》表单上。**

**4.4新增的医用耗材，由申请科室填写《医用材料审批表》，医院管理部根据使用部门的意见综合考虑，确定所选产品，经由设备信息管理部、财务科、医保办、医务科、业务院长、主管院长，各级部门负责人审核同意后执行。**

**4.5若供货商更改或更名，新供货商需填写《供货商更名、代理商变更审批表》，由材料科和院感办重新审核三证等资料。**

**4.6督促临床使用部门每月填写《可疑医疗器械不良事件报告表》，对不良医用材料及时反映处理。对有严重质量问题的医用消耗品应及时报告负责采购的主管部门主任，并做好不良情况记录， 为今后采购采购时提供评估依据。问题产品调查及处理结果及时反馈给使用科室，并上报市药品不良反应监测中心。**

**4.7每年年底对供货商所供产品，进行产品质量、响应速度、售后服务等各方面服务质量评估。**

# 一次性无菌医疗器械使用及用后销毁制度

**根据国家《一次性使用无菌医疗器械监督管理办法》制定本单位管理制度。**

**一、无菌器械必须从持有《医疗器械经营企业许可证》的经营企业购入和使用。**

**二、购入的无菌器械有专人进行验收，检查标示，检查有效期等，不符合规定的不得入库。**

**三、科室领取的一次性使用无菌医疗用品，应存放于清洁温度适宜、通风良好货架上。并分类放置于无菌物品存放处。一次领用不宜过多，并按日期先后顺序排列使用。**

**四、医务人员在使用一次性医疗用品前，应细查小包装是否洁净、霉变，标识是否清楚。如发现质量可疑产品时，应停止使用并及时报告采购部门及卫生行政部门，和药品监督管理部门。**

**五、在使用一次性无菌医疗用品过程中，严格按照无菌操作规程进行，临时开启，立即使用，避免放置时间过长，在操作规程中一次性使用用品疑被污染或已经污染，应立即更换，禁止重复使用，防止用消毒灭菌及安全问题没有监测到，用后给患者带来安全隐患。**

**六、任何科室和个人不得将使用的一次性医疗用品丢弃、出售、赠送，也不得混入普通生活垃圾中。**

**各科室对产生的医疗垃圾按《医疗废物分类目录》分类收集，感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物、化学性废物不能混合收集，医疗废物要置于符合《医疗废物专用包装、容器的标准和警示标示的规定》的包装物或容器内。**

# 医疗器械不良事件监测和报告制度与程序

**为进一步规范我院医疗器械的使用，积极开展医疗器械不良事件监测工作，根据《医疗器械监督管理条例》、《医疗器械不良事件监测和再评价管理办法（试行）》及相关法律法规的规定，结合我院实际情况，修订完善本制度。**

**一、医疗器械不良事件的定义及产生的主要原因**

**医疗器械不良事件是指获准上市的、合格的医疗器械在正常使用情况下，发生的或可能发生的任何与医疗器械预期使用效果无关的有害事件。**

**医疗器械不良事件产生的主要原因有：**

**（一）产品固有的风险；**

**（二）医疗器械性能、功能故障或损坏；**

**（三）在标签、产品使用说明书中存在错误或缺陷。**

**二、医疗器械不良事件监测的意义及报告的范围**

**医疗器械不良事件监测是指对可疑医疗器械不良事件的发生、报告、评价和控制的过程。医疗器械与药品一样，具有一定的风险性，特别是那些与人体长时间接触、长期使用、植入人体内的医疗器械，在其对疾病诊治的同时，不可避免地长期存在着相应的风险。医疗器械上市后，只有通过对在使用中发生的不良事件的监测和管理，才能最大限度地控制医疗器械潜在的风险，保证医疗器械安全有效地使用。**

**获准上市的、合格的医疗器械在正常使用情况下，发生的或可能发生的任何与医疗器械预期使用效果无关的、并可能或者已经导致患者死亡或严重伤害的事件和重点监测品种发生的所有不良事件均应报告。**

**三、我院医疗器械不良事件监测的管理组织是“即墨市中医院医疗器械不良事件监测管理小组”。日常工作由医用材料科负责。**

**四、医疗器械不良事件监测报告的时间要求**

**使用无菌器械发生严重不良事件时，应在事件发生后24小时内报告。**

**发生导致死亡的不良事件时，应于死亡事件发现或者知悉之日起5个工作日内报告。**

**发生导致严重伤害、可能导致严重伤害或死亡的不良事件时，应于事件发现或者知悉之日起15个工作日内报告。**

**五、报告的程序**

**如出现可疑医疗器械不良事件，由各临床使用科室的兼职监测员填写《可疑医疗器械不良事件报告表》报医院设备科，由医院设备科报经医院医疗器械不良事件监测管理小组研究后，上报食品药品监督管理部门和卫生行政部门。**

# 高风险医疗器械可追溯制度

**一、为贯彻《医疗事故处理条例》为保证医疗器械使用安全、有效，为保证人民健康和生命安全，在发生医疗器械不良事件时，能够第一时间找到患者，追溯医疗器械的历史，必须加强高风险医疗器械的管理和制度的建立。**

**二、高风险医疗器械即植入人体或对人体有一定潜在危险或对人体生物学上的相容性及受阳光、辐射、电磁、微波等能量，能对人体造成加大危害的医疗器械。**

**三、医疗器械可追溯性，就是对医疗器械原料及部件来源，产品加工情况，销售情况，使用情况进行追踪，通过可追溯性，可以追溯到每个具体的植入性，介入性，医疗器械生产情况，销售情况，使用情况，可以明确使用患者的情况，以及由此产生的不良反应。**

**四、高风险医疗器械可追溯方式，医疗机构主要采用从使用到生产的自下而上的追溯方式。也就是从患者到使用单位到经营公司到生产厂家的追溯方式。这种方式适合于使用终端发现了产品问题后层层追溯查明原因，或者是向上追溯查明产品是否属假冒或重复使用等情况。**

**五、对于植入性介入性高风险医疗器械，在管理类别上属三类医疗器械，是要求从生产，经营到使用进行全程追溯的器械，以序号为追溯主线，和识别关键，对每个器械进行追溯。**

**六、对于不植入体但风险较高的器械，如一次性注射器等，这类产品是以批号为识别关键，一般不为每个单独器械编上序列号，仅以批号为追溯主线。**

**七、对于某些成批生产的植入性或介入性医疗器械，在标示批号的同时还为其加上一个独特的序列号，这样就做的了序列号和批号相结合的追溯方式。**

**八、医院使用科室对高风险医疗器械的使用进行详细的记录存档。记录内容包括：患者姓名、性别、年龄、住址、联系方式、诊断、手术情况、植入产品品名、规格、型号、批号、生产厂商。**

# 医用高值耗材采购制度

**高值耗材是药品监督部门重点监控的医用材料，直接影响着广大人民群众的生命安全。为了加强我院医疗高值耗材的采购管理，为临床一线提供有力的保障。现根据上级文件精神制定有关医疗高值耗材的采购制度如下：**

**一、院内所有医用材料及高值耗材的采购必须严格遵守国家的法律法规及医院的有关制度执行。**

**二、定义：指直接作用于人体，对安全有严格要求，生产使用必须严格控制，价值相对较高的消耗型医用材料。**

 **类别：心脏介入类、外周血管介入类、神经内科介入类、心内科类、骨科材料及器械类、人工器官消化材料类、眼科材料类（晶体）、神经外科类（硬脑膜、钛网），胃肠外科类（吻合器）等。**

**三、医用耗材采购需求由使用科室以书面形式向医用耗材管理科提交申请。**

**四、经院医疗仪器设备采购专家小组集体论证通过后，方可按规定程序进行采购。**

**五、采购医用耗材活动中，采购单位应向供应商索取、审查、保存以下加盖供货单位公章的资质证明文件复印件或原件：**

**（一）《营业执照》复印件；**

**（二）《医疗器械生产企业许可证》复印件和《医疗器械经营企业许可证》复印件；**

**（三）相关产品注册证书、附件的复印件；**

**（四）高值医用耗材生产企业或进口总代理商开具的授权委托书复印件，授权委托书应明确授权范围；**

**（五）高值医用耗材销售人员的身份证明。**

**六、采用招标方式的，必须遵守《招标投标法》有关规定。**

**采用其他采购方式的，医用耗材品牌、渠道、价格的确定由医疗器材采购小组负责。**

**七、参与医疗器械采购小组工作的人员应当客观、公正地履行职责，对所提出的评审意见承担个人责任。与供应商有利害关系的人员应执行回避制度。**

**八、党政领导班子对纪检监察部门在实施监督过程中或受理投诉调查中发现的违规行为，应及时予以纠正，并依相关规定进行处理。**

**九、医疗器械采购小组及其职能部门的工作人员在医用耗材采购项目申报审批和采购过程中玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊、收受贿赂的，按干部管理权限追究行政责任。**

# 植入器械购入使用审核管理规定

**为了加强医院医用材料临床使用安全管理工作，降低使用风险，进一步规范我院医用材料的购入审核管理工作，确保购入的材料生产企业、经销企业资质、证件符合国家有关规定，材料质量合格，保证临床使用安全，根据卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范》，特制定我院医用材料购入审核管理规定如下：**

**一、 临床科室需要使用医用材料（特别是植入材料）时，必须向分管领导提出申请，审批同意后由材料科联系购入。**

**二、 经销企业将本产品生产企业的生产许可证、注册证、营业证、经销企业的经营许可证、营业证，产品合格证，消毒产品外加卫生许可证、卫生安全评价报告等各类证件连同材料一起送交材料库，由材料库及院感科审核合格后方可使用。**

**三、审核后的材料由各科室人员领用灭菌后供临床使用**

**四、急症手术科室直接先联系的特殊材料，24小时内需将所有证件补交材料科。**

**本规定自2017年3月开始执行，望有关科室认真实施，如有违反根据考核规定进行处理。**

# 医疗器械采购管理办法

一、单价50万元（含）以上的医疗设备，由使用科室提出申请、论证，医疗设备科汇总，制作年度固定资产投资计划，经主管院长、院长、理事长审批。

政府投资部分，严格按照政府采购流程办理。

自筹资金部分，严格按照即墨区卫生和计划生育局相关规定办理。

二、高值耗材、单价10（含）-50万元的医疗设备，由使用科室提出申请、论证，经主管院长、院长、理事长审批，医院招标采购小组组织，以公开招标、竞争性谈判、单一来源等方式采购。

三、普通耗材、单价3（含）-10万元的医疗设备，由使用科室提出申请、论证，经主管院长、院长、理事长审批，医院招标采购小组组织，以公开招标、竞争性谈判、单一来源、询价议价等方式采购。对于重复采购的医疗设备可以按照之前的招标结果顺标。

四、单价1（含）-3万元的医疗设备，由使用科室提出申请，经主管院长、院长、理事长审批，与经销商签订采购合同后采购。

五、低值耗材、1万元以下的医疗设备，由使用科室提出申请，经主管院长、院长、理事长审批后采购。

# 新员工岗前培训制度

第一章 总 则

第一条 为使新员工深入了解医院历史、文化和各项规章制度，提高新员工的工作能力和工作信心，培养新员工的团队协作精神，尽快适应工作环境，胜任未来工作，特制订本制度。

第二条 所有新进员工均须在规定时间内完成医院和部门的岗前培训。

第二章 培训内容

第三条 对于新进人员的岗前培训分为二个部分：院级岗前培训和部门岗前培训。

第四条 院级岗前培训由政工科组织，事先制定岗前培训计划，经院领导批准后实施。

第五条 院级岗前培训的内容包括以下几个方面：

1、医院总体介绍

2、医院文化教育、规章制度和主要工作流程介绍

3、医院工作人员职业道德及礼仪教育和以病人为中心的服务理念教育

4、安全保卫、消防知识教育

5、医院感染知识教育

6、医疗质量要求教育及医患沟通教育

7、如何合理用药

第六条 部门岗前培训一周内由部门负责人组织，确保本部门新员工完成岗前培训的全部要求，岗前培训完成后，新员工所在部门负责人对新员工工作能力进行评价考核。

第七条 部门岗前培训的内容，由各部门自行组织安排，但必须具备下列三项：

1、对新员工的要求及工作人员岗位职责介绍;

2、基础知识和专业技能的教育培训;

