**，省级区域医疗中心**

;lK：Tlnft标准化管理丛书

Liaocheng Peoples Hospital

医院组织管理篇

Hospital Organization Management

聊城市人民医院

Liaocheng Peopled Hospital

泰山医学院聊城临床医院

Liaocheng School of Clinical Medicine, Taishan Medical University

我们的医院精神：

修己4欷钱信棄物

Hospital Spirit

Careful Training and Educating  
Integrity of Cargo

我们的服务宗旨：

至钱至爱欷亚态民

Service Purpose  
Sincere Love  
Dedicated People

我们的使命：

追求(I惠和精考福，後涟社会式斕涟夕

Mission

Pursue Harmonious Physician—patient Relationship  
Promote Civilized and Advanced Society

我们的愿景与目标：

達锬普糞鲁豫遠S名院

The Construction of

the Well-known Border Region Hospital  
Covering Shanxi, Hebei, Shandong and Henan Province

序

《荀子》云：“法者，治之端也。”意为法律的制定与执行是实现大治的起点。对医 院而言，法即制度，即规矩，即纪律，它既是规范全院各项工作行为的准绳，也是医 院可持续健康发展的立业之基、成事之本。

一直以来，医院始终高度重视制度建设，近年来相继制定了《医院管理制度汇 编》、《医院服务流程》、《医院岗位职责汇编》、《医院应急预案》等系列管理丛书，通 过制度的更新完善和有效落实，持续推进医院标准化建设，提升了医院科学化、精细 化管理水平。为进一步规范医疗服务行为，保障医疗质量和医疗安全，医院依据《医 疗质量管理办法》、《医疗机构临床路径管理指导原则》等一系列新的基本标准、管理 规范，遵循法治性、系统性、稳定性、及时性、连续性与可行性的原则，对医院管理 制度、服务流程、岗位职责、应急预案等进行了再次梳理、修订、补充和完善，形成 了系列管理丛书的第四版。

习近平总书记明确指出：“有了好的制度如果不抓落实，只是写在纸上、贴在墙 上、锁在抽屉里，制度就会成为稻草人、纸老虎。要强化制度执行，加强监督检查， 确保出台一个就执行落实好一个。”强化制度教育培训，重视制度实际运行，细化制度 结果评价，不断完善医院质量与安全管理长效机制，更好地维护人民群众健康权益， 是我们加强制度建设的永恒要义。全院职工要始终重视制度的学习、理解、掌握与应 用，将制度、规范如磐石铭刻于心，成为行为自觉、个人信仰与文化传承，实现医院 永续发展。

物

2017年12月

目录

第九章党委系统

[党委会议制度 3](#bookmark2)

[党委民主生活会制度 4](#bookmark7)

[院内外征求服务意见和建议工作制度 5](#bookmark8)

[满意度考评细则 7](#bookmark14)

[投诉管理规定 9](#bookmark19)

[社会监督员制度 12](#bookmark21)

[医德医风考核办法 14](#bookmark23)

[工会工作制度 18](#bookmark29)

[提案办理制度 19](#bookmark35)

[团委工作制度 20](#bookmark41)

[志愿者工作制度 21](#bookmark42)

第+章行政管理

[医院制度建设工作制度 25](#bookmark48)

[院长办公会会议制度 30](#bookmark53)

[新闻发言人制度 32](#bookmark59)

[院领导行政查房制度 34](#bookmark64)

[医疗机构执业许可证校验管理制度 35](#bookmark70)

[医疗机构执业许可变更管理制度 38](#bookmark75)

[总值班制度 41](#bookmark80)

[院务公开工作制度 43](#bookmark86)

[自媒体平台管理制度 46](#bookmark88)

[现场办公制度 49](#bookmark93)

[突发公共卫生事件信息报告发布制度 50](#bookmark99)

[信息公开工作制度 52](#bookmark104)

[行政公文处理规定 55](#bookmark106)

1

[公文归档管理规定 60](#bookmark107)

[公章管理规定 64](#bookmark114)

[公文传阅规定 67](#bookmark120)

[会议室管理规定 68](#bookmark126)

[档案管理规定 70](#bookmark131)

[舆情监管规定 72](#bookmark137)

[外事管理工作制度 73](#bookmark143)

[控烟工作管理制度 80](#bookmark148)

[控烟考核办法及奖惩制度 82](#bookmark154)

[宣传策划科工作制度 84](#bookmark160)

[计划生育领导小组工作制度 86](#bookmark161)

[流动人口计划生育领导小组工作制度 87](#bookmark166)

[车辆安全管理制度 88](#bookmark167)

第十一章人力资源管理

[考勤及请假制度 93](#bookmark172)

[人事工作保密制度 96](#bookmark174)

[卫生技术人员职业资格准入管理制度 98](#bookmark179)

工作人员招聘录用制度 1〇〇

[人员紧急替代制度 103](#bookmark191)

[继续教育工作制度 105](#bookmark196)

[新员工岗前教育培训制度 107](#bookmark201)

[工作人员年度考核工作制度 109](#bookmark207)

[专业技术职务评审、聘任管理制度 112](#bookmark214)

[专业技术职务资格考试报名管理制度 114](#bookmark219)

[职工工资管理制度 116](#bookmark223)

[职工退休及返聘（留用）管理制度 119](#bookmark224)

[职工社会保险缴纳与管理制度 121](#bookmark225)

[人事信息管理制度 124](#bookmark231)

第+二章科研管理

[学术委员会工作制度 129](#bookmark233)

[科研课题管理规定 131](#bookmark240)

[医学科研临床研究管理制度 134](#bookmark245)

2

[临床科研项目中使用医疗技术的管理规定 136](#bookmark250)

[医疗技术风险管理制度 138](#bookmark255)

[院级课题管理办法 142](#bookmark256)

[科研经费管理规定 145](#bookmark257)

[外出参加学术活动规定 149](#bookmark264)

[科研匹配资金管理办法 152](#bookmark265)

[科研启动基金管理办法 154](#bookmark270)

[科研成果管理规定 156](#bookmark273)

[科研资料管理规定 159](#bookmark274)

[科技保密制度 161](#bookmark277)

[科研成果开发及转化管理办法 163](#bookmark278)

[关于“科研成果署名排序”的规定 165](#bookmark283)

[实验室管理制度 166](#bookmark290)

[实验室仪器设备管理办法 168](#bookmark291)

[科研设施与仪器开放共享管理办法 170](#bookmark295)

[规范化培训科研技师管理办法 173](#bookmark301)

[继续医学教育实施细则 177](#bookmark305)

[继续医学教育学分授予、考核及奖惩办法 181](#bookmark306)

[继续医学教育项目的申报、审批及举办的有关规定 186](#bookmark313)

第+三章教学管理

[教学质量管理制度 191](#bookmark319)

[教学质量监控制度 195](#bookmark326)

[实习学生管理规定 197](#bookmark332)

[在学研究生管理办法 200](#bookmark333)

[教学区管理制度 202](#bookmark335)

第+四章财经管理

[财务工作制度 207](#bookmark336)

[预算管理制度 220](#bookmark338)

[会计人员工作交接制度 223](#bookmark344)

[财务印章管理制度 225](#bookmark350)

[工作人员差旅费开支暂行规定 227](#bookmark356)

[经济活动决策机制和程序 230](#bookmark357)

3

[物价管理工作规定 232](#bookmark362)

[价格服务中心工作规范 234](#bookmark364)

[医院费用核查规定 235](#bookmark370)

[运营成本控制工作规范 236](#bookmark376)

[总会计师管理规范 237](#bookmark377)

[重大经济事项管理规定 239](#bookmark379)

[内部审计工作管理规定 242](#bookmark385)

[经济责任审计制度 245](#bookmark387)

[聘请外部审计管理规定 247](#bookmark392)

[经济合同暂行管理办法 249](#bookmark397)

[内部审计工作制度 251](#bookmark399)

[工程项目审计工作流程的暂行规定 252](#bookmark405)

[招标工作制度 253](#bookmark406)

[医用耗材招标采购制度 255](#bookmark407)

[基建工程材料与设备采购管理办法 257](#bookmark408)

[基建工程竣工档案编制及报送工作制度 259](#bookmark414)

[基建档案管理制度 261](#bookmark420)

[基建科工作制度 263](#bookmark422)

[基建工程设计变更及现场签证管理办法 265](#bookmark428)

第+五章设备信息管理

[医疗设备配置论证制度 269](#bookmark430)

[医疗设备更新制度 271](#bookmark436)

[医疗设备采购制度 272](#bookmark442)

[大型医疗设备准人管理制度 273](#bookmark443)

[计量管理制度 275](#bookmark449)

[医疗设备使用管理制度 277](#bookmark455)

医疗设备应用培训与考核制度 278

[医疗设备技术档案管理制度 279](#bookmark461)

[医疗设备资源共享制度 281](#bookmark467)

[医疗设备使用效益分析制度 282](#bookmark473)

[医疗器械使用安全（不良）事件报告制度 283](#bookmark479)

[医疗设备验收制度 285](#bookmark484)

4

[医疗设备定期保养制度 286](#bookmark490)

[医疗设备安全检查制度 287](#bookmark496)

[医疗设备维修制度 288](#bookmark502)

[医疗设备报废制度 289](#bookmark508)

[医用气体管理制度 290](#bookmark514)

[高值耗材采购管理制度 293](#bookmark520)

[医用耗材管理制度 294](#bookmark526)

一次性使用无菌医疗器械管理制度 297

[统计管理制度 299](#bookmark536)

[档案管理制度 301](#bookmark542)

[图书管理制度 303](#bookmark547)

[信息系统配置管理制度 305](#bookmark552)

[网络设备使用管理制度 307](#bookmark557)

**第十六章安全生产管理**

[安全检查制度 311](#bookmark562)

[临时动火作业审批工作规定 312](#bookmark568)

[车辆停放安全管理制度 314](#bookmark574)

[病房安全管理制度 315](#bookmark575)

[防火巡查、检查制度 316](#bookmark581)

[消防安全制度 318](#bookmark586)

[消防安全培训制度 320](#bookmark588)

[食堂卫生管理制度 321](#bookmark594)

[爱卫会卫生管理制度 323](#bookmark600)

**第十七章后勤保障管理**

[后勤安全管理规定 327](#bookmark606)

[节能管理规定 329](#bookmark612)

[物资采购管理规定 330](#bookmark613)

[零星外包工程管理规定 332](#bookmark615)

[空调使用管理规定 334](#bookmark621)

办公券、劳保用品发放使用管理规定 335

[油票发放使用管理规定 337](#bookmark629)

[维修工程管理制度 338](#bookmark635)

[绿化工作管理制度 340](#bookmark641)

[电梯管理制度 341](#bookmark647)

[医辅监管委员会工作制度 342](#bookmark653)

[保洁管理制度 343](#bookmark654)

[环境卫生管理制度 345](#bookmark660)

[医辅服务管理工作制度 347](#bookmark665)

**第+八章委员会管理**

医院质量与安全管理委员会工作制度 353

医疗质量与安全管理委员会工作制度 355

[医学伦理学委员会工作制度 357](#bookmark680)

药事管理与药物治疗学委员会工作制度 361

医院感染管理委员会工作管理制度 363

[病案管理委员会职责和工作制度 365](#bookmark694)

[临床输血管理委员会工作制度 367](#bookmark716)

护理质量与安全管理委员会工作制度 370

医院医疗保险管理委员会工作管理制度 372

服务管理委员会工作制度 374

医学装备管理委员会工作制度 376

[安全生产委员会工作制度 378](#bookmark726)

[生物安全委员会工作管理制度 380](#bookmark731)

篥n昌

莞菱系统

党委会议制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 党委会议制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYDW-OOl-OOl | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 党委办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强党委领导班子建设，更好的贯彻执行民主集中制原则，充分执行党的路线方针 政策，提高会议效能和议事效率，提升党的领导水平。

1. 范围 党委成员。
2. 定义 无
3. 内容

4.1党委会议原则上每季度召开一次，特殊情况可随时召开。

4.2党委会议由党委书记决定并主持召开，党委委员参加，可根据需要决定有关人 员列席会议。

4.3需要提交党委研究决定的议题，应由有关部门向党委书记汇报，同意后列入议 题。

1. 4党委会议要充分发扬民主，广泛听取各方面的意见，决策问题要采取少数服从

多数的原则，在个人意见被否决之后允许保留个人意见，但必须自觉执行集体 形成的决议，和党委保持一致。

4.5党委会议要指定专人做好记录，详细记录会议时间、地点、参加人员、主要议 题、个人发S、集体决议等内容。

4.6党委会议研究的问题，要绝对保密。党委会议决定了的意见、问题、决议要由 专门部门、专门人员负责落实。

1. 附则
2. 1本制度由党委办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

党委民主生活会制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 党委民主生活会制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYDW- 001 - 002 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 党委办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强领导班子的思想作风建设，有效地增强党内团结，保证党的路线方针政策和决

议的正确贯彻执行。

1. 范围

党委成员。

1. 定义

无

1. 内容

4.1民主生活会原则上每年召开一次，根据需要可以随时召开。

4.2民主生活会由党委书记主持，党委委员参加。会前应向上级党组织报告，可视 情况邀请上级党组织和有关部门的同志参加。

4.3民主生活会前应由有关部门广泛征求、收集党内外群众对领导班子和成员的意 见和建议，并如实向主要负责同志及每个成员反馈。

4.4民主生活会应围绕中心议题，党委委员要联系个人的思想，作风和工作上的问 题，交换意见，开展批评与自我批评，达到统一思想、增强团结、改进工作、 激励进取的目的。

4.5对民主生活会提出的问题要制定出整改措施，狠抓落实。属于个人的，要查找 原因，及时纠正。干部群众关心的热点、难点问题，要采取有力措施，限期解 决。对违反党纪、政纪、法律的问题，应按规定程序交有关部门处理。

4.6民主生活会结束后，应将召开民主生活会的情况向上级党委作出书面报告。

1. 附则

5. 1本制度由党委办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

院内外征求服务意见和建议工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 院内外征求服务意见和建议工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYDW - 001 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 党委办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

改善医院服务态度，提高服务质量，为病人提供温馨、细心、爱心、耐心的医疗服

务。

1. 范围

党群各部门。

1. 定义

无

1. 内容

4.1医院内收集服务意见和建议的工作制度

4.1.1医院内收集服务意见和建议的工作由党委办公室牵头负责，抽调党群各部门 工作人员协助。调查对象为门诊病人、出院病人、患者家属及医院职工。

4. 1.2每月不定期向门诊各服务窗口、医技科室发放门诊病人满意度调查问卷。每 周安排四天时间到东、西区住院处对出院病人及家属发放出院病人满意度调 查问卷。通过面对面的形式听取患者的意见及建议，解答群众提出的各种问 题。

4. 1.3每月初，党办组织工作人员对上月满意度问卷和各方面意见和建议进行整理 和汇总，将问卷调查结果输人数据库，制成表格。对满意度下降明显的科室， 同收集到的意见和建议一起形成书面文件，反馈给医院领导、相关科室负责 人和病区医患关系协调员。

4. 1. 4相关科室负责人和病区医患关系协调员收到反馈后，认真分析问题发生的原 因，调查核实后，提出整改意见和措施，于七天内把整改落实情况报党委办 公室。党委办公室将督查考评其落实情况，并把考评结果与科室绩效考核挂 钩。

4. 1.5根据满意度调查结果，及时制发门诊、急诊、病房的季报表、半年报表、年 报表，宏观掌握满意度变化趋势。

4.2医院外收集服务意见和建议的工作制度

4. 2. 1医院外收集服务意见和建议的工作由纪委和党委办公室具体负责。

4.2.2由党委办公室将问卷调查结果进行评价，制成表格，同收集到的意见和建议

一起形成书面文件，反馈给医院领导和相关科室负责人。

4.2. 3相关科室负责人收到反馈后，应认真分析问题发生的原因，提出整改意见和 持续改进措施，由党委办公室负责督促落实及监督考评。

1. 附则

5. 1本制度由党委办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

满意度考评细则

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 满意度考评细则 | | |
| 文件编号 | OS - LYDW - 001 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 党委办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医德医风建设，提高全员职业道德素质和综合服务水平，建立对全员规范有效 的激励和约束机制。

1. 范围

医院各职能科室、门诊窗口、医技科室、临床科室、各病区护理单位。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1考评的主要内容

4. 1.1临床科室（病区）考评内容

4.1. 1.1医生的服务态度、病情解释、治疗效果情况；

4. 1.1. 2护理人员的服务态度、服务质量；

4. 1.1. 3患者是否知道自己的主管医生和主管护士；

4. 1.1. 4患者对住院期间治疗、检查项目了解情况；

4. 1.1. 5患者发生病情变化时医护人员介绍、处理病情是否及时；

4. 1. 1. 6出院时医护人员介绍出院后的注意事项情况；

4. 1.1. 7病区卫生状况情况；

4. 1.1.8住院期间收费情况；

4. 1. 1. 9患者书面表扬、投诉与批评；

4. 1. 1. 10患者电话表扬和投诉；

4. 1. 1. 11对反馈问题整改落实的情况。

4. 1. 2急诊、门诊窗口、医技科室考评内容 4. 1. 2. 1急诊、门诊患者满意度；

4. 1.2. 2承诺服务的落实情况；

4. 1. 2. 3患者书面表扬、投诉与批评；

4. 1. 2. 4患者电话表扬和投诉；

4. 1. 2. 5对反馈问题整改落实的情况。

4. 1. 3职能科室考评内容，由质控科设计评价维度进行评价。

4. 2考评方法

4.2.1为体现客观性，每月进行日常调查，每月进行一次综合考评，汇总满意度调 查、患者投诉，社会监督员反馈信息等情况。

4. 3考评标准

4. 3.1考评基本分为100分（平均满意度标准为95%)，可根据下列考评情况加减 分。

4. 3. 1.1每月科室（病区）平均满意度以95%为标准。每降低一个百分点扣1分， 每升高一个百分点加1分。

4. 3. 1.2对满意度调查中反映的问题整改落实不及时，不得力，或不及时将落实情 况上报一次扣5分。

4. 3. 1.3对书面表扬、电话表扬、锦旗表扬经核实每次加分0.5次。

4. 3. 1.4对书面批评、电话投诉、社会监督员点名批评经核实的1次酌情扣1一3 分。

4. 3. 1. 5考评得分=满意度得分+加分一扣分。

1. 4奖惩

4.4.1满意度考评工作由党办负责组织，每月将考评结果通知质控科，由质控科统 一汇总纳入全院综合考评体系进行考评。

1. 附则
2. 1本细则由党委办公室负责解释。

5.2本细则自发布之日起实施。

投诉管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 投诉管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYDW-002-004 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 纪委 | 版本号 | 2017-9-004 |

1. 目的

进一步加强医院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保障医患双方

合法权益。

1. 范围

医院全体职工。

1. 定义

医院接受的投诉，主要是指患者及其家属等有关人员对医院提供的医疗、护理服务

及环境设施等不满意，以来信、来电、来访等方式向医院反映问题，提出意见和要

求等行为。

1. 内容

4.1医院各科室重视落实医患沟通制度，牢固树立“以患者为中心”的服务理念， 全心全意为患者服务，热情、耐心、细致地做好接待、解释、说明工作，把对 患者的尊重、理解和关怀体现在医疗服务全过程。

4. 2医务人员须尊重患者依法享有的隐私权、知情权、选择权等权利，根据患者病 情、预后不同以及患者实际需求，突出重点，采取适当方式进行沟通。医患沟 通中有关诊疗情况的重要内容应当及时、完整、准确地记人病历，并由患者或 其家属签字确认。

4. 3党委办公室牵头，统一组织、协调、指导全院的投诉处理工作，定期汇总、分 析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或建议。

4. 4纪委、医务处、护理部、门诊办、医院办公室、医患关系办公室、财经处、后 勤服务中心、保卫科、总务处等职能科室在党委办公室的统一协调下，负责调 查、核实本科室职责范围内的投诉事项，提出处理意见，及时处理并答复投诉 人。

4.5医院主要领导为投诉管理第一责任人。各部门、各科室负责人为投诉管理主要 责任人，具体负责投诉处理工作。

4.6加强院务公开，完善投诉形式和渠道。在显著位置公布投诉管理部门、地点、 接待时间及其联系方式。

4. 7实行投诉接待“首诉负责制”。

4.7.1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，同时向党委办公室报告投诉事项， 对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于不属于本科室职责 范围的，须主动引导投诉人到投诉管理部门投诉。

4.7.2投诉管理部门接到投诉后，应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核 实情况，并在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并反馈投诉人， 当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合。

4. 7. 3对涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，管理部门应当立即采取积 极措施，预防和减少患者损害的发生。

4. 7. 4对于涉及收费、价格等能够当场核查处理的，应当及时查明情况，立即纠正。

4. 8投诉处理时限

4. 8.1对于情况较复杂，需调查、核实的投诉事项，一般于5个工作日内向投诉人 反馈相关处理情况或处理意见。

4. 8. 2投诉涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，须于10个 工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。

4.8.3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。

4.8.4未按照本办法规定开展投诉管理工作，导致发生严重群体性事件的，按照 《医疗事故处理条例》的有关规定给予处理，追究相关部门负责人及当事责任 人的责任。

4.9属于下列情形之一的投诉，投诉管理部门应当向投诉人说明情况，告知相关处 理规定：

4. 9. 1投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的；

4.9.2投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的；

4. 9. 3没有明确的投诉对象和具体事实的；

4. 9.4已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件；

4. 9. 5其他不属于投诉管理部门职权范围的投诉。

4. 10投诉质量改进与档案管理。

4.10. 1投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，如实填写投诉登记 表，详细记录投诉人反映的情况，并及时将投诉处理结果及整改措施报党委 办公室。

4. 10.2投诉管理部门与涉及的相关科室应建立完善投诉档案，立卷归档，留档备 查。

4. 10. 3投诉管理部门定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，发现医院管理、医 疗质量的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。

4.10.4定期分析产生投诉的原因，针对突出问题提出改进方案，并加强督促落实。

4. 10. 5医院工作人员有权对医院管理、服务等各项工作进行内部投诉，提出意见、

建议，投诉管理部门应当予以重视，并及时处理、反馈。

4.10.6临床一线工作人员，对于发现的药品、医疗器械、水、电、气等医疗质量安 全保障方面的问题，有责任向投诉管理部门或者有关职能部门反映，投诉管 理等有关部门应当及时处理、反馈。

1. 10. 7按照《医疗质量安全事件报告暂行规定》（卫医管发〔2011〕4号）做好医

疗质量安全事件报告的工作，并按照有关规定程序进行处理。

1. 附则
2. 1本制度由纪委负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

社会监督员制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 社会监督员制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYDW- 002 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 纪委 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

加强医德医风建设，改进医疗质量，着力提高医疗服务水平，努力做到让人民群众

满意，促进社会和谐。

1. 范围

全院职工。

1. 定义

社会监督员是从社会各界热心人士中挑选的对新闻媒体实施导向、质量与队伍素质

进行监督的群体。

1. 内容

4.1社会监督员的组成条件

4. 1.1以人大、政协、党政机关、民主党派、企事业单位、新闻媒体、卫生主管部 门中聘请20 — 30名社会监督员，其人员名单由党委办公室研究推荐，经医院 办公室审批确定。

4.1.2社会监督员必须拥护中国共产党的路线、方针、政策，遵守党纪国法和社会 公德，清正廉洁，实事求是，作风正派，群众威信高。

4. 1.3社会监督员应具有较强的社会责任感，热心公益事业，熟悉相关的法律法规， 了解医院工作业务和规章制度，具备一定的政务水平和工作经验。

4.2社会监督员职责

4.2.1调查了解病人及其家属、社会各界人士对医院管理水平，医疗质量、服务态 度、医德医风、用药、检查、治疗及收费等方面的意见和建议。

4.2.2及时将病人及社会各界的意见、建议向医院反馈，以使医院得到及时的调查， 落实改进。

4. 2. 3不定期深入病区、门诊等窗口单位（科室）实地调查了解医院的行风状况， 积极为医院的行风建设建言献策。

4.3社会监督员的管理办法

4.3.1社会监督员的聘请一般由所在单位领导推荐，本人志愿接受为原则。

4.3.2社会监督员的任期原则上为三年，届满后可以调整或续聘，特殊情况亦可中 途辞聘。

4.3.3医院给所聘人员颁发《社会监督员聘书》和《社会监督员工作证》，为监督员 工作提供方便。

4. 3. 4每年召开一次社会监督员座谈会议，院领导和相关科室负责人参加，向监督 员汇报医院发展和医德医风建设情况，听取社会监督员的意见和建议。

5.附则

5.1本制度由纪委负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医德医风考核办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医德医风考核办法 | | |
| 文件编号 | OP—L YDW—002 — 003 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 纪委 | 版本号 | 2017-06-004 |

1. 目的

贯彻执行医德医风规范及实施办法，加强医德医风建设，增强医务人员职业道德素 质，规范医疗服务行为，提高综合服务水平，做好医德医风评价和监督。

1. 范围

全院各职能科室、各门诊各窗口、医技科室、临床科室、各病区护理单位及其他工 作人员。

1. 定义

加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质，以规范医疗服务行为、提高医疗 服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为目标，强化教育，完善制度，加强 监督，严肃纪律，细化、量化考评内容和考核标准，加强日常监管，增强考评的针 对性和实效性，突出患者评价，重视考评结果的运用，以树立行业新风，构建和谐 医患关系，更好地为广大人民群众的健康服务。

1. 内容

4.1临床科室（病区）考核内容

4. 1.1患者住院期间对病区医生的服务态度、病情解释、治疗效果是否满意。

4.1.2患者住院期间对所到科室护理人员的服务态度、服务质量是否满意。

4. 1.3患者住院后，护士是否发放医患联系卡、患者是否知道主管医生和主管护士。 4.1.4患者对住院期间的治疗、检查项目是否明白。

4.1.5患者发生病情变化时医护人员介绍、处理病情是否及时。

4. 1.6出院时医护人员是否告诉患者目前的康复情况、出院后的注意事项以及用药、 饮食、复查情况。

4. 1.7患者意见的书面反映：表扬、服务中存在的问题、患者投诉、批评。

4. 1. 8患者电话表扬和投诉。

4. 1. 9对反馈问题整改落实的情况。

4.2门诊窗口、医技科室考核内容 4. 2.1门诊患者满意度。

4.2.2承诺服务的落实情况。

4. 2. 3患者的书面反映：表扬，服务中存在的问题，患者投诉、批评。

4.2.4患者电话表扬和投诉。

4. 2. 5对反馈问题整改落实的情况。

4. 3职能科室考核内容

4. 3. 1对临床一线服务的综合满意度。

4.3.2职工、患者的书面反映：表扬，服务中存在的问题，职工或患者投诉与批评。 4. 3. 3职工或患者电话表扬和投诉。

4. 3. 4对反馈问题整改落实的情况。

4. 3. 5对综合部门安排的全院性工作的执行和配合情况。

4.4医务人员考核内容

4.4.1救死扶伤，全心全意为人民服务。

1. 1.1加强政治理论和职业道德学习，树立救死扶伤，以患者为中心、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。

4. 4. 1.2增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。

4. 4. 2尊重患者的权利，为患者保守医疗秘密。

4. 4. 2.1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. 4. 2. 2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。

4. 4. 2.3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。

4.4.3文明礼貌，优质服务，构建和谐医患关系。

* 1. 3.1关心、体贴患者，做到热心、耐心、爱心、细心。

4. 4. 3. 2着装整齐，佩戴胸牌，举止端庄，服务用语、行为文明规范，服务态度好， 不准在诊疗期间聊天、工作区吸烟、酒后上岗、使用服务忌语，无“生、 冷、硬、顶、推、拖”现象。

4. 4.3.3医务人员上班期间不佩戴戒指、手镯，不染指甲，不留长指甲，不穿工作 服走出医院大门、进人食堂等。

4. 4. 3. 4认真落实医疗服务承诺，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。

4. 4. 4遵纪守法，廉洁行医。

* + 1. 1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。

4. 4. 4. 2在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物。

1. 3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，不介绍患者到 其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等，从中牟取不正当利益。

4. 4. 4. 4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。

1. 5不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。

4.4.5因病施治，规范医疗服务行为。

* 1. 5.1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。

4. 4. 5. 2认真落实有关控制医药费用的制度和措施。

4. 4. 5. 3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。

4. 4. 6顾全大局，团结协作，和谐共事。

4. 4. 6.1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。

1. 6. 2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。

4. 4. 7严谨求实，努力提高专业技术水平。

* 1. 7.1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。

4. 4. 7. 2增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生。

4.4.8坚持诚实守信。

4. 4. 8.1做到落实服务承诺，坚守工作岗位，构建和谐医患关系。

4. 4. 8. 2不准离岗、脱岗、窜岗，迟到、早退。

4. 5考核标准：

4. 5.1针对以上考核内容分别制定科室考核标准、医务人员的考核标准，标准分为 80分，分别设加分项目，减分项目，单项否决项目。（详见4. 10补充说明）

4. 6考核方式：

4. 6. 1对医院外部意见的征求主要是通过召开社会监督员会议、向社会发放调查问 卷、意见箱、监督投诉电话、随访出院病人等形式。

4. 6. 2对医院患者意见的征求主要是通过召开住院患者座谈会、发放调查问卷、意 见箱、监督投诉电话等开展。

4.6.3相关主管部门的日常检查、收集到的患者表扬、批评、投诉记录。

4. 7考核方法：

4.7.1医院考评：医院成立医德医风考评委员会，每月根据考评内容和标准对全院 科室和医务人员进行综合考评，医德医风考评委员会办公室负责汇总考评结 果，并落实与当月绩效考核挂钩。

4. 8考核结果的划分：

4. 8. 1医德考核结果分为四个等级：

4. 8. 1. 1优秀：综合评价得分95分以上者。

4. 8. 1. 2良好：综合评价得分在80 — 94分者。

4. 8. 1. 3 —般：综合评价得分在70 — 79分者。

4. 8. 1.4较差：综合评价得分在69分以下者。

4.9考核结果应用：

4. 9. 1记入医务人员医德档案。

4. 9. 2考核结果要以科室为单位进行公示。

4.9.3考核结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考 核、年度考核及科室质控考核、评先选优直接挂钩。根据省、市有关规定： 4.9.3. 1医德考评为“良好”以上（含良好），方有资格晋职晋级，评先评优。

4. 9. 3. 2医德考评为“一般”的，次年不得参加专业技术职务任职资格的评聘与考 试，不得参加评先评优；年度考核为基本合格。

4. 9. 3. 3医德考评为“较差”的，停发绩效工资6个月，离岗6个月。

4.9.3.4医德考核连续两年为“较差”的，解聘技术职务，辞退或解除聘用合同， 人事档案交市人才市场。

4. 9. 3. 5医务人员医德考核与全面质量控制考核挂钩。

4. 9. 3. 6医务人员医德考核与科室评先选优挂钩。在医德考评中科室职工有1人被 评为“较差”或有3人被评为“一般”的，取消科室当年评先选优资格。

4. 10补充说明：

4.10.1医德考核应严格坚持标准，被确定为优秀等次的人数，最多不超过总考评人 数的百分之十五，总分虽达95分，但有扣分者不能评为“优秀”。

4.10.2在减分项目中，有一项减10分者，最高评为“良好”；有一项减30分者， 直接评为“较差”。

4. 10.3医务人员在一年内查实有下列情形之一的，当年的医德考评结果直接认定为 “较差”。

4. 10. 3. 1在医疗服务活动中索要患者及其亲属财物或者牟取其他不正当利益的；

4. 10. 3.2在临床诊疗活动中，收受药品、医用设备、医用耗材（含试剂）等生产、 经营企业或经销人员以各种名义给予的财物或提成的；

4.10.3.3违反医疗服务和药品价格政策，多收、乱收或者私自收取费用，情节严重 的；

4. 10. 3.4隐匿、仿造或擅自销毁医疗文书有关资料的；

4. 10. 3. 5不认真履行职责，导致发生医疗事故或严重医疗差错的；

4. 10. 3. 6出具虚假医学证明文件或参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；

4. 10. 3. 7医疗服务态度恶劣，造成恶劣影响或者严重后果的；

4.10.3.8通过介绍病人到其他单位检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣 或者提成的；

1. 10. 3. 9其他严重违反职业道德和医学伦理道德及因违法违纪行为受到处分的。

5.附则

1. 1本办法由纪委负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

工会工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 工会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYDW - 003 - 001 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 工会 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强工会管理工作，把工会办成为职工办事，替职工说话，充分发挥“四项职能” 作用，受到群众广泛拥护的先进组织。

1. 范围

医院工会及各分会。

1. 定义

无

1. 内容

4.1认真贯彻执行《工会法》、《劳动合同法》、《女职工权益保障法》等法律法规及 上级工会、院党委的工作部署。

4.2切实加强职工参政议政的民主管理工作，依法维护职工的民主权利，按时筹备 召开职工及会员代表大会，向大会报告工作，并承担闭会期间的日常工作。

4.3做好职工思想教育工作，经常进行社会公德、职业道德、家庭美德思想教育， 结合医院工作实际开展“创先争优”竞赛，组织职工喜闻乐见的文体活动，全 面提高职工的综合素质。

4. 4维护女职工合法权益，针对女职工的特殊问题，做好女职工保护工作，开展女 职工活动。

4. 5维护职工的切身利益，做好健康基金会及其它职工福利工作，积极开展“送温 暖”活动，关心职工劳动条件的改善，参与调解劳动争议。

1. 6做好职工思想动态分析工作，及时掌握职工思想动态，向党委提出建议，向职

工做好解释工作，充分发挥工会的桥梁和纽带作用。

4.7加强工会委员会的自身建设，做到组织健全，任务明确，办好“职工之家”。收 好、管好、用好工会经费，管理好工会财产。

1. 附则
2. 1本制度由工会负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

提案办理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 提案办理制度 | | |
| 文件编号 | OM — LYDW—003 — 002 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 工会 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

使提案落实满意度工作发挥最大效力。

1. 范围

医院工会及各分会。

1. 定义

无

1. 内容

4.1职代会召开前一个月，将召开预备通知、征集提案表及提案填写要求印发给职 工代表。

4.2职工代表在广泛征求职工意见的基础上正确填写征集提案表。职工代表个人提 出案由，须经两名或两名以上的职工代表附议同意方为有效提案，并在限定日 期内提交代表团，由代表团统一收集后于大会召开前10日提交提案审查委员 会。提案审查委员会汇总整理后向院长办公会报告。提案审查小组与行政及有 关部门协商后立案。

4.3提案的落实：将经过职工代表大会确立的提案分别明确分管领导、负责科室及 完成时限，下发各相关科室后，各科室按提案要求做好落实的计划安排。

4.4提案落实满意度调查：年终召开职代会主席团及代表团团长会议，由提案负责 人汇报提案落实情况，并根据完成情况进行满意度调查。对满意度达不到80% 的提案，责令相关科室持续改进本项工作，并对改进落实效果进行跟踪评价。

1. 附则

5. 1本制度由工会负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

团委工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 团委工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYDW- 005 - 001 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 团委 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

共青团是党领导的先进青年的群众组织。根据团组织的工作性质，结合医院团委的 特点，做好团员青年思想教育工作。

1. 范围

各团支部和团员青年。

1. 定义 无
2. 内容

4.1定期召开团委会、团支部委员会，传达上级重要文件和院党委指示精神，讨论 研究有关重要事项，总结、部署团的工作。

4. 2定期组织团课，加强青年教育和管理，及时掌握青年的思想需求，为院党委工 作提供依据。

4.3将志愿服务作为团委的日常工作和重点工作。以志愿服务作为门诊就诊环节的 衔接和补充，培训并督导志愿者提供优质服务，落实各项便民措施。

4.4搞好团内组织管理，加强团的自身建设，以增强团组织的吸引力。

4.5做好团干部的培养工作，重视提高团干部的整体素质。加强团干部思想作风建 设，定期培训团干部。

4. 6每年年终或“五四”前夕考核、总结团的工作，评选表彰先进团支部、优秀团 员。做好团费收缴管理、团的组织统计等基础团务工作。

4. 7积极向党组织推荐优秀团员人党。

1. 8围绕医院中心工作和青年需求，开展适合青年特点的文化活动。
2. 附则
3. 1本制度由团委负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

志愿者工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 志愿者工作制度 | | |
| 文件编号 | OM — LYDW—005 — 002 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 团委 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

开展志愿服务，在医院内为就诊患者提供便利，构建和谐就医环境，积极参与社会 公益活动，传播文明，服务社会。

1. 范围

全院青年职工及社会志愿者。

1. 定义

志愿者是指志愿贡献个人的时间及精力，在不为任何物质报酬的情况下，为改善社 会服务，促进社会进步而提供服务的人。

1. 内容

4.1志愿者报名后，需参加医院组织的志愿者培训。

4.2 —年内需完成至少两个工作日的志愿服务工作，服从志愿服务的岗位安排。

4.3在岗期间，应尽职尽责的向患者提供志愿服务，不无故脱岗。

4.4服务过程中自觉维护聊城市人民医院和志愿者的形象，对患者和家属的咨询有 问必答，在服务中坚持“首接负责制”。

4.5明确志愿服务的职责范围，不向患者解释病情，不替患者保管物品，不单独看 护患者或送患者至病区。

1. 6不得以志愿者身份从事任何以赢利为目的或违背社会公德的活动。

4.7向身边人宣传志愿服务活动，动员和鼓励更多人参与医院志愿服务。

4.8对在志愿服务中发现的医院服务中存在的各种问题，及时记录并向团委或有关 科室反馈。

4.9在非提供志愿服务期间，对其他志愿者服务进行监督，及时将志愿服务中存在 的问题向团委反馈。对近三年人院新职工无故不提供志愿服务的，向团委举报。

1. 附则
2. 1本制度由团委负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

篥十昌

行政篇理

医院制度建设工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医院制度建设工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—007 - 001 | 总页数 | 5 |
| 制定部门 | 管理办公室 | 版本号 | 2017-06-004 |

1. 目的

规范医院管理制度的制定，参照国家有关规定，制定本制度。

1. 范围

适用于医院所有规章制度类文件的制定、发布、修订及废除。

1. 定义

3.1制度：是指医院依据国家有关法律法规、行业规章和技术指南，结合医院实际， 由相关职能部门制定，需要全院员工知晓并遵从的规范性文件。

3.2规定、流程、预案：是指医院面向全院制定的程序，由相关职能部门制定，需 要全院员工知晓并遵从的文件。

3.3规范、标准、方案、细则：由相关职能部门制定，用于指导本部门和管辖范围 内的工作，需要使用部门员工知晓并遵从的文件。

1. 4表单、记录：医院或部门开展工作的相关表格、记录。

3.5承办部门：承担管理或执行某一工作或事务的主要责任部门。

3.6协办部门：与承办部门密切合作，承担次要责任的部门。

1. 内容

4.1管理制度的分类与层级

1. 1.1管理制度分为医疗服务管理类（Medical)和医院组织管理类（Organiza­

tion)。 医疗服务管理类主要是指临床管理、患者权益、 患者安全等； 医院组

织管理类主要是指行政人事管理、财务管理和后勤服务、生产安全等。 4. 1. 2执行级别

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 层级 | 名 称 | 编码 |
| 医院政策Manage | 第一级 | 制度 | M |
| 医院程序Procedure | 第二级 | 规定、流程、预案、管理办法、指南、  基本原则 | P |
| 部门标准Standard | 第三级 | 规范、标准、方案、细则 | S |
| 表单记录Form | 第四级 | 表单、记录 | F |

4. 2管理制度的制订和修订原则

4.2.1坚持依据国家法律法规、行业规章、技术指南等原则。

4. 2. 2符合医院宗旨、目标，坚持从医院实际出发，认真调查研究的原则。

4.2.3坚持应用循证医学的原则，设计工作流程。

4.2.4坚持民主集中制，发挥各委员会作用，有员工代表参与制订。

4.2.5坚持制度稳定性、开放性和公平性的原则，及时更新制度。

4.2.6内容明确、具体、实用，具有科学性、可操作性、可执行性，易于责任认定。 4. 2. 7有奖惩措施或配套文件，运用质量监控指标，实施绩效考核。

4. 3管理制度由承办部门负责制订和修订，制订或修订时机为：

* 1. 1当国家法律法规和行政指令性文件有新要求时。

4. 3. 2当诊疗指南、操作规范、临床路径、行业标准等有新要求时。

4. 3. 3当实际工作需要时。

4. 3. 4承办部门每三年对制度文件复审或修订一次。

4.4管理制度的基本要素 4. 4.1标题：制度中文全称。

4.4.2页眉：包括文件名称、文件编号、制定部门、总页数、版本号。

4.4.3正文：必须包含以下六个要素，若要素中无内容，则填“无”。

* 1. 3.1目的：制定此文件达到的预期目标。

4. 4. 3. 2范围：适用部门、人员和适用条件。

4. 4. 3. 3定义：内容中名词、术语解释。

4. 4. 3.4内容：条理清晰，结构严谨、用词准确、文字简明、标点符号正确，各级 段落均需有概括性标题。

4. 4. 3. 5相关文件：链接或参考的文件，以《》标示。

4. 4. 3. 6使用表单及附件：内容中填写的表格和附属文件，以《》标示。

4.5管理制度的版式

4. 5. 1纸张：所有文件均使用A4打印纸排版，正反面打印。

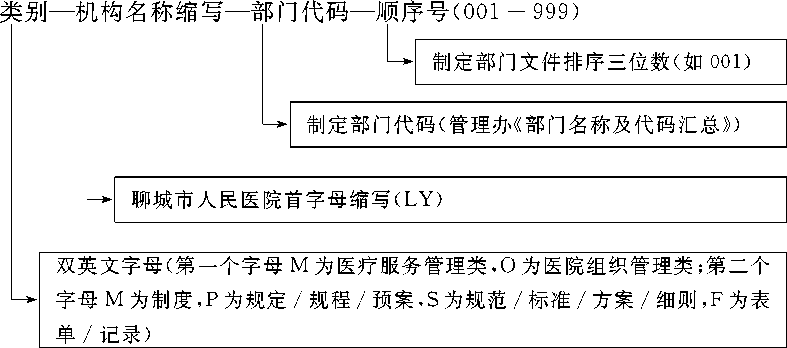
4. 5. 2正文和表单页边距：左右各为2.5 cm,上下各为2cm。

4. 5. 3标题：字体为宋体、三号、加粗，居中；正文中一级标题为宋体、小四号、 加粗。

4. 5. 4页眉：中文字体为黑体、小四号，英文字体为Times New Roman、小四号， 行距1.2倍；页脚页码居中、顺序变化。

4. 5. 5正文：中文字体为宋体、小四号，英文字体为Times New Roman小四号，行 距1.2倍；正文条款编号：采用阿拉伯数字自动排列序号编制。

4.6管理制度的编码 4. 6.1文件编号：



4. 6.2版本号：文件制定日期与版本，年度一月份一版本（三位数字）。001代表第 一版，按数字顺序类推，〇1〇代表第十版。如：2017 — 08 — 004表示该文件为 2017年8月份制定，第四版。

4. 6.2. 1文件修订时，版本号中的年度、月份、版本须相应变更。如：2012 —12 — 003变为2013 — 07 — 004，表示2013年7月份修订了 2012年12月份的文 件，文件内容有更改，为第四版。

4. 6. 2. 2每三年文件复审时，如文件内容未变，则须变更版本号中的年度、月份， 版本不变。如：2012 —12 — 003变为2015 —12 — 003，表示2015年12月份 复审2012年12月份的文件，文件内容无改变，版本号不变。

4. 7制定管理制度的程序

4. 7.1包括：立项、起草、征集意见、协商、审核、签发、公布、解释、培训、考 核、备案、修改、废止等。

4.8管理制度的立项 4. 8. 1立项内容

4. 8. 1.1制定管理制度的目的和意义。

4. 8. 1.2管理制度的适用范围。

4. 8. 1.3管理制度的主要内容。

4. 8. 1. 4违反管理制度的奖惩规则或配套措施文件。

4. 8. 1.5管理制度的承办部门、协办部门。

4. 8. 1. 6管理制度的拟完成时间。

4. 9管理制度的起草

4. 9.1起草部门：承办部门负责管理制度的起草工作，涉及其它部门的，由相关部 门协办。

4. 9. 2起草内容参见本制度“4. 2管理制度的制订和修订原则”和“4. 4管理制度的 基本要素”。

4. 9. 3管理制度应遵循国家有关法律法规、行业规章。

4. 9. 4新管理规章制度施行时，旧规章制度应在草案中注明予以废止。

4. 10征集意见和协商

4.10.1管理制度起草完毕，承办部门应通过公告（医院内部网站、消息通知或信息 栏等）、个别征求意见等方式向全体职工征集意见。

4. 10. 2有关部门及职工存在不同意见时，应在一周内以书面方式提出意见。

4. 10. 3承办部门对收到的意见进行归纳整理。

4. 10. 4如多数意见与管理制度草案相关内容不一致时，承办部门应就该内容与相应 部门协商，并达成一致意见。

4.11管理制度的审核

4.11.1承办部门将管理制度草案送管理办公室，并附《关于制订xxxx管理制度的 说明和背景材料》，一式两份。

4. 11. 2管理办公室进行审查、修改：

4.11.2.1是否符合宪法、法律法规、行业规章和国家有关规定。

4.11.2.2是否符合医院目标及发展战略。

4. 11. 2. 3是否与现行管理规章制度相冲突、重复。

4. 11.2.4是否符合格式要求。

4. 11.2. 5是否具有法律风险。

4. 11. 2. 6是否需要进行其他说明。

4. 11. 3管理制度经管理办公室审查、修改后，由相应管理委员会审核。

4.11.4委员会审核通过的制度形成决议草案，由承办部门送分管院长审核。

4. 12管理制度的签发流程 4. 12. 1管理制度的分类审批程序

第一、二层级：由相关部门起草，经相应委员会讨论形成决议草案，送分管 院长审核后，报送院长签批。

第三、四层级：由相关部门起草，经相应委员会讨论形成决议草案，送分管 院长审核、签批。

4. 12.2管理制度的发布

4.12.2.1经签批的管理制度，由管理办公室统一编号，注明生效时间，承办部门办 理印发事宜。

4. 12. 2. 2管理办公室应当自管理制度签发之日起三日内在医院内部网站公布，同时 在信息栏发布通知，确保各部门使用最新版本的制度文件。

4. 13管理制度的解释、修改、培训及考核

4. 13. 1管理制度由承办部门负责解释，自发布之日起两周内组织相关或全体职工进 行学习。

4. 13. 2实施过程中，发现管理制度有不完善或与法律、法规相抵触的，应按照本制 度进行修改或废止。

4. 13. 3管理制度的承办部门负责组织培训、考核。

4. 14管理制度备案、废止

4. 14. 1签发后的管理制度，由管理办公室进行备案。

4. 14. 2管理制度的废除，须经相关委员会讨论通过后，按照4.12. 1的程序报送院 领导审批。

4. 14. 3废除的第一、二层级制度，由管理办公室加盖含失效日期的“作废”印章存 档。废除的第三、四层级制度，由相关部门参照本文另行规定。

1. 15管理制度的保密

4.15.1医院的管理制度仅限医院内部使用。如需外部使用，应向管理办公室提交申 请，管理办公室登记备案后转换为PDF格式文件提供。

1. 附则
2. 1本制度由管理办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

**参考文献**

1. 《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》2011. 11.
2. 《中国医院质量安全管理标准》编制规范2017. 5.
3. 《医疗质量管理办法》2016. 11.
4. JCI. Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals [M ]. 6th Edition. Chicago： Joint Commission Resources? 2017. 3.

院长办公会会议制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 院长办公会会议制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步完善决策机制，提高决策水平和会议效率，院行政领导集体研究工作，决策 重要问题。

1. 范围

2.1医院领导班子成员。

2.2医院各科室。

1. 3医院各分院、社区。
2. 定义

办公会：指医院行政领导班子成员集体研究工作、决策医院重要问题的一种会议形 式。

1. 内容
2. 1会议任务

4.1.1传达、学习上级有关部门出台方针、政策、法规等，并研究贯彻落实情况。

4. 1. 2研究审定全院性的规章制度、统计报表。

4. 1.3讨论拟定医院发展、改革规划；讨论年度工作总结和阶段性工作总结，部署 年度工作计划及阶段性工作计划；拟定年度经费预决算方案。

4. 1.4研究讨论学科和专业发展规划、临床梯队建设、科研发展规划。

4. 1.5研究决定机构设置、人事安排、职工调动、奖惩等重要事项；听取财务工作 及审计工作情况汇报，审定重大基本建设立项和购置大型仪器设备立项及实 施方案。

4. 1.6研究审定院内大型活动的实施方案、外事活动工作方案；研究处理突发性重 大事件或临时性重大事项。

4. 2会议程序

* 1. 1院长办公会议一般每周召开一次，必要时随时安排。

4.2.2会议由院长主持召开，副院长出席，有关部门、科室的负责人列席。

4.2.3医院办公室通知各位与会人员，并做好会务准备工作；各与会人员要做好参 加会议的准备。开会集体讨论问题时，各与会人员要认真负责地陈述情况、 发表意见，研究问题由院长做出决定、决议。

4.2.4医院办公室负责记录并整理会议纪要，呈报院长审定签发。

4. 3决策事项的执行

4.3.1分管院长组织有关部门、单位认真贯彻执行院长办公会议作出的决定、决议。 4. 3. 2会议决定由分管院长负责办理的事项，分管院长应及时向院长汇报落实情况。 4. 3. 3会议决定由主管部门或单位负责落实的事项，主办部门或单位要认真落实会 议决定、决议，并及时向分管院长汇报工作进展情况。

4. 4会议纪律

1. 1与会人员应在会前妥善安排工作，按通知要求参加会议。会议期间不会客、 不处理其它事务。因特殊原因确不能与会者，要于会前向院长请假，必要时 更换与会人员或议题。
2. 4. 2讨论人事等问题时，要采取回避制度。

4.4.3与会人员必须严格执行保密制度，对会议讨论中的不同意见等情况，不得外 传。对会议讨论的问题及作出的决议、决定，在未正式公布以前，要严格保 密，不得泄露。

1. 附则
2. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

新闻发言人制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 新闻发言人制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步加强医院与社会各界的沟通与协调，增强医院各项工作的透明度，扩大社会 的参与度，提高社会的满意度，推进医院各项工作有序开展。

1. 范围

2.1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

医院新闻发言人是指代表医院向有关新闻媒体介绍医院相关发展情况、答复媒体所 关心的、所关注的问题的特定人。

1. 内容

4.1新闻发布的原则

4. 1.1坚持党的基本路线，坚持正确的舆论导向，坚持团结、稳定、鼓劲和正面宣 传为主的方针，有利于推进工作，促进社会经济稳定发展。

4.1.2紧紧围绕医院中心工作和社会各界普遍关心的热点难点问题，及时发布有价 值的新闻。

4. 1.3新闻发布的内容要准确、及时、公正、严谨。

4. 1.4实行新闻发布归口管理，一条渠道对外。

4. 1.5严格按照市委、市政府和上级主管部门的要求，按权限发布新闻。

4.2新闻发布的内容

4. 2. 1 —定时期内社会普遍关心的热点、难点问题及解决意见或工作措施。

4.2.2突发公共卫生事件基本情况、处置意见及结果。

4. 2. 3针对外界对医院工作所产生的误解、疑虑，以及歪曲和谣言，通过发布权威 信息，解疑释惑，澄清事实，驳斥谣言。

4. 2. 4发布重大新技术新项目开展情况。

4. 2. 5其它需要向社会发布的重要信息。

4.3新闻发布的形式

4.3.1医院主要采取召开新闻发布会的方式发布新闻，也可组织记者招待会或组织 记者集体采访、单独采访的方式进行。

4. 4新闻发言人主要职责

* 1. 1负责策划和组织召开新闻发布会，向新闻记者发布医院重要新闻。

4. 4. 2定期或不定期向新闻记者通报医院重要工作安排进展情况。

1. 3在处理突发公共卫生事件时，负责向市卫计委新闻中心汇报，及时向新闻记

者介绍情况、提供信息。

4. 4. 4接受新闻记者采访或安排记者采访本院有关工作或有关人士。

4. 4. 5负责接受新闻记者采访。

4. 5其他相关规定

1. 1新闻发布原则上由新闻发言人承担，涉及重大事项的，根据需要可由上级主

管部门进行发布；发布专业性较强的新闻，可请相关科室人员出席会议，统 一解释并回答记者提问。

4. 5. 2未经本院新闻发言人的统一安排，各科室不得以科室的名义召开新闻发布会。 4. 5. 3对一些重大或敏感问题，不宜通过电话方式回答记者的采访。

1. 5. 4对于影响较大的突发公共卫生事件和社会高度关注的敏感问题，相关科室应

当选择权威专家，主动配合主流媒体的采访需求，积极解疑释惑，传播科学 知识，以避免新闻单位刊播不科学、不准确的信息，误导群众。

5.附则

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实行。

院领导行政查房制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 院领导行政查房制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 003 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步督导行政科室、临床医技科室提高医疗质量、提升服务水平，解决临床一线 科室在日常运行中遇到的难题。

1. 范围
2. 1院长、副院长

2.2医院各科室

2. 3医院各分院、社区。

1. 定义

行政查房：指对临床科室的医疗、护理、科研、医德医风、劳动纪律、物价政策、 卫生管理、后勤服务等工作进行全面检查，听取意见，解决问题。

1. 内容

4. 1院行政查房由院长或副院长带领院办公室及其相关职能科室参加。

4. 2查房时间由院领导根据实际情况随时提出。

4. 3行政查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解 决的要讲明原因或责成有关部门限期解决。

4.4凡在查房中，院领导确定有关职能科室办理的事项，职能科室要积极办理，并 将办理结果三天之内向院长或分管院长汇报，并转告院办公室。

4.5凡在查房中发现的缺陷，要按医院有关规定限期整改。

4.6医院办公室对在查房中提出需要解决的事项要加强督办，并将承办进展、处理 结果向院长或分管院长汇报。

1. 7院长行政查房，由医院办公室作好记录。
2. 附则
3. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗机构执业许可证校验管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗机构执业许可证校验管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 004 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步规范医院管理，严格依法执业。

1. 范围

2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

《医疗机构执业许可证》是卫生行政部门同意医疗机构从事医疗执业活动的一种有 效证明，医疗机构在从事医疗执业活动前，向原设置审批的卫生行政部门申请办理 执业登记手续，审核合格领取《医疗机构执业许可证》。《医疗机构执业许可证》上 登记了医疗机构的基本信息及核准其开展的执业内容。

1. 内容

4. 1校验期限

4. 1.1《医疗机构执业许可证》有效期限一般为3年，每3年要进行校验。我院要在 有效期前3个月向省卫计委提出校验申请。

4.2检验前做好自查工作

4. 2. 1校验期满前五个月，医院办公室要组织各相关科室对照医疗机构基本标准和 诊疗科目名录进行认真自查，对不符合条件或实际未开展的诊疗科目申请注 销，对已经开展但未注册的诊疗科目一并申请变更。

4. 2. 2各科室提供的校验材料一定要合法、有效、齐全，不得弄虚作假。

4. 2. 3校验期满前三个月，医院办公室要将所有校验材料报省卫计委申请校验。

4. 3需提交校验材料准备 4. 3. 1《医疗机构校验申请书》。

4. 3. 2《医疗机构执业许可证》及其副本。

4. 3. 3各年度工作总结。

4. 3. 4诊疗科目、床位（牙椅）等执业登记项目以及卫生技术人员、业务科室和大 型医用设备变更情况。

4. 3. 5校验期内接受卫生行政部门检查、指导结果及整改情况。

4. 3. 6校验期内发生的医疗民事赔偿（补偿）情况（包括医疗事故）以及卫生技术

人员违法违规执业及其处理情况。

4. 3. 7特殊医疗技术项目开展情况。

4. 3.8医疗机构业务科室与诊疗科目、床位、执业人员数（医师、护士）关系对应 表。

4. 3. 9各科室卫生技术人员名录。

4. 3. 10新购进大型医用设备的《大型医用设备配置许可证》和《大型医用设备上岗 人员技术合格证》复印件。

4.3.11相关专项技术、特殊医疗技术项目执业许可证书或批准文件，如《放射诊疗 许可证》、《母婴保健技术服务执业许可证》、人类辅助生殖技术批准证书等。 4.3.12涉及诊疗科目或项目的相关执业人员专项技术培训合格证书复印件，如医疗 美容主诊医师培训合格证书等。

4. 3. 13政府办非营利性医疗机构校验期内财务和分配状况年终决算，营利性和其他 非营利性医疗机构校验期内财务和分配状况年审报告（验资报告、资产评估 报告等）。

4. 3. 14主管卫生行政部门下达的医疗机构不良执业行为记分通知书或出具的校验期 无不良执业记分证明。

4. 3. 15卫生行政部门规定提交的其他材料。

4.4申报资料填写要求

* 1. 1以上医疗机构行政许可相关表格可在山东省卫计委卫生监督所网站“表格下 载”中下载。

4.4.2提供的《申请书》和《注册书》，要求准确、完整，不得空项，对同一项目的 填写应当一致。

1. 3除《申请书》和《注册书》夕卜，应在申报材料原件逐页盖章。

4. 4.4使用A4规格纸张打印；申报内容应完整、清楚，不得任意涂改；涂改后， 应加盖印章或签字。

4. 4. 5复印件应当清晰并与原件一致，须注明“与原件相符”并加盖印章或签字。

4. 4. 6使用中国法定计量单位和符号。

4.4.7提供外文资料应译为规范的中文，将译文附在相应的外文资料后，并经公证 处公证。

4. 4. 8提交的证件原件（除需办理执业注册外），均为审查原件，留存复印件，由申 请单位盖章或个人在复印件上签章。

4.4.9如实提供资料，并向卫生行政部门作出书面承诺，以对申办事项和申请资料 的真实性负责。

4. 4. 10申报材料一式2份，一份原件，一份复印件；中文用宋体小4号字，英文为 12号字。

4. 4. 11提交材料有特殊要求的，按其要求执行。

1. 1本制度由医院办公室负责解释。
2. 2本制度自发布之日起实施。

**参考文献**

1.《医疗机构校验管理办法（试行）》2009. 6.

医疗机构执业许可变更管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗机构执业许可变更管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 005 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

切实加强对《医院机构执业许可证》的管理，严格依法执业，根据医院发展需要及 时变更相关许可内容。

1. 范围
2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

《医疗机构执业许可证》是卫生行政部门同意医疗机构从事医疗执业活动的一种有 效证明，医疗机构在从事医疗执业活动前，向原设置审批的卫生行政部门申请办理 执业登记手续，审核合格领取《医疗机构执业许可证》。《医疗机构执业许可证》上 登记了医疗机构的基本信息及核准其开展的执业内容。

1. 内容

4.1负责《医疗机构执业许可证》变更管理的科室。

4. 1.1医院《医疗机构执业许可证》变更由医院办公室负责具体办理，医务处、护 理处、人事处、财务科等相关科室要积极配合。

4. 2变更的内容

4.2.1医院《医院机构执业许可证》变更内容包括：法定代表人、医院名称、注册 资金、诊疗科目、床位（牙椅）等。

4. 3变更前的材料准备

* 1. 1变更法定代表人需要提交的材料目录。

4. 3. 1. 1《医疗机构申请变更登记注册书》。

4. 3. 1. 2《医疗机构执业许可证》正本、副本及复印件。

4. 3. 1. 3《医疗机构执业许可证》正本、副本及复印件。

4. 3. 1. 4现任法定代表人身份证复印件。

4. 3. 1. 5卫生行政部门规定提供的其他材料。

4.3.2医院名称变更需要提交的材料目录。

4.3.2. 1医疗机构上级主管卫生行政部门签署的正式申请文件（上级主管卫生行政 部门为省卫计委的，提交单位负责人签署的正式申请文件），说明申请变更 登记的原因和理由。

4. 3. 2. 2《医疗机构申请变更登记注册书》。

4. 3.2. 3《医疗机构执业许可证》正本、副本及复印件。

4. 3. 2. 4政府举办的医疗机构应提供所在地编制管理部门出具的变更名称批准文件。

4.3.2.5拟以病名作为医疗机构识别名称的，原则上为二级以上医疗机构，并取得 设区的市级以上科技或卫生部门的科研成果奖励。

4. 3. 2. 6卫生行政部门规定提供的其他材料。

4.3.3注册资金变更需要提交的材料目录。

4. 3. 3.1医疗机构上级主管卫生行政部门签署的正式申请文件（上级主管卫生行政 部门为省卫计委的，提交单位负责人签署的正式申请文件），说明申请变更 登记的原因和理由。

4. 3. 3. 2《医疗机构申请变更登记注册书》。

4. 3. 3. 3《医疗机构执业许可证》副本及复印件。

4. 3. 3. 4符合规定的验资证明及出具单位的资质复印件。

4. 3. 3. 5卫生行政部门规定提供的其他材料。

4. 3. 4诊疗科目变更需要提交的材料目录

1. 1医疗机构上级主管卫生行政部门签署的正式申请文件（上级主管卫生行政 部门为省卫计委的，提交单位负责人签署的正式申请文件），说明申请变更 登记的原因和理由。

4. 3. 4. 2《医疗机构申请变更登记注册书》。

4. 3.4. 3《医疗机构执业许可证》正本、副本及复印件。

4. 3. 4. 4拟增设诊疗科目从业人员名录（包括姓名、性别、年龄、专业技术职务资 格证书、医师资格证书、护士执业证书）。

4. 3. 4. 5拟增设诊疗科目从业人员人员（医师、护士）的注册（或变更）申请表。

4. 3. 4. 6拟增设诊疗科目相应的医疗设备名录和购买发票、合格证的复印件。

4. 3. 4. 7拟增设诊疗科目医疗用房平面图。

4. 3. 4. 8拟增设诊疗科目各项规章制度、人员岗位职责、医疗护理技术操作规程。

4. 3. 4. 9专项科目或技术批准证书（如《放射诊疗许可证》《人类辅助生殖技术批准 证书》等）。

4. 3. 4. 10卫生行政部门规定提供的其他材料。

4. 3. 4. 11卫生行政部门规定提供的其他材料。

4. 3. 5床位（牙椅）变更需要提交的材料目录。

4. 3. 5.1医疗机构上级主管卫生行政部门签署的正式申请文件（上级主管卫生行政 部门为省卫计委的，提交单位负责人签署的正式申请文件），说明申请变更 登记的原因和理由。

4. 3. 5. 2《医疗机构申请变更登记注册书》。

4. 3. 5. 3《医疗机构执业许可证》正本、副本及复印件。

4. 3. 5.4医疗机构各科室（诊疗科目）与床位、卫生技术人员对应关系表、医疗机 构人员配备情况一览表。

4. 3. 5. 5增加床位数需要改、扩建医疗用房的，需提供改、扩建医疗用房建筑设计 平面图。

4. 3. 5. 6涉及变更注册资金的，应同时办理注册资金变更申请。

4. 3. 5. 7卫生行政部门规定提供的其他材料。

4.4申报资料填写要求

4. 4.1相关表格可在山东省卫计委卫生监督所网站（http: //www. sdwsjd.gov. cn) “表格下载”中下载。

4.4.2提供的《申请书》和《注册书》，要求准确、完整，不得空项，对同一项目的 填写应当一致。

* 1. 3除《申请书》和《注册书》外，应在申报材料原件逐页盖章。

4. 4.4使用A4规格纸张打印；申报内容应完整、清楚，不得任意涂改；涂改后， 应加盖印章或签字。

4. 4. 5复印件应当清晰并与原件一致，须注明“与原件相符”并加盖印章。

4. 4. 6使用中国法定计量单位和符号。

4.4.7提供外文资料应译为规范的中文，将译文附在相应的外文资料后，并经公证 处公证。

4. 4. 8提交的证件原件（除需办理执业注册外），均为审查原件，留存复印件，由申 请单位盖章或个人在复印件上签章。

1. 9按照以上要求如实提供资料，并向卫生行政部门作出书面承诺（卫生行政部

门提供样本），以对申办事项和申请资料的真实性负责。

4. 4. 10申报材料一式2份，一份原件，一份复印件；中文用宋体小4号字，英文为 12号字。

4. 4. 11提交材料有特殊要求的，按其要求执行。

1. 5变更工作的流程
   1. 1变更材料整理齐全后，首先要报院领导审阅签字同意；其次，报聊城市卫计

委审核同意，并出具相关文件；再次，报省卫计委卫生监督所许可受理办公 室，经审查需要完善的材料及时完善；省卫计委卫生监督所许可受理办公室 受理后，要积极做好省卫计委来院实地考核的准备。

4.5.2省卫计委同意变更，并办理完相关手续后，医院办公室要将省卫计委同意变 更的正式批复文件进行存档，严格按规定保存新的《医疗机构执业许可证》 的正本、副本。

5.附则

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

总值班制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 总值班制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 006 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

保障医院非办公时间之外医务、行政工作正常运转，做好午间、夜间等薄弱时间段

行政管理、综合协调工作。

1. 范围

医院行政职能科室中层领导干部。

1. 定义

无

1. 内容

4.1医院总值班由医院办公室统一管理、排班，值班室配备专用值班电话。

4. 2总值班时间为医院非办公时间（中午12: 00 —13: 30，晚上17: 30—第二天早 8: 00)。

4. 3总值班人员要认真处理好医院非办公时间的医务、行政和临时事宜，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。对某些重大问题的 处理要及时向值班院长请示汇报或与有关职能科室负责人联系协调解决，并按 规定报告上级卫生行政主管部门。

4.4值班人员应严格履行总值班工作职责，按时到岗，坚守工作岗位，做好值班记 录，并在当天值班结束时将值班记录本交到医院总值班室，值班人员的轮换交 班时间一般在每天早8: 00。地点在医院办公室。

4.5凡遇医疗方面的紧急情况，如院外急救及会诊等，值班人员有权直接与有关科 室负责人联系并指派参加医疗抢救和会诊人员，同时按规定逐级向院领导及卫 生行政主管部门报告。

4.6院内的医疗抢救和各科室之间的急会诊，原则上由各科自行负责联系，必要时 可由总值班协调解决。

4. 7值班人员要严格坚守工作岗位，保持24小时通讯畅通，值班时间为每天正常上 班时间以外的时间。

4.8医院总值班人员在值班过程中遇有处理不了的问题，请示、通知到相关领导、 相关科室人员时，必须给予明确的答复，需要到场处理的，必须无条件地及时 到场处理相关问题。

1. 9值班人员无故不值班的，凡发现一次取消当月的管理津贴或奖金，并取消当年

的评先选优的各种资格，造成恶劣影响和严重损失的，按照有关法律法规进行 严肃处理。

5.附则

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

院务公开工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 院务公开工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 007 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

保障社会公众和患者知晓医院相关信息，提高医院工作的透明度，促进医院依法执

业和诚信服务。

1. 范围

2.1全院职工。

2.2社会。

2. 3患者。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1公开原则

4. 1.1坚持依法执业，诚信服务的原则，依法公开医院资质信息、医疗质量、医疗 服务价格和收费信息、便民措施、集中采购招标、行业作风建设等相关信息。

4.1.2按照规定权限和程序，遵循公正、公平、便民的原则，做到公开内容真实， 公开程序规范。

4. 1. 3遵守国家保密法律法规和有关规定，信息公开前必须进行保密审查。

4.2公开内容

4.2.1医疗机构执业许可证、卫生技术人员依法执业注册基本情况和卫生技术人员 提供医疗服务时的身份标识。

4.2.2经卫生行政部门批准开展的诊疗科目、准予登记的医疗技术及医疗技术临床 应用情况。

4. 2. 3经卫生行政部门批准使用的大型医用设备名称、从业人员资质及其使用管理 情况。

4.2.4提供的医疗服务项目、内容、流程情况。

* 1. 5医疗服务、常用药品和主要医用耗材的价格及其在医疗保险和新型农村合作 医疗中的报销比例。

1. 6纳入医疗保险和新型农村合作医疗定点医疗机构的情况，医疗保险和新型农 村合作医疗报销政策和补偿流程。

4. 2. 7接受捐赠资助的情况和受赠受助财产的使用管理情况。

4.2.8医疗纠纷处理程序、医疗服务投诉信箱和投诉咨询电话。

4. 2. 9医疗服务中的便民服务措施。

4.2.10医疗服务中患者使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服务的名 称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况，以提供查询服务或提供费用清 单的形式告知患者。

4. 2. 11职责范围内确定的主动公开的其他信息。

4. 3不予公开内容

4. 3. 1属于国家秘密的。

4. 3. 2属于商业秘密或者公开后可能导致商业秘密被泄露的。

4. 3. 3属于知识产权保护内容的。

4. 3. 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。

4. 3. 5不属于医疗卫生服务单位法定权限内的信息。

4. 3. 6法律、法规、规章等规定不予公开的信息。

4. 4公开方式和程序

4. 4. 1公开方式

4. 4. 1. 1门诊大厅电子屏。

4.4. 1.2医院网站。

4.4. 1.3医院报刊。

4.4. 1.4院内信息公开栏。

4. 4. 1. 5广播、电视等新闻媒体。

4. 4. 1. 6病友座谈会和社会监督员座谈会。

4. 4.1.7向特定服务对象提供的信息，可以通过当面交谈、书面通知、提供查询等 形式告知。

4. 4. 2公开程序

4. 4. 2.1属于主动公开范围的信息，按照《院务公开实施细则》执行；法律、法规 对信息公开的期限另有规定的，从其规定。

4. 4. 2. 2公民、法人和其他组织申请获取信息的，在收到申请后应当及时登记，能 够当场答复的，应当场予以答复，不能当场答复的，应当自收到申请之日 起15个工作日内予以答复。针对申请内容不同分别给予以下处理：对申请 信息属于公开范围的，应当告知申请人获取该信息的方式和途径；对申请 信息属于不予公开范围的，应当告知申请人并说明理由；对不属于本单位 掌握的信息或者该信息不存在的，应当告知申请人；对申请内容不明确的， 应当告知申请人在合理期限内更改或者补正，申请人逾期未更改或者补正 的，视为放弃本次申请；对申请人申请获取与其自身利益无关的信息，可 以不予提供。

4. 4. 2. 3对不属于三重一大事项的公开申请由申请科室负责人签字、院务公开办公 室审批；属于三重一大范畴的公开事宜经院长办公会、党委会或党政联席 会讨论、决策后由申请科室提出申请、分管院领导审批同意、院务公开办 公室审核通过后进行公开。

4. 5公开部门

4. 5.1成立医院院务公开领导小组，全面负责医院院务公开工作。

4.5.2医院院务公开领导小组下设办公室，医院院务公开领导小组办公室挂靠在医 院办公室，定期对信息公开工作进行检查、评价和持续改进。

1. 6监督管理
   1. 1医院院务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。

5.附则

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

**参考文献**

1. 《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》2010. 8.