3、实际操作技术的培训

第三章 培训办法及要求

第八条 新员工报到后，由人事科具体负责组织培训，培训结束后，每位学员上交一份个人心得体会，并对学员进行考核，合格后方可上岗。

第九条 各部门应配合人事科对新员工的培训工作。凡涉及介绍本部门职责、功能的，均应认真准备、准时到岗。

第十条 培训形式：讲座、座谈交流、现场见习等。

第十一条 培训考评

1、理论考试进行考评。

2、培训考评结果作为正式聘用的依据之一，对在培训中表现极差的，医院可以予以辞退。

第十三条 临时工、进修生和实习生岗前培训工作由各部门负责安排，内容包括医院总体介绍、规章制度、和主要工作程序介绍、工作职责、感染控制和安全保卫教育。

第十四条当年调入、借用新上岗的职工，参照本制度执行。

# 临床教学管理制度

一、教学管理组织机构

1.我院临床教学管理组织机构由医院、科教科室两级组成。在管理上实行分管院长负责制。

2.科教科是医院教学工作的职能管理部门，下设相应的教研室。

3.临床、医技科室指定一名人员作为科室的教学组长，协助科主任完成教学工作任务。

二、工作职责

（一）分管院领导职责

1.对院长负责，领导和主持全院教学工作，贯彻执行国家教育方针，完成临床教学任务。

2.领导教学管理部门制订医院教学计划，督促、落实任务，定期检查考核，做好总结评比。

3.主持召开医院教学工作会议。

4.对教学重大事宜做出决策。

（二）科教科职责

1.在分管院领导的领导下，组织贯彻上级有关教学方面的方针、政策，执行各实习院校的教学、实习大纲。

2.根据各实习院校的教学、实习大纲，组织各专业的教学、实习实施计划，拟订和修改教学管理规章制度。

3.指导各科室对教学、实习工作的实施，检查教学、实习计划落实情况，组织监考、阅卷。

4.组织各科室开展教学质量评比，努力提高教学质量。

5.建立、健全教学、实习档案。

6.负责组织对本院带习教师的年度考核，评选优秀带教老师。

7.负责组织实习生的医德医风、行为规范、医院有关制度的学习，搞好岗前培训。定期检查实习完成情况，了解实习学生的学习态度，职业道德，劳动纪律等情况，发现问题及时解决，重大问题，事件及时向各实习院校汇报，对违纪学生提出处理意见。

8.负责考核学生的劳动纪律。特殊情况需书面申请请假。一天由科主任批准。三天以内由业务部批准。三天以上由各实习院校的学生主管部门批准

9.负责编排学生实习科室轮转表，督促各科室认真带教，保证质量。学生实习结束后，代表医院对学生实习情况作出鉴定意见。

（三）科室职责

1.科室是医院教学的基层组织，直接对医院负责，在教学管理部门的领导和直接指导下，按照教学实习计划的规定，努力完成任务，不断提高教学质量。

2.科室实行主任负责制。

3.组织执行教学计划，根据业务部下达的教学任务，落实代教教师。

4.向科教科反馈教学、实习的具体意见和建议。

5.组织教学、实习评估，负责科室教师的年度考核。

6.负责考核学生的劳动纪律,特殊情况需书面申请请假,请假批准权限按医院相关规定执行。

（四）教学组长职责

1.在科室主任领导下，负责安排本科室的教学、实习工作。

2.组织本科室的理论教学及临床小讲课。

3.尽量安排各种基本技能操作，加强基本训练，培养学生独立工作能力。

4.组织本科室对学生进行理论考试，临床技能考核，填写实习生出科成绩。

5.负责本科室教学，实习质量控制。

6.负责收集、整理、保管教学、实习有关的文件资料。

7.处理本科室教学、实习工作的日常事务。

（五）带习教师职责

1.带习教师应严于律已，为人师表，教书育人。

2.教师应服从教学安排，以培养学生为已任，对学生的业务水平、职业道德负责，按教学计划要求，精心传授知识。

3.对学生的实习情况和纪律进行监督。

4.对典型病例要理论联系实际进行讲解，认真回答学生提出的问题。

5.认真修改学生书写的医疗文件。

6.给学生公正评分，鉴定意见要实事求是。

三、临床教学管理办法

（一）教学安排

1.带习教师保持相对稳定，不频繁更换。

2.科室安排小讲课，每月不少于2次。

3.同时按科教科安排，完成全院性实习生大讲课任务。

4.在病房实习的学生，原则上每人应分管3－5张病床。

5.病房每周必须安排一次教学查房。

6.病房实习学生原则上每科书写完整病历至少3份，并交指导教师修改。

（二）带习方法

1.学生进入病房实习即由带习教师安排管理病床。在检查病人、实际操作、管理病人、必要的护理病人和医疗文件书写中，可在老师监督下学生先动手，教师指导、审查、修改，并教会学生观察病情，督促学生完成各种医疗任务，培养严密的工作作风。

2.在临床工作中碰到典型、疑难、复杂病例，立即组织全科实习示教，带习教师随时讲解加深学生印象。对学生在诊治中存在的问题，教师应有针对性地进行纠正。

3.根据医院师资情况，可集中实习生举行专题讲座、报告会、讨论会、典型病案示教等，让学生生动活泼的学习。

（三）成绩评定

1.学生实习结束离开科室，应进行出科考试，考题内容以实习大纲的基本要求为准，也可结合科室讲课内容。口试、笔试均可，可采取问答、抽题、多选题、是非题、床旁测验等多种形式。

2.学生实习成绩应客观反映学生实际水平，不得弄虚作假。

3.成绩评定应由科室主任、教学组长、直接带习教师的意见为主。

4.成绩评定以教学大纲，成绩评定评分表为标准。

5.对实习学生的评语，要求实事求是，基本能反映其业务能力、政治思想组织纪律、医德医风等综合状况。

# 员工培训管理制度

为建设一支高素质、高效率、高水平的员工队伍，实现员工培训工作的规范化、制度化、科学化，特制订本制度。

一、总则

1、开展员工培训，目的在于有效开发医院人力资源，提高员工素质，激发员工潜能，提高工作绩效，使员工能够获得医院发展所需要的知识和技能，从而与医院共同发展。

2、本制度中的培训是指本院员工在特定场合就某一主题进行的学习、讨论、演练等各种提高员工工作技能、素质和处置意外事件能力的活动。

3、本制度适用于本院全体员工。

二、管理职责

1、科教科是医院的培训主管部门，负责医院员工培训工作的统筹管理，其他各职能部门和科室应协调配合共同实施。

2、科教科应根据医院的人力资源状况，以及各部门培训需求计划和医院全年工作安排，制定出医院总体年度培训计划，经批准后组织实施、监督落实情况并组织考核。

3、各职能部门为医院培训的业务分管部门。各职能部门应及时向科教科提交培训需求计划，并积极配合科教科开展培训工作。

4、科教科在培训中的主要职责：

4.1 医院培训体系的建立，培训制度的制定与修订。

4.2 医院培训计划的制定与组织实施。

4.3 对各部门的培训工作进行监督、检查和考核。

4.4 对培训讲师的选择、确定及协助培训。

4.5 外派培训相关事项的管理及外派参训员工的管理。

4.6 培训资料、报表的收集、汇总、整理及归档。

4.7 参训员工的考勤监管。

5、各部门（科室）在培训中的主要职责：

5.1 业务技能相关培训计划的制定。

5.2 业务技能培训的组织实施。

5.3 科教科开展相关培训工作，特别是为新员工指定带教老师，做好新员工入职培训工作。

5.4 本部门（科室）参训员工的组织与管理。

5.5 培训工作总结报告的撰写和呈报。

三 、培训实施

1、制定医院的年度培训计划前，科教科应对医院培训需求进行调查分析。培训需求主要包括以下方面：

1.1 医院发展规划、文化建设需求。

1.2 各职能部门（科室）日常工作业务培训需求。

1.3 医院重点岗位人才培养需求。

2、员工培训的培训师分为外聘培训师和内部培训师两种，培训师由培训组织实施部门和科教科根据培训计划共同协商确定。

2.1 内部培训师采取各部门推荐，科教科选取。

2.2 外部培训师的聘用。外部培训师的聘请由科教科根据医院培训计划，采用与专业培训公司合作或自行联系的方式推选。

3、培训方式

3.1 岗前培训（新员工入职培训）科教科负责组织实施本院招聘的新员工岗前院级培训，相关职能部门予以配合。

3.2 在岗培训：由各用人部门根据岗位技能要求，对员工实施不定期的各岗位在职培训。业务主管部门应制定相关的学习培训制度，加强监督、管理和组织实施。

3.3 外出培训和进修：各部门可根据部门建设实际需求，以及新技术、新项目开展的具体要求，充分调研并经部门讨论决定后提出申请，业务主管部门、科教科和院领导审批同意后方可实施。

4、内部培训前期准备

4.1 培训组织实施部门必须根据培训计划，明确培训主题和主要内容，确定培训师、培训对象、培训时间、培训地点，做好培训资料准备。

4.2 为确保培训整体效果，培训组织实施部门应事先与参训部门沟通，确保参训率达到80%以上。

4.3 培训组织实施部门拟定培训通知并下发，做好培训场地环境布置、教具借调、培训设备安装调试、通知讲师及受训人员等准备；培训师做好授课备课准备。

5、内部培训组织实施

5.1 培训组织实施部门应组织参训人员在《培训签到表》上签到，同时发放培训相关资料。

5.2 培训组织实施部门负责人负责主持培训，向参训人员介绍培训师、培训主题及培训意义等，同时宣布培训纪

5.3 培训师进行现场授课，培训组织实施部门人员做好培训工作的相关记录。

6、培训期间的考勤管理

6.1 所有参训员工自收到培训通知之日起，应合理安排本职工作及私人事务，确保准时参加。

6.2 培训期间的所有员工上课时均应维护本院的员工形象，并自觉遵守本院的各项规章制度。

6.3 员工参加内部培训时，应在培训记录表上签到，避免迟到早退的现象发生。培训记录表由科教科存档备查。

6.4 员工外出进修培训时，需持经院领导签批后的《外出进修培训申请单》至科教科并签订培训协议，培训协议签订后方可外出。

6.5 员工参训期间，未向科教科请假或请假未批准而未参加培训的，其培训缺勤课时将按旷工处理。

6.6 员工如因公或其他紧急事宜确实不能参训的，需至少提前办理请假手续，经部门负责人签字同意后交科教科备查。因特殊原因未能提前请假的，应到科教科说明原因，并补办请假手续，否则按旷工处理。

7 、外派培训进修

7.1 外派培训进修可以采取全脱产、半脱产或业余形式，培训费支付方式可以是公费或自费。

7.2 员工参加外派培训必须由科教科代表医院与其签订外派培训协议，对培训费用、培训期间薪酬待遇及培训后服务年限等有关事项进行书面约定。

7.3 员工参加全脱产或半脱产外派培训前，必须与用人部门指定的其它员工作好工作交接。

7.4 员工参加外派培训结束后，应结合岗位工作实际，认真撰写培训心得体会，与培训相关资料一并上交部门负责人及主管领导审阅、存档，作为培训评估的主要依据之一。

7.5 员工参加外派培训结束后，部门认为有必要的，应该由参训员工将培训内容进行整理，为同类岗位的员工进行传达和培训，实现资源共享。

8、员工培训组织实施部门应对培训效果进行评估、总结。

8.1 培训前应了解参训员工的实际知识水平。

8.2 培训中应了解参训员工的掌握情况，以利于培训内容的调整。

8.3 每期培训结束时，组织实施部门应视实际需要分发《培训效果评估表》，供学员填写后收回，并汇总学员意见，作为以后再举办类似培训的参考。

8.4 科教科应对各部门评估培训的成效，定期分发“培训效果评估表”，供各部门主管填写后汇总意见，并结合实际分析评估培训的成效，做成书面报告，呈院领导审核后，分送各部门及有关人员作为再举办培训的参考。

8.5 培训的组织实施部门可以开展培训考核，具体由培训师设置考题，组织实施部门组织参训人员积极参与。

四、培训成果的呈报

1、每期培训结束后一周内，如组织实施部门开展考核工作，讲师应将学员的考核成绩评定出来，连同试卷送科教科，以建立个人完善的培训资料。

2、主办单位应于每期培训结束后一周内填报《培训效果评估表》，送科教科归档。

3、每三个月，各部门应填写“培训实施结果报告”呈科教科，以了解该部门最近在职培训实施状况。

五、培训档案管理

1、员工培训应建立相关的资格档案，全院性的培训档案由科教科负责保管，各职能部门组织实施的培训由各职能部门保管。

2、培训档案应包括

2.1 培训计划、方案、工作总结报告、培训合同、评估资料、各种表单等。

2.2 培训师的聘任、考核资料和相关培训教材、教案等。

2.3 参训员工的评估、考核资料，培训记录表等。

# 进修实习人员管理规定

一、进修、实习人员应坚持党的四项基本原则，在进修、实习期间必须积极参与院内各项政治学习，自觉遵守医德规范、遵守纪律和规章制度。

二、进修、实习人员进科室后，根据本人的业务水平和原单位的要求，由所在科室具体安排（病房、门诊）工作。进修、实习科室确定后不得任意转科。

三、在临床工作中应认真、负责、虚心学习。进修实习人员未经允许，不得擅离工作岗位，其进修、实习方法主要在临床实际工作中学习，并安排一定时间的业务讲座、病例讨论等学术活动。

四、进修、实习人员不得向病员出具病假条和各种医疗证明。

五、进修、实习人员患病时，需经科主任出具病假证明，并到科教科换假条后交回所在科室。病假休息一般不得离开医院，若需回原单位休息，需经所在科室批准，病情未愈需继续在原单位休息时，除有原单位病假条外，必须附单位证明信，并及时寄来科教科。

六、进修、实习期间一般不得请事假，如遇特殊情况，需请假3天以内（包括3天）者，必须按请假条的要求进行请假。全年累计病事假满一个月者，不在保留进修、实习资格。旷工7日者，立即终止进修、实习。

# 临床见习管理制度

一、教研室职责

1.临床见习教学工作由教研室主任负责，主管教学的副主任具体管理，配备专职的教学管理人员。

2.根据教学计划，负责组织拟制临床见习指导及见习成绩考核办法。

3.根据教学计划，安排每学期脱产教学的老师，同时指定具有高级职称的老师作为组长负责本学期各项教学工作的具体落实及指导，指定教学秘书协助组长做好各项教学措施实施情况的记录。

4.教辅人员要按照学校的教学计划及学生分组情况，编排各见习组的见习安排表。

5.教学组长督促老师做好学生见习前的思想教育工作；协助做好见习生的思想政治教育和日常管理工作。

二、教师职责

1.在教研室主任指导下，认真备课、选择病例、写好教案，有计划地组织好临床见习、基本技能训练、批改见习作业、见习考核等教学工作。

2.临床教师必须坚持教书育人，加强学生的医德医风培养及医患沟通技巧，严格组织纪律，协助学生工作处做好学生思想教育和管理工作。

3.严格执行见习生考勤制度，对严重违犯纪律和规章制度的见习生，要进行批评教育，并及时报教研室及有关部门。

4.临床见习重点让学生多见多做、了解诊疗程序、培养学生的动手能力及临床思维能力。

5.在教学过程中，不断探索及改进教学方法，撰写教学论文。

三、见习学生规范

1.见习学生进入临床，必须严格遵守医院规章制度，在带教老师指导下进行见习，未经许可不得进行任何操作。

2.必须着工作服（必要时戴口罩、帽子），携带听诊器进病房，否则不得参加见习。

3.小组进入病房或门诊时，不得迟到、早退、或随意走开。如有事，须事先向带教老师报告，经带教老师同意方可离去。

4.对患者进行体检或询名病史时，要贯彻保护性医疗制度。

5.要尊敬师长、团结同学；关心、体贴病人，向医护人员学习医患沟通技巧、行医之道。

# 带教老师管理制度

一、坚持四项基本原则，以身作则、言传身教，有救死扶伤全心全意为 人民服务的思想，具有良好的医德医风和一定的带教水平。

二、教学工作必须坚持“教学相长”，正确处理“继承与创新”的关系， 使学生得到全面的基础培养，做到热爱中医药事业，学会思维方法，努力做好中西医结合。

三、加强实习生基础知识和技能的培养，坚持以中医药基础理论和技术为主，培养学生严谨求实的敬业精神，通过实际病例的带教，参加课题研究，以及撰写总结、论文，教会学生的基本技能和上岗能力。

四、带教老师要虚心学习学生从学校带来的新理论和新技术，虚心听取他们在业务上的不同意见，耐心解答他们提出的问题。

五、带教老师要认真做好小课、专题讲座、教学查房和病案讨论的备课工作。（一）讲小课可随时结合不同病种的典型病例进行，着重于中、西医的诊疗原则的讲解，以及自己的实践体会，使学生能适应毕业后实际工作需要。（二）专题讲座着重于各种疑难病、危急症的诊疗原则和方法。（三）教学查房和病案讨论，结合病房的危重、疑难病例，以及新开展的技术和方法进行，每季度不得少于二次。

六、批改学生医疗文件，选好教学病例，做好学生转科的考试和考核。

七、督促被带教学生认真执行《实习生管理制度》。

八、服从各级教学管理小组的安排和指导。

九、兼职教授、副教授和讲师对具体的教学工作实行分类指导。

十、带教教师工作职责

（一）住院医师

1.承担毕业实习的临床带教任务，责任心强，带教意识强。

2.按实习要求，遵循跟诊、试诊、独立诊疗三步骤，热情指导，因材施教，发现问题及时纠正或向上级医师汇报；重视实习生的基本技能训练，培养学生独立分析问题和解决问题的能力。

3.注意医德医风的教育，培养良好的医德医风，做到言传身教。

4.按时检查批改学生的病历，做到认真负责，一丝不苟，有签名。

5.协助上级医师组织病例讨论，进行出科考核，并写好实习鉴定。

（二）主治医师

1.承担教研室分配的教学工作及教学行政工作，协助科主任做好学生 的思想政治工作或教学管理工作。

2.全面熟悉本科病人的病情，掌握近期演变情况。

3.重视基础理论知识、技能培养，对教学内容掌握熟悉。

4.指导实习的临床操作，做到查体示范指导规范，手法、顺序正确。

5.能结合病例展开深入讨论，正确分析诊治计划。

6.正确引导学生进行科学的临床思维、耐心解答有关问题。

7.为人师表，做到礼貌待人，作风严谨，着装大方整洁，谈吐温雅。

8.能组织病例讨论，结合实习内容及本科实际介绍经验，讲授小课或 专题讲座。

9.实习结束对实习生思想品德和业务技能方面进行综合评定。

（三）科主任

1.承担实习生的专题讲座工作，并担任学生的思想政治工作或教学研究等方面的管理工作。

2.拟定本科的教学工作计划，了解计划执行情况，指导临床住院医师、 主治医师的带教工作。

3.组织好对带教老师的培养考核、奖惩、晋升、定级和人才交流等工作。

4.处理临床教学工作中出现的难题及问题，对疑难病例具有高深见解。

5.做好上级领导交办的其他教学任务

十一、 奖惩制度

1.各科室奖金分配应有一定比例带教人员的教学补贴。

2.带教人员考核合格者在同等条件下可优先晋升职称。

3.带教人员违反卫生部《医学教育临床实践管理暂行规定》造成后果 的，责任由带教老师承担，并取消带教资格。

4.带教人员违反卫生部《医学教育临床实践管理暂行规定》或带教中未达到教学目的的年度内不得评优。

# 教学设备管理制度

一、医院教学设备由科教科保管，科教科必须对所管仪器设备负完全责任，未经科教科同意，任何人不得自行使用或移动。

二、使用人员必须先进行培训，经技术考核合格后，方准独立使用。

三、教研室需要时应办理借用手续，同时妥善保管所借设备，用后及时归还。

四、教研室保管的教学设备，需经科教科登记，并由教研室主任签收后教研室指定专人负责保管。

五、正确使用教学设备，如发现有损坏，请及时交有关部门维修，保证教学使用。

六、教学设备管理应注意保养和维护，精密仪器应加盖防护罩，并定期检查，发现异常情况，应及时修理，做好维护保养工作。

七、仪器设备应建立《设备使用管理登记本》随机保管，由使用者负责登记。

# 重点专科项目管理办法

第一章 总则

第一条 重点专科建设是创立医院品牌，增强医院竞争实力的一项重要基础性工作；是医院业务建设的重要组成部分，是出成果、出人才、提高医疗技术水平的有效途径。为了加快我院重点专科建设步伐，加强学科管理，根据我院发展规划，结合重点专科建设要求特制定本办法。

 第二条 医院成立“重点专科建设领导小组”，全面负责医院重点专科建设的管理工作。具体办事机构为科教科，科教科在医院重点专科建设领导小组的领导下，对重点专科建设进行具体管理并做好专科评审迎检工作。各专科成立以科主任为核心的专科建设小组，由科主任具体负责专科建设的日常管理工作。并负责接受医院和上级有关部门的检查考核。

第二章 指导明思想和目标

第三条 重点专科建设指导思想。适应医院卫生体制改革和医院市场的需要，更好地把握医院医疗服务的技术水平和发展方向，引入竞争机制，加强动态管理。通过加强重点专科建设，带动医院整体医疗服务水平的提高，满足人民群众对医疗卫生多层次的需要。

第四条 重点专科建设目标。通过对重点专科实行分级管理和目标管理，使专科建设管理逐步科学化、规范化，形成整体推进重点突破的格局，使我院重点专科整体技术水平进入全市乃至全省县级医院的先进行列。专科建设近期目标通过3年建设使1-2个专科达到省级重点专科标准，2-3个以上重点专业项目达到市级重点专科项目标准。

第三章 重点专科设置条件

第五条 根据医疗市场需求和我院实际情况，制定符合医院医疗业务发展计划的重点专科设置规划。

第六条 重点专科名称以部颁诊疗科目为标准。

第七条 以省、市级医院临床重点专科建设标准作为评估重点专科的条件和依据。

第八条 在临床重点专科设置规划内，根据专科发展水平和评审得分择优设置。

第四章 申报和评审

第九条 根据重点专科建设标准对符合省、市及医院重点专科条件的可按下列程序申报

I、首先各专科根据有关标准省、市及医院重点专科标准自查评审。

2、各专科一根据评估情况分类填表申报并准备相应评审材料。

3、医院组织院学术委员会进行院内评审。

4、通过院内评审并确立为医院重点发展的专科，提请并接受省、市重点专科评审组评审。

第五章 重点专科的权利和义务

第十条 享受的权利

1、具有申请资助的资格优先享受省、市卫生行政部门每年拨入卫生事业经费中的重点专科建设经费。

2、享受医院的各种激励政策。

第十一条 承担的义务

1、重点专科必须完成省、市卫生行政部门和医院下达的医疗、科研、教学等方面的指令性工作任务。

2、重点专科建设经费的使用必须接受医院的监督和审计。

3、重点专科接受医院有关行政职能科室的管理和检查考核。

第六章 重点专科建设管理措施

第十二条 医院根据各专科评审情况和医院重点专科发展规划，对专科建设施行项目管理，以项目管理促进专科发展。医院将对重点专科进行跟踪考核，每年进行一次检查，每三年为一个考核周期；考核期内对未达标的重点专科将给予警告。连续两年检查不合格或出现一票否决情形之一者，取消重点专科资格；医院有权视情况，按一定比例从科室扣回所投入的重点专科建设专项资金。

第十二条 技术项目管理措施。按照省、市重点专科建设标准的技术开展项目要求进行管理。在首次检查时达不到省、市级重点专科技术开展项目的学科不得申报省、市级重点专科。通过评审对仍有少数项目未到标准者，各学科应在专科建设周期内按计划完成并通过医院组织的专家验收。对标准中尚未列入的项目，而今后有重大发展趋势或能对医院带来重大社会和经济效益的，继续通过项目申报和项目管理等办法进行管理。对已过时或上级主管部门已明令禁止开展的项目、无社会和经济效益的技术项目，医院有权直接取消。

第十四条 新业务、新技术项目管理措施强化“科技兴院”意识鼓励技术创新。

第十五条 人才管理措施。重点专科和特色专科建设必须要有人才做保证，为此采取以下措施：

1、建立人才梯队保持科室专业技术人员合理的年龄结构；

2、加强学科带头人及后备人才的培养。

第十六条 医疗质量和医疗安全管理措施。提高医疗质量，尤其是医疗文书的书写质量，加强医疗安全意识制定医疗事故防范措施，杜绝医疗事故，减少医疗纠纷。具体方法按医院制订的《医疗质量管理办法》和《医疗安全管理办法》进行。