自媒体平台管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 自媒体平台管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 008 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步加强医院自媒体平台管理工作，把握正确的舆论导向，做好新时期医院宣传

工作。

1. 范围

2.1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

自媒体平台：医院自媒体平台指聊城市人民医院院报、聊城市人民医院官方微信、

聊城市人民医院官方微博、聊城市人民医院官方网站。

1. 内容

4.1聊城市人民医院院报编辑

4. 1.1院报编辑工作实行主编负责制，主编根据医院的中心任务和重点工作确定每 期院报的宣传重点，并对稿件的选用、审稿、编排、版面设计、发排、校对、 印刷、发行全过程负责。

4.1.2院报编辑人员根据主编的要求和收集了解的信息积极采编稿件，将初稿先交 被采访科室负责人或信息提供人员进行审核修改，然后交主编审核定稿。

4.1.3对各科室提供的稿件，先由院报编辑人员进行修改，然后由主编审核定稿。

4.1.4院报责任编辑要认真审阅每篇稿件，安排每篇稿件所处的版面位置，确认所 编各项内容无误后，及时排版，打出小样。

4. 1.5院报小样经过认真校对后，打出清样，送院领导审阅、提出意见，并根据领 导意见进行修改，修改稿经院领导审批后付印。

4. 2聊城市人民医院网站管理

4. 2.1聊城市人民医院网站由医院办公室负责建设、管理、维护等工作。

4.2.2要做好网站建设的规划与实施，把握网站的发展方向；做好网站的运行、维 护、管理和使用等工作。

4.2.3网站管理人员要与时倶进，不断地对网站进行完善，增加网站的服务功能。

4. 2. 4要严格遵守国家有关法律、行政法规，严格执行安全保密制度，不得在网上 从事危害国家安全、泄露国家和军事秘密等犯罪活动，不得制作、复制和传

播各类不健康信息。严禁在网站上发布不真实的信息。

4.2.5网站信息发布遵循“先审批，后发布”的原则，未经审批，信息一律不准上 网发布。各科室需上网发布信息时，由本科室领导审阅同意后交网站管理人 员，一般信息由网站管理负责人审核同意后上传到网站，有些特殊信息需经 分管院长或院长审核批准后才能上传到网站。

4. 2. 6各临床医技科室要对本科室的网站信息及时更新，科室发生变化要及时报网 站管理人员（科技楼205房间），确保网站信息的时效性。

4. 2. 7各科室报送上网信息资料要统一格式，文字资料以Word文档格式提供，表 格以Word表格格式提供，图片及视频以数据文件格式提供。

4. 3聊城市人民医院官方微信公众平台管理

4. 3. 1总则

4. 3. 1. 1微信公众平台作为一种新媒体，在新闻宣传和舆论引导方面具有重要作用， 是传播新闻资讯、引导医院舆论、塑造医院形象、建设网络文化的重要途 径。医院应充分发挥医院各级微信公众平台的作用，进一步加强运营管理 规范，规避因缺乏有效审核和监管带来的负面风险，构建上下联动的医院 微信公众平台“大宣传”格局。

4. 3. 1. 2聊城市人民医院官方微信公众平台于2015年6月1日创建，聊城市人民医 院订阅号于2016年3月1日创建、聊城市人民医院企业号于2017年2月5 日。由医院办公室具体管理运行。

4. 3. 1.3医院的二级微信公众平台是指经过医院审批备案，包括“聊城市人民医院” 为名称前缀或关键词在腾讯微信上开通的公共账号。

4. 3. 1.4院内各临床科室要按照党管媒体的原则，增强对新媒体发展的关注和研究， 主动把握网络舆论导向的主动权，加强对本科室微信公众平台建设、管理 和发布信息。

4. 3. 2管理维护

1. 1医院官方微信公众平台的管理和维护由医院办公室负责。各科室微信公众 平台由各科室具体管理。

4. 3. 2. 2官方和二级微信公众平台要以“科学建设、规范管理、充分利用、确保安 全”为指导原则，主动建立健全微信公众平台管理制度，明确领导，落实 专人具体负责微信公众平台内容审核与日常管理维护等工作。

4. 3.2. 3科室微信公众平台要加强互联互动，构建有效的信息共享、动态交流、联 动反应的网络工作模式，形成强大的新媒体宣传合力。

4. 3. 2. 4科室微信公众平台在运行过程中遇到提问、建议、投诉、质疑等相关问题 时，管理员应及时了解情况并上报本科室主任，认真回复。一旦发生危机 事件，事态严重或事件敏感，传播范围有扩散趋势时，管理员应迅速了解 情况并第一时间上报科室主任、医院办公室及分管院领导，积极应对处理。 对因工作失误给医院声誉造成不良影响的微信公众平台，医院将责令其关

闭，并追究科室主任和管理员的责任。

4. 3. 3内容发布和信息安全

4. 3. 3.1医院各官方微信公众平台、官方微博及个人在网络社交媒体上发布信息要严 格遵守国家相关法律法规和医院各项管理规定，不得发布和传播以下信息：

4. 3. 3. 1. 1违反国家法律法规或泄露国家机密的信息；

4. 3. 3. 1. 2违反医院管理规定的信息；

4. 3. 3. 1. 3损害医院形象及扰乱医院和学校正常秩序的信息；

4. 3. 3. 1.4未经证实的谣言；

4. 3. 3. 1. 5官方微信公众平台和官方微博不得发布于医院工作无关的商业广告宣传 信息；

4. 3. 3. 1.6对违反以上规定的单位或个人，一经发现，医院责令其及时纠正。发生 重大失误或产生恶劣影响的，医院将按有关规定处理相关责任人。

4. 3. 3. 2未经授权，医院各官方微信公众平台、各官方微博及个人在网络社交媒体 上不得擅自发布涉及医院和学校重大事件、突发事件和社会热点及敏感问 题的相关内容，如若转载医院、正规媒体报道，必须标明出处，且不得擅 自修改标题和内容。各微信公众平台发布本科室重大信息时需经本科室主 任、分管领导逐级审核。

4. 3. 4注册登记和检查

4.3.4. 1各科室应要高度重视假冒本科室名称、简称等开通的微信公众平台，并自 行掌握监控。

4. 3. 4. 2已经完成注册的各微信公众平台，均须填写《聊城市人民医院微信公众平 台备案登记表》，由科室主任签字后报医院办公室登记备案。如发生微信公 众平台更名、科室主任或管理员变更等，应及时报医院办公室备案。

4. 3. 4. 3医院各科室如需新建微信公众平台，应填写《聊城市人民医院微信公众平 台开通申请表》，经科室主任签字同意，报医院办公室批准后方可开通。

1. 3. 4. 4医院将定期检查各科室公众平台运营情况，对活跃度过低的公平平台建议

适时关闭。

5.附则

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

现场办公制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 现场办公制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—006 - 009 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

解决临床一线科室、行政后勤科室在正常运转中遇到的疑难问题，进一步提升医疗

质量、服务水平。

1. 范围

2.1医院领导班子成员。

2.2医院各科室。

1. 3医院各分院、社区。
2. 定义

现场办公是指医院领导带领相关职能科室到需要处置问题的科室查找工作中存在的

问题和困难，分析原因，现场研究解决办法或针对某项事宜召开多科室协调会及时

处理存在问题。

1. 内容

4.1现场办公由院长或其他领导班子成员带领医院办公室及相关行政、临床科室参加。

4.2需要提请现场办公的事项由医院办公室负责收集、整理、上报，由院领导决定是 否需要现场办公或现场办公具体时间；特殊情况下，领导班子成员可随时安排现 场办公。

4. 3相关职能科室在接到院领导现场办公安排后，科室主要负责人无故不得缺席，特 殊情况下应安排科室副职或指定专人参加现场办公。

4.4现场办公过程中，院领导对于存在的问题确定由相关职能科室办理，医院办公室 负责将需要办理事项转达相关职能科室，相关职能科室在收到现场办公记录单后， 需逐项填写，并将办理结果三天之内向院长或分管院长汇报，并将现场办公记录 单交医院办公室存档。

4. 5现场办公要和行政查房结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解决 的要讲明原因或限期解决。

1. 6现场办公由医院办公室作好记录。
2. 附则

5. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

突发公共卫生事件信息报告发布制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 突发公共卫生事件信息报告发布制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 006 - 010 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步规范突发公共事件信息报告和发布工作，提高应急管理工作整体水平。

1. 范围

2. 1医院各科室 2.2医院各分院、社区。

1. 定义

突发公共卫生事件：发生或者可能发生传染病暴发、流行；发生或者发现不明原因 的群体性疾病；发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件；发生或可能发生严重 威胁公众健康的自然灾害、事故灾难或社会安全事件等。

1. 内容

4. 1报告责任人

医院各科室均为突发事件的监测单元，每个职工均有监测的责任及报告的义务， 应做好突发事件信息的日常收集、分析和报告工作。

4. 2报告时间

医院任何部门和人员发现报告范围之一的情况，应当在第一时间向医院突发公 共卫生事件领导小组应急办公室主任或副主任汇报，或拨打医院总值班电话 8276225。医院应急办公室于2小时内报告市应急办或市疾病预防控制中心。任 何部门和个人不得瞒报、缓报、谎报或者授意他人瞒报、缓报、谎报。

4. 3报告内容

包括事件发生时间、地点、事件性质、影响范围、涉及人员基本情况、危害后 果、采取的初步应对措施，并要续报事件进展、处理情况和结果。

4. 4报告方式

第一时间电话报告，随后形成书面报告。现场办公过程中，院领导对于存在的 问题确定由相关职能科室办理，医院办公室负责将需要办理事项转达相关职能 科室，相关职能科室在收到现场办公记录单后，需逐项填写，并将办理结果三 天之内向院长或分管院长汇报，并将现场办公记录单交医院办公室存档。

4. 5续报和终报

突发公共卫生事件处置的新进展、可能衍生的新情况要及时续报。续报一般不 再复述事件初始过程，只报告事态发展或处置的进展情况，突发公共事件处置 结束后，要进行终报。

1. 6信息发布

信息管理与通报按照《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》 第五章相关条款执行，医院及各科室不得擅自对外通报和公布本行政区域内的 突发公共卫生事件和传染病疫情。医务人员不得将传染病病人及其家属的姓名、 住址和个人病史以任何形式向社会公开。

5.附则

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

信息公开工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 信息公开工作制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-006-011 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

保障社会公众和患者知晓医院相关信息，提高医院工作的透明度，促进医院依法执 业和诚信服务。

1. 范围

2.1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义 无。
2. 内容

4. 1公开原则

4.1.1坚持依法执业，诚信服务的原则，依法公开医院资质信息、医疗质量、医疗 服务价格和收费信息、便民措施、集中采购招标、行业作风建设等相关信息。 4.1.2按照规定权限和程序，遵循公正、公平、便民的原则，做到公开内容真实， 公开程序规范。

4. 1. 3遵守国家保密法律法规和有关规定，信息公开前必须进行保密审查。

4.2公开范围

社会、患者和全院职工。

4. 3公开内容

4.3.1医疗机构执业许可证、卫生技术人员依法执业注册基本情况和卫生技术人员 提供医疗服务时的身份标识。

4.3.2经卫生行政部门批准开展的诊疗科目、准予登记的医疗技术及医疗技术临床 应用情况。

4. 3. 3经卫生行政部门批准使用的大型医用设备名称、从业人员资质及其使用管理 情况。

4. 3. 4提供的医疗服务项目、内容、流程情况。

4. 3. 5提供的预约诊疗服务方式及门诊出诊医师信息。

4.3.6医疗服务、常用药品和主要医用耗材的价格及其在医疗保险和新型农村合作 医疗中的报销比例。

4. 3. 7纳入医疗保险和新型农村合作医疗定点医疗机构的情况，医疗保险和新型农 村合作医疗报销政策和补偿流程。

4. 3. 8接受捐赠资助的情况和受赠受助财产的使用管理情况。

4.3.9医疗纠纷处理程序、医疗服务投诉信箱和投诉咨询电话。

4. 3. 10医疗服务中的便民服务措施。

4.3.11医疗服务中患者使用的药品、血液及其制品、医用耗材和接受医疗服务的名 称、数量、单价、金额及医疗总费用等情况，以提供查询服务或提供费用清 单的形式告知患者。

4. 3. 12职责范围内确定的主动公开的其他信息。

4.4不予公开内容 4. 4. 1属于国家秘密的。

4. 4. 2属于商业秘密或者公开后可能导致商业秘密被泄露的。

4. 4. 3属于知识产权保护内容的。

4. 4. 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。 4. 4. 5不属于医疗卫生服务单位法定权限内的信息。

4.4. 6法律、法规、规章等规定不予公开的信息。

4. 5公开方式

4. 5. 1门诊大厅电子屏；

4. 5. 2医院网站；

4. 5. 3医院报刊；

4. 5.4院内信息公开栏；

4. 5. 5广播、电视等新闻媒体；

4. 5. 6病友座谈会和社会监督员座谈会；

4. 5. 7向特定服务对象提供的信息，可以通过当面交谈、书面通知、提供查询等形 式告知。

4. 6公开程序

4. 6.1属于主动公开范围的信息，按照《院务公开实施细则》执行；法律、法规对 信息公开的期限另有规定的，从其规定。

4.6.2公民、法人和其他组织申请获取信息的，在收到申请后应当及时登记，能够 当场答复的，应当场予以答复。不能当场答复的，应当自收到申请之日起15 个工作日内予以答复。针对申请内容不同分别给予以下处理：对申请信息属 于公开范围的，应当告知申请人获取该信息的方式和途径；对申请信息属于 不予公开范围的，应当告知申请人并说明理由；对不属于本单位掌握的信息 或者该信息不存在的，应当告知申请人；对申请内容不明确的，应当告知申 请人在合理期限内更改或者补正。申请人逾期未更改或者补正的，视为放弃 本次申请；对申请人申请获取与其自身利益无关的信息，可以不予提供。

4. 6. 3对不属于三重一大事项的公开申请由申请科室负责人签字、院务公开办公室 审批；属于三重一大范畴的公开事宜经院长办公会、党委会或党政联席会讨 论、决策后由申请科室提出申请、分管院领导审批同意、院务公开办公室审 核通过后进行公开。

4. 7公开部门

完善院务公开领导小组，对社会患者的信息公开由医院办公室负责，对职工的 信息公开由工会负责。

1. 8监督管理

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。

**5.附则**

1. 1本制度由医院办公室负责解释。

5. 2向单位职工公开信息工作按院务公开相关规定执行。

5. 3本制度自发布之日起实施。

**参考文献**

1.《医疗卫生服务单位信息公开管理办法（试行）》2010. 8。

行政公文处理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 行政公文处理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-006-001 | 总页数 | 5 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

使医院行政公文处理工作规范化、制度化、科学化。

1. 范围
2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

3.1公文：指各级各类国家机构、社会团体和企事业单位在管理过程中形成的具有 特定效力和规范格式的文书，是依法进行公务活动的重要工具。

1. 2公文处理：指公文的办理、管理、立卷、归档等一系列相互关联、衔接有序的

工作。

1. 内容
2. 1总则

4. 1.1公文处理必须严格执行国家保密法律、法规和其它有关规定，确保国家秘密 的安全。

4.1.2医院办公室文秘部门是公文处理的管理机构，主管公文处理工作，并指导各 职能科室的公文处理工作。

4. 1.3公文处理应当坚持实事求是、精简、高效的原则，做到及时、准确、安全。

4. 2公文种类

4.2.1医院公文种类主要有：

* 1. 1.1命令（令）：适用于宣布施行重大强制性行政措施，嘉奖有关科室、单位及 人员。

1. 1.2决定：适用于对重要事项或者重大行动做出安排，奖惩有关科室、单位及 人员。

4. 2. 1.3公告：适用于向院内外宣布重要事项。

4. 2. 1. 4通告：适用于公布有关方面应当遵守或周知的事项。

1. 1.5通知：适用于转发上级机关和不相隶属机关的公文，传达要求办理和需要 周知或执行的事项，任免人员。
2. 1.6通报：适用于表彰先进，批评错误，传达重要精神或情况。

4. 2. 1.7报告：适用于向上级机关汇报工作，反映情况，答复上级机关的询问。

4. 2. 1.8请示：适用于向上级机关请求指示、批准。

4. 2. 1. 9批复：适用于答复下级单位的请示事项。

4. 2. 1. 10意见：适用于对重要问题提出见解和处理办法。

1. 1.11函：适用于不相隶属单位（或机关）之间商洽工作，询问和答复问题，向

无隶属关系的主管部门请求批准和答复有关事项。

4. 2. 1.12会议纪要：适用于记载、传达会议情况和议定事项。

4. 2. 2议案适用于各级人民政府按照法律程序向同级人民代表大会或人民代表大会 常务委员会提请审议事项，不适用医院。

4.2.3总结、计划、规划、方案等，以“通知”的形式印发，不能直接作为文种行 文。

4. 3公文格式

4.3.1医院公文一般由发文机关标识、发文字号、标题、主送机关、正文、附件、 成文日期、印章、主题词、抄送机关、印发机关和印发日期等部分组成。

4. 3. 1.1发文机关标识。医院行政公文的发文机关标识为“聊城市人民医院文件”。

4. 3. 1.2发文字号。由机关代字、年份、序号组成。医院机关代字为“聊市医”，用 3号仿宋体字，居中排布；年份、序号用阿拉伯数码标识；年份应标全称， 用六角括号“〔〕”括人；序号不编虚位（即1不编为〇〇1)，不加“第” 字。

4. 3. 1.3公文标题。由发文机关名称、公文主题、公文种类三部分组成。公文标题 中除法规、规章和规范性文件名称加书名号外，一般不加标点符号。

4. 3. 1.4主送机关。指公文的主要受理机关，应当使用全称或者规范化简称、统称。 位于标题之下、正文之前，顶格并加冒号。决定、会议纪要一般将主送机 关写于正文之后。

1. 1.5公文正文。主送机关名称下1行，每自然段左空2字，回行顶格。数字、

年份不能回行。

4. 3. 1.6附件。公文如有附件，在正文之下、成文时间之前，按顺序注明附件名称。

附件内容在正文之后，与正文装订在一起。

1. 1.7成文日期。以院领导签发的日期为准，用汉字将年、月、日标全，“零”写 为 “0”。
2. 1.8印章。公文除“会议纪要”外，一律加盖医院公章。医院单一机关制发的 公文在落款处不署发文机关名称，只标识成文日期，成文日期右空4字; 加盖印章应上距正文1行之内，端正、居中下压成文时间。
3. 1.9主题词。“主题词”三个字用3号黑体字，居左顶格标识，后标全角冒号;

词目用3号小标宋体字；词目之间空1字。

* 1. 1.10抄送机关。公文如有抄送机关，在主题词下1行；左右各空1字，用3号 仿宋体字标识“抄送”，后标全角冒号；抄送机关间用逗号隔开，回行时

与冒号后的抄送机关对齐；在最后一个抄送机关后标句号。如主送机关移 至主题词之下，标识方法同抄送机关。

4.3.1.11印发机关和印发日期。位于抄送机关之下（无抄送机关在主题词之下）占 1行位置。印发机关左空1字，印发日期右空1字。医院行政公文印发机 关为“聊城市人民医院办公室”。印发日期以公文付印的日期为准，用阿 拉伯数码标识。

4.3.1.12版记。由主题词、抄送机关、印发机关、印发日期组成。版记应置于公文 最后一面，版记的最后一个要素置于最后一行。

4.3.2公文中各组成部分的标识规则，参照《国家行政机关公文格式》国家标准执 行。

4. 3. 3公文用纸一般采用国际标准A4型（210mmX297mm)，左侧装订。张贴的公 文用纸大小，根据实际需要确定。

4. 4行文规则

4.4.1行文应当确有必要，注重效用。可发可不发的公文不发，可长可短的公文要 短。

4. 4. 2行文关系根据隶属关系和职权范围确定，一般不得越级请示和报告。

4.4.3向上级机关请示问题，应当一文一事；一般只写一个主送机关，需要同时送 其他机关的，应当用抄送形式。

4.4.4除上级机关负责人直接交办的事项外，不得以机关名义向上级机关负责人报 送“请示”、“意见”和“报告”。

4. 5发文办理

4.5.1发文办理指制发公文的过程，包括草拟、审核、签发、复核、用印、登记、 分发等程序。

4. 5.2草拟公文应当做到：

4. 5. 2. 1符合国家的法律、法规及其他有关规定。

4. 5. 2. 2情况确实，观点明确，表述准确，结构严谨，条理清楚，直述不曲，字词 规范，标点正确，篇幅力求简短。

4. 5. 2. 3要正确使用文种。

4.5.2.4人名、地名、数字、引文准确。公文中的数字，除成文日期、部分结构层 次序数和在词、词组、惯用语、缩略语、具有修辞色彩语句中作为词素的 数字必须使用汉字外，应当使用阿拉伯数字。引用公文应当先引标题，后 引发文字号。引用外文应当注明中文含义。文内使用非规范化简称，应当 先用全称并注明简称。日期应当写明具体的年、月、日。计量单位必须使 用国家法定计量单位。

4. 5. 2. 5结构层次序数，第一层为“一、”，第二层为“（一)”，第三层为“1.”，第 四层为“（1)’’。

4.5.3拟制公文，对涉及其他职能科室职权范围内的事项，主办科室应当主动与有

关科室协商，取得一致意见后方可行文。

4. 5. 4公文的签发程序如下：

4. 5. 4. 1起草科室将起草后的公文交打字室统一排版，打出清样。

4. 5. 4. 2起草人填写“聊城市人民医院发文稿纸”，起草科室负责人核稿签字。

4. 5. 4. 3起草人将附有“聊城市人民医院发文稿纸”的公文清样送医院办公室审核， 审核的重点是：是否确需行文，行文方式是否妥当，是否符合行文规则和 拟制公文的有关要求，公文格式是否符合本办法的规定等。

4. 5. 4. 4医院办公室分管文秘的主任审核同意后，送分管院长审签。分管院长签字 同意后，送院长签发。

4. 5. 4. 5未经医院办公室审核前，不能将文稿送分管院长审签或院长签发。

4. 5. 5公文经院长签发后，按以下程序办理：

4. 5. 5.1登记。医院办公室对已签发的公文进行复核、登记，确定发文字号、印制 份数等。

4.5.5.2印制。由医院打字室统一打印。印制完成后，加盖印章。起草科室将公文 底稿和二份正式文件送打字室保存。

4. 5. 5. 3分发。医院办公室或拟稿科室按文件标明的发送范围进行分发。上报上级 有关部门的文件由专人送交或邮寄。

4. 6收文处理

4.6.1收文办理指对收到公文的办理过程，包括签收、登记、审核、拟办、承办、 催办等程序。

4. 6. 2签收。对上级机关通过邮寄、专人送达的公文，及院领导、各科室人员外出 开会带回的需要办理的公文，医院办公室要及时签收。

4. 6. 3登记、审核。分类分项对来文进行登记，并审核来文是否应由医院办理、公 文是否符合行方规则和完整等，对符合规定和要求的公文，填写“聊城市人 民医院收文处理单”。对不应医院办理的公文，经医院办公室负责人批准后， 可以退回来文单位并说明理由。

4. 6. 4拟办。医院办公室主任对收到的公文提出拟办意见，送院领导批示或者交有 关科室办理，需要两个以上科室办理的应当明确主办科室。紧急公文，应当 明确办理时限。

4. 6. 5承办。承办人员或科室收到交办的公文后，要按院领导批示或院办主任的意 见及时办理，不得延误、推倭。对不宜由本人或本科室办理的或确有困难的， 应及时退回院办并说明理由。

4.6.6催办。院领导批示的公文，医院办公室要负责催办，紧急公文要跟踪催办， 重要公文要重点催办，一般公文要定期催办。

4. 7公文归档

1. 1公文办理完毕后，应当根据《中华人民共和国档案法》和其他有关规定，及 时整理（立卷）、归档。个人不得保存应当归档的公文。

4.7.2发文归档。起草科室要及时将附有院领导签字的公文底稿和正式公文两份， 送交打字室保存。打字室要于年初将上一年的发文材料整理齐全，经医院办 公室负责人审核后，送档案室立卷归档。

4. 7. 3来文归档。对承办的上级来文，承办人办完后必须及时交医院办公室，由医 院办公室专门人员立卷归档。

4. 8公文管理

4.8.1公文由医院办公室专职人员统一收发、审核、用印、归档和销毁。

4.8.2上级机关的公文，除绝密级和注明不准翻印的以外，经院领导或医院办公室主 任批准，可以翻印。翻印时，应当注明翻印的机关、日期、份数和印发范围。

4. 8. 3公文复印件作为正式公文使用时，应当加盖复印机关证明章。

4. 8. 4公文被撤销，视作自始不产生效力；公文被废止，视作自废止之日起不产生 效力。

4.8.5不具备归档和存查价值的公文，经过鉴别并经医院办公室主任批准，可以销 毁。

1. 6销毁秘密公文应当到指定场所由二人以上监销，保证不丢失、不漏销。其中， 销毁绝密公文（含密码电报）应当进行登记。
2. 8. 7工作人员调离工作岗位时，应当将本人暂存、借用的公文按照有关规定移交、

清退。

5.附则

5.1本规定所指公文，是指归医院办公室登记、收发和管理的行政公文，不包括党 群系列的公文。

1. 2本规定由医院办公室负责解释。

5. 3本规定自公布之日起实施。以往有关行政公文处理规定同时废止。

参考文献

1.《国家行政机关公文处理办法》（国发[2000] 23号）.

公文归档管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 公文归档管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 006 — 002 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步做好医院公文归档管理工作。

1. 范围
2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

公文：指各级各类国家机构、社会团体和企事业单位在管理过程中形成的具有特定 效力和规范格式的文书，是依法进行公务活动的重要工具。

1. 内容

4.1公文立卷归档的范围：指需要立卷归档的公文类型。按照有关规定和实际情况， 公文立卷归档的范围是：

4. 1.1本机关发文。本机关对外的正式发文，如命令、决定、公告、通告、通知、 通报、议案、报告、请示、批复、意见、函、会议纪要等。

4. 1.2本机关收文。包括上级机关发来的与本机关主管业务有关的各类公文；下级 机关报送的各种报告、请示等；同级机关和非隶属机关颁发的非本机关主管 业务但需要贯彻执行的文件。

4. 2不应当立卷归档的公文材料

4.2.1在准确掌握公文立卷归档的范围的同时，还要准确把握不归档的公文范围， 这样既有助于保证档案的精确性，又便于档案的有效管理，提高工作效率。 按照国家档案局有关规定，不应当立卷归档的公文材料包括：

4. 2. 1.1重份文件。同一份文件，除特别重要的文件可保留多份外，其它的只需保 留一'份。

4. 2. 1. 2无查考利用价值的事务性，临时性文件。

4. 2. 1. 3未成文的草稿和一般性文件的修改稿。

4. 2. 1. 4与本机关业务无关的文件材料。

4. 2. 1.5内容被其它文件包括了的文件材料。

4. 2. 1. 6对于不需要立卷的文件资料应及时销毁或移交印发机关。

4.3归档公文的保管期限

4. 3.1归档公文的保管期限有永久、长期、短期三种，永久保存就是无限期地保存 下去，长期保存一般须保存16年至50年左右，短期一般保存15年以下。划 分方法具体如下：

4. 3. 1.1凡是反映本机关主要职能活动基本历史原貌的文件，应永久保存。这其中 主要包括：本机关在工作活动中形成的重要文件，如指示、命令、决议、 决定，上级机关颁发的属于本机关主管业务并需要贯彻执行的重要文件， 如命令、决定、批复、通知等；下级机关报送的有关重要问题的请示、报 告等。

4. 3. 1.2凡是在相当长的时间内机关需要查考的文件材料，应长期保存。主要包括: 本机关工作中形成的、在相当长的时间内需查考的文件材料，上级机关颁 发的非本机关主管业务范围内的重要文件和下级机关报送的较重要的文件 材料等。

4. 3. 1.3凡是在较短时间内本机关需查考的材料，应短期保存。如上级机关或同级 机关颁发的非本机关主管业务，但需执行的决定、通知等。

4. 4公文立卷的方法

4. 4.1公文立卷的具体方法主要有：按作者立卷、按问题立卷、按名称立卷、按时 间立卷、按地区立卷、按收发机关立卷等。下面介绍较常用的四种立卷方法。

4. 4. 1.1按作者立卷。作者是指制发文件的机关或个人。按作者立卷，就是把同一 作者的文件组成案卷，这种立卷方法特征明显，便于查找利用。按作者立 卷可以将上级机关、平级机关、下级机关有关文件分别立卷，但同时要注 意问题之间的联系，不能由此而导致案卷不全。

* 1. 1.2按问题立卷。就是把内容有共同点的文件组合在一起立卷。按问题立卷是 一种较为常见的立卷方法，由于机关的工作活动都是围绕贯彻执行有关的 方针、政策，解决处理各种问题，完成各项工作任务的，因而在解决问题 的过程中会形成许多文件材料，每一个文件的形成都反映了这一问题的处 理过程。按问题立卷，对于工作考查、研究问题、总结工作经验教训，了 解某一问题的全面情况提供了便利条件，满足了查找方便的要求，从而达 到了立卷的目的。按问题立卷的关键是对问题的判断理解要准确，对于同 时涉及到几个问题的，要根据主要问题立卷，不能拆开立卷。
  2. 1.3按名称立卷。按名称立卷是把相同的文件组合在一起立卷。通常将命令、 决定、通知、报告、函等文件按文件名称立卷。

1. 1.4按时间立卷。按时间立卷是指把属于同一时间阶段内的文件组合成案卷。 文件的时间特征指文件的形成时间和内容所指时间两个方面，同一年度的 文件集中在一起，便于反映本年度机关工作的全貌，历年的文件依次排列 下去，可以反映机关工作的延续性，便于分阶段地考查机关工作的发展变 化。

4.4.2选择公文立卷方法，要注意以下几点：首先，要注意各种方法结合使用。要 充分考虑案卷之间的整体联系，不能把每个方法割裂或孤立地使用，也不能 固定套用一种方法。其次，应选择最适合本单位的立卷方法。立卷应服从于 案卷的保管和利用，要从本单位的实际出发。第三，要加强立卷工作的标准 化和规范化。公文的立卷工作是档案工作的基础，要实现档案管理的科学化、 现代化，就要实现立卷工作的标准化、规范化。

4.5公文立卷归档的步骤

公文立卷归档的步骤分准备、立卷、归档三个阶段。

4. 5. 1准备

4. 5. 1. 1要编制归卷类目。归卷类目是为了方便公文的立卷而设置的一种文件分类 目录。归卷类目是由类目和条款两部分组成的。类的设置有按问题分类、 按机关内部组织机构分类两种方法。在设立了类目之后，就要设立条款并 进行编号，条款是案卷类目的主要组成部分，是案卷要反映的内容。编制 归卷类目应注意类目的设置要适当、灵活，要根据本机关的文件多少来设 置类目，既不能太粗，又不能太细。案卷类目的名称和概念要清楚准确， 不能笼统、含糊。类和类之间、条款和条款之间，不能相互包括、相互交 叉、相互重复。类的设置标准要前后一致，不能中途变换。在确定归卷类 目时，应考虑到文件的保管价值，要准确地注明每个条款里文件的保管期 限。

4. 5. 1.2收集文件。立卷材料的收集工作是档案工作的基础，公文立卷人员要注意 平时对文件的收集，将本机关需要立卷的文件材料及时集中到一起，以免 散失。本机关的发文要有专人负责将原稿、印本及附件等收集齐全、完整， 以便随时向立卷部门集中。同时，要建立收文制度，将收文及时、完整地 向档案部门移交。

1. 1.3鉴别与归卷。在对文件进行了收集之后，就要及时进行整理、鉴别和归卷， 并进行分类。不同保管期限的文件，要按本机关保管期限表的要求将永久、 长期、短期保管的文件初步分开。

4. 5. 2立卷

1. 1检查与调整卷内文件。要检查文件是否齐全、完整；是否符合归档范围的 要求；是否保持了文件之间的历史联系，与归卷类目是否吻合，运用特征 是否准确；卷内文件的保存价值是否一致；卷内文件数量是否过多或过少。

4. 5. 2.2排列卷内文件顺序。卷内文件一般按照时间、问题、作者、地区、名称、 重要程度、程序或阶段、文件往来机关顺序排列。排列时要注意按问题特 征立卷，不能混排。

4. 5. 2. 3编排页码。排列案卷顺序之后，要拆除文件上的金属装订物，以免金属物 曰久氧化镑蚀文件。同时要对文件进行修补，凡在装订线左侧有文字的文 件材料，要在左边加边取齐，右边叠起；尺寸不足规定尺寸的要加纸裱糊 衬托；破损的要进行修补。修补完毕要以卷为单位，用阿拉伯数字编写张 号，张号应编在文件材料的右上角，一张只编一个号，背面不编。

4.5.2.4填写卷内文件目录及备考表。每个案卷都应填写卷内文件目录，用来介绍 本卷内文件的内容，便于文件检索查阅。卷内文件目录包括顺序号、文件

作者、文件标题、文号、文件日期、所在张号、备注。案卷的备考表是案 卷的最后一页，主要用来记述卷内文件的实有张数、立卷日期、立卷人姓 名，并留出空白以备说明本卷文件保管使用的有关情况、卷内文件的变动 情况。

4. 5. 2. 5拟写案卷标题。案卷的标题是对案卷内文件名称的概括，其作用在于准确 地揭示案卷的内容，为卷内文件查找提供可资检索的渠道。案卷标题应简 明、朴实、概括，具有政治上的严肃性、结构上的完整性、文字上的准确 性、逻辑上的合法性。

4. 5. 2. 6填写案卷封皮并进行装订。案卷的封皮是案卷的外表，填写好案卷封皮， 可使立成的案卷美观整齐，便于编制案卷目录和查找利用。案卷封皮上应 填写的项目一般包括；机关名称、机关内部组织机构名称、案卷名、机密 等级、卷内文件的起止日期、文件页数、保管期限及全宗号、目录号、案 卷号等。为了便于对案卷的保护，要对案卷进行装订或装盒，在对卷内文 件进行检查后，用白线将案卷封皮和卷内文件订在一起。

4. 5. 2. 7编制案卷目录。把本年度的案卷经过分类、排列，再进行编号、登记、造 册，就形成了本年度的案卷目录。案卷目录包括案卷号、案卷标题、卷内 文件的起止日期、卷内文件份数和张数、保管期限、备注等。

4. 5. 3案卷的归档

4. 5. 3. 1案卷的归档是把一年中立成的案卷移交档案室集中保管，以保证机关档案 的完整，便于查找利用。

4. 5. 3. 2在移交之前，所移交的案卷的质量要经过档案部门检查验收。检查验收的 内容包括归档文件是否齐全完整，有无重复；是否遵循文书立卷的原则进 行立卷；文件和电报是否保持内容联系，合并整理，统一立卷；绝密文件 是否在卷皮上盖有绝密字样专用章；保管期限是否准确；永久、长期、短 期保管的文件是否分开立卷等。对归档文件的数量和移交目录也应检查验 收。

1. 5. 3. 3归档工作一般应在次年的2月份完成，最迟也不能超过4月份。完成了归

档工作，文件材料就正式转化为档案。

5.附则

1. 1本规定由医院办公室负责解释。
2. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1. 《国家行政机关公文处理办法》（国发[2000] 23号）.

公章管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 公章管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 006 — 003 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院各类公章的使用管理，维护医院权益。

1. 范围
2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1各类公章的刻制

4. 1.1聊城市人民医院公章包括法人章、法人代表章、各科室的公章、聊城市人民 财务专用章、审计专用章、合同专用章等。

4.1.2各部门、各单位刻制公章，要写出申请，经院长签字批准后，由院长办公室 开具介绍信，到公安部门办理手续后，在指定的营业处刻制。

4. 1.3各部门、各单位刻制好公章后，必须先到院长办公室备案，方可启用。

4.1.4因公章磨损或其他原因损坏，需要重新刻制的，要按照以上规定重新办理手 续。

4.2各类公章的使用

4.2.1 “聊城市人民医院”印章和法人代表印章用途及用印批准手续如下：

4. 2. 1.1以聊城市人民医院名义印发的公文（包括红头文件和非红头文件），不论上 报上级机关，还是下发医院各部门，根据公文格式要求加盖“聊城市人民 医院”印章。此类公文，由院长办公室文书依照院领导在“发文稿纸”上 的签字用印。

4. 2. 1.2各业务部门报送上级的各类表格、名册，职工个人填写的各类表格等，由 主管部门填写《聊城市人民医院用印申请表》，部门负责人签字，必要时报 分管院领导签字后，由经办人到院长办公室盖章。

* 1. 1.3聘任书等各类证件，由主管部门填写内容后，填写《聊城市人民医院用印 申请表》，部门负责人签字，必要时报分管院领导签字后，由经办人到院长 办公室盖章。

4. 2. 1.4院级各部门、各单位对外订立的经济合同、协议等，必须经财务处审核， 院长批准并签字后，由经办人到院长办公室盖章。

1. 1.5医院职工因公出差、联系工作，需出具固定制式的行政介绍信，只起证明 持信人身份和联系工作内容的介绍作用，不作其他任何证明。

4.2.2各部门、各单位公章各部门、各单位公章是医院法人授予下属部门、单位职 能范围的标识，要按照本部门、单位的职能和管理范围用印，在院内使用， 批准手续由各部门、各单位依据本规定制定。对院外使用的，必须经分管院 长批准。

4.2.3专用公章凡院及各部门、各单位对外签定经济合同、协议等，必须统一使用 审计科掌管的“聊城市人民医院合同专用章”；各类财务的报表、单据等，必 须统一使用财务处掌管的“聊城市人民医院财务专用章各类聘任、用工合 同、协议等，必须统一由人事处用印。批准手续由该职能部门依据本规定制 定。

4.3各类公章使用的要求

4.3.1聊城市人民医院各类公章都具有法律效力，必须依法使用、严格管理。

4.3.2各类公章必须按照本部门、单位的职能和管理范围用印，不得超越本部门、 单位的职能和管理范围用印。

4.3.3各部门、各单位都必须制定本部门、单位公章的管理办法，并报院长办公室 备案。

4. 3. 4各类公章在用印时，都必须在用印件填写有关项目后用印。不得在空白表格、 证书、信笺等空白件上用印。

4.3.5各类公章一般不得带出院外，因特殊情况需要外出用印，必须经部门负责人 批准，并由负责管理公章的管理人亲自携带外出用印。

4.3.6各部门、各单位要严格按照批准手续用印，凡不按规定办理用印手续的，一 律不得用印。

4.4各类公章的销存

1. 1公章因机构设置变动停止使用，公章管理部门要及时将公章交院长办公室，

并办理有关手续。因损坏等原因重新刻制的，要将旧印章交院长办公室。 4.4.2院长办公室依据有关规定，将停用的公章销毁或存人档案室。

4. 5责任追究

1. 1因公章管理不严，或使用不当，或遗失，要追究公章管理人和部门、单位负

责人的责任。给医院造成损失的，要依法追究其责任。

4. 5. 2使用聊城市人民医院法人印章或专用印章时，用印部门、单位在办理批准使 用公章手续时，未认真审核的，要追究审批人的责任。给医院造成损失的， 要依法追究其责任。

4. 5. 3公章在停止使用后，管理部门未及时将公章交院长办公室，而继续使用，或 遗失，要追究公章管理人和部门、单位负责人的责任。给医院造成损失的，

1. 附则
2. 1本规定由医院办公室负责解释。
3. 2本规定自发布之日起实施。

公文传阅规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 公文传阅规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 006 — 004 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

严格上级有关部门下发公文传阅程序，更好的发挥文件指导实际工作的功能，使医院

领导班子成员和各科室负责人及时了解、落实相关方针、政策。

1. 范围

医院全体员工。

1. 定义

公文：指各级各类国家机构、社会团体和企事业单位在管理过程中形成的具有特定

效力和规范格式的文书，是依法进行公务活动的重要工具。

1. 内容

4.1进行传阅的公文特指上级机关下发文件、其他单位来信来函。

4.2卫生系统内下发文件及各相关文件首先由医院办公室负责收文，由医院办公室 主要领导签署拟办单，送呈医院主要领导先行批阅，确定相关传阅人员。由医 院办公室负责送传相关人员阅览。

4.3为了使文件传阅迅速、不拖延、不积压，提高工作效率，一般文件从送阅到传 阅完毕不得超过一天。急件必须当即阅完交回办公室处理。

4.4如有应阅人员因公外出不能及时签阅，应留存好未阅文件，待应阅人员回来后 及时送阅。公文内有急需处理的事项，应及时请示改送他人阅处。

4.5传阅文件一律不准带回家，不得带到公共场所，所载内容不得擅自翻印和扩大 阅读范围。

4. 6公文传阅过程中要注意保持文件的完整性，不得抽出卷内文件和文件附件。

4.7公文送阅人员、传阅人员要严格遵守保密规则，增强保密自觉性，不得随意泄 露文件内容。

1. 8传阅人阅文后要在公文上签署名字或意见。签阅文件要使用蓝、黑色墨水。

4.9传阅完毕的公文一律由医院办公室负责归档、保存。

1. 附则
2. 1本规定由医院办公室负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

会议室管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 会议室管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 006 — 005 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院会议室、接待室管理，提高使用效率。

1. 范围

2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

无

1. 内容

4.1医院统一管理会议室、接待室的名称。

4. 1.1行政会议室包括科技楼：二楼接待室（可容纳15人）、中会议室（可容纳40 人）、科技楼六楼报告厅（可容纳450人）。

4. 1.2西区医疗保健中心：四楼接待室（可容纳18人）、四楼报告厅（可容纳220 人）。

4. 2会议室、接待室的主要用途。

4. 2. 1医院领导召开的各类会议。

4. 2. 2经医院同意由职能部门牵头召开的全院性会议。

4. 2. 3医院领导行政公务往来和重大外事活动。

4. 3会议室使用注意事项。

4.3.1医院领导召开的各类会议，由办公室通知并进行安排

4. 3.2经医院同意由职能部门牵头召开的全院性会议，召集部门一般应提前一天与 办公室联系，并填写《会议室、接待室使用预约单》。

4.3.3医院各单位内部会议原则上不借用会议室和接待室，如确需借用，一般应提 前三天向办公室联系预约，并填写《会议室、接待室使用预约单》。在不影响 医院使用的前提下，由办公室酌情解决。

4. 4会议室使用有关要求。

* 1. 1医院会议室和接待室由办公室负责管理，管理人员负责会议室的布置、物品 保管、安全及日常卫生维护工作。

4.4.2院领导参加的全院性会议及外事接待活动，使用医院会议室和接待室，由办

公室负责具体的会务工作。

1. 3医院各单位使用医院会议室和接待室，相应的会务工作由主办单位负责。会 议结束后，主办单位负责清理卫生，整理好物品。

4.4.4医院各单位在使用会议室的过程中，不得随意移动、拆卸、损坏室内设施。

* 1. 5自觉维护医院会议室和接待室内的环境卫生。

4.4.6大型会议要由使用科室到保卫科备案，并由保卫科提前拟定紧急预案，检查 防火通道是否通畅。会议期间使用部门要高度注意安全防火和与会人员的出 人场秩序，防止人员拥挤。

1. 附则
2. 1本规定由医院办公室负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

档案管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 档案管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 006 — 006 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

认真执行国家有关法令、条例、规定和档案归档、管理、利用、保管、保密、销毁 等制度，严格岗位责任制，确保各类档案完整与安全。

1. 范围

2.1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

档案：指医院在不同历史时期的医疗、教学、科研、党政管理及其各项社会活动中 直接形成的具有保存价值的文字、图表等不同载体的文件材料（不包括声像资料）。

1. 内容

4. 1总则。

4. 1.1医院档案必须实行统一管理，确保完整、准确、系统和安全。

4. 1.2实行立卷归档制度，逐步做到“三纳入”（纳人医院计划和规划、纳入管理制 度、纳入有关人员的职责范围）和“四同步”（在布置、检查、总结、验收各 项工作的同时布置、检查、总结、验收档案工作）。

4. 2档案管理的基本任务和职责。

* 1. 1贯彻执行国家和卫生部有关档案工作的法律、法规和规定。

4. 2. 2负责收集、整理、分类、保管、统计全院各类档案及有关资料。

4.2.3开展档案的开放和利用，主动为医院的检查、教学、科研及各项管理工作服 务。

4. 2. 4开展档案的利用和宣传工作。

4. 2. 5完成院领导交办的其它工作。

4. 3档案的归档及管理要求。

4. 3.1建立档案资料收进、移出登记簿，并及时进行登记，做到登记簿与实物相符 合。

4.3.2实行部门立卷制度。立卷人应按文件材料自然形成的规律和便于利用的要求， 进行系统整理、组卷，并编写页码和卷号，填写卷内的目录和标题，注明密 级和保管期限。

4. 3. 3归档的文件材料应格式统一、质量优良、书写工整，符合规定和标准，禁止 使用字迹不牢固的书写工具。

4. 3. 4档案管理人员要做好档案的日常管理和统计工作，并及时向有关部门及院领 导报送情况。

4. 3. 5档案室要符合保管档案的要求，不准存放易燃、易爆、易腐蚀性物品和其它 杂物。做好防火、防盗、防虫、防鼠、防尘、防潮、防污染工作。

4. 3. 6档案人员调动工作时，必须严格履行交接手续，在未交清楚工作之前，不得 离岗。

4. 3. 7严格档案借阅手续，未经相关领导书面批准，不得向外单位提供档案。

4.4档案保管期限及销毁。

4. 4.1档案的保管期限分为短期、长期和永久。

4.4.2凡是反映医院主要活动、基本历史面貌、对各项工作具有长远利用价值的文 件、档案，均应永久保存。

4. 4. 3短期保存为16年以内，长期保存为16年至50年，永久保存为50年以上。

4. 4. 4对无保存价值的文件、资料、刊物等，使用完毕进行清点登记后即可销毁。 对超过保存期限的文件，定期进行清点登记，签批备案后按文件销毁程序处 理。

4.5档案利用要求。

1. 1档案管理人员要熟悉所有归档材料，主动及时提供利用，发挥好助手和参谋 作用。

4. 5. 2查阅利用档案，必须保持档案案卷的原状，严禁拆卷、抽页、涂改、勾划或 损坏。

4. 5. 3 —般不向外单位提供档案。确需利用档案者，必须持本单位介绍信证明、个 人身份证复印件、查找内容和目的，经医院分管领导批准。

4. 5. 4利用者可根据工作需要摘抄或复制档案内容，但摘抄或复制涉及医院的重要 档案，应按批准权限经有关院领导审批，不得摘抄或复制与查档目的无关的 内容。

4. 5. 5凡档案利用者都应按规定填写《档案借阅登记薄》，用毕视情况填写利用效 果，以备档案部门存查。

4. 5. 6档案人员应增强保密意识，严守保密纪律，不得随意谈论有关内容，不准将 档案借与私人。

1. 5. 7档案在归档、整理、保管、鉴定、销毁、提供利用等各个环节都应保密。
2. 附则
3. 1本规定由医院办公室负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

舆情监管规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 舆情监管规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 006 — 007 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医院办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

在社会上倡导文明就医、引导社会群众正确就医，避免他人利用网络、报纸等新闻

媒体恶意攻击、诋毁医院形象。

1. 范围

2. 1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义

无

1. 内容

4.1各科室、分院社区发现网站、报纸、贴吧、论坛等新闻媒体发布医院异常信息， 应立即向医院办公室报告舆情。

4.2办公室安排专人定时浏览和查阅网络等新闻媒体，一旦发现医院的异常信息， 立即向医院办公室领导汇报，并采取处理措施。

4.3医院办公室要及时与有关科室联系，查清有关情况。对反映问题属实的，要督 促相关科室立即整改，确保患者和社会各界满意。

4.4对报纸等新闻媒体报道医院信息失实的，要及时与新闻单位联系，说明情况， 采取措施消除影响。

4.5凡在查房中发现的缺陷，要按医院有关规定限期整改。

4.6对恶意发贴攻击医院的，要采取必要措施尽力消除影响；对给医院造成重大不 良影响的，要及时向市公安局网监大队报警，尽快删除不良信息；对构成犯罪 的，要向公安部门报警追究其刑事责任。

1. 附则

5. 1本规定由医院办公室负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

外事管理工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 外事管理工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—008 - 001 | 总页数 | 7 |
| 制定部门 | 外事管理办公室 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

全面落实中央和省、市对外事工作的规定和要求，积极学习和引进国外先进科学技 术和管理经验，进一步规范医院外事工作。

1. 范围 全院职工。
2. 定义

3.1公派出国（境）留学：是我国人才强国战略的重大举措，是根据我国现代化建 设发展需要选拔优秀人才出国深造的一条重要途径，一般派往科技教育发达的 国家和地区的知名院校。

3.2因公临时出国（境）：是指经批准，持因公普通护照短期出国（境）参观、访 问、考察、参加学术会议、洽谈国际合作项目、发行合同任务及专项技术培训、 讲学等。

3.3因公出国（境）培训：是指经山东省外国专家局批准立项，持因公护照出国 (境）进行的短期（3个月以内）和长期（1年以内）培训项目。

3.4自费出国（境）留学：职工与单位签订合同，明确归国时间，同时缴纳为期一 年的档案管理费，并自行承担留学费用，单位将为其保留工作职位。

1. 内容

4. 1总则

认真贯彻“按需派遣、保证质量、学用一致”的选派方针，从人才培养和学科 发展的需要出发，结合本单位医疗、科研、预防、硕士博士研究生教育等工作， 坚持德才兼备、精选精派的原则，保证派出质量。

4.2公派出国（境）留学 4. 2. 1选派条件

4. 2. 1.1热爱社会主义祖国、拥挤党的路线及领导，具有学成回国为祖国建设服务 的责任心与使命感。

4. 2. 1.2具有相应学术水平和业务能力，对各专业的学术带头人，工作在医疗、科 研等一线，并取得突出成绩的中青年业务骨干优先选派。

* 1. 1.3外语水平须达到各派出渠道所要求的外语考试出国（境）标准，熟练掌握

拟派国家的语言，其外语水平可按国家有关规定要求适当放宽标准。

4. 2. 1.4身心健康。

4.2.2服务年限

4.2.2.1拟公派出国（境）留学人员国内服务期为：大学本科毕业后工作满八年， 硕士研究生毕业后工作满五年，博士研究生毕业后工作满三年，其他人员 按单位与本人签订的有关协议办理。

4. 2. 2. 2具有相应学术水平和业务能力，对各专业的学术带着人，工作在医疗、科 研等一线，并取得突出成绩的中青年业务骨干优先选派。

4. 2. 3选派程序

4. 2. 3. 1申请人所在科室向外事办公室提出书面推荐意见。

4. 2. 3. 2外事办在征求有关职能科室意见审核后，提出拟办意见，经院长批准后向 派出渠道主管部门推荐。

4. 2. 3.3经上级有关部门批准获得公派出国（境）留学、进修资格的人员，收到国 外单位正式邀请后，与医院签定出国（境）留学协议书，缴纳国家、省、 市规定的保证金，了结与单位各种工作、财务、财产等事宜后，由院长签 字，外事办协助办理出国（境）手续。

4.2.4出国后管理

1. 4.1公派出国（境）留学人员在留学期间，要服从我驻外使领馆的领导，遵守

所在国的法律、法令，尊重当地人民的风俗习惯和宗教信仰。

4. 2. 4. 2公派出国（境）留学人员应按派出计划完成留学任务，经常向医院汇报在 国外的学习、工作、生活情况，医院应主动关心他们的生活、工作情况， 与他们保持经常联系。

4. 2. 4. 3学习期满后回国工作，并于回国后一个月内将学习总结报外事办公室。确 需延长留学期限者，必须提前三个月向我驻外使领馆申请，经院长批准， 延长期限一般为半年，最长不得超过一年，只能申请一次。未经批准逾期 不归者，从逾期的下月起按自动离职处理，并通知家属办理档案移交市人 才交流中心手续。归国后，本人愿意到医院工作，经研究同意接收的，可 办理重新录用手续。

4. 3因公临时出国（境）

1. 1因公临时出国（境）系指经批准，持因公普通护照短期出国（境）参观、访

问、考察，参加学术会议、洽谈国际合作项目、履行合同任务及专项技术培 训、讲学等。

4.3.2出国（境）团组要贯彻工作需要和少、小、精的原则，任务应明确具体，人 员要精干。专业访问考察团组一般不超过4人，综合性访问考察团组一般不 超过5人。

4. 3. 3已不担任医院现职（包括离退休人员和免去现职作其他安排未办理离退休手 续的人员）的各级党政干部，不再安排出国（境）公务活动。如确属医院工 作需要，经院党委研究同意，可安排出国（境）执行公务。上级领导机关直 接安排上述人员出国（境）执行公务，应予以支持。

4. 3. 4严格出国（境）审查审批手续，不准以各种名义组团，变相公费旅游。各科 室应如实申报出访任务、日程安排、出访人员身份和经费来源。

4.3.5执行因公临时出国（境）任务的团组或个人，必须按批准的期限返回，凡滞 留不归者，一律不再保留其公职。

4.3.6出国（境）无经费资助的，原则上由参团单位自行承担，经费使用必须严格 执行国家标准。由市财政局批汇的团组或个人，回国后必须按要求，携带所 需单据，及时到市财政局办理外汇核销手续。对擅自延长在外时间、增加出 访地点、超标准开支的出国（境）团组，超出的费用由出国（境）人员自行 负担，并追究团组带队人的责任。

4. 3. 7外事办负责本单位团组、人员出访报告的收集上报工作。出访团组、人员要 切实完成预定的出访任务，并于回国后15日内将出访报告，以书面形式报市 外办，同时抄送院外事办。同时利用报告会形式，汇报交流出访成果。

4.4因公临时出国（境）培训

4.4.1因公出国（境）培训系指经山东省外国专家局批准立项，持因公护照出国 (境）进行的短期（3个月以内）和长期（1年以内）培训项目。

4.4.2因公出国（境）培训无经费资助的，所需经费必须严格执行国家标准，原则 上由培训人员所在单位承担；资助经费未达到国家规定的在外生活标准的， 不足部分原则上由培训人员所在单位承担。

4.4.3培训人员凭《国家外国专家局出国（境）培训审核件》、《出国（境）、赴港澳 任务批件/确认件》、《山东省出国（境）培训审核件》、护照和签证复印件， 到市财政局办理出国（境）外汇审批手续，并须在回国后15日内持所需单据 到市财政局办理外汇核销手续。

4.4.4出国（境）培训人员应在回国后10日内向山东省外国专家局、市外办和医院 外事办报送出国（境）培训总结。

4.5自费出国（境）留学

1. 1职工一般应在服务期（根据单位与本人签定的协议书之规定）满后，方可申 请自费出国（境）留学。

4.5.2申请自费出国（境）留学人员，应与单位签定合同，明确回国时间，同时缴 纳一年的档案管理费，档案管理费的交纳数额按市人才交流中心的规定执行。 确需延长留学期限者，必须提前三个月向医院提出申请，经院长同意方可办 理延期手续。逾期不归者，作自动离职处理，档案转交市人才交流中心管理; 出国（境）未成行者，档案管理费退还本人。

4.6自费出国（境）探亲

4.6.1自费出国（境）探配偶（仅限配偶为自费、公派出国（境）留学、进修一年 及以上的）职工，探亲假一般为三个月，最多不得超过六个月。前三个月国 内工资照发，从第四个月起，停薪留职，第七个月如仍未返回，按自动离职 处理。

4.6.2自费出国（境）探父母、子女等的人员，必须与医院签定协议书，就出国 (境）后的国内工资、公职处理及公物、课题交接或清退等事宜达成协议。审 批程序按第二十一条规定的原则办理。

4.6.3自费出国（境）探父母、子女等的离退休人员，将有关材料报院外事办，院 长签字盖章后，申请人到公安局办理护照手续。

4.7出国（境）定居

4.7.1申请出国（境）定居人员，应同时办理辞职申请。出国（境）成行者，辞职 申请生效；未成行者，辞职申请退还本人。

4.7.2申请出国（境）定居人员一般应提前三个月提出申请，同时提交定居国移民 局批准书等有关材料复印件。审批权限及程序按第二十一条规定的原则办理 (离退休人员按第二十四条规定的原则办理）。

4.8出国（境）旅游、访友、自费参加学术会议、考察等

4.8.1申请出国（境）旅游、访友、自费参加学术会议、考察等人员，应向主管科 室提交书面申请，同时提交国外邀请函等有关材料复印件。经主管科室同意 后，报外事办，经院长同意后，办理相关手续。

4.8.2上述人员应按期回国，因故需延期回国的，应提前申请并经所在科室批准， 并报外事办备案。凡无故逾期不足15天者，按旷工处理，超过15天者，按 自动离职处理。

4.9出国（境）旅游、访友、自费参加学术会议、考察等。

4.9.1申请出国（境）旅游、访友、自费参加学术会议、考察等人员，应向主管科 室提交书面申请，同时提交国外邀请函等有关材料复印件。经主管科室同意 后，报外事办，经院长同意后，办理相关手续。

4.9.2上述人员应按期回国，因故需延期回国的，应提前申请并经所在科室批准， 并报外事办备案。凡无故逾期不足15天者，按旷工处理，超过15天者，按 自动离职处理。

4. 10因公出国（境）人员的护照管理

4.10. 1护照是出国（境）执行公务的重要身份证件，属于国家财产。因公出国 (境）人员回国后，要在15天内将护照送交市外办护照室统一保管。任何单 位和个人不得擅自保存。对逾期不交护照者，由外事办负责督促交回，并酌 情进行处理。

4.10.2出国（境）人员遗失护照者，在国外要立即报告驻外使（领）馆，申请补发 有关证件；在国内须立即向案发地公安机关报案，并同时报医院外事办，以 便外事办及时报发照机关，由发照机关予以注销。遗失护照10日内不及时 报告，再次出国（境）时将不予补发。

4. 11外宾接待工作

4. 11. 1总则

4. 11. 1. 1外宾接待工作是对外交往的重要组成部分，认真做好这项工作是贯彻我国 改革开放政策，发展我国同和各国人民之间的相互了解和友谊，促进对外 交流与合作的重要环节。接待工作要遵循友好、大方、自尊、节约的原 贝IJ。接待单位和接待人员一定要具有高度的政治责任感，认真、细致、踏 实的工作作风和严格的组织纪律性。

4. 11. 1.2安排外宾活动要有针对性，不强加于人。介绍情况要实事求是。在考察任 务并准备与我进行科技合作、合资、提供技术的外宾，应认真细致、在针 对性的准备好介绍材料，安排好参观内容，组织好洽谈活动。

4.11.1.3根据外宾的具体专业，安排相应的专业人员出面接待。如需组织学术报告 会或座谈会时，应根据外宾的专业、学术水平，组织相应的专业技术人员 参加，并配备好专业翻译，准备好幻灯机、投影仪等设备。

4.11.1.4陪同外宾参观、游览人员应视外宾身份和工作需要而定，一般可由略低于 外宾身份的有关人员陪同，陪同活动的人员应少而精。

4.11.1.5在会见、陪同外宾活动时，要严格遵守外事纪律和涉外保密规定，不得涉 及国家秘密、科技秘密及医院“内部技术”。

4.11.1.6根据外宾的具体专业，安排相应的专业人员出面接待。如需组织学术报告 会或座谈会时，应根据外宾的专业、学术水平，组织相应的专业技术人员 参加，并配备好专业翻译，准备好幻灯机、投影仪等设备。

4. 11. 2工作程序：

4.11.2.1院领导邀请的外宾，由外事办负责拟订接待计划，其他科室应在车辆、食 宿、学术活动等方面积极配合。

4. 11. 2. 2外事办应在外宾到达之前10日，将接待计划报院办审批。

4. 11.2. 3由院方接待的，外事办应于接待工作结束后2周内写出书面总结；由相关 科室接待的，由科室2周内写出书面总结。

4. 12外国专家管理

4. 12. 1总则

4. 12. 1.1为维护国家尊严和医院权益，维护外事工作的严肃性，保证在医院工作的 外国专家的正当权益，特制定此外国专家管理工作制度。

4. 12. 1. 2应聘在医院工作的外国专家必须具有我国颁发的外国专家资格证，必须提 交健康合格证书，必须签订正式受聘合同方能工作。外国专家须服从医院 外事部门的统一管理。

4. 12. 1. 3外国专家任职期间要遵守我国法律和医院有关规定，不得在国内从事与其 身份不符的活动。

4. 12. 1. 4外国专家有信仰宗教的自由，但严禁在我国从事传教活动。

4. 12. 1. 5外国专家必须完成合同所规定的工作量，如超时则按时间给予补贴。

4. 12.2外国专家生活管理：

4.12.2.1外国专家的生活管理，由医院外事办公室负责，院办、后勤服务中心、总 务处等部门做好协助工作。应本着主动关心、热情接待、适当照顾的原 贝IJ，认真细致地做好外国专家的生活安排。

4. 12. 2. 2按照聘请外国专家的有关政策规定及外国专家签订的合同，认真做好各项 生活必需用品的物资准备工作；专家到位后及时办好住房、膳食、交通等 手续，保证其生活尽快安定下来。在生活管理中，应主动将医院的生活设 施情况和有关规章制度实事求是的予以介绍。原则上工作一年内为其解决 一次国际往返交通费用。

4.12.2.3尊重外国专家的风俗习惯和文化特点，照顾外国专家的生活特点。外国专 家的住所、食堂、工作、娱乐等活动场所要经常保持清洁卫生，为专家服 务的各方面人员要衣冠整洁，讲究文明、礼貌，注意言谈、举止，提高服 务水平。

4.12.2.4医院聘请的外国专家原则上要在院内专家楼住宿；允许外国专家与医院职 工相互拜访，但不得干扰外国专家的工作和休息。

4.12.2.5外国专家工作所在科室，要主动关心其业余生活和文化娱乐活动，安排好 周末和节假日的文体活动以及参观、郊游等。

4.12.2.6如外国专家的配偶或其他直系亲属来院访问，应及时安排妥当，但必须事 先检查其来华合法证件关上报省外事办备案。原则上不允许外国专家带子 女来医院居住，如遇特殊情况并经同意带子女的，医院应帮助解决子女就 近入托、上学等问题。

4. 12. 3外国专家的安全保卫工作：

4. 12. 3.1外国专家的安全保卫工作由医院保卫科、外事办公室共同负责，其所在工 作科室主动配合。要贯彻内紧外松的原则，发现异常情况要及时请示、报 告。外国专家到位后，外事办公室要及时将其基本情况报告市外专局和 区、市公安部门，医院主动配合以上部门并在其指导下，做好医院外国专 家的安全保卫工作。

4. 12. 3. 2保卫科、外事办公室和有关部门要切实保障外国专家的人身、财产安全， 做好防火、防盗、防毒、防病等工作，防止各种意外事故的发生，严禁酗 酒。

4. 12. 3. 3外国专家应应遵守医院的各项规章制度和纪律要求。外国专家因事、因休 假离开学院必须办理请假手续，单独外出一般要委派医院合适人员陪同， 并按时返院。如遇外国专家在院外发生违法、违规、违纪事故，其责任由 当事人本人承担。

4. 12. 4外国专家其他相关管理工作：

4.12.4.1外国专家应遵守医院规章制度，维护医院正常秩序。因故不能上班，应办 理请假手续，事假三天以内不扣工资，三天以上扣除每日工资的100%; 病假一周内不扣工资，一周以上扣除每日工资的50%。累计病假超过20

天，聘方有权解除聘用合同；若未解除合同，工资将接照50%发放，直 至恢复正常工作为止。未经聘方同意而擅离职守的，旷职一天，扣发三天 工资，情节严重的，聘方有权解除合同，并追究受聘方的违约责任。

4. 12. 4. 2未经许可外国专家不得承担院内、外其他劳务事项，也不能随便外出参加 社会公益广告活动。

4.12.4.3外国专家应接受医院领导及医务处、护理部等行政主管部门的检查。在院 工作成绩显著的外国专家，医院给予奖励；对于不能按时完成任务，考核 不合格者，聘方有权解除合同，所产生的后果由应聘方负责。

1. 12.4.4涉及本制度之外的未尽事宜，由医院或外事部门与外国专家本人协商解

决。

1. 附则
2. 1本制度由外事管理办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。原外事管理制度同时废止。

控烟工作管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 控烟工作管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-038-011 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 预防保健科 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

加强医院精神文明建设，营造文明、健康、和谐的医疗工作环境。

1. 范围

各科室、各分院。

1. 定义

控烟：国家权衡烟草税收与国民健康、烟厂生产销售等烟草所带来的利弊问题而被

迫采取的政策、措施。

1. 内容

4. 1组织管理

4. 1.1成立控烟工作领导小组，设控烟工作办公室，负责控烟工作的具体落实、检 查、督导。

4. 1.2实行科主任负责制。成立以科室负责人为组长，护士长和一名控烟骨干为组 员的控烟管理小组，负责开展控烟管理工作。控烟骨干为本科室（包括分管 班组等）控烟监督员，保洁、保安人员为控烟巡查员，负责管理区域内监督、 巡查及劝阻工作。

4. 2控烟管理要求

4. 2. 1除室外吸烟区外，医院所有场所禁止吸烟。

4.2.2全院职工不得在工作场合吸烟、让烟；不得穿工作服在室外吸烟区吸烟；带 教老师不得在学生面前吸烟。

4.2.3医院内禁止各种形式的烟草广告和赞助活动。禁止在小卖部、餐厅等区域销 售香烟。禁烟场所必需设置禁烟标志，不得摆放烟具以及与烟草有关的物品。

4.2.4每位员工均为控烟工作的宣传员和监督员，如在非吸烟区发现吸烟者，及时 制止。

1. 3奖惩

将控烟工作纳人各部门工作计划及年度考核指标，与年度评优工作挂钩。

1. 附则
2. 1本制度由预防保健科负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。原控烟工作管理制度同时废止。

参考文献

1. 《关于印发〈无烟医疗卫生机构标准（试行）〉的通知》.
2. 《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》.

控烟考核办法及奖惩制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 控烟考核办法及奖惩制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 038 - 012 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 预防保健科 | 版本号 | 2017-08-003 |

1. 目的

使医院控烟工作深入开展，控烟活动取得实效。

1. 范围

各科室、各分院。

1. 定义

考核：考定核查，目的是改进绩效、推进工作、提高效率。

1. 内容

4. 1考核部门

4. 1. 1医院控烟办公室负责全院控烟工作考核与奖惩。

4. 2考核范围

4.2.1医院内所有公共场所（包括室内、外环境）。

4.2.2医院所有员工（包括医学生、进修实习人员、物业、餐厅职员及其他来院从 事相关业务者）。

4. 2. 3医院患者、家属、来访者等。

4. 3奖惩办法

4.3. 1所有人员不得在医院禁烟区吸烟。对违反者第一次给予口头警告，第二次给 予严重警告，第三次罚款50元，以后每发现一次扣罚金额递增2倍。

4. 3. 2各科室主要负责人对其员工有教育监督责任。若员工违反控烟规定，除扣发 个人效益工资外，另需扣发科室负责人当月效益工资50元。

4.3.3物业公司、小卖部、餐厅及其它公司在医院作业人员实行归属管理，落实主 管部门连带责任，处罚同上。

4. 3. 4严格落实控烟目标责任制。各部门负责区域内控烟管理，科室主要负责人负 有控烟监管职责。

4. 3. 5抽查中若发现分管区域内有吸烟者或烟蒂，按照《聊城市人民医院控烟工作 考核标准》给予扣分，每扣一分，罚款10元。

4. 3. 6对无视医院控烟制度，因吸烟造成重大影响或重大损失的部门或个人，将依 照《中华人民共和国突发事件应对法》追究责任。

4. 3. 7控烟办公室每月对控烟考核情况进行汇总，报控烟领导小组审核，交经管办 执行；考核结果及时反馈各违规部门，每季度在全院通报。

4.3.8加强院内产业考核。每月对医院小卖部、餐厅等部门进行督导检查，一旦发 现销售香烟或悬挂张贴香烟广告及宣传资料，视情节予以处罚直至取消营业 资格。

4.3.9对在医院控烟活动中表现突出的科室、个人及戒烟成功者，给予全院通报表 彰。

1. 附则

5. 1本制度由预防保健科负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。原控烟考核办法及奖惩制度同时废止。

参考文献

1. 《关于印发〈无烟医疗卫生机构标准（试行）〉的通知》.
2. 《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》.
3. 《中华人民共和国突发事件应对法》（主席令第六十九号）.

宣传策划科工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 宣传策划科工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—055 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 宣传策划科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. **目的**

规范医院宣传工作。

1. **范围**

适用于医院各类消息报道及发布。

1. **定义**

3.1宣传报道：是指医院面向社会、患者及家属发布有关医院的各类消息。

3.2采访：记者为取得新闻材料而进行观察、调查、访问、记录、摄影、录音、录 像等活动。

1. 3通讯员：向宣传科反映情况、提供线索、撰写通讯报道等。
2. **内容**

4.1宣传工作必须坚持正确的舆论导向，紧紧围绕医院的中心任务展开，通过全面、 准确、适度、及时的宣传报道，对内充分发挥凝聚队伍、振奋精神的作用，对 外提高医院知名度、增进医患沟通，更好地展示和树立医院良好的社会形象， 促各项工作的顺利进行，为实现医院发展战略目标服务。

4.2宣传工作范围包括策划与实施对内、对外的宣传报道，信息发布；各类宣传资 料的编辑制作、摄影摄像，资料保存；随时了解医院各类相关信息等。

1. 3凡对外宣传材料均为宣传策划科统一把关、审核。涉及重要宣传内容，须向分

管院长、院长及时汇报，经审核签字后方可报道。宣传稿件应做到真实、客观、 及时、有效。凡涉及医院保密事项的，不得宣传报道。

1. 4宣传医院的新风新貌、管理经验和教研成绩，鼓励各科室大力宣传报道本科室 的新技术、新成果、名专家、专业特色等，相关宣传材料需先经科室主要负责 人审核签字，经医务处或护理部审核报分管领导签字后，由宣传策划科负责向 有关新闻媒体推荐。

4. 5新闻媒体记者直接到医院具体科室采访时，被采访科室要及时通知医务处或护 理部及宣传策划科，审核同意后将安排专人陪同记者方可接受采访，各科室不 得自行邀请新闻单位采访与医院有关的任何信息。

4.6全院职工都有义务撰写宣传稿件，各科室负责人及通讯员要及时向宣传策划科 提供线索，积极完成稿件撰写任务。

1. 7坚持新闻宣传工作可持续发展的方针，宣传策划科应适当统筹全院新闻资源。

发展与新闻媒体及记者长期良好的协作关系，及时了解媒体的报道方针和阶段 宣传重点，广开新闻出口渠道。

4.8宣传策划科所有宣传器材的保管分工到人，责任到人。所有器材，不得随便借 给任何单位和个人。宣传策划科内部人员使用器材，须经宣传策划科领导批准。 因公务在宣传器材使用过程中，造成损伤的，修理费由医院承担；因个人借用 宣传器材，造成损伤的，修理费由当事人承担，不能修复的，由当事人予以赔 偿。在公务拍摄工作中，不能随意满足工作需要以外的拍摄请求，否则，发生 费用由当事人自行承担。

4.9对违反本制度并造成不良后果的科室或个人，将视情节轻重给予警告、通报批 评等相应处理。

5.附则

1. 1本制度由宣传策划科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

计划生育领导小组工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 计划生育领导小组工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—060 - 001 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 计划生育办公室 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步规范医院计划生育领导小组工作，提高计划生育领导小组管理水平。

1. 范围

2.1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. **定义** (无）
2. 内容

4.1认真贯彻执行国家计划生育法规政策，研究、制定、修改医院计划生育制度规 定。

4.2把计划生育工作纳人重要议事日程，与科室签订计划生育目标责任书，完善考 核机制，有效制止违法行为。

4. 3根据上级有关规定，统筹计划生育各项工作，保证医院计划生育工作顺利开展。 4. 4计划生育领导小组成员在组长领导下各负其职，做好医院计划生育管理服务工 作。

4. 5领导小组每季度召开一次会议，落实工作情况及发现的问题，集体研究制定改 进措施。

4. 6领导、监督计划生育领导小组办公室的工作。

4. 7积极督导落实已婚育龄妇女访查及男职工函调等项工作。

1. 8做好计划生育信息的核查及来信来访的调查和保密工作。
2. 附则
3. 1本制度由计划生育领导小组负责解释。

5.2本制度自发布之日起实行。

流动人口计划生育领导小组工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 流动人口计划生育领导小组工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—060 - 002 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 计划生育办公室 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步加强医院流动人口的管理，提高医院流动人口管理水平。

1. 范围

2.1医院各科室。

2.2医院各分院、社区。

1. 定义 (无）
2. 内容

4.1认真贯彻执行流动人口计划生育工作管理办法及规定，对侵犯流动人口计划生 育合法权益的行为进行查处。

4.2不定期地召开协调小组会议，共同研究解决工作中存在的突出问题，提出对策 和建议，指导各科室流动人口计划生育工作的开展。

4. 3加强对流动人口计划生育工作的综合协调，把流动人口计划生育工作纳入人口 和计划生育目标责任制，与常住人口同考核、同检查。

4.4加强流动人口计划生育宣传教育工作，不定期核查家属区外来人员的计划生育 情况，严格验收有关证件，发现问题依法处理。

1. 5督导科室网络人员认真统计上报临时人员及家属区住房情况，加强流动人口管

理。

4.6不定期核实家庭户口本，发现私自落人空挂闲散等人员者，按医院规定严肃处 理。

1. 附则
2. 1本制度由流动人口计划生育领导小组负责解释。

5.2本制度自发布之日起实行。

车辆安全管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 车辆安全管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—056 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

加强医院车辆安全工作的管理，贯彻车辆使用、维修、安全管理责任制，提高车辆

使用率。

1. 范围

适用于公务用车。

1. 定义

车辆是医院办理公务的交通工具。

1. 内容

4. 1驾驶员安全责任

4. 1.1所有驾驶人员应树立“安全第一”的思想。

4. 1.2驾驶人员要认真做好车辆的日常维护和保养工作，保持车辆的清洁，出车前 后要严格检查。

4.1.3驾驶人员应自觉遵守交通法则，服从交通指挥，文明驾驶，礼貌行车，严格 执行行车规则。

4. 1. 4禁止驾驶人员酒后驾车。

4. 1. 5禁止将车辆交由无驾驶证的人员驾驶。

4. 1. 6驾驶人员对所开车辆的各种证件的有效性应经常检查，出车时一定保证证件 齐全。

4. 1.7驾驶人员应按照规定合法停车，使用完车辆后应关好车窗，锁好车门及时人 库，并在离开前再次检查确认。

4. 2车辆安全检查

* 1. 1驾驶人员应对车辆性能进行检查和保养，如机油、防冻液、刹车片等，以维 持机件寿命，确保行车安全。

4. 2. 2驾驶人员在使用车辆前，如发现故障、配件失窃或损坏的现象，应立即报告 相关负责人，隐瞒不报而引发的后果由本人负责。

4.2.3为了保证车辆的安全行驶，应坚持对车辆进行出车前、行驶中、返回后的阶 段检查工作，杜绝病车、故障车勉强上路行驶。

4.2.4出车前检查，主要是检查油、水、电系统是否畅通，有无跑漏，检查安全设 施是否齐全，检查制动机是否灵敏。

4. 2. 5行驶中检查，长途行驶应检查发动机和零配件情况，及时排除故障。

4.2.6返回后检查，主要检查车辆的完好状况，以便及时进行保养和维修。

4. 2. 7保持最好的安全保险系数，是车辆安全行驶的保证，下列五种情况不能出车：

1. 7.1油、水、电系统有故障时
2. 7.2制动设备性能不良时

4. 2. 7. 3安全设备不全时

4. 2. 7. 4驾驶人员身体不适或服用嗜睡药物时

4. 2. 7. 5驾驶人员心情烦躁、有情绪时

4. 3违章与事故处理

4.3.1因司机故意或者是其本人重大过失情况下，发生违章或交通事故，其处理办 法如下：

1. 3. 1.1违章停车、证件不全、超速驾车或违反交通规则等罚款，由当事人负担全

额罚金。

4.3.1.2因交通事故造成人身或车辆伤害时，如属医院车辆损害保险范围，当事人 可免除责任；但在保险范围之外的经济损失，损失实额与保险金差额的1/ 2以下的部分由当事人自行承担。

4.3.2若因公务需要、意外事故或不可抗拒原因造成的车辆或经济损失将由医院酌 情研究处理。

4.3.3为确保安全用车和追溯责任，出车前驾驶人员一定要仔细检查车况。一旦发 现车况异常，须马上报总务处进行纪录查实。凡出车前查报情况并经查实的， 车损责任由上一次用车人承担；若用车后才进行查报的，车损责任一律由当 次用车人负责。

4.3.4出现事故时，驾驶人员应能做出应急处理，并及时报告医院。凡是故意满报 或不报意图蒙混过关的，一经查实直接按除名处理，同时医院保留进一步追 究其相关法律和经济责任的权利。

4.3.5车辆发生交通事故后，应立即停车，抢救受伤人员，注意保护现场，立即报 案并通知医院，听候处理。

1. 附则
2. 1本规定由总务处负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。

篥十一昌  
八n淺嫄篇理

考勤及请假制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 考勤及请假制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 001 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步规范医院职工考勤及请假管理。

1. 范围

适用医院所有在岗职工。

1. 定义

考勤是为维护企业的正常工作秩序，提高办事效率，严肃企业纪律，使员工自觉遵

守工作时间和劳动纪律。

1. 内容

4.1考勤的原则

4. 1.1干部职工的考勤工作，由所在科室负责，明确专人兼管，人事处负责督促检 查和统计汇总。

4.1.2加强劳动纪律，要求干部职工不迟到、不早退、不脱岗，有事请假，人事处 定期组织检查，并利用多种形式抽查考勤。

4.1.3除国家法定节假日外，其它休假必须本人申请，领导批准方可休假。休假时 间和待遇按国家有关规定执行。

4. 2休假的规定

4. 2.1休假分为病假、事假、探亲假、公休假、婚假、产假、流引产假、职业假及 公务外出假等。

4.2.2病假由本人申请，科室负责人同意，业务主管部门批准，人事科审批备案。 病假须由主治医师及以上专家开具的诊断证明。病假根据请假天数扣发下月 加班工资、按天扣除工资中奖励绩效、错时补助及奖金。

4.2.3事假由本人申请，半天以内的由科室负责人同意，3天以内的事假由科室主 任与业务主管部门同意，分管院长批准，人事科审批备案；3天以上事假， 科室和主管部门、分管院领导同意，院长批准，人事科备案。事假期间根据 请假天数扣发本月加班工资、工资中奖励绩效、错时补助及奖金。

4.2.4探亲假分为探配偶假，每年一次，假期30天；未婚人员探父母假，每年一

次，假期20天；已婚人员探父母假4年一次，假期20天。一般人员请探亲 假须科室负责人同意，业务主管部门批准，人事处审批备案；科室负责人请 假由分管院领导批准，人事处审批备案。探亲假根据请假天数扣发加班工资、 奖励绩效、错时补助及奖金，按国家规定报销有关费用。

4. 2. 5公休假：凡通过医院正式录用的在岗职工，工作年限累计满1年不满10年， 年休假5天；满10年不满20年，年休假10天；满20年，年休假15天。

4. 2. 5.1职工工作年限满1年、满10年、满20年后，从下月起享受相应的年休假 天数。

4. 2. 5. 2职工申请带薪年休假由本人提出申请，填写带薪休假申请表，业务科室职 工经负责人同意签字和主管部门审批后，报人事处审核备案；职能科室职 工经负责人同意签字后，直接报人事处审核备案；科主任、护士长及职能 科室负责人填写带薪休假申请表，经分管院领导审批后，报人事处审核备 案。

4. 2. 5. 3休公休假不再享受加班工资，按天扣除错时补助及奖金，不影响工资待遇。

4. 2. 6婚假须科室负责人同意，业务主管部门批准，人事处审批备案。婚假为3天。 婚假不再享受加班工资，按天扣除错时补助及奖金，不影响工资部分

* 1. 7产假顺产158天，难产（不包括侧切）165天，多胞胎每多生育一胎加假 15天，男方护理假7天。产假须科室负责人同意，业务主管部门批准，人 事科审批备案。产假不影响工资，不再享受加班费用，按天扣除错时补贴 及奖金。

4. 2. 8流产引产假：怀孕不满2个月流产，休假15天；怀孕满2个月不满4个月流 产或引产，休假30天；怀孕满4个月以上引产，休假42天。流、引产假须 科室负责人同意，业务主管部门批准，人事处审批备案。以上假期不影响工 资待遇，不再享受加班工资，按天扣除错时补助及奖金。

4.2.9职业假每年4周，请职业假须科室负责人同意，业务主管部门批准，人事科 备案。请职业假不影响工资待遇，不再享受加班工资，按天扣除错时补助及 奖金。

4. 2. 10公务外出假，一般人员须由科室主任或护士长批准，业务科室负责人外出超 过12小时，必须由主管部门负责人审批；职能科室负责人外出48小时由分 管院领导审批，超过48小时，须院长批准。公务外出假不影响工资、加班 工资、错时补助及奖金。

4. 3责任落实。

严格考勤，严格休假审批。对考勤虚报、瞒报、漏报及审批不严造成不良影响 的人员要给予追责。

5.附则

5. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行，原考勤及请假制度同时废止。

参考文献

1. 《中华人民共和国劳动法》.
2. 《山东省计划生育条例》.
3. 《山东省妇女儿童权益保障法》.
4. 《职工带薪年休假条例》.

人事工作保密制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 人事工作保密制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

加强医院人事保密工作，保障医院人事工作信息安全。

1. 范围
2. 1人事处的正式工作人员。

2.2因工作需要，临时在人事处帮助工作的人员。

1. 3参与人事工作的其他职能科室人员。
2. 4其他与人事工作有关的人员。
3. 定义

3.1保密：是一种不让秘密泄露，保守事物的秘密的行为。

3.2保密工作：实行积极防范、突出重点、依法管理的原则，既确保人事工作秘密 安全，又便于人事工作信息资源合理利用。

1. 3人事工作：是指医院的机构设置及干部任免、人员编制及岗位设置、人员招聘

录用及调配、工资福利待遇、人事档案及干部信息、离退休及返聘留用、人事 考试考核等。

1. 内容
2. 1医院人事工作秘密的具体范围

4. 1.1尚未公布的工资（含津贴、补贴）、人事、机构编制、职位职称工作的计划、 方案。工资、人事、机构编制、职位职称工作的统计材料。

4. 1. 2干部的任免及考察材料。

4. 1.3干部的档案及汇总名册。

4. 1.4人才引进及人员招聘录用的计划、方案，招聘录用考试的试题、试卷、备用 试卷答案，干部出国进修考试的试题、试卷。

4. 1. 5涉外活动中需要保密的事项。

4.2医院人事工作保密要求

4. 2. 1不该说的保密内容，绝对不说。

4. 2. 2不该问的保密内容，绝对不问。

* 1. 3不该看的保密内容，绝对不看。

4. 2. 4不该记录的保密内容，绝对不记录。

4. 2. 5不在非保密本上记录机密。

4. 2. 6不在私人通信中涉及保密内容。

4. 2. 7不在公共场所和家属、子女中涉及保密内容。

4. 2. 8不在不利于保密的地方存放保密文件、资料。

4. 2. 9不携带保密材料游览、参观、探亲、访友和出人公共场所。

4.2.10专人保管人事档案，严格借阅手续。

1. 3处罚
   1. 1违反本制度的处罚按照上级部门及医院有关纪律、规章制度的规定执行，涉 及违法犯罪的交由司法部门处理。
2. **附则**
3. 1本制度由人事处负责解释。

5. 2本制度自发布之日起施行，原保密制度同时废止。

**参考文献**

1. 2010年10月全国人大常委会颁布实施的《中华人民共和国保守国家秘密法》.
2. 2014年3月人事部、国家保密局印发的《人事工作中国家秘密及其密级具体范围的 规定》.

卫生技术人员职业资格准入管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 卫生技术人员职业资格准人管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

确保卫生专业技术人员依法执业，保证医疗质量与安全。

1. 范围

卫生技术人员包括从事医疗、护理、药学、医技等工作的专业技术人员。

1. 定义

3.1执业资格：执业资格是政府对某些责任较大、社会通用性强、关系公共利益的 专业技术工作实行的准入控制，是专业技术人员依法独立开业或独立从事某种 专业技术工作学识、技术和能力的必备标准。它通过考试方法取得。考试由国 家定期举行，实行全国统一大纲、统一命题、统一组织、统一时间。

1. 2资格准人：资格准人是指根据《劳动法》和《职业教育法》的有关规定，对从

事技术复杂、通用性广、涉及到国家财产、人民生命安全和消费者利益的职业 (工种）的劳动者，必须经过培训，并取得职业资格证书后，方可就业上岗。实 行就业准人的职业范围由劳动和社会保障部确定并向社会发布。

1. 内容

4.1新人院的卫生专业技术人员，须经岗前教育培训，经考核合格，方能上岗。

4.2从事医疗、护理专业人员，必须通过国家统一考试，取得《医师资格证书》或 《护士资格证书》，进行相应注册后，在执业专业、范围内方能独立执业。

4.3医技人员需经科室培训，具备相应工作能力，经考核合格后，才能独立工作。

1. 4大型医疗设备操作人员，如：CT、MR、DR、DSA、肿瘤诊疗设备、高压氧、

ECT、PCR检测、HIV检测等，均要取得相应上岗证，或经相关培训后方能独 立执业。

1. 5从事母婴保健工作的医疗人员，需持有《母婴保健技术资格证书》，方能独立执

业。

1. 附则
2. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

**参考文献**

1. 《中华人民共和国劳动法》.
2. 《中华人民共和国执业教育法》1996. 9.

工作人员招聘录用制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 工作人员招聘录用制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 004 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

适应公立医院改革新形势，完善医院学科建设，优化人才结构，加强人才队伍建 设，提高人力资源管理绩效，满足医院持续、健康、快速发展和人民群众医疗保健 需求。

1. 范围

2.1医疗、护理、医技、药学等卫生专业技术人员。

2. 2细胞生物学、生物化学与分子生物学、微生物学、遗传学、生物物理学等生物 学专业技术人员（实验室技术系列）。

2.3财会、工程、档案、图书、教育、音乐、美术、艺术等辅助系列专业技术人员。 2. 4社会医学与卫生事业管理、公共卫生与预防医学等医院管理相关人员。

2. 5后勤服务人员。

1. 定义

3.1招聘是指医院为了发展的需要，根据人力资源发展规划和岗位实际需求，寻找、 吸引那些有能力又有兴趣到医院任职的人员，并从中选出适宜人员予以录用的 过程。

3.2公开招聘是指医院向医院内外的人员公布招聘方案和岗位需求计划，向社会提 供一个公平竞争的机会，择优录用合格人员担任医院需求岗位的过程；公开招 聘程序一般包括发布公告、组织报名、资格审查、考试考核、考察体检、聘任 录用等过程。

1. 内容

4. 1招聘原则

坚持德才兼备、以德为先的用人标准，坚持专业对口、注重能力和水平的用人 方向，坚持公开、平等、竞争、择优的原则，切实把适应岗位需求的优秀人才 选拔到医院来。

4.2招聘范围和条件

4. 2. 1具有中华人民共和国国籍。

4. 2. 2遵守中华人民共和国宪法和法律。

4. 2. 3具有良好的品行和职业道德。

4. 2. 4具有岗位所需的专业或技能条件，适应岗位要求的身体条件和其他条件。

4. 2. 5年龄根据岗位条件和上级有关政策确定。

4. 2. 6具有招聘岗位所需的其他资格条件。

4.2.7曾受过刑事处罚和曾被开除公职的人员、在读全日制普通高校非应届毕业生、 现役军人以及法律规定不得聘用的其他情形的人员不得应聘，应聘人员不能 报考与本人有应回避亲属关系的岗位。已与其他用人单位签订就业协议的应 届毕业生，应聘前与签约单位解除协议或经签约单位同意，可以应聘。

4. 3招聘工作的步骤、程序和方法

4. 3. 1制定招聘工作方案和岗位需求计划。

4.3.2向社会发布招聘工作方案和岗位需求计划。

4. 3. 3受理应聘人员的申请，对资格条件进行审查。

4. 3. 4组织考试、考核。

4. 3. 5组织考察、体检。

4. 3. 6确定拟聘用人员名单。

4. 3. 7公7K招聘结果。

4. 3. 8签订聘用合同，办理入职聘用手续。

4.4岗位需求计划发布与资格审查

4.4.1岗位需求计划主要包括以下内容：招聘的岗位及条件、招聘岗位数量、采用 的招聘方式等。

4.4.2招聘信息公开发布，并注明招聘岗位、招聘数量、应聘人员条件、招聘办法 和考试、考核的时间、内容、范围以及报名方法等事项。

4. 4. 3根据招聘岗位条件，对报名应聘人员的资格条件（毕业证、学位证、身份证、 学生证明、院校就业推荐书或协议书等）进行审查，确定符合条件的人员。

4. 5考试考核

4. 5. 1招聘医学以及与之相关专业的硕士研究生、本科学历护士等初级岗位人员， 采取笔试与面试相结合的方式进行，考试内容应为招聘岗位所必需的专业知 识、业务能力和工作技能；面试专家评委应包括相应数量院内专家和院外专 家，随机抽取。

4.5.2招聘急需的高层次、短缺人才以及获得博士学位、海外归国人员、学科带头 人等高级专业技术岗位人员，可以采取专业测试、答辩、试讲、面谈交流等 方式，也可以采取参加省、市人事部门举办的中外高层次人海洽会等直接考 察的方式。

4. 5. 3招聘辅助系列专业技术人员和管理岗位的人员，可参照以上方法进行。

4. 5. 4招聘工勤岗位人员，一般采取专业笔试和专业测试相结合的方式。根据岗位 需要，可以采取技能操作、专业能力测试的方式。

4. 6考察体检

4. 6.1根据应聘人员考试成绩和岗位需求，确定进人考察范围人选名单，并向社会 公布。主要考察其思想政治表现、道德品质、业务能力、工作实绩、拟任岗 位资格等情况。

4. 6. 2对考察合格者，组织进行体检。不按规定的时间、地点参加体检的人员，视 为自动放弃资格。

4. 6. 3应聘人员对体检结果有异议的，可在接到体检结论通知起3个工作日内书面 提出复检申请，需要组织会诊时，应组织相关专家进行会诊，做出结论。医 院在收到复检申请的10个工作日内组织复检，复检只进行一次，体检结果以 复检结论为准。

4. 7公示录用

4.7. 1根据考试考核结果，医院办公会集体研究，择优确定拟录取聘任人员名单。

4. 7. 2对拟录取聘用人员进行公示，公示期一般为5 — 7个工作日。

4.7.3医院与拟录取人员签订聘用合同前，与受聘人员签订聘用合同，确立人事关 系。

4.7.4医院公开招聘的人员按规定实行试用期制度，试用期一般为一年，包括在聘 用合同期限内。试用期满考试考核合格的，予以正式聘用；不合格的，取消 聘用。

4. 8纪律与监督

4.8.1医院公开招聘人员，按照上级有关规定，实行回避制度。

4.8.2招聘工作做到信息公开、过程公开、结果公开，接受市卫计委、市人社局和 市纪检委等上级部门的监督。

4.8.3对违反公开招聘纪律的应聘人员，视情节轻重取消考试或录取聘用资格；对 违反本规定招聘的受聘人员，一经查实，立即解除聘用合同，予以清退。

1. 8. 4对违反公开招聘纪律的工作人员及其他相关人员，视情节轻重，按照有关规

定追究责任。

1. **附则**
2. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行，原工作人员招聘录用制度同时废止。

**参考文献**

1. 2014年5月国务院令（第652号）颁布的《事业单位人事管理条例》.

2.2015年1月山东省委组织部、山东省人力资源和社会保障部印发的《山东省事业单 位公开招聘工作规程》.

1. 2017年5月聊城市卫生和计划生育委员会、聊城市委组织部、聊城市机构编制委员 会办公室、聊城市发展和改革委员会、聊城市财政局、聊城市人力资源和社会保障 局印发的《聊城市公立医院法人治理结构建设实施方案》.
2. 聊城市委组织部、聊城市人力资源和社会保障局印发的聊人社发[2017] 9号文件 “关于2017年市属事业单位公开招聘工作有关问题的通知”.

人员紧急替代制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 人员紧急替代制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 005 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保证患者的生命安全，使患者在特殊情况下能够及时得到抢救治疗。

1. 范围

医院的医疗、护理、医技、药学等卫生技术人员以及行政管理、后勤服务人员。

1. 定义

替代：即代替，是指以乙换甲，并起原来由甲或应该由甲起的作用，或者说用一物

质代替另一物质（多为强者取代弱者的地位）。

1. 内容

4. 1总则

4.1.1医院值班人员紧急替代制度的领导有院领导和有关科室负责人参加，院长直 接领导。

4. 1.2值班人员紧急替代制度适用于特殊的条件下使用，例如：传染病的流行，重 大自然灾害，突发重大事件等。

4. 1. 3人员的紧急替代包括院内人员紧急替代和院际人员紧急替代两种方式，遇传 染病的流行、重大自然灾害、突发重大事件发生时，如院内紧急替代不能满 足需求时，首先在医联体成员单位之间调配人员，如仍不能满足实际需求， 则向上级部门汇报，请求在全市、全省乃至全国范围内调剂人员。

4.2门、急诊人员紧急替代制度

4.2. 1门诊工作人员替代制度：普通门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本科 室主任安排其他人员出诊。专家门诊若不能出诊，本人于开诊前及时通知本 科室主任安排相应职称的人员出诊。临床医技科室值班人员若不能出值班， 本人提前通知本科室主任安排其他人员值班。门诊部发现缺岗时，通知科主 任及时安排相应的人员到岗。

4.2.2急诊工作人员替代制度：值班人员在值班期间本人如遇突发情况，不能继续 值班，应及时报告本科二线值班或科主任安排相应人员到岗。接班人员未到 岗，交班人员不能擅自离岗。夜间或节假日急诊科有急诊患者需要会诊发现 相关科室人员缺岗时，应及时通知总值班及相关科室主任安排相应的人员到 岗会诊，不得延误急诊病人的诊治工作。

4. 3病房人员紧急替代制度

4.3.1正常工作日：如因工作繁忙而人员不足，或当班医务人员因意外情况不能坚 持完成工作时，由其下一级医师替代完成；若后者没有能力完成该诊疗工作， 则需向科主任报告，请求派相应的人员替代，如有必要，可报告医务处或院 领导，予以协调解决。严格考勤，严格休假审批。对考勤虚报、瞒报、漏报 及审批不严造成不良影响的人员要给予追责。

4.3.2夜间及节假日：当遇到人员不足，或当班人员因故不能坚持完成工作时，由 当班人员负责联系本科室二线值班人员接替，并报告科主任，如有必要可报 告院总值班或院领导，予以协调解决。

4. 3. 3各临床医技科室必须安排上级医师二线值班。

4. 4术中人员紧急替代制度

4.4. 1手术中若发生手术人员，尤其是术者因某些意外情况不能坚持完成手术时， 由其下一级医师（第一助手）替代其完成手术；若后者没有能力或资质完成 该手术，则需向其所在的科主任或专业组长报告，请求派相应的医师上台， 必要时汇报医务处协调解决。

4.5其他岗位紧急替代制度

4. 5.1其他辅助岗位、职能部门值班人员出现紧急或意外情况，原则上按照“谁排 班、谁协调”的要求，由各部门和科室安排替代人员，必要时由负责人向分 管院领导汇报。对于科室人员比较紧张，不易于科内安排解决的，可向人事 处提出用人紧急申请，由人事处统一组织协调。

4.6值班人员紧急替代制度启动由院长办公会研究决定，在启动期间对全院人员提 出以下要求：

* 1. 1全院人员停止年假、探亲假、婚假及各种倒休，已休假者通知立即回院。

4.6.2国家规定的假期和法定节假日，结合医院的实际情况进行安排。

4. 6. 3病假出具诊断证明，经科主任、主管院长审批，方可休假；事假原则上不予 批准。

4. 6. 4停止一切短期院外学习、进修；已在院外进修学习的人员，通知本人及时回 院工作。

4. 6. 5全院所有人员都要服从医院的工作安排和调配，努力工作，完成任务。

4. 6. 6办公室要做好协调工作为医护人员做好服务，保证水、电、物资、车辆供应， 发现问题及时处理。

1. 6. 7节假日和夜间值班，由各科室具体安排。特殊情况不能值班者，由科主任报

主管领导审批，并安排科内人员替代。

4.6.8对工作中做出成绩者给予奖励，对工作不负责任，不服从分配和调动，造成 不良后果者，根据情节轻重给予纪律处分。

5.附则

1. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行，原人员紧急替代制度同时废止。

继续教育工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 继续教育工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 006 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步提升专业技术人员的整体素质和业务能力，加强在职在编人员队伍建设。

1. 范围

在职在岗人员。

1. 定义

3.1继续教育：继续教育是指已经脱离正规教育，已参加工作和负有成人责任的人 所接受的各种各样的教育。是进行知识更新、补充、拓展和能力提高的一种高 层次的追加教育。

3.2继续教育证书：是真实记录和反映继续教育情况的凭证。证书采用省人社厅同 意规定样式，由市人社局统一印制、编号和发放。其他任何部门和单位不得印 制、发放证书或代用品。

1. 内容

4.1继续教育学时的分类

4. 1.1培训进修类：由人力资源社会保障部门、行业主管部门举办、批准，或经人 力资源社会保障部门备案，包括各类脱产、半脱产继续教育培训、进修、研 修、专题讲座、学术交流、出国学习、远程教育及其他相关继续教育实践活 动，按实际学时等级，不超过8学时/天。

4.1.2自学类：包括专业技术人员自学、单位统一安排自学、自学考试、在职学历 教育，由用人单位建立学习档案并确立学习档案的不予登记。

4. 1.3科研成果、论文著作等科折算学时。成果类，包括科研成果奖励、专利或用 人单位认可的其他重要成果等。论文著作类，包括公开发表的学术、技术论 文、学术了会议交流论文、出版著作、译著等。每项（篇、本）计10学时， 折算学时每年累计不超过30学时。

4. 2继续教育证书登记验审

4. 2. 1继续教育证书每人一册。

4. 2. 2继续教育证书每年进行一次验审，由人事处统一办理。

4.3按照上级有关部门关于继续教育的文件规定和要求，按时组织开展全院的继续 教育工作。

4. 4各科室根据专业发展和社会需求，根据不同内容和条件，采取灵活多样的形式 和办法，开展以短期和业余学时为主的继续教育活动。

4. 5参加继续教育市专业技术人员应享有的权利和应履行的义务。专业技术人员要 积极主动参加继续教育活动，服从安排，接受考核。

4. 6继续教育实行学分制。全员每年都应参加继续教育活动，按规定完成学分数。

4. 7全员参加继续教育情况作为专业技术职务晋升与聘任，聘期届满及年度考核重 要依据。

1. 8将继续教育活动的有关信息汇总后存人个人技术档案。

5.附则

1. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《专业技术人员继续教育规定》中华人民共和国人力资源和社会保障部令第25号 2015 年 10 月.
2. 《关于进一步做好专业技术人员继续教育工作的通知》2016. 5。（聊人社字[2016] 84 文）.

新员工岗前教育培训制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 新员工岗前教育培训制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-010-007 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范完善医院新员工岗前培训工作，使新员工尽快适应医院工作要求，更好的履行 岗位职责。

1. 范围

适用于医院新人院的员工。

1. 定义

3.1新员工：是指新招聘、新调人到医院工作的人员。对于新员工，要进行上岗前 的教育培训，让新员工明确工作要求，加快融人集体的速度，对于新员工要关 怀，让新员工对医院产生认同感。

3.2岗前教育培训：向新员工介绍医院的规章制度、文化以及医院的沿革及规划。 就其本质来讲，岗前培训只是培训的开始。是指医院面向全院制定的程序，由 相关职能部门制定，需要全院员工知晓并遵从的文件。

1. 3岗前教育培训的必要性：

3.3.1让新员工了解医院的沿革、文化，从而知晓“修己以敬，诚信载物”医院精 神，“崇学新知，厚识笃行”的学风，“强基础重服务育名医创名院”的办院 理念等内涵。

1. 3. 2培植新员工对医院的认同感和对本职工作的勤业敬业精神。

3.3.3让新员工快速熟悉新的工作环境，融入医院的大家庭，早日成为优秀的聊医 人，实现个人价值。

1. 内容
2. 1新员工必须参加岗前教育培训。

4.2新员工岗前教育培训，由人事处组织、安排，制定岗前培训课程安排计划表， 相关科室积极配合。

4.3岗前教育培训采取集中培训与自学相结合的形式。集中岗前教育培训时间不少 于一周。主要内容包括：

4.3.1医院基本概况，医院精神、人文教育，思想政治、医德医风教育，健康促进 医院相关知识。

1. 3. 2核心制度、病历书写、规范操作规程等。

4.3.3医院科研、教学工作，医院信息化概况。

4. 3. 4医院管理规章制度、安全教育。

4. 3. 5医护、医患沟通及技巧、医疗纠纷的防范措施以及处理办法等。

4. 3. 6计划生育政策法规。

4. 3. 7传染病防治与报告制度、放射防护以及院内感染相关知识。

4. 3. 8医保管理、药事管理。

1. 3. 9青年员工的素质提升及职业生涯规划。
   1. 10学唱《聊城市人民医院院歌》、参观孔繁森纪念馆及拓展训练等。
2. 11组织拓展训练活动，培育新员工的集体意识、大局意识、感恩情怀和团队精 神、开拓创新精神。

4.4为实现岗前教育培训目标，灵活制定教育培训内容，使教育培训形式多种多样。 4.5新员工须按时参加培训，迟到、早退，严格考勤。

4.6教育培训结束组织考试、考核，成绩合格者方可上岗。

4.7岗前培训结束一周内，新员工填写岗前培训意见反馈表及心得体会，报送人事 处备案。

4.8岗前培训结束之后，做好本次岗前培训的总结、评估，相关材料存档备查。

1. 附则
2. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《中华人民共和国劳动法》1995. 1.
2. 《事业单位管理条例》2014.7.

工作人员年度考核工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 工作人员年度考核工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 008 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

全面、客观、公正、准确地考核评价工作人员每年度的思想政治、业务素质和履行 职责情况，加强对工作人员的管理与监督。

1. 范围

适用于医院所有在职工作人员。

1. 原则
2. 1考核原则：
3. 1.1注重实绩的原则。考核应全面考核，重点考核工作业绩。

3.1.2客观公正的原则。根据考核的条件和标准，把考核对象各方面的情况真实、 客观地反映出来，实事求是地对其作出恰如其分的评价。

3.1.3民主公开的原则。考核对象、内容、标准、方法等事项要公布于众，并将考 核结果予以公开。

1. 内容

4.1考核内容包括德、能、勤、绩、廉五个方面。德，是指遵纪守法情况以及在思 想政治素质、职业道德、社会公德、个人品德等方面的表现。能，是指履行岗 位职责能力、专业技术技能以及管理水平、知识更新情况。勤，是指公益服务 意识、工作责任心、勤奋敬业精神和工作态度等方面的情况。绩，是指履行岗 位职责情况，完成工作任务的数量、质量、效率，所产生的社会效益和经济效 益以及服务对象的满意度。廉，是指廉洁从业方面的表现。

1. 2考核等次及标准：年度考核的结果分为优秀、合格、基本合格、不合格四个等

次。

1. 2. 1确定为优秀等次须具备下列条件：
   1. 1.1遵纪守法，思想政治素质高，自觉贯彻落实科学发展观，职业道德、社会 公德、家庭美德、个人品德高尚；

4. 2. 1.2较好地履行岗位职责，具备与岗位要求相应的专业技术技能，积极参加知 识更新活动；

4. 2. 1.3具有较强公益服务意识和工作责任心，勤奋敬业，工作态度认真；

1. 1.4高质量地完成工作任务，成效显著，服务对象满意度高；

4. 2. 1. 5在廉洁从业方面具有模范作用。

4. 2. 2确定为合格等次须具备下列条件：

4. 2. 2.1遵纪守法，思想政治素质较高，贯彻落实科学发展观，具有良好的职业道 德、社会公德、家庭美德和个人品德；

4. 2. 2. 2能履行岗位职责，具备与岗位要求相应的专业技术技能；

4. 2. 2. 3公益服务意识和工作责任心较强，工作态度比较认真负责；

4. 2. 2. 4较好地完成工作任务，富有成效，服务对象满意度较高；

4. 2. 2. 5廉洁从业。

1. 3医院工作人员具有下列情形之一的，应当确定为基本合格等次：

4. 2. 3.1思想政治素质一般，或者在职业道德、社会公德、家庭美德、个人品德方 面存在明显不足；

4. 2. 3. 2履行岗位职责能力较弱，专业技术技能或者管理水平较低；

4. 2. 3. 3公益服务意识和工作责任心一般，或工作态度、工作作风方面存在明显不 足；

4. 2. 3. 4完成工作的数量不足，质量和效率不高，或在工作中有较大失误，服务对 象满意度较低；

1. 3. 5能基本做到廉洁从业，但某些方面存在不足。

4.2.4医院工作人员具有下列情形之一的，应当确定为不合格等次：

4. 2. 4.1思想政治素质较差，或者在职业道德、社会公德、家庭美德、个人品德方 面较差；

4. 2. 4. 2业务素质和工作能力不能适应岗位要求；

4. 2. 4. 3公益服务意识和工作责任心薄弱，或者工作态度、工作作风差；

4. 2. 4. 4未能履行岗位职责，未能完成工作任务，或者在工作中因严重失误、失职， 造成重大损失或者恶劣社会影响；

4. 2. 4. 5不能做到廉洁从业，且情形较为严重。

4. 3考核程序

1. 1工作人员结合自己的岗位对照相应的考核内容，就履行职责及完成各项任务

情况进行书面总结，并填写《职工年度考核登记表》。

4. 3. 2所在科室（部门）对工作人员提出考核等次，其中优秀等次的比例控制在科 室人员数量的15%以内。

4. 3. 3各科室（部门）将工作人员年度考核登记表及被拟定的考核等次人员名单上 报院人事处。

4. 4考核结果的适用

1. 1考核结果与工作人员的聘任、奖惩、晋升、培训、辞退以及调整工资挂钩。

4. 4. 2专业技术人员连续两年以上被确定为优秀等次，作为优先推荐评审高一级专 业技术职务的条件；聘任高一级专业技术岗位时，同等条件下可优先聘任。 4.4.3对考核为基本合格和不合格的人员，按规定不予晋升工资。

4.4.4考核为不合格等次的，责令其制订出整改措施并限期整改，并按有关规定不 予奖金发放。第二年考核仍为不合格的，予以降职、低聘、解聘或调整工作。 4. 5特殊情况的处理

4. 5.1对见习或实习期未满人员，应进行考核并写出评语，但不确定等次；调人单 位工作不满半年的，由所在单位在征求原单位意见的基础上写出评语并确定 等次；外派学习、培训的人员，由学习或培训单位提供学习或培训情况，原 单位进行考核，确定等次；不参加考核者，不确定考核等次。

4.5.2正在接受组织立案审查未结案人员，只进行考核，暂不定等次，待问题查清 后，再行确定。

4.5.3病、事假累计超过本年度半年或因私出国超过本年度半年的人员，不定等次。 4. 6组织领导

4. 6. 1工作人员年度考核工作在院长领导下进行。人事处具体负责考核工作的日常 事务，纪委等职能部门负责对考核工作的监督。

4. 6. 2各科室（部门）对年度考核要高度重视，加强领导，严格按程序办事，防止 走过场。考核工作中要注意发扬民主，广泛听取各方面的意见，全面、客观、 公正地为每一位职工作出准确的评价，确定客观合理的等次。

1. 6. 3要严肃考核纪律，对考核过程中有徇私舞弊、打击报复、弄虚作假等违纪违

规问题的，按有关规定予以查处。

1. 附则
2. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《事业单位工作人员考核暂行规定》人核培发[1995] 153号.
2. 《关于做好2016年全省事业单位工作人员年度考核工作的通知》（鲁人社字〔2017〕 23 号）.
3. 《关于做好2016年全市事业单位工作人员年度考核工作的通知》（聊人社字〔2017〕 17 号）.

专业技术职务评审、聘任管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 专业技术职务评审、聘任管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 010 - 009 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步加强医院专业技术人员的职称评审、聘任的管理，充分调动专业技术人员的 工作积极性，促进医院和谐稳定发展。

1. 范围

适用于医院在职专业技术人员技术职务的评审、聘任工作。

1. 定义

3.1职称评审：在专业技术人员已聘任的专业技术职务年限基础上，聘期内完成相 应的继续教育学时，根据专业期刊发表论文、科研成果、专利等要求，经过专 业评委的评审，确定其是否具备高一级职称资格。

3.2职称聘任：由行政领导在具备专业技术资格的专业技术人员中聘任，有一定的 任期，在任期间领取相应专业技术职务工资。

3. 3续聘：续聘是通过一定程序，对专业技术人员所任职务的继续聘任。

3. 4低聘：低聘是通过一定的程序对专业技术人员低于原任职务的聘任。

1. 5解聘：解聘是经过一定程序对专业技术人员聘任职务的解除。
2. 内容

4.1医院在岗的各类专业技术人员，具有规定任职资格相应学历，符合任职条件者 均可申请评审、聘任相应专业技术职务。

1. 2严格遵守专业技术职务任职资格评定的有关规定，避免论资排辈、唯文凭论，

对符合条件，成绩突出的中青年专业技术人员给予破格评审和聘任相应职务。

4. 3参加专业技术职务评审需提交的材料

* 1. 1个人书面申请一份；

4. 3. 2任现职以来证明个人业绩的实物材料（包括论文著作、获奖证书、成果证书

等)•，

4. 3. 3有执业资格要求的资格证书、卫生支农证明等。

4. 3. 4个人任职期内获得荣誉称号及社会兼职等。

4. 3. 5破格晋升的需提交破格报告。

4. 4根据评审工作要求，医院成立专业技术任职资格评审推荐、聘任组织：

* 1. 1材料审核组：鉴别提交申报材料的真实性、时效性。

4. 4. 2材料量化组：量化有效的申报材料，逐一赋分。

4. 4. 3职称推荐领导小组：负责推荐工作，确定申报、聘任人员名单。

4.5严格评审、聘任程序，如发现有违规者，严肃处理。

4.6有下列情况之一者，不能参加本年度专业技术职务的评审与聘任。

4. 6. 1三年内发生重大医疗纠纷并由医院做出经济赔偿；

4. 6. 2长期病休达一年以上，不能履行本岗位工作职责者；

4. 6. 3立案审查未结案；

4. 6. 4违反计划生育政策；

4. 6. 5受党纪、政纪处分期未满；

4. 6. 6年度内未完成规定继续教育学分；

4. 6. 7医师晋升主治或副主任医师职称前到农村累计服务不满一年的；

4. 6. 8上级部门规定的其他情形。

1. 7人事部门应按时按质按量完成评审、聘任材料的收集、归纳、整理，及时归人

档案，不得遗失损坏。

1. 附则
2. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《山东省卫生和计划生育委员会关于报送2015年度卫生高级专业技术职务资格评审 材料的通知》（鲁卫人发[2015] 4号）.
2. 《关于核准聊城市人民医院岗位设置方案的通知》（聊人社字[2016] 233号）.
3. 《聊城市人力资源和社会保障局关于做好2017年度职称评审工作的通知》（聊人社 字[2017] 121 号）.

专业技术职务资格考试报名管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 专业技术职务资格考试报名管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-OIO-OIO | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范医院卫生、会计、经济、审计等系列专业技术人员的专业技术职务任职资格考 试报名工作。

1. 范围

医院符合相关专业报名条件的在职在岗专业技术人员，可报名参加相应级别专业技 术职务任职资格考试。

1. 定义

3.1专业技术职务资格：指专业技术人员的专业技术水平、能力，以及成就的等级 称号，是反映专业技术人员的技术水平、工作能力的标志，也称为职称。

3.2职称级别：一般可以分为员级、助理级、中级、副高级、正高级五个级别。 3.3职称分类：医院设置的职称类别

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 正高级 | 副尚级 | 中级 | 初级 |
| 卫生技术人贝 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师、医士 |
| 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护师、护士 |
| 主任药师 | 副主任药师 | 主管药师 | 药师、药士 |
| 主任技师 | 副主任技师 | 主管技师 | 技师、技士 |
| 自然科学研究 | 研究员 | 副研究员 | 助理研究员 | 研究实习员 |
| 工程技术人员 | 工程技术应用研究员 | 高级工程师 | 工程师 | 助理工程师、技术员 |
| 经济专业 |  | 高级经济师 | 经济师 | 助理经济师、经济员 |
| 会计专业 | 正高级会计师 | 高级会计师 | 会计师 | 助理会计师、会计员 |
| 审计专业 |  | 高级审计师 | 审计师 | 助理审计师、审计员 |
| 统计专业 |  | 高级统计师 | 统计师 | 助理统计师、统计员 |
| 图书资料专业 | 研究馆员 | 副研究馆员 | 馆员 | 助理馆员、管理员 |
| 档案专业 | 研究馆员 | 副研究馆员 | 馆员 | 助理馆员、管理员 |
| 新闻专业 | 高级编辑 | 主任编辑 | 编辑 | 助理编辑 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 艺术专业 | 一级美术师 | 二级美术师 | 三级美术师 | 美术员 |
| 中小学教师 | 正高级教师 | 高级教师 | 一级教师 | 二级教师、三级教师 |

1. 内容

4.1人事处按照规定条件和程序审核报名的专业、任职年限等。

1. 2参加资格报名考试人员如实填写报名申报表，确保所填报信息和材料的真实。
2. 3参加资格报名考试的专业技术人员携带申报表、毕业证等材料到人事处现场审 核。

4.4跨专业报考的，不予以审核。

4. 5对于不符合报名条件的，详细告知其理由，不予办理报名手续；对于报名材料 不齐全的，待其补齐后再办理。

4.6经审核合格的报名人员网上缴纳报名费。

4. 7报名日期截止后，不予办理补报手续。

4. 8人事处做好报名工作有关信息的汇总和存档。

4.9参加资格报名考试人员提供虚假材料或以其他形式骗取报名的，2年内不得参 加专业技术人员资格考试。

1. 10考试工作人员有违纪行为的，停止其继续参加当年和下一年的考试工作，并由

主管部门给予处分。

1. 附则
2. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《关于2017年度卫生专业技术资格考试有关问题的通知》（人社厅发〔2016〕187 号）.
2. 《关于2017年度卫生专业技术资格考试考务工作安排的通知》（卫人才发〔2016〕 122 号）.
3. 《专业技术人员资格考试违纪违规行为处理规定》（人社部令第12号）.
4. 《关于印发<经济专业技术资格考试暂行规定>及其<实施办法>的通知》（人职发 〔1993〕 1 号）.
5. 《关于部分专业技术人员资格考试安排和考试工作有关问题的通知》（国人厅发 〔2004〕45 号）.

职工工资管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 职工工资管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-010-011 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范医院职工工资管理，实行岗位管理，医院聘任，以岗定酬，建立和完善薪酬管 理体系。

1. 范围

全院在岗人员。

1. 定义

3.1见习期：见习期即单位对新参加工作人员有计划、有组织、有目的地进行考察 和了解，进而在思想、业务等方面给予指导和帮助，使新参加工作人员尽快适 应工作需要的制度，原则上为期一年。

3. 2转正定级：转正定级是指新参加工作人员在见习期一年届满，通过考试、考核 合格可以转为正式职工身份，并同时确定工资级别而履行的一项程序。

1. 3年度考核：为了正确评价单位工作人员的德才表现和工作实绩，激励督促工作

人员提高政治业务素质，认真履行职责，并为其晋升、聘任、奖惩、培训、辞 退以及调整工资待遇提供依据按年度进行考核的办法。考核结果分为优秀、合 格、基本合格、不合格。

1. 内容
2. 1总则

4. 1. 1健全医院职工工资管理体制，规范工资正常调整政策。

4.1.2医院岗位分为专业技术岗位、管理岗位、工勤技能岗位。

4. 1.3实行以岗定酬原则。

4. 2新参加工作人员工资管理办法

* 1. 1新参加工作的本科毕业生实行一年见习期。见习期期间执行每月基本工资 1200元，绩效工资881元，物业补贴150元工资标准。见习期满后经过考 试、考核合格转正定级，执行岗位工资十二级1490元，薪级工资七级369 元，基础性绩效1183元，奖励性绩效760元，物业补贴150元工资标准。 4.2.2新参加工作的硕士研究生实行一年见习期。见习期期间执行每月见习期工资 I960元，基础性绩效1062元，奖励性绩效748元，物业补贴150元工资标 准。见习期满后经过考试、考核合格转正定级，执行岗位工资十二级1490

元，薪级工资十一级513元，基础性绩效1229元，奖励性绩效883元，物业 补贴150元工资标准。

4. 2. 3新参加工作的博士研究生在明确岗位前执行初期工资标准。每月初期工资 2165元，基础性绩效1062元，奖励性绩效748元，物业补贴150元工资标 准。明确岗位后，执行岗位工资十级1600元，薪级工资十四级657元，基础 性绩效1476元，奖励性绩效1131元，物业补贴170元工资标准。

4. 2. 4新参加工作的专科及以下人员。第一年执行每月基本工资1080元，绩效工资 871元，物业补贴150元工资标准。满一年后经考试、考核合格后执行每月 基本工资1300元，绩效工资8H元，物业补贴150元工资标准。满两年后经 考试、考核合格后执行每月基本工资1700元，绩效工资871元，物业补贴 150元工资标准。满三年后经考试、考核合格后执行岗位工资十三级1390, 薪级工资五级311元，基础性绩效1183元，奖励性绩效760元，物业补贴 150元工资标准。

1. 5新参加工作的普通工人，执行每月基本工资1080元，绩效工资1061元，物 业补贴150元工资标准。满两年后经考核合格，执行每月基本工资1130元， 绩效工资1061元，物业补贴150元工资标准。满四年后经考核合格，执行每 月基本工资1180元，绩效工资1061元，物业补贴150元工资标准。满六年 后经考核合格，执行每月基本工资1230元，绩效工资1061元，物业补贴150 元工资标准。
2. 6新参加工作的技术工人，执行每月基本工资1080元，绩效工资1061元，物 业补贴150元工资标准。满两年后经考核合格，执行每月基本工资1180元， 绩效工资1061元，物业补贴150元工资标准。满四年后经考核合格，执行每 月基本工资1280元，绩效工资1061元，物业补贴150元工资标准。满六年 后经考核合格，执行每月基本工资1380元，绩效工资1061元，物业补贴150 元工资标准。

4. 3岗位管理工资调整办法

4.3.1医院实行竞聘上岗、按岗聘用、合同管理、同岗同酬原则。

4.3.2聘用到新岗位的人员，聘用次月执行新岗位工资。

4. 3. 3已聘任到各岗位的工作人员，从2006年7月1日起，年度考核结果为合格及 以上等次的，每年增加一个薪级工资，并从第二年1月1日起执行。年度考 核结果为基本合格、不合格的，不能正常增加薪级工资。

4.3.4已聘用在管理岗位、专业技术岗位、工勤岗位的人员，在本岗位类别内变动 岗位后，从岗位变动的次月起，岗位工资、基础性绩效、奖励性绩效、物业 补贴按新聘岗位确定。薪级工资按以下办法确定：由较低等级的岗位聘用到 较高等级的岗位，原薪级工资低于新聘岗位起点薪级工资的，执行新聘岗位 起点薪级工资，第二年不再正常增加薪级工资；原薪级工资达到新聘岗位起 点薪级的，薪级工资不变。由较高等级的岗位调整到较低等级的岗位，薪级

工资不变。

4.3.5在专业技术岗位、管理岗位、技术工岗位和普通工岗位之间变动的，岗位工 资、基础性绩效、奖励性绩效、物业补贴按新聘岗位确定，薪级工资按新聘 岗位比照同等条件人员重新确定。

4. 3. 6各岗位的起点薪级工资：

4. 3. 6.1专业技术岗位的起点薪级分别为：一级岗位39级，二至四级岗位25级， 五至七级岗位16级，八至十级岗位9级，十一至十二级岗位5级，十三级 岗位1级。

1. 3. 6. 2管理岗位的起点薪级分别为：一级岗位46级，二级岗位39级，三级岗位

31级，四级岗位26级，五级岗位21级，六级岗位17级，七级岗位12级， 八级岗位8级，九级岗位4级，十级岗位1级。

* 1. 6. 3技术工人的起点薪级分别为：一级岗位26级，二级岗位20级，三级岗位 14级，四级岗位8级，五级岗位2级。普通工岗位的起点薪级为1级。

5.附则

1. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。原工资调整及薪酬管理制度同时废止。

参考文献

1. 聊城市人民政府办公室关于印发《聊城市公务员工资制度改革实施意见》《聊城市 事业单位工作人员收人分配制度改革实施意见》和《聊城市机关事业单位离退休人 员计发离退休费等问题的实施意见》的通知（聊政办发[2007] 13号）.
2. 关于印发《聊城市市直机关事业单位职工住宅物业服务补贴办法》的通知（聊财综 [2014] 98 号）.
3. 《关于调增市直机关津贴补贴的通知》（聊财综[2015] 8号）.
4. 关于印发《聊城市市直事业单位规范清理津贴补贴实施绩效工资办法》的通知> (聊人社发[2015] 15号）.
5. 《国务院办公厅转发人力资源社会保障部财政部关于调整机关事业单位工作人员基 本工资标准和增加机关事业单位离退休人员离退休费三个实施方案的通知》（国办 发[2015] 3 号）.
6. 《国务院办公厅转发人力资源社会保障部财政部关于调整机关事业单位工作人员基 本工资标准和增加机关事业单位离休人员离休费三个实施方案的通知》（国办发 [2016] 62号）和《关于调整市直机关事业单位津贴补贴（绩效工资）标准的通知》 (聊人社发[2016] 26号）.

职工退休及返聘（留用）管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 职工退休及返聘（留用）管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-010-012 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范医院职工退休管理，规范职工返聘管理。

1. 范围

适用于医院职工。

1. 定义

3.1退休：是指根据国家有关规定，劳动者因年老或因工、因病致残，完全丧失劳 动能力（或部分丧失劳动能力）而退出工作岗位。

1. 2返聘：即离退休人员的再次聘用。
2. 内容

4.1严格执行国家关于工作人员退休的规定，医院职工达到法定退休年龄时，即男 满60周岁、女满55周岁（女高级专业技术人员及女副县级以上人员可以到达 60岁办理退休），除符合本规定第二条情形外，一律按规定办理退休手续。

4.2主任医师符合以下条件之一的，如本人同意，经省级人事部门批准，退休年龄 可延迟到男年满65周岁，女满63周岁。

4.2.1国家、省重点学科或特色专科的学科带头人。

1. 2. 2在业务上起把关作用或在学科中起带头作用，工作特殊需要的。

4.2.3承担省级以上科研项目和指导研究生等任务未完成的。

4.3具有副主任医师及其以上专业技术职务的医疗专家退休后，其返聘按照医院原 规定执行。

4. 4工作人员达到退休年龄当月，由人事处通知相关科室及本人，办理退休手续。 对返聘的医疗专家，由人事处会同医务处做好备案及审批工作。返聘期满时， 应书面通知相关科室及本人。

4. 5返聘的医疗专家，由聘用科室负责管理，其工资待遇根据现行的在职人员工资 政策及退休人员政策制定，奖金由聘用科室考核发放；退休前担任行政职务的， 其职务补贴不再发放。

4.6医疗专家返聘期满后，可根据社区工作需要，安排适当工作。如身体条件允许， 原则上可工作至男年满70周岁，女年满65周岁。其待遇由社区确定。

4. 7特殊需要的退休医疗、医技专家，如离岗后该专业不能保证原有的技术水平和 社会影响力，经本人同意，所在科室提出书面申请，经院长办公会研究，返聘 时间可适当延长。此类人员的返聘从严掌握。

4.8其他人员退休后，不再返聘。因工作需要临时安排的，由分管院长提出使用意 见，院长办公会研究同意，可临时安排工作，原则上工作不超过三年。其待遇 执行退休人员应享受的费用加额外的补助，补助按本人退休工资总额的25% (计算到元）发放，不再享受奖金和职务补贴。

4. 9退休职工，由老干部科统一管理。老干部科要采取多种形式，丰富他们的文化 生活。

4. 10人事处负责职工退休及返聘工作的日常管理，并严格按照上级组织人事部门的 规定审查档案年龄，严肃退休工作纪律，建立返聘审批制度，完善管理机制， 使医院退休、返聘工作制度化、规范化、常态化。

1. 附则

5.1本制度由人事处负责解释。本规定未涉及到的其他问题，按相关文件执行。

5.2本制度从发布之日起实行。

参考文献

1. 国务院关于颁发《国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法》和《国务院关于工人 退休、退职的暂行办法》的通知（国发[1978] 104号）.
2. 山东省人事局关于转发人事部《关于高级专家退（离）休有关问题的通知》的通知 ([1"0]鲁人退字第4号）、（人退发[1"0] 5号）.
3. 《关于进一步务规范办理到龄人员退（离）休手续的通知》[聊人字（2005) 43号]

职工社会保险缴纳与管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 职工社会保险缴纳与管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-010-013 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

贯彻落实《中华人民共和国社会保险法》、《劳动法》，规范医院职工社会保险管理，

维护职工参加社会保险和享受社会保险待遇的合法权益。为职工缴纳基本养老保

险、基本医疗保险、工伤保险、失业保险等社会保险，保障职工在年老、疾病、工

伤、失业等情况下依法从国家和社会获得物质帮助的权利。

1. 范围

全院在岗职工。

1. 定义

社会保险：是一种为丧失劳动能力、暂时失去劳动岗位或因健康原因造成损失的人

口提高收人或补偿的一种社会和经济制度。社会保险主要包括养老保险、医疗保

险、失业保险、工伤保险和计生保险。

1. 内容

4. 1基本养老保险

4.1.1基本养老保险由单位和职工共同缴纳，单位按照国家规定的工资项目作为缴 纳基数，按照规定的比例缴纳基本养老保险费，计人基本养老保险统筹基金; 职工按照国家规定的工资项目作为缴纳基数，按照规定的比例缴纳基本养老 保险费，计人个人账户。

4. 1.2参加机关事业单位基本养老保险的职工，缴费基数为职工的档案工资，单位 缴费费率为20%，个人缴费费率为8%。职业年金缴费基数为职工的档案工 资，单位缴费费率为8%，个人缴费费率为4%。

4. 1.3参加企业养老保险的缴费基数为职工的档案工资，单位缴费费率为18%，个 人缴费费率为8%。

4. 1.4参加基本养老保险的职工，男职工60岁、女干部55岁（其中副处或副高及 以上职务职称者可延长至60岁）、女工人50岁，累计缴费满15年的，办理 退休手续后享受养老保险金待遇。

4.1.5跨统筹地区就业的，其基本养老保险关系随本人转移，缴费年限累计计算。

4. 2基本医疗保险

4. 2. 1基本医疗保险由单位和职工共同缴纳，单位按照国家规定的职工工资总额的

比例缴纳基本医疗保险费，计人基本医疗保险统筹基金和职工个人账户；职 工按照国家规定的本人工资的比例缴纳基本医疗保险费，计入个人账户。

4.2.2缴费基数为职工的档案工资，单位缴费费率为7%，个人缴费费率为2%，其 中单位缴费费率中的1%和个人缴费费率的2%计人个人账户。

* 1. 3为减轻职工大病就医的个人负担，根据相关规定，在实行基本医疗保险的基 础上，建立大额医疗救助金制度，大额医疗救助金缴纳标准为每人每月15元 (其中单位负担1〇元，个人负担5元）。

4.2.4办理医疗保险后，职工可以自愿申请加入医院的互助性组织“健康基金会”。

1. 5参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄并累计缴费达到国家规定 年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照国家规定享受基本医疗保险 待遇，退休职工退休费的5%计入个人账户。未缴费至国家规定年限的，可 以补缴费至国家规定年限。

4.2.6跨统筹地区就业的，其基本医疗保险关系随本人转移，缴费年限累计计算。

4. 3工伤保险

4.3.1工伤保险，由用人单位缴纳工伤保险费，职工不缴纳工伤保险费。

4. 3. 2缴费基数为职工的档案工资，工伤保险经办机构确定医院缴费费率为0. 4 %。

4. 3. 3职工发生事故伤害后应最短时间内救治伤员并告知人事处，人事处24小时内报 告工伤保险经办机构，说明受伤职工姓名、事故发生时间、地点、就诊医院、 住院床位等。人事处自事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起 30日内向统筹地区工伤保险经办机构提出工伤认定申请，并提交以下材料：

4. 3. 3. 1工伤认定申请书。

4. 3. 3. 2受伤害职工的有效身份证明。

4. 3. 3. 3与单位存在劳动关系（包括事实劳动关系）的有效证明材料。

4. 3. 3. 4单位事故调查报告书。

4. 3. 3. 5两人以上的证人证言。

4. 3. 3. 6医院诊断证明或职业病诊断证明书（或职业病诊断鉴定书）。

4. 3. 4工伤保险经办机构进行审核，单位和受伤害职工应予以协助。工伤保险经办 机构60日内作出工伤认定的决定，并书面通知申请工伤认定的职工或者其近 亲属和职工所在单位。

4. 3. 5职工有下列情形之一的，应当认定为工伤：

4. 3. 5. 1工作时间和工作场所内，因工作原因受到事故伤害的。

4. 3. 5. 2工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受 到事故伤害的。

4. 3. 5. 3在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的。

4. 3. 5. 4患职业病的。

4. 3. 5. 5因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的。

4. 3. 5. 6在上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运

轮渡、火车事故伤害的。

4. 3. 5. 7法律、行政法规规定应当认定为工伤的其他情形。

4. 3. 6职工有下列情形之一的，视同工伤：

4. 3. 6. 1在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的。 4. 3. 6. 2在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的。

4. 3. 6. 3职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证，到用 人单位后旧伤复发的。

4. 3. 7职工因工作遭受事故伤害或者患职业病认定为工伤的，享受工伤医疗待遇; 治疗工伤所需费用符合工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保 险住院服务标准的，从工伤保险基金支付；在停工留薪期内，原工资福利待 遇不变，由所在单位按月支付。

4. 4失业保险

4. 4. 1失业保险，由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳失业保险费。

4. 4. 2缴费基数为职工的档案工资，单位缴费费率为0. 7 %，个人缴费费率为0. 3 %。 4.4.3跨统筹地区就业的，其失业保险关系随本人转移，缴费年限累计计算。

4.4.4失业人员同时具备以下条件，即可享受失业保险待遇：

4. 4. 4. 1按规定参加失业保险，所在单位和个人已按规定履行缴费义务满1年。

1. 4. 4. 2非因本人意愿中断就业的。
2. 附则
3. 1人事处负责社会保险事宜的日常管理工作；各项社会保险制度如有变动按国家

现行法律、行政法规、部门规章和地方性法规及文件。

5.2职工缴纳的所有社会保险费用由单位按月从职工工资中扣除，并代为缴纳。

5. 3根据职工要求为其办理社会保险转移、接续等手续，参保职工离职、退休、在 职死亡后为其办理相关手续。

5. 4本制度适用于全体职工，由人事处制定并负责解释。

参考文献

1. 《中华人民共和国社会保险法》.
2. 《失业保险条例》.
3. 《工伤保险条例》.

人事信息管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 人事信息管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-010-014 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 人事处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步加强医院人事信息管理工作，促进人事系统信息管理工作规范化、制度化， 全面掌握全员职工的基本情况，更好地为领导科学决策和指导基层工作服务。

1. 范围

人事处相关人员及有人事数据需求的科室。

1. 定义

GPMS人事管理系统：本系统是由人事部金益康公司开发的人事管理系统，具有人 员管理、机构管理、工资管理等功能。

1. 内容
2. 1人事信息管理工作原则
3. 1.1准确性：人事信息管理工作必须坚持实事求是的原则，数据准确。

4. 1.2时效性：要快速及时地收集、修改和掌握信息。

4. 1.3规范性：保证人事信息管理系统软件系统的使用，做到规范的现代化管理。

4. 1. 4保密性：不得以任何形式泄露给不相关的人员任何有关医院的人事信息。

4. 2人事信息工作的现代化管理

4. 2. 1人事信息管理应当加强信息工作现代化技术手段的建设，引进科学的信息分 析处理方法，保证信息工作的正常开展，实现信息迅速、准确、安全地处理、 传递和存储。

4. 2. 2信息工作人员要积极运用计算机网络和信息技术，熟练掌握信息化知识和应 用操作技能，加大人事信息管理和存储能力，逐步实现信息处理无纸化。

4. 3人事信息的采集录人工作

* 1. 1信息录人人员负责信息的采集工作。新员工人职当天填写《新员工报到卡

片》，经核实无误后，人事处有关人员将人员信息录人到人事管理系统GPMS 中，一周内，有关人员为员工建立好人事档案，员工人事档案统一以A4型 纸为基础进行整理归档。

4. 3. 2做好新入院职工报到卡片的分类、整理、装订工作，保证原始资料便捷查找。 4. 4人事信息的维护

* 1. 1人事信息录人要全面，包括职工的基本信息、学历信息、职务信息、职称信

息、科室情况等。

4.4.2信息的各种数据准确可靠，提高工作效率，必须加强后期维护的日常工作。

4. 4. 3人事信息管理必须专人专机管理。人事信息管理工作人员须具备完成任务所 需的专业知识与业务能力，平时加强人事管理专业知识和多方面知识培训的 学习，不断提高其政治素质和业务知识。数据的备份要及时，人事信息管理 软件要做一定的安全措施，保证人事信息的安全。

4. 4. 4凡有人事变动，信息采集人员应主动掌握变动的信息及时将其录人到信息数 据库中，科室相关人员也应将有关人事信息送交信息采集员帮助人库。

4. 5人事信息的应用

4. 5.1人事信息统计人员要认真、及时、准确地完成本科室需要的人事数据；认真 细致地完成上级领导交办的统计数据。

4. 5. 2兄弟科室应用人事数据，由需求科室负责人提出申请说明，明确数据上报的 机关、条件及上报要求的时间。数据上报后如有问题，及时向人事科反馈。

1. 5. 3对外上报的重要数据要严格把关。统计人员把数据统计完成后，要送交分管

负责人审查。

5.附则

1. 1本制度由人事处负责解释。

5.2本制度从发布之日起实行。

篥十二昌  
靦冊篇理

学术委员会工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 学术委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—020 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步加强医院科研管理，完善科研工作规章制度，不断提高医院医疗、教学、科 研水平和服务社会能力，加强医院学术委员会在学术领导方面的作用，以促进医院 各项工作的顺利开展。

1. 范围

适用于学术委员会的工作。

1. 定义

学术委员会：指我国的高等院校、专门科学研究机关及企、事业部门所属的科研机 构中设立的学术评议与审核机构。

1. 内容

4. 1任务

医院学术委员会为医院最高学术机构。协助医院领导对医院科学技术发展作出 重要决策，审议医院学术发展规划和重要的学术研究计划，对医院整体战略发 展规划提供咨询意见。审定医院科研课题、论文选送、成果鉴定及其它科学技 术方面的重要问题。

4. 2委员

4. 2. 1学术委员会委员原则上由各学科中教授及具有正高级专业技术职务的代表担 任。委员应符合以下任职条件：

4. 2. 1.1遵守宪法法律和医院规章制度，学风端正、治学严谨、公道正派；

4. 2. 1. 2在本学科或专业领域已取得公认的学术成果，有良好的学术声誉；

4.2. 1.3关心医院建设和发展，有参与学术议事的意愿和能力，能够正常履行职责。 4.2.2委员包括推选委员和直聘委员。委员人选由校务会议审定通过、院长聘任。 院长不担任学术委员会委员。医院学术委员会委员经院长批准后正式聘任， 任期五年。

4. 2. 3医院学术委员会设主任委员1名，由院长担任，副主任委员5 — 6名，委员30 一40名，秘书1名。

4. 3会议

4. 3. 1全体委员会原则上每年召开1 一2次，必要时由主任委员召集临时会议或部分

学术委员会委员的专题会议讨论有关问题。

4. 4职责

4. 4. 1审议医院制订的各项科研工作管理制度和实施办法。

4.4.2审议医院重要的科研项目的立项申请、中期检查和验收报告，审议医院的自 主科研项目。

4. 4. 3评价医院的重要学术成果和科技奖励，包括医院开展的新业务新技术、成果 鉴定、成果奖励及成果推广的申请提出具体意见等。

1. 4. 4对医院设立的实验室、中心等工作进行评议、审核。

4.4.5受理有关学术不端行为举报并进行调查，裁决学术纠纷。

5.附则

1. 1本制度由科研处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《高等学校学术委员会规程》.教育部.2014年3月1日.

科研课题管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研课题管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-001 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院科研管理，使其向科学化、制度化、规范化发展。

1. 范围

适用于医院所有科研课题的管理。

1. 定义

3.1科研课题：即开展科学技术研究的一系列独特的、复杂的并相互关联的活动， 这些活动有着一个明确的目标或目的，必须在特定的时间、预算、资源限定内， 依据规范完成。项目参数包括项目范围、质量、成本、时间、资源等。

3.2原则：行事所依据的准则。

1. 3负责人：担负责任的人，一般指负责某项事务的人。

3.4职责：是指任职者为履行一定的组织职能或完成工作使命，所负责的范围和承 担的一系列工作任务，以及完成这些工作任务所需承担的相应责任。

1. 内容

4.1科研课题分级：

A级科研方向明确，具有创新性、先进性、可行性及持续发展性，为国内外 研究的热点、难点问题，密切结合临床需要，能给医院带来较好的社会效益和 经济效益。达到或接近国际医学科技发展的先进水平。国家、省部和市厅级科 技主管部门计划项目及获基金资助的课题。

B级科研方向较明确，具有先进性、可行性及持续发展性，为国内外的热点、 难点问题，密切结合临床需要，能给医院带来较好的社会效益和经济效益。追 踪国际医学科技发展的前沿水平，接近国内外先进水平，作为院内项目。鼓励 申报各种各类的科研基金项目，多渠道、多方面争取科研经费。

C级科研方向尚明确，课题具有一定的可行性和临床实用价值。

1. 2选题原则：

4.2. 1选题应具有创新性、先进性、实用性，应为国内领先水平或国际先进水平。 4.2.2选题目标要明确（即预定时间能达到的目标）、完成课题概率应达到90%以 上，要规范和严谨。

4. 2. 3选题重点为新技术、新方法、新方案、新理论、新学说，且预期有较大的社

会效益和经济效益。

4. 2. 4选题应着眼于基础和临床工作中急需解决的问题，如常见病、多发病、疑难 病的防治，重点着眼于实用、简便、易推广、能转化的课题。

4. 2. 5选题应注意基础和临床的并重，基础课题应密切结合临床，临床课题应注重 实用。

4. 2. 6鼓励和支持强强联合，提倡基础和临床合作课题，多学科合作攻关课题。

4. 3课题管理原则：

4.3.1鼓励中青年医护人员、管理人员申报科研课题。初级人员应以临床“三基” 的学习和训练为主，可作为助手参与科研活动，中级及以上人员可以独立承 担科研工作。

4. 3. 2保证重点课题按计划实施。

4. 3. 3支持已进行前期研究工作，有初步结论，切实可行的科研课题申请立项。

4. 3. 4对有创新性、社会效益和经济效益较好的研究课题，课题负责人应积极争取 有关科研管理部门的经费支持。

4. 3. 5各临床科室、中心实验室、检验科、病理科、统计室、图书馆和动物房等相 关科室应团结协作、互相支持，按时完成课题的研究工作。

4. 3. 6课题负责人全面负责课题进展，确保计划进度，按时写出阶段小结。

4. 4申报程序：

4.4.1科研处根据各计划资助渠道的项目申请通知，在聊城市人民医院网站上公布 项目申请通知和项目申请指南，各科室积极动员、组织申报课题。

4. 4. 2课题申报人在聊城市人民医院网站上下载课题申报书，按要求格式填写科研 课题申报书，上报科研处。

4. 4. 3科研处对各科室申报的科研课题申报书按照拟报计划格式的要求进行形式审 查，由科技发展管理委员会评审上报有关部门。

4.4.4申报课题经上级批准，经费到位，即确认立项。

4. 5课题负责人职责：

4.5. 1课题负责人承担法定责任，组织落实课题研究有关事宜，按期、按计划开展 研究工作。

4.5.2应每季度召开课题组成员和协作者碰头会，沟通情况，了解进度，如有问题， 及时拟订解决办法。

4. 5. 3根据年度工作计划写出阶段小结。

4. 5. 4严格按照科研课题经费管理规定使用科研经费，一旦发现违规操作即停止经 费支出。

4.5.5课题进行中遇到问题、困难，应及时向院方汇报，取得支持和帮助，使科研 工作得以顺利开展。

4.5.6课题中途夭折或不能按期完成，课题负责人应承担责任，并说明理由和原因， 提出下一'步计划。

4.5.7如课题负责人中途调离原单位，应提前通知主管部门，提出更换人员或撤销 课题的意见，课题得到撤销批准，医院收回剩余经费。

1. 附则

5. 1本规定由科研处负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1. 《审计署关于发布2016至2017年度公开招标重点科研课题的通知》•

医学科研临床研究管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医学科研临床研究管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—020 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院临床医学研究的依法准入管理，保障医疗安全，提高医疗质量，促进医院 各学科的发展，根据医院各学科临床医学研究现状，对临床医学研究进行制度化管 理。

1. 范围

适用于医院所有临床医学研究的管理。

1. 定义

临床医学研究：指关于在人体上进行生物医学的研究，旨在进行诊断、治疗或预防 用的临床研究时保证其质量，在科学上和伦理道德上，都要以完善的方式进行设 计、实施、终止、检查和报告。

1. 内容

4.1医院鼓励和支持医院科研人员开展临床医学研究，开展临床医学研究需符合法 律、法规和医学伦理原则，按规定审批。

4.2承担并开展各级各类医学科学研究，要坚持科学的实事求是的思想，研究内容 真实可靠，不得弄虚作假。

4. 3遵守国家有关医学法律法规，遵循社会医学伦理学，维护患者的合法权益。

4.4开展临床医学研究使用的制剂应从药剂科统一购人，若是特殊制剂必须有国内 外正式批号。

4. 5开展临床医学研究凡涉及药品临床试验的由医院临床药理试验基地统一管理。

4. 6开展临床医学研究涉及新技术新疗法应用于临床：

4. 6. 1在医院首次开展国内外已处于先进水平的新技术新疗法，按照医院有关规定 执行。

4. 6. 2创造和发明国内外首创的新技术新疗法应用于临床时，须向科研处申报、备 案，经上级有关部门批准后方可进行。

4. 6. 3开展国内外首创的新技术新疗法积极申请专利。

4. 6. 4开展新技术新疗法的临床医学研究需要患者配合，应首先征得患者理解、接 受并自愿签署各类知情同意书后方可进行，以保障患者的利益，维护患者的 各种权利。

4.7本规定适用于医院，对违反规定者给予相应处罚，情节严重者依法处理。

5.附则

5. 1本制度由科研处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1.《科技部国家卫生计生委总后勤部卫生部关于印发国家临床医学研究中心管理办法 (试行）的通知》.中华人民共和国科学技术部.