第十七条 经济管理措施

1、保证病床使用率达到省、州级重点专科建设标准规定的要求；

2、重点科室年业务收入增长率不低于医院平均增长水平，且不低于同年国民经济增长比率；

3、医院将坚持分配向临床倾斜、向一线倾斜、向重点科室倾斜、向重点项目倾斜的政策，充分调动临床医务人员的工作积极性。

第七章 医院激励政策

第十八条 经济核算和医院经济投入倾斜重点专科，医院对其奖金提成比例按实际情况，适当上浮。

第十九条 科研立项、新业务新技术开展的倾斜。

1、同等条件下，院内申报的科研重点专科的科研立项优先；

2、同等条件下，院内申报的新业务、新技术重点专科立项优先、评奖优先、外出学习优先；

3、对发表的论文按医院相关激励机机制进行奖励。

第二十条 设备购置及折旧倾斜。

同等条件下，重点专科开展业务或科研所需设备优先购置，必备设备的折旧比例同比例条件下适当下调，需换代的设备医院优先给予换代。

第二十一条 人才倾斜。

1、医院对重点专科在进人申请上，同等条件下优先录用；

2、积极为专科引进优秀人才，包括特需人才、优秀本科生、硕士研究生的引进，并提供优惠的待遇和良好的的环境；

3、医院力争每年从重点专科选送1—2名优秀业务人员到省级或省外大医院进修学习；

4、优先安排重点专科的学科带头人及业务人员到省外考察、学习；

5、同等条件下，重点专科技术人员晋级、晋升优先。

第二十二条 评先评优倾斜。

医院在年终进行各项评比中，重点专科在同等条件下，优先个人评先比例高于其它科室。

第八章 附则

第二十三条 本办法由医院重点专科建设领导小组负责解释。

# 重点专科建设专项资金管理办法

一、使用原则

重点专科建设专项资金纳入财务科统一管理，专项经费要确保专款专用，单独核算，任何科室和个人不得改变资金性质和用途，不得以各种名义挤占、挪用。

二、适用范围

重点专科建设专项资金由医院投入，主要是更新和添置对重点专科发展有重大影响的关键性技术、人才和设备等。专项资金具体使用范围包括以下各项开支：

1、设备、材料费。用于重点专科建设所需的实验和技术设备、材料的投资，包括购置样品、药品和小型设备，以及设备租用、折旧、运输等费用。

2、管理费。用于重点专科建设的立项调研和论证、组织实施和检查、印制文件制度和合同等有关资料等方面的支出。对管理费实行总额控制,由学科带头人管理和使用。

3、劳务费。用于聘请院外专家讲座、查房、带教等费用。

4、会议费。用于对重点专科建设工作进行研讨和学习交流会议的有关支出。

5、培训费。用于重点专科建设人才梯队建设，对专业技术人员进行重点专科建设规范、学习和制定相关技术规范等培训的支出。

6、差旅费。用于制定或修订重点专科建设标准和文件制度等有关的差旅费。

7、重点专科建设专项资金报销流程，首先由科室主任签字通过，上报财务科审批，经院长审批签字后方可报销。

8、重点专科建设专项资金不得用于科室人员津贴、奖金及绩效工资等，学科带头（科主任）要严格控制支出，保证资金按规定范围使用，不得开支上述范围以外的其它支出。

三、管理规定

重点专科实行动态管理，建设周期原则上定为3-5年。科主任要根据重点专科建设周期预算专项资金使用预算，并不断完善资金使用公示制度，建立专科建设进度评价机制。

1、列入重点专科建设的科室要制定发展规划和年度达标计划，并于每年12月前向财务科和科教科提交重点专科建设专项资金使用预算。

2、如果出现学科带头人调动工作、重点专科建设项目条件变化等重大事项，应及时报科教科（科教科），经医院院长办公会议研究决定后决定专项资金是否继续使用。

4、重点专科实行动态管理，由科教科组织每年对重点专科建设情况进行考核，对于考核合格的科室，本年度结存的专项经费，结转下一年度按规定继续使用。对于被淘汰的科室，由财务科及时清理专项资金帐目，结余经费暂时冻结，如果下一轮入选，可结转后继续使用，如果被淘汰，则由医院收回，转存其他重点专科使用。

5、医院不定期组织督查小组按照重点专科建设达标计划的内容和考核指标，对重点专科建设情况、专项资金使用情况等进行年度考核和中期检查，对未按计划进度和要求实施建设的专科，将视情况采取限期整顿、通报批评或撤消建设计划，追回拨款等措施。

四、奖惩规定

对违反规定的科室和个人，一经查出，要追缴相关费用，并取消重点专科专项资金的资格。对于违反有关财经法纪的，按有关财经法规处理。

# 专家工作站管理办法

为促进青岛市肝癌的中西医结合治疗，利用中医药理论，结合临床实践，采用中药内服、外敷结合西医方法治疗肝癌，提高临床疗效和患者生存质量，即墨市中医医院于2015年申报《青岛市肝癌中西医治疗专家工作站》，为维护专家工作站的正常运转，特制定本管理办法。

第一条 专家工作站旨在以肝癌的中西医结合治疗创新研究为导向，以产学研合作项目为纽带，帮助医院解决肝癌中西医结合治疗技术创新中的实际问题和战略发展的相关问题，逐步建立长效建设机制，促进科技成果转化，培养优秀医师人才队伍，为增强青岛市肝癌中西医结合治疗学科建设，提高我院肝癌治疗水平提供有力支撑。

第二条 青岛市肝癌中西医结合治疗专家工作站是即墨市中医医院与山东中医药大学附属医院共建的肝癌中医结合治疗平台，工作站设主任一人，副主任二人，每届任期三年。

第三条 专家工作站的主要内容有：

（一）信息交流

1．为青岛市肝癌中西医结合治疗提供最新的技术成果信息，包括成熟和在研的技术成果信息，并提供相关的咨询服务；

2．收集青岛市肝癌中西医结合治疗需求和技术难题信息，组织山东中医药大学附属医院专家解决技术难题；

（二）活动组织

1．组织山东中医药大学附属医院相关肝癌研究人员（包括研究生）到即墨市开展科学研究工作。

2．每年至少在即墨市组织2场肝癌科普大讲座，普及肝癌预防治疗信息，并组织1场以上科技成果和技术项目发布会。

（三）咨询指导

为青岛市肝癌中西医结合治疗提供具体指导与服务

（四）项目申报和科学研究

1、根据青岛市实际需求，组织山东中医药大学附属医院与即墨市中医医院联合申报国家、省部级科技项目；

2、专家工作站围绕青岛市肝癌中西医结合治疗中存在问题和发展规划开展前瞻性研发，并做好技术推广和服务工作。

（五）培训进修

1、安排落实“工作站”专门工作人员，并做好进修培训工作；

2、安排落实即墨市中医医院肿瘤科相关医师到山东中医药大学附属医院进修肝癌中西医结合治疗方向。

3、协助联系、组织山东中医药大学附属医院及其他高水平肝癌中西医结合治疗专家或团队到即墨市中医医院进行教学查房、理论授课及科普讲座。

第四条 即墨市中医医院是专家工作站的建设与管理主体，负责制定工作站的管理办法，每年安排专项科研经费和运行经费预算，做好专家及其团队的科研和生活服务工作，配备专门工作人员，负责工作站的日常管理工作。

第五条 专家工作站半年召开一次工作例会，制定工作计划和通报工作开展情况；年底进行一次工作总结。

第六条 建立健全专家工作站的工作日志和工作指南，具体包括工作站年度工作计划、工作开展情况、技术创新计划、企业技术成果需求和年度工作总结等。

第七条 专家工作站实行有主任牵头的指导、监督，双方共同配合的工作机制。

第八条 本办法由青岛市肝癌中西医结合治疗专家工作站负责解释。

# 对口支援培训制度

为进一步提高我院对口支援基层医疗卫生机构各类人员的基础理论、基本知识和基本技能水平，推进对口支援单位的建设进程，更好的发挥中医药在卫生工作中的特色和作用，向人民群众提供高标准、高质量、高效率的中医医疗健康服务,根据国家中医药管理局制定的《中医医院分级管理办法与标准》、《中医医院分级管理标准评分细则》，结合我院实际，制定切实可行的培训计划，对对口支援的医疗技术人员进行中医知识培训。

一、组织领导：

中医知识培训是提高医务人员中医整体素质和医疗水平的重要途径。要按照中医基本理论、基本知识、基本技能；坚持严肃的态度、严格的要求、严密的方法。中医知识培训工作在分管院长的领导下，由医务科负责组织相关培训与考核。卫生技术人员中医知识考核成绩将与执业医师年度考核挂钩，未能完成培训或考核成绩不合格者，年度考核暂定不合格。

二、指导思想：

中医知识培训要求全员参与，人人达标。要把严谨的工作作风贯彻到各项医疗业务活动和管理工作地始终。按照中医基础训练与专科技术训练相结合，一般训练与重点培养相结合，当前需要与长远需要相结合以及分层次分级培训的原则，以业务学习、操作训练、派出进修、专科培养、自学等途径，对高、中、低各级专业技术人员进行多种形式、多方面的培训。以提高专业技术队伍整体素质，达到经济、社会、人才三大效益为目标，使各级人员提高理论与技能水平，保持和增进专业工作能力。

三、目标

　 1、基本理论　掌握全科医学的概念，具有中医药特色的全科医疗的基本原则和服务模式，中医类别全科医师临床诊疗与思维方式。掌握中医学的健康概念，以及未病先防、既病防变、病后调护等理论。掌握家庭的定义、结构与功能、家庭与健康及疾病的关系。掌握社区为导向的基层医疗模式和原则。熟悉病人管理与教育及医源性疾病的预防。熟悉中医药、社区卫生服务管理有关卫生法律法规、医疗保险的相关政策及有关问题。掌握社区合理用药的基本原则和不同人群的用药特点。

 2、基本技能：掌握具有中医药特色的医疗健康档案的建立和病历的书写，中医药特色的全科医疗综合模式和医患交流的技巧，掌握中医诊断的方法，掌握处方药、非处方药区别，老年用药、儿童用药特点，中药、西药合用的用药方法和注意事项。

四、实施细则

1、结合对口支援单位的具体情况，每四个月组织一次业务培训和业务学习；业务学习内容主要以中医基础知识、传染病知识和法律法规知识为主，同时结合培训内容在年底组织基层医疗卫生人员进行考试和考核。

2、中医内容以最新、急用、实用知识为主，结合中医内容、中医诊疗常规，按具体内容全院卫技人员参加。

3、即墨市中医医院每季度组织对口支援卫生院进行医疗业务查房、疑难病例讨论。

4、对口支援单位新员工参加由受援单位人事科组织的上岗前培训，要求培训参加率为100% ，培训后考试合格率100% ，合格分为60分。

5、选送业务骨干到即墨市中医医院进行轮转培训。

# 中医类别全科医师规范化培训制度

为加强中医卫生人才队伍建设，提升医疗卫生服务能力和水平，结合我院实际，特制定本制度。

一、定义：全科医师规范化培训是指高等院校医学专业本科、大专毕业生完成院校教育之后，在经过认定的培训基地中，接受系统、规范的全科医学培训，成为能承担基层全科诊疗工作的医师。

二、培训对象：从事城市社区、农村卫生服务工作的中医类别执业医师。

三、培训目标：通过培训，使培训对象保持高尚的职业道德，使学员掌握全科医学概念和社区、农村卫生服务工作特点，能够熟练运用中医药理论与方法，开展中医药预防、养生保健、康复、计划生育技术服务、健康教育和常见病、多发病的诊疗服务，达到中医类别全科医师岗位执业的基本要求。

四、培训方法

1、结合我院及受培训地区人员的实际情况，采取脱产或半脱产的集中培训方式。

2、教学方法采用理论授课与临床实践相结合的方式，突出实践技能的培训，合理使用现代化教学手段，提高教学效果。

五、培训内容

1、培训内容按照国家中医药管理局制定并发布的《中医类别全科医师岗位培训大纲》要求，并结合实际情况制定相关培训计划。

2、培训内容包含政治思想、职业道德、全科医学概论、医学心理学与精神卫生、预防医学、中医养生保健学、中医康复学、社区基本诊查技能中医适宜技术应用、临床常见病证及处理等。

六、培训管理

（一）医院根据下达的培训学员数和轮转计划，具体安排每位培训学员的轮转时间，做好轮训带教的安排实施工作。

（二）带教老师由医院统一选拔。带教医师负责具体指导培训期间住院医师的医德医风培养、医疗文书书写、临床医疗实践、“三基”培训、 劳动纪律及各项相关的学术活动。带教医师应关注培训医师的思想、学习、工作和生活，注重培养培训医师的责任意识、质量意识和服务意识。