临床科研项目中使用医疗技术的管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 临床科研项目中使用医疗技术的管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步规范医院医疗技术临床应用和完善新技术的准入、评估，保障医疗安全，提 高医疗质量和医疗技术水平，对临床科研项目进行制度化管理。

1. 范围

适用于医院所有临床科研项目的管理。

1. 定义

医疗技术：指医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病做出判断和消除疾病、环 节病情、减轻痛苦、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断治疗措施。

1. 内容

4.1医务人员开展临床科研项目使用医疗技术时应当遵守本制度。医务人员开展临 床科研项目使用的医疗技术时应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合 伦理的原则。

4.2医院对医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术实行分类、分级管理。

4. 3医疗技术按照安全性、有效性确切程度分为三类：

4. 3.1第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医院通过常规管理在临床应用中 能确定安全性、有效性的技术。

4. 3. 2第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或风险较高， 需要上级卫生行政部门加以控制管理的医疗技术。

4. 3. 3第三类医疗技术是指具有以下情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管 理的医疗技术：

4. 3. 3.1涉及重大伦理问题；

4. 3. 3. 2高风险；

4. 3. 3. 3安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；

4. 3. 3. 4需要使用稀缺资源；

4. 4卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

4.5医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术相关管理制度与审批程序由医务处、 科研处负责监督落实。

4. 6医务处、科研处依据《聊城市人民医院伦理委员会章程》对第一类医疗技术的 临床应用能力进行审核。第二类、第三类医疗技术临床应用前须由医务处、科研 处负责向卫生厅或卫生部提出申请，在卫生行政部门通过后方可实施。

4. 7医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术必须有医院医疗质量与安全管理委 员会组织对有创操作、介人、麻醉等高风险技术项目操作人员进行资格的审批、 许可授权管理。资格授权依照以下流程：首先向本科室质量与安全管理小组申 报个人的资质能力，科室质量与安全管理小组进行初步考评，考核结果提交医 院医疗与安全管理委员会进行最终认定，必要时还应同时提交上级卫生行政部 门审定。

4.8各专业开展医疗新技术必须保障应有的有效性、安全性、效益性和合理性，并 严格按照有关制度申报。

4.9医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术必须符合诊疗技术规范，不得将不 成熟的技术应用于临床科研工作中。从事临床科研活动的医务人员，必须是经 过注册的卫生技术人员，不允许非卫生技术人员从事诊疗活动。各种有创的操 作技术项目在独立操作之前必须经过培训，经科室质量与安全管理小组考核批 准后，才能单独操作。

4. 10医务人员开展临场科研项目使用的医疗技术（包括有创操作）在开展前，必须 按照有关规定进行操作前讨论，严格控制适应症、禁忌症以及其他替代疗法实 施的可行性。做好充分的操作前准备，包括医患沟通、患者的知情同意、术前 病情评估、书中术后可能发生的意外和防范措施等。

4.11临床科研开展过程中，凡发生医疗技术损害的，操作人要立即报告科主任，在 积极进行补救的同时须上报医务处。如需要，医务处组织相关科室力量进行全 力补救，将损害降到最低程度。

1. 12临床科研中已开展的医疗技术，当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影

响到医疗技术的安全和质量时，经医疗质量与安全管理委员会讨论后，医院下 达终止此技术开展的指令，有关科室必须服从，不得违反。

4.13医务人员开展临床科研项目使用医疗技术应用过程中有违反《执业医师法》、 《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《人体器官移植条例》等法律、 法规行为的，按照有关法律、法规处罚。

5.附则

1. 1本规定由科研处负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1. 《医疗事故处理条例》.
2. 《医疗技术临床应用管理办法》.

医疗技术风险管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗技术风险管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—020 - 004 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. **目的**

通过风险预警监控机制，减少医疗技术损害事件的发生，保障医疗安全，提高医疗

质量，对医疗技术风险进行制度化管理。

1. **范围**

适用于医院所有医疗技术风险的管理。

1. **定义**

3.1医疗技术风险：指医疗技术实施过程中存在或出现的可能发生医疗失误或过失 导致病人死亡、伤残以及躯体组织、生理功能和心理健康受损等不安全事件的 危险因素，不论不良后果是否发生以及患者是否投诉，均属医疗技术风险。

3.2医疗技术风险预警：指“以病人为中心”的服务宗旨，以卫生管理法律、行政 法规、部门规章和诊疗护理规范、常规为准绳，以深挖细找医疗质量和安全各 环节的安全隐患为主要手段，达到及时消除安全隐患并警示责任人，从而确保 医疗安全的目的。医院领导、各科室、各级各类专业技术人员，按职责和分工， 各司其职，做好预警工作。

1. **内容**

4.1根据工作和医疗活动中因失误造成的医疗缺陷的性质、程度及后果，将医疗技 术风险预警分为三级。

1. 一级预警项目是指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，但尚未给 患者或医院造成损害或招致患者投诉等不良后果的情形。

4.1.2二级预警项目是指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，引起患者 投诉或给医院造成一定程度的经济损失或名誉损害等不良后果的情形。

4. 1.3三级预警项目是指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，出现医疗 事件酿成医疗纠纷、由于医务人员的过失造成非事故性医疗缺陷或发生严重 违反医德医风事件，从而给医院带来较为严重的经济损失或声誉损害的情形。

4. 2医疗技术风险预警信息来源

1. 1各级各类查房：临床医师三级查房、护理查房、临床药师查房、院长查房等；

4. 2. 2相关职能管理部门如医务处、科研处、投诉管理办公室、质控科、护理部等 日常检查、监督、考核、评价、分析、反馈；

4. 2. 3各级各类专业技术人员日常工作中的反映和积累；

4. 2. 4卫生行政部门和上级领导机关监督检查结果或通报；

4.2.5患方反映、投诉、举报；

1. 6医疗纠纷、医疗事故等方面的信息等。

4. 3医疗技术风险预警处置程序

4. 3. 1立案

4. 3. 1.1自查立案医务部、护理部、科研处、门诊办公室、临床科室、医技科室、 药剂科及其他有关部门日常工作中检查发现预警项目内容，均有权利医务 立案处理；

4. 3. 1.2投诉立案管理办公室、门诊办公室、医务部、护理部、科研处等管理部门 接到投诉，经核实确定风险预警内容时，应在48小时内立案，紧急情况应 尽快立案。

4. 3. 2处理程序

4. 3. 2.1属于自查立案的，应当限期整改并做好记录。24小时内填写《医疗技术风 险预警处置登记表》，与医疗不良事件同时上报。

4. 3. 2. 2属于投立案的，应在受理投诉后24小时内通知被投诉科室并限期整改。

4. 3. 2. 3被二、三级医疗技术风险预警警示的当事科室或当事人，接到通知后最迟 在48小时内必须主动作出说明或检讨，根据情节、后果、态度和整改结 果，当月内作出处理。

4. 3. 2. 4经依法鉴定认定为医疗事故、医疗损害的医疗事件，按照处理医疗事故的 相关规定以及医院有关规定处理。

4. 3. 3处罚

4. 3. 3.1根据警示等级、情节轻重与后果，参照态度和一贯表现，确定处罚额度。

4. 3. 3. 2对于受到风险警示的部门和个人，坚持教育为主、处罚为辅的原则；对于 及时发现风险、努力补救、避免重大事故发生的工作人员，应当给予一定 的奖励。

4. 3. 3. 3做出处罚决定时，要区别直接责任与间接责任，合理地确定责任者在综合 原因中应负的责任比重。

4. 3. 3. 4做出处罚决定时，由医院学术管理委员会评析，对评析出医疗纠纷进行责 任追究。

4.4医疗技术损害处置预案

4.4.1医疗技术损害一般处置原则立即消除致害因素。技术损害一旦发生，首先发 现者应当立即设法终止致害因素，当致害因素的识别和判定有困难时，应当 立即汇报请示上级医护人员知道处理，不可迟疑拖延。迅速采取补救措施， 密切注意患者生命体征和病情变化，千方百计采取有效补救措施，降低技术 损害后果，保护患者生命健康，尽快报告有关领导。技术损害一旦发生，都 必须立即如实报告，首先报告上级医师和科主任，情节严重者应当同时报告 医务处（或者总值班）、主管院领导，重大技术损害必须同时报告院长，任何 人不得瞒报或迟报。

4. 4. 2医疗技术损害处置流程

当发生医疗技术损害时，应密切关注患者生命体征及病情变化，对患者所受 到的损害程度进行初步判断，并根据损害程度进行相应流程的处置。

4. 4. 2.1患者损害较轻、未造成严重后果的情况

首先，应立即暂停原医疗技术操作，当事科室要酌情组织科内会诊，妥善 处理并根据当事具体情况采取适宜应急补救措施。随后，应立即上报科室 负责人及医务处，同时做好患者的保护性医疗措施，防止再次或继续发生 医疗技术损害。科室负责人接到报告后应及时组织相关技术专家会诊讨论， 研究进一步的补救处理对策和是否继续进行原医疗技术操作，同时向医务 处汇报进展情况，医务处根据进展情况选派技术专家参与补救对策及时处 理患者，治疗过程中应尽量避免或减少其他并发症。治疗时须严密观察患 者病情，防止发生其他意外情况。及时按规定整理材料，保留标本并报医 院相关领导和相关职能部门。

4. 4. 2. 2患者损害较重，有生命危险的情况

首先，应立即以抢救患者生命为主。在抢救患者生命的同时立即上报科室 负责人和医务处及医院相关领导。科室负责人或医务处接到报告后，应立 即赶往事发地点组织相关技术专家抢救患者生命，讨论并采取补救处理对 策同时报告医院相关领导；必要时由医务处邀请上级医院专家会诊指导。 随后，待患者生命危险解除后，进一步会诊讨论、研究详细补救处理对策， 补救对策应防止患者发生进一步损害，尽量减少损害和避免发生其他损害 后果。补救对策完毕后，必须派专人严密监护患者病情，防止发生其他意 外情况，及时按规定整理材料、保留标本报医院相关领导及医务处。

4.4.3医疗技术损害相关处置

4. 4. 3. 1原始证据的收集。发生医疗技术损害时应迅速收集并妥善保管有关原始证 据，包括实物、标本、手术切除组织器官、剩余药品、材料、试剂、摄像 和录音资料、各种原始记录等。

1. 3. 2争取患方的理解与配合。发生医疗技术损害时，应积极妥善做好与患方的 沟通工作，尽力稳定患方情绪，争取患方配合，防止干扰抢救和发生冲突。

4. 4. 3. 3如患者已经死亡，必要时应在规定时限内向其亲属正式提出并送达书面尸 检建议，并力争得到患方书面答复。

4. 4.3.4全面检查、总结教训，找出技术损害发生的原因，制定改进措施，修订制 度及时完善相关记录。

4. 4.3.5如属医疗过失，应当区别主要责任和次要责任，依照法律和相关规章制度 对责任者做出合理处理。

* 1. 3. 6随时做好医疗事故技术鉴定、医疗过失损害鉴定或应诉准备。

4. 4. 3. 7因技术损害构成医疗事故者，按照《医疗事故处理条例》规定程序进行处 理。患方以不正当手段过度维权、聚众滋事、扰乱医疗秩序时，在耐心劝 导和向当地卫生行政部门、公安部门报警的同时，组织力量维护医疗秩序， 保护医院设施。

4. 4. 3. 8当发现技术损害与技术或药品器材本身缺陷有关，或同类损害重复出现或 反复出现时，暂停使用该项技术或有关药品器材，并对其认真地进行研讨 和重新评估，必要时报告上级卫生行政部门。

4. 4. 4奖惩

* + 1. 1发生医疗技术损害后，各类、各级人员违反处理原则，未及时采取措施， 导致损害扩大或引起医疗纠纷的，按医院相关制度给予处罚。

4. 4. 4. 2当事人未及时、如实报告医疗技术损害事件的给予通报批评，造成后果的 按照医院相关制度给予处罚。

1. 4. 4. 3在患者抢救过程中表现突出的，通报表扬或医院安全管理委员会讨论酌情

给予奖励。

5.附则

1. 1本制度由科研处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1.《医疗事故处理条例》.

院级课题管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 院级课题管理办法 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 005 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

本着科研为临床服务的原则，提高全院科研课题项目的数量和质量，增加科研课题 申报的成功率，提升医务人员的科研能力，促进医疗水平的提升。

1. 范围

适用于医院所有院级科研课题的管理。

1. 定义

医学科研：运用和医学相关的知识进行和人类疾病、生命健康程度、药物有效性、 流行病预防相关的研究。比如制药，疫苗，器官移植等大众熟知的研究，此外还有 康复研究，比如人工制造的可以代替人体自身器官和骨骼的研究都是医学科研。

院级课题：医院为鼓励院内职工积极从事科研活动、积累科研成果而设立的课题。 院级课题的最终目标是为医院争取更多的经费支持，从而不断提高医院的整体科研 实力，扩大医院在社会上的影响力和竞争力。

1. 内容

4.1申报条件

4. 1.1课题主持人应为博士，具有一定的学术水平、较强的科研能力和组织协调能 力。

4. 1. 2课题主持人未完成上一年度课题者不予申报；课题主持人同时只能申报一个 课题，尚未结项的省、市级以上课题负责人，不能以负责人的身份申报院级 课题。

4. 1.3课题组成员（不含负责人）一般为3 — 5人，人才结构合理，能充分发挥各自 特长，鼓励集体申报。

4. 1. 4下列五项情况不能再申报院级课题

1. 已获得国家级、省级、院级立项的研究项目；
2. 已获得国家级、省级、院级成果奖的项目；
3. 不能在院内实施成果转化的课题；
4. 已获得国家级、省级、院级的科研管理部门立项的项目。

4. 2选题要求

课题申报方向应紧密联系医院基础和临床研究。也可从本科室的工作实际出发，

自行确立研究课题。

4. 3课题分类

院级课题立项分为重点课题、一般课题。

重点课题是指具有战略性、前瞻性、新颖性、实用性，能对提升医院的学术声 誉和科室建设起到强有力的作用，对医院发展产生积极影响的课题。

一般课题是指医务人员和研究人员根据自己的学术专长，对研究方向的前沿动 态把握，以及根据科研的需要，自主命题的科研课题。

4. 4课题经费

4. 4. 1依据课题研究成果的质量和影响力，确定资助经费的等级。

4.4.2按照医院《科研经费管理办法》给予资助数额。若不能按期完成课题（申请 延期的除外），其已被使用的课题经费从主持人基本工资以外的其他收入中扣 回。

4. 5课题管理

院级科研课题实行院、科室、课题主持人三级管理，实行课题负责制，科研处 代表医院与课题负责人签订课题协议书，负责日常管理，组织中期检查、结题 验收、资料归档、成果统计、经费管理及奖励等工作。

科室负责科研课题研究的申报立项、过程管理、成果初审，协助科研处进行课 题的中期检查、结题验收及成果统计等工作。

4.6课题申报

4.6.1课题所有项目实行公开申报。

4.6.2申报者应如实填写申报材料，并保证无知识产权争议。凡在申请中弄虚作假 者，一经发现并查实后，取消个人三年申报资格。

4.6.3各科室主任对本科室申报的课题进行审核。并将申报材料汇总后以电子和书 面两种方式报送科研处，逾期不予受理。

4. 6. 4科研处复审后报院学术委员会评审立项。

4.6.5各科室主任接到立项通知后，尽快组织开题。支持课题负责人开展课题研究， 确保课题研究按时、按质完成。

4. 7中期检查

1. 1院级课题中期检查由各科室主任统一布置安排。

4.7.2中期检查的内容：课题研究工作进展情况、经费使用情况、阶段性成果、达 标情况、资料积累情况、自我评价、预期完成时间、研究中出现的问题与对 策等。

4.7.3中期检查方式：课题负责人填表汇报、相关材料展示（研究方案、阶段成果、 实验数据记录、样本、论文、经费使用等）、专家质疑。

4. 7. 4根据课题研究进展情况，中期检查评价分为3个等级：

良好：课题按计划进行，有突出阶段性成果或创新，预期前景良好。

合格：按计划正常进行，预期能够完成任务。

不合格：不具备继续研究条件、擅自停止执行或改变研究计划、有违反学术 道德规范或弄虚作假等手段骗取资助。

4.7.5课题批准立项后不得擅自更改课题名称。在不违背原申报内容的前提下，如 需对课题研究范围和重点进行调整，由课题负责人提出申请，经科研处批准 后予以实施。

4. 7. 6凡中期检查过程中发生下列情况的课题，有科研处报主管领导批准后给予撤 项。

4.7.6.1中期检查时，无论何种原因，一直未启动研究工作的课题；

4. 7. 6. 2课题实施情况表明，课题承担人不具备按原计划完成科研任务的条件和能 力的课题；

4. 7. 6. 3课题承担人（包括课题组主要成员）长期出国或因工作变动、健康等原因 不能正常进行研究工作的课题；

4. 7. 6. 4未经批准擅自变更课题承担人或研究名称的课题；

4. 7. 6. 5由于课题组内部原因，研究已无法进行的课题。

4. 8结题评审

1. 1院级课题由科研处负责组织结题。

4.8.2院级课题采用会议评审或通讯评审的方式，评审专家由科研处聘请，课题组 成员不能担任所在课题组课题的评审专家。专家组成员原则上必须具有高级 职称的人员担任。专家组一般由5人或7人组成。在专家验收的基础上，经 科研处审核确认，准予结题。

4. 8. 3课题结题所需材料。课题组通过网络提交以下材料：（1)《聊城市人民医院院 级课题结题申请表》一式三份；（2)课题研究报告一式三份（3)成果材料: 包括研究报告、技术报告、论文、等与课题相关的研究成果一并装订成册。

4.8.4由于特殊原因，院级课题不能按期完成的，须由课题负责人提出书面申请， 经科研处批准后，与下一年课题同时结题，第二次结题仍未通过的，作撤项 处理。

1. 8. 5申请延期结题的课题主持人在课题结题后的下一年度不得申报院级课题。

4.8.6对于不可抗拒原因或失去研究价值需中止项目研究时，须由课题主持人提出

撤项的申请报告，经科研处审核、并由分管科研工作的院长（或副院长）批 准，方可撤项。

4.8.7对于擅自中止课题研究、不能完成院级课题的课题主持人、三年内不得再申 请院级课题、医院也不推荐其申报其他级别的院外课题。

5.附则

1. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

科研经费管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研经费管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 006 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强和规范医院科研经费管理，提升科研经费管理服务水平，充分调动医院医务人 员参与科研的积极性，提高科研经费使用效益，促进医院科技工作协调、健康、可 持续发展。

1. 范围

适用于医院所有科研课题经费的管理。

1. 定义

3. 1科研经费：因承担和完成各类科研任务和技术服务性工作而获得并用于开展科 研和技术工作的经费，即实际拨到医院财务科的科研经费，不包括合同中规定 必须的代购设备费、过路费等。

3. 2来源：

* 1. 1纵向科研经费

指承担国务院各部委及各级地方政府计划安排的科研项目，由国家或地方有 关部门拨给的科研经费。

3.2.2横向科研经费

指承接厂矿等企事业单位的科技协作、科技成果转让、科技咨询及其他涉及 技术服务的项目，由企事业拨给的专项经费或合同经费等。

1. 2. 3自筹经费

医院划拨科研启动基金经费以及自选课题经费；通过其他渠道争取的项目经 费。

1. 内容
2. 1使用范围

科研经费拨入医院后，由科研处开具拨款内支，到财务科建立经费内之本、逐 项列张编号，专款专用，任何人不得挪用，并接受有关部门的检查、监督和审 计。科研经费的使用范围，仅限于科研课题研究工作直接需要的费用。主要开 支范围包括：

4. 1.1科研业务费：计算、测试、分析费，调研费，图书资料购置费，业务资料的 打印、复印费，论文版面费及印刷费，学术会议费，经单位批准的劳务费。

4.1.2实验材料费：原材料、试剂、药品等消耗性物品购置费，实验用动植物购置、 种植、养殖费，标本、样品采集加工费和包装运输费等。

4. 1.3仪器设备费：专用仪器设备的购置、运输、安装费，自制仪器设备的材料、 配件和外协加工费，水电费，仪器折旧费。

4. 1.4科研协作费：指与外单位协作承担该资助项目的研究试验工作所需费用（以 合同为据），包括支付院内其他提供试剂、仪器、场所或实验帮助的科室所需 费用。

4. 1.5课题论证及科研成果的评议、验收、鉴定等所需费用（含住宿费、劳务费、 杂志费等）。

4. 1. 6聘请院外专家来院举办各种形式的咨询、讲座所必需的讲课费。

4. 1.7必要的通讯费、交通费。

4. 1.8科研管理费等。

4.2纵向科研经费的配套

4.2.1以医院为第一主持单位，承担国家重点研发计划项目和国家杰出青年科学基 金项目，给予到款额1: 1配套科研经费（其中设备费20%、人员费15%、 特支业务费5%)。

4.2.2以医院为第一主持单位，承担国家自然科学基金、科技部支撑计划项目，给 予到款额1: 1配套科研经费（其中设备费15%、人员费10%、特支业务费 5%)0

4.2.3以医院为第一主持单位，承担国家卫生部计划项目，给予到款额1: 1配套科 研经费（其中研究费50%、人员费25%、特支业务费5%)。

4.2.4以医院为第一主持单位，承担山东省科技攻关项目、自然科学基金、中青年 科学家奖励基金计划项目资助的项目，按规定给予到款额1: 1配套科研经费 (其中设备费15%、人员费15%、特支业务费10%)。

4.2.5以医院为第一主持单位，承担各类计划项目，给予到款额1: 1配套科研经费 (其中设备费25%、人员费15%、特支业务费10%)。

4.2.6以医院为第一主持单位，承担的国家、省部级和省卫生厅指导项目，医院提 供5000元自助。

* 1. 7在上述条款中，医院配套设备费不超过100万元，医院配套人员费不超过50

万元，特支业务费不超过30万元。

4. 3科研经费的分配比例

* 1. 1科研项目经费到位后，科研处负责按比例分配，由科研处和财务科共同建立

账户，办理经费立户手续，每个项目一个账户。

4. 3. 2纵向课题经费到位后，科研处提取5%、课题组提取7%作为管理费，用于科 研管理的业务开支和奖励优秀的科研管理人员，其余经费作为研究经费拨人 课题组账户。

4. 3. 3横向课题经费到位后，科研处提取10%、课题组提取10%作为管理费，其余

经费作为研究经费拨入课题组账户。

4. 3. 4成果转让（含技术入股）经费到位后，医院提取20%、科研处提取10%、课 题组所在科室提取10%作为管理费，课题组提取60%作为劳务费。

4. 4科研经费的监督、管理

4.4.1科研经费管理，实行院、科二级核算，采用内部通用支票的管理办法。项目 经费下达后，课题组负责人应根据经费总数，制定研究工作开支的年度预算 计划，在科研处和财务科的指导下，严格按计划开支。

4.4.2各科室要加强对科研经费的管理，专款专用；报销时必须由课题负责人、科 研处主任、分管院长和院长签字后方可到财务科办理相关手续。

4. 4. 3各课题组所需试剂、用品（如化学试剂、办公用品、医疗器械、动物等）须 提出申请采购计划，填写《聊城市人民医院科研试剂物品购置审批表》，归口 申报，统一招标购买，一律不得自行购置。

4. 4. 4课题所需材料费、试剂费、业务费、协作费及论证评审费用等，5000元以下 由科研处负责人批准，5000元以上由主管院长批准。

4.4.5使用科研课题经费购置的设备和物品，除报批时由该专项经费列支外，按医 院固定资产管理办法入库，验收人账，凡属专控商品经院办公会批准后方可 购入。

4.4.6项目研究所需要的图书、治疗，因其具有独用性，从个人研究经费中支付时， 不必办理图书登记手续。

4.4.7由项目经费形成的仪器设备、原材料、试剂等物品的所有权归医院。

4.4.8拨给外单位协作的科研经费，须由课题负责人说明理由，经科研处审核，分 管院长复审，院长批准。对于从课题经费中支付院外劳务费原则上不应超过 课题总经费的25%，要详细填写劳务支出申请单（包括受款人姓名、单位、 支付原因等）。2000元以下经科研处主任签字，2000元以上由分管院长签字， 万元以上由院长批准。

* 1. 9项目一经批准，不得无故中止。对无故不完成研究任务或自行中止研究者， 在追回已拨项目经费的同时，还要视其影响程度由医院按有关规定处理。

1. 10项目负责人一年以上无故不参加本项目研究工作的，视为无故中止项目。
   1. 11项目完成后，课题负责人应清理历年收支项目，填写《项目财务决算表》， 经财务科、审计科签字盖章后，连同项目总结报告及研究成果一起报送科研 处。此项工作结束前不得申请新的研究项目。

4. 4. 12课题完成后要及时到财务科办理结算手续，节余部分经医院科技发展管理 委员会审议，报院办公会批准，可转人本人主持承担的市厅级以上项目或 医院批准资助的项目的新课题账户，其他情况一律纳人医院启动基金账 户。

1. 13科研处和财务科对项目经费的使用情况每年检查一次，如发现挪用、浪费或 其他违反财务制度的现象，将依据有关规定，视其情节轻重予以追究责。
2. 附则
3. 1本规定由科研处负责解释。
4. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1.《科研院所技术开发研究专项资金管理暂行办法》.

外出参加学术活动规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 外出参加学术活动规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 007 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院学术经费管理。

1. 范围

适用于全院职工。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1学术经费管理

4. 1.1医院鼓励科室积极参加高水平学术交流会，学术经费（以学术券的方式）由 科室掌握，根据工作和人才培养需要合理使用，医院负责学术券的发放和报 销审批。

4.1.2由医院根据医疗、医技各科人员结构情况，核算学术经费数额，以学术券的 形式发放，实行院、科二级核算管理方法，全面实行定额管理。科室由一名 主任负责，与科研处、财务科互相协调，统一管理。

4. 1.3各科室应按计划使用经费，每年分配到科室的学术经费不得超支，超支部分 由科室或个人自负，上年度节余经费，可跨年度使用。

4. 1. 4离退休人员参加学术会议费用自理。

4. 1.5硕士生导师培养的研究生参加学术会议（含班）一律从导师经费中支付。

4.1.6学术活动差旅费包括会务费（含学费）、交通费、住宿费及伙食补贴费。

4.2学术经费的发放标准

4.2.1根据近几年医院参加各级学术会议费用情况，本着促进医务人员的学术积极 性的原则，学术券发放标准确定为每分值150元。计分标准：正高、副高、 中级、初级（师）、初级（士）分别为5、4、3、2、1。职称以医院正式聘任 为参考依据。

4.3学术经费的使用范围

4. 3. 1参加学术会议

4. 3. 1. 1由中华医学会所属专业学会举办的全国性学术会议。

4.3. 1.2中华医学会及各专业委员会组织的华东地区学术会议有论文被录用，并有

大会或小会发言者。

4. 3. 1.3山东省医学会及各专业委员会组织的学术会议有论文被录用，并有大会或 小会发言者（地方性学术会议原则上不参加，必须参会者经费自筹）。

4. 3. 1.4市级以上学会、理事会、委员会及中华系列、中国系列和核心期刊杂志编 委会会议。

4. 3. 1.5卫生主管部门组织的全国、省、市级学术会议（不含中介机构组织的）。

中华医学会与外省地方医学会和杂志社联合举办的学术会议以及外省各地 方医学会单独组织的学术会议，原则上不再参加。

4. 3. 2参加学习班，根据各科室工作需要可参加下列范围学习班：

4. 3. 2. 1中华医学会及各专业委员会组织的全国性学习班。

4. 3. 2. 2中华医学会及各专业委员会组织的华东区学习班。

4. 3. 2. 3山东省医学会及各专业委员会组织的学习班。

4. 3. 2. 4卫生主管部门组织的全国、省、市级学习班（不含中介机构组织的）。

中华医学会与外省地方医学会和各杂志社联合举办的学习班以及外省各地 方医学会单独组织的学习班不再参加。

4. 4参加学术会的人员

4.4.1副高以上职称人员凭学术券每年参加学术会议不得超过一次（具体由科主任 统一安排）。

4. 4. 2有中级（主治医师、主管技师、主管药师）职称，凭学术券参加省级或以上 学术会议不得超过两年一次，且参加人员需有交流论文（具体由科主任统一 安排）。

4. 4. 3住院医师（技师、药师）及以下人员有论文交流且有利于业务水平提高，原 则上可参加省内学术会议，由于工作需要，确实需要参加省外的学术会议应 写出参加学术会的优势及开展工作情况报分管院长审批同意。

4. 4. 4省级特色专科、市级重点学科的学科带头人、山东省卫生系统杰出学科带头 人和中青年重点科技人才、市级以上有突出贡献的优秀中青年专家、承担市 厅级及以上有资科研课题的博士等经科研处及院领导批准后，可由医院提供 费用参加中华医学会主办的本专业学术会议。

4.4.5出席会议必须为论文第一作者，并持有正式代表通知，且与自己所从事的专 业对口，论文观点鲜明、代表专业发展水平。

4. 5审批手续

4.5.1申请人持邀请单位的邀请信（必须盖有原印章，复印件无效），先由该科主任 签署书面意见后送科研处审批，本人处理回执，科研处登记备案，市内学术 会（含班）由科研处审批，外埠学术活动由科研处签署意见后报送分管院长 审批。

4.5.2为了开展科研项目，需到外地短期学习者，科室内先论证后，写出书面申请， 科主任签署意见报科研处和医务处，分管院长批准后方可参加。参加专项学

习的人员由科室提名，科研处和医务处审核，分管院长批准。

4. 5. 3外出讲学或由有关单位赞助参加学术会者，均报科研处登记备案，以全面反 映医院学术活动动态。

4.5.4已被批准赴会者不得私自转让他人，特殊情况须会前向科研处说明，否则不 予认可及报销。

4. 5. 5医院不负责学术会议资料的打印。

4. 6报销有关事项

4. 6.1凡市内学术会议（含班）会务费（学费）不超过300元。

4. 6. 2报销时由本人持报销单据，逐项填写清楚，到科研处审核、登记，财务科办 理报销手续。

4. 6. 3论文汇编版面费、审稿费、行李寄存费、论文及学分证书费、旅游费等均自 理。

4. 7汇报与应用

1. 1参加会议、学习班后，要向所在科室或专业组汇报，并组织讲课，把国内外 本专业的技术情况、研究方向、项目情况介绍给全体人员，必要时在全院学 术会议上汇报。
2. 7. 2参加专项学习返院后必须向医院及所在科室汇报，并写出书面报告，及时开

展工作，三个月内不开展工作的追究相关人员责任。

5.**附则**

1. 1本规定由科研处负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

**参考文献**

1.《外出参加学术活动规定》.

科研匹配资金管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研匹配资金管理办法 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 008 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

提高医院科研水平，发挥医院各学科专业优势，调动科研人员的积极性，结合医院

科研分级管理制度，保证科研课题按计划完成，达到预期目的，并为争取重大项目

和成果奠定基础，不断提高医院综合诊治水平。

1. 范围

适用于医院所有科研资金的管理。

1. 定义

科研经费：泛指各种用于发展科学技术事业而支出的费用。

1. 内容

4.1资助范围

4. 1.1已获得上级部门批准资助的科研项目，且项目中要求依托单位匹配的课题可 给予匹配资助；

4.1.2已获得上级部门批准立项的科研项目，科研经费不足，难以完成课题任务， 可给予匹配资助。

4.2资助方法

科研匹配资金由院专家委员会讨论，经院办公会决定，批准资助的课题，按以 下匹配比例为依据：

4.2.1以医院为第一主持单位，承担国家重点研发计划项目和国家杰出青年科学基 金项目，给予到款额1: 1配套科研经费（其中设备费20%、人员费15%、 特支业务费5%)。

4.2.2以医院为第一主持单位，承担国家自然科学基金、科技部支撑计划项目，给 予到款额1: 1配套科研经费（基中设备费15%、人员费10%、特支业务费 5%)0

4.2.3以医院为第一主持单位，承担国家卫生部计划项目，给予到款额1: 1配套科 研经费（其中研究费50%、人员费25%、特支业务费5%)。

4.2.4以医院为第一主持单位，承担山东省科技攻关项目、自然科学基金、中青年 科学家奖励基金计划项目资助的项目，按规定给予到款额1: 1配套科研经费 (其中设备费15%、人员费15%、特支业务费10%)。

4.2.5以医院为第一主持单位，承担各类计划项目，给予到款额1: 1配套科研经费 (其中设备费25%、人员费15%、特支业务费10%)。

4.2.6以医院为第一主持单位，承担的国家、省部级和省卫生厅指导项目，医院提 供5000元资助。

* 1. 7在上述条款中，医院配套设备费不超过100万元，医院配套人员费不超过50 万元，特支业务费不超过30万元。

4.3使用范围

4. 3.1科研能源费：包括试剂、原材料、辅助材料、实验动物等费用；

4. 3. 2设备租赁费：为课题租赁的专用仪器、设备、场地、实验基地等所发生的费 用（可开发票

4. 3. 3科研协作费：本单位不具备条件而委托外单位协作进行研究试验、加工等发 生的费用及技术咨询费。预算中必须明确注明外协事项；

4. 3. 4人才培养：科研人员短期学习、培训、进修等费用；

4. 3. 5会议交流：国际、国内学术交流的差旅费、会务费、资料费等费用；

4. 3. 6相关业务费：为课题支付的资料印刷费、课题验收费、软件购置费、成果评 价及鉴定费等；

4. 3. 7不用于购买科研仪器、通迅、办公设备等。

4.4资助程序

4.4.1申请资助的课题负责人需提交书面申请书，经科室负责人签署意见后，报至 科研处；

4. 4. 2科研处组织学术委员会讨论、研究，评定科研匹配资金；

4.4.3经学委会讨论通过后，上报医院批准。

4. 5监督管理

1. 1申请人必须本着科学、合理、实事求是的原则，认真进行课题经费预算，不 得弄虚作假；

4. 5. 2使用匹配资助经费必须用于申请资助的研究课题，不得用于与该课题无关的 支出；

4. 5. 3课题完成后，申请人需详细报告院匹配资金使用情况，经科研处审核通过；

1. 5. 4科研处负责科研匹配资金监督管理工作，若发现有以上三种情况者将取消资

助，并收回已资助经费。

1. 附则
2. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

**参考文献**

1.《科研院所技术开发研究专项资金管理暂行办法》.

科研启动基金管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研启动基金管理办法 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 009 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

提高中青年科技骨干的科研意识，调动科研积极性，进而申请国家、省、市、局科 研课题，并启动硕导培养计划，以推动医院持续发展。

1. 范围

适用于医院所有科研启动资金的管理。

1. 定义

科研启动基金：帮助申请者进行课题前期研究的经费。

1. 内容

4. 1启动分类

启动基金每年总额300万，项目每年不超过50项。分为三类：

A类博士启动基金：每项3万元10项共30万元；

B类硕导启动基金：每项2万元共20万元；

C类医院引进人才启动基金：每项30 — 50万元。

4.2申请流程

4.2.1填写聊城市人民医院科研启动基金申请表，科主任签字，上报科研处。

4.2.2经院学术委员会评审，主管院长审批。

4. 3管理办法

4. 3. 1科研处负责医院科研启动基金的管理监督。

4. 3.2资助周期为两年。

4. 3. 3资金为滚动基金。

4. 3. 4进行中期、终期评估，（相关资料上报科研处）不合格者或立项后一年内未按 进度开展课题者将终止资助。

4.3.5项目完成后，应至少公开发表论文一篇，并注明“聊城市人民医院科研启动 基金资助项目”。

4.3.6项目按计划完成、终期评估优秀的可继续申报“院科研启动基金项目”，并至 少发表核心期刊论文一篇。

4. 3. 7鼓励进一步申请国家、省、市级科研课题。

4. 3. 8医院科研启动基金应专款专用。

**5.附则**

5. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

参考文献

1.《教育部进一步加强留学回国人员科研启动基金管理的通知》.

科研成果管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研成果管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-010 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院科研成果管理，使其向科学化、制度化、规范化发展。

1. 范围

适用于医院所有科研成果的管理。

1. 定义

3.1科研成果：指科研人员在他所从事的某一科学技术研究项目或课题研究范围内， 通过实验观察、调查研究、综合分析等一系列脑力、体力劳动所取得的、并经 过评审或鉴定，确认具有学术意义和实用价值的创造性结果。

3.2成果转化：行事所依据的准则。

1. 内容

4. 1成果类别

4. 1. 1应用性科技成果

4.1.2学术成果

4. 1. 3软科学研究成果

4.2成果评价申报程序

4. 2. 1成果评价条件

* 1. 1.1在项目评价前1年的11〜12月份项目负责人必须认真填写《聊城市人民医 院科研成果评价申请表》，科室讨论同意，科主任签字，报科研处。

4. 2. 1. 2项目名称和人员组成以及排序一旦确定不能随意更改。

1. 1.3待评价项目必须是列人国家、各部委、地方政府、医院科研计划内，达到 规定的技术指标，并且成果知识产权明确归医院所有的科技成果：具有明 显创造性、研究水平在国内同领域中处于领先水平、成果知识产权归医院 所有、且对医院的发展具有较大促进作用的计划外项目成果。

4. 2. 1.4科研处组织院学术委员会会议，认真听取项目负责人汇报，对其成果进行 实事求是的评价，并做出无记名投票。

4. 2. 1. 5经院学术委员会评审通过的成果须填写下列材料：

4. 2. 1. 5. 1科技成果评价申请表

4. 2. 1.5. 2评价材料（工作报告、技术报告和原始资料等）

4. 2. 1. 5. 3论文及相关资料

4. 2. 1.5. 4查新检索

4. 2. 1. 5. 5交1、2电子版资料一份

4. 2. 1. 5. 6计划内项目和合同项目需加提交：科技成果评价项目研究工作总结报告 表及课题计划任务书或合同书。

4. 2. 1. 6科研处科研专职管理人员将上述材料报送第三方中介机构组织成果评价。 4.3成果奖励申报程序

4. 3.1根据成果奖励部门的要求（一般为每年的第一、二季度）组织申报。

4.3.2按照主管部门要求的时间、项目类别组织申报。

4.3.3符合申报奖励的成果，项目负责人填写《聊城市人民医院科技进步奖申请 表》，提交科室讨论，科室同意主任签字后，上交科研处。

4.3.4科研处对每个项目进行处理，除项目组成员信息外的所有成果资料提交医院 学术委员会初评，将初评结果提交院办公会审批，根据审批结果组织申报。 批准申报奖励的项目，由科研处统一发放系统推荐号，登陆有关网站下载安 装国家科技部或省级科学技术奖励推荐系统，并按要求认真填写申报书。

4. 3. 5根据国务院办公厅印发《关于深化科技奖励制度改革的方案》规定，2017年 度取消市级政府设立的科技奖励（聊城市科技进步奖）

4.4成果奖励等级

4.4.1国家级：科学技术进步一、二、三等奖

4.4.2中国妇幼健康科学技术奖：科学技术一、二、三等奖

1. 3中国中西医结合学会科学技术奖：中西医结合一、二、三等奖

4. 4. 4宋庆龄儿科医学奖：儿科最高奖

4.4.5中华医学科技奖：医学科技一、二、三等奖

* 1. 6山东省科技进步奖：科技进步一、二、三等奖

4.4.7山东医学科技奖：医学科技一、二、三等奖

4.4.8山东中医药科学技术奖：中医药科技一、二、三等奖

4.4.9山东省软科学优秀成果奖：软科学一、二、三等奖

4.4.10山东省药学会科学技术奖：药学科技一、二、三等奖

4. 4. 11聊城市专利奖：专利一、二、三等奖

1. 12泰山医学院优秀成果奖：泰医优秀成果一、二、三等奖

4. 5成果奖金分配

按贡献大小合理分配，成果主要完成人所得金额总数不低于奖金总数的70%， 直接参与者和相关人员分享20%，科研管理费10%，颁发证书及数量由上级部 门决定。

4. 6成果与个人利益挂钩

科研成果与个人职称晋升、深造学习等有密切关系，同等条件申请职称晋升者， 视成果有无、大小优先考虑。

4. 7成果资料归档

获奖成果按“科研档案管理规定”进行项目资料整理、立卷、归档。

1. 8成果转化和推广

获奖的科研成果均应转化和推广，产生应有的社会效益和经济效益，转化方式 以办学习班的形式进行推广，制成内部制剂院内应用，单独或与外单位合作开 发成商品，专利或技术转让等。凡科研成果开发转化及申请专利等工作，可由 科研处协助办理。

1. 附则
2. 1本规定由科研处负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1.《关于改进科学技术评价工作的决定》.

科研资料管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研资料管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—LYXZ—020 — 011 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

及时掌握全院科研、学术动态，完善各级技术人员考核制度，健全科技档案的管

理。

1. 范围

适用于医院所有科研资料的管理。

1. 定义

3.1科研项目：即开展科学技术研究的一系列独特的、复杂的并相互关联的活动， 这些活动有着一个明确的目标或目的，必须在特定的时间、预算、资源限定内， 依据规范完成。项目参数包括项目范围、质量、成本、时间、资源等。

1. 2科研论文：根据有价值的生产实践或科研课题写作的，具有原创性和独到性的

论文。从科研论文的格式来说，第一部分应该是课题研究的总体构想，包括课 题研究的目的、前人研究的总结和研究背景综述、课题研究的意义、课题研究 的计划安排和应用的方法说明等等。

1. 内容
2. 1科技文件材料管理：

4. 1.1凡经各级各部门批准立项的科研项目，需将课题批准书、任务书、合同书等 一律交科研处，科研处建立科研课题预立卷，保存备案，作为确定科研项目 的依据。

4. 1. 2参与外单位科学研究项目的科技人员，需将研究项目或课题的申请书复印件 或科研协议书、合同书一并交科研处保存备案。

4. 1.3课题立项后，凡与课题研究有关的科研计划、合同书、协议书、科研原始记 录、分析数据、课题执行情况、工作小结、发表论文、总结等重要资料需交 科研处保存。

4. 1.4在科研过程中重要的照片、图片等与课题的主要结果及结论有关部分，复制 一份交科研处存档。

4. 1. 5科研课题结束后，该课题的资料应按医院科技档案管理规定要求整理装订， 由科研处负责验收登记保管。

4. 2对外投稿：

凡对外投递杂志稿件，须填写对外发表科技稿件审批表，经本科主任签字后交 科研处，由科研处附介绍信统一发出。

1. 3发表论文：

凡在有关学术会议、杂志、会刊等发表的学术论文、文献综述、论著等的真实 性由个人负责。

5.附则

1. 1本规定由科研处负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1.《科学技术研究档案管理暂行规定》.

科技保密制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科技保密制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 020 - 012 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

做好医院科技档案保密工作。

1. 范围

适用于医院所有科研档案的管理。

1. 定义

3.1科研档案：科学技术研究档案是指在自然科学研究活动中形成的科技档案，简 称科研档案。

3.2保密项目：项目当事人之间就一方告知另一方的书面或口头信息，约定不得向 任何第三方披露该等信息的协议。负有保密义务的当事人违反协议约定，将保 密信息披露给第三方，将要承担民事责任甚至刑事责任。

1. 内容

4. 1认真贯彻执行上级有关科技保密纪律和法规。

4.2在制定医院科技规划、计划或汇编医院科技成果时，凡属于科研项目和成果的 应按国家有关规定，提出项目的密级意见，供科研处审核该项目密级时参考。 凡项目和成果的名称需要保密的，应采用代号或作技术处理。

4.3做好科技档案在课题项目研究阶段档案的保密工作，按不同密级进行妥善保存。

4.4保密项目及时收集、整理、归档，由科研处专人管理。科研项目完成以后，参 研人员应将档案资料收集齐全，系统整理，经检查验收后移交给科研处的专管 人员，交接清单一式两份，并认真履行签字手续。与课题有关的照片、幻灯片、 样品等都须一并收集保存。

4.5保密项目若为国内交流与合作项目者，双方需订立保密协议承担保密义务；在 国际交流的论文，需经科研处审查是否有保密内容，未经审查不得进行交流。

4. 6科技档案应由专人、专柜单独上锁保管，并随时检查，非有关人员不得接触， 发现锁坏、钥匙丢失应及时汇报，认真处理。

4.7若属密级较高的科技档案，应单独编制目录，同时须加注“机密”、“绝密”字 样，目录单独保存，专人管理，其它人员未经许可，不得接触。

4.8保管人员应严格遵守保密制度，不得将档案内容泄密给无关人员，不得私自将 档案带出档案室，更不得复制，不得私自摘抄和传播档案内容。

4.9严格科技档案的利用范围，保密档案一律不外借。属于保密范围的科技档案， 查阅时不得带出档案室，并由保管人员监督，严禁涂改、圈划、抽取、撤换档 案材料，未经允许不得复制或抄写档案内容，用后立即归还。凡本课题参加人 员查阅科技档案须经课题组负责人同意；院外人员查阅档案，须持单位介绍信 经科研处、课题负责人批准方可查阅。

4.10经批准要销毁的科技档案，必须造具清册，在征求有关课题负责人意见后，报 上级主管机关备案。销毁科技档案，要指定监销人，防止档案泄密。

5.附则

5. 1本制度由科研处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《科学技术保密规定》.

科研成果开发及转化管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研成果开发及转化管理办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-013 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院科技成果开发及转化工作，鼓励科技人员开发科技成果的主动性、积极 性、创造性，争取较好的经济效益和社会效益。

1. 范围

适用于医院所有科研成果开发及转化管理。

1. 定义

3. 1专利：专利一般是由政府机关或者代表若干国家的区域性组织根据申请而颁发 的一种文件，这种文件记载了发明创造的内容，并且在一定时期内产生这样一 种法律状态，即获得专利的发明创造在一般情况下他人只有经专利权人许可才 能予以实施。

1. 2技术转让：又称技术转移，技术转移是指技术在国家、地区、行业内部或之间

以及技术自身系统内输人与输出的活动过程。

1. 内容
2. 1科技人员应增强科技成果开发转化的意识，有责任和义务积极开发科技成果，

使科技成果不仅有较好的社会效益还有较大的经济效益。

4.2医院鼓励进行科技成果转化工作。应积极组织力量支持、帮助成果完成单位或 成果完成人适时进行成果转化。

4.3科研处是医院科技成果转化管理的职能部门，负责管理、指导和协调科技成果 的转化工作，提供科技成果转化需要的经济信息、技术信息、环境信息；为科 技成果转化提供相关的咨询活动。

4. 4科技人员在科技成果开发过程中科研处要帮助、支持并协助开发。

4. 5科研处应了解科技成果完成情况及潜在的经济效益，及时与科技人员联系成果 开发事宜并提供有关信息和申报专利、技术转让等，帮助科技人员完成成果开 发、转化工作。

4. 6科技成果开发、专利和技术转让需通过科研处立项签定合同书，合同书需经医 院法人代表签字后方具有法律效力。

4. 7科技成果开发及转化包括职务技术成果的技术转让（含专利申请权、专利权、 专利实施许可权、非专利技术使用权）、技术开发（包括纵向科研项目成果技术 的开发、横向科研项目成果技术的委托开发、合作研究成果技术的开发等）、技 术服务、技术咨询、技术培训、引进技术消化吸收等方面的活动。

4.8获成果及专利的科技人员，若属职务技术成果及发明，其使用权和转让权属单 位所有，只有医院法人代表才有权转让，成果完成人无权自行转让。

4.9如科技成果第一完成人在成果开发后调离原单位，有关的科研资料不得带走， 不得在其它单位擅自开发利用这一成果，但可享受有关规定的奖金，如有违反 追究法律责任。

4. 10参加科技成果转化的有关人员，应对所转化的科研成果技术保密，须签订在职 期间或离职、离休、退休后一定期限内保守单位技术秘密的协议。有关人员不 得违反协议约定，泄露医院的技术秘密和从事与原单位相同的科技成果转化活 动。

4. 11科技开发收人的分配原则：科技开发除去成本部分所获纯收人按3: 7比例分 配，即纯收人30%上交医院，70%作为成果完成人和所在科室的基金及相关 人员的奖励费、劳务费、产品推销费、协作费、公关费等，成果完成人不得少 于 30%。

1. 12成本计算

药品消耗、材料消耗、试剂消耗、工作人员劳务消耗3元/小时。仪器设备折 旧：毛收人10%，房屋占地费：1元/米2,间接成本：毛收人5%等其它。

1. 附则
2. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

参考文献

1. 《中华人民共和国促进科技成果转化法》若干规定.

关于“科研成果署名排序”的规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 关于“科研成果署名排序”的规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-014 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

科研成果是科技人员劳动的结晶，署名前后标志着科技人员贡献的大小，合理署名 可调动科技人员的积极性，否则，产生纠纷将会影响成果的水平和效益。充分发挥 科技人员的工作积极性，多出成果，出高水平成果。

1. 范围

适用于医院所有科研成果署名排序。

1. 定义

署名：在科研论文、著作出版时把著者的名字写在上面的意思，署名前后标志着科 技人员贡献的大小。

1. 内容

4.1第一完成人：提出科研构思、设想、填写开题报告书。

4. 2第二完成人：制定课题研究计划、确定实验方法、实施方案。

4. 3第三完成人：实验研究资料统计整理。

1. 4第四完成人：主要实验操作者。
2. 附则
3. 1本规定由科研处负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1.《高等学校科学研究优秀成果奖（科学技术）奖励办法》.

实验室管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 实验室管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 020 - 015 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范和加强医院实验室（以下简称实验室）的建设和运行管理。

1. 范围

适用于医院各级实验室。

1. 定义

实验室：进行试验的场所，是科学研究的基地，科技发展的源泉，对科技发展起着

非常重要的作用。

1. 内容

4. 1管理机构及其职责

4. 1. 1医院各级实验室由科研处统一管理。

4. 1. 2科研处组织各级实验室的申报和推荐工作；

4. 1. 3科研处为实验室提供后勤保障以及经费等配套条件；

4. 1. 4科研处负责实验室的建设与日常运行，解决实验室建设与运行中的有关问题；

4. 1.5对实验室进行年度考核，配合科技厅、科技局等主管部门做好评估和检查工 作。

4. 2实验室日常运行机制

* 1. 1实验室实行主任负责制，负责实验室的建设发展和全面的管理工作，保证科 学实验正常进行，使实验室成为培养人才并获取科学实验数据和证据的重要 场所。副主任协助主任工作，全体成员服从实验室主任的领导。

4. 2. 2实验室所有人员（含兼职人员、研究生、临时做实验的外单位人员、临时工) 必须严格遵守实验室的各项规章制度和管理规定，加强技术安全和技术保密 工作，严格实行标准化管理和计量管理。

4. 2. 3进入实验室的人员必须按规定穿着整洁的工作服，严格遵守更衣换鞋制度。 严禁擅自将外来人员带入实验室内。

4.2.4实验室钥匙管理应严格遵守有关管理的规定，严禁任何人以任何借口私自配 制或转借他人。

4.2.5院内人员参观实验室需经主任批准；院外单位或个人参观者需预先与实验室 联系负责统一安排。任何人未经批准不得私自安排他人参观。

4. 2. 6研究生及院内外相关科研人员均需在各实验室负责人的指导下方可进入相应 的功能实验室开展研究工作。

4. 2. 7研究生需经其导师签字同意后，向实验室提出申请，由实验室负责培训后办 理登记、押金等手续，才能进人相应的功能实验室开展研究工作。任何人若 不服从安排，取消其进人实验室的资格。

4. 2. 8进入实验室的各类研究人员在实验室发生的费用自行承担。科研人员从科研 经费中开支；研究生由研究生培养经费或导师的课题经费支付。因特殊原因 确需减收或免收费用的，应书面提出，经实验室负责人批准同意后方可减免。

4. 2. 9使用仪器时要严格按照仪器设备使用方法、注意事项进行操作，仪器设备应 严格按照《实验室仪器设备管理办法》进行管理和使用。

1. 10进行实验必须按照相应的标准操作规程工作，如要修改，须经实验室主任审 核批准。

4. 2. 11工作时要严格作好实验记录，完成实验后原始实验记录要交实验室保存和归 档，所取得的数据要经实验室主任签字。

1. 12实验室与办公室严格分开，坚持每日上班时清洁卫生，保持实验室的清洁、 整齐。

4.2.13实验完毕离开实验室时，要做好清洁整理工作，注意关好水、电、门窗，注 意防火、防盗工作。

1. 2. 14保持实验室安静的工作环境，严禁吸烟。
   1. 15各功能实验室和仪器的具体管理细则由各实验室制定，经批准后执行。

5.附则

1. 1本制度由科研处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《国家重点实验室建设与运行管理办法》.
2. 《山东省重点实验室试行管理办法》.

实验室仪器设备管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 实验室仪器设备管理办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-016 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处、设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院实验室的仪器设备购置工作，加强实验室仪器设备的管理及使用，提高设

备的使用效率，保证科研教学工作的顺利开展。

1. 范围

适用于医院各级实验室。

1. **定义**

无。

1. 内容

4. 1实验室购置仪器设备原则

4.1.1购置仪器设备应本着为科学研究服务，为完成科研课题服务为原则，购置已 纳入科研课题计划，或研究过程中根据课题的需要而添置的仪器。

4.1.2医院原则上不批准重复购置大型、贵重的仪器设备，坚持资源共享的原则， 鼓励科室间有偿使用。

4. 1.3购置的仪器设备所开展的各种检测、实验创收纳人科室收人。

4. 1.4实验室申请购置仪器设备，需进行充分调研，并认真填写仪器设备申请表， 由实验室主任签字，经科研处审核并签署意见，上报分管院长批准，由医院 设备处统一购置。

4. 2实验室仪器设备的使用及管理原则

4. 2.1实验室所有大型仪器设备与设施均责任到人，其使用要严格遵守验收、登记 制度，课题负责人和实验室仪器管理员双方共同验收仪器设备与设施的完好 情况，并在登记表上签字。

4.2.2实验室所有仪器实行分室管理，开放使用。室内分析测试仪器设备由相关管 理人员分室管理。严禁带出实验室外借室外课题使用，但对进室课题开放服 务，仪器的使用（原则上）收取一定的费用，其收费用于补偿实验室的仪器 维修、消耗性部件补充、配件更新、日常维护等。任何分室在使用其它分室 管理的仪器设备时，应提前与有关分室负责人协商、预约使用，各分室管理 人员不得以任何不正当理由拒绝其它分室使用自己分室管理的仪器。

4.2.3各种仪器设备必须有操作使用卡片，便于使用者操作。凡对拟使用的仪器的 操作无把握者，务必请教仪器管理员；任何使用者在使用任何仪器前必须首 先了解仪器设备的性能与操作程序，经实验室仪器管理员同意后，方可上机 操作；上机操作一定要严格遵守各种仪器的操作规程，不按操作规程操作， 将视为违章作业，一切后果自负。

4. 2. 4实验室要配备专职仪器管理人员。作为仪器管理人员，一要熟悉所分管的实 验室所有仪器的性能、操作规程及注意事项等；二要懂得各仪器一般故障的 排除；三要熟知实验室所有仪器的校验及维护常识。

4.2.5必须严格执行仪器设备运行记录制度，记录仪器运行状况、使用时间及使用 人员等。凡不及时记录者，一经发现，停止使用资格。

4.2.6发现仪器有故障者，有义务立即向管理员或实验室主任报告，严禁擅自处理、 拆卸、调整仪器主要部件，凡自行拆卸者一经发现将给予严重处罚。用后切 断电源、水源，各种按钮回到原位，并做好清洁工作、锁好门窗。

4. 2. 7下次使用者，在开机前，首先检查仪器清洁卫生，仪器是否有损坏，接通电 源后，检查是否运转正常。发现问题及时报告管理员，并找上一次使用者问 明情况，知情不报者追查当次使用者责任。

4. 2. 8所有仪器设备的操作手册及技术资料原件一律建档保存，随仪器使用的只能 是复印件。

4.2.9保持仪器清洁，仪器的放置要远离强酸、强碱等腐蚀性物品，远离水源、火 源、气源等不安全源。

* 1. 10各仪器要根据其保养、维护要求，进行及时或定期的干燥处理、充电、维 护、校验等，确保仪器正常运转。

4. 3实验室仪器设备的折旧

4. 3. 1实验室仪器设备折旧的具体办法参照医院设备管理规定。

4. 4实验室仪器设备的修理与报废

4.4. 1仪器设备因老化或质量问题而不能使用，应及时告知医院设备处，安排修理。

1. 4. 2仪器设备已超过使用年限，可向设备处申请报废。

5.附则

1. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

参考文献

1. 《北京协和医院仪器设备管理办法》.
2. 《高等学校仪器设备管理办法》.
3. 《清华大学仪器设备购置管理规定》.

科研设施与仪器开放共享管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 科研设施与仪器开放共享管理办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-017 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

切实推进医院科研基础设施与科研仪器的全面开放、充分共享，提高医院科研实施

与仪器使用、配置的效率和效益。

1. 范围

适用于医院所有科研基础设施与仪器开放共享方面的管理。

1. 定义
2. 1大型科研仪器设备：指医院购买价格在10万以上或单价不足10万元人民币但

属于成套购置或需配套使用且供多学科使用且通用性很强的仪器设备。

3.2大型科研仪器设备共享：指大型仪器设备资源协作作用和信息共享。

1. 内容
2. 1组织管理
3. 1.1医院成立科研设施与仪器开放共享工作领导小组（以下简称领导小组），负责 统筹和协调开放共享、监督检查和绩效考核工作。为学科发展与人才培养提 供强有力的技术支撑，其任务是：大型仪器设备的日常管理、维修保养、更 新改造、功能开发、人员培训、基础设施改造以及与大型仪器设备相关的实 验。

4. 1.2医院的大型仪器设备开放共享实行医院统筹管理。管理层级分为二级，分别 为医院、实验室。科研处、财务处、医疗设备处等职能部门以及大型设备处 等职能部门以及大型设备直接管理部门按照各自的职责，做好开放共享的相 关工作。

4. 1.3科研处、医疗设备处是医院大型仪器设备开放共享的主管部门。主要负责医 院开放共享的制度与机制建设，负责医院信息共享网络平台的建设、运行等 管理工作。

4. 1.4二级单位（科室、实验室）负责开放共享工作的建章立制、人员队伍建设、 设备信息收集与审核、激励与约束措施等日常管理工作。

4. 1. 5开放共享设备所在实验室主要负责：

4. 1.5.1指定专人操作大型仪器设备，培训操作员，及时排除和处理设备一般性故 障。

4. 1. 5. 2制订大型仪器设备操作规程并张贴在醒目之处。

4. 1.5. 3定期做好仪器维护和保养，使仪器处于良好的工作状态，延长设备的使用 寿命。

4. 1. 5. 4建立大型仪器设备技术档案和工作记录。做好仪器设备预约登记和使用日 志，要确保内容完整（包括实验项目名称、使用时机、使用耗材、试剂品 种和数量、应收取的实际费用），使用记录须有操作人员和用户的签字。

4. 1.6共享服务平台根据国家、山东省科学技术厅的总体布局，积极参与政府部门 的各级大型科学仪器设施协作共用网络建设、发挥科研水平与设备仪器共享 的优势，切实做好服务地方经济发展的工作。

4. 2使用管理

4.2.1大型仪器设备共享以实验室为单元实施，实行预约制度。使用流程步骤如下： 4. 2. 1. 1用户向仪器设备所在实验室提出使用预约申请。

* 1. 1.2实验室根据具体情况，确定使用费用、时间等。

4. 2. 1.3由实验室通知用户，操作人员做好有关准备工作，并保证按时使用。

4. 2. 1. 4实验室协助用户做好费用结算相关事宜。

4. 2. 1.5使用情况报送科研处。

4.2.2用户应按预约时间使用仪器设备，如因用户原因未能按时使用而造成样品、 试剂以及相关人员准备工作等反面的浪费，由用户负责支付实际发生的费用 并赔偿相应损失。

4. 3收费管理

4.3.1收费项目。医院对开放共享的大型仪器设备不以盈利为目的，以服务为导向， 除医院按科研计划使用大型仪器设备之外，收取必要的保证运行成本的有偿 使用费。有偿使用费主要包括：设备使用费、消耗费、技术服务费、仪器设 备维修维护费、管理费。其中，设备使用费、消耗费根据实验过程中直接消 耗的水、电、耗材等一次性消耗费测算确定；技术服务费根据服务项目的难 易程度、技术含量高低和投人的人工数量等具体情况确定。

4. 3.2收费标准：

1、 凡国家或物价管理部门有统一定价的，按统一定价收费；没有统一定价 的，由大型仪器设备所在实验室根据运行成本和实际消耗测算制订收费标准。

2、 已开放共享的仪器设备并形成了比较稳定、规范、用户认可的收费标准， 将继续沿用；同类仪器同种测试其收费标准上下幅度不宜过大，采用市场竞 争机制自行调节。

3、 对于新购置的仪器设备，其收费标准可参考院内同类仪器的测试收费标 准；若院内没有同类仪器，可参考院外同类仪器设备测试收费标准。

1. 3. 3各科室、实验室负责汇总收集共享收费项目及标准，报送医院职能部门，由 医院根据国家物价部门的要求，做好物价备案等相关工作。

4.3.4院内大型仪器设备共享采用后收费方式，即先使用后收费。由实验室、课题 组负责到财务处办理有偿使用费交款或院内转账，开具有偿使用费的收费凭 证。院外共享采用预收费方式，即先收费再使用的收费方式。

4.4费用分配及支出管理

医院大型仪器设备开放共享有偿使用，收取的仪器设备使用费由医院统筹集中 管理，按照医院的有关规定使用，主要用于实验室仪器设备耗材、水电费、维 护维修费用、仪器设备管理人员的激励和后续维修费的积淀。医院在分配所收 费用时，要考虑仪器设备的利用率、共享率和完好率，优先维护共享面大、利 用率高、设备管理使用规范的仪器设备。

1. 5督导与激励

4.5.1医院对各实验室大型仪器设备的开放共享工作进行督导与检查。督导与检查 的主要内容有：大型仪器设备的管理制度落实及管理使用状况、开放共享的 服务质量、使用效益和收入等。

4.5.2实验室的大型仪器设备要做到物尽其用，杜绝闲置浪费。对于投资效益高、 使用率高的，医院给予表彰。对于运转低效、长期闲置的，医院有权在院内 调拨调剂使用。

1. 附则
2. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

参考文献

1. 《教育部办公厅关于加强高等学校科研基础设施和科研仪器开放共享的指导意见》 (教技厅〔2015〕4号）.
2. 《国务院关于国家重大科研基础设施和大型科研仪器向社会开放的意见》（国发 〔2014〕70 号）.

规范化培训科研技师管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 规范化培训科研技师管理办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-018 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

根据医院规范化培训的总体要求，本着“坚持标准、保证质量、积极鼓励、多出成 果”的原则，要求科研技师轮转参加多个基本技术培训并保证实验平台的日常工作 运行，扩大实验室的开放程度，规范地培养合格的技术储备人员。

1. 范围

医院轮转科研技师。

1. 定义 无。
2. 内容

4.1规范化培训流程

科研基地目前已经设置如下几个规范化培训单元（TrainingUnit)，要求规范化 培训学员在前期的轮转学习中能够熟悉了解、基本掌握医学实验室的四类常规 基本技术或其他常用技术，成为符合医学实验室需要的合格技术人员，为进一 步的专业技术培训打下扎实基础。

第一阶段为=基础类技术培训，6个月。首先完成01—实验室安全培训I，并随 时在日常工作中进行实验室安全学习和管理，然后需要完成02 — 05培训单元模 块中的轮转学习要求。每一培训单元中，在保证必修实验技术学习的基础上， 根据学员的兴趣和今后的发展规划安排学习相应培训单元模块的选修实验技术。 第二阶段为=专业化技术培训，18个月。规培学员轮转完成培训单元学习后， 根据技术平台/pi小组需求和科研基地科组织协调，安排规培学员进入开放技术 平台和PI小组进行专科枝术的学习和工作。

承担第一年度培训任务的师资一般是医院的一线资深技术系列人员或者经过博 士后培训留院的研究系列人员，自身所在平台满足医院开放技术平台管理要求， 有进行适当教学和培训的时间和空间，且能够组织科研基地同类技术人员，为 规培学员提供高水准的业务培训。

4. 2规培课程安排

单元与

序号

时

间

类别

培训内容

掌握

程度

01 —实验  
室安全

天

必修

物管要求、实验动物安全及伦理、生物安全、化学 安全及设备安全、紧急事件的应急体系与预案

掌握

载体构建：基础操作、质粒图谱的阅读、核酸序列 软件的学习

掌握

血液DNA提取

掌握

02 —分子 技术 模块

子物技

分也參

术

谱析术

色分技

胞物技卩 细生学彳

基因分型技术及应用

了解

周

周

周

必修

选修

必修

RNA 提取、RealtimePCR 实验

核酸检测知识拓展

高通量测序技术

Westernblot 技术

蛋白检测技术介绍

高效液相/气相色谱仪的基本原理和操作，独立开 关机和按程序冲洗色谱柱

质谱仪的基本原理与操作，了解质谱仪的理论知识 和标准操作流程

细胞实验器皿洗涤准备及废弃物处理，细胞培养基 及细胞培养常用液体（消化酶、缓冲液）的配制及 过滤分装储存，细常用设备仪器的使用及维护

细胞的无菌操作与细胞计数，细胞形态学观察，倒 置相差/荧光显微镜的使用及图像采集，贴壁/悬浮 细胞株/系的复苏、传代与保种

细胞增殖活性实验、细胞生长曲线的制作

结晶紫染色/吉姆萨染色等

掌握

了解

了解

掌握

了解

了解

了解

掌握

掌握

掌握

掌握

03 —细胞 技术 模块

选修

选修

细胞原代取材的基本要求，原代培养细胞的特点, 组织块贴壁法进行成骨细胞原代培养

熟悉Ttanswell进行肿瘤细胞的迁移、侵袭实验及 划痕实验操作步骤

流式细胞术原理、仪器构造

熟悉荧光染料光谱及荧光搭配原则

了解

了解

掌握

了解

I

周

必修

软件使用及数据分析，FACSdiva、MODFIT. Multi­cycle、 Flowjo、 FCSexpress 等软件 ，利用 1—2 种软 件分析数据

了解

细胞凋亡检测实验，获得较完整的细胞，上机前细 胞浓度合适；建立相应的分析方案，调节电压、补 偿，有效采集细胞信息

了解

细胞周期检测标本处理及检测分析，无明显絮状沉 淀

了解

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单元与  序号 | 培训  技术 | 时  间 | 类别 | 培训内容 | 掌握  程度 |
| 04—病理 技术 模块 | 病理  实验  技术 | 6  周 | 必修 | 石蜡包埋和切片技术，冰冻切片技术 | 掌握 |
| HE染色技术、Masson染色技术 | 掌握 |
| IHC技术、IF技术 | 掌握 |
| 选修 | Tunel检测技术、Brdu检测技术 | 了解 |
| 光学显微镜基础 | 了解 |
| 双光子荧光显微镜、Micro — CT | 了解 |
| 05—动物 技术 模块 | 动物  实验  技术 | 6  周 | 必修 | SPF实验室标准操作规程及饲养管理等 | 掌握 |
| 动物疾病模型建立 | 掌握 |
| 家兔常规技术与手术操作 | 掌握 |
| 实验动物模型构建 | 了解 |
| 小动物神经行为学测试 | 掌握 |
| 天府动物平台环境和常用设备的介绍 | 了解 |

4. 3规培期间基本要求

4.3.1规范化培训学员应自觉遵守考勤制度，由所在实验室指导教师做好考勤考核 工作。请假一天以上者，应提前告知科研处负责人并提出书面申请。

4. 3. 2规范化培训学员应积极主动学习工作相关专业技术知识，积极准时参加各类 学术会议及讲座活动和技术交流学习会。在第三阶段（专业化技术培训阶段) 学员需按照实验室需要加入各实验技术小组中进行学习服务。

4.3.3规范化培训学员提高自身政治思想觉悟，积极学习理解国家、学校、医院实 时动态。

4. 3. 4规范化培训学员每月从工作内容、完成情况和学习心得等多方面做工作总结， 并应按要求如实填写规范化培I科研技师月度工作汇总表，每月5日前将指 导教师签字的汇总表纸质版和纸质版交到科研处。工作量将纳人年终考核。

4. 3. 5做好信息的上传下达：积极为实验室做好服务，向实验室教职工转达信息并 协助科研基地进行管理。

4.3.6积极参加医院或科研基地组织的各类活动，更好地融人科研集体。

4. 4考核

4.4.1规范化培训学员在轮转完成后由培训单元小组对其进行理论和实际操作能力 的考核，在轮转完成时打出轮转考试成绩。

4. 4. 2规范化培训学员在轮转期间每轮转一个技术培训模块后做5分钟的PPT工作 汇报，第二阶段定科学习期间每一季度应就其阶段性工作做5分钟的PPT汇 报。由科研技师管理小组组织8 —10名专家进行考核打分，其汇总成绩为平 时汇报成绩。

1. 3规范化培训学员考核不合格者进人下一轮规范化培训阶段，两次考核不合格， 建议医院推荐给其他单位。
2. 附则

5. 1本办法由科研处负责解释。

5. 2本办法自发布之日起实施。

参考文献

1. 《实验室人员培训暂行管理办法》.南京医科大学.2014年.
2. 《实验室员工岗前培训管理办法》.中国卫生检验网.2017年.

继续医学教育实施细则

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 继续医学教育实施细则 | | |
| 文件编号 | OS - LYXZ—020 - 020 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强卫生专业技术人员再教育，提高专业技术人员的业务水平与整体素质，适应卫

生事业发展需要，实施“科教兴院”战略。

1. 范围

医院全体卫生专业技术人员。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1总则

4.1.1为了加强卫生专业技术人员再教育，提高专业技术人员的业务水平与整体素 质，适应卫生事业发展需要，实施“科教兴院”战略，根据省卫生厅、人事 厅联合制定的《山东省继续医学教育实施细则》等文件的规定，结合医院实 际，制定本细则。

4. 1. 2继续医学教育是实施整体性人才资源开发的重要措施，是专业技术人员队伍 建设的重要内容。继续医学教育以邓小平理论和科学发展观为指导，适应医 学科学技术的发展和社会的实际需要，面向现代化、面向世界、面向未来。 以法律规定、市场需要、岗位必会为原则。注重针对性、实用性、科学性和 先进性。

4. 1.3继续医学教育是以学习新理论、新知识、新技术、新方法为主的一种终身教 育。其目的和任务是使卫生专业技术人员在整个职业生涯中，保持高尚的职 业道德，知识和技能不断得到补充、增新、拓展和提高，完善知识结构，不 断提高专业工作能力和业务水平，提高服务质量，以促进医院卫生事业健康 可持续发展，更好地为人民健康服务。

4. 1. 4继续医学教育的对象是从事专业技术工作的在职专业技术人员；完成毕业后 医学教育或具有中级及以上专业技术职务的卫生技术人员，以及未参加住院 医师规范化培训的各类初级卫生专业技术人员。参加继续医学教育是卫生专 业技术人员应享有的权利和应履行的义务。

4. 2内容形式

4.2.1继续医学教育的内容，应以医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术 和新方法为重点，注意先进性、针对性和实用性，并结合不同层次、不同专 业卫生技术人员的实际工作需要，加强对卫生专业技术人员创造力的开发和 创造性思维的培养。在继续医学教育活动中要注意加强政治思想、职业道德、 卫生法律法规和医学伦理学等有关内容的教育，培养高素质的卫生专业技术 人员。

4.2.2继续医学教育可采取灵活多样的形式，以短期培训、业余学习和自学为主， 主要有：培训班、进修班、研修班、学术讲座、学术会议、业务考察、远程 教育、学历学位教育（研究生教育、函授、自学考试等）、临床进修、医院组 织的各种业务学习活动、为继续医学教育提供教材，以及发表论文、出版专 著、获得专利，获得科研立项、科研奖励等亦视为参加继续医学教育。

4.2.3继续医学教育项目分为国家级、省级和市级，是继续医学教育的重要形式之 一。鼓励医院重点学科及特色专科申报并举办国家级、省级继续医学教育项 目，支持卫生专业技术人员参加经全国、省、市继续医学教育委员会认可且 专业对口继续医学教育项目的学习。

4. 3组织管理

4. 3. 1医院继续医学教育实行三级管理

4. 3. 1.1医院继续医学教育委员会，是全院继续医学教育工作的指导、协调和质量 监控的组织。主要职能是：

4. 3. 1. 1. 1材贯彻执行各级主管部门有关继续医学教育的政策和规定。

4. 3. 1. 1. 2制定全院继续医学教育管理办法和实施细则。

4. 3. 1. 1. 3制定全院继续医学教育总体规划和实施计划。

4. 3. 1. 1. 4负责对全院申报的国家级、省级和市级继续医学教育项目的初评与推荐， 对全院继续医学教育项目实施统一管理、质量监督。

4. 3. 1. 1. 5负责对全院的继续医学教育工作进行评估、检查和督导。

4. 3. 1.2医院科研处（设在科研处），在医院继续医学教育委员会的领导下，负责全 院继续医学教育的日常管理工作。主要职能是：

4. 3. 1. 2. 1贯彻落实、组织实施全院的继续医学教育规划和年度计划。

4. 3. 1. 2. 2组织申报并协助举办各级继续医学教育项目，对全院继续医学教育项目 实施统一管理、质量监督。

4. 3. 1. 2. 3组织安排全院继续医学教育活动并考核、登记学分。

4. 3. 1. 2. 4负责年度及任期继续医学教育学分的审核验证、微机录人及数据上传。

4.3. 1.3科室继续医学教育领导小组（由科主任、护士长、医护骨干各1名组成）， 具体负责科室继续医学教育活动的组织落实。主要职能为：

4. 3. 1. 3. 1制定科室人才培养规划及继续医学教育计划并组织实施。

4. 3. 1. 3. 2组织科室的继续医学教育活动，实事求是地进行学分登记。

4. 3. 1. 3. 3负责科室卫生专业技术人员年度及任期继续医学教育学分的初审和登记。

4. 3. 2各科室要为卫生专业技术人员参加继续医学教育提供必要的条件。卫生专业 技术人员要自觉参加继续医学教育活动，服从科室安排，接受考核。在规定 的学习期间享受国家和医院规定的工资、保险、福利待遇。在接受继续医学 教育后，有义务更好地为医院服务。

4. 4考核评估

4. 4. 1继续医学教育实行学分制管理。根据聊城市继续医学教育学分的有关规定， 继续医学教育对象任职期内每年取得的继续医学教育学分不得少于25学分 (其中I类分不得少于10分）。学分的授予及管理应严格依据《山东省继续医 学教育实施细则》执行。

4. 4. 2继续医学教育实行考核登记制度。继续医学教育活动主办单位负责考核并授 予相应学分，医院科研处按规定进行学分审核登记。

4. 4. 3继续医学教育考核实行年度考核和任期合格证制度。医院科研处负责对卫生 专业技术人员进行年度考核验证；任职期满由省、市继续医学教育委员会进 行任期考核，合格者发放全省统一印制的继续医学教育任期合格证书。

4. 4. 4继续医学教育合格作为卫生专业技术人员年度考核、技术职务聘任、晋升和 执业再注册的必备条件之一。

* 1. 5继续医学教育工作应列入单位工作目标和主要负责人任期目标，作为单位年 终考核和领导干部任期内政绩的重要内容之一。

4.4.6医院继续医学教育委员会每年对各科室的继续医学教育情况进行评估。评估 结果应作为衡量各科室负责人工作业绩的重要内容。

4. 5奖励处罚

4.5.1对在继续医学教育工作中成绩突出的科室和个人应给予表彰和奖励。继续医 学教育实行考核制度。

4. 5. 2对违反本《细则》及有关规定，继续医学教育工作开展不力的科室要给予通 报批评，并追究科室负责人的责任。

4. 5. 3对在继续医学教育活动中有下列情形之一的卫生专业技术人员，要视情节轻 重分别给予批评教育、年度考核不合格或缓聘、低聘、解聘卫生技术职务和 不准参加相应技术职务资格考试、不予执业再注册的处理。

4. 5. 3. 1不服从单位或科室继续医学教育工作安排的。

4. 5. 3. 2未达到学习目标的基本要求，修业不合格的。

4. 5. 3. 3学习其间违反办学单位有关规定和制度，造成不良影响的。

4. 5. 3. 4未获得规定学分数的。

4. 5. 3. 5在学分登记、年度和任期考核中弄虚作假的。

4. 6经费管理

4. 6.1继续医学教育的经费，采取国家、集体、个人等多渠道筹集的办法解决。将 继续医学教育经费纳人全院预算管理，用于继续医学教育经费不低于职工工 资总额的1.5%，卫生专业技术人员本人也应承担一定的费用。

4. 6. 2继续医学教育经费专款专用，主要用于人才培养、对在继续医学教育工作中 成绩突出的科室和个人给予奖励、继续医学教育管理工作开支等。

1. 6. 3继续医学教育经费使用由医院继续医学教育委员会讨论决定，医院科研处统

筹安排。

5.附则

5.1本细则之前所制定的有关继续医学教育规定，与本细则相抵触的条款，以本细 则为准。

5.2本细则自发布之日起施行。在此之前开展的继续医学教育活动及所登记学分仍 认可有效，不再重新核实、登记。

1. 3本细则由科研处负责解释。

参考文献

1.《山东省继续医学教育实施细则》.山东省继续医学教育委员会.2016年.

继续医学教育学分授予、考核及奖惩办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 继续医学教育学分授予、考核及奖惩办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-020-021 | 总页数 | 5 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强和规范继续医学教育学分管理。

1. 范围

医院全体卫生专业技术人员。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1学分分类

继续医学教育学分分为I类学分和n类学分两类。

1. I类学分授予范围：

4. 1. 1. 1全国继续医学教育委员会、中医药继续医学教育委员会审批认可的或国家 级继续医学教育基地举办的国家级继续医学教育项目；

4. 1. 1. 2省继续医学教育委员会审批认可的或省级继续医学教育基地举办的省级继 续医学教育项目；

4. 1.1. 3各医疗、科研、教学单位和学术团体报经全国或省继续医学教育委员会批 准举办的继续医学教育专项备案项目；

4. 1. 1. 4在省级以上刊物发表论文和综述；

4. 1.1.5市（厅）级以上科研项目立项、奖励；

1. II类学分授予范围：

4. 1. 2. 1市继续医学教育委员会审批认可的市级继续医学教育项目；

4. 1.2. 2单位批准，市继续医学教育委员会办公室备案的自学、外出进修等；

4. 1.2. 3出版专业著作、译著，市级刊物发表的论文等；

4. 1. 2. 4市继续医学教育委员会批准的其他形式的继续医学教育活动。

4. 2学分规定

4. 2. 1继续医学教育对象每年都必须参加继续医学教育，其任职期内平均每年取得  
的继续医学教育学分不得少于25学分，当年所获学分不得少于20学分。

4. 2. 2医院卫生专业技术人员任期内平均每年应取得的I类学分不低于10学分。

4. 2. 3医院卫生专业技术人员取得I类学分可替代II类学分，但II类学分不能替代I

类学分。

4.2.4经医院批准，参加在职学历（学位）教育的，在规定学制年限内，年度学习 成绩合格者，凭有关证明视为完成当年的25学分。

4. 2. 5经医院批准；凡到外单位进修（含出国进修）满6个月及以上，经考核合格 者，持进修单位证明视为完成每年规定的25学分。

4. 3学分授予标准

1. I类学分

4. 3. 1.1参加国家级继续医学教育项目活动，学员经考核合格，3小时授予1学分; 讲课人每小时授予2学分；

4. 3. 1.2参加省级继续医学教育项目活动，学员经考核合格，按6小时授予1学分， 讲课人每2小时授予1学分；

国家级、省级继续医学教育项目由主办单位按规定授予学分，并颁发由省 继续医学教育委员会验印的国家级、省级继续医学教育项目学分证书。每 个项目所授学分数，最多不超过25学分。

4. 3. 1. 3在省级以上刊物发表论文和综述，按以下标准计算学分：

第一作者一第三作者（余类推）

国外刊物10、9、8学分 具有国际标准刊号（ISSN)

和国内统一刊号（CN)的刊物6、5、4学分 省级刊物5、4、3学分

4. 3. 1.4市（厅）级以上科研项目立项当年按以下标准授予学分：

第一承担者一第五承担者（余类推）

国家级课题15、13、11、9、7学分 省（部）级课题10、8、7、6、5学分 市（厅）级课题8、6、5、4、3学分

4. 3. 1.5获得市（厅）级以上科技成果奖的当年按以下标准授予学分：

国家级奖：一〜三等奖前五位均授予25学分，六位以后授予20学分；

省（部）级奖：按获奖者排序授予以下学分：

第一至第五位（余类推）

一等奖 20、19、18、17、16 学分 二等奖 15、14、13、12、11 学分 三等奖1〇、8、7、6、5学分 市（厅）奖：按获奖者排序授予以下学分：

第一至第五位（余类推）

一等奖10、8、7、6、5学分 二等奖9、7、6、5、4学分 三等奖6、4、3、2、1学分

科技成果奖的计分按最高奖项计，不重复计分。

上述3〜5项经省、市继续医学教育委员会审核有关原始资料后授予相应学 分，并出具学分证明。

4. 3. 1.6住院医师规范化培训：参加第一、第二阶段住院医师规范化培训考试、考 核合格者，视为完成该阶段继续医学教育任务。对参加住院医师规范化培 训年度考核不合格者纳人参加继续医学教育对象的范畴。（1)参加第一阶 段全省统考不合格者，当年应补足继续医学教育学分，分值不低于20学 分。翌年补考仍不合格者，另行补足的继续医学教育学分必须达到30学 分。按照平均每年完成继续医学教育学分不低于25学分的规定，直至取得 培训合格证书。（2)参加第二阶段全省统考不合格者，继续医学教育的学 分授予与登记办法按上条规定处理。

4. 3. 1.7学历（学位）教育：（1)经医院批准，参加有明确学制规定的各种形式 (脱产、函授、夜大、电大、网大）的在职学历（学位）教育、（包括普通 教育、成人教育、职业教育、远程教育），完成当年授予25学分。（2)经 医院批准，参加无明确学制规定的自学考试类在职学历（学位）教育，每 年参加课程达4门及以上，并取得合格证书者，视为完成当年25学分；当 年参加课程少于4门，按照每门课程学习成绩合格（取得合格证书）授予 II类学分3分，不足规定学分最低标准的，通过其他途径获得。

年度验证考核时，参加学历（学位）教育的卫生技术人员要向科研处提供 入学通知书、学生证和各门课程成绩单（或合格证书）。科研处将认真审 核、严格把关，确保继续医学教育学分登记符合规定要求。

4. 3. 1.8各级各类学历（学位）教育毕业生和新调入卫生专业技术人员，从毕业或 调入当年开始，医院将为其建立学分登记册，并为其登记继续医学教育学 分。当年度需要完成的最低学分数，按毕业或调人后当年剩余月份20/12 计算；也可实行学时制，当年脱产学习的最少时间，按毕业或调人后当年 剩余月份96/12计算，经考核合格即为继续医学教育年度考核合格。

4. 3. 1.9医疗援外与卫生支农：（1)执行援藏、援外医疗任务满1年及以上，视为 完成当年的25学分。（2)执行卫生支农任务满6个月及以上，经考核合格 者，视为完成当年的25学分；6个月以内，经考核合格者，每1个月授予 II类学分3分。

4. 3. 2 II类学分

1. 1参加市级继续医学教育项目，学员经考核合格，每6小时授予1学分，讲 课人每小时授予1学分。每个项目最多不超过25学分；

4. 3. 2.2自学是继续医学教育的一种重要形式。凡自学与本学科专业有关的知识， 并写出综述，经市继续医学教育委员会评审合格，每2, 000字可授予1学 分，但每年最多不超过5学分；

4. 3. 2. 3学习由全国、省或市继续医学教育委员会制定或指定的有关“四新”的自

学资料、杂志、音像教材等，经市继续医学教育委员会考核合格后，可按 委员会规定的学分标准授予学分；

4.3.2.4到外单位（含国外）进修6个月以内者，经考核合格，由接受进修单位或 派出单位每1个月授予3学分；

4. 3. 2. 5在市级及内部刊物发表论文和综述，按以下标准计算学分：

第一作者一第三作者（余类推）

市级刊物4、3、2学分 内部刊物3、2、1学分

4. 3.2. 6正式出版专业著作、教材，于出版当年按每编写1，000字授予1学分；大 于1〇〇〇千字的按主编、副主编、编委分别授予25、20、10学分；500〜 1〇〇〇千字按主编、副主编、编委分别授予20、15、8学分；小于500千字 的按主编、副主编、编委分别授予15、10、5学分。主编为2人及以上的， 除第一主编外，其余主编按副主编授予学分。译著按每1，500汉字授予1 学分。该类学分最多不超过25学分；

4. 3. 2. 7撰写出国考察报告、国内专题调研报告，市继续医学教育委员会办公室备 案后可每3, 000字授予1学分，最多不超过10学分；

4.3.2.8由市继续医学教育委员会办公室批准，医院组织的学术报告、专题讲座、 技术操作示教、手术示范、新技术推广等，每次主讲人可授予2学分，参 加者授予0.5学分。参加者每年获得的该类学分，最多不超过10学分；

4. 3.2. 9市继续医学教育委员会办公室批准，医院组织的临床病例讨论会、多科室 组织的案例讨论会，大查房，每次主讲人可授予1学分，参加者授予0.2 学分。参加者每年获得的该类学分，最多不超过10学分。

上述II类学分除市级继续医学教育项目由市继续医学教育委员会颁发学分 证书外，其余均由科研处负责审查备案并授予学分。

4.3.3参加现代远程继续医学教育项目活动，按该项目的规定学分授予标准记分。

4. 4学分登记

1. 1学分登记统一使用由全省统一印制的《山东省继续医学教育登记册》。《登记 册》原则上由卫生技术人员凭证登记，医院审核、确认，并进行年度验证考 核。《登记册》的学分类别、登记方式要与山东省继续医学教育计算机管理系 统相一致。医院在审核学分原始佐证材料时，要把经审核合格的、不同方式 的继续医学教育学分录人省继续医学教育计算机管理系统，以便医院继续医 学教育委员会办公室统一管理。

4. 4. 2受卫生行政部门委托，医院严格按本办法规定对卫生专业技术人员进行年度 验证；卫生技术人员晋升技术职务前，省、市继续医学教育委员会进行任职 周期验证，合格者将获得全省统一印制的继续医学教育任期合格证。

4. 4. 3医院将卫生专业技术人员每年参加继续医学教育的情况记人其个人技术档案。

4. 5考核

4. 5. 1继续医学教育实行考核制度。继续医学教育活动主办单位负责考核并授予相 应学分，卫生专业技术人员所在单位按规定进行学分审核登记。

4.5.2继续医学教育实行学分制。卫生专业技术人员任职期限内学分可以累计计算， 平均每年取得的继续医学教育学分不得低于25分，当年所获学分不得低于 20分。学分的授予与管理应严格执行《继续医学教育学分授予办法》的有关 规定。

4. 5. 3继续医学教育合格作为卫生专业技术人员年度考核合格、技术职务聘任、晋 升和执业再注册的条件之一。

4. 5. 4继续医学教育工作列人科室和主要负责人工作任期目标，作为年终考核和任 期内政绩考核的内容之一。

4. 5. 5继续医学教育考核实行年度验证和任期考核制度。受卫生行政部门委托，医 院负责对卫生专业技术人员进行年度考核验证；卫生专业技术人员任职期满， 由省、市级继续医学教育委员会进行任期考核，合格者发放全省统一印制的 继续医学教育任期合格证书。

4. 5. 6继续医学教育年度考核周期为每年的1月1日至12月31日。继续医学教育任 期考核周期为每年的7月1日至次年的6月30日。

4. 6奖惩

4. 6. 1医院将对在继续医学教育工作中成绩突出的科室和个人给予表彰和奖励。

4.6.2对违反有关规定，继续医学教育开展不力的科室给予通报批评，并追究科室 负责人的责任。

4. 6. 3对在继续医学教育活动中有下列情形之一的卫生技术人员，将视情节分别给 予批评教育、年度考核不合格或缓聘、低聘、解聘卫生技术职务和不准参加 相应技术职务资格考试、不予执业再注册的处理。

4. 6. 3. 1不服从医院继续医学教育工作安排的；

4. 6. 3.2未达到学习目标的基本要求，修业不合格的；

4. 6. 3. 3学习期间违反办学单位的有关规定和制度，造成不良影响的；

4. 6. 3. 4未获得规定学分数的；

1. 6. 3. 5在学分登记、年度和任期考核中弄虚作假的。
2. 附则
3. 1本办法由科研处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

参考文献

1.《山东省继续医学教育实施细则》.山东省继续医学教育委员会.2016年.

继续医学教育项目的申报、审批及举办的有关规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 继续医学教育项目的申报、审批及举办的有关规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 020 — 022 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 科研处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步完善医院的继续医学教育管理工作，加强继续医学教育项目管理。

1. 范围

医院全体卫生专业技术人员。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1继续医学教育项目的申报、审批

4. 1.1继续医学教育项目的种类：国家级继续医学教育项目、省级级继续医学教育 项目、市级继续医学教育项目、院级继续医学教育项目。

4.1.2申报：科室按医院通知要求，每年一次向科研处申报继续医学教育项目。申 报内容包括：项目名称、时间、教学对象、内容方法、考试办法、拟授学分、 主办单位的条件及项目负责人等。

4.1.3评审：科研处将申报项目汇总，组织医院继续医学教育专业委员会进行评审。 评审内容主要有：主办科室的条件及项目负责人的能力；项目的重要性；项 目内容的适宜性，学分的合理性。然后由院继续医学教育委员会审批同意， 上报聊城市卫计委、山东省卫计委、国家卫计委批准后予以实施。

4. 2继续医学教育项目的举办

* 1. 1国家（省）级继续医学教育项目的举办：

1. 1.1凡获准举办的国家（省）级继续医学教育项目，必须按“项目”举办要求 举办，当年项目当年有效，如当年未举办，“项目”自动取消。

4. 2. 1.2“项目”的举办由项目负责人负责。即项目的举办时间、地点、资料编印、 会务、收费、课程安排、教务管理、考试等，均由项目负责人负责。 4.2.1.3开展项目支出费用应与收取费用相平衡，收费标准严格执行上级标准，费 用收支情况由项目负责人所在科室负责记录存档，收取费用由项目负责人 掌握使用，但需符合财务规定。学习班以收定支，超支不补。学分证书管 理费由个人负担。

1. 1.4学习班不组织旅游，不发任何纪念品。要抓好学习班的生活管理，防止食

物中毒，确保学员的安全。

4. 2. 1.5学习班结束时进行考试，一律采取闭卷考试，必要时加试阅片或操作。学 习班结束后，项目负责人认真完成备案材料，交科研处审核后上报卫生厅。

1. 1.6严格学分证的管理。注册参加学习班的学员，交纳有关费用，学习期间不 违犯学习纪律.考试、考核合格者方可发学分证书。学分证书授予由科研 处负责。按省卫计委统一规定的收费标准收取学分证书管理费。对乱发学 习证书者，除上报省卫计委取消该项目外，并免除医院给予的一切奖励。
2. 1.7费用开支标准：
3. 1.7. 1讲课费：本地专家讲课费，国家级：100元/小时；省级：90元/小时;

外地专家讲课费，由项目负责人掌握支付。根据会议收支情况可适当浮 动。

1. 1.7. 2节余经费的处理：学习班节余的部分经费，由科室管理使用，可用于今 后开展继续医学教育项目活动。
2. 1.7. 3如经费超支：由项目负责人与科室主任协商解决。

4.2.1.8医院医务人员参加医院举办的继续医学教育学习班，免收会务费；资料、 学分证书费自理。

4.2.2市内、院内继续医学教育项目的举办：

4.2.2.1凡获准的市内、院内继续医学教育项目，在举办前一周必须将举办‘项目” 的时间、内容、地点等报科研处，便于通知及检查考核。

4.2.2.2认真备课，保证授课质量。学习结束后，项目负责人认真完成项目备案材 料，交科研处审核后上报市卫计委，按《聊城市继续医学教育学分制管理 办法》的规定签发学分证书。

1. 3医院将各级继续医学教育项目申报与批准的数量和执行情况与科室工作质量挂

钩，并作为申报重点特色专科的主要参考条件，同时，作为评选继续医学教育 先进科室的必备条件之一。

1. 附则
2. 1本规定由科研处负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1.《聊城市继续医学教育项目管理办法》.中华医学会.2017年.

篥十三昌  
教芽篇理

教学质量管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 教学质量管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-021-001 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 教育处 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

进一步加强医院教学管理，提高教育教学质量，推进教学质量保障体系的长效机制 建设。

1. 范围

适用于医院教学工作。

1. 定义

3.1教学管理委员会：是在医院的领导下，对医院教学工作进行研究、咨询、指导、 评估、服务的组织机构。

3.2教学秘书：由教研室主任认定，由中级以上职称、工作认真负责的专业技术人 员担任，协助教研室主任做好日常教学工作。

3.3临床教师：指在医院中承担医学类学生理论教学、见习教学、实习带教的医疗 卫生专业技术人员，由医院根据学校相关规定认定，并报学校备案。

3.4主讲教师：是指具有讲师及以上职务或硕士及以上学位的教师，由医院根据学 校相关规定认定，并报学校备案。

1. 5研究生指导教师：指根据学校的遴选条件由医院推荐经学校遴选和资格审核而

确定的能够指导硕士研究生进行临床和科学研究工作的高级专业技术人员。

1. 内容

4.1教学管理委员会制度

1. 1.1教学管理委员会要定期召开工作会议，研究与决策教学工作大事，协调教学

与医疗、科研工作。

4. 1.2教学管理委员会要指导制定医院教学发展规划，并组织实施，定期督查评价。 4. 1.3教学管理委员会要根据医院具体情况指导修订、完善教学相关规章制度，并 监督落实。

4. 1. 4教学管理委员会要指导监督各级教学工作组织职能职责落实情况。

4. 1.5教学管理委员会要指导确定医院教学督导专家组、教研室主任、教学秘书、 教师的聘任、考核、表彰等工作。

4. 1. 6教学管理委员会要督促各教研室进行教学研究，改革创新教学方法。

4. 1. 7教学管理委员会要及时了解和讨论解决教学工作中出现的具体问题。

4. 2教研室制度

4.2.1临床教研室与各科室统一。科主任兼教研室主任统管科内教学工作。教学任 务重的科室，可另设一位教研室副主任专管教学工作。内外妇儿的相关病区 根据需要可设置二级教研室（或教研组）。

4. 2. 2教研室主任应经常对教师进行增强教学意识的教育，对每年担任教学任务的 各级教师慎重选择，严格把关。

4. 2. 3教研室应安排具有主讲教师资格的教师承担理论教学任务，组织对新任课教 师的试讲活动并应注意组织本教研室内的听课和观摩教学等活动。副教授及 以上职称的教师应承担理论授课学时的50%〜60%，讲师应承担理论授课学 时的25%〜30%，助教和研究生培养性讲课学时不超过15%。注意老、中、 青教师的合理配备。任课教师一经确定，不能随意变动。

4. 2. 4见习课带教教师应由有较丰富教学经验及三年以上住院医师担任，各科室带 教教师应相对固定。

4. 2. 5应选派有教学经验的高年主治医师负责实习教学工作，实习带教老师应由具 有一定的理论水平、胜任临床工作、医德作风好、工作认真负责的医生担任。

4. 2. 6教研室每学年应对各级教师教学情况进行小结并上报，包括工作量统计、整 理评教结果、教研室评语等。

4. 2. 7教研室主任要督导教学秘书建立健全教学档案。

4. 2. 8要加强教研室建设，组织集体备课，积极参加教材、参考书及其它教学资料 编写、更新、积累和保管工作。

4. 3教学秘书制度

4.3.1教学秘书由教研室主任认定，由中级以上职称、工作认真负责的专业技术人 员担任，协助教研室主任做好日常教学工作，报教育处备案。

4. 3. 2根据教学大纲及学时分配，协助主任制定教学计划，组织安排任课教师及带 教人员。

4.3.3落实课程授课计划，预先通知授课教师按时备课，并协助组织编写教材讲义 及实习指导等。

4. 3. 4经常收集教师、学生对教学工作的反映和要求，及时向教研室主任及教育处 汇报。

4.3.5负责教学资料的收集、整理和教学用具及资料的保管。

4. 3. 6组织学生的考试、辅导等事宜，及时登记学生考试考查成绩汇总交教育处。

4. 3. 7协助督促检查教师的备课情况，检查教学及带实习质量，随时或定期向教研 室主任汇报。

4. 3. 8协助授课教师做好课堂教学的准备工作。

4. 3. 9密切与教育处联系，及时沟通情况，做好学生的服务、管理和思想政治工作。

4. 4临床教师制度

* 1. 1临床教师的教学活动要遵守《泰山医学院临床教学规范》。

4.4.2要遵守教学纪律，维护教学秩序，不得无故停课、调课。要采用不同方式检 查学生到课与听课情况，制止不良行为。

4. 4. 3要按照教学大纲要求完成教学任务，选用合适教材，注重教学内容更新和理 论联系实际。

4. 4. 4要做好集体备课和个人备课，采用启发式、讨论式、案例式等教学方法，注 重教学互动；要培养和引导学生开展研究性和自主性学习；能够应用多媒体 等现代化教学技术，改善教学效果。

4. 4. 5要进行考试方式方法改革，采取多种方式，客观、公正、综合评定学生成绩。 要参加集体教学研究和实践活动，将科研成果应用于教学。

4. 4. 6要为人师表，学风端正，治学严谨，规范语言、行为和着装；关心学生的健 康成长，培养学生严谨的科学态度。

4. 4. 7要接受各级教学质量检查评估，虚心听取意见，改进教学工作。

4. 5见习带教制度

4. 5.1临床见习带教以床边教学为主，为保证质量，每个见习小组学生不超过12 人。

4.5.2带教教师课前根据教学内容确定见习病种，做好病人思想工作，取得病人配 合。

4. 5. 3带教教师课前填写见习教案，明确本次见习的病例，见习目的，教学内容、 步骤、时间分配，见习重点。

4. 5. 4见习课师生均要遵守教学纪律，不迟到、不早退、不旷课、中途不离开、不 得提前结束见习，对病人要有礼貌，并遵守见习医院的规章制度。

4. 5. 5见习的具体时间、地点要提前通知学生。

4. 6实习带教制度

1. 1要指导实习医师采集病史、体检，并对诊断及处理进行分析讨论，指导开写 医嘱及各种处置。

4. 6. 2指导实习医师书写病历及各种记录，对其所写病历要及时修改审查并签名， 对不合标准者应要求修改后重新抄写。

4.6.3实习医师所写各种记录、各种通知单、申请单等要负责修改审查，然后签名。

4. 6. 4指导实习医师技术操作（包括手术科室手术操作等），严格贯彻操作规程。

4. 6. 5做好实习医师的教学查房、实习讲座、病例讨论工作。

4. 6. 6对实习医师全面考核，包括业务技能、工作态度、思想表现。

4. 6. 7注重医德的培养，以身作则、严格要求，做学生的思想教育工作。

4. 7研究生指导教师制度

4. 7. 1研究生指导教师是研究生培养工作的第一责任人，指导研究生创新研究或从 事实践训练，培养研究生的科学精神、学术道德以及职业操守。

4.7.2要重视研究生的德育工作，引导研究生树立良好的道德风尚。

4. 7. 3认真做好研究生培养工作，制定和实施研究生培养计划。

4. 7. 4督促研究生按培养计划完成学业、课题研究和按时毕业。

4.7.5积极承担学校和学院安排的教学、科研和学科建设工作。

1. 7. 6积极开展研究生教育的研究工作，不断探索研究生培养、管理的新途径、新

方法，及时总结经验和改进研究生的培养工作，探索自身特色的研究生培养 模式。

1. 附则
2. 1本制度由教育处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。原教学质量管理制度同时废止。

参考文献

1. 《普通高等医学教育临床教学基地管理暂行规定》教高〔1992〕8号.
2. 《医学教育临床实践管理暂行规定》卫科教发〔2008〕45号.
3. 《山东省普通高等医学院校临床教学基地管理办法》鲁卫科教国合发〔2013〕2号.
4. 《泰山医学院临床教学规范》.2012. 04.
5. 《山东省高等医学院校临床教学基地水平评估指标体系与标准（修订）》.2013. 3.
6. 《泰山医学院研究生导师工作条例》.2014. 05.

教学质量监控制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 教学质量监控制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 021 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 教育处 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

保证教学质量，促进教师不断更新所授知识，实现系统、高效的现代化教学，提高 在学学生的理论知识、实践技能和职业道德水平。

1. 范围

适用于医院教学质量监控工作。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1总则

4. 1. 1教学质量监控覆盖理论授课、临床见习和毕业实习等全过程各环节。

4. 1.2教学质量监控由主管教学院领导、教学职能部门、教研室负责人、教学督导 专家和学生信息员进行。

4. 2理论课（含见习课）教学质量监控

4. 2. 1教研室在每学期中应做好集体备课和检查性听课工作。

4. 2. 2新上理论课的教师应在教研室试讲，通过后方能正式担任理论课教学任务。

4. 2. 3主管教学院领导、教学职能部门和教研室负责人每学期听课至少1次。

4. 2. 4教学督导专家每学期听课至少2次，进行教学质量测评，对医院教学工作进 行督促、检查、评估和指导。

4. 2. 5每期学生信息员不少于20人，认真完成对每位授课教师教学质量的评价。

4.2. 6教学职能部门每学期至少召开一次见习学生座谈会，听取学生对见习教学工 作的意见和建议；对教学检查和质量考核情况及时汇总分析，并将结果和整 改要求反馈教研室、责任部门及教师，持续教学质量改进。

4.3实习教学质量监控

4. 3. 1教学职能部门根据学校实习大纲要求排出实习轮转表，发放给各实习带教科 室。

4. 3. 2实习带教科室在科教学主任指导下落实本病区实习教学任务，给每位实习医 师指定带教老师，督促实习带教教师做好对实习医师的带教工作。

4. 3. 3实习带教科室按《泰山医学院临床教学规范》组织教学查房、实习讲座、病

例讨论、技能操作和出科考试。

4. 3. 4主管教学院领导、教学职能部门和教研室负责人每学期参加实习带教活动至 少1次。

4. 3. 5教学督导专家每学期参加实习带教活动至少2次，进行教学质量测评，对医 院教学工作进行督促、检查、评估和指导。

4. 3. 6实习小组记录各病区实习教学活动开展情况。

4. 3. 7每次轮转结束后，实习学生对带教老师和带教科室进行评价，并对实习教学 提出改进意见。

4. 3. 8教学职能部门收集学生实习教学活动记录、病历、出科考核记录；每学期至 少召开一次实习学生座谈会，听取学生对实习教学工作的意见和建议；对教 学检查和质量考核情况及时汇总分析，并将结果和整改要求反馈教研室、责 任部门及教师，持续教学质量改进。

1. 4试卷分析

教研室每学期对期终考试试卷与成绩要作分析，仔细研究分析结果，不断提高

试卷的质量，改进教与学。对于一些难度过高、区分度过低的题目，应予删除。

试卷分析报告一份存教研室、一份报科教处。

1. 附则
2. 1本制度由教育处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。原教学质量监督制度同时废止。

参考文献

1. 《普通高等医学教育临床教学基地管理暂行规定》教高〔1992〕8号.
2. 《医学教育临床实践管理暂行规定》卫科教发〔2008〕45号.
3. 《山东省普通高等医学院校临床教学基地管理办法》鲁卫科教国合发〔2013〕2号.
4. 《泰山医学院临床教学规范》.2012. 04.
5. 《山东省高等医学院校临床教学基地水平评估指标体系与标准（修订）》.2013. 3.

实习学生管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 实习学生管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 021 - 003 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 教育处 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

规范医院实习学生管理，保证实习安全和圆满完成实习教学计划。

1. 范围

适用于全体实习学生。

1. 定义

3.1实习学生：指具有注册学籍的在校医学类专业学生，在带教教师指导下参与医 疗活动，实现学习目的。

3.2带教教师：指经医院和相关院校核准，承担实习教学和人才培养任务的专业技 术人员。

1. 内容

4.1实习学生要严格遵守国家、学校、医院的各种法律、法规和规章制度。要严格 履行职责，对工作认真负责，严防医疗差错和事故的发生。实习学生如发生违 纪、差错、事故等，应认真检查，视情节轻重，按相关规定给与批评教育或相 应处分。

4.2实习学生应当加强自我管理、自我服务、自我教育和自我监督。每个实习队的 实习队长、实习组长和宿舍舍长组成实习队的队委会，负责实习队的自我管理 以及与医院教学管理部门的联络，为实习学生提供必要服务。

4.3实习学生应当树立安全风险防范和自我保护意识，保障自身合法权益。

4.4实习学生不得有酗酒、打架斗殴、赌博、吸毒，传播、复制、贩卖非法书刊和 音像制品等违法行为；不得参与非法传销和进行邪教、封建迷信活动；不得从 事或者参与有损大学生形象、有悖社会公序良俗的活动。发现学生在院内有违 法行为或者严重精神疾病可能对他人造成伤害的，将依法采取或者协助有关部 门采取必要措施。

1. 5实习学生在临床带教教师的监督、指导下，可以接触观察患者、询问患者病史、 检查患者体征、查阅患者有关资料、参与分析讨论患者病情、书写病历及住院 患者病程记录、填写各类检查和处置单、医嘱和处方，对患者实施有关诊疗操

作、参加有关的手术。

4.6实习学生参与医学教育临床诊疗活动必须由临床带教教师或指导医师监督、指 导，不得独自为患者提供临床诊疗服务。临床实践过程中产生的有关诊疗的文 字材料必须经临床带教教师或指导医师审核签名后才能作为正式医疗文件。

4. 7实习学生在医学教育临床实践活动中应当尊重患者的知情同意权和隐私权，不 得损害患者的合法权益。

4.8实习学生在临床带教教师和指导医师指导下参与医学教育临床实践活动，不承 担医疗事故或医疗纠纷责任。实习学生未经临床带教教师或指导医师同意，擅 自开展临床诊疗活动的，承担相应的责任。

4. 9实习学生要加强组织纪律性，服从实习科室和带教老师的安排。按规定的时间 上下班，如遇急诊、抢救或医疗工作需要时应继续工作，在完成任务后方能离 开。

4. 10实习学生要严格执行请假制度。确需请假者，一天之内，须经带教老师批准； 三天之内，本人申请（病假有医院证明）须经带教老师和科主任提出意见，报 医院教育处批准并备案；三天以上者，须经医院教育处提出意见报学校相关部 门批准并备案。请假期满，要求续假者，应持有关证明申请续假，未经批准， 须按时返回实习岗位，否则以旷课论处。终止实习和变更实习单位者，需要由 学校向医院提出告知书，学生本人和家长要在相关文书上亲笔签字。凡旷课， 不论时间长短，首先写出书面检查。被发现旷课一天，班内（队内）通报批 评；旷课两天建议学校给予警告处分；旷课三天建议学校给予严重警告处分; 旷课五天以上或者发生第二次旷课者，停止实习退回原学校。

4. 11实习学生要按时向教育处提交毕业实习出科考核记录表或实习学生情况报表。

4. 12实习学生要按要求认真填写实习手册，不能涂改或撕毁，在各科实习结束前将 表交带教老师，由带教老师和科主任根据实习情况填写评分。

4.13实习学生应尊重教师和医护人员。搞好团结，虚心向医护人员学习，并为提高 医护质量积极努力。

4. 14实习学生应服从医院和科室制定的实习轮转计划，病床分配、值班、手术或特 殊检查须服从上级医师或护士长的统一安排，不能无理要求和自行其事。

4.15在医院学生公寓住宿的实习学生，要严格执行宿舍管理制度。自己安排住宿的 学生要经家长同意，并报学校或医院相关部门备案。

1. 16要有高度的安全意识并注意防范。因违反国家、学校、医院相关法律、法规和

规章制度以及由于自身原因造成的各种伤害后果自负。

1. 附则
2. 1本规定由教育处负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。原实习生管理办法同时废止。

**参考文献**

1. 《普通高等学校学生管理规定》中华人民共和国教育部令第41号.
2. 《医学教育临床实践管理暂行规定》卫科教发〔2008〕45号.

在学研究生管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 在学研究生管理办法 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 021 - 004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 教育处 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

规范医院在学研究生管理，保证临床工作的安全和圆满完成教学计划。

1. 范围

适用于全体在学研究生。

1. 定义

3.1在学研究生：指具有注册学籍的在校医学类专业研究生，在研究生指导教师和 临床指导老师指导下参与医疗和科学研究活动，实现学习目的。

3.2研究生指导教师：指根据学校的遴选条件由医院推荐经学校遴选和资格审核而 确定的能够指导硕士研究生进行临床和科学研究工作的高级专业技术人员。

3.3临床指导老师：指承担在学研究生临床工作指导任务的高级专业技术人员。

1. 内容

4.1在学研究生要严格遵守国家、学校、医院的各种法律、法规和规章制度。要严 格履行职责，对工作认真负责，严防医疗差错和事故的发生。要积极参加医院 及科室的业务学习和学术活动，因故不能参加者，必须请假，未经批准擅自缺 席者，以旷课论处。在学研究生如发生违纪、差错、事故等，应认真检查，视 情节轻重，按相关规定给与批评教育或相应处分。

4.2在学研究生应当加强自我管理、自我服务、自我教育和自我监督。每个研究生 队的队长、副队长和宿舍舍长组成研究生队的队委会，负责研究生队的自我管 理以及与医院教学管理部门的联络，为在学研究生提供必要服务。

4.3在学研究生应当树立安全风险防范和自我保护意识，保障自身合法权益。

4. 4在学研究生不得有酗酒、打架斗殴、赌博、吸毒，传播、复制、贩卖非法书刊 和首像制品等违法行为；不得参与非法传销和进行邪教、封建迷fg活动；不得 从事或者参与有损大学生形象、有悖社会公序良俗的活动。发现学生在院内有 违法行为或者严重精神疾病可能对他人造成伤害的，将依法采取或者协助有关 部门采取必要措施。

4.5临床医学硕士专业学位研究生，同时也是参加住院医师规范化培训的住院医师， 其临床培养按照国家统一制定的住院医师规范化培训要求进行。要服从医院规 培办的相关规定和管理。在轮转科室进行临床实践过程中，由所在科主任、指 导老师和导师共同管理，要严格按照国家住院医师规范化培训要求进行轮转， 无特殊情况不得变更轮转科室。

4.6未取得执业医师资格的在学研究生的临床实践活动应在指导医师的监督、指导 下从事临床诊疗活动，在实践中提高临床服务能力。

4.7在学研究生在医学教育临床实践活动中应当尊重患者的知情同意权和隐私权， 不得损害患者的合法权益。

4.8在学研究生在指导医师指导下参与医学教育临床实践活动，不承担医疗事故或 医疗纠纷责任。在学研究生未经指导医师同意，擅自开展临床诊疗活动的，承 担相应的责任。

4. 9在学研究生要加强组织纪律性，服从临床科室和指导老师的安排。按规定的时 间上下班，如遇急诊、抢救或医疗工作需要时应继续工作，在完成任务后方能 离开。

4. 10在学研究生外出必须严格执行请假制度。三日内（含三日）假期由导师批示， 一周以内（含一周）假期需经导师、教育处和规培办同意，一周以上需导师、 教育处和规培办同意后报学校管理部门审批通过后方可。

4.11在学研究生应尊重教师和医护人员。搞好团结，虚心向医护人员学习，并为提 高医护质量积极努力。

4. 12在医院学生公寓住宿的在学研究生，要严格执行宿舍管理制度。自己安排住宿 的学生要经家长同意，并报学校或医院相关部门备案。

1. 13要有高度的安全意识并注意防范。因违反国家、学校、医院相关法律、法规和

规章制度以及由于自身原因造成的各种伤害后果自负。

5.附则

1. 1本办法由教育处负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。原在院研究生管理办法同时废止。

**参考文献**

1. 《普通高等学校学生管理规定》中华人民共和国教育部令第41号.
2. 《医学教育临床实践管理暂行规定》卫科教发〔2008〕45号.
3. 《教育部等六部门关于医教协同深化临床医学人才培养改革的意见》教研[2014] 2

号.

教学区管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 教学区管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 021 - 005 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 教育处 | 版本号 | 2017-08-001 |

1. 目的

规范教学区管理，保障学生安全。

1. 范围

适用于在教学区学习和居住的全体在学学生。

1. 定义

3.1教学区：指供医学院校公派在医院见习、实习、临床实践或科学研究的学生学 习和居住的区域。

3.2在学学生：指具有注册学籍的在校医学类专业学生，由学校公派医院进行学习、 临床实践或科学研究。

1. 内容

4.1教学区由教育处管理。由教育处统一安排宿舍、床位和学习的位置，未经教育 处同意不能私自调换上述位置。要服从教学区教师的管理。自己的位置不能私 自提供给他人。不得在教学区会客，不得留外来人员住宿。有事不住宿的话要 请假，不得夜不归宿，如果退住或暂时退住应及时给教育处提交家长同意书。 对夜不归宿、经教育不改正者，停止实习、交回学校。

4.2人住教学区后，需办理门禁卡，交公物丢失和损坏押金。退宿时，将门禁卡、 宿舍钥匙交还教育处，无公物丢失和损坏退回全部押金；不交门禁卡、钥匙以 及公物有丢失和损坏时，从押金中扣除相关费用，押金不足时，补足为止。

1. 3要维护好教学区卫生，室内物品摆放整齐。室内垃圾自觉提到室外垃圾箱内或 指定地点。不要将垃圾等杂物投人下水道、厕所或抛出窗外。不要在教学区各 出口和楼道堆放杂物、摆放桌凳，保障通道畅通。在教学区各出口和楼道堆放 杂物、摆放桌凳者将一律没收，不服管理者立即停止实习、交回学校。

4.4要爱护公共设施和公共财物，保护地面，节约水电，不在墙壁和桌面上乱贴乱 画。

4. 5要有高度的安全意识，注意防火、防电、防盗，注意人身财物安全。禁止向教 学区内携带易燃、易爆、有毒等危险品。禁止在教学区内吸烟、酗酒。禁止在 教学区内燃烧纸屑等物品，禁止点酒精灯、蜡烛和易燃物品。禁止在教学区内 私拉乱接电线和使用高功率电器，禁止煮饭、用电炉电热器等。禁止在教学区 内饲养小动物。要做到人走灯灭、风扇停。贵重物品、钱物、钥匙等要妥善保 管，不急用现金要及时存入银行。离开宿舍和教室要及时锁门窗。发生火灾和 丢失钱物及时报警。凡违反以上禁止内容者立即停止实习、交回学校。

4.6同学间要相互团结、相互关心、相互爱护、相互帮助。保持教学区安静，不要 大声喧哗、大声念书，不要影响他人的休息和学习。

4. 7患传染病时，要遵照医生诊断，按指定地点住宿或请假回家休息。

4. 8教学区大门早晨6: 00开放，晚上10: 30关闭。自习室每人安排固定的桌椅， 不要串位。自习室下午5: 00开放，早晨7: 50关闭，周六、周日和学校规定 考研假日全天开放，一经发现自习室在非开放时间被打开时，则立即封闭自习 室，一定时期内禁止再使用。

4. 9每宿舍设舍长1人，负责管理本宿舍的一切生活事务。宿舍实行轮流值班制， 由舍长安排值班表，值班表提交教育处备案。值班人员负责宿舍纪律、卫生、 物品完整及消防安全。发现夜不归宿者及其他问题时要及时告知宿舍管理老师。

1. 10因违反上述管理制度以及国家、学校相关法律法规和规章制度以及由于自身原

因造成的各种损失和伤害后果自负。

5.附则

1. 1本制度由教育处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

**参考文献**

1. 《普通高等学校学生管理规定》中华人民共和国教育部令第41号.
2. 《泰山医学院学生管理规定》泰医办字[2006] 4号.

篥十四昌  
财经篇理

财务工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 财务工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—025 - 001 | 总页数 | 13 |
| 制定部门 | 财务科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

认真贯彻执行国家的财经方针、政策、法律制度，加强医院财务监督，维护财经纪

律。

1. 范围

适用于财务科、收费处、住院处、信息科、药品采购科、医疗设备处等相关科室财

务人员。

1. 定义

财务工作制度指依据国家相关法律制度制定的与医院财务管理相关的法规与制度，

包括对财务人员、财务科室以及财务内部控制要求等一些列规章制度总称。

1. 内容
2. 1财务科工作制度

4. 1.1认真贯彻执行国家的财经方针、政策、法律制度及医院制定的各项财务制度， 加强财务监督，维护财经纪律，拒办一切违法违纪事项。

4. 1.2建立健全财务人员岗位责任制，切实做到事事有人管，人人有专责，即明确 分工，又密切协作，在院长和上级主管部门的领导下，做好医院的会计核算 和财务管理工作。

4. 1.3认真编制并严格执行医院预、决算，遵守国家规定的费用开支范围和开支标 准，分清资金渠道合理组织收人，严格控制支出，确保年终收支预算的完成。 做好医院会计核算的基础工作，对医院发生的各项经济业务，必须按权责发 生制的要求，门诊、住院病人当日发生的费用，当日人账，当日结算，及时 报账。遵守国家的物价政策，严格执行收费标准，应收不漏，合理收费。

4. 1. 4严格执行国家规定的开支标准和开支范围，按照批准的预算和计划所规定的 用途，建立健全支出管理制度和手续，提高资金使用效果。

4. 1.5购置大型、贵重仪器设备和安排大型修繕项目，要事先进行可行性论证和评 议，并提出可行性方案，报请领导审批后，方可购置和实施。

4.1.6在院长统一领导下，各项支出由财务科统一安排和掌握使用。批准的预算， 有关职能部门要按制度规定和金额标准实施，财务科实行指标控制。

4. 1.7各职能科室预算内开支，要提出使用计划，由财务科审核后执行。超预算或

计划外开支，有关科室要提出书面报告，交财务科审核，由院长批准后执行。

4.1.8固定资产实行财务科负责总账；主管部门专人负责明细账；使用科室有卡片 的三级账卡制度。

4.1.9低值易耗品实行“定额管理，定期核销，科室核算”的管理办法，根据各科 室的实际消耗情况，核定消耗定额，按定额以旧换新。

4. 1.10药品实行“金额管理，数量统计，实耗实销”的管理办法，合理核定药库和 药房储备资金定额。

4. 1.11卫生材料和其他材料按照“计划采购，定量定额供应”的办法管理。科室和 个人不得以任何理由擅自购买。

4.1.12专项资金的管理，遵循“先提后用，量入为出，专款专用”的原则，按照规 定的用途和开支范围以及开支标准办理。

4.1.13凡购买国家规定的专控商品，必须经领导批准，按规定的程序办理专控手 续，方可购买。

4. 1.14凡固定资产、其他材料、药品、卫生材料等财产物资的购买，必须由各仓库 根据库存和需要的数量编制购置计划由专人采购。任何人不得以任何借口以 购列支。

4. 1. 15本制度未尽事宜按上级有关制度规定执行。

4. 2财务科会计人员岗位责任制度

4. 2.1为了有利于加强会计管理，改进工作作风、提高工作效率，以及有利于分清 职责、严明纪律，考核干部的要求，建立会计人员岗位责任制度。

4. 2. 2人人从实际出发，严格执行财务制度，做到事事有人管，人人有专责，办事 有原则，工作有检查，保证会计工作有秩序地进行。

4. 2. 3会计人员岗位责任制要同医院的经济责任制结合起来。一则定权，责权明确， 严格考核，有奖有惩。

4.2.4各个岗位的会计人员在明确分工的前提下，要从整体出发，发扬互助协作精 神，紧密配合，共同做好会计工作。

4. 2. 5会计岗位设立：会计主管、稽查、出纳、资产物资核算、工资核算、成本费 用核算、收人核算、资金核算、往来核算、总账报表等。这些岗位，可一人 一岗，也可一人多岗或一岗多人。但出纳人员不得兼管收人、债权、债务帐 薄的登记工作以及稽核工作和会计档案保管工作。

4. 3流动资产管理制度

4.3. 1流动资产是指可以在一年内（含一年）变现或者耗用的资产。医院的流动资 产包括货币资金、应收款项、预付款项、存货等。

4. 3. 2货币资金包括现金、银行存款、零余额账户用款额度等。医院要严格遵守国 家有关规定，建立健全货币资金管理制度。

4. 3. 3应收及预付款项是指医院在开展业务活动和其他活动过程中形成的各项债权， 包括应收医疗款、预付账款、财政应返还资金和其他应收款等。医院对应收

及预付款项要加强管理，定期分析、及时清理。年度终了，医院采用余额百 分比法计提坏账准备。累计计提的坏账准备不能超过年末应收医疗款和其他 应收款科目余额的2% — 4%。确认无法收回的应收医疗款和其他应收款可作 为坏账损失处理。坏账损失经过清查，按照国有资产管理的有关规定报批后， 在坏账准备中冲销。收回已经核销的坏账，增加坏账准备。

4. 3. 4存货是指医院为开展医疗服务及其他活动而储存的低值易耗品、卫生材料、 药品、其他材料等物资。购入的物资按实际购人价计价，自制的物资按制造 过程中的实际支出计价，盘盈的物资按同类品种价格计价。存货要按照“计 划采购、定额定量供应”的办法进行管理。合理确定储备定额，定期进行盘 点，年终必须进行全面盘点清查，保证账实相符。对于盘盈、盘亏、变质、 毁损等情况，及时查明原因，根据管理权限报经批准后及时进行处理。低值 易耗品实物管理采取“定量配置、以旧换新”等管理办法。物资管理部门建 立辅助明细账，对各类物资进行数量、金额管理，反映低值易耗品分布、使 用以及消耗情况。低值易耗品领用实行一次性摊销，个别价值较高或领用报 废相对集中的采用五五摊销法。低值易耗品报废收回的残余价值，按照国有 资产管理有关规定处理。医院建立健全了自制药品、材料管理制度，按类别、 品种进行成本核算。自制药品、材料按成本价人库。

4. 4内部稽核制度

4.4.1严格遵守党和国家的路线、方针、政策、法规和制度，维护财经纪律，保护 国家财产。

4. 4. 2在会计机构内部指定专职稽核人员，对会计资料及其所反映的经济活动进行 查对审核。稽核要以会计制度为准则，以会计凭证为依据。

4. 4. 3稽核范围包括对会计凭证、账薄、报表及其他会计资料的检查监督。

4. 4. 4对年、季度财务预算（计划）要进行事前审核事后复核的有：原始凭证是否 真实合法，内容是否完整，编制是否正确和手续是否完备；账薄记录的经济 业务是否合法、正确、账证、账账、账物、账表是否相符；报表要以所列指 标为依据，审查报表数字与账薄数字是否一致，审核表内项目之间、表与表 之间、本期报表与上期报表之间是否相互衔接，勾稽关系是否正确，报表编 制是否符合要求。

4.4.5稽核人员要对审核过的凭证、账薄、报表负责，并在审后逐一签章，同时按 照会计制度规定出纳人员不得兼管稽核工作。

4.4.6经过审核一经发现问题者要及时提出处理意见并要求限期改进，有屡劝不改 者，要追究责任。

4. 5现金票证管理制度

* 1. 1严格执行国家规定的《现金管理暂行条例》及其他有关规定，严格遵守财经 纪律，保证现金的正常运用，严禁利用现金进行违纪活动。

4. 5. 2结算起点1000元以下的零星开支。

4. 5. 3任何部门和个人不得利用外单位支票套取现金或现金兑换支票，严防违法、 违反财经纪律的套购等活动。

4. 5. 4各部门因公借款时，必须填写借款单，凡外出人员回医院按规定报销时，出 纳人员应遵循“前款不清，后款不借”的原则。

4. 5. 5不准以白条抵充库存，现金收支要日清月结，不得跨月处理帐务，下午下班 前半小时与实际库存现金相核对，如发现差错及时查找原因，予以纠正。

4.5.6因玩忽职守，无视规章制度而发生被盗、被抢、丢失等事故者，应赔偿损失， 造成重大损失者，要追究刑事责任。

4. 6固定资产管理制度

4.6.1固定资产标准范围：固定资产是指单位价值在1000元及以上（其中：专业设 备单位价值在1500元及以上），使用期限在一年以上（不含一年），并在使用 过程中基本保持原有物质形态的资产。单位价值虽未达到规定标准，但耐用 时间在一年以上（不含一年）的大批同类物资，应作为固定资产管理。

4. 6.2医院固定资产实行归口（即后勤服务中心、设备科、信息科）管理，分级负 责，责任到人的管理机制。财务科设固定资产总账，密切配合管理部门定期 或不定期清点实物，核对帐目，做到账实相符，账账相符，防止闲置、损坏、 被盗等情况的发生。

4.6.3固定资产应归类管理：房屋及建筑物类、其他设备类归后勤服务中心管理; 一般设备归信息科管理；专用仪器设备类归设备科管理；图书类归信息科管 理。

4. 6. 4管理科室对各种固定资产要加强管理，建立明细账、卡，严格执行采购、验 收、出入库、调拨、变价、报损、报废等手续，对捐赠、调入或加工自制设 备，办理入库、登记等手续，及时登记固定资产总账和明细账。

4.6.5各科需增加家具、仪器设备时，均须报请归口管理科室审批后，经院长批准 后方可购置。

4.6.6凡属固定资产的调拨或作价处理时，均须报请院长审批后，依次报请主管局、 国有资产管理局分别批准，然后根据批文分别调整明细帐、总帐。

4. 6. 7在用的各种固定资产，不准随便变动，如因工作需要，在科室之间进行调配 时，须经有关部门办理过户手续，对科室管理的设备资产使用效益不好的， 管理部门应及时调整，防止闲置浪费。

4. 6. 8管理部门对所属固定资产每年进行一次全面彻底清查核对，发现问题及时查 明原因，提出处理意见按报批手续经院长批准后方可进行调整，如需追究责 任者，按有关制度规定处理。

4. 6. 9建立固定资产管理档案、房屋及建筑物的地质资料、设计、施工及竣工图纸、 决算书、电器、水电、卫、暖安装线路等有关资料，应归档保存；大型、贵 重、精密仪器等参照《仪器设备档案管理制度》执行。

* 1. 10固定资产管理和使用应纳人科室工作的重要内容，做到专人管理使用，保管 维护责任到人。对玩忽职守，违反操作规程造成财产损失的人员，责任人员 及科室必须写出书面报告，根据情节按有关规定处理，对隐瞒不报者，应加 重处罚。

4. 7医疗收费制度

4. 7.1收费人员必须细心负责，态度要热情和蔼，准确掌握各种收费标准，减少排 队。

4. 7. 2交付现金要唱收、唱付，当面点清，准确打印收据，留有存根和备查。对医 疗保险记账，要严格执行国家的有关规定。如记账单有涂改、伪造、冒名顶 替等不符合规定者不予记账。

4. 7. 3病员出院，住院处根据病房的出院通知单结算、收费或记账。

4.7.4病员住院期间，住院处配合物价员，清理欠费，以免造成呆账。

4.7.5收费人员要严格执行收费制度，严防多收、少收、漏收现象的发生。

4. 8审批制度

4. 8.1借款：凡因公借款须经所在科室主任批准后，5000元以下由所在职能科室科 负责人批准；5000元以上由分管院长审批，万元以上由院长审批。

4.8.2药品的购进，按招标合同和采购计划入库、挂账。由药品科负责人和分管院 长签字，财务科审核后付款。

4. 8. 3器械材料：由使用业务科室主任核准后，经设备处负责人签字，分管领导签 字，万元以上由院长审批后付款。

4. 8. 4设备购置：经院办公会审议通过后，发票经设备处负责人、分管院长及院长 签字，附固定资产审批单招标办公室签章后付款（合同由设备科留存备查）。

4. 8. 5基建、维修：经院办公会审议通过后，根据合同计划，由基建科或后勤服务 中心负责人签字，分管院长签字、院长审批后付款。

4.8.6差旅费、学习费、夜餐费等项开支经主管科室批准，分管院长签字，院长签 字后报销。

4. 9会计监督规定

4. 9.1会计人员依据国家的财经政策、会计法规，利用会计所提供的会计信息对本 单位的经济活动进行会计监督。

4.9.2对原始凭证进行审核和监督，对不真实不合法的原始凭证不予受理。对弄虚 作假、严重违法的原始凭证在不予受理的同时，应予以扣留，并及时向院领 导报告，请求查明原因，追究当事人的责任。对记载不准确、不完整的原始 凭证，予以退回，要求经办人员更正补充。

4. 9. 3对伪造、编造、故意毁灭会计账薄或者账外账行为，应当制止和纠正；制止 和纠正无效的应当向上级领导报告；请示做出处理。

4. 9. 4对财务收支进行监督（1)对审批手续不全的财务收支应当退回。（2)对违反 规定不纳人单位统一会计核算的财务收支，应当制止和纠正。（3)对违反国 家统一的财政、财务、会计制度的收支不予受理，并应当制止和纠正，制止

无效的应当向院领导提出书面意见请示处理。

4. 9. 5对违反医院内部会计管理制度的经济活动，应当制止和纠正，制止和纠正无 效的，向院领导报告，请求处理。

4. 9. 6对医院制定的预算、财务计划的执行情况进行监督。

4.9.7医院必须按规定接受财政、税收、审计等机关的监督检查，并如实地提供会 计凭证，账薄、报表等会计资料，不得拒绝、隐瞒、谎报。

4. 10财务科会计档案管理制度

4. 10.1会计档案是指会计凭证、会计账薄、会计报表、财务预算、计划和重要的经 济合同等会计核算专业资料，包括通过计算机等电子设备形成、传输和存储 的电子会计档案。它是记录和反映经济业务的重要史料和证据。档案管理人 员要定期整理立卷或装订成册。当年会计档案在会计年度终了后，暂由财务 科保管。需移交时，由财务科编制清册移交医院信息科保管，不得自行封包 保存。

4. 10. 2档案部门接受保管的会计档案，原则上应当保持原卷册的封装，个别需要拆 封重新整理的，应会同原财务部门和经办人共同拆封整理，以分清责任。

4. 10. 3财务科应协助档案部门进行科学管理，做到妥善保管，存放有序，查找方 便。同时，严格执行安全和保密制度，不得随意堆放，严防损毁、散失和泄 密。

4. 10. 4会计档案的调阅要严格办理手续，本单位内部应由会计主管人员批准；外单 位调阅要有介绍信，经单位领导及财务科负责人批准后，在档案室内查阅， 会计原件不得借出，并做好查阅记录。

4.10.5各种会计档案的保管时间，从会计年度终了后的第一天算起。分为永久、定 期两种。定期保管期限为10年、30年。

4. 10. 6会计档案保管期满，需要销毁时由档案室提出意见，会同财务科共同鉴定， 严格审查，编造会计档案销毁清册。销毁时，应由档案部门和财务科共同派 员监销，并在销毁时，在销毁清册上签名盖章，并将销毁情况报告单位领 导。

4. 11财务分析制度

4. 11. 1财务分析必须每季度进行分析，每半年和年终进行全面分析。

4. 11. 2财务分析的内容和方法按照现行的会计制度和要求执行。

4.11.3财务分析必须与上年同期完成情况、本年计划和实际情况进行对比分析。

4. 11. 4财务分析的有关数据计算和核实到每个项目环节，必要时进行单项分析。

4. 11. 5财务分析必须在每季、半年和年终终了后十五天内完成，并做到内容真实完 整、准确。

4. 11. 6要充分发挥财务分析的作用，为院领导决策当好参谋，要简明扼要，阐述要 准确，提出建议要合理，经科长审阅后上报院长。

4. 12业务外收人管理制度

4.12.1凡集体或个人因公对外交往（包括基建投标、采购药品，家具、物质、印 刷、征订书刊等）所得的回扣费、好处费等收人，一律上交医院，按医院规 定的提成比例分配。

4. 12. 2变卖医院的各种废旧物品收入（包括废器械、废电机、废钢铁、旧报刊杂 志、包装品、旧金属制品）不得私分，一律交财务，按院里有关规定处理。

4.12.3凡变卖固定资产，必须由主管科室写出报告、查明原值和评估残值价格，经 分管院长、院长批准后，报市卫计委和市财政局批准后方可处理。所得收人 一律上交医院，由财务科和主管科室做固定资产的帐务处理。

4.12.4任何科室不得自定各种罚款规定，不得私自印刷和购买各种收据，不得私自 收取现金，按规定收取的罚款和赔偿费应全部上交财务科，按院里有关规定 处理，违者按违纪追究科室负责人的责任。

4.12.5图书资料及病历复印收入，均应上交财务科管理。

4.12.6各种技术咨询、技术服务、技术培训、办班等各项收入一律上交医院，不得 委托外单位和借用外单位的发票，否则按违纪追究有关领导和当事人的责 任。

4. 12. 7没有院里的统一规定，没有财务科委托交办的收款事项，任何单位和个人不 得收取现金，违者按医院规定处罚。

4.13低值易耗品管理规定

4. 13.1凡不够固定资产标准，又不属材料范围的用具设备（医用设备单位在1500 元以下，通用设备单价在1000元以下，使用年限不够一年的，均属低值易 耗品范围。但单价在300元以上的大批固定资产例外）。例如，低值仪器、 仪表、工具、玻璃器皿、一般用具、脸盆、暖瓶、独立使用的原件、配件等 均属低值易耗品。

4. 13. 2后勤服务中心、设备科根据各科室低值易耗品实际消耗的统计分析资料，并 结合当年医院经费可能和库存情况，在充分调查研究的基础上，估出采购计 划，报院领导审批后购买，年度内各月份低值易耗品的购置，可在批准的年 度预算内组织采购，并于每月底报下月采购用款计划（低值易耗品和卫生材 料等），由财务科掌握开支。

4. 13. 3低值易耗品人库前，必须及时认真组织验收，办理人库手续。验收时必须注 意质量的检查，发现问题应立即根据有关规定向供货或运输单位提出索赔或 退、换、补等手续。

4. 13. 4库存低值易耗品的管理应科学化、规范化、做到存放有序，零整分开。账物 对号，固定存放，便于收发和检查，严防损坏、变质、丢失。

4. 13. 5严格领、退手续，在用低值易耗品，应设立登记薄，专人保管。使用损耗 后，及时办理手续，以旧换新。

4. 13. 6建立清查盘点制度，坚持日清、月结、季盘点。盘点内容一般包括发放有无 差错，帐物是否相符，物品有无变质，损坏等情况。

4.13.7清查盘点发现多年不用的积压、呆滞低值易耗品，应按有关规定，积极进行 改造利用、变价出售和调剂处理，使用部门对于领后多年不用的低值易耗品 应办理退回手续。

4. 13. 8建立对账制度。仓库与财务科应做到账账相符。仓库保管应做到账、卡、物 相符。

4. 13. 9对管理不善造成财产丢失、损坏、浪费的部门或个人，按院里有关规定进行 处罚。

4. 14财务科报废、赔偿制度

4. 14.1报废制度：凡医疗器械因使用过长，自然老化不能修复，因技术落后，无使 用价值，损坏后无修理价值的，可按规定办理报废手续；需报废的医疗器 械，必须经维修部门和设备科管理部门进行鉴定，出具证明方可报废；大型 仪器设备报废时，由使用科室写出该仪器设备使用后的效益情况的书面报 告，由设备科组织有关人员鉴定作出评价，然后上报院长批准，方可办理报 废手续；报废时由使用科室填写报废单，一式两份，随同物品一起送交设备 科，办理报废手续。如因责任事故造成仪器设备报废时，还应追究科室和当 事人的责任。

4. 14. 2赔偿制度：由于管理不善造成低值易耗品丢失、损坏按原价赔偿，工作中不 慎损坏的低值易耗品，按其原价的百分之五十赔偿；由于工作责任心不强， 不按要求操作造成仪器设备损坏价值千元以上者，按百分之十赔偿，千元以 下者按百分之三十至百分之五十赔偿，万元以上者酌情研究赔偿。丢失者按 原价赔偿。仪器设备损坏后，非专职维修人员擅自拆卸致使损坏加重时，均 按本条规定处理；故意损坏低值易耗品，应按原价赔偿，仪器设备的赔偿价 格按其使用年限折旧后确定；各类物品发生损坏后，应及时报告有关部门， 对隐情不报者加倍处罚。

4. 15财务网络及设备管理制度

4. 15. 1在科长领导下，保质保量完成微机记账及工资核算任务。

4.15.2加强设备管理，定期对设备进行保养，每日进行卫生清洁工作，保持室内安 静，严禁喧哗、嬉闹、闲谈等，确保机器的正常运转。

4. 15. 3微机记账设密码操作制度，外出要锁机，非工作人员不得随便开机。

4. 15. 4操作人员离开微机时，应退出系统或进行系统锁定，操作人员对自己名下的 操作负完全责任。

4. 15. 5采取各种措施来保护网上数据的安全性。

4. 15. 6上机操作要规范，不准带外来程序及游戏盘上机操作，不准对外打印文稿。

4. 15. 7处理账务时，发现原始凭单有误，不予记账并及时退回，记账凭证要进行复 审，以保证会计数据的准确性。

4. 15. 8定期与各科对账，及时清理往来款项，做到账账相符、帐实相符。

4. 15. 9报送报表要及时，种类齐全，数字准确并定期分析，帐本要及时打印归档。

4.15.10每月终了要及时拷贝数据库并妥善保管，除特殊情况外不打开数据库。

4. 15. 11 —切会计资料都属机密文件，未经批准，任何人不得对外提供有关财务信 息。

4. 15. 12根据工作需要，认真学习微机知识，积极开发新的软件项目，推动计算机 在财务工作中的应用。

4. 16财务内部控制制度

4.16.1出纳人员凭据日报表核对无误后，交稽核人员审核后，方可记账。

4.16.2药品、材料、设备、办公用品等物资，由采购人员按计划采购，保管人员验 收无误后，出具人库证明单，连同审签后的发票一齐交财务科，财务科负责 人签字后，由出纳人员办理付款。

4.16.3工资发放由工资核算人员核算，财务科负责审批，出纳人员执行发放。

4. 16. 4其他人员工资支付，必须按规定批准同意后方可付款。

4.16.5出纳人员办理付款业务时，必须按照审批程序执行付款。

4. 16. 6记帐人员，对所有凭证逐笔核对无误后，方可登记人帐（输人微机）。

4. 16. 7印签必须分开管理，出纳人员支付款时，财务科负责人负责签盖财务专章， 其他印鉴由出纳人员签盖。

4.16.8出纳人员不得兼管稽核、会计档案保管和收人费用、债权债务帐目登记工作。

4. 17病人住院费管理规定

4. 17.1住院处按医师开具的入院证办理人院手续，并先收住院预交金，除特殊情况 及急症病人外（急症病人过后补交）一律按住院预交金标准收取预交金。

4. 17. 2住院病人实行先记帐后取药或检查制度，各种处方、治疗单和检查单，均应 先记账再行取药或检查，夜间急诊可先用药，后补记账手续。

4.17.3为加强住院费用的管理，堵塞漏洞，各级工作人员要做到“四过问、两把 关”。首先，住院时医生和护士要过问预交金，如发现交款不足应立即向家 属或病人说明，促其补交。其次，手术前过问预交金使用情况，如预交金不 足有经管医师和护士长或物价员催其家属交费。再次，护士长、科主任和主 管医师要过问大处方（指处方金额）和营养滋补处方，尽量做到少花钱，治 好病，减轻病人负担。第四，病人出院时要过问预交金余缺情况。第五，病 人出院时由护士长（或总值班护士）负责把好病人护理、治疗等各项费用有 无漏记、少记或多记关。第六，住院处把好结帐关，做到应收不漏，不该收 的坚决不收。

4. 17. 4住院期间发现预交金不足时，住院处应及时通知物价员催款，并开出催款 单。病房医师护士长应积极协助催交。在预交金不足期间，使用贵重药品及 输血一般要另交费，在抢救或用血时可以缓交。事后要催交，严防欠费漏费。

4. 17. 5危急病人人院，由总值班签字同意，可先行住院抢救，然后让病人或家属再 交足预交金。

4. 17. 6病人出院时，值班护理人员应认真写好各种治疗记录单，对死亡及危重病人

抢救费做到应收不漏。

4.17.7病人出院要先去医保中心报销，再去住院处结清帐目，凡未结帐而出院者， 要追查科室负责人和值班护理人员的责任。如有偷跑的病人，其所欠住院费 用，从科室当月超额提成中扣除。如有本院职工担保欠费出院者，从担保人 工资中扣除，直到扣完为止。

4. 17. 8凡本院职工亲属住院一■律按规定父费或出院时一'次父款结清（出院后不结清 者，一律从工资中扣除，直到扣足为止）。

4. 18关于因公借款及报销手续有关规定

4. 18.1借款范围、形式：职工因公务活动可以到财务科借款，经院领导同意的接 待、外事活动、参观、考察、维修设备、采购等可到财务科根据实际用款额 分别填写现金借款单、转账支票领用单由所在科室负责人同意，报请分管院 长或院长签字批准（1〇〇〇〇元以上由院长审批），经财务科负责人同意后由 出纳人员办理；查病，应有保健科出具证明，经院长办公会同意，可到财务 科适量借款，报销时路费按《职工探亲路费规定》办理，医药费根据《关于 职工医疗保险实施细则》办理；职工因私不得借用公款，凡从科室发展基金 中列支的项目应由科主任同意，经财务科经管办审批后，由出纳人员办理付 款；职工探亲不予借款。

4. 18. 2报销手续。第一，职工外出活动结束后30日内必须到财务科办理报销手续， 原来填写的借款单不在收回，结帐时另开收据。对超出两个月仍不到财务科 办理报销手续也不说明原因的，财务科将从下月工资中扣除。对原借款没有 还清的，不得再借公款。第二，在外取得的各种发票必须具备：A必须是财 政部门监制或盖有税务监制章的正式发票；B填写交款单位名称、填写出票 人姓名；C品名、数量、单位、金额（大、小写）要一致；D有销货单位的财 务专章。第三，各种购买实物的发票必须办理人库手续，要填写用途，要有 经办人，验收人或使用人签章，附人库单。第四，凡借用的转账支票、电汇、 汇票结算的必须在当月内交回财务科，以便对账，不得拖到下个月，否则财 务科将限制该科以后使用支票等。第五，报销人员持以上合法凭单，根据规 定有各级领导签批，经财务科负责人审签后，方可到出纳处办理报销手续。

4.19财务岗位轮岗轮换制度

4.19. 1根据《会计基础工作规定》规定，会计人员的工作岗位，应当有计划地进行 轮换。

4. 19. 2轮换周期以1年为宜，最长3年。以公历年度为准，这样有利于工作交换， 有利于考核工作实绩。

4. 19. 3轮岗人员必须有一技之长或者在轮岗之前必须熟悉上岗工作必须的知识。

4. 19. 4轮岗交换时一定要做好交接工作，按会计交接办法办理。

4. 19. 5对每个会计岗位要制定目标责任制。

4.19.6轮岗人员和轮岗岗位的确定，坚持实事求是的精神，由财务科汇同人事科共

同办理，经院领导批准同意后实施。

4. 20财产清查制度

4.20.1成立了以院长为组长，财务科、设备科、物资供应科、信息科、药品科、总 务科负责人为成员的资产清查小组。

4.20.2每年对医院资产进行一次全面的清查，必须查明各种资产的实际数量，以及 发生差异、盈亏的原因。以便上级领导采取措施，保证账物相符、统计资料 的准确性。

4.20.3每季度可对各科室财产物品保管情况进行一次核对，及时发现问题、及时处 理。

4. 20. 4必须查明各种财产物资的储备真实性，对储备不足的及时补充，以保证工作 的需要，对呆滞、积压的财产物品要及时处理，充分挖掘财产物资的潜力。

4.20.5必须查清各项财产的管理制度是否良好，有无管理制度不完善致使财产遭受 损失的情况。以便加强管理，保证财产的安全和完整。

4.20.6建立必要的奖惩制度，对玩忽职守、违反财产物资管理制度和规定造成的经 济损失，要追究有关人员的责任。

4. 21收支结余管理

4.21. 1收支结余是指医院收入与支出相抵后的余额。包括：业务收支结余、财政项 目补助收支结转（余）、科教项目收支结转（余）。当期各类收支结余计算公 式如下：业务收支结余=医疗收支结余+其他收人一其他支出。其中：医疗 收支结余=医疗收入+财政基本支出补助收人一医疗支出一管理费用；财政 项目补助收支结转（余）=财政项目支出补助收人一财政项目补助支出；科 教项目收支结转（余）=科教项目收入一科教项目支出。

4.21.2业务收支结余于期末扣除按规定结转下年继续使用的资金后，结转至结余分 配，为正数的，可以按照国家有关规定提取专用基金，转人事业基金；为负 数的，由事业基金弥补，不得进行其他分配，事业基金不足以弥补的，转人 未弥补亏损。财政项目补助收支结转（余）、科教项目收支结转（余）结转 下年继续使用。国家另有规定的，从其规定。

4.21. 3医院加强结余资金的管理，按照国家规定正确计算与分配结余。医院结余资 金应按规定纳人单位预算，在编制年度预算和执行中需追加预算时，按照财 政部门的规定安排使用。医院动用财政项目补助收支结转（余），要严格执 行财政部门有关规定和报批程序。

4. 22无形资产管理

4. 22. 1无形资产是指不具有实物形态而能为医院提供某种权利的资产。包括专利 权、著作权、版权、土地使用权、非专利技术、商誉、医院购人的不构成相 关硬件不可缺少组成部分的应用软件及其他财产权利等。

4.22.2购人的无形资产，按照实际支付的价款计价；自行开发并依法申请取得的无 形资产，按依法取得时发生的注册费、聘请律师费等支出计价；接受捐赠的 无形资产，按捐赠方提供的资料或同类无形资产估价计价；商誉除合作外， 不得作价人账。

4.22.3无形资产从取得当月起，在法律规定的有效使用期内平均摊入管理费用，法 律没有规定使用年限的按照合同或单位申请书的受益年限摊销，法律和合同 或单位申请书都没有规定使用年限的，按照不少于十年的期限摊销。转让无 形资产要按照国有资产管理规定处理。

4. 23住院处工作制度

4. 23. 1严格执行财务制度，遵守财经纪律。

4.23.2住院处负责办理病人入、出院手续及收预交款等工作。

4.23.3收交住院病人预交款时，要认真仔细，名号相符，并做到日清月结。

4. 23. 4严格退款手续，各种退款必须经关科室经办人签字。

4.23.5病人出院结算要做到准确无误，及时退还病人出院余款，有专人审核，按时 汇总上报财务科。

4. 23. 6各种报表（如住院处日报表、出院病人欠费登记表等）要及时按规定报送， 并做到内容完整、数字真实、计算准确。

4. 23. 7各种账表、凭证、收款联单、预交金单要专人保管、存放，加强管理，如发 现差错、残缺、丢失等要向财务科反映，及时处理。

4.23.8加强现金、支票和各种票证的管理，当日现金收人，当日存入银行，并定期 上报财务科，不准私自出借和挪用公款，如遇特殊情况，因公借款，须经院 领导或财务科批准，由出纳员负责办理。

4.23.9加强住院处公章和收款员章的管理使用，做到专人专章专用，明确责任。

4. 23. 10严格遵守劳动纪律，不迟到、早退和擅离工作岗位。

4.23.11严格落实院纪委的要求，双挂牌服务，评价器监督服务。一切以病人为中  
心，和病人做好沟通，文明服务、礼貌待人，要有良好的职业道德。

4. 23. 12工作人员衣着整洁得体，保持工作区良好的环境卫生。

4. 24收费处工作制度

4.24. 1认真贯彻国家法规政策，严格执行财务制度，维护财经纪律。

4.24.2收费人员要日清月结，账款相符，交款及时，不得白条抵库和挪用公款。

4. 24. 3严格收费标准，不得滥收费用。

4. 24. 4收费项目和内容填写清楚、齐全，不得涂改。

4. 24. 5严格执行收费制度，各种退款必须附上有关科室的退款证明（或在相关单据 上签字），并收回所对应的科室留存联，否则不能退款，特殊情况须经财务 科和院领导批准。

4.24.6严格现金管理制度，当日收人的现金、垫付款、医保刷卡单与门诊收人日报 表核对无误后，由银行收款人员将现金存人医院账户，定期上报财务科。

4.24.7收费处要与医院有关部门和门诊科室密切协作，解决不了的问题及时向上级 领导反映。

4.24.8文明服务，礼貌待人。

1. 附则

5. 1本制度由财务科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《中华人民共和国会计法（2000年版）》.
2. 《会计档案管理办法（2016)》（中华人民共和国财政部国家档案局令第79号）.