（三）培训对象在带教老师指导下，按照培训大纲和培训细则的要求，接受公共科目、临床实践技能和专业理论知识等培训。临床实践技能以临床带教培训为主，公共科目和专业理论以自学为主。

（四）培训对象在培训期间实行二十四小时负责制，培训期间取得执业医师资格后实行十二小时负责制；已取得执业医师资格的硕、博士执行医院的正常上下班制度。

（五）培训期间实行培训信息登记管理制度，培训对象、带教老师及管理人员应及时、准确、详实地将培训过程、培训内容进行登记，并作为培训考核的重要依据。

（六）对指导轮转医师态度不端正、带教不认真的带教老师，医院及时给予批评纠正，对不称职带教老师将取消其带教资格。医院将带教老师的带教情况列入科室的年度考核，并与个人奖金挂钩。

（七）培训对象在培训期间，需遵守各项规章制度，树立良好的医德医风，积极参加并认真完成各项培训考核任务。如有违反，可视其严重程度，给予批评教育、顺延培训甚至终止培训等相应处理。

七、考试考核

（一）培训考核分过程考核、结业考核。培训过程考核合格和取得执业医师资格是参加培训结业考核的必备条件。

（二）培训过程考核是对培训医师轮转培训过程的综合评价，分日常考核、临床轮转出科考核、年度考核；考核内容包括医德医风、出勤情况、临床实践指标完成情况、临床综合能力和参加业务学习活动等方面。

（三）由市中医药管理部门统一组织岗位培训结业考核工作。分结业笔试和临床技能考核。结业笔试内容包括医学专业理论、公共科目理论知识和临床思维能力。

（四）按照全科医师规范化培训任务要求完成培训任务，考试考核合格并通过执业（助理）医师考试者，由省卫生厅统一颁发国家中医药管理局统一格式的《中医类别全科医师岗位培训合格证书》。

八、保障措施

（一）积极组织医院各专科副高以上医师参加全科医学师资培训，进行全科医学理论知识，相关技能和全科医学教学方法的培训，使其具备全科医学临床、社区实践教学能力，能顺利开展全科医学教育培训工作。

（二）先学带动后学，争取共同进步：对上级组织的培训课程，各高级职称医生除自身培训掌握外，定期在本院组织医学讨论会，将上级所教授的先进的、创新医学思想及技能传授于年轻医生，争取做到共同进步。

（三）对于认真完成全科医师培训任务的医务人员，将优先考虑职称晋升、评优评先。

（四）经费支持：岗位培训所需经费实行政府、单位、个人等多渠道筹集，鼓励社会捐助。医院将对全科医师培训的带教老师予以200.00元/月的补助。

# 乡镇卫生院中医技术骨干培训管理制度

一、培训制度

1、乡镇卫生院技术骨干在上级医师的指导下、参加门诊、病房、急诊、夜班及节假日的值班工作。乡镇卫生院技术骨干在病房培训期间实行12小时值班制。

2、乡镇卫生院技术骨干在病房培训期间，应在上级医师的领导下，护士长的指导下随时掌握所分管病人的病情、情绪、饮食、医嘱执行情况。发现特殊情况，应立即进行诊视，并及时向上级医师报告，并在上级医师指导下进行处理。

3、乡镇卫生院技术骨干接到新病人入院通知后，应立即去病房，在上级医师指导下，认真检查及时处理，并在24h内完成住院病历。在检查病人时，态度要严肃认真，男乡镇卫生院技术骨干作妇科检查时，必须有第三者在场。

4、对危重病人的记录应迅速及时完成，并必须随时将病情变化、处理检查结果及上级医师意见，记入病程日志。抢救记录是极为重要的病史资料，必须做到及时、正确、完整、详细。各项记录都必须有明确的时间记载，字迹必须清楚，不准涂改。

5、病人转科、转院时，应及时写好转科、转院记录或病历小结。病人出院或死亡后，应在上级医师指导下，及时完成出院记录或死亡记录。

6、乡镇卫生院技术骨干根据病人病情的需要撰写化验、X线等检查通知单及一般医嘱处方等，各种检查报告要及时按规矩黏贴在病历卡上。

7、在主任或上级医师查房时，乡镇卫生院技术骨干站在病人左侧，详细报告所分管病人的检查结果、诊疗意见，并详细记录主任或上级医师查房时的医嘱，以便执行。

8、所分管的病人在它科会诊时，应陪同会诊医师诊视，并记录会诊意见。

9、乡镇卫生院技术骨干出科时应每月一考。对考核不合格者不得参加结业统考。

二、管理制度

1、乡镇卫生院技术骨干必须服从实习医院的党政领导。遵守实习医院的各项规章制度。在业务上直接对上级医师负责。

2、乡镇卫生院技术骨干在门诊实习时，应每天做好开诊前的准备工作，门诊结束后，做好诊室的清洁工作。在病房实习时，应提前半小时进入病房。在班时不得擅离职守，如因事需要离开时，需经上级医师批准，并向值班护士告知去向。

3、乡镇卫生院技术骨干在病房培训期间，值夜班时一般应于第二天查房处理完毕后，方可离开休息。节假日不值班者，也应该于上午查房完毕后方可离开休息。

4、参加节假日值班时，原则可按所在医院住院医师休息的规定处理。

5、乡镇卫生院技术骨干所写的各项记录、医嘱、处方、检查单、病单等都必须经过上级医师签名后，才能生效执行。

6、乡镇卫生院技术骨干在医疗上如有疑问时，应随时报告上级医师，不能粗枝大叶，擅自处理。在医疗上如有意见与上级医师不一致时，应服从上级医师的处理意见。

7、乡镇卫生院技术骨干应十分爱护医院的一切设备，如损坏医疗器械、药物及其他财务时，应按实习医院有关规定赔偿。

8、乡镇卫生院技术骨干应有高度的人道注意精神，爱护病人，严格遵守保护性医疗制度，严禁为了个人的培训而损害健康的言行。

9、乡镇卫生技术骨干应建立考勤制度，按照各科室的排班情况执行，原则上脱产培训期间请假不得超过3天。

# 中医药专业人才培训制度

为进一步提高我院各类人员的基础理论、基本知识和基本技能水平，推进现代化综合性中医医院建设进程，更好的发挥中医药在卫生工作中的特色和作用，向人民群众提供高标准、高质量、高效率的中医医疗健康服务,根据国家中医药管理局制定的《中医医院分级管理办法与标准》、《中医医院分级管理标准评分细则》，结合我院实际，制定切实可行的培训计划，对全院医疗技术人员进行中医知识培训。

一、组织领导：

中医知识培训是提高医务人员中医整体素质和医疗水平的重要途径。要按照中医基本理论、基本知识、基本技能；坚持严肃的态度、严格的要求、严密的方法。中医知识培训工作在分管院长的领导下，由医务科负责组织相关培训与考核。卫生技术人员中医知识考核成绩将与执业医师年度考核挂钩，未能完成培训或考核成绩不合格者，年度考核暂定不合格。

二、指导思想：

中医知识培训要求全员参与，人人达标。要把严谨的工作作风贯彻到各项医疗业务活动和管理工作地始终。按照中医基础训练与专科技术训练相结合，一般训练与重点培养相结合，当前需要与长远需要相结合以及分层次分级培训的原则，以业务学习、操作训练、派出进修、专科培养、自学等途径，对高、中、低各级专业技术人员进行多种形式、多方面的培训。以提高专业技术队伍整体素质，达到经济、社会、人才三大效益为目标，使各级人员提高理论与技能水平，保持和增进专业工作能力。

三、目标

　 1. 基本理论　掌握全科医学的概念，具有中医药特色的全科医疗的基本原则和服务模式，中医类别全科医师临床诊疗与思维方式。掌握中医学的健康概念，以及未病先防、既病防变、病后调护等理论。掌握家庭的定义、结构与功能、家庭与健康及疾病的关系。掌握社区为导向的基层医疗模式和原则。熟悉病人管理与教育及医源性疾病的预防。熟悉中医药、社区卫生服务管理有关卫生法律法规、医疗保险的相关政策及有关问题。掌握社区合理用药的基本原则和不同人群的用药特点。

 2. 基本技能：掌握具有中医药特色的医疗健康档案的建立和病历的书写，中医药特色的全科医疗综合模式和医患交流的技巧，掌握中医诊断的方法，掌握处方药、非处方药区别，老年用药、儿童用药特点，中药、西药合用的用药方法和注意事项。

四、实施细则

1.各科室制定出本科室、本专业中医知识训练计划、内容和考核目标。要求各科每月至少有一次中医内容业务学习，在学习专业技术的同时结合传染病知识、法律法规知识的学习。每半年组织全院医师进行一次“三基训练”知识考核。

2.全院性中医内容业务学习平均每季度一次，以最新、急用、实用知识为主，结合中医内容、中医诊疗常规，按具体内容全院卫技人员参加。

3.医务科每季度组织全院性医疗业务查房、疑难病例讨论。

4.新员工参加由人事科组织的上岗前培训，要求培训参加率为100% ，培训后考试合格率100% ，合格分为60分。

5.选送业务骨干外出学习进修。

# 非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训制度

为培养高素质、高水平的临床医师队伍，加强医师队伍中医药知识与技能培训力度，体现中西并重的方针，增强传统中医药为人民健康服务的水平，突出中西医结合特色，提升医院内涵，强化核心竞争力，结合我院实际情况，特制定本制度。

一、组织领导

领导小组负责全院非中医类别执业医师的培训工作。

二、培训对象

医院招聘的非中医类别执业医师

三、培训目的

1、提高医师的临床实践能力；

2、实现医师的全面发展，促进医师全面素质的提高；

3、增强医师为人民生命和健康服务的综合能力；

四、培训方法

1、基础知识、基本理论的培训

督促非中医类别执业医师学习《中医师临床技能》、《中医基础理论》、《中药学》、《方剂学》、《中医内科学》，了解并掌握各种常用中草药的功效及常见配伍，熟悉临床常用方剂的功效及组成。阅读了解逐步熟悉《黄帝内经》、《难经》、《伤寒杂病论》、《神农本草经》等经典著作。

方法 以自学为主，定期组织全院非中医类别执业医师培训学习，每年至少举行一次理论考核考试，考试成绩作为年度考核的依据。

2、 基本技能的培训

为保证培训质量，切实提高非中医类别执业医师的中医药诊疗水平，将医师按招聘年份进行分组，逐期分批进行培训。根据医师在不同阶段的知识层次和临床需要，针对组别设置相应的培训考核项目。

要求规范书写各种医疗文书, 了解并逐步掌握中医各种技能操作, 如推拿、拔罐、刮痧、针灸、耳穴等, 医务部不定期抽查考试。

五、保障措施

1、提高认识，加强领导

非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训是对科学治院、从严治院的高度概括，体现了中西并重的方针。非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训不仅是提高医务人员业务综合素质的有效途径和提高医疗质量的重要环节，也是中医类别医院管理建设的核心内涵。

2、完善规章制度，加强管理

不断吸取国内各知名医院的先进做法及管理经验，结合我院实际情况制定并完善培训管理制度，提高管理水平。积极探索非中医类别执业医师中医药基本知识与技能培训的长效机制，逐步规范培训模式。

3、建立奖惩机制

领导小组考试、考核评定，成绩优秀者给予一定的物质和精神奖励，培训不合格者给予一定的经济处罚。

# 门诊工作管理制度

一、门诊工作有一名分管副院长管理，协调处理相关事宜。各科主任应加强本科门诊技术力量安排及业务指导，确保门诊的正常运行。

二、各科室参加门诊的医务人员应及时开诊，特殊情况及人员调换时，由该科及时安排相应人员替代。

三、各科室应派有一定经验、一定数量的医师担任门诊工作。确保门诊医疗质量和工作秩序。

四、对疑难危重病人不能确诊，及两次复诊仍不能确诊者，应及时请上级医师诊治。

五、专家、专病门诊医师应按专家、专病门诊时间表准时出诊，及时解决和指导下级医师在诊疗过程中碰到的疑难杂症。

六、门诊医师对病员要认真仔细的进行检查，按《规范》要求书写病历，医务科和科主任定期检查门诊医疗质量。

七、检验、放射、功能科等医技科室检查操作应仔细，报告结果要准确、及时和规范，要求做到病员随到随做。

八、门诊工作人员要做到关心体贴病员，态度和蔼、有礼貌并耐心解答所有的问题，尽量简化就医流程，方便病员就诊。

九、门诊要保持环境卫生，工作人员要认真维持就医秩序，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染，做好疫情报告。