预算管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 预算管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—025 - 002 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 财务科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院财务预算的编制，加强医院财务管理，依法组织收入，节约支出，提高资

金使用效益，促进事业的发展。

1. 范围

适用于医院预算编制、执行、调整、分析与考核。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1预算编制原则

4. 1.1坚持收支平衡的原则。医院预算，要做到收支平衡，根据预算收入，安排相 应支出，保证医院卫生事业计划能够顺利完成。

4. 1.2坚持量人为出的原则。要按照上年度的执行情况，考虑预算年度的可变因素， 将收入打足，在安排支出预算时，应分别轻重缓急，将有限的资金安排到最 需要的地方。

4. 1. 3坚持勤俭办事的原则。

4.2预算编制依据

4. 2. 1根据国家卫生行政管理部门下达的卫生事业发展计划。

4. 2. 2依据医院上一年度的预算执行情况。

4. 2. 3依据本院职代会（或办公会）通过的本年度发展规划及工作目标。

4.3预算内容和编制方法

4.3. 1预算内容：主要包括收人预算和支出预算两方面，通过编制收支预算表主要 包括医院收人总表、业务支出明细表、收支结余预算表。

4. 3. 2编制方法：在院长的领导下，医院财务部门负责组织财务收支预算的编制工 作，并全面负责收入预算编制，参加编制财务收支预算的部门同时还有后勤 服务中心、药品科、人事处、信息科、设备处、医务处、科教处、基建科等 部门。负责编制财务收支预算的人员，应结合本部门的工作需求，认真测算， 如实填报各项收支预算数据。医院财务收支预算采取“二上二下”方式，具 体如下：“上一阶段”：财务部门每年12月份向有关职能部门下达预算年度各 类收支上报通知（包括填报表格），同时提供本年度各预算科室实际收支数 据，供各科室编制下年度预算参考。各部门按照要求把本部门需上报的收支 项目逐一列示并填报具体金额，经分管院领导审批后统一上报财务部门。“下 一阶段”：财务部门根据收人预算数据，按照量人为出的原则框算出预算年度 的支出总额最高限，根据医院实际工作需求同时结合各部门上报的明细支出 项目，分别以财务核算科目和各部门支出需求两方面初步测算出各项支出数 额，并以部门为单位分别下发各项收支预算数据，征求各部门意见。“二上阶 段”：各部门针对账务部门初步核定的收支项目及数额标准，结合本部门工作 计划和需求，提出修正意见和原因，以书面形式报财务部门予以调整。“二下 阶段”：财务部门根据调整后的收支项目和数额，报院领导（或院办公会）审 批同意后，下发各部门严格执行。

4. 3. 3收入预算。医疗业务收入：[1]门诊收入：预算数=预计每门诊人次收费水 平预计门诊量[2]住院收人：预算数=预计每出院病人收费水平预计出院病 人或=预计每床日收费水平预计实际占用病床日[3]医疗业务收入=门诊收 人+住院收人根据以往年度医疗、药品收入结构测算出医疗药品收入预算数: [4]药品收人=医疗业务收人预计占医疗业务收人比例％。财政拨款收人: 按照市财局批复的财政拨款指标作为预算数额。其他收人：根据上年实际执 行水平，参照预算年度可能发生的变化因素而定。

4.3.4支出预算。医院各职能部门根据收入预算数据，按照支出类别不同，分别从 以下几方面测算出各类支出数额：（1)人员费用：控制此类支出占业务收人 比不超过24%，原则上要求人均费用增长幅度要小于业务收人增长幅度，具 体包括：工资：由人事、财务部门根据现行工资执行标准，结合预算年度新 增加人员工资费用累加所得。绩效工资：财务部门根据往年人均收人数额， 结合工资发放水平，把此类支出控制在业务收人一定比例（一般为10%)以 内。社会保障支出：根据文件规定上缴比例，结合职工人数和工资发放标准 计算所得。其他支出项目：根据往年支出数额或比例计算列支。（2)药品材 料费：一般控制在业务收人的45%以内，具体如下：药品支出=药品收人预 算数/ (1 +药品加成率）、材料支出=业务收人预算数往年材料支出占比十/ 一调整数额。（3)购置支出：专用设备购置费：根据各科室购置需求结合往 年列支金额计算列支，一般控制在业务收人的8%以内。（4)日常公用支出： 水电汽支出=预计使用量单价，此类项目应按照国家有关要求，尽量采取节 能措施，切实降低消耗支出。各类物业费、租赁费、医疗废物处置费、宣传 费等根据签定合同金额列支。维修费：根据维保合同，结合往年支出数额计 算所得，大型设备修保费用一般控制在设备价值的10%以内、差旅、会议、 培训费用按照预算年度外出计划，结合往年支出数额计算所得。招待费：控 制在日常公用支出的2%以内、借款利息支出=预计借款数额综合年利率、 福利费=预计平均在职职工数量8元12月，其他费用结合往年支出数额和预 算年度实际情况计算所得。（5)专项支出：年初按一定比例提取，作为专项 经费管理。科研教学费：按照医疗业务收人一定比例（0.2 %)提取。坏账 准备：按照年初应收医疗款和应收在院病人医药费合计数额的5%提取列支。 财政专项支出：本项目是与财政专项补助收人相对应的支出，支出数额主要 是按照预算年度实现的政府采购金额、项目建设支出数额等合计数值。

4.4预算的执行和调整

4.4.1预算的执行：医院的财务预算下达后，各部门必须严格执行，不同支出类别 分别归口管理，各主管职能部门通过开具划拨单据的形式管理各项支出，同 时定期与财务部门进行核对，财务部门必须按照医院批准的年度财务收支预 算，组织收人、安排支出，同时要建立健全各项财务支出审批管理措施，严 格控制无预算支出。

4.4.2预算的调整：医院年度预算核准后，一般不予调整。因政策变化、突发事件、 工作计划调整等客观原因影响预算执行的，由责任科室提出调整意见，报分 管院领导、院长（或院办公会）审批同意后，报财务部门据以调整。

4.5预算的分析和考核

1. 5.1预算分析：医院财务部门负责医院财务收支预算的执行管理工作，每季度将

执行情况进行汇总分析，针对具体问题提出改进建议，并反馈责任科室，采 取措施，确保年度预算的顺利完成。

4.5.2预算考核：医院财务部门负责医院财务收支预算的管理考核工作，年末对医 院的各项财务收支预算执行情况进行分析考核，对预算执行不好或未完成预 算的科室或部门予以通报批评。

5.附则

1. 1本制度由财务科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

会计人员工作交接制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 会计人员工作交接制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—025 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 财务科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

实现会计资料的科学化管理、信息共享，确保会计人员岗位变动时，会计工作前后

衔接，责任清晰。

1. 范围

适用于医院全体财务人员。

1. 定义

会计人员的工作交接制度包含医院会计人员工作调离、移交、接管、已交清册和监

交等一系列制度规定。

1. 内容

4.1调离。会计人员调动工作、变动岗位或因故离职，必须与接管人员办清交接手 续，编制移交清册，否则，一律不得离岗。

4.2移交。会计人员移交之前，必须做好以下各项准备工作：

4.2. 1对已经受理的经济业务，应及时填制凭证，尚未填制会计凭证的应填制完毕， 登记入账。

4.2.2尚未登记的账目，应登记完毕。将所有移交的会计账簿结出余额，并在最后 一笔余额后加盖本人印章。

4.2.3整理应该移交的所有资料，对未了事项要写出书面说明材料。要核实内外往 来账目，部门之间财产物资账，尽可能处理结清，处理不完的列表交接，说 明原因。

4.2.4会计主管人员移交时，还要将全部财务工作、重大的财务收支和会计人员的 情况等，向接替人详细介绍，对需要移交的遗留问题，应写出书面说明材料。

4. 2. 5认真编制移交清册，移交清册一般包括：单位名称、交接日期、交接内容、 交接项目、交接双方和监交人姓名、需要说明的问题和意见等。交接内容要 详细列明应该移交的会计凭证、会计账薄、会计报表、公章、现金、支票、 文件、资料和其他物品的名称和数量等。

4. 2. 6移交清册字迹清楚，不得涂改。

4. 3接管。会计人员办理移交时，移交人员要按照移交清册逐项移交，接管人员要 逐项核对点收。并注意以下几点：

4.3.1现金、有价证券的接受，要将日记账与总账相核对，然后根据账薄余额进行 点交。

4. 3. 2现金、有价证券必须与账薄一致，不一致时，有移交人在规定期限内负责查 清处理。

4. 3. 3银行存款账户余额要与银行对账单核对相符，并将银行对账单、银行余额调 节表一并交接。

4. 3. 4会计凭证、账簿、报表和其他会计资料必须完整无缺，不得遗漏。如有短缺， 要查明原因，并要在移交清册中加以注明，有移交人负责。

4.3.5各种财产物资和债权债务的明细账户余额，要与总账有关账户的余额核对相 符。

4.3.6接管的会计人员应继续使用移交账簿，不得自行另立新账，以保持会计记录 的连续性。

4. 3. 7会计档案交接按照《会计档案管理制度》执行。

4.4移交清册。交接完毕后，交接双方和监交人要在移交清册上签名或盖章。移交 人员编制移交清册一式三份，交接双方各一份，所在部门存档一份。

1. 5监交。会计人员办理工作交接时，必须有专人负责监交。
2. 附则
3. 1本制度由财务科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1.《中华人民共和国会计法（2000年版）》.

财务印章管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 财务印章管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—025 - 004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 财务科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

保障财务印章使用合法性、严肃性和安全性，维护医院利益，杜绝违法、泄密等行 为的发生。

1. 范围

医院财务印章重要印鉴凭证的管理。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1财务印章的刻制

4.1.1医院需刻制财务印章时，应由院办负责人报送院长批准后，由院办凭有效证 明文件统一到公安机关办理刻制手续。

4. 1.2印章选择的材质、形体及规格，执行国家有关规定。

4.2财务印章的启用

新印章要做好戳记，并留样保存，以便备查。

4. 3财务印章的保管

4.3.1医院财务印章由主管人员指定专人保管，并在院办备案。

4.3.2财务印章保管须有记录，注明印章名称、颁发机关、枚数、收到日期、启用 日期、领取人、保管人、批准人、图样等信息。

4. 3. 3财务印章保管必须安全可靠，加锁保存。财务印章要保存在办公室或随身携 带，不准委托他人代管。

4. 3. 4财务印章保管有异常现象或遗失，应保护现场，及时汇报，配合保卫部门查 办。

4. 4财务印章的交接

4.4.1财务印章交接须办理移交手续，签署移交证明，注明移交人、接交人、监交 人、移父时间、图样等f目息。

4. 5财务印章的停用

4.5.1有下列情况，财务印章须停用：机构变动，机构名称改变；上级部门通知改 变印章图样；财务印章使用损坏；财务印章遗失或被窃，声明作废。

4. 5. 2财务印章停用要提出处理办法，报经院长批准，及时将停用财务印章送至制 发机关封存或销毁，并建立财务印章上交、清退、存档、销毁的登记档案。

1. 6财务印章的使用
   1. 1使用财务印章，一律实行登记制度，在《用印登记表》中填写用印事由、数 量、申请人、批准人、用印日期。

4.6.2使用财务印章时，印章保管人员应对盖印的文书内容、手续、格式严格检查， 发现问题及时请示领导，妥善解决。

4.6.3严禁在空白的信笺、介绍信、发票复印件上用印，财务印章保管人员长期外 出时须将印章妥善移交，以免贻误工作。

5.附则

1. 1本制度由财务科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

工作人员差旅费开支暂行规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 工作人员差旅费开支暂行规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-025-001 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 财务科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

进一步加强和规范医院差旅费开支管理，推进厉行节约反对浪费。

1. 范围

适用于医院工作人员。

1. 定义

工作人员差旅费是指医院工作人员因公出差、探亲、外地就医等产生的费用。

1. 内容

4. 1交通费标准

4. 1.1院级领导、正主任医师及相当专业技术职务人员出差可乘火车软席、轮船二 等舱；为提高工作效率，在职院领导、正主任医师必要时可乘飞机（经济 舱），事前须经院长签字批准报销，其他人员可乘火车硬席、轮船三等舱，长 途汽车票实报实销。

4. 1. 2乘火车从晚8时至次日凌晨7时之间，乘车6小时以上或连续乘车超过12小 时可购硬席卧铺票，软席卧铺票须院长签字批准。出差人员符合乘坐硬卧规 定而乘硬座的，按照本人硬座票价的60%计发补助费，其他情况不予补助。

4.1.3出差期间，院级领导、正主任医师确因工作需要，需乘出租车必须院长签字 批准。其他人员不准乘坐出租车，市内交通费补助采取包干的方法，每人每 天20元，但均不再报销市内交通车票。

4.1.4出差人员超标准乘车、船、飞机等，依据有效票据按标准报销相同路程的车、 船费，超标准部分个人自理。

4.1.5出差人员夜间乘火车，购买餐茶座的费用个人自理，不予报销。

4. 1.6工作人员趁出差或调动工作之便，就近回家探亲办事的，事先需经院领导批 准。但其绕道的车船费应扣除，只报销出差直线单程车、船费，超支部分自 理。凡利用工作之便游览的车、船费、门票费，一律不予报销。

4. 1.7工作人员出差可乘坐全列高铁或动车。其中设有一、二等座的，工作人员可 乘坐二等座。超标准部分个人自理。

4. 1.8乘坐飞机，往返机场的专线客车费用、民航机场管理建设费和航空旅客人身 意外伤害保险费（限每人每次一份），凭票据报销。出差人员乘坐飞机往返

的，不再计发交通补助。

4.1.9工作人员到外地进修、培训期间的交通费。半年以内的，报销往返车船票一 次；半年以上的，中间可增加一次往返的车船费，市内交通费采取包干的办 法，交通补助每人每天10元。

4.2伙食补助费

4.2.1出差人员的伙食补助：按出差自然天数实行标准内凭据报销的办法，伙食补 助每人每天80元，出差人员乘坐飞机往返的，不再计发伙食补助。

4.2.2工作人员脱产带薪进修、培训的伙食费补助。进修单位不给予伙食补助的，3 个月以内者，伙食补助每人每天6元；3个月以上的，伙食补助每人每天10 元；培训、进修单位发放伙食补助的，不再计发伙食补助费。

4.2.3工作人员外出参加会议，会议期间已安排食宿的，不再计发伙食补助；会议 规定缴纳会务费的，会议期间无伙食补助。外出参加会议在途期间的交通、 住宿费，按差旅费规定执行。

4. 2. 4上级统一抽调本院职工到驻地以外的基层单位挂职、参加工作队（组）培训 学习等，不论就餐形式如何，伙食补助每人每天10元，上述人员在原单位驻 地工作的，一律不计发任何补助费。

4. 2. 5外地单位借调、聘请本院职工支援工作或会诊等，往返路费、伙食补助等费 用，由受援单位负担，本院不支付任何费用。

4.2.6凡带车出差，其司机的伙食费补助不与同行人员一并结算，由总务科另行核 算司机出差补助费。

4. 3住宿费标准

4.3.1院级领导、正主任医师及相当专业技术职务人员，住宿费每人每天360元以 内；副主任医师及相当专业技术职务人员以上的，住宿费每人每天300元以 内；其他人员住宿费每人每天240元以内；进修、培训人员住宿费每人每天 50元以内；出差（进修）人员一律凭正规住宿单据报销。超标准费用个人自 理。

4. 4外地就医报销标准

4.4. 1职工经院领导批准到外地就医的，按规定只报销往返路费、住宿费。住宿费 每人每天150元之内。不计发市内交通、伙食补助费。病情严重需有陪人者， 需经院领导批准后，方可报销陪人的往返路费、住宿费。未经院领导批准， 自行外出就医的，一切费用自理。

4. 5探亲费标准

4. 5. 1职工经批准每年探望配偶和未婚职工探望父母的，我院规定只报销本人的往 返路费（不包括市内交通费）及中途必须的住宿费。已婚职工四年一次探望 父母（不包括岳父母、公婆）的往返路费（不包括市内交通费）及中途必须 的住宿费，在本人月标准工资（岗位工资+薪级工资）百分之三十以内的， 由本人自理，超过部分按差旅费的有关规定报销。

5.附则

5.1工作人员因公出差在财务科借款时，原则上借款金额一般不超过4000元，由主 管科室负责人及财务科负责人审签后付款，5000元以上的须分管领导审签，万 元以上的须院长审签。

5.2出差人员报销差旅费时，首先由出纳人员核实各种单据，填写“差旅费报销 单”，由主管科室负责人审签，财务科负责人审签，分管领导、院长批准签字 后，方可报销。（凭学术卷报销的，由科教处负责人审签、财务科负责人审签、 分管领导批准签字后报销。）

5.3各种学术会议的会务费、资料费不得归属差旅费报销，应按有关审批程序报销。

5. 4职工探亲须由人事科批准，财务科根据人事科通知单，按标准报销探亲差旅费。

5.5对不符合财务报销制度的，各级领导干部要拒绝审签和批准，财务人员要严格 把关，对违犯报销标准外的开支，应拒绝报销。严重者及时向有关领导汇报处 理，对不执行制度的会计人员要追究责任。

5. 6本规定由财务科负责解释。

5.7本规定自发布之日起执行，同时废止原有关差旅费报销规定。

参考文献

1. 聊城市财政局《市直机关差旅费管理办法》（鲁财行（2014) 4号）文件.

经济活动决策机制和程序

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 经济活动决策机制和程序 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 025 — 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 财经处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

推进医院重大项目、重大经济事项管理科学民主、廉洁高效，保证经济活动决策有

序进行。

1. 范围

适用于医院重大项目、重大经济事项等经济活动。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1活动决策机制和程序制定原则

4.1.1法律、法规的原则：即按法律行规和按单位规章制度、程序办事的原则。

4.1.2遵循民主集中制原则：即领导会议集体决定或其他民主决策的原则。

4. 1.3遵循社会效益优先的原则：即医院职责是救死扶伤，不以获取经济效益为主 要目的，应体现社会效益优先的原则。

4. 1.4遵循成本效益原则：即医院具有公益性质，为解决群众看病贵问题，医院要 加强成本核算，以低廉的服务价格提供比较优质的医疗服务，减轻患者的负 担。

4. 1.5遵循廉洁、高效原则：即文明行医、廉洁行医是和谐医患关系，构建和谐社 会根本保障，医院不但应有高超的医疗技术，还应具备良好的医德医风。

4. 2重大经济决策内容

* 1. 1经济目标制定、货币资金授权审批制度、预算管理规定（每年财务预算经职 代会讨论通过）、财务管理制度、财务报销规定。

4. 2. 2采购业务、基本建设、物资管理制度、物资招标规定、药品招标规定、设备 招标规定、基本建设项目可行性论证制度。

1. 3效益工资制度审定、职工福利政策制定、绩效工资分配制度、职工福利发放 办法（或规定）。

4. 2. 4大额举债、医院大额负债管理规定。

1. 5国家政策、法规规定应纳入重大经济事项管理的事项。

4. 2. 6根据医院发展需要纳人重大经济事项管理的其他事项。

4. 3经济活动决策程序

1. —般经济活动决策程序。临床、医技、科研、教学等科室分管人员提出方案， 该科室管理小组组织讨论通过，报告职能科室，由职能科室组织相关招标事 宜，按相应规章制度办理。

4. 3. 2重大经济事项实行集体审批制度。重大经济事项是指50万元以上设备购置、 更新改造、基建项目对外投资项目等。建立重大经济事项领导负责制，实行 责任追究制，重大项目集体讨论后按规定程序报批，做到分清级次，责任到 人。重大经济事项的具体程序：临床、医技、科研、教学等科室分管人员提 出方案，该科室管理小组组织讨论全员通过，重大经济事项组织科室全体员 工讨论，经2/3票数同意通过，报告职能科室，按医院管理级次处理，达到 医院管理的重大经济事项标准的按相应集体决策程序执行。

4.4建立相应监督机制、确保医院经济活动决策机制能有效运行。

4.4. 1医院经济活动决策接受医院职工代表大会、医院审计科、医院纪检部门、上 级主管部门及政府有关部门的监督。对经济活动决策的日常监督工作由医院 纪检审计部门负责。

4. 5实行责任追究制

4.5.1处罚的制定原则：责任到人原则。重大经济事项实行领导负责制、责任追究 制原则。

1. 5. 2对未按规定程序办理经济活动决策，造成一般经济损失的，按医院相关规定

处理，同时全额追究赔偿责任。发现情节恶劣的故意违规行为，追究全额赔 偿责任，并撤销其职务；造成重大经济损失的，追究全额赔偿责任，撤销职 务，涉及违法犯罪的，移交司法机关。

5.附则

1. 1本规定由财经处负责解释。

5. 2本规定自发布起执行。

物价管理工作规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 物价管理工作规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 026 — 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 经济管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

体现以患者为中心的服务理念，规范价格管理，提高价格管理水平。

1. 范围
2. 1经济管理办公室工作人员。
3. 2各科专兼职物价员。

2. 3各科负责人、护士长。

1. 定义

无

1. 内容

4.1健全机制，明确责任

4. 1.1医院收费价格管理，实行财经处主管，物价管理办公室负责落实，全院各科 室具体实施的分级管理体制。

4.1.2物价管理办公室检查收费标准执行情况，并对各科室专兼职物价员进行指导。

4. 1. 3各科室专兼职物价员负责传达贯彻执行收费管理的有关规定；搜集和反馈收 费中存在的价格问题，并及时解决；配合上级对收费价格情况调查或检查; 做好本科室收费方面的原始记录与核对，收费标准的测算、申报，接待病人 查询等工作。

4. 2加强对医疗收费的监督和服务

4.2.1常用医疗服务收费标准和药品价格要进行公示。门诊和住院部要设立电子屏， 滚动公示医院收费项目及标准及药品价格。临床科室实行“住院费用一日清 单”，自觉接受患者和社会各界的监督。

4.2.2坚持收费查询制度，主动解决患者反映的收费方面问题。各科室对患者的费 用先审核后结帐，防止错收费现象发生。

4. 2. 3加强与患者沟通、服务、减少差错，增强理解与配合。

4. 3严格执行收费标准申报程序

4.3.1各科室开展的新业务、新项目，在正式开展前做好初步成本测算，拟定收费 标准，以书面形式向物价管理办公室申报。院物价管理办公室审核后，写出 正式申请，报卫计委及物价部门。市物价局批准下文后，有关科室方可执行。

4.3.2新项目价格试行一年期满时，物价管理办公室需及时征求执行科室有关意见。

若无变动要求，向市物价局申请转为正式价格。

4. 4对收费标准执行的检查

4. 4.1各科室应严格遵守国家物价政策、法规，认真执行现行收费标准，并主动配 合医院做好收费管理工作。

4. 4. 2物价管理办公室每月对科室收费价格标准执行情况进行抽查。

1. 4. 3各科室负责人要重视收费价格管理，大力支持专兼职物价员对本科室执行物

价政策的管理工作。

5.附则

1. 1本规定由经济管理办公室负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

价格服务中心工作规范

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 价格服务中心工作规范 | | |
| 文件编号 | OS - LYXZ—026 - 004 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 经济管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

正确贯彻执行有关物价政策，规范医院物价工作管理。

1. 范围

经济管理办公室工作人员

1. 定义

无

1. 内容

4.1全面贯彻省市医疗收费有关政策规定，为患者提供就诊查询和收费项目查询， 监督检查科室收费标准执行情况。

4.2对科室申报的新增医疗服务项目按规定进行审核，并按流程上报相关物价部门。

1. 3及时解答，并协调解决患者对医疗收费过程中存有的疑问，和反映出的问题。 4.4接受群众监督，对各类投诉进行逐一登记，积极开展调查，查明原因、分清责

任。

4.5配合上级部门的物价调查、监督与检查，并对存在的问题进行整改。

1. 附则
2. 1本规范由经济管理办公室负责解释。

5.2本规范自发布之日起实施。

医院费用核查规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医院费用核查规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 026 — 005 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 经济管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

坚持以病人为中心，坚持合理收费，构建和谐医患关系，维护群众权益。

1. 范围

各科室专兼职物价人员

1. 定义

无

1. 内容

4. 1严格执行国家药品价格政策和医疗服务项目价格收费标准。

4. 2严格执行住院患者费用每日清单制度。

4.3接受患者价格咨询和费用查询，及时处理患者对违规收费的投诉。

4.4完善医疗服务项目的病历记录，检查患者费用情况。

4.5对出院患者病历进行不定期抽查，核对医嘱及服务项目，查找存在的问题，并 及时予以解决。

1. 6认真处理群众投诉、举报，严肃查处损害群众利益行为。
2. 附则
3. 1本规定由经济管理办公室负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

运营成本控制工作规范

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 运营成本控制工作规范 | | |
| 文件编号 | OS - LYXZ—026 - 007 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 经济管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院经济管理工作，提高职工成本意识，实现“优质、高效、低耗、便捷”的 内部运行机制，降低医疗服务成本，最大限度减轻患者负担。

1. 范围 医院各科室。
2. 定义 无
3. 内容

4. 1科室费用实行全成本核算，将科室发生的直接费用和间接费用全部计人科室 (或项目）的成本。

4.2成本（或项目）核算中的各项费用归集和分配，应本着谁受益谁负担的原则， 确保费用合理真实。

4. 3对于固定资产，应按照会计制度进行分期摊销。

4.4对大型仪器设备进行投资效益分析，不断提高利用率，缩短投资回收期，降低 投资风险。

4.5将经营核算数据汇总，与财务报表支出科目数据进行对比分析，找出成本升降 原因。

4. 6根据成本核算结果，采取趋势分析、结构分析、量本利分析等方法，及时分析 实际成本变动情况及原因，把握成本变动规律，提高成本效率。

1. 7在保证医疗服务质量前提下，利用各种管理方法和措施，按照预定成本计划和

成本费用开支标准，对成本形成过程耗费进行控制。

4.8医院应建立健全成本管理制度、费用审核制度等，采取有效措施控制成本费用 支出。

4.9拓展成本效益分析的深度与范围，运用统计工具，提高分析质量，注重结果指 导性，不断挖掘降低成本潜力的途径。

1. 附则
2. 1本规范由经济管理办公室负责解释。

5. 2本规范自发布之日起实施。

总会计师管理规范

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 总会计师管理规范 | | |
| 文件编号 | OS-LYXZ-023-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 财经处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

促进现代医院经济管理，实现医院可持续发展。

1. 范围 医院总会计师
2. 定义

总会计师是单位经济核算和财务会计工作的负责人，协助单位主要行政领导工作， 直接对单位主要行政领导负责。主要工作是组织本单位的财务管理、成本管理、预 算管理、会计核算和会计监督等方面的工作，参与本单位重要经济问题的分析和决 策。

1. 内容

4.1总会计师的职责：总会计师按国家有关法律、法规、规章和制度要求，组织领 导经济管理和会计核算工作；参与医院重大财务、经济事项的决策，并对执行 情况进行监督。

总会计师的主要职责具体如下：

4. 1.1负责组织本医院贯彻执行国家有关法律法规，遵守财经纪律，加强财务管理 和监督，保护国家财产。

* 1. 1.1建立健全制度，组织制定本医院财务管理制度、会计核算制度、内部控制 制度，及经济管理制度等。

4. 1.1. 2进行财务管理，包括全面预算管理、筹资管理、资本管理、资金管理、成 本控制、绩效评估等。

4. 1.1. 3编制和执行预算、财务收支计划、信贷计划，拟订资金筹措和使用方案， 有效使用资金。

4. 1.1. 4开展会计核算，编制财务报告。总会计师对医院财务会计工作的合法性、 合规性和会计资料的真实性、准确性和完整性承担主管责任。

4. 1.1. 5强化经济分析，利用财务会计资料进行分析，研究并督促医院有关部门依 法依规增收节支、提高效益、防范风险。

4. 1.1. 6加强资产管理，组织清产核资，提高使用效益，维护资产安全。

4. 1.1. 7加强内部审计，组织落实审计意见，监督执行审计决定。

4. 1.2对医院的运营管理、业务发展、基本建设、以及资本运营等重大事项发挥监 督和决策支撑作用。

4. 1. 2. 1参与医院战略规划、重大财经管理活动和重要经济问题的分析和决策。

4. 1.2. 2参与重大经济合同和经济协议的研究、审查。

4. 1.2. 3参与新业务开展、技术创新、科技研究、服务价格、工资福利等方案的制 定。

4. 1. 3承办院长交办的其他工作。

4. 2总会计师的权利

* 1. 1组织医院财务、经管、价格、审计、基建、医保、物资、信息等各职能部门， 开展经济核算、财务会计和成本管理等方面工作。

4.2.2医院预算和决算、财务收支计划、成本和费用计划、投融资计划、物资采购 计划、财务专题报告、财务会计报告等，应当经总会计师签署。

4.2.3医院重大或特定经济活动的财务收支，以及大额资金使用，建立由总会计师 与医院院长联签制度。

4. 2. 4涉及财务收支的经济合同、经济协议等须经总会计师会签。

4.2.5对医院财会机构的设置和会计人员的配备、会计专业技术职务的设置和聘任 提出方案，对财会机构负责人的任免、考核提出意见；组织会计人员的业务 培训和考核；支持会计人员依法行使职权。

1. 6参与拟定医院年度运营目标、中长期发展规划等。

4. 2. 7对医院重大决策、财经法规、内部控制、经济事项等的执行情况进行监督。

1. 2. 8对违反国家财经法律、法规、方针、政策、制度和有可能在经济上造成损失、

浪费以及涉嫌非法集资的行为，有权制止或纠正。制止或纠正无效时，可向 医院院长反映，并提请院务会议集中研究；情况严重时，应当按照《中华人 民共和国会计法》有关规定，移送有权处理的部门处理。

**5.附则**

1. 1本规范由财经处负责解释。

5.2本规范自发布之日起实施。

重大经济事项管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 重大经济事项管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 023 — 002 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 财经处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范和监督医院集体决策行为，提高医院集体决策的科学性、民主性。

1. 范围

医院中层以上管理人员。

1. 定义

医院重大经济事项是指单项金额在1〇〇万元以上的经济事项（包含投资），重大项目 是指投资、融资、基本建设工程支出、设备购置在50万元以上的支出。

1. 内容

4. 1在全面掌控医院经济运行基础上，医院将以下经济活动作为重大经济事项重点 管理：

4.1.1医院发展目标的确定或调整。

4. 1. 2各项工作计划和方案的确定或调整。

4. 1.3财务收支预算的确定或调整，以及大额资金的安排。重大经济事项涉及的资 金应根据实际情况确定。

4. 1. 4重大建设项目的确定或调整。

4. 1. 5重大投资项目的确定或调整。

4. 1. 6与多数职工切身利益密切相关的经济事项。

4.2医院重大经济事项必须实行集体研究和决策。

4.2.1医院重大经济事项的集体决策形式为“院务会议”或“管理委员会”等。 4.2.2医院决定重大经济事项，实行负责人负责制，集体议事，并以“院务会议” 或“管理委员会”的决定形式体现集体意志。

4. 2. 3决定医院重大经济事项的会议，须在领导班子全体成员都到会的情况下举行， 分管该项工作的领导和事项提出部门的负责人必须到会。

4.2.4重大突发事件和紧急情况下，难以召开会议的，可由医院负责人或主管院长 审查决定，但事后应及时召开“院务会议”或“管理委员会”予以确认。

4. 3重大经济事项的集体决策要严格按照规定程序执行。

4.3.1提出事项。重大经济事项由主管部门提出，并初步拟定供“院务会议”或 “管理委员会”参考的方案和说明，附有关材料，报送办公室。事项提出部门

对所提事项的必要性、合理性、合法性、可行性进行调查后，要由相关专业 人员，或者专家进行论证或评审，并出具书面的报告。对于重大的工程项目 或者要求招标的大宗采购，经过招标程序，要有完整合法的招标资料和招标 书。

4. 3. 2审查确认。由院办（协同财务处）对事项提出部门报送的材料进行初步审查， 提出意见，对符合单位重大经济事项范畴的，必须提交“院务会”或“管理 委员会”集体研究，并报主管领导审定。

4. 3. 3研究论证。列人重大经济事项的事项，由事项提出部门视事项大小和重要程 度，采用公示、座谈会、征求意见会等形式，对所提事项的必要性、合法性、 合理性，和可行性进行研究论证，广泛听取有关方面的意见。事项提出部门 根据有关方面的意见，对方案进一步完善后再次报送院办审查。经院办审查 汇总后，将该方案再次提交“院务会议”或“管理委员会”讨论。

4.3.4讨论决定。重大项目先经过院办等领导班子集体讨论后，进行决策。项目完 成以后，要由相关人员对项目的社会效益和经济效益进行系统分析，并出具 书面报告。在“院务会议”或“管理委员会”中先由事项提出部门负责人介 绍所拟订的方案并作说明，由参会人员对议题进行充分讨论，集体研究，全 体参与，占大多数人员一致意见为最终决策结果。决策结果经院长签署后生 效。

4. 3. 5下达决策。将已有的决策下达相关部门，执行已经通过的决策，在决策执行 过程中，要进行必要的控制，记录决策的执行情况。

4. 4建立重大经济事项议事记录制度，准确、完整记录决策全过程。

4.4.1医院重大经济事项集体决策的会议记录，由院办指派专人负责。会议记录要 准确完整记录会议全程，须载明：会议名称、会议主持人、参会人员、会议 记录人员、事项提出部门负责人对方案的介绍和说明、主管领导的意见、参 会人员发表的所有意见、院长决定等内容，最终形成《重大经济事项议事纪 要》。

4.5严格遵循国家法律、法规和规章对重大经济事项决策的相关规定。

4.6对违反重大经济事项决策机制的行为，属下列情况之一的，应当追究主要责任 人以及其它直接责任人的责任。

4. 6.1违反决策程序的。

4.6.2未通过集体议事和会议表决，领导个人擅自决策的。

4. 6. 3决策时不尊重班子多数委员意见的。

4. 6. 4不如实向医院党委会介绍情况的。

4. 6. 5未按上级党委要求重新议事的。

4. 6. 6集体决策出现偏差和失误的。

4. 6. 7违反保密纪律的。

4. 6. 8违反上述规定的行为，情节轻微的，主要责任人和直接责任人应在支部会议 或院务会议上进行检查，接受批评；情节严重并造成后果带来重大损失的， 按规定上报组织处理；构成违纪的，移送纪检监察机关查处。

1. 附则

5. 1本规定由财经处负责解释。 5. 2本规定自发布之日起实施。

内部审计工作管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 内部审计工作管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-022-001 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 审计科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

加强医院审计监督，完善内部监督制约机制，保障医院健康有序的发展。

1. 范围

医院各科室。

1. 定义

审计：是指医院内部审计机构和审计人员对本单位及所属机构的财务收支、经济活

动的真实、合法性进行监督审核的行为。

1. 内容

4.1内部审计机构和审计人员

4. 1.1内部审计机构及内部审计人员在本单位主要负责人领导下，依照国家法律、 法规以及本规定开展审计工作。

4. 1.2内部审计人员应当具备审计、会计、经济管理、工程技术等相关专业知识和 业务能力。内部审计人员实行岗位资格准人和后续教育制度。

4. 1. 3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5年以上的审 计、会计工作经历。内部审计机构负责人任免应征求上级主管内部审计机构 的意见，并按干部管理权限任免。

4. 1.4内部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。

内部审计人员与被审计单位或者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。

4. 1.5单位应当支持内部审计工作，及时解决工作中存在的问题，保护内部审计人 员依法履行职责。

4.2业务指导与监督

4. 2. 1地方卫生审计机构负责指导和监督医院内部审计机构审计工作。

4. 2. 2内部审计机构负责本单位的内部审计工作，并对本单位进行审计和监督。

4.2.3内部审计机构接受上级审计机关的指导和监督。

4. 3内部审计机构职责与任务

4. 3.1内部审计机构履行下列职责：

4. 3. 1. 1拟定内部审计规章制度；

4. 3. 1. 2审计预算的执行和决算；

4. 3. 1. 3审计财务收支及有关经济活动；

4. 3. 1. 4审计基本建设投资、修繕工程项目；

* 1. 1.5审计卫生、科研、教育和各类援助等专项经费的管理和使用；

4. 3. 1.6开展固定资产购置和使用、药品和医用耗材购销、医疗服务价格执行情 况、对外投资、绩效分配等专项审计调查工作；

4. 3. 1. 7审计经济管理和效益情况；

4. 3. 1. 8审计内部有关管理制度的落实情况；

4. 3. 1. 9其他审计事项。

4. 3. 2内部审计机构应向单位主要负责人提交工作报告。

4. 3. 3内部审计机构对审计工作中的重大事项，应及时向上级主管部门内部审计机 构报告。

4.3.4内部审计机构根据审计业务的需要，报经本单位主要负责人批准，可委托具 有相应资质的社会中介机构进行审计。

4. 3. 5内部审计机构在审计工作中应加强与外部审计的沟通与合作。

4. 4内部审计机构权限

4. 4.1内部审计机构履行审计职责时，具有下列权限：

* 1. 1.1要求被审计部门按时报送财务预算、财务决算、会计报表及有关文件、资

料；

1. 1.2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；

4. 4. 1. 3参与研究制定有关规章制度；

* 1. 1.4审核会计凭证、账簿、报表，现场勘察实物；

1. 1.5对与审计事项有关的问题向被审计单位和个人进行调查，并取得证明材 料；
   1. 1.6对正在进行的严重违反财经法规、严重损失浪费的行为，做出临时制止决 定；
2. 1.7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；
   1. 1.8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。

4. 5内部审计机构工作程序 4. 5.1内部审计工作主要程序：

4. 5. 1.1根据本单位的具体情况，拟定审计项目计划，报经单位主要负责人批准后 实施；

4. 5. 1.2内部审计机构实施审计前，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部门；被审计部门应配合审计工作，提供必要的 工作条件；

4. 5. 1.3审计组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 审计部门相关人员签字确认；

4. 5. 1.4审计组对审计事项实施审计后，编制审计报告，并征求被审计对象的意 见。被审计对象在收到审计报告之日起10个工作日内，提出书面反馈意 见，送交审计组；

* 1. 1.5审计组对提交的审计报告进行审核后，报本单位主要负责人审批，根据审 批后的意见下达到被审计部门，被审计部门应当执行；

4. 5. 1. 6审计组应督促被审计部门在规定的期限内落实审计意见，并书面报告执行 结果；

4. 5. 1. 7审计组应对必要的项目实施后续审计。

1. 5. 2内部审计机构对办理的审计事项，应当建立完整的审计档案，并按照有关规

定保存。

5.附则

1. 1本规定由审计科负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。原内部审计工作规定同时废止。

经济责任审计制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 经济责任审计制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—022 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 审计科 | 版本号 | 2017-08-006 |

1. 目的

加强对医院所属分院、学校等单位领导人的管理和监督，客观评价单位领导人任期 经济责任，促进医院加强和改善经济管理。

1. 范围

医院所属所有单位领导人。

1. 定义

无

1. 内容

4.1单位负责人任期届满或任期内办理调任、免职、辞职、退休等事项前，由医院 审计科进行经济责任审计。

4.2所属单位负责人的经济责任审计，由院长下达审计指令后，审计科方可进行审 计。

4. 3审计科派出审计组进行审计时应客观、公正、实事求是、廉洁奉公、保守秘密， 并遵守审计回避的原则。

4. 4实施所属单位领导人审计时，被审单位领导不得拒绝、阻碍。

4.5审计科在实施审计前，应向被审所属单位送达审计通知书。

4. 6审计人员开展审计时，被审单位应提供下列资料：

4. 6. 1被审单位基本情况资料。

4. 6. 2单位负责人的述职报告。

4. 6. 3相关的财务、会计、统计和业务报表、账册、凭证和文件资料等。

4. 6. 4经济责任协议、经济合同和有关的计划、预算、总结等资料。

4. 6. 5财产物资盘点表。

4. 6. 6其他相关资料。

4.7审计组实施所属单位领导人任期经济责任审计，应当通过对其所在单位资产、 负债、损益的真实、合法合效益情况审计，分清负责人本人应当负有的主管责 任和直接责任。

单位的资产、负债、损益审计的主要内容是：单位资产、负债、损益的真实性， 资产的安全、完整和保值增值；单位对外投资和资产处置情况；单位的收益分 配；与上述经济活动有关的内部控制制度及执行情况，其他需要审计的事项。

在审计中，查清单位领导人在任期间与经济责任协议有关的各项经济指标的完 成情况，以及遵守国家财经纪律、法律法规情况，查清领导人个人有无侵占单 位资产和其他违法违纪问题。

4.8审计组实施审计后，应当向审计科提交审计报告，审计报告报送前应当征求被 审计的领导人所在单位及本人的意见。

4.9经院长批示的审计报告，由审计科报送人事科，审计结果作为单位干部管理、 考核、任免和奖惩的参考依据。

1. 附则

5. 1本制度由审计科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

聘请外部审计管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 聘请外部审计管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 022 — 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 审计科 | 版本号 | 2017-08-006 |

1. 目的

加强监管工作，利用外部专业化资源，提高审计成果质量。

1. 范围

金额较大、工程较复杂，审计技术达不到的所有工程项目。

1. 定义 无
2. 内容

4.1为了加强监管工作，利用外部专业化资源，提高审计成果质量，根据《审计署 聘请外部人员参与审计工作管理办法》和我院实际，制定本规定：

4.2我院遇有工程复杂，金额大，审计力量不足，相关专业知识受到限制等情形时， 某些工程项目等可以委托社会中介机构或其他专业机构审计。

4. 3审计科负责中介机构在我院审计期间的监管工作。

4. 4所聘中介机构一般符合以下条件：

* 1. 1依法设立，能够独立享有民事法律权利，承担民事法律责任。

4. 4. 2具备与审计事项相适应的资质和等级。

4. 4. 3有良好的职业道德和社会信誉，近3年未因审计质量及其他问题受到过有关 部门的处罚、处分。

4.5工程项目审计费用。可参照《山东省建设工程工程量清单编制等计价项目造价 咨询服务收费标准》。

4. 6院方审计部门应做工作：

4. 6.1审计科应在外部审计机构进场前，与外部审计项目负责人有效沟通，合理安 排相关科室积极配合。

4. 6. 2审计科负有监督外部审计人员保管资料的义务。

4.6.3审计科应告知中介机构对我方工程项目的信息资料保密，不得在公众及其他 场合随意讨论我方审计业务内容。

4.6.4向外部审计机构提供的被审资料均要做到签章并注明时间、用途。

4. 6. 5现场审计期间，审计科应做好协调工作，不得影响院方病区，门诊等人员的 正常工作。

4. 7中介机构应遵守的条款：

4. 7. 1制订符合我院实际的审计计划。

4. 7. 2安排具有与我院审计事项相适应专业技能和资格人员。 4.7.3职业道德良好，未受到过任何处分、处罚。

4. 7. 4遵守行业规定，对我院的信息资料等保密。

4. 8中介机构有下列情形之一的，院方随时终止审计事项：

4. 8. 1隐瞒审计中发现的问题或与施工单位串通舞弊。

1. 8. 2收受被审施工单位礼物等不正当利益。
   1. 3违反院方规定，私自泄密等。
2. 附则
3. 1本规定由审计科负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。

经济合同暂行管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 经济合同暂行管理办法 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 022 — 004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 审计科 | 版本号 | 2017-08-006 |

1. 目的

强化监督，避免潜在的经济纠纷，防范管理风险。

1. 范围 全院。
2. 定义

本管理办法所称的合同是指医院在经济活动中，以医院名义对外签订的各类合同。 包括：工程建设、修缮项目、采购项目、承包、租赁、其他等经济合同。

1. 内容

4. 1经济合同签订

1. 100万元以上的重大经济事项、重大投资由院长签字，或院长授权的领导签 字。

4. 1.2 10万元一 100万元的工程建设、修缮项目、设备、家具、交通工具等的采购； 5 —10万元卫生材料、物资采购，由分管院领导签字。

4. 1.3 10万元以下工程建设、修繕项目、设备、家具、交通工具等的采购；5万元 以下卫生材料、物资采购，由主管部门负责人签字。

4. 2合同形式和内容

4.2.1合同一律采用书面形式，凡国家或行业有标准或格式文本的，应当优先参照 使用；没有范本的，由主管部门负责各自制订适合本项经济活动的合同；严 禁口头及不规范的文字协议，杜绝履行在先，签订合同在后的情况。

4. 3合同审查部门

1. 1经济合同实行会审制，主管科室为合同主要起草审核部门，并组织财务科、

招标办、审计科及相关科室对合同进行检查复审。必要时聘请法律顾问审核。 4. 4审核内容

1. 1审查合同的合法性、合规性、合理性。

4.4.2审查合同条款的完整性、真实性。

4. 4. 3审查合同的严密性。

4.4.4审查合同的可行性。

4. 5合同审核要点

4.5.1工程建设、修繕项目合同

4. 5. 1.1审核工程名称、施工地点、工程范围和内容、承包方式、建设工期、开工 竣工日期、工程质量、保修期及保修条件、工程造价、工程价款的支付、 结算及竣工验收办法、变更签证、违约责任、争议的解决方式等。

4. 5. 2采购合同（包括设备、材料、物资等）

4.5.2. 1审核所采购设备、材料、物资等资产名称、生产厂家、供货商、商标、规 格型号、配置、单价金额、等级、包装标准、运输方式、到货地点、接货 办法、到货日期、验收方式、结算方式、质保金、双方违约责任等。

4. 5. 3其他合同（租赁合同、业务外包合同等）

4. 5. 3.1审核合同内服务范围、服务响应时间、服务标准、服务效果、满意度、付 款方式、付款条件、续签条件、终止条款、合同期限、双方责任与义务、 违约责任等。

1. 6合同履约

合同签订后，即具有法律效力，各部门必须认真履行合同。

4.7合同管理

经济合同实行归口管理，由审计科负责经济合同的归档管理。

5.附则

1. 1本办法由审计科负责解释。

5.2本办法自发布之日起实施。

内部审计工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 内部审计工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—022 - 005 | 总页数 | 1 |
| 指定部门 | 审计科 | 版本号 | 2017-08-006 |

1. 目的

规范经济管理，维护财经纪律，加强廉政建设。

1. 范围

涉及经济活动的各科室、部门。

1. 定义

无

1. 内容

4.1执行国家的各项法律法规及卫生部《卫生系统内部审计工作规定》和《聊城市 人民医院内部审计工作规定》，做好审计工作。

4.2在医院主要负责人领导下，依照国家法律、法规开展审计工作。

4. 3接受上级审计机关的指导和监督。

4. 4认真履行内部审计机构职责。

4. 5依法行使内部审计机构权限。

4. 6按照内部审机构工作程序实施审计。

1. 7学习审计专业知识，注重审计知识和审计经验的积累和更新，不断提高业务素

质。

4.8遵守内部审计准则和职业道德规范，依法审计，坚持原则，事实求是，客观公 正，忠于职守，严守秘密。

1. 附则
2. 1本制度由审计科负责解释。

5. 2本制度自发布起执行。

工程项目审计工作流程的暂行规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 工程项目审计工作流程的暂行规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-022-011 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 审计科 | 版本号 | 2017-08-006 |

1. 目的

进一步加强医院管理，规范工作流程，提高各类工程项目的工程质量，防范决策风

险，增强各科室、各工作人员的责任心。

1. 范围

各类工程项目。

1. 定义

无

1. 内容

4.1工程类别：基建工程、信息工程、设备工程、宣传工程。

4.2审批程序：对于各类工程，预计单项工程10000元以下的由执行科室审批；1 万元元至10万元的，由分管院领导审批；超过50万元的，提交办公会，经研 究决策后执行；必要时提交职代会通过后执行（应急情况另行处理）。

4. 3合同签订：对于各类工程，根据实际情况，需要招标的工程要由相关科室进行 招标，并同施工方签订规范的合同，对于工程的数量、质量以及双方的责任等 都应在合同中提出明确、详细的要求。

4. 4监督管理：工程开工后，为确保工程的质量，建议主管科室、使用科室、审计 科、招标办等相关科室应不定期到施工现场进行监督，核实施工方所用的材料、 施工程序等是否与合同中所规定的相一致，如遇有变化，应写明原因，及时签 证。特殊工程，聘请外部监理。

4. 5质量验收：工程完工后，根据不同工程情况，有关科室应到施工现场对照合同 进行工程质量验收，经验收合格后，再填写工程质量验收意见表。

4.6审计报告：工程经确认质量合格后，再由审计科和相关科室到现场进行审计， 并出具审计报告。遇有金额大，工程复杂，审计力量不足，审计知识受到限制 时，聘请外部审计机构审计。

1. 7脑科分院、古楼分院参照执行（我们根据工作需要随时调整此规定）。
2. 附则
3. 1本规定由审计科负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

招标工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 招标工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 059 - 012 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 招标办 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院医疗器械、物资材料、基建及维修工程等招标项目的管理，维护医院利

益，提高经济效益，合理有效利用采购资金，有计划地开展招标采购工作，确保物

品购置及基建工程项目质量。

1. 范围

2.1医疗器械类：医疗仪器、设备、手术器械、高值耗材、卫生材料、试剂等。

2.2后勤物资类：电教及通讯、消防器材、监控设备、大宗家具、办公用品、印刷 品、被服、车辆、电梯、空调、水、电、汽、暖设备及配件等。

2. 3信息类：计算机、服务器、信息安全设备、计算机网络设备、计算机软件、终 端设备、存储设备、打印机、多功能一体机、复印机、扫描仪、摄像机、照相 机、触控一体机、刻录机、电视机等。

2. 4工程类：电子工程安装、智能化安装工程、消防工程、通风和空调设备安装、 电梯安装、供暖设备安装、燃气设备安装、电力系统安装以及经医院批准立项 的各类基建工程、修繕项目等。

2.5服务类：信息技术服务、维修和保养服务、机动车保险服务、建筑物清洁服务、 印刷服务、物业管理服务、工程勘探、工程设计、装修设计、工程监理、宣传 业务的设计、发布项目及各类劳务技术服务项目等。

2.6图书教材类：图书、电子图书、电子期刊、教材及辅助器材等。

2.7其他需要招标的项目。

1. 定义

无

1. 内容

4.1招标采购的范围涉及使用医院经费和专用基金采购的所有项目，包括药品、材 料、物资、办公用品、工程、设备、微机、软件、服务、宣传广告品、会议用 品、集体外出旅游、发放的物品等。

4.2所有采购项目必须填写购物申请表，经院领导批准后按计划进行招标采购。

4. 3有关人员应做好市场调查和供货单位的考察，掌握供求信息和详细资料，多方 询价，综合比较，保证质优价廉。

4.4医院招标采购采取公开招标、邀请招标、竞争性谈判、询价采购、单一来源议 价采购等多种形式。

4.5按照公开择优原则，增加工作透明度，通过适当途径向社会发布招标采购信息， 一般项目投标单位应超过三个。

4.6开标、议标、定标和考察等环节要多个部门参与，并吸收专业人员参加，共同 商定后，上交院长办公会定标。

4.7招标结束后依法签订采购合同，采购项目验收审核与招标情况不符者，医院拒 付货款。

4. 8零星采购必须实行双人采购制。

4.9所有采购项目发票必须经招标办审核，盖章。与中标项目产地、规格、数量、 价格等相符，才能报分管院领导、院长签字，才能由财务科结算。

1. 10参与招标采购人员要以高度的责任感切实维护医院利益，处事廉洁公正，不徇

私舞弊，不假公济私。

5.附则

1. 1本制度由招标办负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医用耗材招标采购制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医用耗材招标采购制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 019 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

加强医用耗材的管理，保障医用耗材的质量和安全。

1. 范围

医院相关管理、使用人员，供应商，生产企业。

1. 定义

医用耗材，是指单独或者组合使用于人体的仪器、器具、材料或者其他物品，包括 所需要的软件；其用于人体体表及体内的作用不是用药理学、免疫学或者代谢的手 段获得，但是可能有这些手段参与并起一定的辅助作用；其使用旨在达到下列预期 目的：（一）对疾病的预防、诊断、治疗、监护、缓解；（二）对损伤或者残疾的诊 断、治疗、监护、缓解、补偿；（三）对解剖或者生理过程的研究、替代、调节; (四）妊娠控制。

1. 内容

4.1医用耗材的招标采购实行公开招标或议价采购，招标产品在国内市场上生产厂 家存在3家以上时，必须采用招标方式。

4.2医用耗材的招标采购品种由设备处和使用科室根据现用医用耗材目录情况，由 使用科室提出申请。新产品的进院申请由使用科室提出，进行论证后按程序招 标采购。各使用科室无权自行采购，否则使用科室自行承担后果。

4.3招标采购计划由设备处制定，经分管院领导批准后送招标采购办公室。

4.4招标通知由设备处、使用科室共同制定，设备处报招标办后确定招标时间。

4. 5招标办具体安排开标、评标、议标工作，分管院领导、院纪委、审计科、使用 科室相关人员组成评标小组。

4.6医用耗材由设备处、招标办、使用科室审核供货单位资质及基本情况等。

4. 7专业性较强、价值较高、用量较小的特殊医用耗材，由设备处、招标办和使用 科室共同考察，了解市场行情，实行邀请招标或议价。

4.8高值医用耗材的招标采购具体参照《高值医用耗材采购管理制度》。

4.9医用耗材参照每次招标期后因价格、规格、授权、代理商有异议或发生变化的， 由设备处和招标办共同商议定购。

4. 10招标办要严格监督合同履行情况，检查供货质量、产地、规格和价格。设备处

人库、库存情况要与招标办联网管理。

4. 11招标后由设备处整理归档所有招标文件。

1. 12根据招标结果与供应商签订《医药产品廉洁购销合同》和《医疗器械采购协

议》。

5.附则

1. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

基建工程材料与设备采购管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 基建工程材料与设备采购管理办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-058-004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 基建科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

为全面做好医院基建工程中所需材料的质量、供应、管理，规范采购手续，严格招

投标纪律，确保医院建筑工程的质量和进度。

1. 范围
2. 1基建科工作人员。

2. 2实施基建工程材料与设备采购的行政管理人员。

2. 3其他与基建有关的人员。

1. 定义
2. 内容

4. 1严格落实国家法律法规。

4.2材料设备采购按申请、审批、研究采购方式、签署合同、材料设备验收、资料 归档等程序规定执行，明确各个环节上的责任和权限，做到程序规范、公开透 明、货比三家、集体决策、择优购置。采购材料设备必须明确产品的厂家、信 誉度、品牌、规格、型号、标准、合格证、质保、价格、提货地点等，严防伪 劣产品混入工程中。

4. 3材料设备采购活动中如涉及供应商的任何“折扣”、“让利”等，均应在实际采 购合同中体现。

4. 4购置的材料设备进场，要认真验收，其产品的厂家、品牌、规格、型号、标准、 合格证、质保等是否符合要求，认真做好有关材料的现场抽样复检工作，坚决 把好质量关。如发现不符合要求的，坚决拒收。施工现场各工种负责人应对本 工种所采用材料设备的质量进行把关，防止不合格产品用到工程中。

4. 5材料管理人员深人施工现场，注意观察，了解材料设备的质量，发现问题及时、 果断处理。及时做好工程材料、设备信息的收集和各项采购活动的记录，提高 工作效率，在确保材料设备质量的同时，努力降低工程造价。

4.6甲方供材料设备按照医院招标办的基建装修工程及材料招标采购制度规定，择 优招标采购。由科长安排相关人员，会同招标、审计、纪检等科室的有关人员 对厂家和使用单位进行摸底考察，在质量可靠的前提下，提出书面采购要求进 行招标，并根据报价、质量等要求整理经过招标筛选确定的中标厂家，重大采

购项目报医院办公会集体研究按有关规定确定中标厂商。

4.7乙方供材料设备的采购，施工合同中已明确价格的材料设备，由乙方自行采购， 甲方检查材料设备质量；未明确价格的材料设备，由乙方提供供应信息甲方项 目代表等参与考察摸底，确定不少于三家供应商，由甲乙双方参照办法规定进 行招标选定供应商，然后由乙方采购。

1. 附则

5. 1本办法由基建科负责解释。

5. 2本办法自发布之日起施行。原基建科制度同时废止。

基建工程竣工档案编制及报送工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 基建工程竣工档案编制及报送工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—058 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 基建科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

加强建设工程档案的管理，规范建设工程竣工档案的编制、验收和报送工作。

1. 范围
2. 1基建科工作人员。

2. 2实施基建工程档案编制及报送的行政管理人员。

2. 3其他与基建有关的人员。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1竣工档案的内容及编制

4. 1.1在办理报建手续时，与市城建档案馆签订《聊城市建设工程竣工档案移交合 同》，并从建设工程立项起，对勘察、设计、施工和监理单位提出编制、报送 建设工程档案的要求，做到建设工程档案材料的收集、编制与工程建设进度 同步，保证建设工程档案材料的完整、准确、系统与安全。

4.1.2要求勘察、设计、施工和监理单位认真收集、整理建设项目各个环节的档案 材料，并在工程项目竣工时，分别向我院提供完整、准确的建设工程竣工档 案材料。

4. 1.3竣工档案的内容必须真实反映工程建设的全过程，与工程实际相符，不得随 意涂改。竣工文件材料的内容按照市城建档案馆《建设工程档案移交资料目 录》编制，采用新工艺、新技术、新材料的工程按有关要求据实增加。工程 进行中注意留存建设工程的照片、录音、录像等声像材料。

4. 2竣工档案的报送应当符合下列要求：

4. 2. 1报送城市建设档案管理机构的竣工文件材料应为原件；

4. 2. 2竣工文件材料的内容及其深度符合国家有关工程勘察、设计、施工、监理等 方面的技术规范、标准和规程；

4.2. 3竣工文件材料的内容应真实、准确，与工程实际相符合；

4. 2. 4竣工文件材料采用耐久性强的书写材料；

4.2. 5竣工文件材料字迹清楚，图样清晰，图表整洁，签字盖章手续完备；

4. 2. 6所有建设工程竣工图加盖竣工图章。

1. 3竣工档案报送市城建档案馆后，工程图纸及工程准备阶段文件复印件报送我院

档案室存档。

5.附则

1. 1本制度由基建科负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。原基建科制度同时废止。

基建档案管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 基建档案管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—058 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 基建科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

进一步加强基建档案管理，促进基建档案管理规范化、制度化，保证基建档案材料

齐全、真实。

1. 范围
2. 1基建科工作人员。
3. 2其他与档案有关的人员。
4. 定义

基建档案：是指在整个建设项目从酝酿、决策、施工到建成使用的全过程中形成的

应归档保存的文件，包括基本建设项目的提出、调研、可行性研究、评估、决策、

计划、招投标、勘测、设计、施工、竣工、审计等工作活动中形成的文字、图纸、

图表、电子文档等形式的文件材料。

1. 内容

4.1基建档案资料是指在整个建设项目从酝酿、决策、施工到建成使用的全过程中 形成的应归档保存的文件，包括基本建设项目的提出、调研、可行性研究、评 估、决策、计划、招投标、勘测、设计、施工、竣工、审计等工作活动中形成 的文字、图纸、图表、电子文档等形式的文件材料。

4.2基建科内设立兼职档案管理员负责基建档案管理工作，对工程范围内所形成的 各类文件及有关资料，按照建设工程文件归档范围，负责收集、整理和保管， 以建设项目为单位进行立卷和归档工作。

4. 3基建项目的档案资料工作要与项目进程同步。项目建设过程中，驻工地现场代 表应要求各参建单位做好建设项目文件材料的形成、积累、整理、保管和归档 工作，在工程竣工验收时移交给档案管理员。

4. 4基建项目档案资料分阶段进行收集整理：项目前期工作开始至施工许可证办理 完毕；工程开工至竣工验收合格；工程审计结束。相关阶段责任人应将原件交 给档案管理员存档，档案管理员对接收的所有基建项目档案资料应做好清点检 查交接，并做好目录清单，同时负责审核档案资料是否符合归档相关标准和规 定。基建科其他相关人员应负责审核分管项目档案资料是否齐全和真实。

4. 5工程档案原则上应在工程竣工三个月内完成档案资料归档工作，交付市城建档 案馆存档；并根据工作需要，将重要的和经常使用的文件及图纸资料二套按项 目做好医院、科室内部存档工作。

4.6档案资料借阅：所存放的所有基建档案资料，不论是内部还是外部人员来查阅 时，均必须办理手续，随查随还，不得随意带走。特殊情况必需借出时，由科 长批准，限期交还。

1. 7档案室管理人员，要认真做好基建档案资料的收集，整理鉴定、保管工作。
2. 附则

5.2本制度基建科负责解释。

1. 3本制度自发布之日起施行。原基建科制度同时废止。

基建科工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 基建科工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—058 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 基建科 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

加强医院基本建设管理，保障基本建设工程质量与安全。

1. 范围

2. 1基建科工作人员。

2. 2实施基建工程质量监管的行政管理人员。

1. 3其他与基建有关的人员。
2. 定义

3.1基建：是建筑学专有名词，是基本建设的简称，指的是实现固定资产再生产的 一种经济活动，它包括固定资产的建造和安装、固定资产的购置以及与此相联 系的其他工作（如：征地、设计、科学实验、培训、建设单位管理工作等）。

3.2规划：是融合多要素多人士看法的某一特定领域的发展愿景，意即进行比较全 面的长远的发展计划，是对未来整体性、长期性、基本性问题的思考、考量和 设计未来整套行动的方案。

1. 3可行性研究报告：是从事一种经济活动（投资）之前，双方要从经济、技术、

生产、供销直到社会各种环境、法律等各种因素进行具体调查、研究、分析， 确定有利和不利的因素、项目是否可行，估计成功率大小、经济效益和社会效 果程度，为决策者和主管机关审批的上报文件。

3.4竣工验收：指建设工程项目竣工后开发建设单位会同设计、施工、设备供应单 位及工程质量监督部门，对该项目是否符合规划设计要求以及建筑施工和设备 安装质量进行全面检验，取得竣工合格资料、数据和凭证。

1. 内容

4.1在院长领导下，按基本建设程序及相关法律法规，结合《综合医院建设标准》 和医院的现状协助院领导编制医院总体发展规划及单体建设方案，当好院领导 的参谋；协调处理好相关政府职能部门关系，完成领导交办的各项任务。

4.2科室人员在科长的领导下，应遵纪守法、廉洁自律，做好自己的本职工作，并 严格执行岗位责任制。

4.3遵守医院的各项制度，科长交办的各项工作，必须及时办理，有问题及时汇报， 工作人员之间、工作人员与医院各科室及施工单位之间应相互协调，并相互遵

守各自管理制度。

4.4院领导交办的各项工作，科室人员应积极办理，科室人员在日常工作中应文明 办公，态度和蔼、以礼相待、认真记录、及时交流有关问题。

4.5每年根据医院总体发展建设规划编制年度新建、扩建工程项目计划，各工程符 合经市规划部门批准的医院长远规划和医院卫生学要求，并且符合国家建设标 准和消防规范。

1. 6积极做好各建筑工程前期资料搜集整理、可行性研究报告及依法办理各项建设 手续、图纸设计、施工队的招标优选、签订施工合同、建设过程中工程质量检 查及材料设备招标、督促工程进度、竣工验收和预、决算审查造价控制工作， 有关事项及时给院领导请示汇报。

4. 7认真组织使用科室审定设计方案，主持设计、监理、施工等有关部门会审工程 施工图纸，以后如有重要图纸变更须经院领导批准。在工程竣工一年内，将工 程图纸及各种资料按有关规定整理完备，做好存档工作。

1. 8根据医院安排和科室发展需求进行改造工程项目，要满足医院感染管理和医疗

服务流程优化的需要，做到持续改进。

4.9工程竣工后及时移交使用和转人固定资产，及时做好工程保修工作。

1. 附则
2. 1本制度由基建科负责解释。

5. 2本制度自发布之日起施行。原基建科制度同时废止。

基建工程设计变更及现场签证管理办法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 基建工程设计变更及现场签证管理办法 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-058-005 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 基建科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范设计变更及现场签证管理，提高工程质量，有效控制工程造价。

1. 范围

2. 1基建科工作人员。

2. 2实施基建工程现场管理的行政管理人员。

1. 3其他与基建有关的人员。
2. 定义

3.1图纸会审：图纸会审是指工程各参建单位（建设单位、监理单位、施工单位、 各种设备厂家）在收到设计院施工图设计文件后，对图纸进行全面细致的熟悉， 审查出施工图中存在的问题及不合理情况并提交设计院进行处理的一项重要活 动。图纸会审由建设单位负责组织并记录（也可请监理单位代为组织）。通过图 纸会审可以使各参建单位特别是施工单位熟悉设计图纸、领会设计意图、掌握 工程特点及难点，找出需要解决的技术难题并拟定解决方案，从而将因设计缺 陷而存在的问题消灭在施工之前。

1. 2设计变更：是指设计单位依据建设单位要求调整，或对原设计内容进行修改、

完善、优化。设计变更应以图纸或设计变更通知单的形式发出。

1. 3现场签证：是在施工过程中遇到问题时，由于报批需要时间，所以在施工现场 由现场负责人当场审批的一个过程。发包人现场代表（或其授权的监理人、工 程造价咨询人）与承包人现场代表就施工过程中涉及的责任事件所作的签认证 明。现场签证必须邀请甲方以及第三方监理责任人事前通知，事中监督，事后 检验并及时进行签证方能有效。
2. 内容

4.1工程开工前由基建科牵头组织，会同设计、施工、监理等工程建设各相关单位 参加，进行施工图图纸会审和技术交底工作，并做出会议纪录，签署正式的图 纸会审记录。

4.2在施工中由于现场条件的变化或国家政策、法规的改变或由于医院使用科室提 出的要求等原因造成的变更，由各有关单位提出书面变更要求，分别按以下情 况处理：

1. 2. 1对不涉及工程造价增减且对工程整体影响很小的变更，由工程现场负责人负 责组织施工、监理单位讨论后，出具变更文件，经工地代表、设计、监理及 施工单位签字、盖章后实施。

4.2.2对涉及工程造价增减数额万元以下且对工程整体影响较小的变更，由工程现 场负责人负责组织，会同监理、施工单位论证后，出具变更文件，基建科长 及工地代表、设计、监理及施工单位签字、盖章后实施。

1. 2. 3对涉及工程造价增减数额万元以上对工程整体影响较大的变更，由科长负责 组织，会同设计、监理、施工单位进行论证后，出具变更意见书，并汇报医 院分管领导同意后，由基建科联系设计单位办理变更文件或变更图纸后实施。

4. 3所有设计变更必须有文字记载，紧急情况下施工现场口头认可的变更，事后必 须在7日内补齐有关手续。所有设计变更应有设计、基建科长审核签字。

4.4所有签证，必须是在工程现场代表允许实施的前提下发生的，并且必须经工程 现场代表、监理单位、施工单位成员实地查验、确定工程量后，签字、盖章生 效，要在签证前报科长批准。非以上人员签字、盖章的签证均为无效签证。

4.5所有工程的设计变更文件和签证，由工程项目现场代表收集后，分发到监理、 施工等相关单位，基建科留存作为最终结算依据。

1. 6对于各专业工种的设计变更，各专业人员应及时沟通，避免信息不通产生新的

变更，造成投资浪费。

1. 附则
2. 1本办法由基建科负责解释。

5.2本办法自发布之日起施行。原基建科制度同时废止。

篥十五昌  
设备信戀篇理

医疗设备配置论证制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备配置论证制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

确保医疗设备购置前充分论证，配置合理。

1. 范围

按固定资产管理的所有医疗设备。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1医疗设备配置论证依据：

4. 1. 1根据医疗需求及技术发展。

4. 1. 2设备的经济效益及社会效益。

4.2医疗设备配置论证内容：

4. 2. 1医疗设备的配置申请由临床科室负责人根据科室需求及医疗技术发展情况， 填写《固定资产购置审批表》，写明购置的理由。

4. 2. 2 50万元以上的医疗设备应填写《大中型医疗设备购置论证表》。填写设备的 临床应用价值，新设备的功能领先情况，使用人员的准备情况，院内同类设 备情况，设备的效益分析等。

4.2.3设备处对临床科室的申请进行汇总，结合医院规划，医院技术发展方向，做 进一步的论证，对全院年度配置计划做出初步方案，并提交医院医学装备管 理委员会讨论。

4.2.4医院医学装备管理委员会对全院医疗设备的年度配置计划进行论证，提出意 见和建议。

4.2.5设备处把医学装备管理委员会的论证方案向院长办公会汇报，院长办公会根 据医院发展方向及医院资金计划，最后确定年度计划。

4. 3相关记录：

4. 3.1《固定资产购置审批表》。

4. 3. 2《大中型医疗设备购置论证表》。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。 5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备更新制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备更新制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 003 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

确保医疗设备及时、有效更新，保证医疗质量。

1. 范围

按固定资产管理的所有医疗设备。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1医疗设备更新原则：

4. 1. 1严格按照医院规划、医院资金安排以及设备的配置计划进行。

4. 1.2设备主要性能指标的准确性和稳定性较差、临床使用有安全隐患、维修价值 过高、无配件供应或设备的技术水平已经不能适应临床的需要时，应及时申 请更新。

4.2医疗设备更新流程：

4.2.1使用科室填写《固定资产购置审批表》，说明更新理由。

4.2.2使用科室根据设备使用情况填写《固定资产报废申请》，按固定资产报废制度 办理相关手续。

4.2.3大中型设备更新，需填写可行性论证报告，对设备的技术性能前景、设备的 经济效益、以及设备使用的配套条件等论证分析。

4. 2. 4设备的采购按医院有关制度办理。

4. 3相关记录：

4. 3.1《固定资产购置审批表》。

4. 3.2《固定资产报废申请》。

1. 3. 3《大中型医疗设备购置论证表》。
2. 附则
3. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备采购制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备采购制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 004 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-003 |

1. 目的

确保医疗设备的购置科学规范、公开公正，资源配置合理有效。

1. 范围

按固定资产管理的所有医疗设备。

1. 定义

无

1. 内容

4.1设备采购依据：

4. 1. 1使用科室根据在用设备运行情况、设备负荷情况。

4.1.2医疗新技术发展情况。

4. 1. 3主管部门要求和行业协会专家指导意见。

4. 1.4医院发展规划。

4.2申请流程：

使用科室填写《固定资产购置审批表》—主管部门审批—设备处汇总。

4. 3米购流程：

4. 3. 1设备处收集相关产品资料—按照每年计划统筹安排时间进行考察、产品讲座 及相关技术论证分析—会同使用科室及相关专家制订招标参数—由招标办统 一安排进行招标。

4.3.2甲、乙类设备在取得卫计委或国家卫计委颁发的配置许可证之后进行采购。

4. 3. 3设备处负责和厂家签订购买合同、验收等具体工作。

4. 3. 4紧急需要采购的设备采取参考原有招标记录进行院内议价的方式，或者邀请 3家以上公司参加投标，招标结果经院长办公会讨论后确定中标厂家。

4. 4相关记录：

4.4. 1《固定资产购置审批表》。

1. 4. 2《大中型医疗设备购置论证表》。
2. 附则
3. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

大型医疗设备准入管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 大型医疗设备准人管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 005 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

确保甲乙类医疗设备配置合理，手续完备。

1. 范围

大型医疗设备的申请、配置许可、采购及安装。

1. 定义

3.1甲类设备：国务院卫生行政部门管理，包括X线一正电子发射计算机断层扫描 仪（PET—CT，包括正电子发射型断层仪即PET)、伽玛射线立体定位治疗系 统（7刀）、医用电子回旋加速治疗系统（MM50)、质子治疗系统、X线立体定 向放射治疗系统、306道脑磁图、断层放射治疗系统、内窥镜手术器械控制系 统、正电子发射磁共振成像系统（英文简称PET — MR，包括一体化和分体式 两种类型）、TmeBeam、TmeBeamSTX型医用直线加速器、Axesse型医用直 线加速器、其它未列人管理品目区域内首次配置的单价在500万元以上的医用 设备。

3.2乙类设备：省级卫生行政部门管理，包括X线电子计算机断层扫描装置（CT)、 医用磁共振成像设备（MRI)、800毫安以上数字减影血管造影X线机（DSA)、 单光子发射型电子计算机断层扫描仪（SPECT)、医用电子直线加速器（LA)。

1. 内容

4.1大型医疗设备配置依据：

4.1.1使用科室根据在用设备运行情况、设备负荷情况。

4. 1.2医疗新技术发展情况。

4. 1.3医院发展规划。

4.2大型医疗设备的购置：

4.2.1严格遵守《大型医用设备配置与使用管理办法》和《山东省大型医用设备配 置与使用管理实施办法》。

4.2.2甲类大型医用设备，由医院向市卫计委提出申请，逐级上报，由省卫计委组 织“山东省大型医用设备配置评审委员会”进行评审论证，经省卫计委审议 同意后报国家卫计委审批。

4.2.3乙类大型医用设备，医院必须向市卫计委提出申请，逐级上报，由省卫计委 审核，经“山东省大型医用设备评审委员会”评审论证，经省卫计委审议同 意后批复。

4.2.4获得大型医用设备配置许可批复文件后，根据招标采购制度购置大型医用设 备。

* 1. 5新设备购置、安装后，凭大型医用设备配置许可通知和已购设备相关资料，

办理备案和领取《大型医用设备配置许可证》。

4. 3相关记录：

* 1. 1甲乙类大型医用设备批复文件。

1. 3.2大型设备配置证。
2. **附则**
3. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

计量管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 计量管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 006 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. **目的**

确保医疗设备安全、准确运行，保障医疗质量。

1. **范围**

医院所有需要计量的设备。

1. **定义**

3.1计量：计量是利用技术和法制手段实现单位统一和量值准确可靠的测量。在计 量过程中，认为所使用量具和仪器是标准的，用它们来校准、检定受检量具和 仪器设备，以衡量和保证使用受检量具仪器进行测量时所获得测量结果的可靠 性。

1. 2计量器具强制检定：是指由县级以上人民政府计量行政部门所属或者授权的计

量检定机构，对用于贸易结算、安全防护、医疗卫生、环境监测方面，并列人 《中华人民共和国强制检定的工作计量器具目录》的计量器具实行定点定期检 定。

1. **内容**

4.1计量设备的分类：

1. 1.1属于强制检定的计量器具根据《中华人民共和国强制检定的工作计量器具目

录》的计量器具实行定点定期检定。

4. 1. 2其它需要计量的设备根据相关要求定期在有资质的部门进行检定。

4.2计量设备的管理：

4.2. 1设备处按照《中华人民共和国计量法》的要求和有关的规定，统一管理全院 的计量工作。

4. 2. 2专人（计量管理员）负责管理和协调。

4.2.3统一建立全院强制检定计量器具的台帐、分户帐、分类帐，保管好有关的技 术档案和检定证书。

4. 2. 4加强与计量检定部门的业务联系，做好年度强制检定计量器具的周期检定工 作。

4.2.5经检测的计量器具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一 致。

4.2.6凡超期或不合格的计量器具要停止使用，不得因计量原因导致医疗安全事件。

5.附则

5. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5. 2本制度自发布之日起实施。

医疗设备使用管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备使用管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 007 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医疗设备的使用管理，确保设备安全运行，保障使用人员及患者安全。

1. 范围

相关管理人员、从事医疗设备操作的技术人员、临床使用技术人员、医学工程技术

人员。

1. 定义

无

1. 内容

4.1从事医疗设备操作的技术人员，应当具备人事部门认证的的专业学历、技术职 称并经过设备操作培训，大型设备及特殊设备操作人员需具备管理部门要求的 上岗证。

4. 2设备处对医疗设备临床使用技术人员和医疗设备保障的医学工程技术人员有培 训、考核制度。设备处组织开展新产品、新技术应用前规范化培训，开展医疗 设备临床使用过程中的质量控制、操作规程等相关培训。

4. 3设备操作技术人员临床使用医疗设备时要严格遵照产品使用说明书、技术操作 规范和规程，了解设备性能及使用方法，对产品禁忌症及注意事项应当严格遵 守，需向患者说明的事项应当如实告知，不得进行虚假宣传，误导患者。

4.4当发生医疗设备临床使用安全事件或者医疗设备出现故障时，设备操作人员应 当立即停止使用，并通知设备处按技术规程进行维修或联合厂家工程师维修， 经检修达不到临床使用安全标准或质量控制达不到要求的医疗设备，不得再用 于临床。

4. 5医疗设备（包括主机、附件、说明书）保持完整无缺。即使破损失灵的部件， 未经设备处确认不得任意丢弃。

4. 6设备处有专人负责医疗设备临床使用安全（不良）事件的日常管理监测，并主 动上报医疗器械临床使用安全（不良）事件监测信息。

1. 7设备处定期对全院的医疗设备的使用情况进行考核和评估，形成记录并存档。
2. 附则
3. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备应用培训与考核制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 008 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-003 |

1. 目的

通过有计划的应用培训与考核，提高操作人员及医工人员的技能，保障设备安全、 准确运行，保障医疗质量，保障使用人员及患者安全。

1. 范围

医院相关的管理、使用、维护人员。

1. 定义 无
2. 内容

4.1使用人员培训：

设备操作，日常保养与维护，安全使用知识等。

4.2医学工程人员培训：

设备操作，设备原理与使用，设备保养、维护、维修、质控，使用安全知识等。 4. 3培训方式：

设备安装完成后，由厂方工程师、培训专家一起对使用科室的相关人员和工程 技术人员进行现场操作培训，填写设备使用培训记录。需在上级医院或厂家参 加培训的，指派相关人员参加。

1. 4培训考核：

4.4.1培训完成后要对设备的使用操作人员进行考核，经考核合格者方可上机操作。 4.4.2甲、乙类大型医用设备的操作人员应具备上岗证或使用资格证。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备技术档案管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备技术档案管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 009 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

建立医疗设备技术档案，保存设备资料及数据，便于维修维护，以及制定维护保养 计划及更新计划。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

制度设备档案应包括：设备购买发票（复印件）、固定资产购置审批表、可行性论 证报告（50万元以上设备）、企业资质（包括营业执照、医疗器械企业经营许可证、 医疗器械注册证）、订货合同、验收报告及其它相关资料。

1. 内容

4. 1医疗设备建档标准：

4. 1.1 5万元以下医疗设备由档案管理员统一建档，各台（套）设备不再单独建档， 并另行存放。

4. 1.2 5万元以上（含5万元）医疗设备建立专件档案。

4.2医疗设备档案内容：

设备档案应包括：设备购买发票（复印件）、《固定资产购置审批表》、可行性论 证报告（50万元以上设备）、企业资质（包括营业执照、医疗器械企业经营许 可证、医疗器械注册证等）、订货合同、验收报告及其它相关资料。

4. 3医疗设备建档要求：

4. 3.1设备验收合格后，根据设备的属性及价值建立档案。档案管理员应该核对并 记录设备编号、设备名称、建立时间等。

4. 3. 2整理、填写设备档案要做到书写工整、字迹清楚并分别编号登记。装订要符 合档案要求，不合格者不许人档。保持档案的清洁、整齐、干燥，防止霉烂、 虫蛀和火灾。

4. 3. 3设备档案保存期限为设备使用寿命周期结束后5年以上。

4. 3. 4档案管理人员由专人担任，必要时也可兼任。管理人员工作发生变动时，要 严格办理档案移交手续。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。 5. 2本制度自发布之日起实施。

医疗设备资源共享制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备资源共享制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 010 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

实现医疗设备资源共享，提高设备利用率。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

无

1. 内容

4.1医疗设备共用原则：

4.1.1医院所有医疗设备，均实行资源共享。

1. 1.2设备购置应兼顾多科室应用，利于设备共享。

4.2医疗设备资源共享内容：

4.2.1使用科室专人保管，其他科室使用时暂借，必要时由设备保管人随机操作， 用完后立即归还原使用科室。

4.2.2设备处可根据设备使用情况及科室需求实行统一调配，并办理移交手续。 4.2.3凡属资源共享的设备必须执行该制度，由设备处监督实施。

4.2.4对拒不执行共享制度的科室，设备处有权将该设备调出。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备使用效益分析制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备使用效益分析制度 | | |
| 文件编号 | OM — LYXZ—027 — 011 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-003 |

1. 目的

提高设备使用率，促进设备功能开发，降低成本，增进效益。

1. 范围

设备管理部门、临床设备使用科室。

1. 定义

无

1. 内容

4.1需要效益分析的设备：

4.1.1大、中型设备临床使用科室每月填写报表，设备处根据报表进行当月效益分 析。

4. 1. 2设备处每年要对上年购置的10万元以上设备使用情况进行跟踪督导，形成书 面分析材料。

4. 1.3选取部分大、中型设备进行单机、单类深度分析。

4. 2设备处工程技术人员要参与并指导大型设备的功能开发，促进其得到充分合理 使用。

1. 3设备效益分析情况要反馈到使用科室，对存在的问题要进行分析督导，并持续

改进。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗器械使用安全（不良）事件报告制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗器械使用安全（不良）事件报告制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 012 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

加强医疗器械不良事件监测和再评价工作，最大限度保障病人安全。

1. 范围

使用医疗器械导致或者可能导致伤害或死亡的所有不良事件。

1. 定义

3.1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。

3.2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现、报告、评价和 控制的过程。只有通过医疗器械上市后，在使用中发生的不良事件的监测和管 理，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的使用。

3.3医疗器械质量事故：主要是指其质量不符合注册产品标准等规定造成的事故。

1. 内容

4.1医院建立医疗器械使用安全（不良）事件监控网络，由各临床科室指定专人负 责本科室的医疗器械使用安全（不良）事件的搜集、汇总、上报。

4. 2医疗器械使用安全（不良）事件实行逐级报告，必要时可以越级报告。

4. 3各科室科负责人发现可能与医疗器械使用有关的安全（不良）事件要及时调查 处理，并填写医疗器械不良反应事件报告表，通过设备处上报至省、市食品药 品监督管理部门。

4. 4严重、罕见的不良反应事件，应先经医护人员诊治和处理，并做好医疗器械的 留样、保存和记录工作，在24小时内报医疗设备处，其中死亡病例必须立即报 告。

4.5医疗器械严重不良反应或群体不良事件或死亡病例须立即报告设备处，并及时 填写医疗器械不良反应事件报告表。

4.6重大临床使用医疗器械差错的不良事件，设备处应马上进行事实记录和调查， 核查和保留适当的器械证据（例如包装和标签），核查临床重大使用错误报告及 相关的改正措施。

4. 7设备处安排专门人员及时收集、整理，并按规定向省、市医疗器械不良反应监 测中心报告。一般医疗器械不良事件每月集中上报，严重的医疗器械不良事件

于15日内上报，可疑死亡病例5日内上报，群体不良事件立即上报。

4. 8设备处每季度将医疗器械不良事件分析报告报医院质控科。

4. 9进行临床试验的医疗器械发生的导致或者可能导致人体伤害的各种有害事件， 应当如实、及时分别向受理该医疗器械注册申请的省食品药品监督管理部门和 国家食品药品监督管理局报告。

4. 10临床科室人员向设备处报告医疗器械使用安全（不良）事件，并经调查情况属 实，医院奖励报告人每例20元。

4. 11科室有下列情况之一者，通报批评，并视情况给予通报批评经济处罚。

4.11. 1无专职或兼职人员负责本科室医疗器械使用安全（不良）事件监测工作的。

4. 11. 2未按要求报告医疗器械使用安全（不良）事件的。

4. 11. 3发现医疗器械使用安全（不良）事件匿而不报的。

4. 11. 4因为工作不规范，有医疗器使用安全（不良）事件引起医疗纠纷的。

4. 11. 5不配合医疗器械使用安全（不良）事件监测人员调查，拒不提供资料或隐瞒 相关资料的。

1. 12设备处负责对全院所有临床科室上报的医疗器械使用安全（不良）事件进行监

管。负责对各科室报告的医疗器械不良反应事件进行调查、分析、处理、上 报，并将结果反馈到科室，做好科室的改进和整治工作。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备验收制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备验收制度 | | |
| 文件编号 | OM - L YXZ - 027 - 013 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院医疗设备的验收。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1首先进行外包装检查，如有破损，应做好记录，必要时应进行拍照，如供方人 员不在场，应及时通知供方人员，协商处理意见。

4.2设备验收时，由设备处、供方、使用科室参加，三方共同签字验收。300万元 以上设备须经分管院长签字。

4. 3需商检的进口设备，应向商品检验检疫局申请商检。特殊的装置如射线防护机 房等的验收，要请专业的机构来进行。各种性能指标达到国家标准要求后才能 履行院内验收程序。大型影像设备、特种设备等要经过技术监督部门验收许可。 4. 4验收时，设备处工程师要根据订货合同的配置清单，核对规格、型号、数量及 质量等，测试其各项性能。

4. 5设备验收后应认真填写验收报告单、保修单等，收集好技术资料存档，使用说 明书交使用科室负责人妥善保存。

4. 6设备验收合格后，制定操作规程，确定使用科室的责任人，办理有关手续。

4. 7如验收不合格，应马上将出现的问题通知供方，让其更换或退货，有违背合同 的情况应提出索赔。

1. 8安装完毕后的医疗设备，必须经过设备处、供方、使用科室三方验收合格签字

后才正式开始计算保修期。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备定期保养制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备定期保养制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 014 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院医疗设备的定期保养。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1日常保养：清洁润滑，检查外观及在使用过程中工作是否正常，零部件是否完 整。由操作人员每日进行1次。

4.2定期保养：对设备内部普遍清洁除尘，检查电路安全隐患，对机械运动部件进 行清洁、润滑、紧固、擦拭部分光学零部件，对易损部件进行更换，对设备部 分参数进行测试和校准。

1. 3根据各类设备的性能特点、使用环境、频率制定合理的保养周期：10万元以下

医疗设备每年保养1次，50万元以下医疗设备每半年保养1次，50万元以上医 疗设备及生命支持类设备每3个月保养1次。

4.4保养完毕后工程师应做详细记录，大中型设备的保养记录要存档。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备安全检查制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备安全检查制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 015 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院医疗设备的安全检查。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1医疗设备安全检查时应监督使用科室严格执行设备操作规程，确定专人保管， 对可能发生危险的医疗设备，使用前必须经有关单位进行严格培训并颁发上岗 证。

4. 2对重点科室的设备每月进行1次设备安全巡检，普通科室设备每3个月巡检1 次。

4. 3对24小时运转设备，应按规定及时保养，全面检查各部位是否正常运转。

1. 4对能产生高压的设备，着重检查地线、防尘、防潮、泄漏等情况。

4.5对能产生各类射线，对人体有损伤的设备，要严加保管，定期进行测试，完善 防护性措施，确定专人保管。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备维修制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备维修制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 016 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院医疗设备的维修。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1医疗设备一旦出现故障应及时报告设备处，小型设备由使用科室直接送修，大 中型医疗设备由工程师到使用科室维修。

4.2工程师应按照分工相互协作，严格落实责任制，保证设备正常运转。

4.3常规故障应及时维修，无法及时修复时应当即向使用科室说明情况。1周内不 能修复的要报告设备处维修科负责人，并及时联系厂家上门维修或外送修理。

1. 4设备维修完毕应填写维修记录，大中型医疗设备须建立维修档案。

4.5医疗设备更换价格较高的零配件时，应报院长办公会审批。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医疗设备报废制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗设备报废制度 | | |
| 文件编号 | OM - L YXZ - 027 - 017 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院医疗设备的报废管理。

1. 范围

医院所有医疗设备。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1报废条件

4.1.1主要结构陈旧，性能落后，精度误差严重，无法修复，无法满足临床要求。

4. 1.2设备损坏严重，维修费用过高，无修复价值。

4. 1.3无配件供应，无法修复。

1. 1. 4设备老化引起安全隐患，易引发安全事故且无法修复。

4.2报废程序及审批权限：

1. —般设备报废，需经维修科工程师鉴定，大中型设备报废，设备处要组织3 人以上资深工程师组成的小组鉴定，确认不能修复时，才能报废。

4.2.2设备报废时，由使用科室填写《固定资产报废申请表》，写明报废理由和具体 情况，使用科室负责人签字，设备处进行鉴定签批，然后先交设备保管员暂 时入库，最后经分管院长、院长审批后，由医院财务科上报市国有资产管理 部门处理。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医用气体管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医用气体管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ - 027 - 018 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院医用气体管理。

1. 范围

医用气体管理、运行、使用等科室及相关人员。

1. 定义

医用气体：用于麻醉、治疗、诊断或预防用途，作用于病人或医疗器械的单一或混 合成分气体。

1. 内容

4.1医用气体采购管理制度：

4. 1. 1医用氧气的首次购入应留存生产厂家的资质及首次购入医用氧气的检验报告 书，同时严格按照药品的首营品种的管理执行。

4. 1.2医用氧气的质量标准符合《中华人民共和国药典》及相关规定。

4.1.3医用氧气瓶应贴有合格证，合格证上应注明：品名、企业名称、生产批号、 生产日期、有效期、压力、执行标准。

4. 1.4其他医用气体及供应企业应具备生产、运输、销售等合格资质。

4.2设备巡视检查制度：

4. 2. 1每天进行观察中心站出口压力最高不超过0. 8 MPa，发现问题及时排除事故 隐患。

4.2.2每周到各用气单位进行巡查，检查设备带上各种正压和负压终端的压力情况， 询问使用终端的操作人员做好记录。

4.2.3每月进行终端巡查，做好流量记录并指导医护人员正确使用和终端配套的氧 气吸人器、负压吸引器、氧气流量表以及设备带上与用气有关的系统组件。

4. 2. 4巡检时，发现隐患和故障应立即处理并记录；无法处理时，应即刻向管理负 责人报告，并记录存档。

4. 3设备定期维护保养制度：

4.3.1应按照设备维护保养要求制定年、度、月维护保养计划。

4. 3. 2建立医用气体设备和系统的维护管理档案。

4.3.3医用气体设备和系统中的压力容器、压力管道及附件应在合格有效期满前.

向特种设备检验检测机构申请检验。

4. 4安全管理制度：

* 1. 1医用气体从业人员应经过安全培训，经考试合格后方可上岗。

4. 4. 2非医用气体人员严禁操作气源设备。

4.4.3医用气体设备和系统应由专人负责维护和保养。

4. 4. 4医用气体用房必须保持锁闭。

1. 5医用气体用房应保持良好通风，温度控制在10°C〜38°C。

4. 4. 6发生设备故障和医用气体泄漏时的应急处理措施。

4. 5动火、用电安全管理制度：

4.5.1明确用火、动火管理的责任部门和责任人，用火、动火的审批范围、程序和 要求以及焊工的资格要求。

4.5.2在有气源的情况下，医用气体用房禁止动火。用电需采取防爆措施。若急需 电焊等明火作业时，应关闭气源，排空局部管道气体。

4.5.3电气线路敷设、电气设备安装和维修人员应具备执业资格要求，不得私自设 置临时用电线路和设备。

4. 5. 4对于新增用电、用气设备的使用要求，应办理报批手续，经检查验收合格后 方可使用。

4. 6值班制度：

4. 6. 1按月制定工作人员值班表。

4. 6. 2值班室应具备的资料、工具及配件。

4. 6. 3非工作人员不应进入设备机房，外来参观者经主管领导同意后方可进人，并 记录。

4. 6. 4操作值班人员应严格执行安全操作规程，按照巡视流程定时检查设备运行状 况，发现异常立即处理，并做好记录。

4. 6. 5操作值班人员应坚守岗位，保持通讯畅通，严禁酒后上班。

4. 6. 6按照交接班制度进行交接班。

4.7消防管理制度：

4.7.1医用气体用房严禁使用明火.禁止吸烟，不得存放易燃、易爆和油脂类物品。

4. 7.2医用气体管道并不得与电缆和其他管道共用，不得挪作他用。

4.7.3医用气体管道并不得与电缆和其他管道共用，不得挪作他用。

4.7.4医用气体站区域内禁止动火作业，特殊情况需要动火作业前，应先制定动火 方案。

4.7.5医用气体人员应学习消防知识和消防器具的使用方法，定期进行消防演习， 熟知火警电话及报警方法。

4.8医用气体运行操作人员职责

* 1. 1遵守有关的各项规章制度，对本岗位的安全负责。

4. 8. 2熟练掌握医用气体设备及系统的工作原理和维护保养流程。

4.8.3严格执行操作规程，正确维护和操作设备，正确使用维修工具、防护用具和 消防器材。

4. 8. 4按照巡视流程定期进行巡视检查，发现异常时应按照事故处理流程进行处理， 并做好记录。

4. 8. 5按计划完成设备维护、保养工作，做好设备维护记录。

1. 6按照交接班制度进行交接班，详细填写交接班记录。

4. 8. 7发现故障和隐患及时排除，并做好记录。

4.8.8接受设备维护、保养、使用等安全知识的培训。

4.9临床医用气体使用人员职责：

4. 9. 1正确使用医用气体插头。

4. 9. 2熟练掌握气体安全使用知识和本部门的气体使用情况。

4.9.3接受安全和消防知识培训，能正确使用消防器具。

4. 9. 4对本部门医用气体进行检查，发现故障和隐患及时通知医用气体管理部门。

1. 9. 5发生紧急情况时，应立即采取应急措施，并即刻通知医用气体管理部门。
2. 附则
3. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

高值耗材采购管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 高值耗材采购管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 020 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

加强医院高值耗材采购管理，保障医疗质量与安全，维护医患双方合法权益。

1. 范围

所有高值医用耗材的采购和使用。

1. 定义

高值医用耗材：直接作用于人体、对安全性有严格要求、临床使用量大、价格相对 较高、社会反映强烈的医用耗材。

1. 内容

4. 1高值医用耗材必须选用经山东省卫生卫计委集中招标公布的中标目录内的产品。 4. 2医院要与供应商签定廉洁购销合同和医用耗材采购协议。

4. 3高值医用耗材省级采购中标价格为医疗卫生机构最高采购限价。

4.4急症情况下使用高值医用耗材，可以在手术结束后24小时内填写《特需医用耗 材购置审批表》，但必须属于山东省卫生卫计委中标结果目录内的产品。

4.5因临床诊疗开展确有特殊需要的，采购已纳人集中采购范围的非中标产品，须 经本院医用耗材使用管理部门组织论证、审核同意后使用。首次使用非中标产 品，须准确完整填写《医疗机构高值医用耗材非中标产品使用申请表》，经本单 位负责人签字并加盖公章后通过省平台“非中标产品使用信息管理系统”上报 后，由设备处按医院采购流程进行采购。

4.6严禁使用科室私自使用已纳入集中采购范围的非中标产品，其货物发票一律不 予结算，使用该批次高值医用耗材造成的不良后果由使用人员承担责任。

1. 7使用高值医用耗材必须有使用追溯记录，在信息系统内将高值耗材的产品信息

条码与病人的住院信息关联，并将高值耗材的原厂码贴在病历或高值耗材使用 记录本。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

医用耗材管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医用耗材管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 021 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-001 |

1. 目的

为规范医院医用耗材申请、采购、验收、储存、使用，保证临床供应，确保医疗质 量与安全参照国家有关规定，制定本制度。

1. 范围

适用于医院所有管理/使用人员/供应商/生产厂家。

1. 定义

医用耗材，是指单独或者组合使用于人体的仪器、器具、材料或者其他物品，包括 所需要的软件；其用于人体体表及体内的作用不是用药理学、免疫学或者代谢的手 段获得，但是可能有这些手段参与并起一定的辅助作用；其使用旨在达到下列预期 目的：（一）对疾病的预防、诊断、治疗、监护、缓解；（二）对损伤或者残疾的诊 断、治疗、监护、缓解、补偿；（三）对解剖或者生理过程的研究、替代、调节; (四）妊娠控制。

1. 内容

4. 1招标

4.1.1普通医用耗材的招标采购具体参照《医用耗材招标采购制度》。

4. 1.2高值医用耗材的招标采购具体参照《高值医用耗材采购管理制度》。

4. 1.3为了确保医疗安全，科室不得私自使用医用耗材。招标采购中需要试用的医 用耗材要到设备处提交合法资质证件，产品需经医疗设备处验收合格后使用 科室方能试用。

4. 1.4根据招标结果核对供应商的资质证件，上传物流软件审核通过后，进行业务 交易。

4. 1.5由医疗设备处与供应商签订《医药产品廉洁购销合同》和《医疗器械采购协 议》。

4. 2采购

4.2.1医院所需医用耗材由设备处根据医用耗材的招标目录统一制定采购计划，汇 总发送至各个供应商。

4.2.2使用科室医院制定需求计划，需求计划使用科室制定周期每周循环一次，需 求计划由物流软件根据库存自动判断，形成订单。

4. 2. 3设备处采购人员根据计划的紧急程度及时处理，常备医用耗材一周循环一次， 急症手术必须当天通知。

4. 2. 4供应商根据医院的订单的内容（产品名称、规格型号、价格、数量、生产厂 家），及时发货，不得随意更改订单的任何内容。

4. 2. 5医院从发出订单到收到产品一般情况不超过3天。

4.2. 6供应商不能按订单内容执行的时，或不能完全按订单内容执行时，要及时与 设备处采购人员沟通，经设备处采购员允许后，仅限于修改订单的数量。

4. 2. 7设备处采购人员要把未完成订单通知到设备处保管，未完成的需求计划通知 到使用科室。

4. 3验收

4.3.1医用耗材按产品分类由设备处的保管员负责验收，使用科室不得接收设备处 未验收的物品。

4. 3.2医用耗材按订货计划验收，验收时间原则上不超过24小时。

4. 3. 3验收时按《医疗器械监督管理条例》要求进行验收，验收内容包括医用耗材 的名称、型号、规格、数量、生产批号、有效期、生产企业的名称供货者或 者购货者的名称、相关许可证明文件编号等。验收记录能追查到每批次医用 耗材的进货来源，验收人和验收时间。

4. 3. 4验收记录保存期限为医用耗材使用期限终止后5年。

4. 3. 5外包装破损、无产品注册证的物品不得入库和使用。

4. 3. 6验收不合格的物品要做好验收记录和退货记录。

4.4储存

4. 4.1储存场所与在用医疗器械品种、数量相适应。医用耗材储存保管的基本要求 是：安全储存、保证质量、降低损耗、避免差错。

4.4.2医用耗材库内应保证地面平整光洁，配置消防器材，以及必要的防护设备和 设施（如地拍、货架、通风除湿设备），做好防火、防盗、防爆工作。

1. 3医用耗材与墙的间距不小于5cm，距离房顶天花板不小于50cm，与地面的间 距不小于20cm。

4.4.4医用耗材分类分区存放，物品按批次顺序摆放整齐。堆放医用耗材必须牢固、 整齐，不得倒置；对包装易变形或较重的医疗器械，应适当控制堆放高度， 并根据情况定期检查。

4.4.5仓库保管员应对库房的温湿度进行检测，定期将温湿度记录仪的数据定期保 存，如温湿度超出范围，及时采取调控措施。温度控制：常温库〇 — 30°C， 湿度控制在35% — 75%之间。

4.4.6对温度、湿度等环境条件有特殊要求的，应当符合医疗器械说明书和标签标 示的要求；对运输、贮存采取相应措施，保证医疗器械的安全、有效。

* 1. 7在库医用耗材实行分区色标管理。待验、退货区为黄色；合格、待发放区为 绿色；不合格区为红色。

4. 4. 8仓库保管员应定期对库房及库存产品进行检查，必要时采取适当措施，以保 证产品的状态正常，并做好记录。

4.4.9仓库保管员必须每月底对库存物品进行数量清点，发现盈亏时应及时处理， 并做出盘点总结，分析盈亏原因，拟定改进措施。

4.5申请领用、发放配送

4. 5. 1临床使用科室通过医用耗材信息系统做好科室需求计划。

4. 5. 2物资信息系统根据库存将需求计划分解为采购计划和领用单。

4. 5. 3耗材科出库会计根据领用单打印发货单转保管员配货。

4. 5. 4保管员按照“先进先出，近效期先出库”的原则。

4. 5. 5保管员与配送人员实行“双人配货”制。

4.5.6医用耗材的领用发放按照“一周一循环”的周期实行。

4. 5. 7 —次性无菌医用耗材由供应室面对使用科室发放。

4. 5. 8设备处配送到使用科室时，双方按医用耗材出库单核对清楚产品名称、规格 型号、数量，确认无误使用科室在出库单签字接收。

4.5.9医用耗材的所有权属于使用科室后，使用科室要保管妥善，按照说明书正确 使用。

4. 5. 10常规医用耗材效期在6个月以上的使用科室可以申请退货，专科医用耗材要 经耗材科与供应商协调同意后，方可申请退货。要退回厂家的物品，经保管 验收货物合格，才能办理退货手续。

4. 6质量安全

4.6.1医用耗材使用人员应当按照产品说明书、技术操作规范等要求使用医疗器械。 4.6.2医用耗材存在安全隐患的，使用人员应当立即停止使用，上报医疗器械不良 事件。可以维修的医用耗材立即通知设备处或者其他负责产品质量的机构进 行检修；经检修仍不能达到使用安全标准的医疗器械，不得继续使用。

4. 6. 3不得使用未依法注册、无合格证明文件以及过期、失效、淘汰的医疗器械。

1. 6. 4医疗器械需要召回当协助医疗器械生产企业履行召回义务。

5.附则

1. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 一次性使用无菌医疗器械管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—027 - 022 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院一次性使用无菌医疗器械的管理。

1. 范围

医院相关职能科室、各临床科室。

1. 定义

一次性使用无菌医疗器械：是指无菌、无热原、经检验合格，在有效期内一次性直

接使用的医疗器械。

1. 内容

4.1医院所用一次性使用无菌医疗器械必须由医疗设备处统一集中采购，任何科室 和个人不得私自采购和使用。科室开展新项目所需引进的新产品新材料经论证 审批后购入。

4.2采购一次性无菌医疗器械，必须从取得省级以上食品药品监督管理部门颁发 《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》含相对应规格产品的《制 造认可表》/《医疗器械注册登记表》的生产企业或取得《医疗器械经营企业许 可证》的经营企业购进合格产品；进口的一次性医疗用品应具有国家食品药品 监督管理部门颁发的《医疗器械产品注册证》含相对应规格产品的《医疗器械 产品注册登记表》（进口），购买前必须索取上述证件。

4.3每次购置必须进行质量验收，查验每箱（包）产品的检验合格证、生产日期、 消毒或灭菌日期及和失效期等产品标识。

4.4医用耗材仓库由专人负责建立采购验收记录，记录每次采购到货时间，生产企 业名称（原产地）、经营企业名称、产品名称、、规格型号、产品数量、生产批 号、灭菌批号、产品有效期、经办人签名等，确保能够追溯至每批产品的进货 来源。

4. 5 —次性使用无菌医疗器械物品应存放于干燥、通风良好的货架上，距地面>20 厘米，距墙壁>5厘米，距屋顶>50cm。

4. 6各临床科室通过HIS系统申请领取一次性无菌医疗器械至供应室，供应室打印 各病区的申领单并出库下发到临床科室，科室核对签名。

4. 7发放时要认真核对物品的名称、规格、数量、有效期，检查包装是否完整。不

得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

4. 8科室使用前应检查小包装有无破损、失效、产品有无不洁净等。对不合格产品 或质量可疑产品应立即停止使用，及时报告供应室，医疗设备处。

4. 9在使用过程中若发生热原反应、感染或其它异常情况时，必须及时留取样本送 检，按规定详细记录，报告医院感染管理科和医疗设备处，发生严重不良事件 时，应按医院不良事件上报制度上报，不得自行退、换货处理。

1. 10—次性使用医疗器械不得重复使用，使用过的，应当按照国家有关规定销毁，

并作记录。

4.11 一次性使用无菌医疗器械的使用应接受医院感染管理科监督指导，相关证件由 医院感染管理科审核。

1. 附则
2. 1本制度由医疗设备处负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

统计管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 统计管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—053 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 信息科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

真实反映医院医疗工作运行情况，保证统计信息的真实性和完整性。

1. 范围
2. 1统计室工作人员。

2.2医院HIS系统维护人员。

1. 3报表或指标相关科室负责报送人员。
2. 4医院各项网络直报工作相关科室工作人员。
3. 定义

3.1医院统计：医院统计是运用统计学的基本原理和方法，获得反映医院医疗工作 运行情况质和量的数据并加以分析的过程。

3.2统计口径：是指统计工作所依照的指标体系。统计口径包括统计范围、统计时 间和统计方法。

1. 内容

4. 1总则

执行《中华人民共和国统计法》，执行上级部门颁布的卫生统计工作制度。

4.2医院统计工作制度

4. 2. 1统计部门负责全院医疗业务统计，并逐步实现综合统计职能。

4. 2. 2统计室负责医院HIS系统统计模块中数据资料及指标的表格设计、制定、修 改和解释。

4.2.3统计室对收集及提取的数据资料应及时审核并整理，保证原始数据准确、可

罪。

4. 2. 4定期撰写阶段性的综合统计分析报告和不定期专题调查分析，为院领导科学 决策提供依据。

4. 2. 5及时编制上级卫生行政部门规定的各种统计报表，完成网络直报工作。报表 信息真实、完整，不得迟报、漏报、瞒报。

4. 2. 6统计台帐及医院工作报表及时整理，装订成册。统计资料应妥善保存。

4. 2. 7做好统计咨询服务，及时为院领导及有关科室提供统计信息查询服务。

4.3医院各种报表报送制度

4.3.1院办、财务科、医务处、护理部、质控科、药学部、医保科、信息科等各主 管科室负责报送医院上级行政部门规定的各种定期基本统计报表、调查表和 有关专业报表，并及时提供临时索取的各类数据信息资料。

4. 3. 2主管科室负责收集、整理数据资料，相关科室积极配合提供。主管科室指定 专人负责报表填报工作。

4. 3. 3所需数据收集整理完毕，由主管科室负责审核其逻辑性及合理性，核查无误 后完成报表填报工作。

4. 3. 4报表信息要保证真实、可靠、完整。各主管科室必须严格按照上级行政部门 规定日期和规定内容完成报表填报工作，不得迟报、漏报，不得有瞒报或报 送虚假数据现象。

1. 3. 5填报完成后经分管院领导审阅后再行上报。

5.附则

1. 1本规定由信息科负责解释。

5. 2本规定自发布之日起施行。原统计工作制度同时废止。

参考文献

1. 《中华人民共和国统计法实施条例（2017版）》.
2. 《中华人民共和国统计法（2009版）》.

档案管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 档案管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—053 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 信息科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医院档案工作，提高档案科学管理水平，充分发挥档案在医院发展中的作用。

1. 范围

2. 1专职档案人员。

1. 2兼职档案人员。

2.3其他与档案有关的人员。

1. 定义

3.1档案：是指国家机构、社会组织和个人在社会活动中直接形成的，保存备查的 文字、图像、声像等形式的历史记录。

3.2医院档案：是医院在工作活动中形成的，具有保存价值的，各种形式和载体的 历史记录。

1. 3归档文件：立档单位在其职能活动中形成的、办理完毕、应作为文书档案保存

的各种纸质文件材料。

1. 内容
2. 1总则

4. 1.1认真执行国家档案有关法令、条例、规定和档案归档、管理、利用、保管、 保密、销毁等制度，严格岗位责任制，确保各类档案完整与安全。

4. 1.2医院在从事医疗、教学、科研、党政管理及其它各项活动中直接形成的具有 保存价值的文字、图表、声像等不同载体的历史记录，均属医院档案资料保 存范围。

4. 1.3医院档案必须实行统一管理，确保完整、准确、系统和安全。

4. 1.4实行立卷归档制度，逐步做到“三纳入”（纳人医院计划和规划、纳入管理制 度、纳人有关人员的职责范围）和“四同步”（在布置、检查、总结、验收各 项工作的同时布置、检查、总结、验收档案工作）。

4. 2建立档案管理的基本任务和职责

4. 2.1负责收集、整理、分类、保管、统计全院各类档案及有关资料。

4.2.2贯彻执行国家和卫生部有关档案工作的法律、法规和规定。

4.2.3开展档案的开放和利用，主动为医院的检查、教学、科研及各项管理工作服 务。

4. 2. 4开展档案的利用和宣传工作。

4. 2. 5完成院领导交办的其它工作。

4.3档案的归档及管理要求

4. 3.1建立档案资料收进、移出登记簿，并及时进行登记，做到登记簿与实物相符 合。

4. 3.2各职能科室归档文件应在次年3月底前移交综合档案室，6月底前完成归档 文件整理。实行部门立卷的立卷人应按文件材料自然形成的规律和便于利用 的要求，进行系统整理、组卷，并编写页码和卷号，填写卷内的目录和标题， 注明密级和保管期限。

4. 3. 3归档的文件材料应格式统一、质量优良、书写工整、声像清晰，符合规定和 标准，禁止使用字迹不牢固的书写工具。

4. 3. 4档案管理人员要做好档案的日常管理和统计工作，并及时向有关部门及院领 导报送情况。

4. 3. 5档案室要符合保管档案的要求，不准存放易燃、易爆、易腐蚀性物品和其它 杂物。做好防火、防盗、防虫、防鼠、防尘、防潮、防污染工作。

4. 3. 6档案人员调动工作时，必须严格履行交接手续，在未交清楚工作之前，不得 离岗。

4. 3. 7严格档案借阅手续，未经相关领导书面批准，不得向外单位提供档案。

4.4档案保管期限及销毁

4. 4. 1各门类档案的保管期限分永久和定期。

4. 4. 2凡是反映医院主要活动、基本历史面貌、对各项工作具有长远利用价值的文 件、档案，均应永久保存。

4. 4. 3文书档案的保管期限定为永久、定期两种。定期分为30年、10年。科技档 案、会计档案等门类档案保管期限参照其国家制定的管理办法执行。

1. 4. 4对无保存价值的文件、资料、刊物等，使用完毕进行清点登记后即可销毁。对

超过保存期限的文件，定期进行清点登记，签批备案后按文件销毁程序处理。

1. 附则
2. 1本规定由信息科负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。原档案管理制度同时废止。

参考文献

1. 《医药卫生档案管理暂行办法（1991)》.
2. 《国家档案局令第八号（20〇6年）》.

图书管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 图书管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—053 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 信息科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院图书信息资源的管理，更好的为医教研服务。

1. 范围

2.1图书管理人员。

2.2全体职工。

1. 3实习、进修人员。
2. 4规培人员。
3. 定义

3.1图书馆信息服务：图书馆为本单位职工提供信息检索、传递、咨询的服务。包 括文献借阅、文献整理与传递、馆际互借、信息检索、参考咨询、学科信息导 航、信息推送、读者教育、读者培训等内容。

3.2文献检索：指根据学习和工作的需要获取文献的过程。

1. 3馆际互借：基于馆际之间资源共享而提供的一种服务。对于本馆没有的文献，

在读者需要时，根据馆际互借协议和收费标准向外馆借入。反之，在外馆提出 馆际互借请求时，借出本馆拥有的文献。

1. 内容
2. 1图书管理制度

4.1.1图书馆按医院工作时间开放。

4.1.2凡本院职工、进修、实习、规培人员借书，必须遵守图书馆的规定，持胸牌 办理借阅手续。离院时，必须办理好还书手续。

4. 1.3每次借书不得超过规定借阅的数量和时间（图书每人限借三册，借期半年）， 如需续借需办理续借手续。

4. 1.4现期期刊只能在馆内阅读，不得拿出室外。

4. 1.5读者必须妥善保管图书、合订期刊，不得在书刊上批画、撕剪、涂写，不得 损坏或丢失，否则按原价二倍赔偿。（无复本的按原价3 — 5倍赔偿。）。

4.1.6建立图书目录索引卡片，方便查阅。

4. 1.7及时完成到馆期刊的登记、整理、上架。

4. 1.8定期对过刊下架、装订、人库。

4. 1.9馆藏图书每年清点一次，对于破损而无法或不值得修补的书刊，定期剔旧。

4. 2信息服务制度

4.2.1定期采购资源，建立完整的医学文献检索体系，为读者提供中、外文期刊和 电子图书数据库信息服务。

4.2.2每月在图书馆网页上进行新书目及信息通报。

4.2.3为医疗、教学、科研、管理部门信息检索提供服务。

1. 2. 4对读者急需各种资料，本馆未收藏者，可开展馆际互借。

4.2. 5结合重点学科建设，进行文献信息推送。

4.2.6提供课题定题服务。

1. 附则
2. 1本规定由信息科负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。原图书馆管理制度同时废止。

信息系统配置管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 信息系统配置管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—053 - 004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 信息科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

合理配置和有效使用信息设备，控制资金投入，维护医院利益，？促进医院信息化 建设健康发展。

1. 范围

2.1信息化硬件，包括服务器、交换机、计算机打印机及其他办公数字设备。

2. 2信息化软件，包括HIS系统、电子病历系统、移动护理系统等。

1. 定义

配置管理：是通过技术或行政手段对信息系统及其开发过程和生命周期进行控制、 规范的一系列措施。配置管理的目标是记录信息系统的演化过程，确保信息系统各 个阶段都能得到精确的产品配置。

1. 内容

4. 1硬件配置管理

4.1.1信息类设备的大宗需求由使用科室向信息科提出申请，由信息科负责论证， 制定配置方案并规划到下年度项目预算中，向医院信息化领导小组汇报并具 体执行。

4. 1. 2对于采购金额较高的临时安排的紧急项目信息科需本着务实的态度，充分考 虑医院发展需求，进行设备的先进性、经济性和适宜性的论证，经院长办公 会审批。

4.1.3使用科室要加强对信息设备的使用管理，严格操作规范，保证设备使用安全、 有效，并接受信息科的监督。

4. 1.4信息科负责对计算机网络的配置规划，网络划分和通讯范围要界定清晰，交 换机和计算机的网络参数配置合理。

4. 1. 5计算机使用前需进行指定的安全软件和管理软件的安装。

4. 2软件配置管理 4. 2. 1软件采购

4. 2. 1.1申请科室将采购申请报主管部门同意后，提交信息科。

4. 2. 1.2信息科接到科室申请后先进行调研，然后同申请科室、主管部门共同讨论 并形成可行性方案。

4. 2. 1.3申请科室将采购申请、可行性方案报分管院长、院长审批，审批同意后转 招标办组织采购。

4. 2. 2软件的设计修改。

4.2.2. 1申请科室整理需求经主管部门同意后，提交信息科。

4. 2. 2. 2信息科接到科室需求后先进行需求评估，然后同申请科室，主管部门及相 关业务部门一起讨论并形成实施方案。

1. 2. 2. 3信息科根据讨论形成的实施方案进行软件的设计修改。

4.2.3软件上线前，需要由相关应用部门进行应用测试。

1. 附则
2. 1本规定由信息科负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。

网络设备使用管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 网络设备使用管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—053 - 006 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 信息科 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范医院网络设备管理，确保网络设备高效安全稳定地运行，并能更好地服务于医 院的临床、科研和管理等工作。

1. 范围

网络设备包括：路由器、交换机、服务器、防火墙、无线基站、无线天线、网线、 光猫、光端机、光纤、计算机、打印机、UPS设备。

1. 定义
2. 1路由器是一种连接多个网络或网段的网络设备，它能将不同网络或网段之间的

数据信息进行“翻译”，以使它们能够相互“读”懂对方的数据，从而构成一个 更大的网络。

3.2交换机是一种用于电信号转发的网络设备。它可以为接入交换机的任意两个网 络节点提供独享的电信号通路。交换机有多个端口，每个端口都具有桥接功能， 可以连接一个局域网或一台高性能服务器或工作站。

3.3无线网络，就是利用无线电波作为信息传输的媒介构成的无线局域网 (WLAN)，与有线网络的用途十分类似，最大的不同在于传输媒介的不同，利 用无线电技术取代网线，可以和有线网络互为备份。

1. 内容

4.1网络设备应统一配置和安装，由专人进行其参数的设置和管理，并进行书面记 录。

4.2禁止擅自改动网络配置和网卡的参数设置，如遇非法改动必须及时校正。

1. 3路由器、交换机等网络设备应放置于一般人不易接触的地方，并由专人管理，

定期清洁维护，保证其电源供给稳定，线头插接稳固。

4. 4监护室、急救室等场所慎用无线网络设备。

4.5网络主交换机必须有备用机。

4.6应配备一定数量的网络备用设备，以便及时更换故障设备。

4. 7应该使用由公安部门安全认证的网络安全设备。

4.8医院业务网与外网之间不能进行物理联接。

4.9应建立完善的有线、无线网络准人制度，并通过技术手段进行管理。

4.10网络安全设备由专人负责其参数的设置和管理，定期升级。

1. 11网络布线要有冗余。
2. 附则
3. 1本制度由信息科负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

篥十n昌  
迓至主p篇理

安全检查制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 安全检查制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—062 - 001 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保障医院安全生产。

1. 范围

医院所有科室。

1. 定义

无

1. 内容

4.1坚持每月对全院重点部位进行巡查、抽查，做好检查记录。

4.2每逢节假日前召开会议，部署安全检查。在主管院领导的带领下，相关科室负 责人参加，对全院进行检查。

4. 3保卫干部按分工不定期进行抽查，发现隐患及时整改，重大问题向主管领导报 告，并发整改通知书，限期整改。

4. 4督促有关科室对本科的线路、电器、高压力系统进行安全自查。

4.5督促有关科室对本科易燃、易爆、剧毒药品等加强监管并做好自查。

4.6专职消防干部坚持每日巡查、每周小结、月小结，做好巡查记录。

1. 7检查各病区对消防安全“四个能力”的落实情况。
2. 附则
3. 1本制度由保卫科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

临时动火作业审批工作规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 临时动火作业审批工作规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-062-007 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保障医院用火生产。

1. 范围

适用于医院所有科室。

1. 定义 无
2. 内容

4.1在医院内，医院人员或外单位人员因施工或其他特殊情况需动火的工程，必须 报保卫科或后勤服务中心，经批准后办理动火作业手续，方能动火。动火单位 必须采取安全防火措施，保卫科派人监督。动火完毕后立即清查现场。

4.2医院各职能科室、门诊各科室和病房、集体宿舍楼住户等人员需要动火由保卫 科或者后勤服务中心审查批准。

4. 3在经批准的重点部位动火（变压器室、配电房、车库、发电机房、楼房等处）， 必须做到“七不、四要、一清”。

4. 3. 1动火前“七不”

4. 3. 1. 1放火设施不落实不动火。

4. 3. 1. 2附近难以移动的易燃机构未采取安全防范措施不动火。

4. 3. 1.3凡盛装过油类等易燃的容器，未经洗刷干净排除残有的物质不动火。

4. 3. 1.4凡储存有易燃、易爆物品的场所，未排除易燃物质不得动火。

4. 3. 1. 5周围的易燃杂物不清除不动火。

4. 3. 1. 6在高空进行焊接或切割作业时，下面的可燃物品未清理或未采取安全防护 的不动火。

4. 3. 1. 7未配备相应的灭火器材时不动火。

4. 3. 2动火中的“四要”

4.3.2. 1动火前要指定现场安全负责人，并认真填报临时动火作业申请表。

4. 3. 2. 2动火人员要严格执行安全操作规程。

4. 3. 2. 3现场安全负责人和动火人员必须经常注意动火情况。发现不安全苗头时， 要立即停止动火。

1. 3. 3动火后的“一1清”

动火人员和现场负责人在动火后，应彻底清理现场火种，然后才能离开现场。

1. 附则
2. 1本规定由保卫科负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

车辆停放安全管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 车辆停放安全管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—062 - 008 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保障医院安全生产。

1. 范围

医院所有科室。

1. 定义

无

1. 内容

4.1遵守交通管理规定，爱护医院的道路、公用设施，严禁车辆乱停乱放。

4. 2车辆临时停放要按规定停放。

4.3医院内车辆行驶停放，服从管理人员指挥，注意前后左右车辆安全，在规定位 置停放。

4.4停放好车辆后，必须锁好车门，调好防盗系统警备状态，车内贵重物品须随身 带走。

4. 5机动车辆在医院内限速行驶，严禁鸣号。

4. 6不准在医院内任何场所试车、修车。

4. 7不准辗压绿化草地，损坏路牌和各类标识，不准损坏路面及公用设施。

4.8严格按车位停车，严禁在消防通道、车行道随便停车，非机动车必须放在自行 车棚。

4. 9除执行任务的车辆（消防车、警车、救护车）外其他车辆一律按本制度执行。

4. 10医院车辆原则上按固定车位停车，严禁乱停乱放。

1. 11督促车辆管理员积极巡查，发现问题及时报告，防止内所有车辆被碰撞，确保

安全。

1. 附则
2. 1本制度由保卫科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

病房安全管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 病房安全管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—062 - 009 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范医院管理制度，维持病房安全。

1. 范围

医院所有科室。

1. 定义

无

1. 内容

4.1患者住院时，及时配发“住院须知”。护士负责宣传、解释，让患者尽快了解住 院注意事项。

4.2规定各病房病人和病人家属的手机、皮包等贵重物品随身携带或保管好，做好 防盗工作。

4. 3每日12: 00—14: 30为午休时间。病区内严禁大声喧哗，休息时关好病房门， 勿将贵重物品放置明显位置。

4. 4护士长对本病区的护士要经常进行安全常识、法纪知识的宣传教育。增强法纪 观念，提高警惕性。对陌生人员严格盘查，发现情况及时向保卫科和保安员报 告。

4.5加强对陪护人员、探视人员的管理力度。严格按规定时间探视，晚上值班人员 做好探视人员的工作，劝其离开病房。

4.6病区内的安全消防设施不得擅自挪动，不得动用消防用水。经常检查以保持设 备完好，并确保病区楼道消防通道畅通。

1. 7病房内的氧气管道阀门要灵活严密，不用时保持关闭状态。严禁在病房、病区

抽烟和动用明火。

4.8提高消防安全及防盗意识，医护人员要熟记消防安全“四个能力”内容，病房 安全员也要经常对患者及陪护人员进行“防火、防盗”教育，医患共同做好病 房的安全管理工作。

1. 附则
2. 1本制度由保卫科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

防火巡查、检查制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 防火巡查、检查制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-062-013 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保障医院安全生产。

1. 范围

医院所有科室。

1. 定义

无

1. 内容

4.1防火巡查、检查是消防安全管理的重要手段，能够及时消除火灾隐患及危险因 素，确保实现消防安全，保障患者及医护人员就医和工作安全。

4. 2防火巡查、检查坚持普遍检查与专项检查相结合的原则。

4.3消防工作归口管理部门是防火检查的责任部门，单位专兼职消防员是单位消防 巡查的责任人，部门安全员是本部门防火巡查的责任人。

4.4保卫科专职消防人员每日对全院消防安全情况进行巡查，巡查内容包括：

4. 4.1用火、用电有无违章情况。

4.4.2安全出口、疏散通道是否畅通，安全疏散指示标志、应急照明是否完好。

4.4.3消防设施、器材和消防安全标志是否在位、完整。

4. 4. 4常闭式防火门是否处于关闭状态，防火卷帘下是否堆放物品影响使用。

4. 4. 5消防安全重点部位的人员在岗情况。

防火巡查人员应当及时纠正违章行为，妥善处置火灾危险，无法当场处置的， 应当立即报告。防火巡查应当填写巡查记录，巡查人员及其主管人员应当在 巡查记录上签名。

4.5根据消防法规，科室、病房安全员每月要对自己管辖区内的灭火器、消防栓等 消防设施进行检查，并填好检查记录表（表格在灭火器箱、消防栓箱内）。通过 检查和巡查，发现问题和火灾隐患，并及时向保卫部门报告进行维护，确保消 防器材的不缺失，处于良好使用状态。

4. 6做好季节性检查。冬季注意消防专用管道的防冻裂检查，夏季注意全院用电线 路因用电负荷高防短路起火检查，春秋季天干物燥，注意做好药库、药房等地 有大量易燃品的防火检查。

1. 7做好专项检查。每季度对高压氧、中心供氧、配电室、ICU、手术室等消防重

点部位进行监管检查，对个别病区进行防火专项检查，节假日（劳动节、国庆 节、元旦、春节等）加大检查力度、以消除火灾隐患，确保万无一失。

1. 附则
2. 1本制度由保卫科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

消防安全制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 消防安全制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYXZ-062-014 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保障医院安全生产。

1. 范围

医院所有科室。

1. 定义

消防安全四个能力：提高社会单位检查消除火灾隐患的能力；提高社会单位组织扑

救初起火灾的能力；提高社会单位组织人员疏散逃生的能力；提高社会单位消防宣

传教育培训的能力。

1. 内容

4.1按照上级消防部门的要求，保证患者及医护人员安全，安全防火工作要贯彻消 防责任制，一级抓一级，层层落实责任，做到措施到位，责任明确，保卫科负 责对全院的安全防火工作进行监督、检查，做好义务消防队的组织建设和业务 训练，开展经常性防火宣传。

4.2各科室要建立健全安全防火职责，经常进行“防火”宣传工作，认真学习《消 防法》，增强防火意识，提高灭火和自救能力，严防火灾事故的发生。消防器材 的更换、维修和配置，由保卫科统一负责，任何单位和个人不得擅自调换。

4.3各科室要严格执行易燃、易爆、剧毒、麻醉、化学有害物品的管理、使用规定， 做到分类存放，专人保管。搬运、使用易燃、易爆物品，要严格执行操作规程。 易燃易爆品、药品仓库、后勤仓库周围严禁烧废纸杂物，不得随地乱丢烟头等 火种。

4.4全院办公用房和宿舍严禁自己乱接灯线，凡不符合要求的线路应一律拆除，单 身职工宿舍严禁使用电炉。

4.5全院职工自觉维护好消防设施，不得随便搬动和损坏，消防设施要一个月检查 一'次，保证完好。

4.6全院干部职工严格按保卫科制定的消防知识培训计划，参加培训，提高安全意 识，熟记消防安全“四个能力”内容。

4. 7熟知消防应急处理措施，达到会使用一般灭火器材，会拨打报警电话，熟悉内 部消防专用号码。

4. 8发现情况立即进行处置，并报消防监控中心、保卫科，视火情拨打“119’’。

1. 9全院职工要教育好自己的子女，严禁随便玩火。

5.附则

1. 1本制度由保卫科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

消防安全培训制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 消防安全培训制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—062 - 026 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 保卫科 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

保障医院安全生产。

1. 范围

全院各科室。

1. 定义

无

1. 内容

4.1为保障全院防火安全，为患者及医护人员创造一个安全的就医及工作环境，全 院干部职工必须从思想上提高防火意识，自觉学习掌握消防知识。

4.2保卫科每年不得少于一次组织全院干部职工开展消防安全培训，主要培训消防 基本知识及“四个能力”，对培训的内容及方式要做到持续改进。

4. 3各科室必须根据保卫科的培训计划安排干部职工参加培训学习。

4.4对新分配到医院的新员工要进行上岗前的消防安全培训，要让新员工知道消防 安全“四个能力”的内容，要让他们了解西区大楼消防系统的有关知识，知晓 灭火器、消防栓的使用方法。

4. 5对上一年度未完成培训的员工，当年保卫科应安排时间给予补课。必须做到全 院职工人人都对消防安全知识应知应会，从而真正达到群防群治的作用。

1. 6每年保卫科要组织全院职工进行现场灭火演练，以提高“防火、灭火、疏散”

等四个能力建设水平。

1. 附则
2. 1本制度由保卫科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

食堂卫生管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 食堂卫生管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—056 - 004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

严格落实管理制度，提高饮食服务质量，维护群众健康。

1. 范围

食堂管理人员及员工。

1. 定义

无

1. 内容

4.1环境卫生：要保持操作间、店堂内外环境整洁，坚持每天一小扫，每周一大清 理；做到灶面、操作台、售饭台、售菜台无污垢无积灰，下水道畅通，无积水， 无蚊蝇滋生地，有灭蝇防蝇措施。

4.2原材料采购：坚持大宗主副食品原料集中采购统一供应制度，食品原料入库和 出库要有专人负责验收，并有记录备查；不准购人和出售超过保质期的食品、 卫生不合格食品、腐烂变质食品；严禁贪便宜购进无检验合格证的肉食品及病 死畜禽产品。

4.3食品原料存放：存放的食品要先进先出，储存物要加盖，防霉、防虫、防鼠设 备要齐全，做到食品无霉变、虫蛀、发馊和变质。生、熟食品做到分开存放， 其它工具、餐具等物品必须上架。

4. 4餐具、炊具管理：刀具、砧板和盛食品的容器应生熟分开，专用；炊具使用后 应彻底清洗；餐具、饮具在每次使用后应专人负责洗净并消毒存放。食堂碗筷 应该每天用消毒剂泡洗，熟食要加罩；销售熟食品要使用工具，不得用手抓。

4. 5食堂从业人员个人卫生：要讲究个人卫生，营业人员上班要穿上工作衣，戴上 一次性手套；工作衣帽要勤换勤洗；工作时不得吸烟，工作前和便后要洗手; 勤修剪指甲、勤理发。

4. 6坚持持证上岗：食堂工作人员必须遵守体检合格、持证上岗制度。每年必须到 市或区防疫站进行健康检查一次，对体检不合格者，要及时调离；新进工作人 员要及时进行健康检查，检查合格后才能上岗。

4. 7严格执行食品卫生法，虚心接受群众的监督和监督部门检查。如发现或检查有 违反上述规定者，通报全院并实行罚款处理；情节严重者勒令其停业整顿或取

消承包资格。

4.8严格奖惩措施，对于违反上述规定的行为具体处罚办法如下

4.8. 1因具体措施未落实到个人而出现的问题，对负责人罚款30 — 500元。

4. 8. 2炊事人员违反个人卫生和用手抓熟食品者，罚款20 — 50元/次。

4.8. 3食堂出售有毒、变质、不洁食品，对负责人罚款50 — 500元/次。

4.8.4因食堂卫生或变质食物所引起的肠道疾病或食物中毒事件，造成较严重影响 者，对食堂集体处罚1〇〇〇 — 5000元，并按国家有关法规规定承担相应的民事 或刑事责任。

4. 8. 5分管和负责管辖内的卫生工作出现问题，对分管负责个人处罚20 — 50元/次。 4. 8. 6食堂工作人员没有做到每年体检一次，或新进工作人员不经体检合格即上岗 者每人次处罚200 — 500元；对体检和健康证弄虚作假者，对食堂和个人各处 罚500元。

4. 9医院饮食卫生监督检查领导小组，分工协作，各负其责。

4. 9.1领导机构：由总务处牵头，与工会、审计、财务、营养等科室，联合组成医 院食堂监督检查领导小组；由分管院长姜文任组长，总务处处长钟克任副组 长，负责日常具体管理工作。

4.9.2日常监管：委托总务处负责，总务处负责对食堂定期进行监督、检查，发现 情况及时处理。

4.9.3检查：由总务处负责对食堂的卫生、安全、质量情况进行每月检查，并将检 查结果及时反馈食堂，促以整改。

4. 9. 4满意度调查：总务处、工会、党总支、食堂监督管理小组，每季度进行1次 不定期社会调查，并及时通报检查结果，接受职工的监督。

1. 9. 5食品安全：总务处具体负责检查食品卫生和食品安全方面的问题，并负责指

导食堂内外环境的消毒和除四害工作；对食堂内外环境进行消毒灭虫和除四 害，确保职工的饮食安全。

5.附则

1. 1本制度由总务处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

爱卫会卫生管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 爱卫会卫生管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—056 - 006 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

全面贯彻《爱国卫生工作条例》，做好爱国卫生工作，维护病人和公民的健康权益。

1. 范围

适用于医院所有科室、部门、分院和学校。

1. 定义

爱国卫生运动委员会简称爱卫会，是负责统一领导、统筹协调公共环境卫生、防病 治病、病媒生物防治（除“四害”）、健康教育工作。

1. 内容

4.1认真贯彻市、区、办事处三级爱委会工作精神，深人开展爱委会工作，美化环 境，促进全民健康。

4.2建立健全卫生组织，指导医院卫生工作，督促和检查保洁公司的卫生工作情况， 落实各项卫生要求。

4. 3科室、病房必须做到室内清洁、整齐、窗明几净、地面干净、物品摆放有序。 4.4开展除“四害”活动，每月组织灭鼠、蚊、蟑、蝇，杜绝传染病的发生。

4.5教育职工自觉维护公共卫生，树立“讲卫生为荣，不讲卫生为耻”的良好风尚。

1. 6督导食堂人员，彻底贯彻食品卫生法，搞好食堂卫生，防止食物中毒。
2. 附则
3. 1本制度由总务处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

篥十t昌  
后勤保暍篇理

后勤安全管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 后勤安全管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-061-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

加强安全生产工作，提高职工安全意识，保障医院安全平稳运行。

1. 范围

后勤服务中心和下属各班组及外包队伍。

1. 定义 无
2. 内容

4.1各班组长对本班安全管理工作负主要责任，严格落实一岗双责制度，确保安全 管理落到实处。

4. 2各班组应加强安全教育，不断提高职工安全意识，做到以人为本，预防为主。 4.3各班组在操作和作业过程中，应有安全防护措施，根据岗位和实际操作要求配 备安全防护装具。

4.4操作人员在工作中应严格遵守安全操作规程，不得违章操作。

4. 5相关岗位操作人员应具有上岗证、操作证，法律、法规无特别要求的其他非专 业特殊工种，经相关省级行业协会的培训合格后方可上岗。

4. 6各班组每月定期组织安全检查，遇有重大节假日或重要活动前要组织安全检查， 及时发现并解决安全隐患，本班组不能解决的应立即上报。

4.7后勤服务中心每月或遇有重大节假日前要组织督导检查，及时督促各班组做好 安全预防工作。

1. 8各班组应结合实际工作制订相应的应急救援预案，并定期组织演练，提高应急

救援和抢修的能力。

4.9各班组和重要设备及外包施工队伍应签订责任书，责任到人，记录备案，后勤 服务中心和相关班组长定期督导检查。

4.10易发生危险的设备及班组，要重点监督，责任人要及时上报更换或维修方案， 管理部门要协助问题的及时解决，坚决杜绝隐患的发生。

1. 附则
2. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5. 2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1. 《中华人民共同国安全生产法》（2014. 12).
2. 《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》.