十、门诊医师要认真执行“三首”（首问、首诊、首科）负责制，并做到合理检查、合理治疗、合理用药，减轻病员负担。

十一、门诊各科要定期检查抢救药品及仪器设备备用状态，确保应及时正常运行。

# 专家门诊管理制度

一、专家门诊由已聘任的主任医师、副主任医师职称的临床医师担任

二、专家门诊由各科科主任负责排班，并将排班表提前送门诊部办公室

三、各科专家坐诊时间必须固定，不得随意更改，如因故不能按时开诊，必须提前一日通知门诊部调班或停止挂号。

四、专家接诊要做到优质服务，对病员要认真负责，检查要耐心细致，不得敷衍马虎，病历记录应符合要求，认真书写，诊断依据充分，危重疑难复杂的病人要收入住院治疗。

五、各科要做好专家门诊的管理工作，认真考勤、考核，医护人员要切实维护好秩序，指导病员就医。

# 门诊便民服务制度及措施

**制度：**

一、门诊各科应尽可能提供相关便民服务，做到礼貌周到，服务优佳。

二、便民服务措施确立后应认真贯彻执行，坚持不懈。

三、服务台是提供便民措施的主要部门，服务台人员应热情导诊，礼貌问答，导医要主动，提供优质服务。

四、年老体弱、离休干部、残疾军人、重症病人及急诊产妇等来院就诊，导医主动提供相关服务，尽快联系有关科室，照顾提前就诊，药房优先配药。

五、各楼层候诊区设饮水处，免费提供一次性口杯、纸巾等。

六、服务台工作人员应主动提供陪同就诊，为行动艰难病人代挂号、交费、取药等服务。

七、各门诊科室、服务台应按时总结经验，分析病人需求信息，研究提供便民措施。

**措施：**

一、门诊大厅服务总监：代表医院为就诊患者排忧解难；倾听患者及其家属对医

院医疗服务工作的评价和建议；接受门诊病人投诉，及时协调医患双方的矛盾。

二、预检分诊：为病人分诊，指导病人正确挂号。提供预约挂号、就诊服务。

三、导医服务：有流动导医为病人正确指引路线。

四、咨询服务：开展业务咨询；医疗信息咨询；健康知识咨询；电话咨询（0532-88552596）等。

五、协助老、弱、病、残、急诊等需要帮助的特殊病人就诊。

六、开具各种检查申请单；为病假证明审核盖章；对门诊需长期使用麻醉药品、一类精神药品病历留存工作。

七、检验结果自助打印：设置检验结果自助打印机，提供门诊病人检验结果自助打印服务。

八、查询服务：一卡通电子触摸屏提供查询患者就诊信息、查询费用情况及对医务人员工作进行评价。

九、健康教育：门诊大厅大屏幕循环播放医院专家信息、药品价格、医疗信息等；大厅健康宣传栏为病人提供各科室资料、健康教育处方等。

十、医院设有小卖部、公用电话、自助银行等为病人及家属提供方便。

十一、为病人免费提供大桶水、一次性纸杯、轮椅、担架车等；帮助老、弱、病、残无陪护患者挂号、交费、取药等服务；免费为病人测血压，称体重，设置失物招领处等便民措施。

# 疾病诊断证明和病假证明管理制度

一、疾病诊断证明与病假证明，必须由具有本院执业医师资格的临床经治医师开具、病假证明经病人服务中心审核后登记并盖章，否则无效。诊断证明经医务科审核后登记并盖章，否则无效。

二、诊断证明必须按《国际疾病分类9》（ICD-9）或《国际疾病分类10》(ICD-10)进行书写，不得自创病名。

三、出具诊断证明和病假证明的经治医师应按照病情诊断如实书写，所写内容必须有客观依据，不得推论。患者持病假证明盖章时必须同时持就诊病历，并有本次就诊发生的医疗费、治疗费、辅助检查收费单据等相关材料、且病假证明时间必须与就诊时间相同。

四、病假证明和疾病诊断证明必须有两位医师签字方可生效，其中诊断证明必须由本科科主任或科主任指定负责医师签字。

五、补病假证明者必须有就诊记录，经本科科主任签字后，到病人服务中心审核后登记盖章。

六、临床执业医师在各自的专业领域范围内开具疾病诊断与病假证明、不得跨科开具证明。

七、病假证明原则上应按疾病诊断的性质来确定假期时间的长短。

（1）一般疾病7天以内。

（2）较重、慢性疾病2周以内。

（3）严重影响日常生活或生活不能自理疾病，如大手术、晚期癌症、严重脑外伤，中风等可酌情延长至一至二个月。

八、患者住院期间需要疾病诊断证明或病假证明时，病房医师需按上述规定执行。

九、严禁不见患者、弄虚作假、违法违规出具疾病诊断证明和病假证明，不按规定出具证明造成不良影响或严重后果者，责任自负。

# 预约诊疗制度

一、 门诊部全面协调医院门诊预约诊疗工作，负责预约诊疗服务的监督和管理， 与相关部门密切协作，全面做好预约门诊工作。

二、 预约诊疗适用于初诊、复诊患者，方式包括现场预约、电话预约、网上预约、诊间预约四种。预约就诊至少需提前1天预约，最长不超过7天。时间为每日上午8:00-11:00，下午2:00-4：30；网上预约下午截止到当天15：00.

三、 预约就诊采取实名制，患者预约和就诊时，应提供真实、有效的实名身份信息和电话号码。接待人员必须做好相关信息和就诊需求登记。患者取消预约须提前通知相关诊室。

四、 医院在大厅导医台，办理预约手续、领取预约单、提供咨询等服务，预约工作人员每天下午17:00前将预约就诊患者需求整理后报门诊部。

五、 预约患者须在就诊当天（提前20分钟）到导医台确认本人有关信息和就诊需求，工作人员核对无误后，发放预约通知单，指导患者就诊。过时未到的患者（超过预约时间30分钟），预约作废。

六、 按照预约优先的管理原则，预约挂号的患者无需排队按预约时间，优先安排就诊。

七、 做好分诊和预约工作，加强工作人员的服务能力的培训，做好预约诊疗咨询服务，科学合理安排各门诊科室的分诊工作

八、 医院定期更新门诊诊疗科室的信息，通过大厅大屏幕及时公布医务人员的专业特长和出诊时间、预约挂号须知、流程和方式，方便患者选择预约和就诊。

九、 为保障预约门诊工作的有序开展，各门诊科室必须于每月28日前，上报下月排班表到门诊部。医生应严格按要求出门诊，不得随意停诊或换人，若因故需停诊或换人，科室安排好替诊医生并在前一天下午16:00前告知门诊部。

# 预约就诊管理制度

一、预约专家由已取得主任医师、副主任医师职称的临床医师担任。

二、专家由各科主任负责排班，并将排班表于每月28日前报送门诊部。

三、预约专家应按规定时间出诊，不得无故缺席、迟到或早退。专家不得随意变动，如因故不能按时应诊，必须提前一天通知门诊服务台，并由科主任安排同等资历可诊治相同疾病的其他专家替代。

四、门诊服务台导医人员要切实做好预约工作，正确登记病人信息。

五、患者来诊前，根据病情告知就诊事宜。来诊时，认真核对患者信息，并正确指导就诊。

六、对预约来诊者，按照预约时间及时安排就诊。

七、专家接诊时要对患者认真负责，保持良好的医德医风，认真细致的诊治病人，病历书写合乎要求。

八、其他规定同门诊管理制度。

# 传染病管理制度

为切实加强我院传染病管理工作，确保院内传染病早发现、早诊断，信息准确、全面、及时上报，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急管理条例》，特制订本制度。

  一、组织管理

  1、院内成立传染病管理领导小组，负责传染病防治工作的管理领导。领导小组组长由医院理事长兼任，副组长由医院院长及各分管院长组成，成员由办公室（应急办）、医务科、护理部、院感科、疾控科、门诊部、药剂科等相关职能科室主任及相关临床、医技科室主任和护士长组成。

2、院内传染病防控工作由疾病预防控制管理科负责，主要管理责任人为疾病预防控制管理科主任。

 3、医务科组织成立传染病医疗防治专家组。专家小组由相关临床科室主任、护士长及医技科室主任组成。专家组负责指导临床诊断及传染病的诊疗工作，指导临床医护人员及时正确的处理及转诊传染病病人，指导医院做好消毒隔离和医务人员的防护工作。

二、机构职责

各部门要严格按照即墨区卫生局传染病文件要求，认真履行各部门职责。在防治传染病工作中，有关部门职责强调如下：

（一）指挥系统

传染病管理领导小组：负责指挥、组织、协调本院传染病的管理及防治工作。

（二）医务科

1、组织传染病救治专家组和救治队伍，制定传染病医疗救治、诊疗规范等实施方案，并组织实施。

2、组织传染病诊疗技术的培训。

3、组织评估临床治疗病人效果，完善各项防治方案。

（三）疾病预防控制管理科

1、组织制定传染病规章制度及预防控制等实施方案，并组织实施。

2、组织传染病法规、制度的培训。

3、组织、协调卫生技术力量，防止和控制疫情的发生和蔓延，评估预防控制疫情的措施效果，完善防控方案。

4、按规定网络报告传染病。

5、协调宣传科的健康教育工作。

（五）院感科

1、指导临床院内感染防控，指导医院做好消毒隔离和医务人员的防护工作。

2、按照卫生部公布的传染病临床诊断标准进行院内感染防控，并逐级上报。

（六）各科室

1、医院各科室负责人负责科室传染病管理工作，并有一名疾控专管员协助科室内传染病管理工作。

2、密切观察有传染病接触史的病人，并详细登记，随时将有关情况报院疾病预防控制管理科。

3、设置相对独立、布局合理、隔离的感染科和病房，抽调有经验的医护人员组成。设预检分诊，做好筛查工作。

4、实行首诊负责制。对符合卫生部公布的传染病临床诊断标准及疑似的病人及时报告本院疾病预防控制管理科。

5、按照卫生部公布的传染病诊疗规范进行初步诊治，并做好消毒隔离工作和逐级上报。

6、对疑似或确诊的病人由首诊科室按转运规定转送至感染性疾病科或指定车辆转送至指定医院救治。

7、做好医护人员的诊治、消毒隔离和自我防护的培训工作。预先配置相关药品、消毒隔离药和医疗设备等物资。

8、做好卫生宣传教育工作。

# 传染病报告制度

一、根据传染病防治法和本院实际工作情况制定本制度。

二、各科发现传染病都应及时报告疫情，实行首诊医师负责制。由首诊医师填写传染病报告卡，疫情报告部门为医院疾病预防控制管理科，由尹波负责，专职疫情网络报告人员为武晓东。

三、报告范围：

甲类传染病：鼠疫、霍乱。

乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病：手足口病、流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

其他传染病：非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、水痘、肝吸虫病、生殖道沙眼衣原体感染、恙虫病、森林脑炎、结核性胸膜炎、人感染猪链球菌、人粒细胞无形体病、不明原因肺炎、AFP、中东呼吸综合征、埃博拉出血热、发热伴血小板减少综合征、寨卡病毒等国家规定的其他传染病。国家规定的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

四、报告时限：实行首诊负责制，甲类传染病于2小时内报告，乙类和丙类传染病24小时内报告。

五、疫情报告接受科室：本院疾病预防控制管理科。

六、传染病的诊断：接诊医师按照相关的诊疗方案规范诊断。

七、传染病的登记:接诊医师诊断为传染病或者疑似传染病时，要填写传染病报告卡并在科内的传染病登记本上进行登记，不得漏项缺项。

八、异常信息的反馈：按传染病异常信息反馈制度进行反馈。

九、报告方式：填写传染病报告卡，报告要求填写全面，字迹清楚，工作单位和地址详细，发病日期和诊断日期准确。发现甲类传染病应立即（不得超过2小时）电话报告办公室（应急办）、医务科、疾控科、院感科，经医务科组织专家会诊仍确诊或疑似的甲类传染病，由办公室（应急办）迅速上报院领导和区卫计委相关部门，疾控科立即报告疾病控制中心。疾控科收集传染病报告卡后应在规定的时限内网络直报。

十、疫情质量控制：每月定期对院内各科室的疫情报告管理工作进行业务指导和督促检查，指导临床科室做好疫情报告，每半年进行一次传染病总结分析，持续改进传染病管理工作。

十一、各科室对疫情报告作为指令性任务完成，列入年度责任考核内容，认真执行传染病奖惩制度。

# 传染病预检分诊工作制度

为规范传染病预检、分诊工作，有效控制传染病疫情，防止院内交叉感染，保障人民群众身体健康和生命安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》第五十二条的规定，特制定本制度。

一、医务人员严格遵守《中华人民共和国传染病防治法》和《医疗机构传染病预检分诊管理办法》等有关法律、法规。

二、门诊部具体负责本院传染病的预检、分诊工作，对本院的传染病预检、分诊工作进行组织管理。根据传染病的流行季节、周期和流行趋势做好特定传染病的预检、分诊工作。

三、在门诊和急诊分诊区域前设立体温测量站，对发热病人进行体温检测，指导病人戴口罩，引导传染病或疑似传染病病人到感染性疾病科进行初诊。

四、预检处及各科室的医务人员在接诊病人过程中，应当注意询问病人有关的流行病学史、职业史，结合病人的主诉、病史、症状和体征等对来诊的病人进行传染病的预检。

五、经预检为传染病病人或者疑似传染病病人的，应当将病人分诊至感染性疾病科就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施。初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。

六、对呼吸道等特殊传染病病人或者疑似病人，应当依法采取隔离或者控制传播措施，并按照规定对病人的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的预防措施。

七、传染病病人一旦确诊，应立即转至医院感染性疾病科或卫生行政部门指定的医院。

八、医务人员应当采取标准防护措施，按照规范严格消毒，并按照《医疗废物管理条例》的规定处理医疗废物。

# 传染病知识培训制度

根据《关于开展全市医疗机构医务人员重点传染病防治知识的培训的通知》的要求，在市疾控中心的指导下，结合我院实际，特制定切实可行的培训计划，对全院医疗技术人员进行培训。

一、培训内容：

1、相关的法律、法规及制度、规范。

2、重点传染病，即霍乱、人感高致病性禽流感、传染性非典型肺炎、鼠疫、不明原因肺炎等重点传染病防治基本知识。

3、常见传染病，如麻疹、手足口病、流感、肺结核等传染病的防治基本知识。

4、流行病学知识与病史采集技能；诊断标准、治疗原则、疫情报告的要求；消毒、隔离、防护技术等。

二、培训方式：采取了集中培训、科内培训、个人自学和书面考试相结合的形式进行，根据我院工作实际，每半年进行一次培训，并对参加培训人员进行登记考核。

三、培训人员：

全院医务人员均需参加传染病相关知识培训，拒绝参加培训者按有关制度处置。

四、新上岗人员和实习生培训

1、由疾病预防控制管理科负责每年定期对新上岗的人员进行传染病知识岗前培训。培训内容主要包括《传染病防治法》、《传染病报告信息管理规范》和《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》等有关法律法规以及传染病的各项规章制度和规范。其中，传染病报告病种、时限、程序、方式及传染病报告卡填写的规范要求等要作为培训重点。对疾病预防控制管理科新上岗人员要增加网络直报系统和传染病信息常规分析技术的相关内容培训。

2、疾病预防控制管理科负责对新上岗人员进行传染病知识考核，考核方式为传染病相关知识与实践技能相结合的笔试或现场问答，经考核合格后方可上岗。

# 传染病疫情预防与控制制度

为科学应对传染病疫情，确保患者医疗救治及时、有序、规范、有效，以最大程度地保障患者、医务人员及公众的身体健康和生命安全，我院特制定此规章制度。

一、组织管理

医院疾病预防控制管理科协同医院感染管理科负责拟定传染病疫情预防控制工作制度；共同负责对全院工作人员等进行医院传染病知识和院感知识的培训；医院感染科对救治全过程医院感染控制实施全方位监管；对防护用品、复用物品进行质量监管；对外来设备的消毒管理进行技术指导。

二、疫情前管理

1、对参与传染病诊疗的部门实施传染病防控的具体指导与监管。

2、根据季节性传染病相关特点，针对性地进行传染病防控及职业防护系列培训。培训对象包括医、护、检、特检、护工、保洁、医疗废物处置人员等。

3、掌握消毒设备、防护用品、消杀药品的储备情况：根据疫情研判情况，建立防护用品储备，包括病房储备、器械科库房储备、供货商储备，并落实到位，有记录。

4、医疗废物处置工作保障：及时、安全转运医疗废物。

三、过程管理

1、传染病监管

积极开展重点环节，重点人群与高危险目标医院传染病监测，控制并降低传染病院内传染病风险。当出现传染病病例时，临床经治医师应及时报告医院疾控科和院感科；医院疾控科和院感科第一时间到达现场进行调查处理，采取有效措施，避免医院传染病的聚集发生。

2、消毒、隔离监管

应根据传染病的传播途径，疾病特征采取可靠的预防控制措施。医院院感科现场指导隔离方式、消毒工作等，促进各项措施的落实。监督化学消毒剂、空气消毒机、气溶胶喷雾器等消毒液、消毒设备正确使用及定期维护。疫情后指导科室对环境、仪器设备等的终末消毒及消毒效果监测。

3、手卫生依从性监管

各科室配备充足、合格的洗手液、纸巾、快速手消毒剂，非手触式水龙头便捷、有效，张贴洗手图示。院感防控人员应及时掌握医务人员手卫生执行情况， 定期进行卫生手消毒效果监测。

4、职业防护、职业暴露处置监管

督查防护用品配备及质量，根据传染病特点进行职业防护指导。对职业安全及职业暴露进行评估，实施和调整控制措施。

5、病房保洁监管

对保洁员工作质量进行监督、评价，实施指导，保证保洁效果，避免因保洁导致的环境污染。监督医疗废物的分类、收集、转运及登记。

6、传染病隐患追踪

当怀疑传染病与环境质量相关时，进行相应致病微生物检测。当怀疑传染病与防护相关时，要对防护用品、防护措施、执行力进行检查。如出现院内传染病发生，应会同相关科室进行调查分析，评估措施的有效性，做出总结和改进。

7、知识培训

　对救治过程中发现的不符合传染病防控要求的问题，要联合医务科结合临床工作特点，提出整改措施，采取不同形式，对不同人员予以培训。

四、疫情结束后的总结与质量持续改进

在疫情结束后，要认真总结组织管理中存在的问题并分析找出原因所在，总结经验和不足，及时修订、完善各项制度、预案，完成资料的整理和存档。

# 传染病异常信息反馈制度

为切实加强我院传染病管理工作，确保院内传染病早发现、早诊断，信息准确、全面、及时上报，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急管理条例》，特制订本制度。

一、疫情报告实行首诊医师负责制。

二、对门诊和病房送检或开单的病人检出异常结果，特别是对传染病诊断有确诊或临床诊断意义的病原学、血清学检验指标和病理影像，应在出具检验、检查结果后，除将报告单交给病人外，应立即电话通知或者在2 小时内将异常检验或检查报告单送达送检科室或医生，并做书面反馈记录由送检医生签字交接。异常检验、检查结果反馈交接过程中要注意保护患者隐私，不得将报告单放在窗口由患者自取。

三、接诊的门诊医生或住院医生根据传染病异常结果化验单，填写传染病报告卡并按照传染病报告制度上报疾病预防控制管理科。

四、疾病预防控制管理科根据传染病异常结果，每月对检验、影像科室登记报告情况进行一次核查，对检查中发现的问题限期改正，对造成传染病漏报或患者隐私泄露的严重情况按法律法规及医院规章制度严肃处理。

# 传染病登记本管理和使用制度

为了进一步加强我院传染病疫情报告管理，提高传染病管理的效率和质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，依据《中华人民共和国传染病防治法》等相关法律法规和规章，结合我院实际情况制定本制度。

一、各科室均应建立传染病登记本、传染病报告单、结核病登记本及转诊单，由院疾病预防控制管理科统一发放。

二、医务人员执行首诊医师负责制度，执行职务的医务人员均为传染病疫情的责任报告人。所有责任报告人要严格按照传染病诊断标准和《传染病防治法》进行传染病病例的诊断、登记、报告工作。

三、传染病登记本、报告单及转诊单，要详细记录就诊病人的基本情况，项目齐全，书写规范，14岁以下儿童必须注明家长姓名。

四、传染病登记本、报告单及转诊单等相关资料科室要保管妥当，严禁泄露病人的信息。

五、传染病登记本、报告单及转诊单等相关资料应认真填写，内容完整、准确、规范，字迹清楚，严禁字迹潦草，模糊不清。

六、传染病登记本等所有资料均应按卫生部要求保存三年。

# 传染病漏报调查制度

一、认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》，执行职务的医护人员均为责任疫情报告人。

二、责任疫情报告人必须熟悉国家规定的法定传染病病种和报告办法。发现法定传染病或疑似传染病患者时，要立即按规定的程序、在规定的时限内上报，疾控科专管员必须按照制度要求进行网络直报，特殊疫情根据要求立即电话报告，不迟报、不漏报、不错报，并要做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。

三、疾控科严格管理传染病防控和报告工作。建立传染病漏报自查小组，每月定期对全院就诊患者登记进行漏报调查。

四、疾控科负责传染病疫情报告卡的收集、审核、登记、报告工作，对漏报疫情及造成疾病传播者，给予经济处罚，漏报一例扣奖金100元，缓报一例扣奖金50元，情节严重者追究相应责任。各科室医务人员因故不报、漏报、迟报传染病疫情或未按卫生行政部门规定报告重大疫情的，造成疫情扩散的，由院领导和疾病控制管理科根据情节，按《中华人民共和国传染病防治法》和医院的规章制度规定进行处理并追究相应责任。

# 传染病报告奖惩制度

一、疾病预防控制管理科将医院传染病和传染病突发公共卫生事件等疫情执行情况纳入各科室工作的考核内容。

二、各科室医务人员不按传染病登记本的要求进行登记或传染病卡片填写项目不全，字迹潦草的，由疾病预防控制管理科责令限期改正，并扣医疗质量分5——20分，直接与绩效工资挂钩，保留处理记录待查，并追踪督导。

三、各科室对疫情报告作为指令性任务完成，医院列入年度责任考核内容，对工作认真报疫情者给予经济奖励。对漏报疫情及造成疾病传播者，给予经济处罚，漏报一例扣绩效工资100元，缓报一例扣绩效工资50元，情节严重者追究相应责任。

四、各科室医务人员因故不报、漏报、迟报传染病疫情或未按卫生行政部门规定报告重大疫情的，造成疫情扩散的，由院领导和疾病控制管理科根据情节，追究相应责任。

五、网络直报人员没有按照程序直接在网络直报系统报告传染病病例者，漏报一例扣绩效工资100元，缓报一例扣绩效工资50元，情节严重者追究相应责任。

# 传染病报告自查制度

1、制定规章制度，成立院内传染病自查小组，各科室指定一人为院内疾控员兼职人员。疾控科负责本院的疫情报告和传染病登记等管理工作，并确定专门的传染病网络直报人员，负责传染病报告的检查和网络直报工作。

2、传染病自查小组要定期检查医护人员传染病相关知识，并对传染病责任报告人进行传染病报告卡填写、登记等相关内容进行自查。

3、疾控科接到科室报的传染病报告卡后，对医生填写的传染病报告卡内容进行逐项核查，发现错漏项等填写质量问题要及时指导进行改错或补填，使其按规范要求填写报告卡， 并在规定时限内网络直报。

4、传染病报告卡必须填写完整。包括患者姓名、性别、年龄、住址、单位、职业、发病日期、诊断日期、报告日期、报告单位、报告人、病名等基本项目；14岁以下儿童必须填写家长姓名；订正疾病应在订正病名栏填写原来的诊断病名。

5、各科室疾控员负责科内传染病报告自查工作，每月应对自己科室进行传染病工作自查，院内传染病自查小组负责全院的传染病工作自查，每月应对全院各科室进行传染病督查抽查，并做好记录，如检查时发现漏登漏报要及时补登补报，并认真执行医院传染病奖惩制度。

附：即墨市中医医院传染病自查小组

组 长：疾病预防控制管理科分管院长

副组长：疾病预防控制管理科主任

组 员：疾病预防控制管理科传染病专管员 各科室疾控员

# 传染病防治宣传教育制度

为了有效预防我市传染病的发生、流行，提高人民群众的防范意识，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》和市卫生局的有关规定，特制定本制度。