节能管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 节能管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 061 - 005 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

加强医院能耗管理，提高各类能源的利用效率，保障医院正常安全运行。

1. 范围

后勤服务中心所有人员。

1. 定义

节能：节能就是应用技术上现实可靠、经济上可行合理、环境和社会都可以接受的 方法，有效地利用能源，提高用能设备或工艺的能量利用效率。

1. 内容

4.1节能管理部门（后勤服务中心）全面负责全院的节能管理工作，加强能源管理， 采取合理措施，做好节能降耗工作。

4.2做好全院能耗的计量、登记统计工作，及进分析能耗消耗水平，发现异常及时 查找原因。

4. 3及时开展节能降耗培训教育，提高全员节能环保意识，倡导全院节能氛围。

4. 4各班组负责人加强经济运行的日常巡查、监督管理工作。

1. 5及时学习相关节能技术，不断提高节能降耗的效率。

4.6加强节能目标的管理，实行节能降耗责任制，提高节能效率。

1. 附则
2. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。

物资采购管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 物资采购管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 061 - 007 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

加强和规范医院物资采购和管理，降低物资采购成本，保障医疗正常运行。

1. 范围

2.1物资采购人员。

2.2物资仓库的管理人员。

1. 3物资仓库配送人员。
2. 定义

3.1物资：指医院运行及办公过程中所需要的各类生活用品、五金电工、修建用品、 办公用品、被服用品及各类家具等。

3.2采购：是指医院指定的人员负责购买相关的物品。

1. 内容

4. 1本规定是医院物资采购和物资管理的行为基本规范。

4.2医院设置采购员，隶属于后勤服务中心管理。

4.3医院采购员应当根据市场信息做到比质、比价采购，相关管理人员应根据本规 定做好物资的出人库的管理工作。

4.4常用需求物资采用招标、定点采购方式，不得擅自更换供应商。

4.5零星物资的采购，由需求科室提出计划，经主管部门批准后，由纪委、招标办 和审计科共同参与购买。

4.6需求科室每周制订需求计划，经主管科室批准后，由定点供应商送至指定地点。 4.7物资采购、招标过程中，必须控制采购成本，把握质量。

4.8物资人库应由仓库保管员依据样品质量严格检查对比，发现不合格的产品应及 时上报，由采购员通知供应商更换货物。

4. 9物资入库时应由认真打印入库单，与供应商认真核对数量、价格。

4.10物资出库时应按计划送货，有急需要物资时应及时送货。

4. 11物资存储应保证室内干燥整洁，分类摆放整齐，防止霉烂变质，即将过期的物 资应及时上报，同时做好防火、防盗等各类安全措施。

4.12仓库物资领用必须有相关科室主任签字，不得随意外借。

4. 13物资仓库应每月进行一次盘点，做到帐物相符。

1. 14物资采购结算执行医院财务管理制度。

5.附则

1. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5. 2本规定自发布之日起施行。

零星外包工程管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 零星外包工程管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-061-013 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

加强和规范医院外包零星工程的管理，明确安全管理责任，加强外包工程的安全管 理，确保施工质量和进度，保证施工安全。

1. 范围

在院内施工的零星外包施工队伍及工程监管人员。

1. 定义

零星外包工程：指医院在发展过程中，不断需要进行改建、扩建、装饰、装修及设 备家具搬运、土建、水、电、暖、管道等零星小额的外来施工建设工程。

1. 内容

4. 1本规定是医院零星外包施工建设管理基本行为规范。

4.2施工队伍必须是经过医院招标或定点的施工队伍，每次施工必须签订安全责任 书。

4. 3零星外包施工队伍必须接受医院管理，不得影响正常医疗和办公秩序注意环境 卫生。对产生的垃圾应及时清运，做好施工现象的保洁。

4. 4零星外包工程必须由主管科室相关技术人员专人监督管理。

4. 5施工质量和进度必须按合同约定施工，在合同中必须明确乙方需要承担的安全 责任。

4.6施工队伍负责人必须熟悉安全生产法和施工技术要求的各项法律法规，组织施 工人员进行安全教育，并做好安全预防措施。

4.7外包施工队伍必须具有相关的资质，操作人员具有相关操作证书。

4. 8外包施工队伍应按规定为本队施工人员配备合格的并在检验有效期内的安全防 护用品。在施工过程中，必须注意安全防护，穿戴安全防护用品。

4.9施工负责人不得让患有心脏病、高血压等相关病史人员参与施工。

4. 10施工现场必须安全、封闭，悬挂相关安全标识，防止非施工人员进人。

4. 11施工人员不得进人非施工区域，不得以任何理由撬锁开门，攀爬围墙和门窗， 禁止在医院内大声喧哗、饮食、喝酒、住宿。

4.12外包施工队伍必须设置安全管理员，确保施工安全，定期向医院汇报施工进 度、质量和安全情况。

4.13在施工过程中，不得野蛮作业、酒后作业。

4. 14需要明火作业时，应确保周边现场无易燃易爆物品，做好安全预防工作。

1. 15工程完工后，经审计科审计后，按医院财务制度进行结算。
2. **附则**
3. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。

5. 3对不遵守以规定的施工队伍应严厉处罚，情况严重的必须勒令停工。

空调使用管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 空调使用管理规定 | | |
| 文件编号 | OP-LYXZ-061-017 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

贯彻勤俭节约、节能减排、安全使用的原则，切实加强空调管理制度，确保安全运 行。

1. 范围

全院范围内安装室内分体空调和中央空调的科室。

1. 定义 无
2. 内容

4.1空调作为办公设备，仅用于各科室、病区日常工作时使用，非工作期间严禁开 启。

4. 2夏季各科室室内空调温度不低于26度，冬季空调温度设置不高于20度。空调 开启后关闭门窗。

1. 3下班前关闭空调，做到机停人走，严禁空调连续运转和无人运转。发现一次予

以警告，第二次全院通报。

4.4当发现空调运行故障时应立即关闭空调，及时与空调运行班联系。

1. 附则
2. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5.2本规定自发布之日起实施。

参考文献

1. 《中华人民共和国安全生产法》.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 办公券、劳保用品发放使用管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 061 - 022 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. **目的**

加强和规范办公费用及劳保用品的发放使用管理，建立完善的管控力度，降低医院 成本。

1. **范围**

2.1办公券、劳保用品发放人员。

2.2办公券、劳保用品使用人员。

1. **定义**

3.1办公券：指在办公过程中用于在院内购买办公用品的有价证券。

3.2劳保用品：根据国家相关法规，对各类工作人员发放的劳动保护用品。

1. **内容**

4.1本规定是医院办公券、劳保用品发放与使用的基本规范。

4. 2办公券发放使用管理规定。

4. 2. 1办公券采用电子券发放，各科室或病区领取办公用品必须由科主任或护士长 统一领，严禁购置非办公用品。

4.2.2严格制订办公券发放目录，非办公券发放范围内的物品，禁止发放。

4.2. 3发放标准：

4. 2. 3. 1门诊：3元/诊室/月，门诊护士 3元/人/月。

4. 2. 3. 2手术室、麻醉室5元/人/月。

4. 2. 3. 3示教室、教研室、阴道镜室、宫腔镜室10元/室/月。

* 1. 3. 4 2人以下科室（包括2人）：5元/人/月。

4.2.4临时成立门诊或病房，办公用品实行审批制，不予以发放办公券。

4. 2. 5个别科室有兼职的，为避免重复发放，以兼职所在诊室为标准，按3元/诊室 /月，办公费用计算在所在病房科室。

4. 3劳保用品发放使用管理规定

* 1. 1劳保用品由后勤服务中心统一采购、建账、登记、发放和管理。

4.3.2业务科室每两年分别发放一件长袖和短袖，新人院人员按人事科通知发放相 应的工作服，并登记纳入管理范围。

4. 3. 3职能科室除医务处、门诊部、护理部、科教处、质控科等业务部门按业务科

室发放，其余职能科室根据需求进行审批发放。

4. 3. 4手术室、介人、导管、产房等科室配备洗手服，同时每年发放工作拖鞋一双。 4. 3. 5设备维修、后勤维修工、电工、空调、电梯司机、洗衣房工人等，每两年一 套工作服，管道工人每四年配备一双雨靴和一件雨衣。洗衣工、绿化工每两 年配备一双工作鞋。

4. 3. 6幼儿园老师结合教师节每两年配备一套工作服。

4. 3. 7全院合同工人，每季度发放肥皂一块，每半年发放毛巾一条。

4. 3. 8凡因岗位需求配备特殊办公用品的须经分管院长批准后配备发放。

1. 3. 9所发放劳保用品和工作服装，全部为工作需求配备，严禁买卖和转让，如丢

失或保存不当应按原价赔偿。

5.附则

1. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5. 2本规定自发布之日起施行。

油票发放使用管理规定

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 油票发放使用管理规定 | | |
| 文件编号 | OP—L YXZ - 061 - 024 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 后勤服务中心 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

加强和规范油票发放使用管理，建立完善用油管控力度，降低医院成本。

1. 范围
2. 1油票发放人员。

2. 2油票领取人员和使用人员。

2. 3油票的使用范围主要有：总务处公务车用油、院前急救车用油、柴油发电机用 油及其他类用油（各分院除外）。

1. 定义

油票：指医院运行过程中所需要的汽油和柴油票。

1. 内容

4. 1本规定是医院油票发放和使用的基本规范。

4. 2医院车辆使用实行定点加油站凭票加油。

4. 3油票由财务部门作为有价证券统一订制发放。

4. 4油票的正面应盖有财务部门专用章和后勤服务中心公章，为有效票据。

4. 5后勤服务中心指定专人管理，建立油票管理账目和领取登记手续。

4. 6各使用科室使用油票时应加盖本科室公章并填写车辆牌号。

1. 7严禁私自转让、买卖油票，不得私用或挪作他用。

4.8如油票丢失应由当事人按市场价格赔偿。

4.9如其他科室用油需求，应写出申请并由分管院长批准。

1. 附则
2. 1本规定由后勤服务中心负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。

维修工程管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 维修工程管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—056 - 005 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范维修管理，高速、有效地处理维修工程事务。

1. 范围

适用于项目维修管理工作。

1. 定义

维修工程项目：是指使用医院自筹资金等进行的维修类土建、安装、改造、管线、

装饰、装修等工程。

1. 内容

4.1申请与受理

4.1.1日常零星工程维修，医院各部门根据工作需要提出维修项目申请，报主管院 长审批后再立项。

4. 1.2其它维修工程，有维修科室向总务处提出申请，总务处在实地查看论证的基 础上，提出维修意见，呈报主管院长签批后立项。

4. 1.3维修工程立项申请主要内容包括：维修原因、用途、工程施工地点及范围、 工程内容和要求等。

4.2审查与决定

4.2.1总务处根据各科室、部门所提出的维修项目编制维修预算，维修预算编制完 成后报院审计科、招标办审批，最后确定招标的。

4. 2. 2总务处与施工单位签订工程施工合同，明确工程项目的施工具体内容和做法、 质量要求、工程造价、工期、付款方式和经济责任等内容。

4.2.3在施工过程中，总务处负责对工程项目的投资、质量、进度进行全程管理， 并做好与有关部门的协调工作。施工中的安全责任由工程承包单位负责。

4. 3公开公示

4.3.1工程项目招标前对投标单位进行资质审查。总务处会同相关职能部门，对参 与投标单位的信誉、资质情况进行审查或考察筛选。所有投标人应提供详细 的工程预算文件。

4. 3. 2维修工程招、评标，由总务处、审计科、招标办、医院纪委组织并实施招投 标程序。

4. 4办事时限

4. 4.1招标结束后，总务处监督中标单位在7个工作日内进入现场施工，并按施工 合作约定的工期执行。

4. 5责任追究

1. 5. 1按照国家相关法律及双方协议执行。
2. 附则
3. 1本制度由总务处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

绿化工作管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 绿化工作管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—056 - 007 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

规范绿化管理工作，美化医院环境。

1. 范围

适用于各项目绿化的管理。

1. 定义

栽种植物以改善环境的活动。绿化指的是栽植防护林、路旁树木、农作物以及居民 区和公园内的各种植物等。绿化可改善环境卫生并在维持生态平衡方面起多种作 用。

1. 内容

4. 1绿化管理范围

4.1.1各项目内的乔木、灌木、绿篱、攀缘植物、草皮及其他植物的养护。

4. 2绿化工作管理规定

4. 2.1绿化员承担辖区内绿化的日常巡视、养护、监管重任。

4. 2. 2严格执行绿化养护工作的技术规范的要求，按照规定标准作业，保质保量完 成各项绿化工作。

4. 2. 3爱护绿化工具和设备，并做好工具维护维修工作。

4. 2. 4遵守劳动纪律，不迟到不早退。

4. 2. 5努力学习专业知识，提高养护水平。

4. 3绿化养护过程安全规定

* 1. 1在实施植保喷洒时，严格遵守农药安全使用，并采取预防措施，避免发生人 员中毒事故。

4. 3. 2在使用机器时应采取安全措施，避免对他人造成伤害。

1. 3. 3在机器使用前要进行安全检查，螺丝和螺母固定在切削片上，避免切削片飞

出。

4.3.4高空作业时做好防护措施，作业点下面不得有其他人员。

1. 附则
2. 1本制度由总务处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

电梯管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 电梯管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—056 - 008 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-08-004 |

1. 目的

安全、规范使用和维修保养电梯。

1. 范围

电梯管理人员、维护保养人员及电梯司机。

1. 定义

电梯是指动力驱动，利用沿刚性导轨运行的箱体或者沿固定线路运行的梯级（踏 步），进行升降或者平行运送人、货物的机电设备，包括载人（货）电梯、自动扶 梯、自动人行道等。

1. 内容

4.1电梯维修人员必须持有市级以上劳动局颁发的特种技能培训合格证后，方可上

UU

冈。

4.2根据相关规定，年检合格证、维修保养合同完备，取得年检安全合格证粘贴于 轿厢内。

1. 3电梯正常维修和保养按专业要求必须与有资质的专业维护公司签订维护保养合

同，按专业规定，定期进行检修。

4.4货梯运送大物品，需通过电梯操作人员对电梯进行轿内保护，将货梯运行状态 调到手动，严禁超载。

1. 附则
2. 1本制度由总务处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

医辅监管委员会工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医辅监管委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—067 - 001 | 总页数 | 1 |
| 制定部门 | 医辅管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强医辅外包业务监管，提升工作质量。

1. 范围 外包人员。
2. 定义

外包业务：指医院利用外部最优秀的专业化资源，为医院提供更专业化的服务，从 而降低成本、提高效率。

1. 内容

4.1制定医辅监管委员会工作职责、工作流程、工作总结、计划并组织实施。

4.2医辅监管委员会成员按工作所在区域划分责任到人，平时对医辅外包工作业务 的督导、检查，对存在的问题及时反馈，促使医辅工作不断改进与提高。

1. 3负责协调各科室与医辅外包公司的管理工作。

4.4负责组织对医辅服务岗位进行抽查，每月全面检查服务质量及满意度调查并汇 总。

4.5医辅监管委员会成员每月督导检查，评价依据及服务对象反映意见。

4.6医辅办负责定期召开监督管理委员会议，商议医辅服务过程中存在的问题及改 进方法，并及时反馈医辅外包公司，定期改进。避免影响服务工作顺利进行。

1. 附则
2. 1本制度由医辅管理办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

保洁管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 保洁管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—067 - 003 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医辅管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强管理，创造清洁优雅诊疗、工作和生活环境。

1. 范围
2. 1医院各病房。
3. 2医院公共区域。
4. 定义

无

1. 内容

4.1医院保洁具体工作

4. 1.1负责医院的卫生保洁工作，保证医院的医疗和科研工作的正常进行。

4. 1.2根据医院的工作要求，负责设置医院各个病区的岗位，提高工作效率，并实 施对员工的工作考核，奖优罚劣。

4. 1.3根据医院的要求，开展对员工的业务培训和思想教育，提高员工的业务素质， 圆满完成清扫保洁任务。

4. 1. 4分管科室协调保洁公司与医院之间的关系，每月到医院各科室了解对卫生保 洁的要求，及时解决问题，提高服务水平。

4. 1. 5配合医疗护理做好医院的环境卫生工作。

4. 2保洁工作具体要求

4.2.1遵守医院的规章制度，文明服务，清扫认真细致，完成日常保洁和应急保洁 任务。

4.2.2上班打卡，统一标准着装，佩戴胸牌，整洁大方。

4.2.3每天按工作流程要求做好清洁工作，不能有遗漏、有死角。

4. 2. 4卫生洁具按要求摆放规定地方，专物专用不能有挪用混用乱放的现象。

4.2.5垃圾及时清理无堆积、无遗洒。垃圾器具要保持清洁，每日清洗、消毒。

* 1. 6医院安排紧急性任务，积极参加完成。

4. 3保洁管理措施

4. 3. 1提尚保洁员素质。

* 1. 1.1思想建设：教育保洁员摆正位置，面临着竞争激烈的劳动力市场，要她们珍

惜来之不易的就业岗位，树立全心全意为病人服务的思想，热爱本职工作。

4. 3. 1.2敬业精神：要求员工在履行职责的过程中，牢固树立“我要做”而不是 “要我做”的职业道德理念。

4. 3. 1.3业务建设：要求保洁公司在保洁员上岗之前，分批进行理论、操作培训， 从自身的安全保护，到保洁器材的操作使用，从对各类地板清洁保养要求， 到消毒隔离知识等进行全面系统的培训，并人人考核，合格后上岗，从思 想上改变过去保洁工作是低级劳动，人人都可以做的传统观念。

1. 1.4保洁工作考核：管理员每天跟班督查，每月总体评估；医院监管委员会办 公室组织进行日巡查、周抽查、月全面检查及问卷调查各项考核，严格认 真的执行标准。

4. 3. 2严格管理

4. 3. 2.1保洁管理：就是使医院的环境卫生，按质量标准，达到卫生学的要求。

保洁质量标准的基本要求是：用科学先进技术手段，设定科学工作的方法、 流程、标准，然后依据“方法、流程、标准”进行控制，创造一个清洁环 境。

4. 3. 2. 2各科室管理：使用科室根据考核标准负责对保洁人员平时工作质量严格进 行督导、考核。考核结果上报医辅管理办公室进行综合评价。

4.3.2.3医院监管委员会：坚持严格管理；严格要求；严格控制。把握质量标准， 每天巡视检查，每周抽查、每月全查的质量控制；确保医院一个清洁、优 美的就诊住院环境。

4. 4保洁服务质量监督措施

4.4.1保洁公司采用对保洁工作质量的监控，班组长实行日检、周检和月检制度。

质控组织每月检查和随机抽查的方式，进行保洁质量检查和督导。

4.4.2各使用科室每日对保洁工作进行实时实地的监督和检查，发现问题及时整改。

4.4.3医院医辅管理办公室，根据工作计划平时对保洁工作巡查，每月进行质量检

查及满意度调查，并每月有质控分析报告，对存在的问题及时反馈解决。

4.5保洁人员安全操作

4. 5.1牢固树立“安全第一”的思想，确保安全操作。

4. 5. 2保洁人员在超过2米高处操作时，必须双脚踏在凳子上，以免摔伤。

4. 5. 3保洁人员不得湿手接触电源插座，以免触电。

4. 5. 4在操作与安全发生矛盾的时候，应先服从安全，以安全为重。

4. 5. 5清扫时不要随意拔掉正在使用的医疗设备电源。

1. 5. 6各项保洁工作在确保安全的情况下，要保证质量，两者做到相辅相成。每季

度对保洁员进行安全培训，以保证保洁工作安全有序进行。

1. 附则
2. 1本规定由医辅管理办公室负责解释。

5. 2本规定自发布之日起施行。

环境卫生管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 环境卫生管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—067 - 004 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医辅管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

加强管理，创造清洁优雅诊疗、工作和生活环境。

1. 范围

适用于医院环境卫生的管理人员。

1. 定义 无
2. 内容

4.1楼内保洁管理

4. 1.1环卫设施齐全，设有垃圾箱、果皮箱、清洁清扫工具，垃圾中转站.

4. 1.2清洁卫生各责任范围明确到人，清洁区内清洁保洁达到服务标准。清洁人员 着装统一、工作仔细、形象良好，并积极主动学习新的保洁知识，提高保洁、 清洁技术。清洁工人数应按标书要求配备充足。

4. 1.3进入污染区、无菌区、手术室、医护办公室、病房等进行保洁时，应经室内 人员同意，礼貌服务，不可影响他人工作、休息，根据不同情况执行相应的 作业规程，按照室内清洁保洁标准和科室、病区主任护士长的要求完成工作。 进行清洁工作时，物品轻拿轻放，移动的东西要恢复原位，不得损坏物品。

4. 1.4大厅、走廊、楼梯干净明亮，无纸屑、果皮、污渍，垃圾桶内的垃圾不能超 过三分之二，上面无烟头及垃圾。

4. 1.5办公室、会议室、接待室、值班室内保持干净、清爽，无积尘及其他杂物。

桌椅摆放整齐，花木长势良好，地毯无损坏。

4. 1.6治疗室，服从科室的管理指导，严格按要求及时的做好清理工作确保治疗室 干净卫生无污渍、异味。

4. 1.7病房，清洁干净，地面无污渍、垃圾，墙面洁净，工作时不得影响病人休息， 清洁完毕后将物品复位。挪动病人物品时，必须经同意后方可进行，床头柜 等无污迹、灰尘和杂物。并按照不同科室的要求做好保洁工作。

4. 1. 8手术室、ICU按照手术室的要求进行保洁工作。

4. 1.9洗手间无异味无积水污渍，坐厕隔板消毒干净，镜子镜面无污渍、手印。

4. 1.10清洁室、处置室地面整洁、干净，垃圾倾倒及时，无异味散发；清洁室要分

清各类工具的摆放区域及具体位置，并有明显的标识；水池无垃圾、无积 水，无乱摆、乱挂现象，并根据科室要求，做好职责范围内的其他工作。

4. 1.11开水间，地面无垃圾、积水。热水器常擦拭。水池无堵塞和积水现象。垃圾 桶垃圾要及时清理，防止有异味散发。

4. 1.12垃圾站，屋内墙面无垃圾附着物。垃圾桶冲洗干净，摆放整齐。地面洁净无 积水，每天至少清洗二次，确保无异味。不镑钢墙身亮洁，地面无污渍、杂 物。

4. 1.13室内地面每季度至少打蜡一次，地毯每日吸尘，每月至少清洗一次。

4. 1.14楼内的地面（含连廊）保持干燥，尤其雨天要加强管理，及时清拖，防止行 人摔伤有标记，确保安全。

4. 2楼外保洁

* 1. 1路面无明显泥沙、污垢，每100平方米内烟头纸屑平均不超过2处，无lcm 以上石子。

4.2.2标识牌、公共设施目视无明显灰尘。平台、转换层及裙楼平台无积水、杂物， 管线无污迹，雨蓬目视无垃圾、无青苔、无积水、无污迹，明沟通畅。

4.2.3车场无杂物、纸屑、油污、棚上无垃圾、蜘蛛网。

4. 2. 4宣传栏无污迹，无乱张贴现象。

1. 5外墙（幕墙）面目视无污迹，每年清洁2次，玻璃面无灰尘，铁栏上无铁锈。
2. 6垃圾池和垃圾箱按规定及时清运，无积水，清运后及时冲洗，场地没臭味。
3. 2. 7保持污水、雨水井和管道井盖上及周围无烟头杂物，无污垢。

5.附则

1. 1本制度由医辅管理办公室负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

医辅服务管理工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医辅服务管理工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYXZ—067 - 005 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 医辅管理办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

规范辅助服务，提升医院综合服务质量。

1. 范围

适用于医辅服务工作。

1. 定义

陪检：指为医院住院及患者提供陪同检查等服务，为临床辅助检查相关科室提供配 送服务，及科室服务。

1. 内容

4. 1综合管理

4. 1.1员工仪表端正，着工装、佩戴胸牌、热情服务。严格遵守劳动纪律，做好班 前准备，在岗在位，文明礼貌，言行举止符合规范要求。

4. 1.2部门职责明确，各项管理服务制度健全，内容印制上墙。

4. 1.3各岗位员工工作内容、操作流程符合规定要求，工作规范，作风严谨，并严 格按照规范标准要求进行操作。

4. 1. 4有完善的员工培训计划并组织实施。

4. 1.5对不同岗位的医辅人员要服从科室主任及护士长的管理，尊重医生、护士和 患者、认真做好本职工作。

4.1.6按科室要求配足各岗位工作人员，不能空岗；员工调岗必须书面通知所属科 室主任或护士长。

4. 1.7安全隐患及防范措施：全方位实施现场安全管理；现场安全处理；制定和实 施现场安全预防措施。

4. 1.8整体服务月平均满意度（医护人员、住院病友、门诊病友）不得低于90%。

4. 2运输管理

4.2.1严格执行“查对”制度，防止差错发生。

4.2.2严格执行感染控制要求和消毒隔离制度，防止交叉感染。

4. 2. 3严格执行急事急办的工作原则。

4. 2. 4男性工作人员不得少于20%。

1. 2. 4. 1 标本

4. 2. 4. 1. 1按时收集各科室各种标本。

4. 2. 4. 1. 2严格认真“查对”清单与条码要相符。

4. 2. 4. 1.3执行急、平、常规的收集流程并跟踪报告单，特别是急查要及时跟踪到 位。

4.2.4. 1.4登记、签收；做到准确、及时。

4. 2. 4. 2 陪检

4. 2. 4. 2.1对病重、一级、卧床、生活不能自理或特殊病人进行陪检。

4. 2. 4. 2. 2认真查对病区、床号、姓名、检查项目、检查治疗前的准备情况及病人 的病情。

4. 2. 4. 2. 3 —般情况按急诊、空腹、预约、普通的顺序进行，要做好相关的准备工 作，以缩短病人等候时间。

4. 2. 4. 2. 4重病人必须有医护人员陪同，注意病人的安全。

4. 2. 4. 2. 5检查运输工具，保持良好功能，注意工具的清洁、消毒，防止交叉感染。

* 1. 4.2.6计划性领物要提前提交计划单，按时间规定领取物品，要与科室对接， 签收。

4. 2. 4. 2. 7科室随时急用的要随叫随到。

4. 2. 4. 2. 8取送无菌物品时，核对科室、名称、消毒日期、干燥情况、数据、有效 日期等。

4. 2. 4. 2. 9送各种报表时要查对取表科室、送到到达科室，取送日期、时间、报表 要求（急、缓）、对接人员签名。

4.2.4.2.10急诊取药时处方与药品要核对清楚，包括科室、床号、姓名、药名、浓 度、剂量、时间、用法。取回药品要交给护士再次查对，不能给病人。

4.2.4.2.11取血时，输血单与血袋上的各项进行认真核对，包括科室、床号、姓 名、血型、血量、血的质量（颜色、分层、凝块等），取血者与输血科 人员共同签名。要直接回科室交给护士再次查对。

4. 2. 4. 3接受手术

4. 2. 4. 3. 1按手术通知单按规定时间到相应科室接病人。

4. 2. 4. 3. 2向当班护士了解术前准备及需带的资料。

4. 2. 4. 3. 3到病房查对病人床号、姓名、诊断等项目。

4. 2. 4. 3. 4准确无误后送到手术室，与手术室护士交接。

4. 2. 4. 3. 5术后病人必须有医护人员陪同送回病房，无医护人员陪同运输护工有权 拒绝，要保证病人安全。

4. 2. 4. 4 送药

4. 2. 4. 4.1按医院要求领各科室的针剂药品，与药房核对清楚，特别是贵重药品。

4. 2. 4. 4. 2送到相关科室要进行必要的核对、签收。

4. 2. 4. 4. 3针剂药品要注意包装，上锁，运送途中要防止碰撞、避免破损、丢失。

4. 3导医管理

4. 3. i导医导诊：熟悉医院的环境，科室分布，专家简介。微笑服务，细心周到， 主动热情接待病人，有问必答，耐心解释，正确引导患者准确就医和进行其 他帮助。

4.3.2门诊大厅导医：除合同附件要求的基本聘用条件以外，身高必须达到1.6 0 米以上、五官端正、身体健康。

4.3.3各专科导医：必须按专业规定要求配备工作人员，人员流动性在合同期内不 得超过20%。

4. 3. 4熟悉各科室系统分科和专家的出诊时间，指导病人就诊地点。

4. 4医辅服务工作管理措施

4. 4. 1医辅服务工作管理

4. 4. 1.1对医辅业务的监管必须执行4个要求：监查、控制、信任、资讯；g卩：通 过服务过程，提供诱因的控制，建立人性化管理相伴的信任关系，理性的 资讯收集，将有效提升对医辅服务业务的监督管理的绩效。

4.4. 1.2医辅服务人员在双重领导下做好本职工作，还必须做到服务到位，听从科 室的安排。

4. 4. 1.3各项工作的考核：以“步骤、流程、服务方的问卷调查情况”等为准绳， 通过考核，评出质量档次，并与各岗位及公司利益挂钩，实行目标管理， 促进工作质量全面提高。

4.4.2提高医辅服务人员素质

1. 1思想建设：教育医辅人员摆正位置，面临就业难的市场现状，要求他们珍 惜这份工作岗位，树立全心全意为医院、为病人服务的思想。时刻服从双 重领导，遵守医院的管理与监督，热爱本职工作，提高自身素质。

4. 4. 2. 2敬业精神：要求员工在履行职责的过程中，牢固树立“我要做”而不是 “要我做”的职业道德观念。

4. 4. 2. 3业务建设：要求医辅服务人员上岗之前，分批进行各项工作的理论、技能 操作的培训，从自身的安全保护及工具器械的使用到各项工作的操作及流 程、质量要求，掌握消毒隔离知识等。应通过培训全面熟练掌握，并要求 人人考核合格后才能够上岗，杜绝急需求成，边干边掌握的现象。要求医 辅服务人员有自信心，树立良好的个人价值观，高质量、高效率的完成本 职服务工作。

4. 4.2.4医辅人员的考核：各项服务项目的组长跟班监管，服务方监督考核，院方 医辅管理办公室平时巡查、周抽查、月全查，根据权重进行考核，评定级 别。

4. 4. 3严格管理

4. 4. 3.1医辅服务管理就是医辅人员结合工作实际按质量标准、工作流程，达到医 疗人员的要求，病人满意的优质医辅服务。

4. 4.3.2医辅质量标准基本要求是：用科学先进的技术手段，设定科学的工作方法、

流程、标准，然后依据“方法、流程、标准”进行控制。

1. 4. 3.3医辅以监管委员会为指导，坚持严格要求、严格管理、严格控制质量标。

不断提高医辅服务技能及服务水平，达到医院管埋的要求、病人的满意。

1. 附则
2. 1本制度由医辅管理办公室负责解释。

5. 2本制度自发布之日起施行。

篥十n昌

荽员尝冒理

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医院质量与安全管理委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYWYH - 051 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 质量控制科 | 版本号 | 2017-08-002 |

1. 目的

统筹医院各个专业委员会工作，实现医院全面质量管理持续改进。

1. 范围

医院质量与安全管理委员会。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1组织原则

4. 1. 1主任委员由院长担任。

4. 1. 2副主任委员原则上由各二级委员会主任委员担任。

4. 1. 3委员由各二级委员会中主要职能部门负责人及主要临床科室主任担任。

4. 2委员会组成

4. 2.1设委员会成员79〜91名，其中主任委员1名，副主任委员7〜13名，委员71 〜81名。委员会成员总数为奇数。

4.2.2成立医院质量与安全管理办公室，办公室设在质量控制科，科长为办公室主 任（兼）任秘书，负责组织会议，并记录，存档及其他日常工作。

4.3委员会委员管理

4.3.1聘任：医院质量与安全管理委员会的委员由主任委员提名，涉及主要职能部 门负责人及主要临床科室主任等人员，实行兼职聘任制。

4. 3. 2人员调整：医院质量与安全管理委员会人员发生变动时，应当由主任委员提 议，秘书负责组织召开医院质量与安全管理委员会全体会议，经全体参会人 员2/3以上同意方可通过。

4. 3. 3辞职：在任期内，委员可以向主任委员递交辞呈，主任委员确认并同意委员 辞职后，由秘书上报医院质量与安全管理委员会。

4. 3. 4免职解聘

4. 3. 4.1以下情况可免去委员资格，并由秘书通知该委员解聘。

4. 3. 4. 1. 1本人书面申请辞去委员职务者。

4. 3. 4. 1. 2每年会议出席次数少于总次数的1/2者。

4. 3. 4. 1.3因健康或工作调离等原因，不能继续履行委员职责。

4. 3. 4. 2免职程序：免职由医院质量与安全管理委员会讨论决定，同意免职的票数 应超过法定到会人数的半数。

4. 4职责

4. 4. 1委员会职责

4. 4. 1.1讨论决定医院质量与安全管理改进的方针、政策、方法及教育。

4. 4. 1.2审订医院质量与安全管理规划和年度计划，并组织实施。

4. 4. 1. 3审订医院年度质量改进优先级管理项目。

4.4. 1.4确认医院I级事件，对重大医疗缺陷及风险趋势进行分析，提出防范措施。 4. 4. 1. 5每半年听取各二级质量与安全管理委员会对质量与安全管理工作的分析、 评价，提出改进建议。同时对各二级委员会提交的问题及建议提案进行讨 论。

4.4.2主任委员职责：全面负责并主持医院质量与安全管理委员会工作，批准组织 委员会会议，安排委员会相关工作。

1. 4. 3副主任委员职责：协助主任委员工作，并接受主任委员的工作安排。

4.4.4委员职责：参加医院质量与安全管理委员会会议，参与讨论与投票，并有责 任督促会议决议的执行。

4.4.5秘书职责：负责准备委员会会议资料，按照主任委员的安排通知开会事宜， 做会议记录，起草会议决议和文件，负责资料的整理和归档。

1. 附则
2. 1本制度由质量控制科负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医疗质量与安全管理委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYWYH-015-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医务处 | 版本号 | 2017-05-003 |

1. 目的

加强医疗质量管理，提高医疗服务水平，保障医疗安全，并持续改进。

1. 范围

适用于医疗质量与安全管理委员会的工作。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1工作制度

4. 1. 1在院长和分管院长的领导下进行工作。

4.1.2医疗质量管理委员会是医院医疗、护理质量管理。

4. 1.3医疗质量管理委员会每年至少召开二次会议，特殊情况可随时召开会议。讨 论和审定临床、医技中质量管理存在的问题，达到持续改进的目的。

4. 1. 4负责对医院医疗质量进行综合评估，对制定医院业务发展决策提供切实可行 的方案。

4. 1.5负责组织和实施医疗、护理质量的检查、评价、考核、提出整改措施和反馈 情况、检查落实等工作。

4. 1.6组织死亡、疑难病例、重大或罕见疾病（手术）、纠纷病案的讨论。

4. 1. 7组织医疗差错和医疗纠纷、医疗事故的鉴定工作。

4.1.8对新技术、新项目的开展进行严格审核并按规定上报。

4.1.9医疗质量管理委员会的全体成员要自觉加强业务知识学习，提高医疗业务水 平，要熟悉和了解各种质量指标，以及具体的考核标准。

4. 1.10每年年终召开总结会议，总结当年工作，制定次年工作计划。

4.1.11制定医院医疗质量管理标准及质量控制体系，保证管理质量持续改进。

4. 1. 12对全院医疗工作进行全面质量管理，制定质量管理目标及切实可行的达标措 施，定期检查、考核与评价，鉴定、分析差错事故，不断完善相关管理制 度。

4. 1.13对重点部门、关键环节、薄弱环节进行重点监控。

4.1.13.1重点部门：麻醉科、手术室、重症医学科、急诊科、介人中心、内镜室、

血液净化、产房、新生儿监护室、供应室、感染/肝病科。

4. 1.13. 2关键环节：急诊绿色通道的管理、危急值管理、影像检查中患者安全和隐 私的防护管理、医疗核心制度落实、患者十大安全目标相关内容的管理、 健康教育、手术切口的管理、手卫生管理、抗菌药物应用管理、多重耐药 菌管理。

4. 1.13. 3薄弱环节：节假日及夜间值班的质量与安全管理、低年资工作人员的质量 与安全管理、特殊情况下（紧急抢救、突发公共卫生事件等）的质量与安 全管理。

4. 2职责

* 1. 1负责制定全院性的医疗质量与安全管理规划、质量目标和主要措施。

4.2.2协调、监督各部门、科室及各个医疗质量管理环节，督促临床、医技科室质 控小组开展活动。

4. 2. 3负责组织质量与安全教育和培训。

4. 2. 4建立修订医疗质量标准。

4. 2. 5研究制定或修订有关医疗质量管理制度，实施质量考核和奖惩。

1. 6负责组织医院的医疗质量检查、统计分析和评价工作。

4.2.7负责调查分析医院发生的医疗质量缺陷的原因，判定缺陷的性质，制定改进 或控制措施。

1. 2. 8委员会主任全面负责委员会各项工作，副主任协助主任做好委员会相关工作，

办公室成员在委员会主任的领导下负责开展委员会的日常工作，秘书组织筹 备委员会会议，并负责会议的记录和会议文件的保管，履行委员会授予的其 他职权。

1. 附则
2. 1本制度由医务处负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

医学伦理学委员会工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医学伦理学委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LY WYH - 001 - 004 | 总页数 | 4 |
| 制定部门 | 党委办公室 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

依据国家宪法、法律和法规政策，解决、论证、指导医院医学实践中的伦理问题，

维护病人和公民的健康权益。

1. 范围

全院各临床、医技科室。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1总则

4. 1. 1本委员会称为聊城市人民医院医学伦理学委员会。

4. 1.2本委员会遵守国家宪法、法律和法规政策，尊重社会道德风尚和中华民族道 德传统，以《赫尔辛基宣言》等有关伦理学规范为指南，汲取国内外最先进 的生命伦理学成就，坚持理论联系实际，团结各相关领域的专家和各界人士， 研究现实的医学伦理学问题与难题，为维护病人和公民的健康权益而积极工 作。

4. 1.3本委员会主管单位为聊城市人民医院，接受上级有关部门管理，接受医务人 员以及社会各界监督。

4.2职能与业务范围

4.2.1教育培训：对内部非医学伦理学人员进行生命伦理学理论和知识的教育，有 针对性、有计划地对医院管理、行政人员及全体医务工作者进行医学伦理学 系统培训，并适时地对病人与公众进行医学伦理学基本知识的宣传，引起公 众对生命伦理学问题的关注。

4.2.2准则制定、政策贯彻及研究：及时对医院范围内实际工作中遇到和反映出来 的伦理学问题进行伦理政策研究，同时就如何贯彻执行国家有关政策制订相 应准则。尤其是高新医学技术应用中的问题，如生殖技术（人工授精、不育 症诊治等）与基因技术应用、性传播疾病治疗、器官移植、遗传及优生问题 咨询、药品实验等，制订专项伦理指南或规范，以指导具体科学实践活动。

4.2.3咨询服务：委员会定期指派专家负责回答病人、家属或医务工作者的咨询， 并提出适当的伦理学意见，咨询的内容可以包括所有生命伦理学问题，委员 会根据伦理学相关原则提供一个符合实际的行动指南。

4. 2. 4监督与指导：对违反道德的行为，向医院主管领导或部门提出处理意见，在 发生医患冲突或医疗纠纷时，审查医务人员和相关人员的医疗、护理、科学 研究和技术操作的所有资料，提出处理和解决问题的依据。委员会参加院内 的检查评比中的医德考评工作，建立医学伦理学档案，参与干部晋升、职称 评定和其他奖励授予的审议等，并随时注意发现具有高尚医务道德的典范， 推荐给医院领导予以表扬。委员会对院内工作中的自主、知情同意与保密、 公正与公益、有利与不伤害以及对生命尊重、维护病人权利和受试者权益等 诸项伦理学原则的执行情况进行监督。

4.2.5其他：委员会对涉及伦理学问题的三类医疗技术以及新技术、新项目、新科 研、生殖医学、器官移植、临床中放弃治疗等进行充分论证，确认符合医学 伦理学原则，并手续完备，方可在医院实施。

4. 3伦理审查内容及程序

4. 3. 1伦理审查内容

4. 3. 1.1研究人员的资格、经验、是否有充分的时间参加该项，人员配备及设备条 件等是否符合研究要求。

4. 3. 1.2研究方案是否充分考虑了伦理原则，包括研究目的、患者及其他人员可能 遭受的风险和受益及研究设计的科学性。

4. 3. 1.3患者入选的方法，向患者（或其家属、监护人、法定代理人）提供有关本 项研究的信息资料是否完整易懂，获取知情同意书的方法是否适当。

4. 3. 1. 4患者因参加研究而受到损害甚至发生死亡时，给予的治疗和保险措施。

4. 3. 1. 5研究人员对研究方案提出中途修改意见时，应重新向委员会申请。

4. 3. 2伦理审查程序

4. 3. 2. 1 申请：

4. 3. 2. 1.1伦理审查申请书。

4. 3. 2. 1.2患者同意书。

4. 3. 2. 1.3项目计划一份。

4. 3. 2. 2受理：在收到医学伦理审查申请后的5日内决定是否受理该申请。

4. 3. 2. 3审查：医学伦理委员会在15日内组织医学伦理委员会相关专家组进行审 查。

4.3.2.4申请变更：申请人员如项目计划有变更时，需重新进行审查，并说明必须 变更的内容、理由。

4. 3. 2. 5终止审查

4. 3. 2. 5. 1当事人未按规定提交有关材料的。

4. 3. 2. 5. 2提供的材料不真实的。

4. 3. 2. 5. 3有碍于医学伦理审查的其它情形。

4. 3. 2. 6阶段报告与中断、终止实施

1. 6.1依计划进度至少在计划进行一半的实施期间，提出阶段报告。阶段报告 应以书面形式，必要时应请试验主持人列席说明。

4. 3. 2. 6. 2项目计划主持人或医学伦理委员会通过检查认为，患者的健康状况不适 宜进一步进行医学试验时，可以适时干预。必要时，终止或中断医学试 验，以保护患者的利益。

4. 3. 3涉及专业性极强的学术问题，可与医院的相关委员会召开联席会议专题讨论， 或提请上级的相应机构协助解决。

4. 3. 4凡超出医学伦理道德范围，涉及违法违纪事项，医学伦理委员会可提请纪委 等有关部门处理。属于服务态度方面的问题，应由医院各科室及医院行政部 门负责管理教育。

4. 3. 5受理时间：评审材料每月集中评审两次，评审结束后按规定时间将评审决议 以书面形式传达给申请者。

4. 4人员和组织机构

4. 4.1本委员会的组成人员数为奇数。其成员包括：生命伦理学家、医生、护士、 律师、社会学、心理专家、法律、社区群众、管理人员等，必要时吸收社会 工作者、国家公务人员和宗教人士参加，本委员会可视工作需要建立若干专 业工作小组。

4.4.2委员必须关心病人的利益，对道德问题有兴趣，有丰富的实际工作经验，在 社会和群众中享有正直、公正的声誉，并有一定的分析、判断、研究以及处 理伦理问题的能力。

4.4.3委员应拥护本委员会章程，执行其决议，维护其声誉，热爱医学伦理学工作， 承担委员会交与的任务，履行各项应予完成的义务，委员享有表决权、选举 权和被选举权，获得一定劳动报酬，并享有对本会的工作提出批评建议和监 督的权利。

4. 4. 4委员如无故不参加委员会工作与活动超过一年或有严重违反本章程的行为者， 经委员会通过，予以除名。

4.4.5委员会会议须有2/3以上委员出席才能召开，其决议须经到会委员半数以上 表决通过才能生效。对于三类医疗技术以及新技术、新项目、科研论文投稿 的伦理审查，申请者材料复合被评审条件，视情况可由3名委员初审，同意 后由主任或副主任委员审查同意后可直接批复。

4.4.6本委员会根据工作需要决定会议召开时间，可根据工作需要主任可临时召集 会议，必要时采用通讯形式征徇意见。

4. 4. 7伦理委员会设主任委员1人，副主任委员1 一2人，委员若干名，秘书1人， 主任委员与副主任委员应在本委员会业务领域内有较大影响者担任，可根据 需要设名誉主任或聘请顾问，本委员会下设立办公室，负责处理本会日常事 务。

4. 4. 8本委员会主任委员行使下列职权：

4. 4. 8. 1召集和主持委员会会议。

4. 4. 8. 2检查各工作小组的工作和决议执行情况。

4. 4. 8. 3代表本委员会签署有关文件。

1. 4. 9本委员会副主任委员在主任委员缺席时，可代替主任委员行使职权。 4.4.10每届委员会任期三年。
2. 附则
3. 1本制度由医学伦理学委员会负责解释。

5.2本制度自发布之日起施行。

参考文献

1. 《赫尔辛基宣言》1964. 6.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 药事管理与药物治疗学委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LY WYH - 031 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 药学部 | 版本号 | 2017-08-003 |

1. 目的

规范医院药事管理工作，促进临床合理用药。

1. 范围

适用于药事管理与药物治疗学委员会、与药品相关的各科室。

1. 定义

药事管理与药物治疗学委员会：是医院药事管理的监督权力机构，也是对医院药事 各项重要问题做出专门决定的专业技术组织。

1. 内容

4. 1组成

4.1.1主任委员由院长担任。

4.1.2常务副主任委员由分管院长担任。

4.1.3副主任委员由副院长、药学部和医务处负责人担任。

4. 1.4委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、 医疗行政管理等人员组成。

4.1.5办公室设在药学部，负责委员会日常工作。

4. 2组织管理

* 1. 1聘任：委员由院长提名，实行兼职聘任制。

4.2.2人员调整：委员会人员发生变动时，应由主任委员提议，药学部负责召开药 事管理与药物治疗学委员会全体会议，经全体参会人员2/3以上同意方可通 过。

4.2.3辞职：任职期间，委员可以向主任委员递交辞呈，主任委员同意后由药学部 上报药事管理与药物治疗学委员会。

4. 2. 4免职：

4. 2. 4. 1免职原因：以下情况可免去委员资格。

* + 1. 1.1因健康或工作等原因，不能继续履行委员职责的。

4. 2. 4. 1. 2本人书面申请辞去委员职务的。

4. 2. 4. 1. 3每年会议出席次数少于总次数1/2的。

4. 2. 4. 2免职程序：免职由药事管理与药物治疗学委员会讨论决定，同意免职的票

数应超过法定到会人数的一半。

4. 3职责

4. 3.1贯彻执行医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章。审核制定医院药事 管理和药学工作规章制度，并监督实施。

4. 3. 2制定医院药品处方集和基本用药供应目录。

4. 3. 3推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原则的制定与实施，监 测、评估药物使用情况，提出干预和改进措施，指导临床合理用药。

4. 3. 4分析、评估用药风险和药品不良反应、药品损害事件，提供咨询与指导。

4. 3. 5建立药品遴选制度，审核临床科室申请的新购人药品、调整药品品种或者供 应企业。

4. 3. 6监督、指导麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及放射性药品的临床使用 与规范化管理。

1. 3. 7对医务人员进行有关药事管理法律法规、规章制度和合理用药知识教育培训；

向公众宣传安全用药知识。

4.3.8制定药事管理工作计划，原则上每季度召开一次会议，讨论研究药事工作中 的有关问题，并针对存在的问题采取有效措施予以解决。

5.附则

1. 1本制度由药事管理与药物治疗学委员会负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

参考文献

1. 《医疗机构药事管理规定》2011. 3.
2. 《处方管理办法》2007. 5.
3. 《医院处方点评管理规范（试行）》2010. 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医院感染管理委员会工作管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LY WYH - 037 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院感染管理科 | 版本号 | 2017-07-004 |

1. 目的

使医院感染管理工作科学、规范，保障医疗质量与患者安全。

1. 范围

医院感染管理委员会。

1. 定义

无。

1. 内容
2. 1组织原则

4. 1.1主任委员：分管院长。

4. 1.2副主任委员：医院感染管理科主任、医务处主任、护理部主任、门诊办公室 主任。

4. 1.3委员：由医院感染管理科、医务处、护理部、质控科、药学部、预防保健科、 设备科、后勤服务中心、检验科、消毒供应中心、手术室、重症监护室、部 分临床科室等主任组成。

4. 2委员会组成

4. 2. 1委员会成员27名，其中主任委员1名，副主任委员4名，委员22名。

4.2.2委员会办公室设在医院感染管理科，负责委员会日常工作。

4. 2.3秘书1名。

4.3委员会委员管理

4.3.1聘任：医院感染管理委员会的委员由院长提名，涉及相关药学、临床医学、 护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员，实行兼职聘任制。

4. 3. 2人员调整：医院感染管理委员会成员发生变动时，应当由主任委员提议，医 院感染管理科负责召集召开医院感染管理委员会全体会议，经全体参会人员 2/3以上同意方可通过。

4. 4委员会职责

* 1. 1根据国家有关的法律、法规、规章和规范、标准，制定、修改并落实医院感 染管理的各项规章制度。

4.4.2对医院的布局、设施和工作流程提出符合医院感染预防和控制的要求。

4.4.3研究并确定医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

4.4.4研究并确定医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的 干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

4. 4. 5研究并制定发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感 染病例等事件时的控制预案。

4.4.6建立会议制度，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题，遇有紧急 问题随时召开。

4. 4. 7根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌 药物的指导意见。

4. 4. 8其他有关医院感染管理的重要事宜。

4. 5委员会工作制度

4. 5. 1医院感染管理委员会在院长或业务院长的直接指导下开展工作。

4.5.2依据《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》等有关规定， 制定医院感染管理委员会章程，并组织实施。

4. 5. 3认真履行职责，严格执行医院感染相关的法律、法规、规范、标准，并监督 实施。

4. 5. 4按照《医院感染管理办法》每年召开两次医院感染委员管理工作会议，对医 院感染现状进行讨论、分析，对存在的问题进行反馈，制定整改措施，并研 究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项，遇有紧急问题及时召开。 4. 5. 5对医院感染管理科拟定的全院医院感染工作计划进行审定，收集整理的医院 感染监控、监测资料进行分析，提出对策及措施，并根据各项卫生学标准， 对医院感染现状进行评价和考核。

1. 5. 6根据《综合医院建筑标准》有关卫生学标准及预防医院感染的要求，对医院

改建、扩建、新建提出建设性意见和要求。

5.附则

1. 1本规定由医院感染管理委员会负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。原聊城市人民医院感染管理委员会管理制度同时废止。

参考文献

1. 《中华人民共和国传染病防治法》2004.12.
2. 《医院感染管理办法》2006. 9.

病案管理委员会职责和工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 病案管理委员会职责和工作制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYWYH-052-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 病案信息科 | 版本号 | 2017-06-004 |

1. 目的

明确医院病案管理委员会职责，完善、规范工作制度、工作流程，加强病案管理， 提高病案质量，保障医疗安全。

1. 范围
2. 1适用于病案管理委员全体成员。

2.2医院范围内病案管理工作。

1. 定义

3.1病历：指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等 资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。

3.2病案：是指归档以后的病历，此时病历已完成终末质量控制、病案编码等。

3.3电子病历：指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、 图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的 医疗记录，是病历的一种记录形式。使用文字处理软件编辑、打印的病历文档， 不属于本制度所称的电子病历。

1. 4病案管理：狭义的病案管理是指对病案物理性质的管理，即对病案资料的回收、

整理、装订、编号、归档和提供等工作程序。广义的病案管理指卫生信息管理， 即不仅是对病案物理性质的机械性管理，而且还对病案记录的内容进行深加工， 提炼出信息，对病案资料质量进行监控，向使用人员提供信息服务。

1. 内容
2. 1总则

4. 1.1在分管院长领导下，全面负责医院门诊、急诊及住院病案的管理工作和病案 质量的管理工作。

4. 2职责

4. 2. 1负责制订和修订医院病案管理工作的总体规划和各项规章制度。

4.2.2督促、指导病案管理工作，听取职能部门对病案管理工作的汇报，提出对病 案管理工作的改进意见和考核办法。

* 1. 3负责协调病案信息科和临床、医技科室的病案相关工作，推动相互间的协作。 4. 2. 4组织各种形式的病案质量检查，评价病案书写质量和病案管理质量，制定医 院临床病历书写评价标准和病案借阅制度。

4. 2. 5拟订、审核各种病历书写表单和格式。

4. 2. 6每半年向委员会报告病历书写质量与病案管理工作情况。

4. 2. 7定时向医院及各科室通报卫生行政部门下达的病案管理有关文件及上级病案 管理委员会的要求，并督导落实。

4.2.8委员会下设办公室，办公室设在病案信息科，办公室在委员会的领导下，负 责全面协调并具体执行委员会决议。

4. 3组织

4. 3. 1分管副院长任病案管理委员会主任委员。

4. 3. 2病案信息科、医务处、护理部、门诊部、质控科主要负责人任委员会副主任 委员。

4.3.3委员会成员由部分职能科室、临床及医技科室人员组成。

4. 4工作制度

4. 4.1定期对病案管理工作进行督促、检查和指导，征询各科室对病案管理工作的 意见和建议，协调医院相关部门解决。

4.4.2听取病案信息科关于医院病历书写质量、病案管理及病案服务情况的汇报。

4. 4. 3根据有关法律法规和相关规定，结合医院实际情况，制定病历质量评价标准、 病案管理规章制度及病案质量奖惩标准，并监督实施。

4. 4. 4根据全国自然科学名词审定委员会有关医学术语命名要求，讨论和确定医院 疾病诊断名称和手术操作名称的规范统一命名。

4.4.5在各专业科室之间、医务人员与病案管理人员之间发挥桥梁作用，推进相互 间的交流与协作，促进病历书写质量、病案服务能力及管理质量的不断提高。 4. 4. 6组织各种形式的病历质量检查，评选优秀病历，交流病历质控经验。

4. 4. 7半年召开一次委员会会议，以多种形式了解病案管理情况，如：举行病案展 览会、质量抽样检查、召开会议总结讲评有关病案质量与管理情况、组织参 观和经验交流会等。

1. 4. 8委员会会议由主任委员主持，主任委员不能出席时，由主任委员委托副主任

委员主持。

4.4.9闭会期间，办公室负责执行病案管理委员会的各项决议。

5.附则

1. 1本规定由病案管理委员会负责解释。
2. 2本规定自发布之日起施行。

参考文献

1. 《病案信息学》第二版刘爱民主编2014. 08.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 临床输血管理委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LYWYH - 015 - 002 | 总页数 | 3 |
| 制定部门 | 医务处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

明确各部门职责，加强医院临床输血管理，推进临床科学合理用血，保护血液资 源，保障临床输血安全和医疗质量。

1. 范围

临床输血管理委员会、医院科室/部门。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1总则：根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》，结合医 院临床输血实际制定。

4.2医院临床输血管理委员会：

4.2.1组织原则：主任委员由院长或者分管医疗的副院长担任，成员由医务处、输 血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部、手术室等部门负责 人组成。指定医务处、输血科共同负责临床合理用血日常管理工作。

4. 2. 2委员会组成：

1. 1设委员会成员27 — 31名，其中主任委员1名，委员21 — 31名。委员总数

为奇数。

4. 2. 2. 2设秘书1名，由输血科人员担任。

4. 2. 2. 3下设办公室，榜示设在医务处，设副主任2 — 4名，负责输血管理委员会的 日常工作。

4.2.3委员会委员管理：

4.2.3.1人员调整：临床输血管理委员会人员发生变动时，应当由主任委员提议， 医务处负责召集召开输血管理委员会全体会议，经全体参会人员2/3以上 同意方可通过。

4.2.3.2辞职：在任期内，委员可以向主任委员递交辞呈，主任委员确认并同意委 员辞职后，由医务处上报临床输血管理委员会。

1. 3. 3免职解聘：

4. 2. 3. 3.1以下情况可免去委员资格，并由医务处通知该委员开始生效时间正式解

聘。

4. 2. 3. 3. 1. 1本人书面申请辞去委员职务者。

4. 2. 3. 3. 1. 2年内累计两次无故缺席会议者或2年内连续不参加会议者。

4. 2. 3. 3. 2因健康或工作调离等原因，不能继续履行委员职责。

4. 2. 3. 4免职程序：免职由临床输血管理委员会讨论决定，同意免职的票数应超过 法定到会人数的半数。

4. 2. 4委员会职责：

1. 1医院临床输血管理委员会认真贯彻临床输血管理相关法律、法规、规章、 技术规范和标准，制订本机构临床输血管理的规章制度，负责临床输血的 规范管理和技术指导，对本单位临床输血制度执行情况进行检查。

4. 2. 4. 2临床输血管理委员会应当积极配合国家卫计委、山东省卫计委、医院的各 项工作，严格按照《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办 法》和《临床输血管理制度》加强对医院临床输血各项工作的管理。

4. 2. 4. 3输血管理委员会应当每年定期召开输血管理委员会全体会议，对全院输血 阶段性工作进行总结评价，就有关事宜进行讨论，并对临床输血提出具体 意见和建议。会议由主任委员负责主持，医务处协助召集，输血科负责准 备会议资料，秘书负责做好会议详细记录。

4. 2. 4. 4评估确定临床输血的重点科室情况，开展临床输血质量评价工作，提高临 床合理用血水平。

1. 5分析临床输血不良事件，提出处理和改进措施；解决重大输血反应、输血 后感染疾病等问题，指导并推动开展自体输血等血液保护及保证输血安全 的新技术、新方法，确保临床输血安全。

4. 2. 4. 6负责每季度收集、汇总医院临床输血管理制度执行情况，通过一定的形式 定期向全院公布，监督、指导临床合理用血、安全输血。对不规范用血加 强管理。

4. 2. 4. 7加强与聊城市中心血站、山东省血液中心、医学会输血分会等组织的联系， 协调解决临床输血过程中出现的问题，保证临床及时、安全、有效输血。

4. 2. 4. 8开展临床输血质量管理和科字合理用血的教育、培训和考核，参与临床有 关疾病的诊断、治疗与科研。

4.2. 5相关部门职责：

* 1. 5.1医务处、输血科：负责全院临床输血管理，对临床输血管理进行评价、考 核、公示与通报，提出工作持续改进措施并监督实施效果。

4. 2. 5. 2医院质量与安全管理办公室：承担临床输血全过程的监督与检查，并负责 质量控制考核。

4. 2. 5. 3输血科：承担医院临床输血与管理的培训与指导，血液安全发放，临床合 理输血监督与检查并报医务处审核。

1. 5. 4护理部：负责护理人员输血知识培训考核，负责对临床输血全过程中护理

质量控制考核、监督，并进行工作持续改进。

1. 5. 5医院感染管理办公室：负责血液贮存环境的卫生学监测、考核与监督实施。
2. 附则
3. 1本制度由临床输血管理委员会负责解释。

5.2本制度自发布之日起实施。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 护理质量与安全管理委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYWYH-018-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 护理部 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

提高护理质量，促进护理工作持续改进，保障患者安全。

1. 范围

适用于护理质量与安全管理委员会工作。

1. 定义

无。

1. 内容

4.1工作制度：

4. 1.1护理质量与安全管理委员会在分管院长领导下，实行三级质控，全面行使护 理质量管理职责。

4. 1.2认真履行职责，严格执行护理相关的法律、法规、规范、标准，并监督实施。 4. 1.3护理质量与安全管理委员会下设办公室，办公室设在护理部，负责组织护理 质量与安全管理委员会成员及专项护理质量评价小组进行质量管理活动并做 好记录。

4. L 4每半年召开i次护理质量与安全管理委员会会议，分析护理质量与安全问题， 找出隐患，并按照PDCA管理模式进行改进。

4. 1.5委员必须按时参加会议，不得无故缺席，特殊情况需请假。

4. 2职责：

* 1. 1委员会职责：

1. 1.1针对医院质量管理委员会的决策，制定护理工作实施方案。
2. 1.2建立前瞻性护理质量管理思路。把工作重点放在质量建设上，包括文化建 设、组织建设、制度建设、标准建设、环境建设等。

4. 2. 1. 3负责审议通过年度护理质量与安全管理计划及临床护理质量评价指标，建 立科学、有效的护理质量评价体系。

4. 2. 1. 4根据卫生行政部门颁布的质量标准及患者安全目标，负责审议通过新修订 的护理质量评价标准，并督促学习落实。

4. 2. 1. 5负责审议新修订完善的护理工作制度，并督促按照试行一修改一批准一培 训一执行的程序落实。

4. 2. 1.6督促在临床科室建立质控前移的三级质控体系。使责任护士、组长和护士 长实施护理过程的动态质控。

1. 1.7采用科学的质量管理方法，如失效模式分析（FMEA)、根本原因分析方法 (RCA)等负责对重大护理不良事件的调查、讨论、分析，从系统寻找原 因，制定改进措施，保证安全质量。

4. 2. 1.8负责对护理人员进行法律法规、规章制度、人文素养等相关培训，提高其 护理安全与管理意识，形成质量持续改进的长效机制。

4.2.2主任委员职责：全面负责并主持护理质量与安全管理委员会工作，批准召集 委员会会议，安排委员会相关工作。

4. 2. 3副主任委员职责：协助主任委员工作，并接受主任委员的工作安排。

4. 2. 4委员职责：参加护理质量与安全管理委员会会议，参与讨论与投票，并有责 任督促会议决议的执行。

4.2.5秘书职责：负责准备委员会会议资料，按照主任委员的安排通知开会事宜， 做会议记录，起草会议决议和文件，负责资料的整理和归档。

1. 附则

5.1.本规定由护理质量与安全管理委员会负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。原护理质量与安全管理委员会工作制度同时废止。

参考文献

1. 《医疗质量管理办法》2016. 9. 25.
2. 《医疗机构管理条例》1994. 2.26，2016. 2. 6修订.
3. 《医疗机构管理条例实施细则》1994. 8. 29，2006. 11. 1修订.
4. 《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医院医疗保险管理委员会工作管理制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYWYH-050-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗保险新农合办公室 | 版本号 | 2017-09-003 |

1. 目的

使医院医疗保险管理工作科学、规范，提升我院医保管理及绩效水平。

1. 范围

医院医疗保险管理委员会。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1组织原则

4. 1. 1主任委员：院长。

4. 1.2常务副主任委员：分管院长。

4. 1.3副主任委员：院领导。

4. 1.4委员：由医院医保办主任、医务处主任、护理部主任、相关职能科室科主任、 部分临床科室科主任、分院分管领导等。

4. 2委员会组成

4. 2. 1委员会成员37名，其中主任委员1名，常务副主任委员1名，副主任委员4 名，委员29名。

4. 2. 2委员会办公室设在医院医疗保险办公室，负责委员会日常工作。

4. 2. 3秘书2名。

4.3委员会委员管理

* 1. 1聘任：医院医疗保险管理委员会的委员由医院院长提名，涉及相关医保管理、 临床医学、护理和医疗质量管理、病案管理、财务管理、绩效管理、药事管 理、信息管理等人员，实行兼职聘任制。

4. 3. 2人员调整：医院医疗保险管理委员会成员发生变动时，应当由主任委员提议， 医院医疗保险管理委员会负责召集召开医院医疗保险管理委员会全体会议， 经全体参会人员2/3以上同意方可通过。

4.4委员会职责

4.4.1负责审议医院医疗保险工作的各项规章制度，形成奖惩并重的管理机制；

4. 4. 2负责审议医院医疗保险管理计划，并对医疗保险政策和管理规定执行情况进

行监督、检查和考核；

4. 4. 3深入一线，协助解决医院医疗保险管理中遇到的困难与问题。

4. 4. 4医疗保险管理委员会专家组部分成员根据工作需要参与医院当年及三年的医 保工作计划的制定，与委员会委员共同商讨医保管理重大事项的决策和调整; 并参与市医保及院组织的各项检查、医务鉴定、评审等工作。

4. 4. 5定期组织召开院领导主持的医保工作会议，适时召开医保专题会议，形成会 议纪要。

1. 4. 6定期组织通报医保工作的总体方案、医保管理工作存在的问题和注意事项等。
   1. 7负责审定医院医疗运营成本控制情况，控制不合理医疗费用的发生，减少医

保经办机构对医院医疗费用的拒付现象。

1. 附则
2. 1本规定由医院医疗保险管理委员会负责解释。

5.2本规定自发布之日起施行。原聊城市人民医院医疗保险管理委员会管理制度同 时废止。

服务管理委员会工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 服务管理委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LY WYH - 002 - 002 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 纪委 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

提高医院服务质量，提升服务技能，改进沟通技巧，营造良好的医疗环境。

1. 范围

适用于医院服务管理委员会工作。

1. 定义

无

1. 内容

4. 1职责

4.1.1医院服务管理委员会是医院服务的综合协调管理部门，办公室设在院纪委。

4. 1. 2负责对医院全面服务管理工作的督导指导。

4. 1.2.1督促、指导相关职能部门、临床科室、分院、社区围绕改善服务态度、提 高服务质量、提升服务技能、改进沟通技巧、营造良好的医疗环境和秩序。

4. 1. 3负责收集服务意见和建议。

4. 1.3.1抓好门诊、住院等各个环节病人的满意度调查，抓好院内各类投诉及上级 部门转办服务类投诉的受理、调查、处理。做好满意度调查和各类投诉的 分析、反馈、通报，并与绩效考核挂钩，形成有效机制。

4. 1.3. 2抓好行风评议的配合、协调、管理工作。抓好社会满意度调查，通过社会 监督员座谈会、电话访问、调查问卷等多种形式，向社会监督员、机关企 事业单位、社区居民等广泛征求社会意见，接受社会评价。

4. 1.3. 3负责对患者和群众反映的热点问题，向医院党委会汇报，根据党委意见， 组织协调解决。

4. 1.3. 4负责对服务流程的优化与再造。加强调查研究，对涉及服务的各个环节 (就诊流程、服务环节、收费价格、职能科室工作质量等方面）进行深入调 研，查找服务流程中存在的问题，集中进行梳理。组织有关科室，对梳理 出的各项流程中出现的问题集中讨论，协调解决。

4. 1. 4负责对服务环境和工作秩序的督导。

1. 1负责对环境卫生、车辆停放秩序、便民利民设施、员工仪表仪容、言行规 范进行全面督导。

4. 1.4. 2建立服务环境和秩序督导评价体系，对群众反映和检查发现的问题，督导 相关责任科室进行整改。

1. 1. 5负责对医院服务中存在的问题督办整改。
2. 1对满意度问卷、受理投诉、开展调研收集的意见、建议和问题进行集中整 理，并反馈至相关科室。

5.附则

1. 1本制度由服务管理委员会负责解释。

5. 2本制度自发布之日起实施。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 医学装备管理委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM-LYWYH-027-001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医疗设备处 | 版本号 | 2017-09-002 |

1. 目的

提高医学装备管理的科学性、合理性，保障医学装备配置计划、预算等顺利实施。

1. 范围

医学装备管理委员会工作。

1. 定义

无。

1. 内容

4. 1组成：

4.1.1委员会成员由院领导、纪委、设备处、医务处、护理部、门诊部、审计科、 招标办等职能部门负责人、临床科室部分负责人组成。

4.1.2主任委员由院长担任，副主任委员由分管院长和其他院领导担任。

4.1.3委员会成员总数为奇数。

4. 1.4成员实行动态管理，因健康、工作调离、年龄等原因或无故不参加会议的， 应予以调整。

4.2例会：

4. 2. 1委员会实行例会制，每年至少召开一次全体委员会议。

4. 2. 2主任委员可以召集临时会议。

4. 2. 3讨论决定重大事项时，参加会议的委员不得少于全体委员的2/3。

4. 3议事原则：

4. 3. 1委员会在院长领导下开展工作。

4. 3. 2委员会议决重要事项时，应实行多数表决制。

4.3.3委员会形成的决议，须报院长办公会审核同意才能生效。

4. 4办事机构：

4. 4.1委员会办事机构设在医疗设备处，设秘书1名。

4.4.2医疗设备处提供会议资料，记录会议内容，起草会议决议。

4. 5职责

4. 5.1对医学装备管理进行监督、检查、指导、咨询。

4. 5. 2审核医学装备年度采购计划、预算等。

4. 5. 3审核、研讨大、中型设备的引进。

1. 5. 4对医院其它涉及医疗设备管理的问题作出意见和建议。

5.附则

1. 1本制度由医学装备管理委员会负责解释。
2. 2本制度自发布之日起实施。

安全生产委员会工作制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 安全生产委员会工作制度 | | |
| 文件编号 | OM - LY WYH - 056 - 001 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 总务处 | 版本号 | 2017-09-004 |

1. 目的

维护医院安全生产工作秩序，保障国家财产和患者、医护人员的生命财产安全。

1. 范围

**适用于医院安全生产委员会工作。**

1. 定义

**无**

1. 内容

4. 1职责

4. 1. 1负责全院的安全生产管理工作。

4. 1.2贯彻落实国家和省、市政府关于安全生产工作部署和会议精神，研究制定医 院安全生产工作措施。

4. 1. 3分析医院安全生产形势，研究解决安全生产工作中的重大问题。

4. 1. 4指导各科室、各班组做好安全生产工作。

4. 1. 5完成医院领导交办的其他安全生产工作。

4. 2委员会工作制度

4. 2. 1安全生产委员会全体会议原则上每年召开1 一2次，会议由安全生产委员会主 任或主任委托的副主任主持，会议议题主要是中央、省、市以及上级主管部 门的重要文件和指示精神。

4. 2. 2安全生产委会主任认为必要时可召开全体会议或有关成员、有关部门参加的 专题会议。

4.2.3以安全生产委员会名义进行的全院安全生产大检查原则上每年至少一次，由 安全生产委员会主任或者主任指定的副主任带队，安全生产委员会成员和安 全生产委员会办公室负责人参加。根据需要，可以以安全生产委员会的名义 进行专项检查或专项督查。专项检查或专项督查工作由安全生产委员会办公 室组织，安全生产委员会成员单位派人参加。安全生产大检查、专项检查或 专项督查要形成记录，并整理好台账。

4. 2. 4健全请示、汇报制度，一般安全生产方面的问题，按分工及时解决和处理， 较大、特殊情况各科室必须请示、汇报安全生产委员会领导，并按组织安排

实施。

1. 2. 5若遇突发事件在医院安全生产委员会统一指挥下按预定应急方案处理。

4.2.6若遇重、特大安全生产事故应立即报告医院领导，实施应急预案，同时报上

级有关部门。

5.附则

5.1本制度由安全生产委员会负责解释。

1. 2本制度自发布之日起实施。

生物安全委员会工作管理制度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 文件名称 | 生物安全委员会工作管理制度 | | |
| 文件编号 | OM - LY WYH - 037 - 025 | 总页数 | 2 |
| 制定部门 | 医院感染管理科 | 版本号 | 2017-07-001 |

1. 目的

降低患者与实验室工作人员被感染、环境被污染的风险，确保实验室生物安全。

1. 范围

医院实验室。

1. 定义

生物安全：避免危险生物因子造成实验室人员暴露，向实验室外扩散并导致危害的

综合措施。

1. 内容

4. 1委员会组成

4. 1.1委员会成员23名，其中主任委员1名，副主任委员2名，委员20名，委员 由医务处、科研处、医院感染管理科、护理部、门诊部、医疗设备处、药学 部、病理科、中心实验室、检验科、输血科、及部分临床科室主任组成。

4. 1. 2委员会办公室设在医院感染管理科，负责委员会日常工作。

4. 1.3中心实验室主任、检验科主任兼医学顾问。

4.2委员会委员管理

4.2.1聘任：生物安全委员会的委员由院长提名，涉及中心实验室、检验科、临床 医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员，实行兼职聘任制。

4. 2. 2人员调整：生物安全委员会成员发生变动时，应当由主任委员提议，医院感 染管理科负责召集召开生物安全委员会全体会议，经全体参会人员2/3以上 同意方可通过。

4. 3委员会职责

4. 3. 1贯彻执行国家卫生行政部门有关生物安全管理的法律法规，保障实验室生物 安全工作顺利开展，严防生物安全事故发生。

4. 3. 2负责制定和修订医院生物安全管理工作的组织、制度、职责、计划、措施与 方案。

4. 3. 3制定预防与控制生物安全突发事件的应急预案和管理制度，建立健全三级生 物安全管理组织，统筹协调医院生物安全工作，解决生物安全工作存在的问 题。

4. 3. 4定期进行生物安全管理相关知识的教育与培训，定期召开会议，研究部署医 院生物安全工作。

4. 3. 5督促医务人员执行生物安全管理的法律法规和规章制度，定期进行督导，持 续改进质量。

4. 3. 6掌握处置突发事件的应急方法，及时正确处理生物安全突发事件。

4. 4委员会工作制度

4. 4.1生物安全委员会主任委员为会议召集人，必要时副主任受主任委员委托可以 召集会议。

4. 4. 2每半年召开一次生物安全委员会会议，总结上一阶段工作情况，安排部署下 一阶段工作，特殊情况下主任委员有权决定召开临时会议。

4. 4. 3生物安全委员会会议在三分之二以上委员出席的情况下召开。

4. 4. 4生物安全委员会会议的决议应经参加会议的三分之二以上有投票权的委员同 意方可通过颁行。

4. 4. 5生物安全委员会办公室负责落实委员会的决议，履行实验室生物安全管理职 能。如遇不能处理的事项，应及时向主任委员请示，或由主任委员提议召开 临时会议。

4. 4. 6生物安全委员会办公室负责收集议案，准备会议议题、文件和资料，做好会 议记录，并对讨论形成的决议进行整理后向全体委员进行通报。

1. 4. 7对全院的生物安全工作进行检查，并对委员会的工作完成情况进行汇总、分

析，并及时向委员会进行汇报，按计划完成各项工作。

5.附则

1. 1本规定由生物安全委员会负责解释。

5. 2本规定自发布之日起施行。

参考文献

1. 《医疗机构临床实验室管理办法》2006. 2.
2. 《病原微生物实验室生物安全管理条例》2004. 11.
3. 《实验室生物安全通用要求》GB19489 — 2008.
4. 《病原微生物实验室生物安全通用准则》WS233 — 2017.