一、利用一切宣传工具，加大宣传力度，采取在宣传栏张贴传染病防控资料，门诊大厅电子屏幕滚动播放，预检分诊处、导医台和各科室均摆放各种传染病防控材料和健康教育处方，方便发放或患者拿取阅读，增强医务工作者、患者及其家属的防患意识。

二、首诊医生在接到传染病人时，必须坚持首诊负责制对病人或陪同家属全程提供咨询与教育。

三、对住院患者及其家属主管医师和护士要做好传染病健康教育宣传工作，扩大社会影响力，提升全民素质。

四、结核病、艾滋病等相关传染病宣传日采取走上街头面对面宣传教育，悬挂横幅、制作牌面、散发材料、举办知识讲座、一对一问答等措施，大力宣传预防传染病知识。

# 职工请假休假的管理规定

为规范员工请假、休假行为，根据上级的有关规定，结合医院实际情况，制定本细则。

第一条 下列日期为公休日

1．节假日：全年法定节假期为11天。

⑴ 元旦一天；

⑵ 春节三天；

⑶ 清明一天；

⑷ 端午一天；

⑸ 劳动节一天；

⑹ 仲秋节一天

⑺ 国庆节三天；

2．每周公休一天半。

第二条 员工请假分以下几种：

1.事假：因事必须本人处理者可请事假，年累计以7天为限；

2.病假：因病治疗或休养者应出具二级（含二级）以上公立医院证明申请病假；

3．婚假：

（1）员工结婚可请婚假3天（包括公休日）；

（2）在探亲期间结婚的，不另给假期。

（3）再婚的可享受法定婚假3天。

4.探亲假：

（1）连续工作一年以上的正式职工享受探亲假。

（2）一是与配偶不住在一起，又不能在公休假日团聚的，可以享受探望配偶的待遇；二是与父亲、母亲都不住在一起，又不能在公休假日团聚的，可以享受探望父母的待遇。“不能在公休假日团聚”是指不能利用公休假日在家居住一夜和休息半个白天。职工与父亲或与母亲一方能够休假日团聚的，不能享受本规定探望父母的待遇，需要指出的是，探亲假不包括探望岳父母、公婆、兄弟姐妹。新婚后与配偶分居两地的从第二年开始享受探亲假。此外，学徒，见习生，实习生在学习、实习期间不能享受探亲假。

（3）探望配偶，每年给予一方探亲假一次，30天。

（4）未婚职工探望父母原则每年给假一次，假期为20天，自愿两年探亲一次的，给假45天。

（5）已婚职工探望父母的，每四年给假一次，一次20天。

5.产假：

不区分一胎、二胎均享受产假158天。

6.计划生育假：

（1）放置宫内节育器的，自手术日起休假3天。取出宫内节育器的，当日休假1天。

（2）实行输卵管结扎手术的，休假30天。施行输精管结扎术的，休假10天。施行皮下埋植避孕术的，休假3天。

（3）早期人工流产的，休假15天。人工流产术同时放置宫内节育器的休假17天。人工流产术同时结扎输卵管的休假45天。妊娠2个月以上不满3个月流产的，休假20天;妊娠3个月以上不满4个月流产的，休假30天;妊娠4个月以上流产、引产的，产假为42天。怀孕12周以上引产同时结扎输卵管的休假45天。

7.丧假：

员工的直系亲属（父母、配偶、子女）或岳父母、公婆死亡时，可根据具体情况，给予3天丧假（包含公休日）。

8.带薪年休假：

由科室安排，分管领导同意后按《即墨市机关事业单位职工带薪年休假暂行办法》执行。

第三条 请假、休假的工资、奖金福利待遇

1.事假的工资发放：全年累计7日或7日内，发放本人基本工资（岗位工资、薪级工资）和职务工资（职务补贴、津贴、护士10%）之和的80%，其他部分按照实际工作日发放，享受医院福利，浮动工资、劳务分配按实际工作日发放；累计超过7 天，按日扣发全额工资，不参与劳务分配，不享受医院福利。

2.病假的工资发放：

（1）病假在6个月以内的，发本人基本工资（岗位工资、薪级工资）和职务工资（职务补贴、津贴、护龄补贴的）90%，其他部分按照实际工作日发放，享受医院福利、浮动工资、劳务分配按实际工作日发放。

（2）病假超过6个月的，从第七个月起：工作年限不满十年的，发给本人工资（档案工资）的70％；工作年限满十年和十年以上的，发给本人工资（档案工资）的80％，不参与劳务分配，不享受医院福利。

3.婚、丧、产假、计划生育假、探亲假、带薪休假，发放全额档案工资、浮动工资及福利待遇，劳务分配按实际工作日发放。

第四条 各条款假期的核准权限如下：

1.一般工作人员，假期3天内，由科主任（护士长）批准；

2.一般工作人员，假期3天以上，由科主任审核同意后，分管院长批准；

3.中层管理人员，假期3天内由分管院长批准，3天以上由院长批准；

4.女职工请婚、产、节育假必须填写休假审批表。

第五条 各种假期的批准及实施程序：

1.第五条中1、6款：由员工向科主任（护士长）提出书面申请，经批准后实施。

2.第五条中2、3、4、5款：由员工提出书面申请，经审核批准后报信息科（病、产、计划生育假应附医生证明），由信息科每月汇总后报财务科，同时报政工科备案，假期结束即可到政工科销假。

3.调休或其他休班形式均按照以上条款规定。

第六条 除特殊原因，或经分管院长、院长批准，否则请假逾期者一律按旷工处理。

第七条 员工请假出因急病不能自形呈核，可由同事或家属代为之外，其余应亲自办理请假手续；未办妥请假手续，不得先行离职，否则以旷工论处。

第八条 当请假、休假影响工作时，可酌情不予准假，或缩短假期，或延期请假。

第九条 请假者必须将经办事务交待其他职工代理，并于请假单内注明。

第十条 毕业生见习期间请病、事假超过一个月以上的，相应延长见习假。

第十一条 一年内，病事假超过六个月的，不得参加年度考核。

第十二条 职工请假期满未办理续假或虽办理续假尚未核准而不到职者，除确因病或临时发生意外等不可抗力原因外，均以旷工论处。

第十三条 职工依本规定请假如发现有弄虚作假者，按旷工论处。

# 统计资料规范管理制度

一、统计数据统一由统计主管部门对外提供，统计数据不得数出多门，口径必须一致。

二、防止滥发统计调查表。统计调查表本着互相衔接、不得重复 的原则，必须由取得统计部门的审核和统一编号方可实施调查。

三、建立统计资料审核、查询订正制度。上报的统计调查表由制 表人签名或盖章、并经本单位领导审核、签名或盖章，加盖本单位公章后方可上报。

四、按照《保密法》加强数据的保密工作，不得随意向外提供有 关统计数据，数据的提供要有主管领导的同意或签名。

五、建立健全原始记录、统计表、台帐和统计资料档案制度，确保统计数据数出有据，准确无误。

统计资料规范管理，门诊日志保存三年，日报表、月报表保 存五年，年报表永久保存。各种统计资料不得以私人关系向外系统或 其他组织借阅，不得以废品出售。

# 图书室管理制度

　　1、图书室开放时间，在工作周期内定时开放。

　　2、借书者必须遵守图书室规定，持借书证办理借阅手续，离院时，必须办理好还书手续。

　　3、每次借书不得超过规定借阅的数量和时间，规定在图书室内阅览的图书、报刊或其他资料，不得拿出室外。

　　4、必须妥善保管图书，不得在书刊上批画、撕剪、涂写，不得损坏丢失，否则应按规定赔偿和处罚。

　　5、图书室工作人员应定期购买、登记、整理、收集分类编号，装订图书、杂志和报纸等。

　　6、建立图书及期刊电脑登录，方便查阅。

　　7、图书室内保持清洁、安静和应有的照明度。

8、密切配合医疗、预防、教学、科研等各项任务，主动提供有关资料，定期介绍新书刊内容。

# 档案保密制度

一、工作人员必须严格执行《档案法》和《保密法》，增强保密观念，定期检查保密纪律执行情况。

二、严格档案资料借阅制度，严禁把档案资料私自外借或带出库房，不准随便摘录档案内容。

三、涉密档案资料，须经分管领导批准并办理相关手续后，只限在档案室查阅，不得复印、传真、拍照。

四、严守机密，文件内容不得随意泄露，未经允许不得摘抄、照相、复印。经允许摘抄、照相、复印的要妥善保管，用后自行销毁。

五、严格遵守档案库房管理规定，库房重地非本室人员一律不得入内，做好“八防”工作，确保档案的安全、保密。

六、因玩忽职守造成档案资料丢失或泄密者，视情节轻重依法追究责任。

# 档案借阅、利用制度

一、本单位工作人员可以查阅本单位开放的档案资料，涉密文件须经分管领导批准同意后方可查阅。

二、利用档案一般只限在档案室查阅，因特殊情况确需借阅者，须办理档案借阅手续，退回借阅的档案时，收卷人应当面核点无误后注销，如发现有缺页、缺卷应立即追查处理。

三、借阅档案期限一般不超过三天，到期后仍需利用的，须向档案室说明理由，重新办理借阅手续。

四、本单位档案一般不对外开放，外单位借阅档案者，须持有市、团级以上单位的介绍信，经分管领导同意后方可查阅。

五、借阅利用者要爱护档案资料，严禁涂改、圈划、抽换、批注、涂改、污损、折皱。如发现上述情况，应及时追查。

六、借阅者利用者应自觉遵守保密制度，不得翻阅其他与所查内容无关的档案。

七、档案利用结束后，应办理退还手续。

# 电子文件归档制度

为加强对电子文件的归档与管理，根据《中华人民共和国档案法》、卫生部《医药卫生档案管理暂行办法》、《山东省档案条例》、制定本办法。

一、电子文件归档管理工作纳入单位文书处理程序，纳入工作人员岗位职责。

二、各科室（电子文件形成部门）负责电子文件收集和整理，并接受档案部门的监督、检查、 指导。

三、做好电子文件背景信息、软、硬件环境的登记和收集工作，确保电子文件的真实性、完 整性、有效性。

四、各科室定期将电子文件及其背景数据备份到本机和符合保管要求的脱机载体上，并及时向档案部门移交，由档案部门进行真实、完整、有效性检测。

五、归档电子文件按本单位档案分类方案进行整理。归档范围和保管期限执行纸质档案标准。

具有永久和长期保存价值的文本或图形形式的电子文件必须同时保存纸质文本或缩微品。

六、已归档整理的电子文件，按数据类别代码相对集中存储，储载体必须符合耐久性要求，且按要求填写载体封面和有关登记表。

七、经检测和验收合格的电子文件归档载体进行集中统一管理。保管环境除应符合纸质档案保管要求外，还应达到防写、防擦划、远离磁场、强热、有害气体等、温度17℃—20℃、相对湿度35%—45%、竖放保管等要求和标准。

八、每年检查电子文件处理设备更新情况，定期（2—4年）抽样机读检验，及时做好数据转换、转存工作。

九、归档电子文件（含载体）的利用、鉴定、销毁、统计等工作执行纸质档案的相关规定。

#  档案鉴定销毁制度

一、定期对保管期满的档案进行鉴定。

二、档案鉴定应以国家有关规定和本单位的《档案保管期限表》等为依据，全面分析档案的现实作用和历史作用，准确划定档案的销毁范围。档案鉴定、销毁工作一般每5-10年进行一次。

三、鉴定工作应在本单位分管负责人的领导下，由档案部门和有关业务部门组成鉴定小组，学习国家有关规定，统一档案鉴定标准，制定鉴定方案。

四、鉴定小组成员对档案进行鉴定，提出鉴定意见。对失去保存价值，需要销毁的档案进行登记造册，并提交档案鉴定报告。

五、领导审查、批准档案鉴定报告并报同级档案管理部门备案后方可销毁。

六、经鉴定批准销毁的档案，必须送指定地点化为纸浆或焚毁，严禁保密制度，不得将应销毁的档案作其它用途或当作废纸出售

七、销毁档案须有两名监销人，监销人在销毁档案前，应对销毁档案认真清点复核并签字。

八、经鉴定有保存价值的档案，应重新整理、编号，调整相关的检索工具。

九、鉴定报告和销毁清册应立卷归档、妥善保存。